



IL DOLORE



OPUSCOLO
INFORMATIVO



DIVENTA SOCIO **GTM**

iniziative, congressi,
forum, workshop
e vantaggi

www.terapiamanuale.it

COS'È IL DOLORE?

Il dolore è “un’esperienza sensoriale ed emozionale spiacevole associata a danno tissutale, in atto o potenziale, o descritta in termini di danno”. [IASP - International Association for the Study of Pain]



Emergono due aspetti fondamentali che si discostano dall’immaginario collettivo:

- il dolore non è composto esclusivamente dalla componente sensoriale;
- non è necessaria la presenza di danno tissutale per provare dolore.

DA QUALI COMPONENTI È ALLORA COMPOSTO IL DOLORE?

Si distinguono solitamente tre componenti o dimensioni:

- dimensione sensoriale (localizzazione, tipologia, intensità, ecc.);
- dimensione affettiva (paura, ansia, rabbia, ecc.)
- dimensione cognitiva (pensieri relativi al dolore).

Il dolore è dunque un’esperienza multidimensionale complessa.

COME PUÒ ESSERCI DOLORE SENZA DANNO TISSUTALE?

È importante distinguere la nocicezione dal dolore:

- la nocicezione è quel sistema afferenziale, composto da recettori e fibre nocicettive, deputato a trasportare al SNC gli stimoli periferici - meccanici, termici e pressori - ad alta soglia di attivazione, dunque potenzialmente pericolosi;
- il dolore è quell’esperienza multidimensionale complessa prodotta da una vasta rete neurale encefalica, detta pain matrix, in risposta a uno stimolo nocicettivo o anche in assenza di nocicezione.

Dunque:

1. lo stimolo nociettivo, e l'eventuale risposta dolorosa, si verifica non solo in presenza di danno tissutale reale, ma anche esclusivamente potenziale, ovvero in presenza di un pericolo di danno;

2. il dolore può verificarsi non solo in presenza del solo pericolo di danno, e non di danno reale, ma persino in assenza di stimolo nociettivo.

IN QUALI CASI VI È LA PRESENZA DI DOLORE IN ASSENZA DI DANNO TISSUTALE?

È il caso tipico del dolore cronico o persistente, definito “un dolore che persiste oltre il normale tempo di guarigione, solitamente individuato in tre mesi”. [IASP]

La caratteristica peculiare del do-

lore cronico è dunque la presenza di dolore in assenza di danno tissutale, mentre i classici tre mesi individuati come cut-off fra dolore acuto e cronico sono solo un tempo convenzionale nel quale si presume che la guarigione del tessuto sia avvenuta.

PERCHÉ IL NOSTRO CERVELLO CREA L'ESPERIENZA DOLOROSA?

Nel caso del dolore acuto, il dolore è un meccanismo di protezione: ci avverte e ci protegge dalla presenza reale o potenziale di un danno tissutale. È dunque un meccanismo adattativo.

Nel caso del dolore cronico, il dolore perde la sua funzione protettiva, in quanto è presente senza che ci sia un danno o un pericolo di danno, quindi senza che ve ne sia una ragione. È dunque un

meccanismo mal-adattativo che rappresenta un ostacolo alla guarigione.

PERCHÉ IL DOLORE DIVENTA CRONICO?

Spesso contribuiscono alla cronicizzazione del dolore due elementi:

- i fattori psicosociali negativi, la cui rilevanza è resa esplicativa dal ciclo della paura-evitamento, dove il soggetto con dolore che – a causa di emotività negativa o informazioni errate sulla malattia – sviluppa catastrofizzazione, paura del dolore, iper-vigilanza e evitamento delle attività dolorose, conseguente disuso, disabilità e depressione, andrà incontro a un aumento dell'esperienza dolorosa; mentre il soggetto che non svilupperà paura del dolore, andrà incontro a un relativo facile recupero;



- la persistenza della sensibilizzazione centrale, fenomeno neurofisiologico a seguito del quale gli stimoli afferenziali periferici - nocicettivi e talvolta persino non nocicettivi, prima di arrivare alla corteccia somato-sensoriale - sono amplificati a livello del midollo spinale producendo un aumento dell'esperienza dolorosa.

LA FISIOTERAPIA È UTILE CONTRO IL DOLORE?

I principali strumenti terapeutici di cui la fisioterapia dispone per la modulazione del dolore sono la terapia manuale e l'esercizio terapeutico.

La terapia manuale è efficace in numerose condizioni muscoloscheletriche e in particolare nei dolori vertebrali acuti.

L'esercizio terapeutico è indica-

to come terapia d'elezione nella maggior parte delle patologie muscoloscheletriche, ed è raccomandata dalle linee guida per il trattamento del dolore cronico.



Altri strumenti importanti, soprattutto nel dolore cronico, sono l'educazione e cognitivo-comportamentale.

IN CHE MODO AGISCONO LA TERAPIA MANUALE E L'ESERCIZIO TERAPEUTICO SUL DOLORE?

I meccanismi d'azione non sono ancora del tutto chiari, tuttavia sembra che l'efficacia derivi da una risposta neurofisiologica:

- rilascio di sostanze oppioidi, soprattutto beta-endorfine;
- rilascio di sostanze non-oppioidi, soprattutto endo-cannabinoidi;
- attivazione del sistema d'inibizione del dolore discendente;
- attivazione di sistemi di inibizione del dolore spinali (gate control);
- influenza sui fattori psicosociali, quindi sul modo in cui il soggetto percepisce e riferisce l'esperienza dolorosa.

“

*Il dolore è ancor
più dolore se tace.*

Giovanni Pascoli

*Il ricordo della felicità non
è più felicità, il ricordo del
dolore è ancora dolore.*

Lord Byron

*Non abbiate paura del
dolore, o finirà o vi finirà.*

Seneca

RIFERIMENTI

- Bialosky JE, Bishop MD, Price DD, Robinson ME, George SZ. The mechanisms of manual therapy in the treatment of musculoskeletal pain: A comprehensive model. *Manual Therapy*. 2009;14:531-538.
- Brooks J and Tracey I. From nociception to pain perception: imaging the spinal and supraspinal pathways. *J Anat*. 2005 Jul; 207 (1): 19-33.

- Childs JD, Cleland JA, Elliott JM, et al. Neck Pain. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy*. 2008;38:A1-A34.

- Delitto A, George SZ, Dillen LV, et al. Low Back Pain. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy*. 2012;42:A1-A57.

- IASP, disponibile su https://www.iasp-pain.org/files/Content/ContentFolders/GlobalYearAgainstPain2/MusculoskeletalPainFactSheets/Exercise_Italian.pdf.

- Koltyn KF, Brellenthin AG, Cook DB, Sehgal N, Hillard C. Mechanisms of Exercise-Induced Hypoalgesia. *The Journal of Pain*. 2014;15:1294-1304.

- Loeser JD, Treede R-D. The Kyoto protocol of IASP Basic Pain Terminology. *Pain*. 2008;137:473-477.

- Melzack R, Casey KL. Sensory, motivational and central control determinants of pain: a new conceptual model. *The skin senses*. 1968;1.

- Miffilin KA, Kerr BJ. The transition from acute to chronic pain: under-

standing how different biological systems interact. *Can J Anaesth*. 2014 Feb;61(2):112-22.

- Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Management of chronic pain. A national clinical guideline. December 2013.

- Vlaeyen JWS, Linton SJ. Fear-avoidance model of chronic musculoskeletal pain: 12 years on. *Pain*. 2012;153:1144-1147.

- Woolf CJ. Central sensitization: Implications for the diagnosis and treatment of pain. *Pain*. 2011;152:S2-S15.



www.terapiamanuale.it
