



Università degli studi di Genova
Facoltà di Medicina e Chirurgia

MASTER IN RIABILITAZIONE DEI DISORDINI MUSCOLOSCHELETRICI
in collaborazione con la Libera Università di Bruxelles

Anno accademico 2008/2009

**“EFFICACIA DI UN APPROCCIO COGNITIVO-
COMPORTAMENTALE IN PAZIENTI CON DOLORE
CRONICO DA COLPO DI FRUSTA”**

RELATORE:
Serena Gattuso

STUDENTE:
Giuseppe Occhipinti

INDICE

ABSTRACT.....	pag.3
INTRODUZIONE.....	pag.4
MATERIALI E METODI.....	pag.6
RISULTATI.....	pag.9
DISCUSSIONE.....	pag.13
CONCLUSIONI.....	pag.19
BIBLIOGRAFIA.....	pag.20

ABSTRACT

OBIETTIVO: lo scopo di questa review è quello di indagare in letteratura se un approccio cognitivo-comportamentale nei pazienti con dolore cronico da colpo di frusta possa avere indicazione e dare risultati di qualche tipo.

MATERIALI E METODI: sono stati raccolti diverse tipologie di studi tramite la Banca Dati elettronica di Medline: Randomized Clinical Trials, Clinical trial, Practice guideline, Review e Case-study. Sono stati inclusi solo gli articoli pubblicati in Pubmed negli ultimi 5 anni e selezionati solo quelli in cui si affrontava e si valutava l'efficacia della terapia cognitivo-comportamentale nei pazienti con colpo di frusta.

RISULTATI: Dalla ricerca sono stati ottenuti 78 studi clinici alcuni dei quali esclusi perché non possedevano le caratteristiche richieste secondo i criteri d'inclusione. 14 gli studi inclusi in questo lavoro. La ricerca si è basata su 1 revisione sistematica, 7 RCT, 2 case-study, 3 studi retrospettivi e 1 studio prospettico non randomizzato.

CONCLUSIONI: Nei pazienti con dolore cronico da whiplash sembra essere indicato un approccio cognitivo-comportamentale il quale includa un'accurata valutazione, tenendo conto anche degli aspetti psicologici come la self-efficacy, l'atteggiamento di catastrofizzazione, ecc. A tale valutazione iniziale, dovrebbe seguire un trattamento che affronti anche eventuali problematiche di tipo comportamentale. Sembra che nella comunità scientifica non venga considerata un'unica tipologia di terapia cognitiva ma comunque, i vari studi mostrano come un approccio cognitivo-comportamentale, qualunque esso sia, porti a dei miglioramenti nei pazienti con dolore cronico a breve e a lungo termine. Inoltre, da questa ricerca risulta che la terapia cognitiva può essere affidata al fisioterapista o ad altre figure professionali come lo psicologo. Infine, è importante sottolineare che la terapia cognitiva potrebbe essere proposta già in fase acuta come strumento efficace nella cura del paziente con whiplash e soprattutto per prevenire la comparsa di dolore cronico.

INTRODUZIONE

Il colpo di frusta è una condizione clinica che si verifica in seguito ad un brusco trasferimento di energia in accelerazione-decelerazione al rachide cervicale, provocato da un incidente automobilistico che può avvenire tramite un tamponamento con impatto posteriore, frontale o laterale. Quindi si tratta di uno degli eventi traumatici statisticamente più frequenti negli incidenti del traffico ed assume una notevole rilevanza epidemiologica e quindi anche economica, per la notevole ricaduta dei costi a carico delle persone, della sanità e delle varie forme di previdenza pubblica e privata. Infatti i costi riguardano non solo le visite mediche, gli esami strumentali e la riabilitazione ma anche le ore di assenza da lavoro cioè i cosiddetti costi indiretti, quindi con un evidente impatto socio-economico. I disordini derivanti dal colpo di frusta vengono denominati in letteratura con il termine di *Whiplash Associated Disorders* (W.A.D.); essi possono manifestarsi immediatamente dopo l'impatto o a distanza di 12-24 ore e possono essere molto vari: i sintomi principali sono sicuramente il dolore e la diminuzione del ROM attivo cervicale. Spesso è presente pure un'alterazione del pattern di reclutamento dei muscoli cervicali profondi. Il quadro clinico viene di frequente accompagnato da disturbi sensoriali come la *dizziness*, l'alterazione del senso di posizione e l'iperalgia locale meccanica. Quest'ultima è un fenomeno fisiologico che ha la funzione di proteggere la zona lesa: esso comporta una percezione di stimoli normalmente non dolorosi come dolorosi. Se tali stimoli nocicettivi si ripetono e vengono mantenuti nel tempo, si passa ad un quadro di iperalgia secondaria o centrale. Sono frequenti tra i W.A.D. anche dei disturbi psicologici quali ansia, depressione, atteggiamento di catastrofizzazione (*catastrofizing*), paura del movimento, ecc. i quali si è visto essere correlati al persistere del dolore e delle disabilità nel tempo. Inoltre può essere presente una reazione da stress post-traumatica cioè un insieme di sofferenze psicologiche importanti come disturbi del sonno, attacchi di panico, comportamenti da evitamento. Quindi vi è una stretta correlazione tra il persistere nel tempo dello

stimolo doloroso con conseguente iperattivazione del S.N.C. e l'instaurarsi di disturbi psicologici nel paziente con dolore cronico e, nello specifico, nel paziente con dolore cronico da colpo di frusta. L'esistenza tra i W.A.D. di disturbi che riguardano anche la sfera psicologica-comportamentale, pone la questione se sia indicato o meno un approccio riabilitativo multidisciplinare. Con il termine multidisciplinare s'intende oltre ad un trattamento puramente "fisico", un trattamento che si occupi in maniera mirata dei disturbi della sfera psicologica.

A tal proposito, non è ancora disponibile una sufficiente conoscenza per quanto riguarda i cambiamenti in positivo grazie a degli interventi multidisciplinari ma poichè l'idea generale è che tali WAD siano di natura complessa, un intervento multimodale viene comunque raccomandato. La terapia cognitiva-comportamentale per il dolore cronico rappresenta una grande varietà di interventi volti a diminuire il dolore e l'angoscia e ripristinare le normali funzioni. Non vi è sostanziale supporto empirico per interventi con terapia cognitivo-comportamentale per persone con dolore cronico; tuttavia, solo pochi studi sono stati condotti con persone con WAD.

Quindi lo scopo della mia tesi è quello di indagare in letteratura se un approccio cognitivo-comportamentale nei pazienti con dolore cronico da colpo di frusta possa avere indicazione e dare risultati di qualche tipo.

MATERIALI E METODI

Strategia di ricerca

Le ricerche sono state effettuate sulla Banca Dati elettronica di Medline.

Sono state usate le seguenti stringhe di ricerca:

- ("Whiplash Injuries"[Mesh])) AND psychological factors[Title/Abstract]
- (Whiplash[Title/Abstract]) AND "Cognitive Therapy"[Mesh]
- (("Self Efficacy"[Mesh])) AND whiplash[Title/Abstract]
- ("Whiplash Injuries"[Mesh]) AND catastrophizing[Title/Abstract]
- (Whiplash[Title/Abstract]) AND psychological factors[Title/Abstract]
- Cognitive therapy AND whiplash

Criteri di inclusione

- Tipologie di studi: Randomized Clinical Trials, Clinical trial, Case-study, Practice guideline, Review.
- Sono stati inclusi solo gli articoli pubblicati in Pubmed negli ultimi 5 anni.
- Sono stati selezionati gli articoli in cui si affrontava e si valutava l'efficacia della terapia cognitivo-comportamentale nei pazienti con colpo di frusta
- Sono stati inclusi gli studi in cui si valutava l'efficacia della terapia cognitivo-comportamentale nei pazienti con whiplash sia in fase acuta che in fase cronica
- Le strategie e le caratteristiche della ricerca sono rappresentate nella Tabella 1

Tabella 1. In tabella vengono riportate le stringhe di ricerca utilizzate, i limiti inseriti e le quantità degli articoli ritrovati e successivamente selezionati.

DATABASE	STRINGA DI RICERCA	LIMITI	N° TROVATI	N° SELEZIONATI
Medline	("Whiplash Injuries"[Mesh]) AND psychological factors[Title/Abstract]	Published in the last 5 years, Clinical trial, Meta- Analysis, Practice guideline, RCT, Review	14	2
Medline	(whiplash[Title/Abstract]) AND "Cognitive Therapy"[Mesh]	Published in the last 5 years, Clinical trial, Meta- Analysis, Practice guideline, RCT, Review	11	5
Medline	(("Self Efficacy"[Mesh]) AND whiplash[Title/Abstract])	Published in the last 5 years, Clinical trial, Meta- Analysis, Practice guideline, RCT, Review	9	3
Medline	("Whiplash Injuries"[Mesh]) AND catastrophizing[Title/Abstract]	Published in the last 5 years, Clinical trial, Meta-	16	2

		Analysis, Practice guideline, RCT, Review		
Medline	(whiplash[Title/Abstract]) AND psychological factors[Title/Abstract]	Published in the last 5 years, Clinical trial, Meta- Analysis, Practice guideline, RCT, Review	15	1
Medline	Cognitive therapy AND whiplash	Published in the last 5 years, Clinical trial, Meta- Analysis, Practice guideline, RCT, Review	13	1

Nota:

Durante la ricerca su Pubmed, sono stati trovati articoli che erano già risultati nelle ricerche precedenti. Quindi, per tale motivo, nella Tabella 1 si nota in alcune ricerche una notevole discrepanza tra gli articoli trovati e quelli selezionati.

RISULTATI

In questa sezione vengono presentati le caratteristiche degli studi selezionati. Una più ampia e dettagliata descrizione può essere trovata nel capitolo dedicato alla discussione.

R. K. Wicksell e coll. (2008) hanno somministrato al gruppo sperimentale un trattamento cognitivo-comportamentale basato sui concetti dell'*Acceptance* e *Exposure* mentre al gruppo di controllo un trattamento cognitivo standard.

Sono state trovate differenze significative a favore del gruppo sperimentale per quanto riguarda la disabilità dovuta al dolore, la soddisfazione nella vita, paura del movimento, depressione, flessibilità psicologica. Invece non è stato trovato nessun cambiamento in entrambi i gruppi nell'intensità del dolore. Infine i miglioramenti del gruppo sperimentale sono stati mantenuti a distanza di 7 mesi.

A. Söderlund e P. Lindberg (2001) hanno sottoposto il gruppo di controllo ad un trattamento di fisioterapia classica basata su esercizi, correzione posturale, TENS, agopuntura, ecc. mentre il gruppo sperimentale ha ricevuto fisioterapia classica (uguale al gruppo di controllo) associata a delle componenti cognitivo-comportamentali. I risultati non rilevano differenze significative tra i gruppi nell'intensità del dolore. Tuttavia, i pazienti del gruppo sperimentale hanno riferito un livello di dolore significativamente più basso rispetto ai pazienti del gruppo di controllo. Al follow-up dopo tre mesi, il gruppo sperimentale ha inoltre riferito migliori livelli di prestazione nelle attività quotidiane. In generale, i pazienti con alti livelli di self-efficacy hanno riferito uno scarso utilizzo di modalità di coping di tipo passivo e mal adattativi, rispetto ai soggetti con livelli più bassi di self-efficacy.

In un RCT di **U. Pato e coll. (2010)** sono stati confrontati 4 diverse modalità d'intervento: infiltrazioni, fisioterapia classica, terapia farmacologica, solo terapia cognitivo-comportamentale. I primi 3 trattamenti erano integrati con terapia

cognitivo-comportamentale. Non sono risultate differenze significative nell'efficacia dei primi 3 trattamenti i quali hanno determinato un importante miglioramento del dolore dopo 2 mesi. La terapia cognitiva aggiunta alle altre terapie, ha avuto un effetto positivo sul risultato, indipendentemente dalle terapie concomitanti però a breve termine. Quindi questo studio sottolinea l'importanza di un approccio multidisciplinare, con enfasi sul supporto psicologico.

L. Bunketorp Kall (2008) ha confrontato due gruppi di intervento: un gruppo con esercizi domiciliari e un gruppo con un programma individualizzato e supervisionato. A tutti i pazienti è stato offerto un programma interdisciplinare che includeva counselling da parte dello psicologo e del fisiatra. E' risultato che la Self-Efficacy influenza il recupero dei pazienti con dolore cronico. Quindi potenziare la Self-Efficacy permetterebbe di acquisire risultati positivi, aumentando la fiducia del pz nello svolgere le ADL e ridurre le sue convinzioni correlate al dolore. In conclusione la pratica della "consulenza riabilitativa" potrebbe essere utile per ottimizzare il trattamento.

In un RCT di **A. Söderlund e coll. (2009)** venivano confrontati 3 gruppi: il gruppo 1 e 2 ricevevano un trattamento cognitivo-comportamentale. Mentre il gruppo 3 riceveva un trattamento di fisioterapia standard basato su esercizi domiciliari. Alla fine dello studio è risultato che le prime cure effettuate durante la fase acuta sono efficaci, evitando lo sviluppo di sintomi futuri. Quindi la prevenzione del dolore cronico nel paziente dopo whiplash, è possibile attraverso adeguate strategie comportamentali.

J. Nijs e coll. (2009) hanno proposto un programma riabilitativo che includeva esercizio fisico e strategie di coping + educazione sulla natura fisiologica del dolore. Si è visto che le strategie di coping attivo hanno avuto risultati positivi, determinando un aumento delle attività di vita quotidiana. Esercizi mirati a minimizzare la

“catastrofizing” sono stati efficaci nel facilitare il ritorno a lavoro. Inoltre un’educazione sull’esatta natura del dolore è risultata efficace nel ridurre l’atteggiamento catastrofico sul dolore, migliorando le aspettative di recupero del paziente.

In un case-study di **A. Söderlund e coll. (2001)** hanno valutato l’efficacia di un trattamento di fisioterapia standard combinato con un trattamento cognitivo basato su 4 fasi (apprendimento di competenze di base, applicazione delle competenze, generalizzazione e mantenimento). Si è arrivati alla conclusione che questo approccio combinato ha ridotto l’intensità del dolore durante le ADL e migliorato la compliance dei pazienti. Inoltre il loro comportamento nel muoversi nello spazio è cambiato verso un uso più ergonomico del corpo nelle ADL. Infine questi miglioramenti sono stati mantenuti nel follow-up (7 mesi).

L. Bunketorp e coll. (2006) hanno messo a confronto due gruppi di intervento: un gruppo con esercizi domiciliari e un gruppo con un programma individualizzato e supervisionato, basato su principi comportamentali. Inoltre, a tutti i pazienti è stato offerto un programma interdisciplinare che includeva counselling da parte dello psicologo e del fisiatra. Si è arrivati alla conclusione che la self-efficacy è un importante fattore predittivo di dolore cronico. I pazienti che avevano una maggiore disabilità, deficitavano di self-efficacy e per tale motivo è stata potenziata da un approccio comportamentale, permettendo ai pazienti di aumentare il loro livello di attività indipendentemente dal dolore e cambiare le loro idee errate sul dolore.

In un RCT di **A. Söderlund e coll. (2000)** sono stati confrontati due gruppi di intervento: un gruppo di trattamento standard (con esercizi domiciliari e consigli comportamentali) e un gruppo di trattamento con esercizi aggiunti (esercizi domiciliari + es. per migliorare la sensibilità cinestetica e la coordinazione dei muscoli cervicali). I dati ottenuti suggeriscono che in entrambi i gruppi, le strategie

comportamentali che enfatizzano le abilità di problem-solving in fase acuta dopo whiplash, possono comportare una minore percezione del dolore. Inoltre il valore predittivo del livello di self-efficacy e i risultati del trattamento di questo studio mostrano che potrebbe essere clinicamente utile mettere più impegno nel supportare la self-efficacy nel pz già in fase acuta. In conclusione, la disabilità percepita dal paziente a causa del dolore e il suo livello di self-efficacy sono dei fattori importanti da identificare e modificare per un management efficace del paziente con WAD.

DISCUSSIONE

Dai diversi studi analizzati, appare chiaro come il fenomeno dell'iperalgia centrale abbia un ruolo cruciale nello sviluppo di disturbi psicologici nel paziente con WAD. Infatti secondo uno studio di Nijs (2009), l'iperalgia centrale coinvolgerebbe diversi siti cerebrali somato-sensoriali i quali possiedono delle strette interconnessioni con aree corticali con funzioni cognitivo-affettive (corteccia prefrontale, amigdala, corteccia cingolata anteriore), addette anche alla percezione e all'esperienza del dolore. Tale coinvolgimento porterebbe ad una evoluzione del dolore cronico in una dimensione psicosociale, portando alla comparsa di vari disturbi psicologici quali paura del movimento, atteggiamento catastrofico, depressione, ecc. Inoltre, in uno studio randomizzato di Bunketorp Kall (2008), si è visto come la sintomatologia dolorosa e i disturbi psicologici avessero tra di loro un rapporto dinamico: il dolore cronico alimentava nel paziente emozioni negative e comportamenti di evitamento e, a sua volta, tali atteggiamenti agivano negativamente sul meccanismo discendente di controllo del dolore. Inoltre lo stesso studio di B. Kall sottolinea come questi disturbi psicologici legati al sintomatologia dolorosa, possono influenzare il recupero del paziente con dolore cronico. Tutto ciò è stato riscontrato anche da altri autori e ha portato la comunità scientifica ad enfatizzare il ruolo della dimensione psicologica nello sviluppo e mantenimento del dolore/disabilità nel paziente con WAD e di conseguenza, ponendo la necessità di un approccio riabilitativo biopsicosociale. Per molti autori, tale approccio implicherebbe, come primo punto di partenza, un'accurata valutazione della dimensione cognitivo-comportamentale. Alcuni studi pongono l'attenzione su alcuni aspetti come la depressione, l'atteggiamento catastrofico e il comportamento di evitamento; invece, altri si concentrano sulla *self-efficacy*. Comunque, tutte queste cognizioni legate al dolore cronico sono state riconosciute come fattori che influenzano in maniera significativa lo stato di salute e la qualità della vita del paziente con WAD.

Per esempio, in alcuni studi si è visto come la depressione e l'atteggiamento catastrofico (*catastrofizing*) influenzano in maniera importante la qualità della vita percepita dal paziente. Infatti l'atteggiamento catastrofico agisce sull'esperienza dolorosa, facendola percepire come più intensa e pronunciata. Tutto ciò porta il paziente a preoccuparsi esageratamente per le eventuali conseguenze negative della situazione e a dubitare anche delle proprie capacità di farvi fronte, andando incontro così ad ansia e depressione. Invece, l'intensità del dolore e la sua durata risultano avere solo un ruolo secondario. Anche uno studio condotto da Britt-Marie Stålnacke suggerisce l'importanza di una valutazione dettagliata che comprendesse anche l'aspetto psicologico, in particolare i sintomi depressivi. Il motivo di tale suggerimento era legato al fatto che tali sintomi risultavano essere presenti anche a distanza di 5 anni dall'incidente.

Altri studi si sono invece concentrati sulla *self-efficacy*, ritenendola il più forte predittore di dolore cronico. La *self-efficacy* viene definita come la convinzione nella propria "capacità di riuscire" in situazioni specifiche. Per esempio, le persone con alta *self-efficacy* hanno maggiori probabilità di visualizzare le operazioni difficili come qualcosa da padroneggiare e non come qualcosa da evitare. In uno studio randomizzato di Bunketorp Kall (2008), risultava che i pazienti con un basso livello di *self-efficacy* avevano un maggior grado di disabilità percepita e si presentavano incerti riguardo le loro capacità e timorosi nello svolgimento delle loro attività di vita quotidiana a causa del dolore. In un RCT del 2001 di Sonderlund e coll., veniva sottolineato come i livelli di disabilità dei pazienti con dolore cronico fossero più fortemente legati alle credenze errate, alla *self-efficacy* e allo stile di coping rispetto all'intensità del dolore e alla cronicità della patologia. Invece i pazienti con dolore cronico che avevano livelli più elevati di *self-efficacy*, riportavano un dolore meno intenso, meno interferenze giornaliere dovute al dolore e livelli di attività più elevati. Risulta interessante anche lo studio di Bunketorp del 2005 in cui la dimensione sensoriale e affettiva del dolore vengono considerate due componenti distinte. Secondo l'autore, ciò può spiegare l'ampia variabilità nella risposta del paziente ad

un colpo di frusta e porta a considerare la necessità di incorporare entrambe le dimensioni nella valutazione del dolore. Per esempio, un dolore descritto come “terrificante” può essere più invalidante di un dolore descritto solo come “fastidioso”, anche se l’intensità è simile. Perciò Bunketorp ritiene che indagando le emozioni e i pensieri associati al dolore del paziente, si ha la possibilità di ottenere preziose informazioni con le quali personalizzare il trattamento, evitando quindi di impostarlo solo attorno a dei disturbi prettamente fisici.

Comunque, tra i diversi studi analizzati, vi è concordanza sul fatto che alla valutazione biopsicosociale del paziente con WAD segua un trattamento che includa un approccio cognitivo-comportamentale. Ovviamente ciascuno studio ha proposto una propria strategia di intervento in linea con i risultati della precedente valutazione e concentrandosi sugli aspetti cognitivi-comportamentali del paziente, ritenuti importanti per l’esito finale del trattamento. Quindi nei diversi studi analizzati, non risulta esservi un’uniformità nella tipologia di approccio cognitivo-comportamentale. In un RCT di Pato e coll., vengono messi a confronto 4 modalità d’intervento: infiltrazioni, fisioterapia classica, terapia farmacologica, terapia cognitivo-comportamentale. I primi 3 trattamenti erano comunque integrati con terapia cognitivo-comportamentale (T.C.C.) la quale era affidata ad uno psicologo e si focalizzava su tecniche di controllo del dolore e dello stress con l’aggiunta di tecniche di rilassamento muscolare. Mentre i trattamenti “fisici” erano realizzati da un fisiatra e da un fisioterapista. Si è visto che non vi sono state differenze significative nell’efficacia dei primi 3 trattamenti i quali avevano determinato un importante miglioramento del dolore dopo 2 mesi. La terapia cognitiva, aggiunta alle altre terapie, ha avuto invece un effetto positivo sull’esito finale del trattamento. Inoltre c’è stato un miglioramento significativo nell’abilità generale a lavoro nei pazienti trattati solo con terapia cognitiva. Quindi questo studio sottolinea l’importanza di un approccio multidisciplinare, con enfasi particolare sul supporto psicologico. Nello studio randomizzato di Sonderlund del 2001, viene invece confrontato un trattamento di fisioterapia standard (esercizi domiciliari, correzione

posturale, TENS, agopuntura) con lo stesso trattamento di fisioterapia combinato con un approccio comportamentale. Esso veniva realizzato da un terapeuta esperto in T.C.C. e si divideva in quattro fasi: una fase prevedeva l'apprendimento di capacità fisiche e psicologiche (tecniche di rilassamento, correzione posturale, ecc.). Le altre due fasi prevedevano un'applicazione e una generalizzazione nella vita quotidiana delle competenze precedentemente acquisite. Infine l'ultima fase consisteva nel mantenimento delle competenze nel tempo cioè i pazienti dovevano scegliere quali erano le attività da svolgere come obiettivi del loro trattamento. Si è visto che il gruppo sperimentale aveva una miglior capacità di gestire il dolore nella vita quotidiana e grazie all'apprendimento di "abilità" comportamentali, era in grado di mantenere tali risultati a lungo-termini. Inoltre, l'aumento della self-efficacy ha determinato un minor coping passivo nei pazienti, portandoli così a controllare attivamente lo stress e a modificare le loro credenze errate riguardo il dolore. Anche in altro studio di Sonderlund (2001), viene proposto un modello per un approccio integrato tra fisioterapia e terapia cognitiva. Il trattamento proposto è simile a quello del precedente studio cioè diviso in quattro fasi (apprendimento di capacità fisiche e psicologiche, applicazione e generalizzazione di tali competenze e mantenimento dei risultati) e realizzato da un fisioterapeuta esperto in T.C.C. I risultati hanno mostrato una riduzione dell'intensità del dolore e un miglioramento della compliance del paziente durante le ADL. Inoltre si è visto che tali miglioramenti venivano mantenuti nel tempo in quanto i pazienti venivano responsabilizzati a cambiare i loro comportamenti autonomamente e ad autovalutarsi in modo tale che i loro stessi progressi li incoraggiassero.

Anche in un RCT di L. Bunketorp Kall (2006), è stata posta attenzione sulla self-efficacy. È stato proposto a tutti i pazienti un trattamento interdisciplinare che si basava su un programma di *counselling*; esso si focalizzava sul potenziamento della self-efficacy ed era eseguito da un fisiatra e da uno psicologo. Tale potenziamento si basava su diverse tecniche comportamentali con le quali i pazienti venivano incoraggiati e motivati allo svolgimento delle loro attività di vita quotidiana. Infatti

essi avevano meno timore del fallimento e mostravano una maggior sicurezza nell'affrontare anche attività precedentemente evitate a causa del dolore. Quindi la self-efficacy influenzava in maniera significativa il recupero dei pazienti con dolore cronico.

Analogamente, in uno studio randomizzato di Bunketorp (2008), si è visto come i pazienti con un basso livello di self-efficacy, avessero una maggiore disabilità. Per tale motivo, è stato proposto un programma di esercizi basati su principi comportamentali, simile a quello realizzato nel precedente studio. Analogamente, veniva proposto un programma di *counselling* eseguito da un fisiatra e da un psicologo con lo scopo di potenziare la self-efficacy dei pazienti. I risultati ottenuti mostravano che aumentare la self-efficacy permetteva di incrementare il livello di attività dei pazienti indipendentemente dal dolore e ciò influiva positivamente sulla qualità della vita e sulla disabilità da loro percepita.

Altri studi hanno rivolto la loro attenzione su altri aspetti psicologici da modificare nei pazienti con WAD. Per esempio, in un RCT di Wicksell e coll. (2008), un team composto da uno psicologo e da un fisiatra proponeva una terapia cognitivo-comportamentale volta a modificare la “flessibilità psicologica” del paziente. Tale terapia prende il nome di *Acceptance and Commitment Therapy* (A.C.T.) ed si basa su particolari strategie cognitive (*Acceptance* ed *Exposure*) le quali hanno lo scopo di incrementare la flessibilità psicologica del paziente (capacità di cambiare o persistere in comportamenti che perseguono i valori che ciascuno ha scelto come importanti). Quindi, attraverso metafore, paradossi ed esercizi di *acceptance*, i pazienti imparavano ad avere un contatto sano con i pensieri, i sentimenti e le sensazioni fisiche che erano state temute ed evitate. Per esempio, i pazienti imparavano a riconoscere le esperienze spiacevoli per quello che erano, piuttosto che per quello che credevano che fossero. Così i sintomi venivano vissuti come meno invadenti, riducendo così la necessità di evitarli. In tal modo, essi acquisivano le competenze necessarie per ricontestualizzare e accettare queste esperienze private e sviluppano una maggiore chiarezza circa i valori personali, impegnandosi così a modificare i

propri comportamenti. In definitiva, tale approccio ha permesso un aumento della capacità funzionale dei pazienti e la severità dei sintomi da stress è diminuita nonostante non fosse il target del trattamento.

Una review di Nijs (2009) si è concentrata invece sulla modificazione delle credenze errate e dei comportamenti inappropriati del paziente con WAD. L'autore ha proposto una terapia cognitiva divisa in due fasi. In una prima fase, il terapeuta doveva cambiare le credenze errate tramite una corretta educazione del paziente sulla vera natura del dolore. Ciò risultava efficace nel ridurre comportamenti di evitamento e/o di catastrofizzazione. Mentre nella seconda fase, proponeva degli esercizi o delle attività al di sotto del dolore, così da distogliere l'attenzione dai sintomi e incoraggiare i pazienti al ritorno alle loro attività di vita quotidiana.

Infine bisogna sottolineare come alcuni studi abbiano dimostrato che già in fase acuta sia molto importante un approccio cognitivo-comportamentale nei pazienti con whiplash. Per esempio, un RCT di Sonderlund e coll. (2000) evidenzia come in fase acuta le strategie comportamentali adottate da un terapeuta esperto in T.C.C. che enfatizzano le abilità di problem-solving e un coping attivo, possono portare ad una minore percezione del dolore. Inoltre il valore predittivo del livello di self-efficacy e i risultati del trattamento mostrano che potrebbe essere clinicamente utile mettere più impegno nel supportare la self-efficacy nel paziente già in fase acuta. Anche uno studio più recente della stessa autrice (A. Söderlund e coll. - 2009), mostra che una terapia cognitiva-comportamentale, simile a quella adottata nel precedente studio, era stata efficace in fase acuta nell'aumentare la self-efficacy e nel ridurre atteggiamenti inappropriati. Secondo l'autrice, in questo modo si era evitato lo sviluppo di dolore cronico in questa tipologia di pazienti.

CONCLUSIONI

Alla luce di questa ricerca, possiamo concludere che un approccio cognitivo-comportamentale nel paziente con dolore cronico da colpo di frusta, risulti essere indicato. I diversi autori sembrano essere concordi sulla necessità di partire da un'accurata valutazione del paziente, tenendo conto anche degli aspetti psicologici come per esempio la self-efficacy, l'atteggiamento di catastrofizzazione, i comportamenti di evitamento, ecc. A tale valutazione iniziale, dovrebbe seguire un trattamento che, oltre a intervenire su dei disturbi "fisici", affronti anche eventuali problematiche di tipo comportamentale.

Da questa ricerca risulta che nella comunità scientifica non viene considerata un'unica tipologia di terapia cognitiva; infatti nei vari studi vengono proposti diversi approcci come per esempio tecniche di controllo del dolore, correzione delle credenze errate, strategie di accettazione, incoraggiamento allo svolgimento di attività mirate, strategie di problem-solving, ecc. Inoltre non sembra che ci sia un accordo su quali disturbi psicologici sia più importante intervenire. Comunque, i vari studi mostrano come un approccio cognitivo-comportamentale, qualunque esso sia, porti a dei miglioramenti nei pazienti con dolore cronico a breve e a lungo termine.

Inoltre, da questa ricerca risulta che la terapia cognitiva può essere affidata al fisioterapista come ad altre figure professionali. Per esempio, in molti studi è stato preferito affidarsi ad uno psicologo accompagnato da un medico fisiatra per quanto riguarda sia l'aspetto valutativo che l'aspetto terapeutico. Mentre nei rimanenti studi analizzati, entrambi gli aspetti venivano affidati ad un terapeuta esperto in terapia cognitiva-comportamentale cioè che aveva già avuto un'esperienza solida in quell'ambito specifico.

Infine, è importante sottolineare che la terapia cognitiva (come dimostrato da due RCT) potrebbe essere proposta già in fase acuta come strumento efficace nella cura del paziente con whiplash e soprattutto per prevenire la comparsa di dolore cronico.

BIBLIOGRAFIA

1. R. K. Wicksell, J. Ahlqvist, A. Bring, L. Melin e G. L. Olsson: Can Exposure and Acceptance Strategies Improve Functioning and Life Satisfaction in People with Chronic Pain and Whiplash-Associated Disorders (WAD)? A Randomized Controlled Trial. *Cognitive Behaviour Therapy* Vol 37, No 3, pp. 169–182, 2008
2. A. Söderlund, P. Lindberg: Cognitive behavioural components in physiotherapy management of chronic Whiplash Associated Disorders (WAD) - A randomised group study. *Physiotherapy Theory and Practise*, 2001; 17: 229-238.
3. Britt-Marie Stålnacke: Relationship between symptoms and psychological factors five years after whiplash injury. *J Rehabil Med* 2009; 00: 00–00
4. M. Sterling. Physical and psychological aspects of whiplash: Important considerations for primary care assessment, Part 2 e Case studies. *Manual Therapy* 14 (2009) e8-e12
5. U. Pato, G. Di Stefano, N. Fravi, M. Arnold, M. Curatolo, B.P. Radanov, P. Ballinari e M. Sturzenegger: Comparison of randomized treatments for late whiplash. *Neurology* (2010);74;1223-1230
6. L. Bunketorp Kall: Psychological determinants of quality of life in patients with whiplash associated disorders – a prospective study. *Disability and Rehabilitation*, 2009; 31(3): 227–236
7. A. Söderlund, A. Bring e P. Åsenlöf: A three-group study, internet-based, face-to-face based and standard- management after acute whiplash associated disorders (WAD) – choosing the most efficient and cost-effective treatment: study protocol of a randomized controlled trial. *BMC Musculoskelet Disord*. 2009; 10: 90.

8. J. Nijs, J. Van Oosterwijck, W. De Hertogh. Rehabilitation of chronic whiplash: treatment of cervical dysfunctions or chronic pain syndrome? *Clin Rheumatol* (2009) 28:243–251.
9. A. Söderlund, P. Lindberg: An integrated physiotherapy/cognitive behavioural approach to the analysis and treatment of chronic Whiplash Associated Disorders, WAD. *Disability and Rehabilitation*, 2001; vol . 23, n.10, 436- 447.
- 10.L. Bunketorp, M. Lindh, J. Carlsson e E. Stener-Victorin. The perception of pain and pain-related cognitions in subacute whiplash-associated disorders: Its influence on prolonged disability. *Disability and Rehabilitation*, March 2006; 28(5): 271 – 279.
- 11.A. Söderlund, C. Olerud e P. Lindberg: Acute whiplash-associated disorders (WAD): the effects of early mobilization and prognostic factors in long-term symptomatology. *Clin Rehabil* 2000; 14; 457.
- 12.B. Börsbo, M. Peolsson, B. Gerdle: The complex interplay between pain intensity, depression, anxiety and catastrophising with respect to quality of life and disability. *Disability and Rehabilitation*, 2009; 31(19):1605–1613.
- 13.Schmitt MA, van Meeteren NL, de Wijer A, van Genderen FR, van der Graaf Y, Helders PJ. Patients with chronic whiplash-associated disorders: Relationship between clinical and psychological factors and functional health status. *Am J Phys Med Rehabil* 2009;88:231–238.
- 14.B. Börsbo, M. Peolsson, B. Gerdle: Catastrophizing, depression, and pain: correlation with and influence on quality of life and health - a study of chronic whiplash-associated disorders. *J Rehabil Med* 2008; 40: 562–569.
- 15.D.Walton J.Pretty J.C.Macdermid. Risk Factors for persistent problems following whiplah injury: results of a systematic review and meta-analysis. *JOSP* 2009.
- 16.M.Curatolo L.Arendt-Nielsen S.Petersen-Felix: Evidence, mechanisms and clinical implication of central hypersensitivity in chronic pain after whiplash injury. *Clin Journ Pain* 2004.

- 17.H. Adams, T. Ellis, W. D. Stanish, M. J. L. Sullivan: Psychosocial Factors Related to Return to Work following Rehabilitation of Whiplash Injuries. *J Occup Rehabil* (2007) 17:305–315.
- 18.L. S. Bunketorp-Kall, C. Andersson e B. Asker. The impact of subacute whiplash-associated disorders on functional self-efficacy: a cohort study. *International Journal of Rehabilitation Research* 2007, Vol 30 No 3.