

Poster

«Ο Μυοσκελετικός Πόνος σε ασθενείς με Νόσο Alzheimer»

Κυριακή ΣΤΑΘΗ (1), Ν. ΔΕΓΓΛΕΡΗΣ (2), Άννα ΣΙΔΕΡΗ (1), Δήμητρα ΠΑΓΓΟΥ (1)

(1) Μονάδα Φ.Ι.Απ. ΠΕΙΡΑΙΑ

(2) Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής ΠΕΙΡΑΙΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο πόνος αποτελεί πολυσύνθετο πρόβλημα τόσο για τον ασθενή όσο και για το γιατρό. Στην ολιστική αντίληψη, ο μυοσκελετικός πόνος εκφράζεται (λεκτικά και εξωλεκτικά) δίνοντας στοιχεία για την αιτιοπαθογενετική του προσέγγιση αλλά και κρύβοντας διαγνωστικές παγίδες.

Η συνύπαρξη Νόσου Alzheimer επιρρεάζει καθοριστικά την έκφραση, τη διαγνωστική αλλά και τη θεραπευτική προσέγγιση του μυοσκελετικού πόνου. Οι επιδράσεις του οξέως πόνου διαφοροποιούνται απ' εκείνες του χρόνιου. Στον τελευταίο, ο πόνος αποτελεί από μόνος του μια νόσο μέσα στη νόσο.

Οι συνέπειες του πόνου (οξέως και χρόνιου) αφορούν το φυσικό, εγκεφαλικό και διανοητικό επίπεδο. Εξαρτώνται και επηρεάζουν την προσωπικότητα, την κοινωνική ζωή, την επαγγελματική δραστηριότητα και δημιουργικότητα του ατόμου, τις πεποιθήσεις και τη στάση του απέναντι στη ζωή καθώς και τη θρησκευτική του αντίληψη και θέση. Οι γνωσιακές διαταραχές που συνοδεύουν τη Νόσο Alzheimer επιπλέκουν τη συμβολή του πόνου στη μαθησιακή διαδικασία και στις τεχνικές διαχείρισης του stress.

Όλα αυτά αποτελούν απαραίτητες και καθοριστικές παραμέτρους για το σχεδιασμό ενός αποτελεσματικού προγράμματος αντιμετώπισης του πόνου.

Αλληλογραφία :

Δρ Κυριακή ΣΤΑΘΗ

Ζωσιμαδών 15

185 31 ΠΕΙΡΑΙΑΣ

Τηλ. : 210 41 73 272

Fax : 2299 0 88 310

«Myoskeletal Pain in patients with Alzheimer's Disease»

Kyriaki STATHI (1), N. DEGLERIS (2), Anna SIDERI (1), Dimitra PAGGOU (1)

(1) Rehabilitation Unit - PIRAEUS - GREECE / HELLAS

(2) Mental Health Center - PIRAEUS - GREECE / HELLAS

SUMMARY

Pain is a complicated issue for the patient as well for the doctor. In holistic perception, myoskeletal pain expressed (verbally or non-verbally) giving facts for the approach of its pathogenic cause, setting at the same time diagnostic traps.

The coexistence of Alzheimer's Disease determinate the expression, the diagnostic and therapeutic approach of myoskeletal pain. The effects of acute pain are quite different from the ones of chronic pain. In the latter, chronic pain is in itself a disease within the disease.

The consequences of pain (acute and chronic) concern the physical, cerebral and mental level. They dependent on and influence the personality, social lifeprofessional activity and creativity of an individual as well as their convictions, attitude towards life and religious belief and stance.

The cognitive impairments following Alzheimer's Disease influence pain's contribution in the learning process and the coping techniques. All these are necessary and determining factors for the planning of an effective programme for the treatment of pain.

«Ο Μυοσκελετικός Πόνος σε ασθενείς με Νόσο Alzheimer»

Ο πόνος αποτελεί ένα από τα πολυπλοκώτερα φαινόμενα της ανθρώπινης αντίληψης. Η έκφραση του είναι ποικίλη και πολυδιάστατη (8). Ο Beecher δίνει 850 βιβλιογραφικές αναφορές στην προσπάθεια ορισμού του πόνου, ορισμός που ποικίλλει ανάλογα με τον τόπο και το χρόνο.

Η Διεθνής Εταιρεία Πόνου ορίζει τον πόνο ως μια δυσάρεστη αισθητηριακή και συναισθηματική αντίδραση που συνδέεται με πραγματική ή δυνητική καταστροφή των ιστών ή περιγράφεται ανάλογη προς αυτόν (8). Είναι όμως μια ελλιπής ερμηνεία, που παραμένει στατική μια και δεν εμπεριέχει την έννοια του χρόνου, δηλαδή τη δυνητική επίδραση του πόνου στην ποιότητα ζωής του ατόμου.

Ο πόνος ως «σημαίνον», ως γλωσσικό σύμβολο δηλαδή, αποδίδει την εν δυνάμει καταστροφή ιστών, την καταστροφή ιστών που έχει ήδη συντελεσθεί ή/και τη διαδικασία αναγέννησης ιστών. Ο πόνος ως «σημαινόμενο» αντιστοιχεί στη διαφορετική εμπειρία ανάλογα το άτομο και στην εμπειρία μάθησης μέσω του πόνου. (8), (10).

Η πολυδιάστατη φύση του πόνου που επιβεβαιώνεται από την ίδια την θεωρία της πύλης ελέγχου του πόνου (MELZACK - WALL), είναι αισθητηριακή (Sensory / Discriminative), συναισθηματική (Motivational / Affective), γνωσιακή (Cognitive / Evaluative) και συνοδεύεται από κεντρικό πυροδοτικό μηχανισμό (Central Control Trigger) όπου τα απαγωγά ερεθίσματα προκαλούν την ανάδυση μνήμης - πόνου ή κινητοποιούν τις στρατηγικές σποφυγής του πόνου. (8), (9).

Ψυχολογική Εικόνα ασθενών με Νόσο Alzheimer

ΑΙΤΙΟ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ
Κοινωνικές Παράμετροι : <ul style="list-style-type: none">• Περιορισμός των Ευκαιριών• Προβαλλόμενα Κοινωνικά Πρότυπα (υγιής, αρτιμελής, 35χρονος)	⇒ Εκπτώση της θεώρησης του Σωματικού ΕΓΩ
Αισθητηριακές Διαταραχές <ul style="list-style-type: none">• Εκπτώση Ακοής• Εκπτώση - Διαταραχές Ορασης	⇒ Περιορισμός των Δυνατοτήτων
Γνωσιακές Διαταραχές <ul style="list-style-type: none">• Εκπτώση Μνήμης• Εκπτώση Διανοητικών Λειτουργιών• Πνευματική Ανελαστικότητα	⇒ Περιορισμός των Δραστηριοτήτων
Συνήθης Συνοδή Παθολογία : <ul style="list-style-type: none">• Εκφυλιστική Αρθροπάθεια• Σακχαρώδης Διαβήτης• Αρτηριακή Υπέρταση• Υπερτροφία Προστάτη, κ.α.	⇒ Επιπλέον Περιορισμοί (κίνησης, δραστηριότητας, διαίτας, κ.α.)

Πίνακας 1. : Οι αιτίες και τα αποτελέσματά τους που επηρεάζουν τη ψυχολογική εικόνα ασθενών με Νόσο Alzheimer (18)

Ψυχολογικές Αντιδράσεις στον ΟΞΥ ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΟ ΠΟΝΟ

Προϋπάρχουσες ΣΥΝΘΗΚΕΣ	Συνεπακόλουθες ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ
• Ελλειψη Πληροφόρησης	⇒ Αγχος - Ανησυχία
• Διακεκριμένη Απώλεια Ελέγχου	⇒ Ελλειψη Βοήθειας / Διαφυγής
• Κοινωνική Απομόνωση	⇒ Ανησυχία - Κατάθλιψη
• Παρατήρηση της συμπεριφοράς των άλλων απέναντι στον Πόνο	⇒ Αύξηση / Επίταση των Συμπεριφορών Πόνου

Πίνακας 2. : Ψυχολογικές Αντιδράσεις στον ΟΞΥ ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΟ ΠΟΝΟ (4)

Ο **χρόνιος (μυοσκελετικός) πόνος** (Χ.Μ.Π.) αποτελεί «**νόσος μέσα στη νόσο**» (2). Σε φυσικό επίπεδο παρατηρείται συνολική επιβράδυνση της σωματικής δραστηριότητας. Εμφανίζονται και υιοθετούνται παράδοξες θέσεις (τόσο στατικές όσο και λειτουργικές). Εγκαθίσταται επίμονη δυσκοιλιότητα και ανορεξία. Σε εγκεφαλικό επίπεδο παρατηρείται μείωση της αντοχής - ανοχής στον πόνο. Κάθε φυσικό - διανοητικό - ηθικό stress έχει την τάση να παίρνει επώδυνο χαρακτήρα.

Σε διανοητικό επίπεδο παρατηρείται ιδεολογική και διανοητική καθυστέρηση. Ο Χ.Μ.Π. ευνοεί τη μετάπτωση σε κατάσταση αναπηρίας (διακριτή και κοινωνικά) που οδηγεί στην υιοθέτηση παθητικής και ενδοστροφικής συμπεριφοράς. Η πτώση της libido και οι σεξουαλικές διαταραχές συμπληρώνουν την εικόνα του Χ.Μ.Π. (διαφοροποιημένες από εκείνες του οξέως). (1), (15).

Ο ασθενής με Χ.Μ.Π. εμφανίζεται δύσκολος, καταθλιπτικός, ενοχλητικός, δύστροπος, εκδικητικός, κουρασμένος, φορτωμένος με φάρμακα, αδιάλλακτος, τυρανικός για το περιβάλλον του. Κοινωνικά θεωρείται ως δυνητικά ανάπηρος. Η θέση του ασθενή απέναντι στη νόσο - όποια και νάναι - είναι ένα σημαντικό εμπόδιο για τη θεραπεία. (1), (15).

Σύμφωνα με τη συμπεριφεριολογική προσέγγιση, ο πόνος εμφανίζεται με τη μορφή της ΑΜΥΝΑΣ. Ο ασθενής εκφράζει τον πόνο του σαν να αφορά «άλλο άτομο» : αντί για «αισθάνομαι» λέει «είναι», όταν αναφέρεται σε μέλος του σώματος του το «μου» γίνεται «αυτό». Το άτομο διαχωρίζει τον εαυτό του από την επώδυνη εμπειρία, τόσο όσο του χρειάζεται για αποφύγει τα αρχέγονα απειλητικά συναισθήματα, όπως ο φόβος της εκμηδένισης. Όταν ο πόνος επιμένει αυτή η διαδικασία της απόσχισης μπορεί να ενταθεί. Ο ασθενής επιμένει να αρνείται την αίσθηση, να αποφεύγει την κοινωνική επαφή, αποσύρρεται κοινωνικά και εμφανίζει διαταραχές της εικόνας του σωματικού ΕΓΩ.

Η μυική τάση μπορεί να διατηρείται σαν αντίδραση άμυνας απέναντι σε κατάσταση έκτακτης ανάγκης, σχετιζόμενη με ματαίωση που συνδέεται με την αποκάλυψη του Οιδιπόδειου. Αυτό το φαινόμενο μπορεί να γενικευθεί και σε άλλες καταστάσεις όπου το άτομο αισθάνεται καταπιεσμένα συναισθήματα (Bernstein). Ο πόνος μπορεί να είναι η κορυφή του παγόβουνου ενός συνόλου άλλων προβλημάτων (Pilowsky). Σ' αυτή τη περίπτωση, ο πόνος διευκολύνει την άρνηση και την καταστολή. Έτσι επιβεβαιώνεται η συσχέτιση μεταξύ πόνου και παθολογικής συμπεριφοράς. (1)

Με το Χ.Μ.Π. σχετίζεται μια σειρά από συναισθηματικές διαταραχές, όπως η σωματοποιημένη διαταραχή (Υστερία ή Briquet's Syndrome), η αντίδραση μετατροπής, η διαταραχή ψυχογενούς πόνου, η υποχονδρίαση και η άτυπη σωματόμορφη διαταραχή (2). Μπορεί να κρύβεται προσποίηση, σχιζοφρένεια ή διαταραχή εξ αιτίας χρήσης ουσιών (2), (14), (17).

Οι παράγοντες που συνδέονται με τη διαίωηση του Χ.Μ.Π. διακρίνονται σε συστηματικούς και μηχανικούς.

Στους συστηματικούς ανήκουν οι ενζυμικές δυσλειτουργίες, οι διατροφικές ανεπάρκειες (έλλειψη συμπλέγματος Β, φυλλικού οξέος, ηλεκτρολυτών της μυικής συστολής -Ca, Zn-, απαραίτητων λιποδιαλυτών βιταμινών ή βιταμίνης C), οι ενδοκρινολογικές ή μεταβολικές δυσλειτουργίες ή ανεπάρκειες (οι κρύσταλλοι ουρικού οξέως δημιουργούν αρθρίτιδα και τοπική δυσλειτουργία, η αναιμία που συνεπάγεται υποξία, η μείωση των επιπέδων των ηλεκτρολυτών οδηγεί σε έκπτωση της ενζυμικής λειτουργίας και της μυικής συστολής, η υπογλυκαιμία ακολουθείται από έκπτωση της ενζυμικής λειτουργίας, των ενεργειακών αποθεμάτων και κατά συνέπεια της μυικής συστολής, η πτώση του μεταβολισμού συνεπάγεται έκπτωση του μεταβολισμού των υπολειμάτων της μυικής συστολής με αποτέλεσμα τη συσσώρευση γαλακτικού οξέως).

Άλλοι συστηματικοί παράγοντες που ευνοούν τη διαίωηση του πόνου είναι οι συνθήκες έκπτωσης του αμυντικού μηχανισμού ή/και η συσσώρευση προϊόντων φλεγμονής (ιογενής, βακτηριακή, παρασιτική λοίμωξη), η μετατραυματική υπερευαισθησία, η ύπαρξη ψυχολογικού stress (που σχετίζεται με το επίπεδο αυτοεκτίμησης, το λειτουργικό προσανατολισμό και την επαγγελματική δραστηριότητα). (16).

Στους μηχανικούς παράγοντες διαίωησης του Χ.Μ.Π. κατατάσσονται οι ανατομικές παραλλαγές, το Stress στάσης (καθιστής ή/και όρθιας) σε συνδιασμό με σκληρή επιφάνεια καθίσματος, «κακή επιλογή» καθίσματος, «κακή θέση εργασίας», κλίση εδάφους κατά τη βάρδια. (16)

Η προσέγγιση του ασθενή με Χ.Μ.Π. κρύβει πολλές παγίδες που αν δεν αναγνωρισθούν έγκαιρα μπορεί να οδηγήσουν σε αποτυχία τη θεραπευτική διαδικασία. Η γνώση των ψυχολογικών παραγόντων είναι σημαντική για την αποτελεσματική κατανόηση και τον έλεγχο του πόνου για τους παρακάτω λόγους (4) :

- Οι ψυχολογικοί παράγοντες μπορεί να ευθύνονται για την υπερβολή, τη διαστρέβλωση ή και την καταπίεση της έκφρασης του πόνου, πράγμα που μπορεί να αποπροσανατολίσει τη διάγνωση και τη θεραπεία. (3), (11), (12), (13).
- Η αποτυχία της αναγνώρισης και ταυτοποίησης αυτών των παραγόντων ευθύνεται συχνά για την υπερβολική χρήση διαγνωστικών και θεραπευτικών τεχνικών μέσων. (11), (13).
- Οι ψυχολογικές παρεμβάσεις - τεχνικές μπορούν να χρησιμοποιηθούν αποτελεσματικά στην αντιμετώπιση του πόνου. (11), (17).
- Αν δεν αναγνωρισθούν - ταυτοποιηθούν - αντιμετωπισθούν έγκαιρα αυτοί οι ψυχολογικοί παράγοντες, ένας οξύς πόνος μπορεί να μετατραπεί σε χρόνιο κάτω από ευνοϊκές περιβαλλοντικές ή/και ψυχολογικές συνθήκες. (3), (12).
- Έχει σημασία η ψυχοσυναισθηματική κατάσταση του ασθενή, είναι ήδη ευάλωτη. (5).
- Η υποχονδριακή κατάσταση μπορεί εύκολα να οργανωθεί. (5).
- Η όλη κατάσταση μπορεί να επιδεινωθεί με τις πολυάριθμες ιατρικές (διαγνωστικές και θεραπευτικές) παρεμβάσεις. (5), (11), (17).
- Είναι σημαντική η σημειολογία της εικόνας του ΣΩΜΑΤΙΚΟΥ ΕΓΩ. Ο πόνος εκφράζει μια δυσaréσκεια στην αποδοχή αυτής της εικόνας (ανεξάρτητα από την αντικειμενική ύπαρξη της μηχανικής διαταραχής) (5), (17).

- Η αντιμετώπιση του ΠΟΝΟΥ οφείλει να αποτελεί μια διαλεκτική διαδικασία. (5), (13).
- Ο κίνδυνος που πρέπει να αποφευχθεί είναι η ΔΡΑΜΑΤΟΠΟΙΗΣΗ των κλινικών ευρημάτων, μια και ευνοεί την οργάνωση των συμπτωμάτων στις προνοσηρές «επώδυνες» προσωπικότητες (7), (11), (17).
- Σε περίπτωση πόνου σε ασθενή με βλάβη νωτιαίου μυελού, η εντόπιση του πόνου εμφανίζει ασυμβατότητα με κείνη της βλάβης, η σημειολογία του πόνου επιδέχεται πολλές παράλληλες παθολογικές ερμηνείες και τέλος έχει πολύ μεγάλη σημασία να αξιολογηθεί σωστά ο πόνος. (6)

Συμπεράσματα - Συζήτηση

Τα 2/3 των ασθενών στην επαφή τους με το γιατρό αναφέρουν πόνο και εδώ αρχίζει ο «πόνος» του γιατρού ώσπου να ανακαλύψει τις πολλαπλές διαστάσεις του «αναφερόμενου πόνου».

Ο πρωταρχικός στόχος της ιατρικής στη διαδρομή των χρόνων ήταν πάντα η ανακούφιση του πόνου. Ο Χ.Μ.Π. παραμένει σκοτεινός όσον αφορά την αιτιολογία του, ανθεκτικός στις διάφορες θεραπευτικές τεχνικές και η αιτία διχογνωμίας μεταξύ της οργανικής (παθοφυσιολογικής) και της ψυχοδυναμικής προσέγγισής του.

Οι ασθενείς με νόσο Alzheimer έχουν εξ ορισμού γνωσιακές διαταραχές αλλά και λόγω της προχωρημένης τους ηλικίας μπορεί να εμφανίζουν Χ.Μ.Π. που οφείλεται εκφυλιστικές παθήσεις απαιτούν ιδιαίτερους χειρισμούς για τη διάγνωση και την αντιμετώπιση του Χ.Μ.Π..

Η σύγχρονη τάση πολυπαραγοντικής αντιμετώπισης του πόνου φαίνεται η πλέον ενδεδειγμένη μια και εμπλέκει ποικιλία παραμέτρων, όπως: νευρολογικούς, φυσιολογικούς, ψυχολογικούς, κοινωνικούς, εθνικούς, πολιτιστικούς, κινήτρων, γνωσιακούς, κ.α..

Με την κατανόηση του επώδυνου μηνύματος ξεκινά ο δρόμος για τη θεραπεία. Ο γιατρός δεν είναι βέβαιο ότι μπορεί να θεραπεύσει το Χ.Μ.Π., αλλά μπορεί τουλάχιστον να τον ανακουφίσει.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Aronoff G.M., Rutrick D. (1985), «Psychodynamics and Psychotherapy of the Chronic Pain Syndrome», in the «EVALUATION and TREATMENT of CHRONIC PAIN» by Aronoff G.M., Urban & Schwarzenberg, Baltimore - Munich, p : 463-470.
- Aronoff G.M. (1985), «Psychological Aspects of Nonmalignant Chronic Pain : a new nosology», in the «EVALUATION and TREATMENT of CHRONIC PAIN» by Aronoff G.M., Urban & Schwarzenberg, Baltimore - Munich, p : 471-484.
- Bradley L.A., Anderson K.O., Young L.D. (1989), «Psychological Testing» in the «HANDBOOK of CHRONIC PAIN MANAGEMENT» by Tollison C.D., Williams & Wilkns, Baltimore, p : 570-591.
- Chapman C.R., Turner J.A. (1990), «Psychologic and psychosocial aspects of acute pain», in the «The MANAGEMENT of PAIN» (Volume I), 2nd edition, by Bonica J.J., Lea & Febiger, Philadelphia - London, p : 122-132.
- Delay J. , Deniker P., Benoit J.C. (1961), «Evolution psychosomatique d' une lombalgie», Revue de Med. Psych., Vol. 3, No 2, p : 114 - 121.
- Maury M. (1977), «A propos du traitement de la douleur chez les paraplegiques», Annales de la Medecine Physique, Vol. XX, No 4, p : 376 - 380.
- Padovani P. (1959), «Les algies rachidiennes post-traumatiques», Revue de Med. Psych., Vol. 1, No 3, p : 31 - 37.
- Παπαγεωργίου Γ.Μ., Γεωργακούλιας Ν., Κυπριάδης Ε., Σουριτζής Η. (1994), «Ο ρόλος του Ψυχιάτρου στο Εξωτερικό Ιατρείο Πόνου : Θεωρητικές και Κλινικές Απόψεις» στα «Θέματα Προληπτικής Ψυχιατρικής» Χριστοδούλου Γ.Ν., Κονταξάκης Β.Π., εκδ. Κέντρα Ψυχικής Υγιεινής, Αθήνα, 205 - 209.
- Quintard B., Bruchon-Schweitzer M., Paulhan J., Nuissier J. (1993), «Les strategies d' ajustement des partients aux «stresseurs» hospitaliers : une recherche exploratoire» dans le «Therapie comportementale et cognitive» / Masson - Paris, 3, 4, p : 100 - 111.
- Rattner J. (1969), «Ψυχοσωματικές Αρρώστιες : Ψυχικές αιτίες των σωματικών ασθενειών», Μπουκουμάνης, Αθήνα, σελ. : 169 - 180.
- Ricard J.P. (1989), «Douleur : Echec et Mat. Methode pratique pour vaincre les problemes de rhumatologie et les douleurs fonctionnelles», p : 95 - 108.
- Romano J.M., Turner J.A., Moore J.E. (1989), «Psychological Evaluation» in the «HANDBOOK of CHRONIC PAIN MANAGEMENT» by Tollison C.D., Williams & Wilkns, Baltimore, p : 38-51.
- Rubinstein H. (1988), «Medecine de la Douleur : pour vaincre cette malediction humaine», Collection «Reponses / Sante» Robert Laffont, p : 45 - 60.
- Rutrick D., Aronoff G.M. (1985), «Combined Psychotherapy for Chronic Pain Syndrome Patients & a Multidisciplinary Pain Center», in the «EVALUATION and TREATMENT of CHRONIC PAIN» by Aronoff G.M., Urban & Schwarzenberg, Baltimore - Munich, p : 485-493.
- Schwob M., Arrazau M.C. (1987), «Pour Vaincre la Douleur», Grasset, p : 17 - 141.
- Simons D.G., Simons L.S. (1989), «Chronic Myofascial Pain Syndrome» in the «HANDBOOK of CHRONIC PAIN MANAGEMENT» by Tollison C.D., Williams & Wilkns, Baltimore, p : 509-529.
- Taylor S.E. (1995), «Pain and its Management» in the «HEALTH PSYCHOLOGY» (3rd edition) by Taylor S.E., McGraw-Hill Inc., p : 379-411.
- J.R. COPELAND, I.A. DAVIDSON (1992), «Alzheimer' s Disease, other Dementias, Depression and Pseudodementia», Brit. J. Psychiatry, 161, p : 203 – 239, 1992