Εννοιολογία του πόνου
Ο πόνος ως βίωμα και συμπεριφορά

ΔΗΜ. Ι. ΓΟΥΛΕΣ
Ρευματολόγος, Αθήνα

Γίνεται προσπάθεια ορισμού του πόνου αλλά και χάραξης του ευρύτερου εννοιολογικού περιεχομένου του. Ο πόνος αποτελεί δυσάρεστη αισθητική εμπειρία, χωρίς να παύει να είναι ένα απόλυτα υποκειμενικό σύμπτωμα, στερούμενο αντικειμενικής μέτρησης και εκτίμησης, ποιοτικής ή ποσοτικής. Ταξινομείται, σχηματοποιείται και περιγράφεται επαρκώς η βιωματική και η συμπεριφοριστική πλευρά του φαινομένου του πόνου, ενώ αναλύεται το "περιεχόμενό" του στα δυο συστατικά του, δηλαδή στο πρωτογενές αισθητηριακό στοιχείο και το δευτερογενές ψυχολογικό ή φυτικό στοιχείο. Τέλος, γίνεται παράλληλη συσχέτιση μεταξύ άγχους και πόνου. Ο πόνος είναι ένα υποκειμενικό σύμπτωμα, σύνθετο και πολυδιάστατο. Αποτελεί μια δυσάρεστη αισθητική εμπειρία που προειδοποιεί για υποκείμενο νόσημα, επικείμενο βιολογικό κίνδυνο και ενδεχόμενα σηματοδοτεί κατάσταση έκτακτης ανάγκης. Κατά συνέπεια είναι σημαντικός αμυντικός μηχανισμός του οργανισμού που κινητοποιεί άλλες βιολογικές λειτουργίες αποφυγής, άμυνας και διόρθωσης της ιστικής βλάβης.

Παρά το γεγονός ότι όλοι έχουμε βιώσει την εμπειρία του πόνου και εκ πρώτης όψεως δεν χρειάζονται επεξηγήσεις, παραμένει ένα πολύπλοκο βιολογικό και ψυχοσωματικό φαινόμενο που συχνά είναι δύσκολο να καθορισθεί, να επεξηγηθεί και να μετρηθεί ποσοτικά ή ποιοτικά. Η σημασία του πόνου διαφέρει ανάμεσα στους ανθρώπους και ακόμη στο ίδιο άτομο σε διαφορετικούς χρόνους.

Η πλήρης και επακριβής περιγραφή του πόνου δυσκολεύει πολλές φορές τους πάσχοντες και εξαρτάται από την εκφραστικότητα και τη νοημοσύνη του ατόμου. Η αντίληψη και η αντίδραση στον πόνο εξαρτάται και διαμορφώνεται από ποικίλους βιοψυχοκοινωνικούς παράγοντες, όπως η υποκείμενη νοσηρή διεργασία, η προσωπικότητα του αρρώστου, τα προηγούμενα βιώματα πόνου, οι συμπεριφορές του, οι πολιτιστικοί παράγοντες, οι συνθήκες ζωής του κλπ.

Ιστορικά, στο ευρύ και ποικιλόμορφο εννοιολογικό πλαίσιο του πόνου, πρέπει να επισημανθεί η στενή ετυμολογική προέλευση και η σχέση της λέξης πόνος με το ομηρικό ρήμα πένομαι (μοχθώ) και τη λατινική poena (ποινή). Η σχέση αυτή μεταγενέστερα αντανακλάται στην «ηθικά ανυψωτική αντίληψη» που επικρατεί για τον πόνο και την καταπόνηση σε διάφορες θρησκείες[1]. Εξ άλλου ο σωματικός και ο ψυχικός πόνος αποτέλεσε και αποτελεί ακόμα και σήμερα τρόπο τιμωρίας και φρονηματισμού των παιδιών και σπανιότερα των ενηλίκων.

Για πρώτη φορά στην εποχή του Ιπποκράτη συνδέθηκε άμεσα ο όρος πόνος με την έννοια της νόσου και του τραύματος, παίρνοντας ένα καθαρά νοσολογικό περιεχόμενο[1,2].

Η εννοιολογία του πόνου δεν είναι ξεκάθαρη, επειδή επηρεάζεται από ενδογενείς και εξωγενείς παράγοντες οι οποίοι έχουν αυστηρά εξατομικευμένο χαρακτήρα και ποικίλλει ανάλογα με την πλευρά από την οποία μελετάται και προσεγγίζεται. Πρόκειται για φαινόμενο πολυδιάστατο για το οποίο δεν υπάρχει αντικειμενική μέτρηση και εκτίμηση.

Έτσι η φυσιολογία θεωρεί τον πόνο ως διέγερση των περιφερικών απολήξεων (αλγοϋποδοχέων) και μελετά τη ροή αυτής της διέγερσης μέσω των νευρικών οδών.

Η βιοχημεία ενδιαφέρεται και εξετάζει τα διάφορα μόρια, νευροπεπτίδια, μεσολαβητές κλπ που σχετίζονται με τον πόνο.

Η ψυχολογία και η ψυχιατρική ασχολείται με τον ψυχογενή πόνο, τους ψυχικούς και ψυχοσωματικούς παράγοντες που παράγουν ή διαμορφώνουν τον ουδό και την ένταση του πόνου.

Η εμβιομηχανική και η εργονομία εξετάζουν τη στάση, τις κινήσεις και τις ασκούμενες δυνάμεις που προκαλούν ή επιδεινώνουν τον πόνο και τη νόσο.

Η κλινική θεραπευτική ενδιαφέρεται κυρίως για τη φύση και τη θεραπεία της παθολογοανατομικής βλάβης που ευθύνεται για τον πόνο.

Ο ασθενής τέλος έχει μια τελείως προσωπική άποψη, θεώρηση και «ερμηνεία»[1] του πόνου και αγνοεί παντελώς όλα τα ανωτέρω.[1]

Πριν επισκεφθεί τον ιατρό, το τι σημαίνει πόνος για τον ασθενή εξαρτάται από πολλούς παράγοντες οι οποίοι σχετίζονται με την πιθανή, εμφανή, βέβαια ή μη αιτία του πόνου, την εντόπιση του πόνου (π.χ. πλησίον της καρδιάς), από τις εγκυκλοπαιδικές του γνώσεις για τη νόσο, τη μόρφωση του, την προσωπικότητα του (ναρκισσιστική, σαδομαζοχιστική). Ακόμα παίζουν ρόλο οι προηγούμενες επώδυνες εμπειρίες που βίωσε ο ίδιος ή φιλικά και συγγενικά του πρόσωπα, το άμεσο περιβάλλον και η στάση που έχει ήδη οικοδομηθεί έναντι του πόνου, της ασθένειας και των αξιών της ζωής.

Όλα τα ερεθίσματα πόνου οφείλονται σε βλάβη ιστού ή διαταραχή της ομοιοστασίας του (π.χ. ισχαιμία) ή σε δυσλειτουργία οργάνου (σπασμός)[1,5,9]. Στις καταστάσεις αυτές απελευθερώνονται τοπικά ειδικές ουσίες που διεγείρουν τις νευρικές απολήξεις ή υποδοχείς πόνου, προκαλώντας την έναρξη της διαδικασίας αντίληψης του δυσάρεστου αυτού αισθήματος, το οποίο με τη μορφή ηλεκτρικής ώσης (δυναμικό ενέργειας) θα μεταφερθεί με τις νευρικές ίνες στον εγκεφαλικό φλοιό. Στις περιπτώσεις ψυχογενούς ή σωματόμορφου πόνου δεν αποδεικνύεται εμφανής οργανική βλάβη, αν και η άποψη αυτή έχει ήδη αρχίσει να αμφισβητείται. Εκφεύγει όμως του παρόντος και για περισσότερα παραπέμπουμε τους ενδιαφερόμενους στη σχετική βιβλιογραφία[3].

Όπως αναφέρθηκε ο πόνος είναι δυσάρεστο αίσθημα. Όμως υπάρχουν άτομα με σαδομαζοχιστική προσωπικότητα που αρέσκονται στον πόνο, όπως επίσης υπάρχουν δυσάρεστες αισθήσεις χωρίς να συνοδεύονται από πόνο. Ακόμα υπάρχουν άτομα που εμφανίζουν συγγενή ή επίκτητη αντοχή στον πόνο.

Η εκτίμηση της ποιότητας και της ποσότητας (μεγέθους), της διάρκειας, της έντασης και της περιοδικότητας, καθώς και των συνθηκών εμφάνισης, επιδείνωσης ή βελτίωσης του πόνου θα πρέπει να αναζητούνται, να συζητούνται και να συνεκτιμούνται.

Ορισμός του πόνου

Αρχικά δόθηκε ένας κλινικός ορισμός του πόνου που συνέδεε την αντιστοιχία πόνου (δυσάρεστης αίσθησης) και ιστικής βλάβης[5]. Επειδή υπάρχουν ψυχογενείς περιπτώσεις που δεν υφίσταται αυτή η αντικειμενική αντιστοιχία πόνου και ιστικής βλάβης, έγινε προσπάθεια κάλυψης και αυτών των καταστάσεων με πληρέστερο ορισμό που περιέχει «ως εάν»[1]. Έτσι δόθηκε ο ορισμός σύμφωνα με τον οποίο πόνος είναι μια δυσάρεστη σωματική και συναισθηματική εμπειρία προερχόμενη από πραγματική ή πιθανή ιστική βλάβη ή το ίδιο βίωμα ως εάν ή σαν να υπήρχε η ιστική βλάβη. Η συμπλήρωση του ορισμού αυτού αποτέλεσε την εννοιολογική βάση του τελικού ορισμού που δόθηκε από τη Διεθνή Εταιρεία για τη Μελέτη του Πόνου (IASP), που αποδέχεται την ισοδύναμη ύπαρξη αισθητηριακού και συναισθηματικού στοιχείου αλλά και την ύπαρξη πόνου και όταν ο ασθενής περιγράφει την εμπειρία του σαν να υπήρχε ιστική βλάβη. Δηλαδή ο πόνος μπορεί να οφείλεται μόνο σε ψυχική ή συναισθηματική διαταραχή[1,12,6]. Μάλιστα ο ψυχογενής πόνος μπορεί να κάνει το άτομο να υποφέρει το ίδιο, όπως ο οργανικός πόνος. Παράδειγμα, ο συσφυκτικός πόνος στο στήθος των γονέων που τους εγκατέλειψε ο γιος τους ή ο γιος που αιτιάται προκάρδια άλγη μετά το θάνατο του πατέρα του από ανακοπή.

Ακόμη είναι καλά γνωστό ότι διάφορα νοσήματα, όπως η στηθαγχική κρίση, εκλύονται και εξαρτώνται από την ψυχική κατάσταση του ασθενούς. Γενικά η ένταση του πόνου επηρεάζεται δραματικά από τη συναισθηματική κατάσταση. Το άγχος και ο φόβος επιτείνουν τον πόνο, ενώ η συναισθηματική αποφόρτιση ελαττώνει το άγχος και την ένταση του πόνου.

Συμπερασματικά, μπορούμε να ισχυριστούμε ότι σύμφωνα με τις κλασικές αντιλήψεις ο πόνος οφείλεται σε οργανικά αίτια ή σε ψυχικά αίτια όπως η κατάθλιψη, η σωματοποίηση και η ψύχωση. Ακόμη υπάρχει ο λεγόμενος σωματόμορφος χρόνιος πόνος, στον οποίο δεν ανευρίσκεται καμία σαφής αιτία παρά την επισταμένη αναζήτηση (με τους περιορισμούς των νεότερων προαναφερθέντων μελετών)[3].

Ο πόνος ως βίωμα
Τα δυο συστατικά του πόνου

Ως γνωστόν, ο πόνος είναι μια πολύ προσωπική υπόθεση που δύσκολα μπορεί να εκτιμηθεί από τους άλλους. Παραμένει μια δυσάρεστη αίσθηση και εμπειρία. Ασθενείς με την ίδια ιστική βλάβη βιώνουν διαφορετικά τον πόνο. Ακόμη, όπως αναφέρθηκε, υπάρχουν άτομα με ιδιάζουσα προσωπικότητα που αρέσκονται στον πόνο, όπως επίσης υπάρχουν δυσάρεστες αισθήσεις χωρίς να συνοδεύονται από πόνο.

Όπως προκύπτει από τη βίωση του, ο πόνος μπορεί να είναι εντοπισμένος, διάχυτος, επίμονος, μεταβλητός, περιοδικός ⇨

παροδικός, μεταναστευτικός, συνεχής, επιφανειακός, βαθύς, νυγμώδης, διαξιφιστικός, καυστικός, εξουθενωτικός, ισχυρός, ήπιος κ.λ.π. Μπορεί να σχετίζεται ή όχι με ανατομικά μόρια ή να αντανακλάται. Ακόμα μπορεί να συνοδεύεται από άγχος, αγωνία, κατάθλιψη κ.λ.π.

Για την καλύτερη κατανόηση του αλγούντος ασθενούς, η έννοια και ο όρος πόνος επιστημονικά χρησιμοποιείται ως να συντίθεται και να εμπεριέχει δύο συστατικά, δυο ξεχωριστές καταστάσεις ή στοιχεία, αλλά απόλυτα σχετιζόμενα μεταξύ τους.

Το πρώτο στοιχείο παράγεται κατευθείαν από το αισθητηριακό ερέθισμα των αλγοϋποδοχέων και αναφέρεται ως πρωτογενές, αισθητηριακό, οργανικό ή σωματικό. Το δεύτερο στοιχείο είναι το δευτερογενές, ψυχολογικό ή αντιδραστικό που συνιστά την ψυχολογική (συναισθηματική) αντίδραση στο οργανικό ερέθισμα ή την ιστική βλάβη και συνίσταται από άγχος, φόβο, στρες, μελαγχολία και εκδηλώσεις από τη διέγερση του φυτικού νευρικού συστήματος κ.λ.π.

Η σχηματική αυτή διάκριση αποτελεί·υπεραπλούστευση, γιατί θεωρεί ότι τα δύο στοιχεία είναι συνήθως αδύνατον να διαχωριστούν, ενώ, όπως θα δούμε παρακάτω, μπορεί να υπάρχει το ένα ανεξάρτητα από την παρουσία ή μη του άλλου.

Από την καθημερινή κλινική και ερευνητική πρακτική έχει διαπιστωθεί ότι το πρωτογενές στοιχείο και συγκεκριμένα η ένταση του πόνου σχετίζεται με την ένταση του ερεθίσματος, την ταχύτητα πρόκλησης της ιστικής βλάβης και την έκταση της.

Το δευτερογενές στοιχείο στη βίωση του πόνου εξαρτάται από ψυχολογικούς παράγοντες, χωρίς αυτό να είναι απόλυτο ή χωρίς να υπάρχει αναλογική αντιστοιχία μεταξύ της έκτασης της ιστικής βλάβης και της έντασης του αντιδραστικού στοιχείου.

Για παράδειγμα, ένας πιανίστας ή ένας ζωγράφος θα νοιώσει εντονότερο άγχος και ενδεχομένως περισσότερο πόνο αν τραυματίσει τα δάκτυλα του ή ένας δικηγόρος τη γλώσσα του[3,7].

Το δευτερογενές ή αντιδραστικό στοιχείο του πόνου μπορεί να μειωθεί με διάφορους χειρισμούς, όπως π.χ. με την απόσπαση της προσοχής, την καθησυχαστική ενημέρωση ή με placebo. Μπορεί όμως να αυξηθεί με τον εκφοβισμό καθώς και από την παρέμβαση ποικίλων παραγόντων που συναντάμε στην καθημερινή κλινική πράξη.

Πρόσφατες μελέτες έδειξαν πλαστική τροποποίηση της νευρωνικής συμπεριφοράς των οδών του πόνου, ενεργοποίηση των μηχανισμών αναλγησίας, έκκριση ενδορφινών κ.λ.π. Εξάλλου σε χειρουργικές χορδοτομές η αρχική αναλγησία παρέρχεται και σε μερικούς μήνες αναπτύσσονται δυσαισθησίες, λόγω ενεργοποίησης εφεδρικών οδών μεταφοράς του πόνου. Διάφορες χημικές ουσίες, ό-

πως οι προσταγλανδίνες και τα λευκοτριένια, ευαισθητοποιούν τους αλγοϋποδοχείς στα μηχανικά αλγογόνα ερεθίσματα ή στα χημικά (βραδυκινίνη, ισταμίνη)[9].

Η πλαστικότητα του νευρικού συστήματος οφείλεται σε ανεξιχνίαστες δομικές και μοριακές μεταβολές του ΚΝΣ που πιθανότατα καθορίζουν τη «μνήμη του πόνου» και την ευαισθησία στα επώδυνα ερεθίσματα, που διαμορφώνει νέα διαφοροποίηση της συμπεριφοράς και της έκφρασης του χρόνιου πόνου.

Τα παραπάνω καταδεικνύουν την πολυπλοκότητα του φαινομένου του πόνου, τη βιολογική και υπαρξιακή σκοπιμότητά του καθώς και τις έντονες μεταβολές στην ένταση του, που υφίσταται στον ίδιο τον οργανισμό. Παραμένει άλλωστε ανερμήνευτο γεγονός ότι ασθενείς με την ίδια ιστική βλάβη έχουν τελείως διαφορετική ένταση πόνου.

Ο πόνος ως συμπειφορά
Παράγοντες συμπεριφοράς πόνου

Η αδρή αντίληψη του πόνου γίνεται στο θάλαμο, ενώ η σαφής ποιοτική αντίληψη του στο φλοιό (βρεγματικός λοβός).

Οι αντιδράσεις (συμπεριφορά) στον πόνο, η ανεκτικότητα, ο βαθμός αναπηρίας και η ανάγκη θεραπείας εξαρτώνται και καθορίζονται, εκτός από το βαθμό της ιστικής βλάβης, από την ψυχική διάθεση του ατόμου, από την προσωπικότητα, από πολιτιστικούς παράγοντες, την προπαιδεία και από τον ουδό του πόνου.

Οι γυναίκες και τα εσωστρεφή άτομα φαίνεται να έχουν υψηλότερο ουδό πόνου, ο οποίος αυξάνεται με την ηλικία, όπως και στα δεξιόχειρα άτομα είναι μεγαλύτερος στην επικρατούσα πλευρά. Ο φόβος και το άγχος μειώνουν τον ουδό πόνου. Οι ασθενείς με σωματόμορφο χρόνιο πόνο εντοπίζουν συχνότερα τα συμπτώματα στην αριστερή πλευρά του σώματος.

Όλοι οι παράγοντες που μπορούν να μεταβάλουν την αίσθηση του πόνου θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη κατά τη θεραπευτική και διαγνωστική προσέγγιση.

Έτσι υπάρχουν άτομα που υποφέρουν μόνιμα από ασήμαντες βλάβες και από «φυσιολογικούς» πόνους, ενώ άλλα αγνοούν ακόμη και τον πόνο που προκαλείται από βαριά νοσήματα ή τραύματα. Χαρακτηριστικό είναι το παράδειγμα στρατιωτών με εκτεταμένα τραύματα που έλεγαν ότι δεν αισθάνονται πόνο και τα 2/3 απ' αυτούς δεν δέχονταν φαρμακευτική αγωγή[8].

Προσδιορισμός της συμπεριφοράς του πόνου

Όπως προαναφέρθηκε, ο πόνος είναι πολύ προσωπική υπόθεση για τον καθένα και όπως λέγεται είναι πολύ δύσκολο να «καταλάβεις τον πόνο του άλλου». Παραμένει στενά ένα υποκειμενικό και αναφερόμενο σύμπτωμα χωρίς αντικειμενική σημειολογία, εκτός από τη συμπεριφορά του πόνου.

Ο τρόπος με τον οποίο αντιλαμβανόμαστε και εκτιμούμε την πληροφορία του πόνου του ασθενούς προκύπτει από τη συμπεριφορά και τις αντιδράσεις του. Αυτές σηματοδοτούν και ενημερώνουν το περιβάλλον για την οξύτητα, την εντόπιση, την ποιότητα του πόνου, την ανάγκη επείγουσας βοηθείας κ.λ.π.

Από την άλλη πλευρά ο ασθενής ξέρει ότι για να κάνει «φανερό» τον πόνο του πρέπει να εμφανίζει ορισμένες συμπεριφορές που σηματοδοτούν τον πόνο. Το πώς θα ανταποκριθεί το περιβάλλον στα σήματα αυτά μπορεί να καθορίσει τη μελλοντική αντίδραση του ασθενούς. Αποτελεί το πλαίσιο για εμπεδωμένες συμπεριφορές, υπό την έννοια ότι η δυναμική αλληλεπίδραση περιβάλλοντος και ατόμου θα επανατροφοδοτήσουν και θα επανακαθορίσουν τη συμπεριφορισπκή πορεία του ασθενούς.

Η διαμόρφωση της συμπεριφοράς του πόνου είναι εκείνη που θα προσδιορίσει το είδος της θεραπευτικής αγωγής, τη στάση του οικογενειακού περιβάλλοντος, τη χορήγηση αναρρωτικής αδείας κ.λ.π.

Με βάση τα βιβλιογραφικά δεδομένα και την προσωπική άποψη του γράφοντος η συμπεριφορά πόνου μπορεί να ταξινομηθεί σχηματικά σε διάφορους τύπους ή να χαρακτηρισθεί ως:

1. Λεκτική συμπεριφορά πόνου

Λεκτική εννοούμε τη συμπεριφορά κατά την οποία ο ασθενής με λόγια περιγράφει τα χαρακτηριστικά του πόνου και αποτελεί το κύριο μέσο μετάδοσης της πληροφορίας του πόνου. Η πλήρης και επακριβής περιγραφή του πόνου δυσκολεύει πολλές φορές τους πάσχοντες και εξαρτάται από την εκφραστικότητα,·το πλούσιο λεξιλόγιο, την αυτοπαρατηρητικότητα και τη νοημοσύνη του ατόμου. Ακόμη εξαρτάται από πολλούς παράγοντες υποκειμενικούς, μορφωτικούς, περιβαλλοντικούς κ.λ.π.Το ύφος, η ένταση και οι αποχρώσεις του λόγου είναι καθοριστικά στοιχεία του επιπέδου του πόνου και της εκπεμπόμενης πειστικότητας, αποτελούν δε πρωτεύοντα δομικά στοιχεία της επώδυνης συμπεριφοράς.

2. Σωματική συμπεριφορά πόνου

Στην περίπτωση αυτή ο ασθενής δηλώνει ότι πονάει χωρίς λόγια. Το επιβεβαιώνει με τη σωματική συμπεριφορά, την οποία εκφράζει και ολοκληρώνει με μορφασμούς, κραυγές, βογκητά, δυσκινησία, χωλότητα, συσπάσεις, κλινοστατισμό, θερμοφόρες, εντριβές, λήψεις φαρμάκων, θεραπείες, αναρρωτικές άδειες, ελάττωση κοινωνικής και επαγγελματικής δραστηριότητας κ.λ.π.

3. Συμπεριφορά οξέος πόνου

Ο οξύς πόνος, όπως λέγεται, «δύσκολα κρύβεται». Χαρακτηρίζεται από έντονη έως δραματική συμπτωματολογία και θορυβώδη συμπεριφορά, όπως κραυγές, βογκητά, ειδικές στάσεις και επίκληση άμεσης ιατρικής βοηθείας. Ο ασθενής συνήθως αισθάνεται ότι απειλείται η ζωή του και η σωματική του ακεραιότητα. Είναι κατά κανόνα οργανικής αιτιολογίας, αλλά συνυπάρχει έντονα το αντιδραστικό ψυχολογικό στοιχείο με φυτική διέγερση (αγωνία, φόβος, ιδρώτες, ταχυκαρδία, υπέρταση). Με την πάροδο των ημερών τα συμπτώματα κοπάζουν, ο ασθενής εφησυχάζει και η συμπεριφορά του πόνου μετριάζεται ακόμα και σε στιγμές αύξησης της έντασης του πόνου. Αυτό οφείλεται στην ενημέρωση για τον πόνο του, στην ανάπτυξη ενδογενών προσαρμοστικών μηχανισμών αναλγησίας, στον «οφειλόμενο» σεβασμό του περιβάλλοντος και στη μη παροχή φροντίδας από τους άλλους.

4. Συμπεριφορά χρόνιου πόνου

Η συμπεριφορά του χρόνιου πόνου είναι τελείως διαφορετική από του οξέος. Χαρακτηρίζεται από μετριοπάθεια και αυτοσυγκράτηση με την οποία ο πάσχων προσπαθεί περισσότερο με λεκτικά και λιγότερο με εξωλεκτικά (σωματικά) στοιχεία να περιγράψει και να πείσει για το χρόνιο επώδυνο δράμα του. Παρά τις έντονες αιτιάσεις εμφανίζει συχνά αδυναμία να εντοπίσει και να περιγράψει με σαφήνεια τον πόνο του, τον οποίο εκφράζει με αϋπνία, άγχος, κατάθλιψη, επιθετικότητα, παραμονή στο κρεβάτι, εύκολη κόπωση, μειωμένη σωματική, ψυχολογική και επαγγελματική απόδοση, άδειες κ.λ.π. Αντίθετα με τον οξύ πόνο, δεν εμφανίζει σημεία δραστηριότητας του αυτόνομου νευρικού συστήματος, όπως ιδρώτες, μυδρίαση, ταχυκαρδία, ωχρότητα κ.λ.π. Πολλές φορές η έλλειψη εμφανών σωματικών συμπτωμάτων ή αναπηρίας, η αδυναμία ανεύρεσης αιτίας και η παρατεταμένη διάρκεια του χρόνιου πόνου εγείρει αμφιβολία και δυσπιστία. Είναι άλλωστε γνωστό ότι αυτοί που υποφέρουν από χρόνιους πόνους και μάλιστα οι ηλικιωμένοι συχνά αμφισβητούνται από το περιβάλλον τους. Έτσι αισθάνονται υποχρεωμένοι κάθε φορά να «αποδείξουν» ότι πονάνε. Ο ασθενής συνεχίζει να αναζητά την αιτία του πόνου και τη λύση του αινίγματος του, υποβαλλόμενος σε ατελείωτες σειρές εξετάσεων, στοιβάδες συνταγών και φάρμακων και ακολουθώντας μη ιατρικές μεθόδους. Συχνά δεν εντοπίζεται οργανική αιτία για τα συμπτώματα του ή εάν εντοπισθεί ο πόνος του δεν είναι απόλυτα και αναλογικά συμβατός με τη βλάβη. Αρκετές φορές στο χρόνιο πόνο συμβαίνει να μην μπορεί να δοθεί καμία ιατρική εξήγηση παρά τον επισταμένο παρακλινικό έλεγχο. Η παραπομπή του ασθενούς στον ψυχίατρο μπορεί να είναι επικίνδυνο γεγονός. Κατά κανόνα το εκλαμβάνει ως απόρριψη, αντιδρά που δεν έγινε πιστευτός για τα συμπτώματα του και δεν δέχεται την «Ταμπέλα του τρελού».

5. Εμπεδωμένη ή μαθημένη συμπεριφορά πόνου

Η παρατεταμένη διάρκεια του πόνου δίνει την ευκαιρία για εγκατάσταση συνηθειών και εμπέδωση της συμπεριφοράς. Όταν εγκατασταθεί χρόνιος πόνος, τότε ο βαθμός της συμπεριφοράς πόνου έχει μικρή ή ουδεμία άμεση σχέση με την παθολογική αιτία. Γενικά, η συμπεριφορά του πόνου υπόκειται στους νόμους και τις αρχές που διέπουν τη μάθηση και μάλιστα την κλασική (Pavlov) και την επεμβατική (Skinner)[3,4].

Η αντίληψη του πόνου είναι μια δυναμική διαδικασία που αλληλεπιδρά μεταξύ του ατόμου και του περιβάλλοντος με τη διαμεσολάβηση των γνωσιακών διεργασιών της αίσθησης, αντίληψης, μάθησης, μνήμης, προσοχής, του συναισθηματικού φορτίου και της αυτόματης γνωσιολογικής αξιολόγησης.

6. Συγκεκαλυμμένη συμπεριφορά πόνου

Η συγκεκαλυμμένη ή ασυμπτωματική συμπεριφορά του πόνου αφορά μια ιδιόμορφη, ετερογενή και ευρέως φάσματος κατηγορία ασθενών που συναντάμε στην κλινική πράξη, οι οποίοι για διαφόρους λόγους ισχυρίζονται, υποκρίνονται ή πιστεύουν ότι δεν αλγούν. Τέτοιες περιπτώσεις είναι οι λεγόμενοι «περήφανοι» ή «ήρωες» που δεν σκύβουν εύκολα και δεν θέλουν συμπόνια, για να μην τρωθεί το γόντρο τους. Εδώ ακόμα ανήκουν άτομα με συγγενώς υψηλό ουδό πόνου, στρατιώτες με πολεμικά τραύματα που δεν αλγούν και δεν δέχονται φαρμακευτική αγωγή, οι ανάστενάρηδες, οι θρησκευτικοί και πολιτικοί κρατούμενοι υποβαλλόμενοι σε μαρτύρια, η αντοχή των οποίων επιβραβεύεται ηθικά και αποδεικνύεται ιστορικά.

7. Υποκριτική συμπεριφορά ή προσποίηση πόνου

Υποψίες για προσποίηση νόσου εγείρονται όταν το άτομο συνειδητά ανάφέρει την παρουσία ψευδών, υπερβολικών και ιατρικά αδικαιολογήτων πόνων, χωρίς ανατομική κατανομή. Ταυτόχρονα ο ψευδολόγος δεν συνεργάζεται με τον ιατρό στην εφαρμογή διαγνωστικής και θεραπευτικής αγωγής ή αποβλέπει σε δευτερεύον κέρδος μετά από εργατικό ή τροχαίο ατύχημα (νεύρωση αποζημίωσης). Η κατάσταση αυτή δεν ανταποκρίνεται σε θεραπείες, ενώ εφαρμόζονται δοκιμασίες placebo. Εδώ θα πρέπει να εντάξουμε και το γνωστό σύνδρομο Munhausen, κατά το οποίο ο ασθενής προβάλλει φανταστικά συμπτώματα, επιδιώκοντας τη νοσηλεία του.

Άγχος και πονος

Υπάρχουν πάρα πολλά κοινά σημεία και ομοιότητες μεταξύ άγχους και πόνου (και κατάθλιψης) τα οποία αξίζει να αναφερθούν. Κατ' αρχήν και οι δύο καταστάσεις ανήκουν

στο αμυντικό και προειδοποιητικό σύστημα του οργανισμού που τον θέτει σε εγρήγορση και ετοιμότητα για άμυνα, ότι κάτι κακό θα συμβεί.

Το άγχος και ο πόνος συχνά συνυπάρχουν και έχουν παρόμοια σωματικά και ψυχολογικά συμπτώματα. Στην οξεία φάση και τα δύο χαρακτηρίζονται από σωματικά σημεία διέγερσης του συμπαθητικού όπως ωχρότητα, ιδρώτες, ταχυκαρδία, υπέρταση κ.λ.π. Ο οξύς πόνος συνοδεύεται επίσης από άγχος, ανησυχία, φόβο και αίσθημα επαπειλούμενης καταστροφής. Στη χρόνια φάση και τα δύο είναι βασικές αιτίες δυστυχίας, έλλειψης προσαρμογής, μειωμένης δραστηριότητας και κατάθλιψης. Το άγχος και η αύξηση του επιδεινώνει τον πόνο και το αντίστροφο. Η ελάττωση του ενός επιδρά ευεργετικά στο άλλο. Τα αγχολυτικά, τα οπιοειδή, τα αντικαταθλιπτικά, η βιοανάδραση και η μυοχάλαση ωφελούν συνήθως και τις δύο καταστάσεις.

Βιβλιογραφία

1. Σολδάτος Κ. Πόνος: κλινικές εικόνες και αντιμετώπιση. Κλινικά φροντιστήρια, Ιατρική Εταιρεία Αθηνών. Αθήνα 1991; σελ 7-16.
2. IASP Subcommitte on taxonomy: Pain terms: A list with definitions and notes on usage. Pain 1979; 6:249-252.
3. Skevington MS. Psychology of pain. Wiley, London,1995.
4. Skinner J, Erskine A, Pearce S et al. The evaluation of a cognitive behavioural treatment programme in outpatients with chronic pain. J Psychosom Res 1990; 34:13-19.
5. Mersky H, Spear F. Pain: Psychological and Psychiatric aspects. Williams and Wilkins. Baltimore, 1967.
6. Σολδάτος Κ, Σακκάς Π και Μπεργιαννάκη Ι. Ψυχολογικές αντιδράσεις του καρκινοπαθούς και η επικοινωνία γιατρού - ασθενούς. Ελλην Ογκολογία 1986; 22:96-102.
7. Hackett T, Bouckoms A. The pain patient. Evaluation and Treatment. In Hackett T, Cassem N (Eds): Handbook of General Hospital Psychiatry. PSG Publ. Co. Littleton Mass. 1987; pp 42-68.
8. Beecher HK. Relation of significance of wound to pain experienced. JAMA 1956; 161:1609-1613.
9. Γούλες Α και Γούλες Δ. Νευρωνική και Νευροφυσιολογική Βάση του πόνου. Υπό εκτύπωση. (6λ. κεφ. 14)
10. Kirkaldy-Willis, W. H.: Managing Low Back Pain. New York, Churchill Livingstone, 1983.

10