

# Il dolore nella storia della psicologia

di CANOVI NINO – UTIU Matr. 3453HHHCLDIPSI -

email: [n.canovi@students.uninettunouniversity.net](mailto:n.canovi@students.uninettunouniversity.net)

## **Premessa: La consapevolezza del dolore**

Considerando **Cartesio** con il suo dualismo (*res extensa* e *res cogitans*) uno dei filosofi che ha dato inizio alle scienze moderne, dobbiamo altresì rendergli un doveroso omaggio per l'avanzata ed illuminata definizione di dolore: "un meccanismo di allarme che avverte l'anima di un pericolo imminente". Ciò in un'epoca in cui si pensava che i dolori e le sofferenze fossero dovuti a possessioni demoniache, piuttosto che a punizioni divine. La tradizione culturale cristiana, propria del modo occidentale vedeva nel dolore un modo di espiazione dei peccati.

Pur con il linguaggio dell'epoca la definizione di Cartesio appare comunque attuale, se confrontata con la definizione del neurofisiologo **Mario Tiengo**: "il dolore [è come] la consapevolezza di una aggressione, ovvero la presa di coscienza di un messaggio **nocicettivo**".

Definizione peraltro simile a quella ad oggi universalmente accettata e redatta dalla **IASP** – International Association for the Study of Pain – (Merskey – 1997), che descrive il dolore nei seguenti termini: "una esperienza sensoriale od emotiva spiacevole associata ad un reale o potenziale danno tissutale, o descritta in termini di tale danno".

L'includere nella succitata definizione la sfera emotiva estende il problema del dolore ad un aspetto di più ampio respiro, che non al solo ambito medico (fisiopatologico), ma anche all'aspetto psicologico, financo agli ambiti culturali filosofici.

È evidente che il problema del dolore è stato sin dagli albori della scienza medica un nodo centrale, già Ippocrate sosteneva che medico e paziente dovevano combattere uniti contro la sofferenza. I nuovi approcci scientifici, le nuove conoscenze, i nuovi studi hanno portato la terapia del dolore ad essere "quasi" una scienza autonoma, pur con un approccio multidisciplinare che veda uniti neurofisiologi, anestesisti, psicologi, psichiatri. Multidisciplinarietà necessaria proprio per l'elaborazione complessa anche a livello psichico del messaggio nocicettivo.

Per capire l'importanza dell'elaborazione dello stimolo nocicettivo dalle parti del cervello sensoriali, emotive e cognitive, ovvero in quelle parti in cui si esprimono pensiero, emozioni, memoria e coscienza di sé, è importante fare riferimento agli studi dello psicologo **Ronald Melzack** della Mc Gill University che negli anni '60 elaborò dei questionari per misurare le tre componenti della sofferenza o del dolore elaborato tramite sensazione, cognizione ed emozione. La versione definitiva sfociò nel **MPQ** (con 102 descrittori specifici divisi in tre gruppi: sensoriale, emotivo-affettivo e valutativa divisi in 16 sottoclassi unitamente ad una scala VRS e ad uno schema corporeo per la localizzazione grafica del dolore) vd. Esempio allegato:

ALLEGATO 1): *Mc Gill Pain Questionnaire* – R. Melzack (1975) – Mc Gill University

In Italia **MPQ** diviene il **QUID** (Questionario italiano del Dolore) elaborato da De Benedettis e Lorenzetti (1990) e validato sulle esperienze di ricerca di Melzack e Walls, quindi a valutare anche le componenti cognitivo-affettive, emozionali, non limitandosi alle esperienze sensoriali, peraltro meno importanti in caso di dolore cronico. Ovviamente tali test del dolore sono di più facile somministrazione in ambito di equipe multidisciplinare, poiché spesso in ambito ospedaliero a causa dell'impellenza dell'intervento è necessario affidarsi a scale di algometria più semplici, che

giocoforza non contemplano una multidimensionalità del dolore, ma si presentano di facile e rapida somministrazione (anche da parte di personale non specificatamente formato).

Nel suo libro **“Emozione e Coscienza”** il neurologo, neuroscienziato e psicologo portoghese **Antonio R. Damasio** riporta un caso di interruzione chirurgica della integrazione cognitiva-emotiva, nell’ottocento un operaio che aveva subito un danno cerebrale ai lobi frontali in seguito ad un incidente sul lavoro, sviluppò una “dissociazione tra il dolore in quanto tale ed emozione causata dal dolore”. Il paziente riferiva di provare dolore, ma di non soffrire, in quanto era venuta a mancare l’integrazione con la componente emotiva. Molti altri casi simili sono riportati nel libro di **Damasio**, anche di pazienti dello stesso.

**Antonio Damasio** pubblicò anche un importante testo: **“L’errore di Cartesio”**, nel quale compie una critica severa nei confronti del famoso filosofo e del suo pensiero dualistico. Per **Damasio** Cartesio con una separazione netta tra mente e corpo veniva a ridurre a due sistemi distinti un sistema unitario, che come dimostra la moderna neurofisiologia, si presenta fortemente integrato e connesso, come riportano anche le moderne teorie del dolore. Scrisse **Damasio:**” *...una piena comprensione della mente umana richiede una prospettiva integrata: la mente non solo deve muoversi da un <<cogito>> non fisico al regno dei tessuti biologici, ma deve anche essere correlata con un organismo intero, in possesso di un cervello ed un corpo integrati ed in piena interazione con un ambiente fisico e sociale”*.

## Il dolore nella storia:

Come citato in premessa, essendo elaborato ed integrato a livello psichico, il dolore è intimamente legato ad aspetti culturali e sociali caratteristici della società di appartenenza dell’individuo.

Nella nostra area culturale fin dagli albori della storia il dolore era vissuto come una punizione divina. Questa concezione si ripercuote nel mondo “classico” della cultura greca (il dolore era vissuto come “ineluttabile” aspetto della vita umana), proseguendo sino alla nascita del pensiero scientifico. Anche se già con **Aristotele** si ha l’inizio di una teoria del dolore di tipo organicista: per



il filosofo la percezione del dolore era legata ad un eccesso di stimoli del senso del tatto. Con l’espandersi della cultura religiosa cristiana, il dolore e la sofferenza vennero ancor più radicati al concetto di espiazione del peccato e punizione divina. Anche se **Sant’Agostino** distinse nettamente il “male” fisico, dal “male” dell’anima che identificò con il peccato.

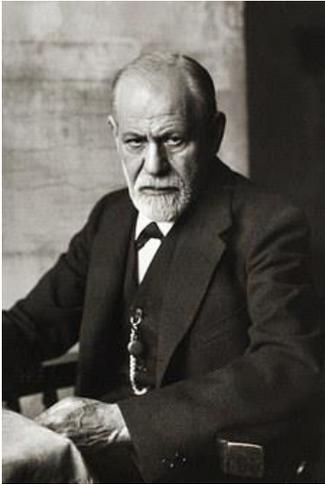
1- Busto di Aristotele

In epoca medioevale **Tommaso d’Aquino** vide il dolore come una sofferenza all’unisono di corpo ed anima e che la condivisione del dolore a mezzo della compassione poteva lenire le pene del “peccatore” sofferente.

Come già esposto è con l’avvento di **Cartesio** e della sua concezione dualistica, che abbiamo per la prima volta una concezione esclusivamente fisica e legata alla trasmissione nervosa del dolore.

Cartesio esclude qualsiasi intervento metafisico, ma anche da fattori di elaborazione psicologica della sensazione del dolore.

Con l'epoca attuale il dolore inizialmente visto, a causa del pensiero positivista come un semplice impulso nervoso, verrà reinterpretato in chiave di integrazione fra mente e corpo: una elaborazione a livello psichico dell'impulso nervoso del dolore, che comporta una rielaborazione ed una presa di coscienza basata anche su aspetti emozionali, culturali e sociali. **Sigmund Freud** (vd. foto a



sinistra) stesso nel 1907 definì il dolore (entro certi limiti) come un "male necessario allo sviluppo dell'IO". Lo psicologo viennese nel 1925 scrisse anche: "[il dolore è] la reazione propria della perdita dell'oggetto, l'angoscia la reazione al pericolo che tale perdita implica", da cui si deduce l'integrazione psichica dello stimolo doloroso.

### L'ipnosi ed il dolore:

Prima di affrontare, nel dettaglio, le attuali teorie del dolore è importante ricordare che, dalla fine del diciottesimo secolo, l'ipnosi rivestì particolare importanza nell'alleviare il dolore, all'epoca era anche la soluzione di elezione in caso di intervento chirurgico, visto che la pratica anestesologica farmaceutica muoveva i primi passi. La suggestione ipnotica in ambito di riduzione della sofferenza fu utilizzata da diversi studiosi:

- Il medico viennese **Friederich Anton Messmer** (1734-1815), applicando un metodo che da lui prese il nome di "mesmerismo", ovvero l'ipnotismo, ottenne notevoli successi e fama. Ma in seguito ad una indagine ufficiale della Accademia delle Scienze di Francia, che non portò a risultanze scientifiche, venne tacciato di ciarlataneria, cadde in disgrazia e si ritirò a vita privata in Svizzera.
- Alcuni anni dopo il clinico francese **Charcot** (che ebbe **Freud** tra i propri allievi) utilizzò con successo la suggestione ipnotica nella cura della isteria post-traumatica. L'Accademia di Francia riconobbe la validità medica e scientifica di tale terapia.
- Il medico inglese **John Elliotson** (1791-1868) applicò la suggestione ipnotica in ambito chirurgico.
- **Hippolyte Bernheim** (1840-1919) medico e neurologo francese, fondatore della Scuola di Nancy, applicò la suggestione ipnotica, in seguito sostituita dalla "suggestione vigile" – ovvero la psicoterapia –, nella cura dell'isteria. **Freud** nel 1889 si recò a seguire alcune lezioni di **Bernheim**.
- Il medico e psichiatra viennese **Josef Breuer** (1842-1925) applicò nella cura dell'isteria il metodo dell'ipnosi. Collaborò per diverso tempo con **Freud** (di 14 anni più giovane di lui, e che conobbe all'Istituto di Fisiologia diretto da **Ernst Wilhelm von Brücke**). Breuer applicò sulla sua paziente Anna O. (il cui nome reale era Berta Pappenheim), affetta da isteria e con invalidanti sintomatologie, il <<metodo catartico>> ideato da **Freud**. Anche se in seguito al proprio coinvolgimento emotivo con la paziente **Breuer** non rilevò i progressi attesi e si allontanò da tale metodo per ritornare all'uso della suggestione ipnotica. Nel 1885 sul caso di Anna O. **Breuer** e **Freud** pubblicarono il trattato "Studi sull'isteria".
- **Sigmund Freud** (1856-1939) si convinse che non fosse necessario ricorrere allo stato di <<trance ipnotica>> per l'approccio terapeutico, ma bastasse esclusivamente ricorrere alla suggestione medico-paziente, associandola al suo <<metodo catartico>>, ovvero di libere associazioni e parole sotto la guida del terapeuta.
- Il neo-comportamentista statunitense **Clark Leonard Hull** (1884-1952) si interessò all'ipnosi ed alla percezione del dolore.
- Importante figura legata all'utilizzo dell'ipnosi a livello terapeutico fu **Milton H. Erickson** (1901-1980) psichiatra e psicoterapeuta di origine tedesca naturalizzato statunitense. Fu

fondatore e presidente della Società Americana di Ipnosi Clinica. L'ipnosi ericksoniana si rivelò efficace anche in ambito di analgesia.

- Lo psicologo statunitense **Ernest R. "Jack" Hilgard** (1904-2001) acquistò notevole fama per le sue ricerche sull'ipnosi e la sua teoria della <<dissociazione>>. Secondo tale teoria una persona sotto ipnosi è ancora in grado di comprendere la propria sofferenza. **Hilgard** nel 1975 con approfonditi studi sul dolore ischemico (simulazione con manicotto o laccio emostatico al braccio) e sul dolore da freddo (mano immersa in acqua a 4°C) dimostrò l'effetto analgesico della suggestione ipnotica. Nel 67% dei soggetti altamente suscettibili all'ipnosi si verificava una sostanziale riduzione del dolore da freddo. Risultati analoghi nella simulazione del dolore ischemico, con l'ulteriore vantaggio di eliminare il corrispondente aumento della pressione sanguigna (Hilgard et al. 1975). Nei soggetti mediamente o poco suscettibili all'ipnosi la riduzione significativa del dolore si ottenne rispettivamente nel 17 e nel 13 per cento dei soggetti. Un ulteriore studio sulla ipnosi condotto da **Hilgard** nel 1977 portò alla teoria che egli definì <<dissociazione della coscienza>>. Era come se i soggetti con una parte di coscienza sentissero il dolore, mentre con un'altra parte ne negassero l'esistenza. Hilgard chiamò <<osservatore nascosto>> la parte di coscienza che percepiva il dolore.

Altri studi importanti sull'analgesia ipnotica:

**Stern** e collaboratori nel 1977 misero a confronto gli effetti analgesici di ipnosi, agopuntura, morfina, diazepam, aspirina e placebo. Gli effetti analgesici vennero confrontati su soggetti esposti a simulazione di dolore da freddo e dolore ischemico. Il maggiore effetto nella riduzione del dolore si ebbe con l'ipnosi, seguita dalla morfina e dall'agopuntura, mentre non si ebbero risultati significativi in questi tipi di dolore con diazepam, aspirina e placebo.

L'ipnosi si presenta anche come utile strumento nella riduzione della paura del dolore (ovvero dell'ansia e dello stato che ne derivano) e trova quindi applicazione di elezione anche in ambito chirurgico (vd. Barber, Spinosa e Chaves -1974). Dal punto di vista scientifico la pratica ipnotica in ambito anestesiologicalo è ormai scientificamente acclarata, tanto da essere riconosciuta nel nostro Paese anche dal SSN. A fine articolo è reso disponibile il video di un intervento chirurgico di posizionamento di un defibrillatore con anestesia ipnotica, effettuato in una clinica italiana.

### **Di dolore si può morire?**

La risposta è sicuramente affermativa, infatti è ampiamente dimostrato come il dolore può essere di tipo "micidiale", ovvero condurre alla morte del soggetto. Basti pensare agli sfortunati sottoposti a tortura. La natura ha però dotato il nostro organismo di un sistema di modulazione di ogni fase del dolore (ricezione, trasmissione e percezione). Tali sistemi si presentano di complessità sempre maggiore passando dalla nocicezione alla percezione. Tutt'oggi tali complessità nei loro meccanismi non sono del tutto chiari (non si è ancora riusciti ad avere un quadro d'insieme). Gli effetti della narcosi sopprimono l'eccitabilità della corteccia (area di coscienza) impedendo la possibilità di elaborare i messaggi sensoriali.

Per quanto già detto in precedenza, risulta evidente che la percezione del dolore è alterata anche dagli eventi e stati mentali, tanto da poter essere diminuita, ad esempio, da umore, effetto placebo. Per lo stesso motivo possono verificarsi aumenti di tali percezioni di dolore a causa di determinati stati mentali ad esempio ricordi, stress; si può arrivare anche al dolore in assenza di stimoli nocicettivi esterni, in quanto completamente di origine psicogena (ad esempio alcune fibromialgie).

### **Le moderne Teorie del Dolore.**

A partire dalla metà del 1800 il dolore venne visto, prevalentemente, con approccio riduzionistico e positivistico come mero stimolo e disgiunto dal concetto di sofferenza (elaborazione emotiva dello stimolo sensoriale). Per cui inizialmente trascurata dalla psicologia (anche scientifica), ed

approfondito in termini anatomici dalla fisiologia. Con i progressi della scienza medica ed in campo diagnostico si andrà verso una lettura integrata e multidisciplinare del fenomeno del dolore.

- Teoria della specificità:

Per questa teoria il dolore rappresenterebbe una specificità sensoriale, avendo quindi un proprio apparato afferente distinto dagli altri sensi. Pur essendo la prima teoria del dolore formulata in ambito scientifico, resta anche oggi, con gli opportuni aggiornamenti, una delle teorie più influenti. Alla base di questa teoria la **legge di Bell-Magendie** (radici spinali anteriori-motorie, radici spinali posteriori-sensoriali) e la **legge dell'energia specifica dei nervi (Müller – 1835)**. Il fisiologo **Max von Frey** a fine 1800 scoprì che nella cute umana erano presenti molti punti peculiari per le

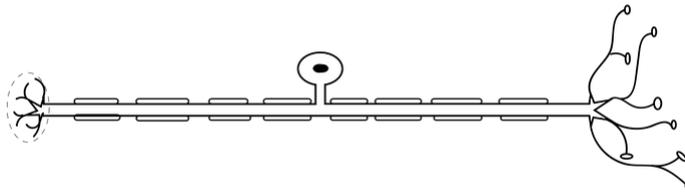


Foto 2: semplificazione di neurone sensoriale

diverse sensazioni. Le terminazioni libere dei nervi nella cute furono classificate come recettori specifici del dolore. Da qui si scoprì la cosiddetta "via del dolore" nel tratto spino-talamico. Sulla base di questa teoria psicologia e medicina non si confrontarono in maniera costruttiva, la medicina affrontò il dolore in maniera positivista, e per il trattamento dei dolori cronici o refrattari alle terapie venne perseguita la strada delle

anestesi e a blocchi o dell'ablazione dei nervi.

- La teoria dell'intensità:

Per questa teoria qualsiasi stimolo nervoso che raggiunga una particolare intensità sfocerebbe in uno stimolo doloroso. Uno dei maggiori sostenitori di questa teoria fu alla fine del diciannovesimo secolo il neurologo tedesco **Wilhelm Heinrich Erb** (1840-1921). Nel ventesimo secolo questa teoria trovò supporto a fronte di nuove scoperte mediche, che portarono alla definizione dei "neuroni ad ampio spettro dinamico", posizionati nelle corna dorsali del midollo spinale in quelle terminazioni afferenti (vd. legge di Bell e Magendie). Tali neuroni riportano diversi stimoli (meccanici, termici, nocicettivi) a diverse intensità, con l'incremento dello stimolo acquisiscono specifiche nocicettive.

- La teoria del pattern:

L'applicazione di nuove tecnologie in ambito medico permise di scoprire l'esistenza di diversi "pattern" specifici nelle fibre nervose afferenti. Ciò portò a metà del ventesimo secolo a dividere le fibre nervose in mieliniche e non mieliniche ed a una classificazione in base alla velocità di conduzione. Le fibre **A $\alpha$**  e le **A $\beta$**  sono ricoperte da uno spesso strato di mielina, le fibre **A $\delta$**  sono ricoperte da un sottilissimo strato di mielina. Le fibre **C** più lente nella conduzione e non mielinizzate sarebbero quelle responsabili della trasmissione "protopatica" e dello stimolo tattile diffuso. Lo psicologo americano **Nafe** sulla base di questa teoria, ne formulò una propria ipotizzando l'esistenza di un modello con una ampia scala di risposta agli stimoli da parte degli organi di senso ed a livello di midollo caratterizzato da complesse configurazioni e connessioni. Per questa teoria il dolore è un risultato di uno specifico "pattern" spazio-temporale seguito dallo stimolo attraverso la trasmissione di fibre specializzate. Questa teoria permette di spiegare, in parte, il dolore cronico.

- La teoria del Cancellone (modulazione sovrasspinale del dolore):

La teoria del cancellone (ingl. **Gate**) è una evoluzione della teoria del pattern. Secondo tale teoria il dolore trasmesso dalle fibre afferenti sarebbe modulato a livello della sostanza gelatinosa. Tale modulazione sarebbe attivata in base al segnale nocicettivo in entrata da un sistema sovrasspinale discendente. Questa teoria per quanto esemplificativa ed approssimativa creò nuovi stimoli di

ricerca in ambito medico (neuroscienza cognitiva) ed alla neurofarmacologia. Inoltre diede impulso alla psicologia per lo sviluppo di nuove tecniche cliniche nell'alleviare il dolore cronico. Un esempio classico per questa teoria è il dolore "da arto fantasma", dimostrazione del fatto che il cervello genera una sensazione di stimolo nocicettivo anche in assenza di stimolo esterno.

- La teoria della modulazione endogena discendente del dolore:

Tra il 1960 ed il 1980 con la scoperta dei nocicettori, della loro localizzazione, si arrivò anche alla scoperta degli oppioidi endogeni (endorfine, encefaline, endomorfine) e dei recettori relativi [ $\mu$ (mu),  $\kappa$ (kappa),  $\delta$ (delta)]. In questo ambito venne anche approfondita l'analgia indotta dall'effetto placebo (processo psicobiologico indotto dalla somministrazione di sostanza inerte). Ovviamente questa teoria coinvolge appieno il SNC nella formazione del risultato dello stimolo nocicettivo, ovvero del dolore e della sofferenza cronica.

- La teoria della Neuromatrice:

Lo psicologo canadese **Ronald Melzack** negli anni '90 prendendo spunto dalla "teoria del cancello" (da lui stesso sviluppata in collaborazione con **Patrick Wall** e coll. nel 1962) elaborò una nuova teoria del dolore: la neuromatrice. Partendo da alcune premesse quali: il dolore da arto fantasma, l'assenza temporanea di dolore in caso di traumi importanti ed obbiettivi, il dolore percepito in tutto il corpo unitamente a sintomi neurovegetativi (distress, arousal psicofisico) es.: sindrome fibromialgica, dolore cronico localizzato tipico delle neuropatie; **Melzack** sviluppò questa teoria, secondo la quale il dolore si presenta come una esperienza multidimensionale. Esperienza prodotta da un **pattern** di impulsi nervosi soggettivi, definiti dallo studioso come "neurosignature", generati dalla matrice del Sé corporeo. Gli input di questa matrice sono di tre tipi: sensoriali (stimoli nocicettivi), affettivo-motivazionali, ed infine cognitivo-valutativi. Gli output della neuromatrice sono anch'essi tre: percezione del dolore (risultato integrato dei tre input precedentemente elencati), l'azione (volontaria, involontaria, comunicativa, etc.), le reazioni omeostatiche di risposta allo stress (neuro-ormonali, del sistema oppioide endogeno). La rete neurale complessa che forma questa neuromatrice può modificarsi in funzione delle esperienze sensoriali. Secondo **Melzack** la "neurosignature" è la percezione delle differenti qualità sensoriali provenienti dal corpo in una unica e soggettiva unità percettiva; l'origine, lo sviluppo e la formazione di essa è la neuromatrice del Sé corporeo, non gli input sensoriali di per sé. La teoria di **Melzack** rappresenta una chiara rottura con le teorie specifiche, che sostengono una singola rispondenza tra stimolo nocicettivo ed esperienza dolorosa.

- La teoria della matrice del dolore:

La attuale tendenza è di dare una interpretazione di esclusività funzionale alla neuromatrice in relazione alla percezione del dolore. Secondo studi recentissimi le strutture coinvolte nella matrice del dolore non sarebbero esclusive allo stimolo nocicettivo, bensì da attività cerebrali coinvolte nell'input sensoriale, che si presenti come nocicettivo o meno. La neuromatrice del Sé, riprende una dimensione psicologica non solo del rapporto stress-dolore, ma anche all'ambiente, allo stimolo, al contesto, all'emozione ed agli affetti. Con la ricerca clinica recente si è potuto notare come diverse sindromi croniche con dolore e disturbi funzionali presentino una serie di manifestazioni cliniche e sintomatologiche molto simili, e raggruppabili in due ampie categorie: la prima delle anomalie sensoriali (equilibrio, sonno, etc.), la seconda delle anomalie affettive (alterazioni di umore, ansia, paura, somatizzazioni, etc.).

### **Sviluppi attuali delle teorie del dolore:**

Gli attuali sviluppi delle teorie del dolore, rispetto al passato, possono contare anche su tecnologie evolute, come la "neuroimaging", che confermano la presenza di una rete neurale complessa ed aspecifica, che processa e modula le informazioni di input e output. Tutto questo associato anche a scoperte in campo genetico, porta ad un avvicinamento multidisciplinare al dolore ed alla

sofferenza (intimamente legata al vissuto del soggetto). Gli ambiti di sviluppo della ricerca si concentrano maggiormente sul dolore cronico, che si presenterebbe come un fenomeno patologico a sé stante ed autoreferenziale, non come il risultato di uno stimolo nocicettivo.

Per questi aspetti è molto importante in casi di eventi traumatici o dolorosi o malattia cronica un adeguato supporto psicologico.

Savona, 05/09/17

### **Bibliografia - Sitografia :**

- **Psicologia** – vol.I – J.M. Darley, S. Glucksberg, R.A. Kinchla - Ed. Il Mulino (Bologna, 2002)
- **“Il dolore e la coscienza”** di Mario Tiengo da **“Dolore ed Energia”** – B. Beltrutti, S.F. Brema, M. Tiengo – Ed. Mattioli 1885 (Fidenza, 2003)
- **Psicologia Generale** – L. Anolli, P. Legrenzi - Ed. Il Mulino (Bologna, 2003)
- **“History of Pain Theories”** – M. Silvestrini, C.A. Caputi - articolo da Review vol. n°20 **“PATHOS”** n.ro 03 - 2013
- <http://www.aupi.it/site/wp-content/uploads/2014/06/Il-dolore-nella-nuova-concezione-biopsichica.pdf> - articolo di D. Lazzari “Il dolore nella nuova concezione biopsichica”

### **Risorse rese disponibili:**

- ✓ [Ronald Melzack, Ph.D.: The McGill Pain Questionnaire: From Description to Measurement. Anesthes 2005;103\(1\):199-202](#) (in lingua inglese)
- ✓ [Il Prof. Dott. Nino Sole: illustra le fasi salienti della trance ipnotica: Video - YouTube®](#) (intervento chirurgico di impianto di un defibrillatore in trance ipnotica)

Quest'opera è stata rilasciata con licenza **Creative Commons** Attribuzione - Non commerciale - Condividi allo stesso modo **3.0** Italia. Per leggere una copia della licenza visita il sito web <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/it/>

o spedisci una lettera a **Creative Commons**, PO Box 1866, Mountain View, CA 94042, USA.



Seguono allegati: n°1 e n°2

**McGILL PAIN QUESTIONNAIRE**

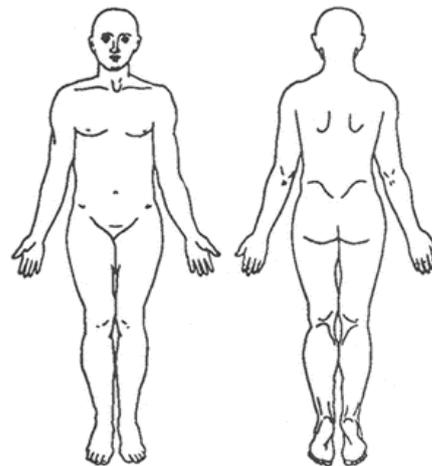
RONALD MELZACK

Patient's Name \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ Time \_\_\_\_\_ am/pm

PRI: S \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_ E \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ PRI(T) \_\_\_\_\_ PPI \_\_\_\_\_  
 (1-10) (11-15) (16) (17-20) (1-20)

1 FLICKERING QUIVERING PULSING THROBBING BEATING POUNING	11 TIRING EXHAUSTING
2 JUMPING FLASHING SHOOTING	12 SICKENING SUFFOCATING
3 PRICKING BORING DRILLING STABBING LANCINATING	13 FEARFUL FRIGHTFUL TERRIFYING
4 SHARP CUTTING LACERATING	14 PUNISHING GRUELLING CRUEL VICIOUS KILLING
5 PINCHING PRESSING GNAWING CRAMPING CRUSHING	15 WRETCHED BLINDING
6 TUGGING PULLING WRENCHING	16 ANNOYING TROUBLESOME MISERABLE INTENSE UNBEARABLE
7 HOT BURNING SCALDING SEARING	17 SPREADING RADIATING PENETRATING PIERCING
8 TINGLING ITCHY SMARTING STINGING	18 TIGHT NUMB DRAWING SQUEEZING TEARING
9 DULL SORE HURTING ACHING HEAVY	19 COOL COLD FREEZING
10 TENDER TAUT RASPING SPLITTING	20 NAGGING NAUSEATING AGONIZING DREADFUL TORTURING
	PPI
	0 NO PAIN
	1 MILD
	2 DISCOMFORTING
	3 DISTRESSING
	4 HORRIBLE
	5 EXCRUCIATING

BRIEF _____	RHYTHMIC _____	CONTINUOUS _____
MOMENTARY _____	PERIODIC _____	STEADY _____
TRANSIENT _____	INTERMITTENT _____	CONSTANT _____



E = EXTERNAL  
I = INTERNAL

COMMENTS:

Allegato 2): Prof. Dott. Nino Sole – Ospedale S. Martino di Oristano – impianto di un defibrillatore in anestesia con trance ipnotica



[https://www.youtube.com/watch?time\\_continue=8&v=CbX6EV0AXW8](https://www.youtube.com/watch?time_continue=8&v=CbX6EV0AXW8)