

Slide 1

PSIHOLOGIA DURERII

Asist.univ. Dr. Madalina Neamtu  
Sef lucr. Dr. Oana Dobrescu

---

---

---

---

---

---

---

---

Slide 2

- **Definitia durerii** conform IASP (International Association for the Study of Pain) experienta senzoriala si emotionala neplacuta, determinate sau relationata cu leziuni tisulare reale ori potuile, sau descrisa in termeni ce se refera la astfel de leziuni

Durerea poate fi descrisa pe baza celor 3 componente

- fiziologica: mod de transmitere, receptori implicati, procese biochimice, etc
- comportamentala comportamentele ce exprima durerea si o insotesc
- subiectiva: ganduri, sentimente, reprezentari legate de durere

---

---

---

---

---

---

---

---

Slide 3

- **Clasificare** : dupa mai multe criterii: caracter, localizare, frecventa, etc
- Intre durerea acuta si cea cronica exista diferenta 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 semnificatie de pericol iminent pentru individ
- durere superficiala: tegumente, mucoase, este descurtadurata, bine localizata are caracter ascutit
- durere profunda: muschi, membrane, este greu localizabila, mai persistenta si are caracter de arsura

---

---

---

---

---

---

---

---

## Slide 4

- **Durerea cronică** durează peste 6 luni, este localizată la nivelul organelor interne, are în general caracter presional și produce un disconfort important, cu afectare subiectivă, familială, profesională. Tipuri de durere cronică :
- durere recurentă, benignă de intensitate crescută, repetată, cu interval liber, ca în migrena
- durere intractabilă, constantă, de intensitate variabilă, ca în durerea de spate
- durere progresivă, în artrita reumatismală, cancer

---

---

---

---

---

---

---

---

## Slide 5

- **Fiziologia durerii :**
- **Receptorii dureroși (nociceptorii)**, reprezentați de terminațiile dendritice sunt localizați în tegumente, mușchi, fascii, articulații, tendoane, periost, dinți, mucoase, meninge, vase, organe viscerale. Ei pot fi de 2 tipuri :
- mecanoreceptori, stimulați de presiune
- nociceptori polimodali, stimulați de presiune, iritații, variații termice

---

---

---

---

---

---

---

---

## Slide 6

- **Fenomenul de sensibilizare periferică** produce prin stimularea repetată a receptorilor, ceea ce determină o scădere a pragului de detectare a scăderii perioadei de latență a răspunsului, creșterea persistenței descărcării impulsului, astfel încât locul din jurul leziunii devine dureros.
- Sensibilizarea se produce prin eliberarea locală de histamină, serotonină, prostaglandine, etc și producerea unui proces inflamator, cu creșterea nociceptorilor silențioși și recrutarea altor fibre nervoase. A beta, care în mod normal nu are funcție nociceptivă. Toate aceste procese au ca rezultat creșterea amplitudinii semnalelor dureroase din regiunea afectată, precum și etichetarea ca dureroși a unor stimuli neutri, minori.
- **Durerea neuropatică** este rezultatul stimulării nociceptorilor și este datorată modificării excitabilității electrice la nivelul SNC, SN periferic și are loc de fapt o descărcare evazicontinua, anormală a potențialului de acțiune.
- **Nervalgia** este un tip de durere recurentă, bruscă, de intensitate crescută, fără cauză aparentă, produsă de stimuli neutri.
- **Causalgia** este de asemenea o durere recurentă, intensă, tip arsura, a cărei frecvență și intensitate pot crește în timp, poate declanșată de stimuli minori, neutri, ce acționează la nivelul segmente regeneratelor nervoase.

---

---

---

---

---

---

---

---

## Slide 7

**Transmisia durerii se face prin intermediul a doua tipuri de fibre**

- A delta mielinizate, de diametru mic, cu transmisie rapida a impulsului, cca 4105m/sec, specifice durerii superficiale
- C nemielinizate, ce asigura transmisia lenta a durerii, 0,15m/sec, in special a durerii profunde
- Nervii periferici contin fibre de diametru diferit, provenind di 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, arile 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.

---

---

---

---

---

---

---

---

## Slide 8

**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

---

---

---

---

---

---

---

---

## Slide 9

- 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

---

---

---

---

---

---

---

---

## Slide 10

**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

---

---

---

---

---

---

---

---

## Slide 11

- 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 c ce prezinta convingeri negative legate de diferite evenimente potential dureroase, prezinta o supracestimare a durerii, au fost descrise asa numitele personalitati predispuce la durere la acei persoane abuzate in copilarie, care au dezvoltat ulterior o incapacitate de exprimare verbala a sentimentelor negative si/sau resimt nevoia de pedapsa in legatura cu orice sentiment de vinovatie.

---

---

---

---

---

---

---

---

## Slide 12

- Durerea si sistemul cognitiv: In perceptia durerii exista 2 tipuri de factori:
  - ce tin de situatie
  - ce tin de individ
- Durerea acuta este influentata de
  - 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 disfunctiile asociate
  - informatia acordata de anturaj, cadre sanitare referitor la cauza, etiologie, prognostic. Atunci cand informatia adecvata legata de durata este modul practic al unei interventii medicale dureroase este data inaintea efectuarii acelei interventii, aceasta pare mai putin dureroasa. Importantestei informatii 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 empatic, de calmul dovedit dovada, de increderea in tratamentul prescris si nu in ultimul rând de prestigiu

---

---

---

---

---

---

---

---

## Slide 13

Durerea cronică este influențată de :

- semnificatia durerii cronice nu mai este aceeași, de semnal de alarmă, ca și în cea acută, însă individul o percepe identic
- dispoziția psihică a individului. S-a observat că anxietatea, depresia, ostilitatea, mania, influențează negativ procesarea informației și determină centrarea individului pe durere.
- stilul cognitiv reprezentat prin alterări ale evaluării primare, secundare ale situației, cu o gândire tip catastrofant, determină exagerări, expectații negative legate de durere.

---

---

---

---

---

---

---

---

## Slide 14

Modelul Flor & colab. 1990 al transformării durerii acute în durere cronică :

Factorii predispozanți:

- genetici pentru localizare, tip durere, ca în cazul migrenei
- condiționarea prealabilă, de tip vicariant, prin observarea părinților, familiei și învățarea interpretării negative a simptomelor fizice, psihice și a modului de răspuns la boală. În cazul copiilor traumatizați în copilărie s-a observat o scădere a pragului de toleranță la durere, tendința către etichetarea ca dureroși a unor stimuli neutri și creșterea reactivității zonelor abuzate
- factori ocupaționali : posturi inadecvate la serviciu, mișcări repetitive, ca în cazul, de exemplu a instrumentiștilor

---

---

---

---

---

---

---

---

## Slide 15

Factori favorizanți :

- stimuli plăcuți sau neutri, dar care pot exacerba o durere acută, se vor asocia cu anticiparea durerii și vor fi evitați pe viitor, determinând astfel o scădere a activității fizice, o creștere a reactivității musculare
- starea de tensiune datorată pozițiilor vicioase determină fenomene ischemice, hipoxemice, eliberare locală de prostaglandine, etc cu creșterea hiperactivității musculare și scăderea pragului de toleranță pentru mecanoreceptori
- interpretările greșite ale tipului de durere, precum și a unor senzații neutre ca fiind dureroase, duc la tendința individului de a-și reaminti mai ales evenimentele negative, cu reactivare adrenergică și refacerea cercului vicios

---

---

---

---

---

---

---

---

## Slide 16

Factori de mentinere :

- conditionarea clasica : repetarea frecventa, de intensitate crescuta a unor stimuli determina hiperactivare simpatica, tensiune musculara, ducand la etichetarea unor situatii, activitati ca fiind dureroase, ceea ce va determina eliminarea lor
- conditionarea operanta ; recompense, atentia pot conserva prin crearea unei retele cortico-subcorticale a memoriei implicite si explicite legate de durere.

---

---

---

---

---

---

---

---

## Slide 17

Managementul durerii acute:

- Metode fizice : repaos la pat, masaj, caldura, ventilatie, lumina adecvata, acupunctura, stimulare transcutanata, etc
- Metode farmacologice : antiinflamatoare, opioizi, analgezice locale, generale
- Metode psihologice : relaxare, biofeed-back, hipnoza

---

---

---

---

---

---

---

---

## Slide 18

Managementul durerii cronice implica:

- 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

---

---

---

---

---

---

---

---

## Slide 19

### Cateva aspecte ale durerii in stomatologie

- Durerea clinica: este sinonima durerii experimentale de laborator. Este reprezentata de durerea pura ca senzatie, la care se adauga si starea de anxietate care o acompaniaza. Intensitatea durerii este definita ca un raport subiectiv al individului raportat la experienta sa anterioara. Anxietatea joaca un rol principal in toate reactiile aversive stomatologice.
- Durerea patologica si iatrogena: depinde de sursa care o determina. Durerea stomatologica poate apare din doua surse: externa, iatrogena pentru ca apare in cazul prezentarii la medicul stomatolog si interna, determinata de un anumit proces(durerea patogenica:ex. traumatism, proces infectios-abces).

---

---

---

---

---

---

---

---

## Slide 20

- Medicul dentist ar trebui sa se ocupe in mod special de durerea iatrogena, de durerea pe care el insasi o provoaca( prin manevrele sale), motiv pentru care si-o poate anticipa in cursul tratamentului stomatologic. Controlul anxietatii joaca un mare rol in durerea iatrogena. Medicul dentist poate manipula intensitatea durerii manipuland gradul de anxietate al pacientului.
- Durerea acuta si cronica depind de intensitatea durerii si de durata sa. Durerea acuta este cea mai frecventa in stomatologie, poate dura de la minute la zile si se poate termina brusc( traumatism, infectii, reactivarea infectiei herpetice).

---

---

---

---

---

---

---

---

## Slide 21

- Durerea acuta este intens si localizata, gradul de anxietate care o insoteste descreste cat pacientul percepe mai bine cauza, dupa modul de percepere terapeutica pe o amenintare
- Durere episodice < 1 min: nevralgie de trigemen, fractura dentara verticala, cu durata intre minute si ore: migrena.
- Durere acronica presupune un timp mai lung (saptamani, luni, ani), reactii psihologice care o insoteste. Cel mai frecvent se asociaza cu depresia, care se poate caracteriza prin retragere sociala, reducerea marcată a activitatii, pierdere a echilibrului de viata (pulpite, osteite, dureri dentare idiopatice, mioartropatii ale aparatului masticator, nevralgii postoperatorii tumorale diverse).
- Pacientii cu dureri cronice resimt o durere monotona plictisitoare, chinuitoare, care apare dimineata si poate dura toata ziua, uneori este mai grava noaptea, cu capacitate de focalizare scazuta, ce l mai frecvent unilateral
- Pot apare insomnii, ideea ca suferinta nu mai dispare. Aceste fenomene pot apare sub forma durerii miofaciale, sindrom de arsura a limbii, palatului, nevralgii dureri cronice de origine vasculara

---

---

---

---

---

---

---

---

## Slide 22

- Durerea psihogena si somatogena, tine de natura ei. Termenul de durere psihogena se utilizeaza pentru acel tip de durere, la care nu se poate decela cauza, cauza constand in factori psihologici, iar maniera sa de exprimare fiind de asemenea psihogena. Cu toate acestea durerea psihogena este o senzatie dureroasa reala, avand pentru pacient aceiasi semnificatie de suferinta subiectiva(arsura, intepatura, de intensitate redusa sau mare).
- Medicul stomatolog trebuie sa accepte atat o durere somatogena( de cauza organica) cat si una psihogena(de cauza functionala, psihica).

---

---

---

---

---

---

---

---

## Slide 23

- In cadrul stomatologiei sunt mai multi factori stresanti, care pot determina o durere psihogena, precum: anxietatea, depresia, starea generala de sanatate a pacientului, relatia pacientului cu medicul dentist. Foarte frecvent acesti pacienti au o istorie medicala lunga.
- Unul din factorii care pot determina durerea in cazul prezentarii la medicul dentist este modul de cunoastere al manevrelor terapeutice. Incertitudinea pacientului pentru ceea ce va urma creste anxietatea.

---

---

---

---

---

---

---

---

## Slide 24

Medicul dentist trebuie sa insiste asupra urmatoarelor aspecte:

- Etapele manoperei
- Durata aproximativa a manoperei
- Descrierea aclara a perioadelor principale
- Descrierea perceptiei terapiei
- Informatiile oferite scad ambiguitatea si incertitudinea pacientului(exemplu:neestezic, in care multi pacienti pot prezenta anterior daca nu au o anumita explicatie a durerii precordiale, extrasistole, nelinistie).
- Este important gradul de control in timpul tratamentului. Anxietatea si gradul de durere sunt mai reduse daca pacientul are posibilitatea unui anumit control(pu tei ridica mana si ma voi opri).

---

---

---

---

---

---

---

---

## Slide 25

- Relatia medic dentist-pacient: este un factor important in reducerea anxietatii si respectiv a durerii. Medicul dentist trebuie perceput de catre pacient ca o persoana empatica, suportiva, orientata spre pacient. Aspectul iatrogenic al durerii raspunde cel mai bine la corectarea relatiilor interpersonale.

---

---

---

---

---

---

---

---