



Incontri di aggiornamento del Dipartimento Oncologico

30 novembre 2022



IRCCS
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico
Sacro Cuore - Don Calabria
Ospedale Classificato e Presidio Ospedaliero Accreditato - Regione Veneto



Incontri di aggiornamento del Dipartimento Oncologico

Responsabile Scientifico:
DOTT.SSA STEFANIA GORI

26 ottobre - 9 novembre
23 novembre - 30 novembre
2022

SEDE:

"Centro Formazione e Solidarietà"
Sala Convegni "Fr. Francesco Perez"
IRCCS Sacro Cuore - Don Calabria

Via Don Angelo Sempreboni, 5 - 37024 Negrar di Valpolicella (VR)

Aspetti psicologici del dolore

Giuseppe Deledda

Psicologo Psicoterapeuta
Responsabile Unità Operativa di Psicologia Clinica
IRCCS Ospedale Sacro Cuore – Don Calabria di Negrar (VR)

Se medicalizziamo la sofferenza, perdiamo la dimensione spirituale, il vissuto della sofferenza, su cui non puoi agire direttamente in quanto non è materiale, la sofferenza è incarnata ma non è materiale, la sofferenza è dentro di noi

Paolo Moderato, 2019

Il dolore

il dolore è “un’esperienza sensitiva ed emotiva spiacevole, associata ad un effettivo o potenziale danno tissutale o comunque descritta come tale”. (*Associazione Internazionale per lo Studio del Dolore (IASP)*).

Esiste ogni volta che il paziente lo esprime

L’approccio al paziente non deve essere finalizzato alla sola patologia, ma alla **cura della persona nel suo insieme**.

- Il dolore cronico rappresenta un fenomeno complesso nel quale aspetti biologici e psicologici si intrecciano, influenzandosi reciprocamente.
- Nello specifico, sembra sempre più evidente, nella letteratura esistente, l'impatto della componente psicologica soggettiva su quello che viene definito “dolore globale” e la necessità di trattamenti multidisciplinari individualizzati (McCracken et al, 2013).

La messa in discussione delle certezze



Quando arriva il dolore il contesto cambia



La prima risposta innata e automatica è quella di fuggire o evitare il dolore

EVITAMENTO EMOTIVO



Tentativi di evitare di provare sentimenti intensi, angoscianti (se non li sento, non esistono Poi, il mondo torna com'era)



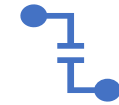
Più comune:
negazione
soppressione
repressione
intorpidimento
ottundimento
ruminazione



L'attenzione viene distolta dal rispondere al "segnale originale« (dolore)



Risultato:
incapacità di adattare i precedenti modelli mentali esistenti per adattarli al mondo, portando a segnali continui di errori di codifica predittiva



La persistenza di esperienze interiori «negative" diminuisce il senso di controllo (nulla di ciò che faccio sembra aiutare): aumenta il disagio emotivo.

Evitamento comportamentale

- **Interrompere o ridurre il coinvolgimento o la partecipazione ad attività che potrebbero causare ulteriori esperienze emotive angoscianti e indesiderate**
- Perdita del contatto con i valori in un contesto in cui i valori, il significato o lo scopo sono messi a dura prova in primo luogo
- Le forme più comuni sono accresciuta passività, ritiro, autoisolamento, mancanza di sforzo, giustificazione, azione impulsiva, scagliarsi contro
- Direttamente collegato alla perdita di agency e all'accresciuta incapacità di risolvere gli errori di codifica.

Più eviti, più diventi evitante.

Correlati emotivi del dolore

Le conseguenze emotive prodotte dal dolore possono portare alla nascita di sentimenti quali:

- *la paura che il dolore possa divenire incontrollabile*
- *la paura di morire*
- *la paura di perdere l'autocontrollo mentale o fisico*
- *la paura di perdere il proprio ruolo sociale*
- *la paura di perdere la propria autonomia*

Fattori che influenzano la percezione del dolore

- Le paure, gli stati d'animo, i sentimenti e il carattere stesso di una persona hanno la capacità di influenzare in modo più o meno marcato la percezione del dolore.

Le reazioni tipiche individuali al dolore sono influenzate:

- *dall'educazione*
- *al substrato culturale*
- *al contesto sociale*
- *alle credenze religiose.*

Processi psicologici dis-funzionali

- Un aspetto primario della sofferenza umana deriva dall'utilizzo inadeguato dei processi psicologici deputati al problem-solving.
- I processi che sono alla base del linguaggio hanno permesso all'uomo di evolvere e possono spiegare come i processi cognitivi che producono inflessibilità psicologica.
- individui con una difficoltà a tollerare emozioni spiacevoli hanno una minore capacità di adattamento ai cambiamenti e una inferiore flessibilità psicologica.

Differenti stili di fronteggiamento delle situazioni (stili di coping) non adattivi

Stile di coping evitante

- **a livello cognitivo:** difficoltà di concentrazione, attenzione, memoria, tendenza alla dimenticanza, negazione
- **a livello emotivo:** apatia, tristezza, depressione, inermità
- **a livello comportamentale:** evitamento delle situazioni, scarsa compliance nei trattamenti,
- **a livello percettivo/sensomotorio:** stanchezza, rallentamento

Stile di coping ansioso

- **a livello cognitivo:** rimuginazione, problem solving, controllo, difficoltà di concentrazione, attenzione, memoria
- **a livello emotivo:** ansia, agitazione, nervosismo, vissuto di minaccia, paura
- **a livello comportamentale:** continua richiesta di visite (controllo), o, al contrario, tentativi di fuga dal contesto di cura (evitamento) percepito come troppo angosciante, impulsività
- **a livello percettivo/sensomotorio:** iperarousal, eccitabilità, insonnia

I pensieri dei pazienti con dolore...

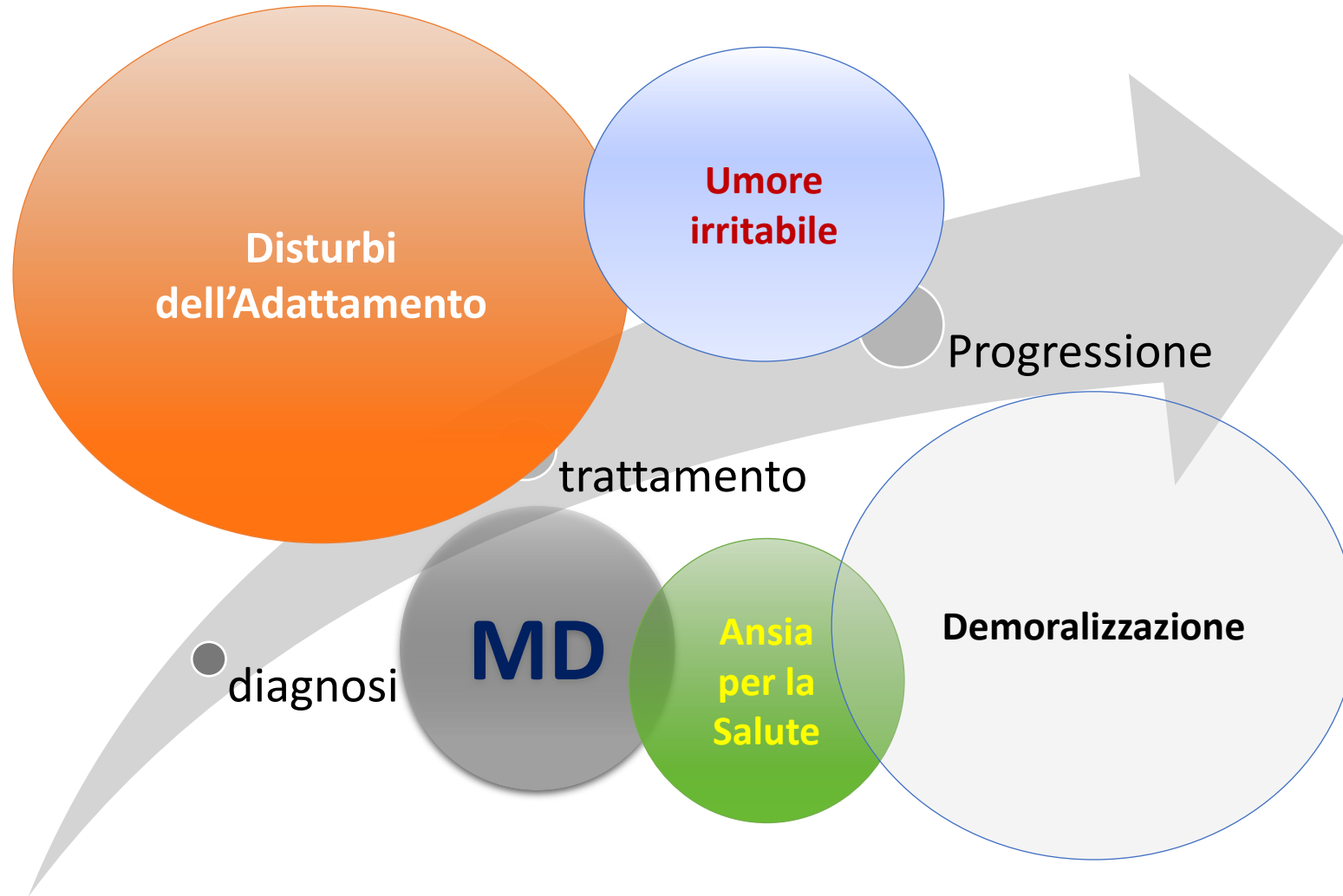
Di tipo ansioso

- “sono in grave pericolo”
- “non ci si può fidare di nessuno”
- “bisogna essere sempre attenti, possono accadere cose terribili”

Di tipo depressivo

- “sono un fallito”
- “mi accadono solo disgrazie”
- “non si può fare nulla, non c'è nessun avvenire, sono condannato”

Fattori di rischio nel dolore



Risposte psicologiche alla malattia oncologica



È possibile considerare le reazioni psicologiche alla malattia lungo un continuum (adattato da Holland e Alici, 2010).

normali sensazioni di
vulnerabilità, tristezza, paura

Distress
isolamento sociale,
crisi esistenziale e spirituale

Disturbi dell'Adattamento
Disturbi d'ansia, DAP, PTSD,
Disturbi Depressivi

Adattamento al contesto di malattia

Disadattamento al contesto di malattia

il **20-52%** dei pazienti oncologici manifesta **sintomi di *distress* clinicamente significativi**
il **20-25%** presenti ***disturbi di adattamento***
il **15-40%** dei pazienti oncologici soffrono di ***depressione maggiore***,

Il distress

“Il distress indica un’esperienza multifattoriale, emozionalmente spiacevole, di natura psicologica (cognitiva, comportamentale, emozionale), sociale e/o spirituale che può interferire con l’abilità di affrontare efficacemente il cancro, i suoi sintomi fisici e il suo trattamento” (Winn, McClure, 2008).

Un distress clinicamente significativo si associa a un coping maladattivo, alla diminuzione della qualità della vita, a una compromissione delle relazioni sociali, al rischio di suicidio, a scarsa aderenza ai protocolli terapeutici e a disfunzioni familiari (Grassi et al., 2005).

Il distress non trattato può avere un forte impatto negativo sulla qualità di vita di pazienti e familiari, sull’adesione ai trattamenti, e sulla sopravvivenza (Granek L et al. 2018)

Il Distress è ritenuto il sesto parametro vitale in oncologia

Disturbi dell'umore

Depressione – Dolore e rischio suicidario



- I pazienti con disturbo depressivo, presentano in genere una **riduzione della capacità di tolleranza dei sintomi fisici e del dolore**, che viene maggiormente segnalato.
- Marcati **deficit della performance fisica** anche legati alla presenza di dolore sono correlati a depressione maggiore e incremento del rischio di suicidio (Nelson et al., 2002)
- Inoltre il dolore fisico non trattato adeguatamente, favorisce lo sviluppo di disturbi depressivi, con **maggior rischio di suicidio** o di richiesta di morte accelerata (O'Mahoney et al., 2005)
- Richiesta di morte anticipata (eutanasia o suicidio assistito), è in genere maggiormente espressa da pazienti con disturbo depressivo (Nelson et al., 2002)

La valutazione multidimensionale delle componenti psicologiche nel dolore

- **L'aspetto cognitivo del dolore**
- **L'aspetto affettivo del dolore**
- **L'aspetto comportamentale del dolore**
- **L'aspetto di personalità**
- **La percezione di auto-efficacia**
- **Descrizione della sintomatologia e dell'intensità**
- **Storia precedente di dolore e anamnesi medica**
- **Comportamento di malattia**
- **Rapporto con i medici e con le terapie**
- **Relazioni familiari e sociali**
- **Contesto sociale e rete di supporto**
- **Situazioni stressanti**
- **Cambiamenti successivi alla comparsa del dolore**

Revisione sulle tecniche utilizzate per la gestione del dolore

- le strategie evitanti possono essere efficaci con dolore di bassa intensità o a con durata breve nel tempo (Mullen & Suls, 1982).
- Le control-based strategies che hanno l'obiettivo di ridurre o eliminare il dolore possono produrre un effetto paradossale e controproducente (Guttierrez et al, 2004)
- le strategie di coping che coinvolgono la soppressione del dolore erano controproducenti nel caso di dolore freddo-pressorio indotto (Cioffi e Holloway, 1993) .
- le istruzioni per sopprimere pensieri sul dolore sono associate ad un'esperienza intensa di dolore e con maggiori intrusioni di pensiero (Sullivan et al. 1997) .

Revisione sulle tecniche utilizzate per la gestione del dolore

Sono emersi risultati inconsistenti e contraddittori nell'utilizzo di:

- delle strategie di coping basate sul controllo o l'eliminazione del dolore, come la soppressione del pensiero (Harvey & McGuire, 2000)
- dell'utilizzo della distrazione in immaginativo (Jaremko, 1978)
- dell'utilizzo dell'attenzione sensoriale (McCaul & Haugtvedt, 1982)
- della alla manipolazione delle emozioni (Ahles, Blanchard, & Leventhal, 1983)
- di tecniche basate sullo stress inoculation (Hackett & Horan, 1980)

Dolore cronico e psicoterapia: il modello ACT è il più efficace

- **Il National Institute for Clinical Excellence (NICE), evidenzia che il modello ACT – Acceptance and Commitment Therapy – è la psicoterapia più efficace per la gestione del dolore cronico**



Learning to live with the pain: acceptance of pain predicts adjustment in persons with chronic pain

Lance M. McCracken*

The University of Chicago, Department of Psychiatry, 5841 South Maryland Avenue (MC 3077), Chicago, IL 60637, USA

Received 5 May 1997; revised version received 18 August 1997; accepted 2 September 1997

Abstract

When patients find their pain unacceptable they are likely to attempt to avoid it at all costs and seek readily available interventions to reduce or eliminate it. These efforts may not be in their best interest if the consequences include no reductions in pain and many missed opportunities for more satisfying and productive functioning. The purpose of this study was to examine acceptance of pain. One hundred and sixty adults with chronic pain provided responses to a questionnaire assessing acceptance of pain, and a number of other questionnaires assessing their adjustment to pain. Correlational analyses showed that greater acceptance of pain was associated with reports of lower pain intensity, less pain-related anxiety and avoidance, less depression, less physical and psychosocial disability, more daily uptime, and better work status. A relatively low correlation between acceptance and pain intensity showed that acceptance is not simply a function of having a low level of pain. Regression analyses showed that acceptance of pain predicted better adjustment on all other measures of patient function, independent of perceived pain intensity. These results are preliminary. Further study will be needed to show for whom and under what circumstances, accepting some aspects of the pain experience may be beneficial. © 1998 International Association for the Study of Pain. Published by Elsevier Science B.V.

Keywords: Chronic pain; Acceptance; Anxiety; Depression; Disability; Behavioral concepts

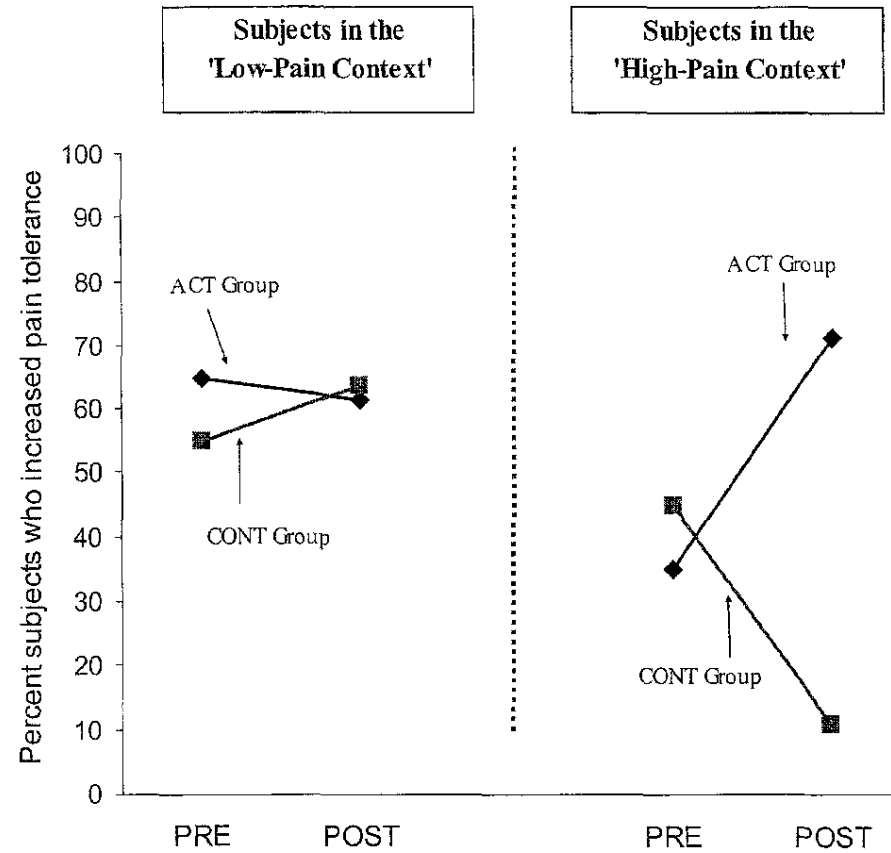


FIG. 1. Percent of participants in the ACT and CONT treatments who increased pain tolerance from the first (PRE) to the second (POST) pain task. Participants in the “low-pain context” chose to receive 7 or fewer shocks in the first pain task while participants in the “high-pain context” chose to receive more than 7 shocks.

Studio sull'accettazione del dolore del paziente oncologico

I dati rilevati da uno studio condotto su 33 pazienti ricoverati presso il reparto dell'oncologia, hanno mostrato una correlazione significativa ($p < 0,01$) del costrutto flessibilità psicologica rispetto:

- al distress (TD) ($r_s = - 0,45$),
- all' ansia (HADS) ($r_s = - 0,74$),
- alla depressione (HADS) ($r_s = - 0,61$)
- al punteggio totale dell' HADS ($r_s = - 0,73$).

Acceptance and Commitment Therapy (ACT)

Dagli studi sulla Relational Frame Theory, si è sviluppata l'Acceptance and Commitment Therapy (ACT), che fa parte di quella che viene definita la "terza onda" della terapia cognitivo comportamentale

(Hayes et al, 1999, 2013; Harris, 2009).

L'Esaflex: i 6 processi del modello ACT che concorrono nell'incremento della

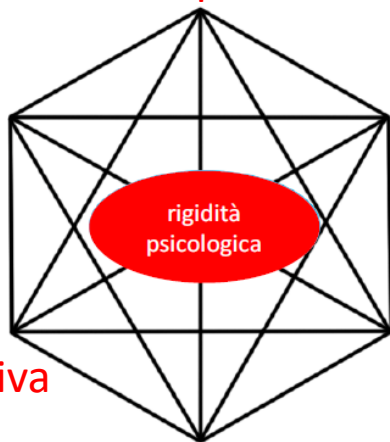
Inflessibilità psicologica

scarsa consapevolezza
dominanza di passato e futuro

evitamento
esperienziale

scarsa chiarezza
dei propri valori

fusione cognitiva



rigidità,
impulsività,
procrastinazione

fusione con il sé
concettualizzato

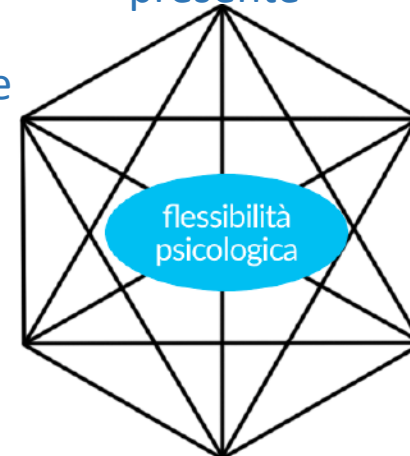
Flessibilità psicologica

Contatto con il momento
presente

Accettazione

valori

Defusione



Azione impegnata

Sé come contesto

La Flessibilità Psicologica

La Flessibilità Psicologica è considerata una qualità fondamentale di comportamento (Hayes et al., 2012), aspetto di funzionamento salutare (Kashdan and Rottenberg, 2010).

È stata definita come la capacità di persistere o cambiare il comportamento, in un contesto di interazione e influenza psicologica, in un modo che questo permetta di perseguire i propri valori e raggiungere i propri obiettivi.

Verso **Famiglia**
Valori
Amici
lavoro



L'accettazione delle esperienze collegate al dolore

- Il processo di **accettazione** è connesso con il processo di adattamento al dolore e le disabilità e correla negativamente con il distress psicologico (Hayes & Duckworth, 2006; McCracken, Vowles & Eccleston, 2004).
- comporta l'abilità di osservare la risposta di evitamento innata, e di modificare il flusso comportamentale e finalizzarlo verso **azioni impegnate di maggior valore**.
- agisce a livello del SNC e **regola l'attivazione emotiva**, quindi ha un'azione sull'attivazione neurovegetativa

la Fusione Cognitiva e l'Evitamento Esperienziale.

Due processi sono alla base della flessibilità psicologica:

- La **Fusione Cognitiva** è considerata come l'interferenza negativa della cognizione quando si manifesta all'interno di un contesto in cui i pensieri sono presi come realtà effettive: può portare a far assumere a quei pensieri un forte carico negativo per l'individuo.
- Di conseguenza, la persona con dolore cerca di sfuggire a questa esperienza negativa (A-Tjak & Groot, 2008). Tale reazione è considerata tra le risposte di **Evitamento Esperienziale**.

La razionalizzazione e l'evitamento della sofferenza: il tentativo di difesa dell'integrità del Sé

La funzione primaria dell'evitamento della sofferenza, è di protezione, salvaguardia della propria incolumità, sopravvivenza e di difesa dell'integrità del Sé.

Tali strategie possono perdere la loro funzionalità e portare ad una perdita di contatto con il Sé, con vissuti di derealizzazione, dissociativi, depersonalizzazione, disorientamento e quindi influire negativamente sui processi di adattamento al contesto e comportare una perdita di contatto con i valori.



Pensieri e Credenze

by David Gillanders

È importante effettuare una accurata valutazione:

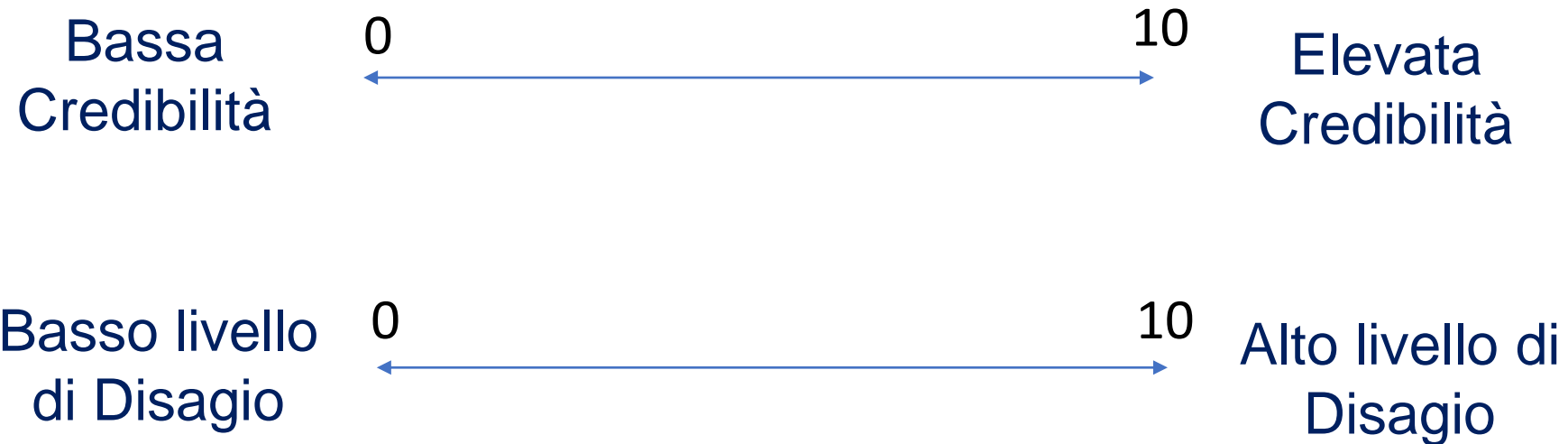


Ognuno ha una propria storia personale / pregiudizi / cultura

È importante poter ricevere buone informazioni e opportunità di riflessione

Valutazione della Credibilità e del Disagio del pensiero

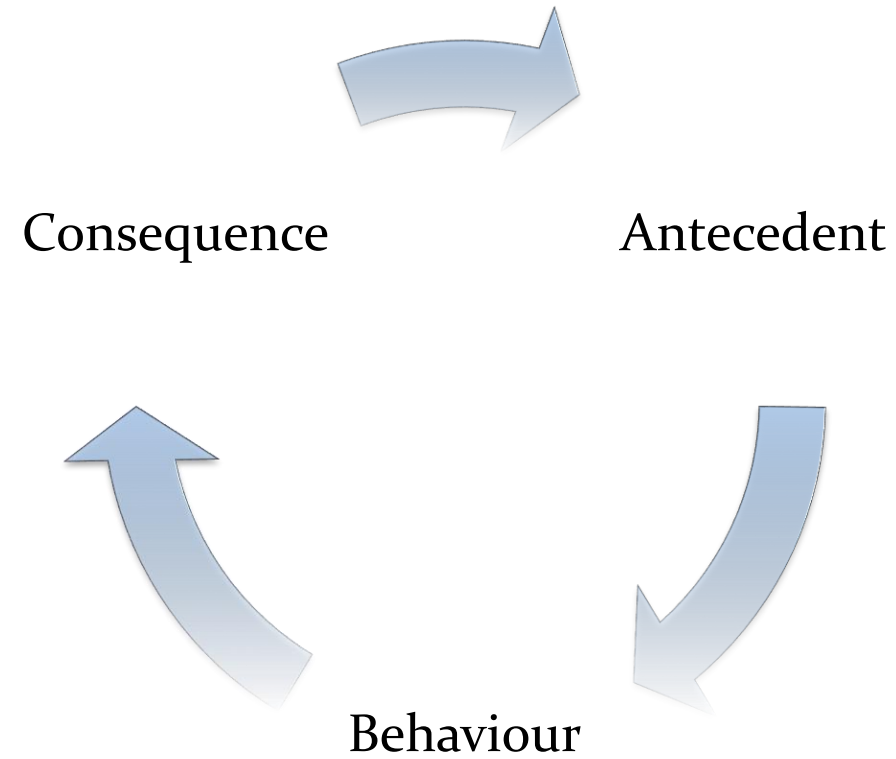
- Il tuo pensiero _____ secondo te ha:



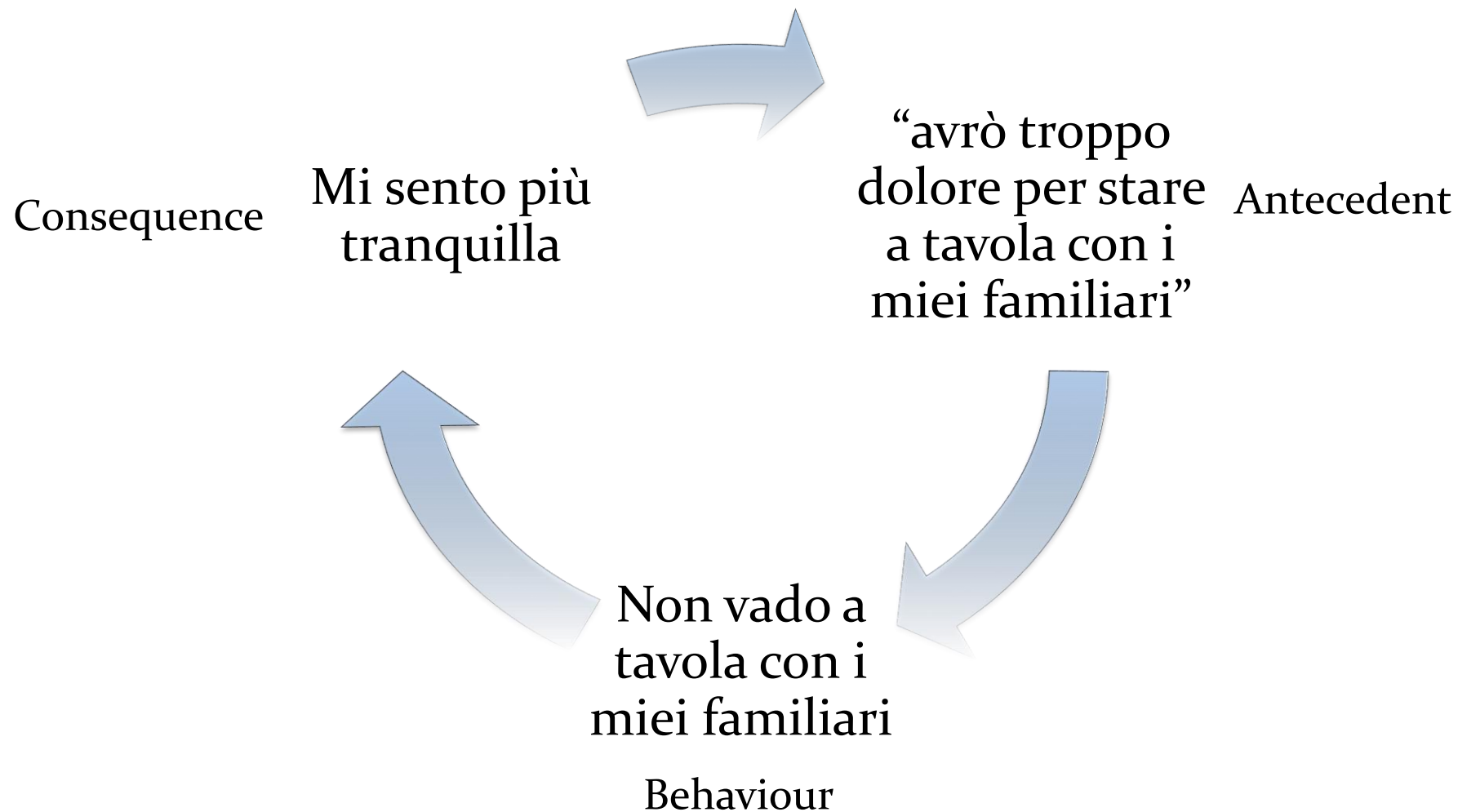
Valutazione degli ostacoli (i circoli «bloccati»)



Il continuo fluire del comportamento...



Il continuo fluire del comportamento...



Valutazione dell'impatto

by David Gillanders

Questa condizione fisica, che difficoltà ti crea?

Che cosa hai dovuto smettere di fare?

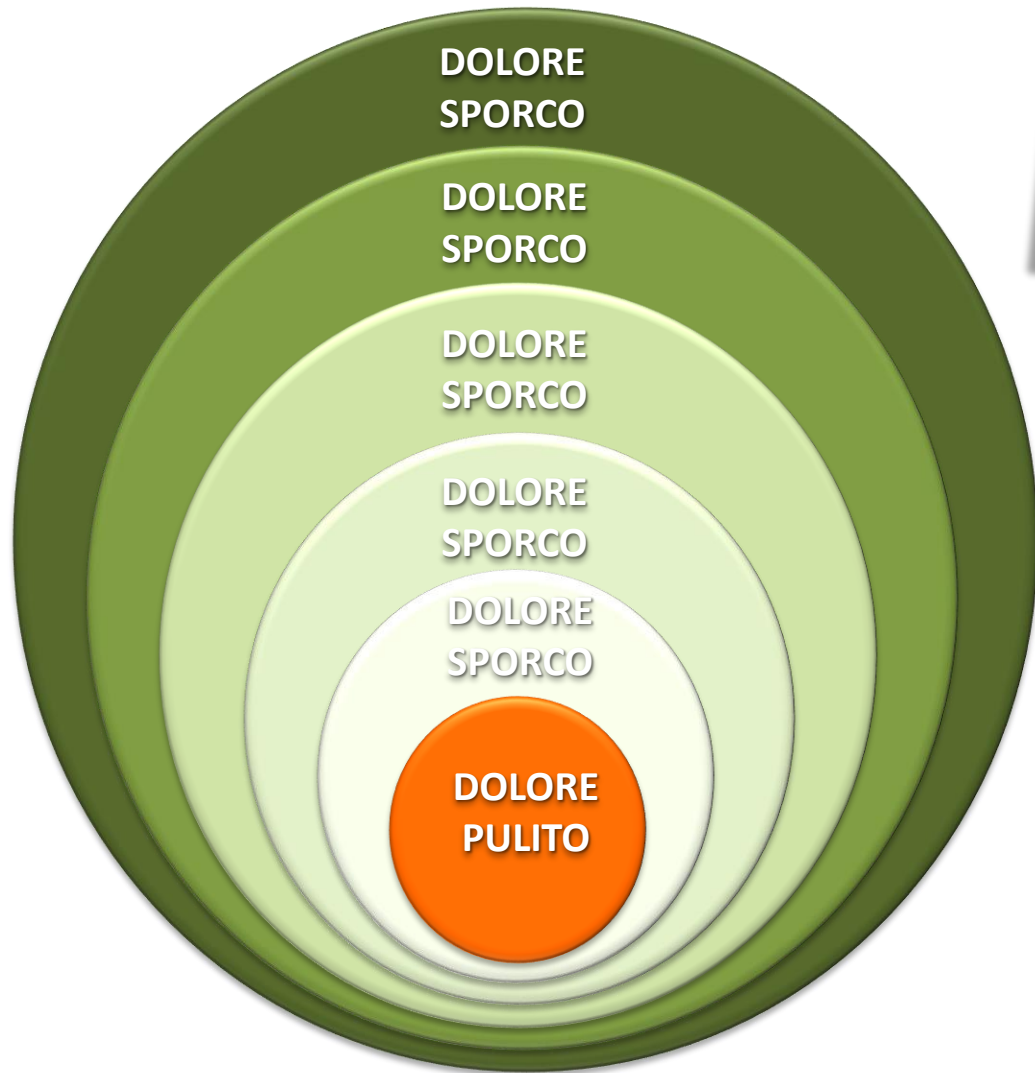
Da quanto tempo?

Ci sono altre problematiche (emotive, relazionali..) legate al dolore?

Come è cambiata la tua vita da quando hai questo problema?

Valuta anche alcuni comportamenti particolari:

Per esempio. Non socializza a causa della malattia ma mantiene buone relazioni con i familiari



Dolore pulito
+
Evitamento esperienziale
=
Dolore sporco

Esercizio: Diario del dolore pulito e del dolore sporco

Dolore pulito			Dolore sporco	
Situazione	Descrizione dolore	Livello	Descrizione dolore	Livello
Ho provato a sollevare un pensile vuoto abbastanza leggero da appendere in cucina	Dolore tagliente alla mia schiena	7	Ho iniziato a pensare a come ho lasciato il mio mestiere di falegname	8
Sono inciampato in un maglione che mia moglie ha gettato sul pavimento della camera da letto	Leggera fitta nella mia schiena	4	Inizio ad imprecare ad alta voce su come mia moglie sia stronza e pigra, anche se non lo penso realmente. Mi ha sentito e ha lasciato la stanza in lacrime	9
Ho fatto un lungo viaggio in macchina	Quando scendo dalla macchina ho la schiena indolenzita	2	Inizio a pensare «ecco non riesco nemmeno a fare un maledetto giro in Auto. Bene, c'è un'altra cosa a cui dovrò prestare attenzione	6
Mi sono chinato per prendere il telecomando	Il solito dolore	2	Prendo il fretta una pillola e sorseggio un Drink in modo da poter guardare un po' la tv. Odio questo modo di agire perché non ho mai utilizzato delle pillole prima d'ora	8

Restrizione dei repertori comportamentali e Perdita di contatto con I valori

L'evitamento e la fusione tendono a diventare così importanti e focalizzati su quello che ci fa soffrire da assorbire l'energia necessaria per muoversi nella direzione dei propri valori, che possono dare significato ai comportamenti e alla vita di una persona.



ACCEPTANCE TECHNIQUES

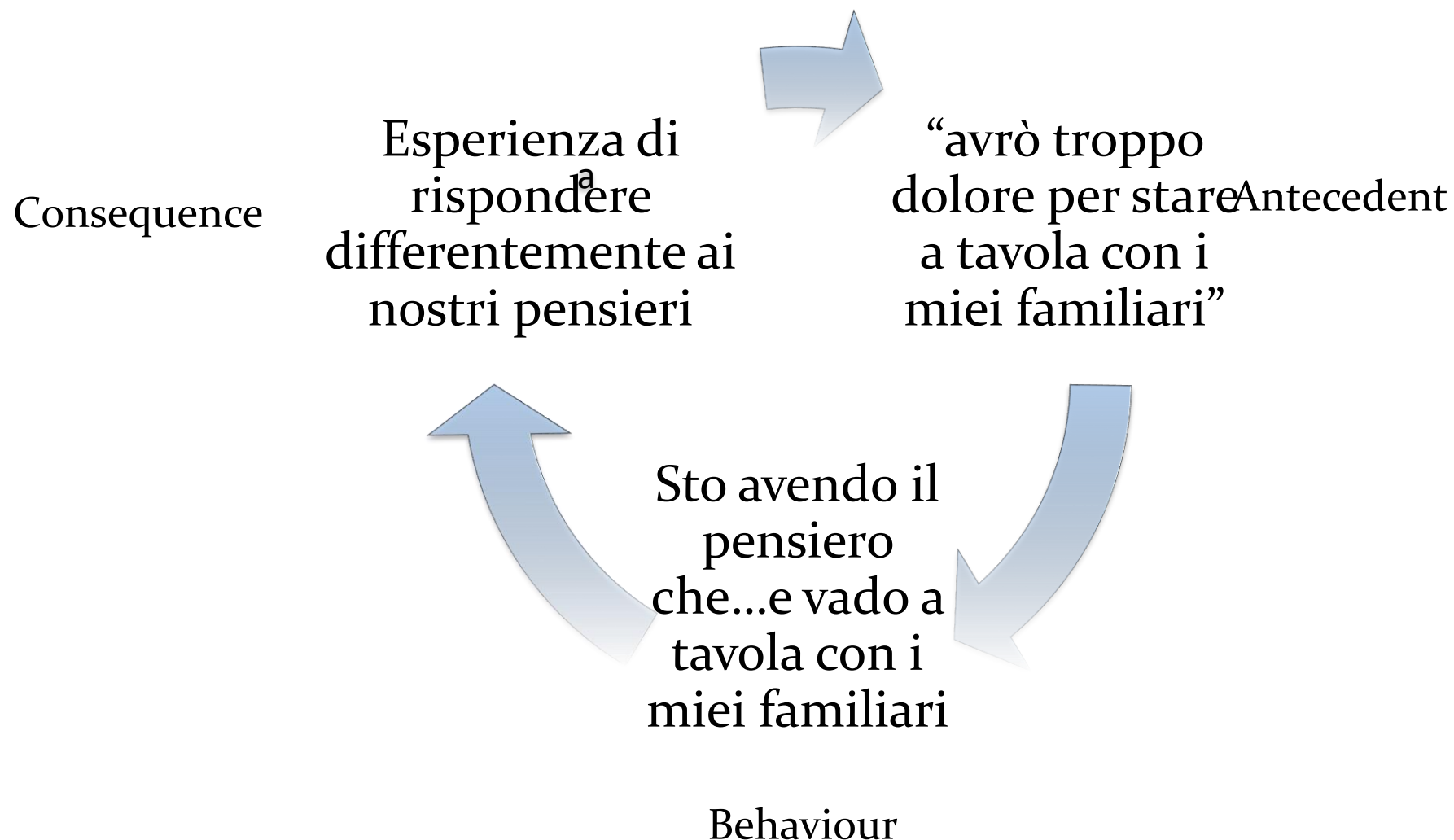
ACCETTAZIONE non è solo liberarsi dei sentimenti, sta sviluppando la volontà di avere sentimenti, indipendentemente dal fatto che aumentino o diminuiscano.	ESPANSIONE Osserva la sensazione e vedi se riesci ad aprirti un po' intorno ad essa. Dagli spazio.
OSSERVAZIONE Notare la sensazione. Nota dove si trova Nota dove è più intensa.	DISPONIBILITA' Anche se non ti piace la sensazione, ma vedi se riesci a legittimarla per un momento. Non ti piace, lascia che sia lì.
RESPIRA Osserva la sensazione e inspiraci delicatamente.	OGGETTIVAZIONE/FISICALIZZAZIONE Se la sensazione fosse un oggetto, come sarebbe? Vedi le tecniche di sensazioni più tardi.

Tecniche per promuovere le abilità cognitive di osservazione e di regolazione emotiva (mediante grounding)

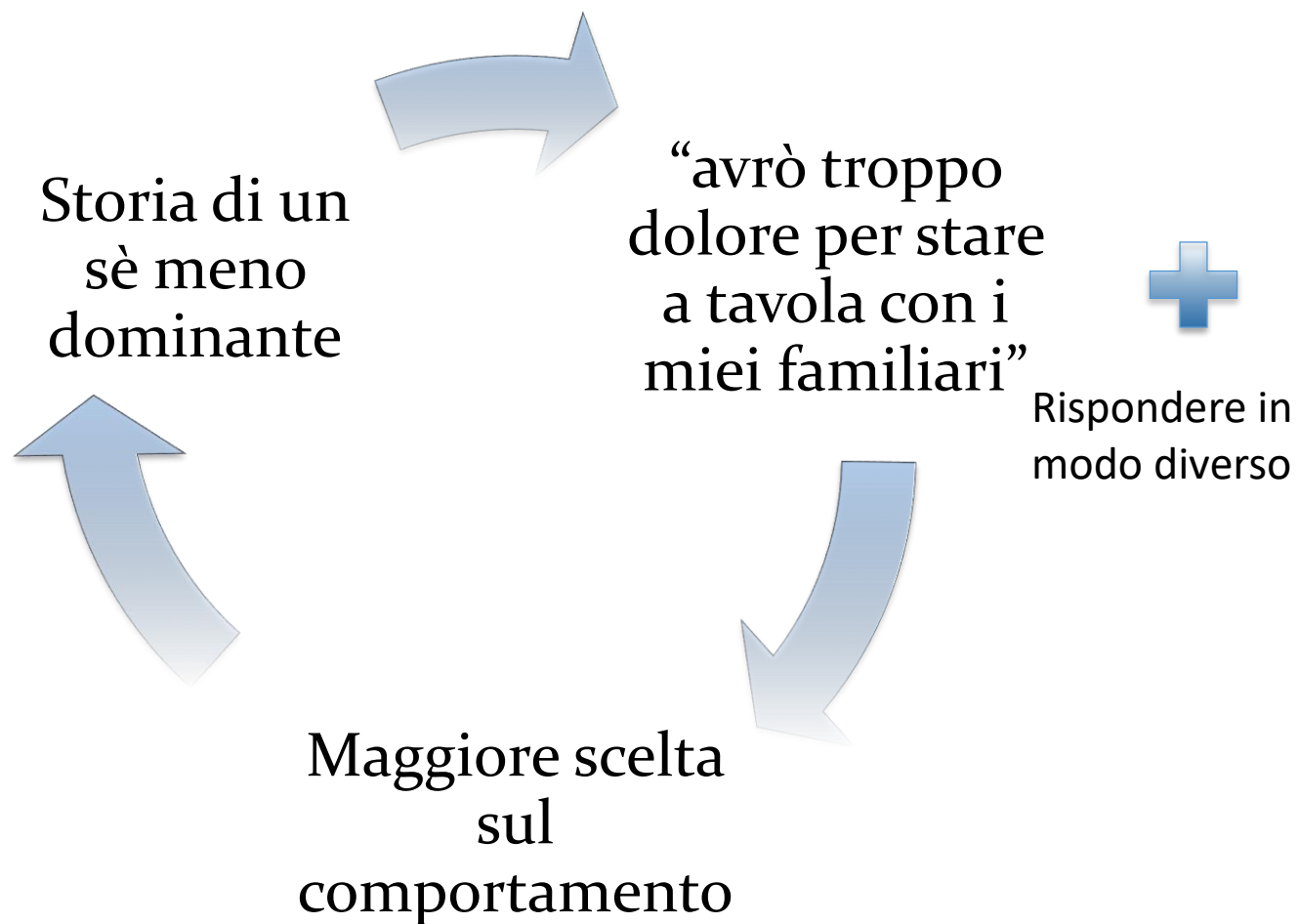
Trasformazione della funzione stimolo...

- Per contattare nuove contingenze, abbiamo bisogno di stabilire nuovi comportamenti in risposta ai soliti antecedenti, ossia ai pensieri legati al dolore.
- Quindi tale conseguenza diventa parte di un nuovo antecedente e quindi, la funzione dello stimolo degli antecedenti tra cui i pensieri relativi al dolore, viene alterata.

Il continuo fluire del comportamento...



Il continuo fluire del comportamento...



flessibilità comportamentale: l'«azione impegnata»

L'azione impegnata è:

- Un'azione guidata dagli obiettivi e dai valori.
 - **persistente**, nel senso che può essere mantenuta anche in presenza di ostacoli o disagio emotivo
 - **flessibile**, nel senso che essa può essere interrotta quando l'azione non è più utile per la persona.
-
- L'azione impegnata è significativamente correlata a bassi livelli di depressione e a miglior funzionamento sociale, salute mentale, vitalità e salute generale (McCracken, 2013; Trompeter et al., 2013).

Diversi tipi di pratica esperienziale

Mindfulness

Tangibile

- Mindful eating
- Body scan
- Camminata
- Sedersi con il respiro
- Sedersi con i suoni
- Sedersi con i pensieri
- Sedersi con una difficoltà/emozione

Intangibile

Indicatori di esito

È importante utilizzare strumenti di misura specifici rispetto i processi sottesi all'adattamento psicologico del paziente con dolore:

- **Termometro del Distress (TD)** è un rapido strumento di screening con un range visivo 0-10 nella forma di un termometro, in cui 0 indica assenza di malessere e 10 malessere generale elevato.
- **Mindfulness Attention Awareness Scale Brief Version (MAAS):** Indaga la capacità del soggetto di restare intenzionalmente in contatto con il momento presente, senza imbattersi in automatismi o cedere ad alcuna distrazione come emozioni e pensieri.
- **Cognitive Fusion Questionnaire (CFQ):** Questionario self-report a 12 items che misura la fusione cognitiva.
- **Visual Analog Scale (VAS):** Il grado di disagio e di credito di ogni pensiero è stato valutato usando una Visual Analog Scale (VAS) da 0 a 10
- **Committed Action Questionnaire – 8 items (CAQ-8).** Si tratta di un questionario composto da 8 items, che valuta l'azione impegnata, cioè la capacità della persona di mettere in atto un'azione, guidata dai propri obiettivi e valori
- **Chronic Pain Acceptance Questionnaire-8 (CPAQ-8)** è una scala bi-fattoriale composta da 8 item usata per indagare il grado di accettazione del dolore, con 2 sottoscale: **Activity Engagement (AE)** (impegnarsi in azioni coerenti con i propri valori in presenza del dolore), **Pain Willingness (PW)** (il grado in cui la persona si astiene dal tentativo di evitare o controllare esperienze dolorose)

CPAQ-8



(Chronic Pain Acceptance Questionnaire)

- Il Chronic Pain Acceptance Questionnaire è una scala bi-fattoriale composta da 8 item usata **per indagare il grado di accettazione del dolore**.

Le sottoscale hanno dimostrato una buona consistenza interna (alfa $\geq 0,80$):

- AE: Activity Engagement
- PW: Pain Willingness

Il CPAQ-8 ha spiegato una grande parte della varianza totale in CPAQ-20 ed è stato anche in grado di tenere traccia dei cambiamenti terapeutici (large effect size, $d = 0,89$).

- Ciascun item prevede 6 risposte da “mai vero” (0) a “sempre vero”. Punteggi più elevati indicano maggiore accettazione del dolore (Vowles et al., 2008).

Studio sull'Accettazione del dolore (CPAQ-8) e sull'azione impegnata (CAQ-8)

I dati rilevati da uno studio (in corso) condotto su 110 pazienti (outpatients e ricoverati) (80 donne) con dolore cronico hanno mostrato:

- Una correlazione significativa tra CAQ-8 e CPAQ-8 ($r = .499$; $p < 0.001$)
- Una correlazione negative tra:
 - ✓ CAQ-8 and PHQ-9 ($r = -0.501$; $p < 0.001$),
 - ✓ CPAQ-8 and PHQ-9 ($r = -0.491$; $p < 0.001$),
 - ✓ CAQ-8 and HADS ($r = -0.536$; $p < 0.001$),
 - ✓ CPAQ and HADS ($r = -0.482$; $p < 0.001$).

I dati hanno confermato l'importanza del ruolo dell'accettazione del dolore e dell'azione impegnata nel processo di adattamento al dolore e per prevenire stati di disagio psicologico e psicopatologia.

(Deledda G. et al in press)

Le peculiarità della cronicità rendono necessaria una nuova prospettiva

Cambiano i ruoli giocati dal curante e dal paziente e la loro relazione:

- il paziente diventa il **centro dell'attenzione**,
- il curante assume un ruolo di **accompagnamento** della persona lungo tutto il suo percorso di apprendimento e adattamento alla malattia
- Sono in una relazione **paritaria** dove ognuno è riconosciuto nelle **proprie specifiche competenze** e riconosce le competenze altrui come **necessarie** per una cura realmente efficace e sostenibile **nel tempo**.

Competenze e strumenti comunicativi con il paziente con dolore

Nel colloquio con il paziente con dolore è importante applicare i seguenti principi dell'ascolto attivo:

- stimolare il paziente a parlare grazie all'uso di **domande aperte**
- **ascoltarlo con attenzione** estrapolando le informazioni salienti, riassumendole attraverso puntuali **riformulazioni** che testimonieranno al paziente di essere stato ascoltato e capito.
- **porsi con empatia**, in modo da riuscire a prendersi cura della Persona con le sue emozioni, paure, speranze, oltre che curare la malattia.

Competenze e strumenti comunicativi con il paziente con dolore

- prestare attenzione alle narrazioni dei pazienti e dei caregiver per comprendere e integrare i diversi punti di vista di coloro che intervengono nella malattia e nel processo di cura, al fine di una **costruzione condivisa di un percorso di cura** personalizzato (storia di cura), fondato sulla **partecipazione attiva dei soggetti coinvolti nelle scelte**

Psicoeducazione per il dolore cronico

- Il corso psicoeducativo è attualmente uno strumento caldamente raccomandato per un approccio biopsicosociale che trasformi il trattamento o la gestione del dolore in una **riabilitazione dal dolore** (Lotze & Moseley, 2015).
- E' stato dimostrato che i pazienti che hanno informazioni scorrette sul dolore, lo considerano più minaccioso, mostrano una tolleranza al dolore inferiore, hanno più pensieri catastrofici inferiore in questi pazienti.

Psicoeducazione per il dolore cronico

Gli obiettivi del corso psicoeducativo sono principalmente:

- **comprendere la complessità dell'esperienza dolore cronico**, con le sue dinamiche e le conseguenze a livello psicofisico, relazionale e sociale,
- **imparare strategie per una sua migliore gestione a livello emotivo, cognitivo e comportamentale,**
- **migliorare la comunicazione con l'equipe medica.**
- Il corso psicoeducativo si pone come “snodo” cruciale e porta d'accesso al **trattamento interdisciplinare del dolore cronico**, trattamento che potrà essere medico-farmacologico, fisioterapico e/o psicologico

Psicoeducazione per favorire la compliance al corretto utilizzo dei trattamenti farmacologici

- Le persone che soffrono dolore cronico necessitano in genere di terapia farmacologica per lunghi periodi di tempo.
- Questi pazienti attraversano fasi diverse di decorso della malattia e quindi anche i loro bisogni terapeutici variano nel tempo.
- L'aderenza al trattamento (compliance), anche con l'utilizzo di nuovi psicofarmaci, continua a costituire uno dei problemi clinici più rilevanti specialmente nel trattamento farmacologico di lungo termine

Psicoeducazione

Si possono rapidamente riassumere le evidenze scientifiche più significative emerse:

- a) impatto positivo nella **gestione della terapia farmacologica**
- b) la necessità che tali programmi siano costituiti da **un numero di sedute prolungato nel tempo**
- c) Strutturare gli interventi in modo **interattivo**
- d) L'intervento psicoeducazionale si basa su strategie CBT tra cui:**
 - a) tecniche di modeling**
 - b) Tecniche basate sul rinforzo: «evocare, rinforzare, ripetere»**

Psicoeducazione per il dolore cronico

La presenza di **sintomatologia ansiosa e/o depressiva reattiva**, secondaria all'esperienza di dolore cronico, o i **disturbi dell'umore o di personalità antecedenti al dolore cronico**, è opportuno che siano presi in carico attraverso un **percorso psicoterapeutico individuale**, in quanto costituiscono un fattore di mantenimento del dolore ed un fattore prognostico negativo nel processo riabilitativo.

Alcuni spunti di riflessione.....

Come comunicare con il paziente con dolore?

- **Crede** il paziente quando esprime dolore
- **Non entrare in simmetria** che blocca la comunicazione e le possibilità di aiuto
- **Non banalizzare**, non negare, non sdrammatizzare prematuramente la preoccupazione legata al dolore
- **Evitare rassicurazioni premature o eccessive**
- **Fornire spiegazioni adeguate**

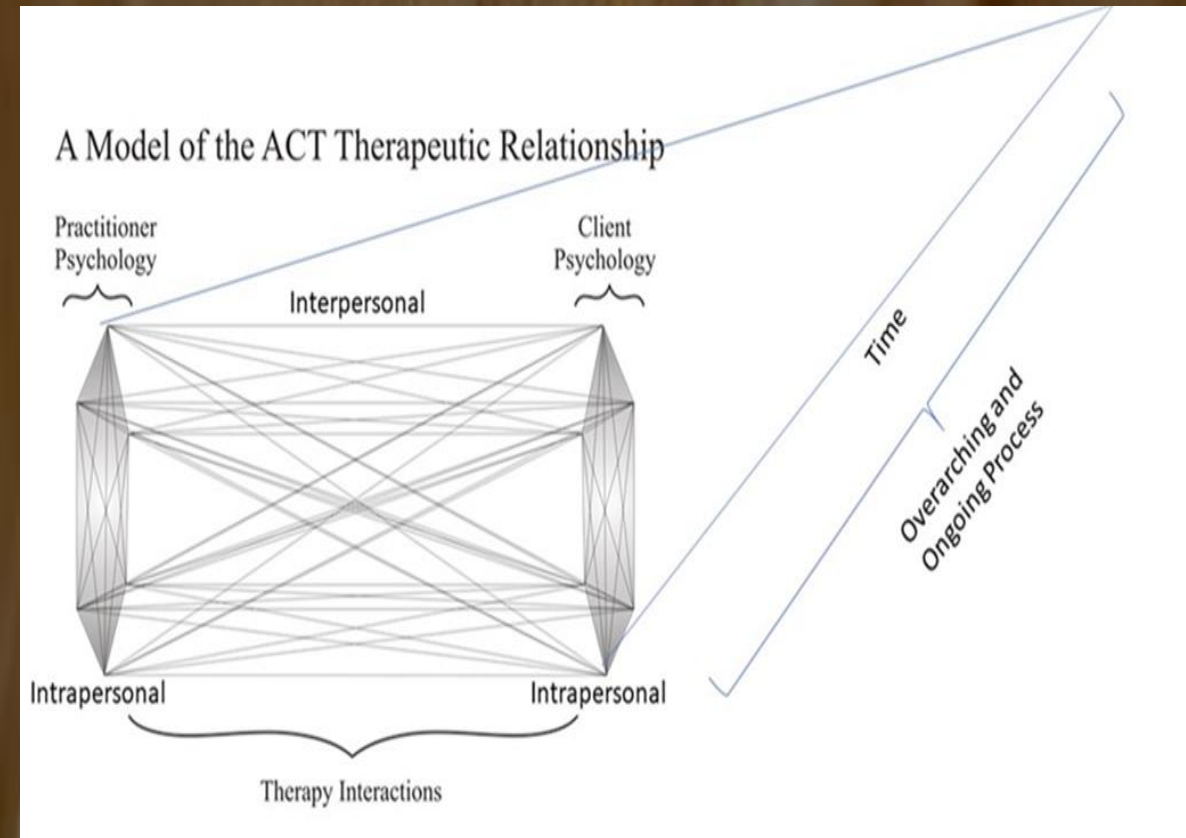
Il compito critico del terapeuta
è riconoscere la rottura,
il contesto in cui si è verificata
e invitare a esplorarla in seduta

(Luoma et al., 2017)

I processi sono interdipendenti e si influenzano a vicenda.

Quando il lavoro all'interno dei processi scorre, nasce un "insieme".

(Strosahl, K. D, 2021)



Posizione in terapia: ogni ostacolo può portare alla crescita



CHE POSIZIONE STIAMO PRENDENDO QUI?

Assistere alla rottura



CHE POSIZIONE STIAMO PRENDENDO QUI?

scarsa consapevolezza
dominanza di passato e futuro

Focalizzazione sul passato e perdita di contatto
con il presente, con la propria spiritualità

evitamento esperienziale

Vissuto di fragilità
Lotta con la sofferenza, con
la paura con il dolore

perdita di senso

Ho perso la speranza!!!
Ho perso la fede!!

fusione cognitiva

Perchè a me!!!
Forse me lo merito!!

rigidità, impulsività,
procrastinazione

Inazione, chiusura

fusione con il sé concettualizzato

lo sono uno zoppo....non ho più fede



Assistere alla rottura



**Inizia con l'essere presente alla rottura,
riguardo alle sue
qualità intrapersonali e interpersonali
(Walser, 2019)**

Assistere alla rottura



CHE POSIZIONE STIAMO PRENDENDO QUI?

Assistere alla rottura



CHE POSIZIONE STIAMO PRENDENDO QUI?

Assistere alla rottura

Rimanere seduti
senza sapere quello che accadrà

...È abbastanza per oggi

(11-11-11)

Assistere alla rottura



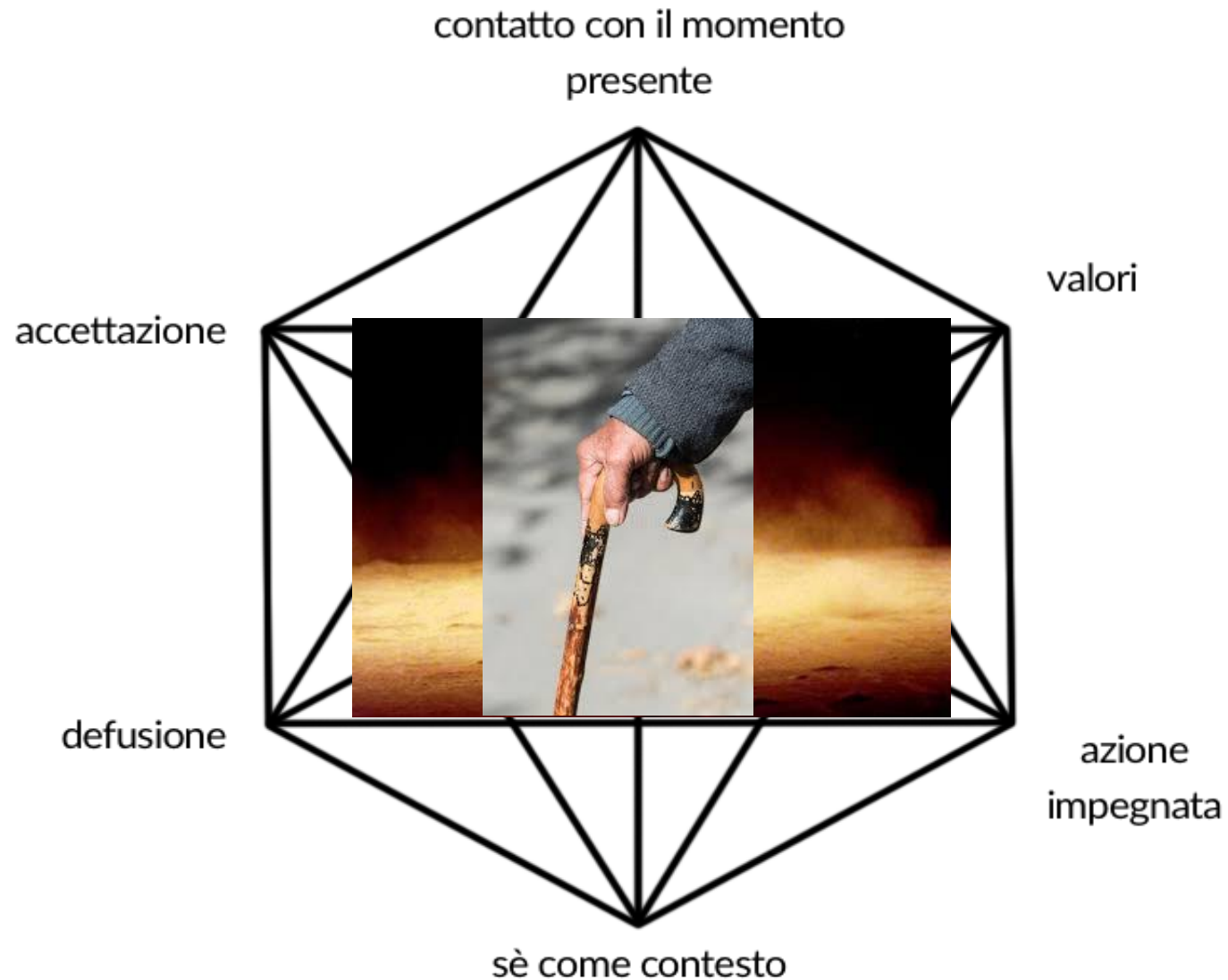
CHE POSIZIONE STIAMO PRENDENDO QUI?

Assistere alla rottura



QUALI FUNZIONI?

Il processo di riparazione





La riparazione

Si manifesta all'interno della relazione attraverso un ritorno a comportamenti che si rafforzano reciprocamente tra cliente e terapeuta

È trasmesso da un ritorno a una prospettiva funzionale, legata a risultati basati sui valori



La morte non è niente.

Sono solamente passato dall'altra parte: è come fossi nascosto nella stanza accanto.

Io sono sempre io e tu sei sempre tu.

Quello che eravamo prima l'uno per l'altro lo siamo ancora.

Chiamami con il nome che mi hai sempre dato, che ti è familiare; parlami nello stesso modo affettuoso che hai sempre usato.

Non cambiare tono di voce, non assumere un'aria solenne o triste.

Continua a ridere di quello che ci faceva ridere, di quelle piccole cose che tanto ci piacevano quando eravamo insieme.

Prega, sorridi, pensami!

Il mio nome sia sempre la parola familiare di prima: pronuncialo
senza la minima traccia d'ombra o di tristezza.

La nostra vita conserva tutto il significato che ha sempre avuto: è
la stessa di prima, c'è una continuità che non si spezza.

Perché dovrei essere fuori dai tuoi pensieri e dalla tua mente, solo
perché sono fuori dalla tua vista?


Non sono lontano, sono dall'altra parte, proprio dietro l'angolo.

Rassicurati, va tutto bene.

Ritroverai il mio cuore, ne ritroverai la tenerezza purificata.

Asciuga le tue lacrime e non piangere, se mi ami: il tuo sorriso è
la mia pace.

(Sant' Agostino)

A tall, white lighthouse stands on a dark, rocky cliff at night. The lighthouse is illuminated from within, and its light shines brightly, creating a starburst effect with many rays of light radiating outwards across the dark blue sky. A small, white, two-story building is situated at the base of the lighthouse on the cliff. The ocean is visible in the foreground, with some rocks protruding from the water. The overall scene is serene and dramatic.

Grazie per l'attenzione