



Le basi farmacologiche della terapia del dolore

a cura di
Alberto E. Panerai
Mario A. Tiengo

edi-ermes

- 18 Dolore somatico, dolore viscerale e fibromialgia**
Leonardo Vecchiet
Maria Adele Giamberardino
Dipartimento di Medicina e Scienze dell'Invecchiamento
Università degli Studi "G. d'Annunzio", Pescara
- 19 Trattamento farmacologico del dolore facciale neuropatico**
Franco Mongini
Dipartimento di Fisiopatologia Clinica
Università degli Studi di Torino
- 20 Nevralgie periferiche**
Massimo Zoppi
Elisabetta Beneforti
Dipartimento di Medicina Interna
Università degli Studi di Firenze
- 21 Cefalee**
Franco Rizzi
Unità di Cure Palliative e Terapia del Dolore
Azienda Ospedaliera "G. Salvini",
Garbagnate Milanese (MI)
- 22 Cefalea a grappolo**
Gennaro Bussone
Susanna Usai
Massimo Leone
Unità Operativa Cefalee e Malattie Cerebrovascolari
Istituto Nazionale Neurologico "C. Besta",
Milano
- 23 Lombosciatalgia e cervicobrachialgia**
Mauro Porta
Centro Terapia del Dolore e della Cefalea
Istituto "G. Galeazzi", Bruzzano (MI),
Policlinico "S. Marco", Zingonia (BG)
Maurizio Fornari
Giovanni Lucarelli
Unità Operativa di Neurochirurgia
Istituto "G. Galeazzi", Bruzzano (MI)
- 24 Dolore ginecologico**
Elsa Margaria
Servizio di Anestesia e Rianimazione
Ospedale "S. Anna", Torino
- 25 Neurofisiologia del dolore odontoiatrico e intraorale**
Franco De Conno
Unità Operativa di Riabilitazione, Terapia del Dolore e Cure Palliative
Istituto Nazionale per lo Studio e la Cura dei Tumori, Milano
Marco F. Di Filippo
Specialista in Odontostomatologia e Protesi Dentale, Consulente
Istituto Nazionale per lo Studio e la Cura dei Tumori, Milano
- Massimo Maniezzo
Specialista in Oncologia Chirurgica, Consulente
Istituto Nazionale per lo Studio e la Cura dei Tumori, Milano
- 26 Dolore neuropatico**
Vincenzo Moschini
Servizio di Anestesia e Rianimazione
Azienda Ospedaliera "Istituti Clinici di Perfezionamento", Milano
Vittorio Iorno
Centro di Terapia del Dolore
Azienda Ospedaliera "Istituti Clinici di Perfezionamento", Milano
- 27 Dolore vascolare**
Vittorio Iorno
Centro di Terapia del Dolore
Azienda Ospedaliera "Istituti Clinici di Perfezionamento", Milano
Vincenzo Moschini
Servizio di Anestesia e Rianimazione
Azienda Ospedaliera "Istituti Clinici di Perfezionamento", Milano
- 28 Dolore centrale**
Carlo Alberto Pagni
Sergio Canavero
Vincenzo Bonicalzi
Dipartimento di Neuroscienze
Università degli Studi di Torino
- 29 Dolore psicogeno**
Flavio Mombelli
Specialista in Neurologia e Psicoterapia
Milano
- 30 Dolore reumatico**
Massimo Zoppi
Elisabetta Beneforti
Dipartimento di Medicina Interna
Università degli Studi di Firenze
- 31 Dolore da cancro**
Rossella Marzi
Unità Operativa di Algologia
Azienda Ospedaliera "Maggiore della Carità", Novara
- 32 Cure palliative**
Carla Ripamonti
Unità Operativa Funzionale di Day Hospital e Ambulatorio di Terapia del Dolore e Cure Palliative
Istituto Nazionale per lo Studio e la Cura dei Tumori, Milano
Giorgio Di Mola
Vicedirettore Scientifico
Fondazione Floriani, Milano



Dolore psicogeno

Dolore: una parola, due significati distinti. Dal vocabolario Treccani della lingua italiana si possono trarre due definizioni di dolore: la prima è "qualunque sensazione soggettiva provocata da un male fisico", la seconda è "patimento dell'animo, strazio, sofferenza morale".

Questi due significati si compenetrano e si confondono nel caso del dolore psicogeno, cioè nel caso in cui meccanismi psicologici e mentali interferiscano con il dolore prodotto da traumi o malattie, aggravandolo o favorendone la cronicizzazione, o in cui tali meccanismi psicologici e mentali siano la causa primitiva di sindromi dolorose. Il medico si deve spesso confrontare con il dolore psicogeno, perché piuttosto frequentemente incontra pazienti che lamentano sintomi inadeguati rispetto alla malattia diagnosticata o presunta, oppure pazienti che lamentano dolore in assenza di malattia. Spesso il medico di famiglia fatica a orientarsi, anche perché i criteri per definire le patologie psicosomatiche e somatoformi sono diversi in medicina e in psichiatria: vi sono differenti definizioni tra l'ICD-10, che rappresenta la classificazione internazionale delle malattie mediche, e il DSM IV, che rappresenta la classificazione internazionale delle sindromi psichiatriche.

Volendo parlare delle sindromi correlate con il dolore psicogeno, ci si può limitare a parlare dei **disordini somatoformi** e dei **disordini da dolore cronico**, due definizioni in cui si ritrova gran parte delle patologie viste dal medico di medicina generale.

Nel valutare i fattori psicologici occorre ricordare che questi sono molto più importanti nella genesi e nel mantenimento del dolore cronico rispetto a quello acuto, in genere più legato a fattori organici.



DIAGNOSI DI DOLORE PSICOGENO

Nella tabella 29.1 sono posti a confronto gli elementi di maggiore importanza per la diagnosi di disordine da dolore somatoforme e disordine da dolore cronico.

Tabella 29.1 Aspetti diagnostici principali del disordine somatoforme e del disordine da dolore cronico

<i>Disordine somatoforme</i>	<i>Disordine da dolore cronico</i>
<ul style="list-style-type: none">• I sintomi fisici possono coinvolgere uno o più sistemi di organi e non sono intenzionali• I sintomi soggettivi superano l'obiettività clinica• Correlazione fra sviluppo dei sintomi e sviluppo degli stress psicosociali• Matrice di tipo biogenetico con aspetti legati allo sviluppo	<ul style="list-style-type: none">• Lamentela cronica di dolore• I sintomi superano i segni clinici• Sollievo minimo arrecato dai trattamenti standard• Storia di ripetute consultazioni con medici diversi• Uso di parecchi rimedi non specifici

ILLNESS BEHAVIOUR

Per valutare un paziente che mostri un sospetto dolore psicogeno è importante conoscere il concetto di **illness behaviour**, ovvero il comportamento nei confronti della malattia. Per comportamento nei confronti della malattia si intende l'insieme di fattori interposti tra il sintomo del dolore e l'espressività del sintomo stesso, in sostanza tutti quei fattori che caratterizzano il modo del paziente di vivere e di "rappresentare" il dolore. Si tratta di un insieme di fenomeni psicologici e fisici che stanno tra la nocicezione, cioè la serie complessa di eventi elettrochimici che avvengono in un sito di danno tissutale in atto, e la percezione del dolore. Dalla definizione stessa di nocicezione si ricava che il dolore è sempre mentalmente associato al concetto di danno, di ferita: ciò spiega come il diverso modo di vivere una menomazione, fisica o no, possa influenzare il comportamento nei confronti del dolore.

L'illness behaviour è dunque l'insieme delle modalità con cui il paziente percepisce e valuta un determinato sintomo e agisce (o non agisce) nei confronti di esso. Questa definizione generica comprende tutti gli aspetti del pensiero, delle emozioni e del comportamento, associati o meno a un disturbo fisico o mentale. Nei confronti di un paziente in cui si sospetti una componente psicogena, il medico di medicina generale dovrà cercare di valutare il comportamento nei confronti della malattia, che dipende dall'equilibrio psichico generale e può essere rapportato soprattutto a cinque fattori:

- stato mentale;
- relazioni familiari;
- relazioni extrafamiliari;
- occupazione;
- condotte particolari.

Tabella 29.2 Scala di valutazione clinica dello stato psichico generale e del disadattamento psicosociale (punteggio da 5 a 20)

Stato mentale	3 Insoddisfacenti 4 Molto insoddisfacenti
1 Soddisfacente, assenza di sintomi psichiatrici (fobia, depressione, angoscia, ossessioni) 2 Moderatamente soddisfacente 3 Insoddisfacente: presenza di sintomi psichiatrici, ma non di handicap maggiori nella vita di relazione, ma solo in modo saltuario 4 Molto insoddisfacente: presenza di sintomi costituenti un handicap permanente e rappresentante una difficoltà maggiore nella vita di relazione	Occupazione
Relazioni familiari	1 Soddisfacente 2 Più o meno soddisfacente 3 Insoddisfacente (conflittuale o sorgente d'angoscia o inferiore alle capacità del soggetto) 4 Molto insoddisfacenti (assenza di qualsiasi inserimento professionale o lavorativo)
1 Soddisfacenti 2 Più o meno soddisfacenti 3 Insoddisfacenti 4 Molto insoddisfacenti	Condotte particolari
Relazioni extrafamiliari	1 Assenti 2 Presenza di alcune condotte limitate alla nutrizione (bulimia, desiderio di mangiare, condotte anoressiche) 3 Alcolismo, episodi di tossicomania che non costituiscono un handicap maggiore nella vita socio-professionale 4 Alcolismo, tossicomania
1 Soddisfacenti 2 Più o meno soddisfacenti	Totale

Scala di valutazione clinica dello stato psichico generale e del disadattamento psicosociale

La presenza di un disadattamento psicosociale deve far sospettare molto spesso un comportamento abnorme nei confronti della malattia.

Lo stato psichico generale e il disadattamento psicosociale possono essere stimati usando la scala di valutazione clinica riportata nella tabella 29.2, che permette l'attribuzione di un "punteggio" allo stato generale del paziente valutato dal punto di vista psicosociale.

Illness Behaviour Questionnaire

Nel caso si sospetti un vero e proprio comportamento abnorme nei confronti della malattia, questo può essere valutato usando un semplice test, autosomministrato, l'*Illness Behaviour Questionnaire* (IBQ), ideato da Pilowky e Spence e composto da 62 domande, che valuta sette fattori, ognuno con un suo punteggio:

- ipocondria generale;
- convinzione di malattia;
- percezione psicologica/somatica della malattia;
- inibizione affettiva;
- disforia;
- negazione;
- irritabilità.

Scale di Hamilton per l'ansia e la depressione

Se il paziente dimostra un IBQ alterato, sarà necessario effettuare una ricerca attenta al fine di stabilire se i suoi problemi siano eventualmente correlati all'ansia o alla depressione, disturbi che richiedono una terapia adeguata. Una valutazione dei punteggi di gravità dell'ansia e della depressione può essere ottenuta usando le corrispondenti scale di Hamilton.

Fattori che influenzano la percezione del dolore

Da quanto detto finora si evince che il bersaglio della comprensione da parte del medico, in caso di dolore psicogeno, non deve essere il dolore in sé, ma il comportamento indotto dal dolore, non la sofferenza fisica ma la sofferenza psichica.

I fattori che determinano il comportamento nei confronti della malattia e della percezione del dolore sono molteplici. I più importanti a cui si deve prestare attenzione sono:

- personalità del paziente;
- ambiente ed esperienze familiari e culturali;
- apprendimento infantile nei confronti del comportamento verso il dolore;
- eventi attuali della vita del paziente;
- livello di sostegno sociale;
- stato di sofferenza psichica.

Il medico di famiglia dovrà dunque comprendere che, così come è abituato a considerare la neuromodulazione recettoriale per il dolore legata a vari fattori fisici (come i fattori ormonali, per esempio nella fase premenstruale, e la presenza o assenza di farmaci), dovrà considerare anche una serie di fattori psicologici che possono attuare una neuromodulazione molto simile a quella neurologica.

Gli studi più recenti, attuati per mezzo di stimolazioni dolorifiche e contemporaneo studio di aree cerebrali per mezzo della tomografia a emissione di positroni, hanno dimostrato che la sensazione dolorosa attiva praticamente tutte le aree prosencefaliche. Al di là delle normali cognizioni di neurofisiologia del dolore che comprendono le modulazioni recettoriale, corticale e la situazione ormonale, esiste infatti un'ampia gamma di fattori psichici che sono in grado di modulare non solo la percezione, ma anche l'elaborazione stessa del dolore.

Fattori cognitivi

I principali fattori cognitivi che influenzano la percezione del dolore sono tre:

- attenzione al dolore;
- tipo di pensiero caratteristico della personalità del paziente;
- disturbi dell'umore.

Caratteristiche ulteriori del paziente con dolore psicogeno

- Può aver subito violenze emotive o fisiche nell'infanzia
- Ha una tendenza alla somatizzazione e alla conversione del sintomo
- Dimostra uno scarso *adaptive coping* (ovvero non ce la fa di fronte alle avversità della vita)
- Soffre frequentemente di dispareunia o insonnia
- Presenta disturbi muscolo-scheletrici associati

Elaborazione cognitiva della percezione del dolore

L'elaborazione cognitiva della percezione del dolore (ovvero il modo in cui il paziente valuta e "vive" il dolore) può avvenire a vari livelli: reale, simbolica, delirante, magica e legata a fattori culturali.

Tra i fattori elencati vanno comprese anche le modalità per cui il paziente ha appreso un particolare comportamento nei riguardi del dolore all'interno della sua costellazione familiare, e precisamente un modo di reazione al dolore da cui gli derivano vantaggi secondari, spesso non direttamente visibili. Chiunque nutrisse dubbi sulla modulazione psichica del dolore, potrà ricordare il caso eclatante del soldato in battaglia, che non sente dolore per la ferita, o la cefalea da fine settimana, ove la diversa percezione del dolore è sostenuta dalla modesta alterazione di coscienza che si ha in tale periodo.

SEMEIOTICA DEL DOLORE PSICOGENO

Il medico desidererebbe poter contare su una precisa differenza semeiotica tra paziente con dolore "somatico" e paziente con dolore "psicogeno" (Tab. 29.3). Purtroppo tale precisa differenza semeiotica non esiste, anche se è disponibile una serie di osservazioni statistiche, eseguite sui due gruppi di pazienti.

A fronte di queste conoscenze empiriche, il medico di famiglia potrà indirizzare i suoi sforzi diagnostici:

- riconoscendo in primo luogo l'origine psicologica del dolore come possibilità diagnostica;
- formulando in secondo luogo una diagnosi corretta del tipo di disturbo;
- valutando poi il decorso del disturbo nella vita del paziente e l'eventuale disabilità che ne deriva;

Tabella 29.3 Confronto tra le principali caratteristiche del dolore somatico e del dolore psicogeno

<i>Dolore somatico</i>	<i>Dolore psicogeno</i>
<ul style="list-style-type: none">• Descrive il dolore con una maggiore localizzazione• Usa termini di tipo sensoriale per descrivere il dolore• Descrive variazioni discrete e periodiche del dolore• Identifica fattori (come il movimento e la postura) che aumentano o diminuiscono il dolore• Non ha grandi difficoltà interpersonali• Tratta il dolore più come un sintomo che come una malattia in sé	<ul style="list-style-type: none">• Usa una grande emozionalità nel descrivere il dolore• Ha avuto generiche privazioni emozionali• Ha probabilmente difficoltà interpersonali• Ha precedenti di <i>doctor shopping</i> (ovvero è sempre alla ricerca di pareri di altri specialisti e arriva con un grande numero di esami clinici)• Ha avuto altre malattie di tipo psicosomatico

Tabella 29.4 Diagnosi differenziale del dolore psicogeno

• Malattie fisiche	• Demenze
• Disturbi affettivi, in particolare la depressione	• Abuso di sostanze, soprattutto alcolici
• Disturbi somatoformi	• Schizofrenia e psicosi depressiva
	• Disturbi della personalità

- usando infine modalità di trattamento specifiche di fronte a una diagnosi specifica.

Al riguardo occorre ricordare che l'accurata descrizione del caso è un fattore fondamentale per la collaborazione interdisciplinare.

Vi sono poi fattori psicologici comuni che possono alterare la percezione del dolore: spesso questi pazienti provengono da famiglie numerose (in cui il dolore può essere utilizzato come mezzo per richiedere un'attenzione emotiva), nelle quali l'apprendimento di modalità espressive del dolore per fattori culturali o etnici può essere modificata; vi possono poi essere un'inibizione dell'affettività o dell'espressività emotiva nonché conflitti di genere o di identità sessuale. Di fronte a un paziente con dolore psicogeno il medico dovrà prendere in considerazione tutte le diagnosi differenziali di comportamento abnorme nei confronti della malattia (Tab. 29.4).

Per valutare il paziente conviene indagare anche i conflitti della vita sessuale, l'identità di genere e correlare la sintomatologia con il tipo di lavoro svolto, le mestruazioni nel caso delle pazienti, le funzioni corporali, la vita sessuale, l'aggressività come tratto di personalità.

Particolare attenzione dovrà essere prestata alla sintomatologia neurovegetativa che accompagna il dolore, che spesso è un accurato segnale dell'adeguatezza della sintomatologia rispetto al quadro clinico.

È dunque importante che il medico, di fronte a sintomatologie dolorose, si ponga la seguente domanda: i sintomi e le lamentele sono appropriati e congrui rispetto alla diagnosi e alla gravità della malattia?

Se la risposta è no, il medico si orienterà verso una diagnosi di comportamento abnorme nei confronti della malattia. Se la risposta è sì, il medico cercherà in ogni modo un trattamento in grado di porre fine al dolore o di limitarlo e, se la terapia non avrà risposta, dovrà escludere che il paziente soffra di depressione, ansia, attacchi di panico e disturbo post-traumatico da stress.

Aree di orientamento diagnostico

Per facilitare la comprensione del comportamento abnorme nei confronti del dolore, si forniranno alcuni spunti per un

migliore orientamento clinico, soprattutto nei riguardi di quei pazienti che, pur soffrendo di dolore su base psicogena, non hanno tutti i sintomi richiesti per la diagnosi della sindrome da somatizzazione o della sindrome da dolore somatoforme, così come descritti nell'ICD-10 o nel DSMIV.

Questo orientamento clinico può delimitare cinque aree: ansia, depressione, isteria (disturbo istrionico), psicosi, somatizzazione.

**Area
dell'ansia**

Nell'area dell'ansia sarà riscontrabile un ipertono adrenergico e noradrenergico (a cui corrispondono variazioni della pressione arteriosa per stimoli ansiogeni), che esalta l'attenzione psichica al dolore, ma non ne fa perdere la localizzazione; la soglia del dolore è diminuita, è presente ipermotilità viscerale emotivamente condizionata ed è evidente un'irritabilità psichica che condiziona l'esaltazione di ogni sensazione viscerale, per cui le percezioni viscerali possono diventare stimoli dolorosi.

**Area
della depressione**

Nell'area della depressione sono invece presenti un'alterata regolazione della modulazione serotoninergica e di altri neuromediatori (fattore che comporta una grande sensibilità a sensazioni somestetiche, come, per esempio, le vertigini) e un'irritabilità psichica molto forte che esalta la percezione psichica di ogni sensazione dolorosa, mentre il dolore perde la sua collocazione corporea, diventa corticale, psichico, caratterizzandosi come preoccupazione esistenziale. Ovviamente, in questo caso, vi saranno sfumati sintomi depressivi e più spesso sintomi legati al sonno o alla perdita di interessi, senza una vera e propria ideazione depressiva.

**Area
dell'isteria**

Nell'area dell'isteria, riscontrabile in pazienti con tratti istrionici (a netta prevalenza femminile), il dolore è descritto con modalità teatrali, esaltato e usato come messaggio per esprimere conflittualità psichiche; non vi sono alterazioni dei neuromediatori, a meno che coesista ansia, e le sedi del dolore sono atipiche, vaganti, talvolta del tutto strane, perché legate al pensiero "magico" del paziente.

**Area
della psicosi**

Nel caso dell'area della psicosi il sintomo è descritto in modo fiabesco; non c'è logica medica nella sintomatologia e le remissioni seguono l'andamento della malattia di base; vi sono profonde alterazioni del sonno; l'emotività relativa al sintomo è incongrua e sono presenti sfumati sintomi psicotici come pensieri bizzarri o illogici, soprattutto legati all'origine dei disturbi.

**Area
della somatizzazione**

Per finire, nell'area della somatizzazione, è presente una specie di delirio che ha la malattia o il dolore come oggetto: il malato non sa esprimere il dolore psichico e lo tra-

Domande su cui il medico si deve interrogare di fronte al dolore psicogeno

Le cinque aree descritte sono più vicine all'esperienza quotidiana del medico di medicina generale, che vede frequentemente pazienti che presentano alcune caratteristiche abnormi di risposta al dolore che alterano la loro qualità di vita e la *compliance* terapeutica, rendendo spesso difficile la gestione del loro caso. Le domande a cui il medico dovrà dare risposta per poter capire il paziente sono le seguenti:

- vi sono stati eventi stressanti nella vita del paziente che possono avere un collegamento temporale e/o simbolico con il dolore?
- la vita del paziente "funziona"?
- il dolore porta al paziente qualche "vantaggio" reale o simbolico?
- quali sono le paure del paziente legate all'ambiente?
- che cosa pensa di avere il paziente? attribuisce il suo dolore a fattori esterni o a fattori interni come colpe o altro?
- la tipologia del dolore o la sua temporalità può avere un significato simbolico o qualche collegamento con i problemi della vita del paziente?

sforma in sintomo; il dolore è assurdo, spesso migrante, ma descritto con partecipazione e dolore psichico, che diventa stile di vita.

Vantaggi legati all'approccio psicologico

È indubbio che molti fattori possono essere modificati da un approccio "psicologico" al paziente: primo fra tutti lo *psychological distress*, ovvero lo stress arrecato al paziente da una situazione che ha un'origine psichica ed è vissuta dal paziente come una malattia fisica, che lo distrae dall'occuparsi dei suoi problemi psicologici.

La tendenza all'ipocondria, la convinzione di malattia, i meccanismi di apprendimento del dolore, l'*illness behaviour* e i conflitti inconsci legati al dolore possono essere ampiamente modificati da una costante opera di educazione da parte del medico che porti il paziente ad accettare le sue conflittualità psicologiche e a verbalizzarle, rompendo il circolo vizioso legato ai sintomi somatici.

ASPETTI TERAPEUTICI

Le aree di orientamento clinico permettono entro certi limiti di proporre alcune vie terapeutiche.

Aree dell'ansia e della depressione

Le aree dell'ansia e della depressione rispondono meglio ai farmaci **ansiolitici** e agli **antidepressivi**. Molto spesso, trattandosi più di un comportamento di tipo depressivo che di una vera e propria sindrome depressiva, saranno sufficienti

dosaggi più bassi rispetto agli standard usati per trattare le sindromi depressive o ansiose, dando la preferenza a farmaci antidepressivi con effetto maggiormente ansiolitico, associati a basse dosi di ansiolitici, soprattutto nel primo mese di trattamento. Questi ultimi verranno poi gradualmente eliminati, lasciando solo il farmaco antidepressivo.

Area della psicosi

Nell'area della psicosi la preferenza sarà data a farmaci di tipo **neurolettico**. A questo riguardo va ricordato che non c'è un orientamento comune tra psichiatri e medici di medicina generale. Gli psichiatri tendono infatti a sottovalutare questi pazienti, che presentano solo modesti "tratti psicotici", e non sempre sono d'accordo sul trattamento con neurolettici, mentre molti medici di medicina generale hanno riscontrato buoni risultati usando neurolettici atipici come le sulpiridi o neurolettici standard a bassi dosaggi, entrambi associati a basse dosi di ansiolitici, soprattutto nel periodo iniziale.

Aree dell'isteria e della somatizzazione

Le due aree dell'isteria e della somatizzazione sono le più difficili, quelle in cui il medico deve applicare in massimo grado le proprie capacità empatiche e psicologiche per farsi carico del paziente. Il paziente che "somatizza", l'ipocondriaco in genere e le personalità dai tratti isterici hanno bisogno di sentirsi "presi in carico" dal proprio medico, di sottoporsi a visite regolari, che tengano a bada l'ansia e i conflitti trasferiti sul corpo, e vivono molto male l'invio dallo psichiatra, a meno che lo psichiatra instauri un buon rapporto di collaborazione

Minnesota Multiphasic Personality Inventory/2

Trattando con questi pazienti, il medico potrebbe ricevere un aiuto sostanziale per la comprensione del loro disturbo (sempre se vuole farsene carico) facendo loro effettuare il test *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* (MMPI/2). Tale test permette, infatti, di evidenziare e delimitare le aree di maggiore disfunzionalità psichica del paziente. Esso consiste in un elenco di 567 domande auto-somministrate a cui il paziente deve rispondere vero o falso: le risposte, rielaborate da uno psicologo, forniranno una serie di misurazioni cliniche che evidenzieranno le aree più conflittuali della personalità del paziente, attraverso una serie di scale standardizzate a livello internazionale.

Occorre ricordare che in genere la somatizzazione "serve" al paziente per deviare l'attenzione dal conflitto interiore spesso inconscio o da uno stress esterno molto forte, che il paziente non collega al disagio. Il disturbo somatoforme rappresenta un "passaggio" dalla mente al corpo, ovvero l'espressione, mediata da parametri fisiologici, di sentimenti o emozioni (per esempio, ansia, ostilità, desiderio di dipendenza, rabbia, aggressività) che il paziente non può o non riesce a verbalizzare. È necessario tenere presente che il comportamento nei confronti del dolore rappresenta l'incapacità espressiva della sofferenza psichica, quindi comprende tutti gli aspetti comportamentali e psichici che caratterizzano la vita e la personalità del paziente. Avendo a disposizione i risultati del test MMPI/2, il medico potrà proporre all'ammalato un dialogo sugli argomenti che il test ha evidenziato come più conflittuali, il che potrebbe portare, eventualmente, a un diverso comportamento verso il dolore.

con il medico del paziente. Essi risentono ampiamente della rassicurazione psicologica, di un approccio empatico e "caldo" e spesso rispondono anche a terapie placebo, se prescritte nell'adeguato contesto di supporto psicologico. I malati di questo tipo hanno bisogno di essere visitati con regolarità, perché il contatto con il corpo da parte del medico ha per loro un significato "magico" e rassicurante, ma ci vorrà tutta l'abilità del medico per portare lentamente questo tipo di malato a una comprensione più profonda del suo disagio psichico, del suo "non funzionamento" nella vita relazionale, lavorativa e sessuale, fino ad aprirlo a una visione migliore e più profonda di se stesso.

Bibliografia

- Ashburn MA, Rice LJ. *The management of pain*. New York: Churchill Livingstone, 1998.
- Gatchel RJ, Turk DC. *Psychosocial factors in pain - Clinical perspectives*. New York: The Guildford Press, 1999.
- Loeser JD. *Bonica's Management of pain*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2001.
- Mombelli F. Inquadramento clinico del dolore psicogeno. In: Tiengo MA, ed. *Il dolore e la mente*. Milano: Springer Verlag, 2000: 53-62.
- Mombelli F. Il dolore nel paziente con disturbi psichici. In: Tiengo MA, ed. *La percezione del dolore: ruolo della corteccia frontale*. Milano: Springer Verlag, 2001: 181-190.
- Steege JF, Metzger DA, Levy BS. *Chronic pelvic pain - An integrated approach*. Philadelphia: WB Saunders Company, 1998.
- Wall PD, Melzack R. *Textbook of pain*. New York: Churchill Livingstone, 1999.