

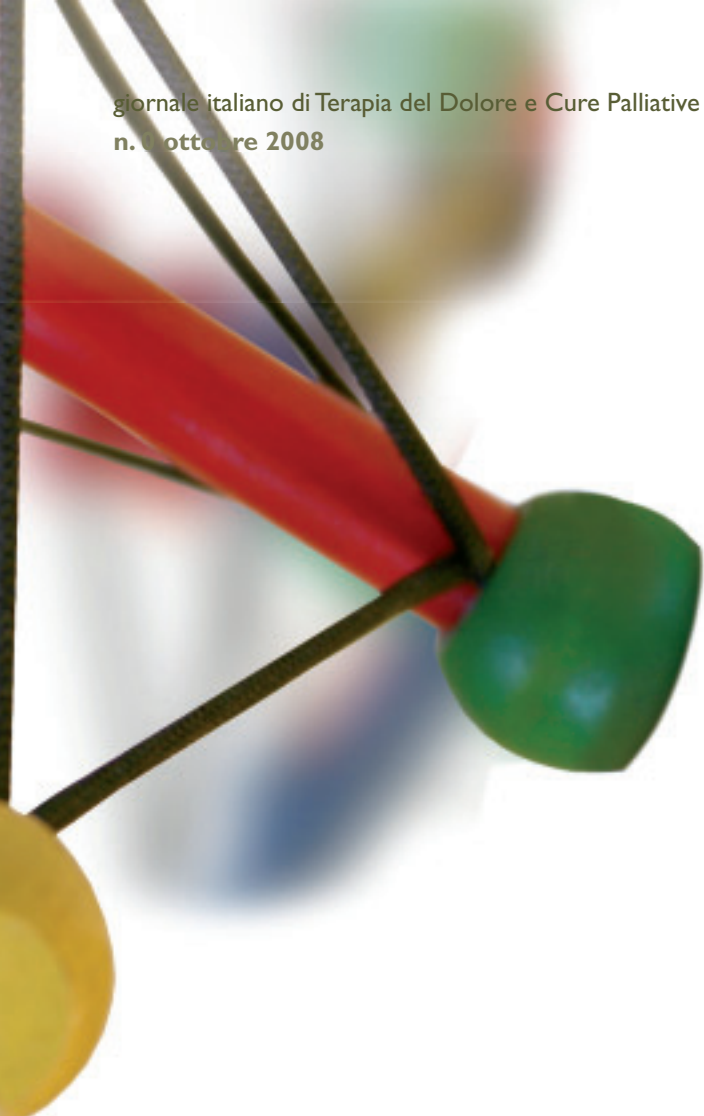


lettura magistrale - sala giunta Pignatiello - Comune di Napoli
convegno: "PER NON SOFFRIRE COMPRENDERE IL DOLORE"

il dolore e la sofferenza nelle filosofie, nella scienza e nell'arte medica

Vincenzo Montrone

Direttore U.O.C. Fisiopatologia, Terapia del Dolore e Cure Palliative - Hospice
A.O.R.N. "A. Cardarelli" - Napoli
vincenzo.montrone@virgilio.it



Mi è stato concesso l'onore di prendere per primo la parola, onore che cercherò di assolvere nel migliore dei modi. Il titolo della lettura magistrale è "Dolore e sofferenza", apparentemente due semplici parole sul cui significato però si sviluppa una vera e propria filosofia di cura. Spesso senza rendercene conto, il pensiero scientifico viene condizionato dal significato che noi stessi abbiamo dato alle parole o ai termini. Le definizioni diventano quindi strumenti importanti che, anche quando le riconosciamo provvisorie e modificabili, condizionano il pensiero e l'agire dei ricercatori tutti. È il caso dei termini in questione.

In realtà, per arrivare a comprendere il significato di queste parole, ci dobbiamo addentrare in riflessioni di natura filosofica ed antropologica.

Comprendere cosa sia il dolore è estremamente importante anche se enormemente complesso, basta pensare che la parola dolore ha trovato difficoltà di definizione persino nella lingua greca, notoriamente precisa e puntigliosa in fatto di terminologia, che non ha saputo scegliere tra *alogs*, *phathos*, *odune* ed *aistesis*.

Il dolore è stato trattato molto poco dalla filosofia occidentale e quasi sempre relegato allo studio del soma. Pensate, stranamente, i maggiori contributi si sono avuti con l'antropologia (Kleinmann 1988) e la sociologia.

Ma quello su cui vorrei soffermare la vostra attenzione è il fatto che in ogni epoca l'atteggiamento terapeutico è

cambiato in funzione del significato che è stato dato alla parola "dolore".

Per comprendere quanto detto è indispensabile aver chiaro come si è sviluppato il pensiero nel corso dei secoli. Dai primordi ad oggi vedremo quindi come la medicina, la filosofia, l'antropologia e la storia sono fortemente intricate. In **epoca preistorica**, il dolore non trovava logica spiegazione e l'uomo, da sempre bisognoso di dare un significato ed una classificazione ai fenomeni che lo sovrastano, evocò spiriti maligni e forze occulte che, penetrando nel corpo, determinavano lo stato di sofferenza.

Fu questa la prima interpretazione della causa del dolore e da questo concetto filosofico ne scaturì come conseguenza una particolare terapia.

Si produsse l'idea che, attraverso riti magici, praticati da stregoni (medico sacerdote), si potessero allontanare i demoni e quindi la sofferenza e senza conoscerne l'effetto si somministravano erbe medicamentose quali il *papaverum somniferum* (dagli egizi chiamata pianta dell'oblio) o l'inebriante *cannabis*, che serviva alla preparazione dell'*hashish*. L'assunzione di queste erbe, aiutava a fugare la divinità del male e del dolore.

Questa concezione la si ritrova a partire dall'**epoca del bronzo** (1000 a.C.) in cui egiziani, sumeri e assirobabilonesi credevano che le malattie ed il dolore fossero provocate dai demoni che entravano di nascosto nel naso o nelle orecchie di chi aveva offeso il Dio protettore, fino all'epoca di **Platone** (428-347 a.C.) in cui, ravvisando l'inspiegabilità del fenomeno, se ne riconosceva la soprannaturalità. Si riteneva che fosse il cuore e non il cervello il centro del dolore.

Una specie d'alibi morale che permetteva di scaricare il peso di un'entità misteriosa e di trovare nell'ineluttabile, una motivazione capace di aumentare fatalisticamente le proprie capacità di sopportazione. Questo concetto lo ritroveremo molto tempo dopo nella filosofia cristiana, che riteneva il dolore un'espiazione dei peccati terreni.

La visione organicistica fu introdotta da Ippocrate prima e da **Aristotele** poi. Quest'ultimo sosteneva che uno dei cinque sensi, il tatto, fosse responsabile del dolore, ma erroneamente riteneva che solo nel cuore il dolore si trasformava in una sensazione che chiamava "passione dell'anima".

Morto Aristotele, fu **Erofilo** (335-280 a.C.) ad affermare che il cervello faceva parte del S.N.C. e che i nervi erano collegati al nevrasso, distinguendoli in nervi sensitivi e motori. Brillanti intuizioni che, come spesso accade, furono abbandonate per ritornare in auge grazie a **Galeno** quattro secoli dopo (129-201).

La filosofia Aristotelica si riaffermò nel Medio Evo sovrastando il pur brillante pensiero del filosofo arabo **Avicenna** (980-1037). Medico, filosofo, matematico, fisico, poeta, precursore di numerosi concetti della moderna algologia, egli aveva brillantemente classificato 15 tipi di dolore, sugge-

rendo che il dolore era una "particolare sensazione" e affermando che il dolore può essere prodotto dalla malattia o essere esso stesso *malattia*, concetti questi che ritroveremo nella moderna algologia.

Nel **Medio Evo** nasce la medicina Monastica, introdotta dai Benedettini che utilizzavano un ricco prontuario di erbe medicinali che coltivavano di persona negli orti dei monasteri.

Questi monaci sono da considerare i pionieri della futura industria farmaceutica, infatti, le pozioni preparate erano poi vendute attraverso botteghe-farmacie presenti nei loro monasteri. In questi luoghi assumevano il ruolo di medici e taumaturghi.

Ecco che dal medico filosofo del periodo ellenista si passa in questo caso al monaco medico del mondo occidentale, mentre nel mondo orientale permane ancora la figura del medico filosofo. Ma il perno centrale dell'evoluzione del pensiero scientifico si ebbe prima con **Galilei** (1564-1642) che gettò le basi per una concezione non più filosofica, non più metafisica, ma puramente razionale del dolore e successivamente con **Cartesio** (1596-1650) che, con la teoria del metodo, in pieno **Rinascimento**, tracciò il definitivo allontanamento dal metafisico. Il cervello fu considerato la sede centrale della sensibilità ed il dolore fu interpretato come un input afferenziale che dalla periferia si porta lungo i nervi al cervello.

Tutt'oggi la concezione del dolore espressa da Cartesio ha permeato le menti dei medici e dei ricercatori segnando e condizionando fortemente il pensiero contemporaneo. Nella metà del 1500 assistiamo al tentativo di rivoluzionare i concetti fin'ora esposti da parte di **Paracelo**, lo scienziato più controverso di quell'epoca, ideatore dell'etere solforico da lui utilizzato per lenire la sofferenza, ideatore del laudano (ottenuto mescolando alcool ed oppio) e propugnatore della visione olistica dell'uomo in cui il dolore era interpretato anche alla luce della complessa sfera psicofisica. Da questa visione nasceva il suo originale utilizzo dell'astrologia.

Ma un vero precursore della visione psicofisica del dolore è stato Benedetto **De Spinoso** (1632-1677) che trattava il dolore includendovi anche la melanconia. Il dolore era visto come un'emozione e con il termine "tristizia" indicava sia il dolore fisico che quello psichico (*anticipazione del concetto moderno di Total Pain*).

Ecco quindi che nel **XVI e XVII secolo**, con l'avvento della concezione scientifica della natura, il dolore non è più valutato nell'ambito della filosofia ma della medicina. Le tecniche terapeutiche utilizzate per controllare il dolore erano prevalentemente riflessologiche, di controirritazione, applicazione di caldo o freddo, sostanze revulsivanti, applicazioni di balsami, di sanguisughe, salassi, ventose, oppio e laudano, oltre ad alcune sostanze medicamentose quali la mandragora.

Si utilizzavano, anche se in modo pittoresco ed improprio, tecniche iper-reflessologiche e tecniche ipo-reflessologiche (neuromodulazione farmacologica).

Le terapie erano effettuate per tentativi, senza un ordine preciso. Si procedeva seguendo la pratica dei seguaci della scuola dei metodici, utilizzando cataplasmi di lino selvatico, oppio, euforbio, foglie di bietola, farina di fave, loglio, ma anche sterco di bue caldo o, come suggerito da un'antica ricetta di Avicenna, *sterco di capra e cenere di cavoli comuni, amalgamati con miele* ed infine cauterizzazioni delle parti dolenti.

Una gran confusione terapeutica dovuta al momento di transizione filosofico culturale, che vede la mente dell'uomo ancora condizionata dal misticismo medioevale, ed al lento sganciamento della medicina dagli assiomi aristotelici.

Momento dunque di transizione culturale tra le tendenze meccanicistiche di Hermann Boerhaave che aveva separato l'animismo dal sensismo di impronta condillachiana. Il Rinascimento ci ha portato il razionalismo da cui deriva la moderna medicina meccanicistica, ricca di acquisizioni sperimentali, che ha spostato l'attenzione sugli aspetti organistici della malattia, ricercando le strutture biologiche alterate. Appare sempre più chiara la visione meccanicistica e razionale del dolore inteso come sintomo, visione che ancora oggi è parte fondante della cultura medica in generale.

C. Bernard afferma con autorità che la medicina si occupa del dolore attraverso lo studio sperimentale, con strumenti e pratiche, (contro la filosofia Ippocratica che aveva sostenuto come oggetto della medicina l'osservazione "ars medica tota in observationibus"). Si afferma il concetto che al medico tocca la sperimentazione, al botanico l'osservazione ed al filosofo la riflessione.

Si abbandonano le intuizioni di Paracelso e di Benedetto De Spinoso sulla visione psicofisica del dolore e ci si immerge nella visione Newtoniana del razionalismo scientifico.

Nel **1850**, con la nascita della fisiologia sperimentale, inizia lo studio della sensibilità in generale e del dolore in particolare, da cui la disputa fra le due teorie del dolore:

1. **Teoria della specificità sensoriale** (Muller);
2. **Teoria dell'intensità o sommazione di impulsi** (Weber).

La prima teoria sosteneva che il dolore fosse una forma specifica di sensibilità con un suo particolare apparato sensitivo, indipendente da quello del tatto e degli altri sensi. Esistevano cioè nervi specializzati alla trasmissione del dolore.

La seconda sosteneva che ogni stimolo sensoriale potesse causare dolore qualora si fosse raggiunta una particolare intensità.

La disputa fra queste due teorie si concluderà con un compromesso in cui si nega l'esistenza sia dei recettori speci-

fici, sia dei nervi specifici e si afferma che il dolore è trasmesso da treni di impulsi variabili nel tempo e nello spazio, che vengono riconosciuti a livello centrale per la loro frequenza d'onda.

Il dolore è dunque interpretato in chiave riduzionista, come semplice input afferenziale risentendo ancora del pensiero cartesiano. In questa ottica ogni medico, ha cercato di apportare il contributo del proprio sapere concentrando tutti gli sforzi sul blocco dello stimolo nocicettivo ed interpretando il dolore come semplice input afferenziale. Sempre nell'ottocento la psicologia, che era nata con notevole ritardo come sapere autonomo rispetto alla medicina, ha dato al dolore un suo significato, attribuendogli il valore di *sentimento* oltre che di *sensazione*, interpretandolo ed analizzandolo come esperienza dell'essere umano. Ma le due scienze, chiuse in una monade (Leibniz) non hanno avuto alcuna osmosi culturale, per cui la nascente industrializzazione, che vide nel 1860 in Inghilterra la sua origine con la **rivoluzione industriale**, portò una spinta materialista che produsse sempre di più una visione meccanicistica del sintomo dolore. Il sensismo riprese il sopravvento e la logica conseguenza fu quella che, interpretando il dolore in tale ottica, la terapia si incentrò sull'abolizione della sensazione, togliendo la coscienza o sezionando i nervi o utilizzando sostanze chimiche.

Proprio in quest'epoca compaiono le prime sostanze chimiche di natura sintetica ed un chimico della Bayer produsse nel 1893 su scala industriale l'ac. Acetil salicilico, sostanza sintetizzata per la prima volta nel 1874.

Nel 1884 viene ideata l'anestesia locale per contatto, utilizzando la cocaina sull'occhio, nel 1885 nasce l'anestesia spinale, nel 1888 si effettua la prima alcolizzazione trigeminale nervosa e nel 1895 nasce la rontgenterapia per lenire il dolore cronico. Nel 1898 nasce l'anestesia subaracnoidea e nel 1904 si ha l'avvio della terapia mediante blocchi anestetici, primo fra tutti la procaina.

I neurochirurghi, nei primi anni del **1900**, sull'onda di tale interpretazione del sintomo dolore, hanno effettuato le neurectomie periferiche. Il chirurgo Braun tentò in laparotomia di bloccare direttamente i nervi splanchnici nel carcinoma pancreatico (1906) e sempre i neurochirurghi effettuarono le prime cordotomie. In quell'epoca furono effettuate anche le prime simpaticectomie chirurgiche. I tentativi furono numerosi e tutti miravano a bloccare la conduzione dell'impulso nervoso.

Questa visione terapeutica si è sempre più rafforzata durante gli anni che precedettero il **secondo conflitto mondiale** ad opera di una nuova figura professionale, quella dell'anestesista. È infatti, proprio nel 1936, che nasce a New York il primo ambulatorio di terapia antalgica ad opera di un anestesista, J. **Bonica**, che ha segnato la storia della terapia del dolore, fondando sul blocco nervoso il caposaldo terapeutico, cioè grazie anche al-

l'introduzione di nuove sostanze anestetiche quali la lidocaina nel 1942.

Sempre sotto l'influsso della filosofia cartesiana, moderni ricercatori suggerirono nel **1965** un'affascinante teoria del dolore definita del "Gate-control", successivamente riveduta da uno degli autori (tale teoria rafforzava sempre più la visione meccanicistica del dolore).

Nel 1973 J. Bonica invitò 300 partecipanti ad una conferenza vicino Seattle, dove nacque l'idea di far nascere un'associazione scientifica di livello mondiale sul dolore e fondò la **IASP** (International Association for the Study of Pain). Nel 1999 si potevano contare ben 6675 iscritti provenienti da 93 nazioni. I 6 anni successivi alla nascita della IASP sono stati importantissimi per l'evoluzione del pensiero scientifico sul significato del termine dolore.

Grazie a ingenti investimenti economici per la ricerca sul controllo del dolore, alla nascita in tutto il mondo di centri dedicati alla cura del dolore, agli enormi investimenti economici per la sintesi di nuove sostanze analgesiche, alla nascita e diffusione di numerose riviste scientifiche di settore, ai numerosi congressi, alle nuove tecnologie e ai nuovi ausili di comunicazione, si è giunti nel **1979** ad una nuova definizione di dolore da parte della IASP:

"Esperienza sensoriale ed emotiva spiacevole associata ad un danno reale o potenziale o descritta in termini di danno"[1].

Questa definizione, ancora oggi non completamente e correttamente da tutti interpretata, merita un approfondimento.

La definizione della IASP focalizza l'attenzione sul fatto che il dolore non equivale ad una semplice nocicezione, cioè non è un semplice input afferenziale che parte da una noxa e giunge al cervello. Viene chiaramente detto nelle note esplicative che il dolore è sempre uno stato psicologico ed in quanto tale non è riducibile a segni oggettivi, essendo sempre uno stato soggettivo. Inoltre il dolore può non avere una causa organica potendo insorgere anche in assenza di questa. Non esisterebbe connessione tra l'estensione di un danno tessutale e dolore, potendosi avere questo in assenza di sintomatologia dolorosa [2-4].

Malgrado l'affermazione che "*... il dolore è sempre di natura psicologica, seppure molto spesso causato da un danno tissutale*", molti hanno criticato tale definizione ritenendola ancora troppo cartesiana.

Non più quindi una semplice visione riduttiva meccanicistica del dolore, inteso come input afferenziale (nocicezione), ma una visione concettualmente più complessa, in cui il dolore acquisisce il significato di funzione superiore e dove lo stimolo nocicettivo produce oltre alle percezioni sensoriali anche alterazioni emotive e cognitive.

Gli specialisti del dolore sono ormai tutti concordi nell'affermare che il termine "*dolore*" ha molteplici compo-

nenti che ogni individuo amalgama per esprimere la propria esperienza.

Riaffiora il sogno di un filosofo ubriacone del XVI secolo, tale Paracelo, che tentò di riformare la medicina dell'epoca senza successo. Si ripropone una visione olistica in cui *soma* e *psiche* sono elementi inscindibili dell'essere umano.

Il dolore, così interpretato, vede quindi un differente approccio terapeutico che tiene conto del soggetto nella sua interezza ed è questo certamente un grande passo avanti. Ma ecco che dagli anni '80 si passa ai **tempi d'oggi**. Il processo di spinta culturale di avanguardie intellettuali ci porta ad ulteriori e rivoluzionarie considerazioni che tenterò di far comprendere pur nella convinzione che tutto ciò che è nuovo necessita di tempo per essere elaborato.

La pur brillante interpretazione data negli anni '80 al dolore risente ancora di una limitazione meccanicistica. Infatti, nella sua nuova definizione, il dolore che viene descritto è il dolore acuto, non quello cronico.

Cosa si intende per dolore acuto?

Il dolore acuto è un sofisticato meccanismo di avvertimento, di campanello di allarme, dolore sintomo, un evento improvviso che, a seguito di un input afferenziale e della sua elaborazione nei centri superiori, determina una serie di alterazioni e di produzione di sostanze biochimiche (ormoni, adrenalina) che a loro volta generano degli stati emotivi (ansia, angoscia, paura) oltre che comportamentali.

Cosa ben diversa è il dolore quando perde la sua funzione di campanello di allarme, uno stato di alterazione che supera i soggettivi limiti biologici. In questo caso il dolore perde la sua funzione di sintomo e diventa esso stesso malattia. Questo è il dolore cronico.

Ecco quindi un ulteriore contributo all'interpretazione del fenomeno che, a ben vedere, era stato compreso mirabilmente dal filosofo Avicenna ben 1000 anni orsono.

Da quanto detto nasce la definizione di **dolore cronico**, alias **malattia cronica**: "alterazione o squilibrio biologico che si protrae nel tempo e che può causare dolore e/o sofferenza" (DeVoto); e la definizione di **sofferenza**: "condizione tormentosa provocata dalla assiduità del dolore" (DeVoto).

La sofferenza è dunque un disagio psicofisico che può anche essere interpretato dal paziente come dolore non meglio definito e che può non trovare genesi organica [5]. Il singolo dolore non è mai colto come sensazione isolata ma è sempre accompagnato da emozioni e significati tanto da essere unico per ciascun individuo.

Un paziente affetto da cancro che lamenta dolore, astenia, anoressia, xerostomia, ansia, depressione, angoscia, dispnea, nausea, iperosmia, stitichezza, è certamente un paziente fortemente sofferente, a prescindere dall'eventuale presenza di una componente dolorosa prodotta da stimoli nocicettivi.

Qualora il medico, interpretando il dolore cronico in chiave riduttiva, indirizzasse tutti i suoi sforzi ad abolire la componente nocicettiva, riuscendovi, il paziente potrebbe continuare a soffrire e potrebbe comunque riferire di avere dolore. L'abolizione della sola componente nocicettiva potrebbe non essere sufficiente a far dire al paziente che non ha più dolore. Egli continuerà a lamentarsi ed alla domanda riduttiva del curante, focalizzata a ricercare l'eventuale scomparsa del sintomo dolore, risponderà di esserne ancora affetto, essendo nella mente del malato fusi il concetto di dolore sintomo e dolore malattia (sofferenza).

Il dolore diviene in questo caso una modalità comunicativa di richiesta d'affetto.

Recentemente anche **Melzack** (1999) nell'ambito della teoria della neuromatrice espone una serie di dati che sostengono come stressor psicologici possono costituire la base per il dolore cronico. Il termine dolore acquisisce dunque un significato di comunicazione verbale, di un profondo disagio psicofisico.

La definizione di dolore data dalla IASP sottolinea il concetto di esperienza sensoriale ed emozionale spiacevole, facendoci capire l'importanza di valutare il processo esperienziale fin dal suo inizio in epoca infantile. La conoscenza di sé e dell'ambiente avviene già nell'età del bambino che, grazie ad esperienze precoci, caratterizza il suo rapporto con le persone pregnavanti con tonalità più o meno gradevoli.

Una madre disponibile e premurosa distrarrà il proprio bimbo ogni qualvolta egli sperimenterà un dolore con correlata paura ed angoscia. In tal caso il bambino non colorirà di tonalità negative le sue prime esperienze dolorose. Nei primi mesi di vita numerosi sono gli episodi di dolore che possono intervenire (coliche addominali, latte bollente, cadute accidentali ecc.). Altrettanto frequenti sono gli episodi dolorosi nei mesi ed anni successivi, legati agli eventi traumatici prodotti dall'acquisizione delle abilità motorie legate alla deambulazione. In questo periodo, un atteggiamento non equilibrato dei genitori, che mostrano paura ed ansia eccessiva, possono influenzare inconsciamente e condizionare il bambino, che percepirà il mondo circostante come minaccioso e pericoloso vivendo la percezione del dolore in modo alterato ed amplificato con tonalità ansiogene e colpevolizzanti.

Queste prime esperienze influenzeranno per tutta la vita il soggetto ogni qualvolta avvertirà uno stimolo doloroso. Nel primo anno di vita il bambino reagisce al dolore ma anche al disagio psicofisico (fame, disagio interno o ambientale) con il pianto, ottenendo generalmente una risposta materna di tipo accuditivo con forte pregnanza di amore. Ad un dolore si associa una gratificazione di congiungimento con l'oggetto d'amore.

In certi individui questo meccanismo può rimanere operante, soprattutto se si è verificato ripetutamente, e ri-

manere nella vita di adulto come comportamento riflesso, condizionato: dolore-pianto-soddisfazione-appagamento-conforto-riduzione del dolore. In questo comportamento dolore-piacere, il dolore viene ad essere strettamente collegato e confuso con il piacere. Ecco quindi che il paziente, ogni qualvolta per un profondo disagio psicofisico sente il bisogno di una richiesta di affetto e di vicinanza, esercita come modalità comunicativa il lamento e lo descrive come dolore.

Un altro esempio è rappresentato dai pazienti che soffrono di ipocondria o di nevrosi d'ansia: questi, pur non avendo causa organica che produce dolore, esprimono attraverso tale sintomo il loro disagio psicofisico.

Ecco quindi il nuovo messaggio: oggi si parla di dolore, di terapia del dolore, ma spero sia chiaro che dovremmo parlare più correttamente di **terapia della sofferenza**. In quest'ottica il dolore viene interpretato come malattia e non come sintomo e la cura sarà rivolta all'intera sfera psicofisica, pertanto si cureranno i sintomi collaterali che abbiamo descritto nell'esempio del malato da cancro, che da soli sono sufficienti a determinare una cattiva qualità di vita e quindi SOFFERENZA.

Ecco quindi delinearci con più chiarezza il campo di indagine dell'**Algologia**, scienza che si occupa di studiare i meccanismi con cui si produce il dolore e che necessariamente deve utilizzare il metodo sperimentale, dicotomizzando il concetto profondo di dolore/sofferenza per concentrarsi sull'aspetto sensitivo.

La **terapia del dolore e cure palliative** invece si propone quale fine quello di alleviare la sofferenza e per ottenere tali risultati non può prescindere dall'unione corpo mente e dal contesto culturale.

A mio parere, poiché la sofferenza non è oggi inquadrata nel concetto di dolore, ma tende ad essere da esso disgiunta, viene sistematicamente ignorata e questo determina la presenza di tanto dolore inutile in ambito sanitario. La sofferenza viene disgiunta dalla sfera medica per essere confinata in quella spirituale.

La chiave di volta dell'interpretazione del dolore cronico è proprio in questo punto: dare un chiaro significato alla parola sofferenza. Chapman e Gravin hanno aperto la strada ad un approfondimento di tali concetti, ma siamo solo agli inizi [6].

Raramente la sofferenza entra di diritto nei testi di medicina e sono pochi gli autori che con esperienza medica ne discutono [7, 8].

Escludendo la sofferenza dal processo doloroso si dualizza il concetto corpo mente e si relega la sofferenza a semplice cura spirituale.

In conclusione i termini dolore e sofferenza non possono essere completamente separati essendo entrambi una condizione bioculturale, risentendo direttamente o indi-

rettamente delle convinzioni individuali, delle istituzioni sociali, della cultura che come dice David B. Morris:

"...è un'esperienza composita che richiede una biologia degli stati cerebrali e dei processi nervosi considerata nell'ambito di uno spazio sociale in cui gli individui interagiscono con la cultura circostante, compresa quella medica."

Sono molti oggi gli studiosi che utilizzano senza distinzione il termine sofferenza come sinonimo di dolore con una relazione linguistica interscambiabile [9], ed è da questa interpretazione che ha avuto impulso il movimento delle cure palliative [10] e la recente associazione di leniterapia [11].

Vorrei dunque concludere questa lettura con due citazioni, una del passato:

"... È un errore assai diffuso tra gli esseri umani quello di voler intraprendere separatamente la cura del corpo e quella dello spirito",

ed una del presente:

"Il progresso non si ferma mai ma sono convinto che verrà un giorno in cui studiando l'uomo, fisiologi, poeti e filosofi parleranno lo stesso linguaggio e si occuperanno delle stesse cose" (Tiengo).

Il tempo a mia disposizione è terminato ed io vi ringrazio per la paziente attenzione.

Grazie

Bibliografia

1. Pain terms: a list with definitions and notes on usage, Pain 1979; 6: 249-52.
2. Beecher HK. Pain in men wounded in battle; Bull. US Army Med Dept 1946; 5: 445-54.
3. Blank JW. Pain in man wounded in battle: Beecher revisited. IASP Newsletter 1994; jan/feb: 2-4.
4. Bayer TL, Baer PE, Early C. Situational and psychophysiological factors in psychologically induced pain. Pain 1991; 44: 45-50.
5. Montrone V. Il diritto alla non sofferenza; il diritto a non soffrire - aspetti clinici, giuridici ed etici della terapia del dolore e cure palliative. Ed scient. Cuzzolin 1999; 1: 9-15.
6. Chapman CR, Gravin J. Suffering: the contributions of persistent pain. Lancet 1999; 353: 2233-7.
7. Cassel EJ. The nature of suffering and the goals of medicine. New York, NY: Oxford University Press 1991.
8. Kleinman A. The illness narratives: suffering, healing, and the human condition. New York; Basic Books 1988.
9. Wall PA. Pain; the science of suffering. London; Weidenfeld 1999.
10. Portenoy RK. Palliative care: an opportunity for pain specialists. Am Pain Soc Bull 1999; 9 (3): 2-5.
11. Montrone V. Terapia del dolore e cure palliative o leniterapia? Aumenta la confusione tassonomica! Italian journal of Pain Management & Palliative Care.; 2003 vol 1: 9-12.