

# PATOLOGIA PSICHIATRICA E DOLORE

---

## PSYCHIATRIC DISEASE AND PAIN

**Mario Tiengo**

Professore Emerito,

Università degli Studi di Milano

---

*L'associazione dolore e sindromi psichiatriche ha una lunga storia nella letteratura scientifica.*

*Walters fu il primo a descrivere una vasta casistica di soggetti psichiatrici sofferenti di dolore e a illustrarne le principali caratteristiche diagnostiche e personali.<sup>1</sup>*

*John Bonica<sup>2</sup> dedica un'ampia trattazione al dolore psichiatrico e al dolore mentale.<sup>3-5</sup>*

*La depressione è sicuramente la diagnosi psichiatrica più comune tra i pazienti che soffrono di dolore. In alcuni casi essa ne è la causa, in altri la conseguenza.*

*De Benedittis riferisce che l'esame dei profili e delle personalità indica che i pazienti cefalalgici nelle cosiddette "scale nevrotiche" (ipocondria, depressione, isteria) esibiscono punteggi più elevati dei pazienti sani.<sup>6</sup>*

*A questo proposito Mongini, in un largo numero di pazienti, osserva che una configurazione a "V" psicosomatica, ossia netta elevazione delle scale nevrotiche, è spesso notata in patologie caratterizzate dal dolore cronico, quali la fibromialgia primaria, in cui il fattore psicologico sembra svolgere un ruolo importante. Inoltre Mongini segnala la presenza di alti gradi di depressione e introversione sociale nei pazienti portatori di dolori*

*cranio-facciali.*

*La Zanus riferisce che molti studiosi si sono occupati delle influenze reciproche tra disturbi di personalità e dolore.*

*Si sono, in merito, sviluppati vari filoni di ricerca sia in termini di una più accentuata percezione del dolore sia del rapporto tra il persistere del dolore e le alterazioni che avvengono nella personalità.<sup>7</sup>*

*Si è potuto così osservare che gli stati clinici ricollegabili a patologie della personalità (soggetti ansiosi, depressi, fobici, nevrotici, eccetera) molto frequentemente si accompagnano ad abbassamento della soglia algica e quindi predisposizione alla patologia algica. Questo tipo di dolore è detto anche "dolore somatoforme".*

*Nel "Guida a DSM-IV"<sup>8</sup> si legge che i "disturbi somatoformi sono caratterizzati da preoccupazione di malattia oppure dalla presenza di sintomi fisici che non possono essere pienamente spiegati da una condizione medica generale...*

*I disturbi da somatizzazione non sono simulati intenzionalmente...*

*Il disturbo algico è caratterizzato dal dolore che si manifesta in associazione a fattori psicologici...*

*La diagnosi e la gestione delle sindromi algiche sono divenute oggetto sempre più importante dell'attenzione dei professionisti dell'area della salute mentale".*

*Il manuale "Classificazione delle sindromi e dei Disturbi Psicici e Comportamentali", edito dalla Organizzazione Mondiale della Sanità, descrive la sindrome somatoforme da dolore persistente: "In queste forme il disturbo predominante è un dolore persistente, intenso e penoso, che non può essere spiegato da alcun processo fisiopatologico o da malattia somatica, e che interviene in associazione con un conflitto emotivo o con problemi psicosociali che possono essere individuati come i principali fattori causali".*

*La presenza e il livello di una patologia personologica è rilevabile e misurabile somministrando al paziente test specifici, dei quali il più frequentemente usato in algologia è il "Minnesota Multiphasic Personality Inventory test (MMPI)".*

*Il tono dell'umore può influenzare la percezione del dolore. Uno degli studi più recenti di Matisyohu Weinsenberg et al.,<sup>9</sup> si è posto l'obiettivo di valutare il grado di tolleranza al dolore con la visione di film a contenuto emotivo diverso e sulla base della durata degli stessi film. L'indagine è stata condotta con 200 soggetti volontari sani, divisi in 9 gruppi. Un decimo gruppo, studiato come controllo, ha ricevuto gli stessi stimoli dolorifici senza visionare i film. Vennero proiettati tre differenti tipi di film: il primo ad alto contenuto drammatico (un film sull'Olocausto); il secondo a contenuto neutro e un terzo film a contenuto comico. Il test di tolleranza (tolleranza al dolore da*

*freddo) è stato somministrato prima dell'inizio dei film (basale), subito dopo la proiezione e dopo 15, 30, 45 minuti dalla fine della proiezione del film. I risultati hanno mostrato una maggiore tolleranza al dolore in seguito alla visione del film comico, e dopo 30 minuti dalla fine della proiezione del film.*

*Vorrei osservare che l'importanza metodologica di questi risultati sta anche nel tentativo di rendere misurabile l'efficacia che un evento mentale, come il tono dell'umore, ha nella genesi di eventi fisici quali il dolore e l'analgesia. L'articolo di Weinsenberg pone un problema, o meglio più aspetti di uno stesso problema, che oggi rappresenta una delle più importanti frontiere nella fisiopatologia e terapia del dolore: come eventi mentali possono agire sul sistema algico e sul suo controllo e produrre sia dolore senza una causa fisica sia analgesia senza somministrazione terapeutica.*

*Il problema entra anche nel dibattito molto più ampio, sul cervello e sulla mente, dove neuroscienze e filosofia si sono, dopo secoli di reciproca diffidenza, nuovamente alleate. Che cos'è la mente?*

*Può la semplice materia pensare e sentire?*

*Questi interrogativi coinvolgono sia le neuroscienze che la cultura filosofica, ossia il metodo sperimentale e la speculazione teoretica.*

*Come può la ricerca sul dolore meglio integrare gli approcci obiettivi e soggettivi al dolore? Quali sono*

*possibilità e limiti delle tecnologie di imaging (PET, SPECT, RM) nello studio dell'esperienza dolorosa?*

*Come si può intendere il rapporto tra dolore e sofferenza? Il dolore costituisce veramente un'esperienza privata?*

*Quale tipico quadro clinico di dolore somatoforme, voglio sottolineare la sindrome fibromialgica.*

*Molti pazienti affetti da fibromialgia o da panalgia mostrano segni clinici di malattie psichiatriche o di alterazione psichiche. In altri, la causa iniziale della malattia è rappresentata da trauma psichico o da situazioni di stress.*

*Pertanto, è molto utile per lo studio e la diagnosi di fattori che causano e che sostengono una fibromialgia o una panalgia ai test di personalità e somatizzazione e ai test di valutazione qualitativa del dolore (MPQ, PLOC) unire l'analisi dell'immagine PET, SPECT e RM.*

---

## BIBLIOGRAFIA

- 1) Walters A. Psychogenic regional pain alias hysterical pain. *Brain* 1961; 84:1
- 2) Bonica J. Il dolore:diagnosi, prognosi e terapia. Antonio Delfino Editore, Roma 1993.
- 3) Merksey H. Dolore cronico e malattie psichiatriche. In: Bonica J, Galletta O (eds), Il dolore: diagnosi, prognosi e terapia. Antonio Delfino Editore, Roma 1993: 326-333.
- 4) Ward NG. Dolore e depressione. In: Bonica J, Galletta O (eds), Il dolore:diagnosi, prognosi e terapia. Antonio Delfino Editore, Roma 1993: 315-325.
- 5) Sternbach RA. Il dolore psicofisiologico. In: Bonica J, Galletta O (eds), Il dolore:diagnosi, prognosi e terapia. Antonio Delfino Editore, Roma 1993: 290-294.
- 6) De Benedittis G. Dolore e personalità. In: Tiengo M, Benedetti C (eds). Fisiopatologia e terapia del dolore. Masson, Milano 1996: 75-84.
- 7) Zanus L. Aspetti psicologici nel dolore cronico. In: Tiengo M, Benedetti C (eds). Fisiopatologia e terapia del dolore. Masson, Milano 1996: 69-74.
- 8) First MB, Frances A, Pincus HA. Guida al DSM-IV. Masson, 1997: 275-272.
- 9) Weinsenberg M, Raz T, Hener T. The influence of film-induced mood on pain perception. *Pain* 1998; 76: 365-375.
- 10) Blyth FM et al. The contribution of psychosocial factors to the development of chronic pain. *Pain* 2007; 129: 8-11.