

# Γνωστικά μοντέλα αντιμετώπισης του χρόνιου πόνου

[Θρησκεία](#) / [Βιοηθική](#) / [Ιατρική - Βιολογία](#)

[Στυλιανή Π. Στυλιανίδου, Ακτινοθεραπεύτρια Ογκολόγος MD, MSc Ιατρικής Α.Π.Θ. - Επιμελήτρια Α', Π.Γ.Ν.Θ. ΑΧΕΠΑ. - Θεολόγος Α.Π.Θ., MSc Θεολογίας Α.Π.Θ.](#)



**Εκτός από το μεγάλο δίλημμα που περιγράψαμε παραπάνω, εάν, δηλαδή, πρέπει ο ογκολογικός ασθενής να πληροφορηθεί ότι πάσχει από καρκίνο τελικού σταδίου και, εφόσον αποφασιστεί αυτό, πόσο είναι ορθό να μάθει ολόκληρη την αλήθεια ή μέρος της, προκύπτει και ένα ακόμη μεγάλο δίλημμα ιατρικής φύσεως: Με ποιον τρόπο θα αντιμετωπιστεί ο παρατεταμένος πόνος που νιώθουν συνήθως οι ασθενείς με μικρό προσδόκιμο επιβίωσης με αποτέλεσμα να επιθυμούν αρκετοί από αυτούς να υποστούν ευθανασία - εφόσον κάτι τέτοιο είναι εφικτό - προκειμένου να μην βασανίζονται οι ίδιοι, αλλά ούτε και να ταλαιπωρούν τους δικούς τους ανθρώπους.**

Η απόγνωσή τους οφείλεται στο γεγονός ότι ο πόνος, όσο παρατείνεται, καταρρακώνει και την ψυχολογία τους οδηγώντας τους στην απελπισία και στην απόγνωση. Οι γιατροί καταβάλλουν κάθε δυνατή προσπάθεια να ανακουφίσουν τον

ασθενή από αυτόν τον αβάσταχτο πόνο και την οδύνη, ώστε να διαφυλαχθεί η ανθρώπινη αξιοπρέπειά του. Επειδή η ανακούφιση του ασθενούς με ανίατη ασθένεια από τον πόνο του έχει για την ιατρική κοινότητα μεγαλύτερη αξία από τη διατήρηση της ζωής με κάθε κόστος.

Για να καταλάβουμε καλύτερα όμως τη σοβαρότητα των ιατρικών προβληματισμών σχετικά με τον πόνο και με το πως πρέπει αυτός να αντιμετωπίζεται, είναι χρήσιμο να δούμε πως ακριβώς ορίζεται η έννοια του πόνου, ποιες είναι οι επιδράσεις του στους ανθρώπους καθώς και ποιοι τρόποι αντιμετώπισής του έχουν προταθεί.



**Πόνος: Ένα συναίσθημα με πολλές διαστάσεις.**

Ο χρόνιος πόνος εξαπλώνεται σαν επιδημία ταλαιπωρώντας σε όλο τον κόσμο εκατομμύρια ασθενείς που πάσχουν από βαρείες αρρώστιες. Αρκεί να σημειωθεί ότι μόνο στις Η.Π.Α. επηρεάζει το 35% του γενικού πληθυσμού, δηλαδή περίπου 105.000.000 ανθρώπους. (Harstal, 2003). Το κόστος της υγειονομικής περίθαλψης για τους ασθενείς με χρόνιο πόνο είναι μεγαλύτερο από το κόστος της θεραπείας ασθενών με στεφανιαία νόσο, καρκίνο και AIDS μαζί. Μπορεί όμως να αυξηθεί ακόμη περισσότερο αν προστεθούν σ' αυτό η αποζημίωση αναπηρίας, η μείωση της παραγωγικότητας, τα νομικά έξοδα και ενδεχόμενες παρενέργειες που ακολουθούν τη θεραπεία. (Cousins, 1995).

Στην Ελλάδα μόλις τα τελευταία χρόνια ο χρόνιος πόνος έγινε αντικείμενο ενασχόλησης ειδικών διεπιστημονικών ομάδων, που απαρτίζονται από γιατρούς, νοσηλευτές και ψυχολόγους.

Όπως είναι γνωστό, όλα τα ερεθίσματα ο άνθρωπος τα δέχεται από τον εγκέφαλό του. Το ίδιο συμβαίνει και με τον πόνο και μάλιστα στην περίπτωση αυτή ο εγκέφαλος στέλνει στο άτομο την «εντολή» να σταματήσει κάθε άλλη δραστηριότητα και να επικεντρωθεί στον πόνο. Ακόμη και στην περίπτωση που το αρχικό ερέθισμα του πόνου έχει επιλυθεί, ο εγκέφαλος συνεχίζει την αποστολή μηνυμάτων πόνου, λόγω της πλαστικότητας στο νευρικό σύστημα (Fields, Basbaum, & Heinricher, 2006). Δυστυχώς, σε ορισμένες περιπτώσεις, τα μηνύματα του πόνου συνεχίζονται για μήνες ή χρόνια, όπως γίνεται στο σύνδρομο CRPS-I. Έτσι το άτομο συνεχίζει να επικεντρώνεται στον πόνο, παρά την απουσία τραυματισμού σε κάποιον συγκεκριμένο ιστό (Griffith, 2008).

Η IASP (International Association for the Study of Pain) ορίζει τον πόνο ως μια δυσάρεστη αισθητηριακή και συναισθηματική εμπειρία, που σχετίζεται με πραγματική ή ενδεχόμενη βλάβη ιστών, ή περιγράφεται με όρους τέτοιας βλάβης, και επιπλέον επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες, στους οποίους περιλαμβάνονται οι γνωστικοί, οι συναισθηματικοί και οι περιβαλλοντολογικοί. Αυτός ο ορισμός του πόνου σχετίζεται απολύτως με το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο του πόνου, το οποίο τονίζει τις σημαντικές αλληλεπιδράσεις ανάμεσα στις βιολογικές, ψυχολογικές και κοινωνικές μεταβλητές σε ό,τι αφορά στην ασθένεια και τον πόνο, καθώς επίσης και με τη Θεωρία της Πύλης Ελέγχου η οποία υπογραμμίζει τη σπουδαιότητα των αντιλήψεων για τον πόνο, την προσοχή στον πόνο, την εκτίμηση της σημασίας του, τους φόβους για τον πόνο και τις στρατηγικές αντιμετώπισής του. (Melzack & Wall, 1988: 34-36).

### **Τα μοντέλα αντιμετώπισης του πόνου.**

Ο πόνος, όπως τον περιγράψαμε αμέσως παραπάνω, είναι ένα συναίσθημα που βιώνουν πολύ συχνά οι ογκολογικοί ασθενείς τελικού σταδίου. Το γεγονός ότι γιατροί, νοσηλευτές και ψυχολόγοι προσπαθούν να εντοπίσουν ακριβώς τις επιδράσεις του και να καθορίσουν τρόπους αντιμετώπισής του, αποδεικνύει τον προβληματισμό που έχει προκαλέσει στην ιατρική κοινότητα, αλλά και στους άλλους επιστήμονες που σχετίζονται με τους ασθενείς που βρίσκονται στο τελευταίο στάδιο και επομένως η αντιμετώπιση της κατάστασής τους δεν είναι εύκολη, αλλά απαιτεί προσεκτικές κινήσεις. Ο έντονος προβληματισμός που προκαλεί ο πόνος οδήγησε στον καθορισμό ορισμένων μοντέλων αντιμετώπισής του, όπως τα παρακάτω.

### **Βιοϊατρικό μοντέλο.**

Η ιατρική επιστήμη γνώρισε μεγάλη ανάπτυξη κατά τους αιώνες 18<sup>ος</sup> – 19<sup>ος</sup>, αφού ανακαλύφθηκαν οι μικροοργανισμοί, το μικροκόπιο, η παστερίωση και το χειρουργείο. Όλα αυτά μαζί με το δυϊστικό μοντέλο του Καρτέσιου περί σώματος και πνεύματος δημιούργησαν ένα νέο μοντέλο αντίληψης της υγείας και της ασθένειας και το οποίο κυριαρχεί μέχρι σήμερα: το βιοϊατρικό. (Engel, 1977).

Το μοντέλο αυτό βρήκε τους υποστηρικτές του, οι οποίοι αποδίδουν τις ασθένειες σε διαταραχές των οργανικών διεργασιών, οι οποίες με τη σειρά τους είναι αποτέλεσμα τραυματισμού, βακτηριακής ή ιογενούς λοίμωξης κ.λπ. Το βιοϊατρικό μοντέλο υποστηρίζει, ακόμη, ότι κάθε αποτέλεσμα (σύμπτωμα, πάθηση) έχει μια συγκεκριμένη αιτία (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1995, σελ: 13).

Όμως, λόγω των γενικότερων προβληματισμών που κυριαρχούν στον ιατρικό χώρο, ήταν φυσικό να υπάρξουν και αυτοί που προσέγγισαν με σκεπτικισμό το βιοϊατρικό μοντέλο και να εντοπίσουν τα ελλείμματά του. Μεγαλύτερο ελλείμμα θεωρείται το ότι παραβλέπει την επίδραση ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων και διεργασιών. Αδυναμίες παρουσιάζει, επίσης, στην ερμηνεία, στην πρόληψη και στη διαχείριση των χρόνιων ασθενειών, στην εξήγηση φαινομένων όπως ψυχοσωματικές αρρώστιες και ατομικές διαφορές μεταξύ των ασθενών, στην αντιμετώπιση της αρρώστιας τους (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος 1995: 16) αλλά και στην εξήγηση της υιοθέτησης αυτοκαταστροφικών συμπεριφορών από το άτομο.

Οι προβληματισμοί που οδήγησαν στον εντοπισμό των παραπάνω αδυναμιών σε συνδυασμό με όλες τις αλλαγές στη διάρκεια των χρόνων συντέλεσαν στην δημιουργία ενός νέου μοντέλου για την υγεία, του βιοψυχοκοινωνικού. (Καραδήμας, 2005: 20).

### **Βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο.**

Οι αδυναμίες του βιοϊατρικού μοντέλου της υγείας οδήγησαν την ιατρική κοινότητα, στις αρχές του 20ου αιώνα, να διατυπώσει σταδιακά ένα άλλο θεωρητικό μοντέλο για την υγεία, το βιοψυχοκοινωνικό. Το μοντέλο αυτό θέλει τον άνθρωπο να αντιμετωπίζεται ολιστικά. Η υγεία ορίζεται ως μια ολότητα όπου η σωματική, διανοητική και συναισθηματική υπόσταση του ατόμου λειτουργούν συνολικά, αλληλεπιδρούν μεταξύ τους και παράλληλα βρίσκονται σε δυναμική (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος 1995: 18).

Οι ιατρικοί προβληματισμοί που οδήγησαν στον εντοπισμό των πολλαπλών διαστάσεων του πόνου αποτυπώνονται στις τρεις διαστάσεις που χρησιμοποιεί το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο για να εξετάσει μια ασθένεια σε όλα της τα στάδια (έναρξη, εξέλιξη και έκβαση): **α) Τη βιολογική** (γενετικό υλικό, κύτταρα, όργανα, συστήματα), **β) την ψυχολογική** (διαδικασία σκέψης, συμπεριφοράς, οι γνώσεις, τα συναισθήματα, τα κίνητρα) και **γ) την κοινωνική** (επιδράσεις από την οικογένεια, την κοινότητα. και την κοινωνία).

Οι προβληματισμοί της ιατρικής κοινότητας σχετικά με τον πόνο, οδήγησαν τους υποστηρικτές του μοντέλου αυτού στο συμπέρασμα ότι όλες οι ασθένειες είναι «ψυχοσωματικές», δηλαδή σχετίζονται με την αλληλουχία της ψυχής και του σώματος. Επομένως η εκδήλωση μιας δυσλειτουργίας δεν είναι αποτέλεσμα μιας μόνο διάστασης αλλά η αιτία βρίσκεται στον τρόπο που αλληλεπιδρούν όλα τα συστήματα μεταξύ τους. Έχουμε δει, εξάλλου, παραπάνω ότι οι επιδράσεις που δέχεται ένας ογκολογικός ασθενής από τη νόσο του δεν είναι βλαβερές μόνο για το σώμα του, αλλά και για την ψυχολογία του, γι' αυτό εξάλλου η αντιμετώπιση της κατάστασής του από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό είναι μια σύνθετη διαδικασία. (Παπαδάτου, Δ., Αναγνωστόπουλος, Φ., 2008).

Το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο αντιμετωπίζει και τον γιατρό διαφορετικά, αφού δεν πιστεύει ότι η θεραπεία ενός ασθενούς είναι αποκλειστικά δικό του επίτευγμα, αλλά τη θεωρεί αποτέλεσμα μιας καλής συνεργασίας ανάμεσα στον γιατρό και στον ασθενή. Αυτό διαπιστώσαμε εξάλλου και στην αντιμετώπιση των ογκολογικών ασθενών τελικού σταδίου, όταν είδαμε ότι το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να κατανοήσει την ψυχολογία του ασθενούς και να τον

αντιμετωπίσει ανάλογα.

Η διαφορετική θέωση του γιατρού αυτόματα αλλάζει και την αντίληψη περί υγείας και αρρώστιας. Η υγεία δεν αποτελεί πια μια κατάσταση, την οποία το άτομο «αποκτά» ή «χάνει» και η αρρώστια δεν θεωρείται «εισβολέας» στον οργανισμό. Αντιθέτως, υγεία και αρρώστια θεωρούνται δύο αλληλοσυμπληρούμενες όψεις ενός συνεχούς ενιαίου συστήματος. Κατά συνέπεια, σύμφωνα με το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο, κάθε άτομο είναι περισσότερο ή λιγότερο υγιές ή άρρωστο σε μια δεδομένη χρονική περίοδο. Η κατάσταση της υγείας κάθε ατόμου εξαρτάται από μια πληθώρα παραγόντων, κοινωνικών, ψυχολογικών, περιβαλλοντικών και βιολογικών, οι οποίοι κάθε φορά μεταβάλλονται. (Παπαδάτου, Δ., Αναγνωστόπουλος, Φ., 2008).

Με άλλα λόγια, το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο, δεν αντιμετωπίζει την υγεία μέσα σε στενά όρια, αλλά μέσα σ' ένα ευρύ πεδίο. Τη θεωρεί μια ολότητα, όπου η σωματική, διανοητική και συναισθηματική υπόσταση του ατόμου λειτουργούν συνολικά, αλληλεπιδρούν μεταξύ τους και παράλληλα βρίσκονται σε δυναμική ισορροπία με το φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον.

[Διαβάστε ολόκληρη τη μελέτη εδώ](#)

<https://bit.ly/3ogUJnd>