

ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΧΡΟΝΙΟΥ ΠΟΝΟΥ: ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΔΥΟ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΩΝ

Α. Πεχλιβανίδης*, Κ. Παπανικολάου**, Α. Παπανικολάου***

*Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Αιγινήτειο Νοσοκομείο

**Παιδοψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Νοσ. Παίδων Αθηνών «Αγία Σοφία»

***Ορθοπαιδική Κλινική, Νοσ. ΕΕΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η υποεπιτροπή για την ταξινόμηση της Διεθνούς Εταιρείας Μελέτης του Πόνου (IASP) προτείνει τον παρακάτω ορισμό: «Πόνος είναι δυσάρεστη αίσθηση και συναισθηματική εμπειρία η οποία συσχετίζεται με παρούσα ή δυνητική ιστική βλάβη ή περιγράφεται με όρους τέτοιας βλάβης»,¹³ 1979). Ο πόνος αναγνωρίζεται δηλαδή ως ένα φαινόμενο στο οποίο εκτός από την ιστολογική βλάβη συμμετέχει και το φαινόμενο της «αντίληψης» (perception).

Το μοντέλο «πύλης του πόνου» (gate control theory),¹⁴ ευλόγησε την πολυδιάστατη μελέτη του πόνου. Η πολύπλοκη διαδικασία του πόνου συμπεριλαμβάνει την αισθητηριακή αντίληψη, τη συμμετοχή υψηλότερων κέντρων του νευρικού συστήματος, τη διερμηνεία και τις ανατροφοδοτικές αγκύλες. Σχηματικά, στην αλυσίδα του πόνου πρώτο είναι ένα βλαβερό ή αλγογόνο ερέθισμα (nociceptive stimulus). Το ερέθισμα αυτό επιδρά στις προσαγωγές ίνες Αδ και C, οι οποίες μεταφέρουν το μήνυμα στα κέντρα επεξεργασίας στο νωτιαίο μυελό και από εκεί στο θάλαμο και το φλοιό οπότε προκαλείται η αισθητηριακή εμπειρία του πόνου. Αυτή η εμπειρία δεν έχει ανάγκη ειδικής επεξεργασίας για να βιωθεί. Η επέκταση της εμπειρίας ψηλότερα και πιο διάχυτα, μέσα σε περιοχές και κέντρα του νευρικού συστήματος θα προκαλέσει την αντιληπτική και συγκινησιακή εμπειρία του πόνου, που σημαίνει επιπλέον νοητική επεξεργασία των ερεθισμάτων του πόνου.

Οι ψυχολογικές θεωρίες για την ανθρώπινη συμπεριφορά έχουν παρουσιάσει μοντέλα μελέτης και αντιμετώπισης του φαινομένου του πόνου. Οι θεωρίες της μάθησης (συμπεριφοριστική προσέγγιση) και η γνωσιακή θεωρία (γνωσιακή προσέγγιση) έχουν προτείνει θεραπευτικές μεθόδους για την αντιμετώπιση της εμπειρίας του χρόνιου πόνου, οι οποίες έχουν ελεγχθεί ως προς την αποτελεσματικότητά τους και γι αυτό θα αναφερθούμε εκτενώς σε αυτές

Α) Συμπεριφοριστική Προσέγγιση

Οι συμπεριφοριστικές προσεγγίσεις στηρίζονται κυρίως στις θεωρητικές αρχές της κλασσικής οροεξάρτησης του Ρανιόν (classical conditioning) και της επεμβατικής οροεξάρτησης του Skinner (operant conditioning).

Η κλασσική οροεξάρτηση είναι αυτή που συντελείται όταν τα γεγονότα συμβαίνουν σε κοντινή χρονική συνάφεια και το άτομο θα τα συνδυάσει μεταξύ τους (π.χ αναλγητικά, ενέσεις, εντριβές, χειρουργείο, βελονισμός, βιοανάδραση). Κατά την επεμβατική οροεξάρτηση η μάθηση δημιουργείται από το αποτέλεσμα της δράσης του ατόμου και της συνεπαγόμενης επίδρασης στο περιβάλλον. Πιο συγκεκριμένα, αυτό το είδος μάθησης δεν συνδέεται με κάποιο μέρος του σώματος, αλλά με την ενίσχυση που θα δοθεί. Ο χρόνιος πόνος μπορεί να συνεχίζεται για λόγους που δεν έχουν σχέση με το αλγογόνο ερέθισμα της ιστικής βλάβης. Οι φανερές συμπεριφορές ενισχύονται είτε άμεσα όπως με τη λήψη παυσιπόδου, την απόσπαση της προσοχής των άλλων είτε έμμεσα όπως με την αποφυγή δυσάρεστων καταστάσεων, όπως η εργασία, οι σχέσεις κλπ.

Ο οξύς και ο χρόνιος πόνος διαφοροποιούνται σε σημαντικό βαθμό. Η παρατεταμένη διάρκεια του χρόνιου πόνου δίνει την ευκαιρία για εμπέδωση της συμπεριφοράς. Ο ασθενής δείχνει ότι πονάει μέσα από διάφορες εμπειρωμένες συμπεριφορές όπως την έκφραση του προσώπου, τη περιγραφή του πόνου, περπατώντας με ανταλγηκό βηματισμό, ζητώντας φάρμακα ή ξαπλώνοντας. Αυτές οι συμπεριφορές πόνου είναι δυνατό να ευοδωθούν με δυσάρεστες συνέπειες. Παράδειγμα: Ένας ασθενής με οξύ πόνο κινείται με αργές και προσεκτικές κινήσεις. Παρόλο που πάσχει από κάποιο πρόβλημα σπονδυλικής στήλης (δισκοκήλη) οι συμπεριφορές του πόνου (προσοχή στις κινήσεις, αργός βηματισμός, παράπονα) μπορούν να αλλάξουν ανάλογα με τις συνέπειες που θα αποφέρουν στον ίδιο και στο περιβάλλον.

Ορισμένοι ασθενείς λειτουργούν σε ένα περιβάλλον,

το οποίο συστηματικά ενισχύει θετικά τις συμπεριφορές πόνου (π.χ υπερβολική φροντίδα). Αντίθετα είναι δυνατόν το ίδιο περιβάλλον να μην ενισχύει θετικά τις υγιείς συμπεριφορές. Έτσι, οι συμπεριφορές του πόνου μπορεί να επιμείνουν και να αυξηθούν σε ένταση με τη πάροδο του χρόνου ακόμα και όταν το αρχικό παθολογικό πρόβλημα έχει ελλατωθεί ή εξαλειφθεί. Όταν εγκατασταθεί ο χρόνιος πόνος, τότε ο βαθμός της συμπεριφοράς του πόνου έχει μικρή ή καμμία άμεση σχέση με την αρχική παθολογική αιτία.

Είναι απαραίτητο να τονιστεί ότι ο ασθενής με χρόνια πόνο δεν πάσχει αναγκαστικά από κάποια ψυχική διαταραχή (υποχονδρίαση, σωματόμορφη διαταραχή πόνου κλπ). Η «μάθηση» της συνήθειας του πόνου επέρχεται αυτόματα αν οι παρούσες καταστάσεις είναι ευνοϊκές.

Συμπεριφοριστική θεραπεία συνδρόμων χρόνιου πόνου

Οι Fordyce και συν.^{6,7,8} από τις αρχές της δεκαετίας του '70 έχουν δημοσιεύσει μια σειρά από άρθρα στα οποία περιγράφουν τη χρήση τεχνικών ελέγχου της συμπεριφοράς για τη θεραπεία του χρόνιου πόνου. Οι απόψεις τους έγιναν ευρύτερα αποδεκτές και οι βασικές τους αρχές υιοθετήθηκαν από τα περισσότερα προγράμματα θεραπείας του πόνου στις ΗΠΑ. Η επέμβαση συνίσταται στη μείωση των συμπεριφορών πόνου όπως βογγητά, αναστεναγμοί, τάση για απραξία κλπ και αύξηση ενός υγιούς ρεπερτορίου συμπεριφορών. Η υγιής συμπεριφορά ενισχύεται, ενώ αντίθετα η παθολογική αγνοείται. Στις συμπεριφορολογικές τεχνικές υπάγονται η μυοχάλαση, η ενίχυση επιθυμητών συμπεριφορών, η εκπαίδευση για την εκπομπή θετικής συμπεριφοράς, η χορήγηση φαρμάκων κατά τακτά χρονικά διαστήματα και όχι ανάλογα με το πότε παραπονείται ο ασθενής.

Η επιτυχία της συμπεριφοριστικής προσέγγισης στη θεραπεία του χρόνιου πόνου εξαρτάται σε σημαντικό βαθμό από την λεπτομερή συμπεριφοριστική ανάλυση. Οι στόχοι της συμπεριφοριστικής ανάλυσης είναι:

α) Η καταγραφή και η αξιολόγηση της συμπεριφοράς, η οποία είναι επιθυμητή να δημιουργηθεί, αυξηθεί, διατηρηθεί, μειωθεί ή εξαλειφθεί. Συγκεκριμένες συμπεριφορές που χρειάζονται να μειωθούν, ιδίως όταν ο πόνος είναι ανθεκτικός στη θεραπεία, είναι η καταναλωση αναλγητικών φαρμάκων, η υπερβολική χρήση ιατρικής φροντίδας και η αντίδραση στο πόνο με μη «παραγωγικές» συμπεριφορές (π.χ. συνεχής κατάκλιση, αποφυγή σωματικής κόπωσης χωρίς να έχει συστηθεί από τους θεράποντες). Συμπεριφορές οι οποίες επιθυμούμε να δημιουργηθούν ή να αυξηθούν είναι η γυμναστική, η σωματική άσκηση, η επιστροφή στη δουλειά και γενικότερα οι συμπεριφορές οι οποίες χαρακτηρίζονται ως «παραγωγικές».

β) Η αξιολόγηση των συνθηκών και συμπεριφορών που ενισχύουν την παθολογική κατάσταση του ασθενούς.

γ) Η ανάπτυξη επαρκούς επιρροής στο περιβάλλον του ασθενούς, ώστε να ομαλοποιηθούν οι συνέπειες της νέας «υγιούς» συμπεριφοράς.

Κλινικό παράδειγμα

Ενήλικος άντρας με χρόνια οσφυαλγία, ο οποίος εκδηλώνει υπερβολικές συμπεριφορές πόνου που δεν αντιστοιχούν στο μέγεθος της υπάρχουσας παθολογίας. Οι θεραπευτικοί μας στόχοι για τον συγκεκριμένο ασθενή είναι:

1. Μείωση της λεκτικής και σωματικής συμπεριφοράς πόνου

Αυτή επιτυγχάνεται κυρίως με την αναστολή κοινωνικών ενισχυτών, οι οποίοι σχετίζονται με τη συμπεριφορά που θέλουμε να τροποποιήσουμε. Η νοσηλεύτρια περπατώντας στο διάδρομο της πτέρυγας του νοσοκομείου, βλέπει τον ασθενή να κάθεται στην άκρη του κρεβατιού με το ένα χέρι στη μέση (συμπεριφορά πόνου) σα να κάνει εντριβές στην πάσχουσα περιοχή. Η νοσηλεύτρια συνεχίζει χωρίς να δώσει σημασία. Κάποια άλλη στιγμή βλέπει τον ασθενή να ξυρίζεται (δεν εκδηλώνει συμπεριφορά πόνου). Σταματά λίγο και πιάνουν συζήτηση ή κάνει ένα σύντομο θετικό σχόλιο, ενθαρρύνοντας περισσότερες εκδηλώσεις υγιούς συμπεριφοράς. Ο ιατρός με την παραδοσιακή προσέγγιση ρωτά τον ασθενή «πώς είναι η πονεμένη μέση σήμερα;». Αντίθετα, με τη συμπεριφοριστική προσέγγιση θα ρωτήσει «πόσο κατάφερες να περπατήσεις χθές;».

2. Αύξηση της σωματικής άσκησης

Οι επιστήμονες υγείας ενθαρρύνουν τον ασθενή να αυξήσει τη σωματική του άσκηση. Οι περισσότεροι όμως, συμβουλεύουν τον ασθενή να περπατήσει μέχρι να αρχίσει ο πόνος και μετά να ξεκουραστεί. Αυτή η οδηγία μετατρέπει την ξεκούραση σε ένα θετικό ενισχυτή της συμπεριφοράς πόνου. Η εναλλακτική λύση (συμπεριφοριστική προσέγγιση) είναι να καθορίσουμε εκ των προτέρων πότε κατά τη διάρκεια της σωματικής άσκησης και σε ποιές δραστηριότητες αυξάνεται ο πόνος. Καθορίζεται τότε ένα πρόγραμμα καθημερινών ασκήσεων με προγραμματισμένα διαλείμματα ξεκούρασης έτσι ώστε να υπάρχει έντονη καταπόνηση. Με αυτό τον τρόπο η ξεκούραση χρησιμοποιείται για να ολοκληρώσει ο ασθενής τις προγραμματισμένες δραστηριότητές του. Η ξεκούραση, δηλαδή, συνδυάζεται με δραστηριότητα και όχι με πόνο.

3. Εξάλειψη της κατανάλωσης αναλγητικών φαρμάκων

Συνήθως τα αναλγητικά φάρμακα χορηγούνται κάθε φορά που τα αναζητά ο ασθενής. Αυτό βέβαια σημαίνει ότι

η προσπέλαση στο φάρμακο εξαρτάται από τις ενδείξεις συμπεριφοράς πόνου. Το να δίνει όμως κανείς φάρμακο κάθε φορά που υπάρχει συμπεριφορά πόνου, ενισχύει τη συμπεριφορά αυτή. Αυτό συμβαίνει γιατί η επώδυνη συμπεριφορά (πχ μορφασμοί, παράπονα κλπ) οδηγεί σε δύο ενισχύσεις: α) επιπλέον απασχόληση του προσωπικού με τον ασθενή και β) ανακούφιση του πόνου.

Σύμφωνα με τη συμπεριφοριστική προσέγγιση, η αναλγητική φαρμακευτική αγωγή χορηγείται με γνώμονα **την ώρα και όχι τον πόνο**. Με αυτόν τον τρόπο εξαλείφεται η ζήτηση για το φάρμακο από τον ασθενή καθώς και οι συμπεριφορές πόνου που εκδηλώνονται με αυτή. Ο προγραμματισμός στην χορήγηση αναλγητικών φαρμάκων γίνεται με το να χορηγούνται αρχικά τα φάρμακα κάθε φορά που ζητά ο ασθενής και καταγράφεται η συχνότητα της ζήτησης. Μετά την καταγραφή του τρόπου που καταναλώνει φάρμακα ο ασθενής, όλα τα αναλγητικά διαλύονται σε υγρό που διαφοροποιεί την οσμή και τη γεύση τους. Αυτή η διαδικασία ονομάζεται «κοκτέιλ πόνου» (pain cocktail). Το κοκτέιλ χορηγείται στον ασθενή συγκεκριμένες ώρες την ημέρα, ανεξάρτητα από το πώς αισθάνεται. Το κοκτέιλ αρχικά δίνεται λιγότερες φορές από όσο ζητούσε στην αρχή. Με τη πάροδο του χρόνου, τα ενεργά συστατικά του κοκτέιλ μειώνονται. Όταν δεν υπάρχουν πλέον ενεργά συστατικά παρά μόνο το μη φαρμακευτικό υγρό, ο ασθενής ενημερώνεται.

4. Δημιουργία μακροπρόθεσμων αλλαγών στο άμεσο περιβάλλον του ασθενή

Συμπεριλαμβάνουν τη διαφορετική διευσθέτηση συνεισπειών στο σπίτι και στη δουλειά ώστε να διατηρηθούν τα οφέλη της θεραπείας. Αρχικά είναι σημαντικό να αποτελέσει θετική ενίσχυση η εργασία του ασθενή. Θα πρέπει επίσης να περνά την ώρα του με ευχάριστες ενασχολήσεις. Επιπλέον προϋπόθεση είναι η ενεργός συμμετοχή της/του συζύγου σε συχνές συνεδρίες εκπαίδευσης στις βασικές αρχές της ενίσχυσης και της ανάπτυξης εξαρτημένης αντίδρασης.

Β) Γνωσιακή Προσέγγιση

Οι φιλοσοφικές καταγωγές της γνωσιακής προσέγγισης είναι δυνατόν να ανιχνευθούν στις διδασκαλίες των αρχαίων Ελλήνων φιλοσόφων, του Σωκράτη και του Πλάτωνα, του Αριστοτέλη και των Στωικών. Σύμφωνα με τον Επίκτητο, «Ταράσσει τους ανθρώπους ου τα πράγματα, αλλά τα περί των πραγμάτων δόγματα» μια ρήση που απηχεί το πνεύμα της σύγχρονης γνωσιακής προσέγγισης και μπορεί να διατυπωθεί ως εξής: Ο τρόπος με τον οποίο οι άνθρωποι «δομούν νοητικά» την πραγματικότητα, ασκεί καθοριστικό ρόλο στη συμπεριφορά τους. Από τη μετουσίωση στην κλινική πράξη της παραπάνω αρχής προκύ-

πτουν πολλά θεραπευτικά σχήματα τα οποία αποκαλούμε «γνωσιακές θεραπείες». Οι πρώτοι που επενόησαν και εφάρμοσαν τέτοιες θεραπείες είναι οι Kelly (1955), Ellis (1962) και Beck (1967).¹⁵

Ο πόνος δεν είναι μόνο μια παθολογική και δυσάρεστη αίσθηση αλλά και ένα πολύπλοκο υποκειμενικό βίωμα. Η ψυχολογική συγκρότηση του ατόμου σχετίζεται με την ένταση βίωσης του πόνου και κατά πόσο επιβαρύνεται από αυτό. Η αντίληψη επομένως του πόνου θεωρείται μια δυναμική ερμηνευτική διαδικασία που αλληλεπιδρά μεταξύ του ατόμου και του περιβάλλοντός του. Ο οργανισμός με την διαμεσολάβηση των γνωσιακών διεργασιών (αίσθησης, αντίληψης, μάθησης, μνήμης, προσοχής), του συναισθηματικού φορτίου και της προηγούμενης εμπειρίας υποδέχεται το αλγεινό ερέθισμα. Το ερέθισμα αξιολογείται και βιώνεται ως απειλητικό, στα πλαίσια της αυτόματης γνωσιακής αξιολόγησης χωρίς αυτό να σημαίνει ότι υπάρχει πάντοτε νοητική ενημερότητα.

Για την κατανόηση της διαμεσολάβησης του συναισθήματος και της προηγούμενης εμπειρίας στον πόνο το γνωσιακό μοντέλο χρησιμοποιεί όρους προερχόμενους από τη γνωσιακή θεωρία όπως: εκτιμήσεις (appraisals), προσδοκίες (expectations), στόχους (goals), εξηγήσεις (attributions), στάσεις (attitudes), πίστεις/πεποιθήσεις/σχήματα (beliefs / assumptions / schemata).

Η αίσθηση του πόνου (**πρωτογενής εκτίμηση**), σε κατστάσεις οι οποίες είναι διαφορούμενες (π.χ. καρκινοπαθής με πόνο στο θώρακα), μπορεί να αξιολογηθεί (**δευτερογενής εκτίμηση**), ως ενδεικτικός μετάστασης στο θώρακα, με συνέπεια ο ασθενής να προσπαθήσει να επιβεβαιώσει ή να διαψεύσει αυτή την εκτίμηση (**επανεκτιμήσεις**).

Οι προσδοκίες του ατόμου (τι περιμένει ότι θα συμβεί στο μέλλον) μπορεί να επηρεάσουν διαφορετικά στην εμπειρία του πόνου. Η ψυχολογική παράμετρος "εστία ελέγχου" (locus of control) είναι η περισσότερο μελετημένη παράμετρος για τους ασθενείς με χρόνια πόνο.¹¹ Όταν το άτομο προσδοκά ότι οι μηχανισμοί του οργανισμού θα κατορθώσουν να αντιμετωπίσουν το δυσάρεστο αίσθημα του πόνου (εσωτερική εστία ελέγχου), τότε η αντιμετώπιση του πόνου είναι ουσιαστικότερη. Οι αρνητικές προσδοκίες αναφορικά με την πορεία και την πρόγνωση του πόνου (εξωτερική εστία ελέγχου) έχουν ως αποτέλεσμα την αύξηση της έντασης βίωσης του πόνου και τη δυσκολία για τη θεραπευτική συνεργασία.

Οι στόχοι του ασθενούς (τι επιθυμεί να συμβεί στο μέλλον) αναφορικά με το επώδυνο βίωμα, σχετίζονται άμεσα με το βαθμό που πιστεύουν ότι έχουν τη δυνατότητα να ανταπεξέλθουν σ' αυτό.¹⁹ Οι ασθενείς που θέτουν ως στόχο να μη βιώσουν ποτέ στο μέλλον πόνο, πολύ εύκο-

λα αποκαρδιώνονται και μειώνεται η αυτοπεποίθησή τους, για το κατά πόσο μπορεί να ανταπεξέλθει ο οργανισμός τους στον πόνο.

Οι εξηγήσεις (ο τρόπος δηλαδή που τα ερμηνεύει) του ασθενούς για τα αίτια του πόνου είναι καθοριστικής σημασίας, για το πώς θα αισθανθεί και θα συμπεριφερθεί σχετικά με το πρόβλημά του.¹⁸ Όταν ο ασθενής αποδίδει τον πόνο αποκλειστικά σε «οργανικά» αίτια, τότε απευθύνεται συνεχώς σε ιατρούς, οι οποίοι θα διαγνώσουν και θα αντιμετωπίσουν το πρόβλημά του. Στις περιπτώσεις εκείνες όπου ο ασθενής, μετά από πληθώρα εξετάσεων και θεραπευτικών παρεμβάσεων, συνεχίζει να βιώνει τον πόνο, τότε αρχίζει να αξιολογεί τον εαυτό του ως αβοήθητο με την αντίστοιχη συναισθηματική επιβάρυνση (θλίψη, απελπισία). Η απόδοση των αιτίων του πόνου σε "μυστηριακές-μαγικές" αιτίες (π.χ. είναι ματιασμένος ή του έχουν κάνει μάγια) οδηγεί σε δυσχέρειες στην ιατρική παρέμβαση και έτσι ο ασθενής μπορεί να μεταπέσει σε κατάσταση μειωμένης αυτοπεποίθησης με την αντίστοιχη δυσλειτουργική συμπεριφορά.⁹ Τα συναισθήματα του θυμού και της απελπισίας κυριαρχούν στους ασθενείς οι οποίοι αποδίδουν τα αίτια του πόνου μόνο σε εξωτερικούς, περιστασιακούς παράγοντες (ιατρικό σφάλμα, ατύχημα). Αντίστοιχα μειωμένη αυτοεκτίμηση και κατάθλιψη βιώνεται από τους ασθενείς, οι οποίοι αποδίδουν τα αίτια του πόνου σε αποκλειστικά δικούς τους εσωτερικούς (διαθεσιακούς) παράγοντες.

Η θετική ή αρνητική κοινωνική αξιολόγηση (**στάση**) για τους πάσχοντες από πόνο διαφοροποιεί τις συμπεριφορές των ασθενών με χρόνια πόνο.¹² Η θετική στάση ότι δηλαδή ο πόνος είναι ένας κοινωνικά αποδεκτός τρόπος έκφρασης συναισθηματικής δυσφορίας οδηγεί ευκολότερα σε υιοθέτηση παθολογικών συμπεριφορών πόνου. Αυτή η στάση δεν είναι απαραίτητο να βρίσκεται στο πεδίο της συνειδησιακής του ενημερότητας.

Πίστεις και πεποιθήσεις όπως η Καρτεσιανή διίστικη άποψη "άλλο ψυχή και άλλο σώμα" οδηγούν μερίδα ασθενών, αλλά και ιατρών να μην αποδέχονται ότι το περίπλοκο βίωμα του πόνου έχει τόσο σωματικές όσο και ψυχολογικές συνιστώσες και επομένως αντίστοιχη θεραπευτική παρέμβαση. Αυτή η διίστικη σχηματοποίηση των ασθενειών κατά την οποία έννοια ψυχή ως «υπερβατικό ον-γενεσιουργός αιτία» που είναι αντικείμενο θρησκευτικής αναζήτησης δε διαχωρίζεται από την έννοια «ψυχή» που αναφέρεται στις εγκεφαλικές λειτουργίες, είναι υπεύθυνη για μεγάλες παρερμηνείες στον χώρο της επιστήμης.

Η αυτοεκτίμηση των ασθενών αναφορικά με τη δυνατότητά τους να ανταπεξέλθουν σε επώδυνες καταστάσεις (σωματικές και συναισθηματικές) είναι πιθανώς ένας από τους σημαντικότερους λόγους για την **επιλεκτικό εστι-**

σμό της προσοχής σε συγκεκριμένα ερεθίσματα αλλά και την **καταστροφολογική διερμηνεία** των αλγινών ερεθισμάτων. Η επαναλαμβανόμενη ακολουθία αντίληψης/βίωσης των ερεθισμάτων πόνου ως απειλητικών, έχει ως αποτέλεσμα την μείωση του ουδού αντίληψης των αλγινών ερεθισμάτων. Η εμπιστοσύνη του ατόμου στους επανορθωτικούς μηχανισμούς του οργανισμού σταδιακά μειώνεται. Έτσι ευκολότερα ερεθίσματα μικρότερης έντασης μπορεί να ερμηνευθούν ως επιζήμια για την σωματική ή/και ψυχολογική του ακεραιότητα. Με αυτούς τους τρόπους επάγεται η δημιουργία **φαύλων κύκλων** χρόνιου πόνου. Επομένως οποιοδήποτε αλγινό ερέθισμα μπορεί να θεωρηθεί ως επώδυνο και στρεσογόνο, το οποίο με την σειρά του θα προκαλέσει αλυσιδωτές αντιδράσεις συναισθηματικές, σωματικές και συμπεριφορικές οι οποίες να κλείνουν τον φαύλο κύκλο του χρόνιου πόνου.

Παράδειγμα σχηματισμού φαύλου κύκλου είναι η κατάσταση εκείνη όπου το άτομο στην προσπάθειά του να επιλύσει δύσκολο για αυτό πρόβλημα πυροδοτείται αλγινό ερέθισμα. Συνήθως πρόκειται για επώδυνη μυική σύσπαση σε εστία με γνωστή παθολογία (π.χ σπονδυλική στήλη). Στις περιπτώσεις εκείνες όπου ο ασθενής είτε ερμηνεύει καταστροφολογικά αυτό το ερέθισμα, είτε είναι απελπισμένος από τις δυνατότητες του οργανισμού να ανταπεξέλθει στον πόνο, τότε ευκολότερα μπορεί να αναστείλει προσπάθειες επίλυσης του αρχικού προβλήματος. Ο φαύλος κύκλος κλείνει, όταν το άτομο συμπεραίνει ότι το μόνο πρόβλημα είναι ο πόνος και αγνοεί τα ψυχοπνευστικά προβλήματα που προσπάθησε να επιλύσει. Η διαδικασία σχηματισμού φαύλων κύκλων έχει ως αποτέλεσμα τη συσώρευση και άλλων αντίστοιχων προβλημάτων. Ενώ ο ασθενής προσπαθεί να "λύσει" μόνο το πρόβλημα που έχει, δηλαδή τον πόνο, αρχίζει η "καρριέρα του χρόνιου αλγούντος" με σημαντική επίπτωση στις διαπροσωπικές και κοινωνικές δραστηριότητες.

Ενα άλλο παράδειγμα του ρόλου της γνωσιακής διαμεσολάβησης στη βίωση του πόνου είναι το φαινόμενο placebo. Ο Beecher,¹ ένας από τους σημαντικότερους μελετητές του φαινομένου placebo, τεκμηρίωσε, ότι οι στρατιώτες τραυματίες πολέμου αντιδρούσαν λιγότερο στο πόνο και ζητούσαν λιγότερα αναλγητικά φάρμακα από ότι θα περίμενε κανείς από τη σοβαρότητα των τραυμάτων τους. Αυτό το εύρημα εξηγήθηκε με βάση γνωσιακούς μηχανισμούς. Δηλαδή, η αξιολόγηση του πόνου του τραύματος των στρατιωτών ήταν διαφορετική γιατί ο πόνος ερμηνευόταν ως μέσο αποφυγής του πολέμου και επιστροφής στην ασφάλεια του σπιτιού. Η εικονική θεραπεία (placebo) θεωρείται ιδιαίτερα αποτελεσματική σε ασθενείς με χρόνια πόνο όπως και σε άλλες γνωστές παθοφυσιολογικές διαταραχές. Οι υποθέσεις για τον μηχανισμό δράσης της εικονικής θεραπείας αναφέρονται σε δυο παράγοντες:

στις προσδοκίες των ασθενών και στην έκκριση ενδορφινών. Η μια υπόθεση δεν αναιρεί υποχρεωτικά την άλλη.³

Γνωσιακή θεραπεία συνδρόμων χρόνιου πόνου

Η θεραπεία είναι χρονικά περιορισμένη και στοχεύει στο να βοηθήσουμε τον ασθενή να προσδιορίσει ποιό είναι το πρόβλημα και όχι ποιό δεν είναι. Ο πόνος αναγνωρίζεται ως υπαρκτός, αλλά και η θεραπεία διαχωρίζεται από την παροχή απλώς "διαβεβαιώσεων", οι οποίες μπορεί να επιφέρουν μόνον εφήμερο εφησυχασμό. Οι ερωτήσεις και η συνεργασία με τον ασθενή είναι η προτιμότερη μέθοδος και αποφεύγεται οι θεραπευτικές συνεδρίες να γίνονται "πεδίο μαχών".

Οι παράλογες πίστεις των ασθενών για τον πόνο βασίζονται σε ενδείξεις τις οποίες οι ίδιοι τις βρίσκουν πειστικές. Αντί να αμφισβητείται μια πίστη του ασθενούς ότι έχει σοβαρή πάθηση, είναι προτιμότερο να αξιολογούνται οι ενδείξεις που έχει ο ασθενής ότι πάσχει από κάποια σοβαρή ασθένεια. Κατόπιν, συνεργατικά με τον ασθενή, ελέγχονται αυτές οι ενδείξεις, ώστε να βρεθούν λειτουργικότεροι τρόποι αντιμετώπισης του προβλήματος.

Η αξιολόγηση της κατάστασης των ασθενών γίνεται σε όλες τις συνιστώσες του πόνου (σωματική, νοητική, συναισθηματική και, συμπεριφορική). Ενημερώνονται για την σχέση, αλλά και την αλληλεπίδραση μεταξύ των σωματικών αισθήσεων, των σκέψεων, των συναισθημάτων και των συμπεριφορών. Αναγνωρίζονται οι φαύλοι κύκλοι που έχουν οδηγήσει στο πρόβλημα του χρόνιου πόνου.

Επιπλέον γίνεται μνεία για την ιδιότυπη σχέση που διέπει όλες τις γνωσιακές ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις, η οποία έχει ονομαστεί «**θεραπευτικός συνεργατισμός**» (collaborative empiricism). Η έννοια "εγώ και εσύ μαζί να προσπαθήσουμε να λύσουμε το πρόβλημά σου" και όχι "θα αναλάβω να σε κάνω καλά" καθορίζει το πλαίσιο της θεραπευτικής σχέσης. Ο ασθενής ενημερώνεται ότι ο στόχος της θεραπείας είναι πως "να αντιμετωπίσει" (cope) το πρόβλημα και όχι πώς να το "εξαλείψει" (cure). Όλες οι τεχνικές (αρχικά συμπεριφορικής εμπνεύσεως και αργότερα περισσότερο γνωσιακές) που χρησιμοποιούνται θεωρούνται "πειράματα" τα οποία στοχεύουν στην εξαγωγή των συμπερασμάτων εκείνων που θα τροποποιήσουν μια δυσλειτουργική γνώσια (αντίληψη και βίωση). Παραδείγματος χάριν οι ασκήσεις χαλάρωσης, βοηθητικές για την αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου,¹⁰ διδάσκονται στον ασθενή και ζητάται να τις εφαρμόσει υπό μορφή «πειράματος». Εάν τις πραγματοποιήσει ο ασθενής αποκομίζει οφέλη από την αποτελεσματική αυτή μέθοδο. Αντίθετα εάν δεν τις πραγματοποιήσει ή δεν αποκομίσει κάποια οφέλη ο ασθενής μαζί με τον θεραπευτή αναζητούν τους λόγους που παρεμποδίστηκε αυτή η παρέμβαση, ώστε να

βρουν ένα καινούργιο "πείραμα". Οι συχνότερα χρησιμοποιούμενες τεχνικές στοχεύουν στο να αναδειχθούν οι μηχανισμοί που αυξάνουν την ένταση του πόνου. Ο ασθενής στο τέλος της συνεδρίας συνοψίζει τα λεχθέντα και τη σημασία τους για τον ίδιο.

Τα περισσότερα γνωσιακά προγράμματα αντιμετώπισης του πόνου περιλαμβάνουν: α) εκπαίδευση για τους παράγοντες, οι οποίοι επηρεάζουν την αντίληψη και την αντιμετώπιση του πόνου, β) ενθαρρύνουν την επαναξιολόγηση της διαδικασίας του πόνου, γ) διδάσκουν νέες μεθόδους αντιμετώπισης μέσα από την απόκτηση δεξιοτήτων και δ) ενθαρρύνουν την αύξηση της άσκησης και των δραστηριοτήτων.

Τα πλέον εμπειριστατωμένα μοντέλα γνωσιακής θεραπείας του πόνου έχουν προταθεί από τους Turk και συν.²⁰ και την Skevington.¹⁷ Σύμφωνα με τους Turk και συν.²⁰ οι **στρατηγικές** για τον έλεγχο του πόνου χωρίζονται σε δύο ομάδες. Η πρώτη ομάδα συμπεριλαμβάνει τεχνικές που στοχεύουν **ν'αλλάξουν την εκτίμηση του πόνου** (appraisal strategies) όπως τεχνικές εκπαίδευσης στην αντιμετώπιση του άγχους, αναγνώριση και βαθμολόγηση πόνου κ.ά, και θεωρούνται ως οι πλέον αποτελεσματικές. Η δεύτερη ομάδα στρατηγικών επιχειρεί να βοηθήσει τον ασθενή να μάθει **να αποσπά την προσοχή του** μακριά από το πόνο (attentional strategies). Χρησιμοποιούν τεχνικές που κυρίαρχο ρόλο έχει η νοητική απεικονητική (imagery). Οι συχνότερα χρησιμοποιούμενες απ' αυτές είναι φαντασίωση ευχάριστων καταστάσεων, ο εστιασμός της προσοχής σε άλλα πράγματα, η φαντασίωση του πόνου ως μούδιασμα κλπ.

Ορισμένοι από τους ασθενείς με χρόνια πόνο δυσκολεύονται να προσαρμοστούν σ' αυτήν την κατάσταση, διότι εμποδίζονται από δυσλειτουργικές σκέψεις και συναισθήματα. Η γνωσιακή προσέγγιση είναι δυνατόν να συνεισφέρει και στην αντιμετώπιση του παθολογικού άγχους ή της κατάθλιψης, καταστάσεις οι οποίες σε πολλές περιπτώσεις ευθύνονται για την αναστολή ορισμένων ασθενών να ξεκινήσουν θεραπευτικό πρόγραμμα για τον πόνο.²

Κριτική των δύο Προσεγγίσεων - Συμπεράσματα

Η συμπεριφοριστική είναι η πρώτη από τις δύο προσεγγίσεις που εφαρμόστηκε στην αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου. Τα θετικά της προσέγγισης αυτής είναι ότι α) είναι εύκολα κατανοητή και αποδεκτή από τους ασθενείς, β) ορισμένοι ωφελούνται πάρα πολύ και όταν γίνεται εξωνοσοκομειακά έχει σχετικά χαμηλό κόστος.⁸ Τα αρνητικά είναι ότι α) δεν λαμβάνεται ουσιαστικά υπόψη η αξιολόγηση των ίδιων των ασθενών, β) είναι ιδιαίτερα δυσχερές να καταγραφούν και να τροποποιηθούν οι λεπτές συμπεριφορές διαίτησης του προβλήματος και γ) είναι δαπανηρή μέθοδος, διότι στις περισσότερες περιπτώσεις αρχικά τουλάχιστον

στον, απαιτείται ενδοσοκομειακή θεραπεία διάρκειας ακόμα και πολλών εβδομάδων.¹⁶

Η συμπεριφοριστική προσέγγιση έχει αποδειχθεί αποτελεσματική σε προσεκτικά επιλεγμένους ασθενείς με χρόνιο πόνο ή σε συγκεκριμένες συμπεριφορές που χρειάζονται να μειωθούν, όταν ο πόνος είναι ανθεκτικός στη θεραπεία. Τέτοιες συμπεριφορές είναι η κατάχρηση αναλγητικών φαρμάκων, η υπερβολική χρήση ιατρικής φροντίδας και η αντίδραση στο πόνο με μη παραγωγικές συμπεριφορές (πχ. ρόλος ανάπηρου).⁷ Επίσης η συμπεριφοριστική προσέγγιση έχει διευρυνθεί με άλλες εμπειρικά τεκμηριωμένες τεχνικές όπως η βιοανάδραση και οι ασκήσεις μυσχάλασης.

Από την άλλη, η εφαρμογή των γνωσιακών παρεμβάσεων για την αντιμετώπιση του πόνου λαμβάνει ολοένα αυξανόμενη υποστήριξη και αποδοχή.⁵ Οι παρεμβάσεις αυτές δεν είναι όμως εφικτές για όλους τους ασθενείς.⁴ Η αποτελεσματικότητα της γνωσιακής προσέγγισης εξαρτάται αφενός μεν από την ικανότητα του ασθενούς να βρίσκει εναλλακτικές θεωρήσεις για την θέση την οποία καταλαμβάνει ο πόνος στη ζωή του ή/και αφετέρου από την δυνατότητά του να χρησιμοποιεί τις τεχνικές με συνεργατικό τρόπο. Ορισμένες μελέτες σύγκρισης της συμπεριφοριστικής παρέμβασης με τη γνωσιακή έδειξαν, ότι η προσθήκη του «γνωσιακού συστατικού» δεν βελτίωσε περαιτέρω την συμπτωματολογία.⁷ Η έλλειψη εξειδικευμένων θεραπειών σε συνδυασμό με την ελλιπή τεκμηρίωση, αναφορικά με την αποτελεσματικότητα της εισαγωγής των «γνωσιακών» παραμέτρων στην ψυχολογική αντιμετώπιση των ασθενών με χρόνιο πόνο οδηγεί σε σκεπτικισμό αναφορικά με την δυνατότητα εφαρμογής αυτής της παρέμβασης σε ευρεία κλίμακα χωρίς την προσθήκη και άλλων παραμέτρων.

Οι νεότερες θεωρίες που απαρτιώνουν τη βιολογική, συμπεριφεριολογική και γνωσιακή προσέγγιση με το κοινωνικό υπόστρωμα του ασθενούς είναι αυτές που πιο πρόσφατα αναπτύχθηκαν και που τώρα διερευνώνται ως προς την εφαρμοσιμότητα και αποτελεσματικότητά τους.¹⁸

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- 1) Beecher H.K. The powerful placebo. *JAMA*, 1955, 159(7), 1602-1607
- 2) De Good D.E. Reducing medical patients' reluctance to participate in psychological therapies: the initial session. *Profes Psychology: Research and Practice*, 1983, 14(5): 570-579.
- 3) Evans .J. Expectancy, therapeutic instructions and the placebo response. In L.White, B. Tursky and G.E. Schwartz (Eds). *Placebo: Theory, Uses and Mechanisms*, Guildford Press, New York, 1985, pp215-228.
- 4) Fernadez E. and Turk D. The utility of cognitive coping strategies for altering pain perception: a meta-analysis. *Pain* 1989, 38(2) 123-136.
- 5) Flor H., Fydrich T. and Turk D.C Efficacy of multidisciplinary pain treatment centers: a metaanalytic review *Pain* 1992, 49: 221-230.
- 6) Fordyce W.E. *Behavioral methods in chronic pain and illness*, Mosby, St Louis 1976.
- 7) Fordyce W.E. Pain and suffering: a reappraisal. *Am. Psychologist*, 1988, 43(4): 276-283.
- 8) Fordyce W.E., Roberts A.H. and Sternbach R.A. A behavioural management of chronic pain: a response to critics. *Pain*, 1985, 22: 113-125.
- 9) Furnham A. *Lay Theories*, Pergamont press, Oxford 1988
- 10) Hillenberg J.B. and Collins F.L. A procedural analysis and review of relaxation training research. *Behav Res and Therapy*, 1982, 20: 237-277.
- 11) Jensen M.P. and Karoly P. Control beliefs, coping efforts and adjustments to chronic pain. *J. Consul and Clin Psychology* 59, 1991, (3): 431-438.
- 12) Manchini V.S., Peterson R.A. and Maruta T. Changes in perception of illness and psychosocial adjustment – findings of a pain management program. *CI Journal of Pain* 1988, 4: 249-256.
- 13) Merskey H., Albe-Fessard D.G., Bonica J.J., Carmen A., Dubner R., Kerr F.W.L., Lindblom U., Mumford J.M., Nathan P.W., Noordenbos W., Pagni C.A., Renaer M.J., Sternbach R.A. and Sunderland S. IASP sub-committee on taxonomy. *Pain*, 1979, 6(3): 249-252.
- 14) Melzack R. and Wall P.D. Pain mechanisms – a new theory. *Science*, 1965, 150: 971-979.
- 15) Παπακώστας Ι. *Γνωσιακή Ψυχοθεραπεία Θεωρία και Πράξη*. Ελληνική Εταιρεία Ερευνας της Συμπεριφοράς (Εκδ.) Αθήνα 1994.
- 16) Schmidt A.J.M. The behavioural management of pain: a criticism of a response. *Pain*, 1987, 30: 285-291
- 17) Skevington S.M. Depression and causal attributions in the early stages of a chronic painful disease: a logitudinal study of early synovitis. *Psychology and Health* 1993, 8: 51-64.
- 18) Skevington M.S. *Psychology of Pain*, Wiley, England 1995.
- 19) Taylor S.E. and Brown J.D. Illusion and well being: a social psychology perspective on mental health. *Psychological Bulletin*, 1988, 103,(2): 193-202.
- 20) Turk D.C., Meichenbaum D. and Genest M. *Pain and behavioural Medicine: A Cognitive-Behavioral Perspective*, Guildford Press, New York 1983.