

DOLORE COME SOFFERENZA PSICHICA E FISICA



IL DOLORE PSICHICO E FISICO

- Secondo l' OMS il dolore è definito come *«un'esperienza sensoriale ed emozionale spiacevole associata a danno tissutale, in atto o potenziale o descritta in termini di danno»*
- Composto da una parte sensoriale ed una esperienziale
- È un sistema di difesa (segnale d'allarme per lesione)
- Diventa patologico quando si auto-mantiene perdendo il significato iniziale e diventando una malattia (sindrome dolorosa)
- Può essere utile (se campanello d'allarme) o inutile (se non funge da campanello d'allarme)

TIPI DI DOLORE:

- Pungente, tirante, bruciante, pruriginoso, a sbarra, compressivo, sordo, acuto
- Essendo un'esperienza personale è soggettiva e non facilmente quantificabile
- Solitamente crea disagio fisico, psichico e compassione sociale
- L'esperienza del dolore non può prescindere dalla dimensione affettiva e cognitiva, dalle esperienze passate, dalla struttura psichica e da fattori socio-culturali

DURATA DEL DOLORE:

- Acuto: la componente sensoriale appare più importante (generalmente esiste danno tissutale, dolore scompare con la riparazione del danno)
- Cronico: i fattori affettivi e valutativi assumono rilevanza maggiore (associato a profonde modificazioni della personalità e dello stile di vita)
- Transitorio (assenza danno tissutale, scompare con cessazione stimolo)
- Recidivo (esempio cefalea)
- Persistente (permanenza dello stimolo nocicettivo)

dolore non neoplastico cancro debolezza effetti collaterali

SORGENTE SOMATICA



perdita del lavoro
problemi finanziari
perdita del ruolo in famiglia
stanchezza cronica
insonnia
senso di abbandono
alterazioni dell'aspetto

DEPRESSIONE



**DOLORE
GLOBALE**

difficoltà burocratiche
ritardi nella diagnosi
irritabilità
fallimento terapeutico
medici irreperibili
allontanamento degli amici

RABBIA



ANSIA



paura dell'ospedale o del ricovero preoccupazioni per la famiglia
paura della morte inquietudine spirituale paura del dolore
perdita della dignità e del controllo del proprio corpo incertezza sul futuro

ALCUNI DATI SUL DOLORE CRONICO...

- Il dolore cronico affligge circa il 20% della popolazione adulta europea (più frequente è il mal di schiena, seguito dai dolori articolari e reumatici)
- Simile riscontro emerge dalle statistiche americane, dalle quali emerge che oltre il 50% dei pazienti con dolore cronico ha alle spalle una storia di sofferenza di almeno due anni prima di ricevere una terapia adeguata, mentre un terzo dei pazienti non riceve trattamento efficace



CONSUMO DI FARMACI CONTRO IL DOLORE IN SVIZZERA



- In svizzera il consumo di medicinali contro i dolori è maggiore nelle donne rispetto agli uomini
- Il confronto tra la situazione del 1997 e quella del 2007 evidenzia una sostanziale stabilità in Ticino, mentre nel resto della Svizzera si è assistito ad un incremento del consumo di questo genere di farmaci in entrambi i sessi compreso tra l'1.5% e il 5%

TABELLA 1

Percentuale di persone che dichiarano di aver consumato almeno una volta dei medicinali contro i dolori negli ultimi 7 giorni per regione, per sesso, 1997, 2002, 2007

		Uomini	Donne	Totale
		%*	%*	%*
Cantone Ticino	1997	14.4	21.2	18.0
	2002	11.6	17.9	14.9
	2007	14.2	22.4	18.6
Svizzera francese	1997	17.6	26.0	22.1
	2002	15.0	24.5	20.1
	2007	19.1	31.1	25.2
Svizzera tedesca	1997	11.3	18.1	14.8
	2002	9.5	15.7	12.6
	2007	14.7	22.4	18.6
Svizzera	1997	12.9	20.2	16.7
	2002	10.8	18.0	14.5
	2007	15.7	24.4	20.1

Svizzera: n=18711 (2007) n=19666 (2002) n=12995 (1997)

%* percentuale ponderata

Cantone Ticino: n=1515 (2007) n=1524 (2002) n=1106 (1997)

Fonte: Ufficio federale di statistica, Indagine sulla salute in Svizzera

DOLORE PSICHICO o MENTALE

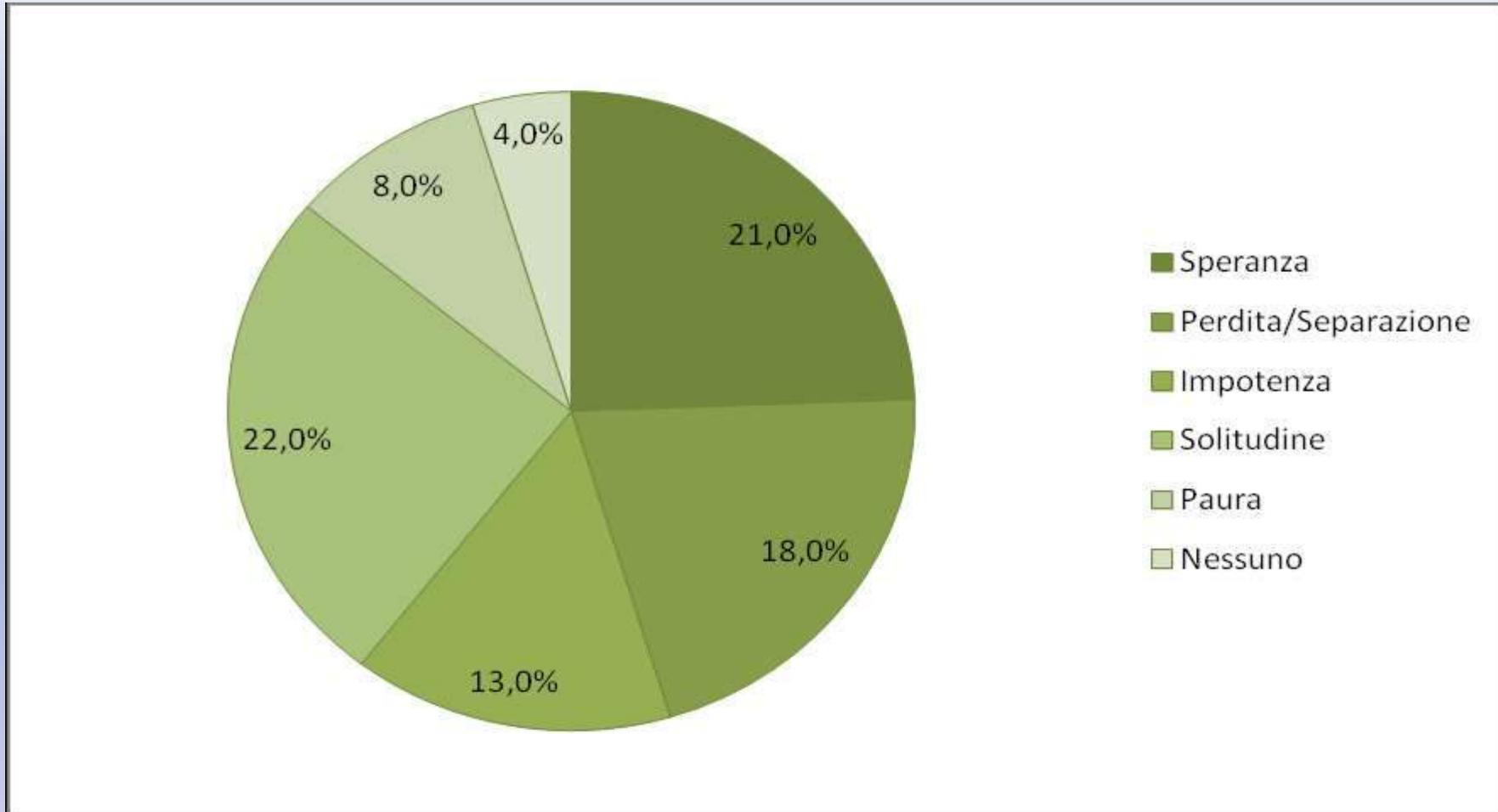
- Il dolore psichico è un sentimento oscuro, difficile da definire: è un fenomeno misto in cui il dolore fisico e psichico sono collegati tra loro e si influenzano reciprocamente
- Il dolore fisico viene influenzato dallo stato psichico di una persona (quindi presenta anche una componente psichica). La sensazione di dolore risulterà più intensa laddove lo stimolo provocherà uno stato affettivo spiacevole e una pulsione avversativa

Tipologie di dolore psichico:

- **Dolore psichico come esperienza della perdita:** riconducibile all'espressione "*Vorrei, ma non è possibile*" (stare con la persona amata, vivere una certa realtà, ecc.).
- **Dolore, depressione e lutto**
- **Dolore mentale e dispiacere:** il dispiacere è associato ad investimento nei ricordi legati al dolore (immagini di memoria dell'oggetto ostile), il dolore corrisponde ad un'esperienza di rottura dei dispositivi di protezione della mente e non è oggetto di rappresentazione mentale

SENTIMENTI ASSOCIATI AL DOLORE

(Discrepanza tra l'aspetto ideale e quello attuale/reale)



OGGETTIVAZIONE DEL DOLORE

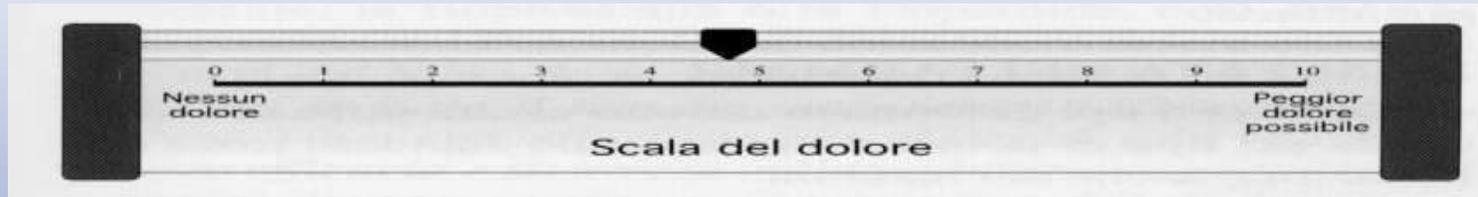
- Secondo il filosofo Schopenhauer, l'oggettivazione del dolore è associata alla riflessione della volontà. Corpo e volontà coincidono (corpo inteso come strumento usato dalla volontà per oggettivarsi, e da questo rapporto nasce il dolore)
- La volontà incarnata nel corpo produce sofferenza nell'uomo che incessantemente è spinto a perseguire desideri e aspirazioni. L'uomo non può fare a meno di essere soggetto della volontà per cui non può fare a meno di desiderare e quindi essere insoddisfatto. Ed è proprio questa insoddisfazione che genera dolore

(Spunti tratti da opere del filosofo Schopenhauer)



VALUTAZIONE MISURAZIONE DEL DOLORE

- **Scala NRS** (Numeric Rating Scale), scala numerica per la valutazione del dolore



- **Scala del dolore di Wong-Baker** (persone con declino cognitivo)



- **Scala VDS** (soggettiva, in cui al pz si propongono un susseguirsi di aggettivi che quantificano il dolore e che lo stesso pz sceglierà)
- Esistono tanti altri tipi di scale del dolore...

GESTIONE E TERAPIA DEL DOLORE

- Terapia farmacologica (Antidolorifici / Psicofarmaci / Antidepressivi)
- Fisioterapia / Osteopatia / Biorisonanza
- Medicina tradizionale cinese / Fitoterapia / Agopuntura / Shiatsu
- Ipnosi / Musicoterapia / Euritmia curativa
- In Ticino, centro del dolore , Ospedale Italiano a Lugano con consulti presso OBV

CASO CLINICO SIGNORA X.X.

- Nata nel 1942 (74 anni), Residente a Chiasso
- Iniziati interventi nel 2010 solo per E.D.
- Nel 2013 potenziati aiuti ACD per 3/7 igiene 1/7 c/s
- Utente gestisce in autonomia la terapia (stupefacenti)
- Vive con marito, rapporti conflittuali
- Abuso etilico.
- Ha una figlia X. che abita ad Arogno con il marito e i due figli, nel 2014 ha avuto un intervento chirurgico importante cerebrale, che ha diminuito le sue potenzialità e le concrete possibilità di aiuto per la madre
- Altro figlio morto 10 anni fa (tumore), del quale utente non parla quasi mai

Diagnosi:

- SPLENECTOMIA PER ADENOCARCINOMA SIEROSO DELL'OVAIO CON METASTASI PERITONEALI E VISCERALI (3/14)
- ISTERECTOMIA E RESEZIONE DEL SIGMA (4/14) TRATTATA CON CICLO DI CT
- EMBOLIA POLMONARE PREGRESSA (1/14)
- CADUTE RECIDIVANTI CON FRATTURA DELL'OMERO SX E FRATTURA RADIODISTALE SX E FRATTURA COMPOSTA GINOCCHIO DX (10/13)
- POLIARTROSI (FRATTURA OSTEOPOROTICA VERTEBRALE L2-L5 TRATTATA CON CIFOPLASTICA (11/13)
- INSUFFICIENZA VENOSA AI
- TIROIDECTOMIA TOT 1999 IN TRATTAMENTO SOSTITUTIVO
- UTILIZZO INADEGUATO DI ETILE
- TABAGISMO

Terapia farmacologica:

MST 10 MG	2+0+2
VOLTAREN 75MG	1+1+1
LYRICA 100 MG	1+0+1
ELTROXIN 0,1MG	1+0+0
ELTROXIN 0,5MG	1+0+0
PANTOZOL 40MG	1+0+0
CALCIMAGON	1+1+0
TEMESTA 1MG	0+0+0+1
REMERON 30MG	0+0+0+1
PARAGOL	20ML+0+20ML
LAXOBERON GH	15 GH
DAFALGAN 1GR	IR MAX 4/DIE



Le terapie vengono AUTOGESTITE

Risorse:

- Attuale unica risorsa informale risulta essere il marito X: si occupa dei pasti con la moglie, di fare la spesa, trasporti per visite mediche, dei pagamenti, di piccole faccende domestiche, del ritiro medicinali in farmacia.
Il marito si lamenta delle continue richieste e lamentele da parte della moglie, ha un carattere poco comunicativo che non rende possibile un confronto realistico rispetto il problema conflittuale con la moglie
- Figlia e genero presenti come supporto morale
- Seguita da IOSI OBV
- Opera Prima su mandato

Dolore fisico dell'utente:

- Verbalizza sovente dolori persistenti e diffusi
- Focalizza ogni argomento rispetto al dolore
- Spesso passa il tempo a letto coricata (posizione che le allevia i dolori)
- Terapia farmacologica gestita in modo discontinuo (soprattutto le riserve)
- Deambulazione rallentata e instabile
- Diminuzione funzionalità articolare e muscolare
- Diminuzione dell'autonomia nelle BADL e IADL

Dolore psichico dell'utente:

- Attenzione focalizzata sul dolore
- Modalità di accoglienza frettolosa con lamentele generali
- Irritabilità, scontrosità, sarcasmo
- Disinteresse verso altre attività
- Tendenza a negatività e ipercriticità verso terzi
- Frustrazione, senso di impotenza, depressione, disillusione
- Preoccupazione per il futuro, mancanza di speranza
- Sensazione di limitazione del proprio agire
- Forte stato d'ansia
- Acriticità rispetto al proprio comportamento scontroso

Interventi proposti:

- Proposto in più occasioni AIUTO DI SUPPORTO CON PSICOTERAPEUTA, ma utente ha sempre rifiutato non ritenendolo un aiuto. Ha già avuto in passato un supporto, dopo la morte del figlio
- Proposta di FISIOTERAPIA (rifiutata)
- Proposto CD VACALLO ed altre TERAPIE ALTERNATIVE come l'Agopuntura. Inizialmente ben accolte dall'utente ma rifiutate al momento di concretizzarle
- OBV ONCOLOGIA: utente è stata visitata dal Medico del CENTRO DEL DOLORE ma in seguito ha interrotto i rapporti (mancanza di fiducia, frustrazione)

THE END

EQUIPE SUD... CHIASSO CENTRO