



ΜΕΛΕΤΗ ΓΙΑ ΤΙΣ ΓΝΩΣΙΑΚΕΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΣΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΤΟ ΧΡΟΝΙΟ ΠΟΝΟ

Ονοματεπώνυμο: Ελένη Καργάκου
Επόπτρια: Λήδα Παλάκα

Ο χρόνιος πόνος θεωρείται ως μία από τις επικρατέστερες αιτίες αναπηρίας στον ενήλικο πληθυσμό, με μεγάλες ψυχολογικές, κοινωνικές και οικονομικές συνέπειες. Υπολογίζεται ότι 1.5 δισεκατομμύρια άτομα παγκοσμίως υποφέρουν από παθήσεις που σχετίζονται με τον χρόνιο πόνο, με τα ποσοστά σε Ευρώπη και Αμερική να κυμαίνονται από 19% έως 20% του ενήλικου πληθυσμού (Zelaya, Dahlhamer, Lucas & Connor, 2020). Αποτελεί, συνεπώς, ένα μεγάλο πρόβλημα για τη δημόσια υγεία παγκοσμίως και η διαχείριση του θεωρείται πρόκληση, καθώς φαίνεται να έχει σημαντική επίδραση στην ποιότητα ζωής και τα επίπεδα λειτουργικότητας των πασχόντων. Το κόστος των παροχών υγείας που αφορούν στην αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου είναι τεράστιο (Flor et al., 1992), ενώ ο πόνος αποτελεί την συνηθέστερη αιτία αναζήτησης βοήθειας (Bouckoms, 1999).

ΟΡΙΣΜΟΣ

Με βάση τον Διεθνή Οργανισμό Μελέτης του Πόνου, ως χρόνιος πόνος ορίζεται μια δυσάρεστη αισθητηριακή και συναισθηματική εμπειρία, που συνδυάζεται με πραγματική ή δυνητική βλάβη ιστού ή περιγράφεται με όρους που αντιστοιχούν σε τέτοια βλάβη και επηρεάζεται από γνωστικούς, συναισθηματικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες (Loeser & Melzack, 1999).

ΕΙΔΗ

Οσφυαλγία: πόνος, μυϊκή ένταση ή δυσκαμψία που εντοπίζεται κάτω από το πλευρικό περιθώριο και πάνω από τις κατώτερες γλουτιαίες πτυχές, με ή χωρίς πόνο στα πόδια

Μεθερπητική νευραλγία: δερματικός πόνος που αποτελεί απάντηση των περιφερικών νεύρων στη βλάβη που προκαλείται από τον έρπητα ζωστήρα και επιμένει τουλάχιστον 90 ημέρες μετά την εμφάνιση του.

Ινομυαλγία: ασθένεια που χαρακτηρίζεται από χρόνια εκτεταμένο πόνο, προβλήματα ύπνου, σωματική εξάντληση και γνωστικές δυσκολίες

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

- **Φύλο:** οι γυναίκες αποτελούν την πλειοψηφία των ασθενών με χρόνια πόνο, αναφέροντας λιγότερη αντοχή και υψηλότερα επίπεδα δυσαρέσκειας σε σχέση με αυτόν
- **Ηλικία:** οι περισσότεροι ασθενείς με χρόνια πόνο είναι άνω των 65 ετών
- **Κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο:** άτομα που έχουν ανατραφεί σε δυσμενείς κοινωνικο-οικονομικές συνθήκες σημειώνουν πολύ υψηλότερα ποσοστά χρόνιου πόνου

- **Κληρονομικότητα:** άτομα των οποίων οι γονείς εμφάνιζαν χρόνια πόνο έχουν πολύ περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν αντίστοιχα προβλήματα κατά την διάρκεια της ζωής τους
- **Ιστορικό κακοποίησης:** ψυχολογικής, σωματικής, σεξουαλικής σε οποιαδήποτε ηλικία, τόσο στο πλαίσιο της οικογένειας όσο και στο εξωτερικό περιβάλλον

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

- **Ιστορικό αγχωδών ή καταθλιπτικών διαταραχών:** τα άτομα αυτά είναι πιο ευάλωτα στην εμφάνιση χρόνιου πόνου και αναφέρουν σημαντικά χαμηλότερη λειτουργικότητα και φτωχότερη ποιότητα ζωής
- **Παράγοντες που αφορούν την εργασία:** οι απαιτήσεις, οι προσδοκίες, ο φόβος βλάβης ή τραυματισμού κατά την εργασία καθώς και οι αντιδράσεις των συναδέλφων και των εργοδοτών

- **Αντιλήψεις σχετικά με τον πόνο & στρατηγικές αντιμετώπισης:** οι καταστροφικές αντιλήψεις για τον πόνο καθώς και οι παθητικές στρατηγικές αντιμετώπισης (π.χ. φαρμακευτική αγωγή, ανάπαυση ή χρήση θερμοφόρων/παγοκύστεων) συνδέονται άμεσα με αυξημένο βαθμό καθημερινής δυσλειτουργίας ή αναπηρίας

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ: ΣΥΓΚΡΙΣΗ DSM-IV-TR & DSM-5

DSM-IV-TR: Ο χρόνιος πόνος απαντάται ως αυτούσια κλινική οντότητα, με την ονομασία **“Διαταραχή πόνου”** (διαγνωστική κατηγορία “Σωματόμορφες Διαταραχές, Διαταραχές Προσποίησης και Υπόκριση”) και αφορά σε μία επίμονη ενασχόληση με τον πόνο, ενώ απουσιάζει σωματική νόσος, που θα μπορούσε να ευθύνεται για την ένταση του.

Παρατηρούνται κλινικά σημαντικής ποσότητας ενοχλήματα πόνου, που οδηγούν σε συναισθηματική δυσφορία και κοινωνική ή επαγγελματική έκπτωση.

DSM-5: Ο χρόνιος πόνος δεν απαντάται πλέον σαν αυτούσια διαταραχή αλλά σαν προσδιοριστικός παράγοντας της **“Διαταραχής Σωματικού Συμπτώματος, με προσδιορισμό κυρίαρχο πόνο”** (διαγνωστική κατηγορία “Διαταραχές Σωματικών Συμπτωμάτων και Συνδεόμενες Διαταραχές”) και αφορά σε **ένα ή περισσότερα σωματικά συμπτώματα** τα οποία είναι ενοχλητικά ή έχουν ως αποτέλεσμα σημαντική διατάραξη της καθημερινής ζωής, με το άτομο να παρουσιάζει υπερβολικές σκέψεις, συναισθήματα, ή συμπεριφορές που σχετίζονται με τα σωματικά συμπτώματα ή συνδέονται με ανησυχίες για την υγεία.

ΧΡΟΝΙΟΣ ΠΟΝΟΣ & ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ

Μείζων καταθλιπτική διαταραχή: Το ποσοστό των ασθενών με χρόνια πόνο που έχουν κατάθλιψη κυμαίνεται από 40% έως 60%. Έτσι, έχει επινοηθεί ο όρος “δυάδα πόνου-κατάθλιψης”.

Αγχώδεις διαταραχές: Η διαταραχή πανικού και η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή αποτελούν τις συνηθέστερες διαταραχές που διαγιγνώσκονται σε ασθενείς με χρόνια πόνο.

Διαταραχή μετατραυματικού στρες: Σχετίζεται σημαντικά με πολλούς τύπους χρόνιου πόνου, παρουσιάζοντας παρόμοια κλινικά χαρακτηριστικά (συμπεριφορές αποφυγής, υψηλή σωματική διέγερση, συγκεκριμένα δυσπροσαρμοστικά μοτίβα σκέψης, ψυχική δυσφορία, κακή ποιότητα ζωής και αναπηρία).

Διαταραχές Σχετιζόμενες με τη Χρήση Ουσιών και Διαταραχές Εθισμού: Οι ασθενείς με χρόνια πόνο αντιμετωπίζουν αυξημένο κίνδυνο για εμφάνιση αυτών των διαταραχών τα πρώτα 5 έτη από την εμφάνιση του πόνου.

Διαταραχές προσωπικότητας: Τα ποσοστά επιπολασμού δ.π. (παρανοϊκή, οριακή, αποφευκτική) μεταξύ ασθενών με χρόνια πόνο είναι σημαντικά υψηλότερα απ’ ό,τι στο γενικό πληθυσμό.

ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΤΟ ΧΡΟΝΙΟ ΠΟΝΟ

Παρεμβάσεις για τη διαχείριση του χρόνιου πόνου υπάρχουν εδώ και χιλιάδες χρόνια. Οι πιο πρώιμες παρεμβάσεις, καθοδηγούνταν από πεποιθήσεις που απέδιδαν τον χρόνιο πόνο σε διάφορους παράγοντες προέλευσης (π.χ. την καρδιά, τον εγκέφαλο, τα νεύρα καθώς και σε θρησκευτικούς παράγοντες), με αποτέλεσμα να συγκροτηθούν μέθοδοι όπως ο τρυπανισμός. Με την πάροδο του χρόνου και την πρόοδο της επιστήμης στη διαχείριση του χρόνιου πόνου, παρουσιάστηκαν ιατρικές παρεμβάσεις, ξεκινώντας με τη χρήση ουσιών όπως το όπιο και το αλκοόλ, ενώ αργότερα χρησιμοποιήθηκε και το οξείδιο του αζώτου. Ωστόσο, φάνηκε πως οι τυπικές ιατρικές παρεμβάσεις (οπιοειδή, χειρουργεία κλπ.) δεν συνδέονταν με μακροχρόνια ανακούφιση από τον χρόνιο πόνο και έθεταν τους ασθενείς σε διάφορους κινδύνους, όπως ο εθισμός (Gatchel et al., 2014).

ΒΙΟΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ

Το **βιοψυχοκοινωνικού μοντέλο** βασίζεται στη διεπιστημονικού τύπου φροντίδα, η οποία συνδυάζει χρήση φυσιοθεραπευτικών μεθόδων με παρεμβάσεις γνωσιακές, συμπεριφορικές, συναισθηματικές και σχετικές με το περιβάλλον του ατόμου (Gatchel et al., 2014). Το μοντέλο αυτό περιγράφει τον χρόνιο πόνο σαν μια περίπλοκη και δυναμική διαδικασία συνεχούς αλληλεπίδρασης μεταξύ σωματικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων, οι οποίοι διαιωνίζουν και κατά κάποιο τρόπο δυσχεραίνουν ο ένας την ύπαρξη του άλλου, οδηγώντας, έτσι, στην εμφάνιση χρόνιων και περίπλοκων συνδρόμων, που σχετίζονται με τον πόνο (Gatchel et al., 2014). Κεντρικό χαρακτηριστικό του διεπιστημονικού μοντέλου φροντίδας αποτελεί η χρήση **Γνωσιακής Συμπεριφοριστικής Θεραπείας (ΓΣΘ)**.

ΓΝΩΣΙΑΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΣΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η ΓΣΘ είναι μία δομημένη, συνεργατική θεραπεία που θέτει συγκεκριμένους στόχους, απαιτεί την ενεργητική συμμετοχή τόσο του θεραπευτή, όσο και του θεραπευόμενου, εστιάζει στο εδώ και τώρα και είναι βραχυπρόθεσμη. Ο θεραπευόμενος βοηθιέται από το θεραπευτή να βρει τις γνωστικές παραποιήσεις του ώστε να αναπτύξει ένα εποικοδομητικότερο τρόπο αξιολόγησης των εμπειριών του (Χαρίλα, 1998).

ΓΣΘ & Χρόνιος Πόνος

Εξετάζει τον πόνο σαν ένα πολύπλοκο σύστημα που επηρεάζεται από τις γνωσίες των ατόμων σχετικά την εμπειρία του πόνου.

Οι ασθενείς με χρόνιο πόνο φαίνεται να αντιλαμβάνονται τον πόνο σαν κάτι **απειλητικό ή καταστροφικό** και βρίσκονται διαρκώς σε **υπερεπαγρύπνηση** όσον αφορά τις σωματικές τους αισθήσεις. Ο πόνος αποτελεί για εκείνους μια ασαφή σωματική αίσθηση, που μπορεί να υποδεικνύει βλάβη ή και αναπηρία.

Η λανθασμένη προσδοκία ότι ο πόνος θα αυξηθεί με την έκθεση κάνει τους ασθενείς να υιοθετούν τη **συμπεριφορά της αποφυγής** για να ανακουφιστούν από το φόβο βραχυπρόθεσμα. Παρουσιάζουν απροθυμία να εμπλακούν στις καθημερινές τους δραστηριότητες, φοβούμενοι το ενδεχόμενο να βιώσουν σωματικό πόνο (Conrad et al., 2013).

ΣΤΟΧΟΙ ΓΣΘ

Κύριοι στόχοι της ΓΣΘ όσον αφορά στο χρόνιο πόνο είναι:

η **αποδοχή** της κατάστασης του πόνου, διαδικασία η οποία βοηθά τα άτομα που υποφέρουν από χρόνιο πόνο να διεκδικούν την προσωπική τους ταυτότητα και να μην αυτοπροσδιορίζονται ως άτομα με αναπηρία (Morley et al., 2004).

η **αποκαταστροφοποίηση** και η **επιστροφή του ατόμου σε δραστηριότητες**, στις οποίες είχε σταματήσει να εμπλέκεται λόγω μη ρεαλιστικών, δυσλειτουργικών γνωσιών σχετικά με την πρόκληση βλάβης (Vowles, McCracken & Eccleston, 2007).

ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΓΣΘ

Γνωσιακές τεχνικές:

- Εντοπισμός και αναγνώριση δυσλειτουργικών γνωσιών και πεποιθήσεων (ημερολόγιο δυσλειτουργικών σκέψεων, οριζόντια και κάθετη διερεύνηση, χειρότερο σενάριο, γνωσιακή πρόβα)
- Γνωσιακή αναδόμηση: τροποποίηση και αντικατάσταση των δυσλειτουργικών πεποιθήσεων με πιο λειτουργικές για το άτομο ιδέες (ημερολόγια με δεδομένα που υποστηρίζουν τη σκέψη και δεδομένα που την αντικρούουν και εναλλακτικές σκέψεις)

Συμπεριφορικές τεχνικές:

- Εκπαίδευση σε τεχνικές χαλάρωσης (διαφραγματική αναπνοή, νευρομυϊκή χαλάρωση)
- Εκπαίδευση στις τεχνικές επίλυσης προβλήματος
- Συμπεριφορικά πειράματα
- Έκθεση

Έρευνες για την αποτελεσματικότητα της ΓΣΘ στο χρόνιο πόνο:

- Η ΓΣΘ θεωρείται πιο αποδοτική και οικονομικά συμφέρουσα από τις αμιγώς ιατρικές προσεγγίσεις (Turk & Burwinkle, 2005).
- Έχει διαπιστωθεί σε πολλαπλές ελεγχόμενες κλινικές δοκιμές σε πλαίσια παροχής διεπιστημονικής φροντίδας για το χρόνιο πόνο, ότι η ΓΣΘ είναι αποτελεσματική στο να βοηθήσει τους θεραπευόμενους να διαχειριστούν τις συνθήκες του πόνου (McCracken & Turk, 2002).

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΑΠΟΔΟΧΗΣ & ΔΕΣΜΕΥΣΗΣ

Υιοθετεί μια πραγματιστική αντίληψη της πραγματικότητας σε φιλοσοφικό επίπεδο σε αντίθεση με τη ΓΣΘ, που βασίζεται στην αντιστοίχιση της σκέψης με την πραγματικότητα. Κατά την εφαρμογή της στον χρόνιο πόνο, επικεντρώνεται στην αύξηση της εκτιμώμενης αντίδρασης κατά την παρουσία αυτού (Hughes et al., 2017). Αυτό γίνεται μέσω της ανάπτυξης της “Ψυχολογικής Ευελιξίας”, η οποία βασίζεται στις εξής διαδικασίες:

- την αποδοχή
- την αποσύνδεση από τις σκέψεις /ή γνωστική αποσύνδεση
- την επαφή με το παρόν
- τη δεσμευμένη δράση με βάση τις προσωπικές αξίες

ΘΑΔ & Χρόνιος Πόνος

Εστιάζει στην αποδοχή του πόνου ως μέρους της συνολικής βιωματικής εμπειρίας του ατόμου και όχι στην αντιμετώπιση και προσπάθεια ελέγχου του. Στη διαδικασία αποδοχής του πόνου, τίθεται ως προτεραιότητα η ουσιαστική σύνδεση του ατόμου με τις βαθύτερες αξίες του, με την προοπτική ότι το άτομο θα νιώσει, έτσι, απελευθερωμένο να επιδιώξει νέες δράσεις με βάση τις αξίες αυτές.

Έρευνες για την αποτελεσματικότητα της ΘΑΔ στο χρόνιο πόνο:

- Μετα-ανάλυση σχετικά με τη ΘΑΔ για το χρόνιο πόνο κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η προσέγγιση αυτή είναι τουλάχιστον **εξίσου αποτελεσματική με την παραδοσιακή ΓΣΘ** (Veehof et al., 2011).
- Μετα-ανάλυση σε 66 πειραματικές εργαστηριακές μελέτες σχετικά με τις διαδικασίες που σχετίζονται με τη ΘΑΔ κατέληξε στο συμπέρασμα ότι έχει **ευρέως θετικά αποτελέσματα** (Levin, Hildebrandt, Lillis, & Hayes, 2012)
- Σε τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη δοκιμή που πραγματοποίησαν ο Wetherell και οι συνεργάτες του (2011), **δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο παρεμβάσεων.**

ΓΝΩΣΙΑΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΒΑΣΙΣΜΕΝΗ ΣΤΗΝ ΕΝΣΥΝΕΙΔΗΤΟΤΗΤΑ:

Έχει ως βασικό στόχο την ανάπτυξη ενός συγκεκριμένου είδους προσοχής, το οποίο χαρακτηρίζεται από μη επικριτική αυτεπίγνωση, ανοιχτή στάση, περιέργεια και αποδοχή των εσωτερικών και εξωτερικών εμπειριών που βιώνει το άτομο στο παρόν. Αυτό το είδος προσοχής, που ονομάζεται ενσυνειδητότητα, βοηθά το άτομο να λειτουργεί περισσότερο αναστοχαστικά παρά παρορμητικά (Chiesa & Serretti, 2011). Ως ενσυνειδητότητα ορίζεται η συνειδητοποίηση που προκύπτει από την εκούσια παρατήρηση της παρούσας στιγμής και η αποδοχή της εμπειρίας αυτής χωρίς κριτική (Kabat-Zinn, 2003). Η ΓΘΒΕ περιλαμβάνει τις εξής τεχνικές:

- τη σάρωση του σώματος
- το διαλογισμό
- τις ασκήσεις Hatha Yoga

ΓΘΒΕ & Χρόνιος Πόνος

Η ΓΘΒΕ έχει πιο βιωματικό απ' ό,τι διδακτικό χαρακτήρα και εστιάζει περισσότερο στην σωματική εμπειρία του πόνου.

Έρευνες για την αποτελεσματικότητα της ΓΘΒΕ στο χρόνιο πόνο:

- Έχει βρεθεί πως παρόλο που τα αποτελέσματα της κατακτώνται σε σύντομο χρονικό διάστημα, μπορούν να διατηρηθούν **μακροπρόθεσμα**, ενώ φαίνεται πως αυτός ο τύπος θεραπείας είναι **ιδιαίτερα αποδοτικός και σε άτομα μεγαλύτερης ηλικίας** (McBee et al., 2004).
- Η ΓΘΒΕ **μειώνει την αντίληψη του πόνου**, βελτιώνει την **καθημερινή λειτουργικότητα και αίσθηση ευημερίας** και είναι **πιο αποτελεσματική σε σχέση με τη ΓΣΘ σε περιπτώσεις συννοσηρότητας με Αγχώδεις και Καταθλιπτικές διαταραχές** (Majeed et al., 2018).
- Σε συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας που πραγματοποιήθηκε το 2019, **δεν εντοπίστηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ ΓΘΒΕ και ΓΣΘ** όσον αφορά στην αποτελεσματικότητα τους στο χρόνιο πόνο (Khoo et al., 2019).
- Συστηματική ανασκόπηση που πραγματοποιήθηκε το 2021, έδειξε πως παρόλο που η ΓΘΒΕ λειτουργεί αποτελεσματικά στα περισσότερα είδη χρόνιου πόνου, **δεν είναι ακόμη δυνατόν να συμπεράνουμε την σαφή υπεροχή της έναντι της ΓΣΘ** (Pardos-Gascón et al., 2021).

Κλείνοντας, συμπεραίνουμε πως τόσο η κλασική ΓΣΘ όσο και οι θεραπείες τρίτου κύματος αποδεικνύονται ιδιαίτερα αποτελεσματικές στα περισσότερα είδη του χρόνιου πόνου. Πιο συγκεκριμένα, η ΓΣΘ βοηθά τους θεραπευόμενους να διαχειριστούν τις συνθήκες του πόνου, καθώς στοχεύει στην αποκαταstroφοποίηση και την επιστροφή του ατόμου σε δραστηριότητες, στις οποίες είχε σταματήσει να εμπλέκεται λόγω δυσλειτουργικών πεποιθήσεων σχετικά με την πρόκληση βλάβης. Η ΘΑΔ μπορεί να αποτελέσει μια χρήσιμη εναλλακτική θεραπεία για τον χρόνιο πόνο, καθώς στοχεύει στην αποδοχή ορισμένων πτυχών του, που είναι δύσκολο να διαφοροποιηθούν. Από την άλλη, η ΓΘΒΕ λειτουργεί αποτελεσματικά στην αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου, ενδεχομένως λόγω του ότι έχει πιο βιωματικό απ' ό,τι διδακτικό χαρακτήρα και εστιάζει περισσότερο στην σωματική εμπειρία του πόνου. Μάλιστα σε ορισμένες μελέτες για το χρόνιο πόνο, η ΓΘΒΕ φαίνεται πιο αποτελεσματική από τις υπόλοιπες παρεμβάσεις. Ωστόσο, οι έρευνες που οδηγούνται σε αυτό το συμπέρασμα είναι ολιγάριθμες μέχρι σήμερα, ενώ αρκετές μελέτες δείχνουν ότι δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στην αποτελεσματικότητα μεταξύ των τριών προσεγγίσεων. Επομένως, είναι σαφές ότι η ανάγκη για περαιτέρω έρευνα είναι επιτακτική.

Ευχαριστώ για το χρόνο σας!