

Dipendenza da analgesici e trattamento residenziale post-traumatico. Il caso di Anna.

di Mauro Semenzato, Elisa Sgualdini, Fabio Lugoboni,
Mauro Cibin, Ina Hinenthal, Roger Schmidt

Introduzione

Il fenomeno della dipendenza da analgesici, in particolare oppioidi, si è imposto all'attenzione del sistema sanitario statunitense come una vera e propria epidemia, suscitando interesse e allarme sia da parte dei media sia nel mondo della ricerca scientifica (Stoicea et al., 2019).

In Italia sembrerebbe trattarsi di un rischio ancora piuttosto remoto. Tuttavia, voci autorevoli segnalano che un fenomeno analogo potrebbe attecchire prossimamente anche nel nostro paese (Lugoboni & Zamboni, 2015), in particolare rispetto a soggetti con dolore cronico non maligno o con una neoplasia guarita, quindi con una aspettativa di vita normale. L'origine di tale fenomeno va ricercata in due proprietà degli analgesici oppioidi: il rinforzo (ovvero la capacità di indurre dipendenza comportamentale) e la tolleranza (ovvero la graduale riduzione dell'effetto terapeutico). In queste pagine descriveremo un caso clinico di dipendenza da analgesici, recentemente trattato presso il Centro Soranzo (centrosoranzo.it) con un programma residenziale breve ad approccio integrato e post-traumatico, proponendo evidenze e considerazioni su trauma, dolore cronico e addiction.

Ingresso in struttura e anamnesi clinica

All'ingresso presso il Centro Soranzo, la paziente - che chiameremo "Anna" - è reduce da un ricovero ospedaliero per una grave emorragia gastrica dovuta all'uso eccessivo di farmaci antidolorifici.

La paziente presenta una lunga storia di abuso di analgesici, associata a una

Uno dei punti in cui dipendenza e dolore cronico si incontrano in modo cruciale è senza dubbio il trauma, data la marcata correlazione di entrambi sia con il disturbo da stress post-traumatico propriamente detto, sia con l'esposizione a situazioni avverse durante l'età dello sviluppo.

condizione di dolore cronico (cefalea) di cui soffre dall'età di 4 anni ma che si è aggravata particolarmente dal momento dell'uscita dal nucleo familiare d'origine a 27 anni.

All'ingresso nel programma residenziale, la paziente ha 43 anni, è sposata con un figlio e non presenta comportamenti problematici relativi all'uso di sostanze altre dai farmaci analgesici.

Durante il precedente ricovero le è stata prescritto: metadone cloridrato 40 mg, clomipramina 75 mg, lansoprazolo 30 mg, con la possibilità di richiedere, al bisogno, paracetamolo 1 g fino a 3 cp e indometacina meglumina 50 mg fino a 2 iniezioni al dì. Il ricovero presso il Centro Soranzo è stato suggerito dal Centro per le Cefalee che la segue: una possibilità che la paziente ha accettato solo a condizione di poter continuare ad accedere alla terapia al bisogno con FANS (indometacina), nonostante la consapevolezza del grave rischio emorragico.

L'anamnesi presenta il seguente sviluppo:

- 4 anni: primo episodio di emicrania; viene prescritto metamizolo (Novalgina®) in supposte; periodicità del disturbo, cinque volte al mese;
- 20 anni: fenomeno doloroso in aumento

per intensità e periodicità (quindici volte al mese); terapia con indometacina e metamizolo; primi ricoveri al Pronto Soccorso, durante i quali vengono effettuate flebo di morfina;

- 27 anni: dolori in aumento, con periodicità quotidiana; vengono aggiunti topiramato, codeina/paracetamolo, ossicodone/paracetamolo, nonché iniezioni im di indometacina meglumina;

- 30-31 anni: durante la gravidanza scompaiono i sintomi dolorosi e cessa l'uso di analgesici; concluso l'allattamento i sintomi ricompaiono e riprende anche l'assunzione importante di farmaci;

- 33-34 anni: abuso di paracetamolo/codeina compresse, fino a 20 compresse al giorno; disintossicazione dal farmaco e sua sostituzione con morfina.

- 35 anni: viene nuovamente prescritto ossicodone/paracetamolo compresse, di cui la paziente abusa fino a 40 compresse al giorno; segue ulteriore ricovero e il farmaco d'abuso viene sostituito con cerotti di fentanile;

- 40-43 anni: la paziente tenta di lottare contro il dolore con altri mezzi, tra cui iniezioni di botulino, agopuntura, fisioterapia, osteopatia, supporto psicologico; continua l'abuso di antidolorifici; segue ricovero d'urgenza per grave emorragia gastrica, associata ad ulcere gastriche e duodenali legate all'eccessivo uso di farmaci antidolorifici.

Aspetti salienti del percorso terapeutico

Il percorso residenziale presso il Centro Soranzo, della durata di cinque mesi, ha avuto buon esito: la paziente, a distanza di sei mesi dalla conclusione, riferisce una

significativa riduzione della sintomatologia dolorosa, che viene ben gestita con la sola terapia metadonica assunta regolarmente, accompagnata dal miglioramento della qualità della vita e delle relazioni, dalla capacità di gestione del dolore tramite strategie non farmacologiche.

Nel presente paragrafo cercheremo di descrivere in che modo si sia pervenuti a tale risultato, evidenziando gli aspetti rilevanti del percorso terapeutico.

Perché il Centro Soranzo

L'esperienza del Centro Soranzo inizia nel 2002 dall'introduzione in Italia di modelli di trattamento dei disturbi da uso di sostanze provenienti dai paesi di lingua tedesca e "importati" in Italia da Ina Hinnenthal (Hinnenthal & Cibin, 2011). Nella accezione tedesca con il termine *disturbo post-traumatico* non si intende esclusivamente il PTSD - disturbo da stress post-traumatico, ma la componente di origine traumatica, legata agli eventi di vita, di qualunque disturbo mentale incluse le dipendenze patologiche.

Il programma del Centro Soranzo agisce in maniera integrata e personalizzata sul comportamento di addiction e sui disturbi mentali comorbili accoppiando strumenti di prevenzione della ricaduta (es. MBRP, farmacoterapia anticraving) a interventi di cura del trauma (es. EMDR, gruppi di riattivazione emotiva, psicoterapie corporee); sono compresi nel programma anche interventi specifici centrati sul benessere (yoga, danzaterapia, musicoterapia...); non va inoltre sottovalutato il ruolo dell'ambiente comunitario, bello, caldo e resiliente (si veda il lavoro su *"Ricerca e innovazione in comunità terapeutica: una sfida per il futuro"*, nel presente fascicolo).

L'addiction di Anna è per alcuni aspetti, quali la storia traumatica infantile, simile a quella della maggioranza dei pazienti che hanno utilmente usufruito del Centro Soranzo: persone che hanno iniziato ad usare sostanze per gestire in qualche modo la sofferenza connessa al trauma.

Vi è tuttavia una fondamentale differenza: nel caso di Anna la relazione tra eventi traumatici e addiction è mediata dal

dolore corporeo, la cui gestione anche con strumenti non farmacologici appare un passaggio essenziale del percorso terapeutico, sia per superare la compulsività nell'uso di analgesici, sia per riuscire a "entrare" nei vissuti traumatici.

Nell'impostare il programma di Anna abbiamo in particolare applicato quella parte degli interventi proposti nel Centro Soranzo che fossero particolarmente adatti a tal fine, modificando e personalizzando il programma terapeutico; non va tuttavia sottovalutato il ruolo dell'ambiente comunitario: per una persona con la storia infantile di Anna ritrovarsi in un "luogo sicuro" caldo e accogliente si è rivelato un aspetto fondamentale per riuscire a vedere il dolore e l'uso di farmaci in maniera diversa.

Approccio motivazionale

Entrando nello specifico del caso, il primo punto da sottolineare è la motivazione al cambiamento.

Le prime settimane del percorso di Anna sono state caratterizzate dalla necessità da parte dell'équipe di accogliere con calore e senza pregiudizio le priorità e il livello di consapevolezza manifestati dalla paziente, favorendone al tempo stesso l'evoluzione costruttiva.

Inizialmente, anche a causa dei molteplici tentativi di trattamento falliti in passato, Anna non si dimostrava particolarmente incline alla prospettiva di investire emotivamente in un percorso che l'avrebbe portata a rimanere lontana da casa per alcuni mesi, né tantomeno all'idea di un approfondimento del lavoro in senso propriamente psicoterapeutico o alla percezione di sé come persona realmente affetta da una pericolosa forma di addiction. La motivazione al cambiamento (Miller & Rollnick, 2014) è il primo e fondamentale pilastro su cui si fondano, in generale, i programmi residenziali brevi per il trattamento delle dipendenze e, nello specifico, il dispositivo terapeutico del Centro Soranzo (Hinnenthal & Cibin, 2011). Il primo passo indispensabile, dunque, è stato quello di accogliere senza forzature la richiesta iniziale della paziente, centrata sulla riduzione del comportamento di assunzione di farmaci analgesici.

Il calore e l'accettazione sperimentati dalla paziente in questa prima fase, insieme al sostegno a distanza offerto dal marito, hanno permesso un po' alla volta l'instaurarsi di una relazione più profonda con la psicoterapeuta di riferimento e una maggiore disponibilità e fiducia nei confronti della proposta terapeutica del Centro.

Psicoterapia post-traumatica e acquisizione di strumenti

Grazie all'alleanza terapeutica sempre più salda, il percorso della paziente è proseguito lungo i binari dell'elaborazione delle esperienze traumatiche pregresse e dell'acquisizione di strumenti per la gestione non farmacologica del dolore.

Ben presto hanno cominciato ad emergere episodi traumatici di grande rilievo, che la paziente ha iniziato a mettere in relazione con la sintomatologia dolorosa. Parallelamente le è stato richiesto di annotare in un diario tutti gli episodi di mal di testa che si fossero verificati, riportandone le circostanze di insorgenza, le caratteristiche di esordio, decorso, intensità e conclusione. Il primo collegamento messo a fuoco dalla paziente è stato quello tra il dolore alla testa e il fatto di aver sempre vissuto in uno stato di perenne tensione, specialmente dopo aver lasciato la famiglia d'origine. Ciò sarebbe dipeso, in particolar modo, dalla preoccupazione di aver lasciato la madre da sola con il padre alcolista e violento (ora morto da un paio di mesi).

A partire da questa tematica, emerge il primo ricordo traumatico: la paziente racconta del padre che le sbatte violentemente e ripetutamente la testa contro il muro. Durante il racconto, Anna sperimenta un'intensa emozione di rabbia che, con l'aiuto della psicoterapeuta, riesce a tradurre nell'azione immaginaria di ribellarsi e di uccidere il padre. In seguito a questo esercizio si manifesta un mal di testa pulsante che passa grazie a un esercizio di rilassamento guidato.

Vista l'efficacia dell'esercizio di rilassamento la paziente intraprende un percorso individualizzato di mindfulness. Nel frattempo, continua a seguire anche le normali attività gruppali di consapevolezza corporea e rilassamento psicofisico proposte

dal Centro (yoga, training autogeno, danzaterapia, gruppi di mindfulness).

La paziente comincia a sviluppare intuizioni in merito alla funzione relazionale del dolore: come se potesse rappresentare anche una sorta di richiamo alla cura di sé e alla propria fragilità, una modalità - l'unica consentita nella sua esperienza biografica - per manifestare la propria necessità di attenzione amorevole da parte degli altri; comincia a intuire di avere sempre dovuto proteggersi dal clima di minaccia dovuto alle violenze del padre e di aver sempre dovuto "proteggere" la madre dalle proprie necessità di bambina e dalle proprie emozioni negative: è stata costretta dalla paura, insomma, a mettere da parte se stessa e i propri bisogni, per prendersi cura degli altri. Nel contempo si rende conto di come la propria aggressività, repressa, emerga spesso con modalità indirette e provocatorie, per esempio verso il marito. Contestualmente, alla consapevolezza di essere in grado di gestire il dolore con strumenti non farmacologici diminuisce la richiesta di terapia al bisogno; nel contempo riesce a godere maggiormente delle attività sportive e ricreative con i compagni di percorso.

Anna dice di non sentirsi più "vittima del tiranno", utilizzando questa specifica espressione per riferirsi metaforicamente tanto al padre quanto al mal di testa. Afferma di avere il diritto di godersi la vita, ma al tempo stesso sente emergere il senso di colpa nei confronti della madre.

Sul piano dell'esperienza corporea, attraverso la pratica mindfulness del body scan, Anna sperimenta per la prima volta sensazioni di leggerezza e distensione fisica a lei sconosciute, che contrastano decisamente con la rigidità e la pesantezza che l'accompagnano abitualmente nella vita quotidiana.

In un successivo colloquio con la psicoterapeuta, emerge il ricordo di un drammatico incidente d'auto, avvenuto quando lei aveva appena cinque anni. Ricorda - e sente - il terrore che aveva provato al pensiero che la mamma fosse morta.

Il ricordo dell'incidente, che viene riprocessato efficacemente con sedute di EMDR, offre alla paziente la spiegazione

di come mai sia sempre stata così rigida e apprensiva quando viaggia in automobile.

La pratica dell'EMDR elicitava l'emergere di un altro ricordo traumatico: Anna ricorda che il padre, in uno dei suoi accessi d'ira, ha decapitato un gattino davanti ai suoi occhi. Dopo il racconto, accompagnato da forte emozione, si manifesta il mal di testa ma, anche in questo caso, la paziente sperimenta la possibilità di superarlo grazie a una pratica di rilassamento.

In un'ulteriore seduta Anna racconta un sogno: discuteva animatamente con il padre e desiderava picchiarlo ma, nonostante ci provasse, lui rimaneva impassibile; la terapeuta invita la paziente a immedesimarsi nella situazione del sogno, immaginando di poter effettivamente picchiare il padre. Un po' alla volta la paziente riesce a scaricare la propria rabbia attraverso una serie di colpi violenti contro una sedia imbottita; a seguito di questo episodio non si verifica alcun episodio cefalalgico ma, al contrario, Anna riferisce di avvertire un senso di leggerezza e di sollievo alla testa.

Un ultimo passaggio importante nel percorso terapeutico si completa quando la paziente descrive i nonni paterni: una nonna molto fredda, anaffettiva, distaccata e un nonno che, a suo dire, era un uomo feroce, un vero e proprio mostro. Accompagnata dalla terapeuta, riesce dunque a immaginare come possa essere stata l'infanzia di suo padre, quali tremende esperienze possa aver vissuto riuscendo ad empatizzare in una prospettiva trigerazionale.

A seguito di questi importanti snodi terapeutici, viene proposto alla paziente di sostituire la richiesta farmacologica al bisogno con tecniche di mindfulness: al di là delle sue stesse aspettative la paziente non fa più ricorso alla terapia al bisogno fino alla fine del percorso, e viene dimessa con solo metadone cloridrato 60 mg al dì.

A distanza di sei mesi dalla fine del percorso, si registra riduzione della sintomatologia dolorosa e corretto utilizzo dei farmaci.

Inoltre, la paziente ha maturato maggiore consapevolezza degli aspetti post-traumatici della propria cefalea, ha acquisito tecniche per la gestione non farmacologica del dolore che utilizza in modo efficace e, infine, ha migliorato le proprie competenze emozionali e relazionali, con conseguente

aumento dell'autostima e miglioramento della propria qualità della vita.

Discussione e considerazioni cliniche

Dolore e addiction

La letteratura riporta una forte correlazione tra situazioni di dolore cronico quali cefalea ed emicrania, mal di schiena e fibromialgia e dipendenza da analgesici: il dolore rappresenta un fattore di rischio per l'abuso di analgesici (Blanco et al., 2016). Tra dolore fisico e dipendenza da sostanze in senso lato (non soltanto da analgesici) esiste una complessa trama di interazioni che porta a considerare sia il dolore cronico come possibile fattore pregresso e predisponente all'addiction sia, ancor di più una pregressa storia di dipendenza, come fattore predisponente allo sviluppo di dolore cronico (Manhapra & Becker, 2018). Mentre nel dolore acuto il medico dovrebbe chiedersi che tipo di dolore ha il paziente, nel dolore cronico la domanda corretta è "che tipo di paziente è che ha il dolore". La legge 38 del 2010, la quale garantisce terapie del dolore adeguate, assolutamente doverosa per molti aspetti, pone però precisi rischi di sovramedicazione e connesse dipendenze iatrogene. La triade "ignoranza rispetto al disturbo da uso di sostanze" (ricordiamo a questo proposito che le dipendenze patologiche vengono trattate assai marginalmente o per nulla nei corsi di laurea e nelle specializzazioni), "pressione culturale contro il dolore ad ogni costo" e "facilità prescrittive" pone una seria ipotesi per una replica anche da noi di quanto drammaticamente osservato altrove. Dolore fisico e dipendenza si intrecciano dunque reciprocamente in molti modi; per far fronte a questa complessità, Manhapra e Becker (2018) hanno recentemente proposto un modello multidimensionale per il trattamento di dolore e addiction, che integra le seguenti aree:

- trattamento della dipendenza da sostanze;
- trattamento delle comorbidità psicopatologiche e mediche (PTSD e trauma, depressione, ansia, diabete, etc.);
- riduzione della poliaassunzione di farmaci

psicoattivi;

- trattamento individualizzato del dolore cronico, con interventi psicologici, educativi e comportamentali (Figura 1)

Terapia farmacologica: il senso del metadone

Numerosi studi hanno dimostrato come l'attivazione dei recettori NMDA del glutammato sia capace di indurre una maggiore "resistenza" agli effetti degli oppioidi (Trujillo, 2002). In altri termini, i recettori NMDA del glutammato sono in grado di regolare l'espressione dei recettori mu degli oppioidi e rappresentare la base farmacologica dello sviluppo della tolleranza. La tolleranza agli oppioidi è anche in grado di produrre la cosiddetta cross-tolerance, cioè una condizione di tolleranza crociata anche verso altri oppiacei che viene utilizzata anche a fini terapeutici, come nel caso dell'uso del metadone (MTD) per bloccare l'astinenza da eroina. Il MTD è in grado di determinare una ridotta tolleranza attraverso un processo di internalizzazione dei recettori mu e un'azione di antagonismo sui recettori NMDA del glutammato, a patto che venga utilizzato con dosi in grado di

controllare il craving e/o il dolore. Per tutte le predette ragioni il MTD sembrerebbe essere il farmaco oppiaceo più efficace nel controllare il craving e il dolore nelle situazioni ove si sia instaurata una tolleranza oppioide con persistenza dello stimolo doloroso, con effetti minimi sui meccanismi di sviluppo di tolleranza (Lugoboni, 2019). L'iperalgia indotta dagli oppioidi (HIO) viene considerata una complicazione della terapia con oppiacei legata ai meccanismi della tolleranza e migliora se l'oppiaceo viene ridotto (Lee et al., 2011). Il trattamento dell'HIO consiste nella riduzione o nell'eliminazione dell'oppiaceo, nell'utilizzo di un antagonista del recettore NMDA del glutammato, oppure nel prendere in considerazione altre soluzioni per il trattamento del dolore (come ad esempio l'utilizzo di tecniche fisiche o neurochirurgiche, con un'attenzione sempre maggiore agli approcci psicoterapeutici). In questo senso, il MTD, a differenza di altri farmaci oppiacei, sembra essere, per le sue proprietà farmacocinetiche, particolarmente efficace anche per controllare l'HIO (Vadivelu et al., 2014). Il MTD è anche il farmaco oppiaceo più indicato per il trattamento del dolore, soprattutto cronico, nei soggetti che presentano una tolleranza dovuta all'uso di

sostanze (Shah & Diwan, 2010), presente nel 25-40% dei pazienti che vengono ricoverati in ospedale e nel 40-60% di coloro che subiscono un trauma (Chou et al., 2014). Una survey condotta su più di 10.000 pazienti afferenti a centri per il dolore ha dimostrato, come anche nei pazienti con una storia di dipendenza, solo raramente si siano sviluppati fenomeni di dipendenza iatrogena al MTD (Chou et al., 2014).

Il MTD è, a tutti gli effetti, un analgesico. Si è dimostrato efficace nel trattamento del dolore neuropatico ed è un'opzione ragionevole nel trattamento sia del dolore acuto che del dolore postoperatorio. Un tipico regime di uso di MTD per il dolore cronico in pazienti "oppioidi naive" inizia con una dose di 5 mg o meno due volte al giorno, aumentandolo fino alla scomparsa del dolore. Una dose totale sopra i 120 mg è richiesta molto raramente. Sembrano non esserci correlazioni tra i livelli sierici di MTD e i suoi effetti analgesici: il suo utilizzo deve essere perciò essere guidato dalla risposta clinica. L'effetto analgesico di una dose inizia in 30-60' e dura fino a 4-6 ore. La durata breve dell'effetto analgesico del MTD paragonata alla sua lunga emivita (15-55 ore) richiede che venga somministrato due o tre volte al giorno.

F1 Modello multidimensionale per il trattamento di dolore cronico e addiction



(Fonte: Manhapra & Becker, 2018).
Adattamento e traduzione a cura degli autori.

Il trauma come punto di convergenza

Uno dei punti in cui dipendenza e dolore cronico si incontrano in modo cruciale è senza dubbio il trauma, data la marcata correlazione di entrambi sia con il disturbo da stress post-traumatico propriamente detto, sia con l'esposizione a situazioni avverse durante l'età dello sviluppo.

La correlazione tra dipendenza e trauma è ampiamente documentata in letteratura e supportata anche dal coinvolgimento di funzioni e circuiti cerebrali in buona parte sovrapponibili, tanto da far pensare a una possibile vulnerabilità neurobiologica comune (Chilcoat & Breslau, 1998; Cibin et al., 2013), da qui la raccomandazione di integrare approcci e metodologie di tipo post-traumatico nel trattamento delle dipendenze (Hinnenthal & Cibin, 2011; Spolaor et al., 2016).

Per quanto riguarda le sindromi dolorose croniche, numerosi sono gli studi che hanno riscontrato correlazioni significative tra dolore e PTSD.

Ricerche svolte su veterani di guerra americani hanno rilevato percentuali che arrivano fino al 67-80% (Poundja et al., 2006; Shipherd et al., 2007); in un'indagine che ha coinvolto 36.984 soggetti canadesi, Sareen e colleghi (2007) hanno riscontrato che il 46% dei soggetti con PTSD soffriva di mal di schiena cronico, contro il 20,6% dei soggetti non-PTSD, mentre il 33% dei soggetti con PTSD soffriva di emicrania, contro il 10% dei non-PTSD.

Di fatto, a livello clinico esiste un'ampia area di sovrapposizione tra dolore, storia traumatica e depressione o sindromi ansiose, tanto da suggerire che tali dimensioni vadano prese in considerazione e trattate in modo unitario (Means-Christensen et al., 2008; Outcault et al., 2015; Sherbourne et al., 2009).

Un'ampia letteratura, inoltre, evidenzia con forza il legame tra dolore cronico e situazioni di maltrattamento, abuso e *neglect* nell'età dello sviluppo (Goldberg et al., 1999; Sachs-Ericsson et al., 2017; Nelson et al., 2017; Tietjen et al., 2010a).

Secondo Tietjen e colleghi (2010b), esperienze precoci di abuso fisico, di abuso emozionale e di *neglect* sono un fattore di rischio per lo sviluppo di cefalea cronica ed

emicrania trasformata; l'abuso emozionale sarebbe particolarmente associato a un più precoce esordio dell'emicrania e ciò potrebbe avere implicazioni per il ruolo della risposta allo stress nella fisiopatologia del disturbo.

A termine di un'indagine che ha coinvolto un totale di 36.271 studenti americani, Merrick e colleghi (2020) sostengono che esiste una robusta associazione tra le cosiddette *adverse childhood experiences* (ACEs) e diversi indicatori di misuse di oppioidi in età adulta. Le esperienze infantili di maltrattamento, abuso e *neglect*, quindi, incrementerebbero il rischio di misuse di analgesici oppioidi.

Infine, Garland e colleghi (2019) hanno misurato HRV (variabilità della frequenza cardiaca) e craving in donne in trattamento per dolore cronico con analgesici oppioidi evidenziando come l'esposizione ad esperienze avverse infantili comprometta la capacità di autoregolazione delle emozioni, esacerbando il craving da oppioidi. Secondo gli autori di questo studio a fare da elemento propulsore per lo sviluppo della dipendenza da analgesici oppioidi sarebbe l'intersecarsi di avversità infantili, trauma, disregolazione emotiva e dolore fisico. Per questo motivo i trattamenti per questi soggetti dovrebbero intervenire sia al livello sintomatico della disregolazione emotiva e della gestione del craving sia a livello dei traumi sottostanti.

Pscicosomatico o post-traumatico...

Trauma, dolore e dipendenza sembrano stringersi in un unico paralizzante abbraccio, come nel caso descritto: una vita "in perenne tensione", una forte carica di rabbia inespressa accompagnata da senso di colpa e tendenza a prendersi cura degli altri più che di se stessa, una storia contrassegnata da importanti abusi fisici ed emotivi.

Come illustrato nel volume di Mauro Pini e colleghi (2006) sugli aspetti psicopatologici delle cefalee primarie, esiste una lunga tradizione, nel pensiero psicosomatico di matrice psicoanalitica, che collega la cefalea al senso di colpa e alla repressione delle istanze ostili, che verrebbero in parte rivolte contro il soggetto stesso. Tale collegamento viene ribadito anche da punti di vista lontani dalla psicoanalisi,

comprese numerose ricerche psicometriche che confermano l'ipotesi che un conflitto relazionale e intrapsichico tra espressione e repressione dell'aggressività stia alla base della sintomatologia cefalalgica.

D'altra parte, è possibile leggere la vita "in perenne tensione" e la paralisi dell'espressione della rabbia anche attraverso una prospettiva post-traumatica e psicobiologica (Levine, 2018; Payne & Crane-Godreau, 2015; Porges & Ardino, 2014): i pattern di adattamento all'ambiente registrati nella memoria implicita si traducono nel mantenimento di uno stato di *hyperarousal* autonomico, con ridotta possibilità di accesso al sistema ventrovaegale di *social engagement* per trovare aiuto e rassicurazione negli altri, nonché dall'attivazione contemporanea e conflittuale del sistema simpatico di risposta alla minaccia (*fight or flight*) e del sistema dorsovaegale di immobilizzazione (*freeze*). Quest'ultimo finirebbe col prevalere sul primo (poiché a livello implicito è registrata la memoria traumatica che né fuggire né lottare sono efficaci ai fini della sopravvivenza) ma senza disinnescarlo: un po' come se il sistema nervoso continuasse a funzionare con l'acceleratore premuto e la frizione sospesa a metà.

A ciò si accompagnano correlati affettivi, cognitivi, neurovegetativi, neuroendocrini e tonico-posturali che contribuiscono a mantenere la sintomatologia della paziente. Di qui l'utilità di riattivare, modificare e riconsolidare le memorie implicite legate alle esperienze traumatiche, permettendo alla paziente di fare esperienza incarnata (*embodied*) di cosa significhi sentirsi al sicuro, rilassarsi senza paura, completare le risposte difensive di attacco e fuga con successo e senza pericolo, in un contesto relazionale percepito come accogliente, responsivo e sintonizzato (Kain & Terrell, 2018; Levine, 2014; Ogden & Fisher, 2016).

A questo proposito, è interessante notare come l'*hyperarousal* sia il sintomo più direttamente collegato alle condizioni di salute dei soggetti traumatizzati e, in particolare, alla presenza di dolore cronico (Gomez et al., 2017).

Il modello elaborato da Egloff e colleghi (2013) mette infatti l'accento sui due aspetti neurofisiologici di *hypermnnesia* e *hyperarousal* per evidenziare come l'evento

o l'atmosfera traumatizzante alteri non soltanto la memoria di ciò che è accaduto ma anche il modo stesso che il paziente ha di elaborare il dolore, nel tentativo inconsapevole di evitare il ripetersi di situazioni analoghe.

Fondamentale è dunque poter utilizzare delle metodologie di intervento che agiscano anche a livello implicito e somatico sia in termini di riprocessamento e desensibilizzazione delle memorie, come ad esempio l'EMDR (Shapiro, 2019), sia in termini di rimodulazione consapevole dell'*arousal* autonomico, come tecniche di rilassamento, consapevolezza corporea e mindfulness (Canali, 2019; Semenzato et al., 2019), sia in termini di completamento e ripristino delle risposte difensive, come tecniche espressive ed esperienziali o metodologie ad approccio sensomotorio (Levine, 2014; Ogden & Fisher, 2016).

Vi sono inoltre due dimensioni che rimangono sempre fondamentali, come ben rappresentato dal caso in oggetto: quella della *relazione* e quella dell'attribuzione narrativa di un *sensò*, biografico e magari anche spirituale, all'esperienza del dolore e della sofferenza.

...o multidimensionale?

L'accento sugli aspetti psicosomatici o post-traumatici del dolore cronico e dell'addiction non deve far perdere di vista altre dimensioni, quali quella motivazionale. Molto spesso i pazienti con dolore cronico sono pazienti difficili, il cui carattere sembra essersi "plasmato" attorno al dolore (Hinnenthal et al., 2015) o che, quantomeno, hanno subito le molteplici ripercussioni che il dolore può avere a livello psicologico (Manhapra & Becker, 2018; Simons et al., 2014).

La dimensione motivazionale si interseca naturalmente con la dimensione del *trattamento del dolore*. Come abbiamo visto nel caso di Anna, l'aspetto del contenimento dei sintomi dolorosi, sia con l'aggiustamento della *terapia farmacologica analgesica* sia attraverso l'apprendimento di tecniche e strategie per la *gestione non-farmacologica del dolore*, svolge un ruolo imprescindibile per l'instaurarsi di una solida alleanza motivazionale.

D'altra parte l'esperienza stessa del dolore intenso, prolungato e imprevedibile può essere di per sé traumatizzante e immobilizzante. Per questo motivo i passaggi terapeutici da noi descritti in cui la sintomatologia della paziente si è riattivata per essere poi gestita efficacemente con il supporto di tecniche non farmacologiche e di una relazione accogliente possono essere letti non soltanto come importanti episodi di *empowerment e sostegno all'autoefficacia* nella gestione del dolore, ma anche come episodi di riattivazione, riscrittura e riconsolidamento delle memorie traumatiche legate al vissuto di impotenza e inesorabilità nei confronti delle crisi cefalalgiche.

Un'altra dimensione fondamentale del trattamento è quella della *prevenzione della ricaduta* basata sulla mindfulness (Bowen et al., 2013), centrale nella gestione del craving e della compulsione all'uso di sostanze psicoattive, inclusi gli analgesici.

Infine, l'ultima dimensione da mettere in rilievo è quella del *contesto residenziale comunitario*. È di fondamentale importanza che un percorso terapeutico come quello descritto avvenga in un luogo accogliente e protetto, che possa essere percepito dai pazienti non come un freddo contesto ospedaliero bensì come un rifugio caldo e sicuro, sia per le caratteristiche fisiche, architettoniche e ambientali (Chiamulera, 2019; Chiamulera et al., 2019), sia per il clima relazionale che vi si respira. Ciò consente, da un lato, che i pazienti sperimentino - spesso per la prima volta - quella *sensazione di sicurezza* (Porges & Poli, 2018) senza cui non è pensabile alcun autentico sblocco emotivo e alcuna ristrutturazione delle memorie traumatiche, dall'altro, quella convergenza continuativa di sguardi, di saperi e di professionalità (mediche, psicologiche, educative, complementari) che è condizione ineludibile per la realizzazione di un modello di trattamento integrato e multidimensionale.

Conclusioni

L'esperienza clinica ha rafforzato in chi scrive la convinzione che per affrontare con successo la dipendenza da analgesici, così spesso accompagnata da forme di dolore

cronico più o meno invalidanti, sia altamente raccomandabile adottare un approccio di tipo integrato e multidimensionale come quello descritto, che permetta di intervenire in modo competente, sinergico ed efficace lungo tutte le dimensioni delineate.

Il Centro Soranzo, sia per le caratteristiche fisiche, architettoniche e ambientali della struttura, sia per le peculiarità del modello terapeutico adottato, sia per la qualificata multidisciplinarietà dell'équipe professionale che lo compone, si è dimostrato essere contesto d'elezione per simili tipologie di intervento.

Bibliografia

BLANCO C, WALL M, OKUDA M, ET AL. Pain as a predictor of opioid use disorder in a nationally representative sample. *Am J Psychiatry*. 173: 1189-1195, 2016

BOWEN S, CHAWLA N, MARLATT GA. *Mindfulness e comportamenti di dipendenza. Guida pratica per la prevenzione delle ricadute*. Raffaello Cortina Editore, Milano, 2013

CANALI S. Pratiche basate sulla mindfulness nel trattamento delle dipendenze. In CHIAMULERA C, CIBIN M (Eds): *Aftercare e post-prevention nelle addiction. Verso il benessere*. Edizioni Publiedit, 2019

CHIAMULERA C. Ambiente arricchito: dai neuroni alla neuro-architettura. In CHIAMULERA C, CIBIN M (Eds): *Aftercare e post-prevention nelle addiction. Verso il benessere*. Edizioni Publiedit, 2019

CHIAMULERA C, BARETTI M, MANTOVANI S, ET AL. Gli spazi dell'aftercare e post-prevention: dal servizio al progetto. In CHIAMULERA C, CIBIN M (Eds): *Aftercare e post-prevention nelle addiction. Verso il benessere*. Edizioni Publiedit, 2019

CHILCOAT HD, BRESLAU N. Investigations of causal pathways between PTSD and drug use disorders. *Addict Behav*. 23: 827-840, 1998

CHOU R, WEIMER MB, DANA T. Methadone overdose and cardiac arrhythmia potential: findings from a review of the evidence for an American Pain Society and College on Problems of Drug Dependence clinical practice guideline. *J Pain* 15: 338-65, 2014

CIBIN M, CHIAMULERA C, HINNENTHAL I, ET AL. Addiction, trauma, memoria: dalla clinica al reverse engineering. *Medicina delle Dipendenze*. 3: 49-61, 2013

EGLOFF N, HIRSCHI A, KÄNEL RV. Traumatization and chronic pain: a further model of interaction. *J Pain Res*. 6: 765-770, 2013

GARLAND EL, REESE SE, BEDFORD CE, ET AL. Adverse childhood experiences predict autonomic indices of emotion dysregulation and negative emotional cue-elicited craving among

female opioid-treated chronic pain patients. *Dev Psychopathol.* 31: 1101-1110, 2019

GOLDBERG RT, PACHASOE WN, KEITH D. Relationship between traumatic events in childhood and chronic pain. *Disabi Rehabil.* 21: 23-30, 1999

GOMEZ-PÉREZ L, WESSA M, FLOR H. Post-traumatic stress, physical health and chronic pain: the role of hyperarousal and depressive symptoms. *J Trauma Stress Disor Treat.* 6: 1-8, 2017

HINNENTHAL IM, CIBIN M. *Il trattamento residenziale breve delle dipendenze da alcol e cocaina: il modello Soranzo.* SEEd, Torino, 2011

HINNENTHAL I, CIBIN M, GIUFFRÀ E, ET AL. Trattamento non (solo) farmacologico del dolore cronico. In LUGOBONI F, ZAMBONI L (EDS): *Analgesici oppioidi. Uso, abuso e addiction. Diagnosi di un fenomeno sommerso.* CLAD Onlus, Verona, 2015

KAIN KL, TERRELL SJ. *Nurturing resilience: helping clients move forward from developmental trauma.* North Atlantic Books, Berkeley CA, 2018

LEE M, SILVERMAN S, HANSEN H, ET AL. A comprehensive review of opioid-induced hyperalgesia. *Pain Physician* 14: 145-161, 2011

LEVINE PA. *Somatic experiencing: esperienze somatiche nella risoluzione del trauma.* Astrolabio Ubaldini, Roma, 2014

LEVINE PA. *Trauma e memoria. Una guida pratica per capire ed elaborare i ricordi traumatici.* Astrolabio Ubaldini, Roma, 2018

LUGOBONI F. Abuso e dipendenza da analgesici oppioidi di prescrizione - Comprendere e affrontare il fenomeno. In CARACENI A, CORLI O, COSTANTINI M, ET AL. (EDS): *Libro italiano di medicina e cure palliative.* Poletto Editore, Milano, 2019

LUGOBONI F, ZAMBONI L (EDS): *Analgesici oppioidi. Uso, abuso e addiction. Diagnosi di un fenomeno sommerso.* CLAD Onlus, Verona, 2015

MANHAPRA A, BECKER WC. Pain and addiction. *Med Clin North Am.* 102: 745-763, 2018

MEANS-CHRISTENSEN AJ, ROY-BYRNE PP, SHERBOURNE CD, ET AL. Relationships among pain, anxiety, and depression in primary care. *Depress Anxiety.* 25: 593-600, 2008

MERRICK MT, FORD DC, HAEGERICH TM, ET AL. Adverse childhood experiences increase risk for prescription opioid misuse. *J Prim Prev.* 41: 139-152, 2020

MILLER WR, ROLLNICK S, GUELFY GP, ET AL. *Il colloquio motivazionale. Preparare la persona a cambiare.* Centro Studi Erickson, Trento, 2014

NELSON S, SIMONS LE, LOGAN D. The incidence of adverse childhood experiences (ACEs) and their association with pain-related and psychosocial impairment in youth with chronic pain. *Clin J Pain.* 34: 402-408, 2017

OGDEN P, FISHER J. *Psicoterapia sensorimotoria: interventi per il trauma e l'attaccamento.*

Raffaello Cortina Editore, Milano, 2016

OUTCALT SD, KROENKE K, KREBS EE, ET AL. Chronic pain and comorbid mental health conditions: independent associations of posttraumatic stress disorder and depression with pain, disability, and quality of life. *J Behav Med.* 38: 535-543, 2015

PAYNE P, CRANE-GODREAU MA. The preparatory set: a novel approach to understanding stress, trauma, and the bodymind therapies. *Front Hum Neurosci.* 9: 178, 2015

PINI M, MARTELLETTI P, CALAMARI E. *Aspetti psicopatologici delle cefalee primarie. Teorie, metodi e risultati della ricerca.* Franco Angeli, Milano, 2006

PORGES SW, ARDINO V. *La teoria polivagale. Fondamenti neurofisiologici delle emozioni, dell'attaccamento, della comunicazione e dell'autoregolazione.* Giovanni Fioriti, Roma, 2014

PORGES SW, POLI A. *La guida alla teoria polivagale. Il potere trasformativo della sensazione di sicurezza.* Giovanni Fioriti, Roma, 2018

POUNDJA J, FIKRETOGLU D, BRUNET A. The co-occurrence of posttraumatic stress disorder symptoms and pain: Is depression a mediator? *J Trauma Stress.* 19: 747-751, 2006

SACHS-ERICSSON NJ, SHEFFLER JL, STANLEY IH, ET AL. When emotional pain becomes physical: adverse childhood experiences, pain, and the role of mood and anxiety disorders. *J Clin Psychol.* 73: 1403-1428, 2017

SAREEN J, COX BJ, STEIN MB, ET AL. Physical and mental comorbidity, disability, and suicidal behavior associated with posttraumatic stress disorder in a large community sample. *Psychosom Med.* 69: 242-248, 2007

SEMENZATO M, CIBIN M, CARRARO M, ET AL. Yoga e altre pratiche contemplative basate sul movimento. In CHIAMULERA C, CIBIN M (EDS): *Aftercare e post-prevention nelle addiction. Verso il benessere.* Edizioni Publiedit, 2019

SHAH S, DIWAN S. Methadone: does stigma play a role as a barrier to treatment of chronic pain? *Pain Physician* 13: 289-93, 2010

SHAPIRO F. *EMDR. Il manuale. Principi fondamentali, protocolli e procedure.* Raffaello Cortina Editore Milano, 2019

SHERBOURNE CD, ASCH SM, SHUGARMAN LR, ET AL. Early identification of co-occurring pain, depression and anxiety. *J Gen Intern Med.* 24: 620-625, 2009

SHIPHERD JC, KEYES M, JOVANOVIC T, ET AL. Veterans seeking treatment for posttraumatic stress disorder: What about comorbid chronic pain? *J Rehabil Res Dev.* 44: 153-166, 2007

SIMONS LE, ELMAN I, BORSOOK D. Psychological processing in chronic pain: a neural systems approach. *Neurosci Biobehav Rev.* 39: 61-78, 2014

SPOLAOR G, HINNENTHAL I, CIBIN M. *Trauma e*

addiction: proposta di trattamento residenziale, ricerca e formazione del Centro Soranzo. *International Journal Of Multidisciplinary Trauma Studies.* 1: 100-106, 2016

STOICEA N, COSTA A, PERIEL L, ET AL. Current perspectives on the opioid crisis in the US healthcare system. *Medicine.* 98: e15425, 2019

TIETJEN GE, BRANDES JL, PETERLIN BL, ET AL. Childhood maltreatment and migraine (Part I). Prevalence and adult revictimization: a multicenter headache clinic survey. *Headache: The Journal of Head and Face Pain.* 50: 20-31, 2010a

TIETJEN GE, BRANDES JL, PETERLIN BL., ET AL. Childhood maltreatment and migraine (Part II). Emotional abuse as a risk factor for headache chronification. *Headache.* 50: 32-41, 2010b

TRUJILLO KA. The neurobiology of opiate tolerance, dependence and sensitization: mechanisms of NMDA receptor-dependent synaptic plasticity. *Neurotox Res.* 4: 373-391, 2002

VADIVELU N, SINGH-GILL H, KODUMUNDI G, ET AL. Practical guide to the management of acute and chronic pain in the presence of drug tolerance for the healthcare practitioner. *Ochsner J.* 14: 426-433, 2014

Mauro Semenzato¹
Elisa Sgualdini¹
Fabio Lugoboni²
Mauro Cibin¹
Ina Hinenthal³
Roger Schmidt⁴

¹Centro Soranzo – Venezia

²Servizio di Medicina delle Dipendenze, Dipartimento di Medicina Interna, Azienda Ospedaliera Universitaria, Verona

³SC Salute Mentale e Dipendenze Imperia e Degenze Psichiatriche, Asl1 Imperiese

⁴Klinik für Psychosomatik und Konsiliarpsychiatrie, Departement Innere Medizin, Kantonsspital St.Gallen, Svizzera & Lurija-Institut für Rehabilitationswissenschaften und Gesundheitsforschung, Kliniken Schmieder Allensbach und Fachbereich Psychologie, Universität Konstanz, Germania