

È DAVVERO TUTTO NELLA MIA MENTE? IL DOLORE PSICOGENO RIVISITATO

IS IT ALL IN MY MIND? PSYCHOGENIC PAIN REVISITED

Giuseppe De Benedittis

*Centro Interdipartimentale per lo Studio e la Terapia del Dolore,
Università di Milano*

RIASSUNTO

Nel rispetto dell'esperienza unitaria del dolore, il termine dolore psicogeno non vuole essere una fuorviante contrapposizione dell'equivalente "somatico" né vuole avanzare rigide implicazioni di causalità, ma si propone solo come diagnosi puramente descrittiva e operativa, per la quale il "linguaggio psicologico" sembra aver maggior potere esplicativo di quello di ordine fisico. Il dolore psicogeno o "disturbo doloroso" (pain disorder) nosograficamente appartiene ai disturbi somatoformi (DSM-IV), è relativamente raro (2%), ancorché sottostimato. La psicologia dinamica suggerisce che il dolore psicogeno sia l'espressione simbolica di conflitti inconsci. D'altra parte neuroscienze (soprattutto con le metodiche di neuroimaging) e ipnosi hanno recentemente dimostrato come il confine tra eventi "reali" percepiti ed eventi "immaginati" sia molto labile. La nuova fisica quantistica e i sistemi caotici complessi offrono uno stimolante modello interpretativo delle funzioni del Sistema Nervoso Centrale, che consente di superare l'insostenibile dicotomia cartesiana tra soma e psiche, tra dolore "somatico" e dolore "psicogeno".

Parole chiave

Dolore psicogeno, disturbo somatoforme, ipnosi, neurocaos, meccanica quantistica

SUMMARY

Psychogenic Pain does not imply that pain is simply caused by psychological factors only, as opposed to Somatogenic Pain. It refers to pain that can better be explained in a psychological language rather than in a physical one. Psychogenic Pain or Pain Disorder is a Somatoform Disorder (DSM-IV), rather rare (2%) though underestimated.

Psychodynamics suggest that psychogenic pain expresses symbolically unconscious conflicts. Moreover, neuroimaging techniques and hypnosis have recently showed how thin the borderline is between real and imagined percepts. The new quantum physics and the theory of chaotic complex systems provide a new, exciting framework to explain the brain-mind interface, thus allowing to overcome the old and inadequate dicotomy between body and mind, between "somatogenic pain" and "psychogenic pain".

Key words

Psychogenic pain, somatoform disorders, hypnosis, neurochaos, quantum mechanics

C'era una volta una giovane signora di Deal la quale diceva che, anche se il dolore non è reale, quando io mi siedo su di uno spillo ed esso punge la mia pelle io soffro per quello che immagino di sentire.

Antica filastrocca inglese

INTRODUZIONE

Benché l'esperienza del dolore sia sempre "reale" per colui che ne soffre, è pur vero che i concetti di dolore somatico e dolore psicogeno costituiscono tuttora i due poli di riferimento di una dicotomia ampiamente operante in campo biomedico, e che trae la sua ragion d'essere, a nostro avviso, più da atteggiamenti, pregiudizi e convinzioni personali, che non dall'evidenza.

Mentre il concetto di dolore "somatico" è intuitivo e definisce il sintomo "dolore" come epifenomeno di una osservabile patologia organica, secondo il classico modello biomedico di malattia di tipo causale, il concetto di dolore "psicogeno" è molto più arduo da definire. È un enigma o, parafrasando la filosofia zen, un *koan*, un problema pressoché irresolubile secondo la logica corrente.

Nel rispetto dell'esperienza unitaria del dolore, il termine dolore psicogeno non vuole essere una fuorviante contrapposizione dell'equivalente "somatico" né vuole avanzare rigide implicazioni di causalità, ma si propone solo come diagnosi puramente descrittiva e operativa, per la quale il "linguaggio psicologico" sembra aver

maggior potere esplicativo di quello di ordine fisico.¹

Sul piano psicodinamico, il dolore psicogeno può definirsi come l'espressione simbolica di un contenuto psichico inconscio conflittuale.² Nella pratica clinica tuttavia esso ha finito col diventare un concetto arbitrariamente deduttivo e *in negativo*. Si tende cioè a classificare come "psicogeno" ogni dolore che non abbia un correlato organico definito o che presenti una manifesta discrepanza tra correlato organico e sintomo dichiarato. Questo uso "descrittivo" del termine "psicogeno", di per se stesso legittimo, implica tuttavia una connotazione esplicativa del tutto inaccettabile, laddove suggerisce che alla base del dolore, in un paziente senza evidenti stimoli nocicettivi, vi debba essere qualche problema di ordine psicologico. La presenza di eventuali, concomitanti psicopatologici non stabilisce che vi sia una relazione di causa-effetto, meno che mai decreta che la causa sia sufficientemente chiarita. D'altra parte non si vede per quale motivo la diagnosi organicistica debba farsi *in positivo*, come è giusto che sia, mentre quella cosiddetta "psicogena" semplicemente *in negativo*, per esclusione.

Se appare ovvio che dal punto di vista della persona, soggetto dell'esperienza, non vi è nulla di simile al dolore "psicogeno", poiché il dolore, qualunque sia la sua "origine" fa egualmente male, ci si può chiedere se sul piano clinico o sperimentale ci siano differenze tra queste due presunte forme, tali da giustificare l'ipotesi di un *doppio stato* del dolore.

Allo stato attuale delle nostre conoscenze, non v'è alcuna evidenza clinica o sperimentale che deponga in manie-

ra convincente, a nostro giudizio, in favore del modello del "doppio stato" del dolore. Al contrario, tutto sembra riflettere il carattere unitario dell'esperienza. Ma l'unità non contraddice, nella sua complessità, la molteplicità delle forme cliniche e delle dimensioni del dolore.

Ha ancora senso parlare di dualismo cartesiano (*res cogitans*, mente, e *res extensa*, corpo)³ e di un duplice modello di dolore? Esiste un'entità clinica denominata "dolore psicogeno"? È un costrutto euristico? Ed è davvero tutto nella mia mente?

Non esistono soluzioni semplici a problemi complessi, come suggerisce un'attribuzione freudiana. Finalità di questo studio è quella di rivisitare il dolore psicogeno, analizzando questo intrigante e complesso problema, e offrire una modesta proposta di riflessione sul tema.

È opportuno partire da alcuni punti fermi.

Nel 1994 la International Association for the Study of Pain (IASP)⁴ definiva il dolore: "*Un'esperienza spiacevole sensoriale ed emotiva, associata primariamente a un danno tissutale o descritta in tali termini*". Da questa definizione si evince come l'esperienza del dolore, qualsiasi tipo di dolore, sia sempre composta da almeno due componenti, una sensoriale e una emotiva. Dunque la componente emotiva, e quindi psicologica del dolore, non è una semplice reazione allo stimolo nocicettivo ma è parte fondante dell'esperienza dolorosa.

Ancor prima, Melzack e Casey (1968)⁵ avevano pionieristicamente identificato una struttura trifattoriale del dolore, articolata in tre componenti: a) sensoriale-discriminatoria;

- b) motivazionale-affettiva;
- c) cognitivo-valutativa.

L'avvento delle tecniche di neuroimaging ha confermato puntualmente la struttura multifattoriale del dolore, riconoscendo che le singole componenti sono codificate da strutture distinte del SNC (per esempio, la componente sensoriale-discriminatoria è codificata prevalentemente nella corteccia somatosensoriale primaria S1, mentre la componente motivazionale-affettiva è principalmente codificata nella corteccia cingolata anteriore).

Il dolore si colloca assiologicamente sull'interfaccia soma/psiche. Ma come avviene il "misterioso salto dalla mente al corpo"?⁶

LE FONTI DELL'EVIDENZA

Per tentare di dare una risposta all'indecidibilità assiologica del dolore, in generale, e al dolore psicogeno, in particolare, abbiamo indagato alcune fonti critiche dell'evidenza:

- a) la civiltà e il linguaggio;
- b) la psicologia dinamica;
- c) le neuroscienze;
- d) l'ipnosi;
- e) i sistemi complessi e la meccanica quantistica.

Civiltà e linguaggio

Vi era un tempo in cui il dolore aveva un significato manifesto, tessuto nella trama del vivere quotidiano, indistinguibile come la luce dalle tenebre, la vita dalla morte. La più antica radice indo-europea della parola dolore è *kwei*, che vuol dire pena, punizione, da cui *kwoi-nà* e il greco *ποινή* (*poinë*), fino al latino *poena*.

Dagli albori della storia, il dolore

dunque è stato considerato dall'uomo come un fenomeno unitario, che investe in egual misura il soma e la psiche.⁷ La sua funzione metafisica ed esistenziale trova riscontro nelle più lontane culture e in tutte le latitudini. Per il mondo greco, il dolore era una *ybris* (*υβρις*), una violenza subita dall'uomo come conseguenza di una disarmonia tra anima e corpo; per gli indù esso è un *karma*, un peso che ci si porta dietro da una precedente reincarnazione; per i musulmani è un *kismèt*, un destino voluto da Dio. Anche il mondo ebraico prima, e il cristianesimo poi, hanno attribuito al dolore un significato unitario e teleologico, insegnando esso all'individuo la capacità di "saper soffrire", a imitazione del Cristo, come una componente ineluttabile dell'esistenza in un universo imperfetto e come via obbligata alla redenzione.

La lotta contro il dolore, inteso come problema personale e tecnico, nasce storicamente con Cartesio³ (1664). Soggetto anch'esso alle leggi di natura, il dolore decade dal suo piedistallo metafisico e diventa un segnale d'allarme, col quale il corpo reagisce in autodifesa per proteggere la propria integrità contro ogni minaccia reale o fantasmatica. Da esperienza della precarietà della vita, il dolore si è trasformato in una spia di specifiche avarie somatiche.⁸ Cartesio è dunque l'estensore del primo paradigma "organocista" del dolore e l'assertore della sua funzione protettiva biologica, ripresa ed elaborata scientificamente da Sherrington⁸ 250 anni dopo.

L'influenza nefasta del dualismo cartesiano è stata enorme nei secoli successivi, fino a giungere ai nostri giorni, contribuendo, in larga parte, a deter-

minare quel processo di "medicalizzazione del dolore",⁹ espressione di una profonda trasformazione dell'esperienza e del suo significato, da parte di una civiltà tecnologica cosmopolita che ha finito col colonizzare le culture tradizionali e col disperdere sensi e valori, che ne erano le robuste radici. La moderna medicina psicosomatica ha solo parzialmente recuperato quell'unitarietà dell'esperienza dolorosa, che la schizofrenica logica cartesiana aveva innaturalmente disgiunto.

L'aspetto unitario del dolore emerge anche nel linguaggio, come se vi fosse una *κοινή* (*koinè*, lingua) comune. In quasi tutte le lingue indo-europee, vi è un solo lemma per indicare sia il dolore "fisico" che il dolore "morale": per esempio, francese *douleur*, tedesco *schmerz*. Solo la lingua inglese, particolarmente ricca di lemmi, presenta locuzioni diverse per distinguere il dolore fisico (*pain*) da quello morale (*grief, sorrow, mourning*). Ma questa distinzione la si ritrova solo a partire dal Rinascimento, con Marlowe e Shakespeare, quando l'Epoca dei Lumi e Cartesio non erano lontani all'orizzonte. E tuttavia, ancora nell'Ottocento, tale distinzione non era assoluta, se è vero che una grande poetessa e scrittrice americana, Emily Dickinson, scriveva, in una delle sue celebri composizioni: "*Pain has an element of blank*" ("Il dolore ha un elemento di oscurità")¹⁰, lasciando volutamente in ombra di specificare se si trattasse di un dolore fisico o morale. Ma mentre il linguaggio è stato fedele custode dell'unitarietà del dolore, sul piano esperienziale, invece, il dolore si è trasformato, nel tempo, complice del dualismo cartesiano, da *noumeno*, nucleo vitale e significante del vivere

umano, a *fenomeno*, espressione muta e cieca di un soffrire, che non sa più rappresentarsi e confrontarsi, perchè ha perso il suo senso e la sua ragione d'essere.¹¹ In questo tragico capovolgimento di posizioni, vi è tutta la traiettoria dell'esperienza del dolore quale viene vissuta oggi da chi ne è attore e della conseguente "lotta al dolore" perseguita, con ostinata tenacia, da chi ne è tecnicamente delegato, ovvero la classe medica, come un fatto puramente tecnico scomponibile e obiettivabile come qualunque altro evento fisico. In tal modo, la sofferenza viene spogliata del suo intrinseco significato esistenziale: l'uomo diventa sempre meno capace di accettarla come una componente inevitabile del suo consapevole confronto con la realtà e impara a rivolgersi sempre più a un organismo tecnico-sociale, deputato a funzioni assistenziali. È forse anche per questo, che le aspirazioni teleologiche di una società in profonda crisi di identità e di valori non sono rappresentate dalla felicità o accrescimento del ben-essere, ma dalla eradicazione del mal-essere, in una sorta di anestesia sensoriale-affettiva.¹¹

Comorbidità tra dolore e psicopatologia

Se è vero che il dolore ha sempre una componente psicologica, non sorprende le ben note associazioni tra dolore e psicopatologia, in particolare ansia e depressione.

In un'analisi di 275 pazienti con dolore cronico¹², la stragrande maggioranza dei pazienti (83,3%) presentava un MMPI (*Minnesota Multiphasic Personality Inventory*) patologico (almeno una scala oltre il 70° percentile). Le scale più frequentemente alterate

risultavano essere quelle della cosiddetta "triade nevrotica", ovvero la Hs (ipocondria), D (depressione) e Hy (isteria).

Alcune popolazioni dolorose risultano particolarmente "vulnerabili" alla comorbidità psicopatologica¹²:

- a) la failed back sindrome;
- b) le algie facciali atipiche;
- c) pazienti con *pending litigation* o *compensation neurosis*;
- d) pazienti difficili.

Evoluzione (?) di un concetto

La categoria nosografica di "dolore psicogeno" non ha avuto vita facile. Nel Diagnostic and Statistic Manual-II (1968),¹³ il termine non veniva neanche citato. Compare nel DSM-III (1980),¹⁴ come "disturbo di dolore psicogeno", ma già nel DSM-III-R (1987)¹⁵ il termine cessa di esistere e viene omologato al "disturbo di dolore somatoforme", per diventare, infine, nel DSM-IV-TR (2000),¹⁶ "disturbo doloroso" (*pain disorder*).

Dal punto di vista nosografico, il dolore psicogeno appartiene, almeno in larga misura, al gruppo dei cosiddetti "disturbi somatoformi", le cui caratteristiche distintive sono costituite da disturbi fisici (come il dolore) (da cui il termine "somatoforme") per i quali non vi sono reperti "organici" dimostrabili o noti meccanismi fisiologici, mentre vi è una positiva evidenza o una forte presunzione che i sintomi siano collegati a fattori e/o conflitti psicologici.

Un aspetto inquietante è rappresentato dal fatto che la diagnosi di disturbo somatoforme in pazienti internistici e algologici viene riconosciuta dai medici solo in un terzo dei casi diagnostici.¹⁷ Perciò è probabile una sotto-

valutazione del fenomeno.

Nell'ambito dei disturbi somatoformi (che comprendono la reazione di conversione, l'ipocondria, il disturbo di somatizzazione e la dismorfofobia) vi è il "disturbo doloroso" (*pain disorder*).

Quali sono i criteri per porre diagnosi di disturbo doloroso (*pain disorder*)?

Il DSM-IV-TR (2000)¹⁶ li indica:

- a) dolore severo in uno o più siti anatomici;
- b) il dolore causa stress o gravi difficoltà adattive socio-occupazionali;
- c) fattori psicologici giocano un ruolo importante nella genesi, severità, esacerbazione e perpetuazione del dolore;
- d) il sintomo non viene intenzionalmente prodotto o simulato come nei disturbi fittizi e nel malingering;
- e) il dolore non è provocato da disturbi dell'umore, ansia o psicosi. Come risulta evidente, il criterio di causalità (i.e., dolore determinato da fattori psicologici) è assente, ma si menzionano solo generici fattori psicologici influenzanti il dolore o come conseguenza del dolore stesso.

Ma qual è l'incidenza del "disturbo doloroso"? I dati epidemiologici sono scarsi e contraddittori, per le difficoltà diagnostiche summenzionate, ma si ritiene che esso sia relativamente raro. Presso il Centro per lo Studio e la Terapia del Dolore dell'Università di Milano, su 5318 pazienti afferiti nell'arco di oltre 25 anni, solo 114 pazienti (2,1%) rientravano in questa categoria nosografica. La maggior parte dei pazienti con disturbo doloroso lamentava una cefalea "psicogena" (85,1%) o algie facciali atipiche (10,5%). Solo cinque pazienti (4,4%) presentavano un disturbo doloroso in sedi extra-cefaliche.

Psicologia dinamica

Il modello psicoanalitico offre, a nostro avviso, l'adeguato quadro di riferimento per comprendere il significato o i significati dell'esperienza dolorosa. Il primo elemento in cui c'imbattiamo è quello che possiamo definire la *polisemia* del dolore, vale a dire la proprietà del dolore, quale esperienza complessa e multidimensionale, di aprirsi a più significati, talora apparentemente antinomici tra loro.¹¹ Benché il dolore sia, come già detto, un *continuum*, è evidente che molto diverso può esserne il "peso" somatico o psicogeno, a seconda dei casi.

D'altra parte, non esiste fenomeno fisico che non abbia un suo correlato psicologico e viceversa. Di conseguenza possiamo ipotizzare almeno tre condizioni:⁷

- a) gli effetti psicologici del dolore e della malattia cronica in generale (depressione, ansia, eccetera), che si ripercuotono a livello somatico, amplificando la percezione dolorosa e stabilendo infine un circolo vizioso. Un esempio tipico è il dolore da cancro o da manifeste lesioni organiche non-oncologiche;
- b) l'utilizzazione psicologica di un dolore "organico", al fine di alimentare una situazione nevrotica pre-esistente. È il caso, per esempio, di talune forme di "isteria da fissazione", in cui la conversione isterica (dolore) "sceglie" un organo già vulnerato da una patologia pregressa o in atto (e perciò superinvestito libidicamente).
- c) il fattore psicogeno, infine, come causa diretta del dolore.

Ma quali sono i significati del dolore, nascosti sotto quella che Benedetti¹⁸ ha giustamente chiamato una "ma-

schera comunicazionale", una sorta di "afasia" cognitivo-emotiva, che, nella sua componente emozionale, viene descritta anche come alessitimia¹⁹ (i.e., mancanza di parole per i sentimenti)? Oltre all'ovvio significato di "richiesta d'aiuto", il dolore può rappresentare una manifestazione di aggressività etero o auto-diretta, mediata dal lamento per un sintomo che ci fa soffrire e per il quale non portiamo responsabilità. La radice etimologica del termine "dolore" (latino *poena*) impregna di significato quest'esperienza, attraverso cui noi possiamo punire gli altri o noi stessi.

Sul piano psicodinamico, il dolore può essere considerato come:¹¹

- a) sintomo di rimozione e di difesa;
- b) equivalente "mascherato" di sindromi psicopatologiche;
- c) ricerca di autoidentità e di autoestranamento.

Il dolore come rimozione e difesa acquista le caratteristiche del "dolore isterico", quando corrisponde all'attualizzazione somatica di contenuti altamente simbolici, mentre nel cosiddetto "dolore psicosomatico" si osserva la conversione di profili emotivi, di un intero stile di vita. "Il corpo non dimentica i 'diritti dell'uomo' - scrive Benedetti¹⁸ - soprattutto quando egli dimostra d'aver dimenticato il linguaggio e il senso delle emozioni - li dice nel dolore, senza comprenderli, penetra, attraverso la tenacia del sintomo, attraverso la sordità o l'indifferenza altrui". Il corpo offre queste difese, con i suoi riflessi nocicettivi, con la cura richiesta per l'organo sofferente, con l'attenzione benevola evocata negli altri. Il dolore come "equivalente mascherato" si ha

quando questo prende, per così dire, il posto del sintomo psicopatologico, come nella "depressione mascherata". Nel caso di "equivalente depressivo" il dolore del corpo può agire come una reazione affettiva, che segnala all'Io il pericolo di una perdita (reale o fantasmatica) d'oggetto, e, in tal senso, diventa l'equivalente del lutto. Il dolore come ricerca di autoidentità lo si riscontra in pazienti che investono narcisisticamente in certe parti corporee necessarie alla propria identità. Il dolore da arto fantasma, per esempio, in cui l'arto perduto continua a essere dolorante, testimonia al paziente, proprio attraverso il dolore, la continuazione della sua esistenza come vitale parte del corpo, inseparabile da esso a dispetto di ogni realtà. Il dolore come segno di spersonalizzazione e di ricerca d'identità è osservabile talora in pazienti francamente psicotici. La loro grave lacuna narcisistica, che porta a vissuti di estraniamento, sembra venir colmata e contrastata da fenomeni di dolore. Dolore quindi come estrema difesa contro la dissociazione psicotica dell'Io.

Neuroscienze e ipnosi

L'ipnosi è la più longeva delle psicoterapie e una delle più antiche e praticate metodiche per il controllo del dolore.

Questo invidiabile "stato di servizio" denota e riflette un insuperato potere adattivo dell'ipnosi, che le ha consentito di sopravvivere persino a se stessa.

Non soltanto l'ipnosi è diventata un argomento dignitoso, maturo e appetibile per la comunità scientifica internazionale, ma, per la prima volta, viene riconosciuta come "un potente,

affidabile strumento fisiologico d'indagine sul sistema nervoso centrale e periferico".²⁰ Questa trasformazione epocale dell'ipnosi e del suo impiego, anche al di fuori della comunità ipnotica, rappresenta davvero l'inizio di una rivoluzione copernicana nel campo.

In particolare, nell'ambito del dolore, l'ipnosi non solo si è rivelata uno strumento valido ed efficace di controllo del dolore acuto e cronico, ma anche e soprattutto un formidabile scandaglio fisiologico, potente e flessibile, delle funzioni del SNC e SNP.²¹

Per meglio illustrare il senso e la portata di questa mutazione storica, vorrei citare alcuni studi, a mio giudizio, seminali. Il primo si riferisce a uno studio di *neuroimaging* con tecnica PET (*Positron Emission Tomography*) sull'analgia ipnotica del team canadese che fa capo a Pierre Rainville e pubblicato sulla prestigiosa rivista *Science* nel 1997.²² In questo ormai pionieristico studio, gli autori hanno dimostrato, in maniera elegante e convincente, che manipolando con suggestioni ipnotiche appropriate, il grado di risonanza affettiva negativa (*unpleasantness*), evocata da una stimolazione nocicettiva in un gruppo di volontari, si modificava parallelamente l'attività di strutture encefaliche (e.g., la corteccia cingolata anteriore) deputate alla codificazione della componente motivazionale-affettiva del dolore, mentre non risultava modificata l'attività della corteccia somatosensoriale primaria, deputata alla elaborazione della componente sensoriale-discriminativa dello stimolo nocicettivo. La straordinaria selettività della suggestione ipnotica nel manipolare differenzialmente le due principa-

li componenti dell'esperienza dolorosa era documentata da una strepitosa correlazione lineare tra intensità della risonanza affettiva negativa suggerita in ipnosi e livello di attivazione della corteccia cingolata anteriore. Questo studio è stato seguito da altri dello stesso gruppo e di ricercatori belgi, che hanno confermato ed esteso i risultati dello studio succitato, suggerendo che la capacità dell'ipnosi di modulare in maniera differenziale i diversi aspetti della percezione dolorosa non sia rigida, strutturale e unidirezionale, ma sia dinamica e dipendente dalla struttura e dalla formulazione della suggestione ipnotica stessa.²⁰

Rainville e collaboratori²³ hanno anche dimostrato come la semplice suggestione, in *trance*, di emozioni o stati d'animo positivi (rilassamento, sollievo, contentezza) o negativi (tristezza, paura, rabbia) sia in grado, da sola, di modulare, rispettivamente in senso positivo o negativo, l'intensità del dolore percepito, prescindendo da suggestioni finalizzate a manipolare la componente sensoriale-discriminatoria del dolore.

Al di fuori dell'ambito algologico, due distinti studi di *neuroimaging* (*Risonanza Magnetica Funzionale*) su percezioni sensoriali (uditiva e visiva) in *trance* destano grande sorpresa e interesse. Szechtman e collaboratori²⁴ hanno osservato come, durante allucinazioni uditive indotte in *trance*, si attivino le stesse aree associative (i.e., temporo-occipitali) attivate da stimoli "reali". Risultati analoghi sono stati riportati da Kosslyn e collaboratori²⁵ in uno studio di induzioni di illusioni percettive visive (i.e., percezione colorata di una immagine in bianco e nero e, viceversa, percezione in bian-

co e nero di una immagine colorata). Venivano attivate la corteccia infero-temporale e quella fusiforme, come accade durante la percezione di stimoli visivi "reali". Ciò viola manifestamente il dogma della netta distinzione tra percepito "reale" e "assente" (allucinazione) o "distorto" (illusione), dimostrando quanto labile sia il confine tra "mondo esterno" e "mondo interno", e confermando l'assunto del grande fisiologo Vernon Mountcastle,²⁶ secondo il quale "il neurone è un cantastorie". Il rapporto isomorfo tra cervello e realtà non è di omologia ma di analogia, come una mappa rappresenta simbolicamente un territorio ma non si identifica con questo.

In ambito clinico, uno studio sperimentale²⁷ ha dimostrato come l'induzione ipnotica di una paralisi motoria (funzionale) in un soggetto sano attivasse le stesse aree (i.e., corteccia mediale orbito-frontale e corteccia cingolata anteriore) attivate in un caso "genuino" di paralisi isterica.

E infine, in un importante studio sperimentale di induzione ipnotica di "dolore immaginato" (equivalente sperimentale del dolore psicogeno),²⁸ le strutture cerebrali attivate dalla stimolazione nocicettiva (dolore somatogeno) erano le stesse attivate in assenza della stimolazione nocicettiva (dolore immaginato o psicogeno), sia pure con un differente e minore gradiente di attivazione.

Le conclusioni di questi studi, straordinariamente univoche, suggeriscono che il vecchio confine tra realtà percepita e realtà esperita, tra percezione di stimoli reali (esterni) e quella di stimoli reali (interni), non abbia più ragione d'essere. Ciò è vero anche per il dolore.

DOLORE PSICOGENO: È TUTTO NELLA MIA MENTE?

*Nihil est in intellectu, quid non fuerit
in sensu, nisi intellectus ipse.*

Leibnitz,

*Nuovo Trattato sull'Intelletto Umano*²⁹

Limiti del dualismo/riduzionismo

Il dualismo cartesiano e il riduzionismo, con il modello del “doppio stato” del dolore (somatico e psicogeno), presentano insuperabili limiti epistemologici, con pesanti ricadute anche sul piano clinico. Piuttosto che chiederci se un dato dolore sia somatico o psicogeno, dovremmo chiederci se la domanda sia proponibile ed euristica-mente valida.

L'etichetta di malattia mentale e di dolore psicogeno, in assenza di evidenti correlati organici e di altrettanto evidenti conflitti psicopatologici, non solo è scientificamente insostenibile, ma comporta uno stigma emarginante per il paziente, con conseguente compromissione della relazione terapeutica, precludendo spesso di fatto ogni possibilità concreta di trattamento. Vi è anche il rischio che l'ingiustificata attribuzione di determinanti psicopatologici a pazienti che di fatto non ne hanno conduce a un'amplificazione dei correlati psicologici che possono pure essere presenti (come comorbidità) e a sottovalutare o ignorare patologie mediche concomitanti.³⁰

Patologie dolorose inspiegabili non legittimano la loro classificazione, *ipso facto*, come “disturbi mentali” sulla base della cosiddetta “inferenza psicogena”.

In definitiva, il dualismo/riduzionismo,

con la sua speciosa dicotomia in ambito algologico, solleva più problemi di quanti pretenda di risolvere.

Un dolore senza corpo non è meno assurdo di un dolore senza mente.

Una soluzione interlocutoria è stata recentemente proposta da Sykes³⁰ per tutti i disturbi somatoformi, incluso il “disturbo doloroso”. E' il cosiddetto modello della “doppia diagnosi”, già adottato per altre patologie psicosomatiche di non chiara eziopatogenesi, come, per esempio, il colon irritabile. Secondo tale modello il “disturbo doloroso” verrebbe classificato come disturbo fisico (o come condizione medica generale, secondo il linguaggio del DSM), con la diagnosi aggiuntiva di disturbo mentale nei soli casi in cui vi sia una positiva evidenza per tale disturbo.

Il dolore come sistema complesso

Le rivoluzionarie scoperte della fisica quantistica e dei sistemi complessi offrono un nuovo, originale modello interpretativo del dolore, in grado di superare i limiti epistemologici del dualismo/riduzionismo e del tradizionale modello biomedico di causalità lineare, così come la meccanica dei quanti da oltre un secolo ha rivoluzionato la “vecchia” meccanica newtoniana.

Il modello postula che il dolore rappresenti un sistema complesso, governato non più e non solo dal principio deterministico di causalità (somatico vs. psicogeno), ma da quello di probabilità, ben dimostrato nella fisica subatomica e alla base della meccanica quantistica. Non si parla più di strutture e funzioni, ma di “eventi”, che possono assumere funzioni d'onda, variabili nel tempo, e la cui confi-

gurazione morfo-funzionale presenta una probabilità di evenienza, contingente nel tempo. La meccanica quantistica ha abolito la nozione di oggetti fondamentalmente separati, vede l'universo come una inestricabile rete di funzioni fisiche e mentali (i.e., massa ed energia, secondo la ben nota legge della relatività di Einstein) le cui parti sono definite soltanto dalle loro relazioni con il tutto.^{31,32}

A livello atomico, la materia ha un aspetto duale: si manifesta come particella e come onda. L'aspetto che essa assume dipende dalla situazione: in alcuni casi predomina l'aspetto corpuscolare, ma in altri quello ondulatorio. Questa natura duale è tipica della luce e di tutte le altre radiazioni elettromagnetiche. Niels Bohr (citazione in Capra³³) considera la rappresentazione corpuscolare e quella ondulatoria come due descrizioni complementari della stessa realtà.

Non dissimilmente, il mondo orientale e il buddismo in particolare, definiscono le strutture del mondo come maya ovvero “solo forme mentali”. La vita non è una cosa o uno stato, ma un continuo mutamento.

Nell'ambito della nocicezione, potremmo definire come “esonocicezione” l'elaborazione di stimoli provenienti dal mondo esterno, operativamente identificabile col “dolore somatico”, ed “endonocicezione” l'elaborazione di stimoli provenienti dal mondo interno e operativamente identificabile con il “dolore psicogeno”.

In questo paradigma, la dicotomia è solo apparente, perchè il dolore si configura come uno spettro di continuità, a un'estremità del quale si colloca il dolore somatico “puro” e all'al-

BIBLIOGRAFIA

- 1) Sternbach RA. Pain Patients. Traits and Treatments. Academic Press, New York, 1974.
- 2) Engel GL. "Psychogenic" pain and the pain-prone patient. *Am J Med*, 1951; 26: 899-918.
- 3) Descartes (Cartesio) R. L'Homme, Charles Angot, Paris, 1664.
- 4) Merskey H, Bogduk N. Classification of Chronic Pain. 2nd. Ed, IASP Press, Seattle, 1994.
- 5) Melzak R, Casey KL. Sensory, motivational and central control determinants of pain: a new conceptual model. In "The Skin Senses", Thomas, Springfield, IL, 1968.
- 6) Deutsch F. On the mysterious leap from the mind to the body. International Universities Press, Madison, CT, 1959.
- 7) De Benedittis G. Soffrire oggi: ritratto dell'Uomo dei Dolori. Infermieristica Neurochirurgica. Atti del XIV Congresso Nazionale dell'Associazione Italiana delle Infermiere e Infermieri di Neurochirurgia, pp. 23-33, Edimes, Pavia, 1989.
- 8) Sherrington CS. Cutaneous sensations. In E.A. Schäfer (Ed.) "Textbook of Physiology", pp. 920-1001, Pentland, London, 1900.
- 9) Illich I. Limits to Medicine. Medical Nemesis: the espropriation of health. Maryoon Boyars Publ Ltd, London, 1976. Trad. it. (a cura di D. Barbone) "Nemesi medica: l'espropriazione della salute", Mondadori, Milano, 1977.
- 10) Dickinson E. The Complete Poems, Edited by Thomas Johnson, Little, Brown, London, UK, 1960.
- 11) De Benedittis G. Un dono avvelenato: il senso nascosto del dolore. Editoriale. *Pathos* 1996; 3 (4): 111-119.
- 12) De Benedittis G. Correlati psicopatologici del dolore cronico. *Italian Journal of Psychopathology* 2006; vol. 12 (supplement), pp. 146.
- 13) American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 2nd ed, Washington (DC), American Psychiatric Association, 1968.
- 14) American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 3rd ed., Washington (DC), American Psychiatric Association, 1980.
- 15) American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 3rd ed. revised, Washington (DC), American Psychiatric Association, 1987.
- 16) American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4rd ed., Text Revision, Washington (DC), American Psychiatric Association, 2000.
- 17) Fink P, Hansen MS, Sondergard L. Somatoform disorders among first-time referrals to a neurology service. *Psychosomatics* 2005; 46:540-548.
- 18) Benedetti G. Il significato del dolore. In "Atti del I° Corso Nazionale di Aggiornamento su 'La Terapia del Dolore' della S.I.M.F.E.R. (Società Italiana di Medicina Fisica e Riabilitazione)", pp. 7-23, S.I.M.F.E.R., Milano, 1981.
- 19) Nemiah JC, Sifneos PE. Affect and phantasy in patients with psychosomatic disorders. In O. Hill (Ed.) "Modern Trends in Psychosomatic Medicine", Butterworth, London, 1970.
- 20) De Benedittis G. Understanding the multidimensional mechanisms of hypnotic analgesia. *Contemp. Hypnosis* 2003; 20(2): 59-80.
- 21) De Benedittis G, Del Castello E, Valerio C. Dall'ipnosi ericksoniana alle neuroscienze. L'ipnosi tra scienza, cultura e tecnica terapeutica. Franco Angeli Ed, pp. 176, 2008.
- 22) Rainville P, Duncan GH, Price DD, Carrier B, Bushnell MC. Pain affect encoded in human anterior cingulate but not somatosensory cortex. *Science* 1997; 277: 968-971.
- 23) Rainville P, Bao Q, Chrétien P. Pain-related emotions modulate experimental pain perception and autonomic responses. *Pain* 2005; 118 (3): 306 - 318.
- 24) Szechtman H, Woody E, Bowers KS, Nahmias C. Where the imaginal appears real: a positron emission tomography study of auditory hallucinations. *PNAS* 1998; 95 (4): 1956-1960.
- 25) Kosslyn SM, Thompson WL, Costantini-Ferrando MF, Alpert NM, Spiegel D. Hypnotic visual illusion alters color processing in the brain. *Am J Psychiatry* 157: 1279-1284, 2000.
- 26) Mountcastle VB. The view from within. Pathways to the study of perception. *John Hopkins Med J*, 136: 109-131, 1975.
- 27) Halligan P, Athwal B, Oakley D, Frackowiak R. Imaging hypnotic paralysis: implications for conversion hysteria. *The Lancet* 2000; 355 (9208): 986 - 987.
- 28) Derbyshire SWG, Matthew G, Whalley V, Stenger A, Oakley DA. Cerebral activation during hypnotically induced and imagined pain. N kes R. Somatoform disorders in DSM-IV: mental or physical disorders? *J Psychosom Res* 2006; 60: 341-344.
- 31) Dirac P. I principi della meccanica quantistica. Bollati Boringhieri, Torino, 1971.
- 32) Schwabel F. Quantum mechanics. Springer, Berlin, 2002.
- 33) Capra F. Il Tao della fisica. Adelphi, Milano, 1975.
- 34) Backonja M. Neuropathic pain: from diagnosis to treatment. Presentation. XII World Congress on Pain, Glasgow, Scotland, UK, 2008.
- 35) De Benedittis G. L'approccio multimodale sistemico nel trattamento del dolore cronico non-oncologico: dieci anni di esperienza. *Algos* 1987; 4 (1-2): 22-41.
- 36) Korn H, Faure PH. Is there chaos in the brain? II. Experimental evidence and related models. *C.R. Biologies* 2003; 326: 787-840.

XV CORSO

L'IPNOSI NEL CONTROLLO DEL DOLORE

Milano

18-19 ottobre 2008 | 15-16 novembre 2008 | 13-14 dicembre 2008 | 17-18 gennaio 2009
ECM: accreditamenti richiesti (precedente edizione: 36 crediti per Medici, 46 per Psicologi)

Centro per lo Studio e la Terapia del Dolore, Università di Milano
Tel. 02/55035518. www.cstdol.it. giuseppe.debenedittis@unimi.it