Η σύγχρονη βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση του χρόνιου νευροπαθητικού πόνου, από την πλευρά των νοσηλευτών.

Αναστάσιος Τζεναλής
RN, MSc, PhD, ΜΕΘ, Γ.Ν.Θ «Παπαγεωργίου»

Ο χρόνιος νευροπαθητικός πόνος είναι μια πολύ διαδεδομένη διαταραχή και η διαχείρισή του αποτελεί πρόκληση για τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης παγκοσμίως. Το σοβαρό αυτό πρόβλημα υγείας συναντάται περισσότερο στις βιομηχανικές χώρες, με επιπολασμό περίπου 35% στο γενικό πληθυσμό (Bergman, 2008). Άλλωστε, ο χρόνιος νευροπαθητικός πόνος στη σπονδυλική στήλη με όλες τις επιπλοκές του αποτελεί την πιο κοινή αιτία μακροχρόνιας αναπηρίας του ενεργού πληθυσμού με ένα ισόβιο επιπολασμό 40% έως 80% και με 2% έως 7% των περιπτώσεων να εμφανίζουν χρόνια προβλήματα. (Moradi et al 2012, Cohlmann, 2013).

Η σύγχρονη προσέγγιση στο χρόνιο νευροπαθητικό πόνο περιλαμβάνει ένα συνδυασμό θεραπειών: φαρμακευτική θεραπεία, ψυχολογική θεραπεία, θεραπεία αποκατάστασης, αναισθησιολογική θεραπεία, νευρολογική θεραπεία, χειρουργική θεραπεία, αλλαγές στον τρόπο ζωής, καθώς και μεθόδους της συμπληρωματικής και εναλλακτικής ιατρικής (Dureja 2006). Στις μέρες μας, επικρατεί η παραδοχή ενός νέου βιοψυχοκοινωνικού θεραπευτικού μοντέλου, σύμφωνα με το οποίο ο χρόνιος πόνος αποτελείται από τρείς ισοδύναμες συνιστώσες: την αισθητική, την συναισθηματική και τη συνειδητή εκτίμηση (Gatchel 2005). Ενώ το βιολογικό μοντέλο εστιάζει στην ασθένεια, η οποία αναγνωρίζεται ως ένα αντικειμενικό και αποδιοργανωτικό για τον ανθρώπινο οργανισμό γεγονός, που οφείλεται σε παθοφυσιολογικές και ανατομικές σωματικές αλλαγές, το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο είναι ανθρωποκεντρικό και χωρίζεται σε τρείς διαστάσεις: α) τη βιολογική-αισθητική διάσταση που αναφέρεται στην φυσική κατάσταση του ασθενούς, β) την ψυχολογική-συναισθηματική διάσταση που αναφέρεται στους εσωτερικούς παράγοντες που δύναται να επηρεάσουν τη λειτουργικότητα του ασθενή και γ) την κοινωνική-συνειδητή διάσταση που αναφέρεται στη ικανότητα του κοινωνικού πλαισίου του ασθενούς να επηρεάσει την εξέλιξη της ασθένειας. (Mechanic 1986; Victor & Richeimer 2003, Schecter & Nordin 2009)

Το παραπάνω μοντέλο αν και αναγνωρίσθηκε παλαιότερα, ωστόσο, ενεργοποιήθηκε πρόσφατα ως διαγνωστικό εργαλείο, αλλά και ως εργαλείο διαχείρισης του πόνου, με σκοπό να αναγνωριστεί ορθά από τους επαγγελματίες υγείας η πολυδιάστατη φύση του πόνου (Disorbio et al 2006, Jull 2009, Jull & Sterling 2009). Σύμφωνα με την παραπάνω αποδοχή, διατηρείται η βιοιατρική-βιολογική πλευρά του χρόνιου πόνου, αλλά προστίθεται ο ρόλος των ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων που μπορούν να επηρεάσουν την ιδία αντίληψη του πόνου στον κάθε ασθενή ξεχωριστά και να προκαλέσουν συναισθηματική αντίδραση και περιορισμό της λειτουργικότητας (Nicholas 2008). Το τρισδιάστατο αυτό μοντέλο υποστηρίζει πως η ανταπόκριση της συμπεριφοράς του εκάστοτε πάσχοντα που βιώνει νευροπαθητικό πόνο, επηρεάζεται από κοινωνικές και περιβαλλοντικές μεταβλητές, ενώ ταυτόχρονα αναδεικνύει πως ψυχολογικοί και κοινωνικοί παράγοντες δύναται να επηρεάσουν φυσιολογικές λειτουργίες, όπως είναι η παραγωγή ορμονών, η κινητικότητα στο αυτόνομο νευρικό σύστημα και η φυσική δυσλειτουργία (Nicholas 2008).

Πολλές έρευνες έχον δείξει πως ο επίμονος πόνος σε σημεία της σπονδυλικής στήλης, μπορεί να αλλάξει ακόμη και τη μορφολογία του εγκεφάλου με μείωση του όγκου της φαιάς ουσίας στην προμετωπιαία περιοχή και το θάλαμο (Apkarian et al., 2004). Σύμφωνα με τη βιολογική και ιατρική θεώρηση του χρόνιου πόνου η ιατρική ομάδα επικεντρώνεται παραδοσιακά στην εκτίμηση της φυσικής βάσης του πόνου που αποτελείται από την κλινική εξέταση, τη διάγνωση, τη θεραπεία και την αξιολόγηση της θεραπείας. Ωστόσο, ακόμα και όταν τα φάρμακα και οι επεμβατικές διαδικασίες μειώσουν αποτελεσματικά τον πόνο, συχνά δεν παράγουν ταυτόχρονη βελτίωση της φυσικής και συναισθηματικής λειτουργίας των ασθενών (Turk et al 2008).

Οι ψυχολογικές προσεγγίσεις για τη διαχείριση του χρόνιου πόνου άρχισαν να κερδίζουν δημοτικότητα στα τέλη του 1960 με την εμφάνιση της θεωρίας του Melzack και Wall με την ονομασία «πύλη ελέγχου του πόνου »(«gate control theory») και την επακόλουθη θεωρία «neuromatrix» (Melzack & Wall 1965, Melxack 1999). Οι παραπάνω θεωρίες υποθέτουν ότι οι ψυχοκοινωνικές και φυσιολογικές διεργασίες αλληλεπιδρούν για να επηρεάσουν την αντίληψη του πόνου γενικότερα.

Οι ψυχολογικοί παράγοντες περιλαμβάνουν τις συναισθηματικές συνιστώσες του πόνου: κατάθλιψη, άγχος και θυμό. Τα παραπάνω συμπτώματα δύναται να διεγείρουν το αυτόματο νευρικό σύστημα το οποίο με τη σειρά του θα οδηγηθεί σε μία αλυσιδωτή αντίδραση και θα εκκρίνει αδρεναλίνη και νοραδρεναλίνη. Αυτές οι ουσίες δρώντας πάνω σε τραυματισμένους ή ερεθισμένους νευρώνες θα αυξήσουν τον πόνο. Αρνητικές σκέψεις όπως οι αυτοκαταστροφικές τάσεις του ασθενή, μη ρεαλιστικοί στόχοι που προσμένει από την θεραπεία του, έλλειψη αυτοπεποίθησης, οδηγούν σε αναποτελεσματική θεραπευτική παρέμβαση και αύξηση των επιπέδων του πόνου. Ως αποτέλεσμα, είναι η πυροδότηση μιας εσωτερικής διεργασίας ενεργοποίησης του συμπαθητικού νευρικού συστήματος με αύξηση του μυϊκού τόνου και των μυϊκών σπασμών και επομένως του πόνου που ο ίδιος βιώνει (Victor & Richeimer 2003).

Επιπλέον, οι κοινωνικές μεταβλητές επηρεάζουν την εμπειρία του πόνου σε ατομικό επίπεδο, διότι υπάρχουν ενδείξεις ότι ο ασθενής μπορεί να οδηγηθεί σε έξαρση του πόνου, σε συμπεριφορές και εμπειρίες που αντλήθηκαν μέσω αλληλεπιδράσεων με το περιβάλλον (Νικολάου 2008). Οι παράγοντες της κοινωνικής μάθησης διαπραγματεύονται τις στάσεις και τις απόψεις για την υγεία και τον πόνο, όπως και τις αντιδράσεις του εκάστοτε ασθενή απέναντι στον τραυματισμό και την ασθένεια που διδάσκεται από το ίδιο του το κοινωνικό περιβάλλον, όπως είναι η οικογένεια η το σχολικό περιβάλλον και που καθορίζουν σε μεγάλο βαθμό αν θα αγνοήσουν η θα μεγιστοποιήσουν τα σωματικά τους συμπτώματα. Σε παλιότερες έρευνες έχει διαπιστωθεί πως παιδιά που προέρχονται από γονείς με χρόνιο πόνο έχουν την τάση να εμφανίζουν μικρότερο βαθμό ελέγχου της υγείας τους (Richard 1985).

Διαμέσου της συμβουλευτικής επιστήμης, υπάρχουν πέντε αλληλένδετες συνιστώσες που απαρτίζουν την διαχείριση του χρόνιου νευροπαθητικού πόνου από ψυχοκοινωνική άποψη: *α) Η εκπαίδευση των ασθενών.* Ο στόχος της εκπαίδευσης των ασθενών είναι να αποκαταστήσει την χαμένη αίσθηση της αυτο-αποτελεσματικότητας του ασθενή και να ενδυναμώσει τις γνώσεις του (Victor & Richeimer 2003, Disorbio et al 2006; Turk et al 2008). *β) Η Γνωστική-συμπεριφορική θεραπεία.* Αυτή η θεραπεία αποτελείται από μία ευρεία γκάμα τεχνικών όπως συμπεριφοριστικά πειράματα, αμφισβήτηση σκέψεων, διακοπή αρνητικών σκέψεων, που στόχο έχουν να αλλάξουν τον τρόπο σκέψης του ασθενή και κατ' επέκταση την συμπεριφορά του. (Linton et al 2005, Merlijn et al 2005, Kroner-Herwing 2009). *γ) Οι ασκήσεις χαλάρωσης και η βιοανάδραση.* Οι στόχοι της εκπαίδευσης χαλάρωσης περιλαμβάνουν μείωση του δυσπροσαρμοστικών νευρομυϊκών συμπεριφορών και η επανάκτηση του αυτοελέγχου του ασθενή, δίνοντας του τη δυνατότητα της αυτόματης χαλάρωσης κάθε φορά που αυτός θεωρεί ότι την χρειάζεται. Η βιοανάδραση αναφέρεται στη όργανα που μπορούν να χρησιμοποιηθούν σε συνδυασμό με την χαλάρωση και τη συμβουλευτική τα οποία καταγράφουν την βελτίωση του ασθενή (Victor & Richeimer 2003, Dureja 2006, Turk et al 2008). *δ) Η ενεργός προσαρμογή* η οποία επικεντρώνεται στις πτυχές του περιβάλλοντος και του τρόπου ζωής των ασθενών «life style», που έχουν τη δυνατότητα να υποστηρίξουν ή όχι τη διαδικασία της θεραπευτικής άσκησης στο χρόνιο αυχενικό πόνο (Bergman, 2008. Nicholas 2008, Albaladejo et al 2010). *ε) Η παρακινησιακή συνέντευξη* «motivational interviewing». Το είδος αυτό της συνέντευξης χρησιμοποιείται ευρέως στους ασθενείς με χρόνιο μυοσκελετικό πόνο και σκοπό έχει να αναδείξει και να ενισχύσει τα εσωτερικά κίνητρα που μπορεί να έχει ένας ασθενής προκειμένου να δεσμευτεί να αλλάξει αυτό που τον ενοχλεί στην καθημερινότητα του (Jensen et al 2003, Kerns & Habib 2004).

Είναι ευρέως γνωστός ο σκοπός της Νοσηλευτικής Επιστήμης που έχει να κάνει με την πρόληψη, τη θεραπεία, την νοσηλεία, την αντιμετώπιση οξέων καταστάσεων, με στόχο την ίαση, την εξάλειψη παραγόντων που απειλούν την ζωή. Ο νοσηλευτικός ρόλος λοιπόν, αναδεικνύεται ως μια σύγχρονη πρόκληση στην αντιμετώπιση του χρόνιου νευροπαθητικού πόνου, καθώς οι νοσηλευτές είναι εκείνοι οι επαγγελματίες υγείας που βρίσκονται στην κατάλληλη θέση, σε όλα τα στάδια της υγειονομικής περίθαλψης (πρωτοβάθμια δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια), προκειμένου να διερευνήσουν τις φυσιολογικές, ψυχολογικές, κοινωνικές και συναισθηματικές εμπειρίες του πόνου κάθε ασθενούς. Ωστόσο, για να πραγματοποιηθεί αυτό θα πρέπει να αναπτύξουν την κατάλληλη θεραπευτική σχέση με τους ασθενείς και να αποκτήσουν τις γνώσεις και την εμπειρία της διαχείρισης του χρόνιου πόνου. Αυτό επιτυγχάνεται μέσω της χρήσης κατάλληλων εργαλείων αξιολόγησης του πόνου, της αποτελεσματικής επικοινωνίας με τους ασθενείς, αλλά και της εποικοδομητικής επικοινωνίας με την εκάστοτε διεπιστημονική ομάδα διαχείρισης του πόνου. Ο νοσηλευτής που ασχολείται με τον πόνο, θα πρέπει να είναι καταρτισμένος ώστε να εκπαιδεύει κατάλληλα τους ασθενείς στη διαχείριση του πόνου τους, να γνωρίζει τεχνικές χαλάρωσης, στρατηγικές εποικοδομητικού ύπνου και ενίσχυσης της ευεξίας τους. Ωστόσο, ο εξειδικευμένος στην αντιμετώπιση του χρόνιου νευροπαθητικού πόνου νοσηλευτής δεν πρέπει και δεν δύναται να εργάζεται μόνος του αλλά να αποτελεί σημαντικό μέλος μιας ευρύτερης διεπιστημονικής ομάδας που μπορεί να περιλαμβάνει γιατρούς, ψυχολόγους, φυσιοθεραπευτές, εργοθεραπευτές και επισκέπτες υγείας.

Σήμερα, *ο νοσηλευτής αποκατάστασης* είναι ένα από τα άτομα που διαχειρίζονται τον πόνο στις νοσηλευτικές δομές της χώρας. Η νοσηλευτική αποκατάστασης είναι η επιστήμη της υποστήριξης, με όποια έννοια μπορεί να περικλείει ο όρος, που έχει ως κύριο στόχο να υποστηρίζει ολιστικά τους ανθρώπους με ιδιαίτερες ικανότητες έτσι ώστε να ανταπεξέρχονται στις ανάγκες και στις απαιτήσεις των νέων συνθηκών της ζωής τους (Παπαστογιαννίδου 2015). Ο στόχος της νοσηλευτικής αποκατάστασης είναι να βοηθήσει τα άτομα με αναπηρία ή / και χρόνιες ασθένειες, όπως είναι ο χρόνιος νευροπαθητικός πόνος, να επιτύχουν και να διατηρήσουν τη μέγιστη λειτουργικότητά τους στην καθημερινότητά τους. Ο νοσηλευτής λειτουργεί ως «διευκολυντής» στην προσαρμογή των ασθενών σε ένα διαφορετικό τρόπο ζωής, παρέχοντας ταυτόχρονα ένα θεραπευτικό

περιβάλλον για τον πάσχοντα και την ανάπτυξη της οικογένειάς του, σχεδιάζοντας και υλοποιώντας στρατηγικές θεραπείας που βασίζονται στην επιστημονική νοσηλευτική θεωρία, προάγοντας τη σωματική, ψυχοκοινωνική και πνευματική υγεία μέσα από το πρίσμα της «βιοψυχοκοινωνικής» θεώρησης.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Albaladejo C., Kovacs F., Royuela A., del Pino R. & Zamora J.(2010). The Efficacy of a Short Education Program & a Short Physiotherapy Program for Treating Low Back Pain in Primary Care. A Cluster Randomized Trial. *SPINE*, 35(5),483–496.

Chao Ma., Szeto G., Yan T., Wu S., Lin C. & Li, L. (2011). Comparing Biofeedback With Active Exercise and Passive Treatment for the Management of Work-Related Neck and Shoulder Pain: A Randomized Controlled Trial. *Arches of Physical Medical Rehabilitation*, 92.

Dedering A., Halvorsen M., Cleland J., Svensson M. & Peolsson A. (2014). Neck-specific training with a cognitive behavioural approach compared with prescribed physical activity in patients with cervical radiculopathy: a protocol of a prospective randomised clinical trial. *Bio-Med-Central Musculoskeletal Disorders*, 15,274

Dufour N., Thamsborg G., Oefeldt A., Lundsgaard C. & Stender S.(2010). Treatment of chronic low back pain: a randomized, clinical trial comparing group-based multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation and intensive individual therapist-assisted back muscle strengthening exercises. *Spine*, 1;35(5),469-76.

Gustvanson C., Denison E., & Kock L. (2010). Self management of persistent neck pain: a randomized controlled trial of a multi-component group intervention on primary health care. *European Journal of Pain*, 14(6)630e1-630e11.

Hansen I., Søgaard K., Christensen R., Thomsen B., Mannich, C. & Kristensen BJ. (2011). Neck exercises, physical and cognitive behavioral-graded activity as a treatment for adult whiplash patients with chronic neck pain: Design of a randomized controlled trial. *Bio-Medical-Central Musculoskeletal Disorders*, 12,274

Καραμήτρη Ι. (2015). Ο νοσηλευτής στα κέντρα ιατρικής και φυσικής αποκατάστασης. *Περιοδικό Ελληνικής Νοσηλευτικής Επιστήμης*, 8(3):3-5

Kılınç H., Harput G., Baltacı G., & İnal İnce D. (2014). Short Term Effects of Mobilization Techniques on Neck Pain and Deep Neck Flexor Muscle Endurance inPatients with Mechanical Chronic Neck Pain. *Orthopedic Journal of Sports Medicine*, 2(3).

Kohlmann T. (2013). Muskuloskeletal pain in the population. *Schmerz*, 17,405-411

Misailidou V., Malliou P., Beneka A., Karagiannidis A. & Godolias G. (2010). Assessment of patient with neck pain: a review of definitions, selection criteria and measurements tools. *Journal of Chiropractic Medicine*, 9, 49-59.

Mundal I., Gråwe R., Bjørngaard J., Linaker O. & Fors E. (2014). Psychosocial factors and risk of chronic widespread pain: An 11-year follow-up study. *PAIN*, 155, 1555–1561

Pincus T., Kent P., Bronfort G., Loisel P., Pransky G., & Hartvigsen J. (2013). Twenty-five years with the biopsychosocial model of low back pain-is it time to celebrate? A report from the twelfth international forum for primary care research on low back pain. *Spine*, 15;38(24),2118-23.