

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ- ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ
ΤΟΜΕΑΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ- ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ

Διπλωματική εργασία για το Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών «Αντιμετώπιση
του πόνου»

Επιστ. υπεύθυνος: Δ. Δαμίγος, Επίκουρος Καθηγητής

**Η επίδραση ψυχολογικών χαρακτηριστικών στην
ένταση του πόνου**

Λήδα Σκούφα

*Επιβλέπων: Γρηγόριος Σίμος, Αναπληρωτής Καθηγητής, Τμήμα
Εκπαιδευτικής και Κοινωνικής Πολιτικής, Πανεπιστήμιο Μακεδονίας*

Τριμελής Επιτροπή:

Δημήτριος Δαμίγος

Άγγελος Ευαγγέλου

Βασιλική Καλφακάκου

Ιωάννινα 2015

Ευχαριστίες

Θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τον επόπτη μου κ. Γρηγόριο Σίμο, Αναπληρωτή Καθηγητή του Τμήματος Εκπαιδευτικής και Κοινωνικής Πολιτικής του Πανεπιστημίου Μακεδονίας, για την καθοδήγηση, τη βοήθεια και την αμέριστη συμπαράσταση που μου παρείχε στην διάρκεια της εκπόνησης της διπλωματικής μου εργασίας. Τον ευχαριστώ για το γεγονός ότι υπήρξε πολύτιμος δάσκαλος, καθώς και για τις γνώσεις και τις ευκαιρίες που μου έχει προσφέρει τα τελευταία χρόνια.

Ευχαριστώ, επίσης, τον κ. Παναγιώτη Γκιβίση, Αναπληρωτή Καθηγητή της 1^{ης} Ορθοπαιδικής Κλινικής του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, για την εξαιρετική μας συνεργασία και τη σημαντική συμβολή του στην διεξαγωγή της έρευνας αυτής. Επιπλέον θα ήθελα να εκφράσω τις ευχαριστίες μου στο προσωπικό του νοσοκομείου για τον τρόπο με τον οποίο με υποδέχτηκε και για τη βοήθεια που απλόχερα μου έδωσε. Επίσης, στους συμμετέχοντες ασθενείς, χωρίς την συνεργασία και τη συμμετοχή των οποίων θα ήταν αδύνατη η εκπόνηση αυτής της έρευνας.

Θα ήθελα, επίσης, να ευχαριστήσω τους καθηγητές του μεταπτυχιακού, που μου έδωσαν πρόσβαση στο πολύ ενδιαφέρον και σημαντικό πεδίο του πόνου.

Ευχαριστώ ιδιαίτερα τον Αλέξη Σαρρηγιαννίδη για την υπομονή του απέναντι στις ακατάπαυστες ερωτήσεις μου αλλά και για τις πολύτιμες συμβουλές του σε όλα τα στάδια αυτής της εργασίας. Ακόμη, οφείλω ένα ευχαριστώ στον Γιώργο Αργυρόπουλο για την βοήθεια που μου προσέφερε στο κομμάτι των στατιστικών αναλύσεων. Θα ήθελα, επίσης, να εκφράσω τις ευχαριστίες μου στην αδερφική μου φίλη Λίντζη Χρυσοχοΐδου, καθώς η ολοκλήρωση της συγγραφής αυτής της εργασίας θα ήταν αδύνατη χωρίς τη συναισθηματική της υποστήριξη. Επιπλέον, ευχαριστώ, την ξαδέρφη μου Άλκηστη Μόνα για την συμπαράστασή της, ακόμα και στις στιγμές που η ίδια αμφέβαλα για την επιτυχή έκβαση της παρούσας έρευνας.

Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένειά μου που πάντα στηρίζει τις επιλογές μου και με βοηθάει να κάνω τα όνειρά μου πραγματικότητα, καθώς και όλους μου τους φίλους που με ενθαρρύνουν, με στηρίζουν και με αγαπούν ακόμα και όταν και εγώ η ίδια πέφτω – όπως όλοι – στην παγίδα της καταστροφολογίας!

Κλείνοντας, θα ήθελα να αφιερώσω την εργασία αυτή στη μνήμη του παππού μου, που ήταν πάντα περήφανος για κάθε επιτυχία μου, μικρή ή μεγάλη.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	5
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	6
Πόνος.....	6
Ορισμός.....	7
Φυσιολογία του πόνου.....	7
Βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση.....	8
Μοντέλο Φόβου – Αποφυγής του πόνου.....	9
ΚΑΤΑΣΤΡΟΦΟΠΟΙΗΣΗ	11
Καταστροφοποίηση του πόνου.....	11
Βιολογικό μοντέλο.....	15
Μοντέλο της αξιολόγησης.....	15
Κοινωνικό μοντέλο αντιμετώπισης.....	16
Μοντέλο προκατάληψης της προσοχής.....	17
Μοντέλο ενεργοποίησης του σχήματος.....	18
ΝΕΥΡΩΤΙΣΜΟΣ	19
Ιστορική αναδρομή.....	19
Νευρωτισμός και πόνος.....	19
Νευρωτισμός και στρατηγικές αντιμετώπισης του πόνου.....	22
ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	24
Κατάθλιψη και πόνος.....	24
Το πρόβλημα της αξιολόγησης της κατάθλιψης στον πόνο.....	26
Μοντέλο στρες-προδιάθεσης.....	29
ΣΧΕΣΗ ΜΕΤΑΞΥ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΡΟΦΟΠΟΙΗΣΗΣ, ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΚΑΙ ΤΟΥ ΝΕΥΡΩΤΙΣΜΟΥ	31
Καταστροφοποίηση και νευρωτισμός.....	31
Καταστροφοποίηση και κατάθλιψη.....	32
Κατάθλιψη και νευρωτισμός.....	35
ΓΝΩΣΤΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΓΙΑ ΤΟΝ ΠΟΝΟ	37
Ιστορική αναδρομή.....	37
Το γνωστικό μοντέλο του πόνου.....	38
Αποτελεσματικότητα της Γνωστικής Συμπεριφορικής Θεραπείας για τον πόνο.....	40

Η καταστροφοποίηση, η κατάθλιψη και ο νευρωτισμός στη θεραπεία του πόνου....	40
ΣΤΟΧΟΙ ΚΑΙ ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	44
ΜΕΘΟΔΟΣ	46
Η διαδικασία της έρευνας.....	46
Οι συμμετέχοντες/ουσες.....	46
Τα ερωτηματολόγια.....	47
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	49
Αξιοπιστία.....	49
Δημογραφικά χαρακτηριστικά.....	50
Διαφορές των δύο ομάδων ως προς τα δημογραφικά χαρακτηριστικά.....	51
Διαφορές των δύο ομάδων ως προς τις μεταβλητές.....	52
Διερεύνηση της επίδρασης του φύλου στις μεταβλητές.....	53
Συσχετίσεις μεταξύ των μεταβλητών.....	54
Η επίδραση των ψυχολογικών χαρακτηριστικών στην ένταση του πόνου.....	55
Ανάλυση του προφίλ των απαντήσεων στην κλίμακα της κατάθλιψης.....	57
ΣΥΖΗΤΗΣΗ	58
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	69
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι	86
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ	87
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙΙ	88
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙV	90
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ V	92
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ VI	93

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Στόχος της παρούσας έρευνας ήταν η διερεύνηση της επίδρασης του καταστροφικού τρόπου σκέψης, της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και ενός χαρακτηριστικού της προσωπικότητας όπως ο νευρωτισμός στην εμπειρία του πόνου, προκειμένου να αποσαφηνιστεί ο τρόπος με τον οποίο αυτά τα ψυχολογικά χαρακτηριστικά εμπλέκονται στην κατανόηση του πόνου και την αποτελεσματική του θεραπεία. Στην έρευνα συμμετείχαν 104 ασθενείς που επισκέφθηκαν το εξωτερικό ιατρείο άκρας χείρας της Ορθοπαιδικής Κλινικής του Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης «Γ. Παπανικολάου» και 65 υγιή άτομα από το ευρύτερο κοινωνικό πλαίσιο. Στο δείγμα αυτό χορηγήθηκαν ερωτηματολόγια αυτό-αναφοράς με στόχο την αξιολόγηση της έντασης του πόνου των ασθενών και των επιπέδων της καταστροφοποίησης, της κατάθλιψης και του νευρωτισμού. Στην εργασία παρουσιάζονται οι διαφορές που παρατηρήθηκαν μεταξύ των δύο ομάδων ως προς τα ψυχολογικά χαρακτηριστικά, οι σχέσεις μεταξύ της έντασης του πόνου και των ψυχολογικών χαρακτηριστικών καθώς και ο βαθμός επίδρασής τους στην ένταση του πόνου. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, στατιστικά σημαντικές διαφορές βρέθηκαν μεταξύ των δύο ομάδων μόνο ως προς τα επίπεδα του νευρωτισμού. Επιπλέον, η ένταση του πόνου βρέθηκε να σχετίζεται θετικά με την καταστροφοποίηση και την κατάθλιψη, ενώ μεταξύ τους σχετίστηκαν θετικά η καταστροφοποίηση, η κατάθλιψη και ο νευρωτισμός. Τέλος, διαπιστώθηκε ότι ο καταστροφικός τρόπος σκέψης και η κατάθλιψη αποτελούσαν προβλεπτικούς παράγοντες της έντασης του πόνου. Τα παραπάνω δεδομένα συμβάλλουν στην αναγνώριση του τρόπου με τον οποίο τα ψυχολογικά χαρακτηριστικά που μελετήθηκαν επηρεάζουν την εμπειρία του πόνου στους ασθενείς με ορθοπαιδικά προβλήματα.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Πόνος

Από πολύ νωρίς έχουν αναπτυχθεί διάφορες θεωρίες για την κατανόηση του πόνου. Οι διαφωνίες ως προς τα αίτιά του, ξεκίνησαν ήδη από πολύ παλιά. Ο Επίκτητος υποστήριξε τη γνωστική φύση του πόνου (Epictetus, & Stoneman, 1995) και ο Αριστοτέλης περιέγραψε τα συναισθηματικά του χαρακτηριστικά. Ο Descartes ανέφερε ότι ο πόνος ήταν το αποτέλεσμα μιας σωματικής προστριβής. Στο σωματικό αυτό μοντέλο, ο Descartes υποστήριξε ότι ο πόνος διοχετεύεται απευθείας μέσω ενός καναλιού από το δέρμα και με την ενεργοποίηση σωματιδίων μεταφέρεται στον εγκέφαλο ο οποίος επεξεργάζεται την πληροφορία και γίνεται πράξη (Duncan, 2000). Ο Schiff, δύο αιώνες αργότερα, εξέλιξε τη θεωρία του Descartes και ισχυρίστηκε ότι ο πόνος είναι μια μοναδική σωματική εμπειρία. Η θεωρία αυτή έγινε αποδεκτή για πολλά χρόνια.

Ωστόσο, γρήγορα φάνηκε ότι οι αρχικές θεωρίες για τον πόνο, δεν περιέγραφαν επαρκώς την πορεία του. Ο Melzak (1967), πρότεινε τη θεωρία ελέγχου της πύλης του πόνου, η οποία μπόρεσε να εξηγήσει την πορεία και τον έλεγχό του. Η θεωρία αυτή υποστηρίζει ότι το άνοιγμα και το κλείσιμο των νευρικών πυλών έχει σαν αποτέλεσμα τη ρύθμιση του πόνου, ενώ φάνηκε ότι η λειτουργία των πυλών αυτών μπορεί να διαμορφωθεί από βιοψυχοκοινωνικά γεγονότα.

Έρευνες τα τελευταία χρόνια έχουν συνεισφέρει στην εκτεταμένη κατανόηση της πολυπλοκότητας της εμπειρίας του πόνου. Το νευρικό σύστημα επεξεργάζεται και διαμορφώνει τον πόνο αυξάνοντας και μειώνοντας μονοπάτια μεταξύ του εγκεφαλικού φλοιού, άλλα μέρη του εγκεφάλου και της σπονδυλικής στήλης (Gatchel, Peng, Peters, Fuchs, & Turk 2007). Η γενετική προδιάθεση φαίνεται, επίσης, να διαδραματίζει σημαντικό ρόλο (Gatchel, Peng, Peters, Fuchs, & Turk 2007· Nielsen et al. 2008). Πρόσφατες τεχνικές μελέτης του εγκεφάλου έφεραν καινούριες γνώσεις σχετικά με τον μείζονα ρόλο που διαδραματίζει ο εγκέφαλος στη διαμόρφωση της εμπειρίας του πόνου (Arkarian, Baliki, & Geha 2008· Gatchel, Peng, Peters, Fuchs, & Turk, 2007). Η αντίληψη του πόνου περιλαμβάνει ψυχολογικούς παράγοντες όπως την πρόβλεψη και η προσμονή του πόνου, την προσοχή στον πόνο και τη συναισθηματική κατάσταση. Για παράδειγμα, έχει αποδειχθεί ότι τα αρνητικά συναισθήματα ενισχύουν την δραστηριότητα μεταβίβασης

του πόνου στο μεταιχμιακό σύστημα (Arkarian et al., 2005). Ο πόνος γίνεται επίσης αντιληπτός, ερμηνεύεται και εκφράζεται στο πλαίσιο κοινωνικό-οικονομικών παραγόντων όπως οι κοινωνικές προσδοκίες και οι περιβαλλοντικοί αγχογόνοι παράγοντες (Gatchel et al., 2007). Το βιο-ψυχο-κοινωνικό μοντέλο του πόνου αναγνωρίζει τις φυσιολογικές και ψυχολογικές αλληλεπιδράσεις του πόνου καθώς και τη σημαντικότητα των κοινωνικών και πολιτισμικών πτυχών (Gatchel et al. 2007).

Ορισμός

Η [International Association for the Study of Pain \(IASP\)](#) έχει ορίσει τον πόνο ως «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. Ο ορισμός αυτός υπογραμμίζει την αδιαίρετη σύνδεση νου-σώματος στα πλαίσια της εμπειρίας του πόνου κάτι που θα σήμαινε ότι δεν είναι δυνατός ο διαχωρισμός της σωματικής εμπειρίας από τη συναισθηματική εμπειρία του πόνου (Winterowd, Beck & Gruener, 2003). Ο O Price (1999) επέκτεινε τον ορισμό αυτόν και περιέγραψε τον πόνο ως «μια σωματική αίσθηση με χαρακτηριστικά όπως αυτά που αναφέρονται κατά τη διάρκεια ενός ερεθίσματος ιστικής βλάβης, τη βίωση μιας απειλής που σχετίζεται με την αίσθηση αυτήν και ένα αίσθημα δυσαρέσκειας ή άλλων αρνητικών συναισθημάτων που βασίζονται στην εμπειρία αυτή», εισάγοντας την αντιληπτή απειλή ως μέρος της εμπειρίας του πόνου. Ο πόνος σίγουρα αποτελεί μία υποκειμενική εμπειρία και μολονότι συνδέεται με σωματικές διαδικασίες, ο τρόπος με τον οποίον το κάθε άτομο αντιδρά σε αυτόν διαμορφώνεται και επηρεάζεται από προηγούμενες εμπειρίες (Linton & Shaw, 2011) . Η διαδικασία της διαμόρφωσης αυτής υποστηρίζεται από γενετικά καθορισμένο υλικό, αλλά τροποποιείται σημαντικά από ψυχολογικούς και γνωστικούς παράγοντες (Coghill, 2010). Επίσης, έχει υποστηριχθεί η άποψη ότι η υποκειμενική εμπειρία του πόνου περιλαμβάνει τις σωματικές αισθήσεις, τα συναισθήματα, τις σκέψεις, τις πράξεις και τις συμπεριφορές ενός ατόμου (Turk & Gatchel, 2002). Επομένως, αν όντως ο πόνος έχει ένα υποκειμενικό στοιχείο, τότε ίσως ο καλύτερος ορισμός του πόνου είναι αυτό που οι ασθενείς δηλώνουν (Winterowd et al., 2003).

Φυσιολογία του πόνου

Ο πόνος ανιχνεύεται από υποδοχείς πόνου που βρίσκονται στην περιφέρεια, στους ιστούς και στα σπλάγχνα. Οι δύο τύποι αλγαισθητικών υποδοχέων, οι ΑΔ και C

ίνες, προεκβάλλουν στο οπίσθιο κέρασ του νωτιαίου μυελού. Αυτό το σήμα πόνου, που ουσιαστικά είναι ένα ηλεκτρικό σήμα, διαβιβάζεται στο οπίσθιο κέρασ του νωτιαίου μυελού. Στη συνέχεια το σήμα ανεβαίνει κατά μήκος του νωτιαίου μυελού μέσω ανοδικών οδών και τερματίζει στον εγκέφαλο, στην περιοχή του θαλάμου, όπου και υφίσταται επεξεργασία. Από τον θάλαμο, το σήμα μεταφέρεται σε διάφορες περιοχές του εγκεφάλου, αρχικά στο σωματοαισθητικό φλοιό του εγκεφάλου, όπου γίνεται επεξεργασία των αναμνήσεων και των σκέψεων και στο μεταιχμιακό σύστημα, όπου γίνεται επεξεργασία των συναισθημάτων. Ο εγκέφαλος επηρεάζει το σήμα πόνου και στην πραγματικότητα το διαμορφώνει και το τροποποιεί. Σε κάθε σημείο της οδού, το σήμα μπορεί να τροποποιηθεί από ενδογενείς νευρώνες ή από κατερχόμενα σήματα από υψηλότερα κέντρα. Οποιαδήποτε βλάβη συμβεί κατά την πορεία της οδού από το περιφερικό νευρικό σύστημα στον εγκεφαλικό φλοιό μπορεί να οδηγήσει σε νευροπαθητικό πόνο (Winterowd et al., 2003).

Η βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση

Η βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση υποστηρίζει ότι η εμπειρία του πόνου καθορίζεται από την διαντίδραση βιολογικών, ψυχολογικών (περιλαμβάνουν τις γνωσίες, τα συναισθήματα και τη συμπεριφορά) και κοινωνικών παραγόντων (περιλαμβάνουν κοινωνικά και πολιτισμικά πλαίσια, τα οποία επηρεάζουν την αντίληψη και την αντίδραση του ατόμου σε σωματικές ενδείξεις και συμπτώματα). Σε σύγκριση με τις παραδοσιακές βιοιατρικές ή ψυχοδυναμικές θέσεις, η βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση θέτει μία πολύ ευρύτερη, περίπλοκη και με πολλές διαστάσεις κατανόηση όσον αφορά τόσο τον οξύ όσο και τον χρόνια πόνο (Hadjistavropoulos & Craig, 2004).

Με τα χρόνια έχει προταθεί μια σειρά από προσεγγίσεις για την βιοψυχοκοινωνική κατανόηση του πόνου οι οποίες βασίζονται σε κάποιες κοινές αρχές (Wright, 2004). Συγκεκριμένα, σε αντίθεση με το παραδοσιακό ιατρικό μοντέλο, το ενδιαφέρον δεν επικεντρώνεται στην ίδια την ασθένεια, αλλά περισσότερο στην πάθηση με τη γενικότερη έννοια, όπου αυτή εκφέρεται ως τύπος συμπεριφοράς. Όπως έχει αναφερθεί, η ασθένεια ορίζεται ως ένα αντικειμενικό βιολογικό γεγονός που περιλαμβάνει την αποδιοργάνωση συγκεκριμένων δομών του σώματος ή οργάνων που οφείλεται σε ανατομικές, σε παθολογικές ή φυσιολογικές αλλαγές. Από την άλλη η πάθηση αναφέρεται στην υποκειμενική εμπειρία του ατόμου όσον αφορά την ύπαρξη της ασθένειας. Επομένως, η πάθηση αναφέρεται

στον τρόπο με τον οποίο βιώνουν ή αντιδρούν στα συμπτώματα της αναπηρίας ο ασθενής και τα άτομα της οικογένειάς του (Gatchel, Peng, Peters, Fuchs & Turk, 2007). Αυτός ο ορισμός υπονοεί ότι υπάρχουν ενδοατομικές διαφορές στις αντιδράσεις στις σωματικές αισθήσεις και αυτές μπορεί να γίνουν κατανοητές μέσα στο πλαίσιο ψυχολογικών και κοινωνικών διαδικασιών. Η ασθένεια θεωρείται μία δυναμική διαδικασία όπου, καθώς η πάθηση εξελίσσεται, σημαντικό ρόλο διαδραματίζουν βιολογικοί, ψυχολογικοί και κοινωνικοί παράγοντες. Αν και η πάθηση μπορεί να ξεκινά από βιολογικούς παράγοντες, οι κοινωνικοί και ψυχολογικοί παράγοντες μπορούν να παίξουν πρωτεύοντα ρόλο στη συντήρηση και στην επιδείνωση του πόνου (Wright, 2004).

Το μοντέλο Φόβου – Αποφυγής του πόνου

Προκειμένου να υπάρξει μια καλύτερη κατανόηση του τρόπου με τον οποίο οι ψυχολογικοί παράγοντες επηρεάζουν τον πόνο, έχουν αναπτυχθεί πολλά θεωρητικά μοντέλα. Ένα από τα πιο διαδεδομένα, αποτελεί το μοντέλο Φόβου-Αποφυγής. Αρχικά, το μοντέλο αυτό δημιουργήθηκε από τον Lethem και τους συνεργάτες του (1983) προκειμένου να εξηγήσει τον λόγο για τον οποίο κάποιοι μυοσκελετικοί τραυματισμοί μπορεί να οδηγήσουν σε μακροχρόνιο πόνο, κατάθλιψη και αναπηρία. Στη συνέχεια ο Vlaeyen και οι συνεργάτες του (1995) επεξεργάστηκαν το μοντέλο αυτό και πρότειναν ότι ο φόβος κίνησης/ τραυματισμού αντιπροσωπεύει μία απάντηση στον πόνο που επηρεάζεται από την καταστροφοποίηση. Τέλος, οι Vlaeyen & Linton (2000), έκαναν μία ανασκόπηση της βιβλιογραφίας και παρουσίασαν ένα περιεκτικό μοντέλο για το χρόνια μυοσκελετικό πόνο.

Σήμερα, το μοντέλο αυτό εφαρμόζεται και σε άλλες παθήσεις και συνοψίζεται με τον ακόλουθο τρόπο: Ο πόνος σηματοδοτεί μία σειρά γνωστικών, συναισθηματικών και συμπεριφορικών απαντήσεων που μπορεί να ενισχύσουν τον πόνο και την αναπηρία. Στον πυρήνα του μοντέλου βρίσκεται ο τρόπος με τον οποίον οι ασθενείς ερμηνεύουν τον πόνο· στην περίπτωση που ο πόνος ερμηνεύεται ως μη απειλητικός, οι ασθενείς θα συνεχίσουν τις σωματικές τους δραστηριότητες και την καθημερινή τους ζωή, συνήθως μετά από μια περίοδο περιορισμένης δραστηριότητας. Ωστόσο, είναι πιθανό ο πόνος να ερμηνευτεί από το άτομο ως καταστροφικός. Μια τέτοια παρερμηνεία του πόνου συνήθως οδηγεί σε έναν υπερβολικό φόβο για τον πόνο, που σταδιακά επεκτείνεται σε φόβο για σωματικές δραστηριότητες, τέτοιον ώστε το άτομο να αποφεύγει σωματικές δραστηριότητες για

τις οποίες θεωρεί ότι δυσχεραίνουν το πρόβλημα. Επειδή η αποφυγή περιορίζει τη δυνατότητα που έχει ο ασθενής ώστε να εναρμονίζεται με τις προσδοκίες που έχει για τις πραγματικές του εμπειρίες, θα έχει την τάση να υπερεκτιμά τον μελλοντικό του πόνο και τις πιθανές αρνητικές του συνέπειες. Επιπλέον, οι ασθενείς που φοβούνται αναπτύσσουν υπερεπαγρύπνηση, ελέγχουν δηλαδή διαρκώς το σώμα τους για πιθανές ενδείξεις πόνου ή τραυματισμού. Τόσο η επίμονη αποφυγή όσο και η υπερεπαγρύπνηση είναι δυσλειτουργικές συμπεριφορές και μακροπρόθεσμα οδηγούν σε μεγαλύτερο πόνο και αναπηρία. Η αποφευκτική συμπεριφορά οδηγεί το άτομο σε αδυναμία ή απροθυμία να εμπλακεί σε καθημερινές δραστηριότητες, μείωση των θετικών εμπειριών και τελικά σε κοινωνική απομόνωση καθιστώντας πιθανή την συναισθηματική δυσφορία. Επιπλέον, η αποφυγή οδηγεί σε μείωση του επιπέδου των δραστηριοτήτων κάτι που μπορεί να έχει σαν αποτέλεσμα την απώλεια της φυσικής κατάστασης, που με τη σειρά της μπορεί να μειώσει το επίπεδο του ουδού του πόνου (Linton & Shaw, 2011).

ΚΑΤΑΣΤΡΟΦΟΠΟΙΗΣΗ

Καταστροφοποίηση και πόνος

Ο όρος καταστροφοποίηση χρησιμοποιήθηκε αρχικά από τον Albert Ellis, τον ιδρυτή της λογικό – θυμικής θεραπείας. Σύμφωνα με τον Ellis, η καταστροφοποίηση είναι η συνέπεια της χρήσης απόλυτων δηλώσεων σχετικά με τα γεγονότα και τις εκβάσεις της ζωής ενός ατόμου. Συγκεκριμένα αναφέρει ότι η καταστροφοποίηση είναι η απορρέουσα αρνητική συναισθηματική και γνωστική απάντηση που προκύπτει όταν δεν εκπληρώνονται οι απόλυτες αυτές δηλώσεις. Ο Aaron Beck αναφέρθηκε στην καταστροφοποίηση ως μια γνωστική διαστρέβλωση της κατάθλιψης, η οποία περιγράφηκε ως η τάση του ατόμου να υποθέτει το χειρότερο αποτέλεσμα σε μία κατάσταση (Turner, Aaron, 2001).

Ήδη από πολύ νωρίς μελέτες είχαν αναφερθεί στο ρόλο που διαδραματίζει η καταστροφοποίηση στην εμπειρία του πόνου (Chaves & Brown, 1987· Spanos, Radtke-Bodorik, Ferguson & Jones, 1979). Οι Chaves & Brown (1987) περιέγραψαν τις γνωστικές στρατηγικές που χρησιμοποιούνται για τον έλεγχο του πόνου ζητώντας από ασθενείς που συμμετείχαν σε οδοντιατρικές επεμβάσεις να περιγράψουν τις σκέψεις και τις εικόνες που περνούσαν από το μυαλό τους κατά τη διάρκεια των επεμβάσεων αυτών. Τα αποτελέσματά τους έδειξαν ότι οι ασθενείς που καταστροφοποιούσαν είχαν υψηλότερα επίπεδα άγχους κατά τη διάρκεια της επέμβασης. Οι συγγραφείς ανέφεραν ότι οι ασθενείς αυτοί πιθανόν να μην ήταν έτοιμοι να αντιμετωπίσουν το επικείμενο άγχος με αποτέλεσμα να έχουν σκέψεις καταστροφοποίησης και τους περιέγραψαν ως άτομα που είχαν την τάση να μεγαλοποιούν τη σοβαρότητα της απειλής των σωματικών αισθήσεων του πόνου. Ο Spanos και οι συνεργάτες του (1979) ασχολήθηκαν επίσης με τις επιπτώσεις που έχουν οι ψυχολογικές παράμετροι στην εμπειρία του πόνου. Σε έρευνα που πραγματοποίησαν σε φοιτητές, τους ζήτησαν να βυθίσουν το ένα χέρι τους σε παγωμένο νερό και στη συνέχεια τους ζήτησαν να αναφέρουν την εμπειρία τους σχετικά με τον πόνο που βίωσαν. Στα αποτελέσματά τους υπογράμμισαν την ανησυχία και τον φόβο που ανέφεραν κάποιοι από τους φοιτητές καθώς και την ανικανότητά τους να τραβήξουν την προσοχή τους από τον πόνο που ένιωθαν και χαρακτήρισαν τα άτομα αυτά ως «άτομα που καταστροφοποιούν».

Οι Quartana, Cambell και Edwards (2009) συνόψισαν τον ορισμό της καταστροφοποίησης για τον πόνο ως ένα φαινόμενο «που χαρακτηρίζεται από την τάση του ατόμου να μεγεθύνει το μέγεθος της απειλής ενός ερεθίσματος πόνου, να νιώθει αβοήθητο στο πλαίσιο του πόνου και να χαρακτηρίζεται από ανικανότητα αναστολής των σκέψεων (μηρυκασμός) που σχετίζονται με τον πόνο κατά την αναμονή, τη διάρκεια ή το διάστημα που ακολουθεί ενός επεισοδίου πόνου» (Quartana, Cambell & Edwards, 2009). Με τον τρόπο αυτό, η καταστροφοποίηση που σχετίζεται με τον πόνο συνίσταται από τρεις ξεχωριστές γνωσίες: την μεγέθυνση («Δεν μπορώ να σταματήσω να σκέφτομαι πόσο πολύ πονάει»), τον μηρυκασμό («Φοβάμαι μήπως συμβεί κάτι πολύ σοβαρό») και την αβοηθησία («Δεν μπορώ να κάνω τίποτα για να μειώσω την ένταση του πόνου»), κάθε μία από τις οποίες αποτελεί μέρος μιας ενιαίας δομής (Sullivan, Bishop, & Pivik, 1995).

Η σημαντικότητα της καταστροφοποίησης του πόνου γίνεται εμφανής όταν λαμβάνεται υπόψη η σχέση της με τις πολλές αρνητικές επιπτώσεις που έχουν παρατηρηθεί στην εμπειρία του πόνου. Συγκεκριμένα, η καταστροφοποίηση έχει συνδεθεί και αποτελεί προβλεπτικό παράγοντα μεγαλύτερης έντασης πόνου τόσο σε κλινικούς όσο και σε υγιείς πληθυσμούς (Sullivan, 2009).

Σε ασθενείς με χρόνια πόνο μετά από τραυματισμό στη σπονδυλική στήλη, φάνηκε ότι η καταστροφοποίηση μπορούσε να προβλέψει το 29% της μεταβλητότητας του πόνου, ενώ παρουσίασε θετική συσχέτιση με την ψυχολογική δυσφορία και την παρεμβολή του πόνου στην πραγματοποίηση δραστηριοτήτων (Turner, Jensen, Warms & Cardenas, 2002). Επιπλέον, σε ασθενείς με οστεοαρθρίτιδα του γονάτου, η καταστροφοποίηση σχετίστηκε σημαντικά με τον πόνο και φάνηκε ότι μπορούσε να προβλέψει το 10% της μεταβλητότητας του πόνου (Somers 2009). Έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα, έδειξε ότι υψηλές βαθμολογίες στην καταστροφοποίηση σχετίστηκαν θετικά με τις βαθμολογίες στην ένταση του πόνου με τους ερευνητές να χαρακτηρίζουν την καταστροφοποίηση ως μια δυσλειτουργική στρατηγική αντιμετώπισης του πόνου (Keefe, Brown, Wallston & Caldwell, 1989). Μελέτη που διεξήχθη σε γυναίκες που είχαν υποβληθεί σε εγχείριση για καρκίνο του μαστού έδειξε ότι η ένταση του πόνου που βίωσαν μετά το χειρουργείο, εξαρτιόταν από το βαθμό στον οποίο καταστροφοποιούσαν, ενώ η υψηλότερη καταστροφοποίηση είχε σαν αποτέλεσμα τη χρήση μεγαλύτερης ποσότητας αναλγητικών φαρμάκων (Jacobsen & Butler, 1996). Οι Haythornthwaite, Sieber & Kerns (1991), εξέτασαν τη

χρήση των στρατηγικών αντιμετώπισης του πόνου σε ασθενείς με μεθερπητική νευραλγία και τα αποτελέσματά τους έδειξαν ότι η καταστροφοποίηση μπορούσε να προβλέψει το επίπεδο του πόνου ακόμα και οκτώ εβδομάδες μετά τη λήξη της θεραπείας που λάμβαναν. Ακόμα, σε ένα ετερογενές δείγμα ασθενών με πόνο εξετάστηκε η σχέση των πεποιθήσεων για τον πόνο, της καταστροφοποίησης του πόνου και της έντασης του πόνου με την ποιότητα ζωής των ασθενών. Στα αποτελέσματα φάνηκε ότι η καταστροφοποίηση ήταν ο μόνος σημαντικός προβλεπτικός παράγοντας της ποιότητας ζωής των ασθενών αυτών (Lamé, Peters, Vlaeyen, Kleef & Patijn, 2005).

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε από τον Burton και τους συνεργάτες του (1995), φάνηκε ότι υψηλά επίπεδα προ-εγχειρητικής καταστροφοποίησης του πόνου μπορούσαν να προβλέψουν την ένταση του πόνου μετεγχειρητικά, ενώ η καταστροφοποίηση μπορούσε ακόμα να εξηγήσει το 47% της μεταβλητότητας στην πρόβλεψη της εξέλιξης του πόνου από οξύ σε χρόνια (Burton, Tillotson, Main & Hollis, 1995). Το επίπεδο της καταστροφοποίησης μπορεί επίσης να προβλέψει την εξέλιξη του πόνου σε ασθενείς με χρόνια πόνο, όπου υψηλά επίπεδα προβλέπουν υψηλότερη ένταση πόνου, μεγαλύτερη αναπηρία και περισσότερη ψυχολογική δυσφορία. (Severeinijns, Vlaeyen, van den Hout, & Weber, 2001).

Υψηλότερα επίπεδα καταστροφοποίησης έχουν συνδεθεί με αναφορές υψηλότερου πόνου και χαμηλότερο ουδό πόνου και αντοχής και σε πειραματικές συνθήκες (Edwards, Haythornthwaite, Sullivan & Fillingim, 2004· Edwards, 2005· Flor, Behle, & Birbaumer, 1993). Σε πειραματική έρευνα που έγινε σε αθλητές, οι ερευνητές ζήτησαν από τους συμμετέχοντες να βυθίσουν για ένα λεπτό το χέρι τους σε παγωμένο νερό. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η καταστροφοποίηση μπορούσε να προβλέψει σε μεγάλο βαθμό την εμπειρία του πόνου (Sullivan, Tripp, Rodgers, & Stanish, 2000). Μια ακόμα έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε παρόμοια πειραματική συνθήκη σε φοιτητές, έδειξε αντίστοιχα αποτελέσματα όπου η καταστροφοποίηση συνδέθηκε με υψηλότερη ένταση πόνου (Peters, van der Zijden, & Vlaeyen, 2004). Επιπλέον, χορευτές μπαλέτου υποβλήθηκαν σε μια υψηλά πιεστική άσκηση και τους ζητήθηκε να αναφέρουν την σωματική και συναισθηματική εμπειρία του πόνου τους, την αντοχή στον πόνο και την έντασή του. Στα αποτελέσματα φάνηκε ότι η μεγέθυνση, ως διάσταση της καταστροφοποίησης συνδέθηκε σημαντικά και μπορούσε να προβλέψει τον πόνο των χορευτών (Paparizos, Tripp, Sullivan, & Rubenstein, 2005). Έχει επίσης αναφερθεί, ότι υπάρχει μία σημαντική σύνδεση

μεταξύ καταστροφοποίησης και έντασης του πόνου μετά την εφαρμογή ηλεκτρικής διέγερσης σε υγιείς ενήλικες (Seminowicz & Davis, 2006).

Προσπαθώντας να ερμηνεύσουν τη σύνδεση της καταστροφοποίησης με τον πόνο, ερευνητές υποστήριξαν ότι, λόγω προηγούμενων εμπειριών με υψηλά επίπεδα πόνου σε διάφορες επώδυνες καταστάσεις, τα άτομα που καταστροφοποιούν είναι πιθανό να προβλέψουν ότι θα έχουν και στο μέλλον εμπειρίες με υψηλό πόνο (Turk & Rudy, 1992· Sullivan et al., 1995). Εναλλακτικά, προτείνουν ότι τα άτομα που καταστροφοποιούν, μπορεί να αναπτύξουν πεποιθήσεις για αποστροφή των καταστάσεων που προκαλούν πόνο, ακόμα και για εκείνες τις καταστάσεις που δεν έχουν βιώσει στο παρελθόν. Με αυτόν τον τρόπο, είτε με βάση προηγούμενες επώδυνες εμπειρίες, είτε με βάση πεποιθήσεις που σχετίζονται με τις καταστάσεις που προκαλούν πόνο, τα άτομα που καταστροφοποιούν μπορεί να προβλέπουν ότι μελλοντικές επώδυνες καταστάσεις θα συνδέονται με υψηλά επίπεδα πόνου.

Εκτός από την ένταση του πόνου η καταστροφοποίηση έχει συνδεθεί και με πολλές άλλες παραμέτρους που σχετίζονται με αυτόν. Συγκεκριμένα, σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε για την απουσία από την εργασία μετά από τραυματισμό στον αυχένα, φάνηκε ότι οι ασθενείς που καθυστέρησαν να γυρίσουν στη δουλειά πάνω από έξι μήνες είχαν υψηλότερα επίπεδα καταστροφοποίησης (Adams, Ellis, Stanish & Sullivan, 2007). Σε ασθενείς με τραυματισμό στην σπονδυλική στήλη χαμηλότερα επίπεδα καταστροφοποίησης συνδέθηκαν με καλύτερη φυσική κατάσταση και ευεξία (Wollaars, Post, van Asbeck, & Brand, 2007), ενώ υψηλότερα επίπεδα καταστροφοποίησης, συνδέθηκαν με ψυχολογική δυσφορία και αναπηρία (Turner, Jensen, Warms, & Cardenas, 2002). Τέλος αξίζει να αναφερθούν τα ευρήματα του Weissman και των συνεργατών του (Weissman-Fogel, Sprecher & Pud, 2008), σύμφωνα με τα οποία υψηλά επίπεδα καταστροφοποίησης συνδέθηκαν με χαμηλότερα αποτελέσματα του διάχυτου επιβλαβούς ανασταλτικού ελέγχου (DNIC) και οι συγγραφείς συμπέραναν ότι η καταστροφοποίηση έχει σημαντικό αντίκτυπο στην αντίληψη του πόνου μέσω μιας σχέσης με τη διαμόρφωση του πόνου.

Αν και έχουν διεξαχθεί πολλές έρευνες για την κατανόηση της σχέσης μεταξύ της καταστροφοποίησης και του πόνου, οι μηχανισμοί με τους οποίους η καταστροφοποίηση συντηρεί ή δυσχεραίνει τον πόνο δεν έχουν ακόμα αποσαφηνιστεί (Quartana, Burns, & Lofland, 2007· Leung, 2012). Παρόλα αυτά ερευνητές έχουν προτείνει διάφορα μοντέλα τα πιο σημαντικά από τα οποία αναφέρονται παρακάτω.

Βιολογικό μοντέλο

Έχει διατυπωθεί η υπόθεση ότι η καταστροφοποίηση επηρεάζει την κατιούσα οδό του πόνου (Wiech, Ploner & Tracey, 2008). Η υπόθεση αυτή υποστηρίζεται από στοιχεία που δείχνουν ότι η καταστροφοποίηση δεν τροποποιεί τα αντανακλαστικά απόσυρσης στο νωτιαίο μυελό (France, France, al'Absi, Ring & McIntyre, 2002). Επίσης, έχει υποστηριχθεί ότι αυξημένα επίπεδα καταστροφοποίησης σχετίζονται με λιγότερο αποτελεσματική αναστολή του πόνου μέσω ενός κατιόντος μηχανισμού που ονομάζεται DNIC (διάχυτος επιβλαβής ανασταλτικός έλεγχος) (Edwards, Doleys, Fillingim & Lowery 2001· Goodin et al., 2009· Weissman-Fogel, Sprecher, & Pud, 2008). Υπάρχει επίσης μια θετική σχέση μεταξύ της καταστροφοποίησης και της χρονικής συνάθροισης (temporal summation), που είναι η αύξηση στην αντιλαμβανόμενη ένταση του πόνου με την εφαρμογή πολλαπλών επιβλαβών ερεθισμάτων που εφαρμόζονται με αυστηρή χρονική σειρά (Edwards, Bingham, Bathon, & Haythornthwaite, 2006· George, Dannecker, & Robinson, 2006).

Το μοντέλο της αξιολόγησης

Το μοντέλο της αξιολόγησης βασίζεται στο μοντέλο αντιμετώπισης του άγχους των Lazarus και Folkman, στον πυρήνα του οποίου βρίσκονται οι έννοιες της πρωτογενούς και δευτερογενούς αξιολόγησης. Οι διαδικασίες αξιολόγησης δρουν βασισμένες σε ένα πρότυπο συναλλαγής μεταξύ τους, προκειμένου να διαμορφώσουν τις γνωστικές και συμπεριφορικές στρατηγικές αντιμετώπισης που τελικά θα αναπτυχθούν (Quartana, Campbell & Edwards, 2009). Κάθε φορά που προκύπτει ένας αγχογόνος παράγοντας, το άτομο αρχικά αξιολογεί την πιθανότητα να υπάρξει βλάβη, καθώς και τα επίπεδα αυτής, ως πρωτογενή αξιολόγηση. Στη συνέχεια, αξιολογεί τις στρατηγικές αντιμετώπισης που θα μπορούσε να χρησιμοποιήσει, καθώς και τις πιθανότητες επιτυχίας της εφαρμογής τους και διαμορφώνει πεποιθήσεις οι οποίες αποτελούν τις δευτερογενείς αξιολογήσεις. Οι αξιολογήσεις αυτές αλληλεπιδρούν μεταξύ τους ώστε να αποφασιστεί η στρατηγική αντιμετώπισης που θα εφαρμοστεί (Leung, 2012). Στα πλαίσια της καταστροφοποίησης του πόνου, ο Severeijns και οι συνεργάτες του (2004), πρότειναν ότι η μεγέθυνση και ο μηρυκασμός μπορεί να αντικατοπτρίζουν την εστίαση και αξιολόγηση του αλγεινού ερεθίσματος ως άκρως απειλητικό (πρωτογενής αξιολόγηση) ενώ το αίσθημα του αβοήθητου μπορεί να αποτελεί μια δυσλειτουργική και αρνητική δευτερογενή

αξιολόγηση καθώς το άτομο θεωρεί ότι είναι ανίκανο να αντιμετωπίσει την κατάσταση (Severeijns, Johan, Vlaeyenb, van den Hout, 2004).

Κοινωνικό μοντέλο αντιμετώπισης

Ο Sullivan και οι συνεργάτες του εισηγήθηκαν ένα κοινό μοντέλο αντιμετώπισης του πόνου, που προτείνει ότι η καταστροφοποίηση αντιπροσωπεύει ένα διαπροσωπικό τρόπο αντιμετώπισης του πόνου (Sullivan, Thorn, Haythornthwaite, 2001) Το μοντέλο αυτό απομακρύνεται από τη γνωστική αντίληψη της καταστροφοποίησης δίνοντας έμφαση στη σημασία του κοινωνικού πλαισίου. Σύμφωνα με το μοντέλο, τα άτομα που καταστροφοποιούν υπερβάλουν στις εκφράσεις του πόνου έτσι ώστε να μεγιστοποιήσουν την κοινωνική υποστήριξη που λαμβάνουν από τον περίγυρό τους. Η συμπεριφορά αυτή ενισχύει θετικά τον πόνο και υπονομεύει την επιτυχή προσαρμογή στον πόνο και την αντιμετώπισή του. Η καταστροφοποίηση αντιμετωπίζεται εδώ ως μια μορφή επικοινωνίας και αναζήτησης υποστήριξης (Sullivan et al., 2001).

Υποστηρίζοντας το μοντέλο αυτό, έρευνες έχουν δείξει ότι τα άτομα με χρόνιο πόνο που ζουν με έναν σύντροφο ή σύζυγο έχουν περισσότερες πιθανότητες να καταστροφοποιούν. Οι σύντροφοι ή οι σύζυγοι των ασθενών που καταστροφοποιούν τους παρέχουν περισσότερη υποστήριξη, επειδή πιστεύουν ότι ο πόνος που βιώνουν είναι πιο έντονος από ότι πραγματικά ισχύει (Keefe, Lipkus, Lefebvre, 2001). Παρόλα αυτά το μοντέλο έχει επίσης δεχτεί κριτική (Severeijns, 2006). Ένα επιχείρημα που έχει διατυπωθεί, είναι ότι εστιάζει στις συνέπειες της καταστροφοποίησης παρά στην πηγή της. Υποστηρίζεται η άποψη ότι μπορεί οι άνθρωποι να ζητούν κοινωνική υποστήριξη επειδή καταστροφοποιούν και όχι ότι καταστροφοποιούν επειδή εκμιαεύουν κοινωνική υποστήριξη όπως υπονοεί το μοντέλο. Επιπλέον, το μοντέλο εστιάζει μόνο σε έναν τρόπο αντιμετώπισης του πόνου μέσω της υποστήριξης από τους άλλους, παρόλο που μπορεί να υπάρχουν και παραπάνω τρόποι αντιμετώπισης (Severeijns, 2006).

Παρόλα αυτά, αν και το μοντέλο δεν παρέχει μια απόλυτη εξήγηση για τον λόγο που οι άνθρωποι καταστροφοποιούν, η θεωρία αυτή έχει ενισχύσει την κατανόηση του πλαισίου στο οποίο προκύπτει η καταστροφοποίηση.

Το μοντέλο προκατάληψης της προσοχής

Το μοντέλο προκατάληψης της προσοχής (attention-bias model) υποστηρίζει ότι η καταστροφοποίηση του πόνου χαρακτηρίζεται από προκαταλήψεις στην προσοχή και στην επεξεργασία πληροφοριών όσον αφορά τον πόνο αλλά και τις γνωσίες και τις ψυχικές διεργασίες που σχετίζονται με αυτόν (Eccleston & Crombez, 1999). Συγκεκριμένα, έχει υποστηριχθεί η άποψη ότι η καταστροφοποίηση του πόνου ενισχύει την εμπειρία του, μέσω υπερβολικών προκαταλήψεων της προσοχής στις σωματικές και συναισθηματικές πληροφορίες της εμπειρίας του πόνου. Πράγματι, όπως προαναφέρθηκε, η καταστροφοποίηση έχει τις ρίζες της στην γνωστική συμπεριφορική κατανόηση του άγχους και της κατάθλιψης και χαρακτηρίζεται από ανικανότητα αναστολής των γνωσιών που σχετίζονται με τον πόνο (Quartana et al., 2009).

Συγκεκριμένα, ο Eccleston και οι συνεργάτες του (1997), ανέλυσαν το μοντέλο αυτό το οποίο αποτελείται από διάφορα στοιχεία (το περιβάλλον, τις πολλές απαιτήσεις που προέρχονται από το περιβάλλον, το αισθητήριο σύστημα, τα προγράμματα δράσης, την απειλή που διαμεσολαβεί και τους παράγοντες μετριασμού) προκειμένου να απαντήσουν για ποιο λόγο και με ποιον τρόπο ο πόνος παρεμβαίνει στην προσοχή ώστε να προτρέψει το άτομο να διαφύγει. Οι συγγραφείς αποφάνθηκαν, ότι η λειτουργία παρέμβασης του πόνου, εξαρτάται από τα χαρακτηριστικά του (π.χ την απειλή) και τις απαιτήσεις του περιβάλλοντος (Eccleston, Crombez, Aldrich & Stannard, 1997).

Το γεγονός ότι το ερέθισμα του πόνου διακόπτει τις δραστηριότητες του ατόμου και απαιτεί την προσοχή του αποτελεί μία φυσιολογική ανθρώπινη αντίδραση την οποία έχουν ακόμα και τα άτομα που δεν καταστροφοποιούν. Αυτές οι συνέπειες που έχει ο πόνος στην προσοχή και τη συμπεριφορά είναι σε μεγάλο βαθμό λειτουργικές, δεδομένου ότι τα σήματα του πόνου προειδοποιούν για κάποια απειλή. Ωστόσο, στα άτομα που καταστροφοποιούν, ο πόνος μπορεί να απαιτεί τόσο μεγάλη προσοχή ώστε το άτομο να οδηγείται σε γνωστική και συμπεριφορική παράλυση κάθε φορά που εμφανίζεται ένα ερέθισμα πόνου (Eccleston & Crombez, 1999).

Πολλές έρευνες έχουν τεκμηριώσει το μοντέλο αυτό υποστηρίζοντας την προκατάληψη της προσοχής ως έναν γνωστικό μηχανισμό-κλειδί που έχει αρνητικές συνέπειες και σχετίζεται με την καταστροφοποίηση (Van Damme, Crombez, Eccleston, 2002). Ωστόσο, δεν έχει μελετηθεί το κατά πόσο η καταστροφοποίηση

σχετίζεται με την προκατάληψη στην προσοχή ανεξάρτητα από άλλα απλά αρνητικά συναισθήματα όπως ο φόβος και το άγχος για τον πόνο (Leung, 2012).

Μοντέλο ενεργοποίησης του σχήματος

Ο Sullivan και οι συνεργάτες του (2001) υποστήριξαν ότι τα άτομα που καταστροφοποιούν έχουν ένα σχήμα πόνου που συνίσταται από: α) μια γνωστική διαστρέβλωση με υπέρμετρα απαισιόδοξες πεποιθήσεις για τον πόνο, β) εμπειρίες που σχετίζονται με τον πόνο και γ) την ικανότητα που έχει το άτομο να τον αντιμετωπίσει (Sullivan et al., 2001). Όταν έρχεται αντιμέτωπο με ένα ελάχιστο επιβλαβές ερέθισμα, το σχήμα αυτό ενεργοποιείται και επιδεινώνει την εμπειρία του πόνου. Με τον καιρό σταδιακά αυτό μεταφράζεται σε αυτοεκπληρούμενη προφητεία σχετικά με το μέγεθος της απειλής του πόνου και την ικανότητα του ατόμου να τον αντιμετωπίσει. Το μοντέλο αυτό εξηγεί τη γνωστική διεργασία που συντελεί στην καταστροφοποίηση του πόνου αλλά δεν αναφέρεται στις συνθήκες και στις μεταξύ τους αλληλεπιδράσεις που οδηγούν σε ενεργοποίηση του σχήματος. Επιπλέον, οι σύγχρονες διαθέσιμες μέθοδοι δεν μπορούν να εξετάσουν το αν και σε ποιο βαθμό το σχήμα έχει ενεργοποιηθεί κατά τη διάρκεια της διαδικασίας καταστροφοποίησης του πόνου (Leung, 2012).

ΝΕΥΡΩΤΙΣΜΟΣ

Ιστορική αναδρομή

Η σύνδεση πόνου και προσωπικότητας έχει αναγνωριστεί από παλιά. Η σχέση μεταξύ των σωματικών αισθήσεων και των συναισθημάτων, σε συνδυασμό με τις διαφορές που έχουν παρατηρηθεί στην εμπειρία του πόνου μεταξύ των ατόμων, έχει αποτελέσει αντικείμενο μελέτης πολλών γραπτών κειμένων, όπως θρησκευτικές αναφορές, επιστημονικές μελέτες και φιλοσοφικές αντιπαραθέσεις (Weisberg, 2000). Από την αρχή του 20^{ου} αιώνα υπάρχει αυξημένο ενδιαφέρον για τη σχέση μεταξύ των διαφόρων χαρακτηριστικών της προσωπικότητας και τη διάρκεια του πόνου, την ένταση του πόνου, τη μείωση της λειτουργικότητα και την ψυχολογική δυσφορία στα άτομα με οξύ και χρόνια πόνο (BenDebba, Warren, Torgerson, Donlin & Long, 1997).

Με την θέσπιση των ψυχομετρικών δοκιμασιών έγινε προσπάθεια για ποσοτικοποίηση των διαφορών στην προσωπικότητα μεταξύ των ατόμων με ψυχολογικό και σωματικό πόνο και για προσδιορισμό των ατόμων που είναι πιο πιθανό να ωφεληθούν από τη θεραπεία του πόνου (Weisberg, 2000). Πολλές από τις παλιές θεωρίες που διατυπώθηκαν για τον χρόνια πόνο υποστήριζαν ότι η προσωπικότητα διαδραματίζει ένα σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση και διατήρηση πολλών παθήσεων χρόνιας πόνου (Weisberg & Keefe, 1997). Ωστόσο, σημαντικό σταθμό στην αναγνώριση της σχέσης μεταξύ των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας και του πόνου αποτέλεσε η δουλειά των Freud & Bleuer's «Μελέτες για την Υστερία» (1895). Ο Freud αντιλαμβανόταν τον πόνο σαν μια συγκινησιακή, συναισθηματική απάντηση σε μια πραγματική απώλεια ή τραυματισμό και πρότεινε μια ομοιότητα μεταξύ της εμπειρίας του πόνου και του πένθους. Επιπλέον, ο Cabot παρατήρησε ότι οι συναισθηματικοί παράγοντες διαδραμάτιζαν σημαντικό ρόλο στην έκφραση του πόνου και πίστευε ότι η οσφυαλγία είναι αναγνωρίσιμη από την προφανή της σχέση με την ψυχική και συναισθηματική κατάσταση (Weisberg, 2000).

Νευρωτισμός και πόνος

Η σχέση μεταξύ των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας, της διάρκειας του πόνου, της έντασης του πόνου, της βλάβης στη λειτουργικότητα και της

ψυχολογικής δυσφορίας έχουν μελετηθεί εκτεταμένα σε ασθενείς με οξύ και χρόνιο πόνο.

Συγκεκριμένα έχει διατυπωθεί η άποψη, ότι τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας μπορούν να εξηγήσουν τη μεταβλητότητα στην έκβαση της υγείας, καθώς έρευνες έχουν δείξει ότι υπάρχει στενή σχέση μεταξύ του νευρωτισμού και παραπόνων για σωματικά συμπτώματα (Harkins, Price & Braith, 1989· Larsen & Kasimatis, 1991· Watson & Pennebaker, 1989). Επιπλέον, έχει αναφερθεί ότι τα άτομα με υψηλό νευρωτισμό δίνουν περισσότερη προσοχή στη σωματική τους κατάσταση (Costa & McCrae, 1980· Wickramasekera, 1995). Όσον αφορά τις σχέσεις αυτές, κάποιοι ερευνητές υποστηρίζουν ότι ο νευρωτισμός μπορεί να δείχνει όχι μόνο ότι το άτομο αναφέρει σε μεγάλο βαθμό σωματικά παράπονα, αλλά και ότι θα μπορούσε να αποτελεί έναν πιθανό παράγοντα που καθιστά το άτομο πιο ευάλωτο στην κακή υγεία (Johnson, 2003). Οι Watson & Pennebaker (1989) υποστήριξαν ότι τα άτομα με υψηλά επίπεδα νευρωτισμού είναι πιο πιθανό να δίνουν προσοχή και να παρατηρούν τις εσωτερικές σωματικές τους αισθήσεις και τους μικρούς πόνους επειδή η προσεκτική παρατήρηση του εξωτερικού και εσωτερικού περιβάλλοντος χαρακτηρίζεται από υψηλά επίπεδα άγχους και αμφιβολίας.

Αντικείμενο μελέτης έχει υπάρξει η σχέση μεταξύ του νευρωτισμού και της έντασης του πόνου. Αν και κάποιες έρευνες έχουν δείξει ότι ο νευρωτισμός σχετίζεται θετικά με την ένταση του πόνου (Ashgari & Nicholas, 2006), άλλες δεν υποστηρίζουν την ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ των δύο (Wade, Dougherty, Hart, Rafii & Price, 1992· Harkins, Price & Braith, 1989). Επιπλέον, ο νευρωτισμός έχει συνδεθεί με ευαισθησία και αντιδραστικότητα του ατόμου απέναντι στον πόνο (Wise and Mann, 1994).

Έχει παρατηρηθεί, επίσης, ότι ο νευρωτισμός διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στη συναισθηματική δυσφορία, στα πλαίσια του πόνου που πυροδοτείται τόσο σε πειραματικές συνθήκες, όσο και στον κλινικό χρόνιο πόνο (Haley et al., 1985· Harkins et al., 1989· Lynn and Eysenck, 1961· Sternbach, Wolf, Murphy & Akesson, 1973· Wade et al., 1992). Οι De Gucht, Fischler, & Heiser (2004) υποστήριξαν ότι το γεγονός ότι το χαρακτηριστικό αυτό της προσωπικότητας προδιαθέτει τα άτομα για ψυχολογική δυσφορία και δυσκολία έκφρασης θετικών συναισθημάτων, θα μπορούσε με τη σειρά του να οδηγήσει σε ανεξήγητα ιατρικά συμπτώματα.

Ο Goubert και οι συνεργάτες του (2004) βρήκαν ότι ο νευρωτισμός συνδέεται στενά με την τάση του ατόμου να ερμηνεύει το νόημα των επώδυνων σωματικών

αισθήσεων με έναν υπερβολικό και δυσλειτουργικό τρόπο (Goubert, Crombez & Van Damme, 2004). Οι Martínez, Sánchez, Miró, Medina & Lami (2011) σχολίασαν τα ευρήματα αυτά λέγοντας ότι ο νευρωτισμός ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας μπορεί να αποτελεί έναν σημαντικό παράγοντα που προδιαθέτει το άτομο να έχει μια χειρότερη αντίληψη για την γενική του υγεία και να αντιδρά με έναν υπερβολικό και δυσλειτουργικό τρόπο στη σωματική δυσφορία, συμπεριλαμβανομένου και του πόνου.

Κάποιες μελέτες έχουν δείξει ότι τα άτομα που έχουν υψηλές βαθμολογίες στο νευρωτισμό, έχουν χαμηλότερο ουδό και αντοχή στον πόνο σε σύγκριση με εκείνους που έχουν χαμηλές βαθμολογίες, (Lynn & Eysenck, 1961· Shiomi, 1978), ενώ κάποιιοι άλλοι δεν έχουν βρει σημαντικές διαφορές. (Davidson & McDougal, 1969· Levine, Tursky & Nichols 1966.).

Έχει παρατηρηθεί, ότι οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες και τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, όπως ο νευρωτισμός, μπορεί να οδηγήσουν σε περιστατικά χρόνιου πόνου μετά από χειρουργείο (Jess, Jess, Beck & Bech, 1998). Έρευνες έχουν δείξει ότι υψηλές βαθμολογίες στις τρεις πρώτες κλίμακες του Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) (νευρωτική τριάδα), μπορούν να προβλέψουν μεγαλύτερο μετεγχειρητικό πόνο (Pheasant, Gilbert, Goldfarb & Herron, 1979· Taenzer, Melzack & Jeans, 1986· Wilfling, Klonoff & Kokan, 1973). Ωστόσο, έχει διατυπωθεί η άποψη ότι στις έρευνες που μελετούν αυτά τα χαρακτηριστικά συναντώνται δυσκολίες καθώς οι ερευνητές δεν μπορούν να είναι σίγουροι για το αν ο νευρωτισμός οδηγεί σε μετεγχειρητικό πόνο ή ο μετεγχειρητικός πόνος είναι δυνατό να οδηγήσει σε συχνότερα περιστατικά νευρωτισμού. Είναι πιθανό, τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας να αντικατοπτρίζουν ψυχοκοινωνικές αδυναμίες στις δεξιότητες αντιμετώπισης οι οποίες προηγούνται του χρόνιου πόνου (Voscopoulos & Lema, 2010).

Είναι δύσκολο να αποφανθεί κανείς κατά πόσο τα ευρήματα που αφορούν τη σχέση της προσωπικότητας με τον πόνο οφείλονται όντως στην προσωπικότητα ή στην ίδια την ιατρική κατάσταση. Οι Bru, Reider & Svebak (1993), για παράδειγμα, βρήκαν ότι ο νευρωτισμός συσχετίστηκε σημαντικά με αναφορές για πόνο στον αυχένα και στον ώμο, αλλά όχι με αναφορές για πόνο στην μέση. Αυτό συνιστά ένα ενδιαφέρον εύρημα, το οποίο ωστόσο είναι δύσκολο να ερμηνευτεί αν δεν υπάρξει πλήρης κατανόηση για τον τρόπο με τον οποίο αλληλεπιδρούν ο πόνος και ο νευρωτισμός ανεξάρτητα από τις ιατρικές παθήσεις.

Επιπλέον, έχει διατυπωθεί η άποψη ότι κάποια από τα ψυχομετρικά εργαλεία για την εκτίμηση της προσωπικότητας, όπως το MMPI, δεν έχουν δημιουργηθεί για την μελέτη των ασθενών με πόνο (Eilersten, 1992). Υπάρχει μια διαμάχη σχετικά με το κατά πόσο τα προφίλ που εμφανίζονται στο MMPI στα άτομα με πόνο, δείχνουν όντως στοιχεία νευρωτισμού. Η άποψη αυτή στηρίζεται στο γεγονός ότι τα λήμματα που αναφέρονται σε σωματικά συμπτώματα οδηγούν σε αύξηση της βαθμολογίας στις κλίμακες του νευρωτισμού. Με τον τρόπο αυτό, τα προφίλ των ατόμων με πόνο στο MMPI μπορεί να αποκαλύπτουν χαρακτηριστικά που σε άλλους πληθυσμούς θα μπορούσαν να θεωρηθούν ότι φανερώνουν νευρωτισμό (Ellrsten, 1992).

Έχει υποστηριχθεί η άποψη ότι η έννοια της προσωπικότητας μπορεί να φανεί ιδιαίτερα χρήσιμη για την απάντηση στην ερώτηση που έχει τεθεί σχετικά με την επιτυχημένη ή αποτυχημένη έκβαση στη θεραπεία του πόνου (Miro & Raich, 1991). Η διερεύνηση του πεδίου αυτού θα βοηθήσει για τη βελτίωση των μεθόδων παρέμβασης που θα έχουν σαν αποτέλεσμα πιο αποτελεσματικές στρατηγικές. Η προσωπικότητα μπορεί να δρα σαν ρυθμιστική μεταβλητή στη διαδικασία της αλλαγής. Αν ισχύει αυτό οποιαδήποτε τεχνική μπορεί να είναι περισσότερο ή λιγότερο ωφέλιμη (ή επιβλαβής), ανάλογα με τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας. (Miro & Raich, 1991).

Νευρωτισμός και στρατηγικές αντιμετώπισης του πόνου

Οι Miro & Raich (1991) πραγματοποίησαν έρευνα για τη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας και των γνωστικών στρατηγικών που χρησιμοποιούν τα άτομα για να ελέγξουν τον πόνο τους σε πειραματικές συνθήκες. Τα αποτελέσματά τους έδειξαν ότι τα άτομα με υψηλές βαθμολογίες στο νευρωτισμό δε χρησιμοποιούσαν καθόλου τέτοιες γνωστικές στρατηγικές. Οι ερευνητές συμπέραναν ότι τα ευρήματα αυτά θα μπορούσαν να εξηγήσουν το λόγο για τον οποίο τα άτομα με νευρωτισμό παραπονιούνται περισσότερο όταν πονάνε και εμφανίζουν περισσότερες συμπεριφορές πόνου.

Σε έρευνα που διεξήχθη από τους Ashgari & Nicholas (2006) σε ασθενείς με χρόνιο πόνο που επισκέφθηκαν μια κλινική πόνου, διαπιστώθηκε ότι τα άτομα με υψηλότερα επίπεδα νευρωτισμού είχαν μειωμένη αίσθηση αυτοαποτελεσματικότητας όσον αφορά τη διαχείριση του πόνου και μειωμένη αίσθηση ότι έχουν τον έλεγχο πάνω στον πόνο τους. Οι ερευνητές ισχυρίστηκαν, ότι αυτό θα μπορούσε να σημαίνει ότι ο νευρωτισμός μπορεί να προδιαθέτει τους ανθρώπους να αντιμετωπίζουν τον

πόνο με λιγότερο αποτελεσματικό τρόπο και να επηρεάζει αρνητικά την καλύτερη προσαρμογή τους στον χρόνιο πόνο.

Οι Nitch & Boone (2004), βρήκαν ότι, χαμηλότερα επίπεδα νευρωτισμού συνδέθηκαν με τη χρήση λειτουργικών στρατηγικών αντιμετώπισης του πόνου σε ασθενείς που λάμβαναν συνεχόμενη θεραπεία σε εξωτερικό ιατρείο πόνου. Από την άλλη, υψηλότερα επίπεδα νευρωτισμού, συνδέθηκαν με διαπροσωπική δυσφορία, τάση του ατόμου να νιώθει ευάλωτο, χαμηλά επίπεδα εξωστρέφειας και χαμηλά επίπεδα δραστηριότητας.

Ο Maestre και οι συνεργάτες του, (2004) σε έρευνά τους βρήκαν ότι ο νευρωτισμός αυξάνει τη χρήση παθητικών μηχανισμών αντιμετώπισης του πόνου καθώς και την αντιλαμβανόμενη από το άτομο ένταση του πόνου, ενώ μειώνει τη χρήση ενεργητικών στρατηγικών αντιμετώπισης. Σύμφωνα με τους ερευνητές, υψηλά επίπεδα νευρωτισμού οδηγούν στη χρήση πιο παθητικών στρατηγικών αντιμετώπισης (περιορισμό των δραστηριοτήτων) και λιγότερο ενεργητικών στρατηγικών. Αναφέρουν ότι κάτι τέτοιο είναι δυσλειτουργικό στην αντιμετώπιση του πόνου και επομένως μπορεί να οδηγήσει σε μεγαλύτερη ένταση πόνου (Maestre, Lopez Martinez & Zarazaga, 2004).

Τέλος, οι Lauver & Johnson (1997) υποστήριξαν ότι ο νευρωτισμός στον χρόνιο πόνο είναι σημαντικός προβλεπτικός παράγοντας δυσλειτουργικών συμπεριφορικών εκδηλώσεων και σχετίζεται με μεγαλύτερη χρήση παθητικών στρατηγικών αντιμετώπισης από το άτομο που πονάει καθώς και με υψηλότερη ένταση του πόνου του.

Ωστόσο, έχει διατυπωθεί η άποψη ότι ο νευρωτισμός, ως στρατηγική αντιμετώπισης μπορεί να έχει και προσαρμοστική αξία. Συγκεκριμένα, οι Watson & Casillas (2003), βρήκαν ότι υπερβολικά χαμηλά επίπεδα νευρωτισμού καθιστούν το άτομο πιο ευάλωτο σε πολλά είδη απειλών, επομένως ο νευρωτισμός θα πρέπει να διαδραματίζει έναν ενεργητικό και ωφέλιμο ρόλο στην ενημερότητα του ατόμου όσον αφορά την υγεία του. Οι ερευνητές υποστήριξαν ότι ο νευρωτισμός αποτελεί συστατικό ενός συστήματος που αναπτύχθηκε με σκοπό να προστατεύει τους οργανισμούς από τις απειλές και τους κινδύνους.

ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Κατάθλιψη και πόνος

Η κατάθλιψη περιγράφει την πεσμένη διάθεση, τη μείωση της ενέργειας και τον περιορισμό της δραστηριότητας και μπορεί να είναι είτε παροδική είτε υποτροπιάζουσα, με διάφορα επίπεδα βαρύτητας (World Health Organization, 1992). Σύμφωνα με το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχικών Διαταραχών (DSM-IV), η κατάθλιψη χαρακτηρίζεται από σωματικά, συναισθηματικά και γνωστικά στοιχεία (American Psychiatric Association, 1994).

Από όλους τους ψυχολογικούς παράγοντες που σχετίζονται με τον πόνο, η κατάθλιψη ξεχωρίζει σαν ο πιο σημαντικός και έχει μελετηθεί ήδη από πολύ νωρίς. Πράγματι, η σχέση μεταξύ του πόνου και της κατάθλιψης έχει γίνει αντικείμενο περισσότερης έρευνας και μεγαλύτερου θεωρητικού ενδιαφέροντος από οποιαδήποτε άλλη μορφή ψυχοπαθολογίας στη βιβλιογραφία. Παρόλο που η ακριβής φύση της σχέσης μεταξύ των δύο παραμένει αμφιλεγόμενη, έχει αποδειχθεί ότι η κατάθλιψη διαδραματίζει σημαντικό ρόλο τόσο στην κλινική εικόνα του ασθενή όσο και στην ανταπόκρισή του στη θεραπεία (Haythornthwaite, William, Sieber & Kerns, 1991).

Είναι πια κοινώς αποδεκτό ότι η κατάθλιψη και ο πόνος έχουν υψηλή συνοσηρότητα (Bair, Robinson, Katon & Kroenke, 2003). Επιδημιολογικές μελέτες αναφέρουν ότι σε ασθενείς με πόνο που εξετάζονται σε κλινικές πόνου το 52% πληροί τα κριτήρια της Μείζονος Κατάθλιψης (Robinson, Edwards, Iyengar, Bymaster, Clark & Katon, 2009), ενώ ακόμα περισσότεροι αναφέρουν καταθλιπτική διάθεση χωρίς ωστόσο να πληρούν τα κριτήρια για Μείζονα Κατάθλιψη. Επιπλέον, έχει βρεθεί ότι τα άτομα που έχουν χρόνια πόνο είναι τρεις φορές πιθανότερο να εμφανίζουν συναισθηματική δυσφορία (Blyth, March, Brnabic, Jorm, Williamson, 2001). Από την άλλη στους ασθενείς με κατάθλιψη αναφέρεται η παρουσία πόνου σε ποσοστά που κυμαίνεται από 15% έως 100% (με μέσο όρο 65%) (Bair et al., 2003). Σε δομές πρωτοβάθμιας φροντίδας το 69% των ασθενών με κατάθλιψη ανέφερε τουλάχιστον μέτρια συμπτώματα πόνου, ενώ μόνο το 38,6% των ασθενών που δεν είχαν κατάθλιψη ανέφεραν μέτρια συμπτώματα πόνου (Gameroff & Olfson, 2006).

Η συνοσηρότητα του πόνου με την κατάθλιψη έχει πολλές αρνητικές επιπτώσεις (Bair et al., 2003). Το κόστος της περίθαλψης είναι σημαντικά υψηλότερο και υπάρχει αύξηση των ημερών απουσίας από την εργασία με συνακόλουθα

οικονομικά προβλήματα. Επιπλέον έχει βρεθεί ότι τα άτομα με μυοσκελετικό πόνο που έχουν συνοσηρή κατάθλιψη παίρνουν διπλάσιες μέρες αναρρωτικής άδειας από ότι άτομα που έχουν μυοσκελετικό πόνο αλλά δεν έχουν κατάθλιψη (Currie & Wang, 2004).

Η κατάθλιψη έχει συνδεθεί με μεγαλύτερη ένταση του πόνου σε άτομα με ρευματοειδή αρθρίτιδα, με χρόνια οσφυλαγία (Brown, Nicassio & Wallston, 1989· Dworkin, Richlin, Handlin & Brand, 1986) και σε ετερογενή πληθυσμό με χρόνια πόνο (Doan, & Wadden, 1989). Επιπρόσθετα, τα άτομα με συνοσηρότητα πόνου και κατάθλιψης εμφανίζονται λιγότερο δραστήρια (Haley, Turner & Romano, 1985· Hays, Wells, Sherbourne, Rogers & Spritzer, 1995), έχουν μεγαλύτερη ενασχόληση με συμπεριφορές πόνου (Keefe, Wilkins, Cook, Crisson & Muhlbaier, 1986), νοσηλεύονται για μεγαλύτερο διάστημα (Umlauf & Frank, 1983) και κάνουν περισσότερη χρήση αναλγητικών φαρμάκων (Eggen, 1993· Gil, Ginsberg, Muir, Sykes, & Williams, 1990· Turunen, Mäntyselkä, Kumpusalo & Ahonen, 2005.).

Ο Engel και οι συνεργάτες του (1996), βρήκαν ότι σε άτομα με οσφυλαγία τα υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης σχετιζόταν με περισσότερες επισκέψεις σε δομές πρωτοβάθμιας φροντίδας, περισσότερες ακτινογραφίες, αυξημένη χρήση φαρμακευτικής αγωγής και υψηλότερες συνολικές δαπάνες (Engel, Von Korff & Katon, 1996). Ο Linton (2009) σε ανασκόπησή του πρότεινε ότι η κατάθλιψη έχει μεγαλύτερο αντίκτυπο στην έκβαση του πόνου από άλλους κλινικούς παράγοντες και ότι η αμέλεια των επαγγελματιών να θεραπεύσουν την κατάθλιψη συμβάλει σε κάποιες από τις αποτυχημένες προσπάθειες θεραπείας του πόνου. Επιπλέον, ανέφερε ότι οι ασθενείς με κατάθλιψη είχαν λιγότερες πιθανότητες για επιτυχημένη αποκατάσταση και επομένως περισσότερες πιθανότητες υποτροπής μετά τη θεραπεία.

Έχει βρεθεί επίσης, ότι η κατάθλιψη μπορεί να προβλέψει μικρότερη βελτίωση στη λειτουργικότητα μετά από τραυματισμό της σπονδυλικής στήλης (Malec & Neimeyer, 1983) καθώς και να επιδεινώσει τη σχέση μεταξύ του άγχους και του πόνου (Zautra, Parrish, Van Puymbroeck, Tennen, Davis & Reich, 2007). Τέλος, έχει βρεθεί ότι τα προηγούμενα επεισόδια κατάθλιψης μπορούν να προβλέψουν τη μελλοντική ένταση του πόνου σε ασθενείς με τραυματισμό την σπονδυλική στήλη (Fifield, Tennen, Reisine, & McQuillan, 1998) καθώς και την έναρξη ενός έντονου επεισοδίου οσφυαλγίας (Carroll, Cassidy & Côté, 2004).

Η σημαντικότητα της σχέσης μεταξύ του χρόνιου πόνου και της κατάθλιψης οδήγησε μερικούς ερευνητές να υποστηρίξουν την ύπαρξη ενός συνδρόμου το οποίο

ονόμασαν «σύνδρομο χρόνιου πόνου» (Korff, & Simon, 1996). Υποστήριξαν ότι το σύνδρομο αυτό χαρακτηρίζεται από την εμφάνιση καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και ο ασθενής υιοθετεί τον ρόλο του αρρώστου και τις συμπεριφορές της χρόνιας αναπηρίας. Οι συμπεριφορές αυτές περιλαμβάνουν μειωμένα επίπεδα κινητικής δραστηριότητας, αυξημένη χρήση φαρμάκων, πολλές χειρουργικές επεμβάσεις, μείωση των οικονομικών εσόδων και διαταραχές στη σχέση με την οικογένεια. Οι διαπροσωπικές και ψυχικές συγκρούσεις συνυφαίνονται με τα παράπονα για πόνο, με αποτέλεσμα να αποκτούν μια αντίσταση στην αλλαγή (Korff, & Simon, 1996).

Η φύση της σχέσης μεταξύ της κατάθλιψης και του πόνου έχει αποτελέσει αντικείμενο αντιπαράθεσης, έρευνας και διαφόρων θεωρητικών μοντέλων (Nicholas, 2011). Κάποιοι ερευνητές ισχυρίζονται ότι υπάρχει αιτιώδης σχέση μεταξύ των δύο, ωστόσο διαφωνούν ως προς την κατεύθυνση της σχέσης αυτής (Romano & Turner, 1985), ενώ άλλοι ισχυρίζονται ότι οι δύο αυτές έννοιες είναι δυσδιάκριτες και ότι ο χρόνιος πόνος στην πραγματικότητα αποτελεί μια μορφή της κατάθλιψης ή μεταμφιέζεται ως κατάθλιψη (Blumer & Heilbronn, 1982).

Το πρόβλημα της αξιολόγησης της κατάθλιψης στον πόνο

Όσον αφορά τη αξιολόγηση της κατάθλιψης στους ασθενείς με πόνο, ένα πρόβλημα που προκύπτει είναι ο τρόπος με τον οποίο γίνεται αντιληπτή στα πλαίσια του πόνου. Το φαινόμενο αυτό ονομάστηκε «κριτήριο μόλυνσης» και αναφέρεται στις επικαλύψεις που υπάρχουν στη συμπτωματολογία του πόνου και της κατάθλιψης (Dersh, Polatin & Gatchel, 2002). Επειδή τα συμπτώματα της κατάθλιψης περιλαμβάνουν σωματικά συμπτώματα, όπως οι διαταραχές στον ύπνο, η μείωση της όρεξης, η κόπωση και η ψυχοκινητική επιβράδυνση, η διάγνωση της κατάθλιψης στον πληθυσμό αυτό δεν είναι πάντα απλή και τα προβλήματα αυτά θα μπορούσαν να είναι αποτέλεσμα του πόνου ή των φαρμάκων. Το κριτήριο της μόλυνσης θα μπορούσε να αποτελεί πρόβλημα ιδιαίτερα στα ψυχομετρικά εργαλεία που μετρούν την κατάθλιψη και έχουν σταθμιστεί σε ψυχιατρικούς πληθυσμούς (όπως το Beck Depression Inventory) όπου οι σωματικές ασθένειες και η αναπηρία αποτελούσαν κριτήριο αποκλεισμού (Dersh et al., 2002). Επιπλέον, το DSM-V (2013) ορίζει ότι τα σωματικά συμπτώματα της κατάθλιψης δε θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη για τη διάγνωση της κατάθλιψης στους ασθενείς με πόνο. Ωστόσο, έχει διατυπωθεί η άποψη ότι αν όλα αυτά τα σωματικά συμπτώματα αποδίδονται συνέχεια στον πόνο παρά στη

κατάθλιψη, είναι πιθανό να υπάρξει υποδιάγνωση της κατάθλιψης (Sullivan et al., 1992).

Ο Morley και οι συνεργάτες του (2002), ανέλυσαν τις απαντήσεις που έδωσαν άτομα με χρόνια πόνο στο Beck Depression Inventory (BDI) (1961) και κατέληξαν στον συμπέρασμα ότι το BDI δεν μπορεί να μετρήσει την κατάθλιψη σε ασθενείς με χρόνια πόνο. Παρόλα αυτά υποστήριξαν ότι μπορεί να αποτελεί ένα χρήσιμο εργαλείο όσον αφορά τα γνωστικά, συναισθηματικά και συμπεριφορικά στοιχεία της δυσφορίας των ασθενών αυτών. Αντί να απορρίψουν τη χρήση του BDI και να προτείνουν να εγκαταλειφθεί ο όρος κατάθλιψη στους ασθενείς με χρόνια πόνο, πρότειναν ότι χρειάζεται να συνεχιστεί η ανάλυση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και η σχέση της με το χρόνια πόνο (Morley, Williams & Black, 2002).

Έρευνα που πραγματοποιήθηκε με τη χρήση της Self-Rating Depression Scale (1965), έδειξε ότι τα θέματα που αναφέρονταν σε σωματικά συμπτώματα όντως συνδέονταν περισσότερο με την ένταση του πόνου σε σύγκριση με άλλα συμπτώματα της κατάθλιψης (Estlander, Takala & Verkasalo, 1995). Οι Williams & Richardson (1993), βρήκαν ότι σε ασθενείς με χρόνια πόνο το 95% ανέφερε ότι διέκοψε την εργασία του, το 85% είχε διαταραχές στον ύπνο, το 85% κόπωση, το 65% ενασχόληση με το σώμα, το 65% απώλεια της ευχαρίστησης, το 48% απώλεια της όρεξης και το 25% μείωση του βάρους. Τα αποτελέσματα αυτά οδήγησαν πολλούς ερευνητές στο να ζητήσουν μία επαναξιολόγηση της έννοιας της κατάθλιψης στους ασθενείς με πόνο και ανέφεραν ότι τα ευρήματα αυτά δείχνουν όχι μόνο διαφορές στα συμπτώματα της κατάθλιψης μεταξύ των ατόμων με πόνο και χωρίς πόνο αλλά διαφορές ακόμα και στις γνωστικές διεργασίες (Morley, Williams & Black, 2002· Pincus & Williams, 1999). Για παράδειγμα ανέφεραν ότι η αρνητική εικόνα του εαυτού συναντάται πιο συχνά στα καταθλιπτικά άτομα χωρίς πόνο, ενώ οι καταθλιπτικοί ασθενείς που πονάνε έχουν την τάση να εκφράζουν ανησυχίες σχετικά με το γεγονός ότι είναι εξαρτημένα και υποφέρουν.

Ο Nicholas και οι συνεργάτες του (2009) πραγματοποίησαν έρευνα στην οποία συνέκριναν τα προφίλ των απαντήσεων σε μια κλίμακα μέτρησης της κατάθλιψης (Depression Anxiety Stress Scale –DASS21) σε ασθενείς που λάμβαναν θεραπεία για κατάθλιψη σε μια ψυχιατρική κλινική και σε μια κλινική πόνου. Τα αποτελέσματά τους έδειξαν διαφορετικά προφίλ μεταξύ των δύο ομάδων ασθενών. Ενώ οι ασθενείς της ψυχιατρικής κλινικής ανέφεραν συχνά απόγνωση, αναξιοότητα

και αυτοκτονικό ιδεασμό, οι ασθενείς με πόνο εστίαζαν περισσότερο στην πεσμένη διάθεση και στην απώλεια της λειτουργικότητας (Nicholas, Coulston, Asghari, Malhi, 2009). Η ιδέα αυτή έχει υποστηριχθεί και από άλλες έρευνες οι οποίες προτείνουν ότι οι ασθενείς με πόνο πιθανόν να αισθάνονται ότι είναι θύματα των άλλων. Δηλαδή, ενώ οι ψυχιατρικοί ασθενείς κατηγορούν τους εαυτούς τους, οι ασθενείς με πόνο που έχουν συνοσηρή κατάθλιψη πιθανόν να κατηγορούν τους άλλους (Sullivan, Adams, Horan, Maher, Boland, Gross, 2008).

Από μεθοδολογικής άποψης, είναι σημαντικό να εξεταστεί ο τρόπος με τον οποίο η καταθλιπτική διάθεση επηρεάζει την έναρξη και χρονιότητα του πόνου. Αφού η παρουσία της κατάθλιψης πριν την έναρξη του πόνου είναι προαπαιτούμενο για την απόδοση της αιτιότητας, προοπτικές μελέτες στα αρχικά στάδια του πόνου ή πριν την έναρξη του πόνου, θα μπορούσαν να δείξουν την κατεύθυνση της αιτιότητας (Linton, 2011).

Ο Fishbain και οι συνεργάτες του (1997), έκαναν μια ανασκόπηση σχετικά με τις απόψεις που έχουν διατυπωθεί από τους διάφορους ερευνητές για τη σχέση μεταξύ της κατάθλιψης και του πόνου και βρήκαν ότι έχουν προταθεί πέντε σημαντικές υποθέσεις όσον αφορά τη σχέση αυτή: 1) η κατάθλιψη προηγείται της εμφάνισης του πόνου 2) η κατάθλιψη ακολουθεί και είναι απόρροια της ανάπτυξης του πόνου 3) τα καταθλιπτικά επεισόδια που προκύπτουν πριν την εμφάνιση του πόνου, προδιαθέτουν το άτομο για ένα καταθλιπτικό επεισόδιο μετά την έναρξη του πόνου 4) οι γνωσίες διαμεσολαβούν της σχέσης μεταξύ του χρόνιου πόνου και την ανάπτυξη της κατάθλιψης κα 5) υπάρχουν κοινοί παθογενετικοί μηχανισμοί μεταξύ των δύο (Fishbain, Cutler, Rosomoff & Rosomoff, 1997).

Οι ερευνητές έκαναν ανασκόπηση 40 ερευνών οι οποίες, είτε άμεσα είτε έμμεσα, προσέγγιζαν τις παραπάνω υποθέσεις για τη σχέση μεταξύ της κατάθλιψης και του πόνου (Fishbain et al., 1997). Τα αποτελέσματά τους έδειξαν ότι οι περισσότερες μελέτες που υποστήριζαν την πρώτη υπόθεση, δεν κατάφεραν να την επιβεβαιώσουν. Αντίθετα, διαπίστωσαν ότι η δεύτερη υπόθεση υποστηρίχθηκε και από τις δεκαπέντε έρευνες που τη μελέτησαν. Επιπλέον, μόνο μία από τις έξι μελέτες που εξέτασαν την υπόθεση για τον διαμεσολαβητικό ρόλο των γνωσιών, δεν μπόρεσε να την επιβεβαιώσει. Υπογράμμισαν ότι η υπόθεση αυτή δεν είναι ασύμβατη με την υπόθεση ότι η κατάθλιψη είναι επακόλουθο του πόνου. Όντως και στις πέντε έρευνες η κατεύθυνση της σχέσης των δύο διαταραχών ήταν η ίδια, με τον πόνο να προηγείται της κατάθλιψης, κάτι που ενισχύει περεταίρω την δεύτερη υπόθεση. Η τρίτη υπόθεση,

που εικάζει μια γενετική προδιάθεση στην υποτροπιάζουσα μείζονα κατάθλιψη έλαβε μερική υποστήριξη. Συγκεκριμένα, κάποιες έρευνες έδειξαν μεγαλύτερα ποσοστά ασθενών με χρόνια πόνο που είχαν πρώτου βαθμού συγγενείς με καταθλιπτικές διαταραχές σε σχέση με το ποσοστό στο γενικό πληθυσμό.

Αν και ο Fishbain (1997) δεν μπόρεσε να εντοπίσει μελέτες που να αναφέρονται στην τελευταία υπόθεση, έκτοτε έχει προταθεί ότι υπάρχουν κοινοί μηχανισμοί μεταξύ της κατάθλιψης και του πόνου. Συγκεκριμένα, έρευνες έχουν δείξει ότι περιοχές του εγκεφάλου που εμπλέκονται στην εμφάνιση της κατάθλιψης, όπως ο έσω προμετωπιαίος φλοιός, η νήσος του Reil, ο πρόσθιος κροταφικός φλοιός, ο υποθάλαμος και η αμυγδαλή, στέλνουν πολλές προβολές σε δομές του εγκεφαλικού στελέχους που εμπλέκονται στη διαμόρφωση του πόνου (Mayer & Saper, 2000). Έρευνες έχουν δείξει ότι η δραστηριότητα της πρόσθιας έλικας του προσαγωγίου αυξάνεται με το περιφερικό ερέθισμα του πόνου, όπως για παράδειγμα με την εφαρμογή ζέστης στο δέρμα, αλλά έχει επίσης αυξημένη δραστηριότητα όταν ένα χλιαρό ερέθισμα εφαρμόζεται αν ο ασθενής περιμένει ένα καυτό ερέθισμα (Rainville, Duncan, Price, Carrier & Bushnell, 1997). Οι αρνητικές προβλέψεις έχουν σαν αποτέλεσμα την ενεργοποίηση περιοχών του εγκεφάλου και τότε το άτομο φαίνεται να εστιάζει, να δίνει προσοχή και να βαθμολογεί το ερέθισμα του πόνου ως πιο σοβαρό. Η απόσπαση της προσοχής από το αλγεινό σήμα στα πλαίσια πρόκλησης πόνου σε πειραματικές συνθήκες έχει φανεί ότι μειώνει την δραστηριότητα της φαιάς ουσίας περίξ του υδραγωγίου και να μειώνει την αντίληψη του πόνου (Rainville et al., 1997). Επίσης, τα οπιοειδή διεγείρουν τα κύτταρα off και αναστέλλουν τα κύτταρα on. Τα πειράματα αυτά πιθανόν να δείχνουν με ποιον τρόπο η κατάθλιψη, η οποία σχετίζεται με αρνητικές προσδοκίες, μπορεί να ενισχύσει τα σήματα πόνου, ενεργοποιώντας δομές του εγκεφάλου όπως η πρόσθια έλικα του προσαγωγίου (Bair et al, 2003). Η κατάθλιψη σχετίζεται επίσης με δραστική μείωση της σεροτονίνης και της νορεπινεφρίνης, που μπορεί να μειώσει τη ρυθμιστική επίδραση του κατιόντος συστήματος του πόνου (Bair et al., 2003).

Το μοντέλο στρες - προδιάθεσης

Οι Banks & Kerns (1996), πρότειναν ένα μοντέλο στρες- προδιάθεσης για την εμφάνιση της κατάθλιψης στους ασθενείς με χρόνια πόνο το οποίο αποτελεί μια επεξεργασία ενός πιο γενικού μοντέλου. Συνοπτικά, το μοντέλο προτείνει ότι στοιχεία προσωπικής ευαλωτότητας αλληλεπιδρούν με στρεσογόνους παράγοντες

που απειλούν την ευεξία του ατόμου, δημιουργώντας κατάθλιψη. Σύμφωνα με τους συγγραφείς, η προδιάθεση έχει ψυχολογική φύση και μπορεί να περιλαμβάνει αρνητικά σχήματα, εσωτερικές, σταθερές και σφαιρικές πεποιθήσεις που οδηγούν σε μαθημένη αβοηθησία καθώς και ελλείμματα σε βασικές δεξιότητες. Θεωρείται ότι η προδιάθεση αυτή αποτελεί χαρακτηριστικό του ατόμου το οποίο προϋπάρχει της έναρξης του πόνου και είναι ημι-αδρανές. Η ενεργοποίηση του χαρακτηριστικού αυτού είναι αποτέλεσμα της πίεσης που προκαλείται από την χρόνια πάθηση (Banks & Kerns, 1996).

Το στρες ως συστατικό του μοντέλου, αναφέρεται στη φύση της εμπειρίας του πόνου. Οι συγγραφείς υποστηρίζουν ότι είναι πιο πιθανό ο χρόνιος πόνος να οδηγήσει σε κατάθλιψη παρά άλλες χρόνιες ιατρικές παθήσεις, λόγω της σοβαρότητας της φύσης των στρεσογόνων παραγόντων που συνδέονται με το χρόνιο πόνο (Banks & Kerns, 1996). Τέτοιοι στρεσογόνοι παράγοντες μπορεί να είναι ο ίδιος ο πόνος, η συναισθηματική δυσφορία που προκαλούν τα συμπτώματά του, η αναπηρία, δευτερογενείς απώλειες που προκύπτουν σε διάφορους τομείς (π.χ. εργασία και κοινωνικές σχέσεις) καθώς και η απεγνωσμένη αναζήτηση διάγνωσης και ανακούφισης. Πραγματικά, ο χρόνιος πόνος, περιλαμβάνει πολλούς στρεσογόνους παράγοντες που κάνει τα άτομα που υποφέρουν από αυτόν να δυσκολεύονται να αναγνωρίσουν έστω και έναν τομέα της ζωής τους που να μην έχει επηρεαστεί αρνητικά (Banks & Kerns, 1996).

Το μοντέλο αυτό είναι συνεπές με την υπόθεση που αναφέρει την κατάθλιψη ως αποτέλεσμα του πόνου. Επιπλέον, συνάδει με την υπόθεση της διαμεσολάβησης των γνωσιών καθώς οι γνωσίες (τα αρνητικά σχήματα) και οι συμπεριφορές (δεξιότητες) αποτελούν διαμεσολαβητικούς παράγοντες μεταξύ του πόνου και της κατάθλιψης. Τέλος, αν η υπόθεση της προδιάθεσης μπορούσε να διευρυνθεί περιλαμβάνοντας όχι μόνο γενετική προδιάθεση στην υποτροπιάζουσα μείζονα κατάθλιψη αλλά και ψυχολογικούς προδιαθετικούς παράγοντες όπως τα αρνητικά σχήματα, τότε το μοντέλο στρες –προδιάθεσης θα ήταν συνεπές και με την υπόθεση αυτή (Dersh, Polatin & Gatchel, 2002). Έρευνες έχουν υποστηρίξει το μοντέλο αυτό δείχνοντας ότι καθένα από τα στοιχεία του μοντέλου αποτελούσε προβλεπτικό παράγοντα της κατάθλιψης στους ασθενείς με χρόνιο πόνο (Maxwell, Gatchel & Mayer, 1998) ενώ οι Weisberg & Keefe (1997), τονίζουν τη σημασία που έχει ένα τέτοιο μοντέλο για την κατανόηση του χρόνιου πόνου.

Η ΣΧΕΣΗ ΜΕΤΑΞΥ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΡΟΦΟΠΟΙΗΣΗΣ, ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΚΑΙ ΤΟΥ ΝΕΥΡΩΤΙΣΜΟΥ

Καταστροφοποίηση και νευρωτισμός

Σε έρευνα που πραγματοποίησαν η Martínez, και οι συνεργάτες της (Martínez, Sánchez, Miró, Medina & Lami, 2011), εξέτασαν τη σχέση μεταξύ των γνωστικό-συναισθηματικών παραγόντων του μοντέλου φόβου-αποφυγής και των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας σε ασθενείς με ινομυαλγία. Τα αποτελέσματά τους έδειξαν ότι η τάση των ασθενών να κάνουν καταστροφολογικές αξιολογήσεις του πόνου τους συνδέθηκε με υψηλότερα επίπεδα νευρωτισμού. Επιπλέον, βρήκαν ότι ο νευρωτισμός μπορούσε να προβλέψει τη μεταβλητότητα στην καταστροφοποίηση ενώ η καταστροφοποίηση αποτελούσε ενδιάμεσο παράγοντα στη σχέση μεταξύ του νευρωτισμού και του άγχους για τον πόνο. Οι συγγραφείς ανέφεραν ότι η καταστροφοποίηση του πόνου σχετίζεται με ένα νευρωτικό προφίλ προσωπικότητας και ότι τα άτομα με τέτοιο προφίλ χαρακτηρίζονται από την τάση να βιώνουν περισσότερα αρνητικά συναισθήματα, να προσκολλώνται σε δυσλειτουργικές πεποιθήσεις και να έχουν μικρότερη δυνατότητα να ελέγχουν τις παρορμήσεις τους και να αντιμετωπίζουν το άγχος.

Ο Goubert και οι συνεργάτες του (2004), διερεύνησαν το ρόλο που διαδραματίζουν ο νευρωτισμός, η καταστροφοποίηση και ο φόβος για τον πόνο στην υπερεπαγρύπνηση του ατόμου απέναντι στον πόνο. Τα αποτελέσματά τους έδειξαν ότι υπήρξε μια σημαντική σχέση μεταξύ του νευρωτισμού και της καταστροφοποίησης. Συγκεκριμένα, βρέθηκε ότι ο νευρωτισμός σχετίστηκε θετικά με την υπερεπαγρύπνηση, την καταστροφοποίηση και το φόβο. Επιπλέον, φάνηκε ότι η καταστροφοποίηση αποτελούσε ενδιάμεσο παράγοντα στη σχέση μεταξύ του νευρωτισμού και της υπερεπαγρύπνησης (Goubert, Crombez & Van Damme, 2004). Οι συγγραφείς υποστήριξαν ότι όταν ένα άτομο αντιμετωπίζει έναν στρεσογόνο παράγοντα, όπως ο πόνος, ο νευρωτισμός μπορεί να επηρεάζει τον τρόπο με τον οποίο το άτομο αξιολογεί τον πόνο, δηλαδή, το κατά πόσο θα αντιληφθεί το ερέθισμα του πόνου ως κάτι απειλητικό ή όχι. Ο νευρωτισμός, μπορεί να χαμηλώσει τον ουδό στον οποίο ο πόνος γίνεται αντιληπτός ως απειλητικός και στον οποίο ο πόνος πυροδοτεί σκέψεις καταστροφοποίησης. Για τα άτομα με υψηλό νευρωτισμό, ακόμα και μία μικρή ένταση πόνου είναι αρκετή ώστε το άτομο να την αντιληφθεί ως

απειλητική και ως αποτέλεσμα να πυροδοτήσει καταστροφικές σκέψεις για τον πόνο (Goubert et al., 2004).

Πρόσφατες έρευνες έχουν δείξει ότι ο μηρυκασμός (ένας από τους τρεις παράγοντες της καταστροφοποίησης) διαμεσολαβεί στη σχέση μεταξύ του νευρωτισμού και της κατάθλιψης (Kuyken, Watkins, Holden, & Cook, 2006· Muris, Roelofs, Rassin, Franken, & Mayer, 2005). Οι Barnhofer & Chittka (2010) μελέτησαν τη σχέση αυτή και τα ευρήματά τους έδειξαν ότι η τάση του ατόμου να αντιδρά σε μια ήπια αρνητική διάθεση μηρυκάζοντας αποτελούσε ενδιάμεσο παράγοντα στη σχέση μεταξύ του νευρωτισμού και της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας. Ανεξάρτητα με το αν οι συμμετέχοντες είχαν κάποιο προηγούμενο καταθλιπτικό επεισόδιο, όσο πιο ψηλά επίπεδα νευρωτισμού είχαν, τόσο πιο πολύ αντιδρούσαν στην ήπια αρνητική διάθεση σκεφτόμενοι διαρκώς τις πιθανές αιτίες της διάθεσης αυτής. Ως αποτέλεσμα, αμελούσαν τη χρήση πιο ενεργητικών στρατηγικών αντιμετώπισης των δυσκολιών τους, που με τη σειρά του συνδέθηκε με υψηλότερα επίπεδα καταθλιπτικής συμπτωματολογίας.

Καταστροφοποίηση και Κατάθλιψη

Έρευνες έχουν δείξει ότι υπάρχει μία σύνδεση μεταξύ της καταστροφοποίησης και της κατάθλιψης (Jensen, Ehde, Hoffman, Patterson, Czerniecki & Robinson, 2002· Keefe, Brown, Wallston & Caldwell, 1989· Nicholas, Coulston, Asghari & Malhi, 2009· Sullivan, Rodgers & Kirsch, 2001). Οι ασθενείς που παρουσιάζουν υψηλές βαθμολογίες στην καταστροφοποίηση, αναφέρουν και υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης (Keefe et al., 1989. Sullivan et al., 2001). Έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε ασθενείς με χρόνια πόνο έδειξε ότι σοβαρά καταθλιπτικά συμπτώματα σχετίζονται με υψηλότερη καταστροφοποίηση (Nicholas et al., 2009) ενώ μελέτη σε ασθενείς που υποβλήθηκαν σε ακρωτηριασμό έδειξε ότι η ύπαρξη της καταστροφοποίησης μπορούσε σε μεγάλο βαθμό να προβλέψει την κατάθλιψη (Jensen et al., 2002). Σε ανασκόπηση που έκαναν ο Sullivan και οι συνεργάτες του (2001) σχετικά με την καταστροφοποίηση του πόνου, συμπέραναν ότι ο καταστροφικός τρόπος σκέψης μπορεί να συνεισφέρει στην εμφάνιση και διατήρηση της κατάθλιψης που σχετίζεται με τον πόνο (Sullivan, Thorn, Haythornthwaite, Keefe, Martin & Lefebvre, 2001).

Πρώιμες έρευνες που μελέτησαν το ρόλο της καταστροφοποίησης στον πόνο υποστήριξαν ότι τέτοιες δυσλειτουργικές αντιδράσεις απέναντι στον πόνο

αντικατόπτριζαν αντιδράσεις που συνήθως παρατηρούνταν στα άτομα με κατάθλιψη. Η παρατήρηση αυτή τους οδήγησε στο να συμπεράνουν ότι η καταστροφοποίηση συνιστούσε απλά ένα σύμπτωμα της κατάθλιψης και δεν αποτελούσε ξεχωριστή οντότητα. (Rosenstiel and Keefe, 1983· Sullivan and D'Eon, 1990).

Ο Sullivan και οι συνεργάτες του (1990), πρότειναν ότι η σχέση μεταξύ της καταστροφοποίησης και της κατάθλιψης μπορεί να απορρέει από την αλληλοεπικάλυψη των περιεχομένων των λημμάτων που μετρούν τις δύο αυτές έννοιες. Ισχυρίστηκαν ότι ο βαθμός της εννοιολογικής και λειτουργικής αλληλοεπικάλυψης μεταξύ της κατάθλιψης και της καταστροφοποίησης περιορίζει την χρησιμότητα της καταστροφοποίησης ως αιτιολογικό παράγοντα της μεταβλητότητας στον πόνο και την κατάθλιψη στους ασθενείς με χρόνια πόνο. Στηριζόμενοι στο γνωστικό μοντέλο του Beck για την κατάθλιψη, ανέφεραν ότι αν και οι αρνητικές γνωσίες είναι ξεχωριστές από τα συμπτώματα της κατάθλιψης, παρόλα αυτά υπάρχει μια αιτιώδης σχέση μεταξύ τους. Υποστήριξαν ότι οι αρνητικές γνωσίες συμπεριλαμβάνονται στα διαγνωστικά κριτήρια της κατάθλιψης και στα ερωτηματολόγια αυτο-αναφοράς για τη μέτρηση της κατάθλιψης. Επιπλέον, λαμβάνοντας υπόψη και τα ευρήματα άλλων ερευνών που πρότειναν ότι τα άτομα που αποφεύγουν τον καταστροφικό τρόπο σκέψης έχουν χαμηλότερα επίπεδα συναισθηματικής δυσφορίας κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι αν η καταστροφοποίηση είναι απλά μια εκδήλωση της κατάθλιψης, τότε η μελέτη της έννοιας αυτής δεν πρόκειται να αποσαφηνίσει τους παράγοντες που διαμεσολαβούν στη σχέση της κατάθλιψης με τον χρόνια πόνο (Sullivan & D'Eon, 1990).

Ο Jensen και οι συνεργάτες του (1991) ανέφεραν την πιθανότητα αλληλοεπικάλυψης μεταξύ της κατάθλιψης και των γνωστικών διαστρεβλώσεων, όπως η καταστροφοποίηση. Υποστήριξαν ότι το γεγονός ότι η βαθμολογία της καταστροφοποίησης στο Coping Strategy Questionnaire (1987) μετράται σαν να αντιπροσωπεύει συμπτώματα της κατάθλιψης πιθανόν να υποστηρίζει την άποψη ότι η καταστροφοποίηση αποτελεί απλά ένα σύμπτωμα της κατάθλιψης (Jensen, Turner, Romano & Karoly, 1991).

Παρόλα αυτά, πιο σύγχρονες μελέτες αποκάλυψαν ότι η καταστροφοποίηση σχετίζεται σημαντικά με τον πόνο και την σχετική με τον πόνο αναπηρία ανεξάρτητα από την επίδραση της κατάθλιψης και των αρνητικών συναισθημάτων (Geisser et al., 1994· Geisser and Roth, 1998· Keefe et al., 1989· Leeuw et al., 2007· Lintonl et al., 2011· Sullivan et al., 1998). Οι έρευνες αυτές υποστηρίζουν την άποψη ότι η

καταστροφοποίηση διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην εμπειρία του πόνου ανεξάρτητα από την σχέση της με την κατάθλιψη και επομένως αποτελεί μια ξεχωριστή οντότητα.

Ο Linton και οι συνεργάτες του (2011), βρήκαν ότι τόσο τα υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης, όσο και η καταστροφοποίηση, είχαν ανεξάρτητες επιπτώσεις στην εμπειρία του πόνου. Συγκεκριμένα, τα αποτελέσματά τους έδειξαν ότι όταν τα καταθλιπτικά συμπτώματα ήταν ελάχιστα, η υψηλή καταστροφοποίηση σχετίστηκε με κακή προσαρμογή στον πόνο σε σχέση με την περίπτωση όπου οι βαθμολογίες τόσο στην καταστροφοποίηση όσο και στην κατάθλιψη ήταν ελάχιστες. Το ίδιο ίσχυε και για την περίπτωση που οι βαθμολογίες στην καταστροφοποίηση ήταν χαμηλές, ενώ στην κατάθλιψη ήταν υψηλές. Ωστόσο, η πιο κακή προσαρμογή προέκυπτε όταν υπήρχαν υψηλές βαθμολογίες τόσο στην καταστροφοποίηση όσο και στην κατάθλιψη. Οι συγγραφείς υποστήριζαν ότι αυτό θα σήμαινε ότι οι δύο έννοιες έχουν μια προσθετική επίδραση στον πόνο και επομένως είναι δύο ξεχωριστές έννοιες (Linton et al., 2011).

Σε μελέτη που έγινε σε ασθενείς με βλάβη των ιστών στους ώμους, στην πλάτη και στον αυχένα, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι τόσο η καταστροφοποίηση όσο και η κατάθλιψη συσχετίστηκαν σημαντικά με τις βαθμολογίες των ασθενών στην αντιλαμβανόμενη αναπηρία τους (Sullivan et al., 1998). Οι συγγραφείς συμπέραναν ότι αν και η καταστροφοποίηση μπορεί να έχει κάποια αλληλοεπικάλυψη με την κατάθλιψη, αποτελεί σημαντικό προσθετικό παράγοντα στην προβλεπτική ισχύ που έχουν τα μοντέλα που σχετίζονται με την αναπηρία.

Ο Keefe και οι συνεργάτες του (1989), μελέτησαν επίσης το ζήτημα της σχέσης αυτής. Οι ερευνητές χορήγησαν ερωτηματολόγια για την κατάθλιψη και την καταστροφοποίηση σε ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα σε δύο χρονικές στιγμές, με διαφορά έξι μηνών. Εξέτασαν το κατά πόσο η καταστροφοποίηση στην πρώτη φάση μπορούσε να προβλέψει την κατάθλιψη στη δεύτερη φάση, ελέγχοντας την ύπαρξη κατάθλιψης στην πρώτη φάση. Υπέθεσαν ότι αν η καταστροφοποίηση και η κατάθλιψη μετρούσαν το ίδιο, ελέγχοντας την κατάθλιψη της πρώτης φάσης, θα έπρεπε η σχέση μεταξύ της καταστροφοποίησης στην πρώτη φάση και της κατάθλιψης στη δεύτερη φάση να καθίσταται μη σημαντική. Τα αποτελέσματά τους έδειξαν ότι η καταστροφοποίηση μπορούσε να προβλέψει την μετέπειτα κατάθλιψη πέρα από την μεταβλητότητα που μπορούσε να εξηγήσει η αρχική κατάθλιψη (Keefe, Brown, Wallston & Caldwell, 1989).

Σε πιο πρόσφατη έρευνα, ο Sullivan και οι συνεργάτες του (2001), εξέτασαν το ρόλο της καταστροφοποίησης και της κατάθλιψης στις αντιδράσεις που οι ασθενείς περίμεναν ότι θα είχαν απέναντι στον πόνο που προκλήθηκε σε πειραματικές συνθήκες. Υποστήριζαν ότι η καταστροφοποίηση και η κατάθλιψη μπορεί να επιδρούν στον πόνο και στη συναισθηματική δυσφορία με διαφορετικούς τρόπους. Ελέγχοντας τις αντιδράσεις που οι ασθενείς περίμεναν ότι θα εμφανίσουν, η σχέση μεταξύ της κατάθλιψης και των σχετικών με τον πόνο εκβάσεων δεν ήταν σημαντική. Αντίθετα, τα αποτελέσματά τους έδειξαν ότι η σχέση μεταξύ της καταστροφοποίησης και των εκβάσεων αυτών είναι σε κάποιο βαθμό ανεξάρτητη από την αναμενόμενη αντίδραση (Sullivan, Rodger & Kirsch, 2001).

Κατάθλιψη και Νευρωτισμός

Ο Duggan και οι συνεργάτες του (1995) βρήκαν ότι τα άτομα που είχαν ιστορικό κατάθλιψης στην οικογένεια ήταν πιο ευάλωτα στο να αναπτύξουν καταθλιπτικά συμπτώματα όταν είχαν υψηλά επίπεδα νευρωτισμού (Duggan, Sham, Lee, Minne & Murray, 1995). Ο Suls και οι συνεργάτες του (1998) διεξήγαγαν έρευνα σχετικά με τις συναισθηματικές αντιδράσεις των ανθρώπων στους καθημερινούς στρεσογόνους παράγοντες. Τα αποτελέσματά τους έδειξαν ότι όλοι οι συμμετέχοντες είχαν πεσμένη διάθεση όταν έρχονταν αντιμέτωποι με τους παράγοντες αυτούς, ωστόσο τα άτομα με υψηλότερα επίπεδα νευρωτισμού αντιδρούσαν με πιο αρνητικό τρόπο στους στρεσογόνους παράγοντες και εμφανίζονταν πιο ευαίσθητα όταν είχαν να αντιμετωπίσουν τα ίδια στρεσογόνα γεγονότα. Επιπλέον, τα νευρωτικά άτομα ανέφεραν ότι βίωσαν περισσότερα στρεσογόνα γεγονότα από τους μη νευρωτικούς συμμετέχοντες. (Suls, Green & Hillis, 1998).

Τα άτομα που έχουν υψηλές βαθμολογίες στις κλίμακες του νευρωτισμού είναι πιο πιθανό να βιώσουν μία ποικιλία προβλημάτων, όπως η κατάθλιψη και τα σωματικά συμπτώματα. Τα άτομα με ιστορικό κατάθλιψης χαρακτηρίζονται από υψηλά επίπεδα συγκεκριμένων χαρακτηριστικών της προσωπικότητας και ιδιαίτερα το νευρωτισμό (Schmitz, Kugler & Rollnik, 2003).

Οι Enns & Cox (2005) έκαναν ανασκόπηση οκτώ μελετών που πραγματοποιήθηκαν για να εξετάσουν τη σχέση μεταξύ του νευρωτισμού και της κατάθλιψης. Οι μελέτες αυτές έδειξαν ότι τα άτομα με κατάθλιψη είχαν υψηλότερα επίπεδα νευρωτισμού από την ομάδα ελέγχου και ότι η χρόνια κατάθλιψη σχετίζεται

με αύξηση των επιπέδων του νευρωτισμού. Επιπλέον, η υποχώρηση της κατάθλιψης σχετίζεται με σταδιακή μείωση των επιπέδων του νευρωτισμού. Υψηλές βαθμολογίες στο νευρωτισμό κατά τη διάρκεια της κατάθλιψης βρέθηκε επίσης ότι αποτελεί παράγοντα κακής πρόγνωσης. Τέλος, φάνηκε ότι τα άτομα που αργότερα εμφάνισαν κατάθλιψη είχαν πριν την εμφάνισή της υψηλότερα επίπεδα νευρωτισμού από εκείνα που δεν εμφάνισαν κατάθλιψη (Enns & Cox, 2005).

Οι Taylor και McLean (1998) διεξήγαγαν μελέτη σε ασθενείς με κατάθλιψη που παρακολούθησαν τέσσερα διαφορετικά είδη θεραπείας. Τα υψηλότερα επίπεδα νευρωτισμού προέβλεψαν χειρότερη έκβαση ανεξάρτητα από το είδος της θεραπείας.

Μία μεγάλη μελέτη που πραγματοποιήθηκε από τον Kendler και τους συνεργάτες του (1999) σε δίδυμες γυναίκες μέτρησε το νευρωτισμό σε δύο χρονικές στιγμές με 14 μήνες διαφορά. Τα αποτελέσματά τους έδειξαν ότι ο νευρωτισμός προέβλεψε σε μεγάλο βαθμό την εμφάνιση της κατάθλιψης. Επιπλέον, η εμφάνιση ενός μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου μεταξύ των δύο διαστημάτων της μέτρησης αύξησε τα επίπεδα του νευρωτισμού, ενώ ένα καινούριο καταθλιπτικό επεισόδιο που υπήρχε κατά τη δεύτερη αξιολόγηση επίσης προκάλεσε αύξηση των επιπέδων του νευρωτισμού. Τέλος, βρήκαν ότι η σχέση μεταξύ κατάθλιψης και του νευρωτισμού οφειλόταν κατά 70% σε κοινούς γενετικούς παράγοντες κινδύνου. Αυτό θα σήμαινε ότι η κατάθλιψη και ο νευρωτισμός μοιράζονται μία μοναδική γενετική προδιάθεση που δείχνει μια ευαλωτότητα στην υποκειμενική δυσφορία και τα αρνητικά συναισθήματα (Kendler, Karkowski & Prescott, 1999).

Τέλος, έχει βρεθεί, ότι τα άτομα με υποτροπιάζουσα κατάθλιψη έχουν υψηλότερα επίπεδα νευρωτισμού από ότι τα άτομα που έχουν εμφανίσει ένα μοναδικό μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο. Οι συγγραφείς ερμήνευσαν το αποτέλεσμα αυτό λέγοντας ότι μια διαταραχή της διάθεσης αλλάζει την προσωπικότητα έτσι ώστε μετά από δύο καταθλιπτικά επεισόδια η προσωπικότητα αυξάνει την ευαλωτότητα στην εμφάνιση περισσότερων καταθλιπτικών επεισοδίων. Επομένως, η αλλαγή στον νευρωτισμό μπορεί να αποτελεί παράγοντα αλλαγής στην νευροβιολογία μιας υποτροπιάζουσας διαταραχής της διάθεσης (Sham, Lee, Minne & Murray, 1995).

ΓΝΩΣΤΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΓΙΑ ΤΟΝ ΠΟΝΟ

Ιστορική Αναδρομή

Περίπου πριν μισό αιώνα οι επιστήμονες αντιμετώπιζαν τα προβλήματα που αφορούσαν τον πόνο σύμφωνα με το βιοϊατρικό μοντέλο σαν ένα σύμπτωμα υποκείμενης παθολογίας (Winterowd, Beck & Gruener, 2003) . Ο πόνος θεραπευόταν σαν ένα σύμπτωμα, που σχετιζόταν με τη σοβαρότητα της υποκείμενης παθολογίας του οργανισμού. Σύμφωνα με την προσέγγιση αυτή, η θεραπεία του πόνου βασιζόταν σε δύο διαδικασίες: αρχικά εντοπιζόταν η υποκείμενη παθολογία και στη συνέχεια γινόταν απομάκρυνση της παθολογίας αυτής με την κατάλληλη θεραπεία (Vlaeyen & Morley, 2005). Όταν οι ιατρικές θεραπείες αποτύγχαναν να κάνουν διάγνωση ή να απομακρύνουν τον πόνο και δε φαινόταν να υπάρχει κάποια σωματική βλάβη, θεωρούσαν ότι η αιτία βρισκόταν «στο μυαλό του ατόμου». Οι ασθενείς παραπέμπονταν σε επαγγελματίες ψυχικής υγείας ώστε να θεραπεύσουν τον πόνο σαν μια ψυχιατρική πάθηση. Η θεραπεία του πόνου δηλαδή, ήταν διχοτομημένη σε ιατρικές και ψυχολογικές θεραπείες όμοια με τον δυϊσμό νου-σώματος. Ο περιορισμός του μοντέλου αυτού έγινε γρήγορα αισθητός (Winterowd, 2003).

Σήμερα έχει πια αναγνωριστεί ευρέως ότι ο πόνος είναι μια περίπλοκη εμπειρία, η οποία επηρεάζεται τόσο από βιολογικούς παράγοντες όσο και από ένα ευρύ φάσμα ψυχοκοινωνικών παραγόντων (Turk & Okifuji, 2002). Στους παράγοντες αυτούς συμπεριλαμβάνονται τα συναισθήματα, το κοινωνικό και περιβαλλοντικό πλαίσιο, το κοινωνικοπολιτισμικό πλαίσιο, το νόημα που δίνει το άτομο στον πόνο καθώς και οι πεποιθήσεις, οι στάσεις και οι προσδοκίες του. Μερικές φορές οι φαρμακολογικές και χειρουργικές παρεμβάσεις είναι συχνά ανεπαρκείς στην αντιμετώπιση του πόνου και στην αύξηση της λειτουργικότητας (McCracken & Turk, 2002). Για παράδειγμα, μία ανασκόπηση που εξέτασε την κλινική αποτελεσματικότητα φαρμακολογικών παρεμβάσεων στον πόνο έδειξε ότι μόνο το 30% - 40% των ασθενών ανέφερε τουλάχιστον 50% μείωση της έντασης του πόνου με τη χρήση των πιο ισχυρών φαρμάκων (Turk, 2002).

Οι περισσότεροι επαγγελματίες υγείας, συμπεριλαμβανομένων των επαγγελματιών ιατρικής και ψυχικής υγείας, αποδέχονται τη σύνδεση νου-σώματος (Winterowd et al., 2003). Έτσι, παρόλο που στους ασθενείς με χρόνια πόνο δίνεται φαρμακολογική περίθαλψη, πολλοί ασθενείς με χρόνια πόνο, ωφελούνται από μια

διεπιστημονική προσέγγιση που περιλαμβάνει φαρμακευτική περίθαλψη, σωματική θεραπεία και εργοθεραπεία, ψυχιατρικές και ψυχολογικές παρεμβάσεις προκειμένου να βοηθηθούν ώστε να αντιμετωπίσουν την σωματική και συναισθηματική τους κατάσταση (Winterowd et al., 2003).

Η Γνωστική – Συμπεριφορική Θεραπεία (ΓΣΘ) έχει περιγραφεί ως το χρυσό πρότυπο των ψυχολογικών παρεμβάσεων για τους ασθενείς με πολλά προβλήματα πόνου (Ehde, Dillworth & Turner, 2014). Ο Fordyce (1976) ήταν ο πρώτος που εφάρμοσε τις θεωρίες μάθησης στην αντιμετώπιση του πόνου και αντιλήφθηκε τον πόνο ως συμπεριφορά. Θεώρησε ότι οι συμπεριφορές αυτές, είναι παρατηρήσιμες αντιδράσεις στις αισθήσεις του πόνου που συχνά μπορεί να εξυπηρετούν έναν επικοινωνιακό ρόλο, να γνωστοποιήσουν δηλαδή οι ασθενείς στα άτομα του κοινωνικού τους περιβάλλοντος ότι βιώνουν δυσφορία που σχετίζεται με τις αισθήσεις του πόνου. Αυτές μπορεί να εκφράζονται με τη μορφή λεκτικών συμπεριφορών, όπως οι αναστεναγμοί, που δείχνουν ότι το άτομο πονάει, είτε ζητώντας άμεσα βοήθεια με καθήκοντα που τους δυσκολεύουν. Οι συμπεριφορές αυτές, όπως οποιαδήποτε άλλη συμπεριφορά, μπορεί να προκληθεί και να διαμορφωθεί από κοινωνικά και περιβαλλοντικά ερεθίσματα και επομένως είναι δυνατόν η συχνότητα εμφάνισής τους να μειωθεί ή να αυξηθεί. Η θεώρηση αυτή οδήγησε στην επέκταση των θεραπειών που εφαρμόζονταν στον πόνο, συμπεριλαμβάνοντας συμπεριφορικές θεραπείες (Vlaeyen & Morley, 2005).

Η γνωστική θεραπεία που ανέπτυξε ο Aaron Beck για την κατάθλιψη, αύξησε την προσοχή που δινόταν στο ρόλο των γνωσιών στην διάθεση, στο άγχος και σε άλλες ψυχολογικές διαταραχές και αυτό πυροδότησε το ενδιαφέρον για την εφαρμογή των γνωστικών θεραπευτικών τεχνικών στις συμπεριφορικές θεραπείες για τον πόνο (Ehde, Dillworth & Turner, 2014). Οι Meichenbaum & Turk (1976) ήταν οι πρώτοι που πρότειναν με συστηματικό τρόπο το ρόλο που διαδραματίζουν οι γνωστικοί παράγοντες στην εμπειρία του πόνου.

Το γνωστικό μοντέλο του πόνου

Το μοντέλο της γνωστικής συμπεριφορικής θεραπείας για τον πόνο εξετάζει τον πόνο σαν ένα πολύπλοκο σύστημα που επηρεάζεται από τις γνωσίες που έχει ο ασθενής για την εμπειρία του πόνου, τις συμπεριφορικές απαντήσεις στις γνωσίες αυτές και στον ίδιο τον πόνο, καθώς και τις συναισθηματικές αντιδράσεις απέναντι στις γνωσίες και στον πόνο (Keefe, 1996). Οι σκέψεις, οι εικόνες και οι πεποιθήσεις

του ατόμου επηρεάζουν άμεσα τον τρόπο με τον οποίο αντιμετωπίζει τον πόνο και τις άλλες εμπειρίες του (Winterowd et al., 2003).

Σύμφωνα με το μοντέλο αυτό, οι άνθρωποι μπορεί να έχουν αρνητικές, μη ρεαλιστικές σκέψεις και πεποιθήσεις για τον πόνο τους, για τον εαυτό τους και για το μέλλον δεδομένης της πάθησής τους. Οι αρνητικές σκέψεις σχετικά με τον πόνο μπορούν να επηρεάσουν τη διάθεση, τη συμπεριφορά και τις φυσιολογικές λειτουργίες του σώματος. Επιπλέον, υπάρχουν κάποιες λάθη στον τρόπο σκέψης των ατόμων, τις οποίες ο Beck ονόμασε γνωστικές διαστρεβλώσεις στις σκέψεις, και έχουν αρνητική συνέπεια στην εμπειρία του πόνου (Winterowd et al., 2003). Από αυτήν την άποψη, οι πεποιθήσεις που έχει το άτομο σχετικά με την ασθένειά του, επηρεάζουν τον τρόπο με τον οποίο βιώνεται αυτή η εμπειρία και όταν ο πόνος ερμηνεύεται σαν απειλή, είναι πιθανό να έχει ως αποτέλεσμα την επιδείνωση της κατάστασης του ατόμου (Turk, 2003). Το θεωρητικό μοντέλο της γνωστικής θεραπείας επομένως αντιμετωπίζει το άτομο όχι ως παθητικό αποδέκτη των πληροφοριών, αλλά υποστηρίζει ότι επεξεργάζεται με ενεργητικό τρόπο τις πληροφορίες που λαμβάνει από το περιβάλλον.

Όσον αφορά τη δομή της θεραπείας, δεν υπάρχει ένα συγκεκριμένο πρωτόκολλο, αλλά ο αριθμός των συνεδριών και οι συγκεκριμένες τεχνικές που χρησιμοποιούνται διαφέρουν. Ωστόσο υπάρχουν κάποιες συνήθειες τεχνικές που χρησιμοποιούνται (Ehde, 2014). Ένας από τους στόχους της θεραπείας είναι η γνωστική αναδόμηση, δηλαδή ο ασθενής να αναγνωρίσει, να αξιολογήσει και να τροποποιήσει τις σκέψεις και τις πεποιθήσεις που σχετίζονται με τον πόνο και τη συναισθηματική του δυσφορία. Στη συνέχεια ο ασθενής μαθαίνει τεχνικές χαλάρωσης προκειμένου να αντιμετωπίσει τον πόνο και το άγχος του. Ένας ακόμα στόχος είναι η συμπεριφορική ενεργοποίηση καθώς και ο ρυθμός εκτέλεσης δραστηριοτήτων. Τέλος το άτομο μαθαίνει δεξιότητες επίλυσης προβλημάτων ώστε να μπορέσει να διαμορφώσει ένα σχέδιο για την αντιμετώπιση των εξάρσεων του πόνου, να προβλέψει πιθανές μελλοντικές δυσκολίες καθώς και να αντιμετωπίζει τους υπόλοιπους ψυχοκοινωνικούς στρεσογόνους παράγοντες (Kerns, Sellinger & Goodin, 2011· Thorn, 2004· Turk, 2003· Winterowd et al., 2003).

Η θεραπεία αυτή υπογραμμίζει πόσο σημαντικό είναι ο ασθενής να πάρει έναν ενεργητικό ρόλο στη θεραπεία του και να καθιερωθεί μια συνεργατική σχέση αντί να μείνει στον παθητικό ρόλο που συνήθως έχει ο ασθενής στο ιατρικό σύστημα (Turk & Flor, 1984).

Αποτελεσματικότητα της Γνωστικής Συμπεριφορικής Θεραπείας για τον πόνο

Σε μια μετά-ανάλυση οι Morley, Eccleston και Williams (1999) έκαναν ανασκόπηση 25 μελετών στις οποίες αξιολογήθηκε η αποτελεσματικότητα της γνωστικής συμπεριφορικής θεραπείας στον πόνο σε σύγκριση με ασθενείς σε λίστα αναμονής και άλλες εναλλακτικές συνθήκες ελέγχου. Οι ερευνητές αξιολόγησαν την αποτελεσματικότητα ως προς πέντε παράγοντες: την εμπειρία του πόνου, τη διάθεση, τις γνωστικές στρατηγικές αντιμετώπισης, τις συμπεριφορές πόνου/ μείωση της δραστηριότητας και την κοινωνική λειτουργικότητα. Τα αποτελέσματά τους έδειξαν ότι οι γνωστικές συμπεριφορικές παρεμβάσεις υπερτερούσαν σημαντικά σε σχέση με τη λίστα αναμονής και στους τέσσερις παράγοντες εκτός από τις συμπεριφορές του πόνου και επιπλέον, φάνηκε να υπερτερούν και σε σύγκριση με τις αμιγώς συμπεριφορικές παρεμβάσεις. Τέλος, όταν έγινε σύγκριση της ΓΣΘ με μια ετερογενή ομάδα εναλλακτικών θεραπειών βρέθηκε ότι υπερτερούσε στην αποτελεσματικότητα όσον αφορά τη μείωση της εμπειρίας του πόνου, την ενίσχυση της χρήσης λειτουργικών γνωστικών στρατηγικών αντιμετώπισης και τη μείωση των συμπεριφορικών εκφράσεων του πόνου.

Μια πιο πρόσφατη ανασκόπηση (Williams, Eccleston & Morley, 2012) έδειξε ότι η ΓΣΘ είχε στατιστικά σημαντική (αλλά μικρή) επίδραση σε σχέση με άλλες θεραπείες στην αναπηρία και στην καταστροφοποίηση αμέσως μετά το τέλος της θεραπείας, ωστόσο δεν είχε επίδραση στον πόνο και τη διάθεση. Οι συγγραφείς ανέφεραν ότι επειδή η αποτελεσματικότητα της ΓΣΘ στον πόνο έχει πια καθιερωθεί, δεν υπάρχει λόγος για περεταίρω μελέτες που θα συγκρίνουν τις επιδράσεις της σε σύγκριση με άλλες θεραπείες όσον αφορά τα προβλήματα που σχετίζονται με τον πόνο. Εναλλακτικά, πρότειναν ότι θα ήταν περισσότερο παραγωγικό να εστιάσουν οι έρευνες στην αποσαφήνιση των παραγόντων και μηχανισμών της ΓΣΘ που είναι αποτελεσματικοί στην αντιμετώπιση των προβλημάτων αυτών.

Η καταστροφοποίηση, η κατάθλιψη και ο νευρωτισμός στη θεραπεία του πόνου

Πολλοί ερευνητές έχουν τονίσει ότι είναι σημαντικό για τη θεραπεία του πόνου να συμπεριλαμβάνονται στο σχεδιασμό των παρεμβάσεων οι ψυχολογικοί παράγοντες μεταξύ των οποίων και η καταστροφοποίηση, η κατάθλιψη και ο νευρωτισμός. Ο Linton και οι συνεργάτες του υποστήριξαν πως το γεγονός ότι η καταστροφοποίηση και η κατάθλιψη επηρεάζουν τον πόνο, μπορεί να εξηγήσει γιατί κάποιοι ασθενείς με οσφυλαγία δεν ανταποκρίνονται το ίδιο καλά στη θεραπεία και

τονίζει την ανάγκη για σχεδιασμό παρεμβάσεων που θα στοχεύουν στους δύο αυτούς ψυχολογικούς παράγοντες (Linton, Nicholas, MacDonald, Boersma, Bergbom, Maher & Refshauge, 2011). Ο Jacobsen (1996) πρότεινε ότι ψυχολογικές παρεμβάσεις στην αντιμετώπιση του οξέως και χρόνιου πόνου θα είναι πιο αποτελεσματικές αν στοχεύουν στη μείωση της καταστροφοποίησης (Jacobsen & Butler, 1996).

Επιπλέον, ερευνητές παρατήρησαν ότι στις συνεδρίες γνωστικής συμπεριφορικής θεραπείας που παρακολουθούσαν άτομα με χρόνια πόνο, η βελτίωση στην ένταση του πόνου καθώς και στην σωματική και ψυχοκοινωνική λειτουργικότητα του ατόμου συνδέθηκε με μείωση των επιπέδων της καταστροφοποίησης (Turner & Clancy, 1986). Άλλες έρευνες που έγιναν για την αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων της γνωστικής συμπεριφορικής θεραπείας στην βελτίωση της αναπηρίας, έδειξαν ότι η βελτίωσή της σχετίστηκε με μείωση της καταστροφοποίησης του πόνου (Guzman, Esmail, Karjalainen, Malmivaara, Irvin & Bombardier, 2001· Morley, Eccleston & Williams, 1999· Van Tulder, Ostelo, Vlaeyen, Linton, Morley & Assendelft, 2000).

Ο Keefe (1988) υποστήριξε ότι οι ασθενείς που δεν ανταποκρίθηκαν σε φαρμακολογικές παρεμβάσεις πιθανόν να είχαν υψηλά επίπεδα καταστροφοποίησης και επομένως η εστίαση της θεραπείας στην αλλαγή της καταστροφοποίησης παρά στις φαρμακολογικές παρεμβάσεις μπορεί να αποδεικνυόταν ιδιαίτερα χρήσιμη.

Έρευνες έχουν επίσης δείξει ότι οι παρεμβάσεις γνωστικής συμπεριφορικής θεραπείας που στοχεύουν στη μείωση των ψυχολογικών παραγόντων κινδύνου έχουν σημαντική επίδραση στη βελτίωση της λειτουργικότητας και στη γρήγορη επιστροφή στην εργασία (Linton, 2002· Linton & Andersson, 2000). Οι Sullivan & Stanish (2003) υποστήριξαν ότι ένα πρόγραμμα παρέμβασης που ήταν στοχευμένο στην καταστροφοποίηση του πόνου, στο φόβο επανα-τραυματισμού και στην κατάθλιψη, αύξησε σημαντικά την πιθανότητα επιστροφής στην εργασία μετά από εργατικό ατύχημα. Ο Turner και οι συνεργάτες του (2001) υποστήριξαν ότι οι ασθενείς που επιδίδονται συχνά σε καταστροφικές σκέψεις είναι δυνατό να ωφεληθούν από γνωστική θεραπεία που θα έχει στόχο να τους βοηθήσει να μάθουν να αναγνωρίζουν και να αξιολογούν τις αρνητικές γνωστικές απαντήσεις στον πόνο (Turner, Jensen, Warms, Cardena, 2002). Ο Wade και οι συνεργάτες του (2009), υποστήριξαν ότι τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, όπως ο νευρωτισμός, επηρεάζουν σημαντικά τον τρόπο με τον οποίο οι άνθρωποι αξιολογούν το νόημα που έχει ο πόνος στη ζωή τους, καθώς και τα συναισθήματά τους και τόνισαν την ανάγκη για ψυχολογικές παρεμβάσεις στα διάφορα στάδια επεξεργασίας του πόνου που θα λαμβάνουν υπόψη

τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας των ασθενών (Wade, Dougherty, Hart, Rafii & Price, 1992). Σε πιο σύγχρονη έρευνα ο Lahey (2009) παρατήρησε ότι τα υψηλά επίπεδα νευρωτισμού μπορεί να συμβάλουν στην ταχύτερη επιδείνωση κάποιων παθήσεων, όπως είναι ο διαβήτης και οι καρδιαγγειακές ασθένειες, και τόνισαν την ανάγκη για αξιολόγηση του νευρωτισμού καθώς και το σχεδιασμό παρεμβάσεων για τη μείωση των επιπέδων του, προκειμένου να μετριαστεί η εξέλιξη της ασθένειας. Οι Raseli και Broderick (2007), ισχυρίστηκαν ότι ο νευρωτισμός και η κατάθλιψη φαίνεται να επηρεάζουν την αξιολόγηση του πόνου και την αντίληψη που έχει το άτομο σχετικά με τη βελτίωση της έντασής του. Τέλος, ερευνητές έχουν τονίσει το πρόβλημα της συνοσηρότητας της κατάθλιψης και του πόνου και αναφέρουν ότι τα προγράμματα γνωστικής συμπεριφορικής θεραπείας είναι αποτελεσματικά για την αντιμετώπιση και των δύο αυτών προβλημάτων (Robinson, 2009).

Όσον αφορά τα ορθοπεδικά προβλήματα, η βιβλιογραφία έχει δείξει ότι η συνύπαρξη ψυχολογικών παραγόντων, όπως η καταστροφοποίηση και η κατάθλιψη επηρεάζουν την αντίληψη των ασθενών ως προς τον πόνο και τη λειτουργικότητα και συνδέονται με αυξημένα επίπεδα πόνου και περιορισμένη λειτουργικότητα (Karels, Bierma-Zeinstra, Burdorf, Verhagen, Nauta, 2007· Nunez, Vranceanu & Ring, 2010· Vranceanu, Jupiter, Mudgal & Ring, 2010). Συγκεκριμένα σε έρευνα που έγινε σε ασθενείς με σύνδρομο καρπιαίου σωλήνα φάνηκε ότι η καταστροφοποίηση και η κατάθλιψη ήταν οι καλύτεροι προβλεπτικοί παράγοντες της έντασης του πόνου (Nunez et al., 2010). Σε έρευνα που έγινε σε ασθενείς που απευθύνθηκαν σε ιατρείο για φυσικοθεραπεία με παράπονα για πόνο στο χέρι, στον αυχένα και στον ώμο, φάνηκε ότι η καταστροφοποίηση αποτελούσε προβλεπτικό παράγοντα για την επιμονή των παραπόνων έξι μήνες μετά την αρχή της θεραπείας ενώ υπήρξε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ καταστροφοποίησης και περιορισμών στη λειτουργικότητα. (Karels et al., 2007). Δύο εβδομάδες μετά από μια μικροεπέμβαση στο χέρι για σύνδρομο καρπιαίου σωλήνα και καλοήθεις όγκους οι ασθενείς με υψηλή καταθλιπτική συμπτωματολογία ανέφεραν δυσανάλογα επίπεδα πόνου και είχαν χειρότερα μετεγχειρητικά αποτελέσματα (Vranceanu et al., 2010). Σε ασθενείς με μυοσκελετικό πόνο, η καταστροφοποίηση σχετίστηκε σημαντικά με την αυξημένη χρήση φαρμάκων και την απουσία από την εργασία (Severeijns, Vlaeyen, van den Hout, & Picavet, 2004). Μετά από ολική αρθροπλαστική του γονάτου, οι ασθενείς που είχαν συνοδά ψυχολογικά νοσήματα παρουσίασαν χειρότερα αποτελέσματα στη λειτουργικότητα και επίμονο μετεγχειρητικό πόνο σε διάστημα από τρία έως πέντε

χρόνια μετά την εγχείρηση (Sullivan, Tanzer, Stanish, Fallaha, Keefe, Simmonds & Dunbar, 2009). Τέλος, δύο χρόνια μετά από απελευθέρωση του καρπιαίου σωλήνα η κατάθλιψη και η καταστροφοποίηση μπορούσαν να προβλέψουν την αντιλαμβανόμενη αναπηρία του ασθενή (Calderón, Paiva & Ring, 2008).

ΣΤΟΧΟΙ ΚΑΙ ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η παραπάνω ανασκόπηση της βιβλιογραφίας έχει στόχο να επισημάνει και να αναλύσει κάποιους από τους σημαντικότερους ψυχολογικούς παράγοντες που φαίνεται να σχετίζονται και να επηρεάζουν την εμπειρία του πόνου καθώς και την επίδραση που έχουν στις θεραπευτικές παρεμβάσεις που εφαρμόζονται για την αντιμετώπισή του. Αν και οι μελέτες που διεξάγονται για το αντικείμενο αυτό έχουν ξεκινήσει από πολύ νωρίς και έχουν πολλαπλασιαστεί τα τελευταία χρόνια, παραμένει ένα σημαντικό πεδίο προς διερεύνηση δεδομένης της μείζονος σημασίας του στην προσέγγιση και θεραπεία του πόνου. Οι έρευνες αυτές επιδιώκουν να αποσαφηνίσουν ποια είναι τα ψυχολογικά χαρακτηριστικά που εμπλέκονται στη διαμόρφωση του πόνου καθώς και τον τρόπο με τον οποίο εμπλέκονται, προκειμένου να διαμορφωθούν οι κατάλληλες θεραπευτικές προσεγγίσεις που θα βοηθήσουν στην αποτελεσματική θεραπεία του πόνου.

Με βάση τα παραπάνω στοιχεία, η παρούσα έρευνα σχεδιάστηκε με στόχο να συμβάλει στην κατανόηση των προβλημάτων αυτών εξετάζοντας το ρόλο που διαδραματίζουν κάποια ψυχολογικά χαρακτηριστικά στην ένταση του πόνου, καθώς και τις διαφορές που μπορεί να έχουν οι ασθενείς σε σύγκριση με υγιή άτομα ως προς τα χαρακτηριστικά αυτά. Για το λόγο αυτό, εκτός από την ομάδα των ασθενών χρησιμοποιήθηκε και ομάδα ελέγχου υγιών ατόμων. Έτσι διαμορφώθηκαν οι παρακάτω στόχοι:

- 1) Διερεύνηση των διαφορών μεταξύ των ασθενών συμμετεχόντων της πειραματικής ομάδας και των υγιών ατόμων ως προς την καταστροφοποίηση του πόνου, τα επίπεδα της κατάθλιψης και το νευρωτισμό.
- 2) Η μελέτη της σχέσης μεταξύ της έντασης του πόνου, της καταστροφοποίησης, της κατάθλιψης και του νευρωτισμού.
- 3) Η διερεύνηση της επίδρασης των ψυχολογικών χαρακτηριστικών στην ένταση του πόνου.

Με βάση τους παραπάνω στόχους και τη βιβλιογραφική ανασκόπηση, διαμορφώθηκαν οι παρακάτω υποθέσεις:

- 1) Τα αποτελέσματα των μελετών που έχουν εξετάσει τις διαφορές μεταξύ των ασθενών και των υγιών ατόμων είναι αντιφατικά. Ενώ κάποιες δείχνουν ότι υπάρχουν διαφορές, άλλες δεν υποστηρίζουν την άποψη αυτή.
- 2) Σε ό,τι αφορά τον δεύτερο στόχο, αναμένεται να υπάρξει θετική συσχέτιση της έντασης του πόνου, της καταστροφοποίησης, την κατάθλιψη και του νευρωτισμού.
- 3) Τέλος, ως προς τον τρίτο στόχο, αναμένεται η καταστροφοποίηση και η κατάθλιψη να αποτελούν σημαντικούς προβλεπτικούς παράγοντες της έντασης του πόνου.

ΜΕΘΟΔΟΣ

Η διαδικασία της έρευνας

Η διεξαγωγή της παρούσας έρευνας έγινε σε διάστημα 7 μηνών, από το Νοέμβριο του 2014 έως τον Ιούνιο του 2015. Για τη διεξαγωγή της έρευνας εξασφαλίστηκε άδεια από το Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Γ. Παπανικολάου», κατόπιν έγκρισης του Επιστημονικού Συμβουλίου του νοσοκομείου. Η συμμετοχή των ασθενών της πειραματικής ομάδας ήταν προαιρετική και γινόταν μόνο μετά από σχετική έγγραφη συναίνεσή τους. Αυτό εξασφαλίστηκε μέσω μιας υπογεγραμμένης αίτησης από τους συμμετέχοντες/ουσες η οποία διευκρίνιζε το στόχο της έρευνας και διασφάλιζε την ανωνυμία τους. Το ίδιο ίσχυε και για τους υγιείς συμμετέχοντες/ουσες της ομάδας ελέγχου, οι οποίοι προέρχονταν από το ευρύτερο κοινωνικό πλαίσιο.

Τόσο στους ασθενείς, όσο και στην ομάδα των υγιών συμμετεχόντων, χορηγήθηκαν τα ίδια ερωτηματολόγια. Η ερευνητική διαδικασία αποτελούνταν από δύο φάσεις. Η πρώτη φάση διήρκησε από τον Νοέμβριο του 2014 έως τον Απρίλιο του 2015 και αφορούσε τη χορήγηση των ερωτηματολογίων στους ασθενείς συμμετέχοντες/πυσες της πειραματικής ομάδας. Η δεύτερη φάση ξεκίνησε μετά τη συλλογή του δείγματος των ασθενών, προκειμένου να υπάρξει αντιστοιχία ως προς τα δημογραφικά στοιχεία μεταξύ των δύο ομάδων και διήρκησε από τον Απρίλιο έως τον Ιούνιο του 2015, περιλαμβάνοντας τη χορήγηση των ίδιων ερωτηματολογίων στους υγιείς συμμετέχοντες/ουσες της ομάδας ελέγχου.

Η ερευνήτρια ενημέρωνε τους συμμετέχοντες/ουσες για την επαγγελματική και ερευνητική της ιδιότητα και περιέγραφε το περιεχόμενο της έρευνας. Πριν τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων οι συμμετέχοντες/ουσες ενημερώνονταν ότι οι απαντήσεις τους θα ήταν ανώνυμες και έδιναν την ενυπόγραφη συγκατάθεσή τους. Επίσης, δινόταν έμφαση στη σημαντικότητα που είχε η απόδοση ειλικρινών απαντήσεων προκειμένου να είναι ακριβές το προφίλ που θα προέκυπτε από τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων.

Οι συμμετέχοντες/ουσες

Την πειραματική ομάδα αποτελούσαν 104 ασθενείς που επισκέφθηκαν το εξωτερικό ιατρείο άκρας χείρας της Ορθοπαιδικής Κλινικής του Γενικού Νοσοκομείου «Γ. Παπανικολάου». Η ομάδα ελέγχου αποτελούνταν από 65 άτομα του ευρύτερου

κοινωνικού πλαισίου. Κριτήριο αποκλεισμού στην ομάδα ελέγχου αποτελούσε το να μην υποφέρουν τα άτομα από κάποια ορθοπεδική πάθηση ή από κάποια πάθηση που θα είχε σαν αποτέλεσμα έντονους πόνους.

Ερωτηματολόγια

1) Μελετήθηκαν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος ως προς φύλο, την ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο και την οικογενειακή κατάσταση.

2) Κλίμακα εκτίμησης του πόνου

Για την αξιολόγηση της έντασης του πόνου χορηγήθηκε η Numerical Rating Scale (NRS) (Hawker, Mian, Kendzerska & French, 2011). Πρόκειται για μια 11-βάθμια κλίμακα στην οποία οι ασθενείς καλούνται να αξιολογήσουν την ένταση του πόνου που βίωσαν τις τελευταίες 24 ώρες κυκλώνοντας έναν αριθμό από το 0 (καθόλου πόνος) έως το 10 (αβάσταχτος πόνος).

3) Αξιολόγηση της κατάθλιψης

Για τη μέτρηση της κατάθλιψης χρησιμοποιήθηκε η υποκλίμακα της κατάθλιψης της ελληνικής εκδοχής της Depression Anxiety Stress Scale 21 (DASS21-D) (Lyraeos, Arvaniti, Smyrnioti & Kostopanagiotou, 2011). Η DASS21-D είναι μία κλίμακα αυτό-αναφοράς που αποτελείται από 7 θέματα και αξιολογεί συμπτώματα της κατάθλιψης: δυσφορία, απελπισία, υποτίμηση της ζωής, αυτό-υποτίμηση, έλλειψη ενδιαφέροντος / συμμετοχής, ανηδονία, και απάθεια. Οι ασθενείς καλούνται να βαθμολογήσουν πόσο συχνά βίωσαν καθένα από τα συμπτώματα αυτά κατά τη διάρκεια της τελευταίας εβδομάδας σε μία κλίμακα από το 0 (Δεν ίσχυσε καθόλου για μένα) έως το 3 (Είχε ισχύ σε μένα πάρα πολύ, ή τις περισσότερες φορές). Η εφαρμογή της DASS-D στον ελληνικό πληθυσμό έδειξε καλή αξιοπιστία ($\alpha_{\text{depression}} = ,94$), καλή εγκυρότητα περιεχομένου καθώς και καλή δομική εγκυρότητα (Lyraeos et al., 2011).

4) Αξιολόγηση του Νευρωτισμού

Όσον αφορά το Νευρωτισμό χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα του Νευρωτισμού της ελληνικής εκδοχής της σύντομης μορφής του Eysenck Personality Questionnaire-Revised (EPQ-R) (Alexopoulos & Kalaitzidis, 2004). Σύμφωνα με τον Eysenck, το νευρωτικό άτομο έτσι όπως αξιολογείται από το ερωτηματολόγιο αυτό, έχει μια τάση

προς το άγχος και την κατάθλιψη, έχει χαμηλή αυτοεκτίμηση, είναι συναισθηματικό και αντιδράει με παράλογο τρόπο. Στο παρόν ερωτηματολόγιο, το άτομο καλείται να απαντήσει με Ναι ή Όχι, σχετικά με το αν του ταιριάζει κάθε μία από τις 12 ερωτήσεις της κλίμακας. Η στάθμιση στον ελληνικό πληθυσμό έδειξε καλή αξιοπιστία ($\alpha_{\text{neuroticism}} = 0.81$).

5) Αξιολόγηση της Καταστροφοποίησης

Η Καταστροφοποίηση αξιολογήθηκε με την ελληνική εκδοχή της Pain Catastrophizing Scale (PCS) (Sullivan, 1995). Η PCS είναι μία κλίμακα αποτελούμενη από 13 θέματα και αξιολογείται με μία 5-βάθμια κλίμακα από το 0 (καθόλου) έως το 4 (συνέχεια). Τα άτομα καλούνται να φέρουν στον μυαλό τους προηγούμενες επώδυνες εμπειρίες και να αναφέρουν τον βαθμό στον οποίο βίωσαν κάθε μία από τις 13 σκέψεις και συναισθήματα στις εμπειρίες αυτές. Η κλίμακα αποτελείται από τρεις επιμέρους υποκλίμακες: το μηρυκασμό, τη μεγέθυνση και την αβοηθησία. Η προσαρμογή στα ελληνικά έγινε με τη μέθοδο της μετάφρασης και αντίστροφης μετάφρασης.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Σε αυτήν την ενότητα θα παρουσιαστούν τα αποτελέσματα που προέκυψαν από τις στατιστικές αναλύσεις που πραγματοποιήθηκαν για τον έλεγχο των υποθέσεων της έρευνας.

Αρχικά, θα διερευνηθεί η αξιοπιστία του ερωτηματολογίου το οποίο μεταφράστηκε στα ελληνικά. Στη συνέχεια, γίνεται σύγκριση των δύο ομάδων ως προς τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, ώστε να διασφαλιστεί ότι δεν υπάρχουν διαφορές μεταξύ της πειραματικής ομάδας και της ομάδας ελέγχου και να ακολουθήσουν οι συγκρίσεις ως προς τα υπόλοιπες μεταβλητές. Αμέσως μετά, εξετάζονται οι διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων ως προς τα επίπεδα της καταστροφοποίησης, της κατάθλιψης και του νευρωτισμού. Ακολουθεί η διερεύνηση της επίδρασης του φύλου στην ένταση του πόνου, την καταστροφοποίηση, την κατάθλιψη και τον νευρωτισμό. Αμέσως μετά παρουσιάζονται τα ευρήματα από την εξέταση των συσχετίσεων μεταξύ των διαφόρων μεταβλητών. Οι συσχετίσεις αυτές αφορούν τη σχέση μεταξύ της έντασης του πόνου, των τριών υποκλιμάκων της καταστροφοποίησης, της κατάθλιψης και του νευρωτισμού. Τέλος, με τη γραμμική παλινδρόμηση εξετάζεται η πιθανή επίδραση των τριών υποκλιμάκων της καταστροφοποίησης, της κατάθλιψης και του νευρωτισμού στην ένταση του πόνου.

Αξιοπιστία

Όσον αφορά την αξιοπιστία, οι συντελεστές αξιοπιστίας Alpha της πρωτότυπης PCS ήταν ως εξής: 0.87= συνολική PCS, 0.87= μηρυκασμός, 0.66= μεγέθυνση και 0.78= αβοηθησία.. Στην ελληνική εκδοχή ο συντελεστής Alpha εσωτερικής συνοχής για το σύνολο του ερωτηματολογίου και τις τρεις υποκλίμακές του είναι ως εξής: 0.94 = συνολική PCS, 0.90= μηρυκασμός, 0.76= μεγέθυνση και 0.89 = αβοηθησία. Οι υψηλές τιμές των συντελεστών αξιοπιστίας υποδεικνύουν ότι το ερωτηματολόγιο έχει υψηλή αξιοπιστία.

Δημογραφικά Χαρακτηριστικά

Την πειραματική ομάδα αποτελούσαν 104 ασθενείς, από τους οποίους το 55% ήταν γυναίκες και το 45% άντρες. Το 11.5% του δείγματος ήταν απόφοιτοι Δημοτικού, το 10.6% απόφοιτοι Γυμνασίου, το 44.2% απόφοιτοι Λυκείου και το 33.7% απόφοιτοι ΑΕΙ/ΤΕΙ. Όσον αφορά την οικογενειακή κατάσταση, το 27.9% ήταν άγαμοι, το 64.4% έγγαμοι, το 5.8% διαζευγμένοι και το 1.9% ήταν σε χηρεία (Πίνακας 1). Ο μέσος όρος ηλικίας της ομάδας ήταν τα 46 έτη (TA=15).

Η ομάδα ελέγχου αποτελούταν από 65 υγιή άτομα, από τα οποία το 58.5% ήταν γυναίκες και το 41.5%. Το 3% του δείγματος ήταν απόφοιτοι Δημοτικού, το 4.5% απόφοιτοι Γυμνασίου, το 48.5% απόφοιτοι Λυκείου και το 42.4% απόφοιτοι ΑΕΙ/ΤΕΙ. Όσον αφορά την οικογενειακή κατάσταση, το 34.8% ήταν άγαμοι, το 56.1% έγγαμοι, το 4.5% διαζευγμένοι και το 3% ήταν χήροι (Πίνακας 2). Ο μέσος όρος ηλικίας ήταν τα 46 έτη (TA=15).

Πίνακας 1: Δημογραφικά χαρακτηριστικά της πειραματικής ομάδας (N=104)

Χαρακτηριστικό	N	(%)
Φύλο		
Άνδρες	47	(45.2)
Γυναίκες	57	(54.8)
Μορφωτικό Επίπεδο		
Δημοτικό	12	(11.5)
Γυμνάσιο	11	(10.6)
Λύκειο	46	(44.2)
Απόφοιτος ΑΕΙ/ΤΕΙ	36	(33.7)
Οικογενειακή Κατάσταση		
Άγαμος	29	(27.9)
Έγγαμος	67	(64.4)
Διαζευγμένος	6	(5.8)
Χήρος	2	(1.9)

Πίνακας 2: Δημογραφικά χαρακτηριστικά της ομάδας ελέγχου (N=65)

Χαρακτηριστικό	N	(%)
Φύλο		
Άνδρες	27	(41.5)
Γυναίκες	38	(58.5)
Μορφωτικό Επίπεδο		
Δημοτικό	2	(3)
Γυμνάσιο	3	(4.5)
Λύκειο	32	(48.5)
Απόφοιτος ΑΕΙ/ΤΕΙ	28	(42.4)
Οικογενειακή Κατάσταση		
Άγαμος	23	(34.8)
Έγγαμος	37	(56.1)
Διαζευγμένος	3	(4.5)
Χήρος	2	(3)

Διαφορές των δύο ομάδων ως προς τα δημογραφικά χαρακτηριστικά

Εξετάζοντας τις δύο ομάδες αναφορικά με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, δεν προέκυψαν σημαντικές διαφοροποιήσεις ανάμεσα στην πειραματική ομάδα και την ομάδα ελέγχου ως προς κανένα από τα δημογραφικά στοιχεία που μελετήθηκαν. Ειδικότερα, από τον έλεγχο ανεξαρτησίας χ^2 δε βρέθηκαν διαφορές ως προς το φύλο ($\chi^2=.217$, $p=0.75$), το επίπεδο εκπαίδευσης ($\chi^2=6.34$, $p=.096$) και την οικογενειακή κατάσταση ($\chi^2=1.4$, $p=0.7$) (Πίνακας 3). Από τη μονοπαραγοντική ανάλυση διακύμανσης (One-way ANOVA) δε βρέθηκαν διαφοροποιήσεις ούτε ως προς την ηλικία των δύο ομάδων ($F=0.03$, $p=0.8$).

Πίνακας 3: Σύγκριση των δύο ομάδων ως προς το φύλο, το επίπεδο εκπαίδευσης και την οικογενειακή κατάσταση

Χαρακτηριστικό	Ομάδα				x ²	p
	Πειραματική		Ελέγχου			
	f	%	f	%		
Φύλο						
Άντρες	47	45.2	27	41.5	0.217	NS
Γυναίκες	57	54.8	38	58.5	df=1	
Επίπεδο Εκπαίδευσης						
Δημοτικό	12	11.5	2	3.1	6.34	NS
Γυμνάσιο	11	10.6	3	4.6	df=3	
Λύκειο	46	44.2	32	49.2		
ΑΕΙ/ΤΕΙ	35	33.7	28	43.1		
Οικογενειακή Κατάσταση						
Άγαμος	29	27.9	23	35.4	1.4	NS
Έγγαμος	67	64.4	37	56.9	df=3	
Διαζευγμένος	6	5.8	3	4.6		
Χήρος	2	1.9	2	3.1		

N=169

Διαφορές των δύο ομάδων ως προς τις υποκλίμακες της καταστροφοποίησης, την κατάθλιψη και το νευρωτισμό

Για τον εντοπισμό διαφορών μεταξύ της πειραματικής ομάδας και της ομάδας ελέγχου ως προς τα επίπεδα της καταστροφοποίησης, της κατάθλιψης και του νευρωτισμού, εφαρμόστηκε μονοπαραγοντική ανάλυση διακύμανσης (One-way ANOVA). Στην ανάλυση αυτή, την ανεξάρτητη μεταβλητή αποτελούσε η ομάδα (πειραματική ομάδα, ομάδα ελέγχου) και εξαρτημένες μεταβλητές ήταν οι τρεις υποκλίμακες της καταστροφοποίησης (μυρηκασμός, μεγέθυνση, αβοηθησία), η κατάθλιψη και ο νευρωτισμός. Δεν βρέθηκαν διαφορές στις δύο ομάδες ως προς τις τρεις υποκλίμακες της καταστροφοποίησης (Μυρηκασμός: $F=1.36, p= 0.245$,

Μεγέθυνση: $F=0.02$, $p=0.879$, Αβοηθησία: $F=0.34$, $p=0.559$) και την κατάθλιψη ($F=0.41$, $p=0.521$). Ωστόσο, προέκυψε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων ως προς τα επίπεδα του νευρωτισμού ($F=4.404$, $p=0.037$). Έτσι, οι ασθενείς φάνηκε να έχουν υψηλότερα επίπεδα νευρωτισμού σε σύγκριση με τους υγιείς της ομάδας ελέγχου. (Πίνακας 4).

Πίνακας 4: Διαφορές των δύο ομάδων αναφορικά με τις τρεις υποκλίμακες της καταστροφοποίησης, την κατάθλιψη και το νευρωτισμό

Μεταβλητές	Ομάδα		F	Df	p
	Πειραματική	Ελέγχου			
	M.O (T.A.)	M.O (T.A.)			
PCS μηρυκασμός	6.11 (4.24)	6.89 (4.24)	1.36	1.166	NS
PCS μεγέθυνση	3.78 (2.83)	3.72 (2.48)	0.02	1.165	NS
PCS αβοηθησία	7.44 (5.4)	7.92 (4.84)	0.34	1.166	NS
Κατάθλιψη	4.5 (4.39)	4.06 (3.82)	0.41	1.163	NS
Νευρωτισμός	5.11 (2.87)	4.18 (2.7)	4.4	1.167	.037*

Διερεύνηση της επίδρασης του φύλου στην ένταση του πόνου, την καταστροφοποίηση, την κατάθλιψη και το νευρωτισμό

Εξετάζοντας τις διαφορές του φύλου σχετικά με την ένταση του πόνου, τις τρεις υποκλίμακες της καταστροφοποίησης, την κατάθλιψη και το νευρωτισμό, δεν προέκυψαν σημαντικές διαφοροποιήσεις μεταξύ των αντρών και των γυναικών της πειραματικής ομάδας ως προς τις βαθμολογίες τους στις μεταβλητές αυτές. Συγκεκριμένα, από την μονοπαραγοντική ανάλυση διακύμανσης (One-way ANOVA) φάνηκε ότι δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές των φύλων ως προς το μηρυκασμό ($F=0.03$, $p=0.86$), τη μεγέθυνση ($F=0.29$, $p=0.6$), την αβοηθησία ($F=0.86$, $p=0.36$), την ένταση του πόνου ($F=3.16$, $p=0.08$), την κατάθλιψη ($F=0.58$, $p=0.45$) και το νευρωτισμό ($F=0.26$, $p=0.61$) (Πίνακας 5).

Πίνακας 5: Διαφορές των φύλων ως προς την ένταση του πόνου, τις υποκλίμακες της καταστροφοποίησης, την κατάθλιψη και τον νευρωτισμό στην πειραματική ομάδα

Μεταβλητές	Φύλο		F	Df	p
	Άντρες Μ.Ο. (Τ.Α.)	Γυναίκες Μ.Ο. (Τ.Α.)			
Ένταση του πόνου	3.53 (2.36)	4.43 (2.7)	3.16	1.102	NS
PCS μηρυκασμός	6.02 (3.95)	6.18 (4.5)	0.03	1.101	NS
PCS μεγέθυνση	3.96 (2.54)	3.65 (3.06)	0.29	1.101	NS
PCS αβοηθησία	6.89 (5.03)	7.88 (5.7)	0.85	1.102	NS
Κατάθλιψη	4.85 (4.63)	4.19 (4.18)	0.58	1.100	NS
Νευρωτισμός	4.96 (2.69)	5.25 (3.03)	0.26	1.102	NS

Συσχέτιση μεταξύ των μεταβλητών της πειραματικής ομάδας

Για τη διερεύνηση των σχέσεων μεταξύ των επιμέρους μεταβλητών, πραγματοποιήθηκαν αναλύσεις συσχέτισης με το δείκτη του Pearson. Με τις αναλύσεις αυτές εξετάστηκαν οι σχέσεις μεταξύ της έντασης του πόνου, των τριών υποκλιμάκων της καταστροφοποίησης (μηρυκασμός, μεγέθυνση, αβοηθησία), της κατάθλιψης και του νευρωτισμού.

Παρατηρώντας τα αποτελέσματα του Πίνακα 6, διαπιστώνεται ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στην ένταση του πόνου και α) τις τρεις υποκλίμακες της καταστροφοποίησης (μηρυκασμός: $r=0.41$, $p<0.001$, μεγέθυνση: $r=0.42$, $p<0.001$, αβοηθησία: $r=0.54$, $p<0.001$) και β) την κατάθλιψη ($r=0.39$, $p<0.001$). Όπως φαίνεται η υψηλότερη συσχέτιση ήταν μεταξύ της έντασης του πόνου και της υποκλίμακας της αβοηθησίας ενώ ακολουθούν κατά σειρά η υποκλίμακα της μεγέθυνσης, η υποκλίμακα του μηρυκασμού και η κατάθλιψη. Δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της έντασης του πόνου και του νευρωτισμού.

Όσον αφορά τη σχέση μεταξύ των υπόλοιπων μεταβλητών, η κατάθλιψη παρουσίασε στατιστικά σημαντική συσχέτιση α) με την υποκλίμακα του μηρυκασμού ($r=0.52$, $p<0.001$) β) με την υποκλίμακα της μεγέθυνσης ($r=0.51$, $p<0.001$) γ) με την υποκλίμακα της αβοηθησίας ($r=0.46$, $p<0.001$), και δ) με το νευρωτισμό ($r=0.55$, $p<0.001$). Επιπλέον, ο νευρωτισμός παρουσίασε σημαντική συσχέτιση α) με την υποκλίμακα του μηρυκασμού ($r=0.44$, $p<0.001$) β) με την υποκλίμακα της μεγέθυνσης ($r=0.71$, $p<0.001$) και γ) με την υποκλίμακα της αβοηθησίας ($r=0.39$, $p<0.001$). Η ηλικία συσχετίστηκε σημαντικά με την υποκλίμακα της αβοηθησίας ($r=0.22$, $p<0.05$). Τέλος, φαίνεται ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ και των τριών υποκλιμάκων της καταστροφοποίησης (Πίνακας 6).

Πίνακας 6: Συσχετίσεις μεταξύ της έντασης του πόνου, των τριών υποκλιμάκων της καταστροφοποίησης, της κατάθλιψης και του νευρωτισμού

	Ένταση του πόνου	Κατάθλιψη	PCS Μηρυκασμός	PCS Μεγέθυνση	PCS Αβοηθησία	Νευρωτισμός
Ηλικία	0.27**	NS	NS	NS	0.22*	NS
Ένταση του πόνου		0.39**	0.41**	0.42**	0.54**	NS
Κατάθλιψη			0.52**	0.51**	0.46**	0.55**
PCS Μηρυκασμός				0.70**	0.780**	0.44**
PCSMεγέθυνση					0.71**	0.42**
PCS Αβοηθησία						0.39**

Σημείωση: * $p < .05$, ** $p < .001$

Η επίδραση της καταστροφοποίησης, της κατάθλιψης και του νευρωτισμού στην ένταση του πόνου

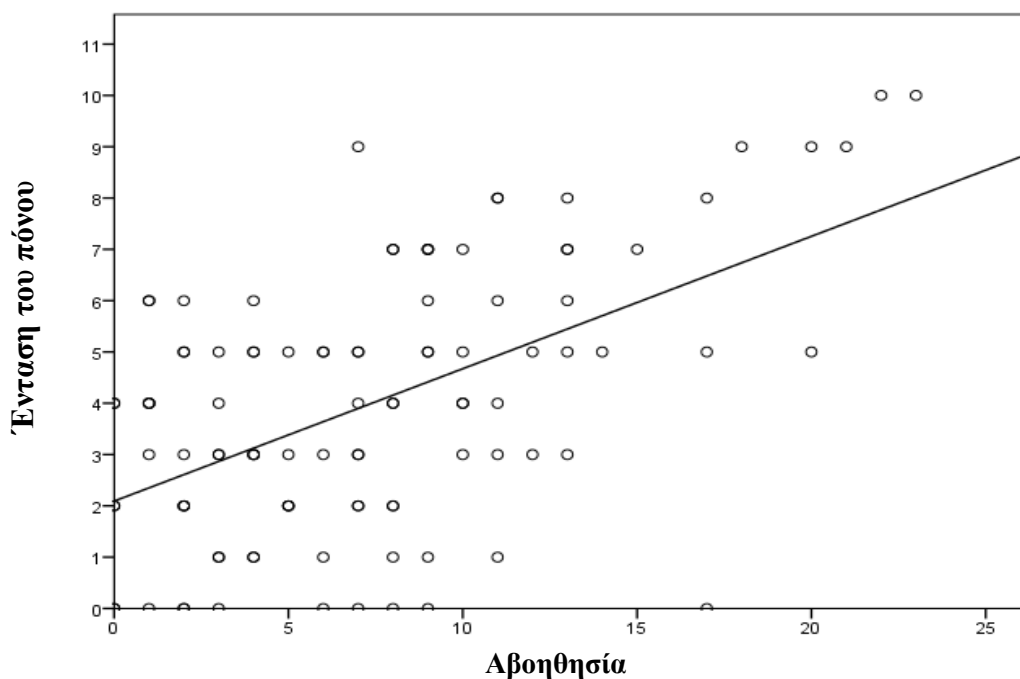
Πραγματοποιήθηκε γραμμική παλινδρόμηση στην ομάδα των ασθενών ώστε να διερευνηθεί η επίδραση των υποκλιμάκων της καταστροφοποίησης και της

κατάθλιψης στην ένταση του πόνου. Η ένταση του πόνου αποτέλεσε την εξαρτημένη μεταβλητή, ενώ η ηλικία, οι τρεις υποκλίμακες της καταστροφοποίησης, η κατάθλιψη και ο νευρωτισμός αποτέλεσαν τις ανεξάρτητες μεταβλητές. Όπως φαίνεται στον Πίνακα 10, η υποκλίμακα αβοηθησία της καταστροφοποίησης, η ηλικία και η κατάθλιψη αποτελούν σημαντικούς προβλεπτικούς παράγοντες της έντασης του πόνου. Η αβοηθησία φάνηκε ότι είναι ο πιο ισχυρός προβλεπτικός παράγοντας (Εικόνα 1), ενώ ακολουθούν η ηλικία και η κατάθλιψη.

Πίνακας 7: Γραμμική Παλινδρόμηση

Model	R	R ²	Adjust. R ²	SE of Estimate	ANOVA			Coefficients		
					F	MSe	p<	b	t	p<
Αβοηθησία	0.51	0.26	0.25	2.20	31.38	4.85	0.0005	.51	5.60	0.0005
Αβοηθησία	0.54	0.29	0.27	2.17	18.25	4.70	0.0005	.47	5.209	0.0005
Ηλικία								.18	2.016	0.05
Αβοηθησία	0.57	0.33	0.30	2.12	14.40	4.49	0.0005	.36	3.560	0.005
Ηλικία								.20	2.279	0.05
Κατάθλιψη								.22	2.249	0.05

Εικόνα 1: Θετική συσχέτιση μεταξύ της έντασης του πόνου και της αβοηθσίας



Ανάλυση του προφίλ των απαντήσεων των ασθενών στις ερωτήσεις της κλίμακας της κατάθλιψης

Υπολογίστηκαν οι Μέσοι Όροι των απαντήσεων που έδωσαν οι ασθενείς στην κλίμακα της κατάθλιψης (DASS-D21). Από τα αποτελέσματα φαίνεται ότι οι ασθενείς είχαν υψηλότερες βαθμολογίες στις ερωτήσεις που αφορούν τη λύπη, την έλλειψη ενδιαφέροντος/συμμετοχής και την ανηδονία. Οι χαμηλότερες βαθμολογίες παρατηρήθηκαν στα θέματα που αναφέρονται στην αυτό-υποτίμηση και την υποτίμηση της ζωής (Πίνακας 8).

Πίνακας 8: Ανάλυση του προφίλ των απαντήσεων των ασθενών στις ερωτήσεις της DASS-D21

Ερώτηση	M.O.	T.A.
Ένιωθα μελαγχολικός και απογοητευμένος	0.96	0.98
Μου φάνηκε δύσκολο να αναλάβω την πρωτοβουλία να κάνω κάποια πράγματα	0.88	0.89
Ένιωσα ότι δεν είχα τίποτα να προσμένω με ενδιαφέρον	0.7	0.91
Δεν μπορούσα να βιώσω κανένα θετικό συναίσθημα	0.63	0.8
Τίποτα δεν μπορούσε να με κάνει να νιώσω ενθουσιασμό	0.61	0.81
Ένιωσα ότι δεν άξιζα πού ως άτομο	0.45	0.81
Ένιωσα πως η ζωή δεν είχε νόημα	0.26	0.64

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η παρούσα εργασία είχε στόχο τη διερεύνηση της επίδρασης των συγκεκριμένων ψυχολογικών χαρακτηριστικών στην εμπειρία του πόνου, προκειμένου να αποσαφηνιστεί ο τρόπος με τον οποίον αυτά μπορεί να εμπλέκονται στην κατανόησή του αλλά και στην αποτελεσματική του θεραπεία. Η παρούσα έρευνα επιδιώκει να συμβάλει με τα αποτελέσματά της στα υπάρχοντα δεδομένα, ώστε να βοηθήσει την αναγνώριση του τρόπου με τον οποίον τα χαρακτηριστικά αυτά επηρεάζουν την ένταση του πόνου σε ασθενείς με ορθοπεδικά προβλήματα. Συγκεκριμένα, μελετήθηκαν ο καταστροφικός τρόπος σκέψης, η καταθλιπτική συμπτωματολογία και ένα χαρακτηριστικό της προσωπικότητας, ο νευρωτισμός.

Παρουσιάζονται και σχολιάζονται τα ευρήματα αναφορικά με τις διαφορές των ασθενών και των υγιών ατόμων ως προς τα επίπεδα της καταστροφοποίησης, της κατάθλιψης και του νευρωτισμού. Επιπλέον, διατυπώνονται τα συμπεράσματα που προκύπτουν από τις σχέσεις που διαμορφώνονται μεταξύ των ψυχολογικών χαρακτηριστικών και της έντασης του πόνου, καθώς και τις σχέσεις μεταξύ των χαρακτηριστικών αυτών. Τέλος, παρατίθενται τα αποτελέσματα αναφορικά με το ποια χαρακτηριστικά επιδρούν στην ένταση του πόνου, καθώς και τον βαθμό της επίδρασης αυτής.

Μελετώντας τα ευρήματα που προκύπτουν για τις διαφορές μεταξύ της πειραματικής ομάδας και της ομάδας ελέγχου, διαπιστώνεται ότι οι δύο ομάδες δεν παρουσίασαν καμία διαφοροποίηση στα επίπεδα της καταστροφοποίησης και της κατάθλιψης. Ωστόσο βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ασθενών και των υγιών ατόμων ως προς τα επίπεδα του νευρωτισμού, με τους ασθενείς να έχουν υψηλότερες βαθμολογίες.

Όσον αφορά την καταστροφοποίηση, το γεγονός ότι οι δύο ομάδες δεν είχαν καμία διαφορά, υποστηρίζει την άποψη που διατύπωσαν ο Sullivan και οι συνεργάτες του (2001), ότι η καταστροφοποίηση δεν προκύπτει ως απόρροια του πόνου, αλλά συνιστά ένα γενικότερο φαινόμενο (Sullivan, 2001). Το γεγονός ότι η καταστροφοποίηση παρουσίασε σημαντική σύνδεση με την κατάθλιψη, σε συνδυασμό με το ότι το γνωστικό-συμπεριφορικό μοντέλο περιγράφει την καταστροφοποίηση ως μια γνωστική διαστρέβλωση της κατάθλιψης (Winterowd et al., 2003), θα μπορούσε να οδηγήσει στο συμπέρασμα ότι τα άτομα που

καταστροφοποιούν όταν βιώνουν πόνο, μπορεί επίσης να καταστροφοποιούν και σε μη επώδυνες καταστάσεις.

Σχετικά με την κατάθλιψη, η βιβλιογραφία έχει δείξει αντιφατικά αποτελέσματα όσον αφορά τις διαφορές μεταξύ των ασθενών και των υγιών ατόμων. Σε ανασκόπηση που έκαναν ο Van Ede και οι συνεργάτες του (1999) φάνηκε ότι από τις μελέτες που συμπεριελήφθησαν, εκείνες που ήταν μεθοδολογικά καλύτερες έδειξαν ότι δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ασθενών και της ομάδας ελέγχου ως προς τα επίπεδα της κατάθλιψης (Van Ede, Yzermans & Brouwer, 1999). Από την άλλη, υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης σε σύγκριση με τα υγιή άτομα έχουν βρεθεί σε ασθενείς με ινομυαλγία (Landrø, Stiles & Sletvold, 1997) και σε ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα (Isik, Koca, Ozturk & Mermi, 2007). Παρόμοια αποτελέσματα έδειξε μία ακόμα έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε ασθενείς που απευθύνθηκαν σε μια κλινική για την αντιμετώπιση του πόνου τους, όπου φάνηκε ότι οι ασθενείς είχαν υψηλότερα επίπεδα καταθλιπτικής συμπτωματολογίας από την ομάδα ελέγχου (Nicholas, Coulston, Asghari & Malhi, 2007). Είναι πιθανό τα αντιφατικά αυτά αποτελέσματα να οφείλονται στο γεγονός ότι οι έρευνες αυτές διεξήχθησαν σε διαφορετικούς κλινικούς πληθυσμούς και επομένως τα επίπεδα της κατάθλιψης ίσως να διαφοροποιούνται ανάλογα με την εκάστοτε πάθηση, τη σοβαρότητα της διαταραχής κ.ο.κ. Επιπλέον, συγκρίναμε τις δύο ομάδες ως προς τα επιμέρους θέματα του ερωτηματολογίου της κατάθλιψης και δε βρέθηκε καμία διαφορά. Πιθανόν το αποτέλεσμα αυτό να οφείλεται στο γεγονός ότι η συγκεκριμένη κλίμακα που χρησιμοποιήθηκε για την εκτίμηση της κατάθλιψης (DASS-D) δεν περιλαμβάνει σωματικές διαστάσεις όπως άλλα ερωτηματολόγια (π.χ. το BDI), αλλά μόνο συναισθηματικές. Μελλοντικές έρευνες θα μπορούσαν να μελετήσουν διεξοδικότερα τις διαφοροποιήσεις αυτές.

Ο νευρωτισμός ήταν το μοναδικό χαρακτηριστικό στο οποίο υπήρξε διαφοροποίηση μεταξύ των δύο ομάδων. Πιο συγκεκριμένα από τα αποτελέσματα φάνηκε ότι οι ασθενείς της πειραματικής ομάδας είχαν στατιστικά σημαντικά υψηλότερα επίπεδα νευρωτισμού από ότι οι υγιείς της ομάδας ελέγχου. Αυτό θα μπορούσε να υποστηρίξει την άποψη που έχει διατυπωθεί, ότι ο νευρωτισμός αποτελεί παράγοντα κινδύνου για σωματικές ασθένειες (Johnson, 2003). Ωστόσο, τέτοιου είδους συμπεράσματα θα πρέπει να διατυπώνονται με προσοχή, καθώς δεν έχει απαντηθεί ακόμα το ερώτημα για το κατά πόσο ο νευρωτισμός καθιστά τα άτομα

ευάλωτα σε κακή υγεία ή οι χρόνιες παθήσεις έχουν σαν αποτέλεσμα συχνότερα περιστατικά νευρωτισμού (Bru et al., 1993).

Η ένταση του πόνου συνδέθηκε σημαντικά και με τις τρεις υποκλίμακες της καταστροφοποίησης και φάνηκε ότι η σημαντικότερη σχέση υπήρξε με την υποκλίμακα της αβοηθησίας, ενώ ακολουθούσαν η μεγέθυνση και τέλος ο μηρυκασμός. Τα αποτελέσματα αυτά επιβεβαιώνουν εκείνα προηγούμενων μελετών που έχουν δείξει ότι ο καταστροφικός τρόπος σκέψης συνδέεται σημαντικά με την ένταση του πόνου και αποτελεί μια δυσλειτουργική στρατηγική που χρησιμοποιούν οι ασθενείς για την αντιμετώπισή του (Edwards et al, 2004· Jacobsen & Butler, 1996· Keefe et al., 1989· Peters et al., 2004· Sullivan et al., 2009).

Εκτός από την καταστροφοποίηση, η ένταση του πόνου εμφάνισε θετική συσχέτιση και με την κατάθλιψη, υποστηρίζοντας ευρήματα προγενέστερων μελετών που έχουν μελετήσει σε βάθος τη σχέση αυτή (Brown et al., 1989· Doan & Wadden, 1989· Dworkin et al., 1986) και έχουν τονίσει πόσο σημαντική είναι η αποτελεσματική αξιολόγηση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας στην εμπειρία του πόνου.

Η ένταση του πόνου δε βρέθηκε να σχετίζεται με το νευρωτισμό. Όσον αφορά τη σχέση αυτή, οι αντίστοιχες έρευνες έχουν δείξει αντιφατικά αποτελέσματα. Αν και άλλοι ερευνητές υποστήριξαν ότι υπάρχει μία σχέση μεταξύ των δύο (Ashgari & Nicholas, 2006· Nitch & Boon, 2004), άλλοι, όπως και στην παρούσα έρευνα, δε βρήκαν καμία διαφορά (Harkins et al., 1989· Wade et al., 1992). Πολλές έρευνες, ωστόσο, έχουν υποστηρίξει ότι ο νευρωτισμός σχετίζεται με την εμπειρία του πόνου με διάφορους τρόπους όπως αυτοί που αναφέρθηκαν νωρίτερα (π.χ. τη χρήση παθητικών στρατηγικών αντιμετώπισης του πόνου) (Goubert et al., 2004· Lauver & Johnson, 1997· Miro & Raich, 1991· Nitch & Boone, 2004). Θα μπορούσε πιθανόν κανείς να συμπεράνει ότι, παρόλο που ο νευρωτισμός δε σχετίζεται άμεσα με την ένταση του πόνου, ίσως να επηρεάζει την εμπειρία του με έναν πιο έμμεσο τρόπο.

Το γεγονός ότι ο νευρωτισμός συνδέθηκε σημαντικά και με τις τρεις υποκλίμακες της καταστροφοποίησης συμφωνεί με τα αποτελέσματα προηγούμενων μελετών που εισηγήθηκαν ότι υπάρχει μια σημαντική σχέση μεταξύ του νευρωτισμού και των δυσλειτουργικών στρατηγικών αντιμετώπισης του πόνου, όπως η καταστροφοποίηση (Goubert, 2004· Kadimpati, Zale, Hooten, Ditte & Warner, 2015· Martínez et al., 2011). Επιπρόσθετα, συμφωνεί με την άποψη ότι τα άτομα με υψηλά επίπεδα νευρωτισμού πιθανόν να αντιλαμβάνονται τα ερεθίσματα του πόνου ως

απειλητικά (Crombes et al., 2004· Ozer, Benet-Martinez, 2006). Στα παρόντα αποτελέσματα, η πιο σημαντική συσχέτιση βρέθηκε μεταξύ του νευρωτισμού και της υποκλίμακας του μηρυκασμού, κάτι που υποστηρίζει προηγούμενα ευρήματα που έδειξαν ότι υπάρχει μια θετική συσχέτιση του νευρωτισμού με την τάση του ατόμου να μηρυκάζει (Barnhofer & Chittka, 2010· Kuyken et al., 2006· Muris, et al., 2005). Τα παραπάνω, πιθανόν να δείχνουν ότι ο νευρωτισμός ενισχύει τις καταστροφικές σκέψεις και ερμηνείες σε ότι έχει να κάνει με τον πόνο και, επομένως, θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη στις προσπάθειες για τη μείωση των επιπέδων της καταστροφοποίησης που με τη σειρά της θα έχει σαν αποτέλεσμα τη μείωση των επιπέδων του πόνου.

Ο νευρωτισμός συνδέθηκε σημαντικά και θετικά και με την καταθλιπτική συμπτωματολογία. Το αποτέλεσμα αυτό συμφωνεί με την άποψη που υποστηρίζει ότι ο νευρωτισμός συνδέεται με τη συναισθηματική δυσφορία και την δυσκολία έκφρασης θετικών συναισθημάτων (De Gucht et al., 2004· Haley et al., 1985· Harkins et al., 1989· Lynn & Eysenck, 1961· Sternbach et al., 1973· Wade et al., 1992). Η σχέση αυτή σε συνδυασμό με προηγούμενα ευρήματα που υποστηρίζουν ότι ο νευρωτισμός αποτελεί παράγοντα κακής πρόγνωσης στη θεραπεία της κατάθλιψης (Enns & Cox, 1997), πιθανόν να σημαίνουν ότι κατά τη θεραπεία της κατάθλιψης σε ασθενείς με πόνο, θα πρέπει να δίνεται έμφαση στην αξιολόγηση του χαρακτηριστικού αυτού της προσωπικότητας για την διαμόρφωση κατάλληλων και αποτελεσματικότερων θεραπευτικών παρεμβάσεων.

Πολλές έρευνες έχουν ασχοληθεί με τη σχέση της καταστροφοποίησης και της κατάθλιψης και έχουν βρει ότι υπάρχει μια σημαντική σχέση μεταξύ των δύο (Jensen et al., 2002· Keefe et al., 1989· Nicholas et al., 2009· Sullivan et al., 2001· Wallston & Caldwell, 1989). Τα ευρήματα της παρούσας έρευνας συνάδουν με τα προηγούμενα αποτελέσματα, αφού η κατάθλιψη συνδέθηκε και με τις τρεις υποκλίμακες της καταστροφοποίησης. Προγενέστερες έρευνες υπογράμμισαν το σημαντικό ρόλο που διαδραματίζει η καταστροφοποίηση στην πρόβλεψη και τη διατήρηση της κατάθλιψης που σχετίζεται με τον πόνο (Jensen et al., 2002· Sullivan et al., 2001· Turner, Jensen & Romano, 2000). Δεδομένων των απόψεων αυτών σε συνδυασμό με τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας, υπογραμμίζεται η σημαντικότητα του περιορισμού του καταστροφικού τρόπου σκέψης, όχι μόνο για τη θεραπεία της έντασης του πόνου αλλά και για τη μείωση της καταθλιπτικής διάθεσης,

η οποία με τη σειρά της έχει αρνητικό αντίκτυπο στην ένταση του πόνου και στην αντιμετώπισή του.

Στην ανάλυση του προφίλ του απαντήσεων των ασθενών στην κλίμακα της κατάθλιψης, φάνηκε ότι οι ασθενείς είχαν υψηλότερες βαθμολογίες στις ερωτήσεις που αφορούν την λύπη, την έλλειψη ενδιαφέροντος/συμμετοχής και την ανηδονία από ότι σε εκείνες που αναφέρονται στην αυτό-υποτίμηση και στην υποτίμηση της ζωής. Τα αποτελέσματα αυτά συμφωνούν με εκείνα προηγούμενων μελετών που πραγματοποιήθηκαν σε ασθενείς με πόνο (Pincus & Williams, 1999· Morley, Williams & Black, 2002· Nicholas et al., 2007). Ο Nicholas και οι συνεργάτες του (2007) ανέφεραν ότι τα ευρήματα αυτά θα μπορούσαν να εξηγήσουν το λόγο για τον οποίο βραχείες γνωστικές –συμπεριφορικές παρεμβάσεις για τον πόνο, οι οποίες εστιάζουν στις αρνητικές γνωσίες του ατόμου που σχετίζονται με τον πόνο, παρά σε μακροχρόνιες ανησυχίες που αφορούν την αυτό-αξία του, είναι περισσότερο αποτελεσματικές στους ασθενείς με πόνο και κατάθλιψη (Nicholas et al., 2007).

Το γεγονός ότι τα παρόντα ευρήματα έδειξαν ότι ο ισχυρότερος προβλεπτικός παράγοντας της έντασης του πόνου ήταν η αβοηθησία ως συστατικό της καταστροφοποίησης (μπορούσε να προβλέψει το 25% της μεταβλητότητας του πόνου), συμφωνεί με ευρήματα προηγούμενων μελετών που έχουν δώσει έμφαση στο ρόλο που διαδραματίζει η καταστροφοποίηση ως προβλεπτικός παράγοντας της έντασης του πόνου (Jacobsen et al., 1996· Keefe et al., 1989· Somers et al., 2009· Turner et al., 2002) . Ο Sullivan και οι συνεργάτες του (2001), σε ανασκόπηση που πραγματοποίησαν για τη σχέση μεταξύ της καταστροφοποίησης και του πόνου, κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η καταστροφοποίηση μπορεί να προβλέψει τη μεταβλητότητα του πόνου από 7% έως 31% . Επιπλέον, τα αποτελέσματα της γραμμικής παλινδρόμησης τα οποία έδειξαν ότι η καταστροφοποίηση αποτελούσε ισχυρότερο προβλεπτικό παράγοντα της έντασης του πόνου από ότι η κατάθλιψη, υποστηρίζουν τα αποτελέσματα προηγούμενων μελετών που βρήκαν ότι σε ασθενείς με χρόνιο πόνο, ο καταστροφικός τρόπος σκέψης διαδραματίζει σημαντικότερο ρόλο από την καταθλιπτική συμπτωματολογία στην εμπειρία του πόνου και στον τρόπο με τον οποίον οι ασθενείς τον αντιμετωπίζουν (Geisser, Robinson, Keefe & Weiner, 1994).

Από τις τρεις υποκλίμακες της καταστροφοποίησης η αβοηθησία ήταν εκείνη που εμφάνισε τη μεγαλύτερη συσχέτιση με την ένταση του πόνου και αποτέλεσε επίσης προβλεπτικό παράγοντα της μεταβλητότητάς του, κάτι που συμφωνεί με

ευρήματα προηγούμενων ερευνών που υποστηρίζουν την ύπαρξη μιας σημαντικής σχέσης μεταξύ της αβοηθησίας και του πόνου (Creamer, Singh, Hochberg & Berman, 2000· Hill, 1993· Müller & Netter, 2000· Sullivan, Lynch & Clark, 2005). Ο Hill (1993) εξέτασε τον τρόπο με τον οποίο οι ασθενείς με άλγος μέλους-φάντασμα αντιμετωπίζουν τον πόνο και βρήκε ότι οι ασθενείς που είχαν μια στάση αβοηθησίας ανέφεραν περισσότερο πόνο και είχαν μεγαλύτερη συναισθηματική δυσφορία από εκείνους που δεν έδιεχναν μια τέτοιου είδους στάση. Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε ασθενείς με οστεοαρθρίτιδα του γονάτου, φάνηκαν παρόμοια αποτελέσματα, όπου η αβοηθησία αποτελούσε σημαντικό παράγοντα στον καθορισμό της έντασης του πόνου που ανέφεραν οι ασθενείς (Creamer, Lethbridge-Cejku & Hochberg, 1999). Παρόμοια ευρήματα υποστηρίζουν ότι σε υγιή άτομα που συμμετείχαν σε πειραματική έρευνα, η υποκειμενική αβοηθησία είχε ανεξάρτητη επίδραση στη αντίληψη του πόνου (Müller & Netter, 2000). Επιπλέον, μεταξύ των τριών υποκλιμάκων της καταστροφοποίησης έχει βρεθεί ότι η αβοηθησία μπορεί να προβλέψει καλύτερα την εμπειρία του πόνου (Sullivan et al., 2005).

Η βιβλιογραφία της αρθρίτιδας έχει αναγνωρίσει την αβοηθησία σαν ένα πιθανό σημαντικό παράγοντα στην διαμόρφωση της πορείας της νόσου και έχει διατυπωθεί η άποψη ότι η αβοηθησία, ως συστατικό της καταστροφοποίησης, πιθανόν να σχετίζεται με αλλαγές στις νευροανοσολογικές αντιδράσεις στον πόνο (Quartana et al., 2009). Επιπρόσθετα, ο Edwards και οι συνεργάτες του (2006), ανέφεραν ότι η αβοηθησία σχετίζεται με μικρότερη ανταπόκριση στην φαρμακοθεραπεία και λιγότερο θετικές συμπεριφορές που αφορούν την υγεία. Οι συγγραφείς προτείνουν ότι η αβοηθησία μπορεί να ενισχύσει τη νόσο, να μειώσει τα επίπεδα της σωματικής υγείας και να προωθήσει τη θνησιμότητα (Edwards, Bingham, Bathon & Haythornthwaite, 2006).

Έχουν διατυπωθεί διάφορες απόψεις για τον τρόπο με τον οποίο η αβοηθησία θα μπορούσε να επηρεάζει την εμπειρία του πόνου. Σύμφωνα με μια άποψη, η συνεχής πορεία μιας πάθησης με νευροπαθητικό πόνο καθώς και η σχετική αναποτελεσματικότητα των διαθέσιμων θεραπευτικών παρεμβάσεων, μπορεί να δημιουργεί ένα πλαίσιο ζωής που να περιλαμβάνει μια στάση αβοηθησίας απέναντι στην αντιμετώπιση του πόνου. Με τη σειρά της η στάση αυτή μπορεί να θέτει σε κίνδυνο οποιαδήποτε προσπάθεια αντιμετώπισης του πόνου (Crisson & Keefe, 1988). Εναλλακτικά, μία στάση αβοηθησίας απέναντι στον πόνο μπορεί να συνδέεται με τη χρήση παθητικών ή αποφευκτικών στρατηγικών που μπορεί να συμβάλουν στην

αύξηση της έντασης του πόνου (Brown & Nicassio, 1987). Αντιλήψεις αβοηθησίας και απαισιοδοξίας σε άτομα που καταστροφοποιούν μπορεί να μειώσουν την προσδοκία των ατόμων αυτών για θετικά αποτελέσματα άλλων θεραπειών που εφαρμόζονται για την αντιμετώπιση του πόνου τους, με αποτέλεσμα να υπονομεύσουν την αποτελεσματικότητά τους (Edwards et al., 2006). Τέλος, η επίμονη έκφραση αβοηθησίας μπορεί να έχει σαν αποτέλεσμα την μείωση της βοήθειας που παίρνει το άτομο με νευροπαθητικό πόνο από το υποστηρικτικό του δίκτυο (Cano, Gillis, Heinz, Geisser & Foran, 2004· Lackner & Gurtman, 2004).

Η επίδραση που έχει η κατάθλιψη στην ένταση και την εμπειρία του πόνου, καθώς και σε συμπεριφορές και καταστάσεις που σχετίζονται με αυτόν, έχει μελετηθεί εκτενώς από προηγούμενες μελέτες (Bair et al., 2003· Currie & Wang, 2004· Linton 2009). Στην παρούσα έρευνα η κατάθλιψη αποτέλεσε προβλεπτικό παράγοντα της έντασης του πόνου, κάτι που επιβεβαιώνει την άποψη για τη σημαντική συμβολή της στην εμπειρία του πόνου.

Στη διερεύνηση της επίδρασης που είχαν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά στους παράγοντες που μελετήθηκαν στην παρούσα έρευνα, δε βρέθηκαν διαφορές μεταξύ των φύλων ως προς την καταστροφοποίηση και την ένταση του πόνου. Όσον αφορά την ένταση του πόνου, τα αποτελέσματα στην υπάρχουσα βιβλιογραφία είναι αντιφατικά. Ενώ κάποιοι ερευνητές υποστηρίζουν ότι οι γυναίκες αναφέρουν μεγαλύτερη ένταση πόνου από τους άντρες (Andersson, Ejlertsson, Leden & Rosenberg, 1993· Verbrugge, Lepkowski, & Konkol, 1991) άλλοι δεν έχουν βρει τέτοιες διαφορές (Lee, Helewa, Smythe, Bombardier & Goldsmith, 1985· Manahan, Caragay, Muirden, Valkenburg & Wigley, 1985). Αποτελέσματα άλλων ερευνών έδειξαν ότι οι διαφορές που βρέθηκαν μεταξύ των φύλων δεν ήταν πια στατιστικά σημαντικές όταν ελέγχθηκε η καταστροφοποίηση (Keefe, Lefebvre, Egert, Affleck, Sullivan & Caldwell, 2000· Sullivan, Tripp & Santor, 2000).

Αναφορικά με την καταστροφοποίηση, παλιότερες μελέτες υποστήριξαν ότι σε διάφορες παθήσεις, οι γυναίκες είχαν υψηλότερες βαθμολογίες από τους άντρες στα επίπεδα της καταστροφοποίησης (Osman, Barrios, Gutierrez, Kopper, Merrifield & Grittmann, 2000· Jensen, Nygren, Gamberale, Goldie & Westerholm, 1994). Ωστόσο, τα ευρήματα της παρούσας έρευνας συμφωνούν με αυτά πιο σύγχρονων μελετών που δεν βρήκαν διαφορές μεταξύ των αντρών και των γυναικών ως προς το χαρακτηριστικό αυτό (Rivest, Côté, Dumas, Sterling & De Serres, 2010· Papaioannou, Skapinakis, Damigos, Mavreas, Broumas & Palgimesi, 2009).

Η ηλικία παρουσίασε θετική συσχέτιση με την υποκλίμακα αβοηθησία της καταστροφοποίησης. Το αποτέλεσμα αυτό δε συνάδει με ευρήματα προηγούμενων μελετών, στις οποίες βρέθηκε ότι αν και η καταστροφοποίηση όντως αλλάζει με την ηλικία, αυτό γίνεται με αντίστροφο τρόπο (Sullivan et al., 2001)· δηλαδή, υψηλότερα επίπεδα καταστροφοποίησης έχουν συνδεθεί με μικρότερη ηλικία. Η σχέση αυτή έχει παρατηρηθεί σε ασθενείς που υποβλήθηκαν σε εγχείριση για καρκίνο του μαστού (Jacobsen et al., 1996), σε μαθητές λυκείου (Bédard, Reid, McGrath & Chambers, 1997) και σε ασθενείς που επισκέφθηκαν μια οδοντιατρική κλινική (Sullivan & Neish, 1998). Άλλες μελέτες δε βρήκαν καμία σχέση μεταξύ της καταστροφοποίησης και της ηλικίας (Ruscheweyh, Nees, Marziniak, Evers, Flor & Knecht, 2011· Papaioannou et al., 2009).

Περιορισμοί της έρευνας

Έναν περιορισμό της παρούσας έρευνας αποτελεί το μικρό μέγεθος του δείγματος, το οποίο δεν επιτρέπει τη γενίκευση των αποτελεσμάτων σε άλλους πληθυσμούς εκτός από τα άτομα με ορθοπεδικά προβλήματα. Αυτό θα μπορούσε να αποτελέσει αντικείμενο μελλοντικών μελετών που θα συγκεντρώνουν ένα μεγαλύτερο δείγμα είτε στον πληθυσμό αυτό είτε σε διαφορετικούς κλινικούς πληθυσμούς. Επιπλέον, χρησιμοποιήθηκαν μόνο ερωτηματολόγια αυτό-αναφοράς για την αξιολόγηση των διαφόρων μεταβλητών, κάτι που θα μπορούσε να προκαλέσει σφάλμα. Μελλοντικές έρευνες που θα περιλαμβάνουν συνέντευξη με τους ασθενείς εκτός από αυτό-σημληρούμενα ερωτηματολόγια, θα μπορούσαν να αποδειχθούν ιδιαίτερα χρήσιμες.

Συμβολή της έρευνας/Προτάσεις για μελλοντικές έρευνες

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης υπογραμμίζουν την προβλεπτική ισχύ που έχουν η αβοηθησία ως παράγοντας της καταστροφοποίησης και η κατάθλιψη στην ένταση του πόνου. Επιπλέον, φαίνεται ότι η προσωπικότητα, και συγκεκριμένα ο νευρωτισμός, επηρεάζει με έναν πιο έμμεσο τρόπο την εμπειρία των ασθενών που βιώνουν πόνο. Τα αποτελέσματα αυτά υπογραμμίζουν τη σημασία που έχουν τα ψυχολογικά χαρακτηριστικά στο σχεδιασμό κατάλληλων και αποτελεσματικών παρεμβάσεων για τους ασθενείς με πόνο.

Το γεγονός ότι τα αποτελέσματα έδειξαν ότι υπήρχε θετική συσχέτιση μεταξύ της ηλικίας και της καταστροφοποίησης είναι κάτι που δεν συναντάται συχνά στη βιβλιογραφία. Επομένως, θα ήταν σημαντικό σε μελλοντικές έρευνες να μελετηθεί εκτενέστερα ο ρόλος των πιθανών πολιτισμικών διαφορών στη σχέση μεταξύ της ηλικίας και των γνωστικών στρατηγικών αντιμετώπισης του πόνου.

Η γνωστική συμπεριφορική θεραπεία για τον πόνο αποτελεί θεραπεία επιλογής ανάμεσα στις ψυχολογικές θεραπείες για διάφορες παθήσεις που περιλαμβάνουν πόνο. Σε ανασκόπηση που πραγματοποίησαν για την γνωστική – συμπεριφορική θεραπεία του χρόνιου πόνου, οι McCracken & Turk (2002) υποστήριξαν ότι αυτό που καθιστά την θεραπεία αυτή σημαντική για τον πόνο, είναι ότι οτιδήποτε κάνει ή αναφέρει ο ασθενής συνιστά συμπεριφορά. Παρόλο που ανατομικά και φυσιολογικά γεγονότα επηρεάζουν την συμπεριφορά του ατόμου που βιώνει πόνο, η συμπεριφορά αυτή επηρεάζεται και αλλάζει από τους ψυχολογικούς παράγοντες. Ακόμα και η ένταση του πόνου που αναφέρουν οι ασθενείς αποτελεί συμπεριφορά και επομένως επηρεάζεται από προηγούμενες εμπειρίες και από την παρούσα κατάσταση του ατόμου. Επιπλέον, σχετικές έρευνες προτείνουν ότι η αντιμετώπιση της καταστροφοποίησης του πόνου ως γνωστική διαστρέβλωση διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στη διακοπή του φαύλου κύκλου φόβου-αποφυγής του πόνου (Schütze, R., Rees, C., Preece, M., & Schütze), ενώ παρεμβάσεις που εστιάζουν στη μείωση της καταστροφοποίησης μαθαίνοντας στους ασθενείς πιο λειτουργικές στρατηγικές αντιμετώπισης του πόνου τους, έχουν δείξει ότι η μείωση των επιπέδων της συνδέεται με μείωση του πόνου (Spanos et al. 1979· Turner & Clancy, 1986) και καλύτερη προσαρμογή σε αυτόν ((Keefe, Caldwell & Williams, 1991· Nicassio PM, Schoenfeld-Smith K, Radojevic, 1995· Parker, Smarr, Buesher, 1989).

Τα παρόντα ευρήματα συμφωνούν με την υπάρχουσα βιβλιογραφία και δείχνουν τον σημαντικό ρόλο της καταστροφοποίησης και της κατάθλιψης στην πρόβλεψη του πόνου υποδηλώνοντας ότι θα ήταν χρήσιμο να σχεδιαστούν γνωστικές- συμπεριφορικές παρεμβάσεις στους ασθενείς με πόνο, οι οποίες, συνυπολογίζοντας τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, θα έχουν ως στόχο τη μείωση τόσο του καταστροφικού τρόπου σκέψης, όσο και της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας προκειμένου να αντιμετωπιστεί με ένα πιο ουσιαστικό τρόπο η ένταση του πόνου.

Επιπλέον, υπογραμμίζεται η ανάγκη για περεταίρω μελέτη των ψυχολογικών παραγόντων που μπορεί να επηρεάζουν την εμπειρία του πόνου, να συντελούν στη διατήρηση ή επιδείνωση των προβλημάτων που δημιουργεί, καθώς και να παρεμποδίζουν την αποτελεσματική του αντιμετώπιση.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Adams, H., Ellis, T., Stanish, W. D., & Sullivan, M. J. (2007). Psychosocial factors related to return to work following rehabilitation of whiplash injuries. *Journal of occupational rehabilitation, 17*(2), 305-315.
- Alexopoulos, D. S., & Kalaitzidis, I. (2004). Psychometric properties of Eysenck personality questionnaire-revised (EPQ-R) short scale in Greece. *Personality and Individual Differences, 37*(6), 1205-1220.
- Andersson, H. I., Ejlertsson, G., Leden, I., & Rosenberg, C. (1993). Chronic pain in a geographically defined general population: studies of differences in age, gender, social class, and pain localization. *The Clinical Journal of Pain, 9*(3), 174-182.
- Asghari, A., & Nicholas, M. K. (2006). Personality and pain-related beliefs/coping strategies: a prospective study. *The Clinical Journal of Pain, 22*(1), 10-18.
- Bair, M. J., Robinson, R. L., Katon, W., & Kroenke, K. (2003). Depression and pain comorbidity: a literature review. *Archives of Internal Medicine, 163*(20), 2433-2445.
- Baliki, M. N., Geha, P. Y., Apkarian, A. V., & Chialvo, D. R. (2008). Beyond feeling: chronic pain hurts the brain, disrupting the default-mode network dynamics. *The Journal of Neuroscience, 28*(6), 1398-1403.
- Banks, S. M., & Kerns, R. D. (1996). Explaining high rates of depression in chronic pain: A diathesis-stress framework. *Psychological Bulletin, 119*(1), 95.
- Barnhofer, T., Chittka, T., Nightingale, H., Visser, C., & Crane, C. (2010). State effects of two forms of meditation on prefrontal EEG asymmetry in previously depressed individuals. *Mindfulness, 1*(1), 21-27.
- Beck, A. T. (1991). Cognitive therapy: A 30-year retrospective. *American Psychologist, 46*(4), 368.
- Bédard, G. B. V., Reid, G. J., McGrath, P. J., & Chambers, C. T. (1997). Coping and self-medication in a community sample of junior high school students. *Pain Research & Management, 2*(3), 151-156.
- BenDebba, M., Torgerson, W. S., & Long, D. M. (1997). Personality traits, pain duration and severity, functional impairment, and psychological distress in patients with persistent low back pain. *Pain, 72*(1), 115-125.

- Block, A. R., Fernandez, E., & Kremer, E. (Eds.). (2013). *Handbook of pain syndromes: Biopsychosocial perspectives*. Psychology Press.
- Blumer, D., & Heilbronn, M. (1982). Chronic Pain as a Variant of Depressive Disease The Pain-Prone Disorder. *The journal of nervous and mental disease*, 170(7), 381-406.
- Blyth, F. M., March, L. M., Brnabic, A. J., Jorm, L. R., Williamson, M., & Cousins, M. J. (2001). Chronic pain in Australia: a prevalence study. *Pain*, 89(2), 127-134.
- Brown, G. K., Nicassio, P. M., & Wallston, K. A. (1989). Pain coping strategies and depression in rheumatoid arthritis. *Journal of consulting and clinical psychology*, 57(5), 652.
- Burton, A. K., Tillotson, K. M., Main, C. J., & Hollis, S. (1995). Psychosocial predictors of outcome in acute and subchronic low back trouble. *Spine*, 20(6), 722-728.
- Calderón, S. A. L., Paiva, A., & Ring, D. (2008). Patient satisfaction after open carpal tunnel release correlates with depression. *The Journal of hand surgery*, 33(3), 303-307.
- Carroll, L. J., Cassidy, J. D., & Côté, P. (2004). Depression as a risk factor for onset of an episode of troublesome neck and low back pain. *Pain*, 107(1), 134-139.
- Chaves, J. F., & Brown, J. M. (1987). Spontaneous cognitive strategies for the control of clinical pain and stress. *Journal of behavioral medicine*, 10(3), 263-276.
- Coghill, R. C. (2010). Individual differences in the subjective experience of pain: new insights into mechanisms and models. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*, 50(9), 1531-1535.
- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1980). Influence of extraversion and neuroticism on subjective well-being: happy and unhappy people. *Journal of personality and social psychology*, 38(4), 668.
- Creamer, P., Lethbridge-Cejku, M., & Hochberg, M. C. (1999). Determinants of pain severity in knee osteoarthritis: effect of demographic and psychosocial variables using 3 pain measures. *The Journal of Rheumatology*, 26(8), 1785-1792.
- Creamer, P., Singh, B. B., Hochberg, M. C., & Berman, B. M. (2000). Sustained improvement produced by nonpharmacologic intervention in fibromyalgia: results of a pilot study. *Arthritis Care & Research*, 13(4), 198-204.

- Currie, S. R., & Wang, J. (2004). Chronic back pain and major depression in the general Canadian population. *Pain, 107*(1), 54-60.
- Davidson, P. O., & Mcdougall, C. E. A. (1969). Personality and pain tolerance measures. *Perceptual and motor skills, 28*(3), 787-790.
- de C Williams, A. C., & Richardson, P. H. (1993). What does the BDI measure in chronic pain?. *Pain, 55*(2), 259-266.
- De Gucht, V., Fischler, B., & Heiser, W. (2004). Neuroticism, alexithymia, negative affect, and positive affect as determinants of medically unexplained symptoms. *Personality and Individual Differences, 36*(7), 1655-1667.
- Dersh, J., Polatin, P. B., & Gatchel, R. J. (2002). Chronic pain and psychopathology: research findings and theoretical considerations. *Psychosomatic medicine, 64*(5), 773-786.
- Doan, B. D., & Wadden, N. P. (1989). Relationships between depressive symptoms and descriptions of chronic pain. *Pain, 36*(1), 75-84.
- Dobson, K. S. (1989). A meta-analysis of the efficacy of cognitive therapy for depression. *Journal of consulting and clinical psychology, 57*(3), 414.
- Duggan, C., Sham, P., Lee, A., Minne, C., & Murray, R. (1995). Neuroticism: a vulnerability marker for depression evidence from a family study. *Journal of Affective Disorders, 35*(3), 139-143.
- Duncan, G. (2000). Mind-body dualism and the biopsychosocial model of pain: What did Descartes really say? *Journal of Medicine and Philosophy, 25*(4), 485-513.
- Dworkin, R. H., Richlin, D. M., Handlin, D. S., & Brand, L. (1986). Predicting treatment response in depressed and non-depressed chronic pain patients. *Pain, 24*(3), 343-353.
- Eccleston, C., & Crombez, G. (1999). Pain demands attention: A cognitive-affective model of the interruptive function of pain. *Psychological bulletin, 125*(3), 356.
- Eccleston, C., Crombez, G., Aldrich, S., & Stannard, C. (1997). Attention and somatic awareness in chronic pain. *Pain, 72*(1), 209-215.
- Edwards, R. R. (2005). Individual differences in endogenous pain modulation as a risk factor for chronic pain. *Neurology, 65*(3), 437-443.
- Edwards, R. R., Bingham, C. O., Bathon, J., & Haythornthwaite, J. A. (2006). Catastrophizing and pain in arthritis, fibromyalgia, and other rheumatic diseases. *Arthritis Care & Research, 55*(2), 325-332.

- Edwards, R. R., Bingham, C. O., Bathon, J., & Haythornthwaite, J. A. (2006). Catastrophizing and pain in arthritis, fibromyalgia, and other rheumatic diseases. *Arthritis Care & Research*, *55*(2), 325-332.
- Edwards, R. R., Doleys, D. M., Fillingim, R. B., & Lowery, D. (2001). Ethnic differences in pain tolerance: clinical implications in a chronic pain population. *Psychosomatic medicine*, *63*(2), 316-323.
- Edwards, R. R., Haythornthwaite, J. A., Sullivan, M. J., & Fillingim, R. B. (2004). Catastrophizing as a mediator of sex differences in pain: differential effects for daily pain versus laboratory-induced pain. *Pain*, *111*(3), 335-341.
- Eggen, A. E. (1993). The Tromsø Study: frequency and predicting factors of analgesic drug use in a free-living population (12–56 years). *Journal of clinical epidemiology*, *46*(11), 1297-1304.
- Ehde, D. M., Dillworth, T. M., & Turner, J. A. (2014). Cognitive-behavioral therapy for individuals with chronic pain: efficacy, innovations, and directions for research. *American Psychologist*, *69*(2), 153.
- Engel, C. C., Von Korff, M., & Katon, W. J. (1996). Back pain in primary care: predictors of high health-care costs. *Pain*, *65*(2), 197-204.
- Enns, M. W., & Cox, B. J. (1997). Personality dimensions and depression: review and commentary. *Canadian Journal of Psychiatry*, *42*(3), 274-284.
- Epictetus, & Stoneman, R. (1995). *The discourses of Epictetus*. C. Gill (Ed.). London: JM Dent.
- Estlander, A. M., Takala, E. P., & Verkasalo, M. (1995). Assessment of depression in chronic musculoskeletal pain patients. *The Clinical journal of pain*, *11*(3), 194-206.
- Fifield, J., Tennen, H., Reisine, S., & McQuillan, J. (1998). Depression and the long-term risk of pain, fatigue, and disability in patients with rheumatoid arthritis. *Bureau of Sociological Research-Faculty Publications*, 16.
- Fishbain, D. A., Cutler, R., Rosomoff, H. L., & Rosomoff, R. S. (1997). Chronic pain-associated depression: antecedent or consequence of chronic pain? A review. *The Clinical journal of pain*, *13*(2), 116-137.
- Flor, H., Behle, D. J., & Birbaumer, N. (1993). Assessment of pain-related cognitions in chronic pain patients. *Behaviour research and therapy*, *31*(1), 63-73.

- France, C. R., France, J. L., al'Absi, M., Ring, C., & McIntyre, D. (2002). Catastrophizing is related to pain ratings, but not nociceptive flexion reflex threshold. *Pain*, 99(3), 459-463.
- Gallagher, S. V. R. M. (2000). Evaluating and treating co-morbid pain and depression. *International Review of Psychiatry*, 12(2), 103-114.
- Gameroff, M. J., & Olfson, M. (2006). Major depressive disorder, somatic pain, and health care costs in an urban primary care practice. *The Journal of clinical psychiatry*, 67(8), 1232-1239.
- Gatchel, R. J., Peng, Y. B., Peters, M. L., Fuchs, P. N., & Turk, D. C. (2007). The biopsychosocial approach to chronic pain: scientific advances and future directions. *Psychological bulletin*, 133(4), 581.
- Geisser, M. E., Robinson, M. E., Keefe, F. J., & Weiner, M. L. (1994). Catastrophizing, depression and the sensory, affective and evaluative aspects of chronic pain. *Pain*, 59(1), 79-83.
- George, S. Z., Dannecker, E. A., & Robinson, M. E. (2006). Fear of pain, not pain catastrophizing, predicts acute pain intensity, but neither factor predicts tolerance or blood pressure reactivity: An experimental investigation in pain-free individuals. *European Journal of Pain*, 10(5), 457-457.
- Gil, K. M., Ginsberg, B., Muir, M., Sykes, D., & Williams, D. A. (1990). Patient-controlled analgesia in postoperative pain: the relation of psychological factors to pain and analgesic use. *The Clinical journal of pain*, 6(2), 137-142.
- Goodin, B. R., McGuire, L., Allshouse, M., Stapleton, L., Haythornthwaite, J. A., Burns, N., ... & Edwards, R. R. (2009). Associations between catastrophizing and endogenous pain-inhibitory processes: sex differences. *The Journal of Pain*, 10(2), 180-190.
- Goubert, L., Crombez, G., & Van Damme, S. (2004). The role of neuroticism, pain catastrophizing and pain-related fear in vigilance to pain: a structural equations approach. *Pain*, 107(3), 234-241.
- Gracely, R. H., Geisser, M. E., Giesecke, T., Grant, M. A. B., Petzke, F., Williams, D. A., & Clauw, D. J. (2004). Pain catastrophizing and neural responses to pain among persons with fibromyalgia. *Brain*, 127(4), 835-843.
- Guzmán, J., Esmail, R., Karjalainen, K., Malmivaara, A., Irvin, E., & Bombardier, C. (2001). Multidisciplinary rehabilitation for chronic low back pain: systematic review. *Bmj*, 322(7301), 1511-1516.

- Hadjistavropoulos, T., & Craig, K. D. (Eds.). (2004). *Pain: psychological perspectives*. Psychology Press.
- Haley, W. E., Roth, D. L., Coleton, M. I., Ford, G. R., West, C. A., Collins, R. P., & Isobe, T. L. (1996). Appraisal, coping, and social support as mediators of well-being in black and white family caregivers of patients with Alzheimer's disease. *Journal of consulting and clinical psychology, 64*(1), 121.
- Haley, W. E., Turner, J. A., & Romano, J. M. (1985). Depression in chronic pain patients: relation to pain, activity, and sex differences. *Pain, 23*(4), 337-343.
- Harkins, S. W., Price, D. D., & Braith, J. (1989). Effects of extraversion and neuroticism on experimental pain, clinical pain, and illness behavior. *Pain, 36*(2), 209-218.
- Hawker, G. A., Mian, S., Kendzerska, T., & French, M. (2011). Measures of adult pain: Visual analog scale for pain (vas pain), numeric rating scale for pain (nrs pain), mcgill pain questionnaire (mpq), short-form mcgill pain questionnaire (sf-mpq), chronic pain grade scale (cpgs), short form-36 bodily pain scale (sf-36 bps), and measure of intermittent and constant osteoarthritis pain (icoap). *Arthritis care & research, 63*(S11), S240-S252.
- Hays, R. D., Wells, K. B., Sherbourne, C. D., Rogers, W., & Spritzer, K. (1995). Functioning and well-being outcomes of patients with depression compared with chronic general medical illnesses. *Archives of general psychiatry, 52*(1), 11-19.
- Haythornthwaite, J. A., Sieber, W. J., & Kerns, R. D. (1991). Depression and the chronic pain experience. *Pain, 46*(2), 177-184.
- Hill, A. (1993). The use of pain coping strategies by patients with phantom limb pain. *Pain, 55*(3), 347-353.
- Hoffman, B. M., Papas, R. K., Chatkoff, D. K., & Kerns, R. D. (2007). Meta-analysis of psychological interventions for chronic low back pain. *Health psychology, 26*(1), 1.
- IASP Subcommittee on taxonomy: Pain terms: A list with definitions and notes on usage. *Pain 1979; 6*:249-252
- Isik, A., Koca, S. S., Ozturk, A., & Mermi, O. (2007). Anxiety and depression in patients with rheumatoid arthritis. *Clinical rheumatology, 26*(6), 872-878.

- Jacobsen, P. B., & Butler, R. W. (1996). Relation of cognitive coping and catastrophizing to acute pain and analgesic use following breast cancer surgery. *Journal of behavioral medicine*, 19(1), 17-29.
- Jensen, I., Nygren, Å., Gamberale, F., Goldie, I., & Westerholm, P. (1994). Coping with long-term musculoskeletal pain and its consequences: is gender a factor?. *Pain*, 57(2), 167-172.
- Jensen, M. P., Ehde, D. M., Hoffman, A. J., Patterson, D. R., Czerniecki, J. M., & Robinson, L. R. (2002). Cognitions, coping and social environment predict adjustment to phantom limb pain. *Pain*, 95(1), 133-142.
- Jensen, M. P., Karoly, P., & Braver, S. (1986). The measurement of clinical pain intensity: a comparison of six methods. *Pain*, 27(1), 117-126.
- Jensen, M. P., Turner, J. A., Romano, J. M., & Karoly, P. (1991). Coping with chronic pain: a critical review of the literature. *Pain*, 47(3), 249-283.
- Jess, P., Jess, T., Beck, H., & Bech, P. (1998). Neuroticism in relation to recovery and persisting pain after laparoscopic cholecystectomy. *Scandinavian journal of gastroenterology*, 33(5), 550-553.
- Johnson, M. (2003). The vulnerability status of neuroticism: over-reporting or genuine complaints?. *Personality and Individual Differences*, 35(4), 877-887.
- Kadimpati, S., Zale, E. L., Hooten, M. W., Ditre, J. W., & Warner, D. O. (2015). Associations between Neuroticism and Depression in Relation to Catastrophizing and Pain-Related Anxiety in Chronic Pain Patients.
- Karels, C. H., Bierma-Zeinstra, S. M. A., Burdorf, A., Verhagen, A. P., Nauta, A. P., & Koes, B. W. (2007). Social and psychological factors influenced the course of arm, neck and shoulder complaints. *Journal of clinical epidemiology*, 60(8), 839-848.
- Keefe, F. J. (1996). Cognitive behavioral therapy for managing pain. *The Clinical Psychologist*, 49(3), 4-5.
- Keefe, F. J., Brown, G. K., Wallston, K. A., & Caldwell, D. S. (1989). Coping with rheumatoid arthritis pain: catastrophizing as a maladaptive strategy. *Pain*, 37(1), 51-56.
- Keefe, F. J., Lefebvre, J. C., Egert, J. R., Affleck, G., Sullivan, M. J., & Caldwell, D. S. (2000). The relationship of gender to pain, pain behavior, and disability in osteoarthritis patients: the role of catastrophizing. *Pain*, 87(3), 325-334.

- Keefe, F. J., Lipkus, I., Lefebvre, J. C., Hurwitz, H., Clipp, E., Smith, J., & Porter, L. (2003). The social context of gastrointestinal cancer pain: a preliminary study examining the relation of patient pain catastrophizing to patient perceptions of social support and caregiver stress and negative responses. *Pain, 103*(1), 151-156.
- Keefe, F. J., Wilkins, R. H., Cook Jr, W. A., Crisson, J. E., & Muhlbaier, L. H. (1986). Depression, pain, and pain behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54*(5), 665.
- Kendler, K. S., Neale, M. C., Kessler, R. C., Heath, A. C., & Eaves, L. J. (1993). A longitudinal twin study of personality and major depression in women. *Archives of general psychiatry, 50*(11), 853-862.
- Kerns, R. D., Sellinger, J., & Goodin, B. R. (2011). Psychological Treatment of Chronic Pain. *Annual Review of Clinical Psychology, 7*, 411-434.
- Knittle, K., Maes, S., & De Gucht, V. (2010). Psychological interventions for rheumatoid arthritis: Examining the role of self-regulation with a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Arthritis care & research, 62*(10), 1460-1472.
- Korff, M. V., & Simon, G. (1996). The relationship between pain and depression. *British Journal of Psychiatry, 168*(30), 101-108.
- Kuyken, W., Watkins, E., Holden, E., & Cook, W. (2006). Rumination in adolescents at risk for depression. *Journal of Affective Disorders, 96*(1), 39-47.
- Lamé, I. E., Peters, M. L., Vlaeyen, J. W., Kleef, M. V., & Patijn, J. (2005). Quality of life in chronic pain is more associated with beliefs about pain, than with pain intensity. *European journal of Pain, 9*(1), 15-24.
- Landrø, N. I., Stiles, T. C., & Sletvold, H. (1997). Memory functioning in patients with primary fibromyalgia and major depression and healthy controls. *Journal of psychosomatic research, 42*(3), 297-306.
- Larsen, R. J., & Kasimatis, M. (1991). Day-to-Day Physical Symptoms: Individual Differences in the Occurrence, Duration, and Emotional Concomitants of Minor Daily Illnesses. *Journal of personality, 59*(3), 387-423.
- Lauver, S. C., & Johnson, J. L. (1997). The role of neuroticism and social support in older adults with chronic pain behavior. *Personality and Individual Differences, 23*(1), 165-167.

- Lee, P., Helewa, A., Smythe, H. A., Bombardier, C., & Goldsmith, C. H. (1985). Epidemiology of musculoskeletal disorders (complaints) and related disability in Canada. *The Journal of rheumatology*, *12*(6), 1169-1173.
- Leeuw, M., Goossens, M. E., Linton, S. J., Crombez, G., Boersma, K., & Vlaeyen, J. W. (2007). The fear-avoidance model of musculoskeletal pain: current state of scientific evidence. *Journal of behavioral medicine*, *30*(1), 77-94.
- Lethem, J., Slade, P. D., Troup, J. D. G., & Bentley, G. (1983). Outline of a fear-avoidance model of exaggerated pain perception—I. *Behaviour research and therapy*, *21*(4), 401-408.
- Leung, L. (2012). Pain catastrophizing: An updated review. *Indian journal of psychological medicine*, *34*(3), 204.
- Levine, F. M., Tursky, B., & Nichols, D. C. (1966). tolerance for pain, extra version and neuroticism: failure to replicate results. *Perceptual and Motor Skills*, *23*(3), 847-850.
- Linton, S. J., & Andersson, T. (2000). Can chronic disability be prevented? A randomized trail of a cognitive-behavior intervention and two forms of information for patients with spinal pain. *Spine*, *25*, 2825–2831.
- Linton, S. J., & Shaw, W. S. (2011). Impact of psychological factors in the experience of pain. *Physical therapy*, *91*(5), 700-711.
- Lintonl, S. J., Nicholasl, M. K., MacDonaldl, S., Boersmal, K., Bergboml, S., Maherl, C., & Refshaugel, K. (2011). The role of depression and catastrophizing in musculoskeletal pain. *European Journal of Pain*, *15*(4), 416-422.
- Lynn, R., & Eysenck, H. J. (1961). Tolerance for pain, extra version and neuroticism. *Perceptual and Motor Skills*, *12*(2), 161-162.
- Lyrakos, G. N., Arvaniti, C., Smyrnioti, M., & Kostopanagiotou, G. (2011). P03-561- Translation and validation study of the depression anxiety stress scale in the greek general population and in a psychiatric patient's sample. *European Psychiatry*, *26*, 1731.
- Magni, G., Marchetti, M., Moreschi, C., Merskey, H., & Luchini, S. R. (1993). Chronic musculoskeletal pain and depressive symptoms in the National Health and Nutrition Examination I. Epidemiologic follow-up study. *Pain*, *53*(2), 163-168.

- Malec, J., & Neimeyer, R. (1983). Psychologic prediction of duration of inpatient spinal cord injury rehabilitation and performance of self-care. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 64(8), 359-363.
- Manahan, L., Caragay, R., Muirden, K. D., Allander, E., Valkenburg, H. A., & Wigley, R. D. (1985). Rheumatic pain in a Philippine village. *Rheumatology International*, 5(4), 149-153.
- Martínez, M. P., Sánchez, A. I., Miró, E., Medina, A., & Lami, M. J. (2011). The relationship between the fear-avoidance model of pain and personality traits in fibromyalgia patients. *Journal of clinical psychology in medical settings*, 18(4), 380-391.
- Maxwell, T. D., Gatchel, R. J., & Mayer, T. G. (1998). Cognitive predictors of depression in chronic low back pain: toward an inclusive model. *Journal of behavioral medicine*, 21(2), 131-143.
- Mayer, E. A., & Saper, C. B. (2000). Pain modulation: expectation, opioid analgesia and virtual pain. *The Biological Basis for Mind Body Interactions*, 122, 245.
- McCracken, L. M., & Turk, D. C. (2002). Behavioral and cognitive-behavioral treatment for chronic pain: outcome, predictors of outcome, and treatment process. *Spine*, 27(22), 2564-2573.
- Meichenbaum, D., & Turk, D. (1976). The cognitive-behavioral management of anxiety, anger, and pain. *The behavioral management of anxiety, depression and pain*. New York: Brunner/Mazel, 1-34.
- Miró, J., & Raich, R. M. (1992). Personality traits and pain experience. *Personality and individual differences*, 13(3), 309-313.
- Morley, S., Eccleston, C., & Williams, A. (1999). Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials of cognitive behaviour therapy and behaviour therapy for chronic pain in adults, excluding headache. *Pain*, 80(1), 1-13.
- Morley, S., Williams, A. C. D. C., & Black, S. (2002). A confirmatory factor analysis of the Beck Depression Inventory in chronic pain. *Pain*, 99(1), 289-298.
- Müller, M. J., & Netter, P. (2000). Relationship of subjective helplessness and pain perception after electric skin stimuli. *Stress and Health*, 16(2), 109-115.
- Muris, P., Roelofs, J., Rassin, E., Franken, I., & Mayer, B. (2005). Mediating effects of rumination and worry on the links between neuroticism, anxiety and depression. *Personality and Individual Differences*, 39(6), 1105-1111.

- Nicholas, M. K. (2011). Depression in people with pain: There is still work to do: Commentary on 'Understanding the link between depression and pain'. *Scandinavian Journal of Pain*, 2(2), 45-46.
- Nicholas, M. K., Coulston, C. M., Asghari, A., & Malhi, G. S. (2009). Depressive symptoms in patients with chronic pain. *Medical Journal of Australia*, 190(7), S66.
- Nielsen, C. S., Stubhaug, A., Price, D. D., Vassend, O., Czajkowski, N., & Harris, J. R. (2008). Individual differences in pain sensitivity: genetic and environmental contributions. *Pain*, 136(1), 21-29.
- Nitch, S. R., & Boone, K. B. (2004). Normal personality correlates of chronic pain subgroups. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 11(3), 203-209.
- Nunez, F., Vranceanu, A. M., & Ring, D. (2010). Determinants of pain in patients with carpal tunnel syndrome. *Clinical Orthopaedics and Related Research®*, 468(12), 3328-3332.
- Osman, A., Barrios, F. X., Gutierrez, P. M., Kopper, B. A., Merrifield, T., & Grittmann, L. (2000). The Pain Catastrophizing Scale: further psychometric evaluation with adult samples. *Journal of behavioral medicine*, 23(4), 351-365.
- Ozer, D. J., & Benet-Martinez, V. (2006). Personality and the prediction of consequential outcomes. *Annu. Rev. Psychol.*, 57, 401-421.
- Papaioannou, M., Skapinakis, P., Damigos, D., Mavreas, V., Broumas, G., & Palgimesi, A. (2009). The role of catastrophizing in the prediction of postoperative pain. *Pain Medicine*, 10(8), 1452-1459.
- Paparizos, A. L., Tripp, D. A., Sullivan, M. J., & Rubenstein, M. L. (2005). Catastrophizing and Pain Perception in Recreational Ballet Dancers. *Journal of Sport Behavior*, 28(1).
- Parker, J. C., Smarr, K. L., Buescher, K. L., Phillips, L. R., Frank, R. G., Beck, N. C., ... & Walker, S. E. (1989). Pain control and rational thinking. Implications for rheumatoid arthritis. *Arthritis & Rheumatism*, 32(8), 984-990.
- Pheasant, H. C., Gilbert, D., Goldfarb, J., & Herron, L. (1979). The MMPI as a predictor of outcome in low-back surgery. *Spine*, 4(1), 78-84.
- Pincus, T., & Williams, A. (1999). Models and measurements of depression in chronic pain. *Journal of psychosomatic research*, 47(3), 211-219.

- Price, D. D. (1999). Psychological mechanisms of pain and analgesia. *hippocampus*, 19, 893-901.
- Quartana, P. J., Campbell, C. M., & Edwards, R. R. (2009). Pain catastrophizing: a critical review.
- Rainville, P., Duncan, G. H., Price, D. D., Carrier, B., & Bushnell, M. C. (1997). Pain affect encoded in human anterior cingulate but not somatosensory cortex. *Science*, 277(5328), 968-971.
- Ramírez-Maestre, C., Martínez, A. E. L., & Zarazaga, R. E. (2004). Personality characteristics as differential variables of the pain experience. *Journal of behavioral medicine*, 27(2), 147-165.
- Rivest, K., Côté, J. N., Dumas, J. P., Sterling, M., & De Serres, S. J. (2010). Relationships between pain thresholds, catastrophizing and gender in acute whiplash injury. *Manual therapy*, 15(2), 154-159.
- Robinson, M. J., Edwards, S. E., Iyengar, S., Bymaster, F., Clark, M., & Katon, W. (2009). Depression and pain. *Front Biosci*, 14(503), 1-5051.
- Roelofs, J., Peters, M. L., van der Zijden, M., & Vlaeyen, J. W. (2004). Does fear of pain moderate the effects of sensory focusing and distraction on cold pressor pain in pain-free individuals?. *The Journal of Pain*, 5(5), 250-256.
- Romano, J. M., & Turner, J. A. (1985). Chronic pain and depression: does the evidence support a relationship?. *Psychological bulletin*, 97(1), 18.
- Rosenstiel, A. K., & Keefe, F. J. (1983). The use of coping strategies in chronic low back pain patients: relationship to patient characteristics and current adjustment. *Pain*, 17(1), 33-44.
- Ruscheweyh, R., Nees, F., Marziniak, M., Evers, S., Flor, H., & Knecht, S. (2011). Pain catastrophizing and pain-related emotions: influence of age and type of pain. *The Clinical journal of pain*, 27(7), 578-586.
- Schmitz, N., Kugler, J., & Rollnik, J. (2003). On the relation between neuroticism, self-esteem, and depression: results from the National Comorbidity Survey. *Comprehensive psychiatry*, 44(3), 169-176.
- Schütze, R., Rees, C., Preece, M., & Schütze, M. (2010). Low mindfulness predicts pain catastrophizing in a fear-avoidance model of chronic pain. *Pain*, 148(1), 120-127.
- Seminowicz, D. A., & Davis, K. D. (2006). Cortical responses to pain in healthy individuals depends on pain catastrophizing. *Pain*, 120(3), 297-306.

- Severeijns, R., Vlaeyen, J. W., van den Hout, M. A., & Picavet, H. S. J. (2004). Pain catastrophizing is associated with health indices in musculoskeletal pain: a cross-sectional study in the Dutch community. *Health Psychology, 23*(1), 49.
- Shiomi, K. (1978). Relations of pain threshold and pain tolerance in cold water with scores on Maudsley Personality Inventory and Manifest Anxiety Scale. *Perceptual and motor skills, 47*(3f), 1155-1158.
- Somers, T. J., Keefe, F. J., Pells, J. J., Dixon, K. E., Waters, S. J., Riordan, P. A., ... & Rice, J. R. (2009). Pain catastrophizing and pain-related fear in osteoarthritis patients: relationships to pain and disability. *Journal of pain and symptom management, 37*(5), 863-872.
- Spanos, N. P., Radtke-Bodorik, H. L., Ferguson, J. D., & Jones, B. (1979). The effects of hypnotic susceptibility, suggestions for analgesia, and the utilization of cognitive strategies on the reduction of pain. *Journal of abnormal psychology, 88*(3), 282.
- Sternbach, R. A., Wolf, S. R., Murphy, R. W., & Akeson, W. H. (1973). Traits of pain patients: the low-back "loser". *Psychosomatics, 14*(4), 226-229.
- Sullivan, M. J., & D'Eon, J. L. (1990). Relation between catastrophizing and depression in chronic pain patients. *Journal of abnormal psychology, 99*(3), 260.
- Sullivan, M. J., & Neish, N. R. (1998). Catastrophizing, anxiety and pain during dental hygiene treatment. *Community dentistry and oral epidemiology, 26*(5), 344-349.
- Sullivan, M. J., Adams, H., Horan, S., Maher, D., Boland, D., & Gross, R. (2008). The role of perceived injustice in the experience of chronic pain and disability: scale development and validation. *Journal of occupational rehabilitation, 18*(3), 249-261.
- Sullivan, M. J., Bishop, S. R., & Pivik, J. (1995). The pain catastrophizing scale: development and validation. *Psychological assessment, 7*(4), 524.
- Sullivan, M. J., Lynch, M. E., & Clark, A. J. (2005). Dimensions of catastrophic thinking associated with pain experience and disability in patients with neuropathic pain conditions. *Pain, 113*(3), 310-315.

- Sullivan, M. J., Reesor, K., Mikail, S., & Fisher, R. (1992). The treatment of depression in chronic low back pain: review and recommendations. *Pain, 50*(1), 5-13.
- Sullivan, M. J., Rodgers, W. M., & Kirsch, I. (2001). Catastrophizing, depression and expectancies for pain and emotional distress. *Pain, 91*(1), 147-154.
- Sullivan, M. J., Stanish, W., Waite, H., Sullivan, M., & Tripp, D. A. (1998). Catastrophizing, pain, and disability in patients with soft-tissue injuries. *Pain, 77*(3), 253-260.
- Sullivan, M. J., Thorn, B., Haythornthwaite, J. A., Keefe, F., Martin, M., Bradley, L. A., & Lefebvre, J. C. (2001). Theoretical perspectives on the relation between catastrophizing and pain. *The Clinical journal of pain, 17*(1), 52-64.
- Sullivan, M. J., Tripp, D. A., & Santor, D. (2000). Gender differences in pain and pain behavior: the role of catastrophizing. *Cognitive Therapy and Research, 24*(1), 121-134.
- Sullivan, M. J., Tripp, D. A., Rodgers, W. M., & Stanish, W. (2000). Catastrophizing and pain perception in sport participants. *Journal of Applied Sport Psychology, 12*(2), 151-167.
- Sullivan, M., Tanzer, M., Stanish, W., Fallaha, M., Keefe, F. J., Simmonds, M., & Dunbar, M. (2009). Psychological determinants of problematic outcomes following total knee arthroplasty. *Pain, 143*(1), 123-129.
- Suls, J., Green, P., & Hillis, S. (1998). Emotional reactivity to everyday problems, affective inertia, and neuroticism. *Personality and Social Psychology Bulletin, 24*(2), 127-136.
- Taenzer, P., Melzack, R., & Jeans, M. E. (1986). Influence of psychological factors on postoperative pain, mood and analgesic requirements. *Pain, 24*(3), 331-342.
- Taylor, S., & McLean, P. (1993). Outcome profiles in the treatment of unipolar depression. *Behaviour research and therapy, 31*(3), 325-330.
- Thorn, B. E. (2004). *Cognitive therapy for chronic pain: a step-by-step guide*. Guilford Press.
- Turk, D. C. (2002). Clinical effectiveness and cost-effectiveness of treatments for patients with chronic pain. *The Clinical journal of pain, 18*(6), 355-365.
- Turk, D. C. (2003). Cognitive-behavioural approach to the treatment of chronic pain patients. *Regional Anesthesia and Pain Medicine, 28* (6), 573-579.

- Turk, D. C., & Flor, H. (1984). Etiological theories and treatments for chronic back pain. II. Psychological models and interventions. *Pain, 19*(3), 209-233.
- Turk, D. C., & Gatchel, R. J. (Eds.). (2013). *Psychological approaches to pain management: a practitioner's handbook*. Guilford Publications.
- Turk, D. C., & Okifuji, A. (2002). Psychological factors in chronic pain: evolution and revolution. *Journal of consulting and clinical psychology, 70*(3), 678.
- Turk, D. C., & Rudy, T. E. (1992). Cognitive factors and persistent pain: a glimpse into Pandora's box. *Cognitive Therapy and Research, 16*(2), 99-122.
- Turner, J. A., & Aaron, L. A. (2001). Pain-related catastrophizing: what is it?. *The Clinical journal of pain, 17*(1), 65-71.
- Turner, J. A., & Clancy, S. (1986). Strategies for coping with chronic low back pain: relationship to pain and disability. *Pain, 24*(3), 355-364.
- Turner, J. A., Jensen, M. P., Warm, C. A., & Cardenas, D. D. (2002). Catastrophizing is associated with pain intensity, psychological distress, and pain-related disability among individuals with chronic pain after spinal cord injury. *Pain, 98*(1), 127-134.
- Turunen, J. H., Mäntyselkä, P. T., Kumpusalo, E. A., & Ahonen, R. S. (2005). Frequent analgesic use at population level: prevalence and patterns of use. *Pain, 115*(3), 374-381.
- Umlauf, R. L., & Frank, R. G. (1983). A cluster-analytic description of patient subgroups in the rehabilitation setting. *Rehabilitation Psychology, 28*(3), 157.
- Van Damme, S., Crombez, G., & Eccleston, C. (2002). Retarded disengagement from pain cues: the effects of pain catastrophizing and pain expectancy. *Pain, 100*(1), 111-118.
- Van Ede, L., Yzermans, C. J., & Brouwer, H. J. (1999). Prevalence of depression in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review. *Thorax, 54*(8), 688-692.
- Van Tulder, M. W., Ostelo, R., Vlaeyen, J. W., Linton, S. J., Morley, S. J., & Assendelft, W. J. (2000). Behavioral treatment for chronic low back pain: a systematic review within the framework of the Cochrane Back Review Group. *Spine, 25*(20), 2688-2699.
- Verbrugge, L. M., Lepkowski, J. M., & Konkol, L. L. (1991). Levels of disability among US adults with arthritis. *Journal of gerontology, 46*(2), S71-S83.

- Vlaeyen, J. W., & Linton, S. J. (2000). Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art. *Pain*, 85(3), 317-332.
- Vlaeyen, J. W., & Morley, S. (2005). Cognitive-behavioral treatments for chronic pain: what works for whom?. *The Clinical journal of pain*, 21(1), 1-8.
- Vlaeyen, J. W., Kole-Snijders, A. M., Boeren, R. G., & Van Eek, H. (1995). Fear of movement/(re) injury in chronic low back pain and its relation to behavioral performance. *Pain*, 62(3), 363-372.
- Voscopoulos, C., & Lema, M. (2010). When does acute pain become chronic?. *British journal of anaesthesia*, 105(suppl 1), i69-i85.
- Vranceanu, A. M., Jupiter, J. B., Mudgal, C. S., & Ring, D. (2010). Predictors of pain intensity and disability after minor hand surgery. *The Journal of hand surgery*, 35(6), 956-960.
- Wade, J. B., Dougherty, L. M., Hart, R. P., Rafii, A., & Price, D. D. (1992). A canonical correlation analysis of the influence of neuroticism and extraversion on chronic pain, suffering, and pain behavior. *Pain*, 51(1), 67-73.
- Watson, D., & Casillas, A. (2003). Neuroticism: Adaptive and maladaptive features.
- Watson, D., & Pennebaker, J. W. (1989). Health complaints, stress, and distress: exploring the central role of negative affectivity. *Psychological review*, 96(2), 234.
- Weisberg, J. N. (2000). Personality and personality disorders in chronic pain. *Current review of pain*, 4(1), 60-70.
- Weisberg, J. N., & Keefe, F. J. (1997, May). Personality disorders in the chronic pain population: Basic concepts, empirical findings, and clinical implications. In *Pain Forum* (Vol. 6, No. 1, pp. 1-9). Churchill Livingstone.
- Weissman-Fogel, I., Sprecher, E., & Pud, D. (2008). Effects of catastrophizing on pain perception and pain modulation. *Experimental Brain Research*, 186(1), 79-85.
- Wickramasekera, I. E. (1995). Concepts, Data, and Predictions from the High Risk Model of Threat Perception. *The Journal of nervous and mental disease*, 183(1), 15-23.
- Wiech, K., Ploner, M., & Tracey, I. (2008). Neurocognitive aspects of pain perception. *Trends in cognitive sciences*, 12(8), 306-313.

- Wilfling, F. J., Klonoff, H., & Kokan, P. (1973). Psychological, demographic and orthopaedic factors associated with prediction of outcome of spinal fusion. *Clinical orthopaedics and related research*, 90, 153-160.
- Williams, A. C., Eccleston, C., & Morley, S. (2012). Psychological therapies for the management of chronic pain (excluding headache) in adults. *Cochrane Database Syst Rev*, 11.
- Winterowd, C., Beck, A. T., & Gruener, D. (2003). *Cognitive therapy with chronic pain patients*. Springer publishing company.
- Wise, T. N., & Mann, L. S. (1994). The relationship between somatosensory amplification, alexithymia, and neuroticism. *Journal of Psychosomatic Research*, 38(6), 515-521.
- Wollaars, M. M., Post, M. W., van Asbeck, F. W., & Brand, N. (2007). Spinal cord injury pain: the influence of psychologic factors and impact on quality of life. *The Clinical journal of pain*, 23(5), 383-391.
- Wright, K. D. (2004). Biopsychosocial approaches to pain. *Pain: psychological perspectives*, 35.
- Zautra, A. J., Parrish, B. P., Van Puymbroeck, C. M., Tennen, H., Davis, M. C., Reich, J. W., & Irwin, M. (2007). Depression history, stress, and pain in rheumatoid arthritis patients. *Journal of behavioral medicine*, 30(3), 187-197.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

Ενημέρωση / Συναίνεση ασθενή

Η παρούσα έρευνα έχει στόχο να αξιολογήσει τον πόνο και τη σχέση του με κάποια ψυχολογικά χαρακτηριστικά. Στο πλαίσιο αυτό θα ήθελα να απαντήσετε στα ερωτηματολόγια που ακολουθούν.

Οι απαντήσεις σας θα βοηθήσουν στην συλλογή σημαντικών πληροφοριών και στην εξαγωγή σημαντικών συμπερασμάτων, τα οποία θα χρησιμοποιηθούν για την εκπόνηση της διπλωματικής μου εργασίας, στο Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών «Αντιμετώπιση του Πόνου».

Η ταυτότητά σας δε θα δημοσιοποιηθεί και δε θα δημοσιευτεί σε κανένα μέσο έντυπο ή διαδικτυακό, καθώς το ερωτηματολόγιο το οποίο θα απαντήσετε είναι ανώνυμο.

Ευχαριστώ για τη συμμετοχή σας.

Έλαβα γνώση

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ

Δημογραφικά στοιχεία

1. Φύλο:

Ανδρας Γυναίκα

2. Ηλικία: _____

3. Επίπεδο εκπαίδευσης:

Δημοτικό

Γυμνάσιο

Λύκειο

Ανώτατη εκπαίδευση (ΑΕΙ/ΤΕΙ)

4. Οικογενειακή κατάσταση:

Άγαμος

Έγγαμος

Διαζευγμένος

Χήρος

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙΙ



Κλίμακα Εκτίμησης του Πόνου

(copyright PCS-GR για την αγγλική γλώσσα , Michael JL Sullivan,1995)

Μετάφραση στα ελληνικά Λήδα Σκούφα, Γρηγόρης Σίμος

Αύξων αριθμός ασθενούς: _____ Ηλικία: _____ Φύλο Α() Γ() Ημερομηνία _____

Όλοι βιώνουν εμπειρίες επώδυνων καταστάσεων κάποια στιγμή στη ζωή τους. Τέτοιες εμπειρίες μπορεί να περιλαμβάνουν πονοκεφάλους, πονόδοντο, αρθρικό ή μυϊκό πόνο. Οι άνθρωποι συχνά εκτίθενται σε καταστάσεις που μπορεί να προκαλέσουν πόνο όπως ασθένεια, τραυματισμός, οδοντιατρικές διαδικασίες ή χειρουργείο.

Μας ενδιαφέρει ο τύπος των σκέψεων και των συναισθημάτων που έχετε όταν πονάτε. Παρακάτω παρατίθενται δεκατρείς δηλώσεις που περιγράφουν διαφορετικές σκέψεις και συναισθήματα που μπορεί να σχετίζονται με πόνο. Χρησιμοποιώντας την κλίμακα που ακολουθεί, παρακαλούμε σημειώστε το βαθμό στον οποίον έχετε αυτές τις σκέψεις και τα συναισθήματα όταν βιώνετε πόνο.

Όταν πονάω....

	Καθόλου	Σε μικρό βαθμό	Σε μέτριο βαθμό	Σε μεγάλο βαθμό	Συνέχει
1.Ανησυχώ όλη την ώρα για το αν θα τελειώσει ο πόνος	0	1	2	3	4
2.Νιώθω ότι δεν μπορώ να συνεχίσω	0	1	2	3	4
3.Είναι φρικτός και πιστεύω ότι δε θα καλυτερεύσει ποτέ	0	1	2	3	4

4.Αυτός ο πόνος είναι τρομερός και νιώθω ότι με κατακλύζει	0	1	2	3	4
5.Νιώθω ότι δεν μπορώ να τον αντέξω άλλο πια	0	1	2	3	4
6.Φοβάμαι ότι ο πόνος θα χειροτερεύσει	0	1	2	3	4
7.Σκέφτομαι διαρκώς άλλα επώδυνα γεγονότα	0	1	2	3	4
8.Θέλω ανυπόμονα να φύγει ο πόνος	0	1	2	3	4
9.Φαίνεται να μην μπορώ να τον βγάλω από το μυαλό μου	0	1	2	3	4
10.Σκέφτομαι διαρκώς το πόσο πολύ πονάει	0	1	2	3	4
11.Σκέφτομαι συνέχεια το πόσο απεγνωσμένα θέλω να σταματήσει ο πόνος	0	1	2	3	4
12.Δεν υπάρχει τίποτα που μπορώ να κάνω για να μειώσω την ένταση του πόνου	0	1	2	3	4
13.Αναρωτιέμαι κατά πόσο μπορεί να συμβεί κάτι σοβαρό	0	1	2	3	4

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ IV

Ερωτηματολόγιο Προσωπικότητας Eysenck (EPQ – R short form)

Μετάφραση Αλεξόπουλος, Καλαϊτζίδης, Πανεπιστήμιο Πάτρας

Παρακαλώ να απαντήσετε σε όλες τις ερωτήσεις, κυκλώνοντας το “ναι” ή το “όχι” που ακολουθούν την κάθε ερώτηση. Δεν υπάρχουν σωστές ή λανθασμένες απαντήσεις, ούτε πονηρές ερωτήσεις. Να απαντάτε γρήγορα και να μην σκέπτεστε το ακριβές νόημα των ερωτήσεων.

Παρακαλώ μην ξεχάσετε να απαντήσετε σε όλες τις ερωτήσεις.

(N) 1. ΑΛΛΑΖΕΙ ΣΥΧΝΑ ΤΟ ΚΕΦΙ ΣΟΥ;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
(E) 2. ΘΕΩΡΕΙΣ ΤΟΝ ΕΑΥΤΟ ΣΟΥ ΟΜΙΛΗΤΙΚΟ ΑΤΟΜΟ;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
(N) 3. ΝΙΩΘΕΙΣ ΠΟΤΕ ΚΑΚΟΚΕΦΟΣ ΧΩΡΙΣ ΙΔΙΑΙΤΕΡΟ ΛΟΓΟ;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
(E) 4. ΘΑ ΕΛΕΓΕΣ ΟΤΙ ΕΙΣΑΙ ΚΕΦΑΤΟ ΑΤΟΜΟ;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
(N) 5. ΕΙΣΑΙ ΕΥΕΞΑΠΤΟΣ;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
(E) 6. ΣΟΥ ΑΡΕΣΕΙ ΝΑ ΓΝΩΡΙΖΕΙΣ ΝΕΑ ΠΡΟΣΩΠΑ;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
(N) 7. ΠΛΗΓΩΝΕΣΑΙ ΕΥΚΟΛΑ ΑΠΟ ΤΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΤΩΝ ΑΛΛΩΝ;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
(E) 8. ΣΥΝΗΘΩΣ, Σ' ΕΝΑ ΚΕΦΑΤΟ ΠΑΡΤΥ, ΑΦΗΝΕΙΣ ΤΟΝ ΕΑΥΤΟ ΣΟΥ ΝΑ ΔΙΑΣΚΕΔΑΣΕΙ;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
(N) 9. ΑΙΣΘΑΝΕΣΑΙ ΣΥΧΝΑ "ΟΤΙ ΤΑ ΕΧΕΙΣ ΒΑΡΕΘΕΙ ΟΛΑ";	ΝΑΙ	ΟΧΙ
(E) 10. ΠΑΙΡΝΕΙΣ ΣΥΝΗΘΩΣ ΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΟΥΛΙΑ ΝΑ ΚΑΝΕΙΣ ΚΑΙΝΟΥΡΙΟΥΣ ΦΙΛΟΥΣ;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
(N) 11. ΘΑ ΘΕΩΡΟΥΣΕΣ ΤΟΝ ΕΑΥΤΟ ΣΟΥ ΝΕΥΡΙΚΟ ΑΤΟΜΟ;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
(E) 12. ΜΠΟΡΕΙΣ ΝΑ ΔΩΣΕΙΣ ΕΥΚΟΛΑ ΖΩΗ Σ' ΕΝΑ ΑΝΙΑΡΟ ΠΑΡΤΥ;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
(N) 13. ΕΙΣΤΕ ΣΥΝΕΧΩΣ ΣΤΕΝΟΧΩΡΗΜΕΝΟΣ;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
(-E) 14. ΕΧΕΙΣ ΤΗΝ ΤΑΣΗ ΝΑ ΜΕΝΕΙΣ ΣΤΟ ΠΕΡΙΘΩΡΙΟ ΟΤΑΝ ΒΡΙΣΚΕΣΑΙ ΣΕ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ;	ΝΑΙ	ΟΧΙ

(N) 15. ΘΑ ΕΛΕΓΕΣ ΟΤΙ ΕΙΣΑΙ ΑΤΟΜΟ ΝΕΥΡΩΤΙΚΟ, ΜΕ ΤΕΝΤΩΜΕΝΑ ΤΑ ΝΕΥΡΑ;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
(E) 16. ΣΟΥ ΑΡΕΣΕΙ ΝΑ ΕΡΧΕΣΑΙ ΣΕ ΕΠΑΦΗ ΜΕ ΑΛΛΟΥΣ ΑΝΘΡΩΠΟΥΣ;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
(N) 17. ΜΕΝΕΙΣ ΓΙΑ ΠΟΛΛΗ ΩΡΑ ΣΤΕΝΑΧΩΡΗΜΕΝΟΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΜΙΑ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
(E) 18. ΣΟΥ ΑΡΕΣΕΙ ΝΑ ΒΡΙΣΚΕΣΑΙ ΣΕ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΜΕ ΠΟΛΥ ΦΑΣΑΡΙΑ ΚΑΙ ΒΑΒΟΥΡΑ;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
(N) 19. ΥΠΟΦΕΡΕΙΣ ΑΠΟ ΤΑ ΝΕΥΡΑ ΣΟΥ;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
(-E) 20. ΕΙΣΑΙ ΣΥΝΗΘΩΣ ΛΙΓΟΜΙΛΗΤΟΣ, ΟΤΑΝ ΒΡΙΣΚΕΣΑΙ ΣΕ ΠΑΡΕΑ ΜΕ ΑΛΛΑ ΑΤΟΜΑ;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
(N) 21. ΑΙΣΘΑΝΕΣΑΙ ΣΥΧΝΑ ΜΟΝΑΞΙΑ;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
(E) 22. ΟΙ ΑΛΛΟΙ ΑΝΘΡΩΠΟΙ ΣΕ ΘΕΩΡΟΥΝ ΠΟΛΥ ΚΕΦΑΤΟ ΑΤΟΜΟ;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
(N) 23. ΒΑΣΑΝΙΖΕΣΑΙ ΣΥΧΝΑ ΑΠΟ ΑΙΣΘΗΜΑΤΑ ΕΝΟΧΗΣ;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
(E) 24. ΜΠΟΡΕΙΣ ΝΑ ΔΩΣΕΙΣ ΚΕΦΙ ΣΕ ΕΝΑ ΠΑΡΤΥ;	ΝΑΙ	ΟΧΙ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ V

DASS₂₁ (D)

Greek translation and Adaptation

George N. Lyrakos and Chrysa Arvaniti : *Ημερομηνία:*

Παρακαλώ διαβάστε κάθε δήλωση και κυκλώστε έναν αριθμό 0 ..1 ..2 ή 3 που προσδιορίζει πόσο η δήλωση σας αντιπροσώπευσε *κατά τη διάρκεια της προηγούμενης εβδομάδας*. Δεν υπάρχει καμία σωστή ή λανθασμένη απάντηση. Μην ξοδέψετε πάρα πολύ χρόνο σε οποιαδήποτε δήλωση.

Βαθμολογήστε σύμφωνα με την ακόλουθη κλίμακα:

0 Δεν ίσχυσε καθόλου για μένα

1 Ίσχυε για μένα σε έναν ορισμένο βαθμό, ή για μικρό χρονικό διάστημα.

2 Ίσχυε για μένα σε έναν ιδιαίτερο βαθμό, ή για μεγάλο χρονικό διάστημα.

3 Ίσχυε για μένα πάρα πολύ, ή τις περισσότερες φορές.

1. Δεν μπορούσα να βιώσω κανένα θετικό συναίσθημα	0	1	2	3
2. Μου φάνηκε δύσκολο να αναλάβω την πρωτοβουλία να κάνω κάποια πράγματα	0	1	2	3
3. Ένιωσα ότι δεν είχα τίποτα να προσμένω με ενδιαφέρον	0	1	2	3
4. Ένιωθα μελαγχολικός και απογοητευμένος	0	1	2	3
5. Τίποτα δεν μπορούσε να με κάνει να νιώσω ενθουσιασμό	0	1	2	3
6. Ένιωσα ότι δεν άξιζα πολύ ως άτομο	0	1	2	3
7. Ένιωσα πως η ζωή δεν είχε νόημα	0	1	2	3

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ VI

0 –10 Numeric Rating Scale

Μέτρηση έντασης του πόνου

Παρακαλούμε σημειώστε το πόσο πονάτε σε κλίμακα από το 0 -10

Καθόλου

Μέτριος

Αβάσταχτος

Πόνος

Πόνος

Πόνος

