



Estratto dalla RIVISTA MEDICA

Anno XXIII — 1915, n. 6

Elementi psichici degli stati algesici

Dr. STEFANO STEFANI

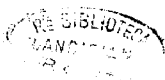


MILANO

PREMIATO STAR. TIPO-LITOGRAFICO A. RANCATI

4 - Via Tortona - 4

1915



Mila 7.5 L

Estratto dalla RIVISTA MEDICA
Anno XXIII — 1915, n. 6

*Uny
B
Ferentino/*

Elementi psichici degli stati algesici

Dr. STEFANO STEFANI



MILANO
PREMIATO STAB. TIPO-LITOGRAFICO A. RANCATI
1 - Via Tortona - 1
1915

L'atteggiamento mentale del malato rispetto al *dolore fisico* è uno dei più interessanti a studiarsi ed è argomento tutt'altro che esaurito. Io cercherò di ridurre le osservazioni su tale proposito al *lato pratico* della questione. È noto che l'intensità della sensazione dolorosa non è sempre in diretto rapporto con l'importanza della causa dolorifica. Uno stesso agente dolorifico operante su due persone diverse con la stessa intensità e a parità di condizioni può dare luogo a due sensazioni e a due percezioni dolorose ben distinte. Ciò dipende naturalmente dal diverso grado di recettività sensitiva e percettiva di ciascun individuo. Ma anche nella stessa persona, in momenti e condizioni diverse, uno stesso agente dolorifico può provocare sensazioni e percezioni ben differenti. Tuttociò porta a concludere che nelle sensazioni dolorose, come già nelle piacevoli, *l'elemento soggettivo* ha una parte non piccola: ora non v'è dubbio che in tale stato soggettivo del malato rispetto al *dolore*

fisico le *condizioni sue psichiche* particolari entrano in prima linea. Il dolore fisico di ogni malato sarà quale egli lo sente e quale egli se lo *rappresenta*, a prescindere affatto dall'importanza e dalla gravità dell'agente dolorifico. Sono appunto le rappresentazioni psichiche del dolore che si formano nella mente di ciascun malato, quelle che determinano il suo atteggiamento definitivo rispetto al dolore stesso e rispetto anche, spesso, alla malattia in generale. Un esempio di quanto grande influenza abbia l'elemento psichico negli stati algescici si può ritrovarlo (oltre che sperimentalmente nei soggetti ipnotizzati) negli isterici, nei quali accanto alle anestesi e analgesie più perfette è dato rinvenire delle iperestesi le più accentuate, delle quali si cercherebbe invano una qualsiasi *causa reale fisica*. Con ciò non intendo affermare che ogni dolore sia semplicemente un prodotto della nostra mente, sia cioè più o meno immaginario; ma solo che è necessario, per calmare e neutralizzare gli effetti della sensazione dolorosa, conoscere anche in che modo la percepisce la mente di ciascun soggetto, in che modo insomma e in che grado tale sensazione si trasforma in una *immagine mentale dolorosa*, e in che grado e in quale estensione tale rappresentazione mentale dolorosa *permane* nella psiche di quello e agisce su di essa anche dopo cessata la causa dolorifica e nei vari intervalli tra uno stato algescico e un altro.

Precisare i limiti del *dominio* nel tempo e nell'intensità di una rappresentazione mentale dolorosa su di un soggetto è un obbligo imprescindibile per ogni buon pratico che voglia avvalersi, nelle sue cure, di qualsiasi genere queste siano, dei mezzi offertagli da una sana e ben diretta Psicoterapia. Si vedrà allora molto spesso che alla formazione

completa di tale rappresentazione mentale dolorosa ha contribuito tutto un lavoro di autosuggestione e di esosuggestione svoltosi in gran parte fuori dello stato algesico stesso, e che lo ha preceduto e lo ha seguito senza che, nei più dei casi, il soggetto stesso se ne sia resa esatta ragione. Tale elaborazione psichica soggettiva farà capo a due principali stati d'animo che s'impadroniranno a vicenda del soggetto: la *paura* del dolore da soffrire e la *memoria* del dolore sofferto: quest'ultima accrescerà la prima e questa, a sua volta, contribuendo a peggiorare le condizioni psichiche del soggetto durante lo stato algesico stesso, avrà influenza notevole sulla persistenza dell'altra. Insomma se un soggetto non potesse in modo assoluto ricordare menomamente il dolore sofferto e avere un'idea nemmeno debole di quello che dovrà eventualmente soffrire, è ben chiaro che le sue condizioni psichiche, al presentarsi di un primo accesso doloroso o al rinnovarsi di altri accessi, sarebbero tali da offrire miglior garanzia di resistenza e di reazione contro i sintomi dolorosi ed anche contro la stessa malattia.

Ogni pratico può ricordare il fatto che molti pazienti sentono, se non sempre cessare in tutto, diminuire e calmarsi alquanto le proprie sofferenze fisiche alla presenza del medico: fenomeno che, partito quello, li induce poi a temere di non avergliele spiegate bene, di non avergliele descritte abbastanza vivamente. Qualunque cosa poi che serva ad attirare a se fortemente l'attenzione del soggetto durante lo stato algesico potrà giovare a calmarlo più o meno completamente e per un tempo più o meno lungo; per questo rispetto io credo che non sempre si possano ben delineare nemmeno i confini tra l'azione suggestiva e l'a-

zione reale degli stessi anestetici e analgesici per quel che riguarda l'interruzione e la soppressione del dolore fisico. Anche in tutti questi casi dunque, cioè durante gli stati algesici veri e propri, la distrazione, sia pure momentanea, dall'idea fissa, dominante, la sottrazione anche lieve e parziale all'impero incontestato dell'immagine dolorosa, produce nel paziente un *solievo psichico* che ha come riverbero immediato un *solievo fisico*. Se tale *Psicoterapia distraente* tanto può sulle condizioni psichiche del soggetto durante l'accesso stesso, tanto più potere avrà su di esse fuori dello stato algesico propriamente detto.

Essa tenderà con determinazione a far pensare il meno possibile il soggetto ai suoi dolori passati e a quelli futuri, giacchè sarà proprio negl'intervalli tra uno stato algesico e l'altro o in precedenza del primo accesso che si compirà la suaccennata opera di depressione psichica sia per autosuggestione sia per influssi psichici esterni al soggetto e risalenti alle cause più svariate.

Deviare la mente del paziente dall'immagine tiranna dolorosa, ridurre gradualmente (e, alle volte, anche bruscamente) il dominio di questa, occupare il territorio mentale di essa con altre immagini piacevoli o indifferenti, nè arrestarsi se la sostituzione non è completa, sarà compito precipuo della cura psichica diretta a lenire e a calmare le sofferenze fisiche di un paziente. Bisogna lasciare il meno possibile la psiche del malato, soli a soli, in faccia al suo dolore fisico, parlare e farlo parlare il meno possibile di questo, perchè le ripetizioni e i discorsi non contribuiscano a richiamarne maggiormente l'attenzione su quelle rappresentazioni mentali che si vogliono invece affievolire o cancellare.

Con ciò, naturalmente, non s'intende che al malato sia da interdirti ogni *sfogo* e al medico qualunque domanda sui dolori del primo: giacchè uno sfogo è anch'esso una forma di distrazione e, d'altra parte, è ben necessario a un medico avere un'idea precisa delle condizioni psicofisiche del suo paziente. Ma da questo al permettere che il proprio dolore diventi per il malato il principale e spesso unico argomento dei suoi pensieri e dei suoi discorsi, ognun vede quale differenza ci corra. Altro contributo notevole all'accrescimento o alla diminuzione dell'intensità e della durata dello stato algescico, per quanto riguarda la ripercussione mentale di esso sul soggetto, può arrecare *l'ambiente* in mezzo a cui si trova quest'ultimo: e con ciò intendo tanto il luogo quanto le persone alla cui influenza la psiche sensibilissima del malato difficilmente può sottrarsi. Quindi una buona *Psicoterapia dell'ambiente* è qui tanto necessaria quanto quella del soggetto stesso.

C'è poi da notare che le sensazioni dolorose producono nel malato un dispendio enorme di energia psichica di per se stesse; quindi anche nella ricerca e nella scelta dei mezzi diretti a *distrarre* il soggetto, sia durante lo stato algescico sia nei periodi di tregua, bisogna andare molto cauti. Qualunque distrazione infatti che affatichi il paziente e richieda da lui un consumo eccessivo di energia nervosa contribuirà a metterlo in una condizione di inferiorità maggiore rispetto all'agente dolorifico. Certamente il dolore sarà meno o niente avvertito quando il paziente non vi penserà; ma è pur vero che per tale scopo bisogna studiare accuratamente quali devono essere le cose a cui si può farlo pensare senza alterarne maggiormente l'equilibrio psico-fisico già compromesso.

In genere anche qui tornerà vantaggioso far convergere l'attenzione del soggetto su quelle immagini mentali che gli riescono più gradite, sia per essere più alla sua portata, sia perchè destano il suo particolare interesse. Occorre dunque studiare la mentalità generale, le tendenze e le abitudini mentali di ogni singolo soggetto per poterne efficacemente distrarre l'attenzione del suo stato algescico.

Le sensazioni dolorose, più o meno intense e continuate, produrranno spesso dei contraccolpi psichici così accentuati da mutare tutt'intiero il carattere del paziente. Le modificazioni apportate al *carattere* dal *dolore fisico* saranno pure un argomento di studio inesauribile. L'azione psicoterapica del medico sarà quindi, nei più dei casi, duplice: dovrà essa tendere, da una parte, ad alleviare o sopprimere, con la distrazione e la sostituzione di immagini mentali *calmanti*, gli effetti immediati del dolore fisico; dall'altra parte dovrà essere una vera e propria restaurazione morale tendente a ristabilire l'equilibrio psichico turbato dallo stato algescico stesso: si tratterà insomma di procedere alla *trasformazione* di uno stato e di un'attività psichica patologici in uno stato e in un'attività psichica più normali che sia possibile.

Anche la cura psichica diretta a calmare il dolore può trasformarsi in un'autoterapia vera e propria. Si potrà mostrare cioè al soggetto, quando ne se lo crede capace, quanto gli sia utile far convergere la sua attenzione su qualche oggetto estraneo alle sue sofferenze, sia durante le medesime, sia prima o dopo.

Senza pretendere che ogni malato riesca solo mentalmente a sopprimere il proprio dolore, pure si potranno ottenere spesso dei vantaggi notevoli

se il medico saprà ben valutare il contributo che ogni singolo paziente potrà recare alla trasformazione della rappresentazione mentale dolorosa. È naturale che il medico debba dapprima guidare il malato in tale esercizio; solo quando noterà in lui una maggiore facilità a seguirlo mentalmente anche in mezzo alle sensazioni dolorose, a posare la sua attenzione sulle nuove immagini ch'egli gli porge, potrà stimolare la sua iniziativa personale e pretendere che egli cominci a contribuire del proprio in queste esercitazioni terapeutiche, nei limiti sempre della sua utile potenzialità psichica e fisica. Accadrà alle volte trovare dei malati ben addestrati in tale esercizio, per istinto quasi naturale, senza che l'abbiano appreso da alcuno: lo studio e l'esempio di questi potrà essere sfruttato da un buon pratico a vantaggio anche degli altri.

Bisogna tuttavia badare e ricordare sempre che il dolore fisico se, in sintomatologia, può sovente tornare utile, sarà in genere per un psicoterapista un terribile avversario, giacchè esso non lascerà strappare facilmente il malato al proprio influxo. Occorre ben lottare di astuzia e di perseveranza per riuscire a neutralizzare i suoi effetti psico-fisici sul soggetto stesso. La sua azione sarà così invadente che, oltre all'uso dei mezzi indicati dalla terapia ordinaria (calmanti, analgesici, anestetici ecc.), occorrerà esaurire ampiamente tutti i mezzi psichici prima di venire spesso a capo di qualche cosa.

Non è fuori di luogo ricordare, infine, che i mezzi sedativi sia psichici che fisici hanno nei più dei casi un effetto puramente sintomatico, e non potranno avere invece un influxo troppo diretto sulla causa dello stato algescico. Quindi cadrebbe in perniciose illusioni quel medico che,

riuscendo ad abolire magari completamente, sia con i soli mezzi psichici sia anche con quelli della terapia usuale, il dolore in un paziente, si credesse dispensato dal ricercarne e curarne la causa. Ed appunto per il suo valore sintomatico occorrerà d'altra parte procedere cautamente alla soppressione totale e permanente del dolore stesso, sia con i mezzi psichici che con quelli ordinari. La cura della *causa dolorifica* ossia della malattia che origina il dolore potrà bensì effettuarsi pure con mezzi psichici, caso per caso, soggetto per soggetto e anche in molte di quelle malattie nelle quali a prima vista si stenterebbe a rintracciare degli elementi psichici. Ma di ciò non è ora il caso di occuparsi, bastando a me qui avere accennato per sommi capi all'importanza che deve assumere per ogni pratico lo studio del *lato psichico* di uno stato algesico, sia a scopo diagnostico che terapeutico.



2385

