

Nora Marinelli, Caposala
Rianimazione, Ospedale Silvestrini Azienda ospedaliera di Perugia

L'interferenza del sintomo dolore nella relazione d'aiuto

Il ruolo dell'infermiere nella gestione del paziente con dolore



Riassunto

Il presente lavoro nasce dall'esigenza di documentare un intervento nell'ambito di un corso per infermieri sul tema del dolore; il mandato consisteva nell'affrontare gli aspetti relazionali correlati all'evento dolore.

Si è compiuta una disamina della letteratura e si è avviato un ragionamento che coniuga l'elemento teorico rispetto a quello esperienziale.

L'obiettivo che si è perseguito è consistito nel fornire i contenuti di una riflessione di natura clinico-assistenziale, etica e psicosociale mantenendo un canale aperto all'interpretazione dei fenomeni in chiave infermieristica.

Parole chiave: Dimensione dolore, Relazione d'aiuto, Le memorie del dolore, Dolore totale.

Riterrei opportuno avviare la tematica in oggetto, partendo dal considerare alcuni elementi erronei contenuti già nel titolo (mea culpa): ... nella gestione del paziente, ... del paziente con dolore, ... del sintomo dolore.

Entrando quindi nello specifico, troveremo che il termine *gestione* poco si adatta ad esprimere una assistenza di tipo personalizzato ed è incoerente rispetto a tutti gli orientamenti teorici concettuali di riferimento dell'infermieristica.

La personalizzazione dell'assistenza è fondamento normativo del nostro attuale sistema sanitario e base irrinunciabile di riferimento per una assistenza centrata sui bisogni della persona.

Continuiamo il ragionamento in merito al secondo elemento individuato come erroneo: il paziente con dolore....

Per spiegare la natura del presunto errore, occorre innanzitutto chiarire il significato del termine **dolore** per il quale esistono in letteratura diverse definizioni che tracciano nel loro insieme, una sorta di percorso verso un ultimo e più completo inquadramento concettuale.

Il dolore è per Aristotele il contrario del piacere; affermazione questa, indi-

scutibile, pragmatica e disincantata, tipica realizzazione di persona abituata a ragionare sul concreto.

Il dolore è *una percezione violenta e sgradevole che provoca una repentina alterazione emotiva del soggetto ed una coerente risposta comportamentale di difesa*; bella affermazione che considera prioritariamente l'elemento soggettivo negativo (percezione violenta e sgradevole), evidenzia l'aspetto fisiopatologico (coerente risposta) e correla ad una reazione difensiva.

L'unico neo è rappresentato dalla indicazione relativa alla persona, individuata come soggetto; termine spersonalizzante ma comune nell'accezione medica.

Il dolore è *uno stato in cui l'individuo avverte e riferisce una grave mancanza di comfort e la presenza di sensazioni spiacevoli Nanda 1994*¹. In questo caso, l'attenzione è centrata sull'elemento **comfort** che sembrerebbe riduttivo della problematica anche se poi viene aggiunta l'indicazione relativa alla connotazione soggettiva di **spiacevolezza**. Una osservazione che si potrebbe compiere rispetto a quest'ultima definizione, è che lo sforzo di concettualizzazione infermieristica a volte tende a produrre risultati *edulcorati*, scontati e che non colgono appieno la valenza trasversale

Comunicazione

pervenuto il 05/02/05
approvato il 11/04/05

Relazione presentata al corso presso il Centro Formazione "COMPETENCE" di Perugia, 5 Febbraio 2005

dell'impegno assistenziale rispetto ai bisogni individuati.

Il dolore è *una sensazione spiacevole per effetto d'un male corporeo, sentimento di profonda infelicità dovuto all'insoddisfazione dei bisogni*². L'enfasi viene posta sugli elementi: **sensazione spiacevole ed infelicità da insoddisfazione**.

Anche in questo caso, lo sforzo definitorio infermieristico produce un risultato che non cattura il contenuto e l'essenza stessa del fenomeno dolore: sensazione spiacevole appare riduttivo, il termine infelicità risulta poco centrato e l'insoddisfazione dei bisogni è un po' generico.

*Il dolore è un'esperienza multidimensionale e si articola in tre dimensioni: la sensoriale-discriminativa, la motivazionale-affettiva e la cognitivo-valutativa*³.

In questo caso, il significato del termine dolore non è contenuto in una affermazione ma espresso attraverso una disarticolazione di diverse dimensioni: **la sensoriale-discriminativa** che rappresenta la base fisiopatologica del dolore, **la motivazionale-affettiva** che trasversalizza il concetto e fornisce all'idea di dolore l'elemento caratterizzante del soggettivo e dell'estrema variabilità della componente affettivo-motivazionale, **la cognitivo-valutativa** rappresenta l'elemento di integrazione di tutte le informazioni correlate all'evento e in sostanza la costituzione di un quadro di riferimento mnestico.

Il concetto di dolore come *fenomeno multidimensionale*, va ben oltre la sola definizione, esso esprime una teoria in base alla quale il dolore si compone di una parte *fissa, il corpo dell'evento doloroso*, e di una parte dinamica, *il movimento dell'evento doloroso*.

Nel concetto di corpo dell'evento, si intende includere gli aspetti della sensazione, della motivazione e della componente motoria.

Il movimento dell'evento si esprimerebbe attraverso il concetto di *aspetto dinamico di modulazione psichica e fisiopatologica*.

Il dolore è infine, un'esperienza sensoriale ed emotiva spiacevole associata ad un danno tissutale potenziale o in atto, o descritta in termini di tale danno (IASP – International association of study in pain). Con questa definizione si approda finalmente ad una affermazio-

ne esaustiva che esprime il dolore nei termini di: **esperienza** quindi di fenomeno multidimensionale, sensoriale ed emotivo che esprime una inscindibile integrazione tra la componente psichica e quella fisica della persona, dolore come conseguenza di **danno tissutale** e quindi si inserisce nella definizione anche l'elemento fisiopatologico inteso nei termini di reale, potenziale o anche solo descritto come tale.

Tornando ora alla nostra titolazione erronea, possiamo affermare alla luce di quanto detto, che il dolore non può essere ricondotto al solo sintomo perché di fatto rappresenta un fenomeno ben più articolato.

L'evento dolore costituisce di per sé un ambito assistenziale prioritario che si fonda su bisogni irrinunciabili della persona che attengono non alla vita direttamente ma sicuramente e sostanzialmente alla qualità di essa.

Il dolore non esprime una sorta di interferenza nella vita della persona poiché ne costituisce invece la sostanzialità; non è solo *avere dolore* ma **vivere nel dolore**.

La funzione infermieristica si espleta attraverso la gestione della relazione d'aiuto in un tipico approccio che è personalizzato ed empatico⁴.

La relazione d'aiuto è una tipica modalità di rapporto nella quale i due protagonisti non si trovano nella stessa condizione, l'uno tende a prevalere sull'altro, è una relazione tipicamente asimmetrica.

Tale asimmetria è spesso funzionale allo scopo assistenziale, così come l'inversione dei ruoli; la persona fortemente impegnata nella malattia ha la necessità di affidarsi totalmente all'Altro (operatore) cui trasferisce la guida della relazione.

La stessa persona in un momento successivo, recupera la sua capacità decisoria e la esercita scandendo e definendo per tutti, tempi di intervento e modalità di espletamento delle attività di recupero di autonomia.

L'asimmetria della relazione d'aiuto non sempre però produce effetti positivi, ciò in relazione alla possibile incidenza di contenuti disturbanti nell'affettività degli agenti della relazione; un infermiere con storia di grave privazione affettiva può investire nella relazione in modo eccessivo e scarsamente

funzionale alle finalità del piano assistenziale favorendo l'instaurarsi di dipendenze piuttosto che tendere al recupero di autonomie.

Allo stesso modo ad esempio, una persona regredita affettivamente nel dolore, può divenire totalmente dipendente dall'operatore ma l'attivazione di questa modalità di relazione fa sì che egli possa sentirsi nel diritto di formulare richieste continue ed insostenibili che ritardano il processo di recupero e creano uno stato d'ansia e di continua tensione emotiva.

La gestione della relazione d'aiuto implica il coinvolgimento di tutta la persona con l'intero suo bagaglio esperienziale, ciò comporta per gli operatori, la necessità di acquisire *confidenza* con il proprio mondo interiore.

Occorre quindi impostare un metodo di lavoro che sia basato su una riflessione attenta e costante delle dinamiche che si stabiliscono, allo scopo di riuscire a riconoscere quanto proviene dalle situazioni esterne e quanto invece è risonanza interiore.

L'obiettivo deve essere quello di rendersi consapevoli dei propri gap affettivi per arrivare in qualche modo a governarli attraverso l'applicazione di strategie di superamento o quanto meno di neutralizzazione.

Si tratta in sostanza di fare in modo che le nostre difficoltà affettivo-emozionali non vadano ad inficiare l'efficacia della relazione terapeutica.

La persona afflitta dalla malattia e dal dolore, tende a strumentalizzare le difficoltà dei suoi interlocutori per raggiungere i propri scopi: una maggiore attenzione, una più ampia disponibilità, deroghe alle regole o quant'altro.

Si tratta di un meccanismo assolutamente comprensibile che però deve essere arginato perché chiude la persona assistita in una dimensione *d'opportunistico disagio* poiché la realtà non potrà mai essere all'altezza delle sue aspettative, perché anche il più deprivato degli interlocutori ad un certo punto cercherà di salvarsi con la fuga e la risoluzione non potrà che essere la solitudine.

Il fenomeno dolore può e deve essere interpretato impiegando l'approccio classico della scala dei bisogni al cui vertice padroneggia, unico e assoluto, *il bisogno numero uno: la risoluzione o l'attenuazione del dolore*.

Il dolore è una priorità assoluta, qua-

lunque altro aspetto clinico-assistenziale passa in secondo ordine nel rispetto di un principio etico e di reale opportunità clinica; un dolore non controllato produce una serie di modificazioni nell'organismo che possono determinare situazioni di grave instabilità clinica e l'insorgenza di complicanze da scompenso.

Al bisogno *risoluzione o attenuazione* sono correlati altri bisogni cosiddetti *accessori* che consistono ad esempio, nella necessità di conoscere *le ragioni del dolore*, di definire gli obiettivi di soddisfazione (possibili, accettabili), di avere il supporto di persone di riferimento, di costituire rapporti fiduciosi e punti di riferimento nell'équipe di cura, un ruolo attivo nel piano di trattamento del dolore, tempi e modalità di somministrazione, verifica di efficacia, adeguamenti posologici, variazione nella composizione della terapia, poter soggiornare in un ambiente tranquillo dove non ci si debba adeguare ad una molteplicità di persone e a situazioni sempre diverse.

Il dolore può indurre anche l'affermarsi di bisogni *viziati* intendendo necessità indotte da situazioni esterne, interne o correlate al tipo di dinamica relazionale che si stabilisce.

È bisogno viziato ad esempio, la richiesta implicita di una comunicazione consolatoria, rassicurante, paternalistica, riduttiva. È viziata anche l'esigenza di rendersi totalmente dipendente alle persone di riferimento e/o operatori; la dipendenza totale è determinata da una sorta di regressione infantile per la quale la persona tende ad impiegare modalità di relazione incoerenti rispetto alla sua attualità e si dimostra resistente alle sollecitazioni⁵.

È un bisogno viziato quello che si esprime nella volontà di eliminare ogni possibile fonte di distrazione, qualunque sollecitazione viene tacitata e tutta la dialettica è ricondotta all'unica dimensione che si vuole accettare: la malattia e il dolore.

Gli ambiti di intervento relazionale si dividono in generali e personalizzati; sono generali quelli che tendono alla costruzione degli assetti organizzativi ed operativi; sono personalizzati tutti quelli che esprimono il piano di assistenza concordato con la persona.

Un altro capitolo di grande interesse

che si ritiene utile affrontare, è quello relativo alle cosiddette *Memorie del dolore* intendendo *i contenuti mnestici superstiti all'esperienza di grave empassse psicofisica*⁶.

Ci si riferisce alle situazioni nelle quali a causa dello stabilirsi di una grave condizione clinica di grosso impegno fisico ed insostenibile carico psico-affettivo (politrauma severo), la mente applica meccanismi di *salvataggio* per i quali preserva l'IO da sicuri danni destabilizzanti.

Si viene a determinare una scissione dell'integrità psicosomatica che pone la componente mentale in una sorta di ambiente protettivo, lontano dai clamori di un corpo in disfatta.

Le memorie del dolore costituiscono la descrizione di un viaggio irreali nel quale il linguaggio ha una sua coerenza interna, lontana dalla comune logica di pensiero.

Il linguaggio con il quale vengono espresse tali memorie, laddove si riesca a farlo ovviamente (grado di compromissione cerebrale o rimozione), è del tutto simile a quello onirico, più o meno astratto e simbolizzato, relativamente al livello di profondità della scissione psicosomatica.

Un linguaggio essenziale, astratto, emozionale, esprime un livello di profondo ripiegamento dell'IO nelle strutture interne mentali.

Quando invece il linguaggio diviene più descrittivo, esteso, ampio, particolareggiato, la scissione tende al recupero, l'IO riaffiora; è come se *sondasse* il terreno e le sue possibilità di ricongiungersi al corpo.

Ciò avviene gradualmente, per prove ed errori, inizialmente per brevi periodi, poi via, via, più di frequente fino a ricompattare l'intera persona che si troverà appesantita in un corpo dolorante e trasformato.

L'IO avrà bisogno, di tanto in tanto, di scappare e tornare a consolarsi nella sua *culla interna*, un ambiente rassicurante permeato da un moto continuo consolatorio con il quale riuscirà a ricaricarsi e a trovare l'energia per tornare ad affrontare la realtà e il dolore.

A seguito dell'analisi compiuta sui meccanismi sopra descritti in relazione alle memorie del dolore, si è concettualizzata una struttura a quattro livelli di articolazione, denominati: le memorie arcaiche intrapsichiche, le memorie oniriche romanizzate, le memorie miste

(tra reale ed immaginario), le memorie del recupero.

Un'altra condizione che si verifica con una certa frequenza e che pone alcuni importanti quesiti circa l'applicazione dei protocolli di analgesia e di sedazione, riguarda le condizioni nelle quali le memorie non si realizzano perché la persona non riesce ad applicare meccanismi funzionali di ritiro dell'IO e allora ricorre all'ultima difesa estrema, **la rimozione**.

Apparentemente un *non ricordo* potrebbe sembrare tutto sommato utile, indolore, economico ed è un po' così: residua soltanto una apparente piccola disfunzione per la quale la persona è portata, almeno nei primi tempi, a tentare di ricostituire lo strappo che si è prodotto nella memoria con continue e pressanti richieste di rievocazione degli eventi alle persone che gli sono intorno.

A questo punto, noi come operatori, dovremmo chiederci qual è in questo contesto il nostro ruolo?

Se la persona possiede in sé gli elementi per difendersi dal trauma anche psichico, forse il nostro impegno nella sedazione e all'analgesia è eccessivo.

Ancora una volta le cose sono meno semplici di quel che sembrerebbero, infatti alla luce di quanto si è scoperto e detto, appare chiara l'enorme responsabilità di tutta l'équipe che ha in cura la persona in condizione di grave impegno psico-fisico.

In un approccio globale ai bisogni, è fondamentale assumere il ruolo di chi pone l'assistito nella condizione di recuperare la propria integrità psicofisica al massimo grado possibile di completezza.

L'esperienza del dolore può essere inutile se non dannosa, oppure utile e fornire alla personalità la possibilità di arricchire il proprio bagaglio esperienziale di contenuti preziosi, quelli che derivano dall'aver vissuto per un tempo più o meno lungo una condizione unica per la quale si ha, come, un canale d'ascolto aperto verso il sé (introspezione) e verso gli Altri *denudati* dai costrutti convenzionali.

Vi è poi una condizione nella quale la persona è relegata in una dimensione assoluta di dolore nella quale non vi è possibilità di evasione né di distrazione: il dolore totale.

La dimensione del dolore totale non

conosce sollievo, non ha soluzioni, ed è vissuta spesso in profonda solitudine.

Gli Infermieri per loro connotazione professionale, tendono a considerare ogni evento nei termini di problema da risolvere, bisogno da soddisfare, criticità da superare ed hanno difficoltà a rapportarsi con la persona quando non hanno soluzioni da proporre.

Esiste un escamotage che ci consentirebbe di vivere appieno la nostra professionalità e continuare ad esercitare il nostro ruolo pur non potendo alleviare le sofferenze del paziente: imparare ad accettare la sconfitta e vivere la situazione nell'impegno estremo di riuscire a far parte di quel mondo dal quale il paziente non può uscire.

Dobbiamo riuscire a guidarlo per consentirgli di vivere con dignità anche l'ultima fase della sua vita ed in questa prospettiva non saremo mai sconfitti perché avremmo fatto per la persona molto, moltissimo, ed avremmo dato a noi stessi la possibilità di un grande arricchimento personale e professionale.

Nel contesto degli ambiti relazionali di intervento, vi è una condizione, quella del paziente incosciente con possibile sintomatologia dolorosa, che richiede la capacità da parte dell'infermiere, di coniugare elevate competenze cliniche con quelle di natura relazionale.

Il paziente incosciente non è ovviamente in grado di esprimere direttamente il dolore, lo fa indirettamente attraverso la modifica dei suoi parametri vitali, emodinamici e ventilatori.

Ciò richiede al professionista una grande capacità di interpretazione dei segnali di monitoraggio unitamente alla disponibilità e competenza ad esercitare, malgrado l'apparente indifferenza del paziente, un ruolo comunicativo.

La comunicazione con la persona incosciente, ha una sua tipicità e forse poche regole, è una comunicazione arcaica, esercitata con il tatto e con la voce priva di vere parole; una voce rassicurante, avvolgente che esprime segnali di presenza affettuosa.

La dimensione del dolore non risparmia purtroppo nemmeno i bambini.

Le reazioni del bimbo al dolore, variano sostanzialmente, a seconda che il bambino si trovi in una prima esperienza oppure possa far riferimento ad esperienze già consolidate.

Il bambino nuovo all'esperienza del

dolore reagisce solitamente con ribellione e atteggiamenti aggressivi perché non capisce cosa gli stia accadendo e tende ad attribuire a qualcosa di esterno la responsabilità della sua sofferenza.

La ribellione deve lasciare il posto ad un adattamento che diviene possibile solo se il bambino ha le informazioni che gli occorrono, e trova nei genitori e nelle persone che gli sono accanto, alleati pacati e rassicuranti.

In queste situazioni, il bambino legge dai volti dei genitori e delle altre persone la preoccupazione e qualunque altra cosa traspaia, e sono questi gli elementi che costituiranno la base dell'esperienza che farà da modello a tutte le altre che nella vita andrà a realizzare⁷.

Il bambino non ha gli strumenti per affrontare l'esperienza dolore con sopportazione e con misura, non ha ben realizzato cosa gli stia accadendo, vede i genitori preoccupati ed è portato a trovare da solo una strategia di apprendimento.

Il bambino ha un grande mezzo che gli consente di vivere la situazione temuta restandone all'esterno, di sperimentarne gli esiti e trovare soluzioni; il bambino gioca.

Il gioco gli consente di non risultare schiacciato da un'esperienza subita; il gioco è una rappresentazione simbolica, immaginaria che egli riesce facilmente ad azionare e dominare⁸.

La risposta al dolore non può consistere unicamente nell'antidolorifico, essa deve anche poter contare sulla condivisione del dolore, che è privato e indivisibile, ma che può essere affrontato con una incrementata capacità di sopportazione e può trasformare in senso positivo la personalità di chi soffre e di chi gli è vicino.

Il dolore non è né buono né cattivo, fa male.

Il dolore può essere utile o inutile, va combattuto il dolore inutile.

Bibliografia

1. CRAFEN R.F., C.J.HIRNLE, *Principi fondamentali dell'infermieristica* - Ambrosiana 1998- p.1318
2. CESPI - *Dizionario delle professioni infermieristiche* - UTET 1997 - p.134
3. SABATO A.F., SERAFINI G., LEONARDIS F.-*fisiopatologia del dolore acuto* - [online] <http://www.progettosalute.com/pub/fisiopatologia%20del%20dolore/20acuto.htm> (6/03/04)

4. MARINELLI N., *La relazione d'aiuto in terapia intensiva -emergency 2002*; 8 (4):.4-5
5. MARINELLI N., *Riflessioni sulle problematiche relazionali nell'assistenza a paziente di rianimazione* - Scenario 2000; 17 (4): 20-25
6. MARINELLI N., *Le memorie del dolore* - ON 2001;2 (1): 22-23
7. NAPOLEONI M., *L'influenza del dolore e della disabilità cronica sullo sviluppo della personalità*. [online] <http://www.fondazione-livia-benini.org/curanti/doldel/deldelbam.htm> (19/05/2004)
8. CARBONARA M.V., *L'Ospedale nel vissuto del bambino* - [online] <http://www.fondazione-livia-benini.org/doldel/deldelbam.htm> (19/05/2004)