

Dolore

Dal congresso mondiale di Milano la sfida delle cure nei casi cronici: rimuginare amplifica la percezione. Aiuta una psicoterapia associata al trattamento. Scariche chimiche, reazioni a cascata, neuroni mutati

Stop a quella tempesta nel cervello

MARIAPAOLA SALMI

Dopo i 70 anni una persona su due ha a che fare con una sintomatologia dolorosa che nella gran parte dei casi cronicizza fino ad evolvere in malattia. I ricercatori che hanno partecipato al 14° congresso mondiale dell'International association for the study of pain (Iasp), a Milano, lo hanno chiamato "effetto catastrofe", ovvero la tendenza a rimuginare sul proprio dolore con il risultato di amplificarne la percezione di un buon 30 per cento. Guai allora pensarci troppo.

Ma come intervenire? Intan-

to è necessario aumentare l'aderenza al trattamento (solo un paziente su quattro segue i consigli medici). «Poiché ogni malato percepisce e vive fisicamente ed emotivamente il dolore in maniera personale - spiega Phyllis Butow, dell'università di Sydney - non ama assumere pillole e si preoccupa della dipendenza e degli effetti collaterali».

La comunicazione medico-paziente andrebbe ottimizzata seguendo le linee guida prospettate dallo Iasp: fare domande e rispondere rassicurando, ascoltare il paziente, coinvolgerlo nelle decisioni e nel trattamento, educare i familiari. «Addentrarsi in spiegazioni eccessive genera un condizionamento negativo, la questione più importante riguarda l'ampia gamma di cure disponibili che confonde il paziente - sottolinea Paolo Marchettini, responsabile del Centro di medicina del dolore all'ospedale San Raffaele di Milano - tutte le cure funzionano almeno un po', ma non sempre, e talvolta è meglio associarle alla psicoterapia».

Il dolore, indipendentemente da causa e localizzazione, è unico e nasce nella testa. Una complessa malattia che oggi si

può "vedere" sebbene la componente emotivo-affettiva, così come quella legata alla predisposizione genetica, restino inesplorabili. «Le moderne tecniche di *brain imaging* - precisa Irene Tracey, dell'università di Oxford - consentono di guardare le aree cerebrali mentre si genera l'esperienza dolorosa e permettono di seguire la reazione a cascata con l'attivazione di altre aree che peggiorano il dolore attraverso ansia, paura, depressione, disturbi del sonno».

L'impulso doloroso arrivato al talamo, centralina che filtra e smista le informazioni, viene inviato alla corteccia pre-frontale che lo localizza, da qui passa alla corteccia frontale deputata ad elaborare l'esperienza dolorosa. «L'impiego della Pet, della risonanza magnetica funzionale e di marcatori radioattivi - spiega Marchettini - permette di osservare le modifiche delle aree cerebrali coinvolte, che consistono nella liberazione di mediatori chimici (dopamina, serotonina), in un maggior consumo di glucosio o in una diversa densità dei neuroni stessi». Senza dimenticare il

La visione delle aree cerebrali mentre si genera l'esperienza dolorosa



I NUMERI

In Europa 80 milioni di persone soffrono di dolore cronico. Sono 500 milioni le giornate di lavoro perse (34 miliardi di euro annui)



IL PAZIENTE

È donna (56%) tra i 35 e i 50 anni un reddito medio tra i 20 e i 40 mila euro annui molto stressata e con istruzione medio-bassa



L'INTENSITÀ

Un adulto su cinque soffre di dolore da moderato a severo. In cima alla classifica mal di schiena e mal di testa



IL LAVORO

Una persona su 5 per il dolore cronico perde o cambia lavoro. Più si è istruiti meno si sente il dolore e la sua persistenza

