ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ

"Η σχέση των διασχιστικών συμπτωμάτων με τον οξύ και χρόνιο πόνο και την αυτορρύθμιση του συναισθήματος"

Μαγδαληνή Φλουρή

Τριμελής επιτροπή:
Ευάγγελος Χ. Καραδήμας
Παναγιώτης Γ. Σίμος
Καλλιόπη Χατήρα

Επιβλέπων καθηγητής: Ευάγγελος Χ. Καραδήμας

Ρέθυμνο, 2021

Αφιερώνεται στον αδερφό μου, το άφταστο πρότυπό μου και στους γονείς μου που μας εμφύσησαν την αγάπη για τη μάθηση, τη γνώση και την εξερεύνηση και στήριξαν με πείσμα και αφοσίωση τις επιλογές μας.

Πρόλογος

Η ζωή χωρίς καθόλου πόνο πιθανά θα βρισκόταν κάποιες φορές σε κίνδυνο καθώς όσο δυσάρεστος κι αν είναι, συχνά σηματοδοτεί την ανάγκη για άμεση αποκατάσταση κάποιας βλάβης που υπάρχει στο σώμα. Ωστόσο, υπάρχουν περιστάσεις κατά τις οποίες ο πόνος παύει να σηματοδοτεί την ανάγκη για άμεση φροντίδα και μετατρέπεται σε χρόνια κατάσταση προκαλώντας σημαντική επιβάρυνση στην ψυχοκοινωνική προσαρμογή, την ικανότητα για εργασία και την ποιότητα της ζωής των πασχόντων.

Ο πόνος δεν μπορεί να γίνει κατανοητός απλώς ως ένα αισθητηριακό βίωμα καθώς πολλοί διαφορετικοί παράγοντες, όπως τα συναισθήματα, οι σκέψεις, τα νοήματα που του αποδίδονται καθορίζουν τελικά την ένταση του πόνου και τη δυσφορία που προκαλεί στον κάθε πάσχοντα ξεχωριστά. Η κατανόηση των πιθανών παραγόντων που συμμετέχουν στην διαμόρφωση της εμπειρίας που γίνεται αντιληπτή ως πόνος είναι πολύ σημαντική καθώς μπορεί να βελτιώσει τις παρεμβάσεις για την αντιμετώπιση του.

Φαίνεται όμως, πως ακόμα υπάρχουν πολλά κενά στις γνώσεις μας γύρω από το φαινόμενο του πόνου, δεδομένου ότι μεταξύ άλλων ελλείψεων στην κατανόηση και τη διαχείριση του, υπάρχει μεγάλη συζήτηση και γύρω από την υποδιαχείριση του, αφήνοντας μεγάλο ποσοστό ασθενών να υποφέρουν σημαντικά για παρατεταμένα χρονικά διαστήματα.

Αυτή η διατριβή επιχειρεί να διερευνήσει τη σχέση του πόνου με τη διάσχιση, ενός πεδίου που πιθανά να μπορεί να συνεισφέρει στην κατανόηση κάποιων πτυχών της εμπειρίας του πόνου και που δεν έχει ως τώρα μελετηθεί διεξοδικά.

Ο όρος διάσχιση χρησιμοποιήθηκε ακόμα πριν και από τον Janet αλλά μάλλον ασαφώς για ένα εύρος διαφορετικών συμπτωμάτων. Αν και υπάρχουν αρκετές διαφωνίες μέχρι και σήμερα

ακόμα για τον ακριβή ορισμό, τη λειτουργία και τις επιπτώσεις της διάσχισης, είναι μάλλον ευρέως αποδεκτή η σύνδεσή της με το τραύμα και το οξύ στρες.

Ο πόνος είτε είναι οξύς ή χρόνιος μπορεί να είναι μια στρεσογόνα και δυνητικά τραυματική εμπειρία. Καθώς κάποια από τα συμπτώματα της διάσχισης σχετίζονται με μεταβολές στο βίωμα του πόνου (όπως αναισθησία, αναλγησία ή παρατεταμένος πόνος) και κάποια από αυτά τα συμπτώματα είναι κοινά σε ζώα και ανθρώπους, εύλογα προκύπτει το ερώτημα αν ο πόνος μπορεί να προκαλέσει συμπτώματα διάσχισης και πως αυτά τα συμπτώματα διάσχισης επιδρούν στο βίωμα του πόνου.

Προκειμένου να διερευνηθεί πληρέστερα η σχέση της διάσχισης με τον πόνο, πραγματοποιήθηκαν δύο διαφορετικές μελέτες μια πειραματική και μια πεδίου. Η πειραματική μελέτη εξέτασε τη σχέση του πόνου με τη διάσχιση, αλλά και τη σχέση της προϋπάρχουσας διάσχισης με τον πόνο. Η έρευνα πεδίου, μελέτησε τη σχέση της διάσχισης με τον χρόνιο πόνο και το χρόνιο νόσημα χωρίς χρόνιο πόνο ώστε να δημιουργηθεί μια εικόνα για το αν τα διάφορα διασχιστικά συμπτώματα σχετίζονται κυρίως με το τραύμα που μπορεί να προκαλεί η χρόνια ασθένεια ή ο πόνος ειδικά.

Στην γενική εισαγωγή της παρούσας διατριβής παρουσιάζονται οι θεωρητικές έννοιες και ερευνητικά ευρήματα προηγούμενων μελετών που σχετίζονται με τον πόνο, τη διάσχιση, τη ρύθμιση του συναισθήματος και κάποιες σημαντικές μεταβλητές που σχετίζονται με την προσαρμογή στον πόνο. Ακολούθως, παρουσιάζονται οι γενικοί σκοποί της παρούσας μελέτης και έπεται η εισαγωγή, μέθοδοι, αναλύσεις, αποτελέσματα και συζήτηση της πρώτης μελέτης όπου παρουσιάζονται αναλυτικά όλα τα υπάρχοντα ερευνητικά και θεωρητικά κενά, οι υποθέσεις, τα ευρήματα και η συνεισφορά των ευρημάτων στην τρέχουσα γνώση και κλινική πρακτική. Αντίστοιχη είναι η δομή και η παρουσίαση της δεύτερης μελέτης. Στο τελευταίο κεφάλαιο παρατίθεται η γενική συζήτηση όπου παρουσιάζονται τα συμπεράσματα που προκύπτουν συνολικά και από τις δύο μελέτες.

Η παρούσα διατριβή δεν θα μπορούσε να ολοκληρωθεί χωρίς την σημαντική βοήθεια αρκετών ανθρώπων που νιώθω την ανάγκη να τους ευχαριστήσω ολόψυχα. Ευχαριστώ πολύ τον επιβλέποντα της διατριβής μου καθηγητή Κλινικής Ψυχολογίας της Υγείας Ευάγγελο Καραδήμα για την στήριξη, συμβουλές και καθοδήγηση γύρω από τα θέματα της διατριβής και της επιστήμης γενικότερα, αλλά και για το πλήθος ευκαιριών που γενναιόδωρα μου πρόσφερε όλα αυτά τα χρόνια για να διευρύνω τις γνώσεις μου και τις δυνατότητες μου. Επίσης, ευχαριστώ πολύ τα άλλα δύο μέλη της τριμελούς επιτροπής μου, τον καθηγητή Αναπτυξιακής Νευροψυχολογίας Παναγιώτη Σίμο για την ανατροφοδότηση και τα σχόλια του στα θέματα της διατριβής και την καθηγήτρια Κλινικής Ψυχολογίας Καλλιόπη Χατήρα για την υποστήριξη και τις συμβουλές της.

Ευχαριστώ θερμά τον αναπληρωτή καθηγητή Ψυχοφυσιολογίας Ανδρέα Καστελλάκη για την βοήθεια στη μετάφραση των νευροψυχολογικών όρων, για την υποστήριξη και τις συμβουλές καθ' όλα τα έτη της ακαδημαϊκής μου ζωής, αλλά και για την βοήθεια στη συλλογή του δείγματος. Για την ενίσχυση στη συλλογή του δείγματος ευχαριστώ επίσης τον επίκουρο καθηγητή Γνωστικής Ψυχολογίας Ηλία Οικονόμου. Επιπλέον, ευχαριστώ την κυρία Λεφάκη Τατιάνα, αναισθησιολόγο στο Ιατρείο Πόνου του ΠΑΓΝΗ για την φιλοξενία της στο ιατρείο και τις πολύτιμες γνώσεις και τις διαφωτιστικές συζητήσεις γύρω από τα ζητήματα του πόνου. Ακόμα, πολύ σημαντική ήταν η βοήθεια της προϊσταμένης της γραμματείας κυρίας Χρυσούλας Κουταλά και του κυρίου Γιώργου Γιαννακάκη στην επεξεργασία του σήματος του καρδιακού ρυθμού.

Ευχαριστώ τον αδερφό μου Βασίλη Φλουρή για την κατασκευή της συσκευής πρόκλησης της διάσχισης (Ηχητικός Φωτεινός Ερεθισμός), τη μελέτη και την σχεδίαση της συσκευής για τη δοκιμασία ψυχρής πίεσης (ΔΨΠ), τη μετάφραση των ερωτηματολογίων, τις ατελείωτες συζητήσεις γύρω από τα θέματα του πόνου, της διάσχισης και της έρευνας γενικά αλλά και για την μεγάλη υποστήριξη και ενθάρρυνση σε κάθε φάση αυτής της μελέτης. Ευχαριστώ την αδερφική μου φίλη Ιωάννα Γαβαλά για την βοήθεια στην καταχώρηση των δεδομένων, τη μετάφραση των ερωτηματολογίων και την αμέριστη συμπαράσταση της και ενίσχυσή της. Ευχαριστώ τις φίλες και

συνεργάτιδες μου Γεωργία Δραγουμανάκη και Μαρία Σκουλικάρη για την συμπαράσταση σε συναισθηματικό και επαγγελματικό επίπεδο. Τέλος, ευχαριστώ τους γονείς μου, που δεν σταμάτησαν να με ενισχύουν και να με διευκολύνουν με κάθε πιθανό τρόπο στην επίτευξη αυτού (και κάθε άλλου) στόχου μου και που μέσα στα άλλα μου έμαθαν ότι τα εμπόδια είναι για να τα μετακινούμε.

Περιεχόμενα

Κατάλογος Πινάκων....xi
Κατάλογος Γραφημάτων....xiii
Κατάλογος Εικόνων....xiv
Περίληψη....1
1.ΕΙΣΑΓΩΓΗ....3
1.1. ΠΟΝΟΣ....3
1.1.1 Ορισμός Πόνου....3
1.1.2. Μοντέλα για την κατανόηση του πόνου....4
1.1.2.1. Θεωρίας της Πύλης Ελέγχου (Gate Control Theory of Pain)....5
1.1.2.2. Η θεωρία της Νευρωνικής Μήτρας (The Neuromatrix Theory of Pain)....6
1.1.2.3. Το Βιοψυχοκοινωνικό Μοντέλο....8
1.1.3. Ο πόνος ως νευροφυσιολογική λειτουργία....9
1.1.4. Τα είδη του πόνου....12
1.1.4.1. Παροδικός Πόνος:....12
1.1.4.2. Οξύς Πόνος:....13
1.1.4.3. Χρόνιος Πόνος:....13
1.1.4.4. Άλλες κατηγορίες:....15
1.1.5. Από τον οξύ στον χρόνιο πόνο....15
1.1.6. Επιπτώσεις του πόνου....18
1.1.7. Παράγοντες προσαρμογής στον πόνο....20
1.1.7.1. Χαρακτηριστικά που προδιαθέτουν σε δυσπροσαρμοστικές πεποιθήσεις....24
1.1.7.2. Παράγοντες ανθεκτικότητας που ευνοούν την προσαρμογή στον πόνο....24
1.1.8. Στρατηγικές διαχείρισης και η σχέση τους με τον πόνο....25
1.1.9. Η μέτρηση του πόνου....30
2. ΔΙΑΣΧΙΣΗ....34
2.1. Ορισμός....34
2.1.2. Πληθυσμός εμφάνισης της διάσχισης....35
2.2. Η κατανόηση του φαινομένου....36
2.3. Είδη διάσχισης....37
2.3.1. Απόσπαση....37
2.3.1.1. Μηχανισμός Λειτουργίας....38

2.3.2. Τμηματοποίηση....39
2.3.2.1. Μηχανισμός Λειτουργίας....40
2.3.3. Περιτραυματική διάσχιση....*42*
2.4. Άλλα μοντέλα....43
2.5. Ωφέλιμη ή βλαβερή λειτουργία;....44
3. ΔΙΑΣΧΙΣΗ ΚΑΙ ΠΟΝΟΣ....46
3.1. Διάσχιση και ένταση του πόνου....46
3.2. Η σχέση της διάσχισης ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας με την περιτραυματική διάσχιση....51
4. ΔΙΑΣΧΙΣΗ, ΠΟΝΟΣ ΚΑΙ Η ΣΧΕΣΗ ΤΟΥΣ ΜΕ ΤΟ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑ....52
4.1. Ρύθμιση του συναισθήματος....52
4.2. Ρύθμιση συναισθήματος και πόνος....53
4.3. Ρύθμιση του συναισθήματος και διάσχιση....54
4.3.1. Η κατεύθυνση της σχέσης....54
4.3.2. Μοντέλα κατανόησης της σχέσης μεταξύ διάσχισης και ρύθμισης συναισθήματος....55
4.3.3. Υπερδιαμόρφωση και υποδιαμόρφωση....56
4.3.3.1. Συναισθηματική υποδιαχείριση....57
4.3.3.2. Συναισθηματική υπερδιαχείριση....57
4.3.4. Άλλες σχετικές μελέτες....58
4.3.5. Η κατανόηση της διάσχισης μέσα από ένα ολοκληρωμένο θεωρητικό πλαίσιο για την αυτορρύθμιση....59
4.4. Συναισθηματική απορρύθμιση και διάσχιση....60
5. Η ΠΑΡΟΥΣΑ ΜΕΛΕΤΗ....64
ΜΕΛΕΤΗ 1....70
Α.1. Εισαγωγή....70
Α.1.1. Κενά και διαπιστώσεις αναπάντητων ερωτημάτων....70
Α.2. Μέθοδος....77
Α.2.1. Συμμετέχοντες....77
Α.2.2. Διαδικασία....78
Α.2.2.1. Εργαλεία....78
Α.2.2.2. Μετρήσεις....82
Α.2.3. Ελληνική απόδοση κλιμάκων....*86*
Α.3. Οδηγίες και σχεδιασμός....86
Α.3.1. Σχεδιασμός....86

Α.3.2. Διάταξη πειράματος και σχετικές διευθετήσεις.....87
Α.4. Στατιστικές αναλύσεις.....88
Α.5.1. Διαφοροποιήσεις στα χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων.....89
Α.5.1.1. Διαφοροποιήσεις στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και το κυρίαρχο χέρι.....89
Α.5.1.2. Διαφοροποιήσεις ως προς τα χαρακτηριστικά διάσχισης, συναισθήματος και αυτορρύθμισης του συναισθήματος πριν την πειραματική διαδικασία.....90
Α.5.2. Συγκρίσεις μετρήσεων μεταξύ των ομάδων κατά την πειραματική διαδικασία.....92
Α.5.2.1. Ένταση πόνου και αντοχή.....92
Α.5.2.2. Καρδιακός ρυθμός.....93
Α.5.2.2.1. Διαφορές του καρδιακού ρυθμού στις φάσεις μέτρησης μεταξύ των ομάδων και μεταβολές του καρδιακού ρυθμού εντός κάθε ομάδας.....93
Α.5.2.2.2. Μεταβολή καρδιακού ρυθμού εντός της ομάδας διάσχισης.....96
Α.5.3. Συγκρίσεις συναισθήματος και διάσχισης πριν και μετά την βύθιση στο νερό.....98
Α.5.3.1. Διαφοροποιήσεις στο θετικό κι αρνητικό συναίσθημα.....99
Α.5.3.2. Διάσχιση ως αποτέλεσμα μιας κατάστασης.....99
Α.5.3.3. Σωματόμορφη περιτραυματική διάσχιση.....101
Α.5.3.4. Περιτραυματική ψυχολογική διάσχιση.....102
Α.5.3.5. Διάσχιση ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας και η σχέση της με τις άλλες μορφές διάσχισης.....104
Α.5.5.1. Η επίδραση του αρνητικού και του θετικού συναισθήματος στη σχέση της διάσχισης με την αντοχή και την ένταση του πόνου.....106
Α.5.5.2 Επίδραση της ρύθμισης του συναισθήματος στη σχέση μεταξύ διάσχισης και αντοχής/ ένταση του πόνου.....109
Α.6. Συζήτηση.....112
Α.6.1. Αποτελεσματικότητα πειραματικών χειρισμών.....112
Α.6.2. Το είδος της διάσχισης που σχετίζεται με τον οξύ πόνο.....113
Α.6.3. Η διάσχιση ως ωφέλιμη ή επιβαρυντική λειτουργία στην εμπειρία του πόνου.....114
Α.6.3.1. Η επίδραση της διάσχισης στην ένταση του πόνου και την αντοχή.....*114*
Α.6.3.2. Συμπεράσματα για την διάσχιση που προηγείται του πόνου.....115
Α.6.4. Διάσχιση και καρδιακός ρυθμός.....*115*
Α.6.5. Συμπεράσματα για την διάσχιση ως αποτέλεσμα του πόνου.....116
Α.6.6. Η επίδραση της διάσχισης ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας στον πόνο.....117
Α.6.7. Η σχέση της διάσχισης με το συναίσθημα.....118
Α.6.8. Η σχέση της διάσχισης με τη ρύθμιση του συναισθήματος.....120

Α.6.9. Περιορισμοί μελέτης.....121
Α.6.10. Συνεισφορά μελέτης.....122
ΜΕΛΕΤΗ 2.....127
Β.1. Εισαγωγή.....127
Β.1.1. Χρόνιος πόνος, χρόνια ασθένεια και σωματόμορφη διάσχιση.....127
Β.1.2. Παράγοντες προσαρμογής στην ασθένεια και η σχέση τους με τη διάσχιση.....129
Β.1.3. Στρατηγικές διαχείρισης και η σχέση τους με τη διάσχιση.....133
Β.1.4. Άγχος και κατάθλιψη και η σχέση τους με τη διάσχιση.....134
Β.1.5. Ποιότητα της ζωής και η σχέση τους με τη διάσχιση.....134
Β.1.6. Σκοποί και υποθέσεις της μελέτης.....*135*
Β.2. Μέθοδος.....139
Β.2.1. Συμμετέχοντες και Διαδικασία.....139
Β.2.2. Εργαλεία.....141
Β.3. Αναλύσεις.....146
Β.4. Αποτελέσματα.....147
Β.4.1. Σύγκριση χαρακτηριστικών στις ομάδες του δείγματος.....147
Β.4.1.1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά.....147
Β.4.2. Συγκρίσεις μεταξύ των ομάδων ως προς την διάσχιση.....148
Β.4.3. Συσχέτιση της διάσχισης με τις μεταβλητές προσαρμογής στην ασθένεια στο σύνολο των ασθενών.....149
Β.4.4. Μελέτη των σχέσεων της διάσχισης με τις μεταβλητές προσαρμογής και διαχείρισης του πόνου στους ασθενείς με χρόνιο πόνο.....151
Β.4.4.1. Αναπαραστάσεις ασθένειας.....152
Β.4.4.2. Άγχος και Κατάθλιψη.....153
Β.4.4.3. Ποιότητα ζωής.....154
Β.4.4.4. Καταστροφοποίηση του πόνου.....154
Β.4.4.5. Σοβαρότητα και παρεμβολή του πόνου.....155
Β.4.4.6. Μηχανισμοί Διαχείρισης του στρες.....156
Β.4.5. Ο ρόλος της διάσχισης στην διακύμανση της έντασης και της παρεμβολής του πόνου.....158
Β.4.5.1. Ο ρόλος της διάσχισης στην διακύμανση της έντασης του πόνου.....158
Β.4.6. Η σωματόμορφη διάσχιση ως ρυθμιστική μεταβλητή.....159
Β.4.6.1. Ο ομάδα ασθενών ως ρυθμιστική μεταβλητή της σχέσης της διάσχισης με την ένταση του πόνου.....159

Β.4.6.2. Η διάσχιση ως ρυθμιστική μεταβλητή στη σχέση μεταξύ έντασης και παρεμβολής του πόνου και προσαρμογή στους ασθενείς με χρόνιο πόνο....160
Β.5. Συζήτηση....164
Β.5.1. Συγκρίσεις μεταξύ των δύο ομάδων....164
Β.5.2 Η λειτουργία της διάσχισης στους ασθενείς με χρόνιο πόνο....169
Β.5.3 Περιορισμοί....174
Β.5.4. Συνεισφορά....175
6. ΓΕΝΙΚΗ ΣΥΖΗΤΗΣΗ....179
Βιβλιογραφία....189
Παράρτημα....228
1. Ερωτηματολόγια πειραματικής μελέτης....228
2. Ερωτηματολόγια μελέτης πεδίου....245

Κατάλογος Πινάκων

Πίνακας 1.	Αντιστοίχιση θεωρητικών κενών με τις ερευνητικές υποθέσεις της παρούσας μελέτης 1.....	76
Πίνακας 2.	Κριτήρια αποκλεισμού από το πείραμα.....	77
Πίνακας 3.	Δημογραφικά χαρακτηριστικά και διαφοροποιήσεις μεταξύ των ομάδων του δείγματος ως προς το φύλο, την οικογενειακή κατάσταση και το κυρίαρχο χέρι.	90
Πίνακας 4.	Δημογραφικά χαρακτηριστικά και διαφοροποιήσεις μεταξύ των ομάδων του δείγματος ως προς την ηλικία και τα έτη εκπαίδευσης.....	90
Πίνακας 5.	Διαφοροποιήσεις ομάδων ως προς την αυτορρύθμιση συναισθήματος, το συναίσθημα και τη διάσχιση ως χαρακτηριστικό και ως αποτέλεσμα μιας κατάστασης, τη σωματόμορφη περιττραυματική και την περιτραυματική ψυχολογική διάσχιση πριν την έναρξη του πειράματος.....	91
Πίνακας 6.	Διαφορές στην ένταση του πόνου και του χρόνου βύθισης μεταξύ των ομάδων διάσχισης και ελέγχου.....	92
Πίνακας 7.	Διαφορές μεταξύ των φάσεων μέτρησης του καρδιακού ρυθμού (bpm) για την ομάδα διάσχισης και την ομάδα ελέγχου.....	94
Πίνακας 8.	Μέσος όρος, τυπικό σφάλμα και 95% Δ.Ε. μετρήσεων καρδιακού ρυθμού (bpm) ανά φάση μέτρησης σε κάθε ομάδα χωριστά.....	95
Πίνακας 9.	Μέσος όρος, τυπική απόκλιση και μέγιστη- ελάχιστη τιμή καρδιακών παλμών ανά φάση μέτρησης στην ομάδα διάσχισης.....	97
Πίνακας 10.	Μέση διαφορά φάσεων μέτρησης στην ομάδα διάσχισης και στατιστική σημαντικότητα των διαφορών αυτών.....	98
Πίνακας 11.	Μέσος όρος και τυπική απόκλιση μετρήσεων διάσχισης ως κατάσταση στην 1η και την 2η μέτρησή τους για τις ομάδες διάσχισης και ελέγχου.....	101
Πίνακας 12.	Συσχετίσεις (Pearson r) διάσχισης ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας με την διάσχιση ως κατάσταση, την σωματόμορφη περιτραυματική διάσχιση και την περιτραυματική ψυχολογική διάσχιση.....	104
Πίνακας 13.	Η επίδραση της ομάδας στη σχέση της περιτραυματικής διάσχισης με την αντοχή και την ένταση του πόνου.....	106
Πίνακας 14.	Συσχετίσεις (Pearson r) του θετικού και του αρνητικού συναισθήματος με τη διάσχιση ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας, τη διάσχιση ως αποτέλεσμα μιας κατάστασης και την περιτραυματική σωματόμορφη και ψυχολογική διάσχιση.....	107
Πίνακας 15.	Η επίδραση του αρνητικού συναισθήματος στη σχέση μεταξύ διάσχισης και της έντασης/ αντοχής του πόνου	108
Πίνακας 16.	Η επίδραση του θετικού συναισθήματος στη σχέση μεταξύ διάσχισης και έντασης/ αντοχής του πόνου.....	109
Πίνακας 17.	Η επίδραση της αυτορρύθμισης στη σχέση μεταξύ διάσχισης και έντασης/ αντοχής του πόνου	111
Πίνακας 18.	Αντιστοίχιση θεωρητικών κενών με τις υποθέσεις της παρούσας μελέτης 2.....	139
Πίνακας 19.	Κατηγορίες νοσημάτων στις ομάδες ασθενών με πόνο και χωρίς πόνο.....	141

Πίνακας 20. Οικογενειακή κατάσταση στο συνολικό δείγμα..... 141

Πίνακας 21. Κατανομή ασθενών με πόνο και χωρίς πόνο ως προς το φύλο και την εκπαίδευση και στατιστική σημαντικότητα των διαφορών τους..... 148

Πίνακας 22. Συγκρίσεις μεταξύ των ομάδων στη διάσχιση..... 148

Πίνακας 23. Συσχετίσεις διάσχισης με τους παράγοντες προσαρμογής στην ασθένεια..... 150

Πίνακας 24. Συγκρίσεις μεταξύ ομάδων χαμηλής και υψηλής διάσχισης ως προς τις αναπαραστάσεις, την ποιότητα της ζωής, την καταστροφοποίηση του πόνου, και τη σοβαρότητα και την παρεμβολή του πόνου..... 157

Πίνακας 25. Αποτελέσματα από τον έλεγχο της διάσχισης ως ρυθμιστικής μεταβλητής στη σχέση μεταξύ αναπαραστάσεων, άγχους/ κατάθλιψης, ποιότητας της ζωής, καταστροφοποίησης και μηχανισμών διαχείρισης του πόνου με την ένταση του πόνου στην ομάδα ασθενών με χρόνιο πόνο..... 162

Πίνακας 26. Αποτελέσματα από το έλεγχο της διάσχισης ως ρυθμιστικής μεταβλητής στη σχέση μεταξύ αναπαραστάσεων, άγχους/ κατάθλιψης, ποιότητας της ζωής, καταστροφοποίησης και μηχανισμών διαχείρισης με την παρεμβολή του πόνου, στην ομάδα ασθενών με χρόνιο πόνο..... 163

Κατάλογος Γραφημάτων

Γράφημα 1. Μέσοι όροι διάρκειας βύθισης του χεριού στο παγωμένο νερό ανά ομάδα..... 93

Γράφημα 2. Απεικόνιση καρδιακού ρυθμού (bpm) στις φάσεις μέτρησης των ομάδων διάσχισης και ελέγχου..... 95

Γράφημα 3. Διακύμανση του καρδιακού ρυθμού της ομάδας διάσχισης στις 6 φάσεις μέτρησης 97

Γράφημα 4. Αλληλεπίδραση μεταξύ ομάδας και φάσης μέτρησης της διάσχισης ως κατάσταση..... 100

Γράφημα 5. Μεταβολή της σωματόμορφης διάσχισης μεταξύ των δύο φάσεων μέτρησης στις δύο ομάδες του πειράματος..... 102

Γράφημα 6. Αλληλεπίδραση μεταξύ ομάδας και φάσης μέτρησης της περιτραυματικής διάσχισης-χαρακτηριστικό..... 103

Γράφημα 7. Διαφοροποιήσεις μεταξύ ομάδων χαμηλής και υψηλής διάσχισης στην σοβαρότητα και την παρεμβολή του πόνου..... 155

Γράφημα 8. Η σχέση της διάσχισης με τον πόνο ανάλογα με την παρουσία χρόνιου πόνου... 160

Κατάλογος Εικόνων

Εικόνα 1.	Οι διαστάσεις του πόνου.....	4
Εικόνα 2.	Παράγοντες που καθορίζουν τη λειτουργία της πύλης.....	6
Εικόνα 3.	Παράγοντες που συμμετέχουν στο "σχηματισμό" του βιώματος του πόνου σύμφωνα με το μοντέλο της Νευρωνικής Μήτρας.....	8
Εικόνα 4.	Παράγοντες που αλληλεπιδρούν για την παραγωγή του βιώματος του πόνου.....	12
Εικόνα 5.	Το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλου του πόνου και οι επιπτώσεις στην ποιότητα της ζωής.....	20
Εικόνα 6.	Συνεχές διακύμανσης από τη φυσιολογική στην παθολογική διάσχιση.....	37
Εικόνα 7.	Είδη διάσχισης γενικά και περιτραυματικής διάσχισης.....	43
Εικόνα 8.	Οι δύο τύποι ΜΤΔ όπως έχουν διαμορφωθεί στο DSM V.....	56
Εικόνα 9.	Μεταβολή της συνηθισμένης λειτουργία της αυτορρύθμισης προς μια εστιασμένη στην επιβίωση αυτορρυθμιστική λειτουργία.....……..	60
Εικόνα 10.	Συσκευή δοκιμασίας ψυχρής πίεσης.....	80
Εικόνα 11.	Χρονοδιάγραμμα εκτέλεσης των διάφορων πειραματικών χειρισμών.....	88
Εικόνα 12.	Συνοπτική παρουσίαση της σχέσης του πόνου με τη διάσχιση στην ΟΕ και στην ΟΔ.....	117
Εικόνα 13.	Η γενίκευση της χρήσης της διάσχισης.....	173
Εικόνα 14.	Ο κύκλος αποκοπής από την ενεργή εμπλοκή στις καθημερινές δραστηριότητες	174

Περίληψη

Η μελέτη αυτή αποτελείται από μια πειραματική έρευνα και από μια έρευνα πεδίου. Ο σκοπός των μελετών ήταν η διερεύνηση της σχέσης του πόνου με τη διάσχιση. Κυριότεροι σκοποί της πειραματικής μελέτης ήταν (α) η διερεύνηση της πιθανότητας η διάσχιση να προκύπτει ως "αντίδραση" στον οξύ σωματικό πόνο, (β) η διερεύνηση ποιου τύπου διάσχισης κυρίως σχετίζεται με τον οξύ πόνο και της σχέσης της με το βίωμα του πόνου (σε επίπεδο έντασης, αντοχής και ψυχοφυσιολογικής διέγερσης), καθώς και (γ) πως η πιθανή προϋπαρξη διασχιστικών συμπτωμάτων μπορεί να επιδρά στην εμπειρία του πόνου. Συνολικά συμμετείχαν 53 άτομα, προπτυχιακοί φοιτητές του Τμήματος Ψυχολογίας (47 γυναίκες και έξι άνδρες). Ο *Μ.Ο.* της ηλικίας τους ήταν τα 20.91 έτη (*Τ.Α.*= 1.43). Οι συμμετέχοντες χωρίστηκαν στην ομάδα διάσχισης (ΟΔ) στους οποίους έγινε πρόκληση διασχιστικών συμπτωμάτων πριν την έκθεση στον πόνο και την ομάδα ελέγχου (ΟΕ). Ο πόνος προκλήθηκε μέσω της Δοκιμασίας Ψυχρής Πίεσης. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι συμμετέχοντες ανέπτυξαν κυρίως συμπτώματα σωματόμορφης περιτραυματικής διάσχισης ως "αντίδραση" στον πόνο. Οι συμμετέχοντες στην ΟΕ είχαν μεγαλύτερη αντοχή στον πόνο και μη σημαντική αύξηση του καρδιακού ρυθμού τους, ωστόσο οι συμμετέχοντες στην ΟΔ εμφάνισαν μειωμένη αντοχή και αυξημένη ένταση πόνου, περαιτέρω ανάπτυξη διασχιστικών συμπτωμάτων ενώ η διάσχιση σχετιζόταν με χαμηλότερη ψυχοφυσιολογική διέγερση.

Κυριότερος σκοπός της μελέτης πεδίου ήταν η διερεύνηση της πιθανότητας τα συμπτώματα διάσχισης να σχετίζονται κυρίως με τον χρόνιο πόνο ή το χρόνιο νόσημα και η πιθανή επίδραση της διάσχισης στο βίωμα του πόνου (ένταση, παρεμβολή) και τις λοιπές μεταβλητές προσαρμογής στον χρόνιο πόνο. Στη μελέτη συμμετείχαν 284 άτομα (174 γυναίκες και 110 άνδρες). Εξ' αυτών οι 161 ήταν ασθενείς με χρόνιο νόσημα που συνοδεύεται από χρόνιο πόνο, με Μ.Ο. ηλικίας τα 53.51 έτη (*Τ.Α.*=12.40*)*, ενώ οι 123 ήταν ασθενείς με χρόνιο νόσημα χωρίς πόνο με Μ.Ο. ηλικίας τα 60.57 έτη (*Τ.Α.*= 13.06*)*. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι ασθενείς με χρόνιο πόνο είχαν περισσότερα συμπτώματα διάσχισης από τους ασθενείς με χρόνιο νόσημα χωρίς χρόνιο πόνο. Ωστόσο και οι δύο

ομάδες ασθενών, όσο περισσότερα συμπτώματα διάσχισης βίωναν τόσο αυξανόταν και η ένταση του πόνου τους, ενώ για τους ασθενείς με χρόνιο πόνο η σχέση αυτή παρατηρήθηκε και για την παρεμβολή του πόνου. Επιπλέον, φάνηκε ότι η διάσχιση και στις δύο ομάδες ασθενών σχετίζεται με χειρότερη προσαρμογή στο νόσημα χωρίς όμως να προκύπτει ότι η διάσχιση μεσολαβούσε τη σχέση μεταξύ μεταβλητών προσαρμογής και πόνου.

Συμπερασματικά, τα αποτελέσματα των δύο μελετών καταδεικνύουν τη στενή σχέση της σωματόμορφης περιτραυματικής διάσχισης με τον πόνο. Στον οξύ πόνο τα διασχιστικά συμπτώματα μπορεί να αποτελούν μια κοινή, μη παθολογική, "αυτόματη" αντίδραση του οργανισμού. Ωστόσο, τόσο σε περιστάσεις που τα διασχιστικά συμπτώματα προηγούνται του οξέος πόνου, όσο και στον χρόνιο πόνο, τα διασχιστικά συμπτώματα μπορεί να λειτουργήσουν επιβαρυντικά στην εμπειρία του πόνου και στην προσαρμογή στο νόσημα. Έτσι, καθίσταται σημαντική η αξιολόγηση ύπαρξης διασχιστικών συμπτωμάτων σε κάθε περίπτωση που οι ασθενείς βιώνουν πόνο, αλλά και η συμπερίληψη στρατηγικών διαχείρισης των διασχιστικών συμπτωμάτων στα διάφορα πρωτόκολλα διαχείρισης του πόνου.

Λέξεις κλειδιά: οξύς/ χρόνιος πόνος, διάσχιση, χρόνιο νόσημα, τραύμα, ψυχοφυσιολογική διέγερση

1.ΕΙΣΑΓΩΓΗ

1.1. ΠΟΝΟΣ

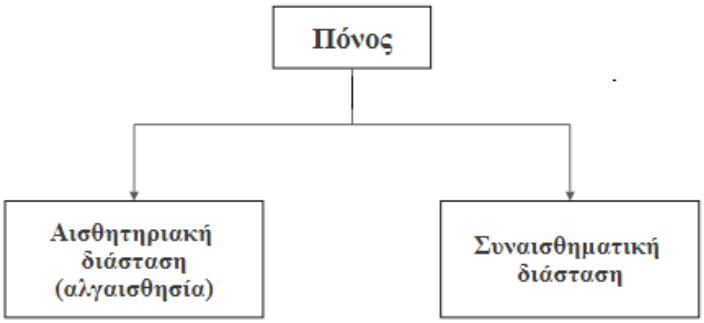
1.1.1 Ορισμός Πόνου

Ο πόνος είναι ένα χρήσιμο βίωμα για τον οργανισμό, καθώς στοχεύει να τον προστατεύσει από πιθανή βλάβη ή τραυματισμό (Woolf & Mannion, 1999. Melzack, 2005). Σύμφωνα με τον Διεθνή Σύνδεσμο για την Μελέτη του Πόνου (International Association for the Study of Pain, 1994), ο πόνος είναι ένα δυσάρεστο αισθητηριακό και συναισθηματικό βίωμα που σχετίζεται με πραγματική ή επαπειλούμενη βλάβη των ιστών ή με ερεθισμό τους. Ήδη, λοιπόν, από τον ορισμό προκύπτει πως αποτελείται από δύο ξεχωριστές διαστάσεις: την αισθητηριακή και τη συναισθηματική (Εικόνα 1).

Συχνά στις περιγραφές κυριαρχεί η αισθητηριακή διάσταση του πόνου, δηλαδή το βίωμα στο σώμα του πάσχοντα. Η αισθητηριακή αυτή διάσταση σχετίζεται με αυτό που περιγράφεται ως *αλγαισθησία,* δηλαδή την διαδικασία κατά την οποία ο ερεθισμός των νεύρων μεταφέρει την πληροφορία για πιθανή βλάβη των ιστών στον εγκέφαλο (Gatchel, Peng, Peters, Fuchs, & Turk, 2007) και διαφέρει από την περιγραφή του *πόνου* που περιλαμβάνει και τη διάσταση του συναισθήματος και ορίζεται ως μία υποκειμενική αντίληψη που προκύπτει από τη μεταγωγή, μετάδοση και μετατροπή της αισθητηριακής εμπειρίας. Η εντύπωση που προκαλεί το σωματικό ερέθισμα, "φιλτράρεται" από γενετικούς παράγοντες, μνήμες, την παρούσα ψυχολογική κατάσταση αλλά ακόμα και από παράγοντες που σχετίζονται με τις κοινωνικοοικονομικές συνθήκες του ατόμου, προκειμένου να προκύψει τελικά το υποκειμενικό αίσθημα του πόνου (Gatchel et al., 2007). Ο πόνος δηλαδή, είναι το τελικό αποτέλεσμα μιας εκτεταμένης διεργασίας που καταλήγει στη συνείδηση του πάσχοντα. Χωρίς συνείδηση δεν υπάρχει πόνος. Χαρακτηριστικό είναι πως οι ασθενείς που είναι τελείως αναίσθητοι δεν αντιλαμβάνονται τον πόνο, παρόλο που η ικανότητα της αλγαισθησίας δεν παύει να υπάρχει και μπορεί να διαπιστωθεί μέσω άλλων σωματικών

αντιδράσεων (Gatchel et al., 2007). Συνεπώς, η αντίληψη του πόνου προϋποθέτει την ύπαρξη συνείδησης.

Τέλος, στον ορισμό δεν γίνεται καμία σύνδεση μεταξύ της έντασης του ερεθίσματος και του πόνου που βιώνει κάποιος (Rainville, 2002. Taub, Worsowicz, Gnatz, & Cifu, 1998). Παρόλο που ο πόνος είναι μία κοινή ανθρώπινη εμπειρία, κάθε άνθρωπος τον βιώνει με διαφορετικό τρόπο και οι διαφορές αυτές οφείλονται σε σωματικούς, ψυχολογικούς και νευροβιολογικούς παράγοντες (Edwards, 2005. Farmer et al., 2013) που θα συζητηθούν εκτενώς παρακάτω.



Εικόνα 1. Οι διαστάσεις του πόνου

1.1.2. Μοντέλα για την κατανόηση του πόνου

Στην παρούσα ενότητα θα γίνει μία πολύ σύντομη ιστορική αναδρομή και θα παρουσιαστούν συνοπτικά τα τρία κυριότερα μοντέλα του πόνου, καθώς καθένα από αυτά, συνέβαλε καθοριστικά στην κατανόηση και στην ανάπτυξη μοντέλων διαχείρισης του πόνου.

Η ιστορία της μελέτης του πόνου είναι πολύ μεγάλη. Κατά το 19ο και τον 20ο αιώνα κυριάρχησαν τα βιοϊατρικά μοντέλα. Δύο κύριες θεωρίες υπήρχαν για τον πόνο, που ακολουθούσαν μία Καρτεσιανή οπτική σύμφωνα με την οποία, υπήρχε ισόμορφη σχέση μεταξύ πόνου και βλάβης των ιστών. Η πρώτη ήταν η θεωρία της εξειδίκευσης (specificity theory του von Frey), η οποία ανέφερε πως υπάρχουν εξειδικευμένοι μηχανισμοί υποδοχής και δίοδοι που μεταφέρουν και μεταδίδουν συγκεκριμένες πληροφορίες πόνου από την περιφέρεια στο νωτιαίο

μυελό και έπειτα στον εγκέφαλο (Gatchel et al., 2007. Melzack & Wall, 1965). Η δεύτερη, ήταν η θεωρία των προτύπων (pattern response του Goldscheider), σύμφωνα με την οποία η αλγαισθησία προκύπτει εξ' αιτίας ενός προτύπου αντιδράσεων στα προσαγωγά συστήματα. Έτσι, η ένταση του ερεθίσματος και η επεξεργασία του προτύπου της αντίδρασης καθορίζει την ένταση του πόνου (Gatchel et al., 2007. Melzack & Wall, 1965). Αρκετά αργότερα, καθώς η γνώση για τον πόνο αυξήθηκε και κανένα από τα υπάρχοντα μοντέλα δεν επαρκούσε, ο Melzak και ο Wall το 1965 πρότειναν το μοντέλο της Θεωρίας της Πύλης Ελέγχου (Gate Control Theory of Pain).

1.1.2.1. Θεωρίας της Πύλης Ελέγχου (Gate Control Theory of Pain)

Σύμφωνα με θεωρία της πύλης ελέγχου, η πηκτωματώδης ουσία των οπίσθιων κεράτων του νωτιαίου μυελού λειτουργεί ως ένας μηχανισμός "πύλης ελέγχου" όπου διαμορφώνει τη συναπτική διαβίβαση των νευρικών ώσεων από τις περιφερειακές ίνες στα κεντρικά διαβιβαστικά κύτταρα. Ο μηχανισμός αυτός μπορεί να "ανοίγει" ή να "κλείνει" την πύλη και να επιτρέπει την διέγερση των διαβιβαστικών κυττάρων που στέλνουν ώσεις στον εγκέφαλο για να τις μεταφράσει σαν πόνο. Η λειτουργία της πύλης εξαρτάται από τρεις διαφορετικούς παράγοντες (Melzack & Wall, 1965): (1) Από το βαθμό δραστηριότητας στους υποδοχείς του πόνου, δηλαδή τον συνολικό αριθμό ενεργών ινών και τις συχνότητες των νευρικών ώσεων που μεταφέρουν. Ισχυρότερα ερεθίσματα ενεργοποιούν περισσότερο τους υποδοχείς και "ανοίγουν" την πύλη. (2) Από την κατανομή της δραστηριότητας στους κεντρικούς και τους περιφερειακούς υποδοχείς. Οι κεντρικοί υποδοχείς είναι υπεύθυνοι για την μεταφορά έντονων ερεθισμών, ενώ οι περιφερειακοί για ηπιότερα αισθητηριακά ερεθίσματα όπως το απαλό άγγιγμα, το τρίψιμο ή το μαλακό ξύσιμο. Έτσι, ένα ελαφρύ τρίψιμο σε μία περιοχή μπορεί να ενεργοποιήσει αρκετούς περιφερειακούς υποδοχείς με αποτέλεσμα να μεταβληθεί το ισοζύγιο των ενεργών κεντρικών και περιφερειακών υποδοχέων και να "κλείσει" την πύλη ελέγχου, μειώνοντας την ένταση του πόνου. Πάνω σε αυτή την λογική εφαρμόζονται και τεχνικές ανακούφισης από τον πόνο, όπως ο βελονισμός ή ο διαδερμικός ηλεκτρικός νευρικός ερεθισμός. (3) Από τη λειτουργία του εγκεφάλου (Εικόνα 2). Σύμφωνα με το μοντέλο, είναι πιθανό

ότι ενεργοποιούνται διεργασίες στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα (ΚΝΣ) που σχετίζονται με την προσοχή, τα συναισθήματα, τις μνήμες προηγούμενων εμπειριών πόνου με σκοπό να ελέγξουν το εισερχόμενο αισθητηριακό ερέθισμα (Melzack & Wall, 1965). Σύμφωνα με τους Gatchel, Howard και Kishino (2010), αρνητικές καταστάσεις όπως τα συναισθήματα αβοηθητότητας, η απελπισία και ο θυμός αυξάνουν την ένταση του αισθητηριακού ερεθίσματος. Το ίδιο συμβαίνει και με την υιοθέτηση μη βοηθητικών συμπεριφορών όπως οι κακές διατροφικές συνήθειες, το κάπνισμα, ο ανεπαρκής ύπνος και έλλειψη άσκησης που "ανοίγουν" την πύλη. Αντίστοιχα, στρατηγικές που βοηθούν στην προσαρμογή και που μειώνουν το στρες "κλείνουν" την πύλη.

Η συμβολή αυτού του μοντέλου ήταν καθοριστική, καθώς για πρώτη φορά ο πόνος έπαψε να είναι μία παθητικό βίωμα, αλλά ενέπλεξε ενεργά την λειτουργία του εγκεφάλου. Έτσι οι ψυχολογικοί παράγοντες που πρωτύτερα θεωρούνταν αντιδράσεις στον πόνο, θεωρήθηκαν πλέον αναπόσπαστο κομμάτι της επεξεργασίας και του τελικού βιώματος του πόνου (Melzack, 1999).

Εικόνα 2. Παράγοντες που καθορίζουν τη λειτουργία της πύλης

1.1.2.2. Η θεωρία της Νευρωνικής Μήτρας (The Neuromatrix Theory of Pain)

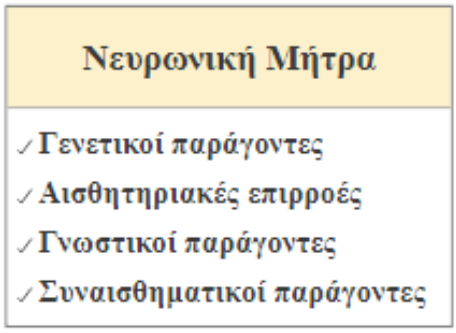
Η θεωρία της Νευρωνικής Μήτρας αποτελεί μια εξέλιξη της Θεωρίας της Πύλης Ελέγχου που περιλαμβάνει την έννοια του στρες και άλλων ψυχολογικών και σωματικών μηχανισμών (Melzack, 1999). Με τον όρο στρες εννοείται κάθε πιθανή αναστάτωση που προκαλείται στον οργανισμό από κάποιο τραυματισμό ή βλάβη, αλλά και από ψυχολογική απειλή ή αναστάτωση που

διαταράσσει την ομοιοστατική ισορροπία του οργανισμού, αναγκάζοντας τον να λειτουργήσει προς την αποκατάσταση της (Melzack, 1999).

Ο Melzack (1999) χρησιμοποιώντας τα δεδομένα από μελέτες του για το μέλος φάντασμα κατέληξε σε τέσσερα συμπεράσματα για το νευρικό σύστημα: (1) Στον εγκέφαλο υπάρχουν διεργασίες που υποστηρίζουν την ικανότητα αντίληψης ερεθισμάτων από διαφορετικά τμήματα του σώματος. Οι εγκεφαλικές διεργασίες ενεργοποιούνται και τροποποιούνται από ερεθισμούς που προέρχονται από το σώμα αλλά εξακολουθούν και λαμβάνουν χώρα ακόμα και εν απουσία ερεθισμών. (2) Τα πρότυπα που καθορίζουν τις ιδιότητες μιας εμπειρίας καθορίζονται από νευρωνικά δίκτυα στον εγκέφαλο. Ένα ερέθισμα μπορεί να ενεργοποιήσει ένα πρότυπο αντίδρασης, αλλά όχι να το παράξει. (3) Η αναγνώριση του "εαυτού" ως οντότητας ανεξάρτητης από τους άλλους ανθρώπους και τον κόσμο, διαμορφώνεται από κεντρικές νευρικές διεργασίες και όχι από το περιφερειακό νευρικό σύστημα ή την σπονδυλική στήλη. (4) Οι εγκεφαλικές διεργασίες που διαμορφώνουν την αντίληψη του "εαυτού" είναι γενετικά προκαθορισμένες, αν και μπορούν να τροποποιηθούν από την εμπειρία.

Σύμφωνα με αυτό το μοντέλο, ο πόνος είναι πολυδιάστατη εμπειρία που παράγεται από μια χαρακτηριστική νευρωνική υπογραφή (neurosignature) ενός ευρέως κατανεμημένου νευρωνικού δικτύου που ονομάζεται νευρωνική μήτρα (neuromatrix), η οποία καθορίζεται τόσο γενετικά όσο και από αισθητηριακές επιρροές. Η νευρωνική μήτρα συμπεριλαμβάνει αισθητηριακούς, γνωστικούς (π.χ. προσοχή, μνήμες, πεποιθήσεις, διεργασίες της σκέψης κλπ.) και συναισθηματικούς παράγοντες (π.χ. αρνητικό συναίσθημα) που συμμετέχουν στο "σχηματισμό" του βιώματος του πόνου (Εικόνα 3). Το πρότυπο του πόνου που παράγεται από την νευρωνική μήτρα εμπλέκει τόσο αντιληπτικές και συμπεριφορικές αντιδράσεις, όσο και την ενεργοποίηση των ομοιοστατικών μηχανισμών του οργανισμού για την αντιμετώπιση της βλάβης ή της απειλής. Έτσι, ο πόνος είναι το αποτέλεσμα της διεργασίας ενός ευρέως κατανεμημένου νευρωνικού δικτύου και

όχι μια ευθεία αντίδραση σε ένα αισθητηριακό ερέθισμα που προκύπτει από κάποιο τραυματισμό, φλεγμονή ή άλλη παθολογία (Melzack, 1999, 2001, 2005).



Εικόνα 3. Παράγοντες που συμμετέχουν στο "σχηματισμό" του βιώματος του πόνου σύμφωνα με το μοντέλο της Νευρωνικής Μήτρας

1.1.2.3. Το Βιοψυχοκοινωνικό Μοντέλο

Το τρίτο μοντέλο κατανόησης του πόνου στο οποίο θα αναφερθούμε εδώ, είναι το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο. Αυτό είναι και το κυρίαρχο στην μελέτη του πόνου, καθώς δίνει ένα θεωρητικό πλαίσιο που περιλαμβάνει όλες τις διαστάσεις που φαίνεται να εμπλέκονται και εξηγεί τους πιθανούς μηχανισμούς μέσω των οποίων ο πόνος εγκαθίσταται και γίνεται χρόνιος. Συγκεκριμένα, αναφέρεται στους οργανικούς παράγοντες που μπορεί να επιφέρουν πόνο (π.χ. ασθένεια, τραυματισμός), στους ψυχολογικούς παράγοντες που μπορεί να συμμετέχουν στο βίωμα ή στην διατήρηση του πόνου (για παράδειγμα, άγχος, κατάθλιψη, θυμός), καθώς και τις επιδράσεις των κοινωνικών παραγόντων (όπως, π.χ. η κοινωνική απομόνωση, η απώλεια εργασίας κλπ). Οι παράγοντες αυτοί δεν αποτελούν απλώς ξεχωριστές διαστάσεις του φαινομένου αλλά συμμετέχουν ταυτόχρονα και συνδιαμορφώνουν το βίωμα, το οποίο είναι μοναδικό και διαφορετικό για κάθε πάσχοντα (Gatchel et al., 2007. Gatchel et al., 2010).

Το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο του πόνου είναι μια προσαρμογή του Loeser (1982) στο μοντέλο του Engel (1977) που τόνισε πως καθώς η αρρώστια χρονίζει, οι ψυχολογικές συνιστώσες

δυσχεραίνουν την αξιολόγηση και τη θεραπεία (Moseley & Butler, 2015). Υπάρχουν τέσσερις διαφορετικές διαστάσεις που σχετίζονται με τον πόνο (Gatchel et al., 2007): *η αλγαισθησία* που σχετίζεται με την αισθητηριακή διάσταση, *ο πόνος* που είναι η υποκειμενική αντίληψη που προκύπτει από το ερέθισμα, *η δυσφορία* που αναφέρεται στην αρνητική συναισθηματική αντίδραση που προκύπτει από την αλγαισθησία ή τον πόνο και *οι συμπεριφορές πόνου*, δηλαδή, οι συμπεριφορές κάποιου που υποφέρει από πόνο. Σύμφωνα με το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο, ο χρόνιος πόνος θεωρείται ως ένα είδος *ασθένειας (illness)* (Gatchel et al., 2007). Χαρακτηρίζεται δηλαδή, από την μοναδική αλληλεπίδραση μεταξύ βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων που διαμορφώνουν την υποκειμενική εμπειρία μιας ασθένειας η οποία δεν επιδέχεται θεραπεία αλλά μόνο διαχείριση (όπως όλες οι χρόνιες ασθένειες π.χ., διαβήτης, άσθμα κλπ.). Διαφέρει δε από την *αρρώστια (disease)* που ορίζεται ως μια κατάσταση που προκύπτει από την διαταραχή των φυσιολογικών λειτουργιών και θεωρείται ως ένα "αντικειμενικό, βιολογικό συμβάν" (Gatchel et al., 2007)

Στο παρόν κεφάλαιο δεν θα γίνει αναφορά στους συγκεκριμένους τρόπους με τους οποίους οι διάφοροι ψυχολογικοί και κοινωνικοί παράγοντες αλληλεπιδρούν και συμμετέχουν στην διαμόρφωση του πόνου καθώς θα αναλυθούν εκτενέστερα σε επόμενο κεφάλαιο. Στόχος του συγκεκριμένου κεφαλαίου είναι να μεταφέρει την συλλογιστική μέσα από την οποία γίνεται κατανοητή η εμπειρία του πόνου.

1.1.3. Ο πόνος ως νευροφυσιολογική λειτουργία

Εδώ, θα γίνει μία πολύ συνοπτική περιγραφή του τρόπου με τον οποίο γίνεται αισθητηριακά αντιληπτός ο πόνος, ώστε να έχουμε πληρέστερη κατανόηση του φαινομένου, αλλά και για να συζητηθούν κάποιες προεκτάσεις που σχετίζονται με την πολυπαραγοντικότητά του.

Οι νευρικές απολήξεις που βρίσκονται στο δέρμα μας και είναι υπεύθυνες για την συλλογή πληροφοριών που σχετίζονται με τον πόνο ονομάζονται αλγοϋποδοχείς. Όταν γίνει αντιληπτός

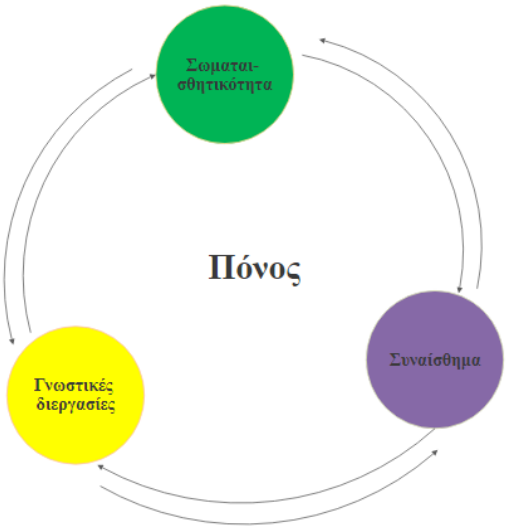
κάποιος ερεθισμός που θεωρητικά μπορεί να θεωρηθεί βλαβερός, αλλάζει η χημική κατάστασή των αγλοϋποδοχέων και μεταφέρουν το μήνυμα του πόνου στις περιφερειακές νευρικές ίνες που με τη σειρά τους μεταφέρουν τις νευρικές ώσεις στο νωτιαίο μυελό ή σε πυρήνες κρανιακών νεύρων (Dolphin, 1983. Ιατρού, 2003). Υπάρχουν δύο κυρίως συστήματα νευρικών ινών που μας ενδιαφέρουν στον πόνο: Οι λεπτές ίνες Αδ και οι αμύελες ίνες C. Οι λεπτές ίνες Αδ μεταφέρουν με μεγάλη ταχύτητα την πρώτη έντονη αίσθηση του πόνου που μπορεί να σχετίζεται με τσίμπημα ή τρύπημα. Οι αμύελες ίνες C μεταφέρουν το "βραδύ άλγος", τον πόνο που μοιάζει με κάψιμο και προκύπτει από το ίδιο τσίμπημα ή τρύπημα (Dolphin, 1983). Η επεξεργασία του σήματος γίνεται στο νωτιαίο μυελό ή στο στέλεχος του εγκεφάλου, πριν από τη μεταβίβαση σε υπερνωτιαίες δομές. Μετά από περαιτέρω επεξεργασία σε υπερνωτιαίες δομές, η πληροφορία προκαλεί συνειδητή αντίληψη του πόνου. Το αίσθημα του πόνου γίνεται αντιληπτό στο φλοιό του εγκεφάλου. Καθένα από τα επίπεδα του ΚΝΣ διαθέτει τροποποιητικούς μηχανισμούς (Riedel & Neck, 2001). Αυτό είναι το τέλος μιας εξαιρετικά πολύπλοκης διαδρομής, που αρχίζει από τους περιφερικούς αλγοϋποδοχείς, διατρέχει τους νευράξονες των περιφερικών νεύρων και καταλήγει στον νωτιαίο μυελό. Συνεχίζει μέσα στον νωτιαίο μυελό και μέσω του εγκεφαλικού στελέχους φτάνει στον θάλαμο. Από εκεί, μέσω των θαλαμοφλοιωδών συνδέσεων, η πληροφορία που έχει ήδη αναλυθεί, φτάνει στον φλοιό σε περιοχές που έχουν σχέση με τη συνείδηση και την αντίληψη του πόνου. "*Το σήμα που μπορεί να ερμηνευτεί σαν πόνος είναι δυνατόν να παραχθεί σε κάθε σημείο αυτής της διαδρομής*" (Ιατρού, 2003, σελ. 49), τουλάχιστον στην πρώτη ακατέργαστη μορφή του, και μπορεί να προκαλέσει πολλές από τις αντιδράσεις του πόνου, όπως τις αντανακλαστικές συμπεριφορές και το αίσθημα αποστροφής (Bromm & Lorenz, 1998).

Καθώς προκύπτει από τα παραπάνω, η συνειδητή αντίληψη του πόνου είναι κάτι πολύ πιο σύνθετο από τον απλό ερεθισμό ή τραυματισμό που μπορεί να προκληθεί στο σώμα. Η τελική αίσθηση του πόνου προκύπτει από την σύνθετη αλληλεπίδραση διάφορων εγκεφαλικών δομών που σχετίζονται όχι μόνο με την σωματαισθητικότητα, αλλά και με γνωστικές και συναισθηματικές

λειτουργίες, οι οποίες άμεσα ή έμμεσα, συμμετέχουν στην εμπειρία του πόνου (Backonja, 1996. Dickenson, 2011. Rainville, 2002)(Εικόνα 4). Ανεξάρτητα από τον λόγο που συμβαίνει αυτό, είναι μάλλον απίθανο να νιώσουμε ποτέ την αισθητηριακή εντύπωση του πόνου απαλλαγμένη από τις υπόλοιπες συνιστώσες της.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον έχει πως η ένταση του πόνου μπορεί να αυξηθεί με διάφορους τρόπους. Για παράδειγμα, αυξάνοντας την ένταση του ερεθίσματος ή αυξάνοντας τον χρόνο έκθεσης στο επώδυνο ερέθισμα, με συνεπακόλουθη ενεργοποίηση των διάφορων εγκεφαλικών δομών που εμπλέκονται στην αντίληψη του πόνου. Μπορεί, όμως, να τροποποιηθεί η αντίληψη του πόνου και από διεργασίες όπως η ύπνωση και η προσοχή, μεταβάλλοντας την λειτουργία κομβικών εγκεφαλικών περιοχών που εμπλέκονται στον πόνο (Rainville, 2002). Επίσης, εντυπωσιακό είναι το γεγονός πως κατά την αναμονή του πόνου (όταν πρόκειται να προκληθεί κάποιο επώδυνο ερέθισμα ή διεργασία) ενεργοποιούνται περίπου τα ίδια δίκτυα εγκεφαλικών δομών που ενεργοποιούνται όταν όντως κάποιος πονά, παρόλο που φαίνεται να υπάρχουν και μικρές διαφοροποιήσεις (Rainville, 2002).

Κλείνοντας την ενότητα αυτή, φαίνεται πως η αντίληψη του πόνου είναι μια σύνθετη εγκεφαλική δραστηριότητα (που ορισμένες φορές δεν απαιτεί καν την παρουσία σωματικής βλάβης, όπως συμβαίνει, π.χ., με την αναμονή επώδυνου ερεθίσματος), η οποία περιλαμβάνει πολλές διαφορετικές πτυχές: την σωματαισθητικότητα, το συναίσθημα, γνωστικές διεργασίες όπως η αντίληψη και η προσοχή, οι οποίες αλληλεπιδρούν συνεχώς μεταξύ τους για να παράξουν αυτό που τελικά ονομάζουμε πόνο.



Εικόνα 4. Παράγοντες που αλληλεπιδρούν για την παραγωγή του βιώματος του πόνου

1.1.4. Τα είδη του πόνου

Ο πόνος μπορεί να κατηγοριοποιηθεί με πολλούς διαφορετικούς τρόπους: ανάλογα με την θέση, την ένταση, τη διάρκεια, τη συχνότητα, την ποιότητα ή την αιτία του (Pergolizzi, Raffa, & Taylor, 2014). Έτσι, εξ' αιτίας των πολλών τρόπων κατηγοριοποίησης συχνά κάτω από δύο διαφορετικούς ορισμούς, μπορεί να περιγράφεται ακριβώς το ίδιο φαινόμενο (Taub et al., 1998). Εδώ, η κατηγοριοποίηση θα γίνει κυρίως ως προς την διάρκεια, καθώς σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να κατανοήσουμε όσο πληρέστερα γίνεται τις διαφορές μεταξύ οξέος και χρόνιου πόνου. Παρόλα αυτά, θα παρουσιαστούν και μερικοί ακόμα όροι που απαντώνται συχνά στη βιβλιογραφία.

1.1.4.1. Παροδικός Πόνος:

Είναι ένας πόνος πολύ σύντομος σε διάρκεια. Από τη στιγμή που προκύπτει ο ερεθισμός ή η βλάβη και μέχρι να φτάσει το μήνυμα του πόνου στον εγκέφαλο και να γίνει αντιληπτός ο πόνος, η απειλή έχει ήδη τελειώσει. Για παράδειγμα, όπως όταν κάποιος δέχεται το τσίμπημα από μία βελόνα. Είναι ένα είδος πόνου που δεν είναι ανησυχητικό, δεν οδηγεί τους ανθρώπους σε περαιτέρω διερεύνηση και δε συνδέεται συνήθως με σοβαρό τραυματισμό ή υποκείμενο νόσημα (Loeser & Melzack, 1999).

1.1.4.2. Οξύς Πόνος:

Πρόκειται για το είδος του πόνου που βιώνει κάποιος εξ' αιτίας κάποιου τραυματισμού ή βλάβης και που προκαλεί κάποιες αλλαγές στην λειτουργία του οργανισμού για την αντιμετώπιση της βλάβης αυτής. Μπορεί να είναι ο πόνος που προκύπτει συνήθως μετά από τραύμα ή χειρουργείο, και ενεργοποιεί την αυτοάμυνα του οργανισμού ώστε να αντιμετωπισθεί αυτή η βλάβη (Chapman & Vierck, 2017). Ο οξύς πόνος είναι ένας από τους πιο συχνούς λόγους που αναζητείται ιατρική φροντίδα και παρέμβαση, είτε για γρηγορότερη ανακούφιση ή για γρηγορότερη ίαση (Loeser & Melzack, 1999). Ο οξύς πόνος θεωρείται ότι διαρκεί έως ότου αποκατασταθεί η βλάβη και μετά σταματά (Chapman & Vierck, 2017). Μπορεί όμως να μετατραπεί σε χρόνιο πόνο -λόγω διάφορων παραγόντων- αν δεν αντιμετωπιστεί αποτελεσματικά και αυτό είναι μία μεγάλη πρόκληση που αντιμετωπίζουν όσοι ασχολούνται με την διαχείρισή του (Friesgaard, Paltved, & Nikolajsen, 2017). Οι Carr και Goudas (1999) ισχυρίζονται δε, ότι ο χρόνος που ενδεχομένως μεσολαβεί ώστε να ενεργοποιηθούν οι εγκεφαλικοί μηχανισμοί που μπορούν να μετατρέψουν τον οξύ πόνο σε χρόνιο είναι μόνο μερικά λεπτά, καθιστώντας αναγκαία όχι μόνο την αποτελεσματική αλλά και την έγκαιρη αντιμετώπιση του.

1.1.4.3. Χρόνιος Πόνος:

Ως χρόνιος ορίζεται συνήθως ο πόνος που παραμένει μετά την περίοδο της ίασης ή επούλωσης κάποιας βλάβης (Chapman & Vierck, 2017. Loeser & Melzack, 1999. Taub et al., 1998) και χαρακτηρίζεται από την ανικανότητα του σώματος να επαναφέρει τις φυσιολογικές λειτουργίες του, να επαναφέρει δηλαδή την ομοιόσταση του (Loeser & Melzack, 1999). Αυτό μπορεί να συμβεί για διάφορους λόγους όπως, για παράδειγμα, όταν ο τραυματισμός ξεπερνά την ικανότητα του σώματος για ίαση (π.χ. στις περιπτώσεις απώλειας κάποιου μέρους του σώματος), ή όταν η έκταση της βλάβης και των επακόλουθων ουλών είναι μεγάλη, ή ακόμα και όταν από τον αρχικό τραυματισμό προκληθούν βλάβες στο νευρικό σύστημα με τέτοιο τρόπο που να μην μπορεί να επανέλθει σε μία φυσιολογική κατάσταση (Loeser & Melzack, 1999). Ο χρόνιος πόνος συχνά

οδηγεί τον πάσχοντα στην αναζήτηση ιατρικής φροντίδας και φαρμακευτικής αγωγής. Πολλές φορές, στον χρόνιο πόνο, η φαρμακευτική αγωγή θεραπεύει το σύμπτωμα και όχι την αιτία του συμπτώματος και έτσι η αποτελεσματικότητα της αγωγής διαρκεί μόνο κατά την περίοδο λήψης του φαρμάκου ή θεωρείται ολότελα μη αποτελεσματική (Loeser & Melzack, 1999). Μερικές από τις συχνά αναφερόμενες επιπτώσεις του χρόνιου πόνου είναι η καταθλιπτική διάθεση, η κόπωση, η μειωμένη σωματική δραστηριότητα και η μειωμένη λίμπιντο που οδηγούν στην επιδείνωση της φυσικής κατάστασης με συνεπακόλουθη αύξηση της αδυναμίας και της επιδείνωσης του πόνου, με τρόπο σημαντικά εκτενέστερο από αυτό που θα αναμενόταν από την αρχική βλάβη (Chapman & Vierck, 2017).

Ο χρόνιος πόνος συχνά συγχέεται με τα σύνδρομα χρόνιου πόνου[1], τα οποία όμως πρέπει να αντιμετωπίζονται διαφορετικά, καθώς πρόκειται για μία κατάσταση όπου ο πόνος και οι συμπεριφορές του πόνου είναι το κύριο πρόβλημα προς διαχείριση και όχι η βλάβη που προκαλεί τον πόνο. Για παράδειγμα, ένας ασθενής με ρευματοειδή αρθρίτιδα μπορεί να έχει χρόνιο πόνο, όχι όμως σύνδρομο χρόνιου πόνου, αν ο πόνος εμφανίζεται κυρίως στις περιόδους έξαρσης και δεν αποκτά την ιδιότητα του ρυθμιστή της λειτουργικότητας του ασθενή (Taub et al., 1998). Αξίζει να αναφερθεί σε αυτό το σημείο ότι στο βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο το είδος πόνου που έχει επεισοδιακό χαρακτήρα και εμφανίζεται ανά διαστήματα, χαρακτηρίζεται ως επαναλαμβανόμενος οξύς. Αντιθέτως, ως χρόνιος πόνος θεωρείται εκείνος ο πόνος που επιμένει και συμπεριλαμβάνονται σε αυτόν και τα σύνδρομα του χρόνιου πόνου (Taub et al., 1998). Στα σύνδρομα χρόνιου πόνου, η ένταση του πόνου μπορεί να ξεπερνά σε ένταση αυτόν που προκλήθηκε από τον αρχικό τραυματισμό ή την βλάβη των ιστών, ενώ άλλα σύνδρομα μπορεί να προκληθούν ξαφνικά εν απουσία κάποιου ίχνους τραυματισμού (Loeser & Melzack, 1999).

1π.χ. χρόνια οσφυαλγία, πόνος μέλους φάντασμα, ινομυαλγία (Dixon, 2016)

1.1.4.4. Άλλες κατηγορίες:

Μερικές ακόμα συχνές κατηγοριοποιήσεις του πόνου είναι: *σωματικός* όπως για παράδειγμα από την θραύση κάποιου ιστού, *σπλαχνικός* όπως η εντερική απόφραξη, και *νευροπαθητικός* που είναι ο πόνος που προκαλείται από κάποια βλάβη, δυσλειτουργία ή διαταραχή στο περιφερειακό (π.χ. διαβητική νευροπάθεια) ή κεντρικό νευρικό σύστημα (π.χ. από κάποια βλάβη στην σπονδυλική στήλη. Taub et al., 1998). Τέλος υπάρχει και ο όρος *σωματόμορφος* πόνος που αναφέρεται στην παρουσία σωματικού πόνου που υποδεικνύει την ύπαρξη κάποιας γενικότερης ιατρικής κατάστασης που όμως δεν μπορεί να εξηγηθεί από αυτή την ιατρική κατάσταση, ούτε από την επίδραση κάποιας ουσίας ή την ύπαρξη κάποιας ψυχολογικής διαταραχής (Taub et al., 1998).

Η ύπαρξη τόσων κατηγοριών πόνου και η λεπτομερής απαρίθμηση των συνθηκών στις οποίες εμφανίζονται, βοηθούν στο να γίνει καλύτερα κατανοητή η αιτιολογία και η φύση του πόνου. Έτσι, οι παρεμβάσεις και οι θεραπείες θα είναι πιο εστιασμένες και πιο αποτελεσματικές. Ένας χρόνιος πόνος που θα αντιμετωπιστεί ως οξύς, παροδικά μόνο θα προσφέρει ανακούφιση, δεν θα αντιμετωπιστούν όμως οι επιμέρους συνιστώσες του, οδηγώντας έτσι σε μεγαλύτερη χρήση των ιατρικών δομών και μεγαλύτερη κατανάλωση φαρμάκων (Koneti & Jones, 2016. Pergolizzi et al., 2014).

1.1.5. Από τον οξύ στον χρόνιο πόνο

Στον οξύ πόνο κυριαρχεί η αισθητηριακή διάσταση και καλεί σε άμεση διαχείριση. Αν ο οξύς πόνος δεν αντιμετωπιστεί αποτελεσματικά, σιγά σιγά σταματά να κυριαρχεί η αισθητηριακή διάσταση και συμμετέχουν πιο ενεργά τα γνωστικά και συναισθηματικά συστατικά του πόνου. Αυτή είναι μια ενδιάμεση κατάσταση μεταξύ οξέος πόνου και χρόνιου πόνου, όπου αν η αιτιολογία του πόνου δεν αντιμετωπιστεί επαρκώς ή αν η ψυχολογική επιβάρυνση δεν αντιμετωπιστεί, ενώ μειωθεί η λειτουργικότητα και η παραγωγικότητα του ασθενή, τότε οδηγείται σε μια κατάσταση είτε χρόνιου πόνου ή συνδρόμων χρόνιου πόνου με τις γνωστές επιβαρύνσεις στη διάθεση και τη λειτουργικότητά του (Pergolizzi et al., 2014. Taub et al., 1998).

Οι μηχανισμοί μετάβασης από τον οξύ στον χρόνιο πόνο δεν έχουν ακόμα αποσαφηνιστεί πλήρως (Pergolizzi et al., 2014). Όπως συζητήθηκε νωρίτερα, ο πόνος λειτουργεί σαν ένα γρήγορο προειδοποιητικό μήνυμα ότι υπάρχει κάποιος κίνδυνος για το σώμα. Όμως, κάποιες φορές ο πόνος παραμένει περισσότερο από το αναμενόμενο και γίνεται χρόνιος, προκαλώντας υπερευαισθησία στην περιοχή της βλάβης. Ως ένα σημείο, αυτή είναι μια προστατευτική λειτουργία του οργανισμού. Είναι μία χρήσιμη παράταση του αναμενόμενου χρόνου ίασης κατά την οποία εμφανίζεται ένα είδος υπερλειτουργίας, ώστε να προστατευθεί η περιοχή γύρω από ένα τραύμα. Έτσι, ένα θεωρητικά αβλαβές ερέθισμα όπως το φως, το άγγιγμα ή η ζέστη γίνεται αντιληπτό ως επώδυνο (υπεραλγησία). Υπάρχουν όμως φορές που η ευαισθητοποίηση αυτή δεν υποχωρεί και ο πόνος παραμένει μαζί με τις επιβαρυντικές συνέπειες του (Basbaum, Bautista, Scherrer, & Julius, 2009). Αυτή είναι όμως μόνο μία περίπτωση που αναφέρεται ως παράδειγμα. Υπάρχουν διάφορες βιολογικές λειτουργίες που μπορεί να μετατρέψουν ένα οξύ πόνο σε χρόνιο. Ως τέτοιες αναφέρονται η κεντρική ευαισθητοποίηση, η νευροπλαστικότητα κλπ.

Στη διαδικασία μετατροπής του οξέος πόνου σε χρόνιο φαίνεται να συμμετέχουν τόσο βιολογικοί όσο και ψυχοκοινωνικοί παράγοντες (Pergolizzi et al., 2014), οι οποίοι έχουν ήδη συζητηθεί παραπάνω στο βιοψυχολογικό μοντέλο. Επιπλέον, φαίνεται πως υπάρχουν κάποιοι παράγοντες επικινδυνότητας όπως η έκταση του τραύματος, η συνύπαρξη κι άλλου πόνου ή η ύπαρξη προηγούμενου πόνου, το άγχος, η κατάθλιψη, η ύπαρξη ενεργούς ψυχοπαθολογίας, η τάση για καταστροφοποίηση και για αποφυγή του πόνου. Επίσης, συμπεριφορές "ασφάλειας" όπως το να κουτσαίνει κάποιος ή να χρησιμοποιεί στηρίγματα για την αποφυγή του πόνου, φαίνεται να είναι παράγοντες που οδηγούν στον χρόνιο πόνο (Prkachin, Schultz, & Hughes, 2007). Στο πλαίσιο αυτό, δεν πρέπει να προκαλεί εντύπωση πως σε ασθενείς με τραυματισμό στον αυχένα, ο φόβος της κίνησης και η ένταση του πόνου σχετιζόταν με μειωμένη μυική ενεργοποίηση και συνεπώς με συμπεριφορικές αντιδράσεις που επιδεινώνουν τον πόνο (Nederhand, Hermens, Ijzerman, Groothuis, & Turk, 2006). Αντιθέτως, ορισμένοι θετικοί ψυχολογικοί παράγοντες φαίνεται να

σχετίζονται με λιγότερους μετεγχειρητικούς πόνους (Sobol-Kwapinska, Bąbel, Plotek, & Stelcer, 2016). Έτσι, επίσης δεν πρέπει να μας εκπλήσσει το γεγονός πως, σύμφωνα με τα ευρήματα μιας μελέτης με 555 ασθενείς με πόνο στην μέση, η εκπαίδευση στη μείωση των ανησυχιών που σχετίζονται με τον πόνο κατά το πρώιμο στάδιο του πόνου, φαίνεται να μείωσε την πιθανότητα μετάβασης από τον οξύ στον χρόνιο πόνο (Swinkels-Meewisse et al., 2006).

Τέλος, μεγάλη συζήτηση υπάρχει γύρω από τις μεταβολές που συμβαίνουν στην ένταση του πόνου καθώς από οξύς μετατρέπεται σε χρόνιο. Κάποιοι ερευνητές αναφέρουν πως ο πόνος συστηματικά μειώνεται (Rosenbloom, Khan, McCartney & Katz, 2013), άλλοι ισχυρίζονται πως μένει σχετικά αμετάβλητος (Elliott, Smith, Hannaford, Smith & Chambers, 2002. Tamcan et al., 2010), ενώ κάποιοι μιλούν για διακυμάνσεις στην ένταση (Hestbaek et al., 2003). Μόνο λίγες ερευνητικές μελέτες έχουν ασχοληθεί με την διακύμανση του πόνου μελετώντας το φαινόμενο από την έναρξή του. Οι Bendayan, Ramirez-Maestre, Ferrer, Lopez και Esteve (2017) μελέτησαν ασθενείς με χρόνιο πόνο, από την έναρξη του πόνου ως 18 μήνες μετά, και εξέτασαν την εξέλιξη στην ένταση του πόνου, την αδυναμία και την κατάθλιψη. Από τα ευρήματά τους προκύπτει πως σημειώθηκε σημαντική μείωση στην ένταση του πόνου κατά την διάρκεια των πρώτων τριών μηνών και καθόλου σημαντικές αλλαγές από τον τέταρτο μήνα και μετά. Ως προς την αδυναμία και την κατάθλιψη, παρατηρήθηκε πολύ μικρή αλλά σταθερή μείωση, καταδεικνύοντας πως για τις διεργασίες αυτές απαιτείται αρκετός χρόνος με συνεπακόλουθες επιπτώσεις στην ταχύτητα προσαρμογής στην ασθένεια. Στην μελέτη των Philips και Grant (1991) συμμετείχαν ασθενείς με οξείς πόνους που προέκυπταν από οσφυαλγία, οι οποίοι εξετάστηκαν στους τρεις και στους έξι μήνες μετά το πρώτο επεισόδιο πόνου. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι η ένταση του πόνου αρχίζει να μειώνεται σταδιακά με την πάροδο του χρόνου, η κατάθλιψη παρουσιάζει μεταβολές κατά την διάρκεια του πρώτου τριμήνου και ακολούθως σταθεροποιείται, ενώ η αδυναμία μειώνεται δραστικά στο πρώτο τρίμηνο και ακολουθείται από μία αύξηση στους έξι μήνες.

1.1.6. Επιπτώσεις του πόνου

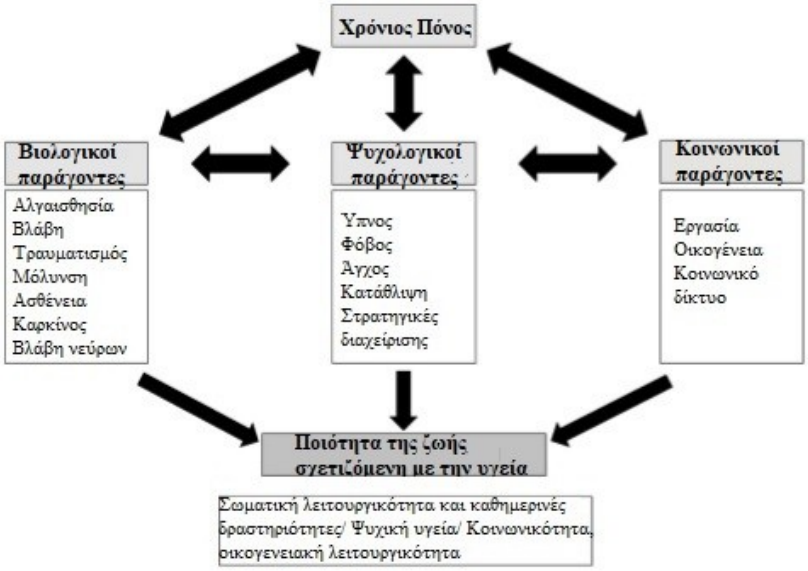
Ο πόνος είναι μία από τις συχνότερες αιτίες για τις οποίες οι ασθενείς αναζητούν ιατρική φροντίδα (Ahluwalia, Giannitrapani, Dobscha, Cromer, & Lorenz, 2018) και ο συχνότερος λόγος επισκέψεων στα τμήματα επειγόντων περιστατικών των νοσοκομείων (Pletcher, Kertesz, Kohn, & Gonzales, 2008). Παρόλα αυτά, σημαντικό ποσοστό ασθενών αποχωρεί από το νοσοκομείο χωρίς να έχει ανακουφιστεί ο πόνος τους (Mura et al., 2017. Sinatra, 2010) με κυριότερη επίπτωση τον κίνδυνο ο οξύς πόνος να μετεξελιχθεί σε χρόνιο (Sinatra, 2010), όπως αναλυτικά περιγράφεται σε προηγούμενη ενότητα. Επιπλέον, υπολογίζεται πως περίπου 10% ως 30% των ανθρώπων στην Ευρώπη υποφέρουν από χρόνιο πόνο (Breivik, Collett, Ventafridda, Cohen & Gallacher, 2006. Reid et al., 2011) καθιστώντας τον ως ένα σημαντικό πρόβλημα δημόσιας υγείας (Dueñas, Ojeda, Salazar, Mico, & Failde, 2016. Goldberg & McGee, 2011) με σημαντικές σωματικές, συναισθηματικές και κοινωνικές επιπτώσεις (Thomsen, Sorensen, Sjogren, & Eriksen, 2002).

Ο Fine (2011) έκανε μία ανασκόπηση της βιβλιογραφίας και παρουσίασε τους τομείς της ζωής που επηρεάζονται από τον χρόνιο πόνο. Συγκεκριμένα αναφέρει τους εξής: α) Τη διάθεση και την ψυχική υγεία, αναφέροντας πως οι ασθενείς με χρόνιο πόνο εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης και πιθανότητα να αναπτύξουν ψυχολογικές διαταραχές, β) Τις γνωστικές και υποβόσκουσες εγκεφαλικές λειτουργίες, όπως φαίνεται από δυσκολίες στην μνήμη και την προσοχή, γ) Τον ύπνο, με τις διαταραχές του να αφορούν περίπου το 50-89% των ασθενών, δ) Την καρδιαγγειακή υγεία των ασθενών όπου, καθώς προκύπτει, ο πόνος φαίνεται να σχετίζεται με την εμφάνιση υπέρτασης, ανεξάρτητα από άλλους παράγοντες όπως το φύλο, η ηλικία, η εθνικότητα ή το οικογενειακό ιστορικό, ε) Τις διαταραχές στην σεξουαλική λειτουργία και στ) την ποιότητα της ζωής που επηρεάζεται από όλους τους παραπάνω παράγοντες αλλά και από τις επιπτώσεις στις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις και τις καθημερινές δραστηριότητες, όπως οι προσωπικές σχέσεις και η κατάσταση εργασίας (McCarberg, Nicholson, Todd, Palmer & Penles, 2008). Ως προς την χαμηλή ποιότητα ζωής, καθοριστικότερο ρόλο φαίνεται να διαδραματίζουν οι περιορισμοί στην σωματική

κίνηση (που μπορεί να κυμαίνονται από τις δυσκολίες των ασθενών να πραγματοποιήσουν έντονη άσκηση μέχρι να σηκωθούν και να καθίσουν. Dueñas et al., 2016), οι συναισθηματικές επιπτώσεις, ο περιορισμός στην κοινωνικότητα και οι επιδράσεις στις γνωστικές διεργασίες (Niv & Kreitler, 2001). Οι επιπτώσεις στην ποιότητα της ζωής που προκύπτουν από την αλληλεπίδραση διαφορετικών παραγόντων παρουσιάζονται στην Εικόνα 5, όπως περιγράφονται από το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο για τον πόνο.

Άλλες πιθανές επιπτώσεις του χρόνιου πόνου στους ασθενείς μπορεί να αφορούν στην εργασία (Dueñas et al., 2016). Οι ασθενείς μπορεί συχνά να απουσιάζουν, να αδυνατούν να ανταποκριθούν σε συγκεκριμένα καθήκοντα, ή και να χάνουν την εργασία τους. Στις αρνητικές εργασιακές επιπτώσεις φαίνεται να παίζουν ρόλο και οι απόψεις του οικογενειακού περίγυρου σχετικά με την ικανότητα ή την αναγκαιότητα επιστροφής στην εργασία (Dueñas et al., 2016). Ακόμα, σημαντική μπορεί να είναι η επίδραση του πόνου στις κοινωνικές και οικογενειακές σχέσεις. Οι ασθενείς φαίνεται να συμμετέχουν σε λιγότερες κοινωνικές δραστηριότητες και να περνούν λιγότερο χρόνο με τους φίλους και την οικογένεια τους (Dueñas et al., 2016), ενώ οι Flor, Turk, και Berndt Scholz (1987) αναφέρουν σημαντική επίδραση και στην συζυγική σχέση.

Τέλος, πέρα από τις προσωπικές, οικογενειακές και κοινωνικές συνέπειες του χρόνιου πόνου, υπάρχουν και σημαντικές οικονομικές επιπτώσεις και επιβάρυνση στα συστήματα υγείας (Thomsen et al., 2002). Οι ασθενείς με χρόνιο πόνο, χρησιμοποιούν περισσότερο τις δομές υγείας και επισκέπτονται συχνότερα διάφορες ειδικότητες γιατρών (Dueñas et al., 2016). Τέλος η οικονομική επιβάρυνση που προκύπτει από τον χρόνιο πόνο γίνεται πιο εμφανής όταν συνυπολογιστούν οι δαπάνες που αφορούν στις νοσηλείες στα νοσοκομεία, το κόστος των φαρμάκων για την αντιμετώπιση του πόνου και η παροχή διάφορων επιδομάτων όπως ασθένειας, αναπηρίας ή η πρόωρη συνταξιοδότηση (Thomsen et al., 2002).



Εικόνα 5. Το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο του πόνου και οι επιπτώσεις στην ποιότητα της ζωής

Πηγή: Dueñas et al. (2016).

1.1.7. Παράγοντες προσαρμογής στον πόνο

Το φαινόμενο του πόνου εξυπηρετεί την επιβίωση και την ίαση του οργανισμού από πιθανή βλάβη ή τραυματισμό (Craig, 2003). Καλεί τον πάσχοντα να προσαρμόσει την συμπεριφορά του, να αναζητήσει βοήθεια ή να ξεκουραστεί προκειμένου να αποκατασταθεί η βλάβη. Επιπλέον, η ανάμνηση προηγούμενων εμπειριών πόνου μπορεί να λειτουργήσει προστατευτικά, προειδοποιώντας τον πάσχοντα για καταστάσεις που ενδεχομένως πρέπει να αποφευχθούν, ώστε να μην επανεμφανιστεί ο πόνος. Παρά τη λειτουργική του σημασία, όταν ο πόνος παύει να σηματοδοτεί την ανάγκη άμεσης αποκατάστασης και γίνεται χρόνιος, φαίνεται ότι ο μηχανισμός αυτός δυσλειτουργεί και ο πόνος θεωρείται πια ως μία ασθένεια (Melzack, 2005).

Οι επιπτώσεις του πόνου στην υγεία, την ευεξία, την ποιότητα της ζωής, στην συναισθηματική κατάσταση και στους λοιπούς τομείς της ζωής του ασθενή έχουν ήδη συζητηθεί. Στην ενότητα αυτή θα παρουσιαστούν παράγοντες επικινδυνότητας που δυσχεραίνουν την προσαρμογή στον πόνο και παράγοντες ανθεκτικότητας, δηλαδή, μηχανισμοί για την διατήρηση

της ήδη υπάρχουσας ομαλής λειτουργικότητας ή για την προστασία από επερχόμενα αρνητικά συναισθήματα, και οι οποίοι διευκολύνουν την προσαρμογή.

Ένας πολύ σημαντικός παράγοντας στην κατανόηση των διαδικασιών προσαρμογής είναι οι γνωστικές διεργασίες, οι αναπαραστάσεις και οι πεποιθήσεις των ασθενών για τον πόνο, καθώς και το νόημα που του αποδίδουν. Οι πεποιθήσεις και οι εκτιμήσεις για τον πόνο είναι καθοριστικές για την προσαρμογή στον χρόνιο πόνο (Turner, Jensen, & Romano, 2000). Διαφορετική νοηματοδότηση μπορεί να βοηθήσει ή να επιδεινώσει την προσαρμογή. Για παράδειγμα, οι αρνητικές εκτιμήσεις μπορεί να επιδεινώσουν τις αντιδράσεις στον πόνο. Χαρακτηριστική είναι η μελέτη των Arntz και Claassens, (2004), οι οποίοι ακουμπούσαν πάνω στο λαιμό των συμμετεχόντων μια παγωμένη μεταλλική μπάρα, λέγοντας σε κάποιους ότι είναι καυτή και σε κάποιους ότι είναι κρύα. Εκείνοι που πίστευαν ότι τους ακουμπά κάτι καυτό, ανέφεραν μεγαλύτερα ποσοστά πόνου καθώς το καυτό σηματοδοτεί μεγαλύτερη πιθανότητα κινδύνου ή βλάβης.

Επίσης, ο ρόλος της καταστροφοποίησης έχει εκτενώς μελετηθεί σε σχέση με την προσαρμογή στον πόνο. Πρόκειται για μια γνωστική εκτίμηση ή ένα σύνολο πεποιθήσεων που οδηγεί σε μια υπερβολικά αρνητική στάση ως προς τον πόνο ή το ενδεχόμενο εμφάνισης πόνου (π.χ. “αυτός ο πόνος είναι φριχτός, δεν θα νιώσω ποτέ καλύτερα” ή “ο πόνος θα χειροτερεύσει”) και φαίνεται πως είναι από τους πιο επιβαρυντικούς παράγοντες για την προσαρμογή στον χρόνιο πόνο (Smeets, Vlaeyen, Kester, & Knottnerus, 2006). Σχετίζεται με αυξημένο πόνο, συμπεριφορές ασθένειας, σωματική και ψυχολογική δυσφορία και πιο αργή ανάρρωση από χειρουργικές επεμβάσεις (Pavlin, Sullivan, Freund, & Roesen, 2005). Ακόμα, σε μία μελέτη των Sturgeon, Zautra και Arewasikporn (2014) στην οποία συμμετείχαν 260 γυναίκες με ινομυαλγία ή οστεοαρθρίτιδα, προέκυψε ότι τόσο η σταθερή τάση για καταστροφοποίηση όσο και η ημερήσια καταστροφοποίηση διαμεσολαβούσαν στη σχέση μεταξύ πόνου και αρνητικού συναισθήματος. Αντίστοιχα, τα θετικά διαπροσωπικά γεγονότα διαμεσολαβούσαν στη σχέση μεταξύ πόνου και θετικού συναισθήματος.

Οι ασθενείς που καταστροφοποιούν θεωρούν ότι ο πόνος σηματοδοτεί μία πολύ σημαντική απειλή και πολλοί από αυτούς ξεκινούν να αποφεύγουν την σωματική δραστηριότητα προκειμένου να αποφύγουν το ενδεχόμενο εμφάνισης του πόνου. Για παράδειγμα, ο φόβος μήπως κάποια κίνηση προκαλέσει πόνο, μπορεί να έχει σαν επίπτωση την διακοπή της δραστηριότητας, γεγονός που μακροπρόθεσμα επιδεινώνει τελικά τον πόνο, μειώνει την λειτουργικότητα και βλάπτει την ποιότητα της ζωής (Cheatle, 2016).

Οι αναπαραστάσεις ελέγχου του πόνου που αφορούν στις σκέψεις που έχει κάποιος για την ικανότητα του να ελέγξει την διάρκεια, την συχνότητα, την ένταση και την δυσφορία του πόνου, σχετίζονται επίσης με την προσαρμογή. Το να θεωρεί κάποιος ότι μπορεί να ασκήσει κάποιο έλεγχο, είναι πιθανό να τον βοηθήσει να αλλάξει το νόημα που αποδίδει στον πόνο, να τροποποιήσει την εκτίμηση απειλής ώστε ο πόνος να θεωρηθεί λιγότερο έντονος και λιγότερο δυσάρεστος, και να αυξήσει την αντοχή του (Gatchel et al., 2010). Σε κλινικά πλαίσια, το να αισθάνεται κανείς ότι μπορεί να ασκήσει έλεγχο στον πόνο του μπορεί να έχει θετικές επιδράσεις. Μπορεί όμως, να έχει και αρνητικές επιπτώσεις καθώς, μερικές φορές, οι προσπάθειες μένουν άκαρπες. Συνεπώς, ίσως είναι καλύτερα να αναθεωρηθεί αυτή η οπτική του ελέγχου του πόνου με μια πιο προσαρμοστική οπτική, όπως εκείνη που σχετίζεται με τον έλεγχο της επίδρασης που μπορεί να έχει ο πόνος στην ζωή του πάσχοντα (McCracken, Carson, Eccleston, & Keefe, 2004). Ουσιαστικά, δηλαδή, προτρέπονται οι πάσχοντες να μην κατασπαταλήσουν τους πόρους τους στην προσπάθεια να ελέγξουν τον πόνο τους μιας και αυτό δεν είναι συχνά εφικτό. Αντ' αυτού, προτρέπονται να προσπαθήσουν για πράγματα στα οποία όντως μπορούν να έχουν κάποιο έλεγχο, όπως το αν σε μία κρίση πόνου θα επιλέξουν να μείνουν μόνοι στο κρεβάτι ή να πάνε ένα περίπατο με κάποιο φίλο. Τον πόνο δεν μπορούν να τον ελέγξουν, το αν όμως ο πόνος θα περιορίσει την δραστηριότητα τους, μπορούν.

Ένας ακόμα παράγοντας που φαίνεται να σχετίζεται με την καλή προσαρμογή στον χρόνιο πόνο είναι η πεποίθηση ότι η ζωή έχει νόημα και σκοπό (Ryff, 1989). Η πεποίθηση αυτή

αναφέρεται στο βαθμό στον οποίο οι άνθρωποι κατανοούν τον σκοπό και την κατεύθυνση της ζωής τους, έχουν στόχους και πεποιθήσεις που δίνουν νόημα στην ζωή τους και έχουν ισχυρή πρόθεση να επιτύχουν τους στόχους τους. Οι ασθενείς με ισχυρότερες πεποιθήσεις πως η ζωή τους έχει σκοπό, εμφανίζουν υψηλότερη αντοχή στον πόνο, όπως έχει φανεί σε πειραματικές δοκιμασίες με παγωμένο νερό, αλλά και σε δοκιμασίες που χρησιμοποίησαν ζεστά ερεθίσματα για την πρόκληση πόνου (Smith et al., 2009). Επιπλέον, αναρρώνουν γρηγορότερα από χειρουργικές επεμβάσεις (π.χ., Smith & Zautra, 2004).

Ακόμα, η αυτο-αποτελεσματικότητα -η πεποίθηση που έχει κάποιος πως μπορεί επιτυχημένα να επιτελέσει ένα συγκεκριμένο έργο ή να επιφέρει ένα επιθυμητό αποτέλεσμα (Bandura, 1977)- σχετίζεται με την προσαρμογή στον χρόνιο πόνο. Στους χρόνιους ασθενείς, η υψηλή αυτο-αποτελεσματικότητα στη διαχείριση του πόνου σχετίζεται θετικά με την ψυχολογική και σωματική λειτουργικότητα (Woby, Watson, Roach & Urmston, 2005). Επιπλέον, φαίνεται πως η βελτίωση στην αυτο-αποτελεσματικότητα αυξάνει την λειτουργικότητα, μειώνει τον πόνο και βοηθά στην ψυχολογική προσαρμογή στον χρόνιο πόνο (Keefe, Rumble, Scipio, Giordano, & Perri, 2004). Οι άνθρωποι με υψηλή αυτο-αποτελεσματικότητα έχουν υψηλότερο κίνητρο να υιοθετήσουν συμπεριφορές υγείας και να ακολουθήσουν τις ιατρικές οδηγίες, γιατί πιστεύουν ότι θα έχουν καλά αποτελέσματα. Επίσης, είναι λιγότερο πιθανό να εγκαταλείψουν την προσπάθεια όταν συναντούν εμπόδια (Weisenberg, 1998).

Οι σκέψεις των ασθενών γύρω από τον πόνο διαμορφώνονται από την σύνθετη αλληλεπίδραση μεταξύ (α) όσων ήδη γνωρίζουν για τον πόνο (για παράδειγμα, είτε από πληροφορίες που αντλούν από προηγούμενες εμπειρίες τους με τον πόνο, είτε από πληροφορίες που έχουν συλλέξει από άλλους ανθρώπους που κάποτε βίωσαν πόνο ή ακόμα και μέσω μίμησης κάποιου προτύπου, υιοθετώντας δηλαδή συμπεριφορές πόνου ή στάσεις διαχείρισης που έχουν παρατηρήσει από τους σημαντικούς άλλους ανθρώπους του περιβάλλοντος τους που βίωναν πόνο), (β) των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας (π.χ. παράγοντες που προδιαθέτουν σε

προσαρμοστικές ή δυσπροσαρμοστικές στρατηγικές όπως περιγράφεται παρακάτω), καθώς και (γ) των πεποιθήσεων τους για την ζωή και τον κόσμο (Gatchel et al, 2007). Κάποια από τα προσωπικά χαρακτηριστικά των ανθρώπων μπορούν να τους προδιαθέτουν στη διαμόρφωση δυσπροσαρμοστικών πεποιθήσεων και αντιλήψεων, ενώ άλλα χαρακτηριστικά είναι πιθανό να προδιαθέτουν σε πιο προσαρμοστικές σκέψεις και υψηλότερη αίσθηση αυτο-αποτελεσματικότητας (Gatchel et al, 2007). Παρακάτω ακολουθεί μια συνοπτική περιγραφή των χαρακτηριστικών αυτών.

1.1.7.1. Χαρακτηριστικά που προδιαθέτουν σε δυσπροσαρμοστικές πεποιθήσεις

Κάποια από τα χαρακτηριστικά που μπορεί να οδηγήσουν τους ασθενείς να σκέφτονται και να δρουν γύρω από την διαχείριση του πόνου τους με τρόπους που δεν ευνοούν την προσαρμογή σε αυτόν είναι (α) *η αρνητική ευαισθησία,* δηλαδή, μια σταθερή και γενική τάση να βλέπει κάποιος τον κόσμο ως απειλητικό και ενοχλητικό και σχετίζεται με εύρος αρνητικών συναισθημάτων (Watson, Clark & Harkness, 1994), (β) *η ευαισθησία στο άγχος* που ορίζεται ως φόβος προς τις αισθήσεις που σχετίζονται με ή προκύπτουν από το άγχος (Stein, Jang & Livesley, 1999) και (γ) *η ευαισθησία στην ασθένεια/ τραυματισμό*, η οποία αφορά στο φόβο μήπως κάποιος αρρωστήσει ή τραυματιστεί και φαίνεται να σχετίζεται πιο σταθερά και πιο στενά τόσο με την καταστροφοποίηση όσο και με την διατήρηση του χρόνιου πόνου.

1.1.7.2. Παράγοντες ανθεκτικότητας που ευνοούν την προσαρμογή στον πόνο

Πέρα από τους παράγοντες επικινδυνότητας, υπάρχουν και οι παράγοντες ανθεκτικότητας/προστασίας. Οι Gatchel et al. (2007) εστιάζουν σε τρεις από αυτούς ως ιδιαίτερα σημαντικούς. (1) *Η αισιοδοξία* είναι ένας από τους σημαντικότερους παράγοντες προσαρμογής στον χρόνιο πόνο. Συγκεκριμένα, αφορά στη σχέση μεταξύ πόνου και προδιαθεσικής αισιοδοξίας, δηλαδή της τάσης κάποιου να πιστεύει ότι γενικά θα έχει καλά παρά κακά αποτελέσματα (Scheier & Carver, 1985) ή της τάσης να προσδοκά θετικά πράγματα στο μέλλον ακόμα και όταν υπάρχει αβεβαιότητα (Sturgeon & Zautra, 2010). (2) Η *ελπίδα,* η οποία σχετίζεται με την αισιοδοξία και

την προσαρμογή στον πόνο, αν και πρέπει να σημειωθεί πως για τους Scheier και Carver (1985), η ελπίδα και η αισιοδοξία δεν διαφοροποιούνται ως ορισμοί. Οι Snyder et al., (2005), σε μία πειραματική μελέτη στην οποία χρησιμοποίησαν την δοκιμασία ψυχρής πίεσης (ΔΨΠ: Cold Pressor Test), βρήκαν ότι οι συμμετέχοντες με υψηλότερα σκορ στην ελπίδα, ένιωσαν λιγότερο πόνο και άντεξαν περισσότερη ώρα. (3) Τέλος, η *εύρεση οφέλους,* δηλαδή η δεξιότητα κάποιων ανθρώπων να μπορούν να αναγνωρίσουν θετικές επιδράσεις ακόμα και μέσα από αρνητικές καταστάσεις, σχετίζεται με την προσαρμογή στον πόνο. Σε μελέτες με ασθενείς που έπασχαν από αρθρίτιδα, η ικανότητα εύρεσης οφέλους βοηθούσε στο να νιώθουν λιγότερη δυσαρέσκεια, να προσαρμόζονται καλύτερα και να αντιλαμβάνονται λιγότερους περιορισμούς (Tennen & Affleck, 2005).

Τέλος, σημαντικές είναι και οι στρατηγικές διαχείρισης που χρησιμοποιούν οι πάσχοντες για να αντιμετωπίσουν τον πόνο. Παρακάτω ακολουθεί αναλυτική περιγραφή της σχέσης των στρατηγικών διαχείρισης με τον πόνο.

1.1.8. Στρατηγικές διαχείρισης και η σχέση τους με τον πόνο

Οι στρατηγικές διαχείρισης είναι ένα σύνολο από γνωστικές και συμπεριφορικές ενέργειες που χρησιμοποιούν οι άνθρωποι προκειμένου να διαχειριστούν μια κατάσταση που τους προκαλεί αναστάτωση/ στρες, να διαχειριστούν το πρόβλημα που προκαλεί την αναστάτωση και να διατηρήσουν την ευεξία τους (Folkman, 2013). Οι Lazarus και Folkman (1984) ορίζουν το ψυχολογικό στρες ως μια σχέση μεταξύ του ανθρώπου και του περιβάλλοντος, η οποία ερμηνεύεται από τον άνθρωπο ως τέτοια που υπερβαίνει τα διαθέσιμα (ψυχικά) αποθέματά του και θέτει σε κίνδυνο την ευεξία του. Οι ασθενείς με χρόνιο πόνο καλούνται να διαχειριστούν πλήθος παραγόντων και συνεπειών -πέρα από τον πόνο τον ίδιο- όπως έχουν ήδη περιγραφεί στις προηγούμενες ενότητες. Όλοι αυτοί οι παράγοντες μπορεί να ερμηνευθούν από τους πάσχοντες ως τέτοιοι που υπερβαίνουν τα διαθέσιμα ψυχικά αποθέματά τους και να εντείνουν το ήδη υπάρχον στρες που τους δημιουργεί ο πόνος (Dysvik et al., 2005). Αξίζει να σημειωθεί πως οι ερμηνείες των

ανθρώπων αναφέρονται στην συνεχή αξιολόγηση του πως εξελίσσονται τα πράγματα σε σχέση με τους προσωπικούς τους στόχους, τις αξίες και τις πεποιθήσεις τους (Folkman, 2013). Οι στρατηγικές διαχείρισης μπορεί να βοηθήσουν στην προσαρμογή ή όχι, ανάλογα με το πλαίσιο και την καταλληλότητα της αξιολόγησης στην οποία προβαίνουν οι άνθρωποι προκειμένου να τροποποιήσουν μια συνθήκη (Lazarus & Folkman, 1984).

Παραδείγματα γνωστικών στρατηγικών για τη διαχείριση του πόνου είναι η εκτροπή της προσοχής, η επανεκτίμηση των αισθήσεων πόνου, η αυτοεπιβεβαίωση, η αγνόηση του πόνου, η προσευχή ή η ελπίδα, και η καταστροφοποίηση (Rosentiel & Keefe, 1983). Οι συμπεριφορικές στρατηγικές αφορούν σε δράσεις που στην περίπτωση του πόνου, αποσκοπούν στον έλεγχο του ή στην προσπάθεια να τον ελαχιστοποιήσουν όπως, για παράδειγμα, να περιορίζουν την κίνηση, να λαμβάνουν φάρμακα κλπ. (Mercedes Bello-Villanueva, Benítez-Lara, & Oviedo-Trespalacios, 2017).

Υπάρχουν διάφορες κατηγοριοποιήσεις των στρατηγικών διαχείρισης. Οι Lazarus και Folkman (1984) διέκριναν σε εκείνες που είναι εστιασμένες στο πρόβλημα και περιλαμβάνουν προσπάθειες να τροποποιήσουν το πρόβλημα που προκαλεί την αναστάτωση, καθώς και εκείνες που είναι εστιασμένες στο συναίσθημα και αφορούν στη ρύθμιση του συναισθήματος που δημιουργείται από μια στρεσογόνο κατάσταση. Επιπλέον, συχνά αναφέρονται ως ενεργές ή παθητικές στρατηγικές διαχείρισης (Snow-Turek, Norris, & Tan, 1996). Οι πρώτες, ως προς τον πόνο, αφορούν στις στρατηγικές που χρησιμοποιούνται από τον πάσχοντα και επιχειρούν να ελέγξουν τον πόνο τους ή να συνεχίσουν την λειτουργικότητα τους, παρά την ύπαρξη του πόνου. Οι παθητικές στρατηγικές, αφορούν εκείνες κατά τις οποίες οι πάσχοντες παραχωρούν τις προσπάθειες για την διαχείριση του πόνου σε τρίτους ή επιτρέπουν σε άλλους τομείς της ζωής τους να επηρεαστούν αρνητικά από τον πόνο (Snow-Turek, Norris, & Tan, 1996). Οι Nichola, Wilson, & Goyen, (1992) προσδιορίζουν πως οι ενεργές στρατηγικές περιλαμβάνουν μια προσπάθεια από τον ίδιο τον ασθενή να διαχειριστεί τον πόνο χρησιμοποιώντας τις δυνάμεις και τους εσωτερικούς

πόρους του, ενώ οι παθητικές στρατηγικές χαρακτηρίζονται από αβοηθητότητα ή εξάρτηση από τους άλλους. Έτσι, το κλειδί σε αυτό τον διαχωρισμό είναι στο αν οι ασθενείς εξαρτώνται από εσωτερικούς ή εξωτερικούς πόρους για τον έλεγχο του πόνου (Snow-Turek et al., 1996).

Οι ενεργές στρατηγικές έχουν σχετιστεί με υψηλότερο θετικό συναίσθημα, καλύτερη ψυχολογική προσαρμογή και μειωμένη κατάθλιψη, ενώ οι παθητικές στρατηγικές με φτωχή προσαρμογή και χειρότερα αποτελέσματα, όπως αυξημένο πόνο και κατάθλιψη (Broome, Bates, Lillis & McGahee, 1990. Holmes & Stevenson, 1990). Αντίστοιχα αποτελέσματα προέκυψαν και από την μελέτη των Snow-Turek et al. (1996), οι οποίοι βρήκαν πως η παθητική διαχείριση σχετιζόταν με γενική ψυχολογική δυσφορία και κατάθλιψη, ενώ η ενεργή διαχείριση σχετιζόταν με περισσότερη φυσική δραστηριότητα και μειωμένη ψυχολογική δυσφορία. Η ίδιοι προτείνουν πως ίσως το ωφελιμότερο για τα προγράμματα διαχείρισης του πόνου θα ήταν να ενισχυθούν οι ασθενείς να μειώσουν τις παθητικές στρατηγικές, παρά να ωθηθούν στην αύξηση των ενεργών στρατηγικών.

Αξίζει ωστόσο να σημειωθεί πως το ποια στρατηγική είναι χρήσιμη μπορεί να διαφέρει από την μία κατάσταση στην άλλη. Για παράδειγμα, οι Holmes και Stevenson (1990), σε μία μελέτη που εξέτασαν ταυτόχρονα 30 ασθενείς με οξύ πόνο και 30 ασθενείς με χρόνιο πόνο, βρήκαν ότι στον οξύ πόνο οι αποφευκτικές στρατηγικές οδηγούσαν σε καλύτερη προσαρμογή από αυτές που απαιτούσαν εστίαση. Αντίθετα, στον χρόνιο πόνο οι στρατηγικές εστίασης προέβλεπαν καλύτερη προσαρμογή στον πόνο απ' ότι οι αποφευκτικές.

Η διαδικασία της διαχείρισης του στρες περιλαμβάνει, επίσης, αξιολογήσεις ή εκτιμήσεις των παραγόντων που δημιουργούν στρες, αντιδράσεις διαχείρισης και επανεκτίμηση των παραγόντων που δημιουργούν στρες (Ramírez-Maestre, Esteve, & LóPez, 2007). Οι γνωστικές αυτές εκτιμήσεις αναφέρονται στον τρόπο με τον οποίο κάποιος αντιλαμβάνεται την σχέση του με το περιβάλλον και την σπουδαιότητα αυτής της σχέσης για την ευημερία του (Ramírez-Maestre, Esteve, & LóPez, 2007). Οι γνωστικές εκτιμήσεις του πόνου μπορεί να έχουν σημαντικές

επιπτώσεις στη διαχείριση και τη συνολική ευημερία των ασθενών με χρόνιο πόνο (Dysvik, Natvig, Eikeland & Lindstrøm, 2005).

Σύμφωνα με το γνωστικό-συμπεριφορικό μοντέλο, οι αρνητικές αναπαραστάσεις για τον πόνο και τις συνέπειές του μπορεί να ωθήσουν τους ασθενείς να χρησιμοποιήσουν αρνητικές στρατηγικές διαχείρισης οδηγώντας τους, έτσι, σε μειωμένη καθημερινή δραστηριότητα με επακόλουθες συνέπειες στην λειτουργικότητα και την προσαρμογή (Ramírez-Maestre et al., 2007). Για παράδειγμα, η εκτίμηση της απειλής αναπαριστά την πιθανότητα για σωματική ή ψυχολογική βλάβη και σχετίζεται με τον πόνο που κάποιος θα νιώσει στο μέλλον. Οι εκτιμήσεις βλάβης και απώλειας αφορούν την αξιολόγηση της πραγματικής σωματικής ή ψυχολογικής βλάβης ή τραυματισμού. Αντιθέτως, η αξιολόγηση της κατάστασης ως μια πρόκληση αναφέρεται στην πιθανότητα κάποιος να ωριμάσει, να κατακτήσει δεξιότητες ή να κερδίσει κάποια πράγματα μέσα από την εμπειρία του πόνου (Unruh, Ritchie & Merskey et al., 1999). Είναι μία θετική αναπαράσταση και μπορεί να ωθήσει τους ασθενείς να χρησιμοποιήσουν στρατηγικές ενεργής διαχείρισης (να χειρίζονται τον πόνο ή να συνεχίζουν να λειτουργούν παρά τον πόνο). Επιπλέον, φαίνεται να συνδέεται με καλύτερη προσαρμογή στον χρόνιο πόνο (Vlaeyen & Linton, 2000).

Τα αποτελέσματα της μελέτης των Ramírez-Maestre et al. (2007) φαίνεται να επιβεβαιώνουν τα παραπάνω. Στη μελέτη αυτή εξέτασαν 122 ασθενείς με μυοσκελετικό χρόνιο πόνο και βρήκαν πως υψηλές αναπαραστάσεις πρόκλησης σχετίζονταν με χαμηλή χρήση στρατηγικών παθητικής διαχείρισης και υψηλή χρήση ενεργών στρατηγικών διαχείρισης. Αντιθέτως, οι εκτιμήσεις βλάβης ή απώλειας και οι εκτιμήσεις απειλής προέβλεπαν υψηλή χρήση παθητικών στρατηγικών διαχείρισης. Η αυξημένη χρήση παθητικών στρατηγικών διαχείρισης σχετιζόταν με χαμηλή λειτουργικότητα και υψηλή ένταση πόνου και βλάβη. Ενώ, από την άλλη, η αυξημένη χρήση ενεργής διαχείριση σχετιζόταν με υψηλά επίπεδα καθημερινής λειτουργικότητας. Βέβαια, κι άλλες μελέτες επιβεβαιώνουν ότι οι αρνητικές αναπαραστάσεις οδηγούν σε παθητικές

στρατηγικές διαχείρισης, ενώ οι θετικές αναπαραστάσεις σε ενεργές στρατηγικές διαχείρισης (π.χ. Dysvik et al., 2005).

Παρόλα αυτά, σύμφωνα με τους Mccracken και Eccleston (2003), η επιτυχία οποιασδήποτε στρατηγικής διαχείρισης εξαρτάται από το πλαίσιο στο οποίο χρησιμοποιείται. Ακόμα κι έτσι όμως, αφού εξέτασαν 20 χρόνια βιβλιογραφίας, αναφέρουν ότι δυσκολεύονται να καταλήξουν ποιες στρατηγικές μπορεί όντως να ενισχύουν την υγεία και τη λειτουργικότητα. Στην αντίπερα όχθη, επανειλημμένα έχει επιβεβαιωθεί η δυσπροσαρμοστική επίπτωση της καταστροφοποίησης, της τάσης δηλαδή των ασθενών να αξιολογούν τον πόνο τους ως ανεξέλεγκτο, να υπερβάλουν για την απειλή του πόνου και να αδυνατούν να αποστρέψουν την προσοχή τους από αυτόν (Mercedes Bello-Villanueva et al., 2017). Η καταστροφοποίηση φαίνεται να επιδεινώνει την εμπειρία του πόνου, και αυξάνει τον κίνδυνο για συνέχιση ή επιδείνωση του (Jensen et al., 2002). Οι Utne et al., (2009) εξέτασαν δύο ομάδες ογκολογικών ασθενών, όπου η μια ομάδα βίωνε ήπιο πόνο, ενώ η δεύτερη μέτριο ως ισχυρό. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης, οι ασθενείς με έντονο πόνο χρησιμοποιούσαν σημαντικά περισσότερο την καταστροφοποίηση. Οι ίδιοι, χρησιμοποιούσαν επίσης περισσότερες παθητικές στρατηγικές.

Οι στρατηγικές διαχείρισης που χρησιμοποιούσαν οι ασθενείς δεν φαίνεται να επηρεάζονται από την ένταση του πόνου τους. Για παράδειγμα, οι Haythornthwaite, Clark, Pappagallo και Raja (2003) εξέτασαν 49 ασθενείς με μεθερπητική νευραλγία πριν την έναρξη της φαρμακοθεραπείας και 8 εβδομάδες αργότερα μετά την διακοπή της θεραπείας και πριν την έναρξη ενός δεύτερου κύκλου φαρμακοθεραπείας και βρήκαν ότι η καταστροφοποίηση σχετιζόταν με τα καταθλιπτικά συμπτώματα αλλά όχι με τον πόνο, ούτε προέβλεπε τα επίπεδα του πόνου 8 εβδομάδες αργότερα. Η συσχέτιση με την κατάθλιψη όμως είναι εξίσου σημαντική καθώς καταδεικνύει μια ευρύτερη δυσκολία στο βίωμα του πόνου.

Αντίθετα από την δυσπροσαρμοστική επίδραση της καταστροφοποίησης, η αποδοχή του πόνου (McCracken & Eccleston, 2005) και η αισιοδοξία (Garofalo, 2000) φαίνεται να είναι δύο

παράγοντες που σχετίζονται με καλύτερη προσαρμογή στον πόνο. Σύμφωνα με τους Sturgeon και Zautra, (2010), η αποδοχή του πόνου είναι μια στρατηγική διαχείρισης που μπορεί να είναι πολύ χρήσιμη στην προσαρμογή στον πόνο. Συγκεκριμένα, μέσω της αποδοχής του πόνου ο ασθενής παύει να κατασπαταλά γνωστικούς και συναισθηματικούς πόρους ανησυχώντας για τον πόνο του. Έτσι, μπορεί να χρησιμοποιήσει αυτά τα γνωστικά και συναισθηματικά αποθέματα στη διαχείριση καταστάσεων που επιδέχονται τροποποίησης (όπως για παράδειγμα αν θα επιλέξει να απομονωθεί εξαιτίας του πόνου του ή θα επιδιώξει να διατηρήσει ένα επίπεδο λειτουργικότητας, κοινωνικοποίησης κλπ). Υψηλότερη αποδοχή του πόνου προβλέπει χαμηλότερα επίπεδα καταστροφοποίησης του πόνου, καλύτερη γνωστική, συναισθηματική, κοινωνική και επαγγελματική λειτουργικότητα (McCracken & Eccleston, 2005)

Επιπλέον, η ευεργετική δράση της αισιοδοξίας ενδεχομένως να οφείλεται στις στρατηγικές διαχείρισης που επιλέγουν οι αισιόδοξοι άνθρωποι σε σύγκριση με τους λιγότερο αισιόδοξους (Garofalo, 2000). Γενικά, τα λιγότερα αισιόδοξα άτομα επιλέγουν την αποφυγή και την άρνηση, ενώ οι πιο αισιόδοξοι την επίλυση προβλήματος. Ακόμα και όταν η επίλυση του προβλήματος δεν είναι εφικτή, οι αισιόδοξοι άνθρωποι επιλέγουν να αποδεχθούν την κατάσταση, χρησιμοποιούν το χιούμορ και κάνουν θετική *αναπλαισίωση* (Garofalo, 2000). Τέλος, η προσαρμογή στον πόνο ενδέχεται να μη σχετίζεται με τις συγκεκριμένες στρατηγικές που επιλέγουν οι ασθενείς, αλλά με την ικανότητα τους να είναι ευέλικτοι στην διαχείριση και την επιλογή στρατηγικών. Είναι πιθανό αυτή ακριβώς η ευελιξία να λειτουργεί κατά τέτοιο τρόπο ώστε οι ασθενείς αυτοί να προστατεύονται από την δυσφορία (Carver & Scheir, 2005).

1.1.9. Η μέτρηση του πόνου

Ο πόνος ως πολυπαραγοντικό φαινόμενο, δεν μπορεί να μετρηθεί με έναν αντικειμενικό δείκτη όπως για παράδειγμα η θερμοκρασία. Ακόμα και αν υπήρχε ένας τέτοιος δείκτης, δεν θα περιέγραφε τον πόνο ως ένα βίωμα που προκύπτει από την σύνθεση αισθητηριακών, συναισθηματικών, γνωστικών και συμπεριφορικών εμπειριών. Η Margo MacCaffery (1968, σελ.

95) είπε πως *"ο πόνος είναι αυτό που λέει εκείνος που τον βιώνει ότι είναι, και υπάρχει όποτε εκείνος λέει ότι υπάρχει*". Σήμερα, σχεδόν 50 χρόνια από τότε, το κύριο μέσο για την μέτρηση του πόνου είναι μέσω της υποκειμενικής περιγραφής του πάσχοντα.

Η Dixon (2016) αναφέρει πως υπάρχουν πολλά διαφορετικά "εργαλεία" για την μέτρηση του πόνου, καθώς καθένα από αυτά μπορεί να εστιάζει σε διαφορετική πτυχή του πόνου (π.χ. χρονιότητα, αιτιολογία, ένταση κλπ.). Σε κάθε περίπτωση όμως, μια πλήρης αξιολόγηση θα πρέπει να συμπεριλαμβάνει τις αισθητηριακές, συναισθηματικές και γνωστικές συνιστώσες του πόνου, την εκτίμηση της λειτουργικότητας του πάσχοντα καθώς, επίσης, και τη διερεύνηση παραγόντων που ενδεχομένως να επιδεινώνουν τον πόνο και την δυσφορία. Επιπλέον, αναφέρει πως σημαντικοί τομείς που χρειάζεται να συνυπολογίζονται κατά την αξιολόγηση του πόνου είναι (α) η ένταση του πόνου, (β) το στρες και οι στρατηγικές διαχείρισης του πόνου και ειδικά η καταστροφοποίηση που φαίνεται ότι έχει καθοριστική σημασία στην μη αποτελεσματική προσαρμογή των ασθενών, (γ) το άγχος για τον πόνο και ο φόβος του πόνου, (δ) οι συμπεριφορές του πόνου, (ε) η πολυπαραγοντικότητα του πόνου και συνεπώς η χρήση μεθόδων αξιολόγησης που περιλαμβάνουν τις αισθητηριακές, συναισθηματικές και ποιοτικές συνιστώσες του πόνου, καθώς και (στ) ο πόνος σε ειδικούς πληθυσμούς όπως τα παιδιά, οι ηλικιωμένοι, άνθρωποι με νευρολογικές δυσκολίες, αναλφάβητοι κλπ. Παρακάτω θα συζητηθούν μόνο εργαλεία για την αξιολόγηση της έντασης του πόνου καθώς αναφορές σε λοιπά εργαλεία γίνονται και σε άλλα κεφάλαια.

Υπάρχουν διάφορες κλίμακες αυτο-αναφοράς για την αξιολόγηση του πόνου. Συνήθως, χρησιμοποιούνται (α) κλίμακες οπτικής αναλογίας (VAS; Visual Analogue Scale), όπου σε μια γραμμή 10 εκατοστών ο πάσχοντας καλείται να υποδείξει πόσο πολύ πονάει, (β) κλίμακες αριθμητικής διαβάθμισης (NRS; Numerical Rating Scale), όπου ο πάσχοντας καλείται να υποδείξει πόσο πολύ πονάει, από το 0 που αντιστοιχεί στο «καθόλου πόνος» ως το 10 που αντιστοιχεί στον χειρότερο πόνο, καθώς και (γ) κλίμακες λεκτικής διαβάθμισης (VRS; Verbal Rating Scale), όπου ο πάσχοντας καλείται να περιγράψει την ένταση του πόνου του ως "καθόλου πόνος", "ήπιος",

“μέτριος”, “έντονος”. Γενικότερα, οι κλίμακες οπτικής αναλογίας και αριθμητικής διαβάθμισης θεωρούνται ως πιο αξιόπιστες και αποτελεσματικές και προτιμώνται τόσο σε κλινικό όσο και σε ερευνητικό επίπεδο (Green, 2013. McCormick & Law, 2016. Searle & Bennett, 2008). Παρόλα αυτά, υπάρχουν και κάποια μειονεκτήματα στην χρήση τους. Για παράδειγμα οι κλίμακες οπτικής αναλογίας μπορεί να δυσκολέψουν ανθρώπους χαμηλότερου εκπαιδευτικού επιπέδου (Hawker, Mian, Kendzrska, & French, 2011) ή ανθρώπους με γνωστικές, κινητικές ή οπτικές δυσκολίες (Kahl & Cleland, 2005. Turk & Burwinkle, 2005). Αντίστοιχα, στις κλίμακες λεκτικής διαβάθμισης μπορεί να είναι δύσκολο να περιγράψει κανείς την μοναδική εμπειρία πόνου που βιώνει (Mason, Fauerbach, & Haythornthwaite, 2011), καθώς η διαφορά στην ένταση του πόνου από το ένα επίθετο στο άλλο μπορεί να διαφέρει σημαντικά από την πραγματική ένταση του πόνου (Williams, 2004).

Πέρα από τα παραπάνω, υπάρχουν και εξειδικευμένες κλίμακες αυτο-αναφοράς για την περιγραφή του πόνου σε ειδικές καταστάσεις όπως στον χρόνιο πόνο, στον νευροπαθητικό, στις ημικρανίες κλπ. Οι περισσότερες από αυτές τις κλίμακες είναι πολυπαραγοντικές και εξετάζουν το αισθητηριακό βίωμα, την συναισθηματική δυσφορία αλλά και τα ποιοτικά χαρακτηριστικά του πόνου (Dixon, 2016). Από τα πιο χαρακτηριστικά παραδείγματα τέτοιων κλιμάκων είναι το Ερωτηματολόγιο Πόνου McGill (MPQ. Melzack, 1975), το οποίο χρησιμοποιεί μια λίστα περιγραφών του πόνου προκειμένου να αξιολογήσει τις αισθητηριακές, συναισθηματικές και ποιοτικές συνιστώσες του. Επιπλέον, περιλαμβάνει μία κλίμακα έντασης του πόνου και την απεικόνιση ενός σώματος για να μπορεί ο πάσχοντας να υποδείξει τα σημεία που εντοπίζει τον πόνο. Έχει μεταφραστεί σε πολλές γλώσσες και έχει καλές ψυχομετρικές ιδιότητες (Kerns et al., 1985). Ένα ακόμα εργαλείο που χρησιμοποιείται συχνά στην αξιολόγηση του χρόνιου πόνου είναι το Brief Pain Questionnaire (BPI. Cleeland, 1989. Daut, Cleeland, & Flanery, 1983). Έχει καλές ψυχομετρικές ιδιότητες (Katz & Melzack, 2011) και περιλαμβάνει 36 ερωτήσεις οι οποίες μπορούν να απαντηθούν σε περίπου 15 λεπτά είτε με αυτο- συμπλήρωση ή μέσω κλινικής συνέντευξης. Η ένταση του πόνου αξιολογείται σε μία κλίμακα Likert που κυμαίνεται από το 0 ως 10. Ακόμα,

υπάρχουν κάποια επίθετα για την περιγραφή του πόνου. Αξιολογείται, επίσης, η αποτελεσματικότητα των μεθόδων ανακούφισης που χρησιμοποιούν, αλλά και οι πιθανές αιτίες στις οποίες αποδίδουν τον πόνο τους οι πάσχοντες. Τέλος, υπάρχουν ερωτήσεις που αξιολογούν την επίδραση του πόνου στην λειτουργικότητα του ασθενούς.

Ένας ακόμα τρόπος για την αξιολόγηση του πόνου είναι μέσω της παρατήρησης της συμπεριφοράς, η οποία γίνεται μέσω αναλυτικών ημερολογίων στα οποία καταγράφονται οι δραστηριότητες και η συμπεριφορά του ατόμου που πονά. Μπορεί επίσης να καταγραφούν και άλλες πληροφορίες όπως ο χρόνος έναρξης και λήξης του πόνου, η ένταση, η διαχείριση και ό,τι άλλο κρίνεται σκόπιμο. Η καταγραφή μπορεί να γίνει από το ίδιο το άτομο ή από κάποιον στο περιβάλλον του που εκπαιδεύεται κατάλληλα για τον σκοπό αυτό (Καραδήμας, 2005). Δεν κρίνεται σκόπιμο να γίνει εκτενέστερη περιγραφή των μεθόδων αυτών, καθώς η παρούσα μελέτη ασχολείται κυρίως με την ένταση του πόνου.

Τέλος, μπορεί να αξιολογηθεί η διέγερση που προκαλείται στον πάσχοντα από τον πόνο μέσω ψυχοφυσιολογικών μετρήσεων. Αφορούν στην καταγραφή μεταβολών σε δείκτες της ενεργοποίησης του αυτόνομου νευρικού συστήματος (όπως ο καρδιακός ρυθμός ή η αγωγιμότητα του δέρματος), των γραμμωτών μυών (μέσω του ηλεκτρομυογραφήματος), ή του εγκεφάλου μέσω του ηλεκτροεγκεφαλογραφήματος (Καραδήμας, 2005). Οι μέθοδοι αυτοί είναι ενδεικτικές για την ενεργοποίηση του συμπαθητικού νευρικού συστήματος, δεν αποδίδουν όμως μια ακριβή απεικόνιση της έντασης του πόνου, αλλά της γενικότερης έντασης ή δυσφορίας.

2. ΔΙΑΣΧΙΣΗ

2.1. Ορισμός

Σύμφωνα με το DSM V ως διάσχιση ορίζεται "*η διάσπαση και/ή η ασυνέχεια της φυσιολογικά συντεθειμένης λειτουργίας της συνείδησης, της μνήμης, της ταυτότητας, του συναισθήματος, της αντίληψης, της αναπαράστασης του σώματος, του κινητικού ελέγχου και της συμπεριφοράς*" (American Psychiatric Association, 2013, σελ. 291). Τα συμπτώματα της διάσχισης διαχωρίζονται σε "θετικά" και "αρνητικά" (American Psychiatric Association, 2013). "Θετικά" συμπτώματα αποτελούν οι αναπάντεχες εισβολές στην επίγνωση και την συμπεριφορά, με επακόλουθα κενά στη συνέχεια της υποκειμενικής εμπειρίας, όπως συμβαίνει στις καταστάσεις της αποπροσωποποίησης (το αίσθημα αποσύνδεσης από το σώμα, τον εαυτό ή τις ενέργειες του εαυτού, π.χ., το αίσθημα ότι το σώμα είναι παράξενο, ψεύτικο, μηχανικό, διαφορετικό κ.ά., Dell, 2009), ή αποπραγματοποίησης (περιλαμβάνει τις διαστρεβλώσεις στην αντίληψη που αφορούν στην σχέση του εαυτού με το περιβάλλον όπως, για παράδειγμα, το συναίσθημα ότι ο κόσμος είναι μακρινός, ομιχλώδης ή θαμπός, το αίσθημα ότι ο κόσμος έχει γίνει διαφορετικός, παράξενος, ξένος, το αίσθημα ότι ο χρόνος πάει αργά ή σταματά κ.ά., Dell, 2009). Η αδυναμία πρόσβασης σε πληροφορίες ή η αδυναμία ελέγχου νοητικών λειτουργιών, οι οποίες συνήθως επιδέχονται άμεσα πρόσβαση ή έλεγχο, όπως η αμνησία (βλ. παρακάτω), αποτελούν τα "αρνητικά συμπτώματα" (American Psychiatric Association, 2013).

Το DSM V (2013) κατατάσσει τις διασχιστικές διαταραχές αμέσως μετά από τις από τις διαταραχές σχετιζόμενες με το τραύμα -αλλά όχι ως τμήμα τους- ώστε να υποδείξει την στενή σχέση της διάσχισης με το τραύμα, καθώς η τελευταία αποτελεί συχνό επακόλουθο του τραύματος. Η κατηγοριοποίηση του DSM V για τις διασχιστικές διαταραχές περιλαμβάνει: τη διασχιστική διαταραχή ταυτότητας, τη διασχιστική αμνησία, τη διαταραχή αποπροσωποίησης/ απόπραγματοποιήσης, την ειδική διασχιστική διαταραχή και τη μη προσδιοριζόμενη διασχιστική

διαταραχή. Εδώ δεν θα γίνει εκτενέστερη αναφορά στο τι αφορά κάθε μία, καθώς δεν εξυπηρετεί τους σκοπούς της παρούσας μελέτης.

2.1.2. Πληθυσμός εμφάνισης της διάσχισης

Η διάσχιση μπορεί να είναι μία κατάσταση που υπάρχει ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας ενός ανθρώπου (trait) ή ως μία λειτουργία που προκύπτει ως απάντηση σε κάποιο γεγονός (state) (Sergiu, 2015). Η πληρέστερη κατανόηση του φαινομένου της διάσχισης, έχει επιτρέψει στους μελετητές να την κατανοήσουν ως μία λειτουργία ή ένα ψυχολογικό μηχανισμό που υπάρχει σε μικρότερο ή μεγαλύτερο βαθμό στο γενικό πληθυσμό (Holmes et al., 2005). Πέρα όμως από τον γενικό πληθυσμό, είναι μία κατάσταση που εμφανίζεται αρκετά συχνά σε ομάδες ασθενών με διάφορες ψυχολογικές διαταραχές. Σύμφωνα με τα στοιχεία της ανασκόπησης των Brand et al 2013, η συχνότητα εμφάνισης της διάσχισης στου ψυχιατρικούς ασθενείς που νοσηλεύονται κυμαίνεται από 1- 21%, ενώ εμφανίζεται σε ποσοστό 12- 29% στους ασθενείς που δεν νοσηλεύονται. Οι ψυχολογικές διαταραχές στις οποίες εμφανίζεται συχνά η διάσχιση είναι η μεταιχμιακή διαταραχή (Lyssenko et al., 2018), η κατάθλιψη, η ψυχαναγκαστική καταναγκαστική διαταραχή, η μετατραυματική διαταραχή (Maaranen, 2005. Rufer, Fricke, Held, Cremer & Hand, 2006. Zanarini, Frankenburg, Jager-Hyman, Reich & Fitzmaurice, 2008), η αγοραφοβία, η διαταραχή πανικού, οι διατροφικές διαταραχές, η διπολική διαταραχή, οι διαταραχές προσωπικότητας (Holmes et al., 2005), η κατάχρηση ουσιών (Badura Reiter, Altmaier, Rhomberg, & Elas, 1997), η ψύχωση (Sar & Ozturk, 2008). Μάλιστα, υπάρχουν μελέτες που προτείνουν πως ακόμα και οι ακουστικές παραισθήσεις ουσιαστικά αποτελούν ένα είδος διάσχισης (Brewin & Patel, 2010), όπως επίσης και ο χρόνιος πόνος και τα σύνδρομα πόνου (Badura et al., 1997. Saxe et al., 1994).

2.2. Η κατανόηση του φαινομένου

Η μελέτη της διάσχισης δεν είναι ένα καινούργιο πεδίο έρευνας. Ξεκίνησε ήδη από τις παρατηρήσεις του Janet (1907) και αποτέλεσε πεδίο έντονου ενδιαφέροντος το 19ο και 20ο αιώνα. Παρόλα αυτά, εξακολουθεί να αποτελεί ένα πεδίο αμφισβητήσεων μεταξύ των ερευνητών (Braude, 2009). Υπάρχουν διαφωνίες τόσο ως προς τον ορισμό όσο και προς την κατανόηση του φαινομένου (DePrince & Freyd, 2014).

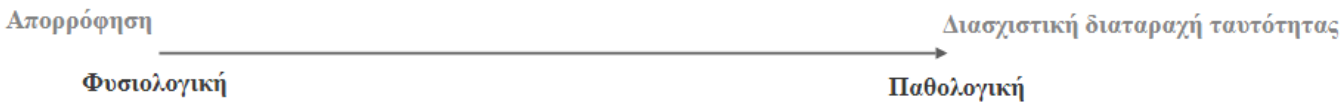
Συχνά γίνεται διαχωρισμός μεταξύ παθολογικής και φυσιολογικής διάσχισης (Holmes et al., 2005). Αρκετά συχνά, επίσης, θεωρείται ως ένα φαινόμενο που εκτείνεται σε ένα συνεχές που κυμαίνεται από τις φυσιολογικές καθημερινές μορφές της διάσχισης, όπως η *απορρόφηση (absorption)*, δηλαδή η κατάσταση στην οποία μία συνθήκη απορροφά κάποιον τόσο έντονα που χάνει την αντίληψη των πραγμάτων που ενδεχομένως εκτυλίσσονται γύρω του (π.χ., όπως μπορεί να γίνει κατά την ανάγνωση ενός βιβλίου ή όταν κάποιος παρακολουθεί μία ταινία στην οποία αισθάνεται ότι εμπλέκεται και συμμετέχει έντονα) και φτάνει ως την διασχιστική διαταραχή ταυτότητας (Holmes et al., 2005) (Εικόνα 6).

Άλλο πεδίο διαμάχης είναι τα είδη της διάσχισης. Πολλοί ερευνητές έχουν προτείνει διαφορετικούς διαχωρισμούς προκειμένου να ορίσουν και να κατανοήσουν καλύτερα το φαινόμενο (πχ., Allen, 2001. Brown, 2002. Cardeña, 1994. Putnam, 1997). Σε αυτή την μελέτη θα ακολουθηθεί το μοντέλο της Holmes, η οποία έκανε μία ευρεία ανασκόπηση των όρων που είχαν χρησιμοποιηθεί κατά διαστήματα και πρότεινε μία ταξινόμηση που ανταποκρίνεται στα ευρήματα των σύγχρονων ερευνών επί του θέματος (Holmes et al., 2005).

Επίσης, συχνά υπάρχει διαφωνία ως προς το αν η διάσχιση είναι μηχανισμός διαχείρισης, αποτέλεσμα κάποιου τραύματος, ή μια συνθήκη μέσω της οποίας μπορούν να γίνουν καλύτερα παρατηρήσιμες και κατανοητές οι διάφορες συνέπειες που προκύπτουν από ένα τραύμα (DePrince & Freyd, 2014). Στις διάφορες μελέτες παρουσιάζεται με όλους τους παραπάνω τρόπους. Για παράδειγμα, κάποτε αναφέρεται ως ένας μηχανισμός που ενεργοποιείται για να προστατεύσει την

ψυχική υγεία του πάσχοντα από ένα ακραίο συμβάν (π.χ., Jorba-Galdos, 2014. Ross et al, 2008). Άλλοτε, εξ' αιτίας της υψηλής συσχέτισής του με την παιδική κακοποίηση, κάποιοι ερευνητές ισχυρίζονται πως είναι το αποτέλεσμα του τραύματος (Merckelbach, Horselenberg & Schmidt, 2002. Nijenhuis, Spinhoven, Van Dyck, Van der Hart & Vanderlinden, 1996), ενώ άλλες φορές παρουσιάζεται ως ένας ενδιάμεσος μηχανισμός που εμποδίζει το κεντρικό νευρικό σύστημα να ενσωματώσει επιτυχώς τις τραυματικές εμπειρίες (Diseth, 2005). Η μη ενσωμάτωση των εμπειριών έχει ως αποτέλεσμα να μη γίνεται φυσιολογική επεξεργασία του τραύματος από την μνήμη, καθιστώντας αδύνατη την σύνθεση σε ένα σύνολο των συναισθημάτων και των αισθήσεων που σχετίζονται με το τραύμα (Diseth, 2005). Έτσι, φαίνεται πως χρειάζεται περισσότερη διερεύνηση γύρω από το ποια τελικά είναι η λειτουργία της διάσχισης.

Τέλος, δεν έχει πλήρως διευκρινιστεί αν η διάσχιση είναι ένα ωφέλιμο ή ένα βλαβερό φαινόμενο (Waller et al., 2000) ή τουλάχιστον ποια είδη διάσχισης και υπό ποιες προϋποθέσεις μπορεί να είναι ωφέλιμα η βλαβερά. Το ζήτημα της ωφελιμότητας ή βλαπτικότητας θα αναλυθεί εκτενέστερα σε επόμενη ενότητα.



Εικόνα 6. Συνεχές διακύμανσης από τη φυσιολογική στην παθολογική διάσχιση

2.3. Είδη διάσχισης

2.3.1. Απόσπαση

Είναι η κατάσταση κατά την οποία η αντίληψη ενός ανθρώπου παρεκτρέπεται από το αναμενόμενο με τέτοιο τρόπο ώστε να βιώνει απομάκρυνση (ή διαχωρισμό) από συγκεκριμένες πτυχές της καθημερινής εμπειρίας και μπορεί να αφορά το σώμα του (π.χ., σαν κάποιος να παρατηρεί το σώμα του από απόσταση), την αίσθηση του εαυτού (αποπροσωποποίηση) ή τον εξωτερικό κόσμο (αποπραγματοποίηση) (Holmes et al., 2005). Τα φαινόμενα αυτά συχνά

συμβαίνουν συνδυαστικά (Allen, Console & Lewis,1999) και πιθανότατα αυτό αντανακλά την λειτουργία ενός κοινού νευροβιολογικού μηχανισμού (Sierra & Berrios 1998). Κατά την απόσπαση, ο πάσχοντας μπορεί να νιώθει ότι τα πράγματα γίνονται χωρίς να έχει ο ίδιος καμία συναισθηματική εμπλοκή, σαν ο κόσμος να φαίνεται άψυχος και δισδιάστατος, σαν να αισθάνεται ότι ονειρεύεται, ή ότι είναι όλα ψεύτικα. Η Holmes et al. (2005), προτείνει ότι οι καταστάσεις της απόσπασης μπορεί να είναι οξείες και προσωρινές ή να εξελιχθούν σε χρόνιες, όπως η διαταραχή αποπροσωποποίησης. Έτσι, προτείνει ότι τα φαινόμενα αυτά μπορούν να ταξινομηθούν σε ένα συνεχές, όπου στο ένα άκρο βρίσκονται οι παροδικές καταστάσεις απόσπασης που προκαλούν ελάχιστη ή καθόλου δυσφορία, όπως αυτές που σχετίζονται με την κόπωση ή την ήπια μέθη, και στο άλλο άκρο καταστάσεις που περιλαμβάνουν σχεδόν απόλυτο πνευματικό κενό.

2.3.1.1. Μηχανισμός Λειτουργίας

Σύμφωνα με τους Holmes et al. (2005), ο πιο πιθανός μηχανισμός ενεργοποίησης της απόσπασης σχετίζεται με την διαχείριση του έντονου άγχους και λειτουργεί όπως περιγράφεται από τους Sierra και Berrios (1998). Συγκεκριμένα, υποθέτουν πως τα φαινόμενα της απόσπασης προκύπτουν από ένα έμφυτο βιολογικό μηχανισμό άμυνας που εξελίχθηκε προκειμένου να ελαχιστοποιήσει τις πιθανές βλαπτικές συνέπειες του έντονου συναισθήματος σε απειλητικές καταστάσεις. Έτσι, η απόσπαση προκύπτει όταν η αύξηση του άγχους προκαλεί τον έσω προμετωπιαίο φλοιό να αναστείλει την επεξεργασία του συναισθήματος από το μεταιχμιακό σύστημα, μειώνοντας την συμπαθητική λειτουργία (Sierra & Berrios, 1998). Με τον τρόπο αυτό, κάποιος σε μία κατάσταση εξαιρετικής απειλής βρίσκεται κενός συναισθημάτων, κάτι που αυξάνει την πιθανότητα να χρησιμοποιήσει προσαρμοστικές συμπεριφορές που θα τον βοηθήσουν να αντιμετωπίσει την απειλή (Brown, 2006).

2.3.2. Τμηματοποίηση

Είναι τα φαινόμενα κατά τα οποία κάποιος δεν μπορεί να έχει συνειδητό έλεγχο ή πρόσβαση σε λειτουργίες που τυπικά θα είχε (Cardena, 1994). Τέτοια παραδείγματα είναι η διασχιστική αμνησία, τα "ανεξήγητα" νευρολογικά συμπτώματα που συναντά κανείς στην μετατρεπτική διαταραχή όπως η παράλυση, η απώλεια των αισθήσεων, οι επιληψίες, οι διαταραχές βάδισης και άλλες καταστάσεις που οι Nijenhuis, Spinhoven, Van Dyck, Van Der Hart & Vanderlinden, (1996) αποκαλούν ως «σωματόμορφη διάσχιση» (Holmes et al., 2005).

Οι λειτουργίες στις οποίες δεν μπορεί να έχει πρόσβαση ο πάσχων ή οι πληροφορίες που αφορούν σε αυτές τις λειτουργίες και στις οποίες επίσης δεν μπορεί να έχει πρόσβαση, λέγεται ότι έχουν «τμηματοποιηθεί» (Holmes et al., 2005). Η αποκατάσταση της λειτουργίας αυτής είναι εφικτή όχι όμως ελέγξιμη από τον πάσχοντα, καθώς η τμηματοποίηση δεν είναι κάτι που προκύπτει με την θέληση του ή τον έλεγχο του (Cardena, 1994). Είναι όμως άξιο προσοχής το γεγονός ότι οι τμηματοποιημένες λειτουργίες δεν παύουν να λειτουργούν και μπορούν να επηρεάσουν τα συναισθήματα, την σκέψη και την συμπεριφορά του πάσχοντα. Για παράδειγμα, οι Kuyk, Spinhoven και Van Dyck (1999) σύγκριναν δύο δείγματα ασθενών με αμνησία από επιληπτική κρίση, με ένα δείγμα ασθενών με ψυχογενείς επιληπτικές κρίσεις με αμνησία (ή αλλιώς ψυχογενείς μη επιληπτικές κρίσεις που σχετίζονται με την συνύπαρξη διάσχισης, βλ., π.χ., Schmutz, 2013. Van Der Kruijs et al., 2014). Προέκυψε πως το 85% των ασθενών με ψυχογενείς επιληπτικές κρίσεις μπόρεσαν να θυμηθούν τα γεγονότα της επιληψίας για τα οποία πριν είχαν αμνησία, ενώ κανείς από τους ασθενείς της πρώτης ομάδας δεν μπόρεσε να ανακαλέσει τα γεγονότα. Φαίνεται λοιπόν, πως στην ομάδα των ασθενών με τις ψυχογενείς επιληπτικές κρίσεις η λειτουργία της μνήμης συνέχιζε να λειτουργεί παρόλο που είχε τμηματοποιηθεί και ο πάσχοντας δεν μπορούσε να έχει εθελούσια πρόσβαση και έλεγχο σε αυτή.

Τέλος, τα φαινόμενα της τμηματοποίησης θα μπορούσαν επίσης να ταξινομηθούν σε ένα συνεχές. Το συνεχές αυτό καθορίζεται από την σοβαρότητα και την δυσλειτουργία που προκαλούν

τα διάφορα φαινόμενα. Το δεξί άκρο αυτού του συνεχούς θα μπορούσε να εκτείνεται ως την διασχιστική διαταραχή ταυτότητας (Holmes et al., 2005).

2.3.2.1. Μηχανισμός Λειτουργίας

Οι Holmes et al. (2005) έδωσαν πολλά παραδείγματα κατά τα οποία εμφανίζεται η τμηματοποίηση, αλλά δεν περιγράφουν κάποιο μηχανισμό λειτουργίας. Έτσι, ο Brown (2006) προτείνει μία επεξήγηση των φαινομένων της τμηματοποίησης μέσα από το Γνωστικό Μοντέλο Σύνθεσης (ΓΜΣ). Το μοντέλο αυτό περιγράφει πρώτα πως οι διάφορες γνωστικές δομές και διεργασίες σχετίζονται με την φυσιολογική συνείδηση και έλεγχο και, έπειτα, πως αυτό το μοντέλο εφαρμόζεται σε μη φυσιολογικές περιπτώσεις, όπως στην τμηματοποίηση (Brown, 2006. 2013).

Σύμφωνα με το μοντέλο, ο έλεγχος της σκέψης και της δράσης γίνεται από μια σύνθετη διαδικασία που καθορίζεται από τα ερεθίσματα που γίνονται αντιληπτά από τις αισθήσεις μας και τις ήδη αποθηκευμένες μνήμες μας. Οι εισερχόμενες αισθητηριακές πληροφορίες κωδικοποιούνται, αντιπαραβάλλονται και συνδυάζονται με ήδη υπάρχουσες μνήμες, ώστε να ενεργοποιήσουν ένα *ιεραρχικό δίκτυο προγραμμάτων* σκέψης και δράσης. Αυτά τα προγράμματα, ανάλογα από το επίπεδο της ιεραρχίας που βρίσκονται μπορεί να είναι πολύ γενικές καταστάσεις όπως "τρώω σε ένα εστιατόριο" ή στα πολύ κατώτερα επίπεδα τους να περιλαμβάνουν πολύ ειδικές συνθήκες για κάθε περίσταση όπως "ανοίγω τον κατάλογο". Τα προγράμματα αυτά ενεργοποιούνται σε διαφορετικό βαθμό και διάρκεια ανάλογα με την συνθήκη που καλούνται να χειριστούν. Οι συμπεριφορές που ελέγχονται από αυτό το ιεραρχικό σύστημα εκτελούνται αβίαστα, σχεδόν αυτόματα και η εκτέλεση των βημάτων τους δεν απαιτεί συνειδητή προσπάθεια. Όταν όμως προκύπτει ένας τελείως νέο ερέθισμα, ή μια καινούρια συνθήκη για την οποία δεν υπάρχουν ήδη δεδομένα στη μνήμη μας, τότε πρέπει να ενεργοποιηθεί ένα δεύτερο σύστημα επεξεργασίας που ονομάζεται *Δευτερογενές Σύστημα Προσοχής* (ΔΠΣ). Το ΔΠΣ απαιτεί περισσότερη προσπάθεια και συνειδητή εστίαση, ώστε με βάση τα νέα ερεθίσματα να τροποποιήσει, να ενεργοποιήσει περαιτέρω ή να διακόψει την λειτουργία των ιεραρχικών προγραμμάτων συμπεριφοράς προκειμένου ο

άνθρωπος να ανταποκριθεί σε μια νέα κατάσταση. Χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι η εκμάθηση της οδήγησης, όπου αρχικά απαιτείται εστιασμένη προσπάθεια και καθοδήγηση αλλά αργότερα η διαδικασία αυτοματοποιείται και γίνεται αβίαστα. Αν όμως προκύψει μια έκτακτη ανάγκη κατά την οδήγηση, η αβίαστη προσπάθεια διακόπτεται και απαιτείται συνειδητή εστίαση (από το ΔΠΣ) για την αντιμετώπισή της.

Σε φυσιολογικές καταστάσεις, τα ιεραρχικά δίκτυα προγραμμάτων σκέψεων και συμπεριφορών που ενεργοποιούνται, είναι ικανά να αντιμετωπίσουν την τρέχουσα συνθήκη και ανταποκρίνονται καλά. Έτσι επιτυγχάνεται ένας αποτελεσματικός και αναμενόμενος έλεγχος της αντίληψης, της σκέψης και της συμπεριφοράς. Ωστόσο, σε κάποιες περιστάσεις τα ιεραρχικά προγράμματα σκέψεων και συμπεριφορών που χρησιμοποιούνται, δεν είναι κατάλληλα για την συγκεκριμένη συνθήκη που ενεργοποιήθηκαν ή ενεργοποιούνται σε χρονικά λάθος στιγμή. Αυτές είναι οι περιπτώσεις που προκύπτουν αντιληπτικές ανωμαλίες, μη ηθελημένες συμπεριφορές και άλλα συμπτώματα και φαινόμενα της τμηματοποίησης. Έτσι, τα διάφορα συμπτώματα που προκύπτουν σχετίζονται με την λανθασμένη ενεργοποίηση αυτών των προγραμμάτων.

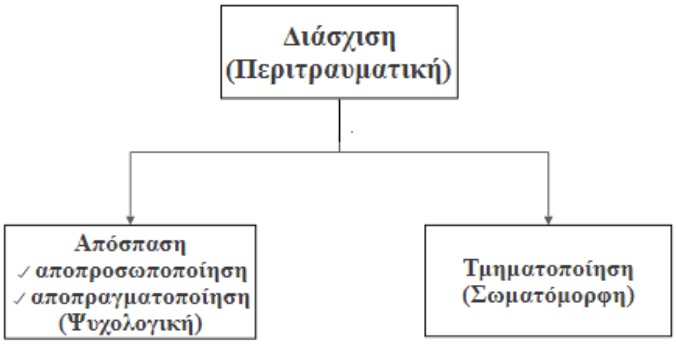
Για παράδειγμα, κάποιες φορές μπορεί να σχετίζονται με την διάρκεια χρήσης αυτών των προγραμμάτων (π.χ. χρησιμοποιούνται για περισσότερη ή λιγότερη ώρα από όσο απαιτείται στη συγκεκριμένη συνθήκη). Άλλες φορές με την χρονική στιγμή που ενεργοποιήθηκαν (ενώ δεν χρειαζόταν, ή πολύ αργότερα από την στιγμή που χρειαζόταν), ή ακόμα και με την χρήση τελείως λάθος προγραμμάτων σε μία συνθήκη (όπως, για παράδειγμα, με την επιλογή ενός κινητικού προγράμματος ενώ δεν απαιτείται κίνηση στην τρέχουσα συνθήκη). Ο πόνος, παραδείγματος χάριν (ως διασχιστικό σύμπτωμα), θα μπορούσε να προκύψει από την υπερ-ενεργοποίηση αισθητηριακών μνημών από προηγούμενες εμπειρίες πόνου σε στιγμές που δεν υπάρχει πραγματικό αισθητηριακό μήνυμα πόνου. Η τύφλωση (ως διασχιστικό σύμπτωμα) θα μπορούσε να προκύψει από την αυτόματη ενεργοποίηση ενός προγράμματος που αναστέλλει την οπτική επεξεργασία (ενώ χρονικά και αισθητηριακά δεν απαιτείται μια τέτοια αντίδραση). Οι μη ηθελημένες κινήσεις από την

επιλογή ακατάλληλων κινητικών προγραμμάτων, ενώ τα "ανεξήγητα" σωματικά συμπτώματα που δεν υποχωρούν μπορεί να οφείλονται σε μεγαλύτερης έντασης ή παρατεταμένης διάρκειας προγράμματα αν και η χρήση τους θα έπρεπε να είχε διακοπεί. Τέλος, οι ψυχογενείς επιληψίες μπορεί να προκύπτουν όταν κάποιος είναι επιρρεπής στην επεισοδιακή υπερενεργοποίηση των αντίστοιχων προγραμμάτων.

2.3.3. Περιτραυματική διάσχιση

Ένας ακόμα όρος που συναντάται συχνά στην μελέτη της διάσχισης είναι η περιτραυματική διάσχιση, η οποία έχει σημαντική περιγραφική αξία καθώς προσδιορίζει τον χρόνο εμφάνισης και διάρκειας του φαινομένου. Συγκεκριμένα, ως περιτραυματική ορίζεται η διάσχιση που εμφανίζεται κατά την διάρκεια ή αμέσως μετά από την έκθεση σε τρομακτικά γεγονότα (Nijenhuis, van Engen, Kusters, & ven der Hart, 2001). Υπάρχουν δύο τύποι περιτραυματικής διάσχισης: Η ψυχολογική περιτραυματική διάσχιση που περιλαμβάνει φαινόμενα όπως η αποπροσωποποίηση και η αποπραγματοποίηση, καθώς και η σωματική ή σωματόμορφη περιτραυματική διάσχιση που περιλαμβάνει διάφορα σωματικά συμπτώματα, όπως δυσκολία κατάποσης, μη ηθελημένες κινήσεις του σώματος κλπ. (Nijenhuis et al., 2001).

Η περιτραυματική σωματική διάσχιση θα μπορούσε να γίνει κατανοητή ως μια φυσιολογική και κοινή αντίδραση τόσο στα ζώα όσο και στους ανθρώπους (Moskowitz, 2004), όπως φαίνεται για παράδειγμα από το σύμπτωμα του «παγώματος»/ακινητοποίησης (Nijenhuis,Spinhoven, Vanderlinden, van Dyck & van der Hart, 1998). Κατά αντιστοιχία με την κοινή αυτή προστατευτική αντίδραση των ζώων, σύμφωνα με την μελέτη των Galliano, Noble, Travis & Puechl, (1993), φαίνεται πως τα 2/3 των θυμάτων βιασμού, πάγωσαν και αδυνατούσαν να κινηθούν κατά την διάρκεια της απειλής. Η ψυχολογική περιτραυματική διάσχιση αντιστοιχεί στην απόσχιση του μοντέλου των Holmes et al. (2005), ενώ η σωματική περιτραυματική διάσχιση αντιστοιχεί στην τμηματοποίηση (Hagenaars, Van Minnen, & Hoogduin, 2007) (Εικόνα 7).



Εικόνα 7. Είδη διάσχισης γενικά και περιτραυματικής διάσχισης

2.4. Άλλα μοντέλα

Πέρα από τους μηχανισμούς δράσης της διάσχισης που έχουν ήδη περιγραφεί παραπάνω, υπάρχουν διάφορα επιπλέον μοντέλα για την κατανόηση της διάσχισης. Θα αναφερθούν πολύ συνοπτικά τρία ακόμα που αναφέρονται συχνά, για λόγους πληρότητας της περιγραφής.

Μοντέλο Τραύματος- Διάσχισης (π.χ., Dalenberg et al., 2012): Σύμφωνα με αυτό το μοντέλο, η διάσχιση μπορεί να γίνει κατανοητή ως ένας μακροχρόνιος μηχανισμός διαχείρισης που βοηθά στην τμηματοποίηση των επώδυνων μνημών και συναισθημάτων που σχετίζονται με την παιδική κακοποίηση (Merckelbach, Horselenberg & Schmidt, 2002).

Το κοινωνιογνωστικό Μοντέλο (Lilienfeld et al., 1999), το οποίο προτείνει πως τα συμπτώματα της διασχιστικής διαταραχής ταυτότητας και πιθανόν και άλλων διασχιστικών διαταραχών, προκύπτουν όταν άνθρωποι που έχουν ήδη κάποια ψυχολογικά προβλήματα υπόκεινται σε (i) υπαινικτικές διαδικασίες (για παράδειγμα επαναλαμβανόμενες ερωτήσεις για μνήμες και κομμάτια προσωπικότητας, καθοδηγούμενες ερωτήσεις, ύπνωση κλπ.), (ii) επιδράσεις από τα μέσα (π.χ., ταινίες και τηλεόραση), καθώς και (iii) ευρύτερες κοινωνικοπολιτισμικές προσδοκίες (π.χ., η πεποίθηση ότι οι *άνθρωποι έχουν πολλαπλές προσωπικότητες*) (Lynn et al., 2014).

Το Μοντέλο Φαντασίας σύμφωνα με το οποίο η φαντασία αλληλοεπικαλύπτεται με την διάσχιση, τις γνωστικές διαστρεβλώσεις, την κλίση για υποβολή και καθιστά κάποιους ανθρώπους ευάλωτους στις υπαινικτικές επιδράσεις, όπως περιγράφονται από το κοινωνιογνωστικό μοντέλο (Lynn et al.,

2014). Έτσι, το μοντέλο αυτό προτείνει, πως οι υπαινιγμοί, η κλίση για υποβολή και η τάση για φαντασία σχετίζονται με ανακριβείς ή υπερβολικές αυτο-αναφορές και περιγραφές τραύματος και πως οι διασχιστικές διαταραχές σχετίζονται με τη λειτουργία της φαντασίας ή της τάσης για φαντασία (Lynn et al., 2014).

2.5. Ωφέλιμη ή βλαβερή λειτουργία;

Πολλοί ερευνητές αναφέρουν ότι η διάσχιση μπορεί να βοηθήσει έναν άνθρωπο σε κρίση να αντιμετωπίσει μία δύσκολη κατάσταση και ότι συνεπώς είναι μια φυσιολογική αντίδραση (Waites, 1993. Foy, 1992). Ή ότι η διάσχιση θεωρείται ένας προστατευτικός μηχανισμός κατά της έντονης συναισθηματικής δυσφορίας και του σωματικού πόνου κατά την διάρκεια κάποιου τραυματικού (Spiegel, 1991) ή μη τραυματικού στρεσογόνου ερεθμίσματος (Sterlini & Bryant, 2002). Οι Oathes και Ray (2008), προτείνουν ότι η διάσχιση δεν παρεμποδίζει καθόλου, αντιθέτως διευκολύνει την αρχική επεξεργασία του συναισθήματος. Επιπλέον αναφέρουν ότι πιθανότατα η διάσχιση τείνει να χρησιμοποιείται σε κατοπινά στάδια, μετά από την αρχική επιτυχή επεξεργασία, κωδικοποίηση και αποθήκευση του συναισθηματικού υλικού, ούτως ώστε οι άνθρωποι να αποφεύγουν τον επιπλέον συναισθηματικό πόνο. Η άποψη αυτή έρχεται σε συμφωνία και με την θεωρία των Frewen και Lanius (2006), οι οποίοι προτείνουν ότι η συναισθηματική ευαισθησία είναι ένας παράγοντας που συμβάλλει στην εμφάνιση της διάσχισης, προκειμένου να αποφευχθεί η παραπάνω εμβάθυνση στο αρνητικό συναίσθημα.

Άλλοι προτείνουν ότι η διάσχιση είναι ένας επιβλαβής και δυπροσαρμοστικός μηχανισμός (Giesbrecht, Smeets & Merckelbach, 2008(a). LaChapelle & Hadjistavropoulos, 2004). Μερικοί ερευνητές θεωρούν, μάλιστα, πως είναι παράγοντας επικινδυνότητας για την ανάπτυξη ψυχοπαθολογίας (Briere, Scott, & Weathers, 2005), ενώ εμφανίζεται σταθερή θετική συσχέτιση μεταξύ διάσχισης και άλλων δεικτών ψυχοπαθολογίας (π.χ., Kellner et al., 2002).

Τέλος, άλλοι ερευνητές προτείνουν ότι η διάσχιση ενδεχομένως να είναι βοηθητική κατά την διάρκεια μίας κρίσης, αλλά αν ο άνθρωπος αναπτύξει τη συνήθεια να την χρησιμοποιεί συχνά

και σε πολλές διαφορετικές περιστάσεις της ζωής του, τότε μπορεί να καταλήξει να είναι παθολογική και επιζήμια (Badura et al., 1997. Waller et al., 2000). Ακόμα, οι Hagenaars et al. (2007) καταλήγουν πως η περιτραυματική διάσχιση δεν είναι προβλεπτικός παράγοντας για την ανάπτυξη μετατραυματικής διαταραχής. Αντιθέτως, παράγοντες επικινδυνότητας αποτελούν η χρήση ακατάλληλων μετατραυματικών συμπεριφορών διαχείρισης όπως, η επίμονη διάσχιση και οι μη λειτουργικές σκέψεις. Αντίστοιχα, οι Alley, Chae, Cordon, Kalomiris και Godman (2015) , αναφέρουν πως η διάσχιση έχει προσαρμοστική λειτουργία αμέσως μετά το τραύμα, αργότερα όμως παρεμβαίνει στις διεργασίες επεξεργασίας του τραύματος, επιφέροντας αρνητικές συνέπειες.

Έτσι, ο ρόλος της διάσχισης παραμένει αδιευκρίνιστος και η πιθανή προσαρμοστική αξία της μπορεί να εξαρτάται από την ένταση της και από τις αλληλεπιδράσεις της με άλλους παράγοντες (Gómez-Pérez, Thibodeau, López-Martínez & Asmundson, 2011). Η διευκρίνιση των παραγόντων που προκαλούν διάσχιση κατά την διάρκεια στρεσογόνων εμπειριών είναι σημαντική ώστε να καθοριστεί η φύση της και οι μηχανισμοί που εμπλέκονται στην χρήση της ως στρατηγικής αντιμετώπισης του στρες (Gómez-Pérez, López-Martínez & Asmundson, 2013).

3. ΔΙΑΣΧΙΣΗ ΚΑΙ ΠΟΝΟΣ

3.1. Διάσχιση και ένταση του πόνου

Η διάσχιση εμφανίζεται συχνά σε τραυματικές καταστάσεις, αποκόβοντας τον πάσχοντα από την εμπειρία του με στόχο να μπορέσει να την αντιμετωπίσει (π.χ. Brown 2006. Foy, 1992. Waites, 1993). Επιπλέον, ο Bob (2008) αναφέρει πως η σωματική διάσταση της διάσχισης μπορεί να εκδηλωθεί με πολλά διαφορετικά συμπτώματα όπως, μεταβολές στην αίσθηση του πόνου (αναλγησία ή κιναισθητική αναισθησία), επώδυνα συμπτώματα, μεταβολές στην αντίληψη, κινητική αναστολή, απώλεια ικανότητας κινητικού ελέγχου, γαστρεντερικά προβλήματα και άλλα (Nijenhuis et al. 1996; Nijenhuis, 2000).

Θα περίμενε κανείς να υπάρχει αρκετή συζήτηση γύρω από τη σχέση του πόνου και της διάσχισης. Ο χρόνιος πόνος μπορεί να είναι τραυματικός (π.χ. Alonzo, 2000. Penn, 2001), ενώ ακόμα και ο οξύς πόνος σχετίζεται με ένα πλήθος αρνητικών συναισθημάτων όπως το αίσθημα της απειλής (π.χ., ως ένδειξη άμεσης απειλής για τη σωματική ακεραιότητα: Elman & Borsook, 2018; Lim et al., 2020) που κατά συνέπεια προκαλεί σημαντικό στρες ή και δυνητικά αντιδράσεις σχετιζόμενες με το τραύμα. Ας σημειωθεί δε ότι σύμφωνα με το DSM 5, τραυματικό στρες δύναται να προκαλέσει οποιοσδήποτε παράγοντας μπορεί "να απειλήσει με ή να επιφέρει το θάνατο ή σοβαρή βλάβη" (American Psychiatric Association, 2013, p. 830). Επίσης το ενδιαφέρον για τη διάσχιση θα έπρεπε να πυροδοτείται από υποθέσεις σχετικά με τις πιθανές μεταβολές που μπορεί να προκαλέσει η διάσχιση στην αντίληψη του πόνου (π.χ., αναλγησία, η αναισθησία ή ο παρατεταμένος πόνος: Bob, 2008. Nijenhuis & van der Hart, 2011. Nijenhuis, 2000). Ο αριθμός των σχετικών μελετών όμως είναι μάλλον περιορισμένος ενώ δεν υπάρχει συμφωνία μεταξύ των ερευνητών σχετικά με το αν η διάσχιση είναι μια ωφέλιμη ή βλαπτική αντίδραση στον πόνο, τόσο σε επίπεδο σωματικής αίσθησης (π.χ., ένταση πόνου, αντοχή, ψυχοφυσιολογική διέγερση), όσο και

σε επίπεδο συναισθήματος. Παρακάτω γίνεται μία περιγραφή των πιο σημαντικών μελετών που σχετίζονται με το θέμα.

Οι Giesbrecht et al., (2008a) μελέτησαν πειραματικά τη σχέση του πόνου με την διάσχιση εξετάζοντας 70 προπτυχιακούς φοιτητές. Συγκεκριμένα, στους συμμετέχοντες προκλήθηκε πόνος με τη δοκιμασία ψυχρής πίεσης (ΔΨΠ) και εξετάστηκε η σχέση μεταξύ της διάσχισης ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας και της περιτραυματικής διάσχισης. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η ΔΨΠ προκάλεσε επιτυχώς περιτραυματική διάσχιση στους συμμετέχοντες. Επιπλέον, η διάσχιση ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας σχετιζόταν με την περιτραυματική διάσχιση τόσο πριν όσο και μετά τον χειρισμό. Μετά τον πειραματικό χειρισμό, όμως, η συσχέτιση της διάσχισης ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας εμφανίστηκε μόνο με τα συμπτώματα της απορρόφησης ενώ, καμία άλλη διάσταση της διάσχισης ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας δεν σχετιζόταν με τα συμπτώματα της περιτραυματικής διάσχισης. Επιπροσθέτως, σε πλήρη αντίθεση με την κοινή αντίληψη ότι η διάσχιση αντιπροσωπεύει ένα αμυντικό μηχανισμό, υψηλά επίπεδα διάσχισης ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας σχετίζονταν με μικρότερους αντί για μεγαλύτερους χρόνους αντοχής του κρύου νερού. Οι ερευνητές της μελέτης αυτής, θέλοντας να εστιάσουν σε 'κλινικό' δείγμα, επέλεξαν τους φοιτητές που είχαν σκοράρει στο τεστ για την διάσχιση πάνω από το όριο για παθολογική διάσχιση ή που είχαν συγκριτικά τα υψηλότερα σκορ (στο άνω τεταρτημόριο της κατανομής) μεταξύ των ερωτηθέντων και, στη συνέχεια, διερεύνησαν εκ νέου τις υποθέσεις τους. Τα ευρήματά τους παρέμειναν ίδια, όπως όταν εξετάστηκε το συνολικό δείγμα. Τα αποτελέσματα αυτά, έρχονται σε αντίθεση με την αμυντική λειτουργία που αποδίδεται και στους δύο τύπους διάσχισης και την επίσης κοινή πεποίθηση ότι η περιτραυματική διάσχιση και η διάσχιση ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας σχετίζονται στενά.

Οι Horowitz και Telch (2007) πραγματοποίησαν μια ακόμα ενδιαφέρουσα πειραματική μελέτη, κατά την οποία μέτρησαν δύο φορές την αντοχή και την ένταση του πόνου που βίωσαν οι συμμετέχοντες αφού ενδιάμεσα παρεμβλήθηκε για κάποιους η πρόκληση διάσχισης με τη χρήση

του ηχητικού- φωτεινού ερεθισμού (περιγράφεται αναλυτικά παρακάτω ο τρόπος λειτουργίας του), ενώ για κάποιους άλλους μια ενδιάμεση φάση κατά την οποία απλώς άκουγαν μουσική. Στη μελέτη συμμετείχαν 120 υγιείς φοιτητές και οι ερευνητές περίμεναν ότι η προηγούμενη έκθεση στη διάσχιση θα προκαλούσε αναλγησία. Ωστόσο, η προηγούμενη έκθεση στη διάσχιση οδήγησε τους συμμετέχοντες να βιώσουν μεγαλύτερη ένταση πόνου, ενώ δεν παρατηρήθηκαν διαφορές στην αντοχή.

Επιπλέον, σε μια ακόμα πειραματική μελέτη μεταξύ υγιών ατόμων, στην οποία διερευνήθηκε η συσχέτιση μεταξύ της έντασης του πόνου, της δυνατότητας για ύπνωση, και της διάσχισης, προέκυψε πως όσοι μπορούσαν να υπνωτισθούν ευκολότερα, είχαν χαμηλότερη ουδό πόνου και περισσότερες διασχιστικές εμπειρίες, σε σύγκριση με εκείνους που μπορούσαν να υπνωτισθούν δυσκολότερα (Agargun, Tekeoglu, Kara, Adak, & Ercan, 1998). Η μελέτη αυτή όμως χρειάζεται προσοχή στην ερμηνεία της καθώς υπάρχουν ασάφειες στη μεθοδολογία και τα αποτελέσματα.

Οι Duckworth, Iezzi, Archibald, Haertlein και Klinck (2000), διερεύνησαν τη συχνότητα εμφάνισης διασχιστικών συμπτωμάτων μεταξύ ασθενών με χρόνιο πόνο και τις πιθανές διαφορές μεταξύ των ασθενών αυτού του δείγματος που παράλληλα βίωναν μετατραυματική διαταραχή. Στη μελέτη συμμετείχαν 71 ασθενείς με διάφορες διαγνώσεις αρκεί να βίωναν συμπτώματα πόνου τουλάχιστον για τους τελευταίους 6 μήνες. Από τα αποτελέσματά τους προέκυψε ότι η ένταση των διασχιστικών συμπτωμάτων που βίωναν οι ασθενείς με χρόνιο πόνο ήταν παρόμοια με αυτή που εμφανίζεται στους ασθενείς με διαταραχές του συναισθήματος, διατροφικές διαταραχές, διαταραχές της προσωπικότητας και σχιζοφρένεια. Επιπλέον η συχνότητα εμφάνισης των συμπτωμάτων διάσχισης ήταν υψηλότερη από αυτή που παρατηρείται στο γενικό πληθυσμό αλλά και από άλλους ασθενείς με διαταραχές σχετιζόμενες με τη χρήση αλκοόλ, ειδική φοβία και αγοραφοβία. Οι “τραυματισμένοι” (δηλαδή με υψηλά σκορ στη μετατραυματική διαταραχή) ασθενείς με χρόνιο πόνο παρουσίασαν στατιστικά αυξημένη συχνότητα εμφάνισης διασχιστικών

συμπτωμάτων (17% του χρόνου), συγκριτικά με τους “μη τραυματισμένους” (11% του χρόνου). Τέλος, οι υποκλίμακες της διάσχισης: απορρόφηση, αποπροσωποποίηση και αμνησία εξηγούσαν το 21% της διακύμανσης των μετατραυματικών συμπτωμάτων που ανέφεραν οι ασθενείς με χρόνιο πόνο.

Στη μελέτη των Lachapelle και Hadjistavropoulos (2004), 142 άνθρωποι με πόνο συμπλήρωσαν ερωτηματολόγια που σχετίζονταν με την εμπειρία του πόνου, τη διάσχιση, την προσαρμογή στον πόνο και τις στρατηγικές αντιμετώπισης του πόνου που χρησιμοποιούσαν. Οι συμμετέχοντες δήλωσαν επίπεδα διάσχισης που είναι υψηλότερα από το γενικό πληθυσμό και είναι αντίστοιχα με εκείνα που αναφέρονται από ασθενείς με διαταραχές χρήσης ουσιών και ασθενείς με μετατραυματική διαταραχή. Υψηλότερα επίπεδα διάσχισης σχετίζονταν με μεγαλύτερη ένταση του πόνου και μεγαλύτερη παρεμβολή του πόνου στις καθημερινές δραστηριότητες. Επιπλέον, υψηλότερα επίπεδα διάσχισης σχετίζονταν με τη χρήση στρατηγικών αντιμετώπισης όπως αποστασιοποίηση, αποφυγή, αντιπαράθεση, αυτοέλεγχο και θετική αναπλαισίωση. Τέλος, υψηλότερα επίπεδα διάσχισης σχετίζονταν με μεγαλύτερη συναισθηματική δυσφορία, κατάθλιψη και άγχος.

Οι Ludäscher et al. (2007), ακολουθώντας μια σειρά μελετών που καταδείκνυαν υψηλή συσχέτιση μεταξύ της αναλγησίας από αυτοτραυματικές συμπεριφορές ασθενών με μεταιχμιακή διαταραχή και των διασχιστικών συμπτωμάτων (Russ, Shearin, Clarkin, Harrison, & Hull, 1993. Stiglmayr, Shapiro, Stieglitz, Limberger, & Bohus, 2001), πραγματοποίησαν την πρώτη πειραματική μελέτη που εξετάζει τη σχέση μεταξύ των συμπτωμάτων στρες (διάσχιση και διέγερση) και της ουδού του πόνου σε ασθενείς με μεταιχμιακή διαταραχή (ΜΔ). Σε αυτή την μελέτη εξέτασαν 12 ασθενείς με μεταιχμιακή διαταραχή (ΜΔ) και 12 υγιείς συμμετέχοντες που τους προκάλεσαν πόνο με ηλεκτρικό ερεθισμό. Από τα αποτελέσματα προέκυψε ότι οι ασθενείς με ΜΔ εμφάνιζαν μειωμένη αντίληψη του πόνου σε σχέση με την ομάδα υγιών. Επίσης, εμφανίστηκε

υψηλή θετική συσχέτιση μεταξύ της ουδού του πόνου και της ποσότητας των διασχιστικών συμπτωμάτων.

Ακόμα, οι Defrin, Schreiber και Ginzburg (2015) πραγματοποίησαν μία ακόμα πειραματική μελέτη στην οποία συμμετείχαν 32 ασθενείς με μετατραυματική διαταραχή (ΜΤΔ) και 43 υγιείς συμμετέχοντες στους οποίους μετρήθηκε η ουδός του πόνου στην ζέστη (heat pain threshold: HPT) και στην πίεση (pressure-pain threshold: PPT). Οι ασθενείς με ΜΤΔ εμφάνισαν υψηλότερη ουδό του πόνου και περισσότερο πόνο σε σύγκριση με τους υγιείς. Το ύψος της ουδού του πόνου είχε θετική συσχέτιση με τα επίπεδα διάσχισης και αρνητική με την ευαισθησία στο άγχος[2]. Οι αξιολογήσεις της έντασης του πειραματικού πόνου σχετίζονταν θετικά με την ευαισθησία στο άγχος και αρνητικά με την διάσχιση. Ο χρόνιος πόνος των ασθενών με ΜΤΔ σχετιζόταν με το άγχος, την ευαισθησία στο άγχος και την καταστροφοποίηση του πόνου. Οι Defrin et al. (2015) υποθέτουν πως η μειωμένη συνειδητή εστίαση στο εισερχόμενο ερέθισμα που προκύπτει από την διάσχιση (καθώς η διάσχιση παρεμποδίζει την συνειδητή εμπλοκή σε μια εμπειρία), προκάλεσε καθυστερήσεις στην αντίδραση των συμμετεχόντων κατά τη μέτρηση της ουδού του πόνου (οι συμμετέχοντες έπρεπε να υποδείξουν το χρονικό σημείο που ένιωθαν πόνο πατώντας ένα κουμπί). Έτσι εξηγείται η υψηλότερη ουδός του πόνου. Αντιθέτως, η εστίαση σε πιθανά απειλητικά ερεθίσματα και η μειωμένη αναστολή που ενδεχομένως προκαλούνται από το άγχος, ευθύνονται για την υψηλότερη ένταση του πειραματικού και χρόνιου πόνου. Το μοτίβο ανταπόκρισης των ασθενών αυτών στον πόνο, είναι αντίθετο από αυτό που παρατηρείται από τους ασθενείς με χρόνιο πόνο χωρίς ΜΤΔ και χωρίς νευρολογικές βλάβες. Συνήθως, αυτοί οι ασθενείς αντιδρούν στον πόνο όχι με υποευαισθησία, όπως σε αυτό το δείγμα, αλλά με υπερευαισθησία (Defrin et al., 2015).

2φόβος προς τις αισθήσεις που σχετίζονται με άγχος

3.2. Η σχέση της διάσχισης ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας με την περιτραυματική διάσχιση

Η περιτραυματική διάσχιση είναι μια κοινή και μη παθολογική αντίδραση στο οξύ στρες (Giesbrecht et al., 2008a). Για παράδειγμα, οι Strelini και Bryant (2002) έδειξαν ότι το ένα τρίτο των υγειών συμμετεχόντων ανέφεραν σημαντικά επίπεδα περιτραυματικής διάσχισης κατά την διάρκεια της πρώτης τους ελεύθερης πτώσης, που όμως δεν σχετίζονταν με την διάσχιση ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας. Αντίστοιχα, οι Morgan et al. (2001) ανέφεραν ότι κατά την διάρκεια μιας πολύ αγχωτικής στρατιωτικής εκπαίδευσης επιβίωσης, το 96% των στρατιωτών είχαν διασχιστικές εμπειρίες που δεν σχετίζονταν με την διάσχιση ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας.

Αντίθετα με τα παραπάνω, υπάρχουν άλλες απόψεις σύμφωνα με τις οποίες, όσοι δηλώνουν υψηλότερες τιμές στις κλίμακες της διάσχισης ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας, εμφανίζουν και υψηλότερα επίπεδα περιτραυματικής διάσχισης. Για παράδειγμα, στη μελέτη των Giesbrecht et al. (2008a), η οποία συζητήθηκε αναλυτικά σε προηγούμενη ενότητα, βρέθηκε να υπάρχει συσχέτιση της περιτραυματικής διάσχισης με την διάσχιση ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας. Επιπλέον, οι Lenoard, Telch, & Harrington (1999) εξετάζοντας την αποτελεσματικότητα τριών διαφορετικών μεθόδων για την πρόκληση διάσχισης σε υγιείς συμμετέχοντες, διαπίστωσαν ότι μπορούσαν να προκαλέσουν περιτραυματική διάσχιση ακόμα και σε μη στρεσογόνες καταστάσεις. Επιπρόσθετα, υψηλότερα επίπεδα διάσχισης ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας σχετίζονταν με υψηλότερες τιμές στην προκλητή περιτραυματική διάσχιση.

4. ΔΙΑΣΧΙΣΗ, ΠΟΝΟΣ ΚΑΙ Η ΣΧΕΣΗ ΤΟΥΣ ΜΕ ΤΟ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑ

4.1. Ρύθμιση του συναισθήματος

Σε προηγούμενες ενότητες συζητήθηκε ο ρόλος του συναισθήματος ως αναπόσπαστη διάσταση στο βίωμα του πόνου. Σε αυτή την ενότητα θα παρουσιαστεί πως ο τρόπος με τον οποίο οι άνθρωποι διαχειρίζονται το συναίσθημα τους επιδρά στην εμπειρία του πόνου.

Ως ρύθμιση του συναισθήματος ορίζεται ένα σύνολο γνωστικών διαδικασιών που χρησιμοποιούν οι άνθρωποι ούτως ώστε να αποφασίζουν ποια συναισθήματα έχουν, πότε τα έχουν, πως τα βιώνουν και πώς τα εκφράζουν (Beauregard, 2007. Gross, 1999. Ruiz-Aranda, Salguero, & Fernandez-Berrocal, 2010). Σύμφωνα με τους Gratz και Roemer (2004), η συναισθηματική ρύθμιση/ απορρύθμιση περιλαμβάνει διάφορες διαστάσεις: Περιλαμβάνει την ικανότητα να μπορεί κάποιος να κατευνάζει την συναισθηματική του διέγερση, το να έχει επίγνωση και κατανόηση των συναισθημάτων του, καθώς επίσης και την ικανότητα να αποδέχεται τα συναισθήματα του και να λειτουργεί αποτελεσματικά, ανεξάρτητα από τη συναισθηματική του κατάσταση (Moulton, Newman, Power, Swanson, & Day, 2015).

Οι στρατηγικές ρύθμισης του συναισθήματος, μπορεί να χρησιμοποιηθούν οποιαδήποτε στιγμή κατά τη διάρκεια εξέλιξης ενός συναισθήματος (Gross & John, 2003). Το βίωμα του συναισθήματος, δεν είναι μια στατική κατάσταση αλλά αντιθέτως μια διεργασία χρονικά εξελισσόμενη. Συγκεκριμένα, ένα συναίσθημα προκύπτει όταν κάποιος προσέξει/ παρατηρήσει, κάποιες συναισθηματικές νύξεις. Όταν κάποιος εστιάσει σε αυτές τις νύξεις και τις ερμηνεύσει με συγκεκριμένους τρόπους, ενεργοποιούνται ένα σύνολο από συντονισμένες αντιδράσεις που περιλαμβάνουν βιωματικά, συμπεριφορικά και φυσιολογικά συστήματα. Όταν αυτές οι αντιδράσεις προκύψουν, μπορούν να τροποποιηθούν με διάφορους τρόπους. Επειδή το συναίσθημα ξεδιπλώνεται μέσα στο χρόνο, οι στρατηγικές ρύθμισης του συναισθήματος μπορούν να διαχωριστούν ανάλογα με το πότε ενεργοποιούνται στη διαδικασία παραγωγής του συναισθήματος (Gross & John, 2003).

Μπορεί κανείς να διακρίνει δύο ευρείες κατηγορίες σχετικά με το χρόνο ενεργοποίησης των στρατηγικών αυτορρύθμισης του συναισθήματος. Εκείνες που *εστιάζουν στην πρόληψη* κι εκείνες που *εστιάσουν στην απόκριση/ απάντηση.* Οι πρώτη ομάδα αναφέρεται στα πράγματα που μπορεί να κάνει κάποιος πριν οι αντιδράσεις του συναισθήματος ενεργοποιηθούν πλήρως και πριν να έχουν μεταβάλει τη συμπεριφορά και την (ψυχό)φυσιολογική απόκριση κάποιου. Αντιθέτως, η δεύτερη κατηγορία, αναφέρεται στα πράγματα που μπορεί να κάνει κάποιος αφού το συναίσθημα έχει ήδη εξελιχθεί και οι αντιδράσεις έχουν ήδη ενεργοποιηθεί (Gross & John, 2003). Σύμφωνα με τον Ford (2013), η συναισθηματική ρύθμιση συμπεριλαμβανομένης της ικανότητας κάποιου να τροποποιεί (π.χ.. αποτρέπει, αναμένει και να 'αναρρώνει' από) τα αρνητικά συναισθήματα και να βιώνει θετικά, είναι το υποσύνολο της αυτορρύθμισης (self-regulation) που μελετάται πιο συχνά σε σχέση με το τραύμα και την διάσχιση.

4.2. Ρύθμιση συναισθήματος και πόνος

Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας προκύπτει πως υπάρχει σημαντική σχέση μεταξύ της αίσθησης του πόνου και ρύθμισης του συναισθήματος. Συγκεκριμένα οι Hamilton, Zautra και Reich (2007), σε μία έρευνα που διεξήχθη σε 81 γυναίκες που έπασχαν από ρευματοειδή αρθρίτιδα, βρήκαν ότι στις πάσχουσες με υψηλή ικανότητα ρύθμισης του συναισθήματος (δηλαδή την ικανότητα για τη χρήση της στρατηγικής γνωστική επανεκτίμηση και την χρήση στρατηγικών για τη ρύθμιση της διάθεσης), ο πόνος και τα αρνητικά συναισθήματα σχετίζονταν μεταξύ τους ασθενέστερα, σε σύγκριση με ασθενείς με χαμηλή ικανότητα ρύθμισης του συναισθήματος. Αντίστοιχα, οι Connelly et al. (2007) βρήκαν ότι οι ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα και με υψηλή ικανότητα ρύθμισης του συναισθήματος ένιωθαν σημαντικά λιγότερο πόνο. Επιπλέον, σε μία ακόμα έρευνα στην οποία συμμετείχαν 30 ασθενείς μιας γηριατρικής κλινικής έδειξε ότι η ικανότητα ρύθμισης του συναισθήματος σχετίζονταν αντιστρόφως με την ένταση του πόνου και ειδικότερα ότι η ικανότητα ρύθμισης του άγχους σχετιζόταν με χαμηλότερη ένταση πόνου (Paquet, Kergoata, & Dube, 2005).

Ως προς τις πειραματικές μελέτες που ερευνούν τη συγκεκριμένη σχέση (μεταξύ της ικανότητας για ρύθμιση του συναισθήματος και της έντασης του πόνου), υπάρχουν μάλλον λίγες πληροφορίες. Μια τέτοια μελέτη είναι των Ruiz-Aranda, Salguero και Fernández-Berrocal (2010), οι οποίοι εξέτασαν 52 γυναίκες με χαμηλή και υψηλή ικανότητα ρύθμισης του συναισθήματος. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι εκείνες που είχαν υψηλή ικανότητα ρύθμισης του συναισθήματος αισθάνθηκαν λιγότερο αισθητηριακό και συναισθηματικό πόνο κατά την διάρκεια της βύθισης στο κρύο νερό, καθώς επίσης και ότι είχαν πιο θετικά συναισθήματα πριν την έναρξη της δοκιμασίας. Τέλος, κατά την διάρκεια της δοκιμασίας είχαν καλύτερη διάθεση από εκείνες με χαμηλή ικανότητα αυτορύθμισης και, συνεπώς, ο πόνος είχε χαμηλότερη επίδραση σε αυτές.

4.3. Ρύθμιση του συναισθήματος και διάσχιση

4.3.1. Η κατεύθυνση της σχέσης

Η σχέση του συναισθήματος με την διάσχιση είναι περίπλοκη και είναι δύσκολο κανείς να εξάγει εύκολα συμπεράσματα γι' αυτή. Όπως αναλυτικά έχει περιγραφεί σε προηγούμενες ενότητες, κάποιοι ασθενείς που αντιμετωπίζουν ένα οξύ τραυματικό γεγονός ή έχουν εκτεθεί σε χρόνιο τραύμα τείνουν να εμφανίζουν συμπτώματα διάσχισης. Έτσι, θα μπορούσε να θεωρηθεί πως η διάσχιση είναι μία στρατηγική για την διαχείριση του τραύματος. Δηλαδή μια στρατηγική ρύθμισης του συναισθήματος (Fox & Power, 2009). Επίσης, θα μπορούσε κανείς να υποθέσει πως είναι μια ένδειξη για την έλλειψη ή την αδυναμία χρήσης καταλληλότερων στρατηγικών ρύθμισης του συναισθήματος (Hebert, Langevin & Oussaid, 2018), ενώ ακόμα θα μπορούσε να θεωρηθεί πως οι ασθενείς που βιώνουν πιο τραυματικά τις συνέπειες ενός γεγονότος είχαν εξαρχής μεγαλύτερη τάση προς διάσχιση, συνθήκη που υπονόμευσε την ικανότητα για ρύθμιση του συναισθήματος (Hulette, 2011. Powers, Cross, Fani & Bradley, 2015). Βέβαια, η σχέση μπορεί να είναι αμφίδρομη (Kalill, 2013).

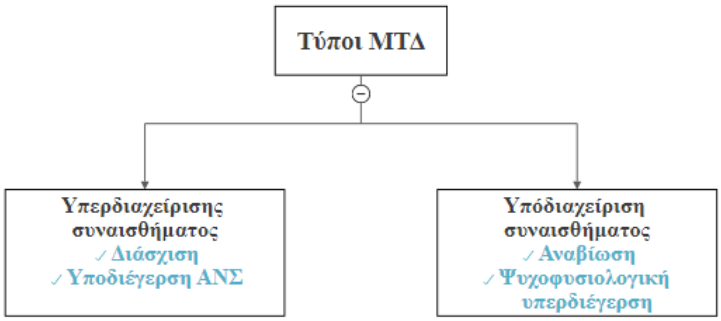
Όλες αυτές οι πιθανότητες χρειάζονται διερεύνηση με διαχρονικές έρευνες (Hebert et al., 2018. Powers et al., 2015) καθώς από τις μέχρι τώρα μελέτες δεν μπορεί να προκύψει σχέση αιτιότητας, αφού όλες οι μεταβλητές αξιολογούνται ταυτόχρονα στην ίδια χρονική στιγμή. Όποια πιθανότητα και αν ισχύει, αυτό που γίνεται σαφές είναι πως υπάρχει μια σημαντική σχέση μεταξύ του συναισθήματος και της διάσχισης που ενεργοποιείται σε τραυματικές καταστάσεις και προκαλεί την παρατηρούμενη συμπτωματολογία. Παρακάτω θα συζητηθούν εκτενέστερα κάποια θεωρητικά μοντέλα και μελέτες γύρω από το θέμα αυτό.

4.3.2. Μοντέλα κατανόησης της σχέσης μεταξύ διάσχισης και ρύθμισης συναισθήματος

Η κατανόηση της συζητούμενης σχέσης προκύπτει κυρίως από μελέτες στο πεδίο της μετατραυματικής διαταραχής (ΜΤΔ), της μεταιχμιακής διαταραχής της προσωπικότητας (ΜΔΠ) και από τις ψυχογενείς μη επιληπτικές κρίσεις (ΨΜΕΚ). Οι Hebert et al. (2018), παρουσιάζουν διάφορους πιθανούς τρόπους κατανόησης της διάσχισης σε σχέση με το συναίσθημα: Σαν ένα μηχανισμό συναισθηματικής απορρύθμισης που εκφράζεται μέσω της υπερδιαμόρφωσης ή υπερρύθμισης του συναισθήματος (Lanius et al., 2010), ως συνέπεια της αποτυχημένης προσπάθειας να ρυθμιστεί το συναίσθημα (Chaplo, Kerig, Bennett, & Modrowski, 2015. Kalill, 2013), ως μια βιολογικά βασισμένη αυτορρυθμιστική αντίδραση στα έντονα συναισθήματα (Ford, 2013) και, τέλος, ως μια στρατηγική αποφυγής που χρησιμοποιείται για να αντιμετωπίσει κάποιος τα συναισθήματα που κατακλύζουν την ικανότητα για ρύθμιση του συναισθήματος μετά από ένα τραύμα (Briere, Hodges & Godbouet, 2010). Οι Hebert et al. (2018) υποστηρίζουν πως ενώ αρκετοί θεωρητικοί βλέπουν την διάσχιση ως μια στρατηγική συναισθηματικής ρύθμισης, οι πιο ειδήμονες στον τομέα τείνουν να την βλέπουν ως το αποτέλεσμα των δυσκολιών στην ικανότητα κάποιος να ρυθμίσει αποτελεσματικά τα έντονα συναισθήματα. Άρα, κατ' αυτούς, οι δυσκολίες στον τομέα της συναισθηματικής ρύθμισης προϋπάρχουν της εμφάνισης των διασχιστικών.

Παρακάτω θα παρουσιαστούν πιο αναλυτικά τα μοντέλα των Lanius et al. (2010) και του Ford (2013), καθώς έχουν συμβάλλει καθοριστικά στην κατανόηση της παραπάνω σχέσης. Από το

μοντέλο των Lanius et al. (2010) γίνεται σαφές για ποιο λόγο στο DSM V διαμορφώθηκαν δύο υποκατηγορίες ΜΤΔ. Εκείνη της υπερδιέγερσης και εκείνη της διάσχισης (Εικόνα 8). Όσο για το δεύτερο μοντέλο, προσφέρει ένα ευρύτερο θεωρητικό πλαίσιο μέσα από το οποίο μπορεί να μελετηθεί και να διερευνηθεί πληρέστερα η φύση και η λειτουργία της διάσχισης.



Εικόνα 8. Οι δύο τύποι ΜΤΔ όπως έχουν διαμορφωθεί στο DSM V

4.3.3. Υπερδιαμόρφωση και υποδιαμόρφωση

Οι Lanius et al. (2010), στην μελέτη τους για την μετατραυματική διαταραχή (ΜΤΔ), μιλούν για δύο διαφορετικούς τύπους της ΜΤΔ με ξεχωριστά κλινικά και νευροβιολογικά χαρακτηριστικά που τις διαφοροποιούν. Ο τύπος της ΜΤΔ με διάσχιση χαρακτηρίζεται από συχνή υπερδιαχείριση (overmodulation) του συναισθήματος, δηλαδή μια εξαιρετικά έντονη προσπάθεια να ρυθμιστεί το συναίσθημα και χαρακτηρίζεται από παράδοξα υψηλή ενεργοποίηση των εγκεφαλικών περιοχών που σχετίζονται με τη διαχείριση της ψυχοφυσιολογικής διέγερσης και τη ρύθμιση του συναισθήματος. Ο τύπος ΜΤΔ που χαρακτηρίζεται από υποδιαχείριση του συναισθήματος (undermodulated) αναφέρεται στους ασθενείς που κυριαρχούν συμπτώματα αναβίωσης και υπερδιέγερσης. Τα συμπτώματα αυτά μπορούν να θεωρηθούν ως ένα είδος συναισθηματικής δυσλειτουργίας που περιλαμβάνει την υποδιαχείριση του συναισθήματος, δηλαδή μια περιορισμένη ικανότητα για ρύθμιση του συναισθήματος και χαρακτηρίζονται από παράδοξα χαμηλή ενεργοποίηση των εγκεφαλικών περιοχών που εμπλέκονται στη διαχείριση της ψυχοφυσιολογικής διέγερσης και την ρύθμιση του συναισθήματος (Lanius et al., 2010).

Στη μελέτη των Lanius, Bluhm και Lanius (2006) το 70% των ασθενών που κλήθηκαν να θυμηθούν το τραύμα τους εμφάνισε συμπτώματα αναβίωσης του τραύματος με συνεπακόλουθη αύξηση του καρδιακού ρυθμού. Το υπόλοιπο 30% εμφάνισε συμπτώματα διάσχισης, όπου κυριάρχησαν η αποπροσωποποίηση και η αποπραγματοποίηση χωρίς σημαντική συνακόλουθη αύξηση του καρδιακού ρυθμού. Επιπλέον, οι δύο προαναφερόμενοι τύποι πιθανώς εμφανίζουν πολύ διαφορετικά πρότυπα εγκεφαλικής ενεργοποίησης στις εγκεφαλικές περιοχές που εμπλέκονται στην τροποποίηση της ψυχοφυσιολογικής διέγερσης και της ρύθμισης του συναισθήματος (έσω προμετωπιαίος φλοιός, πρόσθια μοίρα της έλικας του προσαγωγίου, και λοιπές δομές του μεταιχμιακού συστήματος. Lanius et al., 2010).

4.3.3.1. Συναισθηματική υποδιαχείριση

Οι ασθενείς με ΜΤΔ που χαρακτηρίζεται από συναισθηματική υποδιαχείριση εκδηλώνουν έντονα αισθήματα επαναβίωσης του τραύματος και ψυχοφυσιολογική υπερδιέγερση (αύξηση του καρδιακού ρυθμού και της αρτηριακής πίεσης, όπως περίπου γίνεται στην αντίδραση πάλης ή φυγής. van der Hart et al., 2006). Αυτή η ομάδα ασθενών εμφανίζει παράδοξα χαμηλή ενεργοποίηση των εγκεφαλικών περιοχών που εμπλέκονται στην τροποποίηση της διέγερσης και της ρύθμισης του συναισθήματος γενικότερα, συμπεριλαμβανομένου του μεσοκοιλιακού προμετωπιαίου φλοιού (Lanius et al., 2006) και του ραγχιαίου τμήματος της πρόσθιας μοίρας της έλικας του προσαγωγίου. Οι ασθενείς αυτοί φαίνεται πως, ως αντίδραση στις τραυματικές μνήμες, εμφανίζουν ένα είδος συναισθηματικής δυσλειτουργίας που περιλαμβάνει συναισθηματική υποδιαχείριση που εξηγείται από την αποτυχία αναστολής της ενεργοποίησης μεταιχμιακών περιοχών από προμετωπιαίες περιοχές (Lanius et al., 2010).

4.3.3.2. Συναισθηματική υπερδιαχείριση

Αντίθετα, οι ασθενείς με αυτό τον τύπο διάσχισης εμφανίζουν παράδοξα υψηλή ενεργοποίηση των περιοχών που περιλαμβάνονται στην τροποποίηση της διέγερσης και της

διαχείρισης του συναισθήματος, συμπεριλαμβανομένων του ραχιαίου τμήματος της πρόσθιας μοίρας του προσαγωγίου και του έσω προμετωπιαίου φλοιού (Lanius et al., 2010). Οι ασθενείς αυτοί μοιάζει να βιώνουν συναισθηματική υπερδιαχείριση ως αντίδραση στην έκθεση σε τραυματικές αναμνήσεις. Κατά συνέπεια, η αποπροσωποποίηση και η αποπραγματοποίηση είναι το βίωμα της αποσύνδεσης από το συναισθηματικό περιεχόμενο της τραυματικής ανάμνησης. Τέλος, η ομάδα αυτή χαρακτηρίζεται από υποδιέγερση του αυτόνομου νευρικού συστήματος όπως καταδεικνύεται από την μείωση του καρδιακού ρυθμού και της αρτηριακής πίεσης (Lanius et al. 2002).

4.3.4. Άλλες σχετικές μελέτες

Το παραπάνω μοντέλο φαίνεται να επαληθεύεται και σε άλλες καταστάσεις που σχετίζονται με την διάσχιση, πέραν της ΜΤΔ. Συγκεκριμένα, οι Reinders et al. (2014) μελέτησαν ένα δείγμα 11 ασθενών με διασχιστική διαταραχή ταυτότητας (ΔΔΤ) και μία ομάδα 16 υγιών συμμετεχόντων που εκπαιδεύτηκαν να κάνουν προσομοίωση διάφορων διασχιστικών καταστάσεων ταυτότητας που ανταποκρίνονται στις καταστάσεις που βιώνουν οι ασθενείς με ΔΔΤ. Συγκεκριμένα, εκπαιδεύτηκαν να προσομοιώνουν ουδέτερες καταστάσεις ταυτότητας (ΟΚΤ), δηλαδή εκείνες που αντιστοιχούν στο φαινομενικά φυσιολογικό κομμάτι της προσωπικότητας και σχετιζόμενες με τραύμα καταστάσεις ταυτότητας (ΤΚΤ). Οι συμμετέχοντες και στις δύο καταστάσεις ταυτότητας κλήθηκαν να ακολουθήσουν με την φαντασία τους ένα αυτοβιογραφικό σενάριο μιας ουδέτερης κατάστασης και μιας τραυματικής κατάστασης ενώ καταγραφόταν η εγκεφαλική λειτουργία τους. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως, σε αντίδραση στα σενάρια του προσωπικού τραύματος οι ασθενείς στις ΟΚΤ και στις ΤΚΤ εμφάνισαν αντίθετα πρότυπα μεταβολής της τοπικής αιματικής ροής του εγκεφαλικού φλοιού (rCBF: Regional Cerebral blood flow) που είναι αντίστοιχα με αυτά που έχουν βρεθεί στον υποδιαχειρισμένο (με υπερδιέγερση) και τον υπερδιαχειρισμένο (διασχιστικό) τύπο της ΜΤΔ. Τα ευρήματα αυτής της μελέτης διευρύνουν το πεδίο εφαρμογής του παραπάνω μοντέλου της υπερδιαχείρισης και της υποδιαχείρισης του συναισθήματος που έχει προταθεί για

την ΜΤΔ και στην περίπτωση της ΔΔΤ. Επιπλέον, προσθέτουν σημαντική πληροφόρηση γύρω από την πιθανή λειτουργία της διάσχισης ως μηχανισμού διαχείρισης του συναισθήματος και ανταπόκρισης στο τραύμα. Τέλος, προσφέρουν σημαντική πληροφόρηση γύρω από τις εμπλεκόμενες εγκεφαλικές λειτουργίες και δομές που συμμετέχουν και διαμορφώνουν το φαινόμενο της διάσχισης.

Την ιδέα της διάσχισης ως στρατηγικής ρύθμισης φαίνεται να ενστερνίζονται και άλλοι ερευνητές, όπως οι Bennett, Modrowski, Kerig και Chaplo (2015), αλλά και οι Waelde και οι συνεργάτες του (2009), οι οποίοι πρότειναν πως η διάσχιση μπορεί να είναι πιο συχνή μεταξύ εκείνων που είναι συναισθηματικά κατακλυσμένοι από τις επαναλαμβανόμενες σκέψεις ή τις υπενθυμίσεις του τραύματος. Στη μελέτη των Bennett et al. (2015) συμμετείχαν 225 κρατούμενοι φυλακών ανηλίκων στις ΗΠΑ που πληρούσαν κριτήρια για ΜΤΔ. Οι συμμετέχοντες χωρίστηκαν σε δύο ομάδες ανάλογα με τα ποσοστά της διάσχισης που εμφάνιζαν. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως η ομάδα που είχε υψηλό σκορ στην διάσχιση είχε μεγαλύτερες δυσκολίες στην λειτουργικότητα τους σε σύγκριση με την ομάδα με χαμηλό σκορ. Επιπλέον η ομάδα με το υψηλό σκορ διάσχισης, εμφάνισε υψηλότερα επίπεδα απορρύθμισης. Φαίνεται, λοιπόν, πως η διάσχιση μπορεί να αντιπροσωπεύει μια μορφή ακραίας υπέρ-ρύθμισης της συναισθηματικής διέγερσης (Frewen & Lanius 2006).

4.3.5. Η κατανόηση της διάσχισης μέσα από ένα ολοκληρωμένο θεωρητικό πλαίσιο για την αυτορρύθμιση

Ο Ford (2013) προτείνει η μελέτη της διάσχισης στο τραύμα να γίνεται μέσα από ένα ολοκληρωμένο θεωρητικό πλαίσιο, αυτό της αυτορρύθμισης. Σύμφωνα λοιπόν με τον παραπάνω ερευνητή, η διάσχιση μπορεί να γίνει κατανοητή ως το αποτέλεσμα της ακούσιας μετακίνησης από τη (συνηθισμένη) λειτουργία της αυτορρύθμισης που αποσκοπεί στην βιοψυχοκοινωνική ανάπτυξη, σε μια λειτουργία άμυνας που αποσκοπεί στην αντιμετώπιση μιας απειλής (Ford, 2009). Τα σοβαρά διασχιστικά συμπτώματα έχουν θεωρηθεί ως μη ηθελημένα και συχνά ως ασυνείδητες

μετατραυματικές προσαρμογές, οι οποίες συμβαίνουν όταν κάποιος δεν μπορεί να αντέξει τις "τραυματικές μνήμες, συναισθήματα, αισθήσεις, πεποιθήσεις ή συμπεριφορές" και, ως αποτέλεσμα, βιώνει ένα "κομμάτιασμα και ενθυλάκωση των τραυματικών εμπειριών" (International Society for the Study of Trauma and Dissociation, 2011 σελ. 122). Ο Ford (2009) πιστεύει πως αυτό περιγράφει θεμελιώδεις αλλαγές στην αυτορρύθμιση. Συγκεκριμένα, αυτά τα μετατραυματικά διασχιστικά συμπτώματα και εμπειρίες θα μπορούσαν να γίνουν κατανοητά σαν μια μετακίνηση από ψυχοβιολογικές λειτουργίες που εστιάζουν στην ανάπτυξη του ατόμου προς μία βασιζόμενη στην επιβίωση εγρήγορση (Εικόνα 9), η οποία οδηγεί τον ασθενή σε μειωμένη ικανότητα να διατηρήσει ένα ολοκληρωμένο και συνεκτικό σύνολο νοητικών αναπαραστάσεων για τον εαυτό και τη σχέση του με τους άλλους. Η ιδέα της διάσχισης ως μια βιολογικά βασισμένης αυτορρυθμιστικής αντίδρασης αναφέρεται και από τον Dalenberg και τους συνεργάτες του (2012).

Εικόνα 9. Μεταβολή της συνηθισμένης λειτουργίας της αυτορρύθμισης προς μια εστιασμένη στην επιβίωση αυτορρυθμιστική λειτουργία

4.4. Συναισθηματική απορρύθμιση και διάσχιση

Ως συναισθηματική απορρύθμιση ορίζεται "*η αδυναμία κάποιου να αλλάξει ή να ρυθμίσει συναισθηματικά στοιχεία, εμπειρίες, δράσεις, λεκτικές αντιδράσεις και/ή μη λεκτικές εκφράσεις κάτω*

από κανονικές συνθήκες" (Linehan et al., 2007, σελ. 583). Παρακάτω θα γίνει μια σύντομη προσπάθεια να παρουσιαστεί η συσχέτιση μεταξύ συναισθηματικής απορρύθμισης και διάσχισης και η επίδραση τους σε διάφορες μεταβλητές.

Οι Sundermann και DePrince (2015) πραγματοποίησαν μία μελέτη με κακοποιημένους εφήβους στην οποία βρέθηκε ότι η συναισθηματική απορρύθμιση προέβλεπε τα συμπτώματα διάσχισης ανεξάρτητα από τα είδη της κακοποίησης, τον αριθμό των δραστών που συμμετείχαν και την ηλικία έναρξης. Παρόμοια, σε μελέτη με ενήλικο πληθυσμό βρέθηκε πως η απορρύθμιση του συναισθήματος διαμεσολαβούσε στην επίδραση του αθροιστικού τραύματος επί της μη λειτουργικής αποφυγής (π.χ., διάσχιση, κατάχρηση ουσιών και αυτοκτονικότητα) (Briere et al., 2010). Επιπλέον, στην έρευνα των Hebert et al. (2018) εξετάστηκαν 309 σεξουαλικά κακοποιημένα παιδιά μαζί με τον γονέα που δεν είχε εμπλακεί στην κακοποίηση και βρήκαν πως το συνολικό παιδικό τραύμα (δηλαδή η έκθεση των παιδιών σε δύο ή περισσότερα τραυματικά γεγονότα ή κακουχίες) σχετίζεται με υψηλότερα ποσοστά συναισθηματικής απορρύθμισης, διάσχισης και προβλημάτων συμπεριφοράς. Επιπλέον, βρέθηκε ότι το συνολικό τραύμα σχετιζόταν τόσο με τα εσωτερικευμένα (π.χ. άγχος, κατάθλιψη) όσο και τα εξωτερικευμένα προβλήματα συμπεριφοράς (π.χ. αντικοινωνική συμπεριφορά, επιθετικότητα) των παιδιών αλλά όχι άμεσα. Η συσχέτιση αυτή προέκυπτε μέσω τριών διαφορετικών οδών: της επίδρασης του συνολικού τραύματος στη ρύθμιση του συναισθήματος, της επίδρασης του συνολικού τραύματος στην διάσχιση και τέλος δια μέσω της αλληλεπίδρασης μεταξύ της ρύθμισης του συναισθήματος με τη διάσχιση. Παρόλο που η συναισθηματική ρύθμιση και η διάσχιση μετρήθηκαν ταυτόχρονα, η σημαντική επίδραση της συναισθηματικής ρύθμισης στη διάσχιση αλλά και το εύρημα πως τόσο η διάσχιση όσο και η συναισθηματική ρύθμιση χωριστά συμμετέχουν καθοριστικά στη σχέση του συνολικού τραύματος με τα προβλήματα συμπεριφοράς, στηρίζουν την υπόθεση πως η διάσχιση θα μπορούσε να είναι το αποτέλεσμα αποτυχημένης συναισθηματικής ρύθμισης (Hebert et al., 2018).

Μία ακόμα μελέτη που μας πληροφορεί για την σχέση αυτή είναι των Moulton et al. (2015) στην οποία συμμετείχαν 142 φοιτήτριες ψυχολογίας. Από τα ευρήματα προκύπτει πως η συναισθηματική απορρύθμιση και η διάσχιση ήταν σημαντικοί μεσολαβητές μεταξύ παιδικού τραύματος και διατροφικής ψυχοπαθολογίας. Τέλος, οι Powers et al. (2015) αξιολόγησαν ένα δείγμα 154 νοσηλευομένων σε δημόσιο νοσοκομείο και κατέληξαν πως τόσο η ΜΤΔ όσο και η συναισθηματική απορρύθμιση ήταν στατιστικά σημαντικοί προβλεπτικοί παράγοντες της διάσχισης, ακόμα και αφού ελέγχθηκε η έκθεση στο τραύμα. Η αδυναμία να χρησιμοποιηθούν στρατηγικές ρύθμισης του συναισθήματος, προέβλεπαν την διάσχιση πέρα και πάνω από άλλες προβλεπτικές μεταβλητές. Τέλος, βρήκαν πως η συνολική συναισθηματική απορρύθμιση διαμεσολαβούσε στην επίδραση των συμπτωμάτων της ΜΤΔ στα συμπτώματα της διάσχισης. Τα αποτελέσματά τους δείχνουν πως η συναισθηματική απορρύθμιση μπορεί να είναι σημαντική στην κατανόηση της σχέσης μεταξύ ΜΤΔ και διασχιστικών συμπτωμάτων.

Στην ενότητα αυτή παρουσιάστηκαν οι κυριότερες προσεγγίσεις και ευρήματα γύρω από τη σχέση της διάσχισης με τη ρύθμιση του συναισθήματος. Όπως φαίνεται, υπάρχουν τρεις κυρίαρχες τάσεις: (α) Η διάσχιση θεωρείται ως το αποτέλεσμα μια εξαιρετικά έντονης προσπάθειας να ρυθμιστεί το έντονο συναίσθημα που προκύπτει από κάποιο τραύμα και κατά συνέπεια προκύπτουν συμπτώματα που αποκόβουν τον πάσχοντα από την εμπειρία προκειμένου να προστατευθεί από το έντονο συναίσθημά του. Παρατηρείται δε μη σημαντική αύξηση του καρδιακού ρυθμού και καθώς ο καρδιακός ρυθμός μπορεί να είναι δείκτης της διέγερσης ενός ανθρώπου (Gaffey & Wirth, 2014), πιθανά η μη αύξηση να σηματοδοτεί ότι όντως οι πάσχοντες προστατεύονται τρόπο τινά από τη συναισθηματική αναστάτωση. (β). Την μετακίνηση από τις συνηθισμένες αυτορρυθμιστικές διεργασίες σε μία αμυντική κατάσταση για την προστασία του ατόμου από το τραύμα. Συνεπώς σύμφωνα με αυτή την προσέγγιση η διάσχιση αποτελεί μια βιολογική αμυντική λειτουργία και (γ) Το αποτέλεσμα μιας προϋπάρχουσας δυσκολίας στη ρύθμιση του συναισθήματος που αντικατοπτρίζεται μέσα από την ανάπτυξη περισσότερων διασχιστικών συμπτωμάτων και

χειρότερης προσαρμογής. Καθώς οι περισσότερες μελέτες που διερευνούν τη σχέση αυτή είναι συγχρονικές, είναι δύσκολο να προκύψουν σχέσεις αιτιότητας. Στην παρούσα διατριβή προσεγγίζεται τόσο πειραματικά, όσο και από την μελέτη πεδίου η σχέση της διάσχισης με το συναίσθημα επιχειρώντας να κατανοήσει καλύτερα το ζήτημα αυτό.

5. Η ΠΑΡΟΥΣΑ ΜΕΛΕΤΗ

Ως τώρα έχουν συζητηθεί τα κυριότερα θέματα γύρω από την φύση και την λειτουργία του πόνου και της διάσχισης. Έχουν παρουσιαστεί τα διαφορετικά είδη πόνου και οι επιπτώσεις του στην ζωή και τη λειτουργικότητα των πασχόντων. Αντίστοιχα, σχετικά με τη διάσχιση, έχουν παρουσιαστεί τα κυριότερα είδη διάσχισης που ως τώρα έχουν μελετηθεί, αλλά και η στενή σχέση της με το τραύμα και τον πόνο. Επιπλέον, έχει συζητηθεί η σχέση τόσο του πόνο όσο και της διάσχισης με τη διαχείριση του συναισθήματος. Παρά το γεγονός ότι από την ανασκόπηση προκύπτει μια σαφής σχέση της διάσχισης με τον πόνο, ο αριθμός των μελετών γύρω από αυτό το ζήτημα είναι εξαιρετικά περιορισμένος.

Οι υπάρχουσες μελέτες, αν και συστηματικά καταδεικνύουν τη σχέση μεταξύ πόνου και διάσχισης, υπάρχουν δύο πολύ σημαντικά κενά: Πρώτον, δεν έχει διερευνηθεί η διακριτή σχέση της διάσχισης με τα δύο είδη πόνου: τον οξύ και τον χρόνιο. Ο οξύς και ο χρόνιος πόνος ποιοτικά διαφέρουν σημαντικά. Ο οξύς πόνος προκύπτει συνήθως εξ' αιτίας κάποιας βλάβης ή τραυματισμού και η διάρκειά του είναι περιορισμένη (Chapman & Vierck, 2017). Ο χρόνιος πόνος όμως, λειτουργεί ως ασθένεια (Gatchel et al., 2007), με τις επακόλουθες συνέπειες στη ζωή των πασχόντων, τις επιδράσεις του στην άμεση και την μακροχρόνια λειτουργικότητά τους, στους μηχανισμούς διαχείρισης που μπορεί να χρησιμοποιούν και στην γενικότερη επίπτωση στην ποιότητα της ζωής όπως έχει ως τώρα συζητηθεί (π.χ. Fine 2011. Gatchel et al., 2007. Sturgeon, Zautra, & Arewasikporn, 2014. Thomsen, Sorensen, Sjogren, & Eriksen, 2002).

Το πρώτο λοιπόν κενό στην υπάρχουσα βιβλιογραφία, αφορά στην πιθανότητα η εμφάνιση της διάσχισης σε κάθε είδος πόνου, να προκύπτει ως αποτέλεσμα διαφορετικών παραγόντων, να εξυπηρετεί διαφορετικούς σκοπούς, ή/και να επιβαρύνει με διαφορετικούς τρόπους την ζωή των πασχόντων. Ουσιαστικά, δεν έχει ως τώρα απαντηθεί αν η διάσχιση είναι μια άμεση αντίδραση στον πόνο ή μια διεργασία που προκύπτει έπειτα από παρατεταμένη έκθεση σε αυτόν. Επιπλέον, δεν έχουν διερευνηθεί οι πιθανές διαφορές που παρατηρούνται στο βίωμα του πόνου (π.χ. ένταση

του πόνου και παρεμβολή) και τη λοιπή λειτουργικότητα σε σχέση με τα συμπτώματα της διάσχισης, ερωτήματα με εξαιρετικό θεωρητικό και κλινικό ενδιαφέρον για το ρόλο και τη λειτουργία της διάσχισης.

Η κατανόηση αυτής της σχέσης θα είχε σημαντικές επιπτώσεις στον τρόπο διαχείρισης των ασθενών με οξύ και χρόνιο πόνο με δύο κυρίως τρόπους: 1) θα προσέφερε σαφείς απαντήσεις για το αν πρέπει να συναξιολογείται η ύπαρξη της διάσχισης στον οξύ και το χρόνιο πόνο και, 2) θα καθόριζε την ωφελιμότητα ή την βλαπτικότητα του φαινομένου και συνεπώς θα καθοδηγούσε τα θεραπευτικά πρωτόκολλα του πόνου γύρω από το αν είναι ένα φαινόμενο που μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως μηχανισμός προστασίας ή να αντιμετωπιστεί ως δυσκολία.

Το δεύτερο ερευνητικό κενό σχετίζεται με την διαπίστωση ότι, ως τώρα δεν έχουν ποτέ χρησιμοποιηθεί μεθοδολογίες που να μπορούν να υποδείξουν ποιοι συγκεκριμένοι τύποι διάσχισης σχετίζονται με τον πόνο και με ποιο τρόπο. Όπως έχει συζητηθεί εκτενώς σε προηγούμενα κεφάλαια, η διάσχιση μπορεί να είναι ένα χαρακτηριστικό της προσωπικότητας (Gershuny & Thayer, 1999) με καθόλου ή αρκετά έντονη παρουσία στη ζωή των ανθρώπων. Επιπλέον όμως, υπάρχουν και τα συμπτώματα της διάσχισης που προκύπτουν από κάποιο τραύμα (περιτραυματική διάσχιση) (Nijenhuis et al., 2001). Αυτά τα συμπτώματα μπορεί να διαχωριστούν σε δύο μεγάλες κατηγορίες: της απόσπασης (όπου παρατηρούνται εμπειρίες που σχετίζονται με μία διαστρεβλωμένη αντίληψη του εαυτού και του κόσμου όπως, αποπροσωποποίηση και αποπραγματοποίηση) και της τμηματοποίησης (όπου παρατηρούνται συμπτώματα κατά τα οποία κάποιος δεν μπορεί να έχει συνειδητό έλεγχο ή πρόσβαση σε λειτουργίες που τυπικά θα είχε όπως, π.χ., "ανεξήγητα" νευρολογικά συμπτώματα) (Holmes et al., 2005).

Ως τώρα, δεν έχουν υπάρξει συστηματικές προσπάθειες προκειμένου να διευκρινιστεί αν σχετίζεται κυρίως η απόσπαση ή η τμηματοποίηση ή ακόμα και η διάσχιση ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας με τον πόνο, ούτε αν αυτοί οι τύποι διάσχισης οδηγούν σε διαφορετική αντίληψη της έντασης και της παρεμβολής του πόνου στους πάσχοντες. Αν και υπάρχουν κάποιες μελέτες που

διερευνούν την σχέση της διάσχισης ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας με την περιτραυματική διάσχιση, εστιάζουν κυρίως στα αποσχιστικά συμπτώματα (π.χ. Giesbrecht et al., 2008a). Έτσι, προκύπτει ένα σημαντικό ερευνητικό κενό που σχετίζεται με τη διερεύνηση του είδους της διάσχισης που κατά κύριο λόγο σχετίζεται με τον πόνο.

Πέρα από το θεωρητικό ενδιαφέρον αυτής της διερεύνησης, υπάρχουν και κλινικές προεκτάσεις. Συγκεκριμένα θα καθιστούσε ευκολότερη και την αξιολόγηση των ασθενών με πόνο καθώς οι διάφοροι κλινικοί θα μπορούν εστιασμένα να ελέγξουν για τα συμπτώματα της διάσχισης που "αντιστοιχούν" στον πόνο. Επίσης, δεν έχει διερευνηθεί η περίπτωση όπου η διάσχιση προηγείται των συμπτωμάτων πόνου. Κάποιοι άνθρωποι μπορεί είτε λόγω προσωπικότητας, είτε λόγω πρώιμης έκθεσης σε τραυματικά γεγονότα (π.χ., παιδική κακοποίηση), ή σχετικής ψυχιατρικής παθολογίας (π.χ., μεταιχμιακή διαταραχή ή μετατραυματική διαταραχή), να βιώνουν ήδη διασχιστικά συμπτώματα πριν την έκθεσή τους σε ένα επώδυνο ερέθισμα. Ακόμα, υπάρχουν περιπτώσεις ανθρώπων που εκτίθενται αρχικά σε εξαιρετικά στρεσογόνα γεγονότα, όπως για παράδειγμα ένας στρατιώτης στο πεδίο της μάχης ή ένας πυροσβέστης σε μια καταστροφική πυρκαγιά, τα οποία είναι πιθανό να προκαλέσουν ψυχικό τραύμα, και ακολούθως να συμβαίνει κάποιος σοβαρός σωματικός τραυματισμός που προκαλεί σημαντικό πόνο. Σε αυτές τις περιπτώσεις η (περιτραυματική) διάσχιση κατά πάσα πιθανότητα προϋπάρχει του πόνου. Ως τώρα δεν έχουν υπάρξει μελέτες που να εξετάζουν την επίδραση της ήδη υπάρχουσας διάσχισης στην εμπειρία του πόνου (π.χ. στην ένταση και την παρεμβολή). Η δυσκολία πρόκλησης διάσχισης στο εργαστήριο με μη φαρμακευτικό τρόπο μπορεί να δικαιολογεί αυτό το κενό. Εντούτοις, τα τελευταία χρόνια έχουν αναπτυχθεί σχετικές μεθοδολογίες που θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν για την πληρέστερη μελέτη του φαινομένου της διάσχισης. Τέλος, η διασαφήνιση των παραπάνω ερωτημάτων έχει σημαντικό κλινικό ενδιαφέρον. Συγκεκριμένα, θα συμβάλει στην πληρέστερη αξιολόγηση των ασθενών με πόνο δίνοντας έμφαση στα συμπτώματα της διάσχισης που "αντιστοιχούν" στον πόνο,

ενώ θα συνέβαλε σημαντικά στην ανάπτυξη αποτελεσματικότερων θεραπευτικών παρεμβάσεων για ανθρώπους που αντιμετωπίζουν αντίστοιχες δυσκολίες.

Ένα ακόμα σημαντικό ζήτημα που προκύπτει από την ως τώρα μελέτη των ευρημάτων της διεθνούς βιβλιογραφίας έχει να κάνει με την πιθανή σχέση της διάσχισης με το συναίσθημα, η οποία ακόμα δεν έχει γίνει σαφής. Παραμένει αδιευκρίνιστο αν η διάσχιση είναι ένας μηχανισμός διαχείρισης των συναισθημάτων ή μια ανεπάρκεια στη ρύθμιση του συναισθήματος. Η στενή σχέση του συναισθήματος με τη διαχείριση και την προσαρμογή στον πόνο, καθιστά αυτό το κενό εξαιρετικής σπουδαιότητας για την πλήρη κατανόηση της εμπειρίας του πόνου. Η διερεύνηση της πιθανής συνύπαρξης συμπτωμάτων πόνου και διάσχισης και η κατανόηση της σχέσης της διάσχισης με το συναίσθημα θα μπορούσε να συμβάλει σημαντικά στον προσδιορισμό της ωφελιμότητας ή της βλαπτικότητας των διασχιστικών συμπτωμάτων.

Προκειμένου να αντιμετωπιστούν τα κενά που αναδείχθηκαν παραπάνω, σχεδιάστηκαν και διεξήχθησαν δύο διαφορετικές μελέτες: Η “Μελέτη 1” είναι πειραματική και διερευνά τη σχέση της διάσχισης με τον οξύ πόνο. Συγκεκριμένα, η “Μελέτη 1” περιστρέφεται γύρω από δύο μείζονες άξονες. Πρώτον, επιχειρεί να διερευνήσει τις ψυχοφυσιολογικές αντιδράσεις στον πόνο (ένταση, αντοχή και ψυχοφυσιολογική διέγερση, όπως αντανακλώνται στον καρδιακό ρυθμό). Παράλληλα, αξιολογείται αν ο πόνος προκάλεσε συμπτώματα (και ποιου είδους συμπτώματα) διάσχισης στους συμμετέχοντες, αλλά και πως αυτά τα συμπτώματα διάσχισης σχετίζονται με τις ψυχοφυσιολογικές αντιδράσεις του πόνου. Επιπλέον, όμως, επιχειρεί να απαντήσει και στο ερώτημα αν η προϋπαρξη διασχιστικών συμπτωμάτων μεταβάλλει το βίωμα του πόνου σε επίπεδο ψυχοφυσιολογικών αντιδράσεων.

Ο δεύτερος άξονας της πρώτης μελέτης αναφέρεται στη σχέση της διάσχισης με το συναίσθημα και την αυτορρύθμιση του συναισθήματος, επιχειρώντας να απαντήσει σε ερωτήματα σχετικά με το αν η λειτουργία της διάσχισης παρεμποδίζει ή διευκολύνει τη λειτουργία του

συναισθήματος. Αναλυτική περιγραφή των σκοπών και των υποθέσεων της Μελέτης 1 ακολουθεί παρακάτω, στην αντίστοιχη ενότητα.

Η "Μελέτη 2" είναι έρευνα πεδίου και διερευνά θέματα γύρω από την διάσχιση και τον χρόνιο πόνο. Σε αναλογία με τη "Μελέτη 1", εδώ επιχειρείται να διερευνηθεί αν και πως τα συμπτώματα της διάσχισης σχετίζονται με τον χρόνιο πόνο. Συγκεκριμένα, διερευνάται η σχέση της διάσχισης με την εμπειρία του πόνου στους ασθενείς: τόσο με την ένταση και την παρεμβολή του πόνου, όσο και με ορισμένους παράγοντες προσαρμογής (συναίσθημα, μηχανισμοί διαχείρισης κλπ.) στον χρόνιο πόνο. Επιπλέον, μέσω συγκρίσεων με ασθενείς με χρόνιο νόσημα χωρίς πόνο επιχειρείται να απαντηθεί το ερώτημα, αν η διάσχιση στους ασθενείς που υποφέρουν από ασθένεια που προκαλεί χρόνιο πόνο σχετίζεται στενότερα με τη μακρόχρονη εμπειρία του πόνου ή τη γενικότερη εμπειρία της επώδυνη ασθένειας.

Η "Μελέτη 2" έχει σημαντικές θεωρητικές και κλινικές προεκτάσεις. Δεδομένου ότι και οι δύο ομάδες ασθενών πάσχουν από χρόνια νοσήματα, οι πιθανές διαφοροποιήσεις στην εμφάνιση ή την ένταση των διασχιστικών συμπτωμάτων στην ομάδα των ασθενών με χρόνιο πόνο, θα μπορούσαν να σχετιστούν στενότερα με το βίωμα του πόνου και όχι με τον γενικότερο ψυχικό τραυματισμό από το νόσημα. Αυτό θα ήταν ένα μάλλον ένα ενδιαφέρον εύρημα, καθώς θα μπορούσε να σηματοδοτεί ότι η διάσχιση μπορεί να προκύψει και στις περιστάσεις που οι ασθενείς απλώς πονούν, πιθανά ως ένας εγγενής, βιολογικός μηχανισμός που ενεργοποιείται αυτόματα στους ανθρώπους προκειμένου να προστατευθούν (κατά τρόπο αντίστοιχο με τις αντιδράσεις άλλων ζώων σε καταστάσεις απειλής). Η ιδέα αυτή έχει ήδη διατυπωθεί και από άλλους μελετητές (π.χ. Moskowitz, 2004. Nijenhuis, Spinhoven, Vanderlinden, van Dyck & van der Hart, 1998) και τα ευρήματα της παρούσας μελέτης θα μπορούσαν να στηρίξουν περαιτέρω αυτή τη θεωρία. Επιπλέον, σε επίπεδο κλινικής σημαντικότητας, η πιθανή ύπαρξη της διάσχισης στον χρόνιο πόνο και η διασαφήνιση της σχέσης της με τον ίδιο τον πόνο αλλά και τους μηχανισμούς προσαρμογής θα μπορούσε να καθορίσει τις κατευθύνσεις των θεραπευτικών πρωτοκόλλων για τη διαχείριση του

χρόνιου πόνου. Αναλυτικότερη περιγραφή της μελέτης αυτής και των σκοπών της γίνεται στην αντίστοιχη ενότητα παρακάτω.

ΜΕΛΕΤΗ 1

Α.1. Εισαγωγή

Ο πόνος πέρα από μια δυσάρεστη κατάσταση για τους πάσχοντες και τις οικογένειες τους, είναι και ένα σοβαρό πρόβλημα δημόσιας υγείας (Dueñas, Ojeda, Salazar, Mico, & Failde, 2016. Goldberg & McGee, 2011).Υπολογίζεται πως το 10 – 30% των ανθρώπων στην Ευρώπη υποφέρουν από χρόνιο πόνο (Breivik, Collett, Ventafridda, Cohen & Gallacher, 2006. Reid et al., 2011), ενώ ο οξύς πόνος είναι από τους κυριότερους λόγους που οι άνθρωποι αναζητούν ιατρική φροντίδα (Ahluwalia, Giannitrapani, Dobscha, Cromer, & Lorenz, 2018). Επιπλέον έχει σημαντικές σωματικές, συναισθηματικές και κοινωνικές επιπτώσεις (Thomsen, Sorensen, Sjogren, & Eriksen, 2002), καθώς επίσης και επιπτώσεις στην επαγγελματική ζωή τον πασχόντων (Dueñas et al., 2016). Συνεπώς, η πλήρης κατανόηση και διαχείριση του πόνου είναι ζήτημα εξαιρετικής σπουδαιότητας.

Έχουν ήδη συζητηθεί τα θέματα της πολυπαραγοντικότητας του πόνου ως φαινόμενο, αλλά και τον πολλών ψυχολογικών μεταβλητών που αλληλεπιδρούν με την αισθητηριακή εμπειρία του ερεθισμού των αλγοϋποδοχέων για την σύνθεση του φαινομένου που τελικά μεταφράζεται και βιώνεται ως πόνος. Έτσι, σε αυτή την ενότητα δεν θα γίνει περαιτέρω ανάλυση αυτών, ούτε όμως των χαρακτηριστικών της διάσχισης και της σχέσης της με τον πόνο, καθώς έχουν ήδη περιγραφεί, επίσης. Αντιθέτως, θα συνοψιστούν οι θεωρητικοί και κλινικοί σκοποί που καθοδήγησαν τις υποθέσεις αυτής της μελέτης.

Α.1.1. Κενά και διαπιστώσεις αναπάντητων ερωτημάτων

Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας και τον υπαρχουσών μελετών, προέκυψε ότι υπάρχουν κάποια σημαντικά κενά στη σχέση της διάσχισης με τον πόνο. Στην παρούσα ενότητα παρουσιάζονται κάποια ζητήματα που χρήζουν περαιτέρω διερεύνησης.

Πρώτον, η διάσχιση αν και δεν αποτελεί νέο πεδίο μελέτης, φαίνεται πως δεν έχει μελετηθεί διεξοδικά στην σχέση της με τον πόνο κι ακόμα λιγότερο με τον οξύ πόνο. Αν και έχει ερευνηθεί σε

βάθος η σχέση της διάσχισης με το τραύμα, και παρόλο που ο πόνος είναι μια τραυματική εμπειρία, υπάρχει ένα σημαντικό ερευνητικό κενό που ενδεχομένως να υπονομεύει τόσο την πλήρη κατανόηση μια σημαντικής συνιστώσας του πόνου, αλλά πιθανά και της διαχείρισής του.

Δεύτερον, η διάσχιση μπορεί να σχετίζεται με χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, μπορεί όμως να προκύψει και από μια συγκεκριμένη τραυματική κατάσταση. Η σχέση της διάσχισης ως χαρακτηριστικό με την διάσχιση που προκύπτει ως αποτέλεσμα μιας κατάστασης, έχει μεν διερευνηθεί, αλλά τα αποτελέσματα που έχουν προκύψει είναι αντιφατικά. Υπάρχει η άποψη πως η διάσχιση ως χαρακτηριστικό είναι προβλεπτικός παράγοντας μιας ακόμα μεγαλύτερης διάσχισης σε μία τραυματική κατάσταση (Giesbrechet al., 2008a. Leonard et al., 1999), ενώ υπάρχουν μελέτες που δεν υποστηρίζουν κάποια σύνδεση μεταξύ τους (Morgan et al., 2001. Sterlini & Bryant, 2002). Ωστόσο, θα ήταν σημαντικό να διασαφηνιστεί αυτό το ζήτημα και η σχέση του με τον πόνο, όχι μόνο για θεωρητικούς λόγους αλλά κυρίως για κλινικούς, όπως για παράδειγμα σε σχέση με την παρέμβαση που μπορεί να υπάρξει όταν ένας ασθενής πρόκειται να υποβληθεί σε κάποια προγραμματισμένη επώδυνη ιατρική διαδικασία.

Τρίτον, τα συμπτώματα της διάσχισης που παρατηρούνται κατά την διάρκεια ενός τραυματικού γεγονότος ή αμέσως μετά ονομάζονται περιτραυματική διάσχιση (Nijenhuis et al,, 2001), και διακρίνονται σε δύο τύπους. Την ψυχολογική περιτραυματική διάσχιση που περιλαμβάνει συμπτώματα αποπραγματοποίησης/ αποπροσωποποίησης και άλλες δυσκολίες που σχετίζονται με το πως το άτομο συνδέεται ως οντότητα με την εμπειρία, καθώς και την σωματόμορφη διάσχιση στην οποία περιλαμβάνονται κυρίως σωματικά συμπτώματα ή αναντιστοιχίες στη λειτουργία του σώματος συγκριτικά με εκείνο που θα αναμενόταν σε μια δεδομένη στιγμή (όπως αναλγησία ή ανεξήγητος πόνος, μη ηθελημένες κινήσεις ή αναστολή της κίνησης κλπ.) (Nijenhuis, 2000). Η σωματόμορφη διάσχιση, έχει περισσότερο συνδεθεί με τραύμα στο οποίο συνυπάρχει σωματική απειλή ή κίνδυνος (Nijenhuis, 2000. Waller et al., 2000). Οι σωματικές και αισθητηριακές διαστάσεις του σωματικού πόνου είναι αναπόσπαστο κομμάτι της

εμπειρίας, παρόλα αυτά δεν έχει μελετηθεί ποιος τύπος περιτραυματικής διάσχισης σχετίζεται κυρίως με τον σωματικό πόνο, ούτε με ποιο τρόπο ενδεχομένως επιδρά στο βίωμα του πόνου σε επίπεδο έντασης και αντοχής.

Τέταρτον, υπάρχουν περιστάσεις κατά τις οποίες ενδέχεται η διάσχιση ως αντίδραση να προηγείται του πόνου. Όπως για παράδειγμα μπορεί να συμβεί σε ένα σοβαρό τροχαίο ατύχημα, όπου ο οδηγός βλέπει και επιχειρεί να αντιμετωπίσει ένα κίνδυνο, αλλά τελικά αποτυγχάνει, ή όπως μπορεί να συμβεί σε εργαζόμενους σε σώματα ασφάλειας (αστυνομία, στρατός), όταν εκτίθενται ψυχολογικά σε μια τραυματική εμπειρία πριν από κάποιο πιθανό σωματικό τραυματισμό.

Πέμπτον, υπάρχουν πολλές μελέτες γύρω από την ωφελιμότητα (π.χ., Foy, 1992. Spiegel, 1991. Sterlini & Bryant, 2002. Waites, 1993) ή την βλαπτικότητα της διάσχισης ως αντίδρασης (π.χ., Briere et al., 2005. Giesbrecht et al., 2008a. Kellner et al., 2002. LaChapelle & Hadjistavropoulos, 2004), αλλά και μελέτες που υποστηρίζουν ότι μπορεί αρχικά να είναι μια βοηθητική αντίδραση, όμως, αν αναπτυχθεί η συνήθεια να χρησιμοποιείται συχνότερα και σε άλλες περιστάσεις, τότε μεταβάλλεται σε παθολογική (Badura et al., 1997. Waller et al., 2000). Ωστόσο, συνήθως η διερεύνηση γίνεται σε σχέση με την επίδραση της διάσχισης στην επεξεργασία του συναισθήματος (π.χ Frewen & Lanius, 2006. Oathes και Ray, 2008) και όχι στον πόνο καθ' αυτό, δηλαδή στο πως βιώνεται από τον πάσχοντα σε επίπεδο έντασης του πόνου και αντοχής σε αυτόν, ούτε ως προς τις ψυχοφυσιολογικές λειτουργίες των πασχόντων.

Έκτον, η σχέση της διάσχισης με το συναίσθημα παραμένει ασαφής. Υπάρχουν ερευνητές που θεωρούν πως είναι μια στρατηγική διαχείρισης του στρες γενικώς (Briere, Hodges, & Godbouet, 2010), ενώ άλλοι θεωρούν πως είναι ένας τρόπος ρύθμισης του συναισθήματος (Ford, 2013) ή μια ανεπάρκεια στην ρύθμιση του συναισθήματος Hebert et al. (2018). Δεν υπάρχουν όμως, καθ' όσο γνωρίζουμε, μελέτες που να διερευνούν τη σχέση της διάσχισης με το συναίσθημα στον πόνο.

Στην παρούσα πειραματική μελέτη, εξετάστηκαν υγιείς συμμετέχοντες χωρισμένοι σε μια πειραματική ομάδα και σε μια ομάδα ελέγχου. Στους συμμετέχοντες στην ομάδα ελέγχου προκλήθηκε πειραματικά πόνος (ομάδα ελέγχου). Στους συμμετέχοντες στην πειραματική ομάδα προκλήθηκε πρώτα διάσχιση με πειραματικό τρόπο και, στη συνέχεια, πόνος (ομάδα διάσχισης), με σκοπό να διερευνηθούν οι παρακάτω υποθέσεις.

Α.1.2. Υποθέσεις

Η πρώτη υπόθεση της παρούσας μελέτης αφορά τη σχέση μεταξύ πόνου και διάσχισης. Υποθέτουμε πως ο πόνος, ως τραυματικό γεγονός, θα προκαλέσει διάσχιση στους συμμετέχοντες της ομάδας ελέγχου, καθώς και προηγούμενοι ερευνητές διαπίστωσαν ότι ο πόνος είναι ικανή συνθήκη για να προκαλέσει συμπτώματα διάσχισης (π.χ. Giesbrecht et al., 2008a. Lachapelle, & Hadjistavropoulos 2004). Παράλληλα, αναμένουμε την εμφάνιση περισσότερων συμπτωμάτων διάσχισης στους συμμετέχοντες της ομάδας διάσχισης (στους οποίους θα προκληθεί διάσχιση με πειραματικό τρόπο). Αν και δεν υπάρχουν ερευνητικά δεδομένα για να στηρίξουν αυτή την υπόθεση μας, θεωρούμε πως (α) η ήδη υπάρχουσα (προκληθείσα) διάσχιση θα αποκόβει τους συμμετέχοντες από το βίωμα και το περιβάλλον τους και ο πόνος θα γίνεται αντιληπτός ως κάτι ξαφνικό και πιο τραυματικό, οδηγώντας σε επιδείνωση της διάσχισης και (β) ο πόνος θα σχετίζεται με διαφορετικού είδους συμπτώματα διάσχισης από εκείνα που ήδη θα υπάρχουν λόγω της πρόκλησης διάσχισης.

Η δεύτερη υπόθεσή μας αφορά στον τύπο διάσχισης που πρωτίστως σχετίζεται με την εμπειρία του πόνου. Ως τώρα, έχει προταθεί ότι το σωματικό τραύμα σχετίζεται κυρίως με τη σωματόμορφη διάσχιση (Nijenhuis, 2000. Waller et al., 2000). Καθώς οι σωματικές συνιστώσες του πόνου είναι μείζονος σημασίας για την εμπειρία, υποθέτουμε ότι ο οξύς πόνος θα σχετίζεται κυρίως με την σωματόμορφη περιτραυματική διάσχιση. Επιπλέον η υπόθεσή μας αυτή στηρίζεται και από την παρατήρηση ότι διάφορα είδη χρόνιου πόνου έχει βρεθεί να σχετίζονται στενότερα με την σωματόμορφη διάσχιση παρά με οποιοδήποτε άλλο είδος διάσχισης (Farina, Mazzotti, Pasquini, & Mantione, 2011. Nijenhuis et al., 2003).

Η τρίτη υπόθεσή μας αφορά (α) στην πιθανή επίδραση της πειραματικά προκλητής διάσχισης στην επακόλουθη εμπειρία του πόνου (ένταση, αντοχή και ψυχοφυσιολογική διέγερση) και (β) στην επίδραση της διάσχισης που σχετίζεται με προκλητό οξύ πόνο στην εμπειρία αυτού του πόνου (ένταση, αντοχή και ψυχοφυσιολογική διέγερση). Η υπόθεση μας όπως και παραπάνω, είναι πως η προηγηθείσα διάσχιση θα λειτουργεί αποδιοργανωτικά για τους συμμετέχοντες και συνεπώς επιβαρυντικά. Συγκεκριμένα, θεωρούμε ότι οι συμμετέχοντες βρισκόμενοι σε μια κατάσταση με διασχιστικά συμπτώματα, θα έχουν μειωμένη ικανότητα συνειδητής εστίασης στο περιβάλλον τους. Έτσι, ο πόνος θα τους προκαλέσει μια αντίδραση σοκ και πιθανόν θα μεταφραστεί ως πιο επώδυνος σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου. Αναμένουμε κατά συνέπεια, μεγαλύτερη ένταση πόνου και μειωμένη αντοχή στο πόνο μεταξύ των συμμετεχόντων στην πειραματική ομάδα.

Επιπλέον, μέσω της σύγκρισης της πειραματικής ομάδας με την ομάδα ελέγχου, επιδιώκουμε να διασαφηνίσουμε αν η λειτουργία της διάσχισης (ως άμεση αντίδραση και χωρίς προηγούμενη πρόκληση) είναι βοηθητική ή βλαπτική. Υποθέτουμε πως, αν η ομάδα ελέγχου αναπτύξει διασχιστικά συμπτώματα μετά την πρόκληση του πόνου, αυτά θα αποτελούν απόκριση του οργανισμού σε ένα απειλητικό ερέθισμα προκειμένου να προστατευθεί από πιθανή βλάβη ή τραυματισμό, το οποίο με τη σειρά του θα εκφραστεί με χαμηλότερη δηλούμενη ένταση του πόνου και υψηλότερη αντοχή σε αυτόν. Σε επίπεδο ψυχοφυσιολογικής διέγερσης, δεδομένου ότι η διάσχιση σχετίζεται με μειωμένο καρδιακό ρυθμό (Holmes, Brewin, & Hennessy, 2004. Lanius et al., 2002. Sack, Cillien, & Hopper, 2012), αναμένουμε ότι η ομάδα διάσχισης θα έχει ήδη χαμηλότερη καρδιακό ρυθμό κατά την βύθιση του χεριού στο νερό, λόγω της προκληθείσας στην ομάδα αυτή διάσχισης, ενώ στην ομάδα ελέγχου αυτή η πτώση του καρδιακού ρυθμού θα παρατηρείται μετά την βύθιση στο νερό και την "αυτόματη" πρόκληση των διασχιστικών συμπτωμάτων, ως αποτέλεσμα της βίωσης οξέος πόνου.

Η τέταρτη υπόθεσή μας αφορά στη σχέση της διάσχισης ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας με την περιτραυματική διάσχιση. Αναμένουμε περισσότερα συμπτώματα διάσχισης ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας να σχετίζονται με υψηλότερα σκορ περιτραυματικής διάσχισης καθώς, όπως συζητήθηκε και παραπάνω, η προϋπάρχουσα διάσχιση, θα λειτουργεί αποδιοργανωτικά, αποτρέποντας τους συμμετέχοντες να επεξεργαστούν αποτελεσματικά το περιβάλλον τους ή να εκτιμήσουν την πιθανή απειλή.

Τέλος, επιδιώκουμε να διερευνήσουμε την επίδραση του συναισθήματος στη σχέση της διάσχισης με τον οξύ πόνο. Καθώς το αρνητικό συναίσθημα σχετίζεται με εντονότερο πόνο και χειρότερη προσαρμογή σ' αυτόν (Sturgeon, Zautra, & Arewasikporn, 2014), υποθέτουμε πως το εντονότερο αρνητικό συναίσθημα θα σχετίζεται με εντονότερο πόνο και κατά συνέπεια περισσότερα συμπτώματα διάσχισης μετά την πρόκληση πόνου. Αντίστοιχα, καθώς οι δυσπροσαρμοστικές στρατηγικές ρύθμισης του συναισθήματος (Koechlin, Coakley, Schechter, Werner, & Kossowsky, 2018), και ειδικά η συναισθηματική καταστολή (Keefe, Lumley, Anderson, Lynch, & Carson, 2001), σχετίζονται με εντονότερο πόνο, ενώ αντιθέτως η υψηλή δεξιότητα στην ρύθμιση του συναισθήματος σχετίζεται με λιγότερο αισθητηριακό πόνο (Ruiz-Aranda, Salguero, & Ferná Ndez-Berrocal, 2010), αναμένουμε οι συμμετέχοντες που θα χρησιμοποιούν περισσότερο τη συναισθηματική καταστολή θα βιώνουν περισσότερα σωματικά συμπτώματα μετά την πρόκληση του πόνου είτε αυτά συνοδεύονται από διασχιστικά συμπτώματα ή όχι. Η υπόθεση μας αυτή καθοδηγείται από το σκεπτικό ότι οι συμμετέχοντες αυτοί, θα έχουν ήδη δυσκολίες στην ρύθμιση του συναισθήματός τους και κατά συνέπεια θα έχουν φτωχότερη διαχείριση του πόνου τους κάτω από κάθε συνθήκη. Στον Πίνακα 1 περιγράφονται συνοπτικά πως οι υποθέσεις της παρούσας μελέτης αντιστοιχούν στα ερευνητικά κενά που έχουν περιγραφεί στην προηγούμενη ενότητα.

Πίνακας 1

Αντιστοίχιση Θεωρητικών Κενών με τις Ερευνητικές Υποθέσεις της Παρούσας Μελέτης 1

Κενά	**Υποθέσεις**
Η σχέση διάσχισης με τον οξύ πόνο (ως μια δυνητικά τραυματική εμπειρία).	Ο πόνος θα οδηγεί στην ανάπτυξη διασχιστικών συμπτωμάτων.
• Η σχέση της διάσχισης ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας με την διάσχιση ως αποτέλεσμα μίας κατάστασης και • Η επίδραση αυτής της σχέσης στο βίωμα του πόνου.	Αναμένουμε περισσότερα συμπτώματα διάσχισης ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας να σχετίζεται με εντονότερα συμπτώματα περιτραυματικής διάσχισης.
Το είδος περιτραυματικής διάσχισης που σχετίζεται με τον πόνο και πιθανές επιδράσεις της διάσχισης στο βίωμα του πόνου	Ο οξύς πόνος θα σχετίζεται στενότερα με τη σωματόμορφη διάσχιση.
Επιπτώσεις προηγηθείσας διάσχισης στην • περαιτέρω ανάπτυξη διασχιστικών συμπτωμάτων και • στο βίωμα του πόνου	• Η προΰπαρξη διασχιστικών συμπτωμάτων θα οδηγήσει στην ανάπτυξη ακόμα περισσότερων διασχιστικών συμπτωμάτων • Αναμένουμε μεγαλύτερη ένταση πόνου και μειωμένη αντοχή στο πόνο μεταξύ των συμμετεχόντων χωρίς προϋπάρχοντα διασχιστικά συμπτώματα
Ωφελιμότητα ή βλαπτικότητα συμπτωμάτων διάσχισης σε επίπεδο έντασης και αντοχής του πόνου και ψυχοφυσιολογικής διέγερσης	Για τους συμμετέχοντες **χωρίς προϋπάρχοντα** συμπτώματα διάσχισης υποθέτουμε ότι θα είναι μια προστατευτική αντίδραση που θα εκφράζεται με (α) χαμηλότερη ένταση πόνου (β) υψηλότερη αντοχή και (γ) μειωμένη ψυχοφυσιολογική διέγερση. Αντιθέτως, για τους συμμετέχοντες **με** προυπάρχοντα συμπώματα θα λειτουργεί βλαπτικά όπως περιγράφεται παραπάνω
Λειτουργία της διάσχισης με το συναίσθημα ειδικά στον οξύ πόνο	• Υποθέτουμε πως το αρνητικό συναίσθημα θα σχετίζεται με εντονότερο πόνο και κατά συνέπεια περισσότερα συμπτώματα διάσχισης μετά την πρόκληση πόνου. • Η συναισθηματική καταστολή θα σχετίζεται με περισσότερα σωματικά συμπτώματα μετά την πρόκληση του πόνου είτε αυτά συνοδεύονται από διασχιστικά συμπτώματα ή όχι.

Α.2. Μέθοδος

Α.2.1. Συμμετέχοντες

Στο πείραμα συμμετείχαν φοιτητές του Τμήματος Ψυχολογίας του Πανεπιστημίου Κρήτης, ηλικίας 18-25 χρονών. Οι φοιτητές ενημερώθηκαν από αναρτημένη διαφήμιση σε διάφορα σημεία της Σχολής καθώς, επίσης, και προφορικά κατά την διάρκεια των μαθημάτων τους. Στην ανακοίνωση αναφερόταν με σαφήνεια πως πρόκειται για ένα πείραμα που θα τους προκαλούνταν σωματικός πόνος με την χρήση δεξαμενής με παγωμένο νερό. Στον Πίνακα 2 παρουσιάζονται τα κριτήρια αποκλεισμού από το πείραμα.

Πίνακας 2

Κριτήρια Αποκλεισμού από το Πείραμα

Ιστορικό καρδιαγγειακών νοσημάτων
Ιστορικό λιποθυμιών ή επιληψίας
Ιστορικό κρυοπαγημάτων
Ανοιχτές πληγές ή κόψιμο στα χέρια
Κάταγμα ή θλάση στο χέρι
Ιστορικό συνδρόμου Ρεϊνό
Προβλήματα του κυκλοφορικού συστήματος
Νευρολογικές διαταραχές
Υπέρταση ή υπόταση
Διαβήτης
Ιστορικό ψυχιατρικών προβλημάτων

Από τους 67 συμμετέχοντες που προσήλθαν στο εργαστήριο, αποκλείστηκαν εννέα (9). Πέντε εξ' αυτών δεν πληρούσαν το κριτήριο για την καλή σωματική υγεία και τέσσερις τα ηλικιακά κριτήρια. Από τους 58 συμμετέχοντες, αποκλείστηκαν ακόμα τέσσερις που δεν κατάφεραν να ακολουθήσουν τις οδηγίες και ένας που ζήτησε να διακόψει την συμμετοχή του. Συνολικά εξετάστηκαν 53 άτομα, προπτυχιακοί φοιτητές του Τμήματος Ψυχολογίας εκ των οποίων

οι 47 ήταν γυναίκες και οι έξι άνδρες, όλοι άγαμοι. Ο *Μ.Ο.* της ηλικίας τους ήταν τα 20.91 έτη (*Τ.Α.*= 1.43) και ο *Μ.Ο.* των συνολικών χρόνων εκπαίδευσης τους τα 14.92 έτη (*Τ.Α.*= 1.11). Οι περισσότεροι εξ αυτών ήταν δεξιόχειρες (86%). Ο συνολικός αριθμός των συμμετεχόντων στην ομάδα διάσχισης (ΟΔ) ήταν 33 άτομα ενώ στην ομάδα ελέγχου (ΟΕ) 20. Αν και η κατανομή των συμμετεχόντων στις ομάδες ήταν τυχαιοποιημένη, όλοι οι συμμετέχοντες που αποκλείστηκαν είχαν τοποθετηθεί συμπτωματικά στην ομάδα ελέγχου, γεγονός που εξηγεί την ανισομέρεια των ομάδων.

Πριν την έναρξη του πειράματος, πραγματοποιήθηκε ανάλυση ισχύος με την χρήση του λογισμικού G*power 3.1.9.2 (Faul, Erdfelder, Buchner, & Lang, 2009). Η ανάλυση υπέδειξε συνολικό απαιτούμενο δείγμα 46 ατόμων για ανάδειξη στατιστικά σημαντικού κύριου ANOVA σε επίπεδο σημαντικότητας α=0.05, και ισχύ 90%.

Η παρούσα μελέτη είχε λάβει έγκριση από την Επιτροπή Δεοντολογίας του Πανεπιστημίου Κρήτης (Αρ. Πρωτ. ΕΠΙ.Δ.Ε.: 13/11-02-2013).

Α.2.2. Διαδικασία

Α.2.2.1. Εργαλεία

Πρόκληση πόνου

Για την πρόκληση του πόνου χρησιμοποιήθηκε η Δοκιμασία Ψυχρής Πίεσης (ΔΨΠ)[3]. Πρόκειται για μία δεξαμενή με κρύο νερό, στην οποία ζητείται από τους συμμετέχοντες να βουτήξουν το μη κυρίαρχο χέρι τους, ως το ύψος του αγκώνα, ενώ βρίσκονται σε καθιστή θέση. Πρόκειται για έναν αξιόπιστο τρόπο πρόκλησης πόνου (Edens & Gil, 1995. Walsh, Schoenfeld, Ramamurthy, & Hoffman, 1989) που χρησιμοποιείται συχνά σε σχετικούς πειραματικούς σχεδιασμούς (βλ., Bento et al., 2018. Ruiz-Aranda, Salguero, & Fern andez-Berrocal, 2011. Ruiz-Aranda, Salguero, & Ferná Ndez-Berrocal, 2010).

3Cold Pressor Test (CPT)

Παρά την χρησιμότητα της ΔΨΠ στην πρόκληση πόνου (La Cesa et al., 2014), υπάρχουν διάφορες προκλήσεις που κάποιος πρέπει να αντιμετωπίσει στη χρήση της. Αρχικά, η σημαντικότερη προϋπόθεση είναι η διατήρηση μιας σταθερής θερμοκρασίας, καθώς μικρές αποκλίσεις οδηγούν σε σημαντικές διαφορές στην ένταση του πόνου και την αντοχή των συμμετεχόντων (La Cesa et al., 2014). Επιπλέον, πολύ σημαντική είναι η χρήση κυκλοφορητή, προκειμένου να ανακυκλώνεται το νερό και εξασφαλίζεται ομοιογενής κατανομή θερμοκρασίας (Mitchell, MacDonald, & Brodie, 2004). Συχνά, οι ερευνητές χρησιμοποιούν διαφορετικές κατασκευές προκειμένου να επιτύχουν τα καλύτερα αποτελέσματα (Mitchell et al., 2004). Έτσι και στο παρόν πείραμα κατασκευάστηκε εξ' αρχής μία συσκευή που τηρούσε τις βασικές προϋποθέσεις διατήρησης της θερμοκρασίας και ανακύκλωσης του νερού.

Συγκεκριμένα, κατασκευάστηκε μία δεξαμενή διαστάσεων 65cm x 30cm x 25cm (βάθος). Το εσωτερικό είναι κατασκευασμένο από αντιμικροβιακό χαλκό. Πρόκειται για ένα κλειστό σύστημα ψύξης νερού, με λειτουργία αντίστοιχη ενός ψυγείου ή ενός κλιματιστικού (Εικόνα 10). Μέσω του συστήματος αυτού, απορροφάται η θερμότητα του νερού με αποτέλεσμα να παγώνει με την χρήση ψυκτικού υγρού (φρέον). Οι σωληνώσεις και τα μηχανικά μέρη βρίσκονται κάτω από την δεξαμενή, κλεισμένα σε μεταλλική επιφάνεια με αποτέλεσμα το νερό να μην έρχεται ποτέ σε επαφή με καμία άλλη χημική ουσία. Η συσκευή λειτουργεί με ρεύμα έντασης 220 Volt και είναι αθόρυβη. Διαθέτει βρύση για το άδειασμα του δοχείου, ώστε να έχει πάντα καθαρό νερό. Επίσης διαθέτει ενσωματωμένο θερμόμετρο ώστε να ελέγχεται η διατήρηση μιας σταθερής θερμοκρασίας σε όλες τις πειραματικές δοκιμές. Τέλος, τοποθετήθηκε μηχανισμός ανάδευσης ώστε να κυκλοφορεί το νερό σύμφωνα με τις προδιαγραφές που περιγράφονται παραπάνω.

Η συσκευή λειτούργησε για όλα τα πειράματα σταθερά σε θερμοκρασία 1°C (± 0.1 °C). Η σταθερότητα της θερμοκρασίας ήταν προτεραιότητα καθώς όπως έχει ήδη περιγραφεί παραπάνω, σύμφωνα με τους Mitchell et al. (2004), μικρές αποκλίσεις διαφοροποιούν σημαντικά τα αποτελέσματα. Οι ίδιοι ερευνητές περιγράφουν 22 μελέτες από το 1980 ως το 2002, εκ των οποίων

οι έξι χρησιμοποίησαν νερό γύρω στον 1°C. Τέλος, με βάση τα υπάρχοντα εμπειρικά δεδομένα, συμπεραίνουν ότι η ένταση του πόνου είναι συγκριτικά υψηλότερη για τους συμμετέχοντες που βύθισαν το χέρι τους στο νερό στον 1°C σε σχέση με εκείνους που βύθισαν στους 3°C, 5°C ή 7°C, ενώ η αντοχή αυξάνεται όσο αυξάνεται η θερμοκρασία. Τέλος, σε χαμηλότερες θερμοκρασίες θα ήταν δυσκολότερη η αποφυγή δημιουργίας κρυστάλλων και ο χρόνος παραμονής στο νερό θα μειωνόταν σημαντικά, μη δίνοντας την ευκαιρία για περαιτέρω παρατηρήσεις. Στον παρόντα χειρισμό δεν σχηματίστηκαν κρύσταλλοι, το νερό άλλαζε μετά από 5 επαναλήψεις για να είναι καθαρό και πριν το πείραμα γινόταν μέτρηση της θερμοκρασίας του χεριού του συμμετέχοντα, ώστε να διερευνηθεί αν υπάρχει επίδραση της αρχικής θερμοκρασίας του χεριού στην ένταση του πόνου και την αντοχή σε αυτόν.

Εικόνα 10. Συσκεύη δοκιμασίας ψυχρής πίεσης

Πρόκληση Διάσχισης

Για την πειραματική πρόκληση συμπτωμάτων διάσχισης χρησιμοποιήθηκε συσκευή Ηχητικού και Φωτεινού Ερεθισμού (ΗΦΕ: Audio Photic Stimulation APS). Η συσκευή κατασκευάστηκε από επιστημονικό συνεργάτη μας, επιστήμονα υπολογιστών για να πληροί τα

κριτήρια που περιγραφόταν από άλλη σχετική μελέτη (Leonard et al., 1999) και αποτελείτο από γυαλιά-μάσκα και ακουστικά με μαξιλαράκια που μπορούσαν να απομονώσουν τον εξωτερικό ήχο. Οι φακοί ήταν αδιαφανείς, ώστε να μην μπορούν οι συμμετέχοντες να δουν τίποτα πέρα απ' το φως που προβαλλόταν μέσα σε αυτούς. Σε κάθε φακό υπήρχαν 4 λυχνίες LED (light emitting diodes) που εξέπεμπαν πορτοκαλί χρώμα. Οι παλμοί του ήχου και του φωτός ήταν ημιτονοειδείς με κορυφή τα 77 db για τον ήχο και τα 400 lux για το φως. Η συχνότητα και των δύο ήταν 12 Hz. Το ηχητικό και το οπτικό ερέθισμα ήταν συγχρονισμένα (δηλ., με μηδενική διαφορά φάσης). Η διαδικασία διαρκούσε 10 λεπτά και η οδηγία που δόθηκε στους συμμετέχοντες ήταν να καθίσουν άνετα και ήρεμα και να κρατήσουν τα μάτια τους κλειστά.

Η επιλογή του ΗΦΕ στην παρούσα μελέτη καθορίστηκε από την σύγκριση των διαθέσιμων ως τώρα μεθόδων. Από τις πειραματικές, μη φαρμακευτικές μεθόδους πρόκλησης διάσχισης, οι La Cesa et al. (2014), συνέκριναν τρεις μεθόδους: τον ΗΦΕ, την Αποστέρηση Ερεθισμών (stimulus deprivation) και το Παρατεταμένο Κοίταγμα μίας Τελείας (dot staring) σε ημίφως. Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν πως οι συμμετέχοντες στον ΗΦΕ παρουσίασαν τα περισσότερα διασχιστικά συμπτώματα συγκριτικά με τις δύο άλλες μεθόδους, καθιστώντας την μέθοδο αυτή ως πιο αξιόπιστη. Άλλη μέθοδος που περιγράφεται ερευνητικά, είναι το παρατεταμένο κοίταγμα στον καθρέπτη (mirror gazing) σε ημίφως το οποίο, σύμφωνα με τους Brewin, Ma και Colson (2013), προκαλεί μία αίσθηση παραμόρφωσης της εικόνας του προσώπου όπως συμβαίνει στην αποπροσωποποίηση. Παρά την μάλλον επιτυχή πρόκληση συμπτωμάτων αποπροσωποποίησης, η μέθοδος αυτή φαίνεται να στερείται οικολογικής εγκυρότητας (Brewin & Mersaditabari, 2013). Έτσι, ο ΗΦΕ θεωρήθηκε ο πιο αξιόπιστος τρόπος για την πειραματική πρόκληση της διάσχισης και χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα μελέτη.

Α.2.2.2. Μετρήσεις

Ένταση πόνου

Για τη μέτρηση της υποκειμενικής έντασης του πόνου χρησιμοποιήθηκε μια κλίμακα οπτικής αναλογίας (Visual Analogue Scale). Πρόκειται για μια οριζόντια γραμμή 10 εκατοστών όπου στο αριστερό άκρο της τοποθετείται η πρόταση "καθόλου πόνος" και στο δεξί "ο χειρότερος δυνατός πόνος" (Huskisson, 1974). Οι συμμετέχοντες καλούνται να υποδείξουν σημειώνοντας με μια γραμμή σε ποια ένταση κυμάνθηκε ο πόνος τους. Έπειτα, υπολογίζεται η απόσταση από τον ερευνητή, με την χρήση ενός χάρακα και αποδίδεται μια αριθμητική τιμή. Οι κλίμακες οπτικής αναλογίας χρησιμοποιούνται συχνά για την αξιολόγηση του πόνου και έχουν αρκετά πλεονεκτήματα σύμφωνα με τον Correll (2006): είναι γρήγορες, απλές και κατανοητές και φαίνεται να μετρούν αξιόπιστα τον πόνο.

Αντοχή στον πόνο

Η αντοχή αξιολογήθηκε χρονομετρώντας τον συνολικό χρόνο βύθισης του χεριού στο νερό, δηλαδή από την εισαγωγή του ως την αυθόρμητη απόσυρση του (Edens & Gil, 1995). Ως όριο ασφαλείας για τους συμμετέχοντες που δεν απομακρύνουν αυθόρμητα το χέρι τους από το νερό ορίστηκαν τα 3 λεπτά (Von Baeyer, Piira, Chambers, Trapanotto, & Zeltzer, 2005).

Καρδιακός ρυθμός

Η μέτρηση του καρδιακού ρυθμού έγινε με την χρήση του NeXus-4, V2015B1. Πρόκειται για μία συσκευή που διαθέτει ένα μετρητή παρόμοιο με ένα οξύμετρο. Η καταγραφή του παλμού γίνεται μέσω της εφαρμογής BioTrace. Η μέτρηση ξεκινούσε για όλους τους συμμετέχοντες αμέσως μετά την συμπλήρωση των ερωτηματολογίων αυτο-αναφοράς και σταματούσε με την λήξη του πειράματος. Κατά την διάρκεια της καταγραφής, τοποθετήθηκαν οπτικές υποδείξεις (markers) σε διαφορετικές χρονικές στιγμές που αντιστοιχούν σε συγκεκριμένες φάσεις του πειράματος.

Συγκεκριμένα για την ΟΔ τοποθετήθηκαν έξι διαφορετικοί δείκτες ως εξής: Υπόβαθρο, Έναρξη πρόκλησης διάσχισης, Μέση διαδικασίας, Λήξη διαδικασίας πρόκλησης διάσχισης, Βύθιση στο νερό, Ανάρρωση. Για την ΟΕ που δεν πραγματοποίησαν καμία άλλη διαδικασία πέρα από την βύθιση στο νερό, καταγράφηκαν τρεις διαφορετικές φάσεις: Υπόβαθρο, Βύθιση στο νερό, Ανάρρωση.

Συναίσθημα

Για την μέτρηση του θετικού και του αρνητικού συναισθήματος χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα Positive and Negative Affect Schedule (PANAS: Watson, Clark, & Tellegen, 1988). Το PANAS αποτελείται από 20 επίθετα που περιγράφουν τόσο θετικά (π.χ., ενθουσιασμένος, σθεναρός) όσο και αρνητικά συναισθήματα (π.χ. αναστατωμένος, νευρικός, φοβισμένος). Οι συμμετέχοντες συμπληρώνουν σε μία κλίμακα από το ένα (1) = "πολύ λίγο ή καθόλου" ως το πέντε (5) = "πολύ", σε ποιο βαθμό νιώθουν το καθένα συναίσθημα τη συγκεκριμένη στιγμή. Στη συνέχεια, αθροίζονται χωριστά οι βαθμολογίες που δόθηκαν για τα αρνητικά φορτισμένα συναισθήματα για να προκύψει ένας δείκτης αρνητικού συναισθήματος (Cronbach's a = .78), και οι βαθμολογίες που δόθηκαν για τα θετικά φορτισμένα συναισθήματα για να προκύψει ένας δείκτης για τα θετικά φορτισμένα συναισθήματα(Cronbach's a = .86).

Ρύθμιση Συναισθήματος

Χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα Emotional Regulation Questionnaire (ERQ: Gross & John, 2003). Αποτελείται από 10 προτάσεις που αξιολογούν τη χρήση δύο κύριων μορφών συναισθηματικής αυτορύθμισης: της γνωστικής επανεκτίμησης (π.χ., Όταν θέλω να νιώσω περισσότερο θετικά συναισθήματα (όπως χαρά ή διασκέδαση), αλλάζω αυτό που σκέφτομαι. Όταν αντιμετωπίζω μια στρεσογόνο κατάσταση, αναγκάζω τον εαυτό μου να σκεφτεί γι' αυτή την κατάσταση, με ένα τρόπο που θα με βοηθήσει να παραμείνω ήρεμος/η) (Cronbach's a = .89), και

της καταστολής έκφρασης (π.χ., Κρατάω τα συναισθήματά μου για τον εαυτό μου. Ελέγχω τα συναισθήματά μου με το να μην τα εκφράζω) (Cronbach's *a* = .86). Οι συμμετέχοντες καλούνται να αξιολογήσουν κάθε μία από τις προτάσεις σε μια κλίμακα Likert που κυμαίνεται από το ένα ως το εφτά, όπου το ένα (1) αντιστοιχεί στο "Διαφωνώ απόλυτα" και το εφτά (7) στο "Συμφωνώ απόλυτα".

Διάσχιση ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας

Η κλίμακα Dissociative Experiences Scale (DES, Bernstein, & Putnam, 1986) χρησιμοποιήθηκε για την αξιολόγηση της διάσχισης ως σταθερό χαρακτηριστικό της προσωπικότητας. Οι συμμετέχοντες καλούνται να υποδείξουν, σε μία κλίμακα οπτικής αναλογίας από το 0 = "ποτέ" ως το 100 = "πάντα", σε ποιο βαθμό βιώνουν 28 διαφορετικά διασχιστικά φαινόμενα στην καθημερινή τους ζωή (όπως, για παράδειγμα: Μερικοί άνθρωποι έχουν την εμπειρία να βρίσκονται σε ένα μέρος και να μην έχουν ιδέα πως βρέθηκαν εκεί. Σε μερικούς ανθρώπους, κάποιες φορές τους λένε ότι δεν αναγνωρίζουν τους φίλους τους ή μέλη της οικογένειας τους). Περιλαμβάνονται τρεις υποκλίμακες: απορρόφηση (Cronbach's *a* = 0.89), αποπραγματοποίηση/αποπροσωποποίηση (Cronbach's *a* = 0.66) και ψυχογενής αμνησία (Cronbach's *a* = 0.85), ενώ προκύπτει και ένα τελικό σκορ, όπου υψηλότερα σκορ υποδεικνύουν εντονότερη συμπτωματολογία (Cronbach's *a* = 0.90).

Διάσχιση ως αποτέλεσμα μιας Κατάστασης

Η κλίμακα Dissociative State Scale (DSS, Bremner et al., 1998) αξιολογεί την περιτραυματική διάσχιση—κυρίως την αποπραγματοποίηση και την αποπροσωποποίηση—και αποτελείται από 19 προτάσεις (π.χ., Σου μοιάζουν όλα ψεύτικα, σαν να ονειρεύεσαι; Νιώθεις αποκομμένος από το ίδιο σου το σώμα;). Χρησιμοποιήθηκε για την αξιολόγηση της διάσχισης ως αποτέλεσμα της πειραματικής διαδικασίας. Οι συμμετέχοντες καλούνται να υποδείξουν πόσο πολύ

βιώνουν κάθε ένα από τα διασχιστικά συμπτώματα "αυτή τη στιγμή" αξιολογώντας την ένταση μέσω μίας 5 -βάθμιας κλίμακας τύπου Likert που κυμαίνεται από 0 = "καθόλου" ως 4 = "πάρα πολύ". Το συνολικό σκορ κυμαίνεται από 0 ως 76 (Cronbach's *a* = .74).

Ψυχολογική Περιτραυματική Διάσχιση

Χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα Peritraumatic Dissociation Experience Questionnaire (PDEQ, Marshall, Orlando, Jaycox, Foy & Belzbergy, 2002) για την αξιολόγηση της ψυχολογικής περιτραυματικής διάσχισης (ως αποτέλεσμα του πόνου). Αποτελείται από 8 προτάσεις (π.χ., Τα γεγονότα έμοιαζαν να εκτυλίσσονται σε αργή κίνηση. Υπήρχαν στιγμές που δεν ήμουν σίγουρος/η που βρισκόμουν ή τι ώρα ήταν). Οι προτάσεις αυτές αξιολογούν τον βαθμό της απόσχισης που βιώνουν οι άνθρωποι κατά την διάρκεια ενός συγκεκριμένου γεγονότος. Οι συμμετέχοντες καλούνται να αξιολογήσουν τα συμπτώματα αυτά σε μία κλίμακα τύπου Likert που κυμαίνεται από το 1 = "καθόλου" ως το 5 = "απόλυτα". Το συνολικό σκορ προκύπτει από το άθροισμα των επιμέρους ερωτήσεων και υψηλότερα σκορ υποδεικνύουν εντονότερη διάσχιση (Cronbach's *a* = . 76). Ο λόγος που χρησιμοποιήθηκαν δύο διαφορετικές κλίμακες (αυτή και η επόμενη) για την αξιολόγηση της περιτραυματικής διάσχισης είναι επειδή εστιάζουν σε διαφορετικές ομάδες συμπτωμάτων και κρίθηκε πως κατά αυτό τον τρόπο θα γινόταν εκτενέστερη παρατήρηση του φαινομένου.

Σωματική Περιτραυματική Διάσχιση

Η κλίμακα Somatoform Dissociation Questionnaire- Peritraumatic (SDQ-P, Nijenhuis et al., 2001) είναι μία κλίμακα που χρησιμοποιείται για την αξιολόγηση της σωματόμορφης απόσχισης κατά την διάρκεια ή/και αμέσως μετά από στρεσογόνα γεγονότα. Αποτελείται από 11 προτάσεις (π.χ., Ήταν σαν να είχε εξαφανιστεί το σώμα μου ή ένα μέρος του. Παρέλυσα ή ήμουν άκαμπτος για λίγο) που βαθμολογούνται από τους συμμετέχοντες σε μία 5βάθμια κλίμακα τύπου Likert από

το 1 = “δεν συνέβη καθόλου” ως το 5 = “συνέβη σε μεγάλο βαθμό”. Το συνολικό σκορ προκύπτει από το άθροισμα των απαντήσεων στις επιμέρους ερωτήσεις και υψηλότερα σκορ υποδεικνύουν υψηλότερη διάσχιση (Cronbach’s *a* = .67).

Α.2.3. Ελληνική απόδοση κλιμάκων

Όλες οι κλίμακες αξιολόγησης της διάσχισης μεταφράστηκαν από τα Αγγλικά στα Ελληνικά και ξανά από τα Ελληνικά στα Αγγλικά από τρεις διαφορετικούς ερευνητές, εκ των οποίων δύο ήταν ψυχολόγοι. Και οι τρεις ερευνητές έχουν πιστοποιημένα άριστη γνώση της Αγγλικής και σπουδές σε αγγλόφωνα πανεπιστήμια σε μεταπτυχιακό επίπεδο. Αφού ολοκληρώθηκε η μετάφραση, οι κλίμακες χορηγήθηκαν σε προπτυχιακούς φοιτητές για την ανίχνευση πιθανών γλωσσικών προβλημάτων ή δυσκολιών κατανόησης του περιεχομένου. Δεν παρουσιάστηκε καμία δυσκολία ή ερώτηση στην συμπλήρωση και όλες οι κλίμακες εμφάνισαν υψηλή αξιοπιστία. Ως προς την κλίμακα θετικού και αρνητικού συναισθήματος (PANAS), χορηγήθηκε η απόδοση στα ελληνικά που έχει χρησιμοποιηθεί και σε άλλες ελληνικές μελέτες (π.χ. Karademas, Kafetsios, & Sideridis, 2007). Τέλος, το ερωτηματολόγιο ρύθμισης του συναισθήματος (ERQ) χρησιμοποιήθηκε στα ελληνικά όπως έχει αποδοθεί από τον Κωνσταντίνο Καφέτσιο (Kafetsios, Nezlek, & Vassilakou, 2012).

Α.3. Οδηγίες και σχεδιασμός

Α.3.1. Σχεδιασμός

Στο πείραμα αυτό συμμετείχαν δύο ομάδες. Η Ομάδα Διάσχισης (ΟΔ – πειραματική ομάδα) και η Ομάδα Ελέγχου (ΟΕ). Στην ΟΕ δεν έγινε κανένας χειρισμός. Οι συμμετέχοντες στην ομάδα αυτή προσήλθαν στο εργαστήριο, ενημερώθηκαν αρμόδια για την έρευνα, συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια, βύθισαν το χέρι τους στο νερό και αφού συμπλήρωσαν ξανά τα ερωτηματολόγια

αποχώρησαν. Στην ΟΔ, οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν αρμόδια για την έρευνα, συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια, πραγματοποιήθηκε η πρόκληση της διάσχισης, διάρκειας 10 λεπτών με την χρήση του ΗΦΕ, βύθισαν το χέρι τους στο νερό κι αφού συμπλήρωσαν ξανά τα ερωτηματολόγια αποχώρησαν από το εργαστήριο (Εικόνα 11).

Α.3.2. Διάταξη πειράματος και σχετικές διευθετήσεις

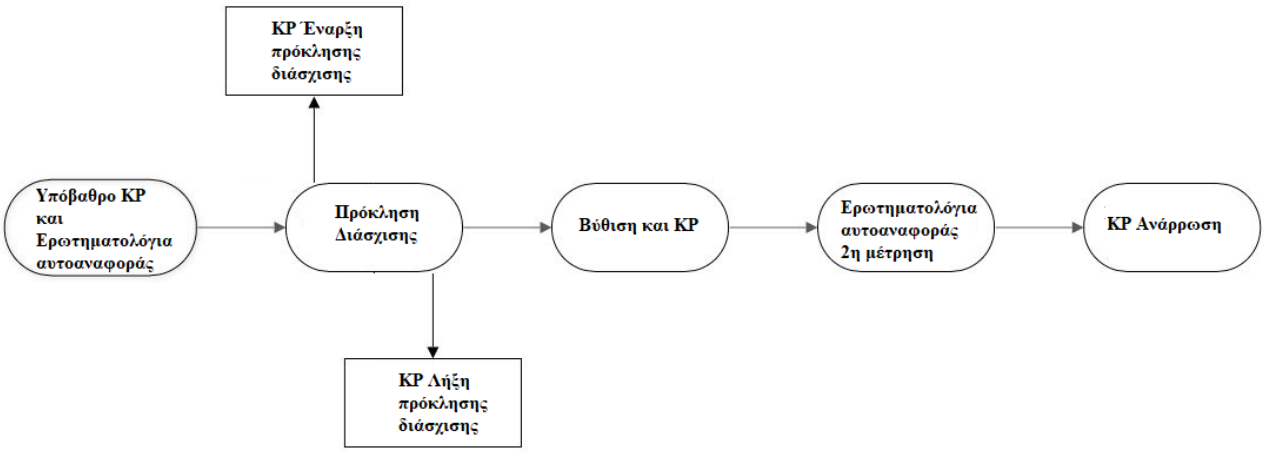
Στο εργαστήριο υπήρχε ένα μεγάλο γραφείο. Η δεξαμενή για την ΔΨΠ ήταν τοποθετημένη ακριβώς μπροστά από το κέντρο του γραφείου. Υπήρχε ένας φορητός υπολογιστής στα δεξιά του γραφείου για τους δεξιόχειρες και στα αριστερά για τους αριστερόχειρες. Τα φώτα του εργαστηρίου ήταν σβηστά.

Οι συμμετέχοντες προσέρχονταν στο εργαστήριο την ώρα ενός προκαθορισμένου ραντεβού. Αρχικά ενημερώνονταν για το πείραμα, διευκρινιζόταν πως η συμμετοχή είναι εθελοντική, ότι το πείραμα έχει εγκριθεί από την επιτροπή Δεοντολογίας του Πανεπιστημίου Κρήτης και ότι μπορούσαν να διακόψουν οποτεδήποτε ήθελαν.

Αρχικά συμπλήρωναν τα ερωτηματολόγια αυτο-αναφοράς, αφού πρώτα τοποθετούσαμε τον παλμογράφο για την καταγραφή του καρδιακού παλμού. Στη συνέχεια, οι συμμετέχοντες ενημερώνονταν για την διαδικασία που θα έπρεπε να ακολουθήσουν για τα επόμενα 10 λεπτά και τους δίνονταν λεπτομερείς οδηγίες για το πως μετά την λήξη των 10 λεπτών θα έπρεπε να βάλουν το χέρι τους στο νερό για όσο περισσότερο άντεχαν. Τέλος, αφού έβγαζαν το χέρι τους από το νερό και χωρίς να το σκουπίσουν (προκειμένου να παραμείνει η αίσθηση του πόνου και να μην παρεμβληθεί ενδιάμεση φάση που θα τους απομάκρυνε από την εμπειρία που είχαν μόλις βιώσει), συμπλήρωναν και πάλι τα ερωτηματολόγια αυτο-αναφοράς, γινόταν αφαίρεση του παλμογράφου και αποχωρούσαν από το εργαστήριο.

Συγκεκριμένα, οι οδηγίες που δόθηκαν για την ΟΔ ήταν: "*Για τα επόμενα 10 λεπτά, θα φορέσεις αυτά τα γυαλιά και ακουστικά. Τα γυαλιά θα εκπέμπουν φως και τα ακουστικά έναν ήχο. Θέλω να κρατήσεις τα μάτια σου κλειστά κατά την διάρκεια της διαδικασίας και να μην μιλήσεις*

καθόλου. Όταν περάσουν τα 10 λεπτά, θα σου βγάλω τα γυαλιά και θα βουτήξεις το χέρι σου στο νερό, ως τον αγκώνα με την παλάμη στραμμένη προς τα πάνω και ανοιχτή (η πειραματίστρια έδειχνε τον τρόπο). *Προσπάθησε να κρατήσεις το χέρι σου στο νερό όσο περισσότερο μπορείς, όταν όμως δεν αντέχεις άλλο, μπορείς να το βγάλεις. Καθ' όλη την διάρκεια της δοκιμασίας, δεν θα πρέπει να μιλήσεις καθόλου και σε περίπτωση που μου απευθύνεις τον λόγο δεν θα σου απαντήσω.*" Στην ΟΕ δόθηκαν ακριβώς οι ίδιες οδηγίες, πλην εκείνων που αφορούσαν στην διαδικασία πρόκλησης της διάσχισης, συνεπώς οι οδηγίες διαμορφώθηκαν ως εξής: "*Θα βουτήξεις το χέρι σου στο νερό [...] δεν θα σου απαντήσω.*"



Εικόνα 11. Χρονοδιάγραμμα εκτέλεσης των διάφορων πειραματικών χειρισμών

Σημείωση: ΚΡ: Καρδιακός Ρυθμός. Στους συμμετέχοντες της ΟΕ δεν έγινε πρόκληση διάσχισης, ούτε έγιναν οι σχετικές μετρήσεις ΚΡ.

Α.4. Στατιστικές αναλύσεις

Για τον προκαταρκτικό έλεγχο της ομοιογένειας του δείγματος και για τον εντοπισμό πιθανών διαφορών ως προς τις δημογραφικές μεταβλητές πραγματοποιήθηκε έλεγχος με χ^2 και έλεγχος μη συσχετισμένων τιμών *t*. Η διερεύνηση πιθανών διαφοροποιήσεων μεταξύ των ομάδων στην ένταση και την αντοχή του πόνου επίσης πραγματοποιήθηκε με έλεγχο μη συσχετισμένων

τιμών *t*. Οι μεταβολές στον καρδιακό ρυθμό μεταξύ των διάφορων φάσεων μέτρησης και η μεταβολή στην ένταση των συμπτωμάτων από το υπόβαθρο στη δεύτερη μέτρηση εξετάστηκαν με ανάλυση διασποράς επαναλαμβανόμενων μετρήσεων (Repeated Measures ANOVA). Η πιθανή συσχέτιση της διάσχισης ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας με τους λοιπούς τύπους διάσχισης ελέγχθηκαν με τον υπολογισμό του συντελεστή συσχέτισης Pearson *r*. Τέλος, η πιθανή επίδραση της ομάδας (ΟΔ και ΟΕ), του αρνητικού και του θετικού συναισθήματος αλλά και της αυτορρύθμισης στην σχέση μεταξύ διάσχισης και αντοχής/ έντασης του πόνου ελέγχθηκε με ανάλυση ρύθμισης (moderation), μέσω της εφαρμογής PROCESS (περιγράφεται αναλυτικά παρακάτω).

Α.5. Αποτελέσματα

Α.5.1. Διαφοροποιήσεις στα χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων

Α.5.1.1. Διαφοροποιήσεις στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και το κυρίαρχο χέρι

Οι μόνες σημαντικές διαφοροποιήσεις που προέκυψαν στα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος (Πίνακας 3 και Πίνακας 4), ήταν ότι εκ τύχης όλοι οι αριστερόχειρες συμμετείχαν στην ομάδα διάσχισης ($x^2(1)= 7.47$, $p < 0.01$), ενώ οι συμμετέχοντες της ομάδας διάσχισης (*Μ.Ο.*= 21.39, *Τ.Α* = 1.06) ήταν ελαφρώς μεγαλύτεροι ηλικιακά από την ομάδα ελέγχου (*Μ.Ο.*= 20.1, *Τ.Α* = 1.62), ($t(1) = 12.41$ $p < 0.01$). Καμία άλλη διαφοροποίηση δεν παρατηρήθηκε ως προς το φύλο, την οικογενειακή κατάσταση, τα έτη σπουδών και την θερμοκρασία του χεριού πριν την βύθιση στο παγωμένο νερό. Δεδομένου ότι όλοι οι συμμετέχοντες βρίσκονται στο ίδιο ηλικιακό εύρος και ότι δεν παρατηρήθηκε επίδραση του κυρίαρχου χεριού στην ένταση του πόνου, $F(1, 51) = 0.022$ $p > 0.10$ $\eta^2 < 0.001$, και στην αντοχή του πόνου, $F(1, 51) = 0.144$ $p > 0.10$ $\eta^2 = 0.003$, η ηλικία και το κυρίαρχο χέρι δεν συμπεριλήφθηκαν ως συμμεταβλητές στις αναλύσεις που ακολούθησαν.

Πίνακας 3

Δημογραφικά Χαρακτηριστικά και Διαφοροποιήσεις Μεταξύ των Ομάδων του Δείγματος ως προς το Φύλο, την Οικογενειακή Κατάσταση και το Κυρίαρχο Χέρι

		Διάσχιση		Ελέγχου			
		n	*%*	*n*	*%*	x^2	*P*
Φύλο	Γυναίκες	29	87.9	18	90	0.056	> 0.05
	Άντρες	4	12.1	2	10		
Οικογενειακή Κατάσταση	Άγαμοι	33	100	20	100		
Κυρίαρχο Χέρι	Δεξί	23	69.7	20	100	7.470	< 0.01
	Αριστερό	10	30.3	0	0		

Πίνακας 4

Δημογραφικά Χαρακτηριστικά και Διαφοροποιήσεις Μεταξύ των Ομάδων του Δείγματος ως προς την Ηλικία και τα Έτη Εκπαίδευσης

		M.O	*T.A*	*t*	*P*
Διάσχιση	Ηλικία	21.39	1.06	12.411	< 0.001
Έλέγχου		20.10	1.62		
Διάσχιση	Έτη σπουδών	15.15	0,91	3.882	> 0.05
Ελέγχου		14.55	1.32		
Διάσχιση	Θερμοκρασία χεριού	32.3	1.6	1.40	> 0.05
Ελέγχου		31.7	1.5		

Α.5.1.2. Διαφοροποιήσεις ως προς τα χαρακτηριστικά διάσχισης, συναισθήματος και αυτορρύθμισης του συναισθήματος πριν την πειραματική διαδικασία

Καμία σημαντική διαφοροποίηση δεν προέκυψε μεταξύ των συμμετεχόντων στις δύο ομάδες ως προς την διάσχιση ως κατάσταση, το θετικό και το αρνητικό συναίσθημα ή τη ρύθμιση του συναισθήματος πριν την έναρξη της πειραματικής διαδικασίας (Πίνακας 5). Η μόνη διαφοροποίηση που προέκυψε ήταν ως προς το διασχιστικό χαρακτηριστικό “αμνησία” με την

ομάδα της διάσχισης να σημειώνει υψηλότερη βαθμολογία (*Μ.Ο.*= 9.7, *Τ.Α.* = 9.9) σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου (*Μ.Ο.*= 4.3, *Τ.Α.* = 4), ($t(51)=2.357$, $p < 0,05$), χωρίς όμως η εικόνα αυτή να αντικατοπτρίζεται στη συνολική βαθμολογία της διάσχισης ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας των συμμετεχόντων ($t(51)=1.169$, $p > 0.05$) (Πίνακας 5).

Πίνακας 5

Διαφοροποιήσεις Ομάδων ως προς την Αυτορρύθμιση Συναισθήματος, το Συναίσθημα και τη Διάσχιση ως Χαρακτηριστικό και ως Αποτέλεσμα μιας Κατάστασης, τη Σωματόμορφη Περιτραυματική και την Περιτραυματική Ψυχολογική Διάσχιση, πριν την Έναρξη του Πειράματος

		Διάσχιση		Ελέγχου				
		Μ.Ο.	*Τ.Α.*	*Μ.Ο.*	*Τ.Α.*	*Τ*	*df*	*p*
Αυτορρύθμιση συναισθήματος	Γνωστική επανεκτίμηση	28.4	6.3	28.4	6.4	0.013	51	> 0.05
	Εκφραστική καταπίεση	13.5	5.2	11.9	5.5	1.05	51	> 0.05
Συναίσθημα	Αρνητικό	15.3	4.6	13.1	3.6	1.84	51	> 0.05
	Θετικό	30.3	6.5	31.9	6.5	0.85	51	> 0.05
Διάσχιση ως χαρακτηριστικό	Αμνησία	9.7	9.9	4.3	4	2.36	51	**< 0.05**
	Απορρόφηση	28.2	19.5	23.6	13.7	0.93	51	> 0.05
	Αποπραγματοποίηση/ αποπροσωποποίηση	4.8	6.8	6	7.4	0.60	51	> 0.05
	Σύνολο	16.8	12.7	13.1	7.7	1.17	51	> 0.05
Διάσχιση ως αποτέλεσμα μιας κατάστασης		3.3	5.8	4.4	6.7	0.60	51	> 0.05
Σωματόμορφη περιτραυματική Διάσχιση		13.9	5.9	14.4	4.9	0.28	51	> 0.05
Περιτραυματική ψυχολογική Διάσχιση		10.5	3.4	11.6	5.5	0.87	51	> 0.05

Α.5.2. Συγκρίσεις μετρήσεων μεταξύ των ομάδων κατά την πειραματική διαδικασία

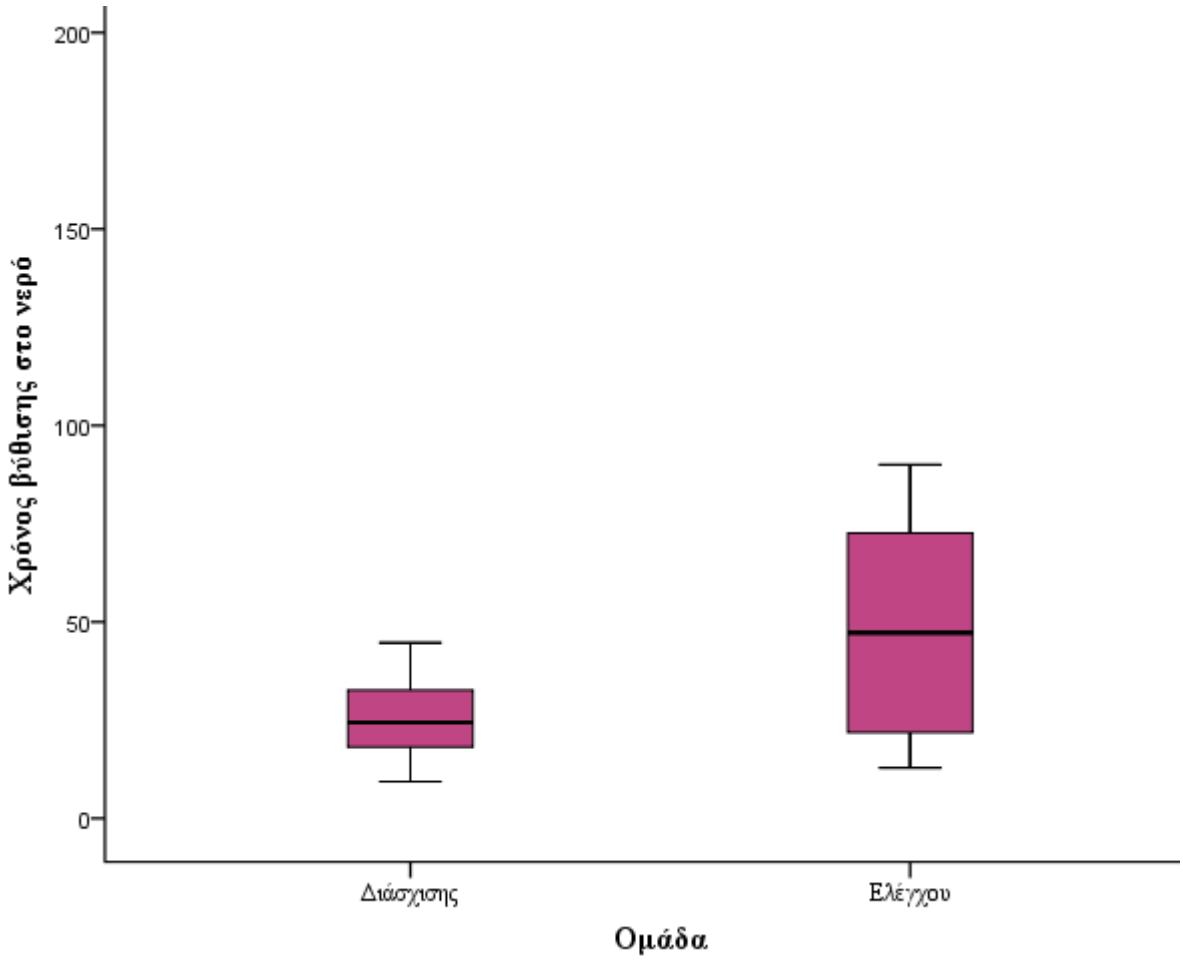
Α.5.2.1. Ένταση πόνου και αντοχή

Από τον έλεγχο ανεξάρτητων δειγμάτων *t*-test (Πίνακας 6) προέκυψε ότι οι συμμετέχοντες της ομάδας διάσχισης κράτησαν πολύ λιγότερο χρόνο το χέρι τους μέσα στο παγωμένο νερό (*Μ.Ο.* = 29.4 δευτερόλεπτα, *Τ.Α.* = 16.9) συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου (*Μ.Ο.* = 64.0 δευτερόλεπτα, *Τ.Α.* = 54.9) καθιστώντας την διαφορά των 25 δευτερολέπτων στατιστικά σημαντική. Έτσι, η ΟΔ εμφανίζει σημαντικά χαμηλότερη αντοχή στον πόνο συγκριτικά με την ΟΕ. Καμία διαφορά δεν εμφανίστηκε μεταξύ των συμμετεχόντων ως προς την υποκειμενική ένταση του πόνου (βλ. Πίνακα 5).

Πίνακας 6

Διαφορές στην Ένταση του Πόνου και του Χρόνου Βύθισης Μεταξύ των Ομάδων Διάσχισης και Ελέγχου

	Διάσχισης		Ελέγχου			
	Μ.Ο.	*Τ.Α*	*Μ.Ο*	*Τ.Α*	*t*	*p*
Ένταση πόνου	6.7	1.6	6.2	1.4	1.21	> 0.05
Αντοχή	29.4	16.9	64	54.9	3.83	< 0.001



Γράφημα 1. Μέσοι όροι διάρκειας βύθισης του χεριού στο παγωμένο νερό ανά ομάδα (οι κάθετες μπάρες υποδεικνύουν τυπική απόκλιση).

Α.5.2.2. Καρδιακός ρυθμός

Α.5.2.2.1. Διαφορές του καρδιακού ρυθμού στις φάσεις μέτρησης μεταξύ των ομάδων και μεταβολές του καρδιακού ρυθμού εντός κάθε ομάδας

Πραγματοποιήθηκε ανάλυση διασποράς επαναλαμβανόμενων μετρήσεων για την διερεύνηση των διαφορών μεταξύ των 3 κοινών φάσεων μέτρησης στο σύνολο των συμμετεχόντων, όπως και των δύο ομάδων χωριστά, για την μελέτη της επίδρασης της ομάδας ως προς τον καρδιακό ρυθμό. Η προϋπόθεση της σφαιρικότητας σύμφωνα με το Mauchly's Test of sphericity παραβιάστηκε (x^2=33.50, p<0.001) και χρησιμοποιήθηκε η διόρθωση Greenhouse Geisser (ε = 0.67). Από την ανάλυση προκύπτει πως αν και δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική κύρια επίδραση

της ομάδας, $F(1, 50) = 0.981$, $p > 0.10$, $\eta^2 = 0.019$, υπάρχει επίδραση των φάσεων μέτρησης του καρδιακού ρυθμού, $F(1.34, 66.88) = 51.74$, $p < 0.001$, $\eta^2 = 0.509$, και αλληλεπίδραση μεταξύ ομάδας και φάσεων μέτρησης του καρδιακού ρυθμού, $F(1.34, 66.88) = 4.04$, $p < 0.05$, $\eta^2 = 0.075$ (Γράφημα 2).

Συγκεκριμένα, σημαντική απλή κύρια επίδραση της φάσης του πειράματος σημειώθηκε και στις δύο ομάδες (Διάσχισης: $F(1.36, 42.14) = 66.80$, $p < 0.001$, $\eta^2 = 0.68$, Ελέγχου: $F(1.19, 22.53) = 8.79$, $p < 0.05$, $\eta^2 = 0.32$). Όπως φαίνεται όμως στον Πίνακα 6, ο υψηλότερος καρδιακός ρυθμός στην ομάδα Διάσχισης παρατηρήθηκε κατά την φάση βύθισης στο νερό συγκριτικά με το υπόβαθρο και την ανάρρωση. Αντιθέτως, οι συμμετέχοντες στην ομάδα ελέγχου δεν παρουσίασαν στατιστικώς σημαντική μεταβολή του καρδιακού τους ρυθμού από το υπόβαθρο στην βύθιση, αλλά από τη βύθιση στην ανάρρωση (Πίνακας 7). Ο καρδιακός ρυθμός των συμμετεχόντων ανά φάση μέτρησης και κατά ομάδα παρουσιάζεται στον Πίνακα 8.

Πίνακας 7

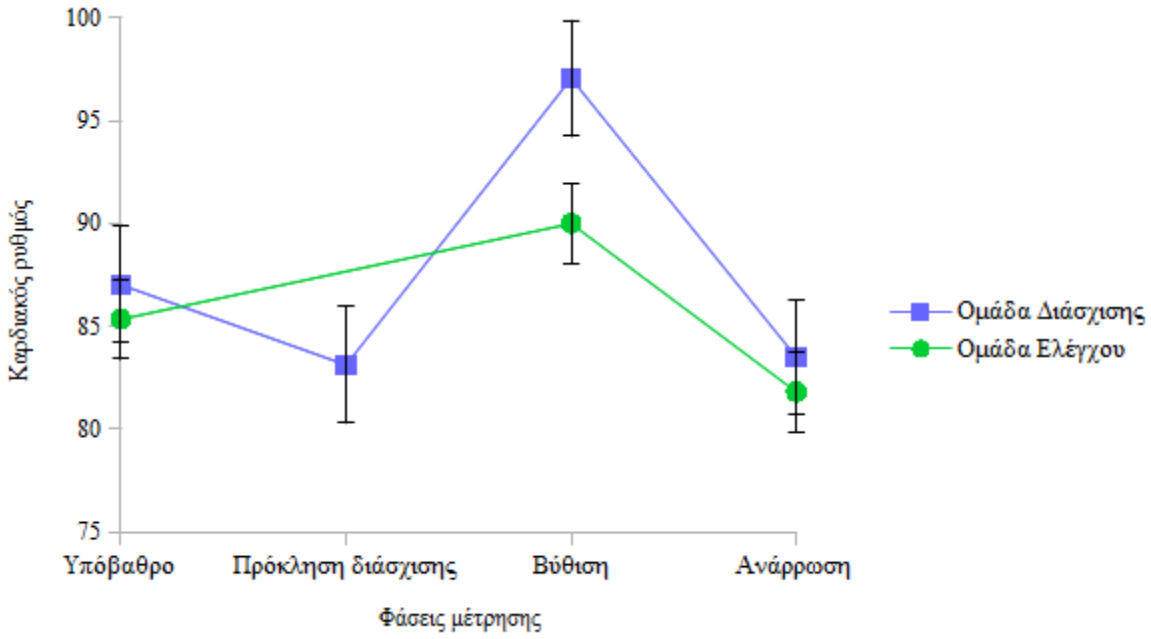
Διαφορές Μεταξύ των Φάσεων Μέτρησης του Καρδιακού Ρυθμού (bpm) για την Ομάδα Διάσχισης και την Ομάδα Ελέγχου

			Μέση Διαφορά	*Τυπικό Σφάλμα*	*p*	*95% Δ.Ε για την διαφορά*
Ομάδα	*Φάσεις μέτηρησης Καρδιακού Ρυθμού*					
Ομάδα διάσχισης	Υπόβαθρο	Βύθιση	-10.02	1.50	<0.001	-13.82, -6.23
		Ανάρρωση	3.54	0.72	<0.001	1.72, 5.36
	Βύθιση	Ανάρρωση	13.56	1.30	<0.001	10.28, 16.85
Ομάδα ελέγχου	Υπόβαθρο	Βύθιση	-4.65	2.03	**> 0.05**	-8.90, -0.40
		Ανάρρωση	3.54	0.98	<0.05	1.50, 5.59
	Βύθιση	Ανάρρωση	8.19	2.54	<0.05	2.88, 13.51

Πίνακας 8

Μέσος Όρος, Τυπικό Σφάλμα και 95% Δ.Ε. Μετρήσεων του Καρδιακού Ρυθμού (bpm), ανά Φάση Μέτρησης σε Κάθε Ομάδα Χωριστά

Ομάδα	*Φάση Μέτρησης*	*Μ.Ο.*	*Τ.Σ.*	*95% Δ.Ε.*
Διάσχισης	Υπόβαθρο	87.03	2.21	82.59, 91.48
	Βύθιση	97.06	2.58	91.87, 102.24
	Ανάρρωση	83.50	2.12	79.24, 87.75
Ελέγχου	Υπόβαθρο	85.35	2.80	79.72, 90.97
	Βύθιση	90.00	3.27	83.44, 96.56
	Ανάρρωση	81.81	2.68	76.43, 87.19



Γράφημα 2. Απεικόνιση καρδιακού ρυθμού *(bpm)* στις φάσεις μέτρησης των ομάδων διάσχισης και ελέγχου

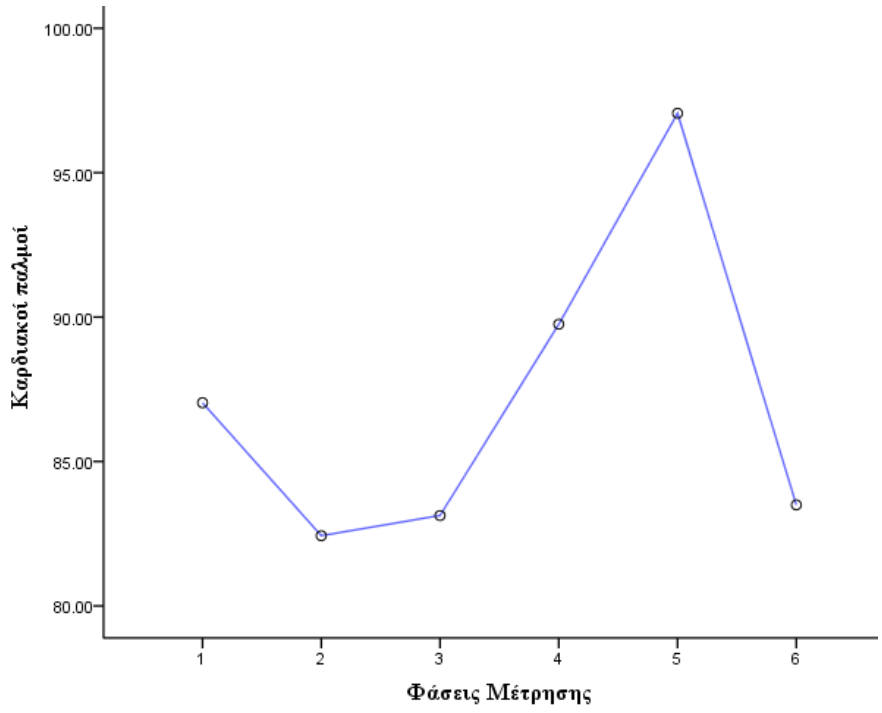
Σημείωση. Η ομάδα ελέγχου δεν συμμετείχε στη φάση πρόκλησης διάσχισης

Οι οριζόντιες γραμμές υποδεικνύουν το τυπικό σφάλμα.

Α.5.2.2.2. Μεταβολή καρδιακού ρυθμού εντός της ομάδας διάσχισης

Οι συμμετέχοντες της ομάδας διάσχισης έχουν μετρήσεις του καρδιακού ρυθμού για έξι διαφορετικές χρονικές στιγμές (υπόβαθρο, έναρξη πρόκλησης διάσχισης, μέση διαδικασίας, λήξη διαδικασίας πρόκλησης διάσχισης, βύθιση, ανάρρωση) ενώ οι συμμετέχοντες της ομάδας ελέγχου μόνο για 3 χρονικές στιγμές (υπόβαθρο, βύθιση, ανάρρωση) καθώς σε αυτούς δεν έγινε ο χειρισμός για την πρόκληση της διάσχισης. Έτσι, σε αυτή την ενότητα θα παρουσιαστούν χωριστά οι διαφορές των φάσεων μέτρησης του καρδιακού ρυθμού για την ομάδα διάσχισης μόνο, που ελέγχθηκαν με ανάλυση διασποράς επαναλαμβανόμενων μετρήσεων.

Η προϋπόθεση της σφαιρικότητας σύμφωνα με το Mauchly's Test of sphericity (x^2=100.12, p<0.001) παραβιάστηκε και χρησιμοποιήθηκε η διόρθωση Greenhouse Geisser (ε = 0.45). Από τα αποτελέσματα της ανάλυσης διασποράς επαναλαμβανόμενων μετρήσεων (repeated measures), παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διακύμανση του καρδιακού ρυθμού μεταξύ των διαφορετικών φάσεων μέτρησης $F(2.26, 69.93) = 59.40$ $p < 0.001$ $\eta^2 = 0.657$ (Γράφημα 3) και σχεδόν μεταξύ όλων των επιπέδων σύγκρισης (Πίνακας 9 και Πίνακας 10) όπως προκύπτει από την ανάλυση πολλαπλών συγκρίσεων Bonferroni. Οι μόνες μετρήσεις στις οποίες δεν εμφανίζονται σημαντικές διαφοροποιήσεις, είναι μεταξύ της φάσης έναρξης πρόκλησης της διάσχισης (*Μ.Ο.* = 82.43, *Τ.Α.*= 12.60) και της φάσης μέση διαδικασίας (*Μ.Ο.* = 83.13, *Τ.Α.*= 13.00). Ακόμα, καμία σημαντική διαφοροποίηση δεν παρατηρείται με καμιά από τις δύο προαναφερθείσες φάσεις και την φάση ανάρρωσης (*Μ.Ο.* = 83.49, *Τ.Α.*= 11.91).



Γράφημα 3. Διακύμανση του καρδιακού ρυθμού της ομάδας διάσχισης στις 6 φάσεις μέτρησης όπου 1= υπόβαθρο, 2= έναρξη πρόκλησης διάσχισης, 3 μέση διαδικασίας, 4= λήξη πρόκλησης διάσχισης, 5 βύθιση στο νερό και 6= ανάρρωση.

Πίνακας 9

Μέσος Όρος, Τυπική Απόκλιση και Μέγιστη- Ελάχιστη Τιμή Καρδιακών Παλμών ανά Φάση Μέτρησης στην Ομάδα Διάσχισης

	Μ.Ο.	*Τ.Α.*	*Ελάχιστο-Μέγιστο*
Φάσεις μέτρησης			
Υπόβαθρο	87.034	12.74	68.95-121.20
Έναρξη πρόκλησης διάσχισης	82.43	12.60	58.35-121.73
Μέση διαδικασίας	83.13	13.00	58.09-122.35
Λήξη πρόκλησης διάσχισης	89.75	11.59	66.20-119.15
Βύθιση στο νερό	97.06	15.08	75.48-147.28
Ανάρρωση	83.49	11.91	59.38-116.86

Πίνακας 10

Μέση Διαφορά Φάσεων Μέτρησης Στην Ομάδα Διάσχισης και Στατιστική Σημαντικότητα των Διαφορών Αυτών

		Μέση Διαφορά	*Τυπικό σφάλμα*	*p*	*95% Δ.Ε. για την διαφορά*
Φάση Μέτρησης	Σύγκριση με:				
Υπόβαθρο	Έναρξη πρόκλησης διάσχισης	4.60	0.60	< 0.001	3.38- 5.83
	Μέση διαδικασίας	3.90	0.71	< 0.001	2.46- 5.35
	Λήξη πρόκλησης διάσχισης	-2.72	0.73	<0.05	-4.20- 01.24
	Βύθιση στο νερό	-10.02	1.50	< 0.001	-13.08- -6.97
	Ανάρρωση	3.54	0.72	< 0.001	2.07- 5.01
Έναρξη πρόκλησης διάσχισης	Μέση διαδικασίας	-0.70	0.29	>0.05	-1.29- -0.11
	Λήξη πρόκλησης διάσχισης	-7.32	0.83	< 0.001	-9.02- -5.63
	Βύθιση στο νερό	-14.63	1.48	< 0.001	-17.652
	Ανάρρωση	-1.06	0.77	> 0.05	-2.64- 0.51
Μέση διαδικασίας	Λήξη διαδικασίας διάσχισης	-6.63	0.95	< 0.001	-8.55- 4.70
	Βύθιση στο νερό	-13.93	1.56	< 0.001	-17.11- -10.75
	Ανάρρωση	-0.36	0.86	> 0.05	-2.13- 1.40
Λήξη πρόκλησης διάσχισης	Βύθιση στο νερό	-7.30	1.36	< 0.001	-10.09- 4.52
	Ανάρρωση	6.26	0.70	< 0.001	4.82- 7.69
Βύθιση στο νερό	Ανάρρωση	13.56	1.30	< 0.001	10.92- 16.21

Α.5.3. Συγκρίσεις συναισθήματος και διάσχισης πριν και μετά την βύθιση στο νερό

Πραγματοποιήθηκε ανάλυση διασποράς επαναλαμβανόμενων μετρήσεων (repeated measures ANOVA) προκειμένου να διερευνηθεί αν υπήρξε διαφοροποίηση στο συναίσθημα και την διάσχιση πριν και μετά την βύθιση. Σε όλες τις παρακάτω αναλύσεις παραβιάστηκε η προϋπόθεση της σφαιρικότητας σύμφωνα με το Mauchly's Test of sphericity (x^2=0.000, p<0.001) και χρησιμοποιήθηκε η διόρθωση Greenhouse Geisser (ε = 1.00).

Α.5.3.1. Διαφοροποιήσεις στο θετικό κι αρνητικό συναίσθημα

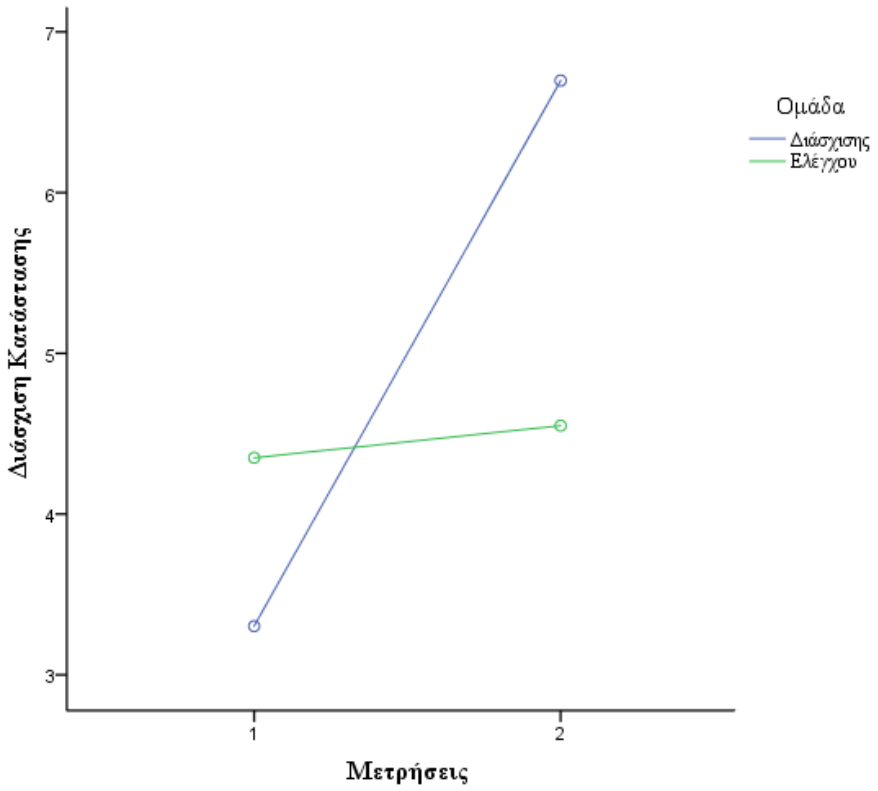
Δεν παρατηρήθηκε καμία αλληλεπίδραση μεταξύ της ομάδας και φάσης μέτρησης ως προς το θετικό συναίσθημα, $F(1,49) = 0.162$ $p > 0.10$ $\eta^2 = 0.003$, ούτε κύρια επίδραση της φάσης μέτρησης του θετικού συναισθήματος, $F(1,49) = 3.03$ $p > 0.05$ $\eta^2 = 0.058$, ή κύρια επίδραση της ομάδας, $F(1,49) = 0.296$ $p > 0.10$ $\eta^2 = 0.006$.

Αντίστοιχα καμία αλληλεπίδραση δεν εμφανίστηκε μεταξύ ομάδας και φάσης μέτρησης ως προς το αρνητικό συναίσθημα, $F(1,49) = 0.60$ $p > 0.10$ $\eta^2 = 0.001$, ούτε κάποια κύρια επίδραση της φάσης μέτρησης του αρνητικού συναισθήματος, $F(1,49) = 0.349$ $p > 0.10$ $\eta^2 = 0.007$. Ωστόσο, φαίνεται πως υπήρξε σημαντική επίδραση της ομάδας, $F(1,49) = 5.137$ $p < 0.05$ $\eta^2 = 0.095$. Συγκεκριμένα, συνολικά και στις δύο μετρήσεις η ομάδα διάσχισης είχε πιο αρνητικό συναίσθημα (*Μ.Ο.* = 15.44, *Τ.Σ.* = 0.67) από την ομάδα ελέγχου (*Μ.Ο.* = 13, *Τ.Σ.* = 0.84).

Α.5.3.2. Διάσχιση ως αποτέλεσμα μιας κατάστασης

Προκύπτει αλληλεπίδραση μεταξύ ομάδας και των φάσεων μέτρησης ως προς τη διάσχιση ως αποτέλεσμα μιας κατάστασης, $F(1,51) = 4.67$ $p < 0.05$, $\eta^2 = 0.084$ (Γράφημα 4), όπως και σημαντική επίδραση των φάσεων μέτρησης της διάσχισης, $F(1,51) = 5.91$ $p < 0.05$, $\eta^2 = 0.104$. Παρόλα αυτά δεν προκύπτει κάποια κύρια επίδραση της ομάδας, $F(1,51) = 0.071$ $p > 0.10$, $\eta^2 = 0.001$. Συγκεκριμένα, φαίνεται πως υπήρξε σημαντική μεταβολή από την πρώτη μέτρηση στην δεύτερη (*Μέση Διαφορά* = -1.78, *Τ.Σ.* = 0.74, $p < 0.05$) και στις δύο ομάδες συνολικά. Εξετάζοντας όμως την μεταβολή ανά ομάδα (Πίνακας 11) φαίνεται πως στην ομάδα ελέγχου, οι συμμετέχοντες έχουν παρόμοια σκορ στην πρώτη και την δεύτερη μέτρηση. Έτσι, καθώς τα σκορ για την μεταβολή της διάσχισης της παρούσας ανάλυσης προκύπτουν συνολικά για τις ομάδες ανά φάση μέτρησης, για να διασαφηνιστεί περαιτέρω που ακριβώς βρίσκεται η διαφορά εντός της κάθε μίας ομάδας πραγματοποιήθηκε ανάλυση διασποράς επαναλαμβανόμενων μετρήσεων για κάθε ομάδα χωριστά. Και στις δύο περιπτώσεις παραβιάστηκε η προϋπόθεση της σφαιρικότητας σύμφωνα με

το Mauchly's Test of sphericity (x^2=0.000, p<0.001) και κατά συνέπεια χρησιμοποιήθηκε η διόρθωση Greenhouse- Geisser (ε = 1.00). Από τα αποτελέσματα προέκυψε πως η ομάδα διάσχισης εμφάνισε στατιστικά σημαντική μεταβολή μεταξύ πρώτης και δεύτερης μέτρησης της διάσχισης, $F(1,32)= 9.47$ p <0.05, η^2 = 0.228, ενώ η ομάδα ελέγχου δεν εμφάνισε καμία σημαντική διαφοροποίηση μεταξύ πρώτης και δεύτερης μέτρησης, $F(1,19)= 0.147$ $p > 0.10$, $\eta^2 = 0.008$.



Γράφημα 4. Αλληλεπίδραση μεταξύ ομάδας και φάσης μέτρησης της διάσχισης ως κατάσταση.

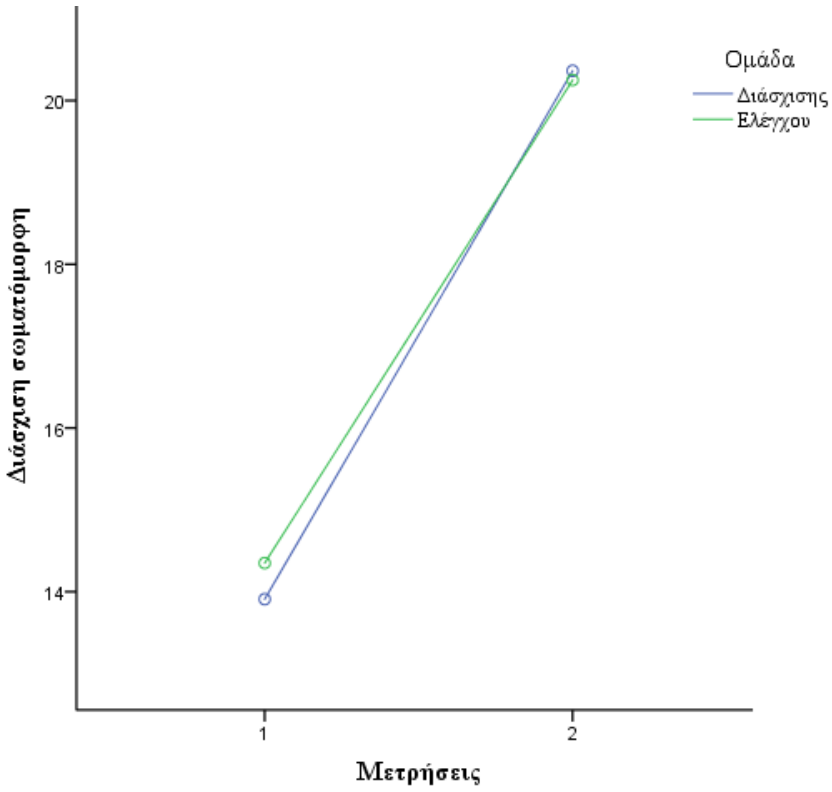
Πίνακας 11

Μέσος Όρος και Τυπική Απόκλιση Μετρήσεων Διάσχισης ως Κατάσταση στην 1η και την 2η Μέτρησή τους για τις Ομάδες Διάσχισης και Ελέγχου

	Διάσχισης		Ελέγχου	
	Μ.Ο.	*Τ.Α.*	*Μ.Ο.*	*Τ.Α.*
1η μέτρηση	3.30	5.76	4.35	6.70
2η μέτρηση	6.70	10.16	4.55	6.98

Α.5.3.3. Σωματόμορφη περιτραυματική διάσχιση

Δεν προέκυψε αλληλεπίδραση μεταξύ της ομάδας και των φάσεων μέτρησης ως προς τη σωματόμορφη περιτραυματική διάσχιση, $F(1,51) = 0.66$, $p > 0.10$, $\eta^2 = 0.001$ (Γράφημα 5), ούτε κύρια επίδραση της ομάδας, $F(1,51) = 0.014$, $p > 0.10$, $\eta^2 = 0.000$. Παρόλα αυτά, εμφανίστηκε σημαντική κύρια επίδραση των φάσεων μέτρησης της διάσχισης, $F(1,51) = 32.64$, $p < 0.001$, $\eta^2 = 0.39$, καθώς οι συμμετέχοντες παρουσίασαν σημαντικά υψηλότερα επίπεδα διάσχισης από την πρώτη (*Μ.Ο.* = 14.08, *Τ.Α.* = 5.52) στην δεύτερη μέτρηση (*Μ.Ο.* = 20.32, *Τ.Α.* = 6.62).



Γράφημα 5. Μεταβολή της σωματόμορφης διάσχισης μεταξύ των δύο φάσεων μέτρησης στις δύο ομάδες του πειράματος.

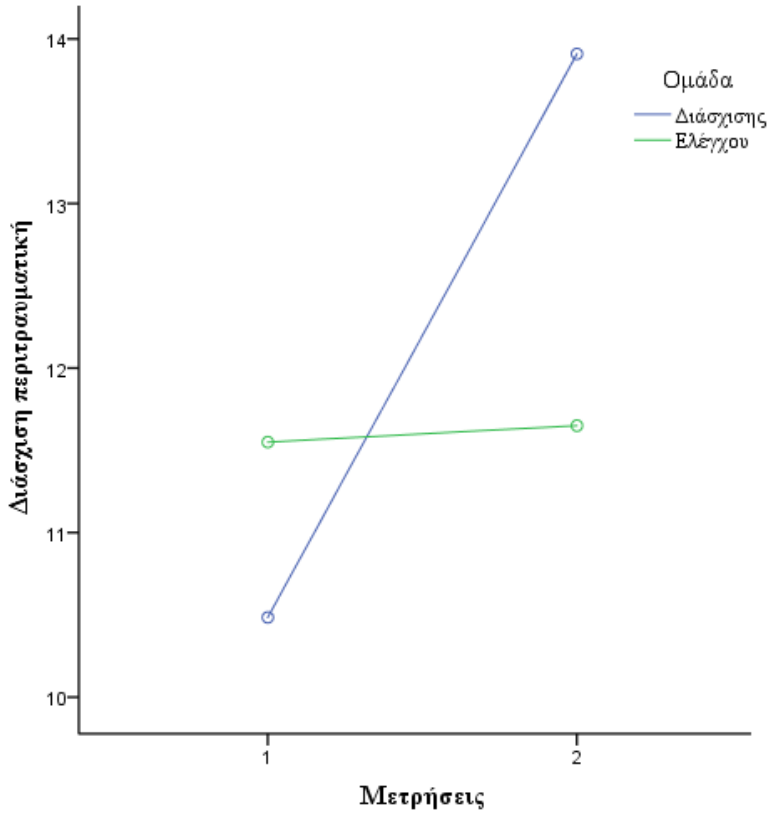
Α.5.3.4. Περιτραυματική ψυχολογική διάσχιση

Από τα αποτελέσματα προέκυψε πως υπάρχει αλληλεπίδραση μεταξύ ομάδας και φάσεων μέτρησης της διάσχισης ως προς την περιτραυματική ψυχολογική διάσχιση, $F(1,51) = 7.53$ $p < 0.05$, $\eta^2 = 0.129$ (Γράφημα 6), και σημαντική κύρια επίδραση των φάσεων μέτρησης της διάσχισης, $F(1,51) = 8.47$ $p < 0.05$, $\eta^2 = 0.142$, η οποία αυξήθηκε σημαντικά από την πρώτη (*Μ.Ο.*= 11.02, *Τ.Σ.*. = 0.61) στην δεύτερη (*Μ.Ο.*= 12.78.06, *Τ.Σ.* = 0.845.98) μέτρηση (*μέση διαφορά* = -1.76, *Τ.Σ.* 0.61, $p < 0.05$). Τέλος, δεν προέκυψε κάποια κύρια επίδραση της ομάδας, $F(1,51) = 0.199$ $p > 0.10$, $\eta^2 = 0.004$.

Προκειμένου να διερευνηθεί περισσότερο η αλληλεπίδραση μεταξύ ομάδας και φάσης μέτρησης, πραγματοποιήθηκε ανάλυση διασποράς επαναλαμβανόμενων μετρήσεων σε κάθε ομάδα χωριστά. Και στις δύο περιπτώσεις παραβιάστηκε η προϋπόθεση της σφαιρικότητας σύμφωνα με το

Mauchly's Test of sphericity (x^2=0.000, p<0.001) και κατά συνέπεια, χρησιμοποιήθηκε η διόρθωση Greenhouse- Geisser (ε = 1.00).

Για την ομάδα διάσχισης προέκυψε πως υπήρξε σημαντική μεταβολή και συγκεκριμένα, αύξηση της διάσχισης από την πρώτη (*M.O.* =10.48, *T.A.* = 3.43) στην δεύτερη μέτρηση (*M.O.* = 13.91, *T.A.* = 6.37), $F(1,32) = 14.78$ $p = 0.001$, $\eta^2 = 0.316$, ενώ για την ομάδα ελέγχου δεν προέκυψε καμία διαφοροποίηση μεταξύ πρώτης (*M.O.* = 11.55, *T.A.* = 5.48) και δεύτερης (*M.O.* =11.65, *T.A.* = 5.12) μέτρησης, $F(1,19) = 0.041$ $p > 0.10$, $\eta^2 = 0.002$.



Γράφημα 6. Αλληλεπίδραση μεταξύ ομάδας και φάσης μέτρησης της περιτραυματικής διάσχισης.

Α.5.3.5. Διάσχιση ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας και η σχέση της με τις άλλες μορφές διάσχισης

Η διάσχιση ως χαρακτηριστικό μετρήθηκε μόνο μία φορά ως δείκτης μιας σταθερής τάσης της προσωπικότητας. Η αξιολόγηση του χαρακτηριστικού αυτού, έγινε προκειμένου να μελετηθεί η σχέση της με τις λοιπές μορφές διάσχισης. Για το σκοπό αυτής της διερεύνησης, έγινε ανάλυση γραμμικής συσχέτισης μέσω του δείκτη Pearson. Από τον έλεγχο προέκυψε πως η διάσχιση ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας (Πίνακα 12) σχετίζεται θετικά και ισχυρά με όλους τους λοιπούς τύπους διάσχισης.

Πίνακας 12

Συσχετίσεις (Pearson r) Διάσχισης ως Χαρακτηριστικό της Προσωπικότητας, με την Διάσχιση ως Κατάσταση, την Σωματόμορφη Περιτραυματική Διάσχιση και την Περιτραυματική Ψυχολογική Διάσχιση

	Διάσχιση ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας	Διάσχιση ως αποτέλεσμα μιας κατάστασης	Σωματόμορφη περιτραυματική διάσχιση	Περιτραυματική ψυχολογική διάσχιση
Διάσχιση ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας	1			
Διάσχιση ως αποτέλεσμα μιας κατάστασης	0.62**	1		
Σωματόμορφη περιτραυματική διάσχιση	0.58**	0.69**	1	
Περιτραυματική ψυχολογική διάσχιση	0.65**	0.89**	0.79**	1

** $p < 0.001$

Α.5.4. Η επίδραση της ομάδας στη σχέση μεταξύ διάσχισης και αντοχής πόνου/ έντασης πόνου

Προκειμένου να διερευνηθεί η επίδραση της ομάδας στη σχέση των διαφόρων μορφών διάσχισης με την αντοχή και την ένταση του πόνου χρησιμοποιήθηκε ανάλυση ρύθμισης (moderation) με την χρήση της εφαρμογής PROCESS που είναι ένα ελεύθερο υπολογιστικό λογισμικό για το SPSS (Hayes, 2013, βλ. www.processmacro.org). Το λογισμικό βασίζεται σε πολλαπλές αναλύσεις παλινδρόμησης (οι τιμές υπολογίζονται με παλινδρομήσεις ελάχιστων τετραγώνων) με επαναδειγματοληψία (στην προκειμένη περίπτωση έγιναν 5000 επαναλήψεις). Χρησιμοποιήθηκε το μοντέλο 1 κατά το οποίο, η ρυθμιστική μεταβλητή (εδώ η ομάδα) "ρυθμίζει" την σχέση μεταξύ της ανεξάρτητης μεταβλητής (την διάσχιση) με την εξαρτημένη μεταβλητή (τον χρόνο βύθισης και την ένταση πόνου, σε δύο ξεχωριστές αναλύσεις, μία ανά εξαρτημένη μεταβλητή). Από την διερεύνηση προέκυψε πως όσον αφορά στην αντοχή στον πόνο, υπάρχει στατιστικώς σημαντική αλληλεπίδραση της ομάδας τόσο με την διάσχιση ως κατάσταση (B = 3.56, t(49)= 2.91, $p < 0.05$, *C.I.* = 1.12, 6.07), όσο και με την περιτραυματική ψυχολογική διάσχιση (B = 4.15, t(49)= 2.33, $p < 0.05$, *C.I.* = 0.58, 7.71). Συγκεκριμένα, τόσο η σχέση της διάσχισης ως κατάσταση όσο και της ψυχολογικής περιτραυματικής διάσχισης με την αντοχή του πόνου ήταν σημαντική μόνο στην ομάδα ελέγχου, όπου υψηλότερα επίπεδα διάσχισης προέβλεπαν μεγαλύτερη αντοχή στον πόνο (Πίνακας 13).

Ως προς την ένταση του πόνου, προέκυψε στατιστικώς σημαντική επίδραση της ομάδας στην σχέση του πόνου τόσο με την ψυχολογική (B = -0.17, t(49)= -2.16, $p <$ 0.05, *C.I.* = -0.32, -0.01), όσο και με την σωματόμορφη περιτραυματική διάσχιση (B = -0.13, t(49)= -2.03, $p < 0.05$, *C.I.* = -0.26, -0.001). Συγκεκριμένα, η σχέση της έντασης του πόνου με τα δύο είδη διάσχισης ήταν στατιστικώς σημαντική μόνο για την ομάδα διάσχισης, όπου υψηλότερα σκορ στην διάσχιση προέβλεπαν μεγαλύτερη ένταση του πόνου (Πίνακας 13).

Ακόμα, δεν παρατηρήθηκε καμία επίδραση της ομάδας στην σχέση μεταξύ διάσχισης ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας και της αντοχής στον πόνο ή της έντασης του πόνου (B =

2.20, $t(49)= 1.95$, $p > 0.05$, *C.I.* = -0.07, 4.48 και, $B = -0.07$, $t(49)= -1.34$, $p > 01.0$, *C.I.* = - 0.17, 0.03, αντίστοιχα). Τέλος, δεν παρατηρήθηκε καμία επίδραση της ομάδας στην σχέση της διάσχισης ως κατάσταση με την ένταση του πόνου ($B = -0.07$, $t(49)= -1.21$, $p > 0.10$, *C.I.* = -0.18, 0.04), ούτε στην σχέση της σωματόμορφης διάσχισης με την αντοχή στον πόνο ($B = 2.11$, $t(49)= 1.44$, $p > 0.10$, *C.I.* = -0.85, 5.06).

Πίνακας 13

Η Επίδραση της Ομάδας στη Σχέση της Περιτραυματικής Διάσχισης με την Αντοχή και την Ένταση του Πόνου

		Ομάδα Διάσχισης	*Ομάδα Ελέγχου*
Ένταση Πόνου	Περιτραυματική Σωματόμορφη	$B = 0.08$, $t(49) = 2.07$*, *C.I.* = 0.002, 0.17	$B= -0.04$, $t(49) = -0.91$, *C.I.*= -0.14, 0.05
	Περιτραυματική Ψυχολογική	$B = 0.44$, $t(49)= 0.47$*, *C.I.* = 0.02, 0.18	$B = -0.06$, $t(49) = -0.96$, *C.I.*= -0.19, 0.07
Αντοχή	Περιτραυματική Ψυχολογική	$B= 0.44$, $t(49) = 0.47$, *C.I.*= -1.44, 2.32	$B = 4.59$, $t(49) = 3.04$*, *C.I.* = 1.56, 7.52
	Διάσχιση ως κατάσταση	$B= 0.08$, $t(49) = 0.14$, *C.I.*= -1.08, 1.24	$B = 3.67$, $t(49) = 3.37$*, *C.I.* = 1.48, 5.87

* $p < 0.05$

A.5.5.1. Η επίδραση του αρνητικού και του θετικού συναισθήματος στη σχέση της διάσχισης με την αντοχή και την ένταση του πόνου

Αρχικά διερευνήθηκε η πιθανή συσχέτιση του θετικού και του αρνητικού συναισθήματος με τους διάφορους τύπους διάσχισης και βρέθηκε από μέτρια ($r = 0.49$, $p < 0.001$) ως υψηλή ($r = 0.79$, $p < 0.001$) θετική συσχέτιση του αρνητικού συναισθήματος με όλους τους τύπους της διάσχισης. Καμία συσχέτιση δεν προέκυψε μεταξύ θετικού συναισθήματος και διάσχισης (βλ., πίνακα 14). Ακολούθως, διερευνήθηκε η επίδραση του συναισθήματος στην σχέση της διάσχισης με την αντοχή και την ένταση του πόνου μέσω της εφαρμογής PROCESS.

Καμία επίδραση του αρνητικού συναισθήματος δεν βρέθηκε στην σχέση των διαφόρων μορφών διάσχισης με την αντοχή ή την ένταση του πόνου, παρά μόνο μεταξύ της διάσχισης ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας και της έντασης του πόνου (B = 0.34, t(49)= 3.76, p < 0.001, *C.I.* = 0.16, 0.53), όπου παρατηρείται μία τάση όταν υπάρχει έντονο αρνητικό συναίσθημα (+1 τυπική απόκλιση άνω του μέσου όρου) η αυξημένη διάσχιση ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας να σχετίζεται με μεγαλύτερη ένταση του πόνου. (Πίνακας 15).

Πίνακας 14

Συσχετίσεις (Pearson r) του Θετικού και του Αρνητικού Συναισθήματος με τη Διάσχιση ως Χαρακτηριστικό της Προσωπικότητας, την Διάσχιση ως Αποτέλεσμα μιας Κατάστασης και την Περιτραυματική Σωματόμορφη και Ψυχολογική Διάσχιση

	Διάσχιση ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας	Διάσχιση ως αποτέλεσμα μιας κατάστασης	Σωματόμορφη περιτραυματική διάσχιση	Περιτραυματική ψυχολογική διάσχιση
Θετικό συναίσθημα	0.18	0.10	0.06	0.14
Αρνητικό συναίσθημα	0.49**	0.79**	0.50**	0.74**

** p < 0.001

Πίνακας 15

Η Επίδραση του Αρνητικού Συναισθήματος στη Σχέση Μεταξύ Διάσχισης και Έντασης/ Αντοχής του Πόνου

	Διάσχιση:	*B*	*Τ.Σ. B*	*t*	*p*	*Δ.Ε.*
Ένταση Πόνου	ως κατάσταση	0.002	0.004	0.45	> 0.05	-0.01, 0.01
	περιτραυματική ψυχολογική	0.004	0.005	0.03	> 0.05	-0.01,0.01
	περιτραυματική σωματόμορφη	0.01	0.01	1.40	> 0.05	-0.004, 0.02
	ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας	**0.008**	**0.004**	**2.16**	**< 0.05**	**0.001, 0.01**
Αντοχή πόνου	ως κατάσταση	-0.07	0.08	-0.89	> 0.05	-0.22, 0.09
	περιτραυματική ψυχολογική	0.02	0.12	0.14	> 0.05	-0.22, 0.25
	περιτραυματική σωματόμορφη	0.13	0.12	1.03	> 0.05	-0.12,0.37
	ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας	-0.01	0.07	-0.17	> 0.05	-0.15,0.13

Σημείωση. Τ.Σ = Τυπικό Σφάλμα, Δ.Ε= Διάστημα Εμπιστοσύνης.

Αντίστοιχα, καμία επίδραση του θετικού συναισθήματος δεν παρουσιάστηκε στην σχέση των διαφόρων μορφών διάσχισης με την αντοχή ή την ένταση του πόνου (Πίνακας 16), παρά μόνο μεταξύ της περιτραυματικής σωματόμορφης διάσχισης και της αντοχής του πόνου (B = 0.34, t(49)= 3.76, p < 0.001, *C.I.* = 0.16, 0.53): όταν το θετικό συναίσθημα είναι πολύ έντονο (+1 Τ.Α.), όσο αυξάνεται η περιτραυματική σωματική διάσχιση, τόσο αυξάνεται και η αντοχή στον πόνο (B = 2.65, t(49)= 2.68, p < 0.05, *C.I.* = 0.66, 4.64).

Πίνακας 16

Η Επίδραση του Θετικού Συναισθήματος στη Σχέση Μεταξύ Διάσχισης και Έντασης/ Αντοχής του Πόνου

	Διάσχιση:	*B*	*Τ.Σ. B*	*t*	*p*	*Δ.Ε.*
Ένταση Πόνου	ως κατάσταση	0.002	0.004	0.45	>0 .05	-0.01, 0.01
	περιτραυματική ψυχολογική	0.0001	0.004	0.03	> 0.05	-0.01,0.01
	περιτραυματική σωματόμορφη	0.001	0.004	0.30	> 0.05	-0.01, 0.01
	ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας	0.003	0.003	1.03	> 0.05	-0.003, 0.01
Αντοχή πόνου	ως κατάσταση	0.12	0.09	1.37	> 0.05	-0.56, 0.30
	περιτραυματική ψυχολογική	0.21	0.12	1.74	> 0.05	-0.03, 0.46
	περιτραυματική σωματόμορφη	**0.18**	**0.09**	**2.06**	**< 0.05**	**0.004,0.35**
	ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας	0.12	0.08	1.44	> 0.05	-0.05,0.29

Σημείωση. Τ.Σ = Τυπικό Σφάλμα, Δ.Ε= Διάστημα Εμπιστοσύνης.

Α.5.5.2 Επίδραση της ρύθμισης του συναισθήματος στη σχέση μεταξύ διάσχισης και αντοχής/ έντασης του πόνου

Καμία επίδραση της ρύθμισης του συναισθήματος στη σχέση της διάσχισης με την ένταση του πόνου δεν παρατηρήθηκε, όπως ελέγχθηκε μέσω της εφαρμογής PROCESS. Αντιθέτως, τα αποτελέσματα δείχνουν πως η γνωστική επανεκτίμηση επιδρά στην σχέση της διάσχισης ως κατάσταση, της περιτραυματικής ψυχολογικής και της σωματόμορφης διάσχισης με την αντοχή στον πόνο. Συγκεκριμένα βρέθηκε ότι στα υψηλότερα επίπεδα γνωστικής επανεκτίμησης, όσο αυξάνεται η διάσχιση, τόσο αυξάνεται και η αντοχή στον πόνο (Πίνακας 17). Συγκεκριμένα, όταν η χρήση της γνωστικής επανεκτίμησης είναι υψηλή (+1 τυπική απόκλιση) όσο γίνονται εντονότερα τα συμπτώματα της διάσχισης ως κατάσταση (B= 6.29, $t(49)$ = 2.54, $p < 0.05$ *C.I,* = 0.54, 4.60), αλλά και τα συμπτώματα της περιτραυματικής ψυχολογικής διάσχισης (B = 3.47, $t(49)$ = 2.52 , $p <$ 0.05, *C.I.* = 0.70, 6.24), τόσο αυξάνεται η αντοχή στον πόνο. Αντίστοιχα, όταν η χρήση της γνωστικής επανεκτίμησης είναι στο μέσο όρο (B= 1.74, $t(49)$ = 2.21 , $p < 0.05$, *C.I.* = 0.16, 3.31) ή

υψηλότερα (+1 τυπική απόκλιση) (B = 3.76, $t(49)$ = 3.07, $p < 0.05$, *C.I.* = 1.30, 6.22), όσο αυξάνεται η σωματόμορφη περιτραυματική διάσχιση, τόσο αυξάνεται και η αντοχή στον πόνο. Τέλος, εμφανίστηκε σημαντική επίδραση της καταστολής έκφρασης στην σχέση μεταξύ της διάσχισης ως κατάσταση και της αντοχής στον πόνο (Πίνακας 17). Συγκεκριμένα, όταν η εκφραστική καταπίεση βρίσκεται σε πολύ χαμηλά επίπεδα (-1 τυπική απόκλιση), η αύξηση των συμπτωμάτων διάσχισης ως κατάσταση σχετίζεται με αύξηση στην αντοχή του πόνου (B= 2.63, $t(49) = 2.50$, $p < 0.05$, *C.I.* = 0.51, 4,75).

Πίνακας 17

Η Επίδραση της Αυτορρύθμισης στην Σχέση Μεταξύ Διάσχισης και Έντασης/ Αντοχής του Πόνου

		Γνωστική επανεκτίμηση					Καταστολή έκφρασης				
	Διάσχιση:	*B*	*Τ.Σ B*	*t*	*p*	*95% Δ.Ε.*	*B*	*Τ.Σ B*	*t*	*p*	*95% Δ.Ε.*
Ένταση πόνου	ως κατάσταση	-0.00	0.01	-0.35	>0.05	-0.01,0.01	0.00	0.01	0.57	>0.05	-0.01,0.01
	περιτραυματική ψυχολογική	-0.00	0.01	-0.46	>0.05	-0.02,0.01	0.00	0.01	0.72	>0.05	-0.01,0.02
	περιτραυματική σωματόμορφη	-0.01	0.01	-1.87	>0.05	-0.02,0.00	0.00	0.01	0.74	>0.05	-0.01, 0.02
	ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας	-0.001	-0.004	-0.42	>0.05	-0.01,0.01	0.001	0.004	0.30	>0.05	-0.01,0.01
Αντοχή πόνου	ως κατάσταση	0.32	0.14	2.32	**< 0.05**	0.04,0.59	-0.29	0.13	-2.24	**<0.05**	-0.56,-0.03
	περιτραυματική ψυχολογική	0.46	0.20	2.33	**<0.05**	0.06,0.85	-0.29	0.17	-1.74	>0.05	-0.63,0.04
	περιτραυματική σωματόμορφη	0.32	0.14	2.31	**<0.05**	0.04, 0.60	-0.07	0.16	-0.43	>0.05	-0.38,0.25
	ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας	0.11	0.10	1.08	>0.05	-0.10,0.32	-0.06	0.10	-0.65	>0.05	-0.26,0.14

Α.6. Συζήτηση

Ο σκοπός της Μελέτης 1 ήταν η διερεύνηση της σχέσης του οξέος πόνου με την διάσχιση, μελετώντας ζητήματα που ως τώρα δεν έχουν επαρκώς ή καθόλου απαντηθεί από άλλους ερευνητές. Προκύπτουν ευρήματα με σημαντικές θεωρητικές και κλινικές προεκτάσεις που θα περιγραφούν σε αυτή την ενότητα. Παράλληλα όμως, περιγράφεται και η αποτελεσματικότητα των πειραματικών χειρισμών για δύο λόγους: Πρώτον γιατί έτσι καθίσταται σαφές πως τα αποτελέσματα δεν είναι το αποτέλεσμα τυχαίων χειρισμών και δεύτερον γιατί αποδεικνύεται η αποτελεσματικότητα της τεχνικής Ηχητικού και Φωτεινού Ερεθισμού (ΗΦΕ) που μπορεί να χρησιμοποιηθεί στη μελέτη της διάσχισης μελλοντικά.

Α.6.1. Αποτελεσματικότητα πειραματικών χειρισμών

Αρχικά, οι δύο ομάδες των συμμετεχόντων ήταν εξισωμένες ως προς τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, την ψυχολογική τους κατάσταση και αντιδράσεις. Η πειραματική διαδικασία τηρήθηκε αυστηρά όμοια σε όλες τους συμμετέχοντες και συνεπώς οι όποιες διαφορές στα αποτελέσματα αποδίδονται στους πειραματικούς χειρισμούς.

Η πρόκληση της διάσχισης με την μέθοδο ΗΦΕ επετεύχθη, γεγονός που αντικατοπτρίζεται στις αποκρίσεις στις κλίμακες αυτο-αναφοράς αλλά και τον καρδιακό ρυθμό των συμμετεχόντων. Συγκεκριμένα, μόνο οι συμμετέχοντες της ομάδας διάσχισης εμφάνισαν σημαντικά περισσότερα συμπτώματα διάσχισης ως αποτέλεσμα της κατάστασης και ψυχολογική περιτραυματική διάσχιση σε σύγκριση με την αρχική μέτρηση. Επιπλέον, κατά την διάρκεια πρόκλησης της διάσχισης, παρατηρήθηκε σημαντική πτώση του καρδιακού ρυθμού τους, συνθήκη που αποτελεί χαρακτηριστική αντίδραση διάσχισης (βλ., Holmes, Brewin, & Hennessy, 2004. Lanius et al., 2002. Sack et al., 2012). Το εύρημα αυτό είναι εξαιρετικής σπουδαιότητας όχι μόνο γιατί επιβεβαιώνει την αποτελεσματικότητα του ΗΦΕ και επιτρέπει την ευρύτερη χρήση του σε τέτοιου τύπου

μελέτες, αλλά επίσης επειδή εξασφάλισε τις προϋποθέσεις για την μελέτη της επίδραση της διάσχισης που προηγείται του πόνου.

Α.6.2. Το είδος της διάσχισης που σχετίζεται με τον οξύ πόνο

Αναφορικά με το είδος της διάσχισης που σχετίζεται με τον οξύ πόνο, οι συμμετέχοντες και των δύο ομάδων κατέληξαν με στατιστικά σημαντικά υψηλότερη σωματόμορφη περιτραυματική διάσχιση. Έτσι, φαίνεται πως ο οξύς πόνος σχετίζεται κυρίως με αυτό το είδος διάσχισης παρά με οποιοδήποτε άλλο. Προηγούμενες μελέτες είχαν υποστηρίξει πως το σωματικό τραύμα σχετίζεται με την σωματόμορφη διάσχιση (Nijenhuis, 2000. Waller et al., 2000) και άλλες μελέτες είχαν βρει συσχέτιση μεταξύ συγκεκριμένων μορφών χρόνιου πόνου και σωματόμορφης διάσχισης (π.χ. Farina, Mazzotti, Pasquini, & Mantione, 2011. Nijenhuis et al., 2003). Ωστόσο, από όσο γνωρίζουμε, η παρούσα μελέτη είναι η πρώτη που καταγράφει την συσχέτιση του οξέος πόνου με την σωματόμορφη διάσχιση. Το γεγονός ότι ο πόνος ανεξάρτητα από το αν είναι οξύς ή χρόνιος σταθερά φαίνεται να σχετίζεται με την σωματόμορφη διάσχιση θα μπορούσε να αποκαλύπτει ένα κοινό μηχανισμό αντίδρασης ή αυτόματη απάντηση του οργανισμού στον σωματικό πόνο. Θα μπορούσε όμως υπό μια πιο ευρεία έννοια, να υποδεικνύει και να στηρίζει περαιτέρω την πρόταση του Ford (2013) πως η διάσχιση είναι μια βιολογικά καθορισμένη αυτορυθμιστική αντίδραση στα έντονα συναισθήματα. Επιπλέον, σε κλινικό επίπεδο, η παρατήρηση αυτή μπορεί να εξοικονομήσει χρόνο και πόρους, καθώς οι διάφορες ειδικότητες που ασχολούνται με την διαχείριση του πόνου θα μπορούν στοχευμένα να αξιολογούν μόνο αυτόν τον τύπο διάσχισης.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζουν και τα ευρήματα αυτής της μελέτης σχετικά με την ένταση και την αντοχή στον πόνο, αλλά και τα ευρήματα σχετικά με τις μεταβολές στον καρδιακό ρυθμό των συμμετεχόντων.

Α.6.3. Η διάσχιση ως ωφέλιμη ή επιβαρυντική λειτουργία στην εμπειρία του πόνου

Α.6.3.1. Η επίδραση της διάσχισης στην ένταση του πόνου και την αντοχή

Αν και οι συμμετέχοντες των δύο ομάδων δεν διαφοροποιήθηκαν μεταξύ τους ως προς την ένταση του πόνου που ένιωσαν, διαφοροποιήθηκαν σημαντικά ως προς την αντοχή. Συγκεκριμένα, οι συμμετέχοντες στην ομάδα διάσχισης εμφάνισαν πολύ μικρότερη αντοχή στον πόνο, αποσύροντας γρηγορότερα το χέρι τους από το νερό. Τα ως τώρα υπάρχοντα ερευνητικά δεδομένα είναι αντιφατικά. Υπάρχουν μελέτες όπου η διάσχιση σχετίζεται με χαμηλότερη ουδό του πόνου (Giesbrechet al.,, 2008a. Lachapelle & Hadjistavropoulos, 2004), ενώ και η αντίθετη άποψη υποστηρίζεται με παρατηρήσεις όπου η διάσχιση συσχετίζεται με υψηλότερη ουδό του πόνου (Defrin et al., 2015. Ludäscher et al., 2007).

Η διάσχιση είναι μία κατάσταση που χαρακτηρίζεται από ασυνέχεια σε συνήθως συγκροτημένες πνευματικές και σωματικές λειτουργίες και μπορεί να οδηγήσει σε περιορισμένη συνειδητή εστίαση σε συγκεκριμένα ερεθίσματα (Defrin et al., 2015). Οι συμμετέχοντες στην ομάδα διάσχισης, καθώς φαίνεται, είχαν ήδη ως ένα βαθμό συμπτώματα διάσχισης (λόγω της πρόκλησης που είχε προηγηθεί και όπως περιγράφεται παραπάνω), όταν κλήθηκαν να βουτήξουν το χέρι τους στο παγωμένο νερό. Ενδεχομένως λοιπόν, η διάσχιση να παρεμπόδισε την συνειδητή εστίαση στο επερχόμενο επώδυνο ερέθισμα, το οποίο έγινε αντιληπτό ως αιφνίδιο και απειλητικό προκαλώντας μια γρήγορη αντίδραση (απόσυρση του χεριού από το νερό) ή ένα “σοκ”, προκειμένου να προστατευθούν. Μια τέτοια ερμηνεία θα ήταν συμβατή και με τη θεωρία της νευρωνικής μήτρας του πόνου, κατά την οποία όταν ο οργανισμός έρχεται αντιμέτωπος με κάποιο έντονο στρες (οποιαδήποτε μορφή σωματικής ή ψυχολογικής απειλής) αντιδρά άμεσα με στόχο την αποκατάσταση της ομοιόστασης (Melzack, 2001).

Α.6.3.2. Συμπεράσματα για την διάσχιση που προηγείται του πόνου

Η παραπάνω ερμηνεία ενισχύεται από το γεγονός ότι οι συμμετέχοντες στην ομάδα διάσχισης που ανέπτυξαν *περισσότερα* συμπτώματα περιτραυματικής διάσχισης (σωματόμορφης και ψυχολογικής) ένιωσαν *μεγαλύτερη* ένταση του πόνου. Φαίνεται λοιπόν, πως η διάσχιση παρεμποδίζει την εστίαση στο ερχόμενο ερέθισμα του πόνου. Η ανεπαρκής εστίαση προκαλεί μια αντίδραση σοκ κατά την έκθεση στο επώδυνο ερέθισμα με αποτέλεσμα ο πόνος να γίνεται αντιληπτός ως εξαιρετικά απειλητικός και έντονος προκαλώντας μία γρήγορη αντίδραση, όπως προκύπτει από την μειωμένη αντοχή στον πόνο. Παράλληλα, ενισχύονται περαιτέρω τα συμπτώματα διάσχισης (όπως καταδεικνύεται από την αύξηση στην σωματόμορφη διάσχιση) και δημιουργείται ένα σπιράλ ανατροφοδότησης μεταξύ πόνου και διάσχισης. Υπό το πρίσμα αυτής της ερμηνείας, η παρούσα μελέτη επιβεβαιώνει πως και στην περίπτωση του οξέος πόνου η διάσχιση (όταν προηγείται του πόνου) είναι μάλλον ένας δυσπροσαρμοστικός μηχανισμός, όπως έχει ήδη προταθεί για άλλες περιστάσεις από διαφορετικούς μελετητές (π.χ., Giesbrecht et al., 2008a. Lachapelle & Hadjistavropoulos, 2004).

Α.6.4. Διάσχιση και καρδιακός ρυθμός

Τα ευρήματα σχετικά με τον καρδιακό ρυθμό, πέρα από το ότι εμφανίζουν ιδιαίτερο ενδιαφέρον, μάλλον ενισχύουν την ερμηνεία που διατυπώθηκε στην προηγούμενη ενότητα. Όπως έχει ήδη περιγραφεί παραπάνω, οι συμμετέχοντες στην ομάδα διάσχισης εμφάνισαν πτώση του καρδιακού τους ρυθμού κατά την διάρκεια της πρόκλησης της διάσχισης (και τον χαμηλότερο καρδιακό ρυθμό συγκριτικά με οποιαδήποτε άλλη φάση μέτρησης). Ακολούθως, όταν οι συμμετέχοντες στην ομάδα διάσχισης βύθισαν το χέρι τους στο παγωμένο νερό, εμφάνισαν αύξηση του καρδιακού τους ρυθμού (και τον υψηλότερο καρδιακό ρυθμό συγκριτικά με κάθε άλλη φάση μέτρησης), όπως ήταν αναμενόμενο ως αντίδραση στον πόνο (βλ., Mourot, Bouhaddi, & Regnard, 2009. Terkelsen, Mølgaard, Hansen, Andersen, & Jensen, 2005). Αντιθέτως, οι συμμετέχοντες στην ομάδα ελέγχου δεν παρουσίασαν στατιστικά σημαντική αύξηση του καρδιακού ρυθμού τους

κατά την διάρκεια βύθισης στο νερό, όπως θα αναμενόταν. Οι συμμετέχοντες στην ομάδα ελέγχου βύθισαν το χέρι τους στο νερό ενώ δεν βίωναν συμπτώματα διάσχισης. Η παρατήρηση ότι δεν αυξήθηκε σημαντικά ο καρδιακός ρυθμός των συμμετεχόντων σε αυτή την ομάδα μπορεί να υποδεικνύει ότι οι συμμετέχοντες είναι πιθανό να άρχισαν να αναπτύσσουν συμπτώματα διάσχισης κατά την έκθεση τους στο παγωμένο νερό, όπως προκύπτει και από την σημαντική αύξηση της σωματόμορφης διάσχισης. Ίσως αυτό στη συνέχεια να οδήγησε στην αντίστοιχη ψυχοφυσιολογική απόκριση. Αν και ο πόνος σχετίζεται με αύξηση του καρδιακού ρυθμού, η διάσχιση σχετίζεται με πτώση. Έτσι, η ψυχοφυσιολογική αντίδραση αυτών των συμμετεχόντων μπορεί να απεικονίζει την αυτόματη αντίδραση του οργανισμού, καθώς αναπτύσσει συμπτώματα διάσχισης ως απάντηση στο επώδυνο ερέθισμα. Καθώς η διάσχιση συνδέεται με πτώση του καρδιακού ρυθμού, κάποιος θα μπορούσε να υποθέσει πως η μη αύξηση του καρδιακού ρυθμού, ενώ εκτίθενται σε ένα επώδυνο ερέθισμα που κανονικά θα ενεργοποιούσε το συμπαθητικό νευρικό σύστημα, μπορεί να οφείλεται σε μια αυτοματοποιημένη αντίδραση του οργανισμού που σχετίζεται με την διαδικασία ανάπτυξης συμπτωμάτων διάσχισης (όπως φαίνεται από την σημαντική αύξηση της σωματόμορφης διάσχισης και σε αυτή την ομάδα συμμετεχόντων).

Α.6.5. Συμπεράσματα για την διάσχιση ως αποτέλεσμα του πόνου

Σε αυτό το σημείο αξίζει να παρατηρηθεί η διαφορετική επίδραση της διάσχισης που προϋπάρχει, από την επίδραση της διάσχισης που προκύπτει ως απόκριση σε επώδυνο ερέθισμα. Συγκεκριμένα, φαίνεται πως όταν η διάσχιση προηγείται του επώδυνου ερεθίσματος λειτουργεί επιβαρυντικά στην εμπειρία του πόνου. Αντιθέτως, όταν η διάσχιση είναι το αποτέλεσμα του πόνου φαίνεται να λειτουργεί μάλλον προστατευτικά. Το συμπέρασμα αυτό γίνεται εμφανές από το γεγονός ότι οι συμμετέχοντες στην ομάδα ελέγχου που εμφάνισαν *έντονα* συμπτώματα διάσχισης ως αποτέλεσμα της κατάστασης και ψυχολογική περιτραυματική διάσχιση, εμφάνισαν ακόμα *μεγαλύτερη* αντοχή στον πόνο συγκριτικά με τους υπόλοιπους. Μια πιθανή εξήγηση είναι πως οι συμμετέχοντες αυτοί, κατασπατάλησαν πόρους στο σχηματισμό συμπτωμάτων διάσχισης (βλέπε

και Giesbrecht, Lynn, Lilienfeld, & Merckelbach, 2008b), που τους απέκοψαν από την εμπειρία, μειώνοντας την ανταπόκρισή τους σε εξωτερικά ερεθίσματα και αυξάνοντας την αντοχή τους στον πόνο. Το εύρημα αυτό θα μπορούσε όμως να ερμηνευτεί και ως το αποτέλεσμα της προστατευτικής δράσης της περιτραυματικής διάσχισης, όπως προτείνεται από άλλους ερευνητές για διαφορετικές περιστάσεις (βλέπε Foy, 1992. Spiegel, 1991. Sterlini & Bryant, 2002, Waites, 1993). Συνοπτικά ευρήματα που αντικατοπτρίζουν τη σχέση της διάσχισης με τον οξύ πόνο ανάλογα με το αν προηγείται προηγούμενη πρόκληση διασχιστικών συμπτωμάτων (ΟΕ ή ΟΔ) παρουσιάζονται στην Εικόνα 12.

Προϋπαρξη διασχιστικών συμπτωμάτων	Διασχιστικά συμπτώματα που προέκυψαν από τον πόνο
➢ Περαιτέρω ανάπτυξη συμπτωμάτων περιτραυματικής διάσχισης ➢ Μεγαλύτερη ένταση πόνου ➢ Μειωμένη αντοχή στον πόνο ➢ Ανάπτυξη αρνητικού συναισθήματος	➢ Μεγαλύτερη αντοχή στον πόνο

Εικόνα 12. Συνοπτική παρουσίαση της σχέσης του πόνου με τη διάσχιση στην ΟΕ και στην ΟΔ

Α.6.6. Η επίδραση της διάσχισης ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας στον πόνο

Ένα ακόμα σημαντικό αποτέλεσμα είναι ότι ενώ εμφανίζεται υψηλή θετική συσχέτιση της διάσχισης ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας με κάθε άλλο τύπο διάσχισης δεν προκύπτει κάποια επίδραση της στην ένταση ή την αντοχή του πόνου. Ο ρόλος της διάσχισης-χαρακτηριστικό της προσωπικότητας ως ενός προβλεπτικού παράγοντα για εκδήλωση περισσότερης διάσχισης κατά την έκθεση σε ένα τραυματικό γεγονός έχει προταθεί και στο παρελθόν (βλ., π.χ., Giesbrechtet al., 2008a. Leonard et al., 1999). Παρόλα αυτά, δεν γνωρίζουμε άλλες μελέτες που να έχουν διερευνήσει την επίδραση της διάσχισης ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας στην ένταση ή την αντοχή του πόνου με παράλληλη εκτίμηση άλλων τύπων διάσχισης. Σε κλινικό επίπεδο, η αξιολόγηση της διάσχισης ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας σε ασθενείς που πρόκειται να

υποβληθούν σε κάποια επώδυνη ιατρική διαδικασία φαίνεται μάλλον άσκοπη. Αντιθέτως η εκτίμηση της διάσχισης ως κατάσταση προκειμένου να εκτιμηθούν τρέχοντα συμπτώματα διάσχισης λόγω κάποιου γεγονότος, θα μπορούσε να "προλάβει" τις περαιτέρω επιπτώσεις στην αντοχή και την ένταση του πόνου, αλλά και στην ανάπτυξη περισσότερων συμπτωμάτων διάσχισης.

Α.6.7. Η σχέση της διάσχισης με το συναίσθημα

Αν και στις μετρήσεις υποβάθρου οι ομάδες δεν διέφεραν μεταξύ τους ως προς την χρήση στρατηγικών ρύθμισης του συναισθήματος, αλλά ούτε ως προς το θετικό και το αρνητικό συναίσθημα, τελικά οι συμμετέχοντες στην ομάδα διάσχισης δήλωσαν εντονότερο αρνητικό συναίσθημα μετά τη διαδικασία. Η παρατήρηση αυτή, θα μπορούσε εν μέρει να αποδοθεί στις έντονες αλλαγές στην ψυχοφυσιολογική διέγερση (όπως φαίνεται από την μείωση του καρδιακού ρυθμού κατά την πρόκληση της διάσχισης και την έντονη αύξηση κατά την έκθεση στον πόνο). Τα συναισθήματα μπορεί να είναι το αποτέλεσμα των σκέψεων για μία περίσταση ή/και το αποτέλεσμα των παρατηρούμενων από το άτομο ψυχοφυσιολογικών μεταβολών που βιώνει (Schachter & Singer, 1962). Έτσι, οι έντονες και μεγάλες μεταβολές στον καρδιακό ρυθμό, θα μπορούσαν να γίνονται αντιληπτές ως, ή να μεταφράζονται από τους συμμετέχοντες σε αρνητικό συναίσθημα.

Δεδομένου όμως ότι οι ψυχοφυσιολογικές αλλαγές στον πόνο φαίνεται να σχετίζονται κυρίως με το συναίσθημα των πασχόντων και το πόσο (συναισθηματικά) υποφέρουν από τον πόνο, παρά στην αισθητηριακή ένταση του πόνου (Rainville, Bao, & Chrétien, 2005. Rainville, Carrier, Hofbauer, Bushnell, & Duncan, 1999), μια εναλλακτική (αντίστροφη) ερμηνεία για την ανάπτυξη του αρνητικού συναισθήματος στην ομάδα διάσχισης, θα μπορούσε να είναι η εξής: Οι συμμετέχοντες στην ομάδα διάσχισης (σε αντίθεση με εκείνους στην ομάδα ελέγχου), κατά την έκθεσή τους στο επώδυνο ερέθισμα, βίωναν ήδη διασχιστικά συμπτώματα που πιθανά τους είχαν αποκόψει από την συνειδητή εστίαση στα ερεθίσματα του περιβάλλοντός τους. Έτσι, η έκθεση στο

παγωμένο νερό τους προκάλεσε ένα σοκ, καθώς έγινε αντιληπτή ως κάτι ξαφνικό και τραυματικό. Κατά συνέπεια, τους δημιουργήθηκε έντονο αρνητικό συναίσθημα το οποίο στη συνέχεια οδήγησε στην συνεπακόλουθη ψυχοφυσιολογική διέγερση. Ωστόσο, αυτή είναι μόνο μία πιθανή ερμηνεία που χρειάζεται περισσότερη διερεύνηση μελλοντικά.

Καθώς παρατηρήθηκε μέτρια ως υψηλή θετική συσχέτιση του αρνητικού συναισθήματος με όλους τους τύπους της διάσχισης, διερευνήθηκε η πιθανή επίδραση του συναισθήματος στη σχέση μεταξύ διάσχισης και έντασης/ αντοχής του πόνου. Ως προς το αρνητικό συναίσθημα, προέκυψε πως όταν υπήρχε έντονο αρνητικό συναίσθημα, υψηλότερα σκορ στη διάσχιση ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας σχετίζονταν με αυξημένη ένταση του πόνου. Αντιθέτως, όταν υπήρχε πολύ έντονο θετικό συναίσθημα, η αύξηση των συμπτωμάτων σωματόμορφης διάσχισης σχετιζόταν με μεγαλύτερη αντοχή στον πόνο. Η συσχέτιση του αρνητικού συναισθήματος με εντονότερο πόνο και χειρότερη προσαρμογή (Lumley et al., 2011), ενώ του θετικού με λιγότερο πόνο και καλύτερη προσαρμογή (Hanssen, Peters, Boselie, & Meulders, 2017) δεν παρατηρείται πρώτη φορά (Rainville et al., 2005) και τα παρόντα ανάλογα αποτελέσματα δεν αποτελούν έκπληξη. Ωστόσο, εμπεριέχουν μερικές αξιόλογες παρατηρήσεις.

Το γεγονός για παράδειγμα ότι το αρνητικό συναίσθημα φαίνεται να επιδρά στη σχέση μεταξύ διάσχισης ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας με την ένταση του πόνου, πιθανά να καταδεικνύει τη λειτουργία της προϋπάρχουσας/ προηγηθείσας διάσχισης στην ένταση του πόνου. Καθώς αυτοί οι συμμετέχοντες ήρθαν στο εργαστήριο έχοντας ήδη αυτά τα χαρακτηριστικά και δεν ήταν το αποτέλεσμα κανενός χειρισμού. Αντιθέτως, η προστατευτική δράση του θετικού συναισθήματος δεν φαίνεται να παρεμποδίστηκε από την αύξηση των συμπτωμάτων σωματόμορφης διάσχισης (που γνωρίζουμε ότι ήταν αυτόματη αντίδραση στον πόνο και άρα ακολουθούσε χρονικά τον πόνο), καθώς οι συμμετέχοντες αυτοί εμφάνισαν υψηλότερη αντοχή στον πόνο.

Συμπερασματικά, προκύπτει πως (1) η διάσχιση γενικά δεν παρεμποδίζει με κάποιο τρόπο την λειτουργία του συναισθήματος ούτε τις επιπτώσεις του συναισθήματος στην εμπειρία του πόνου, (2) όταν η διάσχιση *προηγείται* του επώδυνου ερεθίσματος οδηγεί στην ανάπτυξη αρνητικού συναισθήματος και συνεπώς λειτουργεί επιβαρυντικά ως προς το συναίσθημα χωρίς όμως να εμποδίζει την εκδήλωση του. Αντιθέτως, (3) όταν η διάσχιση *έπεται* του τραύματος (όπως στην περίπτωση της σωματόμορφης διάσχισης), όχι μόνο δεν παρεμποδίζει την ανάπτυξη του θετικού συναισθήματος αλλά σχετίζεται και με υψηλότερη αντοχή στον πόνο, λειτουργώντας μάλλον προστατευτικά. Έτσι, η διάσχιση δεν φαίνεται να επιδρά στην *έκφραση* αλλά στην *λειτουργία* του συναισθήματος.

Α.6.8. Η σχέση της διάσχισης με τη ρύθμιση του συναισθήματος

Από τα αποτελέσματα δεν φαίνεται η διάσχιση να παρεμποδίζει με κάποιο τρόπο την αποτελεσματική λειτουργία της ρύθμισης του συναισθήματος. Συγκεκριμένα, όπως προέκυψε, ακόμα και όταν οι συμμετέχοντες εμφάνιζαν έντονα συμπτώματα διάσχισης όλων των ειδών (πλην της διάσχισης ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας), όταν χρησιμοποίησαν την στρατηγική της γνωστικής επανεκτίμησης κατάφερναν να αντέξουν για περισσότερο χρόνο το επώδυνο ερέθισμα. Αντιθέτως, οι συμμετέχοντες που εμφάνιζαν έντονα συμπτώματα διάσχισης ως αποτέλεσμα της κατάστασης, όταν χρησιμοποιούσαν την στρατηγική της εκφραστικής καταστολής εμφάνιζαν μειωμένη αντοχή στον πόνο.

Η στρατηγική της γνωστικής επανεκτίμησης σχετίζεται με την εμπειρία και την έκφραση θετικότερου συναισθήματος, καλύτερη διαπροσωπική λειτουργικότητα και ευεξία, ενώ η εκφραστική καταστολή με την εμπειρία και την έκφραση αρνητικού συναισθήματος, χειρότερη διαπροσωπική λειτουργικότητα και σχετίζεται αρνητικά με την ευεξία (Gross & John, 2003). Τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης φαίνεται να βρίσκονται στην ίδια κατεύθυνση, καθώς η γνωστική επανεκτίμηση σχετιζόταν με υψηλότερη αντοχή ανεξάρτητα από την ένταση της διάσχισης που βίωναν οι συμμετέχοντες, ενώ η εκφραστική καταστολή με μειωμένη αντοχή.

Επιπλέον, η γνωστική επανεκτίμηση είναι μια στρατηγική που χρησιμοποιείται πριν την πλήρη ενεργοποίηση των αντιδράσεων που σχετίζονται με ένα συναίσθημα. Αντιθέτως η εκφραστική καταστολή έπεται της ενεργοποίησης των συναισθηματικών αντιδράσεων (Gross & John, 2003). Το γεγονός ότι οι επιπτώσεις των στρατηγικών αυτών είναι αντίστοιχες του αναμενόμενου για την εμπειρία του πόνου στο παρόν δείγμα, σηματοδοτεί πως το βίωμα των συναισθημάτων και η χρήση στρατηγικών ρύθμισής του δεν παρεμποδίστηκαν ή τροποποιήθηκαν από τα συμπτώματα της διάσχισης.

Έτσι, η διάσχιση δεν μπορεί να θεωρηθεί μια διαδικασία που παρεμποδίζει την έκφραση, την αναγνώριση ή την ρύθμιση του συναισθήματος, ούτε όμως ως μία στρατηγική ρύθμισης του συναισθήματος, καθώς οι συμμετέχοντες κατέληξαν με σημαντικά εντονότερο συναίσθημα από αυτό με το οποίο προσήλθαν στο εργαστήριο. Αντιθέτως φαίνεται να επιβεβαιώνεται πως η περιτραυματική τουλάχιστον διάσχιση, είναι ένας εγγενής, βιολογικός, προστατευτικός μηχανισμός (Dalenberg et al., 2012. Sierra & Berrios, 1998), ο οποίος ενεργοποιείται για την αντιμετώπιση της απειλής (π.χ. Brown, 2006. Holmes et al. 2005) και που λειτουργεί ανεξάρτητα από την συναισθηματική επεξεργασία και διαχείριση. Εντούτοις, με θετική τελικά επίδραση στο συναίσθημα και την αντοχή, τουλάχιστον όσον αφορά στην πειραματική πρόκληση οξέος πόνου.

Α.6.9. Περιορισμοί μελέτης

Η παρούσα έρευνα έχει βέβαια και ορισμένους περιορισμούς. Στην μελέτη αυτή, συμμετείχαν νεαροί φοιτητές του τμήματος ψυχολογίας. Τα αποτελέσματα σε διαφορετικές ηλικιακές ομάδες ή σε ανθρώπους με διαφορετικό μορφωτικό υπόβαθρο θα μπορούσαν να είναι διαφορετικά και θα ήταν σημαντικό να διερευνηθεί μελλοντικά. Επιπλέον, σε αυτήν την πειραματική μελέτη συμμετείχαν μόνο υγιείς άνθρωποι, χωρίς κάποια εμπειρία χρόνιου ή σοβαρού πόνου. Σε μελλοντικές έρευνες, θα ήταν σημαντικό να συμμετέχουν και άνθρωποι που υποφέρουν από χρόνιο πόνο προκειμένου να διερευνηθούν πιθανά πρότυπα αντιδράσεων τα οποία μπορεί να σχετίζονται με την χρονιότητα του πόνου. Ακόμα, υπό φυσιολογικές συνθήκες, τόσο ο πόνος όσο

και η διάσχιση μπορεί να βιώνονται με τελείως διαφορετικό τρόπο από αυτόν που τεχνικά εισήχθη στο εργαστήριο. Έτσι, προκειμένου να μπορούν να γενικευτούν τα αποτελέσματα, απαιτείται επανάληψη της πειραματικής διαδικασίας σε πιο αντιπροσωπευτικό δείγμα του γενικού πληθυσμού, όπως και σε κλινικό πληθυσμό, χωρίς βέβαια να παραγνωρίζεται η δυσκολία ενός τέτοιου εγχειρήματος. Επιπλέον, πιθανά η συμπερίληψη μιας ομάδας που θα εκπαιδευόταν στην απόσπαση προσοχής ή την εστίαση την προσοχής ή την ενσυνειδητότητα (ή άλλες πιθανά χρησιμοποιούμενες στρατηγικές για τη διαχείριση του πόνου), να επέτρεπε συγκρίσεις που θα μπορούσαν να αποκλείσουν την πιθανή επίδραση τέτοιων μεταβλητών στα παρατηρούμενα στην παρούσα μελέτη αποτελέσματα. Ακόμα όμως θα μπορούσαν να είχαν συμπεριληφθεί τρόποι αξιολογήσεις για το τι στρατηγικές χρησιμοποιούσαν οι συμμετέχοντες κατά την διάρκεια της βύθισης στο νερό. Τέλος, θα ήταν πολύ σημαντικό να μελετηθεί πειραματικά η πιθανή συσχέτιση του συναισθήματος με την διάσχιση, με μεθόδους που θα επέτρεπαν το χειρισμό τόσο του συναισθήματος όσο και της διάσχισης.

Α.6.10. Συνεισφορά μελέτης

Παρά τους υπάρχοντες περιορισμούς, η παρούσα μελέτη και τα αποτελέσματά της μπορούν να συνεισφέρουν σημαντικά σε επίπεδο θεωρητικό και κλινικό. Σε θεωρητικό επίπεδο, η μελέτη αυτή έρχεται να αυξήσει τον περιορισμένο αριθμό των μελετών που διερευνούν τη σχέση του οξέος πόνου με τη διάσχιση και, καθόσον μπορούμε να γνωρίζουμε, είναι η πρώτη που επιβεβαιώνει τη συσχέτιση του με την σωματόμορφη διάσχιση πρωτίστως, παρά με οποιοδήποτε άλλο είδος διάσχισης. Το γεγονός ότι η σωματόμορφη διάσχιση φαίνεται να είναι το είδος της διάσχισης που κυρίως σχετίζεται τόσο με τον οξύ, όσο και με τον χρόνιο πόνο (όπως έχει φανεί σε άλλες έρευνες, π.χ., Farina et al., 2011. Nijenhuis et al., 2003. Waller et al., 2000), ενδεχομένως υποδεικνύει κάποιο συνδετικό μηχανισμό αντίδρασης στον πόνο.

Ακόμα, είναι η πρώτη μελέτη που διερευνά την σχέση του πόνου με τη διάσχιση όταν η τελευταία προηγείται του πόνου, καταδεικνύοντας την ακόμα πιο επιβαρυντική επίπτωση της

διάσχισης σε αυτές τις περιπτώσεις. Το εύρημα αυτό είναι σημαντικό όχι μόνο για τις περιπτώσεις που αναφέρθηκαν νωρίτερα (π.χ., στρατιώτες με τραυματική έκθεση σε μάχη και ακολούθως σωματικό τραυματισμό με πόνο), αλλά και για κλινικούς πληθυσμούς, όπως ασθενείς με Διασχιστική Διαταραχή Ταυτότοτητας (ΔΔΤ) ή ακόμα και με Μεταιχμιακή Διαταραχή (ΜΔ) στην οποία γνωρίζουμε ότι υπάρχουν έντονα διασχιστικά συμπτώματα (Lyssenko et al., 2018). Οι παρατηρήσεις της παρούσας μελέτης, προσφέρουν σημαντική γνώση για τα πιθανά πρότυπα απόκρισης των ασθενών αυτών στον πόνο, μένει όμως να διερευνηθεί κατάλληλα σε κλινικούς πληθυσμούς.

Επιπλέον, αν και δευτερεύον εύρημα, δεν μπορεί να αγνοηθεί πως επιβεβαιώνει την αποτελεσματικότητα του ΗΦΕ στην πρόκληση της διάσχισης. Η δυνατότητα πρόκλησης διάσχισης στο εργαστήριο με μη φαρμακολογικό τρόπο, μπορεί να ανοίξει τον δρόμο για περαιτέρω διερεύνηση του φαινομένου, όχι μόνο σε σχέση με τον πόνο αλλά και ως εγκεφαλική λειτουργία γενικά.

Μέσω των παρατηρήσεων της παρούσας μελέτης, θα μπορούσε κανείς να οδηγηθεί στη σύνδεση διαφορετικών στοιχείων ήδη υπαρχουσών θεωριών για την καλύτερη κατανόηση του φαινομένου της περιτραυματικής διάσχισης σε σχέση με τον οξύ πόνο. Συγκεκριμένα, η σαφής σωματική διάσταση της απόκρισης, η οποία υποβοηθά τη μείωση της διέγερσης κατά το βίωμα του πόνου, πιθανώς υποδεικνύει ότι όντως πρόκειται για ένα εγγενή βιολογικό μηχανισμό όπως έχει προταθεί από διάφορους ερευνητές ως τώρα (Dalenberg et al., 2012. Sierra & Berrios, 1998), αντίστοιχο με μηχανισμούς που γνωρίζουμε ότι διαθέτουν και άλλα ζώα (π.χ. Moskowitz, 2004. Nijenhuis,Spinhoven, Vanderlinden, van Dyck & van der Hart, 1998). Ο μηχανισμός αυτός όμως, δεν φαίνεται να λειτουργεί μέσω της τροποποίησης του βιώματος του συναισθήματος (Brown, 2006), δεδομένου ότι δεν παρατηρούνται σχετικές επιδράσεις, τουλάχιστον στην περίπτωση του οξέος πόνου, αλλά περισσότερο ίσως τροποποιώντας το αισθητηριακό βίωμα (όπως φαίνεται από την μεγαλύτερη αντοχή). Αντίστοιχα, ο Ford (2009), προτείνει πως η διάσχιση εξυπηρετεί στην

αντιμετώπιση μια απειλής. Ως πιθανή ερμηνεία στην παρούσα μελέτη υποστηρίζουμε πως η σωματόμορφη περιτραυματική διάσχιση που εμφανίζεται κατά τις περιστάσεις που κάποιος βιώνει οξύ πόνο, εξυπηρετεί στην αντιμετώπιση μιας απειλής, αλλά συγκεκριμένα, σωματικής απειλής. Έτσι, πιθανώς ερμηνεύεται και το ότι το τραύμα που περιλαμβάνει και σωματική βλάβη σχετίζεται με τη σωματόμορφη διάσχιση, ενώ το ψυχικό τραύμα χωρίς σωματική βλάβη συνδέεται με άλλα είδη διάσχισης (Waller et al., 2000).

Ο μηχανισμός της σωματόμορφης διάσχισης σε σχέση με τον οξύ πόνο, θα μπορούσε να εξηγηθεί από το μοντέλο ΓΜΣ (Brown, 2006. 2013), όχι όμως ως δυσλειτουργία αλλά ως ένα προκαθορισμένο ιεραρχικό πρόγραμμα αντίδρασης στον πόνο που ενεργοποιείται υπό συγκεκριμένες προϋποθέσεις. Για παράδειγμα, αν κάποιος στιγμιαία ακουμπήσει το αναμμένο μάτι της κουζίνας, δεν θα αναπτύξει διασχιστικά συμπτώματα, καθώς το πρόγραμμα που ενεργοποιήθηκε περιελάμβανε απλώς απόσυρση και έλεγχο της βλάβης. Αντιθέτως, όταν η έκθεση στο επώδυνο ερέθισμα ξεπεράσει μία ουδό ερεθισμού (αισθητηριακά ή χρονικά), ενεργοποιείται ένα διαφορετικό ιεραρχικό πρόγραμμα που περιλαμβάνει την αποκοπή της αισθητηριακής εμπειρίας από την προσοχή ώστε να προστατευθεί ο οργανισμός. Έτσι, στις περιπτώσεις της σωματόμορφης περιτραυματικής διάσχισης, ο μηχανισμός λειτουργεί παράλληλα και ανεξάρτητα από το συναίσθημα, αλλά ως αυτόματη αντίδραση στον πόνο. Ενδέχεται λοιπόν η σωματόμορφη διάσχιση στον οξύ πόνο, να είναι τμήμα ενός μηχανισμού ή ιεραρχικού προγράμματος συμπεριφοράς, που ενεργοποιείται και λειτουργεί στοχευμένα για την προστασία του οργανισμού από το σωματικό τραύμα.

Έτσι η μελέτη αυτή, έρχεται να συμπληρώσει κάποια από τα κενά που υπάρχουν γύρω από τα θέματα της διάσχισης και το οξέος πόνου και να "εντάξει" τα ευρήματα σε σχέση με τον οξύ πόνο μέσα στο πλαίσιο των ήδη υπαρχουσών θεωριών για την διάσχιση. Επιπλέον, υποστηρίζεται η πιθανότητα και στον οξύ πόνο, όπως και σε άλλες περιστάσεις (π.χ., Giesbrechtet al., 2008a. Leonard et al., 1999. Morgan et al., 2001. Panasetis & Bryant, 2003. Sterlini & Bryant, 2002) η

διάσχιση να είναι μια κοινή, μη παθολογική αντίδραση και επιχειρείται να ερμηνευτεί η λειτουργία της μέσα από το ΓΜΣ, με τρόπο όμως διαφορετικό από αυτόν που έχει ως τώρα προταθεί για την διάσχιση (τμηματοποίηση) (βλ. Brown, 2006. 2013).

Σε επίπεδο κλινικής σημαντικότητας, αξίζει να σημειωθεί εδώ πως η παρατήρηση για τη μη σημαντική αύξηση του καρδιακού ρυθμού της ομάδας ελέγχου, μπορεί να είναι βοηθητική. Ασθενείς που προσέρχονται με οξύ πόνο, αλλά χαμηλό ή φυσιολογικό καρδιακό ρυθμό, μπορεί να συνεχίζουν να πονούν, αλλά να εισέρχονται σε μια κατάσταση διάσχισης.

Σε κλινικό επίπεδο, τα ευρήματα της παρούσας μελέτης αναδεικνύουν την ανάγκη για αξιολόγηση της συνύπαρξης της διάσχισης σε κάθε περίπτωση που παρατηρείται πόνος. Ο πόνος είναι ένα σύμπτωμα που εμφανίζεται σε πολλές διαφορετικές καταστάσεις, όχι μόνο εξαιτίας σωματικών τραυματισμών και ασθενειών, αλλά ορισμένες φορές ίσως και σε περιπτώσεις ψυχοπαθολογίας (Brand et al., 2013; Fragkaki, Weijman, & Cima, 2019; Lyssenko et al., 2018) . Οι ασθενείς που πονούν ανεξαρτήτως της αιτίας, πιθανότατα βιώνουν και διάσχιση η οποία φαίνεται ότι μπορεί να τροποποιεί την εμπειρία του βιώματος τόσο σε επίπεδο έντασης/ αντοχής του πόνου και ψυχοφυσιολογικής διέγερσης αλλά και σε επίπεδο *λειτουργίας* του συναισθήματος.

Ως εκ τούτου, είναι σημαντικό τα μελλοντικά θεραπευτικά πρωτόκολλα για την διαχείριση του πόνου, αλλά και κάθε άλλου νοσήματος που συνυπάρχει με συμπτώματα πόνου, να συμπεριλαμβάνουν τόσο αξιολόγηση της διάσχισης όσο και τρόπους διαχείρισης της. Ενδεχομένως, ένας τρόπος διαχείρισης των διασχιστικών συμπτωμάτων να ήταν η συμπερίληψη ασκήσεων ενσυνειδητότητας. Ως ενσυνειδητότητα ορίζεται η "διαδικασία του να συμμετέχει κάποιος σκόπιμα σε αυτό που συμβαίνει κάθε στιγμή με δεκτικότητα και χωρίς κριτική" (Shapiro, Carlson, Astin, & Freedman 2006, p. 378). Μπορεί να περιλαμβάνει την εκπαίδευση σε διαδικασίες όπως ο διαλογισμός ή πιο άτυπες διαδικασίες όπως το να μαθαίνει κάποιος να περπατά ή να τρώει με ενσυνειδητότητα. Η ενσυνειδητότητα περιλαμβάνει τόσο τεχνικές (π.χ., διατήρηση της προσοχής στην παρούσα στιγμή) όσο και μεταγνωστικές δεξιότητες (τις σκέψεις για τις σκέψεις και τις

συναισθηματικές αντιδράσεις που προκύπτουν από ένα γεγονός, χωρίς κριτική, επιβράβευση ή απόρριψη της δεδομένης εμπειρίας). (Zerubavel & Messman-Moore, 2015). Οι ίδιοι ερευνητές εξηγούν σε θεωρητικό επίπεδο, πως η εκπαίδευση στην ενσυνειδητότητα θα μπορούσε να είναι θεραπεία επιλογής για τα διασχιστικά συμπτώματα. Προτείνουν πως μέσα από μια τέτοια τύπου εκπαίδευση, οι ασθενείς θα αποκτήσουν, μεταξύ άλλων, μεγαλύτερη επίγνωση γύρω από τις διασχιστικές διαδικασίες αλλά, επίσης, θα αναπτύξουν και δεξιότητες που θα τους βοηθούν να μένουν παρόντες στην κάθε στιγμή. Έτσι, θα ενισχυθεί η ικανότητα τους να προβλέπουν και να ελέγχουν τα συμπτώματα της διάσχισης. Επιπλέον, θεωρούν πως η ενσυνειδητότητα θα μειώνει την καταφυγή των ασθενών σε αποφευκτικές στρατηγικές διαχείρισης και η μείωση αυτή θα μειώνει την ανάγκη για διάσχιση. Τέλος, σημειώνουν πως η τάση των ασθενών με διάσχιση να βιώνουν τον κόσμο ως παρατηρητές του εαυτού τους, μπορεί να τροποποιηθεί κατάλληλα, να αποτελέσει σημαντικό εργαλείο και να λειτουργήσει προς όφελός τους. Αυτό γιατί η δεξιότητα της παρατήρησης μιας κατάστασης χωρίς να ασκείται κριτική σε αυτή, είναι από τις βασικές δεξιότητες της ενσυνειδητότητας (Zerubavel & Messman-Moore, 2015). Η αποτελεσματικότητα αυτής της παρέμβασης στην διαχείριση της διάσχισης χρήζει περισσότερης διερεύνησης παρόλα αυτά. Η Forner (2019) αναφέρει πως υπάρχει ελάχιστη διερεύνηση της επίδρασης της ενσυνειδητότητας στη διάσχιση και, αν και προτείνει στους θεραπευτές να χρησιμοποιούν την ενσυνειδητότητα στις θεραπείες τους, εφιστά την προσοχή τους διατυπώνοντας πως η διάσχιση "φοβάται" την ενσυνειδητότητα μιας και οι λειτουργίες τους και οι σκοποί τους είναι αντίθετοι. Έτσι, προτείνει ότι τέτοιου τύπου εκπαιδεύσεις θα πρέπει να γίνονται προοδευτικά και τόσο όσο μπορεί να διαχειριστεί ο ασθενής σε μια δεδομένη στιγμή της θεραπείας.

ΜΕΛΕΤΗ 2

Β.1. Εισαγωγή

Τα χαρακτηριστικά της διάσχισης και του πόνου έχουν ήδη εκτενώς περιγραφεί, τόσο στην γενική εισαγωγή, όσο και στην εισαγωγή της μελέτης Μελέτης 1. Έτσι, δεν θα αναπτυχθούν ακόμα μια φορά εδώ. Αντ' αυτού, θα αναλυθούν οι σκοποί αυτής της έρευνας που αφορούν στη μελέτη της σωματόμορφης διάσχισης στους ασθενείς με χρόνιο πόνο. Η μελέτη της σωματόμορφης διάσχισης ειδικά και όχι άλλων τύπων διάσχισης, καθοδηγείται τόσο από τα ερευνητικά ευρήματα που δείχνουν μία συσχέτιση μεταξύ αυτού του τύπου διάσχισης με τον πόνο και το σωματικό τραύμα (Nijenhuis, 2000. Waller et al., 2000), αλλά και από τα αποτελέσματα της Μελέτης 1 που επιβεβαιώνουν τα παραπάνω ευρήματα.

Β.1.1. Χρόνιος πόνος, χρόνια ασθένεια και σωματόμορφη διάσχιση

Συχνά, στις μελέτες που διερευνάται η σχέση μεταξύ διάσχισης και πόνου επιλέγονται ασθενείς με ψυχιατρικά νοσήματα όπως η μεταιχμιακή διαταραχή (ΜΔ) ή η μετατραυματική διαταραχή (ΜΤΔ), όπου τόσο ο πόνος όσο και η διάσχιση αποτελούν συμπτώματα της διαταραχής (π.χ., Defrin et al.,2015. Ludäscher et al., 2007). Τα αποτελέσματα των μελετών αυτών, αν και διαφωτιστικά για την σχέση μεταξύ του πόνου και της διάσχισης, ενδέχεται να επηρεάζονται από άλλες παρεμβάλουσες μεταβλητές που σχετίζονται με την ψυχιατρική διαταραχή. Άλλο πεδίο μελέτης της σχέσης της διάσχισης με τον πόνο είναι ομάδες ασθενών που πάσχουν από κάποιο συγκεκριμένο είδος χρόνιου πόνου (π.χ., πυελικό άλγος, Nijenhuis et al., 2003). Αυτές οι μελέτες είναι μεγάλης σπουδαιότητας για την κατανόηση της σχέσης μεταξύ διάσχισης και πόνου, αλλά ο περιορισμός τους είναι ότι τα ευρήματα που προκύπτουν είναι δύσκολο να γενικευτούν για τον χρόνιο πόνο και μπορεί να αφορούν σε μια συγκεκριμένη πάθηση ειδικά.

Ένα ακόμα πεδίο προβληματισμού είναι πως οι ασθενείς με χρόνιο πόνο, αλλά και οι ασθενείς με χρόνιο νόσημα χωρίς πόνο, έχουν υποστεί μια μακροχρόνια ταλαιπωρία με εξετάσεις,

επισκέψεις σε νοσοκομεία, γιατρούς και επώδυνες ιατρικές παρεμβάσεις (Hall & Hall, 2013), αλλά και βιώνοντας τις επιπτώσεις ενός νοσήματος στη ζωή τους (Edmondson, 2014). Έτσι, όλοι αυτοί οι ασθενείς έχουν μια μακροχρόνια έκθεση στο τραύμα (π.χ. Alonzo, 2000. Penn, 2001). Κατά συνέπεια, η εξέταση της σχέσης στον χρόνιο πόνο, χωρίς συγκρίσεις με μία ομάδα χρόνιων ασθενών χωρίς πόνο, δεν μπορεί να απαντήσει στο ερώτημα αν η παρατηρούμενη διάσχιση είναι αποτέλεσμα του πόνου ή του μακροχρόνιου τραυματισμού από το νόσημα γενικά.

Πέρα όμως από το ρόλο του πόνου στην εμφάνιση της διάσχισης, παραμένει ασαφές αν η ίδια η φύση του νοσήματος με κάποιο τρόπο διαφοροποιεί τη λειτουργία της διάσχισης ως προς το βίωμα του πόνου. Το χρόνιο νόσημα είτε συνοδεύεται από πόνο είτε όχι, μπορεί να θεωρηθεί τραυματική συνθήκη (π.χ. Alonzo, 2000. Penn, 2001), ενώ ακόμα και οι ασθενείς που δεν πληρούν τα κριτήρια του χρόνιου πόνου είναι πιθανό να βιώσουν περιστασιακά πόνο (π.χ., είτε ως οξύ σύμπτωμα του χρόνιου νοσήματος ή ως αποτέλεσμα κάποιας ιατρικής θεραπείας/ επέμβασης κλπ.). Έτσι, εύλογα προκύπτει το ερώτημα αν η φύση του νοσήματος μπορεί να καθορίσει τη σχέση μεταξύ της παρατηρούμενης διάσχισης και του βιώματος του πόνου (π.χ., την έντασή του και την παρεμβολή του στην καθημερινή ζωή).

Συγκεκριμένα, μια τέτοιου τύπου διερεύνηση θα μπορούσε να προσφέρει σημαντική πληροφόρηση γύρω από το αν η διάσχιση είναι μια κατάσταση που μπορεί να συνυπάρχει κυρίως με τον πόνο παρά το χρόνιο νόσημα. Αν όλοι οι ασθενείς ανεξάρτητα από το αν έχουν χρόνιο πόνο ή όχι εμφανίζουν διασχιστικά συμπτώματα, θα μπορούσε ενδεχομένως να θεωρηθεί ότι τα συμπτώματα αυτά, σχετίζονται με τον γενικότερο τραυματισμό από το νόσημα. Αντιθέτως αν η διάσχιση συνυπάρχει περισσότερο με τον χρόνιο πόνο και όχι με το χρόνιο νόσημα χωρίς χρόνιο πόνο, θα μπορούσε να υποδεικνύει μια στενότερη σχέση με τον πόνο συγκεκριμένα.

Τέλος, η Μελέτη 2 “συμπληρώνει” τη Μελέτη 1, επιχειρώντας να διερευνήσει την πιθανή σχέση της διάσχισης και στον χρόνιο πόνο. Έτσι, συνολικά θα προκύψουν ευρήματα σχετικά και με τα δύο είδη πόνου. Επιπλέον, οι δύο μελέτες είναι συμπληρωματικές και ως προς την πιθανή σχέση

του συναισθήματος με την διάσχιση και τον πόνο. Η διερεύνηση της σχέση του πόνου αποκλειστικά με τη σωματόμορφη διάσχιση στη Μελέτη 2, καθοδηγείται τόσο από τα ευρήματα προηγούμενων ερευνών (Farina et al., 2011. Nijenhuis et al., 2003. Waller et al., 2000) όσο και από τα ευρήματα της Μελέτης 1.

Β.1.2. Παράγοντες προσαρμογής στην ασθένεια και η σχέση τους με τη διάσχιση

Η προσαρμογή στον χρόνιο πόνο καθορίζεται από πολλούς διαφορετικούς παράγοντες όπως, π.χ., από τις αναπαραστάσεις της ασθένειας (Arntz & Claassens, 2004. Turner, Jensen, & Romano, 2000), την ικανότητα ρύθμισης του συναισθήματος (Paquet et al., 2005. Connelly et al., 2007. Hamilton, Zautra και Reich, 2007), την καταστροφοποίηση του πόνου (Pavlin, Sullivan, Freund, & Roesen, 2005; Smeets, Vlaeyen, Kester, & Knottnerus, 2006; Sturgeon et al., 2014) και γενικά τους μηχανισμούς διαχείρισης του πόνου (Holmes & Stevenson, 1990. Vlaeyen & Linton, 2000. Ramírez-Maestre, Esteve, & Ló Pez, 2007). Ως τώρα, όμως, δεν έχει υπάρξει κάποια προσπάθεια να διερευνηθεί η πιθανή επίδραση της διάσχισης στη σχέση των παραπάνω μεταβλητών με την ένταση και την παρεμβολή του χρόνιου πόνου.

Ένας από τους σκοπούς της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση της λειτουργίας της διάσχισης στη σχέση μεταξύ των μεταβλητών προσαρμογής και την ένταση/ παρεμβολή του πόνου στους ασθενείς με χρόνιο πόνο. Μια βασική θεωρία για την κατανόηση της προσαρμογής στην ασθένεια (Leventhal, Zimmerman, & Gutmann 1984(b), αποτελεί το Μοντέλο της Κοινής Λογικής (ΜΚΛ: Common Sense Model. Leventhal, Meyer & Nerenz, 1980. Leventhal, Nerenz & Steel, 1984(a)).

Σύμφωνα με το ΜΚΛ, οι άνθρωποι προκειμένου να κατανοήσουν και να διαχειριστούν την ασθένεια, δημιουργούν νοητικές αναπαραστάσεις της ασθένειας τους που βασίζονται τόσο σε αφηρημένες όσο και σε απτές πληροφορίες που διαθέτουν. Τρεις είναι οι βασικότερες πηγές πληροφοριών για την δημιουργία των αναπαραστάσεων (Leventhal et al., 1980. Leventhal et al., 1984(a)): (α) οι προϋπάρχουσες κοινές αντιλήψεις για μια ασθένεια που έχουν αφομοιωθεί από την

κοινωνική επικοινωνία και την γενικότερη γνώση για τις πληροφορίες μιας ασθένειας όπως αυτή διαμορφώνεται στην αντίληψη μιας κοινωνίας, (β) από τις πληροφορίες που αντλεί κανείς από το κοινωνικό του πλαίσιο (π.χ., τους σημαντικούς άλλους αλλά και τους ανθρώπους με κύρος όπως για παράδειγμα τους γιατρούς τους) και τέλος (γ) από τις πληροφορίες που αντλούν από την ίδια την ασθένεια όπως τις σωματικές επιπτώσεις και την εξέλιξη των συμπτωμάτων όπως βιώνονται στη συγκεκριμένη περίσταση και σε σχέση με τις προηγούμενες εμπειρίες τους. Η αντίληψη και η ερμηνεία αυτών των πληροφοριών οδηγεί στην διαμόρφωση κάποιων αναπαραστάσεων στη σκέψη του ασθενή (Hagger & Orbell, 2003) για τη φύση και τις επιπτώσεις της ασθένειας.

Οι αναπαραστάσεις αυτές μπορούν να χωριστούν σε έξι κατηγορίες: *διάρκεια* (αν η φύση της ασθένεια είναι χρόνια, οξεία ή έχει κάποια περιοδικότητα), *συνέπειες* (οι επιπτώσεις της ασθένειας στη ζωή), *θεραπεία/ έλεγχος* που διακρίνεται στον *θεραπευτικό έλεγχο* (οι πεποιθήσεις για την αποτελεσματικότητα της θεραπείας ή για τη διαχείριση του νοσήματος) και στον *προσωπικό έλεγχο* (οι πεποιθήσεις του ασθενούς σχετικά με την ικανότητά του να ελέγξει την ασθένεια), *ταυτότητα* (η κατανόηση της φύσης της ασθένειας), *συναισθηματικές αναπαραστάσεις* (οι συναισθηματικές επιπτώσεις ή/και αντιδράσεις στην ασθένεια), *αιτία* (οι παράγοντες που ευθύνονται για την ασθένεια). Οι αναπαραστάσεις διαδραματίζουν ένα εξαιρετικά σημαντικό ρόλο στην ψυχοκοινωνική προσαρμογή στην ασθένεια (π.χ., Averous, Charbonnier, & Dany, 2020. Hagger et al., 2017. Hagger & Orbell, 2003. Richardson, Schüz, Sanderson, Scott, & Schüz, 2017. Rozema, Völlink, & Lechner, 2009) και στην προσαρμογή στον πόνο (π.χ., Gatchel et al., 2010. Groarke, Curtis, Coughlan, & Gsel, 2005. Sindlinger, Meng, Dorn, Faller, & Schuler, 2019. Turner, Jensen, & Romano, 2000).

Ακολούθως, το ΜΚΛ αναφέρει ότι έπειτα από την δημιουργία των αναπαραστάσεων, οι ασθενείς χρησιμοποιούν κάποιες στρατηγικές διαχείρισης της ασθένειας τους. Η αποτελεσματικότητα αυτών των στρατηγικών και η αποτελεσματικότητα της προσαρμογής

αξιολογείται από τον ασθενή και αναλόγως η διαδικασία αναπροσαρμόζεται εκ νέου μέσα από έναν ανατροφοδοτούμενο κύκλο.

Η σχέση των αναπαραστάσεων με τις στρατηγικές διαχείρισης έχει εκτενώς μελετηθεί. Οι Hagger et al. (2017), στην μετανάλυση τους καταλήγουν ότι οι αναπαραστάσεις έχουν τόσο άμεσες όσο και έμμεσες επιδράσεις δια μέσω των στρατηγικών διαχείρισης στην προσαρμογή στην ασθένεια. Οι ίδιοι μελετητές βρήκαν ότι οι συναισθηματικές αναπαραστάσεις και ο έλεγχος που θεωρούσαν ότι είχαν οι ασθενείς σχετιζόταν σταθερά με την πορεία της νόσου και την λειτουργικότητα, μέσω, αντίστοιχα, εντονότερης ή ηπιότερης χρήσης στρατηγικών για την διαχείριση των συμπτωμάτων ή της ασθένειας. Επιπλέον, βρήκαν πως οι αναπαραστάσεις που σηματοδοτούν απειλή, όπως οι πιθανές συνέπειες, σχετιζόταν τόσο με ομαλή προσαρμογή στην ασθένεια, όσο όμως και με δυσπροσαρμοστικά αποτελέσματα, μέσω της χρήσης συγκεκριμένων (διαφορετικών) στρατηγικών διαχείρισης. Ωστόσο, αυτό το ζήτημα δεν θα αναπτυχθεί περαιτέρω στην παρούσα διατριβή καθώς δεν σχετίζεται άμεσα με τα ερευνητικά μας ερωτήματα. Ενδεικτικά μόνο θα αναφερθεί ότι από μια προηγούμενη μετανάλυση των Hagger και Orbell, 2003 προέκυψε ότι χειρότερη *ταυτότητα* της νόσου (δηλαδή σκέψεις για το είδος της ασθένειας και η γνώση για τα συμπτώματα) σχετιζόταν θετικά με τη χρήση των στρατηγικών διαχείρισης αποφυγή και συναισθηματική έκφραση. Οι αναπαραστάσεις για την δυνατότητα να ελέγξουν την ασθένεια τους, σχετιζόταν με τη χρήση των στρατηγικών γνωστική επανεκτίμηση, έκφραση συναισθημάτων και γενικώς τη χρήση στρατηγικών εστιασμένων στο πρόβλημα. Επιπλέον, χειρότερες αναπαραστάσεις της ασθένειας σχετικά με τα συμπτώματα, τη χρονιότητα και τις επιπτώσεις, σχετιζόταν με την αποφυγή και την έκφραση συναισθημάτων. Τέλος, θετικότερες αναπαραστάσεις της ασθένειας σχετικά με την θεραπεία και την έλεγχο της ασθένειας σχετιζόταν θετικά με καλύτερη προσαρμογή στην ασθένεια ως προς την ψυχολογική ευεξία, την κοινωνική λειτουργικότητα και την ζωτικότητα. Αντιθέτως, χειρότερες αναπαραστάσεις σχετικά με τις συνέπειες, τη διάρκεια και την ταυτότητα σχετιζόταν αρνητικά με την ευεξία, την κοινωνική λειτουργικότητα και τη ζωτικότητα.

Φαίνεται λοιπόν τόσο από τα αποτελέσματα των μεταναλύσεων όσο και από τα δεδομένα που παρατίθενται στο σχετικό κεφάλαιο της γενικής εισαγωγής (κεφ. 1.1.7.) ότι οι αναπαραστάσεις διαδραματίζουν ένα πολύ σημαντικό ρόλο στην προσαρμογή στην ασθένεια και τον πόνο (Averous, Charbonnier, & Dany, 2020; Gatchel et al., 2010. Groarke, Curtis, Coughlan, & Gsel, 2005. Hagger et al., 2017; Hagger & Orbell, 2003; Richardson, Schüz, Sanderson, Scott, & Schüz, 2017. Rozema, Völlink, & Lechner, 2009. Sindlinger, Meng, Dorn, Faller, & Schuler, 2019. Turner, Jensen, & Romano, 2000). Αντίστοιχα, υπάρχουν ευρήματα που στηρίζουν πως οι αναπαραστάσεις της ασθένειας σχετίζονται με την ψυχοκοινωνική προσαρμογή και/ή τη θεραπευτική αποτελεσματικότητα σε ανθρώπους με διάφορες ψυχιατρικές νόσους (π.χ. ψυχωσικές διαταραχές, διαταραχή συναισθήματος, μετατραυματική διαταραχή και διαταραχή ελλειμματικής προσοχής) (Averous et al., 2020) σε κάποιες από τις οποίες συχνά μπορεί να συνυπάρχουν τόσο συμπτώματα πόνου ή/και συμπτώματα διάσχισης (π.χ., στη μετατραυματική διαταραχή, Ludäscher et al., 2007).

Ωστόσο, στο βαθμό που μπορούμε να γνωρίζουμε, δεν υπάρχουν μελέτες που να έχουν ασχοληθεί με τη σχέση των αναπαραστάσεων με την διάσχιση. Η μόνη ίσως σχετική μελέτη είναι των Baker et al. (2007), που διερεύνησαν τις αναπαραστάσεις των ασθενών με διαταραχή αποπροσωποποίησης και την σχέση των αναπαραστάσεων με την ένταση των συμπτωμάτων τους και το συναίσθημα. Από αυτή τη μελέτη προέκυψε ότι οι ασθενείς αυτοί είχαν γενικώς αρνητικές αναπαραστάσεις ασθένειας. Η φύση των συμπτωμάτων θεωρείτο από τους ασθενείς κυρίως ψυχολογική αλλά οι αποδόσεις της αιτιολογίας (εμφάνισης) των συμπτωμάτων ήταν εξίσου μοιρασμένες μεταξύ ψυχολογικών και σωματικών παραγόντων. Πάνω από το μισό δείγμα θεωρούσε ότι τα συμπτώματά τους προέκυπταν λόγω μεταβολών στον εγκέφαλο. Μια ισχυρή ταυτότητα ασθένειας, οι ψυχολογικές αποδόσεις για τα αίτια της ασθένειας και ισχυρότερα καταθλιπτικά συμπτώματα σχετιζόταν με εντονότερη συμπτωματολογία αποπροσωποποίησης. Οι μελετητές καταλήγουν ότι τα ευρήματά τους υποστηρίζουν ότι οι αναπαραστάσεις της ασθένειας

στην περίπτωση της διαταραχής αποπροσωποποίησης, σχετίζονται με την αντιλαμβανόμενη από τους ασθενείς ένταση των συμπτωμάτων (Baker et al., 2007).

Καταλήγοντας σε σχέση με τις αναπαραστάσεις, υπάρχει ένας σημαντικός αριθμός μελετών που καταδεικνύουν την σπουδαιότητα των αναπαραστάσεων για την προσαρμογή στην ασθένεια και τον πόνο (κεφ. 1.1.7. και Averous, Charbonnier, & Dany, 2020; Gatchel et al., 2010. Groarke, Curtis, Coughlan, & Gsel, 2005. Hagger et al., 2017; Hagger & Orbell, 2003; Richardson, Schüz, Sanderson, Scott, & Schüz, 2017. Rozema, Völlink, & Lechner, 2009. Sindlinger, Meng, Dorn, Faller, & Schuler, 2019. Turner, Jensen, & Romano, 2000), αλλά δεν υπάρχουν καθόλου μελέτες που να διερευνούν τη σχέση των αναπαραστάσεων με τη διάσχιση, πολύ περισσότερο μάλλον την πιθανότητα η διάσχιση να μεταβάλλει με κάποιους τρόπους τη σχέση μεταξύ αναπαραστάσεων και προσαρμογής στον πόνο.

Β.1.3. Στρατηγικές διαχείρισης και η σχέση τους με τη διάσχιση

Από το μοντέλο της κοινής λογικής ήδη διαφαίνεται η σπουδαιότητα των στρατηγικών διαχείρισης για την προσαρμογή στην ασθένεια. Ως προς τη σχέση της διάσχισης με τις στρατηγικές διαχείρισης, έχει βρεθεί συσχέτιση μεταξύ διάσχισης και παθητικών στρατηγικών διαχείρισης (Lee & Oh, 2009). Επιπλέον έχει βρεθεί θετική συσχέτιση μεταξύ διάσχισης και δυσπροσαρμοστικών στρατηγικών διαχείρισης (δηλαδή τις αποφευκτικές στρατηγικές διαχείρισης όπως η απόσπαση, η άρνηση, η συμπεριφορική απεμπλοκή και την εκτόνωση (Badura et al., 1997), αλλά και θετική συσχέτιση μεταξύ διάσχισης και της χρήσης στρατηγικών διαχείρισης όπως η αποστασιοποίηση, η αποφυγή, η αντιπαράθεση, ο αυτοέλεγχος και η θετική αναπλαισίωση (LaChapelle & Hadjistavropoulos, 2004). Συγκεκριμένα, οι δύο τελευταίες μελέτες αναφέρονται σε ασθενείς με πόνο. Η μελέτη των Badura et al. (1997), αφορούσε γυναίκες με πυελικό πόνο, ενώ των LaChapelle και Hadjistavropoulos (2004), ασθενείς με χρόνιο πόνο. Παρά το μικρό αριθμό μελετών που ασχολούνται με το ζήτημα, η διερεύνηση της πιθανής επίδρασης ή σχέσης της διάσχισης με την χρήση στρατηγικών διαχείρισης στο χρόνιο νόσημα και τον χρόνιο πόνο είναι καθοριστικής

σημασίας δεδομένου ότι οι στρατηγικές διαχείρισης είναι μείζονος σημασίας για την προσαρμογή στο νόσημα (Badura et al., 1997. Lee & Oh, 2009. LaChapelle & Hadjistavropoulos, 2004).

Β.1.4. Άγχος και κατάθλιψη και η σχέση τους με τη διάσχιση

Γνωρίζουμε ήδη ότι ο χρόνιος πόνος συχνά συνυπάρχει με συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης (π.χ., Arango-Dávila & Rincón-Hoyos, 2018; Woo, 2010). Για τους ασθενείς με χρόνιο πόνο οι LaChapelle και Hadjistavropoulos (2004) βρήκαν πως εντονότερη διασχιστική συμπτωματολογία σχετίζεται με μεγαλύτερη συναισθηματική δυσφορία, περισσότερη κατάθλιψη και άγχος. Παρόλα αυτά οι μελέτες εστιάζουν περισσότερο στη σχέση μεταξύ διάσχισης και άγχους/κατάθλιψης σε συγκεκριμένες ψυχοπαθολογικές ή τραυματικές καταστάσεις. Για παράδειγμα, οι Ferguson και Dacey (1997), βρήκαν σε ένα δείγμα γυναικών που είχαν υποστεί παιδική ψυχολογική κακοποίηση πως τα συμπτώματα άγχους, κατάθλιψης και διάσχισης συνυπήρχαν σε σημαντικά υψηλότερο βαθμό απ' ότι σε ένα δείγμα γυναικών που δεν είχε υποστεί κακοποίηση. Αντίστοιχα οι Azoulay et al. (2020), εξέτασαν 1058 εργαζόμενους σε νοσοκομεία (νοσηλευτές και γιατρούς) που διαχειρίζονταν ασθενείς με COVID-19 και βρήκαν αρκετά υψηλή συνύπαρξη συμπτωμάτων άγχους, κατάθλιψης και διάσχισης (50.4%, 30.4%, και 32% αντίστοιχα).

Ωστόσο, υπάρχει ένα σημαντικό κενό στη μελέτη των συμπτωμάτων αυτών σε πληθυσμούς ασθενών με χρόνιο νόσημα και ασθενείς με χρόνιο πόνο. Μια τέτοιου τύπου διερεύνηση θα ήταν καθοριστικής σημασίας σε σχέση με την προσαρμογή και τη διαχείριση του χρόνιου πόνου και του χρόνιου νοσήματος γενικότερα, καθώς θα προσδιόριζε με μεγαλύτερη ακρίβεια τις αδυναμίες, τη συμπτωματολογία και τους στόχους παρέμβασης που θα οδηγούσαν σε μια καλύτερη προσαρμογή.

Β.1.5. Ποιότητα της ζωής και η σχέση τους με τη διάσχιση

Τέλος, το ζήτημα της συσχέτισης της διάσχισης με την ποιότητα της ζωής δεν έχει διερευνηθεί διεξοδικά, όχι μόνο στους πληθυσμούς των ασθενών με χρόνιο νόσημα με ή χωρίς πόνο αλλά γενικά. Οι Ozdemir, Boysan, Guzel Ozdemir, και Yilmaz (2015) εξέτασαν ένα δείγμα

583 ανθρώπων δύο χρόνια μετά από την εμπειρία ενός σοβαρού σεισμού και βρήκαν ότι εκείνοι που είχαν εντονότερα συμπτώματα διάσχισης είχαν μεγαλύτερο κίνδυνο για εμφάνιση μετατραυμτικής διαταραχής, αυτοκτονικότητα και φτωχή ποιότητα ζωής. Ακόμα βρήκαν πως η διάσχιση διαμεσολαβούσε τη σχέση μεταξύ ΜΤΔ και φτωχής ποιότητας ζωής. Επιπλέον, οι Latalova, Prasko, Diveky, Kamaradova, και Velartova (2010), εξέτασαν 23 ασθενείς με διπολική διαταραχή και βρήκαν πως ασθενείς με εντονότερη διασχιστική συμπτωματολογία είχαν φτωχότερη ποιότητα ζωής σε σχέση με τις κοινωνικές τους δραστηριότητες. Η σχέση της διάσχισης με την ποιότητα της ζωής στον πόνο και τους ασθενείς με χρόνιο νόσημα ειδικά, δεν έχει μελετηθεί από όσο μπορούμε να γνωρίζουμε και χρήζει περαιτέρω διερεύνησης. Μια τέτοιου τύπου διερεύνηση δεν θα διαφώτιζε μόνο την επιτυχημένη ή την αποτυχημένη προσαρμογή στο νόσημα όταν συνυπάρχουν συμπτώματα διάσχισης, αλλά θα μπορούσε και να υποδείξει σε ποιους τομείς της ζωής παρατηρείται μεγαλύτερη επιβάρυνση ώστε οι παρεμβάσεις να γίνονται στοχευμένα σε αυτούς.

Ακόμα, υπάρχει μεγάλη διαφωνία ως προς την λειτουργία της διάσχισης, καθώς κάποιοι ερευνητές την προσεγγίζουν ως μηχανισμό διαχείρισης (Briere et al., 2010), άλλοι ως προσπάθεια ρύθμισης του συναισθήματος (Ford, 2013), και άλλοι ως αδυναμία ρύθμισης του συναισθήματος (Hebert et al., 2018). Διαφωνία όμως υπάρχει και σε σχέση με την ωφελιμότητα ή την βλαπτικότητα της διάσχισης ως αντίδραση, κάτι που έχει όμως ήδη αναλυθεί εκτενώς σε προηγούμενες ενότητες. Σε αυτή τη μελέτη δεν μπορεί να προσδιοριστεί η ωφελιμότητα ή η βλαπτικότητα, θα ήταν όμως εφικτό και ωφέλιμο, να παρατηρηθεί αν τα διασχιστικά συμπτώματα στους χρόνιους ασθενείς με ή χωρίς πόνο συνυπάρχουν με μια γενικότερη επιβαρυμένη προσαρμογή στο νόσημα.

Β.1.6. Σκοποί και υποθέσεις της μελέτης

Στην παρούσα μελέτη, προκειμένου να αντιμετωπιστούν και να διερευνηθούν τα παραπάνω ερωτήματα, συμμετείχαν δύο ομάδες ασθενών, μία με διάφορα χρόνια νοσήματα χωρίς πόνο και

μία με διάφορα χρόνια νοσήματα με χρόνιο πόνο. Η μελέτη αυτή ήταν συναφειακή. Οι ειδικοί σκοποί της μελέτης αυτής προσδιορίζονται ως εξής:

Πρωταρχικός σκοπός αυτής της μελέτης, είναι η διερεύνηση της σχέσης της σωματόμορφης διάσχισης με τον χρόνιο πόνο και το χρόνιο νόσημα. Υποθέτουμε πως οι ασθενείς με χρόνιο πόνο θα εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα διάσχισης από τους ασθενείς με χρόνιο νόσημα χωρίς πόνο. Το χρόνιο νόσημα απαιτεί συνεχή εμπλοκή του ασθενούς με το νόσημα, καθώς μπορεί να απαιτούνται συχνές επισκέψεις στο γιατρό, επαναλαμβανόμενες εξετάσεις ή παρεμβάσεις (π.χ. ρύθμιση της αγωγής ή αιμοκάθαρση κλπ.), ενασχόληση με τη διαχείρισή του (π.χ., στην περίπτωση του διαβήτη καθημερινές ενέσεις ινσουλίνης), ενώ ενδεχομένως να απαιτείται και μια επαγρύπνηση στην παρατήρηση των σωματικών λειτουργιών (όπως, π.χ., στην περίπτωση των καρδιαγγειακών νοσημάτων) (Edmondson, 2014). Ο πόνος όμως, ως ένα συνεχόμενο επιβαρυντικό σύμπτωμα (είτε λόγω της έντασης ή/και της παρεμβολής του στην καθημερινή ζωή), ενδεχομένως να λειτουργεί τόσο τραυματικά στους ασθενείς που υποφέρουν από ανάλογο πρόβλημα υγείας, ώστε να τους ωθεί να αναπτύξουν συμπτώματα διάσχισης, προκειμένου να αποκοπούν από τη συνειδητή επεξεργασία των εμπειριών τους (American Psychiatric Assosiation, 2013) ή, με δυο λόγια, να αποσυνδεθούν από το σώμα και το βίωμα τους.

Ένας ακόμα σκοπός αυτής της μελέτης είναι να διερευνηθεί αν η σχέση της διάσχισης με την ένταση και την παρεμβολή του πόνου διαφοροποιείται στα χρόνια νοσήματα ανάλογα με την ύπαρξη ή όχι χρόνιου πόνου και, αν ναι, προς ποια κατεύθυνση. Η δική μας υπόθεση είναι ότι στην ομάδα χρόνιου πόνου, υψηλότερη διάσχιση θα σχετίζεται με λιγότερη ένταση πόνου, αντίθετα από την αντίστοιχη υπόθεσή μας στη Μελέτη 1. Σε αυτούς τους ασθενείς, ο πόνος δεν είναι οξύς, ούτε γίνεται αντιληπτός υπό το πρίσμα κάποιου σοκ. Αντιθέτως, είναι αναμενόμενος και επαναλαμβανόμενος και, συνεπώς, υποθέτουμε ότι η διάσχιση θα είναι το αποτέλεσμα της προσπάθειας για αποσύνδεση από την τραυματική εμπειρία. Ο χρόνιος πόνος και η αναζήτηση ανακούφισης από αυτόν συχνά καθίσταται κεντρικό ζήτημα στην ζωή των ασθενών (Bhana,

Thompson, Alchin, & Thompson, 2015. Crombez, Morley, McCracken, Sensky, & Pincus, 2003. Lachapelle, Lavoie, & Boudreau, 2008. Smith et al., 2018). Επιπλέον, υπάρχουν ενδείξεις πως κάποια είδη πόνου γίνονται αντιληπτά ως αναπόφευκτα και ενεργοποιούν συγκεκριμένες εγκεφαλικές περιοχές και αντιδράσεις (Ahmad και Zakaria, 2015. Lumb, 2002), ενώ η υποδιαχείριση του χρόνιου πόνου είναι επίσης συχνότατο φαινόμενο (βλ., π.χ., Resnik & Rehm, 2001. Rupp και Delaney, 2004. Taylor, 2007). Πιθανά λοιπόν η ανάπτυξη των διασχιστικών συμπτωμάτων να εμφανίζεται ως προσπάθεια αντιμετώπισης ή διαφυγής από ένα αναπόφευκτο και αβάσταχτο τραύμα (Brand, Webermann, & Frankel, 2016. Lahav & Elklit, 2016. Schimmenti & Caretti, 2016. Zerubavel & Messman-Moore, 2015).

Επιπρόσθετα, ειδικά στην ομάδα των ασθενών με χρόνιο πόνο, επιδιώκουμε να διερευνήσουμε (1) τη σχέση μεταξύ σωματόμορφης διάσχισης και έντασης και παρεμβολής του πόνου, (2) τη σχέση της διάσχισης με σημαντικές μεταβλητές προσαρμογής στον χρόνιο πόνο (δηλαδή, αναπαραστάσεις, στρατηγικές διαχείρισης, άγχος/κατάθλιψη και ποιότητα της ζωής) , καθώς και (3) αν ο βαθμός διάσχισης επιδρά στη σχέση μεταξύ των μεταβλητών προσαρμογής στον χρόνιο πόνο και την ένταση/ παρεμβολή του πόνου.

Όπως συζητήθηκε και παραπάνω, υποθέτουμε ότι (1) υψηλότερη διάσχιση θα σχετίζεται με ηπιότερη ένταση του πόνου και λιγότερη παρεμβολή, (2) ωστόσο, θεωρούμε ότι η διάσχιση θα σχετίζεται αρνητικά με τις αναπαραστάσεις της ασθένειας, και με όλους τους δείκτες της ποιότητας της ζωής. Η υπόθεση μας γύρω από τις αρνητικές αναπαραστάσεις καθοδηγείται από την πιθανότητα η αποσυνδετική φύση της διάσχισης να παρεμποδίζει τους ασθενείς να διαμορφώσουν ρεαλιστικές εντυπώσεις για την πάθηση τους, ωθώντας τους να απεμπλακούν από αυτή, παρά να τη χειριστούν.

Αν και η υπάρχουσα βιβλιογραφία που διερευνά τη σχέση της διάσχισης με την ποιότητα της ζωής είναι εξαιρετικά περιορισμένη (Latalova, Prasko, Diveky, Kamaradova, & Velartova, 2010. Ozdemir, Boysan, Guzel Ozdemir, & Yilmaz, 2015), διαφαίνεται πως τα διασχιστικά

συμπτώματα συνυπάρχουν με μια επιβάρυνση στην ποιότητα της ζωής και βάση αυτών των μελετών καθοδηγείται και η παρούσα υπόθεση.

Επιπλέον, αν και δεν υπάρχουν σχετικά ευρήματα πιστεύουμε ότι θα υπάρχει θετική συσχέτιση μεταξύ της διάσχισης και της καταστροφοποίησης του πόνου. Το σκεπτικό αυτής της υπόθεσης βασίζεται στην εκτίμηση ότι οι άνθρωποι που θα έχουν περισσότερα συμπτώματα διάσχισης ενδεχομένως να είναι αποκομμένοι από τις εμπειρίες τους και να δυσκολεύονται περισσότερο να παρατηρήσουν τις μεταβολές στην ένταση του πόνου τους και να συνεχίζουν να τον θεωρούν το ίδιο καταστροφικό ανεξαρτήτως από τις πιθανές διακυμάνσεις στην ένταση του πόνου που μπορεί να βιώνουν.

Επιπλέον, όπως και σε άλλες σχετικές μελέτες (Azoulay et al., 2020. Ferguson, & Dacey, 1997. LaChapelle & Hadjistavropoulos, 2004), αναμένουμε θετική συσχέτιση μεταξύ της διάσχισης με το άγχος, την κατάθλιψη και της αποφευκτικές στρατηγικές διαχείρισης (Badura et al., 1997). Επιπλέον, οι Briere, Hodges και Godbouet (2010), έχουν προτείνει πως η διάσχιση μπορεί να είναι μια στρατηγική αποφυγής και οι Zerubavel και Messman-Moore (2015), προτείνουν ως θεραπεία επιλογής στα διασχιστικά συμπτώματα την εκπαίδευση στην ενσυνειδητότητα, προκειμένου να μειωθεί η ανάγκη τους να καταφεύγουν σε στρατηγικές αποφυγής. Έτσι, φαίνεται πως υπάρχει μια γενικότερη συναίνεση γύρω από την συσχέτιση της διάσχισης με τις στρατηγικές αποφυγής, η οποία πιστεύουμε θα αποτυπωθεί και στην παρούσα μελέτη.

Αναφορικά με το τρίτο ερώτημα, δεν μπορέσαμε να βρούμε ούτε μία σχετική μελέτη που να έχει ασχοληθεί με το ζήτημα. Κατά συνέπεια, δεν υπάρχουν ερευνητικά ή και θεωρητικά δεδομένα που να μπορούν να προσδιορίσουν την κατεύθυνση αυτής της σχέσης. Δεδομένου, μάλιστα, ότι παρεμβάλλονται πολλοί παράγοντες, είναι ένα σύνθετο και ανεξερεύνητο ερώτημα για το οποίο είναι δύσκολο να διατυπώσουμε συγκεκριμένες υποθέσεις. Παρόλα αυτά, θεωρούμε ότι αξίζει τον κόπο η διερεύνησή του, καθώς αυτό μπορεί πιθανώς να συντελέσει στην καλύτερη κατανόηση του

ευρύτερου ρόλου της διάσχισης στο χρόνιο πόνο. Στον Πίνακα 18 παρατίθεται μια συνοπτική αντιστοίχιση των υπαρχουσών θεωρητικών κενών με τις υποθέσεις της παρούσας μελέτης.

Πίνακας 18

Αντιστοίχιση Θεωρητικών Κενών με τις Υποθέσεις της Παρούσας Μελέτης 2

Κενά	**Υποθέσεις**
• Η σχέση της διάσχισης με τον πόνο έχει διερευνηθεί σε ομάδες ασθενών που η διάσχιση και ο πόνος προκύπτουν ως σύμπτωμα ψυχιατρικών διαταραχών • Ως τώρα, όποια διερεύνηση της σχέσης της διάσχισης με τον χρόνιο πόνο, αφορά μόνο ένα συγκεκριμένο είδος πάθησης	Ο χρόνιος πόνος θα σχετίζεται με την σωματόμορφη διάσχιση ανεξάρτητα από τη διάγνωση
Δεν έχουν πραγματοποιηθεί συγκρίσεις με δείγμα ασθενών με χρόνιο νόσημα χωρίς πόνο ώστε να διερευνηθεί αν (α) η διάσχιση σχετίζεται ειδικά με τον πόνο ή με το τραύμα που προκύπτει από το νόσημα και αν (β) η διάσχιση στους ασθενείς τροποποιεί το βίωμα του πόνου (π.χ. σε επίπεδο έντασης ή παρεμβολής) (γ) αν η διάσχιση σχετίζεται με της μεταβλητές προσαρμογής στον χρόνιο πόνο	(α) Υποθέτουμε πως οι ασθενείς με χρόνιο πόνο θα εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα διάσχισης από τους ασθενείς με χρόνιο νόσημα χωρίς πόνο (β) Υποθέτουμε ότι στην ομάδα χρόνιου πόνου, υψηλότερη διάσχιση θα σχετίζεται με λιγότερη ένταση πόνου (γ) Υψηλότερη διάσχιση θα σχετίζεται αρνητικά με τις αναπαραστάσεις της ασθένειας και όλους τους δείκτες της ποιότητας της ζωής εκτός από τον πόνο που θα σχετίζεται θετικά. Θετική συσχέτιση θα υπάρχει και με την καταστροφοποίηση του πόνου, το άγχος, την κατάθλιψη και τη χρήση αποφευκτικών στρατηγικών διαχείρισης
Η πιθανή επίδραση της διάσχισης στη σχέση των μεταβλητών προσαρμογής στο πόνο με την ένταση και την παρεμβολή του χρόνιου πόνου	Δεν υπάρχουν μελέτες για να καθορίσουν την κατεύθυνση της υπόθεσης, ωστόσο αξίζει να διερευνηθεί προκειμένου να γίνει καλύτερα κατανοητός ο ευρύτερος ρόλος της διάσχισης στο χρόνιο πόνο

Β.2. Μέθοδος

Β.2.1. Συμμετέχοντες και Διαδικασία

Η έρευνα αυτή ήταν τμήμα μίας μεγαλύτερης έκτασης ερευνητικού έργου για τον χρόνιο πόνο, το ΑΛΓΕΑ (για περισσότερες πληροφορίες, εδώ: http://www.ucy.ac.cy/algea/en/algea-project/general-information) με σκοπό την διερεύνηση των επιδημιολογικών στοιχείων των χρόνιων

ασθενών στην Ελλάδα και την Κύπρο και την ανάπτυξη μιας νέας ομαδικής θεραπευτικής προσέγγισης για τη διαχείριση του χρόνιου πόνου. Το δείγμα προέκυψε από ασθενείς που προσέρχονταν στο Ιατρείο πόνου του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου Κρήτης, από ασθενείς της Νεφρολογικής και της Καρδιολογικής κλινικής του ίδιου νοσοκομείου, από ασθενείς του Συλλόγου Ρευματοπαθών στο Ηράκλειο Κρήτης, από ασθενείς του Γενικού Νοσοκομείου Λευκωσίας, και του Ινστιτούτου Νευρολογίας και Γενετικής Κύπρου και έχει λάβει την σχετική έγκριση από την Επιτροπή Δεοντολογίας του Πανεπιστημίου Κρήτης (Αρ. Πρωτ. ΕΠΙ.Δ.Ε.: 13/11-02-2013).

Συμμετείχαν δύο ομάδες ασθενών: (1) ασθενείς με χρόνιο νόσημα, χωρίς χρόνιο πόνο και (2) ασθενείς με χρόνιο νόσημα και χρόνιο πόνο. Οι ασθενείς ήταν άνω των 18 ετών, μιλούσαν και έγραφαν άπταιστα ελληνικά, ώστε να κατανοούν τις ερωτήσεις, δεν είχαν σοβαρό ψυχιατρικό ιστορικό (π.χ., ψύχωση, αυτοκτονικό ιδεασμό) και δεν λάμβαναν ψυχοφάρμακα συστηματικά, και δεν είχαν διαγνωστεί με καρκίνο. Οι ασθενείς προσεγγίζονταν από το βοηθό έρευνας, ενημερωνόταν για τους σκοπούς της μελέτης και αφού υπέγραφαν το έντυπο συγκατάθεσης για την συμμετοχή τους, συμπλήρωναν τα ερωτηματολόγια κατά την διάρκεια της αναμονής είτε στον προθάλαμο ή σε χωριστό δωμάτιο, πριν το προγραμματισμένο ραντεβού τους με τον γιατρό.

Στην μελέτη συμμετείχαν 284 άτομα. Εξ' αυτών οι 161 ήταν ασθενείς με χρόνιο νόσημα που συνοδεύεται από χρόνιο πόνο (129 γυναίκες και 32 άνδρες) με μέσο όρο ηλικίας τα 53.51 έτη (*Τ.Α.*=12.40*)*, ενώ οι 123 ήταν ασθενείς με χρόνιο νόσημα χωρίς πόνο (45 γυναίκες και 78 άνδρες) με μέσο όρο ηλικίας τα 60.57 έτη (*Τ.Α.*= 13.06*)*. Οι ασθένειες ανά ομάδα ασθενών περιγράφονται αναλυτικά στον Πίνακα 19. Οι διαγνώσεις τους είχαν γίνει από το 1962 ως το 2014. Το 26.4% των ασθενών είχε ανώτατη εκπαίδευση, το 29.9% είχαν ολοκληρώσει την φοίτηση στο λύκειο, το 14.4% φοίτησαν ως το γυμνάσιο και το 28.9% του δείγματος φοίτησαν ως το δημοτικό ή μερικές τάξεις του δημοτικού. Η οικογενειακή τους κατάσταση παρουσιάζεται αναλυτικά στον Πίνακα 20.

Πίνακας 19

Κατηγορίες Νοσημάτων στις Ομάδες Ασθενών με Πόνο και Χωρίς Πόνο

Ασθενείς με πόνο			Ασθενείς χωρίς πόνο		
Είδος ασθένειας	*N*	%	*Είδος ασθένειας*	*N*	%
Ρευματοειδής αρθρίτιδα	75	46.58	Νεφρολογικά προβλήματα	46	37.40
Κεφαλαλγίες	12	7.45	Αρρυθμίες	22	17.89
Μυοσκελετικά προβλήματα	60	32.27	Υπέρταση	9	7.32
Ινομυαλγία	14	8.70	Έμφραγμα μυοκαρδίου	20	16.26
			Στεφανιαία νόσος	19	15.45
			Άλλα καρδιολογικά προβλήματα	7	5,70

Πίνακας 20

Οικογενειακή Κατάσταση στο Συνολικό Δείγμα

	N	%
Έγγαμος	186	65,5
Συγκατοίκηση	7	2,5
Άγαμος	35	12.3
Διαζευγμένος	29	10.2
Σε διάσταση	5	1.8

Β.2.2. Εργαλεία

Διάσχιση

Το Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ-20. Nijenhuis, Spinhoven, Van Dyck, Van der Hart, & Vanderlinden, 1996) χρησιμοποιήθηκε για την αξιολόγηση της σωματόμορφης διάσχισης. Αποτελείται από 20 προτάσεις που περιγράφουν διάφορα σωματικά συμπτώματα της διάσχισης (π.χ., Το σώμα μου, ή κάποιο μέρος του μοιάζει μουδιασμένο. Το σώμα μου ή κάποιο μέρος του γίνεται αναίσθητο στον πόνο) που ενδεχομένως βίωσε κάποιος κατά τη διάρκεια του

τελευταίου χρόνου. Οι συμμετέχοντες αξιολογούν κατά πόσο εμφανίζουν τα συμπτώματα αυτά απαντώντας σε μία πενταβάθμια κλίμακα τύπου Likert που κυμαίνεται από το 1 = "καθόλου" ως το 5 = "απόλυτα", με υψηλότερες βαθμολογίες να υποδεικνύουν περισσότερη διάσχιση. Επίσης, οι συμμετέχοντες καλούνται να απαντήσουν αν ο γιατρός τους έχει συνδέσει τα συμπτώματα αυτά με κάποια πάθηση και να την κατονομάσουν (Cronbach's *a* = 0.72). Για την απόδοση στα ελληνικά ακολουθήθηκε ακριβώς η ίδια διαδικασία που περιγράφεται στην Μελέτη 1 (κεφ. Α.2.3.).

Ένταση και επίδραση του πόνου

Χρησιμοποιήθηκε το Brief Pain Inventory (Cleeland, 1989, 2009. Προσαρμογή στα ελληνικά: Mystakidou et al., 2001) για την αξιολόγηση (1) της έντασης του πόνου και (2) της επίδρασης του πόνου στην καθημερινή ζωή και τη λειτουργικότητα των ασθενών. Οι ασθενείς αξιολογούσαν τον πιο έντονο και τον πιο ήπιο πόνο που είχαν την τελευταία εβδομάδα, τον μέσο όρο του πόνου που νιώθουν και τον πόνο που ένιωθαν εκείνη την στιγμή σε μία 10βάθμια κλίμακα τύπου Likert, που κυμαίνονταν από 0 = "καθόλου πόνος" ως το 10 = "ο χειρότερος πόνος που μπορείς να φανταστείς" (Cronbach's *a* = 0.86). Η παρεμβολή του πόνου υπολογίζεται από το μέσο όρο επτά προτάσεων που αναφέρονται στο βαθμό που ο πόνος τους παρεμβλήθηκε σε διάφορες καθημερινές δραστηριότητες (π.χ., γενικές δραστηριότητες, περπάτημα, διάθεση, σχέση με τους άλλους, ύπνος), κατά την διάρκεια της προηγούμενης εβδομάδας και αξιολογήθηκε σε μία κλίμακα τύπου Likert με διαβάθμιση από το 0 = "καθόλου παρεμβολή" ως το 10 = "απόλυτη παρεμβολή" (Cronbach's *a* = .90).

Άγχος και Κατάθλιψη

Το Hospital Anxiety and Depression Scale (Zigmond, & Snaith, 1983), όπως έχει προσαρμοστεί στα ελληνικά (Mystakidou et al, 2004) χρησιμοποιήθηκε για την αξιολόγηση του άγχους και της κατάθλιψης στους ασθενείς. Η κλίμακα αποτελείται από 14 ερωτήσεις. Επτά εξ' αυτών αφορούν στην κατάθλιψη (Cronbach's *a* = 0.73) και επτά στο άγχος (Cronbach's *a* = 0.80). Οι συμμετέχοντες επιλέγουν σε μία 4-βάθμια κλίμακα που κυμαίνεται από 0 έως 3 σε ποιο βαθμό ανταποκρίνεται στην εμπειρία τους κάθε μια από τις προτάσεις. Το συνολικό σκορ μπορεί να κυμαίνεται από 0 έως 42 (Cronbach's *a* = 0.84). Υψηλότερα σκορ, υποδεικνύουν εντονότερη συμπτωματολογία. Στην παρούσα μελέτη χρησιμοποιήθηκαν και οι τρεις προαναφερθέντες δείκτες.

Καταστροφοποίηση του πόνου

Το Pain Catastrophising Scale (PCS: Sullivan, Bishop, & Pivik, 1995 προσαρμογή στα ελληνικά, Papaioannou et al., 2009) χρησιμοποιήθηκε για την αξιολόγηση του βαθμού καταστροφοποίησης του πόνου. Η κλίμακα περιλαμβάνει 13 προτάσεις που αξιολογούν τον μηρυκασμό (4 ερωτήσεις: π.χ. *Δεν* μπορώ να σταματήσω να σκέφτομαι πόσο πονάω), τη μεγέθυνση (3 ερωτήσεις: π.χ. Φοβάμαι μήπως συμβεί κάτι σοβαρό) και το αίσθημα αβοηθητότητας (6 ερωτήσεις: π.χ. Νιώθω πως δεν μπορώ να συνεχίσω). Οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να απαντήσουν, σε ποιο βαθμό ένιωθαν καθένα από τα συναισθήματα ή τις σκέψεις που περιέγραφαν οι προτάσεις της κλίμακας. Οι απαντήσεις δόθηκαν σε μία κλίμακα τύπου Likert που κυμαίνονταν από 0 "καθόλου" ως 4 "συνέχεια". Η ελληνική έκδοση του PCS Greek παρουσιάζει ικανοποιητική εγκυρότητα, υψηλή αξιοπιστία και παραγοντική δομή, παρόμοια με την Αγγλική έκδοση. Το συνολικό σκορ του PCS χρησιμοποιείται ως τελικός δείκτης αξιολόγησης της καταστροφοποίησης του πόνου (Cronbach's *a* = 0.94).

Στρατηγικές Διαχείρισης Δυσάρεστων Καταστάσεων

Χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο COPE-B (Carver, 1997), όπως έχει προσαρμοστεί στα ελληνικά (Ντίνου, Μωραΐτου, Παπαντωνίου, Καλογιαννίδου & Παπαντωνίου, 2013). Αποτελείται από 28 προτάσεις στις οποίες οι συμμετέχοντες καλούνται να υποδείξουν πόσο συχνά χρησιμοποιούν την κάθε στρατηγική για την αντιμετώπιση του άγχους στην ζωή τους. Οι απαντήσεις δίνονται σε μία τετραβάθμια κλίμακα τύπου Likert όπου κυμαίνεται από 0 = "καθόλου" έως 4 = "πολύ". Η κλίμακα περιλαμβάνει 14 διαφορετικές στρατηγικές κάθε μία από τις οποίες αξιολογείται από δύο ερωτήσεις. Οι στρατηγικές αυτές είναι: απόσπαση προσοχής (Cronbach's *a* = 0.58), ενεργή διαχείριση (Cronbach's *a* = 0.43), άρνηση (Cronbach's *a* = 0.62), χρήση ουσιών (Cronbach's *a* = 0.86), χρήση συναισθηματικής στήριξης (Cronbach's *a* = 0.77), χρήση πρακτικής στήριξης (Cronbach's *a* = 0.68), συμπεριφορική απεμπλοκή (Cronbach's *a* = 0.51), γκρίνια (Cronbach's *a* = 0.48), θετική αναδιαμόρφωση (Cronbach's *a* = 0.69), σχεδιασμό (Cronbach's *a* = 0.67), χιούμορ (Cronbach's *a* = 0.61), αποδοχή (Cronbach's *a* = 0.64), τη θρησκεία (Cronbach's *a* = 0.79), αυτό- κατηγορία (Cronbach's *a* = 0.57). Οι υπό- κλίμακες με χαμηλή εσωτερική αξιοπιστία (<.60) δεν συμπεριλήφθηκαν στις αναλύσεις.

Αναπαραστάσεις Ασθένειας

Οι αναπαραστάσεις ασθένειας μετρήθηκαν με το Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R: Moss-Morris et al., 2002), όπως έχει προσαρμοστεί στα ελληνικά (Giannousi, Manaras, Georgoulias & Samonis, 2010). Αξιολογήθηκαν οι επτά διαστάσεις των αναπαραστάσεων ασθένειας που περιλαμβάνονται στην κλίμακα: τη διάρκεια που περιλαμβάνει πεποιθήσεις ότι η ασθένεια θα διαρκέσει για μεγάλο χρονικό διάστημα (6 ερωτήσεις: π.χ., Η ασθένεια μου θα κρατήσει για πολύ καιρό) (Cronbach's *a* = 0.78), περιοδικότητα, που περιλαμβάνει πεποιθήσεις σχετικές με την προβλεψιμότητα και την μεταβλητότητα της ασθένειας (4 ερωτήσεις: π.χ., Η ασθένεια μου είναι πολύ απρόβλεπτη) (Cronbach's *a* = 0.89), τις συνέπειες, που αναφέρεται στις

πιθανές επιπτώσεις που μπορεί να προκύψουν απ' το πρόβλημα υγείας (6 ερωτήσεις: π.χ., Η ασθένεια μου έχει σοβαρές επιπτώσεις στην ζωή μου) (Cronbach's *a* = 0.78), τον προσωπικό έλεγχο που αναφέρεται στις πεποιθήσεις του ασθενή για το πόσο θεωρεί ότι έχει έλεγχο στην έκβαση της ασθένειας (6 ερωτήσεις: π.χ., Η έκβαση της ασθένειας εξαρτάται από μένα) (Cronbach's *a* = 0.78), το θεραπευτικό έλεγχο, που αναφέρεται στις εκτιμήσεις για την δυνατότητα της θεραπείας να ελέγξει την ασθένεια (5 ερωτήσεις: π.χ., Η θεραπεία μου μπορεί να ελέγξει την ασθένεια μου) (Cronbach's *a* = 0.76), τη συνοχή, αντανακλά την ικανότητα του ασθενή να κατανοήσει την ασθένεια (5 ερωτήσεις: π.χ., Έχω καθαρή εικόνα ή κατανόηση της ασθένειας μου) (Cronbach's *a* = 0.84) και τις αναπαραστάσεις του συναισθήματος, που αξιολογούν τις συναισθηματικές επιπτώσεις της ασθένειας (6 ερωτήσεις: π.χ., Η ασθένεια μου με κάνει να φοβάμαι) (Cronbach's *a* = 0.86). Οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να απαντήσουν για τις αναπαραστάσεις τους σχετικά με την χρόνια ασθένεια με την οποία είχαν διαγνωστεί. Το ερωτηματολόγιο χρησιμοποιεί μια πενταβάθμια κλίμακα Likert που κυμαίνεται από το 1 = "διαφωνώ απόλυτα" ως το 5 = "συμφωνώ απόλυτα". Μεγαλύτερες βαθμολογίες αντανακλούν πιο ισχυρές αναπαραστάσεις.

Ποιότητα της Ζωής

Το ερωτηματολόγιο RAND SF 36 (Ware & Sherbourne,1992) χρησιμοποιήθηκε για την αξιολόγηση των σχετικών με την παρούσα μελέτη δεικτών της ποιότητας της ζωής. (Για την ελληνική προσαρμογή βλ., Pappa, Kontodimopoulos, & Niakas, 2005). Περιλαμβάνονται 8 υποκλίμακες: φυσική λειτουργικότητα, περιορισμοί ρόλων λόγω των προβλημάτων υγείας, περιορισμοί ρόλων λόγω συναισθηματικών προβλημάτων, ενέργεια/ κόπωση, συναισθηματική ευεξία, κοινωνική λειτουργικότητα, πόνος, γενική υγεία. Το τελικό σκορ που προκύπτει σε κάθε κλίμακα κυμαίνεται από το 0 ως το 100 έτσι ώστε υψηλότερα σκορ να υποδεικνύουν καλύτερη ποιότητα ζωής και ευημερία. Οι υποκλίμακες που χρησιμοποιήθηκαν στην παρούσα μελέτη είναι η φυσική λειτουργικότητα (10 ερωτήσεις, π.χ., Η τωρινή κατάσταση της υγείας σας, σας περιορίζει

σε αυτές τις δραστηριότητες όπως η μετακίνηση ενός τραπεζιού, το σπρώξιμο μιας ηλεκτρικής σκούπας,το κολύμπι ή όταν παίζετε ρακέτες στην παραλία;) (Cronbach's *a* = 0.91), η ενέργεια/κόπωση (4 ερωτήσεις, π.χ. Αισθανόσασταν εξάντληση;) (Cronbach's *a* = 0.81), η συναισθηματική ευεξία (5 ερωτήσεις, π.χ. Ήσασταν ευτυχισμένος/η;) (Cronbach's *a* = 0.84), ο πόνος (2 ερωτήσεις, π.χ. Πόσο σωματικό πόνο νιώσατε τις τελευταίες 4 εβδομάδες;) (Cronbach's *a* = 0.88), καθώς και η γενική υγεία (5 ερωτήσεις, π.χ. Μου φαίνεται ότι αρρωσταίνω λίγο ευκολότερα από άλλους ανθρώπους) (Cronbach's *a* = 0.76).

Β.3. Αναλύσεις

Η προκαταρκτική διερεύνηση για την ομοιογένεια του δείγματος και τον εντοπισμό πιθανών διαφορών στους μέσους όρους των δημογραφικών μεταβλητών πραγματοποιήθηκε με χ^2 και με έλεγχο μη συσχετισμένων τιμών t. Οι συγκρίσεις στην ένταση των συμπτωμάτων διάσχισης μεταξύ των δύο ομάδων πραγματοποιήθηκε με έλεγχο μη συσχετισμένων τιμών t. Οι πιθανές συσχετίσεις των μεταβλητών προσαρμογής στον πόνο με την διάσχιση ελέγχθηκαν με τον υπολογισμό του συντελεστή συσχέτισης Spearman. Η σχέση της διάσχισης στην ομάδα ασθενών με χρόνιο πόνο, με τις μεταβλητές διαχείρισης και προσαρμογής στον χρόνιο πόνο ελέγχθηκαν μέσω της πολυμεταβλητής ανάλυσης συνδιακύμανσης (MANCOVA). Στην ίδια ομάδα ασθενών, διερευνήθηκε ο ρόλος της διάσχισης στην διακύμανση της έντασης και της παρεμβολής του πόνου μέσω της ιεραρχικής πολλαπλής παλινδρόμησης, ελέγχοντας για την επίδραση και άλλων μεταβλητών και συμμεταβλητών. Ακόμα, για την μελέτη της επίδρασης της ομάδας (ασθενείς με χρόνιο πόνο χωρίς πόνο και ασθενείς με χρόνιο πόνο) στην σχέση της διάσχισης με την ένταση του πόνου και στην σχέση της διάσχισης με τις μεταβλητές προσαρμογής και διαχείρισης του πόνου πραγματοποιήθηκαν αναλύσεις ρύθμισης (moderation) μέσω της εφαρμογής PROCESS (όπως περιγράφεται αναλυτικά παρακάτω). Τέλος, ανάλυση ρύθμισης πραγματοποιήθηκε και για την διερεύνηση της επίδρασης της διάσχισης στην σχέση μεταξύ της έντασης και της παρεμβολής του

πόνου με τις μεταβλητές προσαρμογής και διαχείρισης του πόνου στην ομάδα των ασθενών με χρόνιο πόνο.

Β.4. Αποτελέσματα

Β.4.1. Σύγκριση χαρακτηριστικών στις ομάδες του δείγματος

Β.4.1.1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά

Σημαντικές διαφοροποιήσεις προέκυψαν στο φύλο ($\chi^2(1) = 55.70$, $p < 0.001$), καθώς στην ομάδα ασθενών με πόνο, οι γυναίκες αποτελούσαν το 80.1% του δείγματος, ενώ στην ομάδα χωρίς πόνο οι γυναίκες αποτελούσαν το 36.6%. Διαφοροποιήσεις προέκυψαν επίσης, ως προς την εκπαίδευση ($\chi^2(6) = 31.80$, $p < 0.001$) (βλ. Πίνακα 21), και την ηλικία ($t(282) = -4.65$, $p < 0.001$), όπου οι ασθενείς χωρίς πόνο (*Μ.Ο* = 60.57, *Τ.Α.* = 13.06) ήταν μεγαλύτεροι σε ηλικία από τους ασθενείς με πόνο (*Μ.Ο* = 53.51, *Τ.Α.* = 12.40). Καμία διαφοροποίηση δεν προέκυψε ως προς την οικογενειακή κατάσταση ($\chi^2(5) = 7.96$, $p > 0.10$). Το φύλο, η εκπαίδευση και η ηλικία χρησιμοποιήθηκαν ως συμμεταβλητές σε όλες τις αναλύσεις που ακολούθησαν.

Πίνακας 21

Κατανομή Ασθενών με Πόνο και Χωρίς Πόνο ως Προς το Φύλο και την Εκπαίδευση και Στατιστική Σημαντικότητα των Διαφορών τους

		Ασθενείς με πόνο		Ασθενείς χωρίς πόνο			
		N	*%*	*N*	*%*	x^2	*p*
Φύλο	Γυναίκες	129	80.1	45	36.6	55.70	<0.001
	Άνδρες	32	19.9	78	63.4		
Εκπαίδευση	Μερικές τάξεις του δημοτικού	2	1.2	11	8.9	31.80	<0.001
	Δημοτικό	28	17.4	41	33.3		
	Γυμνάσιο	19	11.8	22	17.9		
	Λύκειο	57	35.4	28	22.8		
	Πανεπιστήμιο	44	27.3	17	13.8		
	Μεταπτυχιακό/Διδακτορικό	11	6.8	3	2.4		

Β.4.2. Συγκρίσεις μεταξύ των ομάδων ως προς την διάσχιση

Η ομάδα των ασθενών με χρόνιο πόνο ανέφερε στατιστικώς σημαντικά περισσότερα συμπτώματα διάσχισης σε σύγκριση με τους ασθενείς χωρίς πόνο, με μέση διαφορά 3.46 μονάδων (Πίνακας 22).

Πίνακας 22

Συγκρίσεις Μεταξύ των Ομάδων στη Διάσχιση

		N	*M.O*	*T.A.*	*t*	*df*	*p*	*95% Δ.Ε*
Συνολική διάσχιση	Με πόνο	145	25.62	7.48	4.51	248.84	< 0.001	1.95 ως 4.97
	Χωρίς πόνο	116	22.16	4.84				

Β.4.3. Συσχέτιση της διάσχισης με τις μεταβλητές προσαρμογής στην ασθένεια στο σύνολο των ασθενών

Βρέθηκε χαμηλή ως μέτρια θετική συσχέτιση της διάσχισης με τις αναπαραστάσεις της ασθένειας περιοδικότητα, συνέπειες, και συναισθηματικές αναπαραστάσεις (Spearman's *rho* = 0.130 ως 0.308, $p < 0.001$), όπως και χαμηλή ως μέτρια αρνητική συσχέτιση μεταξύ της διάσχισης και των αναπαραστάσεων προσωπικός, θεραπευτικός έλεγχος και συνοχή/ κατανόηση (*Spearman's rho* = -0.173 ως 0.333, $p < 0.05$). Αντίστοιχα, χαμηλή θετική συσχέτιση προέκυψε με την ένταση της ψυχολογικής συμπτωματολογίας συνολικά (Spearman's *rho* = 0.201, $p < 0.001$) καθώς, επίσης, και επιμέρους με το άγχος (*Spearman's rho* = 0.249, $p < 0.001$) και την κατάθλιψη (*Spearman's rho* = 0.123, $p < 0.001$). . Επιπλέον ήπια ως μέτρια χαμηλή αρνητική συσχέτιση εμφανίστηκε με όλες τις διαστάσεις της ποιότητας της ζωής (Spearman's *rho* = -0.199 ως -0.432, $p < 0.001$) και ειδικά με τον πόνο (Spearman's *rho* = -0.432, $p < 0.001$), θετική με τις διάφορες διαστάσεις της καταστροφοποίησης του πόνου (Spearman's *rho* = 0.288 ως 0.365, $p < 0.05$) όπως και με τους μηχανισμούς διαχείρισης άρνησης (Spearman's *rho* = 0.144, $p < 0.05$) και χιούμορ (Spearman's *rho* = 0.166, $p < 0.05$). Καμία άλλη στατιστικώς σημαντική συσχέτιση δεν παρατηρήθηκε (Πίνακας 23).

Πίνακας 23

Συσχετίσεις Διάσχισης με τους Παράγοντες Προσαρμογής στην Ασθένεια

Παράγοντες προσαρμογής	*Spearman's rho*	*p*	*Παράγοντες προσαρμογής*	*Spearman's rho*	*p*
Αναπαραστάσεις			***Καταστροφοποίηση***		
Διάρκεια	0.108	> 0.05	Μηρυκασμός	**0.290**	< 0.001
Περιοδικότητα	**0.308**	< 0.001	Μεγέθυνση	**0.288**	< 0.001
Συνέπειες	**0.130**	<0.05	Αβοηθητότητα	**0.365**	< 0.001
Προσωπικός έλεγχος	**-0.174**	< 0.05	***Μηχανισμοί διαχείρισης του πόνου***		
Θεραπευτικός έλεγχος	**-0.295**	< 0.001	Άρνηση	**0.144**	< 0.05
Συνοχή/ Κατανόηση	**-0.333**	< 0.001	Χρήση ουσιών	-0.005	> 0.05
Συναισθηματικές αναπαραστάσεις	**0.269**	< 0.001	Χρήση συναισθηματικής στήριξης	-0.018	> 0.05
Άγχος και κατάθλιψη			Χρήση πρακτικής βοήθειας	-0.057	> 0.05
Συνολική ένταση	**0.201**	< 0.001	Θετική αναπλαισίωση	0.103	> 0.05
Άγχος	**0.249**	< 0.001	Σχεδιασμός	0.082	> 0.05
Κατάθλιψη	**0.123**	< 0.05	Χιούμορ	**0.166**	< 0.05
Ποιότητα της ζωής			Αποδοχή	0.005	> 0.05
Γενική υγεία	**-0.286**	< 0.001	Θρησκεία	0.079	> 0.05
Φυσική λειτουργικότητα	**-0.322**	< 0.001			
Πόνος	**-0.432**	< 0.001			
Κόπωση	**-0.213**	0.001			
Συναισθηματική κατάσταση	**-0.199**	0.001			

Β.4.4. Μελέτη των σχέσεων της διάσχισης με τις μεταβλητές προσαρμογής και διαχείρισης του πόνου στους ασθενείς με χρόνιο πόνο

Στην παρούσα ενότητα διερευνήθηκε η σχέση της σωματόμορφης διάσχισης με τις μεταβλητές που αφορούν στην προσαρμογή και διαχείριση του χρόνιου πόνου. Δηλαδή, με τις αναπαραστάσεις της ασθένειας, το άγχος και την κατάθλιψη, την ποιότητα της ζωής, την σοβαρότητα και την παρεμβολή του πόνου, την καταστροφοποίηση και τους μηχανισμούς διαχείρισης του πόνου. Εδώ εξετάστηκαν μόνο οι ασθενείς με χρόνιο πόνο καθώς ο σκοπός της διερεύνησης ήταν να μελετηθεί η λειτουργία της διάσχισης στο χρόνιο πόνο και όχι η λειτουργία της γενικά στη χρόνια ασθένεια. Επιπλέον, οι ασθενείς χωρίστηκαν σε δύο ομάδες ανάλογα με την συνολική ένταση της διάσχισης. Έτσι προέκυψε η ομάδα χαμηλής διάσχισης που αναλογεί στο κατώτατο 25% (της κανονικής κατανομής) της έντασης των συμπτωμάτων, και η ομάδα υψηλής διάσχισης που αναλογεί στο ανώτατο 25% της έντασης των συμπτωμάτων διάσχισης. Σκοπός αυτού του χειρισμού ήταν να διερευνηθεί αν η ένταση των συμπτωμάτων διάσχισης (και όχι η διάσχιση γενικώς), διαφοροποιούσε την προσαρμογή.

Προκειμένου να αποκλειστεί η επίδραση τρίτων ανεξάρτητων δημογραφικών μεταβλητών ή χαρακτηριστικών της ασθένειας, πραγματοποιήθηκε προκαταρκτικός έλεγχος, τόσο στο σύνολο του δείγματος, όσο και στο υπό εξέταση υποσύνολο (των χρόνιων ασθενών αποκλειστικά). Από την ανάλυση διακύμανσης με την χρήση των δημογραφικών χαρακτηριστικών και των χαρακτηριστικών της ασθένειας ως ανεξάρτητες μεταβλητές και η σοβαρότητα του πόνου ως εξαρτημένη μεταβλητή, προέκυψαν επιδράσεις του φύλου, $F(1,159) = 5.760$, $p < 0.05$, $\eta^2 = 0.035$ (με τους άνδρες να αναφέρουν ηπιότερη σοβαρότητα του πόνου τους από της γυναίκες (*μέση διαφορά* = 1.028), της εκπαίδευσης, $F(5,155) = 2.911$, $p < 0.05$, $\eta^2 = 0.086$ (καθώς αυξάνονται τα έτη εκπαίδευσης, μειώνεται η σοβαρότητα του πόνου που ανέφεραν οι ασθενείς), καθώς και της διάρκειας της ασθένειας, $F(30,130) = 1.764$, $p < 0.05$, $\eta^2 = 0.289$. Δεν προέκυψαν σημαντικές επιδράσεις της οικογενειακής κατάστασης, $F(5,155) = 2.150$, $p > 0.05$, $\eta^2 = 0.065$, της διάγνωσης

(το είδος του νοσήματος που σχετιζόταν με τον χρόνιο πόνο), $F(3,157) = 1.348$, $p > 0.10$, $\eta^2 = 0.025$, ή της ηλικίας, $F(47,113) = 0.939$, $p > 0.10$, $\eta^2 = 0.281$. Το κριτήριο της ομοιογένειας της διακύμανσης, όπως αξιολογήθηκε από το Levene's test, ισχύει για όλες τις παραπάνω αναλύσεις πλην της ηλικίας και της διάρκειας της ασθένειας για τις οποίες πραγματοποιήθηκε επιπρόσθετος μη παραμετρικός έλεγχος Kruskal Wallis που επιβεβαιώνει τα προηγούμενα αποτελέσματα. Αναλυτικά, η διακύμανση των τιμών της σοβαρότητας του πόνου δεν ήταν όμοια για όλες τις τιμές της ηλικίας, ούτε της διάρκειας του πόνου όπως προέκυψε από τον οπτικό έλεγχο των γραφημάτων. Παρόλα αυτά, η σοβαρότητα του πόνου διέφερε σημαντικά στα έτη ασθένειας ($\chi^2(30) = 46.833$, $p < 0.05$), ενώ καμία διαφοροποίηση δεν προέκυψε στις διάφορες ηλικίες ($\chi^2(47) = 47.269$, $p > 0.10$).

Καθώς οι περαιτέρω διερευνήσεις θα πραγματοποιηθούν μόνο στους συμμετέχοντες που σκόραραν στο ανώτερο και στο κατώτερο 25% της διάσχισης, η ίδια διερεύνηση που περιγράφεται παραπάνω πραγματοποιήθηκε μόνο για το δείγμα αυτό, επιβεβαιώνοντας την επίδραση ακριβώς των ίδιων μεταβλητών. Κατά συνέπεια στις αναλύσεις που ακολουθούν ως συμμεταβλητές ορίζονται το φύλο, η εκπαίδευση και τα έτη ασθένειας. Σε όλες τις αναλύσεις παρακάτω, ο έλεγχος της Box's M για τον έλεγχο της πολυμεταβλητής ομοιογένειας ήταν μη σημαντικός ($p > 0.001$) και συνεπώς τηρείται η προϋπόθεση της ομοιογένειας των μεταβλητών.

Β.4.4.1. Αναπαραστάσεις ασθένειας

Από την πολυμεταβλητή ανάλυση συνδιακύμανσης (MANCOVA), προκύπτει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ασθενών με υψηλή διάσχιση και των ασθενών με χαμηλή διάσχιση στις αναπαραστάσεις της ασθένειας συνολικά, Wilk's $\lambda = 0.760$, $F(7,66) = 2.984$, $p < 0.05$, $\eta^2 = 0.240$. Στις αναλύσεις συνδιακύμανσης (ANCOVAs) για την αποφυγή σφάλματος τύπου I χρησιμοποιήθηκε η διόρθωση Bonferroni. Το αποδεχτό επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας που προέκυψε από την διόρθωση αυτή, ήταν $p < 0.007$. Εμφανίστηκαν στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις στις αναπαραστάσεις που αφορούν στις συνέπειες της ασθένειας, $F(1,72) = 7.752$, $p = 0.007$, $\eta^2 = 0.097$, στο θεραπευτικό έλεγχο, $F(1,72) = 12.585$, $p < 0.007$, $\eta^2 = 0.149$, και στις

συναισθηματικές αναπαραστάσεις, $F(1,72) = 11.031$, $p < 0.007$, $\eta^2 = 0.133$. Συγκεκριμένα, οι ασθενείς με υψηλή διάσχιση είχαν δυσμενέστερες αναπαραστάσεις ως προς τις συνέπειες της ασθένειας (*Μ.Ο.* = 3.69, *Τ.Α.* = 0.73) από εκείνους με χαμηλή διάσχιση (*Μ.Ο.* = 3.16, *Τ.Α.* = 0.83) και χειρότερες συναισθηματικές αναπαραστάσεις (*Μ.Ο.* = 3.75, *Τ.Α.* = 0.87, και *Μ.Ο.* = 2.99, *Τ.Α.* = 1.03, αντίστοιχα). Αντίθετα, ως προς τον θεραπευτικό έλεγχο, οι ασθενείς με χαμηλή διάσχιση είχαν δυσμενέστερες αναπαραστάσεις (*Μ.Ο.* = 3.71, *Τ.Α.* = 0.60) από τους ασθενείς με υψηλή διάσχιση (*Μ.Ο.* = 3.14, *Τ.Α.* = 0.68) (Πίνακας 24).

Β.4.4.2. Άγχος και Κατάθλιψη

Οι ομάδες χαμηλής και υψηλής διάσχισης εμφάνισαν σημαντικές διαφοροποιήσεις στο συνολικό σκορ ψυχολογικών συμπτωμάτων αλλά και στο άγχος και την κατάθλιψη χωριστά, Wilk's $\lambda = 0.906$, $F(2,133) = 6.88$, $p < 0.001$, $\eta^2 = 0.094$. Ακολούθησαν αναλύσεις συνδιακύμανσης (ANCOVAs) και χρησιμοποιήθηκε η διόρθωση Bonferroni κατά την οποία το αποδεχτό επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε ως $p < 0.016$. Σημαντική διαφοροποίηση που παρατηρήθηκε στη συνολική ένταση των συμπτωμάτων άγχους/κατάθλιψης, $F(1,134) = 11.91$, $p < 0.016$, $\eta^2 = 0.082$, με τους ασθενείς με χαμηλή διάσχιση να εμφανίζουν χαμηλότερη συνολική ένταση συμπτωμάτων (*Μ.Ο.* = 13.84, *Τ.Α.* = 7.31) από τους ασθενείς με υψηλή διάσχιση (*Μ.Ο.* = 18.27, *Τ.Α.* = 6.88). Αντίστοιχα, σημαντική διαφοροποίηση προέκυψε για το άγχος, $F(1, 134) = 13.69$, $p < 0.016$, $\eta^2 = 0.093$, με τους ασθενείς με χαμηλή διάσχιση να εμφανίζουν λιγότερο άγχος (*Μ.Ο.* = 8, *Τ.Α.* = 4.54) από τους ασθενείς με υψηλή διάσχιση (*Μ.Ο.* = 10.96, *Τ.Α.* = 4.03). Καμία διαφοροποίηση δεν παρατηρήθηκε για την κατάθλιψη, $F(1, 134) = 4.67$, $p > 0.016$, $\eta^2 = 0.034$.

Β.4.4.3. Ποιότητα ζωής

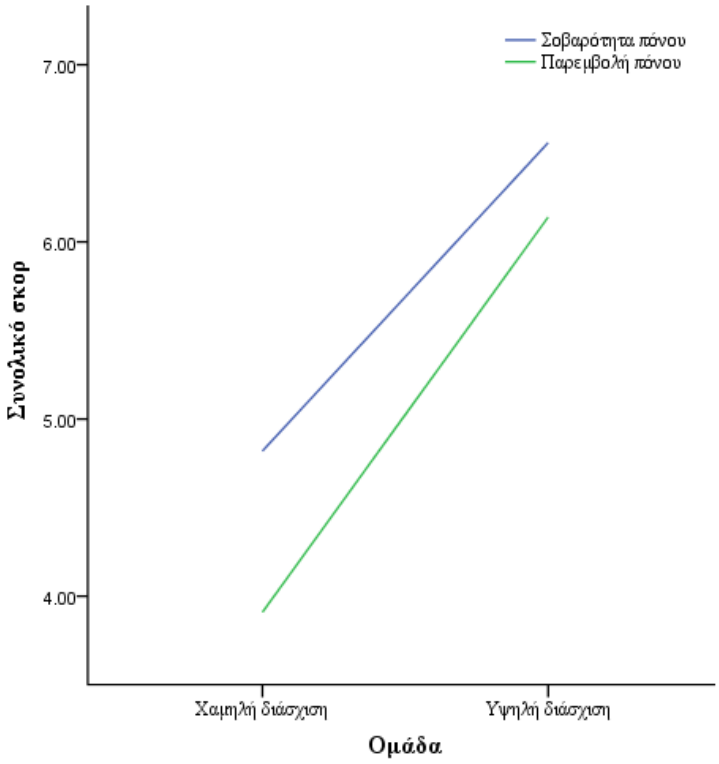
Σημαντικές διαφοροποιήσεις παρατηρήθηκαν στην ποιότητα ζωής των ασθενών με χαμηλή και υψηλή διάσχιση, Wilk's λ= 0.797, $F(5,68) = 3.467$, $p < 0.05$, $\eta^2 = 0.203$. Ακολούθησαν αναλύσεις συνδιακύμανσης (ANCOVAs) και χρησιμοποιήθηκε η διόρθωση Bonferroni όπου το αποδεχτό όριο στατιστικής σημαντικότητας ήταν $p < 0.01$. Συγκεκριμένα, φαίνεται πως υπάρχουν σημαντικές διαφορές στα επίπεδα γενικής υγείας, $F(1,72) = 16.442$, $p < 0.001$, $\eta^2 = 0.186$, και φυσικής λειτουργικότητας, $F(1,72) = 9.276$, $p < 0.01$, $\eta^2 = 0.114$, με τους ασθενείς με χαμηλή διάσχιση να έχουν καλύτερη γενική υγεία (*Μ.Ο.* = 49.23, *Τ.Α.* = 22.02) και φυσική λειτουργικότητα (*Μ.Ο.* = 53.35, *Τ.Α.* = 25.84) από τους ασθενείς με υψηλή διάσχιση (*Μ.Ο.* = 28.97, *Τ.Α.* = 18.99 και *Μ.Ο.* = 33.33, *Τ.Α.* = 26.64, αντίστοιχα (Πίνακας 24).

Β.4.4.4. Καταστροφοποίηση του πόνου

Συνολικά, οι ασθενείς με χαμηλή και υψηλή διάσχιση φαίνεται να διαφέρουν σημαντικά στην τάση τους να καταστροφοποιούν τον πόνο τους, ακόμα και μετά τον έλεγχο για την επίδραση δημογραφικών και λοιπών χαρακτηριστικών της ασθένειας, Wilk's λ= 0.800, $F(3,70) = 5.83$, $p = 0.001$, $\eta^2 = 0.200$. Στις μονοπαραγοντικές αναλύσεις διακύμανσης με συμμεταβλητές (ANCOVAs) που ακολούθησαν, έγινε προσαρμογή στο Bonferroni και τα αποδεχτά επίπεδα στατιστικής σημαντικότητας ήταν $p < 0.016$. Αναλυτικότερα, σημαντικές διαφοροποιήσεις εμφανίστηκαν σε όλες τις εκφάνσεις της καταστροφοποίησης, δηλαδή το μηρυκασμό, $F(1,72) = 10.917$, $p = 0.001$, $\eta^2 = 0.132$, την μεγέθυνση, $F(1,72) = 10.574$, $p < 0.01$, $\eta^2 = 0.128$, καθώς και την αβοηθητότητα, $F(1,72) = 17.831$, $p < 0.001$, $\eta^2 = 0.198$. Οι ασθενείς με χαμηλή διάσχιση εμφάνισαν μικρότερη τάση στον μηρυκασμό (*Μ.Ο.* = 6.87, *Τ.Α.* = 5.16), όσο και στην μεγέθυνση (*Μ.Ο.* = 4.28, *Τ.Α.* = 3.48) και την αβοηθητότητα (*Μ.Ο.* = 8.44, *Τ.Α.* = 6.27) συγκριτικά με τους ασθενείς με υψηλή διάσχιση (*Μ.Ο.* = 10.46, *Τ.Α.* = 3.83, *Μ.Ο.* = 6.92, *Τ.Α.* = 3.20, και *Μ.Ο.* = 14.62, *Τ.Α.* = 5.95, αντίστοιχα) (Πίνακας 24).

Β.4.4.5. Σοβαρότητα και παρεμβολή του πόνου

Οι δύο ομάδες ασθενών με χαμηλή και υψηλή διάσχιση, εμφάνισαν σημαντικές διαφοροποιήσεις στην σοβαρότητα και την παρεμβολή του πόνου συνολικά, Wilk's λ= 0.742, $F(2,71) = 12.352$, $p = 0.001$, $\eta^2 = 0.258$. Στις αναλύσεις συνδιακύμανσης (ANCOVAs) που ακολούθησαν, έγινε διόρθωση Bonferroni και το αποδεχτό επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε το $p < 0.025$. Συγκεκριμένα, σημαντική διαφοροποίηση προέκυψε και στην σοβαρότητα του πόνου, $F(1,72) = 16.203$, $p = 0.001$, $\eta^2 = 0.184$, αλλά και στην παρεμβολή του πόνου, $F(1,72) = 21.145$, $p = 0.001$, $\eta^2 = 0.227$ (Γράφημα 7), με τους ασθενείς με χαμηλή διάσχιση να εμφανίζουν ηπιότερης σοβαρότητας πόνο (*Μ.Ο.* = 4.66 , *Τ.Α.*= 2.28) και λιγότερη παρεμβολή του πόνου (*Μ.Ο.* = 3.78, *Τ.Α.*= 2.51) από τους ασθενείς με υψηλή διάσχιση (*Μ.Ο.* = 6.72, *Τ.Α.*= 1.91, και *Μ.Ο.* = 6.28, *Τ.Α.* = 2.13, αντίστοιχα) (Πίνακας 24).



Γράφημα 7. Διαφοροποιήσεις μεταξύ ομάδων χαμηλής και υψηλής διάσχισης στην σοβαρότητα και την παρεμβολή του πόνου.

Β.4.4.6. Μηχανισμοί Διαχείρισης του στρες

Δεν προέκυψαν σημαντικές διαφοροποιήσεις μεταξύ των δύο ομάδων ως προς τους μηχανισμούς διαχείρισης του στρες συνολικά, Wilk's $\lambda = 0.865$, $F(9,64) = 1.11$, $p > 0.05$, $\eta^2 = 0.135$.

Πίνακας 24

Συγκρίσεις Μεταξύ Ομάδων Χαμηλής και Υψηλής Διάσχισης ως Προς τις Αναπαραστάσεις, την Ποιότητα της Ζωής, την Καταστροφοποίηση του Πόνου, και τη Σοβαρότητα και την Παρεμβολή του Πόνου

	Μέση Διαφορά	*Τυπικό Σφάλμα*	*p*	*95% Δ.Ε.*
Αναπαραστάσεις				
Διάρκεια	0.41	0.20	0.050	-0.81, 0.001
Περιοδικότητα	-0.41	0.19	0.034	-0.77 -0.03
Συνέπειες	-0.48	0.17	**0.007***	-0.82 ως -0.14
Θεραπευτικός έλεγχος	0.52	0.15	**0.001***	0.23ως -0.81
Προσωπικός έλεγχος	0.23	0.18	0.206	-0.13, 0.56
Συνοχή	0.43	0.20	0.038	0.24, 0.81
Συναισθηματικές αναπαραστάσεις	-0.71	0.22	**0.001***	-1.14 ως -0.29
Άγχος/ Κατάθλιψη				
Συνολική ένταση	-4.31	1.25	**0.001**	-6.79 ως -1.84
Άγχος	-2.84	0.77	**< 0.001**	-4.37 ως -1.33
Κατάθλιψη	-1.47	0.68	0.03	-2.81 ως -0.12
Ποιότητα ζωής				
Γενική υγεία	18.54	4.57	**0.001***	9.43 ως 27.66
Φυσική Λειτουργικότητα	16.76	5.50	**< 0.01***	5.79 ως 27.73
Πόνος	10.81	4.66	0.023	1.52, 20.10
Ενέργεια/ κόπωση	8.51	4.40	0.057	-0.27, 17.30
Συναισθηματική ευεξία	90.10	4.44	0.44	0.25,17.94
Καταστροφοποίηση του πόνου				
Μηρυκασμός	-3.40	1.03	**0.001***	-5.46 ως -1.35
Μεγέθυνση	-2.44	0.75	**<0.01***	-3.93 ως -0.94
Αβοηθητότητα	-5.67	1.34	**0.001***	-8.35 ως -2.99
Πόνος				
Σοβαρότητα	-1.74	0.431	**0.001***	-2.60 ως -0.88
Παρεμβολή	-2.23	0.486	**0.001***	-3.20 ως -1.27

* Στατιστικά σημαντική διαφορά με διόρθωση Bonferroni.

Β.4.5. Ο ρόλος της διάσχισης στην διακύμανση της έντασης και της παρεμβολής του πόνου

Β.4.5.1. Ο ρόλος της διάσχισης στην διακύμανση της έντασης του πόνου

Προκειμένου να μελετηθεί αν η διάσχιση ερμηνεύει κάποιο ποσοστό της διακύμανσης της έντασης του πόνου στους ασθενείς με χρόνιο πόνο πέρα και ανεξάρτητα από τις μεταβλητές που ως τώρα φαίνεται να σχετίζονται στενότερα με την μεταβολή της έντασης του πόνου σε αυτό το δείγμα, δηλαδή το θεραπευτικό έλεγχο, τη φυσική λειτουργικότητα και την κόπωση , την ηλικία τους και την διάγνωση, και αν αυτό το ποσοστό είναι σημαντικό, πραγματοποιήθηκε ιεραρχική πολλαπλή παλινδρόμηση. Το συνολικό μοντέλο που περιλαμβάνει όλες τις παραπάνω μεταβλητές είναι στατιστικά σημαντικό ($R^2 = 0.462$, $F(6,138) = 19.754$, $p < 0.001$, adjusted $R^2 = 0.439$). Όμως, η προσθήκη της διάσχισης δεν οδήγησε σε στατιστικά σημαντική αύξηση του ποσοστού της διακύμανσης της έντασης του πόνου που ερμηνεύεται από το μοντέλο (R^2 *change* = 0.012, $F(1,138) = 3.21$, $p > 0.05$).

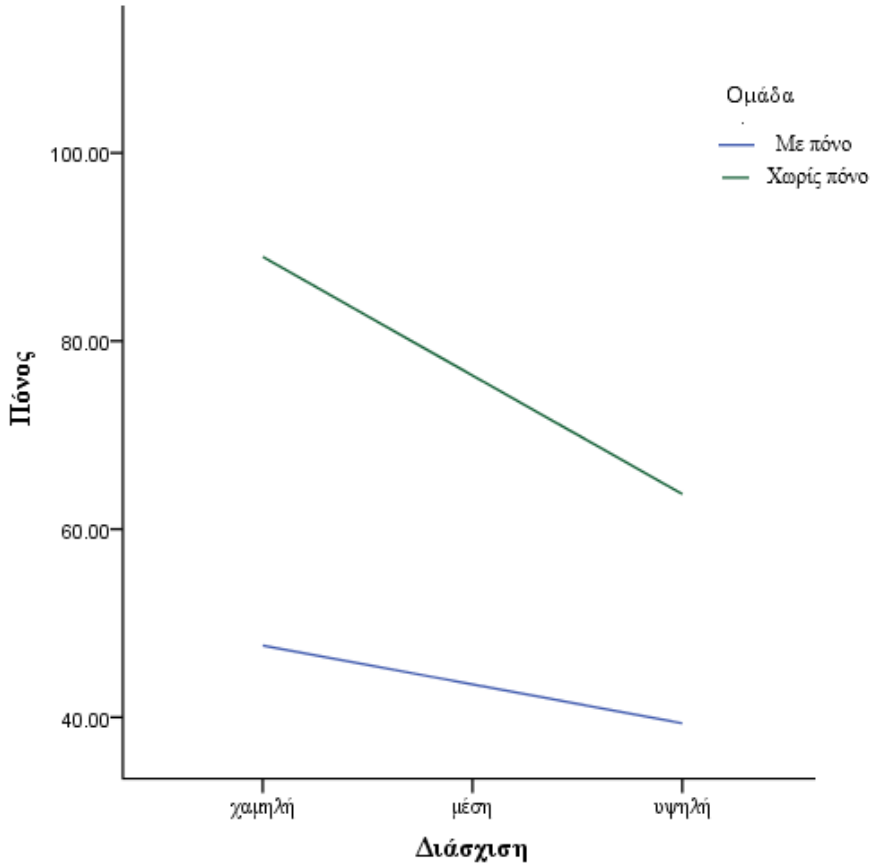
Β.4.5.2. Ο ρόλος της διάσχισης στην διακύμανση της παρεμβολής του πόνου

Όπως και στην προηγούμενη ενότητα, προκειμένου να μελετηθεί αν η διάσχιση ερμηνεύει κάποιο ποσοστό της διακύμανσης της παρεμβολής του πόνου στους ασθενείς με χρόνιο πόνο, πέρα και ανεξάρτητα από τις μεταβλητές του θεραπευτικού ελέγχου, της φυσικής λειτουργικότητας και της κόπωσης στον πόνο που βιώνουν οι ασθενείς, την ηλικία τους και την διάγνωση, και αν αυτό το ποσοστό είναι σημαντικό, πραγματοποιήθηκε ιεραρχική πολλαπλή παλινδρόμηση. Το συνολικό μοντέλο που περιλαμβάνει όλες τις παραπάνω μεταβλητές είναι στατιστικά σημαντικό ($R^2 = 0.457$, $F(6,138) = 19.361$, $p < 0.001$, adjusted $R^2 = 0.433$). Επιπλέον, η προσθήκη της διάσχισης στο συνολικό μοντέλο, οδήγησε σε στατιστικά σημαντική αύξηση του ποσοστού της διακύμανσης της παρεμβολής του πόνου που ερμηνεύεται από το μοντέλο (R^2 *change* = 0.062, $F(1,138) = 15.71$, $p < 0.001$).

Β.4.6. Η σωματόμορφη διάσχιση ως ρυθμιστική μεταβλητή

Β.4.6.1. Ο ομάδα ασθενών ως ρυθμιστική μεταβλητή της σχέσης της διάσχισης με την ένταση του πόνου

Προκειμένου να διερευνηθεί η σχέση της σωματόμορφης διάσχισης με την ένταση του πόνου, όταν οι ασθενείς έχουν χρόνιο πόνο ή όχι, πραγματοποιήθηκε ανάλυση ρύθμισης (moderation) με την χρήση της εφαρμογής PROCESS (όπως περιγράφεται αναλυτικά στη Μελέτη 1, κεφ. Α.5.4.) με επαναδειγματοληψία (5000 επαναλήψεις). Χρησιμοποιήθηκε το Μοντέλο 1 κατά το οποίο εξετάζεται αν η ρυθμιστική μεταβλητή (ασθενείς με χρόνιο πόνο προς ασθενείς χωρίς χρόνιο πόνο) "τροποποιεί" τη σχέση μεταξύ της ανεξάρτητης μεταβλητής (διάσχιση) με την εξαρτημένη μεταβλητή (ένταση πόνου). Επίσης, συμπεριλήφθηκαν ως συμμεταβλητές η ηλικία, το φύλο και η εκπαίδευση και η διάγνωση. Από την διερεύνηση προέκυψε πως η διάσχιση και η ομάδα εξηγούν σημαντικό ποσοστό της μεταβολής στην ένταση του πόνου, $R^2 = 0.48$, $F(7, 250) = 32.40$, $p < 0.001$, ενώ η αλληλεπίδραση ομάδας και διάσχισης είναι επίσης σημαντική ($B = -1.27$, $t(250) = -2.57$, $p < 0.05$, *Δ.Ε.* = -2.25, -0.30). Συγκεκριμένα, προέκυψε πως η σχέση της διάσχισης με τον πόνο είναι σημαντική στους ασθενείς με χρόνιο πόνο ($B = -0.57$, $t(250) = -2.31$, $p < 0.05$, *Δ.Ε.*= -1.05, -0.08) αλλά και στους ασθενείς χωρίς χρόνιο πόνο ($B = -1.84$, $t(250) = -4.26$, $p < 0.001$ *Δ.Ε.*= -2.70, -0.99) (Γράφημα 8). Τόσο στην ομάδα ασθενών με χρόνιο πόνο, όσο και στην ομάδα ασθενών χωρίς πόνο, όσο χαμηλότερη είναι η διάσχιση, τόσο υψηλότερα σκορ στην κλίμακα πόνου παρατηρούνται. Η σχέση αυτή στην ομάδα ασθενών με χρόνιο πόνο είναι ασθενής. Αντιθέτως, στην ομάδα ασθενών χωρίς πόνο, η σχέση είναι ισχυρή και παρατηρείται μεγάλη μεταβολή στην ένταση του πόνου από την χαμηλή στην υψηλή διάσχιση. Ωστόσο να σημειωθεί ότι στην συγκεκριμένη κλίμακα, υψηλότερα σκορ υποδεικνύουν καλύτερη λειτουργικότητα. Κατά συνέπεια, όσο χαμηλότερη είναι η διάσχιση των ασθενών, τόσο λιγότερη είναι η ένταση του πόνου που βιώνουν.



Γράφημα 8. Η σχέση της διάσχισης με τον πόνο ανάλογα με την παρουσία χρόνιου πόνου.

Β.4.6.2. Η διάσχιση ως ρυθμιστική μεταβλητή στη σχέση μεταξύ έντασης και παρεμβολής του πόνου και προσαρμογή στους ασθενείς με χρόνιο πόνο

Με σκοπό την καλύτερη διερεύνηση του ρόλου της διάσχισης ειδικά στην ομάδα των ασθενών με χρόνιο πόνο, και για να γίνει καλύτερα κατανοητό αν η διάσχιση ασκεί κάποιο ρυθμιστικό ρόλο στην εμπειρία και την διαχείριση του πόνου στους ασθενείς αυτούς, χρησιμοποιήθηκαν και πάλι αναλύσεις για τον έλεγχο της διάσχισης ως ρυθμιστικής μεταβλητής στις σχέσεις μεταξύ των μεταβλητών που σχετίζονται με την προσαρμογή στην ασθένεια και της έντασης και της παρεμβολής του πόνου. Χρησιμοποιήθηκε το Μοντέλο 1 της εφαρμογής PROCESS, με επαναδειγματοληψία (5000 επαναλήψεις). Η διάσχιση ήταν πάντα η ρυθμιστική μεταβλητή, η ένταση του πόνου και η παρεμβολή του πόνου οι εξαρτημένες, ενώ οι ανεξάρτητες

μεταβλητές ήταν οι αναπαραστάσεις, το άγχος και η κατάθλιψη, η ποιότητα ζωής, η καταστροφοποίηση του πόνου και οι μηχανισμοί διαχείρισης. Κάθε ανεξάρτητη μεταβλητή ελέγχθηκε χωριστά.

Η μόνη σημαντική αλληλεπίδραση που προέκυψε από την παραπάνω διερεύνηση αφορούσε στην σχέση της χρήσης της θρησκείας ως μηχανισμό διαχείρισης του πόνου με την ένταση του πόνου (B = -0.02, t(141) = -2.00, $p < 0.05$, *Δ.Ε.*= -0.04, -0.0002), αλλά και με την παρεμβολή του πόνου (B = -0.02, t(141) = -2.08, $p < 0.05$, *Δ.Ε.*= -0.05, -0.001). Συγκεκριμένα, ως προς την σχέση της θρησκείας με την ένταση του πόνου, αυτή είναι σημαντική όταν η διάσχιση είναι χαμηλή (1 τυπική απόκλιση κάτω του μέσου όρου) (B = 0.43 t(141) = 3.70, $p < 0.001$, *Δ.Ε.*= 0.20, 0.66) ή στο μέσο όρο (B = 0.26, t(141) = 3.25, $p < 0.05$, *Δ.Ε.*= 0.10, 0.42), όχι όμως όταν η διάσχιση είναι υψηλή (1 τυπική απόκλιση άνω του μέσου όρου) (B = 0.09, t(141) = 0.80, $p > 0.10$, *Δ.Ε.*= -0.14, 0.33). Αντίστοιχα ευρήματα ισχύουν και για την σχέση της θρησκείας με την παρεμβολή του πόνου, όπου η σχέση είναι σημαντική όταν η διάσχιση είναι χαμηλή (-1 τυπική απόκλιση) (B = 0.36, t(141) = 2.93, $p < 0.05$, *Δ.Ε.*= 0.12, 0.60) ή στο μέσο όρο (B = 0.17, t(141) = 2.04, $p < 0.05$, *Δ.Ε.*= 0.01, 0.34), όχι όμως όταν η διάσχιση είναι υψηλή (+1 τυπική απόκλιση) (B = -0.01, t(141) = -0.09, $p >$ 0.10, *Δ.Ε.*= -0.26, 0.23). Καμία άλλη στατιστικώς σημαντική αλληλεπίδραση δεν προέκυψε όπως φαίνεται αναλυτικά στον Πίνακα 25 και 26.

Πίνακας 25

Αποτελέσματα Από τον Έλεγχο της Διάσχισης ως Ρυθμιστικής Μεταβλητής στη Σχέση Μεταξύ Αναπαραστάσεων, Άγχους/ Κατάθλιψης, Ποιότητας της Ζωής, Καταστροφοποίησης και Μηχανισμών Διαχείρισης του Πόνου με την Ένταση του Πόνου στην Ομάδα Ασθενών με Χρόνιο Πόνο

	B	*Τ.Σ. B*	*t*	*p*	*Δ.Ε.*		*B*	*Τ.Σ. B*	*t*	*p*	*Δ.Ε.*
Αναπαραστάσεις						***Καταστροφοποίηση***					
Χρονιότητα	0.04	0.04	0.97	>0.10	-0.04, 0.11	Μηρυκασμός	-0.01	0.01	-1.00	>0.10	-0.02, 0.01
Περιοδικότητα	-0.03	0.04	-0.93	>0.10	-0.10, 0.04	Μεγέθυνση	-0.003	0.01	-0.42	>0.10	-0.02, 0.01
Συνέπειες	0.02	0.03	0.57	>0.10	-0.04, 0.07	Αβοηθητότητα	-0.003	0.00	-0.70	>0.10	-0.01, 0.00
Προσωπικός έλεγχος	0.01	0.03	0.44	>0.10	-0.04, 0.07	***Μηχανισμοί διαχείρισης του πόνου***					
Θεραπευτικός έλεγχος	0.04	0.03	1.17	>0.10	-0.03, 0.10	Άρνηση	0.03	0.02	1.31	>0.10	-0.01, 0.07
Κατανόηση	0.03	0.03	0.90	>0.10	-0.03, 0.08	Χρήση ουσιών	0.01	0.04	0.33	>0.10	-0.06, 0.09
Συναισθηματικές αναπαραστάσεις	0.03	0.03	1.12	>0.10	-0.02, 0.09	Χρήση συναισθηματικής στήριξης	0.01	0.01	0.94	>0.10	-0.01, 0.04
Άγχος και κατάθλιψη						Χρήση πρακτικής βοήθειας	-0.02	0.01		>0.10	-0.05, 0.01
Συνολική ένταση	-0.001	0.00	-0.15	>0.10	-0.01, 0.01	Θετική αναπλαισίωση	0.00	0.02	0.18	>0.10	-0.03, 0.04
Άγχος	-0.001	0.01	-0.12	>0.10	-0.01, 0.01	Σχεδιασμός	-0.01	0.02	0.86	>0.10	-0.05,0.02
Κατάθλιψη	-0.004	0.01	-0.62	>0.10	-0.02, 0.01	Χιούμορ	-0.01	0.01	-0.59	>0.10	-0.03, 0.02
Ποιότητα της ζωής						Αποδοχή	-0.02	0.02	-1.06	>0.10	-0.05, 0.01
Γενική υγεία	-0.001	0.00	-1.31	>0.10	-0.004, 0.00	Θρησκεία	-0.02	0.01	-2.00	**<0.05**	-0.04, -0.001
Φυσική λειτουργικότητα	-0.0001	0.00	-0.16	>0.10	-0.002, 0.00						
Κόπωση	0.00	0.00	1.79	>0.05	-0.0002, 0.00						
Συναισθηματική κατάσταση	0.00	0.00	0.14	>0.10	-0.0002, 0.00						

Σημείωση. Τ.Σ = Τυπικό Σφάλμα, Δ.Ε= Διάστημα Εμπιστοσύνης 95%.

Πίνακας 26

Αποτελέσματα από το έλεγχο της διάσχισης ως ρυθμιστικής μεταβλητής στη σχέση μεταξύ Αναπαραστάσεων, Άγχους/ Κατάθλιψης, Ποιότητας της Ζωής, Καταστροφοποίησης και Μηχανισμών Διαχείρισης με την Παρεμβολή του Πόνου, στην Ομάδα Ασθενών με Χρόνιο Πόνο

	B	*Τ.Σ. B*	*t*	*p*	*Δ.Ε.*		*B*	*Τ.Σ. B*	*t*	*p*	*Δ.Ε.*
Αναπαραστάσεις						***Καταστροφοποίηση***					
Χρονιότητα	0.05	0.04	1.29	>0.10	-0.03, 0.12	Μηρυκασμός	-0.002	0.00	-0.28	>0.10	-0.01, 0.01
Περιοδικότητα	-0.01	0.04	-0.25	>0.10	-0.08, 0.06	Μεγέθυνση	0.00	0.01	0.25	>0.10	-0.01, 0.02
Συνέπειες	0.00	0.03	0.16	>0.10	-0.05, 0.06	Αβοηθητότητα	-0.005	0.00	-1.20	>0.10	-0.01, 0.00
Προσωπικός έλεγχος	-0.01	0.03	-0.32	>0.10	-0.07, 0.05	***Μηχανισμοί διαχείρισης του πόνου***					
Θεραπευτικός έλεγχος	0.03	0.03	0.93	>0.10	-0.04, 0.10	Άρνηση	0.03	0.02	1.29	>0.10	-0.02, 0.07
Κατανόηση	0.01	0.03	0.33	>0.10	-0.05, 0.07	Χρήση ουσιών	0.02	0.04	0.45	>0.10	-0.06, 0.09
Συναισθηματικές αναπαραστάσεις	0.00	0.03	0.15	>0.10	-0.05, 0.06	Χρήση συναισθηματικής στήριξης	0.01	0.01	0.49	>0.10	-0.02, 0.03
Άγχος και κατάθλιψη						Χρήση πρακτικής βοήθειας	-0.02	0.02	-1.46	>0.10	-0.05, 0.01
Συνολική ένταση	-0.01	0.00	-1.14	>0.10	-0.01, 0.00	Θετική αναπλαισίωση	0.01	0.02	0.40	>0.10	-0.03, 0.04
Άγχος	-0.01	0.01	-0.95	>0.10	-0.02, 0.01	Σχεδιασμός	-0.01	0.02	-0.58	>0.10	-0.04, 0.02
Κατάθλιψη	-0.003	0.01	-0.62	>0.10	-0.02, 0.01	Χιούμορ	-0.01	0.01	-0.95	>0.10	-0.04,0.01
Ποιότητα της ζωής						Αποδοχή	-0.02	0.02	-1.43	>0.10	-0.29, 0.18
Γενική υγεία	-0.0007	0.00	-0.61	>0.10	-0.003, 0.001	Θρησκεία	-0.02	0.01	-2.08	**<0.05**	-0.05, -0.001
Σωματική λειτουργικότητα	-0.0004	0.00	-0.39	>0.10	-0.002, 0.002						
Κόπωση	0.00	0.00	1.40	>0.10	-0.0006, 0.003						
Συναισθηματική κατάσταση	0.00	0.00	0.79	>0.10	-0.001, 0.003						

Σημείωση. Τ.Σ = Τυπικό Σφάλμα, Δ.Ε= Διάστημα Εμπιστοσύνης 95%.

Β.5. Συζήτηση

Ο σκοπός της Μελέτης 2 ήταν η διερεύνηση της σχέσης της σωματόμορφης διάσχισης με τον χρόνιο πόνο και το χρόνιο νόσημα γενικά με ή χωρίς πόνο. Τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης έχουν σημαντική κλινική και θεωρητική αξία καθώς έρχονται να καλύψουν σημαντικά κενά στην υπάρχουσα βιβλιογραφία.

Για την καλύτερη παρουσίαση των αποτελεσμάτων, η συζήτησή τους χωρίστηκε σε δύο ενότητες. Η πρώτη αφορά στα αποτελέσματα των συγκρίσεων μεταξύ των δύο ομάδων ασθενών (με χρόνιο πόνο και με χρόνιο νόσημα χωρίς χρόνιο πόνο). Η δεύτερη ενότητα αφορά στα ευρήματα που διερευνούν το ρόλο της διάσχισης μόνο στην ομάδα των ασθενών με χρόνιο πόνο. Εκτενέστερη συζήτηση και για τις δύο μελέτες ακολουθεί στο τελευταίο κεφάλαιο.

Β.5.1. Συγκρίσεις μεταξύ των δύο ομάδων

Το πρώτο και σημαντικότερο εύρημα αυτής της μελέτης είναι ότι οι ασθενείς με χρόνιο πόνο εμφανίζουν σημαντικά υψηλότερη διάσχιση σε σύγκριση με τους ασθενείς με χρόνιο νόσημα χωρίς χρόνιο πόνο. Η διάσχιση συχνά περιγράφεται ως αντίδραση σε κάποιο τραυματικό γεγονός (DePrince & Freyd, 2014) και η συσχέτιση της με το τραύμα γενικώς, είναι άρρηκτη (American Psychiatric Association, 2013. Gershuny & Thayer, 1999. Nijenhuis & van der Hart, 2011).

Η χρόνια ασθένεια με ή χωρίς πόνο μπορεί να θεωρηθεί τραυματικό γεγονός (π.χ. Alonzo, 2000. Penn, 2001). Το εύρημα όμως ότι οι χρόνιοι ασθενείς με πόνο κυρίως εμφανίζουν συμπτώματα διάσχισης συγκριτικά με τους ασθενείς χωρίς πόνο, επιβεβαιώνει το ήδη υπάρχον, μικρό σώμα ερευνών που συσχετίζουν τον πόνο με τη διάσχιση (Agargun et al., 1998. Giesbrechtet al., 2008a. Lachapelle & Hadjistavropoulos 2004) και ειδικά με τη σωματόμορφη διάσχιση (Farina et al., 2011. Nijenhuis et al., 2003). Η παρούσα μελέτη έρχεται να προστεθεί στο σώμα αυτών των μελετών. Ακόμα όμως, είναι μία από τις ελάχιστες μελέτες που διερευνούν τη σχέση της διάσχισης με διαφορετικά είδη χρόνιου πόνου και όχι με ένα συγκεκριμένο είδος (π.χ. πυελικό άλγος).

Φαίνεται, λοιπόν, πως ενδέχεται η διάσχιση να σχετίζεται με τον πόνο, ανεξάρτητα από το είδος του χρόνιου πόνου.

Μια πιθανή ερμηνεία του συγκεκριμένου ευρήματος θα μπορούσε να είναι ότι αν και οι δύο ομάδες ασθενών φαίνεται να έχουν εκτεθεί σε τραύμα, εκείνοι με χρόνιο πόνο ενδεχομένως να καλούνται να διαχειριστούν ακόμα ένα πιο επιβαρυντικό παράγοντα, τον πόνο. Σύμφωνα με το DSM 5, τραυματικό στρες θεωρείται κάθε κατάσταση που μπορεί να επιφέρει ή να προκαλέσει σε κάποιον απειλή θανάτου ή σωματικού τραυματισμού (American Psychiatric Association, 2013). Ο πόνος είναι μια στρεσογόνα κατάσταση κατά την οποία ο πάσχοντας καλείται να ερμηνεύσει και να προβλέψει την πιθανή απειλή για τη σωματική βλάβη που μπορεί να προκαλέσει(Elman & Borsook, 2018; Lim et al., 2020). Έτσι, ενδεχομένως η επίδραση του πόνου να είναι ένας σημαντικός παράγοντας που θα μπορούσε πιθανά να ερμηνεύει τη διαφορά στην ένταση των συμπτωμάτων της διάσχισης στις δύο ομάδες ασθενών.

Τα υψηλά σκορ διάσχισης θα μπορούσαν να είναι απλώς ένας ακόμα δείκτης της γενικότερης επιβάρυνσης που σχετίζεται με την διαχείριση ή το βίωμα της ασθένειας. Ενδέχεται όμως, τα ακόμα υψηλότερα σκορ διάσχισης στην ομάδα ασθενών με χρόνιο πόνο να σχετίζονται με μια κοινή, μη παθολογική αντίδραση του οργανισμού στον πόνο, αντίστοιχη με αυτή που παρατηρείται σε άλλες στρεσογόνες καταστάσεις (Giesbrecht et al., 2008a; Morgan et al., 2001; Sterlini & Bryant, 2002) και να μην σχετίζονται ούτε με το τραύμα καθ' αυτό, ούτε με την επιβάρυνση της ασθένειας.

Το δεύτερο εύρημα αυτής της μελέτης είναι, ότι παρόλο που οι ασθενείς με χρόνιο πόνο έχουν εντονότερη διασχιστική συμπτωματολογία, και στις δύο ομάδες ασθενών τα ηπιότερης έντασης διασχιστικά συμπτώματα σχετίζονται με χαμηλότερη ένταση πόνου ενώ όσο αυξάνονται τα διασχιστικά συμπτώματα, αυξάνεται και η ένταση του πόνου. Είναι δε ακόμα πιο εντυπωσιακό ότι η σχέση αυτή είναι σημαντικά ισχυρότερη για την ομάδα των ασθενών χωρίς χρόνιο πόνο και όχι

για τους ασθενείς με χρόνιο πόνου όπου παρατηρείται μικρότερη (αν και σημαντική) διαφορά στην ένταση του πόνου μεταξύ χαμηλής και υψηλής διάσχισης.

Οι ως τώρα υπάρχουσες μελέτες σε δείγματα ασθενών, περιγράφουν την συνύπαρξη της ασθένειας με διασχιστικά συμπτώματα (Badura et al., 1997. Duckworth, Iezzi, Archibald, Haertlein, & Klinck, 2000. Farina et al., 2011. LaChapelle & Hadjistavropoulos, 2004. Nijenhuis et al., 2003. Saxe et al., 1994) αλλά καμία, όσο μπορούμε να γνωρίζουμε, δεν έχει ασχοληθεί με τη σχέση της διάσχισης με την ένταση του πόνου. Οι υπάρχουσες μελέτες που έχουν ασχοληθεί με την διακύμανση της έντασης του πόνου σε σχέση με τη διάσχιση είναι πειραματικές αλλά βασίζονται κυρίως σε δείγματα ανθρώπων που έχουν διαγνώσεις που αφορούν στην ψυχική υγεία στις οποίες τα διασχιστικά συμπτώματα είναι συχνά (Defrin et al., 2015; Ludäscher et al., 2007). Τα αποτελέσματα αυτών των μελετών δείχνουν ότι η αυξημένη διάσχιση σχετίζεται με υψηλότερη ουδό του πόνου. Οι μόνες σχετικές πειραματικές μελέτες σε υγιή πληθυσμό ήταν των Giesbrecht et al. (2008), και των Horowitz και Telch (2007), οι οποίοι έδειξαν ότι υψηλότερα σκορ διάσχισης σχετιζόταν με μειωμένη αντοχή στον πόνο και μεγαλύτερη ένταση πόνου αντίστοιχα. Έτσι, η ερμηνεία του ευρήματος αυτού χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή.

Αν και οι ασθενείς χωρίς χρόνιο πόνο είχαν λιγότερα διασχιστικά συμπτώματα από τους ασθενείς με πόνο, στο παρόν δείγμα το σκορ των ασθενών χωρίς πόνο, είναι περίπου στα ίδια επίπεδα με αυτό που περιγράφεται να βιώνουν οι ασθενείς με διπολική διαταραχή (Nijenhuis, 2010; Sar, Kundakci, Kiziltan, Bakim, & Bozkurt, 2001), μια διάγνωση που συνυπάρχει με διασχιστική συμπτωματολογία (Jaeger et al., 2017). Έτσι, θα μπορούσε να υποτεθεί ότι ακόμα και αν ο πόνος σχετίζεται με κάποια ιδιαίτερη επιβάρυνση σε επίπεδο διάσχισης, τελικά ίσως μεγάλο μέρος των ασθενών με χρόνιο νόσημα μπορεί να αναπτύσσουν διασχιστικά συμπτώματα που πιθανά να σχετίζονται με το τραύμα της νόσου καθώς πολλοί ασθενείς βιώνουν την ασθένεια ως τραυματικό γεγονός (π.χ. Alonzo, 2000. Penn, 2001) και αρκετοί αναπτύσσουν ακόμα και συμπτώματα μετατραυματικής διαταραχής μετά από την διάγνωση τους, νοσηλεία τους ή έκθεση τους σε

επώδυνες ιατρικές παρεμβάσεις (Hall & Hall, 2013). Αλλά, βέβαια, αυτό είναι μόνο μία πιθανή ερμηνεία των ευρημάτων μιας συγχρονικής έρευνας. Έτσι, θα μπορούσε η διάσχιση σε αυτό το δείγμα να σχετίζεται και με τελείως διαφορετικές και ανεξάρτητες διεργασίες σχετικές με την προσαρμογή στη νόσο που δεν διερευνήθηκαν εδώ.

Οι ασθενείς με χρόνιο νόσημα, τυπικά βιώνουν επεισόδια οξέος πόνου. Αντιθέτως, οι ασθενείς με χρόνιο πόνο, βιώνουν συχνές ή συνεχείς διακυμάνσεις στην ένταση του πόνου τους (Fillingim, Loeser, Baron, & Edwards, 2016. Jamison &, Brown, 1991). Αν τα διασχιστικά συμπτώματα των ασθενών χωρίς χρόνιο πόνο σχετίζονται με αυτά τα επεισόδια οξέος πόνου, τότε μια άλλη πιθανή εξήγηση της παραπάνω παρατήρησης θα μπορούσε να είναι η εξής: Οι ασθενείς αυτοί ζουν βιώνοντας τις επιπτώσεις του χρόνιου νοσήματος. Κατά τα επεισόδια του οξέος πόνου, ενδεχομένως, αυτόματα ως αντίδραση (Giesbrecht et al., 2008. Morgan et al., 2001. Sterlini & Bryant, 2002 και Μελέτη 1), προκαλούνται διασχιστικά συμπτώματα για την αποκοπή ή "προστασία" του πάσχοντα από την δυσάρεστη εμπειρία (Schimmenti & Caretti, 2016. Vermetten, Doherty, & Spiegel, 2007). Η αποκοπή όμως από την εμπειρία για αυτούς τους ήδη επιβαρυμένους ασθενείς μπορεί να λειτουργεί αποδιοργανωτικά, να εμποδίζει ή να τροποποιεί την αποτελεσματική επεξεργασία των πληροφοριών (Hooper, Dorahy, Blampied, & Jordan, 2014. Kleim, Ehring, & Ehlers, 2012. Lyttle, Dorahy, Hanna, & Huntjens, 2010. Olsen & Beck, 2011) που σχετίζονται με το επεισόδιο του πόνου και κατά συνέπεια να αδυνατούν να τον αντιμετωπίσουν αποτελεσματικά. Η αδυναμία αυτή ενδεχομένως να αντικατοπτρίζεται στην αυξημένη ένταση του πόνου.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζουν και τα αποτελέσματα στους ασθενείς με χρόνιο πόνο. Οι ασθενείς αυτοί (όπως και εκείνοι χωρίς χρόνιο πόνο) φαίνεται πως όσο αυξάνεται η ένταση των διασχιστικών συμπτωμάτων τους, αυξάνεται και η ένταση του πόνου τους. Ωστόσο, σε αυτή την ομάδα η μεταβολή στην ένταση του πόνου, αν και σημαντική δεν είναι τόσο έντονη όσο στην ομάδα των ασθενών χωρίς πόνο. Όλες οι παραπάνω ερμηνείες για τη σχέση της διάσχισης με τη νόσο, μπορεί να ισχύουν και για αυτούς τους ασθενείς. Ωστόσο, δεδομένου ότι οι ασθενείς με

χρόνιο πόνο βιώνουν εντονότερη διασχιστική συμπτωματολογία, υποθέτουμε ότι η αυξημένη διάσχιση θα μπορούσε επίσης να σχετίζεται με την ίδια την επιβάρυνση που προκαλεί ο πόνος, ως μια αυτόματη αντίδραση σε αυτόν. Εντούτοις, είναι πιθανό, οι ασθενείς αυτοί (που βιώνουν συχνά ή καθημερινά πόνο), να γενίκευσαν την χρήση της διάσχισης ή να ανέπτυξαν την τάση να την χρησιμοποιούν και για άλλες στρεσογόνες καταστάσεις (Alley et al., 2015. Badura et al., 1997. Waller et al., 2000). Έτσι, πιθανά η διάσχιση να καθίσταται μια αντίδραση με υψηλό τίμημα που θέτει τους ασθενείς σε μία κατάσταση συνεχούς "μουδιάσματος" ή "λειτουργίας στον αυτόματο" που θα εξηγούσε γιατί η διαφοροποίηση στην ένταση του πόνου μεταξύ υψηλής και χαμηλής διάσχισης είναι μικρότερη.

Το τρίτο εύρημα αφορά στους παράγοντες προσαρμογής στην ασθένεια. Βρέθηκε ότι εντονότερη διασχιστική συμπτωματολογία σχετίζεται με περισσότερο άγχος και κατάθλιψη, εντονότερη καταστροφοποίηση, χειρότερες συναισθηματικές αναπαραστάσεις και αναπαραστάσεις σχετικά με την περιοδικότητα της ασθένειας και εντονότερη χρήση των στρατηγικών διαχείρισης άρνηση και χιούμορ. Επίσης, υψηλότερη διασχιστική συμπτωματολογία σχετίζεται με πεποιθήσεις για μειωμένο θεραπευτικό και προσωπικό έλεγχο, μικρότερη κατανόηση των ζητημάτων γύρω από την ασθένεια και χειρότερη ποιότητα ζωής όπως αναμέναμε από τις υποθέσεις μας.

Διαφαίνεται δηλαδή από τα παραπάνω ευρήματα, ότι η διάσχιση σχετίζεται με μια γενικότερα επιβαρυμένη κατάσταση γύρω από τους παράγοντες προσαρμογής στην ασθένεια. Η παρατήρηση αυτή δεν προκαλεί έκπληξη καθώς συνάδει με τα ευρήματα προηγούμενων ερευνών (π.χ., Arango-Dávila & Rincón-Hoyos, 2018. Azoulay et al., 2020. Badura et al., 1997. Ferguson & Dacey, 1997. LaChapelle & Hadjistavropoulos, 2004. Latalova et al., 2010. Lee & Oh, 2009. Ozdemir et al., 2015. Woo, 2010).

Καθώς αυτή είναι μια συχχρονική, συναφειακή μελέτη, δεν μπορούμε να καταλήξουμε σε ασφαλή συμπεράσματα σχετικά με την αιτιότητα των παρατηρήσεων. Έτσι, θα μπορούσε απλώς να απεικονίζουν παράλληλες διεργασίες που εξελίσσονται κατά την διαδικασία προσαρμογής στο

νόσημα. Επιπλέον, θα μπορούσε η φτωχή προσαρμογή να σχετίζεται με μια γενικότερη αδυναμία κάποιων ασθενών να αντιμετωπίσουν αποτελεσματικά τις διάφορες δυσκολίες και αυτή η αδυναμία να αντικατοπτρίζεται και στην ανάπτυξη διασχιστικών συμπτωμάτων. Παρόλα αυτά, θα μπορούσε επίσης να είναι πιθανό ότι η διάσχιση (ανεξαρτήτως του λόγου που αναπτύσσεται, δεδομένου ότι αυτό δεν μπορούμε να το ελέγξουμε σε μια μελέτη τέτοιου τύπου), δυσχεραίνει ή τροποποιεί την εστίαση στα σχετικά με τη νόσο ζητήματα καθώς έχει βρεθεί ότι μειώνει την προσοχή και τη μνήμη γύρω από τα τραυματικά ζητήματα (Olsen & Beck, 2011) και επιδρά στην γνωστική επεξεργασία των σχετικών με το τραύμα πληροφοριών (Hooper et al., 2014. Kleim et al., 2012. Lyttle et al., 2010). Αυτή η δυσκολία λοιπόν στην εστίαση και την επεξεργασία των πληροφοριών, μπορεί ακολούθως να επιδρά στην ικανότητα των ασθενών να χρησιμοποιούν τις κατάλληλες (για την περίσταση) στρατηγικές που θα τους βοηθήσουν στην αποτελεσματική διαχείριση του πόνου τους. Μένει λοιπόν, σε κάποιες μελλοντικές μελέτες να διερευνηθούν περαιτέρω οι σχέσεις αυτές.

Β.5.2 Η λειτουργία της διάσχισης στους ασθενείς με χρόνιο πόνο

Προκειμένου να διερευνηθεί η σχέση της διάσχισης ειδικά στους ασθενείς με χρόνιο πόνο πιο διεξοδικά και αναλυτικά, οι ασθενείς αυτοί χωρίστηκαν σε δύο ομάδες: εκείνους με υψηλή διάσχιση και εκείνους με χαμηλή διάσχιση με βάση την κατανομή του δείγματος. Τα ευρήματα σχετικά με την ομάδα ασθενών έχουν επίσης ιδιαίτερο ενδιαφέρον καθώς όχι μόνο επιβεβαιώνουν αρκετές από τις αρχικές υποθέσεις μας, αλλά επίσης επειδή παρέχουν πληροφόρηση για τη σχέση της διάσχισης με τον ίδιο τον πόνο αλλά και τις διάφορες μεταβλητές προσαρμογής στον πόνο (σε μια ομάδα ανθρώπων που ήδη έχει εντονότερα διασχιστικά συμπτώματα από τους λοιπούς ασθενείς).

Αναλυτικότερα, προέκυψε ότι οι ασθενείς που είχαν τα πιο έντονα συμπτώματα διάσχισης, αν και είχαν θετικότερες αναπαραστάσεις σχετικά με το θεραπευτικό έλεγχο, είχαν χειρότερες συναισθηματικές αναπαραστάσεις και θεωρούσαν δυσμενέστερες τις συνέπειες του νοσήματος στη

ζωή τους. Επιπλέον, οι ασθενείς που είχαν τα λιγότερα διασχιστικά συμπτώματα, θεωρούσαν ότι είχαν καλύτερη γενική υγεία και φυσική λειτουργικότητα, καταστροφοποιούσαν λιγότερο, ένιωθαν λιγότερο άγχος και κατάθλιψη, ενώ επίσης ένιωθαν λιγότερο πόνο και μικρότερη παρεμβολή του πόνου στη ζωή τους.

Αυτά τα αποτελέσματα έρχονται σε αντιστοιχία με τα αποτελέσματα που περιγράφηκαν στην προηγούμενη ενότητα για το σύνολο των ασθενών. Φαίνεται ότι όσο ηπιότερη διασχιστική συμπτωματολογία υπάρχει, τόσο μικρότερη επίπτωση συνυπάρχει στις μεταβλητές προσαρμογής στον πόνο. Δεν κρίνεται σκόπιμο σε αυτό το σημείο να παρατεθούν εκ νέου πιθανές ερμηνείες, καθώς ισχύουν όσα ήδη έχουν περιγραφεί για το σύνολο των ασθενών (κεφ. Β.5.1).

Ωστόσο, το ερώτημα είναι αν η διάσχιση μπορεί να εξηγήσει σημαντικό ποσοστό της μεταβολής στην ένταση και την παρεμβολή του πόνου και αν διαδραματίζει σημαντικότερο ρόλο από άλλους πιθανούς παράγοντες. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως αν και ο ρόλος της διάσχισης είναι σημαντικός, δεν μπορεί να εξηγήσει σημαντικό ποσοστό της διαφοροποίησης στην ένταση του πόνου ή τουλάχιστον του πόνου που ένιωθαν οι ασθενείς το τελευταίο εικοσιτετράωρο. Παρόλα αυτά, διαφοροποιεί σημαντικά την παρεμβολή του πόνου.

Φαίνεται λοιπόν, πως για αυτούς τους ασθενείς η διάσχιση πιθανώς δεν είναι ο καθοριστικότερος παράγοντας της έντασης του πόνου τους. Ίσως η αλληλεπίδραση της διάσχισης με άλλους παράγοντες όπως οι αναπαραστάσεις ή η καταστροφοποίηση, το άγχος και η κατάθλιψη να μπορούν να εξηγήσουν καλύτερα την διακύμανση της έντασης του πόνου. Ίσως, λοιπόν, το αποτέλεσμα που παρατηρούμε σε αυτούς τους ασθενείς, ότι δηλαδή η υψηλότερη διάσχιση σχετίζεται με μεγαλύτερη ένταση πόνου, να προκύπτει από αυτή την αλληλεπίδραση. Επιπλέον, θα ήταν ακόμα πιθανό η διάσχιση όντως να μην τροποποιεί το βίωμα του πόνου, ούτε ο πόνος το βίωμα της διάσχισης αλλά η ταυτόχρονη υψηλή συνύπαρξή τους να εξηγείται από άλλους παράγοντες που δεν έχουν διερευνηθεί στην παρούσα μελέτη. Τέλος, θα μπορούσε να είναι πιθανή και η εξής ερμηνεία: η ανάπτυξη των διασχιστικών συμπτωμάτων να δυσχεραίνει τη χρήση

αποτελεσματικών στρατηγικών προσαρμογής (όπως έχει ήδη συζητηθεί) και η δυσκολία αυτή να αντικατοπτρίζεται στην αυξημένη ένταση του πόνου.

Επιπλέον, θα μπορούσε αυτή η κατάσταση να οφείλεται στην παρατεταμένη/ χρόνια χρήση της διάσχισης. Καθώς η διάσχιση μπορεί να είναι μια αυτόματη, μη παθολογική, προστατευτική αντίδραση (Giesbrecht et al., 2008a; Morgan et al., 2001; Sterlini & Bryant, 2002) είναι πιθανό οι ασθενείς να βίωσαν μια "παρηγορητική" επίδραση της διάσχισης σε κάποια αρχικό, επεισόδιο οξέος πόνου. Ακολούθως όμως, ενδέχεται να γενικεύθηκε η χρήση της διάσχισης, να αναπτύχθηκε δηλαδή μια τάση να εμφανίζονται διασχιστικά συμπτώματα και σε άλλες στρεσογόνες καταστάσεις που σχετίζονται με την ασθένεια, προκαλώντας όμως εμπόδια στην προσαρμογή, κάτι που πιθανώς αντικατοπτρίζεται στην υψηλότερη παρεμβολή του πόνου (Εικόνα 13). Η πιθανότητα να λειτουργεί η διάσχιση βοηθητικά κατά τη διάρκεια ενός τραύματος, αλλά επιβαρυντικά αν γενικευτεί η χρήση της έχει ήδη υποστηριχθεί από αρκετούς ερευνητές (βλέπε Alley et al., 2015. Badura et al., 1997. Waller et al., 2000).

Έτσι, μπορεί αυτή η παρατεταμένη χρήση να προκαλεί μια γενικότερη επιβάρυνση στους λοιπούς παράγοντες προσαρμογής και αυτή η επιβάρυνση να προκαλεί τη μεγαλύτερη ένταση του πόνου, δημιουργώντας ένα δυσλειτουργικό κύκλο ανατροφοδότησης των συμπτωμάτων. Η ερμηνεία αυτή όμως χρειάζεται περισσότερη και προσεκτικότερη διερεύνηση.

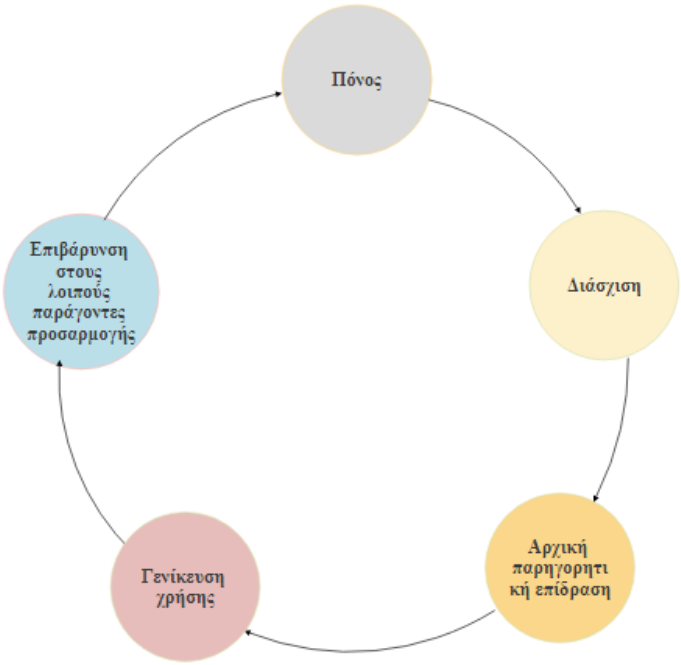
Σε αντίθεση με την ένταση του πόνου, η παρεμβολή του χρόνιου πόνου φαίνεται να σχετίζεται σημαντικά με το επίπεδο της διασχιστικής συμπτωματολογίας. Ο λόγος που υποθέτουμε ότι συμβαίνει αυτό είναι ο ίδιος που περιγράψαμε ήδη. Ότι, δηλαδή, πιθανά η διάσχιση να παρεμποδίζει ή τροποποιεί την επεξεργασία των πληροφοριών που σχετίζονται με τον πόνο (π.χ., Hooper, Dorahy, Blampied, & Jordan, 2014. Kleim, Ehring, & Ehlers, 2012. Lyttle, Dorahy, Hanna, & Huntjens, 2010. Olsen & Beck, 2011) και κατά συνέπεια οι ασθενείς αυτοί ίσως βρίσκονται σε μια κατάσταση αποσύνδεσης από την εμπειρία (π.χ. Dell, 2009. Lanius et al., 2010) ή μουδιάσματος και να παρεμποδίζεται η ενσυνείδητη συμμετοχή στις σχετικές με τη διαχείριση του

πόνου διεργασίες. Εξ' άλλου, η τάση των ασθενών με διάσχιση να συμμετέχουν στα διάφορα γεγονότα ως παρατηρητές του εαυτού τους (Zerubavel & Messman-Moore, 2015) και όχι ως ρυθμιστές της εμπειρίας είναι ήδη γνωστή. Μια πιθανή ερμηνεία, λοιπόν, θα μπορούσε να είναι ότι η χρήση της διάσχισης από τους ασθενείς αυτούς, λειτουργεί με τρόπο που τους αποσυνδέει από το περιβάλλον και τις εμπειρίες τους. Έτσι, έχοντας μειωμένη εγρήγορση ή εμπλοκή, συχνά μπορεί οι ασθενείς να αδυνατούν να εμπλακούν αποτελεσματικά σε καθημερινές λειτουργίες, να νιώθουν ότι απέχουν ή ότι δεν συμμετέχουν ενεργά ή με τον τρόπο που θα ήθελαν (Εικόνα 14). Ουσιαστικά, από τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης δεν φαίνεται η διάσχιση στους ασθενείς αυτούς να μεταβάλει την εμπειρία του πόνου καθ' αυτή. Η υψηλή παρεμβολή του πόνου όμως θα μπορούσε να στηρίζει την πιθανότητα η διάσχιση να επιδρά στο πόσο ενεργή συμμετοχή στην ζωή έχουν, ενώ βιώνουν πόνο. Φυσικά αυτή είναι μόνο μια πιθανή ερμηνεία. Μπορεί να υπάρχουν πολλές άλλες πιθανές ερμηνείες, όπως αυτές που έχουν ήδη αναφερθεί σε αυτή την ενότητα .

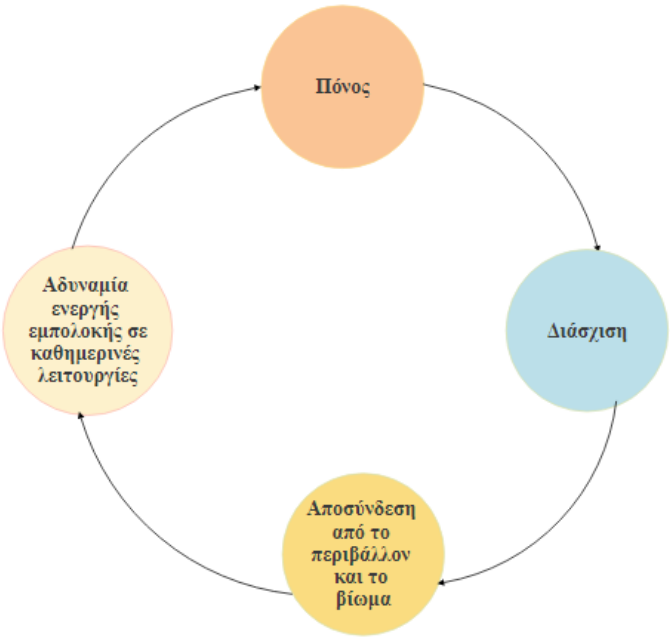
Το τελευταίο εύρημα αυτής της μελέτης είναι ότι η σχέση των παραγόντων προσαρμογής στον πόνο με την ένταση και την παρεμβολή του πόνου δεν φαίνεται να τροποποιείται από την διάσχιση. Η μόνη μεταβολή που παρατηρήθηκε αφορούσε το μηχανισμό διαχείρισης θρησκεία που πιθανά είναι ένα μη-συστηματικό εύρημα.

Η μη σημαντική επίδραση της διάσχισης σε αυτή τη σχέση θα μπορούσε να ερμηνευτεί με διάφορους τρόπους. Για παράδειγμα, θα μπορούσε όντως η διάσχιση να μην αποτελεί ένα σημαντικό μηχανισμό στη διεργασία προσαρμογής των ασθενών στον πόνο. Ωστόσο, οι ασθενείς αυτοί εμφάνισαν σχετικά έντονα συμπτώματα διάσχισης -υψηλότερα από τους ασθενείς χωρίς χρόνιο πόνο και κοντά σε αυτά που αναφέρονται για ομάδες ασθενών με αγχώδη διαταραχή (Nijenhuis, 2010; Sar, Kundakci, Kiziltan, Bakim, & Bozkurt, 2001). Έτσι, ενδεχομένως αυτά τα διασχιστικά συμπτώματα απλώς να υποδεικνύουν μια ίσως αναμενόμενη απόκριση στον πόνο ή ακόμα και στο στρες που προκαλεί ο πόνος (π.χ., Keene, Rea, & Aldington, 2011) που όμως αυτό θα πρέπει να διερευνηθεί κατάλληλα σε επόμενη μελέτη.

Τέλος, μια άλλη πιθανή ερμηνεία θα μπορούσε να είναι ότι η διάσχιση δεν επιδρά μεν στη σχέση μεταξύ παραγόντων προσαρμογής και της έντασης/ παρεμβολής του πόνου, μπορεί όμως να τροποποιεί το βίωμα του πόνου χωριστά ή την επεξεργασία των πληροφοριών που σχετίζονται με τη χρήση παραγόντων προσαρμογής χωριστά. Συγκεκριμένα ως προς την τροποποίηση του βιώματος του πόνου, οι ασθενείς του παρόντος δείγματος με περισσότερα διασχιστικά συμπτώματα ανέφεραν μεγαλύτερη ένταση και παρεμβολή του πόνου που βίωναν, ενώ είναι ήδη γνωστό πως οι μεταβολές στην αίσθηση του πόνου όπως η αναλγησία, η αναισθησία ή ο παρατεταμένος πόνος μπορούν να είναι συμπτώματα της σωματόμορφης διάσχισης π.χ., Bob, 2008. Nijenhuis, 2000. Nijenhuis & van der Hart, 2011. Τέλος ως προς την επεξεργασία των πληροφοριών που σχετίζονται με τη χρήση των παραγόντων προσαρμογής, η διάσχιση για παράδειγμα στο παρόν δείγμα σχετίζεται με χειρότερες αναπαραστάσεις και οι χειρότερες αναπαραστάσεις γνωρίζουμε ότι σχετίζονται με εντονότερο πόνο π.χ. Norton et al., 2013. Μένει όμως και αυτό να διερευνηθεί μελλοντικά.



Εικόνα 13. Η γενίκευση της χρήσης της διάσχισης



Εικόνα 14. Ο κύκλος αποκοπής από την ενεργή εμπλοκή στις καθημερινές δραστηριότητες

Β.5.3 Περιορισμοί

Τα ευρήματα της έρευνας θα πρέπει να αξιολογηθούν, βέβαια, λαμβάνοντας υπόψη και τους περιορισμούς της παρούσας μελέτης. Κατ' αρχάς, αυτή είναι μια συγχρονική μελέτη και έτσι δεν μπορούμε να γνωρίζουμε ποιοι παράγοντες καθορίζουν ποιους παράγοντες. Μπορούμε μόνο κάνουμε να παρατηρήσεις που ισχύουν την στιγμή της καταγραφής.

Το δείγμα της μελέτης θα μπορούσε να ήταν μεγαλύτερο και να περιλαμβάνει διαφορετικές ηλικιακές ομάδες, τόσο νεότερους όσο και γηραιότερους ασθενείς. Ενδεχομένως η ηλικία να λειτουργεί με καθοριστικό τρόπο στους μηχανισμούς διαχείρισης που επιλέγουν οι άνθρωποι, στην ενέργεια που έχουν για την διαχείριση της ασθένειας τους, στην κόπωση που νιώθουν και σε άλλους παράγοντες που σχετίζονται με την ασθένεια. Ακόμα, δεν υπάρχουν μελέτες που να διερευνούν την επίδραση της ηλικίας στο φαινόμενο της διάσχισης κι έτσι αυτό μένει ένα πεδίο εντελώς αδιερεύνητο, με τις επακόλουθες συνέπειες που μπορεί να υπάρχουν στη σχέση της διάσχισης με τον πόνο ή στην ερμηνεία των ευρημάτων.

Ακόμα, οι ασθενείς με πόνο στην παρούσα μελέτη έπασχαν κυρίως από ρευματολογικά και ορθοπεδικά προβλήματα, ενώ οι ασθενείς με χρόνιο νόσημα χωρίς πόνο έπασχαν κυρίως από

νεφρολογικά και καρδιολογικά προβλήματα. Έτσι, τα αποτελέσματα μπορεί να ανταποκρίνονται μόνο σε αυτές τις ομάδες των ασθενών και μελλοντικές έρευνες θα μπορούσαν να συμπεριλάβουν ακόμα περισσότερες και διαφορετικές διαγνώσεις.

Το ερευνητικό πρωτόκολλο στο οποίο εξετάστηκαν οι ασθενείς ήταν αρκετά μεγάλο και οι χώροι εξέτασης κατά την αναμονή για το προγραμματισμένο ιατρικό ραντεβού τους δεν ήταν πάντα ήσυχοι και απομονωμένοι, έτσι οι απαντήσεις των ασθενών ενδέχεται να έχουν επηρεαστεί από παράγοντες όπως η κόπωση ή η έλλειψη συγκέντρωσης. Επίσης, δεν διερευνήθηκε η επίδραση της διάσχισης ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας που ενδεχομένως να ήταν χρήσιμο σε αυτή την ομάδα μακροχρόνιων ασθενών. Το ερωτηματολόγιο της διάσχισης δεν υπήρχε στα ελληνικά και, αν και διερευνήθηκε σε πιλοτική μελέτη, η εγκυρότητά του ενδεχομένως επιδέχεται βελτίωσης. Για παράδειγμα, δεν έχουν διερευνηθεί διαπολιτισμικά ζητήματα σε σχέση με τη διάσχιση και έτσι είναι αδύνατο να γνωρίζουμε αν αυτά τα συμπτώματα είναι συχνά ή σπάνια για τους Έλληνες. Ένας ακόμα περιορισμός είναι ότι κάποιες υποκλίμακες των στρατηγικών διαχείρισης είχαν χαμηλή αξιοπιστία με αποτέλεσμα να μην συμπεριληφθούν στην παρούσα μελέτη.

Β.5.4. Συνεισφορά

Η μελέτη αυτή έρχεται να ενισχύσει το μικρό σώμα ερευνών που έχουν εντοπίσει συσχέτιση μεταξύ πόνου και σωματόμορφης διάσχισης. Η ενίσχυση αυτής της παρατήρησης είναι μεγάλης σπουδαιότητας τόσο για θεωρητικούς όσο και για κλινικούς λόγους.

Ως προς την κλινική συνεισφορά αυτής της μελέτης, αναδεικνύεται η ανάγκη για αξιολόγηση και διαχείριση των συμπτωμάτων της διάσχισης στον χρόνιο πόνο και το χρόνιο νόσημα. Όπως φαίνεται από τα αποτελέσματα, η διάσχιση συνυπάρχει με μια γενικότερα επιβαρυμένη συναισθηματική κατάσταση και δυσχερή προσαρμογή των ασθενών. Κυρίως όμως, η διάσχιση είναι πιθανό να λειτουργεί με τέτοιο τρόπο ώστε να αποσυνδέει τον ασθενή από την εμπειρία του, το συναίσθημα ή/και τη σκέψη του, (π.χ. American Psychiatric Association, 2013. Dell, 2009) υπονομεύοντας την προσαρμογή και την ανταπόκριση σε ερεθίσματα και παρεμβάσεις

που ενδεχομένως να λειτουργούσαν βοηθητικά αν ο ασθενής μπορούσε να τα παρατηρήσει ενεργά (Zerubavel & Messman-Moore, 2015). Έτσι, στα μελλοντικά πρωτόκολλα διαχείρισης του πόνου, θα ήταν χρήσιμο να συμπεριληφθούν μέθοδοι αξιολόγησης και διαχείρισης της σωματόμορφης διάσχισης. Τέτοιες παρεμβάσεις έχουν ήδη συζητηθεί στην Συζήτηση της Μελέτης 1.

Σε θεωρητικό επίπεδο, αυτή είναι από τις πρώτες μελέτες (αν όχι η πρώτη), που επιχειρεί να διερευνήσει τα πιθανά διαφορετικά πρότυπα εμφάνισης της διάσχισης σε δείγμα χρόνιων ασθενών με πόνο και χωρίς πόνο, παραθέτοντας ενδείξεις για τους πιθανούς τρόπους με τους οποίους ο πόνος και όχι το νόσημα γενικά, μπορεί να σχετίζεται με την εμφάνιση της διάσχισης στους ασθενείς αυτούς.

Από την παρούσα μελέτη προκύπτει πως οι ασθενείς και των δύο ομάδων παρουσίασαν διασχιστικά συμπτώματα. Ωστόσο, η ένταση των συμπτωμάτων στην ομάδα ασθενών με χρόνιο πόνο ήταν σαφώς εντονότερη. Δεδομένου ότι και οι δύο ομάδες ασθενών διαχειρίζονται ένα χρόνιο νόσημα και δεν διαφέρουν σημαντικά κατά τα λοιπά χαρακτηριστικά τους, αυτή η διαφοροποίηση στην ένταση των συμπτωμάτων διάσχισης, θα μπορούσε να σχετίζεται ειδικά με τον πόνο χωρίς όμως να μπορεί να αποδοθεί σχέση αιτιότητας καθώς αυτή είναι μια συγχρονική μελέτη.

Παράλληλα όμως, το δείγμα αποτελείται από μακροχρόνια ασθενείς, που βιώνουν για μεγάλα διαστήματα τα διάφορα συμπτώματα (συμπεριλαμβανομένου και του πόνου). Εντούτοις η ένταση των διασχιστικών συμπτωμάτων τους παραμένει υψηλή (τουλάχιστον όπως τα βιώνουν για το τελευταίο έτος) και συνυπάρχει με φτωχή προσαρμογή, γεγονός που ενδεχομένως ενισχύει την ήδη υπάρχουσα πεποίθηση ότι η γενίκευση της χρήσης της διάσχισης σχετίζεται με μια γενικότερη επιβάρυνση στην προσαρμογή (Badura et al., 1997. Waller et al., 2000).

Επιπλέον, τα ευρήματα σχετικά με την εμφάνιση και την ένταση των διασχιστικών συμπτωμάτων (που σχετίζονται στενά με το τραύμα και τις τραυματικές καταστάσεις: American Psychiatric Association, 2013. DePrince & Freyd, 2014. Gershuny & Thayer, 1999. Nijenhuis & van der Hart, 2011), πιθανά να αναδεικνύουν την ανάγκη και την αξία της αναθεώρησης της

τραυματικής φύσης της χρόνια ασθένειας και του χρόνιου πόνου και της συμπερίληψης τους στους πιθανούς παράγοντες που δημιουργούν τραυματικό στρες, δεδομένου ότι για παράδειγμα το DSM 5 αναφέρει πως οι διάφορες σωματικές ασθένειες δεν θεωρούνται απαραιτήτως τραυματικές (American Psychiatric Association, 2013).

Σε επίπεδο συναισθήματος, φαίνεται πως οι ασθενείς με έντονα διασχιστικά συμπτώματα παράλληλα βίωναν έντονη συναισθηματική δυσφορία και φτωχή προσαρμογή στο νόσημα. Δεν μπορούμε φυσικά να γνωρίζουμε αν η διάσχιση οδήγησε στη φτωχή συναισθηματική διαχείριση ή το αντίθετο, μπορούμε όμως να πούμε ότι αυτές οι δύο καταστάσεις φαίνεται να συνυπάρχουν σε έντονο βαθμό σε αυτούς τους ασθενείς. Η παρατήρηση αυτή έρχεται σε συμφωνία με τις παρατηρήσεις και άλλων μελετητών που προτείνουν ότι η διάσχιση μπορεί να είναι το αποτέλεσμα της αδυναμίας κάποιου να ρυθμίσει το συναίσθημά του και αντικατοπτρίζει μιας προϋπάρχουσα δυσκολία στον τομέα αυτό (Hebert et al., 2018), ή ακόμα ότι μπορεί η διάσχιση να είναι και μια αποτυχία στη ρύθμιση του συναισθήματος (Chaplo et al., 2015. Kalill, 2013).

Αντιθέτως, η συνύπαρξη της σωματόμορφης διάσχισης στο χρόνιο νόσημα με ή χωρίς πόνο με τη φτωχή συναισθηματική διαχείριση και ανεπαρκή προσαρμογή, έρχεται σε αντίθεση με τις θεωρίες που προτείνουν ότι η διάσχιση αποσκοπεί στην αποσύνδεση από τις έντονα αρνητικές συναισθηματικές επιπτώσεις (Holmes et al., 2005. Sierra & Berrios, 1998), (καθώς βλέπουμε ότι σε αυτό το δείγμα οι συναισθηματικές επιπτώσεις είναι έντονες), ή στην τροποποίηση της συναισθηματικής εμπειρίας προκειμένου ο πάσχοντας να εξασφαλίσει τις καλύτερες πιθανότητες για την επιβίωση του (Ford, 2013). Σε κάθε περίπτωση, η σχέση της διάσχισης με τη λειτουργία του συναισθήματος σε καταστάσεις χρόνιου πόνου χρειάζεται περισσότερη και συστηματικότερη διερεύνηση μελλοντικά.

Τέλος, τα ευρήματα της παρούσας μελέτης φαίνεται να στηρίζουν ακόμα περισσότερο το μηχανισμό λειτουργίας της σωματόμορφης διάσχισης όπως έχει προταθεί από το Γνωστικό Μοντέλο Σύνθεσης (ΓΜΣ: Brown, 2006. 2013). Σύμφωνα με το ΓΜΣ, η διάσχιση μπορεί να είναι

το αποτέλεσμα της επιλογής ή/και εκτέλεσης ενός λάθους για την περίσταση ιεραρχικού προγράμματος δράσης. Στην παρούσα μελέτη, οι ασθενείς παρουσιάζουν έντονη διασχιστική συμπτωματολογία παρά την χρόνια φύση των νοσημάτων τους. Θα μπορούσε λοιπόν η διάσχιση σε αυτούς τους ασθενείς να είναι το αποτέλεσμα της παρατεταμένης εφαρμογής ενός ιεραρχικού προγράμματος δράσης για την αντιμετώπιση του πόνου ή του τραύματος που όμως έχει πάψει να απαιτείται. Κατά συνέπεια η εφαρμογή αυτού του προγράμματος δεν οδηγεί σε μια αποτελεσματική διαχείριση της κατάστασης, αντιθέτως φαίνεται να σχετίζεται με μια επιβάρυνση στην ένταση και την παρεμβολή του πόνου, αλλά και στο συναίσθημα και την προσαρμογή στο νόσημα.

Φυσικά, αν και δεν αμφισβητείται η αξία των παρατηρήσεων της παρούσας μελέτης, είναι σημαντικό να τονιστεί πως αυτή είναι μια συγχρονική, συναφειακή μελέτη και δεν μπορεί να μας πληροφορήσει σχετικά με την αιτιότητα των σχέσεων. Έτσι είναι αναγκαία η διερεύνηση με διαχρονικές μελέτες που επίσης θα χρησιμοποιήσουν μεγαλύτερο δείγμα ασθενών.

6. ΓΕΝΙΚΗ ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Σε αυτή την ενότητα θα παρουσιαστούν συνοπτικά τα ευρήματα των δύο μελετών σε σχέση με τις αρχικές υποθέσεις, χωρίς περαιτέρω σχολιασμό ανά εύρημα καθώς αυτός έχει ήδη πραγματοποιηθεί στις επιμέρους συζητήσεις. Τέλος, θα ακολουθήσει ένας συνολικός σχολιασμός όλων των ευρημάτων.

Ως προς την Μελέτη 1, επιβεβαιώνονται οι πρώτες δύο υποθέσεις. Όντως, ο πόνος υπήρξε ικανή συνθήκη για την εμφάνιση συμπτωμάτων διάσχισης και στις δύο ομάδες των συμμετεχόντων. Ο τύπος της διάσχισης που σχετίζεται με τον οξύ πόνο είναι η σωματόμορφη περιτραυματική διάσχιση. Αντίστοιχα, επιβεβαιώνεται και η τρίτη υπόθεση αυτής της μελέτης. Η προηγηθείσα διάσχιση λειτούργησε επιβαρυντικά για τους συμμετέχοντες όπως αντικατοπτρίζεται από την μειωμένη αντοχή στον πόνο, την έντονη ψυχοφυσιολογική διέγερση (όπως προκύπτει από την άνοδο του καρδιακού ρυθμού και την εμφάνιση περαιτέρω συμπτωμάτων διάσχισης). Επιπλέον, όσο περισσότερα συμπτώματα περιτραυματικής διάσχισης αναπτύσσονταν δευτερογενώς, τόσο μεγαλύτερη ένταση πόνου βίωναν οι συμμετέχοντες. Έτσι, φαίνεται πως η προηγηθείσα διάσχιση ανατροφοδοτεί ένα κύκλο μειωμένης αντοχής, ανάπτυξης περαιτέρω συμπτωμάτων διάσχισης, περαιτέρω μείωσης της αντοχής του πόνου και ούτω καθεξής.

Αντιθέτως, οι συμμετέχοντες χωρίς προγενέστερη έκθεση στην διάσχιση, όσο περισσότερα συμπτώματα διάσχισης ανέπτυσσαν (αυτόματα ή φυσικά, εξ' αιτίας του πόνου που βίωναν), σημείωναν μεγαλύτερη αντοχή στον πόνο. Σε συνδυασμό με την μη σημαντική αύξηση του καρδιακού τους ρυθμού κατά την βύθιση στο παγωμένο νερό (που πιθανά υποδεικνύει το βιολογικό υπόβαθρο σχηματισμού συμπτωμάτων διάσχισης καθώς η τελευταία συνδέεται με μειωμένο καρδιακό ρυθμό, βλ., Holmes, Brewin, & Hennessy, 2004. Lanius et al., 2002. Sack et al., 2012) θα μπορούσε να καταδεικνύει πως στον οξύ πόνο και για σύντομο διάστημα, η διάσχιση λειτουργεί ωφέλιμα.

Επιπλέον, επιβεβαιώνεται η τέταρτη υπόθεση μας: Η διάσχιση ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας σχετίζεται θετικά με όλα τα άλλα είδη διάσχισης, υποδεικνύοντας πως αν κάποιος συστηματικά χρησιμοποιεί την διάσχιση, μάλλον η τελευταία "ενεργοποιείται" αυτόματα και στις διάφορες κρίσιμες περιστάσεις. Ωστόσο, η διάσχιση ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας δεν μπορεί να προβλέψει καλύτερα από την σωματόμορφη διάσχιση (και κάθε άλλο είδος διάσχισης) την ένταση και την αντοχή στον πόνο.

Τέλος, η πέμπτη υπόθεση μας επιβεβαιώνεται μερικώς. Όντως, στην παρούσα μελέτη εμφανίστηκε υψηλή, θετική συσχέτιση μεταξύ αρνητικού συναισθήματος και των συμπτωμάτων της διάσχισης. Ωστόσο, δεν φάνηκε κάποια επίδραση του αρνητικού συναισθήματος στη σχέση μεταξύ διάσχισης και έντασης/αντοχής του πόνου, παρά μόνο για την διάσχιση ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας.

Το παραπάνω εύρημα χρειάζεται προσεχτική ερμηνεία. Αρχικά, αξίζει να σημειωθεί πως το να βιώνει κάποιος αρνητικά συναισθήματα δεν υποδεικνύει αυτόματα αδυναμία στην ρύθμιση του συναισθήματος. Η συναισθηματική ρύθμιση συμπεριλαμβάνει την ικανότητα κάποιου να τροποποιεί (π.χ.. αποτρέπει, αναμένει και να 'αναρρώνει' από) τα αρνητικά συναισθήματα και να βιώνει θετικά (Ford, 2013). Κατά συνέπεια, η εμφάνιση και μόνο του αρνητικού συναισθήματος δεν υποδεικνύει αδυναμία στη ρύθμιση. Έτσι, το παρόν εύρημα μπορεί απλώς να υποδεικνύει ότι η διάσχιση συσχετίζεται με αρνητικό συναίσθημα, παρατήρηση που δεν διατυπώνεται πρώτη φορά (π.χ., Giesbrecht, Smeets, Leppink, Jelicic, & Merckelbach, 2007). Η δυνατότητα των ασθενών να βιώνουν το συναίσθημά τους μπορεί να υποδεικνύει ότι η διάσχιση στην αρχική της φάση τουλάχιστον δεν αποκόπτει τους ανθρώπους από το βίωμα του συναισθήματός τους. Η ερμηνεία αυτή έρχεται εν μέρει (τουλάχιστον), σε συμφωνία με τα συμπεράσματα των Oathes και Ray (2008), που αναφέρουν ότι η διάσχιση δεν παρεμποδίζει την αρχική ρύθμιση του συναισθήματος. Αντιθέτως, η συναισθηματική ευαισθησία (που προϋπάρχει ως χαρακτηριστικό σε κάποιον), μπορεί

να συντελεί στην εκδήλωση της διάσχισης προκειμένου να παρεμποδιστεί η περαιτέρω εμβάθυνση στο δυσάρεστο συναίσθημα.

Η επίδραση του αρνητικού συναισθήματος στη σχέση μεταξύ διάσχισης και έντασης του πόνου παρατηρείται μόνο για την διάσχιση ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας (αλλά όχι στους λοιπούς τύπους διάσχισης που προκύπτουν ως αντίδραση στον πόνο). Γι' αυτό το λόγο πιστεύουμε ότι μάλλον το αρνητικό συναίσθημα των συμμετεχόντων αυτής της μελέτης, δεν σχετίζεται με τις διεργασίες τις διάσχισης ως αντίδραση στον πόνο, αλλά πιθανά, με τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας των ανθρώπων.

Αναλυτικότερα, οι Vollrath και Torgersen (2000), περιγράφουν στην εισαγωγή της μελέτης τους, πως άνθρωποι με έντονα χαρακτηριστικά νευρωτισμού έχουν την προδιάθεση να βιώνουν εντονότερο αρνητικό συναίσθημα και ανησυχία ανεξάρτητα από το πόσο στρεσογόνα είναι μία συνθήκη, ενώ πως επίσης έχουν την τάση να επιλέγουν παθητικές και δυσπροσαρμοστικές στρατηγικές διαχείρισης του στρες, παρατήρηση που επιβεβαιώνεται και από την μελέτη τους για ανθρώπους με έντονα χαρακτηριστικά νευρωτισμού και μειωμένα χαρακτηριστικά ευσυνειδησίας. Καθώς η διάσχιση ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας καμία άμεση συσχέτιση δεν έχει με την ένταση και την αντοχή του πόνου, υποθέτουμε πως το εύρημα αυτό ενδέχεται να σχετίζεται περισσότερα με τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας κάποιων ανθρώπων (Vollrath & Torgersen, 2000).

Τέλος, το εύρημα αυτό, θα μπορούσε να υποδεικνύει πως οι συμμετέχοντες που γενικά βιώνουν πιο τραυματικά τις συνέπειες ενός γεγονότος (όπως πιθανά φαίνεται από το εντονότερο αρνητικό συναίσθημα), έχουν εξαρχής εντονότερη τάση προς την διάσχιση, κατάσταση που μπορεί να υπονομεύσει την ικανότητα για ρύθμιση του συναισθήματος τους (Hulette, 2011. Powers et al., 2015). Ωστόσο, θεωρούμε ότι αν ίσχυε αυτή η ερμηνεία, η επίπτωση στο συναίσθημα θα ήταν σημαντικότερη και θα αντικατοπτριζόταν στη σχέση της έντασης/ αντοχής του πόνου με όλους τους τύπους διάσχισης, ιδιαιτέρως δε με τα συμπτώματα της περιτραυματικής διάσχισης, καθώς αυτά τα

συμπτώματα (και όχι τα συμπτώματα διάσχισης ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας), θα αντικατόπτριζαν την τάση προς διάσχιση κατά τη διάρκεια ενός τραυματικού γεγονότος.

Εξαιρετικό ενδιαφέρον παρουσιάζει και το εύρημα σχετικά με το θετικό συναίσθημα. Και στις δύο ομάδες συμμετεχόντων το θετικό συναίσθημα σχετιζόταν με αυξημένη αντοχή στον πόνο, ακόμα και όταν υπήρχε υψηλή περιτραυματική σωματόμορφη διάσχιση. Η συνύπαρξη υψηλού θετικού συναισθήματος με έντονα διασχιστικά συμπτώματα θα μπορούσε να σηματοδοτεί ότι η διάσχιση δεν παρεμποδίζει την ανάπτυξη του θετικού συναισθήματος, αλλά φυσικά αυτή είναι μια υπόθεση που χρήζει περαιτέρω διερεύνησης.

Η Μελέτη 2 είναι συγχρονική και έτσι από τις παρατηρήσεις που προκύπτουν δεν μπορούν να αποδοθούν αιτιώδεις σχέσεις. Οι ερμηνείες των αποτελεσμάτων εστιάζουν στη διάσχιση και στις πιθανές σχέσεις της διάσχισης με τις λοιπές μεταβλητές. Ωστόσο, οι ερμηνείες αυτές είναι απλές πιθανές καταστάσεις που απαιτείται να διερευνηθούν συστηματικότερα τόσο με μακροχρόνιες όσο και με πειραματικές μελέτες. Τα ευρήματα της Μελέτης 2 συνοψίζονται ως εξής: η πρώτη υπόθεση μας επιβεβαιώνεται. Οι ασθενείς με χρόνιο νόσημα και χρόνιο πόνο, εμφανίζουν σημαντικά υψηλότερα επίπεδα διάσχισης από τους ασθενείς χωρίς πόνο.

Η δεύτερη υπόθεση αυτής της μελέτης δεν επιβεβαιώνεται. Οι ασθενείς με χρόνιο πόνο, όσο εντονότερα συμπτώματα διάσχισης είχαν, τόσο εντονότερο πόνο και παρεμβολή του πόνου βίωσαν. Μια πιθανή εξήγηση για αυτή την παρατήρηση είναι ότι ίσως η "χρήση" της διάσχιση στους ασθενείς με χρόνιο πόνο παύει να προκύπτει ως αντίδραση στο ερέθισμα (πόνο). Αντιθέτως, ενδεχομένως να γενικεύεται ή να παγιώνεται η "χρήση" της ή εμφάνισή της, ως μαθημένη ή σταθερή κατάσταση η οποία μπορεί να λειτουργεί ως ένα ευρύτερο "μούδιασμα" της εμπειρίας τους. Αντίστοιχες παρατηρήσεις για τις βλαπτικές επιδράσεις της γενίκευσης της χρήσης της διάσχισης έχουν διατυπωθεί και από άλλους μελετητές (Badura et al., 1997. Waller et al., 2000).

Η τρίτη υπόθεσή μας μερικώς μόνο επιβεβαιώνεται. Όντως η επίδραση της ομάδας είναι σημαντική στη σχέση μεταξύ διάσχισης και πόνου. Όσο αυξάνεται η διάσχιση τόσο αυξάνεται η

ένταση του πόνου. Ωστόσο όπως έχει ήδη περιγραφεί παραπάνω, η σχέση αυτή δεν είναι τόσο ισχυρή για την ομάδα ασθενών με χρόνιο πόνο, όσο είναι για τους ασθενείς με χρόνιο νόσημα χωρίς χρόνιο πόνο.

Υποθέτουμε ότι μια πιθανή ερμηνεία για το εύρημα αυτό είναι ότι οι ασθενείς με χρόνιο νόσημα, χωρίς χρόνιο πόνο, βιώνουν διασχιστικά συμπτώματα ως απάντηση ή αντίδραση στα επεισόδια οξέος πόνου που μπορεί να βιώνουν. Έτσι ενδεχομένως, όσο χειρότερος είναι ο πόνος τους, τόσο εντονότερα συμπτώματα διάσχισης να προκύπτουν. Στη Μελέτη 1 βρέθηκε πως τα διασχιστικά συμπτώματα ως απάντηση στον πόνο σχετιζόταν με υψηλότερη αντοχή και μειωμένη ένταση πόνου αν δεν προϋπήρχαν συμπτώματα διάσχισης. Αντιστρόφως, όταν προϋπήρχαν συμπτώματα διάσχισης, η περαιτέρω ανάπτυξη συμπτωμάτων διάσχισης σχετιζόταν με αυξημένη ένταση του πόνου και μειωμένη αντοχή. Έτσι, το πρότυπο αντίδρασης των χρόνιων ασθενών χωρίς πόνο πιθανά να φανερώνει πως και αυτοί οι ασθενείς είτε βιώνουν ήδη κάποια συμπτώματα διάσχισης, είτε εξ' αιτίας της τραυματικής φύσης της ασθένειας ή ως μαθημένη αντίδραση σε κάθε επεισόδιο πόνου. Φυσικά αυτή είναι μια ερμηνεία που χρειάζεται πολύ περισσότερη και προσεχτικότερη διερεύνηση μελλοντικά. Αντιθέτως, για τους ασθενείς με χρόνιο πόνο παρατηρείται ήπια διαφοροποίηση στην ένταση του πόνου που βιώνουν μεταξύ έντονης και ήπιας διασχιστικής συμπτωματολογίας γεγονός που πιθανά υποστηρίζει την παρατήρηση που διατυπώθηκε νωρίτερα σε αυτό το κεφάλαιο: ότι ίσως για αυτούς τους ασθενείς η διάσχιση έχει γίνει καθημερινή ή παγιωμένη κατάσταση.

Ως προς την τέταρτη υπόθεση, επιβεβαιώνονται όλα τα υπο- ερωτήματα της, πλην ενός. Η διάσχιση μόνη της δεν μπορούσε να ερμηνεύσει καλύτερα από άλλες μεταβλητές την διαφοροποίηση στην ένταση του πόνου, μπορούσε όμως να ερμηνεύσει την παρεμβολή του πόνου. Επιπλέον, όντως φαίνεται ότι όσο εντονότερη διάσχιση υπάρχει, τόσο μεγαλύτερη παράλληλη επιβάρυνση παρατηρείται και σε όλες τις λοιπές μεταβλητές προσαρμογής στο χρόνιο νόσημα. Τέλος, δεν βρέθηκε ότι η διάσχιση επηρεάζει με κάποιο τρόπο τη σχέση μεταξύ των μεταβλητών

προσαρμογής και της έντασης του πόνου. Αυτό όμως δε σημαίνει ότι θα πρέπει να αποκλειστεί η πιθανότητα η διάσχιση να προκαλεί μια γενικότερη επιβάρυνση στην κατάσταση του ασθενή και αυτή η επιβάρυνση να επιδεινώνει τον πόνο του (δηλαδή, μια διαμεσολαβητική σχέση). Μένει όμως να διερευνηθεί μελλοντικά.

Συνολικά, τα ευρήματα και των δύο μελετών θα μπορούσαν να οδηγήσουν σε κάποια ενδιαφέροντα συμπεράσματα. Πρώτον, ότι η διάσχιση μπορεί να είναι ένας αποτελεσματικός μηχανισμός στη διαχείριση του οξέος πόνου. Εντούτοις, η παρατεταμένη χρήση της διάσχισης ή η προύπαρξη διασχιστικών συμπτωμάτων σχετίζεται με χειρότερη προσαρμογή στον πόνο. Δεύτερον, η διάσχιση σχετίζεται τόσο στον οξύ όσο και στο χρόνιο νόσημα με αρνητικότερο συναίσθημα. Στον οξύ πόνο ωστόσο, δεν φαίνεται να παρεμποδίζεται η ρύθμιση του συναισθήματος, ενώ στο χρόνιο πόνο η σχέση της διάσχισης με το συναίσθημα χρειάζεται περισσότερη διερεύνηση.

Τέλος, από τα ευρήματα των δυο μελετών φαίνεται να προκύπτει το εξής συμπέρασμα: Η ανάπτυξη διασχιστικών συμπτωμάτων ως απάντηση στο ερέθισμα του πόνου, είτε προϋπάρχουν συμπτώματα διάσχισης ή όχι, μπορεί να υποδεικνύει ότι όντως πρόκειται για ένα αυτόματο, εγγενή μηχανισμό (Dalenberg et al., 2012. Ford, 2013. Sierra & Berrios, 1998) που ενεργοποιείται σε καταστάσεις έντονου στρες όπως είναι και ο οξύς πόνος (Keene et al., 2011) και ότι μάλιστα πρόκειται για μια βοηθητική αντίδραση (δεδομένης της μειωμένης έντασης του πόνου και της αυξημένης αντοχής). Αντιθέτως, καθώς η προύπαρξη διασχιστικών συμπτωμάτων και πιθανά η παρατεταμένη χρήση/ ενεργοποίηση της διάσχισης σχετίζεται με μεγαλύτερη ένταση του πόνου, μειωμένη αντοχή και χειρότερη προσαρμογή, είναι πιθανό σε αυτές τις καταστάσεις η διάσχιση να παύει να είναι μια αυτόματη αντίδραση, αλλά η χρήση της να γενικεύεται και μετατρέπεται ενδεχομένως σε μία στρατηγική ή ακόμα και σε ένα σύμπτωμα. Η μετατροπή αυτή και η επίδραση της διάσχισης στον πόνο σε αυτές τις περιστάσεις χρειάζεται πολλή περισσότερη διερεύνηση σε μελλοντικές μελέτες.

Παρά τους περιορισμούς που έχουν ήδη αναφερθεί εκτενώς και για τις δυο μελέτες, η παρούσα διατριβή έχει σημαντική συμβολή τόσο σε θεωρητικό όσο και σε κλινικό επίπεδο. Αρχικά, όσο μπορούμε να γνωρίζουμε, είναι η πρώτη φορά που η διάσχιση μελετάται τόσο σε σχέση με τον οξύ όσο και με τον χρόνιο πόνο. Η μελέτη αυτή επιβεβαιώνει το μικρό σώμα ερευνών που συνδέουν την διάσχιση με τον πόνο και την σωματόμορφη διάσχιση ειδικά. Όμως, το σπουδαιότερο είναι πως οι δύο μελέτες λειτουργώντας συμπληρωματικά, διαφωτίζουν πολύ σημαντικές πτυχές που ως τώρα δεν έχουν μελετηθεί με συστηματικό τρόπο.

Τα ευρήματά μας, σε κλινικούς πληθυσμούς επισημαίνουν τη σημασία της αξιολόγησης συμπτωμάτων διάσχισης σε ασθενείς με συμπτώματα πόνου ανεξαρτήτως αν αυτά σχετίζονται με σωματικό ή ψυχικό νόσημα. Φαίνεται πως είναι σημαντικό (α) να συμπεριληφθούν μέθοδοι για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της διάσχισης στα διάφορα πρωτόκολλα διαχείρισης του πόνου αλλά και (β) να γίνεται διαχείριση των διασχιστικών συμπτωμάτων στους ψυχιατρικούς ασθενείς με συμπτώματα πόνου. Ας σημειωθεί ότι η επιτυχία των διάφορων παρεμβάσεων θα μπορούσε να υπονομευθεί σημαντικά από την ύπαρξη συμπτωμάτων διάσχισης, καθώς αυτά δεν επιτρέπουν ενεργή παρατήρηση του εαυτού και των εμπειριών του εαυτού (π.χ., Dell, 2009), ούτε την σύνδεση πληροφοριών (γνωστικών, αισθητηριακών, συναισθηματικών, π.χ., Diseth, 2005) που θα οδηγούσαν σε μια αποτελεσματική θεραπεία (Zerubavel & Messman-Moore, 2015). Επιπλέον, το γεγονός ότι η παρούσα μελέτη επιβεβαιώνει τον συσχετισμό του πόνου κυρίως με την σωματόμορφη διάσχιση, μπορεί να βοηθήσει τους κλινικούς να εστιάσουν σε αυτό το συγκεκριμένο είδος, αντί να διερευνούν άλλους, μη σχετικούς τύπους διάσχισης.

Δεύτερον, καθώς υπάρχουν ελάχιστα δεδομένα για την σχέση της διάσχισης με το συναίσθημα αλλά και γενικότερα πολλές αντιφατικές αντιλήψεις σχετικά με την λειτουργία της διάσχισης, θεωρούμε πολύ σημαντική την συμβολή της παρούσας μελέτης και σε αυτόν τον τομέα. Η διάσχιση στον οξύ πόνο δεν φαίνεται να παρεμποδίζει την λειτουργία του συναισθήματος. Επιπλέον δεν φαίνεται να είναι το αποτέλεσμα μιας επιλογής (π.χ., ως στρατηγική διαχείρισης του

στρες ή του συναισθήματος), αλλά μια ευρύτερη αυτόματη αντίδραση δεδομένου ότι όλοι οι συμμετέχοντες εμφάνισαν περισσότερα συμπτώματα διάσχισης μετά την έκθεση στον πόνο.

Φαίνεται όμως, πως στον χρόνιο πόνο η διάσχιση συνυπάρχει με χειρότερη προσαρμογή και εντονότερα συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης, κάτι που θα μπορούσε να σηματοδοτεί ότι (α) μακροχρόνια, η αποσυνδετική φύση της διάσχισης μπορεί να λειτουργεί με τέτοιο τρόπο που τελικά να δυσχεραίνει τόσο την προσαρμογή όσο και τη ρύθμιση του συναισθήματος ή/ και (β) ότι η διάσχιση που βιώνεται για μεγάλα διαστήματα, παύει να λειτουργεί ως αντίδραση και μετατρέπεται σε δυσπροσαρμοστική λειτουργία.

Εξ' αιτίας των παρατηρήσεων σχετικά με τη διαφορετική φύση και λειτουργία της διάσχισης στον οξύ και το χρόνιο πόνο, ίσως θα ήταν βοηθητικό αν διαχωριζόταν, σε θεωρητικό και κλινικό επίπεδο, τα συμπτώματα της διάσχισης που μοιάζουν με αυτόματη αντίδραση στο ερέθισμα από εκείνα τα παγιωμένα συμπτώματα διάσχισης που εμφανίζονται στο χρόνιο νόσημα και τον χρόνιο πόνο. Ενδεχομένως και η γλωσσολογική διαφοροποίηση τους να καθιστούσε ευκολότερο αυτό το διαχωρισμό. Μια πιθανή γλωσσική διαφοροποίηση θα μπορούσε να είναι η χρήση του όρο "αποκοπή" για τα συμπτώματα της διάσχισης που εμφανίζονται ως αντίδραση σε ένα οξύ στρεσογόνο ερέθισμα. Η λέξη αποκοπή υποδηλώνει μια αυτόματη αντίδραση, μη συνδεμένη με άλλες στρατηγικές, η οποία αποσκοπεί ξεκάθαρα στο να αποκόψει κάποιον από την ένταση του βιώματος του. Πιθανά μια τέτοια αντίδραση να προσφέρει κάποιο εξελικτικό πλεονέκτημα, εξασφαλίζοντας στον πάσχοντα τους απαραίτητους πόρους ώστε να αναζητήσει φροντίδα ή να προστατευτεί από κάποιον οξύ τραυματισμό, όπως με παρόμοιες αντιδράσεις (π.χ. πάγωμα) συμβαίνει και σε άλλα ζώα (Moskowitz, 2004. Nijenhuis et al., 1998). Αντιθέτως, τα κλασικά διασχιστικά συμπτώματα, πιθανά να σχετίζονται με συνθετότερες ψυχολογικές διεργασίες, όπως με τον τρόπο επεξεργασίας της πληροφορίας (Diseth, 2005. Hooper et al., 2014. Kleim et al., 2012. Lyttle et al., 2010. Olsen & Beck, 2011), την τροποποίηση του συναισθήματος (Ford, 2013. Lanius et al., 2010), και τις στρατηγικές προσαρμογής (Fox & Power, 2009).

Στην εισαγωγή αυτής της διατριβής έχουν συζητηθεί εκτενώς τα θεωρητικά μοντέλα της διάσχισης. Βλέπουμε ότι αυτά τα μοντέλα ακόμα και αν θεωρούν ότι η διάσχιση είναι εγγενής αντίδραση (Dalenberg et al., 2012. Ford, 2013. Sierra & Berrios, 1998), υποστηρίζουν ότι αποσκοπεί στη μεταβολή του συναισθήματος (Brown, 2006. Ford, 2013. Sierra & Berrios, 1998). Εμείς, βασιζόμενοι στα ευρήματα των δύο ερευνών μας, συμφωνούμε ότι η διάσχιση μπορεί να μεταβάλλει το συναίσθημα. Εντούτοις, η μεταβολή αυτή στη Μελέτη 1 σχετίζεται περισσότερο με την εμφάνιση του αρνητικού συναισθήματος και στη Μελέτη 2 με περισσότερο άγχος και κατάθλιψη. Έτσι υποθέτουμε ότι η διάσχιση μάλλον δεν μεταβάλλει προσαρμοστικά το συναίσθημα, αλλά πιθανά υποδεικνύει την ύπαρξη μιας προϋπάρχουσας δυσκολίας στη ρύθμιση του συναισθήματος όπως έχει προταθεί και από τους Hebert et al., (2018), ή έστω μιας τάσης κάποιων ανθρώπων να ερμηνεύουν τραυματικότερα τις επιπτώσεις κάποιων γεγονότων (Hulette, 2011. Powers et al., 2015).

Επιπλέον, προτείνουμε ότι στον οξύ πόνο η "αποκοπή", μπορεί να λειτουργεί και μέσω άλλων οδών όπως η τροποποίηση της αισθητηριακής εμπειρίας. Έτσι, αν η τραυματική εμπειρία είναι ο πόνος, η διάσχιση δεν ενεργοποιείται για να αποσυνδέσει τον άνθρωπο από τα τραυματικά συναισθήματα που σχετίζονται με την εμπειρία του πόνου, αλλά για να τον κάνει να μη βιώνει τόσο έντονο τον πόνο.

Ακόμα, συμφωνούμε με την προσέγγιση του γνωστικού μοντέλου σύνθεσης για τη λειτουργία της διάσχισης, ως μια κατάσταση κατά την οποία ενεργοποιείται ένα ακατάλληλο συμπεριφορικό πρόγραμμα από το ιεραρχικό δίκτυο προγραμμάτων σκέψης και δράσης (Brown, 2006. 2013). Ωστόσο, θεωρούμε ότι η περιτραυματική διάσχιση ή έστω η περιτραυματική διάσχιση στον οξύ πόνο, δεν είναι ένα λάθος ή μια υπερβολή στην ενεργοποίηση κάποιου συμπεριφορικού προγράμματος. Αντιθέτως, δεδομένου ότι η αντίδραση αυτή ώθησε τους συμμετέχοντες να αντέξουν περισσότερη ώρα το επώδυνο ερέθισμα και μείωσε την ένταση του πόνου, προτείνουμε ότι είναι μια αναμενόμενη λειτουργία ενός κατάλληλου συμπεριφορικού προγράμματος που

ενεργοποιείται προκειμένου κάποιος να αντέξει τον πόνο του, όσο αυτός αποτελεί ένδειξη κινδύνου που κινητοποιεί τον πάσχοντα ώστε να αναζητήσει τρόπους για να αποκατασταθεί η λειτουργικότητα του. Ωστόσο, όταν η διάσχιση γίνει χρόνια κατάσταση ή γενικευτεί ή γίνει αντίδραση επιλογής, τότε ενεργοποιείται ένα ακατάλληλο πρόγραμμα από το ιεραρχικό δίκτυο προγραμμάτων συμπεριφοράς.

Η επιτυχία των διάφορων παρεμβάσεων θα μπορούσε να υπονομευθεί σημαντικά από την ύπαρξη συμπτωμάτων διάσχισης, καθώς αυτά δεν επιτρέπουν ενεργή παρατήρηση του εαυτού και των εμπειριών του εαυτού (π.χ., Dell, 2009), ούτε την σύνδεση πληροφοριών (γνωστικών, αισθητηριακών, συναισθηματικών, π.χ., Diseth, 2005) που θα οδηγούσαν σε μια αποτελεσματική θεραπεία (Zerubavel & Messman-Moore, 2015)

Τέλος, φαίνεται η διάσχιση δεν είναι μια σπάνια εμπειρία. Παρατηρώντας κανείς τις προστατευτικές αντιδράσεις των ζώων που βρίσκονται σε κίνδυνο, μπορεί να παρατηρήσει σημαντικές ομοιότητες με τα ανθρώπινα διασχιστικά συμπτώματα (Nijenhuis, Vanderlinden, & Spinhoven, 1998). Έτσι και η σωματόμορφη διάσχιση θα μπορούσε να ιδωθεί ως μια φυσιολογική, ανθρώπινη, αυτόματη αντίδραση που ενεργοποιείται φυσικά, ειδικά σε καταστάσεις σωματικού τραύματος ή πόνου. Εξ' άλλου, αυτό θα ερχόταν σε συμφωνία και με την πρόταση του Ford (2009), που θεωρεί πως η διάσχιση είναι μια βιολογικά βασισμένη αυτορρυθμιστική αντίδραση για την αντιμετώπιση κάποιας απειλής. Ενώ ακόμα, θα μπορούσε αρχικά να είναι απλά μια φυσική αντίδραση προερχόμενη από το εξελικτικό παρελθόν μας (ένα εξελικτικό κατάλοιπο), που λειτουργεί αρχικώς παρηγορητικά. Η αρχική παρηγορητική δράση της, δευτερογενώς επιτρέπει την μάθηση και την γενίκευση αυτής της αντίδρασης, επιτρέποντας την κατά βούληση, ή την καθ' έξιν ενεργοποίηση της με βλαβερές όμως συνέπειες σε αυτή την περίπτωση. Έτσι, θα ήταν παράλειψη να επιδιώκουμε να κατανοήσουμε ή να αντιμετωπίσουμε τραυματικές, ανθρώπινες εμπειρίες, χωρίς να συνυπολογίζουμε την πιθανότητα της εμφάνισης διασχιστικών αντιδράσεων.

Βιβλιογραφία

Agargun, M.Y., Tekeoglu, I., Kara, H., Adak, B., & Ercan, M. (1998). Hypnotizability, pain threshold, and dissociative Experiences. *Biological Psychiatry*, 44(1), 69-71.

Ahluwalia, S. C., Giannitrapani, K. F., Dobscha, S. K., Cromer, R., & Lorenz, K. A. (2018). "It Encourages Them to Complain": A Qualitative Study of the Unintended Consequences of Assessing Patient-Reported Pain. *Journal of Pain*, *19*(5), 562–568. https://doi.org/10.1016/j.jpain.2017.12.270

Ahmad, A. H., & Zakaria, R. (2015). Pain in times of stress. *Malaysian Journal of Medical Sciences*, *22*(LC), 51–60.

Allen, J. G. (2001). *Traumatic relationships and serious mental disorders.* New York: John Wiley and Sons.

Allen, J. G., Console, D. A., & Lewis, L. (1999). Dissociative detachment and memory impairment: Reversible amnesia or encoding failure? *Comprehensive Psychiatry*, *40*(2), 160–171. https://doi.org/10.1016/S0010-440X(99)90121-9

Alley, D., Chae, Y., Cordon, I., Kalomiris, A., & Goodman, G. S. (2015). Child maltreatment and autobiographical memory development: emotion regulation and trauma-related psychopathology. In D. Berntsen & L. A. Watson (Eds.), *Clinical Perspectives on Autobiographical Memory* (pp. 85–106). Cambridge: Cambridge University Press. https://doi.org/DOI: 10.1017/CBO9781139626767.006

Alonzo, A. A. (2000). The experience of chronic illness and post-traumatic stress disorder: The consequences of cumulative adversity. *Social Science and Medicine*, *50*(10), 1475–1484. https://doi.org/10.1016/S0277-9536(99)00399-8

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*

(5th ed.). Washington, DC: Author.

Arango-Dávila, C. A., & Rincón-Hoyos, H. G. (2018). Depressive Disorder, Anxiety Disorder and Chronic Pain: Multiple Manifestations of a Common Clinical and Pathophysiological Core. *Revista Colombiana de Psiquiatria*, *47*(1), 56–64. https://doi.org/10.1016/j.rcp.2016.10.007

Arntz, A., & Claassens, L. (2004). The meaning of pain influences its experienced intensity. *Pain*, *109*(1–2), 20–25. https://doi.org/10.1016/j.pain.2003.12.030

Averous, P., Charbonnier, E., & Dany, L. (2020). Relationship Between Illness Representations, Psychosocial Adjustment, and Treatment Outcomes in Mental Disorders: A Mini Review. *Frontiers in Psychology*, *11*(June), 1–7. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01167

Azoulay, E., Cariou, A., Bruneel, F., Demoule, A., Kouatchet, A., Reuter, D., … Kentish-Barnes, N. (2020). Symptoms of Anxiety, Depression and Peritraumatic Dissociation in Critical Care Clinicians Managing COVID-19 Patients: A Cross-Sectional Study. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, *202*(10), 1388–1398. https://doi.org/10.1164/rccm.202006-2568oc

Backonja, M.-M. (1996). Primary somatosensory cortex and pain perception. *Pain Forum*, *5*(3), 174–180. https://doi.org/10.1016/S1082-3174(96)80026-2

Badura, A. S., Reiter, R. C., Altmaier, E. M., Rhomberg, A., & Elas, D. (1997). Dissociation, somatization, substance abuse, and coping in women with chronic pelvic pain. *Obstetrics and Gynecology*, *90*(3), 405–410. https://doi.org/10.1016/S0029-7844(97)00287-1

Baker, D., Earle, M., Medford, N., Sierra, M., Towell, A., & David, A. (2007). Illness perceptions in depersonalization disorder: Testing and illness attribution model. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, *14*(2), 105–116. https://doi.org/10.1002/cpp.518

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review, 84(2)*, 191-215. https://doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191

Basbaum, A. I., Bautista, D. M., Scherrer, G., & Julius, D. (2009). Cellular and molecular mechanisms of pain. *Cell*, *139*(2), 267–284. https://doi.org/10.1016/j.cell.2009.09.028

Beauregard, M. (2007). Mind does really matter: Evidence from neuroimaging studies of emotional self-regulation, psychotherapy, and placebo effect. *Progress in Neurobiology*, *81*(4), 218–236. https://doi.org/10.1016/j.pneurobio.2007.01.005

Bendayan, R., Ramirez-Maestre, C., Ferrer, E., Lopez, A., & Esteve, R. (2017). From acute to chronic back pain: Using linear mixed models to explore changes in pain intensity, disability, and depression. *Scandinavian Journal of Pain*, *16(2017)*, 45–51. https://doi.org/10.1016/j.sjpain.2017.02.009

Bennett, D. C., Modrowski, C. A., Kerig, P. K., & Chaplo, S. D. (2015). Investigating the dissociative subtype of posttraumatic stress disorder in a sample of traumatized detained youth. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, *7*(5), 465–472. https://doi.org/10.1037/tra0000057

Bento, S., Dahlquist, L., Pinder, W., Zeroth, J., Steiner, E., Rasooly, T., & Weiss, D. (2018). Trait mindfulness predicts lower pain intensity ratings via lower pain catastrophizing in children undergoing a colder pressor test. *The Journal of Pain, 19(3 Supplement)*, s51-s52. https://doi.org/10.1016/j.jpain.2017.12.120

Bernstein, E. M., & Putnam, F. W. (1986). Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *Journal of Nervous and Mental Disease, 174(12)*, 727–735. https://doi.org/10.1097/00005053-198612000-00

Bob, P. (2008). Pain, dissociation and subliminal self-representations. *Consciousness and Cognition*, *17*(1), 355–369. https://doi.org/10.1016/j.concog.2007.12.001

Bhana, N., Thompson, L., Alchin, J., & Thompson, B. (2015). Patient expectations for chronic pain management. *Journal of Primary Health Care*, *7*(2), 130–136. https://doi.org/10.1071/hc15130

Brand, B. L., McNary, S. W., Myrick, A. C., Classen, C. C., Lanius, R., Loewenstein, R. J., … Putnam, F. W. (2013). A longitudinal naturalistic study of patients with dissociative disorders treated by community clinicians. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, *5*(4), 301–308. https://doi.org/10.1037/a0027654

Brand, B. L., Webermann, A. R., & Frankel, A. S. (2016). Assessment of complex dissociative disorder patients and simulated dissociation in forensic contexts. *International Journal of Law and Psychiatry 49 (2016),* 197–204. https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2016.10.006

Braude, S. (2009). The Conceptual Unity of Dissociation: A Philosophical Argument. In P. F. Dell & J. A. O'Neil (Eds.), *Dissociation and the Dissociative Disorders: DSM-V and beyond* (pp. 27–36). New York: Routledge.

Breivik, H., Collett, B., Ventafridda, V., Cohen, R., & Gallacher, D. (2006). Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *European Journal of Pain*, *10*(4), 287–333. https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2005.06.009

Bremner, J. D., Krystal, J. H., Putnam, F. W., Southwick, S. M., Marmar, C., Charney, D. S., & Mazure, C. M. (1998). Measurement of dissociative states with the clinician-administered dissociative states scale (CADSS). *Journal of Traumatic Stress*, *11*(1), 125–136. https://doi.org/10.1023/A:1024465317902

Brewin, C. R., Ma, B. Y. T., & Colson, J. (2013). Effects of experimentally induced dissociation on attention and memory. *Consciousness and Cognition*, *22*(1), 315–323. https://doi.org/10.1016/j.concog.2012.08.005

Brewin, C. R., & Mersaditabari, N. (2013). Experimentally-induced dissociation impairs visual memory. *Consciousness and Cognition*, *22*(4), 1189–1194. https://doi.org/10.1016/j.concog.2013.07.007

Brewin, C. R., & Patel, T. (2010). Auditory pseudohallucinations in United Kingdom war veterans and civilians with posttraumatic stress disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *71*(4), 419–425. https://doi.org/10.4088/JCP.09m05469blu

Briere, J., Hodges, M., & Godbout, N. (2010). Traumatic stress, affect dysregulation, and dysfunctional avoidance: a structural equation model. *Journal of Traumatic Stress*, *23*(6), 767–774. https://doi.org/10.1002/jts.20578

Briere, J., Scott, C., & Weathers, F. (2005). Peritraumatic and persistent dissociation in the presumed etiology of PTSD. *American Journal of Psychiatry*, *162*(12), 2295–2301. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.12.2295

Bromm, B., & Lorenz, J. (1998). Neurophysiological evaluation of pain. *Electroencephalography and Clinical Neurophysiology*, *107*(4), 227–253. https://doi.org/10.1016/S0013-4694(98)00075-3

Broome, M. E., Bates, T. A., Lillis, P. P., & McGahee, T. W. (1990). Children's medical fears, coping behaviors, and pain perceptions during a lumbar puncture. *Oncology Nursing Forum*, *17*(3), 361–367.

Brown, R. J. (2002). The cognitive psychology of dissociative states. *Cognitive Neuropsychiatry. 7(3)*, 221-235. https://doi.org/10.1080/13546800244000085

Brown, R. J. (2006). Different Types of "Dissociation" Have Different Psychological Mechanisms. *Journal of Trauma & Dissociation*, *7*(4), 7–28. https://doi.org/10.1300/J229v07n04_02

Brown, R. J. (2013). Dissociation and somatoform dissorders. In F. Kennedy, H. Kennerley, & D. Pearson. *Cognitive Behavioural Approaches to the Understanding and Treatment of Dissociation*. (pp. 133-147). New York: Routledge.

Cardena, E. (1994). The domain of dissociation. In S. J. Lynn, & J. W. Rhue (Eds.), *Dissociation: clinical and theoretical perspectives* (pp. 15–31). New York:The Guilford Press.

Carr, D. B., & Goudas, L. C. (1999). Acute pain. *Lancet*, *353*(9169), 2051–2058. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(99)03313-9

Carver, C. (1997). You want to Measure Coping But Your Protocol's Too Long: Consider the Brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, *4(1)*, 92–100. https://doi.org/10.1207/s15327558ijbm0401_6

Carver, C. S., & Scheier, M. F. (2005). Optimism. In C. R. Snyder and S. J. Lopez, (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 231-243). New York: Oxford University Press.

Chaplo, S. D., Kerig, P. K., Bennett, D. C., & Modrowski, C. A. (2015). The Roles of Emotion Dysregulation and Dissociation in the Association Between Sexual Abuse and Self-Injury Among Juvenile Justice–Involved Youth. *Journal of Trauma and Dissociation*, *16*(3), 272–285. https://doi.org/10.1080/15299732.2015.989647

Chapman, C. R., & Vierck, C. J. (2017). The Transition of Acute Postoperative Pain to Chronic Pain: An Integrative Overview of Research on Mechanisms. *The Journal of Pain*, *18*(4), 359.e1-359.e38. https://doi.org/10.1016/j.jpain.2016.11.004

Cheatle, M. D. (2016). Biopsychosocial Approach to Assessing and Managing Patients with Chronic Pain. *The Medical Clinics of North America*, *100*(1), 43–53. https://doi.org/10.1016/j.mcna.2015.08.007

Cleeland, C. S. (1989). Measurement of pain by subjective report. In: C.R., Chapman, & J. D., Loeser (Eds.), *Advances in Pain Research and Therapy* (Vol 12, pp. 391-403). New York: Raven Press.

Connelly, M., Keefe, F. J., Affleck, G., Lumley, M. A., Anderson, T., & Waters, S. (2007). Effects of day-to-day affect regulation on the pain experience of patients with rheumatoid arthritis. *Pain*, *131*(1–2), 162–170. https://doi.org/10.1016/j.pain.2007.01.002

Correll, D. J. (2006). The Measurement of Pain: Objectifying the Subjective. In S. D. Waldman (Ed.), *Pain Management* (pp. 197–211). Philadelphia: Elsevier. https://doi.org/10.1016/B978-0-7216-0334-6.50022-4

Craig, A. D. (2003). A new view of pain as a homeostatic emotion. *Trends in Neurosciences*, *26*(6), 303–307. https://doi.org/10.1016/S0166-2236(03)00123-1

Crombez, Geert, Morley, Stephen, McCracken, Lance, Sensky, Tom, Pincus, T. (2003). Self, Identity, and Acceptance in Chronic Pain. *Progress in Pain Research and Management, Vol 24.*, (September 2016), 651–659.

Dalenberg, C. J., Brand, B. L., Gleaves, D. H., Dorahy, M. J., Loewenstein, R. J., Cardeña, E., … Spiegel, D. (2012). Evaluation of the evidence for the trauma and fantasy models of dissociation. *Psychological Bulletin*, *138*(3), 550–588. https://doi.org/10.1037/a0027447

Daut, R. L., Cleeland, C. S., & Flanery, R. C. (1983). Development of the Wisconsin Brief Pain Questionnaire to assess pain in cancer and other diseases, *Pain, 17(2),* 197-210. https://doi.org/10.1016/0304-3959(83)90143-4

Defrin, R., Schreiber, S., & Ginzburg, K. (2015). Paradoxical Pain Perception in Posttraumatic Stress Disorder: The Unique Role of Anxiety and Dissociation. *Journal of Pain*, *16*(10), 961–970. https://doi.org/10.1016/j.jpain.2015.06.010

Dell, P. F. (2009). The phenomena of pathological dissociation. In P. F., Dell, & J. A., O'Neil (Eds.), *Dissociation and the dissociative disorders: DSM-V and beyond* (pp. 225–237). New York: Routledge/Taylor & Francis Group.

DePrince, A.P. & Freyd, J.J. (2014). Trauma-induced dissociation. In M.J. Friedman, T.M. Keane, & P.A. Resick (Eds.), *Handbook of PTSD: Science & Practice.* Second Edition (pp 219-233). New York: Guilford Press. [Updated version of DePrince & Freyd (2007).

Dickenson, A. (2011). The neurobiology of chronic pain states. *Anaesthesia & Intensive Care Medicine*, *12*(1), 5–8. https://doi.org/10.1016/j.mpaic.2010.10.005

Diseth, T. H. (2005). Dissociation in children and adolescents as reaction to trauma – an overview of conceptual issues and neurobiological factors. *Nordic Journal of Psychiatry*, *59*(2), 79–91. https://doi.org/10.1080/08039480510022963

Dixon, K. E. (2016). Pain and pain behavior. In Y. Benyamini, M. Johnston, & E. C. Karademas (Eds), *Assessment in health psychology* (pp.147-159). Gottigen/Boston: Hogrefe

Dolphin, N. W. (1983). Neuroanatomy and neurophysiology of pain : nursing implications. *International Journal of Nursing Studies, 20*(4), 255–263. https://doi.org/10.1016/0020-7489(83)90017-2

Duckworth, M., Iezzi, T., Archibald, Y., Haertlein, P., & Klinck, A. (2000). Dissociation and Posttraumatic Stress Symptoms in Patients With Chronic Pain. *International Journal of Rehabilitation and Health*, *5*, 129–139. https://doi.org/10.1023/A:1012958206465

Dueñas, M., Ojeda, B., Salazar, A., Mico, J. A., & Failde, I. (2016). A review of chronic pain impact on patients, their social environment and the health care system. *Journal of Pain Research*, *9*, 457–467. https://doi.org/10.2147/JPR.S105892

Dysvik, E., Natvig, G. K., Eikeland, O.-J., & Lindstrøm, T. C. (2005). Coping with chronic pain. *International Journal of Nursing Studies*, *42*(3), 297–305. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2004.06.009

Edens, J. L., & Gil, K. M. (1995). Experimental induction of pain: Utility in the study of clinical pain. *Behavior Therapy*, *26*(2), 197–216. https://doi.org/10.1016/S0005-7894(05)80102-9

Edmondson, D. (2014). An Enduring Somatic Threat Model of Posttraumatic Stress Disorder Due to Acute Life-Threatening Medical Events. *Social and Personality Psychology Compass*, *8*(3), 118–134. https://doi.org/10.1111/spc3.12089

Edwards, R. R. (2005). Individual differences in endogenous pain modulation as a risk factor for chronic pain. *Neurology*, *65*(3), 437–443. https://doi.org/10.1212/01.wnl.0000171862.17301.84

Elliott, A. M., Smith, B. H., Hannaford, P. C., Smith, W. C., & Chambers, W. A. (2002). The course of chronic pain in the community: results of a 4-year follow-up study. *Pain*, *99*(1–2), 299–307. https://doi.org/10.1016/s0304-3959(02)00138-0

Elman, I., & Borsook, D. (2018). Threat response system: Parallel brain processes in pain vis-à-vis fear and anxiety. *Frontiers in Psychiatry*, *9*(FEB), 1–11. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2018.00029

Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science, 196(4286)*, 129-136. doi:10.1126/science.847460

Farina, B., Mazzotti, E., Pasquini, P., & Mantione, M. G. (2011). Somatoform and psychoform dissociation among women with orgasmic and sexual pain disorders. *Journal of Trauma and Dissociation*, *12*(5), 526–534. https://doi.org/10.1080/15299732.2011.598124

Farmer, A. D., Coen, S. J., Kano, M., Paine, P. A., Shwahdi, M., Jafari, J., … Aziz, Q. (2013). Psychophysiological responses to pain identify reproducible human clusters. *Pain, 154(11)*, 2266-2276. https://doi.org/10.1016/j.pain.2013.05.016

Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A. G. (2009). Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods*, *41*(4), 1149–1160. https://doi.org/10.3758/BRM.41.4.1149

Ferguson, K. S., & Dacey, C. M. (1997). Anxiety, depression, and dissociation in women health care providers reporting a history of childhood psychological abuse. *Child Abuse and Neglect*, *21*(10), 941–952. https://doi.org/10.1016/S0145-2134(97)00055-0

Fillingim, R. B., Loeser, J. D., Baron, R., & Edwards, R. R. (2016). Assessment of Chronic Pain: Domains, Methods, and Mechanisms. *The Journal of Pain: Official Journal of the American Pain Society*, *17*(9 Suppl), T10–T20. https://doi.org/10.1016/j.jpain.2015.08.010

Fine, P. G. (2011). Long-Term Consequences of Chronic Pain: Mounting Evidence for Pain as a Neurological Disease and Parallels with Other Chronic Disease States. *Pain Medicine*, *12*(7), 996–1004. https://doi.org/10.1111/j.1526-4637.2011.01187.x

Flor, H., Turk, D. C., & Berndt Scholz, O. (1987). Impact of chronic pain on the spouse: Marital, emotional and physical consequences. *Journal of Psychosomatic Research*, *31*(1), 63–71. https://doi.org/10.1016/0022-3999(87)90099-7

Folkman S. (2013) Stress: Appraisal and Coping. In M. D. Gellman, & J. R. Turner (eds) *Encyclopedia of Behavioral Medicine.* New York, Springer. https://doi.org/10.1007/978-1-4419-1005-9_215

Ford, J. D. (2009). Dissociation in complex posttraumatic stress disorder or disor- ders of extreme stress not otherwise specified (DESNOS). In P. F. Dell, & J. A. O'Neill (Eds.), *Dissociation and the dissociative disorders: DSM-V and beyond* (pp. 471–483). New York: Routledge.

Ford, J. D. (2013). How Can Self-Regulation Enhance Our Understanding of Trauma and Dissociation? *Journal of Trauma and Dissociation*, *14*(3), 237–250. https://doi.org/10.1080/15299732.2013.769398

Fox, J. R. E., & Power, M. J. (2009). Eating disorders and multi-level models of emotion: an integrated model. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *16*(4), 240–267. https://doi.org/10.1002/cpp.626

Foy, D. W. (Ed.). (1992). *Treating PTSD: Cognitive Behavioural Strategies*. New York: Guilford

Forner, C. (2019). What Mindfulness can learn about Dissociation and what Dissociation can learn from Mindfulness. *Journal of Trauma and Dissociation*, *20*(1), 1–15. https://doi.org/10.1080/15299732.2018.1502568

Fragkaki, I., Weijman, E. L., & Cima, M. (2019). Dissociation and psychopathology in residential youth: a brief report. *Journal of Trauma and Dissociation*, *20*(5), 594–602. https://doi.org/10.1080/15299732.2019.1597816

Frewen, P. A., & Lanius, R. A. (2006). Toward a psychobiology of posttraumatic self-dysregulation: Reexperiencing, hyperarousal, dissociation, and emotional numbing. *Annals of the New York Academy of Sciences*, *1071(1)*, 110–124. https://doi.org/10.1196/annals.1364.010

Friesgaard, K. D., Paltved, C., & Nikolajsen, L. (2017). Acute pain in the emergency department: Effect of an educational intervention. *Scandinavian Journal of Pain*, *15*, 8–13. https://doi.org/10.1016/j.sjpain.2016.11.004

Gaffey, A. E., & Wirth, M. M. (2014). Psychophysiological Measures BT - Encyclopedia of Quality of Life and Well-Being Research. In A. C. Michalos (Ed.) (pp. 5181–5184). Dordrecht: Springer Netherlands. https://doi.org/10.1007/978-94-007-0753-5_2315

Galliano, G., Noble, L. M., Travis, L. A., & Puechl, C. (1993). Victim reactions during rape/sexual assault: A preliminary study of the immobility response and its correlates. *Journal of Interpersonal Violence*, *8*(1), 109–114. https://doi.org/10.1177/088626093008001008

Garofalo, J. P. (2000). Perceived optimism and chronic pain. In R.J. Gatchel, & J. N. Weisberg (Eds.). *Personality characteristics of patients with pain* (pp. 203–217). Washington, DC: American Psychological Association. https://doi.org/10.1037/10376-009

Gatchel, R. J., Howard, K. J., & Kishino, N. D. (2010). *The Biopsychosocial approach to pain* management. Unpublished manuscript.

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), 581–624. https://doi.org/10.1037/0033-2909.133.4.581

Gershuny, B. S., & Thayer, J. F. (1999). Relations among psychological trauma, dissociative phenomena, and trauma-related distress: A review and integration. *Clinical Psychology Review*, *19*(5), 631–657. https://doi.org/10.1016/S0272-7358(98)00103-2

Giannousi, Z., Manaras, I., Georgoulias, V., & Samonis, G. (2010). Illness perceptions in Greek patients with cancer: a validation of the Revised-Illness Perception Questionnaire. *Psycho-Oncology*, *19*(1), 85–92. https://doi.org/10.1002/pon.1538

Giesbrecht, T., Lynn, S. J., Lilienfeld, S. O., & Merckelbach, H. (2008). Cognitive Processes in Dissociation: An Analysis of Core Theoretical Assumptions. *Psychological Bulletin*, *134*(5), 617–647. https://doi.org/10.1037/0033-2909.134.5.617

Giesbrecht, T., Smeets, T., Leppink, J., Jelicic, M., & Merckelbach, H. (2007). Acute Dissociation After 1 Night of Sleep Loss. *Journal of Abnormal Psychology*, *116*(3), 599–606. https://doi.org/10.1037/0021-843X.116.3.599

Giesbrecht, T., Smeets, T., & Merckelbach, H. (2008). Dissociative experiences on ice - Peritraumatic and trait dissociation during the cold pressor test. *Psychiatry Research*, *157*(1–3), 115–121. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2006.12.012

Goldberg, D. S., & McGee, S. J. (2011). Pain as a global public health priority. *BMC Public Health*, *11*(1), 770. https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-770

Gómez-Pérez, L., López-Martínez, A. E., & Asmundson, G. J. G. (2013). Predictors of trait dissociation and peritraumatic dissociation induced via cold pressor. *Psychiatry Research*, *210*(1), 274–280. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.06.001

Gómez-Pérez, L., Thibodeau, M. A., López-Martínez, E. A., & Asmundson, G. J. G., (2011). Dissociation and Pain Sensitivity in Individuals with and Without PTSD. *ABCT's 45th Annual Convention of theInternational Association for Behavioral and Cognitive Therapies*. Toronto, Canada.

Gratz, K., & Roemer, L. (2004). Multidimensional Assessment of Emotion Regulation and Dysregulation: Development, Factor Structure, and Initial Validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *26*, 41–54. https://doi.org/10.1007/s10862-008-9102-4

Green, L. (2013). Assessment of acute and chronic pain. *Anaesthesia and Intensive Care Medicine*, *14*(11), 488–490. https://doi.org/10.1016/j.mpaic.2013.08.010

Groarke, A., Curtis, R., Coughlan, R., & Gsel, A. (2005). The impact of illness representations and disease activity on adjustment in women with rheumatoid arthritis: A longitudinal study. *Psychology and Health*, *20*(5), 597–613. https://doi.org/10.1080/14768320500094177

Gross, J. J. (1999). Emotion Regulation: Past, Present, Future. *Cognition and Emotion*, *13*(5), 551–573. https://doi.org/10.1080/026999399379186

Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology, 85(2)*, 348-362. https://doi.org/10.1037/0022-3514.85.2.348

Hagenaars, M. A., van Minnen, A., & Hoogduin, K. A. L. (2007). Peritraumatic Psychological and Somatoform Dissociation in Predicting PTSD Symptoms: A Prospective Study. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *195*(11). https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3181594810

Hagger, M. S., Koch, S., Chatzisarantis, N. L. D., Arat, S., Araújo-soares, V., Benyamini, Y., … Twiddy, M. (2017). The Common Sense Model of Self-Regulation : Meta-Analysis and Test of a Process Model, *143*(11), 1117–1154.

Hagger, M. S., & Orbell, S. (2003). A meta-analytic review of the common-sense model of illness representations. *Psychology and Health*, *18*(2), 141–184. https://doi.org/10.1080/088704403100081321

Hall, M., & Hall, S. (2013). When treatment becomes trauma: Defining, preventing, and transforming medical trauma. *Ideas and Research You Can Use*, (73), 1–15. Retrieved from http://works.bepress.com/scott-hall/1/

Hamilton, N. A., Zautra, A. J., & Reich, J. (2007). Individual Differences in Emotional Processing and Reactivity to Pain Among Older Women With Rheumatoid Arthritis. *The Clinical Journal of Pain*, *23*(2), 165-172. https://doi.org/10.1097/AJP.0b013e31802b4f58

Hanssen, M. M., Peters, M. L., Boselie, J. J., & Meulders, A. (2017). Can positive affect attenuate (persistent) pain? State of the art and clinical implications. *Current Rheumatology Reports*, *19*(80). https://doi.org/10.1007/s11926-017-0703-3

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(Suppl 11)*, S240-52. https://doi.org/10.1002/acr.20543

Hayes, A. F. (2013). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach. Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach.* New York, NY, US: Guilford Press.

Haythornthwaite, J. A., Clark, M. R., Pappagallo, M., & Raja, S. N. (2003). Pain coping strategies play a role in the persistence of pain in post-herpetic neuralgia. *Pain, 106(3),* 453-460. https://doi.org/10.1016/j.pain.2003.09.009

Hébert, M., Langevin, R., & Oussaïd, E. (2018). Cumulative childhood trauma, emotion regulation, dissociation, and behavior problems in school-aged sexual abuse victims. *Journal of affective disorders, 225,* 306-312. https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.08.044

Hestbaek, L., Leboeuf-Yde, C., Engberg, M., Lauritzen, T., Bruun, N. H., & Manniche, C. (2003). The course of low back pain in a general population. Results from a 5-year prospective study. *Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics*, *26(4)*, 213–219. https://doi.org/10.1016/S0161-4754(03)00006-X

Holmes, E. A., Brewin, C. R., & Hennessy, R. G. (2004). Trauma Films, Information Processing, and Intrusive Memory Development. *Journal of Experimental Psychology: General*, *133*(1), 3–22. https://doi.org/10.1037/0096-3445.133.1.3

Holmes, E. A., Brown, R. J., Mansell, W., Fearon, R. P., Hunter, E. C. M., Frasquilho, F., & Oakley, D. A. (2005). Are there two qualitatively distinct forms of dissociation? A review and some clinical implications. *Clinical Psychology Review*, *25*(1), 1–23. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2004.08.006

Holmes, J. A., & Stevenson, C. A. (1990). Differential effects of avoidant and attentional coping strategies on adaptation to chronic and recent-onset pain. *Health Psychology*, *9*(5), 577–584. https://doi.org/10.1037//0278-6133.9.5.577

Hooper, A. L., Dorahy, M. J., Blampied, N. M., & Jordan, J. (2014). Dissociation, perceptual processing, and conceptual processing in survivors of the 2011 Christchurch earthquake. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, *6*(6), 668–674. https://doi.org/10.1037/a0037303

Horowitz, J. D., & Telch, M. J. (2007). Dissociation and pain perception: An experimental investigation. *Journal of Traumatic Stress*, *20*(4), 597–609. https://doi.org/https://doi.org/10.1002/jts.20226

Hulette, A. C. (2011). *Intergenerational Relationships between Trauma, Dissociation and Emotion* (Unpublished doctoral dissertation). Graduate School of the University of Oregon.

Huskisson, E. C. (1974). Measurement of pain. *The Lancet, 304(7889)*, 1127-1131. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(74)90884-8

Ιατρού, Χ. (2003). Όσα πρέπει να γνωρίζουμε για τον αλγαισθητικό πόνο. *Ελληνικό Περιοδικό Περιεγχειρητικής Ιατρικής,* 1, 48-57. (ISSN 1109-6888)

International Society for the Study of Trauma and Dissociation. (2011). Guidelines for Treating Dissociative Identity Disorder in Adults, Third Revision. *Journal of Trauma & Dissociation*, *12*(2), 115–187. https://doi.org/10.1080/15299732.2011.537247

Jaeger, S., Steinert, T., Uhlmann, C., Flammer, E., Bichescu-Burian, D., & Tschöke, S. (2017). Dissociation in patients with borderline personality disorder in acute inpatient care – A latent profile analysis. https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2017.07.005

Jamison, R. N., & Brown, G. K. (1991). Validation of hourly pain intensity profiles with chronic pain patients. *Pain*, *45*(2), 123–128. https://doi.org/10.1016/0304-3959(91)90176-X

Janet, P. (1907). *The major symptoms of hysteria*. New York: Macmillan.

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*(1–2), 133–142. https://doi.org/10.1016/S0304-3959(01)00390-6

Jorba-Galdos, L. (2014). The Arts in Psychotherapy Creativity and dissociation. Dance/movement therapy interventions for the treatment of compartmentalized dissociation. *The Arts in Psychotherapy*, *41*, 467–477. https://doi.org/10.1016/j.aip.2014.09.003

Kafetsios, K., Nezlek, J. B., & Vassilakou, T. (2012). Relationships between leaders' and subordinates' emotion regulation and satisfaction and affect at work. *Journal of Social Psychology*, *152*(4), 436–457. https://doi.org/10.1080/00224545.2011.632788

Kahl, C., & Cleland, J.A. (2005). Visual analogue scale, numeric pain rating scale and the McGill Pain Questionnaire: An overview of psychometric properties. *Physical Therapy Review, 10(2),* 123-128. https://doi.org/10.1179/108331905X55776

Kalill, K. S. (2013). *The Role of Difficulties in Emotion Regulation in the Relationship between Experiences of Trauma and Later Dissociation.* (Unpublished doctoral dissertation). University of Massachusetts Boston.

Karademas, E. C., Kafetsios, K., & Sideridis, G. D. (2007). Optimism, self-efficacy and information processing of threat- and well-being-related stimuli. *Stress and Health*, *23*(5), 285–294. https://doi.org/10.1002/smi.1147

Καραδήμας, Ε. Χ. (2005). *Ψυχολογία της υγείας. Θεωρία και κλινική πράξη*. Αθήνα: Τυπωθήτω.

Katz, J., & Melzack, R. (2011). The McGill Pain Questionnaire: Development, psychometric properties, and usefulness of the long form, short form, and short form-2. In D. C. Turk & R. Melzack (Eds.), *Handbook of Pain Assessment (*3rd ed., pp.45-66). New York: Guilford Press.

Keefe, F. J., Lumley, M., Anderson, T., Lynch, T., & Carson, K. L. (2001). Pain and emotion: New research directions. *Journal of Clinical Psychology*, *57*(4), 587–607. https://doi.org/10.1002/jclp.1030

Keefe, F. J., Rumble, M. E., Scipio, C. D., Giordano, L. A., & Perri, L. C. M. (2004). Psychological aspects of persistent pain: Current state of the science. *Journal of Pain*, *5*(4), 195–211. https://doi.org/10.1016/j.jpain.2004.02.576

Keene, D. D., Rea, W. e., & Aldington, D. (2011). Acute pain management in trauma. *Trauma*, *13*(3), 167–179. https://doi.org/10.1177/1460408611400813

Kellner, M., Yassouridis, A., Hua, Y., Wendrich, M., Naber, D., & Wiedemann, K. (2002). Trait dissociation affects the behavioral response to cholecystokinin tetrapeptide in healthy man. *Psychiatry Research*, *111*(1), 93–96. https://doi.org/10.1016/S0165-1781(02)00144-0

Kerns, R. D., Turk, D. C., & Rudy, T. E. (1985). The West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory (WHYMPI). *Pain, 23(4)*, 345-356. doi: 10.1016/0304-3959(85)90004-1

Kleim, B., Ehring, T., & Ehlers, A. (2012). Perceptual processing advantages for trauma-related visual cues in post-traumatic stress disorder. *Psychological Medicine*, *42*(1), 173–181. https://doi.org/10.1017/S0033291711001048

Koechlin, H., Coakley, R., Schechter, N., Werner, C., & Kossowsky, J. (2018). The role of emotion regulation in chronic pain: A systematic literature review. *Journal of Psychosomatic Research, 107,* 38-45. https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2018.02.002

Koneti, K. K., & Jones, M. (2016). Management of acute pain. *Surgery (Oxford)*, *34*(2), 84–90. https://doi.org/10.1016/j.mpsur.2015.11.008

Kuyk, J., Spinhoven, P., & van Dyck, R. (1999). Hypnotic recall: a positive criterion in the differential diagnosis between epileptic and pseudoepileptic seizures. *Epilepsia*, *40*(4), 485—491. https://doi.org/10.1111/j.1528-1157.1999.tb00745.x

La Cesa, S., Tinelli, E., Toschi, N., Di Stefano, G., Collorone, S., Aceti, A., … Caramia, F. (2014). FMRI pain activation in the periaqueductal gray in healthy volunteers during the cold pressor test. *Magnetic Resonance Imaging, 32(3)*, 236-240. https://doi.org/10.1016/j.mri.2013.12.003

LaChapelle, D., & Hadjistavropoulos, T. (2004). Dissociation, coping and adjustment among persons with chronic pain. *The Journal of Pain, 5*(3, Supplement 1), 132. https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jpain.2004.02.496

Lachapelle, D., Lavoie, S., & Boudreau, A. (2008). The meaning and process of pain acceptance. Perceptions of women living with arthritis and fibromyalgia. *Pain Research & Management, 13(3),* 201-210. doi: 10.1155/2008/258542.

Lahav, Y., & Elklit, A. (2016). The cycle of healing - dissociation and attachment during treatment of CSA survivors. *Child Abuse & Neglect*, *60(2016)*, 67–76. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2016.09.009

Lanius, R A, Bluhm, R., Lanius, U., & Pain, C. (2006). A review of neuroimaging studies in PTSD: heterogeneity of response to symptom provocation. *Journal of Psychiatric Research*, *40*(8), 709–729. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2005.07.007

Lanius, Ruth A., Vermetten, E., Loewenstein, R. J., Brand, B., Christian, S., Bremner, J. D., & Spiegel, D. (2010). Emotion modulation in PTSD: Clinical and neurobiological evidence for a dissociative subtype. *American Journal of Psychiatry*, *167*(6), 640–647. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.09081168

Lanius, R. A., Williamson, P. C., Boksman, K., Densmore, M., Gupta, M., Neufeld, R. W. J., … Menon, R. S. (2002). Brain activation during script-driven imagery induced dissociative responses in PTSD: A functional magnetic resonance imaging investigation. *Biological Psychiatry*, *52*(4), 305–311. https://doi.org/10.1016/S0006-3223(02)01367-7

Latalova, K., Prasko, J., Diveky, T., Kamaradova, D., & Velartova, H. (2010). Cognitive dysfunction, dissociation and quality of life in bipolar affective disorders in remission. *Psychiatria Danubina*, *22*, 528–534.

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.

Lee, J., & Oh, H. S. (2009). P.8.a.00l Relationship among the dissociation, ways of coping style, and hypnotisability in undergraduate students. *European Neuropsychopharmacology*, *19*, S694. https://doi.org/10.1016/s0924-977x(09)71122-8

Leonard, K. N., Telch, M. J., & Harrington, P. J. (1999). Dissociation in the laboratory: A comparison of strategies. *Behaviour Research and Therapy*, *37*(1), 49–61. https://doi.org/10.1016/S0005-7967(98)00072-2

Leventhal, H., Meyer, D. & Nerenz, D. (1980). The common sense model of illness danger. In: S., Rachman, (Ed.), *Medical psychology,* (Vol. 2, pp. 7–30). New York: Pergamon.

Leventhal, H., Nerenz, D., & Steel, D. (1984a). Illness representations and coping with health threats. In A. Baum & J. Singer (eds.), *Handbook of psychology and health* (pp. 221–252). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Leventhal, H., Zimmerman, R., & Gutmann, M. (1984b). Compliance: A self regulation perspective. In W. D. Gentry (Ed.), *Handbook of behavioral medicine* (pp. 369-436). New York: Guilford Press.

Lilienfeld, S. O., Kirsch, I., Sarbin, T. R., Powell, R. A., Lynn, S. J., Chaves, J. F., & Ganaway, G. K. (1999). Dissociative identity disorder and the sociocognitive model: Recalling the lessons of the past. *Psychological Bulletin*, *125*(5), 507–523. https://doi.org/10.1037/0033-2909.125.5.507

Lim, M., O'Grady, C., Cane, D., Goyal, A., Lynch, M., Beyea, S., & Hashmi, J. A. (2020). Threat prediction from schemas as a source of bias in pain perception. *Journal of Neuroscience*, *40*(7), 1538–1548. https://doi.org/10.1523/JNEUROSCI.2104-19.2019

Linehan, M., Bohus, M., & Lynch, T. (2007). Dialectical behavior therapy for pervasive emotion dysregulation: Theoretical and practical underpinnings. In J. J. Gross (Ed.). *Handbook of Emotional Regulation.* (pp. 581- 605). New York: The Guilford Press.

Loeser, J. D. (1982). Concepts of pain. In M., Stanton Hicks, R., Boaz (Eds.). *Chronic Low Back Pain. (pp 109-142).* New York, Raven Press.

Loeser, J. D., & Melzack, R. (1999). Pain: an overview. *Lancet*, *353*(9164), 1607–1609. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(99)01311-2

Lorimer Moseley, G., & Butler, D. S. (2015). Fifteen Years of Explaining Pain: The Past, Present, and Future. *The Journal of Pain*, *16(9)*, 807–813. https://doi.org/10.1016/j.jpain.2015.05.005

Ludäscher, P., Bohus, M., Lieb, K., Philipsen, A., Jochims, A., & Schmahl, C. (2007). Elevated pain thresholds correlate with dissociation and aversive arousal in patients with borderline personality disorder. *Psychiatry Research*, *149*(1–3), 291–296. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2005.04.009

Lumb, B. M. (2002). Inescapable and escapable pain is represented in distinct hypothalamic-midbrain circuits: Specific roles for Aδ- and C-nociceptors. *Experimental Physiology*, *87*(2), 281–286. https://doi.org/10.1113/eph8702356

Lumley, M. A., Cohen, J. L., Borszcz, G. S., Cano, A., Radcliffe, A. M., Porter, L. S., … Keefe, F. J. (2011). Pain and Emotion: A Biopsychosocial Review of Recent Research. *Journal of Clinical Psychology*, *67*(9), 942–968. https://doi.org/10.1002/jclp.20816

Lynn, S. J., Lilienfeld, S. O., Merckelbach, H., Giesbrecht, T., McNally, R. J., Loftus, E. F., Bruck, M., Garry, M., & Malaktaris, A. (2014). The trauma model of dissociation: Inconvenient truths and stubborn fictions. Comment on Dalenberg et al. (2012). *Psychological Bulletin, 140*(3), 896–910. https://doi.org/10.1037/a0035570

Lyssenko, L., Schmahl, C., Bockhacker, L., Vonderlin, R., Bohus, M., & Kleindienst, N. (2018). Dissociation in psychiatric disorders: A meta-analysis of studies using the dissociative experiences scale. *American Journal of Psychiatry*, *175*(1), 37–46. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2017.17010025

Lyttle, N., Dorahy, M. J., Hanna, D., & Huntjens, R. J. C. (2010). Conceptual and Perceptual Priming and Dissociation in Chronic Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, *119*(4), 777–790. https://doi.org/10.1037/a0020894

Maaranen, P., Tanskanen, A., Haatainen, K., Honkalampi, K., Koivumaa-Honkanen, H., Hintikka, J., & Viinamäki, H. (2005). The relationship between psychological and somatoform dissociation in the general population. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *193*(10), 690–692. https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000181353.69821.44

Marshall, G. N., Orlando, M., Jaycox, L. H., Foy, D. W., & Belzberg, H. (2002). Development and validation of a modified version of the peritraumatic dissociative experiences questionnaire. *Psychological Assessment*, *14*(2), 123–134. https://doi.org/10.1037/1040-3590.14.2.123

Mason, S. T., Fauerbach, J. A., & Haythornthwaite, J. A. (2011). Assessment of acute pain, pain relief, and patient satisfaction. In D. C. Turk & R. Melzack (Eds.). *Handbook of Pain Assessment. (*3rd ed., pp.283-293). New York: Guilford Press.

McCaffery, M. (1968). *Nursing practice theories related to cognition, bodily pain, and man-environment interactions*. Los Angeles: University of California at Los Angeles Students' Store.

McCormick, T., & Law, S. (2016). Assessment of acute and chronic pain. *Anaesthesia & Intensive Care Medicine*, *17*(9), 421–424. https://doi.org/10.1016/j.mpaic.2016.06.007

McCracken, L. M., Carson, J. W., Eccleston, C., & Keefe, F. J. (2004). Acceptance and change in the context of chronic pain. *Pain*, *109*(1–2), 4–7. https://doi.org/10.1016/j.pain.2004.02.006

Mccracken, L. M., & Eccleston, C. (2003). Coping or acceptance: what to do about chronic pain? *Pain, 105(1-2)*, 197-204. https://doi.org/10.1016/S0304-3959(03)00202-1

McCracken, L. M., & Eccleston, C. (2005). A prospective study of acceptance of pain and patient functioning with chronic pain. *Pain*, *118*(1–2), 164–169. https://doi.org/10.1016/j.pain.2005.08.015

Melzack, R. (1975). The McGill Pain Questionnaire: Major properties and scoring methods. *Pain, 1(3),* 277-299.

Melzack, R. (1999). From the gate to the Neuromatrix. *Pain, (Supplement 6)*, s121–s126. doi:10.1016/s0304-3959(99)00145-1

Melzack, R. (2001). Pain and the neuromatrix in the brain. *Journal of Dental Education*, *65*(12), 1378–1382.

Melzack, R. (2005). Evolution of the neuromatrix theory of pain. The Prithvi Raj Lecture: Presented at the Third World Congress of World Institute of Pain, Barcelona 2004. *Pain Practice*, *5*(2), 85–94. https://doi.org/10.1111/j.1533-2500.2005.05203.x

Melzack, R., & Wall, P. D. (1965). Pain mechanisms: A new theory. *Science, 150(3699)*, 971-979. DOI: 10.1126/science.150.3699.971

Mercedes Bello-Villanueva, A., Benítez-Lara, M., & Oviedo-Trespalacios, O. (2017). Characteristics of pain, psychological aspects, quality of life and coping strategies in patients

with chronic back pain in a city of Colombia. *Colombian Journal of Anesthesiology*, *45*(4), 310–316. https://doi.org/10.1016/j.rcae.2017.08.001

Merckelbach, H., Horselenberg, R., & Schmidt, H. (2002). Modeling the connection between self-reported trauma and dissociation in a student sample. *Personality and Individual Differences*, *32*(4), 695–705. https://doi.org/10.1016/S0191-8869(01)00070-8

Merskey, H., Bogduk, N. (1994). *IASP classification of chronic pain: descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms* (2nd ed.). Prepared by the International Association for the Study of Pain Task Force on Taxonomy, IASP, Seattle.

Mitchell, L. A., MacDonald, R. A. R., & Brodie, E. E. (2004). Temperature and the cold pressor test. *Journal of Pain*, *5*(4), 233–237. https://doi.org/10.1016/j.jpain.2004.03.004

Morgan, C. A., Hazlett, G., Wang, S., Richardson, J., Schnurr, P., & Southwick, S. M. (2001). Symptoms of dissociation in humans experiencing acute, uncontrollable stress: A prospective investigation. *American Journal of Psychiatry*, *158*(8), 1239–1247. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.8.1239

Moskowitz, A. (2004). Dissociation and Violence: A Review of the Literature. *Trauma, Violence, & Abuse*, *5*(1), 21–46. https://doi.org/10.1177/1524838003259321

Moss-Morris, R., Weinman, J., Petrie, K., Horne, R., Cameron, L., & Buick, D. (2002). The Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R). *Psychology & Health*, *17*(1), 1–16. https://doi.org/10.1080/08870440290001494

Moulton, S. J., Newman, E., Power, K., Swanson, V., & Day, K. (2015). Childhood trauma and eating psychopathology: A mediating role for dissociation and emotion dysregulation? *Child Abuse & Neglect*, *39*, 167–174. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2014.07.003

Mourot, L., Bouhaddi, M., & Regnard, J. (2009). Effects of the cold pressor test on cardiac autonomic control in normal subjects. *Physiological Research*, *58*(1), 83–91.

Mura, P., Serra, E., Marinangeli, F., Patti, S., Musu, M., Piras, I., … Finco, G. (2017). Prospective study on prevalence, intensity, type, and therapy of acute pain in a second-level urban emergency department. *Journal of Pain Research*, *10*, 2781–2788. https://doi.org/10.2147/JPR.S137992

Mystakidou, K, Mendoza, T., Tsilika, E., Befon, S., Parpa, E., Bellos, G., … Cleeland, C. (2001). Greek brief pain inventory: validation and utility in cancer pain. *Oncology*, *60*(1), 35–42. https://doi.org/10.1159/000055294

Mystakidou, Kyriaki, Tsilika, E., Parpa, E., Katsouda, E., Galanos, A., & Vlahos, L. (2004). The Hospital Anxiety and Depression Scale in Greek cancer patients: Psychometric analyses and applicability. *Supportive Care in Cancer*, *12*(12), 821–825. https://doi.org/10.1007/s00520-004-0698-y

Nederhand, M. J., Hermens, H. J., IJzerman, M. J., Groothuis, K. G. M., & Turk, D. C. (2006). The Effect of Fear of Movement on Muscle Activation in Posttraumatic Neck Pain Disability. *The Clinical Journal of Pain*, *22*(6), 519-525. https://doi.org/10.1097/01.ajp.0000202979.44163.da

Nicholas, M. K., Wilson, P. H., & Goyen, J. (1992). Comparison of cognitive-behavioral group treatment and an alternative non-psychological treatment for chronic low back pain. *Pain*, *48*(3), 339–347. https://doi.org/10.1016/0304-3959(92)90082-m

Nijenhuis, E. R. S. (2000). Somatoform dissociation: Major symptoms of dissociative disorders. *Journal of Trauma & Dissociation*, *1*(4), 7–32. https://doi.org/10.1300/J229v01n04_02

Nijenhuis, E. R. S. (2010). The scoring and interpretation of the SDQ-20 and SDQ-5. *Activitas Nervosa Superior*, *52*(1), 24-28. https://doi.org/10.1007/BF03379561

Nijenhuis, E. R. S., Spinhoven, P., Vanderlinden, J., van Dyck, R., & van der Hart, O. (1998). Somatoform dissociative symptoms as related to animal defensive reactions to predatory imminence and injury. *Journal of Abnormal Psychology*. US: American Psychological Association. https://doi.org/10.1037/0021-843X.107.1.63

Nijenhuis, E. R. S., Spinhoven, P., Van Dyck, R., Van Der Hart, O., & Vanderlinden, J. (1996). The development and psychometric characteristics of the Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ-20). *Journal of Nervous and Mental Disease*, *184*(11), 688–694. https://doi.org/10.1097/00005053-199611000-00006

Nijenhuis, E. R.S., Vanderlinden, J., & Spinhoven, P. (1998). Animal defensive reactions as a model for trauma-induced dissociative reactions. *Journal of Traumatic Stress*, *11*(2), 243–260. https://doi.org/10.1023/A:1024447003022

Nijenhuis, Ellert R.S., & van der Hart, O. (2011). Dissociation in trauma: A new definition and comparison with previous formulations. *Journal of Trauma and Dissociation*, *12*(4), 416–445. https://doi.org/10.1080/15299732.2011.570592

Nijenhuis, E. R. S., Van Dyck, R., Ter Kuile, M. M., Mourits, M. J. E., Spinhoven, P., & van der Hart, O. (2003). Evidence for associations among somatoform dissociation, psychological dissociation and reported trauma in patients with chronic pelvic pain. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, *24*(2), 87–98. https://doi.org/10.3109/01674820309042806

Nijenhuis, E., Van Engen, A., Kusters, I., & van der Hart, O. (2001). Peritraumatic Somatoform and Psychological Dissociation in Relation to Recall of Childhood Sexual Abuse. *Journal of Trauma & Dissociation*, *2*(3), 47–66. https://doi.org/10.1300/J229v02n03_04

Niv, D., & Kreitler, S. (2001). Pain and Quality of Life. *Pain Practice*, *1*(2), 150–161. https://doi.org/10.1046/j.1533-2500.2001.01016.x

Norton, S., Hughes, L., Chilcot, J., Sacker, A., Van Os, S., Young, A., & Done, J. (2013). Negative and positive illness representations of rheumatoid arthritis: A latent profile analysis. *Journal of Behavioral Medicine*, *37*. https://doi.org/10.1007/s10865-013-9506-9

Ντίνου, Μ., Μωραϊτου, Δ., Παπαντωνίου, Γ., Καλογιαννίδου, Α., & Παπαντωνίου, Α. (2013). Ψυχομετρικές ιδιότητες της ελληνικής εκδοχής του Ερωτηματολογίου Προσανατολισμών στην Αντιμετώπιση προβλημάτων. *Ι' Επιστημονική Επετηρίδα του Τμήματος Ψυχολογίας ΑΠΘ,* 163-192. Διαθέσιμο στο (https://ejournals.lib.auth.gr/psyannals/article/download/4270/4351)

Oathes, D. J., & Ray, W. J. (2008). Dissociative tendencies and facilitated emotional processing. *Emotion*, *8*(5), 653–661. https://doi.org/10.1037/a0013442

Olsen, S. A., & Gayle Beck, J. (2011). The effects of dissociation on information processing for analogue trauma and neutral stimuli: A laboratory study. *Journal of Anxiety Disorders*, *26*, 225–232. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2011.11.003

Ozdemir, O., Boysan, M., Guzel Ozdemir, P., & Yilmaz, E. (2015). Relationships between posttraumatic stress disorder (PTSD), dissociation, quality of life, hopelessness, and suicidal ideation among earthquake survivors. *Psychiatry Research*, *228*(3), 598–605. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.05.045

Panasetis, P., & Bryant, R. A. (2003). Peritraumatic Versus Persistent Dissociation in Acute Stress Disorder. *Journal of Traumatic Stress*, *16*(6), 563–566. https://doi.org/10.1023/B:JOTS.0000004079.74606.ba

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 (Malden, Mass.)*, *10*(8), 1452–1459. https://doi.org/10.1111/j.1526-4637.2009.00730.x

Pappa, E., Kontodimopoulos, N., & Niakas, D. (2005). Validating and norming of the Greek SF-36 Health Survey. *Quality of Life Research*, *14*(5), 1433–1438. https://doi.org/10.1007/s11136-004-6014-y

Paquet, C., Kergoat, M.-J., & Dubé, L. (2005). The role of everyday emotion regulation on pain in hospitalized elderly: insights from a prospective within-day assessment. *Pain*, *115*(3), 355–363. https://doi.org/10.1016/j.pain.2005.03.024

Pavlin, D. J., Sullivan, M. J. L., Freund, P. R., & Roesen, K. (2005). Catastrophizing: A risk factor for postsurgical pain. *Clinical Journal of Pain*, *21*(1), 83–90. https://doi.org/10.1097/00002508-200501000-00010

Penn, P. (2001). Chronic illness: trauma, language, and writing: breaking the silence. *Family Process*, *40*(1), 33–52. https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2001.4010100033.x

Pergolizzi, J. V., Raffa, R. B., & Taylor, R. (2014). Treating acute pain in light of the chronification of pain. *Pain Management Nursing*, *15*(1), 380–390. https://doi.org/10.1016/j.pmn.2012.07.004

Philips, H. C., & Grant, L. (1991). The evolution of chronic back pain problems: a longitudinal study. *Behaviour Research and Therapy*, *29*(5), 435–441. https://doi.org/10.1016/0005-7967(91)90127-o

Pletcher, M. J., Kertesz, S. G., Kohn, M. A., & Gonzales, R. (2008). Trends in Opioid Prescribing by Race/Ethnicity for Patients Seeking Care in US Emergency Departments. *JAMA*, *299*(1), 70–78. https://doi.org/10.1001/jama.2007.64

Powers, A., Cross, D., Fani, N., & Bradley, B. (2015). PTSD, emotion dysregulation, and dissociative symptoms in a highly traumatized sample. *Journal of Psychiatric Research, 61*, 174-179. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2014.12.011

Prkachin, K. M., Schultz, I. Z., & Hughes, E. (2007). Pain behavior and the development of pain-related disability: the importance of guarding. *The Clinical Journal of Pain*, *23*(3), 270–277. https://doi.org/10.1097/AJP.0b013e3180308d28

Putnam, F. W. (1997). *Dissociation in children and adolescents: A developmental perspective*. New York: The Guilford Press.

Rainville, P., Bao, Q. V. H., & Chrétien, P. (2005). Pain-related emotions modulate experimental pain perception and autonomic responses. *Pain*, *118*(3), 306–318. https://doi.org/10.1016/j.pain.2005.08.022

Rainville, P. (2002). Brain mechanisms of pain affect and pain modulation. *Current Opinion in Neurobiology*, *12*(2), 195–204. https://doi.org/10.1016/S0959-4388(02)00313-6

Rainville, P., Carrier, B., Hofbauer, R. K., Bushnell, M. C., & Duncan, G. H. (1999). Dissociation of sensory and affective dimensions of pain using hypnotic modulation. *Pain*, *82*(2), 159–171. https://doi.org/10.1016/S0304-3959(99)00048-2

Ramírez-Maestre, C., Esteve, R., & Ló Pez, A. E. (2007). Cognitive appraisal and coping in chronic pain patients. *European Journal of Pain, 12(6),* 749-756. https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2007.11.004

Reid, K. J., Harker, J., Bala, M. M., Truyers, C., Kellen, E., Bekkering, G. E., & Kleijnen, J. (2011). Epidemiology of chronic non-cancer pain in Europe: narrative review of prevalence, pain treatments and pain impact. *Current Medical Research and Opinion*, *27*(2), 449–462. https://doi.org/10.1185/03007995.2010.545813

Resnik, D. B., & Rehm, M. (2001). The undertreatment of pain: scientific, clinical, cultural, and philosophical factors. *Medicine, Health Care, and Philosophy*, *4*(3), 277–288. https://doi.org/10.1023/A:1012057403159

Richardson, E. M., Schüz, N., Sanderson, K., Scott, J. L., & Schüz, B. (2017). Illness representations, coping, and illness outcomes in people with cancer: a systematic review and meta-analysis. *Psycho-Oncology*, *26*(6), 724–737. https://doi.org/10.1002/pon.4213

Riedel, W., & Neck, G. (2001). Nociception pain, and antinociception: current concepts. *Z Rheumatol,* 60(6), 404-415. doi: 10.1007/s003930170003

Reinders, A. A. T. S., Willemsen, A. T. M., Den Boer, J. A., Vos, H. P. J., Veltman, D. J., & Loewenstein, R. J. (2014). Opposite brain emotion-regulation patterns in identity states of dissociative identity disorder: A PET study and neurobiological model. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, *223(3)*, 236–243. https://doi.org/10.1016/j.pscychresns.2014.05.005

Rosenbloom, B. N., Khan, S., McCartney, C., & Katz, J. (2013). Systematic review of persistent pain and psychological outcomes following traumatic musculoskeletal injury. *Journal of Pain Research*, *6*, 39–51. https://doi.org/10.2147/JPR.S38878

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. https://doi.org/10.1016/0304-3959(83)90125-2

Ross, C. A., Keyes, B. B., Yan, H., Wang, Z., Zou, Z., Xu, Y., … Xiao, Z. (2008). A Cross-Cultural Test of the Trauma Model of Dissociation. *Journal of Trauma & Dissociation*, *9*(1), 35–49. https://doi.org/10.1080/15299730802073635

Rozema, H., Völlink, T., & Lechner, L. (2009). The role of illness representations in coping and health of patients treated for breast cancer. *Psycho-Oncology*, *18*(8), 849–857. https://doi.org/10.1002/pon.1488

Rufer, M., Held, D., Cremer, J., Fricke, S., Moritz, S., Peter, H., & Hand, I. (2006). Dissociation as a predictor of cognitive behavior therapy outcome in patients with obsessive-compulsive disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *75*(1), 40–46. https://doi.org/10.1159/000089225

Ruiz-Aranda, D., Salguero, J. M., & Fernández-Berrocal, P. (2010). Emotional Regulation and Acute Pain Perception in Women, *11*(6), 564–569. https://doi.org/10.1016/j.jpain.2009.09.011

Ruiz-Aranda, D., Salguero, J. M., & Fernandez-Berrocal, P. (2011). Emotional Intelligence and Acute Pain: The Mediating Effect of Negative Affect. *The Journal of Pain*, *12*(11), 1190–1196. https://doi.org/10.1016/j.jpain.2011.06.008

Rupp, T., & Delaney, K. A. (2004). Inadequate Analgesia in Emergency Medicine. *Annals of Emergency Medicine*, *43*(4), 494–503. https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2003.11.019

Russ, M. J., Shearin, E. N., Clarkin, J. F., Harrison, K., & Hull, J. W. (1993). Subtypes of self-injurious patients with borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry, 150(12),* 1869-1871. https://doi.org/10.1176/ajp.150.12.1869

Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, *57*(6), 1069–1081. https://doi.org/10.1037/0022-3514.57.6.1069

Sack, M., Cillien, M., & Hopper, J. W. (2012). Acute dissociation and cardiac reactivity to script-driven imagery in trauma-related disorders. *European Journal of Psychotraumatology*, *3*(1), 1–10. https://doi.org/10.3402/ejpt.v3i0.17419

Sar, V., Kundakci, T., Kiziltan, E., Bakim, B., & Bozkurt, O. (2001). Differentiating dissociative disorders from other diagnostic groups through somatoform dissociation in turkey. *Journal of Trauma and Dissociation*, *1*(4), 67–80. https://doi.org/10.1300/J229v01n04_04

Sar, V., & Ozturk, E. (2008). Psychotic Presentations of Dissociative Identity Disorder. In P. F. Dell, & J. O'Neil (Eds.). *Dissociation and the Dissociative Disorders: DSM-V and Beyond.* (pp.535-545). New York: Routledge. https://doi.org/10.4324/9780203893920

Saxe, G. N., Chinman, G., Berkowitz, R., Hall, K., Lieberg, G., Schwartz, J., & van der Kolk, B. A. (1994). Somatization in patients with dissociative disorders. *The American Journal of Psychiatry*, *151*(9), 1329–1334. https://doi.org/10.1176/ajp.151.9.1329

Searle, R. D., & Bennett, M. I. (2008). Pain assessment. *Anaesthesia And Intensive Care Medicine*, *9*(1), 13–15. https://doi.org/10.1016/j.mpaic.2007.10.004

Schachter, S., & Singer, J. (1962). Cognitive, social, and physiological determinants of emotional state. *Psychological Review*, *69*(5), 379–399. https://doi.org/10.1037/h0046234

Scheier, M. F., & Carver, C. S. (1985). Optimism, coping, and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology, 4(3),* 219-247. https://doi.org/10.1037/0278-6133.4.3.219

Schimmenti, A., & Caretti, V. (2016). Linking the overwhelming with the unbearable: Developmental trauma, dissociation, and the disconnected Self. *Psychoanalytic Psychology*, *33*(1), 106–128. https://doi.org/10.1037/a0038019

Schmutz, M. (2013). Dissociative seizures - A critical review and perspective. *Epilepsy & Behavior*, *29(3)*, 449–456. https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2013.08.018

Sergiu, S. V. (2015). Researching the processes involved in dissociative pathology. *Procedia - Social and Behavioral Sciences 187(2015)*, 329 – 333. https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2015.03.061

Shapiro, S. L., Carlson, L. E., Astin, J. A., & Freedman, B. (2006). Mechanisms of mindfulness. *Journal of Clinical Psychology*, *62(3)*, 373–386. https://doi.org/10.1002/jclp.20237

Sierra, M., & Berrios, G. E. (1998). Depersonalization: Neurobiological perspectives. *Biological Psychiatry, 44(9)*, 898-908. https://doi.org/10.1016/S0006-3223(98)00015-8

Sinatra, R. (2010). Causes and consequences of inadequate management of acute pain. *Pain Medicine*, *11*(12), 1859–1871. https://doi.org/10.1111/j.1526-4637.2010.00983.x

Sindlinger, K., Meng, K., Dorn, M., Faller, H., & Schuler, M. (2019). Illness representations, pain and physical function in patients with rheumatic disorders: between- and within-person associations. *Psychology and Health*, *34*(2), 200–215. https://doi.org/10.1080/08870446.2018.1523406

Smeets, R. J. E. M., Vlaeyen, J. W. S., Kester, A. D. M., & Knottnerus, J. A. (2006). Reduction of Pain Catastrophizing Mediates the Outcome of Both Physical and Cognitive-Behavioral Treatment in Chronic Low Back Pain. *Journal of Pain*, *7*(4), 261–271. https://doi.org/10.1016/j.jpain.2005.10.011

Smith, C. L., Severtsen, B., Vandermause, R., Barbosa-Leiker, C., Wilson, M., & Roll, J. (2018). Seeking Chronic Pain Relief: A Hermeneutic Exploration. *Pain Management Nursing*, *19*(6), 652–662. https://doi.org/10.1016/j.pmn.2018.05.001

Smith, B. W., Tooley, E. M., Montague, E. Q., Robinson, A. E., Cosper, C. J., & Mullins, P. G. (2009). The role of resilience and purpose in life in habituation to heat and cold pain. *The Journal of Pain : Official Journal of the American Pain Society*, *10*(5), 493–500. https://doi.org/10.1016/j.jpain.2008.11.007

Smith, B. W., & Zautra, A. J. (2004). The role of purpose in life in recovery from knee surgery. *International Journal of Behavioral Medicine*, *11*(4), 197–202. https://doi.org/10.1207/s15327558ijbm1104_2

Snow-Turek, A. L., Norris, M. P., & Tan, G. (1996). Active and passive coping strategies in chronic pain patients. *Pain*, *64*(3), 455–462. https://doi.org/10.1016/0304-3959(95)00190-5

Snyder, C. R., Berg, C., Woodward, J. T., Gum, A., Rand, K. L., Wrobleski, K. K., … Hackman, A. (2005). Hope against the cold: Individual differences in treat hope and acute pain tolerance on

the cold pressor task. *Journal of Personality*, *73*(2), 287–312. https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2005.00318.x

Sobol-Kwapinska, M., Bąbel, P., Plotek, W., & Stelcer, B. (2016). Psychological correlates of acute postsurgical pain: A systematic review and meta-analysis. *European Journal of Pain*, *20*(10), 1573–1586. https://doi.org/10.1002/ejp.886

Spiegel, D. (1991). Dissociation and trauma. In A. Tasman, & S. M. Goldfinger (Eds.). American Psychiatric Press review of psychiatry. Vol. 10. (pp. 261–275). Arlington, VA, US: American Psychiatric Association.

Stein, M. B., Jang, K. L., & Livesley, W. J. (1999). Heritability of anxiety sensitivity: A twin study. *American Journal of Psychiatry*, *156*(2), 246–251. https://doi.org/10.1176/ajp.156.2.246

Sterlini, G. L., & Bryant, R. A. (2002). Hyperarousal and dissociation: A study of novice skydivers. *Behaviour Research and Therapy, 40(4)*, 431-437. https://doi.org/10.1016/S0005-7967(01)00021-3

Stiglmayr, C. E., Shapiro, D. A., Stieglitz, R. D., Limberger, M. F., & Bohus, M. (2001). Experience of aversive tension and dissociation in female patients with borderline personality disorder- a controlled study. *Journal of Psychiatric Research*, *35*(2), 111–118. https://doi.org/10.1016/s0022-3956(01)00012-7

Sturgeon, J. A., & Zautra, A. J. (2010). Resilience: A new paradigm for adaptation to chronic pain. *Current Pain and Headache Reports*, *14*(2), 105–112. https://doi.org/10.1007/s11916-0100095-9

Sturgeon, J. A., Zautra, A. J., & Arewasikporn, A. (2014). A multilevel structural equation modeling analysis of vulnerabilities and resilience resources influencing affective adaptation to chronic pain. *Pain*, *155*(2), 292–298. https://doi.org/10.1016/j.pain.2013.10.007

Sullivan, M. J. L., Bishop, S. R., & Pivik, J. (1995). The Pain Catastrophizing Scale: Development and validation. *Psychological Assessment*, *7*(4), 524–532. https://doi.org/10.1037/1040-3590.7.4.524

Sundermann, J. M., & DePrince, A. P. (2015). Maltreatment Characteristics and Emotion Regulation (ER) Difficulties as Predictors of Mental Health Symptoms: Results from a Community-Recruited Sample of Female Adolescents. *Journal of Family Violence*, *30*(3), 329–338. https://doi.org/10.1007/s10896-014-9656-8

Swinkels-Meewisse, I. E. J., Roelofs, J., Schouten, E. G. W., Verbeek, A. L. M., Oostendorp, R. A. B., & Vlaeyen, J. W. S. (2006). Fear of movement/(re)injury predicting chronic disabling low back pain: a prospective inception cohort study. *Spine*, *31*(6), 658–664. https://doi.org/10.1097/01.brs.0000203709.65384.9d

Tamcan, O., Mannion, A. F., Eisenring, C., Horisberger, B., Elfering, A., & Müller, U. (2010). The course of chronic and recurrent low back pain in the general population. *Pain*, *150*(3), 451–457. https://doi.org/10.1016/j.pain.2010.05.019

Taub, N. S., Worsowicz, G. M., Gnatz, S. M., & Cifu, D. X. (1998). Pain rehabilitation. Definitions and diagnosis of pain. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, *79*(3 SUPPL. 1), 49–53. https://doi.org/10.1016/S0003-9993(98)90123-X

Taylor, A. L. (2007). Addressing the global tragedy of needless pain: Rethinking the United Nations single convention on narcotic drugs. *Journal of Law, Medicine and Ethics*, *35*(4), 556–570. https://doi.org/10.1111/j.1748-720X.2007.00180.x

Tennen, H., & Affleck, G. (2005). Benefit-Finding and Benefit-Reminding. In C. R., Snyder, & S. J. Lopez, (Eds.). *Handbook of Positive Psychology.* (pp. 584-597). Oxford: Oxford University Press.

Terkelsen, A. J., Mølgaard, H., Hansen, J., Andersen, O. K., & Jensen, T. S. (2005). Acute pain increases heart rate: Differential mechanisms during rest and mental stress. *Autonomic Neuroscience: Basic and Clinical*, *121*(1–2), 101–109. https://doi.org/10.1016/j.autneu.2005.07.001

Thomsen, A. B., Sorensen, J., Sjogren, P., & Eriksen, J. (2002). Chronic non-malignant pain patients and health economic consequences. *European Journal of Pain*, *6*(5), 341–352. https://doi.org/10.1016/S1090-3801(02)00023-X

Turk, D. C., & Burwinkle, T. M. (2005). Assessment of chronic pain in rehabilitation: Outcome measures in clinical trials and clinical practice. *Rehabilitation Psychology, 50(1)*, 56-64.

Turner, J. A., Jensen, M. P., & Romano, J. M. (2000). Do beliefs, coping, and catastrophizing independently predict functioning in patients with chronic pain? *Pain*, *85*(1–2), 115–125. https://doi.org/10.1016/S0304-3959(99)00259-6

Unruh, A. M., Ritchie, J., & Merskey, H. (1999). Does gender affect appraisal of pain and pain coping strategies? *The Clinical Journal of Pain*, *15*(1), 31–40. https://doi.org/10.1097/00002508-199903000-00006

Utne, I., Miaskowski, C., Bjordal, K., Paul, S. M., Jakobsen, G., & Rustøen, T. (2009). Differences in the Use of Pain Coping Strategies Between Oncology Inpatients with Mild vs. Moderate to Severe Pain. *Journal of Pain and Symptom Management*, *38*(5), 717–726. https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2009.03.005

Van Der Hart, O., Nijenhuis, E. R. ., & Steele, K. (2007). *The Haunted Self: Structural Dissociation and the Treatment of Chronic Traumatization.* New York: W. W. Norton.

Van Der Kruijs, S. J. M., Bodde, N. M. G., Carrette, E., Lazeron, R. H. C., Vonck, K. E. J., Boon, P. A. J. M., … Aldenkamp, A. P. (2014). Neurophysiological correlates of dissociative symptoms.

Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry, *85*(2), 174–179. https://doi.org/10.1136/jnnp-2012-302905

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. https://doi.org/10.1016/s0304-3959(99)00242-0

Vollrath, M., & Torgersen, S. (2000). Personality types and coping. *Personality and Individual Differences*, *29*(2), 367–378. https://doi.org/10.1016/S0191-8869(99)00199-3

Von Baeyer, C. L., Piira, T., Chambers, C. T., Trapanotto, M., & Zeltzer, L. K. (2005). Guidelines for the cold pressor task as an experimental pain stimulus for use with children. *Journal of Pain*, *6*(4), 218–227. https://doi.org/10.1016/j.jpain.2005.01.349

Waelde, L. C., Silvern, L., Carlson, E., Fairbank, J. A., & Kletter, H. (2009). Dissociation in PTSD. In P. F. Dell, & J. A. O'Neil (Eds.). *Dissociation and the dissociative disorders: DSM-V and beyond.* (pp. 448 – 456). New York, NY: Routledge.

Waites, E. A. (1993). *Trauma and Survival: Post- traumatic and Dissociative disorders in women.* New York: Norton.

Waller, G., Hamilton, K., Elliott, P., Lewendon, J., Stopa, L., Waters, A., … Chalkley, J. (2000). Somatoform dissociation, psychological dissociation, and specific forms of trauma. *Journal of Trauma and Dissociation*, *1*(4), 81–98. https://doi.org/10.1300/J229v01n04_05

Walsh, N. E., Schoenfeld, L., Ramamurthy, S., & Hoffman, J. (1989). Normative model for cold pressor test. *American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation, 68(1)*, 6-11. https://doi.org/10.1097/00002060-198902000-00003

Ware, J. E. J., & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, *30*(6), 473–483.

Watson, D., Clark, L. A., & Harkness, A. R. (1994). Structures of personality and their relevance to psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology. 103(1)*, 18-31. https://doi.org/10.1037/0021-843X.103.1.18

Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the PANAS scales. *Journal of Personality and SocialPsychology*, *54*(6), 1063–1070. https://doi.org/10.1037//0022-3514.54.6.1063

Weisenberg, M. (1998). Cognitive aspects of pain and pain control. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, *46*(1), 44–61. https://doi.org/10.1080/00207149808409989

Williams, D. A. (2004). Evaluating acute pain. In: R. H. Dworkin & W. S. Breitbart (Eds.). *Psychosocial aspects of pain: A handbook for healthcare providers* (Vol. 27, pp. 79-96). Seattle, WA: IASP Press.

Woby, S. R., Watson, P. J., Roach, N. K., & Urmston, M. (2005). Coping strategy use: does it predict adjustment to chronic back pain after controlling for catastrophic thinking and self-efficacy for pain control? *Journal of Rehabilitation Medicine*, *37*(2), 100—107. https://doi.org/10.1080/16501970410021535

Woo, A. K. (2010). Depression and Anxiety in Pain. *Reviews in Pain*, *4*(1), 8–12. https://doi.org/10.1177/204946371000400103

Woolf, C. J., & Mannion, R. J. (1999). Neuropathic pain: Aetiology, symptoms, mechanisms, and management. *Lancet*, *353*(9168), 1959–1964. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(99)01307-0

Zerubavel, N., & Messman-Moore, T. L. (2015). Staying Present: Incorporating Mindfulness into Therapy for Dissociation. *Mindfulness*, *6*(2), 303–314. https://doi.org/10.1007/s12671-013-0261-3

Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Jager-Hyman, S., Reich, D. B., & Fitzmaurice, G. (2008). The course of dissociation for patients with borderline personality disorder and axis II comparison subjects: A 10-year follow-up study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *118*(4), 291–296. https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2008.01247.x

Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 67(6)*, 361-370. https://doi.org/10.1111/j.16000447.1983.tb09716.x

Παράρτημα

1. Ερωτηματολόγια πειραματικής μελέτης

Φόρμα Συγκατάθεσης

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ

ΟΜΑΔΑ:
Α/Α:

Παρακαλώ διαβάστε και αν συμφωνείτε, βάλτε Χ στο αντίστοιχο κουτάκι

1. Έχω ενημερωθεί ότι το πείραμα αυτό έχει εγκριθεί από την επιτροπή δεοντολογίας του Πανεπιστημίου Κρήτης και δεν πρόκειται να μου προκληθούν βλάβες.	☐
2. Έχω ενημερωθεί, κατανοώ και συμφωνώ να συμμετάσχω στην πειραματική διαδικασία, κατά την οποία θα μου ζητηθεί να βουτήξω το χέρι μου σε κρύο νερό ώστε να μου προκληθεί πόνος.	☐
3. Έχω ενημερωθεί και κατανοώ ότι η συμμετοχή είναι εθελοντική και μπορώ, όποτε θελήσω να σταματήσω και να αποσύρω την συμμετοχή μου από την διαδικασία.	☐

Σύντομο Ιστορικό:

Παρακαλώ κυκλώστε τον αντίστοιχο αριθμό για να υποδείξετε αν κάποιο από τα παρακάτω νοσήματα ή καταστάσεις ισχύουν για εσάς:

1. Ιστορικό καρδιαγγειακών νοσημάτων
2. Ιστορικό λιποθυμιών ή επιληψίας
3. Ιστορικό κρυοπαγημάτων
4. Ανοιχτές πληγές, κόψιμο ή δερματικές ασθένειες στο χέρι βύθισης
5. Αν το χέρι είναι σπασμένο, ραγισμένο, έχει θλάση ή άλλη βλάβη
6. Ιστορικό του συνδρόμου Ρεϊνό (τα χέρια ασπρίζουν ή μελανιάζουν στην έκθεση στο κρύο κι έπειτα γίνονται κόκκινα όταν ζεσταίνονται)
7. Ιστορικό ψυχιατρικών προβλημάτων
8. Νευρολογικές διαταραχές
9. Υπέρταση ή υπόταση
10. Διαβήτης
11. Προβλήματα του κυκλοφορικού
12. Ημικρανίες
13. Φωτοευαισθησία
14. Προβλήματα Χρόνιου Πόνου
15. Είμαι Καπνιστής
16. Έχω πρόσφατα καταναλώσει καφέ. Αν ΝΑΙ περίπου ΠΟΤΕ _____

Φύλο: **Γ** **Α**

Ημερομηνία Γέννησης:_____

Έτη Εκπαίδευσης:_____

Οικ. Κατάσταση:_____

Ημερομηνία Εξέτασης:_____

Κυρίαρχο χέρι: Δεξί Αριστερό

PANAS

Η παρακάτω κλίμακα αποτελείται από λέξεις που περιγράφουν διαφορετικά αισθήματα και συναισθήματα. Διαβάστε παρακαλώ κάθε λέξη και μετά σημειώστε την κατάλληλη για σας απάντηση, στον κενό χώρο δίπλα από τη λέξη.
Σημειώστε σε ποιο βαθμό νιώθετε έτσι ***τώρα, αυτή τη στιγμή***. Χρησιμοποιήστε την ακόλουθη κλίμακα για να απαντήσετε.

Πολύ λίγο ή καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Αρκετά	Πολύ
1	**2**	**3**	**4**	**5**

_____ Με ενδιαφέρον
_____ Πιεσμένος/η
_____ Ενθουσιασμένος/η
_____ Αναστατωμένος/η
_____ Σθεναρός/ή
_____ Ένοχος/η
_____ Τρομαγμένος/η
_____ Εχθρικός/ή
_____ Ενθουσιασμένος/η
_____ Περήφανος/η
_____ Ευέξαπτος/η
_____ Σε εγρήγορση
_____ Ντροπιασμένος/η
_____ Σε έμπνευση
_____ Νευρικός/ή
_____ Αποφασισμένος/ή
_____ Προσηλωμένος
_____ Ταραγμένος/η
_____ Δραστήριος/α
_____ Φοβισμένος/η

ERQ

Θα θέλαμε να σας κάνουμε μερικές ερωτήσεις που έχουν σχέση με τα συναισθήματά σας, συγκεκριμένα πως ελέγχετε (αυτό σημαίνει, πως ρυθμίζετε και πώς διαχειρίζεστε) τα συναισθήματά σας. Οι παρακάτω ερωτήσεις αναφέρονται σε δύο διαφορετικές πτυχές των συναισθημάτων σας. Η μία είναι στο πως βιώνετε τα συναισθήματα, ή πως νιώθετε μέσα σας. Η άλλη είναι για το πως εκφράζετε τα συναισθήματά σας ή πως δείχνετε τα συναισθήματά σας με το τρόπο που μιλάτε, χειρονομείτε ή συμπεριφέρεστε. Παρ' όλο που μερικές ερωτήσεις φαίνεται να μοιάζουν μεταξύ τους, διαφέρουν με σημαντικό τρόπο. Παρακαλώ απαντήστε για κάθε ερώτηση, πόσο συμφωνείτε σημειώνοντας το βαθμό που αντιστοιχεί στην απάντηση που θέλετε να δώσετε. Μεγαλύτεροι βαθμοί αντιστοιχούν σε μεγαλύτερο βαθμό συμφωνίας προς αυτό που περιγράφουν οι προτάσεις.

Διαφωνώ έντονα **Συμφωνώ απόλυτα**

1----------2----------3----------4----------5----------6----------7

1. Όταν θέλω να νιώσω περισσότερο *θετικά συναισθήματα* (όπως χαρά ή διασκέδαση), *αλλάζω αυτό που σκέφτομαι.*	**Διαφωνώ έντονα** 1	2	3	4	5	6	**Συμφωνώ απόλυτα** 7
2. Κρατάω τα συναισθήματά μου για τον εαυτό μου.	**Διαφωνώ έντονα** 1	2	3	4	5	6	**Συμφωνώ απόλυτα** 7
3. Όταν θέλω να νιώσω *λιγότερο* αρνητικό συναίσθημα (όπως λύπη ή θυμό), *αλλάζω αυτό που σκέφτομαι.*	**Διαφωνώ έντονα** 1	2	3	4	5	6	**Συμφωνώ απόλυτα** 7
4. Όταν νιώθω *θετικά* συναισθήματα, προσέχω να μην τα εκφράζω	**Διαφωνώ έντονα** 1	2	3	4	5	6	**Συμφωνώ απόλυτα** 7
5. Όταν αντιμετωπίζω μια στρεσογόνο κατάσταση, αναγκάζω τον εαυτό μου *να σκεφτεί γι' αυτή την κατάσταση,* με ένα τρόπο που θα με βοηθήσει να παραμείνω ήρεμος/η	**Διαφωνώ έντονα** 1	2	3	4	5	6	**Συμφωνώ απόλυτα** 7
6. Ελέγχω τα συναισθήματά μου με το να *μην τα εκφράζω.*	**Διαφωνώ έντονα** 1	2	3	4	5	6	**Συμφωνώ απόλυτα** 7
7. Όταν θέλω να νιώσω περισσότερο *θετικά* συναισθήματα, *αλλάζω τον τρόπο με τον οποίο σκέφτομαι* για την κατάσταση	**Διαφωνώ έντονα** 1	2	3	4	5	6	**Συμφωνώ απόλυτα** 7
8. Ελέγχω τα συναισθήματά μου *αλλάζοντας τον τρόπο που σκέφτομαι* για την κατάσταση στην οποία βρίσκομαι	**Διαφωνώ έντονα** 1	2	3	4	5	6	**Συμφωνώ απόλυτα** 7
9. Όταν νιώθω *αρνητικά* συναισθήματα, φροντίζω να μην τα εκφράζω	**Διαφωνώ έντονα** 1	2	3	4	5	6	**Συμφωνώ απόλυτα** 7
10. Όταν θέλω να νιώσω λιγότερο *αρνητικό* συναίσθημα, *αλλάζω τον τρόπο που σκέφτομαι* για την κατάσταση	**Διαφωνώ έντονα** 1	2	3	4	5	6	**Συμφωνώ απόλυτα** 7

DES

Αυτό το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 28 ερωτήσεις που περιγράφουν εμπειρίες που μπορεί να βιώνετε στην καθημερινή σας ζωή. Μας ενδιαφέρει να διερευνήσουμε πόσο συχνά έχετε αυτές τις εμπειρίες. Παρ' όλα αυτά είναι πολύ σημαντικό να δούμε πόσο συχνά έχετε αυτές τις εμπειρίες όταν δεν έχετε καταναλώσει αλκοόλ ή φάρμακα. Για να απαντήσετε τις ερωτήσεις παρακαλώ υποδείξετε κατά πόσο περιγράφει την εμπειρία σας κάθε ερώτηση βαθμολογώντας με ένα ποσοστό από 0% (ποτέ) μέχρι 100% (πάντα), αυξομειώνοντας κατά 10% κάθε φορά.

1. Σε μερικούς ανθρώπους συμβαίνει να οδηγούν το αυτοκίνητο τους και ξαφνικά συνειδητοποιούν ότι δεν θυμούνται τι συνέβη καθ' όλη τη διάρκεια ή για ένα κομμάτι της διαδρομής. Παρακαλώ υποδείξετε πόσο συχνά σας συμβαίνει αυτό.	_____%
2. Μερικοί άνθρωποι ανακαλύπτουν ότι κάποιες φορές, ακούνε κάποιον να μιλάει και ξαφνικά συνειδητοποιούν ότι δεν άκουσαν τίποτα ή μέρος απ' όσα ειπώθηκαν. Παρακαλώ υποδείξετε πόσο συχνά σας συμβαίνει αυτό.	_____%
3. Σε μερικούς ανθρώπους συμβαίνει να ανακαλύπτουν ότι βρίσκονται σε ένα μέρος και να μην έχουν ιδέα πως βρέθηκαν εκεί. Παρακαλώ υποδείξετε πόσο συχνά σας συμβαίνει αυτό.	_____%
4. Σε μερικούς ανθρώπους συμβαίνει να ανακαλύπτουν, ότι φοράνε ρούχα που δεν θυμούνται να τα έχουν φορέσει. Παρακαλώ υποδείξετε πόσο συχνά σας συμβαίνει αυτό.	_____%
5. Σε μερικούς ανθρώπους συμβαίνει να ανακαλύπτουν καινούρια πράγματα στα υπάρχοντά τους, που δεν θυμούνται να τα έχουν αγοράσει. Παρακαλώ υποδείξετε πόσο συχνά σας συμβαίνει αυτό.	_____%
6. Σε μερικούς ανθρώπους συμβαίνει κάποιες φορές να προσεγγίζονται από ανθρώπους που δεν γνωρίζουν, οι οποίοι τους προσφωνούν με άλλο όνομα ή που επιμένουν ότι έχουν γνωριστεί. Παρακαλώ υποδείξετε πόσου συχνά σας συμβαίνει αυτό.	_____%
7. Σε μερικούς ανθρώπους συμβαίνει κάποιες φορές, να νιώθουν σαν να στέκονται δίπλα στον εαυτό τους ή να παρατηρούν τον εαυτό τους να κάνει κάτι και να είναι σαν να κοιτάζουν κάποιον άλλο άνθρωπο. Παρακαλώ υποδείξετε πόσο συχνά σας συμβαίνει αυτό.	_____%
8. Σε μερικούς ανθρώπους, κάποιες φορές τους λένε ότι δεν αναγνωρίζουν τους φίλους τους ή μέλη της οικογένειας τους. Παρακαλώ υποδείξετε πόσο συχνά σας συμβαίνει αυτό.	_____%
9. Μερικοί άνθρωποι ανακαλύπτουν ότι δεν έχουν αναμνήσεις από κάποια σημαντικά γεγονότα στις ζωές τους (για παράδειγμα, ένα γάμο ή μια αποφοίτηση). Παρακαλώ υποδείξετε πόσο συχνά σας συμβαίνει αυτό.	_____%
10. Σε μερικούς ανθρώπους συμβαίνει να κατηγορούνται ότι λένε ψέματα, όταν οι ίδιοι δεν πιστεύουν ότι έχουν πει κάποιο ψέμα. Παρακαλώ υποδείξετε πόσο συχνά σας συμβαίνει αυτό.	_____%

11. Σε μερικούς ανθρώπους συμβαίνει να κοιτάζουν στον καθρέφτη και να μην αναγνωρίζουν τον εαυτό τους. Παρακαλώ υποδείξετε πόσο συχνά σας συμβαίνει αυτό.	_____%
12. Σε μερικούς ανθρώπους συμβαίνει, κάποιες φορές να νιώθουν ότι οι άλλοι άνθρωποι, τα αντικείμενα και ο κόσμος γύρω τους δεν είναι αληθινά. Παρακαλώ υποδείξετε πόσο συχνά σας συμβαίνει αυτό.	_____%
13. Σε μερικούς ανθρώπους συμβαίνει κάποιες φορές, να έχουν την αίσθηση ότι το σώμα τους δεν τους ανήκει. Παρακαλώ υποδείξετε πόσο συχνά σας συμβαίνει αυτό.	_____%
14. Σε μερικούς ανθρώπους συμβαίνει κάποιες φορές, να θυμούνται ένα γεγονός του παρελθόντος τόσο ζωντανά που να νιώθουν σαν να το ξαναζούν. Παρακαλώ υποδείξετε πόσο συχνά σας συμβαίνει αυτό.	_____%
15. Σε μερικούς ανθρώπους συμβαίνει να μην είναι σίγουροι, αν πράγματα που θυμούνται ότι έγιναν, συνέβησαν πραγματικά ή αν απλώς τα ονειρεύτηκαν. Παρακαλώ υποδείξετε πόσο συχνά σας συμβαίνει αυτό.	_____%
16. Σε μερικούς ανθρώπους συμβαίνει να είναι σε ένα γνωστό/οικείο μέρος αλλά να τους φαίνεται ξένο και άγνωστο. Παρακαλώ υποδείξετε πόσο συχνά σας συμβαίνει αυτό.	_____%
17. Μερικοί άνθρωποι ανακαλύπτουν ότι όταν παρακολουθούν τηλεόραση ή κάποια ταινία, απορροφούνται τόσο πολύ στην ιστορία που δεν αντιλαμβάνονται άλλα γεγονότα που συμβαίνουν γύρο τους. Παρακαλώ υποδείξετε πόσο συχνά σας συμβαίνει αυτό.	_____%
18. Μερικοί άνθρωποι, κάποιες φορές ανακαλύπτουν ότι φαντάζονται κάτι ή ονειροπολούν τόσο έντονα, που νιώθουν σαν να συμβαίνουν πραγματικά όλα αυτά. Παρακαλώ υποδείξετε πόσο συχνά σας συμβαίνει αυτό.	_____%
19. Μερικοί άνθρωποι ανακαλύπτουν ότι κάποιες φορές , μπορούν να αγνοήσουν τον πόνο. Παρακαλώ υποδείξετε πόσο συχνά σας συμβαίνει αυτό.	_____%
20. Μερικοί άνθρωποι ανακαλύπτουν ότι κάποιες φορές, κάθονται και κοιτάζουν στο πουθενά, χωρίς να σκέφτονται τίποτα, και δεν αντιλαμβάνονται το πέρασμα του χρόνου. Παρακαλώ υποδείξετε πόσο συχνά σας συμβαίνει αυτό.	_____%
21. Μερικοί άνθρωποι , κάποιες φορές ανακαλύπτουν ότι όταν είναι μόνοι τους, μιλάνε δυνατά στον εαυτό τους. Παρακαλώ υποδείξετε πόσο συχνά σας συμβαίνει αυτό.	_____%
22. Μερικοί άνθρωποι ανακαλύπτουν ότι σε μια περίσταση μπορεί να ενεργήσουν τόσο διαφορετικά συγκριτικά με κάποια άλλη περίσταση, που νιώθουν σχεδόν σαν να είναι διαφορετικός άνθρωπος. Παρακαλώ υποδείξετε πόσο συχνά σας συμβαίνει αυτό.	_____%

23. Μερικοί άνθρωποι, κάποιες φορές ανακαλύπτουν ότι σε συγκεκριμένες περιστάσεις, μπορούν να κάνουν πράγματα με εντυπωσιακή ευκολία και αυθορμητισμό που συνήθως θα ήταν δύσκολο γι' αυτούς (για παράδειγμα, σε αθλήματα, στη δουλεία, σε κοινωνικές περιστάσεις, κλπ.). Παρακαλώ υποδείξετε πόσο συχνά σας συμβαίνει αυτό.	_____%
24. Μερικοί άνθρωποι, κάποιες φορές ανακαλύπτουν ότι δεν μπορούν να θυμηθούν αν έχουν κάνει κάτι ή αν απλώς έχουν σκεφτεί να το κάνουν (για παράδειγμα, δεν ξέρουν αν έχουν μόλις στείλει ένα γράμμα ή αν απλώς έχουν σκεφτεί να το στείλουν). Παρακαλώ υποδείξετε πόσο συχνά σας συμβαίνει αυτό.	_____%
25. Μερικοί άνθρωποι, ανακαλύπτουν στοιχεία που δείχνουν ότι έχουν κάνει πράγματα που οι ίδιοι δεν θυμούνται να τα έχουν κάνει. Παρακαλώ υποδείξετε πόσο συχνά σας συμβαίνει αυτό.	_____%
26. Μερικοί άνθρωποι, κάποιες φορές βρίσκουν γραπτά , ζωγραφιές ή σημειώσεις ανάμεσα στα πράγματα τους, που πρέπει να είχαν κάνει οι ίδιοι, αλλά δεν μπορούν να θυμηθούν να τα κάνουν. Παρακαλώ υποδείξετε πόσο συχνά σας συμβαίνει αυτό.	_____%
27. Μερικοί άνθρωποι, κάποιες φορές ανακαλύπτουν ότι ακούν φωνές μέσα στο κεφάλι τους που τους λένε να κάνουν πράγματα ή που σχολιάζουν αυτά που κάνουν. Παρακαλώ υποδείξετε πόσο συχνά σας συμβαίνει αυτό.	_____%
28. Μερικοί άνθρωποι, κάποιες φορές νιώθουν σαν να κοιτούν τον κόσμο μέσα από ομίχλη, έτσι ώστε οι άνθρωποι και τα πράγματα φαίνονται μακρινά ή θαμπά. Παρακαλώ υποδείξετε πόσο συχνά σας συμβαίνει αυτό.	_____%

DSS

Οι ερωτήσεις παρακάτω διερευνούν το πώς νιώθετε *αυτή τη στιγμή*, δηλαδή μέσα *στα τελευταία λεπτά*. Παρακαλώ κυκλώστε την κατάλληλη επιλογή για να υποδείξετε κατά πόσο βιώνετε *τώρα, αυτή τη στιγμή*, καθένα από τα παρακάτω συμπτώματα.

Αυτή τη στιγμή, σε αυτό το δωμάτιο

---

1. **Μοιάζουν όλα να κινούνται σε αργή κίνηση;**

1. Καθόλου
2. Ήπια, ήταν όλα πιο αργά, αλλά δεν ήταν εύκολο να το παρατηρήσεις
3. Μέτρια, έμοιαζε να κινούνται με τη μισή ταχύτητα από συνήθως
4. Σημαντικά, όλα κινούνται τόσο αργά που σχεδόν δεν κινούνται
5. Υπερβολικά, όλα κινούνται τόσο αργά που έχω την αίσθηση ότι όλα έχουν σταματήσει, σαν ο χρόνος να μην προχωράει.

---

2. **Σου μοιάζουν όλα ψεύτικα, σαν να ονειρεύεσαι;**

1. Καθόλου
2. Ήπια, μοιάζουν κάπως ψεύτικα, αλλά ξέρω πολύ καλά που είμαι
3. Μέτρια, φαίνεται σαν να ονειρεύομαι, αλλά ξέρω καλά πως είμαι ξύπνιος/α
4. Σημαντικά, μοιάζει πολύ σαν να ονειρεύομαι, παρόλο που ξέρω ότι είμαι εδώ, νιώθω πως ίσως είναι σαν να κοιμάμαι.
5. Υπερβολικά, νιώθω σαν τίποτα να μην είναι αληθινό, σα να πρέπει να με τσιμπήσω για να ξυπνήσω, ή να ρωτήσω κάποιον αν ονειρεύομαι.

---

3. **Αισθάνεσαι με κάποιο τρόπο ότι αποκόβεσαι απ' όσα συμβαίνουν: για παράδειγμα νιώθεις ότι βρίσκεσαι σε μια ταινία ή ένα θέατρο ή σαν να είσαι ρομπότ;**

1. Καθόλου
2. Ήπια, νιώθω λίγο αποκομμένος/η απ' ότι συμβαίνει αλλά ουσιαστικά είμαι εδώ.
3. Μέτρια, νιώθω κάπως αποκομμένος/η απ' ότι συμβαίνει, ή νιώθω σα να είμαι σε μια ταινία ή ένα θέατρο.
4. Σημαντικά, νιώθω υπερβολικά αποκομμένος/η απ' ό,τι συμαίνει, αλλά μπορώ να καταλάβω τι λένε οι άλλοι άνθρωποι.
5. Υπερβολικά, νιώθω σαν όλοι γύρω μου να μιλούν μια ξένη γλώσσα, έτσι που δεν καταλαβαίνω τι λένε, ή σαν να είμαι απ' έξω και κοιτάζω μέσα, ή σαν να είμαι ένα ρομπότ ή μια μηχανή.

---

4. **Νιώθεις σαν να είσαι έξω από το σώμα σου και να βλέπεις τα πράγματα από εκεί;**

1. Καθόλου
2. Ήπια, νιώθω λίγο αποκομμένος/η απ' το σώμα μου αλλά ουσιαστικά είμαι εντάξει.
3. Μέτρια, νιώθω σαν να έχω βγει απ' το σώμα μου αλλά όχι σαν να με κοιτάζω από μακριά.
4. Σημαντικά, νιώθω σα να είμαι 6 μέτρα μακριά ή και περισσότερο και κοιτάζω τον εαυτό μου από μακριά
5. Υπερβολικά, νιώθω σαν να είμαι χιλιόμετρα μακριά απ' τον εαυτό μου και κοιτάζω από κάπου ψηλά τον εαυτό μου και τους άλλους.

---

5. Νιώθεις να παρακολουθείς την κατάσταση σαν να είσαι παρατηρητής ή θεατής;

1. Καθόλου
2. Ήπια, νιώθω ελαφρώς αποσυνδεμένος απ' όσα συμβαίνουν αλλά ουσιαστικά είμαι εδώ.
3. Μέτρια, νιώθω λίγο απομακρυσμένος σαν παρατηρητής ή σαν θεατής, αλλά είμαι σίγουρα σε αυτό το δωμάτιο.
4. Σημαντικά, νιώθω πάρα πολύ σα να είμαι θεατής ή παρατηρητής, αλλά είμαι ακόμα εδώ σ' αυτό το δωμάτιο.
5. Υπερβολικά, νιώθω εντελώς αποσυνδεμένος απ' ό,τι συμβαίνει, σα να μην συμμετέχω σε αυτή την κατάσταση με κανένα τρόπο, αλλά σαν να είμαι τελείως απομακρυσμένος απ' ό,τι συμβαίνει, σαν παρατηρητής ή θεατής.

6. Νιώθεις αποκομμένος από το ίδιο σου το σώμα;

1. Καθόλου
2. Ήπια, νιώθω λίγο αποκομμένος/η απ' το σώμα μου, αλλά ουσιαστικά είμαι εδώ.
3. Μέτρια, νιώθω κάπως αποσυνδεμένος απ' το σώμα μου αλλά ουσιαστικά είμαι εντάξει.
4. Σημαντικά, νιώθω αποσυνδεμένος απ' το ίδιο μου το σώμα, αλλά όχι απομακρυσμένος απ' το σώμα μου και νιώθω σαν να είμαι εγώ εκεί.
5. Υπερβολικά, νιώθω σα να είμαι εντελώς έξω απ' το σώμα μου, σα να κοιτάζω το ίδιο μου το σώμα από πολύ μακριά, σα να είναι κάποιος άλλος άνθρωπος εδώ.

7. Μοιάζει σαν να έχει αλλάξει ο τρόπος που αισθάνεσαι το σώμα σου: για παράδειγμα, αισθάνεσαι το σώμα σου ασυνήθιστα μεγάλο ή ασυνήθιστα μικρό;

1. Καθόλου
2. Ήπια, έχω ένα ασαφές συναίσθημα ότι κάτι έχει αλλάξει στο σώμα μου, αλλά δε μπορώ να πω ακριβώς τι είναι.
3. Μέτρια, νιώθω ότι το σώμα μου έχει αυξηθεί ή μειωθεί λίγο σε μέγεθος ή ότι μοιάζει κάπως σαν να μην είναι το σώμα μου.
4. Σημαντικά, νιώθω σαν το σώμα μου να έχει διπλασιαστεί απ' το φυσιολογικό του μέγεθος ή σαν το σώμα μου να έχει υποδιπλασιαστεί από το φυσιολογικό του μέγεθος, ή πάρα πολύ έντονα νιώθω πως αυτό δεν είναι το σώμα μου.
5. Υπερβολικά, νιώθω σαν το σώμα μου να έχει πρηστεί και να έχει γίνει τουλάχιστον 10 φορές μεγαλύτερο απ' ότι κανονικά είναι, ή ότι έχει γίνει 10 φορές μικρότερο απ' ό, τι κανονικά είναι, ή σαν τα χέρια μου να έχουν γίνει σαν οδοντογλυφίδες.

8. Σου φαίνονται οι άνθρωποι ακίνητοι, νεκροί ή σαν ρομπότ;

1. Καθόλου
2. Ήπια, οι άνθρωποι μοιάζουν λίγο πιο ακίνητοι, νεκροί ή σαν ρομπότ απ' ό,τι θα έπρεπε.
3. Μέτρια, οι άνθρωποι μοιάζουν δυο φορές πιο ακίνητοι, νεκροί ή σαν ρομπότ απ' ό,τι θα έπρεπε.
4. Σημαντικά, οι άνθρωποι μοιάζουν ίσα ίσα να κινούνται ή σαν να είναι ίσα ίσα ζωντανοί ή μοιάζουν πολύ σαν ρομπότ.
5. Υπερβολικά, είναι σαν όλοι να έχουν παγώσει ή μοιάζουν απόλυτα σαν ρομποτ.

9. Μοιάζουν τα αντικείμενα διαφορετικά απ' ότι θα περίμενες;

1. Καθόλου
2. Ήπια, τα αντικείμενα μοιάζουν λίγο διαφορετικά από συνήθως, αλλά είναι ίσα ίσα αντιληπτό.
3. Μέτρια, τα αντικείμενα είναι λίγο παραλλαγμένα, αλλά δεν δυσκολεύομαι να αναγνωρίσω τα πράγματα γύρω μου.
4. Σημαντικά, τα αντικείμενα είναι πολύ περισσότερο παραλλαγμένα ή μοιάζουν αρκετά ψεύτικα, μπορώ όμως, να αναγνωρίσω πράγματα στο δωμάτιο.
5. Υπερβολικά, σαν όλα να είναι παραλλαγμένα, ψεύτικα, νιώθω σα να μην μπορώ να αναγνωρίσω τίποτα, όλα είναι ξένα ή παράξενα.

10. Σου φαίνονται τα χρώματα ξεθωριασμένα (λιγότερο έντονα ή θαμπά);

1. Καθόλου
2. Ήπια, τα πράγματα μοιάζουν ελαφρώς πιο θολά απ' το σύνηθες αν το σκεφτώ πολύ.
3. Μέτρια, τα χρώματα είναι κάπως ξεθωριασμένα, αλλά μπορώ ακόμα να τα αναγνωρίσω.
4. Σημαντικά, τα χρώματα είναι πολύ θολά, με κανένα τρόπο το ίδιο ζωντανά όπως συνήθως είναι.
5. Υπερβολικά, σαν να είναι όλα ασπρόμαυρα, όλα τα χρώματα έχουν ξεθωριάσει

11. Βλέπεις τα πράγματα γύρω σου, σαν να βρίσκεσαι σε τούνελ ή σαν να κοιτάς μέσα από τον φακό μιας φωτογραφικής μηχανής;

1. Καθόλου
2. Ήπια, νιώθω λίγο σαν να κοιτάζω μέσα από τούνελ ή τον φακό της φωτογραφικής μηχανής.
3. Μέτρια, η περιφερειακή μου όραση έχει μαυρίσει, αλλά ακόμα έχω σχεδόν όλο μου το οπτικό πεδίο, ή μοιάζει κάπως σαν να κοιτάζω μέσα από τον φακό μιας φωτογραφικής μηχανής.
4. Σημαντικά, μοιάζει σαν να κοιτάζω μέσα από τούνελ ή τον φακό της φωτογραφικής, αλλά μπορώ να τα δω όλα πολύ καθαρά.
5. Υπερβολικά, σαν να βλέπω μέσα από κιάλια, απ' την ανάποδη πλευρά, όπου όλα γύρω απ' την περιφερειακή μου όραση είναι μαυρισμένα, και μπορώ να δω ένα μικρό φωτεινό σημείο στο τέλος του τούνελ, με μικροσκοπικούς ανθρώπους και αντικείμενα ή σαν να τα βλέπω όλα μέσα απ' το φακό μιας φωτογραφικής και είναι όλα εξαιρετικά διευρυμένα.

12. Μοιάζει αυτή η διαδικασία να διαρκεί πολύ περισσότερο απ' όσο θα περίμενες;

1. Καθόλου
2. Ήπια, μοιάζει σαν να έχει περάσει τουλάχιστον ο διπλάσιος χρόνος απ' ότι όντως έχει περάσει.
3. Μέτρια, μοιάζει σαν αυτή η διαδικασία να έχει κρατήσει τουλάχιστον 2 ώρες.
4. Σημαντικά, μοιάζει σαν να έχουμε περάσει τουλάχιστον 10 ώρες απ' την αρχή αυτής της διαδικασίας.
5. Υπερβολικά, μοιάζει σαν ο χρόνος να έχει σταματήσει, σα να βρισκόμαστε εδώ στο ίδιο σημείο για πάντα.

13. **Σου φαίνεται πως όλα γίνονται πολύ γρήγορα, σαν μια ολόκληρη ζωή να περνά σε μια στιγμή;**

1. Καθόλου
2. Ήπια, τα πράγματα γίνονται ελαφρώς γρηγορότερα από συνήθως.
3. Μέτρια, τα πράγματα μοιάζει να γίνονται τουλάχιστον 2 φορές γρηγορότερα από συνήθως.
4. Σημαντικά, τα πράγματα μοιάζει να γίνονται τουλάχιστον 10 φορές γρηγορότερα από συνήθως.
5. Υπερβολικά, σαν όλη αυτή η διαδικασία έγινε με μιας, ή σαν μια ολόκληρη ζωή, χωρά σε μια στιγμή.

14. Συμβαίνουν πράγματα σε αυτή τη διαδικασία που δεν θα μπορείς να εξηγήσεις αργότερα;

1. Καθόλου
2. Ήπια, μπορεί να έχουν γίνει πράγματα τώρα που δεν μπορώ να εξηγήσω, αλλά τίποτα σαφές.
3. Μέτρια, τουλάχιστον μια φορά έγινε κάτι που τώρα δεν μπορώ να το εξηγήσω.
4. Σημαντικά, τουλάχιστον 2 φορές, έχασα μερικά λεπτά, έτσι που τώρα υπάρχουν πράγματα που δεν μπορώ να εξηγήσω.
5. Υπερβολικά, μεγάλα διαστήματα χρόνου λείπουν, από 10 λεπτά και πάνω, έτσι που τώρα έχω μπερδευτεί για το τι έχει γίνει.

15. Αφαιρείσαι ή με κάποιο άλλο τρόπο χάνεις την αίσθηση του τι συμβαίνει σ' αυτή την διαδικασία;

1. Καθόλου
2. Ήπια, είχα μερικά επεισόδια που “χάθηκα”, αλλά τα έχω ακολουθήσει όλα για το μεγαλύτερο διάστημα.
3. Μέτρια, έχω χάσει τουλάχιστον 1 λεπτό, ή έχω χάσει εντελώς τι συμβαίνει εδώ.
4. Σημαντικά, έχω χάσει σημαντικά διαστήματα χρόνο διάρκειας 1 λεπτού ή παραπάνω.
5. Υπερβολικά, έχω χάσει σημαντικά διαστήματα χρόνου διάρκειας 15 λεπτών ή παραπάνω.

16. Οι ήχοι σχεδόν χάνονται ή γίνονται πολύ πιο έντονοι απ' όσο θα περίμενες;

1. Καθόλου
2. Ήπια, είναι είτε λίγο πιο ήσυχα ή λίγο πιο δυνατά από συνήθως, αλλά είναι πολύ παρατηρήσιμο.
3. Μέτρια, η ήχοι έχουν γίνει περίπου 2 φορές πιο ήπιοι ή 2 φορές πιο δυνατοί απ' το σύνηθες.
4. Σημαντικά, όλα έχουν γίνει πολύ ήσυχα, σαν όλοι να ψιθυρίζουν, ή όλα έχουν γίνει πάρα πολύ δυνατά (αν και όχι εκκωφαντικά).
5. Υπερβολικά, όλα έχουν γίνει απόλυτα ήσυχα ή οι ήχοι έχουν γίνει τόσο δυνατοί που είναι εκκωφαντικοί και νιώθω πως θα σπάσουν τα τύμπανα μου.

17. Σου φαίνονται όλα πολύ έντονα, σαν να υπάρχει κάποια ιδιαίτερη αίσθηση διαύγειας.

1. Καθόλου
2. Ήπια, όλα μοιάζουν λίγο πιο αληθινά από συνήθως.
3. Μέτρια, όλα μοιάζουν πολύ πιο αληθινά από συνήθως.
4. Σημαντικά, όλα μοιάζουν πολύ αληθινά ή έχουν μια ιδιαίτερη αίσθηση διαύγειας.
5. Υπερβολικά, όλα μοιάζουν να έχουν μια απίστευτη αίσθηση ζωντάνιας και καθαρότητας.

18. Μοιάζει σαν να κοιτάζεις τον κόσμο μέσα από ομίχλη, ώστε τα αντικείμενα και οι άνθρωποι να φαίνονται πολύ μακρινά ή θολά;

1. Καθόλου
2. Ήπια, όλα μοιάζουν λίγο ομιχλώδη ή θολά ή έχω την αίσθηση ότι όλα είναι μακριά, αλλά δεν υπάρχει καμιά σημαντική επίδραση στο πως αντιλαμβάνομαι τα πράγματα γύρω μου.
3. Μέτρια, όλα μοιάζουν πολύ ομιχλώδη και θολά, ή όλα μοιάζουν ότι είναι πολύ μακριά, αλλά μπορώ να αναγνωρίσω τους ανθρώπους και τα αντικείμενα σε αυτό το δωμάτιο.
4. Σημαντικά, ίσα ίσα μπορώ να δω τα πράγματα γύρω μου, όπως τον εξεταστή και τα αντικείμενα που υπάρχουν σε αυτό το δωμάτιο.
5. Υπερβολικά, δεν μπορώ να καταλάβω τίποτα γύρω μου.

19. Μοιάζουν τα χρώματα πολύ πιο φωτεινά απ' όσο θα περίμενες;

1. Καθόλου
2. Ήπια, τα χρώματα μοιάζουν λίγο πιο φωτεινά από συνήθως αλλά όχι 2 φορές πιο φωτεινά.
3. Μέτρια, τα χρώματα μοιάζουν περίπου 2 φορές πιο φωτεινά από συνήθως.
4. Σημαντικά, τα χρώματα μοιάζουν πολύ φωτεινά, τουλάχιστον 5 φορές πιο φωτεινά απ' το σύνηθες.
5. Υπερβολικά, τα χρώματα είναι υπερβολικά φωτεινά, σχεδόν φθορίζοντα, τουλάχιστον 10 φορές πιο φωτεινά από συνήθως.

PDEQ

Τώρα θα ήθελα να προσπαθήσετε να θυμηθείτε πως νιώσατε και τι αισθανθήκατε κατά την διάρκεια του πόνου και αμέσως μετά. Θα σας διαβάσω μερικές προτάσεις που μπορεί να περιγράφουν πως νιώσατε τότε και θα ήθελα να μου απαντήσετε κατά πόσο ισχύουν για εσάς.

1= Καθόλου

2= Ελάχιστα

3= Κάπως

4= Πολύ

5= Πάρα πολύ

1. "Κόλλησε το μυαλό μου" ή "χάθηκα" ή κατά κάποιο τρόπο ένιωσα ότι δεν συμμετείχα σε ό,τι γινόταν.

1 **2** **3** **4** **5**

2. Τα γεγονότα έμοιαζαν να εκτυλίσσονται σε αργή κίνηση (πολύ αργά).

1 **2** **3** **4** **5**

3. Όσα συνέβαιναν δεν έμοιαζαν αληθινά, σαν να έβλεπα κάποιο όνειρο ή σαν να παρακολουθούσα μια ταινία.

1 **2** **3** **4** **5**

4. Ένιωσα να παρατηρώ ό,τι μου συνέβαινε, σαν να το έβλεπα από ψηλά ή σαν ένας ξένος (σαν να κοίταζα κάτι μέσα από ένα παράθυρο).

1 **2** **3** **4** **5**

5. Ένιωσα σαν να να έφυγα (διαχωρίστηκα) ή να αποκόπηκα από το σώμα μου ή ότι το σώμα μου ήταν ασυνήθιστα μεγάλο ή μικρό (όχι φυσιολογικό μέγεθος- πολύ μεγάλο ή πολύ μικρό).

1 **2** **3** **4** **5**

6. Έγιναν πράγματα στο χώρο που δεν παρατήρησα παρ' όλο που υπό φυσιολογικές συνθήκες θα τα είχα παρατηρήσει.

1 **2** **3** **4** **5**

7. Ένιωσα μπερδεμένος/η ή δεν μπορούσα να καταλάβω τι γίνεται.

1	**2**	**3**	**4**	**5**

8. Υπήρχαν στιγμές που δεν ήμουν σίγουρος/η που βρισκόμουν ή τι ώρα ήταν.

1	**2**	**3**	**4**	**5**

SDQ-P

Παρακαλώ συμπληρώστε τις παρακάτω προτάσεις κυκλώνοντας την επιλογή που περιγράφει καλύτερα την εμπειρία σας και τις αντιδράσεις κατά τη διάρκεια του πόνου και αμέσως μετά.

Οι επιλογές είναι:

Κατά τη διάρκεια του γεγονότος(ή κάποιες στιγμές κατά τη διάρκεια) και/ ή αμέσως μετά

1= αυτό δεν περιγράφει την εμπειρία μου *καθόλου*
2= αυτό περιγράφει την εμπειρία μου *λίγο*
3= αυτό περιγράφει την εμπειρία μου *μέτρια*
4= αυτό περιγράφει την εμπειρία μου *αρκετά*
5= αυτό περιγράφει την εμπειρία μου *απόλυτα*

Κατά τη διάρκεια (ή κάποιες στιγμές κατά τη διάρκεια) του γεγονότος και/ ή αμέσως μετά

1. Ήταν σαν το σώμα μου ή ένα μέρος του, να είχε παραλύσει

1 **2** **3** **4** **5**

2. Η όρασή μου ήταν πιο περιορισμένη από συνήθως (ήταν σαν να έβλεπα μέσα από ένα τούνελ ή σαν να έβλεπα μόνο ένα μέρος των πραγμάτων γύρω μου).

1 **2** **3** **4** **5**

3. Ήταν σαν να είχε εξαφανιστεί το σώμα μου ή ένα μέρος του.

1 **2** **3** **4** **5**

4. Παρέλυσα ή ήμουν άκαμπτος για λίγο.

1 **2** **3** **4** **5**

5. Έχασα εντελώς ή σχεδόν εντελώς την αίσθηση της γεύσης

1 **2** **3** **4** **5**

6. Το σώμα μου ή ένα μέρος του, ήταν μουδιασμένο

1 **2** **3** **4** **5**

7. Αυτομάτως σφίχτηκα και έμεινα ακίνητος (χωρίς να είμαι πχ. πιασμένος ή δεμένος κάπου)

1 **2** **3** **4** **5**

8. Ήθελα να κάνω εμετό.

1 **2** **3** **4** **5**

9. Το σώμα μου κινούνταν συντονισμένα με τρόπο που δεν μπορούσα να ελέγξω (για παράδειγμα, ήταν σαν το σώμα μου να περπατούσε από μόνο του προς μια συγκεκριμένη κατεύθυνση)

1 **2** **3** **4** **5**

Οι παρακάτω προτάσεις μπορεί να μην αφορούν την περίπτωσή σας. Για παράδειγμα, αν έχετε τραυματιστεί. Σε αυτή την περίπτωση, το ΦΑΙΝΟΜΕΝΟ που περιγράφεται (π.χ, αισθάνομαι πόνο), δεν ισχύει για σας.
Για να το υποδείξετε σας παρακαλώ κυκλώστε το "Δεν ισχύει"

Κατά τη διάρκεια του γεγονότος (ή κάποιες στιγμές κατά τη διάρκεια) και/ ή αμέσως μετά

10. Έχασα την όρεξη μου για φαγητό ή ξέχασα την δίψα μου.

1	**2**	**3**	**4**	**5**	**Δεν ισχύει**

11. Δεν μπορούσα να πιω ή να φάω παρόλο που υπήρχαν ποτά και φαγητά και μου επιτρεπόταν
να φάω ή να πιω.

1	**2**	**3**	**4**	**5**	**Δεν ισχύει**

VAS πόνου

2. Ερωτηματολόγια μελέτης πεδίου

Φόρμα συγκατάθεσης μελέτης πεδίου

ΕΓΓΡΑΦΟ ΓΡΑΠΤΗΣ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΓΙΑ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΡΟΝΙΟ ΠΟΝΟ

Αν συμφωνείτε, παρακαλούμε τσεκάρετε ξεκάθαρα το αντίστοιχο κουτάκι

1	Διάβασα και κατανόησα τις πληροφορίες και είχα το χρόνο και την ευκαιρία να κάνω ερωτήσεις σχετικά με τη μελέτη.	☐
2	Κατανοώ ότι η συμμετοχή μου είναι εθελοντική και ότι μπορώ να αποσύρω τη συγκατάθεσή μου οποιαδήποτε στιγμή και για οποιοδήποτε λόγο χωρίς κανένα κόστος. Κατανοώ ότι αν αποσύρω τη συγκατάθεσή μου, όλα τα δεδομένα μου θα καταστραφούν παρουσία μου.	☐
3	Κατανοώ ότι μόλις συμπεριληφθώ στη μελέτη θα μου αποδοθεί ένας μοναδικός αναγνωριστικός αριθμός, ο οποίος δε θα περιλαμβάνει καμία προσωπική πληροφορία και δε μπορεί να οδηγήσει στην ταυτοποίησή μου.	☐
4	Συμφωνώ να συμμετάσχει στη μελέτη και ο/η σύζυγός μου.	☐
5	Δίνω τη συγκατάθεσή μου για να συμμετέχω στη μελέτη.	☐

Ονοματεπώνυμο συμμετέχοντος	Ημερομηνία	Υπογραφή
Ονοματεπώνυμο του μέλους της ερευνητικής ομάδας που λαμβάνει τη συγκατάθεση	Ημερομηνία	Υπογραφή

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ

ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ

Σας παρακαλώ να σημειώσετε στις τρεις διπλανές κενές θέσεις το αρχικό γράμμα του ονόματός σας, του ονόματος του πατέρα σας και του επωνύμου σας, καθώς και τη χρονολογία της γέννησής σας, με αυτή ακριβώς τη σειρά:

Παρακαλώ, συμπληρώστε τα παρακάτω στοιχεία ή σημειώστε με ένα " ✓ " όπου χρειάζεται :

1) Φύλο: Άνδρας ❑ Γυναίκα ❑ 2) Ηλικία (σε έτη): .....

3) Υγεία: *Παρακαλώ σημειώστε με ένα ✓ αν έχετε διαγνωστεί τώρα ή στο παρελθόν με κάποιο από τα ακόλουθα. Σημειώστε όλα όσα ισχύουν.*

- ☐ Προβλήματα Καρδιάς
- ☐ Αναπνευστικά Προβλήματα
- ☐ Ψηλή/ Χαμηλή πίεση
- ☐ Εγκεφαλικό
- ☐ Άσθμα/ Αλλεργίες
- ☐ Επιληψία
- ☐ Ορμονικές Διαταραχές
- ☐ Διαβήτη
- ☐ Καρκίνο
- ☐ Πρόβλημα με το θυρεοειδή
- ☐ Ημικρανίες
- ☐ Αιματολογικές ασθένειες
- ☐ HIV/AIDS
- ☐ Άλλο Σεξουαλικά Μεταδιδόμενο Νόσημα (π.χ. Ηπατίτιδα Β, κονδυλώματα, χλαμύδια)
- ☐ Έλκος/ Προβλήματα Γαστρεντερικού
- ☐ Προβλήματα με τη σπονδυλική στήλη
- ☐ Αρθριτικά
- ☐ Άλλο (παρακαλώ σημειώστε)

_____

4) Ποιο έτος έγινε η διάγνωση της ασθένειας: _____

5) Παρούσα διάγνωση χρόνιου πόνου: _____

_____

6) Εκπαίδευση:

Πρωτοβάθμια:	Τάξεις δημοτικού ❑ Δημοτικό ❑	Δευτεροβάθμια:	Τριτάξιο γυμνάσιο ❑ Λύκειο ❑ Ανάλογες σχολές ❑	Τριτοβάθμια:	ΤΕΙ ❑ ΑΕΙ ❑ Μεταπτυχιακά ❑

7) Επάγγελμα: _____

8) Οικογενειακή κατάσταση:

Άγαμος /η ❑ Έγγαμος /η ❑ Σε διάσταση ❑

Διαζευγμένος /η ❑ Χήρος /α ❑ Συγκατοίκηση ❑

Παρακαλούμε απαντήστε στα επόμενα ερωτηματολόγια σε όλες τις ερωτήσεις.

SDQ-20

Σ' αυτό το ερωτηματολόγιο υπάρχουν ερωτήσεις που περιγράφουν διάφορα σωματικά συμπτώματα ή εμπειρίες που ενδεχομένως να είχατε για μικρό ή μεγαλύτερο χρονικό διάστημα.
Παρακαλώ να υποδείξετε κατά πόσο ανταποκρίνονται στην δική σας εμπειρία κατά το διάστημα **του χρόνου που πέρασε.**
Για κάθε πρόταση παρακαλώ κυκλώστε τον αριθμό στην πρώτη στήλη που περιγράφει καλύτερα τη δική ΣΑΣ κατάσταση.
Οι πιθανές απαντήσεις είναι:
1= ΚΑΘΟΛΟΥ
2= ΛΙΓΟ
3= ΕΤΣΙ ΚΙ ΕΤΣΙ
4= ΑΡΚΕΤΑ
5 = ΑΠΟΛΥΤΑ

Αν κάποιο σύμπτωμα ή εμπειρία ανταποκρίνεται στην περίπτωσή σας, παρακαλώ υποδείξετε αν κάποιος γιατρός την έχει συνδέσει με κάποια σωματική ασθένεια κυκλώνοντας την λέξη ΝΑΙ ή ΟΧΙ στην στήλη "Είναι η σωματική αιτία γνωστή;" Αν κυκλώσατε το ΝΑΙ, παρακαλώ γράψτε την σωματική αιτία (αν την ξέρετε) σε αυτή τη γραμμή.

Παράδειγμα:

	Κατά πόσο το σωματικό σύμπτωμα ανταποκρίνεται στην εμπειρία σου					Είναι η σωματική αιτία γνωστή;	
Μερικές φορές:							
Τα δόντια μου τρίζουν	1	2	3	4	5	ΟΧΙ	ΝΑΙ, Ονομαστικά_____
Παθαίνω κράμπες στις γάμπες μου	1	2	3	4	5	ΟΧΙ	ΝΑΙ, Ονομαστικά_____

Αν έχετε κυκλώσει 1 στην πρώτη στήλη (ΚΑΘΟΛΟΥ) δεν χρειάζεται να απαντήσετε στην ερώτηση αν η σωματική αιτία είναι γνωστή.
Αντιθέτως αν έχετε κυκλώσει το 2, 3, 4 ή 5 ΠΡΕΠΕΙ να κυκλώσετε ΟΧΙ ή ΝΑΙ στην στήλη με την ερώτηση "Είναι η σωματική αιτία γνωστή;"

Παρακαλώ μην παραλείψετε καμία από τις 20 ερωτήσεις.

Σας ευχαριστώ για την συνεργασία σας.

Παρακάτω είναι οι ερωτήσεις:

1 = ΚΑΘΟΥΛΟΥ
2= ΛΙΓΟ
3= ΕΤΣΙ ΚΙ ΕΤΣΙ
4= ΑΡΚΕΤΑ
5 = ΑΠΟΛΥΤΑ

Κατά πόσο το σωματικό σύμπτωμα ανταποκρίνεται στην εμπειρία σου	Είναι η σωματική αιτία γνωστή;

Μερικές φορές:

1. Δυσκολεύομαι να ουρήσω	1	2	3	4	5	ΟΧΙ	ΝΑΙ, Ονομαστικά_____
2. Δεν μου αρέσουν γεύσεις που συνήθως μου άρεσαν (για τις γυναίκες: ΔΕΝ αφορά στην περίπτωση εγκυμοσύνης ή κατά τις ημέρες της περιόδου)	1	2	3	4	5	ΟΧΙ	ΝΑΙ, Ονομαστικά_____
3. Ακούω ήχους σαν να έρχονται από μακριά ενώ είναι κοντά μου	1	2	3	4	5	ΟΧΙ	ΝΑΙ, Ονομαστικά_____
4. Πονάω κατά την ούρηση	1	2	3	4	5	ΟΧΙ	ΝΑΙ, Ονομαστικά_____
5. Το σώμα μου, ή κάποιο μέρος του μοιάζει μουδιασμένο	1	2	3	4	5	ΟΧΙ	ΝΑΙ, Ονομαστικά_____
6. Οι άνθρωποι και τα πράγματα φαίνονται μεγαλύτερα απ' ότι συνήθως	1	2	3	4	5	ΟΧΙ	ΝΑΙ, Ονομαστικά_____
7. Παθαίνω μια κρίση που μοιάζει με επιληψία	1	2	3	4	5	ΟΧΙ	ΝΑΙ, Ονομαστικά_____
8. Το σώμα μου ή κάποιο μέρος του σταματάει να αντιλαμβάνεται πόνο	1	2	3	4	5	ΟΧΙ	ΝΑΙ, Ονομαστικά_____
9. Δεν μου αρέσουν μυρωδιές που συνήθως μου αρέσουν	1	2	3	4	5	ΟΧΙ	ΝΑΙ, Ονομαστικά_____
10. Αισθάνομαι πόνο στα γεννητικά μου όργανα (σε άλλες περιπτώσεις πέρα από τη σεξουαλική επαφή)	1	2	3	4	5	ΟΧΙ	ΝΑΙ, Ονομαστικά_____
11. Δεν μπορώ να ακούσω για λίγο (σαν να είμαι κωφός/η)	1	2	3	4	5	ΟΧΙ	ΝΑΙ, Ονομαστικά_____
12. Δεν μπορώ να δω για λίγο (σαν να είμαι τυφλός/η)	1	2	3	4	5	ΟΧΙ	ΝΑΙ, Ονομαστικά_____
13. Βλέπω τα πράγματα γύρω μου διαφορετικά απ' ότι συνήθως (για παράδειγμα σαν να βλέπω μέσα από ένα τούνελ ή σαν να βλέπω ένα κομμάτι ενός αντικειμένου και μόνον)	1	2	3	4	5	ΟΧΙ	ΝΑΙ, Ονομαστικά_____
14. Μπορώ να μυρίσω πολύ ΚΑΛΥΤΕΡΑ ή ΧΕΙΡΟΤΕΡΑ απ' όσο συνήθως (παρ' όλο που δεν έχω κάποιο κρύωμα)	1	2	3	4	5	ΟΧΙ	ΝΑΙ, Ονομαστικά_____
15. Είναι σαν το σώμα μου ή κάποιο κομμάτι του να έχει εξαφανιστεί	1	2	3	4	5	ΟΧΙ	ΝΑΙ, Ονομαστικά_____
16. Δεν μπορώ να καταπιώ ή	1	2	3	4	5	ΟΧΙ	ΝΑΙ, Ονομαστικά_____

καταπίνω με πολύ μεγάλη δυσκολία							
17. Δεν μπορώ να κοιμηθώ τη νύχτα αλλά τη μέρα είμαι πολύ δραστήριος/α	1	2	3	4	5	ΟΧΙ	ΝΑΙ, Ονομαστικά_____
18. Δεν μπορώ να μιλήσω (παρά μόνο με μεγάλη δυσκολία) ή μπορώ μόνο να ψιθυρίσω.	1	2	3	4	5	ΟΧΙ	ΝΑΙ, Ονομαστικά_____
19. Παραλύω για λίγη ώρα.	1	2	3	4	5	ΟΧΙ	ΝΑΙ, Ονομαστικά_____
20. Γίνομαι άκαμπτος/η για λίγη ώρα	1	2	3	4	5	ΟΧΙ	ΝΑΙ, Ονομαστικά_____

Πριν συνεχίσετε μπορείτε παρακαλώ να ελέγξετε αν έχετε απαντήσει και στις 20 ερωτήσεις;

Παρακαλώ συμπληρώστε και βάλτε Χ όπου χρειάζεται:

21. Ηλικία _____
22. Φύλο _____ ΓΥΝΑΙΚΑ
_____ ΑΝΤΡΑΣ

23. Οικογενειακή Κατάσταση _____ ΑΓΑΜΟΣ/Η
_____ ΕΓΓΑΜΟΣ
_____ ΣΥΓΚΑΤΟΙΚΗΣΗ/ ΖΟΥΜΕ ΜΑΖΙ
_____ ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ
_____ ΧΗΡΟΣ/ Α

24. ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ _____ ΧΡΟΝΙΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ
25. ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:_____
26. ΟΝΟΜΑ:_____

BPI

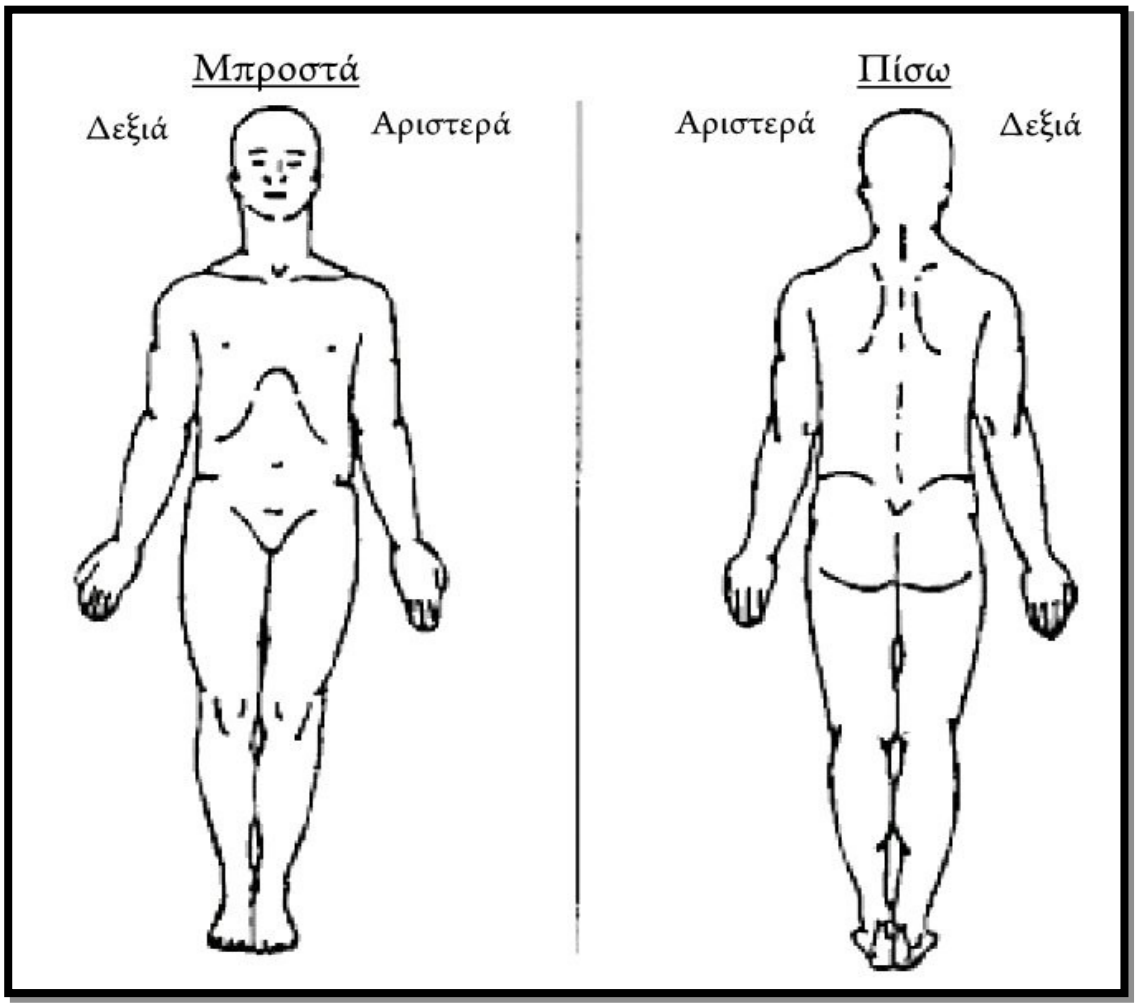
Παρακαλώ απαντήστε στις παρακάτω ερωτήσεις όπως εσείς νιώθετε την εμπειρία του πόνου που βιώνεται.

1. Κατά τη διάρκεια της ζωής μας, οι περισσότεροι από εμάς έχουμε πόνους κατά διαστήματα (π.χ. μικρούς πονοκεφάλους, πονόδοντους). Πέρα από αυτούς τους καθημερινούς πόνους είχατε κάποιο άλλο είδος πόνου σήμερα;

① Ναι

② Όχι

2. Στο παρακάτω σχέδιο, **σκιαγραφήστε τις περιοχές που νιώθετε πόνο**. Βάλτε ένα 'Χ' στην περιοχή που νιώθετε τον πιο έντονο πόνο.



3. Παρακαλώ βαθμολογήστε τον πόνο σας σημειώνοντας με ‘Χ’ το κουτί που περιγράφει καλύτερα **<u>τον χειρότερο πόνο σας</u>**, τις τελευταίες 24 ώρες

⓪	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
Καθόλου Πόνος										Αφάνταστα μεγάλος πόνος

4. Παρακαλώ βαθμολογήστε τον πόνο σας σημειώνοντας με ‘Χ’ το κουτί που περιγράφει καλύτερα **<u>τον λιγότερο πόνο σας</u>**, τις τελευταίες 24 ώρες

⓪	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
Καθόλου Πόνος										Αφάνταστα μεγάλος πόνος

5. Παρακαλώ βαθμολογήστε σημειώνοντας με ‘Χ’ την ένταση του πόνου που νιώθετε **<u>γενικά</u>**

⓪	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
Καθόλου Πόνος										Αφάνταστα μεγάλος πόνος

6. Παρακαλώ βαθμολογήστε σημειώνοντας με ‘Χ’ την ένταση του πόνου που νιώθετε **<u>αυτή τη στιγμή.</u>**

⓪	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
Καθόλου Πόνος										Αφάνταστα μεγάλος πόνος

7. Τι είδους θεραπεία ή φάρμακα λαμβάνετε για τον πόνο σας;

_____ | _____
_____ | _____
_____ | _____

8. Τις τελευταίες 24 ώρες, πόση ανακούφιση από τον πόνο σας, παρείχε η θεραπεία ή τα φάρμακά σας; Παρακαλώ σημειώστε με ‘Χ’ στο κουτί κάτω το ποσοστό που περιγράφει καλύτερα **<u>πόση ανακούφιση αισθανθήκατε</u>**.

0% ⓪	10% ①	20% ②	30% ③	40% ④	50% ⑤	60% ⑥	70% ⑦	80% ⑧	90% ⑨	100% ⑩
Καθόλου Ανακούφιση										Απόλυτη Ανακούφιση

9. Παρακαλώ σημειώστε με ‘Χ’ στο κουτί κάτω, το ποσοστό που περιγράφει καλύτερα τις τελευταίες 24 ώρες, πώς ο πόνος έχει παρέμβει στα παρακάτω:

Α. Γενικές δραστηριότητες

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
⓪	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩

Β. Διάθεση

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
⓪	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩

Γ. Ικανότητα περπατήματος

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
⓪	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩

Δ. Καθημερινές εργασίες (περιλαμβάνοντας εξωτερικές εργασίες και εργασίες του σπιτιού)

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
⓪	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩

Ε. Σχέσεις με άλλους ανθρώπους

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
⓪	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩

ΣΤ. Ύπνος

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
⓪	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩

Ζ. Απολαύσεις της ζωής

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
⓪	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩

HADS

Παρακαλώ απαντήστε στις επόμενες ερωτήσεις υπογραμμίζοντας την καταλληλότερη για εσάς απάντηση.

1. Αισθάνομαι ένταση.
    0. Τον περισσότερο καιρό
    1. Πολλές φορές
    2. Από καιρού εις καιρόν, περιστασιακά
    3. Καθόλου

2. Τα πράγματα που συνήθως με ευχαριστούσαν, εξακολουθούν να με ευχαριστούν.
    0. Σίγουρα τόσο όσο και παλαιότερα
    1. Όχι τόσο όσο παλαιότερα
    2. Μόνο λίγο
    3. Σχεδόν καθόλου

3. Έχω ένα άσχημο προαίσθημα, σα να πρόκειται να συμβεί κάτι κακό.
    0. Σίγουρα έχω ένα πολύ άσχημο προαίσθημα
    1. Ναι έχω, αλλά δεν είναι τόσο άσχημο
    2. Λίγο, αλλά δεν με ανησυχεί
    3. Καθόλου

4. Μπορώ να γελάω και να βλέπω την αστεία πλευρά των πραγμάτων.
    0. Τόσο πολύ όσο πάντα μπορούσα
    1. Όχι τόσο πολύ τώρα όσο παλαιότερα
    2. Σίγουρα λιγότερο τώρα
    3. Καθόλου

5. Ανησυχητικές σκέψεις περνούν από το μυαλό μου.
    0. Συνέχεια
    1. Συχνά
    2. Από καιρού εις καιρόν, αλλά όχι πολύ συχνά
    3. Μόνο περιστασιακά

6. Αισθάνομαι χαρούμενος.
    0. Καθόλου
    1. Σπάνια
    2. Μερικές φορές
    3. Τον περισσότερο καιρό

7. Μπορώ να κάτσω ήρεμα και να χαλαρώσω.
    0. Σίγουρα
    1. Συνήθως
    2. Σπάνια
    3. Καθόλου

8. Αισθάνομαι σα να επιβραδύνω (σα να κινούμαι αργά).
    0. Σχεδόν όλη την ώρα
    1. Πολύ συχνά
    2. Μερικές φορές
    3. Καθόλου
9. Με πιάνει ένα είδος φόβου, μια αγωνία.
    0. Καθόλου

1. Περιστασιακά
2. Αρκετά συχνά
3. Πολύ συχνά

10. Δεν με ενδιαφέρει η εμφάνισή μου.
0. Σίγουρα
1. Δεν φροντίζω τόσο τον εαυτό μου όσο θα έπρεπε
2. Μπορεί να μην φροντίζω πολύ τον εαυτό μου
3. Φροντίζω τόσο τον εαυτό μου όσο πάντα

11. Είμαι ανήσυχος, σαν να πρέπει να βρίσκομαι σε διαρκή κίνηση.
0. Πραγματικά πολύ
1. Αρκετά
2. Λίγο
3. Καθόλου

12. Περιμένω να συμβούν ευχάριστα πράγματα.
0. Τόσο όσο πάντα
1. Μάλλον λιγότερο από όσο συνήθιζα
2. Σίγουρα λιγότερο από όσο συνήθιζα
3. Σχεδόν καθόλου

13. Με πιάνει μια ξαφνική αίσθηση πανικού.
0. Πραγματικά πολύ συχνά
1. Αρκετά συχνά
2. Σπάνια
3. Καθόλου

14. Μπορώ να απολαύσω ένα καλό βιβλίο ή ένα πρόγραμμα στην τηλεόραση ή το ράδιο.
0. Συχνά
1. Μερικές φορές
2. Λίγες φορές
3. Πολύ σπάνια

PCS

Όλοι έχουν επώδυνες εμπειρίες σε κάποια στιγμή της ζωής τους. Αυτές οι εμπειρίες μπορεί να περιλαμβάνουν πονοκεφάλους, πονόδοντο, πόνο αρθρώσεων ή μυών. Οι άνθρωποι συχνά εκτίθενται σε καταστάσεις, όπως ασθένεια, τραυματισμός, οδοντιατρικές ή χειρουργικές επεμβάσεις, που μπορεί να προκαλέσουν πόνο.

Οδηγίες: *Μας ενδιαφέρουν τα είδη των σκέψεων και των συναισθημάτων που έχετε όταν νιώθετε πόνο. Παρακάτω αναφέρονται δεκατρείς προτάσεις που περιγράφουν διαφορετικές σκέψεις και συναισθήματα που μπορεί να σχετίζονται με τον πόνο. Παρακαλώ υποδείξτε το βαθμό στον οποίο έχετε αυτές τις σκέψεις και συναισθήματα όταν νιώθετε πόνο χρησιμοποιώντας την ακόλουθη κλίμακα.*

Βαθμός	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
Ερμηνεία	Καθόλου	Σε μικρό βαθμό	Σε μέτριο βαθμό	Σε μεγάλο βαθμό	Συνεχώς

Όταν πονάω…

	Πρόταση	**Βαθμός**
1	Ανησυχώ συνέχεια ότι ο πόνος δε θα σταματήσει ποτέ.	
2	Νιώθω ότι δε θα μπορέσω να συνεχίσω να ζω άλλο έτσι.	
3	Ο πόνος είναι ανυπόφορος και σκέφτομαι ότι δεν πρόκειται ποτέ να καλυτερεύσει.	
4	Νιώθω απαίσια και αισθάνομαι τον πόνο να με κυριεύει.	
5	Νιώθω πως δεν μπορώ να αντέξω άλλο.	
6	Φοβάμαι ότι ο πόνος θα χειροτερέψει.	
7	Φέρνω συνέχεια στο μυαλό μου καταστάσεις στις οποίες πονούσα πολύ.	
8	Ανυπομονώ πότε ο πόνος θα φύγει εντελώς.	
9	Δεν μπορώ να τον βγάλω από το μυαλό μου.	
10	Σκέφτομαι συνέχεια πόσο πολύ πονάω.	
11	Σκέφτομαι συνέχεια πόσο πολύ θέλω να σταματήσει ο πόνος.	
12	Δεν μπορώ να κάνω τίποτα για να μειώσω την ένταση του πόνου.	
13	Φοβάμαι μήπως μου συμβεί κάτι σοβαρό.	

COPE-B

Πολλοί άνθρωποι με χρόνιο πόνο αν και έχουν αξίες στη ζωή τους, αισθάνονται ότι οι πόνοι τους όπως και άλλα συμπτώματα που νιώθουν, στέκονται εμπόδιο στο να κάνουν δραστηριότητες οι οποίες είναι ιδιαίτερα σημαντικές για αυτούς.
Για παράδειγμα, αξία είναι να είναι κανείς ένας στοργικός σύντροφος ή ένας θερμός και υποστηρικτικός γονέας. Παρόλαυτα, υπάρχουν καταστάσεις που σε κάνουν να μην ακολουθείς τα *σημαντικά για τη ζωή σου κομμάτια /αξίες.*

Για το κάθε ένα από τα κομμάτια/αξίες που βρίσκονται πιο κάτω βαθμολογήστε πόσο **ΣΗΜΑΝΤΙΚΟ** είναι για εσάς στη παρούσα φάση της ζωής σας. Βαθμολογήστε τη σημασία που έχει το κάθε κομμάτι/αξία της ζωής σας, συμπληρώνοντας με ένα 'Χ' μεταξύ του ① (καθόλου σημαντικό) εώς και ⑩ (εξαιρετικά σημαντικό). Δεν είναι απαραίτητο το κάθε κομμάτι/ αξία της ζωής σας να είναι σημαντικό για εσάς– βαθμολογήστε ένα κομμάτι ή αξία χαμηλά αν δεν είναι σημαντικό για εσάς στη παρούσα φάση.

Αξία/ Περιοχή ζωής	**Καθόλου σημαντικό**									**Εξαιρετικά σημαντικό**
1.Οικογενειακές σχέσεις (γονείς, αδέλφια, ξαδέρφια κλπ)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
2.Γάμος/ Στενές συναισθηματικές σχέσεις	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
3.Το να είσαι γονέας	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
4.Φιλία/ Κοινωνική ζωή	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
5. Εργασία/ Δουλειά	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
6. Εκπαίδευση	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
7. Διασκέδαση/ Ψυχαγωγία	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
8. Πνευματικότητα/Θρησκεία	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
9. Συμμετοχή/ Ζωή μέσα στην κοινότητα	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩

10.Υγεία / Φυσική φροντίδα (υγιεινή διατροφή, γυμναστική, ύπνος)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
11. Περιβάλλον	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
12. Αισθητική (τέχνη, μουσική, λογοτεχνία κλπ)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩

Σε αυτό το μέρος, θα θέλαμε να μας πείτε, πόσο συνεπής έχετε υπάρξει στο να ζείτε τη ζωή σας σύμφωνα με τις σημαντικές για εσάς αξίες/ κομμάτια. Πολλές φορές όταν οι άνθρωποι έχουν χρόνιο πόνο, δυσκολεύονται να ζουν τη ζωή τους σύμφωνα με τις προσωπικές τους αξίες.
Για το κάθε ένα κομμάτι/αξία της ζωής σας που βρίσκεται πιο κάτω, βαθμολογήστε πόσο βρίσκεται τον εαυτό σας να ζει **ΣΥΜΦΩΝΑ** με τα κομμάτια/ αξίες σας κατά <u>τις τελευταίες δυο εβδομάδες</u>.
Βαθμολογήστε βάζοντας ένα 'Χ' μεταξύ του ① (καθόλου σύμφωνο με τα κομμάτια/ αξίες της ζωής μου) έως και ⑩ (εξαιρετικά σύμφωνο με τα κομμάτια/ αξίες της ζωής μου).

Αξία/ Περιοχή ζωής	**Καθόλου σύμφωνο**									**Εξαιρετικά σύμφωνο**
1.Οικογενειακές σχέσεις (γονείς, αδέλφια, ξαδέρφια κλπ)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
2.Γάμος/ Στενές συναισθηματικές σχέσεις	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
3.Το να είσαι γονέας	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
4.Φιλία/ Κοινωνική ζωή	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
5. Εργασία/ Δουλειά	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
6. Εκπαίδευση	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
7. Διασκέδαση/ Ψυχαγωγία	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
8. Πνευματικότητα/Θρησκεία										⑩
9. Συμμετοχή/ Ζωή μέσα στην κοινότητα	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩

10.Υγεία / Φυσική φροντίδα (υγιεινή διατροφή, γυμναστική,	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
11. Περιβάλλον	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
12. Αισθητική (τέχνη, μουσική, λογοτεχνία κλπ)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩

IPQ-R

Παρακάτω υπάρχει μια λίστα από συμπτώματα που μπορεί να έχετε νιώσει πρόσφατα. Παρακαλώ σημειώστε, βάζοντας σε κύκλο το ΝΑΙ ή το ΟΧΙ αντίστοιχα, ποια από τα συμπτώματα αυτά έχετε νιώσει και ποια από αυτά θεωρείτε ότι πιθανώς συνδέονται με την ασθένειά σας.

Σύμπτωμα	**Βίωσα το σύμπτωμα αυτό πρόσφατα…**		**Αυτό το σύμπτωμα συνδέεται με την ασθένειά μου…**		
Πόνος	Ναι	Όχι	Ναι	Όχι	Δεν γνωρίζω
Δυσκολία στην κατάποση	Ναι	Όχι	Ναι	Όχι	Δεν γνωρίζω
Ναυτία	Ναι	Όχι	Ναι	Όχι	Δεν γνωρίζω
Μούδιασμα στα άκρα	Ναι	Όχι	Ναι	Όχι	Δεν γνωρίζω
Δυσκολία στην αναπνοή	Ναι	Όχι	Ναι	Όχι	Δεν γνωρίζω
Πόνος στις αρθρώσεις	Ναι	Όχι	Ναι	Όχι	Δεν γνωρίζω
Απώλεια βάρους	Ναι	Όχι	Ναι	Όχι	Δεν γνωρίζω
Κόπωση/αδυναμία	Ναι	Όχι	Ναι	Όχι	Δεν γνωρίζω
Ζαλάδες	Ναι	Όχι	Ναι	Όχι	Δεν γνωρίζω
Απώλεια δύναμης/ισχύος	Ναι	Όχι	Ναι	Όχι	Δεν γνωρίζω
Πόνος στα μάτια	Ναι	Όχι	Ναι	Όχι	Δεν γνωρίζω
Δυσκολίες στον ύπνο	Ναι	Όχι	Ναι	Όχι	Δεν γνωρίζω
Στομαχικές διαταραχές	Ναι	Όχι	Ναι	Όχι	Δεν γνωρίζω
Πονοκέφαλοι	Ναι	Όχι	Ναι	Όχι	Δεν γνωρίζω
Τάση για λιποθυμία	Ναι	Όχι	Ναι	Όχι	Δεν γνωρίζω
Δυσκολίες στην όραση	Ναι	Όχι	Ναι	Όχι	Δεν γνωρίζω
Δύσπνοια	Ναι	Όχι	Ναι	Όχι	Δεν γνωρίζω

Στη συνέχεια παρατίθενται ορισμένες απόψεις για την ασθένεια που αντιμετωπίζετε. Σας παρακαλούμε να σημειώσετε το βαθμό στον οποίο προσωπικά συμφωνείτε ή διαφωνείτε με κάθε άποψη, σημειώνοντας με ένα √ το αντίστοιχο τετράγωνο. Απαντήστε λαμβάνοντας υπόψη πως βλέπετε ΤΩΡΑ την κατάστασή της υγείας σας.

	Απόψεις για την ασθένειά σας:	**Διαφωνώ έντονα**	**Διαφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Συμφωνώ**	**Συμφωνώ πολύ**
	Η ασθένειά μου θα διαρκέσει λίγο.					
	Η ασθένειά μου είναι πιθανώς μόνιμη και όχι παροδική.					
	Η ασθένειά μου θα διατηρηθεί για πολύ καιρό.					
	Η ασθένειά μου θα περάσει γρήγορα.					
	Περιμένω ότι θα είμαι ασθενής για το υπόλοιπο της ζωής μου.					
	Η ασθένειά μου είναι μια σοβαρή κατάσταση.					
	Η ασθένειά μου έχει σοβαρές επιπτώσεις στη ζωή μου.					

	Η ασθένειά μου δεν έχει μεγάλη επίδραση στη ζωή μου.					
	Η ασθένειά μου επηρεάζει σημαντικά τον τρόπο που με βλέπουν οι άλλοι.					
	Η ασθένειά μου έχει σοβαρές οικονομικές συνέπειες.					

		Διαφωνώ έντονα	**Διαφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Συμφωνώ**	**Συμφωνώ πολύ**
	Η ασθένειά μου προξενεί δυσκολίες στους οικείους μου.					
	Πολλά μπορώ να κάνω για να ελέγξω τα συμπτώματά μου.					
	Αυτά που κάνω μπορούν να καθορίσουν αν η ασθένειά μου θα βελτιωθεί ή θα επιδεινωθεί.					
	Η πορεία της ασθένειας εξαρτάται από εμένα.					
	Τίποτα δεν μπορώ να κάνω για να επηρεάσω την ασθένειά μου.					
	Έχω τη δύναμη να επηρεάσω την ασθένειά μου.					
	Οι πράξεις μου δεν θα έχουν καμία επίδραση στην έκβαση της ασθένειάς μου.					
	Η ασθένειά μου θα βελτιωθεί με τον καιρό.					
	Λίγα μπορούν να γίνουν για να βελτιώσουν την ασθένειά μου.					
	Η θεραπεία που ακολουθώ είναι αποτελεσματική για την ασθένειά μου.					
	Οι αρνητικές επιπτώσεις της ασθένειάς μου μπορούν να αποφευχθούν (ή προληφθούν) με την αγωγή που ακολουθώ.					
	Η ασθένειά μου μπορεί να ελεγχθεί με τη θεραπεία που ακολουθώ.					
	Τίποτα δεν μπορεί να βοηθήσει την κατάστασή μου.					
	Τα συμπτώματα της ασθένειάς μου με μπερδεύουν.					
	Η ασθένειά μου είναι ένα μυστήριο για μένα.					
	Δεν καταλαβαίνω την ασθένειά μου.					
	Η ασθένειά μου είναι ακατανόητη σε μένα.					
	Έχω μια ξεκάθαρη εικόνα για την κατάστασή μου.					
	Τα συμπτώματά μου αλλάζουν πολύ από μέρα σε μέρα.					
	Τα συμπτώματα έρχονται και φεύγουν κατά περιόδους.					
	Η ασθένειά μου είναι απρόβλεπτη.					
	Η ασθένειά μου άλλοτε βελτιώνεται και άλλοτε χειροτερεύει κάνοντας κύκλους.					
	Στενοχωριέμαι όταν σκέφτομαι την ασθένειά μου.					
	Όταν σκέφτομαι την ασθένειά μου αναστατώνομαι.					
	Η ασθένειά μου με θυμώνει.					

	Δεν με ανησυχεί η ασθένειά μου.					
	Αγχώνομαι με την ασθένεια που έχω.					
	Η ασθένειά μου με φοβίζει.					

Επίσης, ενδιαφερόμαστε για το τι θεωρείτε εσείς ότι μπορεί να είναι αιτία μιας ασθένειας όπως της δικής σας. Καθώς οι άνθρωποι είναι πολύ διαφορετικοί μεταξύ τους, δεν υπάρχει σωστή απάντηση σ' αυτή την ερώτηση.
Ενδιαφερόμαστε περισσότερο για τις δικές σας απόψεις σχετικά με τους παράγοντες που μπορεί να προκαλέσουν μια τέτοια ασθένεια παρά για το τι έχετε ακούσει από άλλους, όπως είναι οι γιατροί ή η οικογένειά σας.
Παρακαλούμε να μας πείτε πόσο πολύ συμφωνείτε ή διαφωνείτε ότι οι ακόλουθες αποτελούν πιθανές αιτίες για την ασθένειά σας, σημειώνοντας το αντίστοιχο κουτάκι.

	ΠΙΘΑΝΑ ΑΙΤΙΑ:	**Διαφωνώ έντονα**	**Διαφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Συμφωνώ**	**Συμφωνώ πολύ**
1.	Το στρες ή το άγχος					
2.	Η κληρονομικότητα					
3.	Μικρόβιο ή ιός					
4.	Η διατροφή ή οι κακές συνήθειες στο φαγητό					
5.	Η (κακή) τύχη					
6.	Η ελλιπής ιατρική φροντίδα στο παρελθόν					
7.	Η μόλυνση στο περιβάλλον					
8.	Η δική μου συμπεριφορά					
9.	Η στάση μου ως ανθρώπου που σκέφτεται αρνητικά για τη ζωή					
10.	Οικογενειακά προβλήματα και δυσκολίες					
11.	Η πολλή δουλειά					
12.	Η συναισθηματική μου κατάσταση (π.χ., άγχος, θλίψη, μοναξιά)					
13.	Η ηλικία					
14.	Το αλκοόλ					
15.	Το κάπνισμα					
16.	Ατύχημα ή τραυματισμός					
17.	0 χαρακτήρας μου					

18.	Πεσμένη άμυνα του οργανισμού					

Τέλος, ενδιαφερόμαστε για το πως εσείς αξιολογείτε τις αντιλήψεις του συντρόφου σας όσον αφορά την κατάσταση της δικής υγείας σας. Είναι βέβαιο ότι και αυτός/αυτή έχουν κάποιες απόψεις για την ασθένειά σας και ίσως σας τις έχετε συζητήσει μαζί τους.
Σκεφτείτε λίγο ή θυμηθείτε, λοιπόν, τι πιστεύει ο σύντροφός σας για τη δική σας ασθένεια και μετά απαντήστε στις παρακάτω ερωτήσεις χρησιμοποιώντας την κλίμακα από το Καθόλου ως το Πολύ. Βάλτε ένα √ ή ένα × στο κουτάκι που αντιστοιχεί στην απάντηση που θέλετε να δώσετε. Αν δεν είστε βέβαιος/η, σημειώστε το κουτάκι «Δεν γνωρίζω». Παρακαλούμε πολύ να είστε ειλικρινείς στις απαντήσεις σας.

Κατά τη γνώμη σας, σε ποιο βαθμό όσα πιστεύει ο/η σύντροφός σας για τη δική σας ασθένεια …	**Καθόλου**	**Λίγο**	**Μέτρια**	**Αρκετά**	**Πολύ**	**Δεν γνωρίζω**
1. είναι ακριβή;						
2. δεν είναι ορθά;						
3. ανταποκρίνονται στην πραγματικότητα;						
4. βοηθούν στην προσαρμογή σας στην ασθένεια;						
5. αποτελούν εμπόδιο στην αντιμετώπιση της ασθένειας;						
6. βοηθούν να έχετε καλύτερη υγεία;						

RAND SF 36

Το ερωτηματολόγιο αυτό ζητά τις δικές σας απόψεις για την υγεία σας. Οι πληροφορίες σας θα μας βοηθήσουν να εξακριβώσουμε πώς αισθάνεστε και πόσο καλά μπορείτε να ασχοληθείτε με τις συνηθισμένες δραστηριότητές σας. **Παρακαλούμε, σε κάθε ερώτηση που ακολουθεί σημειώστε με ☒ το πλαίσιο που περιγράφει καλύτερα την απάντησή σας.**

1. Γενικά, θα λέγατε ότι η υγεία σας είναι:

Άριστη	Πολύ καλή	Καλή	Μέτρια	Κακή
☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

2. Σε σύγκριση με ένα χρόνο πριν, γενικά πώς θα αξιολογούσατε την υγεία σας τώρα;

Πολύ καλύτερη τώρα απ' ότι ένα χρόνο πριν	Κάπως καλύτερη τώρα απ' ότι ένα χρόνο πριν	Περίπου η ίδια όπως ένα χρόνο πριν	Κάπως χειρότερη τώρα απ' ότι ένα χρόνο πριν	Πολύ χειρότερη τώρα απ' ότι ένα χρόνο πριν
☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

3. Οι παρακάτω προτάσεις περιέχουν δραστηριότητες που μπορεί να κάνατε κατά τη διάρκεια μιας συνηθισμένης ημέρας. Η τωρινή κατάσταση της υγείας σας, σας περιορίζει σε αυτές τις δραστηριότητες; Εάν ναι, πόσο;

		Ναί, με περιορίζει Πολύ	Ναί, περιορίζει Λίγο	Οχι, δεν περιορίζει Καθόλου
A	Σε έντονες δραστηριότητες, όπως το τρέξιμο, το σήκωμα βαριών αντικειμένων, ή η συμμετοχή σε επίπονα σπορ	☐ 1	☐ 2	☐ 3
B	Σε μέτριας έντασης δραστηριότητες, όπως η μετακίνηση ενός τραπεζιού, το σπρώξιμο μιας ηλεκτρικής σκούπας, το κολύμπι ή όταν παίζετε ρακέτες στην παραλία	☐ 1	☐ 2	☐ 3
C	Όταν σηκώνετε ή μεταφέρετε ψώνια από την αγορά	☐ 1	☐ 2	☐ 3
D	Όταν ανεβαίνετε μερικές σειρές από σκαλοπάτια	☐ 1	☐ 2	☐ 3
E	Όταν ανεβαίνετε μια σειρά από σκαλοπάτια	☐ 1	☐ 2	☐ 3
F	Στο λύγισμα του σώματος, στο γονάτισμα ή στο σκύψιμο	☐ 1	☐ 2	☐ 3
G	Όταν περπατάτε πάνω από ένα χιλιόμετρο	☐ 1	☐ 2	☐ 3
H	Όταν περπατάτε μερικές εκατοντάδες μέτρα	☐ 1	☐ 2	☐ 3
I	Όταν περπατάτε εκατό μέτρα	☐ 1	☐ 2	☐ 3
J	Όταν κάνετε μπάνιο ή όταν ντύνεστε	☐ 1	☐ 2	☐ 3

4. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, πόσο συχνά είχατε κάποια από τα παρακάτω προβλήματα στη δουλειά σας ή σε άλλες συνηθισμένες καθημερινές δραστηριότητες ως αποτέλεσμα της κατάστασης της σωματικής σας υγείας;

	Συνεχώς	Τις περισσότερες φορές	Μερικές φορές	Λίγες φορές	Καθόλου
a Μειώσατε το χρόνο που συνήθως αφιερώνετε στη δουλειά ή σε άλλες δραστηριότητες	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
b Καταφέρατε λιγότερα από όσα θα θέλατε	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
c Περιορίσατε το είδος δουλειάς ή άλλων δραστηριοτήτων σας	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
d Δυσκολευτήκατε να επιτελέσετε την εργασία ή άλλες δραστηριότητές σας (για παράδειγμα, καταβάλατε μεγαλύτερη προσπάθεια)	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

5. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, πόσο συχνά είχατε κάποια από τα παρακάτω προβλήματα στη δουλειά σας ή σε άλλες συνηθισμένες καθημερινές δραστηριότητες ως αποτέλεσμα οποιουδήποτε συναισθηματικού προβλήματος (όπως επειδή νοιώσατε μελαγχολία ή άγχος);

	Συνεχώς	Τις περισσότερες φορές	Μερικές φορές	Λίγες φορές	Καθόλου
a Μειώσατε το χρόνο που συνήθως αφιερώνετε στη δουλειά ή σε άλλες δραστηριότητες	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
b Κάνατε λιγότερα από όσα θα θέλατε	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
c Κάνατε τη δουλειά ή άλλες δραστηριότητες λιγότερο προσεκτικά απ' ότι συνήθως	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

6. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, σε ποιο βαθμό επηρέασε η κατάσταση της σωματικής σας υγείας ή συναισθηματικά σας προβλήματα τις συνηθισμένες κοινωνικές σας δραστηριότητες με την οικογένεια, τους φίλους, τους γείτονές σας ή με άλλες κοινωνικές ομάδες;

Καθόλου	Ελάχιστα	Μέτρια	Σε μεγάλο βαθμό	Υπερβολικά
☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

7. Πόσο σωματικό πόνο νιώσατε τις τελευταίες 4 εβδομάδες;

Καθόλου	Πολύ ήπιο	Ηπιο	Μέτριο	Εντονο	Πολύ έντονο
☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6

8. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, πόσο επηρέασε ο πόνος τη συνηθισμένη εργασία σας (τόσο την εργασία έξω από το σπίτι όσο και μέσα σε αυτό);

Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Σε μεγάλο βαθμό	Υπερβολικά
☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

9. Οι παρακάτω ερωτήσεις αναφέρονται στο πως αισθανόσαστε και στο πως τα πράγματα πήγαιναν με σας τις τελευταίες 4 εβδομάδες. Για κάθε ερώτηση, παρακαλείστε να δώσετε εκείνη την απάντηση που πλησιάζει περισσότερο σε ό,τι αισθανθήκατε. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, για πόσο χρονικό διάστημα…

	Συνεχώς	Τις περισσότερες φορές	Μερικές φορές	Λίγες φορές	Καθόλου
a Αισθανόσασταν γεμάτος/η ζωντάνια;.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
b Είχατε πολύ εκνευρισμό;	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
c Αισθανόσασταν τόσο πολύ πεσμένος/η ψυχολογικά, που τίποτε δεν μπορούσε να σας φτιάξει το κέφι;	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
d Αισθανόσασταν ηρεμία και γαλήνη;	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
e Είχατε πολλή ενεργητικότητα;	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
f Αισθανόσασταν κακοκεφιά και μελαγχολία;	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
g Αισθανόσασταν εξάντληση;	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
h Ήσασταν ευτυχισμένος/η;	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
i Αισθανόσασταν κούραση;	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

10. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, για πόσο χρονικό διάστημα επηρέασαν τις κοινωνικές σας δραστηριότητες (π.χ. επισκέψεις σε φίλους, συγγενείς κλπ.) η κατάσταση της σωματικής σας υγείας ή συναισθηματικά σας προβλήματα;

Συνεχώς	Τις περισσότερες φορές	Μερικές φορές	Λίγες φορές	Καθόλου
☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

11. Πόσο ΑΛΗΘΙΝΕΣ ή ΨΕΥΔΕΙΣ είναι οι παρακάτω προτάσεις στη δική σας περίπτωση;

	Εντελώς Αλήθεια	Τις περισσότερες φορές αλήθεια	Δεν ξέρω	Τις περισσότερες φορές ψέμα	Εντελώς ψέμα
a Μου φαίνεται ότι αρρωσταίνω λίγο ευκολότερα από άλλους ανθρώπους	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
b Είμαι τόσο υγιής όσο όλοι οι γνωστοί μου	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
c Περιμένω ότι η υγεία μου θα χειροτερεύσει	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
d Η υγεία μου είναι εξαιρετική	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5