

## Osservazioni psicologico-cliniche circa le sindromi algiche

GIUSEPPE SCARSO, GUIDO EMANUELLI, LUCIANO AZZARÀ

*Summary* – PSYCHOPATHOLOGICAL AND CLINICAL OBSERVATIONS CONCERNING PAIN SYNDROMES. Several etiopathogenetic mechanisms are by now acknowledged as the basis of pain syndromes, variously interacting and denoting a situation of “organ-clinic” disparity. The therapeutic approach cannot disregard this reality, developing in accordance with a network model, in which several intervention perspectives are considered: algologic, surgical, psychopharmacological. In this paper some considerations are advanced concerning adaptation and compensation mechanisms in some algic syndromes such as facial pain and low back pain where age of onset and pain aspects can affect the complex relationship between clinical features and life style.

*Keywords:* PAIN, PSYCHOPATHOLOGY, COMPENSATION

### I. Introduzione

Il termine dolore può riassumere diversi significati finalistico-adattivi: sistema di allarme e di difesa, sintomo di malattia o malattia stessa, ponendosi di conseguenza come importante strumento comunicativo, cioè mezzo di richiamo, ricerca o rinforzo di rapporti di attaccamento e protezione.

Il dolore racchiude, inoltre, importanti significati simbolico-religiosi e di rappresentazione: mezzo di espiazione di peccati, di purificazione, di sofferenza psichica, di lutto e di perdita. È bene ricordare che, secondo alcuni autori [27], nei disturbi psicosomatici non sarebbe in gioco nessuna simbolizzazione. Il primo punto importante è analizzare il dolore come stato emozionale complesso, integrato nei programmi di sopravvivenza elementari [35]; infatti, il dolore oltre alla funzione di difesa e di allontanamento di una minaccia svolge, in un secondo tempo (valutazione cognitiva, attivazione emozionale), il ruolo di stimolo al fine di un migliore adattamento nei confronti dei fattori stressanti.

Essendo il dolore, in ultima analisi, un'emozione, ne deriva la difficoltà di una sua valutazione e misurazione obiettiva. Il dolore è, comunque, sempre un sintomo soggettivo, che soggiace, quindi, alla variabilità interindividuale e intraindividuale, sia nella sua espressione verbale, sia come risposta a stimoli algogeni o supposti tali.

Infine, ricordiamo il pregnante significato comunicativo del dolore somatico, sia come termine universale per la richiesta di aiuto e di protezione, sia come elusione di un dolore mentale.

## II. *Basi neurofisiologiche*

Oltre ai nocicettori, possono agire in senso nocicettivo anche stimoli meccanici, termici ( $T^{\circ}\text{C} > 45^{\circ}$  oppure  $< 10^{\circ}\text{C}$ ), ischemici e chimici, in quanto i rispettivi recettori rispondono in senso nocicettivo quando lo stimolo supera una certa intensità. Fra le diverse teorie per spiegare la diffusione degli impulsi algici, essenzialmente tre godono dei maggiori crediti: la prima, detta la “Pattern theory”, fa dipendere la sensazione dolorosa dall’intensità dello stimolo e dalla sommazione centrale; la seconda, detta “Gate control theory”, proposta da Melzer e collaboratori [28], ammette l’importanza, accanto ai recettori ed alle vie specifiche, della modulazione centrale; la teoria dello “Stress control”, infine, considera ancor più la modulazione centrale e sostiene la fondamentale importanza della condizione di *stress* come meccanismo modulatore dei meccanismi specifici del dolore, e del “gate” midollare in particolare [13, 23, 50].

Un ruolo di primo piano sulla modulazione degli impulsi dolorosi la svolgerebbe il talamo, con i nuclei specifici a netta distribuzione somatotopica per il fascio neospinotalamico e a proiezione diffusa per il fascio paleospinotalamico. Un’altra struttura, tanto misteriosa quanto importante, sembra essere la sostanza reticolare, stazione intermedia per il fascio spino-reticolo-talamico. A tutto ciò va aggiunta l’ipotesi che il fascio spino-talamico ventrale, conducente impulsi tattili, possa rappresentare una via alternativa di conduzione di impulsi dolorosi [45].

Le conoscenze sino ad ora raggiunte non sono, purtroppo, sufficienti per comprendere come il dolore si trasformi da modificazione neurofisiologica a stato percettivo-emotivo. Quasi sicuramente un ruolo principe, in questo meccanismo, hanno il sistema limbico in stretta correlazione con il talamo, la corteccia encefalica per mezzo di specifiche aree e fibre discendenti, strutture quali l’ippocampo, la sostanza grigia periacqueduttale del mesencefalo, il sistema nervoso simpatico (dolore mantenuto) e altri ancora. Molti interessi hanno destato le sostanze modulatrici della trasmissione algica prodotte dal sistema nervoso centrale: l’ossitocina, la vasopressina, la sostanza P ed il gruppo delle endorfine.

Attualmente si ipotizza l’esistenza di due sistemi di modulazione e controllo del dolore tra loro funzionalmente integrati, uno di natura oppioide e uno di natura non oppioide; accanto a questi, secondo Watkins e Mayer [48], ne esisterebbe un terzo sempre di natura oppioide, ma più duttile e semplice.

### III. *Dolore come stato emozionale complesso*

I meccanismi neurofisiologici e biochimici del dolore sono la base, a impronta genetica e caratteristica della specie, per la difesa atta ad allontanare uno stimolo di minaccia. La loro espressione sono gli automatismi motori di reazione agli stimoli nocicettivi e le modificazioni biochimiche finalizzate alla “reazione riparativa” del danno somatico dello stimolo.

Nelle specie più evolute si assiste ad un secondo processo, assai più complesso, che è la risposta individuale finalizzata a migliorare le possibilità adattative nei confronti dell’agente stressante (adattamento). Infatti, come scrivono Pancheri e Bressa, «la reazione di stress si svolge a livello comportamentale allontanando lo stimolo pericoloso in genere e nocicettivo in particolare e, a livello somatico, attivando il sistema nervoso vegetativo ed il sistema neuroendocrino con funzioni sia di supporto metabolico all’azione che di supporto biologico al danno tessutale verificatosi. Attraverso la reazione di stress, l’organismo può dunque potenziare le sue capacità di difesa e di adattamento nei confronti di stimoli nocicettivi molto oltre le possibilità offerte dalle reazioni motorie ed elementari proprie delle strutture neurochimiche del dolore» (30, p.1108).

Da tutto ciò si deduce l’importanza del ruolo d’integrazione e valutazione fra stimolo nocicettivo e attivazione emozionale della componente cognitiva; infatti è proprio l’elaborazione cognitiva ad attivare un programma emozionale dello stress individuale, con correlati biologici e comportamentali.

### IV. *Dolore e personalità*

La variazione interindividuale della risposta nocicettiva è fortemente motivata dalle differenze di personalità. Diversi studi sono stati intrapresi nell’intento di evidenziare questo tipo di rapporto, [10, 44, 49], ponendo in evidenza per mezzo del M.M.P.I. una correlazione fra reattività dolorosa, nevrosi ed estroversione. Alla base di questo rapporto reciproco vi sarebbe, nella nevrosi, una più bassa soglia di tolleranza alla frustrazione e, quindi, una maggiore reattività ansiosa; nella estroversione, invece, una maggiore propensione alla comunicazione interpersonale.

Connolly, Pancheri et al. [8] hanno evidenziato, in donne durante il travaglio, differenti intensità algiche e differenti livelli di ansia in rapporto alla struttura di personalità emersa al test M.M.P.I. durante la gravidanza. Ruesch, Mc Lain e Cremerius [39] hanno contrapposto la personalità “matura” a quella “infantile”, quest’ultima caratterizzata dalla proiezione di sentimenti ed emozioni al di fuori dell’individuo e dalla manifestazione di tensioni attraverso gli organi piutto-

sto che con parole o gesti. Gli autori di scuola francese hanno osservato in questi pazienti disturbi dell'Io, descrivendo l'esistenza di un particolare tipo di pensiero (operatorio) che si innesca con l'uso di parole povere, banali e lunghi silenzi. Peculiari di questi sono la vacuità di contenuto e il blando contatto emotivo che si instaura con gli interlocutori. È proprio la povertà delle relazioni con gli oggetti psichici e la carenza delle attività di rappresentazione e simbolizzazione che rende la relazione *bianca* [26].

Diversi studi sono stati fatti tramite l'uso di reattivi mentali come l'M.M.P.I. rivolti, in modo particolare, verso il dolore cronico [4, 8, 47]. Il test di Rorschach è stato recentemente usato da Semer e Yazigi [42] che hanno rivelato una prevalenza di risposte anatomiche interpretate come indice di uno sviluppo mentale arcaico, caratterizzato da pensiero concreto, e mancanza di simbolizzazione. Altri autori [28] hanno osservato la presenza di strutture di personalità borderline.

Gli studi sulle caratteristiche di personalità appaiono ormai numerosi e si differenziano, oltre che per le metodiche d'indagine usate, anche per le casistiche e i parametri presi in esame. In alcune ricerche, ad esempio, l'attenzione è rivolta alla relazione fra depressione e dolore cronico [7, 14], in altre a sintomatologie algiche particolari come il *Low back pain* [4, 22], o il dolore facciale [11, 25]. In certe indagini sono valutati soprattutto fattori relativi agli esiti delle terapie [21] o le sequenze algiche di interventi chirurgici [3]. In altri casi lo studio si concentra sulla relazione che si ritiene intercorra fra dolore e determinate caratteristiche di personalità, come l'alessitimia [20], o sul più generico concetto di *stress* [52]. Risultano anche indagati gli aspetti familiari [18, 40].

Merceron, Rossel e Matthey [28], per mezzo dell'uso di tecniche proiettive, test di Rorschach, T. A.T., hanno correlato la fissazione dolorosa cronica con differenti tipi di personalità. Sono emerse strutture psicotiche, frequentemente organizzate in accordo con le modalità paranoidi, configurazioni prepsicotiche e, meno frequentemente, strutture di personalità borderline con tratti perversi. Carlsson [6] ha osservato come pazienti con dolore cronico, a differenza dei controlli sani, presentino bassi livelli di controllo emozionale ed intellettuale, una più scarsa capacità d'intrecciare rapporti interpersonali positivi e maggiore ostilità.

#### V. Dolore e depressione

Molti autori sostengono la stretta relazione che intercorre fra dolore (disturbi psicosomatici) e depressione: sarebbe proprio il primo a mascherare la malinconia in determinati quadri clinici.

In uno studio di Wittenborn [51] si nota come in 223 donne affette da depressione endogena solo nel 18% dei casi non si osservano disturbi somatici, mentre più del 50% accusa almeno dieci sintomi somatici differenti. Secondo lo stesso autore, l'andamento clinico dei disturbi somatici era proporzionale a quello della depressione. Analoghi risultati sono stati riscontrati da Kellner, Simpson e Winslow [17]. Per depressione mascherata si intendono quei quadri clinici dove i sintomi psichici sono apparentemente assenti o, meglio, oscurati dalla sintomatologia somatica. È a essa che il paziente riferisce i sintomi psichici della depressione, in modo più o meno manifesto: è la malattia che lo fa stare male. Da qui possono, poi, convergere dei vantaggi secondari come sottolineano Katon, Kleinman e Rosen: «più il paziente percepisce se stesso come malato somaticamente e più il medico si concentra sugli aspetti somatici della sua malattia, più è probabile che il paziente accetti il ruolo di malato come stile di vita» (16, p. 241).

Molte critiche ha suscitato la definizione di depressione mascherata di Kielholz, Poldinger e Adams [19] che considerano, in questa definizione, tanto le depressioni endogene che quelle psicogene. Certo resta il fatto che nell'infanzia l'angoscia depressiva può manifestarsi quasi esclusivamente sotto forma di depressione mascherata o di equivalente depressivo (turbe somatiche o di comportamento). L'assenza o la riduzione del versante soggettivo inerente al vissuto depressivo e l'impossibilità di esprimerlo con il linguaggio fa sì che in questa età la depressione sia agita, cioè espressa in modo preverbale, attraverso il linguaggio mimico-gestuale motorio e quello degli organi. Del pari, nell'età involutiva, la depressione è spesso mascherata da fenomeni neurovegetativi, da comportamenti isterico regressivi, da quadri pseudo demenziali [41].

#### VI. *Il nostro contributo*

Le osservazioni qui riportate scaturiscono dalla cooperazione fra algologi con formazione anestesiologicala, psicologi, clinici medici, psichiatri psicoterapeuti con formazione nell'ambito della psicologia del profondo di linea adleriana, i quali lavorano in *équipe* presso il centro di algologia dell'Azienda Ospedaliera Molinette di Torino. La cooperazione si attua sia nell'*assessment* diagnostico (che si avvale anche di tests psicodiagnostici, quali il Rorschach e Scale di Valutazione del Dolore) sia nella terapia, che può essere più strettamente sul versante antidolorifico o su quello psichiatrico per mezzo di prescrizione di psicofarmaci e di colloqui di approfondimento psicoterapeutico. Nell'ambito della prassi clinica abbiamo tenuto presenti tre linee guida che ci appaiono di notevole importanza:

1. La prima fa riferimento allo scarto organo-clinico elaborato da Jackson: «Tra la lesione organica e l'aspetto semeiologico dei disturbi mentali vi è uno scarto colmato dalle reazioni di personalità» (15, p. 378). È un'osservazione clinica comune il fatto che sintomatologie caratterizzate da forte dolore con conseguenti limitazione funzionale siano sottese da reperti organici minori o addirittura inesistenti, mentre in altri casi lesioni somatiche anche importanti sono ben "sopportate" dal soggetto. Lo scarto può essere strutturale nel senso che occorre distinguere fra ciò che è direttamente originato dalla lesione e ciò che è introdotto dalla variazione della personalità. Soprattutto può essere temporale nel senso che all'azione di un dato processo lesionale può succedere una certa organizzazione di personalità [9]. Questo punto appare molto importante in quanto fa riferimento ai meccanismi di difesa [12], adattativi [46] e di compensazione [1] della personalità.

2. La concezione adleriana descrive il linguaggio degli organi come l'insieme delle modalità con cui le funzioni del *corpo* manifestano le finalità della *psiche* e tendono verso la loro realizzazione [31]. Si tratta di una modalità espressiva a valenza sia intrapsichica che interpersonale in cui il corpo si pone al servizio delle finalità cosce e inconscie dell'individuo contribuendo a definirne lo stile di vita [34]. «L'individuo impiegherebbe gli organi (assieme alla parola, ai gesti, alla mimica, al pensiero) per agire sull'ambiente a proprio vantaggio, utilizzando certo talvolta dei simboli, ma anche degli interventi pragmatici in grado di mobilitare o punire altre persone» (32, p. 46).

Secondo Parenti e Pagani [33], il linguaggio degli organi può manifestarsi con diverse modalità:

- a) ruolo simbolico degli organi;
- b) congenialità operativa a un determinato scopo;
- c) predisposizioni organiche del terreno;
- d) imitazione di quadri morbosi osservati;
- e) protrazione artificiosa di una malattia;
- f) riproduzione di una malattia del passato;
- g) adeguamento a una moda culturale.

3. La terza linea si riferisce appunto al "modello di rete" [36] come tentativo di teorizzare l'interazione fra i diversi livelli che confluiscono nel determinare la personalità. Per Rosenstiehl «Una rete è composta in primo luogo di nodi, di vari oggetti, quindi di connessioni fra questi: una connessione collega due nodi e, secondo i casi, può essere o no orientata dall'uno all'altro... Se due nodi non hanno connessioni in comune, ciò nonostante possono essere dipendenti in relazione all'influenza di altri nodi» (38, p. 752). Proporre un modello di rete equivale a sottolineare la collaborazione fra diversi microparadigmi e linguaggi [35] tramite una serie di nodi e di connessioni che delimitano i confini di tale collaborazione e la specificità delle stesse discipline [36].

Considerata la complessità del fenomeno dolore, l'approccio al suo studio e alla sua terapia non può che essere multimodale [5] e interdisciplinare. Il "modello di rete" offre un esempio di organizzazione non gerarchizzata al cui centro si pone il problema del "linguaggio" scientifico che caratterizza discipline anche fra loro vicine: il termine "mente", ad esempio, può avere un significato diverso per un neurologo rispetto a uno psichiatra.

Tali considerazioni tecniche sono alla base dell'*équipe* interdisciplinare algologico-psichiatrica di cui un momento organizzatore fondamentale è rappresentato dalla discussione settimanale di casi clinici. Sul piano pratico questa sembra permettere:

- il superamento di un vissuto di inadeguatezza da parte degli operatori che avvertono la propria competenza in sinergia positiva con quella di altri;
- un superamento dell'ansia di abbandono da parte dei pazienti per paura di un possibile fallimento della terapia e conseguentemente una rottura del rapporto con i terapeuti e la struttura.

## VII. *Discussione*

L'osservazione clinica basata su queste linee guida ci ha portato ad osservare l'esistenza di caratteristiche diverse in relazione alla tipologia del dolore. In modo particolare la nostra attenzione si è concentrata su due manifestazioni algiche che risultavano numericamente assai rappresentate presso l'ambulatorio:

1. le algie facciali atipiche, prive di una evidente causa organica, caratterizzate da un dolore che si presenta a crisi, urente, acuto con notevole carattere di variabilità e ricorrenza nel tempo;
2. il dolore lombare, persistente con senso di peso, bruciore, limitazione dei movimenti.

Oltre ai colloqui clinici basati sull'osservazione empatica [31] ci si è avvalsi di *test* clinici quali il Rorschach. In questa sede vorremmo soffermarci a sottolineare le caratteristiche di personalità che maggiormente sono risaltate nei due gruppi di soggetti:

1. i soggetti affetti da algie facciali presentano un atteggiamento nei confronti del proprio disturbo e verso i medici maggiormente improntato alla razionalizzazione: hanno scarsa tendenza a verbalizzare i propri vissuti, raramente si discostano nel colloquio dal proprio dolore, chiedono un aiuto immediato;
2. i soggetti con dolore lombare presentano una maggiore labilità emotiva con preoccupazioni ipocondriache, una maggiore disponibilità ad affrontare le dinamiche relazionali ove traspaiono intenzionalità manipolative nei confronti dell'ambiente familiare e lavorativo.

La diminuita capacità di fare ricorso alle facoltà di razionalizzazione, maggiormente conservata nei pazienti affetti da algie facciale, e la maggiore immaturità e insicurezza dei pazienti sofferenti di LBP, associata alla spiccata tendenza a elaborare preoccupazioni ipocondriache, potrebbero essere collegati a due ordini di fattori:

1. la più precoce età d'insorgenza del dolore lombare basso e quindi la sua durata;
2. le diverse caratteristiche degli aspetti qualitativi/quantitativi del dolore.

Per quanto concerne il primo punto è evidente che i pazienti affetti da dolore lombare presentano la sofferenza algica in una età tale in cui la personalità presenta maggiori possibilità di elaborazioni dinamiche, con la possibilità di erigere uno "stile di vita" [1] che inglobi la sintomatologia dolorosa o sia dipendente da questa.

Per quanto attiene il secondo punto si può osservare che il dolore tipico del LBP è avvertito come sordo, persistente, cronico, invalidante, difficilmente arginabile con le terapie farmacologiche. L'algia facciale, invece, è avvertita come più intensa, a insorgenza acuta e improvvisa, ad andamento periodico. Il paziente affetto da dolore lombare vive costantemente con la sua sensazione dolorosa, mentre il paziente affetto da algia facciale, quando non ha dolore, vive nell'ansia del ripetersi di un nuovo attacco e nel timore di avvertirne i prodromi.

In conclusione tutti questi dati sembrano confluire in un'unica direzione: l'algia facciale, per le sue caratteristiche cliniche (sintomatologia acuta a *poussées*) non viene tollerata dal paziente che la vive come distonica, estranea al proprio vissuto corporeo. Parallelamente nelle algie facciali l'atteggiamento appare tendente a disporre di meccanismi mentali autonomizzati che si svolgono con una monotonia dei contenuti e una coartazione affettiva, che potrebbero esprimersi "esplosivamente" nell'evento acuto. Questo appare in accordo con gli studi di Zoppi [53] che pongono in evidenza come, nel paziente sofferente di algie facciali, emergano tratti di personalità impulsiva in linea con quanto già osservato da Adler circa la difficoltà di controllo dell'ira in situazioni di umiliazione.

Il LBP, per contro, più tendente alla cronicizzazione, ma meno intenso, viene maggiormente tollerato dal paziente, anzi si mettono in atto movimenti di adattamento e di compensazione [12, 43] da parte della persona; viene, quasi, a far parte del vissuto di questa, come inglobato nella personalità o utilizzato dalla stessa in funzione delle difficoltà adattative della propria esistenza. Il dolore lombare sembra fornire la possibilità di elaborare uno *stile di vita* centrato sulla malattia con l'instaurarsi di conseguenti modalità relazionali sia in ambito familiare che lavorativo. A tali conclusioni è bene affiancare l'orientamento generale in letteratura che accosta tale sindrome algica alla depressione secondo il concetto psicosomatico di "depressione mascherata" [19], nella quale i sintomi

somatici si situano senza equivoco in primo piano, mentre i sintomi psichici restano completamente in secondo piano.

Lo studio della complessa interazione fra nocicezione, dolore e personalità non può, quindi, prescindere dalle caratteristiche della sintomatologia algica, dalla data di insorgenza e dalla sua durata. Queste riflessioni si pongono tanto nell'ambito dei meccanismi di adattamento e compensazione psichici a problematiche somatiche, quanto in relazione alle finalità insite nello *stile di vita* sia nelle dinamiche intrapsichiche che nelle tattiche relazionali.

A questo riguardo l'approccio terapeutico di linea adleriana offre una duttilità che permette lo stabilirsi di una relazione medico-paziente in un settore in cui l'interpretazione non può sempre esprimersi, essendo necessario privilegiare un ascolto empatico, un'osservazione partecipe, sia pur nell'ambito di una comprensione psicodinamica che permetta di camminare al passo con il paziente.

### Bibliografia

1. ADLER, A. (1912), *Über der Nervösen Charakter*, Bergmann, Wien.
2. ANSBACHER, H. L., ANSBACHER, R. R. (1956), *The Individual Psychology of Alfred Adler*, Basic Books, New York.
3. BACHIOCCO, V. (1990), Intensity, Latency and Duration of Post-Thoracotomy Pain: Relationship to Personality Traits, *Funct. Neurol.*, 4: 321-332.
4. BARNES, D. (1990), Changes in MMPI Profile Levels of Chronic Low Back Pain Patients Following Successful Treatment, *J. Spinal Disorder*, 3: 321-332.
5. BONICA, J. J. (1990), *The Management of Pain*, Lea and Feliger, Philadelphia.
6. CARLSSON, A. M. (1987), Personality Analysis Using the Rorschach Test in Patients with Chronic, Non-Malignant Pain, *British Journal of Projective Psychology*, 2: 34-52.
7. COLENTA, C. C., DOUGHERTY, L. M. (1990), Positive Ego and Coping Functions in Chronic Pain and Depressed Patients, *J. Geriatr. Psychiatry Neurological*, 3: 48-52.
8. CONNOLY, A., PANCHERI, P., LUCCHETTI, A., SALMAGGI, L., GUERRINI, D., FRANCALANCIA, M., BARTOLESCHI, A., ZICHELLA, L. (1978), Labor as a Psychosomatic Condition: a Study on the Influence of Personality on Self-Reported Anxiety on Pain, in CARENZA, L., PANCHERI, P., ZICHELLA, L. (a cura di), *Clinical Psycho-neuroendocrinology in Reproduction*, Academic: 121-130.
9. EY, H., (1975), *Des idées de Jackson à un modele organo-dynamique en Psychiatrie*, Edonard Privat, Toulouse.
10. EYSENCK, S.G.B. (1961), Personality and Pain Assessment in Childbirth of Married and Unmarried Mothers, *Journal of Mental Science*, 12: 161-162.
11. FARKAS, K.P., FARKAS, J.A. (1990), Self-Punitive Attitudes in Myofacial Pain Syndrome Patients, *Gen. Dent.*, 38: 286-288.
12. FREUD, S. (1914), Zur Geschichte der psychoanalytischen Bewegung, *Jahrbuch der Psychoanalyse*, 6.
13. GRAU, J., HYSON, R., MAIER, S. (1981), Long Term Stress-Induced Analgesia and Ac-

tivation of the Opiate System, *Science*, 213: 1409-1411.

14. INGRAM, R. E. (1990), Negative and Positive Cognition in Depressed and Nondepressed Chronic Pain Patients, *Health Psychology*, 9: 300-314.

15. JACKSON, H. (1884), *Croonian Lectures. Selected Writings*, Royal College of Physicians, London.

16. KATON, W., KLEINMAN, A., ROSEN, G. (1984), Depression and somatization: a review, *Am. J. Med.*, 72: 241-247.

17. KELLNER, R., SIMPSON, G. M., WINSLOW, W. W. (1971), The Relationship of Depressive Neurosis to Anxiety and Somatic Symptoms, *Psychosomatic*, 12: 43-47.

18. KERNS, R. D. (1990), The Role of Marital Interaction in Chronic Pain and Depressive Symptom Severity, *J. Psychosom. Res.*, 34: 401-408.

19. KIELHOLZ, P. POLDINGER, W., ADAMS, C. (1973), Le concept de dèpression ma-squée, *L'Encèphale*, V: 459-462.

20. KINDER, B. N., CURTISS, G. (1990) Alexithymia Among Empirically Derived Sub-groups of Chronic Back Pain Patients, *J. Pers. Assess.*, 54: 351-362.

21. LACROIX, J. M. (1990), Low-Back Pain. Factors of Value in Predicting Outcome, *Spine*, 15: 495-499.

22. LINDAL, E. (1990), Interaction Between Constant Levels of Low Back Pain and Other Psychological Parameters, *Psychol. Rep.*, 67: 1223-1234.

23. MADDEN, J., AKIL, M., PATRIC, R. L., BARCHAS, J. D. (1976), Stress-Induced Increase in Endogenous Opiate Peptides: Concurrent Analgesia and its Partial Reversal by Naloxone, in KOSTER-LITZ, H. W. (a cura di), *Opiate and Endogenous Peptides*, Elsevier, Amsterdam: 67-82.

24. MADDEN, J., AKIL, M., PATRIK, R. L., BARCHAS, J. D. (1977), Stress-Induced Parallel Changes in Central Opioid Levels and Pain Responsiveness in the Rat, *Nature*, 265: 358-359.

25. MARBACH, J. J. (1990), Losing Faces: Sources of Stigma as Perceived by Chronic Facial Pain Patients, *J. Behav. Med.*, 13: 583-604.

26. MARTY, P. (1986), *L'ordine psicosomatico*, Centro Scientifico Torinese, Torino.

27. MARTY, P., D'UZAN, M., DAVID, C. (1971), *L'indagine psicosomatica*, Borin-gieri, Torino.

28. MECERON, C., ROSSEL, F., MATTHEY, M. L. (1990), La plainte douloureuse chroni-que et son approche psychologique a travers les techniques projectives, *Psychologie Medicale*, 22: 681-686.

29. MELZACK, R., WALL, R. D. (1965), Pain Mechanisms: a New Theory, *Scienze*, 150: 971-979.

30. PANCHERI, P., BRESSA, G. M. (1984), *Trattato di Psicosomatica*, USES, Firenze.

31. PARENTI, F. (1983), *La Psicologia Individuale dopo Adler*, Astrolabio, Roma.

32. PARENTI, F., PAGANI, P. L. (1984), *Dizionario alternativo di psicoanalisi*, Quaderni della Rivista di Psicologia Individuale, Milano.

33. PARENTI, F., PAGANI, P. L. (1986), *Psichiatria Dinamica*, Centro Scientifico Tori-nese, Torino.

34. PARENTI, F., PAGANI, P. L. (1987), *Lo stile di vita*, De Agostini, Novara.

35. PIAGET, J. (1972), *L'epistemologie des relations interdisciplinaires*, Presse Universitaire de France, Paris.

36. ROVERA, G. G., FASSINO, S., FERRERO, A., GATTI, A., SCARSO, G. (1984), Il mo-dello di rete in psichiatria, *Rassegna di Ipnosi*, 25: 74-81.

37. ROVERA, G. G. (1984), La zona cuscinetto. Aspetti del problema della distanza nel fobico, in ROSSI, R., PETRELLA, F. (a cura di), *Psicoterapia delle fobie*, M. S., Torino: 367-373.
38. ROSENSTIEHL, P. (1980), *Rete*, Einaudi, Torino.
39. RUESCH, D., MCLAIN, Y., CREMERIUS, J. (1981), *Psicosomatica clinica*, Borla, Roma.
40. SAARIJARVI S. (1990), Chronic Low Back Pain Patient and Spouse, *J. Psychos. Res.*, 34: 117-122.
41. SARTESCHI, P., MAGGINI, C., (1992), *Manuale di psichiatria*, SBM, Bologna.
42. SEMER, N. L., YAZIGI, L. (1990), Douleur chronique, reponses d'anatomie au Rorschach et narcissisme primaire, *Psychologie Medicale*, 22: 697-700.
43. SCHAFFER, H. (1976), *La psychologie di Adler*, Masson, Paris.
44. SCHALLING, D. (1971), Tolerance for Experimentally Induced Pain as Related to Personality, *Scandinavian Journal of Psychology*, 12: 271-281.
45. SCHIFFER, D. (1985), *La neurologia e le sue basi anatomiche e patologiche*, UTET, Torino.
46. SKINNER, B. F. (1971), Beyond Freedom and Dignity, *The New York Times Company*, New York.
47. TIENGO, M. (in press), *An Italian Version of Ploc. Its Necessity. Pain in Europe*.
48. WATKINS, L. R., MAYER, D. J. (1982), Organisation of Endogenous Opiate and Nonopiate Pain Control Systems, *Science*, 216: 1185-1192.
49. WEISENBERG, M. (1977), Pain and Pain Control, *Psychological Bulletin*, 84: 1008-1044.
50. WILLER, J. C., ALBE-FESSARD, D. (1980), Electrophysiological Evidence for a Release of Endogenous Opiates in Stress-Induced analgesia in Man, *Brain Research*, 198: 419-426.
51. WITTENBORN, J. R. (1979), Somatic Discomforts Among Depressed Women, *Arch. Gen. Psychiatry* 36: 465-471.
52. WUITCHIK, M. (1990), Perinatal Predictors of Pain and Distress During Labor, *Birth*, 17: 186-191.
53. ZOPPI, M. (1991), Aspetti psicologici del dolore, in MANNAIONI, P. F., MARESCA, M., NOVELLI, G. P., PROCACCI, P., ZOPPI, M. (a cura di), *Capire e trattare il dolore*, Excerpta Medica, Amsterdam: 174-190.

Giuseppe Scarso  
Guido Emanuelli  
Luciano Azzarè  
Via Cherasco, 11  
I-10126 Torino