

IL DOLORE DEL NEONATO: APPROCCIO *NON* FARMACOLOGICO

A cura della dott.ssa Fiore Francesca Psicologo Specializzando C.i.Ps.Ps.i.a.



NOTA INTRODUTTIVA

Questo lavoro è frutto di una riflessione su di un tema: il dolore nel neonato, che è stato oggetto di attenzione nel corso della VIII sessione del 1° Corso di aggiornamento in Neonatologia a cura della Società Italiana di Neonatologia- Sezione Campana, tenutosi nel 2009.

PREMESSA

L'io è anzitutto un'entità corporea
(S. Freud)

Il tema del dolore fisico accanto al dolore mentale, ha sempre costituito un ambito di grande interesse per la psicologia clinica, ed il contributo che questa può dare riguarda la comprensione dell'esperienza dolorosa, anche attraverso la delucidazione dei meccanismi psicofisiologici che intervengono nella sua determinazione, sia il modo di affrontarla dal punto di vista terapeutico. Basta pensare che concentrarsi sulla parte dolente amplifica la percezione del dolore, mentre una mente distratta da interessi di altra natura, fa sì che anche dolori intensi vengano avvertiti in modo attenuato.

Il trattamento del dolore non può prescindere da un' integrazione tra più ambiti scientifici quali: la psicologia, la medicina, la farmacologia e la fisioterapia. È importante il contributo che le conoscenze psicologiche sono in grado di fornire ai medici ed altri operatori dell'area sanitaria per aiutarli nel loro lavoro professionale con chi soffre.

Il dolore, anche in quanto prezioso ed irrinunciabile segnale di allarme di una disfunzione dell'organismo, non può essere sempre eliminato, anche se attualmente la medicina dispone di

strumenti per controllarlo, per cui chi si prende cura dei pazienti è chiamato a confrontarsi con una realtà clinica coinvolgente ed evocatrice di intense reazioni emotive, in chi soffre ed in chi cura con empatia. Sotto questo aspetto è come se medicina e psicologia collaborassero differenziando i loro obiettivi; la prima ha come finalità l'eliminazione del dolore o il suo controllo, la seconda quello di aiutare a controllare anch'essa o a affrontare il dolore: quello di chi è portatore e quello dei curanti e delle persone che sono a contatto con la sofferenza del paziente.

Nell'ultimo decennio siamo stati protagonisti di un cambiamento, nato dalla consapevolezza dell'oggetto delle nostre cure: il neonato nel suo essere persona. Le sensazioni sono gli ambiti corporei ma rappresentano già il futuro mentale. Esse sono legate all'istinto di sopravvivenza.

Dagli studi dell'*Infant Observation*, emerge come la relazione con la madre funga da collante per l'integrazione. Alla madre spetta accogliere i messaggi del figlio, restituendoglieli dopo aver conferito loro significato, facilitando in tal modo, l'integrazione corpo-mente del bambino.

In modo analogo, i professionisti che si prendono cura di chi soffre, dovrebbero essere educati all'ascolto, all'osservazione del bambino che soffre ma che non può avvalersi del canale verbale per comunicare con l'ambiente esterno. Ci si dovrebbe sintonizzare con il bambino e con i genitori, al fine di riconoscere, accogliere, lenire il dolore.

«Le funzioni mentali di chi segue il bambino registrano una sorta di radiografia delle sue condizioni vitali, ad ogni miglioramento della forza vitale del bambino corrisponde un parallelo miglioramento ed aumento della capacità del personale e dei genitori stessi di pensare a lui come ad un essere umano con proprie specifiche capacità e qualità, e di stabilire con lui un contatto emotivo più ricco e diretto»

(Latmiral, 2000)

Il dialogo corporeo feto-madre, caratteristico della fase prenatale, si prolunga dopo la nascita attraverso il con-tatto, il movimento, il calore, il suono della voce materna ed in questo modo il corpo entra nella dinamica della mediazione.

La pelle imprime su di sé i segni del rapporto tra il proprio corpo ed il mondo esterno che per il piccolo è come parte di sé. Il mondo esterno è l'involucro che lo avvolge e lo tiene, è parte del suo sistema sensoriale; in tale ottica trovare chi raccoglie ed interpreta i messaggi sensoriali del bambino è per lui fonte di rassicurazione: *«Toccare la pelle del bambino significa toccare la sua mente.» (F. Monti)*

STIMOLI DOLOROSI IN EPOCA NEONATALE:

Il neonato sente il dolore e ha memoria delle esperienze dolorose: non esiste solo il dolore da stimolo nocicettivo! Per quanto riguarda la percezione del dolore, è stato ben dimostrato che tutte le strutture neurali necessarie sono precocemente presenti: alla 7° settimana di vita intrauterina sono sviluppati i recettori nocicettivi ed a 20 settimane di gestazione si ritrovano su tutte le parti del corpo ed inoltre anche la connessione talamo-corticale, fondamentale per la percezione corticale, avviene tra la 20° e la 24° settimana. La completa mielinizzazione delle vie nocicettive avviene verso la 30° settimana. Inoltre i dati disponibili dimostrano che il feto avverte efficacemente il dolore già tra la 20^{ma} e 26^{ma} settimana.

L'angoscia ed il dolore causati dall'isolamento affettivo-relazionale, sono per il piccolo particolarmente schiacciati in quanto non attenuabili mediante l'uso di strumenti cognitivi ed emotivi .

Diversi studi hanno dimostrato che il neonato è in grado di percepire, decodificare, memorizzare gli stimoli dolorosi in tutta la loro intensità e che inoltre risponde a tali stimoli con una serie di reazioni psicoemozionali, metaboliche, ormonali e comportamentali.

Il corpo ha una sua memoria, è il depositario della storia personale, ne porta i segni.

Il dolore nel piccolo paziente produce importanti variazioni comportamentali, fisiologiche ed ormonali che bisognerebbe essere pronti a cogliere e quantificare: la terapia analgesica va dunque personalizzata.

<u>Parametri comportamentali</u>	<u>Parametri fisiologici</u>
<u>mimica facciale</u>	<u>frequenza cardiaca e respiratoria</u>
<u>intensità e durata del pianto</u>	<u>colorito</u>
<u>movimento degli arti e agitazione</u>	<u>temperatura</u>
<u>variabilità sonno- veglia</u>	<u>saturazione periferica di ossigeno</u>

La presenza/assenza di dolore e la sua intensità possono essere rilevate attraverso l'osservazione attenta e sensibile, ma anche attraverso metodi oggettivi come la somministrazione

di scale appositamente costruite ed opportunamente sperimentate. Tali strumenti devono però rispondere a 3 requisiti psicometrici fondamentali:

Validità

Affidabilità

Sensibilità

È un'esigenza promuovere un'assistenza di qualità a misura dei neonati. È importante prendere coscienza che prevenzione, valutazione e controllo del dolore sono parti integranti di una buona assistenza in neonatologia.

PERCHÉ VALUTARE IL DOLORE?

Esistono almeno tre ragioni per:

1. Un Decreto Ministero della Salute 20/9/2000.
2. L'elaborazione di un documento tecnico per la stesura di linee guida.
3. Una finalità specifica: sensibilizzare tutti gli operatori sanitari alla rilevazione e gestione del dolore.

La rilevazione del dolore diventa dunque una costante ed un importante parametro al pari di altri parametri fondamentali per la valutazione clinica.

L'obiettivo è: riconoscere il dolore e gestirlo adeguatamente ed in maniera univoca. Adottando un atteggiamento capace di dare importanza al dolore essere in grado di accogliere il dolore (ascoltare il paziente) non giudicando, osservando e permettendo l'espressione delle emozioni.

STRUMENTI DI VALUTAZIONE

I Principali metodi standardizzati, cui si ricorre per la valutazione nel neonato sono:

- **PIPP** (*Premature Infant Pain Profile*)
- **NIPS** (*Neonatal Infant Pain Scale*)
- **DAN** (*Douleur Aigue du Nouveau-né*)
- **EDIN** (*Echelle Douleur Inconfort Nouveau-né*)

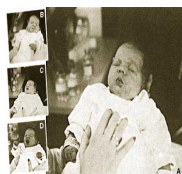


CONTENIMENTO DEL DOLORE NEL NEONATO

L'efficacia dell'approccio non farmacologico fornisce un benessere psicofisico ed affettivo-relazionale al neonato. L'aspetto qualificante di questi interventi è l'instaurarsi di una relazione tra caregiver e neonato.

Nell'ambito dell'approccio non farmacologico, è stata dimostrata l'efficacia di modelli volti a favorire il benessere psico-fisico ed affettivo-relazionale del neonato, quali: *Individualized developmental care*, *Individualized family- focused developmental care*. Gli interventi devono essere individualizzati e dovrebbero comprendere il contenimento (*nido*, *wrapping*, *holding*, *marsupioterapia*, *tocco dolce*), la riduzione degli stimoli fastidiosi ambientali, il coinvolgimento dei genitori, il raggruppamento delle procedure dolorose, la suzione non nutritiva, la somministrazione di saccarosio quale analgesico in corso di procedure invasive minori.

Il passaggio dal "curare" al "prendersi cura" ha lo scopo di unire la dimensione medica e la dimensione umana e relazionale. Questo significa che diversi fattori quali quelli ambientali (ad esempio luce e rumore) vengono controllati, e che al contempo si mettono in atto interventi comportamentali quali ad esempio: contenere il neonato con il corpo e con le mani per offrirgli stabilità posturale e motoria; il muoverlo lentamente per dargli il tempo di adattarsi ai cambiamenti, l'utilizzare gesti delicati e contatti dolci, accarezzarlo prima, durante e dopo ogni manovra assistenziale, in modo da ridurre al minimo sollecitazioni che potrebbero risultare disturbanti e/o nocive per il piccolo.



A lungo termine si registra un *outcome* neuropsicologico migliore.

La **saturazione sensoriale** rientra nell'approccio al dolore secondo una prospettiva non farmacologica e consiste nel somministrare al neonato piccole quantità di soluzioni dolci, fargli sentire un profumo familiare, massaggiarlo, parlargli, attirare lo sguardo: ciò al fine di non far passare al cervello la sensazione del dolore. Nel sistema nervoso esiste un filtro che impedisce agli stimoli che arrivano in massa di entrare (teoria controllo a cancello).



Altro metodo è il **wrapping** (avvolgimento) consiste in un contenimento posturale, con le articolazioni naturalmente flesse e stabilizzazione corporea degli arti superiori lungo la linea mediana.

Ma lo "strumento" essenziale per favorire tale percezione gradevole, sono i genitori. Il loro coinvolgimento fin dai primi giorni di vita deve essere parte integrante della cura.

Si è notato che rendere precoce il contatto con il piccolo incrementa l'autostima materna ed il legame madre-figlio, determina una maggiore incidenza e durata dell'allattamento. Inoltre, nel bambino è stato osservato un incremento della crescita, una migliore organizzazione neurocomportamentale ed una riduzione del pianto.

«Ogni neonato e ogni bimbo *crea* la famiglia. [...] La forza della famiglia proviene dal fatto di essere un punto d'incontro fra qualcosa che sorge dal rapporto padre- madre e qualcosa che deriva da fattori innati propri dello sviluppo emotivo del singolo figlio, fattori che ho raggruppato sotto il titolo di tendenza all'integrazione»

(Winnicott)



La Kangaroo Mother Care consiste nel porre il neonato nudo, in posizione verticale, a contatto pelle-pelle con il seno materno, all'interno di un

marsupio creato con gli indumenti della madre.

La testa del bambino viene girata di fianco così può sentire il battito del cuore che richiama alla mente il periodo della vita intrauterina.

La tecnica canguro apporta alcuni benefici quali: riduce la mortalità e la morbilità neonatale, favorisce il sonno sereno, regolarizza la respirazione e la frequenza cardiaca, stabilizza la temperatura corporea, favorisce l'allattamento ed infine, determina aumento di peso.

Questa tecnica favorisce *l'empowerment* materno e paterno, fa sentire i genitori più competenti, i quali diventano il centro del *team* di cure al neonato.

Una vera e propria forma di nutrizione emotiva può essere considerata quella del **massaggio infantile**, dal momento che stimola lo sviluppo e la regolazione delle funzioni respiratorie, circolatorie e gastrointestinali; rilassa il bambino, rendendolo consapevole delle tensioni corporee e aiutandolo a liberarsene; allevia gli stadi di disagio in cui può trovarsi. Il massaggio favorisce la conoscenza, la comunicazione, l'acquisizione dello schema corporeo e la formazione dell'immagine di sé.

Attraverso questa forma di contatto viene favorita l'esplorazione sensoriale: fare toccare al bambino con la sua mano ed il suo piede le diverse parti del suo corpo ne accresce la consapevolezza.

L'incontro tra la pelle della madre e quella del bambino, fa sì che prenda gradualmente forma l'immagine corporea al livello della corteccia celebrale. Il massaggio appare essere un'occasione di scambio: forma di comunicazione tra la madre e il bambino, rifornimento di fiducia e rassicurazione per il bambino.



In alcune realtà ospedaliere anche la **musicoterapia** ha apportato benefici rilevanti ai piccoli pazienti, inducendo un maggior grado di rilassamento nei neonati, infatti, permette una diminuzione dello stress, una percezione ridotta del dolore ed una migliore risposta ai trattamenti e alle procedure dolorose.

Il suono (strumenti e voce) ha effetti benefici è in grado di risvegliare sensazioni primordiali che riportano indietro nel tempo a situazioni di benessere, legate al rapporto intrauterino.



CONCLUSIONI: Verso il futuro ...

Alla luce di quanto brevemente esposto in questo lavoro, ritengo che sia possibile ed auspicabile per il futuro, prefiggersi due obiettivi nell'ambito delle cure al neonato: un primo obiettivo dovrebbe essere riferito alla possibilità di tentare in ogni modo di potenziare le situazioni che riducono il dolore e la sofferenza per il neonato, anche a partire dalla creazione di contesti che prevedono relazioni caratterizzate da accoglienza, ascolto, calore umano ed accettazione (Balint, 1961). Come secondo obiettivo ci si dovrebbe porre in direzione di una maggiore qualificazione delle professionalità che si occupano dei piccoli pazienti ed, indirettamente e fino ad oggi in modo inconsapevole, della sofferenza che investe le loro famiglie.

Garantire assistenza al paziente, significa lavorare prendendosi davvero cura della persona: limitando ed, ove possibile, prevenendo procedure dolorose; assicurando una maggiore e più accurata -seppur complessa- formazione per tutti gli operatori sanitari che, celeri nel ricorrere a terapie e tecniche valide (farmaci analgesici, metodi farmacologici e non farmacologici) di cui disponiamo per combattere il dolore, spesso si riducono ad essere esecutori (più o meno meccanici) di schemi e/o protocolli che hanno poco di umano e di "sensibile".

Penso infine che sia fondamentale saper riconoscere il dolore recuperandolo "in sé bambino"; offrendo uno spazio di ascolto agli operatori (con la creazione, ad esempio, di gruppi che permettano il confronto, lo scambio e l'integrazione delle varie competenze) per imparare a sentire dentro di sé, a pensare e non solo ad agire.

La sinergia tra la tecnologia ed il sapere scientifico ha sensibilizzato la costruzione di reparti ospedalieri ove i neonati che necessitano di "cure speciali" possono venire ricoverati ed assistiti. È importante evitare che al dolore proveniente dal corpo, non si aggiunga quello non meno penoso, che trae origine da un rapporto insoddisfacente con lo *staff* curante dal momento che quest'ultimo ha come una delle responsabilità quello di alleviare la sofferenza.

Credo che la frase presa in prestito dal Macbeth di W. Shakespeare, possa riassumere bene quanto ho tentato, tramite questo mio breve contributo, di esporre:

«Date al dolore la parola; il dolore che non parla, sussurra al cuore oppresso e gli dice di spezzarsi»

(W. Shakespeare, Macbeth, IV, 3)

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Atti del III Congresso Nazionale di Clinica Psicologica, *L'esperienza del dolore nella pratica sanitaria: tra psiche e corpo*. Bologna, 3- 4 novembre 2006.
- Balint M., (1952) *L'amore primario*, Milano Raffaello Cortina Editore, 1992.
- Balint M., *medico, paziente e malattia*, Milano, Feltrinelli, 1961.
- Cricetti G. (a cura di), *Ascolto terapeutico e comunicazione in oncologia*, Borla, Roma, 1992.
- Dispense ed appunti del II anno della Scuola di Specializzazione C.i.Ps.Ps.i.a, Bologna.
- Dartington T., Lyth M. T., Polacco Williams, G., *Bambini in ospedale*. Liguori, Napoli, 1992
- Dell'Antonio A., Paludetto, R., *Il bambino nato pretermine*, Roma, Armando, 1987.
- Latmiral, S., Lombardo C., (a cura di), *Pensieri prematuri*, Roma, Borla, 2000.
- Monti, F., (a cura di), *Viaggio di andata e ritorno zero-tre anni*, Urbino, Quattro Venti, 2000
- Negri R., *La "care" del neonato all'interno del reparto di terapia intensiva*, in Brutti C., Parlani R. (a cura di), *Quaderni di psicoterapia infantile, Neuropsichiatria della prima infanzia*, N. 22, Borla, Roma, 1990.
- Neri C., *La condivisione del dolore*, in Lugones M. (a cura di), *Quaderni di psicoterapia infantile, Tra Pediatria e Psicoterapia*, N. 44, Borla, Roma 2002.
- Rossi S., Travaglini R., (a cura di) *Formazione all'ascolto*, Milano, Franco Angeli, 2005.
- Trombini E., *Il dolore mentale nel percorso evolutivo*, Quattroventi Urbino, 2002.
- Watillon- Naveau, *L'impatto dell'osservazione della relazione madre-bambino sulle madri ed i neonati*, in Brutti C., Parlani R. (a cura di), *Quaderni di psicoterapia infantile, Neuropsichiatria della prima infanzia*, N. 22, Borla, Roma, 1990.
- Winnicott, W., D., (1965), *Sviluppo affettivo e ambiente*, Roma, Armando Editore, 2005.
- Winnicott, D., W., *La famiglia e lo sviluppo dell'individuo*, Roma, Armando Editore, 1992.
- Winnicott, D., W., (1958), *Dalla pediatria alla psicoanalisi*, Firenze, Psycho, G. Martinelli, 1975.