

# PSIHOLOGIA DURERII

CATEDRA DE PSIHOLOGIE CLINICA  
SI SANATATE MINTALA

PROF.DR.DOINA COSMAN

# DEFINITIE

- **Definitia durerii** conform IASP (International Association for the Study of Pain):
  - “experienta senzoriala si emotionala neplacuta, determinate sau relationata cu leziuni tisulare reale ori potentiale, sau descrisa in termeni ce se refera la astfel de leziuni”
- Durerea poate fi descrisa pe baza celor 3 componente:
  - fiziologica: mod de transmite, receptori implicati, procese biochimice, etc
  - comportamentala: comportamentele ce exprima durerea si o insotesc
  - subiectiva: ganduri, sentimente, reprezentari legate de durere

# CLASIFICARE

- **Clasificare:**
  - dupa mai multe criterii: caracter, localizare, frecventa, etc
- Intre durerea acuta si cea cronica exista diferente la nivelul duratei, profilului psihologic diferit, a tehnicilor de control
- **Durerea acuta** dureaza intre 6 sapt si 6 luni si anxietatea este un sentiment asociat, intrucat durerea acuta are semnificatia de pericol iminent pentru individ.
  - durere superficiala: tegumente, mucoase, este de scurta durata, bine localizata, are caracter ascutit
  - durere profunda: muschi, membrane, este mai greu localizabila, mai persistenta si are caracter de arsura
- **Durerea cronica** dureaza peste 6 luni, este localizata la nivelul organelor interne, are in general caracter presional si produce un discomfort important, cu afectare subiectiva, familiala, profesionala.  
Tipuri de durere cronica:
  - cronica recurenta, benigna de intensitate crescuta, repetata, cu interval liber, ca in migrena
  - cronica intractabila, constanta, de intensitate variabila, ca in durerea de spate
  - cronica progresiva, in artrita reumatismala, cancer

# FIZIOLOGIA DURERII

- **Receptorii** durerosi (nociceptorii), reprezentati de terminatiile dendritice sunt localizati in tegumente, muschi, fascii, articulatii, tendoane, periost, dinti, mucoase, meninge, vase, organe viscerale. Ei pot fi de 2 tipuri :
  - mecanoreceptori, stimulati de presiune
  - nociceptori polimodali, stimulati de presiune, iritatii, variatii termice

# FIZIOLOGIA DURERII

- *Fenomenul de sensibilizare periferica* se produce prin stimularea repetata a receptorilor, ceea ce determina o scadere a pragului de detectare, scaderea perioadei de latentă a raspunsului, cresterea persistentei descarcarii impulsului, astfel incat locul din jurul leziunii devine dureros.
- Sensibilizarea se produce prin eliberarea locala de histamina, serotonina, prostaglandine, etc si producerea unui proces inflamator, cu trezirea nociceptorilor silentiosi si recrutarea altor fibre nervoase de tipul A beta, care in mod normal nu au functie nociceptiva.
- Toate aceste procese au ca rezultat cresterea amplitudinii semnalelor dureroase din regiunea afectata, precum si etichetarea ca durerosi a unor stimuli neutri, minori.

# FIZIOLOGIA DURERII

- *Durerea neuropata* nu e rezultatul stimulării nociceptorilor ci este datorată modificării excitabilității electrice la nivelul SNC, SNperiferic. Are loc de fapt o descarcare cvasicontinua, anormală a potențialului de acțiune.
- *Nevralgia* este un tip de durere recurentă, bruscă, de intensitate crescută, fără cauză aparentă, produsă de stimuli neutri
- *Cauzalgia* este de asemenea o durere recurentă, intensă, tip arsura, a cărei frecvență și intensitate pot crește în timp, poate disemina și este declanșată de stimuli minori, neutri, ce acționează la nivelul unor segmente regenerat nervos
- *Sindromul membrului fantomă* este o durere apărută într-un membru amputat, cu caracter de crampe sau arsura, în cca 5-10% cazuri se accentuează în timp și este datorată reorganizării corticale, astfel încât impulsurile venite de la alte zone învecinate, par să vină de la membrul amputat.

# TRANSMISIA DURERII

- **Transmisia** durerii se face prin intermediul a doua tipuri de fibre:
  - A delta mielinizate, de diametru mic, cu transmisie rapida a impulsului, cca 4-105m/sec, specifice durerii superficiale
  - C nemielinizate, ce asigura transmisia lenta a durerii, 0,5-1m/sec, in special a durerii profunde
- Nervii periferici contin fibre de diametru diferit, provenind din diferite segmente, ceea ce explica durerea referita.
- La nivelul talamusului are loc integrarea informatiilor referitoare la tipul, intensitatea si localizarea durerii, dupa care informatia este transmisa pe de o parte catre cortex, ariile S1,S2, unde este analizata in functie de experienta anterioara, iar pe de alta parte ajunge la sistemul limbic, hipotalamus, zone implicate in dimensiunea emotionala a durerii.

# TEORII ALE DURERII

- **Teoria modelului specific Weddel, 1962**, sustine ca nu exista cai specifice de percepere a durerii, aceasta realizandu-se prin stimularea intensa a unor receptori nespecifici
- **Teoria specificitatii von Trey, 1985**, sustine dimpotriva, existenta unor stimuli specifici pentru terminatii specifice si a unor cai specifice de transmisie
- **Teoria portii de control Melzack&Wall, 1965** sustine existenta unui mecanism neuronal la nivelul coarnelor dorsale ale maduvei in substanta gelatinoasa, influentat de activitatea fibrelor groase nonnociceptive A beta, care tind sa inchida poarta, cat si de fibrele subtiri A delta si C, nociceptive, care tind sa deschida poarta. Mecanismul respectiv deschide poarta daca :
  - stimulii durerosi depasesc un anumit prag al intensitatii,
  - informatia este interpretata central ca fiind dureroasa, in functie de experienta individului
  - exista o serie de reactii emotionale precum anxietatea, depresia, excitatia, care tind sa deschida poarta

# Factori psihosociali ce influenteaza perceptia durerii

- **Sexul** : in ciuda mitului ca femeile sunt mai curajoase decat barbatii, se pare ca femeile sunt mai sensibile la durere datorita diferentelor fiziologice datorate hormonilor sexuali, a frecventei mai mari a durerilor nonpatologice raportate de femei, precum si a unor diferente de ordin genetic.
- **Varsta** influenteaza modul de percepere si raportare a durerii. S-a infirmat mitul conform caruia bebelusii nu ar resimti durerea. Ceea ce difera este diferenta de strategie in perceperea si controlul durerii

# Factori psihosociali ce influenteaza perceptia durerii

- **Diferentele etnice** in expresia durerii sunt sustinute de gradul identificarii culturale, precum si de controlul perceput asupra durerii, latinii fiind mai expresivi in exprimarea durerii decat nordicii, care sunt mai stoici.
- **Diferentele personalitatii** : introvertii sunt mai reactivi la durere si au un prag mai scazut al sensibilitatii dureroase. De asemenea cei ce prezinta convingeri negative legate de diferite evenimente potential dureroase, prezinta o supraestimare a durerii. au fost descrise asa numitele personalitati predispuse la durere la acele persoane abuzate in copilarie, care au dezvoltat ulterior o incapacitate de exprimare verbala a sentimentelor negative si care resimt nevoia de pedeapsa in legatura cu orice sentiment de vinovatie.

# Durerea acuta

- *experienta trecuta* a durerii si semnificatia de semnal de alarma a acesteia, asociat si cu asteptarile legate de propria capacitate de a face fata situatiei, ceea ce determina perceptia actuala a durerii si disfunctionalitatii asociate
- *informatia acordata de anturaj*, cadre sanitare referitor la cauze, evolutie, prognostic. Atunci cand informatia adecvata legata de durata, scop, modul practic al unei interventii medicale dureroase este data inaintea efectuarii acelei interventii, aceasta pare mai putin dureroasa. Importanta acestei informari depinde de tipul de coping utilizat de persoana respectiva, fiind adecvata doar pentru indivizii cu coping centrat pe problema
- *distragerea atentiei* este mai adecvata indivizilor cu coping centrat pe emotie si poate fi utilizata cu succes daca tema abordata este interesanta pentru subiect si prezentata suficient de detaliat
- *locul terapeutului*, de calitatile sale empaticе, de calmul de care da dovada, de increderea in tratamentul prescris si nu in ultimul rand de prestigiu

# Durerea cronica

- semnificatia durerii cronice nu mai este aceeaasi, de semnal de alarma, ca si in cea acuta, insa individul o percepe identic
- dispozitia psihica a individului. S-a observat ca anxietatea, depresia, ostilitatea, mania, influenteaza negativ procesarea informatiei si determina centrarea individului pe durere.
- stilul cognitiv reprezentat prin alterari ale evaluarii primare, secundare ale situatiei, cu o gandire tip catastrofizant, determina exagerari, expectatii negative legate de durere.

# Managementul durerii acute

- Metode fizice : repaos la pat, masaj, caldura, ventilatie, lumina adecvata, acupunctura, stimulare transcutanata, etc
- Metode farmacologice : antiinflamatoare, opioizi, analgezice locale, generale, antidepresive dupa ultimele studii clinice
- Metode psihologice : relaxare, biofeedback, hipnoza

# Managementul durerii cronice

- imbunatatirea mobilitatii prin introducerea treptata a exercitiilor fizice
- cresterea activitatilor cotidiene
- imbunatatirea dispozitiei psihice prin tehnici cognitive
- reducerea treptata a medicatiei si inlocuirea acesteia cu tehnici de relaxare