

L'ASSISTENZA ALLA PERSONA CHE SOFFRE NELLA PROSPETTIVA DI UN NURSING INTESO QUALE "STIMOLO DI ARMONIA-SALUTE"⁽¹⁾

Dott. Renzo Zanotti, AFD, Ph.D.

Docente di Metodologia clinica del Nursing - Università di Padova
Prof. Facoltà di Nursing - Case Western Reserve University, Cleveland, Ohio, USA
Direttore ISIRI-International Institute of Nursing Research- Padova

Introduzione

Il dolore rappresenta una esperienza di vita che accomuna tutti gli esseri umani, sia nella sua componente fisico percettiva che in quella psico relazionale. La persona, nell'esperienza del dolore, vive una condizione spiacevole che la coinvolge completamente e ne modifica la percezione della realtà. Il nursing si occupa da sempre del dolore, sia per la dimensione clinica degli interventi di assistenza, sia per quella dell'indagine scientifica necessaria per produrre la conoscenza da utilizzare nell'assistenza. Nel nursing, l'indagine scientifica possiede una propria autonomia teorica, pensatori e scienziati del nursing hanno infatti la necessità di integrare nella loro concettualità anche elementi che provengono da diversi ambiti disciplinari tra i quali la biologia e la psicologia. Tale attività di integrazione di teorie che provengono da prospettive disciplinari diverse, necessita di una attenta rimodellizzazione nella prospettiva che è propria dell'infermieristica.

Un nuovo anno si affaccia all'orizzonte ed il nostro cuore si riempie di nuove speranze: salute e benessere per la popolazione del mondo e sviluppo, riconoscimento e visibilità della professione infermieristica, soggetto attivo nella promozione e la tutela della salute.

Sviluppo nella clinica infermieristica e nella formazione, anche attraverso un sempre maggiore impegno nella ricerca, sono i traguardi per il 1999, con lo sguardo che spazia sull'orizzonte mondiale e l'impegno di solidarietà nel quotidiano.

I SOGNI SONO I NOSTRI ALLEATI, A PRONO I NOSTRI ORIZZONTI E CI STIMOLANO AD OLTREPASSARE LE FRONTIERE DELLA NOSTRA REALTÀ QUOTIDIANA

LE NOSTRE RISORSE SONO TANTE ED INESPLORATE

INSIEME "NOI" SIAMO UNA GRANDE FORZA, INSIEME SI PUÒ CRESCERE ED INCIDERE

Auguri a tutti per un sereno e produttivo 1999

Finalità e contenuti della relazione

Questa relazione si prefigge di introdurre l'ascoltatore alle caratteristiche principali del modello "Nursing come Stimolo di Armonia-Salute" e alla prospettiva che da questo deriva per interpretare il fenomeno dolore.

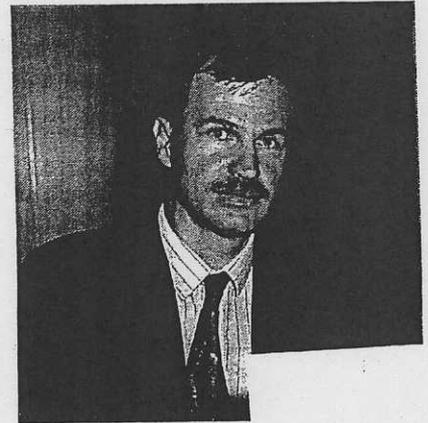
In particolare, verranno illustrati i seguenti aspetti:

- **assunzioni e concetti-chiave del modello concettuale;**
- **aspetti del fenomeno "dolore" che vengono interpretati dal modello;**
- **indicazioni per l'assistenza alla persona che soffre che derivano dal modello.**

Il modello concettuale "Nursing come stimolo di "armonia-salute" poggia sull'assunto che lo stato di salute in atto di una persona sia uno stato variabile che esprime solamente una parte delle potenzialità che il soggetto possiede. La potenzialità, o componente residua di salute, può essere influenzata da molti fattori, interni ed esterni al soggetto, in grado di determinarne o meno la messa in atto. L'attivazione della potenzialità di salute non è sempre nel completo controllo dell'individuo ma può necessitare di interventi esterni al soggetto stesso. Tali interventi possono allora assumere forma diversa ed essere riconducibili a molteplici ambiti professionali; tali interventi rimangono comunque e sempre "esterni" rispetto all'assistito e la loro efficacia terapeutica è in rapporto alla capacità che questi possiedono di "stimolare" la messa in atto di dinamiche e meccanismi interni dell'assistito.

Il nursing, in quanto scienza dell'assistenza, si occupa di individuare e determinare quelle azioni che meglio di tutte possono rappresentare un beneficio per lo sviluppo di autonomia e qualità di vita dell'assistito. Il modello Nursing come stimolo di armonia-salute fornisce una prospettiva per interpretare l'individuo e la sua salute in rapporto alle possibili scelte di assistenza.

A partire dall'assunto fondamentale di riferimento, il lettore verrà introdotto ai concetti di Persona, Salute, Assistenza e alle relazioni tra tali concetti che, nel loro insieme, costituiscono il core concettuale del modello.



Assunto e concetti-chiave

La struttura concettuale del modello si fonda sulla seguente affermazione che ne costituisce pertanto l'assunto di partenza:

Il fenomeno di interesse del nursing è la "Persona".

La persona possiede un "potenziale" di salute uguale o superiore a quella "in atto".

Scopo dell'assistenza infermieristica è l'attivazione di tale potenziale di salute.

Persona: Si definisce "persona" un sistema psicobiologico in grado (o dotato della potenzialità per) di interpretare sé e l'ambiente, assegnare simboli e significati, esperire emozioni e produrre comportamenti.

La persona è un costruttore continuo di realtà soggettivamente intese nelle quali traduce il mondo percepito.

La persona costruisce realtà soggettive con processi cognitivi di interpretazione e valutazione, in parte influenzati ed in parte influenzanti i processi del soma. L'attività cognitiva, influenzando sull'attività dei processi biofisiologici, modifica la risposta della persona e il suo potenziale di salute.

Il processo di influenzamento avviene anche in direzione inversa, iniziando dall'attività biologica.

Salute: il termine "salute" identifica lo stato di una persona quale risultante dei suoi processi biologici e cognitivi, ed è determinata dall'insieme dei prodotti dei suoi singoli processi. I processi biologici e cognitivi possiedono una dinamica di funzionamento che permette loro di modificare il loro prodotto in rapporto al modificarsi delle esigenze di vita e di relazione del sistema. Rispetto allo stato in atto, il sistema possiede anche un "potenziale" di salute che viene a determinarsi sulla base dei seguenti fattori:

(1) Il presente articolo riporta la relazione presentata nell'ambito del III Congresso Nazionale "Dolore ed Assistenza Infermieristica", Cernobbio, 26-27-28 novembre 1998.

- a) limite massimo di fluttuabilità adattiva dei processi per mantenere il loro prodotto adeguato alle esigenze del sistema;
- b) disponibilità di comportamenti utili in condizioni-limite per rispondere alle sollecitazioni che provengono dall'ambiente.

Ogni persona possiede un "potenziale di salute attivabile" che la caratterizza.

Il potenziale di "salute" di un individuo corrisponde alla capacità residua dello stesso di modificare i propri processi (e quindi il loro prodotto) così da mantenere coerenza armonica tra gli stessi e le esigenze del sistema quando questo venga sottoposto a grande sollecitazione o quando intervengano modifiche nella struttura dello stesso a seguito di traumi o altro.

L'analisi del "potenziale di salute" richiede un approccio sistemico per l'accertamento in quanto è una risultante di sistema e non di singolo apparato o processo.

Assistenza. "Assistere" in senso professionale una persona con alterazioni dello stato di salute, richiede la messa in atto di azioni volte ad attivarne le potenzialità quando queste esistano oppure, in loro mancanza, a sostituirle per il tempo necessario a permettere lo sviluppo.

L'assistenza professionale alla salute richiede la messa in atto di azioni volte a stimolare:

- a) lo sviluppo di maggiore capacità di controllo del sistema sulle variazioni dei propri processi;
- b) attivazione di comportamenti di maggior efficacia nella interazione con l'ambiente;
- c) una superiore consapevolezza di sé e dell'ambiente;
- d) il recupero di efficienza di uno o più processi tramite supporto diretto (temporaneo).

In questo approccio, colui che assiste pone grande cura nell'accertamento della potenzialità di salute dell'assistito in comparazione con lo stato di salute in atto e si propone sempre come fine la massima attivazione di tale potenziale.

Struttura e funzionamento dei processi

Si definisce "processo" una sequenza di comportamenti biologici o cognitivi, gerarchicamente ordinati, funzionalmente collegati e finalizzati a determinare un prodotto. Tale prodotto costituisce il risultato complessivo del processo stesso. La possibilità di modificare l'intensità dei processi, e quindi la quantità del loro prodotto, determina la capacità adattiva finale dell'organismo.

La vita è attività continua, è movimento incessante, è processo e quindi dinamica in natura. Il dinamismo del sistema richiede la disponibilità di energia. L'attività sequenziale di un processo rende possibile ridurre la necessità di energia delle strutture componenti (organi, cellule o apparati) poiché queste operano solo quando è richiesta per l'attivazione della fase specifica del processo/i a cui partecipano, risparmiando quindi energia e limitando l'usura complessiva del sistema. Il concetto di processo è ugualmente applicabile all'attività cognitiva (processi di autostima, affettività, ecc.) perché la percezione e l'assegnazione di significati sono comportamenti sequenziali nell'ambito del processo cognitivo. Ne consegue che possono essere definiti "processi" sia quelli biologici del soma che quelli cognitivi della mente (a rigore, i processi cognitivi sono il prodotto dei sottostanti processi biologici).

I processi mentali sono costrutti ipotetici dato che la loro esistenza non può essere direttamente osservata ma soltanto indotta da indicatori indiretti costituiti dai comportamenti osservabili della persona. L'attività dei processi mentali va ipotizzata come continuamente in atto in quanto il loro prodotto è necessario per la relazione del sistema con l'ambiente e la modulazione dei processi fisiologici (risposte somatiche ai comportamenti emotivi).

Fluttuazione del processo

I processi psicofisi funzionano con intensità variabile in rapporto alle esigenze del sistema. Possono determinarsi due situazioni-limite con effetto sulla attività dei processi: mancanza di stimolazione attivante e sovrastimolazione di processo.

Mancanza di stimoli

La mancanza di stimolazione (interna ed esterna) su tutti i processi avrebbe la conseguenza una condizione di stasi, caratterizzata dalla immobilità completa del sistema che sarebbe incompatibile con la vita. Ogni processo tenderebbe, dato la mancanza di stimoli attivatori, a diminuire la propria attività fino ad una intensità minima insufficiente per la vita del sistema stesso. La presenza dei meccanismi automatici di controllo basati su feedback biochimici o fisici previene tale evenienza in quanto la diminuzione di attività di un processo al sotto della soglia di tolleranza del sistema costituisce di per sé uno stimolo attivatore di comportamenti o di processi a questo funzionalmente correlati, tale da riportare il processo ad una intensità necessaria al sostentamento del sistema. Tale situazione dimostra la capacità di autostimolazione/autoregolazione del sistema. Si deve quindi

dedurre che l'esistenza di stimoli rappresenta una condizione necessaria per la vita di un sistema e che questo possiede la capacità di generare stimoli dal proprio interno mantenendosi così vitale in modo indipendente dall'ambiente esterno. Studi sperimentali sulla deprivazione sensoriale e del sonno, come pure quelli sullo stato di noia, confermano che la capacità di autostimolazione dell'organismo esiste sia per i processi mentali che per quelli fisiologici. Di conseguenza, non può esservi "assenza" di un processo, per periodi anche brevi di tempo, in quanto questo innescherebbe automaticamente comportamenti-stimolo nei confronti del processo.

Eccesso di stimoli attivatori

Condizioni ambientali, alterazioni dei meccanismi di controllo, alterazione di altri processi creanti un sinergismo di stimolazione possono causare sovrastimolazione di un processo. Dato che ogni processo possiede un range di intensità variabile determinato dalle strutture che lo costituiscono e dall'attività degli altri processi, la sovrastimolazione, se non controllata, porterebbe all'eccessiva attività del processo e quindi al rapido esaurimento delle strutture e alla alterazione dei processi correlati costituendo, come tale, una causa di danno al sistema. Per prevenire tali conseguenze, il sistema produce comportamenti intervenendo sull'ambiente, sulla ricezione degli stimoli, o compensando con alterazioni adattive. Qualora tali reazioni non fossero possibili, il sistema si esporrebbe al rischio di alterazioni in rapporto alla natura e alla intensità degli stimoli.

Ne consegue che la salute dell'organismo è funzione della sua capacità di:

- a) mantenere i propri processi ad un livello sufficiente di intensità anche in condizioni di quiete;
- b) mantenere il controllo sull'intensità dei processi anche in condizioni di sovrastimolazione.

In sintesi, le potenzialità adattive dell'organismo si collocano all'interno di un range di tolleranza determinato dalla possibilità di variazione controllata dei processi. Ne deriva che:

- L'intensità di modifica di un processo è determinata dalla priorità del suo prodotto in rapporto le esigenze specifiche del sistema;
- un qualsiasi danno alle strutture di governo e di produzione di un processo ne determina anche la modifica dello stesso, con conseguenze dirette e indirette su tutti gli altri processi;
- la tolleranza del sistema a modifiche-limite di un processo è determinata dalla condizione dei processi a questo funzionamento correlati.

Pertanto, un processo possiede un campo di variabilità definito che può essere usato dal sistema per la propria flessibilità adattiva. Ad esempio, il sistema potrà tollerare una eccezionale alterazione del processo respiratorio se esiste un buon funzionamento dei processi circolatorio, metabolico, motorio, ecc.

Energia per l'attività dei processi

Ogni processo necessita di energia per la propria attività. Esistono varie forme di energia in rapporto alle caratteristiche dei processi. Ad esempio, il processo circolatorio ematico utilizza gradienti di pressione prodotti da dinamiche muscolari e biochimiche, mentre l'autostima richiede conferma e gratificazione.

In sintesi, la natura dell'energia è correlata alla natura del processo che alimenta.

Il "Bisogno" quale stato di alterazione di un processo

Se un processo non può mantenere l'intensità richiesta dalle esigenze del sistema, determinerà la messa in atto di comportamenti adattivi con la modifica dello stato di salute in atto del sistema. A seconda del tipo e dell'intensità dell'alterazione, il sistema metterà in atto comportamenti compensatori per riportare il processo alla sua normale intensità oppure modificherà l'intero assetto del sistema in funzione compensatoria.

Il controllo del processo richiede la messa in atto di comportamenti e/o la modifica in funzione adattiva degli altri processi. Qualora questo non sia nel range di possibilità del sistema, l'alterazione rimarrebbe non compensata producendo conseguenze disadattive o danno al sistema, in quanto questi necessita di precise quantità di prodotto dall'attività del processo. Tale stato, caratterizzato dalla alterazione di processo (e quindi della alterata disponibilità del suo prodotto rispetto all'esigenza del sistema) in mancanza o carenza di capacità di controllo o compensativa efficace, costituisce una condizione particolare di disadattamento del sistema che viene a costituire lo "Stato di bisogno" del sistema.

In quanto costituito dalla alterazione di un processo (che coinvolge lo stato complessivo del sistema perché il prodotto è a questo necessario) il bisogno si manifesta con segni costituiti da comportamenti in parte comuni e in parte specifici del processo alterato. L'individuazione della specificità dei segni è la condizione per individuare l'esistenza di un bisogno.

Il grado di discrepanza tra la disponibilità del prodotto e la necessità del sistema costituisce l'intensità del bisogno i cui indicatori sono, tra altri, il grado di variazione dell'intensità del processo e i comportamenti

compensatori correlati.

Pertanto, con il termine "bisogno" si definisce la condizione caratterizzata da:

- a) *discrepanza tra disponibilità di prodotto del processo e necessità del sistema;*
- b) *non compensabilità della discrepanza con meccanismi automatici o comportamenti direttamente attivabili dal sistema stesso.*

Riconoscimento del bisogno a fini diagnostici e di trattamento

La condizione di discrepanza tra prodotto di processo e necessità del sistema definita "bisogno" si presta al riconoscimento sul piano empirico ai fini del trattamento assistenziale. In tal senso, il sistema dei bisogni possibili della persona può essere descritto e successivamente classificato per tipologia di bisogno in rapporto alla natura del processo da cui origina e alla configurazione di segni che produce, anche al fine di permettere la diagnosi e il trattamento.

L'accertamento diagnostico del bisogno richiede l'acquisizione di tre elementi informativi: a) natura del processo alterato, descritta con il nome definente il processo; b) livello di discrepanza del prodotto, espresso su scala di rapporto con la norma; ed infine, c) elemento avente la funzione di probabile agente causale della alterazione stessa.

Accertamento del potenziale di salute

Al primo livello di accertamento, rivolto alla misura della discrepanza e individuazione del processo alterato, deve corrispondere un secondo livello di analisi e accertamento della potenzialità di salute del soggetto. Con la diagnosi di bisogno si identifica la condizione che richiede il trattamento, con la diagnosi della potenzialità si identifica l'obiettivo perseguibile con il trattamento assistenziale.

Non sempre una persona in stato di bisogno necessita di assistenza infermieristica. Per valutare l'esistenza di una condizione di bisogno di assistenza infermieristica, è necessario infatti valutare il beneficio che il soggetto verrebbe ad avere dall'intervento infermieristico in quanto "attivatore" di potenzialità altrimenti non utilizzate.

Non basta quindi che esista una condizione di discrepanza "prodotto-necessità" con incapacità di controllo perché si determinino le condizioni per un intervento assistenziale professionale; deve essere accertata anche l'esistenza di una potenzialità attivabile dall'intervento stesso nell'assistito o nei soggetti di riferimento per l'assistito. In mancanza di tale potenzialità, l'intervento verrebbe ad acquisire caratteristiche di sostituzione tali da scostarsi dai principi di riferimento del nursing (autonomia massima attivabile per la qualità di vita; armonia in-

terna e con l'esterno quale condizione di salute) collocandosi quindi come esterno al dominio dell'infermieristica.

Ruolo dei processi psichici

Nel sistema dei processi quelli mentali o psichici possiedono una diversa funzione rispetto a quelli biofisici anche se con questi si integrano nel determinare le caratteristiche del sistema-persona. La specificità dei processi psichici è la loro capacità di traduzione simbolica e di ricostruzione autonoma degli stimoli fisici veicolati dal sistema sensoriale (struttura biologica che partecipa con quella nervosa alla messa in atto dei processi cognitivi) così che il percepito diventi una struttura di significati soggettivamente assegnati dalla persona. Come gli elementi esterni, così anche la sintomatologia interiore, determinata da stimoli somatici, viene tradotta in categorie simbolizzate di eventi *soggettivamente assegnati*; in tal modo, il segnale elettrico-nervoso che arriva al cervello dalla periferia diventa prurito, senso di gonfiore, dolore, ecc.. Tali significati sono il prodotto (in quanto risultato interpretativo) di processi deputati al riconoscimento e controllo del corpo come parte di sé o componente del sistema-persona. Infatti, una qualsiasi stimolazione sensoriale riferita al proprio corpo che diventi interpretazione consapevole influenzerà la percezione di sé e del rapporto con l'ambiente in quanto esercita un effetto sulla costruzione psichica complessiva del sé e ne influenza tutte le conseguenti modalità di relazione.

L'azione assistenziale quale stimolo armonizzante

L'azione assistenziale è *esterna* al soggetto in quanto agisce stimolando i fattori influenti e di controllo dei processi che appartengono al soggetto stesso. Di conseguenza, si può definire l'assistenza professionale infermieristica "stimolazione mirata ad attivare le potenzialità di controllo dei processi del soggetto assistito".

La messa in atto di comportamenti a maggior efficacia da parte dell'assistito costituirà l'evidenza di utilità o meno dell'azione assistenziale.

I processi interpretativi del soggetto assistito, assieme ai meccanismi automatici di feed-back, costituiscono le vie con cui uno stimolo esterno agisce direttamente su un processo-target e si riverbera poi per influenzamento indiretto su tutti gli altri. In altre parole, lo stimolo viene *incorporato* nel sistema del soggetto influenzandone lo stato. Ad esempio, un massaggio con frizione cutanea agisce come stimolo fisico sul processo circolatorio dell'area trattata determinando una vasodilatazione locale per attivazione dei meccanismi automatici di con-

Tav. 1 Sistema delle componenti di processo di interesse infermieristico

MACRO PROCESSI DEL SISTEMA	PROCESSI SPECIFICI CORRELATI	ALTERAZIONI (BISOGNI) DI INTERESSE
Metabolismo	Nutrizione Eliminazione filtrato renale Eliminazione prodotto intestinale	Ingestione di alimenti incoerente rispetto alle necessità di energia dell'organismo Svuotamento non efficace della vescica Eliminazione non efficace delle feci
Movimento	Movimento	Produzione di movimento insufficiente rispetto alle esigenze di vita e di qualità della stessa
Respirazione	Ventilazione	Meccanica della attività respiratoria insufficiente ad apportare quanto richiesto
Circolazione	Perfusione dei tessuti	Apporto di elementi chimici insufficiente rispetto alla richiesta
Sonno/Veglia	Sonno/Veglia	Sonno alterato nella struttura al punto da non fornire riposo
Percezione di sè	Percezione del corpo	Percezione alterata delle caratteristiche o del funzionamento di parti o tutto il corpo
	Stima di sè	Immagine di sè non efficace per lo sviluppo delle potenzialità fisico-cognitive
	Integrità del sè	Valutazione di pericolo per la propria integrità basata su interpretazioni e previsioni incoerenti con la situazione ed il contesto
	Affettività	Incoerente assegnazione di significati relazionali nel rapporto con gli altri
	Sessualità	Percezione di identità sessuale incoerente con la struttura fisico-biologica; incoerenza tra comportamento sessuale e contesto
Acquisizione/uso di regole sociali	Consonanza tra principi e valori	Dissonanza tra i costrutti culturali acquisiti e la percezione degli eventi, incapacità a modificare i sistemi di riferimento in rapporto allo sviluppo dei valori culturali della società di appartenenza

trollo dei piccoli vasi ma, nello stesso tempo, determina anche una stimolazione via sensoriale ai processi psichici di interpretazione del corpo che possono re-interpretarlo come rilassato o piacevolmente manipolato con effetto finale complessivo sul sistema. In tal modo, l'azione assistenziale ha costituito uno stimolo, il fattore attivante la sequenza degli effetti sui vari processi nella dimensione somatica e in quella cognitiva. L'azione assistenziale esplica sempre un effetto sull= assistito anche qualora sia indirizzata alla famiglia o alla comunità. In tal senso si deve considerare il gruppo (famiglia o comunità) come un insieme di singoli individui collegati da relazioni aventi per ciascuno di essi un significato affettivo. La famiglia è quindi considerata non un ambiente di vita ma una unità sociale in cui l'individuo assume un preciso ruolo e sviluppa significati personali di vita e di relazione.

I processi considerati di interesse per l'azione assistenziale sono rappresentati nella Tav. 1. Degli stessi viene fornita la descrizione sintetica del macro-processo, i processi specifici a questo funzionalmente correlati e le tipologie di alterazione (o stati di bisogno) da considerare per la diagnosi, per la quale è anche possibile utilizzare etichette da sistemi standardizzati di classificazione (Nanda, NOC, ecc.).

Accertamento e valutazione del dolore

Il dolore è una interpretazione complessa e soggettiva che possiede varie caratteristiche quantificabili quali, ad esempio, intensità, durata, qualità, reazione emotiva tutte partecipanti al significato personale. L'Associazione Internazionale per lo Studio del Dolore ha approvato questa definizione "...sensazione ed esperienza emotiva spiacevole associata a danno del tessuto in atto

o potenziale, o descritta in termini di tale danno. Il dolore è sempre soggettivo" (IASP, 1979). Nella prospettiva psicologica il dolore è un processo attivo di apprendimento basato sulla interpretazione di una sensazione quale spiacevole esperienza sensoriale ed emotiva (Serafino, 1990).

L'interpretazione fornita dal modello "Nursing come Stimolo di Armonia-Salute" è del tutto in linea con tale definizione, in quanto il dolore viene concepito come una componente interpretativa del processo "percezione del corpo" che appartiene all'ambito della percezione del sè. Infatti, l'individuo percepisce il dolore selezionando, organizzando e producendo significati riguardo alla sensazione sensoriale avvertita. Secondo il modello "Nursing come stimolo di armonia-salute", gli aspetti percettivi della sensazione dolorifica vengono riconosciuti e qualificati così che il dolore diventa "perce-

zione spiacevole di una parte del corpo che modifica l'interpretazione complessiva del sé e del rapporto con l'ambiente". Inoltre, identificando nel dolore una particolare tipologia di interpretazione sensoriale, ne deriva che qualsiasi cosa sia capace di modificare tale percezione potrà influire anche sull'esperienza nel suo complesso e quindi cambiare il comportamento di gestione e controllo del dolore.

La soggettività del dolore

La possibilità di intervenire con stimoli capaci di modificare la percezione soggettiva non sembra tuttavia essere di semplice messa a punto; molti fattori intervengono infatti a determinare la percezione soggettiva. French (1989) nei suoi studi sulla relazione tra estensione del danno ai tessuti e intensità del dolore percepito non ha trovato significatività sufficiente a supportare l'ipotesi di una relazione diretta; la variabilità sembra primariamente dovuta ad altri fattori concomitanti. Tra questi French (1989) cita: fattori culturali, il contesto nel quale dolore è esperito, aspettative, emozioni, motivazioni, personalità, esperienze passate e livello di preparazione alla nuova esperienza. Questa lettura è del tutto coerente con le assunzioni del modello che tutti i processi sono tra loro integrati nel costituire il sistema-persona che è caratterizzato dalle qualità "emergenti" da tale combinazione. Il livello di complessità dell'essere umano produce un livello di combinazione delle qualità tale da costituire una caratteristica di unicità della persona. Se si assume che il dolore sia un'esperienza individuale, quindi, due individui non possono percepire la stessa sensazione o percepirla nello stesso modo, inoltre due pazienti non risponderanno nello stesso modo alla stessa terapia. Da qui la difficoltà a mettere a punto dei trattamenti che abbiano alta efficacia su tipologie diverse di pazienti che esperiscono però il dolore da aree o alterazioni simili e con modalità che permettano di raggrupparli nella stessa tipologia. Ad esempio, molti studi dimostrano che i soggetti a cui sono state fornite informazioni relative agli aspetti psicologici della reazione (istruzioni sulla tosse, respirazione profonda, postura, movimento ecc.) riportano una minore intensità percepita del dolore (Fortin e Kirouac, 1976; Voshall, 1980) con minore richiesta di analgesici dopo interventi chirurgici, e con permanenza di minore durata (Van Aernam e Lindeman, 1971). Egberg, Battit, Welch, e Bartlett (1964) hanno trovato che fornendo informazioni sulle sensazioni sensoriali di pazienti di norma avvertono dopo intervento chirurgico diminuisce il dolore, l'uso di analgesici, la durata della sensazione dolorifica.

Relazione con le Teorie fondamentali del dolore

Lo sviluppo della conoscenza sul piano delle strutture neurofisiologiche deputate alla trasmissione dello stimolo e su quello delle strutture psicologiche deputate alla interpretazione di reazione cognitiva ha portato nel tempo alla messa a punto di teorie specifiche per interpretare il dolore come fenomeno in sé, ma che possono essere anche inglobate in teorie di più ampio raggio per interpretare la dinamica del dolore nell'ambito del fenomeno "persona". Storicamente, si possono identificare almeno quattro teorie specifiche fondamentali:

- *Teoria della specificità*: postula l'esistenza di una linea nervosa specifica che collega la sede della lesione al cervello (meccanismo del dolore). Basata sull'assunzione che il dolore viene percepito dopo la lesione perché esiste una singola linea dedicata nel sistema nervoso che trasporta messaggi dagli specifici recettori del dolore dalla periferia al centro del dolore nel cervello. Cartesio (1644) ne fornisce una chiara immagine con l'esempio della campana che suona quando viene tirata la corda (Descartes, 1644).
- *Teorie di modello*: la normale struttura nervosa veicola stimoli che si sommano in strutture tipiche per determinare la sensazione di dolore. Questo modello suggerisce che il dolore avvenga quando particolari insiemi di stimoli, spaziali o temporali, vengono generati nei nervi afferenti tramite una intensa stimolazione di recettori non specifici Weddell (1955). L'impossibilità di identificare specifici nocicettori afferenti nei visceri ha reso questa teoria particolarmente interessante per spiegare il dolore viscerale (Malliani, 1984). Nel tentativo di spiegare l'esistenza di una persistenza del dolore che segue alla lesione spinale, è stato proposto che un insieme di neuroni a vari livelli della colonna vertebrale o del cervello possano agire come "meccanismi che generano strutture" nello stesso modo in cui avviene la deafferenzia nella paraplegia. Queste teorie possono spiegare alcune tipologie di dolore cronico o ricorrente che possono comparire quando ci sono lesioni nervose.
- *Gate-Control Theory*: il sistema nervoso possiede un meccanismo modificabile di tipo apertura/chiusura agli stimoli. Pubblicata da Melzack e Whall (1965) questa teoria propone un meccanismo neurale nelle corna dorsali della colonna che agisce nello stesso modo di un cancello, aumentando o diminuendo il flusso di impulsi nervosi dai nervi periferici verso il sistema nervoso centrale tramite l'effetto convergente nel flusso degli stimoli verso il siste-

ma nervoso centrale, delle fibre a largo diametro (A-beta) e a piccolo diametro (A-delta e C) e la presenza di sistemi di controllo interni al sistema nervoso centrale che influenzano di cellule di primo livello (Wall, 1984).

Questa teoria aiuta ad integrare le modificazioni conosciute nella percezione del dolore da centri di tipo emozionale (felicità, paura) e influenze di tipo cognitivo (conoscenza, significato).

- *Teorie post gate-control*: l'attività continua del sistema nervoso modifica input e output, percezione e risposta. Queste teorie modificano ed elaborano ulteriormente le idee e sviluppate nella teoria del "cancello di controllo" e, mentre da un lato aggiungono sofisticazione, dall'altro riducono la componente più dogmatica che spiega il fenomeno del dolore umano.

A partire dal 1980 si è prodotta una aumentata comprensione dei meccanismi del dolore e dell'azione terapeutica di farmaci quali aspirina, morfina, naloxone ecc. grazie a studi sulle componenti biochimiche e, in particolare, dei peptidi endogeni costituiti dalle endorfine e dalle loro interazioni sulla modulazione discendente del dolore (Fields & Basbaum, 1984; Sternbach, 1984). Decade di dibattito hanno lasciata aperta alla strada ad ulteriori ipotesi nelle quali le componenti chimiche dei neurotrasmettitori vengono considerati meno esclusivi nella loro azione, molti altri fattori vengono considerati capaci di influenzare la modulazione del dolore. Oggi non viene più accettato che i percorsi e le sostanze biochimiche citate siano dedicati esclusivamente alla percezione del dolore, così come determinazione nervose sono ora meno specializzate nella loro risposta; non solo i neuroni nelle corna dorsali sono soggetti a cambiamenti di tipo ameboide rispetto all'area cutanea alla quale essi rispondono; se perdono la loro aree a di in tutto sensoriale perché i nervi periferici vengono tagliati, i neuroni nelle corna dorsali iniziano a rispondere agli afferenti intatti più vicini (Wall, 1989).

I nervi tagliati tentano di rigenerarsi producendo dei fini filamenti che diventano sensibili alle sostanze chimiche in particolare quelle immesse dal sistema nervoso simpatico (Wall & Jones, 1991).

La plasticità del sistema, identificata dalle ricerche più recenti sulle strutture neurologiche centrali e periferiche, costituisce un perfetto punto di collegamento con il concetto di "potenzialità attivabile" interpretata dal modello "Nursing come stimolo di armonia-salute" e permette di cogliere ulteriori sviluppi anche sul piano della attivazione dei meccanismi riparatori della lesione e non solo del controllo del dolore.

Processo dell'Integrità del sè e il dolore

Il concetto di rappresentazione della realtà quale prodotto di processi intrapersonali, in grado di ristrutturare realtà su base soggettiva è un concetto utilizzato anche da Pridham (1993) per il suo modello di "funzionamento interno" con il quale interpreta il dolore quale processo di interazione tra aspettative, valori, credenze e significati di una persona possiede rispetto ad un'attività. Molti modelli di interpretazione del fenomeno dolore considerano la rappresentazione mentale di sè in relazione agli altri sviluppato attraverso esperienze di relazione al fine di interpretare come gli individui sviluppano i loro modelli interpretativi mentali del dolore.

La dichiarazione di sofferenza fisica è un atto di relazione sociale che unisce il paziente e l'assistente e pertanto un accertamento ben fatto così come l'attività di controllo del dolore dipende in parte dallo stabilirsi di una relazione positiva tra l'assistente, il paziente, e, quando appropriato, la famiglia di questo.

Dal punto di vista procedurale, l'accertamento della condizione specifica richiede la raccolta di informazioni sulla storia del dolore, tra le quali:

- esperienze precedenti o in corso significative del dolore del dolore e dei suoi effetti sulla persona;
- metodi adottati in precedenza per il controllo del dolore che il paziente ha trovato utile o inutile;
- atteggiamento del paziente verso l'uso di oppioidi o altri farmaci, includendo anche storia eventuale di abuso di sostanze stupefacenti;
- risposte tipiche del paziente allo stress da dolore includendo in modo molto allargato la presenza o l'assenza di alterazioni ci sia perché quali depressione, ansia, psicosi;
- attese della famiglia e credenze riguardo al dolore, allo stress, alle conseguenze degli interventi medici;
- modalità utilizzate dal paziente per descrivere o dimostrare il dolore;
- conoscenza che il paziente possiede di, aspettative riguardo a preferenze per i metodi di gestione del dolore e per ricevere informazioni riguardo alla gestione del dolore.

Tutte le informazioni sopra descritte sono necessarie ai fini di un approccio sistemico all'accertamento del dolore in quanto si richiede un'attenta valutazione di:

- a) percezione del paziente;
- b) risposte fisiologiche;
- c) risposte comportamentali;
- d) tentativi cognitivi del soggetto di controllare il dolore.

Costituiscono risposta fisiologica la frequenza cardiaca, la pressione arteriosa e la frequenza respiratoria in quanto processi correlati alla attivazione di maggior energia e partecipazione complessiva del sistema; di conseguenza, tali parametri sono indicatori anche degli stati d'ansia o attivazione emotiva e mascherano la effettiva intensità del dolore.

Processo della sessualità e il dolore

La relazione tra sessualità e dolore è stata descritta in numerosi articoli e con molte metodologie. Indagini cliniche hanno studiato la risposta di maschi e femmine al dolore sperimentalmente indotto ed hanno comparato la loro modalità di reazione alle condizioni spiacevoli di sofferenza fisica. Tuttavia, la motivazione del perché esista una differenza è ancora non chiara e le applicazioni dei risultati nella pratica clinica è estremamente limitata. Molti ricercatori non sono convinti che il maschio soffra in modo diverso dalla femmina anche se esistono tipologie di dolore che si accompagnano al genere sessuale, in rapporto anche alla tipologia di affezioni che le provoca. In accordo con gli studi di Celentano, Linet, e Stewart (1990) il modello "Nursing come stimolo di armonia-salute" suggerisce di considerare l'aspetto culturale nella forma di minor disapprovazione sociale per l'ammissione di uno stato di sofferenza. Va anche considerato, rispetto a questo, che i medici sono più facilmente indotti a riconoscere sintomi di stress e dolore nelle donne che negli uomini. Tutto il dolore è un fenomeno soggettivo che può essere accertato in modo più affidabile dal racconto del paziente (AHCPR, 1992); di conseguenza, l'abilità nel comunicare lo stato spiacevole di dolore fisico a chi assiste dovrebbe rappresentare un vantaggio. Nonostante questo, i risultati di molti studi dimostrano la somiglianza tra l'esperienza vissuta di dolore tra uomini e donne e di sensibilità al dolore tra i due sessi. Tuttavia, la risposta della donna al dolore è vista con maggiore sospetto e trattata in modo meno aggressivo. Uno studio recente di Cleeland e colleghi (1994) in i soggetti con cancro non metastizzato ha rilevato una relazione significativa tra sesso e gestione non adeguata del dolore, dove le femmine ricevevano inferiori dosi di analgesico dei maschi.

Processo di percezione dell'integrità del sè e il dolore

Nel modello "Nursing come stimolo di armonia-salute" l'interpretazione che il soggetto produce della propria situazione è influenzato dai significati assegnati agli specifici elementi rispetto alla propria integrità psicofisica. Tale processo è fondamentale

anche per garantire, oltre all'evitamento dei pericoli, anche la messa in atto di comportamenti di sopravvivenza durante eventi lesionanti. Lo stimolo dolorifico innesca un comportamento di allarme basato sulla previsione di pericolo per la propria integrità. In tal senso, il dolore non è mai interpretato in maniera razionale pura ma coinvolge sempre aspetti affettivi legati al sè.

Uno dei primi approcci sistematici alla valutazione degli aspetti affettivi del dolore nell'uomo si basava sulla registrazione delle parole utilizzate dalle persone per descrivere la loro esperienza. Meltzack e Torger-son (1971) furono pionieri di questo approccio e ottennero una lista delle parole più comuni che finivano utilizzate nella descrizione di ogni dolore. Tale lista era divisa in due categorie, sensitiva e affettiva, dove la prima esprime sensazioni somatiche associate ad eventi localizzati mentre la seconda descrivere sensazioni generalmente negative non correlate a specifiche localizzazioni. L'ipotesi originale degli autori postula l'esistenza di uno stretto legame tra la componente affettiva e la normalità della percezione sensoriale del dolore; tra le ipotesi che oggi hanno trovato numerose conferme, vi sono quelle sulla esistenza di uno stretto legame del dolore con la paura e con l'ansia, aspetti questi precisamente interpretati dal modello "Nursing come stimolo di armonia-salute". Di conseguenza, ci si aspetta che esista una tendenza degli individui che soffrono di dolore fisico ad essere paurosi o ansiosi. Infatti, chi ha una bassa tolleranza al dolore esaspera l'attesa del dolore stesso; individui nei quali l'ansia rappresenta il tratto principale della personalità riferiscono di sentire più dolore e richiedono, dopo intervento chirurgico, una dose maggiore di analgesici (Taenzer, Melzack, & Jeans, 1986).

La stretta relazione tra i processi costituenti il sè dovrebbe predisporre alcuni, in situazione di dolore acuto, ad una maggiore sofferenza di altri; tale maggiore sensibilità potrebbero essere ancora maggiore in presenza di un dolore persistente. Il modello "Nursing come stimolo di armonia-salute" porta ad interpretare tali caratteristiche psicologiche come comuni comportamenti conseguenti alla interpretazione del dolore in rapporto al sè e a predire che i soggetti con dolore cronico e bassa stima di sè o alterazione in altri processi correlati al sè possano produrre i comportamenti tipicamente assegnati al depresso. Infatti, molti pazienti affetti con dolore cronico presentano chiari segni di depressione, tra questi vanno citati: il risveglio precoce al mattino, la perdita di peso, la diminuzione della libido (alterazione del processo della sessualità), pensiero focalizzato sul dolore e sulla sua localizza-

zione. Tali soggetti lamentano comunemente che il dolore procura loro alterazione del sonno (processo sonno/veglia), cosa questa che comporta non solo affaticamento cronico ma anche aumento della solitudine. Inoltre, se la notte è insonne il dolore viene percepito in maniera più intensa e continua e questo contribuisce a rendere il dolore cronico ancora più demoralizzante e potenzialmente distruttivo. L'ampia esperienza clinica riportata nei casi iscritti nella letteratura medica psicologica e in alcuni studi sistematici basati sull'impiego di test psicologici standardizzati concordano sul fatto che il dolore è spesso associato a disturbi molto significativi. Nel dolore acuto sembrano prevalere ansia e paura; nel dolore cronico la depressione segue lo stato d'ansia e la preoccupazione fisica. La depressione maggiore sembra colpire un numero elevato di soggetti con dolore cronico e, benché l'incidenza vari molto da gruppo a gruppo, il dolore cronico sembra ormai riconosciuto essere in grado di causare depressione (Katon et al., 1982).

Tipologie e tecniche di intervento

"Nursing come stimolo di armonia-salute" predice che una azione assistenziale funge da stimolo attivatore di meccanismi autonomi o volontari del soggetto in grado di liberarne le potenzialità. Di conseguenza, sono molte le opzioni per modificare il livello di controllo del dolore da parte del soggetto. Ad esempio, nel dolore chirurgico possono essere date informazioni precise ed il soggetto può essere addestrato ad effettuare specifiche attività per il proprio benessere anche prima di interventi chirurgici. Spesso tali strategie di assistenza sono in grado di ridurre il dolore, l'ansia, e la quantità di farmaci necessari per indurre analgesia nel periodo post-intervento.

Molte altre attività di intervento tecnico, aventi la caratteristica di stimoli attivatori, possono essere incluse nella gamma degli interventi professionali infermieristici prevista dal modello "Nursing come stimolo di armonia-salute". Tra queste vanno inclusi anche interventi di stimolazione cognitiva e comportamentale quali:

- Informazioni guidate sulla percezione sensoriale avvertita e le varie fasi di sviluppo dell'intervento (in manovre invasive, manipolatorie e chirurgiche);
- rilassamento muscolare progressivo nelle diverse varianti, rilassamento della mandibola, training autogeno, ecc.;
- tecnica della respirazione profonda diaframmatica e mista;
- distrazione con musica, uso di immagini soggettive e guidate, associazioni di idee;
- analgesia controllata dal paziente dei farmaci analgesici;

- stimoli fisici con applicazione di caldo o freddo, stimolazione cutanea e tessutale con massaggi di vario tipo;
- elettroanalgesia con l'uso di stimolazione transcutanea di terminazioni nervose (TENS)
- agopuntura, antogonismo di stimolo percettivo sensoriale; cantare e battere ritmicamente
- ascolto di musica rilassante e in associazione con immagini; recupero di esperienza rilassante dal passato
- uso di suggestione mirate a creare associazioni positive;
- biofeedback, ecc.

Gli interventi fanno previsti con adattamenti alle caratteristiche del soggetto e testati per la loro validità nel caso specifico. Infatti, non è la tecnica che agisce ma il soggetto nel modo in cui risponde. Per questo gli interventi vanno spesso combinati tra loro, effettuati quando il paziente è rilassato e disponibile.

Quando l'intervento viene effettuato nell'ottica del modello "Nursing come stimolo di armonia-salute" va previsto per l'assistito, in quanto utilizzatore dello stimolo ed attivatore delle sue potenzialità, apprendimento ed esercitazione, completa comprensione delle caratteristiche della malattia e del trattamento stesso.

Infine, la prospettiva fornita dal modello "Nursing come stimolo di armonia-salute" vede il superamento, da parte dell'infermiere, della relazione tradizionalmente vincolata "professionista-specifica attività professionale" per spostarsi sulla relazione "professionista-fenomeni di interesse". In tal modo i riferimenti non sono più le tipologie di attività ma le tipologie di manifestazioni, nell'ambito della persona, nelle quali sia in gioco la salute e quindi la qualità della vita.

La persona che soffre è un fenomeno di grande interesse ai fini dell'assistenza; l'infermiere, tra altri, ha il compito di mettere a punto interventi efficaci per il miglioramento dello stato della persona. "Nursing come stimolo di armonia-salute" è quindi una prospettiva-guida per una assistenza che si fa attivatrice di potenzialità, se presenti ma non utilizzate dall'assistito o dalla famiglia, perchè questi diventino capaci di crearsi nuovi livelli di armonia, in rapporto alla loro situazione psicofisica, tali da costituire una migliore qualità di vita percepita.

Bibliografia

Agency for Health Care Policy and Research (AHC-PR). (1992). Acute Pain management in Adults: Operative procedures, 92, 0019. Rockville, MD: U.S. department of health and human services.

- Celentano D. D., Linet M. S., & Stewart W. F. (1990). Gender differences in the experience of headache. *Social Science medicine* 30, 1289-1295.
- Cleeland, C. S., Gonin R., Hatfield A. K., Edmonson J. H. Blum R. H. Stewart J. A. & Pandya K. J. (1994). Pain and its treatment in outpatient with metastatic cancer. *New England Journal of medicine*, 330, 5592-5596.
- Descartes R. (1644). *L'Homme. Lectures on the History of Physiology during the 16th, 17th, and 18th centuries.* Cambridge University Press.
- Egberg A. M., Battit G. E., Welch C. E., & Bartlett M. K. (1964). reduction of postoperative pain by encouragement and instruction of patients. *New England Journal of medicine* 270, 825-827.
- Fields H., L. & Basbaum, A. I. (1984). Endogenous pain control mechanism. In Wall P. and Melzack R. (editors) *Textbook of Pain*, Ch. 11. Edingburgh: Churchill Livingstone.
- Fortin F., Kirouac S. (1976). A randomized controlled trial of preoperative patient education. *International Journal of Nursing Studies* 13, 11-24.
- French S. (1989). Pain: some psychological and sociological aspects. *Physiotherapy*, 75, 255-260.
- Malliani A., Pagani M., & Lombardi F. (1984). Visceral versus somatic mechanisms. In Wall P. and Melzack R. (editors) *Textbook of Pain*, Ch. 7. Edingburgh: Churchill Livingstone.
- Melzack R. & Whall P. D. (1965). Pain mechanisms. A new theory. *Science* 150, 971-979.
- Sarafino E. (1990). *Health Psychology*. New York: John Wiley
- Melzack R. & Torgerson W. S. (1971). On the language of pain. *Anesthesiology* 34, 50-59.
- Katon W., Kleinman A. & Rosen G. (1982). Depression and somatization: A review. *American Journal of Medicine* 72, 127-135.
- International Association for the Study of Pain (1979). Pain terms: a list with definitions and notes on usage. *Pain*, 6, 249-252.
- Pridham K. F. (1993). Anticipatory guidance of parents of new infants: potential contribution of the internal working model construct. *Image* 25, 49-56.
- Sternbach R. A. (1984). Acute versus chronic pain. In Wall P. and Melzack R. (editors) *Textbook of Pain*, Ch. 14. Edingburgh: Churchill Livingstone.
- Taenzer P., Melzack R., & Jeans M., E. (1986). Influence of psychological factors on postoperative pain, mood and analgesic requirements. *Pain* 24, 331-342.
- Van Aernam, B. & Lindeman, C. (1971). Nursing intervention with the presurgical patient: the effect of structured and unstructured preoperative teaching. *Nursing research*, 20, 319-332.
- Voshall B. (1980). The effects of preoperative teaching on postoperative pain. *Topics in Clinical Nursing*, 2, 39-43.
- Weddell G. (1955). Somesthesia and the chemical senses. *Annual Review of Psychology* 6, 119.
- Wall P. D. (1989). The dorsal horn. In Wall P. and Melzack R. (editors) *Textbook of Pain* (2nd ed.) Ch. 5. Edingburgh: Churchill Livingstone.
- Whall P. D. & Jones M. (1991). *Defeating Pain. The war against a Silent Epidemic.* New York: Plenum