

# IL DOLORE COME CONCAUSA DEGLI INSUCCESSI

T. BARCHITTA, G. URSO\*

Centro Chiros Presso Urbani, Roma

\* Studio di Fisioterapia e Riabilitazione della Mano, Milano

## *Pains as aggravation in failures.*

**SUMMARY.** *In the latest years greater attention has been given to the understanding of the pain experience both in the medical and the physiotherapeutic worlds. Pain can be described as a multidimensional experience with many contributing and interacting biological and pathobiological mechanisms. These mechanisms may be nociceptive, peripheral neurogenic, central, affective, cognitive or relate to the poor concordance between the motor and autonomic nervous systems. In the algoneurodystrophic syndrome many clinical pictures with common characteristics are recognized, but the literature does not inform us about studies that reconduct to the source of the painful symptomatology. Hand therapists must not forget that individuals perceive pain in different ways and so different must be the therapeutical protocols adopted. This article is meant to provide further informations about methods and instruments of valuation in the treatment of pain thus contributing, with our experience, to reduce therapeutical failures. Riv Chir Mano 2001; 38: 219-225*

## KEY WORDS

Pain, emotion, reaction, homeostasis, desensitisation, integration

## RIASSUNTO

*Negli ultimi anni, sia nel mondo medico che in quello fisioterapico, si è riscontrato un maggior interesse nella comprensione dell'esperienza del dolore. Lo si può definire un'esperienza multidimensionale dove interagiscono molti meccanismi biologici e patobiologici. Questi meccanismi possono essere nocicettivi, neurologici periferici, centrali, affettivi, cognitivi o riferirsi alla mancata integrazione fra Sistema NeuroVegetativo e Sistema Somatomotore. Nella sindrome Algoneurodistrofica si riconoscono molti quadri clinici con caratteristiche comuni, ma la letteratura non ci informa su studi che riconducano alla fonte di origine della sintomatologia dolorosa. I terapeuti della mano devono sempre tener presente che la percezione del dolore è individuale, così come deve esserlo il protocollo terapeutico. In questo articolo si cerca di fornire ulteriori informazioni su metodi e strumenti di valutazione nel trattamento del dolore contribuendo, con la nostra esperienza, a ridurre gli insuccessi terapeutici.*

## PAROLE CHIAVE

Dolore, emozione, reazione, omeostasi, desensitizzazione, integrazione

## INTRODUZIONE

“Se il dolore è sufficientemente intenso e prolungato, le reazioni mobilitano la totalità delle strutture nervose e diventa la preoccupazione do-

minante del soggetto qualunque sia la sua attività anteriore” (1).

Non solo il dolore è il fattore primario di motivazione nel cercare una cura medica ma è probabilmente anche il mezzo tramite il quale la gente è

spinta ad abbandonare o ritardare le normali attività quotidiane.

Il dolore può contribuire ad aumentare un'aggressività, promuovere un deterioramento delle relazioni con la famiglia e gli amici, distruggere la stabilità finanziaria.

Sarà dunque, dal punto di vista pratico, di grande aiuto avere una buona comprensione di questo fenomeno.

È da questa esigenza che noi terapisti della mano, in questo lavoro abbiamo cercato di affrontare più approfonditamente, la peculiarità che normalmente si riscontra nelle patologie della mano.

La presenza del dolore condiziona significativamente l'esito della terapia ed è per questo motivo, che stiamo proponendo una visione più ampia nell'impostazione dei nostri protocolli, che tenga presente parallelamente, sia l'intervento riabilitativo puramente tecnico, che quello legato alla sintomatologia dolorosa.

Ribadiremo anche successivamente che in questo impegno non ci discosteremo mai dal rispettare lo spazio di intervento che ci consente il nostro profilo professionale.

### Condizioni predisponenti al dolore

Il dolore è quindi un'emozione.

Emozioni forzate, emozioni shock, emozioni sovrapposte, tensioni emozionali... caratterizzate dall'intensità costante e dalla lunga durata.

Le condizioni predisponenti al dolore (a prescindere dalla "causa" di origine) possono essere riconducibili ad un sovraccarico esistenziale, quindi ad un momento critico dell'esistenza, che il meccanismo di corporizzazione o somatizzazione permette di alleggerire (1).

La forma di somatizzazione di un individuo dipende dalla sua eredità, dagli effetti congeniti, dal suo passato psicologico, dagli agenti esteriori ecc. (1).

L'inizio e il mantenimento delle somatizzazioni sono in rapporto con la rottura regolare di investimenti affettivi importanti per il paziente...(1).

Questa rottura di investimenti affettivi provoca o

è accompagnata da un certo numero di squilibri dell'economia omeostatica.

I modi di difesa saranno:

- assuefazione: coabitare con il dolore (il dolore diventa sentimento)
- specializzazione: sopravvivere al dolore (ristrutturazione dell'essere)
- sublimazione: nutrirsi del dolore (crearsi un mondo a parte)

Da un punto di vista funzionale il cosiddetto Sistema Autonomo e il Sistema Somatomotore Scheletrico concorrono in maniera integrata al mantenimento della omeostasi.

Il Sistema Nervoso non è più scindibile in una porzione somatica cerebrospinale ed una porzione viscerale "autonoma"; adatteremo perciò la definizione di Sistema Neuro Vegetativo (SNV) abbandonando la vecchia definizione di Autonomo.

Il SNV innerva tutti i tessuti eccetto il muscolo striato; è in grado di controllare l'atto respiratorio, la circolazione sanguigna, la digestione, la produzione neuro-endocrina, la temperatura e le funzioni sessuali, intervenendo anche nella regolazione fusimotrice.

Tale controllo contribuisce a determinare la qualità delle risposte comportamentali e predispone il corpo umano a fronteggiare situazioni di alterazioni mediante una modulazione delle attività biologiche poste sotto la sua influenza.

Ma di nostro interesse non sarà solo il legame tra sensazione dolorosa e correlati neurovegetativi, quanto capire e fronteggiare patologie dolorose in cui il SNV perde i suoi connotati di sistema di reazione, per acquisire quelli di un sistema in grado di mantenere il sintomo dolore.

(Dolore mantenuto dall'attività simpatica: Sympathetically Maintained Pain, SMP - Roberts).

Dolore che limita la funzione, che ostacola il recupero e che caratterizza gli insuccessi terapeutici.

### Diagnosi differenziale con algoneurodistrofia

Attualmente la denominazione di algoneurodistrofia, riconosciuta in letteratura specie quella di lingua anglosassone, è stata sostituita dal termine

“Distrofia simpatico-riflessa” (Reflex Sympathetic Dystrophy).

Il termine Dolore mantenuto dall'attività simpatica, non può essere usato come sinonimo di RSD.

L'RSD è un tipo di SMP, ma non tutti i tipi di SMP hanno le stesse caratteristiche dell'RSD. (5)

Il termine RSD è descrittivo dei cambiamenti osservabili che avvengono durante questa sindrome:

- Riflesso: risposta neurale ad uno stimolo
- Simpatico: che coinvolge l'attività simpatico riflessa
- Dis: anomalo
- Trofia: nutrizione, benessere

Ci troveremo quindi di fronte ad una turba dell'attività simpatica con esaltazione della funzione di regolazione neurovegetativa e conseguente disturbo della regolazione della microcircolazione.

\* segni clinici: dolore, turbe vasomotorie, edema, rigidità articolare

\* segni radiologici: osteoporosi

\* segni biologici ed eziologici: negatività dei test di indagine per la flogosi con VES normale, bilancio calcio-fosforo normale e molte volte assenza o trauma lieve e banale nella anamnesi.

Ma in questo quadro clinico si riconoscono una quantità di sindromi quali: osteoporosi dolorosa post-traumatica, atrofia di Sudek, nevralgia ingravescente post-traumatica, simpatalgia, sindrome spalla-mano, spalla congelata, sclerodattilia post infartuale, ecc... apparentemente molto diverse ma che presentano caratteristiche comuni.

Il termine RSD diremo che è in qualche modo sviante perché implica una causa-effetto non nota che deve ancora essere dimostrata.

Non vi sono infatti in letteratura studi che dimostrino che l'attività simpatica anomala sia la causa di questa sindrome.

Si manterrà il ben noto termine RSD finché non esisterà una migliore comprensione e classificazione di questa sindrome.

Predire il corso dell'RSD è analogo al dilemma di un meteorologo nel tracciare una mappa della traiettoria di un uragano.

“L'uragano neurovasomotorio” dell'RSD mostra variabili “start and stop” (punti di partenza e di arresto) e temute ricorrenze (recidive).

## Valutazione e trattamento riabilitativo del dolore

La premessa nell'impostare una strategia in una sindrome dolorosa è di possedere capacità di ragionamento clinico.

- Pensieri ed emozioni risultanti sono unici
- Nessun modello di dolore sarà mai uguale
- Due persone non reagiranno mai allo stesso modo.

La chiave di una strategia di ragionamento è riconoscere che i terapeuti della mano devono prendere delle decisioni basate sulle informazioni raccolte in un numero di categorie.

L'informazione quindi è necessaria in tutte queste categorie per la migliore comprensione del problema e quindi del migliore processo di gestione.

La prima categoria è rappresentata dai meccanismi patobiologici.

I terapeuti devono cercare di identificare i meccanismi di dolore predominanti in azione:

- Stato dei tessuti
- Colore
- Temperatura
- Viscosità miofasciale
- Sudorazione.

Questo dovrà essere un'integrazione alle loro preesistenti capacità di valutazione delle condizioni dei tessuti (salute del tessuto, stato di guarigione, ecc.).

Così come la valutazione degli stati di guarigione fornisce le informazioni sulla prognosi, sulle precauzioni e sulla gestione nel trattamento, allo stesso modo avverrà nella valutazione delle condizioni di dolore patobiologico.

La seconda categoria è rappresentata dalle disfunzioni.

Sono le espressioni cliniche della patobiologia che il terapeuta trova durante la valutazione del paziente.

Un momento chiave nel ragionamento è l'importanza della priorità.

Per esempio una rigidità articolare può non essere prioritaria in un paziente in stato iperalgesico pregresso relazionata ad un meccanismo centrale; tentativi di mobilitare tali rigidità possono semplicemente essere un input addizionale di sistema

che il corpo non è in grado di gestire e che portano a focalizzare il paziente sull'anomalia e la debolezza del tessuto.

La disfunzione può essere generale: difficoltà nello scrivere, nell'afferrare o nell'eseguire un particolare compito; o specifica: muscoli lombricali deboli, una compressione del nervo mediano o uno scafoide instabile.

Ci può essere anche una disfunzione mentale e psicologica, dove si possono riconoscere pensieri, convinzioni ed emozioni non arrendevoli nei confronti del dolore.

- Storia recente (ultimi 4-5 anni)
- Eventi traumatici fisici
- Eventi traumatici emozionali (lutti, abbandoni, separazioni, crolli finanziari)

È di particolare interesse sottolineare ulteriormente che il non essere in grado di metabolizzare un distacco è un fattore predisponente, ma lo riteniamo assolutamente condizionante per il trattamento che si trasformerà in un percorso attraverso il quale il paziente dovrà "lasciare la presa" e riconciliarsi con se stesso.

Entro certi limiti ed in tandem con altre terapie se richieste, i terapeuti della mano possono affrontare una modesta disfunzione mentale e psicologica.

Anche questo fa parte della terapia.

Una chiara e rassicurante spiegazione seguita da dimostrazioni pratiche e comprensibili può essere un momento favorevole per indirizzare il paziente in una direzione più adattabile ed arrendevole.

Alcune disfunzioni tuttavia possono essere difficilmente adattabili e profondamente fortificate e necessitano quindi di un'ampia attenzione terapeutica da parte di psicologi clinici competenti e medici specialisti appropriati.

Le cause rappresentano la terza categoria.

Queste possono essere definite come luogo verso il quale l'intervento terapeutico dovrebbe essere teoricamente mirato.

Le origini dominanti di un meccanismo di dolore possono essere in una guaina tendinea e in presenza di dolore nocicettivo così come possono essere ampiamente disperse attraverso tutto il S.N.C.; per esempio nel corno posteriore, nella formazione reticolare o nel cervello.

Per noi è importante che sia chiaro il concetto che: più il problema è complesso e cronico più complessi e diversi sono i meccanismi di dolore, quindi sarà inutile dirigere l'intervento ad una specifica causa.

La localizzazione del dolore e dell'aumentata sensibilità non necessariamente localizza il meccanismo sottostante.

La prognosi è una categoria di ragionamento cruciale alla quale il terapeuta dovrebbe contribuire confrontandosi con il referto del medico e la descrizione del paziente.

L'integrazione della scienza del dolore e dei meccanismi di dolore discussi dà facoltà alla categoria dei terapeuti della mano di poter prendere decisioni.

Il trattamento non si discosta molto da quello dell'algoneurodistrofia, se non in tre punti sostanziali:

1. reazioni "individuali"
2. tempi personalizzati
3. prognosi variabile.

Nella nostra esperienza riscontriamo che il trattamento debba volgere immediatamente ad aiutare il paziente a ridurre la sintomatologia dolorosa.

Gli interventi più significativi in questo senso sono:

Desensitizzazione, applicazioni di caldo o freddo, bagni alternati, terapia "occupazionale", interventi su altri distretti corporei: RPG, bilanciamento cranio sacrale.

La desensitizzazione agisce sull'eccessiva sensibilità della mano; è un programma sempre molto valido e molto semplice perché il paziente si gestisce da solo; è importante insegnare al paziente la gestione autonoma del programma.

- Strumenti e metodi:

### **Desensitizzazione**

- Kit di differenti materiale ad intensità crescente (farina di semola, lenticchie, mais, ceci, ghiaia, ecc...), dalla più gradevole alla più sgradevole al tatto del quale il paziente dovrà affondare la mano e strofinare le zone ipersensibili.

- Utilizzare 1 minuto di contatto con ogni materiale con 1 minuto di pausa per 4 volte al giorno si inizia da quella più piacevole continuando fino a quella meno tollerabile e concludendo a ritroso.
- Usare degli abbassa-lingua con applicato: del cotone idrofilo, del velcro ruvido, della carta vetrata per stimolare i territori più sensibili, il tutto per “riallenare” la sensibilità e diminuire l’ipersensibilità.

### Applicazioni di caldo o freddo

- Paraffino terapia
- Terapia del fresco
- Utilizzare al bisogno secondo la preferenza del paziente che ci informerà di un suo stato di maggior benessere verso il caldo o verso il fresco.

### Bagni alternati

- 2 vasche piene d’acqua: una calda a circa 38°, l’altra fredda con cubetti di ghiaccio
- spugne di varia densità e grandezza
- utilizzare 1 minuto di immersione per ogni vasca per 15 minuti consecutivi, iniziando e finendo con l’acqua calda, il tutto per facilitare la rivascularizzazione dei tessuti e la riduzione dell’edema.

### Terapia “occupazionale”

- Si utilizza il primo periodo di trattamento invitando il paziente a fermarsi più a lungo nel nostro studio e a coinvolgerlo nelle attività giornaliere per osservarlo, correggerlo e renderlo consapevole dell’uso “scorretto” della mano e dell’atteggiamento posturale globale
- Si consiglieranno prese a due mani, rallentamento dei movimenti, prese piccole e grandi il tutto per riaprire il contatto con il mondo esterno.
- A casa si potrà utilizzare un feedback sonoro (orologio) per riportare periodicamente l’attenzione all’uso della mano altrimenti facilmente isolata.

### Interventi su altri distretti corporei

- RPG
- Bilanciamento cranio sacrale
- Utilizzabili al momento in cui il pz. mostrerà segni di stanchezza all’intervento diretto sulla mano e, attraverso atteggiamenti posturali, ci farà intuire che si è creato uno stato di tensione generale significativo per il nostro obiettivo di reintegrazione della parte lesa.  
Le tecniche citate intervengono sul riequilibrio posturale; una con un approccio prevalentemente strutturale, l’altra agendo sul trauma fisico-emozionale.  
Entrambe permettono di entrare in una sfera di contatto nuova con il paziente che ci aiuterà ulteriormente nella valutazione globale.

### Aspetti clinici della mano inibita dal dolore (atteggiamento globale al dolore)

Indipendentemente dall’origine ci sono una varietà di fattori che influiscono sulla valutazione della sindrome dolorosa e vi sono differenti tipi e fasi di dolore.

Nella stesura del protocollo riabilitativo il primo intervento è quello di riconoscere i due momenti più significativi dello stato di dolore: dolore acuto o cronico?

Il dolore è descritto come acuto quando dura per meno di sei mesi; è descritto come cronico quando dura oltre sei mesi.

#### Dolore acuto

Valutando il paziente in una visione globale noteremo:

- atteggiamento protettivo nei confronti dell’arto lesa
  - normalmente l’arto lesa è sostenuto da quello sano;
- l’arto in toto si presenta con:
1. spalla sollevata
  2. gomito semiflesso
  3. mano supinata

- la mano si presenta:
  1. distrofica (negativa)
  2. con edema - distrettuale (di uno o più dita)  
- globale (mano in toto)
  3. cianotica
  4. a chiazze
  5. temperatura alterata (calda)

### Dolore cronico

- atteggiamento dimesso, depresso
- l'arto lesa abbandonato lungo il corpo

l'arto in toto si presenta con:

1. spalla ipotonica abbassata dal peso del braccio stesso
2. gomito esteso con discreta lassità articolare
3. mano pronata con pollice addotto

- la mano si presenta:
  1. atrofica (anchilosi)
  2. di colore eburneo
  3. affusolata
  4. fredda

### RISULTATI

Oltre a questi atteggiamenti abbastanza tipici, può essere difficile valutare il grado di sofferenza di un individuo spesso incapace di comunicare la localizzazione e l'intensità del dolore e, impreciso nell'interpretare i suoi stati interiori.

Poiché gli individui variano ampiamente nel loro modo di descrivere il dolore anche per lo stesso stimolo, sono stati creati protocolli, questionari e sistemi di misurazione della soglia del dolore. Viene richiesto cioè, di indicare sia a che punto lo stimolo diventi doloroso, sia dove non sia più tollerabile.

Quantificare i risultati è obiettivamente difficile in virtù di quanto sinora detto ma, possiamo racchiuderli in due punti essenziali: buoni e cattivi risultati.

- Buoni risultati :

1. il paziente dopo le prime sedute rimane in trattamento da noi; si è instaurato un rapporto di fiducia e, in ogni caso, comunque vada, collabora per migliorare il suo stato di vita, la sua ripresa professionale e psicologica.

2. il paziente rimane, ma trasforma il suo impegno terapeutico in qualcosa che sottolinei il suo stato di dolore giustificandosi nei confronti dei parenti (marito, genitori, ecc...).

3. il paziente rimane, collabora, è ben intenzionato ma non migliora.

In questo caso la variabile tempo richiede l'intervento di una pausa terapeutica.

- Cattivi risultati

Il paziente non rimane: decide di non volersi curare e con scuse più o meno attendibili non si presenta più.

### CONCLUSIONE

Chi vive un'esperienza di dolore tende a mostrare comportamenti o segnali abbastanza tipici inclusi segnali espressivi e intelligibili.

È bene quindi osservare con discrezione il viso, gli occhi, le "smorfie" del paziente, ascoltarne il lamento o addirittura il pianto.

In postilla a quanto sinora detto riteniamo importante sottolineare l'importanza dell'ascolto attraverso il contatto delle mani, del tono di voce, della discrezione, dell'educazione e della professionalità del terapeuta nonché all'accoglienza e alla stato del luogo del trattamento.

E tutti noi sappiamo quanto una postilla possa modificare la più inviolabile delle leggi!

### BIBLIOGRAFIA

1. Berthe Alan M CM K. Cura delle sindromi algodistrofiche; 8° Corso di ortesi e riabilitazione della mano e dell'arto superiore; 1992; 26.

2. Turner De Palma M, Weisse CS. Psychological influences on pain perception and non-pharmacologic approaches to the treatment of pain; *J Hand Ther* 1997; 10: 183-91.
3. Casale R. Il dolore mantenuto dal Simpatico. *Quaderni di medicina del lavoro e medicina riabilitativa. Aggiornamenti in riabilitazione* 2; 5: 65-77
4. Hardy MA, Hardy SGP. Reflex Sympathetic Dystrophy. *J Hand Ther* 1997; 10: 137-50.
5. Lankford LL. Reflex Sympathetic Dystrophy; Rehabilitation of the hand: Surgery and therapy; 1995; 45: 779-815.
6. Gifford LS. The integration of pain sciences into clinical practice. *J Hand Ther* 1997; 10: 86-95.