



**SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE IN PSICOTERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTALE
SEDE DI PALERMO**

ELABORATO FINALE 2° ANNO

**STATO DELL'ARTE DEL DOLORE CRONICO, IMPLICAZIONI ED EFFICACIA
DEI TRATTAMENTI PSICOTERAPEUTICI**

Dr.ssa Giovanna Salamone

Il dolore è una sensazione complessa, resa un'esperienza biopsicosociale dai fattori determinanti

L'International Association for the Study of Pain, definisce il dolore

“Un'esperienza sensoriale ed emotiva spiacevole, associata a ... o simile a quella associata a danni tessutali reali o potenziali”⁽¹⁾

Nel dolore possono essere identificate 3 componenti: sensoriali-discriminative, affettivo-emozionali e cognitivo-comportamentali

Il dolore ha un ruolo adattivo, per garantire adattamento e sopravvivenza

Il Dolore Cronico: ✓ “si protrae oltre la durata di una lesione acuta o al di là del tempo di guarigione previsto ed è presente da più di 3 mesi” (IASP)⁽²⁾

✓ è una vera malattia che colpisce 1.5 miliardi di persone al mondo, in Europa ha una prevalenza del 19% ed in Italia ne sono affette 10 milioni di persone adulte

✓ i fattori psicologici lo amplificano e a loro volta, ne vengono esacerbati

1. Srinivasa, N.R. et al. (2020). The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain*. Sep 1;161(9):1976-1982

2. Mills, S. et al. (2016). Identification and Management of Chronic Pain in Primary Care: a Review. *Curr Psychiatry Rep*. Feb;18(2):22;

Obiettivi

- ✓ Effettuare una generale ricerca conoscitiva sul dolore, in termini di classificazione nosologica, cause, fattori, caratteristiche e trattamenti, rivolgendo maggiore attenzione al DC;
- ✓ Identificare quali fattori psicologici, comportamentali e sociali ad esso associati, possono in particolare modo causarlo e/o esacerbarlo;
- ✓ Porre a confronto i 3 approcci cognitivo-comportamentali scelti per il presente lavoro

Fonti

Banca dati Scientifica PUBMED: lavori pubblicati negli ultimi 10 anni

Stringhe di ricerca

- ✓ Definition of pain;
- ✓ Pathophysiology, assessment, and management of pain;
- ✓ Prevalence of chronic pain;
- ✓ Chronic pain and associated factors;
- ✓ Chronic pain and treatments;
- ✓ Chronic pain and cognitive behavioral therapies

In base alla localizzazione anatomica, il dolore viene distinto in:

- **nocicettivo, impulsi derivanti dai tessuti somatici o viscerali del corpo;**
- **neuropatico, impulsi derivanti dal sistema somatosensoriale;**
- **nociplastico, origina nei circuiti neuronali centrali**

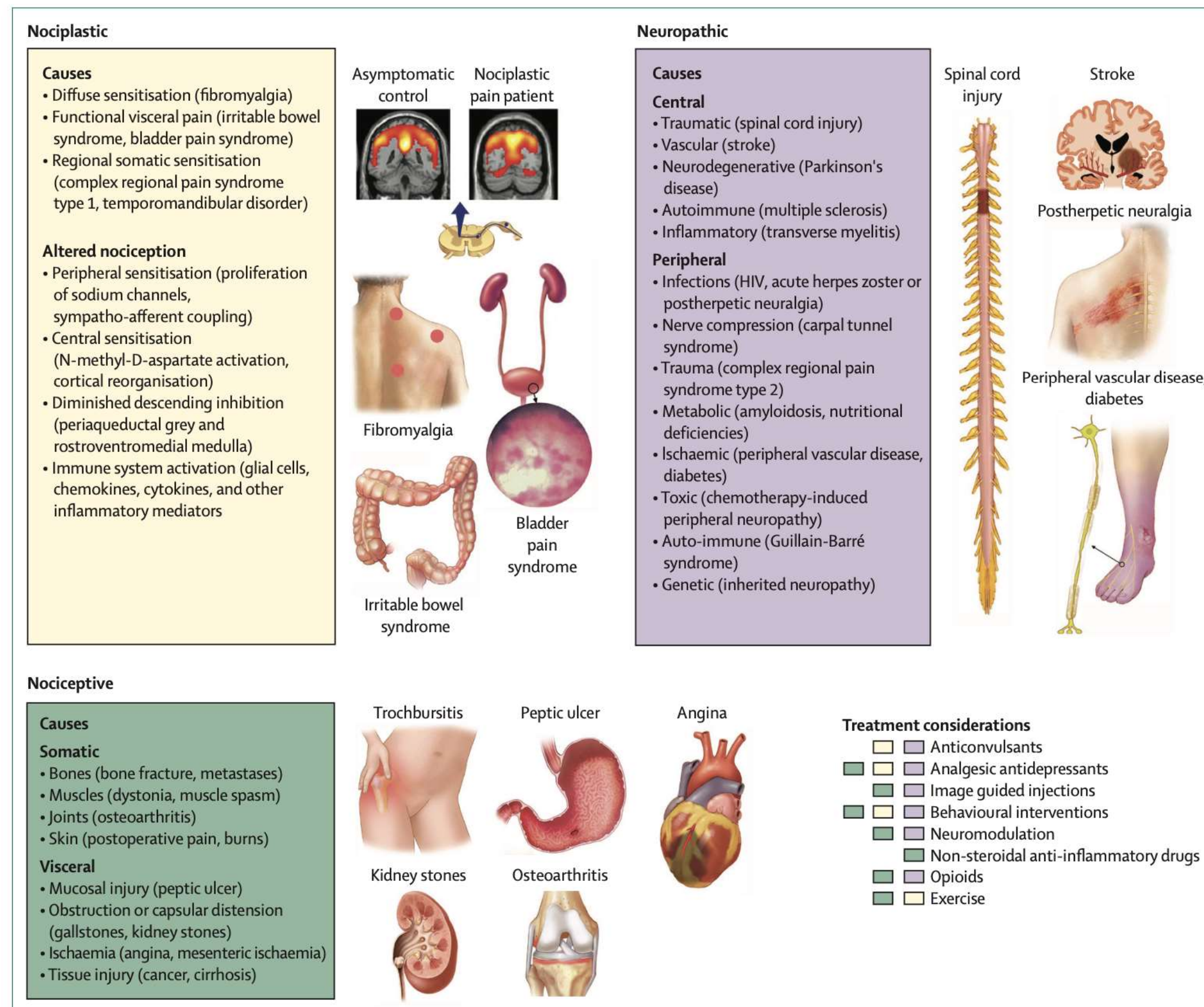


Figure 2: Illustrative drawing showing the various manifestations of neuropathic, nociceptive, and nociplastic pain, along with treatment considerations

Il DC viene dalla IASP distinto in:

- **dolore cronico primario, nociplastico;**
- **dolore cronico secondario, nocicettivo e neuropatico**

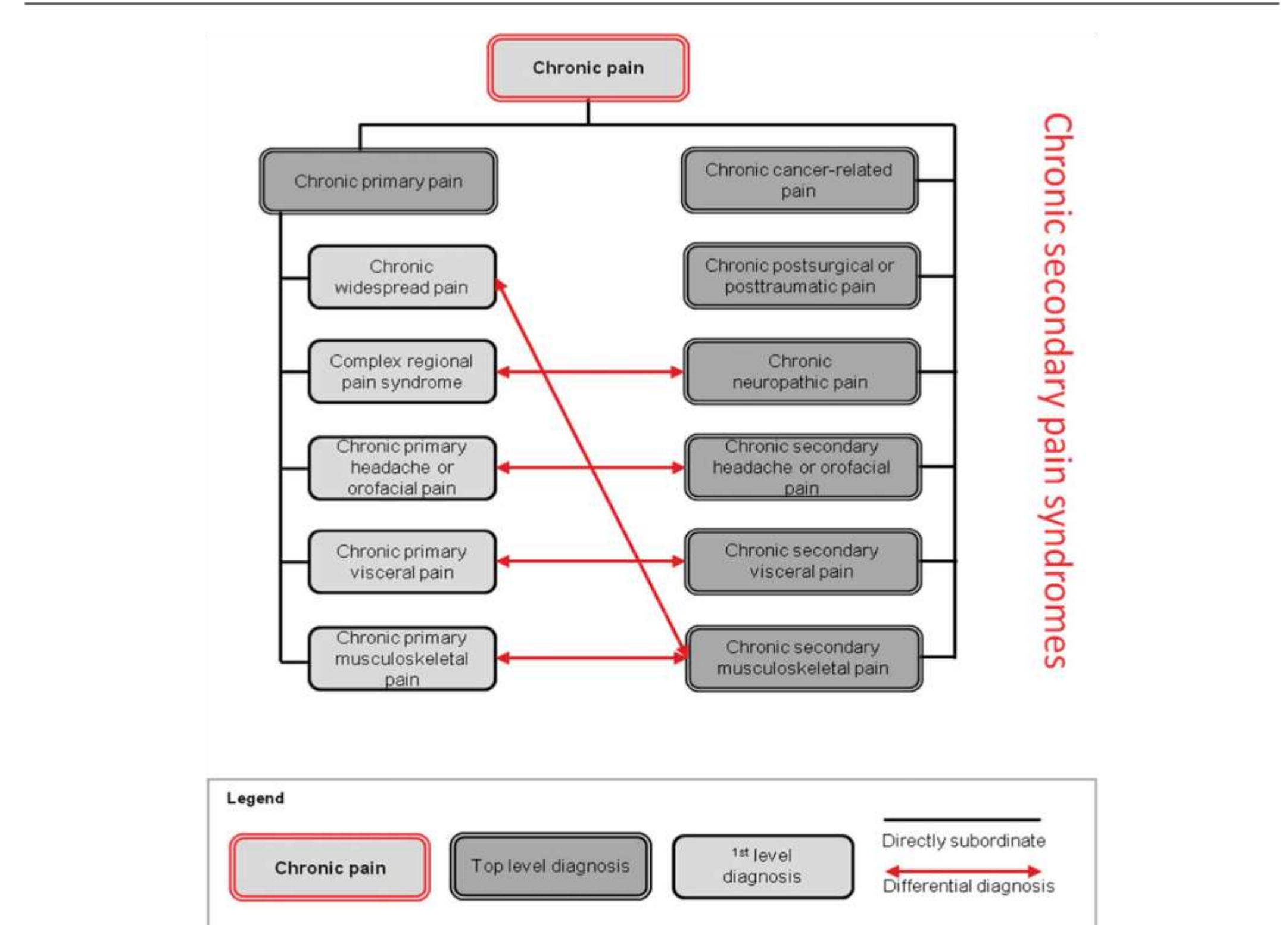


Figure 1. Structure of the IASP Classification of Chronic Pain. In chronic primary pain syndromes (left), pain can be conceived as a disease, whereas in chronic secondary pain syndromes (right), pain initially manifests itself as a symptom of another disease such as breast cancer, a work accident, diabetic neuropathy, chronic caries, inflammatory bowel disease, or rheumatoid arthritis. Differential diagnosis between primary and secondary pain conditions may sometimes be challenging (arrows), but in either case, the patient's pain needs special care when it is moderate or severe. After spontaneous healing or successful management of the underlying disease, chronic pain may sometimes continue and hence the chronic secondary pain diagnoses may remain and continue to guide treatment as well as health care statistics.

Fattori di rischio modificabili e non modificabili

Età	All'avanzare dell'età, aumenta la probabilità di esperire DC
Genere	Le donne hanno maggiore rischio di DC, minore soglia di tolleranza
Etnia	Maggiore rischio per etnie nere, asiatiche
Fattori socio-economici	Bassi livelli di istruzione, deprivazione sociale, non occupazione
Fumo	Maggiori probabilità di fumare, dipendenza da tabacco, difficoltà a smettere
Alcol	Uso per automedicazione, abuso crescente per effetti analgesici, dipendenza
Esercizio fisico e attività fisica	Riduzione della severità del dolore
Nutrizione	Ruolo dubbio
Climi freddi e mancanza di sole	Maggiore rischio per assenza di Vitamina D
Obesità	Aumenta il DC e affaticamento delle articolazioni e riduzione mobilità
Disturbi del sonno	Scarsa qualità del sonno
Geni	Influenzano livelli biologici, emotivi e comportamentali
Atteggiamenti	Riduzione dello stress, per ridurre l'impatto sulla QoL
Traumi infantili	Fisici e psicologici, hanno maggiore rischio di DC
Siti di dolore	Più sono numerosi e maggiore è il rischio di sviluppare DC
Disturbi psichici	Depressione, ansia, paura, DPTS, correlano con il DC

I modelli biopsicosociali

- ✓ **La variabilità inter-individuale del dolore è data dalle specifiche interazioni neurobiologiche con fattori di rischio, vulnerabilità, protettivi e di resilienza reciprocamente influenzabili, anche tra individui con simile patofisiologia**
- ✓ **Il DC appare associato ad una riduzione del volume della sostanza grigia in aree cerebrali deputate all'elaborazione del dolore, cortex cingolato anteriore, corteccie somatosensoriali, insula e talamo**
- ✓ **Alcuni di questi cambiamenti potrebbero essere innescati e mantenuti non solo dalla nocicezione, ma anche da fattori psicologici e sociali**
- ✓ **Modello Biopsicosociale di Engels della salute e malattia, viene applicato a una vasta gamma di malattie croniche**
- ✓ **Modello dei sistemi biopsicosociali di Jacobson e Mariano, considera le persone come sistemi viventi con dimensioni biologiche, psicologiche e sociali**
- ✓ **La Teoria della Neuromatrice di Melzak, ritiene che in assenza di danni fisici evidenti, sono i fattori psicologici e cognitivi a contribuire all'esperienza del dolore, influenzati dall'ambiente sociale e culturale**

Le terapie cognitivo-comportamentali: la Cognitive Behavior Therapy per il trattamento del DC

- ✓ La CBT è un approccio efficace nel trattamento di disturbi psichiatrici come depressione, ansia, disturbi alimentari, abuso di sostanze, disturbi della personalità, disturbo bipolare e schizofrenia, ma anche nel trattamento di disturbi da DC
- ✓ La Teoria della Neuromatrice di Melzak, sostiene che l'esperienza della sofferenza fisica non è mediata solo da impulsi nervosi, ma anche da fattori come lo stress cronico o i traumi
- ✓ Neuromatrice del Sè, ogni individuo esperisce il dolore con una propria intensità
- ✓ Il trattamento CBT può essere somministrato mediante sessioni individuali o di gruppo, avvalendosi di strategie cognitivo-comportamentali, quali: ristrutturazione cognitiva, identificazione e riformulazione di pensieri automatici negativi e dei comportamenti conseguenti, educazione al dolore, formazione alle tecniche di rilassamento
- ✓ Obiettivi: ridurre percezione del dolore, disagio psicologico, tensione muscolare, stress, pensieri catastrofici, comportamenti maladattivi e di evitamento, aumentare capacità di coping, problem solving, pianificazione di attività, igiene del sonno, funzionamento emotivo, sociale, qualità di vita
- ✓ Diversi studi presenti in letteratura, evidenziano come sebbene la CBT sia un intervento efficace, i suoi effetti non vadano oltre il periodo di intervento⁽³⁾

Le terapie cognitivo-comportamentali: la Mindfulness Basata sulla Riduzione dello Stress nel trattamento del DC

- ✓ La MBRS è una forma di meditazione basata sulla consapevolezza delle sensazioni corporee, sull'essere presente nel qui ed ora, sull'acquisizione di metodiche di respirazione, immagini guidate e pratiche per rilassare mente, corpo e ridurre lo stress
- ✓ L'obiettivo è quello di acquisire il controllo mente-corpo, mediante non reattività, consapevolezza gentile, cosciente e non giudicante dei propri pensieri, per sviluppare compassione verso sè stessi e gli altri
- ✓ Le tecniche quali respirazione, body scan, meditazione seduta ed in camminata, yoga, non mirano alla rimozione del dolore, ma ad accettarlo, gestirlo, non evitarlo, impiegando tempo ed energie verso attività più produttive ed obiettivi specifici
- ✓ La MBRS consente di ridurre depressione, ansia, evitamento, ruminazione, disfunzione psicosociale, intensità del dolore, fatica, credenze di evitamento della paura, disagio, iper-allerta, distacco dai processi mentali, per avere un sollievo duraturo, l'aumento della funzionalità fisica, della consapevolezza ed il miglioramento della qualità di vita
- ✓ Le meta-analisi presenti in letteratura, concordano sull'efficacia degli approcci mindfulness e gli effetti di questi trattamenti sembrano nel medio termine essere più duraturi degli approcci CBT⁽⁴⁾

Le terapie cognitivo-comportamentali: Acceptance and Commitment Therapy nel trattamento del DC

- ✓ L'ACT basata sul modello biopsicosociale è un approccio efficace per il trattamento di un ampio spettro di disturbi soprattutto di tipo cronico e considera il disagio, un normale e naturale processo dell'essere umano che va incoraggiato a contrastarlo;
- ✓ L'obiettivo è aiutare i pazienti a perseverare nelle loro azioni nonostante il dolore, aumentare l'accettazione di tutte le esperienze, impegnarsi in attività significative, modificare la relazione con dolore e pensieri, accettare le esperienze difficili, divenire consapevole di vari comportamenti, promuovere il cambiamento in base ai propri valori, per promuovere la flessibilità psicologica
- ✓ Concetti fondamentali sono: flessibilità psicologica, la capacità di cambiare comportamenti in relazione a valori, obiettivi, sensazioni, sentimenti, pensieri e resilienza, la capacità di riprendersi dalle avversità, un insieme di risposte adattive al dolore ed alle avversità della vita
- ✓ L'ACT è un trattamento efficace sia in formato individuale che di gruppo, strutturato in 8 incontri con l'obiettivo di insegnare le abilità che migliorino il rapporto con il dolore e le abilità insegnate sono quelle di mindfulness, accettazione e defusione
- ✓ Molti studi evidenziano effetti benefici e duraturi dell'ACT per quanto concerne accettazione, flessibilità psicologica, funzionamento, ansia e depressione^(5, 6)

5. Hughes, L.S. et al. Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for Chronic Pain: A Systematic Review and Meta-Analyses. Clin J Pain. 2017 Jun;33(6):552-568;

6. Hann, K.E.J et al. (2014). A systematic review of randomized controlled trials of acceptance and commitment therapy for adults with chronic pain: Outcome domains, design quality and efficacy. J of Context Beh Sci.(4):217-227

Esempio di Linee Guida per Aumentare la Resilienza con il trattamento ACT in pazienti con DC

- ✓ La gestione del DC primario, prevede un programma di gestione multidisciplinare, con particolare attenzione al ripristino funzionale
- ✓ L'obiettivo di queste linee guida è quello di costruire la resilienza in soggetti affetti da DC, attraverso un approccio terapeutico multimodale di 8 sessioni della durata di un'ora distribuite in 8 settimane
- ✓ Il Programma comprende una sessione di educazione sulle Neuroscienze del Dolore - un intervento basato su un approccio biopsicosociale e cognitivo - e 7 sessioni di ACT

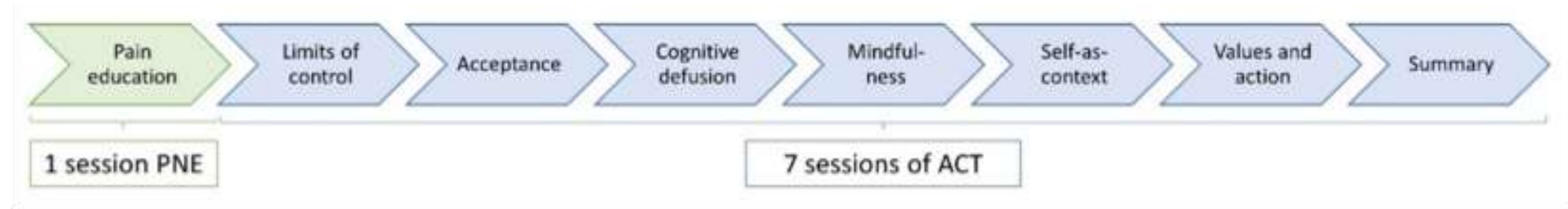


Figure 1. Overview of the Acceptance and Commitment Therapy Program, consisting of 1 session of Pain Neuroscience Education and 7 sessions of Acceptance and Commitment Therapy. Abbreviations. ACT: Acceptance and Commitment Therapy, PNE: Pain Neuroscience Education.

Esempio di Linee Guida per Aumentare la Resilienza con il trattamento ACT in pazienti con DC

- ✓ Ad ogni sessione, vengono assegnati dei compiti da svolgere a casa, in modo da continuare a lavorare con le tecniche apprese
- ✓ Man mano che le 6 componenti diventano sufficientemente potenti da essere utilizzate al di fuori delle sessioni, si auspica che il paziente possa affrontare le contingenze reali nel mondo ed imparare a funzionare meglio al loro interno

Table 1. Content of Acceptance and Commitment sessions, with corresponding home assignments.

ACT Sessions	Content of Session	Home Assignment
Session 1	Limits of control	<ul style="list-style-type: none">• Taking stock of strategies for dealing with difficulties.• Identify the demands that are imposed.
Session 2	Acceptance	<ul style="list-style-type: none">• Insight in pain and suffering.• Practising in the readiness to have negative emotions and thoughts.• Break through the demands that are imposed.
Session 3	Cognitive defusion	<ul style="list-style-type: none">• Exercises to create distancing from thoughts.
Session 4	Mindfulness	<ul style="list-style-type: none">• Mindfulness exercises.
Session 5	Self-as-context	<ul style="list-style-type: none">• Taking stock of the role of our self in different contexts.
Session 6	Values and committed action	<ul style="list-style-type: none">• Create an action plan on how to put values into practice.
Session 7	Summarisation	<ul style="list-style-type: none">• Create an action plan on how to integrate ACT in the daily life.

DC e deficit cognitivi

- ✓ **Elevata prevalenza di deficit cognitivi in pazienti con DC: memoria a BT, apprendimento, attenzione, concentrazione, funzionamento esecutivo, decisione, velocità di elaborazione delle informazioni, valutazione delle conseguenze delle azioni**
- ✓ **Nei pazienti con DC e deficit cognitivi, il neuroimaging strutturale mostra riduzione della sostanza grigia e studi di Voxel Based Morphometry, mostrano alterazioni biochimiche e processi di neuroplasticità per la riorganizzazione corticale**

Efficacia dei trattamenti CBT, MBRS e ACT sul DC: evidenze da neuroimaging

- ✓ **CBT induce come da studi di fMRI, cambiamenti strutturali nella corteccia prefrontale e il rilascio di neurotrasmettitori che inibiscono il dolore bloccando la trasmissione degli impulsi dolorosi, dal midollo spinale al cervello**
- ✓ **MBRS la meditazione attiva aree cerebrali corticali che possono interferire o interrompere i segnali nocicettivi e più a lungo viene praticata, maggiore sarà lo sviluppo di aree del cervello associate all'analgia**
- ✓ **ACT, studi di fMRI ne avvalorano i principi teorici per cui flessibilità psicologica, accettazione e defusione cognitiva, giocano ruoli importanti per il miglioramento funzionale di individui che soffrono di DC**

Conclusioni

- ✓ Il DC è una malattia a sè stante, derivante dall'interazione tra componenti percettive, emotive, comportamentali e cognitive
- ✓ Le terapie cognitivo-comportamentali prese in considerazione consentono di agire su questi fattori, non rimuovendo il dolore, ma giungendo alla sua consapevolezza ed accettazione mediante l'utilizzo di specifiche tecniche

Nello specifico:

- ✓ la CBT consente di ridurre la percezione del dolore e il disagio psicologico modificando sensazioni fisiche, agendo su pensieri catastrofici, comportamenti maladattivi e di evitamento, per migliorare la capacità di affrontare il dolore
- ✓ la MBRs, consente mediante la consapevolezza di giungere al miglioramento della QoL e del funzionamento generale, riducendo intensità del dolore, depressione, fatica, ansia e comportamenti di evitamento
- ✓ l'ACT, agisce su consapevolezza ed accettazione del dolore, riduce catastrofismo, ansia e depressione, puntando all'acquisizione della flessibilità psicologica per garantire al paziente un adeguato funzionamento