

EVALUARE ȘI INTERVENȚIE TERAPEUTICĂ ÎN TRATAMENTUL DURERII

BARBARA CRĂCIUN

Evaluation and Therapeutic Intervention in the Management of Pain. Pain is the most common symptom described by patients for various health problems. Specialized studies show that pain has a two-way relationship with psychiatric symptoms as well as many psychosomatic disorders, each amplifying the other. Psychological evaluation and intervention helps to identify and relieve pain by offering a different, underlying approach that can be integrated into drug treatment, according to the indications of the specialist who responds in the first phase to the request of a patient presenting with pain.

Key words: pain management, therapeutic intervention, relaxation techniques.

Durerea este cel mai comun simptom descris de pacienții aflați pentru o consultație la medicul de familie, ori spitalizați pentru diverse probleme de sănătate. Studiile de specialitate arată că durerea are o relație bidirecțională cu simptomele psihiatrice cât și cu multe afecțiuni psihosomatice, fiecare amplificând-o pe cealaltă (Wall, 2000; Gatchel, 2005).

Evaluarea și intervenția psihologică ajută la identificarea și ameliorarea durerii oferind o abordare diferită, subiacentă, care poate fi integrată tratamentului medicamentos, în acord cu indicațiile medicului specialist ce răspunde într-o primă fază la solicitarea unui pacient care se prezintă cu dureri.

Durerea este o problemă de fiziologie evoluționistă, considerându-se că sensibilitatea dureroasă este o achiziție a filogenezei, limitată la unele linii evolutive. După Bertalanffy, durerea este o contrafață a progresului biologic (Arseni, 1980).

Utilitatea ei în reacțiile adecvate ale organismului (în adaptare) este reală, ceea ce nu înseamnă însă că orice durere este oportună. Regiunile care au cea mai mare sensibilitate algică nu sunt neapărat cele vitale pentru organism; organele interne “dor” mai ales prin mijlocirea seroaselor. Nu există paralelism între suferința fizică (durerea) provocată de o boală și gravitatea ei (Buskila, Neumann, Odes, Schleifer, Depsames, & Abu-Shakra, 2001).

Cunoașterea a patru concepte legate de fiziologia durerii, îi vor permite psihologului clinician și psihoterapeutului construirea unui tratament adecvat. Aceste concepte cuprind teoria “porții de control” a durerii, căile endogene opioide, căile durerii serotoninergice și noradrenergice cât și teoria rezistenței la durere (altfel spus existența modificărilor neuroplastice care creează durerea persistentă).

Teoria “porții de control” asigură o schemă de integrare a modulării durerii prin stimularea aferentă și căile descendente. Asemenea unui termostat ce deține

controlul asupra durerii, căile eferente mezencefalice și cele din măduvă, modulează reglarea durerii la nivel spinal. De cele mai multe ori semnalele neuronale la momentul suferinței emoționale pot amplifica durerea la nivelul sursei acesteia (Rusy, & Weisman, 2000).

Căile endogene opioide asigură o intervenție pentru calmarea durerii prin activitate fizică. Astfel activitățile sportive moderate pot avea un impact substanțial la nivel psihologic și fizic, mai ales atunci există afecțiuni emoționale asociate cu durerea precum depresia și anxietatea.

Efectul analgezic al antidepressivelor triciclice a alertat experții în neurologie în ceea ce privește efectelor de mediere ale monoaminelor în durere. Independent de efectele serotoninergice și noradrenergice asupra anxietății și depresiei, aceste căi sunt cheia în inhibiția descendentă a durerii. Nucleul raphe magnus este un punct central al activității serotoninergice, iar locus coeruleus este un centru noradrenergic major. Ambele sunt legate de inhibiția descendentă, suprapunându-se cu căile endogene de modulare a durerii (Hjern, Alfven, & Östberg, 2008).

Rezistența la durere descrie amplificarea durerii prin stimulare nociceptivă repetitivă. Acest fenomen poate progresa către o durere extremă și de durată în absența stimulării dureroase, precum în nevralgia post-herpetică. NMDA (N-metil-D-aspartat) și glutamatul mediază ceea ce poate deveni o schimbare permanentă în membranele neuronale și determină amplificarea durerii.

Anticonvulsivantele, antidepressivele triciclice și inhibitorii de recaptare a serotoninei și norepinefrinei pot avea un impact substanțial asupra controlului durerii prin aceste mecanisme. Menținerea unei aprecieri asupra bazei neuronale a durerii permite clinicianului să sintetizeze descoperirile subiective împreună cu factorii fiziologici și neuropsihici, pentru a oferi abordări practice în terapia analgetică (Linton, Hellsing, & Andersson, 1993).

Durerea este o experiență subiectivă a fiecărei persoane, evaluarea bazându-se, în principiu, pe raportarea individuală. Pentru copiii care comunică nonverbal sau pacienții cu deficiențe cognitive, evaluarea se bazează pe observația instituită de către medicul specialist și pe înregistrarea semnelor fiziologice, precum grimasele sau tahicardia (Mikkelsen, Sourander, Piha, & Salminen, 1997; Angst, Broso, Dyck, 1999).

Astfel copiii și cei cu probleme cognitive sau de comunicare, pot da un răspuns folosind una din scalele faciale, precum scala de măsurare a durerii Wong Baker Faces (<http://wongbakerfaces.org/instructions-use>).

Pentru un pacient care poate comunica prin cuvinte, severitatea durerii este evaluată adeseori pe o scală analogă. Pacientul este rugat să coteze durerea pe o scară de la 0 la 10, unde 0 reprezintă lipsa acesteia și 10 intensitatea maximă. În cadrul anamnezei este de ajutor să fie puse întrebări atât despre durerea actuală, cât și despre cea mai mare/mică durere într-o zi obișnuită. În timp ce se evaluează severitatea, este foarte important ca medicul/specialistul clinician să determine nivelul de afectare funcțională al pacientului, în raport cu durerea. Scale precum The Brief Pain Inventory (Cleland, 1991 - ghid scurt al durerii) sau The Brief Pain Inventory - Short Form (Cleland, 1989, BPI-sf) pot estima afectarea funcțională, la care pot fi

adăugate de asemenea, întrebări legate de la ce nivel calitativ interferează durerea cu activitățile zilnice (Mann, 2005).

Un subiect obișnuit îl reprezintă discrepanța ocazională între raportul individual al pacientului și semnele evidente de disconfort sau afectare. Comportamentul subiectului în prezența durerii poate fi variat, întrucât un pacient care se zbate de durere poate fi văzut ca o persoană care dramatizează situația, în timp ce un individ care conversează calm poate fi considerat că exagerează în aprecierea durerii.

Durerea este consecința unor agenți nocivi, a unor procese de distrugere sau a unui blocaj funcțional la nivelul țesuturilor. Ca sensibilitate algică ea este produsă prin excitația terminațiilor senzitive de către o serie de substanțe (histamina, serotonina) denumite substanțe algogene. Dacă de cele mai multe ori durerea reprezintă un semnal de apărare pentru organism și un simptom foarte important pentru medic, în unele cazuri ea poate deveni o problemă deosebită, când se poate transforma în boală (durerea cronică).

În durerea acută un stimul noxic acționează pe o structură nervoasă integră, declanșând o reacție de durere. Dacă frecvența stimulilor este mică și are o durată scurtă, toate fenomenele se sting după îndepărtarea stimulilor sau după un tratament uzual fără a lăsa sechele fizice sau psihice pacientului. În unele cazuri când apar stimuli foarte puternici și cu o frecvență mare, din cauza agresării unor structuri nervoase periferice sau centrale, se pot produce unele complicații ale mecanismului normal al durerii cunoscute clinic ca hiperalgie, hiperestezie, durere cronică (Coluzzi, & Mattia, 2005).

Durerea percepută ca simptom important al bolilor, face totodată obstacol la unele intervenții terapeutice necesare dar pe de altă parte reprezintă un adjuvant în stabilirea diagnosticului corect (Mazzola, Calcagno, Obdrzalek, Pueyrredón, & Cavanagh, 2017). În corelație cu stresul durerea se accentuează sau dispare instantaneu, așa cum se întâmplă spre exemplu cu o parte din pacienții care își așteaptă programarea la dentist.

Oamenii sunt programați să perceapă durerea ca și protecție împotriva leziunilor. Oricare ar fi etiologia, abordarea față de durerea acută versus cea cronică este diferită. Pentru durerea acută, se pot folosi analgezice. În mod obișnuit, specialiștii recomandă odihnă, pentru a nu agrava leziunea. Scopul medical principal este de a trata problema de bază. În durerea cronică, medicii sfatuiesc bolnavul să revină progresiv la activități mai intense. Acest lucru ajută pacientul la creșterea calității vieții și funcționarea zilnică.

Comorbiditățile psihiatrice care însoțesc sau/și complică durerea se regăsesc, în tulburările de dispoziție și anxietate, tulburările de personalitate, tulburările asociate cu uzul de substanțe, și în tipologii comportamentale sau reactive (Arnou, Hunkeler, Blasey, Lee, Constantino, Fireman, & Hayward, 2006).

Persoanele cu durere cronică sunt predispușe, față de populația generală, să aibă stări de epuizare sau disforie, mai ales când durerea întrerupe un stil de viață activ. Un studiu epidemiologic din Canada a identificat un factor de risc de 7 ori mai

mare la adulții mai în vârstă care trec prin dureri cronice în a dezvolta o tulburare de dispoziție (Juurlink et al., 2004). Studiile arată că tulburările de anxietate sunt mai răspândite decât depresia printre indivizii cu dureri cronice și că atât anxietatea, cât și depresia tind să se manifeste prin durere.

Tulburările de personalitate au ca și comorbiditate o componentă de durere cronică, ridicându-se astfel problema dacă efectul și cauza durerii sunt reflectate de această patologie.

În ceea ce privește asocierea consumului de substanțe cu durerea, DSM 5 face o deosebire între abuzul de substanțe și dependență, fiind acceptat faptul că toleranța și sevrajul nu sunt, în sine, patologice. De exemplu, pacienții cărora le sunt prescrise narcotice pentru durerea cronică din cancer, pot experimenta o toleranță fiziologică la opioide, cu apariția sevrajului la întreruperea acestora.

Pacienții cu durere cronică sunt predispuși la dezvoltarea unor comportamente de dependență sau folosire nejudicioasă a medicației prescrise. De asemenea, probabilitatea ca aceștia să facă abuz de alcool, marijuana, opioide sau sedative neprescrise și alte substanțe, crește. La fel ca cei cu tulburări de personalitate, pacienții cu consum de substanțe pot crea probleme celor din serviciul medical primar care îi tratează.

Pacienții cu dureri cronice adeseori trăiesc o pierdere a simțului controlului. În termeni medicali, acest lucru este asociat cu ideea că viața depinde de factori externi, care nu pot fi influențați (de către subiectul în cauză) și de o încredere de sine scăzută. Modelul de evitare indus de frică trăit de mulți pacienți cu dureri cronice poate amplifica, de asemenea, simptomele generale de anxietate și poate limita drastic activitățile indivizilor. Se remarcă la acești pacienți o tendință de a-și descrie durerea ca pe ceva catastrofal, aceasta fiind o reacție obișnuită, notată în literatura de specialitate și întâlnită adesea în practica medicală de zi cu zi. Aceste detalii pot fi utile în înțelegerea pacienților și în implementarea unei intervenții cognitiv-comportamentale.

Scopul îl reprezintă a-l îndruma pe pacient să își optimizeze funcționalitatea, să diminueze suferința afectivă și să-și îmbunătățească strategiile de self-management comportamental.

Medicina modernă s-a îndepărtat de modelul cartezian al durerii. Absența unor dovezi palpabile pe RMN sau EMG nu exclude o afecțiune fizică ce poate genera durere. Dimpotrivă, pentru pacienții cu boli cronice sau cu potențial letal, precum cancerul sau angina instabilă, factorii psihologici sau sociali pot influența durerea și abilitatea de a o combate. În aceste circumstanțe, intervenția psihologică poate ajuta pacientul, familia, iar cei care oferă tratamentul, mai ales din perspectivă interdisciplinară pot să își concentreze atenția asupra alinării suferinței pe toate fronturile, nu doar pe modul în care pacientul se raportează la magnitudinea durerii.

Termenul de durere psihogenă se utilizează pentru acel tip de durere la care nu se poate decela cauza, posibilitățile determinării acesteia constând în recunoașterea unor factorii psihologici iar maniera sa de exprimare fiind de asemenea psihologică (Linton, Hellsing, & Andersson, 1993). Cu toate acestea durerea psihologică este o

senzație dureroasă reală, având pentru pacient aceeași semnificație de suferință subiectivă (arsură, înțepătură, cu intensitate mai mare sau mai mică).

Factorii care influențează durerea sunt foarte diferiți, reacția individului la perceperea durerii depinzând de particularitățile individuale, influențele culturale, statutul psihiatric al persoanei, vârsta, sexul, factorii situaționali.

Există numeroși factori situaționali care influențează perceperea durerii, cel mai important fiind anxietatea la care contribuie incertitudinea, lipsa unor informații clare și a controlului, calitatea relației medic-pacient. Acești factori determină decizia de moment de a eticheta situația prezentă a durerii, informarea pacientului deținând aici, rolul principal.

Psihiatrul sau psihologul clinician pot să evalueze pacienți ce experimentează simptome fizice care nu se încadrează într-un tipar psihologic prezentând, pe lângă durere, simptome neurologice, precum amorțeală, slăbiciune sau mișcări anormale. Adesea, cerința adresată de medicii de familie specialistului este ca acesta să determine dacă aceste simptome sunt psihogene. Din punct de vedere al pacientului, simptomele sunt reale, și o altă etichetare a acestora poate duce la o aversitate față de medic. Termenul “simptome inexplicabile medical” nu există în DSM 5, dar poate fi de ajutor în discuția cu pacientul.

Obiectivul consultației psihologice oferite după ce pacientul a fost examinat de medicii de specialitate și nu au fost constatate cauze fizice, este de a-l îndruma pe acesta să-și gestioneze simptomele într-un mod productiv. Primul pas este de a crea o legătură terapeutică.

O evaluare noncritică a pacientului oferă informații despre factorii psihosociale și cei de stres, permițând formarea unui plan de tratament (Korff, & Simon, 1996). În discuția cu pacientul, psihologul poate accentua faptul că evaluarea și tratamentul medical nu au găsit nicio sursă fizică a problemei; acest lucru este favorabil, deoarece toate părțile implicate pot fi sigure că nu există nici o afecțiune importantă care să necesite tratament medicamentos; ipoteza că stresul apare ca fiind o componentă principală în acest caz se creionează astfel ca stând la baza intervenției ulterioare.

Printre vastele metode de relaxare, tehnicile de respirație sunt cele mai simple de încercat și învățat de către pacienți (Patterson, & Jensen, 2003). Din punct de vedere fiziologic, respirația încetinită crește aritmia sinusurilor respiratorii și furnizează o trecere de la predominantă simpatică la cea parasimpatică. Un pacient tânăr și sănătos poate fi instruit să inspire pentru 5 secunde și apoi să expire la fel și să repete ciclul până când dispare disconfortul (Holdevici, & Crăciun, 2012).

Persoanele care nu au practicat yoga sau nu știu să respire controlat, pot face hiperventilație, astfel că instructajul ar trebui să includă o respirație mai ușoară, terapeutul exemplificând alături de pacient. Persoanele în vârstă sau cele bolnave au nevoie de o perioadă mai scurtă de inspir și expir, iar pacienților cu probleme respiratorii le-ar putea fi benefic un expir prelungit (de exemplu, un inspir de 3 secunde, un expir de 5 secunde). Dacă modificarea modelului de respirație nu este posibilă (pacienții cu Bronhopneumopatie cronică obstructivă – BPOC- severă),

aceștia pot fi îndrumați să încerce o respirație normală atentă, sau aplicarea unei tehnici de relaxare musculară progresivă Jacobson (Iamandescu, 2002).

Înainte de a începe un exercițiu de relaxare, pacienții sunt rugați să-și măsoare severitatea durerii, dar și nivelul suferinței. Aceleași măsurători pot fi repetate și după 2-3 minute de practică. Orice răspuns este folositor. Dacă durerea se reduce, terapeutul poate afirma: “Cu doar 3 minute de respirație, v-ați scăzut durerea cu 2 puncte din 10”. Dacă suferința scade, dar durerea nu, terapeutul poate încuraja pacientul față de capacitatea sa de a-și reduce suferința (Crăciun, & Holdevici, 2013).

Bibliografie

- Angst, M.S., Broso, W.G., Dyck, J.B. (1999). The Relationship Between the Visual Analog Pain Intensity and Pain Relief Scale Changes During Studies in Chronic Pain patients. *Anesthesiology*, 91:1,34-41.
- Arnow, B. A., Hunkeler, E. M., Blasey, C. M., Lee, J., Constantino, M. J., Fireman, B., ... & Hayward, C. (2006). Comorbid depression, chronic pain, and disability in primary care. *Psychosomatic medicine*, 68(2), 262-268.
- Arseni, C. (1980). *Tratat de neurologie*. Editura Medicală, București.
- Banks, S. M., & Kerns, R. D. (1996). Explaining high rates of depression in chronic pain: A diathesis-stress framework. *Psychological bulletin*, 119(1), 95.
- Beck, A.T., Emery, G., Greenberg, R. L. (1985). *Anxiety Disorders and Phobias: A cognitive perspective*. Basic Book. New York.
- Buskila, D., Neumann, L., Odes, L. R., Schleifer, E., Depsames, R., & Abu-Shakra, M. (2001, June). The prevalence of musculoskeletal pain and fibromyalgia in patients hospitalized on internal medicine wards. In *Seminars in arthritis and rheumatism* (Vol. 30, No. 6, pp. 411-417). WB Saunders.
- Butler, S. (1984). Present status of tricyclic antidepressants in chronic pain therapy. *Advances in pain research and therapy*, 7, 173-197.
- Cifre, I., Sitges, C., Fraiman, D., Muñoz, M. Á., Balenzuela, P., González-Roldán, A., ... & Montoya, P. (2012). Disrupted functional connectivity of the pain network in fibromyalgia. *Psychosomatic medicine*, 74(1), 55-62.
- Coluzzi, F., & Mattia, C. (2005). Pharmacological profile and clinical data in chronic pain management. *Minerva anesthesiologica*, 71, 451-60.
- Cox, B. J., Kuch, K., Parker, J. D., Shulman, I. D., & Evans, R. J. (1994). Alexithymia in somatoform disorder patients with chronic pain. *Journal of psychosomatic research*, 38(6), 523-527.
- Crăciun, B., & Holdevici, I. (2013). *The Role of Hypnosis in Reducing Anxiety, Pain and Cognition Disorders in Patients with Dental Problems*.
- Derbyshire, S. W., Whalley, M. G., & Oakley, D. A. (2009). Fibromyalgia pain and its modulation by hypnotic and non-hypnotic suggestion: An fMRI analysis. *European Journal of Pain*, 13(5), 542-550.
- Gatchel, R. J. (2005). *Clinical essentials of pain management*. American Psychological Association.

- Hilgard, E.R. & Hilgard, J.R. (1975). *Hypnosis in Relief of Pain*. William Kaufmann, Los Altos, CA.
- Hjern, A., Alfven, G., & Östberg, V. (2008). School stressors, psychological complaints and psychosomatic pain. *Acta Paediatrica*, 97(1), 112-117.
- Holdevici, I., & Crăciun, B. (2012). The use of Ericksonian hypnosis in somatic disorders. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 33, 75-79.
- Holdevici, I., & Crăciun, B. (2013). Clinical Interventions Used in Diminishing Pain Among Patients with Rheumatic Diseases: Hypnosis and Mindfulness. *Journal of Experiential Psychotherapy/Revista de Psihoterapie Experiențială*, 16(2).
- Iamandescu, B.I (2002). *Stresul psihic: din perspectiva psihologică și psihosomatică*. Editura Infomedica. București.
- Korff, M. V., & Simon, G. (1996). The relationship between pain and depression. *British Journal of Psychiatry*, 168(30), 101-108.
- Lautenbacher, S., & Krieg, J. C. (1994). Pain perception in psychiatric disorders: a review of the literature. *Journal of psychiatric research*, 28(2), 109-122.
- Linton, S. J., Hellsing, A. L., & Andersson, D. (1993). A controlled study of the effects of an early intervention on acute musculoskeletal pain problems. *Pain*, 54(3), 353-359.
- Mann, J. J. (2005). The medical management of depression. *New England Journal of Medicine*, 353(17), 1819-1834.
- Mazzola, L. A., Calcagno, M. L., Obdrzalek, A., Pueyrredón, J. H., & Cavanagh, S. (2017). Hypnosis for Chronic Pain Management.
- Mikkelsson, M., Sourander, A., Piha, J., & Salminen, J. J. (1997). Psychiatric symptoms in preadolescents with musculoskeletal pain and fibromyalgia. *Pediatrics*, 100(2), 220-227.
- Patterson, D. R., & Jensen, M. P. (2003). Hypnosis and clinical pain. *Psychological bulletin*, 129(4), 495.
- Rasmussen, P. V., Jensen, T. S., Sindrup, S. H., & Bach, F. W. (2004). TDM-based imipramine treatment in neuropathic pain. *Therapeutic drug monitoring*, 26(4), 352-360.
- Rusy, L. M., & Weisman, S. J. (2000). Complementary therapies for acute pediatric pain management. *Pediatric Clinics of North America*, 47(3), 589-599.
- Wall, P. (2000). *Pain: The Science of Suffering*. Columbia University Press. New York.