



IL DOLORE DEFINIZIONE, VALUTAZIONE E INTERVENTO

Claudia Tirone

Definire il dolore, non è semplice. Piuttosto che parlare di sintomo, si potrebbe pensare al dolore come 'esperienza' e, in quanto tale, connotata soggettivamente dalla persona che la vive. In altre parole, ognuno di noi ha una propria rappresentazione mentale del dolore che può corrispondere a immagini, pensieri, emozioni, sensazioni specifiche.

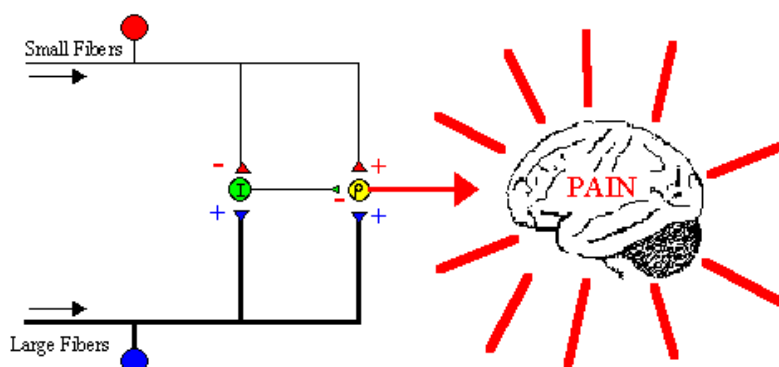
McCaffery definisce il dolore come "qualsiasi cosa la persona che lo prova dice che è ed esiste ogni qual volta la persona dice che c'è". Questa definizione sottolinea come il paziente sia l'unico conoscitore veramente esperto del proprio dolore.

Tale fenomeno è complesso; esso è provocato da un danno al tessuto o al sistema stesso di trasmissione del dolore.

La sequenza degli eventi che conduce al dolore inizia quando le fibre del dolore sono eccitate da stimoli diversi: eventi meccanici (stiramento o pressione), stimoli termici, elettrici o chimici. In che modo questi stimoli attivano il sistema nervoso? Esistono "recettori" specializzati nella cute e negli organi interni che sono sensibili agli stimoli dolorosi. Questi recettori sono chiamati "nocicettori" e sono costituiti da terminazioni nervose libere che appartengono a fibre mieliniche A di piccolo diametro ed a fibre amieliniche di tipo C - sono queste le fibre nervose che mancano nelle persone con insensibilità congenita al dolore. La nocicezione, quindi, è la risposta del sistema nervoso alla stimolazione dolorosa. Quando i nocicettori rilevano uno stimolo nocivo, inviano un messaggio al midollo spinale e da lì al cervello. Quando questa attività elettrica raggiunge il cervello, essa diventa l'esperienza del dolore. Differenti vie di trasmissione nel midollo spinale contribuiscono all'esperienza delle varie qualità di dolore. Il maggiore tratto spinale che trasporta informazioni al cervello è il tratto spino-talamico. Questi tratti ascendenti trasmettono impulsi attraverso il midollo spinale. Alcune fibre di questo tratto conducono direttamente al talamo e da qui passano alla corteccia somatosensoriale che è implicata nella discriminazione della qualità e localizzazione del dolore. Altre fibre si estendono diffusamente verso le molte aree del cervello associate con l'emozione e lo stimolo doloroso.

Una famosa teoria su come funziona il dolore è nota come Teoria del controllo a cancello, formulata da Patrick Wall e Ronald Melzack nel 1965. La teoria sostiene che la sensazione dolorosa sia il risultato del bilanciamento fra le informazioni che viaggiano nel midollo spinale attraverso fibre di grosso diametro e quelle che, invece, percorrono fibre più piccole. Le fibre di grosso diametro veicolano informazioni non nocicettive, mentre quelle di piccolo diametro portano informazioni nocicettive. Se prevale l'attività lungo le fibre grosse, il dolore sarà scarso o assente, mentre se prevale l'attività lungo le fibre di piccolo diametro, il dolore sarà percepito. Ecco uno schema che spiega come la teoria potrebbe funzionare.

Teoria del controllo a cancello



I = "Interneurone inibitorio"; P = "Neuron di proiezione"
- = inibizione (blocco); + = eccitazione (attivazione)



1. In assenza di stimoli, sia le fibre nervose grosse che quelle piccole sono silenziose e l'interneurone inibitorio (I) blocca la trasmissione dei segnali nel neurone di proiezione (P) che porta al cervello. Il "cancello è chiuso" e quindi NON C'E' DOLORE.
2. Con stimoli non dolorosi, si attivano primariamente le fibre di grosso diametro. Ciò porta all'attivazione del neurone di proiezione (P), MA ANCHE all'attivazione dell'interneurone inibitorio (I) che quindi BLOCCA la trasmissione del segnale al cervello da parte del neurone di proiezione (P). Il "cancello è chiuso" e quindi NON C'E' DOLORE.
3. Con stimoli dolorosi, si attivano le fibre di piccolo diametro. Queste attivano il neurone di proiezione (P) e BLOCCANO l'interneurone inibitorio (I). Poiché l'interneurone inibitorio è bloccato, esso NON PUO' bloccare l'attività del neurone di proiezione (P) che trasmette al cervello. Il "cancello è aperto" e quindi C'E' DOLORE!

Una volta che il dolore è stato ricevuto e trasmesso, esso viene percepito in base a diversi fattori interagenti:

- Gravità del danno fisico
- Livello di soglia di dolore del paziente (la più bassa intensità percepibile di stimoli che viene trasmessa come dolore)
- Esperienze passate
- Fattori situazionali
- Fattori socioculturali
- Sistema di credenze
- Livello di crescita e sviluppo
- Significato del dolore
- Affaticamento e insonnia
- Ansia e paura
- Umore depresso

Le esperienze passate costituiscono un bagaglio di informazioni di cui ognuno di noi dispone in merito al comportamento da adottare quando si prova dolore, quando e come parlarne, le circostanze che lo possono provocare, i vari metodi per evitarlo o alleviarlo, l'attesa del dolore, l'accettazione. In generale, il contesto in cui si trova la persona dolorante influenza la risposta comportamentale che può risultare differente a seconda che ci si trovi da soli, in ospedale o in un contesto con molta gente presente. Fattori socioculturali contribuiscono a fornire una risposta differente da individuo a individuo: la nostra risposta al dolore è in parte stata appresa nella nostra famiglia e nel nostro gruppo etnico. Possono esserci molte credenze popolari associate al dolore, ad esempio, alcune ricerche (Zbrowski, 1969), confrontano culture nelle quali il dolore viene negato e paragonato alla malattia e alla morte e quindi ammesso con riluttanza, ad altre, nelle quali vi è una consapevole e approfondita ricerca delle cause del dolore e dove ci si interroga costantemente sulle differenze di significato che esso assume per ogni singola persona. La risposta al dolore è anche influenzata dal valore attribuito ad esso: il dolore causato da un parto può avere una risposta differente da quello causato da un intervento chirurgico a seguito di un incidente particolarmente grave. Se si conosce la causa del dolore, questo può aiutare il paziente nella sua risposta, in caso contrario potrebbero presentarsi ansia e paura che, nella maggior parte dei casi, amplificano la percezione di sofferenza.

Il dolore associato ad una minaccia dell'immagine corporea può essere percepito come più intenso rispetto ad un altro localizzato in una zona del corpo che non mina l'aspetto estetico. Esistono differenti tipi di dolore che vengono descritti in base a:

- Inizio o tempo d'insorgenza
- Durata (acuto o cronico)
- Gravità o intensità
- Modo di trasmissione (normale o riferito)
- Ubicazione o fonte (dolore superficiale, profondo o centrale)
- Causa (stimolo recettore, lesione nervo, dolore psicofisiologico)
- La valutazione del dolore è caratterizzata da due componenti: qualitativa e quantitativa. Un'accurata anamnesi del dolore indaga:
 - Posizione (il punto del dolore)
 - Estensione o irradiazione (superficie di propagazione)
 - Inizio e genere (quando inizia? E' regolare o varia? Episodi separati o continui?)
 - Durata
 - Qualità (descrizione del dolore)



- Fattori precipitanti ed aggravanti
- Intensità (su scala da 0 –nessun dolore a 10- il peggiore che possiate immaginare)
- Sintomi associati (causa altri problemi?)
- Effetti sulle attività svolte quotidianamente
- Metodi di sollievo

Strumenti di facile utilizzo per la valutazione oggettiva del dolore sono le scale visuali analogiche o descrittive; altro strumento, più complesso e meno immediato, ma molto utile anche in fase di verifica è il QUID (Questionario italiano del dolore) , che comprende quarantadue descrittori, distribuiti in tre classi principali (sensoriale, affettiva, valutativa e mista). L'esperto in psicologia dello sport che si trovi ad operare nell'ambito della ri-atletizzazione post-infortunio, può tenere in considerazione quanto esposto, ai fini di effettuare una completa ed esauriente fase di analisi, condizione necessaria per un intervento di ottimizzazione. Tale processo può interessare anche l'aiuto nell'alleviare e nel autonomizzare il paziente nel controllo del dolore con strumenti psicologici. Il paziente che controlla personalmente il dolore può incrementare il senso di autoefficacia relativo al processo di ri-atletizzazione e avere una percezione di miglioramento superiore rispetto a chi attribuisce prevalentemente l'alleviamento del dolore a farmaci o a terzi (medici, fisioterapisti, ecc.) Tra le diverse tecniche utilizzabili per intervenire efficacemente sul dolore vi sono:

- ipnosi
- rilassamento muscolare
- desensibilizzazione
- training autogeno
- biofeedback

Condizione necessaria per l'applicazione di tali strumenti è la conoscenza approfondita delle diverse rappresentazioni mentali del dolore di ogni individuo. Tali rappresentazioni possono essere valutate con l'ausilio di strumenti quali il disegno, la scrittura creativa, ecc., utili per individuare le immagini, le parole chiave, le sensazioni legate al dolore.

Alcuni esempi: "Quando il piede mi fa male è come se molte mani mi pizzicassero", "Sento la spalla come un ingranaggio arrugginito, avrei bisogno d'olio". Queste immagini forniscono un ottimo spunto per fornire indicazioni utili sia in un'ottica d'intervento psicologico, sia in un'ottica di lavoro d'equipe, dove, non solo si potrebbe lavorare sulla cura di un arto, ma della sua rappresentazione, in modo da fornire al paziente una cura profondamente 'personalizzata', con tutti i vantaggi che ne derivano in termini di efficacia e benessere percepito.

BIBLIOGRAFIA.

LUCKMAN, SORESEN'S, Il trattato completo del nursing, Piccin, Padova, 1996
PETERSON L., RENSTROM P., Traumatologia dello sport. Prevenzione e terapia, Torino, UTET, 2002