

XII EDIZIONE □□□■

MALATTIA DOLORE E RETE TERRITORIALE

IL DIRITTO DEL PAZIENTE AD ESSERE CREDUTO



RETE TERAPIA DEL DOLORE - MILANO

La sfumata linea di separazione tra dolore psicologico e dolore fisico

Prof. Gianluca Castelnuovo, PhD, PsyD



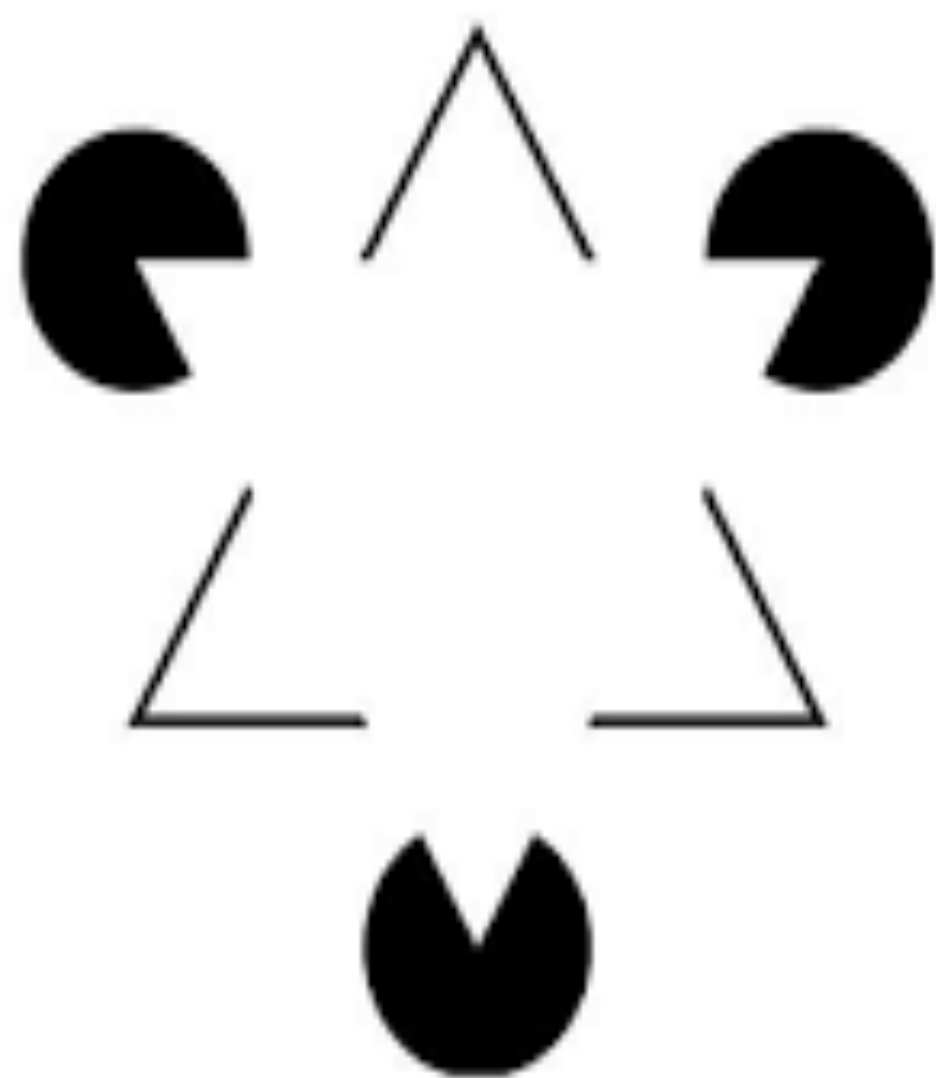
Dipartimento di Psicologia
Università Cattolica del Sacro Cuore
Milano

**Servizio e Laboratorio di Psicologia
Clinica**

Ospedale San Giuseppe
IRCCS Istituto Auxologico Italiano

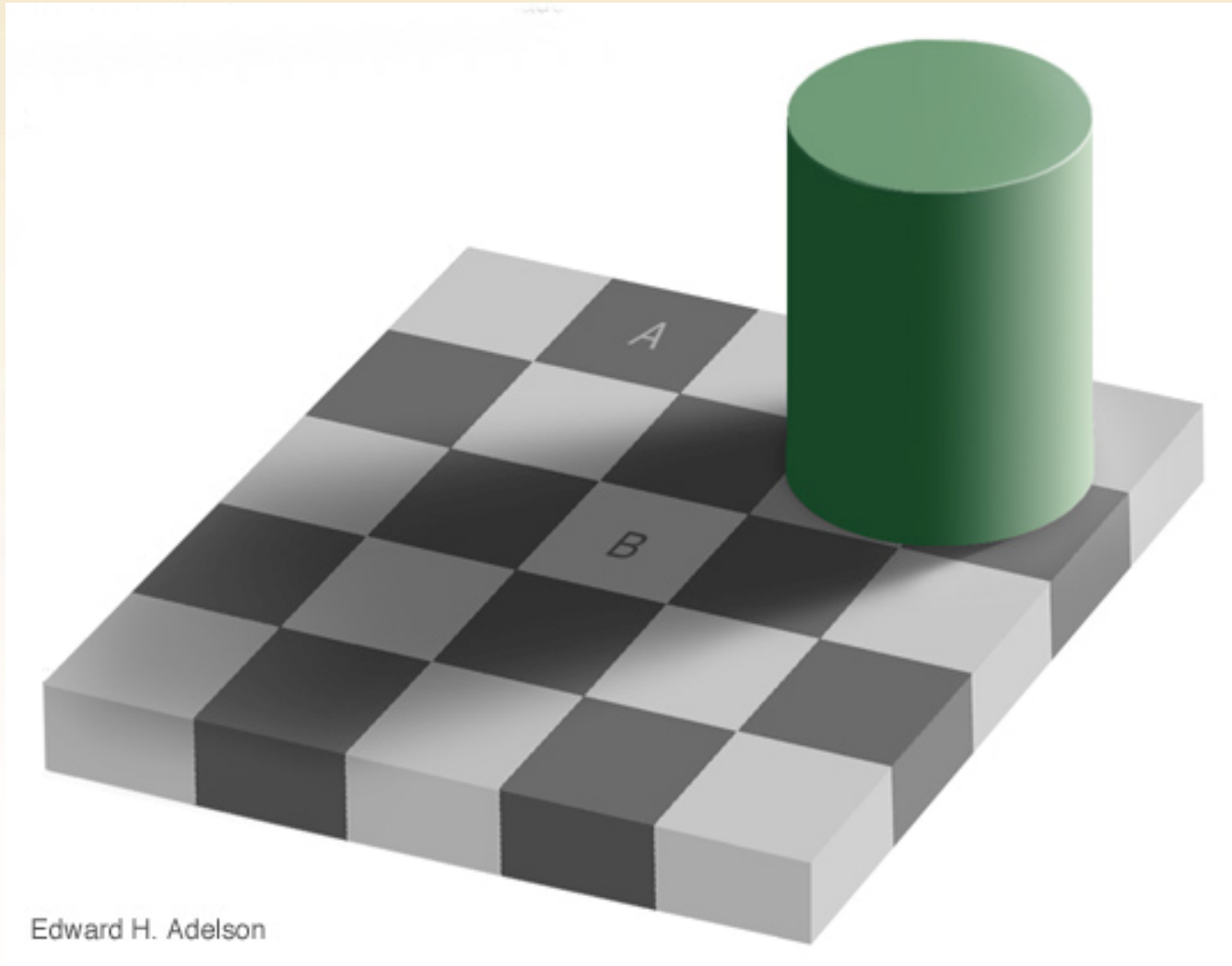




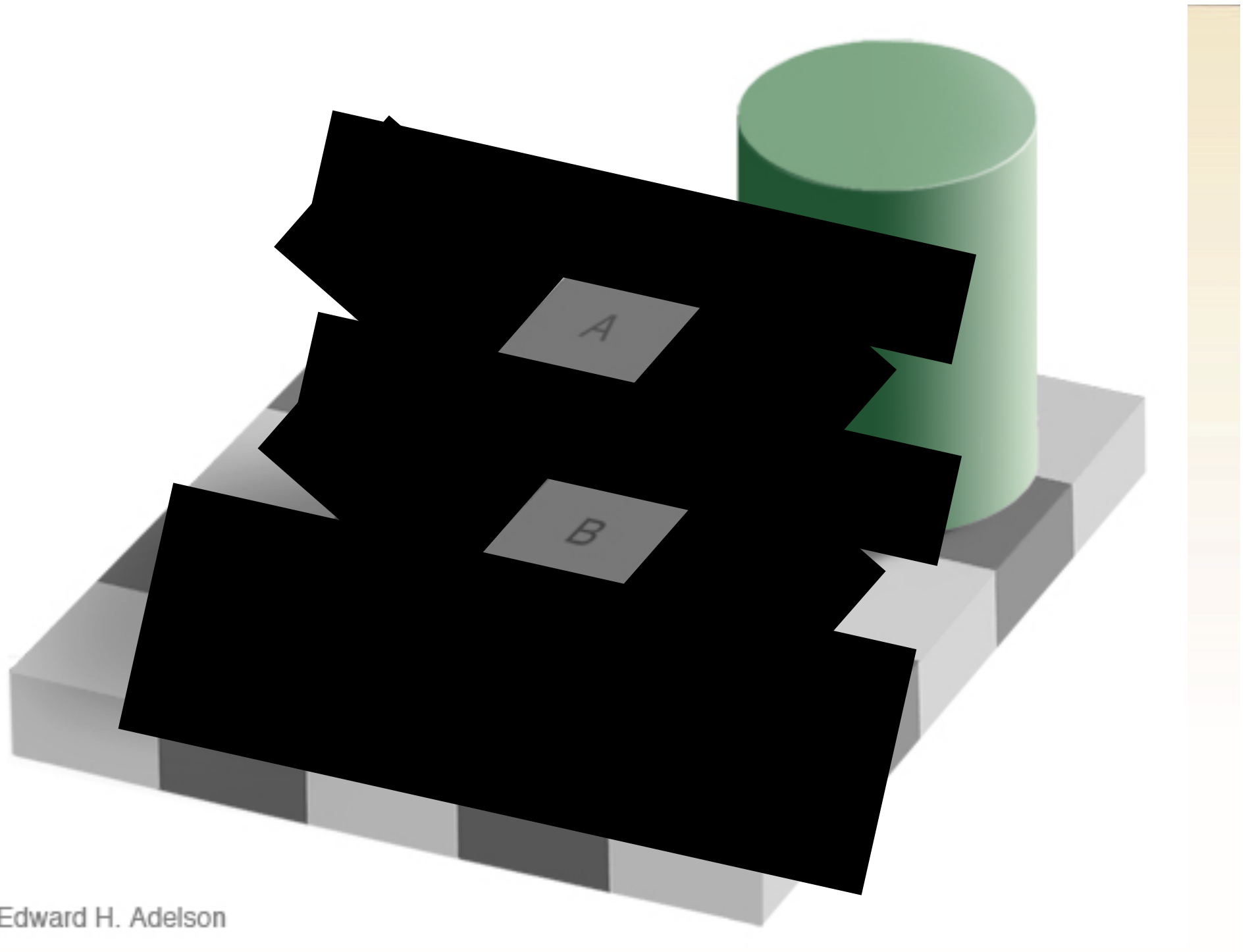




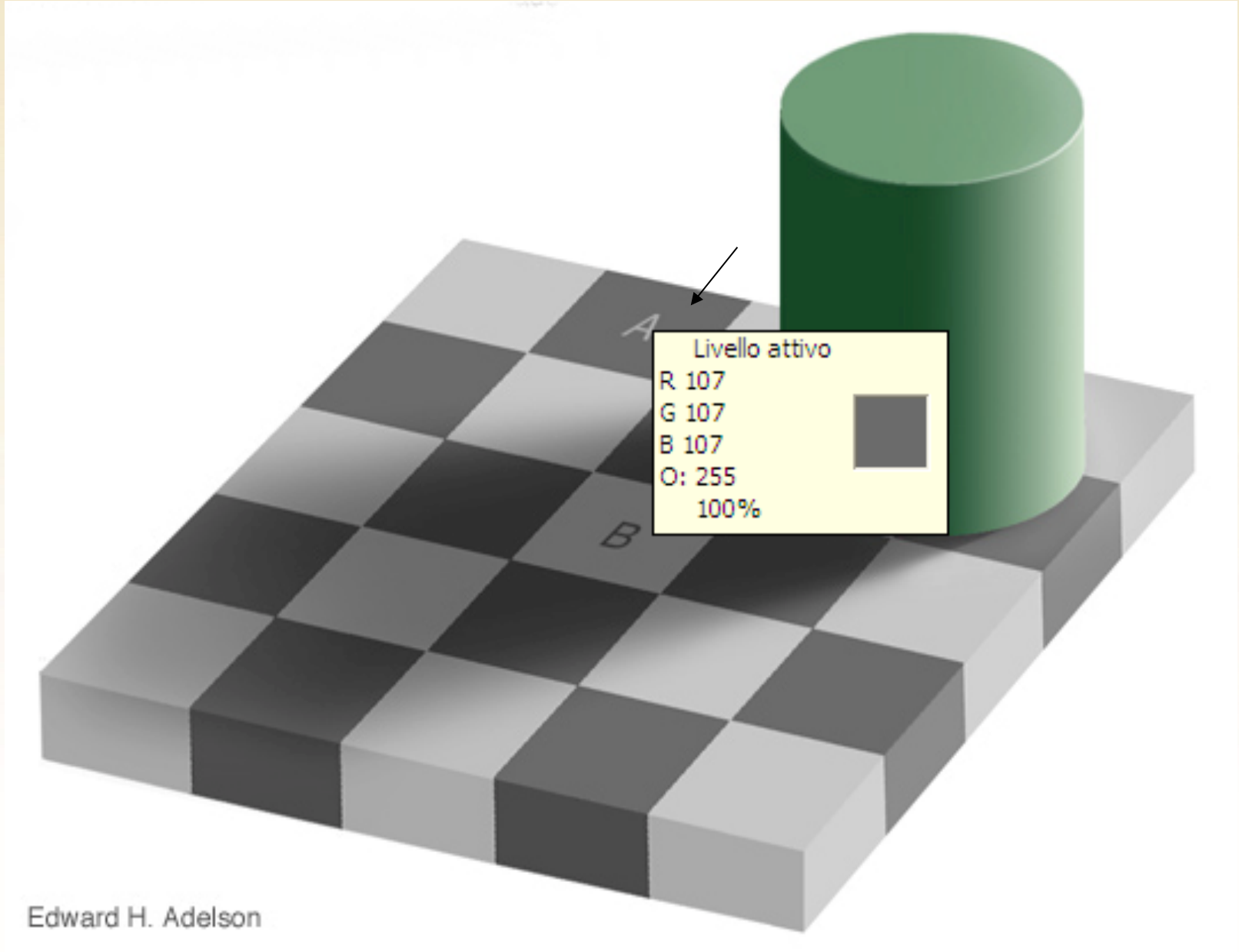
Il quadratino A è scuro come il B?



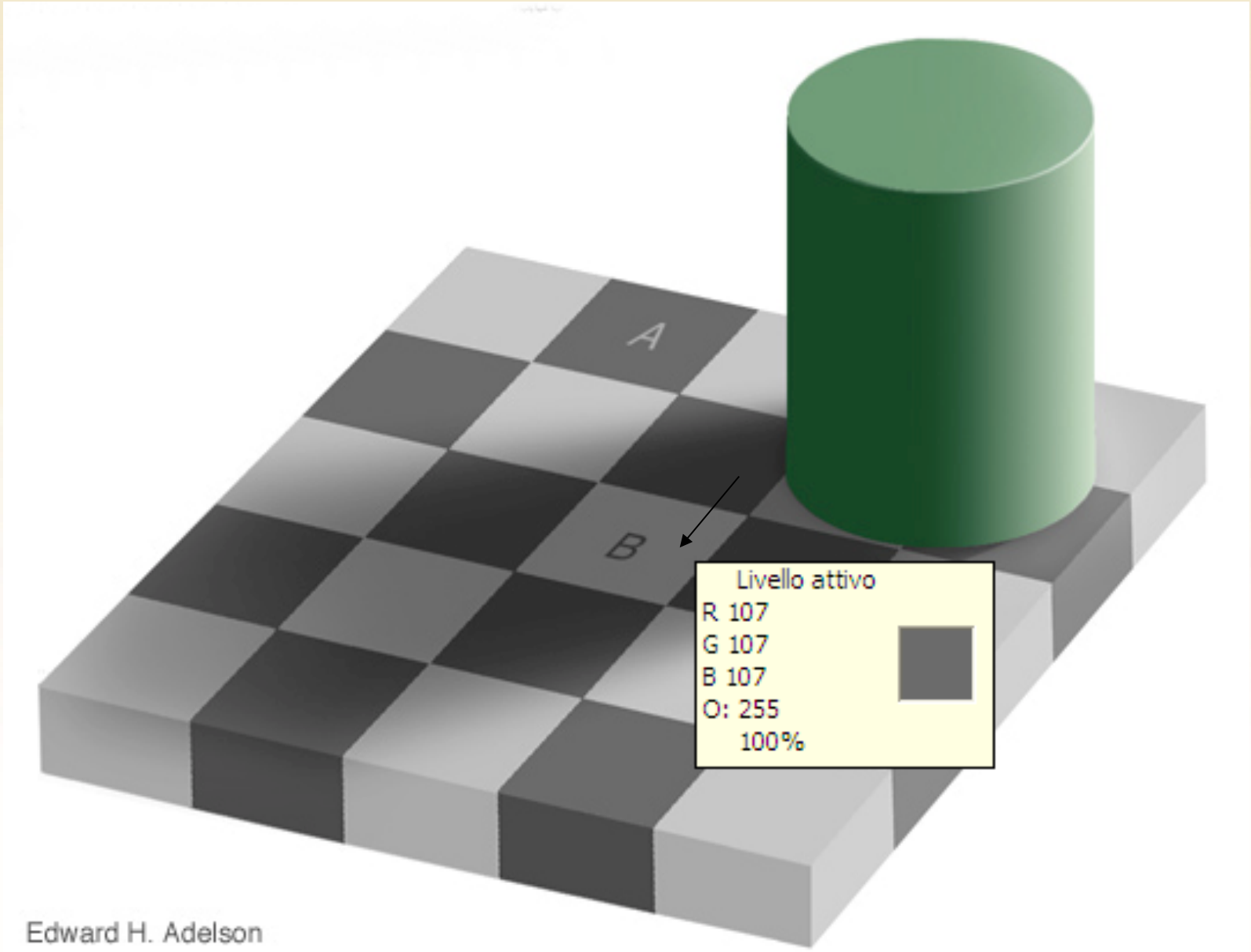
Edward H. Adelson



Edward H. Adelson



Edward H. Adelson



Edward H. Adelson

Il dolore

Prospettiva bio-psico-sociale



Esperienza sensoriale ed emotiva spiacevole associata ad un danno tissutale reale o potenziale, o descritta con riferimento a tale danno¹



Dolore come esperienza multidimensionale

¹Merskey, Bogduk (1994). *Classification of chronic pain. Description of chronic pain syndromes and definition of pain terms*. Seattle: IASP Press

Il dolore va oltre la dimensione sensoriale-nocicettiva

Review

STORIA DELLE TEORIE DEL DOLORE

HISTORY OF PAIN THEORIES

Mirko Silvestrini, Claudio A. Caputi
SOD Medicina del Dolore
Azienda Ospedaliero-Universitaria,
Ospedali Riuniti di Ancona

Volume 20 PATHOS Nro 3, 2013

Il concetto di “sofferenza”, a questo punto, rappresenterebbe un aspetto imprescindibile sia per la ricerca sia per la clinica. Ricongiungendo la dimensione **psicologica** a quella sensoriale-nocicettiva, gli attuali paradigmi del dolore conferiscono piena dignità alla **sofferenza** e al vissuto soggettivo. Si rende perciò necessaria l’implementazione nell’odierno paradigma del dolore di diversi costrutti psicologici capaci di analizzare **il vissuto relazionale e affettivo, le emozioni e gli stili di coping** del paziente con dolore cronico. A riprova di ciò, la clinica del dolore insegna che “l’abolizione della

Il dolore va oltre la dimensione sensoriale-nocicettiva

Review

STORIA DELLE TEORIE DEL DOLORE

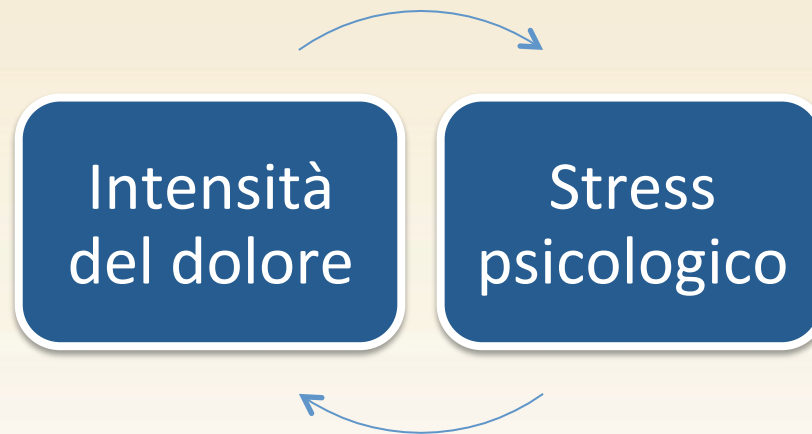
HISTORY OF PAIN THEORIES

Mirko Silvestrini, Claudio A. Caputi
SOD Medicina del Dolore
Azienda Ospedaliero-Universitaria,
Ospedali Riuniti di Ancona

Volume 20 PATHOS Nro 3, 2013

nico. A riprova di ciò, la clinica del dolore insegna che “l’abolizione della sola componente nocicettiva potrebbe non essere sufficiente a far dire al paziente che non ha più dolore. Egli continuerà a lamentarsi, e alla domanda riduttiva del curante, focalizzata sulla scomparsa del sintomo dolore, risponderà di esserne ancora affetto, essendo fusi, nella mente del malato, il concetto di dolore sintomo e dolore malattia (sofferenza). Il dolore diviene in questo caso una modalità comunicativa di richiesta d’affetto”.⁸

Fattori psicologici e intensità dolore



- Relazione bidirezionale
- Stress psicologico = ansia e depressione
- Percezione influenzata anche da *allessitimia* e *anxiety sensitivity* (la paura dell' arousal neurovegetativo)

Wood et al., (2011). *Psychological factors contributing to perceptions pain intensity after acute orthopaedic injury*. Injury, 42; 1214–1218

Dolore post-operatorio in Riabilitazione

- Alta incidenza → Elevati costi sociali e medici
- Variabili psicosociali sono i migliori predittori dei costi medici dei ricoveri
- Tutti i professionisti dell' équipe di cura possono intervenire su questi fattori.



DeBerard et al., (2003). *Presurgical biopsychosocial variables predict medical and compensation costs of lumbar fusion in Utah workers' compensation patients*. The Spine Journal, 3; 420-429

Dolore post-operatorio in Chirurgia Ortopedica

Riconoscere e valutare

La valutazione precoce dei fattori correlati al dolore e delle variabili che possono portare al rischio di sviluppare dolore cronico permette una migliore presa in carico della persona

Strumenti di screening:

- Depressione: *Beck Depression Inventory*
- Ansia: *State Trait Anxiety Inventory*
- Catastrofismo: *Pain Catastrophizing Scale*
- Paura/evitamento: *Fear Avoidance Belief Questionnaire*
- Paura del movimento: *Tampa Scale for Kinesiophobia*

Strumenti di ampia valutazione del dolore:

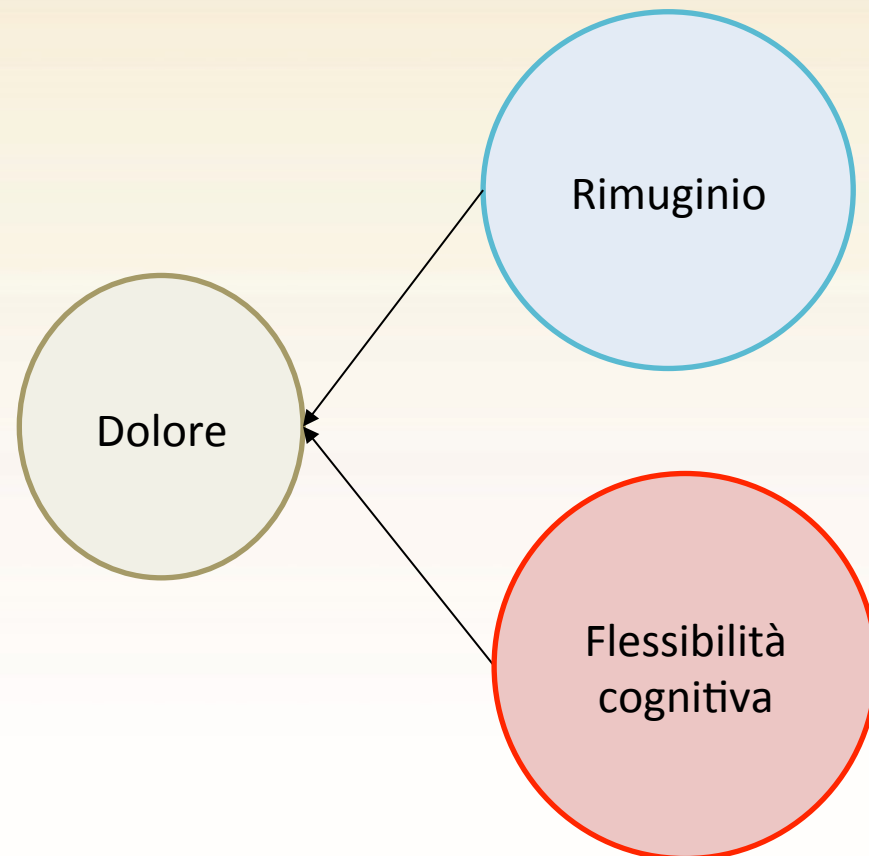
- *McGill Pain Questionare (MPQ)*
- *Questionario Italiano del Dolore (QUID)*

I fattori predittivi del dolore in Ortopedia: una ricerca longitudinale

- Obiettivo: Valutare il valore predittivo di dolore iniziale, variabili psicosociali e funzioni esecutive rispetto al dolore pre e post - operatorio
- Partecipanti: 177 pazienti in attesa di intervento chirurgico per operazioni ortopediche
- Setting Humanitas San Pio X (Milano)
- Questionari:
 - Dolore: Numeric Rating Scale
 - Ansia e depressione: Cognitive Behavioral Assessment – Hospital (CBA-H)
 - Catastrofismo: Pain Catastrophizing Scale
 - Paura del movimento: Tampa Scale for Kinesiophobia (TSK)
 - Flessibilità cognitiva: Trial Making Test

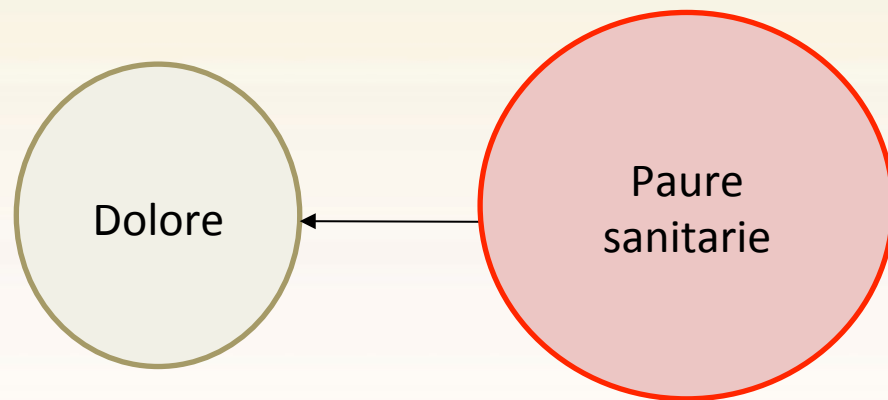
Risultati: dolore pre – operatorio

- ✓ Correlazioni significative tra dolore e **ansia**, **depressione**, **catastrofismo** e **flessibilità cognitiva**
- ✓ I migliori predittori del dolore pre – operatorio sono la scala **rimuginio** del Pain Catastrophizing Scale e la **flessibilità cognitiva** misurata con il TMT-A



Risultati: dolore post - operatorio

- ✓ Correlazioni significative tra dolore e ansia, depressione, catastrofismo e paura del movimento.
- ✓ Il miglior predittore del dolore post – operatorio è la scala paure sanitarie del questionario CBA – H



GRUPPO n. 11 – STRATEGIE DI COPING, PSICOTERAPIA E TERAPIE COGNITIVO- COMPORTAMENTALI

A cura di Gianluca Castelnuovo, Emanuele Giusti,
Gian Mauro Manzoni, Donatella Saviola, Enrico Molinari

*Aspetti psicologici connessi al dolore da considerare
durante un percorso di neuroriabilitazione*

- È necessario prestare attenzione sia a fattori comuni, in particolare **depressione, ansia e catastrofismo**, sia ai fattori specifici dei diversi disturbi. L'intervento è tanto più efficace quanto è in grado di **prendere in carico la persona nella sua totalità, considerando anche l'ambiente** in cui la persona vive e le relazioni che intrattiene con **caregivers e familiari (GPP)**.
- Il dolore cronico muscoloscheletrico è associato ad **evitamento delle attività, rabbia e incertezza per il futuro (C)**.
- La **depressione (B) l'ansia e il catastrofismo (C)** sono fattori predittivi del dolore associato a patologie neurologiche.

Dolore post-operatorio e Riabilitazione

Un intervento multidisciplinare è il trattamento maggiormente efficace

Psicoterapie

```
graph TD; A[Psicoterapie] --- B[ ]; B --- C[Terapia cognitivo - comportamentale]; B --- D[Biofeedback]; B --- E[Mindfulness]; B --- F[Ipnosi]; B --- G[Terapia di gruppo];
```

Terapia cognitivo
-
comportamentale

Biofeedback

Mindfulness

Ipnosi

Terapia di gruppo

Dolore post-operatorio in Chirurgia Ortopedica e psicoterapie

Le terapie psicologiche hanno ***triplice azione***:

- **Riduzione** dell' intensità del **dolore**
- **Trattamento** dei **fattori psicologici** correlati al dolore (es. depressione, ansia, catastrofismo, coping, ecc.)
- **Trattamento** delle **comorbidità** psicologiche e **psicopatologiche**

Neuroscienze, psicologia e dolore

Neuroscience and Biobehavioral Reviews 39 (2014) 61–78



Contents lists available at [ScienceDirect](#)

Neuroscience and Biobehavioral Reviews

journal homepage: www.elsevier.com/locate/neubiorev



Review

Psychological processing in chronic pain: A neural systems approach



Laura E. Simons^{a,b,c,*}, Igor Elman^d, David Borsook^{a,c}

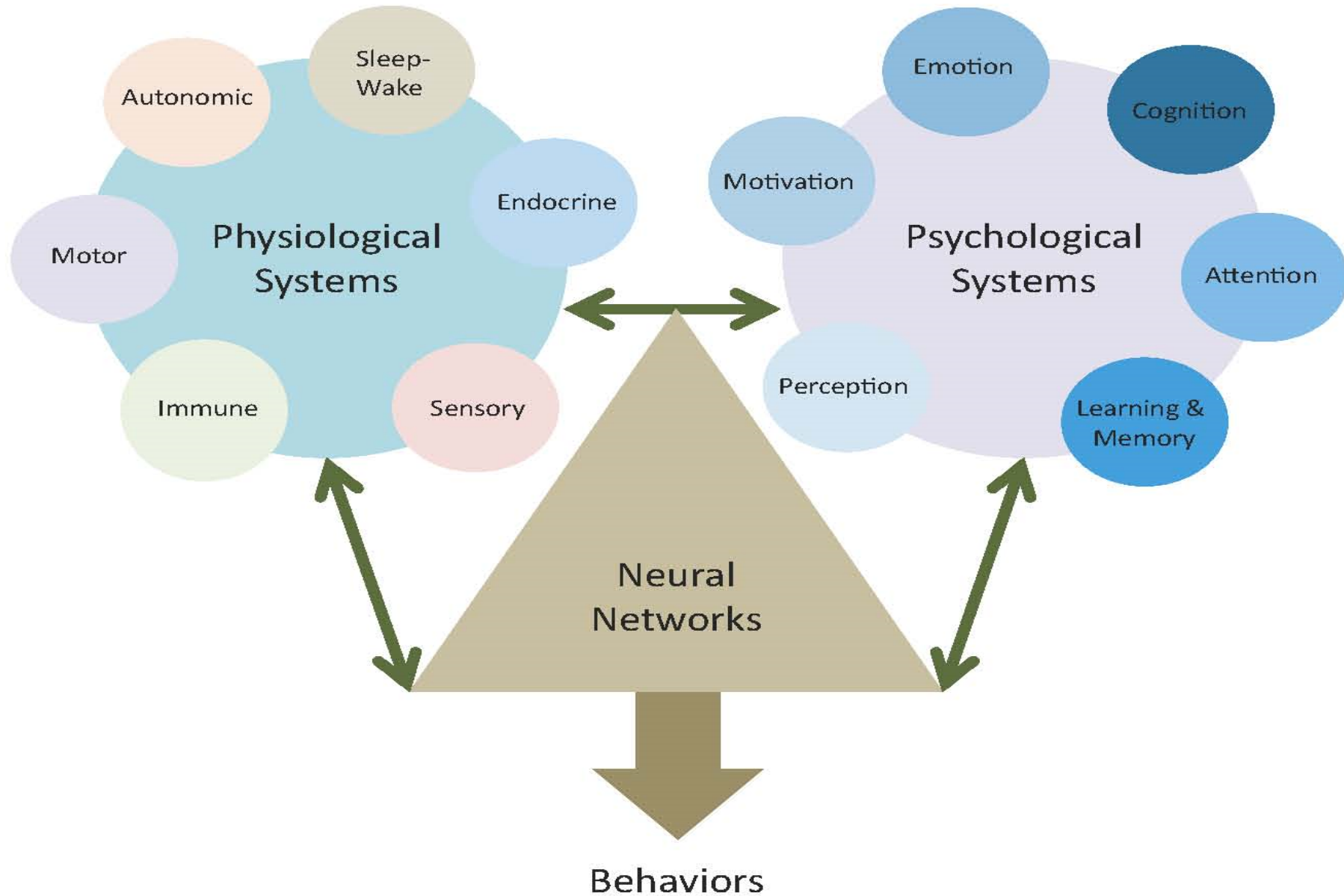
^a Center for Pain and the Brain, P.A.I.N. Group, Boston Children's Hospital, United States

^b Department of Psychiatry, United States

^c Harvard Medical School, United States

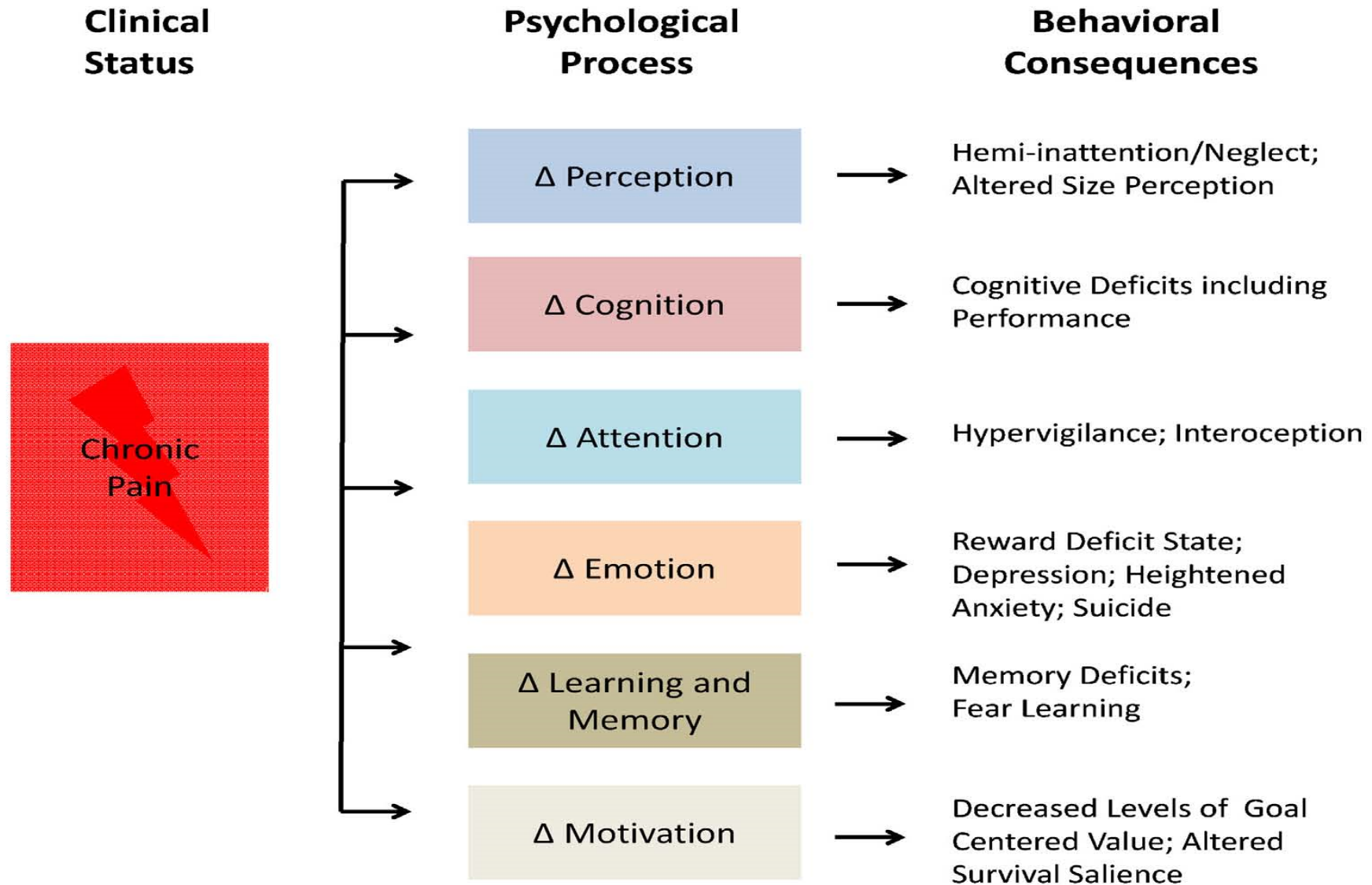
^d Veterans Administration, United States

Neuroscienze, psicologia e dolore



Neuroscienze, psicologia e dolore

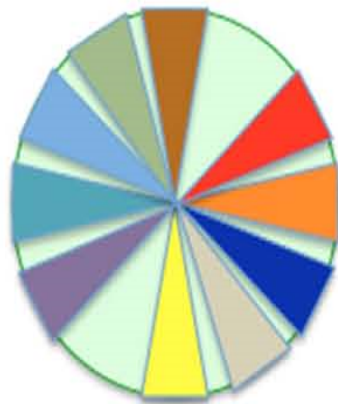
L.E. Simons et al. / Neuroscience and Biobehavioral Reviews 39 (2014) 61–78



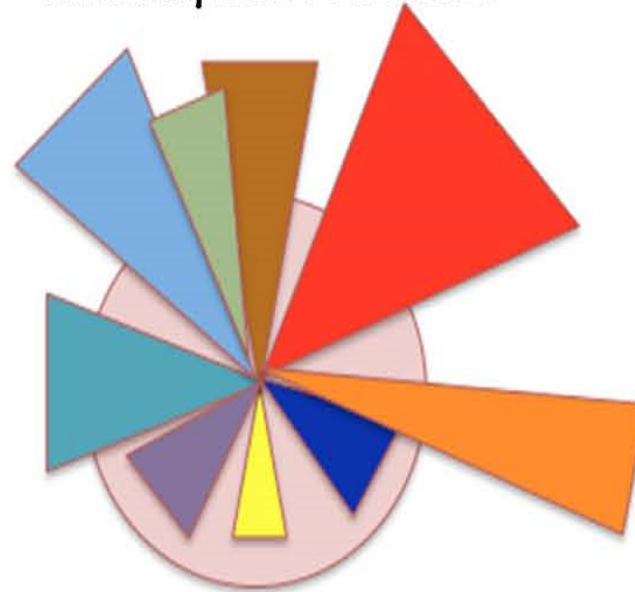
Neuroscienze, psicologia e dolore

L.E. Simons et al. / *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* 39 (2014) 61–78

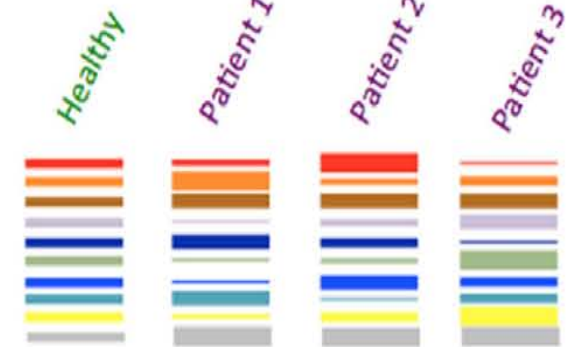
Healthy Adaptive Processes



Chronic Pain Maladaptive Processes



Chronic Pain Individual Responses



- | | |
|---|---|
|  Pain intensity |  Sleep Disturbance |
|  Pain Unpleasantness |  Depression |
|  Autonomic Disturbance |  Anxiety |
|  Sex Drive |  Motor Activity |
|  Appetite |  Cognitive Dysfunction |

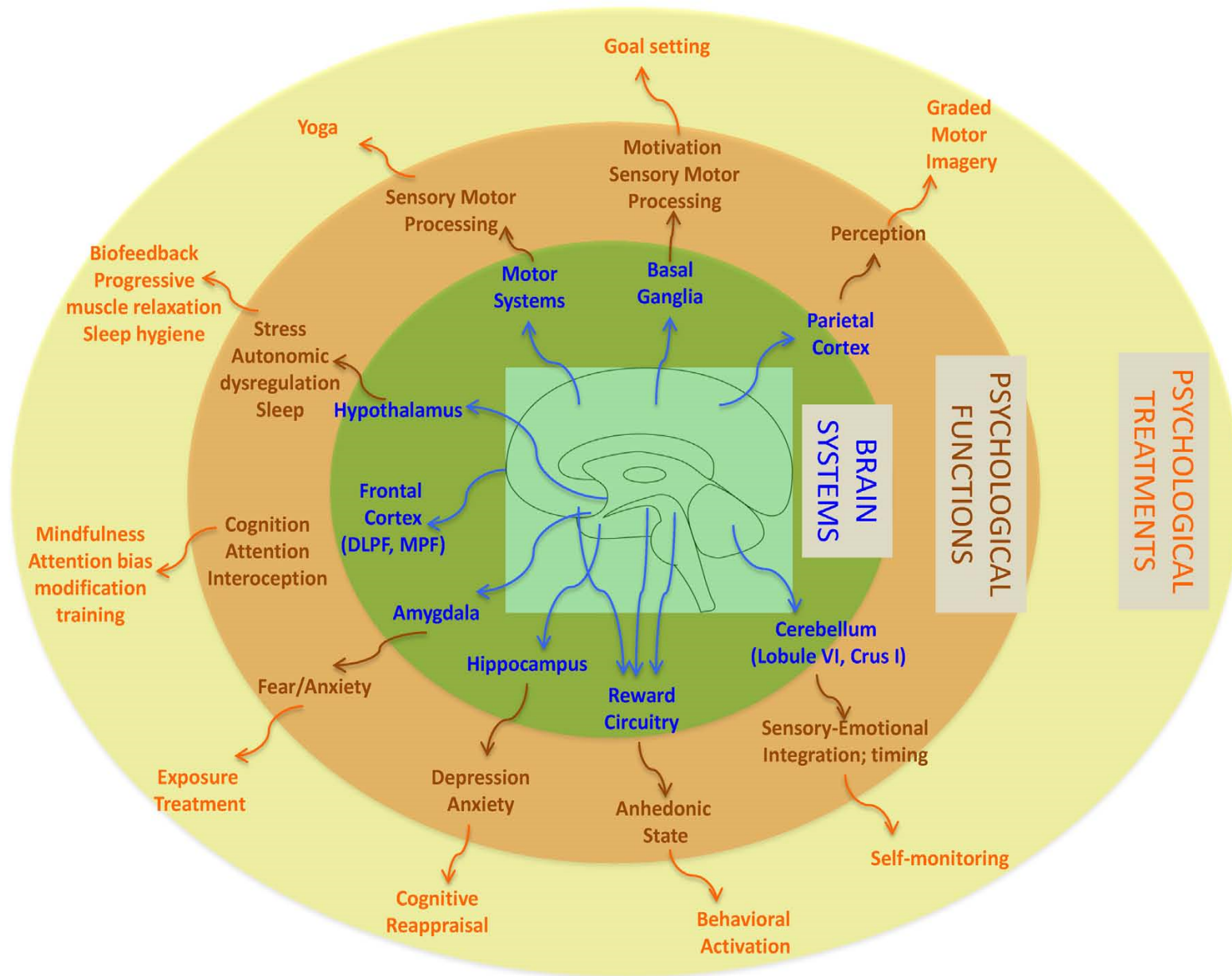


Fig. 5. From brain systems to psychotherapeutic targets. A network of brain systems underlies alterations in psychological function in the chronic pain state. This figure shows specific psychological treatments that target alterations in psychological function across brain systems.

Psychological therapies for the management of chronic pain

Department of Anesthesiology,
Stanford University, Palo Alto,
CA, USA

Therapeutic modality	Pain disorder
Operant-behavioral therapy	Complex regional pain syndromes, lower back pain, mixed chronic pain, whiplash-associated disorders
Cognitive-behavioral therapy	Cancer, chronic lower back pain, chronic headaches, chronic migraines, chronic orofacial pain, complex regional pain syndromes, fibromyalgia, HIV/AIDS, irritable bowel syndrome, mixed chronic pain, nonspecific heart pain, multiple sclerosis, nonspecific musculoskeletal pain, osteoarthritis, rheumatoid arthritis, spinal cord injury, systemic lupus erythematosus, whiplash-associated disorders
Mindfulness-based stress reduction	Arthritis, cancer, chronic lower back pain, chronic headache, chronic migraine, complex regional pain syndromes, fibromyalgia, irritable bowel syndrome, rheumatoid arthritis, chronic neck pain
Acceptance and commitment therapy	Musculoskeletal pain (full body, lower back, lower limb, neck, upper limb), whiplash-associated disorders

Therapeutic modality	Description of treatment
Operant-behavioral therapy	Treatment focuses on extinguishing maladaptive behavioral responses and fostering of adaptive behavioral responses to pain. Behavioral responses are altered through reinforcement and punishment contingencies and extinction of associations between threat value of pain and physical behavior.
Cognitive-behavioral therapy (CBT)	Treatment applies biopsychosocial approach to pain that targets behavioral and cognitive responses to pain. CBT protocols involve psychoeducation about pain, behavior, and mood, strategies for relaxation, behavioral pacing, behavioral activation, positive event scheduling, effective communication, and cognitive restructuring for distorted and maladaptive thoughts about pain.
Mindfulness-based stress reduction	Treatment promotes a nonjudgmental approach to pain and uncoupling of physical and psychological aspects of pain; teaches "nonstriving" responses to pain through experiential meditations and daily mindfulness practice intended to increase awareness of the body and proprioceptive signals, awareness of the breath, and development of mindful activities.
Acceptance and commitment therapy	Based on psychological flexibility model, treatment focuses on development of acceptance of mental events and pain and ceasing of maladaptive attempts to eliminate and control pain through avoidance and other problematic behaviors; emphasizes awareness, defusion, and acceptance of thoughts and emotions as well as behavioral engagement in pursuit of personal goals.

Psychological Treatment of Chronic Pain

Robert D. Kerns,^{1,2} John Sellinger,^{1,2}
and Burel R. Goodin¹

¹VA Connecticut Healthcare System, West Haven, Connecticut 06516, and ²Department of Psychiatry, Yale University, New Haven, Connecticut 06520; email: Robert.kerns@va.gov

SELF-REGULATORY APPROACHES

Biofeedback

Relaxation Training

Hypnotherapy

Mindfulness

BEHAVIORAL APPROACHES

Operant Behavioral Therapy

Fear Avoidance

COGNITIVE-BEHAVIORAL THERAPY

ACCEPTANCE AND COMMITMENT THERAPY

GRUPPO n. 11 – STRATEGIE DI COPING, PSICOTERAPIA E TERAPIE COGNITIVO- COMPORAMENTALI

A cura di Gianluca Castelnuovo, Emanuele Giusti,
Gian Mauro Manzoni, Donatella Saviola, Enrico Molinari

Trattamenti psicologici e psicoterapie nel dolore in neuroriabilitazione

- Le psicoterapie sono in grado di agire su tre livelli: **cura delle comorbidità psicopatologiche** eventualmente presenti (depressione), **miglioramento degli aspetti psicologici** che concorrono a mantenere il dolore e **riduzione del dolore percepito**.
- Per il dolore cronico sono consigliati gli interventi di **mindfulness (A)**, la **terapia cognitivo-comportamentale individuale, di gruppo** o somministrata per via telematica **(B)** e la **Acceptance and Commitment Therapy (C)**. Possono essere inoltre utilizzati interventi di **biofeedback (GPP)**.
- In alcuni casi l' **ipnosi (D)** e la **realtà virtuale (GPP)** risultano efficaci.

Aspetti psicologici utili nel trattamento del dolore cronico

-l' efficacia a volte carente della comunicazione specialistica

Spesso si utilizza un linguaggio “troppo medico”, causa principale delle difficoltà di comprensione tra medico e paziente; conoscere la denominazione esatta della malattia non è sufficiente, serve una spiegazione, è necessario contenere le preoccupazioni del paziente e le sue ansie, anche perché lasciarlo andare a casa spaventato per la diagnosi appena ricevuta potrebbe essere pericoloso (Shone, 1994).

Il paziente deve essere aiutato a esprimere una descrizione del dolore che lo affligge prestando attenzione anche alle sensazioni che esso provoca.

PERSPECTIVE

Etiquette-Based Medicine

Michael W. Kahn, M.D.

Patients ideally deserve to have a compassionate doctor, but might they be satisfied with one who is simply well-behaved? When I hear patients complain about doctors, their criticism often has nothing to do with not feeling understood or empathized with. Instead, they object that “he just stared at his computer screen,” “she never smiles,” or “I had no idea who I was talking to.” During my own recent hospitalization, I found the Old World manners of my European-born surgeon — and my reaction to them — revealing in this regard. Whatever he might actually have been feeling, his behavior — dress, manners, body language, eye contact — was impeccable. I wasn't left thinking, “What compassion.” Instead, I found myself thinking, “What a professional!” and even

quaint or anachronistic, but it is at the heart of the mission of other service-related professions. The goals of a doctor differ in obviously important ways from those of a Nordstrom's employee, but why shouldn't the clinical encounter similarly emphasize the provision of customer satisfaction through explicit actions? A doctor who has trouble feeling compassion for or even recognizing a patient's suffering can nevertheless behave in certain specified ways that will result in the patient's feeling well treated. How could we implement an etiquette-based approach to patient care?

The success achieved by Peter Pronovost and colleagues in solving a different kind of complex problem — reducing the likelihood of central-line infections in critical care patients¹ — provides

meeting with a hospitalized patient:

1. Ask permission to enter the room; wait for an answer.
2. Introduce yourself, showing ID badge.
3. Shake hands (wear glove if needed).
4. Sit down. Smile if appropriate.
5. Briefly explain your role on the team.
6. Ask the patient how he or she is feeling about being in the hospital.

Such a checklist has the advantages of being clear, efficient to teach and evaluate, and easy for trainees to practice. It does not address the way the doctor feels, only how he or she behaves; it provides guidance for trainees

ETIQUETTE-BASED MEDICINE

La medicina basata sull' etichetta prima che sull' evidenza....

PERSPECTIVE

ETIQUETTE-BASED MEDICINE

Etiquette-Based

Michael W. Kahn, M.D.

Patients identify a competent physician who is simply I hear patients and doctors, they nothing to understand. Instead, they stared at him and said, “she never saw an idea who I was playing my own game. In my opinion, I found the founders of my European — and my revealing in ever he might feel, his manners, both tact — was left thinking,

Instead, I found myself thinking, “What a professional” and even

1. Ask permission to enter the room; wait for an answer.
2. Introduce yourself, showing ID badge.
3. Shake hands (wear glove if needed).
4. Sit down. Smile if appropriate.
5. Briefly explain your role on the team.
6. Ask the patient how he or she is feeling about being in the hospital.

hood of central-line infections in critical care patients¹ — provides

only how he or she behaves; it provides guidance for trainees

hospitalized pa-

sion to enter the room for an answer.

Introduce yourself, showing

s (wear glove if

smile if appropri-

tain your role on

ent how he or she

out being in the

list has the ad-

ng clear, efficient

uate, and easy for

ctice. It does not

the doctor feels,

only how he or she behaves; it

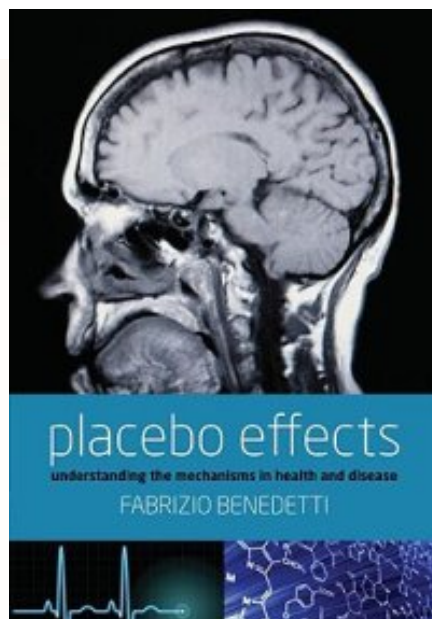
provides guidance for trainees

Il trattamento del dolore

Effetto placebo: un valido alleato

Il placebo non è un imbroglio né una truffa terapeutica, ma un **efficace mezzo terapeutico**, e negli ultimi anni la ricerca ha chiarito molti punti della sua neurofisiologia e neurochimica.

Si è scoperto per esempio che la *comparsa dell'effetto placebo si associa anche all'espressione di oppioidi come le endorfine.*



Pain and the context

Elisa Carlino, Elisa Frisaldi and Fabrizio Benedetti

www.nature.com/nrrheum

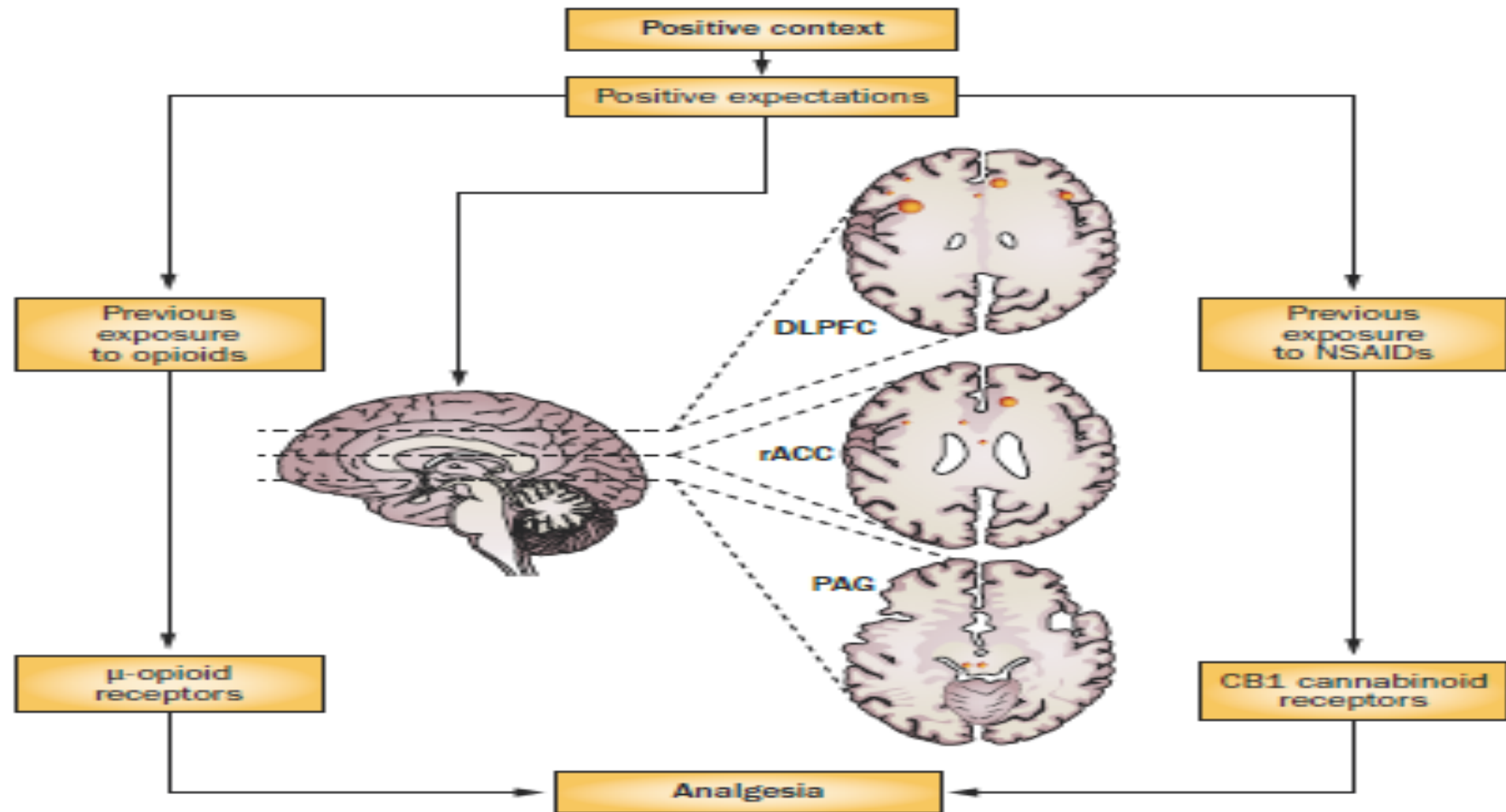


Figure 1 | The positive context. A positive therapeutic context induces positive expectations, which activate different brain regions, including the DLPFC, the rACC and the PAG. This is an inhibitory pain modulating network that can be mediated by two different neurochemical receptor systems, either the μ -opioid receptors or the cannabinoid receptor 1, depending on previous exposure to pharmacological agents. Abbreviations: DLPFC, dorsolateral prefrontal cortex; PAG, periaqueductal grey; rACC, rostral anterior cingulate cortex.

Pain and the context

Elisa Carlino, Elisa Frisaldi and Fabrizio Benedetti

www.nature.com/nrrheum

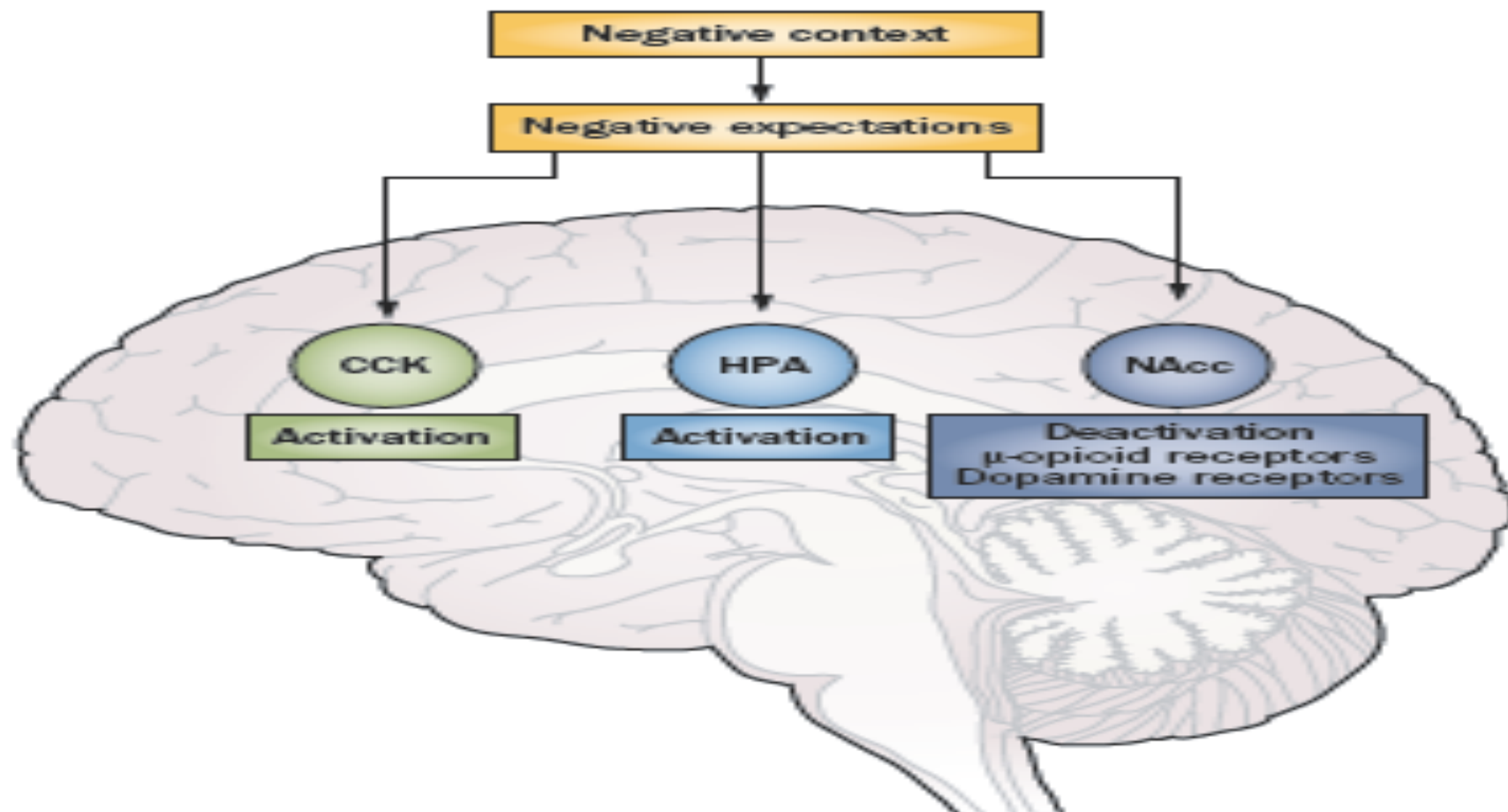


Figure 2 | The negative context. A negative context induces negative expectations and activates CCK, which has a facilitating effect on pain transmission, and the HPA, which is related to anticipatory anxiety. Negative expectations also reduce μ -opioid receptor and dopamine receptor signalling in the NAcc. Abbreviations: CCK, cholecystokinin; HPA, hypothalamic–pituitary–adrenal axis; NAcc, nucleus accumbens.

Pain and the context

Elisa Carlino, Elisa Frisaldi and Fabrizio Benedetti

www.nature.com/nrrheum

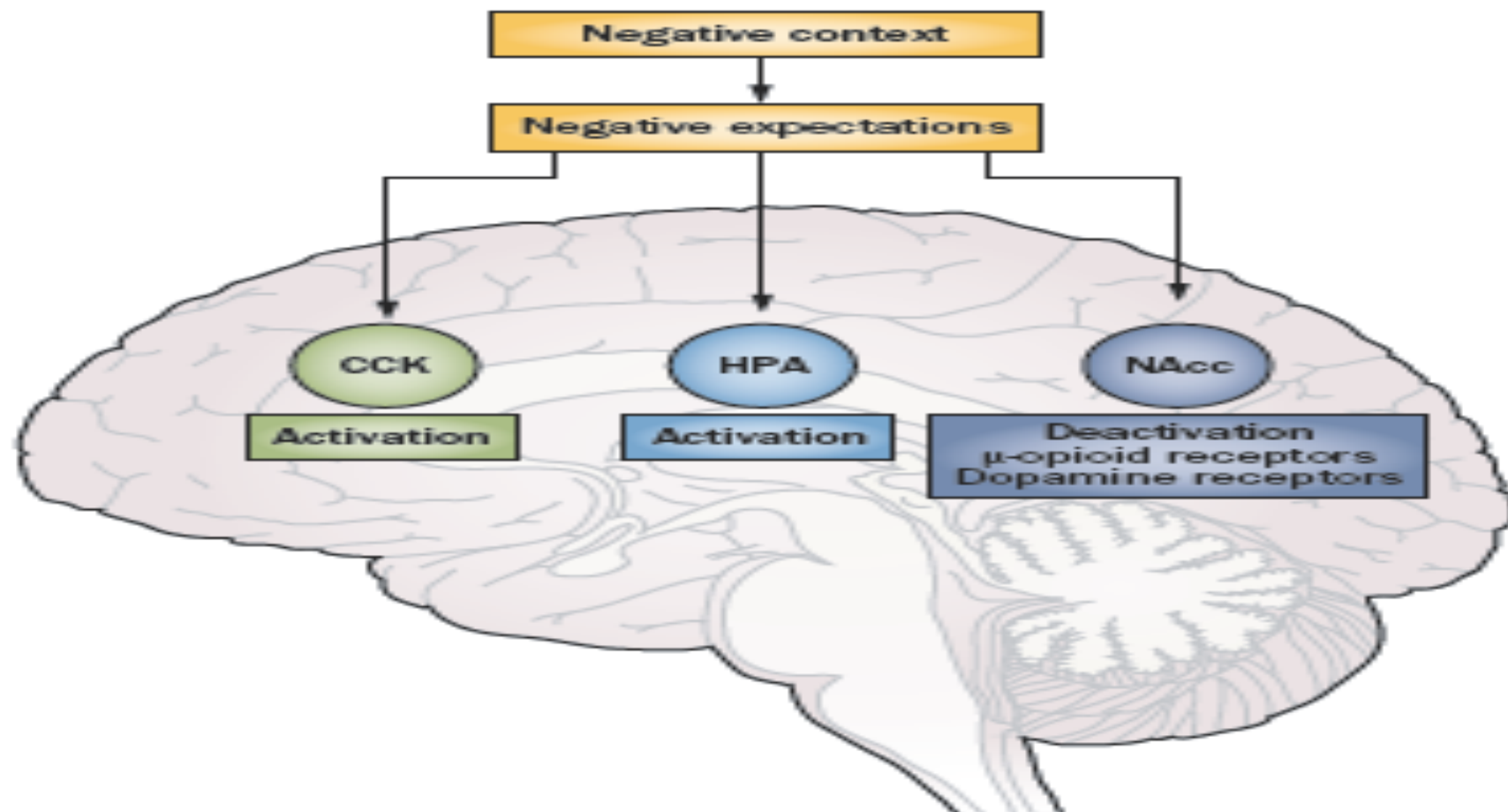


Figure 2 | The negative context. A negative context induces negative expectations and activates CCK, which has a facilitating effect on pain transmission, and the HPA, which is related to anticipatory anxiety. Negative expectations also reduce μ -opioid receptor and dopamine receptor signalling in the NAcc. Abbreviations: CCK, cholecystokinin; HPA, hypothalamic–pituitary–adrenal axis; NAcc, nucleus accumbens.

Pain and the context

Elisa Carlino, Elisa Frisaldi and Fabrizio Benedetti

www.nature.com/nrrheum

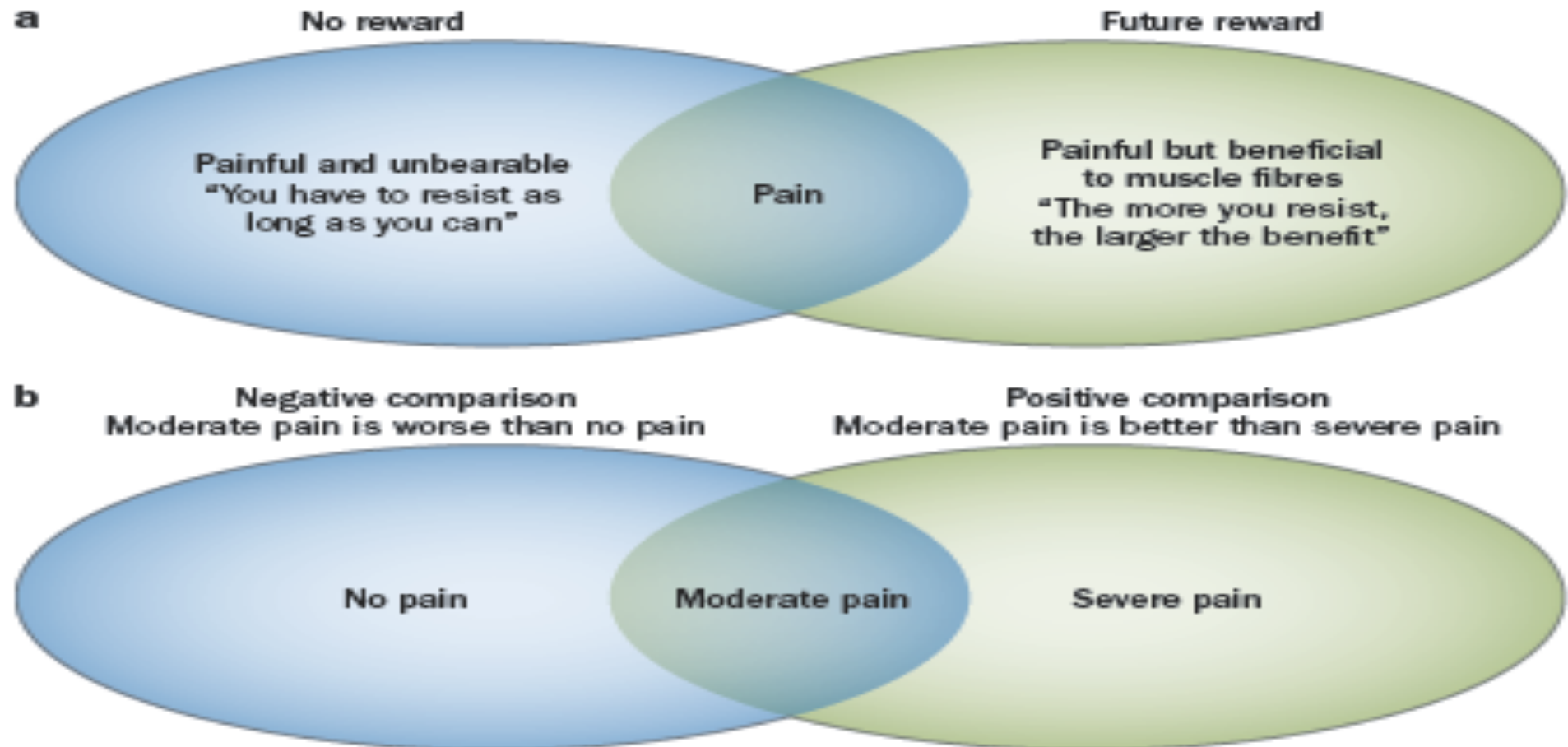


Figure 3 | Pain is perceived in different contexts according to special meanings. **a** | If pain is associated with a future reward, tolerance is increased through the activation of the endogenous opioid and cannabinoid systems.⁷⁹ **b** | When moderate pain is compared with the absence of pain, it is the worst possible outcome. When moderate pain is compared to severe pain, it is the best possible outcome; accordingly, it activates reward mechanisms and can be experienced as pleasant.⁸⁰

Pain and the context

Elisa Carlino, Elisa Frisaldi and Fabrizio Benedetti

www.nature.com/nrrheum

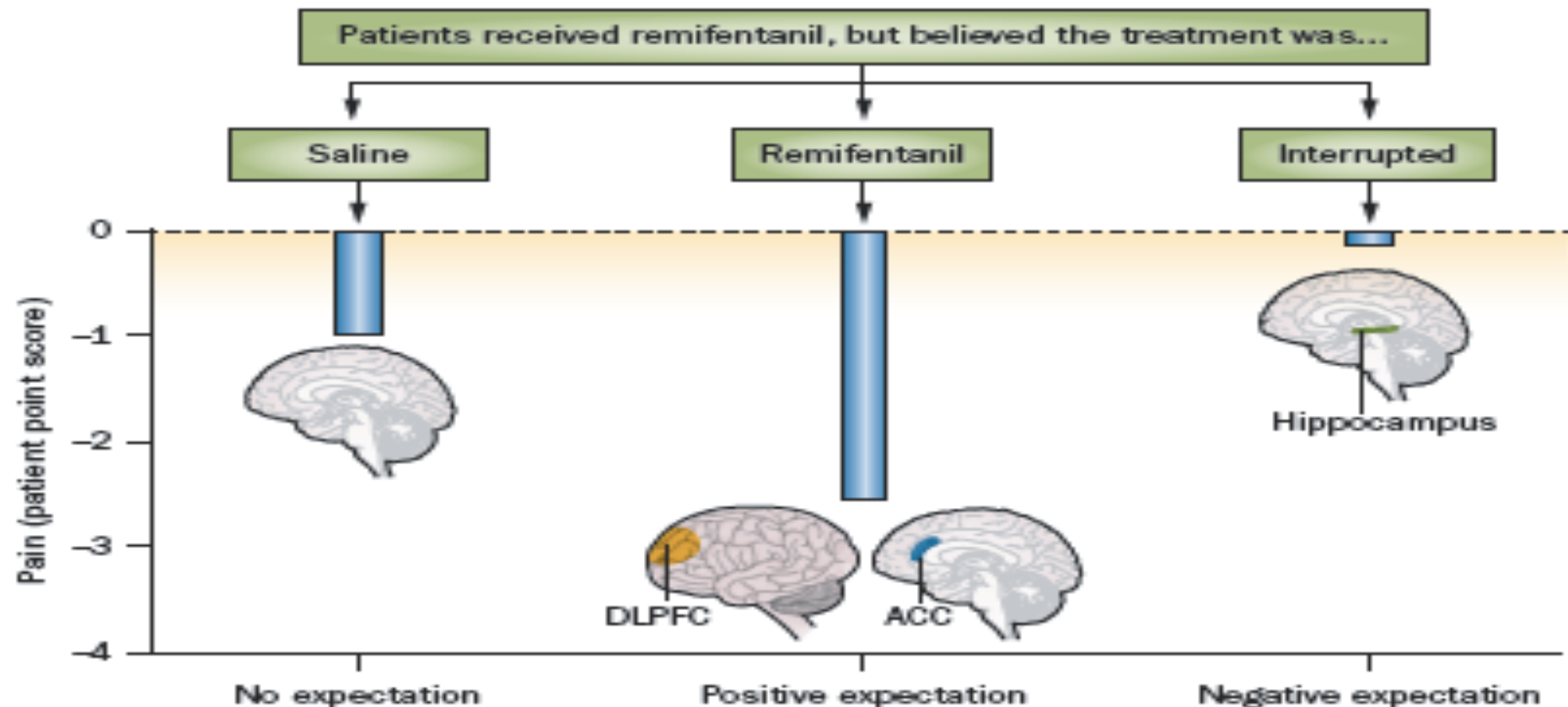
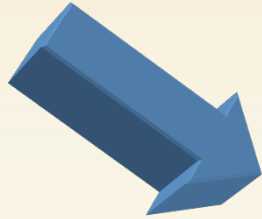


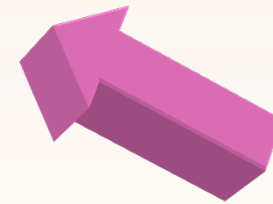
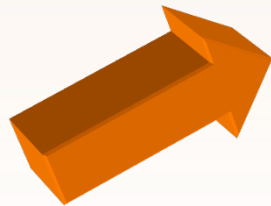
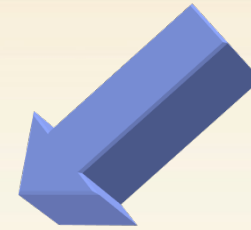
Figure 4 | Placebo response during pain reduction with remifentanil. Remifentanil was infused continuously, but when individuals were told the truth pain reduction was more pronounced than when they were told it was only saline solution. This is related to the activation of the DLPFC and the ACC, which are typically involved in the placebo response. When individuals are told that remifentanil has been interrupted, the analgesic effect disappears completely, and this is associated with activation of the hippocampus.⁹⁶ Abbreviations: ACC, anterior cingulate cortex; DLPFC, dorsolateral prefrontal cortex.

Placebo effect = Context effect

Sight



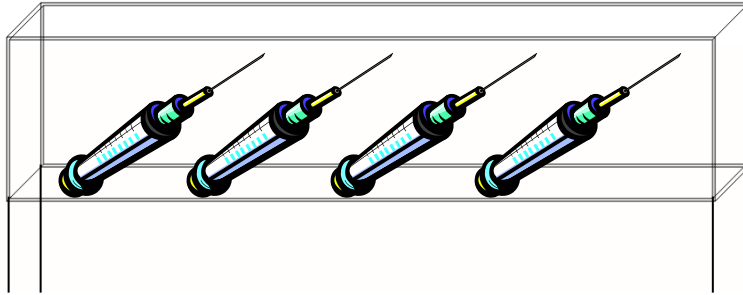
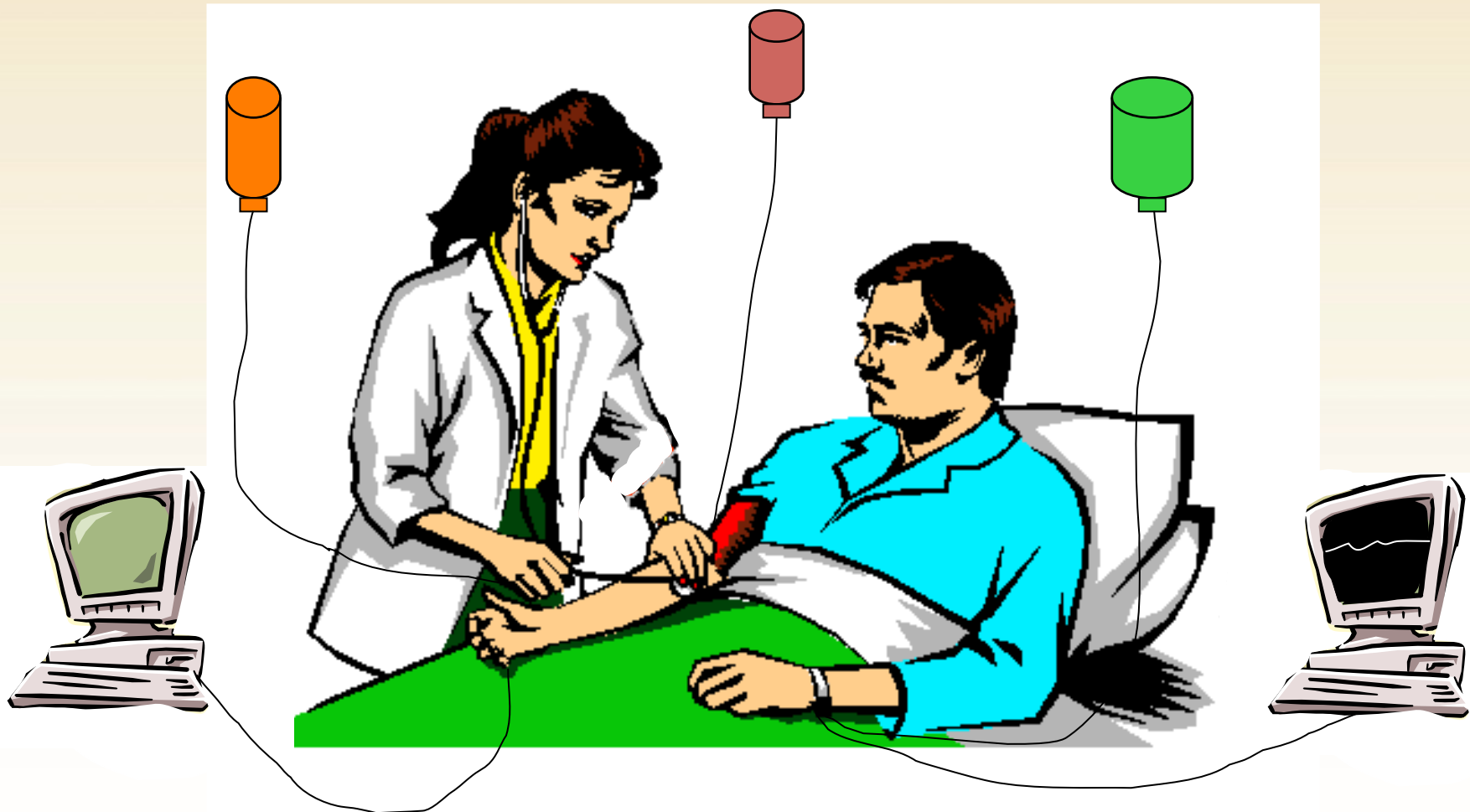
Words



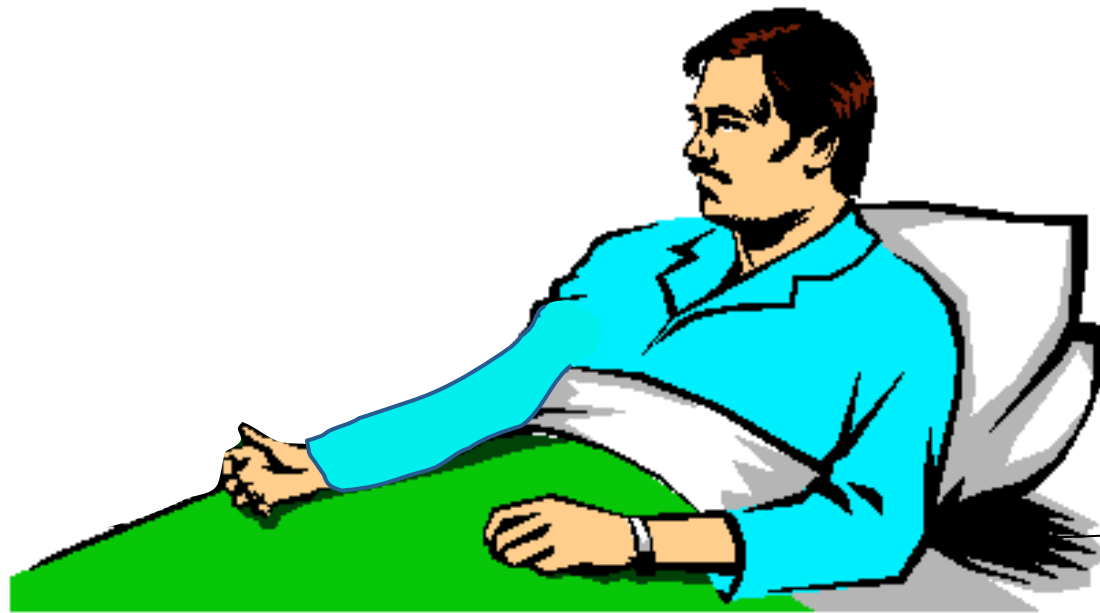
Smell



Touch

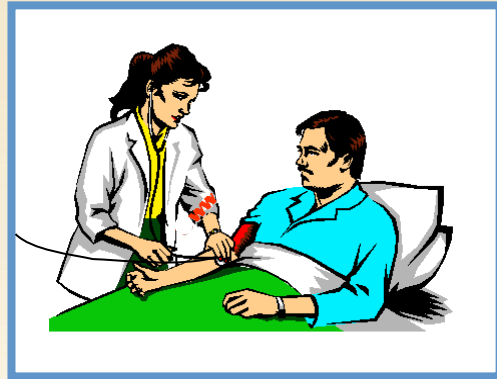


Benedetti et al. (1995) *Lancet* 346: 1231

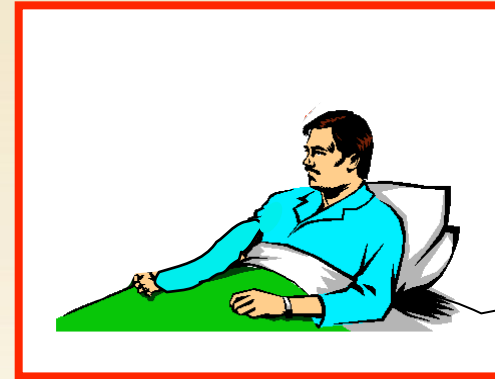


hidden drug

Benedetti et al. (1995) *Lancet* 346: 1231



Open injection



computer

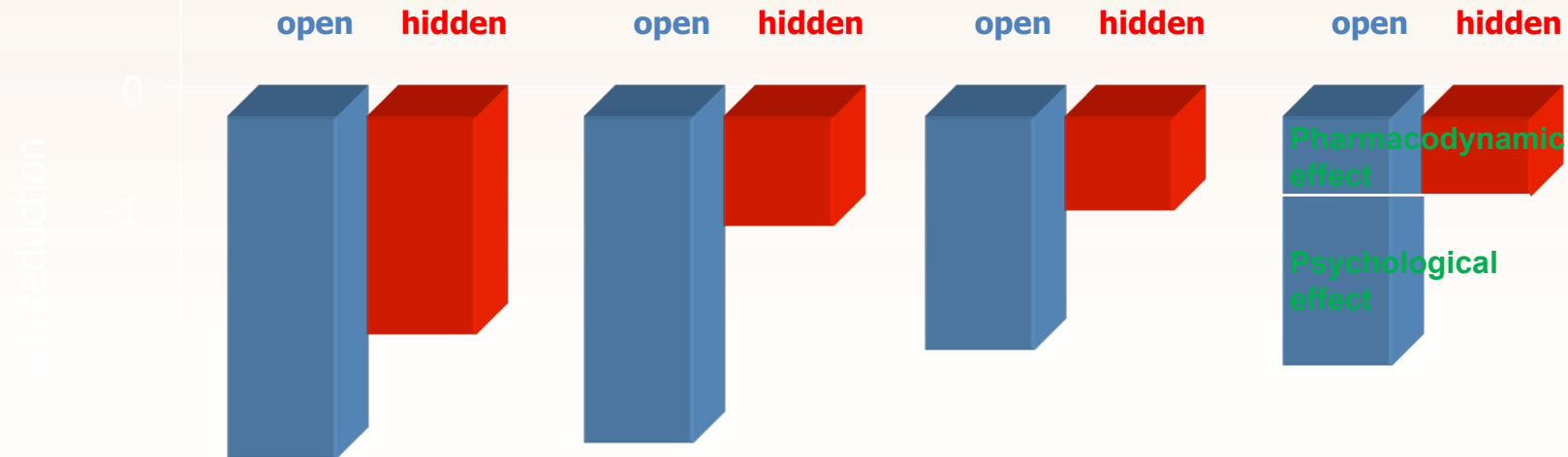
Hidden injection

BUPRENORPHINE

TRAMADOL

KETOROLAC

METAMIZOL



Benedetti et al (1995) *Lancet* 346: 1231
 Amanzio et al. (2001) *Pain* 90:205-15
 Colloca et al (2004) *Lancet Neurol.* 3: 679-684

GRUPPO n. 11 – STRATEGIE DI COPING, PSICOTERAPIA E TERAPIE COGNITIVO- COMPORAMENTALI

A cura di Gianluca Castelnuovo, Emanuele Giusti, Gian Mauro Manzoni, Donatella Saviola, Enrico Molinari, Fabrizio Benedetti

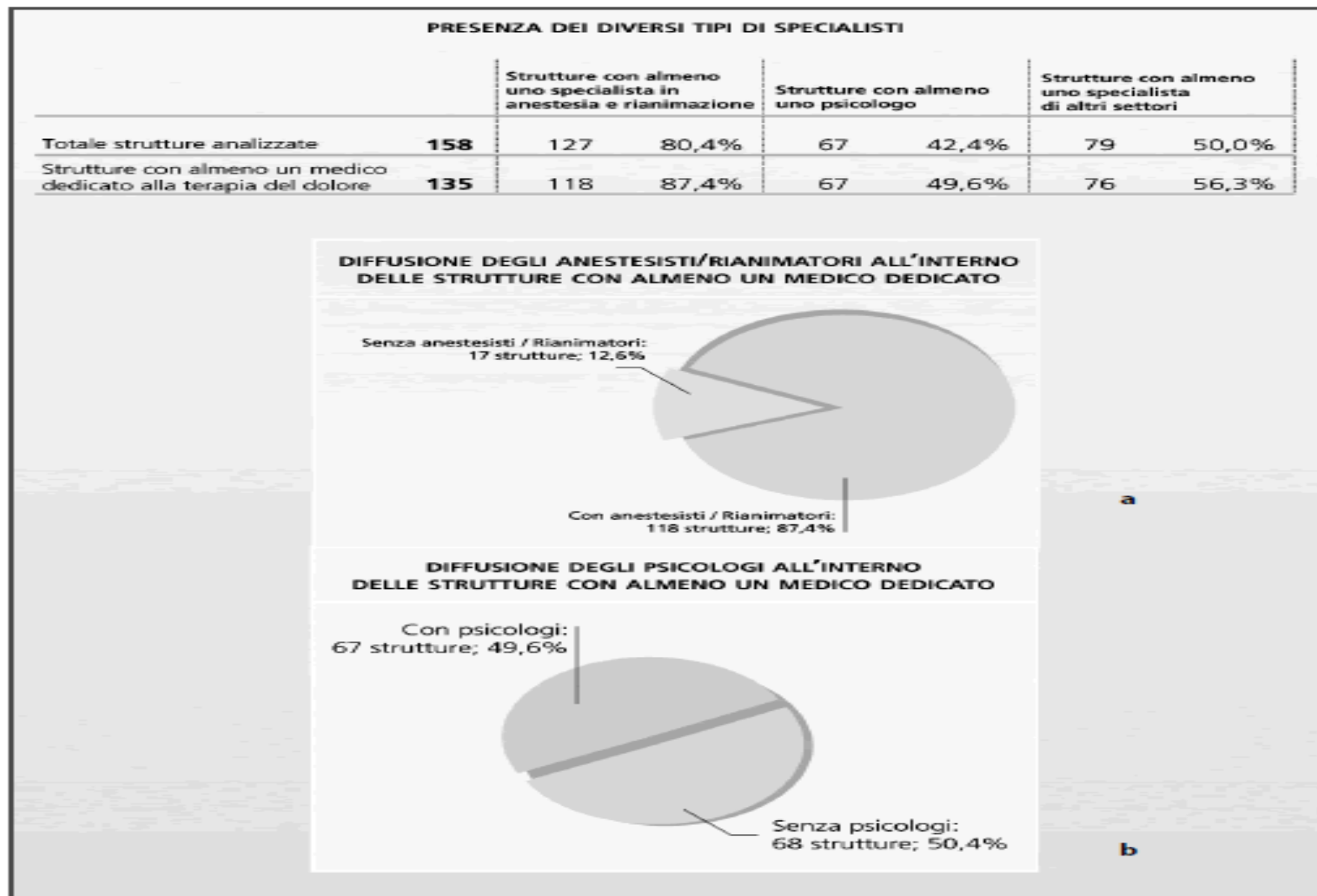
Ruolo del placebo nella gestione del paziente con dolore

- La conoscenza dei meccanismi dell'effetto placebo è importante per la gestione del paziente con dolore associato a patologie neurologiche.

Nonostante **l'effetto analgesico degli interventi placebo sia dimostrato**, questi non possono essere considerati come trattamenti efficaci. L'effetto placebo, se considerato come un **effetto emergente dalla relazione tra medico e paziente e dal contesto psicosociale in cui questa si inserisce**, permette di comprendere come l'ottica di cura del disturbo può essere superata in favore di un **orientamento verso la cura della persona**.

Il trattamento del dolore

E gli psicologi ci sono nelle strutture italiane per la cura del dolore?



GRUPPO n. 11 – STRATEGIE DI COPING, PSICOTERAPIA E TERAPIE COGNITIVO- COMPORTAMENTALI

A cura di Gianluca Castelnuovo, Emanuele Giusti,
Gian Mauro Manzoni, Donatella Saviola, Enrico Molinari

*Ruolo dello psicologo nell'equipe multidisciplinare
nel trattamento del dolore in neuroriabilitazione*

- **Gli interventi multidisciplinari** sono infatti molto efficaci nel trattamento di patologie associate a dolore cronico sia di natura neuropatica che nocicettiva
- Oltre a lavorare sugli aspetti personali associati al dolore, lo psicologo può **agire sul modo con cui il paziente si rapporta con l' équipe di cura e con la cura stessa** (aderenza al trattamento, resistenze del paziente nel cambiare le proprie abitudini di vita.
- Lo psicologo può organizzare momenti di **formazione e di intervizione-supervisione**. Il lavoro di formazione è decisivo affinché l' équipe multidisciplinare prenda in carico il paziente nella sua **globalità**.

Indicazioni utili per i medici e operatori sanitari: la comunicazione che cura

Elementi di comunicazione persuasoria e di pragmatica della ingiunzione

- *parlare il linguaggio del paziente*

Già Aristotele nella sua Retorica ad Alessandro affermava “Se si vuole persuadere qualcuno lo si deve fare attraverso le sue stesse argomentazioni.”

“Ci si persuade meglio, di solito, con le ragioni che abbiamo trovato da noi, che con quelle che si sono presentate all'intelletto di altri” (Pascal).

- *evitare le forme negative e riorientare in positivo la comunicazione*

“Io credo che siete stati bravi fino ad ora ad aiutare il vostro parente; adesso potrete essere ancora più bravi a fare in modo che lui possa da solo fare ...”

- *l'illusione di alternative*

Questa tecnica prevede che nel prescrivere si offrano al paziente due possibili alternative tra le quali può scegliere quella che preferisce.

Consiste nel fatto che una delle due alternative deve essere estremamente faticosa ed impegnativa da eseguire, per cui l'altra, per quanto impegnativa,

Indicazioni utili per i medici e operatori sanitari: la comunicazione che cura

Elementi di comunicazione persuasoria e di pragmatica della ingiunzione

- *l'anticipazione delle reazioni del paziente*

“Io so che quello che sto per dirle non le piacerà” oppure

“Io so che quello che le sto chiedendo non le sarà per niente facile”

- *l'utilizzo della resistenza al cambiamento*

“Potrei darle una prescrizione che risulterebbe molto utile per la sua salute, ma non so se lei sarà in grado di metterla in atto”, oppure: “Ci sarebbe una terapia ideale per il suo caso, ma non so se lei sarà in grado di seguirla”.

- *il piede nella porta (Cialdini)*

- *ristrutturazione cognitiva*

- *profezia che si autoavvera in negativo (effetto nocebo)*: “questo farmaco purtroppo non funzionerà molto, ma è meglio che lo prenda!”

- *utilizzo della comunicazione V, PV e NV (PNL)*

Good communication!

Anaesthesia 2013, 68, 1189–1205

Good communication and outcome after anaesthesia

Indirect and suggestive communication can also improve non-surgical outcome. Autosuggestion can reduce medication side-effects, save money and physicians' time, and improve healing for conditions less amenable to medication or other therapies [3]. Pain, for instance, is

G. Castelnuovo
*Catholic University of Milan
Milan, Italy*

Good training in communication skills is essential. For example, an emotional intelligence framework may improve effective interpersonal and communication competencies in all healthcare professionals [6, 7]. Medicine can

6. Pagnini F, Manzoni G, Castelnuovo G. Emotional intelligence training and evaluation in physicians. *Journal of the American Medical Association* 2009; **301**: 600–1.

**La terapia è l'insieme di tocco,
rimedio, parole**

Ippocrate*



***Ippocrate era nipote di Gorgia, il più
celebrato dei “sofisti-psicologi” del
tempo.**

**Nulla esiste che non possa
essere curato con le parole**

Antifonte



XII EDIZIONE □□□■

MALATTIA DOLORE E RETE TERRITORIALE

IL DIRITTO DEL PAZIENTE AD ESSERE CREDUTO



RETE TERAPIA DEL DOLORE - MILANO

Grazie per l'attenzione!
Per info:
gianluca.castelnuovo@unicatt.it

Prof. Gianluca Castelnuovo, PhD, PsyD

Dipartimento di Psicologia

Università Cattolica del Sacro Cuore - Milano

Servizio e Laboratorio di Psicologia Clinica

Ospedale San Giuseppe

IRCCS Istituto Auxologico Italiano



Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico

XII EDIZIONE □□□■

MALATTIA DOLORE E RETE TERRITORIALE

IL DIRITTO DEL PAZIENTE AD ESSERE CREDUTO ■



RETE TERAPIA DEL DOLORE - MILANO

Grazie per l'attenzione!
Per info:
gianluca.castelnuovo@unicatt.it

Prof. Gianluca Castelnuovo, PhD, PsyD

Dipartimento di Psicologia

Università Cattolica del Sacro Cuore - Milano

Servizio e Laboratorio di Psicologia Clinica

Ospedale San Giuseppe

IRCCS Istituto Auxologico Italiano



Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico

XII EDIZIONE □□□■

MALATTIA DOLORE E RETE TERRITORIALE

IL DIRITTO DEL PAZIENTE AD ESSERE CREDUTO



RETE TERAPIA DEL DOLORE - MILANO

Grazie per l'attenzione!
Per info:
gianluca.castelnuovo@unicatt.it

Prof. Gianluca Castelnuovo, PhD, PsyD

Dipartimento di Psicologia

Università Cattolica del Sacro Cuore - Milano

Servizio e Laboratorio di Psicologia Clinica

Ospedale San Giuseppe

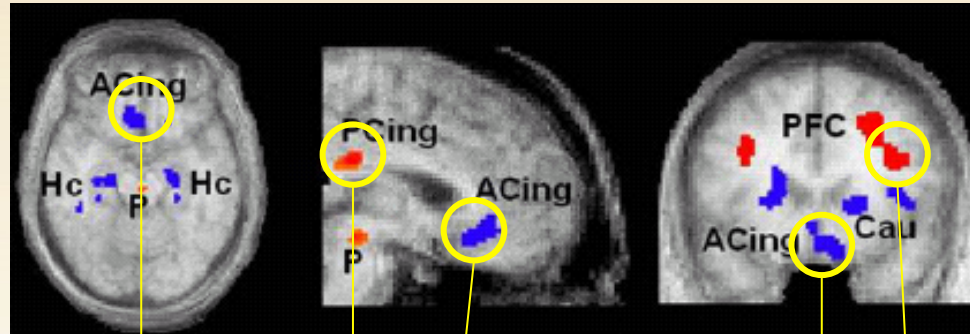
IRCCS Istituto Auxologico Italiano



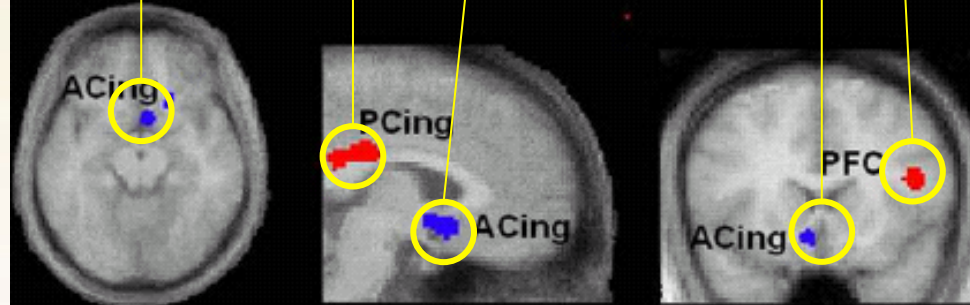
Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico

fluorodeoxyglucose (FDG) PET

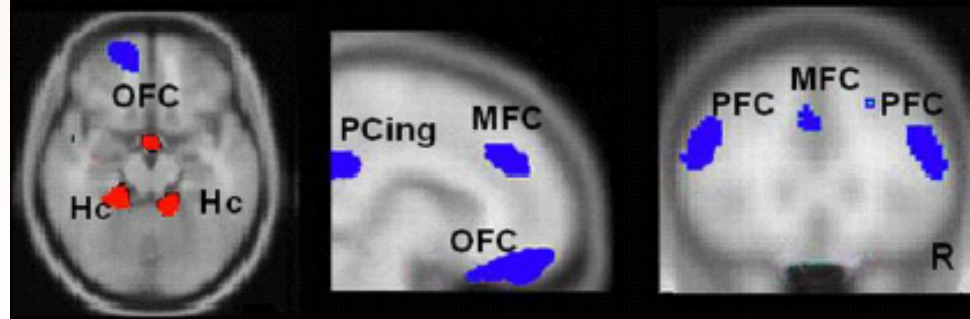
Active
fluoxetine



Placebo
fluoxetine



Cognitive
therapy



Il dolore in Ortopedia

- Differenza nell' esperienza del dolore successiva a situazione **traumatica/non traumatica**
- Presenza molto alta del ***dolore***:
nelle **prime settimane** dall' operazione fino all' **80%**¹ dei casi,
dolore cronico dal 13% al 54%² dei casi.

¹ Wang et al., (2012). *Clinical attitudes towards pain treatment post-orthopedic surgery: a multicenter study in Beijing*. Chinese Medical Journal, 125 (14); 2499-2504.

² Macrae (2001). *Chronic pain after surgery*. BJA, 87 (1); 88-98.

Aspetti psicologici utili nel trattamento del dolore

I pazienti con dolore cronico lamentano una evidente **modificazione del loro stile di vita**:

- interruzione dell'attività lavorativa o ricerca di una riduzione del carico di lavoro con la scelta di un orario part time;
- impossibilità a gestire la casa o la famiglia;
- abbandono di hobby o attività sportive a causa del dolore derivante;
- difficoltà nelle relazioni interpersonali.

Sembra **molto difficile far accettare agli altri di provare veramente dolore**, un dolore talvolta così forte da compromettere tutta la propria giornata. Si tende a credere alla sofferenza se ci sono cause organiche dirette che possano confermarla, ma **è facile pensare che il paziente stia fingendo** o tenti di sottrarsi a qualche attività rimanendo comunque al centro dell'attenzione.

Non si può negare il **beneficio secondario** che la malattia porta con sé: il dolore cronico risulta un **modo semplice di evitare qualcosa non gradevole**, un lavoro non apprezzato, un partner difficile o una situazione familiare stressante (Shone, 1994).

Aspetti psicologici utili nel trattamento del dolore cronico

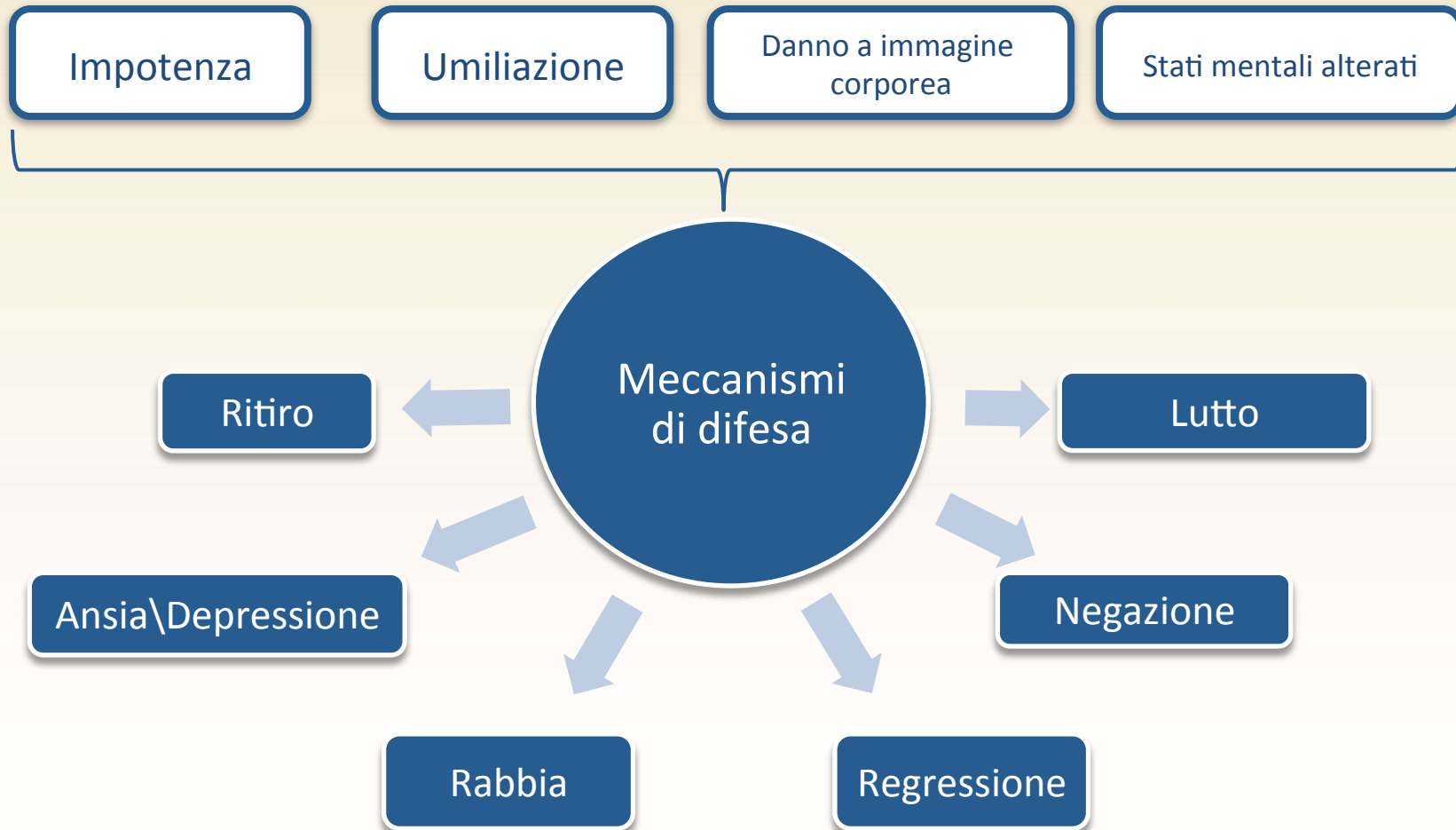
Anche gli amici possono modificare il loro atteggiamento se il dolore, inizialmente comprensibile e atteso, non tende ad attenuarsi (Wall, 1999).

In molti casi ***non è più libero di muoversi come vorrebbe***, vive ogni spostamento fisico con fatica e paura di provare dolore, ha dovuto riorganizzare la propria quotidianità e il ruolo in famiglia, sul lavoro e nella società (Shone, 1994).

Si va incontro a una ***profonda modificazione del proprio ruolo sociale***: doversi accontentare di un lavoro part time o addirittura licenziarsi perché non più in grado di sostenere il proprio lavoro anticipa la ***fuoriuscita dalla comunità lavorativa***.

Tale esito può essere vissuto con notevole sofferenza e amplificare la convinzione di ***essere più un peso che un elemento attivo*** nel mondo circostante, alimentando così, oltre alla sofferenza fisica, anche quella psicologica.

Dolore da esperienza traumatica: aspetti psicologici



Mohta et al., (2003). *Psychological care in trauma patients*. Injury, 34; 17-25

Dolore post-operatorio in Chirurgia Ortopedica e psicoterapie

- **Terapia cognitivo-comportamentale (CBT)** è l'intervento maggiormente studiato ed utilizzato nel trattamento del dolore.
Consigliata per pazienti con dolore cronico poco responsivo alle cure.
Somministrabile anche in setting di gruppo.
- **Ipnosi e biofeedback** efficaci nel ridurre l'intensità del dolore
- **Mindfulness:** intervento in corso di studio in molti centri (ad esempio presso la *Casa di Cura Pio X*, Milano)

Elementi da modificare nel trattamento del dolore cronico

Per quanto ogni paziente sia unico, si possono individuare *alcuni aspetti caratteristici della vita quotidiana* che accomunano le persone che soffrono di dolore cronico:

- **l' aspettativa del riposo**

Non dare precise direttive può essere interpretato dal paziente come ***un' indicazione vaga che lo espone al rischio di peggiorare***, muovendosi non opportunamente, la situazione già non positiva.

Tale atteggiamento potrebbe portare a ***condotte iperprotettive da parte del paziente e della sua famiglia, incrementando lo sviluppo della cronicità dell' invalidità e della sofferenza***.

Il rischio è che, in assenza di movimento, ***i sintomi possano peggiorare, non a causa della lesione iniziale, ma in conseguenza di un calo del tono muscolare*** tipico di un corpo che non si tiene in esercizio e che diventa meno efficiente a causa di arti doloranti, limitazione del movimento e incremento del dolore (Shone, 1994);

-il dolore cronico che invade la persona

Oltre al dolore che non abbandona mai l'individuo durante la giornata, c'è una parte di sé che viene quotidianamente ferita:

subentra la ***perdita di autorità nel mondo del lavoro e in famiglia***, si fanno strada ***un'opinione negativa di se stessi, preoccupazioni per la gravità del proprio stato di salute, la perdita di speranza nelle proprie capacità di ripresa, la convinzione di non essere più attraenti agli occhi degli altri, la compromissione di reddito, reputazione e relazioni*** (Shone, 1994);

Il malato porta non solo i sintomi, ma anche una storia compromessa dal dolore...

-la famiglia

La famiglia è vista comunemente come valido sostegno al quale appoggiarsi nei momenti felici, ma soprattutto in quelli di difficoltà.

La famiglia può trasformarsi da sostegno in ostacolo che limita il recupero del paziente e contribuisce ad aumentare la sua dipendenza (Shone, 1994).

Paradossalmente, la famiglia potrebbe avere bisogno di un membro su cui concentrare l'attenzione per evitare di scontrarsi con qualche altro problema e, in questo senso, ***il paziente potrebbe diventare il collante*** per una famiglia che altrimenti non resterebbe più insieme.

Nell'ambito familiare capita spesso che la relazione con il proprio partner risulti compromessa, in particolare riguardo i rapporti sessuali (c'è la forte paura di provare dolore o di peggiorare la situazione; riduzione della fantasia sessuale per paura di ricevere un rifiuto; le carezze, un tempo ricercate, diventano fastidiose). (Shone, 1994)

Il trattamento del dolore

Trattamenti psicologici

A volte dal dolore non si può guarire.

Tutti questi acciacchi mi fanno dimenticare la felicità di una buona giornata.

Il dolore rimane, ma sento che l'amicizia può curare.

Olivo Valsecchi, poeta lecchese

1) Terapia cognitivo-comportamentale (*in alcuni casi solo comportamentale*)

Le terapie cognitivo-comportamentali sono largamente impiegate nel trattamento del dolore acuto e, più recentemente, sono state applicate nella cura del dolore cronico.

Attraverso l'apprendimento di nuove risposte cognitive e comportamentali al dolore, il paziente impara a **controllare il dolore e a moderare le emozioni, le convinzioni e i giudizi negativi** legati al dolore stesso (Ercolani, 1997).

Il trattamento del dolore

1) CBT: il protocollo di Turk et al. (1983)

- a) *prima fase informativa* che fornisce al paziente concetti atti alla comprensione del proprio dolore.
- b) *seconda fase* in cui il paziente viene adeguatamente addestrato su come fronteggiare il dolore utilizzando tecniche come:

@ **disattenzione immaginativa** (la persona immagina scene incompatibili con il dolore come fare una passeggiata),

@ **trasformazione immaginativa** (etichettare in modo meno stressante le sensazioni di dolore),

@ **trasformazione del contesto** (immaginare le sensazioni come se capitassero in contesti differenti),

@ **diversione dell'attenzione** (nel caso dell'attenzione interna consiste per esempio nell'ascoltare musica, nel caso dell'attenzione esterna consiste nel focalizzare l'attenzione su un oggetto).

- c) *terza fase* in cui si facilita la generalizzazione delle abilità nell'affrontare situazioni esterne al setting clinico, attraverso la pratica ripetuta in ambiente protetto prima e in ambiente naturale poi (Kelly, 1997).

Il trattamento del dolore

2) L' approccio psicodinamico: la terapia psicoanalitica

3) La terapia di gruppo

La psicoterapia di gruppo combina modelli di terapia psicodinamica, cognitiva e comportamentale, anche se vengono esaltate le funzioni di **supporto del gruppo** e di **identificazione tra pari** che provocano e rinforzano l' instaurarsi di cambiamenti adattivi. La forza del gruppo non deriva dall' osservare il gruppo ma dall' **essere nel gruppo** (Cattani e Fasolo, 1988). Nel gruppo il sintomo non viene annullato, ma posto all' interno di uno spazio simbolico in cui vi è condivisione e ricerca di sostegno tra pari. In questo modo il gruppo viene percepito come una **“base sicura” che favorisce la crescita.**

4) La terapia familiare

Il dolore cronico comporta spesso alterazioni funzionali sulla persona con coinvolgimento indiretto di tutta la famiglia del malato. E' bene coinvolgere nel trattamento anche i familiari del paziente, **facendo emergere le risorse, favorendo una comunicazione funzionale fra i membri e bloccando i possibili meccanismi di rinforzo negativo** (Panerai e Varrassi, 2004).

Il trattamento del dolore

5) I' Ipnosi in particolare ericksoniana (rapport, utilizzazione, suggestione)

L' analgesia ipnotica è una realtà scientifica comprovata da numerosi esperimenti controllati (De Pascalis et al. 1999; Hammond, 2008; Montgomery et al. 2002; Price, 2006). Questa forma di analgesia non è dovuta né a un atteggiamento di compiacenza del paziente nei confronti dell' ipnotista, né a un processo analgesico da stress o da ansia, né all' effetto placebo (Rossi, 1987).

Il lavoro di rassegna critica proposto da Patterson e Jensen (2003) ha messo in luce come, ***sia per il dolore acuto clinico sia per il dolore cronico, l' analgesia ipnotica possa rivelarsi utile.***

Nella terapia del dolore cronico, ricorrere esclusivamente alle suggestioni ipnotiche potrebbe rivelarsi insufficiente, considerati i numerosi fattori biopsicosociali coinvolti.

Il trattamento del dolore

5) I' Ipnosi *in particolare ericksoniana (rapport, utilizzazione, suggestione)*

La tabella riporta il protocollo per il training ipnotico per il trattamento del dolore cronico (studio condotto presso l' *Ospedale Galeazzi di Milano*)

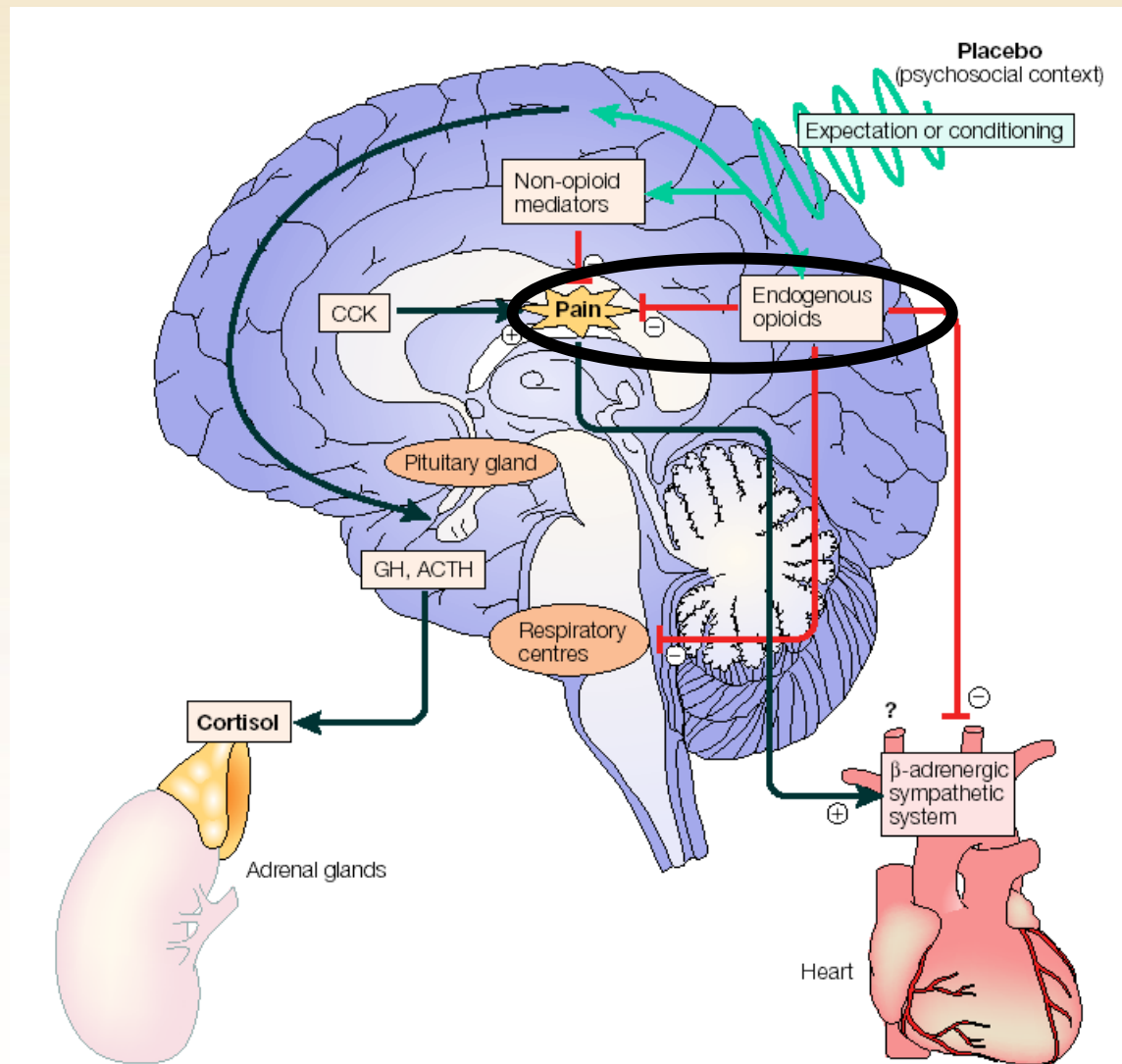
Fase 1	Costruzione del rapport
Fase 2	Induzione della trance ipnotica attraverso fissazione dell'attenzione, focalizzazione sull'interno e sulle sensazioni corporee, rilassamento muscolare e mentale Ampliamento delle possibilità attraverso la stimolazione di immagini mentali, sensazioni corporee e utilizzo di metafore
Fase 3	Inserimento all'interno della trance ipnotica di metodi di controllo del dolore: <ul style="list-style-type: none">- modificazione ipnotica: combinazione della sensazione del dolore con altre suggestioni quali formicolio, calore, pesantezza o freddo, e nella intensificazione della sensazione sostitutiva rispetto allo stimolo nocicettivo;- attenuazione: invito a immaginare di passare progressivamente dal sentire pienamente il dolore a sentirne solo una parte;- dissociazione dal dolore: invito ad allontanarsi dalla sensazione di dolore attraverso la distrazione e lo spostamento dell'attenzione
Fase 4	Rinforzo dell'io

Il trattamento del dolore

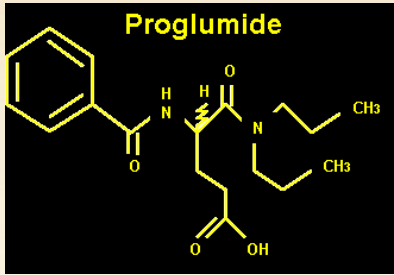
Corrispondenze tra interventi psicologici, segni e sintomi psicologici e algici (esempio del Servizio di Psicologia Clinica, Istituto Ortopedico Galeazzi, Milano)

Interventi psicologici	Segni e sintomi psicologici e algici
Psicoterapia breve	Disturbi d'ansia Generalizzata
Interventi sull'autoefficacia	Disturbi dell'umore
Interventi a specchio	Disturbi somatoformi Disturbi psicologici associati a condizione medica generale
Rituale di espressione di malattia Interventi relazionali	Disturbi di relazione/comunicazione nel sistema familiare Vantaggi secondari del dolore
Interventi sul locus of control	Scarsa compliance terapeutica
Interventi riflessivi e strategici	Stili cognitivi e orientamenti personologici depressivi e somatoformi
Prescrizioni comportamentali	Sintomi algici associati all'anzianità
Rilassamento muscolare progressivo	Contratture muscolari primarie e secondarie

DISEASE/SYSTEM	TREATMENT	MECHANISM
- Pain	Placebo administration Nocebo administration Verbal suggestions Open vs hidden administration	Expectation-induced activation of endogenous opioids and cholecystokinin as well as of several brain regions
- Parkinson's Disease	Placebo administration Nocebo administration Verbal suggestions Open vs hidden administration	Expectation-induced release of dopamine in the striatum and changes of firing pattern of subthalamic nucleus neurons
- Depression	Placebo administration	Changes of metabolic responses in different brain regions (inhibition of 5-HT re-uptake?)
- Anxiety	Placebo administration Open vs hidden diazepam	Change of activity of some brain regions
- Addiction	Expected vs unexpected methylphenidate	Changes of metabolic activity in different brain regions
- Autonomic responses to DBS	Open vs hidden DBS	Change of neuronal excitability in limbic areas
- Cardiovascular	Placebo administration	Reduction of β -adrenergic activity of heart
- Respiratory	Pharmacological pre-conditioning with bunrenorphine	Conditioning of opioid receptors in the respiratory centers

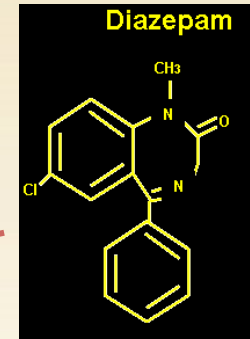


Colloca and Benedetti (2005) *Nature Rev. Neurosci.* 6: 545-552

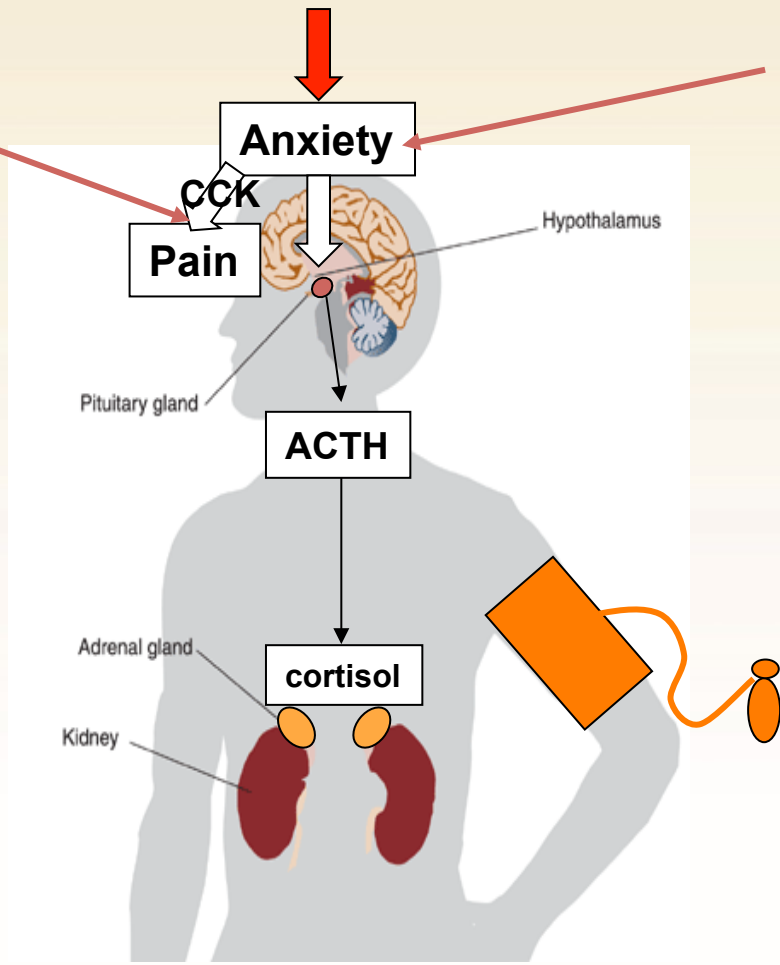


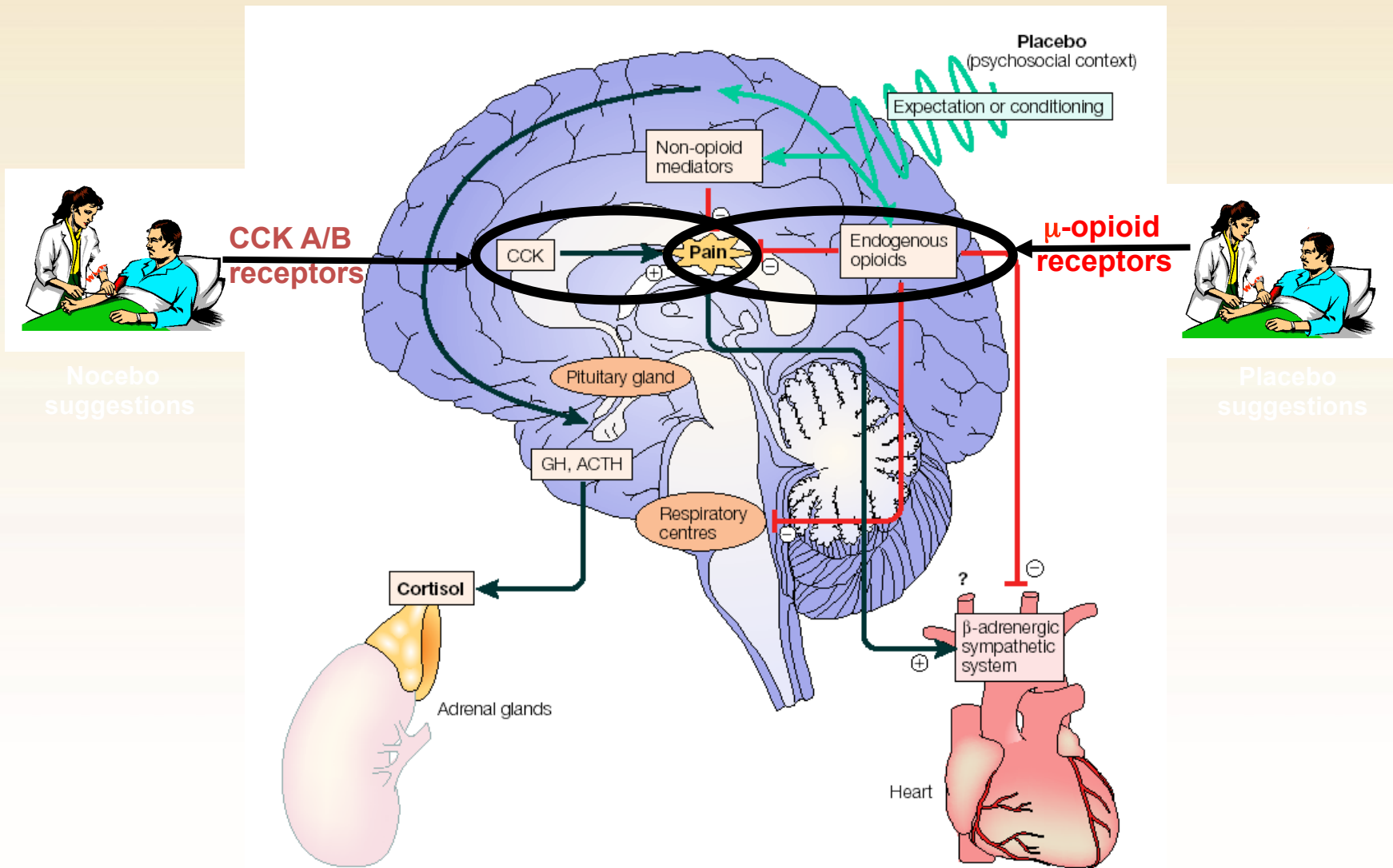
CCK-A (CCK-1)
 $IC_{50} = 6.3 \times 10^{-3} \text{ M}$

CCK-B (CCK-2)
 $IC_{50} = 11 \times 10^{-3} \text{ M}$

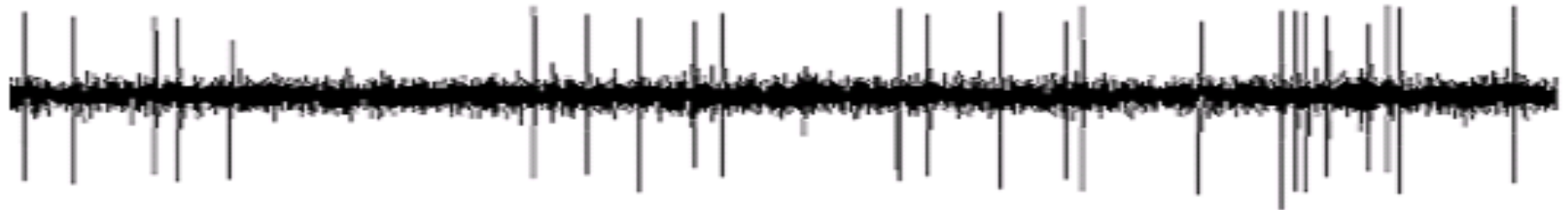
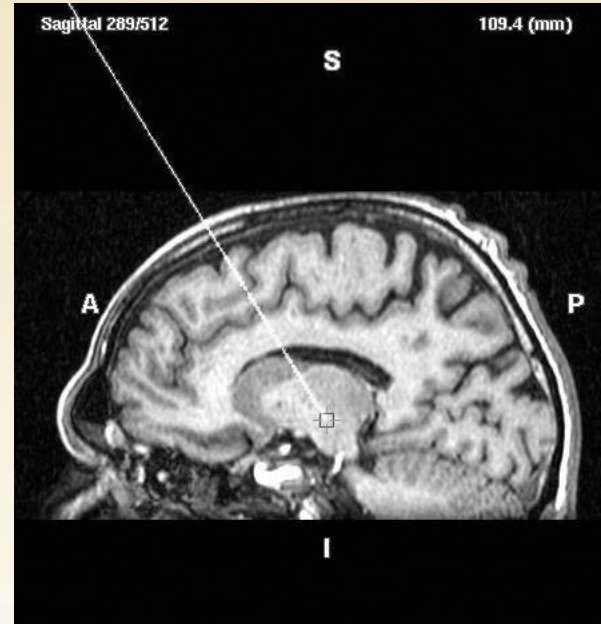


NOCEBO

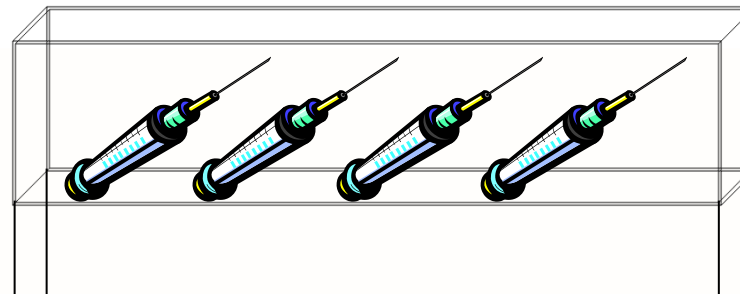
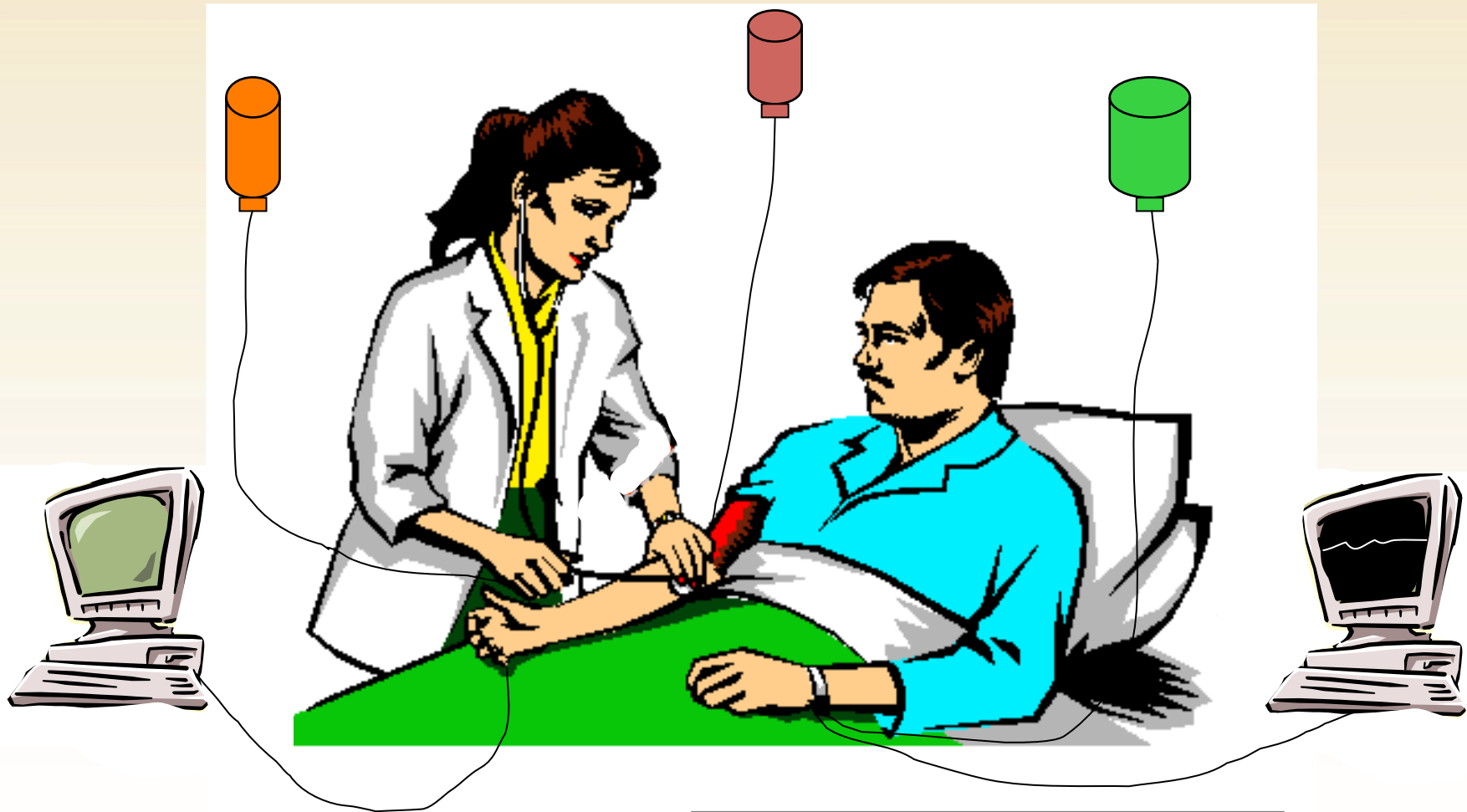




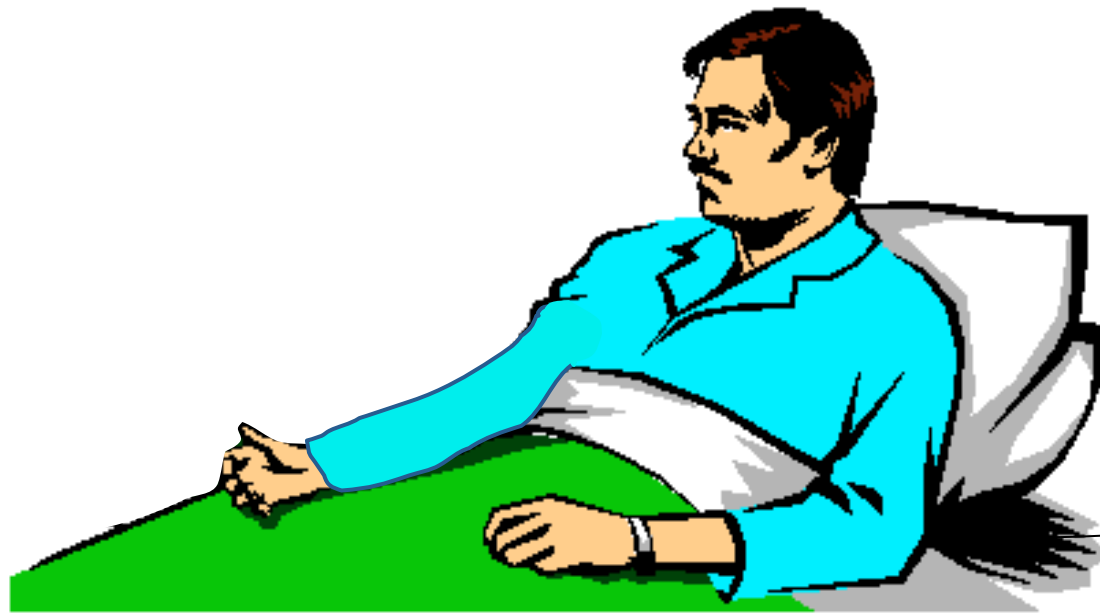
Colloca and Benedetti (2005) *Nature Rev. Neurosci.* 6: 545-552



Benedetti et al. (2004) *Nature Neurosci*, 7: 587-588

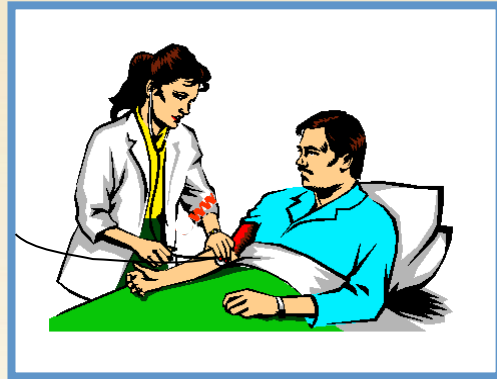


Benedetti et al. (1995) *Lancet* 346: 1231

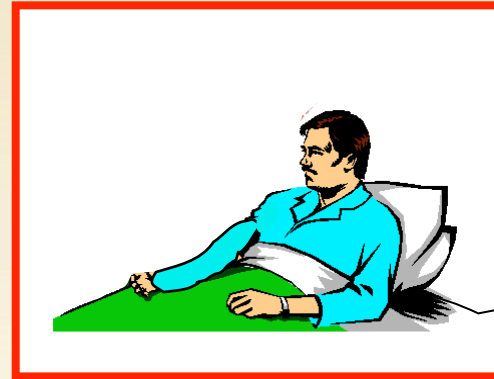


hidden drug

Benedetti et al. (1995) *Lancet* 346: 1231

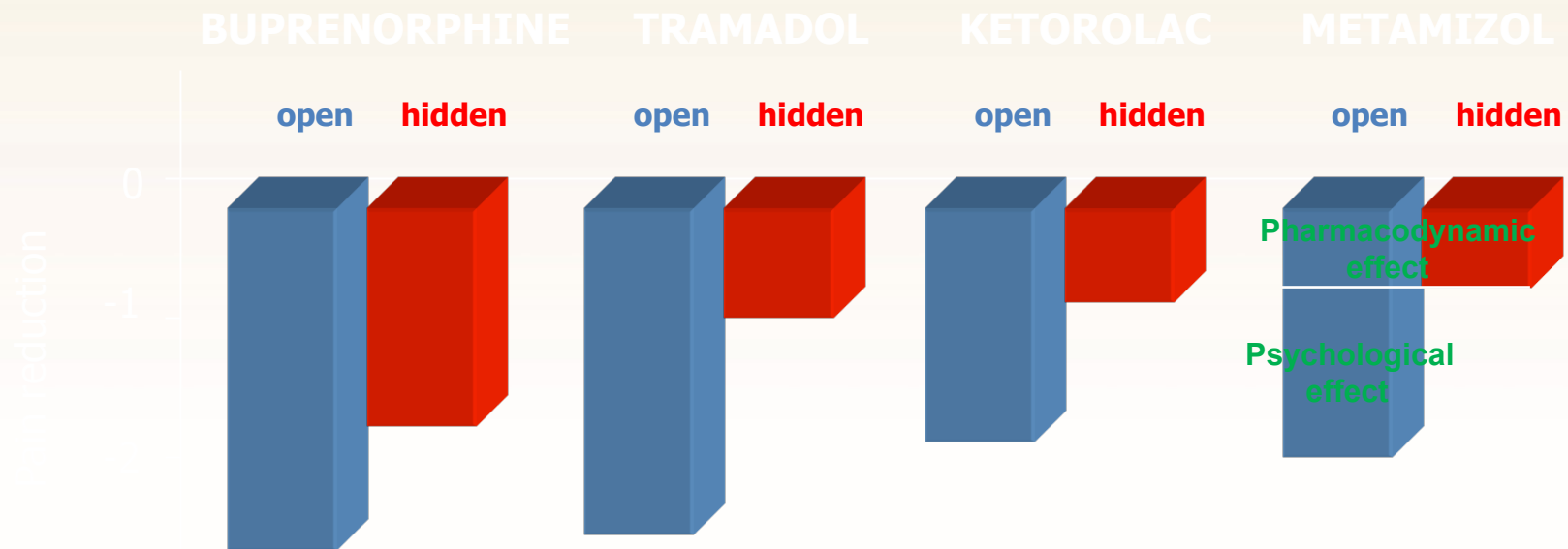


Open injection



computer

Hidden injection



Benedetti et al (1995) *Lancet* 346: 1231
Amanzio et al. (2001) *Pain* 90:205-15
Colloca et al (2004) *Lancet Neurol.* 3: 679-684

Normal

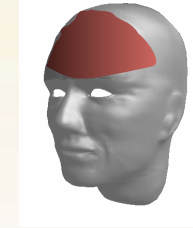
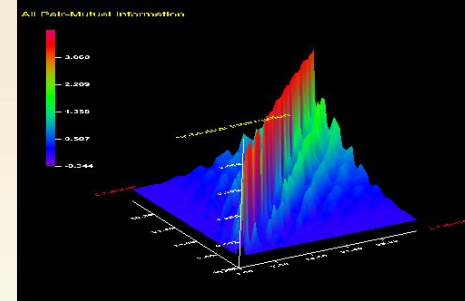
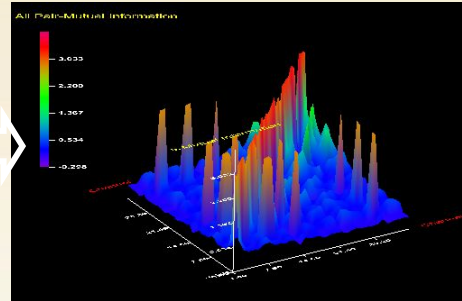
Alzheimer

Frontal Assessment Battery

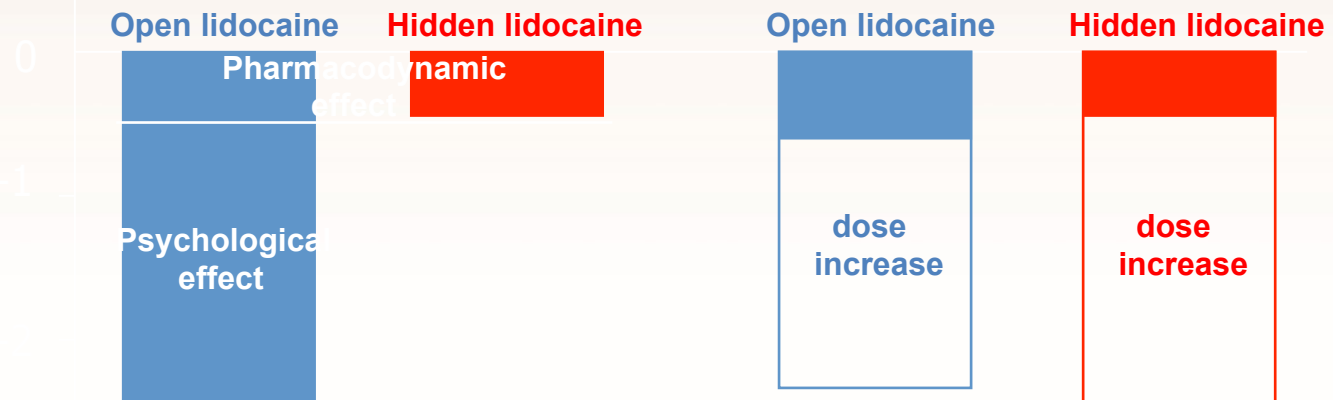
FAB = 17.4 ± 0.8

FAB = 8.1 ± 1.8

Connectivity analysis
 $MI_{xy} = \sum_{p_{ij}} \log \frac{p_{ij}}{p_i p_j}$



Brain reduction



Conscious

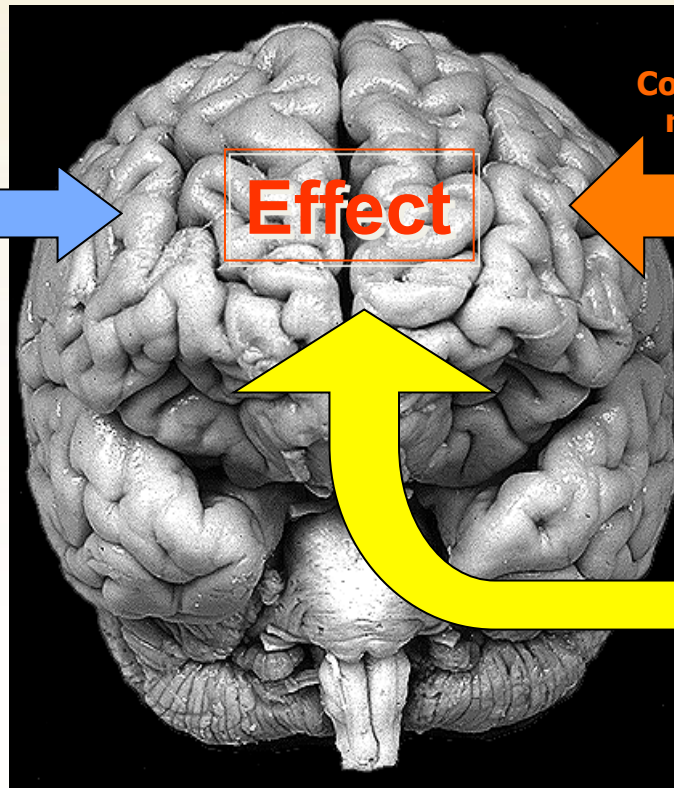
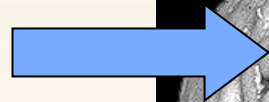


PSYCHOSOCIAL CONTEXT

Unconscious



- COGNITION**
- Expectation
 - Belief
 - Trust
 - Hope



Effect

**Conditioned
response**

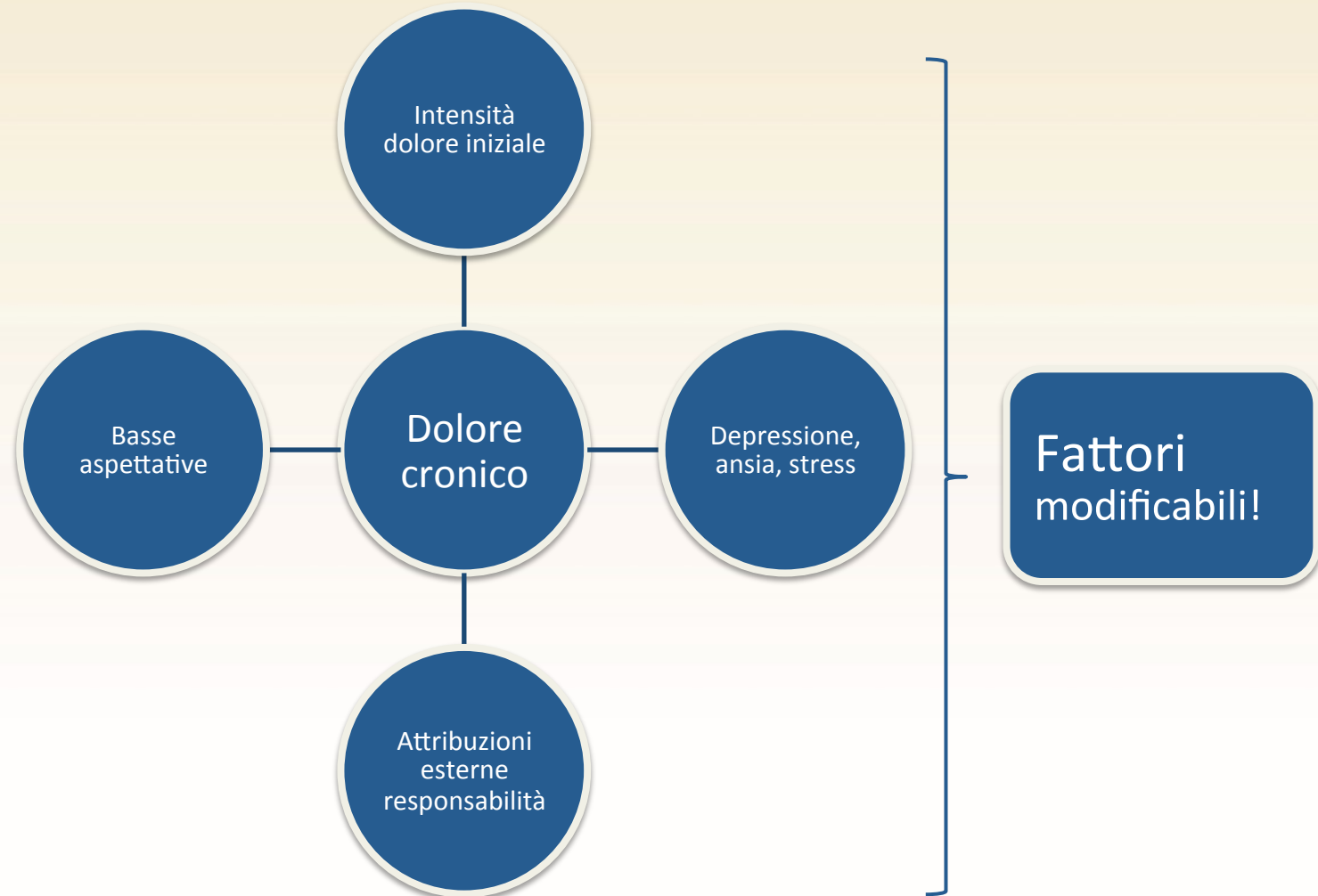


**Conditioned
stimulus**

**Unconditioned
stimulus
(e.g. drug)**

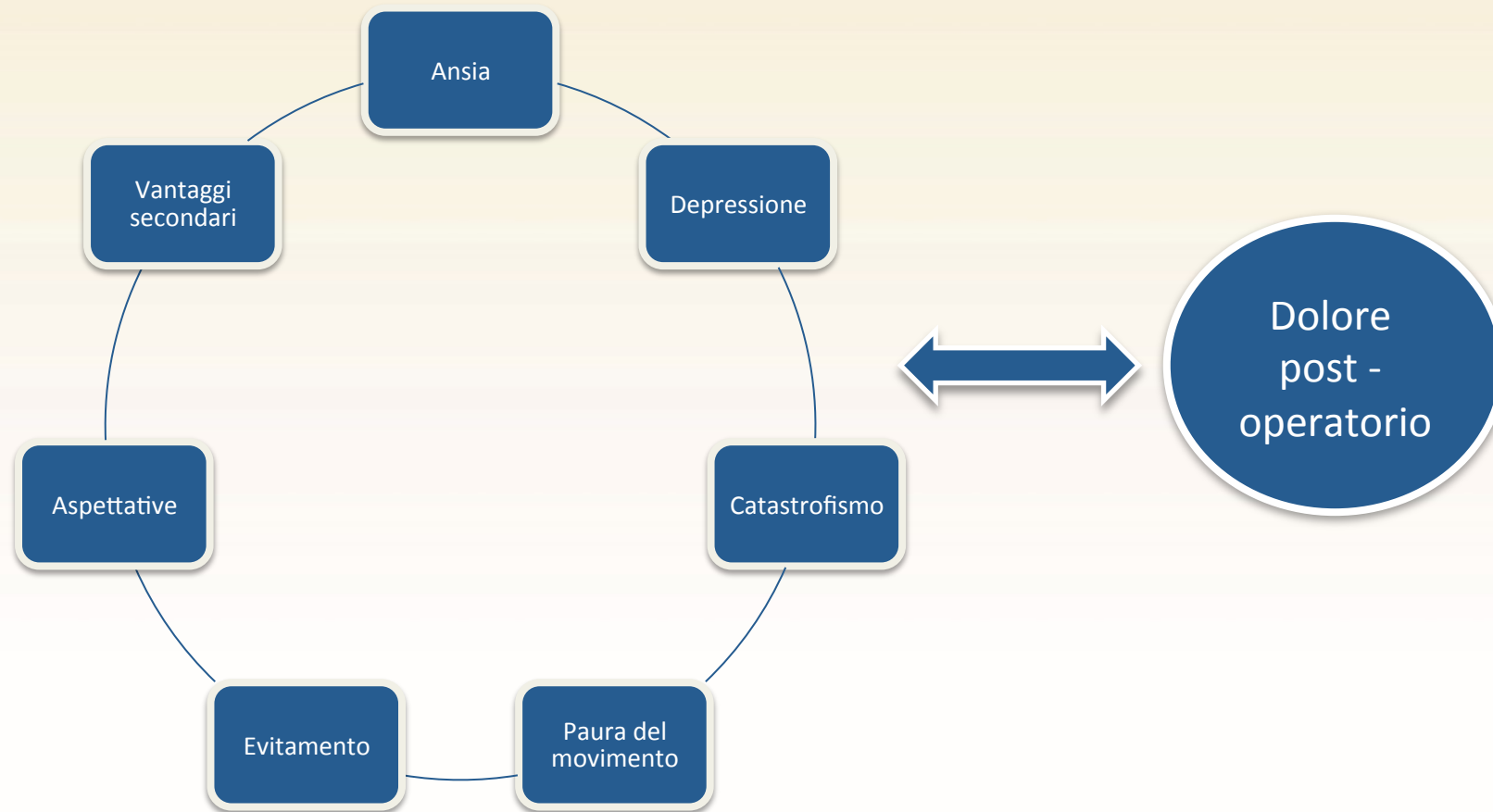


Fattori predittivi della cronicizzazione del dolore traumatico



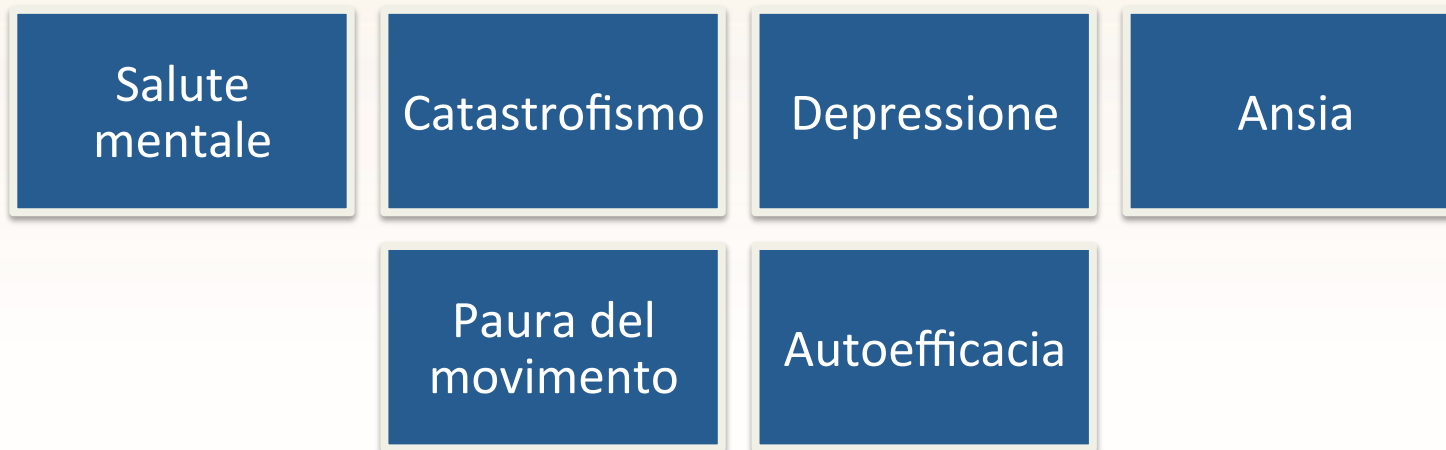
Clay et al., 2010. *Bio-Psychosocial Determinants of Persistent Pain 6 Months After Non-Life-Threatening Acute Orthopaedic Trauma*. The Journal of Pain, 11 (5); 420-430

Fattori psicologici del dolore post-operatorio



Dolore post-operatorio in Chirurgia Ortopedica

- Allo stato attuale della ricerca i seguenti fattori sono considerati predittori del dolore cronico post-operatorio in Chirurgia Ortopedica (ulteriori ricerche sono necessarie):



Vissers et al., (2012). *Psychological factors affecting the outcome of total hip and knee arthroplasty: a systematic review*. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*, 41(4); 576-588.

Dolore post-operatorio in Chirurgia Ortopedica e catastrofismo

- **Catastrofismo:** *risposta cognitivo-affettivo negativa* legata ad un'esperienza dolorosa, per cui quest'ultima è sentita con maggiore intensità e le sue *conseguenze sono sopravvalutate dal paziente.*
- Composto da tre dimensioni: ***ruminazione, impotenza, magnificazione.***
- Direttamente correlato con intensità del dolore;
- E' un fattore predittivo del passaggio da dolore acuto a cronico ed è un fattore predittivo del dolore cronico post-operatorio.