

MEDENA MASINI

L'ESPERIENZA DOLORE AL DI LÀ DELL'EVENTO NOCICEZIONE

Estratto

Secondo la nuova prospettiva bio-psico-sociale, anche l'esperienza dolore diventa un evento multidimensionale che coinvolge l'individuo globalmente: dal suo stile di vita, al suo contesto, dal suo percorso evolutivo, alla sua forma comunicativa e relazionale. La valutazione e i significati che l'individuo attribuisce al dolore saranno caratteristiche chiave nel far fronte alla malattia, elementi preziosi di un approccio integrato sia alla diagnosi che alla cura.

Il dolore nel tempo

Nel linguaggio comune la parola “*dolore*” ha un significato molto ampio: può essere riferita ad un dolore fisico, quale quello prodotto dall'azione di agenti esterni o interni, o ad un dolore psichico, come quello avvertito per una sofferenza interiore. Tale concetto si è evoluto nel corso dei secoli e nelle diverse culture, fino ai giorni nostri, proprio perché l'uomo sin dalla sua origine ha fatto innumerevoli sforzi per comprendere il dolore e riuscire a controllarlo. Si potrebbe anche supporre che proprio la necessità di alleviare il dolore abbia spinto al sorgere della figura del guaritore prima e del medico dopo.

La medicina degli antichi greci si occupò molto della natura degli eventi sensoriali, spostando l'attenzione ora verso l'aspetto più emotivo del dolore, ora verso quello più neurologico.

Anassagora (500-428 a.C.) spiegava la sensazione dolorosa come frutto del contrasto fra gli elementi costitutivi; Platone (427-347 a.C.) riteneva che il dolore potesse originarsi anche come pura esperienza emotiva dell'anima; Aristotele (384-322 a.C.) sosteneva che le sensazioni sono piacevoli quando sono contenute entro certi limiti, mentre diventano dolorose quando sono in eccesso (questa è considerata la prima enunciazione della “teoria intensiva del dolore”). Galeno (130-210 d.C.) durante l'Impero Romano diede un nuovo impulso agli studi circa il sistema nervoso, ma bisognerà aspettare il Rinascimento per vedere un nuovo e florido atteggiamento scientifico.

In epoca più recente, è intorno agli anni '40 che Livingstone, andando contro alla concezione classica secondo cui l'intensità della sensazione dolorifica sia sempre proporzionale allo stimolo, ipotizzò come il dolore, similmente a tutte le

percezioni, sia “soggettivo, individuale e modificato dal grado di attenzione, dagli stati emotivi e dall’influenza condizionante di esperienze passate”.

Nella Classificazione del Dolore Cronico pubblicata dall'*International Association for the Study of Pain* (IASP) nel 1986 e successivamente rivista nel 1994 a cura della Task Force on Taxonomy, il dolore è definito come “*Un’esperienza sensoriale ed emozionale spiacevole associata a danno tessutale presente o potenziale o descritta come tale*”.

Oggi, dunque, è diventata quasi una conoscenza implicita il fatto che sia possibile l’esistenza di un dolore senza danno, come di un danno senza dolore; infatti è di comune esperienza constatare l’assenza di una relazione fissa tra il dolore percepito ed il danno esistente. Studi psicologici e antropologici hanno dimostrato che, almeno nelle specie più evolute, il dolore non è una costante psicofisica: una semplice funzione dell’entità del solo danno corporeo. L’esperienza “dolore” è legata profondamente all’individuo, al suo contesto, alla sua storia, alla sua capacità di capirne le cause e afferrarne le conseguenze.

Weisenberg (1977) e Bandura (1977) sostengono che anche il modello socialmente e culturalmente condiviso di intendere il dolore sia fondamentale per l’esperienza dell’individuo che lo vive in seno alla società stessa. Kosambi (1967), Melzak (1976) e Weisenberg (1975) descrivono cerimonie religiose in gruppi etnici primitivi in cui gli individui si sottopongono a rituali cruenti senza mostrare segni visibili di dolore in rapporto alle torture inflitte. Non essendoci nessuna ragione di credere che queste persone siano in qualche modo diverse dal punto di vista fisiologico, sembra molto probabile che entrino in gioco altri fattori di natura psicologica in grado di modificare la percezione del dolore.

Il dolore, al pari di altre sensazioni, può venir modulato dal significato che viene attribuito all’evento: la gioia del parto, può attenuare il dolore, mentre la paura del dentista può intensificare sensazioni che altrimenti darebbero avvertite come innocue. La variabilità del dolore suggerisce dunque l’esistenza a livello centrale di meccanismi in grado di modulare la trasmissione e la reazione emotiva al dolore. Alcuni studi inducono, per esempio, a ritenere che il fenomeno dell’analgesia indotta da stress sia presente anche nell’uomo: infatti, soldati feriti in battaglia o atleti che si sono prodotti lesioni nel corso di esibizioni sportive, riferiscono di non aver provato dolore. Durante la Seconda Guerra Mondiale, Beecher (1959) osservando il comportamento di soldati gravemente feriti in battaglia constatò che solo uno su tre si lamentava a tal punto da richiedere l’uso della morfina durante il trasporto all’ospedale da campo. Questi uomini sebbene non fossero in stato di shock negavano di provare dolore che richiedesse l’uso di particolari farmaci per ferite anche estese; mentre a parità di interventi, ben quattro su cinque civili avrebbero implorato l’iniezione di morfina. Beecher concluse tali osservazioni con l’ipotesi che “non c’è alcuna relazione semplice e diretta tra la ferita in sé e il dolore provato. Il dolore è in gran parte determinato da altri fattori, in questo caso è di grande importanza il significato della ferita...nei soldati feriti la

L'ESPERIENZA DOLORE

risposta al danno era sollievo, gratitudine di essere usciti vivi dal campo di battaglia, persino euforia; nei civili, l'intervento chirurgico era un evento deprimente e disastroso".

Il tradizionale modello bio-medico definiva la malattia come uno stato dell'organismo in cui si verificano alterazioni di parametri esclusivamente biologici che determinano una condizione di anormalità stabilita sulla base della deviazione dai criteri assunti come "normali". La crisi di questo modello basato sui presupposti del vecchio positivismo che ha nutrito il riduzionismo e il dualismo mente-corpo, ha lasciato spazio alla nuova prospettiva definita: *bio-psico-sociale*. La malattia adesso assume il valore di *evento multidimensionale* di rottura del sistema biologico, psicologico e sociale di un individuo. Tutto ciò sottintende un'integrazione olistica di varie prospettive ed ha favorito un notevole incremento delle ricerche sui fattori psicologici e sociali che possono influenzare non solo l'etiologia del disturbo, ma anche il suo andamento, l'esito e la reattività al trattamento.

In particolar modo nella sindrome algica non è possibile prescindere dal prendere in considerazione gli aspetti psicologici correlati, in quanto accade troppo spesso, nonostante una corretta diagnosi e un'adeguata applicazione delle tradizionali metodiche di trattamento, che la sintomatologia perduri inalterata o faccia registrare un'iniziale remissione seguita dall'insorgere a distanza di poco tempo, di un'altra serie di sintomi, simili o anche differenti dai precedenti; in tali casi spesso i soli fattori organici non spiegano in modo esauriente le modificazioni o il permanere della sintomatologia.

Modalità comunicative e significati del dolore

Il dolore è sempre stato considerato come una modalità di protezione del corpo dal danno, ma perché questo avvenga è necessario che sia possibile un'elaborazione centrale dello stimolo, attraverso la conoscenza dell'ambiente potenzialmente pericoloso e del corpo inteso come massa spazialmente delimitata. Tale tipo di conoscenza di sé e dell'ambiente, viene conquistata progressivamente dal bambino grazie alle esperienze precoci con le persone significative.

A differenza dei primi mesi di vita in cui le possibilità di autoprocurarsi dolore sono relativamente poche, con l'acquisizione della progressiva autonomia motoria, le occasioni di provare dolore si moltiplicano in relazione all'apprendimento del camminare, del correre e alla conoscenza del mondo circostante. In questo periodo l'atteggiamento genitoriale verso il mondo esterno è fondamentale; una figura d'accudimento attenta e disponibile affettivamente sarà pronta ad accorrere e a distrarre il bambino in tutte le situazioni che generano dolore e quindi paura e angoscia, consentendogli di non colorire di tonalità negative le sue prime esperienze di dolore. Se invece

l'atteggiamento genitoriale è caratterizzato da un'eccessiva paura, da una continua apprensione e il mondo è presentato anche inconsapevolmente come minaccioso e pericoloso, la percezione del dolore da parte del bambino ne verrebbe alterata e amplificata acquisendo tonalità ansiose e autocolpevolizzanti.

Engel (1981) inserisce il vissuto del dolore all'interno dello sviluppo delle *relazioni oggettuali* che accompagnano l'individuo nell'intero arco di vita. Secondo tale modello nella *prima infanzia* il sollievo dall'esperienza dolore è dato dalla risposta della figura di accudimento intervenuta in seguito al pianto del bambino. Tuttavia, nel caso in cui i genitori siano disattenti ai bisogni del bambino intervenendo unicamente in seguito alla manifestazione del pianto, si potrebbe favorire la formulazione dell'idea da parte del bambino che soltanto una manifestazione di dolore suscita una reazione d'amore; questo a sua volta faciliterebbe la comparsa di comportamenti rischiosi (traumi o incidenti) al fine di ottenere il calore e l'affetto altrimenti non offerti. In questo modo dolore e piacere si caratterizzano come due esperienze conseguenti in cui la prima è strettamente connessa alla seconda e talvolta anche confusa. In certi individui questo meccanismo può rimanere operante fino all'età adulta: ogni volta, cioè, che venga desiderata un'offerta d'amore o anche solo interessamento e scambio verbale, la modalità comunicativa di richiesta che verrà attivata sarà quella che sino ad allora "ha funzionato" con maggiore efficacia: il pianto o il lamento per qualche malessere o stato fisico.

Nella *seconda infanzia* il dolore assume un diverso significato: è connesso alla punizione inflitta dall'adulto quando "si è cattivi". Questo atteggiamento, oltre che essere la dimostrazione dell'essere stati "cattivi", rappresenta il mezzo che permette di espiare la colpa, meritare il perdono e la riconciliazione. Il dolore prodotto dalla punizione inflitta rimette in qualche modo le cose a posto: il malessere provocato dal senso di colpa si attenua e sparisce, le angosce di separazione e perdita dell'oggetto d'amore sono messe a tacere e la sicurezza, la tenerezza e l'affetto sono riconquistati. Per alcuni quindi, essere "cattivi" e venire puniti (provare dolore) può diventare una modalità comportamentale privilegiata che permette, da un lato una prossimità affettiva altrimenti non ottenibile, dall'altro l'alleviamento del fastidioso senso di colpa. Come è facilmente comprensibile il perdurare anche in età adulta di tali comportamenti rinforzati da familiari poco presenti affettivamente e/o fisicamente, può favorire lo sviluppo di patologie caratterizzate da dolore cronico spesso accompagnate da più profonda incapacità di autonomia affettiva.

Qualunque sia il meccanismo che si ritenga alla base del manifestarsi di una sintomatologia dolorosa, gli atteggiamenti e le modalità di reazione strutturatesi sono depositate nella memoria ed influenzano in modo decisivo tutto il comportamento successivo entrando a fare parte integrante della struttura psicologica. In presenza di situazioni stressanti o comunque simili a quelle che in età evolutiva avevano portato all'instaurarsi della sintomatologia algica,

L'ESPERIENZA DOLORE

saranno sicuramente attivate quelle modalità di risposta già ben note dall'infanzia e dall'adolescenza.

Un ulteriore aspetto all'interno della problematica dolore è quello legato alla *comunicazione* tra il paziente, la sua famiglia e il mondo esterno. In questo senso il dolore può essere utilizzato non solo per portare a conoscenza degli altri, in modo più o meno simbolico, le proprie difficoltà psicologiche, ma anche per incidere e soprattutto tenere sotto *controllo* l'ambiente esterno. Questo non significa che tali soggetti siano da considerarsi dei simulatori, in quanto tali comportamenti rimangono al di fuori del controllo della loro volontà.

Può accadere che dolore, come altri tipi di infermità, sia "utilizzato" da un membro particolarmente debole in un dato gruppo sociale per modificare i rapporti di forza, controllare ed influenzare la vita e le abitudini delle persone che gli vivono vicino, facendo leva sulla comune difficoltà ad esimersi dall'assistere, favorire e accontentare una persona che soffre a causa del dolore. Gli studi condotti dalla *linguistica* (Virenti, Bara, Colombetti, 1983; Cohen e Perrault, 1979) ci possono offrire modelli per l'analisi dei processi che si verificano quando un soggetto tenta di ottenere una data risposta da un altro. Tali processi comunicativi sono determinati da due strutture conoscitive: i *contratti* e i *giochi*; nel primo caso si tratta di azioni dirette dai soggetti impegnati nella comunicazione al fine di mantenere il proprio ruolo fino in fondo; nel secondo caso, invece, si tratta di una serie di bisogni secondari, desideri preesistenti, guadagni ulteriori rispetto a quelli manifestatisi nell'interazione che permeano completamente la comunicazione. Tali tipologie interazioni si possono individuare nelle relazioni familiari e nei rapporti con i medici.

Per quanto riguarda le *relazioni familiari* possiamo ricordare quello che viene definito forse in maniera troppo etichettante e discriminante, il "tiranno domestico" (Sternbach, 1974); si tratterebbe di un soggetto che facendo leva sul dolore riuscirebbe ad imporre la propria volontà agli altri membri della famiglia. Sternbach lo descrive come un individuo che spesso si lamenta del fatto che il dolore non solo lo faccia soffrire ma gli impedisca di essere d'aiuto ai familiari come vorrebbe; sempre pronto a scusarsi ed a rammaricarsi nel proprio stato, dipende dagli altri impedendo loro di avere una propria vita autonoma che prescindano dal suo dolore.

Nelle *relazioni medico-paziente* può accadere ad esempio che, anche se le parole che il paziente pronuncia indichino una richiesta d'aiuto, dal significato simbolico traspaia chiaramente l'impossibilità che un tale obiettivo si realizzi. Questa situazione è verificabile in quei soggetti che ottengono importanti *guadagni secondari* dal dolore; non essendo simulatori, si rivolgono al medico con l'aspettativa di un reale beneficio, ma poiché il loro equilibrio è basato sull'esistenza stessa del dolore, non si trovano nelle condizioni ideali perché il loro dolore regredisca.

I guadagni secondari che il dolore procura ad un paziente possono essere di diverso tipo: dalle cure, le attenzioni e la simpatia degli altri, familiari e non, all'evitamento di un lavoro o di alcuni compiti particolarmente sgraditi, fino anche a risarcimenti di tipo economico. Questi soggetti, dopo un iniziale abbandono alle capacità del medico e dopo avere espresso la loro soddisfazione per l'iniziale successo del nuovo trattamento, manifestano una riacutizzazione dei dolori tali da indurli a richiedere interventi sempre più potenti magari anche chirurgici.

Esistono dunque molteplici situazioni in cui è ragionevole supporre che i fattori psicologici svolgano un'azione di importanti concause; si è infatti ipotizzato come alcuni soggetti caratterizzati da un certo grado di *depressione* e di *insoddisfazione* riguardo alla propria vita quotidiana caratterizzata da responsabilità, doveri e spesso scarse gratificazioni, "fuggano nel dolore" per liberarsi dagli impegni familiari, lavorativi e sociali. Quando tali soggetti vengono a trovarsi in situazioni di dolore acuto, esistono molte probabilità che il dolore si cronicizzi.

Stress, coping e dolore

Il termine *stress* fu impiegato per la prima volta da H. Selye (1936) il quale lo definì come "risposta aspecifica dell'organismo ad ogni richiesta effettuata su di esso"; in questo modo lo stress, in quanto espressione di uno sforzo compiuto dall'organismo a livello fisiologico e psicologico per far fronte ad una richiesta di modificazione del proprio equilibrio omeostatico, acquista un grosso valore adattivo al fine di preparare l'individuo ad affrontare o ad evitare una minaccia reale o immaginaria (stressor). Solo negli anni successivi si arriva, con Lazarus (1966), al concetto di stress psicologico in cui l'aspetto legato alla valutazione cognitiva dello stimolo e del suo significato, insieme ai diversi fattori di personalità, rappresentano un elemento fondamentale per definire l'entità e la natura della reazione emozionale e fisiologica. Il riconoscimento dell'importanza delle modalità reattive individuali e dello stile cognitivo personale, induce a spostare l'attenzione verso quello che ad oggi può essere considerato un pilastro della psicosomatica: non sono gli eventi stressanti in sé ad agevolare l'insorgenza e lo sviluppo della malattia, bensì il modo di interpretarli e di reagire ad essi (potere estrinseco dello stressor).

Vi sono alcune categorie di eventi che per loro natura rappresentano fonte di stress:

- *Perdita* e minaccia di perdita di oggetti significativi (persone, stato sociale, lavoro, beni personali, gruppo di appartenenza...)
- *Danno* e minaccia di danno (sia reale che immaginario, morale o di immagine, fisico o economico...)

L'ESPERIENZA DOLORE

- *Frustrazione* delle pulsioni (sia biologiche innate che stimolate dall'ambiente...)

Tuttavia, il carattere stressante anche di tali eventi dipende dalla personalità, dallo stile di comportamento e dalle esperienze passate che hanno determinato eventuali conflitti emotivi non risolti. Le forze emotive legate a tali conflitti sono pronte a mobilitarsi ogni volta che un evento riattivi situazioni già vissute in precedenza e che hanno rappresentato una minaccia alla propria integrità psichica. Dunque, nessun evento esistenziale significativo può essere definito aprioristicamente patogenetico, contemporaneamente, qualsiasi avvenimento che superi la soglia percettiva, che generi una rappresentazione mentale e che sia capace di innescare un'attivazione emozionale è di per sé stressante. La malattia somatica può "essere predisposta da condizioni fisiologiche alterate (ma non ancora scompenstate) indotte da un accumulo di eventi psicosociali rilevanti, ed essere infine precipitata nel suo manifestarsi da un ulteriore evento critico, non necessariamente della stessa potenzialità stressante di quelli che lo hanno preceduto" (Pancheri, 1986). L'apparire di una malattia o anche solo di un sintomo è un fenomeno complesso che sottende processi di natura diversa e complementare; negli ultimi anni si è infatti andato delineando il concetto di malattia plurifattoriale che tiene conto delle condizioni ambientali, personali fisiologiche e psicologiche che influenzano le risposte individuali.

A sua volta una malattia ad andamento cronico come può essere il dolore, è dotata di quelle caratteristiche di persistenza, impatto emozionale e significatività che permettono di identificarla come evento stressante; in questo modo si inverte il nesso causale classico da: stress-malattia a malattia-stress. I significati che l'individuo attribuirà all'evento malattia-dolore acquistano un ruolo fondamentale nel mantenere lo stress e quindi favorire il processo di cronicizzazione. Le valutazioni del soggetto possono risultare disadattive, cioè possono attivare strategie di *coping* del tutto inadeguate alla situazione e questo può contribuire ad aumentare il senso di inefficacia personale e a minare anche gli esiti di un eventuale percorso riabilitativo.

L'influenza dell'umore e dei fattori cognitivi sul dolore è stata ampiamente documentata da diversi studi. Uno stato dell'umore orientato in senso depressivo sembra favorire una riduzione della soglia per stimoli algogeni, mentre terapie antidepressive possono avere effetti positivi su sintomatologie dolorose. In altri casi è stato rilevato come i processi cognitivi possano peggiorare o migliorare, a seconda dei casi, la reazione ad una condizione di dolore fisico. Attribuire la causa del dolore ad un aggravamento dello stato di malattia o avere la convinzione che il dolore non andrà più via e non ci saranno possibilità di alleviarlo, modula in senso peggiorativo la percezione soggettiva delle sensazioni nocicettive e le reazioni emozionali e comportamentali ad esse.

L'esperienza della malattia, troncando bruscamente le abitudini quotidiane, fa perdere coscienza del limite della propria vita, rimanda un senso di impotenza e

fa *perdere l'autonomia* mettendo la persona in situazione di dove dipendere da qualcun altro, un altro a cui affidarsi per chiedere aiuto. Questa "inattività forzata" in cui risulta intrappolato il paziente affetto da dolore cronico, stride fortemente con i criteri efficientistici su cui si basa la società contemporanea che premia solo i migliori detentori di concetti come: la responsabilità, lo spirito di iniziativa, l'intraprendenza a volte esasperata. In un contesto in cui l'individuo è schiacciato dalla necessità di mostrarsi sempre all'altezza, la depressione spesso non è altro che la contropartita delle grandi riserve di energia che ciascuno di noi deve spendere per diventare e/o rimanere se stesso.

Un approccio integrato

Il *Disturbo Algico*, secondo la classificazione proposta dal DSM IV, appartiene ai Disturbi Somatoformi, tuttavia si differenzia dagli altri disturbi di tipo unicamente psicopatologico che vi fanno parte, in quanto può essere strettamente connesso ad un quadro medico. I sottotipi di tale disturbo si collocano lungo un continuum; ad un estremo si trova: il Disturbo Algico Associato con Fattori psicologici, dove "...si giudica che qualche fattore psicologico abbia il ruolo fondamentale nell'esordio, gravità, esacerbazione o mantenimento del dolore", all'altro vi è il Disturbo Algico Associato con una Condizione Medica Generale, in cui "...si valuta che i fattori psicologici giochino un ruolo minimo o nullo nell'esordio o nel mantenimento del dolore".

I modelli circa il ruolo della componente psicologica del dolore proposti dalla diverse scuole di pensiero presenti nel mondo della psicologia hanno proposto diverse spiegazioni che in gran parte traspaiono da quanto fin'ora detto.

L'approccio *comportamentista*, sottolineando i fenomeni di condizionamento instauratisi attraverso i processi di apprendimento, propone un modello basato su quelle che sono le contingenze di rinforzo del comportamento da dolore.

L'approccio *psicodinamico*, legge il sintomo dolore all'interno di una mancata risoluzione di conflitti che spingono verso una regressione del soggetto il quale si trova a manifestare comportamenti inadeguati alla situazione attuale.

La prospettiva *comunicazionale* (scuola di Palo Alto) sottolinea come l'individuo possa apprendere dal proprio ambiente ad utilizzare il sintomo dolore, per raggiungere e/o mantenere un determinato equilibrio nel gruppo.

L'approccio *cognitivista* descrive tali meccanismi implicati portando all'attenzione quelle che sono le organizzazioni cognitive dell'individuo che determinano il suo modo di interpretare gli eventi, dare loro un significato e quindi fare loro fronte.

Qualunque sia il meccanismo che si ritiene essere alla base del manifestarsi di una sintomatologia dolorosa, i comportamenti e le modalità di reazione strutturate sono depositati in memoria e influenzano in modo decisivo tutto il

L'ESPERIENZA DOLORE

successivo comportamento del soggetto entrando a far parte integrante della struttura psicologica.

Quanto detto fino adesso porta inevitabilmente verso la conclusione che il presupposto fondamentale per un'efficace terapia del dolore è la sua corretta *diagnosi e valutazione* all'interno della quale trova particolare spazio un'attenta *anamnesi* volta a delineare il preciso andamento della sintomatologia, delle caratteristiche del soggetto, del suo stile di vita e del suo contesto. Questo permetterà di:

- Evitare di commettere l'errore di sottovalutare la componente psicologica o organica
- Prevedere con un minor margine di errore le reazioni del soggetto ad un determinato trattamento (in virtù del fatto che gli individui tendono a ripetere più facilmente i modelli di comportamento più familiari)

Troppo spesso si assiste al non raggiungimento del risultato sperato oppure al viraggio del sintomo che costringe anche il medico a rincorrere il dolore senza mai raggiungerlo. Ecco perché si fa indispensabile prendere in cura la persona e non occuparsi solo della malattia, in quanto si deve rispondere non solo ai criteri biologici e funzionali, ma anche ai bisogni consci e inconsci del paziente; introdurre la variabile psicologica significa forse riuscire a capire perché alcune volte terapie correttamente impostate non hanno portato alla risoluzione.

Tuttavia l'evidenza di questi concetti, patrimonio oggi della psicologia clinica ma anche della medicina, non sempre si accompagna ad una modalità di approccio del paziente, il quale, presentando all'apparenza un tipo di sofferenza esclusivamente fisica, porta ad un intervento farmacologico con conseguente sottovalutazione degli aspetti psicologici. In molti casi infatti quest'ultimi vengono negati con insistenza e viene sottolineato con decisione che, se il dolore dovesse scomparire, non esisterebbe più alcun problema per il paziente; affermazioni, queste, tipiche peraltro del paziente con comportamento anormale di malattia.

La guarigione non è un ritorno ad una condizione anteriore precedente alla malattia o la riparazione di un guasto, ma è un "riaggiustamento" che renda più sostenibile il faccia a faccia con se stessi: che renda, cioè, in grado di combattere meglio contro il malessere e la sofferenza.

Bibliografia

American Psychiatric Association. [1996], *DSM-IV. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Masson, Milano.

MEDENA MASINI

- Bolacchi M.G. e Lera S. [1994] *La malattia cronica e il suo effetto sulla psiche*. In Mengheri (a cura di) [1994] *E allora...il corpo recita i drammi della mente*, M. Melusina Editrice, Roma.
- Ercolani M. [1997] *Malati di dolore. Aspetti medici e psicologici del paziente con dolore cronico*, Zanichelli, Bologna.
- Melzack R. e Wall P.D. [1982] *La sfida del dolore*, G. Piccin, Padova.
- Masini M., Vignale L. e Dondoli, C. [2001] *Valutazione multidimensionale del dolore il portatori di SCS*. In “Atti XI Congresso Nazionale Società Italiana dei Clinici del Dolore. Abano Terme 22-24 Novembre 2001”.
- Poignet O. e Masini M. [2000] *Il dolore: mente e psiche*. In “Il dolore: incontro tra medici di medicina generale e algologi.” Prato 25 Novembre 2000.
- Villamira M. [1984] *Il dolore come comportamento e come comunicazione*. In M.A. Villamira (a cura di) [1984] *La psicologia nello studio e nel trattamento del dolore*, Franco Angeli, Milano.

MEDENA MASINI

Psicologa. Perfezionata in Neuropsicologia e Psicodiagnostica Forense, Email:
medena@libero.it Prato