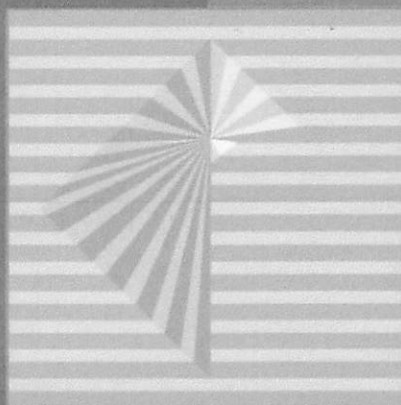


M.A. Tiengo (Ed)

**La percezione  
del dolore:  
ruolo della  
corteccia frontale**



Springer

<b>Capitolo 13 - Inquadramento del dolore sintomo e dolore malattia: la sindrome fibromialgica</b>	
L. VECCHIET, J. VECCHIET, G. AFFAITATI .....	123
<b>Capitolo 14 - Il dolore nell'anziano</b>	
M. CHIEFARI, A. IMPARATO, G. LENER.....	139
<b>Capitolo 15 - Cefalee: qualità di vita e disabilità</b>	
G. BUSSONE, D. D'AMICO .....	147
<b>Capitolo 16 - Qualità di vita e dolore nel cancro</b>	
R. MARZI, M.M. GARAVAGLIA .....	159
<b>Capitolo 17 - Assessment multimodale del dolore e testing psicologico</b>	
L. TABAGLIO .....	167
<b>Capitolo 18 - Il dolore nel paziente con disturbi psichici</b>	
F. MOMBELLI .....	181
<b>Capitolo 19 - Basi materiali dell'unità psico-fisico-emotiva dell'essere vivente</b>	
E. DEL GIUDICE, G. TALPO.....	191
<b>Capitolo 20 - La percezione del dolore nel paziente anziano</b>	
A. BIANCHETTI, M. TRABUCCHI.....	205
<b>Capitolo 21 - Percezione del dolore nel cardiopatico</b>	
M. PAGANI .....	211

## Capitolo 18

# Il dolore nel paziente con disturbi psichici

F. MOMBELLI

*“Vuoi ascoltarmi mia cara? C'è qualcosa di nuovo, ne sono sicura, dal momento che nessuno vuole ascoltarmi. Niente di bello.”*

*“Stai male, cara mamma?”*

*“Io penso ci sia del dolore nella stanza”, disse Mrs. Gradgrind, “ma non potrei dire con sicurezza di averlo io”.*

Charles Dickens (1854)

## Introduzione

I professionisti che si occupano di dolore si confrontano quotidianamente con le sue componenti psichiche, in quanto ogni sensazione dolorosa si inserisce in un individuo con proprie caratteristiche psicologiche, siano esse normali o patologiche.

Le influenze psicologiche sul dolore sono molto diverse nei pazienti psicologicamente “normali” ed in quelli nei quali il sintomo dolore si sovrappone ad una patologia psichica [1].

L'esperienza quotidiana porta a capire che questa demarcazione non è però così netta: esistono diverse sindromi funzionali nelle quali le componenti psichiche e organiche non sono chiaramente separabili e che rappresentano un problema insoluto della medicina moderna (Tab. 1) [2].

**Tabella 1.** Principali sindromi funzionali con sintomatologia somatica che si osservano nelle diverse specialità mediche [2]

Specialità	Sindrome
Gastroenterologia	Sindrome del colon irritabile
Ginecologia	Sindrome premestruale, dolore pelvico cronico
Reumatologia	Fibromialgia
Cardiologia	Dolore toracico atipico o non cardiaco
Pneumologia	Sindrome iperventilatoria
Malattie infettive	Sindrome astenica cronica post-infezione virale
Neurologia	Cefalea da tensione, attacchi non epilettici, lipotimie senza causa organica
Stomatologia	Disfunzione dell'articolazione temporo-mandibolare
Otorinolaringoiatria	“globus syndrome”
Allergologia	Sensibilità chimica multipla, allergie alimentari

**Tabella 2.** Sindromi comunemente associate al dolore funzionale [3]

---

Sindrome del colon irritabile  
Sindrome della vescica irritabile  
Disautonomia  
Disfunzioni endocrine  
Vertigini  
Intolleranza al freddo  
Ipersensibilità multiple  
Disfunzioni cognitive  
Fibromialgia

---

Un altro fattore da osservare è la frequente presenza del dolore funzionale in sindromi molto diverse fra loro (Tab. 2) [3].

Da qualche anno vi è un maggiore e rinnovato interesse verso le componenti psichiche del dolore, sia per il manifestarsi di un gran numero di sindromi funzionali, che per il diverso approccio terapeutico multidisciplinare che si va attuando verso le sindromi dolorose. In una recente comunicazione congressuale (1st International Congress on Functional Syndromes Milan, January 25-27, 2001) M. Sharpe [2] ha affermato che il principale motivo che oggi fa convergere molti specialisti nella discussione e nello studio delle sindromi dolorose funzionali è la dimostrazione dell'indubbia efficacia nelle sindromi funzionali, prima, dell'uso degli antidepressivi triciclici e, più tardi, dagli anni '80, dell'uso dei nuovi antidepressivi, clinicamente molto più maneggevoli.

Negli ultimi anni molti autori hanno dimostrato l'elevata efficacia degli antidepressivi nelle sindromi dolorose [4, 5]. Gli antidepressivi modulano la percezione del dolore agendo a vari livelli, ma sempre con dosaggi inferiori alla dose antidepressiva: si può quindi ipotizzare un'efficacia sulla modulazione della "coscienza" del dolore, che coinvolge direttamente i meccanismi psichici [6]. Ma il meccanismo dell'azione analgesica degli antidepressivi non è ancora del tutto chiarito.

## **Il concetto di dolore psichico**

Il paziente con un disturbo psichico, sia minore che maggiore, sperimenta, in modo molto penoso e prima di ogni dolore somatico, il dolore psichico. Esaminando con attenzione questo concetto, si possono capire le influenze delle componenti psichiche sul dolore e la loro importanza per la cronicizzazione del dolore.

Che cosa è il dolore psichico, e perché è così importante? Ritengo che il prototipo del dolore psichico sia il lutto, una serie di sensazioni psichiche che tutti noi abbiamo provato alla perdita di una persona amata. L'insieme delle modificazioni psichiche e fisiche cui va incontro un individuo che perde una persona cara dipende da molti fattori, che possono influire sulla sua gravità e durata.

Questi sono così sintetizzabili [7, 8]:

- un "dolore" molto intenso e penoso, che è difficile da esprimere, in quanto fa riferimento al nostro vissuto profondo e a tutte le emozioni che ci legavano alla persona persa;
- insonnia, caratterizzata da sonno non ristoratore, risvegli precoci o sonno interrotto;
- inappetenza;
- riflessioni pessimistiche sul significato della vita;
- aggressività ambivalente verso la persona scomparsa "colpevole" dell'abbandono;
- sensi di colpa, spesso irrealistici, per "quanto non si è fatto" per la persona deceduta;
- fantasie suicide;
- rievocazione e rimaneggiamento dei ricordi, che riguardano soprattutto la persona scomparsa;
- atteggiamento pessimistico, temporaneo, verso la vita futura;
- comparsa di sintomi psicosomatici di vario tipo, a seconda delle diverse personalità.

Ovviamente, questi sintomi possono variare per durata e intensità, ma colpiscono comunque anche persone che psicologicamente sono "normali", ovvero che non hanno una conclamata patologia psichica. Colpisce senza dubbio quanti dei sintomi elencati ricordino i sintomi della sindrome depressiva, come viene definita nel Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM IV).

Il dolore psichico diventa l'origine, nel caso del lutto, di una sofferenza che, a seconda della sua intensità e durata, modifica la vita del paziente, rendendolo vulnerabile verso la "creazione" di nuovi sintomi, tra i quali può essere compreso anche il dolore con caratteristiche somatiche, che possono o meno avere un legame simbolico rispetto al significato che viene attribuito al lutto o alle modifiche psichiche che la perdita comporta.

Nel paziente con un disagio psichico o con una malattia psichiatrica vi è sempre la presenza di un dolore psichico che, nelle patologie psichiatriche più gravi, lo può spingere a desiderare la morte come soluzione alla sofferenza. Nelle malattie psichiatriche più gravi la sofferenza psichica deriva, soprattutto nelle fasi iniziali della malattia, dalla consapevolezza della progressiva disgregazione del pensiero che altera in parte la coscienza, ma non al punto da impedire la sofferenza: senza dubbio tutto questo rende penosa la vita, impedendo al paziente di farvi fronte. Il paziente soffre per le alterazioni che avverte nella genesi del suo pensiero, ma spesso non ha i mezzi per esprimere la sua sofferenza. Il dolore somatico può allora diventare un mezzo arcaico per esprimere questa sofferenza e portarla all'attenzione degli altri in un modo facilmente capito da tutti. Se un paziente con questo tipo di sofferenza psichica deve confrontarsi con un dolore somatico, anche minore, questo dovrà essere inserito nella vita del paziente stesso e nella sua concezione del corpo fisico, trovando una collocazione ed una spiegazione che il paziente possa capire e, soprattutto, accettare.

## Il medico e il dolore

Ogni paziente, anche il più sano dal punto di vista psichico, confrontato con un dolore di insorgenza improvvisa e inaspettata, desidera che il medico gli dia delle risposte, perché considera il suo dolore come un allarme per la presenza di una "malattia" che vorrebbe venisse identificata.

Le sue domande al medico, anche se non sempre espresse in modo completo, sono: Ho un malattia? Dovrò soffrire? Guarirò? Rimarrò in qualche modo inabile? Rischio di morire? Come cambierà la mia vita? Che cosa sta succedendo dentro di me?

Una volta, la cultura medica nei pazienti non esisteva ed era molto semplice per il medico rispondere a queste domande usando anche il suo potere suggestivo, attuando così la necessaria rassicurazione. Oggi la diffusione del sapere medico fa in modo che il paziente abbia la sua "teoria" rispetto al sintomo e che molto più facilmente ci possa essere un'interazione fra le sue paure, le sue credenze profonde e la realtà clinica della sua malattia. Questo può innescare una sofferenza psichica inespresa che, se non viene riconosciuta, darà facilmente origine a sintomi somatici, fra cui anche il dolore, che sono una rappresentazione simbolica dei conflitti che la nuova situazione determinata dalla malattia scatena nel paziente, specialmente se egli non ha i "mezzi psichici" per affrontarla. Questo vale in modo particolare per un paziente nel quale l'equilibrio psichico sia alterato.

Di fronte ad un sintomo doloroso, se questo non è semplice e immediatamente comprensibile, (come il dolore per una ferita da taglio o un'ustione), nel paziente si innescano subito interferenze fra il sintomo dolore e l'insieme delle sue caratteristiche psichiche, che spesso possono portare a comportamenti inadeguati verso la malattia. Tali comportamenti vengono oggi compresi nella definizione *illness behaviour*.

Molti fattori, quali la storia psichica del paziente e il suo atteggiamento nei confronti della malattia, non sono immediatamente comprensibili da parte del medico, soprattutto se le sue indagini si limitano strettamente al versante somatico.

Il paziente, secondo una modalità alterata di risposta al dolore appresa in precedenti esperienze traumatiche, può erroneamente collegare la sintomatologia attuale con quelle esperienze passate che possono avere avuto in lui una risonanza emotiva del tutto inaspettata e che possono non essere note al medico. Si riporta un solo semplice esempio clinico: una donna che abbia subito delle molestie sessuali, anche modeste, nell'infanzia da parte di una figura affettivamente importante, darà ad ogni sintomo anche lontanamente legato alla zona pelvica un'importanza del tutto particolare e nello stesso tempo tenderà, a parte casi particolari, ad occultare al medico di famiglia la sua dolorosa esperienza emotiva, che era stata fonte di dolore e sentimenti conflittuali che possono aver influenzato pesantemente il decorso di tutta la sua vita.

## Le vie neurofisiologiche

Malgrado la grande importanza delle esperienze emotive, le interferenze psicologiche sul dolore si attuano comunque sempre attraverso meccanismi neurofisiologici, principalmente attraverso alcuni dei meccanismi della nocicezione, in particolare, quelli che regolano la *modulazione* e la *percezione* del dolore, e successivamente attraverso l'*elaborazione cognitivo-valutativa*, che rappresenta il più alto livello dell'integrazione psichica, prevalentemente corticale. Solo raramente i meccanismi psicologici interessano direttamente i meccanismi della *trasduzione, nocicezione e trasmissione del dolore*.

Vi è poi una fase successiva e più complessa che riguarda i fattori cognitivi ad un livello integrativo superiore, coinvolgendo l'elaborazione personale di fattori affettivi, comportamentali e cognitivi, alcuni dei quali sono elencati di seguito:

- fattori affettivi: ansia, rabbia, aggressività e depressione;
- fattori comportamentali: modalità posturali e uso del corpo, rinforzo emotivo dell'inattività, modifica di ruolo, interferenza verso il sonno, relazioni interpersonali, *doctor shopping*, uso di farmaci;
- fattori cognitivi: credenze e aspettative rispetto alle cause del dolore, patologia e prognosi, influenza di altri fattori personali (economici...), fattori di stress intercorrenti.

## Il dolore e la coscienza

*Il dolore è una sensazione che diventa esperienza soggettiva soltanto se si può integrare in uno stato di coscienza integra.* Questa affermazione è chiara se per definire concetto di coscienza integra ci si riferisce allo stato di veglia rispetto allo stato di abolizione della coscienza, quale si verifica nell'anestesia, ma diviene molto più complessa se si fa riferimento alle "variazioni di coscienza" provocate dal disagio psichico, spesso in modo incoscio [6].

Si conferisce qui un significato esteso al concetto di coscienza, nel quale entrano vari fattori correlati all'attività psichica, come l'attenzione, in quanto proprio questa estensione ci può spiegare alcuni fenomeni di modulazione del dolore che sfuggono ad un'osservazione superficiale.

Si pensi ad esempio alla percezione cosciente di un dolore intestinale da parte di un paziente: mentre lo descrive al suo medico, non ricorda, perché lo ha rimosso, almeno per quel momento, che un dolore simile fu il primo sintomo di un tumore intestinale che portò a morte, per carcinoma intestinale, il padre durante la sua infanzia.

Lo stato di coscienza e di *arousal*, importante nei confronti di ogni sensazione dolorosa, può essere modificato non solo da fattori emotivi e cognitivi, ma anche da fattori biologici che influiscono sul funzionamento biologico della psiche: pensiamo allo stato di *arousal* di un paziente ipertiroideo o di un paziente che assuma tiroxina.

Tutte le malattie psichiatriche, con una grande variabilità rispetto alla loro gra-

vità, modificano la percezione del dolore attraverso fattori che possono essere molto diversi fra loro, ma che sono sempre riconducibili ad alcuni meccanismi di base, che elenchiamo:

- fattori cognitivi: attenzione al dolore, disturbi del pensiero, disturbi dell'umore;
- elaborazione cognitiva: a livello reale, a livello simbolico, con ideazione delirante, con apprendimenti di tipo "magico" o culturale;
- modulazione "psichica" del dolore: attenzione (dissociazione traumatica o attenzione ripetitiva per cause psichiche), stato di coscienza (variazioni del fine settimana, del sonno, della sedazione, astinenza da droghe o farmaci), stato fisiologico della corteccia (ipervigilanza maniacale, distrazione e rimozione ansiosa, rallentamento depressivo, pseudodemenza depressiva), stato sottocorticale (sistema limbico, sistema talamico e loro modulazione farmacologica).

## **Pazienti psichicamente sani e pazienti malati**

Quando si trattano pazienti che presentano dolore e concomitanti disturbi psichici, si osserva che la distinzione tra pazienti "sani" e pazienti con disturbi psichici non è netta né definita.

Se si prendono in considerazione le ricerche epidemiologiche sulla popolazione che afferisce ai medici di base, si nota che circa il 30% dei pazienti lamenta disturbi che rientrano nelle categorie dell'ansia e della depressione, anche se poi una grande parte di questi disturbi non soddisfa i criteri del DSM IV per le sindromi dell'ansia e della depressione, qualificandosi come sindromi sottosoglia, che oggi stanno ricevendo una molto maggiore attenzione rispetto al passato. Quindi, trattando pazienti con sindromi dolorose di qualunque tipo, si ha una probabilità su tre che il paziente abbia qualche sintomo di tipo ansioso o depressivo precedente alla sintomatologia dolorosa.

Se consideriamo invece i pazienti che hanno una sintomatologia psichiatrica definita, possiamo stabilire dei criteri, anche se sommari, prevalentemente clinici, che ci permettono di capire meglio le alterazioni che la sintomatologia psichiatrica può portare alla sintomatologia del dolore. Tali criteri, esposti più ampiamente in precedenza [9], vengono qui sinteticamente elencati:

- paziente ansioso:
  - ipertono adrenergico e noradrenergico, che esalta l'attenzione, ma non modifica la localizzazione del dolore;
  - soglia del dolore diminuita;
  - ipermotilità viscerale emotivamente condizionata;
  - irritabilità psichica, che condiziona l'esaltazione di ogni sensazione viscerale e/o dolorosa, le percezioni fisiologiche possono diventare dolore emotivamente condizionato;
- paziente depresso:
  - sregolazione della modulazione serotoninergica e di altri mediatori;
  - irritabilità psichica molto forte, che esalta la percezione psichica di ogni



- sensazione dolorosa, con una particolare esaltazione delle sensazioni cinesiche (vertigini);
- il dolore perde la sua collocazione corporea, diventa “corticale”, psichico, “preoccupazione esistenziale”;
- paziente isterico (con tratti istrionici):
- prevalentemente femminile;
  - il dolore viene descritto in modalità “teatrale”, esaltato e usato come messaggio per esprimere conflittualità psichiche;
  - non vi sono alterazioni di neuromediatori, a meno che non coesista ansia;
  - le sedi del dolore sono atipiche, vaganti, talvolta del tutto strane, in quanto seguono concetti di “medicina personale” del paziente stesso (anestesi e a quanto);
  - sono spesso presenti sintomi pseudoneurologici;
- paziente psicotico:
- il sintomo, e anche il dolore, è descritto in modo “fiabesco”;
  - non vi è logica medica nella sintomatologia;
  - le remissioni seguono l’andamento della malattia psichiatrica;
  - vi sono profonde alterazioni del sonno, che seguono le fasi della malattia, e che possono comportare un peggioramento della soglia del dolore;
  - l’emotività relativa al sintomo non è congrua;
- paziente che somatizza:
- la vera e grave somatizzazione è una specie di “delirio” che ha la malattia come oggetto;
  - il malato non sa esprimere il dolore psichico e lo trasforma in sintomo somatico;
  - dolore assurdo, spesso migrante, con partecipazione e vero dolore psichico, che diventa uno stile di vita.

## Fattori psichici di cronicizzazione del dolore

Finché resta acuto, il dolore conserva un ruolo evidente di segnale di allarme verso uno stimolo esogeno pericoloso o verso un’alterazione dell’omeostasi dell’organismo. L’organismo ha messo a punto due grandi tipi di risposta e di preparazione dell’individuo di fronte ad uno stimolo doloroso: da una parte, la preparazione all’attacco o alla fuga con una scarica adrenergica, che comporta un aumento della capacità di attenzione e un adattamento del metabolismo generale con un’allocazione prioritaria delle risorse energetiche per il comportamento più adatto; dall’altra, un atteggiamento di risposta favorito da una risposta analgesica di tipo morfino, ultima risorsa verso un nemico interno o esterno, lo scontro con il quale rischia di essere fatale.

Di fronte ad un dolore l’organismo tenta sia di allontanare lo stimolo nocicettivo, sia di attenuare il dolore. È quindi legittimo domandarsi cosa succede quando un dolore diventa cronico, in particolare quando gli stimoli nocicettivi non sono più presenti e hanno perso la loro funzione.

**Tabella 3.** I fattori endogeni di cronicizzazione del dolore

- 
- Antecedenti personali
    - abusi sessuali nell'infanzia
    - maltrattamenti nell'infanzia
    - stati di abbandono
    - povertà sia materiale che culturale
  - Antecedenti familiari
    - apprendimento del comportamento verso il dolore
    - povertà emotiva della famiglia a livello comunicativo
  - Fattori di stress
    - stile di vita
    - tipo di lavoro
    - malattie invalidanti
- 

I fattori di cronicizzazione sono sostanzialmente suddivisi in fattori esogeni, prevalentemente ambientali, e in fattori endogeni, legati soprattutto a fattori di personalità (Tab. 3).

Come dicevamo, i fattori interni, quindi prevalentemente psichici, riguardano soprattutto la personalità dell'individuo: gli studi sull'argomento sono molto numerosi, ma non vi sono risultati definitivi che possano darci una teoria unitaria sulle cause psichiche della cronicizzazione del dolore. Molti autori hanno sottolineato le grandi difficoltà metodologiche per realizzare tali studi e le enormi difficoltà per valutarne i risultati [10].

Molti studi, basati sulle caratteristiche psicologiche di pazienti con dolore cronico, studiate soprattutto attraverso il test Minnesota Multiple Personality Inventory (MMPI), sono stati poi contraddetti da risultati di studi successivi, che hanno dimostrato che le caratteristiche di personalità che erano state ipotizzate per il dolore cronico si negativizzavano, rivalutando il paziente dopo che il dolore cronico era scomparso, con una normalizzazione dei parametri che erano stati ritenuti "significativi" del paziente con dolore cronico.

Per ora, quindi, le possibilità di studio dei fattori psichici di cronicizzazione del dolore sono solo valutabili singolarmente in ogni paziente, ricercando i fattori di vulnerabilità psichica e le caratteristiche di apprendimento del dolore, prevalentemente familiari, di cui si è parlato.

Da quanto detto risulta ovvio che solo un'ampia e continuativa collaborazione interdisciplinare può portare alla comprensione ed alla terapia di dolori cronici gravi nei quali non vi sia una sufficiente spiegazione medica della sintomatologia.

## Bibliografia

1. Mombelli F (1999) Il dolore di origine psicosomatica e psichiatrica: inquadramento clinico. Seminario Università degli Studi di Padova, Istituto di Medicina Interna, Padova
2. Sharpe M (2001) Functional somatic symptoms: integrating psychiatric and medical psychiatry. *J Functional Syndromes* 1:21-30

3. Bennet R (2001) Pharmacological treatment of fibromialgia. *J Functional Syndromes* 1:79-92
4. Monks R, Merskey H (1999) Psychotropic drugs. In: Wall PD, Melzack R (eds) *Textbook of pain*. Churchill Livingstone, Edinburgh London New York Philadelphia, pp. 1155-1186
5. Mombelli F (1998) Il ruolo degli psicofarmaci nella modulazione del dolore cronico. In: Di Benedetto P, Graziottin A, Sella GE (eds) *Atti Congresso "Dolore cronico e riabilitazione"*. Edizioni Goliardiche, Trieste, p. 39
6. Mombelli F (1999) Espressività del dolore. Convegno "Chirurgia senza dolore". Ospedale San Carlo, Paderno Dugnano (MI)
7. Mombelli F (1996) Il disagio psichico attraverso il corpo. Conferenza "Il disagio psichico attraverso il corpo: il medico di famiglia di fronte alla patologia psicosomatica". Ospedale San Carlo, Paderno Dugnano (MI)
8. Mombelli F (2000) Diagnosi e trattamento dell'insonnia. *Atti del Convegno "Diagnosi e trattamento dell'insonnia"*. Ospedale San Raffaele-Resnati, Milano
9. Mombelli F (2000) Inquadramento clinico del dolore psicogeno. In: Tiengo MA (ed) *Il dolore e la mente*. Springer-Verlag, Milano, pp. 53-61
10. Merskey H (1980) Psychiatry and the treatment of pain. *Br J Psychiatry* 136:600-602