



**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ  
ΙΔΡΥΜΑ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ-  
ΠΡΟΝΟΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ  
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ  
ΣΤΗΝ «ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ»**



**ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**Χρόνιος πόνος σε νευρολογικές και ψυχιατρικές νόσους**

Καλαμπαλίκη Ολυμπία

Ψυχολόγος

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Μπακούρας Σιδέρης, Ψυχίατρος    Επιβλέπων Καθηγητής

Θωμάς Αλέξανδρος, Ψυχίατρος    Μέλος Τριμελούς Επιτροπής

Καραουλάνης Σωκράτης, Ψυχίατρος    Μέλος Τριμελούς Επιτροπής

Λάρισα, 2014



**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ  
ΙΔΡΥΜΑ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ-  
ΠΡΟΝΟΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ  
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ  
ΣΤΗΝ «ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ»**



**Chronic pain in neurological and psychiatric disease**

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΣΤΑ ΕΛΛΗΝΙΚΑ .....	6
ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΣΤΑ ΑΓΓΛΙΚΑ .....	7
ΠΡΟΛΟΓΟΣ- ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ .....	9
ΕΙΣΑΓΩΓΗ .....	10
Ο ΠΟΝΟΣ ΚΑΙ ΤΑ ΕΙΔΗ ΤΟΥ .....	12
ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΟΥ ΧΡΟΝΙΟΥ ΠΟΝΟΥ .....	18
ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΧΡΟΝΙΟΥ ΠΟΝΟΥ: ΝΕΥΡΟΠΑΘΗΤΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ .....	19
ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΧΡΟΝΙΟΥ ΠΟΝΟΥ: ΣΩΜΑΤΟΜΟΡΦΟΣ ΠΟΝΟΣ .....	20
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ .....	21
ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ .....	23
1. ΚΕΝΤΡΙΚΟ ΝΕΥΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ- ΕΚΦΥΛΙΣΤΙΚΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ .....	23
2. ΒΛΑΒΗ ΣΤΟ ΚΕΝΤΡΙΚΟ ΝΕΥΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ .....	24
ΧΡΟΝΙΟΣ ΠΟΝΟΣ ΣΕ ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΕΣ ΚΑΙ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΕΣ ΝΟΣΟΥΣ (ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ) .....	26
• ΣΤΟΧΟΙ ΕΡΕΥΝΑΣ .....	26
• ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ .....	26
• ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΕΣ .....	27
• ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΠΟΝΟΥ .....	27
• ΑΝΑΛΥΣΗ .....	28
❖ ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΟΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ .....	28
1. ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ PARKINSON .....	28
2. ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΙΣΧΑΙΜΙΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ .....	29
❖ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ .....	29
1. ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ.....	29

2. ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ.....	30
• ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ .....	32
❖ ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΟΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ .....	32
1. ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΝΟΣΟ PARKINSON .....	32
2. ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΙΣΧΑΙΜΙΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ .....	34
❖ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ .....	35
1. ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ .....	35
2. ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ .....	36
 ΣΥΖΗΤΗΣΗ .....	 37
 ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΟΥ ΧΡΟΝΙΟΥ ΠΟΝΟΥ .....	 39
➤ Ο ΧΡΟΝΙΟΣ ΠΟΝΟΣ ΣΤΗ ΖΩΗ ΤΟΥ ΑΤΟΜΟΥ .....	39
➤ Ο ΧΡΟΝΙΟΣ ΠΟΝΟΣ ΣΤΗ ΖΩΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΤΟΥ ΑΤΟΜΟΥ .....	41
➤ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΧΡΟΝΙΟΥ ΠΟΝΟΥ .....	42
➤ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΠΟΝΟΥ .....	43
➤ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ .....	43
➤ ΜΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ .....	44
 ΑΝΤΙ ΕΠΙΛΟΓΟΥ .....	 46
 ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ .....	 47
 ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ .....	 51

**ΤΙΤΛΟΣ:** Χρόνιος πόνος σε νευρολογικές και ψυχιατρικές νόσους

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Ο πόνος αποτελεί ένα αίσθημα που ακολουθεί τον άνθρωπο από την ώρα που γεννιέται. Μέσα από αυτό το οδυνηρό συναίσθημα ο άνθρωπος μαθαίνει και εξελίσσεται. Όταν όμως ο πόνος δεν υποχωρεί αλλά επιμένει για μεγάλα χρονικά διαστήματα, τότε γίνεται λόγος για χρόνια πόνο.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Σκοπός της παρούσης ερευνητικής εργασίας είναι η προσέγγιση του χρόνιου πόνου στις νευρολογικές και ψυχικές παθήσεων. Συγκεκριμένα, να γίνει καθορισμός των στοιχείων που χαρακτηρίζουν τον χρόνια πόνο στις προαναφερόμενες νόσους και να διευκρινιστεί αν ο εκφραζόμενος πόνος είναι αποτέλεσμα και ψυχολογικής αιτίας.

**ΜΕΘΟΔΟΣ:** Πρόκειται για μια ποιοτική ερευνητική εργασία. Η έρευνα έγινε μέσω συνέντευξης καθοδηγούμενη από τη χρήση ερωτηματολογίου «Ερωτηματολόγιο του Πόνου», από ασθενείς που νοσηλεύονταν σε τρεις ιδιωτικές κλινικές του Νομού Λάρισας, δυο ψυχιατρικές κλινικές και ένα κέντρο αποκατάστασης και αποθεραπείας.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Συλλέχθηκαν 80 ερωτηματολόγια από 40 νευρολογικούς ασθενείς και 40 ψυχιατρικούς που εμφάνιζαν χρόνια πόνο. Τα αποτελέσματα, έδειξαν ότι ο πόνος σε αυτές τις δύο κατηγορίες είχε επιρροές από την ψυχική διάθεση και κατάσταση των ασθενών. Ενδιαφέρον αποτελεί ο τρόπος εκδήλωσης του και τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της κάθε ομάδας που προέκυψαν από την έρευνα.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Ο πόνος αναμφισβήτητα διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στην καθημερινότητα του ανθρώπου. Όταν επιμένει τότε σε ένα μεγάλο βαθμό υπάρχει αλληλεπίδραση σώματος και ψυχής. Δηλαδή όταν ο πόνος έχει ξεκινήσει από μια κάκωση που δεν επουλώθηκε τότε μπορεί να επεκταθεί στον ψυχισμό και να δημιουργηθεί έτσι ο λεγόμενος ψυχοσωματικός πόνος.

**ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ:** χρόνιας πόνος, Νόσος Parkinson, ισχαιμικό εγκεφαλικό, κατάθλιψη, σχιζοφρένεια, άγχος, ψυχοσωματικός πόνος

**Title:** Chronic pain in neurological and psychiatric disease

**INTRODUCTION:** Pain is a feeling that exists during a person's lifespan. Because of this unpleasant stimulus humans learn and evolve. However, when pain doesn't subside but lasts for a long time, then we may refer to it as chronic pain.

**PURPOSE:** The goal of this research is to study chronic pain from the point of view of neurological and psychiatric conditions. Specifically, it is essential to determine the elements that describe chronic pain to the aforementioned diseases and to specify if the pain is caused by psychological factors.

**METHOD:** This project is a qualitative research. It included an interview, guided by the questionnaire "Pain Questionnaire", to patients of three private clinics in Larissa prefecture, two psychiatric clinics and a rehabilitation center.

**RESULTS:** There were collected 80 questionnaires from 40 neurological and 40 psychiatric patients who expressed chronic pain. The results proved that pain, in both cases, was influenced by patients' psychological mood and condition. It was interesting the way they expressed it and the special characteristics of each team that emerged from the research.

**CONCLUSIONS:** Pain is undoubtedly essential in everyday life. When it lasts for too long then the body interact with the soul. In other words, when pain is caused by an unattended injury, then it may "spread" to the soul; this is called psychosomatic pain.

**KEY WORDS:** Chronic pain, Parkinson's disease, ischemic stroke, depression, schizophrenia, anxiety, psychosomatic pain.

Ο πόνος είναι ένα συναίσθημα που ακολουθεί τον άνθρωπο από την ώρα που γεννιέται, μέχρι την ώρα που θα κλείσει για πάντα τα μάτια του. Ο άνθρωπος μέσα από τον πόνο ωριμάζει, μεγαλώνει, μαθαίνει, εξελίσσεται, επιβιώνει. Ο λόγος που επιβιώνει είναι η λήθη, καθώς γεννήθηκε με την ιδιότητα να ξεχνάει το άσχημο συναίσθημα που βίωσε και μένει μόνο μια ανάμνηση που δύσκολα μπορεί να ανακαλέσει το αίσθημα εκείνης της στιγμής. Υπάρχουν όμως περιπτώσεις που ο πόνος γίνεται μια καθημερινή συνθήκη όπου για μεγάλα χρονικά διαστήματα ταλαιπωρεί, εξουθενώνει και αποδυναμώνει το άτομο, το οποίο έχει εξαντλήσει όλα τα ψυχικά του αποθέματα, για να αντιμετωπίσει τον πόνο του. Σκοπός της παρούσης ερευνητικής εργασίας είναι να διερευνήσει την σύνδεση του πόνου με νευρολογικές και ψυχιατρικές παθήσεις, ως απόρροια αυτού αλλά και ως μια ψυχοσωματική εκδήλωση των προαναφερθέντων νοσημάτων.

*πονά , άρα υπάρχω..*

Φ.Ντοστογιεφσκι

## **ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ**

Θα ήθελα να ευχαριστήσω ιδιαίτερα τον ιατρό νευρολόγο-ψυχίατρο Σιδέρη Μπακούρα, επιβλέποντα της διπλωματικής μου εργασίας, για την στήριξη του κατά τη διάρκεια της εκπόνησης της , τόσο επιστημονικά όσο και ηθικά . Επίσης , ευχαριστώ το Κέντρο Αποκατάστασης και Αποθεραπείας «Απολλώνειο» Θεραπευτήριο, την Ιδιωτική Ψυχιατρική Κλινική «Αναγέννηση» Αλ.Θωμά και την Ιδιωτική Ψυχιατρική Κλινική «Ιπποκράτειο», που εδρεύουν στο Νομό Λάρισας, μέσω των οποίων έλαβα το δείγμα της διπλωματικής εργασίας . Τέλος, ένα μεγάλο ευχαριστώ στους ανθρώπους που με στήριξαν την περίοδο αυτή, την οικογένεια μου και τους φίλους μου.



## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο πόνος αποτελεί το αρχαιότερο κοινωνικό, οικονομικό και ιατρικό πρόβλημα. Το δυσάρεστο αίσθημα που προσέφερε ο πόνος, οδήγησε τον άνθρωπο στην αναζήτηση της ανακούφισης του από αυτόν αλλά και στις αιτίες που τον προκαλούσαν από την αρχαιότητα ακόμα. Οι αρχαίοι πολιτισμοί πίστευαν ότι οι αρρώστιες και ο πόνος είναι μια μορφή τιμωρίας των θεών. Υποστηρίζεται ότι η λέξη πόνος προέρχεται από την θεά Ποινή, έναν δαίμονα που σύμφωνα με τον Πausανία έστειλε ο θεός Απόλλωνας στους ανθρώπους για να εκδικηθεί τον θάνατο της Ψαμάθης (Πausανίας) . Στη ρωμαϊκή μυθολογία αναφέρεται ως μητέρα των Ερινυών και για αυτό ταυτίστηκε με την προσωποποίηση της τιμωρίας και της εκδίκησης. Επίσης, Πόνος ονομάζονταν ένα από τα μυθικά παιδιά της Έριδας, που ταλαιπωρούσαν θνητούς και θεούς δίνοντας ακόμα μία ακόμα πιθανή ετυμολογική προέλευση της λέξης. Καθώς λοιπόν, οι αρχαίοι πίστευαν ότι το αίσθημα του πόνου ήταν θεόσταλτο, άρχισαν με διάφορους τρόπους να προσπαθούν να εξαγνιστούν είτε με μαγικά φίλτρα είτε με μαγικές επωδές (Καλλίστρατος, 2004) . Ακόμα, γίνονταν θυσίες ζώων αλλά και χρήση διάφορων αντικειμένων που έκαναν θόρυβο για να διώξουν μακριά τα κακά πνεύματα. Οι πρώτοι που αναφέρεται ότι χρησιμοποίησαν κάποιο φάρμακο για να απαλύνουν τον πόνο ήταν οι Σουμέριοι το 4000 π. Χ. Το αναλγητικό φάρμακο ήταν το όπιο το οποίο αποκαλούσαν «φυτό της ευτυχίας». Την ίδια περίοδο έχουμε και τις πρώτες γραπτές πηγές ουσιών και φαρμάκων, από την αρχαία Κίνα, οι οποίοι εκτός από τη χρήση βοτάνων χρησιμοποιούσαν και τον βελονισμό και την έγκαιση ως θεραπευτικό μέσο (Ρηγάτος, 2013) .

Όπως πληροφορούμαστε από αρχαίους παπύρους της Αιγύπτου, υπήρχαν διάφορα φυτά που χρησιμοποιούσαν ως αναλγητικό, κυρίως κάποια βότανα και την παπαρούνα του οπίου. Αξίζει να αναφερθεί μια αρκετά περιέργη μέθοδος και πρωτοποριακή για την εποχή της για την θεραπεία του πόνου: η ήλεκτρο-ιχθυολογική, την οποία εφάρμοζαν κυρίως σε ασθενείς με κεφαλαλγία καθώς και σε ασθενείς με δυσκαμψία στις αρθρώσεις (Ηρόδοτος, 1994). Συγκεκριμένα, βουτούσαν το μέλος που πονούσε μέσα σε ένα δοχείο στο οποίο είχε τοποθετηθεί ένα είδος ψαριού εν ονόματι «μαλαπτέρουρος», το οποίο είχε την ικανότητα εκκένωσης ηλεκτρικού ρεύματος.

Φαίνεται, επίσης, ότι από τους πρώτους που μίλησαν για τον πόνο και την αντιμετώπισή του ήταν Όμηρος, 9<sup>ο</sup> και 10<sup>ο</sup> αιώνα π. Χ. Στα έπη, γίνεται λόγος για βότανα με θεραπευτικές ικανότητες που προκαλούσαν ανακούφιση, όπως τοποθέτηση βοτάνων στο πονεμένο μέρος ή επίπαση με σκόνη αποξηραμένων βοτάνων (Ρηγάτος, 2013) . Αρκετά χρόνια αργότερα ο

Ιπποκράτης και ο Διοσκουρίδης αλλά και ιατροφιλόσοφοι όπως ο Αλκμαίων και ο Εμπεδοκλής θα θέσουν τις βάσεις για θεραπευτικές μεθόδους που δεν είχαν στόχο μόνο την θεραπεία αλλά και την διερεύνηση του ανατομικού υποστρώματος και της παθοφυσιολογίας που προερχόταν ο πόνος (Ρηγάτος, 2013).

Στις περιόδους που ακολούθησαν, η επιστήμη της ιατρικής ασχολήθηκε διεξοδικά με τον πόνο. Το ενδιαφέρον στράφηκε στο να βρεθεί τρόπος πιο ήπιας ανοχής του ασθενούς στην αίσθηση του άλγους κυρίως κατά τη διάρκεια μιας χειρουργικής επέμβασης και κατ'επέκταση την περίοδο ανάρρωσής του.

Αξίζει να επισημανθεί ότι ο πολιτισμός διαδραμάτισε και διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην αντίληψη του πόνου, και ως εκ τούτου και στην έκφραση και διαχείριση του. Ο πόνος εμφανίζει μια σημαντική ψυχοκοινωνική και πολιτισμική διάσταση, που παίζει βασικό ρόλο στην έκφραση, νοηματοδότηση και αντιμετώπιση του και που καθορίζει το πως τον αντιλαμβάνονται οι άλλοι καθώς και την ερμηνεία της δυσάρεστης αυτής αίσθησης (Ζώης, 2008). Υπάρχει μια γενική ιδέα ότι οι ανατολικοί λαοί εκφράζουν πιο δύσκολα την δυσφορία τους, σε αντίθεση με τους δυτικούς που είναι πιο εκδηλωτικοί. Η αλήθεια είναι ότι έχουμε λιγότερα στοιχεία για κάποιους λαούς, όσον αφορά την έκφραση του πόνου τους. Ο κινέζικος πολιτισμός είναι ένας από αυτούς. Μια πρόσφατη μελέτη του 2011 (Hsieh, 2011), προσπάθησε να ανακαλύψει αν ο μη-λεκτικός τρόπος έκφρασης του πόνου, σε Κινέζους και Ευρωπαϊκό-καναδούς, έχει πολιτιστική διάσταση. Η επικρατούσα άποψη είναι ότι οι Κινέζοι είναι συναισθηματικά στωικοί, γεγονός που μπορεί να οφείλεται στην επίδραση του Βουδισμού, Κομφουκιανισμού και Ταοϊσμού που αποθαρρύνουν τις συναισθηματικές εκρήξεις (Chen, 2008). Το αποτέλεσμα ήταν ότι μετά την έκθεση σε πόνο, οι Κινέζοι εξέφραζαν το συναίσθημα τους όταν είχαν “παρατηρητές” Κινέζοι. Υποστήριζαν ότι δεν είναι σκόπιμη η δημόσια έκφραση του συναίσθηματος, αλλά αισθάνθηκαν οικεία όταν βρίσκονταν κοντά τους κάποιος ομοεθνής. Άρα το κοινωνικό πλαίσιο, διαδραματίζει σημαντικό ρόλο, ακόμα και στους πιο “δύσκολους”.

Αντίθετα από τον Κινεζικό λαό, κάτοικοι των Ηνωμένων Πολιτειών, σε έρευνα για την αντίδραση και εκδήλωση του πόνου, ομόφωνα συμφώνησαν στην λεκτική έκφραση του, καθώς “ο πόνος είναι κάτι κακό, και πρέπει να αποβληθεί γρήγορα από τον οργανισμό”, έστω και μέσω της λεκτικοποίησής του (Callister, 2003 σελ.209)

Ακόμα ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα, που γίνεται ευδιάκριτη η διαφορετικότητα των πολιτισμών είναι στον πόνο της γέννας. Γυναίκες από περιοχές όπως Κίνα, Σκανδιναβία, Μέση Ανατολή και Νότια και Κεντρικής Αμερικής, είναι πιο στωικές στον τοκετό. Στηρίζονται στην δύναμη και την πίστη τους και δεν διαφοροποιούν τον πόνο της γέννας από

τον πόνο κάποιας αρρώστιας ή τραύματος ή χειρουργικής διαδικασίας. Αναφέρουν ότι ο χαρμόσυνος ερχομός τους «φορτίζει» με δύναμη ( Callister, 2003 σελ.208).

Χρειάζεται στο σημείο αυτό να γίνει μια υποσημείωση. Αναφέρθηκε διαφορά μεταξύ ανατολικών και δυτικών, αλλά στην προηγούμενη έρευνα έγινε λόγος και για Σκανδιναβούς, γεγονός που μας οδηγεί εύλογα σε μια ακόμα διάκριση: στη διάκριση μεταξύ δυτικών σε βόρειους και μεσογειακούς. Οι μεσογειακοί λαοί είναι πιο εκδηλωτικοί στα συναισθήματά τους τόσο στα ευχάριστα όσο και στα δυσάρεστα συναισθήματα. Είναι εκφραστικοί με έντονες κινήσεις και εκρήξεις στις εκδηλώσεις τους. Αντίθετα, οι βόρειοι είναι πιο κλειστοί στα συναισθήματα και απομονωμένοι στις αντιδράσεις τους.

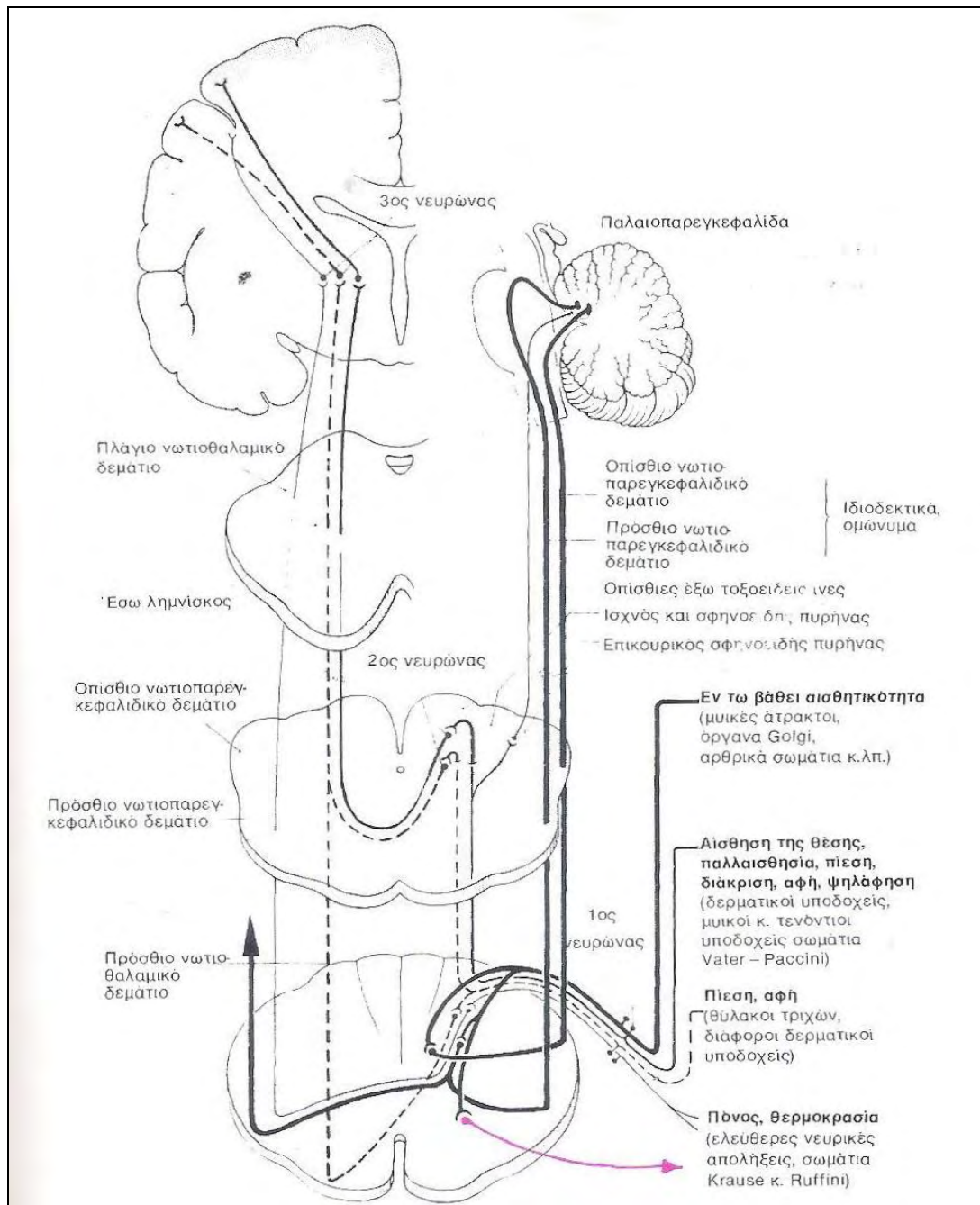
Έτσι, ακόμα και στην ίδια “πολιτιστική- κατηγορία”, εντοπίζονται διαφορές στην κουλτούρα, τις συμπεριφορές, τις απόψεις στην έκφραση ή όχι κάποιων συναισθημάτων.

## **Ο ΠΟΝΟΣ ΚΑΙ ΤΑ ΕΙΔΗ ΤΟΥ**

Τι ορίζουμε ως πόνο; Σύμφωνα με το λεξικό του Μπαμπινιώτη «πόνος είναι το δυσάρεστο σωματικό αίσθημα που προκαλείται από τραύμα ή οργανική ανωμαλία». Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Μελέτης του Πόνου (IASP) δίνει τον ορισμό του πόνου χαρακτηρίζοντάς τον ως «μια δυσάρεστη αισθητική και συναισθηματική εμπειρία που σχετίζεται με πραγματική ή δυνητική βλάβη ιστών ή περιγράφεται με όρους τέτοιας βλάβης».

Σημαντικό ρόλο στην εκδήλωση του πόνου, διαδραματίζει η **αισθητικότητα** . Με τον όρο «αισθητικότητα» ορίζεται η κεντρομόλος (προς τον φλοιό) λειτουργία με την οποία λαμβάνουμε πληροφορίες για τις συνθήκες του περιβάλλοντος και τις μεταβολές που επισυμβαίνουν στον οργανισμό μας. Η μετάβαση ενός αισθητικού ερεθίσματος από την περιφέρεια στο κέντρο (αισθητικός φλοιός) γίνεται με δύο κύρια συστήματα : το σύστημα της επίπολης αισθητικότητας, που μεταφέρει πληροφορίες για την αφή, τον πόνο και τη θερμοκρασία και το σύστημα της εν τω βάθει αισθητικότητας, που μεταφέρει ώσεις για την παλλαισθησία (αίσθηση παλλόμενου αντικειμένου) , την αίσθηση των μελών στο χώρο και την εν τω βάθει πίεση ( Βασιλόπουλος, 2003) .

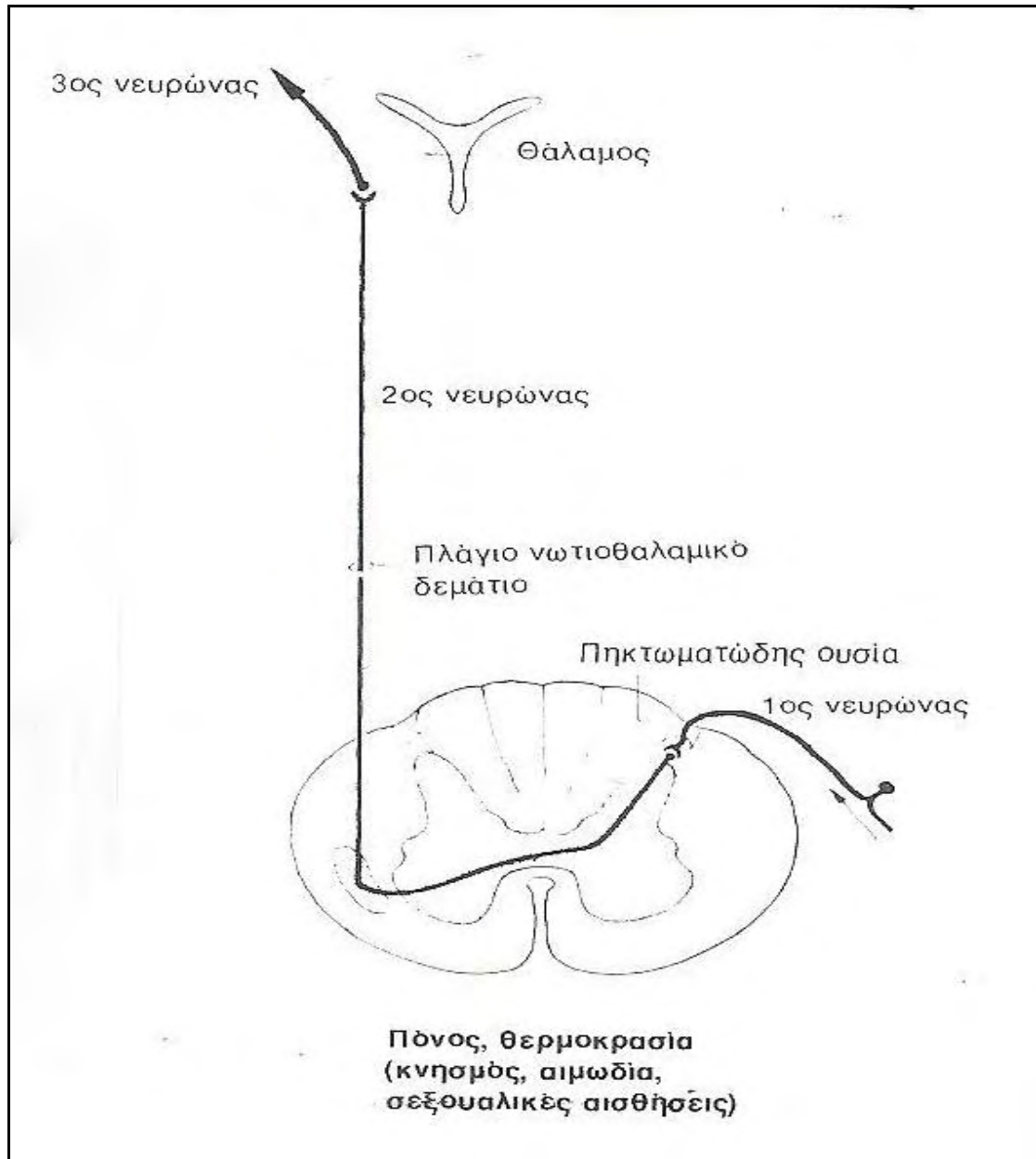
Σχηματική παράσταση της ανιούσης αισθητικής



ΕΙΚΟΝΑ 1<sup>1</sup>

Duus, P. (1992) Νευρολογική τοπογραφική διαγνωστική: Ανατομία-Φυσιολογία-Κλινική, Επιστημονικές Εκδόσεις «Γρηγόριος Κ.Παρισίανος», 5<sup>η</sup> Έκδοση, Αθήνα σελ.27

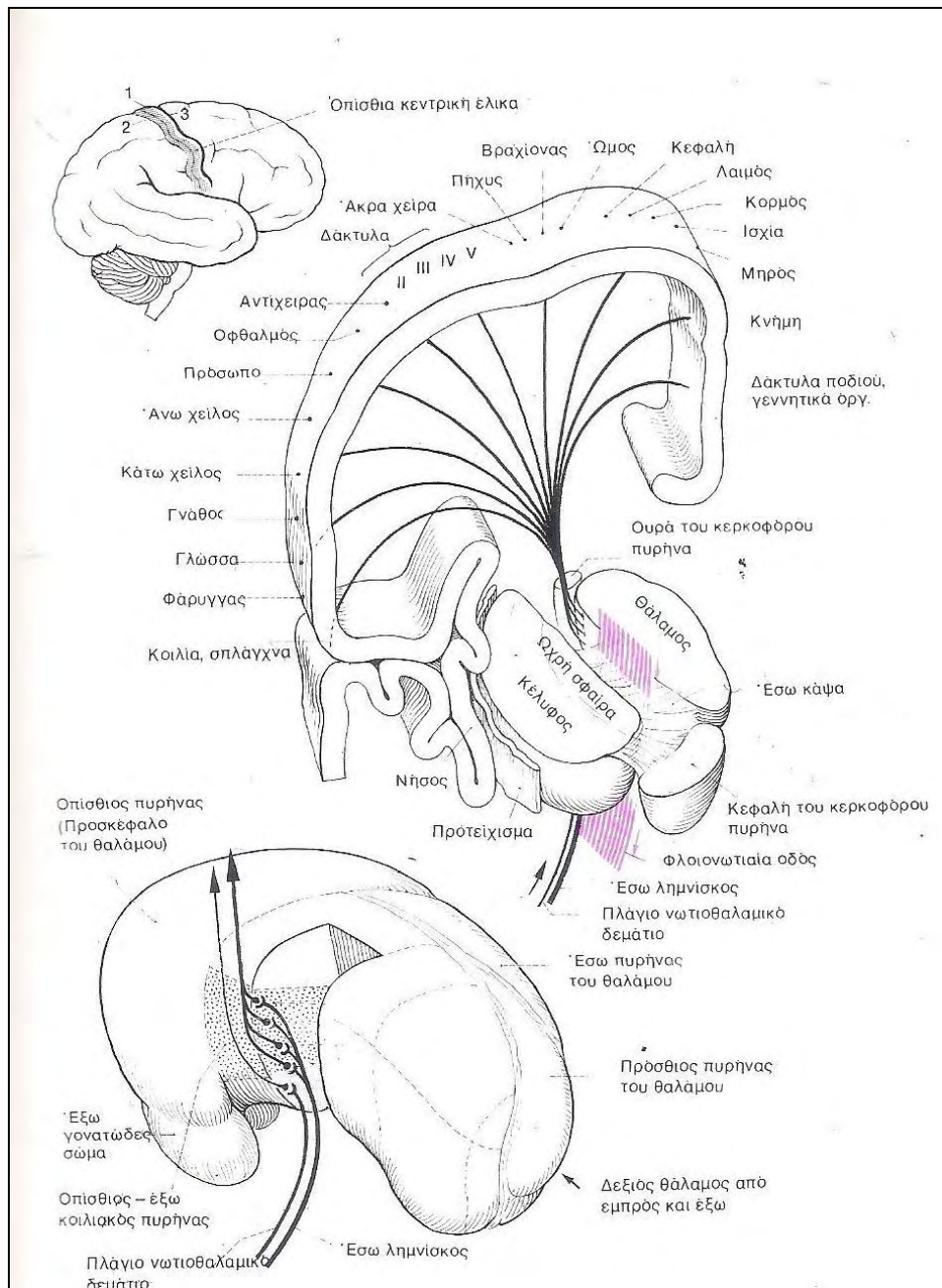
Σχηματική παράσταση της ανιούσης αισθητικής οδού



ΕΙΚΟΝΑ 2

Duus, P. (1992) Νευρολογική τοπογραφική διαγνωστική: Ανατομία-Φυσιολογία-Κλινική, Επιστημονικές Εκδόσεις «Γρηγόριος Κ.Παρισίανος», 5<sup>η</sup> Έκδοση, Αθήνα σελ.26

Ανιούσα αισθητική οδός με κατάληξη στον αισθητικό φλοιό (οπίσθια κεντρική έλικα)



**EIKONA 3**

Duus, P. (1992) Νευρολογική τοπογραφική διαγνωστική: Ανατομία-Φυσιολογία-Κλινική, Επιστημονικές Εκδόσεις «Γρηγόριος Κ.Παρισίανος», 5<sup>η</sup> Έκδοση, Αθήνα σελ.29

Τα είδη του πόνου όπως επίσης και οι αίτιες που το προκαλούν, είναι πολλές . Τρεις είναι οι πιο χαρακτηριστικές μορφές: ο αλγαισθητικός, ο μη αλγαισθητικός και ο σωματόμορφος/ψυχοσωματικός πόνος . Η πρώτη μορφή πόνου λειτουργεί ως προειδοποιητικό σήμα και είναι απαραίτητος για τον εντοπισμό και την ελαχιστοποίηση της επαφής με επιζήμια ή επιβλαβή ερεθίσματα. Τον αισθανόμαστε όταν αγγίζουμε κάτι πολύ ζεστό, κρύο ή κάτι αιχμηρό. Επειδή αυτός ο πόνος σχετίζεται με την ανίχνευση επιβλαβών για τον οργανισμό ερεθισμάτων, ονομάζεται «nociceptive pain» ή **αλγαισθητικός πόνος** (Woolf, 2014) . Απαιτεί άμεση προσοχή και δράση ενώ ενεργοποιείται παράλληλα το αντανακλαστικό της απόσυρσης. Ο τραυματικός πόνος δημιουργεί μια εσωτερική δυσaréσκεια προς το ερέθισμα και καταχωρείται στη μνήμη ως πληροφορία για τις επόμενες φορές που θα έρθει σε επαφή με το αντίστοιχο ερέθισμα . Στην ίδια κατηγορία εντοπίζεται και ο «inflammatory pain» ή πόνος προκαλούμενος από φλεγμονή (Woolf, 2014) . Προκαλείται από την ενεργοποίηση του ανοσοποιητικού συστήματος, είτε από τον τραυματισμό κάποιου ιστού είτε από κάποια μόλυνση.

Η δεύτερη μορφή αφορά τον πόνο που δεν εντοπίζεται στην πρώτη γραμμή άμυνας του οργανισμού, αλλά σε βλάβη ή δυσλειτουργία του περιφερικού ή κεντρικού νευρικού συστήματος. Ονομάζεται «μη αλγαισθητικός» ή **νευροπαθητικός πόνος**. Οποιαδήποτε βλάβη στην περιοχή του σωματοαισθητικού συστήματος παράγει νευροπαθητικό πόνο (Farquhar-Smith, 2007). Περιγράφεται ως μια καυσαλγία με διαπεραστικό, έντονο, επιθετικό ή και συνεχόμενο αίσθημα. Σύμφωνα με τον IASP, ο νευροπαθητικός πόνος είναι ένα κλινικό σύνδρομο και όχι διάγνωση, το οποίο απαιτεί την παρουσία μιας σαφούς βλάβης ή νόσου που να ικανοποιεί καθιερωμένα νευρολογικά διαγνωστικά κριτήρια. Ο όρος βλάβη χρησιμοποιείται είτε όταν οι διαγνωστικές εργαστηριακές εξετάσεις πιστοποιούν μια σαφή δυσλειτουργία, είτε όταν υπάρχει εμφανές τραύμα. Ο όρος νόσος χρησιμοποιείται όταν το αίτιο της βλάβης είναι γνωστό (πχ εγκεφαλικό επεισόδιο, αγγειίτιδα, σακχαρώδης διαβήτης, γενετική ανωμαλία κλπ). Πολλές φορές ο όρος νευροπαθητικός πόνος χρησιμοποιείται είτε το ιστορικό είτε η χαρακτηριστική κλινική εμφάνιση καλύπτουν τη διάγνωση (IASP, 2012).

Τέλος, ο σωματόμορφος ή **ψυχοσωματικός πόνος** πυροδοτείται από ψυχολογικά αίτια. Η έντονη συναισθηματική κατάσταση στην οποία βρίσκεται το άτομο, μπορεί να δημιουργήσει την αίσθηση ύπαρξης οργανικής δυσλειτουργίας, με άλλα λόγια το συναίσθημα σωματοποιείται σε πόνο. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελούν οι κεφαλαλγίες και οι κολικοί εντέρου.

Από τις κατηγορίες πόνου που προαναφέρθηκαν, οι δύο τελευταίες μπορούν να προκαλέσουν χρόνιο πόνο. Ο **χρόνιος πόνος** επιμένει ακόμα και σε απουσία αρχικής περιφερικής βλάβης. Γενικότερα, η έναρξή του παρουσιάζει αρκετές ομοιότητες με τον οξύ πόνο, με τη διαφορά ότι ο χρόνιος δεν έχει βιολογική λειτουργία. Για να χαρακτηριστεί ένας πόνος χρόνιος πρέπει να είναι μεγάλης διάρκειας (δώδεκα βδομάδες και περισσότερο) και να συνεχίζει να υφίσταται μετά την επούλωση της υπεύθυνης βλάβης ενώ επίσης δεν υπάρχει εμφανής συσχετισμός μεταξύ του μεγέθους της βλάβης και του βαθμού του πόνου που γίνεται αντιληπτός (Leroi, 2011). Ο ασθενής με χρόνιο πόνο συνήθως εμφανίζει διαταραχές στους δείκτες του αυτόνομου νευρικού συστήματος, αλλά ο χρόνιος πόνος συνδέεται με τα φυτικά σημεία (διαταραχές του ύπνου και μείωση της λίμπιντο) (Leroi, 2011) . Περιορίζει τις κινήσεις του ατόμου, μειώνει την ευελιξία, τη δύναμη και την αντοχή του. Αυτή η δυσκολία στην εκτέλεση των δραστηριοτήτων κάνουν το άτομο να αισθάνεται ανίκανο και να σκέφτεται απαισιόδοξα. Ουσιαστικά, μπορεί ο χρόνιος πόνος είτε να προκαλέσει άγχος και κατάθλιψη (ως απόρροια νευροπαθητικού πόνου) είτε να προκληθεί από ψυχολογικά αίτια (ψυχοσωματικός πόνος).

Η παθοφυσιολογία του χρόνιου πόνου είναι πολυπαραγοντική και πολύπλοκη και εξακολουθεί να είναι δύσκολα κατανοητή. Αρκετοί ερευνητές υποστηρίζουν ότι ο χρόνιος πόνος μπορεί είναι ένα μαθημένο σύνδρομο συμπεριφοράς που έχει ως έναρξη ένα επιβλαβές ερέθισμα που προκαλεί πόνο (Singh, 1999) . Αυτή η συμπεριφορά ενισχύεται και στη συνέχεια προκύπτει χωρίς κάποιο επιβλαβές ερέθισμα. Πιστεύουν ότι υπάρχουν τόσο εσωτερικοί/ψυχολογικοί ενισχυτές που μέσω του πόνου προκαλούν ανακούφιση στο άτομο (πχ. απαλλαγή από μια εργασία, από ευθύνες κ.α.) όσο και εξωτερικοί (πχ. Προσοχή από τα άλλα μέλη της οικογένειας, φίλους, αποζημιώσεις από τη δουλειά κα) (Singh, 1999), γεγονός που γίνεται εύκολα αντιληπτό αν ληφθεί υπόψη ότι πολλοί ασθενείς με διάφορα ψυχολογικά σύνδρομα είναι επιρρεπείς στην ανάπτυξη χρόνιου πόνου.



## ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΟΥ ΧΡΟΝΙΟΥ ΠΟΝΟΥ

Ο χρόνιος πόνος ξεκίνησε να «απασχολεί» την επιστημονική κοινότητα τα τελευταία χρόνια, και άρχισε να θεωρείται πλέον το πέμπτο ζωτικό σημείο μετά τον πυρετό, το σφυγμό, την πίεση του αίματος και την αναπνοή.

Αν και ο αριθμός των ερευνών που έχουν γίνει σχετικά με τον πόνο δεν είναι μικρός, παρόλα αυτά δεν μπορούν να εξαχθούν ακριβή αριθμητικά ποσοστά όσον αφορά την επιδημιολογία του χρόνιου πόνου. Αυτό οφείλεται καταρχήν στο γεγονός ότι οι έρευνες που έχουν γίνει δεν συμπεριέλαβαν μεγάλο δείγμα ανθρώπων, ή το δείγμα που λάμβανε μέρος στην έρευνα ήταν και η ομάδα στόχος (πχ. εξέταση χρόνιου πόνου σε ασθενείς με Νόσο Parkinson).

Στην παγκόσμια βιβλιογραφία συναντάμε τον dr. Oliver van Hecke με τους συνεργάτες του, οι οποίοι σε πρόσφατο άρθρο τους (paper review) συγκέντρωσαν έρευνες για τον χρόνιο πόνο και εξήγαγαν μια σειρά από δεδομένα που θα μπορούσαν να χαρακτηριστούν ως ένα δείγμα επιδημιολογίας του χρόνιου πόνου (Hecke, 2013).

Οι γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες υπερτερούν όσον αφορά τον επιπολασμό του χρόνιου πόνου, καθώς αναφέρουν χαμηλότερο οδό του πόνου ( lower pain threshold) και μικρότερη ανοχή στον πόνο. Υπάρχουν κάποιες ενδείξεις για βιολογική βάση σε σχέση με τη διαφορά που υπάρχει ανάλογα με το φύλο, οι οποίες αφορούν τον αριθμό των οιστρογόνων. Ωστόσο, η μεγαλύτερη διαφορά μεταξύ των φύλων φαίνεται να είναι στο χρονικό διάστημα που διαρκεί ο πόνος. Η ηλικία , σαφώς και επηρεάζει τον ασθενή. Δεν υπάρχουν στοιχεία για το πότε ένας χρόνιος πόνος κάνει την εκκίνησή του, αλλά όσο μεγαλύτερος είναι ο ασθενής τόσο πιο επίπονη είναι η διαδικασία για αυτόν.

Στοιχείο που φαίνεται να επηρεάζει τον χρόνιο πόνο είναι η γεωγραφική θέση. Μελέτη που διεξήχθη στο Βόρειο τμήμα της Αγγλίας, κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η έλλειψη ηλιοφάνειας και η χαμηλή θερμοκρασία ήταν πιθανός λόγος που οι κάτοικοι πιο βόρειων περιοχών υποφέρουν από χρόνιο πόνο. Δυστυχώς, ο ρόλος της βιταμίνης D, τα χαμηλά επίπεδα της οποίας σχετίζονται με κάποιες κλιματικές συνθήκες να επηρεάζουν την έκφραση και έκφραση του πόνου.

Ακόμα, μελέτες σε πληθυσμό με χρόνιο πόνο έχουν δείξει ότι η εμφάνιση του χρόνιου πόνου είναι αντιστρόφως ανάλογη της κοινωνικό-οικονομικής κατάστασης, που αποδεικνύει ότι άνθρωποι που ζουν σε δυσμενείς κοινωνικό-οικονομικές συνθήκες βιώνουν πιο έντονα τον χρόνιο πόνο αλλά με μεγαλύτερη υπευθυνότητα απέναντι στην ασθένεια.

Τέλος, ένα σημαντικό στοιχείο που επιδρά στην εμφάνιση ή όχι χρόνιου πόνου είναι και το εργασιακό περιβάλλον. Ο χρόνιος πόνος μπορεί να προκαλέσει φόβο τόσο στον ασθενή όσο και στον εργοδότη του, καθώς ο δεύτερος θα προτιμήσει να έχει στην δουλειά του κάποιον «υγιή».

## ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΧΡΟΝΙΟΥ ΠΟΝΟΥ: ΝΕΥΡΟΠΑΘΗΤΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ

Ο **νευροπαθητικός πόνος** αναφέρεται στον πόνο εκείνο που προκαλείται από μια κλινικά ετερογενή ομάδα διαταραχών που ποικίλουν ευρέως στην αιτιολογία και την παρουσίαση . Περιλαμβάνει σημεία και συμπτώματα που προκύπτουν από βλάβη των νευρικών οδών στα άκρα των περιφερικών αλγυποδοχέων και στους φλοιώδεις νευρώνες του εγκεφάλου. Ο νευροπαθητικός πόνος διαχωρίζεται σε κεντρικό, που προέρχεται από βλάβη στον εγκέφαλο ή τον νωτιαίο μυελό και σε περιφερικό, που προέρχεται από βλάβη στο περιφερικό νεύρο, πλέγμα, γάγγλιο, ραχιαίας ρίζας γάγγλιο (dorsal root ganglion) ή ρίζας (IASP, 2010) .

Μπορεί να είναι χρόνιος όπως η φλεγμονή της αρθρίτιδας, γεγονός που παρουσιάζει κλινική σημασία. Στον νευροπαθητικό πόνο δεν ανταποκρίνονται το ίδιο καλά τα απιοειδή και αντιφλεγμονώδη αναλγητικά, όπως συνήθως συμβαίνει στον αλγαισθητικό πόνο (Harden, 2005) . Αντιθέτως, είναι πιο αποτελεσματικά τα φάρμακα που σταθεροποιούν ή ρυθμίζουν το κεντρικό νευρικό σύστημα ή αντισταθμιστικοί παράγοντες, όπως οι αναστολείς διαύλου νατρίου.

Επίσης, ο νευροπαθητικός πόνος χαρακτηρίζεται από αλλοδυνία, υπεραλγησία ή και παραισθησία . Πιο αναλυτικά, όταν ένας ασθενής έχει αλλοδυνία, σημαίνει ότι ο πόνος «έρχεται και φεύγει» και χειροτερεύει με ένα άγγιγμα ή ερέθισμα, που σε κανονικές συνθήκες δεν θα προκαλούσε πόνο. Για παράδειγμα, αν κάποιος έχει νευραλγία τριδύμου ακόμα και με ένα ελαφρύ χάιδεμα στο πρόσωπο μπορεί να του προκαλέσει πόνο ή αν κάποιος έχει διαβητική νευροπάθεια μπορεί να πονέσει ακόμα και όταν θα σκεπαστεί με ένα σεντόνι. Η υπεραλγησία, είναι ο υπερβολικός πόνος σε ήπια ερεθίσματα πόνου, ενώ κατά την παραισθησία ο ασθενής παρουσιάζει επώδυνα συναισθήματα, ακόμα και όταν δεν έρχεται σε επαφή με κάποιο ερέθισμα ή δεν τον αγγίζει κάτι. Παράδειγμα, μπορεί να διαμαρτύρεται ότι τον τρυπάνε «καρφίτσες και βελόνες» χωρίς να τον αγγίζει κάποιος.

Αν και η συγκεκριμένη μορφή πόνου τείνει να είναι μακράς διάρκειας, ωστόσο ορισμένοι ασθενείς μπορεί να ανακτήσουν τελείως τον πόνο τους. Άλλοι πάλι, με αντικαταθλιπτική και αναλγητική θεραπεία απλά καταστέλλουν τα συμπτώματα. Η αντιμετώπιση του νευροπαθητικού άλγους πρέπει να είναι προσαρμοσμένη στον κάθε ασθενή στον α) τύπο του πόνου β) στο αίτιο της νόσου γ) στις ψυχοκοινωνικές πτυχές. Όπως όμως σε όλες τις χρόνιες παθήσεις είναι απαραίτητο να υπάρχει καλή σχέση γιατρού- ασθενούς, συμβουλευτική ασθενών και ψυχοκοινωνική υποστήριξη.

## ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΧΡΟΝΙΟΥ ΠΟΝΟΥ: ΣΩΜΑΤΟΜΟΡΦΟΣ ΠΟΝΟΣ

Η σύγχρονη ιατρική έρευνα και κλινική πράξη έχουν στρέψει το ενδιαφέρον τους στη μελέτη των μηχανισμών που συνδέουν τη σωματική και ψυχική υγεία με την ασθένεια. Η ανάπτυξη των νευροεπιστημών παρουσίασε νέες μεθόδους που δίνουν τη δυνατότητα να προσδιοριστούν οι μηχανισμοί αλληλεξάρτησης των τριών στοιχείων.

Ο χρόνιος πόνος αποτελεί ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα, καθώς είναι αποτέλεσμα σωματικών, ψυχικών, κοινωνικών και πνευματικών παραγόντων. Τελευταία ευρήματα δείχνουν ότι η κατανόηση των εγκεφαλικών λειτουργιών αποτελεί απαραίτητη συνιστώσα για την έρευνα του πόνου, προκειμένου να εξηγήσει τους τρόπους με τους οποίους επηρεάζουν οι ψυχολογικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες την εκδήλωση και έκφραση του πόνου αλλά και να συμβάλει στην βελτίωση της θεραπευτικής προσέγγισης, καθώς ο εγκέφαλος διαδραματίζει το ρόλο του «μεταβιβαστή πληροφοριών» (Bras, 2010) . Οι ψυχολογικές πτυχές του πόνου είναι ένα ιδιαίτερα περίπλοκο νευροψυχολογικό φαινόμενο και αναφέρονται στις υψηλότερου επιπέδου λειτουργίες του κεντρικού νευρικού συστήματος που δημιουργούν την αντίληψη του πόνου και τις συμπεριφορές που σχετίζονται με την εμπειρία αυτή (Bras, 2010) . Αποδείχθηκε, από μελέτες ότι οι ψυχολογικοί παράγοντες που αυξάνουν τον πόνο είναι η καταστροφική σκέψη για τον πόνο, το άγχος και ο φόβος που συνδέονται με τον πόνο και την απόγνωση ενώ παράγοντες που μειώνουν τον πόνο είναι η αυτό-αποτελεσματικότητα του αυτοσεβασμού, στρατηγικές για την αντιμετώπιση του πόνου, ετοιμότητα για αλλαγή και αποδοχή του προβλήματος ( Keefe, 2004).

Στην κλινική πρακτική, υπάρχει σημαντική διασύνδεση πόνου και ψυχιατρικών διαταραχών, καθώς ο πόνος στις περισσότερες διαταραχές είναι ένα πιθανό σύμπτωμα. Ένας μεγάλος αριθμός ασθενών με χρόνια πόνο θα παρουσιάζει κάποια μορφή ψυχοπαθολογίας. Η σύγχρονη ψυχιατρική έχει εντάξει τη διαταραχή πόνου σε ειδική κατηγορία. Το DSM-IV εισήγαγε την κατηγορία των διαταραχών πόνου ως μια από τις πέντε σωματόμορφες διαταραχές. Συγκεκριμένα στο DSM-IV οι Σωματόμορφες Διαταραχές περιλαμβάνουν τη Σωματοποιητική Διαταραχή, την Αδιαφοροποίητη Σωματόμορφη Διαταραχή, τη Διαταραχή Μετατροπής, τη Διαταραχή Πόνου, την Υποχονδρίαση, τη Σωματοδυσμορφική Διαταραχή και τη Σωματόμορφη Διαταραχή μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς. Στο **DSM-5** ο όρος Σωματόμορφες Διαταραχές αντικαθίστανται από τον όρο **Σωματικά Συμπτώματα και Συναφείς Διαταραχές**, με στόχο να αποσαφηνιστούν τα όρια τους. Οι αλλαγές αυτές αντανακλούν καλύτερα τη σύνθετη διασύνδεση που υπάρχει μεταξύ της ψυχικής και

σωματικής υγείας ( APA, 2013) . Χαρακτηρίζεται λοιπόν, από σωματικά συμπτώματα που είτε είναι πολύ οδυνηρά είτε μπορούν να οδηγήσουν σε σημαντική διατάραξη της λειτουργίας του οργανισμού, καθώς και σε υπερβολικές και δυσανάλογες σκέψεις, συναισθήματα και συμπεριφορές που αφορούν αυτά τα συμπτώματα. Για να διαγνωστεί ένα άτομο με Σωματικά Συμπτώματα και Συναφείς Διαταραχές θα πρέπει τα συμπτώματα να είναι επίμονα για τουλάχιστον έξι μήνες.

Πρόσφατες έρευνες έδειξαν ότι τα υψηλότερα ποσοστά αυτής της διαταραχής παρουσιάζουν α) άτομα με ευερέθιστο έντερο (MacLean, 2012) , β) ένα μεγάλο ποσοστό των ασθενών με διαταραχή μετά-τραυματικού στρες υποφέρουν εξίσου από σωματοποίηση (Andersen, 2013) , γ) η αντικοινωνική συμπεριφορά της προσωπικότητας σχετίζεται επίσης (Sansone, 2008) . Έτσι, οι ασθενείς με σωματοποίηση του πόνου τους, φαίνεται να αναζητούν τον “άρρωστο ρόλο” που τους προσφέρει ανακούφιση από το άγχος των διαπροσωπικών προσδοκιών (“πρωτογενές κέρδος”) (Moran, 2010), ενώ σε ένα “δευτερογενές κέρδος” επιδιώκει την προσοχή, τη φροντίδα και μερικές φορές ακόμα και τη χρηματική αμοιβή (**νεύρωση αποζημίωσης**) (Adams, 2003) . Στην τελευταία περίπτωση, ενώ φαίνεται ότι το άτομο μπορεί να “προσποιείται” την ασθένεια, δεν συμβαίνει αυτό καθώς ο ασθενής δεν έχει επίγνωση της διαδικασίας μέσα από την οποία προκύπτουν τα συμπτώματα από τα οποία και πραγματικά υποφέρει. Το άτομο που βιώνει αυτό το συναίσθημα αποστασιοποιείται από τις περισσότερες πτυχές της καθημερινότητάς του. Παρουσιάζει έντονες αλλαγές στη συμπεριφορά του, μειωμένη δραστηριότητα, διαταραχή στον ύπνο, εκδηλώνει άγχος, κόπωση, είναι ευερέθιστος, υπάρχουν ιδέες αυτοκτονικότητας, οι γνωστικές λειτουργίες μειώνονται όπως επίσης και η σεξουαλική επιθυμία και δραστηριότητα (Adams, 2003) .

## **ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ**

- Η **κατάθλιψη** είναι πολύ συχνή σε ασθενείς με χρόνια πόνο από ότι στο γενικό πληθυσμό. Η συσχέτιση αυτών των δύο είναι πολύπλοκη. Διαχρονικές μελέτες έχουν δείξει ότι καταθλιπτικά άτομα είχαν περισσότερες πιθανότητες να αναπτύξουν πολλαπλά σωματικά συμπτώματα από τους μη καταθλιπτικούς ασθενείς (Ohayon, 2010). Αντιστρόφως η παρουσία του πόνου είναι προβλεπτικός παράγοντας της έναρξης μιας κατάθλιψης ( Larson, 2004). Υπάρχουν μελέτες που υποστηρίζουν ότι ο πόνος προκαλεί κατάθλιψη, επειδή το πρώτο καταθλιπτικό επεισόδιο ξεκίνησε μετά την έναρξη του πόνου. Σύμφωνα με την ψυχαναλυτική θεωρία, ο πνευματικός και ψυχικός πόνος παραλληλίζονται και ο πόνος αποτελεί ένα σύμπτωμα μετατροπής που

εμποδίζει την κατάθλιψη να εξελιχθεί σε μια πιο σοβαρή μορφή. Συμπεριφορικές θεωρίες υποδεικνύουν ότι οι ασθενείς με χρόνια πόνο αλλάζουν συμπεριφορικά και ως εκ τούτου μειώνεται η θετική ενίσχυση, η υπομονή τους και υπάρχει γνωστική στρέβλωση. Από την άλλη μεριά, οι κοινωνιολογικές θεωρίες υποδεικνύουν ότι σε πολλούς πολιτισμούς ο πόνος είναι πιο ανεκτικός από τα συμπτώματα της κατάθλιψης. Έτσι, η κατάθλιψη εκδηλώνεται με χρόνια πόνο (Bras, 2010) . Η παρουσία της κατάθλιψης επιδεινώνει άλλες παθήσεις, επηρεάζει τη θεραπεία και αυξάνει τις αρνητικές επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής των ασθενών προσφέροντας μεγαλύτερη ένταση και διάρκεια στον πόνο αλλά και μείωση του ελέγχου της ζωής. Ασθενείς με χρόνια πόνο έχουν περισσότερες αυτοκτονικές ιδέες, σκέψεις και απόπειρες.

- Οι **αγχώδεις διαταραχές** είναι ακόμα μια κατηγορία όπου μπορεί να συνυπάρχει με τον χρόνια πόνο. Σύμφωνα με πρόσφατη έρευνα, σε αντιπροσωπευτικό δείγμα (n=5.877) του γενικού πληθυσμού των Η.Π.Α. βρέθηκε ότι υπήρχε σημαντική θετική συσχέτιση μεταξύ χρόνιου πόνου και διαταραχής άγχους. Από αυτές οι ισχυρότερες συσχετίσεις παρατηρήθηκαν με την διαταραχή πανικού και **μετά-τραυματικού στρες**, που σύμφωνα με το DSM-5 η τελευταία διαταραχή αποτελεί πλέον ξεχωριστή κατηγορία ως « Διαταραχές που σχετίζονται με το τραύμα και στρες» (McWilliams, 2003). Έτσι, δεν είναι λίγες οι μελέτες που έχουν δείξει ότι τα άτομα που ζουν με χρόνια ή επαναλαμβανόμενο πόνο συχνά αναπτύσσουν αγχώδεις διαταραχές λόγω της συνεχούς πίεσης του πόνου στο σώμα τους. Το άγχος μπορεί να διαρκέσει ακόμα και μετά από τη θεραπεία του πόνου.
- Επίσης, το επίμονο άλγος μπορεί να είναι το κύριο σύμπτωμα της **υστερίας ή Νόσο Briquet**. Υπάρχουν άτομα τα οποία στην προσπάθειά τους να βρουν το «κατά φαντασίαν» πρόβλημα, προχωρούν σε πολλαπλές χειρουργικές επεμβάσεις. Ο Adams (2003), αναφέρει την περίπτωση μιας γυναίκας με υστερία, η οποία είχε υποβληθεί σε τόσες χειρουργικές επεμβάσεις με αποτέλεσμα να χάσει την σκοληκοειδή, τις ωοθήκες, τις σάλπιγγες, τη μήτρα, τη χοληδόχο κύστη κ.α. (Adams, 2003). Δεν είναι συγκεκριμένος ο τρόπος διαχείρισης αυτών των ατόμων, είτε από νομικούς είτε από ιατρούς. Έχει διαπιστωθεί όμως ότι η αντικειμενική ιατρική εκτίμηση είναι αυτή που θα έχει αποτέλεσμα στην εξέλιξη του ασθενούς. Ο διαχωρισμός της «προσποίησης» από την ύπαρξη ψυχικής ασθένειας βασίζεται στα διάφορα υποβοηθητικά διαγνωστικά χαρακτηριστικά του υστερικού άλγους. Μερικά από αυτά είναι: «η ανικανότητα του ασθενή να δώσει μια σαφή περιγραφή, ακριβή περιγραφή του τύπου

του άλγους, εντόπιση του πόνου, δραματοποιημένες περιγραφές της έντασης του ( περιγραφές σαν «γιγάντιες μαχαιριές») και των επιδράσεών του, η επιμονή του πόνου, είτε συνεχής είτε διαλείπουσα για μεγάλα χρονικά διαστήματα, η απουσία άλλων νοσημάτων που θα δικαιολογούσαν την ύπαρξη του αλλά και η συνύπαρξη άλλων κλινικών χαρακτηριστικών ή προηγούμενων κρίσεων υστερικής φύσης» (Adams, 2004).

- Τέλος, η **σχιζοφρένεια** είναι μια ακόμα ψυχιατρική νόσος που συνυπάρχει με τον πόνο. Σε πρόσφατη έρευνα που διεξήχθη στο Σάο Πάολο, στους 205 σχιζοφρενείς ασθενείς, το 37% αυτών υπέφερε από χρόνια πόνο (Almeida, 2013) . Οι συγγραφείς της έρευνας υπογραμμίζουν ότι το ποσοστό μπορεί να μην είναι μεγαλύτερο σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό, αλλά ο χρόνιος πόνος στη συγκεκριμένη κατηγορία ασθενών είναι επιβαρυντικός παράγοντας σταθεροποίησης της νόσου. Ένα σημαντικό στοιχείο που λαμβάνουμε, επίσης, από την έρευνα είναι η επίδραση του οικογενειακού πλαισίου στον ασθενή. Η έγγαμη ζωή βρέθηκε να αποτελεί προγνωστικό παράγοντα καλύτερης εξέλιξης. Όσοι ήταν άνυπανδροι είχαν μεγαλύτερη εξάρτηση από τους άλλους, δεν συμμετείχαν στις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής και είχαν μεγαλύτερη ενασχόληση με τον πόνο (Almeida, 2013) .

## ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

### 1. ΚΕΝΤΡΙΚΟ ΝΕΥΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ- ΕΚΦΥΛΙΣΤΙΚΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ

- Ως επί των πλείστον, τα νευρολογικά νοσήματα συνυπάρχουν με τον πόνο. Η **Νόσος Parkinson** είναι το πιο χαρακτηριστικό παράδειγμα συννοσηρότητας πόνου και νευροεκφυλιστικής νόσου. Αναφέρεται ότι το 40%-60% των ασθενών με νόσο Parkinson έχουν περισσότερα από ένα είδος χρόνιου πόνου ( Giuffrida, 2005). Σύμφωνα με έρευνα του Beiske και των συνεργατών του, σε ασθενείς της νόσου, το 70% εμφάνισαν μυοσκελετικό πόνο, το 40% δυστονικό πόνο, 20% οξύ οσφυϊκό νευροπαθητικό πόνο και το 10% κεντρικό νευροπαθητικό πόνο. Το 34% αυτών των ασθενών λάμβαναν αναλγητική φαρμακευτική αγωγή (Beiske, 2009). Αξίζει να σημειωθεί ότι το χρόνια άλγος στη Νόσο συσχετίζεται με την ηλικία, το φύλο και το στάδιο εξέλιξης της Νόσου. Το γυναικείο φύλο είναι σημαντικός προγνωστικός παράγοντας πόνου ( Borsook, 2012) .

Στη Νόσο Parkinson, οι περισσότερες εμπειρίες πόνου που αναφέρονται προκύπτουν από ιστό που είναι τραυματισμένος ή και κατεστραμμένος. Αιτίες που προκάλεσαν αυτή φθορά μπορεί να είναι ο επίμονος τρόμος, η μυϊκή δυσκαμψία, η δυστονία, η μυοσκελετική βλάβη ( πχ. από διάστρεμμα, μώλωπες, κατάγματα οστών που έχουν προκύψει από πτώση κ.α.), εγκαύματα ή και κάποια φλεγμονή. Ο πόνος συνήθως είναι εντοπισμένος στο προσβεβλημένο μέλος του σώματος. Η δυστονία συγκεκριμένα μπορεί να διαγνωστεί όταν υπάρχει ορατή συστροφή, κράμπες ή με κάποιες στάσεις του σώματος που προκαλούν πόνο. Οι κοινές περιοχές του σώματος που οι ασθενείς με Parkinson αναφέρουν ως εμπειρία πόνου είναι η περιοχή του τραχήλου, η ανώτερη οπίσθια θωρακική περιοχή και τα άκρα.

Ο νευροπαθητικός πόνος στη Νόσο είναι λιγότερο κοινός σε σχέση με τον τραυματικό πόνο. Ο πόνος μπορεί να παρουσιαστεί ως κάψιμο, μούδιασμα και κνησμό, αιχμηρές αισθήσεις ή διαπεραστικός έντονος πόνος σαν «ηλεκτρισμός». Το άλγος που οφείλεται σε βλάβη του νευρικού ιστού είναι συνήθως εξαιτίας της ακαθυσίας και της ακραίας εσωτερικής ανησυχίας που έχει το άτομο.

Αξιίζει τέλος να σημειωθεί ότι ανασταλτικός παράγοντας για την καλύτερη έκβαση της θεραπείας, αποτελεί η κατάθλιψη. Σε πρόσφατη έρευνα 450 παρκινσονικών ασθενών στη Γαλλία (Negre-Pages, 2008), οι οποίοι υποβλήθηκαν σε κλινική εξέταση αλλά και σε συμπλήρωση ερωτηματολογίου, φάνηκε ότι τα 2/3 των ασθενών υπέφεραν από χρόνια άλγος. Ένα σημαντικό ποσοστό αυτών, ήταν νεότεροι και παρουσίαζαν περισσότερες κινητικές διαταραχές και σοβαρά καταθλιπτικά συμπτώματα (Negre-Pages, 2008) .

## 2. ΒΛΑΒΗ ΣΤΟ ΚΕΝΤΡΙΚΟ ΝΕΥΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

- Χρόνιο πόνο βιώνει το 40-75% των ασθενών με **Σκλήρυνση Κατά Πλάκας** (Kenner, 2007) . Η σκλήρυνση κατά πλάκας ή αλλιώς και πολλαπλή σκλήρυνση, είναι μια αυτοάνοση ασθένεια στην οποία το ανοσοποιητικό σύστημα επιτίθεται στο προστατευτικό περίβλημα( μυελίνη) που καλύπτει τις νευρικές ίνες . Η βλάβη της μυελίνης διαταράσσει τη μεταβίβαση των νευρικών ώσεων μεταξύ του εγκεφάλου και του υπόλοιπου σώματος. Η ασθένεια συσχετίζεται άμεσα με την κατάθλιψη, τη συμμετοχή του νωτιαίου μυελού κατά την έναρξη της νόσου αλλά και την παρουσία βλαβών στο νωτιαίο μυελό (Grau-Lopez, 2011). Έτσι η αιτιολογία του πόνου μπορεί να είναι ένα πιο σύνθετο φαινόμενο . Ο πόνος μπορεί να προκληθεί είτε άμεσα από την ασθένεια που επιδρά στο νευρικό σύστημα είτε έμμεσα μετά από την πτώση της λειτουργίας του οργανισμού . Βλάβη στις οδούς του πόνου μπορεί να προκύπτουν

από φλεγμονώδεις διεργασίες που αφορούν την νευρογλοία και την αποδέσμευση οκυτοκινών, που επίσης είναι ένας πιθανός μηχανισμός του κεντρικού πόνου στους ασθενείς με πολλαπλή σκλήρυνση (Graeber, 2010) .

- Είναι κοινώς αποδεκτό ότι τα **εγκεφαλικά επεισόδια** επηρεάζουν το Κεντρικό Νευρικό Σύστημα και ιδιαίτερα τις δομές κατά μήκος των θαλαμοφλοιικών περιοχών όπου παράγονται τα σύνδρομα του πόνου. Ο θάλαμος βρίσκεται στο κέντρο του εγκεφάλου. Όταν σε ένα εγκεφαλικό επεισόδιο προκληθεί βλάβη στο θάλαμο, τότε επηρεάζεται άμεσα και το κέντρο ελέγχου του πόνου. Έτσι ο εγκέφαλος δεν αντιλαμβάνεται κανονικά τα μηνύματα που αποστέλλονται από το σώμα όσον αφορά στην αφή, στο θερμό, στο ψυχρό και άλλα ερεθίσματα. Αντ'αυτού, καταγράφει ακόμα και την ελαφριά αίσθηση στο δέρμα ως επώδυνη ( ACPA, 2014). Ο Κεντρικός Μετα-αποπληκτικός Πόνος (Central post-stroke pain ή CPSP), είναι ένα είδος κεντρικού ή νευροπαθητικού πόνου τον οποίο αισθάνεται ο ασθενής σαν καυσαλγία, διαπεραστικό πόνο ή δυσαισθησία (μούδιασμα) στο δέρμα ή στην πλευρά που επηρεάστηκε από το εγκεφαλικό επεισόδιο. Ο πόνος αυτός γίνεται χειρότερος όταν κάποιος αγγίζει, μετακινήσει ή τοποθετήσει κάτι πάνω στην πλευρά αυτή . Η στιγμή που θα εμφανιστεί ο πόνος, διαφέρει από άτομο σε άτομο . Μπορεί να αρχίσει ημέρες, μήνες ή και χρόνια μετά από το εγκεφαλικό επεισόδιο . Πολλοί ασθενείς διαμαρτύρονται για έντονες κεφαλαλγίες, μετά από ένα επεισόδιο. Αξίζει λοιπόν να γίνει μια υποσημείωση ότι οι κεφαλαλγίες είναι πιο κοινές σε άτομα μετά από αιμορραγικό εγκεφαλικό επεισόδιο από ότι σε ισχαιμικό εγκεφαλικό επεισόδιο. Βέβαια, δεν είναι σίγουρο τι μπορεί να προκαλεί έντονους πονοκεφάλους στη δεύτερη κατηγορία ασθενών που προαναφέρθηκε . Κάποιες μελέτες θεωρούν ότι ευθύνεται η φαρμακευτική αγωγή και άλλες ότι είναι ένας πόνος «εσωτερικός» που να οφείλεται πιθανώς στην ένταση και την συναισθηματική φόρτιση του ατόμου .



## ΧΡΟΝΙΟΣ ΠΟΝΟΣ ΣΕ ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΕΣ ΚΑΙ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΕΣ ΝΟΣΟΥΣ (ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ)

### ΣΤΟΧΟΙ ΕΡΕΥΝΑΣ

Ο χρόνιος πόνος είναι ένα δυσάρεστο αίσθημα που επηρεάζει και καθορίζει πολλές πτυχές της καθημερινότητας του ατόμου που τον βιώνει. Στόχος της έρευνας είναι η μελέτη του χρόνιου πόνου, τα χαρακτηριστικά του και ο τρόπος με τον οποίο εκφράζεται σε ομάδες ασθενών με νευρολογικές και ψυχιατρικές παθήσεις. Το μεγαλύτερο μέρος αυτών των ασθενών διαμαρτύρονται για πόνο χωρίς να είναι δυνατή η εντόπιση της αιτίας.

Τέθηκαν κάποια **ερευνητικά ερωτήματα** όσον αφορά τον στόχο της έρευνας:

- Αν ο πόνος αποτελεί σύμπτωμα των νόσων.
- Αν ο πόνος έχει σαν αποτέλεσμα τη νόσο, με αναφορά κυρίως στις ψυχικές διαταραχές.
- Αν και κατά ποιόν τρόπο εμπλέκονται αμφότεροι οι παράγοντες (νόσος- πόνος)

### ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Η έρευνα διεξήχθη με τη χρήση ερωτηματολογίων σε τρεις ιδιωτικές κλινικές της Λάρισας. Συγκεκριμένα στο Κέντρο Αποκατάστασης και Αποθεραπείας «Απολλώνιο» Θεραπευτήριο, την Ιδιωτική Ψυχιατρική Κλινική «Αναγέννηση» Αλ.Θωμά και την Ιδιωτική Ψυχιατρική Κλινική «Ιπποκράτειο».

Πρόκειται για μια ποιοτική έρευνα με τη μορφή ημί-δομημένης συνέντευξης κατά την οποία ο ερευνητής θέτει μια σειρά από προκαθορισμένες ερωτήσεις, αλλά η μορφή των ερωτήσεων και ο τρόπος που γίνονται είναι έτσι ώστε να μπορεί ο ερωτώμενος να διευκρινίσει τις απαντήσεις του παρέχοντας περισσότερες πληροφορίες στον ερευνητή για τη φύση του προβλήματος (Παπαϊωάννου, 2004).

Χορηγήθηκε προφορικά το «Ερωτηματολόγιο Πόνου», το οποίο είναι αποτέλεσμα προσωπικής εργασίας μετά από επιλογή ερωτήσεων από το McGill Pain Questionnaire. Αποτελείται από 12 ερωτήσεις οι οποίες είναι εστιασμένες στο χρόνιο πόνο και συγκεκριμένα στο σημείο που εντοπίζεται ο πόνος, ο τρόπος διαχείρισης του και η λειτουργικότητα του ασθενή στην καθημερινότητά του .

Στη συνέχεια, υπήρξε επαφή με το νοσηλευτικό προσωπικό της εκάστοτε κλινικής για ενημέρωση σχετικά με το ιστορικό του κάθε ασθενή, τη διάγνωση και την φαρμακευτική αγωγή που λαμβάνει.

## ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΕΣ

Από τις τρεις ιδιωτικές κλινικές που προαναφέρθηκαν χρησιμοποιήθηκε δείγμα 80 ασθενών, ανδρών και γυναικών. Ήταν ηλικίας από 40 μέχρι 88, οι περισσότεροι εκ των οποίων νοσηλεύονταν στην κλινική περισσότερο από τέσσερις μήνες. Οι ψυχιατρικοί ασθενείς, μάλιστα, περισσότερο από οκτώ μήνες. Το δείγμα περιλαμβάνει νευρολογικούς και ψυχιατρικούς ασθενείς. Συγκεκριμένα η πρώτη κατηγορία είχε δύο υποκατηγορίες : α) ασθενείς με ισχαιμικό εγκεφαλικό επεισόδιο, β) με Νόσο Parkinson, ενώ την δεύτερη κατηγορία αποτελούσαν ασθενείς με α) σχιζοφρένεια και β) κατάθλιψη .

Η χορήγηση ερωτηματολογίου και η σχετική συζήτηση που ακολούθησε έλαβε μέρος μετά την συναίνεση του ασθενούς. Αξίζει να σημειωθεί, ότι αρκετοί ψυχιατρικοί ασθενείς ήταν καχύποπτοι απέναντι στη διαδικασία της έρευνας.

## ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ

Αρχικά, καταγράφονταν τα δημογραφικά στοιχεία : φύλο και ηλικία. Ακολουθούν οι ερωτήσεις :

- Νιώθετε κάποιο πόνο;
- Σε ποιο σημείο τον αισθάνεστε; (όπου βρίσκεται σχεδιάγραμμα του σώματος και ο ασθενής δείχνει το μέρος που πονάει)
- Πότε εμφανίστηκε πρώτη φορά;
- Έχει επιδεινωθεί από τότε;
- Είναι πιο έντονος στην κλινική ή στο σπίτι;
- Πόσο συχνά πονάτε;
- Λαμβάνετε κάποια φαρμακευτική αγωγή;
- Σας ανακουφίζει;
- Μπορείτε να : κοιμηθείτε, δείτε τηλεόραση, ταξιδέψετε, μιλήσετε σε γνωστούς και φίλους, να γευματίσετε, ή κάτι άλλο.
- Πως θα χαρακτηρίζατε τον πόνο: οξύ, σαν μαχαίρωμα, κάψιμο, σφοδρό, κουραστικό, ανακουφιστικό, σαν ροκάνισμα, οδονηρό, μυρμήγκιασμα, ενοχλητικό, καταπιεστικό, ή κάτι άλλο.
- Ακολουθεί ένα μέτρο από το ένα μέχρι το δέκα, όπου ένα είναι ο «καθόλου πόνος» και δέκα ο «χειρότερος δυνατός πόνος που μπορεί να υπάρξει»
- Ακολουθεί έξι προσωπεία, με διακύμανση στην έκφρασή τους από το χαμόγελο μέχρι το κλαμένο πρόσωπο.

(Το «Ερωτηματολόγιο του Πόνου» παρατίθεται στο Παράρτημα)

Η ανάλυση των ερευνητικών δεδομένων θα εξελιχθεί σε δύο άξονες : τους νευρολογικούς ασθενείς και τους ψυχιατρικούς ασθενείς. Θα παρουσιαστούν αναλυτικά τα ευρήματα και για τις δύο κατηγορίες και στη συνέχεια θα υπάρξει συζήτηση όπου θα γίνει η σύγκριση μεταξύ των δύο.

## ΑΝΑΛΥΣΗ

### ❖ ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΟΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Το δείγμα των νευρολογικών ασθενών που συλλέχθηκε ήταν 40 άτομα . Από αυτούς οι 13 είχαν διαγνωστεί με Νόσο Parkinson και οι 27 με ισχαιμικά εγκεφαλικά.

### ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ PARKINSON

Από τους 13 ασθενείς με Νόσο Parkinson οι 3 είναι άνδρες (ηλικίας 70-82 ετών) και οι 10 γυναίκες (ηλικίας 61-85 ετών) . Όλοι ήταν συνεργάσιμοι. Επίσης όλοι δήλωσαν ότι είχαν ενοχλήσεις πόνου την περίοδο της συνέντευξης . Το μέρος που εντοπιζόνταν ο πόνος ήταν στον ώμο, στα χέρια, στα πόδια και στον αυχένα. Θυμούνται ότι πονάνε καιρό και ότι ο πόνος έρχεται και φεύγει *«ίσως με τη φαρμακευτική αγωγή, ίσως να μου δίνουν και κάτι ακόμα που να με βοηθάει. Πάντως με βοηθάει»* (γυναίκα, ετών 61). Στην κλινική επιδεινώνεται ο πόνος απαντάνε οι 10/13 *«στο σπίτι κάνω καμιά δουλειά και ξεπιάνομαι. Εδώ είμαι ξαπλωμένη όλη την ώρα»* (γυναίκα, ετών 67). Χρειάζεται να διευκρινιστεί ότι οι 11/13 ασθενείς βρίσκονται σε κέντρο αποκατάστασης μετά από πτώση, λόγω της αστάθειας που αποτελεί σύμπτωμα της Νόσου. Οι άλλοι δύο είναι μεγάλης ηλικίας και η Νόσος βρίσκεται σε προχωρημένο στάδιο, με αποτέλεσμα την υποχρεωτική νοσηλεία τους. Οι 5/13 δηλώνουν ότι δυσκολεύονται να κοιμηθούν το βράδυ, όπου ο πόνος κάποιες φορές είναι πιο έντονος ενώ οι 8/13 *«παίρνω ηρεμιστικό για να κοιμηθώ, το γνωρίζω»* . Όσον αφορά τον είδος του πόνου θα τον χαρακτήριζαν σαν μυρμήγκιασμα και σαν ροκάνισμα. Είναι ενοχλητικός και μπορεί να διαρκέσει ώρα *« - όταν με πιάνει προσπαθώ να κάνω γυμναστική με το κεφάλι μου για να με περάσει - υποχωρεί με αυτές τις κινήσεις ; - πότε ναι, πότε όχι, άλλες φορές μπορεί και να ζαλιστώ περισσότερο έτσι.. και απλά φωνάζω να μου δώσουν ένα παυσίπονο και*

κοιμάμαι..» (άνδρας, ετών 49) . Στην κλίμακα οι τιμές ήταν 7 και 8 ενώ στα προσωπεία επέλεξαν το τέταρτο και πέμπτο.

### ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΙΣΧΑΙΜΙΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ

Από τους 27 ασθενείς, οι 12 ήταν άνδρες (ηλικίας 51-88 ετών) και οι 15 γυναίκες (ηλικίας 63-87 ετών). Εκτός από κάποιους ασθενείς που είχαν δυσκολία στην ομιλία λόγω του ισχαιμικού εγκεφαλικού, γενικότερα υπήρξε καλή επικοινωνία και συνεννόηση των ασθενών με τον ερευνητή. Και οι 27 δήλωναν ότι είχαν πόνους αρκετό καιρό πριν τη συνέντευξη. Να σημειωθεί ότι οι ασθενείς νοσηλεύονται στο Κέντρο Αποκατάστασης τουλάχιστον δέκα μήνες, είτε γιατί το εγκεφαλικό που είχαν υποστεί ήταν αρκετά σοβαρό και άργησαν να επανέλθουν είτε γιατί το περιβάλλον τους δεν μπορούσε να τους φροντίσει . Το σημείο του σώματος που δήλωναν ως βασική εστία πόνου ήταν τα χέρια και τα πόδια. Συγκεκριμένα, τα χέρια και τα πόδια από τη μεριά της ημιπάρεσης και συγκεκριμένα στις αρθρώσεις. Επίσης, διαμαρτύρονταν για έντονους πονοκεφάλους και ζαλάδες. Όταν διαμαρτύρονται για έντονους πόνους το νοσηλευτικό προσωπικό τους παρέχει παυσίπονα ή αρκετές φορές και placebo, ανάλογα με τον ασθενή καθώς γνωρίζουν αν είναι χειριστική συμπεριφορά ή όντως είναι έντονος ο πόνος. Παρατηρούν ότι ο πόνος ξεκίνησε από τότε που εισήλθαν στην κλινική και δεν θυμούνται να είχαν ανάλογο πόνο στο σπίτι . Ακόμα, αναφέρουν ότι ο πόνος είναι παροδικός «μπορεί να έρχεται να φεύγει, αλλά το βράδυ.. δεν μπορώ να κοιμηθώ» (γυναίκα, ετών 63) και οι 20/27 δηλώνουν κατά καιρούς δυσκολία να κοιμηθούν το βράδυ. Επιπρόσθετα, οι 21/27 αναφέρουν ότι μπορούν να κάνουν όλες σχεδόν τις δραστηριότητες που τους επιτρέπει η κατάστασή τους. Χαρακτηρίζουν τον πόνο σαν μυρμήγκιασμα, οξύ, διαξιφιστικό, κουραστικό και ένας ασθενής τον χαρακτήρισε «όταν αρχίζω να πονάω είναι σαν να βράζω» (άνδρας, ετών 51), θέλοντας να τονίσει έτσι την έντονη ενόχλησή του. Στην κλίμακα, οι τιμές ήταν σχεδόν ίδιες για όλους δηλαδή επέλεξαν το 9-10, ενώ στα προσωπεία όλοι διάλεξαν το χειρότερο με εξαίρεση 5/27 που διάλεξαν το προ-τελευταίο προσωπείο.

### **❖ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ**

Το δείγμα των ψυχιατρικών ασθενών που συλλέχθηκε ήταν 40 άτομα . Από αυτούς οι 14 είχαν διαγνωστεί με σχιζοφρένεια και οι 26 με κατάθλιψη.

### ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ

Από τους 14 ασθενείς, οι 5 ήταν άνδρες (ηλικίας 44-80) και οι 9 γυναίκες (ηλικίας 40-70). Παρουσιάστηκε μια μικρή δυσκολία ώστε να μπορέσουν να εξοικειωθούν με τον ερευνητή, καθώς ήταν αρκετά καχύποπτοι με το ερωτηματολόγιο. Αυτό παρατηρήθηκε κυρίως από τη μεριά των γυναικών που δεν έδιναν πληροφορίες για τη φύση του προβλήματός τους. Χαρακτηριστικό παράδειγμα ήταν δύο γυναίκες, οι οποίες ανέφεραν ότι δεν πονούσαν πουθενά, γεγονός που αναίρεσαν όταν είδαν τη διπλανή τους να απαντάει. Όλοι ανέφεραν πόνους στον αυχένα, την πλάτη, τη μέση και την περιοχή των γλουτών. Δεν θυμούνται πότε εμφανίστηκε ο πόνος πρώτη φορά, είναι σίγουρα όμως από παλιά και επιδεινώνεται κατά διαστήματα. Εφτά ασθενείς δήλωσαν ότι ο πόνος είναι πιο έντονος το χειμώνα ή τις περιόδους που αλλάζει ο καιρός. Στην ερώτηση αν είναι πιο έντονος ο πόνος στην κλινική ή στο σπίτι οι 11/14 δήλωσαν στο σπίτι. Οι 8/14 αναφέρουν ότι οι πόνοι είναι έντονοι το βράδυ και ηρεμούν όταν το νοσηλευτικό προσωπικό τους δώσει ένα παυσίπονο (όπως αναφέρουν οι υπεύθυνοι, τις περισσότερες φορές είναι placebo). Οι 9/14 δήλωσαν ότι δεν μπορούν να ηρεμήσουν όταν «τους πιάνει ο πόνος». Τον χαρακτηρίζουν οξύ, σαν «σουβλιά» και οδυνηρό. Μια γυναίκα αναφέρει χαρακτηριστικά «κουράστηκα να ξέρω ότι θα ξαναπονέσω» (γυναίκα, ετών 40). Τους είναι δύσκολο να κοιμηθούν, να δουν τηλεόραση, να μιλήσουν. Ένας άνδρας ασθενής περιγράφει «καταλαβαίνω τον πόνο όταν αρχίζει και με σφίγγει η μέση. Είναι σαν ένα φίδι να προσπαθεί να σου σπάσει τα πλευρά. Τότε ξεκινάν και παραλύουν τα χέρια μου και μουδιάζει το στόμα μου. Ο πόνος είναι αφόρητος» (άνδρας, 49 ετών). Και οι δεκατέσσερις ασθενείς είναι χρόνιοι τρώφιμοι ψυχοιατρικών δομών. Γνωρίζουν ότι λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή για τον πόνο αλλά δεν γνωρίζουν τι είναι αυτό που τους ανακουφίζει «ίσως είναι κάποιο ηρεμιστικό δυνατό, που το δίνουν μόνο σε τέτοιες περιπτώσεις. Ίσως να είναι ένα δυνατό παυσίπονο, αλλά δεν γνωρίζω τι» (άνδρας, ετών 44), απάντηση στην ερώτηση αν λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή για τον πόνο και αν τους ανακουφίζει. Όσον αφορά την αριθμητική κλίμακα, έδωσαν την τιμή 7 με 8 ενώ στα προσώπια οι 11/14 έδωσαν την προτελευταία και 3/14 την τελευταία.

### ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Το δείγμα των καταθλιπτικών ασθενών ήταν 26 ατόμων. Εξ αυτών οι 11 ήταν άνδρες (ηλικίας 49-85) και οι 15 γυναίκες (ηλικίας 49-80). Στην περίπτωση αυτής της κατηγορίας

ασθενών δεν παρουσιάστηκε κάποια δυσκολία στη λήψη συνέντευξης. Και οι 26 ένιωθαν πόνο το διάστημα που έγινε η συνέντευξη. Τα σημεία πόνου ήταν το κεφάλι, ο αυχένας, η περιοχή της μέσης και η κοιλιακή χώρα. Εξίσου, όλοι ανέφεραν ότι ο πόνος είναι ένα αίσθημα που δεν θυμούνται από πότε ξεκίνησε, αλλά ότι είναι παλιό. Μάλιστα, κάποιοι ασθενείς που θυμόντουσαν κατά προσέγγιση την περίοδο που ξεκίνησε, συμπίπτει με την περίοδο εισαγωγής τους στην κλινική (γεγονός που διαπιστώθηκε από την ημερομηνία εισαγωγής των ασθενών). Να σημειωθεί ότι η διαπίστωση έγινε από τον ερευνητή και όχι από τους ίδιους τους ασθενείς που δεν θεωρούσαν ότι υπάρχει κάποια σύνδεση πόνου και εισαγωγής τους στην κλινική. Με εξαίρεση 4 άτομα, οι υπόλοιποι αναφέρουν ότι τα συμπτώματα πόνου είναι πιο σπάνια στην κλινική και υποχωρούν για μεγάλα διαστήματα *«κάνουν πάνω από δεκαπέντε μέρες να εμφανιστούν, μπορεί και μήνα»* (άνδρας, ετών 49). Από τα 4 άτομα, οι 2 έχουν εισαχθεί με σωματική βλάβη η οποία είχε αντίκτυπο και στην ψυχική τους υγεία (Επρόκειτο για μια γυναίκα ετών 60 η οποία γεννήθηκε με μια δυσπλασία στο λεπτό έντερο. Χρειάστηκαν πολυάριθμα χειρουργεία για να μπορέσει τουλάχιστον να σιτίζεται σωστά. Το πρόβλημα που αντιμετώπιζε μείωνε τη λειτουργικότητά και την αυτοπεποίθησή της, με αποτέλεσμα να εκδηλώσει από μικρή ηλικία κατάθλιψη. Το δεύτερο άτομο, είναι άνδρας που μετά από αυτοκινητιστικό ατύχημα και έχοντας επανέλθει σε μια καλή σωματική κατάσταση, καθώς έφερε πολλαπλά κατάγματα, εισήχθη στην κλινική με μείζονα κατάθλιψη), ενώ οι άλλοι 2 με πολύ δραματικό τρόπο δήλωναν ότι ο πόνος δεν υποχωρεί ποτέ.

Στην ερώτηση αν ο πόνος είναι πιο έντονος στην κλινική ή στο σπίτι, οι ασθενείς δεν θυμόντουσαν αν πονούσαν έτσι στο σπίτι, για αυτό και θα επιθυμούσαν να πάνε στο σπίτι τους που πιθανόν εκεί να *«ηρεμήσουν»*. Όσον αφορά τις δραστηριότητες που μπορούν να κάνουν όταν πονούν, οι 24/26 χωρίς δεύτερη σκέψη απάντησαν *«τίποτα ! υποφέρω!»*, όταν μετά αναφέρθηκαν οι δραστηριότητες αναλυτικά δηλαδή αν μπορούσαν: να κοιμηθούν, να δουν τηλεόραση, να μιλήσουν με φίλους-γνωστούς και να γευματίσουν, απάντησαν θετικά σε όλες. Από την άλλη μεριά, τα 2 άτομα με τη σωματική βλάβη, απάντησαν ότι *«προσπαθώ να βγω βόλτα στην αυλή, να περπατήσω, να καπνίσω μήπως ξεχαστώ»*. Οι περισσότεροι ασθενείς χαρακτήρισαν το άλγος παίρνοντας πολύ έντονες εκφράσεις προσώπου και με βαρύγδουπα επίθετα : *«όταν ξεκινάει ο πόνος, εύχομαι να με σκοτώσει κάποιος»* (γυναίκα, ετών 55), *«ξεριζώνει το κεφάλι μου! Αφού, το πιάνω για να δω αν είναι εκεί ή αν έπεσε»* (άνδρας, ετών 84). Αντίστοιχα και όταν τους δόθηκε η κλίμακα και τα προσωπεία, οι χαρακτηρισμοί ήταν εξίσου ακραίοι *«11 δεν υπάρχει;»* (άνδρας, ετών 77), *«βάλε ένα τόνο στο 10 και λίγα λέω»* (γυναίκα, ετών 49), *«φυσικά το κλαμένο πρόσωπο, έχε χάρη που είμαι άνδρας και δεν θέλω να κλαίω»* (άνδρας, ετών 80), *«μάλλον δεν έχεις πονέσει τόσο, και εύχομαι να μην πονέσεις, το*

κλαμένο πρόσωπο απέχει πολύ από το πως νιώθω» (γυναίκα, ετών 49), θέλοντας να τονίσει το υπερβολικό συναίσθημα.

## ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

### ❖ ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΟΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

#### ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΝΟΣΟ PARKINSON

Αυτό που θα μπορούσε κάποιος να παρατηρήσει, από τις συνεντεύξεις με τους νευρολογικούς ασθενείς και συγκεκριμένα από τους ασθενείς με Νόσο Parkinson, θα ήταν η αποφυγή των ασθενών στο θέμα του πόνου. Εκφράσεις όπως «..όχι δεν έχω κανένα πρόβλημα. Είμαι καλά..» ήταν σύνηθες σε όλους τους ερωτηθέντες. Παρόλα αυτά, το νοσηλευτικό προσωπικό επιβεβαιώνει την ύπαρξη πόνου στους ασθενείς, και ότι μάλιστα, διαμαρτύρονται εντόνως αν δεν γίνει το αίτημα τους αποδεκτό (ή για να τους δοθεί παυσίπονο ή αλλαγή στη φαρμακευτική αγωγή που λαμβάνουν), στον ερευνητή η στάση τους ήταν διαφορετική. Παρουσίαζαν ένα σκληρό προσωπείο απέναντι στο πρόβλημα και δεν αποδέχονταν την ύπαρξη οποιασδήποτε ενόχλησης. Στην πορεία της συνέντευξης και μετά από μια σχετική εξοικείωση με τον ερευνητή αναιρούσαν την αρχική παγιωμένη θέση τους, με πιο ρηχές περιγραφές πόνου, σε σχέση με την περιγραφόμενη κατάσταση από το προσωπικό πχ. «..τώρα που το λες, πονάω..». Και πάλι όμως, το πρόβλημα της κατάστασης το μετέθεταν στην διαμονή τους στην κλινική, κάτι που όπως λένε τους επιβάρυνε την υγεία τους «..στο σπίτι έκανα δουλειές. Εδώ κάθομαι και να δεις που θα γίνω χειρότερα..». Η ακινησία και η μη-ενασχόλησή τους με οικιακές δουλειές ήταν οι κύριοι λόγοι που ένιωθαν ενοχλήσεις.

Ένα επίσης κοινό σημείο που εμφάνιζαν οι παρκινσονικοί ασθενείς, ήταν ότι δεν ανέφεραν ή δεν θεωρούσαν την ύπαρξη της Νόσου, ως αιτία της πτώσης τους. Όταν γινόταν ερώτηση για ιστορικό ασθενείας από τον ερευνητή τότε αναφερόταν από τους ίδιους ότι έχουν τη Νόσο. Και σε αυτή την περίπτωση, μετά από την σχετική εξοικείωση με τον ερευνητή δήλωναν την ύπαρξη της ασθένειας τους και ότι αυτή ήταν η πιθανή αιτία πτώσης. Η παραδοχή του προβλήματος, τους φόρτιζε συναισθηματικά με ακόλουθη συναισθηματική έκρηξη (κλάμα) . «..Πριν τέσσερα χρόνια μπορούσα να μαγειρεύω, να βγαίνω.. τώρα; Κοίτα πως είμαι! Κατάκοιτη και ανήμπορη! Θέλω να σηκωθώ να κάνω μια βόλτα χωρίς τον φυσιοθεραπευτή ή οποιονδήποτε άλλο βοηθό. Θέλω να νιώσω ζωντανή!..» (γυναίκα, ετών 67) . Το αίσθημα της «εξάρτησης από άλλους», είναι μήπως η αιτία που τους κάνει φαινομενικά δυνατούς να παλέψουν για την αυτονομία τους;

Η καθηγήτρια Πειραματικής και Γνωστικής Ψυχολογίας, του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, κ. Αναστασία Ευκλείδη στο βιβλίο της «Ψυχολογία Κινήτρων» εξηγεί αυτή το αίσθημα αντίδρασης ως ένα μηχανισμό άμυνας και αντιμετώπισης της «θυματοποίησης» (Ευκλείδη, 1999). Η έννοια της θυματοποίησης στη βιβλιογραφία έχει μια πιο ευρύτερη σημασία και αναφέρεται γενικότερα στις αλλαγές στη ζωή κάποιου είτε αυτές οφείλονται σε μια σωματική είτε σε μια ψυχολογική απώλεια (Ευκλείδη, 1999) . Στην περίπτωση μιας χρόνιας ασθένειας, είναι έντονη η απώλεια της αυτοεκτίμησης και το αίσθημα ότι το άτομο έχει χάσει τον έλεγχο της κατάστασης. Η αυτοπροστασία του ατόμου γίνεται μέσω της διασφάλισης της αυτοεκτίμησης, η οποία με τη σειρά της μέσω του θαυμασμού των άλλων προς αυτούς. Δεν θέλουν να φαίνονται τρωτοί ή ότι η ασθένεια μπορεί να τους επηρέασε τον τρόπο της καθημερινότητας. Προσπαθούν να είναι δραστήριοι, να κοινωνικοποιούνται, να καλλωπίζονται, να είναι πιο ανεξάρτητοι από πριν και κάποιες φορές σε αρκετά μεγαλύτερο βαθμό από πριν μάθουν για την ασθένεια. Φαίνεται ότι προσπαθούν να αναδιατάξουν το μέλλον τους και να το χτίσουν πιο δυνατό και σταθερό. Όπως χαρακτηριστικά αναφέρει η κ. Ευκλείδη *«κατά τη διαδικασία προσαρμογής στη μετατραυματική κατάσταση το άτομο φαίνεται να αναπτύσσει μια σειρά σκέψεων και γνωστικών στρατηγικών, οι οποίες οδηγούν σε επανέλεγχο του περιβάλλοντος ή σε αναδιάταξη των ιδεών του ώστε να προσαρμοστούν στη νέα κατάσταση»* (Ευκλείδη, 1999, σσ220).

Μέσα όμως από αυτή την εσωτερική πάλη και τους έντονους μηχανισμούς άμυνας που μάχονται για την επιβίωση του, το άτομο πέφτει στην «παγίδα» της συναισθηματικής ευαλωτότητας. Όπως κάθε μηχανή, χρειάζεται λίγο χρόνο να ξεκουραστεί, έτσι και ο ανθρώπινος οργανισμός χρειάζεται να ηρεμεί και να ξεκουράζεται, για να μπορεί να αποδώσει καλύτερα την επομένη. Οι άμυνες καταστέλλονται και το σύστημα υπολειτουργεί. Εκείνη τη στιγμή βρίσκουν την ευκαιρία και εμφανίζονται σαν *«Αργίτες»* που εξορμούν μέσα από τον *«δουράτεον μέγαν ίππον»* η απαισιοδοξία, η κατάθλιψη, η ματαιότητα και άρνηση για να *«καταστρέψουν»* την μέχρι τώρα αισιόδοξη πορεία του ατόμου. Βλέπουν τις αδυναμίες τους να τους ξεπερνούν και η ασθένεια να στέκεται εμπόδιο σε κάθε αισιόδοξη σκέψη τους. Κάπως έτσι θα μπορούσε κάποιος να περιγράψει την κατάθλιψη που βιώνουν οι ασθενείς με Parkinson. Όπως έχει αναφερθεί και στη μεθοδολογία, πέραν της συνομιλίας με τους ασθενείς και το νοσηλευτικό προσωπικό, υπήρξε πρόσβαση και στην φαρμακευτική αγωγή των ασθενών. Και οι 13 λαμβάνουν αντικαταθλιπτική αγωγή.

Ο πόνος είναι ένα αίσθημα που συνυπάρχει με τη Νόσο Parkinson. Ως επί το πλείστον, οι ασθενείς αντιμετωπίζουν κινητικά προβλήματα όπως δυσκαμψία και βραδύτητα. Τα μέρη του σώματος για τα οποία διαμαρτύρονται είναι τα χέρια, τα πόδια και ο αυχένας. Ο πόνος προκαλείται από τη Νόσο, αλλά επιδεινώνεται από την κατάθλιψη. Ο ψυχικός πόνος που προκαλείται μπορεί να κάνει πιο έντονους τους ήδη υπάρχοντες σωματικούς πόνους και τα



συμπτώματά αυτών. Παρόλα αυτά αξίζει να σημειωθεί ότι οι παρκινσονικοί ασθενείς λόγω των μηχανισμών άμυνας που αναπτύσσουν, δεν είναι τόσο εκδηλωτικοί σε εκφράσεις και δηλώσεις όσον αφορά τον πόνο. Παράδειγμα αποτελεί η τελευταία ερώτηση με τα προσωπεία που οι απαντήσεις τους κυμάνθηκαν μεταξύ του 7 και το 8, αρκετά μετριοπαθής χαρακτηρισμός για έναν πόνο με έντονα τα σωματικά συμπτώματα. Σημαντικό ρόλο σε όλη την εξέλιξη της Νόσου, διαδραματίζει η αντικαταθλιπτική αγωγή, η οποία αυξάνει τα επίπεδα ντοπαμίνης που είναι γνωστό ότι επηρεάζονται άμεσα από τη Νόσο.

### ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΙΣΧΑΙΜΙΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ

Αν κάποιος εξωτερικός κριτής ήθελε να ονοματίσει ένα κοινό χαρακτηριστικό των ασθενών με ισχαιμικό εγκεφαλικό που ερωτήθηκαν, θα ήταν η δραματική και χειριστική συμπεριφορά τους. Δεν μπορεί κάποιος να αμφισβητήσει την ύπαρξη πόνου, αλλά ίσως μπορεί να αμφιβάλλει για την ένταση που περιγράφεται από τους ασθενείς. Οι έντονες εκφράσεις πρόσωπου, τα επίθετα σε υπερθετικό βαθμό και οι βαρύγδουπες δηλώσεις έρχονταν αντίθετες με το πως βίωναν την καθημερινότητά τους. Δηλαδή στην ερώτηση : *«ο πόνος σας εμποδίζει να κάνετε δραστηριότητες της καθημερινότητας και αν ναι, ποιες, από το να δείτε τηλεόραση, να φάτε, να μιλήσετε με κόσμο, να κοιμηθείτε κ.α.»* η απάντηση ήταν σε όλες τις περιπτώσεις αρνητική. Μπορούσαν να παρακολουθήσουν μια εκπομπή στην τηλεόραση ( μάλιστα οι περισσότερες γυναίκες δήλωναν ότι τους άρεσαν να βλέπουν τις απογευματινές σειρές ενώ οι άνδρες πρωινές ενημερωτικές ), μπορούσαν να σιτιστούν, μπορούσαν να μιλήσουν είτε στο τηλέφωνο είτε με τον συγκάτοικό τους στο δωμάτιο και δεν παρουσίαζαν δυσκολία στον ύπνο. Αυτοί που ήταν πιο λειτουργικοί και περιπατητικοί, ήταν δύσκολο να τους βρεις στο δωμάτιο τους. Άρα, μήπως εύλογα μπορεί κάποιος να υποθέσει ότι οι χαρακτηρισμοί είναι αποτέλεσμα χειριστικής συμπεριφοράς;

Ο κάθε άνθρωπος αισθάνεται τον πόνο διαφορετικά. Μια βλάβη του εγκεφάλου όμως, λόγω αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου μπορεί να είναι αιτία να διαταραχθεί η αίσθηση της αφής. Έτσι ο πόνος μπορεί να αποτελέσει τροχοπέδη στην ανάρρωση του ασθενούς αλλά και αιτία τραυματισμού του ίδιου. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Εγκεφαλικών, το 74% των επιζώντων από εγκεφαλικό επεισόδιο αντιμετωπίζουν κάποια μορφή πόνου η οποία είναι χρόνια και σταθερή ή σε άλλες περιπτώσεις έρχεται και παύει. Μάλιστα, υπάρχουν δύο είδη πόνου: α) αν ο πόνος προέρχεται από πραγματική ή δυνητική βλάβη σε κάποιο ιστό του σώματος β) αν ο αυτός ο πόνος προέρχεται από κατεστραμμένα νεύρα που μπορεί να στέλνουν εσφαλμένα ή και επιπλέον μηνύματα ακόμα και στην πλευρά της ημιπάρεσης. Αυτό λοιπόν που παρατηρήθηκε και από τα αποτελέσματα των ασθενών είναι ότι όλοι

βίωναν πόνο στην πλευρά της ημιπάρεσης. Στην περίπτωση λοιπόν, που δεν πρόκειται για κάποια αγκύλωση, μούδιασμα ή πιάσιμο της περιοχής τότε ο πόνος πολύ πιθανώς να προέρχεται από «λάθος μηνύματα» του κεντρικού νευρικού συστήματος στην περιοχή. Άρα, ο πόνος είναι υπαρκτός αλλά και η συμπεριφορά που χαρακτηρίσαμε ως «χειριστική» ίσως θα μπορούσε να θεωρηθεί ως αποτέλεσμα διαταραχή προσαρμογής μετά το εγκεφαλικό, καθώς είναι σύνηθες να παρατηρούνται αλλαγές στην προσωπικότητα του ατόμου. Έρευνα των Starkstein & Robinson (1991), απέδειξε ότι ασθενείς με βλάβη στην αριστερή πλευρά του εγκεφάλου, έχουν υψηλή πιθανότητα να παρουσιάσουν κλινική κατάθλιψη ενώ συμπτώματα μανίας είναι πιο κοινά όταν το εγκεφαλικό επεισόδιο βλάπτει τη δεξιά πλευρά.

## ❖ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

### ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ

Ένα κοινό χαρακτηριστικό αρκετών ατόμων με σχιζοφρένεια είναι το έντονο παραληρηματικό στοιχείο. Αυτό ήταν και το εμπόδιο στην επικοινωνία ασθενούς και ερευνητή. Η καχυποψία και επιφυλακτικότητα απέναντι στο «ξένο», δυσκόλευε τον ασθενή να «ανοιχτεί» και να μιλήσει για το πρόβλημα. Το αισιόδοξο σε αρκετές περιπτώσεις ήταν η παρουσία άλλων ατόμων, συνασθενών κυρίως, που ήταν πιο θαρραλέοι στο να μιλήσουν. Έτσι υπήρχε μια παρότρυνση και αλληλοσυμπλήρωση, καθώς πολλές φορές που ο ένας σταματούσε να μιλάει ο άλλος τον βοηθούσε να συνεχίσει. Αυτό που αξίζει κάποιος να προσέξει, είναι ότι η αλλαγή στην ένταση του πόνου συνέπιπτε με την αλλαγή του καιρού.

Είναι γνωστό ότι η σχιζοφρένεια όπως και αρκετές συναισθηματικές διαταραχές, παρουσιάζουν συννοσηρότητα. Η «εποχιακή συναισθηματική διαταραχή» (seasonal affective disorder), πρόκειται για έναν τύπο κατάθλιψης που εμφανίζεται με την αλλαγή του καιρού. Συνήθως τα συμπτώματα ξεκινούν το φθινόπωρο και συνεχίζονται τους χειμερινούς μήνες, κάνοντας το άτομο να νιώθει ένα αίσθημα κυκλοθυμίας. Σε πολύ μικρότερη συχνότητα μπορεί να συναντήσει κανείς εποχιακή συναισθηματική διαταραχή τους καλοκαιρινούς μήνες. Είναι σημαντικό λοιπόν, να γνωρίζουν οι ειδικοί ψυχικής υγείας και όχι μόνο, ότι οι χειμερινοί μήνες κάνουν τον ασθενή πιο «ευάλωτο» σε μια υποτροπή της ασθένειάς τους.

Επίσης, άξιο παρατήρησης είναι ότι ένα από τα μέρη του σώματος που δηλώνουν έντονο πόνο οι ασθενείς, είναι η περιοχή των γλουτών. Η εξήγηση αυτού βρίσκεται, πιθανώς στην ενέσιμη φαρμακευτική αγωγή που χορηγείται σε εκείνη την περιοχή. Δεν είναι λίγοι οι σχιζοφρενικοί ασθενείς που παραπονιούνται για τις ενέσιμες φαρμακευτικές αγωγές και για

τον πόνο που τους προκαλούν. Πολλοί εξ αυτών αναφέρουν ότι δυσκολεύονται στην καθιστική θέση και προτιμούν να είναι ξαπλωμένοι.

Πέραν αυτού όμως, μελέτες έχουν αποδείξει ότι οι ασθενείς με σχιζοφρένεια χαρακτηρίζονται από «υπό ευαισθησία» (hyposensitivity) στον πόνο. Αναφορές και κλινικές παρατηρήσεις δείχνουν ότι οι σχιζοφρενείς είναι λιγότερο ευαίσθητοι στον πόνο σε σχέση με υγιή άτομα. Παράδειγμα αποτελεί το γεγονός ότι βιώνουν εκπληκτικά λίγα συμπτώματα πόνου που συνδέονται με κάποια ιατρική κατάσταση, όπως η σκωληκοειδίτιδα, το πεπτικό έλκος ή το έμφραγμα του μυοκαρδίου (Jarcho, 2012). Επίσης, εμφανίζουν υψηλότερα όρια πόνου και μεγαλύτερη ανοχή σε οξέα επιβλαβή ερεθίσματα σε σχέση με άτομα που δεν έχουν σχιζοφρένεια. Η αιτιολογία ανιχνεύεται μάλλον σε μεταβολές που έχει δεχτεί το φλοιώδες ντοπαμινικό σύστημα (Jarcho, 2012). Άρα, μήπως ο έντονος πόνος που εκφράζουν οι ασθενείς είχε κυρίως ψυχολογική βάση και όχι κάποια οργανική αιτία;

Η αλήθεια είναι ότι χρειάζονται περαιτέρω έρευνες σχετικά με την αιτιολογία του πόνου των σχιζοφρενικών ασθενών, καθώς οι μέχρι τώρα μελέτες δεν οδηγούν σε ασφαλή αποτελέσματα. Σε αναθεώρηση της βιβλιογραφίας από το 2006-2009, σχετικά με το αν οι σχιζοφρενικοί ασθενείς είναι πιο ευαίσθητοι ή όχι στον πόνο, γίνεται λόγος για την έκφραση “άτυπου πόνου” από τους ασθενείς, δηλαδή για μια διαστρεβλωμένη αντίληψη στον πόνο (Bonnot, 2009). Οι συγγραφείς, σχετίζουν το διαφορετικό τρόπο έκφρασης του πόνου με την επικοινωνιακή και κοινωνική αδυναμία του ατόμου να εκφράσει το ακριβές συναίσθημα του, η οποία αποτελεί απόρροια της ψυχικής νόσου (Bonnot, 2009).

Άρα, στην περίπτωση των ασθενών με σχιζοφρένεια σημαντικό ρόλο για την κατανόηση του πόνου τους είναι η εξοικείωση με τον ασθενή και η ανάπτυξη μιας καλής επικοινωνίας, ώστε ο ερευνητής να μπορέσει να αντιληφθεί την ύπαρξη ή όχι του πόνου. Η φαρμακευτική αγωγή όπως και η φύση της ασθένειας είναι αναμφισβήτητα παράγοντες που μπορούν να επηρεάσουν την ένταση του πόνου.

### ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Η κατηγορία των καταθλιπτικών ασθενών χαρακτηρίζεται από έντονα δραματικά και χειριστικά στοιχεία, με τους ασθενείς να παίρνουν έντονες εκφράσεις προσώπου και να κάνουν δηλώσεις για ένα «ανυπέρβλητο» πόνο, ο οποίος όμως δεν είχε κάποια ιατρική εξήγηση. Αξίζει να σημειωθεί ότι η υποτροπή της κατάθλιψης, ήταν ο λόγος εισαγωγής τους

στην Κλινική γεγονός που συμπεραίνεται από την απάντηση των ασθενών στο πότε επιδεινώθηκε ο πόνος. Η κατάσταση της ψυχικής τους υγείας, διόγκωνε τα συναισθήματα και τους έκανε να νιώθουν έντονους σωματικούς πόνους. Άρα εύλογα μπορεί κάποιος να δώσει μια ψυχολογική αιτιολογία στον εκφραζόμενο πόνο των ασθενών.

Αξίζει να προσέξει κανείς την αντίδραση των δύο ασθενών που μια οργανική και σωματική αιτία τους οδήγησε στην Κλινική. Το προσωπίο ήταν καταθλιπτικό αλλά έλλειπαν οι ακραίοι χαρακτηρισμοί, Παράλου που ο πόνος τους ήταν υπαρκτός και αντικειμενικά οδυνηρός. Η γυναίκα είχε υποστεί πολλές χειρουργικές επεμβάσεις για να σιτίζεται, με περιορισμούς πάλι, αλλά τουλάχιστον με μια ποικιλία στην διατροφή της εκτός από νερό και σούπες. Όπως, ανέφερε το νοσηλευτικό προσωπικό και η ίδια έχει χειριστικά στοιχεία ως προς την πάθηση της, που τα χρησιμοποιεί για να της επιτρέπονται περισσότεροι «έξοδοι» από την κλινική. Η δεύτερη περίπτωση, ήταν ένας ασθενής ο οποίος μετά από την ανάρρωσή του από τροχαίο ατύχημα, παρουσίασε ψυχική διαταραχή. Και οι δύο περιπτώσεις είναι μια απόδειξη ότι ένας οργανικός ή σωματικός πόνος μπορεί να έχει αντίκτυπο στην ψυχολογία του ατόμου. «..ο χρόνιος άρρωστος είναι ψυχικά φορτισμένος, διότι πέρα από τη μακροχρόνια σωματική ταλαιπωρία, έχει υποβληθεί και σε πολλές στερήσεις (οικονομικές, επαγγελματικές, κοινωνικές κ.α.) και αν η επανοργάνωση της ζωής του καταλαμβάνεται από απαισιοδοξία, τότε αυτό δυσχεραίνει τη θεραπεία και την αποκατάστασή του. Ορισμένοι ασθενείς πριν φθάσουν στην κατάθλιψη, περνούν από στάδια οργής και ευερεθιστότητας ή άρνησης της πραγματικότητας και ψευδοεφορίας..» ( Ιεροδιακόνου, 1988).

## **ΣΥΖΗΤΗΣΗ**

Σε αντίθεση με πολλούς φιλόσοφους της αρχαιότητας αλλά και σύγχρονους στοχαστές, που πιστεύουν στην διάκριση της «ψυχής» και του «σώματος», η παρούσα έρευνα υποστηρίζει και αποδεικνύει την αλληλεξάρτηση αλλά και την ενότητα του ψυχικού και σωματικού.

Ανακεφαλαιώνοντας, είναι φανερό ότι το κοινό στοιχείο που εντοπίζεται τόσο στις νευρολογικές όσο και στις ψυχιατρικές νόσους είναι η καταθλιπτική διαταραχή, το δυσάρεστο συναίσθημα, η δυσφορία, το άγχος, η μελαγχολία, η κατατονία είναι αποτέλεσμα είτε μιας σωματικής βλάβης, όπως συμβαίνει στις νευρολογικές νόσους, είτε μια ψυχολογική «βλάβη», όπως στις ψυχιατρικές. Στην πρώτη περίπτωση, οι ασθενείς ήταν υγιείς άνθρωποι. Οι περισσότεροι εργάζονταν, είχαν μια καλή κοινωνική και οικογενειακή ζωή και είχαν δομήσει την καθημερινότητά τους. Όταν, η Νόσος Parkinson και το ισχαιμικό εγκεφαλικό εισέβαλαν στη ζωή των ατόμων αυτών, τους ανάγκασαν να αναθεωρήσουν καταστάσεις, γεγονότα, σχέσεις αλλά και συνθήκες της καθημερινότητάς τους και να διαπραγματευτούν

ξανά το μέλλον τους. Λογικό και επόμενο, αυτή η διατάραξη της μέχρι τώρα ήρεμης ζωής, είχε άμεση επίδραση και στην ψυχολογία του ατόμου. Η αμφιβολία, το άγχος και δεκάδες ερωτήματα τους βασανίζουν καθημερινά : *Τι θα γίνει από εδώ και πέρα; Ποιά θα είναι η πορεία της αρρώστιας; Πόσοι δικοί μου άνθρωποι θα μείνουν δίπλα μου; Θα έχω κάποιον; Μήπως πρέπει να τους αφήσω όλους και να μη τους ταλαιπωρήσω μαζί με μένα;* Ο σωματικός πόνος είναι ανασταλτικός παράγοντας της πορείας του ατόμου, που προσπαθεί να αντισταθεί στο χρόνο και να παλέψει για την επιβίωση του και το «εγώ» του. Ανάλογα με τον χαρακτήρα και την προσωπικότητα του ατόμου, η αποδοχή της αρρώστιας μπορεί να γίνει είτε ώριμα με επαναπροσαρμογές στη ζωή τους, βοηθούμενοι από το περιβάλλον και τον γιατρό τους ή με παλινδρόμηση όπου ο ασθενής υιοθετεί συμπεριφορά της παιδικής ηλικίας (Ιεροδιακόνου, 1988).

Στη δεύτερη περίπτωση, η συναισθηματική κατάσταση του ατόμου δημιουργεί τους πόνους. Σύμφωνα με τον Αλεξάντερ και τους συνεργάτες του, του Ψυχαναλυτικού Ινστιτούτου του Σικάγου, οι *«απωθημένες συναισθηματικές συγκρούσεις παίζουν έναν κεντρικό ρόλο στη γένεση ορισμένων σωματικών διαταραχών, ενώ οι ψυχολογικοί παράγοντες, συμβάλλουν στη διατήρηση ή επιδείνωση τους, προκαλώντας υποτροπές»* (Χαρτοκόλλης, 1986). Από την ψυχαναλυτική πλευρά, η συγκεκριμένη έκφραση αποδεικνύει την καθήλωση του ατόμου σε μια αρνητική ανάμνηση. Πιθανώς, μια παιδική καταπίεση των επιθυμιών ή της σχέσης του με το μέλος-πρότυπο της οικογένειας να του δημιούργησαν αυτή την αντίδραση. Από την άλλη, κάποιος υπέρμαχος του συμπεριφορισμού, θα μπορούσε να εντοπίσει την έναρξη του ψυχογενούς πόνου σε μια εξαρτημένη μαθημένη αντίδραση, πχ. ένα άτομο για να τραβήξει την προσοχή των άλλων, χρειαζόταν να δείχνει ότι πονάει. Η αίσθηση του πόνου πέρασε στο υποσυνείδητό του και κάποια στιγμή έφτασε να του γίνει βίωμα και αντανακλαστικά όταν βρίσκεται σε μια ευάλωτη περίοδο ή στιγμή της ζωής του πονάει. Με άλλα λόγια, ο ψυχογενής πόνος δεν είναι παρά άγχος εντοπισμένο σε ένα σημείο. Συνήθως το σημείο στο οποίο εντοπίζεται είναι «ελαττωματικό» (*locus minoris resistentiae = τόπος ήσσονος αντίστασης*) δηλαδή πιο ευαίσθητο σε σχέση με τα άλλα ή είναι αυτό για το οποίο το άτομο έχει μεγαλύτερη ανησυχία (πχ. μια γυναίκα πιστεύει ότι μπορεί να έχει καρκίνο στο στήθος και αρχίζει να νιώθει πόνους σε εκείνο το σημείο). Η καταναγκαστική σκέψη γύρω από θέματα υγείας, οδηγούν τα άτομα σε πολλαπλές και επαναλαμβανόμενες ιατρικές εξετάσεις για την εύρεση του ανύπαρκτου. Αυτή η κατάσταση, ταλαιπωρεί το άτομο, το απογοητεύει καθώς δεν βρίσκει λύση στο πρόβλημά του γεγονός που τον κάνει να αγχώνεται ακόμα περισσότερο αλλά και να απομονώνεται από τους γύρω του καθώς αφοσιώνεται στο πρόβλημά του, που παρά τις διαβεβαιώσεις των άλλων ότι δεν υπάρχει, αυτός συνεχίζει. Το

πρόβλημα διογκώνεται μέσα από το στρες και το άγχος του ατόμου και έτσι δημιουργείται ένας φαύλος κύκλος, πόνου και αρνητικής συναισθηματικής κατάστασης.

## **ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΟΥ ΧΡΟΝΙΟΥ ΠΟΝΟΥ**

### **Ο ΧΡΟΝΙΟΣ ΠΟΝΟΣ ΣΤΗ ΖΩΗ ΤΟΥ ΑΤΟΜΟΥ**

Ο χρόνιος πόνος επιδρά σημαντικά στη ζωή των πασχόντων, στην αντίληψη που έχουν για τον εαυτό τους και στην ταυτότητά τους. Οι ασθενείς αισθάνονται συχνά ότι έχουν χάσει τη «ζωή» τους και ο χρόνιος πόνος συνδέεται με την απώλεια της αυτοπεποίθησής και της αυτοεκτίμησής τους. Η καθημερινότητα του ατόμου αλλάζει όπως και πολλές πτυχές της ζωής του, λειτουργικές, ψυχολογικές, κοινωνικές και οικονομικές, οι οποίες είναι αλληλένδετες και αλληλοεξαρτώμενες .

Οι εργαζόμενοι που λόγω του πόνου τους, έπαψαν να δουλεύουν, ο χρόνιος πόνος λειτούργησε αρνητικά όχι μόνο από οικονομικής πλευράς αλλά και από ψυχολογικής . Ήταν σαν να «έκοψε» κάποιος τα χέρια τους, σαν να τους στέρησε ξαφνικά ένα κομμάτι της ζωής τους, που τους έδινε «πνοή και ανάσα». Από την άλλη, ακόμα και οι άνθρωποι που δεν είχαν κάποια απασχόληση και οι οικιακές εργασίες ήταν η ενασχόλησή τους, ο πόνος είχε εξίσου επίπτωση και σε αυτούς, καθώς τους στέρησε αυτό τον ρόλο. Βέβαια, σε πολλές συγκριτικές μελέτες της πρώτης και της δεύτερης περίπτωσης, η πρώτη αντιμετωπίζει ένα μεγαλύτερο άγχος λόγω της οικονομικής απώλειας που προκύπτει από την απώλεια της εργασίας, κάτι που δεν ισχύει για την δεύτερη πληθυσμιακή ομάδα.

Για τους ανθρώπους όλων των ηλικιών ο πόνος μπορεί να οδηγήσει σε κοινωνική απόσυρση και κοινωνική απομόνωση. Παρόλα αυτά άτομα με μεγαλύτερη ηλικία, είναι συναισθηματικά πιο ευάλωτα, σε σχέση με τα νεότερα. Τόσο στην παρούσα έρευνα όσο και σε έρευνες των τελευταίων χρόνων, αποδεικνύεται ότι τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας, έχουν περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν χρόνιο πόνο ως σύμπτωμα της κατάθλιψής τους, αλλά και το αντίστροφο. Πρόσφατη μελέτη του 2009, έδειξε ότι σε ερωτηματολόγιο πόνου που εκτιμούσε την συναισθηματική δυσφορία ατόμων που είχαν υποβληθεί σε αρθροπλαστική γόνατος, οι ασθενείς των 65 και άνω συγκέντρωναν μεγαλύτερα ποσοστά σε κατάθλιψη, δυσφορία, καταστροφολογία, άρνηση και μειωμένη αυτοπεποίθηση σε σχέση με τους μικρότερους σε ηλικία ( Karp, 2009). Τα άτομα εκείνης της ηλικίας και ιδιαίτερα όταν είναι και ασθενείς

βιώνουν πιο έντονα συναισθήματα . Η ανάρρωση τους ταυτίζεται με την καθιστική στάση, την καθήλωση στο κρεβάτι και την ακινησία, γεγονός που τους κάνει να νιώθουν αβοήθητοι και εξαρτώμενοι από τρίτους . Επιπρόσθετα, η μεγάλη ηλικία σηματοδοτείται με αρκετές αλλαγές στην ζωή των ατόμων . Ως επί τον πλείστον, είναι η περίοδος συνταξιοδότησης ένα από τα σημαντικότερα γεγονότα στη ζωή του ανθρώπου . Αλλάζει η καθημερινότητά του, οι κοινωνικές του σχέσεις, οι συνήθειές του αλλά και η οικονομική του κατάσταση . Το άτομο εισέρχεται σε μια διαδικασία πένθους και η κατάθλιψη είναι στο κατώφλι του και περιμένει τη στιγμή που θα εισβάλει . Πενθεί τόσο για ένα μεγάλο κεφάλαιο της ζωής του που έκλεισε, όσο και για το δικό του “τέλος” που το νιώθει να τον πλησιάζει σιγά-σιγά . Αυτό που χρειάζεται είναι οι γιατροί, οι ειδικοί ψυχικής υγείας αλλά και το περιβάλλον των ατόμων αυτών, να είναι πιο προσεκτικοί καθώς είναι συναισθηματικά ευάλωτοι και να τους δίνουν πρωτοβουλίες, δραστηριότητες και τρόπους διεξόδου της καθημερινότητάς τους .

Επίσης, χρειάζεται να δοθεί ιδιαίτερη προσοχή στο φύλο του ασθενούς και συγκεκριμένα όταν πρόκειται για γυναίκες . Οι γυναίκες αποτελούν μια πληθυσμιακή ομάδα με ιδιαίτερες ανάγκες στη φροντίδα τους . Η αντιμετώπιση των γυναικών όπως και η πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας, διαφοροποιούνται από κοινωνία σε κοινωνία, ακόμα και μέσα στην ίδια τη χώρα, η γυναίκα μπορεί να έχει διαφορετική αντιμετώπιση ανάλογα με την περιοχή που διαμένει . Τόσο οι γενετικές και βιολογικές διαφορές που έχει μια γυναίκα από ένα άνδρα, όσο και η κοινωνική ανισότητα μεταξύ των δύο φύλων , κάνουν τις γυναίκες πιο ευάλωτες συναισθηματικά όταν νοσήσουν . Η πολλαπλότητα του ρόλου της γυναίκας σήμερα ως μητέρα, εργαζόμενη, ερωμένη, σύντροφος, φίλη, νοικοκυρά του σπιτιού της, της «απαγορεύει» να αρρωστήσει, να απέχει σε έναν από αυτούς τους ρόλους της . Έτσι, όταν μια χρόνια κατάσταση της «χτυπήσει» την πόρτα, αυτή παλεύει για την επιβίωση της ίδιας και της οικογένειάς της . Για τις ασθενείς που είναι χωρίς οικογένεια ή σύντροφο, η ασθένεια την φέρνει αντιμετώπη με τη μοναξιά και την έλλειψη μιας στενής υποστηρικτικής σχέσης (Λύκουρας, 2009) . Είναι σημαντικό, να τονώνεται το ηθικό κάθε γυναίκας, σε οποιοδήποτε ηλικία και αν βρίσκεται . Όσο δυνατή και αυτόνομη και αν φαίνεται, κατά βάθος μπορεί να παραμένει ακόμα ένας ευαίσθητος άνθρωπος που χρειάζεται την προσοχή, την αγάπη, τη στήριξη και τον σεβασμό από τους γύρω της .

Συμπληρωματικά, ο χρόνιος πόνος διαταράσσει και τον ύπνο και αυτό με τη σειρά του μπορεί να έχει επίδραση στη διάθεση και την ψυχολογική ευεξία, καθώς και την ενέργεια και τη σωματική δραστηριότητα . Με τον ύπνο το άτομο “φορτώνει τις μπαταρίες του”, αναζωογονείται, ξεκουράζεται, αναπλάθονται και αναδομούνται κύτταρα του οργανισμού .

Δυστυχώς, ο πόνος συχνά συνδέεται με την αϋπνία και την κακή ποιότητα ύπνου, δηλαδή το άτομο δεν μπορεί να φτάσει σε βαθύ ύπνο επειδή ξυπνάει αρκετές φορές . Αυτό, δεν μπορεί παρά να οδηγήσει σε ένα φαύλο κύκλο υπερκόπωσης και επιδείνωσης του πόνου . Το ευχάριστο μήνυμα που λαμβάνουμε, είναι ότι τόσο στο εξωτερικό όσο και στην Ελλάδα, έχουν αναπτυχθεί ειδικά κέντρα θεραπείας του ύπνου . Έτσι, καθημερινά άτομα που υποφέρουν από χρόνιο πόνο και συνεπώς και από αϋπνίες επισκέπτονται τα εξειδικευμένα κέντρα για να τους δοθεί η κατάλληλη θεραπεία, φαρμακευτική αγωγή και στρατηγικές αντιμετώπισης του προβλήματός τους .

Η επίδραση του χρόνιου πόνου γίνεται εμφανής και στη ερωτική του ζωή του ασθενούς . Η σεξουαλική έκφραση αποτελεί μια από τις βασικότερες πρωτογενείς βιολογικές ανάγκες του ανθρώπου . Ωστόσο, σε ασθενείς με χρόνιο πόνο η σεξουαλική διάθεση διαταράσσεται και αναστέλλεται . Φοβούμενοι μήπως επιδεινωθεί το αίσθημα του πόνου ή μήπως διακόψουν τη στιγμή της συνεύρεσης λόγω αυτού, δηλώνουν πολλές φορές απρόθυμοι στο να εμπλακούν σε σεξουαλική δραστηριότητα . Τα άτομα ανησυχούν τόσο για τη δική τους ματαίωση όσο και για αυτή που θα νιώσει ο σύντροφος τους . Ένας σύντροφος που εκείνη την περίοδο δεν γνωρίζει καλά τον ασθενή, αρκετές φορές έρχεται σε αμηχανία με εύλογα ερωτήματα τι είναι αυτό το οποίο φταίει ή πως θα μπορούσε να βοηθήσει ο ίδιος . Κατακλύζονται με ερωτηματικά και αμφιβολίες, θεωρώντας ότι ευθύνονται εκείνοι για την απροθυμία των ασθενών . Θεωρούν ότι αυτοί δεν “κάνουν κάτι σωστά”, κάτι το οποίο το μεταφέρουν με τη συμπεριφορά και τη στάση τους στους ασθενείς δημιουργώντας ένα φαύλο κύκλο αμφιβολιών, αμηχανίας και ματαίωσης . Ένα αρνητικό στοιχείο σε όλη αυτή τη διαδικασία είναι η δυσκολία των ατόμων ότι εγκλωβίζονται μέσα στο πρόβλημα χωρίς να εξωτερικεύσουν και να συζητήσουν τις απορίες τους με κάποιον ειδικό ψυχικής και σεξουαλικής υγείας ή ακόμα και με τον θεράποντα ιατρό .

## **Ο ΧΡΟΝΙΟΣ ΠΟΝΟΣ ΣΤΗ ΖΩΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΤΟΥ ΑΤΟΜΟΥ**

Η ύπαρξη της πάθησης στον ασθενή αποτελεί ένα αρκετά δυσάρεστο γεγονός στο οποίο όμως δεν είναι μόνοι τους. Ο χρόνιος πόνος επηρεάζει όλη την οικογένεια και όχι μόνο το άτομο που νοσεί. Εκείνοι που επηρεάζονται, μπορεί να είναι ο σύζυγος, ένας σύντροφος, ο αδελφός, οι γονείς, τα παιδιά του πάσχοντα ή και άλλοι που εμπλέκονται άμεσα στον στενό οικογενειακό κύκλο του ατόμου. Συχνά, χρειάζεται να τροποποιηθούν οι καθημερινές δραστηριότητες του ατόμου που νοσεί και να μετατεθούν ευθύνες στα υπόλοιπα μέρη της οικογένειας . Τα προβλήματα αρχίζουν, όταν η σχέση των μελών δεν είναι καλή και δεν είναι πρόθυμοι να συνεργαστούν. Η κακή επικοινωνία, η δυσαρέσκεια, η σύγχυση φέρνουν



απομόνωση στα άτομα. Από τη μια τα μέλη της οικογένειας βρίσκονται μπροστά σε ένα νέο γεγονός που αλλάζει τη ζωή και την καθημερινότητα όλων. Τις περισσότερες φορές μάλιστα δεν γνωρίζουν τον τρόπο, πως να συμπεριφερθούν ώστε να μην φέρουν σε δύσκολη θέση τον ασθενή. Αυτό φέρνει ένταση και στις δύο πλευρές που έμμεσα νιώθουν αυτή την αμηχανία, τον εκνευρισμό και το άγχος διαχείρισης της κατάστασης. Έτσι, πολλές φορές για να μην επιφορτίσουν οι ασθενείς τους άλλους με υποχρεώσεις, δεν αναφέρουν το αίσθημα πόνου και πιέζουν τον εαυτό τους για να συνεχίσουν την καθημερινότητά τους χωρίς να έχει συμβεί κάτι. Η καλή συνεννόηση και η ενσυναίσθηση των μελών μεταξύ τους οδηγούν σε καλύτερα και ευνοϊκότερα αποτελέσματα για όλους. Συνεισφέρουν όλοι για το καλό του σπιτιού, οι εργασίες μοιράζονται και ο ασθενής μπορεί να αναρρώσει .

Σε όλη αυτή τη διαδικασία, ο γιατρός του ασθενούς θα χρειαστεί να δώσει την κατευθυντήρια οδό στην οικογένεια. Θα πρέπει να τους συμβουλεύσει για το καλό του ασθενούς αλλά και των ίδιων, να τους ενθαρρύνει, να τους καθησυχάσει και να τους εξηγήσει ότι υπάρχουν πολλοί ασθενείς σαν αυτό. Δεν είναι λίγες οικογένειες που πιστεύουν ότι ο πόνος είναι ένα νόσημα που συμβαίνει μόνο σε αυτούς. Με την ανακοίνωση της ύπαρξης και άλλων παρόμοιων περιστατικών οι συγγενείς ηρεμούν και δεν νιώθουν μόνοι.

## **ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΧΡΟΝΙΟΥ ΠΟΝΟΥ**

Το πιο σημαντικό σημείο για την σωστή και καλή θεραπεία και ανάρρωση του ασθενούς από τον χρόνια πόνο, είναι η σωστή διάγνωση. Ακόμα και σε ασθενείς που είναι σε θέση να αναφέρουν υποκειμενικές αξιολογήσεις του πόνου, είναι ανεπαρκής. Από την άλλη μεριά, ασθενής που δεν μπορούν να επικοινωνήσουν το πρόβλημα είναι ακόμα πιο περίπλοκο. Υπάρχει, λοιπόν, επείγουσα ανάγκη να αναπτυχθούν βιοδείκτες για τον πόνο. Η αναζήτηση αξιόπιστων δειχτών του χρόνιου πόνου έχει επικεντρωθεί σε μια σειρά από προσεγγίσεις, τα οποία περιλαμβάνουν κλινικά ερωτηματολόγια και ψυχοσωματικές κλίμακες (Borsook, 2012)

Εκτός, όμως από τα ερωτηματολόγια, σε πολλά Ιατρεία Πόνου αξιολογούνται οι μεταβολές στην ακεραιότητα της φαιάς ουσίας του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος μέσω τεχνολογικής απεικόνισης. Το ένα μετρά τη φαιά ουσία και το δεύτερο την κατάσταση ηρεμίας των δικτύων. Αναφέρεται ότι η απώλεια της φαιά ουσίας από τον θάλαμο και τον προμετωπιαίο φλοιό, έχει ως αποτέλεσμα την εμφάνιση χρόνιου πόνου στην οπίσθια θωρακική χώρα (Borsook, 2012) . Ένας πιθανός μηχανισμός που έχει αξιολογηθεί σε μοντέλα πόνου έχει να κάνει με απώλειες στις διακλαδώσεις των δενδριτών . Μια δεύτερη

προσέγγιση αναφέρεται στην κατάσταση «ηρεμίας των δικτύων» . Η ηρεμία των δικτύων μπορεί να διαφέρει από άτομο σε άτομο, ανάλογα με την κατάσταση υγείας του και την επίδραση της φαρμακευτικής αγωγής στον ίδιο, όπως συμβαίνει στην περίπτωση της διαβητικής νευροπάθειας ή της ινομυαλγίας (Borsook, 2012). Οι λειτουργικές, μορφολογικές και χημικές μεταβολές σε καταστάσεις ασθένειας παρέχει ένα νέο παράθυρο για την κατανόηση του προβλήματος, από τον τομέα την νευροβιολογίας. Χρειάζεται όμως να διεξαχθούν περισσότερες μελέτες σχετικά με τα πολλαπλά δίκτυα σε κατάσταση ηρεμίας όταν το άτομο είναι υγιές ή όταν ασθενεί, καθώς είναι ένα χρήσιμο εργαλείο για την διάγνωση του πόνου.

## **ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΠΟΝΟΥ**

Όπως έχει προαναφερθεί, ο χρόνιος πόνος συνυπάρχει με την κατάθλιψη και μπορούν να επηρεάσουν σοβαρά την ζωή των ανθρώπων. Η λύση βρίσκεται στη φαρμακευτική αγωγή και σε μεθόδους χωρίς φαρμακευτική αγωγή, αφού όμως πρώτα ο υπεύθυνος γιατρός διαγνώσει την ύπαρξη ή μη πόνου και ορίσει τον τρόπο αντιμετώπισής του. Αυτό το μέρος είναι το πιο σημαντικό, καθώς πολλοί ασθενείς μπορεί να διαμαρτύρονται για κάποια ενόχληση και ο γιατρός να μην την εντοπίζει. Καταρχήν αυτό που είναι σημαντικό να γίνει είναι να παρθεί ένα καλό ιατρικό ιστορικό, το οποίο θα εστιάζει στον χρόνο, την πορεία, την ένταση και την εντόπιση του πόνου. Στην πορεία θα χρειαστεί να γίνει μια πλήρης κλινική εξέταση. Απαραίτητος είναι ένας εργαστηριακός έλεγχος καθώς μπορεί αποκαλύψει κάτι που δεν μπορεί να γίνει εμφανές από την κλινική εξέταση. Σε περιπτώσεις που δεν εμφανιστεί κανένα πρόβλημα, αλλά ο πόνος συνεχίζει να υπάρχει, άλλη μια χρήσιμη διαγνωστική μελέτη είναι η ηλεκτροδιαγνωστική μελέτη, το σπινθηρογράφημα οστών ή ακόμη και η θερμογραφία ( Οι πληροφορίες έχουν παρθεί από την ηλεκτρονική σελίδα του Δρ. Ευθύμιου Κουλούλα, Φυσίατρου-Ειδικευμένου Ιατρού στον Χρόνιο Πόνο ) .

## **ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ**

Η καλύτερη θεραπεία είναι αυτή η οποία θα συνδυάζει την αντικαταθλιπτική με την αναλγητική αγωγή. Χρησιμοποιούνται εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης (SSRIs), αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης και νορεπινεφρίνης (SNRIs) και σπανιότερα βενζοδιαζεπίνες λόγω του αυξημένου κινδύνου εθισμού κυρίως στους ασθενείς με σωματόμορφες διαταραχές (Λύκουρας, 2009). Παρόλα αυτά, χρειάζεται να γίνουν πιο

ενδεδειγμένες έρευνες σχετικά με την αποτελεσματικότητα των αντικαταθλιπτικών φαρμάκων. Με άλλα λόγια δεν γνωρίζουμε την «εξειδίκευση» του κάθε φάρμακου: ποίος τύπος φάρμακου θα ταίριαζε σε κάθε είδος πόνου (πχ. η φλουοξετίνη έχει αποδειχθεί χρήσιμη στην αντιμετώπιση της χρόνιας κεφαλαλγίας, αλλά δεν φαίνεται να έχει την ίδια επίδραση στη διαβητική νευροπάθεια (Λύκουρας, 2009) ).

Από την άλλη μεριά, τα αντισπασμικά φάρμακα έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικά για τον νευροπαθητικό πόνο (McQuay, 1995). Επηρεάζουν τη δραστηριότητα του γ-αμινοβουτυρικού –οξέως (GABA) που είναι υπεύθυνο για την αναστολή των διεργασιών του πόνου στο νωτιαίο μυελό και τον εγκέφαλο. Η χορήγηση φαρμάκων πρώτης γραμμής έγκειται στα θετικά αποτελέσματα για τη θεραπεία χρόνιου πόνου, από τις πολυάριθμες τυχαίοποιημένες μελέτες (Λύκουρας, 2009) . Η γκαμπαπεντίνη, πρεγκαμπαλίνη και καρβαμαζεπίνη ανήκουν στα φάρμακα πρώτης γραμμής .

Μια άλλη σειρά φαρμάκων που συνιστάται από πολλούς γιατρούς για την αντιμετώπιση του πόνου είναι τα οπιοειδή φάρμακα, για μέτριο ως πολύ ισχυρό πόνο. Παρόλο που η χρήση των οπιοειδών αναλγητικών για τη θεραπεία του χρόνιου πόνου έχει αυξηθεί τα τελευταία χρόνια και έχει εγκριθεί από πολλές επαγγελματικές ενώσεις, η χρήση τους παραμένει αμφιλεγόμενη λόγω της ανησυχίας που υπάρχει σχετικά με τις παρενέργειες από την μακροχρόνια χρήση τους αλλά και την αποτελεσματικότητά τους. Τα οπιοειδή φάρμακα είναι γνωστό ότι προκαλούν εξάρτηση και εθισμό στους χρήστες αυτών, γι αυτό και μια ακόμα ανησυχία για τη χρήση των οπιοειδών σχετίζεται με τη διστακτικότητα πολλών γιατρών να συνταγογραφήσουν τα εν λόγω φάρμακα.

Η συγχορήγηση αντικαταθλιπτικών και άλλων φαρμάκων μπορεί να είναι χρήσιμη, γιατί οι αναλγητικοί μηχανισμοί τους συμπληρώνουν ο ένας τον άλλο (Λύκουρας, 2009). Παρόλα αυτά χρειάζεται να γίνουν πιο ενδεδειγμένες μελέτες σχετικά με τη λειτουργία και τους μηχανισμούς δράσης και αλληλεπίδρασης των φαρμάκων για την αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου.

## **ΜΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ**

Συμπληρωματικά με την φαρμακευτική αγωγή, υπάρχουν τεχνικές που βοηθούν στην καλύτερη αποκατάσταση του ασθενούς από τον πόνο: Α) ψυχολογικές τεχνικές. Στόχος είναι η αλλαγή της σκέψης, των πεποιθήσεων και της συμπεριφοράς που σχετίζονται με τον πόνο. Η γνωστική-συμπεριφορική θεραπεία έχει αποδειχθεί ως η πιο αποτελεσματική σε ασθενείς με χρόνιο πόνο. Είναι ένα θεραπευτικό εργαλείο που προσφέρει ένα ευρύ φάσμα δεξιοτήτων στον ασθενή, καθώς η θεραπεία επικεντρώνεται στην αναδιάρθρωσή του αρνητικού

γνωστικού σχήματος σε μια πιο ρεαλιστική εκτίμηση της τρέχουσας κατάστασης . Όταν μια ρεαλιστική προοπτική όσον αφορά το παρελθόν, το παρόν και το μέλλον μπορεί να αποκτηθεί τότε ο ασθενής είναι σε θέση να αντιμετωπίσει πιο εύκολα τον πόνο του ( Songer, 2005) . Πέραν της ψυχοθεραπείας, ενδεικτικά, το άτομο μπορεί να βρει τη λύση και μέσα από άλλες θεραπευτικές τεχνικές όπως είναι η ύπνωση, στρατηγικές απόσπασης προσοχής, η βιοανάδραση, διαχείριση του άγχους και τεχνικές χαλάρωσης. Β) διαδερμική ηλεκτρική διέγερση των νεύρων (transcutaneous electrical nerve stimulation ή TENS). Πρόκειται, για μια μέθοδο ανακούφισης από τον πόνο που μπορεί να βοηθήσει ανθρώπους με μακροχρόνιες και επώδυνες καταστάσεις. Με τη χρήση ηλεκτρικού ρεύματος που παράγεται από ειδική συσκευή, διεγείρονται τα νεύρα στην περιοχή όπου θα τοποθετηθούν τα ηλεκτρόδια. Τα ηλεκτρικά ερεθίσματα μπορούν να μπλοκάρουν ή να μειώσουν τα σήματα πόνου που μεταφέρονται στον νωτιαίο μυελό και τον εγκέφαλο. Μπορεί να βοηθήσει στη μείωση ή ανακούφιση από τον πόνο ή τον μυϊκό σπασμό. Επίσης, τα ηλεκτρόδια μπορούν να διεγείρουν την παραγωγή των ενδορφινών. Είναι χρήσιμο σε ασθενείς μετά από εγκεφαλικό επεισόδιο που παρουσιάζουν πόνο στον ώμο, αλλά και σε ασθενείς με αρθρίτιδα, πόνο στην πλάτη, αθλητικές κακώσεις, πόνους περιόδου, πόνους στο γόνατο, πόνους στον αυχένα κ.α. Μερικές φορές χρησιμοποιείται ως μέθοδος ανακούφισης κατά τη διάρκεια της εργασίας . Για τους περισσότερους ανθρώπους η μέθοδος TENS αποτελεί μια ασφαλή θεραπεία με λίγες ή καθόλου παρενέργειες . Ωστόσο, η αποτελεσματικότητά της, εξαρτάται από την ατομική εμπειρία του καθενός και όχι από επιστημονικά στοιχεία. Γ) Άσκηση. Μέρη του σώματος όπως ο ώμος, ο βραχίονας, τα πόδια και τα χέρια με την ακινησία και την καθήλωση είναι τα πρώτα που «μαγκώνουν», όπως αναφέρουν οι ασθενείς. Για αυτό χρειάζεται άσκηση και άθληση για την καλύτερη αιμάτωση των περιοχών και την ενδυνάμωση των αδύναμων μερών. Το να είναι το άτομο ενεργό και δραστήριο κρατάει τον οργανισμό ζωντανό. Το σώμα απελευθερώνει ενδορφίνες, οι οποίες αποτελούν το φυσικό αναλγητικό φάρμακο του οργανισμού. Η φυσιοθεραπεία σε συνδυασμό με τη γυμναστική είναι ένας καλός τρόπος άσκησης και αποθεραπείας του πόνου . Οι φυσιοθεραπευτές παρέχουν εκπαίδευση για τη σωστή μηχανική του σώματος, άρση των τεχνικών και σωστή στάση σώματος. Οι ασκήσεις είναι σχεδιασμένες έτσι ώστε να μειωθεί ο φόβος της κίνησης από τον ασθενή. Δ) Υγιεινή διατροφή . Ο περιορισμός των λιπαρών φαγητών αλλά και του καπνίσματος, του αλκοόλ και της καφεΐνης συμβάλουν στην διασφάλιση της καλύτερης άμυνας του οργανισμού. Είναι σημαντικό ο γιατρός των ασθενών να τους ενημερώνει σχετικά με την σημασία και το ρόλο της σωστής διατροφής του ασθενούς. Η δυτικού τύπου διατροφή που καταναλώνεται σε ένα μεγάλο αριθμό χωρών ( το «γρήγορο φαγητό» ), στερείται πολλά από τα βασικά θρεπτικά συστατικά ζωτικής σημασίας για την εύρυθμη λειτουργία του κεντρικού νευρικού συστήματος. Ε) Ομάδες διαχείρισης πόνου . Υπάρχουν ειδικές ομάδες, όπου προσέρχονται

άτομα με χρόνια πόνο και με τη βοήθεια εξειδικευμένων επαγγελματιών υγείας, στη διαχείριση του πόνου, μαθαίνουν τρόπους αυτοβοήθειας. Η θεραπεία με ομάδες περιλαμβάνουν διδασκαλία στους πάσχοντες σχετικά με τον χρόνια πόνο, για την καλύτερη κατανόηση του προβλήματος. Οι ειδικοί μαθαίνουν στους ασθενείς στρατηγικές χαλάρωσης που αποσκοπούν στη μείωση της έντασης των μυών, της συναισθηματικής δυσφορίας και την απόσπαση προσοχής από τον πόνο. Χρησιμοποιούνται επίσης, συμπεριφορικές στρατηγικές για να αυξήσουν οι ασθενείς το επίπεδο δραστηριότητάς τους αλλά και γνωστικές τεχνικές που θα βοηθήσουν τα άτομα να προσδιορίσουν, να αμφισβητήσουν και τέλος να αλλάξουν τις αρνητικές σκέψεις για τον πόνο τους, ώστε να μπορέσουν να τον αντιμετωπίσουν αποτελεσματικότερα. Η παρουσία ατόμων με παρόμοια ή με ίδια συμπτωματολογία είναι το κυρίαρχο στοιχείο της όλης διαδικασίας. Το άτομο νιώθει «όμοιο μεταξύ ομοίων», μπορεί να μοιραστεί το πρόβλημά του με μεγαλύτερη ευκολία, καθώς γνωρίζει ότι θα τον καταλάβουν και θα τον συναισθανθούν.

## **ΑΝΤΙ ΕΠΙΛΟΓΟΥ**

Ανακεφαλαιώνοντας, ο χρόνιας πόνος αποτελεί ένα σύμπτωμα το οποίο ταλαιπωρεί όλο και περισσότερο κόσμο καθημερινά παγκοσμίως. Δεν κάνει διακρίσεις σε φύλα, ηλικίες, εθνικότητες, κοινωνικά στρώματα και μορφωτικά επίπεδα. Η ύπαρξή του προκαλεί δυσφορία και αρνητικά συναισθήματα στο άτομο που νοσεί. Η αντιμετώπιση του πόνου, ποικίλει από άτομο σε άτομο, καθώς σημαντικό ρόλο στη διαδικασία έχει ο χαρακτήρας του κάθε ασθενούς. Ο χρόνιας πόνος αποτελεί ταυτόχρονα και σύμπτωμα και αιτία για την ανάπτυξη μιας ψυχικής νόσου. Μέσω της έρευνας, διαπιστώθηκε η αλληλένδετη και αλληλοεξαρτώμενη σχέση που υπάρχει μεταξύ πόνου και κατάθλιψης. Ένας χρόνιας πόνος επιδρά στην ψυχολογία του ασθενούς που νοσεί αλλά και το αντίστροφο ένα χρόνια ψυχολογικό νόσημα μπορεί να προκαλέσει σωματικό πόνο. Για να μπορέσει κάποιος να ξεχωρίσει αν ο πόνος είναι ψυχοσωματικός ή όχι, χρειάζεται να εξετάσει διεξοδικά τον ασθενή αλλά και να συζητήσει μαζί του, το πώς εκείνος βιώνει το αίσθημα του πόνου. Η επαφή του ερευνητή με τους ασθενείς, οδήγησε στο συμπέρασμα ότι υπάρχει έλλειψη γνώσης από τους θεράποντες ιατρούς απέναντι στο θέμα του πόνου, είτε ως προς τη διαχείρισή του είτε ως προς την διάγνωσή του. Χρειάζεται λοιπόν, περισσότερη μελέτη και προσωπική έρευνα από τον καθένα για την καλύτερη και ποιοτική παροχή φροντίδας στους ασθενείς.

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

1. Adams, R.D., Victor, M., Ropper, A.H. (2003) *Νευρολογία*, Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ.Πασχαλίδης, 2<sup>η</sup> Ελληνική Έκδοση, Τόμος 1<sup>ος</sup>, σελ. 174-175.
2. Adams, R.D., Victor, M., Ropper, A.H. (2004) *Νευρολογία*, Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ.Πασχαλίδης, 2<sup>η</sup> Ελληνική Έκδοση, Τόμος 3<sup>ος</sup>, σελ. 1847-1849.
3. Almeida, J.G., Braga, P.E., Neto, F.L., Pimenta, C.A. (2013) “Chronic pain and quality of life in schizophrenic patients”, *Journal of the Brazilian Psychiatric Association*, 35, pp. 13-20.
4. American Chronic Pain Association. (2014) *ACPA Resource Guide to Chronic Pain Medication & Treatment*, pp. 8-15.
5. Andersen, T.E., Elklit, A., Brink, O. (2013) “PTSD Symptoms Mediate the Effect of Attachment on Pain and Somatisation after Whiplash Injury” , *Clinical Practice Epidemiology Mental Health*, 17(9),pp.75-83.
6. Beiske, A.G., Loge, J.H., Ronningen, A., Svensson, E. (2009) “Pain in Parkinson’s disease : Prevalence and characteristics” , *Pain*, 141, pp. 173–177.
7. Bonnot, O., Anderson, G.M., Cohen, D., Willer, J.C. & Tordjman, S. (2009) “Are patients with schizophrenia insensitive to pain? A reconsideration of the question” , *Clinical Pain*, 25(3), pp. 244-252.
8. Borsook, D (2012) “Neurological diseases and pain”, *Brain*, 135, pp. 320-344.
9. Bras, M., Dordevic, V., Gregurek, R., Bulajic, M. (2010) “Neurobiological and Clinical Relationship Between Psychiatric Disorders and Chronic Pain” , *Psychiatry Danubina*, 22(2), pp. 221-226
10. Callister, L.,C. (2003) “Cultural Influences on Pain Perception and Behaviors”, *Home Health Care Management & Practice*, 15(3), pp. 207-211.
11. Chen,L.M., Miakowski, C., Dodd, M., Pantilat, S. (2008) “Concepts within the Chinese culture that influence the cancer pain experience”, *Cancer Nurs* , 31, pp. 103–108.
12. Farquhar-Smith, P. (2007) “Anatomy, Physiology and Pharmacology of Pain”, *Anaesthesia and Intensive Care Medicine*, 9 (1), pp. 3-7.
13. Giuffrida, R., Vingerhoets, F.J., Bogousslavsky, J., Ghika, J. (2005) “Pain in Parkinson’s disease”, *Review Neurology*, 161, pp. 407–418.
14. Graeber, M.B. (2010) “Changing face of microglia”, *Science*, 330, pp. 783–788.

15. Grau-Lopez, L., Sierra, S., Martinez-Caceres, E., Ramo-Tello, C. (2011) “Analysis of the pain in multiple sclerosis patients”, *Neurologia*, **26**, pp. 208–213.
16. Harden, R.N. (2005) “Chronic neuropathic pain”, *The Neurologist*, **11**, pp.111-112.
17. Hecke, O., Torrance, N., Smith, B.H. (2013) “Chronic pain epidemiology and its clinical relevance”, *British Journal of Anaesthesia*, **111**(1), pp. 13-18.
18. Hsieh, A.Y., Tripp, D.A. & Ji, L.,J. (2011) “The influence of ethnic concordance and discordance on verbal reports and nonverbal behaviors of pain”, *International Association for the Study of Pain*, **152**, pp. 2016-2022.
19. IASP (2010) “Diagnosis and clasification of neuropathic pain”, *Pain clinical updates*, **18**(7), pp. 1-6.
20. Jarcho, J.M., Mayer, E.A., Jiang, K., Feier, N. & London, E.D. (2012) “Pain, addective symptoms and cognitive deficits in patients with cerebrel dopamine dysfunction”, *Pain*, **153**(4), pp. 1-25.
21. Karp, J.F., Reynolds, C.F. (2009) “Depression, pain and aging”, *Focus The Journal of Lifelong Learning in Psychiatry*, **7** (1), pp.17-27.
22. Kenner, M., Menon, U., Elliott, D.G. (2007) “Multiple sclerosis as a painful disease”, *International Review Neurobiology*, **79**, pp. 303–321.
23. Larson, S.L., Clark, M.R., Eaton, W.W. (2004) “Depressive disorder as a long-term antecedent risk factor for incident back pain: a 13-year follow-up study from the Baltimore epidemiological catchment area sample”, *Psychological Medicine*, **34**, pp.211–9.
24. Lepori, L. (2011) «Νευρικό Σύστημα και Νευροπαθητικός Πόνος» , *Miniatlas*, Αθήνα, 1<sup>η</sup> Έκδοση, σελ. 152.
25. MacLean, E.W., Palsson, O.S., Turner, M.J., et al (2012) “Development and validation of new disease-specific measures of somatization and comorbidity in IBS”, *Journal of Psychosomatic Research*, **73**(5) pp. 351-355.
26. McWilliams, L.A., Cox, B.J., Enns, M.W. (2003) “Mood and anxiety disorders associated with chronic pain: an examination in a nationally representative sample”, *Pain*, **106**(1-2), pp. 127-133.
27. McQuay, H., Carroll, D., Jadad, A.R., Wiffen, P., Moore, A. (1995) “Anticonvulsant drugs for management of pain: a systematic review”, *BMJ*, 1995; 311(7012): 1047-1052.
28. Moran, J.R, Gross, A.F., Stern, T.A. Staying against advice: refusal to leave the hospital. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*. 2010;12(6). pii: PCC.10f01046. doi: 10.4088/PCC.10f01046whi.

29. Negre-Pages, L., Regragui, W., Bouhassira, D., Rascol, O., DoPaMiP Study Group. Chronic pain in Parkinson's disease: the cross-sectional French DoPaMiP survey, *Movement Disorders*, 2008, 23(10): 1361-1369.
30. Ohayon, M.M., Schatzberg, A.F. Chronic pain and major depressive disorder in the general population, *Journal of Psychiatric Research*, 2010, 44: 454-461.
31. Pain 2012: Refresher Courses, 14th World Congress on Pain International Association for the Study of Pain, Available at: <http://www.iasp-pain.org>
32. Sansone RA, Tahir NA, Buckner VR, et al. The relationship between borderline personality symptomatology and somatic preoccupation among internal medicine outpatients. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*. 2008;10(4):286-90.
33. Singh, M.K. 2014. Chronic Pain Syndrome, *Medscape* <http://emedicine.medscape.com/article/310834-overview#aw2aab6b2b2>
34. Songer, D. Psychotherapeutic approaches in the treatment of pain, *Psychiatry*, 2005; 2(5): 19-24
35. Somatic Symptom Disorder; American Psychiatric Association, 2013
36. Starkstein, S.E. & Robinson, R.G. The role of the frontal lobes in affective disorder following stroke, *Frontal lobe function and dysfunction*, Oxford University Press, New York, 1991 : 288-303.
37. Woolf, C. What is this thing called pain, *J Clin Invest*, 2010, 120(11):3742–3744. doi:10.1172/JCI45178.
38. Βασιλόπουλος, Δ. *Νευρολογία: Επιτομή Θεωρίας & Πράξης*, Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, 2003, pp. 61.
39. Ευκλειδη-Κωσταρίδου, Α. *Ψυχολογία Κινήτρων*, Ελληνικά Γράμματα, 1<sup>η</sup> έκδοση, Αθήνα, 1999:219-222.
40. Ζώης, Κ. & Πατηράκη-Κουρμπάνη, Ε. Η κουλτούρα των επαγγελματιών υγείας και η υποθεραπεία του πόνου, *Νοσηλευτική*, 2008 47(2):167-174.
41. Ηρόδοτος: Ιστορία 1. Κλειώ. Εισαγωγή-Μετάφραση-Σχόλια Φιλολογική Ομάδα Κάκτου. Εκδόσεις Κάκτος/Οι Έλληνες. Αθήνα, 1994.
42. Ιεροδιακόνου, Χ., Φωτιάδης, Χ., Δημητρίου, Ε. *Ψυχιατρική*, Εκδόσεις Μαστορίδη, Θεσσαλονίκη, 1988: 310-317.
43. Καλλιστράτος, Η. Θεωρίες του πόνου, 18<sup>ο</sup> Συνέδριο ελληνικής εταιρείας φυσικοθεραπείας, 3-5 Δεκεμβρίου 2004, Αθήνα.
44. Κουλούλας, Ε. <http://www.koulrehab.gr/index.php/iatrikes-pathiseis/xronios>
45. Λύκουρας, Λ., Σολδάτος, Κ., Ζερβας, Γ. Διασυνδεδετική ψυχιατρική, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα, 2009 : 253-260, 129-144.



46. Μάνου, Ν. Βασικά Στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής, University Studio Press, αναθεωρημένη έκδοση, Θεσσαλονίκη, 1997.
47. Μπαμπινιώτης, Γ. «Λεξικό της Νέας Ελληνικής Γλώσσας», Κεντρο Λεξικολογίας, Αθήνα, 1998.
48. Παπαιωάννου, Α., Θεοδωράκης, Γ., Γούδας, Μ. Για μια καλύτερη φυσική αγωγή, Εκδόσεις Χριστοδουλίδη, Θεσσαλονίκη, 2009, 341-364.
49. Ρηγάτος, Γ. Ο Πόνος στον Πολιτισμό και στην Ιστορία της Ιατρικής, Αθήνα, Εκδόσεις Βήτα, 2013
50. Χαρτοκόλλης, Π. Εισαγωγή στην ψυχιατρική, Εκδόσεις Θεμέλιο, Αθήνα, 1986:266-267.

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

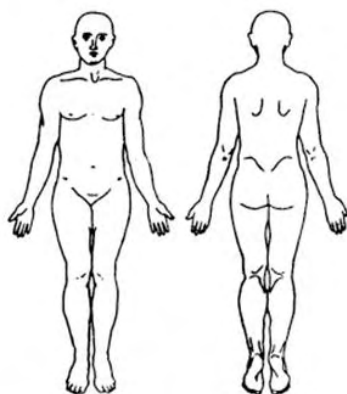
### ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΓΙΑ ΤΟΝ ΠΟΝΟ

ΦΥΛΟ:

ΗΛΙΚΙΑ:

1) Νιώθετε κάποιο πόνο;

2) Σε ποιο σημείο τον αισθάνεστε;



3) Πότε εμφανίστηκε πρώτη φορά;

4) Έχει επιδεινωθεί από τότε;

5) Είναι πιο έντονος στην κλινική ή στο σπίτι;

6) Πόσο συχνά πονάτε;

- i. όλη την ώρα
- ii. κάποιες στιγμές της ημέρας
- iii. κάποιες μέρες
- iv. ανά διαστήματα
- v. σπάνια

7) Λαμβάνετε κάποια φαρμακευτική αγωγή;

8) Σας ανακουφίζει;

9) Μπορείτε να :

- i. Κοιμηθείτε
- ii. Δείτε τηλεόραση
- iii. Ταξιδέψετε
- iv. Μιλήσετε σε γνωστούς και φίλους
- v. Να γευματίσετε

10) Θα χαρακτηρίζατε τον πόνο :

- i. Οξύ
- ii. Σαν μαχαίρωμα
- iii. Κάψιμο
- iv. Σφοδρό
- v. Κουραστικό
- vi. Ανακουφιστικό
- vii. Σαν ροκάνισμα
- viii. Οδονηρό
- ix. Μυρμήγκιασμα
- x. Ενοχλητικό
- xi. Καταπιεστικό

