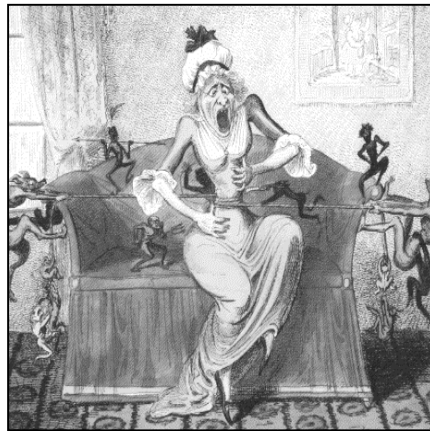




ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ  
ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ  
ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ  
Μ.Π.Σ. ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΥΓΕΙΑΣ



**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**  
**ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗ ΣΤΟΝ ΧΡΟΝΙΟ ΠΟΝΟ:**  
**Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΥΠΟΧΟΝΔΡΙΑΣΗΣ – ΑΓΧΟΥΣ ΥΓΕΙΑΣ**

**ΚΙΟΥΡΤΣΟΓΛΟΥ ΜΑΡΙΑΝΘΗ**

**Επόπτες: Ε.Χ. ΚΑΡΑΔΗΜΑΣ,**

**Κ. ΧΑΤΗΡΑ,**

**Θ. ΓΙΟΒΑΖΟΛΙΑΣ**

**Ρέθυμνο, 2007.**

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

<b>I ΕΙΣΑΓΩΓΗ</b>	<b>4</b>
1. Επιπολασμός των υπό μελέτη ασθενειών	4
2. Επιπτώσεις του χρόνιου πόνου	5
3. Πώς η υποχονδρίαση συνδέεται με την προσαρμογή στον χρόνιο πόνο	6
<b>II ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗ ΣΤΗ ΧΡΟΝΙΑ ΝΟΣΟ</b>	<b>9</b>
1. Πεδία Της Προσαρμογής Του Ασθενούς Στη Χρόνια Νόσο	9
2. Βιοιατρικά Μοντέλα Προσαρμογής	11
3. Ψυχολογικά Μοντέλα Προσαρμογής	13
4. Βιοψυχοκοινωνικά Μοντέλα Προσαρμογής	17
<b>III ΧΡΟΝΙΟΣ ΠΟΝΟΣ</b>	<b>22</b>
1. Ιστορική Αναδρομή	22
2. Ορισμοί και Λειτουργίες του Πόνου	23
3. Η Θεωρία Πύλης – Ελέγχου του Πόνου	24
4. Οξύς και Χρόνιος Πόνος	25
5. Πόνος, Μάθηση, Συμπεριφορά	26
6. Διαφυλικές Διαφορές στον Πόνο	27
7. Μια Βιοψυχολογική Προσέγγιση στην Αξιολόγηση και τη Διαχείριση του Πόνου	28
<b>IV ΥΠΟΧΟΝΔΡΙΑΣΗ – ΑΓΧΟΣ ΥΓΕΙΑΣ</b>	<b>31</b>
1. Ορισμοί, Λειτουργίες	31
2. Θεωρητικά Μοντέλα και Υποχονδρίαση – Άγχος Υγείας	33
<b>V ΥΠΟΧΟΝΔΡΙΑΣΗ – ΑΓΧΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗ ΣΤΟΝ ΧΡΟΝΙΟ ΠΟΝΟ</b>	<b>39</b>
1. Συνοσηρότητα και Επιπτώσεις του Άγχους Υγείας στον Χρόνιο Πόνο	39
2. Λειτουργίες του Άγχους Υγείας που επηρεάζουν την Προσαρμογή στον Χρόνιο Πόνο	40

<b>VI ΣΤΡΕΣ</b>	<b>42</b>
1. Ορισμοί, Λειτουργίες	42
2. Στρες και Υγεία	44
3. Στρες και Χρόνιος Πόνος	46
<b>VII ANTIMETΩΠΙΣΗ</b>	<b>48</b>
1. Ορισμοί, Λειτουργίες	48
2. Ο τρόπος αντιμετώπισης των στρεσογόνων καταστάσεων ως χαρακτηριστικό προσωπικότητας ή ως διαδικασία;	50
3. Αποτελεσματικότητα	51
4. Αντιμετώπιση του Πόνου	53
<b>VIII ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΣΤΗΡΙΞΗ</b>	<b>59</b>
1. Ορισμοί, Λειτουργίες	59
2. Κοινωνική Στήριξη και Υγεία	59
3. Κοινωνική Στήριξη και Χρόνιος Πόνος	61
<b>IX ΕΔΡΑ ΕΛΕΓΧΟΥ ΥΓΕΙΑΣ</b>	<b>64</b>
1. Ορισμοί, Λειτουργίες	64
2. Η σχέση της έδρας ελέγχου για την υγεία με την κατάσταση της υγείας σε ασθενείς με χρόνια πόνο	65
<b>X ΣΤΟΧΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ ΚΑΙ ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ</b>	<b>67</b>
<b>XI ΜΕΘΟΔΟΣ</b>	<b>70</b>
1. Υποκείμενα και Διαδικασία	70
2. Μετρήσεις	70
3. Στατιστική Ανάλυση	74
<b>XII ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ</b>	<b>75</b>
<b>XIII ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΕΠΙΛΟΓΟΣ</b>	<b>86</b>
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ</b>	<b>92</b>

## I. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο παρατεταμένος πόνος είναι μια εμπειρία που σχεδόν κανένας άνθρωπος δε μπορεί να αποφύγει στη διάρκεια της ζωής του και η οποία δεν αποτελεί μόνο μια σωματική αίσθηση αλλά και μια συναισθηματική κατάσταση. Ωστόσο, για κάποιους ανθρώπους ο πόνος μεταμορφώνεται σε μια χρόνια, απείθαρχη κατάσταση την οποία δε μπορεί να διαφύγει. Στις περιπτώσεις εκείνες που ο πόνος εξελίσσεται σε χρόνια, όπως συμβαίνει σε ασθένειες σαν τη ρευματοειδή αρθρίτιδα, την οστεοαρθρίτιδα, την ινομυαλγία, αποτελεί πια μια εμπειρία πολύπλοκη η οποία επηρεάζει τη σκέψη, τη διάθεση και τη συμπεριφορά και ελλοχεύει κινδύνους για απομόνωση, ακινησία, αναπηρία, κατάθλιψη αλλά και εξάρτηση από φαρμακευτικές αναλγητικές ουσίες.

Η παρούσα ερευνητική εργασία στοχεύει να διερευνήσει τη διαδικασία με την οποία τα άτομα που υποφέρουν από χρόνια πόνο προσαρμόζονται στις απαιτητικές συνθήκες της νόσου τους, δίνοντας έμφαση στο άγχος υγείας και στον τρόπο με τον οποίο σχετίζεται με την ψυχοκοινωνική προσαρμογή στον χρόνια πόνο. Παράλληλα μελετώνται και άλλες σημαντικές ψυχολογικές λειτουργίες οι οποίες είτε συμβάλλουν σε μια καλή ψυχοκοινωνική προσαρμογή είτε αποτελούν εμπόδιο για μια λειτουργική προσαρμογή. Η διερεύνηση της διεργασίας της προσαρμογής στον χρόνια πόνο δύναται να προσφέρει κατευθύνσεις για το σχεδιασμό αποτελεσματικότερων παρεμβάσεων που στοχεύουν στη διατήρηση μιας καλής ποιότητας ζωής σε ασθενείς χρόνιου πόνου. Για τη μελέτη των παραπάνω επιλέχθηκαν τρεις κατηγορίες ασθενειών, η ρευματοειδής αρθρίτιδα, η οστεοαρθρίτιδα και ο πόνος χαμηλά στην πλάτη. Όλες οι παραπάνω ασθένειες χαρακτηρίζονται από χρόνια πόνο, είναι ιδιαίτερα συχνές, ενώ παράλληλα δεν είναι απειλητικές για τη ζωής και ως εκ τούτου ο πόνος, η επακόλουθη έκπτωση λειτουργικότητας και η αναπηρία (πραγματική ή ως μελλοντικό ενδεχόμενο) αποτελούν τα κύρια χαρακτηριστικά τους (καθώς απουσιάζει ο φόβος θανάτου).

### ***Επιπολασμός των υπό μελέτη ασθενειών***

Τα τελευταία χρόνια με την εξέλιξη των ιατρικών επιστημών και την επακόλουθη αύξηση του μέσου όρου ζωής αλλά και την εμφάνιση συγκεκριμένων εργονομικών παραγόντων στις σύγχρονες εργασιακές συνθήκες που σχετίζονται με μυοσκελετικά προβλήματα, χρόνιες ασθένειες που χαρακτηρίζονται από πόνο,

ευδοκιμούν. Όπως εκτιμάται 1 στους 10 ανθρώπους στη Μ. Βρετανία θα διαγνωσθεί κλινικά από κάποια νόσο που χαρακτηρίζεται από χρόνια πόνο σε κάποια φάση της ζωής του (<http://www.halecyon.com/iasp>).

Αν και στοιχεία για την επικράτηση ασθενειών που χαρακτηρίζονται από χρόνια πόνο απουσιάζουν σε χώρες όπως η Ελλάδα, σε μια καταγραφή που πραγματοποιήθηκε το 2000, χρησιμοποιώντας στοιχεία κυρίως από Αγγλοσαξωνικούς πληθυσμούς (ΗΠΑ, Αγγλία, Νορβηγία), αναφέρεται ότι 20-300 άτομα ανά 100.000 θα διαγνωσθούν κάθε χρόνο από ρευματοειδή αρθρίτιδα και ότι η επικράτηση της νόσου υπολογίζεται περίπου στο 0.8% του πληθυσμού (Symmons, Mathers, & Pflieger, 2000). Για ασθένειες όπως η οστεοαρθρίτιδα, η οποία έχει καταταχθεί ανάμεσα στις 10 πρώτες αιτίες αναπηρίας παγκοσμίως (Gupta, Hawker, Laporte, Croxford, & Coyte, 2005) έχει υπολογιστεί ότι περίπου το 10% του πληθυσμού άνω των 60 χρόνων υποφέρει από προβληματικά συμπτώματα τα οποία μπορούν να αποδοθούν στην οστεοαρθρίτιδα, ενώ το 15% του πληθυσμού στις Η.Π.Α αναφέρει συμπτώματα πόνου χαμηλά στην πλάτη (Lawrence et al., 1998).

### ***Επιπτώσεις του χρόνιου πόνου***

Το οικονομικό βάρος των ασθενειών που χαρακτηρίζονται από χρόνια πόνο στα συστήματα υγείας των ανεπτυγμένων χωρών είναι μεγάλο. Ενδεικτικά αναφέρεται ότι το οικονομικό κόστος της ρευματοειδούς αρθρίτιδας για το έτος 1992 στη Μ. Βρετανία φθάνει στο ποσό των £1.25 δις από το οποίο το 52% αφορά στην απώλεια παραγωγής (Mcintosh, 1996).

Το πιο σημαντικό, όμως, είναι ότι τα άτομα που υποφέρουν από χρόνια πόνο παρουσιάζουν χαμηλά επίπεδα ποιότητας ζωής, υψηλά επίπεδα κατάθλιψης και ψυχολογικών δυσκολιών (Lame, Peters, Vlaeyen, Van Kleef & Patijn, 2003. Turk & Mechenbaum, 1990). Πρόσφατες αναδρομικές έρευνες από τη μία έχουν υποδείξει ότι η αναπηρία είναι ένας από τους ισχυρότερους προβλεπτικούς παράγοντες για την εμφάνιση κατάθλιψης σε μεγαλύτερους ανθρώπους (Prince, Harwood, Thomas, & Mann, 1998) και από την άλλη έχει βρεθεί ότι η διάθεση και η ψυχολογική κατάσταση προβλέπουν επίσης σε σημαντικό βαθμό τη μελλοντική αναπηρία σε μια σειρά ιατρικών προβλημάτων συμπεριλαμβανομένων και χρόνιων ασθενειών που χαρακτηρίζονται από πόνο (Mc Farlane & Brooks, 1988. Smith & Young, 2000). Ανεξάρτητα όμως από την εμφάνιση κλινικών διαταραχών όπως η κατάθλιψη, ο

χρόνιος πόνος αποτελεί ένα στρεσογόνο γεγονός το οποίο μπορεί να προκαλέσει ψυχολογικές δυσκολίες. Όλα τα παραπάνω, παράλληλα με την είσοδο των βιοψυχοκοινωνικών μοντέλων στη θεώρηση αλλά και διαχείριση των χρόνιων νόσων, έχουν συμβάλλει στην αύξηση του ερευνητικού ενδιαφέροντος για την προσαρμογή στον χρόνιο πόνο μέσα από ένα βιοψυχοκοινωνικό πρίσμα.

### ***Πώς η υποχονδρίαση συνδέεται με την προσαρμογή στον χρόνιο πόνο***

Τα άτομα που υποφέρουν από πόνο που εξελίσσεται σε χρόνια καλούνται να προσαρμοστούν σε νέες συνθήκες ζωής, να προετοιμαστούν για την πιθανότητα επιδείνωσης της κατάστασης τους, να έρθουν αντιμέτωποι με την πραγματικότητα της έκπτωσης των φυσικών ικανοτήτων τους και της πιθανής διαταραχής της αυτοεκτίμησής τους και να διαχειριστούν σε καθημερινή βάση τα επώδυνα αισθήματα. Κάποιοι καταφέρνουν καλύτερα να προσαρμοστούν σε αυτές τις νέες συνθήκες και να διατηρήσουν την ποιότητα ζωής τους και κάποιοι άλλοι όχι. Η έρευνα τα τελευταία χρόνια στοχεύει στη διερεύνηση της διαδικασίας της προσαρμογής στον χρόνιο πόνο και ταυτόχρονα προσφέρει κατευθύνσεις στο σχεδιασμό αποτελεσματικών παρεμβάσεων που αφορούν στην ψυχολογική προσαρμογή στον χρόνιο πόνο η οποία συνδέεται και με τη φυσική λειτουργικότητα και σε κάποιες περιπτώσεις ακόμη και με την πορεία της νόσου ή τη μελλοντική αναπηρία. Έχει βρεθεί ότι η ποιότητα ζωής αλλά και η ψυχολογική προσαρμογή στον χρόνιο πόνο σχετίζονται με τις πεποιθήσεις των ατόμων σχετικά με τον πόνο οι οποίες συνδέονται και με τον τρόπο που αντιμετωπίζουν τον πόνο σε μεγαλύτερο βαθμό και από την αναφερόμενη ένταση του πόνου (Lame et al., 2003. ). Η καταστροφοποίηση, για παράδειγμα, είναι μια στρατηγική αντιμετώπισης η οποία έχει συνδεθεί με φτωχή προσαρμογή στον χρόνιο πόνο από πληθώρα ερευνών (Main & Burton, 1995. Burton, Tillotson, Main & Hollis, 1995. Bogduk, 2006).

Ποιοι είναι όμως αυτοί που είναι πιο πιθανό να καταστροφοποιούν τις σωματικές αισθήσεις και τα συμπτώματα και να φοβούνται για μελλοντική επιδείνωση αναμένοντας τη χειρότερη πιθανή έκβαση για την υγεία τους; Αυτή η περιγραφή μας θυμίζει αφενός την υποχονδρίαση ως διαγνωστική κατηγορία και αφετέρου το υψηλό άγχος υγείας ως μια γνωστικο-συναισθηματική κατάσταση με διαβαθμίσεις. Εξάλλου η καταστροφοποίηση σύμφωνα με το γνωσιακό-

συμπεριφοριστικό μοντέλο θεωρείται παράγοντας κλειδί για την εμφάνιση και διατήρησή του άγχους υγείας (Salkovskis & Bass, 1997). Η υποχονδρίαση, όπως είχε διατυπώσει ο Salkovskis, είναι το τελικό άκρο του συνεχούς του άγχους υγείας και (Salkovskis, 1989) και αφορά στον φόβο ή την πεποίθηση ότι κάποιος νοσεί από κάποια σοβαρή ασθένεια και στην ταυτόχρονη επίμονη και έντονη ενασχόληση με την υγεία. Ανεξάρτητα από τις κλινικές περιπτώσεις υποχονδρίασης, οι οποίες είναι αρκετά υψηλότερες σε ομάδα ασθενών με χρόνια πόνο (Rode, Salkovskis, Dowd & Hanna, 2006) συγκριτικά με τον γενικό πληθυσμό (2%) (Looper, & Kirmayer, 2001), τα άτομα που υποφέρουν από χρόνια πόνο παρουσιάζουν ιδιαίτερα αυξημένα ποσοστά εμφάνισης υψηλού άγχους υγείας (Rode, Salkovskis, Dowd & Hanna, 2006. Hadjistavropoulos, Owens, Hadjistavropoulos & Asmundson, 2001). Η σχέση της υποχονδρίασης-άγχους υγείας στην προσαρμογή στον χρόνια πόνο δεν έχει μελετηθεί ιδιαίτερα. Ωστόσο, υπάρχουν κάποια ισχυρά ερευνητικά δεδομένα που υποδεικνύουν μια σχέση μεταξύ του άγχους-υγείας και της προσαρμογής στον χρόνια πόνο.

Μια σειρά πειραματικών ερευνών που πραγματοποίησαν οι Hadjistavropoulos και οι συνάδελφοί της έδειξαν ότι αγχωμένοι ως προς την υγεία ασθενείς πόνου παρουσιάζουν συγκριτικά με ομάδα ελέγχου μεγαλύτερου βαθμού επιλεκτική προσοχή στις σωματικές αισθήσεις, αναφέρουν πιο έντονο πόνο, εμφανίζουν μικρότερη αντοχή στον πόνο, αναφέρουν μεγαλύτερο άγχος, επιδίδονται σε καταστροφικές σκέψεις και αναζητούν διαρκώς ιατρική επιβεβαίωση (Hadjistavropoulos, Hadjistavropoulos & Quine, 2000. Hadjistavropoulos, Craig & Hadjistavropoulos, 1998). Αυτά τα ευρήματα συνδυασμένα και με αυτά που υποδηλώνουν ότι το άγχος υγείας είναι κάτι σύνηθες σε πληθυσμούς με χρόνια πόνο υποδεικνύουν μια σημαντική σχέση μεταξύ του άγχους υγείας και της προσαρμογής στον χρόνια πόνο. Ωστόσο, η περαιτέρω διερεύνηση του κατά πόσο το άγχος υγείας είναι μία ψυχολογική μεταβλητή που μπορεί να προβλέψει σε σημαντικό βαθμό την ψυχοκοινωνική προσαρμογή στον χρόνια πόνο ακόμη και όταν άλλες σημαντικές μεταβλητές όπως η καταστροφοποίηση ή ιατρικά χαρακτηριστικά (κινητικότητα, αυτοεξυπηρέτηση) ελεγχθούν κρίνεται απαραίτητη κι αυτό ακριβώς στοχεύει να κάνει η συγκεκριμένη ερευνητική εργασία.

Λαμβάνοντας υπόψη, λοιπόν, όλα τα παραπάνω σχηματίσαμε την κύρια υπόθεσή μας, ότι δηλαδή η υποχονδρίαση θα μπορούσε να προβλέψει σε σημαντικό βαθμό την ψυχοκοινωνική προσαρμογή στον χρόνιο πόνο ακόμη και όταν ελεγχθούν άλλες μεταβλητές όπως η αντιμετώπιση, το στρες, η κοινωνική στήριξη, η έδρα ελέγχου, η κινητικότητα του ασθενούς, δημογραφικά χαρακτηριστικά κ.α.

Στα κεφάλαια που ακολουθούν, αρχικά, γίνεται μια προσπάθεια κατανόησης του φαινομένου της προσαρμογής στον χρόνιο πόνο ως μια διαδικασία αναπόφευκτη. Ακολουθεί μια ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας και αρθρογραφίας, μέσα από την αναφορά σε θεωρητικά μοντέλα αλλά και σε σύγχρονα ερευνητικά δεδομένα, σχετικά με τις ψυχολογικές εκείνες μεταβλητές που σχετίζονται με την προσαρμογή στον χρόνιο πόνο καθώς και παρουσιάζεται συγκεκριμένα η μεθοδολογία που ακολουθήσαμε προκειμένου να ελέγξουμε τις ερευνητικές μας υποθέσεις, τα αποτελέσματα και τα συμπεράσματα της ερευνητικής εργασίας.



## II. ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗ ΣΤΗ ΧΡΟΝΙΑ ΝΟΣΟ

Η συνεχόμενη ανάπτυξη στις ιατρικές και τεχνολογικές επιστήμες έχουν συμβάλλει δραματικά στην αύξηση του προσδόκιμου όρου ζωής, ιδιαίτερα ανάμεσα στους ανθρώπους αναπτυγμένων χωρών. Ως συνέπεια αυτής της ανάπτυξης, αφενός απειλητικές για τη ζωή ασθένειες που παλαιότερα χαρακτηρίζονταν από ταχεία εξέλιξη (π.χ. HIV) παρουσιάζουν μια καλύτερη πορεία και μπορεί να διαρκέσουν για δεκαετίες και αφετέρου ο αυξημένος μέσος όρος ζωής κάνει χρόνιες ασθένειες όπως η οστεοαρθρίτιδα να ευδοκιμούν. Αυτές οι αλλαγές, λοιπόν, έχουν ως αποτέλεσμα να δίδεται ιδιαίτερη έμφαση στον τρόπο με τον οποίο οι ιατρικές αλλά και οι κοινωνικές επιστήμες μπορούν να βελτιώσουν την ποιότητα ζωής και την προσαρμογή σε μια χρόνια νόσο.

Η προσαρμογή μπορεί να οριστεί ως η αντίδραση σε μια περιβαλλοντική αλλαγή η οποία απαιτεί από τον οργανισμό να εναρμονιστεί κατάλληλα με αυτή την αλλαγή (Brennan, 2001). Ωστόσο, αυτός ο ορισμός υπονοεί ότι η προσαρμογή συμβαίνει πάντα σε μια περιβαλλοντική αλλαγή. Η προσαρμογή είναι μια απαίτηση σημαντική, πρωτίστως, για τη διατήρηση της ίδιας της ζωής. Αλλαγές στο φυσικό περιβάλλον από νωρίς ανάγκασαν όλους τους οργανισμούς του πλανήτη να προσαρμοστούν σε νέες συνθήκες και αυτοί που διέθεταν εκείνα τα χαρακτηριστικά που τους βοήθησαν να προσαρμοστούν καλύτερα στις περιβαλλοντικές αλλαγές επιβίωσαν και κάποιοι εξ αυτών των οργανισμών αποτέλεσαν και τους προγόνους μας. Από τον αυστραλοπίθηκο μέχρι τον άνθρωπο του 21<sup>ου</sup> αιώνα η προσαρμογή είναι μια απαραίτητη για τη ζωή διαδικασία.

### *Πεδία Της Προσαρμογής Του Ασθενούς Στη Χρόνια Νόσο*

Η διαδικασία της προσαρμογής σε μια χρόνια νόσο είναι ιδιαίτερος σύνθετη καθώς επηρεάζει και επηρεάζεται από πολλές περιοχές του ατομικού βιώματος . Η προσαρμογή είναι μια διεργασία η οποία συναντάται σε τέσσερα ανεξάρτητα πεδία.: το βιολογικό, το κοινωνικό, το συναισθηματικό και το συμπεριφοριστικό (Stewart, Ross & Hartley, 2004). Το βιολογικό πεδίο περιλαμβάνει τις βιολογικές συνέπειες της ασθένειας ή της αναπηρίας, την ηλικία του προσβεβλημένου ατόμου και την παρουσία δευτερογενούς ψυχικής διαταραχής όπως η κατάθλιψη ή το άγχος. Στο βιολογικό χώρο ανήκει και η φυσική λειτουργικότητα η οποία εύκολα μπορεί να

μετρηθεί με συγκεκριμένες ασκήσεις όπως και με πιο υποκειμενικές εμπειρίες όπως τα επίπεδα του πόνου.

Η προσαρμογή στον **κοινωνικό χώρο** καλύπτει ένα μεγάλο εύρος των κοινωνικών θεμάτων όπως είναι η διαχείριση των σχέσεων με το ιατρικό προσωπικό και ο επαναπροσδιορισμός των σχέσεων με οικογένεια και φίλους. Σε αυτό το πεδίο ανήκει, επίσης και η ανάγκη για ανάπτυξη δεξιοτήτων απαραίτητων για τη θέση προτεραιοτήτων, για την προσαρμογή προγραμμάτων και σχεδίων ούτως ώστε αυτά να μπορούν να είναι συμβατά με τις αλλαγές που έχει φέρει η χρόνια νόσος. Η κοινωνική περιοχή περιλαμβάνει και θέματα όπως το στίγμα μιας χρόνιας ασθένειας. Πάντα βέβαια η κοινωνική προσαρμογή πρέπει να μελετάται στα πλαίσια διαφόρων πολιτισμικών προσδοκιών και εκφάνσεων.

Ο **συναισθηματικός** χώρος περιλαμβάνει θέματα όπως η ταυτότητα του εαυτού των ατόμων που πάσχουν από κάποια χρόνια νόσο. Επίσης αφορά στην επίδραση που έχει η χρόνια νόσος πάνω στη λειτουργία και τη δυναμική της οικογένειας και ως εκ τούτου στις ανάγκες του κάθε μέλους για επαναπροσδιορισμό της κανονικότητας. Η ταυτότητα του εαυτού εμπερικλείει την εικόνα του σώματος και σεξουαλικά θέματα καθώς και θέματα σχετικά με τους ρόλους που παίζονται κατά τις διαπροσωπικές αλληλεπιδράσεις. Επίσης, τα συναισθήματα μπορεί να είναι αμφιθυμικά απέναντι στη θεραπεία μιας και τα οφέλη της έχουν το κόστος των παρενεργειών. Ένα ακόμη κομμάτι που βρίσκεται πιο κοντά στη γνωστική σφαίρα μεν αλλά αναπόφευκτα επηρεάζει και τη συναισθηματική (μιας και ούτως ή άλλως είναι αλληλένδετες) αφορά στον επαναπροσδιορισμό αξιών. Μερικά από τα θέματα αξιών που τίγονται με τη μορφή διλημμάτων είναι η *ποιότητα ενάντια στην ιερότητα* της ζωής, *το προσωπικό έναντι στο ομαδικό όφελος* και *η εξάρτηση έναντι στην αυτονομία*. Ένα ακόμη θέμα σχετικό με την αξιολόγηση αξιών είναι και η ανάγκη του ατόμου να είναι χρήσιμο κάτι που απειλείται από την πιθανότητα αναπηρίας ή έντονης δυσλειτουργίας. Η αίσθηση χρησιμότητας για κάποιους ανθρώπους είναι εξαιρετικής σημασίας και έχει να κάνει με την αίσθηση του εαυτού. Πάντα πρέπει να λαμβάνουμε υπόψη και σε αυτή την περιοχή τις πολιτισμικές διαφορές.

Η προσαρμογή στη χρόνια νόσο αναφορικά στο **συμπεριφορικό** κομμάτι περιλαμβάνει κυρίως τη διατήρηση της υγείας η οποία με τη σειρά της σχετίζεται με την τήρηση της θεραπευτικής αγωγής και γενικότερα των οδηγιών για τη φροντίδα του οργανισμού καθώς και την πρόληψη, προετοιμασία και διαχείριση των κρίσεων που ενδέχεται να προκύψουν. Και στο συμπεριφορικό κομμάτι οι πολιτισμικές

επιρροές παίζουν ένα σημαντικό ρόλο. Ας σκεφτούμε για παράδειγμα την περίπτωση εκείνων των πολιτισμών που η συμβατική ιατρική δεν χρησιμοποιείται και οι άνθρωποι καταφεύγουν σε πιο παραδοσιακές μορφές ίασης.

Τα τέσσερα αυτά πεδία στα οποία συντελείται η προσαρμογή στη χρόνια νόσο είναι άρρηκτα συνδεδεμένα το ένα με το άλλο. Ένας χώρος δε μπορεί να προσβληθεί χωρίς να αντηχήσει η αλλαγή και στον άλλο. Για παράδειγμα, η τήρηση της θεραπείας που ανήκει στη σφαίρα της συμπεριφοράς μπορεί να ασκήσει κάποια επίδραση στη διαχείριση του στίγματος της ασθένειας που αφορά το κοινωνικό κομμάτι. Στην περίπτωση του χρόνιου πόνου η απόσπαση της προσοχής απέναντι στα σωματικά ερεθίσματα που κι αυτή ανήκει στο συμπεριφορικό χώρο είναι ικανή να μειώσει τα επίπεδα του πόνου συμβάλλοντας σε μείωση της δυσφορίας (και ως εκ τούτου ασκώντας επίδραση στο συναισθηματικό κομμάτι αλλά) αλλά και πιθανά σε καλύτερη κοινωνική λειτουργικότητα.

Η έρευνα πάνω στην προσαρμογή στην χρόνια νόσο διακατέχεται από ποικιλομορφία μιας και πολλά θεωρητικά μοντέλα και πολυάριθμες προσεγγίσεις έχουν καταπιαστεί μαζί της. Ωστόσο μπορούμε να πούμε ότι τρία κύρια μοντέλα σκέψης έχουν μελετήσει την προσαρμογή σε μια ασθένεια: το βιοϊατρικό μοντέλο το οποίο δίνει έμφαση στην ασθένεια αυτή καθαυτή, τα ψυχολογικά μοντέλα προσαρμογής και το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο τα οποία εστιάζουν στην υγεία, τη λειτουργικότητα και στην ποιότητα ζωής (Greenfield & Nelson, 1992. Larson, 1999).

### ***Βιοιατρικά Μοντέλα Προσαρμογής***

Το πρώτο επιστημονικό πρότυπο για την υγεία έχει τις ρίζες του στην ανάπτυξη του μηχανιστικού μοντέλου του ανθρώπινου σώματος. Ο Descartes (1596-1650) αντιλαμβανόταν το ανθρώπινο σώμα ως ομόλογο μιας μηχανής και θεωρούσε ότι η ασθένεια είναι μεν φυσική αλλά ότι προκύπτει και σε μια εξατομικευμένη βάση. Επιπλέον, είχε προτείνει η διερεύνηση της ασθένειας να διαιρείται σε μέρη κάτι που απέχει πολύ από μια ολιστική προσέγγιση. Η μεθοδολογία που αναπτύχθηκε πάνω σε αυτή τη θεώρηση του Descartes επικρατεί μέχρι και σήμερα στην ιατρική (Kelman, 1975).

Το βιοϊατρικό μοντέλο εστιάζει στην ασθένεια και στην αναπηρία, στις αιτίες, στην πρόληψη, στη θεραπεία και αποτελεί την πιο διαδεδομένη θεώρηση των διαδικασιών της ασθένειας στη ιατρική έρευνα. Στην πιο άκαμπτη μορφή του το

βιοϊατρικό μοντέλο συμπεραίνει εκ προοιμίου μια άμεση αιτία και μια σχέση επίδρασης μεταξύ της ασθένειας και των συμπτωμάτων της (Cioffi, 1999, Droassers-Bakker et al, 2002). Επίσης, θεωρεί ότι οι περισσότερες φυσικές ασθένειες οφείλονται σε φυσική προσβολή ή σε βιοχημικούς παράγοντες οι οποίοι με τη σειρά τους παράγουν μια ομάδα συμπτωμάτων η οποία είναι μοναδική σε αυτή την ασθένεια. Αντίστοιχα, η κάθε ομάδα συμπτωμάτων αποδίδεται σε μια συγκεκριμένη βιολογική διαδικασία η οποία αποτελεί την αιτία. Ως εκ τούτου, οι περισσότερες ιατρικές παρεμβάσεις έχουν ως κοινή συνιστώσα τη χορήγηση αντενεργητικών παραγόντων και συμπεριφορικών οδηγιών (Coulter, Entwistle & Gilbert, 1998).

Για παράδειγμα, τα περισσότερα ερευνητικά ευρήματα υποδεικνύουν ότι διαταραχή στην αλληλεπίδραση μεταξύ του ενδοκρινικού και του ανοσοποιητικού συστήματος συμβάλλει κατά πάσα πιθανότητα στην παθοφυσιολογία που εμφανίζεται στη ρευματοειδή αρθρίτιδα (Gudbjornsson, Skogseid, Oberg, Wide & Hallgen, 1996. Straub & Cutolo, 2001). Το νευροενδοκρινικό και το ανοσοποιητικό σύστημα παίζουν τεράστιο ρόλο στην προσαρμογή στην ασθένεια αλλά και σε κάθε σωματική απειλή. Και τα δύο δρουν με στόχο τη διατήρηση και προστασία της εσωτερικής ομοιόστασης του οργανισμού. Η επικοινωνία αυτών των δύο συστημάτων ρυθμίζει την ανοσο/αντιφλεγμονώδη αντίδραση. Για παράδειγμα, το ενδοκρινικό σύστημα αντιλαμβάνεται τις μολύνσεις ως *στρεσογόνους παράγοντες*. Η λειτουργία του ενδοκρινικού συστήματος όταν αυτό έρχεται αντιμέτωπο με στρεσογόνους παράγοντες, όπως είναι οι μολύνσεις, η αιμορραγία αλλά και η ψυχολογική δυσφορία, έγκειται στη διασφάλιση της ομοιόστασης του οργανισμού. Εντούτοις, η ενεργοποίηση του ανοσοποιητικού συστήματος θέτει έναν πιθανό κίνδυνο για την ακεραιότητα του οικοδεσπότη καθώς μια ζωηρή αντίδραση μπορεί να σκοτώσει τον οικοδεσπότη στα πλαίσια της διαδικασίας ελέγχου της μόλυνσης. Ο ρόλος του νευροενδοκρινικού συστήματος είναι να ανιχνεύει διαρκώς και αν είναι απαραίτητο να ρυθμίζει τις δραστηριότητες του ανοσοποιητικού συστήματος ούτως ώστε να διασφαλιστεί η ακεραιότητα του ξενιστή.

Η κριτική που έχει δεχτεί το βιοιατρικό μοντέλο εστιάζει στην αφαιρετική του ιδιότητα. Αρκετοί κοινωνιολόγοι έχουν επικρίνει το βιοιατρικό μοντέλο στη βάση του ότι αποκλείει κοινωνικές και πολιτισμικές διαστάσεις στην προσπάθεια της θεωρητικής ανάλυσης της διαδικασίας της προσαρμογής στη χρόνια νόσο. Ως εκ τούτου το βιοιατρικό μοντέλο της ασθένειας, αν και σημαντικό, δε λαμβάνει υπόψη τους περίπλοκους παράγοντες που παίζουν ρόλο στη διαδικασία της ασθένειας

συμπεριλαμβανομένων των ψυχολογικών, κοινωνικών και περιβαλλοντικών μεταβλητών. Με άλλα λόγια το βιοιατρικό μοντέλο υπονοεί μιας μονοδιάστατη γραμμική σχέση μεταξύ της παθοφυσιολογίας και της πορείας της νόσου όπως αυτή εκτιμάται από τα επίπεδα του πόνου ή/και της αναπηρίας. Αντίθετα, μεγάλο μερίδιο της έρευνας υποδεικνύει ότι το μονοπάτι που ξεκινάει από την παθοφυσιολογία και καταλήγει στα αποτελέσματα υγείας δεν είναι τόσο απλό και περιλαμβάνει μια σειρά ψυχολογικών και περιβαλλοντικών παραγόντων οι οποίοι ασκούν κάποια επίδραση είτε με το να επιδεινώνουν την πορεία της ασθένειας είτε με το να δρουν προστατευτικά ελαχιστοποιώντας ενδεχόμενα αρνητικά αποτελέσματα στην φυσική προσαρμογή στην ασθένεια (Beckham, Rice, Talton, Helms & Young, 1994. Novy, Nelson, Hetzel, Squitieri & Kennington, 1998).

Το βιοιατρικό μοντέλο συνεχίζει να μονοπωλεί όχι μόνο στις εξηγήσεις της ασθένειας, όπου θα μπορούσαμε να πούμε ότι είναι και αναμενόμενο μιας και οι περισσότερες ασθένειες διαθέτουν σημαντική οργανική, κληρονομική αιτιολογική βάση, αλλά και στις θεραπευτικές παρεμβάσεις και στον τρόπο με τον οποίο οι θεραπευτές μεθοδεύουν τη θεραπευτική παρέμβαση. Η προκατάληψη που δείχνουν οι θεραπευτές απέναντι στη βιοιατρική πλευρά των παραπόνων των ασθενών τους μπορεί να σχετίζεται με παράγοντες όπως ο φόβος της συναισθηματικής εμπλοκής, η διατήρηση της επαγγελματικής τους ταυτότητας η οποία εναρμονίζεται με το βιοιατρικό μοντέλο ή ακόμη και η έλλειψη γνώσης όσον αφορά στις ψυχολογικές πλευρές της ασθένειας. Το βιοιατρικό μοντέλο ενισχύεται παραπέρα από την κυρίαρχη τάση των ασθενών να δίνουν προτεραιότητα στα παράπονα που αφορούν τη φυσική κατάσταση και αποδίδονται σε μια φυσική αιτία βρισκόμενοι, έτσι, σε συμφωνία με την επιλεκτική προσοχή των ιατρών απέναντι σε φυσικά/σωματικά ερεθίσματα και αποκλείοντας κι αυτοί από την πλευρά τους τις ψυχολογικές διαδικασίες.

### ***Ψυχολογικά Μοντέλα Προσαρμογής***

Η παρατήρηση ότι άνθρωποι που πάσχουν από κάποιο χρόνια νόσο εμφανίζουν υψηλά ποσοστά κατάθλιψης και αγχωδών διαταραχών διαμόρφωσε την πεποίθηση ότι οι χρόνιες σωματικές καταστάσεις αλληλεπιδρούν με την ψυχική σφαίρα (Gatchel, 1996). Μέχρι και πρόσφατα μ'έναν παραδοσιακό θα λέγαμε τρόπο, η έρευνα πάνω στη σχέση της ψυχολογικής λειτουργικότητας ή και κατάστασης και

της φυσικής ασθένειας έδινε έμφαση σε ψυχιατρικά συμπτώματα όπως το άγχος και η κατάθλιψη τα οποία όπως έχει προκύψει από πληθώρα ερευνών σχετίζονταν με μία φτωχή προσαρμογή όχι μόνο όσον αφορά στη ψυχολογική κατάσταση αλλά και στη φυσική (Folkman & Greer, 2000). Η εστίαση σε αυτά τα ψυχιατρικά συμπτώματα αποκαλύπτει ένα μόνο μέρος της προσαρμογής στην ασθένεια. Εκτός από τα ψυχιατρικά συμπτώματα που αναφέρθηκαν παραπάνω, σημαντική διάσταση της προσαρμογής σε χρόνιες καταστάσεις είναι και άλλα ψυχολογικά συμπτώματα και διεργασίες.. Πράγματι, τα ψυχολογικά χαρακτηριστικά, η ψυχολογική κατάσταση, ο τρόπος που οι άνθρωποι αντιμετωπίζουν την ασθένεια, τον πόνο έχει αποδειχθεί ότι παίζουν ένα σημαντικό ρόλο στην πορεία της νόσου, στην αντίσταση του οργανισμού απέναντι στην ασθένεια. Ας σκεφτούμε καταστάσεις χρόνιου πόνου όπως είναι και η ρευματοειδής αρθρίτιδα, η οστεοαρθρίτιδα που μας ενδιαφέρουν στη συγκεκριμένη ερευνητική εργασία και οι οποίες αφορούν σε μια κατάσταση κατά την οποία οι πάσχοντες έρχονται αντιμέτωποι όχι μόνο με τρέχοντα πόνο και αναπηρία αλλά και με την αβεβαιότητα σχετικά με τις μελλοντικές τους φυσικές ικανότητες, με την ασάφεια για τη μελλοντική πορεία της νόσου καθώς και με ανησυχίες για την ικανότητα τους να ανακτήσουν ή να διατηρήσουν τον προηγούμενο τρόπο ζωής τους. Η έρευνα έχει αποδείξει ότι η ποικιλότητα στη φυσική λειτουργικότητα μεταξύ ασθενών με καταστάσεις χρόνιου πόνου αποδίδεται και σε ατομικές διαφορές σε επίπεδο ψυχοκοινωνικών λειτουργιών. Ως εκ τούτου η εμπειρία του πόνου δεν είναι απλά και μόνο μια αντανάκλαση σημαντικών κατά τ'άλλα βιολογικών παραγόντων (όπως είναι η σοβαρότητα της ασθένειας) αλλά επηρεάζεται και από ψυχολογικούς παράγοντες (σκέψη, συναίσθημα, συμπεριφορά) και κοινωνικούς.

#### ***Το μοντέλο των Lazarus και Folkman***

Η γνωστική-φαινομενολογική θεωρία για το στρες που ανέπτυξαν οι Lazarus και Folkman θεώρησε την προσαρμογή στη χρόνια ασθένεια μέσα από το πρίσμα της προσαρμογής στο χρόνια στρες (Lazarus & Folkman, 1984).

Τα στρεσογόνα ερεθίσματα επεξεργάζονται με δύο παράγοντες. Ο πρώτος είναι η αξιολόγηση (πρωταρχική αξιολόγηση) η οποία περιλαμβάνει την προσωπική εκτίμηση του ατόμου για τη σπουδαιότητα του ερεθίσματος. Η πρωταρχική αξιολόγηση επηρεάζεται από παράγοντες που σχετίζονται με το υπόβαθρο του ατόμου, όπως το φύλο, η εθνικότητα, το πολιτισμικό περιβάλλον αλλά και με τη προσωπικότητα. Ως εκ τούτου θα μπορούσαμε να πούμε ότι η πρωταρχική

αξιολόγηση χαρακτηρίζεται από σταθερότητα ανάμεσα στις διάφορες καταστάσεις (Folkman, Lazarus, Gruen, & DeLongis, 1986).

Η δευτερογενής αξιολόγηση αφορά στην εκτίμηση των αποθεμάτων και των ικανοτήτων του ατόμου προκειμένου να χειριστεί τα στρεσογόνα ερέθισματα και σχετίζεται με την αντιμετώπιση (βλ. Κεφ. VII) . Η δευτερογενής αξιολόγηση επηρεάζεται από το φυσικό και το κοινωνικό περιβάλλον και θεωρείται ως επί το πλείστον συγκεκριμένη με την περίσταση. Η πρωταρχική αξιολόγηση οδηγεί στην δευτερογενή μέσα από την εκτίμηση του ατόμου για την ικανότητα του να αλλάξει το στρεσογόνο ερέθισμα ή να χρησιμοποιήσει τα αποθέματά του για να το διαχειριστεί. Η προσαρμογή, κατά συνέπεια, περιλαμβάνει την εφαρμογή του τύπου αντιμετώπισης που κρίνεται ως πιο κατάλληλος από το άτομο για το συγκεκριμένο στρεσογόνο ερέθισμα.

Δυο τύποι αντιμετώπισης υπάρχουν στο συγκεκριμένο μοντέλο οι οποίοι αναφέρονται εκτενέστερα και στο κεφάλαιο της αντιμετώπισης (Κεφ. VII) η εστιασμένη στο συναίσθημα αντιμετώπιση που δίνει έμφαση στις εσωτερικές, συναισθηματικές πλευρές του στρεσογόνου ερεθίσματος κι έχει να κάνει με την αποδοχή της ασθένειας αλλά και η εστιασμένη στο πρόβλημα η οποία εστιάζει στις εξωτερικές / περιβαλλοντικές πλευρές της κατάστασης. Οι Lazarus και Folkman (1984) είχαν προτείνει ότι η εστιασμένη στο πρόβλημα αντιμετώπιση, με την έμφαση που δίνει στην αξιολόγηση της ασθένειας ως μια κατάσταση ικανή να τροποποιηθεί από το άτομο, σχετίζεται με καλύτερη λειτουργικότητα και ως εκ τούτου και προσαρμογή.

Το μοντέλο των Lazarus και Folkman έχει να κάνει με τις ανταποδοτικές επιδράσεις μεταβλητών που σχετίζονται με την πορεία της νόσου αλλά και άλλων βιολογικών, κοινωνικών, συμπεριφορικών και ψυχολογικών μεταβλητών οι οποίες μπορεί να ποικίλλουν και να μην είναι σταθερές (βλ. βιοψυχοκοινωνικά μοντέλα παρακάτω). Αυτό το οικολογικό μοντέλο έχει χρησιμοποιηθεί για να περιγράψει τις διαδικασίες της προσαρμογής για ένα μεγάλο αριθμό χρόνιων νόσων συμπεριλαμβανόμενου του χρόνιου πόνου. Η προβλεπτική εγκυρότητα του μοντέλου χρειάζεται επιπλέον εργασία μιας και αρχικά η θεωρία είχε επιβεβαιωθεί από έρευνες που έδειξαν πως στρατηγικές αντιμετώπισης που εστίαζαν στο συναίσθημα σχετίζονταν με φτωχότερη αντιμετώπιση. Μετέπειτα έρευνα αποκάλυψε πως κάτι τέτοιο δεν ισχύει πάντα καθώς και ότι κι άλλοι εξίσου ή και περισσότερο σημαντικοί παράγοντες βρίσκουν χώρο στην προσπάθεια ερμηνείας και εξήγησης του

φαινόμενου της προσαρμογής στη χρόνια νόσο οι οποίοι αναφέρονται εκτενέστερα στα παρακάτω κεφάλαια του συγγράμματος.

### ***Μοντέλα γνωστικής προσαρμογής στην ασθένεια***

Η Taylor έχει προτείνει ότι η προσαρμογή στη χρόνια νόσο έχει να κάνει με τρεις παράγοντες: με την αναζήτηση *εύρεσης νοήματος*, με την προσπάθεια ανάκτησης της *αίσθησης ελέγχου* πάνω στην ασθένεια και με την προσπάθεια αποκατάστασης της *αυτοεκτίμησης* (Taylor, 1983). Η συγκεκριμένη θεώρηση της προσαρμογής στο χρόνιο πόνο εστιάζει στην αποδοχή της ασθένειας και στην αντίληψη του ελέγχου πάνω σε αυτήν. Αυτή η θεώρηση της ψυχολογικής προσαρμογής ενέχει κλινική χρησιμότητα, καθώς στο επίκεντρό της, βρίσκεται η αποκατάσταση της ψυχολογικής ευεξίας περισσότερο απ'ότι οι αρνητικές πλευρές της προσαρμογής.

Σαν ένα συστατικό της προσαρμογής στην χρόνια νόσο το νόημα που αποδίδεται στην ασθένεια κατέχει σημαντική θέση ασκώντας μια σημαντική επίδραση στο στρες που βιώνεται στα πλαίσια μιας σοβαρής χρόνιας ασθένειας η οποία συνήθως διαταράσσει τους ρυθμούς και την ισορροπία της καθημερινής ζωής. Ως εκ τούτου, οι άνθρωποι που πάσχουν από χρόνια νόσο αναγκάζονται να επαναπροσδιορίσουν τα νοήματα που έχουν αποδώσει στην καθημερινότητα τους (Fife, 1995). Κατά συνέπεια, μπορούμε να πούμε ότι το νόημα βρίσκεται στη σφαίρα της προσωπικής εμπειρίας και ότι αυτό γίνεται κατανοητό μέσα στα πλαίσια των αντιδράσεων του κάθε ατόμου σε αυτές τις εμπειρίες και εκφράζεται μέσα από σύμβολα που αποτελούν τη γλώσσα. Ακολούθως, η συμπεριφορά βασίζεται σε αυτά τα νοήματα που προκύπτουν μέσα από το πλαίσιο της κοινωνικής ζωής και μέσα από μία ερμηνευτική διεργασία η οποία συμβαίνει καθώς το άτομο απαντά στα σχετικά με την ασθένεια ερεθίσματα τα οποία αποτελούν μέρος της καθημερινής τους ζωής. Η εύρεση νοήματος, όπως αυτή έχει προσδιοριστεί ως την αντίληψη της επίδρασης της ασθένειας στον εαυτό, στις προτεραιότητες, στους μελλοντικούς στόχους είναι μια έννοια η οποία έχει μελετηθεί ιδιαίτερα με ογκολογικούς ασθενείς και έχει βρεθεί από πληθώρα ερευνών ότι προβλέπει τη ψυχολογική προσαρμογή, την αίσθηση προσωπικού ελέγχου, την κοινωνική υποστήριξη, τις στρατηγικές αντιμετώπισης ακόμη και την πορεία της νόσου (π.χ. Carver & Antoni, 2004).

Σε ασθένειες όπως η ρευματοειδή αρθρίτιδα, η οστεοαρθρίτιδα υπάρχει μικρή κατανόηση του νοήματος που οι ασθενείς κατασκευάζουν για την ασθένειά τους. Η εύρεση νοήματος είναι μια παράμετρος που πιθανώς παίζει κάποιο ρόλο και στην



προσαρμογή σε τέτοιους ασθενείς μιας και ασθένειες χρόνιου πόνου φέρνουν τους ασθενείς σε σημείο τέτοιο όπου χρειάζονται να επαναπροσδιορίσουν τη ζωή τους, την καθημερινότητά τους, τους μελλοντικούς στόχους τους.

Σχετικά με τον τρίτο παράγοντα που είναι η αίσθηση προσωπικού ελέγχου πάνω στην ασθένεια, η έρευνα έχει δείξει ότι συμβάλλει σε μια καλή προσαρμογή. Η έρευνα των Taylor, Helgeson, Reed και Skokan (1991) σε ασθενείς με καρδιαγγειακή ασθένεια έδειξε ότι μεγαλύτερη αίσθηση ελέγχου πάνω στα συμπτώματα της ασθένειας οδηγεί σε μικρότερα επίπεδα δυσφορίας αναφορικά με την ασθένεια. Σχετικά με τις ασθένειες που αφορούν τη συγκεκριμένη έρευνα υπάρχουν κάποιες έρευνες που έχουν μελετήσει το ρόλο του αντιλαμβανόμενου ελέγχου στην προσαρμογή στην ασθένεια. Ο Chaney et al. (1996) μελέτησαν τη μεσολαβούσα επίδραση του αντιλαμβανόμενου καθημερινού ελέγχου της ασθένειας στη σχέση μεταξύ των μη σχετικών με την ασθένεια αιτιολογικών αποδόσεων και της κατάθλιψης σε ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα. Οι αιτιολογικές αποδόσεις και ο αντιλαμβανόμενος έλεγχος εξηγούσαν το 4% και 9%, αντίστοιχα, της διακύμανσης της κατάθλιψης αφού είχαν ελεγχθεί μεταβλητές όπως η δραστηριότητα της ασθένειας, ο βαθμός αναπηρίας (περισσότερα στο Κεφ. ΙΧ.).

Συνοψίζοντας, όλα τα γνωστικά μοντέλα, όσον αφορά στην προσαρμογή στη χρόνια νόσο, καταπιάνονται με γνωστικές μεταβλητές όπως η αντιμετώπιση, η εύρεση νοήματος, η έδρα ελέγχου, η κοινωνική υποστήριξη όπου αναλύονται σε ειδικά κεφάλαια του παρόντος συγγράμματος μιας και βρίσκονται στο επίκεντρο του ερευνητικού ενδιαφέροντος μας.

### ***Βιοψυχοκοινωνικά Μοντέλα Προσαρμογής***

*Το κυρίαρχο μοντέλο ασθένειας είναι το βιοιατρικό το οποίο δεν εκχωρεί θέση για τις κοινωνικές, ψυχολογικές και συμπεριφορικές διαστάσεις της ασθένειας. Ένα βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο προτείνεται το οποίο παρέχει έναν μπούσουλα για την έρευνα, ένα πλαίσιο για την εκπαίδευση και ένα πρότυπο για δράση στον πραγματικό κόσμο της φροντίδας για την υγεία.*

#### ***George Engel (1977)***

*Ο καιρός για μια μεγαλύτερη σύνθεση των επιστημονικών κλάδων με στόχο την ανθρώπινη υγεία έχει φτάσει.*

#### ***National Research Council (2001)***

### ***Το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο του Engel***

Το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο δίνει έμφαση στους βιολογικούς, ψυχολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες οι οποίοι ασκούν μια συνδυασμένη επίδραση στην υγεία και στην ασθένεια. Το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο προτάθηκε από τον Engel σαν ένας εναλλακτικός τρόπος κατανόησης και αξιολόγησης της ασθένειας σε αντίθεση με το βιοϊατρικό μοντέλο, το οποίο, όπως συζητήσαμε και παρακάτω, αντιμετωπίζει την ασθένεια μόνο μέσα από το πρίσμα των βιολογικών δυσλειτουργιών (Engel, 1977).

Σημαντική για την ανάπτυξη αυτού του μοντέλου υπήρξε η επίδραση των θεωριών συστημάτων (Buckley, 1967. Henry and Stephens, 1977. Parsons, 1951. von Bertalanffy, 1968). Αυτή η θεωρία υποστηρίζει ότι η φύση διαιρείται σε ξεχωριστές μονάδες που η καθεμία διαθέτει τις δικές της διαφορετικές ιδιότητες, οι οποίες οργανώνονται με ιεραρχία καθιστώντας την κάθε μία από αυτές ως μια ανώτερη μονάδα. Σύμφωνα με αυτή τη συλλογιστική, η ασθένεια γίνεται καλύτερα αντιληπτή μέσα από την κατανόηση του ευρύτερου συστήματος στο οποίο ανήκει. Ως εκ τούτου τα επακόλουθα της ασθένειας ή της αναπηρίας μπορούν να εκτιμηθούν μόνο αν λάβουμε υπόψη και τα αποθέματα αντιμετώπισης καθώς και την κοινωνική υποστήριξη που παρέχεται, όπως ο ίδιος ο ασθενής τη βιώνει, από το σύστημα.

Σύμφωνα με το μοντέλο του Engel, υπάρχουν τρεις τρόποι που ένας ψυχοκοινωνικός παράγοντας μπορεί να επηρεάσει τα αποτελέσματα υγείας, ο άμεσος, ο έμμεσος και ο διαμεσολαβητικός (Engel, 1977). Για παράδειγμα οι θρησκευτικές πεποιθήσεις του ασθενούς μπορεί να τον αναστείλουν από το να πάρει την προτεινόμενη φαρμακευτική αγωγή. Στην περίπτωση αυτή η θρησκευτικότητα που είναι ένας ψυχοκοινωνικός παράγοντας έχει μια άμεση επίδραση στα αποτελέσματα υγείας. Στην περίπτωση εκείνη που τα καταθλιπτικά συμπτώματα ενός ασθενούς με οστεοαρθρίτιδα μειώνουν το κίνητρο που έχει για συμμόρφωση στην προτεινόμενη άσκηση και αυξάνουν κατά συνέπεια τα επίπεδα πόνου (μιας και έχει αποδειχθεί ότι η έλλειψη άσκησης επιβαρύνει περαιτέρω τις αρθρώσεις), μιλάμε για έμμεση επίδραση. Τέλος, οι διαμεσολαβητικές επιδράσεις τροποποιούν την αιτιακή σχέση μεταξύ ενός ψυχοκοινωνικού παράγοντα και ενός αποτελέσματος υγείας. Για παράδειγμα, η έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης έχει βρεθεί ότι επιταχύνει την πορεία της HIV νόσου με το να μην εξομαλύνει τα επίπεδα άγχους (Ingram, Jones, Fass, Neidig & Song, 1999).

Το κύριο θέμα αυτού του μοντέλου αφορά την ανταποδοτική επίδραση βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων στην πορεία της νόσου (Σχ. 2. Το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο είναι ευπροσάρμοστο και με επιτυχία έχει εφαρμοστεί σε ένα μεγάλο εύρος καταστάσεων συμπεριλαμβανομένου και του χρόνιου πόνου (Stroud, Thorn, Jensen & Boothby, 2000).

### ***Στρες και χρόνια νόσος μέσα από ένα βιοψυχοκοινωνικό πρίσμα***

Οι Walker et al. πρότειναν ένα βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο που στόχο έχει μια ολιστική ερμηνεία της προσαρμογής μέσα από την αξιολόγηση της φυσικής, ψυχολογικής και κοινωνικής προσαρμογής στη χρόνια νόσο και συγκεκριμένα της ρευματοειδούς αρθρίτιδας (Walker, Jackson, & Littlejohn, 2004). Στηρίχτηκαν περισσότερο στο πρότυπο του στρες και της αντιμετώπισης των Lazarus και Folkman (1984) που από μόνο του παρέχει έναν ικανοποιητικό λειτουργικό ορισμό της βιοψυχοκοινωνικής προσέγγισης (Zimmerman & Tansella, 1996). Ωστόσο, ένα μεγάλο μέρος της κοινωνικής και ψυχολογικής έρευνας πάνω στη σχέση του στρες και της ασθένειας προϋποθέτει μια μονιστική, υποβόσκουσα βιολογική διεργασία του στρες, όπως αυτή που έχει προταθεί από τον Selye (1956) και όχι τόσο ένα σύνθετο, πολυπαραγοντικό σύστημα. Ως εκ τούτου, αγνοούνται οι διαφορές μεταξύ στρεσογόνων ερεθισμάτων ή μεταξύ συνδέσεων των στρεσογόνων ερεθισμάτων με συγκεκριμένες ασθένειες σε συγκεκριμένους πληθυσμούς.

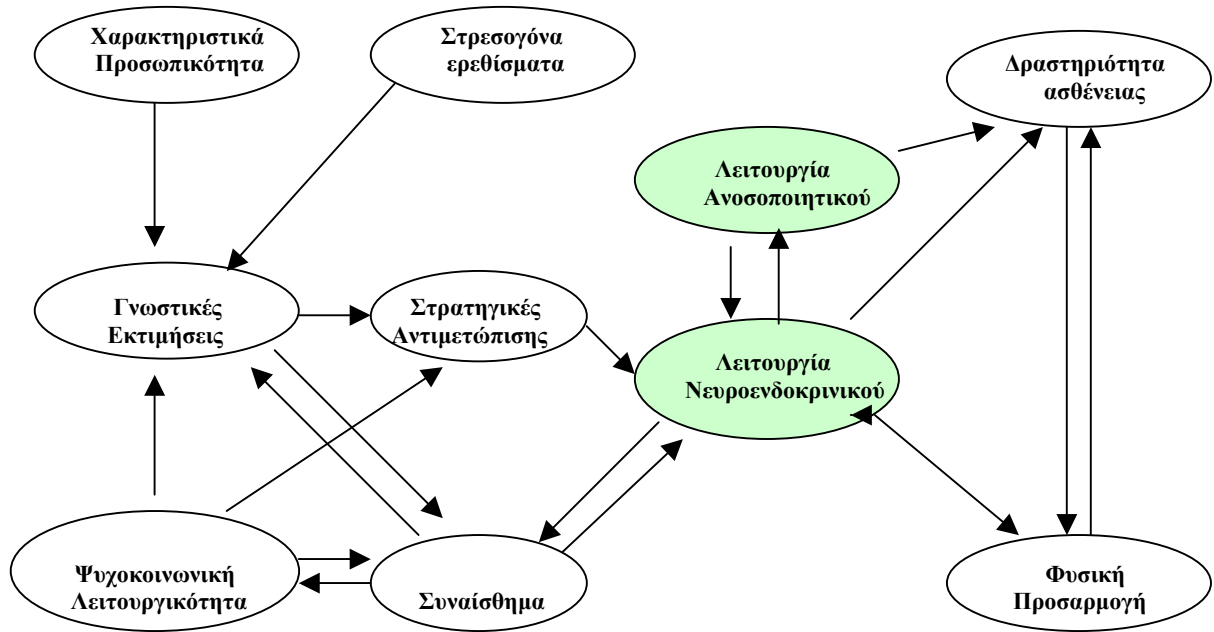
Σε μια προσπάθεια να αποκαταστήσουν αυτά τα ζητήματα, οι Monat και Lazarus (1991) διατύπωσαν την υπόθεση ότι το στρες διαθέτει ψυχολογικά, φυσιολογικά και περιβαλλοντικά επίπεδα. Βάση αυτής της θέσης το στρες περιλαμβάνει τα εξής στοιχεία: ένα γεγονός (π.χ. ρευματοειδής αρθρίτιδα), την αντίληψη του γεγονότος ως απειλητικό, την αίσθηση δυσφορίας και τις σχετικές αλλαγές στη λειτουργία του άξονα Υποθαλάμου –Υπόφυσης (π.χ. μεταβολές στα επίπεδα κορτιζόλης). Ο Selye είχε αναφέρει μια παρόμοια αλληλουχία γεγονότων κατά την αντίληψη θετικών ή ευχάριστων γεγονότων και σχετικών αλλαγών στην νευροενδοκρινική λειτουργία και ως εκ τούτου πρότεινε τον όρο ευστρές. Συνεπώς, είναι απαραίτητο τα σύγχρονα ψυχοκοινωνικά μοντέλα να ενσωματώνουν τις πολλαπλές διαστάσεις του στρες αλλά και να εξετάζουν παράλληλα τη σύνθετη και δυναμική σχέση μεταξύ της ψυχοκοινωνικής λειτουργικότητας, της λειτουργίας του νευροενδοκρινικού και ανοσοποιητικού συστήματος και της πορείας της ασθένειας και τη σχετιζόμενη φυσική προσαρμογή.

Η επίδραση των ψυχοκοινωνικών στρεσογόνων παραγόντων πάνω στη δραστηριότητα για παράδειγμα της ρευματοειδούς αρθρίτιδας θεωρείται από πολλούς ερευνητές ότι δεν είναι άμεση αλλά περισσότερο συμβαίνει μέσα από έναν κύκλο ψυχοκοινωνικών αντιδράσεων οι οποίες τροποποιούν ή επιδεινώνουν τις επιδράσεις του ψυχοκοινωνικού παράγοντα στα αποτελέσματα υγείας (Taylor, 1991. Leventhal, Patrick-Miller & Leventhal, 1998). Οι γνωστικές εκτιμήσεις της απειλής που θέτει το στρεσογόνο ερέθισμα και τα διαθέσιμα αποθέματα διαδραματίζουν έναν κεντρικό ρόλο στην επίδραση που ασκούν τελικά τα στρεσογόνα ερεθίσματα στα ψυχοκοινωνικά και φυσικά αποτελέσματα υγείας (Leventhal et al., 1998). Καμία από αυτές τις διαδικασίες δε θεωρείται, όμως, γραμμική αλλά περισσότερο περιλαμβάνει κύκλους και κυκλώματα ανατροφοδότησης.

Οι Walker et al (2004) προτείνουν ότι ένα διευρυμένο βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο για την προσαρμογή στη χρόνια νόσο το οποίο να ενσωματώνει και θετικές πλευρές της ψυχολογικής λειτουργικότητας (όχι μόνο δηλαδή τις ψυχολογικές λειτουργίες που επιδεινώνουν την προσαρμογή αλλά και αυτές που δρουν προστατευτικά) μπορεί να συμβάλλει στην καλύτερη θεραπεία ειδικά χρόνιων νόσων μη απειλητικών για τη ζωή, όπως είναι η ρευματοειδής αρθρίτιδα. Το μοντέλο των Lazarus και Folkman (1984) δεν περιλαμβάνει πλευρές της ψυχολογικής λειτουργίας που να δρουν προστατευτικά απέναντι στα στρεσογόνα ερεθίσματα, όπως είναι η κοινωνική στήριξη. Οι Andrykowski, Brady και Hunt (1993) θεωρούν ότι η ασθένεια δεν πρέπει να θεωρείται μόνο σαν ένας στρεσογόνος παράγοντας με αρνητικά αποτελέσματα αλλά και σαν ένα μεταβατικό γεγονός που ενέχει προϋποθέσεις και για θετικά και για αρνητικά αποτελέσματα. Η εύρεση νοήματος που ήδη έχουμε αναφέρει είναι ένα καλό παράδειγμα θετικής ψυχολογικής λειτουργίας που έχει σχετιστεί με καλύτερη όχι μόνο ψυχολογική αλλά και φυσική προσαρμογή<sup>1</sup> (McGregor, et al, 2004). Παρακάτω φαίνεται σχηματικά το πώς οι Walker et al. (2004) έχουν αντιληφθεί την αλληλεπίδραση μεταξύ ψυχοκοινωνικών μεταβλητών και βιολογικών ως προς τη φυσική προσαρμογή στη χρόνια νόσο (Σχ. 1).

---

<sup>1</sup> Η εύρεση νοήματος έχει σχετιστεί με αύξηση του πολλαπλασιασμού των λεμφοκυττάρων και με καλύτερη πρόγνωση σε γυναίκες με καρκίνο μαστού (McGregor, et al, 2004).



Σχήμα 1 : Προτεινόμενο από τους Walker et al. (2004) μοντέλο βιοψυχοκοινωνικής προσαρμογής σε χρόνια νόσο (ρευματοειδής αρθρίτιδα) όπου οι στρεσογόνοι παράγοντες επηρεάζουν τελικά τη δραστηριότητα της ασθένειας μέσα από ένα πλέγμα αλληλεπιδράσεων ανάμεσα σε ψυχοκοινωνικές μεταβλητές που επηρεάζουν τους μηχανισμούς και τις λειτουργίες του ανοσοποιητικού και νευροενδοκρινικού συστήματος.

### III. ΧΡΟΝΙΟΣ ΠΟΝΟΣ

#### *Ιστορική Αναδρομή*

Ο Descartes (1596-1650) είχε αντιληφθεί τον πόνο ως μια δράση συγκεκριμένου τύπου στο νευρικό σύστημα του ανθρώπου. Θεωρούσε το σύστημα του πόνου σαν ένα άμεσο κανάλι από το δέρμα προς τον εγκέφαλο. Έτσι, είχε προτείνει ότι μια φλόγα, για παράδειγμα, στο χέρι θέτει τα μόρια από το χέρι σε κίνηση και ότι αυτή η κίνηση μεταφέρεται από το βραχίονα και το λαιμό στο κεφάλι όπου ενεργοποιεί κάτι σε σύστημα συναγερμού. Με αυτόν τον τρόπο το άτομο νοιώθει τον πόνο και αντιδρά σε αυτόν (Gatchel & Maddrey, 2000). Αυτή η μινιμαλιστική θεωρία του Descartes για τη φυσιολογία του πόνου, αν και στερούνταν εμπειρικών αποδείξεων, επηρέασε τη μελέτη και την αντιμετώπιση του πόνου για τους επόμενους αιώνες.

Μεταγενέστερα, ο von Frey (1984) πρότεινε μια πιο εμπειριστατωμένη θεώρηση του πόνου, τη *θεωρία της ιδιαιτερότητας του πόνου* η οποία βασιζόταν στο ότι αισθητηριακοί υποδοχείς ήταν υπεύθυνοι για τη μετάδοση συγκεκριμένων αισθήσεων όπως ο πόνος, η ζέστη, η πίεση, το άγγιγμα καθώς και στο ότι οι διάφοροι αυτοί οι υποδοχείς είχαν και διαφορετικές δομές που καθιστούσαν τον καθένα ευαίσθητο για συγκεκριμένου τύπου διέγερση.

Περίπου την ίδια χρονική περίοδο ο Goldschneider πρότεινε ένα εναλλακτικό μοντέλο το οποίο ονόμασε *θεωρία των προτύπων του πόνου* (όπως αναφέρεται στην Ogden, 2000). Ο Goldschneider θεώρησε τις αισθήσεις του πόνου ως το αποτέλεσμα της μεταφοράς των προτύπων της νευρικής διέγερσης τα οποία παράγονται και κωδικοποιούνται στον τόπο της περιφερικής διέγερσης και ότι οι διαφορές στο πρότυπο και την ποσότητα των περιφερικών αποφορτίσεων των νευρικών ινών είναι υπεύθυνες για τις διαφορές στην ποιότητα των αισθήσεων. Συμπέρανε, επίσης, ότι το βίωμα του πόνου είναι το αποτέλεσμα της κωδικοποίησης των προτύπων των νευρικών διεγέρσεων και όχι απλά το αποτέλεσμα μιας ειδικής σύνδεσης των υποδοχών του πόνου και των περιοχών του πόνου στον εγκέφαλο.

Αν και αυτές οι δύο θεωρίες γνώρισαν, αρχικά, αποδοχή από την επιστημονική κοινότητα, δεν υπήρχαν επαρκείς αποδείξεις για να τις πλαισιώσουν αν και υπήρχαν μεμονωμένες αποδείξεις για κάθε μία (Gatchel & Weisberg, 2000). Επιπλέον, πειραματικά ευρήματα δεν κατόρθωσαν να εξηγήσουν ικανοποιητικά

κανένα από τα δύο αυτά μηχανιστικά μοντέλα του πόνου. Πράγματι, ήδη από το 1953, ο Bonica είχε περιγράψει τις ανεπάρκειες αυτών των θεωριών (Bonica, 1953).

### **Ορισμοί και λειτουργίες του πόνου**

Ο επίσημος ορισμός του πόνου έχει αναπτυχθεί από τον Παγκόσμιο Οργανισμό για τη Μελέτη του Πόνου (International Association for the Study of Pain, IASP) ο οποίος αναφέρει ότι «ο πόνος είναι ένα δυσάρεστο αίσθημα καθώς και μία συναισθηματική εμπειρία η οποία σχετίζεται με πραγματική ή πιθανή οργανική βλάβη ή περιγράφεται με όρους τέτοιας βλάβης» (Merskey & Bogduk, 1994). Αυτός ο ορισμός προσδίδει έμφαση τόσο στην αισθητηριακή όσο και στη συναισθηματική πλευρά του πόνου. Η αισθητηριακή διάσταση του πόνου αναφέρεται στην διέγερση και ενεργοποίηση συγκεκριμένων αισθητηριακών υποδοχέων στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα οι οποίες προκαλούνται από ένα επιβλαβές ερέθισμα (Eimer & Freeman, 1998). Αυτή η ενεργοποίηση δημιουργεί ένα δυναμικό το οποίο μεταφέρεται νευροχημικά ως νευρωνικό μήνυμα. Συγκεκριμένα νευρωνικά μονοπάτια στο νωτιαίο μυελό μεταφέρουν αυτά τα μηνύματα στον εγκέφαλο όπου και επεξεργάζονται και ερμηνεύονται.

Ψυχολογικοί παράγοντες επηρεάζουν τον τρόπο που ένα άτομο ερμηνεύει και αντιλαμβάνεται αυτά τα νευροχημικά μεταφερόμενα μηνύματα των επιβλαβών ερεθισμών και αντιστρόφως η αντίληψη αυτών των ερεθισμάτων καθορίζουν τις συναισθηματικές και ψυχολογικές αντιδράσεις του ατόμου στις φυσιολογικές αισθήσεις. Αυτό το διαδραστικό πλέγμα αποτελεί έναν τρόπο σχηματοποίησης της εμπειρίας του πόνου.

Αυτή η θεώρηση αντιλαμβάνεται τον πόνο ως κάτι περισσότερο από ένα δυσάρεστο αίσθημα που βιώνεται αποκλειστικά στο εδώ και τώρα. Υπονοεί ότι η παρούσα εμπειρία του ατόμου είναι πιθανό να επηρεάζεται από τις μνήμες του παρελθόντος και τις προσδοκίες για το μέλλον. Εστιάζει στο γεγονός ότι ο πόνος δεν είναι απλά ένα αίσθημα αλλά περισσότερο μια αντίληψη η οποία προκύπτει όπως θα συζητήσουμε και πιο κάτω από την αλληλεπίδραση αισθητηριακών, φυσιολογικών, γνωστικών, συναισθηματικών, συμπεριφορικών, διαπροσωπικών και περιβαλλοντικών παραγόντων. Ως εκ τούτου, ο πόνος δε θα μπορούσε παρά να είναι υποκειμενικός. Ποτέ δε θα μπορούσαν ούτε θα μπορέσουν δύο άτομα να αισθανθούν τον ίδιο ακριβώς πόνο. Παρομοίως, η αντίληψη του πόνου στο ίδιο άτομο είναι

πιθανό να διαφέρει μεταξύ διαφορετικών χρονικών περιόδων ως λειτουργία διαφορετικών ψυχολογικών και περιβαλλοντικών λειτουργιών.

### ***Η Θεωρία Πύλης – Ελέγχου του Πόνου***

Η πρώτη σημαντική θεωρία πόνου που έδωσε έμφαση στη στενή αλληλεπίδραση μεταξύ ψυχοκοινωνικών και φυσιολογικών διαδικασιών που επηρεάζουν τον πόνο ήταν η θεωρία Πύλης – Ελέγχου των Melzack & Wall (1965). Η πρωταρχική συμβολή αυτής της θεωρίας στην επιστημονική κοινότητα ήταν η εισαγωγή της σπουδαιότητας του κεντρικού νευρικού συστήματος αλλά και των ψυχοκοινωνικών μεταβλητών στη διαδικασία αντίληψης του πόνου (Melzack, 1993).

Στη θεωρία αυτή, η εμπειρία του πόνου βασίζεται σε μια σύνθετη αλληλεπίδραση του κεντρικού νευρικού συστήματος και του περιφερικού νευρικού συστήματος. Στον τραυματισμό, για παράδειγμα, τα μηνύματα του πόνου ξεκινούν από τα νεύρα εκείνα που σχετίζονται με τον ιστό που έχει υποστεί βλάβη και μεταφέρονται μέσω των περιφερικών νεύρων στο νωτιαίο μυελό και μετά στον εγκέφαλο. Πριν, όμως, φτάσουν στον εγκέφαλο αυτά τα μηνύματα πόνου συναντούν στο νωτιαίο μυελό κάποιες *νευρικές πύλες* οι οποίες ανοίγουν και κλείνουν βάση μιας σειράς παραγόντων. Όταν οι πύλες ανοίγουν τα μηνύματα του πόνου φτάνουν ευκολότερα στον εγκέφαλο και το βίωμα μπορεί να γίνει έντονο. Όταν οι πύλες κλείνουν τα μηνύματα του πόνου αποτρέπονται από το να προσεγγίσουν τον εγκέφαλο και είναι πιθανό ακόμη και μη γίνουν αντιληπτά.

Παράγοντες που συμβάλλουν στο να ανοίξει η πύλη είναι οι εξής: α) φυσικοί παράγοντες (τραυματισμός ή ενεργοποίηση των μεγάλων ινών), β) συναισθηματικοί παράγοντες (άγχος, ανησυχία, ένταση και κατάθλιψη), γ) συμπεριφορικοί παράγοντες (εστίαση της προσοχής στον πόνο ή ανία) (Ogden, 2000). Παράγοντες που συμβάλλουν στο να κλείσει η πύλη είναι επίσης: α) φυσικοί (φαρμακευτική αγωγή ή ενεργοποίηση των μικρών ινών), β) ψυχολογικοί (ευτυχία, αισιοδοξία ή χαλάρωση) και γ) συμπεριφορικοί (συγκέντρωση, απόσπαση προσοχής ή ενασχόληση με άλλες δραστηριότητες).



## **Οξύς και Χρόνιος Πόνος**

Ο Gatchel (1996) έχει περιγράψει το πώς ο οξύς πόνος<sup>2</sup> εξελίσσεται σε χρόνια. Αυτή η πορεία χαρακτηρίζεται από τρία στάδια. Το πρώτο στάδιο, το οποίο αναφέρεται ως οξεία φάση, φυσιολογικές συναισθηματικές αντιδράσεις (φόβος, άγχος, ανησυχία) αναπτύσσονται μεταγενέστερα της αντίληψης του πόνου. Οι πρώτες αυτές αντιδράσεις αναφέρονται ως φυσιολογικές μιας και αποτελούν προστατευτικές λειτουργίες για τον άνθρωπο καθώς τον ωθούν να δώσει προσοχή στο ερέθισμα του πόνου και τον κινητοποιούν να αναζητήσει ιατρική βοήθεια για αυτό και να ανακουφιστεί έτσι από το δυσάρεστο αίσθημα (Turk & Melzack, 2002). Μπορούμε να πούμε ότι ο οξύς πόνος εξυπηρετεί στο να προειδοποιήσει το άτομο για παρούσα ή επικείμενη φυσική βλάβη. Αν, όμως, το αίσθημα του πόνου παραμένει για μία περίοδο μεταξύ 3-6 μηνών (που είναι μια συνήθης περίοδος για ίαση σε καταστάσεις πόνου) αρχίζει να εξελίσσεται σε χρόνια και περνάμε στο δεύτερο στάδιο του μοντέλου (Portenoy & Kanner, 1996). Η περίοδος της παραμονής του πόνου ώστε να καθοριστεί χρόνιος δεν βρέθηκε ίδιος κατά την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας. Ο Bonica (1990) παρέχει ένα πιο ευέλικτο ορισμό για τον χρόνια πόνο: «ο πόνος χαρακτηρίζεται χρόνιος αν επιμένει ένα μήνα περισσότερο από τη συνηθισμένη πορεία μιας οξείας ασθένειας/πόνου ή από την αναμενόμενη και λογική διάρκεια της αποκατάστασης μιας βλάβης · αν σχετίζεται με μία χρόνια παθολογική διαδικασία ή τέλος αν επαναλαμβάνεται ανά διαστήματα που μπορούν να είναι μήνες ή και χρόνια».

Στο δεύτερο στάδιο, όπου έχει εγκατασταθεί η χρονιότητα, προβλήματα φυσιολογίας αλλά και συμπεριφοράς επιδεινώνονται. Η πιθανή μαθημένη αβοηθησία, ο θυμός, η δυσφορία αλλά και η σωματοποίηση είναι τυπικά συμπτώματα ασθενών σε αυτό στάδιο. Πολύ συχνά ο βαθμός αυτών των συμπτωμάτων εξαρτώνται από την προϋπάρχουσα προσωπικότητα αλλά και την ψυχοκοινωνική δομή καθώς και τις κοινωνικοοικονομικές και περιβαλλοντικές συνθήκες. Το μοντέλο προτείνει μια προοπτική διάθεσης-στρες κατά την οποία το στρες που βιώνει το άτομο κατά την αντιμετώπιση του πόνου οδηγεί σε ενίσχυση ή επιδείνωση των ψυχολογικών χαρακτηριστικών του ατόμου (Gatchel, 1996). Τέλος, αυτή η πορεία των σύνθετων αλληλεπιδράσεων φυσιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών διαδικασιών

---

<sup>2</sup> Ο οξύς πόνος μπορεί να οριστεί ως ο πόνος εκείνος που διακρίνεται από πρόσφατη έναρξη και πιθανώς περιορισμένη διάρκεια (Portenoy & Kanner, 1996). Η έντασή του είναι συνήθως, αρχικά, μεγαλύτερη αλλά με τη θεραπεία και την αποκατάσταση της βλάβης από την οποία προέκυψε παρατηρείται σταδιακή μείωση.

χαρακτηρίζει το 3<sup>ο</sup> στάδιο το οποίο αναπαριστά τη χρόνια φάση αυτού του μοντέλου. Σαν αποτέλεσμα της χρόνιας φύσης της εμπειρίας του πόνου αλλά και του στρες που δημιουργεί, η ζωή του ασθενούς είναι πιθανό να αρχίσει να περιστρέφεται γύρω από τον πόνο και τις συμπεριφορές που τον διατηρούν. Ο ασθενής αρχίζει να υιοθετεί το ρόλο του ασθενή ο οποίος του δίνει το δικαίωμα να αποσύρεται από κοινωνικές και επαγγελματικές υποχρεώσεις.

### ***Πόνος, Μάθηση, Συμπεριφορά***

#### ***Κλασική εξάρτηση***

Η έρευνα έχει δείξει ότι η κλασική εξάρτηση του Pavlov μπορεί να ασκήσει κάποια επίδραση στην αντίληψη του πόνου. Όπως έχει προκύψει από έρευνες συσχετιστικής μάθησης ένα άτομο μπορεί να συνδέσει ένα συγκεκριμένο περιβάλλον με την εμπειρία του πόνου. Επιπλέον, εξαιτίας αυτής της σύνδεσης που γίνεται μεταξύ δύο ανεξάρτητων ερεθισμάτων (του χώρου και του πόνου), το άτομο ενδέχεται να βιώσει έντονο άγχος το οποίο με τη σειρά του αυξάνει τον πόνο (Ogden, 2000). Οι Jamner και Turksy (1987) ερεύνησαν την επίδραση της παρουσίας σε ανθρώπους που υπέφεραν από ημικρανίες σχετικές με πόνο λέξεις και βρήκαν ότι αυτή η παρουσίαση αύξησε και τα επίπεδα άγχους και την αντίληψη του πόνου και εξήγαγαν το συμπέρασμα ότι οι λέξεις προκάλεσαν μια αλλαγή στη διάθεση η οποία με τη σειρά της προκάλεσε μια αλλαγή στη υποκειμενική αντίληψη του πόνου (Jamner & Turksy, 1987). Οι Flor και Birbaumer (1994) παρείχαν ηλεκτρικά σοκ τα οποία συνοδεύονταν με ένα ακουστικό τόνο σε μια ομάδα φοιτητών οι οποίοι παρουσίασαν μια αύξηση στη μυϊκή ένταση ως αντίδραση στο σοκ. Μετά από μία σειρά δοκιμών ο τόνος από μόνος του μπορούσε να προκαλέσει την μυϊκή αντίδραση. Οι μυϊκές αντιδράσεις έγιναν ακόμα πιο έντονες όταν εξαρτήθηκαν και από διαφάνειες που σχετιζόνταν με αρνητικές συναισθηματικές καταστάσεις. Οι ερευνητές, επίσης, ανέφεραν ότι οι αντιδράσεις εξαρτήθηκαν πιο εύκολα και πήρε περισσότερο χρόνο να αποσβεστούν στους φοιτητές εκείνους που ανέφεραν επεισόδια πόνου στο λαιμό και στους ώμους υποθέτοντας μια προδιάθεση στην εξάρτηση των μυϊκών αντιδράσεων.

#### ***Συντελεστική Εξάρτηση***

Η συντελεστική εξάρτηση παίζει κι αυτή με τη σειρά της κάποιο ρόλο στην αντίληψη του πόνου. Οι άνθρωποι όταν πονάνε αντιδρούν εμφανίζοντας κάποιες συμπεριφορές πόνου. Πιο συγκεκριμένα οι Turk, Wack και Kerns (1985) μέσα από

ερευνητική δουλειά έχουν κατηγοριοποιήσει τις συμπεριφορές πόνου στις εξής: α) *εκφράσεις προσώπου ή στόματος* (σφίξιμο δοντιών, γογγυσμός), β) *στρεβλωμένη στάση ή κίνηση* (προφύλαξη της περιοχής πόνου, κουτσαίνοντας) γ) *αρνητικό συναίσθημα* (εκνευρισμός, κατάθλιψη) ή δ) *αποφυγή δραστηριότητας* (απουσία από εργασία, ανάπαυση, μη τήρηση της συνιστώμενης άσκησης). Έχει προταθεί ότι αυτές οι συμπεριφορές ενισχύονται από την προσοχή, συμπάθεια και αναγνώριση που λαμβάνουν τα άτομα που τις εμφανίζουν καθώς και από δευτερογενή οφέλη, όπως το να μη πηγαίνουν στην εργασία τους ή το να τους εξυπηρετούν οι άλλοι. Η θετικά ενισχυόμενη συμπεριφορά πόνου μπορεί να αυξήσει την αντίληψη του πόνου η οποία έχει σαν αποτέλεσμα την επανάληψη των συμπεριφορών πόνου και την σχετική με αυτές φροντίδα και προσοχή από τα πρόσωπα του άμεσου περιβάλλοντος.

Οι συμπεριφορές πόνου που σχετίζονται με την αποφυγή δραστηριότητας έχουν ως αποτέλεσμα τη μείωση του πόνου (η ενίσχυση αφορά στην ανακούφιση από τον πόνο) και είναι πιθανό να παράγουν πρότυπα ολοκληρωτικής αποφυγής και να αναστείλουν τη θεραπευτική πρόοδο (π.χ. το θεραπευτικό πρόγραμμα μπορεί να απαιτεί επώδυνη καθημερινή σωματική άσκηση η οποία να αποφεύγεται από άτομο). Όπως έχει διατυπωθεί και αλλού, «ο φόβος του πόνου μπορεί να προκαλέσει μεγαλύτερη αναπηρία από τον πόνο τον ίδιο» (Waddell, 1993).

### ***Διαφυλικές διαφορές στον Πόνο***

Στη διεθνή βιβλιογραφία έχουν αναφερθεί διαφορές στο βίωμα του πόνου ανάμεσα στα δύο φύλα. Υπάρχουν αρκετά ερευνητικά δεδομένα που υποδεικνύουν ότι οι γυναίκες παρουσιάζουν χαμηλότερο ουδό αλλά και αντοχή στον πειραματικά προκαλούμενο πόνο (Filligim & Maixner, 1995. Filligim, Maixner, Kincaid & Silva, 1998). Κάποιες έρευνες έχουν, επίσης, υποδείξει ότι οι γυναίκες εμφανίζουν μεγαλύτερη κροταφική άθροιση του πόνου, γεγονός που υποδηλώνει ότι μπορεί να υπάρχουν και διαφορές στον τρόπο που το ΚΝΣ επεξεργάζεται τα μηνύματα πόνου (Sarlanı, Grace, Reynolds & Greenspan, 2004. Sarlanı, Greenspan, 2002). Επιπλέον, κλινικές έρευνες αναφέρουν ότι οι γυναίκες είναι πιο πιθανό να αναφέρουν πονοκεφάλους, ημικρανίες και μυοσκελετικό πόνο (Unruch, 1996). Οι γυναίκες, όμως, σύμφωνα με ερευνητικά αποτελέσματα, παρότι αναφέρουν μεγαλύτερης έντασης πόνο συγκριτικά με τους άνδρες, εμφανίζουν μικρότερη συναισθηματική αντίδραση στον πόνο, ενώ η σχέση μεταξύ άγχους και του βιώματος του πόνου έχει φανεί να είναι πιο

ισχυρής στους άνδρες (Morin, Lund, Villarroel, Clockie & Feine, 2000. Edwards, Auguston & Fillingim, 2000). Τα αποτελέσματα αυτά, όμως, δεν είναι συνεπή ανάμεσα στις διάφορες έρευνες (Keogh & Birkby, 1999). Ωστόσο, ο ρόλος του φύλου στο βίωμα του πόνου δεν είναι τόσο ξεκάθαρος και χρειάζεται περαιτέρω διερεύνηση καθώς ερευνητικά δεδομένα έχουν δείξει ότι η επίδραση του φύλου στον πόνο είναι πιο ισχυρή σε πειραματικές μελέτες συγκριτικά με κλινικές οι οποίες χρησιμοποιούν δείγμα ασθενών με χρόνια πόνο και δεν αναφέρουν διαφορές μεταξύ των δύο φύλων (Robinson et al., 2005).

### ***Μια βιοψυχολογική προσέγγιση στην αξιολόγηση και τη διαχείριση του ΠΟΝΟΥ***

Η βιοψυχολογική προσέγγιση του πόνου τον θεωρεί σαν μια σύνθετη και δυναμική αλληλεπίδραση μεταξύ φυσιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων η οποία έχει ως αποτέλεσμα ή τουλάχιστον διατηρεί τον πόνο. Ο πόνος δεν μπορεί να διαιρεθεί σε διακριτά και ανεξάρτητα συστατικά. Επίσης, το κάθε άτομο βιώνει τον πόνο με ένα μοναδικό τρόπο. Η συνθετότητα του πόνου γίνεται πιο εμφανής όταν ο πόνος επιμένει στο πέρασμα του χρόνου μιας και ένα μεγάλο εύρος κοινωνικών, ψυχολογικών και οικονομικών παραγόντων αλληλεπιδρά με τη φυσική παθολογία και τροποποιεί την αναφορά του πόνου που μας δίνει ο ασθενής, επηρεάζει τη μετάβαση από τον οξύ στον χρόνια πόνο, την αντίδραση του ατόμου στη θεραπεία καθώς ακόμη και την επικείμενη πιθανή αναπηρία του (Burton, Tillotson, Main & Hollis, 1995. Main & Burton, 1995). Η βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση του πόνου χρησιμοποιεί φυσιολογικούς, βιολογικούς, γνωστικούς, συναισθηματικούς, συμπεριφορικούς και κοινωνικούς παράγοντες καθώς και την αλληλεπίδραση τους στην προσπάθεια αξιολόγησης της αναφοράς του πόνου που μας δίνει ο ασθενής.

Ο Gatchel (1996) και οι Turk και Monarch (2002) μας έχουν δώσει μια πιο περιεκτική ανασκόπηση της βιοψυχοκοινωνικής προσέγγισης του χρόνιου πόνου. Νωρίτερα, οι Turk και Flor (1999) είχαν ήδη δείξει πάντα μέσα στο βιοψυχοκοινωνικό πλαίσιο ότι τα προβλήματα πόνου πρέπει να θεωρούνται ως καταστάσεις που βρίσκονται σε εξέλιξη και είναι πολυπαραγοντικές μέσα στις οποίες υπάρχει μια δυναμική και ανταποδοτική αλληλεπίδραση ανάμεσα σε βιολογικούς, ψυχολογικούς και κοινωνικούς πολιτισμικούς παράγοντες η οποία τελικά σχηματίζει την εμπειρία του πόνου. Την ίδια περίπου άποψη έχουν διατυπώσει και οι Walker et

al. (2004), όπως είδαμε και στο κεφάλαιο με τα βιοψυχοκοινωνικά μοντέλα για την προσαρμογή στη χρόνια νόσο. Πιο συγκεκριμένα, είχαν επισημάνει ότι η διαχείριση του πόνου και της δυσφορίας ανήκει στην ευρεία διάσταση της ψυχολογικής ευεξίας η οποία περιλαμβάνει μεταβλητές όπως η αισιοδοξία, τα θετικά καθημερινά γεγονότα, η ικανοποίηση από τη ζωή, η αποδοχή της νόσου και το να είναι ο πάσχων ενεργής φυσικά και κοινωνικά.

Ως εκ τούτου, μπορούμε με σιγουριά πια να προτείνουμε ότι για να μπορέσουμε να αξιολογήσουμε τον πόνο ώστε να παρέμβουμε θεραπευτικά χρειάζεται να λάβουμε υπόψη μας όλες αυτές τις πιθανές αλληλεπιδράσεις. Έτσι η αξιολόγηση καθώς και η θεραπευτική παρέμβαση θα είναι εξατομικευμένη.

Σε επόμενα κεφάλαια θα αναφερθούμε στο κατά πόσο η προσαρμογή στο χρόνιο πόνο αλλά ακόμη και η αντίληψη του πόνου επηρεάζεται από παράγοντες όπως είναι το άγχος, η υποχονδρίαση-άγχος υγείας κ.α..

#### ***Διαχείριση του πόνου***

Ο πόνος, ιδιαίτερα αυτός που εξελίσσεται σε χρόνια, πολύ συχνά δεν είναι δυνατό να θεραπευθεί. Για αυτό ακριβώς το λόγο μιλάμε για διαχείριση του πόνου. Αυτό ισχύει και για άλλες χρόνιες παθήσεις όπως η υπέρταση, ο διαβήτης, το άσθμα και ούτω καθεξής. Πρόσφατα, μια τάση στη βιβλιογραφία της διαχείρισης του πόνου απομακρύνεται από το μύθο της ομοιογένειας των ασθενών με χρόνια πόνο και στρέφεται περισσότερο στο ταίριασμα της θεραπείας με τα συγκεκριμένα αποτελέσματα που έχει δώσει η αξιολόγηση του κάθε ασθενούς (Turk & Flor, 1999. Turk & Monarch, 2002. Turk & Okifuji, 2001).

Μιας και οι ομάδες των ασθενών διαφέρουν μεταξύ τους σε επίπεδο ψυχοκοινωνικών και συμπεριφορικών χαρακτηριστικών, ακόμη και στις περιπτώσεις εκείνες που η ιατρική διάγνωση είναι ταυτόσημη, το ταίριασμα της θεραπευτικής προσέγγισης με τα χαρακτηριστικά των ασθενών είναι εξεχούσης σημασίας. Παραδοσιακά οι ασθενείς με την ίδια θεραπευτική διάγνωση ομαδοποιούνταν και αντιμετώπιζονταν με τον ίδιο τρόπο. Παρόλα αυτά, έχει αποδειχθεί ότι ασθενείς με την ίδια ακριβώς διάγνωση αντιδρούν διαφορετικά στην ίδια θεραπεία. Κατά συνέπεια, κρίνεται απαραίτητο η θεραπεία να είναι εξατομικευμένα προσαρμοσμένη στο κάθε ασθενή βασισμένη προσεκτικά πάνω στη βιοψυχοκοινωνική αξιολόγηση του.

Πληθώρα ψυχολογικών παραγόντων, όπως αναφέρθηκε και πιο πάνω και όπως λεπτομερέστερα αναφέρονται σε επόμενα κεφάλαια, παίζουν σημαντικό ρόλο

στην προσαρμογή στον χρόνιο πόνο. Ως εκ τούτου, η συμμετοχή ειδικοτήτων πέρα των ιατρικών ειδικοτήτων (αναισθησιολόγων, ορθοπεδικών, ρευματολόγων κ.τ.λ.) όπως είναι οι ψυχολόγοι κρίνεται απαραίτητη. Η σπουδαιότητα του ρόλου των ψυχολόγων στην αξιολόγηση αλλά και στη θεραπεία του χρόνιου πόνου είναι πλέον αποδεκτή σε μια σειρά φορέων και κυβερνητικών σωμάτων στις Η.Π.Α., στον Καναδά και στην Αγγλία. Ενδεικτικά αναφέρεται ότι η Επιτροπή για τη Πιστοποίηση των Μονάδων Αποκατάστασης (Commission on the Accreditation of Rehabilitation Facilities) απαιτεί τη συμμετοχή ψυχολόγων στη θεραπεία προκειμένου ένα πρόγραμμα να λάβει τη διαπίστευση (Turk & Okifuji, 2002).

#### IV. ΥΠΟΧΟΝΔΡΙΑΣΗ-ΑΓΧΟΣ ΥΓΕΙΑΣ

##### **Ορισμοί, λειτουργίες**

Ο όρος υποχονδρίαση προέρχεται από τον παλαιό ιατρικό όρο «υποχόνδριον» που σημαίνει κάτω από τις πλευρές και έχει σχέση με τα συχνά κοιλιακά ενοχλήματα που έχουν πολλοί ασθενείς με τη διαταραχή (Kaplan, 2000). Η υποχονδρίαση αφορά στην ενασχόληση με το φόβο ή την πεποίθηση ότι κάποιος νοσεί από μια σοβαρή ασθένεια. Αυτός ο φόβος συμβαίνει χωρίς μια επαρκή οργανική παθολογία η οποία θα εξηγούσε το βαθμό της ψυχολογικής αυτής αντίδρασης και διατηρείται παρά το γεγονός ότι δεν έχουν διαπιστωθεί γνωστές ιατρικές αιτίες. Τέτοιοι φόβοι σχετίζονται με την αντίληψη σωματικών αισθήσεων οι οποίες παρερμηνεύονται ως αποδείξεις για την ύπαρξη μιας σοβαρής νόσου (Salkovskis & Bass, 1997). Η ενασχόληση των ασθενών με αυτούς τους φόβους καταλήγει σε σημαντική καταπόνηση, ενώ διαταράσσεται και η προσωπική, κοινωνική και επαγγελματική λειτουργικότητά τους.

Σύμφωνα με το DSM-IV η υποχονδρίαση κατατάσσεται στις σωματόμορφες διαταραχές (Kaplan, 2000) αν και έχει κοινά χαρακτηριστικά και με τις αγχώδεις. Αν και δεν υπάρχουν αξιόπιστες εκτιμήσεις αναφορικά με τον επιπολασμό της υποχονδρίασης ως διαγνωστική κατηγορία (κάποιες εκτιμήσεις αναφέρουν περίπου στο 2%, Loeper & Kirmayer, 2001) υπολογίζεται ότι περίπου το 30-40% των ασθενών που επισκέπτονται τους γιατρούς παρουσιάζουν συμπτώματα για τα οποία δεν υπάρχει οργανική βάση. Η διάρκεια και η πορεία της υποχονδρίασης είναι αβέβαιη. Σύμφωνα με το DSM-IV το κριτήριο της ελάχιστης διάρκειας ώστε να δοθεί η διάγνωση της υποχονδρίασης είναι 6 μήνες (APA, 1994), αλλά γνωρίζουμε λίγα για τη σχέση μεταξύ αυτής της χρόνιας διαταραχής και πιο παροδικών μορφών της. Φαίνεται, πάντως, να υπάρχει μια υποομάδα ασθενών με μια πιο ευνοϊκή πρόγνωση όπου τα υποχονδριακά συμπτώματα είναι μικρότερης διάρκειας.

Όπως αναφέρεται στον ορισμό της υποχονδρίασης που δίνει το DSM-III-R, η υποχονδρίαση είναι ο φόβος ή πεποίθηση ότι κάποιος έχει μια σοβαρή ασθένεια δεν είναι, όμως, αρκετά ξεκάθαρο το κατά πόσο αυτή η κατηγορία περιλαμβάνει δύο ξεχωριστές υποομάδες. Ο Pilowsky (1967) διαμόρφωσε ένα ερωτηματολόγιο, το Whiteley Index το οποίο αποτελείται από 14 ερωτήσεις και διακρίνει υποχονδριακούς ασθενείς από μη υποχονδριακούς και χρησιμοποίησε τη μέθοδο της παραγοντικής ανάλυσης για να εξετάσει αυτό το ερώτημα. Τρεις διαστάσεις της υποχονδρίασης προέκυψαν μέσα από αυτή τη μελέτη, η *σωματική ενασχόληση*, η *φοβία ασθενειών*

και η *καταδίκη* από ασθένεια. Η μελέτη του παρέχει υποστήριξη για το ότι μπορεί να υπάρχουν ξεχωριστές καταστάσεις συνεπή με την κλινική εντύπωση που επικρατεί αναφορικά με την εγκυρότητα αυτής της κατηγοριοποίησης (Bianchi, 1971. Leonhard, 1968. Marks, 1987.). Εντούτοις, δεν υπάρχουν έρευνες που να προσπάθησαν να διαφοροποιήσουν την υποχονδρίαση από την φοβία ασθενειών όσον αφορά στην εμπειρία συμπτωμάτων, στο βαθμό των συμπεριφορών αποφυγής που εμφανίζει το άτομο (αναζήτηση επιβεβαίωσης και αποφυγή σχετικών με ασθένεια καταστάσεων) (Warwick & Salkovskis, 1989).

Ο επιπολασμός των υποχονδριακών ενασχολήσεων στο γενικό πληθυσμό είναι ασαφής καθώς οι περισσότερες μετρήσεις βασίζονται σε συνεχείς κλίμακες με τις οποίες η διάκριση μεταξύ περιπτώσεων υποχονδρίασης και μη περιπτώσεων είναι θέμα βαθμού. Ο Kellner (1985) είχε εκτιμήσει ότι η υποχονδρίαση ποικίλλει από 3-13% σε διαφορετικές κοινότητες ενώ οι ανησυχίες για τις ασθένειες που ποικίλλουν από λογικές ανησυχίες μέχρι και συνεχείς, δυσλειτουργικούς φόβους, συμβαίνουν στο 1-20% των ανθρώπων. Οι Barsky Wyshak, Klerman και Latham (1990), ανέφεραν έναν εξάμηνο επιπολασμό με βάση τα κριτήρια του DSM-III-R μεταξύ 4.2 και 6.3% σε ένα δείγμα εξωτερικών ασθενών γενικής ιατρικής. Για πολλά χρόνια υπήρχε η αντίληψη ότι η υποχονδρίαση είναι πάντα δευτερογενής άλλων διαταραχών όπως είναι η κατάθλιψη (Kenyon, 1965). Πιο σύγχρονες έρευνες, όμως, έδειξαν, ότι η πρωταρχική μορφή της υποχονδρίασης είναι κοινή με την μετέπειτα πορεία της.

Έχει διατυπωθεί η υπόθεση ότι η υποχονδρίαση αποτελεί το τελικό άκρο του συνεχούς του εστιασμένου στην υγεία άγχους (Salkovskis, 1989). Το *άγχος υγείας* εκτός από τις ψυχιατρικές διαταραχές εμφανίζεται και σε μη ψυχιατρικά υποκείμενα συμπεριλαμβανομένων και των φυσικά ασθενών. Όταν αναφερόμαστε στο *άγχος υγείας* μιλάμε για μια πολυεπίπεδη και συνεχή κατασκευή η οποία χαρακτηρίζεται από υπερβολική ανησυχία για την υγεία στο ένα άκρο και από απόλυτη απουσία ανησυχίας στο άλλο. Εφεξής όταν αναφερόμαστε στο *άγχος υγείας* θα μιλάμε με ποσοτικούς όρους (υψηλό-χαμηλό) και δεν θα ταυτίζεται με την υποχονδρίαση η οποία αποτελεί μια διαγνωστική κατηγορία.



## ***Θεωρητικά Μοντέλα και Υποχονδρίαση***

### ***Ψυχαναλυτικά Μοντέλα***

Ο Φρόιντ (1914) στο έργο του «Εισαγωγή στον ναρκισσισμό» διακρίνει τις σύγχρονες νευρώσεις από τις ψυχονευρώσεις της άμυνας ή της μετάθεσης. Την υποχονδρίαση την κατατάσσει ανάμεσα στις σύγχρονες νευρώσεις και θεωρεί ότι δεν προκαλείται από κρυμμένα τραύματα και ούτε είναι αποτέλεσμα προβλημάτων της προηγούμενης ζωής αλλά περισσότερο αντανακλά μια τρέχουσα μη ικανοποίηση. Σύμφωνα με αυτή τη θεώρηση οι σύγχρονες νευρώσεις χαρακτηρίζονται από το γεγονός ότι προκύπτουν μέσα από μία έλλειψη ή μια ανεπαρκή έκφραση της σεξουαλικότητας. Η γένεση τους αφορά στις παρούσες συνθήκες και όχι σε νηπιακές συγκρούσεις. Το άγχος σύμφωνα με αυτή τη συλλογιστική θεωρείται ένας μηχανισμός άμεσης παρηγοριάς. Η ανεκπλήρωτη σεξουαλική ευχαρίστηση και επιθυμία βρίσκουν άλλους τρόπους για να ικανοποιηθούν και έτσι η μη ικανοποιημένη λίμπιντο μεταμορφώνεται αυτόματα σε άγχος. Η λίμπιντο στην υποχονδρίαση αλλάζει στόχο. Εγκαταλείπει τον εξωτερικό κόσμο και τα αντικείμενα αγάπης μιας και δεν είναι συμβατά με τη δυσφορία που βιώνει το άτομο εξαιτίας της ανεκπλήρωτης σεξουαλικής επιθυμίας. Οι επενδύσεις της λίμπιντο επιστρέφουν στο εγώ και στα σωματικά όργανα. Αυτή η μετατόπιση στα όργανα περιγράφεται σαν μια «στάση» της λίμπιντο.

Ο Fenichel έχει συνδέσει την υποχονδρίαση με το φόβο για τη σεξουαλικότητα και θεωρεί ότι η έκφρασή της ισοδυναμεί με μια αυλαία που εξυπηρετεί στο να καλυφθούν φόβοι ακόμα πιο παλιοί και από τον φόβο θανάτου. Ο Fenichel ενοχοποιεί για την υποχονδρίαση το φόβο της τιμωρίας και της σεξουαλικότητας (όπως αναφέρεται στον Lejoyeux, 2005). Ο παιδικός φόβος που αναδεικνύει την οιδιπόδεια προβληματική «ντρέπομαι που επιθυμώ να σκοτώσω τους γονείς μου» παίρνει μια άλλη μορφή πιο αποδεκτή όπως «φοβάμαι το θάνατο». Τέλος, η υποχονδρίαση στους ψυχαναλυτικούς κύκλους έχει υποτεθεί ότι αποτελεί μέρος ναρκισσιστικών διεργασιών (McWilliams, 1994). Τα άτομα με ναρκισσιστική δομή προσωπικότητας διακρίνονται από ψυχολογική ευθραυστότητα. Αισθάνονται ότι η ταυτότητά τους είναι πολύ εύθραυστη για να μπορέσει να διατηρήσει τη συνοχή της και να αντέξει στις έντονες δοκιμασίες. Συχνά ο φόβος του θρυμματισμού του εσωτερικού τους εαυτού μετατίθεται σε μια υπερβολική ενασχόληση με τη σωματική τους υγεία.

Το ψυχαναλυτικό μοντέλο έχει δεχθεί εντονότατη κριτική και η επιχειρηματολογία αυτής της κριτικής αφορά περισσότερο σε μεθοδολογικά ελλείμματα ως προς την τεκμηρίωση της θεωρίας αλλά και στο ότι είναι ένα εποχιακά και πολιτισμικά ευαίσθητο μοντέλο. Παρόλα αυτά η ψυχαναλυτική σχολή είναι από τις πρώτες που ασχολήθηκε θεωρητικά αλλά και θεραπευτικά με την υποχονδρίαση και γι' αυτό το λόγο κρίθηκε σκόπιμη η αναφορά σε αυτό το μοντέλο.

### ***Γνωσιακό - Συμπεριφοριστικό Μοντέλο***

Η υπόθεση που διατυπώνει η γνωσιακή-συμπεριφοριστική προσέγγιση στην προσπάθεια κατανόησης της υποχονδρίασης και του άγχους υγείας βασίζεται στην κεντρική ιδέα ότι τα σωματικά σημάδια και συμπτώματα θεωρούνται περισσότερο επικίνδυνα απ' ό,τι πραγματικά είναι και ότι μια ασθένεια θεωρείται περισσότερο πιθανή ή σοβαρή απ' ό,τι είναι (Warwick & Salkovskis, 1989). Την ίδια στιγμή ο ασθενής αντιλαμβάνεται τον εαυτό του ως ανίκανο να προλάβει την ασθένεια και αδύναμο να επηρεάσει την πορεία της (σαν να μη διαθέτει ικανοποιητικά μέσα αντιμετώπισης για την αντιλαμβανόμενη απειλή). Η γενική γνωσιακή ανάλυση για τη σχέση μεταξύ της αντιλαμβανόμενης απειλής και της εμπειρίας του άγχους παίρνει τη μορφή του εξής λόγου (Salkovskis & Bass, 1997):

$\text{Άγχος} = \frac{\text{Αντιλαμβανόμενη πιθανότητα εμφάνισης της ασθένειας} \times \text{αντιλαμβανόμενο κόστος, δυσφορία, βάρος}}{\text{Αντιλαμβανόμενη ικανότητα αντιμετώπισης της ασθένειας} + \text{αντίληψη του βαθμού που εξωτερικοί παράγοντες είναι βοηθητικοί}}$
---

Με βάση αυτήν την ποσοτική θεώρηση του άγχους υγείας είναι πιθανό κάποιος να βιώνει έντονο άγχος για την υγεία του ενώ παράλληλα η αντιλαμβανόμενη πιθανότητα του να νοσήσει είναι μικρή, δεδομένου, όμως, ότι παρουσιάζει μια υψηλή αντίληψη για το βάρος και τη δυσφορία που επιφέρει η νόσος (π.χ. το να πιστεύει κάποιος ότι το να έχεις καρκίνο σημαίνει ότι επιφέρει αναπηρία, εγκατάλειψη από τους αγαπημένους ανθρώπους και απόσυρση). Ένα πρότυπο σαν και αυτό που αναφέραμε συνταιριαγμένο με υψηλή αντιλαμβανόμενη πιθανότητα μπορεί να οδηγήσει σε πολύ υψηλά επίπεδα άγχους.

Όσον αφορά στην ανάπτυξη του άγχους υγείας, έχει προταθεί ότι η γνώση και οι προηγούμενες εμπειρίες ασθενειών (στον εαυτό ή σε άλλους) οδηγούν στη διαμόρφωση συγκεκριμένων υποθέσεων και πεποιθήσεων σχετικά με τα

συμπτώματα, τις ασθένειες, τις συμπεριφορές υγείας (Warwick & Salkovskis, 1989). Όλα αυτά μαθαίνονται ουσιαστικά από διάφορες πηγές και ειδικά από τις πρώιμες εμπειρίες και από τα γεγονότα στον άμεσου κοινωνικό κύκλο του ατόμου καθώς και από τα μέσα μαζικής επικοινωνίας. Προηγούμενη εμπειρία από φυσική ασθένεια στο άτομο ή την οικογένεια και προηγούμενα βιώματα μη ικανοποιητικού ιατρικού χειρισμού μπορεί, επίσης, να παίζουν σημαντικό ρόλο (Bianchi, 1971). Έναν επιπλέον παράγοντα αποτελεί και η ενημέρωση που παρέχεται από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης. Ένα τρανταχτό παράδειγμα μας δίνει και η αύξηση των περιπτώσεων ειδικής φοβίας για το AIDS μετά από μία εκστρατεία μαζικής προβολής που πραγματοποιήθηκε στα μέσα της δεκαετίας του '80 (Miller, Acton & Hedge, 1988).

Παραδείγματα πιθανών προβληματικών υποθέσεων είναι οι εξής: «οι σωματικές αλλαγές αποτελούν συνήθως σημάδι μιας σοβαρής ασθένειας, γιατί κάθε σύμπτωμα απαραίτητα έχει και μια ευπροσδιόριστη φυσική αιτία», «αν δεν πας στον γιατρό αμέσως μόλις παρατηρήσεις κάτι ασυνήθιστο, τότε θα είναι πολύ αργά» (Salkovskis & Bass, 1997). Άλλες πεποιθήσεις σχετίζονται με συγκεκριμένες προσωπικές αδυναμίες αναφορικά με συγκεκριμένες ασθένειες. Για παράδειγμα, «υπάρχει ιστορικό καρδιάς στην οικογένεια» ή «έχω από μωρό αδύναμα πνευμόνια». Τέτοιες πεποιθήσεις πιθανό να είναι μια διαρκής πηγή άγχους η οποία είναι πιθανό να ενεργοποιηθεί από κρίσιμα γεγονότα σε ευάλωτα υποκείμενα.

Αυτές οι σχηματισμένες υποθέσεις μπορεί να οδηγήσουν στην επιλεκτική προσοχή πληροφοριών που φαίνεται να επιβεβαιώνουν την ιδέα του ατόμου ότι πάσχει από κάποια ασθένεια και στην ταυτόχρονη επιλεκτική αφαίρεση πληροφοριών που υποδεικνύουν καλή υγεία. Συνεπώς, μπορούμε να πούμε ότι οι συγκεκριμένες υποθέσεις που κάνει το άτομο επιφέρουν με τη σειρά τους μια *προκατάληψη επιβεβαίωσης* στον τρόπο σκέψης του ατόμου όταν ένα κρίσιμο γεγονός που έχει συμβεί οδηγεί στην παρερμηνεία των σωματικών συμπτωμάτων ως ενδείξεων κάποιας σοβαρής ασθένειας. Καταστάσεις που αποτελούν κρίσιμα γεγονότα και ενεργοποιούν πρωτίτερα αδρανείς υποθέσεις είναι οι μη οικείες σωματικές αισθήσεις, η σχετική με τις λεπτομέρειες για την ασθένεια ενός φίλου παρόμοιας ηλικίας πληροφόρηση. Αύξηση των σωματικών αισθήσεων, τότε, μπορεί να παρατηρηθεί ως αποτέλεσμα της αυξημένης διέγερσης εξαιτίας του άγχους. Σε ασθενείς που παρουσιάζουν ιδιαίτερο άγχος για την υγεία τους, τέτοιες καταστάσεις συνδέονται με σκέψεις που αφορούν σε καταστροφικές ερμηνείες των σωματικών αισθήσεων. Οι καταστροφικές ερμηνείες με τη σειρά τους οδηγούν σε δύο πρότυπα

άγχους. Αν οι αισθήσεις ή τα σωματικά συμπτώματα δεν είναι αποτέλεσμα άγχους ή αν ο ασθενής δεν αντιμετωπίζει την *καταστροφή* που φοβάται ως άμεση (π.χ «οι πόνοι στο στομάχι προέρχονται από έναν μη διαγνωσμένο καρκίνο»), τότε η αντίδραση θα είναι η εκδήλωση υποχονδριακού άγχους για την υγεία. Από την άλλη αν τα συμπτώματα τα οποία παρερμηνεύονται είναι το αποτέλεσμα προκαλούμενης από το άγχος διέγερσης του αυτόνομου νευρικού συστήματος και η ερμηνεία που δίνεται είναι ότι τα συμπτώματα είναι σημάδια *άμεσης καταστροφής* (π.χ «αυτή η ταχυκαρδία σημαίνει ότι παθαίνω καρδιακό επεισόδιο»), τότε μια επιπρόσθετη ξαφνική αύξηση στα συμπτώματα είναι πολύ πιθανό να συμβεί. Αν αυτή η διαδικασία συνεχίσει, τότε η πιο πιθανής αντίδραση σε αυτόν τον κύκλο γεγονότων, ερμηνειών, και συμπτωμάτων είναι η κρίση πανικού (Clark, 1988). Παρά τις διαφορές στους τύπους των συμπτωμάτων και στη χρονική διάρκεια όπου επικρατεί ο φόβος για ασθένεια, ο ιδεασμός στον πανικό και την υποχονδρίαση είναι παρόμοιος.

*Παράγοντες που συμβάλλουν στη διατήρηση του άγχους υγείας-υποχονδρίασης*

Εφόσον το άγχος για την υγεία έχει εγκαθιδρυθεί, υπάρχουν κάποιοι μηχανισμοί οι οποίοι συμβάλλουν στη διατήρησή του. Οι μηχανισμοί αυτοί είναι οι εξής:

**Αυξημένη φυσιολογική διέγερση:** Η αυξημένη φυσιολογική διέγερση η οποία προκύπτει από την αντίληψη απειλής οδηγεί στην αύξηση των αισθήσεων που διαμεσολαβούνται από το αυτόνομο νευρικό σύστημα (Warwick & Salkovskis, 1989). Αυτές οι αισθήσεις συχνά ερμηνεύονται από τον ασθενή ως πρόσθετες αποδείξεις ότι νοσεί. Για παράδειγμα, αν ένας ασθενής παρατηρήσει αυξημένη εφίδρωση και σκεφτεί ακολούθως ότι αυτό το γεγονός αποτελεί ένδειξη μιας σοβαρής ορμονικής διαταραχής, τότε η εφίδρωση θα αυξηθεί ως αποτέλεσμα της αγχογόνου σκέψης και αυτό θα είναι αρκετό ώστε να παρέχει επιπλέον αποδείξεις για το σενάριο της ορμονικής διαταραχής και να συμβάλλει με αυτόν τον τρόπο στη διατήρηση του άγχους υγείας.

**Εστία προσοχής:** Η επιλεκτική προσοχή σε πληροφορίες ή ερεθίσματα σχετικά με την ασθένεια, όπως είναι η αντίληψη των φυσιολογικών σωματικών αλλαγών (π.χ. γαστρική διαστολή μετά τα γεύματα) ή προηγούμενα μη παρατηρήσιμων σωματικών χαρακτηριστικών (π.χ πανάδες στο δέρμα) είναι ένας πολύ σημαντικός παράγοντας που συμβάλλει στη διατήρηση του άγχους υγείας (Salkovskis & Bass, 1997). Η εστία της προσοχής που ουσιαστικά καθοδηγείται από

την ανησυχία για τις ασθένειες καθιστά συνειδητές κάποιες ελάχιστες σωματικές μεταβολές σε περιόδους που οι σκέψεις για την πιθανότητα ασθένειας είναι παρούσες, οδηγώντας σε μια προκατάληψη στην παρατήρηση πληροφοριών που είναι συμβατές με την ανησυχία του ατόμου. Οι Hadjistavroulos et al. σε μία πειραματική μελέτη που διεξήγαγαν σε μη κλινικό πληθυσμό παρατήρησαν ότι τα υποκείμενα που ορίστηκαν ως αγχωμένα ως προς την υγεία παρουσίασαν ένα έλλειμμα στην ικανότητα τους να παρατηρούν αντικειμενικά σωματικές αισθήσεις ενώ βίωναν πειραματικά προκαλούμενο πόνο (Hadjistavroulos, Craig & Hadjistavroulos, 1998). Τα μη αγχωμένα ως προς την υγεία υποκείμενα, από την άλλη, χρησιμοποίησαν έναν πιο αντικειμενικό τρόπο στο να παρατηρούν τις σωματικές αισθήσεις χωρίς να εστιάζουν τόσο στις συναισθηματικές διαστάσεις του πόνου όπως τα αγχωμένα προς την υγεία υποκείμενα.

Η εστία της προσοχής μπορεί ακόμη να οδηγήσει και σε πραγματική αλλαγή φυσιολογικών συστημάτων όπου τα αντανακλαστικά σε αντιπαράθεση με τον εμπρόθετο έλεγχο παίζουν κάποιο ρόλο (αναπνοή, κατάποση, μυϊκή δραστηριότητα) (Warwick & Salkovskis, 1989). Για παράδειγμα, κάποιοι ασθενείς μπορεί να παρατηρήσουν δυσκολία στην κατάποση ξηρών τροφών και να την ερμηνεύσουν ως καρκίνο του φάρυγγα. Το να εστιάζουν την προσοχή τους στην κατάποση μπορεί να οδηγήσει σε υπερβολική προσπάθεια και αυξημένη δυσφορία και ως εκ τούτου περαιτέρω δυσκολία στην κατάποση.

Συμπεριφορές αποφυγής/ελέγχου: Τα άτομα που παρουσιάζουν έντονο άγχος υγείας ανεξάρτητα από το αν πληρούν τα κριτήρια για υποχονδρίαση εμφανίζουν συμπεριφορές που στόχο έχουν την αποφυγή, τον έλεγχο ή και τον ολοκληρωτικό αποκλεισμό της φυσικής ασθένειας όπως η αποφυγή φυσικής άσκησης ή μόχθου ή η αποφυγή οποιασδήποτε επαφής με ασθένεια, η μελέτη ιατρικών κειμένων, η συχνή επιβεβαίωση ή λήψη συμβουλών από γιατρούς, ο έλεγχος και η εξέταση του σώματος (Salkovskis & Bass, 1997). Αν και οι συμπεριφορές που αναφέρθηκαν παραπάνω δεν αφορούν όλες στην αποφυγή του φοβογόνου ερεθίσματος, όλες τείνουν να ουδετεροποιούν ή να εξαλείφουν το άγχος παροδικά. Ουσιαστικά, όμως, αυτές οι συμπεριφορές συμβάλλουν στη διατήρηση του άγχους. Οι συμπεριφορές αποφυγής ελαχιστοποιούν την πιθανότητα το άτομο να επανεκτιμήσει την αξία της απειλής με το να αποτρέπουν την εξοικείωση με το φοβογόνο ερέθισμα (Warwick & Salkovskis, 1989). Οι συμπεριφορές ελέγχου διατηρούν το άγχος υγείας με δυο μηχανισμούς, μέσω της αύξησης των σωματικών συμπτωμάτων (συνεχής

έλεγχος μπορεί να προκαλέσει ερεθισμό της περιοχής του σώματος που ελέγχεται) και ως εκ τούτου και την ενασχόληση με αυτά (μέσω της παροχής επιβεβαίωσης του φόβου) αλλά και μέσω του μηχανισμού της ουδετεροποίησης όπως αυτό συμβαίνει και στη ψυχαναγκαστική-καταναγκαστική διαταραχή (Salkovskis, & Warwick, 1986).

## **V. ΥΠΟΧΟΝΔΡΙΑΣΗ- ΑΓΧΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗ ΣΤΟ ΧΡΟΝΙΟ ΠΟΝΟ**

### *Συνοσηρότητα και Επιπτώσεις του Άγχους Υγείας στον Χρόνιο Πόνο*

Ο ρόλος που παίζει το άγχος υγείας στην προσαρμογή στον χρόνιο πόνο δεν έχει ιδιαίτερα μελετηθεί. Ωστόσο, έχουν γίνει κάποιες ερευνητικές προσπάθειες οι οποίες είχαν ως στόχο το να μάθουμε περισσότερα για το αν και πώς η υποχονδρίαση (όχι μόνο ως διαγνωστική κατηγορία αλλά και σε μη παθολογικές μορφές) μπορεί να επηρεάσει το βίωμα του χρόνιου πόνου. Οι Turk και Rudy (1987) είχαν διατυπώσει την υπόθεση ότι η υποχονδρίαση μπορεί να εξηγεί τη διαφορετικότητα των αντιδράσεων των ατόμων στον χρόνιο πόνο. Ασθενείς με χρόνιο πόνο οι οποίοι παρουσιάζουν υποχονδριακές τάσεις έχει βρεθεί ότι αναφέρουν μεγαλύτερη σωματική επίγνωση, περισσότερα καταθλιπτικά συμπτώματα και μεγαλύτερη αναπηρία (Main & Waddell, 1987). Επίσης, έχει βρεθεί ότι αναφέρουν περισσότερα συμπτώματα πόνου τα οποία δε συνάδουν με την υποκείμενη ανατομία και φυσιολογία (Main & Waddell, 1987. Waddell, Pilowsky & Bond, 1989).

Οι Rode, Salkovskis, Dowd και Hanna (2006) βρήκαν ότι ασθενείς με χρόνιο πόνο παρουσιάζουν σε ποσοστό 36,7% υποχονδρίαση και σε ποσοστό 51,1% υψηλό άγχος υγείας. Ένα ενδιαφέρον εύρημα ήταν το ότι η ομάδα ελέγχου που είχε την ίδια χρονική διάρκεια πόνου αλλά μικρότερης έντασης παρουσίασε σημαντικά μικρότερα ποσοστά υποχονδρίασης (2,9%) και υψηλού άγχους υγείας ( 17,6%). Το κύριο εύρημα, όμως, αυτή της μελέτης είναι ότι ασθενείς με υψηλό άγχος υγείας αναφέρουν μεγαλύτερα επίπεδα πόνου. Ωστόσο, ο συναφειακός χαρακτήρας αυτής της έρευνας δεν επιτρέπει την εξαγωγή συμπερασμάτων σχετικών με την αιτιολογία, δηλαδή αν το άγχος υγείας προκαλεί εντονότερο βίωμα πόνου ή αν ο εντονότερος πόνος ενισχύει το άγχος για την υγεία.

Οι Hadjistavropoulos, Hadjistavropoulos και Quine (2000). στην έρευνα τους σε ασθενείς με χρόνιο πόνο βρήκαν ότι τα υποκείμενα εκείνα που είχαν κατηγοριοποιηθεί ως αγχωμένα ως προς την υγεία τους συγκριτικά με μη αγχωμένα ως προς την υγεία υποκείμενα ανέφεραν κατά τη διάρκεια φυσικοθεραπείας μεγαλύτερα επίπεδα πόνου, μεγαλύτερη ανησυχία για τραυματισμό από τη φυσικοθεραπεία, και μεγαλύτερα επίπεδα καταστροφοποίησης συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου.

### ***Λειτουργίες του Άγχους Υγείας που επηρεάζουν την Προσαρμογή στον Χρόνιο Πόνο***

Το σχετικό με την καταστροφοποίηση εύρημα είναι, επίσης, συμβατό και με τη θεωρία των Warwick & Salkovskis για το άγχος υγείας όπου η καταστροφική ερμηνεία των σωματικών συμπτωμάτων θεωρείται προϋπόθεση για την εμφάνιση του. Η καταστροφοποίηση, όπως θα δούμε και σε παρακάτω κεφάλαια, σχετίζεται με φτωχή προσαρμογή στο χρόνιο πόνο. Επίσης, έχει βρεθεί ότι ασθενείς με χρόνιο πόνο που παρουσιάζουν φτωχή προσαρμογή εμφανίζουν και μεγαλύτερο σχετικό με τον πόνο άγχος αν και δεν πρέπει να θεωρήσουμε το σχετικό με τον πόνο άγχος ταυτόσημο με το άγχος υγείας (McCracken, Spertus, Janeck, Sinclair & Wetzel, 1999).

Οι Tang et al. (2007) στην έρευνα τους σε ασθενείς με χρόνιο πόνο στην πλάτη βρήκαν ότι τα υποκείμενα εκείνα που παρουσίαζαν υψηλό άγχος υγείας εμφάνιζαν επίσης και συμπεριφορές αναζήτησης ασφάλειας. Οι συμπεριφορές αναζήτησης ασφάλειας αν και μοιάζουν αρκετά με τις συμπεριφορές αποφυγής που αναφέραμε και νωρίτερα, δε στοχεύουν μόνο στην ολοκληρωτική αποφυγή της φοβογόνου κατάστασης (π.χ. «δε θα σηκώσω τίποτα βαρύ γιατί θα καταστρέψω τη μέση μου») αλλά και στην αποφυγή συμπεριφορών με στόχο της διακοπής έκθεσης στη φοβογόνο κατάσταση (π.χ. «με το πρώτο σημάδι πόνου θα σταματήσω να κάνω τις δουλειές του σπιτιού για να μην καταστρέψω τα γόνατά μου») καθώς και παίρνουν και τη μορφή πιο επιδέξιων συμπεριφορών αποφυγής οι οποίες στοχεύουν στην αποτροπή της προσδοκώμενης καταστροφής κατά την παραμονή στη φοβογόνο κατάσταση («θα φροντίζω να μην γέρνω μπροστά ενώ κρατάω κάτι βαρύ για να μη σπάσω τη σπονδυλική μου στήλη»). Όλες οι παραπάνω συμπεριφορές που παρουσιάζουν μια επικάλυψη με τις συμπεριφορές πόνου όπως τις είχε αντιληφθεί ο Fordyce (1982) και με τις συμπεριφορές αποφυγής, όπως προείπαμε, μπορούμε να υποθέσουμε ότι φέρουν το άτομο σε κατάσταση συναγερμού και ενώ ο στόχος είναι η φροντίδα του εαυτού τελικά είναι πιθανό το πρόβλημα υγείας να παρεμβαίνει σε όλο και περισσότερους τομείς της ζωής και ως εκ τούτου το να έχουμε μια εικόνα κακής προσαρμογής στον χρόνιο πόνο.

Με βάση τα ερευνητικά δεδομένα που αναφέρθηκαν παραπάνω, αν και λίγα σε ποσότητα, φαίνεται αφενός το άγχος υγείας να παίζει κάποιο ρόλο στην προσαρμογή στο χρόνιο πόνο και αφετέρου να παρουσιάζεται υψηλό σε ασθενείς που



βιώνουν χρόνιο πόνο. Κρίνεται απαραίτητη, όμως, η περαιτέρω διερεύνηση αυτής της σχέσης και κυρίως το κατά πόσο το άγχος υγείας ασκεί μια ανεξάρτητη και κύρια επίδραση στην ψυχοκοινωνική προσαρμογή και μπορεί κατά συνέπεια να προβλέψει την προσαρμογή στον χρόνιο πόνο ή αν η επίδραση της επικαλύπτεται από κάποια άλλη ψυχολογική λειτουργία όπως η αντιμετώπιση και αυτό ακριβώς είναι που στοχεύει να διερευνήσει η παρούσα ερευνητική εργασία.

## VI. ΣΤΡΕΣ

### *Ορισμοί, λειτουργίες*

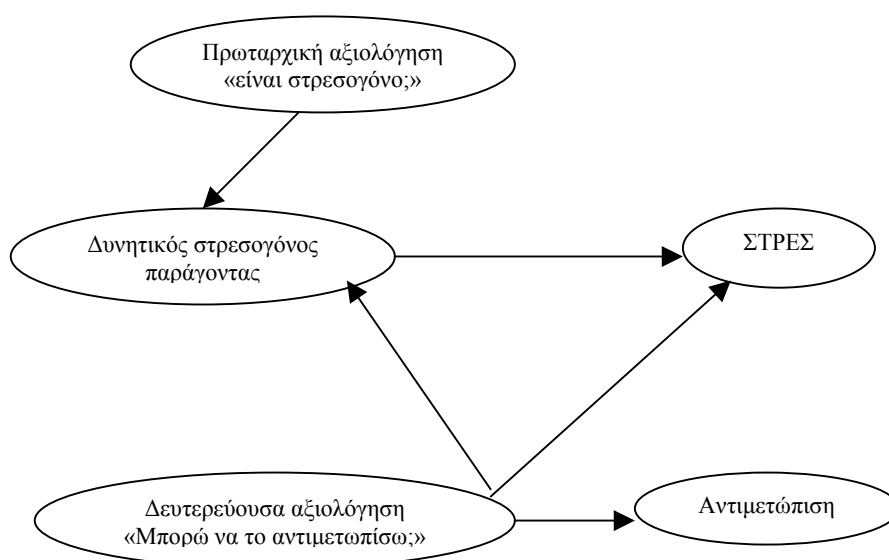
Σύμφωνα με τους Monat και Lazarus (1991), υπάρχουν τρεις βασικοί τύποι στρες: το συστημικό ή φυσιολογικό, το ψυχολογικό και το κοινωνικό. Το συστημικό στρες αφορά κυρίως στις διαταραχές των οργανικών συστημάτων. Το ψυχολογικό στρες αφορά κυρίως στους γνωστικούς παράγοντες που συμβάλλουν στην εκτίμηση της απειλής και το κοινωνικό στρες στη διατάραξη μιας κοινωνικής μονάδας ή ενός κοινωνικού συστήματος. Επικρατεί μια σύγχυση και μια διάσταση στις απόψεις αναφορικά με τον ορισμό του στρες και κατά πόσο αυτό είναι το ερέθισμα, η αντίδραση ή το φυσιολογικό φαινόμενο. Ο Lazarus απέναντι σε αυτόν τον προβληματισμό είχε διατυπώσει την εξής άποψη: «Το στρες δεν είναι τίποτα από όλα αυτά, ούτε ερέθισμα, ούτε αντίδραση ούτε ενδιάμεση μεταβλητή, αλλά περισσότερο είναι ένας συλλογικός όρος για μια περιοχή μελέτης» (Lazarus, 1966). Σύγχρονοι ορισμοί του στρες θεωρούν το εξωτερικό περιβαλλοντικό στρες ως στρεσογόνο παράγοντα (stressor), την αντίδραση ως στρες ή δυσφορία και την έννοια του στρες σαν κάτι που συμπεριλαμβάνει βιοχημικές, φυσιολογικές, συμπεριφορικές και ψυχολογικές αλλαγές (Ogden, 2000). Οι Lazarus και Monat αναφέρουν ότι το πεδίο του στρες αφορά οποιοδήποτε γεγονός κατά το οποίο περιβαλλοντικές απαιτήσεις, εσωτερικές απαιτήσεις ή και τα δύο θέτουν υπό δοκιμασία ή υπερβαίνουν τα προσαρμοστικά αποθέματα του ατόμου, του κοινωνικού συστήματος ή του οργανικού συστήματος (Lazarus & Monat, 1991).

Ένα από τα πρώτα μοντέλα του στρες ήταν αυτό της *μάχης-φυγής* του Cannon (1932) σύμφωνα με το οποίο εξωτερικές απειλές προκαλούν την αντίδραση μάχης-φυγής η οποία χαρακτηρίζεται από αυξημένη επαγρύπνηση και ενεργοποίηση. Αυτές οι αλλαγές στη φυσιολογία καθιστούν το άτομο ικανό να διαφύγει της πηγής στρες (flight) ή να την αντιμετωπίσει (fight). Μέσα από αυτό το μοντέλο αναδεικνύεται και η εξελικτική αξία του μηχανισμού του στρες μιας και χωρίς αυτό ο άνθρωπος και όλοι οι ζωντανοί οργανισμοί δε θα μπορούσαν να προστατεύσουν ικανοποιητικά το εαυτό τους και ως εκ τούτου να αυξήσουν τις πιθανότητες για επιβίωση και για αναπαραγωγή και εξέλιξη του είδους τους.

Αργότερα, ο Selye (1956) ανέπτυξε το *σύνδρομο γενικής προσαρμογής* μέσα στο οποίο περιέγραψε τα τρία στάδια της διεργασίας του στρες. Το πρώτο είναι το στάδιο συναγερμού και διακρίνεται από αύξηση της δραστηριότητας η οποία

συμβαίνει όταν το άτομο εκτίθεται σε κάποια στρεσογόνο κατάσταση. Το δεύτερο στάδιο ονομάζεται αντίσταση και περιλαμβάνει την αντιμετώπιση και γενικά τις προσπάθειες αντιστροφής των επιδράσεων του σταδίου συναγερμού. Το τρίτο στάδιο ονομάζεται εξουθένωση και συμβαίνει όταν το άτομο έχει επανειλημμένως εκτεθεί στη στρεσογόνο κατάσταση και δεν μπορεί να επιδείξει άλλη αντίσταση.

Και τα δύο αυτά μοντέλα που αναφέρθηκαν παραπάνω αντιλαμβάνονται το στρες μέσα στα πλαίσια ερεθίσματος-αντίδρασης και δίνουν μεγαλύτερη έμφαση στις φυσιολογικές διεργασίες. Ο Lazarus (1975), όμως, είχε αντιληφθεί το στρες σαν μια συναλλαγή ανάμεσα στο άτομο και το περιβάλλον κι όχι τόσο σαν μια αυτόματη αντίδραση και έχει προτείνει ότι η αντίδραση στο στρες προκαλείται μόνο αν το άτομο αξιολογήσει ένα δυνητικά στρεσογόνο γεγονός ως πραγματικά στρεσογόνο. Το μοντέλο της συναλλαγής που προτείνει ο Lazarus περιγράφει δύο μορφές αξιολόγησης, την πρωταρχική και την δευτερεύουσα. Ένα γεγονός μπορεί να αξιολογηθεί (πρωταρχικής αξιολόγηση) ως άσχετο, ως ήπιο ή θετικό και ως αρνητικό ή επιβλαβές. Η δευτερεύουσα αξιολόγηση περιλαμβάνει την αξιολόγηση των αποθεμάτων του ατόμου, δηλαδή τη συναξιολόγηση των πλεονεκτημάτων και των μειονεκτημάτων των διαφόρων στρατηγικών αντιμετώπισης του στρεσογόνου γεγονότος που μπορεί να εφαρμόσει. Συνεπώς, μπορούμε να πούμε ότι η πρωταρχική αξιολόγηση περιλαμβάνει την εκτίμηση του εξωτερικού κόσμου και η δευτερεύουσα του εσωτερικού. Το αποτέλεσμα των πρωταρχικών και δευτερευουσών αξιολογήσεων καθορίζει το αν το άτομο θα επιδείξει μια αντίδραση στρες (Σχ. 2).



Σχήμα 2: Σχηματική αναπαράσταση του μοντέλου συναλλαγής.

Όπως φαίνεται και από το μοντέλο του Lazarus το στρες σχετίζεται και διαμεσολαβείται και από άλλες σημαντικές ψυχολογικές λειτουργίες όπως είναι η αντιμετώπιση, η αυτό-αποτελεσματικότητα, ο έλεγχος (Ogden, 2000) (βλ. επόμενα κεφάλαια).

### ***Στρες και Υγεία***

Έντονη ερευνητική δραστηριότητα έχει εστιάσει πάνω στη σχέση του στρες με την υγεία. Υπάρχουν τρεις κύριοι τρόποι μέσω των οποίων το στρες μπορεί να επηρεάσει την υγεία. Ο πρώτος σχετίζεται με τη διαταραχή της λειτουργίας των ιστών μέσα από τις νευροχημικές επιδράσεις που συμβαίνουν υπό καταστάσεις στρες. Με άλλα λόγια υπό συνθήκες στρες πραγματοποιείται ένα ξεχείλισμα σημαντικών ορμονών όπως η κορτιζόλη που σαν αποτέλεσμα έχει την εμφάνιση δραματικών αλλαγών στις σωματικές διαδικασίες κάποιες, από τις οποίες γίνονται αντιληπτές όπως στην περίπτωση της εφίδρωσης, της ταχυκαρδίας, του τρέμουλου, της κόπωσης και άλλων (Lazarus & Monat, 1991). Πιο συγκεκριμένα το στρες μπορεί να προκαλέσει μια αύξηση στην έκκριση οξέος στο στομάχι το οποίο σχετίζεται με το έλκος στομάχου, αύξηση στις κατεχολαμίνες η οποία με τη σειρά της αυξάνει την πιθανότητα για δημιουργία θρομβώσεων και κατά συνέπεια καρδιακών προσβολών (Levenstein, 2003). Οι καρδιακές προσβολές μπορούν να προκληθούν από το στρες μέσω της αύξησης στην καρδιοαγγειακή αντιδραστικότητα και την αυξανόμενη πιθανότητα για τραυματισμό ή βλάβη των αρτηριών μέσω του σχηματισμού πλακών και της αποθήκευσης λίπους (Black & Garbutt, 2002). Το στρες μπορεί, επίσης να προκαλέσει μια αύξηση στα κορτικοστεροειδή η οποία σχετίζεται με την αρθρίτιδα. Επιπλέον, η σχετική με το στρες αύξηση στα κορτικοστεροειδή και στις κατεχολαμίνες επηρεάζει το ανοσοποιητικό σύστημα και καθιστά το άτομο ευάλωτο στις μολύνσεις.

Η έρευνα στη ψυχονευροανοσολογία, έναν διεπιστημονικό κλάδο που εστιάζει στις επιδράσεις του στρες πάνω στο ανοσοποιητικό σύστημα, έχει υποδείξει ότι η έκκριση χημικών που σχετίζεται με το στρες μπορεί να καταστείλει ζωτικές λειτουργίες του ανοσοποιητικού συστήματος. Πιο συγκεκριμένα υπάρχουν ερευνητικά δεδομένα που υποδεικνύουν ότι ένα ποσοστό της διακύμανσης της πορείας της νόσου για ασθένειες όπως το AIDS, για παράδειγμα, αποδίδεται και σε στρεσογόνους παράγοντες οι οποίοι έχει φανεί να επηρεάζουν τον αριθμό των CD4+

κυττάρων (Τ-λεμφοκύτταρα) (Vedhara et al., 1997) ο οποίος με τη σειρά του σχετίζεται με επιδείνωση της υγείας σε ασθενείς θετικούς στον HIV ιό .

Ο δεύτερος τρόπος που το στρες επηρεάζει την υγεία είναι έμμεσος και σχετίζεται με συμπεριφορές υγείας όπως η φτωχή διατροφή, η απουσία ξεκούρασης, η βαριά χρήση αλκοόλ ή καπνού. (Lazarus & Monat, 1991). Αυτές οι συμπεριφορές, οι οποίες έχουν συνδεθεί με την εμφάνιση προβλημάτων υγείας, έχει αποδειχθεί ότι σχετίζονται σημαντικά με το στρες (Perkins, Grobe, Stiller, Fonte & Goettler, 1992. Conner, Fitter & Fletcher, 1999). Ο τρίτος τρόπος που το στρες σε συνδυασμό πάντα με την αντιμετώπιση μπορεί να επηρεάσει τα αποτελέσματα υγείας σχετίζεται με εκείνους τους ψυχολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες που συστηματικά οδηγούν το άτομο να ελαχιστοποιεί τη σημασία των διάφορων συμπτωμάτων και να μη συμμορφώνεται στις συνιστώμενες θεραπείες (Weaver et al. 2005).

Γενικά θα μπορούσαμε να πούμε ότι η ερευνητική δραστηριότητα έχει υποδείξει ότι το στρες παίζει κάποιο ρόλο στην εμφάνιση ασθενειών, αλλά σημαντικότερο ρόλο έχει φανεί να παίζει στην πορεία της ήδη εκδηλωμένης νόσου. Πιο συγκεκριμένα, οι Lillberg et al. (2002) σε μια μεγάλη αναδρομική έρευνα που πραγματοποίησαν σε 10.808 γυναίκες βρήκαν ότι κάποια στρεσογόνα γεγονότα ζωής όπως το διαζύγιο, ο θάνατος συντρόφου και ο θάνατος στενού συγγενή ή φίλου σχετίζονταν με αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου μαστού. Υπάρχουν και κάποιες άλλες έρευνες που υποστηρίζουν αυτή τη σχέση μεταξύ των στρεσογόνων γεγονότων ζωής αλλά υπάρχουν και αρκετές που δεν έχουν παρουσιάσει παρόμοια ευρήματα (Chen, David & Nunnerley, 1995. Jacobs & Bovasso, 2000. Jones, Goldblat & Leon, 1984. Ewertz, 1986. Kvikstad & Vatten, 1996. Kvikstad, Vatten & Tretli, 1994).

Μια ισχυρότερη σχέση, όμως, έχει βρεθεί μεταξύ του στρες και της πορείας της νόσου για χρόνιες νόσους όπως το AIDS (Leserman et al., 1999. Leserman et al., 2000), για άλλες, όμως, χρόνιες νόσους όπως είναι ο καρκίνος μαστού τα ερευνητικά αποτελέσματα για μια ακόμη φορά δεν είναι συνεπή (Ramirez et al., 1989. Graham, Ramirez, Love, Richards & Burgess, 2002). Μια μέτρια σχέση μεταξύ της πορείας της νόσου και του στρες έχει εντοπιστεί και στην πολλαπλή σκλήρυνση (Tennant, Sharrock, Hodgkinson, Dunn & Pollard, 2006). Τα δεδομένα που αναφέρθηκαν παραπάνω προέκυψαν από έρευνες που υποδεικνύουν μια σχέση μεταξύ στρες και ασθένειας χωρίς να υπογραμμίζουν την ακριβή διαδικασία. Τέλος, οι έρευνες που χρησιμοποίησαν τα στρεσογόνα γεγονότα ζωής ως μέτρηση του στρες παρουσιάζουν

σημαντικούς περιορισμούς καθώς ένα γεγονός όσο στρεσογόνο κι αν αντικειμενικά θεωρείται, όπως ο θάνατος του συντρόφου, δεν ασκεί πάντα την ίδια επίδραση καθώς δεν αξιολογείται ή αντιμετωπίζεται (όπως αναφέραμε και παραπάνω) από όλους τους ανθρώπους με τον ίδιο τρόπο.

### ***Στρες και Χρόνιος Πόνος***

Ο οξύς πόνος είναι από μόνος του ένα στρεσογόνο γεγονός. Όταν ο πόνος εξελίσσεται σε χρόνια μπορούμε να μιλάμε πια για χρόνια στρες όπως ορίζεται ως το στρες που υφίσταται κάποιος για μεγάλο χρονικό διάστημα χωρίς να μπορεί να διαφύγει από τη στρεσογόνο κατάσταση. Ως εκ τούτου όταν μιλάμε για χρόνια πόνο είναι πολύ πιθανό να αναφερόμαστε και στο χρόνια στρες ταυτόχρονα.

Το οξύ στρες είναι γνωστό ότι προκαλεί μια κατάσταση αναλγησίας η οποία συνδέεται με την ενεργοποίηση των ντοπαμινεργικών νευρώνων στον επικλινή πυρήνα (Altier & Stewart, 1999). Ενώ το στρες στην οξεία του μορφή προκαλεί υποαλγησία, ερευνητικά δεδομένα σε επίμυες έχουν υποδείξει ότι η μακροπρόθεσμη έκθεση σε στρεσογόνα ερεθίσματα αντιστρέφει την παραπάνω επίδραση και παρατηρείται υπεραλγησία (Costa, Smeraldi, Tassorelli, Greco & Nappi, 2005). Πειραματικά δεδομένα σε ανθρώπους που να υποδηλώνουν την ύπαρξη χαμηλού ουδού πόνου σε εκείνα τα άτομα που υποφέρουν από χρόνια στρες δεν υπάρχουν. Υπάρχουν, όμως κάποια ερευνητικά δεδομένα που υποστηρίζουν ότι άνθρωποι που παρουσιάζουν χρόνια στρες εκδηλώνουν περισσότερο αρνητικό συναίσθημα (π.χ. θυμός) κατά την πειραματική πρόκληση πόνου (Logan, Gedney, Xiang & Starrenburg, 2003).

Σχετικά με το στρες και την εμφάνιση ασθενειών που χαρακτηρίζονται από χρόνια πόνο όπως αυτές που εξετάζει η παρούσα ερευνητική εργασία (ρευματοειδής αρθρίτιδα, οστεοαρθρίτιδα, πόνος χαμηλά στην πλάτη), ένας μέρος της ερευνητικής αρθρογραφίας υποδεικνύει κάποιο ρόλο για το στρες. Πιο συγκεκριμένα υπάρχουν αρκετές έρευνες οι οποίες αναφέρουν την ύπαρξη στρεσογόνων γεγονότων ένα χρόνο πριν την εκδήλωση της ρευματοειδούς αρθρίτιδας (Baker, 1982. Henoch, Batson & Baum, 1978). Επίσης, αυτή η σχέση μεταξύ ψυχολογικής δυσφορίας και εκδήλωσης της ασθένειας έχει βρεθεί ότι αφορά τις περιπτώσεις εκείνων των ασθενών που παρουσίαζαν αρνητικό οικογενειακό ιστορικό (Rimon, Belmaker & Ebstein, 1977).

Τα ευρήματα, όμως, αυτά προέρχονται από παλαιότερες έρευνες και δεν έχουν με συνέπεια επιβεβαιωθεί από παλαιότερες.

Η σχέση του στρες με τον χρόνιο πόνο διαφαίνεται και μέσα από την επιδείνωση καταστάσεων χρόνιου πόνου όπως αυτές που μελετάμε. Οι Sharpe, Sensky και Allard (2003) έδειξαν ότι η γνωσιακή-συμπεριφοριστική παρέμβαση η οποία στοχεύει και στη διαχείριση του άγχους είχε σαν αποτέλεσμα τη βελτίωση στα συμπτώματα των αρθρώσεων. Γενικά μπορούμε να πούμε ότι υπάρχουν ελάχιστα σύγχρονα ερευνητικά δεδομένα που να υποδηλώνουν μια ισχυρή σχέση μεταξύ στρες και χρόνιου πόνου. Αυτό, ίσως συμβαίνει γιατί ο χρόνιος πόνος από τη φύση του περιέχει το στρες. Ίσως η αντιμετώπιση του στρες είναι μια ψυχολογική μεταβλητή που να επηρεάζει το βίωμα του χρόνιου στρες που προκαλεί ο χρόνιος πόνος.

## VII. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

### *Ορισμοί και λειτουργίες της αντιμετώπισης*

Η αντιμετώπιση ως έννοια κι όχι πάντα με αυτό τον όρο, τουλάχιστον μέχρι και την δεκαετία του '80, είχε συζητηθεί από δύο διαφορετικά συστήματα σκέψης, αυτό της ψυχαναλυτικής σκέψης και της δαρβινικής φυλογενετικής σκοπιάς. Η Δαρβινική φυλογενετική θεώρηση δίνει έμφαση στις μαθημένες συμπεριφορές που συμβάλλουν στην επιβίωση κατά τις συνθήκες εκείνες που βρισκόμαστε αντιμέτωποι με απειλητικά για τη ζωή ερεθίσματα (Ursin, 1980). Από την άλλη το ψυχαναλυτικό μοντέλο του εγώ ορίζει την αντιμετώπιση σαν μια γνωστική διεργασία, όπως είναι η άρνηση, η απώθηση, η διανοητικοποίηση η οποία μπορεί να είναι και ασυνείδητη, αλλά και σαν συμπεριφορά επίλυσης προβλημάτων η οποία επιτελείται με στόχο τη μείωση του άγχους και άλλων δυσφορικών συναισθημάτων (Menninger, 1963). Το κοινό στοιχείο που μοιράζονται και οι δύο αυτές θεωρητικές θέσεις αφορά στο ότι η αντιμετώπιση εκλαμβάνεται ως αντίδραση στο συναίσθημα. Η αντιμετώπιση, όμως, δεν είναι απλά μια αντίδραση σε ένταση. Επηρεάζεται, επίσης, από την εκτίμηση του κατά πόσο είναι σημαντικό αυτό που συμβαίνει, εκτίμηση η οποία ενσωματώνεται στη συναισθηματική διεγερση και επηρεάζει έτσι το είδος του συναισθήματος (θυμό, φόβο, ενοχή, απογοήτευση κ.τ.λ.) (Lazarus & Folkman, 1988). Άρα, δε μπορούμε να μιλάμε για το συναίσθημα μόνο ως απαραίτητο πρότερο της αντιμετώπισης αποκλείοντας τη γνωστική δραστηριότητα. Ένα άλλο σημείο στο οποίο μπορεί να ασκηθεί κριτική στις δύο θεωρητικές θέσεις για την αντιμετώπιση είναι το γεγονός ότι η σχέση μεταξύ συναισθήματος και αντιμετώπισης θεωρείται μονόδρομη και στατική.

Η έννοια της αντιμετώπισης (coping) έχει δεχτεί ποικίλους ορισμούς. Ένας από αυτούς δίνεται από τους Lazarus & Folkman (1980) οι οποίοι θεωρούν ότι είναι *οι γνωστικές και συμπεριφορικές προσπάθειες του ατόμου προκειμένου να ελέγξει, να ανεχτεί ή να μειώσει τις εξωτερικές και εσωτερικές απαιτήσεις που εκτιμώνται ότι ξεπερνούν τα αποθέματα του ατόμου*, γενικότερα δηλαδή θα μπορούσαμε να πούμε ότι είναι οι στρατηγικές εκείνες που ενεργοποιεί το άτομο για να αντιμετωπίσει μια απειλή. Ο Lipowski (1970) αναφερόμενος στην έννοια, εννοεί *όλες τις γνωστικές και συμπεριφορικές δραστηριότητες τις οποίες ενεργοποιεί ένα άρρωστο άτομο για να προφυλάξει τη σωματική και ψυχική του ακεραιότητα, να ξεπεράσει τις δυσλειτουργίες και να προσαρμοστεί στους περιορισμούς οποιασδήποτε αμετάκλητης βλάβης*. Οι



Pearlin & Schooler (1978) στη συνέχεια, θεωρούν ότι είναι *οποιαδήποτε αντίδραση σε εξωτερικούς στρεσογόνους παράγοντες, που στοχεύει να αποτρέψει, να αποφύγει ή να ελέγξει τη συναισθηματική δυσφορία.*

Οι Weisman & Worden (1976) αντιλαμβάνονται την έννοια *ως τις πράξεις που κάνει ο καθένας ερχόμενος αντιμέτωπος με ένα πρόβλημα με σκοπό να επαναφέρει ανακούφιση ανταμοιβή, ησυχία ή ισορροπία* και προσθέτουν ότι είναι μια διαδικασία εξερεύνησης, εκπαίδευσης, δοκιμής και διόρθωσης του εαυτού σε συνδυασμό και με λειτουργίες όπως η μνήμη, οι γνώσεις, οι κρίσεις. Ο Weissman έχει, επίσης, προτείνει ότι η αντιμετώπιση συνίσταται σε τρεις κύριες λειτουργίες: α) τον χειρισμό προβλημάτων που προκαλούν δυσφορία (το λεγόμενο problem solving), β) τη μετατροπή της έννοιας του προβλήματος ώστε να ουδετεροποιηθεί ο στρεσογόνος χαρακτήρας του και γ) τη ρύθμιση της συναισθηματικής δυσφορίας που προκαλείται από το πρόβλημα. Η πρώτη λειτουργία αφορά πιο πρακτικά θέματα όπως είναι η αυτή καθεαυτή επίλυση προβλήματος ενώ οι δύο τελευταίες αφορούν ανακουφιστικές και καταπραυντικές δράσεις στη μία περίπτωση εστιάζοντας σε γνωσιακή μετατροπή της έννοιας του προβλήματος, ενώ στην άλλη στη ρύθμιση του συναισθήματος (Weissman, 1987).

Η *εστιασμένη στο συναίσθημα* και η *εστιασμένη στο πρόβλημα* αντιμετώπιση που αναφέρθηκαν και πιο πάνω θεωρούνται και από τους Lazarus και Folkman αλλά και από πολλούς άλλους ερευνητές δύο βασικοί τύποι αντιμετώπισης που η καθεμιά διαθέτει τους υπότυπους της. Ένα από τα πιο ενδιαφέροντα και συνεπή ευρήματα πολλών ερευνών είναι το ότι οι άνθρωποι βασίζονται και χρησιμοποιούν και τους δύο τύπους αντιμετώπισης (με τους διάφορους υπότυπους) στην προσπάθειά τους να χειριστούν τις απαιτήσεις στρεσογόνων γεγονότων (Baum, Fleming & Singer 1983. Lazarus & Folkman, 1985. Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, De Longis & Gruen, 1986). Είναι σημαντικό, όμως, να αναγνωρίσουμε ότι η ποιότητα της εστιασμένης στο πρόβλημα αντιμετώπισης και ως εκ τούτου και η επίδραση της στη συναισθηματική αντίδραση, εξαρτάται, επίσης, εν μέρει και στην επιτυχή ρύθμιση των αρνητικών συναισθημάτων, δηλαδή και στην εστιασμένη στο συναίσθημα αντιμετώπιση (Monat & Lazarus, 1991). Πολύ έντονη συναισθηματική ένταση είναι πιθανό και αναμενόμενο να επέμβει στις γνωστικές εκείνες λειτουργίες που είναι απαραίτητες για επιτυχή εστιασμένη στο πρόβλημα αντιμετώπιση. Γι' αυτόν ακριβώς το λόγο, για την πλήρη κατανόηση της αντιμετώπισης, απαιτείται η συνεκτίμηση και των δύο αυτών λειτουργιών.

***Ο τρόπος αντιμετώπισης των στρεσογόνων καταστάσεων ως χαρακτηριστικό προσωπικότητας ή ως διαδικασία;***

Μέσα στα πλαίσια της συζήτησης για την έννοια της αντιμετώπισης έχουν προκύψει δύο διαφορετικές προσεγγίσεις. Η πρώτη δίνει έμφαση στο συγκεκριμένο τρόπο/στυλ (coping as style) αντιμετώπισης των στρεσογόνων καταστάσεων που διαθέτουν οι άνθρωποι και ως εκ τούτου η αντιμετώπιση αντιλαμβάνεται ως χαρακτηριστικό προσωπικότητας και η δεύτερη επικεντρώνεται στη διαδικασία (coping as process) (Lazarus, 1993).

Η αντιμετώπιση για τον Lazarus εκλαμβάνεται περισσότερο ως μια εξελικτική διαδικασία (coping as process) που αλλάζει με το χρόνο σύμφωνα με το γενικό πλαίσιο της κατάστασης στην οποία επισυμβαίνει και όχι ως μια σταθερή διαδικασία (coping as style) (Lazarus, 1985). Τα άτομα χρησιμοποιούν παραπάνω από μία στρατηγικές αντιμετώπισης ακόμη και στην ίδια στρεσογόνο κατάσταση, κυρίως λόγω του σύνθετου χαρακτήρα της, είναι, όμως, δύσκολο να λεχθεί σε ποια έκταση είναι συνδεδεμένες οι στρατηγικές με μια συγκεκριμένη όψη του προβλήματος, με χρονικούς παράγοντες ή με το ίδιο το άτομο. Είναι φυσικό ένα άτομο να έχει βρει στο πέρας της ζωής τους κάποιες σταθερές στρατηγικές αντιμετώπισης οι οποίες να λειτουργούν, όμως είναι πλέον αποδεκτό καθώς έχει αποδειχθεί από αρκετές έρευνες ότι η σταθερότητα των στρατηγικών αντιμετώπισης είναι επ' ουδενί αμετάβλητη και άκαμπτη στο πέρασμα του χρόνου (Stewart & Schwarzer, 1996. Lazarus, 1993. Lazarus & Folkman, 1985. Epstein, 1980). Ως εκ τούτου μπορούμε να πούμε ότι η αντιμετώπιση εξαρτάται περισσότερο από την κατάσταση κι όχι τόσο από σταθερά χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του ατόμου.

Η μη σταθερότητα στην αντιμετώπιση συνάδει με το γεγονός ότι οι γνωστικές και συμπεριφορικές προσπάθειες του ατόμου απέναντι σε ένα στρεσογόνο ερέθισμα αλλάζουν συνεχώς μέσα στα πλαίσια της λειτουργίας των συνεχόμενων εκτιμήσεων και επανεκτιμήσεων της σχέσης του ατόμου με το περιβάλλον η οποία, επίσης, αλλάζει διαρκώς. Κάποιες από τις αλλαγές σε αυτή τη σχέση είναι αποτέλεσμα γνωστικών διαδικασιών οι οποίες στοχεύουν στην αλλαγή της κατάστασης η οποία προκαλεί δυσφορία (αντιμετώπιση εστιασμένη στο πρόβλημα) και στη ρύθμιση της δυσφορίας (αντιμετώπιση εστιασμένη στο συναίσθημα),

Μερικές στρατηγικές αντιμετώπισης είναι πιο σταθερές από κάποιες άλλες. Ας σκεφτούμε την αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης. Η κοινωνική υποστήριξη δε

φαίνεται να είναι τόσο σταθερή ακόμα κι αν υπήρξε παλαιότερα θετική ανταπόκριση. Επίσης, όταν ένας στρεσογόνος παράγοντας εκλαμβάνεται ως μη επιδεχόμενος αλλαγή, τότε επικρατεί η εστίαση στην ανακούφιση της συναισθηματικής αναστάτωσης, ενώ όταν κρίνεται ότι επιδέχεται αλλαγή μπορούμε να παρατηρήσουμε αντιμετώπιση εστιασμένη στην επίλυση του προβλήματος. Μέσα από αυτό το πρίσμα, μπορούμε να πούμε ότι η γνώση ενός μεμονωμένου τρόπου αντιμετώπισης ενός ατόμου δεν είναι πάντα χρήσιμη στο να προβλέψουμε τις μελλοντικές αντιδράσεις σε κάποια νέα κατάσταση. Ως εκ τούτου το να χαρακτηρίσουμε τον τρόπο αντιμετώπισης ενός ατόμου ως σταθερά δυσπροσαρμοστικό δεν είναι και το πιο σόφρον ή ακριβές. Ένα ακόμη όφελος από τη μη θεώρηση του τρόπου αντιμετώπισης ως σταθερού είναι και το ότι η παρέμβαση των ειδικών θα είναι πιο αποτελεσματική από την άποψη ότι είναι ευκολότερο να αλλάξεις κάποιες στρατηγικές παρά όλο το ρεπερτόριο.

### ***Αποτελεσματικότητα***

Σε αυτό το σημείο κρίνεται αναγκαίο να αναφερθούμε στην έννοια της αποτελεσματικότητας της αντιμετώπισης και στους παράγοντες που την καθορίζουν. Σύμφωνα με τους Hamburg & Adams (1967) η αποτελεσματικότητα του χειρισμού σχετίζεται με κάποιους στόχους, οι οποίοι και αντανάκλουν και τις βασικές περιοχές που απειλούνται. Αυτές είναι η *ψυχολογική κατάσταση*, η *αυτοεκτίμηση*, οι *δεσμοί*, η *σωματική ακεραιότητα* και η *ανησυχία για το μέλλον*. Με βάση αυτά τα κριτήρια, επιτυχής αντιμετώπιση θα είναι αυτή που διατηρεί το στρες σε επίπεδα που δεν προκαλούν δυσφορία στο άτομο, που προφυλάσσει την αυτοεκτίμησή του, που διατηρεί ή αποκαθιστά σχέσεις με σημαντικούς άλλους, που αυξάνει τις προοπτικές ανάκαμψης της σωματικής λειτουργικότητας και που αυξάνει την πιθανότητα το άτομο να κάνει την κατάσταση αποδεκτή από το ίδιο και τον κοινωνικό του περίγυρο και να μην παραιτείται.

Οι Pearlin & Schooler (1978) έχουν διατυπώσει την υπόθεση ότι ακόμη και κατά τη διάρκεια των χρονικών εκείνων περιόδων όπου δεν απαιτείται ενεργός δράση του ατόμου, οι μηχανισμοί αντιμετώπισης της κατάστασης είναι έτοιμοι να κινητοποιηθούν όταν προκύψει ανάγκη. Ως εκ τούτου η αποτελεσματικότητα μιας συμπεριφοράς δε μπορεί να κριθεί μόνο από το πόσο καλά απομακρύνει τα προβλήματα και τις δυσκολίες από τη ζωή αλλά και από το πόσο καλά εμποδίζει

αυτές τις δυσκολίες να αναπτυχθούν σε συναισθηματικό στρες. Με αυτόν τον τρόπο οι παραπάνω ερευνητές θέτουν ως κριτήριο για την αποτελεσματικότητα μιας στρατηγικής τον βαθμό στον οποίο η αντίδραση του ατόμου εξασθενεί τη σχέση μεταξύ των δυσκολιών που βιώνουν τα άτομα και του συναισθηματικού στρες που νοιώθουν. Προσθέτουν, επίσης, ότι καθοριστικό ρόλο στην αποτελεσματικότητα της αντιμετώπισης παίζει και το ρεπερτόριο των στρατηγικών που διαθέτει το άτομο έτσι ώστε η αποτελεσματική αντιμετώπιση να μη συνιστάται μόνο στο τι κάνει αλλά και στο πόσα κάνει. Όσο μεγαλύτερη, θα μπορούσαμε να πούμε, είναι η ποικιλία των μηχανισμών που κινητοποιεί το άτομο τόσο πιο πιθανό είναι να αντιμετωπίσει πιο αποτελεσματικά την κατάσταση καθώς ένας και μοναδικός τρόπος είναι δύσκολο να αρκεί για να διασφαλίσει τη συναισθηματική ευεξία του ατόμου. Οι απαιτήσεις κάθε στρεσογόνου κατάστασης είναι τόσο διαφορετικές που απαιτούν ποικιλία μέσων για την αντιμετώπιση της κάθε μίας ξεχωριστά..

Ο Weissman (1987) έχει περιγράψει τα εξής χαρακτηριστικά των ατόμων που παρουσιάζουν καλή αντιμετώπιση: α) είναι αισιόδοξα στη λύση προβλημάτων και παρά τις δυσκολίες ή ατυχίες διατηρούν γενικά ένα υψηλό επίπεδο ηθικού, β) τείνουν να είναι πρακτικά στα άμεσα προβλήματα που πρέπει να λύσουν πριν ακόμα σχεδιάσουν μια μακροπρόθεσμη ή ιδεατή λύση, γ) επιλέγουν μια τακτική μέσα από ένα ευρύ φάσμα πιθανών στρατηγικών, είναι, θα μπορούσαμε να πούμε πολυμήχανοι, δ) λαμβάνουν υπόψη διάφορες πιθανές εκβάσεις και βελτιώνουν την αντιμετώπιση με το να είναι γνώστες των συνεπειών της κάθε στρατηγικής, ε) είναι ανοικτοί σε προτάσεις, χωρίς όμως να χάνουν το την προσωπική ευθύνη για την απόφαση που θα πάρουν, στ) είναι ως ενός σημείου ήρεμα και συνηθίζουν να αποφεύγουν ακραίες συναισθηματικές καταστάσεις που θα μπορούσαν να εμποδίσουν τη λογική. Όμως, όπως συμπληρώνει και ο μελετητής, *κανείς δεν αντιμετωπίζει με επιτυχία όλες τις στιγμές.*

Η θεωρία του Lazarus για τον τρόπο αντιμετώπισης των στρεσογόνων καταστάσεων συνδέει την αποτελεσματικότητα με την ποιότητα της εναρμόνισης μεταξύ στρατηγικών αντιμετώπισης, της εκτέλεσής τους και των απαιτήσεων της κατάστασης για προσαρμογή (Lazarus, 1993). Αυτή η εναρμόνιση υποστηρίζει ότι εξαρτάται από την εκτίμηση που έχει γίνει, όπως και από τον βαθμό στον οποίο η συναλλαγή παρέχει εφαρμόσιμες επιλογές για τον χειρισμό της κατάστασης.

### ***Αντιμετώπιση του πόνου***

Στην αρχή της δεκαετίας του '80, η αντιμετώπιση του πόνου τράβηξε την προσοχή μεγάλης μερίδας ερευνητών πόνου που εστίαζαν στη συμπεριφορά του ασθενή. Η ιδέα της αντιμετώπισης είχε άμεση απήχηση όχι μόνο στους κλινικούς ερευνητές αλλά και στους κλινικούς επαγγελματίες. Είναι, επίσης, ένας όρος ο οποίος τουλάχιστον στις χώρες με αγγλοσαξονική γλώσσα υιοθετείται και από τους ασθενείς. Παρόλα αυτά, η συχνή χρήση της αντιμετώπισης του χρόνιου πόνου έχει επιφέρει μια σειρά εννοιολογικών και εμπειρικών δυσκολιών.

Όπως συζητήσαμε και παραπάνω, ένα σημαντικό πρόβλημα με την αντιμετώπιση είναι εννοιολογικό. Υπάρχει μια γενική χρήση της αντιμετώπισης όσον αφορά στον πόνο στη βιβλιογραφία η οποία παίρνει τουλάχιστον δύο μορφές. Ένας ορισμός της αντιμετώπισης περιλαμβάνει τη συμπεριφορά εκείνη που πραγματοποιείται ως αντίδραση στον πόνο ανεξάρτητα από το αποτέλεσμα και η δεύτερη, όπως είδαμε και πιο πάνω περιλαμβάνει μόνο τη συμπεριφορά εκείνη που επιτυχώς μειώνει τον πόνο. Ένα άλλο ζήτημα αφορά στην πρόθεση. Μετά το έργο των Lazarus και Folkman η αντιμετώπιση (1984) ορίζεται κατά γενικό κανόνα ως η εμπρόθετη (μη αυτόματη) προσπάθεια που στοχεύει στην προσαρμογή στον πόνο ή στη διαχείριση των αρνητικών αντιδράσεων απέναντι στον πόνο.

Ένα δεύτερο πεδίο προβληματισμού πάνω στην αντιμετώπιση είναι εμπειρικό. Μέχρι σήμερα οι έρευνες που αφορούν στην αντιμετώπιση του πόνου δεν έχουν ακόμη πλήρως αποσαφηνίσει ποιες από τις αντιδράσεις αντιμετώπισης είναι σε γενικές γραμμές βοηθητικές. Αν και η επιτυχία της κάθε στρατηγικής αντιμετώπισης εξαρτάται από το συμπεριφορικό πλαίσιο δεν μπορούμε με σιγουριά μετά από 20 σχεδόν χρόνια έρευνας να διατυπώσουμε ποιες στρατηγικές αντιμετώπισης προάγουν την υγεία και τη λειτουργικότητα. Παρόλη τη μη σαφώς αποκρυσταλλωμένη εικόνα για τις λειτουργικές και βοηθητικές στρατηγικές αντιμετώπισης, στην ερευνητική βιβλιογραφία συναντάμε πληθώρα ερευνών που καταδεικνύουν αν και όχι πάντα με συνέπεια εκείνες τις στρατηγικές αντιμετώπισης του πόνου οι οποίες συμβάλλουν στην καλύτερη φυσική αλλά και ψυχοκοινωνική προσαρμογή στην ασθένεια.

### ***Ενεργητική – Παθητική αντιμετώπιση (Passive-active coping) του πόνου***

Στην έρευνα για την αντιμετώπιση του πόνου έχουν προκύψει δύο κατηγορίες όσον αφορά στους τύπους των στρατηγικών αντιμετώπισης που χρησιμοποιούν οι άνθρωποι προκειμένου να αντιμετωπίσουν ή να προσαρμοστούν στην ασθένεια τους. Οι Brown και Nicassio (1987) αντιλαμβάνονται τη φύση της αντιμετώπισης του πόνου ως *ενεργητική* ή *παθητική*. Η ενεργητική αντιμετώπιση περιλαμβάνει στρατηγικές οι οποίες απαιτούν από το άτομο να αναλάβει την ευθύνη για τη διαχείριση του πόνου και να κάνει προσπάθειες να τον ελέγξει ή να είναι λειτουργικός παρά τον πόνο. Οι συμπεριφορές παθητικής αντιμετώπισης είτε σχετίζονται με την απόσυρση του ατόμου είτε με τη μετάθεση του ελέγχου για τη διαχείριση του πόνου σε εξωτερικές πηγές και με αυτόν τον τρόπο επιτρέπουν συνήθως στον πόνο να επηρεάζει πολλούς τομείς της ζωής. Ουσιαστικά η διαφοροποίηση της ενεργητικής αντιμετώπισης από την παθητική έγκειται στη βάση του να στηρίζεται κάποιος στις δικές του δυνάμεις προκειμένου να ελέγξει τον πόνο στην περίπτωση της ενεργητικής αντιμετώπισης (εσωτερικός έλεγχος του πόνου) και του να στηρίζεται στους άλλους νοιώθοντας αβοήθητος στην περίπτωση της παθητικής αντιμετώπισης (εξωτερικός έλεγχος του πόνου) (Snow-Turek, Norris & Tan, 1996).

Η παθητική αντιμετώπιση έχει βρεθεί ότι σχετίζεται με φτωχότερη γενική προσαρμογή στην ασθένεια, αυξημένη κατάθλιψη, διαταραχή της λειτουργικότητας και μεγαλύτερα επίπεδα πόνου (Brown & Nicassio, 1987. Zautra & Manne, 1992. Mercado, Carroll, Cassidy & Cote, 2005). Πιο συγκεκριμένα, από μια πληθώρα ερευνών έχει προκύψει ότι η καταστροφολογία, η προσευχή/ελπίδα, οι ευσεβείς πόθοι, η παθητική προσκόλληση, η αρνητική σκέψη, το αίσθημα του αβοήθητου, η έκφραση συναισθημάτων, η μείωση των επιπέδων δραστηριότητας και η επανερμηνεία των αισθήσεων του πόνου σχετίζονται με φτωχότερη προσαρμογή σε διάφορους πληθυσμούς με χρόνια πόνο συμπεριλαμβανομένου και της ρευματοειδούς αρθρίτιδας και του χρόνιου πόνου χαμηλά στην πλάτη (Carroll, Mercado, Cassidy & Cote, 2002. Turner, Jensen & Romano, 2000. Grossi, Soares & Lundberg, 2000). Με την εξαίρεση της επανερμηνείας των αισθήσεων πόνου που θεωρείται περισσότερο μια ενεργητική αντιμετώπιση όλες οι προαναφερθείσες στρατηγικές είναι παθητικές μιας και με την χρησιμοποίησή τους επιτρέπουν στον πόνο να εμπλέκεται σε σημαντικούς άλλους τομείς δραστηριότητας και δεν περιλαμβάνουν μια γενικότερη προσπάθεια ελέγχου του πόνου.

Αρκετές έρευνες έχουν, επίσης, βρει ότι οι παθητικές στρατηγικές αντιμετώπισης προβλέπουν ακόμη και ένα αρνητικό αποτέλεσμα στην συνολική υγεία συμπεριλαμβανομένης της κατάθλιψης αλλά ακόμη και της αναπηρίας (Kraaimaat & Evers, 2003. Gil et al, 1993. van Lankfeldt, Naring, van-'t-Pad & van-de-Putte, 1999). Πιο συγκεκριμένα αναφορικά με την ανάπτυξη αναπηρίας, οι Mercado et al. (2005) στην αναδρομική έρευνά τους, βρήκαν ότι οι ασθενείς που χρησιμοποιούσαν παθητικές στρατηγικές για να αντιμετωπίσουν τον πόνο χαμηλά στην πλάτη και στον αυχένα παρουσίαζαν πέντε φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να αναπτύξουν κάποια μορφή αναπηρίας ακόμη και όταν ελέγχθηκαν δημογραφικοί παράγοντες αλλά και η προηγούμενη κατάσταση υγείας.

Από την άλλη η ενεργητική αντιμετώπιση αν και κατά βάση θεωρείται ότι σχετίζεται με καλύτερη προσαρμογή, τα αποτελέσματα από διάφορες έρευνες δεν είναι τόσο συνεπή όσο αυτά σχετικά με την παθητική αντιμετώπιση (Snow-Turek et al., 1996. Broome, Bates, Lillis & McGahee, 1990. Holmes & Stevenson, 1990. Turner & Aaron, 2001. Mercado et al., 2000). Υπάρχουν, πάντως, κάποιες έρευνες οι οποίες έχουν συνδέσει τις στρατηγικές ενεργούς αντιμετώπισης με θετικό συναίσθημα, με μειωμένη κατάθλιψη, με αυξημένη δραστηριότητα και με καλύτερη ψυχολογική προσαρμογή σε ασθενείς με χρόνια πόνο (Turner et al, 2001. Brown, Nicassio & Wallston, 1989. Gil et al, 1993). Το γεγονός ότι η σχέση του παθητικού τρόπου αντιμετώπισης με την προσαρμογή είναι πολύ πιο ισχυρή από αυτήν της ενεργητικής αντιμετώπισης με την προσαρμογή μπορεί να μας οδηγήσει στο συμπέρασμα ότι οι ψυχολογικές παρεμβάσεις πρέπει να στοχεύουν κυρίως στη μείωση και τον έλεγχο των παθητικών στρατηγικών αντιμετώπισης.

Παρακάτω γίνεται αναφορά στην ερευνητική εργασία που έχει εκπονηθεί πάνω σε κάποιες από τις στρατηγικές παθητικής και ενεργητικής αντιμετώπισης οι οποίες έχουν φανεί να παρουσιάζουν σημαντικό ή αμφιλεγόμενο ρόλο στην προσαρμογή στον χρόνια πόνο.

#### *Θρησκευτικότητα/Πνευματικότητα*

Μία σειρά ερευνών έχει αναδείξει το ρόλο της θρησκευτικής ενασχόλησης (προσευχή, διάβαση θρησκευτικών βιβλίων) ως μια στρατηγική αντιμετώπισης η οποία επιφέρει θετικά αποτελέσματα στην ψυχική αλλά και στη φυσική κατάσταση. Η σύγχρονη ερευνητική δραστηριότητα έχει εστιάσει στην θρησκευτικότητα σαν στρατηγική αντιμετώπισης σε ασθένειες απειλητικές για τη ζωή, όπως οι καρδιαγγειακές παθήσεις (Aviles et al., 2001,) διάφοροι τύποι καρκίνου

(Andrykowski et al., 1996) και το Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσοανεπάρκειας, AIDS (Woods & Ironson, 1999). Αν και προηγούμενη έρευνα είχε δείξει ότι η θρησκευτικότητα μπορεί να επηρεάσει θετικά την υγεία, τη μακροζωία και την αποκατάσταση από φυσική ασθένεια σε ανθρώπους που πάσχουν από μια καταληκτική νόσο, κάτι αντίστοιχο δε φαίνεται να συμβαίνει και στο χρόνια πόνο. Τα άτομα που αντιμετωπίζουν χρόνια πόνο χαμηλά στην πλάτη, πιθανόν να εμφανίζουν διαφορετική συμπεριφορά σχετική με τη θρησκευτικότητα από αυτούς που πάσχουν από μια καταληκτική νόσο, γεγονός που αποκαλύπτει ένα διαφορετικό πρότυπο επίδρασης της θρησκευτικότητας στα αποτελέσματα υγείας σε διαφορετικούς πληθυσμούς.

Αν και περιορισμένες, υπάρχουν κάποιες έρευνες οι οποίες υποδεικνύουν ότι η θρησκεία και η πνευματικότητα σχετίζονται θετικά με χαμηλότερα σκορ στην μέτρηση του πόνου (Turner & Clancy, 1986) και με βελτιωμένη διάθεση (Keefe et al., 2001). Αρκετές σύγχρονες έρευνες, όμως, έχουν δείξει ασυνεπή και κάπως μπερδεμένα αποτελέσματα. Οι Rippentrop, Altmaier, Chen, Found και Keffala (2005) σε έρευνα τους με ασθενείς με χρόνια πόνο βρήκαν ότι η θρησκεία και η πνευματικότητα που εκφραζόταν μέσα από προσωπικές δραστηριότητες σχετίζονταν με φτωχότερη φυσική υγεία. Παρά τη σημαντική αυτή συσχέτιση η θρησκεία ως αντιμετώπιση δεν κατόρθωσε να προβλέψει την ένταση του πόνου, τη ψυχική υγεία καθώς ούτε και τη γενικότερη ανάμειξη του πόνου στη ζωή του ασθενούς. Σε μια άλλη έρευνα που χρησιμοποίησε δείγμα 3851 ηλικιωμένων ασθενών βρέθηκε ότι αυτοί που προσευχόντουσαν και διάβαζαν τη Βίβλο καθημερινά παρουσίαζαν μεγαλύτερη φυσική αναπηρία από αυτούς που συμμετείχαν σε αυτές τις θρησκευτικές πρακτικές μία φορά την εβδομάδα (Haley, Koenig & Bruchett, 2001). Βέβαια, σε αυτές τις έρευνες είναι πολύ δύσκολο να αναδυθούν αιτιακές σχέσεις. Για παράδειγμα, το παραπάνω εύρημα μπορεί να εξηγηθεί ως εξής: οι ασθενείς που βιώνουν εντονότερη αναπηρία μπορεί να παρουσιάζουν μεγαλύτερη ενασχόληση με τα θεία για να βρουν κάποιο στήριγμα κι όχι η συχνότερη θρησκευτική ενασχόληση να επιφέρει μεγαλύτερη αναπηρία. Τα όρια μεταξύ της αιτίας και του αποτελέσματος είναι δυσδιάκριτα σε όλες τις συναφειακές μελέτες γι αυτό πρέπει να είμαστε ιδιαίτερα προσεκτικοί στην ερμηνεία αυτών των αποτελεσμάτων.

Οι Skevington, Carse και Williams (2001) και οι Abraido-Lanza, Vasquez και Echeverria (2004) είχαν διατυπώσει την υπόθεση ότι η σχέση της θρησκευτικότητας με τον πόνο δεν ήταν άμεση καθώς υπήρχαν ενδιάμεσες μεταβλητές, όπως η αποδοχή



της ασθένειας και η αυτοαποτελεσματικότητα οι οποίες δρούσαν ως μεσολαβητές για αυτή τη σχέση. Η υπόθεση τους αυτή, όμως, δεν επιβεβαιώθηκε από τα αποτελέσματα.

#### *Καταστροφοποίηση*

Η καταστροφοποίηση ανήκει στο ρεπερτόριο των στρατηγικών παθητικής αντιμετώπισης και σχετίζεται με τις καταστροφικές σκέψεις (φόβος για το χειρότερο) που κάνουν οι ασθενείς σχετικά με τον πόνο και τη μελλοντική πορεία της υγείας τους. Πληθώρα ερευνών, με σχετική συνέπεια, έχουν καταδείξει τον αρνητικό ρόλο που παίζει η καταστροφοποίηση στην προσαρμογή στον χρόνιο πόνο και σε κάποιες περιπτώσεις ακόμα και στην αναφερόμενη από τους ασθενείς αναπηρία ακόμη και όταν ελέγχθηκαν μεταβλητές όπως η κατάθλιψη και ο βαθμός αναπηρίας (Salkovskis, 1989)). Η καταστροφοποίηση έχει, επίσης, παρουσιάσει εντυπωσιακή προβλεπτική αξία για τα θεραπευτικά αποτελέσματα ειδικά σε ασθενείς με οξύ πόνο χαμηλά στην πλάτη (Main & Burton, 1995. Burton, Tillotson, Main & Hollis, 1995). Οι Main και Burton (1995) και οι Burton et al (1995) βρήκαν ότι η καταστροφοποίηση ήταν προβλεπτική της αναπηρίας και της αναφοράς του πόνου 1 χρόνο μετά σε ομάδα ασθενών με οξύ πόνο (λιγότερο από 4 εβδομάδες) χαμηλά στην πλάτη. Επίσης, έχει βρεθεί ότι η καταστροφοποίηση εξηγεί το 35% της διακύμανσης των καταθλιπτικών συμπτωμάτων που σχετίζονται με τον χρόνιο πόνο χαμηλά στην πλάτη (Bogduk, 2006). Γενικά μπορούμε με βεβαιότητα σχεδόν να πούμε ότι η καταστροφοποίηση είναι ένας από τους πιο σημαντικούς και συνεπείς ερευνητικά μηχανισμούς αντιμετώπισης αναφορικά με τα καταθλιπτικά συμπτώματα αλλά και την γενικότερη προσαρμογή στον χρόνιο πόνο που σχετίζεται και με άλλες γνωστικές μετρήσεις όπως αυτή της έδρας ελέγχου για την υγεία αλλά και με το άγχος υγείας (Gibson & Helme, 1999).

#### *Απόσπαση της προσοχής από τον πόνο*

Κάποιες έρευνες έχουν δείξει ότι η απόσπαση της προσοχής από τον πόνο βελτιώνει την αντοχή στον πόνο και μειώνει την αντίληψη της έντασης του πόνου (Arntz, Dreesen & De Jong, 1994). Άλλες, όμως, έχουν δείξει ότι δεν έχει καμία επίδραση (Mc Caul, Monson & Maki, 1992) και άλλες έχουν βρει ότι η προσοχή σε συγκεκριμένα χαρακτηριστικά του βιώματος του πόνου μπορεί να οδηγήσει σε μειωμένη αίσθηση του πόνου ή της δυσφορίας, σε μεγαλύτερη αντοχή στον πόνο συγκριτικά με προσπάθειες όπου τα υποκείμενα αντιστέκονται στο να εστιάζουν την προσοχή τους στο ερέθισμα του πόνου (Dar & Leventhal, 1993, Cioffi & Holloway,

1993). Κάποιες έρευνες έχουν δείξει ότι η εστίαση της προσοχής είτε σε εξωτερικά ερεθίσματα είτε στις εσωτερικές σωματικές αισθήσεις έχει ως αποτέλεσμα την αναφορά μικρότερης έντασης πειραματικά προκαλούμενο πόνο (Piira, Hayes, Goodenough & VonBaeyer, 2006) Επειδή, όμως, αυτά τα αποτελέσματα προέκυψαν από έρευνες που έγιναν σε ασθενείς με οξύ πόνο, δε μπορούμε με βεβαιότητα να τα γενικεύσουμε και σε πληθυσμούς με χρόνιο πόνο.

Μιλώντας περισσότερο θεωρητικά και σε πλαίσιο υποθέσεων, όπως και ο Skinner (1953) είχε διατυπώσει, η προσοχή υπονοεί πως κάποια συμπεριφορά επηρεάζεται σημαντικά από την κατάσταση εκείνη που είναι το επίκεντρο της προσοχής μας. Άρα όταν προσέχουμε κάτι σημαίνει ότι είναι σημαντικό και αυτόματα του προσδίδουμε αξία. Οι άνθρωποι που εστιάζουν σε υπερβολικό βαθμό στον πόνο είναι πιθανό να συμπεριφέρονται με έναν τρόπο που επηρεάζεται έντονα από τον πόνο. Ως εκ τούτου θα λέγαμε μέσα από ένα συμπεριφορικό πρίσμα ότι τα άτομα που πάσχουν από χρόνιο πόνο και είναι ιδιαίτερα δεκτικοί στα ερεθίσματα πόνου είναι πιθανό να επηρεάζονται λιγότερο από άλλα περιβαλλοντικά ερεθίσματα, να ασχολούνται λιγότερο με παραγωγικές δραστηριότητες και μόνο υπό προϋποθέσεις μη πόνου, να αποτυγχάνουν να εκτιμήσουν τα ψυχολογικά και φυσικά οφέλη αυτών των δραστηριοτήτων και τελικά να βιώνουν μεγαλύτερη δυσφορία και αναπηρία. Παρά την εύλογη αυτή θεωρητική προσέγγιση, όμως, δεν υπάρχουν ικανοποιητικά ερευνητικά δεδομένα που να υποστηρίζουν ότι η απόσπαση προσοχής έχει οφέλη στην προσαρμογή στον χρόνιο πόνο.

## VIII. ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΣΤΗΡΙΞΗ

### *Ορισμοί και λειτουργίες*

Η κοινωνική στήριξη έχει οριστεί με πολλούς τρόπους. Αρχικά, ο ορισμός της αφορούσε τον αριθμό των ατόμων που είναι διαθέσιμο για κάθε άτομο. Αργότερα, αναπτύχθηκε ώστε να περιλαμβάνει όχι μόνο τον αριθμό των ατόμων που παρέχουν κοινωνική στήριξη αλλά και την ικανοποίηση που το άτομο λαμβάνει από αυτήν τη στήριξη (Sarason, Levine & Basham, 1983). Ο Wills (1985) έχει προτείνει τους εξής τύπους κοινωνικής στήριξης: α) τη *στήριξη εκτίμησης*, κατά την οποία άλλοι άνθρωποι συμβάλλουν στην αύξηση της αυτο-εκτίμησης του ατόμου, β) την *πληροφοριακή στήριξη*, όπου άλλοι άνθρωποι διατίθενται να προσφέρουν συμβουλές ή ενημέρωση, γ) την *κοινωνική συντροφικότητα* η οποία περιλαμβάνει τη στήριξη μέσα από κοινές δραστηριότητες και δ) τη *λειτουργική στήριξη* η οποία περιλαμβάνει τη φυσική/πρακτική βοήθεια. Συνοψίζοντας, μπορούμε να πούμε ότι η κοινωνική στήριξη αναφέρεται στην αντιλαμβανόμενη συμπαράσταση, φροντίδα, εκτίμηση ή βοήθεια που ένα άτομο λαμβάνει από τρίτους (Wallston, 1983).

### *Κοινωνική στήριξη και υγεία*

Ένας μεγάλος αριθμός ερευνών έχει εξετάσει την επίδραση της κοινωνικής στήριξης στην κατάσταση υγείας των ατόμων. Ήδη από το 1977 ο Lynch είχε αναφέρει ότι τα άτομα που είναι ανύπαντρα, διαζευγμένα ή έχουν χηρέψει παρουσιάζουν μεγαλύτερα ποσοστά θνησιμότητας από καρδιακή προσβολή συγκριτικά με έγγαμους ανθρώπους και είχε διατυπώσει την υπόθεση ότι η καρδιακή προσβολή και η θνησιμότητα σχετίζονται με χαμηλότερα επίπεδα κοινωνικής στήριξης. Τα αποτελέσματα, ωστόσο, αυτής της έρευνας δεν είναι τόσο αξιόπιστα μιας και δεν χρησιμοποιήθηκε μια άμεση μέτρηση της κοινωνικής στήριξης αλλά υπονοήθηκε ουσιαστικά από το κατά πόσο κάποιος διαθέτει κάποιο σύντροφο στη ζωή ή όχι. Μεταγενέστερες έρευνες, όμως, που χρησιμοποίησαν ειδικές μετρήσεις για την κοινωνική στήριξη έχουν υποδείξει ότι η κοινωνική στήριξη παίζει κάποιο ρόλο στην υγεία. Οι Berckman και Syme (1979) σε μια μεγάλη αναδρομική έρευνα που πραγματοποίησαν σε δείγμα 4700 ατόμων (άνδρες και γυναίκες ηλικίας 30-69) το οποίο παρακολούθησαν για 9 χρόνια βρήκαν ότι αυξημένη κοινωνική στήριξη προέβλεπε μειωμένη θνησιμότητα. Η ερευνητική δραστηριότητα έχει, επίσης,

υποδείξει ότι οι επιπλοκές της γέννας ήταν λιγότερες σε γυναίκες που παρουσίαζαν υψηλά επίπεδα κοινωνικής στήριξης (Oakley, 1992) υπονοώντας και πάλι μια σύνδεση μεταξύ της κοινωνικής στήριξης και της υγείας.

Η κοινωνική στήριξη, όμως, φαίνεται να παίζει πιο σημαντικό ρόλο στην πορεία της ασθένειας κι όχι τόσο στην ανάπτυξη ασθενειών όπως ο καρκίνος ή τα καρδιαγγειακά νοσήματα. Έχει βρεθεί ότι η συναισθηματική κοινωνική στήριξη σχετίζεται με καλύτερους δείκτες επιβίωσης μετά από έμφραγμα του μυοκαρδίου (Berckman, Summers & Horwitz, 1992. Williams et al., 1992) και με καλύτερη πρόγνωση μετά από εγκεφαλικό (Glass & Maddox, 1992). Σε γυναίκες με καρκίνο μαστού έχει βρεθεί ότι η κοινωνική απομόνωση (όπως αυτή μετρήθηκε βάση των κοινωνικών δικτύων, όπως συγγενείς, φίλοι, παιδιά κτ.λ.) σχετίζεται με αυξημένη θνησιμότητα από καρκίνο μαστού καθώς και η κοινωνική στήριξη (Reynolds, Boyd & Blacklow, 1994).

Ιδιαίτερα έχει μελετηθεί η σχέση της κοινωνικής στήριξης με τη λειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος. Οι Arnetz et al. (1987) εξέτασαν την ανοσοποιητική λειτουργία άνεργων και ενεργών γυναικών. Η ομάδα των άνεργων γυναικών δέχτηκε είτε επιδόματα οικονομική ενίσχυσης και ψυχοκοινωνική στήριξη είτε μόνο τα επιδόματα. Η ομάδα που έλαβε και την ψυχοκοινωνική στήριξη παρουσίασε καλύτερη λειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος (σε κάποιες μετρήσεις του ανοσοποιητικού και όχι σε όλες) χωρίς όμως να κατορθώσει να φτάσει τα επίπεδα της ομάδας των ενεργών επαγγελματικά γυναικών. Επίσης, η κοινωνική στήριξη έχει βρεθεί ότι σχετίζεται με μικρότερο κίνδυνο για μείωση του αριθμού των CD4 λεμφοκυττάρων σε άνδρες που έχουν προσβληθεί με τον ιό HIV (Theorrel, 1995) και με πιο αργή επιδείνωση του Συνδρόμου Επίκτητης Ανοσοανεπάρκειας (AIDS) (Leserman et al., 1999. Leserman et al., 2000).

Εντούτοις η επίδραση της κοινωνικής στήριξης στα αποτελέσματα υγείας φαίνεται να μην είναι κύρια αλλά διαμεσολαβητική. Ερευνητικά δεδομένα έχουν δείξει ότι η κοινωνική στήριξη σχετίζεται και με καλύτερη τήρηση της θεραπείας, με καλύτερη αυτό-αποτελεσματικότητα αναφορικά με την τήρηση της θεραπείας και λαμβάνοντας υπόψη τα δεδομένα που υποδεικνύουν ότι η τήρηση της θεραπείας σχετίζεται με καλύτερη πορεία της ασθένειας, για παράδειγμα του Συνδρόμου Επίκτητης Ανοσοανεπάρκειας (AIDS) μπορούμε να υποθέσουμε ότι η επίδραση της κοινωνικής στήριξης στα αποτελέσματα υγείας δεν είναι άμεση (Simoni, Frick & Huang, 2006).

Η μη κύρια επίδραση της κοινωνικής στήριξης στα αποτελέσματα υγείας διαφαίνεται και από τη σχέση της κοινωνικής στήριξης με το στρες (Power, 2005). Έχει διατυπωθεί η υπόθεση ότι η κοινωνική στήριξη βοηθάει τα άτομα να αντιμετωπίσουν το στρες, παίζοντας έτσι ένα διαμεσολαβητικό ρόλο ανάμεσα στη σχέση στρες-ασθένειας, προστατεύοντας το άτομο από τις παθογόνους επιδράσεις του στρες (Cohen & Wills, 1985). Ο μηχανισμός με τον οποίο η κοινωνική στήριξη δρα προστατευτικά απέναντι στο στρες βασίζεται κυρίως στην επίδραση που ασκεί στην αξιολόγηση του δυνητικού ή υπαρκτού στρεσογόνου ερεθίσματος. Αυτός ο μηχανισμός, όπως έχει περιγραφεί βάση της θεωρίας της κοινωνικής σύγκρισης, δρα ως εξής: η ύπαρξη άλλων ανθρώπων στο περιβάλλον του ατόμου επιτρέπει στα άτομα που εκτίθενται σε ένα στρεσογόνο γεγονός να διαλέξουν την κατάλληλη στρατηγική αντιμετώπισης με το να συγκρίνουν τους εαυτούς με άλλα διαθέσιμα άτομα που έχουν βιώσει την ίδια εμπειρία ( O'Brien & De Longis, 1997). Η υπόθεση της θωράκισης απέναντι στο στρες έχει περιγραφεί και μέσω της θεωρίας των ρόλων η οποία υποθέτει ότι η κοινωνική στήριξη διευκολύνει τα άτομα να τροποποιήσουν το ρόλο ή την ταυτότητά τους ανάλογα με τις απαιτήσεις του στρεσογόνου παράγοντα (Ogden, 2000). Η θεωρία των ρόλων δίνει έμφαση στον ατομικό ρόλο του κάθε ανθρώπου και υπονοεί ότι η ύπαρξη άλλων ανθρώπων προσφέρει επιλογές ως προς το ποιο ρόλο ή ταυτότητα να υιοθετήσει ως αποτέλεσμα των στρεσογόνων γεγονότων.

Ωστόσο η ερευνητική δραστηριότητα των τελευταίων ειδικά χρόνων υποδεικνύει ότι η πιο σημαντική επίδραση της κοινωνικής στήριξης αφορά στην ψυχική υγεία. Τα τελευταία 25 χρόνια, η έρευνα έχει υποδείξει τις ευεργετικές επιδράσεις της κοινωνικής στήριξης στην ψυχολογική ευεξία των ατόμων που υποφέρουν από χρόνιες νόσους όπως ο καρκίνος (Helgeson & Cohen, 1996), οι καρδιαγγειακές νόσοι (Uchino, Cacioppo & Kiecolt-Glaser, 1996) και ο διαβήτης (Cheng & Boey, 2000).

### ***Κοινωνική Στήριξη και Χρόνιος Πόνος***

Ο ρόλος της κοινωνικής στήριξης στον χρόνιο πόνο δεν έχει μελετηθεί όσο σε άλλες χρόνιες νόσους. Παρόλα αυτά υπάρχουν αρκετές έρευνες πάνω στο ρόλο της κοινωνικής στήριξης στη ψυχολογική προσαρμογή αλλά λιγότερες αναφορικά με την επίδραση της κοινωνικής στήριξης στο βίωμα και την αναφορά του πόνου. Μια πληθώρα μελετών έχει διερευνήσει τη σχέση της κοινωνικής στήριξης με την

κατάθλιψη και τα ευρήματά τους εν γένει υποδεικνύουν ότι οι ασθενείς που αναφέρουν υψηλά επίπεδα κοινωνικής στήριξης υποφέρουν από μικρότερα επίπεδα κατάθλιψης και αρνητική διάθεση και γενικά παρουσιάζουν καλύτερη εικόνα ψυχικής υγείας (Brown, Wallston & Nicassio, 1989. Doeglas, Suurmeijer, Krol, Sanderman, van Rijswijk & van Leeuwen, 1994). Οι Krol et al. μελετώντας την ποιότητα ζωής σε ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα βρήκαν ότι η κοινωνική στήριξη συνέβαλε σημαντικά στην ψυχολογική ευεξία των ασθενών (Krol, Sanderman & Suurmeijer, 1993).

Αναφορικά με τη σχέση της κοινωνικής στήριξης με τη φυσική λειτουργικότητα ή την αναφορά του χρόνιου πόνου υπάρχουν κάποιες έρευνες που υποστηρίζουν μια σημαντική σχέση αν και δε συναντάμε συνέπεια μεταξύ των ερευνών. Μια σειρά μελετών έχουν υποδείξει μια σημαντική σχέση μεταξύ υψηλότερων επιπέδων αντιλαμβανόμενης κοινωνικής στήριξης και μικρότερων επιπέδων αναφοράς πόνου (Feldman, Downey & Schaffer, 1999. Jamison, & Virts 1990. Weinberger, Hiner & Tierney, 1986). Για παράδειγμα, οι Feldman et al. διεξήγαγαν μια έρευνα σε ασθενείς με το σύνδρομο του σύνθετου τοπικού πόνου κατά την οποία οι ασθενείς συμπλήρωναν για 28 συνεχείς ημέρες ένα καθημερινό ερωτηματολόγιο που μέτραγε τη διάθεση, τον πόνο και την αντιλαμβανόμενη κοινωνική στήριξη. Τα αποτελέσματα υπέδειξαν ότι η αντιλαμβανόμενη κοινωνική στήριξη προέβλεπε την ύφεση του πόνου την επόμενη μέρα από εκείνη που έγινε η σχετική μέτρηση. Οι συμμετέχοντες, επίσης, απάντησαν και σε ένα ανοιχτό ερωτηματολόγιο τι από αυτά που είπαν ή έκαναν οι άλλοι ήταν για αυτούς βοηθητικό στην αντιμετώπιση του πόνου. Ανέφεραν ότι βοηθητικό ήταν η κινητοποίηση για ενεργή αντιμετώπιση της κατάστασης και η αποθάρρυνση της καταστροφοποίησης και του να αισθάνονται αβοήθητοι. Ακόμη, θεώρησαν ως βοηθητική την αναγνώριση των δυσκολιών που περνάνε.

Έχει διατυπωθεί η υπόθεση η οποία έχει επιβεβαιωθεί από αρκετές έρευνες ότι οι σχετικοί με την ασθένεια παράγοντες προβλέπουν μόνο σε μέτριο βαθμό τη μελλοντική αναπηρία από ασθένειες χρόνιου πόνου όπως η ρευματοειδής αρθρίτιδα (van der Heide, Jacobs, Haanen & Bijlsma, 1995. Wolfe & Cathey, 1991). Ως εκ τούτου, αναπτύχθηκε κατά τη δεκαετία του '90 και μέχρι σήμερα ένα αυξημένο ενδιαφέρον σχετικά με τους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες που επηρεάζουν την πορεία του χρόνιου πόνου. Οι Savelkoul et al. σε μία έρευνα που διεξήγαγαν σε ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα και οστεοαρθρίτιδα βρήκαν ότι η ικανοποίηση

από την κοινωνική στήριξη σχετιζόταν με χαμηλότερα επίπεδα συχνότητας αλλά και έντασης του πόνου (Savelkoul, Post, de Witte & van den Borne, 2000). Μια μακροπρόθεσμη μελέτη των Waltz et al. παρουσίασε παρόμοια αποτελέσματα (Waltz, Kriegel & van't Pad Bosch, 1998). Μολονότι υπάρχουν ερευνητικά δεδομένα που να υποστηρίζουν τη σχέση μεταξύ κοινωνικής στήριξης και πόνου, η σχέση αυτή δεν επιβεβαιώνεται πάντα. Υπάρχουν ευρήματα που υποδεικνύουν ότι η κοινωνική στήριξη δεν ήταν αποτελεσματική στο να θωρακίσει τον ασθενή από τις αρνητικές επιδράσεις του καθημερινού στρες στην αναφορά του πόνου την επόμενη μέρα (Affleck, Tenne, Urrows & Higgins, 1994). Τέλος, υπάρχουν κάποιες έρευνες που έχουν υποδείξει ότι μεγαλύτερα επίπεδα πρακτικής στήριξης σχετίζονται με μεγαλύτερου βαθμού διαταραχής στη λειτουργικότητα του ασθενή (Doeglas, Suurmeijer, Krol, Sanderman, van Rijswijk & van Leeuwen, 1992. Taal, Rasker, Seydel & Wiegman, 1993). Αυτά τα ευρήματα μπορούμε καλύτερα να τα εξηγήσουμε αν σκεφτούμε ότι η στήριξη σε πρακτικά ζητήματα δεν ευνοεί την υιοθέτηση στρατηγικών ενεργούς αντιμετώπισης από την πλευρά του ασθενή και ίσως μέσω των δευτερογενών οφελών, ενισχύεται ο ρόλος του ασθενή. Αυτό, βέβαια, δεν είναι παρά μια υπόθεση. Ίσως μελλοντική έρευνα πάνω στο βαθμό και τη συχνότητα της πρακτικής κοινωνικής στήριξης να μας έδινε ακριβέστερα αποτελέσματα. Ωστόσο, η κοινωνική στήριξη παραμένει μια σημαντική μεταβλητή στην εξήγηση της βιοψυχοκοινωνικής προσαρμογής στον χρόνιο πόνο.

## ΙΧ. ΕΔΡΑ ΕΛΕΓΧΟΥ ΥΓΕΙΑΣ

### *Ορισμοί, λειτουργίες*

Ο έλεγχος είναι μια έννοια που έχει μελετηθεί από αρκετές θεωρίες, όπως η θεωρία των αιτιακών αποδόσεων του Kelley όπου ο έλεγχος γίνεται αντιληπτός μέσα στα πλαίσια της απόδοσης αιτιότητας (κατά πόσο η αιτία π.χ ενός στρεσογόνου γεγονότος μπορούσε να ελεγχθεί ή όχι από το άτομο), η θεωρία της αυτό-αποτελεσματικότητας του Bandura όπου αναφέρεται στην πεποίθηση του ατόμου ότι μπορεί να διεξάγει μια συμπεριφορά (ο έλεγχος είναι υπονοούμενος σε αυτή τη θεωρία) (Kelly, 1971. Bandura, 1977). Ο Thompson είχε διακρίνει πέντε τύπους ελέγχου: α) τον συμπεριφορικό (π.χ αποφυγή), β) τον γνωστικό (επαναξιολόγηση των στρατηγικών αντιμετώπισης), γ) τον σχετικό με την απόφαση έλεγχου (επιλογή σχετική με το πιθανό αποτέλεσμα), δ) τον σχετικό με την πληροφόρηση για το στρεσογόνο ερέθισμα έλεγχου (π.χ. η δυνατότητα πρόσβασης σε πληροφόρηση σχετική με το στρεσογόνο ερέθισμα) και ε) τον αναδρομικό έλεγχου (π.χ. θα μπορούσα να έχω κάνει κάτι για να αποτρέψω αυτό το γεγονός;). Ο έλεγχος έχει, επίσης, διαιρεθεί στον αντιλαμβανόμενο (πόσο πιστεύω ότι μπορώ να ελέγξω ένα στρεσογόνο γεγονός) και τον πραγματικό έλεγχου (πόσο ελέγγω). Η ασυμφωνία μεταξύ των δύο αυτών τύπων έχει αναφερθεί ως απατηλός έλεγχος (π.χ. να πιστεύω ότι ελέγγω το κατά πόσον θα συντριβεί το αεροπλάνο με το να μετράω σε όλη τη διαδρομή) (Ogden, 2000).

Η *έδρα ελέγχου* είναι μια έννοια η οποία αναπτύχθηκε από τη θεωρία της κοινωνικής μάθησης του Rotter (1966), σύμφωνα με την οποία οι άνθρωποι διαθέτουν είτε εξωτερική είτε εσωτερική έδρα ελέγχου αλλά και από την εσωτερική έναντι της εξωτερικής διάστασης που συναντάμε στη θεωρία των αιτιακών αποδόσεων του Kelley (1971). Η έννοια αυτή διευρύνθηκε από την ερευνητική ομάδα των Wallston και Wallston (1982) στο χώρο της υγείας περιλαμβάνοντας την υποκειμενική ερμηνεία διαφόρων *φαινομένων*, όπως οι συμπεριφορές υγείας, η πορεία της υγείας κ.τ.λ.

Οι τρόποι και ο βαθμός στον οποίο οι άνθρωποι αντιλαμβάνονται ότι τα γεγονότα στη ζωή τους και γενικότερα η έκβαση της ζωής είναι υπό έλεγχο αποτελούν ολόένα και περισσότερο ένα σημαντικό παράγοντα στην σχετική με την υγεία έρευνα. Η έδρα ελέγχου για την υγεία είναι ουσιαστικά ο βαθμός του αντιλαμβανόμενου ελέγχου που το άτομο θεωρεί ότι ασκεί στην πορεία της υγείας του. Η Levenson (1981) ήταν η πρώτη που αμφισβήτησε το μονοδιάστατο χαρακτήρα



της έννοιας της έδρας ελέγχου αποδεικνύοντας ότι ο εσωτερικός και ο εξωτερικός έλεγχος είναι δύο ξεχωριστές διαστάσεις (Levenson, 1972). Επίσης, έδειξε ότι οι πεποιθήσεις ελέγχου αποτελούνται από ξεχωριστά μέσα ελέγχου, όπως είναι ο «εαυτός», οι «δυνατοί άλλοι», και η «τύχη». Η πίστη ότι η υγεία (το να είναι κάποιος υγιής, η πιθανότητα να νοσήσει κάποιος) ελέγχεται από τον «εαυτό» υποδεικνύει εσωτερική έδρα ελέγχου, ενώ η πεποίθηση ότι ελέγχεται από τους «δυνατούς άλλους» και από την «τύχη» υποδεικνύει εξωτερική έδρα ελέγχου. Άνθρωποι με εσωτερική έδρα ελέγχου πιστεύουν ότι είναι προσωπικά υπεύθυνοι για την υγεία τους, ενώ άνθρωποι με εξωτερική έδρα ελέγχου εστιασμένη στους δυνατούς άλλους έχουν την πεποίθηση ότι άλλα άτομα, όπως οι γιατροί έχουν την ευθύνη για την υγεία τους και άτομα με εξωτερική έδρα ελέγχου εστιασμένη στην τύχη έχουν την πεποίθηση ότι η υγεία τους εξαρτάται από παράγοντες όπως η τύχη, η μοίρα ή οι συμπτώσεις (Wallston, Wallston & DeVellis, 1978).

Αν και αρχικά οι ερευνητές θεωρούσαν ότι η εσωτερική και η εξωτερική έδρα ελέγχου αντιπροσωπεύουν δύο άκρα ενός συνεχούς, η εμπειρία αποκάλυψε ότι αυτές οι δύο πεποιθήσεις μπορεί να είναι και ανεξάρτητες. Δηλαδή ένας άνθρωπος μπορεί ταυτόχρονα να εμφανίζει εσωτερικές και εξωτερικές πεποιθήσεις για τον έλεγχο ενός γεγονότος ή μιας συμπεριφοράς (Wallston, 1992). Για παράδειγμα, κάποιος είναι πιθανό να αποδίδει το έμφραγμα του μυοκαρδίου σε ένα εξωτερικό παράγοντα όπως το κάπνισμα ή την παχυσαρκία και συγχρόνως και σε ένα εξωτερικό παράγοντα, όπως το περιβαλλοντικό στρες.

### ***Η σχέση της έδρας ελέγχου για την υγεία με την κατάσταση της υγείας σε ασθενείς με χρόνια πόνο***

Η έρευνα στο χώρο της υγείας έχει δείξει ότι άνθρωποι με υψηλή εσωτερική έδρα ελέγχου είναι πιο πιθανό να έχουν τον έλεγχο της υγείας του, να αναζητούν σχετική με ιατρικά θέματα πληροφόρηση και να παρουσιάζουν φυσική ευεξία (Cross, March, Lapsley, Byrne & Brooks, 2006). Επίσης, ερευνητικά δεδομένα έχουν αποκαλύψει την ύπαρξη σχέσεων μεταξύ της έδρας ελέγχου και της αναφοράς της έντασης του πόνου και έχει προταθεί ότι ασθενείς με χρόνια πόνο και εξωτερική έδρα ελέγχου δεν πιστεύουν στην αποκατάσταση/ανάρρωση και κατά συνέπεια αποφεύγουν την αύξηση των επιπέδων δραστηριότητας τους και αναφέρουν φτωχή ικανότητα μείωσης και ελέγχου του πόνου. Οι ασθενείς με εσωτερική έδρα ελέγχου,

ίσως, έχουν την δυνατότητα εκείνη να αναπτύσσουν στρατηγικές βοηθητικές για την αντιμετώπιση του πόνου γι' αυτό και αναφέρουν μικρότερα επίπεδα πόνου.

Πιο συγκεκριμένα, οι Cross et al (2006) στην έρευνα τους με ασθενείς που πάσχουν από οστεοαρθρίτιδα βρήκαν ότι οι ασθενείς με υψηλότερη εξωτερική έδρα ελέγχου ανέφεραν περισσότερο πόνο και μειωμένη λειτουργικότητα. Αντίστοιχα στους ασθενείς με υψηλή εσωτερική έδρα ελέγχου παρατηρήθηκε η τάση να αναφέρουν λιγότερο πόνο και υψηλότερη λειτουργικότητα. Η έδρα ελέγχου της υγείας, έχει από κάποιες έρευνες συσχετιστεί και με αυξημένη επίπεδα κατάθλιψης σε ασθενείς με χρόνια πόνο (Crisson & Keefe, 1988. Arraras, Wright, Jusue, Tejedor & Calvo, 2002). Αυτό το εύρημα μπορεί να γίνει καλύτερα αντιληπτό αν σκεφτούμε τη σχέση μεταξύ της μαθημένης αβοηθησίας, που αποτελεί μία βασική έννοια στην κατάθλιψη, και της εξωτερικής έδρας ελέγχου. Κάποιος που θεωρεί ότι δεν μπορεί να διαχειριστεί καθόλου τον πόνο είναι πιθανό να αισθάνεται αβοήθητος τουλάχιστον όσον αφορά στο κομμάτι του πόνου ή και τα αντίθετο.

Η έδρα ελέγχου για την υγεία, δε φαίνεται, ωστόσο, να έχει μια ανεξάρτητη επίδραση στην προσαρμογή στον χρόνια πόνο μιας και σχετίζεται και με άλλες μεταβλητές όπως η αντιμετώπιση και η αυτο-αποτελεσματικότητα οι οποίες φαίνονται σε κάποιες περιπτώσεις να υπερκαλύπτουν την επίδραση της. Πιο συγκεκριμένα, έχει βρεθεί ότι ασθενείς με εξωτερική έδρα ελέγχου είναι πιο πιθανό να χρησιμοποιήσουν παθητικές στρατηγικές αντιμετώπισης όπως η προσευχή (Keefe & Crisson, 1988). Μια πιο ισχυρή από την έδρα ελέγχου επίδραση φαίνεται να ασκεί και η αυτο-αποτελεσματικότητα σύμφωνα με τα αποτελέσματα της Cross et al (2006) αν και η σχέση γινόταν πιο σημαντική όταν παρατηρούνταν συνδυασμός των δυο μεταβλητών, δηλαδή, όταν υπήρχε υψηλή εσωτερική έδρα ελέγχου μαζί με υψηλή αυτό-αποτελεσματικότητα. Ίσως, αυτό το εύρημα να οφείλεται στο ότι τα εργαλεία μέτρησης της αυτο-αποτελεσματικότητας μετράνε σε ένα βαθμό και τον έλεγχο. Σε γενικές γραμμές, όμως, αυτά τα ευρήματα μας οδηγούν αφενός στο συμπέρασμα ότι υπάρχουν σημαντικότερες μεταβλητές από την έδρα ελέγχου και αφετέρου στην ήδη διατυπωμένη υπόθεση ότι η προσαρμογή σε μια χρόνια νόσο αποτελεί πολυπαραγοντικό φαινόμενο.

## Χ. ΣΤΟΧΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ ΚΑΙ ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ

Η συγκεκριμένη ερευνητική εργασία στοχεύει να διερευνήσει τον τρόπο με τον οποίο τα άτομα που υποφέρουν από χρόνια πόνο προσαρμόζονται σε ψυχοκοινωνικό επίπεδο στις αλλαγές που επιφέρει η νόσος στη ζωή τους. Η μελέτη της διεργασίας της ψυχοκοινωνικής προσαρμογής θεωρούμε ότι συμβάλλει στον καλύτερο σχεδιασμό ολιστικών θεραπευτικών παρεμβάσεων που στοχεύουν όχι μόνο σε μια καλύτερη ιατρική εικόνα και πορεία της νόσου αλλά και στη διατήρηση μιας καλής ποιότητας ζωής. Για τη διερεύνηση, λοιπόν, αυτού του φαινομένου επιλέξαμε τρεις κατηγορίες ασθενειών που χαρακτηρίζονται από χρόνια πόνο, την οστεοαρθρίτιδα, τη ρευματοειδή αρθρίτιδα και τον πόνο χαμηλά στην πλάτη. Επιλέχθηκαν οι συγκεκριμένες κατηγορίες ασθενειών αφενός γιατί είναι ιδιαίτερα συχνές (όπως είδαμε και στην Εισαγωγή), ενώ παράλληλα δεν είναι απειλητικές για τη ζωή και ως εκ τούτου ο πόνος, η επακόλουθη έκπτωση λειτουργικότητας και η αναπηρία (πραγματική ή ως μελλοντικό ενδεχόμενο) αποτελούν τα κύρια χαρακτηριστικά τους (καθώς απουσιάζει ο φόβος θανάτου).

Ο κύριος στόχος μας αφορά στη διερεύνηση της σχέσης του άγχους υγείας με την ψυχοκοινωνική προσαρμογή των ασθενών που υποφέρουν από τα προβλήματα υγείας που επιλέξαμε να μελετήσουμε και πιο συγκεκριμένα στη μελέτη του κατά πόσο τα επίπεδα του άγχους υγείας είναι ικανά να προβλέψουν τα διάφορα επίπεδα της ψυχοκοινωνικής προσαρμογής (κάτι τέτοιο δεν έχει ερευνηθεί). Παράλληλα, για την αποτελεσματική διερεύνηση αυτής της σχέσης, θεωρούμε απαραίτητη και τη μελέτη άλλων σημαντικών ψυχολογικών λειτουργιών που, όπως έχει υποδείξει η έρευνα και έχουμε αναφέρει σε προηγούμενα κεφάλαια, σχετίζονται με την προσαρμογή στον χρόνια πόνο. Τέτοιες ψυχολογικές λειτουργίες αποτελούν οι στρατηγικές αντιμετώπισης που χρησιμοποιούν οι ασθενείς (ενεργητικές και παθητικές), το στρες, η κοινωνική στήριξη και η έδρα ελέγχου. Επιπλέον, αξιολογούνται κάποια ιατρικά θα μπορούσαμε να πούμε χαρακτηριστικά όπως η διάρκεια της νόσου, η νοσηλεία κατά το τελευταίο έτος, η κινητικότητα και η ικανότητα των ασθενών να εκτελούν τις καθημερινές τους δραστηριότητες καθώς και κάποια δημογραφικά χαρακτηριστικά (ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, μόρφωση, επάγγελμα, εισόδημα).

Η κύρια υπόθεση της έρευνας αφορά στο ότι το άγχος υγείας μπορεί να προβλέψει σε σημαντικό βαθμό την ψυχοκοινωνική προσαρμογή στον χρόνιο πόνο ακόμη και όταν ελεγχθούν σημαντικές ψυχολογικές μεταβλητές (αναφερθήκαν πιο πάνω) καθώς και ιατρικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών. Πιο συγκεκριμένα, υποθέτουμε ότι το άγχος υγείας θα επιδείξει μια θετική σχέση με όλες τις επιμέρους μετρήσεις της ψυχοκοινωνικής προσαρμογής (βλ. κεφάλαιο Μεθόδου), δηλαδή ότι υψηλά επίπεδα άγχους υγείας θα προβλέπουν υψηλά επίπεδα φτώχης προσαρμογής στον χρόνιο πόνο και το αντίστροφο. Αυτή η υπόθεση βασίζεται αφενός σε προηγούμενη ερευνητική εργασία που όπως έχουμε αναφέρει και σε προηγούμενα κεφάλαια υποδεικνύει κάποιο ρόλο για το άγχος υγείας στην προσαρμογή στον χρόνιο πόνο και αφετέρου στο θεωρητικό υπόβαθρο της υποχονδρίασης-άγχους υγείας που προσφέρει το γνωσιακό-συμπεριφοριστικό μοντέλο.

Σύμφωνα με το γνωσιακό-συμπεριφοριστικό μοντέλο, το οποίο παρουσιάστηκε στο κεφάλαιο της Υποχονδρίασης-Άγχους Υγείας, ένα από τα βασικά χαρακτηριστικά της υποχονδρίασης αποτελεί η *καταστροφική ερμηνεία* σωματικών συμπτωμάτων και ένας από τους παράγοντες που συμβάλλουν στη διατήρηση της είναι η *εστία προσοχής* (επιλεκτική προσοχή εστιασμένη σε σωματικά συμπτώματα που σχετίζονται με ασθένεια). Με βάση αυτό το θεωρητικό υπόβαθρο διατυπώσαμε την κύρια υπόθεση μας. Θεωρήσαμε, λοιπόν, ότι οι ασθενείς με χρόνιο πόνο που παρουσιάζουν έντονο άγχος υγείας, καταστροφοποιούν τις σωματικές τους αισθήσεις, προσδοκούν ως εκ τούτου την χειρότερη πιθανή έκβαση της ασθένειάς τους και παρουσιάζουν έτσι έντονο άγχος, δυσφορία και φτώχη ψυχική εικόνα καθώς και αφήνουν το πρόβλημα υγείας που αντιμετωπίζουν να παρεμβαίνει έντονα στην οικογενειακή, επαγγελματική και κοινωνική ζωή τους.

Η παραπάνω συλλογιστική είναι άρρηκτα συνδεδεμένη και με την δεύτερη υπόθεση ότι το άγχος υγείας θα εμφανίσει θετικά σημαντική σχέση με την καταστροφοποίηση, δηλαδή όσο μεγαλύτερο είναι το άγχος υγείας τόσο μεγαλύτερη και η αναφορά της καταστροφοποίησης ως στρατηγική αντιμετώπισης. Συνδεδεμένη με το ίδιο θεωρητικό υπόβαθρο είναι και η τρίτη υπόθεση της έρευνας, η οποία αφορά στο ότι αναμένουμε το άγχος υγείας να σχετίζεται αρνητικά με στρατηγικές αντιμετώπισης όπως η απόσπαση προσοχής, η αγνόηση του πόνου και η αποστασιοποίηση από τον πόνο. Επίσης υποθέτουμε ότι το άγχος υγείας θα εμφανίσει θετική συσχέτιση με στο στρες και αρνητική με την έδρα ελέγχου, δηλαδή όσο

μεγαλύτερο είναι το άγχος υγείας τόσο πιο εξωτερική θα τείνει να εμφανίζεται η έδρα ελέγχου.

Τέλος, υποθέτουμε ότι δεν θα παρατηρηθούν σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις κατηγορίες ασθενειών σχετικά με την ψυχοκοινωνική προσαρμογή αλλά και με τις επιμέρους λειτουργίες που μετρήθηκαν και τα δημογραφικά χαρακτηριστικά. Η τελευταία αυτή υπόθεση βασίζεται στο γεγονός ότι οι κατηγορίες των ασθενειών που επιλέξαμε παρουσιάζουν κοινά χαρακτηριστικά ως προς τα επίπεδα του πόνου που συνήθως εμφανίζουν, ως προς τα προβλήματα κινητικότητας που τις συνοδεύουν αλλά και το ενδεχόμενο αναπηρίας και ως εκ τούτου δε θα μπορούσε οι διαφορετικές κατηγορίες ασθενειών να επηρεάζουν διαφορετικά την εικόνα της προσαρμογής. Επίσης, όλες αυτές οι ασθένειες εμφανίζονται σε μεγαλύτερο βαθμό σε μεγαλύτερης ηλικίας ανθρώπους και δεν υπάρχουν κάποια ερευνητικά δεδομένα που να υποστηρίζουν ότι δημογραφικά χαρακτηριστικά όπως το οικονομικό επίπεδο ή η μόρφωση σχετίζονται με έμμεσο τρόπο (π.χ. μέσω συγκεκριμένων συμπεριφορών υγείας) με την εκδήλωση των συγκεκριμένων ασθενειών.

## XI. ΜΕΘΟΔΟΣ

### *Υποκείμενα και Διαδικασία*

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε δείγμα 61 ασθενών (40 γυναίκες, 21 άνδρες) με ρευματοειδή αρθρίτιδα (59%), οστεοαρθρίτιδα (16.4%) και πόνο χαμηλά στην πλάτη (24.6). Όλοι οι ασθενείς πληρούσαν το κριτήριο των 6 μηνών διάρκειας ώστε να καθοριστούν ως ασθενείς με χρόνια πόνο. Η μέση διάρκεια της νόσου ήταν 12.37 έτη (τυπική απόκλιση = 10.02, εύρος = .50-40). Τα υποκείμενα ανέφεραν σε ποσοστό 81.3% μέτρια επίπεδα πόνου, σε ποσοστό 12.5% υπερβολικά επίπεδα πόνου, ενώ μόνο το 6.2% των ασθενών δεν ανέφερε καθόλου πόνο κατά την περίοδο της συμμετοχής του στην έρευνα. Ο μέσος όρος ηλικίας των υποκειμένων ήταν 56.26 (τυπική απόκλιση = 14.66, εύρος = 23-82). Στην πλειοψηφία τους ζούσαν με την οικογένεια τους (79.2%), ενώ λίγοι ήταν αυτοί που ζούσαν μόνοι τους (19.7%). Το μορφωτικό επίπεδο ποίκιλλε. Το 36.1% των συμμετεχόντων παρουσίασε ανώτερη/ανώτατη μόρφωση, το 27.9% ήταν απόφοιτοι λυκείου, το 8.2% απόφοιτοι Γυμνασίου και το 27.9% ήταν απόφοιτοι Δημοτικού. Αναφορικά με την επαγγελματική ιδιότητα, το 23% ήταν συνταξιούχοι, το 39.3% ενασχόληση με τα οικιακά, το 6.6% ελεύθεροι επαγγελματίες και το 31.1% ήταν υπάλληλοι.

Οι συμμετέχοντες προσκλήθηκαν για συμμετοχή στην έρευνα μέσω ανακοινώσεων που έγιναν σε τρία ιδιωτικά ιατρεία (ρευματολόγων και ορθοπεδικού). Κάθε συμμετέχων συμπλήρωσε τα ερωτηματολόγια της έρευνας σε ειδικό δωμάτιο με σταθερές συνθήκες φωτισμού, ήχου και θερμοκρασίας, μετά από ραντεβού. Κατά τη διάρκεια συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων, κάθε συμμετέχων βρισκόταν μόνος στο δωμάτιο με την παρουσία ενός βοηθού έρευνας.

### *Μετρήσεις*

#### *Υποχονδρίαση (Άγχος Υγείας)*

Για να μετρήσουμε την υποχονδρίαση χρησιμοποιήθηκε η Κλίμακα Στάσεων για την Ασθένεια (Illness Attitude Scale) η οποία διαμορφώθηκε από τον Kellner (1986) με στόχο την εκτίμηση των φόβων, των πεποιθήσεων και των στάσεων που σχετίζονται με την υποχονδρίαση και τη μη φυσιολογική συμπεριφορά ασθένειας. Το ερωτηματολόγιο, σύμφωνα με τον Kellner, χωρίζεται σε 9 υποκλίμακες οι οποίες αποτελούνται από 3 ερωτήσεις η κάθε μία και οι οποίες βαθμολογούνται σε μία

κλίμακα 5 βαθμών (0=όχι/καθόλου, 1=σπάνια, 2=κάποιες φορές, 3=συχνά, 4=τις περισσότερες φορές) (Kellner, 1986). Μεταγενέστερες παραγοντικές αναλύσεις, όμως, κατέδειξαν, σημαντικά λιγότερους παράγοντες (Ferguson, E., et al., 1995, Hadjistanoropoulos & Asmundson, 1998). Για τους σκοπούς της συγκεκριμένης έρευνας επιλέξαμε τους εξής παράγοντες που προέκυψαν από την παραγοντική ανάλυση που πραγματοποίησαν οι Hadjistanoropoulos et al. σε δείγμα ασθενών με χρόνια με χρόνια πόνο: (1) ανησυχία για ασθένειες και πόνο, (2) επιδράσεις συμπτωμάτων, (3) συμπεριφορές υγείας, (4) φοβίες ασθενειών και καταδίκη, (5) φόβος θανάτου. Στη στατιστική μας ανάλυση χρησιμοποιήσαμε τον  $1^{\circ}$ , παράγοντα με αξιοπιστία Cronbach's  $\alpha=.77$ , γιατί μετρούσε σε ικανοποιητικό βαθμό το άγχος για την υγεία γενικά αλλά και ειδικά για τον πόνο.

#### *Κοινωνική Στήριξη*

Για την αξιολόγηση της αντίληψης που έχουν τα υποκείμενα για την κοινωνική στήριξη που λαμβάνουν χρησιμοποιήσαμε την Κλίμακα των Σημαντικών Άλλων, η οποία αναπτύχθηκε από τους Power, Champion & Aris (1988) με στόχο την εκτίμηση 5 πρακτικών και 5 συναισθηματικών λειτουργιών της κοινωνικής υποστήριξης ου αποτελούν όμως έναν ενιαίο παράγοντα. Η βαθμολογία έγινε πάνω σε μια 7βάθμια κλίμακα τύπου Likert (1=Ποτέ - 7=Πάντα). Στη δική μας έρευνα πήραμε μετρήσεις για 2 κατηγορίες προσώπων: την οικογένεια και τους φίλους. Η αξιοπιστία Cronbach's  $\alpha$  ήταν .90 για την κοινωνική στήριξη από την οικογένεια, .92 για την κοινωνική στήριξη από φίλους και .92 για τη συνολική.

#### *Έδρα Ελέγχου Υγείας*

Για τη μέτρηση της έδρας ελέγχου για την υγεία χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα που διαμόρφωσαν οι Wallston, Kaplan & Maides (1976). Η κλίμακα αποτελείται από 11 ερωτήσεις οι οποίες βαθμολογούνται σε μια κλίμακα τύπου Likert 6 βαθμών (1=Διαφωνώ Απόλυτα-6=Συμφωνώ Απόλυτα) και χωρίζεται σε 2 υποκλίμακες: (1) την εξωτερική έδρα ελέγχου και (2) την εσωτερική. Η αξιοπιστία της κλίμακας Cronbach's  $\alpha$  βρέθηκε στο 0.59.

#### *Στρατηγικές αντιμετώπισης*

Για την αξιολόγηση των στρατηγικών αντιμετώπισης στρεσογόνων καταστάσεων χρησιμοποιήσαμε την ανανεωμένη έκδοση του Ερωτηματολογίου των Στρατηγικών Αντιμετώπισης (Coping Strategies Questionnaire-Revised) το οποίο αναπτύχθηκε αρχικά από τους Rosenstiel & Keefe (1983) και έχει ευρέως χρησιμοποιηθεί σε διάφορους πληθυσμούς με χρόνια πόνο (Gil, Abrams, Philips &

Keefe, 1989. Keefe, Brown, Wallston & Galdwell, 1989. Lawson, Reesor, Keefe & Turner, 1990. Nicholas, Wilson & Goyen, 1991). Το Ερωτηματολόγιο των Στρατηγικών Αντιμετώπισης αποτελείτο, αρχικά από 42 ερωτήσεις οι οποίες βαθμολογούνται σε μια 7βάθμια κλίμακα τύπου Likert (1=Ποτέ-7=Πάντα) αλλά επειδή για αρκετά χρόνια δεν είχε βρεθεί μια αξιόπιστη παραγοντική δομή προτάθηκε η διατήρηση 27 ερωτήσεων που αποτέλεσαν το CSQ-R και το οποίο χρησιμοποιήθηκε τελικά για τους σκοπούς αυτής της έρευνας (Riley, & Robinson, 1997). Οι παράγοντες του CSQ-R είναι η (1) καταστροφολογία, (2) η προσευχή, (3) η απόσπαση προσοχής, (4) αγνόηση του πόνου, (5) η αποστασιοποίηση από τον πόνο και (6) οι αυτό-δηλώσεις αντιμετώπισης με αξιοπιστία Cronbach's  $\alpha$ s, .92, .90, .76, .87, .83, .83 αντίστοιχα.

#### *Υποκειμενικό στρες*

Η κλίμακα Perceived Stress Scale (Cohen, Kamarck, & Mermelstein, 1983), η οποία μετρά το βαθμό στον οποίο ένα άτομο κρίνει τη ζωή του ως απαιτητική και στρεσογόνο, χρησιμοποιήθηκε για την αξιολόγηση του βαθμού του στρες στο οποίο υπόκεινται οι συμμετέχοντες. Η κλίμακα αποτελείται από 10 ερωτήσεις (π.χ., Κατά τον τελευταίο μήνα, πόσο συχνά είσαστε σε ένταση επειδή συνέβη κάτι απρόοπτα; Κατά τον τελευταίο μήνα, πόσο συχνά έχετε νιώσει ότι τα πράγματα πάνε όπως θέλετε;). Οι συμμετέχοντες δήλωναν το βαθμό στον οποίο αισθάνθηκαν ή σκέφτηκαν όπως περιγράφει κάθε ερώτηση σε μια πενταβάθμια κλίμακα τύπου Likert από 'ποτέ' ως το 'πολύ συχνά' (Cronbach's  $a = .85$ ).

#### *Ικανοποίηση από τη ζωή*

Ο βαθμός ικανοποίησης από τη ζωή, ως έτερος δείκτης της προσαρμογής στον χρόνιο πόνο, μετρήθηκε με την κλίμακα Satisfaction with Life Scale (Diener, Emmons, Larsen, & Griffin, 1985). Αποτελείται από 5 θέματα – δηλώσεις (π.χ., Οι συνθήκες ζωής μου είναι άριστες. Σε γενικές γραμμές, η ζωή μου είναι σχεδόν ιδανική). Οι συμμετέχοντες δήλωναν το βαθμό στον οποίο συμφωνούσαν με κάθε μία δήλωση σε μια επτάβαθμη κλίμακα τύπου Likert από το 'διαφωνώ έντονα' ως το 'συμφωνώ πολύ' (Cronbach's  $a = .85$ ).

#### *Ψυχική υγεία.*

Το επίπεδο ψυχικής υγείας αξιολογήθηκε μέσω του Ερωτηματολογίου Γενικής Υγείας (General Health Questionnaire), όπως έχει προσαρμοστεί στα ελληνικά από τους Μουτζούκη, Αδαμοπούλου, Γαρύφαλλο και Καραστεργίου (1990). Χρησιμοποιήθηκε η μορφή των 28 ερωτήσεων (π.χ., Αισθάνεσαι ότι δεν αντέχεις



άλλο; Αισθάνεσαι συνεχώς νευρικός και σε υπερδιέγερση; Έχεις αισθανθεί ότι δεν αξίζει κανείς να ζεις;), στις οποίες οι συμμετέχοντες απάντησαν στη βάση μιας τετράβαθμης κλίμακας τύπου Likert από το «καλύτερα από όσο συνήθως» ως το «πολύ χειρότερα από όσο συνήθως»). Οι παράγοντες που έχουν βρεθεί για αυτή την κλίμακα είναι οι εξής 4: 1) Σωματική Υγεία ( $\alpha = .81$ ), 2) Άγχος και Αϋπνία ( $\alpha = .748$ ), 3) Κοινωνική Δυσλειτουργία ( $\alpha = .86$ ) και 4) Βαριά Κατάθλιψη ( $\alpha = .82$ ). Χρησιμοποιήθηκε, επίσης, το συνολικό σκορ που παράγεται από το άθροισμα του συνόλου των ερωτήσεων της κλίμακας (Cronbach's  $a = .90$ ).

#### *Κοινωνική και Επαγγελματική Προσαρμογή*

Η κοινωνική προσαρμογή καθώς και η επαγγελματική αξιολογήθηκε μέσω της κλίμακας για την Κοινωνική και Επαγγελματική Προσαρμογή η οποία αναπτύχθηκε αρχικά από τον Miles και διευρύνθηκε αργότερα από τον Marks (Mataix-Cols, et al., 2005). Είναι μια ενιαία κλίμακα η οποία μετράει το κατά πόσο το πρόβλημα υγείας επηρεάζει (1) την εργασία, (2) τις δουλειές στο σπίτι, (3) τις κοινωνικές δραστηριότητες, (4) τις προσωπικές δραστηριότητες και (5) την οικογένεια και τις σχέσεις. Οι συμμετέχοντες δηλώνουν τον βαθμό στον οποίο επηρεάζει το πρόβλημα υγείας που αντιμετωπίζουν τους παραπάνω τομείς σε μια οκταβάθμια κλίμακα τύπου Likert και η αξιοπιστία της βρέθηκε .88.

#### *Κατάσταση υγείας*

Την κατάσταση της υγείας την αξιολογήσαμε με το EQ-5D και το , το οποίο αποτελείται από 5 διαστάσεις που αφορούν στην (1) κινητικότητα, (2) την αυτοεξυπηρέτηση, (3) τις συνηθισμένες δραστηριότητες, (4) τον πόνο και τη δυσφορία και (5) το άγχος και την θλίψη (Brooks, Rabin & De Charro, 2003). Οι συμμετέχοντες καλούνται να υποδείξουν την κατάσταση της υγείας τους σε κάθε μία από τις παραπάνω διαστάσεις επιλέγοντας την πρόταση εκείνη που είναι πιο κατάλληλη για την περίπτωσή τους. Επίσης, για να αποκτήσουμε ένα ακριβέστερο προφίλ υγείας χρησιμοποιήθηκε το EQ-VAS (Δείκτης Υγείας) το οποίο αποτελείται από μία κλίμακα οπτικού ανάλογου αριθμημένη από το 0 έως το 100 όπου στις δύο αυτές άκρες αντιστοιχούν η χειρότερη κατάσταση υγείας (0) που μπορούμε να φανταστούμε και η καλύτερη (100). Οι συμμετέχοντες καλούνται να υποδείξουν σε ποιο σημείο της κλίμακας αυτής θεωρούν ότι βρίσκεται η σημερινή κατάσταση υγείας τους.

### *Διάρκεια*

Προκειμένου να έχουμε μια πιο σαφή εικόνα της ψυχοκοινωνικής προσαρμογής στον χρόνια πόνο και δεδομένης της υπόθεσης ότι η διάρκεια της νόσου επηρεάζει την προσαρμογή, μετρήσαμε το χρονικό διάστημα που οι συμμετέχοντες πάσχουν από το εκάστοτε πρόβλημα υγείας σε έτη.

### *Νοσηλεία*

Επίσης, μετρήθηκε και κατά πόσο οι συμμετέχοντες είχαν νοσηλευτεί τον τελευταίο χρόνο (με τη μορφή ερώτησης ναι ή όχι) εξαιτίας του προβλήματος που αντιμετωπίζουν καθώς θεωρήσαμε ότι μια πρόσφατη νοσηλεία αποτελεί ένα στρεσογόνο γεγονός που θα μπορούσε να επηρεάσει τα αποτελέσματα όσον αφορά στην ψυχοκοινωνική προσαρμογή.

Οι κλίμακες που ήταν αρχικά στην αγγλική γλώσσα μεταφράστηκαν στα ελληνικά και επαναμεταφράστηκαν στα αγγλικά από αποφοίτους της Αγγλικής Φιλολογίας. Στη συνέχεια, επιφέραμε ορισμένες αλλαγές και γλωσσικές βελτιώσεις ώστε να τελειοποιηθεί η απόδοση στα ελληνικά.

### ***Στατιστική Ανάλυση***

Για τη Στατιστική επεξεργασία των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το SPSS 14.0. Οι στατιστικές αναλύσεις που χρησιμοποιήθηκαν ήταν η σύγκριση μέσων όρων με t-test (για το φύλο) και ANOVA (για τις κατηγορίες ιατρικών προβλημάτων), συσχετίσεις (Pearson) και ιεραρχική πολλαπλή ανάλυση παλινδρόμησης.

## ΧΙΙ. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Προκειμένου να διαπιστωθεί η ομοιογένεια ή όχι του δείγματος ως προς το φύλο αλλά και τις κατηγορίες νόσων πραγματοποιήθηκαν συγκρίσεις των μέσων όρων των μεταβλητών της έρευνας. Η μόνη στατιστικά σημαντική διαφορά που προέκυψε ως προς το φύλο αφορούσε στο στρες, όπου οι γυναίκες ανέφεραν σημαντικά μεγαλύτερα επίπεδα στρες ( $t(59) = -2.38, p < 0.05$ ). Αναφορικά με τις ομάδες προβλημάτων υγείας δεν προέκυψαν στατιστικώς σημαντικές διαφορές. Στατιστικώς σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο φύλων αλλά και των κατηγοριών νόσων δεν προέκυψαν ούτε και αναφορικά με την ένταση του βιώματος του πόνου. Στον Πίνακα 1 παρουσιάζονται όλες οι συγκρίσεις των μέσων όρων ως προς το φύλο και τις κατηγορίες ασθενειών.

Πίνακας 1.: Συγκρίσεις μέσων όρων των μεταβλητών της έρευνας ως προς το φύλο και τις κατηγορίες ασθενειών

	Ψυχική Υγεία	Ικανοποίηση από τη Ζωή	Κοινωνική & Επαγγελματική Προσαρμογή	Υποχονδρί- αση	Έδρα Ελέγχου	Κοινωνική Στήριξη	Κοινωνική Στήριξη (Οικογένεια)	Κοινωνική Στήριξη (Φίλοι)
Άνδρες	47.19	24.90	11.76	17.28	38.85	96.42	53.84	41.35
Γυναίκες	50.18	24.12	14.40	17.30	37.57	92.70	51.55	41.12
<i>t</i> -κριτήριο (d.f.)	-.99 (57)	.47 (59)	-1.05 (59)	-.00 (59)	.70 (59)	.60 (57)	.63 (57)	.05 (58)
Ρευματοειδής αρθρίτιδα	48.55	24.44	13.08	17.44	38.80	94.44	53.05	40.71
Οστεοαρθρίτιδα	54.10	22.40	15.20	17.60	37.30	82.10	45.10	36.90
Πόνος Χαμηλά στην Πλάτη	46.84	25.60	13.33	16.73	36.60	100.53	55.33	45.20
<i>F</i> -κριτήριο (d.f.)	1.35 (2, 56)	.82 (2, 58)	.20 (2, 58)	.07 (2, 58)	.63 (2, 58)	2.23 (2, 56)	2.13 (2, 56)	1.09 (2, 57)

→ συνέχεια Πίνακα 1

	Στρες	Προσενχή	Καταστροφο- ποίηση	Αγνόηση του πόνου	Αποστασιο- ποίηση από τον πόνο	Απόσπαση Προσοχής	Αυτοδηλώσεις Αντιμετώπισης	Δείκτης Υγείας
Άνδρες	24.42	9.52	13.90	18.09	9.85	17.47	18.42	69.33
Γυναίκες	28.17	11.82	15.67	18.10	9.43	19.42	18.52	70.75
<i>t</i> -κριτήριο (df)	-2.38* (59)	-1.45 (59)	-.83 (59)	-.00 (58)	.29 (58)	-1.16 (59)	-.06 (59)	-.32 (59)
Ρευματοειδής αρθρίτιδα	26.61	11.69	14.38	19.83	9.97	19.13	19.50	69.66
Οστεοαρθρίτιδα	29.00	12.00	20.00	14.00	9.90	20.00	16.80	66.50
Πόνος χαμηλά στην πλάτη	26.13	8.80	13.40	16.57	8.35	17.00	17.20	74.20
<i>F</i> -κριτήριο (df)	.71 (2, 58)	1.45 (2, 58)	2.57 (2, 58)	3.12 (2, 57)	.48 (2, 57)	.85 (2, 58)	1.47 (2, 58)	.74 (2, 58)

→ Συνέχεια Πίνακα 1

	Κινητικότητα	Αυτοεξυπηρέτηση	Επάγγελμα	Μόρφωση	Οικογενειακή Κατάσταση	Εισόδημα	Διάρκεια	Νοσηλεία	Ένταση πόνου
Άνδρες	1.52	1.42	2.61	3.14	1.80	1.60	10.38	1.76	2.04
Γυναίκες	1.62	1.45	3.45	2.50	1.80	1.42	13.42	1.90	2.02
F-κριτήριο	-.75	-.15	-1.74	1.99	.08	1.27	-1.13	-1.2	1.87
(df)	(59)	(59)	(30.91)	(59)	(59)	(58)	(59)	(30.46)	(59)
Ρευματοειδής αρθρίτιδα	1.55	1.41	2.88	2.83	1.80	1.57	10.66	1.77	2.05
Οστεοαρθρίτιδα	1.80	1.70	4.30	2.20	1.70	1.40	17.80	1.90	2.20
Πόνος χαμηλά στην πλάτη	1.53	1.33	3.06	2.80	1.86	1.33	12.87	2.00	1.86
F-κριτήριο	1.08	1.77	3.20*	1.08	.51	1.35	2.08	2.23	1.84
(df)	(2, 58)	(2, 58)	(2, 58)	(2, 58)	(2, 58)	(2, 57)	(2, 58)	(2, 58)	(2, 58)

\*= p<05, \*\*=p<01, \*\*\*= p<001.

Πιο συγκεκριμένα, όσον αφορά στη σχέση των δημογραφικών και ιατρικών μεταβλητών με τις ψυχολογικές μεταβλητές καθώς και με του δείκτες ψυχοκοινωνικής προσαρμογής προέκυψαν στατιστικώς σημαντικές σχέσεις μεταξύ της ηλικίας και της κινητικότητας (Pearson  $r = .40$ ,  $p<01$ ), μεταξύ της κινητικότητας και του εισοδήματος (Pearson  $r = -.36$ ,  $p<01$ ). Οι καθημερινές δραστηριότητες εμφάνισαν στατιστικώς σημαντική σχέση με τη μόρφωση (Pearson  $r = .33$ ,  $p<01$ ). Το στρες παρουσίασε μια στατιστικά σημαντική σχέση με το φύλο (Pearson  $r = .28$ ,  $p<05$ ). Μια στατιστικά σημαντική σχέση προέκυψε μεταξύ της ψυχικής υγείας και της ηλικίας (Pearson  $r = .26$ ,  $p<05$ ). Η ηλικία, παρουσίασε, επίσης στατιστικώς σημαντική σχέση με την κοινωνική δυσλειτουργία (Pearson  $r = .46$ ,  $p<01$ ).

Σχετικά με τη σχέσεις των ανεξάρτητων μεταβλητών της έρευνας και των εξαρτημένων παρατηρήθηκαν αρκετές στατιστικά σημαντικές σχέσεις. Η ικανοποίηση από τη ζωή παρουσίασε μια στατιστικά σημαντική σχέση με τον δείκτη υγείας (EQ-VAS) (Pearson  $r = .61$ ,  $p<01$ ), τις καθημερινές δραστηριότητες (Pearson  $r = -.25$ ,  $p<05$ ), με την υποχονδρίαση (Pearson  $r = -.31$ ,  $p<05$ ), με το σύνολο της κοινωνικής στήριξης (Pearson  $r = .26$ ,  $p<05$ ), με την κοινωνική στήριξη από την οικογένεια (Pearson  $r = .43$ ,  $p<01$ ), με την καταστροφοποίηση (Pearson  $r = -.34$ ,  $p<01$ ), με την απόσπαση προσοχής (Pearson  $r = .26$ ,  $p<05$ ), με την αγνόηση του πόνου (Pearson  $r = .26$ ,  $p<05$ ), με τις αυτο-δηλώσεις αντιμετώπισης (Pearson  $r = .26$ ,  $p<05$ ) και με το στρες (Pearson  $r = -.32$ ,  $p<05$ ).

Η κοινωνική και επαγγελματική προσαρμογή εμφάνισε μια στατιστικώς σημαντική σχέση με τον δείκτη υγείας (Pearson  $r = -.31$ ,  $p<05$ ), την κινητικότητα

(Pearson  $r = .37$ ,  $p < 01$ ), με τις καθημερινές δραστηριότητες (Pearson  $r = .51$ ,  $p < 01$ ), με την υποχονδρίαση (Pearson  $r = .45$ ,  $p < 01$ ), με την καταστροφοποίηση (Pearson  $r = .67$ ,  $p < 01$ ), με την προσευχή (Pearson  $r = .40$ ,  $p < 01$ ), με την αγνόηση του πόνου (Pearson  $r = -.41$ ,  $p < 01$ ) και με το στρες (Pearson  $r = .27$ ,  $p < 05$ ).

Η *ψυχική υγεία* εμφάνισε στατιστικά σημαντικές σχέσεις με τον δείκτη υγείας (Pearson  $r = -.53$ ,  $p < 01$ ), την κινητικότητα (Pearson  $r = .29$ ,  $p < 05$ ), με τις καθημερινές δραστηριότητες (Pearson  $r = .37$ ,  $p < 05$ ), με την έδρα ελέγχου (Pearson  $r = .29$ ,  $p < 05$ ), με την κοινωνική στήριξη από την οικογένεια (Pearson  $r = -.33$ ,  $p < 05$ ), με την καταστροφοποίηση (Pearson  $r = .57$ ,  $p < 01$ ), με την προσευχή (Pearson  $r = .35$ ,  $p < 01$ ), με την απόσπαση προσοχής (Pearson  $r = -.27$ ,  $p < 05$ ), με την αγνόηση του πόνου (Pearson  $r = -.41$ ,  $p < 01$ ), με την αποστασιοποίηση από τον πόνο (Pearson  $r = -.29$ ,  $p < 05$ ), με τις αυτο-δηλώσεις αντιμετώπισης (Pearson  $r = -.45$ ,  $p < 01$ ) και με το στρες (Pearson  $r = .57$ ,  $p < 01$ ).

Σχετικά με τις επιμέρους διαστάσεις της ψυχικής υγείας, η *κατάθλιψη* εμφάνισε στατιστικά σημαντικές σχέσεις με την υποχονδρίαση (Pearson  $r = .25$ ,  $p < 05$ ), με την καταστροφοποίηση (Pearson  $r = .41$ ,  $p < 01$ ), με την αγνόηση του πόνου (Pearson  $r = -.34$ ,  $p < 01$ ), με τις αυτοδηλώσεις αντιμετώπισης (Pearson  $r = -.36$ ,  $p < 01$ ) και με το στρες. Η *κοινωνική δυσλειτουργία* σχετίστηκε στατιστικά σημαντικά με τον δείκτη υγείας (Pearson  $r = -.44$ ,  $p < 01$ ), την κινητικότητα (Pearson  $r = .49$ ,  $p < 01$ ), με τις καθημερινές δραστηριότητες (Pearson  $r = .30$ ,  $p < 05$ ), με την υποχονδρίαση (Pearson  $r = .29$ ,  $p < 05$ ), με την καταστροφοποίηση (Pearson  $r = .57$ ,  $p < 01$ ), με την απόσπαση προσοχής (Pearson  $r = -.35$ ,  $p < 01$ ), με την αγνόηση του πόνου (Pearson  $r = -.35$ ,  $p < 01$ ), με την αποστασιοποίηση από τον πόνο (Pearson  $r = -.31$ ,  $p < 05$ ), με τις αυτοδηλώσεις αντιμετώπισης (Pearson  $r = -.40$ ,  $p < 01$ ) και με το στρες (Pearson  $r = .30$ ,  $p < 05$ ). Η *γενική αντίληψη για την υγεία* εμφάνισε στατιστικά σημαντικές συνάψεις με τον δείκτη υγείας (Pearson  $r = -.49$ ,  $p < 01$ ), με τις καθημερινές δραστηριότητες (Pearson  $r = .37$ ,  $p < 01$ ), με την υποχονδρίαση (Pearson  $r = .53$ ,  $p < 01$ ), με την έδρα ελέγχου (Pearson  $r = .24$ ,  $p < 05$ ), με την καταστροφοποίηση (Pearson  $r = .41$ ,  $p < 01$ ), με την απόσπαση προσοχής (Pearson  $r = -.25$ ,  $p < 05$ ), με την αγνόηση του πόνου (Pearson  $r = -.30$ ,  $p < 05$ ), με την αποστασιοποίηση του πόνου (Pearson  $r = -.32$ ,  $p < 05$ ), με τις αυτοδηλώσεις αντιμετώπισης (Pearson  $r = -.33$ ,  $p < 01$ ) και με το στρες (Pearson  $r = .53$ ,  $p < 01$ ).

Στον Πίνακα 2 παρατίθενται αναλυτικά όλες οι συσχετίσεις που προέκυψαν ανάμεσα στις μεταβλητές της έρευνας.

Πίνακας 2: Μέσοι όροι, τυπικές αποκλίσεις και συσχετίσεις μεταξύ των μεταβλητών της έρευνας

	M.O	T.A.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
1. Φύλο	1.65	.47	--																	
2. Ηλικία	56.26	14.66	.11	--																
3.Επάγγελμα	3.16	1.62	.24	.64**	--															
4. Μόρφωση	2.72	1.23	-.25	-.40**	-.45**	--														
5. Οικογ. Κ.	1.80	.40	-.01	-.29	-.15	-.05	--													
6. Εισόδημα	1.48	.50	-.16	-.24	-.27*	.49**	.15	--												
7. Νόσος	1.65	.85	.40	.09	.10	.04	.04	-.21	--											
8. Διάρκεια	12.37	10.02	.15	.39**	.47**	-.22	-.11	-.21	.13	--										
9. Νοσηλεία	1.85	.36	.18	-.01	.07	-.06	.37**	-.06	.27*	.00	--									
10.Δείκτης Υγείας	70.26	16.04	.04	.01	-.07	-.04	.22	.07	.09	-.12	.21	--								
11.Κινητικότητα	1.59	.49	.09	.40**	.23	-.49**	-.16	-.36**	.01	.19	.02	-.32*	--							
12. Καθημερινές Δραστηριότητες	1.44	.50	.02	.10	.13	.33**	-.22	-.13	-.02	.20	-.09	-.36**	.47**	--						
13.Υποχονδρίαση	17.29	6.32	.00	-.15	-.11	.10	-.04	.24	-.04	-.03	-.21	-.27*	.08	.33*	--					
14. Έδρα Ελέγχου	38.01	6.69	-.09	-.07	.04	-.03	-.11	-.05	-.14	-.02	-.13	-.21	.10	.12	.34**	--				
15.Κοινωνική Στήριξη	93.89	21.94	-.80	-.25*	-.24	.24	-.11	.10	.07	-.23	-.00	.11	-.18	-.12	-.00	-.09	--			
16.Κοινωνική Στήριξη: Οικογένεια	52.28	12.82	-.08	-.25*	-.22	-.04	.06	.05	.03	-.24	.03	.23	-.12	-.17	-.02	-.02	.80**	--		
17. Κοινωνική Στήριξη: Φίλοι	41.20	14.06	-.00	-.15	-.14	.38**	-.25*	.07	.10	-.12	-.05	-.06	-.13	-.00	.00	-.14	.83**	.35**	--	
18.Καταστροφo-ποίηση	15.06	7.85	.10	.29*	.10	-.09	-.22	.09	-.00	.13	-.07	-.20	.34**	.45**	.45**	.33**	-.05	-.06	-.02	--
19. Προσευχή	11.03	5.91	.18	.00	.11	-.14	.10	-.00	-.18	.04	-.04	-.12	.01	.09	.44**	.23	-.08	.10	-.21	.39**
20. Απόσπαση Προσοχής	18.75	6.25	.14	-.22	.04	-.15	.31*	-.05	-.12	.09	.01	.10	.04	-.00	.13	-.11	.09	.21	-.08	-.28*
21. Αγνόηση του πόνου	18.10	7.27	.00	-.10	-.04	-.14	.18	-.02	-.23	-.09	.00	.24	-.41**	-.20	-.18	-.26*	-.05	.06	-.14	-.54**

ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗ ΣΤΟΝ ΧΡΟΝΙΟ ΠΟΝΟ: Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΥΠΟΧΟΝΔΡΙΑΣΗΣ-ΑΓΧΟΥΣ ΥΓΕΙΑΣ

22. Αποστασιοποίηση από τον πόνο	9.58	5.25	-.03	-.26	-.14	.05	.29*	.18	-.11	-.23	.02	.21	-.30*	-.15	.11	-.09	.11	.19	-.02	-.15
23. Αυτό-δηλώσεις Αντιμετώπισης	18.49	5.57	.00	-.17	.00	-.17	.11	-.16	-.19	-.00	.02	.19	-.00	-.05	-.17	-.24	-.06	.09	-.18	-.55
	M.O	T.A.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
24. Στρες	26.88	6.20	.28*	.06	.08	-.18	.00	-.09	-.00	.13	-.06	-.48**	.27*	.39**	.26*	.02	-.21	-.28*	-.03	.11
25. Ικανοποίηση από τη ζωή	24.39	6.10	-.06	.02	-.06	-.18	.22	-.22	.05	-.06	.14	.61**	-.08	-.25*	-.31*	-.20	.26*	.43**	.01	-.34**
26. Κοινωνική & Επαγγελματική Προσαρμογή	13.49	9.25	.13	.21	.11	-.13	-.22	-.22	.02	.21	-.08	-.31*	.37**	.51**	.45**	.22	-.12	-.11	-.12	.67**
27. Ψυχική Υγεία	49.11	11.04	.13	.26*	.11	.01	-.15	.11	-.01	.23	-.24	-.53**	.29*	.37*	.53**	.29*	-.25	-.33*	-.04	.57**
28. Κατάθλιψη	8.61	2.55	.08	.23	.11	.05	-.17	.07	-.03	.22	-.15	-.25	.04	.19	.25*	.16	-.04	-.22	.15	.41**
29. Κοινωνική Δυσλειτουργία	14.54	3.78	.05	.46**	.23	-.21	-.18	-.11	.00	.12	-.07	-.44**	.49**	.30*	.29*	.22	-.22	-.23	-.07	.57**
30. Άγχος	13.11	3.54	.01	.12	-.01	.10	-.04	.20	-.06	.20	-.34**	-.44**	.16	.28*	.50**	.24	-.26*	-.26*	-.14	.40**
31. Γενική Αντίληψη Υγείας	12.98	4.16	.24	.01	-.04	.05	-.15	.13	.07	.14	-.17	-.49**	.17	.37**	.53**	.25*	-.311	-.22	.05	.41**
32. Παθητική Αντιμετώπιση	26.09	11.55	.16	.20	.13	-.13	-.10	.06	-.09	.11	-.07	-.20	.24	.36**	.53**	.35**	-.07	.00	-.12	.88**
33. Ενεργητική Αντιμετώπιση	64.42	19.47	.02	-.25	-.05	-.13	.27*	.00	-.26*	-.06	.00	.21	-.09	-.11	-.05	-.24	.00	.16	-.16	-.47**

ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗ ΣΤΟΝ ΧΡΟΝΙΟ ΠΟΝΟ: Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΥΠΟΧΟΝΔΡΙΑΣΗΣ-ΑΓΧΟΥΣ ΥΓΕΙΑΣ

→Συνέχεια Πίνακα 2.

	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33
20. Απόσπαση Προσοχής	.26*	--													
21. Αγνόηση του πόνου	-.11	.35**	--												
22. Αποστασιοποίηση από τον πόνο	.21	.50**	.46**	--											
23. Αυτό-δηλώσεις Αντιμετώπισης	-.08	.50**	.82**	.45**	--										
24. Στρες	.32**	.14	-.02	.09	.06	--									
25. Ικανοποίηση από τη ζωή	-.09	.26*	.26*	.21	.26*	-.32*	--								
26. Κοινωνική & Επαγγελματική Προσαρμογή	.40**	-.11	-.41**	-.19	-.30	.27*	-.25*	--							
27. Ψυχική Υγεία	.35**	-.27*	-.41**	-.29*	-.45**	.57**	-.55**	.56**	--						
28. Κατάθλιψη	.22	-.11	-.34**	-.09	-.36**	.39**	-.41**	.24	.59**	--					
29. Κοινωνική Δυσλειτουργία	.16	-.35**	-.35**	-.31*	-.40**	.30*	-.29	.55**	.76**	.35**	--				
30. Άγχος	.38**	-.16	-.31*	-.15	-.35**	.54**	-.44**	.42**	.84**	.35**	.46**	--			
31. Γενική Αντίληψη Υγείας	.25	-.25*	-.30*	-.32*	-.33**	.53**	-.51**	.49**	.86**	.31*	.49**	.73**	--		
32. Παθητική Αντιμετώπιση	.72**	-.05	-.43**	.00	-.41**	.24	-.28**	.66**	.56**	.39**	.47**	.47**	.40**	--	
33. Ενεργητική Αντιμετώπιση	.09	.72*	.85**	.72**	.87**	.08	.29	-.32*	-.45**	-.28*	-.45**	-.27*	-.37**	-.27*	--

\*= p<05, \*\*=p<01, \*\*\*= p<001.

Σημείωση: Κωδικοποίηση Μόρφωσης: 1=Δημοτικό Σχολείο/Γυμνάσιο/αντίστοιχη σχολή, 2=Λύκειο/αντίστοιχη σχολή/Ανώτερη/ανώτατη σχολή, Κωδικοποίηση Εισοδήματος: 1= 750-1450€, 2=1451€-άνω, Κωδικοποίηση Οικογενειακής κατάστασης: 1=Ζω μόνος, 2=Ζω με την οικογένεια μου/Συζώ με κάποιον, Κωδικοποίηση επαγγέλματος: 1= Ενεργός, 2= Μη ενεργός, Κωδικοποίηση Νοσηλείας: 1= Ναι, 2= Όχι, Κωδικοποίηση Προβλήματος Υγείας: 1=Ρευματοειδής αρθρίτιδα, 2= Οστεοαρθρίτιδα, 3=Πόνος χαμηλά στην πλάτη.



Προκειμένου να ελεγχθούν οι υποθέσεις της έρευνας χρησιμοποιήσαμε την ιεραρχική πολλαπλή ανάλυση παλινδρόμησης με τρία μπλοκ μεταβλητών στην προσπάθεια πρόβλεψης των επιπέδων της γενικής υγείας, της κοινωνικής και επαγγελματικής προσαρμογής και της ικανοποίησης από τη ζωή ως δείκτες της ψυχοκοινωνικής προσαρμογής των συμμετεχόντων στο χρόνιο πόνο. Στο πρώτο μπλοκ τοποθετήσαμε τις μεταβλητές που αφορούν στα δημογραφικά και στα ιατρικά, στο δεύτερο τις ψυχολογικές μεταβλητές και στο τρίτο προσθέσαμε την υποχονδρίαση. Στους Πίνακες 3,4 και 5 παρατίθενται όλα τα αποτελέσματα της ιεραρχικής πολλαπλής ανάλυσης παλινδρόμησης.

Ως προς τη ψυχική υγεία, και τα τρία μπλοκ των μεταβλητών που χρησιμοποιήσαμε κατόρθωσαν να την προβλέψουν σε στατιστικά σημαντικά βαθμό. Πιο συγκεκριμένα, τα δημογραφικά και τα ιατρικά που τοποθετήθηκαν πρώτα στην ανάλυση έδειξαν να επηρεάζουν σημαντικό ποσοστό της διακύμανσης των επιπέδων της ψυχικής υγείας ( $F(10, 43)=2.99, p<01$ ) το οποίο αντιστοιχούσε στο 27% της διακύμανσης ( $R^2=.27$ ). Όταν προσθέσαμε τις ψυχολογικές μεταβλητές, βρέθηκε ότι ήταν υπεύθυνες για ένα σημαντικό ποσοστό της τάξεως 42% της διακύμανσης ( $R^2$  Change=.41) ( $F(10, 33)=8.34, p<001$ ). Οι ψυχολογικές μεταβλητές που προέβλεψαν σε στατιστικά σημαντικό βαθμό την ψυχική υγεία ήταν η καταστροφοποίηση ( $\beta=.42, p<05$ ) όπου μεγαλύτερα αναφερόμενα επίπεδα καταστροφοποίησης προέβλεπαν μεγαλύτερο σκορ ψυχικής υγείας (δηλαδή χειρότερη εικόνα ψυχικής υγείας), η αποστασιοποίηση από τον πόνο ( $\beta=-.34, p<01$ ) όπου μεγαλύτερα αναφερόμενα επίπεδα αποστασιοποίησης προέβλεπαν μικρότερο σκορ ψυχικής υγείας και το στρες ( $\beta=.51, p<001$ ) όπου μεγαλύτερα αναφερόμενα επίπεδα στρες προέβλεπαν μεγαλύτερο σκορ στη ψυχική υγεία. Η υποχονδρίαση πρόσθεσε ένα στατιστικά σημαντικό ποσοστό της τάξεως 3.8% στην εξήγηση της διακύμανσης ( $R^2$  Change=.038) ( $F$  Change =9.57,  $p<01$ ).

Αναφορικά με την ικανοποίηση από τη ζωή, το πρώτο μπλοκ των δημογραφικών και ιατρικών μεταβλητών απέτυχε να προβλέψει σε στατιστικά σημαντικό βαθμό την ικανοποίησης. Οι ψυχολογικές μεταβλητές, όμως, που προστέθηκαν μετά, φάνηκε να επηρεάζουν ένα σημαντικό ποσοστό της διακύμανσης ( $F(10, 35)=2.78, p<01$ ) προσθέτοντας ένα 38% στην εξήγηση της διακύμανσης ( $R^2$  Change=.38). Πιο συγκεκριμένα, κοιτάζοντας το  $\beta$ , βλέπουμε ότι η μοναδική μεταβλητή που προβλέπει σε στατιστικά σημαντικό βαθμό την ικανοποίηση από τη

ζωή είναι ο δείκτης υγείας ( $\beta=.56$ ,  $p < 01$ ) όπου όσο πιο μεγάλη ήταν η αναφορά του τόσο μεγαλύτερη και η ικανοποίηση από τη ζωή. Σχετικά με την υποχονδρίαση, απέτυχε να προβλέψει την ικανοποίηση από τη ζωή.

Ως προς την επαγγελματική και κοινωνική προσαρμογή και τα τρία μπλοκ μεταβλητών κατόρθωσαν να την προβλέψουν σε στατιστικά σημαντικό βαθμό. Τα δημογραφικά και τα ιατρικά χαρακτηριστικά εξήγησαν ένα ποσοστό της τάξεως του 44% της διακύμανσης ( $R^2 \text{ Change} = .44$ ) ( $F(10, 45)=3.53$ ,  $p < 01$ ). Οι ψυχολογικές μεταβλητές προσέθεσαν επί της διακύμανσης ένα σημαντικό ποσοστό της τάξεως του 24% ( $F \text{ Change} = 2.64$ ,  $p < 05$ ) ( $R^2 \text{ Change} = .24$ ). Η μόνη μεταβλητή που προέβλεψε στατιστικώς σημαντικά την επαγγελματική και κοινωνική προσαρμογή ήταν η καταστροφοποίηση ( $\beta=.46$ ,  $p < 05$ ) (όσο μεγαλύτερα τα αναφερόμενα από τους συμμετέχοντες επίπεδα καταστροφοποίησης τόσο χειρότερη και η επαγγελματική και κοινωνική προσαρμογή τους) η οποία, όμως, δε διατηρήθηκε όταν προστέθηκε στην ανάλυση η υποχονδρίαση. Η υποχονδρίαση προσέθεσε ένα στατιστικά σημαντικό ποσοστό της τάξεως του 3.7% στην εξήγηση της διακύμανσης ( $F \text{ Change} = 4.39$ ,  $p < 05$ ) ( $R^2 \text{ Change} = .037$ ).

Πίνακας 3: Ιεραρχική πολλαπλή παλινδρόμηση για τις μεταβλητές που προβλέπουν τη Ψυχική Υγεία (N=61)

Μεταβλητές	$\beta$	$T$	$R$	$R^2$	$R^2$ Change	$F$	$F$ Change	d.f.
Βήμα 1 <sup>ο</sup> (Δημογραφικές & ιατρικές μεταβλητές)			.64	.27	.41	2.99 <sup>β</sup>	2.99 <sup>β</sup>	10, 43
Φύλο	.25	1.97						
Ηλικία	.42	2.41 <sup>β</sup>						
Επάγγελμα	-.24	-1.40						
Μόρφωση	.31	1.85						
Οικογενειακή Κατάσταση	.10	.73						
Εισόδημα	.12	.83						
Διάρκεια	.14	1.01						
Νοσηλεία	-.20	-1.54						
Καθημερινές Δραστηριότητες	.34	2.49 <sup>α</sup>						
Κινητικότητα	.17	1.15						
Βήμα 2 <sup>ο</sup> (Ψυχολογικές μεταβλητές)			.91	.73	.424	8.34 <sup>γ</sup>	8.48 <sup>γ</sup>	10, 33
Δείκτης Υγείας	-.17	1.68						
Έδρα Ελέγχου	.06	.67						
Κοινωνική Στήριξη	-.07	-.90						
Καταστροφopoποίηση	.42	2.63 <sup>β</sup>						
Προσευχή	.07	.70						
Απόσπαση Προσοχής	-.07	-.55						
Αγνόηση του πόνου	.14	.83						
Αποστασιοποίηση από πόνο	-.34	-2.83 <sup>β</sup>						
Αυτοδηλώσεις Αντιμετώπισης	-.10	-.57						
Στρες	.51	4.56 <sup>γ</sup>						
Βήμα 3 <sup>ο</sup>			.93	.79	.038	10.47 <sup>γ</sup>	9.57 <sup>β</sup>	1, 32
Υποχονδρίαση	.33	3.09 <sup>β</sup>						

$\alpha = p < 0.05$ ,  $\beta = p < 0.01$ ,  $\gamma = p < 0.001$

Πίνακας 4.: Ιεραρχική πολλαπλή παλινδρόμηση για τις μεταβλητές που προβλέπουν την Ικανοποίηση από τη Ζωή (N=61)

ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗ ΣΤΟΝ ΧΡΟΝΙΟ ΠΟΝΟ: Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΥΠΟΧΟΝΔΡΙΑΣΗΣ-ΑΓΧΟΥΣ ΥΓΕΙΑΣ

Μεταβλητές	$\beta$	$T$	$R$	$R^2$	$R^2$ Change	$F$	$F$ Change	d.f.
Βήμα 1 <sup>ο</sup> (Δημογραφικές & Ιατρικές μεταβλητές)			.78	.06	.234	1.37	1.37	10, 45
Φύλο	-.05	-.35						
Ηλικία	.11	.60						
Επάγγελμα	-.26	-1.36						
Μόρφωση	-.31	-1.68						
Οικογενειακή Κατάσταση	.18	1.17						
Εισόδημα	-.20	-1.26						
Διάρκεια	.04	.28						
Νοσηλεία	.07	.48						
Καθημερινές Δραστηριότητες	-.20	-1.31						
Κινητικότητα	-.19	-1.13						
Βήμα 2 <sup>ο</sup> (Ψυχολογικές μεταβλητές)			.80	.39	.38	2.88 <sup>β</sup>	3.44 <sup>β</sup>	10, 35
Δείκτης Υγείας	.56	3.62 <sup>β</sup>						
Έδρα Ελέγχου	.05	.37						
Κοινωνική Στήριξη	.23	1.92						
Καταστροφopoίηση	-.48	-2.02						
Προσευχή	.14	.91						
Απόσπαση Προσοχής	.01	.05						
Αγνόηση του πόνου	-.15	-3.61						
Αποστασιοποίηση από πόνο	.21	1.21						
Αυτοδηλώσεις Αντιμετώπισης	.00	.02						
Στρες	-.22	-1.33						
Βήμα 3 <sup>ο</sup>			.78	.37	.002	2.59 <sup>β</sup>	.17	1, 34
Υποχονδρίαση	-.07	-.41						

$\alpha = p < 0.05$ ,  $\beta = p < 0.01$ ,  $\gamma = p < 0.001$

Πίνακας 5.: Ιεραρχική πολλαπλή παλινδρόμηση για τις μεταβλητές που προβλέπουν την Κοινωνική & Επαγγελματική Προσαρμογή (N=61)

Μεταβλητές	$\beta$	$T$	$R$	$R^2$	$R^2$ Change	$F$	$F$ Change	d.f.
Βήμα 1 <sup>ο</sup> (Δημογραφικές και ιατρικές μεταβλητές)			.66	.31	.44	3.53 <sup>β</sup>	3.53 <sup>β</sup>	10, 45
Φύλο	.21	1.72						
Ηλικία	.15	.92						
Επάγγελμα	-.02	-.16						
Μόρφωση	.22	1.39						
Οικογενειακή Κατάσταση	-.04	-.29						
Εισόδημα	-.03	-.23						
Διάρκεια	.03	.26						
Νοσηλεία	-.07	-.57						
Καθημερινές Δραστηριότητες	.46	3.47 <sup>β</sup>						
Κινητικότητα	.26	1.76						
Βήμα 2 <sup>ο</sup> (Ψυχολογικές μεταβλητές)			.82	.49	.241	3.73 <sup>γ</sup>	2.64 <sup>α</sup>	10, 35
Δείκτης Υγείας	-.05	-.39						
Έδρα Ελέγχου	-.09	-.77						
Κοινωνική Στήριξη	.03	.27						
Καταστροφopoίηση	.46	2.14 <sup>α</sup>						
Προσευχή	.18	1.27						
Απόσπαση Προσοχής	-.15	-.94						
Αγνόηση του πόνου	-.22	-1.01						
Αποστασιοποίηση από πόνο	-.07	-.48						
Αυτοδηλώσεις Αντιμετώπιση	.23	1.01						
Στρες	.08	.54						
Βήμα 3 <sup>ο</sup>			.84	.54	.037	4.11 <sup>γ</sup>	4.39 <sup>α</sup>	1, 34
Υποχονδρίαση	.31	2.09 <sup>α</sup>						

$\alpha = p < .05$ ,  $\beta = p < .01$ ,  $\gamma = p < .001$

### ΧΙΙΙ. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Στο μεγαλύτερο ποσοστό τους, οι αρχικές υποθέσεις της έρευνας, επιβεβαιώθηκαν από τα αποτελέσματα. Πιο συγκεκριμένα, όπως ακριβώς είχαμε υποθέσει, βρήκαμε ότι το άγχος υγείας ήταν ικανό να προβλέψει σε σημαντικό βαθμό τα επίπεδα της ψυχοκοινωνικής προσαρμογής στον χρόνιο πόνο ακόμη κι όταν ελέγχθηκαν σημαντικές μεταβλητές όπως είναι η καταστροφοποίηση αλλά και κάποια ιατρικά χαρακτηριστικά (κινητικότητα). Παρατηρήθηκε ότι όσο μεγαλύτερο ήταν το άγχος υγείας τόσο πιο φτωχή ήταν η ψυχοκοινωνική προσαρμογή στον χρόνιο πόνο. Οι υποθέσεις μας επιβεβαιώθηκαν και αναφορικά με την ισχυρή σημαντική σχέση που βρέθηκε μεταξύ του άγχους υγείας και της καταστροφοποίησης, γεγονός που αποτελεί μια περαιτέρω επιβεβαίωση του θεωρητικού υπόβαθρου της υποχονδρίασης κατά το οποίο η καταστροφική ερμηνεία των σωματικών συμπτωμάτων αποτελεί παράγοντα κλειδί για την εμφάνιση της υποχονδρίασης αλλά και του έντονου άγχους υγείας.

Ωστόσο, οι υποθέσεις μας σχετικά με τη σχέση του άγχους υγείας και της εστίας της προσοχής, όπως υποδεικνύει και η θεωρία δεν επαληθεύθηκαν. Το αν τα άτομα αποσπούν την προσοχή τους από τον πόνο ή όχι δε φάνηκε να σχετίζεται ούτε με το πόσο αγχωμένα είναι για την υγεία τους αλλά ούτε κατόρθωσε να προβλέψει καμία μέτρηση της ψυχοκοινωνικής προσαρμογής. Ίσως, όμως, ο τρόπος που μετρήσαμε την προσοχή ως μια στρατηγική αντιμετώπισης σχετική με την ενασχόληση με άλλες δραστηριότητες να μην ήταν ο καταλληλότερος μιας και βασιζόταν σε αυτοαναφορά. Η προσοχή, ίσως, καλύτερο θα ήταν να μελετηθεί και πειραματικά σε ασθενείς με χρόνιο πόνο.

Παρόμοια εικόνα, αναφορικά με τη σχέση τους με το άγχος υγείας, παρουσίασαν και συναφείς με την προσοχή στρατηγικές αντιμετώπισης όπως η αγνόηση του πόνου, αλλά και άλλες ενεργητικές στρατηγικές αντιμετώπισης όπως η αποστασιοποίηση από τον πόνο και οι αυτοδηλώσεις αντιμετώπισης (οι οποίες μετρούν ουσιαστικά τη μαχητικότητα του ατόμου). Εν γένει μπορούμε να πούμε ότι το άγχος υγείας φάνηκε να σχετίζεται συνολικά από παθητικούς τύπους αντιμετώπισης όπως είναι η καταστροφοποίηση αλλά και η προσευχή και όχι από

ενεργητικούς και ίσως μέσα από αυτούς ασκεί κυρίως την επίδραση του στην προσαρμογή στον χρόνιο πόνο.

Σχετικά με τις στρατηγικές αντιμετώπισης φάνηκε πιο κυρίαρχος ο ρόλος της παθητικής αντιμετώπισης συγκριτικά με την ενεργητική στην προσαρμογή στον χρόνιο πόνο. Το τελευταίο εύρημα είναι συνεπές και με πληθώρα άλλων ερευνητικών αποτελεσμάτων που με σταθερότητα έχουν υποδείξει σαφώς ένα πιο ισχυρό και συνεπές ρόλο για την παθητική αντιμετώπιση στην προσαρμογή στον χρόνιο πόνο (Snow-Turek et al., 1996. Broome, Bates, Lillis & McGahee, 1990. Holmes & Stevenson, 1990. Turner & Aaron, 2001. Mercado et al., 2000). Ο μόνος τύπος ενεργητικής αντιμετώπισης που κατόρθωσε να προβλέψει σημαντικά τη ψυχική υγεία, αν και δεν παρουσίασε καμία σχέση με την υποχονδρίαση, είναι η αποστασιοποίηση από τον πόνο. Η αποστασιοποίηση από τον πόνο είναι μια ενεργητική στρατηγική αντιμετώπισης η οποία στοχεύει ουσιαστικά στην επανερμηνεία των αισθημάτων πόνου. Αυτό το εύρημα έρχεται σε αντίθεση με παλαιότερα ερευνητικά δεδομένα που υποδείκνυαν ότι η αποστασιοποίηση από τον πόνο είναι ίσως η μοναδική ενεργητική στρατηγική αντιμετώπισης που σχετίζεται με φτωχή ψυχολογική προσαρμογή (Carroll, Mercado, Cassidy & Cote, 2002. Turner, Jensen & Romano, 2000. Grossi, Soares & Lundberg, 2000).

Το άγχος υγείας ενώ κατόρθωσε να προβλέψει σε σημαντικό βαθμό την ψυχική υγεία αλλά και την κοινωνική και επαγγελματική προσαρμογή στον χρόνιο πόνο, απέτυχε να εξηγήσει ένα σημαντικό ποσοστό της διακύμανσης της ικανοποίησης από τη ζωή την οποία φάνηκε να προβλέπει σημαντικά μόνο ο δείκτης υγείας. Ο δείκτης υγείας, ο οποίος είναι μια υποκειμενική αντίληψη για την κατάσταση της υγείας του ατόμου και αποτελεί συγχρόνως και έναν δείκτη της σχετικής με την υγεία ποιότητας ζωής, δεν προέβλεψε σημαντικά την ψυχική υγεία ή την κοινωνική και επαγγελματική προσαρμογή αλλά μόνο την ικανοποίηση από τη ζωή. Αυτό ως εύρημα υποδηλώνει αφενός ότι οι διαφορετικές μετρήσεις που χρησιμοποιήσαμε για να αξιολογήσουμε στο σύνολό της την ψυχοκοινωνική προσαρμογή ήταν κατ'ουσία διαφορετικές, γι'αυτό και δεν είχαμε ταυτόσημα αποτελέσματα και αφετέρου ότι η ικανοποίηση από τη ζωή για άτομα που υποφέρουν από χρόνιο πόνο μπορεί να εξαρτάται περισσότερο από το πόσο υγιείς νοιώθουν. Η σχέση μεταξύ της ικανοποίησης από τη ζωή και της σχετικής με την υγεία ποιότητα ζωής είναι κάτι που έχουν αναφέρει και άλλες έρευνες πάνω σε υγιή αλλά και μη υγιή

πληθυσμό (Zullig, Valois, Huebner & Drane, 2005. Bushnell, Martin, Ricci & Bracco, 2006).

Ο δείκτης υγείας δεν παρουσίασε σημαντικές συσχετίσεις με καμία στρατηγική αντιμετώπισης ούτε με το στρες και μόνο μια σημαντική αλλά μικρή αρνητική σχέση με την υποχονδρίαση αλλά παρουσίασε κάπως μεγαλύτερες συσχετίσεις με τα επίπεδα κινητικότητας και τις δυσκολίες στις καθημερινές δραστηριότητες. Λαμβάνοντας υπόψη τα παραπάνω και παράλληλα γνωρίζοντας ότι ο δείκτης υγείας εμφανίζεται να είναι χειρότερος σε μη υγιείς πληθυσμούς συγκριτικά με ομάδες ελέγχου (Bushnell, Martin, Ricci & Bracco, 2006) μπορούμε να υποθέσουμε ότι ίσως αποτελεί μια συνοπτική, περιγραφή της κατάστασης της υγείας η οποία διαθέτει και αντικειμενικά χαρακτηριστικά και επηρεάζει μετρήσεις που αφορούν στην ποιότητα ζωής (όπως είναι η ικανοποίηση από τη ζωή) μιας και είναι πια αποδεκτό ότι οι χρόνιες νόσοι επιβαρύνουν την ποιότητα ζωής. Παρόλα αυτά, κρίνεται απαραίτητη η περαιτέρω διερεύνηση του ποιοι ακριβώς είναι εκείνοι οι παράγοντες που προβλέπουν τον δείκτη υγείας (αντικειμενικά ιατρικά χαρακτηριστικά, ψυχολογικοί παράγοντες όπως η αισιοδοξία ή μια αλληλεπίδραση και των δύο αυτών τύπων παραγόντων).

Ωστόσο αυτό το εύρημα, αναφορικά με το άγχος υγείας, υποδηλώνει ότι άτομα που παρουσιάζουν υψηλό άγχος για την υγεία τους, ενώ εμφανίζουν χειρότερη ψυχική υγεία και φτωχότερη κοινωνική και επαγγελματική προσαρμογή δεν είναι απαραίτητα λιγότερο ικανοποιημένα από τη ζωή τους. Εξάλλου δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι το δείγμα της παρούσας ερευνητικής εργασίας δεν αποτελείται από κλινικές περιπτώσεις υποχονδρίασης όπου θα αναμενόταν η δυσφορία που περικλείει αυτή τη ψυχική διαταραχή να επηρεάζει και μετρήσεις σχετικές με την ποιότητα ζωής όπως είναι η ικανοποίηση από τη ζωή. Ίσως, το υψηλό άγχος υγείας να είναι αρκετό για να επηρεάσει την επαγγελματική και κοινωνική προσαρμογή των ασθενών με χρόνιο πόνο αλλά να μην κατορθώνει, εφόσον δεν αγγίζει τη σφαίρα της παθολογίας, να επηρεάζει γενικά την ικανοποίηση του ατόμου από τη ζωή. Η ικανοποίηση από τη ζωή, εκτός από την ξεκάθαρη σχέση με το δείκτη υγείας, φάνηκε να εμφανίζει μια μετρίου βαθμού σημαντική σχέση και με την κοινωνική στήριξη από την οικογένεια.

Διαφυλικές διαφορές δεν προέκυψαν όσον αφορά στις διάφορες μετρήσεις της ψυχοκοινωνικής προσαρμογής, στην υποχονδρίαση και στις άλλες επιμέρους ψυχολογικές μεταβλητές. Η μόνη σημαντική διαφορά που προέκυψε μεταξύ των δύο φύλων αφορούσε στο στρες, με τις γυναίκες να εμφανίζουν μεγαλύτερα επίπεδα



αντιλαμβανόμενου στρες. Αυτό το εύρημα είναι συνεπές και με άλλα που έχουν προκύψει από παλαιότερες έρευνες (Klein, Faraday, Quigley & Grunberg, 2004).

Εκτός από το άγχος υγείας και την καταστροφοποίηση που κατόρθωσαν να προβλέψουν τις περισσότερες μετρήσεις της ψυχοκοινωνικής προσαρμογής (ψυχική υγεία και επαγγελματική και κοινωνική προσαρμογή), η ηλικία υπήρξε ένας ακόμη παράγοντας που βρέθηκε να προβλέπει σε σημαντικό βαθμό τα επίπεδα της ψυχικής υγείας, όχι όμως την κοινωνική και επαγγελματική προσαρμογή ή την ικανοποίηση από τη ζωή. Ο αποδεδειγμένος ρόλος που παίζει η ηλικία στην ψυχική υγεία μιας και οι ηλικιωμένοι άνθρωποι παρουσιάζουν χειρότερη ψυχική υγεία συναντιέται και στον χρόνιο πόνο, χωρίς αυτό να σημαίνει, όμως ότι η ηλικία είναι αρκετή για να επηρεάσει το σύνολο της ψυχοκοινωνικής προσαρμογής καθώς απέτυχε να προβλέψει την ικανοποίηση από τη ζωή αλλά κυρίως την κοινωνική και επαγγελματική ζωή η οποία ουσιαστικά υποδεικνύει κατά πόσο το πρόβλημα υγείας παρεμβαίνει σε σημαντικές τομείς της ζωής όπως είναι η κοινωνική αλληλεπίδραση, η επαγγελματική δραστηριότητα και οι προσωπικές ασχολίες.

Έναν σημαντικό προβλεπτικό παράγοντα για την ψυχική υγεία αποτέλεσε και το στρες. Ο ρόλος του στρες, όμως, στην ψυχοκοινωνική προσαρμογή δεν είναι τόσο ξεκάθαρος γιατί αφενός είναι εύλογο και αναμενόμενο να προβλέπει την ψυχική υγεία μιας και μια υποκλίμακα της ψυχικής υγείας μετράει τα επίπεδα του άγχους και ως εκ τούτου σε ένα βαθμό μιλάμε για συναφείς μετρήσεις και αφετέρου απέτυχε να προβλέψει τις άλλες μετρήσεις της ψυχοκοινωνικής προσαρμογής με τις οποίες δεν παρουσίαζε επικάλυψη. Το άγχος υγείας και η καταστροφοποίηση καθώς και η δυνατή σχέση που προέκυψε μεταξύ τους φάνηκαν να διαδραματίζουν πιο κυρίαρχο ρόλο στην ερμηνεία του φαινομένου της προσαρμογής.

Εν γένει, μπορούμε να πούμε ότι οι κύριες υποθέσεις της έρευνας επιβεβαιώθηκαν. Το άγχος υγείας σε συνδυασμό με τη σχέση του με την καταστροφοποίηση φαίνεται να κατέχει ένα σημαντικό ρόλο στην εξήγηση της ψυχοκοινωνικής προσαρμογής στον χρόνιο πόνο. Ποια είναι, όμως η ακριβής διαδρομή βήμα βήμα με βάση την οποία το άγχος υγείας επιτρέπει στον πόνο να παρεμβαίνει σε σημαντικό βαθμό και να δυσλειτουργεί τον ασθενή στην καθημερινότητα του, στις διαπροσωπικές του σχέσεις, στην επαγγελματική του ζωή;

Μια ενδιαμέση μεταβλητή θα μπορούσε να είναι οι συμπεριφορές αναζήτησης ασφάλειας που όπως έχουμε δει και σε προηγούμενο κεφάλαιο συνδέονται με το άγχος υγείας και μοιάζουν με τις συμπεριφορές αποφυγής/ελέγχου που σύμφωνα με

το γνωσιακο-συμπεριφοριστικό μοντέλο αποτελούν σημαντικό παράγοντα για τη διατήρηση του άγχους υγείας. Μια πιθανή διαδρομή είναι η εξής: τα άτομα που υποφέρουν από χρόνια πόνο και συνηθίζουν να καταστροφοποιούν τα συμπτώματά τους εμφανίζουν υψηλό άγχος για την υγεία, ανησυχώντας ότι η κατάσταση της υγείας τους θα χειροτερέψει και θα έρθουν αντιμέτωποι με μεγαλύτερη ανημποριά. Προκειμένου να αποφύγουν αυτές τις καταστροφικές εξελίξεις, εκδηλώνουν κάποιες συμπεριφορές αναζήτησης ασφάλειας, όπως το να αποφεύγουν δραστηριότητες που θεωρούν ότι μπορεί να χειροτερέψουν την κατάστασή τους και να επιφέρουν πόνο (π.χ σωματική άσκηση, ακόμη και έξοδοι) ή να εμπλέκονται σε παρόμοιες δραστηριότητες χωρίς να τις ολοκληρώνουν (με το πρώτο σημάδι ενόχλησης να αποσύρονται) και ζητώντας τη βοήθεια τρίτων. Η εκδήλωση αυτών των συμπεριφορών από τη μία παρατείνει και διαιωνίζει το άγχος υγείας και τη σχετική με αυτό δυσφορία και από την άλλη καθιστά το πρόβλημα υγείας, που αντιμετωπίζει το άτομο, βασικό και κύριο στη ζωή του πάσχοντος αφού βρίσκεται σε συνεχή επαγρύπνηση για την αποφυγή επιδείνωσης (μη ρεαλιστική) και το αφήνει να παρεμβαίνει σε σημαντικούς τομείς (κοινωνικές δραστηριότητες, οικογένεια, εργασία) της ζωής. Ως εκ τούτου προτείνεται η συμπερίληψη και των συμπεριφορών αναζήτησης ασφάλειας στη μελέτη της σχέσης του άγχους υγείας με την ψυχοκοινωνική προσαρμογή στον χρόνια πόνο,

Εν κατακλείδι, με αρκετή βεβαιότητα μπορούμε να πούμε ότι το άγχος υγείας επηρεάζει σημαντικά τον τρόπο με τον οποίο τα άτομα προσαρμόζονται σε ψυχοκοινωνικό επίπεδο στον χρόνια πόνο μιας και ουσιαστικά βρέθηκε ότι προβλέπει και δε σχετίζεται απλά με την προσαρμογή. Αυτή η γνώση παράλληλα με το γεγονός πλέον ότι οι ασθενείς χρόνιου πόνου παρουσιάζουν σε μεγάλη συχνότητα συμπτώματα υψηλού άγχους υγείας, προσφέρει κατευθύνσεις για την αξιολόγηση των ασθενών με χρόνια πόνο αλλά και για τον σχεδιασμό θεραπευτικών παρεμβάσεων που στοχεύουν στην καλύτερη ψυχοκοινωνική προσαρμογή.

Η αξιολόγηση του βαθμού του άγχους υγείας που παρουσιάζουν οι ασθενείς με χρόνια πόνο είναι κάτι που αρχικά πρέπει να πραγματοποιείται από τους γιατρούς, πριν φτάσει σε εξαιρετικά δυλειτουργικά επίπεδα για τον ασθενή παρεμβαίνοντας σε σημαντικούς τομείς της ζωής του, στην πορεία της νόσου, στην εκδήλωση παραπόνων στο ιατρικό προσωπικό ακόμη και πιθανότατα σε μεγαλύτερη χρήση αναλγητικών ουσιών. Η αξιολόγηση πρέπει να ακολουθείται και από την κατάλληλη παραπομπή για την αντιμετώπιση πιθανών προβλημάτων που σχετίζονται με το άγχος υγείας. Η

θεραπευτική παρέμβαση που στοχεύει στη διαχείριση του άγχους υγείας άμεσα αλλά και έμμεσα στην καλύτερη ψυχοκοινωνική προσαρμογή μπορεί να στηρίζεται στο γνωσιακό-συμπεριφοριστικό μοντέλο καθώς αποτελεί ένα μοντέλο που διαθέτει συγκεκριμένο θεωρητικό υπόβαθρο αλλά και θεραπευτικές τεχνικές για το άγχος υγείας (αναγνώριση και αναδόμηση εσφαλμένων πεποιθήσεων για τον πόνο, έκθεση σε φοβογόνα ερεθίσματα που σχετίζονται με τον πόνο, διακοπή αντίδρασης αναζήτησης επιβεβαίωσης), είναι βραχυπρόθεσμο, και έχει κριθεί ιδιαίτερα αποτελεσματικό στο χώρο της υγείας.

Ο πόνος είναι μια πολύπλοκη και πολυεπίπεδη εμπειρία που αφορά όχι μόνο στη σωματική αλλά και στην ψυχική σφαίρα. Ως εκ τούτου ο αποκλεισμός των ψυχολογικών συνιστωσών στην προσπάθεια κατανόησης του φαινομένου του χρόνιου πόνου αλλά και στη διαχείριση του ισοδυναμεί με αποκλεισμό σημαντικών πτυχών του πόνου και επ' ουδενί συμβάλλει σε μια ολιστική αντιμετώπιση του ζητήματος.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Abraido-Lanza, A.F., Vasquez, E., Echeverria, S.E. (2004). En las manos de dios [in God's hands]: Religious and other forms of coping among latinos with arthritis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 91–102.
2. Affleck, G., Tennen, H., Urrows, S., & Higgins, P. (1994). Person and contextual features of daily stress reactivity: Individual differences in relations of undesirable daily events with mood disturbance and chronic pain intensity. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66, 329–340.
3. Altier N, & Stewart J. (1999). The role of dopamine in the nucleus accumbens in analgesia. *Life Science*, 65(22), 2269–87.
4. Andrykowski, M., Brady, M., & Hunt, J. (1993). Positive psychosocial adjustment in potential bone marrow transplant recipients: Cancer as a psychosocial transition. *Psycho-Oncology*, 2, 261–276.
5. Andrykowski, M.A., Curran, S.L., Studts, J.L., Cunningham, L., Carpenter, J.S., McGrath, P.C., Sloan, D.A., & Kenady, D.E. (1996). Psychosocial adjustment and quality of life in women with breast cancer and benign breast problems: a controlled comparison. *Journal of Clinical Epidemiology*, 49, 827–34.
6. APA (American Psychiatric Association) (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of mental Disorders* (3<sup>rd</sup> edn, revised). APA, Washington, DC.
7. Arnetz, B.B, Wasserman, J., Petrini, B., Brenner, S.O., Levi, L., Eneroth, P., Salovaara, H., Hjelm, R., Salovaara, L.T., Theorell, T., & Petterson, I.L. (1987). Immune function in unemployed women. *Psychosomatic Medicine*, 49, 3-12.
8. Arntz, T.A., Dreesen, L., & De Jong, P. (1994). The influence of anxiety on pain : Attentional and attributional mediators. *Pain*, 56, 307-314.
9. Arraras, J.I., Wright S.J., Jusue, G., Tejedor, M., & Calvo, J.I. (2002). Coping style, locus of control, psychological distress and pain-related behaviours in cancer and other diseases. *Psychology Health and Medicine*, 7 (2) , 181-187.
10. Aviles, J.M., Whelan, E., Hernke, D.A, Williams, B.A., Kenny, K.E., O'Fallon, M., & Kopecky, S.L. (2001). Intercessory prayer and cardiovascular

- disease progression in a coronary care unit population: a randomized controlled trial. *Mayo Clinic Proceedings*, 76, 1192–8.
11. Baker, G.H. (1982). Life events before the onset of rheumatoid arthritis. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 38, 173-177.
  12. Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavior change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
  13. Barsky, A.J., Wyshak, G., Klerman, G.L., & Latham, K.S. (1990). The prevalence of hypochondriasis in medical outpatients. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 25, 89-94.
  14. Baum A. Fleming R. E., & Singer J. E. (1983). Coping with technological disaster. *Journal of Social Issues* 39, 117-138.
  15. Beckham, J., Rice, J., Talton, S., Helms, M., & Young, L. (1994). Relationship of cognitive constructs to adjustment in rheumatoid arthritis. *Cognitive Therapy and Research*, 18(5), 479–496.
  16. Berckman, L.F., & Syme, S.L. (1979). Social networks, lost resistance and mortality: a nine year follow up study of Alabama County residents. *American Journal of Epidemiology*, 109, 186-204.
  17. Berkman, L.F., Summers L., Horwitz, R. (1992). Emotional support and survival after myocardial infarction: a prospective, population-based study of the elderly. *Psychosomatic Medicine*, 58, 459- 471.
  18. Bianchi, G.N. (1971). The origins of disease phobia. *Australia and New Zealand Journal of Psychiatry*, 5, 241-257.
  19. Black, P.H., & Garbutt, L.D. (2002). Stress, inflammation and cardiovascular disease. *Journal of Psychosomatic Research* , 52(1), 1-23.
  20. Bogduk, N. (2006). Psychology and low back pain. *Journal of Osteopathic Medicine*, 9(2), 49-53.
  21. Bonica, J.J. (1953). *The management of pain*. Philadelphia: Lea & Febiger.
  22. Bonica, J.J. (1990). *The management of pain (2<sup>nd</sup> ed)*.. Philadelphia: Lea & Febiger.
  23. Brennan, J. (2001). Adjustment to cancer—coping or personal transition? *Psycho-oncology*, 10, 1–18.
  24. Brooks, R., Rabin, R., & De Charro, F.(2003). *The measurement and valuation of health status using EQ-5D: A European perspective: Evidence*

- from the EuroQol BIOMED Research Programme*. Rotterdam: Kluwer Academic Publishers
25. 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 Society*, 17, 361-367.
  26. Brown, G.K., & Nicassio, P.M. (1987). Development of a questionnaire for the assessment of active and passive coping strategies in chronic pain patients. *Pain*, 31 53-64.
  27. Brown, G.K., Nicassio, P.M., & Wallston, K.A. (1989). Pain coping strategies and depression in rheumatoid arthritis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 652-7.
  28. Brown, G. K., Wallston, K. A., & Nicassio, P. M. (1989). Social support and depression in rheumatoid arthritis: A one-year prospective study. *Journal of Applied Social Psychology*, 19, 1164-1181.
  29. Buckley, W. (1967). *Sociology and modern systems theory*. Englewood Cliffs. NJ: Prentice Hall.
  30. Burton, A.K., Tillotson, K.M., Main, C.J., & Hollis, S. (1995). Psychosocial predictors of outcome in acute and subchronic low back trouble. *Spine*, 20, 722-728.
  31. Cannon, W.B. (1932). *The wisdom of the body*. New York: Norton.
  32. Carroll, L., Mercado, A.C., Cassidy, J.D., & Cote, P. (2002). A population-based study of factors associated with combinations of active and passive coping with neck and low back pain. *Journal of Rehabilitation and Medicine*, 34, 67-72.
  33. Carver, C.S., & Antoni, M.H. (2004). Finding benefit in breast cancer during the year after diagnosis predicts better adjustment 5 to 8 years after diagnosis. *Health Psychology*, 23(6), 595-598.
  34. Chaney, J., Mullins, L., Uretsky, D., Doppler, M., Palmer, W., Wees, S., Klein, H., Doud, D., & Reiss, M. (1996). Attributional style and depression in rheumatoid arthritis: The moderating role of perceived illness control. *Rehabilitation Psychology*, 41(3), 205-223.
  35. Chen, C.C., David, A.S., Nunnerley, H. (1995). Adverse life events and breast cancer: case-control study. *British Medical Journal*, 311, 1527-30.

36. Cheng, T., & Boey, K. (2000). Coping, social support, and depressive symptoms of older adults with Type II diabetes mellitus. *Clinical Gerontologist, 22*, 15–30.
37. Cioffi, D. (1991). Beyond attentional strategies: A cognitive –perceptual model of somatic interpretation. *Psychological Bulletin, 109(1)*, 25–41.
38. Cioffi, D., & Holloway, J. (1993). Delayed costs of suppressed pain. *Journal of Personality and Social Psychology, 64*, 274-282.
39. Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior, 24*, 385-396.
40. Cohen S & Wills T A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychology Buletin, 98*, 310-57.
41. Conner, M., Fitter, M., & Fletcher, W. (1999). Stress and snacking: A diary study of daily hassles and between mal snacking. *Psychology and Health, 14*, 51-63.
42. Costa, A., Smeraldi, A., Tassorelli, C., Greco, R., & Nappi, G. (2005). Effects of acute and chronic restraint stress on nitroglycerin-induced hyperalgesia in rats. *Neuroscience Letters, 383(1-2)*, 7-11.
43. Coulter, A., Entwistle, V., & Gilbert, D. (1998). *Informing patients: An assessment of the quality of patient information materials*. London: Kings Fund.
44. Crisson, J.E, & Keefe, F.J. (1988). The relationship of locus of control to pain coping strategies and psychological distress in chronic pain patients. *Pain, 35(2)*, 147-154.
45. Cross, M.J., March, L.M., Lapsley, H.M., Byrne, E., & Brooks, P.M. (2006). Patient self-efficacy and health locus of control: relationships with health status and arthritis-related expenditure. *Rheumatology, 45*, 92-96.
46. Dar, R., & Leventhal, H. (1993). Schematic processes in pain perception. *Cognitive Therapy and Research, 17*, 341-357.
47. Diener, E., Emmons, R.A., Larsen, R.J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment, 49*, 71-75.
48. Doeglas, D., Suurmeijer, T., Krol, B., Sanderman, R., van Rijswijk, M., & van Leeuwen, M. (1992). Social support, social network, and disability in relation to the duration of rheumatoid arthritis. Presented at the *IVth International*

*Symposium for Health Professionals in Rheumatology, Harrogate, UK, 10–12 June.*

49. Doeglas, D., Suurmeijer, T., Krol, B., Sanderman, R., van Rijswijk, M., & van Leeuwen, M. (1994). Social support, social disability, and psychological wellbeing in rheumatoid arthritis. *Arthritis Care and Research*, 7, 10–15.
50. Drossaers-Bakker, K., Zwinderman, A., Vlieland, T., Van Zeben, D., Vos, K., Breedveld, F., & Hazes, J. (2002). Long-term outcome in rheumatoid arthritis: A simple algorithm of baseline parameters can predict radiographic damage, disability, and disease course at 12-year follow-up. *Arthritis Care and Research*, 47(4), 383–390.
51. Edwards, R., Auguston, E.M., Fillingim, R. (2000). Sex-specific effects of pain-related anxiety on adjustment to chronic pain. *Clinical Journal of Pain*, 16, 46-53.
52. Eimer, B.N., & Freeman, A. (1998). *Pain Management: A practical guide*. New York: John Wiley & Sons.
53. Engel, G.L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129–36.
54. Epstein S. (1980). The stability of behavior: II. Implications for psychological research. *American Psychology*, 35, 790-806.
55. Ewertz, M. (1986). Bereavement and breast cancer. *British Journal of Cancer*, 53, 701–3.
56. Feldman, S. I., Downey, G., & Schaffer-Neitz, R. (1999). Pain, negative mood, and perceived support in chronic pain patients: A daily diary study of people with reflex sympathetic dystrophy syndrome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 776–785.
57. Ferguson, E., & Daniel, E. (1995). The Illness Attitudes Scale (IAS): A psychometric evaluation on a non-clinical population. *Personality Individual Differences*, 18(4), 463-469.
58. Fife, B. (1995). The measurement of meaning in illness. *Society, Science and Medicine*, 40(8), 1021–1028.
59. Fillingim, R.B., Maixner, W. (1995). Gender differences in the responses to noxious stimuli. *Pain Forum* 4, 209-221.



60. Fillingim, R.B., Maixner, W., Kincaid, S. & Silva, S. (1998). Sex differences in temporal summation but not sensory-discriminative processing of thermal pain. *Pain*, 75, 121-127.
61. Flor, H., Birbaumer, N. (1994). Acquisition of chronic pain: psychophysiological mechanisms. *American Pain Society Journal*, 3, 119-127.
62. Folkman, S., & Greer, S. (2000). Promoting psychological well-being in the face of serious illness: When theory, research and practice inform each other. *Psycho-Oncology*, 9, 11–19.
63. Folkman, S., & Lazarus, R.S. (1988). The relationship between coping and emotion: implications for theory and research. *Social Science and Medicine*, 26(3), 309-317.
64. Folkman, S., & Lazarus, R.S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 219-239.
65. Folkman S., & Lazarus R. S. (1985). If it changes it must be a process: study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of Personality and Social Psychology* 48, 150-170.
66. Folkman, S., Lazarus, R.S., Gruen, R.J., DeLongis, A. (1986). Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 571-579.
67. Folkman S., Lazarus R. S., Dunkel-Schetter C., DeLongis A., & Gruen R. (1986). The dynamics of a stressful encounter: cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 992-1003.
68. Fordyce, W.E. (1982). A behavioral perspective on chronic pain. *British Journal of Clinical Psychology*, 5, 313-320.
69. Freud, S. (1914). Pour introduire le narcissisme. In *La vie sexuelle*. PUF 1969.
70. Gatchell, R.J.. (1996). Psychological disorders and chronic pain: cause and effect relationships. In R.J. Gatchel & D.V. Turk (Eds), *Psychological approaches to pain management: a practitioner's handbook* (pp.33-52). New York: Guilford press.
71. Gatchell, R.J., Weisberg, J.N. (2000). *Personality characteristics of patients with pain*. Washington, DC: American Psychological Association.
72. Gibson, J.S., & Robert, D.H. (2000). Cognitive factors and the experience of pain and suffering in older persons. *Pain*, 85, 375-383.

73. Gil, K.M. Abrams, M.R., Phillips, G., & Keefe, F.J.(1989). Sickle cell disease pain: relation of coping strategies to adjustment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57*, 725-731.
74. Gil, K.M., Thompson-RJ., J., Keith, B.R., Tota, F.M., Noll, S., & Kinney, T.R. (1993). Sickle cell disease pain in children and adolescents: change in pain frequency and coping strategies over time. *Journal of Pediatric Psychology, 18*, 621–37.
75. Glass, T., Maddox, GL. (1992). The quality and quantity of social support: stroke recovery as psycho-social transition. *Social Science Medicine, 34*, 1249-1261.
76. Graham, J., Ramirez, A., Love, S., Richards, M., & Burgess, C. (2002). Stressful life experiences and risk of relapse of breast cancer: observational cohort study. *British Medical Journal, 324*, 1420-2.
77. Greenfield, S., & Nelson, E. (1992). Recent developments and future issues in the use of health status assessment measures in clinical settings. *Medical Care, 30*, MS23–MS41.
78. Grossi, G., Soares, J.J.F., & Lundberg, U. (2000). Gender differences in coping with musculoskeletal pain. *International Journal of Behavioral Medicine, 7*, 305–21.
79. Gudbjornsson, B., Skogseid, B., Oberg, K., Wide, L., & Hallgren, R. (1996). Intact adrenocorticotrophic hormone secretion but impaired cortisol response in patients with active rheumatoid arthritis. Effect of glucocorticoids. *Journal of Rheumatology, 23(4)*, 596–602.
80. Gupta, S., Hawker, G.A., Laporte, A., Croxford, R. & Coyte, P.C. (2005). The economic burden of disabling hip and knee osteoarthritis (OA) from the perspective of individuals living with this condition. *Rheumatology, 44*, 1531-1537.
81. Hadjistavropoulos, H.D., & Asmundson, J.G. (1998). Factor analytic investigation of the Illness Attitudes Scale in a chronic pain sample. *Behavior Research and Therapy, 36*, 1185-1195.
82. Hadjistavropoulos, H. D., Craig, K. D., & Hadjistavropoulos, T. (1998). Cognitive and behavioural responses to illness information: the role of health anxiety. *Behavior Research and Therapy, 36*, 149-164.

83. Hadjistavropoulos, H.D, Hadjistavropoulos, T., Quine, a. (2000). Health anxiety moderates the effects of distraction versus attention to pain. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 425-438.
84. Hadjistavropoulos, H.D., Owens, K.M.B., & Asmundson, G.J.G. (2001). Hypochondriasis and health anxiety among pain patients. In G.J.G. Asmundson, S.Taylor, & B.J. Cox (eds), *Health anxiety: Clinical and research perspectives on hychondriasis and related conditions* (pp. 298-323). Chichester, UK: Wiley.
85. Haley, K.C., Koenig, H.G., & Bruchett, B.M. (2001). Relationship between private religious activity and physical functioning in older adults. *Journal of Religion Health*, 40, 305–12.
86. Hamburg, D.A. & Adams, J.E. (1967). A perspective on coping behavior. Seeking and utilizing information in major transitions. *Archives of General Psychiatry*, 17, 277-284.
87. Helgeson, V. S., & Cohen, S. (1996). Social support and adjustment to cancer: Reconciling descriptive, correlational, and intervention research. *Health Psychology*, 15, 135–148.
88. Henry, J., & P. Stephens. (1977). *Stress, health and the social environment: A sociobiologic approach to medicine*. New York: Springer-Verlag.
89. 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, 577-584.
90. Ingram, K. M., Jones, D. A., Fass, R. J., Neidig, J. L. & Song, Y. S. (1999). Social support, and unsupportive social interactions: their association with depression among people living with HIV. *Aids Care*, 11, 313-329.
91. Jacobs, J.R., & Bovasso, G.B. (2000). Early and chronic stress and their relation to breast cancer. *Psychological Medicine*, 30, 669–78.
92. Jamison, R. N., & Virts, K. L. (1990). The influence of family support on chronic pain. *Behavior Research and Therapy*, 28, 283–287.
93. Jamner, L.D., & Turksy, B. (1987). Syndrome specific descriptor profiling: A psychophysiological and psychophysical approach. *Health Psychology*, 6, 417-430.
94. Jense, M.P., Turner, J.A., Romano, J.M., & Karoldy, P. (1991). Coping with chronic pain: a critical review of the literature. *Pain*, 47, 249-283.

95. Jones, D.R., Goldblatt, P.O., & Leon, D.A. (1984). Bereavement and cancer: some data on deaths of spouses from longitudinal study of Office of Population Censuses and Surveys. *British Medical Journal*, 289, 461–4.
96. Kaplan, H., Sadock, J.B., Grebb, A.J. (1996). *Ψυχιατρική*. Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας.
97. Keefe, F.J., Brown, G.K., Wallston, K.A., & Galdwell, D.S. (1989). Coping with rheumatoid arthritis pain: catastrophising as a maladaptive strategy. *Pain*, 37, 51-56.
98. Keefe, F.J, Affleck, G., Lefebvre, J., Underwood, L., Caldwell, D.S., Drew, J., Egert, J., Gibson, J., Pargament, K. (2001). Living with rheumatoid arthritis: the role of daily spirituality and daily religious and spiritual coping. *Journal of Pain*, 2,101–10.
99. Kellner, R. (1985). Functional somatic symptoms and hypochondriasis: a clinical study. *Acta psychiatrica scandinavica*, 67, 69-79.
100. Kellner, R. (1986). *Somatization and Hypochondriasis*. New York: Praeger Publishers.
101. Kelley, H.H. (1971). *Attribution: Perceiving the causes of behaviour*. New York: General Learning Press.
102. Kelman, S. (1975). The social nature of the definition problem in health. *International Journal of Health Services*, 5(4),625–642.
103. Kenyon, F.E. (1965). Hypochondriasis: a survey of some historical, clinical, and social aspects. *British Journal of Psychiatry*, 119, 305-307.
104. Keogh, E., Birkby, J. (1999). The effect of anxiety sensitivity and gender on the experience of pain. *Cognitive Emotion*, 13, 813- 829.
105. Kraaimaat, F.W., & Evers, A.W.M. (2003). Pain-coping strategies in chronic pain patients: psychometric characteristics of the Pain-Coping Inventory (PCI). *International Journal of Behavioral Medicine*, 10, 343–63.
106. Krol, B., Sanderman, R., Suurmeijer, T. (1993). Social support, rheumatoid arthritis and quality of life: concepts, measurement and research. *Patient Education Counselling*, 20, 101-120.
107. Kvikstad, A., Vatten, L.J., Tretli, S., (1994). Widowhood and divorce related to cancer risk in middle-aged women: a nested casecontrol study among Norwegian women born between 1935 and 1954. *International Journal of Cancer*, 58, 512–16.

108. Kvikstad, A., Vatten, L.J. (1996). Risk and prognosis of cancer in middle-aged women who have experienced the death of a child. *International Journal of Cancer*, 67, 165–9.
109. Lamé, I.E., Peters, M. L., Vlaeyen, J.W.S., Van. Kleef, M., & Patijn, J. (2003). Quality of life in chronic pain is more associated with beliefs about pain, than with pain intensity. *European Journal of Pain*, 9(1), 15-24.
110. Larson, J. (1999). The conceptualisation of health. *Medical Care and Review*, 56(2), 123–136.
111. Lawrence, R.C., Helmick, C..G., Arnett, F.C., Deyo, R.A., Giannini, E.H., Heyse, S.P., Hirsch, R., Hochberg, M.C., Hunder, G.G., Liang, M.H., Pillemer, S.R., Steen, V.D., & Wolfe, F. (1998). Estimates of prevalence of arthritis and selected musculoskeletal disorders in the United States. *Arthrography in Rheumatology*, 41, 778-799.
112. Lawson, K., Reesor, K.A., Keefe, F.J., & Turner, J.A. (1990). Dimensions of pain-related cognitive coping: cross-validation of the factor structure of the Coping Strategy Questionnaire. *Pain*, 43, 195-204.
113. Lazarus R. S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. New York: McGraw-Hill.
114. Lazarus, R.S. (1975). A cognitively oriented psychologist looks at biofeedback. *American Psychologist*, 30, 553-561.
115. Lazarus R.S, & Folkman S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. Springer, New York, 1984.
116. Lazarus, R.S. (1993). Coping theory and research: Past, present, and future. *Psychosomatic Medicine*, 55, 234-247.
117. Lejoyeux, M. (2005). Hypochondrie. *EMC-Psychiatrie*, 2(4), 247-258.
118. Leonhard, K. (1968). On the treatment of ideohypochondriac and sensohypochondriac neuroses. *International Journal of Social Psychiatry*, 2, 123-133.
119. Leserman, J., Jackson, E.D., Petitto, J.M., Golden, R.N., Silva, S.G., O' Perkins, D., Jianwen Cai, Folds, J.D. & Evans, D.L. (1999). Progression to AIDS: The Effects of Stress, Depressive Symptoms, and Social Support. *Psychosomatic Medicine*, 61, 397-406.
120. Leserman, J., Petitto, J.M., Golden, R.N., Gaynes, B.N., Hongbin Gu, O' Perkins, D., Silva, S.G., Folds, J.D., & Evans, D.L. (2000). Impact of

- Stressful Life Events, Depression, Social Support, Coping, and Cortisol on Progression to AIDS. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1221-1228.
121. Levenson, H. (1981). Differentiating among internal, powerful others and chance. In H. Lefcourt (Ed.), *Research with the locus of control construct*. Volume 1: Assessment methods (pp. 15–59). New York: Academic Press.
122. Levenstein, S. (2003). Stress and ulcerative colitis: convincing the doubting thomases *The American Journal of Gastroenterology*, 98(10), 2112-2115.
123. Leventhal, H., Patrick-Miller, L., & Leventhal, E. (1998). It's long-term stressors that take a toll: Comment on Cohen et al. (1998). *Health Psychology*, 17(3), 211–213.
124. Lillberg, K., Verkasalo, P.K., Kaprio, J., Teppo, L., Helenius, H., & Koskenvuo, M. (2003). Stressful life events and risk of breast cancer in 10,808 women: a cohort study. *American Journal of Epidemiology*, 157(5), 415-423.
125. Lipowski, Z.J. (1970). Physical illness, the individual and the coping processes. *Psychiatry in Medicine*, 1, 91-102.
126. Lynch, J.J. (1977). *The Broken Heart: the medical consequences of loneliness*. New York: Basic Books.
127. Logan, H.L., Gedney, J.J., Sheffield, D., Xiang, Y., Starrenburg, E. (2003). Stress influences the level of negative affectivity forehead cold pressor pain. *The Journal of Pain*, 4(9), 520-529.
128. Looper, K.J., & Kirmayer L.J. (2001). Hypochondriacal concerns in a community population. *Psychological Medicine*, 31, 577-584.
129. Main, C.J., Waddell, G. (1987). Psychometric construction of the Illness Behavior Questionnaire in British patients with chronic low back pain. *Pain*, 28, 13-25.
130. Main, C.J., Waddell, G. (1991). Cognitive measures in pain. *Pain*, 46, 287-298.
131. Main, C.J., & Burton, A.K. (1995). The patient with low back pain: who or what are we assessing? An experimental investigation of a pain puzzle. *Pain Reviews*, 2, 203-209.
132. Marks, I.M. (1987). *Fears, Phobias and Rituals*. New York: Oxford University Press.

133. Mataix-Cols, D., Cowley, A., Hankins, M., Schneider, A., Bachofen, M., Kenwright, M., Gega, L., Cameron, R., & Marks, I.M. (2005). Reliability and validity of the Work and Social Adjustment Scale in phobic disorders. *Comprehensive Psychiatry*, *46*, 223-228.
134. McCracken, L.M., Spertus, I.L., Janeck, A.S., Sinclair, D., & Wetzel, T.F. (1999). Behavioral dimensions of adjustment in persons with chronic pain: pain-related anxiety and acceptance. *Pain*, *80* (1-2), 283-289.
135. Mc Farlane, A.C., & Brooks, P.M. (1988). The determinants of disability in rheumatoid arthritis. *British Journal of Rheumatology*, *27*, 7-14.
136. McGregor, B.A., Antoni, M.H., Boyers, A., Alferi, S.M., Blomberg, B.B., Carver, C.H. (2004). Cognitive-behavioral stress management increases benefit finding and immune function among women with early-stage breast cancer. *Journal of Psychosomatic Research*, *56*, 1-8.
137. McCaul, K.D., Monson, N., Maki, R. (1992). Does distraction reduce pain produced distress among college students? *Health Psychology*, *11*, 210-217.
138. McIntosh, E.M. (1996). The cost of rheumatoid arthritis. *British Journal of Rheumatology*, *35*, 781-190.
139. McWilliams, N. (1994). Ναρκισσιστικές προσωπικότητες (μετάφρ: Α. Καραμπέτσου). Σε Τ. Αναγνωστοπούλου, & Σ.Τριλίβα (επιμ.) *Ψυχαναλυτική Διάγνωση*. Αθήνα: ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΓΡΑΜΜΑΤΑ.
140. Melzack, R., Wall, P.D. (1965). Pain mechanisms: A new theory. *Science*, *50*, 9741-979.
141. Melzack, R. (1993). Pain: Past, present and future. *Canadian Journal of Experimental Psychology*, *47*(4), 615-629.
142. Menninger, K. (1963). *The vital balance: The Life Process in Mental Health and Illness*. Viking, New York.
143. Mercado, C.A., Carroll, L.J., Cassidy, D.J., & Cote, P. (2005). Passive coping is a risk factor for disabling neck or low back pain. *Pain* *117*, 51-57.
144. Merskey, H., Bogduk, N. (1994). *Classification of Chronic Pain*. IASP Press Seattle, WA.
147. Miller, D., Acton, T.M.G., & Hedge, B. (1988). The worried well: their identification and management. *Journal of the Royal College of Physicians*, *22*, 158-165.

148. Monat, A., & Lazarus, R.S. (1991). *Stress and coping: An anthology* (3rd edition). Columbia University Press, New York.
149. Monat, A., & Lazarus, R. (1991). Introduction: Stress and coping: Some current issues and controversies. In A. Monat, & R. Lazarus (Eds.), *Stress and coping: An anthology* (3rd ed.) ( pp. 1–15). New York: Columbia University Press.
150. Morin, C., Lund, J.P., Villarroel, T., Clokie, C.M.L., Feine, J.S. (2000) Differences between the sexes in post-surgical pain. *Pain*, 85, 79- 85.
151. Μουτζούκης, Χ., Αδαμοπούλου, Α., Γαρύφαλλος, Γ., & Καραστεργίου, Α. (1990). *Εγχειρίδιο Ερωτηματολογίου Γενικής Υγείας (E.G.Y.)*. Θεσσαλονίκη: Ψυχιατρικό Νοσοκομείο
152. Nicholas, M.K., Wilson, P.H., & Goyen, J. (1991). Operant-behavioral and cognitive-behavioral treatment for chronic low-back pain. *Behavioral Research and Therapy*, 29, 225-230.
153. Novy, D. M., Nelson, D. V., Hetzel, R. D., Squitieri, P., & Kennington, M. (1998). Coping with chronic pain: Sources of intrinsic and contextual variability. *Journal of Behavioral Medicine*, 21(1), 19–34.
154. Oakley, A. (1992). *Social support and Motherhood*. Oxford: Basil Blackwell.
155. O'Brien, T., & DeLongis, A. (1997). Coping with chronic stress: An interpersonal perspective. In B. H. Gottlieb (Ed.), *Coping with chronic stress* (pp161–190). New York: Plenum Press.
156. Ogden, J. (2000). *Health Psychology: A textbook*. Buckingham-Philadelphia: Open University Press (2<sup>nd</sup> ed).
157. Parsons, T. 1951. *The social system*. Glencoe, IL: Free Press.
158. Pearlin L.I. & Schooler C. (1978). The structure of coping. *Journal of Health & Social Behavior*, 19, 2-21.
159. Perkins, K.A., Grobe, J.E., Stiller, R.L., Fonte, C. & Goettler, J.E. (1992). Nasal spray nicotine replacement suppresses cigarette smoking desire and behaviour. *Clinical Pharmacology and Therapeutics*, 52, 627-634.
160. Pilowsky, I. (1967). Dimensions of hypochondriasis. *British Journal of Psychiatry*, 113, 89-93.
161. Portenoy RK, Kanner RM (Eds) (1996). *Pain Management: Theory and Practice*. Philadelphia Davis Company.



162. Power, M.J., Champion, L.A., & Aris, S.J. (1988). The development of a measure of social support: the Significant Others Scale (SOS). *British Journal of Clinical Psychology*, 27, 349-358.
163. Prince, M.J., Harwood, R.H., Thomas, A., & Mann, A. (1998). A prospective population based cohort study of the effects of disablement and social milieu on the onset and maintenance of late life depression. *Psychological Medicine*, 28, 337-350.
164. Ramirez, A. J., Craig, T. K., Watson, J. P., Fentiman, I. S., North, W. R., & Rubens R. D. (1989). Stress and relapse of breast cancer. *British Medical Journal*, 298(6669), 291–293.
165. Reynolds, P., Boyd, P.T., Blacklow, R.S., Jackson, J.S., Greenberg, R.S., Austin, D.F., Chen, V.W., & Edwards, B.K. (1994). The relationship between social ties and survival among black and white breast cancer patients. National Cancer Institute Black/White Cancer Survival Study Group. *Cancer Epidemiological Biomarkers and Prevention*, 3, 253-259.
166. Riley, J.L., & Robinson, M.E. (1997). CSQ: Five factors or fiction? *Clinical Journal of Pain*, 13(2), 156-162.
167. Rimon, R., Belmaker, R.H., & Ebstein, R. (1977). Psychosomatic aspects of juvenile rheumatoid arthritis. *Scandinavian Journal of Rheumatology*, 6, 1-10.
168. Rippentrop, E.A., Altmaier, M.A., Chen, J.J., Found, E.M., & Keffala, V.J. (2005). The relationship between religion/spirituality and physical health, mental health, and pain in a chronic pain population. *Pain*, 116, 311–321.
169. Robinson, M.E., Dannecker, E.A., George, S.Z., Otis, J., Atchison, J.W., & Fillingim, R.B. (2005). Sex differences in the associations among psychological factors and pain report: a novel psychophysical study of patients with chronic low back pain. *The Journal of Pain*, 6(7), 463-470.
170. Rode, S., Salkovskis, P., Dowd, H., & Hanna, M. (2006). Health anxiety levels in chronic pain clinic attenders. *Journal of Psychosomatic Research*, 60, 155– 161.
171. 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, 33-44.

172. Rotter, J.B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 80, 1–28.
173. Salkovskis, P.M., & Warwick, H.M.C. (1986). Morbid preoccupations, health anxiety and reassurance: a cognitive-behavioral approach to hypochondriasis. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 597-602.
174. Salkovskis, P.M. (1989). Somatic problems. In K. Hawton, P.M. Salkovskis, J.W. Kirk, & D.M. Clark (eds), *Cognitive –behavioral approaches to adult psychological disorder: a practical guide*. Oxford University Press.
175. Salkovskis, P.M., Bass, C. (1997). Hypochondriasis. In D.M. Clark & C.G. Fairburn (eds), *Science and Practice of Cognitive Behavioral Therapy*. Oxford: University Press.
176. Savelkoul, M., Post, M. W. M, de Witte, L. P., & van den Borne, H. B. (2000). Social support, coping and subjective well-being in patients with rheumatic diseases. *Patient Education and Counseling*, 39, 205–218.
177. Sarason, I.G., Levine, H.M., & Bashma, R.B. (1983). Assessing social support: the social support questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 127-139.
178. Sarlani, E., Grace, E.G., Reynolds, M.A., & Greenspan, J.D.(2004). Sex differences in temporal summation of pain and aftersensations following repetitive noxious mechanical stimulation. *Pain* 109, 115-123.
179. Sarlani, E., Greenspan, J.D. (2002). Gender differences in temporal summation of mechanically evoked pain. *Pain*, 97, 163-169.
180. Selye, H. (1956). *The stress of life*. New York: McGraw-Hill.
181. Sharpe,L., Sensky, T., & Allard, S. (2001). The course of depression in recent onset rheumatoid arthritis: the predictive role of disability, illness perceptions, pain and coping. *Journal of Psychosomatic Research*, 51, 713–9.
182. Simoni, J.M., Frick P.A. & Bu Huang. (2006). A Longitudinal Evaluation of a Social Support Model of Medication Adherence Among HIV-Positive Men and Women on Antiretroviral Therapy. *Health Psychology*, 25(1), 74-81.
183. Skevington, S.M., Carse, M.S., de C., & Williams, A. (2001). Validation of the WHOQOL-100: Pain management improves quality of life for chronic pain patients. *Clinical Journal of Pain*, 17, 264–75.

184. Skinner, B.F. (1953). *Science and human Behavior*. New York: The Free Press.
185. Smith, S., & Young, C. (2000). The role of affect on the perception of disability in multiple sclerosis. *Clinical Rehabilitation*, 14(1), 50-54.
186. Snow-Turek, A.L., Norris, M.P., & Tan, G. (1996). Active and passive coping strategies in chronic pain patients. *Pain*, 64, 455-462.
187. Stewart, R., Ross, D., & Hartley, S. (2004). Patient adaptation to chronic illness. In *Handbook of Clinical Health Psychology* (Edited by Boll J.T.). Washington: American Psychological Association.
188. Stewart, S. M., & Schwarzer, R. (1996). Stability of coping in Hong Kong medical students: A longitudinal study. *Personality and Individual Differences*, 20(2), 245-255.
189. Straub, R., & Cutolo, M. (2001). Involvement of the hypothalamic–pituitary–adrenal/gonadal axis and the peripheral nervous system in rheumatoid arthritis. *Arthritis and Rheumatism*, 44(4), 493–507.
190. Stroud, M. W., Thorn, B. E., Jensen, M. P., & Boothby, J. L. (2000). The relation between pain beliefs, negative thoughts, and psychosocial functioning in chronic pain patients. *Pain*, 84, 347–352.
191. Symmons, D., Mathers, C., & Pflieger, B. (2006). The global burden of rheumatoid arthritis in the year 2000. In Global Burden of disease 2000, draft. [http://www.who.int/entity/healthinfo/statistics/bod\\_rheumatoidarthritis.pdf](http://www.who.int/entity/healthinfo/statistics/bod_rheumatoidarthritis.pdf)
192. Symmons, D., Mathers, C., & Pflieger, B. (2006). The global burden of osteoarthritis in the year 2000. In Global Burden of disease 2000, draft. [http://www.who.int/entity/healthinfo/statistics/bod\\_osteoarthritis.pdf](http://www.who.int/entity/healthinfo/statistics/bod_osteoarthritis.pdf)
193. Taal, E., Rasker, J. J., Seydel, E. R., & Wiegman, O. (1993). Health status, adherence with health recommendations, self-efficacy and social support in patients with rheumatoid arthritis. *Patient Education and Counselling*, 20, 63–76.
194. Tang, N.K.Y., Salkovskis, P.M., Poplavskaya, E., Wright, K.J., Hanna, M., & Hester, J. (2007). Increased use of safety seeking behaviours in chronic back pain patients with high health anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, in press.

195. Taylor, S. (1983). Adjustment to threatening events: A theory of cognitive adaptation. *American Psychologist*, 1161–1173.
196. Taylor, S. (1991). Health Psychology: the science and the field. In Monat A., & Lazarus R.S. (eds), *Stress and coping: an anthology* (pp.62-80). New York: Columbia University Press.
197. Taylor, S., Helgeson, V., Reed, G., & Skokan, L. (1991). Self-generated feelings of control and adjustment to physical illness. *Journal of Social Issues*, 47(4), 91–109.
198. Tennant, C.C., Sharrock, M., Hodgkinson, S., Dunn, S.M., Pollard, J.D (2006). Relationship between stress and relapse in multiple sclerosis: part I. *Multiple Sclerosis*, 12(4), 453-464.
199. Theorell, T., Blomkvist, V., Jonnson, H., Schulman, S., Berntorp, E., & Stigendal, R. (1995). Social support and the development of immune function in human immunodeficiency virus infection. *Psychosomatic Medicine*, 57, 32-36.
200. Turk, CD., Wack, J.T., Kerns, R.D. (1985). An empirical examination of the “pain-behavior” construct. *Journal of Behavioral Medicine*, 8, 119-130.
201. Turk, CD., & Rudy, T.E. (1987). Towards a comprehensive assessment of chronic pain patients. *Behaviour Research and Therapy*, 25, 237-249.
202. Turk, D.C., & Mechenbaum, D. (1990). A cognitive-behavioral approach to pain management. In P.D. Wall, R. Melzack (eds), *Textbook of pain* (pp 1331-1348). New York: Guilford press.
203. Turk, C.D., & Flor, H. (1999). Chronic pain: A biopsychosocial perspective. In R.J. Gatchel & D.C. Turk (Eds). *Psychosocial factors in pain:Critical perspectives* (pp. 18-34). New York: Guilford Press.
204. Turk, C.D., & Melzack, R. (2001). *Handbook of pain assessment* (2<sup>nd</sup> Ed). New York: Guilford Press.
205. Turk, C.D., & Okifuji, A. (2001). Matching treatment to assessment of patients with chronic pain. In D.C. Turk & R. Melzack (Eds), *Handbook of pain assessment* (2<sup>nd</sup> ed, pp.400-416). New York: Guilford Press.
206. Turk, C.D., & Monarch, E.S. (2002). Biopsychosocial perspective on chronic pain. In. Turk, C.D., & R. Melzack (Eds), *Psychological approaches to pain management*. (2<sup>nd</sup> Ed, pp.3-26). New York: Guilford Press.

207. Turk, C.D., & Okifuji, A. (2002). Psychological factors in chronic pain: evolution and revolution. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*(3), 678-690.
208. 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*, 115–25.
209. Turner, J.A., & Aaron, L.A. (2001). Pain-related catastrophizing: what is it? *Clinical Journal of Pain, 75*, 65–71.
210. Turner, J.A., Clancy, S. (1986). Strategies for coping with chronic low back pain: relationship to pain and disability. *Pain, 24*, 355–64.
211. Uchino, B. N., Cacioppo, J. T., & Kiecolt-Glaser, J. K. (1996). The relationship between social support and physiological processes: A review with emphasis on underlying mechanisms and implications for health. *Psychological Bulletin, 119*, 488–531.
212. Unruh, A.M. (1996). Gender variations in clinical pain experience. *Pain, 65*, 123-167.
213. Ursin, H. (1980). Personality, activation and somatic health. In *Coping and Health* (Edited by Levine S. and Ursin H.). NATO Conference Series III: Human Factors. Plenum, New York.
214. Van der Heide, A., Jacobs, J. W. G., Haanen, H. C. M., & Bijlsma, J. W. J. (1995). Is it possible to predict the first year extent of pain and disability for patients with rheumatoid arthritis? *Journal of Rheumatology, 22*, 1466–1470.
215. Van-Lankveld, W., Naring, G., van-'t-Pad, B., & van-de-Putte, L. (1999). Behavioural coping and physical functioning: the effect of adjusting the level of activity on observed dexterity. *Journal of Rheumatology, 26*, 1058–64.
216. Vedhara, K., Nott, K. H., Bradbeer, C. S., Davidson, E. A. F., Ong, E. L. C., Snow, M. H., Palmer D., & Nayagam, A. T. (1997). Greater emotional distress is associated with accelerated CD4<sup>+</sup> cell decline in HIV infection. *Journal of Psychosomatic Research, 42*(4), 379-390.
217. Von Bertalanffy, L. (1968). *General systems theory*. New York: George Braziller.

218. Waddell, G., Somerville, D., Henderson, I., Newton, M., Main, C.J. (1993). A fear avoidance beliefs questionnaire (FABQ) and the role of fear avoidance beliefs in chronic low back pain and disability. *Pain*, 52, 157-168.
219. Waddell, G., Pilowsky, I., & Bond, M.R. (1989). Clinical assessment and interpretation of abnormal illness behavior in low back pain. *Pain*, 39, 42-53.
220. Walker, J.G, Jackson, H.J., Littlejohn, G.O. (2004). Models of adjustment to chronic illness: Using the example of rheumatoid arthritis. *Clinical Psychology Review*, 24, 461–488.
221. Wallston, B.S., Alagna, S.W., Devellis, B.M., & Devellis, R.F. (1983). Social support and physical illness. *Health Psychology*, 2, 367-39
222. Wallston, K.A., Kaplan, G.D., & Maides, S.A. (1976). Development and validation of the health locus of control (HLC) scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 44, 580-585.
223. Wallston, K.A., Wallston, B.S., & DeVellis, R. (1978). Development of the Multidimensional Health Locus of Control (MHLC) scales. *Health Education Monographs*, 6, 161–170.
224. Wallston, K.A., Wallston, B.S. (1982). Who is responsible for your health? The construct of health locus of control. In: G.D.S. Sanders & J.Suls (eds), *Social Psychology of health and illness*. Hillsdale NJ: Erlbaum.
225. Wallston, K.A. (1992). Hocus-pocus, the focus isn't strictly on locus: Rotter's social learning theory modified for health. *Cogn Ther Res* 16, 183–99.
226. Waltz, M., Kriegel, W., & van't Pad Bosch, P. (1998).The social environment and health in rheumatoid arthritis: Marital quality predicts individual variability in pain severity. *Arthritis Care and Research*, 11, 356–374.
227. Warwick, H.M.C., Salkovskis, P.M. (1989). Hypochondriasis. In J. Scott, J.M.G., Williams & A.T. Beck (eds), *Cognitive therapy in clinical practice*. London: Routledge.
228. Weaver, K.E., Llabre, M.M., Durán, R.E., Antoni, M.H., Ironson, G., Penedo, F.J., & Schneiderman, N. (2005). A Stress and Coping Model of Medication Adherence and Viral Load in HIV-Positive Men and Women on Highly Active Antiretroviral Therapy (HAART), *Health Psychology*, 24(4), 385-392.

229. Weinberger, M., Hiner, S. L., & Tierney, W. M. (1986). Improving functional status in arthritis: The effect of social support. *Social Science in Medicine*, 23, 899–904.
230. Weisman, A. D., & Worden, J. W. (1977). Coping behaviour under extreme stress, *Archives of General Psychiatry*, 5, 423-448.
231. Weisman, A. D. (1987). Coping with illness. In: Hackett TP & Cassem NH (eds), *Handbook of general hospital psychiatry* (pp.297-308). Massachusetts: PSG Publishing Company.
232. Williams, R.B., Barefoot, J.C., Califf, R.M., Haney, T.L., Saunders, W.B., Pryor, D.B., Hlatky, M.A., Siegler, I.C., & Mark, D.B. (1992). Prognostic importance of social and economic resources among medically treated patients with angiographically documented coronary artery disease. *Journal of American Medical Association*, 267, 520–4.
233. Wills, T.A. (1985). Supportive functions of interpersonal relationships. In S. Cohen & S.L.Syme (eds). *Social Support and Health*. Orlando, FL: Academic Press.
234. Wolfe, F., & Cathey, M. A. (1991). The assessment and prediction of functional disability in rheumatoid arthritis. *Journal of Rheumatology*, 18, 1298–1306.
235. Woods, T.E., & Ironson GH. (1999). Religion and spirituality in the face of illness: how cancer, cardiac, and HIV patients describe their spirituality/religiosity. *Journal of Health Psychology*, 4, 393-412.
236. Zautra, A., & Manne, S. (1992). Coping with rheumatoid arthritis: a review of a decade of research. *Annals of Behavioral Medicine*, 14, 31-39
237. Zimmerman, C., & Tansella, M. (1996). Psychosocial factors and physical illness in primary care: Promoting the biopsychosocial model in medical practice. *Journal of Psychosomatic Research*, 40(4), 351–358.
238. <http://www.halcyon.com/iasp>

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Παρακαλούμε απαντήστε στις επόμενες ερωτήσεις βάζοντας ένα «X» ή συμπληρώνοντας το κενό, όπου χρειάζεται.

1. Φύλο: Άνδρας [ ] Γυναίκα [ ]

2. Ηλικία: \_\_\_\_\_

3. Ποιο από τα παρακάτω περιγράφει καλύτερα την κύρια δραστηριότητα σας;

Υπάλληλος [ ]

Οικιακά [ ]

Ελεύθερος επαγγελματίας [ ]

Συνταξιούχος [ ]

Σε αναζήτηση εργασίας [ ]

Άλλο (αναφέρατε) \_\_\_\_\_

4. Έχετε τελειώσει: Δημοτικό σχολείο [ ]

Γυμνάσιο ή αντίστοιχη σχολή [ ]

Λύκειο ή αντίστοιχη σχολή [ ]

Ανώτερη ή ανώτατη σχολή [ ]

5. Οικογενειακή κατάσταση: Ζω μόνος/η [ ]

Ζω με την οικογένεια μου [ ]

Συζώ με κάποιον/ -ους [ ]

Άλλο: \_\_\_\_\_

6. Μηνιαίο εισόδημα νοικοκυριού σας: μέχρι 750 € [ ] 1801-2200 € [ ]

751-1100 € [ ] 2201-2800 € [ ]

1101-1450 € [ ] 2800-3500 € [ ]

1451-1800 € [ ] 3501 και άνω € [ ]

7. Ποιο είναι το κύριο πρόβλημα υγείας που αντιμετωπίζετε; \_\_\_\_\_

8. Πόσο χρόνο αντιμετωπίζετε αυτό το πρόβλημα υγείας που αναφέρατε; \_\_\_\_\_

9. Έχετε νοσηλευτεί τον τελευταίο χρόνο εξαιτίας αυτού του προβλήματος υγείας;

ΝΑΙ [ ]

ΟΧΙ [ ]



### Ερωτηματολόγιο Α'

Οδηγίες: Παρακαλούμε να βαθμολογήσετε τις ακόλουθες προτάσεις σύμφωνα με το πόσο συχνά σας συμβαίνει αυτό που περιγράφουν χρησιμοποιώντας την κλίμακα των 4 διαβαθμίσεων που δίνεται παρακάτω. Σημειώστε στην αρχή της κάθε πρότασης τον αριθμό που της αρμόζει με βάση την ακόλουθη κλίμακα.

0-----1-----2-----3-----4  
Οχι/καθόλου Σπάνια κάποιες φορές Σύχνα Τον περισσότερο καιρό

- \_\_\_ 1. Ανησυχείς για την υγεία σου;
- \_\_\_ 2. Έχεις κάποια ανησυχία ότι μπορεί στο μέλλον να πάθεις κάποια σοβαρή ασθένεια;
- \_\_\_ 3. Σε φοβίζει η σκέψη μιας σοβαρής ασθένειας;
- \_\_\_ 4. Όταν πονάς ανησυχείς για κάποια σοβαρή ασθένεια;
- \_\_\_ 5. Αν ένας πόνος διαρκεί μια εβδομάδα ή περισσότερο, επισκέπτεσαι κάποιο γιατρό;
- \_\_\_ 6. Αν ένας πόνος διαρκεί μια εβδομάδα ή περισσότερο, πιστεύεις ότι έχεις μια σοβαρή ασθένεια;
- \_\_\_ 7. Αποφεύγεις συνήθειες που μπορεί να είναι βλαβερές για σένα, όπως το κάπνισμα;
- \_\_\_ 8. Αποφεύγεις τροφές οι οποίες μπορεί να είναι ανθυγιεινές;
- \_\_\_ 9. Εξετάζεις το σώμα σου για να βρεις αν κάτι δεν πάει καλά;
- \_\_\_ 10. Πιστεύεις ότι έχεις κάποια ασθένεια που οι γιατροί δεν έχουν διαγνώσει σωστά;
- \_\_\_ 11. Όταν ο/η γιατρός σου σου λέει ότι δεν έχεις κάποια σωματική ασθένεια αρνείσαι να τον/την πιστέψεις;
- \_\_\_ 12. Όταν ο γιατρός σου σου λέει αυτό που βρήκε, αρχίζεις σύντομα να πιστεύεις ότι αναπτύσσεις μια νέα ασθένεια;
- \_\_\_ 13. Φοβάσαι τα νέα που σου θυμίζουν θάνατο;
- \_\_\_ 14. Σε φοβίζει η σκέψη του θανάτου;
- \_\_\_ 15. Φοβάσαι ότι μπορεί να πεθάνεις σύντομα;
- \_\_\_ 16. Φοβάσαι ότι μπορεί να έχεις καρκίνο;
- \_\_\_ 17. Φοβάσαι ότι μπορεί να πάσχεις από καρδιά;
- \_\_\_ 18. Φοβάσαι ότι μπορεί να έχεις κάποια άλλη σοβαρή ασθένεια;
- \_\_\_ 19. Όταν διαβάζεις ή ακούς για μια αρρώστια, εμφανίζεις συμπτώματα παρόμοια με αυτά της αρρώστιας που άκουσες ή διάβασες;
- \_\_\_ 20. Όταν αισθάνεσαι κάτι στο σώμα σου, το βρίσκεις δύσκολο να σκεφτείς κάτι άλλο;
- \_\_\_ 21. Όταν αισθάνεσαι κάτι στο σώμα σου, ανησυχείς για αυτό;
- \_\_\_ 22. Πόσο συχνά επισκέπτεσαι κάποιο γιατρό;
- \_\_\_ 23. Πόσους διαφορετικούς γιατρούς ή άλλους θεραπευτές (φροντιστές) έχεις επισκεφτεί τον περασμένο χρόνο;

0-----1-----2-----3-----4  
 Όχι/καθόλου Σπάνια κάποιες φορές Σύχνα Τον περισσότερο καιρό

- \_\_\_24. Πόσο συχνά έχεις υποβληθεί σε θεραπεία στη διάρκεια του τελευταίου χρόνου;  
 \_\_\_25. Σε εμποδίζουν τα σωματικά σου συμπτώματα από το να δουλέψεις;  
 \_\_\_26. Σε εμποδίζουν τα σωματικά σου συμπτώματα από το να συγκεντρωθείς σε αυτό που κάνεις;  
 \_\_\_27. Σε εμποδίζουν τα σωματικά σου συμπτώματα από το να περνάς καλά;

### Ερωτηματολόγιο Β'

Οδηγίες: Οι παρακάτω ερωτήσεις αφορούν την υποστήριξη που λαμβάνετε από την οικογένεια σας και από τους φίλους σας. Παρακαλώ βαθμολογείτε σε μια κλίμακα από το 1 ως το 7, όπως φαίνεται παρακάτω πόσο συχνά η οικογένεια σας και οι φίλοι σας σάς προσφέρουν τον τύπο βοήθειας ή στήριξης που περιγράφεται. Σημειώστε για την οικογένεια αριστερά της πρότασης και για τους φίλους δεξιά.

1	2	3	4	5	6	7
<b>Ποτέ</b>	<b>Μερικές φορές</b>				<b>Πάντα</b>	

Πόσο συχνά μπορείτε

Με κάποιον από την οικογένεια σας	Με κάποιον φίλο σας
↓	↓
1. να μιλήσετε ειλικρινά, να εμπιστευτείτε, και να εκφράσετε τα συναισθήματά σας;	
2. να στηριχθείτε και να στραφείτε σε δύσκολες στιγμές;	
3. να βρείτε ενδιαφέρον, καθυσύχαση και κατανόηση για σας;	
4. να βρείτε φυσική ανακούφιση;	
5. να επιλύσετε δυσάρεστες διαφωνίες, αν συμβούν;	
6. να βρείτε πρακτική βοήθεια;	
7. να πάρετε συμβουλές, προτάσεις, ανατροφοδότηση;	
8. να περάσετε χρόνο μαζί του;	
9. να βρείτε βοήθεια σε κάτι επείγον;	
10. να μοιραστείτε ενδιαφέροντα και χόμπυ και να περάσετε μαζί ευχάριστα;	

### Ερωτηματολόγιο Γ'

Οδηγίες: Παρακαλούμε βαθμολογήστε τις ακόλουθες φράσεις ανάλογα με το κατά πόσο σας εκπροσωπεί χρησιμοποιώντας την κλίμακα των 6 διαβαθμίσεων που σας δίνεται παρακάτω. Γράψτε τον αριθμό που αρμόζει στη γραμμή δίπλα σε κάθε φράση, με βάση την ακόλουθη κλίμακα.

**1= Διαφωνώ απόλυτα.**

**4= Συμφωνώ κάπως**

**2= Διαφωνώ αρκετά.**

**5= Συμφωνώ αρκετά**

**3= Διαφωνώ κάπως.**

**6= Συμφωνώ απόλυτα.**

- \_\_\_ 1. Αν φροντίζω τον εαυτό μου μπορώ να αποφύγω τις ασθένειες.
- \_\_\_ 2. Όποτε αρρωσταίνω είναι εξαιτίας κάποιου πράγματος που έκανα ή δεν έκανα..
- \_\_\_ 3. Η καλή υγεία είναι ως επί το πλείστον θέμα καλής τύχης.
- \_\_\_ 4. Ό,τι κι αν κάνω, αν είναι να αρρωστήσω, θα αρρωστήσω.
- \_\_\_ 5. Οι περισσότεροι άνθρωποι δε συνειδητοποιούν το βαθμό στον οποίο οι ασθένειες τους εξαρτώνται από τυχαία συμβάντα.
- \_\_\_ 6. Κάνω μόνο ό,τι μου λέει ο γιατρός μου.
- \_\_\_ 7. Υπάρχουν τόσο πολλές περιέργες αρρώστιες γύρω μας που ποτέ κανείς δε μπορεί να ξέρει πώς ή πότε θα κολλήσει μια.
- \_\_\_ 8. Όταν αισθάνομαι άρρωστος, ξέρω ότι είναι επειδή δεν έχω ασκηθεί κατάλληλα ή δεν έχω διατραφεί σωστά.
- \_\_\_ 9. Οι άνθρωποι που δεν αρρωσταίνουν ποτέ είναι απλά τυχεροί.
- \_\_\_ 10. Η κακή υγεία των ανθρώπων είναι αποτέλεσμα της δικής τους απροσεξίας.
- \_\_\_ 11. Είμαι άμεσα υπεύθυνος για την υγεία μου.

### Ερωτηματολόγιο Δ'

Οδηγίες: Οι παρακάτω ερωτήσεις αφορούν στα συναισθήματα και τις σκέψεις σας κατά τον τελευταίο μήνα. Σε κάθε ερώτηση θα πρέπει να απαντήσετε πόσο συχνά αισθανθήκατε ή σκεφτήκατε κάτι. Για να απαντήσετε, σημειώστε το κουτί που αντιστοιχεί στην καταλληλότερη για σας απάντηση.

1. Κατά τον τελευταίο μήνα, πόσο συχνά είσαστε σε ένταση επειδή κάτι συνέβη απρόοπτα;  
Ποτέ [ ] Σχεδόν ποτέ [ ] Μερικές φορές [ ] Αρκετά συχνά [ ] Πολύ συχνά [ ]
2. Κατά τον τελευταίο μήνα, πόσο συχνά έχετε νοιώσει αδύναμος να ελέγξετε σημαντικά πράγματα στη ζωή σας;  
Ποτέ [ ] Σχεδόν ποτέ [ ] Μερικές φορές [ ] Αρκετά συχνά [ ] Πολύ συχνά [ ]
3. Κατά τον τελευταίο μήνα, πόσο συχνά έχετε νοιώσει νευρικός ή «στρεσαρισμένος»;  
Ποτέ [ ] Σχεδόν ποτέ [ ] Μερικές φορές [ ] Αρκετά συχνά [ ] Πολύ συχνά [ ]

4. Κατά τον τελευταίο μήνα, πόσο συχνά έχετε νοιώσει σίγουρος για την ικανότητά σας να χειριστείτε να προσωπικά σας προβλήματα;

Ποτέ [ ] Σχεδόν ποτέ [ ] Μερικές φορές [ ] Αρκετά συχνά [ ] Πολύ συχνά [ ]

5. Κατά τον τελευταίο μήνα, πόσο συχνά έχετε νοιώσει ότι τα πράγματα πάνε όπως θέλετε;

Ποτέ [ ] Σχεδόν ποτέ [ ] Μερικές φορές [ ] Αρκετά συχνά [ ] Πολύ συχνά [ ]

6. Κατά τον τελευταίο μήνα, πόσο συχνά βρεθήκατε να μην μπορείτε να αντιμετωπίσετε όλα όσα έπρεπε να κάνετε;

Ποτέ [ ] Σχεδόν ποτέ [ ] Μερικές φορές [ ] Αρκετά συχνά [ ] Πολύ συχνά [ ]

7. Κατά τον τελευταίο μήνα, πόσο συχνά μπορούσατε να ελέγξετε πράγματα που προκαλούσαν εκνευρισμό;

Ποτέ [ ] Σχεδόν ποτέ [ ] Μερικές φορές [ ] Αρκετά συχνά [ ] Πολύ συχνά [ ]

8. Κατά τον τελευταίο μήνα, πόσο συχνά έχετε νοιώσει ότι έχετε τον έλεγχο των πραγμάτων;

Ποτέ [ ] Σχεδόν ποτέ [ ] Μερικές φορές [ ] Αρκετά συχνά [ ] Πολύ συχνά [ ]

9. Κατά τον τελευταίο μήνα, πόσο συχνά έχετε θυμώσει εξαιτίας των πραγμάτων που ήταν έξω από τον έλεγχό σας;

Ποτέ [ ] Σχεδόν ποτέ [ ] Μερικές φορές [ ] Αρκετά συχνά [ ] Πολύ συχνά [ ]

10. Κατά τον τελευταίο μήνα, πόσο συχνά έχετε νοιώσει ότι οι δυσκολίες συσσωρεύονταν σε τέτοιο βαθμό, ώστε να μην μπορείτε να τις ξεπεράσετε;

Ποτέ [ ] Σχεδόν ποτέ [ ] Μερικές φορές [ ] Αρκετά συχνά [ ] Πολύ συχνά [ ]

### Ερωτηματολόγιο Ε'

Οδηγίες: Παρακάτω βρίσκονται κάποιες προτάσεις οι οποίες περιγράφουν αυτά που ενδεχομένως κάνετε, σκέφτεστε ή αισθάνεστε όταν πονάτε. Παρακαλούμε βαθμολογήστε τις ακόλουθες προτάσεις ανάλογα με το πόσο συχνά **κάνετε όταν πονάτε** αυτό που περιγράφει η πρόταση χρησιμοποιώντας την κλίμακα των 7 διαβαθμίσεων Γράψτε τον αριθμό που αρμόζει στη γραμμή δίπλα σε κάθε πρόταση, με βάση την ακόλουθη κλίμακα.

**1= Ποτέ**

**5= συχνά**

**2= Σπάνια**

**4= Αρκετές φορές**

**6= τον περισσότερο καιρό**

**3= κάποιες φορές**

**7= Πάντα**

1. Προσπαθώ να αποστασιοποιούμαι από τον πόνο, σχεδόν σαν να ήταν ο πόνος στο σώμα κάποιου άλλου. \_\_\_\_\_
2. Φεύγω από το σπίτι και κάνω κάτι, όπως το να πάω κινηματογράφο ή για ψώνια. \_\_\_\_\_
3. Προσπαθώ να σκεφτώ κάτι ευχάριστο. \_\_\_\_\_
4. Δεν τον σκέφτομαι σαν πόνο αλλά περισσότερο σαν ένα μονότονο ή ζεστό αίσθημα. \_\_\_\_\_
5. Διαβάζω. \_\_\_\_\_

1= Ποτέ

5= συχνά

2= Σπάνια

4= Αρκετές φορές

6= τον περισσότερο καιρό

3= κάποιες φορές

7= Πάντα

6. Λέω στον εαυτό μου να είναι γενναίος και να συνεχίσει παρά τον πόνο. \_\_\_\_
7. Λέω στον εαυτό μου ότι μπορώ να ξεπεράσω τον πόνο. \_\_\_\_
8. Μετράω αριθμούς από μέσα μου ή σκέφτομαι ένα τραγούδι. \_\_\_\_
9. Απλά τον σκέφτομαι σαν μία άλλη αίσθηση όπως το μούδιασμα. \_\_\_\_
10. Παίζω παιχνίδια με το μυαλό μου για να ξεχάσω τον πόνο. \_\_\_\_
11. Προσπαθώ να μην το σκέφτομαι σαν τμήμα του σώματός μου αλλά περισσότερο σαν κάτι ξεχωριστό από μένα. \_\_\_\_
12. Δε σκέφτομαι τον πόνο. \_\_\_\_
13. Λέω στον εαυτό μου ότι δεν πονάει. \_\_\_\_
14. Λέω στον εαυτό μου ότι δεν μπορώ να αφήσω τον πόνο να παρεμποδίζει αυτά που πρέπει να κάνω. \_\_\_\_
15. Δε δίνω σημασία στον πόνο. \_\_\_\_
16. Όσο και να χειροτερέψει, ξέρω ότι μπορώ να τον χειριστώ. \_\_\_\_
17. Προσποιούμαι ότι δεν υπάρχει. \_\_\_\_
18. Ξαναφέρνω στο μυαλό μου ευχάριστες αναμνήσεις του παρελθόντος. \_\_\_\_
19. Συλλογίζομαι ανθρώπους με τους οποίους απολαμβάνω να κάνω πράγματα. \_\_\_\_
20. Φαντάζομαι ότι ο πόνος είναι έξω από το σώμα μου. \_\_\_\_
21. Απλά συνεχίζω σαν να μη συνέβη τίποτε. \_\_\_\_
22. Τον βλέπω σαν μια πρόκληση και δεν τον αφήνω να με ενοχλεί. \_\_\_\_
23. Αν και πονάω, συνεχίζω ακάθεκτος. \_\_\_\_
24. Προσπαθώ να περιβάλλομαι από άλλους ανθρώπους. \_\_\_\_
25. Τον αγνοώ. \_\_\_\_
26. Σκέφτομαι πράγματα που απολαμβάνω να κάνω. \_\_\_\_
27. Κάνω ο,τιδήποτε για να βγάλω τον πόνο από το μυαλό μου. \_\_\_\_
28. Κάνω κάτι που απολαμβάνω, όπως το να βλέπω τηλεόραση ή να ακούω μουσική. \_\_\_\_
29. Προσποιούμαι ότι δεν είναι ένα κομμάτι από μένα. \_\_\_\_
30. Ασχολούμαι με κάτι, όπως μικροδουλειές στο σπίτι ή άλλες υποχρεώσεις. \_\_\_\_
31. Είναι τρομερό και αισθάνομαι ότι δε θα καλυτερέψει ποτέ. \_\_\_\_
32. Είναι απαίσιο και αισθάνομαι ότι με υπερνικά. \_\_\_\_
33. Αισθάνομαι ότι δεν αξίζει να ζω αυτή τη ζωή. \_\_\_\_
34. Ξέρω ότι κάποια μέρα κάποιος θα είναι εδώ για να με βοηθήσει και ότι ο πόνος θα περάσει για λίγο. \_\_\_\_
35. Προσεύχομαι στον Θεό να μη διαρκέσει πολύ. \_\_\_\_

36. Προσπαθώ να σκέφτομαι πως θα είναι τα πράγματα μετά από χρόνια, όταν θα έχω απαλλαγθεί από τον πόνο. \_\_\_\_\_

1= Ποτέ

5= συχνά

2= Σπάνια

4= Αρκετές φορές

6= τον περισσότερο καιρό

3= κάποιες φορές

7= Πάντα

37. Έχω πίστη στους γιατρούς ότι κάποια μέρα θα βρεθεί θεραπεία για τον πόνο μου. \_\_\_\_\_

38. Ανησυχώ όλη την ώρα για το αν θα τελειώσει. \_\_\_\_\_

39. Προσεύχομαι να σταματήσει ο πόνος. \_\_\_\_\_

40. Αισθάνομαι ότι δεν μπορώ να τον υπομείνω άλλο. \_\_\_\_\_

41. Στηρίζομαι στην πίστη μου στον Θεό. \_\_\_\_\_

42. Αισθάνομαι ότι δε μπορώ να συνεχίσω. \_\_\_\_\_

### **Ερωτηματολόγιο ΣΤ'**

Οδηγίες: Σας παρακαλώ να απαντήσετε στις ακόλουθες ερωτήσεις **υπογραμμίζοντας** ή βάζοντας σε κύκλο την απάντηση που νομίζετε ότι σας ταιριάζει καλύτερα. Προσέξτε, θα θέλαμε να ξέρουμε τα τωρινά και πρόσφατα ενοχλήματά σας και όχι εκείνα που είχατε στο παρελθόν. Παρακαλώ, απαντήστε σε όλες τις ερωτήσεις.

ΤΟΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟ ΚΑΙΡΟ:

1) Αισθάνεσαι εντελώς καλά και απολύτως υγιής;	Καλύτερα από ό,τι συνήθως	Το ίδιο όπως συνήθως	Χειρότερα από ό,τι συνήθως	Πολύ χειρότερα από ό,τι συνήθως
2) Νιώθεις την ανάγκη για κάτι τονωτικό;	Καθόλου	Όχι περισσότερο από ό,τι συνήθως	Μάλλον περισσότερο από ό,τι συνήθως	Πολύ περισσότερο από ό,τι συνήθως
3) Νιώθεις εξαντλημένος/η και κακοδιάθετος/η;	Καθόλου	Όχι περισσότερο από ό,τι συνήθως	Μάλλον περισσότερο από ό,τι συνήθως	Πολύ περισσότερο από ό,τι συνήθως
4) Έχεις αισθανθεί πως είσαι άρρωστος/η;	Καθόλου	Όχι περισσότερο από ό,τι συνήθως	Μάλλον περισσότερο από ό,τι συνήθως	Πολύ περισσότερο από ό,τι συνήθως
5) Έχεις καθόλου πόνους στο κεφάλι;	Καθόλου	Όχι περισσότερο από ό,τι συνήθως	Μάλλον περισσότερο από ό,τι συνήθως	Πολύ περισσότερο από ό,τι συνήθως
6) Νιώθεις σφίξιμο ή βάρος στο κεφάλι;	Καθόλου	Όχι περισσότερο από ό,τι συνήθως	Μάλλον περισσότερο από ό,τι συνήθως	Πολύ περισσότερο από ό,τι συνήθως
7) Έχεις περιόδους που να αισθάνεσαι κρυάδες ή εξάψεις;	Καθόλου	Όχι περισσότερο από ό,τι συνήθως	Μάλλον περισσότερο από ό,τι συνήθως	Πολύ περισσότερο από ό,τι συνήθως
8) Έχεις ξαγρυπνήσει πολλές φορές επειδή ήσουν ανήσυχος/η;	Καθόλου	Όχι περισσότερο από ό,τι συνήθως	Μάλλον περισσότερο από ό,τι συνήθως	Πολύ περισσότερο από ό,τι συνήθως
9) Έχεις δυσκολία να συνεχίσεις τον ύπνο σου χωρίς διακοπές από την στιγμή που θα αποκοιμηθείς;	Καθόλου	Όχι περισσότερο από ό,τι συνήθως	Μάλλον περισσότερο από ό,τι συνήθως	Πολύ περισσότερο από ό,τι συνήθως
10) Έχεις αισθανθεί να βρίσκεσαι συνεχώς κάτω από πίεση;	Καθόλου	Όχι περισσότερο από ό,τι συνήθως	Μάλλον περισσότερο από ό,τι συνήθως	Πολύ περισσότερο από ό,τι συνήθως
11) Είσαι οξύθυμος και αρπάζεσαι εύκολα;	Καθόλου	Όχι περισσότερο από ό,τι συνήθως	Μάλλον περισσότερο από ό,τι συνήθως	Πολύ περισσότερο από ό,τι συνήθως
12) Φοβάσαι ή πανικοβάλλεσαι χωρίς σοβαρό λόγο;	Καθόλου	Όχι περισσότερο από ό,τι συνήθως	Μάλλον περισσότερο από ό,τι συνήθως	Πολύ περισσότερο από ό,τι συνήθως
13) Αισθάνεσαι πως δεν αντέχεις άλλο;	Καθόλου	Όχι περισσότερο από ό,τι συνήθως	Μάλλον περισσότερο από ό,τι συνήθως	Πολύ περισσότερο από ό,τι συνήθως
14) Αισθάνεσαι συνεχώς νευρικός/ή και σε υπερδιέγερση;	Καθόλου	Όχι περισσότερο από ό,τι συνήθως	Μάλλον περισσότερο από ό,τι συνήθως	Πολύ περισσότερο από ό,τι συνήθως
15) Έχεις καταφέρει να είσαι δραστήριος/α και πάντα απασχολημένος/η;	Περισσότερο από ό,τι συνήθως	Το ίδιο όπως συνήθως	Μάλλον λιγότερο από ό,τι συνήθως	Πολύ λιγότερο από ό,τι συνήθως

ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗ ΣΤΟΝ ΧΡΟΝΙΟ ΠΟΝΟ: Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΥΠΟΧΩΝΔΡΙΑΣΗΣ-ΑΓΧΟΥΣ ΥΓΕΙΑΣ

16) Σου παίρνει περισσότερο χρόνο να κάνεις τις δουλειές σου;	Γρηγορότερα από ό,τι συνήθως	Το ίδιο όπως συνήθως	Περισσότερο από ό,τι συνήθως	Πολύ περισσότερο από ό,τι συνήθως
17) Έχεις αισθανθεί πως σε γενικές γραμμές τα καταφέρνεις καλά;	Καλύτερα από ό,τι συνήθως	Περίπου το ίδιο	Χειρότερα από ό,τι συνήθως	Πολύ χειρότερα από ό,τι συνήθως
18) Είσαι ικανοποιημένος/η με τον τρόπο που εκτελείς τις δουλειές σου;	Περισσότερο ικανοποιημένος/η	Περίπου το ίδιο όπως συνήθως	Λιγότερο ικανοποιημένος/η από ό,τι συνήθως	Πολύ λιγότερο ικανοποιημένος/η

19) Έχεις αισθανθεί πως παίζεις χρήσιμο ρόλο σε ό,τι γίνεται γύρω σου;	Περισσότερο από ό,τι συνήθως	Το ίδιο όσο συνήθως	Λιγότερο χρήσιμο από ό,τι συνήθως	Πολύ λιγότερο χρήσιμο από ό,τι συνήθως
20) Έχεις αισθανθεί ικανός/η να παίρνεις αποφάσεις για διάφορα θέματα;	Περισσότερο από ό,τι συνήθως	Το ίδιο όσο συνήθως	Λιγότερο από ό,τι συνήθως	Πολύ λιγότερο ικανός/η
21) Μπορείς να χαρείς τις συνηθισμένες καθημερινές δραστηριότητές σου;	Περισσότερο από ό,τι συνήθως	Το ίδιο όσο συνήθως	Λιγότερο από ό,τι συνήθως	Πολύ λιγότερο από ό,τι συνήθως
22) Σκέφτεσαι πως δεν αξίζεις τίποτα;	Καθόλου	Όχι περισσότερο από ό,τι συνήθως	Μάλλον περισσότερο από ό,τι συνήθως	Πολύ περισσότερο από ό,τι συνήθως
23) Έχεις αισθανθεί πως η ζωή είναι χωρίς καμιά ελπίδα;	Καθόλου	Όχι περισσότερο από ό,τι συνήθως	Μάλλον περισσότερο από ό,τι συνήθως	Πολύ περισσότερο από ό,τι συνήθως
24) Έχεις αισθανθεί ό,τι δεν αξίζει κανείς να ζει;	Καθόλου	Όχι περισσότερο από ό,τι συνήθως	Μάλλον περισσότερο από ό,τι συνήθως	Πολύ περισσότερο από ό,τι συνήθως
25) Σου έχει περάσει από το μυαλό η πιθανότητα να δώσεις τέλος στη ζωή σου;	Σίγουρα όχι	Δεν νομίζω	Πέρασε από το μυαλό μου	Σίγουρα μου έχει περάσει
26) Βρήκες μερικές φορές ό,τι δεν μπορούσες να κάνεις τίποτα;	Καθόλου	Όχι περισσότερο από ό,τι συνήθως	Μάλλον περισσότερο από ό,τι συνήθως	Πολύ περισσότερο από ό,τι συνήθως
27) Έχεις πιάσει τον εαυτό σου να εύχεται να ήσουν πεθαμένος/η και να είχες ξεμπερδέψει με όλα;	Καθόλου	Όχι περισσότερο από ό,τι συνήθως	Μάλλον περισσότερο από ό,τι συνήθως	Πολύ περισσότερο από ό,τι συνήθως
28) Βρίσκεις πως η ιδέα να δώσεις τέλος στη ζωή σου έρχεται συνέχεια στο μυαλό σου;	Καθόλου	Δεν νομίζω	Πέρασε από το μυαλό μου	Σίγουρα ναι



### Ερωτηματολόγιο Ζ'

Παρακάτω υπάρχουν πέντε προτάσεις με τις οποίες μπορεί να συμφωνείτε ή να διαφωνείτε. Χρησιμοποιώντας την ακόλουθη κλίμακα από το 1 ως το 7, σημειώστε πόσο συμφωνείτε με κάθε πρόταση. Για το σκοπό αυτό, γράψτε τον κατάλληλο αριθμό πάνω στη γραμμή που βρίσκεται αριστερά από κάθε πρόταση. Παρακαλώ να είστε ειλικρινείς στις απαντήσεις σας.

- 7 – Συμφωνώ πολύ
- 6 – Συμφωνώ
- 5 – Συμφωνώ λίγο
- 4 – Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ
- 3 – Διαφωνώ κάπως
- 2 – Διαφωνώ
- 1 – Διαφωνώ έντονα

1. \_\_\_\_\_ Σε γενικές γραμμές, η ζωή μου είναι σχεδόν ιδανική.
2. \_\_\_\_\_ Οι συνθήκες ζωής μου είναι άριστες.
3. \_\_\_\_\_ Είμαι ευχαριστημένος/η με τη ζωή μου.
4. \_\_\_\_\_ Μέχρι στιγμής, έχω πετύχει όσα σημαντικά πράγματα θέλω στη ζωή μου.
5. \_\_\_\_\_ Αν μπορούσα να ξαναζήσω τη ζωή μου, δεν θα άλλαζα σχεδόν τίποτα.

### Ερωτηματολόγιο Η'

Βάζοντας ένα **X** σε ένα κουτάκι της κάθε ομάδας παρακάτω, πακαλούμε σημειώστε ποιες δηλώσεις περιγράφουν καλύτερα την κατάσταση της υγείας σας σήμερα.

#### Κινητικότητα

- Δεν έχω κανένα πρόβλημα στο περπάτημα [   ]
- Έχω μερικά προβλήματα στο περπάτημα [   ]
- Είμαι καθηλωμένος/η στο κρεβάτι. [   ]

#### Αυτοεξυπηρέτηση

- Δεν έχω κανένα πρόβλημα με την αυτοεξυπηρέτησή μου [   ]
- Έχω μερικά προβλήματα στο να πλένομαι και να ντύνομαι [   ]
- Είμαι ανίκανος/η να πλυθώ και να ντυθώ. [   ]

**Συνηθισμένες δραστηριότητες** (δουλειά, μελέτη, νοικοκυριό, οικογενειακές δραστηριότητες ή δραστηριότητες ελεύθερου χρόνου)

- Δεν έχω κανένα πρόβλημα στο να εκτελώ τις συνηθισμένες δραστηριότητές μου. [   ]
- Έχω μερικά προβλήματα στο να εκτελώ τις συνηθισμένες δραστηριότητές μου. [   ]

Είμαι ανίκανος/η να εκτελώ τις συνηθισμένες δραστηριότητές μου. [ ]

**Πόνος/δυσφορία**

Δεν έχω καθόλου πόνο ή δυσφορία [ ]

Έχω μέτριο πόνο ή δυσφορία. [ ]

Έχω υπερβολικό πόνο ή δυσφορία. [ ]

**Άγχος/θλίψη**

Δεν έχω άγχος ή θλίψη. [ ]

Έχω μέτριο άγχος ή θλίψη. [ ]

Έχω υπερβολικό άγχος ή θλίψη [ ]

Στη συνέχεια θα θέλαμε να σημειώσετε στην κλίμακα που δίνεται ακριβώς από κάτω, ποια είναι η **κατάσταση της υγείας σας σήμερα**. Η καλύτερη κατάσταση υγείας που μπορείτε να φανταστείτε αντιστοιχεί στο 100 και η χειρότερη στο 0. Παρακαλούμε να τραβήξετε μια κάθετη γραμμή σε οποιοδήποτε σημείο της κλίμακας περιγράφει τη σημερινή κατάσταση της υγείας σας.

0-----10-----20-----30-----40-----50-----60-----70-----80-----90-----100



Η χειρότερη που μπορώ να φανταστώ

Η καλύτερη που μπορώ να φανταστώ

**Ερωτηματολόγιο Θ'**

Οδηγίες: Τα προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζουν οι άνθρωποι επηρεάζουν κάποιες φορές την ικανότητα τους να διεκπεραιώνουν τις καθημερινές τους δραστηριότητες. Παρακαλούμε, **σημειώστε το βαθμό στον οποίο το πρόβλημα υγείας που αντιμετωπίζετε επηρεάζει τη δραστηριότητά σας** σε καθένα από παρακάτω τομείς, κυκλώνοντας ή σημειώνοντας δίπλα στον κάθε τομέα τον κατάλληλο αριθμό στην κλίμακα 8 διαβαθμίσεων που δίνεται για κάθε τομέα ξεχωριστά.

**ΕΡΓΑΣΙΑ** \_\_\_\_\_

0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8  
καθόλου                      λίγο                      αρκετά                      πολύ                      πάρα πολύ

---

---

**ΛΟΥΛΕΙΕΣ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ** \_\_\_\_\_

Καθάρισμα, συγύρισμα, ψώνια, μαγείρεμα, φροντίδα παιδιών, πληρωμή λογαριασμών κ.τ.λ.

0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8  
καθόλου                      λίγο                      αρκετά                      πολύ                      πάρα πολύ

---

---

**ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ** \_\_\_\_\_

Αυτά ή όσα κάνετε μαζί με άλλους ανθρώπους, π.χ. γιορτές, έξοδοι σε καφετέριες, διασκέδαση κ.τ.λ.

0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8  
καθόλου                      λίγο                      αρκετά                      πολύ                      πάρα πολύ

---

---

**ΠΡΟΣΩΠΙΚΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ** \_\_\_\_\_

Αυτά ή όσα κάνετε μόνοι σας, π.χ. διάβασμα, ράνιμο, χόμπυ, ασχολία με κήπο, περπάτημα κ.τ.λ.

0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8  
καθόλου                      λίγο                      αρκετά                      πολύ                      πάρα πολύ

---

---

**ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΣΧΕΣΕΙΣ** \_\_\_\_\_

Ανάπτυξη και διατήρηση στενών σχέσεων με άλλους ανθρώπους συμπεριλαμβανομένων και των ανθρώπων με τους οποίους συμβιώνετε.

0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8  
καθόλου                      λίγο                      αρκετά                      πολύ                      πάρα πολύ

---

---