



NOTE SULL'AUTORE

Dott. David Cardano

laurea in Scienze motorie presso SUIISM Torino, laurea specialistica in Marketing e management sportivo presso SUIISM Torino, master universitario in Psicologia dello sport, laureato magistrale in Scienze e tecniche psicologiche



S.M.T. SINDROME MIOSITICA DI TENSIONE

di David Cardano

Circa 10 milioni di italiani di ogni età e sesso soffrono di dolori alla schiena (tratto lombare in particolare) al collo e agli arti superiori. La stragrande maggioranza di loro non ha trovato il rimedio e la cura efficace per eliminarli o anche solo contrastarli. L'80% circa degli individui durante la vita soffre di mal di schiena con livelli diversi di gravità, ma solo il 20% di loro presenta un danno anatomico-patologico oggettivamente diagnosticabile a livello vertebrale articolare che possa giustificare la rachialgia.

Vi è inoltre una scarsa relazione tra fattori traumatici e insorgenza della sintomatologia dolorosa e un'altra curiosità è che il legame tra danno anatomico-patologico e il dolore è enormemente variabile da soggetto a soggetto, tenendo presente che marcati segni di discopatia

con riduzione dello spazio intersomatico sono talvolta integralmente asintomatici e con assenza di dolore.

La lombalgia funzionale (idiopatica primitiva o essenziale) rappresenta quindi la maggioranza delle lombalgie riscontrabili nella pratica clinica. Situazione analoga anche per problemi articolari vari come l'artrosi, dove sovente essa non è la causa reale del dolore ma ne rappresenta una sorta di giustificazione accettabile o capro espiatorio.

All'origine di tutto ciò sussiste un meccanismo psicologico che blocca l'emergere di specifiche emozioni quali rabbia, paura, ansia risentimento al fine di distrarre la mente da una sofferenza o tematica psichica molto profonda colpendo muscoli, articolazioni, legamenti, nervi e tendini.



La metamedicina comunica che ogni sintomo è un messaggio e teorizza che in base alla zona corporea in cui si manifesta il problema ci sia una specifica correlazione con una tematica emotiva. Esempio: un dolore alle vertebre cervicali potrebbe essere legato a una svalutazione delle nostre capacità intellettive, alla paura dell'ignoto, al timore o alla convinzione di non fare le scelte giuste.

Un dolore alla schiena nella regione dorsale potrebbe esprimere la solitudine, la noia, la difficoltà a comunicare i propri sentimenti, mancanza di riconoscimento, scarso o nullo sostegno affettivo e paura di essere abbandonati.

Torniamo ora alle statistiche mediche. Un interessante studio ha evidenziato che il 75% di immagini radiologiche di RMN riferibili ad ernie del disco in un gruppo di persone asintomatiche sussistono dei fattori comuni.

Gli elementi comuni sono: fattori lavorativi e fattori psicosociali. I fattori lavorativi sono: scarsa gratificazione lavorativa e di conseguenza uno stress mentale elevato. I fattori psicosociali sono: presenza di ansia, iper self control, rabbia, scarso sostegno sociale, condizione matrimoniale insoddisfacente. Situazioni in cui si associano inoltre depressione e paura come conseguenze del dolore percepito dal soggetto o per altre motivazioni, possono aggravare il quadro sintomatologico. Questi meccanismi psico-fisio-patologici partecipano alla persistenza del dolore e quindi alla cronicizzazione della sofferenza del soggetto.

A questo punto è necessario un approccio clinico globale ed interdisciplinare dove il mental training e la ginnastica posturale trovano un'ottima collocazione.

Ma ecco la nota dolente. Nonostante le precedenti teorie siano ormai note, dimostrate divulgate e accettate nella pratica clinica si stenta ad applicarle. Le maggiori autorità nel campo delle algie vertebrali, invece, richiamano l'attenzione sui precedenti aspetti e il Prof. Nachemson Alf L. (medico ortopedico, direttore del dipartimento di ortopedia di Goteborg ritenuto una delle massime autorità in questo campo), al congresso internazionale del S.I.R.E.R. ha affermato:

“La conoscenza della psicologia è più importante della conoscenza della biomeccanica del lombalgico almeno per i pazienti con dolore cronico.

Siamo troppo legati al presunto problema fisico nonostante diversi studi abbiano dimostrato sia irrilevante in questi pazienti”.

Sempre una ricerca effettuata dall'Università di Goteborg ha portato alla conclusione che la lombalgia è come la colite o alcuni tipi di ulcere e cioè di origine psicosomatica e quindi i dolori alla schiena o di una sua parte (cervicale, dorsale o lombare) sarebbero l'espressione locale di ansia, stress, depressione o di altri disagi psicologici.

La spiegazione sarebbe legata alla tensione che si accumula nelle due fasce di muscoli che sorreggono la colonna vertebrale. Si è notato che, quando si vive in situazioni di stress costante per via di alcune circostanze della vita (problemi sul lavoro, conflitti emotivi, conflitti familiari, stati d'ansia, eventi stressanti come la nascita di un figlio o anche solo il traffico in città), i muscoli della schiena si tendono in maniera eccessiva fino a dar luogo ad un mal di schiena che può diventare cronico. Studi sulla cefalea muscolo-tensiva cervicale (Scoppa e Nicotra 1999) hanno messo in evidenza una significativa presenza di una componente psichica in senso ansioso e/o depressivo con tendenza costante alla conversione psicosomatica nella pressoché totale popolazione dei pazienti esaminati.

LE TENSIONI MUSCOLARI POSSONO QUINDI ESSERE INTESE COME MODULATORI DI PATOLOGIA PSICOSOMATICA

Non è difficile ipotizzare un passaggio da una disfunzione muscolare ad un danno organico rilevabile. Infatti muscolatura tesa e contratta cronicamente comprime in modo abnorme le sottostanti articolazioni favorendo così i processi patogenetici quali, ad esempio, quello dell'artrosi. Già W. Reich (contemporaneo di Freud) e A. Lowen parlavano di come un conflitto emozionale irrisolto, probabilmente represso, trattenuto, inibito porti a tensione muscolare croniche. Ad oggi numerose ricerche cliniche e sperimentali dimostrano come uno stress psicologico possa contribuire allo sviluppo di numerose malattie. Tutto questo accade in quanto uno stimolazione emozionale comporta un'alterazione (perlopiù in aumento) degli ormoni circolanti a livello plasmatico. Lo stimolo che attiva il processo neuroendocrino può essere esterno all'individuo (ambientale o psicosociale) o interno (intrapichico).

In condizioni normali, l'attivazione è temporanea ed episodica con ripristino dei valori precedenti in tempi brevi. In caso di attivazione emozionale mantenuta nel tempo, senza eliminazione dello stimolo disturbante, può verificarsi invece una condizione di attivazione cronica con modificazioni significative del normale schema di reazione agli stimoli e possibilità di entrare in una condizione di malattia.

Si è quindi arrivati a postulare che la maggior parte dei problemi articolari non sia dovuto a patologie ossee, ma alle tensioni nervose.

All'origine di tutto ciò vi è un meccanismo psicologico che blocca l'emergere delle emozioni di: ansia, vergogna, sensi di colpa, rabbia, paura. La mente si distrae da una sofferenza più profonda (non cosciente e non integrata) colpendo muscoli, nervi, tendini e legamenti.

Infatti la S.M.T. (sindrome miositica da tensione) in particolar modo "colpisce": muscoli, nervi, tendini, legamenti.

Attacchi acuti sono spasmi (diverso dal crampo come eziologia, ma simile come dolore) dovuti a carenza di ossigeno. Inoltre croniche contratture muscolari dei paravertebrali e/o trapezio impediscono/limitano fortemente l'azione ammortizzante della colonna. Il dolore è un sintomo esattamente come la febbre, ma sovente viene considerato come una vera e propria patologia e quasi sempre si suppone che all'origine di un sintomo ci sia un problema fisico. In base a molte ricerche ed esperienze cliniche di numerosi medici in tutte le sindromi dolorose (gravi, lievi, croniche, acute), e nella maggior parte dei soggetti, sono i cambiamenti fisiologici indotti dalla S.M.T. a essere responsabili del sintomo.

Queste alterazioni fisiologiche ovviamente provocano e sono causa del dolore e di eventuali altri disturbi.

Se ci si concentrasse solamente su di essi sarebbe come curare un soggetto affetto da polmonite, limitandosi ad abbassare la febbre.

La fisiologia della S.M.T. parte dal cervello tramite le emozioni sopraelencate (ansia, rabbia, ecc.), interagisce con il S.N.A. (sistema nervoso autonomo - sottosistema del cervello - funzioni involontarie come il battito cardiaco, succhi gastrici ecc.) e riduce il flusso sanguigno verso certi muscoli, nervi, tendini o legamenti generando dolore o altre disfunzioni.

Il termine tecnico è **ischemia** (ridotto apporto ematico: meno sangue, meno ossigeno quindi dolore, torpore, formicolio, debolezza).

Studi recenti su una larga fascia di casi clinici ha rilevato i seguenti elementi scatenanti la S.M.T.:

- SCARSA AUTOSTIMA;
 - ATTACCAMENTO MANIACALE AL LAVORO;
 - SENSI DI RESPONSABILITÀ ECCESSIVI (spesso sono persone brillanti, ambiziose, capaci, tendenti al perfezionismo);
 - RABBIA, RISENTIMENTO;
 - NARCISISMO (egocentrismo- IO –mito del cavarsela da soli - soggetti concentrati solo su sé stessi);
 - SENSI DI COLPA;
 - VERGOGNA;
 - PAURA – RABBIA - PREOCCUPAZIONI;
 - DISTURBI POST TRAUMATICI;
- ma su tutti
- ANSIA E TUTTE LE SUE VARIABILI.



Le persone che soffrono di S.M.T. non sono malate da un punto di vista classico e conducono una vita normale, ma si portano appresso un bagaglio emotivo pesantissimo di cui non sono consapevoli. Talvolta si tratta di traumi che risalgono all'infanzia e che hanno lasciato un lungo strascico di risentimento e rabbia. Molte emozioni rimangono sepolte nel subconscio perché socialmente sconvenienti o spaventose.

È giusto però comunicare che la tendenza a reprimere le emozioni è comune a tutti, ma l'elemento discriminante è l'intensità con cui lo si fa e i suoi diversi gradi.

Nel caso di una persona che ha subito pesanti traumi, i sentimenti rimossi sono così forti che talvolta è necessario affiancare a mental training (approccio psicologico mentale) e ginnastica posturale (approccio educativo corporeo) un aiuto per riconoscerli e gestirli. Questo è il ruolo dello psicologo e della psicoterapia. Purtroppo la nostra società ha una difficoltà a riconoscere il bisogno e il ruolo dello psicologo e della psicoterapia in quanto è molto diffuso il pregiudizio secondo cui chi si rivolge a un professionista della mente e del comportamento umano sia una persona debole, incapace di cavarsela da sola o con patologie di follia e demenza.

Molti soggetti affetti da S.M.T. sono anche ipertesi e ciò avvalorava l'ipotesi che siano coinvolti gli stessi stati emotivi in entrambe le patologie. Possiamo analizzare e interpretare la S.M.T. e il mal di schiena cronico, anche da un punto di vista simbolico. Il dolore può comunicarci che non ce la facciamo più a caricarci tutto sulle spalle.

Per esempio: un lavoro troppo stressante o una serie di problemi a cui non ci si sottrae perché non si è capaci di dire "no". Come dice il prof. Morelli (psichiatra e psicoterapeuta, fondatore di "Riza psicosomatica"): "Commettiamo l'errore di sottoporci a sforzi eccessivi perché non rispettiamo i limiti, abusando delle nostre energie".

La sofferenza che questo atteggiamento ci provoca si esprime anche attraverso la schiena, che si blocca per interrompere proprio quei comportamenti che a lungo andare potrebbero danneggiare ulteriormente la nostra salute, perché ci obbligano a uno stile di vita che non è il nostro.

In base alla mia esperienza, la consapevolezza è sempre un'ottima "medicina" ecco perché suggerisco vivamente percorsi di Mental Training e Ginnastica Posturale a molti di coloro che si rivolgono alla mia figura professionale per problematiche di schiena essenziali.

Suggerisco le seguenti condizioni estremamente necessarie per guarire veramente:

- il coraggio per il cambiamento;
- il coraggio per la propria verità;
- la consapevolezza del problema/malessere;
- la volontà/fede/motivazione per la possibilità di "guarigione";
- costanza e impegno per la "guarigione"/miglioramento;
- la conoscenza e la consapevolezza delle cause per cui è stata persa la condizione di benessere e salute.

L'elemento principale per eliminare o ridurre significativamente la S.M.T. è la consapevolezza da parte del soggetto di ciò che gli sta accadendo. La miglior cura (per alcuni l'unica cura) per la S.M.T. consiste in un approccio psicologico ed educativo. La maggior parte dei soggetti non necessita di sostegno psicoterapeutico perché desidero ricordare che è normale che gli esseri umani provino a rimuovere le emozioni negative e che questo processo possa causare sintomi fisici.

In conclusione, la citazione emblematica di una frase del Dott. Claudio Pagliara, contenuta nel suo libro **La via della guarigione:**

**Curare la mente per curare il corpo,
curare l'ambiente per curare l'uomo,
curare lo spirito per curare il mondo.**



ABSTRACT

Back pain implicates a mind-body connection involved in a continuous two-way dialogue.

We tend to give more credit to the physical aspects among the psychological ones.

We are keen to look for tangible elements at the expense of those related to psycho-emotional and relational dynamics.

The latest research reveals that the linear causality and cause-effect relation rarely subsist.

In the 70% of the cases back pain has an idiopathic nature.

T.M.S. (Tension Myositis Syndrome) is the revelation confirming research carried out in this field and it represents the most effective explanation towards prevention and cure of the back pain.

BIBLIOGRAFIA

1. Chiozza L.A., Perché ci ammaliamo, Borla, Roma 1988
2. Capra F., Il Tao della fisica, Adelphi, Milano 1982
3. Diego Frigoli, Ecobiopsicologia, psicosomatica della complessità, MB Publishing 2009
4. John E. Sarno, Sconfiggere il mal di schiena (senza farmaci), Vallardi 2014
5. Claudio Pagliara, La via della guarigione, self publishing, Pagliara Claudio 2016
6. Claudia Rainville, Metamedicina 2.0 ogni sintomo è un messaggio, Edizioni Amrita 2018

SITOGRAFIA

1. www.greenme.it
2. www.stateofmind.it
3. www.scienzaeconoscenza.it