



Ospedali Riuniti Di Bergamo



Ascoltare il dolore. Trattamento del Dolore e misura della “Qualità della Vita” in un setting sperimentale “integrato” nel contesto ospedaliero.

R.M.Scognamiglio, M.Fortis, S.Moroni, A.Aloisi, L.Corona, D.Corona

Istituto di Psicosomatica Integrata – Milano; Ospedali Riuniti di Bergamo; Facoltà di Psicologia, Università degli Studi di Milano - Bicocca

IV CONGRESSO NAZIONALE GRP

Gruppo per la Ricerca in Psicosomatica
Università “G. d’Annunzio”, Chieti-Pescara

25, 26, 27 maggio 2007

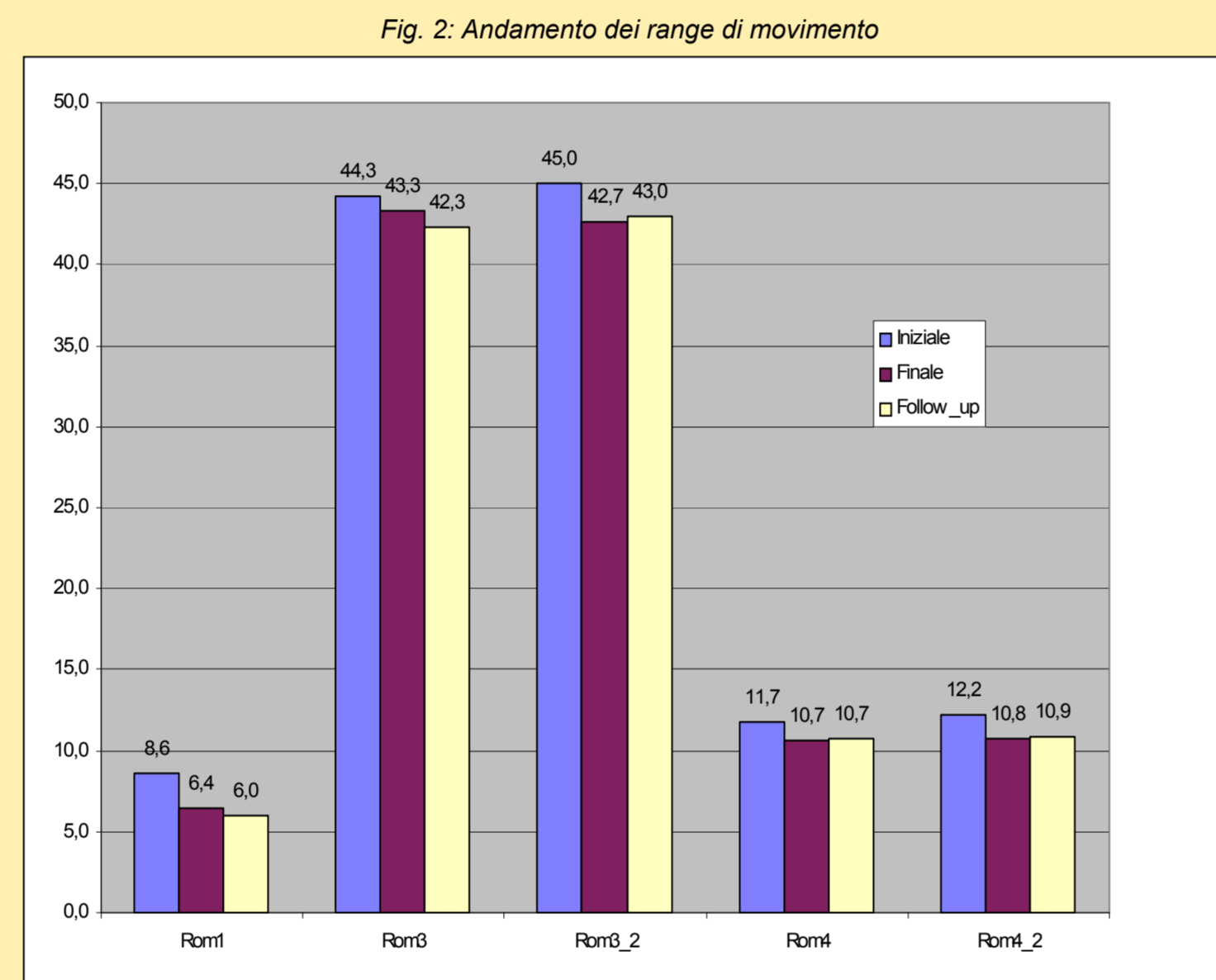
Il dolore alla colonna vertebrale

Circa l'80% degli individui durante la vita lavorativa soffre di mal di schiena con livelli diversi di gravità (Nachemson 1983; Frymoyer 1996).

Di questi solo il 20% presenta un danno anatomico-patologico oggettivamente diagnosticabile a livello vertebrale (Bigos e Battie, 1992). I dolori spinali e le limitazioni funzionali ad essi correlate rappresentano una delle più frequenti cause di astensione dalla attività lavorativa e di spesa pubblica nel panorama socio-sanitario nazionale. (Carragee 2004). Da molti anni, inoltre, sono noti aspetti della patologia reumatologica che si inquadrano tra i disturbi dolorosi muscoloscheletrici senza causa organica apparentemente identificabile (secondo la classificazione dell'Associazione Internazionale per lo Studio del Dolore). Per molti autori una lettura critica del fenomeno mostrerebbe che i trattamenti clinici più diffusi hanno fallito ed il ruolo della medicina convenzionale dovrebbe essere riesaminato criticamente.

Questo insuccesso può essere messo in relazione a diversi fattori: eccessiva importanza della diagnosi strutturale rispetto alla realtà clinica del paziente, eccessiva prescrizione di riposo a letto, eccessiva prescrizione di interventi chirurgici, scarsa considerazione degli aspetti funzionali, posturali e psicosomatici ma anche scarsa importanza data alla prevenzione, alla precocità dell'intervento rieducativo e alle cure attive (Schintzer et al. 2004).

L'assunto che sostiene la ricerca di nuovi approcci multidisciplinari è che il dolore al rachide non sia esclusivamente influenzato dalla patologia strutturale, se riscontrata, ma anche da componenti psicologiche e sociali (credenze, stress psicologico, comportamento da “malato”). In sostanza oggi le moderne concezioni terapeutiche e riabilitative ci chiedono di rivolgere la nostra attenzione non esclusivamente alle alterazioni strutturali ma al soggetto portatore del dolore, con riguardo anche a fattori psicologici, sociali, ambientali ed alla loro relazione con il tono muscolare (Weiser et al. 2006, Mombelli 2000, Affiati et al. 2000, Andersson et al. 1989, Borman et al. 2003, McCracken et al. 2002). Non va inoltre sottovalutato, sul versante della scelta terapeutica, il problema dei costi sociali e del rapporto costo-beneficio di approcci terapeutici potenzialmente incongrui (Korthals 2003).



(ROM 1 = flessione anteriore, ROM 3 = flessione laterale, ROM 4 = rotazione del collo, -2 = sinistra)

Indicazioni di NST e criteri di inclusione nella ricerca

La tecnica è rivolta a tutti i soggetti con dolori subacuti e cronici interessanti il rachide, i cingoli e le piccole articolazioni oltre che a squilibri neurovegetativi. Nell'esperienza clinica dell'IPSI si era già mostrata molto efficace anche in sindromi depressive e PTSD. Nello studio abbiamo incluso soggetti adulti con dolori cronici al rachide che non avessero avuto indicazione al trattamento chirurgico o mininvasivo.

Materiali e metodi

Sono stati arruolati 39 pazienti (di cui 36 hanno concluso lo studio); a tutti i soggetti sono state somministrate 5 sedute di NST. L'assessment ha richiesto un primo incontro anamnestico con particolare riguardo alle terapie precedenti ed attuali, ai motivi di eventuali fallimenti, test di valutazione posturologica, la raccolta della VAS del dolore, e di due scale di Qualità della Vita (QoL), oltre ai Range of Motion (ROM) della colonna vertebrale. Come parametro di riferimento oggettivo è stata scelta l'assunzione di farmaci antidolorifici prima e dopo il trattamento. I test sono stati poi somministrati al termine del trattamento ed al follow-up, a distanza di 3 mesi dalla conclusione del trattamento.

Struttura e rationale del setting

L'assessment prevede un ascolto e osservazione guidati dalla somministrazione di test tesi a tracciare una immagine del soggetto per come egli si rappresenta nel mondo. Sul versante somatico i ROM di flessione anteriore e laterale del busto e di rotazione del capo, sono rivolti a misurare e quindi definire l'elasticità con cui i tessuti permettono il movimento nello spazio. La SEIQoL è una scala soggettiva di autovalutazione della QoL con 5 domini a scelta libera da parte del soggetto, che, insieme alla VAS (visual analogic scale) del dolore ed alla VAS della salute, sono strumenti di analisi e consapevolezza della posizione soggettiva attuale. Questo approccio sul versante verbale si propone di fare breccia tra le resistenze soggettive insite nello “statuto” del rapporto di diagnosi e cura del contesto ospedaliero. La EUROQoL, con 5 domini predefiniti, e il controllo dell'assunzione di farmaci costituiscono valutazioni più oggettive rispetto agli effetti del setting/trattamento. Le scale prevedono una verbalizzazione del soggetto rispetto alla percezione interna relativa al momento stesso della somministrazione, in ordine alla relazione tra consapevolezza e qualità soggettiva nella relazione.

Risultati dello studio osservazionale

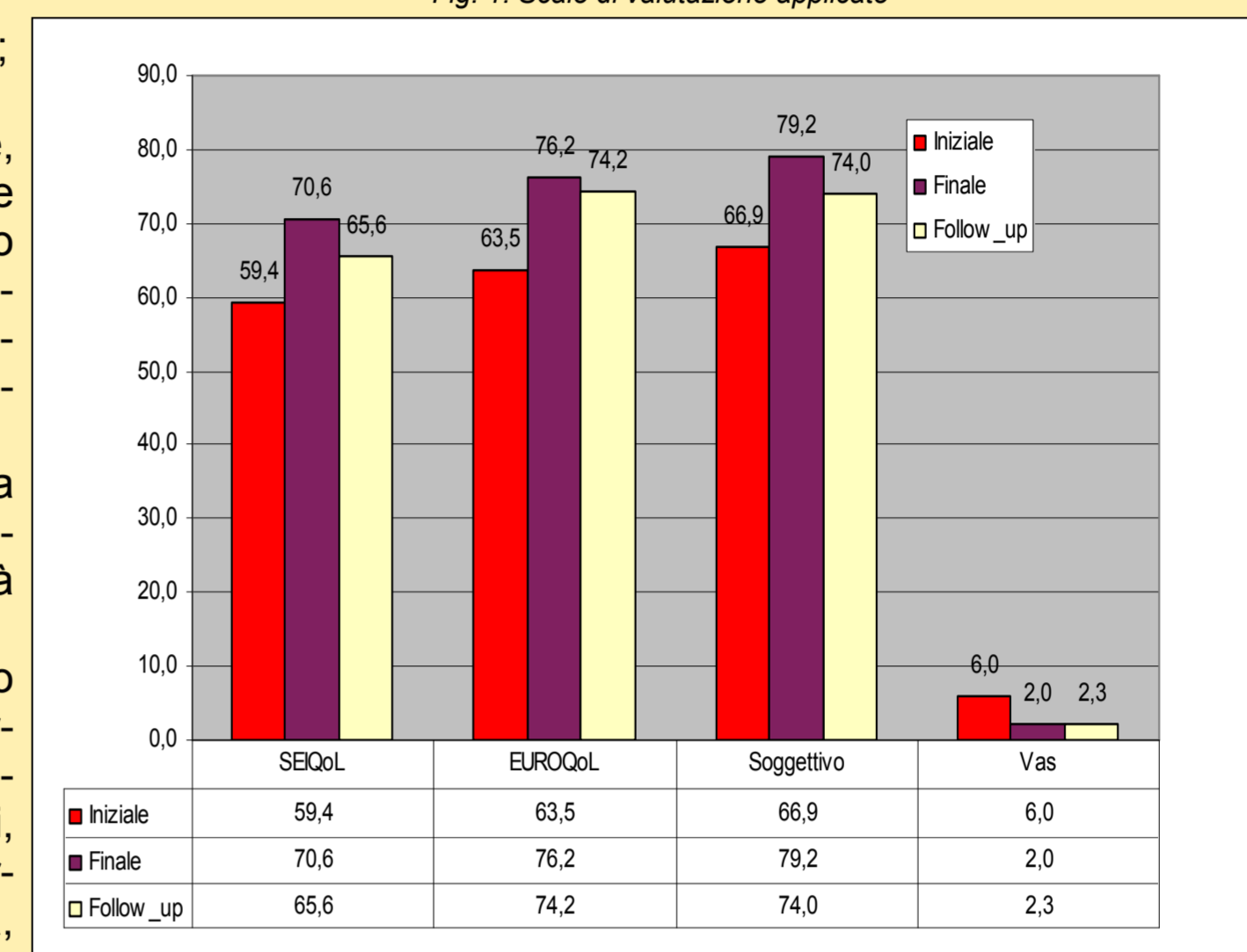
Come parametro oggettivo di riferimento si è documentato che l'81% dei pazienti non ha assunto farmaci tra la fine del trattamento e il follow-up (Fig. 1). Tutti gli score di valutazione sono migliorati comparando la valutazione iniziale con la finale e con il follow-up. Per quanto riguarda la VAS del dolore e le scale di percezione della Qualità di Vita, i risultati sono statisticamente significativi. Vi è una correlazione lineare tra VAS e EUROQoL (Fig.2).

Conclusioni

Pur rispettando la sequenza *test-diagnosi-prescrizione-trattamento-test-follow-up*, si è voluto introdurre un allargamento all'interno del modello medico, allargandone le maglie, con la sperimentazione di altre metodiche dialogiche sia sul piano della parola (per esempio l'approfondimento del tema della Qualità della Vita in rapporto al dolore), che sul piano dell'interazione col corpo. L'insieme degli elementi dialogici del setting introducono modalità specialistiche psicologiche che rimandano ad un processo di soggettivazione e attivazione nel percorso di cura. Se da un lato quindi il bisogno specifico della Evidence Based Medicine è soddisfatto dalla significatività dei risultati statistici sull'efficacia di NST, dall'altro l'analisi qualitativa preliminare dell'andamento temporale dei domini di autovalutazione scelti nella SEIQoL dai soggetti in studio mostra dati interessanti. Infatti accanto ad un netto calo del dolore si è evidenziato un incremento delle categorie riguardanti la cura di sé rispetto ad altre rivolte al rapporto con l'esterno.

Si può ipotizzare che proprio la scelta di una tecnica di trattamento non convenzionale e il modello del *setting*, aperto a spazi di parola, abbiano incentivato la percezione del benessere non solo come un fatto puramente somatico, ma come una questione multidimensionale in cui gli aspetti soggettivi e attivanti possono avere un ruolo fondamentale. Se il contesto ospedaliero tende ad eliminare la variabile soggettiva dai parametri della cura, questo modello di ambulatorio reintroduce la “qualità soggettiva” proprio attorno alle variabili implicate nel tema del dolore così squisitamente soggettivo (Fig. 3 - 4 - 5).

Fig. 1: Scale di valutazione applicate



Nascita dell'ambulatorio sperimentale

Dalle tematiche aperte in letteratura e dall'esperienza dell'Istituto di Psicosomatica Integrata (IPSI) di Milano nel campo delle Tecniche di Medicina non convenzionale, è nata l'idea di un laboratorio sperimentale di trattamento del dolore, in ambito ospedaliero, come primo passo di un più ampio progetto di orientamento psicosomatico. Ne è nato un progetto di ricerca dell'IPSI, in collaborazione con la Facoltà di Psicologia dell'Università degli Studi di Milano-Bicocca e il Dipartimento di Neuroscienze degli Ospedali Riuniti di Bergamo che ha consentito di creare uno specifico spazio diagnostico-terapeutico per i soggetti rachialgici che, pur mantenendo il riferimento del modello medico istituzionale, provasse a modificare dall'interno la relazione che il soggetto intrattiene con il proprio corpo malato e il posto che il sintomo prende nella vita.

Il progetto di ricerca si colloca, a sua volta, nell'ambito della sperimentazione dell'efficacia delle Tecniche di Medicina non convenzionale in Italia (in seno ad un più vasto programma dell'OMS) promosso dall'Assessorato alla Sanità della Regione Lombardia.

Perché una tecnica non convenzionale?

Le tecniche manuali non convenzionali hanno la caratteristica di trattare il corpo in una modalità dialogica, in cui il rapporto interattivo con le strutture somatiche del soggetto tiene conto della loro continuità anatomica e funzionale. In particolare la *Neurostructural Integration Technique (NST)*, tecnica di origine australiana, oggi diffusa in tutto il mondo da Michael Nixon Livy che ha raccolto l'insegnamento di Tom Bowen, è stata introdotta in Italia nel 1996 dall'IPSI, nella cui esperienza clinica in ambito psicosomatico si è mostrata molto efficace. I risultati di una prima fase sperimentale dell'IPSI sono stati pubblicati a cura dell'Assessorato alla Sanità della Regione Lombardia. NST si compone di sequenze di movimenti manuali rotatori, su specifici punti di muscoli e tendini in una logica di riequilibrio tensivo della muscolatura prima del rachide, per svilupparsi poi, in senso centrifugo, con sequenze specifiche, sulle aree maggiormente interessate da dolori e blocchi articolari.

FIG. 3: DATI SEIQOL INIZIALE

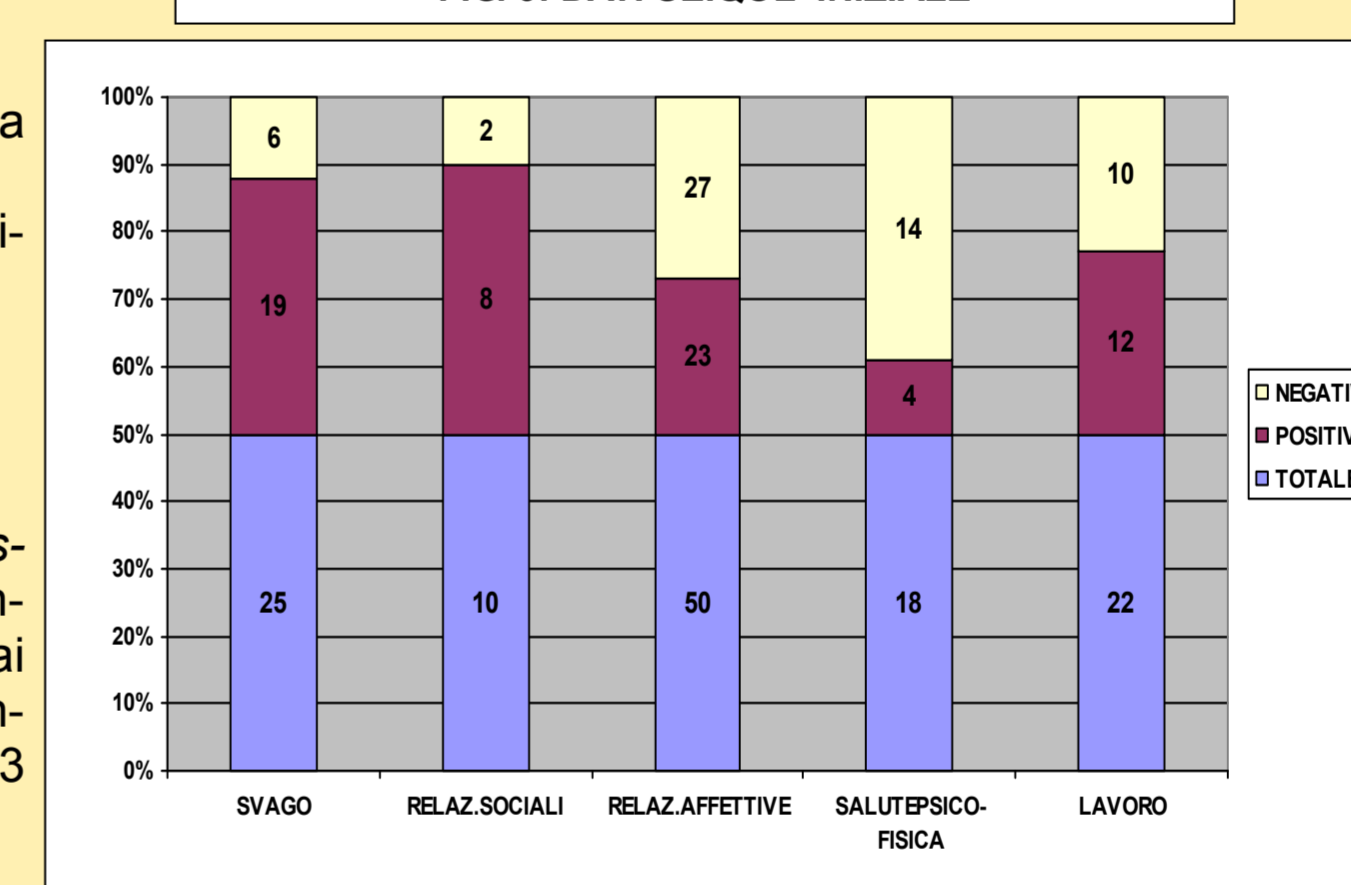


FIG. 4: DATI SEIQOL FINE STUDIO

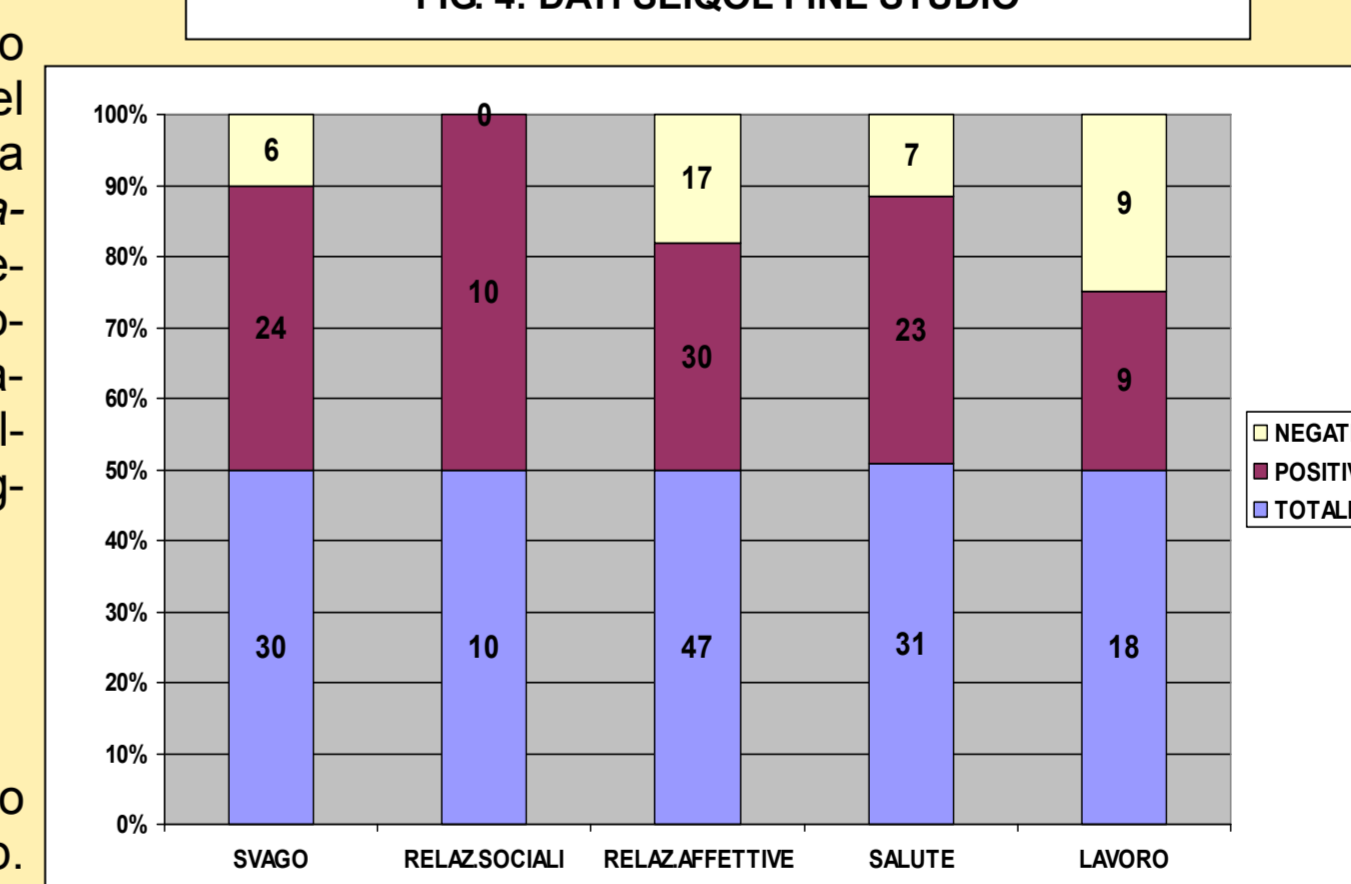
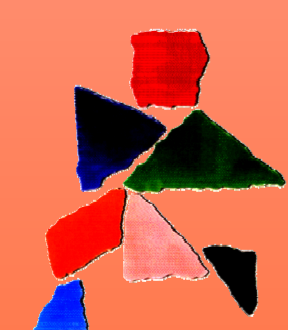
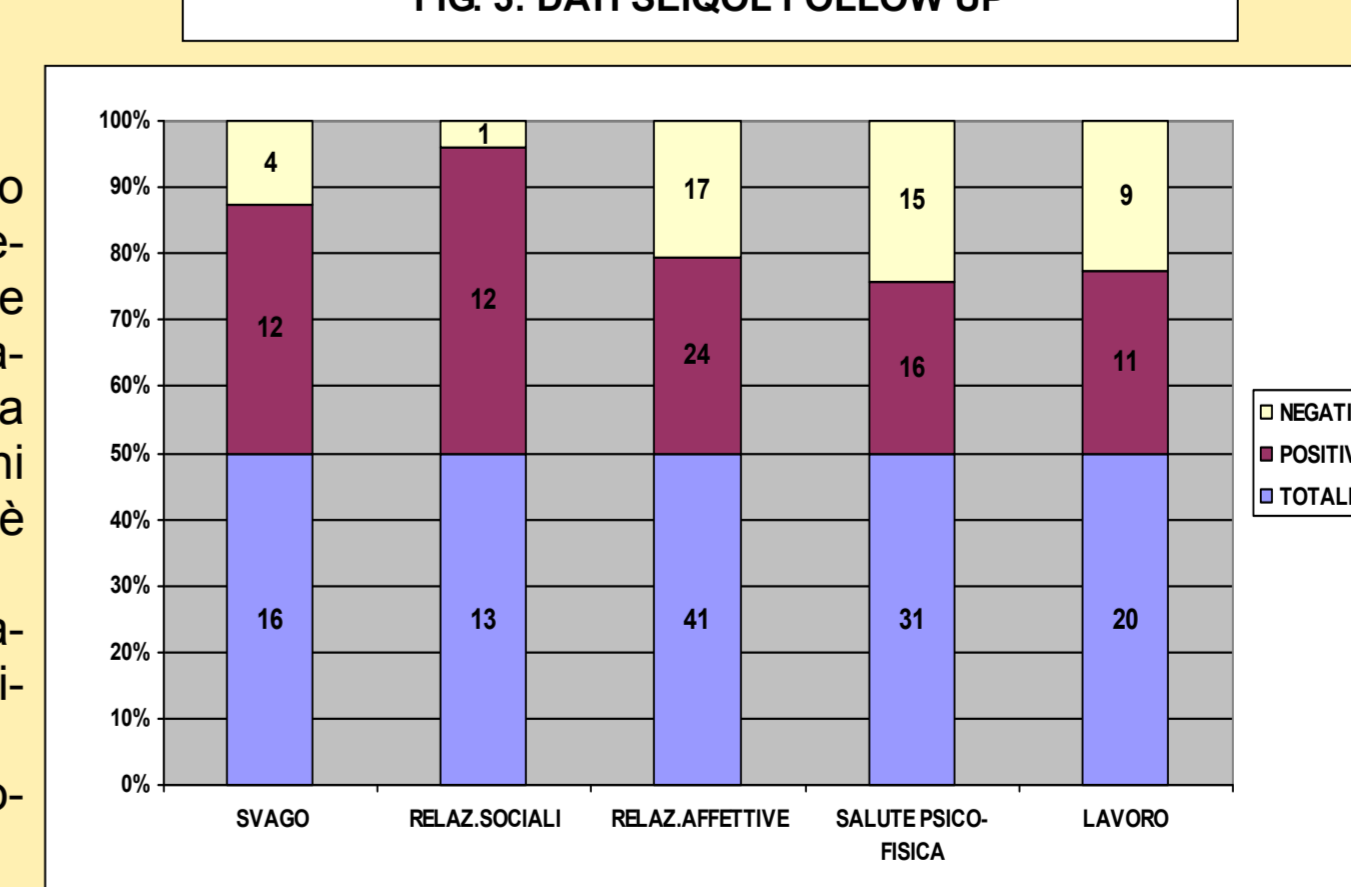


FIG. 5: DATI SEIQOL FOLLOW UP



Istituto di Psicosomatica Integrata

Via Vitruvio, 3 - 20124 Milano
Tel 0289546337 - Fax 0289545406
E-mail: info@somatologia.it
www.somatologia.it