

Meditazione e fibromialgia

di Alessandro Mahony
psicologo

Nuove ipotesi di trattamento

Attualmente si stima che il 3-5 % della popolazione italiana (e più di 14 milioni in Europa), in maniera assai prevalente il sesso femminile, sia colpito da una malattia "emergente" denominata "fibromialgia". E tale percentuale sembra essere in aumento in maniera esponenziale. Molti di questi pazienti vengono però scambiati per isterici, depressi, o con disturbi di personalità. Diagnosi certamente errata. Per cercare di capire dobbiamo cercare di allargare le nostre conoscenze di psicologia, psicofisiologia e neuroscienze. La fibromialgia (FM) è una sindrome cronica spesso invalidante. Il sintomo principale è il dolore diffuso dei tessuti molli extrarticolari, come muscoli, tendini e fasce muscolari; ma questi dolori sono solo la punta dell'iceberg di una sindrome molto più complessa.

Sintomi

L'elenco che segue vuole essere riassuntivo, ma purtroppo non risulta esaustivo, in quanto praticamente tutto il corpo è

colpito da "strani" sintomi. Tra i sintomi fisici abbiamo dolore riferito ovunque, dalla testa ai piedi; stanchezza cronica; rigidità muscolare; cefalea ed emicrania; disturbi del sonno; alterazioni delle percezioni sensoriali; disturbi gastrointestinali; alterazioni dell'equilibrio; dismenorrea, vaginismo e dispareunia nelle donne; tachicardia con cardiopalmo, dolori condrosternali ed intercostali, uniti a difficoltà respiratoria; allergie multiple...e molto altro.

Tra i sintomi psicologici abbiamo: disturbi cognitivi (perdita di memoria, difficoltà di concentrazione, confusione mentale); ansia, depressione e attacchi di panico.

I dolori e i sintomi sono in genere aggravati da eventi quali cambiamenti di temperatura o di stagione, fattori ormonali (dolori mestruali o problemi alla tiroide), oppure stress psicofisiologici (es. lavoro, problemi economici o familiari).

Diagnosi

Al giorno d'oggi non sembrano ancora esistere segni diagnostici o esami di laboratorio caratteristici e la diagnosi si fa spesso per esclusione. Innanzitutto bisogna quindi escludere patologie che ne simulino i sintomi, come ad esempio reumatismi, ipotiroidismo, sindrome dolorosa miofasciale o altro. Escluse quindi patologie conosciute, ci si basa innanzitutto quindi sul dolore riferito dai pazienti, dolore che deve essere diffuso e presente praticamente 24 ore su 24, con rigidità muscolare unita ad intensa stanchezza, disturbi del sonno, disturbi della memoria e dell'attenzione; questo per almeno tre mesi. Si usa poi verificare la dolorabilità a punti chiamati *tender points*, che sono punti localizzati in corrispondenza di specifiche sedi tendinee o muscoloscheletriche, e che sembrano comunque coincidere con determinati punti rintracciabili sui meridiani nella medicina cinese; se il paziente prova un dolore praticamente insopportabile alla pressione di almeno 11 punti su 18, alcuni diagnosticano la fibromialgia.



Cause

Come cause presunte sono state studiate: traumi fisici; agenti infettivi; ipersensibilità a determinate sostanze chimiche; problemi del sonno; fattori genetici. Nessuna di queste cause è però ad oggi accertata. Un ascolto approfondito della storia dei pazienti ha fatto invece porre l'attenzione sugli eventi traumatici. Sembra infatti che non esistano malati di fibromialgia che non abbiano avuto traumi precedenti l'insorgere della malattia. Infatti i pazienti fibromialgici dichiarano molto spesso di avere subito abusi psicologici e sessuali anche in età giovanile, mobbing lavorativo, lutti significativi, traumi psicofisici e altro. **E la letteratura scientifica inizia a comprendere sempre più che esistono forti rapporti tra questi eventi traumatici e la fibromialgia, ritrovando una similitudine con la Sindrome Post Traumatica da Stress (PTSD).**

Terapia farmacologica

Ad oggi non esistono farmaci specifici. Si usano antinfiammatori non steroidei (FANS); farmaci miorilassanti; ansiolitici; antidepressivi; ricaptatori della serotonina; farmaci che agiscono su più neurotrasmettitori contemporaneamente, cioè sulla noradrenalina, serotonina e dopamina; dopaminergici a basso dosaggio; farmaci antiepilettici e melatonina per il sonno. Questi farmaci hanno veramente un effetto? In pratica, no. In genere, gli effetti riportati si hanno solo a breve termine dall'inizio della terapia, ma poi i dolori spesso tornano e si necessita di un aumento delle dosi o di un cambiamento di farmaco. Si ha quindi un temporaneo sollievo, ma poi i sintomi generalmente ritornano, rendendo così la vita di questi pazienti praticamente infernale.

Terapia non farmacologica

Sono applicati: medicina omeopatica; terapie fisiche; stimolazione elettrica transcutanea; ionoforesi; massaggi; shiatsu; attività fisica leggera (ginnastica antalgica, Tai Chi); agopuntura. Queste tecniche sostengono il paziente temporaneamente ma non lo aiutano a risolvere definitivamente il dolore, ed è per questo che il paziente, purtroppo, spesso in preda alla disperazione, cerca aiuti ovunque.



Autoritratto della pittrice Frida Khalo.

ca, Tai Chi); agopuntura. Queste tecniche sostengono il paziente temporaneamente ma non lo aiutano a risolvere definitivamente il dolore, ed è per questo che il paziente, purtroppo, spesso in preda alla disperazione, cerca aiuti ovunque.

Considerazioni psicologiche sulla malattia

Assolutamente importante è non confondere i sintomi come causa e la depressione come la causa della malattia; intendo dire cioè che **NON sono l'ansia e la depressione a scatenare la fibromialgia, bensì questi risulterebbero CAUSATE dalla fibromialgia.** Si deve parlare invece di fattori che stiamo cercando di delineare sempre meglio. Per questo la ricerca deve andare avanti, sia in campo medico che psicologico.

La ricerca deve puntare sulle tecniche di Neuroimaging, come la risonanza magnetica funzionale (fMRI), la Tomografia ad emissione di positroni (PET) e la tomografia computerizzata a emissione di fotoni singoli (SPECT). Questo perché si imparerà così a capire sempre meglio come il cervello lavora in questa patologia, e quali neuromediatori (neurotrasmettitori come la noradrenalina, serotonina o la dopamina) sono coinvolti e come. A dispetto di

chi pomposamente e arrogantemente afferma che la fibromialgia non esiste perché, dato che tutti gli esami possibili (ematologici, radiografici e altri) sono sempre negativi e che quindi i pazienti si inventano la malattia, i risultati sembrano mostrare che nel cervello ci sono invece dei cambiamenti reali in determinate zone (es. nelle aree cerebrali deputate alla memoria e all'attenzione) e che quindi una patologia reale esiste. Alcune ricerche hanno poi mostrato come nella malattia ci sia una elevazione della sostanza P nel fluido cerebrospinale, e ci sono poi evidenze di un alterato flusso cerebrale a livello del talamo e del nucleo caudato. Accertamenti tramite la risonanza magnetica spettroscopica (MRS) hanno poi mostrato una disfunzione dell'ippocampo e una bassa concentrazione di acido naltalenacetico (NAA), fattori che dimostrano quindi un disturbo neurologico o metabolico dell'individuo. Sempre maggiore interesse inizia ad avere poi la dopamina, il "neurotrasmettitore della felicità", essendosi visto che questi pazienti hanno una carenza di dopamina che potrebbe quindi spiegare una aumentata sensazione dolorosa e molti altri disturbi.

Torniamo quindi al discorso del "trauma scatenante". Dobbiamo fare alcune considerazioni importanti. Innanzitutto il trauma non deve essere un avvenimento "normale", come può essere un lutto di una persona anziana in famiglia, ad esempio, bensì un trauma che colpisce nell'intimità od interiorità, come un abuso sessuale o un abuso psicologico, o mobbing lavorativo, o ancora la visione (da bambini) dei genitori che litigavano in maniera violenta, con la madre in genere vittima della violenza. È difficile dare per ora un termine adeguato a questo tipo di violenza (anche la perdita di un figlio sembra essere una buona motivazione per poter sviluppare fibromialgia, o avere un figlio portatore di handicap), ma può sembrare la strada giusta.

La sindrome fibromialgica non si svilup-



pa immediatamente dopo un trauma, ma anche dopo anni. E spesso questi traumi non sono ricordati ma sono stati repressi, e l'insorgenza della malattia è subdola. Ad esempio una ragazzina che ha subito uno o più abusi sessuali all'età di 15 anni può iniziare ad avere diversi dolori, ma la fibromialgia vera e propria si svilupperà magari dopo i 30 anni. Come citavo, da numerosi casi osservati in letteratura, si ritiene quindi sempre più che la fibromialgia sia simile al Disturbo Posttraumatico da Stress (PTSD)

Chi scrive questo articolo intende porre qui particolare attenzione a tecniche che "lavorano" sul corpo come **ipnosi e meditazione**, principalmente per due motivi. Il primo è che queste tecniche hanno l'effetto di riequilibrare il sistema nervoso periferico nelle sue componenti del simpatico e del parasimpatico, ottenendo così un rilassamento profondo (ad esempio il cervello raggiunge finalmente la fase delta), e alzando perciò la soglia del dolore. In questo stato i due emisferi cerebrali si sincronizzano, riuscendo così a scambiarsi meglio le informazioni, dando appunto la possibilità così di metabolizzare i traumi subiti, traumi che appunto avrebbero creato gli scompensi a livello del Sistema Nervoso Centrale, del Sistema Nervoso Periferico (o vegetativo), del sistema ormonale e immunitario.

Agli effetti psicofisiologici verrebbe quindi a sovrapporsi una nuova coscienza del

proprio vissuto e del proprio stato, con una nuova concezione della malattia e di se stessi. I soggetti così riescono a rielaborare meglio e cercano di scrollarsi di dosso i dolori del passato e di rielaborare in maniera più funzionale quelli purtroppo presenti, oltre che di rifarsi una vita con persone nuove, affetti diversi (molti legami delle pazienti fibromialgiche ad esempio sono patologici – mariti sbagliati, amici sbagliati e così via), professioni diverse e così via dove possibile. Non si possono fornire ancora risultati definitivi, ma sembra che gli effetti sul dolore, che possono arrivare anche ad un miglioramento del 90 %, si mantengano anche a distanza di oltre 12 mesi.

Conclusioni

Chi deve quindi occuparsi della terapia? Bisogna avere innanzitutto una diagnosi effettuata da un professionista competente come un reumatologo o un neurologo esperti. Come terapia poi abbiamo: una cura farmacologica, una psicoterapia, un'attività fisica mirata, tecniche psicologiche a mediazione corporea. Le ultime due supponiamo (l'esperienza insegna e ora anche le ricerche più moderne lo fanno pensare) diano risultati migliori e possano condurre ad una probabile guarigione.

Le evidenze cliniche riportano forti e quasi sempre pregressi stress che non possono essere ignorati. Risulta quindi una **malattia sociale che va anche affrontata alla radice** con una forte prevenzione dove possibile (es. lotta al mobbing lavorativo, prevenzione degli abusi psicologici e sessuali). Ed è anche una malattia che non può essere combattuta e vinta solo con i farmaci (c'è da chiedersi appunto quali?). Il problema enorme è che molti, troppi pazienti, negano spesso il loro vissuto emotivo e cercano la cura nei farmaci; ma se la fibromialgia ha una forte componente emotigena che ha totalmente sballato i sistemi psicofisiologici (oggi si parla sempre più di psico-neuro-endocrino-immu-

nologia <PNEI>, parola che a molti risulta già comprensibile e gradita del termine "psicosomatica", che ignorantemente si ritiene ancora sintomo di "ansia e depressione"), risulta appunto necessario lavorare anche su ciò che si ritiene importante in questa patologia, cioè sulle problematiche sopra citate.

Ci vuole una nuova cultura di questa malattia (come di altre) dove il malato non sia più e non si senta più solo spettatore della sua patologia ma diventi anche parte attiva nella terapia, e questo in molti sensi. Troppo spesso si sono visti malati fibromialgici "psichiatrizzati", con l'unico effetto di fare sentire peggio chi ne soffre, e con evidenti problematiche nella terapia.

Utile sarà anche sviluppare il ramo della psicologia dell'emergenza, in modo da bloccare sul nascere il rischio di questa patologia in soggetti a rischio, esempio vittime di violenze fisiche, ma anche di eventi tragici come terremoti o altro.

Medici e psicologi (seriamente preparati) dovrebbero quindi collaborare sempre più spesso per il bene del paziente, ognuno portando le proprie esperienze e arricchendole con quelle degli altri. ■

Il dott. Alessandro Mahony, Psicologo - Presidente Società Italiana Tecniche di Meditazione (SITEM), è disponibile per informazioni e/o consulti. Potrete scrivere a: alessandro.mahony@libero.it

Bibliografia essenziale

- Buizza C., Mahony A., Cristini C., Ghilardi A. L'utilizzo della meditazione nel trattamento del dolore cronico: una rassegna della letteratura, III Congresso Nazionale di Clinica Psicologica "L'esperienza del dolore nella pratica sanitaria: tra psiche e corpo", 3-4 Novembre 2006, Bologna (abstract e poster).
- Ceko M, Bushnell MC, Gracely RH, Neurobiology underlying fibromyalgia symptoms, *Pain Res Treat.* 2012.
- Schweinhardt P, Sauro KM, Bushnell MC., Fibromyalgia: a disorder of the brain?, *Neuroscientist.* 2008,Oct;14(5):415-21.

Zeidan F, Martucci KT, Kraft RA et al, Brain mechanisms supporting the modulation of pain by mindfulness meditation, *Journal of Neuroscience,* 2011 Apr 6;31(14):5540-8.