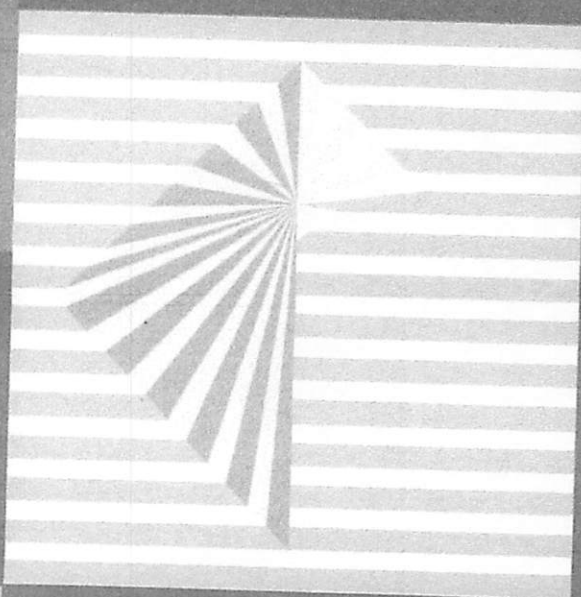


M.A. Tiengo (Ed)

*Il dolore  
e la mente*



Springer

---

# Indice

<b>Presentazione</b> .....	V
<b>Capitolo 1 - Il dolore mentale</b> M. MANCIA.....	1
<b>Capitolo 2 - Mente, dolore ed immunità</b> A.E. PANERAI.....	11
<b>Capitolo 3 - Emozioni e dolore</b> G. DE BENEDITTIS.....	17
<b>Capitolo 4 - Psicometria nelle cefalee e nel dolore facciale</b> F. MONGINI .....	41
<b>Capitolo 5 - Inquadramento clinico del dolore psicogeno</b> F. MOMBELLI.....	53
<b>Capitolo 6 - Terapia dell'ansia</b> S.R. BAREGGI .....	63
<b>Capitolo 7 - Disturbi da dolore psicogeno: aspetti clinici e terapeutici</b> S. SCARONE, O. GAMBINI.....	71
<b>Capitolo 8 - Ansia e depressione nella fibromialgia</b> G. AFFAITATI, J. VECCHIET, M.A. GIAMBERARDINO, L. VECCHIET.....	77
<b>Capitolo 9 - Le componenti psicologiche del dolore da parto</b> E. MARGARIA, G. GREÀ, I. CASTELLETTI.....	85
<b>Capitolo 10 - Io Caio Plinio vi dico...</b> G. BELLUCCI.....	95
<b>Capitolo 11 - Perché l'anestesista rianimatore nelle catastrofi</b> R. COLUCCIA, M.G. MEZZETTI .....	101
<b>Capitolo 12 - Classificazione delle catastrofi</b> R. PATTONO, R. BALAGNA .....	105
<b>Capitolo 13 - Ruolo dell'anestesia nelle grandi catastrofi: attualità del problema</b> A. PASETTO, V. BONFRESCHI, M. LUGANO, R. COLUSSI .....	111

## Inquadramento clinico del dolore psicogeno

F. MOMBELLI

### Introduzione

In senso stretto parlare di dolore psicogeno dovrebbe significare parlare di un dolore nel quale non è evidenziabile una causa organica: in realtà oggi una vera distinzione fra dolore di origine organica e dolore "funzionale" non è più facilmente sostenibile.

L'evoluzione della teoria del "gate control" di Ronald Melzack ha portato alla teoria della "body-self neuromatrix" nella quale convergono concetti di neurofisiologia e concetti di psichiatria.

La teoria della neuromatrice propone una traccia mnesica ("neurosignature") della esperienza dolorosa, determinata dalla architettura sinaptica della neuromatrice, alla quale concorrono influenze genetiche e sensoriali [1].

Secondo Melzack il "neurosignature pattern" modulato da impulsi sensitivi e da eventi cognitivi contribuisce alla creazione del dolore cronico. La figura 1 riassume tutti i fattori che contribuiscono a creare e mantenere una sindrome di dolore cronico.

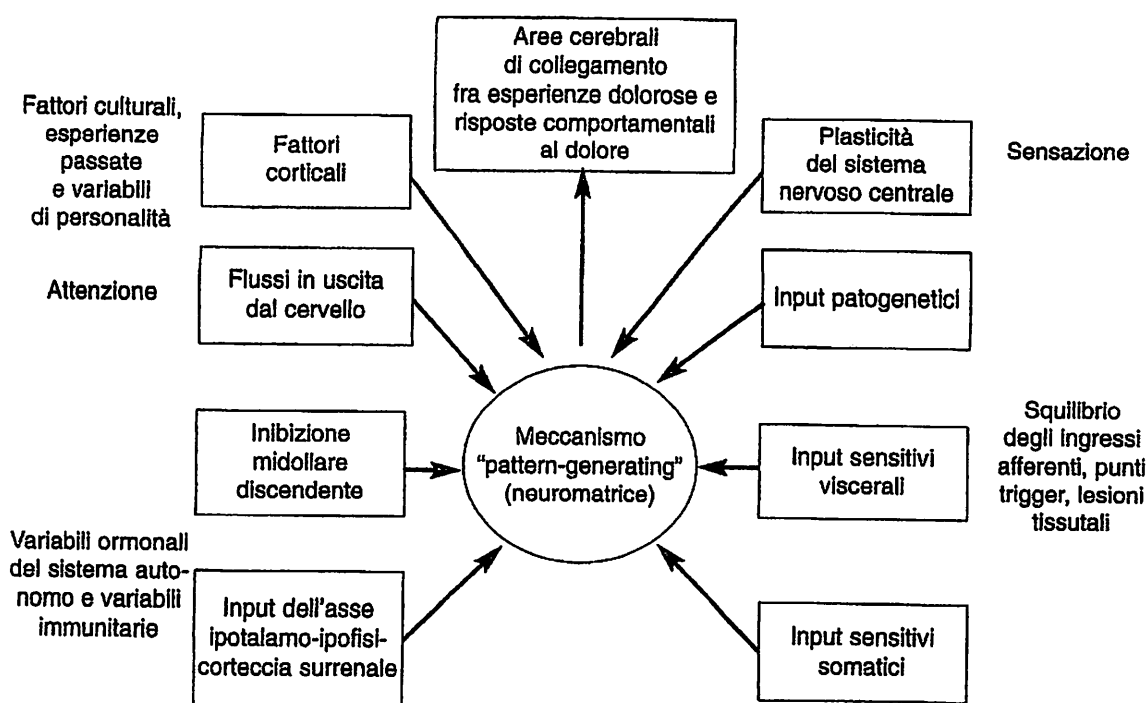


Fig. 1. Fattori coinvolti nella fenomenologia del dolore cronico (modificata da [1])

**Tabella 1.** Dolore psicogeno: confronto fra ICD-10 e DSM IV

Sindromi somatoformi	Disturbi somatoformi
ICD-10	DSM IV
Sindrome di somatizzazione F45.0	Disturbo di somatizzazione 300.81
Sindrome somatoforme indiffer. F45.1	Disturbo di somatizzazione indiffer.
Sindrome ipocondriaca F45.2	Ipocondria 300.7
Disf. vegetativa somatoforme F45.3	-
Sindrome somatoforme da dolore pers. F45.4	Disturbo algico 300.xx
Nevrastenia F48.0	-
-	Disturbo da dismorfismo corporeo 300.7

Questa teoria crea un ponte tra gli aspetti emotivi, cognitivi e sensoriali del dolore, soprattutto introducendo importanti fattori endocrinologici ed immunologici alla comprensione dei quadri di dolore cronico [2], sottolineando anche il concetto di "pain behaviours".

Oggi io vorrei approfondire alcuni aspetti della valutazione delle componenti emotive nel trattamento del dolore, delineando alcuni concetti per approfondire la nostra conoscenza delle modalità espressive del dolore da parte del paziente.

Noi sappiamo che il dolore ha una parte sensoriale, legata alla sensibilità recettoriale ed alla sua elaborazione corticale, ed una parte emotiva legata a molteplici fattori che modificano di fatto l'"espressività del sintomo dolore" da parte del paziente.

## Emotività e dolore

Oggi l'uso degli psicofarmaci è entrato nella routine quotidiana della terapia del dolore, confermando la grande utilità di modificare farmacologicamente alcuni aspetti della emotività e contemporaneamente influire in un modo complesso sulla trasmissione recettoriale, soprattutto attraverso l'uso degli antidepressivi.

La conoscenza e l'approfondimento degli aspetti emotivi ci possono essere utili per migliorare le nostre conoscenze delle modalità con le quali il paziente tende a vivere e a "rappresentare" il dolore.

I fattori ambientali e psicopatologici in genere non influenzano il dolore acuto (salvo rare eccezioni), se non genericamente nella sua modalità espressiva, ma hanno una grande influenza nel creare e mantenere il dolore cronico.

L'ICD-10 [3] e il DSM IV [4] classificano, sia pure con alcune differenze (Tab. 1), i quadri di dolore psicogeno nei disturbi somatoformi.

Queste definizioni si riferiscono a quadri gravi nei quali le componenti psichiatriche prevalgono e che spesso non sono presenti nella loro completezza nella clinica. Nella pratica quotidiana si osservano spesso quadri più sfumati, che sovrappongono aspetti psicologici ad aspetti medici di difficile inquadramento.

Vi è quindi per il clinico che si occupa di dolore una necessità di orientamento, spesso non compresa dai quadri definiti da queste classificazioni, che rappre-

sentano una schematizzazione di quadri gravi, nei quali la componente psichiatrica è prevalente.

Secondo il mio punto di vista vanno ricordati alcuni concetti:

- il dolore è una "esperienza soggettiva" che si verifica soltanto nella stato di coscienza integra;
- il dolore non va considerato un "errore" della natura: l'esperienza conscia del dolore è lo stadio più sofisticato dell'evoluzione dei sistemi di allarme;
- l'esperienza conscia del dolore non può essere spiegata soltanto in termini di eventi neurofisiologici, almeno per ora;
- il dolore cosciente è una complessa esperienza percettiva e affettiva influenzata non solo dalla importanza della lesione, ma anche dalle caratteristiche della personalità del soggetto che prova la sensazione dolorosa.

Nella pratica clinica sorge quindi la necessità di operare una accurata distinzione tra il "sintomo dolore" e la sua espressività: ovvero come il paziente tende a vivere e a "rappresentare" il suo dolore. Questi concetti possono essere molto chiari ad uno psichiatra, ma in genere non sono familiari agli altri clinici. È quindi necessario valutare quali siano gli strumenti che permettano un migliore orientamento di fronte al dolore psicogeno, o ad un dolore nel quale la componente psicogena sia importante.

Tutti sappiamo come di fronte ad un dolore di cui sospettiamo una componente psicogena sia in primo luogo necessario escludere una componente ansiosa e depressiva. A tale scopo, secondo il mio parere, uno dei mezzi più rapidi per il clinico non specialista sono le scale, autosomministrate dell'ansia e della depressione di Zung, che sono sia veloci che semplici nel loro utilizzo clinico (Figg. 2, 3).

Dopo questo primo screening si deve valutare il comportamento del paziente di fronte alla malattia, ovvero l'"Illness Behaviour". A questo scopo esiste un test, sviluppato da J. Pilowky e N.D. Spence nel 1984 (venduto in Italia da O.S. Organizzazioni Speciali di Firenze), che permette di valutare in modo autosomministrato, il comportamento nei confronti della malattia e quindi anche l'espressività del dolore [5].

Nella pratica clinica spesso si assiste a quadri sfumati nei quali il sintomo fisico e il suo vissuto emotivo si fondono senza avere la vera distinzione dei quadri di tipo psicogeno come vengono descritti dalle classificazioni che abbiamo citato. Sorge quindi la necessità di avere alcuni criteri di "orientamento" che ci permettano di capire meglio in quale versante ci troviamo.

Innanzitutto noi vorremmo avere una serie di criteri per una diagnosi differenziale fra dolore psicogeno e dolore organico: questi criteri non esistono, ma possiamo solo fare alcune osservazioni cliniche che ci possono aiutare.

## **Paziente con dolore psicogeno**

Il paziente con dolore psicogeno:

- ha avuto in genere generiche privazioni "emozionali";
- ha precedenti di "doctor shopping";
- ha facilmente difficoltà interpersonali;

- ha avuto altre malattie di tipo psicosomatico;
- mette una grande emozionalità nel descrivere il dolore;
- vi possono essere state violenze emotive o fisiche nell'infanzia;
- vi è frequentemente una dispareunia (femmine) o disturbi sessuali;
- vi è spesso insonnia;
- vi è spesso comorbidità per disturbi muscolo-scheletrici.

## **Paziente con dolore somatico**

Il paziente con dolore somatico:

- descrive il dolore con una maggiore localizzazione;
  - usa termini di tipo sensorio per descrivere il dolore;
  - descrive variazioni discrete e periodiche del dolore;
  - identifica fattori (movimento, postura...) che modificano il dolore;
  - non ha grandi difficoltà interpersonali;
  - tratta il dolore più come un sintomo, che come una malattia a sé.
- Vi sono poi dei fattori che possono alterare la percezione del dolore:
- provenire da famiglie numerose (dolore come mezzo per ricerca di attenzione emotiva);
  - infanzia difficile;
  - apprendimento di modalità espressive del dolore (fattori culturali ed etnici);
  - inibizione della affettività o della espressività emotiva (ad esempio, personalità di tipo A);
  - conflitti di genere, identità sessuale (più raramente).

Il comportamento abnorme nei confronti della malattia, e quindi nei confronti del dolore può essere facilmente alterato nei seguenti casi:

- disturbi affettivi (sempre nella depressione, soprattutto per i sintomi legati ad aspetti neurovegetativi);
- disturbi somatoformi;
- demenze in stadi iniziali e decadimenti mentali a base vascolare;
- abuso di sostanze (anche il semplice uso cronico di ansiolitici ad emivita breve);
- schizofrenia e psicosi depressive;
- disturbi di personalità.

Come dicevamo, molto raramente i quadri clinici visti nella realtà clinica soddisfano completamente i criteri definiti dal ICD-10 o dal DSM IV; vi è quindi la necessità di un inquadramento più generale, che ho definito di "area" (Tab. 2).

**Tabella 2.** Aree per un orientamento clinico:

- 
1. Area ansia
  2. Area depressione
  3. Area "isteria" (disturbo istrionico)
  4. Area psicosi
  5. Area somatizzazione
-

ZUNG SELF-RATING ANXIETY SCALE (SAS)	Cognome		Nome	
	Numero di archivio		Data	
	Nome dell'esaminatore			
<b>ISTRUZIONI GENERALI</b>				
<p>Legga attentamente ciascuna delle 20 frasi elencate qui sotto: in quale misura ciascuna di queste frasi descrive come lei si è sentito nel corso di quest'ultima settimana?            Si è sentito così "raramente", "qualche volta", "spesso", "quasi sempre"?            Per ogni frase faccia una crocetta nella colonna che le sembra più appropriata a descrivere come si è sentito.</p>				
	Raramente	Qualche volta	Spesso	Quasi sempre
1 - Mi sento più nervoso e ansioso del solito	1	2	3	4
2 - Ho paura senza motivo	1	2	3	4
3 - Mi agito o sono preso dal panico facilmente	1	2	3	4
4 - Mi sento come andare a pezzi, crollare	1	2	3	4
5 - Sento che tutto va bene e che non succederà niente di male	4	3	2	1
6 - Mi tremano le gambe e le braccia	1	2	3	4
7 - Soffro di cefalea e di dolori al collo e alla schiena	1	2	3	4
8 - Mi sento debole e mi stanco facilmente	1	2	3	4
9 - Mi sento calmo e posso stare seduto tranquillo	4	3	2	1
10 - Sento il cuore che mi batte forte	1	2	3	4
11 - Sono tormentato da sensazioni di vertigini	1	2	3	4
12 - Mi sembra di stare per svenire	1	2	3	4
13 - Respiro facilmente	4	3	2	1
14 - Avverto formicolii e intorpidimenti alle dita delle mani e dei piedi	1	2	3	4
15 - Soffro di dolori di stomaco o di cattiva digestione	1	2	3	4
16 - Ho bisogno di urinare spesso	1	2	3	4
17 - Le mie mani sono generalmente calde e asciutte	4	3	2	1
18 - La mia faccia diviene facilmente rossa e calda	1	2	3	4
19 - Mi addormento facilmente e mi sveglio riposato	4	3	2	1
20 - Ho degli incubi	1	2	3	4

Fig. 2. Zung self-rating anxiety scale (SAS) [6]

### ZUNG SELF-RATING DEPRESSION SCALE (ZSDS)

Cognome e Nome.....  
 Data di nascita..... N° archivio.....  
 Data valutazione.....  
 Nome dell'esaminatore.....

#### ISTRUZIONI GENERALI

Legga attentamente ciascuna delle 20 frasi elencate qui sotto: in quale misura ciascuna di queste frasi descrive come lei si è sentito nel corso di quest'ultima settimana? Si è sentito così "per niente o raramente", "qualche volta", "spesso", "quasi sempre"?  
 Per ogni frase faccia una crocetta nella colonna che le sembra più appropriata a descrivere come si è sentito.

	Quasi mai o raramente	Qualche volta	Spesso	Quasi sempre
1 - Mi sento giù di corda e triste	1	2	3	4
2 - Al mattino mi sento meglio	4	3	2	1
3 - Ho crisi di pianto o avrei voglia di piangere	1	2	3	4
4 - La notte ho problemi con il sonno	1	2	3	4
5 - Mangio come al solito	4	3	2	1
6 - Provo ancora piacere nella vita sessuale	4	3	2	1
7 - Mi sono accorto che sto perdendo peso	1	2	3	4
8 - Ho problemi di stitichezza	1	2	3	4
9 - Il mio cuore batte più in fretta del solito	1	2	3	4
10 - Mi stanco senza motivo	1	2	3	4
11 - Mi sento la mente lucida come al solito	4	3	2	1
12 - Faccio le cose con la stessa facilità di prima	4	3	2	1
13 - Mi sento irrequieto e non riesco a star fermo	1	2	3	4
14 - Mi sento speranzoso riguardo al futuro	4	3	2	1
15 - Sono più irritabile del solito	1	2	3	4
16 - Riesco facilmente a prendere le decisioni	4	3	2	1
17 - Mi sembra di essere utile e benvenuto	4	3	2	1
18 - La mia vita è abbastanza piena	4	3	2	1
19 - Mi sembra che gli altri starebbero meglio se io fossi morto	1	2	3	4
20 - Provo ancora piacere nelle cose come prima	4	3	2	1

Fig. 3. Zung self-rating depression scale (SAS) [7]



Molto spesso il paziente non soddisfa i criteri per una depressione clinica o per una psicosi, ma il suo modo di vivere il dolore ricorda queste patologie.

Cercherò quindi di definire i criteri per collocare i pazienti in queste aree, anche per poter più facilmente integrare una terapia farmacologica, rispetto alla terapia di base del dolore somatico.

Secondo il mio parere l'esatta collocazione del paziente in una di queste "aree" facilita la scelta di un adeguato trattamento, orientandoci nella scelta dell'uso di presidi psicofarmacologici più adatti alle caratteristiche psichiche del paziente e ci orienta nella scelta del più adeguato supporto psicologico verso il vissuto doloroso, quando le componenti psichiche sono prevalenti.

### Area ansia

Il sintomo ansia è sempre presente all'insorgenza di un dolore, in quanto il dolore stesso è un segnale che viene interpretato come un pericolo. L'ansia però diventa un problema solo quando il dolore non viene spiegato nella sua eziologia e l'ansia tende a stabilizzarsi, ponendo le basi per una cronicizzazione del dolore stesso. L'ansia, nei confronti della espressività del dolore diventa un fattore importante quando diventa una "ansia di tratto", ovvero fa parte delle modalità espressive del paziente. In questo caso l'ansia cronica diventa motivo di una attivazione adrenergica e noradrenergica, che *esalta l'attenzione al dolore, ma non fa perdere la localizzazione del dolore stesso e condiziona una soglia del dolore diminuita.*

I pazienti con una ansia di tratto consolidata hanno anche una ipermotilità viscerale, quasi sempre emotivamente condizionata.

L'irritabilità psichica, caratteristica dei pazienti ansiosi, condiziona l'esaltazione di ogni sensazione viscerale, e spesso le percezioni viscerali fisiologiche diventano dolorose (dolori premestruali, dolore pelvico cronico e attenzione ansiosa per le funzioni evacuative).

### Area depressione

I pazienti depressi hanno soprattutto una sregolazione della modulazione serotoninergica e di altri mediatori, che esplicano una importante funzione di modulazione del dolore a livello centrale. Questo fattore comporta una irritabilità psichica molto accentuata, che esalta la percezione psichica di ogni sensazione dolorosa, anche e soprattutto per le sensazioni delle percezioni cinestesiche (vertigini). Il dolore viene così a perdere la sua funzione di "segnale corporeo localizzato" e perde la sua collocazione corporea, diventa un dolore "corticalizzato", un dolore psichico, che si trasforma in una preoccupazione esistenziale, che perde i limiti corporei. Il comportamento nella depressione grave, che spesso ricorda il comportamento dell'animale ferito che si lascia morire, porta a trascurare il dolore come segnale, ma lo trasforma, nell'uomo cosciente, in una causa di disperazione, facendo perdere le capacità critiche nei confronti della sintomatologia stessa.

### **Area isteria (personalità istrionica)**

La modalità descrittiva del dolore di tipo istrionico è prerogativa quasi soltanto femminile, ed è in genere di facile riconoscimento. Il dolore viene descritto in una modalità "teatrale", viene esaltato e usato come messaggio a causa di conflittualità psichiche che non sono espresse e che spesso la paziente non ha i mezzi per verbalizzare. Non vi sono in genere alterazioni di neuromediatori, a meno che non coesista ansia.

Le sedi del dolore sono atipiche, vaganti, talvolta del tutto strane. In questi casi è massimo il beneficio di una rassicurazione e di un appoggio psichico.

### **Area psicosi**

Si tratta di una modalità espressiva del dolore di difficile riconoscimento, in quanto spesso vi sono sfumati sintomi psicotici, non sempre facili da riconoscere, come pensiero magico, credenza nella magia, inadeguatezza emotiva. Il dolore stesso viene descritto in modo "fiabesco" (ad esempio "mi sento come delle formiche in testa che mi danno mal di testa" oppure "ha mal di pancia come se ci fossero dei sassi nella pancia"), spesso illogico e in tutta la sintomatologia non vi è una logica medica. In questi casi vi sono, in un modo sfumato, le alterazioni recettoriali delle psicosi, che condizionano una *emotività incongrua rispetto al sintomo dolore*, e che spesso condizionano una ridotta capacità critica nei confronti del dolore.

Il dolore spesso segue la remissione dei sintomi psichici e si ha talvolta la remissione di sintomi dolorosi solo con l'uso di basse dosi di neurolettici. Vi sono quasi sempre profonde alterazioni del sonno, refrattarie alle convenzionali terapie, che segnano periodi di grande malessere e recrudescenza del sintomo dolore. In questi casi l'appoggio psicologico è di difficile attuazione in quanto presuppone una esperienza nel trattamento dei pazienti psicotici, anche se in genere questi pazienti non vengono riconosciuti come psicotici.

### **Area somatizzazione**

Questa modalità espressiva del dolore è molto frequente nella sua forma semplice, mentre è rara nella sua forma completa, di pertinenza psichiatrica. *Il vero disturbo di somatizzazione è una specie di "delirio" che ha la malattia o la sintomatologia dolorosa come oggetto.*

Nei casi più semplici, visti dalla medicina del dolore, si tratta di pazienti che non sanno esprimere il dolore psichico e lo trasformano in sintomo, *usando la terminologia del dolore organico per esprimere delle emozioni che non sanno esprimere.*

Il dolore è assurdo, migrante, ma viene descritto con una forte partecipazione emotiva e un dolore psichico che diventa uno stile di vita. Si tratta spesso di casi difficili, nei quali sono molti frequenti gli abusi emotivi nell'infanzia, e che richiedono terapia di orientamento analitico per poter essere risolti.

## Bibliografia

1. Loeser JD, Melzack R (1999) Pain: an overview. *Lancet* 353: 1607-1609
2. Melzack R, Wall PD (1965) Pain mechanisms: a new theory. *Science* 150: 971-979
3. World Health Organization (1992) The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical description and diagnostic guidelines. Trad. italiana Masson, Milano
4. American Psychiatric Association (1994) Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV. Trad. italiana, Masson, Milano
5. Plowsky I, Spencer ND (1984) Illness Behavior Questionnaire (IBQ). Manual for the Illness Behavior Questionnaire. University of Adelaide, Adelaide
6. Conti L (1995) Le scale di valutazione in psichiatria e depressione. *Ansia e depressione. Digest Neuropsichiatria* (suppl. a "Occhio Clinico"). Speciale scale di valutazione N. 2. Utet, Periodici Scientifici, Milano, p 25
7. Conti L (1995) Le scale di valutazione in psichiatria. *Ansia e depressione. Digest Neuropsichiatria* (suppl. a "Occhio Clinico"). Speciale scale di valutazione N. 2. Utet, Periodici Scientifici, Milano, p 46