

Ospedale Senza dolore

La multifattorialità del dolore

Aspetti

Psicologici, etici e culturali

Concetto di cultura

La **cultura** è il mezzo con cui
l'infinita complessità del mondo
viene ridotta a semplicità quotidiana.
Essa offre una mappa che ci indica:

*Come guardare,
Che cosa credere,
Come valutare,
Come comportarci,
Come interpretare
il mondo, gli altri e l'ambiente.* (Minas 2000)

La comprensione del dolore

Le **credenze culturali** relative al dolore rappresentano gli elementi di base della comprensione del dolore da parte del paziente.

Da esse dipende l' **accettazione o il rifiuto** di nuove informazioni o nuove ipotesi di trattamento.

(Williams 1994)

3 concetti base

1°

La nostra **comprensione del dolore**,
ed il modo in cui ci accostiamo ad esso,

È

profondamente

determinato dalla cultura

in cui viviamo.

3 concetti base

2°

Vivendo all'interno di una cultura,
le idee cardine di questa cultura
sono costantemente
e circolarmente rinforzate,
diventando per l'individuo
una sorta di realtà.

3 concetti base

3 °

Il modo con cui una cultura
comprende ed affronta il dolore
è comunque **immutabile**,
almeno per periodi di tempo che
abbracciano i secoli.

La storia del dolore

La storia del significato del dolore è connessa con la storia delle filosofie.

Il **significato del dolore**,
in tutte le epoche ed in tutti i paesi,
è stato definito dalle **idee dominanti**
presenti nelle varie culture ed
ortodossie religiose.

Le radici della nostra cultura

*La nostra cultura del dolore
è radicata nelle idee del
medico-filosofo greco Ippocrate.
Per i greci l'atteggiamento verso il dolore
oscillava tra,
e cercava di bilanciare,
Mente – Corpo – Spirito.*

Cartesio

Con la filosofia di Cartesio
la cultura occidentale introduce
l'idea del **corpo come macchina**
creando un pericoloso dualismo
che resiste tutt'ora
e determina gran parte del cosiddetto
atteggiamento scientifico.

Nietzsche

È il corpo animato *Leib*
che dice all'Io:
“prova dolore” o “prova piacere”
e l'Io non si limita affatto
a provare piacere o dolore,
ma deve pensare.

Il Leib crea lo spirito-che-pensa.

(Così parlò Zorathustra)

Per una definizione del dolore

L'IASP – www.iasp-pain.org

International Association for the Study of Pain,

definisce il dolore come:

*Un'esperienza spiacevole,
a livello sensoriale ed emotivo,
associata ad un danno **reale o possibile**
e descritta come tale.*

Le dimensioni del dolore

Il dolore è un'esperienza soggettiva (F. Curro, 1980)

- **Motivazionale**: evitare o sottrarsi al dolore.
- **Cognitiva**: il ricordo delle esperienze passate.
- **Affettiva**: sentimenti associati al dolore, come *Paura, Ansia, Stress*.
- **Discriminativa**: la risposta allo stimolo nocivo che include *l'inizio, la durata, l'intensità, la qualità e la localizzazione* della percezione fisica spiacevole.

Il contributo di queste dimensioni varia da persona a persona

Gate-Control Theory

La G-CT di Melzack e Wall 1992 (1965) è il primo modello teorico di concettualizzazione del dolore e ritiene che:

Il dolore è sempre soggettivo ed altamente individuale.

Essi sostengono che i meccanismi neurali della spina dorsale agiscono come una porta che può modulare il flusso degli impulsi verso il sistema nervoso centrale in quanto,

i processi cognitivi, come

l'attenzione, l'ansia, l'anticipazione e l'esperienza personale,

componenti del modello individuale dell'attività fisiologica, esercitano una forte influenza sulla percezione e sulla risposta al dolore.

Definizioni dei termini

La teoria della G-CT è basata sui seguenti concetti:

1. **Nocicettivo:** è lo stimolo percepito come dolore.
2. **Dolore:** è il processo percettivo ed è connesso con i vari aspetti della vita mentale – coscienza, apprendimento...
3. **Sofferenza:** è la risposta emozionale ed è associata ai problemi economici, interpersonali e storici del soggetto.
4. **Comportamento:** ossia le attività che vengono messe in atto, quando si sente dolore, per ridurre la sofferenza e per comunicare agli altri la propria sofferenza.

Interventi per far fronte al dolore

I sostenitori della G-CT sostengono che, per far fronte al dolore, occorre:

1. *incoraggiare l'uso di specifiche strategie come l'attenzione diversificata verso l'esterno e l'inattenzione immaginativa,*
2. *aumentare la consapevolezza della persona di saper tener testa al dolore,*
3. *modificare le credenze erranee sul dolore, l'attenzione sul dolore e gli eventi correlati con il dolore, l'eccessiva preoccupazione ed il catastrofismo.*

In pratica la G-CT suggerisce che:

Il modo con cui noi facciamo fronte al dolore dipende dalla valutazione culturale del dolore e riflette le varie strategie di risposta alla sofferenza. *Quindi l'esperienza del dolore non può essere ridotta al semplice stimolo nocicettivo, perché*

i processi cognitivi e culturali possono modificare l'esperienza individuale del dolore e della sofferenza,

come avevano dimostrato le ricerche di Zborowski (1952) e Koopman (1984) sui pazienti ospedalizzati, con dolore acuto, di 4 etnie.

1° - Protestanti anglo-sassoni

- Danno una dettagliata descrizione del dolore
- Dimostrano una scarsa reazione emotiva
 - Restano calmi
- Evitano il pianto o altre manifestazioni perché vengono considerate

Un segno di debolezza

Una richiesta di attenzioni

- Sono orgogliosi di non annoiare gli altri
- Vogliono tener testa da soli al dolore

2° - Italiani

- Danno ampia espressione al dolore
- Descrivono il dolore usando un linguaggio emotivamente molto espressivo
- Ammettono apertamente di non saper tollerare il dolore
- Ritengono naturale il pianto o altre manifestazioni
 - *Sono più interessati ad esprimere il dolore che a descrivere la malattia*
- Puntano sull'aiuto dei familiari per far fronte al dolore

3° - Ebrei

- Sono i pazienti più espressivi ed emotivi
 - Non solo descrivono il dolore, ma anche *l'impatto psicologico* che ha su di loro
 - Il pianto è visto come terapeutico
 - Coinvolgono l'intera famiglia
 - Sono scettici sulla professione medica
- Cambiano facilmente trattamento e medico
 - Sono riluttanti a prendere farmaci

4° - Irlandesi

- Sono i più stoici
- Non hanno parole per descrivere il dolore
 - Non piangono
 - E' un onore saper soffrire
 - Soffrono da soli
- Vanno dal medico troppo tardi
- ***Tollerare il dolore vuol dire sapere gestire una famiglia***
- Sono più interessati alla disabilità che al dolore in sé.

un 5° gruppo – Gli Ispanici

- Il dolore ha un sottofondo religioso
- *Il dolore dipende dal destino personale*
- Il dolore deve essere accettato senza lamentela
- Il pianto è un'espressione accettabile del soffrire e non comporta un'incapacità a tollerare il dolore.
 - Il pianto è visto come un sollievo, non come una richiesta di intervento.

Calterello 1980

Attenzione alle Differenze

- Reazioni simili al dolore da parte di membri di differenti culture non riflettono atteggiamenti simili;
- Reazioni simili possono avere funzioni diverse in culture diverse;
- La gestione del dolore richiede un'organizzazione che tenga conto più:
 - delle differenze individuali del paziente
 - del suo background culturaleche della diagnosi medica (*Bates 1987, Helman 1996 e altri*);
- Quando i professionisti della sanità non condividono con i pazienti gli stessi atteggiamenti verso il dolore, si ha **non-compliance, scarsa partecipazione, motivazioni inadeguate e una relazione povera.**

Fattori individuali

C'è un largo consenso in letteratura (*Jensen & Karoly 1991, Strong 1992, Williams, Robinson & Geisser 1994*) sul fatto che:

- **La conoscenza** degli atteggiamenti e delle credenze del paziente riguardo al dolore sono molto importanti;
- **La valutazione** degli atteggiamenti del paziente verso il dolore debba essere fatta di routine prima di impostare un trattamento;
- Se il paziente sa di avere una parte importante nel controllo del dolore sarà molto più alta la sua compliance ed il suo **coinvolgimento attivo**.

Acculturazione

L'acculturazione è un processo che comprende il cambiamento di:

- *Conoscenze*
- *Atteggiamenti*
- *Credenze culturali*
 - *Valori*
 - *Usi*

che fanno parte del background di un soggetto .

Coping Strategies

Coping = fronteggiare, sopportare, tener testa

Viene definito come:

Un costante cambiamento cognitivo e comportamentale degli sforzi messi in atto per gestire specifiche richieste,

interne od esterne,

che sono percepite come riduttive o eccessive

rispetto alle risorse individuali (Folkmann & Lazarus 1988).

Tutti i soggetti che provano dolore sviluppano strategie per: tollerare, minimizzare o ridurre il dolore.

Sei gruppi di strategie

1. Portare l'attenzione all'esterno;
2. Costruire immagini neutrali;
3. Generare immagini piacevoli;
4. Drammatizzazione del coping;
5. Attività cognitiva ritmica;
6. Riconoscimento del dolore.

*L'efficacia di queste strategie consiste nel **dis-trarre** una quantità di attenzione dallo stimolo nocicettivo.*

Tecniche cognitive

Queste tecniche vengono dette **cognitive** perché influiscono su:

- 1. I processi di pensiero;*
- 2. I cambiamenti nell'attenzione;*
- 3. I contenuti dell'autostima e*

dell'auto-affermazione,

e possono essere definite come uno sforzo **cosciente** di modificare, **non direttamente**, l'esperienza del dolore.

Fattori di cambiamento

I fattori di cambiamento identificati sono:

- *Re-inquadramento cognitivo;*
- *Tregua emotiva;*
- *Assistenza diretta.*

Gli studi (*Snow-Turek, Norris & Tan 1996*)
confermano l'efficacia
delle strategie cognitive
sulla tolleranza al dolore.

In conclusione

Ogniqualevolta noi parliamo
e cerchiamo di cogliere
il significato del dolore
non possiamo ignorare
il bagaglio
intellettuale ed emotivo
della cultura di appartenenza.

In caso contrario

Non ci resta che:

Far da buffoni al dolore

Angosciando

Noi stessi

E gli altri.

(King Lear – W. Shakespeare)