

3° INCONTRO  
Giovedì 4 dicembre 2014

Terapia del dolore in Oncologia



Ospedale  
"Sacro Cuore - Don Calabria"

Incontri  
di aggiornamento  
del Dipartimento  
Oncologico

Responsabile Scientifico:  
Dott.ssa Stefania Gori

19 settembre - 6 novembre  
4 dicembre  
2014

SEDE  
CENTRO FORMAZIONE  
Ospedale "Sacro Cuore - Don Calabria"  
Via Don Angelo Sempredoni, 5 - 37024 Negrar (Verona)

# Aspetti psicologici del dolore

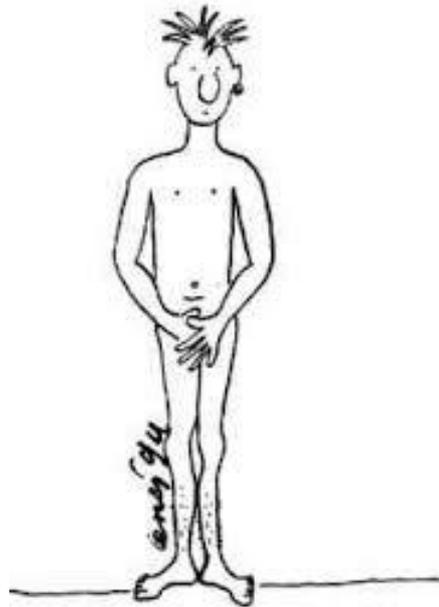
Dott. Giuseppe Deledda  
Psicologo Psicoterapeuta

Coordinatore Servizio di Psicologia  
Ospedale Sacro Cuore – Don Calabria  
Negrar



# Osserva le tue sensazioni corporee

- Teso
- Sciolto
- Dolorante
- Sofferente
- Leggero
- Costretto
- Rilassato
- Gradevole
- Caldo
- Freddo



# Dimensione Bio-Psico-Sociale del Dolore



Il dolore che persiste nel tempo non deve essere considerato come unicamente fisico o esclusivamente psicologico;

l'esperienza del dolore è un amalgama complessa gestita da un insieme interdipendente di fattori biomedici, psicosociali e comportamentali cui rapporti non sono statici, ma evolvono e cambiano nel tempo

(Turk et al, The Lancet, 377, 9784: 2226 – 2235; 2011)



# Aspetti psicologici del dolore

Le aspettative, le credenze, i fattori etnici, culturali psicoaffettivi, emotivi, cognitivi e motivazioni, modificano la soglia del dolore e l'espressione della sofferenza

# La valutazione delle componenti psicologiche nel dolore



**Descrizione della sintomatologia e dell'intensità:** è importante ascoltare la modalità con cui il paziente riferisce la propria esperienza dolorosa (ad es. nega, enfatizza).

**Storia precedente di dolore e anamnesi medica:** valutare la tendenza alla somatizzazione.

**Comportamento di malattia:** un comportamento basato sulla negazione del problema e sulla trascuratezza può causarne il peggioramento del dolore, dell'umore e della QoL.

**Rapporto con i medici e con le terapie:** l'insistente ricerca della terapia farmacologica per lenire o risolvere la sofferenza emotiva (oltre il dolore fisico), può non trovare soddisfazione e suscitare un vissuto di risentimento per i medici, descritti quindi come incapaci o incompetenti

# La valutazione delle componenti psicologiche nel dolore



**Relazioni familiari e sociali.** Come erano le relazioni prima e dopo la comparsa del dolore? Come hanno reagito familiari e amici al dolore del paziente? E che impatto ha avuto questa sul paziente? Ricorrente è l'esperienza di non sentirsi capiti e compresi.

**Situazioni stressanti:** valutare come il soggetto ha espresso le emozioni durante il percorso di malattia.

**Cambiamenti successivi alla comparsa del dolore.** Come si è modificata la vita della persona? Quali attività ha interrotto? E che impatto emotivo ha avuto questo sulla sua vita? Spesso il dolore, associato a basse aspettative di controllo dello stesso, diventa la “giustificazione” per comportamenti passivi o evitanti

**Table 16.1 Overview of Assessment Measures**

Measure	Domain	Measure Details	
Numerical rating scale (NRS) <sup>31*</sup>	Pain intensity	Single item, written or oral	Demonstrated validity, easy to administer, high completion rate; use of a single item hinders reliability
Verbal rating scale (VRS) <sup>31</sup>		Collection of pain descriptors	Demonstrated validity, easy to administer, high completion rate; may be difficult for persons with poor command of English
Visual analog scale (VAS) <sup>31</sup>		10-cm line with descriptive end points	Demonstrated validity, easy to administer; more likely to be incomplete than the NRS or VRS, and use of a single item hinders reliability
McGill Pain Questionnaire (MPQ) <sup>32*</sup>	Pain quality	Collection of pain descriptors; also assesses location of pain and exacerbating and ameliorating factors	Demonstrated validity; not consistently associated with pain intensity but more consistently associated with psychological distress
Minnesota Multiphasic Personality Inventory, recently revised version (MMPI-2-RF) <sup>33</sup>	Personality	567 true-false items	Most widely used personality measure, uses normative data in scoring; high response burden, difficult to score, requires training to interpret, more information needed regarding validity for chronic pain
Millon Behavioral Health Inventory (MBHI) <sup>34</sup>		150 true-false items	Developed specifically for use in persons with medical conditions, demonstrated validity and reliability; high response burden, scoring time-consuming, not predictive of outcomes in treatment studies of persons with chronic pain
West Haven–Yale Multidimensional Pain Inventory (WHYMPI) <sup>35*</sup> (interference subscale)	Psychosocial impact	52 items, assesses multiple domains	Demonstrated validity and reliability, useful for a variety of pain complaints, widely used; relatively high response burden, scoring time-consuming
Patient-Reported Outcomes Measurement Information System (PROMIS) <sup>36,37</sup> (pain-interference and pain-behaviors item banks)		Item banks (interference = 41 items; behaviors = 39 items)	Standardized bank of items developed by the NIH, demonstrated reliability and initial validity, available in short forms; more information regarding validity needed
Sickness Impact Profile (SIP) <sup>38</sup>		136 items and 24-item brief version for persons with chronic back pain	Demonstrated validity and reliability, responsive to change; full version has high response burden
Pain Disability Index (PDI) <sup>39</sup>	Physical/social role function	49 items, assesses perceived disability in 7 areas	Demonstrated validity and reliability, can identify specific areas of perceived disability; relatively high response burden, scoring time-consuming
Brief Pain Inventory (BPI) <sup>40*</sup>		32-items, short form has 15 items, ultra-brief version (PEG) has 3 items	Widely used, demonstrated validity and reliability, easy to administer, brief versions appropriate for multiple clinical settings; further validity information for PEG warranted
Beck Depression Inventory (BDI) <sup>41*</sup>	Emotional function	21 items, measures depression	Demonstrated reliability and validity, sensitive to change; somatic items may be associated with pain rather than mood, possible bias in certain populations
Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) <sup>42</sup>		20 items, measures depression	Demonstrated reliability and validity in a wide variety of ethnic populations, non-English version available; lacks sensitivity and specificity without psychiatric interview
Geriatric Depression Scale (GDS) <sup>43</sup>		30 yes-no questions, measures depression in older adults	Demonstrated reliability and validity, good sensitivity and specificity; has not yet been widely used in chronic pain samples
Pain Anxiety Symptoms Scale (PASS) <sup>44</sup>		53 items, assesses pain-related fear	Demonstrated validity; poor prediction of pain-related disability, relatively high response burden
State-Trait Anxiety Inventory (STAI) <sup>45</sup>		Two 20-item measures of state and trait anxiety	Acceptable psychometric properties, widely used, sensitive to change

**Table 16.1 Overview of Assessment Measures (Continued)**

Measure	Domain	Measure Details	Advantage/Disadvantages
Profile of Mood States (POMS) <sup>46</sup>		65-item measure of several dimensions of emotional functioning	Strong psychometric properties, sensitive to change, captures negative and positive dimensions of emotional functioning; high response burden
Symptom Checklist—90 Revised (SCL-90R) <sup>47</sup>		90-item measure of numerous areas of psychological functioning	Demonstrated reliability and validity; normed on psychiatric patients and may not be valid for use in persons with chronic pain, high response burden
Medical Outcomes Study Short Form Health Survey (SF-36) <sup>48</sup>		36-item measure of perceived physical and emotional health	Psychometrically sound, widely used; has not yet been widely used in chronic pain samples
Survey of Pain Attitudes (SOPA) <sup>49</sup>	Pain beliefs and coping	57-item measure of pain-related beliefs; brief forms also available	Psychometrically sound, scores correlated with treatment outcomes and physical and emotional functioning
Pain Stages of Change Questionnaire (PSOCQ) <sup>50</sup>		30-item measure of readiness to change	Demonstrated reliability and validity, predicts completion of treatment, changes in PSOCQ predict changes in “readiness”; may not be predictive of treatment outcomes
Chronic Pain Coping Inventory (CPCI) <sup>51</sup>		64-item measure of use of pain-coping strategies	Psychometrically sound, patient coping strategies found to be associated with outcomes; high response burden
Pain Catastrophizing Scale (PCS) <sup>52</sup>		13-item measure of pain-related catastrophic thoughts	Psychometrically sound, associated with treatment outcomes; further evaluation in clinical samples warranted
Chronic Pain Acceptance Questionnaire (CPAQ) <sup>53</sup>		20-item measure of pain acceptance; 8-item brief form also available	Demonstrated reliability and cross-sectional validity; associated with treatment outcomes, measure is specific to a single type of pain treatment, and further information regarding predictive validity is warranted
Patient Outcome Questionnaire (POQ) <sup>54</sup>	Quality of care	12-item measure of perceived quality of pain treatment	Commissioned by the American Pain Society, demonstrated reliability and internal validity; additional validity studies are needed

\*Measure was selected by the Initiative on Methods, Measurement, and Pain Assessment in Clinical Trials (IMMPACT) panel as the preferred measure within a domain.

NIH, National Institutes of Health.



# **Fattori di rischio psicologici del dolore**

# COMPONENTI PSICOLOGICHE DEL DOLORE

- **L'aspetto cognitivo del dolore:** riguarda le **credenze, le aspettative** circa la dolorosità dell'evento, le aspettative "magiche" terapeutiche, le interpretazioni psicologiche del danno, **l'elaborazione dell'esperienza** emotiva vissuta, la correlazione con altre esperienze dolorose.
- **L'aspetto affettivo del dolore:** concerne il tipo di **emozioni provate** che sono spiacevoli e generalmente legate a stati di **ansia, di paura, di incertezza**, di dolore psicologico.
- **L'aspetto comportamentale del dolore:** è rappresentato dalle **modalità che assume la persona nell'esprimere il dolore o nell'agire** (strategie di coping) influenzati dalle aspettative verso di esso (mimica facciale, tono della voce, ritardi, fuga).
- **L'aspetto di personalità del dolore** che rivela la **qualità delle risorse psicologiche** del soggetto, la sua **propensione all'estroversione o all'introversione**, la modalità di approcciarsi agli eventi.



# FATTORI CONTESTUALI

- **Contesto sociale e rete di supporto:** il contesto di vita nel quale vive l'esperienza dolorosa (nel letto d'ospedale o di casa), la presenza di familiari, la situazione esistenziale del soggetto, la sua qualità della vita sociale e lavorativa.

Ciò può influire notevolmente sulla sua motivazione e l'utilizzo delle risorse psicologiche utili per affrontare la situazione.

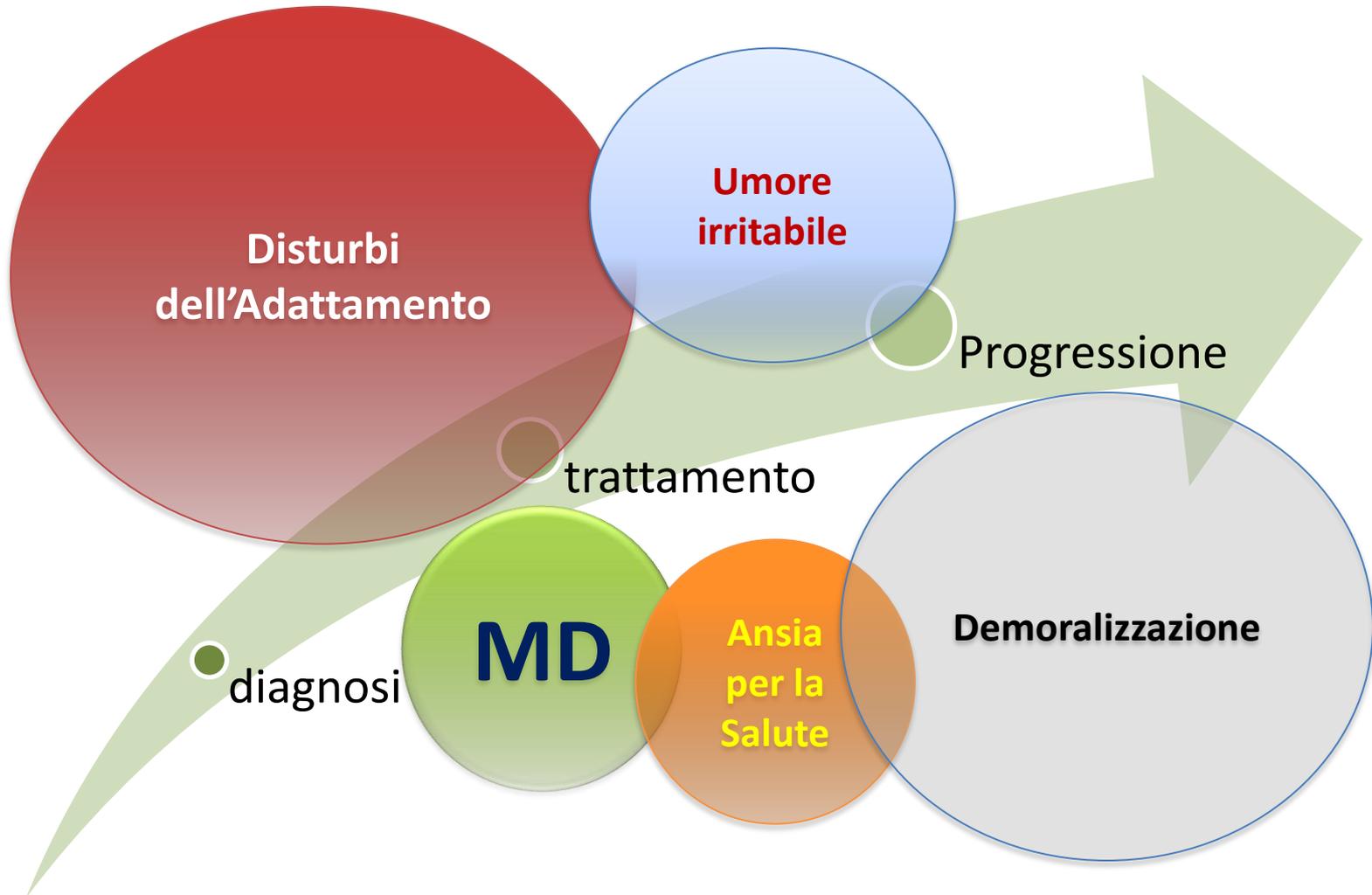


# Autoefficacia e coping

La percezione di **auto-efficacia**, o una convinzione personale che è possibile portare a termine con successo un'azione per produrre un risultato desiderato in una data situazione, è particolarmente importante nei pazienti con dolore cronico in quanto **può condizionare la scelta delle azioni che la persona metterà in atto, la quantità di impegno/sforzo che verrà impiegato, ed il tempo che l'individuo manterrà tale azione di fronte agli ostacoli e le esperienze avverse.**



# Fattori di rischio nel dolore





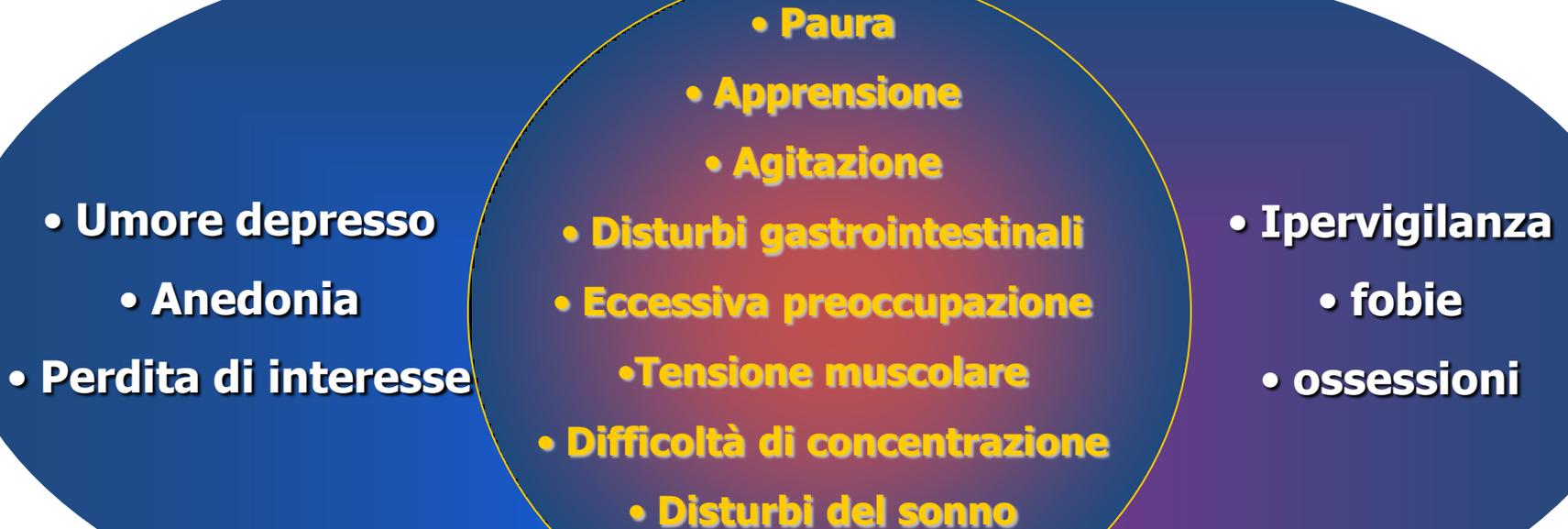
# Ansia – Depressione e dolore

- Ansia, depressione e rabbia sono prevalenti in persone con dolore cronico, e questi stati emotivi **influenzano la percezione della nocicezione**, l'adattamento e la risposta al trattamento.
- Le **aspettative negative** circa la capacità di esercitare alcun controllo sul dolore, porta a **vedere se stessi come impotenti**, e contribuisce a un generale stato di **demoralizzazione**.
- **Catastrofizzare** il dolore, cioè avere un orientamento esageratamente negativo verso le esperienze reali o presunte di dolore, **influenza e amplifica notevolmente la percezione del dolore e la disabilità**.

la maggior parte dei **sintomi** sono presenti in entrambe le **forme cliniche**, in particolare la dimensione somatica (dolore, disturbi gastrointestinali, tensione muscolare, etc),

## **Depressione**

## **Ansia**





# Depressione e Dolore

- Nella depressione e nel dolore esistono alterazioni ormonali, specie nel circuito dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene (HPA) e nella sintesi di ormoni a produzione neuronale (neurosteroidi), attivi sia sull'ansia che sul dolore.
- Un incremento delle citochine proinfiammatorie è responsabile sia della deflessione del tono dell'umore che del dolore collegato ai meccanismi infiammatori.
- Anche il deficit di fattori di crescita neuronali e gliali sono legati tanto alla depressione che al dolore.

Torta R. et al, 2012



# neurotrasmettitori

Le nuove ipotesi patogenetiche riguardanti ansia, depressione e stress non riguardino più solamente alterazioni neurotrasmettitoriali (serotonina, noradrenalina, dopamina, GABA, glutamato, etc.) ma sostengano che tali quadri clinici si colleghino ad alterazioni sistemiche, di tutto l'organismo:

- un aumento delle citochine proinfiammatorie (ipotesi immunitaria)
- una riduzione di estrogeni e testosterone ed una attivazione dell'asse ipotalamo-ipofisi- surrenalico (ipotesi ormonale)
- Una riduzione dei fattori trofici a livello cerebrale (ipotesi neurotrofica).

imm  
sis

ti

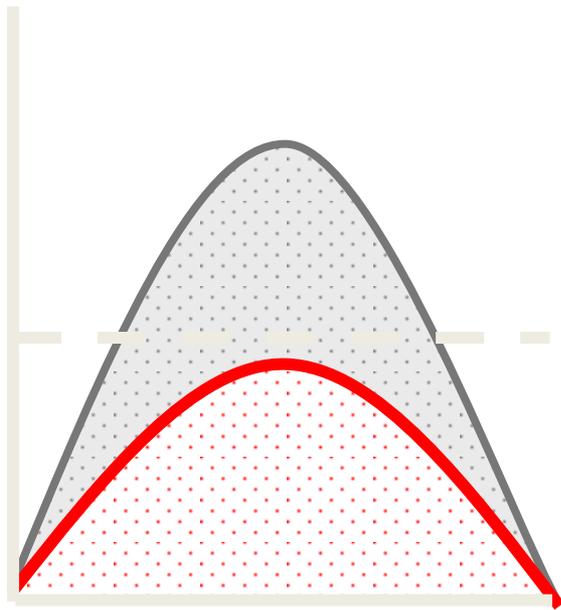


Tale azione dipende dal fatto che depressione e dolore cronico condividono molti meccanismi patogenetici, a conferma della frequente associazione fra i due quadri clinici.



fattori neurotrofici

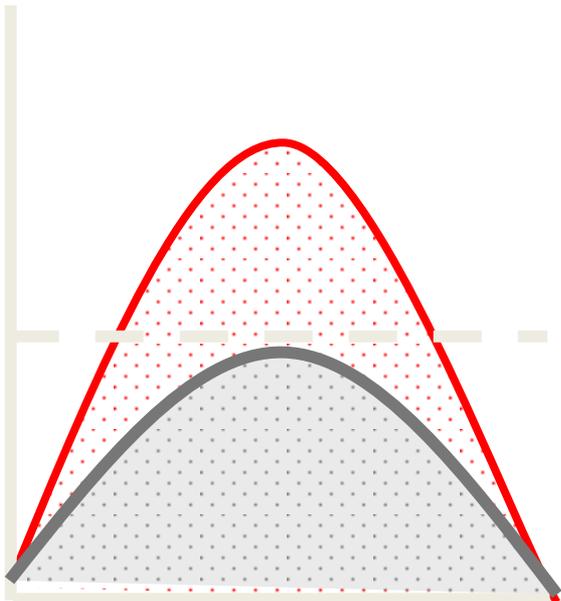
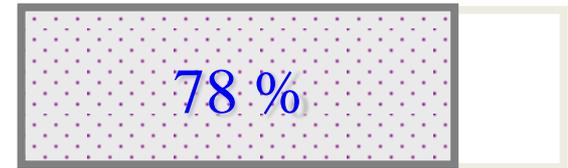
Torta R, 2012



Ansia  
sovrasoglia

Depressione  
sottosoglia

Richiesta di  
trattamento da parte  
del Paziente



Depressione  
sovrasoglia

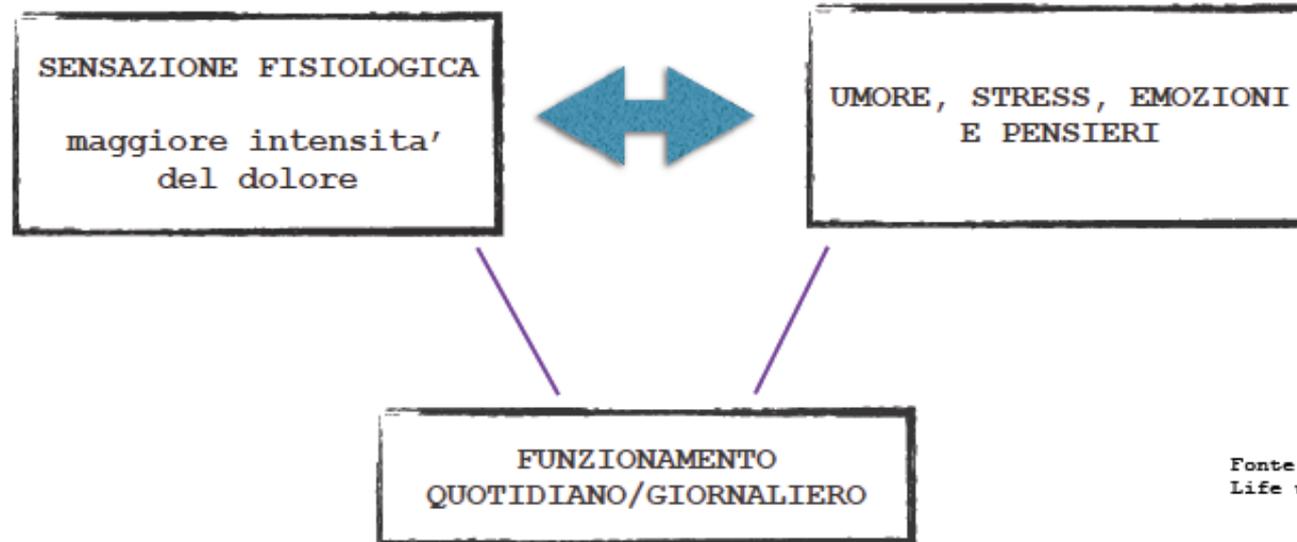
Ansia  
sottosoglia



*Angst e Merikangas, 1997*



# La relazione tra pensieri e dolore



Fonte Vowels & Sorell,  
Life with Chronic Pain, 2006

- Queste componenti, spesso, possono lavorare insieme per creare un **'circolo vizioso'** di crescente dolore, angoscia e disabilita'. Una delle piu' grandi trappole del dolore cronico.

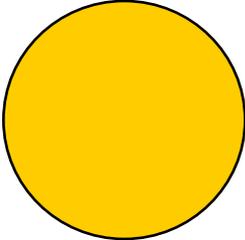
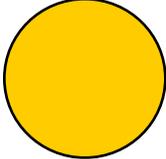
Sensazioni fisiche, pensieri/umore, e funzionamento interagiscono in un modo che contribuisce a far crescere i problemi e diminuisce la qualita' di vita.

Tuttavia, e' possibile usare queste relazioni in un modo che sia di beneficio per noi.

**Da dove cominciare ?**



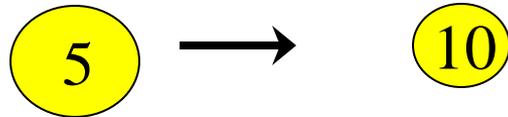
# Relational Frame Theory

- Il linguaggio umano e la consapevolezza si basa sulla capacità di **imparare a mettere in relazione eventi arbitrariamente e di cambiare le funzioni a causa di queste relazioni**
- Qualsiasi creatura complessa può capire che **questo**  **è più grande di questo** 

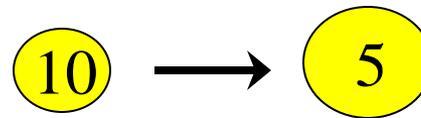


# Le persone si spingono oltre...

Contesto Relazionale :



Derivate:  
“più grande di”

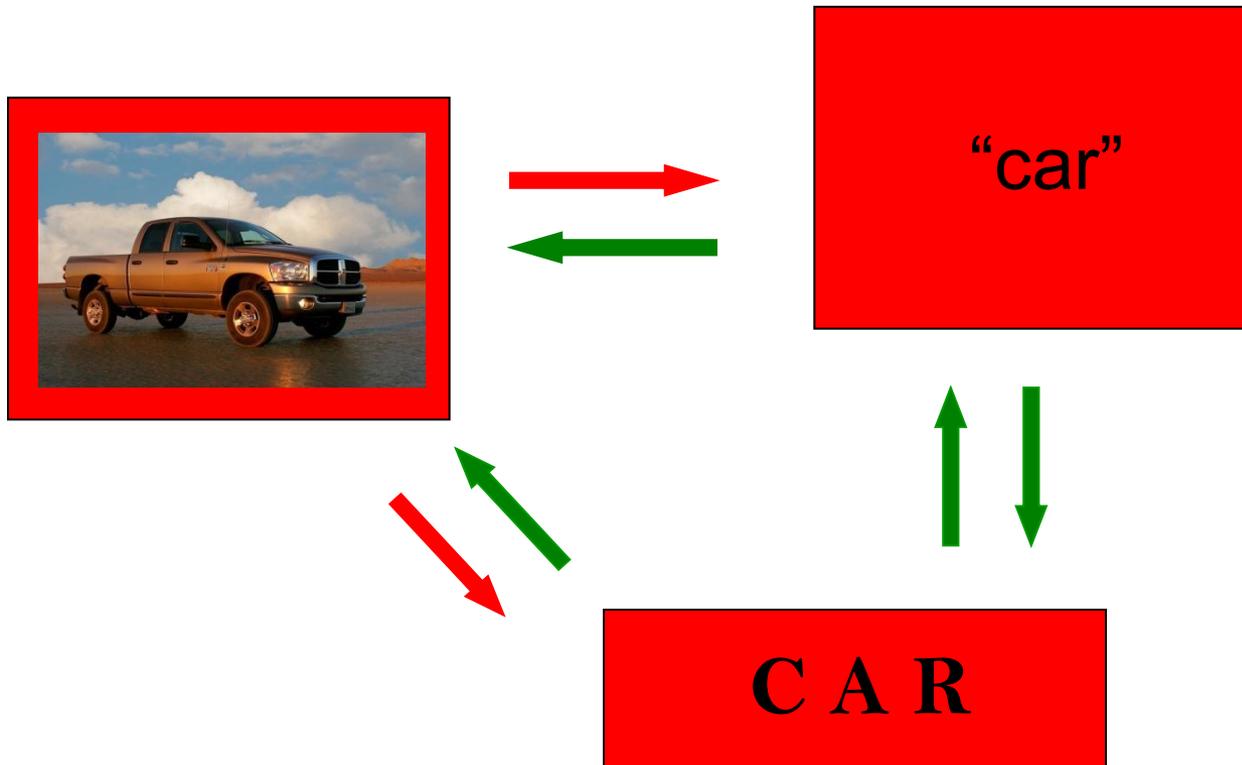


Functional context  
(e.g., “funziona”)





Si può imparare a mettere in relazione  
eventi arbitrariamente anche a livello  
verbale, con le parole, con i significati





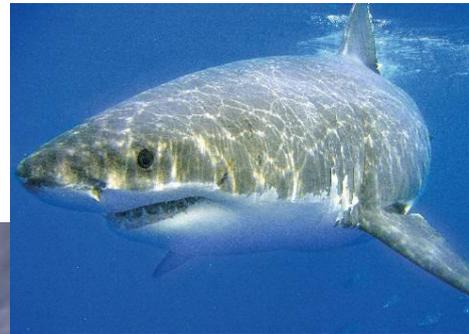
# Fusione cognitiva

Ma dal momento che le relazioni verbali  
sono arbitrariamente applicabili  
possono verificarsi con qualsiasi cosa



# Evitamento

- ❖ Tutti gli animali fuggono ed evitano dagli eventi aversivi





Ma solo gli esseri umani possono trasferire gli eventi avversi in qualsiasi ambiente, dal linguaggio all'esperienza



***CAR***

“Car”



# La sofferenza umana..

## Fusione Cognitiva

Io = ammalato

Frustrazione  
Colpa  
Depressione

Io sono  
ammalato





# Evitamento Esperienziale

Usare la modalità di “Problem Solving Mentale” sul mondo interno  
può PEGGIORARE LE COSE

Problema: sono ammalato

Soluzioni:



Questo mi fa sentire meglio?



# Evitamento Esperienziale

Usare la modalità di “Problem Solving Mentale” sul mondo  
interno può PEGGIORARE LE COSE

Problema: ho un tumore

Questo m





# Pensieri in 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”



# Cosa fare?

- **Credere** 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**



# Approccio psicologico al trattamento del dolore

- Cura di **supporto psicologico** generale
- **Terapie di rilassamento**
- **Mindfulness, ACT**
- **Terapie psicologiche**  
(**tecniche di gestione dello stress,**  
**terapie cognitivo-comportamentali**)
- **Psicofarmaci** (ansiolitici, antidepressivi, neurolettici)

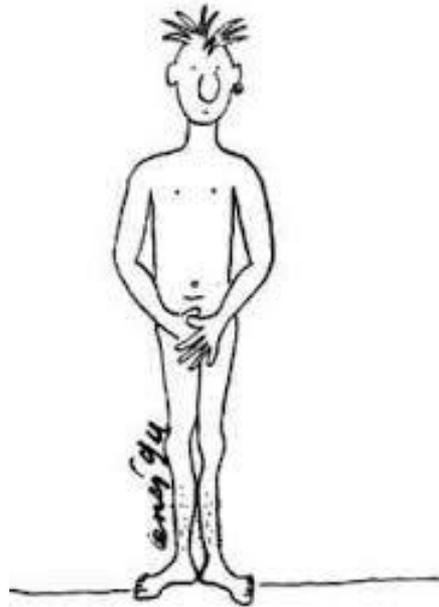
**LASCIARE LIBERO CORSO ALLE EMOZIONI  
DOLOROSE**

**CERCARE DI MODIFICARE IL NOSTRO  
COMPORTAMENTO RISPETTO ALLE EMOZIONI  
e LE SENZAZIONI DOLOROSE**

# Osserva ancora le tue sensazioni corporee



- Teso
- Sciolto
- Dolorante
- Sofferente
- Leggero
- Costretto
- Rilassato
- Gradevole
- Caldo
- Freddo



Le sensazioni corporee tendono a cambiare, momento dopo momento, vanno e vengono, semplicemente come qualsiasi altra cosa

A lighthouse on a cliff at night, with beams of light radiating from the top. The lighthouse is white and stands on a dark, silhouetted cliff. The sky is dark blue with some clouds, and the sea is visible in the foreground. The text "Grazie per l'attenzione" is overlaid in the center in a bright yellow font.

**Grazie per l'attenzione**