

Ο Χρόνιος Οσφυϊκός Πόνος ως Πολυπαραγοντική Παθολογία

Σάββας Μαυρομούστακος¹, Αναστασία Μπενέκα², Παρασκευή Μάλλιου², Γεώργιος Γκοδόλιας³

¹Καθηγητής Εφαρμογών ΤΕΙΘ, Msc, PNF Instructor

²Επίκουρος Καθηγήτρια, ΤΕΦΑΑ/ΔΠΘ

³Καθηγητής ΤΕΦΑΑ/ΔΠΘ

Επικοινωνία: Σάββας Μαυρομούστακος, Νικάνωρος 29, ΤΚ: 54250, Θεσσαλονίκη
e-mail: savvas@pnf.gr

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο μυοσκελετικός πόνος με την οξεία ή τη χρόνια μορφή του αποτελεί την συχνότερη αιτία επώδυνων κλινικών εκδηλώσεων. Πληθυσμιακές μελέτες στις ΗΠΑ έδειξαν ότι το 14% των περιπτώσεων χρόνιου πόνου σχετίζεται με τις αρθρώσεις και το μυοσκελετικό σύστημα (Magni et al 1990) ενώ ανάλογα ήταν τα ποσοστά στις βιομηχανοποιημένες χώρες του Δυτικού κόσμου, όπως η Μεγάλη Βρετανία, η Φιλανδία, ο Καναδάς και η Αυστραλία (Australian Bureau of Statistics 2002, Commonwealth Department of Health and Ageing 2003). Η οσφυαλγία και οι κακώσεις μαστιγίου (whiplash injuries) αποτελούν τα πιο κοινά μυοσκελετικά προβλήματα και σχετίζονται με το τεράστιο κοινωνικό κόστος που συνοδεύει αυτές τις καταστάσεις (Maniadakis & Gray 2000, Linton et al 2002).

Οι ασθενείς με μυοσκελετικά προβλήματα στα οποία κυριαρχεί ο πόνος, οξείος ή χρόνιος, απο-

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός της παρούσας βιβλιογραφικής ανασκόπησης είναι η παρουσίαση του Χρόνιου Οσφυϊκού Πόνου (ΧΟΠ) ως μίας βιοψυχοκοινωνικής ενότητας που πρέπει να ληφθεί υπ' όψη από όλους όσους εμπλέκονται στην αντιμετώπιση του. Για τους φυσικοθεραπευτές η αντιμετώπιση ασθενών με χρόνια πόνο είναι μία καθημερινή πρόκληση καθώς τα αποτελέσματα της θεραπευτικής παρέμβασης είναι μάλλον φτωχά ή τουλάχιστο δε παραμένουν σε διάρκεια. Όπως προκύπτει από την διεθνή βιβλιογραφική ανασκόπηση, η πολυδιάστατη μορφή του χρόνιου πόνου και μάλιστα του χρόνιου οσφυϊκού πόνου, απαιτεί πολυπαραγοντική αντιμετώπιση ιδιαίτερα στις περιπτώσεις εκείνες που ψυχολογικοί ή κοινωνικοί παράγοντες παρεμβάλλονται στη θεραπεία. Ο φυσικοθεραπευτής, ως άμεσα εμπλεκόμενος με το ΧΟΠ, πρέπει να είναι σε θέση να διακρίνει, μέσα από τη λήψη ιστορικού, τα στοιχεία εκείνα που εμπεριέχουν τη συναισθηματική πλευρά του πόνου, και να διαμορφώνει έντεχνα το θεραπευτικό πρόγραμμα που θα προσφέρει θεραπεία και ταυτόχρονα θα ενισχύει την ενεργό συμμετοχή του ασθενή μέσω της παρακίνησης και της ενίσχυσης του εγώ. Η παρούσα ανασκόπηση θα καταδείξει όλα εκείνα τα στοιχεία που επιβάλλουν σε αυτές τις περιπτώσεις μία θεραπευτική προσέγγιση πέρα από τις φυσικοθεραπευτικές τεχνικές.

Λέξεις κλειδιά: χρόνιος οσφυϊκός πόνος, προγράμματα αποκατάστασης, φυσικοθεραπεία, ψυχολογικό αποτέλεσμα

τελούν το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών που επισκέπτονται τον φυσιοθεραπευτή προκειμένου να βρουν λύση στο πρόβλημά τους (Klaber et al 1995). Ο υποτροπιάζων ή και ο μόνιμος μυοσκελετικός πόνος καθώς και η δυσλειτουργία που απορρέει από αυτόν, αποτελεί πρόκληση για τους φυσιοθεραπευτές και τους άλλους ειδικούς της κίνησης αφού γενικά παραμένει ένα δυσεπίλυτο πρόβλημα.

Ο πόνος, όπως ορίστηκε από την Διεθνή Οργάνωση για τη Μελέτη του Πόνου στο Σιάτλ της Ουάσινγκτον, είναι μια δυσάρεστη αισθητική και συναισθηματική εμπειρία που σχετίζεται με την ενεργό, ή δυνητική βλάβη των ιστών και περιγράφεται με όρους σχετικούς με τη βλάβη. Ένας τέτοιος ορισμός τονίζει τα δύο χαρακτηριστικά του πόνου. Το πρώτο είναι η βιολογική λειτουργία της αναγνώρισης ενός

βλαβερού ερεθίσματος (noxious-painful stimulus) και το δεύτερο είναι η εμπειρία και η έκφραση αυτού του ερεθίσματος το οποίο εμπλέκει τη συναισθηματική, γνωστική, αναπτυξιακή, συμπεριφορική και πολιτισμική πλευρά της αντίδρασης στον πόνο. Η συμπεριφορική αντίδραση στον πόνο, οδηγεί στην εξωτερίκευση προηγούμενων εμπειριών πόνου, ακόμα και όταν ο πόνος δε σχετίζεται άμεσα με το βλαπτικό (nociceptive) ερέθισμα.

Ο κατάλληλος τρόπος αξιολόγησης του πόνου υπήρξε σημείο διαφωνίας μεταξύ των ερευνητών, επιβεβαιώνοντας έτσι το γεγονός ότι για να είναι επαρκής μια εκτίμηση του πόνου δεν πρέπει να επικεντρώνει την προσοχή μας μόνο σε κάποιο από τα χαρακτηριστικά του. Ειδικά σε ασθενείς με χρόνιο πόνο, η αξιολόγηση χρειάζεται να είναι περιεκτική, λαμβάνοντας υπ' όψη τα πιστεύω του ασθενή, τη συμπεριφορά του και τη ψυχική διάθεσή του, καθώς αυτή επηρεάζει όχι μόνο την καθημερινή ζωή αλλά και τη σωματική του παθολογία. Η δημιουργία μιας αποτελεσματικής ολιστικής προσέγγισης για τη βελτίωση της υγείας ασθενών με χρόνιο πόνο, πρέπει να αποτελεί την κεντρική ιδέα μιας τέτοιας διαδικασίας και οι αρχές της πρέπει να εκτείνονται από την ανάγκη του κάθε ασθενούς να ζήσει ποιοτικά μέχρι τις φιλοσοφικές ιδέες που αφορούν την αντίληψή μας για τη πραγματικότητα (Turk & Okifuji 1999).

Chronic Low Back Pain (CLBP) as a Multifactorial Pathology

Savvas Mavromoustakos¹, Anastasia Beneka², Paraskevi Malliou², Georgios Gkodolias²

¹Department of Physical Therapy, Technological Educational Institute of Thessaloniki, PO box 141, 57400 Sindos, Greece

²Department of Physical Education and Sports Sciences, Democritus University of Thrace, 69100 Komotini, Greece

Corresponding author: Savvas Mavromoustakos, Nikanoros Str 29, 54250, Thessaloniki, Greece
e-mail: savvas@pnf.gr

ABSTRACT

The intention of the present literature review is the presentation of Chronic Low Back Pain (CLBP) as a bio-psychosocial entity that has to be taken into account by those who are involved in its rehabilitation. For the physical therapist the management of patients with chronic pain is a daily challenge whereas the results of therapeutical intervention are rather poor and non lasting. As the international literature review shows, the multilevel entity of chronic pain and furthermore of CLBP demands for a multidisciplinary approach especially in those cases where psychological and social factors interfere with the therapy. The physical therapist, as the person immediately involved with CLBP, has to be able to discriminate the emotional components of CLBP, while assessing the patient. Thus, an appropriate rehabilitation program can be developed based in an intervention on both physical and psychological/emotional level. The present literature review intends to point out all those factors that promote a holistic therapeutical intervention beyond mere physiotherapy techniques.

Key words: chronic low back pain, rehabilitation programmes, physical therapy, psychological effect

Η συναισθηματική και η πνευματική κατάσταση των ασθενών μπορεί να επιβαρύνει ή να συμβάλει θετικά στη φυσική κατάσταση και γενικότερα στην υγεία τους (Simonton et al 1986). Όπως ακριβώς κάποιος μπορεί να καταστεί ψυχοσωματικά άρρωστος, έτσι μπορεί και να κινηθεί προς την αντίθετη κατεύθυνση, δηλαδή να γίνει ψυχοσωματικά υγιής. Αν ο νους θα μπορούσε να «αρρωστήσει» το σώμα, είναι απαραίτητο να συλλογιστούμε τον τρόπο με τον οποίο θα το επανάφερε στη προηγούμενη του κατάσταση.

Γενικά, η θεραπεία του μυοσκελετικού πόνου και μάλιστα του χρόνιου οσφυϊκού πόνου είναι δύσκολη, καθώς ταυτόχρονα εμπλέκονται και αλληλεπιδρούν υποκειμενικά και αντικει-

μενικά δεδομένα μεταξύ φυσικών, συναισθηματικών και συμπεριφορικών μεταβλητών (Lanes et al 1995). Αυτό επιβεβαιώνεται από τις πρόσφατες αντιλήψεις κατανόησης των μηχανισμών παραγωγής του πόνου σύμφωνα με τις οποίες το νευρικό και ενδοκρινικό σύστημα επιδρούν συνεργατικά και διαμορφώνουν την αντίληψη του πόνου. Στο νευρικό σύστημα μεταβάλλεται η απόκριση του στα επώδυνα ερεθίσματα (εθισμός και ευαισθητοποίηση), ενώ στο ενδοκρινικό σύστημα μεταβάλλεται ο βαθμός διέγερσης του άξονα υποθάλαμος – υπόφυση – επινεφρίδια (δράση ανώτερων νευρώνων στον άξονα, αρνητική και θετική ομόλογη ρύθμιση κλπ) (Tsingos & Chrousos 2002).

Εμπειρία του πόνου – το ιατρικό μοντέλο

Από το βλαπτικό ερέθισμα στον πόνο

Από το 1996, η κυρίως επικρατούσα θεωρία για τον πόνο είναι η θεωρία του Νευρωνικού Δικτύου (Neuromatrix Theory). Σύμφωνα με αυτήν η παρατεταμένη επώδυνη διέγερση και η προσθετική επίδραση άλλων παραγόντων έχει ως αποτέλεσμα την επέκταση της περιφερικής ευαισθητοποίησης στα οπίσθια γάγγλια των οπισθίων ριζών και τον νωτιαίο μυελό. Νευροδιαβιβαστές και νευρορρυθμιστές δρουν σε προσυναπτικούς και μετασυναπτικούς υποδοχείς, σε νευρώνες στον νωτιαίο μυελό, στα καταληκτικά πεδία των πρωτογενών κεντρομόλων υποδοχέων βλαπτικών ερεθισμάτων, διευκολύνοντας την διεγερτική δραστηριότητα. Η διεγερτική δράση των νευροδιαβιβαστών προωθεί την ανάπτυξη και εγκατάσταση μακροπρόθεσμων αλλαγών στους νευρώνες που μεταδίδουν τις πληροφορίες των βλαπτικών υποδοχέων (Woolf & Decostered 1999). Αυτή η απάντηση του νευρικού ιστού στην επώδυνη διέγερση συνιστά τη βάση της κυτταρικής μνήμης των επώδυνων ερεθισμάτων, ένα φαινόμενο ιδιαίτερα χρήσιμο στον σχεδιασμό της θεραπευτικής απάντησης για τον χρόνιο πόνο. Η μείωση του ουδού ερεθιστότητας αυτών των νευρώνων, η προοδευτική αύξηση της νευρωνικής δραστηριότητας, η αυτόμα-

τη έκτοπη νευρωνική δραστηριότητα, η επέκταση του μεγέθους των υποδεκτικών πεδίων στο κεντρικό νευρικό σύστημα, είναι φαινόμενα που ανήκουν στο στάδιο αυτό της παθολογίας που ονομάζεται κεντρική ευαισθητοποίηση και κατά το οποίο επέρχονται μορφολογικές και φυσιολογικές αλλαγές σε δομές και πυρήνες του κεντρικού νευρικού συστήματος μέσω ανιουσών οδών (Melzak & Wall 1996). Οι φυσιολογικές, ανατομικές και βιοχημικές αλλαγές στο κεντρικό νευρικό σύστημα και η προσθετική επίδραση του ενδοκρινικού συστήματος είναι οι συνέπειες μιας κατάστασης που ξεκίνησε από ένα βλαπτικό ερέθισμα στη περιφέρεια αλλά που τώρα δεν εξαρτώνται πια από αυτό. Σύμφωνα με το κλασικό ιατρικό μοντέλο η θεραπευτική προσέγγιση εξαρτάται από τη συγκεκριμένη παθολογία που προκάλεσε την ασθένεια, ενώ τα συμπτώματα και η δυσλειτουργία συσχετίζονται μεταξύ τους και είναι ευθέως ανάλογα με τη συγκεκριμένη παθολογία. Κάθε ψυχολογικό σύμπτωμα είναι σχετικά ασήμαντο και ήσσονος σημασίας, ενώ η κλινική αναγνώριση και η διάγνωση της υποκείμενης παθολογίας παρέχουν τη βάση για τη θεραπεία της ασθένειας (Wadell 1984, Wadell 1987).

Από τον οξύ στον χρόνιο πόνο

Είναι γεγονός ότι μόνο ένα μικρό μέρος των ασθενών που

παρουσιάζουν μυοσκελετικό πόνο, εμφανίζουν χρόνια προβλήματα. Για παράδειγμα, το 80-90% των ανθρώπων με οσφυαλγία φαίνεται να αναρρώνουν μέσα στους πρώτους ένα με δύο μήνες και μόνο το 3% από αυτούς, συνεχίζουν με πόνο και δυσλειτουργία. Ωστόσο το 90% των ασθενών που αναρρώνουν, επανεμφανίζουν πόνο ένα χρόνο μετά το πρώτο επεισόδιο οσφυαλγίας (Croft et al 1998). Επιπλέον, μελέτες που έγιναν απέδειξαν ότι τα χρόνια μυοσκελετικά προβλήματα, κυρίως αυτά του οσφυϊκού πόνου, είναι υπεύθυνα για περισσότερο από το 85% του κοινωνικού κόστους (Watson 1999, Maniadakis & Gray 2000).

Ο χρόνιος πόνος εξελίσσεται σε ένα εντελώς διαφορετικό κλινικό σύνδρομο από αυτό του οξέος πόνου. Ο οξύς και ο χρόνιος πόνος δεν διαφέρουν μόνο ως προς τη διάρκεια των συμπτωμάτων, αλλά και ως προς το είδος τους και τα συμπεριφορικά χαρακτηριστικά τους. Ο οξύς και ο «πειραματικός» πόνος, έχουν μία ευθεία σχέση με το περιφερικό ερέθισμα, την αντίληψη και τη βλάβη των ιστών. Παρά τη δικαιολογημένη και κατανοητή ανησυχία εκ μέρους των ασθενών, όσο αφορά τη σημασία και τις συνέπειες του πόνου, τα συμπτώματα και η δυσλειτουργία της οξείας φάσης είναι παροδικά και κατά κανόνα εξηγήσιμα από την υποκείμενη παθολογία. Οι προτεινόμενες θεραπείες, συντηρητικές ή χειρουργικές, κατευθύνονται στον αιτιολογικό παράγοντα και

είναι γενικά πολύ αποτελεσματικές στην ανακούφιση του οξέος πόνου.

Αντίθετα, ο χρόνιος πόνος, η χρόνια δυσλειτουργία και η συμπεριφορά της χρόνιας πάθησης, διαχωρίζονται όλο και περισσότερο από την αρχική τους αιτία και μπορεί τελικά η σχέση τους με οποιοδήποτε βλαπτικό ερέθισμα να εξακολουθεί να είναι πολύ μικρή. Επιπλέον, ο χρόνιος πόνος διαφέρει ουσιαστικά από τον οξύ πόνο ως προς τη διάρκεια παραμονής του και κυρίως ως προς τις προσαρμοστικές αλλαγές που προκαλεί στα διαφορετικά επίπεδα του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος (ΚΝΣ) (Main & Waddell 1998).

Αδυναμία του ιατρικού μοντέλου

Το γεγονός ότι η ιατρική θεραπεία παρουσιάζει δυσκολίες οφείλεται σε ένα σχετικά μεγάλο αριθμό παραγόντων. Το ιατρικό μοντέλο έχει συχνά μια απλουστευμένη εκτίμηση της αιτίας και του αποτελέσματος της ασθένειας και γι' αυτό τον λόγο έχει δεχτεί αυστηρή κριτική από κοινωνιολόγους και ψυχολόγους στη διάρκεια των δύο προηγούμενων δεκαετιών. Ανεπιτυχείς θεραπείες και επανειλημμένες εργαστηριακές εξετάσεις που δεν μπορούν να βοηθήσουν στην πρόγνωση, συχνά ωθούν τον ασθενή σε παθητικό ρόλο με ελάχιστη ή καθόλου προσδοκία ότι μπορεί ο ίδιος να επηρεάσει την πορεία του προβλήματος. Αυτό το γεγο-

νός έχει οδηγήσει σε κατηγοριοποίηση κατά φαντασία ασθενών, όχι μόνο από τους γιατρούς αλλά και από το οικογενειακό τους περιβάλλον (Main & Waddell 1987, Main & Watson 1996).

Ο Waddell (1987) προσδιόρισε, ότι ένα σημαντικό λάθος βρίσκεται συχνά στην υπόθεση, ότι όλα τα σημεία και τα συμπτώματα μιας πάθησης μπορούν να εξηγηθούν μέσα από την ίδια την παθολογία. Ωστόσο, ο χρόνιος πόνος και η δυσλειτουργία φαίνεται να σχετίζονται σημαντικά με συγκινησιακές καταστάσεις, κατάθλιψη, με μη επιτυχημένες θεραπείες και ακόμη με τη ταύτιση του ατόμου στον ρόλο του ασθενούς. Μία φυσικοθεραπευτική αγωγή που απευθύνεται στην υποτιθέμενη, αλλά ακαθόριστη πηγή του πόνου, μπορεί όχι μόνο να αποτύχει αλλά να προκαλέσει και επιπρόσθετη βλάβη των ιστών. Η αποτυχημένη θεραπεία μπορεί ταυτόχρονα να ενισχύσει και να αυξήσει τον πόνο, τη δυσλειτουργία και να ευνοήσει συμπεριφορές που σχετίζονται με τη νοσηρότητα της κατάστασης.

Ως παράδειγμα, μπορούμε να χρησιμοποιήσουμε το γεγονός ότι η φυσικοθεραπεία, έχει αναπτύξει πολλές στρατηγικές για τη θεραπεία της οσφυαλγίας, που είναι βασισμένες στη θεωρία ότι ο χρόνιος οσφυϊκός πόνος είναι η άμεση συνέπεια της δυσλειτουργίας ενός συγκεκριμένου ανατομικού ιστού (De Rosa & Porterfield 1992). Αυτή η υπόθεση είναι τυπική του ιατρικού

μοντέλου αξιολόγησης. Ωστόσο, το επίπεδο δυσλειτουργίας από τον ΧΟΠ αυξάνεται συστηματικά και αυτή η αύξηση δε μπορεί να εξηγηθεί από αυτή καθ' αυτή τη παθολογία (Waddell 1984, Waddell 1987, Watson 1999). Επιπλέον, έχει αποδειχθεί ότι είναι αδύνατο να διαγνωστούν με ακρίβεια τα αίτια του χρόνιου οσφυϊκού πόνου σε ποσοστό περισσότερο του 10-20% των ασθενών (Becker et al 2000, Brox et al 2003). Αν λοιπόν ο χρόνιος οσφυϊκός πόνος και η δυσλειτουργία δε μπορούν να συνδεθούν άμεσα με την παθολογία, μπορεί η φυσικοθεραπεία να είναι αποτελεσματική όταν βασίζεται στην ύπαρξη αυτής της υποτιθέμενης συσχέτισης; Θέτοντας πιο απλά τον προβληματισμό, πώς μπορεί η φυσικοθεραπεία να επηρεάσει ένα πρόβλημα που είναι έξω από τη πραγματική φύση του;

Χρόνιος πόνος: ένα βιοψυχοκοινωνικό πρόβλημα

Πριν ακόμα την εποχή του Πλάτωνα, η σχέση μεταξύ νου και σώματος ήταν θεμελιώδους σημασίας στη ανθρώπινη ύπαρξη και στην ιατρική. Όλοι οι θεραπευτές, συμφωνούν γενικά στην ανάγκη να αντιμετωπίζεται ο κάθε ασθενής ως σύνολο και μέσα από αυτό να προσδιορίζεται η καταλληλότερη θεραπεία. Επειδή η νοητική δυσλειτουργία σπάνια συσχετίζεται με τη σωματική πάθηση, οι ψυχολόγοι

έχουν θέσει σημαντικά ερωτήματα σχετικά με το ιατρικό μοντέλο και έχουν προτείνει ένα εναλλακτικό βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο θεραπείας το οποίο περιλαμβάνει σωματικά, ψυχικά και κοινωνικά στοιχεία (Waddell 1987, Waddell 1996).

Οι παλαιότερες θεωρίες του πόνου (θεωρία της πύλης του πόνου) και οι νεότερες (θεωρία νευρωνικού δικτύου) έχουν συμβάλει σημαντικά στη διαμόρφωση των αντιλήψεων μας για τη θεραπεία του χρόνιου πόνου και σχεδόν κατάργησαν την επικέντρωση στον πόνο ως μοναδικό στοιχείο της ανθρώπινης ασθένειας και ως αποκλειστικό σκοπό της θεραπείας (Waddell 1996, Watson 1999).

Παρά το γεγονός ότι η ψυχολογική επιβάρυνση μπορεί να εξελιχθεί σε σωματική βλάβη (Waddell 1984), οι συνέπειες αυτής της ψυχολογικής επιβάρυνσης μπορεί να είναι τόσο σοβαρές όσο και αυτές της πρωτογενούς αιτίας και να αποτελέσουν το κύριο πρόβλημα για τη θεραπευτική αντιμετώπιση. Καθώς ο χρόνιος οσφυϊκός πόνος διαχωρίζεται όλο και περισσότερο από την πρωταρχική του αιτία, γίνεται εμφανής μία υπερβολική συμπεριφορά του ασθενούς. Η υπερβολική συμπεριφορική εξωτερίκευση στον πόνο με εκδηλώσεις όπως, υπέρπροστασία στις κινήσεις, μορφασμοί από την υποτιθέμενη ένταση του πόνου και ναρθηκοποίηση της οσφυϊκής μοίρας με τη χρήση οσφυϊκής ζώνης, έχει αποδειχθεί

ότι σχετίζεται με το αποτέλεσμα της θεραπευτικής παρέμβασης και της λειτουργικής ικανότητας του ασθενούς (Conally & Sanders 1991, Carosella et al 1994).

Σε μια μελέτη ασθενών με χρόνιο οσφυϊκό πόνο, βρέθηκε ότι ψυχολογικά χαρακτηριστικά, όπως η κατάθλιψη και το άγχος, είχαν στενή σχέση με τα σωματικά συμπτώματα και επηρέαζαν το αποτέλεσμα της θεραπείας σε ότι αφορά τον πόνο και τη δυσλειτουργία. Επιπλέον παρατηρήθηκε ότι τα ψυχολογικά χαρακτηριστικά των ασθενών με οξύ οσφυϊκό πόνο στη φάση του τραυματισμού ή λίγο μετά έχουν ισχυρή επιρροή στο αποτέλεσμα της θεραπείας και στην ανάπτυξη χρόνιας δυσλειτουργίας (Main & Waddell 1987, Main & Waddell 1998). Οι καταθλιπτικοί ασθενείς με βαριά δυσλειτουργία εξ αιτίας χρόνιου πόνου, θα έπρεπε να νοσηλευτούν σε κάποιο θεραπευτικό κέντρο αντιμετώπισης του πόνου, το οποίο να διαθέτει όλες τις κατάλληλες ειδικότητες θεραπειών βασισμένες στην ολιστική θεραπευτική προσέγγιση (Martinez et al 1997). Επιπλέον, η αντιμετώπιση της κατάθλιψης, που είναι στενά συνδεδεμένη με τον οξύ ή τον χρόνιο πόνο και τη δυσλειτουργία του ασθενούς, πρέπει να αποτελεί μέρος της φυσικοθεραπευτικής ευθύνης κατά τη διάρκεια της θεραπείας τους (Main & Waddell 1998). Ωστόσο, ασθενείς των οποίων η κατάθλιψη οφείλεται αρχικά σε άλλους παράγοντες (π.χ. οικογενειακά

προβλήματα, οικονομικά άγχη κ.ά.) είναι απαραίτητο να παραπεμφθούν σε ειδικούς επαγγελματίες ή σε ειδικά διεπιστημονικά κέντρα οργανωμένης διαχείρισης του πόνου.

Το σύστημα απόκρισης του ανθρώπινου οργανισμού στο άγχος, αντιδρά με τη κίνηση που είναι η φυσική και αναπόδραστη συνέπεια της πληροφόρησης και προετοιμασίας του οργανισμού σε καταστάσεις ανάγκης και ταυτόχρονα είναι η λειτουργία που θα ομαλοποιήσει και θα αποκαταστήσει την ηρεμία. Στον σύγχρονο άνθρωπο η αντίδραση αυτή του οργανισμού παραμένει ίδια ανεξάρτητα από τα αίτια που την προκαλούν, αλλά διαφέρει ως προς το γεγονός ότι το ψυχικό stress είναι διαρκές, με ότι αυτό συνεπάγεται, και απουσιάζει η κινητική αντίδραση ως απάντηση του οργανισμού που επαναρυθμίζει και ομαλοποιεί τη διαταραγμένη ορμονική ισορροπία. Αυτά τα δύο στοιχεία έχουν ως αποτέλεσμα τη συνεχή και αναπόδραστη έκθεση του οργανισμού σε αλγογόνα ερεθίσματα (Chatzitheodorou et al 2007).

Οι ψυχολογικοί παράγοντες δρουν έμμεσα στον πόνο και την δυσλειτουργία περιορίζοντας τη φυσική δραστηριότητα και αυτό έχει ως αποτέλεσμα τη μείωση της ελαστικότητας, της δύναμης, του τόνου και της αντοχής των μυών. Ο φόβος επανατραυματισμού και ο φόβος της μείωσης ή της απώλειας της λειτουργικότητας μπορούν επίσης να επηρεάσουν την επιστροφή στην επαγ-

γελματική δραστηριότητα και ακόμη οι ασθενείς που πιστεύουν ότι ο πόνος τους θα παραμείνει για ένα σχετικό μεγάλο χρονικό διάστημα, γίνονται παθητικοί στην εργασία τους και χάνουν έτσι την ευκαιρία να χρησιμοποιήσουν στρατηγικές γνωστικής συμπεριφοράς για να αντιμετωπίσουν τον οσφυϊκό πόνο (Staal 2003, Staal et al 2004). Οι απόψεις ότι η αναπηρία είναι μια αναπόφευκτη συνέπεια του πόνου, ότι η δραστηριότητα ασχέτως με τον πόνο είναι επικίνδυνη και ότι ο πόνος είναι μια καλή δικαιολογία για την αποφυγή των ευθυνών, είναι πιθανόν να συμβάλλουν για ακόμη μεγαλύτερη δυσλειτουργία (Kaiuokalani et al 2001, Staal et al 2004).

Ακόμη, ορισμένες μελέτες υποθέτουν ότι οι ψυχολογικοί παράγοντες μπορεί να έχουν άμεση επίδραση στις φυσιολογικές παραμέτρους και σχετίζονται με την εμφάνιση ή την επιδείνωση της βλάβης. Η γνωστική και συναισθηματική συμπεριφορά μπορεί να έχει άμεσο αποτέλεσμα στη φυσιολογία του ασθενούς, αυξάνοντας την εγρήγορση του αυτόνομου συμπαθητικού νευρικού συστήματος, τα ενδογενή οπιοειδή (παραγωγή ενδορφινών) και τα επίπεδα της μυϊκής τάσης (Jensen et al 2000, Vlaeyen & Linton 2000).

Φαίνεται λοιπόν ότι για να κατανοήσουμε και να θεραπεύσουμε τον ασθενή με χρόνια πόνο, απαιτείται από τη μια η ορθή εκτίμηση και η αναγνώριση της ιστικής αιτίας του πόνου και

από την άλλη η αναγνώριση των ψυχολογικών, ψυχοκοινωνικών και συμπεριφορικών παραγόντων (τρέχουσα διάθεση, άγχος, κατάθλιψη, θυμός, οικογενειακό περιβάλλον) που επηρεάζουν την πορεία του προβλήματος. Επιπλέον η πρόβλεψη της εξέλιξης των συμπτωμάτων και η αντιμετώπισή τους αποτελούν παράγοντες που συμβάλλουν στην υποκειμενική περιγραφή του χρόνιου οσφυϊκού πόνου και επηρεάζουν την εξέλιξή του (Brox et al 2003, Jousset et al 2004).

Η προσπάθεια για ένα επιτυχημένο θεραπευτικό αποτέλεσμα μέσω της σύνδεσης του πόνου με τη ψυχολογική κατάσταση του ασθενούς, απαιτεί κοινό κώδικα επικοινωνίας μεταξύ θεραπευτή και ασθενούς και κοινές προσδοκίες για την αποτελεσματικότητα της θεραπείας. Για τους περισσότερους ασθενείς ο χρόνιος οσφυϊκός πόνος δεν είναι μόνο μια κλινική αισθητήρια εμπειρία (διάρκεια, ένταση και ποιότητα του πόνου) αλλά είναι και ένας παράγοντας που επηρεάζει αρνητικά την ποιότητα ζωής τους (Turk & Okifuji 1999, Kaiuokalani et al 2001).

Βιοψυχοκοινωνικοί παράγοντες κινδύνου και αξιολόγηση

Οι κατευθυντήριες γραμμές του CSAG (Clinical Standards Advisory Group) δηλώνουν ότι αν ο ασθενής με οσφυαλγία δεν έχει επιστρέψει στη επαγγελματική του δραστηριότητα μέσα σε έξι εβδομάδες, απαιτείται μια

αξιολόγηση σε βιοψυχοκοινωνική βάση. Έχει εκτιμηθεί ότι η χρόνια δυσλειτουργία θεωρείται ως «λειτουργική αδράνεια» και ότι τα συμπτώματα αυτών των ασθενών πρέπει να «απο-ιατροκοποιούνται» γεγονός που οδηγεί στη σκέψη ότι οι ασθενείς αυτοί πρέπει να θεραπεύονται μέσω ενός προγράμματος που περιλαμβάνει θεραπευτές και γιατρούς πολλών ειδικοτήτων (Ομάδα Παρέμβασης) (Hill 1995).

Οι παράγοντες κινδύνου όπως καθορίζονται σε γενικές γραμμές από το CSAG περιλαμβάνουν:

- ▶ Προηγούμενο ιστορικό οσφυϊκού πόνου.
- ▶ Ολική απώλεια επαγγελματικής δραστηριότητας που οφείλεται σε οσφυϊκό πόνο τους τελευταίους 12 μήνες.
- ▶ Εμφανή αντανάκλαση του πόνου στα κάτω άκρα.
- ▶ Περιορισμένη ανύψωση ευθιασμένου κάτω άκρου (SLR)
- ▶ Κλινικά σημεία εμπλοκής της νευρικής ρίζας.
- ▶ Περιορισμένη μυϊκή δύναμη και αντοχή του κορμού.
- ▶ Ανεπαρκή φυσική κατάσταση.
- ▶ Εμφανώς κακή κατάσταση της υγείας.
- ▶ Υπερβολικό κάπνισμα.
- ▶ Ψυχολογική επιβάρυνση και συμπτώματα κατάθλιψης.
- ▶ Υπερβολική συμπεριφορά στην ασθένεια.
- ▶ Απογοήτευση σε επαγγελματικό επίπεδο.
- ▶ Προσωπικά προβλήματα (αλκοολισμός, οικογενειακά, οικονομικά).

Η αξιολόγηση της καταθλιπτικής συμπεριφοράς είναι ειδικού ενδιαφέροντος καθώς η κατάθλιψη συχνά συνδέεται με χρόνιο πόνο. Περίπου 50% των ανθρώπων με σύνδρομο χρόνιου πόνου παρουσιάζουν κατάθλιψη που απαιτεί αντιμετώπιση από ειδικούς της ψυχικής υγείας. Μια εναλλακτική μέθοδος η οποία θα μπορούσε να έχει υιοθετηθεί από τους φυσικοθεραπευτές είναι η χρήση μιας δική τους καταγραφής αυτών των ασθενών προκειμένου να εκτιμηθεί ο βαθμός της καταθλιπτικής τους διάθεσης και επιπλέον η χρήση ενός εύχρηστου εργαλείου για την μέτρηση και την διαβάθμιση της κατάθλιψης (Morley et al 1999, Ostelo et al 2003). Αρκετά ερωτηματολόγια έχουν ήδη αναπτυχθεί για να προβλέψουν ή να αναγνωρίσουν αυτούς τους βιοψυχοκοινωνικούς παράγοντες κινδύνου που ωστόσο απαιτούν πείρα εκ μέρους του φυσικοθεραπευτή για την ερμηνεία των αποτελεσμάτων. Η στάθμιση των πιο εύχρηστων ερωτηματολογίων και η ελεγχόμενη εγκυρότητα τους στην Ελληνική γλώσσα (McGPQ, MSPQ, HAD, FABQ, TSK) ήταν προσφορά για τους Έλληνες φυσικοθεραπευτές (Georgoudis et al 2000, Georgoudis & Oldham 2001, Georgoudis et al 2006, Chatzitheodorou 2007, Γεωργούδης και συν. 2005, Κατσουλάκης και συν. 2006). Για κάποιους μάλιστα ασθενείς απαιτείται άμεση και προσεκτική αντιμετώπιση πρωτίστως στα ψυχολογικά παρά στα παθολογικά σωματικά

τους συμπτώματα καθώς η συμπεριφορική αλλαγή πρέπει να θεωρηθεί ως σύμπτωμα φόβου που εκδηλώνεται μετά από τραυματισμό ή κατά την ανάπτυξη μιας χρόνιας δυσλειτουργίας (Turk 1996, Spinhoven et al 2004).

Φυσικοθεραπεία και βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση

Το μεγαλύτερο μέρος της βιβλιογραφίας αναφέρει, ότι η λογική της θεραπείας ασθενών με χρόνιο μυοσκελετικό πόνο, εστιάζεται στον καθορισμό και στη διόρθωση του φυσικού ελλείμματος, προκειμένου να επηρεαστεί θετικά η δυσλειτουργία (Bendix et al 2000, Skouen et al 2002). Αυτή η προσέγγιση είναι βασισμένη στο βιο-ιατρικό μοντέλο της ασθένειας, όπου κυριαρχεί μια στενή σχέση ανάμεσα στον αιτιολογικό παράγοντα, τον πόνο, και τον λειτουργικό περιορισμό. Ωστόσο σε ορισμένα άτομα με ΧΟΠ, ειδικά σε αυτά των οποίων τα συμπτώματα παραμένουν πέρα από τη προβλεπόμενη περίοδο ανάρρωσης του τραυματισμένου ιστού, ο βαθμός του αναφερόμενου πόνου και ο λειτουργικός περιορισμός είναι συχνά δυσανάλογος με την υποκείμενη παθολογία και βλάβη. Οι παραδοσιακές μέθοδοι φυσικοθεραπευτικής αξιολόγησης και παρέμβασης είναι συχνά μη αποτελεσματικές σε αυτούς τους ασθενείς. Δεν προκαλεί καθόλου έκπληξη το

γεγονός ότι η πλειοψηφία των φυσικοθεραπευτών προτιμά να θεραπεύει ασθενείς με οξύ πόνο παρά αυτούς με μακράς διάρκειας αποκατάσταση ή με χρόνιο πόνο (Wolff et al 1991, Battie et al 1994).

Επιπλέον, μελέτες έδειξαν ότι η φυσικοθεραπεία ήταν αποτελεσματική στη θεραπεία ασθενών με ΧΟΠ που ήταν σε καλή ψυχολογική κατάσταση, αλλά ήταν λιγότερο αποτελεσματική σε θεραπείες ασθενών με οσφυαλγία που συνοδεύονταν από συμπτώματα ψυχολογικής επιβάρυνσης (Haldorsen et al 2002, Jousset et al 2004). Είναι διαπιστωμένο ότι η φυσικοθεραπεία από μόνη της είναι δύσκολο να αποτελέσει μια αποτελεσματική θεραπεία σε αυτές τις περιπτώσεις. Μία αποτυχημένη θεραπεία μπορεί ταυτόχρονα να ενισχύσει και να επιδεινώσει τον πόνο, την ψυχολογική επιβάρυνση και την συμπεριφορά του ατόμου απέναντι στην ασθένεια και ότι η επιλογή της θεραπείας που συγκεντρώνει τις περισσότερες πιθανότητες επιτυχίας, πρέπει να γίνεται όσο το δυνατό ταχύτερα στην πορεία της νόσου (Waddell 1987, Waddell 1996).

Παρά το γεγονός ότι οι φυσικοθεραπευτές επικεντρώνονται στην χρήση μηχανικών μέσων, η συστηματική επαφή κατά τη διάρκεια της θεραπείας μπορεί να επηρεάσει το ψυχολογικό προφίλ του ασθενούς και ο φυσικοθεραπευτής να αποτελέσει το διαμεσολαβητή για τη βελτίωση της υγείας του. Χωρίς να είναι

απαραίτητη για την φυσικοθεραπευτική πρακτική μία βαθειά γνώση των ψυχολογικών μοντέλων, η ενημέρωση σε αυτά τα ζητήματα μπορεί να βοηθήσει τον φυσικοθεραπευτή να προσεγγίσει τους ασθενείς με τέτοιο τρόπο ώστε να επιτύχει τη μέγιστη δυνατή ανταπόκριση στη θεραπεία. Αυτό είναι σημαντικό, ειδικά σε εκείνες τις περιπτώσεις, που οι φυσικοθεραπευτές δουλεύουν μαζί με τους ψυχολόγους ως μέλη μιας ομάδας παρέμβασης έτσι ώστε όλα τα μέλη της ομάδας να χρησιμοποιήσουν παρόμοιο τρόπο προσέγγισης (Adams et al 1996). Θεωρείται ότι για τους φυσικοθεραπευτές δεν είναι απαραίτητο ένα τέλειο εργαλείο αξιολόγησης που να αφορά τη ψυχολογική επιβάρυνση των ασθενών (Watson 1999). Ωστόσο μερικές απλές ερωτήσεις από τις οποίες θα προσδιορίσουν τους σημαντικούς περιορισμούς της προόδου στη θεραπεία είναι απαραίτητες. Εάν η προσδόκιμη βελτίωση δεν επέλθει, τότε απαιτείται μία λεπτομερέστερη αξιολόγηση.

Οι φυσικοθεραπευτές κατά το πρότυπο του ιατρικού μοντέλου, θεωρούν τη ψυχολογική πλευρά του θέματος ρουτίνα και την αξιολογούν ενστικτωδώς, ως ένα κομμάτι της κλινικής τους πρακτικής. Παράγοντες όπως οι προηγούμενες εμπειρίες του ασθενούς, κοινωνικοί και προσωπικοί λόγοι, πρέπει να λαμβάνονται υπ' όψη από τους θεραπευτές τόσο στην αξιολόγησή όσο και στον σχεδιασμό και εκτέ-

λεση ενός κατάλληλου θεραπευτικού προγράμματος. Εξηγώντας τα πιθανά αίτια του πόνου και καθησυχάζοντας τον ασθενή ότι τα συμπτώματα που αντιμετωπίζει είναι συνηθισμένα για την κατάστασή του, το άγχος του θα ελαττωθεί (Vlaeyen & Linton 2000, Skouen et al 2002).

Μία θεραπεία βασισμένη σε ένα ψυχοφυσιολογικό μοντέλο θα μπορούσε να οδηγήσει σε σταθερή βελτίωση της κατάστασης. Η ανάπτυξη ενός συστήματος ελέγχου και ο περιορισμός των συναισθημάτων απελπισίας και αδιεξόδου προσφέρουν τις προϋποθέσεις για τον περιορισμό των καταθλιπτικών συμπτωμάτων (Nicholas et al 1992, Morley et al 1999). Η αύξηση της σωματικής δραστηριότητας για ψυχολογική υποστήριξη και ο έλεγχος των υπερβολικών προστατευτικών αντιδράσεων (ανησυχία, γκριμάτσες, υπερπροστασία, έκπληξη κ.α.) αποτελούν συμπεριφορές που πρέπει να ενισχυθούν. Η χρήση τεχνικών χαλάρωσης για τη μείωση της αυξημένης μυϊκής τάσης και της γενικότερης διεγερσιμότητας που οφείλεται στον πόνο και το άγχος, αποτελούν για κάποιες περιπτώσεις θεραπεία επιλογής (Adams et al 1996, Vlaeyen & Linton 2000).

Όλες αυτές οι τεχνικές και οι συμβουλές μπορεί να εφαρμόζονται σε κάθε φυσικοθεραπευτική συνεδρία ατομικά ή ομαδικά. Ωστόσο, πολλοί κλινικοί και ερευνητές υποστηρίζουν ότι οι ασθενείς που δεν ανταποκρίνο-

νται στη φυσικοθεραπεία, εξαιτίας ψυχολογικών παραγόντων, θα μπορούσαν να αντιμετωπιστούν σε περιβάλλον όπου η θεραπεία προσφέρεται από μία ομάδα εργασίας. Παρά το γεγονός ότι αυτά τα «διεπιστημονικά προγράμματα» δεν εφαρμόζονται πάντα τη κατάλληλη στιγμή, μπορεί στην πραγματικότητα να αποτελούν μια αληθινή εμπειρία για τους ασθενείς καθώς συνήθως εστιάζονται σε μία μικρή ομάδα με κοινά χαρακτηριστικά, όπως πχ. να είναι εκτός εργασίας για ένα χρόνο τουλάχιστον, ενώ κατά τη διάρκεια του προγράμματος τους προσφέρεται μεγάλη βοήθεια και τους δίνεται ιδιαίτερη προσοχή (Nicholas et al 1992, Di Fabio 1995).

Η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας δείχνει ότι τα θεραπευτικά προγράμματα για τον πόνο που αντιμετωπίζονται στα Κέντρα Πόνου (λειτουργούν στην Ελλάδα από το 1998 και η σύνθεσή τους ποικίλει κατά περίπτωση πχ. γιατρός, φυσικοθεραπευτής, ψυχολόγος, νοσηλεύτρια, γυμναστής), περιλαμβάνουν ενεργητική φυσικοθεραπεία, εκπαίδευση της στάσης και κίνησης, αυτογενή χαλάρωση, αντιμετώπιση του στρες, επανανατροφοδότηση, φαρμακευτική μείωση του πόνου, ατομική και ομαδική συμβουλευτική για επαγγελματική αποκατάσταση και προσαρμογή στις αθλητικές δραστηριότητες. Γενικά, οι μεταβλητές που χρησιμοποιούνται στον τελικό καθορισμό των θεραπευτικών προγραμμάτων, συμπεριλαμβάνουν τις υπο-

κειμενικές απόψεις των ασθενών για τον πόνο, το επίπεδο δραστηριοτήτων τους, τη φαρμακευτική αγωγή και την επιστροφή στις επαγγελματικές και αθλητικές τους συνήθειες (Staal 2003, Spinhoven et al 2004). Ο στόχος των περισσότερων προγραμμάτων για τον χρόνιο πόνο συνδυάζει βελτίωση της λειτουργικής ικανότητας με ταυτόχρονη βελτίωση της συμπεριφοράς του ασθενούς στη πάθηση. Οι ασθενείς αναλαμβάνουν έναν πιο ενεργητικό ρόλο με τον οποίο μπορούν να μοιραστούν την ευθύνη και να αρχίσουν να αντιμετωπίζουν το πρόβλημα μόνοι τους. Η ενεργός συμμετοχή στην αντιμετώπιση της ασθένειας μπορεί πράγματι να χρησιμοποιηθεί στην πράξη και να συνεισφέρει στη βελτίωση της υγείας του ατόμου. Πρόσφατα, μακροπρόθεσμες μελέτες αυτών των προγραμμάτων έδειξαν πολύ θετικά αποτελέσματα για 2,5-3 χρόνια μετά τη θεραπεία (Jensen et al 2000, Skouen et al 2002).

Η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας για την αποτελεσματικότητα των κέντρων πολυπαραγοντικής παρέμβασης δείχνει, ότι οι αυτές οι θεραπείες για τον χρόνιο πόνο είναι σημαντικά καλύτερες από άλλες συμβατικές θεραπείες και επιπρόσθετα ότι, τα αποτελέσματα της θεραπείας δεν περιορίστηκαν απλά στη βελτίωση του πόνου και της ψυχικής διάθεσης αλλά επεκτάθηκαν και σε συμπεριφορικά οφέλη που αφορούσαν την επιστροφή στην επαγγελματική και φυσική δραστηριότητα

καθώς και την φροντίδα της υγείας του ασθενούς (Haldorsen et al 2002, Jousset et al 2004). Έχει αποδειχθεί ότι κατά τη θεραπεία του ασθενούς το οικογενειακό περιβάλλον έχει ένα σημαντικό ρόλο. Η στάση της οικογένειας απέναντι στο πρόβλημα μπορεί να οδηγήσει σε επιδείνωση ή σε βελτίωση της ψυχολογικής υγείας του ασθενούς περισσότερο απ' ότι το ίδιο το πρόγραμμα. Η ενίσχυση της θεραπείας από το οικογενειακό περιβάλλον μπορεί να εξασφαλιστεί από εκπαίδευση της οικογένειας για υγιή συμπεριφορά απέναντι στον ασθενή (King & Goddard 1994). Επιπρόσθετα, οι θεραπευτές πρέπει να είναι ενήμεροι σχετικά με πιθανά προβλήματα κατά τη διάρκεια του προγράμματος αποκατάστασης. Παρατηρήθηκε ότι οι παράγοντες που σχετίζονται με την πρόιμη εγκατάλειψη ενός πολυπαραγοντικού προγράμματος αποκατάστασης για χρόνιο οσφυϊκό πόνο ήταν η «έλλειψη κινήτρου» και η «ελλιπής παρακολούθηση» του προγράμματος εκ μέρους των ασθενών. Ασθενείς με μεγαλύτερης διάρκειας δυσλειτουργία που δηλώνουν ότι: α) δεν προσδοκούν να επιστρέψουν γρήγορα στη δουλειά τους, β) έχουν σοβαρό πόνο, γ) παραπονιούνται για υψηλά επίπεδα δυσλειτουργίας, μπορεί να δυσανασχετούν ή να διαμαρτύρονται κατά τη διάρκεια ενός ενεργητικού προγράμματος αποκατάστασης (Main & Watson 1996, Jensen et al 2000). Άλλες μεταβλητές όπως η φυσική ικανότητα

(δύναμη, αντοχή), κοινωνική υποστήριξη, εξωγενείς στρεσογόνοι παράγοντες, και προβλήματα από το εργασιακό περιβάλλον είναι μόνο λίγες από τις μεταβλητές που μπορούν να επηρεάσουν το αποτέλεσμα της αποκατάστασης. Επιπλέον, ένα ερευνητικό άρθρο σχετικό με τη συμπεριφορική θεραπεία του χρόνιου πόνου επισημαίνει ότι η αποκατάσταση σπανίως οδηγεί στο 100% της βελτίωσης και κατά συνέπεια, η ανάγκη για πρόληψη είναι σημαντικότερη (Linton 1998).

Πρόληψη

Εάν μπορεί να επιτευχθεί σημαντική βελτίωση από την εφαρμογή θεραπευτικών μεθόδων, οι προσπάθειες πρόληψης του χρόνιου μυοσκελετικού πόνου μπορεί τελικά να αποδειχθούν περισσότερο ευεργετικές και αποτελεσματικές για τους ασθενείς. Οι βιβλιογραφικές ανασκοπήσεις δείχνουν ότι η πρόληψη μπορεί να επιτευχθεί σε διάφορα στάδια της πάθησης ή του τραύματος. Ένα μοντέλο πρόληψης, βασίζεται στη διαδικασία συμπεριφορικής αλλαγής στη φάση εκείνη που ο οξύς πόνος μεταπίπτει σε χρόνιο. Αυτή η φάση θεωρείται ότι επηρεάζεται έντονα από περιβαλλοντικούς παράγοντες και οδηγεί τον ασθενή σε παθητικό τρόπο ζωής. Στην πραγματικότητα η πρωτογενής πρόληψη κατά την οξεία φάση (μετά από τον τραυματισμό) είναι δύσκολη επειδή:

α) δεν εφαρμόζονται οι κανόνες που συνοδεύουν τη φυσική ιστορία ενός τραύματος, β) δεν εφαρμόζονται όλα όσα είναι γνωστά σχετικά με τη διαδικασία της ανάρρωσης και της επούλωσης και γ) δεν παίρνονται υπ' όψη οι δυσμενείς συνέπειες της ακινητοποίησης. Αυτή η έλλειψη της πρωτογενούς πρόληψης συμβάλλει στη μετατροπή του οξέος πόνου σε χρόνιο ενώ η φυσικοθεραπεία έχει να προσφέρει πολλά προς αυτή την κατεύθυνση (Haldorsen et al 2002).

Η δευτερογενής πρόληψη κινείται προς στην παρεμπόδιση ανάπτυξης των τυπικών προβλημάτων του χρόνιου πόνου όπως αδράνεια, υπερκατανάλωση αναλγητικών φαρμάκων, άγχος και κατάθλιψη, που συνοδεύουν έναν οξύ τραυματισμό και επιπρόσθετα προσανατολίζεται στη μείωση του κίνδυνου επανατραυματισμού (Linton et al 1998). Αυτή η προσέγγιση πετυχαίνει να κάνει βέλτιστη την ανάρρωση και έχει αποδειχθεί πολύτιμη κυρίως στη μείωση της βραχυπρόθεσμης δυσλειτουργίας (Linton et al 2002, Van den Hout et al 2003).

Η τριτογενής πρόληψη εφαρμόζεται αφότου ο ασθενής έχει υποστεί κάποιου βαθμού αναπηρία. Στόχος είναι η απόκτηση της μέγιστης δυνατής λειτουργίας και η αποδοχή εκ μέρους του ασθενούς των υπολειμματικών βλαβών, οι οποίες μπορεί σε μερικές περιπτώσεις να απαιτούν τροποποίηση περιβάλλοντος εργασίας. Ένα τέτοιο πρόγραμμα συνδυάζει εντατική φυσική αποκατάστα-

ση, βραχυπρόθεσμη ψυχολογική υποστήριξη και μια προσέγγιση στα προβλήματα του εργασιακού χώρου με προσδιορισμό σε λειτουργικές και ψυχολογικές βελτιώσεις (Frymoyer 1992).

Επιπρόσθετα με τους ψυχοσωματικούς παράγοντες του άγχους και με τις διαλογιστικές τεχνικές μείωσης του άγχους υπάρχουν πολλές άλλες μεταβλητές που θα έπρεπε να ληφθούν υπ' όψη στο πρόγραμμα της πρόληψης της υγείας. Ανάμεσα σε αυτές είναι η άσκηση, η δίαιτα, ο επαρκής ύπνος, αλλά και η στάση ζωής, μέσω της οποίας ένα άτομο παραμένει ενεργό και παραγωγικό καθημερινά και δεν νιώθει περιορισμένο όσον αφορά της δημιουργικές του ικανότητες. Εάν τόσο οι ασθενείς όσο και οι θεραπευτές αποφασίσουν τι είναι σημαντικό για τη ζωή τους, εάν επιδράσουν στις καταστάσεις, τότε παράγοντες όπως το άγχος και η κατάθλιψη μπορεί να ελαχιστοποιηθούν και να εξαλειφθούν (Klauer et al 1995).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Οι οργανωμένες προσπάθειες, με στόχο τη διατήρηση της υγείας σε ασθενείς με χρόνιο σπονδυλικό πόνο, δεν είναι αποτελεσματικές ως θεραπείες από τη στιγμή που εστιάζουν σε μονόπλευρες αιτίες της ασθένειας. Κάθε ασθενής είναι μοναδικός και η συμπεριφορά του καθορίζεται από την αλληλεξάρτηση μεταξύ του σώματος, του νου και της ψυχής.

Μέσα από τη δυναμική ισορρο-

πία αυτών των στοιχείων η ευθύνη των θεραπειών εστιάζεται στη μεγιστοποίηση της αύξησης των ψυχολογικών και βιολογικών παραγόντων για να διασφαλιστεί η διατήρηση της υγείας του ασθενή ή να προαχθεί η διαδικασία της επούλωσης των ιστών. Η ευθύνη των ασθενών είναι να γίνουν ενεργά μέλη του θεραπευτικού προγράμματος, εξασκώντας τη θέλησή τους σε σχέση με την υγεία τους και την περαιτέρω εξέλιξη του τρόπου ζωής τους.

Ένα σοβαρό ζήτημα είναι η αναγνώριση ότι η αποτελεσματικότητα των παραδοσιακών μοντέλων θεραπείας είναι ευεργετικά για τον οξύ πόνο αλλά δεν δουλεύουν εξίσου καλά στον χρόνιο πόνο. Επιπλέον, η ύπαρξη σημαντικών διαφορών στην αποτελεσματικότητα των θεραπευτικών μέσων ανάμεσα στον οξύ και τον χρόνιο πόνο υποδηλώνει ελλείψεις στα παραδοσιακά αντιληπτικά μοντέλα του πόνου. Οι φυσιοθεραπευτές παίζουν έναν ενεργό και στρατηγικό ρόλο στον χειρισμό του μυοσκελετικού πόνου και είναι σε θέση να βοηθήσουν στην βελτίωση του χρόνιου πόνου και της δυσλειτουργίας. Η αναγνώριση των συμπεριφορικών παραγόντων που επηρεάζουν το πρόβλημα είναι μεγάλης σημασίας, καθώς οι παράγοντες αυτοί συνεισφέρουν τα μέγιστα στην επιλογή της πιο σωστής θεραπείας και στην εφαρμογή της την πλέον κατάλληλη στιγμή. Η υπερβολική έμφαση αποκλειστικά στον πόνο, η υπερβολική εξάρτηση από μια ονομαστική

διάγνωση της ασθένειας και η υπερβολική ακινητοποίηση, μπορεί να είναι μια σημαντική αιτία της ιατρογενούς δυσλειτουργίας. Η κυρίαρχη ιδέα για τη θεραπεία πρέπει να μεταφερθεί από την ακινητοποίηση στην αποκατάσταση και στην επανεκπαίδευση της λειτουργικότητας.

Οι φυσικοθεραπευτές και οι όλοι όσοι αποτελούν την ομάδα παρέμβασης χρειάζεται να είναι ενήμεροι σχετικά με τις επιρροές των γνωστικών, συγκινησιακών και συμπεριφορικών μεταβλητών που σχετίζονται με την αναφορά του πόνου και τις μυοσκελετικές

διαταραχές. Παρόλο που οι κλινικοί μπορεί να έχουν μια ενστικτώδη αντίληψη αυτών των εννοιών, υπάρχει η ανάγκη να εισαχθεί η κατάλληλη εκπαίδευση για να τους ενθαρρύνει συστηματικά να χρησιμοποιήσουν αυτές τις αρχές καθώς εφαρμόζουν τις θεραπείες.

Όλοι οι φυσικοθεραπευτές που ασχολούνται με τον μυοσκελετικό πόνο αλλά και όλοι αυτοί που βρίσκονται σε προπονητικούς και συμβουλευτικούς ρόλους, πρέπει να εκπαιδεύονται στην ψυχολογική εκτίμηση και διαχείριση του χρόνιου πόνου. Περισ-

σότερη γνώση του ρόλου των ψυχολογικών επιδράσεων στον πόνο, μπορεί να βοηθήσει τους επιστήμονες της ομάδας παρέμβασης να μεγιστοποιήσουν την αποτελεσματικότητά τους ως προς τον πόνο και τη μυοσκελετική δυσλειτουργία. Η ψυχολογική εκτίμηση και η παρέμβαση είναι μια συναρπαστική εμπειρία για να αναπτυχθούν περαιτέρω οι δεξιότητες προς όφελος των ασθενών και δεν πρέπει να γίνει άλλη μια από τις «τελευταίες μόδες» που αποτελούν μάστιγα του επαγγέλματός μας (Watson 1999).

ΑΝΑΦΟΡΕΣ

1. Adams, N., Raney, J., Taylor, D., 1996. Psychological models of chronic pain and implications for practice. *Physiotherapy*, 82 (2), p.124-129.
2. Australian Bureau of Statistics, 2002. National Health Survey. Summary of Results, Canberra: Australian Bureau of Statistics.
3. Battie, M.C., Cherkin, D.C., Dunn, R., Ciol, M.A., Wheeler, K.J., 1994. Managing low back pain: Attitudes and treatment preferences of physical therapists. *Physical Therapy*, 74 (3), p.219-226.
4. Becker, N., Sjogren, P., Bech, P., Olsen, A.K., Eriksen, J., 2000. Treatment outcome of chronic non-malignant pain patients managed in a Danish multidisciplinary pain centre compared to general practice: a randomised controlled trial. *Pain*, 84, p.203-211.
5. Bendix, A., Labriola, M., Haestrup, C., Ebbelohj, N., 2000. Functional restoration versus outpatient physical training for chronic low back pain: a randomised comparative study. *Pain*, 5(19), p.494-500.
6. Brox, J.I., Sorensen, R., Friis, A., Nygaard, O., Indahl, A., Keller, A., Ingebrigtsen, T., Eriksen, H.R., Holm, I., Koller, A.K., Riise, R., Reikeras, O., 2003. Randomised clinical trial of lumbar instrumented fusion and cognitive intervention and exercises in patients with chronic low back pain and disc degeneration. *Spine*, 28(17) p.13-21.
7. Carosella, A.M., Lackner, J.M., Feuerstein, M., 1994. Factors associated with early discharge from a multidisciplinary work rehabilitation program for chronic Low Back Pain. *Pain*, 57, p.69-76.
8. Chatzitheodorou, D., Kabitsis, C., Malliou, P., Mougios, V., 2007. A Pilot Study of the Effects of High-Intensity Aerobic Exercise Versus Passive Interventions on Pain, Disability, Psychological Strain, and Serum Cortisol Concentrations in People With Chronic Low Back Pain. *Physical Therapy*, 87 (3), p. 304-313.
9. Chatzitheodorou, D., Kabitsis, C., Papadopoulos, N.G., Galanopoulou, V., 2007. Evaluation of the Greek version of the Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index: Reliability, Validity and Factor Analysis. *Clinical Experimental Rheumatology*, 25, p.571-576.
10. Commonwealth Department of Health and Ageing. National Health Priorities and Quality. 2003. Available at <http://www.health.gov.au/pq/index.htm>.
11. Conally, G.H., Sanders, S.H., 1991. Predicting low back patients' response to lumbar sympathetic nerve blocks and interdisciplinary rehabilitation: the role of pretreatment overt pain behaviour and cognitive coping strategies. *Pain*, 44, p.139-146.
12. Croft, P.A., Mac Farlan, G.J., Papageorgiou, A.J., Thomas, E., Silman, A.J., 1998. Outcome of low back pain in general practice: a prospective study. *British Medical Journal*, 316, p.1356-1359.
13. De Rosa, C.P., Porterfield, J.A., 1992. A physical therapy model for the treatment of low back pain. *Physical Therapy*, 72(4), p.261-269.
14. Di Fabio, A., 1995. Efficacy of comprehensive rehabilitation programs and back school for patients with low back pain: A meta-analysis. *Physical Therapy*, 75(10), p.865-878.
15. Frymoyer, J.W., 1992. Predicting Disability from Low Back Pain. *Clinical Orthopaedics and Related Research*, 279, p.101-109.
16. Georgoudis, G., Watson, P.J., Oldham, J.A., 2000. The development and validation of a Greek version of the short form McGill Pain Questionnaire. *European Journal of Pain*, 4, p.275-281.
17. Georgoudis, G., Oldham, J.A., 2001. Anxiety and depression as confounding factors in cross cultural pain research

- studies: validity and reliability of a Greek version of the hospital anxiety and depression scale. *Physiotherapy*, 87(2), p.92-103.
18. Georgoudis, G., Papathanasiou, G., Spiropoulos, P., Katsoulakis, K., 2006. Cognitive assessment of musculoskeletal pain with a newly validated Greek version of the fear avoidance beliefs questionnaire (FABQ). *European Journal of Pain*, 5, p.270-281.
 19. Haldorsen, E.M., Grasdal, A.L., Skouen, J.S., Risa, A.E., Kronholm, K., Ursin, H., 2002. Is there a right treatment for a particular patient group? Comparison of ordinary treatment, light multidisciplinary treatment, and extensive multidisciplinary treatment for long-term sick-listed employees with musculoskeletal pain. *Pain*, 95(1-2), p.49-63.
 20. Hill, J., 1995. The CSAG Report on Back Pain: What is Our Response? Paper written for the Association of Chartered Physiotherapists in Orthopaedic Medicine.
 21. Jensen, I.B., Bodin, L., Ljungqvist, T., Gunnar-Bergstrom, K., Nygren, A., 2000. Assessing the needs of patients in pain: a matter of opinion? *Spine*, 25(21), p.2816-2823.
 22. Jousset, N., Fanello, S., Bontoux, L., Dubus, V., Billabert, C., Vielle, B., Roquelaure, Y., Penneau-Fontbonne, D., Richard, I., 2004. Effects of functional restoration versus 3 hours per week physical therapy: a randomised controlled study. *Spine*, 29(5), p.487-493.
 23. Kaiaoukalani, D., Cherkin, D.C., Sherman, K.J., Koepsell, T.D., Deyo, R.A., 2001. Lessons from a trial of acupuncture and massage for low back pain: patient expectations and treatment effects. *Spine*, 26(13), p.1418-1424.
 24. King, J.C., Goddard, M.J., 1994. Pain rehabilitation 2. Chronic pain syndrome and myofascial pain. *Archives of Physical Medicine Rehabilitation*, 75, p. S9-S13.
 25. Klaber, S.A., Moffett, J.A., Richardson, P.H., 1995. The influence of psychological variables on the development and perception of musculoskeletal pain. *Physiotherapy Theory and Practice*, 11, p.3-11.
 26. Lanes, T.C., Gauthon, E.F., Spratt, K.F., Wernimont, T.J., Found, E.M., Weinstein, J.N., 1995. Long term follow up of patients with chronic low back pain treated in a multidisciplinary rehabilitation program. *Spine*, 20(7), p.801-806.
 27. Linton, S.J., Vlaeyen, J., Ostelo, R., 2002. The backpain beliefs of health care providers: are we fear avoidant? *Journal for Occupational Rehabilitation*, 12(4), p. 223-232.
 28. Linton, S.J., 1998. The socioeconomic impact of chronic back pain: Is anyone benefiting? *Pain*, 75, p.163-168.
 29. Main, C.J., Waddell, G., 1987. Personality assessment in the management of low back pain. *Clinical Rehabilitation*, 1, p.139-142.
 30. Main, C.J., Watson, P.J., 1996. Guarded Movements: Development of Chronicity. *Journal of Musculoskeletal Pain*, 4(4), p.163-170.
 31. Main, C.J., Waddell, G., 1998. Behavioral Responses to Examination. A Reappraisal of the Interpretation of Nonorganic Signs. *Spine*, 23(21), p.2367-2371.
 32. Maniadakis, N., Gray, A., 2000. The economic burden of back pain in the UK. *Pain*, 84, p.95-103.
 33. Martinez, A., Simmonds, M.J., Novy, D.M., 1997. Physiotherapy for patients with chronic pain: An operant-behavioural approach. *Physiotherapy Theory and Practice*, 13, p.97-108.
 34. Melzack, R., Wall, P.D., 1996. Pain mechanisms: A new theory. *Pain Forum*, 5(1), p.3-11.
 35. Morley, S., Eccleston, C., Williams, A., 1999. Systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials of cognitive behaviour therapy and behaviour therapy for chronic pain in adults, excluding headache. *Pain*, 80(1-2), p.1-13.
 36. Nicholas, M., Wilson, P., Goyen, J., 1992. Comparison of cognitive-behavioural group treatment and an alternative non-psychological treatment for chronic low back pain. *Pain*, 48, p.339-347.
 37. Ostelo, R.W.J.G., de Vet, H.C., Vlaeyen, J., Kerkhoffs, M.R., Berfelo, W.M., Wolters, P.M.J.C., van den Brandt, P.A., 2003. Behavioural graded activity following first time lumbar disc surgery, 1-year results of a randomised clinical trial. *Spine*, 28, p.1757-1765.
 38. Skouen, J.S., Grasdal, A.L., Haldorsen, E.M., Ursin, H., 2002. Relative cost-effectiveness of extensive and light multidisciplinary treatment programmes versus treatment as usual for patients with chronic low back pain on long-term sick leave: randomized controlled study. *Spine*, 27(9), p.901-909.
 39. Spinhoven, P., Ter Kuile, M., Kole-Snijders, A.M., Hutten-Mansfeld, M., Den Ouden, D.J., Vlaeyen, J.W., 2004. Catastrophizing and internal pain control as mediators of outcome in the multidisciplinary treatment of chronic low back. *European Journal of Pain*, 8(3), p.211-219.
 40. Staal JB, (2003), Low back pain, graded activity and return to work, Phd Thesis, Vrije univeriteit Amsterdam, Amsterdam, The Netherlands.
 41. Staal, J.B., Hlobil, H., Twisk, J.W., Smid, T., Koke, A., van Mechelen, W., 2004. Graded activity for low back pain in occupational health care: a randomized controlled trial. *Annals of Internal Medicine*, 140(2), p.77-84.
 42. Tsingos, C., Chrousos, G.P., 2002. Hypothalamic-pituitary-adrenal axis, neuroendocrine factors and stress. *Journal of Psychosomatic Research*, 53, p.865-871.
 43. Turk, D.C., Okifuji, A., 1999. Assessment of patients' reporting of pain: an integrated perspective. *Lancet*, 353, p.1784-1788.
 44. Van den Hout, J.H., Vlaeyen, J.W., Heuts, P.H., Zijlema, J.H., Wijnjen, J.A., 2003. Secondary prevention of work-related disability in non-specific low back pain: does problem solving therapy help? A randomized clinical trial. *Clinical Journal of Pain*, 19(2), p.87-96.
 45. Vlaeyen, J.W., Linton, S.J., 2000. Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art. *Pain*, 85(3), p.317-332.
 46. Waddell, G., 1984. Chronic low-back pain, psychologic distress, and illness behaviour. *Spine*, 9(2), p.209-213.
 47. Waddell, G., 1987. A new clinical model for the treatment of low-back pain. *Spine*, 12(7), p.632-644.
 48. Waddell, G., 1996. Low back pain: A 20th century health care enigma. *Spine*, 21(24), p.2820-2825.
 49. Watson, P.J., 1999. Psychosocial Assessment. The emergence of a new fashion, or a new tool in physiotherapy for musculoskeletal pain? *Physiotherapy*, 85(10), p.530-535.
 50. Wolff, M.S., Michel, T.H., Krebs, D.E., 1991. Chronic pain-Assessment of orthopedic physical therapists' knowledge and attitudes. *Physical Therapy*, 71(3), p. 207-214.
 51. Woolf, C.J., Decostered, I., 1999. Implications of recent advances in the understanding of apin pathophysiology for the assessment of pain in patients. *Pain*, (Suppl) 6, S141-S147.
 52. Γεωργούδης, Γ., Κατσουλάκης, Κ., Κανέλλου, Β., 2005. Γνωστική αξιολόγηση του Χρόνιου Μυοσκελετικού Πόνου. Η περίπτωση του φόβου του ασθενή για τραυματισμό ή επανατραυματισμό. *Θέματα Φυσικοθεραπείας*, 3(5), σ.57-66.
 53. Κατσουλάκης, Κ., Νταβατζίκος, Α., Μαρομαρινού, Α., Γεωργούδης, Γ., 2006. Η στάθμιση της κλίμακας Τροποποιημένης Σωματικής Αντίληψης (Modified Somatic Perception Questionnaire) κατά την αξιολόγηση του μυοσκελετικού πόνου από τον μη ειδικό. *Θέματα Φυσικοθεραπείας*, 4(2), σ.43-50.