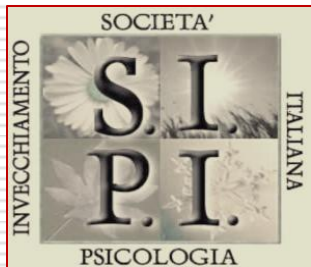


# Aspetti psicologici del dolore nell'anziano ed ageismo



Rossana De Beni

# Piani di realtà: ambiguità, ambivalenza

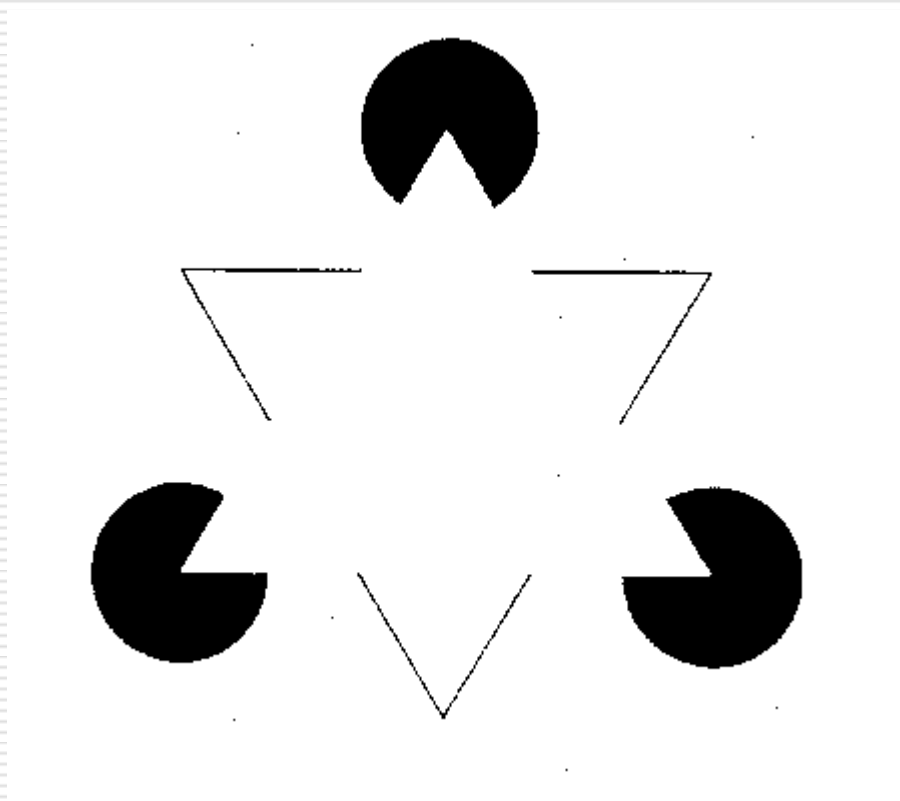
Moglie?



o suocera?

# Piani di realtà: livello fisico vs livello fenomenico

---



# IL TUTTO È DIVERSO DALLA SOMMA DELLE SINGOLE ARTI

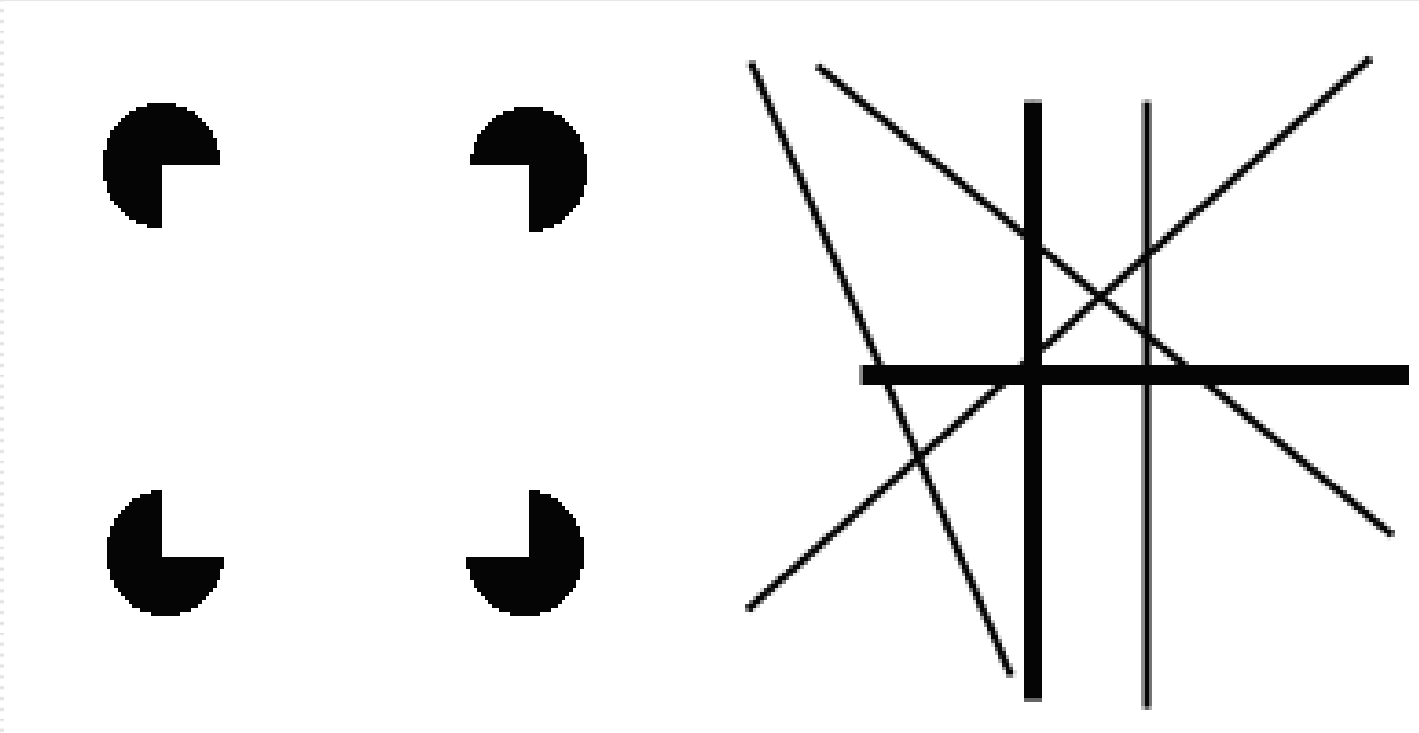


?Fanciulla in  
fiore?

# Movimento stroboscopico

il quadrato che non c'è non si muove

---



# Cosa rappresenta?

---



RDB 29-11-2011

# Bottom up + top down

---



# Bottom up + top down

---



**Objective:** To discuss the unique issues related to pain in older adults and to outline methods for assessment and treatment of geriatric pain.

**Synthesis:** A model for pain assessment and treatment in the older adult is presented.

**Conclusion:** Geriatric pain is an understudied and undertreated problem. Multidisciplinary assessment and treatment should focus on pain reduction, relieving emotional distress, and improving function, with the ultimate goal of reducing disability and improving quality of life.

**Severe disabling pain is not part of normal aging and should be assessed and treated.**

---

# The Prevalence of Pain in Older Adults

---

**25%–50%** of community-dwelling older adults experience significant pain (American Geriatrics Society Panel on Chronic Pain in Older Persons [AGS Panel], 1998)

The prevalence of pain in nursing home populations is from **49% to 83%** (Fox, Raina, & Jadad, 1999).

the most common source of pain was low back pain, followed by arthritis, previous fractures, and neuropathies (B. A. Ferrell, Ferrell, and Osterweil (1990)

**40%–50%** of nursing home residents are using analgesic medication (Sengstaken & King, 1993)

**older age appears to be a risk factor for inadequate pain management** (Cleeland et al., 1994).

# Impact of Pain in Older Adults

---

Pain can have a pervasive effect on the functioning and quality of life of older adults.

- ❑ increased sleep disturbance (B. A. Ferrell et al., 1990; Magni et al., 1993),
- ❑ impaired physical function (Khana et al., 1997; Scudds, & Robertson, 2000;
- ❑ depression (Khana et al., 1997; Magni et al., 1993; Parmelee, Katz, & Lawton, 1991),
- ❑ increased health care utilization and costs

# Unique Issues in Geriatric Pain

---

The understanding of pain in older adults is complicated by a number of factors unique to the aging process that have a major impact on both the **experience of pain** and the **assessment** and **management** of pain in this population.

- barriers and challenges in relation to pain;
- additional resources and assets

Severe pain that interferes with function is not part of the natural aging process and should not be accepted as “part of growing old.” It is a health problem that requires vigorous assessment and treatment.

# *Barriers*

## difficulty to assess and treat pain in older adults

---

### Physical and Psychosocial changes and losses

- Changes in sensory abilities,
- changes in cognitive processes,
- reluctance to report pain
- greater likelihood of medication side effects
- adverse reactions in older adults. (AGS Panel, 1998).
- retirement,
- death of a spouse,
- relocation and institutionalization,
- reduced resources (e.g., financial support, social support, Cognitive capacity) to cope with pain.

# Perché il dolore è sottostimato?

La diffusa convinzione da parte degli anziani (ma anche da parte di molti operatori) che il dolore sia un processo inevitabile e quindi non modificabile dell'invecchiamento



# Barriers:

## Concepire la propria vecchiaia

---

*...ed è subito sera...*

### □ Pensare se stessi da vecchi

*assurdo che la continuità e l'essenza dei noi stessi divenga così' difforme  
divenga altro da noi cioè vecchi*

### □ Ageismo

*i vecchi sono una categoria che è altro da me*

*Vecchio sarà lei*

# Barriers:

## Ageism e variabilità individuale

---

Discrepanza tra credenze effetto dell'ageism:

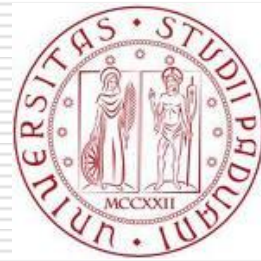
- I vecchi sono un gruppo omogeneo con caratteristiche simili (cognitive, di memoria, di personalità)

e come stanno le cose:

- All'aumentare dell'età aumenta la variabilità individuale



All'anziano è più facile venga negata l'individualità



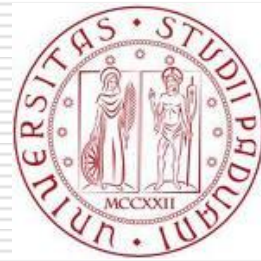
# Ageism

## Ageism: A Review of Research and Policy Implications

**Daphne Blunt Bugental\*** and **Jessica A. Hehman**

*University of California*

*The current literature on aging and ageism is summarized in support of a theoretical perspective that includes both the biological and the psychosocial components of these processes. Conceptual and methodological problems are identified in models that rely on a deficit approach to aging. We suggest that the biased responses of others foster older adults' stress-related emotional and hormonal responses—responses that may effectively reduce their social and cognitive competence. This negative feedback process ultimately acts in a stereotype-maintaining fashion. Implications are drawn for possible changes in social policy and institutional practices that may reduce or prevent the harmful effects of ageism. Examples are given of existing policies and practices that limit the lives of older adults (in the guise of protection), along with newly instituted policies and practices (including those at an international level) that place the welfare of older adults in the context of life course issues shared by all.*



# AGEISM: definizione

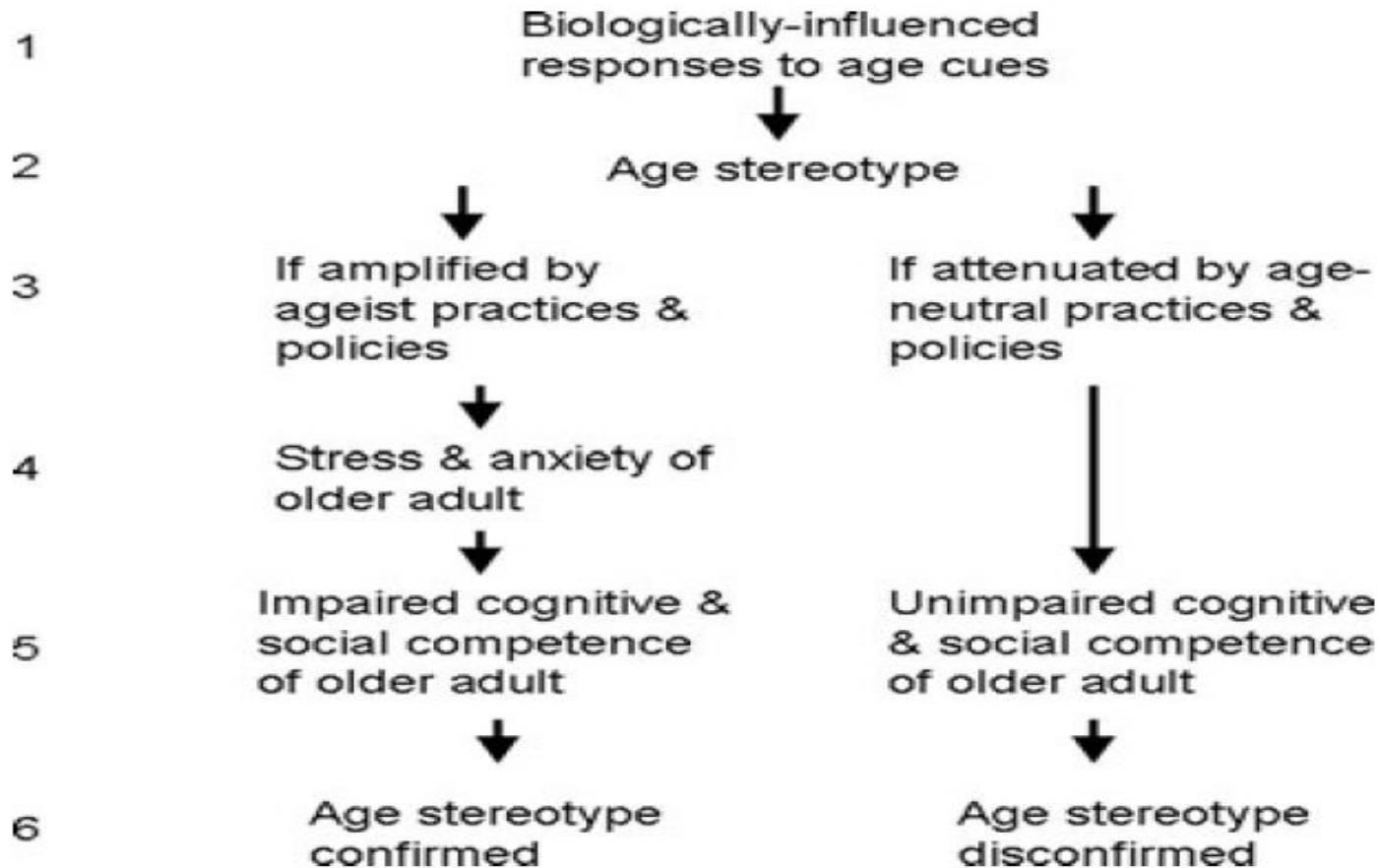
Ageism has been defined as “an alteration in feeling, belief, or behavior in response to an individual’s or group’s perceived chronological age” (Levy & Banaji, 2002, p. 50).

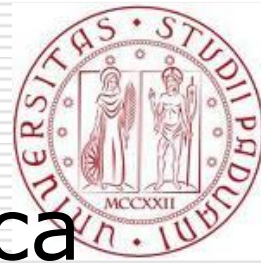
✓ È diffuso in tutte le culture

✓ Può essere inteso in termini di **STEREOTIPO**: concettualizzato come un processo cognitivo

**STIGMA**: considerato sia da una prospettiva psico-sociale che biologica

# Il modello bio-psico-sociale





# Stigma: Prospettiva evolutivista

conceptualizing **stigma** in terms of ultimate causes rooted in natural selection, rather than just proximate causes

Azioni rivolte verso gli anziani potrebbero coinvolgere:

1. stigma basato sulla possibilità di contagio (alterazioni *cue* patogeni)
2. stigma verso coloro che offrono un rapporto costi-benefici sfavorevole (alti costi rispetto ai benefici) → spiegazione dell'abuso sugli anziani (Pillemer, 1985)

# Stigma: gli effetti

---

- ❑ Esclusione sociale
- ❑ Relegazione a ruoli subordinati



## Costi

in termini di benessere fisico e psicologico

**Un esempio**: tassi di mortalità accelerati subito dopo il pensionamento (Amick et al., 2002)

# ambivalenza verso gli anziani

## stigma vs assistenza

---

estensione culturale delle relazioni esperite con i genitori

the lowest level of support for elderly is observed among very young adults (18–24 years of age) (Silverstein & Parrott, 1997)

In a longitudinal study, young adults who received a high amount of affection, association, and tangible support from parents provided more social support to their parents at a much later point in time (Silverstein, Conroy, Wang, Giarrusso, & Bengtson, 2002).

Intergenerational exchange process →

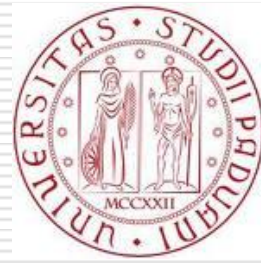
Un alto investimento dei genitori sui figli predice in seguito un alto ritorno da parte dei figli adulti.

# Stereotipi sull'età

---

Ambivalenza:



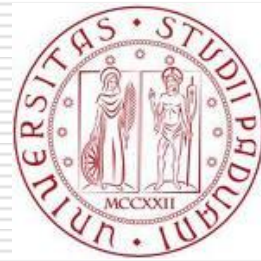


# Ageism: sottotipologia aspetti impliciti ed espliciti

## Sottotipo principalmente negativo vs sottotipo principalmente positivo

- Ageism è essenzialmente negativo e le sue manifestazioni sono tanto più forti quanto esso è implicito (misure esplicite vs implicite)
- Percezione degli anziani basata sia su dimensione affettiva che di competenza

Più l'anziano è visto come competente  
meno sarà visto come cordiale e viceversa

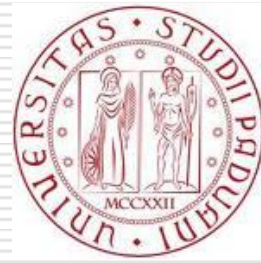


# AGEISM AMBIVALENTE

**AGEISM  
BENEVOLO**

**AGEISM  
OSTILE**

→ ageism benevolo si tramuta in ostilità con anziani che non rispecchiamo lo stereotipo!



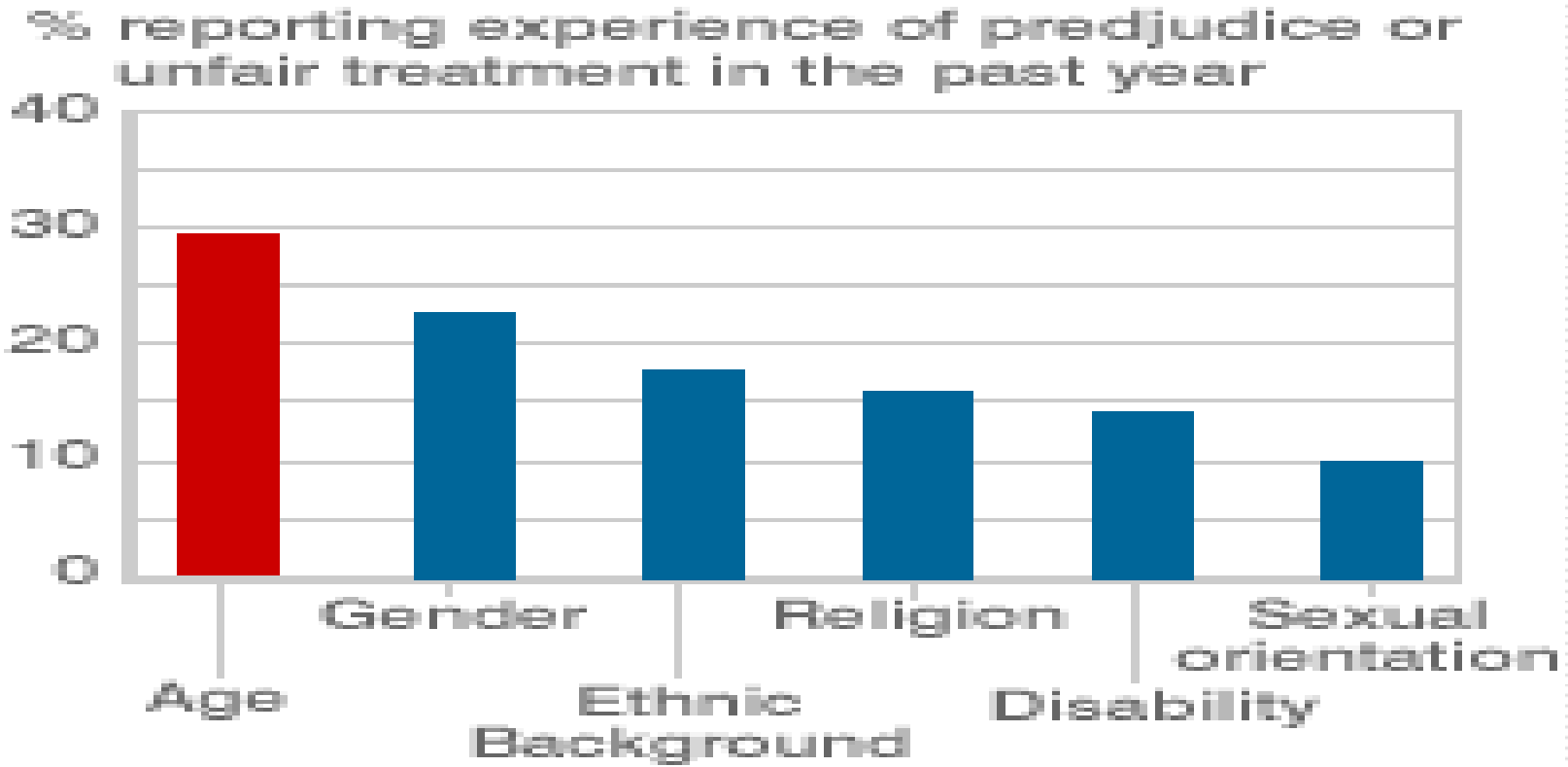
# Stereotipi sull'età: il genere

---

All'aumentare dell'età:

- **Uomini**: perdita di forza e dominio
- **Donne**: perdita da attrattività fisica

# Comportamenti e trattamenti legati ai diversi tipi di pregiudizio



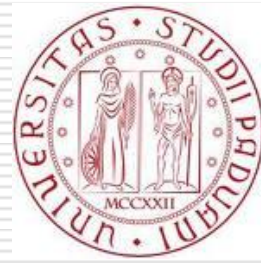
SOURCE: Age Concern/University of Kent

# Ciò che gli anziani pensano della loro memoria?

Cornoldi e De Beni 1989

---

- Curiose autosvalutazioni della propria memoria
- Supervalutazione della memoria dei giovani
- Ma....autovalutazioni ottimistiche rispetto ai coetanei



# Ageism: effetti sulla memoria

---

Gli stereotipi positivi e negativi influenzano la prestazione degli anziani in un compito di memoria?



Gli anziani esposti allo stereotipo negativo mostravano prestazioni peggiori rispetto a quelle dei partecipanti esposti allo stereotipo positivo

# Ageism: effetti sul funzionamento fisico

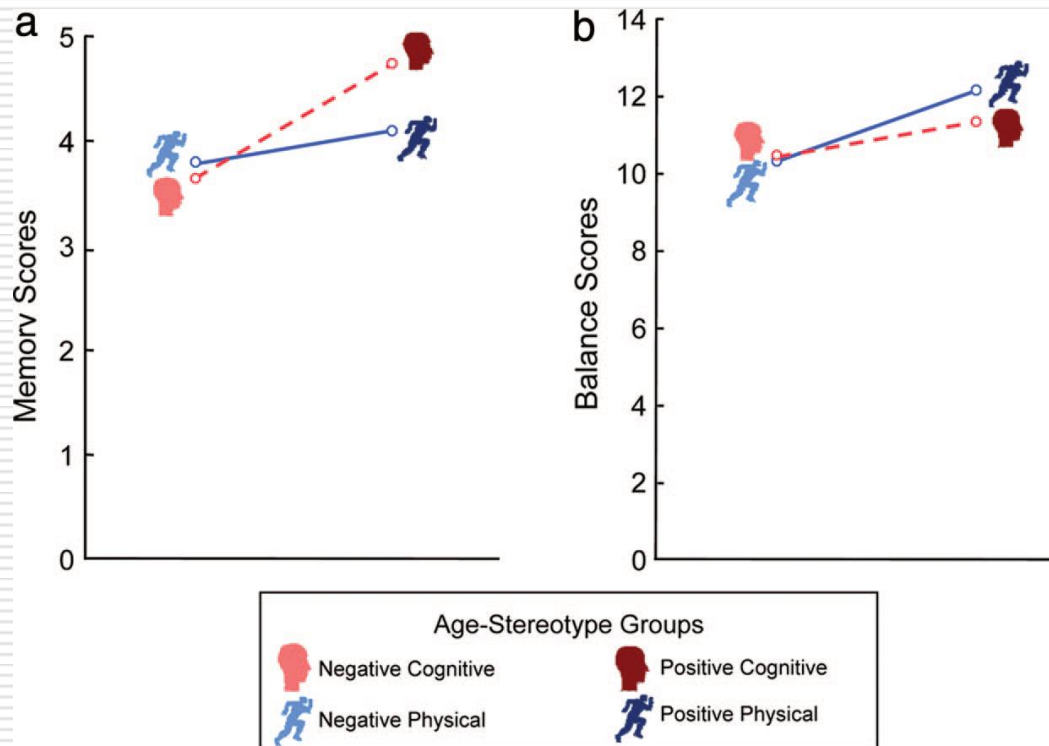


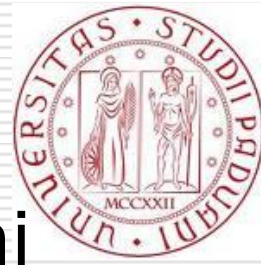
Gli stereotipi sull'età possono influenzare anche il funzionamento fisico?



Gli anziani esposti allo stereotipo positivo mostrano migliori prestazioni fisiche rispetto a quelli esposti allo stereotipo negativo (prova di equilibrio).

# L'influenza dello stereotipo è più forte quando riguarda l'abilità richiesta

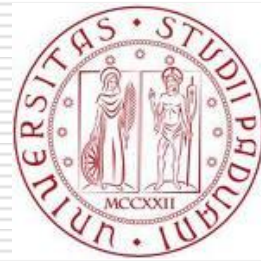




# Ageism: comportamenti negativi verso gli anziani

---

1. *Ageist speech* (esempio di ageism benevolo)
2. Pratiche di esclusione sociale (esempio di ageism ostile, spesso mascherato da ageism benevolo)
3. Abuso sugli anziani (esempio di ageism ostile)



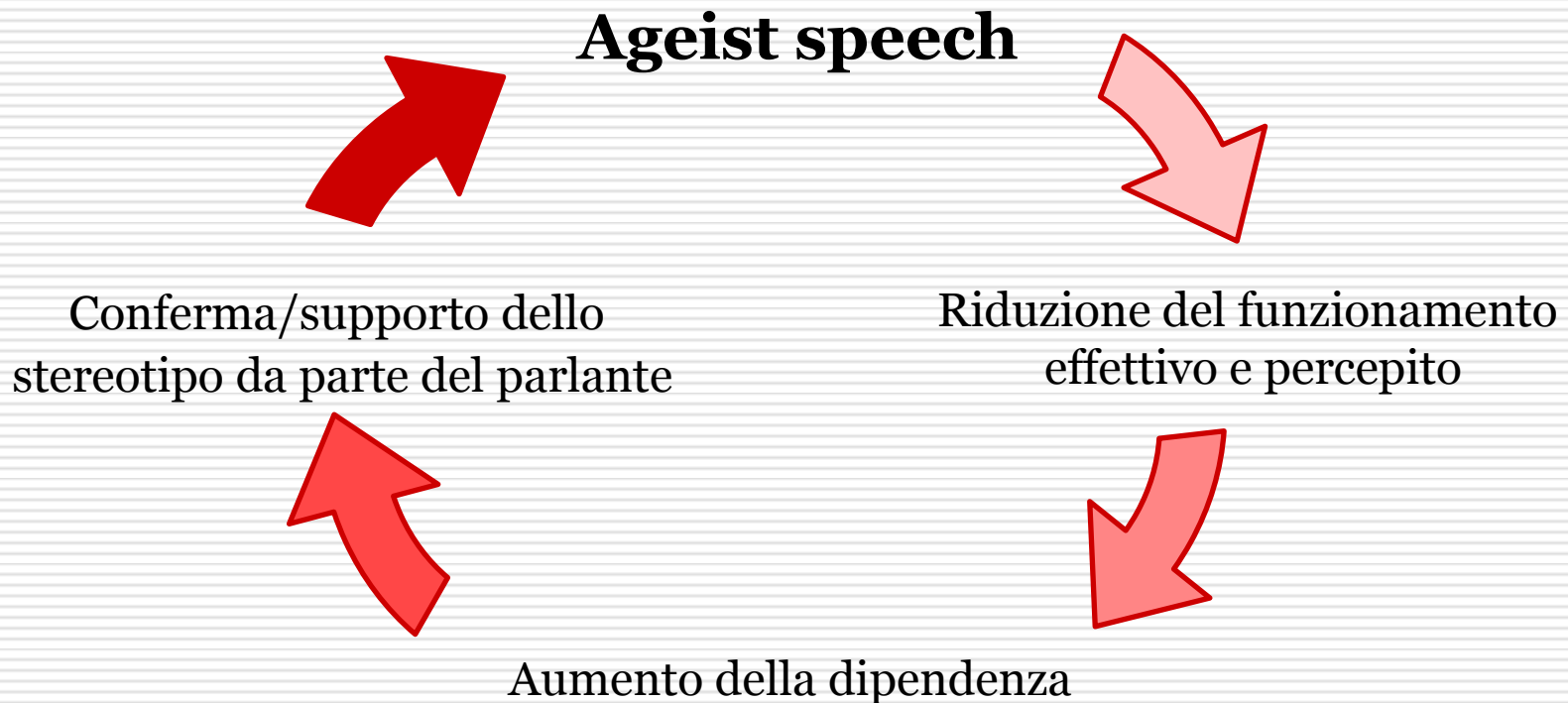
# 1. Ageist speech

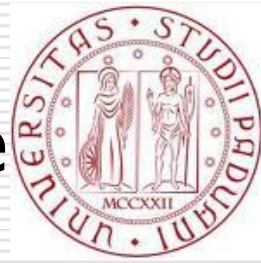
- ✓ **Over-accomadation** di presunti limiti e difficoltà degli anziani → semplificazione di contenuti, vocabolario e struttura della frase
- ✓ **Baby talk** → parlare all'anziano con un linguaggio simile a quello che si utilizzerebbe con un bambino molto piccolo e dipendente (es.: parlare a voce alta e con un'intonazione esagerata)
- ✓ Non solo **comunicazione verbale**, anche **non verbale!**

Questo stile comunicativo implica che l'anziano occupa un ruolo subordinato

# 1. *Ageist speech*: circolo vizioso

---

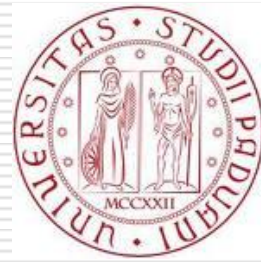




# Stereotipi sull'età: la comunicazione all'interno delle case di riposo

---

- ✓ *Ageist speech* estremamente diffuso
- ✓ interventi atti a ridurlo → acquisizione di consapevolezza
- ✓ Uno dei metodi più efficaci: le risposte degli anziani stessi! Di apprezzamento, ma assertive, e soprattutto di humor



# Ageism: professioni sanitarie

---

Numerosi studi hanno dimostrato che gli studenti di medicina:

- ✓ hanno stereotipo sull'età
- ✓ adottano un *ageist speech*
- ✓ sono riluttanti a lavorare con anziani



Questo tende a favorire  
bias età-relati nelle professioni sanitarie

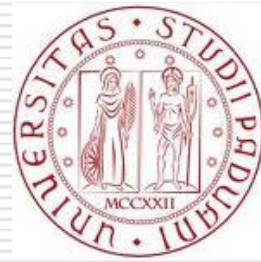


# Ageism professioni sanitarie

---

## INOLTRE ...

- ✓ Generalmente i medici tendono a dare meno informazioni e spiegazioni agli anziani
- ✓ Personale ospedaliero usa con più frequenza un *ageist speech*
- ✓ Gli anziani sono più propensi ad accettare questo stile comunicativo in un setting ospedaliero



# Effetto *aggravante*

---

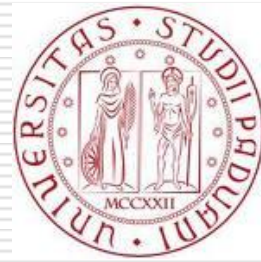
- ✓ ETÀ + GENERE → medici particolarmente sbrigativi con donne anziane
- ✓ ETÀ + ETNIA → anziani afro-americani riferiscono che i medici mostrano meno rispetto verso gli anziani
- ✓ ETÀ + ETNIA + GENERE → anziane afro-americane inviate meno spesso per uno screening sul cancro al seno

---

N.B.: povertà <sup>RDB 29-11-2011</sup> → possibile mediatore

# Stereotipi sull'età: professioni sanitarie

---



Si può quindi parlare di

***MEDICAL AGEISM***

↓

Impatto negativo sulla  
comunicazione con i pazienti

↓

Trattamenti poco adeguati

# Risorsse

---

The aging process may also provide older adults with certain resources or assets that can help them cope with multiple losses and pain.

Financial, social, and cognitive resources do not always diminish with age and can be assets in pain management. Selfesteem has been shown to increase with age (Bengston, Reedy, & Gordon, 1985) which may help older adults retain their sense of self-worth in the face of many losses.

Older adults may have achieved a sense of meaning in their Lives that can help them cope with stressful life events (Erikson, Erikson, & Kivnick, 1986)

# Risorse:

## Modello SOC di Baltes (1991)

---

- Older adults can compensate for age-related losses because like all humans they “have remarkable resiliency and adaptive capacity for reorganization and maintaining integrity”
- Older adults can maintain integrity and self-esteem by modifying their goals and aspirations to fit current life circumstances and by changing who they compare themselves with as their life circumstances change.
- The belief that older adults can be as adaptive as younger adults in coping with loss is consistent with the finding that older adults’ coping strategies for dealing with pain appear to be similar and equally effective as those used by younger adults

---

(Keefe & Williams, 1990).

# Risorse:

---

Baltes:

**S**elezione

**O**ttimizzazione

**C**ompensazione

# Risorse:

---

## Socioemotional Selectivity Theory

developed by Stanford psychologist

Laura Carstensen

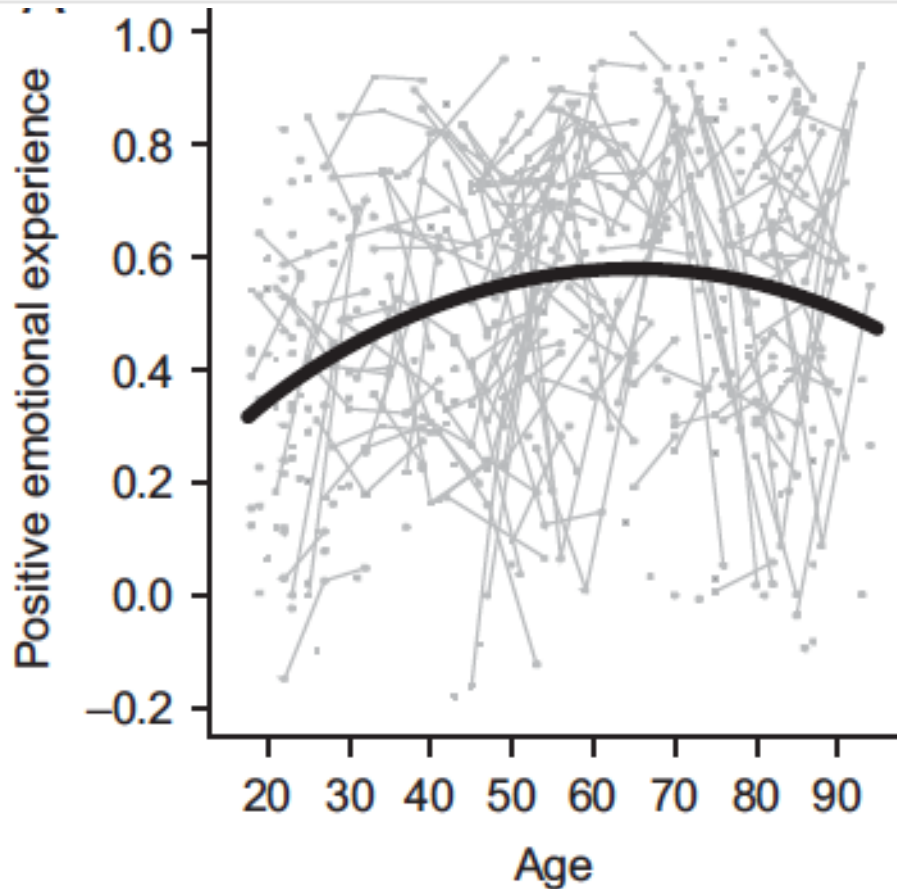
# According to stereotypes of aging, old age is a sad time

---



But research indicates that emotional well-being improves with age

---



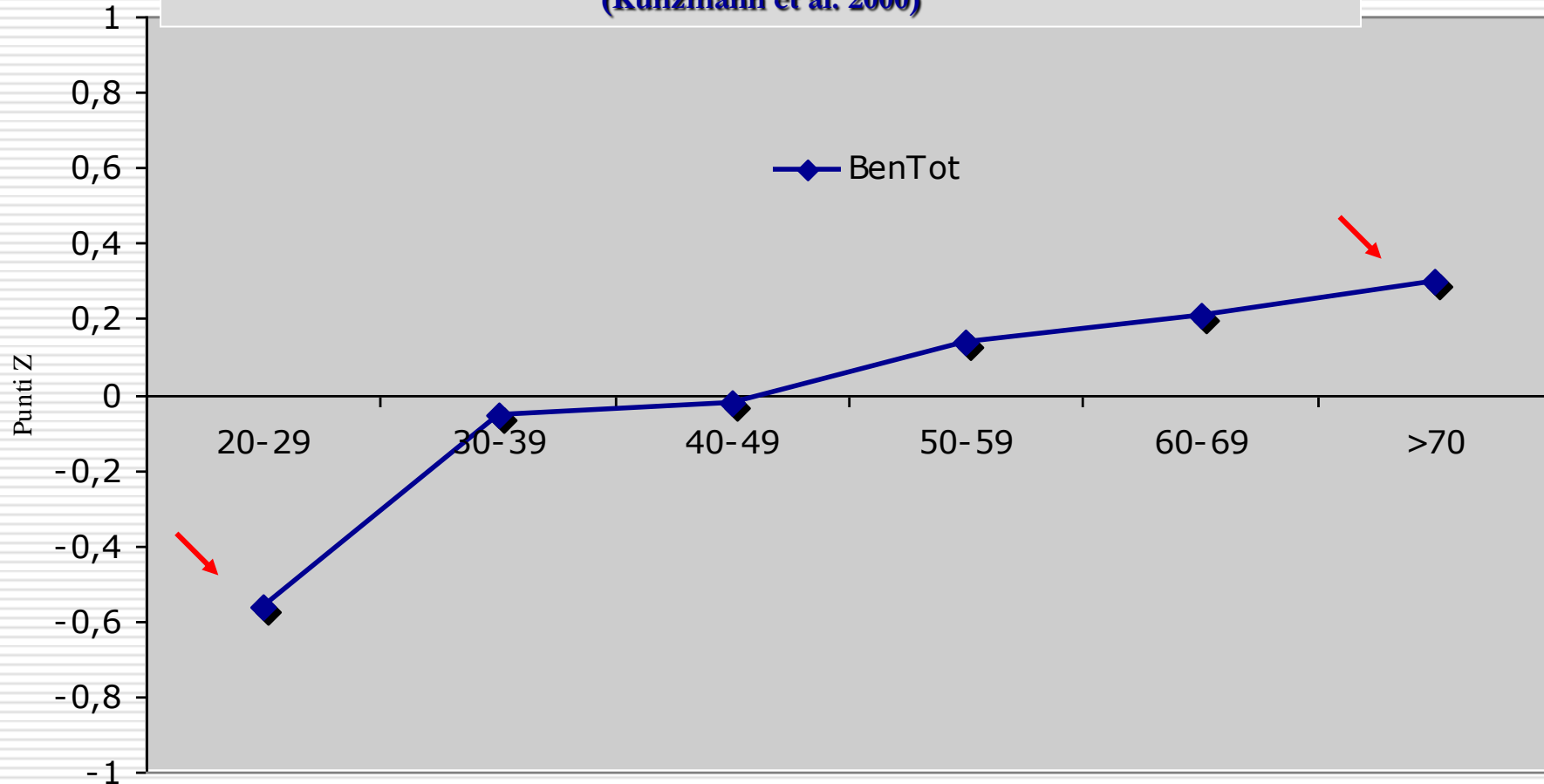
# Multiple factors may contribute to older adults' effective emotion regulation

---

- Focus on emotional goals increases as perceived time left in life decreases (Carstensen, Isaacowitz, & Charles, 1999).
- Brain regions supporting emotional processes are relatively well maintained in normal aging (Mather, 2004; MacPherson, Phillips, & Della Sala, 2002; Salat, Kaye, & Janowsky, 2001).

# Ben-essere nell'arco di vita

*paradosso del benessere dell'invecchiamento*  
(Kunzmann et al. 2000)



**BEN-SSC (De Beni, Borella, Marigo, Nava, 2008)**

# Risorse: resilienza e tolleranza al dolore

---

The majority of studies investigating age differences in pain thresholds have found higher pain thresholds in older adults (Gagliese, et al., 1999).

Older adults may be willing to accept a certain level of pain and discomfort as part of growing old (Cook & Thomas, 1994; Riley, Wade, Robinson, & Price, 2000).

This is consistent with the finding that older adults report diminished emotional responses to pain (depression, anxiety, anger, and fear) and exhibit less pain behavior than younger adults (Riley et al., 2000).

# Dolore e invecchiamento

## aspetti da considerare:

---

- I cambiamenti legati all'invecchiamento espongono le persone a differenti tipologie di dolore e a differenti espressioni dello stesso;
- Negli anziani si assiste ad una maggiore prevalenza di patologie croniche degenerative che, a loro volta, aumentano il rischio di sviluppare dolore cronico;
- Negli anziani il dolore è associato a depressione, disturbi del sonno, disabilità, minore partecipazione sociale, maggiore necessità e uso di assistenza → incremento dei costi;
- Migliorare la capacità di riconoscere e trattare il dolore negli anziani permette di migliorare la qualità della vita e diminuire i costi sia della famiglia che del sistema sanitario.

# Ageism e pregiudizi sul dolore

---

- Il dolore è una conseguenza naturale e inevitabile dell'invecchiamento;
- L'anziano non ha bisogno di analgesici per via di una stoica capacità di sopportare il dolore;
- L'anziano ha una minore sensibilità al dolore;
- Manifestare il dolore è indicativo di fragilità;
- I medici sono troppo impegnati per ascoltare le lamentele.

## Conseguenze

- 1- Mancanza di studi approfonditi;**
- 2- Minore attenzione di medici e operatori al dolore;**
- 3- Mancanza di trattamenti e/o trattamenti non adeguati.**

# Gestione del dolore nell'anziano

## Aspetti da considerare:

---

- Tutte le componenti che costituiscono “l'esperienza dolore”: fisiologiche, sociali, psicologiche, cognitive;
- La storia delle lamentele del paziente, le modalità di espressione del dolore, i trattamenti passati;
- La capacità del paziente di gestire la situazione, le sue aspettative circa l'efficacia del trattamento;
- I sintomi dolorosi e la valutazione soggettiva;
- Manifestazioni come irritabilità, depressione, disturbi del sonno e dell'appetito, agitazione, rigidità;
- La mancanza di lamentele non significa che il paziente non stia percependo dolore

# Gestione del dolore nell'anziano

## Intervento multidisciplinare

---

- Considerare le lamentele come genuine;
- Porre l'attenzione sulle possibili molteplici cause;
- Identificare tramite interviste al paziente e ai familiari la natura e la storia del dolore;
- Prevedere un sostegno psicologico;
- Valutare le necessità specifiche del paziente;
- Pianificare il trattamento in maniera individualizzata;
- Prevedere anche trattamenti non invasivi come massaggi e agopuntura.

# *Guidelines for Treatment of Geriatric Pain*

---

Have patient verbalize the rationale for treatment

Allow additional time for patient response

Provide written instructions

Have patient verbalize instructions and/or demonstrate treatment activity

Use self-monitoring of treatment adherence

Monitor and build self-efficacy through graded assignments

Reinforce progress and build realistic hope in treatment success

Involve significant others and caregivers

Using baseline reports of activity level, set initial goals at approximately 75% of established baseline

---

# Credenze preesistenti

## congruenza tra credenze e trattamento

---

Patients approach the clinician and the treatment of their pain problem with a pre-existing set of beliefs beliefs relevant to the pain domain range from the very general to the highly specific including

- basic philosophical assumptions about the nature of the self and the world;
- beliefs sufficiently generalized and stable to take on the quality of a personality trait;
- beliefs directly related to the context of pain and its treatment (DeGood and Shutty1992)

Better treatment satisfaction and outcomes are associated with greater congruence between patients' beliefs about the nature and treatment of pain and the treatment received

(Turner, Jensen, &Romano, 2000).

# Conclusioni

---

When addressing the problem of geriatric pain, researchers should assess both barriers and resources of the geriatric pain patient

# conclusioni

---

**Barriers:** greater physical morbidity, multiple sites of pain, greater frequency of chronic pain, complaints, and difficulty assessing and treating pain due to age related changes.

**Resources:** may include greater self-esteem, greater meaning in life, intact abilities to compensate and cope, more tolerance for pain, milder emotional responses and fewer pain behaviors.

# Multidisciplinary treatment teams

---

Causes of geriatric pain are complex and multifactorial

The severity of current pain can be assessed with:

- self-report indices.
- unidimensional scales VDS, FPS and horizontal box scales.
- multidimensional scales, the MPQ and the WHYMPI

# Conclusioni

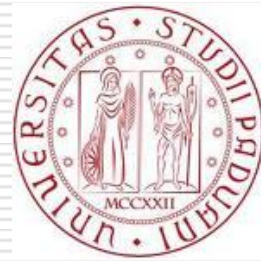
---

Although effective treatments exist for treating geriatric pain, undertreatment of pain in older adults continues to be a significant problem.

Barriers to treatment include:

- biases toward treating elderly persons,
- inaccurate beliefs or stereotypes
- exclusions from treatment on the basis of age.

Geriatric pain is not a normal part of growing old and should be assessed and treated with the most effective means available.



# Grazie per l'attenzione

---