



Ψυχολογικές Παρεμβάσεις στην διαχείριση του χρόνιου πόνου

**Μ. Φλουρή, Ε.Χ. Καραδήμας, Μ. Καρεκλά,
Β.Βασιλείου, Ο. Κασινόπουλος**



ALGEEA

Το Πρόγραμμα συγχρηματοδοτείται από την Ευρωπαϊκή Ένωση (ΕΤΠΑ) και από Εθνικούς Πόρους της Ελλάδας και της Κύπρου



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ



ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ



ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

Το έργο ΑΛΓΕΑ

- 2 φάσεις
- Έρευνα
- Παρέμβαση

Τι είναι ο πόνος;

- Ο πόνος είναι μια δυσάρεστη αισθητηριακή και συναισθηματική εμπειρία η οποία μπορεί να σχετίζεται με πραγματική ή επαπειλούμενη βλάβη των ιστών ή με ερεθισμό τους (Merskey & Bogduk, 1994)
- “Αινιγματικό” αίσθημα και πολυδιάστατο (Craig, 2003; Melzack, 1999; Raiville et al., 1999).
- Προϊόντα πόνου: Γνωστικές διεργασίες, αντιδράσεις αυτόνομου νευρικού συστήματος, και συμπεριφορικές αντιδράσεις: μπορούν να μεταβάλλουν τις διαστάσεις του πόνου.

Συχνότητα και συνέπειες

- Περίπου 20- 25% των Ευρωπαίων πολιτών υποφέρει από χρόνια πόνο (Breivik et al., 2006)
- **Σημαντικές επιπτώσεις:**
- Σωματικές
- Ψυχολογικές και στην ταυτότητα του πάσχοντα
- Στην οικογένεια και την κοινωνία
- Οικονομικές (Turk, 2002).

Το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο πόνου

- Αλληλεπίδραση μεταξύ οργανικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων.
- Διατομικές διαφορές και διαφορετικοί τρόποι αντίδρασης στον πόνο.
-

ΠΟΝΟΣ

**Ένταση των
Μυών**

**Αίσθημα θυμού
Και
Αϋπνία**



ΠΟΝΟΣ

**Μείωση
Δραστηριότητας**

Κατάθλιψη



ΠΟΝΟΣ



**Προσπάθεια για
Ανάπαυση ή
Αδρανοποίηση**



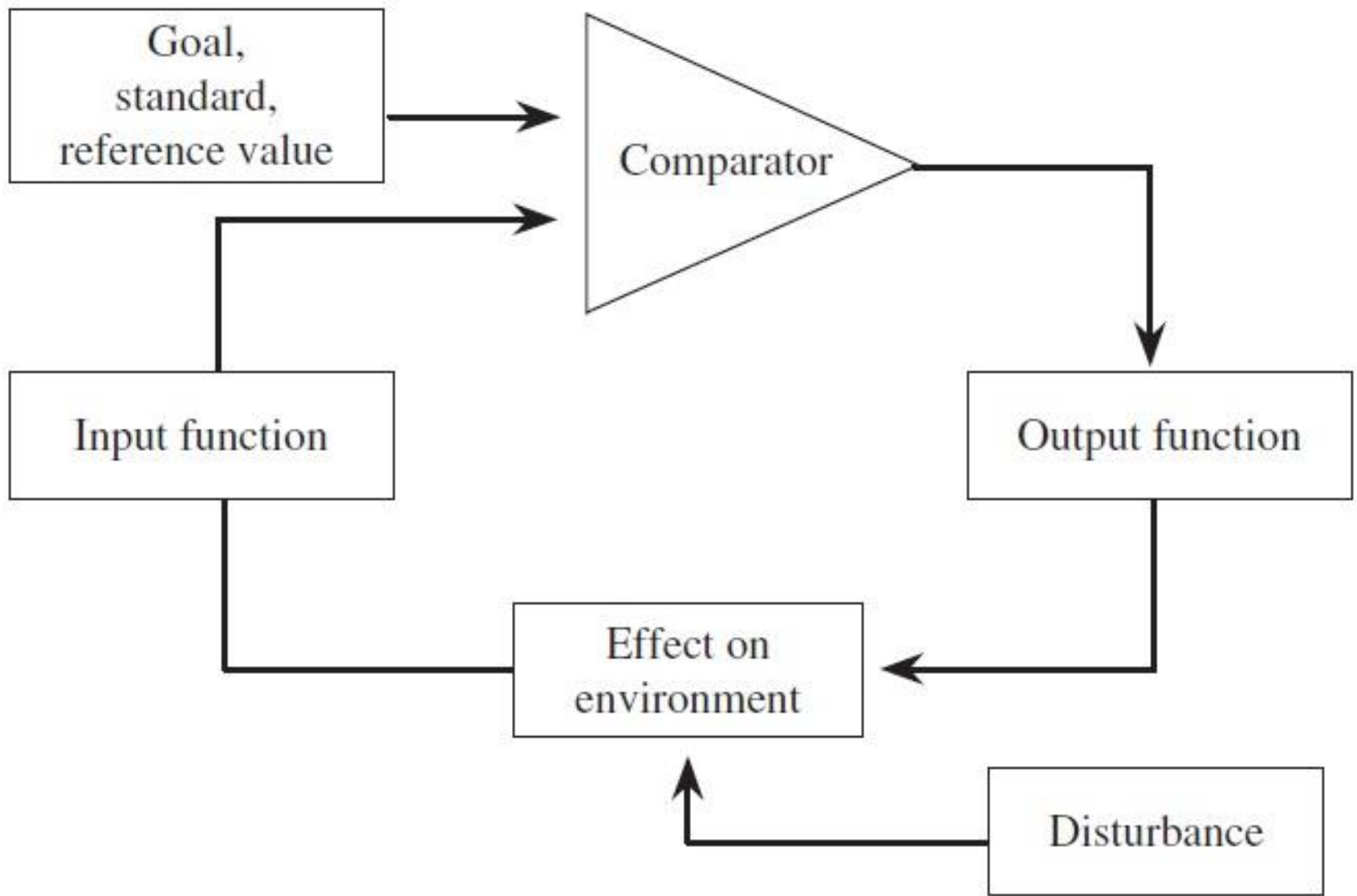
**Εντονότερη από
Το αναγκαίο
Δραστηριοποίηση**



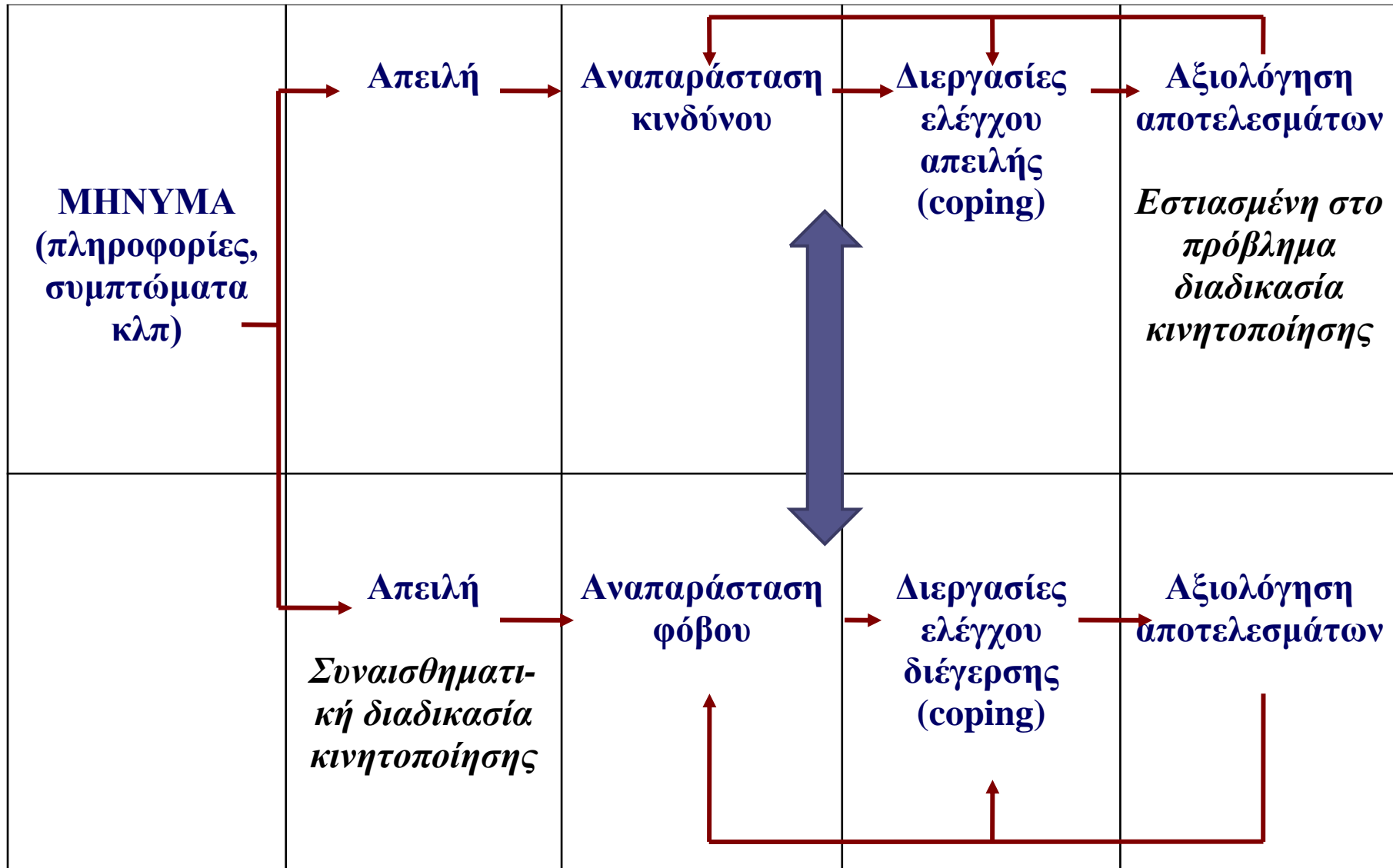
Μείωση Έντασης Πόνου

Η έννοια της αυτό- ρύθμισης (self regulation)

- Η αυτο-ρύθμιση αναφέρεται στις διεργασίες μέσω των οποίων λαμβάνει χώρα η συμπεριφορά. Είναι, δηλαδή, η συνεχής διαδικασία ενεργοποίησης και ‘καθοδήγησης’ δραστηριοτήτων που συντελεί στην προσέγγιση ή την απομάκρυνση από διαφορετικά είδη στόχων (Rasmussen et al., 2006). *Ordo ab chao...*
- Δεν αναφερόμαστε σε αυτορρύθμιση του εαυτού μόνο, αλλά και *από τον εαυτό*.
- Κοινό χαρακτηριστικό των σχετικών θεωριών είναι η άμεση ή έμμεση αναφορά σε *στόχους*, καθώς και η αντίληψη του προσώπου ως *ενεργητικού παράγοντα*.



Common Sense Model (Leventhal et al., 2001, 2003):



Μέθοδος

Στο «ενσωματωμένο» δείγμα:

121 Ασθενείς με πόνο

39.69% με ρευματοειδή νόσο, 60,31% με σοβαρό μυοσκελετικό πρόβλημα (π.χ., ισχιαλγίες)

ΜΟ ασθένειας= 13.25 έτη (ΤΑ= 15.65)

24.2% άνδρες και 75.8% γυναίκες

ΜΟ ηλικίας= 55.54 έτη (ΤΑ= 12.32, min-max= 25-78)

77.3% έγγαμοι

50 Ασθενείς χωρίς χρόνιο πόνο

80% χρόνιο νεφρολογικό πρόβλημα, 20% ΚΑΠ

ΜΟ ασθένειας= 12.70 έτη (ΤΑ= 10.47)

56% άνδρες και 44% γυναίκες

ΜΟ ηλικίας= 59.35 έτη (ΤΑ= 15.55, min-max= 23-81)

68.1% έγγαμοι

Εργαλεία:

Οι αναπαραστάσεις Ασθένειας μετρήθηκαν με το Revised Illness Perception Questionnaire (Moss-Morris et al., 2002). Μετρήθηκαν 7 αναπαραστάσεις: χρονιότητα, κυκλικότητα, συνέπειες, προσωπικός έλεγχος, θεραπευτικός έλεγχος, κατανόηση ασθένειας, συναισθηματικές αναπαραστάσεις (Cronbach's α > .68)

Η ποιότητα ζωής μετρήθηκε με το RAND SF-36 Health Survey (Ware & Sherbourne, 1992; Stewart & Ware, 1992) (Cronbach's α > .75)

Η Κλίμακα Καταστροφολοποίησης του Πόνου (Sullivan, 1995, 2009), που μετρά 3 αντιδράσεις: μηρυκασμό, μεγιστοποίηση και αίσθημα αβοήθητου (Cronbach's α > .65)

Άγχος και κατάθλιψη μετρήθηκαν με το Hospital Anxiety and Depression Scale (Zigmond & Snaith, 1983; Mystakidou et al., 2004) (Cronbach's α > .77).

Όλες οι αναλύσεις έγιναν ελέγχοντας για τις μεταβλητές: φύλο, ηλικία και χρόνια νόσησης.

Μεταξύ ασθενών με ρευματοειδή ασθένεια και με μυοσκελετική νόσο διαπιστώθηκε μόνο μια μικρή διαφορά:

Κυκλικότητα ασθένειας, PA > MS, Δμ.ο. = .39 ($p < .05$, $\eta^2 = .05$)

Διαφορές στις αναπαραστάσεις

Αναπαράσταση χρόνιου πόνου	Μέσος όρος	ΤΑ	Διαφορά με ασθενείς χωρίς πόνο
Χρονιότητα	3.42	.63	-.53 ($p < .001$, $\eta^2 = .14$)
Κυκλικότητα	3.48	.87	1.39 ($p < .001$, $\eta^2 = .27$)
Συνέπειες	3.07	.63	-.85 ($p < .001$, $\eta^2 = .23$)
Προσωπικός έλεγχος	3.18	.61	-.53 ($p < .01$, $\eta^2 = .07$)
Θεραπευτικός έλεγχος	3.26	.65	-.49 ($p < .01$, $\eta^2 = .08$)
Κατανόηση	3.24	.76	-1.21 ($p < .001$, $\eta^2 = .25$)
Συναισθηματικές αναπαραστάσεις	2.94	.78	$p > .05$, $\eta^2 = .02$

Διαφορές σε ποιότητα ζωής

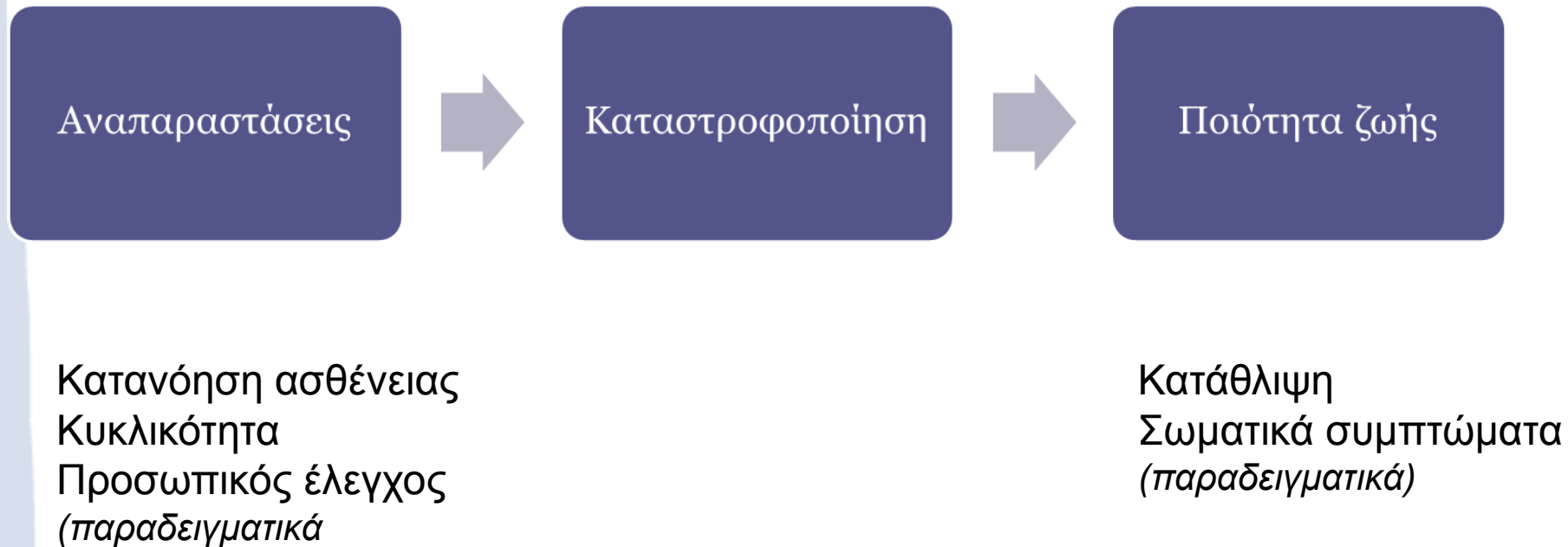
Δείκτης	Μέσος όρος	ΤΑ	Διαφορά με ασθενείς χωρίς πόνο
Κατάθλιψη	.93	.54	.12 ($p > .05$, $\eta^2 = .02$)
Άγχος	1.41	.62	.58 ($p < .001$, $\eta^2 = .11$)
Περιορισμοί από σωματικά συμπτώματα	44.31	29.16	-23.91 ($p < .05$, $\eta^2 = .04$)
Περιορισμοί από ψυχικά συμπτώματα	54.75	27.05	-27.05 ($p < .001$, $\eta^2 = .12$)
Κόπωση	42.69	16.93	-14.67 ($p < .05$, $\eta^2 = .06$)
Ψυχική ευεξία	49.98	19.94	-6.87 ($p > .05$, $\eta^2 = .01$)
Γενική υγεία	37.87	20.79	-2.36 ($p > .05$, $\eta^2 = .01$)
Κοινωνική υγεία	54.46	26.43	-11.42 ($p > .05$, $\eta^2 = .01$)
Πόνος	42.15	27.72	-41.43 ($p < .001$, $\eta^2 = .28$)
Σωματικά συμπτώματα	42.15	27.72	-27.66 ($p < .01$, $\eta^2 = .08$)

Συσχετίσεις

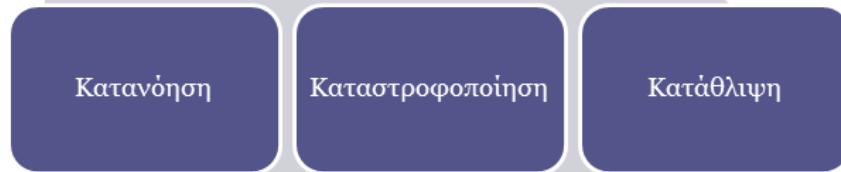
Μια «θετικότερη» αναπαράσταση (μεγαλύτερη κατανόηση, μεγαλύτερη αίσθηση ελέγχου, λιγότερη 'κυκλικότητα', ηπιότερα συναισθήματα) σχετίζεται με καλύτερη ποιότητα ζωής (π.χ., σωματικά και ψυχολογικά συμπτώματα, περιορισμούς δράσης, αίσθηση πόνου), μικρότερη καταστροφοποίηση (και για τις 3 διαστάσεις της).

Και οι 3 διαστάσεις της καταστροφοποίησης σχετίζονται συστηματικά με αρνητικό τρόπο με όλους τους δείκτες υγείας ($.60 < r_s < .27$).

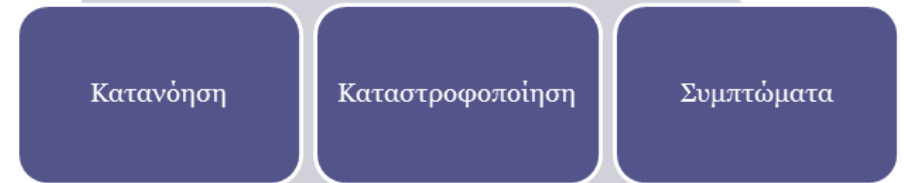
Διεργασίες



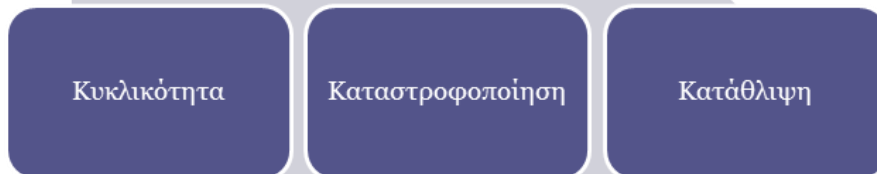
Χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος των Preacher and Hayes (2008) για έλεγχο ειδικών έμμεσων επιδράσεων με χρήση bootstrapping ($N = 5000$) και CI



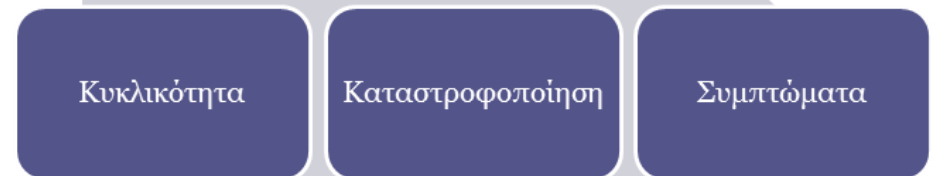
Σύνολο: CI = -.26 ως -.06
+ Αίσθημα αβοήθητου



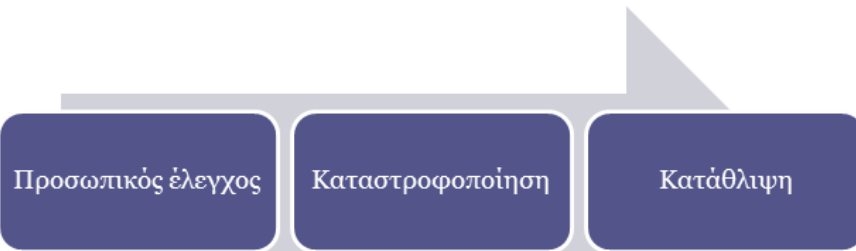
Σύνολο: CI = 1.72 ως 11.09
+ Όλα τα επιμέρους



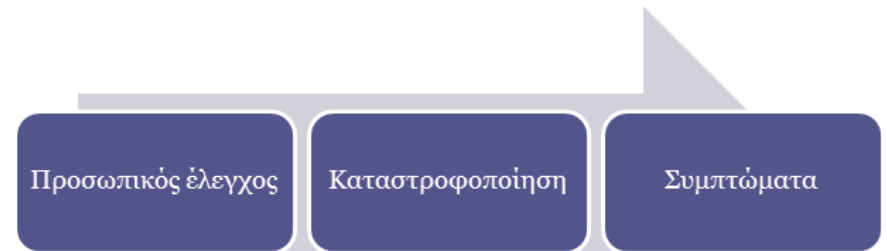
Σύνολο: CI = .06 ως .23
+ Αίσθημα αβοήθητου



Σύνολο: CI = -11.64 ως -1.52
+ Μηρυκασμός, Μεγιστοποίηση



Σύνολο: CI = -.15 ως .08
Κανένα επιμέρους



Σύνολο: CI = .05 ως 12.15
+ Μεγιστοποίηση

Παρεμβάσεις διαχείρισης πόνου

- Φαρμακευτική
- Παρεμβάσεις διαχείρισης ψυχολογικής δυσφορίας και των συμπεριφορών επίτασης του πόνου
- ΓΣΘ
- Ψυχοεκπαίδευση
- Συμπεριφοριστικές τεχνικές
- Γνωστικές τεχνικές
- Στρατηγικές διαχείρισης του στρες
- Ενίσχυση κοινωνικής υποστήριξης

Διαχείριση του πόνου

- Θεραπεία ή Διαχείριση;
- Ανάγκη διεπιστημονικής προσέγγισης και συνεργασίας μεταξύ διαφορετικών ειδικοτήτων
-

Παρέμβαση ΑΛΓΕΑ

Συνάντηση 1η:

- Γνωριμία
- “Χτίσιμο” θεραπευτικής σχέσης και συνοχής της ομάδας
- παρατήρηση της εμπειρίας του πόνου αισθητηριακά και απαλλαγμένη από τις υπόλοιπες συνδέσεις που έχουν κάνει

Συνάντηση 2η:

- Κατανόηση των διαστάσεων του πόνου και τεχνικών διαχείρισης που χρησιμοποιούν διερεύνηση λειτουργικότητας και αποτελεσματικότητας τους.

Παρέμβαση συνέχεια...

Συνάντηση 3η:

- Εισαγωγή στην έννοια των αξιών και στόχων
- δημιουργία πυξίδας αξιών

Συνάντηση 4η:

- Αναγνώριση γνωστικών, συναισθηματικών και πρακτικών δυσκολιών
- διαχείριση μηρυκασμού και εστίαση στο εδώ και τώρα.

Συνάντηση 5η:

- Παρατήρηση εαυτού, αποσύνδεση από τις σκέψεις και τα συναισθήματα, αυτόσυμπόνια και αυτο- αποδοχή

Παρέμβαση συνέχεια....

Συνάντηση 6η:

- Αποδοχή
- Ενεργοποίηση (Δραστηριοποίηση και Άσκηση)

Συνάντηση 7η:

- Δράσεις δέσμευσης (αποστασιοποίηση, και διαχείριση συμπεριφορών πόνου)

Συνάντηση 8η:

- Εξάσκηση στην ενσυνειδητότητα και κλείσιμο

Συζήτηση

- Σε σύγκριση με τους ασθενείς χωρίς χρόνιο πόνο, οι ασθενείς με πόνο αντιλαμβάνονται την κατάστασή τους ως αρνητικότερη: λιγότερο ελέγξιμη, περισσότερο ακατανόητη, πιο απρόβλεπτη.
- Επίσης, αναφέρουν χειρότερη ποιότητα ζωής, κυρίως σε ό,τι αφορά στους περιορισμούς που επιβάλλει η κατάσταση της υγείας τους.
- Οι αρνητικές αναπαραστάσεις του πόνου σχετίζονται με χειρότερη ποιότητα ζωής, με την καταστροφοποίηση της εμπειρίας του πόνου ως ενδιάμεσο βήμα.

- Τα ευρήματα δεν ξαφνιάζουν, αλλά είναι σημαντικά για την ανάπτυξη προγραμμάτων παρέμβασης που θα στηρίζονται στα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά του πληθυσμού αυτού.

Για παράδειγμα, το εύρημα ότι

- η αρνητική αναπαράσταση φαίνεται να αφορά στην αίσθηση ελέγχου, ή ότι
- οι διαφορές στην ποιότητα ζωής αφορούν σε περιορισμούς δράσης, αλλά όχι στα γενικά επίπεδα σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής υγείας,

μπορούν να φανούν ιδιαίτερα χρήσιμα για αυτά τα «ειδικά» προγράμματα, όπως φιλοδοξεί να είναι το ΑΛΓΕΑ.

- Προγράμματα απευθυνόμενα στους ασθενείς
- Προγράμματα απευθυνόμενα στους επαγγελματίες υγείας

- Σημαντική η κατανόηση όλων των πτυχών του πόνου
- Ανάγκη εξατομικευμένης φροντίδας
- Σημαντικότητα διεπιστημονικής προσέγγισης
-

Περιορισμοί έρευνας

- «Τοπικό» δείγμα σε ό,τι αφορά στην Κρήτη.
- Σχετικά μικρό δείγμα.
- Συγχρονική έρευνα.
- Χρήση δεδομένων «αυτο-αναφοράς».
- Μερικά ερωτηματολόγια προσαρμόζονται στα Ελληνικά παράλληλα με την έρευνα.
- Έλλειψη καθοδηγητικής πρότερης ερευνητικής εμπειρίας στον Ελληνικό χώρο, τουλάχιστον συστηματικής.

Αλλά και αρκετά πλεονεκτήματα!