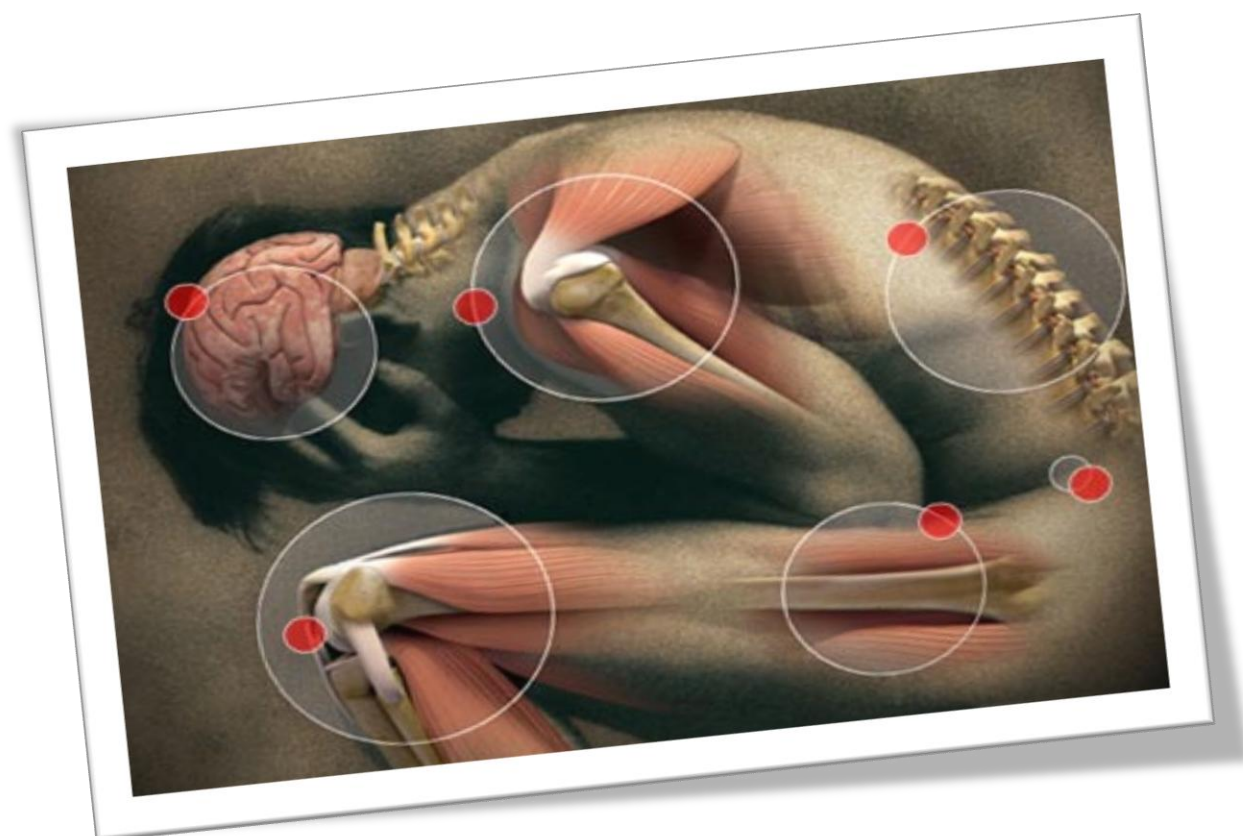


ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΧΡΟΝΙΟΣ ΠΟΝΟΣ : ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ



ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΤΩΝ : Γκίνης Νικόλαος

Χατζηστογιάννη Νίκη

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ : Δρ. Μελισσά Χρυσούλα

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ 2009

ΧΡΟΝΙΟΣ ΠΟΝΟΣ :

ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

Επιμέλεια πτυχιακής εργασίας : Γκίνης Νικόλαος

Χατζηστογιάννη Νίκη

Επίβλεψη πτυχιακής εργασίας : Δρ. Μελισσά Χρυσούλα

Ακαδημαϊκό έτος : 2008 – 2009

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Μελισσά Χρυσούλα – Επιβλέπουσα καθηγήτρια

Σαπουντζή – Κρέπια Δέσποινα

Ζιώγου Θεολογία

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Πρόλογος	5
Εισαγωγή	6
Κεφάλαιο 1ο : Γενικά χαρακτηριστικά του πόνου	9
1.1 Ορισμός και χαρακτηριστικά του πόνου	10
1.2 Παθοφυσιολογία και αίτια του πόνου	13
1.2.1 Περιφερική ευαισθητοποίηση των πρωταρχικών προσαγωγών οδών	15
1.2.2 Κεντρική ευαισθητοποίηση των νευρώνων των οπίσθιων κέρατων του νωτιαίου μυελού	16
1.2.3 Παρατεταμένες μεταβολές στα οπίσθια κέρατα του νωτιαίου μυελού εξαιτίας των προσαγωγών ιών C	17
1.2.4 Μόνιμες μεταβολές στο κεντρικό νευρικό σύστημα	18
1.3 Νευροφυσιολογία του πόνου	20
Βιβλιογραφία	22
Κεφάλαιο 2ο : Αντιμετώπιση πόνου	23
2.1 Εκτίμηση αισθήματος πόνου	24
2.2 Φαρμακευτική αντιμετώπιση αισθήματος πόνου	26
2.3 Αντιμετώπιση χρόνιου πόνου με οπιοειδή	27
2.3.1 Σχεδιασμός θεραπείας χρόνιου πόνου με την χρήση οπιοειδών	29
2.4 Η χρήση μορφίνης στην αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου	32
2.5 Η χρήση ασπιρίνης στην αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου	34

2.6 Η χρήση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων στην αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου	36
2.7 Αντιμετώπιση πόνου με φυσικά μέσα και άσκηση	38
2.8 Αντιμετώπιση πόνου με τη βοήθεια της φυσιοθεραπείας	41
2.9 Θεραπεία με βελονισμό	42
Βιβλιογραφία	45
Κεφάλαιο 3^ο : Χρόνιος πόνος	46
3.1 Stress και πόνος	47
3.2 Ορισμός και χαρακτηριστικά χρόνιου πόνου	48
3.3 Χρόνια νοσήματα και πόνος	50
3.3.1 Χρόνιος πόνος στη Σκλήρυνση κατά Πλάκας	50
3.3.2 Χρόνιος πόνος στα μετατραυματικά σύνδρομα	52
Βιβλιογραφία	54
Κεφάλαιο 4^ο : Ψυχοκοινωνική προσέγγιση του πόνου	55
4.1 Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες στην αντίληψη του πόνου	56
4.2 Η ψυχοθεραπεία στην αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου	60
4.2.1 Τα κυριότερα είδη της ψυχοθεραπείας	61
4.3 Γνωστική θεραπεία συνδρόμων χρόνιου πόνου	67
Βιβλιογραφία	71
Επίλογος	72

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Ο πόνος, οξύς ή χρόνιος, είναι ένα χαρακτηριστικό του ανθρώπινου οργανισμού που τον προειδοποιεί είτε για κάποια σωματική είτε ακόμα και για ψυχολογική πάθηση. Το μεγαλύτερο ποσοστό του ανθρώπινου πληθυσμού πάσχει ή έχει μεγάλες πιθανότητες να εμφανίσει αργότερα οξύ ή χρόνιο πόνο. Παρόλα αυτά όμως η ενημέρωση που υπάρχει στο ευρύ κοινό γύρω από τον πόνο είναι ελλιπής. Επειδή όμως θεωρούμε ότι και στο νοσηλευτικό χώρο δεν είναι ευρέως γνωστά τα νεότερα δεδομένα για την αντιμετώπιση του πόνου, αποφασίσαμε να ασχοληθούμε με αυτό το θέμα στην πτυχιακή μας εργασία.

Στην εργασία μας αυτή προσεγγίζουμε αφενός την πραγματικότητα που βιώνει ο ασθενής που πονά καθώς και αυτή του φιλικού ή και οικογενειακού του περιβάλλοντος, και αφετέρου τους τρόπους για να την αντιμετώπιση του πόνου. Τόσο το ιατρικό όσο και το νοσηλευτικό προσωπικό οφείλουν να ενημερώσουν το οικογενειακό περιβάλλον ενός ασθενή με χρόνια πόνο, ώστε να βοηθήσουν όσο το δυνατόν καλύτερα τον ασθενή.

Τέλος θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τον ιατρό Νικόλαο Τσέπη, παιδίατρο στο νοσοκομείο Γεννηματάς, για το υλικό που μας παρείχε και την καθηγήτριά μας Δρ Μελισσά Χρυσούλα που μας βοήθησε να ολοκληρώσουμε αυτήν την προσπάθεια.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι αρχαίοι Έλληνες υποστήριζαν ότι ένας υγιής νους βρίσκεται πάντα μέσα σε ένα υγιές σώμα. Πολυάριθμες, όμως, μελέτες αποκαλύπτουν πως το ευ ζην επηρεάζεται άμεσα από την ψυχική διάθεση του ανθρώπου. Η αμφίδρομη επιρροή ανάμεσα στο σώμα και το πνεύμα είναι πλέον αποδεκτή σε τέτοιο βαθμό, ώστε να θεωρείται φυσιολογική και δεδομένη η κατάπτωση του σώματος αν και το πνεύμα νοσεί.

Οι αρχέγονες ρίζες του ανθρώπινου πόνου αντηχούν στην κραυγή του νεογνού, ένδειξη της πρώτης τραυματικής εμπειρίας κατά τη μετάβαση από την αμνιωτική στην έμβια ζωή. Κάθε ανθρώπινη πράξη διατρέχει την πορεία της από το λίκνο ως το θάνατο, στενά συνυφασμένη με τη διεισδυτική παρουσία του πόνου. Ο Todd (1985) αναφέρει: «χωρίς αυτόν η ζωή θα ήταν μια ισοπεδωτική αυταρέσκεια και το ανθρώπινο γένος δεν θα είχε επιβιώσει» (Καλλιστράτος 2004).

Στις χλιετηρίδες της ιστορίας, ο άνθρωπος προσπάθησε να κατανοήσει την φύση του επιβλαβή ευεργέτη του, αλλά ακόμη και σήμερα αντιμετωπίζει με δέος το αντιφατικό αυτό φαινόμενο, το οποίο αποτελεί ταυτόχρονα ευλογία και κατάρα. Αφενός ο πόνος, ως σημαντικός αμυντικός μηχανισμός, λειτουργεί σαν σηματοδότης κινδύνου του οργανισμού. Παράλληλα, μπορεί να αποβεί μέσο απόκτησης δύναμης, βάθους και αληθινής σοφίας, καθώς και να προσφέρει ευκαιρίες για ηρωισμό. Ο πόνος μεγαλώνει τις διατάσεις της ψυχής. Αφετέρου ο πόνος είναι ταπεινωτικός και γίνεται απάνθρωπος. Απειλεί την αυτονομία του ατόμου – καταστρέφει κάθε έννοια αυτοεκτίμησης – συνοδεύεται από συναισθήματα απελπισίας, εξάρτησης, αχρηστοζωίας και μοναξιάς. Και το μέγιστο καταστρέφει τη θέληση για ζωή. Ιδιαίτερα όταν συνοδεύει τη βαριά ή άγνωστης προέλευσης ασθένεια, απειλεί τα θεμέλια της προσωπικότητας του ανθρώπου, την κοινωνική του θέση, την οικονομική του κατάσταση, την ακεραιότητά του και καμιά φορά και την ίδια του τη ζωή.

Από τη λίθινη εποχή αναζητούνται τρόποι ερμηνείας και αντιμετώπισής του. Το πανάρχαιο αυτό βιολογικό φαινόμενο αναγνωρίζεται από τις μυθολογίες όλων των αρχαίων λαών σαν ένας από τους αρχαιότερους εχθρούς του ανθρώπου. Μετά την επαφή της αρχέγονης αντιμετώπισής του με μαγικά φίλτρα ή μαγικές επωδές έρχεται η ώρα των φυτικών φαρμάκων (Καλλιστράτος 2004).

Τα πρώτα ελληνικά στοιχεία αντιμετώπισης πόνου αποκαλύπτονται στην ελληνική μυθολογία και τα ομηρικά κείμενα. Ο πόνος ήταν γιος της Έριδας και εγγονός της Νύχτας και

δόθηκε σαν εκδίκηση στους ανθρώπους μετά την κλοπή της φωτιάς από τον Προμηθέα. Ο Ασκληπιός, γιος του Απόλλωνα, που είναι ο θεός θεραπευτής, θεωρείται ειδικός στην καταπολέμηση του πόνου.

Την Ομηρική περίοδο παρατηρείται μέγιστη ανάπτυξη της ανατομίας, της τραυματιολογίας και της βιολογίας. Ως θεραπευτικά μέσα δεν χρησιμοποιούνται μαγικά μόνο επικλήσεις και εξορκισμοί αλλά δεξιοτεχνική ικανότητα με ήπια φάρμακα (βότανα) και χειρουργικές επεμβάσεις. Μέχρι και την εποχή της επιστημονικής περιόδου, που αρχίζει με τους προσωκρατικούς φιλόσοφους και πριν τον Ιπποκράτη, πίστευαν ότι το κέντρο του πόνου ήταν η καρδιά και η θεραπεία του γίνεται με πρακτικό τρόπο ή με μαγικοθησκευτικές τελετές. Ο Ιπποκράτης (460-360 π.Χ) δέχεται ως κέντρο των αισθήσεων τον εγκέφαλο και των συναισθημάτων την καρδιά και ισχυρίζεται ότι οποιαδήποτε διαταραχή στα τέσσερα στοιχεία του σώματος (φως – αέρας – γη – νερό) δημιουργούν πόνο. Χρησιμοποίησε περιορισμένα το όπιο, προτιμώντας άλλους τρόπους αναλγησίας όπως το μασάζ, τη θερμότητα, τα ιαματικά λουτρά, τα καταπλάσματα (Ντίνκα 2004).

Στους Βυζαντινούς χρόνους ο Αλέξανδρος ο Τραλλιανός και ο Νικόλαος ο Μυρεψός στο περίφημο «Αντιδοτάριο» του μελέτησαν τις ιδιότητες του οπίου. Με την επίδραση του Χριστιανισμού ακμάζει η φιλανθρωπία και η έμπρακτη έκφραση ενδιαφέροντος στους πάσχοντες συνανθρώπους χωρίς διάκριση. Αρχικά η νοσηλευτική φροντίδα παρέχεται από άνδρες και γυναίκες της εκκλησίας. Αργότερα οι επαγγελματίες νοσηλευτές ανακουφίζουν τους πάσχοντες κάτω από την επίβλεψη και σκέπη της εκκλησίας στους ξενώνες ή στο σπίτι τους.

Στον Μεσαίωνα χρησιμοποιήθηκαν ευρέως σαν παυσίπονα, το ακόνιτο, η νεοσκιαμίνη και η μπελαντόνα. Την περίοδο της Αναγέννησης χρησιμοποιούνται φυσικά παυσίπονα (όπιο, βότανα, μανδρακας) (Ευαγγελάτος, Βαϊόπουλος 2008). Το 18^ο αιώνα γίνονται από τον Stoerk οι πρώτες φαρμακολογικές πειραματικές μελέτες και το 1803 αποχωρίζεται για πρώτη φορά σε καθαρή μορφή το αλκαλοειδές του οπίου από τον Sertuner που του δίνει το όνομα Μορφίνη, από τον Μορφέα, θεό του ύπνου στην αρχαία Ελληνική Μυθολογία (Ντίνκα 2004). Τον 19^ο αιώνα παρασκευάζεται από τον Loewic το σαλικυλικό οξύ, εμφανίζονται τα συνθετικά αναλγητικά και συντίθεται το ακετυλοσαλικυλικό οξύ (1897) από τον χημικό Fr Bayer. Επίσης απομονώνονται από τον Bybiquyer (1839) η κωδεΐνη, τον Merk (1843) η παπαβερίνη, τον Niemann (1859) η κοκαΐνη ενώ ο Morton (1847) χρησιμοποιεί τον αιθέρα (Ντίνκα 2004).

Στα μέσα του 19^{ου} αιώνα, μετά τη διείσδυση του οπίου στην Κίνα η ακετυλίωση της μορφίνης φέρνει στον κόσμο τη θυγατέρα της ηρωίνη προσφιλές αντικείμενο των εμπόρων ναρκωτικών (Ευαγγελάτος, Βαϊόπουλος 2008).

Η τεράστια επιστημονική και τεχνολογική πρόοδος του 20^{ου} αιώνα, η πρόοδος της αναισθησιολογίας, νέες χειρουργικές επεμβάσεις, η ακτινοθεραπεία και νέα φάρμακα με εκλεκτική δράση συνέβαλαν στην αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση του πόνου (Ευαγγελάτο, Βαϊόπουλος 2008).

Η παρούσα πτυχιακή εργασία αποτελεί μια προσπάθεια περιγραφής της νευροφυσιολογίας, των αιτιών και των χαρακτηριστικών του πόνου. Αναλύεται επίσης η αντιμετώπιση του πόνου με τη βοήθεια φαρμακευτικών και μη μέσων. Στη συνέχεια αναπτύσσεται ο χρόνιος πόνος και πώς αυτός επηρεάζει την καθημερινότητα του ασθενούς. Τέλος προσεγγίζεται το κομμάτι της ψυχοκοινωνικής προσέγγισης του πόνου.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Ευαγγελάτος Ν.Γ., Βαϊόπουλος Α.Γ. 2008. «Ολιστική Ιατρική: Ολική Επαναφορά». Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής, 25(6): 790 – 798. www.mednet.gr
2. Καλλιστράτος Η., 2004. «Θεωρίες του πόνου», 18^ο Συνέδριο ελληνικής εταιρείας φυσικοθεραπείας, 3-5 Δεκεμβρίου 2004, Αθήνα
3. Ντίνκα Λ., 2004. «Οξύς και χρόνιος πόνος», 18^ο Συνέδριο ελληνικής εταιρείας φυσικοθεραπείας, 3-5 Δεκεμβρίου 2004, Αθήνα

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1⁰

ΓΕΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ

1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ

Ως «πόνος» ορίζεται η δυσάρεστη αισθητηριακή και συναισθηματική εμπειρία που σχετίζεται με εγκατεστημένη ή επαπειλούμενη ιστική βλάβη. Όμως για κάθε ξεχωριστό άτομο, ο πόνος δεν είναι παρά ένα δυσάρεστο οδυνηρό αίσθημα. Πρόκειται για υποκειμενικό αίσθημα το οποίο μαθαίνει κανείς βάσει των προσωπικών του εμπειριών από νωρίς στην ζωή. Όμως για τον γιατρό ο πόνος δεν υφίσταται παρά μόνο όταν του το πει ο ασθενής (Price & Pierre, 2006).

Ο πόνος μπορεί να είναι οξύς, χρόνιος, φυσιολογικός ή παθολογικός. Ο οξύς είναι ο πόνος με μικρή διάρκεια. Προκαλείται από τραύμα ή χειρουργική επέμβαση, νόσο του δέρματος ή των εν τω βάθει ιστών ή από παθολογική λειτουργία των σπλάχνων. Οι αιτίες προκαλούν ιστική βλάβη που είναι αναστρέψιμη. Από βιολογική άποψη μπορεί να έχει προειδοποιητική, διαγνωστική ή θεραπευτική αξία. Ο οξύς μετεγχειρητικός πόνος είναι άχρηστος και βλαβερός. Αρχίζει ξαφνικά και εντοπίζεται πολύ εύκολα. Ακόμη επηρεάζει τον καρδιακό ρυθμό και αυξάνει την αρτηριακή πίεση (Kingery 1997).

Ο χρόνιος είναι ο πόνος που διαρκεί πάνω από τρεις μήνες ή επιμένει ένα μήνα πέρα από τη συνηθισμένη πορεία μιας οξείας νόσου ή ενός λογικού χρόνου που απαιτείται για την επούλωση του τραύματος. Μπορεί να διαρκέσει ακόμη και χρόνια. Μπορεί διαχρονικά να αυξομειώνεται ή να παραμένει σταθερός. Επιπλέον έχει τη δυνατότητα να επηρεάζει αρνητικά τον ύπνο, να μειώνει την όρεξη και να προκαλεί κατάθλιψη. Ακόμη εμφανίζεται σε χρόνιες παθολογικές καταστάσεις και μπορεί να υποτροπιάσει (Kremer et al 1981).

Ο φυσιολογικός πόνος μπορεί να προκληθεί από μηχανικό, θερμικό ή χημικό ερέθισμα. Ο όρος χρησιμοποιείται για να καθορίσει μια σειρά παροδικών αισθήσεων που αντιλαμβανόμαστε όταν ένα ερέθισμα έχει ένταση αρκετή για να προκαλέσει βλάβη στους ιστούς ή τραύμα μικρής έκτασης, το οποίο όμως δεν προκαλεί εκτεταμένη αντιδραστική φλεγμονή, ούτε βλάβη του νευρικού συστήματος. Στις αρχές του αιώνα χρησιμοποιήθηκε ο όρος «*noxious*», που σημαίνει βλαβερό για να περιγράψει ακριβώς αυτό το τύπο του ερεθίσματος (Kremer et al 1981).

Πειραματικά έχει δημιουργηθεί συγκεκριμένος ουδός κατά τον οποίο η αίσθηση παύει να είναι πίεση και γίνεται επώδυνο ερέθισμα. Η ένταση του ερεθίσματος που φθάνει την ουδό του πόνου είναι όμοια με αυτήν που προκαλεί το αντανακλαστικό απόσυρσης, το τράβηγμα δηλαδή ή την απομάκρυνση του μέλους από το βλαπτικό ερέθισμα. Η σχέση μεταξύ

της έντασης του ερεθίσματος και της απάντησης σε αυτό είναι ποσοτική, μέχρις ότου το ερέθισμα ξεπεράσει τα όρια ανοχής (Lawrence et al 2003).

Ο φυσιολογικός πόνος πρέπει να διακρίνεται από την δυσάρεστη αίσθηση που προκαλείται από αβλαβή ερεθίσματα “*innocuous stimuli*”, καθώς στην περίπτωση αυτή αφ’ ενός παρεμβάλλονται ψυχολογικοί παράγοντες όπως το άγχος και αφ’ ετέρου ο πόνος εκδηλώνεται με αντιδράσεις από το αυτόνομο νευρικό σύστημα.

Η έννοια του φυσιολογικού πόνου ανταποκρίνεται στη λειτουργία των φυσιολογικών αισθήσεων. Αποτελεί φυσιολογικό προστατευτικό μηχανισμό, καθώς μας απομακρύνει από τους έστω και παροδικά βλαπτικούς παράγοντες (Lawrence et al 2003). Στην καθημερινή ζωή αγγίζοντας κρύα ή ζεστά αντικείμενα, δεχόμενοι πίεση από έντονο ερέθισμα, τσίμπημα, έχουμε πολλαπλές ευκαιρίες να αντιληφθούμε τι σημαίνει φυσιολογικός πόνος και να εκτιμήσουμε τις δυνατότητες ανοχής μας σε αυτόν.

Ο παθολογικός πόνος είναι η αίσθηση που προκαλείται είτε από μια φλεγμονώδη αντίδραση που συνοδεύει ιστικό τραύμα, είτε από βλάβη του νευρικού συστήματος. Γι’ αυτό διακρίνεται σε φλεγμονώδη και νευρολογικό. Παρά τις μεταξύ τους διαφορές, έχουν ενδιαφέροντα κοινά χαρακτηριστικά που τους διακρίνουν από το νευρολογικό πόνο. Ο πόνος μπορεί να συμβεί κατά την απουσία εμφανούς ερεθίσματος, ενώ η απάντηση σε ερέθισμα μεγαλύτερου ουδού μπορεί να είναι υπερβολική ως προς το μέγεθος ή τη διάρκεια του ερεθίσματος. Η ουδός για την πρόκληση του πόνου ελαττώνεται σε επίπεδα, που φυσιολογικά ένα αβλαβές ερέθισμα μπορεί να προκαλέσει πόνο. Επίσης η αίσθηση του πόνου μπορεί να επεκταθεί από το σημείο του τραύματος σε μη τραυματισμένη περιοχή. Τέλος μπορεί να δημιουργηθούν παθολογικές αλληλεπιδράσεις μεταξύ του συμπαθητικού και το σωματοαισθητικού συστήματος (Mercandante 1997).

Κατά τον παθολογικό πόνο διακόπτεται η εκλεκτικότητα ή εξειδίκευση του σωματοαισθητικού συστήματος και παρατηρείται δυσαρμονία μεταξύ ερεθίσματος και απάντησης. Το ερέθισμα δεν προκαλεί αντίστοιχη απάντηση. Δεν υπάρχει «κατάλληλο ερέθισμα». Ο πόνος μπορεί να προκληθεί από ασήμαντο ερέθισμα, να είναι έντονος και εξαιρετικά παρατεταμένος (Mercandante 1997).

Υπάρχουν όμως και δευτερεύοντα σημεία που χαρακτηρίζουν τον πόνο. Μερικά από αυτά είναι τα εξής: (Portenoy, Hagen 1990)

- Σωματικό άλγος, το οποίο εμφανίζεται στα οστά, στους μύες, στους τένοντες, στα αγγεία και συχνά αναφέρεται ως μυοσκελετικός πόνος. Συνήθως είναι οξύς και καλά εντοπισμένος. Μπορεί να αναπαραχθεί με την παύση ή μετακίνηση της πάσχουσας περιοχής και τις περισσότερες φορές έχει μακρύτερη διάρκεια.
- Δερματικό άλγος, το οποίο οφείλεται σε κακώσεις του δέρματος ή των επιφανειακών ιστών και συνήθως είναι καλά περιγραφόμενος, εντοπισμένος πόνος μικρής διάρκειας.
- Σπλαχνικό άλγος, το οποίο προέρχεται από εσωτερικά όργανα στις κοιλότητες του σώματος όπως ο θώρακας (καρδιά και πνεύμονες), η κοιλιακή κοιλότητα (ήπαρ, σπλήνας, έντερα) και πύελος (ωοθήκες, ουροδόχος κύστη, μήτρα). Είναι περισσότερο βύθιος, ασαφής και συχνά δύσκολο να εντοπισθεί. Ακόμη είναι μακρύτερης διάρκειας και μερικές φορές με μορφή κολικού ή κράμπας
- Άλγος μικτής αιτιολογίας. Σε αυτό τον τύπο πόνου εμπλέκονται τόσο μηχανισμοί διέγερσης των αλγοϋποδοχέων όσο και νευροπαθητικοί. Για παράδειγμα σε ασθενείς με καρκίνο, ο πόνος μπορεί να οφείλεται στην πρόκληση φλεγμονής στους ιστούς που περιβάλλουν τον όγκο όπου με την σειρά της να προκαλεί τον εγκλωβισμό του νεύρου. Η χρόνια οσφυαλγία επίσης μπορεί να έχει μικτή αιτιολογία. Οφείλεται συχνά σε συνδυασμό ερεθισμού των αλγοϋποδοχέων και νευροπαθητικών μηχανισμών.
- Νευροπαθητικό άλγος. Ο τύπος αυτός του πόνου ακολουθεί την πρόκληση βλάβης στο περιφερικό ή κεντρικό νευρικό σύστημα. Δεν εμπλέκονται ειδικοί υποδοχείς και ο πόνος δημιουργείται από την δυσλειτουργία των νευρικών κυττάρων. Στην περίπτωση του νευρικού άλγους, ο πόνος δημιουργείται μέσα στο ίδιο το νευρικό σύστημα. Στην περίπτωση του αποκαλούμενου «συμπαθητικού» άλγους, ο πόνος οφείλεται στην υπερλειτουργία περιφερικών ή και κεντρικών νευρικών μηχανισμών.

1.2 ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΑΙΤΙΑ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ

Ο πόνος αποτελείται από δυο βασικά στοιχεία. Αρχικά από την αντίληψη του επώδυνου ερεθίσματος, το οποίο προϋποθέτει ακεραιότητα του εγκεφαλικού φλοιού. Ακόμη σ' αυτήν οφείλεται η εκτίμηση της έντασης, της ποιότητας, της προέλευσης και της διάρκειας του πόνου. Επιπλέον μεταβάλλεται από φάρμακα, προμετωπιαία λευκοτομή, καταστροφή του νωτιαίου μυελού, όμως στη περίπτωση αυτή το άτομο αντιλαμβάνεται τον πόνο αλλά δε μπορεί να καθορίσει την αιτία του.

Επίσης αποτελείται από την απάντηση στο επώδυνο ερέθισμα, το οποίο εκφράζεται άμεσα μέσω των απαγωγών νεύρων του κινητικού συστήματος όπως είναι η ομιλία και η κίνηση, καθώς και του αυτόνομου συστήματος όπως είναι η καρδιά, τα αγγεία και τα σπλάχνα. Ακόμη η απάντηση με εκούσια κίνηση προϋποθέτει επικοινωνία με το φλοιό. Έπειτα η απάντηση με ακούσια κίνηση φανερώνει επικοινωνία με κατώτερα κέντρα και δεν απαιτεί αντίληψη του ερεθίσματος. Τέλος η απουσία απάντησης εξ αιτίας μυϊκής παράλυσης ή και αποκλεισμού του συμπαθητικού, δεν προδικάζει την αναλγησία, αλλά μια από τις πιο δραματικές καταστάσεις (Price & Pierre 2006).

Συνοπτικά τα αίτια του πόνου είναι τα εξής:

1. Καρκίνος
2. Οστεοαρθρίτιδα
3. Ρευματοειδής αρθρίτιδα
4. Χαμηλή οσφυαλγία
5. Αποτυχημένη χειρουργική επέμβαση
6. Κατάγματα και οστεοπόρωση
7. Πόνος εξαιτίας της διέγερσης των αλγοϋποδοχέων

Στην τελευταία περίπτωση οι υποδοχείς αποκαλούμενοι αλγοϋποδοχείς παίζουν κεντρικό ρόλο. Οι αλγοϋποδοχείς είναι υποδοχείς των αισθητικών νευρώνων που ανευρίσκονται στο δέρμα ή τους βλεννογόνους των εσωτερικών οργάνων. Πόνος δημιουργείται όταν οι υποδοχείς αυτοί ενεργοποιούνται από δυνητικά καταστροφικά ερεθίσματα. Διαφορετικά είδη αλγοϋποδοχέων αντιλαμβάνονται διαφορετικά είδη ερεθισμάτων:

- Θερμικοί αλγοϋποδοχείς που ενεργοποιούνται από επιβλαβή επίπεδα ψύχους ή θερμοκρασίας

- Μηχανικοί αλγοϋποδοχείς που αντιλαμβάνονται την υπερβολική πίεση ή παραμόρφωση.
- Χημικοί αλγοϋποδοχείς που είναι ευαίσθητοι σε χημικές ουσίες (Price & Pierre 2006).

Η αντίληψη του άλγους επίσης συμβαίνει όταν οι αλγοϋποδοχείς ενεργοποιούνται και μεταδίδουν ερεθίσματα διαμέσω αισθητικών νευρώνων στο νωτιαίο μυελό. Τα ερεθίσματα ταξινομούνται στον υποθάλαμο, το τμήμα του εγκεφάλου όπου σχηματοποιείται η αντίληψη του πόνου. Από τον θάλαμο το ερέθισμα μεταφέρεται σε άλλα τμήματα του εγκεφάλου οπότε και το άτομο αντιλαμβάνεται πλήρως τον πόνο (Dennis & Herta 2006).

Ωστόσο δεν υπάρχει ένας παθοφυσιολογικός μηχανισμός υπεύθυνος για την πρόκληση του πόνου. Ο φυσιολογικός πόνος προκαλείται από ενεργοποίηση υποδοχέων υψηλού ουδού ερεθίσματος οι οποίοι βρίσκονται στην περιφέρεια και από τους οποίους το ερέθισμα μέσω του νωτιαίου μυελού ακολουθώντας ορισμένες ανιούσες οδούς, μεταφέρεται στον εγκέφαλο. Αντίθετα ο παθολογικός πόνος φαίνεται ότι προκαλείται από διαταραχές του σωματοαισθητικού συστήματος, οι οποίες μπορεί να προκληθούν από διάφορες καταστάσεις.

Η διάκριση μεταξύ «διαφορετικών τύπων» πόνου δεν είναι απόλυτη. Σε μερικές καταστάσεις παρατηρείται συσχέτιση μεταξύ τους. Για παράδειγμα ο φυσιολογικός πόνος που προκαλείται από κάποιο αβλαβές ερέθισμα μπορεί να μεταβληθεί σε φλεγμονώδη πόνο και αυτός αντίστοιχα σε νευρολογικό. Το νευρικό σύστημα έχει μια δυνατότητα διαφοροποίησης η οποία είτε το προσαρμόζει προς τις μεταβολές «*adaptive plasticity*», είτε διακόπτει την φυσιολογική λειτουργία του «*maladaptive plasticity*» και δημιουργεί παθολογική κατάσταση του πόνου. Διακρίνουμε τέσσερις κατηγορίες μεταβολών του νευρικού συστήματος οι οποίες μπορεί να προκαλέσουν πόνο:

1. περιφερική ευαισθητοποίηση των πρωταρχικών προσαγωγών οδών
2. κεντρική ευαισθητοποίηση των νευρώνων των οπισθίων κεράτων του νωτιαίου μυελού
3. παθολογικές ιδιότητες κεντρικών κυκλωμάτων
4. μόνιμες μεταβολές στο κεντρικό νευρικό σύστημα (Dennis & Herta 2006).

1.2.1 ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΗ ΕΥΑΙΣΘΗΤΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΠΡΩΤΑΡΧΙΚΩΝ ΠΡΟΣΑΓΩΓΩΝ ΟΔΩΝ

Οι αισθητικές ίνες Aδ και C που μεταφέρουν τα επώδυνα ερεθίσματα από την περιφέρεια, χαρακτηρίζονται από υψηλό ουδό διέγερσης. Δηλαδή διεγείρονται από έντονα ερεθίσματα. Όταν έχουμε ένα τραύμα, ο ουδός του πόνου ελαττώνεται τόσο εντός της περιοχής του τραύματος όσο και στην παρακείμενη περιοχή. Στην περιοχή του τραύματος αυξάνεται η ευαισθησία σε θερμικά και μηχανικά ερεθίσματα, ενώ στην παρακείμενη περιοχή μόνο στα μηχανικά ερεθίσματα.

Οι ακριβείς μοριακοί μηχανισμοί, οι υπεύθυνοι για τις μεταβολές της ευαισθησίας των υποδοχέων του πόνου, δεν είναι γνωστοί. Πολλές από τις ουσίες που ελευθερώνονται άμεσα ή έμμεσα κατά την καταστροφή ιστών, όπως η βραδυκινίνη, η ακετυλοχολίνη, η ισταμίνη, η σεροτονίνη, ιόντα H⁺ και K⁺, η ουσία P, τα λευκοτριένια, οι προσταγλανδίνες, και άλλοι μεταβολίτες του αραχιδανικού οξέος, έχουν την ιδιότητα είτε να διεγείρουν τους υποδοχείς του πόνου είτε να αυξάνουν την ευαισθησία τους (Tunks & Marskey 2001).

Παρά το ότι έχει αναγνωρισθεί ο ρόλος των μαστοκυττάρων στις μεταβολές της ευαισθησίας των υποδοχέων, πρόσφατα δεδομένα δείχνουν, ότι και οι μεταγαγγλιακές συμπαθητικές απολήξεις συμμετέχουν πιθανώς στην ευαισθητοποίηση των υποδοχέων με ελευθέρωση νευροπεπτιδίων ή ATP. Οι μεταβολές της ευαισθησίας του υποδοχέως προφανώς οφείλονται στη φωσφορυλίωση του η οποία προκαλείται από μια σειρά αντιδράσεων:

Εάν για παράδειγμα μια από τις ουσίες που ελευθερώνονται κατά την φλεγμονή «πρώτος αγγελιοφόρος», συνδεθεί με έναν υποδοχέα μιας προσαγωγού νευρικής απόληξης και δημιουργήσει μεταβολές στο επίπεδο του «δεύτερου αγγελιοφόρου», τότε η ενεργοποίηση του αγγελιοφόρου αυτού, ο οποίος μπορεί να είναι ένα νευροπεπίδιο ή ATP, οδηγεί στη φωσφορυλίωση του υποδοχέα της κυτταρικής μεμβράνης, στην αύξηση της ευαισθησίας ή στη διέγερση του.

1.2.2 ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΕΥΑΙΣΘΗΤΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΝΕΥΡΩΝΩΝ ΤΩΝ ΟΠΙΣΘΙΩΝ ΚΕΡΑΤΩΝ ΤΟΥ ΝΩΤΙΑΙΟΥ ΜΥΕΛΟΥ

Οι περιφερικές απολήξεις των πρωταρχικών προσαγωγών νευρώνων είναι εξειδικευμένες για τη διάκριση των ερεθισμάτων που δέχεται η επιφάνεια του σώματος. Προς το κέντρο η εξειδίκευση διατηρείται με την κατανομή των κεντρικών απολήξεων των προσαγωγών αυτών νευρώνων στα οπίσθια κέρατα της φαιάς ουσίας του νωτιαίου μυελού. Ενδοκυττάριας *in vivo* μελέτες των νευρώνων των οπίσθιων κεράτων του νωτιαίου μυελού αποκάλυψαν τον τρόπο αντίληψης του ερεθίσματος «*receptive plasticity*» καταδεικνύοντας την ύπαρξη δύο περιοχών διαφορετικού ουδού διέγερσης (Tunks & Marskey 2001).

Στην πρώτη «*impulse firing zone*» γίνονται αντιληπτά ερεθίσματα υψηλού ουδού. Στη δεύτερη «*subliminal zone*» γίνονται αντιληπτά ερεθίσματα μικρότερου ουδού. Η περιοχή όμως αυτή κάτω από ορισμένες συνθήκες ενεργοποιείται, με αποτέλεσμα να δέχεται τα μέχρι προ τίνος χαμηλού ουδού ερεθίσματα σαν ερεθίσματα υψηλού ουδού και να αυξάνει την αντίληψη τους. Κάτω από φυσιολογικές καταστάσεις τα μετασυναπτικά δυναμικά που προκαλούνται από διέγερση των αρχικών προσαγωγών απολήξεων, για ελάχιστο διάστημα *milliseconds* προκαλούν κάποια διεγερσιμότητα στους νευρώνες, η οποία ελαχιστοποιείται με την ανασταλτική δράση μηχανισμών που προέρχονται από τον εγκέφαλο ή το νωτιαίο μυελό (Dennis & Herta 2006).

Όταν όμως το περιφερικό τραύμα διεγείρει προσαγωγές οδούς υψηλού ουδού, αυτές ενεργοποιούν στο νωτιαίο μυελό το φαινόμενο της κεντρικής ευαισθητοποίησης το οποίο συνεπάγεται δραστηριοποίηση και των δύο ζωνών αντίληψης, με αποτέλεσμα το ερέθισμα να τροποποιείται τόσο στο επίπεδο του νωτιαίου μυελού όσο και σε υψηλότερα κέντρα.

1.2.3 ΠΑΡΑΤΕΤΑΜΕΝΕΣ ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΣΤΑ ΟΠΙΣΘΙΑ ΚΕΡΑΤΑ ΤΟΥ ΝΩΤΙΑΙΟΥ ΜΥΕΛΟΥ ΕΞΑΙΤΙΑΣ ΤΩΝ ΠΡΟΣΑΓΩΓΩΝ ΙΝΩΝ C

Η πιο ικανοποιητική εξήγηση αναφέρει τρεις διαφορετικές δραστηριότητες στα οπίσθια κέρατα:

1. Με ένα ταχείας δράσης μεταβιβαστή, που ελευθερώνεται στις περιφερικές απολήξεις κατά την εφαρμογή του ερεθίσματος, μεταφέρεται το ερέθισμα μόνο στα κύτταρα με τα οποία συνδέονται άμεσα μονοσυναπτικά οι απολήξεις που έχουν διεγερθεί. Οι πληροφορίες που μεταδίδονται με τον τρόπο αυτό αφορούν την προέλευση, την έναρξη, την διάρκεια, και την ένταση μιας υψηλής εντάσεως περιφερικού ερεθίσματος.
2. Παράλληλα, από τις ίδιες απολήξεις ελευθερώνονται και άλλοι νευρορρυθμιστές, οι οποίοι παράγουν ένα αργό δυναμικό, το οποίο κάνει τις προσαγωγές ίνες να απαντούν προοδευτικά όλο και περισσότερο όταν διεγείρονται κατ' επανάληψιν. Έτσι ερέθισμα ίδιας εντάσεως, προκαλεί προοδευτικά όλο και μεγαλύτερη απάντηση, σαν αποτέλεσμα άθροισης των χαμηλών δυναμικών.
3. Σύντομα ερεθίσματα που μεταφέρονται με τις ίνες C, προκαλούν παρατεταμένες μεταβολές στην αντίληψη τους στα οπίσθια κέρατα. Οι μεταβολές αυτές διαρκούν πολύ περισσότερο από το ερέθισμα και την αποπόλωση που δημιουργείται.

Ταχύς μεταβιβαστής φαίνεται ότι είναι το γλουταμινικό οξύ. Παράλληλα η ελευθέρωση πεπτιδίων όπως της ουσίας P ή πεπτιδίων με γονίδιο καλσιτονίνης, τα οποία ευρίσκονται στις απολήξεις της ίδιας προσαγωγού ίνας αυξάνουν τη διάρκεια της δημιουργίας δυναμικού. Δρουν στους δίαυλους Ca^{++}/Na^{+} και ελαττώνουν την έξοδο K^{+} από τα κύτταρα (Scott & Huskisson 1976).

1.2.4 ΜΟΝΙΜΕΣ ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΣΤΟ ΚΕΝΤΡΙΚΟ ΝΕΥΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Σε όλα σχεδόν τα σημεία του σώματος μας υπάρχουν υποδοχείς πόνου, δηλαδή ειδικά διαμορφωμένα νευρικά κύτταρα, που όταν διεγερθούν με το κατάλληλο ερέθισμα θα δώσουν την πρώτη πυροδότηση σε μια μακρά νευρική οδό που θα καταλήξει στον εγκέφαλο. Εκεί, στον φλοιό του εγκεφάλου θα αναγνωρισθεί συνειδητά η περιοχή του πόνου και θα αποφασιστούν οι συνειδητές επιλογές συμπεριφοράς προς αποφυγήν του καθώς και ο τρόπος.

Πέρα όμως από την συνειδητή αξιολόγηση και αντιμετώπιση του και μάλιστα σε χρόνο προγενέστερο της άφιξης του σήματος στο φλοιό. Ο πόνος προκαλεί αυτόματες και ασυνείδητες αντιδράσεις στις λειτουργίες του σώματος όπως για παράδειγμα ταχυκαρδία, υπέρταση, μυδρίαση, εφίδρωση καθώς και αυτόματες ακούσιες κινητικές αντιδράσεις φυγής, πέρα από το εκούσιο σχέδιο δράσης που θα επεξεργαστεί και θα διατάξει τελικά ο φλοιός (Eccleston 2001).

Στην συνέχεια θα παρουσιάσουμε τη διάδοση του πόνου και την τοπογραφική αναγνώρισή του εκ μέρους του εγκεφάλου. Υπάρχει το φαινόμενο προβολής του πόνου, όπου ο πόνος μας γίνεται αντιληπτός σε άλλο μέρος του σώματος από αυτό που πάσχει πραγματικά. Στο πόνο αυτό εντάσσεται ο πόνος του εμφράγματος που μπορεί να προβάλλει σε πολλά σημεία εκτός της καρδιάς. Ακόμη υπάρχει ο πόνος του μέλους «φάντασμα», ο οποίος πόνος αναφέρεται στον ασθενή που έχει ακρωτηριαστεί κάποιο άκρο του, όμως αυτό εξακολουθεί να πονάει σαν να υπάρχει ακόμα, αντί να πονάει στο σημείο του ακρωτηριασμού (Ramachandran & Hirstein 1996). Υπάρχουν επίσης άνθρωποι οι οποίοι βρίσκονται συνεχώς σε κίνδυνο, επειδή δεν αντιλαμβάνονται το προειδοποιητικό σημείο του πόνου, το οποίο μπορεί να τους προστατεύει. Αυτοί οι άνθρωποι συνήθως γεννιούνται με την έλλειψη αίσθησης του πόνου λόγω κάποιων παθολογικών καταστάσεων.

Ο πόνος είναι πολύ σημαντικός για την επιβίωση του οργανισμού, καθώς μας προειδοποιεί ότι κάτι δεν πάει καλά και έτσι επιτρέπει την αναγνώριση της αιτίας που προκαλεί είτε οξύ είτε χρόνιο πόνο. Για να καταφέρει ένα ερέθισμα να παραληφθεί από τους υποδοχείς του πόνου, πρέπει να διαθέτει ένα δυναμικό ενέργειας αρκετό ώστε να διαβεί τον ουδό (είσοδο) πόνου του συγκεκριμένου υποδοχέα. Με αυτόν τον τρόπο αποκλείονται ερεθίσματα με μη ικανά βλαπτικό χαρακτήρα. Αξιοσημείωτο δε είναι ότι με τους ίδιους υποδοχείς γίνεται η μετάδοση και άλλων αισθήσεων, όταν αυτοί διεγείρονται με άλλης ποιότητας ερεθίσματα. Ο ουδός του πόνου είναι ένα νευροφυσιολογικό μέγεθος αντικειμενικά μετρήσιμο, ανεξάρτητο εν πολλοίς από άλλες

υποκειμενικές παραμέτρους τελικής αξιολόγησής του. Δεν είναι ο ίδιος σε όλους τους ανθρώπους και εκτός από εμπειρικά δεδομένα, έχουν αποδειχθεί γενετικές διαφορές που δίνουν στο καθένα μας ένα διαφορετικό νευροφυσιολογικό προφίλ στην πρόσληψη του πόνου.

Ακόμη όμως και στο ίδιο άτομο, ο ουδός του πόνου μπορεί να ανατραπεί υπό κάποιες συνθήκες. Χαρακτηριστικό παράδειγμα, είναι το «κινέζικο βασανιστήριο της σταγόνας», όπου ακινητοποιημένος ο βασανιζόμενος δέχεται την πτώση μιας σταγόνας νερού πάντα στο ίδιο σημείο για πολλές ώρες. Στην αρχή η πτώση αυτή δε καταφέρνει να διαβεί την ουδό του πόνου. Η συνεχής όμως τοπική διέγερση τελικά προκαλεί πλήρη άρση αυτής της ουδού και η σταγόνα προκαλεί όλο και περισσότερο πόνο. Το παράδειγμα αυτό δείχνει ότι ο πόνος χρησιμοποιήθηκε και εξακολουθεί να χρησιμοποιείται από τους ανθρώπους κατά κόρον ως μέσω παιδαγωγικής και εξαναγκασμού. Σύμφωνα με το γνωστό μοντέλο αμοιβής-τιμωρίας, στο οποίο ενθαρρύνουμε με ευχάριστα ερεθίσματα μια επιθυμητή συμπεριφορά, για να επαναληφθεί και με δυσάρεστα αυτή που θέλουμε να καταστείλουμε, ο σωματικός πόνος κατέχει τα πρωτεία στην τιμωρίας ως το πιο πρόσφορο και πιο εύγλωττο επιχείρημα (Eccleston 2001).

1.3 Η ΝΕΥΡΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ

Από την πληθώρα διαφορετικών νευρών μόνο ορισμένα είναι υπεύθυνα για την αντίληψη των τραυματικών ερεθισμάτων καθώς και για την μετάδοση των αλγείνων ερεθισμάτων. Μερικά νεύρα μεταφέρουν τις ώσεις των τραυματικών ερεθισμάτων, ενώ άλλα μεταφέρουν ώσεις οι οποίες επηρεάζουν άμεσα την αντίληψη του πόνου. Τρεις τύποι νευρικών ινών φαίνεται ότι συμμετέχουν στη μετάδοση του πόνου.

- Μεγάλες εμμύελες Α-βήτα ίνες: αυτές ανταποκρίνονται στην ελάχιστη πίεση και η διέγερση τους οδηγεί στην αίσθηση της κατάστασης ασυνήθους ευαισθησίας στην αφή ή πίεση.
- Λεπτότερες και στενές εμμύλες Α-δέλτα ίνες, λεπτές αμμύελες C ίνες: οι Α-δέλτα και οι C ίνες είναι οι κυριότεροι μεταβιβαστές των επώδυνων ώσεων, παρόλο που είναι πιθανό να συμμετέχουν και άλλες ίνες. Ο τραυματισμός αυτών των ινών έχει σαν αποτέλεσμα τον έντονο πόνο. Οι Α-δέλτα ίνες δημιουργούν την αίσθηση του οξέος πόνου, ενώ οι C νευρικές αμμύελες ίνες αυξάνουν την αίσθηση του αμβλύ επίμονου πόνου.
- Μία από τις πρώιμες θεωρίες για τον πόνο ήταν η θεωρία της εξειδίκευσης (*specificity theory*). Είχε διατυπωθεί ως αξίωμα ότι υπάρχουν ειδικοί υποδοχείς για κάθε είδος και αίσθηση πόνου, για παράδειγμα τα σωματίδια Meissner's ανταποκρίνονται αποκλειστικά σε άγγιγμα, τα από μεμβράνη Pacinian σωματίδια στην πίεση, τα Ruffini και Krause είναι στις απολήξεις των οργάνων για το ψύχος και τη θερμότητα, καθώς και οι ελεύθερες απολήξεις των νευρών στον πόνο. Οι Melzack και Wall ήθελαν να δείξουν ότι αυτή η θεωρία είναι υπερβολικά υπεραπλουστευμένη, υποθέτοντας ότι υπάρχει μια σταθερή σχέση μεταξύ της νευρολογικής θεώρησης μεταφοράς του επώδυνου ερεθίσματος και της ψυχολογικής εμπειρίας (Dennis & Herta 2006).

Η θεωρία ειδικής μορφής (*pattern theory*) που ακολούθησε την θεωρία της εξειδίκευσης δέχθηκε κριτική διότι υποτίμησε την ψυχολογική διάσταση της εμπειρίας του πόνου. Η θεωρία αυτή βασίστηκε στην αντίληψη ότι η διέγερση των εξειδικευμένων υποδοχέων στο δέρμα δημιουργούν ειδικές μορφές δέσμης νευρικών ινών που εισέρχονται στο νωτιαίο μυελό από τις οπίσθιες ρίζες, διασχίζουν τις πρώτες στιβάδες της φαιάς ουσίας, σχηματίζοντας συναπτική σχέση με τους κύριους πυρήνες των οπίσθιων κεράτων και προκαλείται το επώδυνο ερέθισμα. Παρόλα

αυτά η πιο διαδεδομένη θεωρία είναι αυτή του ελέγχου του πόνου στην πύλη (*Gate Control Theory, GCT*) που προτάθηκε το 1965 για πρώτη φορά από τους Melzack και Wall. Η θεωρία αυτή αναφέρει ότι:

- Η μετάδοση των νευρικών ώσεων τροποποιείται από ένα μηχανισμό πύλης στα οπίσθια κέρατα του νωτιαίου μυελού (οπίσθια πηκτωματώδης ουσία στο ραχιαίο τμήμα του οπίσθιου κέρατος του νωτιαίου μυελού).
- Οι ίνες μεγάλης διαμέτρου τείνουν να κλείσουν την πύλη, ενώ οι ίνες μικρής διαμέτρου τείνουν να ανοίγουν την πύλη (δραστηριοποιούν τη μετάδοση).
- Οι κατερχόμενες ώσεις από τον εγκεφαλικό φλοιό επηρεάζουν το μηχανισμό της πύλης.
- Ένα σύστημα ειδικευμένης αγωγιμότητας νευρικών ινών ενεργοποιεί επιλεγμένες γνωστικές διεργασίες που επηρεάζουν το μηχανισμό της πύλης δια μέσου νευρικών ινών μεταφοράς. (Dennis & Herta 2006)

Το επώδυνο ερέθισμα γίνεται αντιληπτό όταν η μετάδοσή του μέσω του νωτιαίου μυελού υπερβεί συγκεκριμένο όριο. Παρά τα πλεονεκτήματα της θεωρίας της Πύλης (GCT) έναντι των άλλων θεωριών δέχθηκε αρνητική κριτική λόγω έλλειψης λεπτομερών στοιχείων σχετικά με τις προτεινόμενες αλληλεπιδράσεις. Ωστόσο φαίνεται ότι παραμένει το πλέον ικανοποιητικό λειτουργικό μοντέλο για τους ερευνητές του πόνου (Seymour et al 1998).

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Brattberg G, Thorslund M, Wilkman A. 1989. The prevalence of pain in a general population. The results of a postal survey in a county of Sweden. *Medline*, 37(2): 215-222
2. Dennis T.C., Herta F. 2006. The cognitive – behavioural approach to pain management. Wall and Melzack’s Textbook of Pain. Elsevier Churchill Livingstone. www.medlook.gr
3. Eccleston C. 2001. Role of psychology in pain management. *British Journal of Anesthesia* 87: 144 – 152
4. Kingery WS. 1997. A critical review of controlled clinical trials for peripheral pain and complex regional pain syndromes. *Medline*, 73(2): 123-139
5. Kremer E, Atkinson JH, Ingelzi RJ. 1981. Measurement of pain: patient preference does not confound pain measurement. *Medline*, 10(2): 241-248
6. Lawrence W. Way, Gerard M. Doherty. 2003. Current Surgical Diagnosis and Treatment, 11th Ed By McGraw-Hill/Appleton & Lange. www.medlook.gr
7. Mercadante S. 1997. Malignant bone pain: pathophysiology and treatment. *Medline*, 69 (1-2):1-18
8. Portenoy RK, Hagen NA. 1990. Breakthrough pain: definition, prevalence and characteristics. *Medline*, 41(3): 273-281
9. Price D, Pierre R. 2006. Hypnotic Analgesia. Wall and Melzack’s Textbook of Pain. Elsevier Churchill Livingstone
10. Ramachadran VS, Hirstein W. 1998. The perception of phantom limbs. Oxford University Press, 121, 1603-1630
11. Scott J, Huskisson EC. 1976. Graphic representation of pain. *Medline*, 2(2): 175-184
12. Seymour I. Schwartz (Editor), Josef E. Fischer, John M. Daly (Editor), Aubrey C. Galloway, G. Tom Shires (Editor), Frank C. Spencer By McGraw-Hill. December 18, 1998. Professional Principles of Surgery, Companion Handbook 7th edition. www.medlook.gr
13. Tunks R, Marskey H. 2001. Psychotherapy in the management of chronic pain. Bonica’s management of pain. Lippincott Williams and Wilkins. 93: 1789 – 1795

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΠΟΝΟΥ

2.1 ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΙΣΘΗΜΑΤΟΣ ΠΟΝΟΥ

Η εκτίμηση του πόνου είναι απαραίτητη για την αξιολόγηση του μεγέθους του και της αποτελεσματικότητας της θεραπευτικής αγωγής. Τα περισσότερα Κέντρα Αντιμετώπισης Πόνου χρησιμοποιούν ειδικό έντυπο ερωτηματολόγιο και δελτίο εξέτασης, ώστε να έχουν ολοκληρωμένη εικόνα της κατάστασης του αρρώστου. Υπάρχουν τρεις βασικές πηγές πληροφοριών για την εκτίμηση του πόνου, το ιστορικό, η φυσική εξέταση και οι εργαστηριακές εξετάσεις (Jensen et al 1996).

Ιστορικό

Το πλήρες και λεπτομερές ιστορικό του πόνου πρέπει να διερευνήσει την ένταση, την προέλευση και την παθοφυσιολογία του πόνου. Οι πληροφορίες από τον άρρωστο, του συγγενείς, ή τον γιατρό που παραπέμπει τον άρρωστο στο Ιατρείο του Πόνου πρέπει να δίνουν απαντήσεις όπως, το που πονά, την ένταση του πόνου, ποιοι παράγοντες ενισχύουν ή αμβλύνουν τον πόνο, καθώς και τους πιθανούς μηχανισμούς πρόκλησης του. Εάν είναι άρρωστος με χρόνια πόνο πρέπει να επιμείνουμε σε ερωτήσεις που αφορούν τον επαγγελματικό, τον κοινωνικό, τον οικονομικό και τον ψυχολογικό τομέα.

Φυσική εξέταση

Έχει σκοπό να συνδέσει την επώδυνη σημειολογία που αναφέρει ο άρρωστος με την ανατομική οδό του πόνου. Συμβάλλει επίσης ουσιαστικά στην αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της θεραπείας κατά την επανεξέταση του ασθενούς.

Εργαστηριακές εξετάσεις

Απαραίτητες είναι μόνο οι εξετάσεις που απαιτούνται για τη συνέχιση ή τροποποίηση ή και διακοπή της θεραπευτικής αγωγής. Για παράδειγμα η λευκοπενία επιβάλλει διακοπή της χορήγησης καρβαμαζεπάμης. Ακτινολογική διερεύνηση απαιτείται για επιβεβαίωση μεταστάσεων και προσθήκη ακτινοβολίας και πολλά άλλα.

Η αντικειμενική εκτίμηση του πόνου όμως δεν είναι ευχερής, γιατί στηρίζεται στην υποκειμενική αξιολόγηση του πόνου από τον ασθενή. Ο Lassagna από το 1960 σημείωσε ότι «ο γιατρός που ασχολείται με τον πόνο είναι το έλεος του αρρώστου. Εξαρτάται από την ικανότητα και προθυμία του αρρώστου να επικοινωνήσει μαζί του». Χρησιμοποιήθηκαν και χρησιμοποιούνται κλίμακες οι οποίες δίνουν ενδείξεις για την ένταση και διάρκεια του πόνου (Von Korff et al 2003).

<p><i>Κλίμακα λέξεων</i></p>	<p>Πέντε συνήθως λέξεις: μέτριος, ενοχλητικός, βασανιστικός, φοβερός, αβάστακτος πόνος. Δεν είναι αξιόπιστη. Οι ασθενείς επιλέγουν συνήθως τις μεσαίες λέξεις.</p>
<p><i>Κλίμακα αριθμών</i></p>	<p>Αριθμητική κλίμακα από 0=καθόλου πόνος μέχρι 10=αβάστακτος πόνος</p>
<p><i>Πίνακας με σχήματα προσώπου με χαμόγελα και κλάμα ο οποίος χρησιμοποιείται κυρίως στα παιδιά.</i></p>	
<p><i>Ερωτηματολόγιο MPQ</i></p>	<p>Έντυπο ερωτηματολόγιο περιγραφής των στοιχείων του πόνου. Αναφέρεται σε είκοσι ενότητες.</p>
<p><i>Ημερολόγιο του πόνου</i></p>	<p>Περιλαμβάνει την λεπτομερή καταγραφή του αισθήματος του πόνου</p>
<p><i>Πολυφασική περιγραφή της προσωπικότητας</i></p>	<p>Περιλαμβάνει και ερωτήσεις που αφορούν την ψυχική σφαίρα, την κοινωνική, επαγγελματική και οικονομική υπόσταση του ασθενούς. Θεωρείται πιο αντικειμενική, αλλά απαιτεί εμπειρία, χρόνο και ικανότητα επικοινωνίας με τον ασθενή.</p>

2.2 ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΑΙΣΘΗΜΑΤΟΣ ΠΟΝΟΥ

Είναι σημαντικό ο θεράπων γιατρός να αποφασίσει κατά πόσο πρόκειται για οξείας μορφής πόνο ή για χρόνιας μορφής πόνο. Παράλληλα θα πρέπει να εντοπίσει την αιτία που προκαλεί τον πόνο και ανάλογα να αρχίσει την ειδική θεραπεία. Η θεραπεία περιλαμβάνει δυο συνιστώσες. Αρχικά είναι η αντιμετώπιση της αιτίας που προκαλεί τον πόνο και ταυτόχρονα θα πρέπει να δοθούν φάρμακα που καταστέλλουν το αίσθημα του πόνου (Crook et al 1999).

Τα ειδικά φάρμακα που καταπολεμούν τον πόνο ονομάζονται αναλγητικά φάρμακα. Υπάρχουν φάρμακα τα οποία είναι πρώτης γραμμής και μπορούν να χορηγηθούν άμεσα. Σε περίπτωση σοβαρότερου πόνου μπορούν να χρησιμοποιηθούν πιο δυνατά φάρμακα όπως είναι τα οπιούχα σκευάσματα (Haythorn 2006).

Τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται είναι:

- Αναλγητικά φάρμακα: Παρακεταμόλη, Acetaminophen
- Αναλγητικά και αντι-φλεγμονώδη: Ασπιρίνη. Τα αντι-φλεγμονώδη φάρμακα μειώνουν όχι μόνο τον πόνο αλλά και την φλεγμονή που μπορεί να υπάρχει και να επιδεινώνει τον πόνο.
- Αναλγητικά, αντι-φλεγμονώδη, μη στεροειδή φάρμακα: Ibuprofen, Diclofenac, Mefenamic acid
- Τα οπιούχα φάρμακα: Μορφίνη, Κωδεΐνη, Φαιντανύλη. Χρησιμοποιούνται σε πολύ έντονους πόνους.

Μπορούν επίσης να χρησιμοποιηθούν και άλλες κατηγορίες φαρμάκων όπως τα αναισθητικά, τα αντι-καταθληπτικά, τα αντι-επιληπτικά και τα στεροειδή (Daut et al 2004).

2.3 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΧΡΟΝΙΟΥ ΠΟΝΟΥ ΜΕ ΟΠΙΟΕΙΔΗ

Ανάμεσα στις φαρμακευτικές δυνατότητες είναι η χρήση των οπιοειδών, που αποτελεί μια από τις αρχαιότερες μεθόδους ανακούφισης από τον πόνο. Ωστόσο, τόσο η ελληνική όσο και η διεθνής πραγματικότητα έχει δείξει ότι υπάρχουν εμπόδια στη χρήση των οπιοειδών για την ανακούφιση του χρόνιου πόνου. Τα κυριότερα εμπόδια φαίνεται ότι είναι ο φόβος για τις παρενέργειες των οπιοειδών όπως η αναπνευστική καταστολή, η πιθανότητα ανάπτυξης ανοχής και ιδίως ο φόβος για κατάχρηση του φαρμάκου και ανάπτυξη εθισμού ή χρήση των φαρμάκων για άλλους μη ιατρικούς λόγους.

Ένα άλλο σημαντικό εμπόδιο αποτελεί η περιοριστική νομοθεσία που διέπει τη συνταγογράφηση των οπιοειδών. Βεβαίως δεν είναι δυνατόν να αρνηθεί κανείς στη πολιτεία το δικαίωμα να θεσπίζει νόμους για να προστατεύει το κοινωνικό σύνολο. Εν τούτοις, η διεθνής εμπειρία έχει δείξει ότι ο φόβος της νομικής εμπλοκής οδηγεί τους γιατρούς να μην συνταγογραφούν οπιοειδή όταν χρειάζεται και πολλές φορές να τα αντικαθιστούν με άλλες ουσίες με μικρότερη αποτελεσματικότητα και περισσότερες παρενέργειες (Arner & Meyerson 1988).

Η ανταπόκριση στα οπιοειδή ορισμένου επώδυνου συνδρόμου σε συγκεκριμένο ασθενή, αναφέρεται στην ισορροπία ανάμεσα στην αναλγησία και τις παρενέργειες. Είναι μια δυναμική, διαχρονική διαδικασία, η οποία επηρεάζεται από διάφορους παράγοντες όπως είναι ο τύπος του πόνου, η φυσιολογία του συγκεκριμένου ασθενούς και τα χαρακτηριστικά του συγκεκριμένου οπιοειδούς.

Σήμερα η πειραματική έρευνα και οι κλινικές παρατηρήσεις έχουν δείξει ότι υπάρχουν μεγάλες διαφορές ανάμεσα στα άτομα όσον αφορά στην ανταπόκριση τους σε διάφορα οπιοειδή. Αυτές πιθανολογείται ότι οφείλονται σε διάφορη ενεργοποίηση υποδοχέων των οπιοειδών, ή σε άλλους μη γνωστούς ακόμη παράγοντες. Γι' αυτό συνίσταται να μην απορρίπτεται εκ των προτέρων μια θεραπευτική δοκιμή με οπιοειδή ή ακόμη και να δοκιμάζονται διαφορετικά οπιοειδή στον ίδιο ασθενή.

Ωστόσο πρόκειται για την έκθεση σε ένα φάρμακο, η οποία έχει σαν αποτέλεσμα την ελάττωση της δράσης του ή την ανάγκη για αύξηση της δόσης για να διατηρήσει τη δράση του. Αναλγητική ανοχή κατά την μακροχρόνια χρήση οπιοειδών μπορεί να εμφανιστεί ή όχι και οπωσδήποτε δεν ισοδυναμεί με το φαινόμενο του εθισμού. Επίσης η εμπειρία από την

αντιμετώπιση του πόνου των καρκινοπαθών έχει δείξει ότι αυτό που εμφανίζεται σαν αναλγητική ανοχή συνήθως αποτελεί επιδείνωση της νόσου. Επιπλέον, για τα περισσότερα οπιοειδή δεν φαίνεται να υπάρχει ανώτατο όριο δοσολογίας όπως θεωρούσαν παλιότερα.

Παρενέργειες οπιοειδών

Μια από τις σημαντικότερες παρενέργειες των οπιοειδών, είναι η αναπνευστική καταστολή, η οποία αποτελεί φαινόμενο μικρής διάρκειας και γενικά εμφανίζεται σε ασθενείς που δεν έχουν εκτεθεί άλλη φορά σε οπιοειδή και δεν έχει γίνει προοδευτική αναγραφή της δόσης. Συνήθως ο πόνος ανταγωνίζεται την αναπνευστική καταστολή. Άλλες παρενέργειες, όπως είναι η δυσκοιλιότητα, συνήθως αντιμετωπίζεται με προσοχή στη διατροφή και χρήση υπακτικών. Υπνηλία και ναυτία, που είναι οι πιθανότερες πρώιμες παρενέργειες, συνήθως εμφανίζονται μετά από συνεχή χρήση.

Ακόμη η σωματική εξάρτηση, η οποία είναι μια φυσιολογική κατάσταση προσαρμογής του νευρικού συστήματος. Χαρακτηρίζεται από την εμφάνιση στερητικού συνδρόμου εάν το φάρμακο διακοπεί, ή ελαττωθεί απότομα η δόση του ή χορηγηθεί ένας ανταγωνιστής του. Η σωματική εξάρτηση είναι ένα αναμενόμενο αποτέλεσμα από τη χρήση των οπιοειδών και από μόνη της δεν αποτελεί εθισμό.

Για την σωστή χρήση των οπιοειδών θεωρείται απαραίτητη η γνώση και κατανόηση ορισμένων κατευθυντήριων οδηγιών.

1. Αξιολόγηση του ασθενούς :

- Λεπτομερές ιστορικό του πόνου και εκτίμηση της επίδρασης του πόνου στη σωματική και ψυχολογική κατάσταση του ασθενούς.
- Φυσική εξέταση και εκτίμηση συνυπαρχουσών νόσων.
- Ανασκόπηση του προηγηθέντος διαγνωστικού ελέγχου καθώς και των προηγούμενων αναλγητικών θεραπειών.
- Ιστορικό κατάχρησης ουσιών.

2. Εκτός από τον ασθενή, κρίνεται απαραίτητο το να λαμβάνονται πληροφορίες και από άλλα μέλη της οικογένειας.

- Η θεραπευτική δοκιμή με οπιοειδή επιχειρείται όταν όλες οι άλλες διαθέσιμες αναλγητικές μέθοδοι έχουν αποτύχει (Arner & Meyerson 1988)

2.3.1 ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΧΡΟΝΙΟΥ ΠΟΝΟΥ ΜΕ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΟΠΙΟΕΙΔΩΝ

Κύριο στοιχείο είναι η ανάληψη ευθύνης για τον ασθενή και τη συνταγογραφία των οπιοειδών, η οποία πρέπει να γίνεται από ένα γιατρό ή μια συγκεκριμένη μικρή ομάδα όπως για παράδειγμα ομάδα πόνου. Επίσης οι ασθενείς θα πρέπει να ενημερώνονται και να δίνουν την συγκατάθεσή τους για την θεραπεία που πρόκειται να τους χορηγηθεί. Ο γιατρός θα πρέπει να συζητά τους κινδύνους και τα οφέλη από την χρήση των ελεγχόμενων ουσιών με τον ασθενή ή με άτομα που έχουν εξουσιοδοτηθεί από αυτόν ή με τον κηδεμόνα του ασθενούς εάν αυτός είναι ανίκανος (Ζαραλίδου 1995).

Τα σημεία που πρέπει να αναφέρονται οπωσδήποτε είναι ο χαμηλός κίνδυνος πραγματικού εθισμού, η πιθανότητα εμφάνισης γνωσιακών διαταραχών από το φάρμακο ως μονοθεραπεία, ή από το συνδυασμό με άλλα υπνωτικά ή ηρεμιστικά φάρμακα και η πιθανότητα να συμβεί σωματική εξάρτηση όπως είναι τα στερητικά φαινόμενα από την απότομη διακοπή του φαρμάκου. Εάν ο ασθενής είναι υψηλού κινδύνου για κατάχρηση του φαρμάκου ή έχει ιστορικό κατάχρησης ουσιών, ο γιατρός μπορεί να ζητήσει έγγραφη συγκατάθεση.

1. Συνίσταται η χρήση οπιοειδών μακράς διάρκειας δράσης και σε μορφή σκευασμάτων ελεγχόμενης αποδέσμευσης.
2. Μετά την επιλογή του οπιοειδούς οι δόσεις θα πρέπει να χορηγούνται με ακρίβεια όλο το 24ωρο, και θα πρέπει να γίνει κατανοητό και να συμφωνηθεί ότι η αρχική τιτλοποίηση της δόσης θα γίνει σε μερικές εβδομάδες.

Η μακροχρόνια θεραπεία με οπιοειδή θα πρέπει να ξεκινά με χαμηλή δοσολογία και να τιτλοποιείται προσεκτικά έως ότου επιτευχθεί ένα επαρκές επίπεδο αναλγησίας, ή έως ότου παρουσιαστούν παρενέργειες που δεν ελέγχονται, οπότε μπορεί να χρειαστεί μείωση της δόσης ή αλλαγή της θεραπείας.

Αποτυχία να επιτευχθεί τουλάχιστον μερική αναλγησία σε ασθενείς που δεν έχουν λάβει ποτέ οπιοειδή, μπορεί να υποδηλώνει ότι το επώδυνο σύνδρομο έχει μικρή ανταπόκριση στα οπιοειδή. Ωστόσο, είναι γνωστό ότι σε μερικούς ασθενείς τα οπιοειδή είναι αποτελεσματικά σε υψηλές δόσεις. Η χρήση οπιοειδούς ελεγχόμενης αποδέσμευσης με μακρά διάρκεια δράσης, εμφανίζει πολλά πλεονεκτήματα για την αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου .

3. Προσφέρει πιο σταθερά επίπεδα φαρμάκου στο αίμα και ως εκ τούτου επιτρέπει καλύτερη ανοχή σε παρενέργειες όπως οιγνωσιακές διαταραχές.
4. Κατά την διάρκεια της τιτλοποίησης είναι δυνατόν να χορηγούνται λογικές δόσεις «διάσωσης» ενός οπιοειδούς και αυτό μπορεί να χρησιμεύσει για την εκτίμηση της επάρκειας της συνολικής δόσης του οπιοειδούς.
5. Όσον αφορά την οδό χορήγησης των οπιοειδών είναι σκόπιμο να ακολουθούνται οι οδηγίες της ΠΟΥ για την χορήγηση οπιοειδών στο καρκινικό πόνο. Η ΠΟΥ συστήνει τη χρήση απλών μη επεμβατικών μεθόδων, όταν η κατάσταση του ασθενούς το επιτρέπει.
6. Θα πρέπει να συμφωνηθεί ότι ο στόχος της θεραπείας με οπιοειδή είναι η επίτευξη μερικής αναλγησίας. Η θεραπεία με οπιοειδή θα πρέπει να θεωρείται συμπληρωματική των άλλων αναλγητικών μεθόδων καθώς και των μεθόδων αποκατάστασης. Για τον λόγο αυτό θα πρέπει να δίνεται έμφαση στις προσπάθειες που μετατρέπουν τη βελτίωση της αναλγησίας σε βελτίωση της φυσικής και κοινωνικής λειτουργικότητας του ασθενούς.
7. Επιπρόσθετα στην ημερήσια δόση θα πρέπει να επιτρέπεται στους ασθενείς να αυξάνουν την δόση παροδικά, τις μέρες με τον μεγαλύτερο πόνο. Αυτό μπορεί να γίνει με 2 αποδεκτούς τρόπους:
 - Συνταγογράφηση 4-6 επιπροσθέτων δόσεων, που λαμβάνονται όποτε χρειάζεται μέσα στο μήνα και
 - Με οδηγίες ότι μια ή δυο επιπλέον δόσεις μπορούν να λαμβάνονται οποιαδήποτε ημέρα, αλλά αυτό πρέπει να ακολουθείται από ίση μείωση της δόσης τις επόμενες ημέρες.
8. Όταν η επιδείνωση του πόνου δεν ανακουφίζεται από παροδικές μικρές αυξήσεις της δόσης, είναι καλύτερη η αντιμετώπιση με εισαγωγή στο νοσοκομείο, όπου η αύξηση της δόσης – αν χρειαστεί , γίνεται με στενότερη παρακολούθηση και η επάνοδος στην αρχική δόση γίνεται σ' ένα ελεγχόμενο περιβάλλον.
9. Ενδείξεις ότι οι ασθενείς αποθηκεύουν το φάρμακο, ζητούν συνταγές από άλλους γιατρούς ή αυξάνουν ανεξέλεγκτα τη δόση, πρέπει να εκτιμώνται πολύ προσεκτικά. Ο γιατρός πρέπει να εφαρμόζει οποιουδήποτε ελέγχους θεωρεί αναγκαίους για να επαναθεμελιώσει τη σωστή χρήση φαρμάκου. Σε μερικές περιπτώσεις μπορεί να είναι αναγκαία η διακοπή του φαρμάκου.

Στην αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των οπιοειδών

Αρχικά η εξέταση των ασθενών πρέπει να γίνεται κάθε μήνα ή και συχνότερα ανάλογα με την κρίση του υπεύθυνου γιατρού. Στη συνέχεια ο αριθμός των επισκέψεων μπορεί να ελαττωθεί. Σε κάθε επίσκεψη η αξιολόγηση θα πρέπει να αφορά ιδιαίτερα :

1. Την ανακούφιση δηλαδή τον βαθμό της αναλγησίας
2. Τις παρενέργειες που σχετίζονται με τα οπιοειδή
3. Την ύπαρξη παρεκκλίνουσας συμπεριφοράς που σχετίζεται με το φάρμακο.

Η περιοδική επαναξιολόγηση είναι απαραίτητη για να εκτιμάται η φύση των αιτιάσεων του πόνου και να επιβεβαιώνεται ότι η χρήση των οπιοειδών εξακολουθεί να αποτελεί ένδειξη. Ειδική προσοχή πρέπει να δίνεται στη πιθανότητα να έχει χειροτερεύσει η συνολική λειτουργικότητα του ασθενούς ή η ποιότητα ζωής του σαν αποτέλεσμα της χρήσης των οπιοειδών (Portenoy et al 1990).

2.4 Η ΧΡΗΣΗ ΜΟΡΦΙΝΗΣ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΧΡΟΝΙΟΥ ΠΟΝΟΥ

Από τον Ιούνιο του 1999 μέχρι τον Απρίλιο του 2004 στο Γενικό Νοσοκομείο Ελευσίνας «Θριάσιο» μελετήθηκαν 58 ασθενείς με χρόνια πόνο ή και σπαστικότητα ποικίλης αιτιολογίας, στους οποίους εμφυτεύθηκαν 60 αντλίες συνεχούς ροής τύπου «Archimedes» του διεθνούς οίκου Tricumed Γερμανίας (Γούλα και συν 2005).

Σε όλους τους ασθενείς είχε προηγηθεί δοκιμασία αποτελεσματικότητας με τη χορήγηση υπαραχοειδώς 0,5mg μορφίνης ή 50mg μπακλοφένης και επί θετικού αποτελέσματος εμφυτεύθηκε σε δεύτερο χρόνο αντλία συνεχούς ροής τύπου «Archimedes» με ροή 0,5-2ml /ημέρα και χωρητικότητα 35-60ml. Μετά την εμφύτευση της μόνιμης αντλίας και σε διάστημα παρακολούθησης που κυμαίνεται από ένα μήνα έως και 58 μήνες οι ασθενείς με χρόνια πόνο ελάμβαναν υδροχλωρική μορφίνη σε δόσεις από 1-11,5mg/ημέρα και οι ασθενείς με σπαστικότητα μπακλοφένη σε δόσεις 50-900mg/ημέρα. Η εκτίμηση της αποτελεσματικότητας των χορηγούμενων φαρμάκων έγινε για τους ασθενείς με σπαστικότητα σύμφωνα με το Asworth Score (0-4) και για τους ασθενείς με χρόνια πόνο έγινε με VAS κλίμακα(0-10) και κλίμακα λήψης φαρμάκων (0-10).

Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι όλοι οι ασθενείς με σπαστικότητα ανταποκρίθηκαν στη θεραπεία με πολύ καλά αποτελέσματα εκτός από έναν ασθενή που μετά από δυο χρόνια θεραπείας και παρά την συνεχή αύξηση της δόσης της μπακλοφένης δεν ανταποκρίθηκε επαρκώς. Ένας ασθενής με χρόνια πόνο δεν ανταποκρίθηκε στη χορήγηση μορφίνης λόγω σοβαρών παρενεργειών και ακόμη δύο ασθενείς λόγω μη ικανοποιητικής ελάττωσης του πόνου επίσης μετά από δύο χρόνια αγωγή.

Σε 28 ασθενείς με αμιγή χρόνια πόνο υπήρξε σημαντική ελάττωση του πόνου τους. Στους περισσότερους ασθενείς χρειάστηκε να αυξηθεί σταδιακά η δόση προσαρμογής. Από πλευράς τεχνικών επιπλοκών υπήρξε μόνο ένας ασθενής με διαφυγή εγκεφαλονωτιαίου υγρού, ένας με τσάκισμα του καθετήρα, ένας με γλίστρημα του καθετήρα, ένας με ανάπτυξη αιματώματος στη θήκη της αντλίας που παροχετεύθηκε επιτυχώς και ένας με πάρεση κάτω άκρου λόγω επιδείνωσης της στένωσης του σπονδυλικού σωλήνα από τον καθετήρα. Άλλες επιπλοκές όπως η μηνιγγίτιδα, λοιμώξεις και επιδείνωση νευρολογικών σημείων δεν παρατηρήθηκαν. Αντικαταστάθηκαν δύο αντλίες λόγω κακής λειτουργίας ή διαρροής (Γούλα και συν 2005).

Οι εμφυτεύσιμες αντλίες συνεχούς ροής δίνουν τη δυνατότητα της συνεχούς έγχυσης φαρμάκων όπως η μορφίνη και η μπακλοφένη στον ενδορραχιαίο χώρο σε ασθενείς με σπαστικότητα και με χρόνια πόνο. Η μέθοδος και η εφαρμογή της τεχνολογίας αυτής θεωρείται πλέον ώριμος και ασφαλής χωρίς ιδιαίτερες επιπλοκές με πολύ καλά αποτελέσματα στον έλεγχο βαριάς μορφής σπαστικότητας και σοβαρού χρόνιου πόνου.

2.5 Η ΧΡΗΣΗ ΑΣΠΙΡΙΝΗΣ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΧΡΟΝΙΟΥ ΠΟΝΟΥ

Οι προσταγλανδίνες είναι οργανικές ενώσεις ανάλογες των ορμονών. Παράγονται σε πολύ μικρές ποσότητες από διάφορους ιστούς του οργανισμού. Υπάρχουν διάφοροι τύποι προσταγλανδινών και ο κάθε τύπος έχει τη δική του ξεχωριστή δράση (McQuay & Thompson 1991).

Η ασπιρίνη μειώνει την παραγωγή των προσταγλανδινών. Επειδή αυτές παράγονται από πολλούς ιστούς του οργανισμού, οι δράσεις της ασπιρίνης επηρεάζουν πολλά όργανα και λειτουργίες.

Οι κλινικές ενδείξεις της χορήγησης ασπιρίνης στα πλαίσια της θεραπευτικής αγωγής στον χρόνιο πόνο είναι οι εξής:

1. Μείωση του πυρετού: η καταστολή από την ασπιρίνη της παραγωγής των προσταγλανδινών που είναι υπεύθυνες για την άνοδο της θερμοκρασίας του σώματος, μειώνει τον πυρετό.
2. Καταπράυνση του πόνου: στον κεφαλόπονο συμπεριλαμβανομένης και της ημικρανίας όπως και στις διάφορες άλλες μορφές πόνου, η ασπιρίνη παραμένει ένα από τα πλέον αποτελεσματικά φάρμακα.
3. Μείωση της φλεγμονής: Η ασπιρίνη καταστέλλοντας την παραγωγή προσταγλανδινών από τους ιστούς όταν υπάρχει μια φλεγμονή ή ένα τραύμα, μειώνει το πρήξιμο, την ερυθρότητα, τον πόνο, την αύξηση θερμοκρασίας που παρατηρείται στους ιστούς λόγω φλεγμονής οποιασδήποτε αιτιολογίας.
4. Μείωση του κινδύνου καρδιακής προσβολής και εγκεφαλικού επεισοδίου: η ασπιρίνη καταστέλλει την παραγωγή προσταγλανδινών που βοηθούν στη συγκόλληση των αιμοπεταλίων για το σχηματισμό θρόμβου αίματος. Στους ασθενείς με ιστορικό εγκεφαλικού επεισοδίου ή με γνωστό καρδιακό πρόβλημα, η ασπιρίνη δίνεται για την πρόληψη δημιουργίας θρόμβου και απόφραξης στεφανιαίων αγγείων στην καρδιά ή στον εγκέφαλο. Παράλληλα στους ασθενείς που έχουν πάθει έμφραγμα του μυοκαρδίου ή άμεση χορήγηση ασπιρίνης βελτιώνει την πρόγνωση και μειώνει τον κίνδυνο για δεύτερο έμφραγμα ή εγκεφαλικό επεισόδιο.

5. Μείωση του κινδύνου για καρκίνο του παχέος εντέρου: πρόσφατες έρευνες έδειξαν ότι οι ασθενείς που λαμβάνουν συστηματικά ασπιρίνη έχουν λιγότερες πιθανότητες να παρουσιάσουν καρκίνο του παχέος εντέρου και προκαρκινικούς πολύποδες. Τα δεδομένα αυτά είναι προκαταρκτικά και δεν έχουν οριστικώς αποδεκτά. Πρέπει να γίνουν και άλλες έρευνες όμως φαίνεται ότι μικρές δόσεις ασπιρίνης πχ. 80mg ημερησίως μπορούν να επηρεάσουν την δημιουργία όγκων.

Παρά τις θετικές της δράσεις, η ασπιρίνη έχει και σοβαρές παρενέργειες. Ερεθισμός στο στομάχι, έλκος και εσωτερική αιμορραγία: Η ασπιρίνη προκαλεί σε πολλούς ανθρώπους ενοχλήσεις στο στομάχι. Σε μερικούς μπορεί να προκαλέσει έλκος στο στομάχι ή στο έντερο με σοβαρούς πόνους και κίνδυνο αιμορραγίας από το πεπτικό σύστημα.

Η επιδείνωση των αιμορραγικών εγκεφαλικών επεισοδίων μπορεί να προκληθεί από τη χρήση της ασπιρίνης. Τα εγκεφαλικά επεισόδια μπορεί να είναι είτε ισχαιμικά είτε αιμορραγικά. Στα ισχαιμικά επεισόδια που είναι και τα συχνότερα η ασπιρίνη μπορεί να βοηθήσει διότι μειώνει την πηκτικότητα του αίματος. Στα αιμορραγικά όμως η ασπιρίνη θα επιδεινώσει την κατάσταση. Παράλληλα λόγω της μείωσης της πηκτικότητας του αίματος αυξάνει τον κίνδυνο για αιμορραγικό εγκεφαλικό επεισόδιο (McQuay & Thompson 1991).

Ο κίνδυνος για το σύνδρομο του REYE αυξάνεται σημαντικά. Το σύνδρομο αυτό, αν και σπάνιο, είναι καταστροφικό και προσβάλλει κυρίως τα παιδιά. Χαρακτηρίζεται από εγκεφαλικό οίδημα και ηπατική ανεπάρκεια. Τα παιδιά παρουσιάζουν το σύνδρομο αυτό όταν παίρνουν ασπιρίνη λόγω πυρετού μετά από κάποια ιογενή λοίμωξη. Παρουσιάζουν εμέτους, σύγχυση, απώλεια της συνείδησης και υψηλή πίεση. Στις σοβαρές περιπτώσεις δημιουργούνται βλάβες στον εγκέφαλο με κίνδυνο το θάνατο του παιδιού. Έτσι η ασπιρίνη δε συνίσταται στα παιδιά.

Μερικοί ασθενείς παρουσιάζουν ευαισθησία στην ασπιρίνη και εκδηλώνουν άσθμα ή πολύποδες στη μύτη. Στις περιπτώσεις αυτές συστήνεται η αντικατάσταση της ασπιρίνης από άλλα φάρμακα όπως για παράδειγμα από τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα (Vlaeyen & Linton 2000).

Τέλος είναι σημαντικό να εξεταστούν οι αλληλεπιδράσεις με άλλα φάρμακα. Όπως ισχύει και για άλλα φάρμακα είναι σημαντικό προτού αρχίσει κάποιος να παίρνει ασπιρίνη να ελέγχεται κατά πόσο άλλα φάρμακα που ήδη παίρνει μπορεί να επηρεάζουν τη δράση της ασπιρίνης.

2.6 Η ΧΡΗΣΗ ΑΝΤΙΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΧΡΟΝΙΟΥ ΠΟΝΟΥ

Τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα, είναι αποτελεσματικά στην αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου ακόμη και όταν ο ασθενής δεν πάσχει από κατάθλιψη. Τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά, βοηθούν περισσότερο στους πόνους που προκαλούνται λόγω βλαβών που έχουν προκληθεί στα νεύρα. Το αίσθημα καύσου που συνοδεύει τη νεφροπάθεια λόγω διαβήτη, τον έρπητα ζωστήρα και τα εγκεφαλικά επεισόδια, καταπολεμείται αποτελεσματικά από τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά. Επίσης εξίσου καλά αντιμετωπίζονται οι πόνοι λόγω ινομυαλγίας. Τα φάρμακα αυτά χρησιμοποιούνται και ως προληπτικά κατά της ημικρανίας.

Στα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά περιλαμβάνονται:

1. η αμιτριπυλίνη
2. η ιμιπραμίνη
3. η νοτριπυλίνη και
4. η δεσιπραμίνη

Ο μηχανισμός με τον οποίο τα εν λόγω φάρμακα εξουδετερώνουν τον πόνο σε πολλές διαφορετικές παθήσεις, δεν έχει γίνει πλήρως κατανοητός. Είναι πιθανόν ότι αυξάνουν την συγκέντρωση ορισμένων νευροδιαβιβαστών που μπορούν να μειώνουν στο νωτιαίο μυελό τα νευρικά μηνύματα που έχουν σχέση με τον πόνο.

Τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά δεν δρουν άμεσα. Χρειάζονται μερικές εβδομάδες μετά την έναρξη της λήψης τους για να αρχίσει ο πόνος να υποχωρεί. Ωστόσο τα νεότερα φάρμακα προσφέρουν περισσότερες επιλογές. Υπάρχουν δυο κατηγορίες νεότερων αντικαταθλιπτικών φαρμάκων που έχουν λιγότερες παρενέργειες από τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά που είναι παλιότερα φάρμακα και κάποτε τα χρησιμοποιούσαν στην αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου (McQuay & Thompson 1991).

Πρόκειται για τους επιλεκτικούς αναστολείς της επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (SERI) και τους αναστολείς επαναπρόσληψης της νορεπινεφρίνης (SNRI). Στους επιλεκτικούς αναστολείς της επαναπρόσληψης της σεροτονίνης, περιλαμβάνονται η παροξετίνη και η φλουοξετίνη. Οι

ασθενείς με_χρόνιο_πόνου_που λαμβάνουν φάρμακα_αυτής της κατηγορίας, αναφέρουν ανακούφιση. Φαίνεται όμως ότι αυτό οφείλεται περισσότερο στη μείωση των συμπτωμάτων κατάθλιψης παρά στην ουσιαστική μείωση του πόνου.

Στους αναστολείς επαναπρόσληψης της νορεπινεφρίνης, περιλαμβάνονται η βενλαφαξίνη και η ντουλοξετίνη. Φαίνεται ότι τα φάρμακα αυτά είναι πιο αποτελεσματικά της σεροτονίνης, ιδιαίτερα όταν πρόκειται για πόνους που προκαλούνται από νεύρα που έχουν υποστεί βλάβες (διαβήτη, έρπης ζωστήρας, εγκεφαλικά επεισόδια) (McQuay & Thompson 1991).

Παρενέργειες αντικαταθλιπτικών φαρμάκων

Στις παρενέργειες των τρικυκλικών αντικαταθλιπτικών δεν περιλαμβάνεται ο εθισμός. Για το λόγο αυτό μπορούν να χορηγούνται για μεγάλα χρονικά διαστήματα.

Μια σημαντική παρενέργεια των φαρμάκων αυτών είναι η υπνηλία που προκαλούν. Για το λόγο αυτό είναι προτιμότερο είναι λαμβάνονται την νύκτα πριν από τον ύπνο. Άλλα προβλήματα που πιθανόν να προκαλούν είναι η ξηρότητα του στόματος, η δυσκοιλιότητα, η αύξηση βάρους, η δυσκολία στην ούρηση καθώς και αλλαγές στη πίεση. Στους καρδιοπαθής μπορεί να δημιουργηθούν προβλήματα, γι' αυτό θα πρέπει να το συζητούν με το γιατρό τους.

Συνήθως για να μειώσουν ή να προλάβουν τις παρενέργειες των τρικυκλικών αντικαταθλιπτικών, οι γιατροί δίνουν αρχικά στους ασθενείς χαμηλές δόσεις και τις αυξάνουν βαθμιαία. Στους περισσότερους ασθενείς οι χαμηλές δόσεις είναι ανεκτές και παρουσιάζονται μόνο ήπιες παρενέργειες. Η δοσολογία που απαιτείται για την αναλγητική δράση είναι χαμηλότερη από αυτήν που απαιτείται για την αντικαταθλιπτική δράση.

2.7 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΠΟΝΟΥ ΜΕ ΦΥΣΙΚΑ ΜΕΣΑ ΚΑΙ ΑΣΚΗΣΗ

Η αντιμετώπιση του πόνου με φυσικά μέσα δίνει έμφαση στη χρήση παρεμβάσεων όπως το θερμό, το ψυχρό, η ηλεκτροθεραπεία, και τεχνικών στις οποίες παρεμβαίνει ο θεραπευτής με κινητοποίηση, ειδικούς χειρισμούς, μαλάξεις και έλξεις. Επιπλέον βοήθεια, παρέχουν οι ορθώσεις όπως είναι οι νάρθηκες και οι ζώνες, και τα ειδικά προγράμματα ενδυνάμωσης ώστε να επανέλθει η μυϊκή ισορροπία στο πάσχον μέλος και να αποτραπούν νέοι τραυματισμοί. Οι φυσικές αυτές μέθοδοι βοηθούν τόσο τον οξύ όσο και τον χρόνιο πόνο.

Η εφαρμογή θερμότητας χρησιμοποιήθηκε από παλιά στην ανακούφιση του πόνου και τη βελτίωση κινητικότητας. Μπορεί να εφαρμοστεί επιφανειακά, με θερμά επιθέματα, μπορεί να γίνει μέσω της υδροθεραπείας σε πισίνα ή και με εμβύθιση σε λουτρό παραφίνης ή ακόμη και σε βάθος μέσω συσκευών διαθερμίας ή υπερήχων.

Οι φυσιολογικές δράσεις του θερμού περιλαμβάνουν την αναλγησία, τη μείωση του μυϊκού σπασμού και την αύξηση ροής του αίματος στο θερμαινόμενο σημείο που επιταχύνει τη θεραπεία. Επειδή το ζεστό αυξάνει τη δυνατότητα «τεντώματος» των ιστών είναι χρήσιμο να προηγείται η εφαρμογή του πριν τις ασκήσεις ευλυγισίας-διάτασης σε μυς που έχουν βραχυνθεί και θέλουμε να τους δυναμώσουμε (Collins et al 1997).

Κρυοθεραπεία

Η τοποθέτηση πάγου είναι μια συνήθης και πρακτική αντιμετώπιση του πόνου. Παγάκια και παγοθήκες, είναι εύκολα διαθέσιμα και μπορούν να χρησιμοποιηθούν στο σπίτι. Τα παγάκια μπορούν να χρησιμοποιηθούν για 15 λεπτά 3-4 φορές ημερησίως. η παγο-μάλαξη προκαλεί και αυτή ανακούφιση. Είναι μια ειδική τεχνική στην οποία το δέρμα τρίβεται με ένα μεγάλο κομμάτι πάγου και προκαλεί τρία «αισθητικά» στάδια.

Στην αρχή ο ασθενής αισθάνεται δροσιά και διαρκεί λίγα λεπτά. Ακολουθεί μια αίσθηση καψίματος και κατόπιν μούδιασμα και ανακούφιση του πόνου. Η παγο-μάλαξη είναι ιδιαίτερα χρήσιμη στη θεραπεία μικρών επώδυνων σημείων του σώματος.

Η εφαρμογή κρύου είναι η άμεση θεραπεία μετά από τραυματισμό. το ψυχρό ανακουφίζει τον πόνο και μειώνει τη φλεγμονώδη απάντηση και το συνοδό πρήξιμο καθώς και το μυϊκό σπασμό.

Ηλεκτροθεραπεία

Σήμερα ο πιο συχνός μηχανισμός εφαρμογής θεραπευτικής ηλεκτροθεραπείας, είναι ο διαδερμικός ηλεκτρικός νευρικός ερεθισμός TENS. Πρόκειται για μικρή συσκευή που μοιάζει στην όψη με ραδιόφωνο και μεταφέρει μέσω ηλεκτροδίων που τοποθετούνται στη δερματική επιφάνεια στην περιοχή του πόνου ή πάνω από τη διαδρομή νεύρων ή νευρικών ριζών ηλεκτρικά ερεθίσματα στη περιοχή του πόνου. Τα TENS χρησιμοποιούνται στον οξύ πόνο και βοηθούν στην πρόωμη κινητοποίηση. Τα TENS είναι πιο αποτελεσματικά στο νευροπαθητικό πόνο. Η μέθοδος έχει αμφισβητηθεί όσον αφορά την αποτελεσματικότητά της, γιατί συνήθως τα συνδυάζουμε στη κλινική πράξη και με άλλες παρεμβάσεις και δε γίνεται πλήρως αντιληπτή η αποτελεσματικότητά τους ως μονοθεραπεία.

Υπάρχουν και άλλες μέθοδοι αποκατάστασης που χρησιμοποιούν ηλεκτρικό ρεύμα, όπως τα γαλβανικά και ο ηλεκτρικός μυϊκός ερεθισμός καθώς και η ιοντοφόρηση. Πρόκειται για θεραπεία κατά την οποία μόρια ή άτομα αναλγητικής-αντιφλεγμονώδους ουσίας προωθούνται στους ιστούς χρησιμοποιώντας ένα ηλεκτρικό πεδίο.

Έλξεις

Οι ιστοί μπορούν να «τραβηχτούν» με μηχανικό τρόπο με τα χέρια ή μέσω ειδικών μηχανημάτων. Οι έλξεις «τεντώνουν» τους μαλακούς ιστούς και είναι χρήσιμες στην αυχενική ριζοπάθεια και σε μικρότερο βαθμό στην οσφυϊκή ριζοπάθεια.

Χειροθεραπεία ή θεραπεία μέσω των χεριών

Περιλαμβάνει τεχνικές που έχουν ως βάση τη χρήση των χεριών του θεραπευτή. Τέτοιες είναι η μάλαξη και οι ειδικοί χειρισμοί.

- Η μάλαξη περιλαμβάνει πλήξεις, θωπίες, ζυμώσεις, συμπίεσεις, δονήσεις των μυών και μαλακών ιστών. Οι θωπίες μειώνουν το οίδημα και προκαλούν χαλάρωση του μυός, ενώ το τρίψιμο και οι ζυμώσεις σπάνε τις επιφανειακές συμφύσεις και προετοιμάζονται οι μύες και οι ιστοί για τη διάταση. Έχουν αποτέλεσμα τη μείωση του οιδήματος, της δυσκαμψίας, και κυρίως του μυοπεριτονιακού πόνου.

- Η πραγματοποίηση χειρισμών είναι μια εξειδικευμένη παθητική κινητοποίηση μιας σπονδυλικής περιοχής, συνήθως πέρα των συνηθισμένων ορίων κίνησης του συγκεκριμένου τμήματος.

Θεραπευτική άσκηση

Η θεραπευτική άσκηση είναι σχεδιασμένη για να αυξάνει τη λειτουργική δραστηριότητα. Αν και η ξεκούραση-ακινητοποίηση είναι χρήσιμη αμέσως μετά από κάποιο τραυματισμό, δε θα πρέπει να συνεχίζεται για μεγάλο χρονικό διάστημα.

Η παρατεταμένος κλινοστατισμός μετά τον τραυματισμό έχει πολλές αρνητικές επιπτώσεις προκαλώντας απώλεια δύναμης, δυσκαμψία, ρικνώσεις, καθώς και μειωμένη καρδιοπνευμονική ικανότητα και οστεοπόρωση.

2.8 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΠΟΝΟΥ ΜΕ ΤΗΝ ΒΟΗΘΕΙΑ ΤΗΣ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Η φυσικοθεραπεία είναι η θεραπεία και η πρόληψη τραυματισμού και νόσου με φυσικά μέσα. Ο στόχος της φυσικοθεραπείας είναι να βοηθήσει στην ανακούφιση του πόνου, στην αποκατάσταση κανονικής κίνησης και ισορροπημένης λειτουργίας του ανθρώπινου σώματος χωρίς ιατρικό-φαρμακευτική παρέμβαση (Farror et al 2000)

Οι φυσικοθεραπευτές χρησιμοποιούν ένα ευρύ φάσμα τεχνικών για να το επιτύχουν όπως:

1. Ηλεκτροθεραπεία
2. Χειροπρακτική (Manipulation/Mobilisation)
3. Ανάλυση Κίνησης Σώματος & Εκγύμναση
4. Υδροθεραπεία
5. Φυσική Αποκατάσταση
6. Χαλάρωση
7. Επανεκπαίδευση & Εκγύμναση
8. Νευροδυναμική
9. Βελονισμός

Οι φυσικοθεραπευτές έχουν κλινική αυτονομία και πείρα για να αποφασίσουν την καλύτερη θεραπεία για τον ασθενή, βασιζόμενοι στην εμπειρική εκμάθηση και κλινική τους εμπειρία και σε ένα συνεχώς αυξανόμενο αριθμό ερευνητικών στοιχείων και αποδείξεων. Έρευνες έχουν αποδείξει ότι η φυσικοθεραπεία είναι αποτελεσματική. Ο συνδυασμός διαγνωστικών και θεραπευτικών δεξιοτήτων και τεχνικών μας επιτρέπει να προσφέρουμε στους ασθενείς πολυδιάστατες προσεγγίσεις για την θεραπεία των διάφορων παθήσεων και προβλημάτων τους καθώς και την αποκατάσταση κανονικής λειτουργίας και κίνησης του σώματος.

2.9 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ ΒΕΛΟΝΙΣΜΟ

Η θεραπεία με βελονισμό αρχίζει λαμβάνοντας υπόψη την αιτία του προβλήματος-ανισορροπίας, η οποία προκαλεί και τα συμπτώματα – παρά τη μεμονωμένη θεραπεία των συμπτωμάτων χωρίς τη σωστή αντιμετώπιση της αιτίας. Το σώμα διαθέτει αυτόματους μηχανισμούς θεραπείας και οποιαδήποτε παρέμβαση μέσω της χρήσης του βελονισμού, του acupressure ή του ηλεκτρο-βελονισμού στοχεύουν στην ενθάρρυνση αυτής της αυτόματης θεραπευτικής ικανότητας. Υπάρχει μια βαθιά κυκλοφορία ενέργειας στο σώμα που ενώνει τα εσωτερικά όργανα και ένα επιφανειακό σύστημα, που ρέει κάτω από την επιφάνεια του δέρματος. Και η επιφανειακή ενέργεια και η βαθύτερη ενέργεια μπορούν να επηρεαστούν από την διέγερση συγκεκριμένων σημείων στο σώμα (Cohn 1995).

Υπάρχουν διάφορες τεχνικές στην εφαρμογή του βελονισμού :

1. *ΣΥΜΒΑΤΙΚΟΣ ΒΕΛΟΝΙΣΜΟΣ*: ο οποίος περιλαμβάνει τη χρήση αποστειρωμένων βελόνων μιας χρήσης . Οι βελόνες διαφέρουν σε πλάτος, μήκος και υλικό ανάλογα με την περιοχή του δέρματος που βρίσκονται τα σημεία βελονισμού.
2. *ACUPRESSURE*: πρόκειται για μια θεραπευτική τεχνική όπου ο φυσιοθεραπευτής ασκεί πίεση με τα δάχτυλα του στα βασικά σημεία βελονισμού. Η πίεση που ασκείται ποικίλει ανάλογα με την πάθηση και απαιτεί ειδικευμένα, ευαίσθητα χέρια. Παθήσεις που αντιμετωπίζονται με Acupressure είναι ο πονοκέφαλος, οι πόνοι στους ώμους, το άγχος, η πίεση, η ναυτία, και η αϋπνία.
3. *ΒΕΛΟΝΙΣΜΟΣ ΜΕ LASER*: το Laser μπορεί να αντικαταστήσει τις βελόνες κατά την διάρκεια του βελονισμού. Είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικός για τους νευρικούς ασθενείς, τα παιδιά, τις αθλητικές κακώσεις, τις ευαίσθητες περιοχές και τα αυτιά. Ο βελονισμός με Laser είναι διαθέσιμος από τους φυσιοθεραπευτές που είναι πλήρως εκπαιδευμένοι στη σωστή εφαρμογή και στις αντενδείξεις της θεραπείας με Laser.
4. *MOXIBUSTION KAI CUPPING*: είναι τεχνικές που χρησιμοποιούνται για να δώσουν θερμότητα στα σημεία και τους μεσημβρινούς του βελονισμού. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση της κυκλοφορίας, απομακρύνοντας τοξίνες, μειώνοντας μυϊκούς σπασμούς και πόνους. Οι παθήσεις που αντιμετωπίζονται με αυτήν την τεχνική είναι οστεο-αρθρίτιδα, ρευματισμοί και μυο-σκελετικά προβλήματα.

5. *ΗΛΕΚΤΡΟ-ΒΕΛΟΝΙΣΜΟΣ*: ο οποίος μετά από την επιλογή των σημείων του βελονισμού, οι βελόνες μπορούν να συνδεθούν με τα ηλεκτρόδια της συσκευής του. Αυτές οι μονάδες είναι σχεδιασμένες για να δώσουν μεταβλητά εύρη και συχνότητες ηλεκτρικών ωθήσεων. Ο ηλεκτρο-βελονισμός χαμηλής συχνότητας συμβάλλει στην αντιμετώπιση της μείωσης του πόνου, ειδικά στις περιπτώσεις χρόνιου πόνου. Ο ηλεκτρο-βελονισμός υψηλής συχνότητας είναι αποτελεσματικός στη μυϊκή χαλάρωση και στην αναλγησία και χρησιμοποιείται συχνά για να μειώσει τον σπασμό μυών πριν από άλλες χειροπρακτικές τεχνικές που χρησιμοποιούνται από τους φυσιοθεραπευτές.

Η θεραπευτική αποτελεσματικότητα του βελονισμού.

Έρευνες έχουν δείξει ότι ο βελονισμός έχει αναλγητική δράση στους περισσότερους ανθρώπους. Αυτό οφείλεται στην απελευθέρωση των ενδορφινών στο σώμα κατά την διάρκεια του βελονισμού. Οι ενδορφίνες είναι οπιούχες ουσίες που προσφέρουν στον ασθενή αναλγησία. Η επιστημονική απόδειξη της απελευθέρωσης των ενδορφινών επιτρέπει στον βελονισμό να ενσωματωθεί με την συμβατική ιατρική. Κλινικές δοκιμές αποδεικνύουν ότι μια ισχυρή και συνεχή επίδραση στο μυο-σκελετικό πόνο.

Οι ασθενείς που θεραπεύονται με βελονισμό χρειάζονται τουλάχιστον τρεις θεραπείες προτού σιγουρευτεί ο φυσιοθεραπευτής ότι υπάρχει αντίδραση. Η παραδοσιακή κινέζικη ιατρική προτείνει μια σειρά δέκα συνεδριών και συχνά μπορούν να δοθούν μέχρι και τρεις σειρές. Η δυτική ιατρική απαιτεί γρηγορότερα αποτελέσματα όπου οι περισσότεροι ασθενείς με 7-8 συνεδρίες επιφέρουν πολύ καλά αποτελέσματα. Ασθενείς με χρόνιους πόνους ενθαρρύνονται να επιστρέφουν κάθε έξι μήνες για μια ή δυο συνεδρίες, ώστε τα συμπτώματα, να κρατούνται υπό έλεγχο. Είναι ουσιαστική η αίσθηση ενός ελαφρύ τσιμπήματος σε κάθε σημείο βελονισμού. Αυτή η αίσθηση είναι γνωστή ως *dechi*. Αυτό περιγράφεται ως μούδιασμα, ελαφρύς και γλυκός πόνος ή ακόμη και ως αίσθηση θερμότητας (Haythorn 2006).

Η επίδραση του βελονισμού έχει αθροιστική ιδιότητα. Η αναλγητική του δράση αυξάνεται καθώς οι θεραπείες προχωρούν. Μερικοί ασθενείς ανταποκρίνονται γρηγορότερα, ενώ άλλοι χρειάζονται περισσότερο χρόνο.

Οι σημαντικότερες παθήσεις που αντιμετωπίζονται αποτελεσματικά με τον βελονισμό είναι:

<p><u>Σύνδρομα χρόνιου άλγους</u></p>	<ol style="list-style-type: none">1. Άλγη ρευματοειδούς αρθρίτιδας2. Οστεοαρθρίτιδα3. Άλγη ψυχικής αιτιολογίας4. Άλγη διαστρέμματος ή διατάσεως5. Άλγη οστεοχονδρίτιδας, οστεοπόρωσης και μυϊκού σπασμού
<p><u>Σύνδρομα χρόνιου άλγους κεφαλής και λαιμού</u></p>	<ol style="list-style-type: none">1. Νευραλγία τριδύμου2. Κεφαλαλγία τάσεως3. Ημικρανία4. Αυχενογενή κεφαλαλγία
<p><u>Σπονδυλικό άλγος</u></p>	<ol style="list-style-type: none">1. Αυχενικός, θωρακικός και οσφυϊκός χρόνιος ριζίτικος πόνος- ισχιαλγία2. Πόνος από εκφυλιστική σπονδυλοαρθροπάθεια3. Πόνος από οστεοαρθρίτιδα των μικρών αρθρώσεων των σπονδύλων4. Δισκογενής πόνος5. Μυϊκά σύνδρομα πόνου καθώς και πολλά άλλα.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Arner S, Meyerson BA. 1988. Lack of analgesic effect of opioids on neuropathic and idiopathic forms of pain. *Medline*, 33(1): 11-23
2. Cohn Fl. 1995. Postsurgical pain relief: patient's status and nurse's medication choices. *Medline*, 9(2): 265-274
3. Collins SL, Moore RA, McQuay HJ. 1997. The visual analogue pain intensity scale: what is moderate pain in millimeters. *Medline*, 72(1-2): 95-97
4. Crook J, Rideout E, Browne G. 1999 The prevalence of pain complains in a general population. *Medline*, 18(3): 299-314. www.elsevier.com/locate/pain
5. Daut RL, Cleeland CS, Franery RC. 2004. Development of the Wisconsin brief pain questionnaire to assess pain in cancer and other diseases. *Medline*, 17(2): 197-210
6. Farrar JT, Portenoy RK, Berlin JA, Kinman JL, Strom BL. 2000. Defining the clinically important difference in pain outcome measures. *Medline*, 1;88 (3): 287-294
7. Haythorn A.J. 2006. Assessment of pain beliefs, coping and function 20: 317 – 328. Elsevier Churchill Livingstone. www.medlook.gr
8. Jensen MP, Karoly P, Braver S. 1996. The measurement of clinical pain intensity: a comparison of six methods. *Medline*, 27(1): 117-126
9. McQuay HJ, Tramer M, Nye BA, Carroll D, Wiffen PJ, More RA. 1996. A systematic review of antidepressants in neuropathic pain. *Medline*, 68(2-3): 217-227
10. Portenoy RK, Foley KM, Inturrisi CE. 1990. The nature of opioid responsiveness and its implications for neuropathic pain: new hypotheses derived from studies of opioid infusions. *International Bibliographic Information on Dietary Supplements*, 43(3): 273-286
11. Vlaeyen JW, Linton SJ. 2000. Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art. *Medline*, 85(3): 317-332
12. Von Korff M, Dworkin SF, Le Resche L, Kruger A. 2003. An epidemiologic comparison of pain complaints. *Medline*, 32(2): 173-183
13. Γούλα Ν, Ρηγάτος Σ, Αρβαντινός Γ, Σαματάς Ε. Οκτώβριος 2005. Οι επιπτώσεις της χρόνιας και απειλητικής ασθενείας στον έφηβο ογκολογικό ασθενή,. Πρακτικά 9^{ου} Πανελληνίου Συνεδρίου Ψυχοκοινωνικής Ογκολογίας, Αθήνα, σελίδα 59

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3⁰

Ο ΠΟΝΟΣ ΣΕ ΧΡΟΝΙΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

3.1 STRESS ΚΑΙ ΠΟΝΟΣ

Το στρες είναι ένας φυσιολογικός μηχανισμός άμυνας του οργανισμού. Είναι απαραίτητο για την επιβίωση του ανθρώπου, καθώς επιτρέπει την άμεση αντίδραση του σε περιπτώσεις επικείμενου κίνδυνου. Οι ορμόνες του στρες, όπως η αδρεναλίνη, θέτουν σε συναγερμό τα συστήματα του οργανισμού που μπορούν έτσι να βρίσκονται σε εγρήγορση και να ανταπεξέρχονται σε καταστάσεις έκτακτης ανάγκης. Άλλωστε, το στρες είναι αυτό που κατέστησε δυνατή την επιβίωση του ανθρώπινου είδους από τον καιρό που πρωτοεμφανίστηκε, καθώς του επέτρεπε να αντιμετωπίζει κάθε μορφής απειλές για την επιβίωση του.

Ωστόσο, το στρες μπορεί να προκαλέσει σημαντικά προβλήματα υγείας στις περιπτώσεις που διαρκεί για μεγάλα χρονικά διαστήματα χωρίς να υποχωρεί. Δυστυχώς, στους σύγχρονους ρυθμούς ζωής το άγχος αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι της ζωής των περισσότερων ανθρώπων. Υπολογίζεται ότι ένα 10% περίπου του γενικού πληθυσμού συμβουλευέται κάποια στιγμή γιατρό γιατί αισθάνεται άγχος, ένταση ή ανησυχία. Επίσης, εκτιμάται ότι ένα ποσοστό 2 – 4 % του γενικού πληθυσμού έχει παρουσιάσει κάποια στιγμή της ζωής του αγχώδη διαταραχή. Επομένως, εύκολα αντλείται το συμπέρασμα πως οι αγχώδεις διαταραχές, οι διαταραχές δηλαδή που σχετίζονται με το άγχος, θεωρούνται οι πιο συχνές διαταραχές που εμφανίζονται στο γενικό πληθυσμό.

Τα πολλαπλά σημεία – συμπτώματα που συνοδεύουν μια αγχώδη κατάσταση συνοψίζονται σε δυο μεγάλες κατηγορίες. Από τη μια πλευρά, υπάρχουν τα συναισθηματικά ή ψυχοσωματικά συμπτώματα του άγχους, όπως ανησυχία, εκνευρισμός, δυσφορία, ταραχή, υπερένταση, στενοχώρια, αναστάτωση, αγωνία, νευρικότητα ή προαίσθημα αναμονής ενός δυσάρεστου γεγονότος. Από την άλλη πλευρά, εξίσου ποικίλα είναι και τα σωματικά συμπτώματα που συνοδεύουν ένα παθολογικό άγχος, όπως ταχυπαλμίες, τρεμούλα, πονοκέφαλος, πόνος ή πλάκωμα, κόμπος στο λαιμό, δύσπνοια, εξάψεις ή κρυάδες και ρίγη, ναυτία και ζαλάδες, τάση για λιποθυμία, μούδιασμα, ξηροστομία, διάρροια ή συχνουρία (Jensen 1991).

Πολλά από τα παραπάνω συμπτώματα στρες εμφανίζονται και σε ασθενείς, οι οποίοι πάσχουν από διάφορα νοσήματα και το στρες τους σχετίζεται τόσο με την έκβαση της υγείας τους ή την πρόγνωση της νόσου όσο και με τον πόνο που βιώνουν. Η σχέση πόνου και στρες έχει αποτελέσει αντικείμενο πολλών ερευνητικών εργασιών τα τελευταία χρόνια. Πιστεύεται, μάλιστα, ότι η κατανόηση της σχέσης μεταξύ των δυο καταστάσεων θα οδηγήσει σε νέες θεραπείες κατά του πόνου.

3.2 ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΧΡΟΝΙΟΥ ΠΟΝΟΥ

Κλινική εικόνα χρόνιου πόνου

Υπάρχει έντονος διαρκής πόνος, τις περισσότερες φορές μάλιστα διαρκεί για περισσότερο από 6 μήνες όπως προαναφέρθηκε. Οι ασθενείς αυτοί, συχνά έχουν μακρύ ιστορικό ιατρικής και χειρουργικής περίθαλψης ανεξαρτήτως νόσου, επισκεπτόμενοι πολλούς γιατρούς και ζητώντας πολλά φάρμακα. Είναι εντελώς απορροφημένοι στο πόνο τους θεωρώντας τον ως την πηγή της δυστυχίας τους. Αυτοί οι ασθενείς συχνά αρνούνται κάθε συγκινησιακή δυσφορία και υποστηρίζουν ότι οι υπόλοιπη ζωή τους είναι θαυμάσια. Μπορεί επίσης να έχουν και ιστορικό κατάχρησης ουσιών ή αλκοολισμού.

Η μείζων κατάθλιψη είναι παρούσα σε ένα ποσοστό 25-50% ενώ η δυσθυμία ή τα καταθλιπτικά συμπτώματα αναφέρονται στο 60-100% των ασθενών με χρόνια πόνο. Μερικοί ερευνητές πιστεύουν πως ο χρόνιος πόνος είναι σχεδόν πάντα μια παραλλαγή της καταθλιπτικής διαταραχής είναι δηλαδή μια συγκαλυμμένη ή σωματοποιημένη μορφή της κατάθλιψης. Τα κυριότερα καταθλιπτικά συμπτώματα σε τέτοιους ασθενείς είναι η μείωση της ενεργητικότητας, η ανηδονία, η μειωμένη libido, η αϋπνία και η ευερεθιστικότητα. Οι μεταβολές της διούρησης, η απώλεια βάρους και η ψυχοκινητική επιβράδυνση εμφανίζονται σπανιότερα (Sindrup 1999).

Συνοπτικά τα κύρια χαρακτηριστικά του πόνου αυτού είναι:

1. Έχει πολύ μεγάλη χρονική διάρκεια. Διαρκεί από ένα μήνα μέχρι και πολλά χρόνια.
2. Μπορεί διαχρονικά να αυξομειώνεται ή ακόμη να παραμένει σταθερός.
3. Μπορεί να επηρεάσει αρνητικά τον ύπνο, να μειώνει την όρεξη και να προκαλεί κατάθλιψη.

Ο πόνος που συνεχίζει να υφίσταται ένα μήνα μετά τη φυσιολογική πορεία μιας οξείας νόσου ή το αναμενόμενο διάστημα επούλωσης ενός τραυματισμού ή που είτε είναι συνεχής είτε εμφανίζεται κατά διαστήματα για μήνες ή ακόμη και για χρόνια. Ο χρόνιος πόνος μπορεί να οφείλεται σε πολλές αιτίες από τις οποίες οι συχνότερες είναι οι αρθρίτιδες, οι καρκίνοι και τα προβλήματα της πλάτης. Είναι κατανοητό ότι οι λόγοι που μπορούν να προκαλέσουν οξύ ή χρόνια πόνο είναι πάρα πολλοί. Οι φυσιολογικοί μηχανισμοί που εμπλέκονται εξαρτώνται από την αιτία

που προκαλεί τον πόνο και από την ανατομική περιοχή που επηρεάζεται (Farrar et al 2001). Θα παρουσιάσουμε στη συνέχεια και μερικές άλλες θεωρίες γύρω από τα αίτια του πόνου.

Υπάρχουν τα ψυχοδυναμικά αίτια όπου ο πόνος προέρχεται από ασυνείδητα βρεφικά και παιδικά βιώματα. Στην περίπτωση αυτή ο πόνος χρησιμοποιείται ως μια μέθοδος εξασφάλισης αγάπης, μια τιμωρία για κακή πράξη και ένας τρόπος εξιλέωσης για ενοχές και επανόρθωσης μιας έμφυτης αίσθησης κακού. Οι παραπάνω τόποι έκφρασης παρουσιάζονται μέσα από τους χρησιμοποιούμενους αμυντικούς μηχανισμούς του ατόμου όπως, η μετάθεση, η υποκατάσταση και η απόθεση. Η ταυτοποίηση επίσης χρησιμοποιείται όταν ο ασθενής αναλαμβάνει τον ρόλο ενός αμφιθυμικού αντικειμένου αγάπης που κι αυτό υπέφερε από πόνο (π.χ. όπως ενός γονιού). Η άμυνα της συμβολοποίησης χρησιμοποιείται 'όταν ο πόνος αντιπροσωπεύει ένα ανέκφραστο συναισθηματικό ισοδύναμο.

Επιπλέον υπάρχουν τα διαπροσωπικά αίτια όπου ο πόνος μπορεί να θεωρηθεί ως ένα μέσο χειρισμού και εξασφάλισης πλεονεκτημάτων στις διαπροσωπικές σχέσεις π.χ. να εξασφαλισθεί η αφοσίωση ενός μέλους της οικογένειας. Ένα τέτοιο δευτερογενές όφελος είναι πολύ σημαντικό γι' αυτούς τους ασθενείς.

Σύμφωνα με τη μαθησιακή θεωρία κατά την οποία οι συμπεριφορές πόνου ενισχύονται όταν αμείβονται και αναστέλλονται όταν αγνοούνται ή τιμωρούνται. Για παράδειγμα τα συμπτώματα πόνου μπορούν να γίνουν εντονότερα όταν συνοδεύονται απ' την φροντίδα και περιποιητική συμπεριφορά των άλλων, οικονομικό όφελος ή την επιτυχή αποφυγή δυσάρεστων δραστηριοτήτων.

Τέλος τα νευρολογικά αίτια, σύμφωνα με τα οποία ο εγκεφαλικός φλοιός μπορεί να αναστείλει, την πυροδότηση των προσαγωγών ινών του πόνου. Η σεροτονίνη είναι πιθανότατα ο κύριος νευρομεταβιβαστής στην καταστολή των ανασταλτικών οδών και οι ενδορφίνες πιθανόν, επίσης να παίζουν ένα ρόλο στη κεντρική ρύθμιση του πόνου. Η έλλειψη ενδορφίνης φαίνεται να σχετίζεται με την αύξηση των εισερχόμενων αισθητικών ερεθισμάτων (Sindrup 1999).

3.3 ΧΡΟΝΙΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΟΝΟΣ

3.3.1 ΧΡΟΝΙΟΣ ΠΟΝΟΣ ΣΤΗ ΣΚΛΗΡΥΝΣΗ ΚΑΤΑ ΠΛΑΚΑΣ

Στοιχεία του πόνου στη Σκλήρυνση Κατά Πλάκας (ΣΚΠ):

1. Καινούργιος πόνος ή εμφάνιση παλιότερου πόνου δε σημαίνει ίωση
2. Δεν έχουν σχέση με την ΣΚΠ όλοι οι πόνοι. Συχνά είναι πόνοι που τους περνάνε όλοι ανεξαρτήτως νόσου
3. Ούτε η ηλικία, ούτε το φύλο, ούτε τα συμπτώματα της ΣΚΠ φαίνεται να έχουν σχέση με το είδος του πόνου που μπορεί να έχει κάποιος
4. Το άγχος, η κούραση και η ζέστη μπορούν να προκαλέσουν ή να μεγαλώσουν τον πόνο.
5. Είναι ανάγκη να μάθουμε να σεβόμαστε τα όρια μας. Ένας υγιεινός τρόπος ζωής, η διατήρηση του φυσιολογικού βάρους και η τακτική άσκηση μπορούν να μειώσουν τον πόνο που προέρχεται από κινητικά προβλήματα.

Οι περισσότεροι πόνοι στη ΣΚΠ δεν προέρχονται από τη διέγερση των «παραδοσιακών» αλγούποδοχέων του κεντρικού νευρικού συστήματος και για αυτό οι ασπιρίνες ή άλλα αναλγητικά δεν βοηθάνε πολύ (Waddal et al 1003).

Οι οδοί του πόνου κατά μήκος του νωτιαίου μυελού παρουσιάζουν συνεχή αμφίδρομη πορεία από τον εγκέφαλο στα μέρη του σώματος. Υπάρχει μεγάλη δραστηριότητα του εγκεφάλου, ο οποίος στέλνει συνεχή μηνύματα, τα οποία διατρέχουν το νωτιαίο μυελό με σκοπό να μειώσουν, να αυξήσουν ή να αγνοήσουν τα σήματα που λαμβάνει ο εγκέφαλος από τα διάφορα μέρη του σώματος.

Υπάρχουν πολλά φάρμακα που μπορούν να βοηθήσουν αυτές τις «οδούς». Αυτά τα οποία χρησιμοποιούνται ευρύτερα είναι τα *τρικυκλικά* αντικαταθλιπτικά σε μικρές δόσεις. Οι γιατροί τα προτείνουν αυτά τα φάρμακα, όταν φοβούνται για εμφάνιση κατάθλιψης. Σύμφωνα με έρευνες, οι πάσχοντες που βιώνουν πόνο συνεχώς για μεγάλο χρονικό διάστημα (πάνω από τέσσερις εβδομάδες), έχουν μεγάλες πιθανότητες να εμφανίσουν συμπτώματα κατάθλιψης. Τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα βοηθούν στην χαλάρωση και τον ύπνο, παρόλα αυτά θα πρέπει να χρησιμοποιούνται προσεκτικά καθώς προκαλούν υπνηλία.

Ο οξύς πόνος, όπως η νευραλγία του τριδύμου και οι μυϊκοί σπασμοί, αντιμετωπίζονται κυρίως με *αντισπαστικά* φάρμακα, τα οποία καταστέλλουν την έντονη δραστηριότητα των ηλεκτρικών διεγέρσεων. Ο δυνατός πόνος της οπτικής νευρίτιδας συνήθως αντιμετωπίζεται με *κορτικοειδή*, τα οποία μειώνουν την φλεγμονή.

Οι χρόνιοι μυϊκοί σπασμοί και η σπαστικότητα των άκρων, όταν προέρχονται από κακή στάση του σώματος, μπορούν να βοηθηθούν με κατάλληλες τακτικές ασκήσεις τεντώματος, με φυσιοθεραπεία ή με τη χρήση κατάλληλων βοηθημάτων,

Στους μυϊκούς πόνους, η καλύτερη αντιμετώπιση είναι η κίνηση και η αλλαγή θέσης ή στάσης του σώματος. Μερικοί γιατροί προτείνουν την απαλλαγή του πόνου με μια άλλη αίσθηση όπως είναι η πίεση, η ζέστη, το κρύο ή το μασάζ (Crombez et al 1999).

Η φυσιοθεραπεία και η συμβουλή των γιατρών για αλλαγή της στάσης του σώματος και βαδίσματος μπορούν να βοηθήσουν τους πόνους που προέρχονται από μια «αφύσικη» στάση του σώματος. Αν ο πόνος δε σταματάει με αυτούς τους τρόπους τότε είναι αναγκαία η φαρμακευτική αγωγή. Τα μυοσκελετικά χαλαρωτικά φάρμακα, επιδρούν κατευθείαν στις διεργασίες του κεντρικού νευρικού συστήματος και καταπραύνουν τον πόνο. Ο μυοσκελετικός πόνος μπορεί επίσης να ανταποκριθεί σε αντιφλεγμονώδη που δεν έχουν κορτιζόνη.

Ο Διαδερμικός Ηλεκτρικός Ερεθισμός μπορεί επίσης να βοηθήσει στην αντιμετώπιση του πόνου αν και εξαρτάται από τον κάθε οργανισμό χωριστά. Οι συσκευές του Διαδερμικού Ηλεκτρικού Ερεθισμού είναι μικρές και φορητές με ηλεκτρόδια που τοποθετούνται στο κατάλληλο μέρος του σώματος και παρέχουν χαμηλής τάσης ρεύμα, για να διεγείρουν μια συγκεκριμένη νευρική ίνα στο νωτιαίο μυελό. Αυτό μειώνει τη ροή των νευρικών ερεθισμάτων προς τον εγκέφαλο με τελικό αποτέλεσμα να καταπραύνεται ο πόνος. Μερικές φορές όμως ο Διαδερμικός Ηλεκτρικός Ερεθισμός δεν έχει τα επιθυμητά αποτελέσματα (Crombez et al 1999).

3.3.2 ΧΡΟΝΙΟΣ ΠΟΝΟΣ ΣΤΑ ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΑ ΣΥΝΔΡΟΜΑ

Ο οξύς πόνος που ακολουθεί ένα τραυματισμό συνήθως υποχωρεί μετά την επούλωση του τραύματος. Σε μερικές περιπτώσεις επιμένει ακόμη και μετά την επούλωση του τραύματος. Μπορεί να επεκτείνεται σε παρακείμενους ιστούς και να συνοδεύεται από υπεραλγησία και αλλοδυνία. Το σύνδρομο αυτό (Complex Regional Pain Syndrome, CRPS) διακρίνεται σε δυο τύπους. Πρόκειται για τον Τύπο I όπου ορίζεται το σύνδρομο που αναπτύσσεται μετά από τραυματισμό και τον Τύπο II ο οποίος απαντάται μετά από βλάβη νεύρου, μερικοί ή ολική (Arena & Blanchard 2001).

Τα κριτήρια για τα σύνδρομα CRPS:

1. Αυτόματο τοπικό πόνο
2. Συμπτώματα που οφείλονται σε διαταραχές από το αυτόνομο νευρικό σύστημα, υπερβαίνουν την κατανομή ενός περιφερικού νεύρου και είναι δυσανάλογα του αρχικού τραυματισμού.
3. Απουσία άλλων καταστάσεων που δικαιολογούν τη συμπτωματολογία.

Τα CRPS οφείλονται συνήθως σε προηγηθέντα τραυματισμό με ή χωρίς κατάγματα, χειρουργική επέμβαση, φλεγμονή, έγκαιμα και άλλα. Ο πόνος είναι συνεχής, καυστικός, επιτείνεται με την κίνηση τον ερεθισμό ή το στρες και συνοδεύεται από αλλοδυνία και υπεραλγησία. Η ένταση του πόνου ποικίλει χρονικά. Συνοδεύεται από οίδημα, διαταραχές αιμάτωσης και εφίδρωσης, ενώ το άκρο είναι άλλοτε ψυχρό και κυανωτικό.

Συνωδά συμπτώματα είναι τρόμος, δυστονία, ατροφία δέρματος, ονύχων, μεταβολές στο τρίχωμα και οστεοπόρωση. Συνήθως προσβάλλει το χέρι ή το πόδι αλλά μπορεί να επεκταθεί σε όλο το άνω ή το κάτω άκρο ή και το ήμισυ του σώματος. Η βαρύτητα των συμπτωμάτων ποικίλει από ασθενή σε ασθενή ή στον ίδιο ασθενή, χρονικώς, και δεν υπάρχει συσχετισμός μεταξύ της βαρύτητας του τραυματισμού και της συχνότητας ή της βαρύτητας των συμπτωμάτων (Arena & Blanchard 2001).

Η Διάγνωση γίνεται κυρίως από την κλινική εικόνα. Η θεραπευτική αντιμετώπιση πρέπει να συνδυάζει μεθόδους που αποβλέπουν στη διακοπή της αυξημένης συμπαθητικής δραστηριότητας αν υπάρχει, στην αντιμετώπιση του πόνου, την φυσικοθεραπεία και την ψυχολογική υποστήριξη. Σε ασθενείς με πόνο εξαρτώμενο από το συμπαθητικό σύστημα, αποκλεισμός του συμπαθητικού

συστήματος με τοπικά αναισθητικά πρέπει να εφαρμόζεται όσο το δυνατόν νωρίτερα. Στους αποκλεισμούς αυτούς περιλαμβάνονται η διήθηση του αστεροειδούς γαγγλίου, ο αποκλεισμός των οσφυϊκών συμπαθητικών γαγγλίων και οι επισκληρίδιες εγχύσεις τοπικού αναισθητικού.

Ακόμη χρησιμοποιείται ο ενδοφλέβιος περιοχικός αποκλεισμός με γουανεθιδίνη ή άλλες κατηγορίες φαρμάκων, όπως είναι η κορτιζόνη, μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη και άλλα. Στις περιπτώσεις με πόνο ανεξάρτητο του συμπαθητικού συστήματος η φαρμακολογική αντιμετώπιση γίνεται με αντικαταθλιπτικά, αντιεπιληπτικά, αντιαρρυθμικά της ομάδος των τοπικών αναισθητικών. Η φυσικοθεραπεία είναι απαραίτητη και πρέπει να αρχίζει πολύ νωρίς. Διαδερμική ηλεκτρική διέγερση TENS και διέγερση του νωτιαίου μυελού SCS συμβάλλουν σημαντικά στην αντιμετώπιση της συμπαθητικής δυστροφίας (Waddell 1983).

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Arena G, Blanchard B. 2001. Therapy for chronic pain disorders 90: 1769 – 1767. 3^η έκδοση Lippincott Williams and Wilkins
2. Complex Regional Pain Syndrome. Progress in Pain Research and Management, Vol. 22, IASP Press. www.medlook.gr
3. Crombez G, Vleyen JW, Heuts PH, Lysens R. 1999. Pain-related fear is ore disabling than pain itself: evidence on the role of pain-related fear in chronic back pain disability. *Medline*, 80(1-2): 329-339
4. Farrar JT, Young JP, LaMoreaux L, Werth JL, Poole RM. 2001. Clinical importance of changes in chronic pain intensity measured on an 11-point numerical pain rating scale. *Medline*, 94(2): 149-158
5. Jensen MP, Turner JA, Romano JM, Karoly P. 1991. Coping with chronic pain: a critical review of the literatutre. *Medline*, 47(3): 249-283
6. Sindrup SH, Jensen TS. 1999. Efficacy of pharmacological treatments of neuropathic pain: an update and effect related to mechanism of drug action. International Bibliography Information on Dietary Supplements, 83(3): 389-400. www.melook.gr
7. Waddel G, Nwton M, Hederson I, Somerville D, Main CJ. 1993. A fear-avoidance beliefs questionnaire (FABQ) and the role of fear-avoidance beliefs in chronic low back pain and disability. *Medline*, 52(2): 157-168
8. Waddell G. 1983. Low back pain: a framework for clinical decision making. Drug therapy 8(3)
9. Woolf CJ, Thompson SW. 1991. The induction and maintenance of central sensitization is dependent on N-methyl-D-aspartic acid receptor activation; implications for the treatment of paist-injury pain hypersensitivity states. International Bibliographic Information on Dietary Supplements, 44(3): 293-299. www.elsevier.com/locate/pain

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4⁰

ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ

4.1 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΛΗΨΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ

Η ψυχολογία βρήκε τη θέση της στη θεραπεία του πόνου μετά την αναγνώριση ότι το μέγεθος της βλάβης ή της αρρώστιας σε πολλούς ασθενείς δεν ανταποκρινόταν αναλογικά στην ένταση των παραπόνων που οι ίδιοι εξέφραζαν και στην ανικανότητα που οι ίδιοι ανέφεραν.

Στην πλειονότητα των περιστάσεων ο πόνος αποτελεί ένα αξιόπιστο σήμα βλάβης και εντόπισης αυτής της βλάβης. Αναφορικά επίσης με την ένταση του αυτή φαίνεται να αναλογεί στην έκταση της βλάβης. Αν είναι διπλάσια σε έκταση η βλάβη, τότε ο πόνος θα είναι διπλάσιος σε ένταση. Παρόλα αυτά υπάρχουν περιπτώσεις στις οποίες δεν συμβαίνει καθόλου αυτό, όπου ο αναφερόμενος πόνος δεν έχει αναγνωρίσιμη περιοχή. Επιπλέον, μπορεί να υπάρξει καταστροφή ιστών χωρίς καθόλου πόνο. Σε άλλες περιπτώσεις μπορεί να βιωθεί πόνος σε περιοχές πιο απόμακρες από αυτή της βλάβης ή σε μέρη τα οποία δεν υπάρχουν πια. Επίσης σε εργαστηριακά πειράματα που έχουν γίνει με ελεγχόμενη πρόκληση πόνου, επώδυνου ερεθίσματος, παρατηρήθηκε μεγάλη ποικιλότητα στην απάντηση των ασθενών (Troels 1996).

Οι άνθρωποι είναι διαφορετικοί μεταξύ τους και αντιδρούν διαφορετικά στα επώδυνα ερεθίσματα αλλά και στις θεραπείες που επιχειρούνται για τον πόνο. Θα ήταν πολύ σημαντικό να κατανοήσουμε πώς αυτές οι διαφορές επιδρούν και προδιαγράφουν τη θεραπεία και την αποτελεσματικότητά της. Υπάρχουν γενικοί παράγοντες κατά την ψυχολογία του πόνου που επιδρούν στην θεραπεία του πόνου χωρίς αυτό να είναι πάντα πειστικό ή τεκμηριωμένο.

Ένας από αυτούς τους παράγοντες είναι η προσωπικότητα του ατόμου. Έχουν γίνει διάφορες σκέψεις από διαφορετικούς μελετητές για να καταδειχθεί μια προσωπικότητα που ρέπει προς τον πόνο. Έχει διαπιστωθεί ότι συχνά άνθρωποι που είναι πιο μαλθακοί και λιγότερο ανθεκτικοί στις αντιξοότητες της καθημερινότητας δείχνουν μικρότερη αντοχή στον πόνο και παραπονιούνται περισσότερο γι' αυτόν. Κάποιες άλλες ιδέες αναφέρονται σε συναισθήματα ενοχής, απώλειας, τάσης αυτοκαταστροφής ή και σαδομαζοχισμού. Ωστόσο δεν έχει αποδειχτεί με αδιάσειστα στοιχεία ότι ισχύει κάτι τέτοιο. Η διαφορετικότητα στην προσωπικότητα υπάρχει, αλλά όχι ένας ενοποιημένος τύπος προσωπικότητας που είναι ευαίσθητος στον πόνο (Carlsson 1983).

Οι συμπεριφορικοί ψυχολόγοι προσπάθησαν να αξιολογήσουν την συμπεριφορά στον πόνο ώστε να βοηθήσουν στη διαχείριση του. Θα αναφερθεί το παράδειγμα του Waddell στη δεκαετία του 1980 ο οποίος περιέγραψε πέντε τύπους ή κατηγορίες μη οργανικών σημείων στον ασθενή. Αυτά τα σημεία ή κατηγορίες είναι η ευαισθησία, η προσομοίωση, οι δοκιμασίες απόσπασης

προσοχής, οι περιοχικές διαταραχές και η υπεραντίδραση σε ερεθίσματα. Κατά τον Waddell η παρουσία τριών ή περισσότερων τύπων ατόμων από τα μη οργανικά σημεία σχετίζονται με μη φυσιολογικό ψυχολογικό τύπο και θεωρούνταν “θετικό προφίλ”.

Σε σχέση με το φύλο οι γυναίκες θεωρούνται ότι είναι πιο πιθανό να βιώσουν υποτροπιάζοντα πόνο και ότι είναι σε μεγαλύτερο κίνδυνο ανικανότητας λόγω του πόνου. Επίσης, οι γυναίκες αναφέρουν συχνότερα τον πόνο απ' ό,τι οι άνδρες και είναι πιο εύκολο να τους αποδοθεί ο χαρακτηρισμός της ψυχολογικής διαταραχής ή του “ψυχολογικού” πόνου (ως μη πραγματικού πόνου). Όσον αφορά την ηλικία δεν είναι πολλά γνωστά για τις ειδικές επιδράσεις της στην ψυχολογία του πόνου σε συγκεκριμένες ηλικιακές ομάδες. Για παράδειγμα παλιότερα πιστεύονταν ότι τα νεογνά και τα βρέφη δεν μπορούσαν να νιώσουν πόνο και ότι τα παιδιά θα εθίζονταν στην αναλγησία με οπιοειδή, πράγματα που τώρα γνωρίζουμε ότι είναι ανυπόστατα. Υπάρχουν διάφορες μελέτες που αναφέρονται στην διαφοροποίηση της βίωσης του πόνου και της έκφρασης του από διαφορετικές εθνικές ομάδες. Μερικές μελέτες μάλιστα εμβαθύνουν και στη συμπεριφορά των γιατρών απέναντι σε αυτές τις ομάδες.

Εκτός από τους γενικούς παράγοντες υπάρχουν και οι ειδικοί ψυχολογικοί παράγοντες που επιδρούν και αυτοί με την σειρά τους στον πόνο. Ένας τέτοιος παράγοντας είναι ο φόβος, τον οποίο προκαλεί ο πόνος προμηνύοντας κίνδυνο και οδηγώντας σε αντίδραση διαφυγής. Ο φόβος λοιπόν αποτελεί ένα συστατικό απειλής που ελλοχεύει στον πόνο και είναι πρωτογενές και κεντρικό συστατικό του καθώς οδηγεί σε συμπεριφορά αναλγησίας.

Η απειλή του πόνου είναι ένα ερέθισμα που προσανατολίζει την προσοχή στην πηγή του πόνου και στην δυνατότητα για διαφυγή και αναλγησία. Μερικοί έχουν αυξημένη την προσοχή τους στην αίσθηση του πόνου έτσι ώστε, όταν η απειλή αυτή είναι συνεχής ή υποτροπιάζουσα, αναπτύσσεται ένα πρότυπο επαγρύπνησης στον πόνο. Έχει παρατηρηθεί μεγάλη συσχέτιση της αυξημένης και σταθερής προσήλωσης στον πόνο και στη σωματαίωση με υψηλά επίπεδα ανικανότητας και ψυχολογικής πίεσης σε ασθενείς με χρόνια πόνο (Jensen 1991).

Σε περιπτώσεις επαναλαμβανόμενης εστίασης της προσοχής στην απειλή μπορεί να αναπτυχθεί ένα συγκεκριμένο πρότυπο απάντησης στο απειλητικό ερέθισμα και τον πόνο. Αναφορικά μια συγκεκριμένη απάντηση στην απειλή του πόνου έχει ονομαστεί καταστροφική σκέψη ή καταστροφικότητα. Αυτή η συγκεκριμένη κατάσταση έχει αποδειχθεί ότι είναι προγνωστική για την σοβαρότητα της έκφρασης του πόνου. Είναι δηλαδή με άλλα λόγια η στάση ενός ατόμου να εκτιμά σε σταθερή βάση κάθε κατάσταση ως ακραία και γενικά καταστροφική. Αν και σε κάποιες περιπτώσεις ο τρόπος αυτός σκέψης μπορεί να φανεί χρήσιμος και φυσιολογικός, αν

και ακραίος στη διαχείριση του πόνου, σε χρόνια μορφή μπορεί να οδηγήσει σε στερεότυπα καταστροφικής συμπεριφοράς.

Μια επίπτωση της επίδρασης του πόνου στην συμπεριφορά είναι η αποφυγή δραστηριοτήτων που επάγουν τον πόνο. Έχει γραφτεί από κάποιους μελετητές ότι ο φόβος του πόνου επιφέρει περισσότερη ανικανότητα απ' ότι ο ίδιος ο πόνος. Παρόλο που ο φόβος του πόνου και των συναφών δραστηριοτήτων θεωρούνται από πολλούς φυσιολογικοί μηχανισμοί επιβίωσης, σε χρόνια βάση και έντονο φόβο η αποφυγή της φυσικής δραστηριότητας οδηγεί σε ανικανότητα ή αναπηρία.

Εκτός των άλλων τα άτομα που βιώνουν σε χρόνια μορφή τον πόνο έχουν ταυτόχρονα και άσχημη ψυχική κατάσταση, δηλαδή απογοήτευση, θυμό και αρνητική καταστροφική αυτοεκτίμηση. Επίσης, οι περισσότεροι ενήλικες που θεραπεύονται για χρόνια πόνο στα αντίστοιχα ιατρεία έχουν κάποιο βαθμό κατάθλιψης. Αυτή συχνά κρύβει το θυμό που βιώνουν. Όταν δεν υπάρχει άμεσο και ξεκάθαρο αντικείμενο του θυμού (επίθεση από άλλον ή αδικία), αυτός συνδέεται με μια γενικότερη απογοήτευση και αίσθημα εχθρότητας, όπως επίσης και αίσθημα επιθετικότητας και ενοχής. Στους χρόνιους ασθενείς αυτό ίσως να σημαίνει μια προσπάθειά τους να αποκτήσουν ή να ζητήσουν να αποκτήσουν αυτοέλεγχο ή αυτοεκτίμηση (Olto & Noonberg 1980).

Ένα βασικό στοιχείο της κατάθλιψης είναι κατά πόσο ο καθένας εκτιμά τις ικανότητές του ή αν έχει αρνητική αυτοεκτίμηση. Στοιχεία που προκύπτουν από έρευνες υποδηλώνουν ότι αν κάποιος ασθενής έχει αρνητική αυτοεκτίμηση είναι πολύ πιθανόν να μάθει να αισθάνεται αβοήθητος και απελπισμένος. Πρόσφατα στοιχεία από έρευνες δείχνουν ότι οι ασθενείς έχουν όχι γενική αλλά συγκεκριμένη προϋδρασμένη μνήμη για την εμπειρία του πόνου η οποία αναφέρεται αρνητικά στον εαυτό τους. Και πράγματι στο σημείο αυτό απαιτείται προσοχή στην προσέγγιση των ασθενών. Πολλοί από αυτούς όταν προσέρχονται για θεραπεία έχοντας την ιδέα της αυτοδιαχείρισης του πόνου αρχικά θεωρούν ότι αποτελεί απειλή εναντίον της προσωπικότητάς τους.

Εκτός των προηγούμενων χαρακτηριστικών της προσωπικότητας σημαντικό ρόλο παίζει και ο τρόπος απάντησης στον πόνο. Βασική διάκριση αποτελεί η ενεργητική ή παθητική συμπεριφορά που επιδεικνύει κάποιος στην αντιμετώπιση του κινδύνου. Αυτοί που επιδεικνύουν παθητική συμπεριφορά έχουν μεγαλύτερο άγχος, καταπόνηση και αναπηρία σε σύγκριση με τους άλλους οι οποίοι προσπαθούν να λύσουν τα προβλήματα. Αντίστοιχα αυτοί που πιστεύουν ότι έχουν την ικανότητα του ελέγχου του πόνου δείχνουν βελτιωμένη λειτουργικότητα και σωματική ευεξία.

Είναι εγγενές χαρακτηριστικό των ανθρώπων η κατανόηση των γεγονότων της προσωπικής ζωής. Είναι κατανοητό λοιπόν ότι ο πόνος ως βίωμα πρέπει να ενταχθεί σε ένα σύστημα γνώσης και να αποκωδικοποιηθεί όσο είναι δυνατόν αλλιώς θα προκαλέσει διακοπή της σκέψης και θα επάγει την ανησυχία και τον προβληματισμό. Αυτό είναι πολύ βασικό για να τον αντιμετωπίσει κανείς αποτελεσματικά. Οι ασθενείς που είναι πιο δύσκολο να τους αντιμετωπίσει κανείς είναι όσοι έχουν προβλήματα μη γνωστής αιτιολογίας. Αυτό αυξάνει την αίσθηση που έχουν για την αρρώστια τους. Για αυτό το να προσπαθήσει κάποιος να ελέγχει σε κάποιο ποσοστό την αιτία ή τον φόβο του πόνου ή την μέθοδο της αναλγησίας έχει ευεργετικό αποτέλεσμα.

Συχνά σε ασθενείς με επίμονο και ανυποχώρητο πόνο για πάνω από 6 μήνες αναφέρουν και συνωδά προβλήματα όπως δυσκολίες στον ύπνο, κόπωση, κοινωνική απομόνωση, διαταραχές στις οικογενειακές διαπροσωπικές σχέσεις, συχνά συναισθηματικά προβλήματα και φοβίες. Όλα αυτά προκαλούν και αρνητικές επιπτώσεις στις γνωστικές λειτουργίες, στη μνήμη και στη συγκέντρωση. Είναι πολύ βασικό σε τέτοιους ασθενείς να μην εστιάζεται η θεραπεία μόνο στο πρόβλημα του πόνου αλλά στο σύνολο του συμπλέγματος ή του συνδρόμου με το οποίο εμφανίζεται και τις επιπτώσεις του. Υπάρχει μεγάλη διαφορά μεταξύ αίσθησης του πόνου και της αίσθησης ότι κάποιος υποφέρει. Το πρώτο απορρέει από επώδυνο ερέθισμα ενώ το δεύτερο είναι μια συναισθηματική απάντηση. Πολλές φορές ο κλινικός βλέπει στοιχεία που ταιριάζουν πιο πολύ στο ότι υποφέρει ο ασθενής παρά πόνο (Decosterd 2000).

Έτσι θα πρέπει να υπάρχουν κάποιες περιοχές-σημεία εστιασμού της θεραπείας. Αντικειμενικοί σκοποί της ψυχολογικής εκτίμησης δεν είναι ο καθορισμός του χρόνιου πόνου ως πραγματικού ή όχι, αλλά ο προσδιορισμός άλλων παραγόντων.

Όσον αφορά τη θεραπεία του χρόνιου πόνου υπάρχουν διάφορες ψυχολογικές προσεγγίσεις και παραδόσεις που εφαρμόζονται, δίνοντας λύσεις με διαφορετικό τρόπο και ενδείξεις κάθε φορά. Τελευταία γίνεται προσπάθεια να διερευνηθεί η αποτελεσματικότητά τους πιο αντικειμενικά, δίνοντας στοιχεία που θα μας διευκολύνουν στη βελτίωση και τον σχεδιασμό αποτελεσματικότερων σχημάτων θεραπείας. Υπάρχουν βέβαια και απόψεις για τη μειωμένη αποτελεσματικότητά τους, χωρίς όμως να υποβιβάζουν τελείως τη χρησιμότητα τους στην αντιμετώπιση αυτών των καταστάσεων.

Στη συνέχεια, θα αναφερθούν οι κυριότερες θεραπείες, όπως η κλασική ψυχοθεραπεία με τις υποκατηγορίες της και η αναπτυσσόμενη γνωστική-εστιασμού θεραπεία.

4.2 Η ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΧΡΟΝΙΟΥ ΠΟΝΟΥ

Ο ορισμός της ψυχοθεραπείας αναφέρεται “...σε κάθε μορφή θεραπείας της ψυχικής νόσου, των δυσπροσαρμοστικών συμπεριφορών και άλλων προβλημάτων που θεωρείται ότι είναι συναισθηματικής φύσης και στις οποίες ο θεραπευτής σκόπιμα εγκαθιστά μια επαγγελματική σχέση με έναν ασθενή με σκοπό να αφαιρέσει, να τροποποιήσει ή να επιβραδύνει τα υπάρχοντα συμπτώματα ή να μειώσει την ένταση τους ή να αναστρέψει διαταραγμένα πρότυπα ή συμπεριφορές και να προωθήσει τη θετική ανάπτυξη της προσωπικότητας ...” (Decosterd 2000). Αυτό που φαίνεται γενικά κατά την αξιολόγηση των διαφόρων τύπων ψυχοθεραπειών, και υπάρχουν αρκετές, είναι ότι διαφορετικές ψυχοθεραπείες είναι αποτελεσματικές για διαφορετικούς σκοπούς. Γενικά η ψυχοθεραπεία φαίνεται να είναι σαφώς προτιμότερη από τη μη άσκηση της, αν και μερικοί έχουν μια διαφοροποιημένη άποψη για την αποτελεσματικότητά της.

Ο πόνος έχει οριστεί ως μια δυσάρεστη αισθητική και συναισθηματική εμπειρία συνδεδεμένη με πραγματική ή δυνητική βλάβη ιστών και η εμπειρία αυτή για τους ασθενείς με χρόνια πόνο είναι κάτι υποκειμενικό, που μπορεί να απορρέει από φυσικές ή ψυχολογικές αιτίες ή και από τις δυο. Καθετί λοιπόν που μπορεί να επιδράσει θετικά μπορεί να θεωρηθεί πρέπουσα θεραπεία. Εφαρμόζεται σε περιπτώσεις και σε καταστάσεις όπου υπάρχει η πεποίθηση από τον ασθενή συσχέτισης του πόνου του με ψυχολογικές διαταραχές. Άλλοι ασθενείς που μπορούν να ωφεληθούν είναι αυτοί που βιώνουν πολλαπλά προβλήματα πόνου μαζί με ψυχολογική καταπόνηση, και σε αυτές τις περιπτώσεις θα ήταν πολύ χρήσιμο να προστεθεί η ψυχοθεραπεία στη διαμόρφωση του προγράμματος θεραπείας τους. Βέβαια σε καταστάσεις σοβαρής κατάθλιψης η αντικαταθλιπτική αγωγή είναι πιο αποτελεσματική από την ψυχοθεραπεία.

Η ψυχοθεραπεία μπορεί επίσης να εφαρμοστεί σε ασθενείς που υποφέρουν από σοβαρές φυσικές ασθένειες για μεγάλο χρονικό διάστημα χωρίς να έχουν προδιάθεση σε ψυχολογικές ασθένειες. Η προσθήκη της ψυχοθεραπείας στο πρόγραμμα θεραπείας μπορεί να βοηθήσει στις συναισθηματικές αλλαγές που υπόκεινται (υποστηρικτική ψυχοθεραπεία). Τέλος, μπορεί να εφαρμοστεί σε άτομα που υποφέρουν από ψυχοκοινωνικά προβλήματα τα οποία αποτελούν απόρροια του χρόνιου πόνου. Μπορεί να γίνει προσπάθεια να βοηθήσουν να αλλάξουν τις διαπροσωπικές σχέσεις και συμπεριφορές με συμπεριφορική θεραπεία ή ψυχοθεραπεία.

4.2.1 ΤΑ ΚΥΡΙΟΤΕΡΑ ΕΙΔΗ ΤΗΣ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Υποστηρικτική Ψυχοθεραπεία.

Η πιο σημαντική και ευρέως διαδεδομένη μορφή ψυχοθεραπείας. Χρησιμοποιείται με ή χωρίς γνώση από ειδικούς στην ψυχολογία όσο και από άλλους επαγγελματίες της υγείας. Ένα απτό παράδειγμα της αποτελεί η σχέση εμπιστοσύνης με τον ιατρό, τον θεραπευτή ή τον ιερέα. Στο θεωρητικό της υπόβαθρο δίνει έμφαση στην πραγματικότητα και τη δυνατότητα και σπουδαιότητα των επιλογών. Θεωρεί ότι είναι πιο πιθανό να αντιμετωπίσουν με επιτυχία τα προβλήματα οι άνθρωποι σε σωματική ή και ψυχολογική καταπόνηση σε περίπτωση που θεωρούν ότι έχουν κάποιον που τους υποστηρίζει και τους βοηθά να αντιδρούν στα προβλήματα με οργανωμένες λύσεις. Το πιο σπουδαίο κίνητρο προκειμένου κάποιος να αλλάξει είναι η γνώμη και η στάση κάποιου που είναι σεβαστός και αρεστός.

Η λογική της συγκεκριμένης θεραπείας συνήθως αφορά από τη μια πρακτικές επίλυσης προβλημάτων που προηγουμένως είχαν καλό αποτέλεσμα για τον ασθενή και από την άλλη την ανάπτυξη νέων τρόπων διαχείρισης όπου αυτό κρίνεται απαραίτητο. Σκοπός της προσέγγισης αυτής είναι να βοηθήσει τον ασθενή να αποκαταστήσει την αυτοπεποίθηση του και να αναδιοργανώσει τις πρακτικές αντιμετώπισης προβλημάτων με τον πιο προσαρμοστικό και ψυχολογικά οικονομικό τρόπο. Ο θεραπευτής μπορεί να ακούει, άλλοτε να συμβουλεύει και άλλοτε να δίνει εκπαίδευση και πληροφορίες.

Ψυχοδυναμική θεραπεία.

Έχει πιο πολύπλοκη θεωρητική υπόσταση από την προηγούμενη και βασίζεται σε διάφορες ψυχαναλυτικές προσεγγίσεις. Αναφέρεται στην αναδιοργάνωση των σκέψεων και των συναισθημάτων μέσα από εσωτερική διερεύνηση η οποία αποκτιέται από την ιδιαίτερη και καθοριστική σχέση με τον ψυχοθεραπευτή. Θεωρεί ότι οι εσωτερικές συνειδητές και ασυνείδητες σκέψεις, συγκρούσεις και άμυνες είναι καθοριστικές για τη συμπεριφορά και την προσαρμογή. Η θεραπεία αυτή δεν είναι κατάλληλη για τους περισσότερους ασθενείς με χρόνια πόνο, αλλά είναι ωφέλιμη όταν συνδυαστεί με άλλες τεχνικές διαχείρισης του πόνου.

Οι ασθενείς στους οποίους απευθύνεται συνήθως υποφέρουν από ψυχολογική δυσφορία, βιώνουν κατάπτωση σε σχέση με τις σημαντικές τους σχέσεις, νομίζουν ότι αλλάζουν προς το

χειρότερο, μπορεί να περιπλέκονται από τις παρορμήσεις και τα αισθήματα τους, διαιωνίζουν πρακτικές σύγκρουσης στις σχέσεις τους τις οποίες βίωσαν και παλαιότερα ή τέλος εμφανίζουν αντοχή στην πρόοδο της θεραπείας λόγω κρυφών κινήτρων μη ορατών με τη δική τους εσωτερική διερεύνηση.

Συμπεριφοριστική θεραπεία (Olto & Noonberg 1980)

Οι συμπεριφοριστικές προσεγγίσεις στηρίζονται κυρίως στις θεωρητικές αρχές της κλασσικής οροεξάρτησης του Pavlov (classical conditioning) και της επεμβατικής οροεξάρτησης 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 όπως π.χ. τα αναλγητικά, οι ενέσεις, οι εντριβές, το χειρουργείο, ο βελονισμός, η 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 δε 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 παυσίπνου, την απόσπαση της προσοχής των άλλων, είτε έμμεσα όπως με την αποφυγή δυσάρεστων καταστάσεων, όπως είναι η εργασία, οι ανθρώπινες σχέσεις και πολλά άλλα.

Η παρατεταμένη διάρκεια του χρόνιου πόνου δίνει την ευκαιρία για κατανόηση της συμπεριφοράς. Ο ασθενής δείχνει ότι πονάει μέσα από διάφορες κατανοητές συμπεριφορές όπως την έκφραση του προσώπου, την περιγραφή του πόνου, περπατώντας με ανταλγηκό βηματισμό, ζητώντας φάρμακα ή ακόμη και ξαπλώνοντας. Αυτές οι συμπεριφορές πόνου είναι δυνατό να ευοδωθούν με δυσάρεστες συνέπειες.

Ορισμένοι ασθενείς λειτουργούν σε ένα περιβάλλον το οποίο συστηματικά ενισχύει θετικά τις συμπεριφορές πόνου όπως π.χ. η 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 την πάροδο του χρόνου ακόμα και όταν το αρχικό παθολογικό πρόβλημα έχει ελαττωθεί ή εξαλειφθεί. Όταν εγκατασταθεί ο χρόνιος πόνος,

τότε ο βαθμός της συμπεριφοράς του πόνου έχει μικρή ή καμία σχέση με την αρχική παθολογική αιτία.

Είναι απαραίτητο να τονιστεί ότι ο ασθενής με χρόνια πόνο δε πάσχει αναγκαστικά από κάποια ψυχική διαταραχή. Η μάθηση της συνήθειας του πόνου επέρχεται αυτόματα αν οι παρούσες καταστάσεις είναι ευνοϊκές.

Στις συμπεριφερειολογικές τεχνικές υπάγονται η μυοχάλαση, η ενίσχυση επιθυμητών συμπεριφορών, η εκπαίδευση για την εκπομπή θετικής συμπεριφοράς, η χορήγηση φαρμάκων κατά τακτά χρονικά διαστήματα και όχι ανάλογα με το πότε παραπονιέται 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:

1. Η καταγραφή και η αξιολόγηση της συμπεριφοράς, η οποία είναι επιθυμητό να δημιουργηθεί, να αυξηθεί, να διατηρηθεί, να μειωθεί ή και να εξαλειφθεί. Συγκεκριμένες συμπεριφορές που χρειάζονται να μειωθούν, ιδίως όταν ο πόνος είναι ανθεκτικός στη θεραπεία, είναι η κατανάλωση αναλγητικών φαρμάκων, η υπερβολική χρήση ιατρικής φροντίδας και η αντίδραση στο πόνο με μη «παραγωγικές» συμπεριφορές. 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».
2. Η αξιολόγηση των συνθηκών και συμπεριφορών που ενισχύουν την παθολογική κατάσταση του ασθενούς.
3. Η ανάπτυξη επαρκούς επιρροής στο περιβάλλον του ασθενούς, ώστε να ομαλοποιηθούν οι συνέπειες της νέας «υγιούς» συμπεριφοράς.

Η συμπεριφοριστική είναι η πρώτη που εφαρμόστηκε στην αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου.

Τα θετικά της προσέγγισης αυτής είναι ότι:

1. είναι εύκολα κατανοητή και αποδεκτή από τους ασθενείς
2. ορισμένοι ωφελούνται πάρα πολύ και όταν γίνεται εξωνοσοκομειακά έχει σχετικά χαμηλό κόστος.

Τα αρνητικά είναι ότι:

1. δεν λαμβάνεται ουσιαστικά υπόψη η αξιολόγηση των ίδιων των ασθενών
2. είναι ιδιαίτερα δυσχερές να καταγραφούν και να τροποποιηθούν οι λεπτές συμπεριφορές διαίωξης του προβλήματος και
3. είναι δαπανηρή μέθοδος , διότι στις περισσότερες περιπτώσεις αρχικά τουλάχιστον, απαιτείται ενδονοσοκομειακή θεραπεία διάρκειας ακόμη και πολλών εβδομάδων.

Η συμπεριφοριστική προσέγγιση έχει αποδειχθεί αποτελεσματική σε προσεκτικά επιλεγμένους ασθενείς με χρόνια πόνο ή σε συγκεκριμένες συμπεριφορές που χρειάζονται να μειωθούν, όταν ο πόνος είναι ανθεκτικός στη θεραπεία.

Γνωστική-συμπεριφορική θεραπεία. (Olto & Noonberg 1980)

Στην ουσία πρόκειται για μια προσέγγιση που συνδυάζει τεχνικές γνωστικής θεραπείας με συμπεριφορικές τεχνικές, όπως τη χαλάρωση. Σε αντίθεση με τις ενδοσκοπικές ψυχοθεραπείες όπως η ψυχοδυναμική που σκοπό έχει να αλλάξει τις διεργασίες που υπάρχουν βαθιά στην προσωπικότητα και οι οποίες υποτίθεται πως δημιουργούν δυσπροσαρμοστικές συμπεριφορές, οι συμπεριφορικές θεραπείες έχουν στόχο να τροποποιήσουν τη δυσπροσαρμοστική συμπεριφορά μέσα από την εφαρμογή τεχνικών που βασίζονται στη θεωρία της μάθησης.

Η γνωστική - συμπεριφορική θεραπεία είναι μια κατηγορία θεραπείας αναπτυσσόμενη και εξελισσόμενη που πάντα σε συνδυασμό με το κατάλληλο διεπιστημονικό δυναμικό και άλλων ειδικοτήτων μπορεί να προσφέρει πολλά.

Οικογενειακή θεραπεία. (Olto & Noonberg 1980)

Σε κάποιες περιπτώσεις εφαρμόζεται πρόγραμμα οικογενειακής ψυχοθεραπείας λόγω του επηρεασμού των σχέσεων της οικογένειας σε κατάσταση χρόνιου πόνου και της επίδρασης που έχει αυτή στην αναπηρία που εμφανίζουν οι ασθενείς. Ο σκοπός δεν είναι απλώς η διερεύνηση συγκρούσεων μεταξύ των μελών της αλλά η προσπάθεια οργάνωσης της επικοινωνίας και η διευκόλυνση ικανοποιητικής επίλυσης των προβλημάτων.

Η προκειμένη θεραπεία είναι εφαρμόσιμη σε οικογένειες που περιλαμβάνουν ένα ασθενές μέλος με επακόλουθη διαταραχή της λειτουργίας της σε περιπτώσεις που δεν θέλουμε η επίδραση της οικογένειας να διαιωνίσει το πρόβλημα του ασθενή σε οικογένειες που βρίθουν προβλημάτων μαζί με αυτό του χρόνιου πόνου σε περιπτώσεις που ο ασθενής είναι παιδί σε περιπτώσεις που θέλουμε να δράσει θεραπευτικά επηρεάζοντας θετικά τη συμπεριφορά του πόνου ή την αναπηρία.

Γενικά η θεραπεία αυτή είναι εστιασμένη στο παρόν με επίκεντρο την οικογένεια και την επικοινωνία των μελών της και όχι τόσο στην ενδοσκόπηση της με ρυθμιστή τον ψυχοθεραπευτή.

Ομαδική ψυχοθεραπεία. (Olto & Noonberg 1980)

Υπάρχουν διάφορα είδη ομαδικών θεραπειών εκπαιδευτικές ομάδες, ομάδες έγγαμων, ομάδες με ειδικό στόχο δεξιοτήτων όπως η χαλάρωση ή η αποφασιστικότητα, καθώς και γνωστικές συμπεριφορικές ομάδες στα ιατρεία πόνου.

Στο πλαίσιο αυτό των ομάδων οι ασθενείς αναπαράγουν τις διάφορες συγκρούσεις σε διαπροσωπικό επίπεδο και αφήνουν να διαφανούν οι διάφορες θέσεις τους. Μέσα στην ομάδα τα μέλη δρουν διαμορφώνοντας τη συμπεριφορά κάθε άλλου μέλους, μαζί πάντα με τη ρυθμιστική επιρροή του θεραπευτή. Υπάρχουν αρχές οι οποίες πρέπει να τηρούνται στην δημιουργία των ομάδων, όπως πχ. Ο αριθμός των μελών να είναι μεταξύ 4-12, η μη συμμετοχή ψυχιατρικών ασθενών, η προηγούμενη συνέντευξη κάθε μέλους πριν ενταχθεί και η συνάφεια των προβλημάτων του με αυτά των υπολοίπων μελών. Ο αποκλεισμός ακραίων μορφών συμπεριφοράς είναι βασικός στη συγκρότηση των ομάδων.

Άλλα είδη ψυχοθεραπείας (Olto & Noonberg 1980)

Άλλα είδη θεραπειών περιλαμβάνουν την ύπωση ή υπνωτική αναλγησία και τη βιοανάδραση. Η πρώτη αναφέρεται σε κατάσταση που χαρακτηρίζεται από αξιοσημείωτη αύξηση της δεκτικότητας στην υποβολή, επιτρέποντας έτσι τη μέγιστη τροποποίηση στην αντίληψη και τη μνήμη. Δεν αλλάζει την ακεραιότητα της προσωπικότητας και του χαρακτήρα. Όσον αφορά τη δεύτερη μέθοδο κατά τον ορισμό των Olton και Noonberg (1980) είναι: "... κάθε τεχνική η οποία αυξάνει την ικανότητα ενός ατόμου να ελέγχει οικειοθελώς φυσιολογικές δραστηριότητες με το να παρέχει πληροφορίες για αυτές τις δραστηριότητες ..."

Συμπερασματικά διαφαίνεται ότι ο πόνος δεν είναι πάντα αναλογικός προς το ερέθισμα ή την καταστροφή του ιστού. Ιδίως σε περιπτώσεις χρόνιου πόνου το αίσθημα αυτό είναι κάτι περισσότερο από μεταφορά ενός επώδυνου σήματος στο κεντρικό νευρικό σύστημα γιατί αυτό διαμορφώνεται στην πορεία του σε πολλαπλά επίπεδα και αποτελεί σύνθετο φαινόμενο και διαδικασία.

Αυτή η διαδικασία διηθείται από τα προσωπικά βιώματα, τις σκέψεις, τα συναισθήματα, τη φυσική κατάσταση και τη γενετική προδιάθεση του κάθε ατόμου. Η ψυχολογική προσέγγιση μέσα από τις διάφορες θεραπείες που αναφέρθηκαν παραπάνω και η κατάλληλη κάθε φορά, ανάλογα με τον ασθενή, παρέμβαση σε συνδυασμό με τις άλλες ιατρικές ειδικότητες θα προσφέρουν όλο και πιο ολοκληρωμένη κατανόηση του χρόνιου πόνου κάθε φορά και κατά το δυνατόν περισσότερο πολύπλευρη θεραπεία.

4.3 ΓΝΩΣΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΥΝΔΡΟΜΩΝ ΧΡΟΝΙΟΥ ΠΟΝΟΥ

Πιο αναλυτικά, η γνωσιακή προσέγγιση αναφέρεται στον τρόπο με τον οποίο οι άνθρωποι «δομούν νοητικά» την πραγματικότητα και ασκεί καθοριστικό ρόλο στη συμπεριφορά τους. 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 περιβάλλοντος του. Ο οργανισμός με την διαμεσολάβηση των γνωσιακών διεργασιών, του συναισθηματικού φορτίου και της προηγούμενης εμπειρίας υποδέχεται το αλγινό ερέθισμα. Το ερέθισμα αξιολογείται και βιώνεται ως απειλητικό, στα πλαίσια της αυτόματης γνωσιακής αξιολόγησης χωρίς αυτό να σημαίνει ότι υπάρχει πάντοτε νοητική ενημερότητα (Marshall 1996).

Για την κατανόηση της διαμεσολάβησης του συναισθήματος και της προηγούμενης εμπειρίας στο πόνο, το γνωσιακό μοντέλο χρησιμοποιεί όρους προερχόμενους από τη γνωσιακή θεωρία όπως είναι οι εκτιμήσεις, οι προσδοκίες, οι στόχοι, οι εξηγήσεις, οι στάσεις, οι πεποιθήσεις και πολλά άλλα.

Η αίσθηση του πόνου (πρωτογενής εκτίμηση), σε καταστάσεις οι οποίες είναι διαφορούμενες όπως 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 μπορεί να επηρεάσουν διαφορετικά στην εμπειρία του πόνου. Η ψυχολογική παράμετρος «εστία ελέγχου» είναι η περισσότερο μελετημένη παράμετρος για τους ασθενείς με χρόνιο πόνο. 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 της αύξησης της έντασης της βίωσης του πόνου και τη δυσκολία για τη θεραπευτική συνεργασία.

Οι στόχοι του ασθενούς οι οποίοι έχουν σχέση με το τι επιθυμούν να συμβεί στο μέλλον, αναφορικά με το επώδυνο βίωμα, σχετίζονται άμεσα με το βαθμό που πιστεύουν ότι έχουν τη δυνατότητα να ανταπεξέλθουν σ' αυτό. Οι ασθενείς που θέτουν ως στόχο να μην βιώσουν ποτέ στο

μέλλον πόνο, πολύ εύκολα αποκαρδιώνονται και μειώνεται η αυτοπεποίθησή τους για το κατά πόσο μπορεί να ανταπεξέλθει ο οργανισμός τους στο πόνο (Marshall 1996).

Οι εξηγήσεις που χρειάζεται ο ασθενής για τα αίτια του πόνου του, οι οποίες είναι καθοριστικής σημασίας, για το πώς θα αισθανθεί και θα συμπεριφερθεί σχετικά με το πρόβλημα του. Όταν ο ασθενής αποδίδει τον πόνο αποκλειστικά σε «οργανικά αίτια», τότε απευθύνεται συνεχώς σε ιατρούς, οι οποίοι θα διαγνώσουν και θα αντιμετωπίσουν το πρόβλημα 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.

Η απόδοση των αιτιών του πόνου σε μυστήριες αιτίες, οδηγεί σε δυσχέρειες στην ιατρική παρέμβαση και έτσι ο ασθενής μπορεί να μεταπέσει σε κατάσταση μειωμένης αυτοπεποίθησης με την αντίστοιχη δυσλειτουργική συμπεριφορά. Τα συναισθήματα του θυμού και της απελπισίας κυριαρχούν στους ασθενείς οι οποίοι αποδίδουν τα αίτια του πόνου μόνο σε εξωτερικούς, περιστασιακούς παράγοντες. Αντίστοιχα μειωμένη αυτοεκτίμηση και κατάθλιψη βιώνεται από τους ασθενείς, οι οποίοι αποδίδουν τα αίτια του πόνου σε αποκλειστικά δικούς τους εσωτερικούς παράγοντες.

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

Η θεραπεία είναι χρονικά περιορισμένη και στοχεύει στο να βοηθήσουμε τον ασθενή να προσδιορίσει ποιο ακριβώς είναι το πρόβλημα. Ο πόνος αναγνωρίζεται ως υπαρκτός, αλλά και η θεραπεία διαχωρίζεται από την παροχή απλώς «διαβεβαιώσεων», οι οποίες μπορεί να επιφέρουν μόνο εφήμερο εφησυχασμό. Οι ερωτήσεις και η συνεργασία με τον ασθενή είναι προτιμότερη μέθοδος και αποφεύγεται, οι θεραπευτικές συνεδρίες να γίνονται πεδίο «μαχών» (Olto & Noonberg 1980).

Οι παράλογεςπίστεις των ασθενών για τον πόνο βασίζονται σε ενδείξεις τις οποίες οι ίδιοι τις βρίσκουν πειστικές. Αντί να αμφισβητείτε μια πίστη του ασθενούς ότι έχει μια 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 κατάστασης των ασθενών γίνεται σε όλες τις συνιστώσες του πόνου, όπως είναι η σωματική, η νοητική, η συναισθηματική και η 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». Ο ασθενής ενημερώνεται ότι ο στόχος της θεραπείας είναι πώς να αντιμετωπίσει το πρόβλημα και όχι πώς να το εξαλείψει. Όλες οι τεχνικές που χρησιμοποιούνται θεωρούνται πειράματα τα οποία στοχεύουν στην εξαγωγή των συμπερασμάτων εκείνων που θα τροποποιήσουν μια δυσλειτουργική γνωσία.

Τα περισσότερα γνωσιακά προγράμματα αντιμετώπισης του πόνου περιλαμβάνουν:

1. Εκπαίδευση για τους παράγοντες, οι οποίοι επηρεάζουν την αντίληψη και την αντιμετώπιση του πόνου.
2. Ενθαρρύνουν την επαναξιολόγηση της διαδικασίας του πόνου
3. Διδάσκουν νέες μεθόδους αντιμετώπισης μέσα από την απόκτηση δεξιοτήτων και
4. Ενθαρρύνουν την αύξηση της άσκησης και των δραστηριοτήτων.

Τα πλέον εμπειριστατωμένα μοντέλα γνωσιακής θεραπείας του πόνου έχουν προταθεί από τους Turk και την Skevington. Σύμφωνα με τον Turk οι στρατηγικές για τον έλεγχο του πόνου χωρίζονται σε δύο ομάδες. Η πρώτη ομάδα συμπεριλαμβάνει τεχνικές που στοχεύουν στο να αλλάξουν την εκτίμηση του πόνου όπως είναι οι τεχνικές εκπαίδευσης στην αντιμετώπιση του άγχους, αναγνώριση και βαθμολόγηση πόνου καθώς και πολλά άλλα, και θεωρούνται οι πλέον αποτελεσματικές.

Η δεύτερη ομάδα στρατηγικών επιχειρεί να βοηθήσει τον ασθενή να μάθει να αποσπά την προσοχή του μακριά από τον πόνο. Χρησιμοποιούν τεχνικές που κυρίαρχο ρόλο έχει η νοητική απεικονητική. Οι συχνότερες χρησιμοποιούμενες απ' αυτές είναι η φαντασίωση ευχάριστων καταστάσεων, ο εστιασμός της προσοχής σε άλλα πράγματα και πολλά άλλα.

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.

Η εφαρμογή των γνωσιακών παρεμβάσεων για την αντιμετώπιση του πόνου λαμβάνει ολοένα αυξανόμενη υποστήριξη και αποδοχή. Οι παρεμβάσεις αυτές δεν είναι όμως εφικτές για όλους τους ασθενείς. 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 δυνατότητα του να χρησιμοποιεί τις τεχνικές με συνεργατικό τρόπο (Olto & Noonberg 1980).

Ορισμένες μελέτες σύγκρισης της συμπεριφοριστικής παρέμβασης με την γνωσιακή έδειξαν, ότι η προσθήκη του «γνωσιακού συστατικού» δεν βελτίωσε περαιτέρω την συμπτωματολογία. Η έλλειψη εξειδικευμένων θεραπειών σε συνδυασμό με την ελλιπή τεκμηρίωση, αναφορικά με την αποτελεσματικότητα της εισαγωγής των «γνωσιακών» παραμέτρων στη ψυχολογική αντιμετώπιση των ασθενών με χρόνια πόνο οδηγεί σε σκεπτικισμό αναφορικά με την δυνατότητα αυτής της εφαρμογής, 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 εφαρμογή τους και την αποτελεσματικότητά τους.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Decosterd I, Woolf CJ. 2000. Freud in the 20th century. A review of theory for pain treatment in chronic illness. Medline, 87(2): 149-158
2. Carlsson AM. 1983. Assessment of chronic pain. Aspects of the reliability and validity of the visual analogue scale. Medline, 16(1): 87-101
3. Olto DS, Noonberg AR. 1980 Biofeedback: Clinical Applications in Behavioral Medicine. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall. www.elsevier.com/locate/pain
4. Marshall D. 1996. Behavioral medicine. Assessment of pain. An update review. IASP Committee on Refresher Courses. www.melook.gr
5. Troels S. 1996. Mechanisms of neuropathic pain. An update review. IASP Committee an Refresher Courses. www.elsevier.com/locate/pain

Ο πόνος είναι μια ψυχολογική κατάσταση, η οποία εξαρτάται από τη συνειδητότητα, την αντιληπτική ικανότητα και το συναίσθημα. Η έκφραση του πόνου αναφέρεται σε μία συμπεριφορά, η οποία ασκεί ψυχολογικό αντίκτυπο και σε άλλα άτομα του περιβάλλοντος του ασθενή. Σε όλες τις μορφές κυρίως του χρόνιου πόνου υπάρχει πάντοτε κάποια ψυχολογική διάσταση. Σε κάθε ασθενή ο πόνος έχει και ένα διαφορετικό νόημα. Άλλοτε πάλι ο πόνος μπορεί να αποτελεί μια αποδεκτή δικαιολογία ώστε να αποφύγει κάποια πράγματα ή να έχει κάποια προνόμια. Εδώ έγκειται και η ικανότητα προσέγγισης του ειδικού να αποσαφηνίζει κατά το δυνατόν το νόημα για τον ασθενή.

Το απαγορευτικό πολλές φορές για τους ειδικούς που ασχολούνται με την αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου είναι ότι, παρόλο που γνωρίζουν όλο και περισσότερα για τους νευροφυσιολογικούς μηχανισμούς που τον διέπουν, δύσκολα κατορθώνουν να καθορίσουν τις επιπτώσεις του στην λειτουργικότητα και στην ποιότητα της ζωής του ασθενή.

Παρότι η ψυχολογική αντιμετώπιση παίζει διαφορετικού βαθμού ρόλο στην αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου και σε κάθε στάδιο της θεραπείας του, στην πράξη δίνεται συνήθως σχετικά μικρή σημασία. Επίσης είναι ελάχιστη η συμμετοχή του ασθενή στη διαμόρφωση της θεραπείας και της διαχείρισης του πόνου του. Πολλοί γιατροί που ασχολούνται με την παρακολούθηση ασθενών με χρόνια πόνο παραβλέπουν το ρόλο των ψυχολογικών παραγόντων και τη συμβολή τους στη διαχείριση του stress των ασθενών αυτών. Σε αυτό συμβάλουν η μονοδιάστατη κυρίως ιατρική εκπαίδευση, η θεώρηση της μέχρι τώρα ιατρικής πρακτικής, ότι δηλαδή η ψυχολογική διάσταση της νόσου δεν αποτελεί κεντρικό σημείο αξιολόγησης αλλά ανήκει στο περιθώριο της εκτίμησης της θεραπείας του ασθενούς.

Η άποψη ότι αν αφαιρέσουμε την αιτία του πόνου, ο ασθενής θα αναρρώσει, φαίνεται ανεπαρκής. Έτσι ο νοσηλευτής παίζει καθοριστικό ρόλο αφενός στην ψυχική στήριξη του ασθενή και αφετέρου στην επανένταξή του, παράλληλα με την αναστροφή της παθοφυσιολογίας του πόνου που υπάρχει. Για την καλύτερη αποκατάσταση της υγείας του ασθενούς, οι σύγχρονοι νοσηλευτές χρειάζεται να είναι σε συνεργασία με τους ειδικούς ψυχικής υγείας και να εκπαιδευτούν και οι ίδιοι στις ψυχολογικές τεχνικές μείωσης του πόνου των ασθενών.