

Dott.ssa Simona Boni

Psicologa

Psicopatologa Forense

Specializzanda Psicoterapeuta

PREMESSA

I contenuti emotivo-affettivi accompagnano spesso il dolore fisico cronico, tanto da destrutturare l'organizzazione personale ed influire sul comportamento ed i rapporti sociali. Una valutazione psicologica può perciò fornire informazioni al fine di identificare i fattori che favoriscono la persistenza del dolore e dare indicazioni per definire una terapia multidisciplinare personalizzata.

Oltre ai fattori eziopatologici, inizialmente responsabili del dolore, spesso sono proprio i fattori psicologici-comportamentali a rendere persistente e grave il dolore cronico e l'invalidità. Quando un problema di dolore persiste nel tempo, le possibilità che i processi psicologici e comportamentali influenzino il corso del dolore e dell'invalidità aumentano notevolmente. L'esperienza del dolore, come pure l'allontanamento da attività e ruoli professionali, domestici, famigliari, ricreativi e sociali, può avere effetti negativi sull'umore, sull'immagine di sé e sui rapporti interpersonali. A loro volta questi cambiamenti possono favorire il dolore persistente e l'invalidità, dando vita ad un circolo vizioso. Nei pazienti affetti da dolore cronico è difficile stabilire i rapporti di causa, tuttavia è quasi sempre un insieme di fattori fisici, psicologici e comportamentali a provocare delle disfunzioni. L'individuazione di questi fattori è essenziale al fine di prescrivere una terapia efficace.

Trascurare questi problemi può provocare una insoddisfacente risposta alle tradizionali terapie. La valutazione psicologica diviene quindi strumento utile, in concomitanza ad altre terapie, al fine di definire approcci terapeutici personalizzati per ogni singolo paziente.

METODOLOGIA

1. VISITA-COLLOQUIO CONDOTTA CON ENTRAMBE LE FIGURE PROFESSIONALI (Medico-Psicologo): L'intervista medica-psicologica fornisce l'opportunità di raccogliere un'ampia varietà di informazioni: la storia della sintomatologia, pensieri ed immagini relativi all'esperienza del dolore, l'associazione temporale degli eventi cognitivi, affettivi e comportamentali che precedono, accompagnano e seguono gli episodi dolorosi, problemi di tipo sociale collegati e le aspettative riguardo alla terapia. I pazienti affetti da dolore cronico possono percepire il riferimento ad una valutazione psicologica come la convinzione da parte del medico che il dolore sia "irreale", oppure che essi siano affetti da disturbi mentali. Un'accurata spiegazione delle ragioni per le quali questa valutazione è consigliata può ridurre l'atteggiamento difensivo e prudente e può migliorare la ricettività e la collaborazione del paziente nell'ambito della valutazione. È utile rendere esplicito che la valutazione non viene eseguita perché si ritiene che il dolore sia psicogeno o irreali, bensì perché può fornire informazioni preziose al fine di individuare i fattori che potrebbero aumentare il dolore e l'incapacità funzionale ed al fine di scegliere le terapie specifiche per curare il dolore e per migliorare la capacità del paziente di impegnarsi in attività normali.

2. COLLOQUI PSICOLOGICI: In seguito ai dati ricavati da questa prima visita si propone al paziente, oltre eventualmente al trattamento farmacologico o terapia fisiche, un approfondimento psicologico (4-6 colloqui). La finalità è quella di arrivare ad una eventuale diagnosi di comorbidità psicopatologica o la presenza di disturbi sul versante comportamentale e sociale.

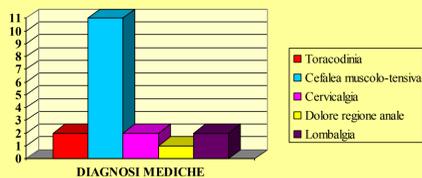
3. DIAGNOSI PSICOLOGICA: Oltre ai colloqui possono essere somministrati test di approfondimento: **SF 36** (Qualità della vita e stato di salute) è un questionario sullo stato di salute del paziente, composto da 36 domande che valutano 8 aree di attività (attività fisica, limitazioni di ruolo dovute alla salute fisica ed allo stato emotivo, dolore fisico, percezione dello stato di salute generale, vitalità, attività sociali, salute mentale e cambiamento nello stato di salute); **SCL 90 R** (Symptom Check List 90 R) è un test di auto somministrazione composto da 90 items (valutati su una scala da 0 a 4) che riflettono il distress psicopatologico in termini di 9 dimensioni di sintomi (somatizzazione, ossessività-compulsività, sensibilità ai rapporti interpersonali, depressione, ansia, ostilità, ansia fobica, ideazione paranoide, psicoticismo); **BDI-II** (Beck Depression Inventory-II), è un test di autosomministrazione composto da 21 items. Il BDI-II è stato sviluppato come un indicatore della presenza e dell'intensità dei sintomi depressivi in accordo con i criteri elencati dal DSM-IV R e non come strumento per formulare una diagnosi clinica; **STAI forma Y** è uno strumento di facile applicazione ed interpretazione, finalizzato alla rilevazione e misurazione dell'ansia, sia per finalità di tipo psicodiagnostico, sia per verificare l'efficacia ed i benefici della psicoterapia. Il questionario è formato da 40 items ai quali il soggetto deve rispondere in termini di intensità (da quasi mai a quasi sempre). Gli items sono raggruppati in due scale (ansia di stato ed ansia di tratto) focalizzate su come i soggetti si sentono generalmente, o su quello che provano in momenti particolari; **SWAP 200** è uno strumento che permette di ottenere sia una diagnosi di disturbi di personalità che segue la classificazione dell'Asse II del DSM IV-R, sia diagnosi organizzate secondo una nuova classificazione derivata da studi empirici degli autori. È composto da 200 items ad ognuno può essere dato un punteggio da 0 a 7 a seconda del maggiore o minore grado di descrittività dell'item. Gli item con punteggio 0 sono quelli che non descrivono il paziente, si attribuisce un punteggio di 7 agli item che descrivono meglio il paziente.

INDICAZIONI AL TRATTAMENTO: Da questa complessa e articolata valutazione il Medico e lo Psicologo definiscono un programma terapeutico e le indicazioni al trattamento di tipo farmacologico e/o psicologico.

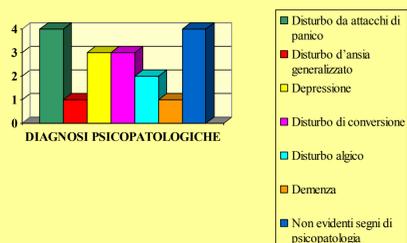
RISULTATI

Nel periodo tra gennaio a dicembre 2010 sono state effettuate 140 visite alla presenza contemporanea del Medico e della Psicologa. Al 25% della popolazione è stato proposto un approfondimento psicologico. Di questi 30 pazienti, 18 hanno accettato di effettuare i colloqui con la Psicologa: 10 donne e 8 uomini, con un'età media di 45,69.

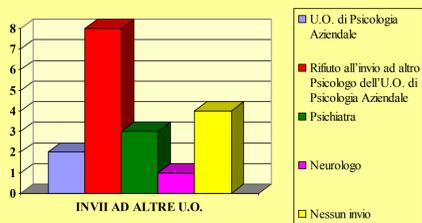
Le diagnosi mediche sono state:



Le diagnosi psicopatologiche secondo il DSM IV-R sono state:



In seguito alla valutazione psicologica, gli invii ad altre figure professionali sono stati i seguenti:



È possibile evidenziare dai dati che 8 pazienti, hanno evidenziato una difficoltà ad accettare il termine del percorso di consultazione per essere inviati all'U.O. di Psicologia Aziendale. Le motivazioni potrebbero essere legate sia all'essersi stabilita un'alleanza terapeutica con la Psicologa, sia ad una resistenza dei pazienti. Si potrebbe pertanto dare la possibilità di proseguire il percorso iniziato in cui la persona ha trovato un clima di fiducia, sicurezza e di ascolto empatico.

BIBLIOGRAFIA

Beck A.T., Steer R., Brown G. (2006) BDI II Beck Depression Inventory II. Firenze: Edizioni O.S.

Bonica J. (1992) Il dolore. Roma: Edizioni Delphino.

Dipartimento Salute Mentale U.S.C. Psicologia Aziendale (2011) Alla prova del reale. Lodi

Spielberg C., Gorsuch R.L., Lushene R.E. (1989) STAI State-Trait Anxiety Inventory- Forma Y. Firenze: Edizioni O.S..

Western D., Shedler J., Lingardi V. (2003) La valutazione della personalità con la Swap-200. Milano: Editore Raffaello Cortina.

Villamira M.A. (1984) La psicologia nello studio e nel trattamento del dolore. Milano: Edizione Franco Angeli.