

Discopatia degenerativa e dolore lombare psicogeno

N. Lalli, A. Manzi, 1998

© 1998; 2002 su web

Ultima revisione: 30 maggio 2007

Il dolore lombare è una condizione clinica che si verifica molto frequentemente; si stima che negli Stati Uniti, ogni anno, il 5% degli individui adulti soffra di un episodio di lombalgia [5]. La tendenza alla cronicizzazione di questo disturbo, anche nei casi in cui si attui una terapia correttiva della condizione che sostiene il sintomo (es: discectomia nelle patologie erniarie) è piuttosto alta. Wilkinson (cit. in[12]) ha introdotto il concetto di “failed back syndrome” per descrivere la condizione clinica di dolore lombare cronico (da qui in poi utilizzeremo l’acronimo inglese CLBP: chronic low back pain) successiva ad un prolasso discale: una percentuale di pazienti, che in diversi studi è stimata oscillare tra il 10% e il 60% [12], presenta questa sindrome dopo interventi chirurgici o conservativi per patologia discale. Si è messo in evidenza, quindi, che, anche quando la causa del dolore lombare è conosciuta e corretta, alcuni individui continuano a lamentare il disturbo algico.

Di conseguenza si è posto il problema di poter discriminare quei pazienti che, con buona probabilità, non possono aver vantaggi dalla terapia correttiva ma per i quali è necessario un approccio diverso che tenga conto dei fattori psichici correlati con l’insorgenza ed il mantenimento del disturbo. Sin dagli anni ‘70, tramontata la tesi prevalente nei decenni

precedenti che il dolore lombare avesse, in alternativa, o origine psicogena o origine somatica, sono stati condotti numerosi studi con lo scopo di mettere in evidenza la presenza di disturbi psichici in soggetti portatori di CLBP. Questi studi hanno dimostrato, indipendentemente dalla etiopatogenesi del dolore lombare, una alta prevalenza di pazienti con turbe psichiche, probabilmente responsabili, se non della genesi, del decorso naturale e/o della compliance alla terapia [23].

Il decorso di una patologia organica in un individuo sano da un punto di vista psichico sarà legato, fondamentalmente, alle caratteristiche della patologia in esame; se guaribile, o perlomeno curabile, rappresenterà un episodio contingente che non interferirà sulla organizzazione della personalità dell'individuo. Diversa è la situazione in cui il disturbo insorge in un individuo che presenta una struttura di personalità francamente o latentemente patologica: in questo caso il disturbo viene "integrato" nel vissuto del paziente, che lamenterà non l'"avere" un disturbo ma il suo "essere malato". Il sintomo e l'eventuale accertamento di una patologia organica verranno vissuti come palesamento di uno star male che in precedenza, in virtù della sua espressione esclusivamente psichica, era ancora poco evidente e condivisibile.

In questo senso, come vedremo, non è un caso che il disturbo depressivo risulti essere il più frequentemente associato al CLBP: il bisogno di legare a sé l'altro, il rallentamento psicomotorio, l'astenia caratteristici del vissuto del depresso, ben si correlano ad un disturbo

invalidante che costringe al riposo, all'accudimento, alla riduzione, se non alla sospensione, dell'attività lavorativa.

Prima di affrontare specificamente il problema del dolore psicogeno lombare e delle problematiche diagnostiche e terapeutiche ad esso correlato, riteniamo utile approfondire il discorso relativo al dolore psicogeno (genesi, mantenimento, significato ecc.).

IL CONCETTO DI DOLORE PSICOGENO

Il dolore è un'esperienza che svolge un ruolo protettivo ed è quindi fondamentale per la specie umana. Il dolore come conseguenza di una noxa esterna è quello più frequentemente esperito ed evidenzia immediatamente questo ruolo protettivo (allontanamento della e/o dalla noxa).

Il dolore è anche sintomo comune alla maggior parte delle malattie; assume caratteristiche temporali (acuto, cronico, intermittente ecc.), spaziali (localizzato, diffuso, superficiale, profondo) e qualitative (urente, puntorio, ecc.) che possono aiutare ad interpretarne l'origine, la condizione clinica, quindi, che ne è alla base.

Il dolore è il risultato di una precisa organizzazione anatomo-funzionale del Sistema Nervoso che prevede l'attivazione di specifici recettori, l'avvio dello stimolo attraverso le fibre periferiche, l'afferenza sottocorticale e corticale con la sua manifestazione cosciente.

Ma con il termine dolore siamo soliti indicare anche quelle condizioni di sofferenza psichica che non conseguono ad una attivazione di predeterminate vie dolorifiche, ma che risultano essere una particolare modalità di esperire la propria esistenza. Il dolore come sofferenza, come disagio.

Una netta distinzione tra dolore organico e psichico non è in realtà proponibile in quanto i fenomeni somatici e psichici sono correlati in maniera indissolubile. Sappiamo infatti che anche il dolore di origine organica, quello dove è accertata la presenza di un danno, viene percepito in maniera diversa da individui diversi o dallo stesso individuo in condizioni diverse.

Il dolore ha, quindi, delle caratteristiche di plasticità e i fattori che possono assumere il ruolo di modulatori sono molteplici: motivazione alla sopportazione (ad es. nel parto), ritualizzazione, paura, stress di varia natura. Le caratteristiche di personalità sia nell'ambito della normalità (diversità caratteriali) che della patologia (sia nevrotica che psicotica) sono importanti nel determinare la percezione del dolore.

D'altro canto esiste la possibilità che il dolore lamentato con le caratteristiche tipiche del dolore organico sia dovuto, in assenza di evidenti lesioni d'organo, ad una conversione isterica, oppure, in concomitanza di un evidente danno d'organo, ad una condizione di somatizzazione.

Insomma, il medico che si trovi ad affrontare una condizione clinica non ancora chiara e che ha nel sintomo dolore la sua principale manifestazione, ha di fronte un range di possibilità interpretative molto ampie ed è necessario che prenda in considerazione molteplici fattori.

La definizione di dolore psicogeno va comunque chiarita: possiamo pensare di includere in questo ambito tutte quelle manifestazioni algiche nella cui *genesì* la componente psichica è codeterminante o esclusiva.

Riteniamo di dover premettere che la dicotomia psiche soma non va intesa come un dato strutturale o, per meglio dire, ontologico, ma esclusivamente di tipo conoscitivo (Lalli, 1991). Fatta questa premessa, è possibile pensare il dolore psicogeno come espressione di numerose condizioni psicopatologiche:

- 1) come espressione (sintomo) della nevrosi isterica;
- 2) come manifestazione prevalente di un quadro depressivo (depressione mascherata)
- 3) come sintomo di altre nevrosi: nevrosi d'ansia, nevrosi ipocondriaca;
- 4) come disturbo psicosomatico.

Il dato che accomuna queste diverse manifestazioni del dolore è la sua possibilità di lettura in un quadro nosografico psichiatrico chiaro. Nell'ambito della nevrosi isterica la manifestazione somatica può essere interpretata in base al suo significato simbolico: la scelta dell'organo sarà determinata dalla dinamica psicopatologica che sostiene il disturbo stesso ed è possibile evidenziare l'utile primario (come possibilità di un nuovo, ovviamente patologico,

equilibrio intrapsichico) e l'utile secondario (come possibilità di controllo sull'esterno). Ricordiamo che nell'ambito della nevrosi isterica le sindromi algiche debbono essere considerate distinte dalle conversioni somatiche e da quelle psichiche: il dolore, lo abbiamo già detto, è un'esperienza che accomuna lo psichico e il somatico e la sindrome algica dell'isterico tende ad avere caratteri di gravità e ingravescenza che possono indurre la messa in atto di interventi medico-chirurgici inopportuni, sia per il risultato esclusivamente lesivo e non curativo, sia per il contributo offerto al paziente in direzione della cronicizzazione del dolore (Lalli, 1991). Anche per le altre nevrosi si deve immaginare uno stretto legame tra la dinamica della psicopatologia e l'emergenza di un disturbo fisico (nel nostro caso, il dolore): molti autori hanno introdotto, il concetto di conversione psicosomatica.

Seguendo questa linea interpretativa, si può pensare che il disturbo psicosomatico propriamente detto sia la manifestazione in cui la genesi psichica è più nascosta, quella cioè dove la conflittualità intrapsichica è meno evidente e più immediatamente investita nel sintomo somatico.

Il dolore psicogeno può esprimersi, quindi, in contesti psicopatologici che sottendono livelli crescenti di regressione (v. Ch. Brisset cit. [16]), livelli dove l'espressione somatica del disturbo assume via via importanza maggiore e sostituisce il sintomo psichico (inteso come alterazione di vissuti, affetti ecc.). La *comprensione* del sintomo, intesa come disvelamento

della relazione tra la sfera psichica e quella somatica, sarà più facile nella nevrosi, più difficile nel disturbo psicosomatico.

Quanto abbiamo riferito è una breve panoramica di quello che può essere incluso nel concetto di dolore a genesi esclusivamente psichica, concetto che vede la sfera psichica come determinante unica del sintomo.

Volendo allargare l'orizzonte di riflessione, soprattutto perché è prevalentemente in questo ambito che (come vedremo) si colloca il problema del dolore psicogeno nelle patologie lombosacrali, possiamo invece chiederci quanto lo psichico venga investito, se non nella genesi, nel mantenimento, nella percezione e nella risoluzione di un dolore chiaramente organico.

Una prima questione che possiamo porci è che tipo di correlazione esiste tra il decorso di un dolore da patologia organica e modalità di risposta al disturbo stesso. Verificato che il sintomo dolore abbia cause organiche descritte e accertate, la particolare struttura di personalità può avere un peso significativo sulla percezione del dolore stesso e sulla compliance riguardo la terapia attuata (e quindi sulla possibilità di una risoluzione del dolore). Nelle condizioni, ad esempio, di reazione depressiva di adattamento a malattie organiche (Lalli 1991) può verificarsi che il quadro psicopatologico che viene a determinarsi con l'emergenza di vissuti quali la perdita di speranza e la riduzione dell'autostima, diminuisca la reattività dell'individuo alla malattia e amplifichi il livello di sofferenza: viene, di

conseguenza compromessa la possibilità di cura. In questo caso, se è improprio parlare di dolore psicogeno in senso stretto, bisogna tener conto dell'importanza della componente psichica nella manifestazione della malattia e nella cronicizzazione del sintomo.

Un ultimo aspetto, probabilmente il più importante in relazione alla patologia di cui stiamo trattando, può riguardare l'influenza (non in senso etiologico) di un preesistente stato psicopatologico nell'andamento di una patologia organica. E' verosimile che la percezione dei sintomi, soprattutto quelli algici, possa essere amplificata, anche come conseguenza di un abbassamento della soglia del dolore. Il sintomo insorto, pur se di natura non psicogena, può integrarsi nella dinamica della psicopatologia sostenendo il ruolo di utile secondario. In un individuo depresso la presenza del sintomo dolore può rappresentare una nuova occasione per rafforzare i rapporti di dipendenza già presenti.

**DOLORE LOMBARE CRONICO PSICOGENO: CONTESTO
PSICOPATOLOGICO E STRUMENTI PSICOMETRICI DI DIAGNOSI.**

Diversi strumenti psicometrici sono stati utilizzati al fine di trovare delle correlazioni tra dolore lombare e caratteristiche psichiche che ne possono influenzare l'andamento. Gli strumenti utilizzati possono essere distinti in due gruppi:

- quelli che valutano le caratteristiche di personalità e che delineano il profilo psicologico o psicopatologico degli individui in esame [14];
- quelli che individuano variabili comportamentali e che si rifanno a modelli interpretativi cognitivo-comportamentali [6, 13, 23].

I test psicometrici sono utilizzati per due scopi: da una parte per condurre la ricerca di base che verifichi la presenza di disturbi psichici in portatori di dolore lombare cronico, dall'altra per verificarne la capacità come test di screening nella selezione dei responder e dei non responder alla terapia chirurgica o conservativa.

VALUTAZIONI DI PERSONALITÀ.

Il Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) è il test diagnostico probabilmente più usato nello studio psicometrico dei pazienti con CLBP. Gli scopi per i quali è stato utilizzato questo test sono andati modificandosi nel tempo, in relazione all'acquisizione di nuove conoscenze relative a questo disturbo. Hanvik nel 1951, pubblicando il primo lavoro di valutazione del dolore lombare con l'MMPI, propose una scala (scala del dolore lombare) ritenuta valida nel discriminare pazienti con dolore lombare psicogeno da quelli con dolore organico [10]. Questo risultato è stato contestato da altri

studiosi e ha condotto ad un abbandono di questo tipo di ricerche [9, 29, 34]. Lo stesso Hanvik e successivamente altri autori (Sternbach, cit. in 16 [109,110]), hanno evidenziato che i portatori di CLBP presentano spesso un profilo MMPI a V (conversione a V), cioè con valori elevati in corrispondenza delle scale per la valutazione dell'isteria e dell'ipocondria (HY e HS) e più basso per quella della depressione (che, posta tra le altre due, determina la flessione in basso, a V, dell'istogramma). La validità clinica di questo profilo è stata messa in discussione da molti autori: Watson [32], ad esempio, sostiene che gli alti punteggi ottenuti dai pazienti con CLBP nelle scale dell'ipocondria e dell'isteria sono determinati dal fatto che essi sottoscrivono gli items relativi ai loro disturbi e non dal fatto che sono realmente ipocondriaci.

Un altro filone di studi ha cercato di individuare sottogruppi con pazienti dal profilo omogeneo al test MMPI (Naliboff B.D. et al., Louks J.L. et al., Bradley et al., cit. in [18]). Bradley et al. [4], ad esempio, hanno individuato tre sottogruppi: 1) un sottogruppo con aumento delle scale HS, D, HY che indicherebbe una tendenza alla somatizzazione e presenza di depressione; 2) un sottogruppo con profilo normale e un lieve incremento delle tre scale suddette e della scala K che indicherebbe una scarsa tolleranza agli stress emotivi; 3) un sottogruppo con aumento delle scale HS, D, HY e SC (schizofrenia) che indicherebbe la presenza di un più grave stato psicopatologico.

Per quello che riguarda l'utilizzazione di questo test al fine di prevedere gli esiti della terapia chirurgica quando il dolore è sostenuto da una patologia erniaria, sono stati fatti numerosi studi. Anche in questo caso i risultati non sono omogenei.

Wiltse e Rocchio (cit. in [18]) hanno correlato gli scarsi risultati della chimionucleolisi con elevati punteggi per le scale HS e HY; Pheasant et al. [20] arrivano alle stesse conclusioni per gli interventi chirurgici di asportazione; Wilfling [34] dà valore predittivo al profilo V mentre Long e coll. [17] negano che questo profilo possa discriminare pazienti destinati a buoni risultati terapeutici dagli altri, dando valore predittivo esclusivamente alla scala HS.

Con uno studio molto articolato condotto su un campione di pazienti al loro primo intervento chirurgico per prolasso discale, Sørensen [26] ha trovato che l'unica scala predittiva di scarsi risultati, a distanza di due anni, è una speciale scala del MMPI, la "scala di ammissione dei sintomi" che valuta la tendenza a somatizzare; la scala per la depressione si correla con i risultati negativi solo in una valutazione a breve distanza dall'intervento.

Gli studi con l'MMPI, pur nella contraddittorietà dei risultati, hanno comunque stimolato l'indagine mediante la somministrazione di altri test. Si è molto indagato, in virtù della possibili correlazioni psicodinamiche con il CLBP e di alcuni risultati evidenziati con l'MMPI (vedi sopra), sulla presenza di disturbi depressivi. Abbiamo già accennato alle molteplici modalità con cui un disturbo depressivo può correlarsi ad una manifestazione

algica (vedi DOLORE PSICOGENO): vediamo ora i risultati di alcuni studi che riguardano specificamente il dolore lombare.

Il test più utilizzato, sia per la provata validità che per la relativa facilità di somministrazione, è il Beck Depression Inventory (BDI).

Gli studi sulla depressione hanno dato ancora una volta risultati contrastanti. La depressione sembra essere il disturbo psichico più frequentemente associato al CLBP. L'analisi di un campione di 80 pazienti (che si è avvalsa di una serie di strumenti diagnostici tra cui il Research Diagnostic Criteria e il BDI) ha evidenziato che il 21% è affetto da depressione maggiore, il 54% da depressione intermittente, il 5% da una depressione minore e il 20% non presenta disturbi depressivi [7]. Non è chiaro dai risultati degli studi quale correlazione esiste tra i due fenomeni. Alcuni autori considerano i dolori cronici varianti espressive della depressione maggiore [3, 25]; altri [1,2] negano questa tesi con i dati di uno studio che dimostra come la depressione insorga successivamente all'emergenza del disturbo algico. Questi stessi autori [2] correlano la presenza di depressione con quella di numerosi sintomi di somatizzazione e non con la loro gravità, concludendo che la correlazione tra disturbi dell'umore e dolore è complesso, non potendosi considerare l'umore espressione del dolore o una funzione della sua entità. R. France et al. [8] hanno rilevato che la probabilità di presentare depressione maggiore è più alta nei pazienti con CLBP i cui parenti di primo grado presentano disturbi depressivi rispetto ai pazienti del controllo i cui parenti sono esenti da

depressione; lo stesso studio non rivelava alcuna correlazione familiare per la tendenza all'abuso di alcol.

VALUTAZIONI COGNITIVO-COMPORTAMENTALI

Un'altra modalità di approccio ai pazienti con CLBP è quello di ricercare atteggiamenti, vissuti, comportamenti relativi alla malattia che possano indicarci quanto vi è di psicogeno nella manifestazione algica e quanto questo fattore possa influire sui risultati della terapia ortopedica.

L'analisi cognitivo-comportamentale può avvalersi, oltre che della osservazione clinica diretta, di questionari specifici come l'IBQ (Illness Behaviour Questionnaire).

Questi studi si rifanno ad un particolare tipo di indagine sul malato con dolore cronico alternativo a quello psicodinamico (valutazione delle dinamiche inconsce) e psichiatrico (diagnosi); puntando l'attenzione sui comportamenti in corso di malattia, sono state descritte condizioni per le quali si può parlare di "anomalo comportamento da malattia" (Abnormal Illness Behaviour, AIB).

L'AIB si verifica quando vi è una significativa discrepanza tra il vissuto di malattia del paziente (percezione del dolore, grado di limitazione funzionale ecc.) e la oggettiva entità della patologia (Mechanic e Volkart cit. in [22], Piloswky 1969,1994).

Pilowsky et al. [22], utilizzando l'IBQ nello studio di un campione di pazienti affetti da dolore cronico in diverse localizzazioni, hanno individuato due classi di pazienti: gli

appartenenti alla prima classe rifiutano ogni possibilità di correlare il loro disturbo alla sfera psichica (e si gioverebbero, a detta degli autori, di interventi medici e comportamentali), gli appartenenti alla seconda classe tendono a considerare il loro problema embricato con problematiche di tipo emotivo e psicologiche (indicati per un intervento cognitivo).

Un'altra modalità di approccio concettualmente derivata dall'idea di valutare l'AIB è quella originariamente proposta da Waddel et al. [31,32] che prevede di individuare la presenza di segni e sintomi clinici inappropriati. Questi segni e sintomi comportamentali possono essere rilevati nello svolgimento dell'esame obiettivo; integrati con i dati anamnestici possono indirizzare il clinico nella valutazione della presenza o meno di una componente psicogena nella manifestazione di malattia.

I segni inappropriati possono essere riassunti in cinque classi:

- iperestesia, sia come aumentata sensibilità dolorifica allo stimolo tattile superficiale sia come distribuzione anatomica dell'area algica che non è congrua con il danno organico;
- simulazione, con evocazione del dolore alla lieve compressione assiale nel paziente in ortostatismo e alla rotazione simulata del tronco;
- distrazione, come comparsa del dolore ad un diverso grado di flessione delle gambe (nell'ordine di 40°-45°) conseguentemente al passaggio dalla posizione supina a quella seduta;
- disturbi regionali, sia di tipo motorio che sensoriale non interpretabili su base neuroanatomica;

- iperreazione, come massaggio dell'area dolente nel corso della visita, ricerca di sostegni, emissione di sospiri in maniera esagerata e plateale, presenza di espressioni mimiche facciali di sofferenza ecc.

Utilizzando questi segni Werneke et al. [33] hanno evidenziato che i pazienti con CLBP sottoposti a trattamento riabilitativo possono essere distinti in recuperabili e in non recuperabili all'attività lavorativa in virtù di un, rispettivamente, basso o alto punteggio di presenza degli indici suddetti all'inizio del trattamento e della tendenza ad avere un miglioramento del punteggio tra l'inizio e la fine della terapia.

Una modalità analoga a quella della valutazione con i sintomi e i segni di malattia è quella basata sui disegni del dolore proposto da Ransford [24]. Il paziente è invitato a tracciare su una mappa anatomica, molto semplice e schematica, dei simboli che indicano la localizzazione e la qualità del dolore (profondo, superficiale, puntorio ecc.). I pazienti in cui è presente una significativa componente psicogena tendono a descriverlo con caratteristiche qualitative diverse e coesistenti (es: puntorio e urente), a differenza degli altri pazienti che lo qualificano in maniera più omogenea e congrua al tipo di patologia. Anche la localizzazione del dolore, nei pazienti "psicogeni", tende ad essere poco correlabile con la localizzazione anatomica del danno (spesso il dolore viene indicato come diffuso), fino a essere individuata fuori dai limiti della figura anatomica del test (magnificazione del dolore). Ransford et al. [24] hanno confrontato i risultati ottenuti con il test del disegno (utilizzando un sistema di

punteggio messo a punto dal suo stesso gruppo) con quelli ottenuti con l' MMPI riscontrando una buona correlazione con gli alti punteggi nelle scale dell'isteria e dell'ipocondria. Chan et al. [5] hanno invece riscontrato una buona correlazione tra i risultati ottenuti con il test del disegno del dolore e la valutazione con i segni e sintomi inappropriati. Per questo particolare strumento c'è comunque difficoltà a metter a punto un sistema di punteggio e una valida scala di valutazione [19] e non tutti gli studiosi sono concordi nella possibilità di un suo impiego clinico (Main C.J. et al., , Hildebrandt J.et al. cit in [19]).

CONCLUSIONI

Le conclusioni più significative che vogliamo riportare sono le seguenti:

1.di fronte al dato dell'elevata incidenza e prevalenza del dolore lombare, che si riflette nei costi di cura, c'è da rilevare che parte degli interventi chirurgici non ottengono i risultati auspicati;

2.un importante quota dei fallimenti non sono dovuti ad errori tecnici o diagnostici ma al fatto che la sintomatologia appare sostenuta da componenti psicogene rilevanti;

3.di fronte alla realtà di questo dato non esiste al momento nessuno strumento che sappia distinguere con buona sensibilità e specificità i pazienti in cui la componente psicogena del dolore è così significativa da sostenere la sintomatologia algica [5];

4.di conseguenza non è possibile decidere, utilizzando un unico strumento, quali pazienti troveranno giovamento dalla terapia chirurgica o conservativa.

Un particolare attenzione alle sintomatologia e ai segni clinici quando si esprimono in maniera discrepante rispetto ai dati strumentali, la messa in evidenza di manifestazioni cliniche inappropriate così come sono stata descritta da alcuni autori (Waddell e coll., vedi sopra) possono dare delle informazioni iniziali riguardo alla possibilità che il paziente tenda ad avere una percezione e un vissuto alterati del sintomo.

Per uno screening su un numero grande di pazienti è possibile utilizzare l'MMPI e BDI. Per quanto riguarda il primo, abbiamo visto che non c'è concordanza nel valutare quale particolare tipo di profilo sia predittivo per scarsi risultati all'intervento chirurgico; il profilo a V e il punteggio alto nelle scale della depressione, dell'isteria e dell'ipocondria dovrebbero comunque suggerire un approfondimento dell'esame psicologico e psicopatologico del paziente.

L'utilizzazione di una scala specificamente orientata alla diagnosi di depressione (BDI) trova ragione, oltre che nei dati ottenuti in vari studi (vedi sopra), nel fatto che il disturbo depressivo per la sua elevata prevalenza e per la particolare psicodinamica è con molta probabilità il più frequentemente responsabile della componente psicogena del dolore lombare.

Abbiamo già riferito nella parte iniziale di questo lavoro con quali modalità il sintomo dolore possa relazionarsi con il disturbo depressivo. Vogliamo aggiungere altre considerazioni.

È possibile che all'anamnesi generale si possa rilevare la presenza di un disturbo depressivo (per la presentazione di sintomi specifici: astenia, insonnia, inappetenza ecc.) che ci indirizza, alla pari dei sintomi inappropriati, ad un approfondimento delle problematiche psicopatologiche, ma è altresì possibile che sulla base di un carattere depressivo (Lalli, 1991) (quindi senza particolari evidenze all'anamnesi generale) l'insorgenza della lombalgia possa determinare la slatentizzazione del disturbo nevrotico. Il depresso tenderà ad integrare la malattia nel proprio vissuto, a sentirsi malato e ad offrirsi agli altri come malato. Il sintomo si offre a rafforzare la tendenza alla dipendenza dall'esterno che, già implicita nel carattere, trova una ragione manifesta per esprimersi.

La componente psicogena che sostiene il dolore assume quindi nel depresso un ruolo importante. L'intervento correttivo sul danno organico (prolasso, ernia discale ecc.) può non dare i risultati attesi. Infatti:

1. il quadro potrà restare immutato, inducendo spesso a reiterare l'intervento;
2. il decorso post operatorio potrà avere una durata anomala;
3. si potrà avere un peggioramento dei risultati (il paziente lamenterà un incremento della sintomatologia algica).

Nell'ultimo caso si può avere un peggioramento del quadro depressivo o un franco risvolto paranoicale, soprattutto verso coloro che sono ritenuti responsabili del peggioramento (i medici, appunto).

BILBLIOGRAFIA

1. Atkinson J.H. et al. Prevalence, onset, and risk of psychiatric disorders in men with chronic low back pain: a controlled study. *Pain*, 45 (111-121), 1991.
2. Bacon N. M. K. et al. Somatization symptoms in chronic low back pain patients. *Psychosomatic Medicine*, 56 (118-127), 1994.
3. Blumer D. et al. Chronic pain as a variant of depression disease: the pain-prone disorder. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 170 (381-406), 1982.
4. Bradley et al. Multivariate analysis of the MMPI profiles of low back pain patients. *J. Behav. Med.*, 1(253-272), 1978.
5. Chan C. W. et al. The pain drawing and Waddell's nonorganic physical signs in chronic low-back pain. *Spine*, v. 18, 13 (1717-1722), 1993.
6. Feuerstein M. et al. Biobehavioral factor affecting pain and disability in low back pain: mechanism and assessment. *Physical Therapy*, v 75, 4 (267-280), 1995.
7. France R.D. Depression as a psychopathological disorder in chronic low back pain patients. *Journal of Psychosomatic Research*, v. 30, 2 (127-133), 1986.
8. France R.D. et al. Chronic pain and depression. III. Family history study of depression and alcoholism in chronic low back pain patients. *Pain*, 24 (185-190), 1986.
9. Freeman C. et al. The use of the Minnesota Multiphasic Personality Inventory with low back pain patients: *J. Clin Psychol.*, 32 (294-298), 1976.
10. Hanvik L.J. MMPI profiles in patients with low back pain. *J. Consult. Clin. Psychol.*, 15 (350-353), 1951.

11. Harper A.C. Symptoms of impairment, disability and handicap in low back pain: a taxonomy. *Pain*, 50 (189-195), 1992.
12. Hasenbring M. et al. Risk factor of chronicity in lumbar disc patients. A prospective investigation of biologic, psychologic, and social predictor of therapy outcome. *Spine*, v.19, 24 (2759-2765), 1994
13. Hayes Bonnie et al. Use of psicometric measures and nonorganic sign testing in detecting nomogenic disorder in low back pain patients. *Spine*,v.18, 10 (1254-1262), 1993
14. Keefe F.J. et al. The psychology of chronic back pain. *The adult spine: Principles and practice*, New York, 1991.
15. Lalli N. *Manuale di Psichiatria e Psicoterapia*. Napoli, 1991.
16. Lalli N. *Lo spazio della mente. Saggi di psicosomatica*. Napoli, 1997.
17. Long C. et al. The relationship between surgical outcome and MMPI profiles in chronic pain patients. *J clin. Psychol.*, 37 (744-749), 1981.
18. Love A. W. Et al. The MMPI and psychological factors in chronic low back pain: a review. *Pain*, 28 (1-12), 1987.
19. Parker H. Et al. The use of the pain drawing as a screening measure to predict psychological distress in chronic low back pain. *Spine*, v. 20, 2 (236-243),1995.
20. Pheasant H. C. et al. The MMPI as a predictor of outcome in low-back surgery. *Spine*, 4 (78-84), 1979.
21. Pilowsky I. Abnormal illness behaviour. *Br. Med. Psychol.*, 42 (347-350), 1969.
22. Pilowsky I. et al. A classification of illness behaviour in pain clinic patients. *Pain*, 57 (91-94), 1994.
23. Postacchini F. et al. *Diagnosi differenziale II. Dolore psicogeno. Le Ernie discali lombari*. Roma, 1998.

24. Ransford A.O. et al. The pain drawing as an aid to the psychological state, pain severity, pain history and disability. *Pain*, 41 (295-301), 1976.
25. Schaffer C.B. et al. Chronic pain and depression: a clinical and family history survey. *Am. J. Psychiatry*. 137 (118-120), 1980.
26. Sørensen L. V. Preoperative psychological testing with the MMPI at first operation for prolapsed lumbar disc. *Danish Medical Bulletin*, v.39, 2 (186-190), 1992.
27. Sternbach R.A. et al. Aspects of chronic low back pain. *Psychosomatics*, 14 (52-56), 1973.
28. Sternbach R.A. et al. Traits of pain patients: the low back "loser". *Psychosomatics*, 14(226-229), 1973.
29. Tsushima W.T. et al. Clinical limitation of the low back scale, *J. clin. Psychol.*, 35 (306-308), 1979.
30. Waddel G. et al. Nonorganic physical signs in low-back pain. *Spine*, 5 (117-125), 1980.
31. Waddel G. et al. Chronic low-back pain, psychologic distress and illness behaviour. *Spine* 9 (209-213), 1984.
32. Watson D. Neurotics tendencies among chronic pain patients: an MMPI item analysis. *Pain*,14 (365-385), 1982.
33. Wernecke M.W. et al. Clinical effectiveness of behavioral signs for screening chronic low-back pain patients in a work-oriented physical rehabilitation program. *Spine*, v.18,16 (2412-2418), 1993.
34. Wilfling F.J. et al. Psychological, demographic and orthopedic factors associated with prediction of outcome of spinal fusion. *Clin. Orthop.*, 90 (153-160), 1973.

Ultima revisione: 30 maggio 2007