

ΑΝΑΣΚΟΠΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΕΣ ΟΨΕΙΣ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ. ΘΕΜΑΤΑ ΦΥΛΟΥ ΚΑΙ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ ΣΤΟΝ ΠΟΝΟ

Βασιλική Τσιρτσιρίδου¹, Γεωργία Βασιλοπούλου²

1. Αναισθησιολόγος, Επιμελήτρια Α, Ιπποκράτειο Γ.Ν. Αθήνας
2. Νοσηλεύτρια, MSc, ΠΝΑ Σπηλιούλειο Νοσοκομείο 'Η Αγία Ελένη', Αθήνα

Περίληψη

Η καταγραφή του πόνου ξεκινά ταυτόχρονα με την καταγραφή της ιστορίας. Η εμπειρία αυτή θεμελιώνεται σε πολιτισμικούς και κοινωνικούς παράγοντες. Αυτοί καθορίζουν την αντίληψη και έκφραση του πόνου, την αναζήτηση ιατρικής βοήθειας και την δεκτικότητα στη θεραπεία.

Σκοπός της παρούσης μελέτης ήταν η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας όσον αφορά τις ψυχοκοινωνικές και πολιτισμικές όψεις του πόνου.

Υλικό και μέθοδος : Η μεθοδολογία της εργασίας περιελάμβανε αναζήτηση σε ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων κυρίως στο pubmed που αναφέρονταν στις ψυχοκοινωνικές και πολιτισμικές όψεις του πόνου.

Αποτελέσματα : Στις μελέτες καταγράφονται διαφορές μεταξύ διαφορετικών εθνοτήτων αλλά και μεταξύ των ατόμων της ίδιας εθνότητας. Ο πόνος απειλεί την ανθρώπινη υπόσταση, προκαλεί αίσθηση πρόωρης γήρανσης, αυτοπαγίδευση καθοριστικών πλευρών της προσωπικότητας του ατόμου και κοινωνική απομόνωση. Ο πόνος έχει ψυχολογικές παραμέτρους καθώς διακόπτει τις γνωσιακές ή άλλες λειτουργίες που επιτελεί το άτομο τη στιγμή της εφαρμογής του επώδυνου ερεθίσματος ενώ παρεμβάλλεται στη ζωή του ατόμου εφόσον γίνει χρόνιος. Κάποια επώδυνα σύνδρομα προτιμούν τις γυναίκες ενώ οι γυναίκες φαίνεται να είναι πιο ευαίσθητες στον πόνο. Πιθανά αυτό να σχετίζεται με ορμονικούς παράγοντες, διαφορές στην ανατομία, σε υποδοχείς οπιοειδών αλλά και με ψυχολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες.

Συμπεράσματα: Η αντίληψη του πόνου είναι υποκειμενική και πολυπαραγοντική. Το ίδιο και οι επιπτώσεις των χρόνιων επώδυνων συνδρόμων στον άνθρωπο. Η έρευνα για την αναζήτηση των αιτιών αυτής της πολυπλοκότητας είναι μακρά και εξαντλητική. Ωστόσο αποτελεί χρέος των λειτουργών της υγείας η συνεχής προσπάθεια ανακούφισης του ασθενή από τον πόνο του.

Λέξεις-κλειδιά : αποτελεσματική ενημέρωση, ασθενείς, τύπος ενημέρωσης

Υπεύθυνος Αλληλογραφίας: Β. Τσιρτσιρίδου. e-mail: v.tsirtsiridou@gmail.com

REVIEW ARTICLE

PSYCHOSOCIAL AND CULTURAL ASPECTS OF PAIN. GENDER AND IDENTITY ISSUES OF PAIN

Vasiliki Tsirtsiridou¹, Georgia Vassilopoulou²

1. Consultant Anaesthetist. Anaesthesiology Department and Pain Clinic, Hippocrateio General Hospital, Athens.
2. Senior staff Nurse, MSc, Speiliopoulou Hospital, "Saint Eleni", Athens

Abstract

Recording of pain starts simultaneously with recording of history. This experience is based on cultural and social factors. These determine the perception and expression of pain, seeking medical assistance and receptivity to treatment.

The aim of the present study was to review the literature about the psychosocial and cultural aspects of pain.

Method and material: A review of the research about the psychosocial and cultural aspects of pain was done, using the electronic data bases and mainly pub-med.

Results: The studies show differences in pain experience among different ethnicities and among individuals within the same ethnic group too. Pain is considered to be a threat for the well-being of the individual and for normal ageing procedure. It leads to a feeling of 'trapped self' of personality and social isolation. The pain has psychological parameters as interrupts cognitive or other functions performed by the individual at the time of application of painful stimulus, while it interferes in a person's life if it becomes chronic. Some painful syndromes prefer women while women seem to be more sensitive to pain. Perhaps this is related to hormonal factors, differences in anatomy, opioid receptors but also to psychological and social factors.

Conclusions: The perception of pain is subjective and multifactorial as well as the effects of chronic pain syndromes in humans. Research to find the causes of this complexity is long and exhaustive. However, duty of health professionals is their constant effort for the relief of the patient's pain.

Keywords: Acute and chronic pain, gender, age

Correspondence: Vasiliki Tsirtsiridou. E-mail: v.tsirtsiridou@gmail.com,

Εισαγωγή

Η καταγραφή του πόνου ως εμπειρία ξεκινά ταυτόχρονα με την καταγραφή της ιστορίας. Ο τρόπος αντίληψης και αντιμετώπισής του πόνου, μεταβάλλεται στο χρόνο και στο

χρόνο και θεμελιώνεται σε πολιτισμικούς και κοινωνικούς παράγοντες. Παράλληλα με την έρευνα στη βιολογία και νευροβιολογία του πόνου, εξελίχθηκε και η έρευνα σχετικά με τους πολιτισμικούς, ψυχολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες που επηρεάζουν

την έκφραση του πόνου, τις συμπεριφορές σαν αντίδραση, την αναζήτηση ιατρικής φροντίδας, καθώς και την υποδεκτικότητα και πίστη προς τη θεραπεία.¹

Τα Υπουργεία Υγείας σε πολλές χώρες, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (WHO), ο Διεθνής Οργανισμός για τη Μελέτη του Πόνου (IASP), ιδρύματα, ομάδες και πολλές άλλες οργανώσεις, προβάλλουν την ανάγκη μιας διαδραστικής προσέγγισης στον έλεγχο του πόνου, που σημαίνει μεταξύ άλλων και αλληλοδιαπαιδαγώγηση στον τομέα της φροντίδας.¹

Οι όροι εθνότητα, φυλή, κουλτούρα συχνά χρησιμοποιούνται με τον ίδιο τρόπο, παρόλο που είναι ολοκληρωτικά διαφορετικές έννοιες. Στις βιοϊατρικές επιστήμες, ο όρος φυλετικός εμπεριέχει γενετική ομοιογένεια^{2,3} και εξακολουθεί να χρησιμοποιείται για κατηγοριοποίηση ομάδων, προκειμένου να πραγματοποιηθούν ιατρικές μελέτες. Αυτή η λανθασμένη προσέγγιση, καθώς είναι αναγνωρισμένο πως η φυλή αποτελεί κοινωνικό ιστό και μόνο, οδηγεί σε υποτίμηση ιατρικών στοιχείων υποομάδων του πληθυσμού, καθώς και σε κοινωνικές διακρίσεις στις παροχές υγείας.⁴

Ο όρος εθνότητα προέρχεται από τον ελληνικό όρο έθνος-φυλή, που υποδηλώνει μια ομάδα ανθρώπων, μέσα σε ένα ευρύτερο κοινωνικό σύνολο, που μοιράζονται κοινή προγονική καταγωγή ή κοινωνικό υπόβαθρο, πολιτισμό και παραδόσεις, τα οποία διατηρούνται μεταξύ των γενεών και παρέχουν μια αίσθηση ταυτότητας. Επιπλέον, τα μέλη μιας εθνότητας γενικά έχουν την ίδια γλώσσα και θρησκεία.⁵ Η εθνότητα, μπορεί να διαφοροποιείται

ανάλογα με τον τόπο και το χρόνο.⁶ Οι σπουδαστές των εθνοτήτων, πιστεύουν πως η πιο αξιόπιστη μέθοδος καθορισμού της εθνικής ταυτότητας, είναι ο αυτοπροσδιορισμός.

Ο όρος κουλτούρα - πολιτισμός αναφέρεται σε στάσεις ζωής και συμπεριφορές, σε συνδυασμό με εννοιολογικά συστήματα. Η κουλτούρα, καθορίζει απόψεις και συμπεριφορές σχετικά με την αρρώστια, πρακτικές σχετικά με την ιατρική φροντίδα, ενέργειες προς αναζήτηση βοήθειας καθώς και υποδεκτικότητα στην ιατρική παρέμβαση.^{7,8,9}

Οι εκπαιδευμένοι στη Δύση κλινικοί λειτουργοί της υγείας, συνήθως πιστεύουν πως το σύστημα υγείας είναι τεχνολογικά περίπλοκο και πως υποστηρίζει τη θεραπευτική διαδικασία. Οι ασθενείς ωστόσο, μπορεί να φοβούνται τα νοσοκομεία σαν μέρη όπου ενδέχεται να πεθάνουν ή να μη δέχονται μια εξέταση αίματος, καθώς μπορεί να πιστεύουν ότι χρειάζονται όλη την ποσότητα αίματος προκειμένου να διατηρήσουν την ολότητα του σώματός τους. Επίσης, να αντιμετωπίζουν ένα σύνολο εξετάσεων σαν υποκατάστατο της προσοχής που ο γιατρός όφειλε να τους δείχνει ή τη θεραπεία άχρηστη, καθώς μπορεί να πιστεύουν πως η ρίζα της ασθένειάς τους παραμένει ανέγγιχτη. Πολιτισμικοί παράγοντες που σχετίζονται με την αλγεινή εμπειρία, επηρεάζουν την έκφραση του πόνου, τη γλώσσα του πόνου, τη χρήση κοινών (μη ειδικών) αναλγητικών φαρμάκων, κοινωνικούς ρόλους και προσδοκίες και αντιλήψεις για το σύστημα φροντίδας της υγείας.

Μελέτες σχετικά με την αντιμετώπιση του πόνου σε εθνότητες στις Ηνωμένες Πολιτείες

Τον 19^ο αιώνα, επικρατούσε η ιδέα πως οι φυλετικές ομάδες διαφοροποιούνταν ως προς την φυσιολογική αντίληψη του πόνου, με τις γυναίκες, τους λευκούς και τους πλούσιους να φαίνονται περισσότερο ευαίσθητοι, ενώ οι Αφροαμερικανοί, οι εγκληματίες και οι ιθαγενείς αντιμετώπιζονταν ουσιαστικά σαν απροσπέλαστοι στο τραύμα και τον πόνο.¹⁰

Στο τμήμα Επειγόντων, οι Αφροαμερικανοί με κατάγματα άκρων και με ανάλογη εκφορά άλγους, με άλλους λευκούς ασθενείς είχαν λιγότερες πιθανότητες να λάβουν αναλγητική αγωγή σε σχέση με εκείνους και ενώ είχαν ρυθμιστεί τα λοιπά του τραύματος.¹¹ Ασθενείς που αντιμετώπιζονται σε κέντρα που δέχονται κυρίως μειονότητες, έχουν 3 φορές μεγαλύτερες πιθανότητες από ασθενείς που προσέρχονται σε ευρύτερα κέντρα, να λάβουν ανεπαρκή θεραπεία για τον καρκινικό πόνο.¹² Ασιάτες ασθενείς έλαβαν 24% λιγότερα αναλγητικά μετεγχειρητικά και είχαν μειωμένη μέση κατανάλωση πεθιδίνης, συγκρινόμενοι με Ευρωπαίους ασθενείς.¹³ Ασιάτες και Καυκάσιοι είχαν παρόμοια κατανάλωση οπιοειδών σε ρυθμιζόμενη από τον ασθενή αναλγησία, για μετεγχειρητικό πόνο.¹⁴

Όλες αυτές οι μελέτες είναι αναδρομικές και περιλαμβάνουν πολύ μικρό αριθμό ασθενών. Οι διαφορές που καταγράφονται μπορεί να οφείλονται σε διαφορές στην εμπειρία του πόνου, στη συμπεριφορά του πόνου ή στην αντίληψη του προσωπικού για τον πόνο του ασθενή και επομένως και στην

αντιμετώπισή του. Η κάθε τέτοια αντίληψη στηρίζεται σε μύθους, προκαταλήψεις ή διακρίσεις και σχετίζεται και με την καταγωγή ή φυλή του κλινικού λειτουργού.

Μελέτες σχετικές με την αντίληψη του πόνου σε διαφορετικές εθνότητες

Ο Carragee και συν.,¹⁵ συνέκριναν ασθενείς που υποβλήθηκαν σε επεμβάσεις αποκατάστασης καταγμάτων μηριαίου οστού, 1 εβδομάδα μετά τον τραυματισμό σε 2 νοσοκομεία στις ΗΠΑ και σε 3 περιφερειακά νοσοκομεία στο Βιετνάμ. Σε μια περίοδο 15 ημερών οι Βιετναμέζοι έλαβαν κατά μέσο όρο 0.9 mg μορφίνης μέρα, ενώ οι Αμερικανοί περίπου 30 mg ισοδύναμων μορφών. Το πιο ενδιαφέρον ίσως είναι, πως μόλις το 8% των Βιετναμέζων ανέφερε ανεπαρκή αναλγησία σε σχέση με το 80% των Αμερικανών. Ο Faucett και συν.,¹⁶ βρήκαν πως οι Ευρωπαίοι αναφέρουν λιγότερο σοβαρό μετεγχειρητικό πόνο από τους μαύρους Αμερικανούς ή τους προερχόμενους από τη Λατινική Αμερική. Ο Jordan και συν.,¹⁷ δεν βρήκαν σημαντικές διαφορές μεταξύ Αφροαμερικανών και Καυκασιανών γυναικών με αρθρίτιδα στην ένταση του πόνου και στην αρνητική επίδρασή του. Ωστόσο οι Αφροαμερικανίδες ήταν λιγότερο δραστήριες και έβρισκαν τεχνικές όπως την προσευχή, την απόσπαση της προσοχής ή την ελπίδα για να μειώνουν τον πόνο τους, ενώ οι Καυκάσιες εφάρμοζαν τεχνικές με στόχο την αγνόηση του πόνου.

Παράγοντες σχετιζόμενοι με τις διαφοροποιήσεις ως προς τον πόνο μέσα στην ίδια εθνότητα

Διαφορές υπάρχουν μεταξύ εθνοτήτων και πολιτισμών, αλλά και μέσα σε κάθε μία από αυτές. Το πώς διαφοροποιούνται μεταξύ

τους τα μέλη μιας κοινωνίας με το ίδιο πολιτισμικό υπόβαθρο, ως προς τη σχέση τους με τον πόνο, εξαρτάται από ποικίλους παράγοντες. Εδώ εμφανίζεται και η γονιδιακή ταυτότητα ως προς τον πόνο, μια κατεύθυνση της έρευνας που μόλις έχει αρχίσει με την αποκάλυψη του ανθρώπινου γονιδιώματος, 50 χρόνια μετά την ανακάλυψη της δομής του DNA. Η επεξεργασία του συνόλου των εισερχόμενων αισθητικών ερεθισμάτων, καθορίζεται από τη γενετική σύνθεση του κάθε ατόμου, από την προηγούμενη εμπειρία του, από τη φυσική του κατάσταση, από την ιδιοσυγκρασία και με βάση την ανατροφή του, τις προσδοκίες, την ψυχολογική του διάθεση και το κοινωνικοπολιτισμικό περιβάλλον του. Όλα αυτά, καθορίζουν τη μεταβλητότητα στην αντίληψη και ανοχή στον πόνο. Για πολλούς αιώνες οι φιλόσοφοι, οι θεραπευτές και οι ποιητές πίστευαν στην αξία του πόνου μέσα στη διαδικασία της ζωής. Αναπόσπαστο κομμάτι της, δύσκολα αφαιρούμενο έως και ανεπίτρεπτο καθώς αναιρεί την ίδια την ουσία της. Με την είσοδο του 21^{ου} αιώνα, ο πόνος θεωρείται αρνητική κατάσταση προς αποφυγή και αναίρεση με κάθε κόστος. 100 δις \$ ξοδεύονται στις ΗΠΑ το χρόνο στον τομέα της αντιμετώπισής του.¹⁸ Περισσότερα από 4 δις \$ ξοδεύονται για αναλγητικά κατά της κεφαλαλγίας χωρίς ιατρική συνταγή.¹⁹

Με βάση λοιπόν την πολυδιάστατη έννοια του πόνου και εφόσον οι πολιτισμικές-κοινωνιολογικές επιρροές είναι δεδομένες, η έρευνα επικεντρώνεται στη συμμετοχή των ψυχολογικών παραγόντων στην αιτιολόγηση και αντιμετώπιση του πόνου με πολλές μελέτες. Ψυχολόγοι, λειτουργοί της υγείας, ο γενικός πληθυσμός, όλοι

υποστηρίζουν πως η εμπειρία των προσλαμβανόμενων αισθητικών ερεθισμάτων σχηματοποιείται μέσα από τη στάση και τις απόψεις του κάθε ατόμου.²⁰ Η στάση όλων όσων επικοινωνούν με το άτομο που πονά, συνεισφέρει στην ρύθμιση του πόνου του.²¹ Η κοινωνική υποστήριξη, μια αίσθηση ελέγχου και ικανότητας, καθώς και ο σχεδιασμός του μέλλοντος, είναι όλα ζωτικοί καθοριστικοί παράγοντες της ανθρώπινης εμπειρίας του πόνου.²²

Ο Beecher,²³ έδειξε την επίδραση του να προσδιορίζει κανείς μια κατάσταση εννοιολογικά ή ακόμα και ονομαστικά στην ένταση της επώδυνης εμπειρίας από την κατάσταση αυτή και στην εμφάνιση συμπεριφορών πόνου και δυστυχίας.

Μεταξύ στρατιωτών και χειρουργημένων ασθενών με αντίστοιχα τραύματα, η ποσότητα των οπιοειδών αναλγητικών που ζητήθηκε ήταν μικρότερη στους στρατιώτες. Καθώς ο τραυματισμός ήταν για τους στρατιώτες εισιτήριο απομάκρυνσης απ' το πεδίο της μάχης, έδωσαν άλλη ονομασία και άλλη εννοιολογική διάσταση στα αισθητικά ερεθίσματα που δέχονταν από τα τραύματά τους, σε σχέση με τους χειρουργημένους και έτσι υπέφεραν πολύ λιγότερο. Τα ευρήματα αυτά, προήγαγαν την ιδέα ότι η προσπάθεια διαμόρφωσης συμπεριφορών έναντι του πόνου μέσω εκπαίδευσης και ανάδρομης τροφοδότησης (αναμόρφωσης της συμπεριφοράς με βάση τα αναμενόμενα αποτελέσματα), μπορεί να οδηγήσει στην ανακούφιση απ' τον πόνο.

Το πιο γνωστό παράδειγμα του πώς η ψυχολογία του ατόμου μπορεί να διαμορφώσει στάσεις και απόψεις είναι φυσικά η placebo αναλγησία.²⁴ Ο Wager και

συν.,²⁵ έδειξαν ότι, ο πόνος είναι μια ψυχολογικά δομούμενη εμπειρία, όπου η γνωσιακή εκτίμηση δυνητικά βλαπτικών δεικτών, συμβαίνει παράλληλα με την εκτίμηση αισθητικά των επώδυνων ερεθισμάτων. Μπόρεσαν να δείξουν τη σχέση μεταξύ της placebo αναλγησίας και της μείωσης των νευρικών απαντήσεων, σε ευαίσθητες στον πόνο περιοχές του εγκεφάλου και αυξημένη δραστηριότητα στον προμετωπιαίο φλοιό σε κατάσταση προσμονής του πόνου. Στη συνέχεια και εφόσον οι νευρικές απαντήσεις εμφάνισαν σημαντική μείωση, οι ασθενείς δήλωσαν μείωση του πόνου τους. Οι συγγραφείς ισχυρίστηκαν ότι η συσχέτιση μεταξύ ενεργοποίησης του κογχομετωπιαίου λοβού και της ενεργοποίησης του μεσεγκεφάλου κατά την προσμονή του πόνου, στο πείραμα της placebo χορήγησης, περιλαμβάνει μια εμφανή διαδικασία ανάπτυξης προσδοκιών, που μπορεί να σχετίζονται με την ενεργοποίηση του συστήματος των οπιοειδών. Αυτή η προσέγγιση φωτίζει και στοιχειοθετεί την ιδέα, ότι η αίσθηση του πόνου μπορεί να μειωθεί χωρίς τη χορήγηση φαρμακευτικών παραγόντων.

Ο Morley,²⁶ στο άρθρο ανασκόπησης του 2004 σχετικά με τις ψυχολογικές παραμέτρους του πόνου, εκτιμά τη διακοπή και παρεμβολή στη ροή της ζωής που προκαλεί ο πόνος και τελικά την επίδρασή του στην ταυτότητα του ατόμου. Ο όρος διακοπή αφορά στην ικανότητα των επώδυνων ερεθισμάτων, να αποσπούν την προσοχή και να διακόπτουν τη γνωσιακή ή άλλη συμπεριφορά που εμφανίζει το άτομο τη δεδομένη στιγμή. Οι επιπτώσεις κυμαίνονται από αρνητική διάθεση μέχρι εκνευρισμό. Στις μελέτες, οι μετέχοντες προσπαθούν να ολοκληρώσουν ένα σκοπό,

όταν επώδυνα ερεθίσματα εφαρμόζονται και καταγράφονται τα λάθη ή καθυστερήσεις στις απαντήσεις. Στη συνέχεια, εμφανίζονται επιπρόσθετα ερεθίσματα σχετικά ή όχι με τον πόνο που υποδηλώνουν κινήσεις από το περιβάλλον. Έτσι μελετώνται 3 παράμετροι: τα χαρακτηριστικά του ερεθίσματος, του ατόμου και της προσπάθειας στην οποία υποβάλλεται. Το καινούριο ερέθισμα, η έντασή του, καθώς και η μη προβλεψιμότητά του επηρεάζουν το βαθμό διακοπής που προκαλεί το επώδυνο ερέθισμα. Το κεντρικό χαρακτηριστικό αυτών των στοιχείων, είναι το μέγεθος της απειλής που προκαλούν. Τα χαρακτηριστικά του ατόμου δεν είναι επεξεργάσιμα, αλλά φάνηκε πως ορισμένα, όπως ο φόβος του πόνου, η καταστροφική τάση και το άγχος της υγείας, επιτείνουν τη διακοπή που προκαλεί το επώδυνο ερέθισμα. Ο πόνος, καθώς είναι απειλητικός, θα διακόψει τις περισσότερες προσπάθειες του ατόμου που έχουν ένα στόχο, γιατί θα αποσπάσει την προσοχή του (η λειτουργία της προσοχής έχει δύο συνιστώσες: την ολοκλήρωση ενός ή περισσότερων στόχων μέσα από τη γνωσιακή λειτουργία και την προστασία του ατόμου, όταν ερεθίσματα απειλήσουν την ακεραιότητα και το καλώς έχειν του). Εξαίρεση αποτελεί η προσπάθεια με μεγαλύτερη προτεραιότητα, όπως για παράδειγμα η αποφυγή του θανάτου, όπως έδειξε ο Beecher στη μελέτη του.²³

Ο Eccleston²⁷ έδειξε πως όταν η προσπάθεια έχει εύκολο στόχο, όλοι οι ασθενείς με χρόνιο πόνο, δυνατό ή ήπιο, ήταν ικανοί να την ολοκληρώσουν. Αντίθετα, σε πολύ δύσκολο στόχο που απαιτούσε υψηλά επίπεδα προσοχής, μόνο οι ασθενείς με υψηλά σκορ πόνου, κατάφερναν να διατηρήσουν την προσοχή τους στην απαιτητική αυτή προσπάθεια. Επίσης, ο

πόνος διακόπτει προσπάθειες της λειτουργίας της μνήμης που απαιτούν υψηλά ποσοστά συγκέντρωσης της προσοχής. Αντίθετα, η αυτόματη μνήμη δεν επηρεάζεται.^{28,29}

Η παρεμβολή του πόνου στη ζωή ενός ανθρώπου, είναι πιο πιθανό να συμβεί όταν είναι χρόνιος και όταν δημιουργεί προβλήματα στη ζωή του, ώστε να χρειάζεται να την προσαρμόζει για να ζει με αυτά. Τα προβλήματα αυτά έχουν να κάνουν με την αντίδραση του κοινωνικού περιγύρου στην δική του συμπεριφορά -η οποία μπορεί να είναι κατεσταλμένη, να περιλαμβάνει εκφράσεις του προσώπου, ειδικές θέσεις του σώματος, χρήση βοηθημάτων κλπ-. Η αντίδραση αυτή κυμαίνεται από έκφραση συμπάθειας, συμπάραστασης, προσπάθειας ελάφρυνσης του πόνου, έως αδιαφορία και αγνόηση του ατόμου. Η βαρύτητα του πόνου και η επίδραση του περιβάλλοντος, είναι λοιπόν οι παράγοντες που καθορίζουν το μέγεθος της παρεμβολής που συντελείται στη ζωή του.³⁰

Λειτουργικότητα του ασθενή και υποστήριξη από το σύντροφο

Η επίδραση της παρουσίας άλλων στην εκτέλεση μιας άσκησης, καθώς και στην έκφραση του μεγέθους του πόνου που προκαλείται κατά τη διάρκειά της, είναι πολύ σημαντική.³¹ Ακόμα πιο σημαντική είναι η παρατήρηση, πως οι διαφορές εξαρτώνται από το είδος της μεταξύ τους σχέσης. Έτσι όταν ο σύντροφος συμμετέχει και προσπαθεί να απαλύνει το πρόβλημα και να διεκπεραιώνει τις υποχρεώσεις του σπιτιού, η παρουσία του και μόνο σημαίνει υποστήριξη και άρα δυνατότητα του ασθενή να «υπολειτουργεί» στην εκτέλεση μιας

άσκησης.

Μηχανισμός αποφυγής του φόβου και χρόνιος πόνος

Μερικές φορές οι ασθενείς συνδέουν την εκτέλεση λειτουργιών με την εμφάνιση πόνου. Εφόσον ο πόνος μεταφράζεται σαν πιθανή σωματική βλάβη και κίνδυνος, τότε ο ασθενής τις φοβάται και τις αποφεύγει. Το μοντέλο αποφυγής του φόβου εκφράζει με ευκρίνεια, ότι η σχέση μεταξύ της εμπειρίας του πόνου και των καθημερινών λειτουργιών καθορίζεται από το συλλογισμό της προσμονής του πόνου και από την προεξόφληση καταστροφικών συνεπειών από ορισμένες από αυτές τις δραστηριότητες. Το μοντέλο συμπεριφοράς χαρακτηρίζεται από σταθερή αποφυγή κάθε δραστηριότητας, κάτι που είναι λειτουργία του φόβου μάλλον, παρά του ίδιου του πόνου. Η θεραπεία με βάση το μοντέλο αποφυγής του φόβου, προτείνει στους ασθενείς να εκτελούν τις δραστηριότητες που φοβούνται σταδιακά, ώστε τελικά να αποφορτιστούν από την αρνητική σημειολογία τους. Τα αρχικά συμπεράσματα δείχνουν την αποτελεσματικότητα της μεθόδου.³²

Ο πόνος ως απειλή της ταυτότητας

Η συσχέτιση του πόνου με την ανθρώπινη υπόσταση και την αίσθηση του καθενός για τον εαυτό του, έχει παρουσιαστεί εκτεταμένα στη τέχνη και τη λογοτεχνία. Αποτελεί μια περίπλοκη περιοχή για εξερεύνηση για την κοινωνιολογία, καθώς η μεθοδολογία πρέπει να είναι αναπαράξιμη, ενώ είναι ποιοτική καθώς στηρίζεται στις αφηγήσεις των ασθενών.

Προσωπικά θέματα : Ο χρόνιος πόνος

προκαλεί μια αίσθηση αποξένωσης από το σώμα, καθώς το νοιώθουν διαφορετικό από το αναμενόμενο για την ηλικία τους. Συνήθως, έχουν αίσθηση πρόωρης γήρανσης, λόγω αργών ρυθμών, δυσκολίας κινήσεων και τελικά εκφράζουν παρακμή και διάλυση. Επίσης, μπορεί να έχουν μια παράδοξη αίσθηση ότι ο εαυτός τους «κατακρατείται» σε ένα προηγούμενο χρονικό σημείο- πριν την έναρξη της χρονιότητας του πόνου- και να θέτουν στόχους θεραπείας με βάση αυτό το σημείο, κάτι που καθιστά την όλη κατάσταση εντελώς ανάρμοστη με την πραγματικότητα.

Η θεωρία της «αυτοδιαφοροποίησης» του ατόμου στο χρόνιο πόνο : Ένα άλλο θέμα, είναι η αίσθηση της «παγίδευσης» πλευρών του εαυτού του ατόμου λόγω πόνου. Η θεωρία της «αυτοδιαφοροποίησης» του ατόμου (self discrepancy theory), διακρίνει τρία εγώ: το πραγματικό, το ιδεατό (που θα ήθελα να είμαι) και το πρέπει (που θα όφειλα να είμαι). Η διαφορά μεταξύ του πραγματικού και του ιδεατού γεννά κατάθλιψη. Η διαφορά μεταξύ του πραγματικού εγώ και του οφειλόμενου, διέγερση και άγχος. Σε μελέτες φάνηκε, ότι το μέγεθος της παγίδευσης των πλευρών του εαυτού από τον πόνο, αποτελεί από μόνο του στατιστικά προγνωστικό δείκτη κατάθλιψης. Ακόμα, πως η παγίδευση από τον πόνο πλευρών του εγώ που έχουν υψηλή αξία στην εκτίμηση του ασθενή για τον εαυτό του, οδηγεί σε μεγαλύτερη συναισθηματική εξουθένωση.^{33,34} Έτσι, στους ασθενείς που έχει μεγάλη αξία η αυτονομία τους, ακόμη και η ελάχιστη παγίδευση αυτού του χαρακτηριστικού του εαυτού τους, προκαλείται πολύ μεγαλύτερη συναισθηματική κακουχία. Το αντίστοιχο ακριβώς συμβαίνει, με κείνους που εκτιμούν

την κοινωνική αλληλεπίδραση ως εξαιρετικά σημαντικό στοιχείο τους, όταν ακριβώς αυτό το στοιχείο έχει παγιδευτεί έστω και σε μικρό βαθμό από το χρόνιο πόνο.

Επιμονή στην επίλυση του προβλήματος του πόνου : Για τους περισσότερους ασθενείς χρόνιου πόνου, η επίτευξη μελλοντικών στόχων είναι ανέφικτη. Η αδυναμία να απαλλαχθούν από τον πόνο τους, μπορεί να έχει σημαντικότερες προσωπικές και συναισθηματικές επιπτώσεις. Συνήθως επιμένουν με τη στρατηγική της «συλλογής» γιατρών, που αυξάνει βέβαια τις πιθανότητες ιατρογενών επιπλοκών. Μια άλλη στρατηγική που ακολουθούν οι ασθενείς, είναι η απομάκρυνσή τους από την ιδέα της ανακούφισης από τον πόνο και η αναζήτηση εναλλακτικών τρόπων για την επίτευξη των στόχων που έχουν θέσει για το μέλλον.

Αποδοχή του πόνου και δέσμευση Θεραπείας : Η αποδοχή του πόνου και η δέσμευση θεραπείας, έχει στόχο να βοηθήσει τον ασθενή να μάθει νέους τρόπους να ζει με τον πόνο του. Η μέθοδος αυτή, στοχεύει στην αποδοχή από τον ασθενή σκέψεων και συναισθημάτων, που στο παρελθόν τον είχαν οδηγήσει σε αντιδράσεις που δεν τον βοήθησαν. Οι μέθοδοι αποδοχής, συνδυάζονται με δουλειά πάνω σε προσωπικές αξίες, δεσμεύσεις συμπεριφοράς, στρατηγικές αλλαγής παραδοσιακών συμπεριφορών, με τελικό σκοπό μια πληρέστερη ζωή. Μια ζωή, όπου ο πόνος παύει να είναι το επίκεντρο των εγώ του ατόμου. Στις μελέτες που έγιναν βρέθηκε, ότι η αποδοχή αυτής της στρατηγικής συνδεόταν με χαμηλότερα επίπεδα αυτοπαγίδευσης λόγω πόνου.^{33,34}

Ο κοινωνικός παράγοντας του χρόνιου πόνου στην προσωπικότητα :

Ο χρόνιος πόνος έχει επίδραση στα κοινωνικά στοιχεία της ταυτότητας ενός ατόμου, δηλαδή στην ανάπτυξη της σχέσης του με άλλους και στον τρόπο που παρουσιάζεται στην κοινωνία. Εδώ υπάρχει το θέμα του «αόρατου» πόνου και του προβλήματος του να πείσει για την ύπαρξη του προβλήματός του ή να εξηγήσει κάποιες συμπεριφορές. Οι ασθενείς με χρόνια πόνο, μπορεί να χρειάζεται να καταβάλλουν μεγάλη προσπάθεια προκειμένου να εμφανίζουν φυσιολογική συμπεριφορά και να διαφυλάττουν τη δική τους αίσθηση αποτελεσματικότητας, της κοινωνικής επάρκειας όπως επίσης και της εικόνας σώματος.³⁵ Επίσης, μέσα στο οικογενειακό ή κλειστό κοινωνικό περιβάλλον είναι δυνατό να προσπαθούν να αποκρύψουν το πρόβλημά τους, προκειμένου να μην αποτελούν πρόβλημα γι αυτό.³⁵

Φύλο και πόνος : Πριν από 15 χρόνια άρχισαν οι έρευνες, που χρησιμοποίησαν λειτουργικές απεικονιστικές μεθόδους για να εντοπίσουν τις εγκεφαλικές δομές που ενεργοποιούνται με την επίδραση βλαπτικών ερεθισμάτων. Βρέθηκαν πολλές όπως ο θάλαμος, τα βασικά γάγγλια, η παρεγκεφαλίδα, η νήσος του Reil, ο πρωτεύον και δευτερεύον αισθητικός φλοιός, ο πρόσθιος φλοιός του προσαγωγίου και ο προμετωπιαίος λοβός. Από τις πάνω από 1000 αυτές έρευνες, μόνο γύρω στις 30 ερευνούν και τον παράγοντα φύλο. Με την πρώτη ματιά η έλλειψη μελετών με απεικονιστικές μεθόδους, που συσχετίζουν τον πόνο με το φύλο είναι ανεξήγητη. Ωστόσο, ανατρέχοντας στη βιβλιογραφία προκύπτει πως οι γυναίκες είναι πιο

ευαίσθητες στον πόνο, αλλά και πως είναι εκατοντάδες οι παράγοντες που επηρεάζουν την αντίληψη του πόνου σε κάθε άνθρωπο. Με τα δεδομένα λοιπόν αυτά, γίνεται κατανοητή η έλλειψη των μελετών που συσχετίζουν τον πόνο, το φύλο και την ενεργοποίηση δομών του εγκεφάλου. Είναι γνωστό και καλά τεκμηριωμένο πως πολλά κλινικά επώδυνα σύνδρομα επηρεάζουν δυσανάλογα περισσότερο τις γυναίκες.

Σύμφωνα με εργασία της Karen Berkley³⁶ τα μισά από τα 78 επώδυνα σύνδρομα που μελετήθηκαν, εμφάνιζαν προτίμηση στις γυναίκες, ενώ λιγότερο από το 1/3 στους άνδρες. Οι γυναίκες φαίνεται να είναι πιο ευαίσθητες στον πόνο, δηλ., είναι έτοιμες, να απαντήσουν με πόνο σε ένα ερέθισμα που οι άντρες μπορεί να μη θεωρήσουν επώδυνο ή με περισσότερο πόνο σένα ερέθισμα που είναι επώδυνο και για τα δύο φύλα. Έτσι συμπεραίνεται, ότι είναι περισσότερο ευαίσθητες στον πόνο και ότι αυτό μπορεί να οφείλεται σε διαφορετικές νευροψυχολογικές αντιδράσεις σε αισθητικά ερεθίσματα. Η Berkley στο άρθρο της περιγράφει τρεις δυνητικές πηγές διαφορών μεταξύ των φύλων, που μπορεί να εξηγούν τη δυσαναλογία εμφάνισης στις γυναίκες επώδυνων συνδρόμων. Πρώτον, η παρουσία του κόλπου διευκολύνει την είσοδο παθολογικών παραγόντων. Δεύτερον, η παροδική, κυκλική μεταβολή των ορμονών του γεννητικού συστήματος είναι μοναδική στις γυναίκες και τρίτον, υπάρχει ποσοτική διαφορά στις ορμόνες του γεννητικού συστήματος (οιστραδιόλη, προγεστερόνη, τεστοστερόνη), μεταξύ ανδρών και γυναικών. Εδώ μπορούμε να προσθέσουμε, τη συνεχιζόμενη πολιτισμική διαφοροποίηση μεταξύ ανδρών και γυναικών, η οποία

επηρεάζει την εμπειρία γενικά και την επώδυνη εμπειρία ειδικότερα.

Εκτός όμως από τους βιολογικούς παράγοντες (ορμόνες, ενδογενή οπιοειδή, σύνδεση με υποδοχείς οπιοειδών), πρέπει να ληφθούν υπόψη και οι ψυχολογικοί και κοινωνικοί παράγοντες. Παρόλο που οι κοινωνικοί ρόλοι δεν είναι τόσο ξεκάθαροι όσο στο παρελθόν, οι γυναίκες εξακολουθούν να φέρουν τις περισσότερες υποχρεώσεις του σπιτιού και της οικογένειας. Αυτό αναπόφευκτα οδηγεί σε υπερβολικό φόρτο εργασίας που με τη σειρά του προκαλεί μεταβολές του θυμικού και κατάθλιψη, τα οποία επιτείνουν τη σωματική εμπειρία. Περισσότεροι από τους μισούς ασθενείς με κατάθλιψη αναφέρουν και πόνο, ενώ ακόμα και ήπια συμπτώματα κατάθλιψης σχετίζονται με διπλάσια συχνότητα επώδυνων καταστάσεων, σε σχέση με το γενικό πληθυσμό.³⁸ Είναι ξεκάθαρο ότι τα δυο φύλα διαφέρουν, γεγονός, που επηρεάζει την εμπειρία του πόνου.

Απλές διαφορές στο μέγεθος του σώματος και στο πάχος του δέρματος, μπορεί να ευθύνονται για τη διαφορετική αντίδραση στο ίδιο ερέθισμα. Πιο περίπλοκες διαφορές, όπως η οργάνωση των νευρώνων και η πυκνότητα των υποδοχέων μπορεί να συμμετέχουν στη διαφορά στην ευαισθησία στον πόνο. Αν και πώς αυτές οι διαφορές εξηγούν την υψηλότερη συχνότητα κλινικών

Βιβλιογραφία

- 1) Baszanger I. Inventing pain medicine: From the Laboratory to the Clinic. Piscataway, NJ: Rutgers University Press, 1998.
- 2) O Loughlin J. Drugs interactions. Who warns the patient? CMAJ 1999; 161(2):152-153.
- 3) Pfeffer N. Theories of race, ethnicity and culture. BMJ 1998;317(7169):1381-1384.
- 4) Williams DR. Race and health: basic questions, emerging directions Ann Epidemiol 1997; 7(5)322-333.

επώδυνων συνδρόμων στις γυναίκες, παραμένει ανοικτό ερώτημα. Περισσότερες και μεγαλύτερες μελέτες παρέχουν δρόμο προς τα εμπρός. Υπάρχουν ευκαιρίες για στοχευμένες έρευνες ενδογενών αναλγητικών και μηχανισμών του εγκεφάλου, που βρίσκονται κάτω από διαφορές μεταξύ των φύλων. Πολλοί άλλοι παράγοντες, όπως ψυχολογικοί και πολιτισμικοί είναι πιθανό να επηρεάζουν τις διαφορές μεταξύ των φύλων στην εμπειρία και την έκφραση του πόνου. Ο συνδυασμός όλων των διαφορετικών παραγόντων που μπορεί να επηρεάσουν τη σχέση φύλου και πόνου, με τη χρήση της σύγχρονης τεχνολογίας παραμένει μια σημαντική πρόκληση.³⁹

Συμπέρασμα

Εξαιτίας της υποκειμενικότητάς τους, ο πόνος και η αναπηρία είναι δύσκολο να αποδειχθούν, να καταρριφθούν ή να μετρηθούν σε ικανοποιητικό βαθμό. Η απάντηση στο ερώτημα, πόσο πονά, εξαρτάται από πολλούς παράγοντες όπως κοινωνικές συνθήκες, προσδοκίες, ψυχικές διαθέσεις, αντίληψη ελέγχου κλπ. Η σωματική παθολογία είναι μόνο μία και συμμετέχει στην εμπειρία του πόνου. Είναι εξαιρετικά απίθανη η εκτίμηση του πόνου χωρίς την αξιολόγηση της αντίληψης του ατόμου. Το κεντρικό σημείο, είναι η εκτίμηση του ατόμου που αναφέρει πόνο και όχι τον πόνο αυτόν καθ'αυτόν.

- 5) Senior PA, Bhopal R. Ethnicity as a variable in epidemiological research. *BMJ* 1994; 309(6950):327-330.
- 6) Morris DB. The History of Pain. Ethnicity and Pain. Pain: Clinical Updates. IASP 2001; IX (4).
- 7) Harwood A. Ethnicity and Medical Care. Eds MA: Harvard University Press, Cambridge, 1981.
- 8) Leininger M. Transcultural Care Principles, Human Rights, and Ethical Considerations. *J Transcultural Nurs* 1991;3(1):21-23.
- 9) Spector RE. Cultural Diversity in Health and Illness, 3rd ed. Stamford, CT: Appleton & Lange, 1991.
- 10) Clark EB. Sympathy, and the Culture of Individual Rights in Antebellum America. *J Am History* 1995;82(2):463-493.
- 11) Todd KH, Deaton C, D'Adamo AP, Goe L. Ethnicity and analgesic practice *Ann Emerg Med* 2000; 35(1):11-16.
- 12) Cleeland CS, Gonin R, Hatfield AK, Edmonson JH, Blum RH, Stewart JA, Pandya KJ. Pain and its treatment in outpatients with metastatic cancer. *N Engl Med* 1994; 330(9):592-596.
- 13) Houghton IT, Aun CS, Gin T, Lau JT. Inter-ethnic differences in postoperative pethidine requirements *Anaesth Intensive Care* 1992; 20(1):52-55.
- 14) Lee A, et al. Opioid requirements and responses in Asians. *Anaesth Intensive Care* 1997;25(6):665-670.
- 15) Carragee EJ, Gin T, Oh TE. Pain control and cultural norms and expectations after closed femoral shaft fractures. *Am J Orthop* 1999;28(2):97-102.
- 16) Faucett J, Gordon N, Levine J. Differences in postoperative pain severity among four ethnic groups *J Pain Symptom Manage* 1994;9(6):383-389.
- 17) Jordan MS. Cultural Diversity and Cancer Pain *Arthritis Care Res* 1998;11(2):80-88.
- 18) Beard J. Governor's Public Health Conference: Barn Raising 2003. "What Are We Doing About Pain Management?" 2003. Διαδικτυακή σελίδα : http://www.infoweb.state.ia.us/idph/powerpoint/day_two/02_06_Beard_files/frame.htm. Ημερομηνία Πρόσβασης: 1-5-2012
- 19) Women's Health Research Center News. University of Michigan Health System, 2: 6. University of Michigan Health Topics and the National Headache Foundation 2003; Διαδικτυακή σελίδα: <http://www2.med.umich.edu/prmc/media/relarch.cfm>. Ημερομηνία Πρόσβασης: 1-5-2012.
- 20) Wager TD, Rilling JK, Smith EE, Sokolik A, Casey KL, Davidson RJ. Placebo-induced changes in fMRI in the anticipation and experience of pain. *Science* 2004;303:1162-1167.
- 21) Humphrey N. Great expectations: The evolutionary psychology of faith- healing and the placebo response. In *Psychology at the Turn of the Millennium, Volume 2: Social, Developmental and Clinical Perspectives* by Lars Backman (Editor), Claes von Hofsten (Editor). Psychology Press 2002;225-246.
- 22) Wright M, McCrea H, Stringer M, Murphy-Black T. Personal control in pain relief during labor. *J Adv Nurs* 2000;32:1168-1177.
- 23) Beecher HK. Measurement of subjective responses. Oxford University Press, New York (NY), 1959.
- 24) Price DD, Barrell JJ. Mechanisms of analgesia produced by hypnosis and placebo suggestions. *Prog Brain Res* 2000;122:255-271.
- 25) Wager TD, Rilling JK, Smith EE, Sokolik A, Casey KL, Davidson RJ. Placebo-induced changes in fMRI in the anticipation and experience of pain. *Science* 2004;303:1162-1167.
- 26) Morley S. Psychology of pain. *Br. J. Anaesth.* 2008;101(1): 25-31.
- 27) Eccleston C. Chronic pain and attention: a cognitive approach. *Br J Clin Psychol* 1994;33:356-66.
- 28) Grisart JM, Van Der Liden M. Conscious and automatic uses of memory in chronic pain patients. *Pain* 2001;94:305-13.
- 29) Grisart JM, Van Der Liden M, Masquelier E. Controlled processes and automaticity in memory functioning in fibromyalgia patients: relation with emotional distress and hypervigilance. *J Clin Exp Neuropsychol* 2002;24:994-1009.
- 30) Mayo Clinic Pain Management Center. How You Feel Pain 2002. Διαδικτυακή σελίδα : <http://www.mayoclinic.com/invoke.cfm?objectid=EC810E19-78FB-47A9-978688CAA02392A7>. Ημερομηνία Πρόσβασης: 1-5-2012.
- 31) Leary MR, Springer CA. Aversive Behaviors in Interpersonal Relationships In *Behaving Badly*, eds R. Kowalski. Washington, DC: American Psychological Association; 2001;151-175.
- 32) Vlaeyen JW, de Jong J, Geilen M, Heuts PH, van Breukelen G. Graded exposure in vivo in the treatment of pain-related fear: a replicated single-case experimental design in four patients with chronic low back pain. *Behav Res Ther* 2001;39: 151-66.
- 33) Cohen M, Jasser S, Herron P, Margolis C. Ethical perspectives: Opioid treatment of chronic pain in

- the context of addiction. *Clin J Pain* 2002;18:S99-107. Hodnett E. Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: A systematic review. *Am J Obstet Gynecol* 2002;186:S160-172.
- 34) Hodnett E. Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: A systematic review. *Am J Obstet Gynecol* 2002;186:S160-172.
- 35) Blacksher E. Hearing from pain: Using ethics to reframe, prevent, and resolve the problem of unrelieved pain. *Pain Med* 2001;2:169-175.
- 36) Berkley KJ. Sex differences in pain. *Behav Brain Sci* 1997;20:371-380.
- 37) Riley JL et al. Sex differences in the perception of noxious experimental stimuli: a metaanalysis. *Pain* 1998;74:181-187.
- 38) Ohayon MM, Schatzberg AF. Using chronic pain to predict depressive morbidity in the general population. *Arch Gen Psychiatry* 2003;60(1):39-47.
- 39) Stuart W.G. Derbyshire. Gender, Pain and the Brain. *Pain. Clinical Updates. IASP* 2008; XVI (3) :1-4.