

**Quando il
movimento
è dolore**



**Valutare
Interpretare
Curare**

ANNO MONDIALE CONTRO IL DOLORE MUSCOLOSCELETRICO

OTTOBRE 2009 – OTTOBRE 2010

Paura / Evitamento nel Dolore Muscoloscheletrico

I fattori psicologici rivestono un ruolo chiave nello sviluppo del dolore cronico muscoloscheletrico, in particolare la percezione personale della disfunzione legata al dolore e la paura del dolore. La paura del dolore porta ad evitare le attività (fisica, sociale e professionale) che i pazienti associano con il manifestarsi o l'esacerbarsi del dolore stesso, un atteggiamento che può persistere anche quando è avvenuto il recupero fisico. Mentre questa risposta è adattativa nella fase acuta – il riposo promuove il recupero – essa conduce a disabilità e stress quando il comportamento di evitamento si protrae dopo la guarigione dal danno.

Epidemiologia ed Impatto economico

Non vi sono stime precise di prevalenza della “paura del dolore”, poiché stabilire un “cut-off” per i “livelli clinici” di questo parametro è obiettivamente difficile. La paura del dolore è adattativa: essa ci impedisce di eseguire attività potenzialmente dannose ed è utile nell'apprendere ad evitare attività dannose. Diventa disfunzionale quando è eccessiva rispetto al rischio effettivo di farsi male o danneggiarsi.

L'impatto economico della paura eccessiva del dolore è notevole. Nella fase acuta vengono evitate soltanto le attività direttamente legate al dolore. Il comportamento evitativo può comunque gradualmente estendersi ad altri ambiti, fino a condurre ad uno stile di vita sedentario, caratterizzato dalla paura che qualsiasi attività possa portare ad un nuovo danno e/o dolore. Questo comportamento fa ulteriormente aumentare il costo socio-economico del dolore muscoloscheletrico, dato che la paura del dolore prolunga - e talora aumenta - disabilità, assenteismo e ricorso alle cure sanitarie.

Diagnosi

- I comportamenti di paura ed evitamento possono essere valutati utilizzando:
 - Il Fear Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ) [8], nelle popolazioni cliniche
 - La Pain Anxiety Symptoms Scale (PASS) [4]
 - Il Fear of Pain Questionnaire [5], in popolazioni non cliniche
- La paura dell'attività fisica viene valutata usando la Tampa Scale for Kinesiophobia (TSK) (Miller RP, Kori SH, Todd DD, unpublished report, 1991) [6].
- Di recente è stato inoltre sviluppato il Photograph Series of Daily Activities (PHODA) [3] per determinare la percezione della pericolosità delle attività quotidiane nei pazienti con mal di schiena cronico e costruire una gerarchia dei movimenti temuti.

Trattamento

- L'attività graduale è una strategia efficace per recuperare forma fisica ed ottenere concomitanti effetti positivi sui fattori cognitivi. Concentrarsi direttamente sui fattori cognitivi può promuovere risultati maggiori.
- Durante terapia di esposizione in vivo, i pazienti vengono incoraggiati ad eseguire, sotto supervisione, quelle attività che essi temono particolarmente fino a che si convincono che il movimento può essere effettuato senza che si verifichi la attesa catastrofe. Quando i pazienti verificano che lo svincolarsi dai “comportamenti sicuri” non produce le temute terribili conseguenze, le loro convinzioni catastrofiche vengono smentite, ed essi modificano e correggono l'atteggiamento di aspettativa della paura.
- Si raccomanda la valutazione della paura correlata al dolore, perché queste forme di trattamento sono appropriate unicamente per i pazienti che hanno maggiore probabilità di essere “evitatori” mentre possono essere persino controproducenti per i pazienti in cui i comportamenti di evitamento sono limitati.

Bibliografia

1. Asmundson GJG, Vlaeyen JWS, Crombez G. Understanding and treating fear of pain. Oxford University Press; 2004.
2. Leeuw M, Goossens MEJB, Linton SJ, Crombez G, Boersma K, Vlaeyen JWS. The fear-avoidance model of musculoskeletal pain: current state of scientific evidence. *J Behav Med* 2007;30:77–94.
3. Leeuw M, Goossens ME, van Breukelen GJ, Boersma K, Vlaeyen JW. Measuring perceived harmfulness of physical activities in patients with chronic low back pain: the Photograph Series of Daily Activities—short electronic version. *J Pain* 2007;8:840–9.
4. McCracken LM, Dhingra L. A short version of the Pain Anxiety Symptoms Scale (PASS-20): preliminary development and validity. *Pain Res Manag* 2002;7:45–50.
5. McNeil DW, Rainwater AJ 3rd. Development of the Fear of Pain Questionnaire—III. *J Behav Med* 1998;21:389–410.
6. Roelofs J, Sluiter JK, Frings-Dresen MH, Goossens M, Thibault P, Boersma K, Vlaeyen JW. Fear of movement and (re)injury in chronic musculoskeletal pain: evidence for an invariant two-factor model of the Tampa Scale for Kinesiophobia across pain diagnoses and Dutch, Swedish, and Canadian samples. *Pain* 2007;131:181–190.
7. Vlaeyen JW, Linton SJ. Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art. *Pain* 2000;85:317–32.
8. Waddell G, Newton M, Henderson I, Somerville D, Main CJ. A Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ) and the role of fear-avoidance beliefs in chronic low back pain and disability. *Pain* 1993;52:157–68.

