



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

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΓΙΑ ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ»
ΕΠΙΣΤ. ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ: Δ. ΔΑΜΙΓΟΣ, ΕΠΙΚΟΥΡΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ

**Μελέτη του πόνου στην κλινική απεξάρτησης του «18 ΑΝΩ»:
επιδημιολογικά ευρήματα και συννοσηρότητα
με ψυχιατρικές διαταραχές**

Σπουδαστής:

Ντόβας Ζήσης, Ιατρός (Α.Μ. 76)

Επιβλέπων καθηγητής:

Δαμίγος Δημήτριος, Επίκουρος Καθηγητής Ιατρικής Ψυχολογίας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Τριμελής Επιτροπή Αξιολόγησης:

Δαμίγος Δημήτριος, Επίκουρος Καθηγητής Ιατρικής Ψυχολογίας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Ευαγγέλου Άγγελος, Ομότιμος Καθηγητής Φυσιολογίας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων
Καλφακάκου Βασιλική, Καθηγήτρια Φυσιολογίας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Ιωάννινα, 2008

Στην γυναίκα μου

Στα παιδιά του 18 Άνω

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η διπλωματική εργασία που ακολουθεί αποτελεί μια προσπάθεια καταγραφής του πόνου στους θεραπευόμενους της Μονάδας Απεξάρτησης «18 Άνω», προγράμματος που υπάγεται στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής, κι αποτελεί έργο ζωής της Ψυχιάτρου και Διευθύντριας Μάτσας Αικατερίνης. Η κυρία Μάτσα και το έργο της απετέλεσε την πηγή της έμπνευσης της εργασίας αυτής, η οποία πραγματοποιήθηκε εξολοκλήρου στις ανδρικές δομές του προγράμματος αυτού.

Η κυρία Μάτσα ήταν και παραμένει η διευθύντρια κι εκπαιδευτριά μου στο «18 Άνω», αυτή που με εκπαίδευσε και με κατεύθυνε στο πρόγραμμα αυτό, ενώ το έργο της αποτελεί πρότυπο μίμησης κι έμπνευσης για κάθε επαγγελματία στο χώρο αυτό. Μοιράστηκε μαζί μου τις ερευνητικές της ανησυχίες και στάθηκε δίπλα μου οποτεδήποτε χρειάστηκα τη βοήθειά της. Την ευχαριστώ ολόψυχα!

Ένα μεγάλο και ειλικρινές ευχαριστώ θα ήθελα επίσης να απευθύνω στον καθηγητή μου κύριο Δημήτρη Δαμίγο για την τιμή που μου έκανε να με επιλέξει στο πρόγραμμα των μεταπτυχιακών σπουδών και για τη στήριξη του καθ' όλη τη διάρκεια της ερευνητικής αυτής προσπάθειας.

Ο κύριος Δαμίγος σχεδίασε και οργάνωσε άρτια το μεταπτυχιακό πρόγραμμα σπουδών κι αποτέλεσε καθημερινή πηγή έμπνευσης για όλους εμάς τους νεότερους. Με τα συνεχή ερεθίσματα και τις εύστοχες παρεμβάσεις του συνέβαλε τα μέγιστα στην πραγματοποίηση της μελέτης . Η συμβολή του υπήρξε πολύτιμη και στη συγγραφή του κειμένου της διπλωματικής εργασίας με τις εποικοδομητικές παρατηρήσεις και τις διορθώσεις του.

Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά το προσωπικό του «18 Άνω» για την αμέριστη συμπαράσταση και βοήθεια που μου παρέχουν όλο το χρονικό διάστημα της παραμονής μου μαζί τους , καθώς και τα παιδιά του προγράμματος, με τα οποία καθημερινά δίνουμε μαζί την μάχη για ένα καλύτερο αύριο.

ΑΘΗΝΑ, ΙΟΥΝΙΟΣ 2008

ΝΤΟΒΑΣ ΖΗΣΗΣ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

	σελίδα
ΠΙΝΑΚΕΣ	8

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο:	10
---------------------	-----------

ΤΟΞΙΚΟΜΑΝΙΑ

I) Εισαγωγή	10
II) Ιστορική Αναδρομή	11
III) Αιτιολογία	12
IIIa) Εισαγωγή	12
IIIb) Η τοξικομανία ως νευροβιολογικό φαινόμενο	13
IIIc) Η τοξικομανία ως ψυχοκοινωνικό φαινόμενο	15
IIId) Ο ρόλος της οικογένειας	18
IV) Ορισμοί	20
IVa) Ιστορική αναδρομή	20
IVb) Η έννοια της εξάρτησης- “addiction”	23
IVc) Στερητικό Σύνδρομο	25
IVd) Άλλες έννοιες	26
V) Συνύπαρξη τοξικομανίας και ψυχικής διαταραχής	28

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο:	33
--------------------------------	-----------

ΠΟΝΟΣ ΚΑΙ ΤΟΞΙΚΟΜΑΝΙΑ

	σελίδα
I) Εισαγωγή	33
II) Ορισμοί	34
III) Συμπεριφορικές απόψεις της εξάρτησης	36
IV) Επίπτωση κι επιπολασμός	40
V) Πρωτόκολλα αντιμετώπισης	43

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο:	46
--------------------------------	-----------

ΠΟΝΟΣ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗ ΝΟΣΟΣ

I) Εισαγωγή	46
II) Ορισμός, Επιδημιολογία και Κατάταξη	46
III) Ψυχιατρικές διαταραχές στον Χρόνιο Πόνο	51
IV) Πόνος και Ψυχιατρικές Διαταραχές: η προέλευση της σχέσης	52
V) Παθοφυσιολογία του Πόνου	55
VI) Ο καθορισμός του Πόνου- Κλίμακες Αξιολόγησης	56
VII) Συννοσηρότητα Πόνου- Ψυχιατρικών Διαταραχών	59
VIII) Η αντιμετώπιση του Πόνου που συνυπάρχει με Ψυχιατρικές Διαταραχές	62
IX) Μελλοντικοί στόχοι και κατευθύνσεις	63

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΜΕΛΕΤΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ ΣΤΗ ΜΟΝΑΔΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗΣ ΑΠΕΞΑΡΤΗΣΗΣ ΤΟΥ «18 ΑΝΩ»: ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ ΜΕ ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

	σελίδα
I) Εισαγωγή	66
II) Μέθοδος	67
IIa) Υλικό	67
IIb) Εργαλεία μελέτης	69
III) Στατιστική Ανάλυση	71
IV) Αποτελέσματα	71
IVa) Γενικά χαρακτηριστικά των ασθενών	71
IVb) Χαρακτηριστικά του πόνου	73
IVc) Ψυχικές διαταραχές	75
IVd) Άλλες στατιστικές συσχετίσεις	76
V) Συζήτηση	77
 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΓΑΛΕΙΑ	 80
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	86

ΠΙΝΑΚΕΣ

Πίνακας I

Κριτήρια διάγνωσης εξάρτησης στο πλαίσιο ασθενών που λαμβάνουν οπιοειδή αναλγητικά για χρόνιο πόνο

Πίνακας II

Συμπεριφορές σχετιζόμενες με την τοξικομανία που προκαλούν υποψίες για πιθανή τοξικοεξάρτηση σε ασθενείς που λαμβάνουν οπιοειδή αναλγητικά για την αντιμετώπιση χρόνιου πόνου

Πίνακας III

Συμπεριφορά ύποπτη για τοξικοεξάρτηση σε ασθενείς υπό αγωγή με οπιοειδή αναλγητικά (Looking for the 4 C's)

Πίνακας IV

Χρήσιμες Ερωτήσεις για την διαπίστωση εξάρτησης σε ασθενείς με χρόνιο πόνο

Πίνακας V

Δημογραφικά χαρακτηριστικά θεραπευομένων με βάση τις κατηγορίες πόνου

Πίνακας VI

Χαρακτηριστικά πόνου και ψυχικές διαταραχές θεραπευομένων με βάση τις κατηγορίες πόνου

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο:

ΤΟΞΙΚΟΜΑΝΙΑ

1) Εισαγωγή

Η τοξικομανία, μια από τις πιο επώδυνες μορφές παθολογίας της σύγχρονης εποχής, καταγράφεται ως μια από τις πλέον αινιγματικές μορφές που παίρνει μια κατάσταση οριακή για τον άνθρωπο. Έχοντας αποκτήσει πλέον σε μεγάλο βαθμό τον χαρακτήρα της πολυτοξικομανίας και με τις τραγικές διαστάσεις της διάδοσής της στα σύγχρονα αστικά κέντρα της πατρίδας μας και σε όλο τον προηγμένο κόσμο, αποτελεί μια αστείρευτη πηγή κοινωνικών δεινών, οικογενειακών τραγωδιών και προσωπικής οδύνης. Οδηγεί, ακόμη, τον ίδιο τον τοξικομανή, σε μια τραγική απώλεια του ατομικού και κοινωνικού εαυτού, ως αποτέλεσμα της απώλειας της ελευθερίας του απέναντι στις ψυχοδραστικές ουσίες. Τον καταδικάζει σε μια ζωή δέσμια στην ίδια την συμπεριφορά της χρήσης, για την οποία έχει την ψευδαίσθηση ότι μπορεί να την ελέγχει, ενώ την ίδια στιγμή βρίσκεται όμηρος σωματικά και ψυχικά από την ανάγκη της.

Η βία κι ο θάνατος σφραγίζουν με την παρουσία τους τη γεμάτη δυστυχία ζωή του τοξικομανούς. Η ζωή του είναι μια ζωή στο περιθώριο, στην απόρριψη, ξένος ακόμα και στο ίδιο του το σπίτι. Η ζωή στην τοξικομανία απομακρύνει σταδιακά τον οικογενειακό και κοινωνικό περίγυρο, τους κρατά σε απόσταση. Αν και ο τοξικομανής τους χρειάζεται, τους θέλει κοντά του, αλλά ταυτόχρονα δεν τους αντέχει, δεν μπορεί να συνδιαλλαγεί μαζί τους. Όπως υποστηρίζει η Μάτσα (2008) “...Μέσα του υπάρχει ένα τεράστιο κενό, το οποίο προσπαθεί να καλύψει, καταφεύγοντας στις έντονες αισθήσεις που του προκαλούν τα ναρκωτικά.” (σελ. 16). Είναι μια μάταιη προσπάθεια αναζήτησης νόηματος κι εξωτερικών στηριγμάτων σε μια ζωή χωρίς νόημα, μια προσπάθεια αντιμετώπισης της απώλειας της ψυχικής του ισορροπίας και διαχείρισης των δυσκολιών της ζωής, με μία δραματικά αποτυχημένη μέθοδο, που πολύ συχνά οδηγεί στον θάνατο. Ο κίνδυνος του θανάτου, μέσα σε τραγικές, τις περισσότερες φορές, συνθήκες είναι είκοσι φορές μεγαλύτερος στον τοξικομανή, σε σχέση με τον υπόλοιπο πληθυσμό (Μάτσα, 2008).

II) Ιστορική Αναδρομή

Από τα πανάρχαια χρόνια οι άνθρωποι σε διάφορους πολιτισμούς έκαναν χρήση διαφόρων “ψυχοτρόπων” ουσιών, όπως τα ναρκωτικά, το αλκοόλ και το τσιγάρο. Σύμφωνα με τον Μαρσέλο (1981), ως ψυχοτρόπο, ορίζουμε μια ουσία που επιδρά στον ψυχισμό του ανθρώπου και προκαλεί μεταβολές στο επίπεδο της νοητικής σφαίρας, του συναισθήματος ή της συμπεριφοράς του ατόμου. Σε κάθε κοινωνία η χρήση αλλά και ο τρόπος χρήσης των ουσιών αυτών αποτελούσε συστατικό στοιχείο οργάνωσης της ζωής. Είχε πάντα ένα ιδιαίτερο, κοινωνικό και πολιτιστικό νόημα, το οποίο προσδιόριζε και τον ειδικό ρόλο που έπαιζε η συγκεκριμένη ουσία στη ζωή των μελών της (Goodman, Lovejoy and Sherratt, 1995). Κάθε ψυχοτρόπος ουσία αποκτούσε μια συμβολική διάσταση για τον κοινωνικό σύστημα, μια ιερή διάσταση, αφού συνυπήρχε με το στοιχείο του ιερού, μια μυθική διάσταση, στο πλαίσιο στερεοτύπων και κοινωνικών συμπεριφορών, ακόμα και μια θεραπευτική διάσταση, αφού μπορούσε να επιφέρει και τη θεραπεία πολλών ασθενειών. Επομένως, στις αρχαίες και πρωτόγονες κοινωνίες η χρήση ουσιών, είτε γινόταν για τελετουργικούς, είτε για θεραπευτικούς λόγους, εντασσόταν στην εύρυθμη λειτουργία της κοινότητας κι αποτελούσε παράγοντα ενίσχυσης των κοινωνικών δεσμών (Μάτσα, 2001). Αντίθετα με όλα αυτά, στις σύγχρονες κοινωνίες του 19^{ου} αιώνα και μετά, οι ουσίες αυτές άρχισαν να θεωρούνται φάρμακα αμφίβολης διαφορούμενης αποτελεσματικότητας, και πήραν το ρόλο που και σήμερα έχουν, προσδιορίζοντας μέσα από αυτό και τις κοινωνικές στάσεις κι αντιλήψεις απέναντί τους. Η χρήση τους έχει πια τελείως εξατομικευτεί κι έχει λάβει την μορφή ενός μέσου αναζήτησης ανακούφισης από τις στρεσογόνες καταστάσεις της καθημερινής ζωής. Πρόκειται δηλαδή για ατομικιστική αναζήτηση με ομαδικό χαρακτήρα, που επεκτείνεται σε όλες τις κοινωνικές ομάδες και σε όλο και νεώτερες ηλικιακές ομάδες, σε ανεπτυγμένες αλλά και αναπτυσσόμενες χώρες. Έτσι, οι τοξικομανείς αποτελούν πια μια συγκεκριμένη κοινωνική κατηγορία με συγκεκριμένα χαρακτηριστικά, τους καταναλωτές- χρήστες ναρκωτικών ουσιών, που μετακινούνται από το επίκεντρο της κοινωνίας στο περιθώριό της. Γεγονός, που, αφενός, σηματοδοτήθηκε από τις κοινωνικοοικονομικές και πολιτισμικές δομές της σύγχρονης εποχής, κι αφετέρου εξέφρασε με ακραίο τρόπο τα φαινόμενα του ατομικισμού και κοινωνικής αλλοτρίωσης που τη χαρακτηρίζουν (Γιαννούσης, 2008). Στο πλαίσιο αυτό, η τοξικομανία έχει χάσει τον χαρακτήρα που είχε η χρήση ψυχοδραστικών ουσιών στις

πρωτόγονες κοινωνίες, κι ως παρεκκλίνουσα συμπεριφορά, αποκτά και τον χαρακτήρα της επικινδυνότητας, η οποία γενικά χαρακτηρίζει τις κοινωνικές ομάδες που ξεφεύγουν από τα καθιερωμένα, καθώς και μια ιδιαίτερη πληθυσμιακή ομάδα, αυτή των παιδιών και των νέων, που αντί να αποτελούν το νέο και δυναμικό στοιχείο της κοινωνίας, θεωρούνται εν δυνάμει παραβατικοί κι επικίνδυνοι.

Η πορεία της χρήσης ουσιών στην σύγχρονη εποχή σημαδεύτηκε από δύο γεγονότα, την ανακάλυψη της σύριγγας το 1850 και την χρησιμοποίηση της μορφίνης σε ευρεία κλίμακα για την ανακούφιση των τραυματιών πολέμου. Τα γεγονότα αυτά, αφενός αλλάζουν τη σχέση του ανθρώπου με τον πόνο, σωματικό αρχικά, ψυχικό στην συνέχεια, ταυτόχρονα όμως συμβάλλουν στην εγκατάσταση του φαινομένου της τοξικομανίας. Μετά την μορφίνη ακολούθησε η σειρά της κοκαΐνης, η οποία απομονώθηκε από τα φύλλα της κόκας στη δεκαετία του 1880 και χρησιμοποιήθηκε αρχικά ως φάρμακο κατά της μορφινομανίας. Το επόμενο φάρμακο που χρησιμοποιήθηκε κατά της μορφινομανίας ήταν η ηρωίνη, η οποία δημιουργήθηκε το 1898.

Είναι αξιοσημείωτο ότι σε κάθε περίοδο κοινωνικής κρίσης εμφανίζεται κι ένα κύμα τοξικομανίας (Delrieu, 1988). Το πρώτο μεγάλο κύμα μορφινομανίας τοποθετείται την περίοδο 1875- 1900 και το δεύτερο την περίοδο του Πρώτου Παγκοσμίου Πολέμου (1914-18). Στη συνέχεια, η μορφινομανία έγινε κοκαΐνομανία και μετά ηρωΐνομανία. Παράλληλα, έχουν παραχθεί διάφορες ψυχοτρόπες ουσίες (αμφεταμινικού κι άλλου τύπου), που αποδεικνύονται εξαιρετικά επικίνδυνες, ενώ έχει επεκταθεί η καλλιέργεια χασίς και μαριχουάνας παγκοσμίως. Σύμφωνα με την έκθεση του Γαλλικού Παρατηρητηρίου για τα Ναρκωτικά (Le Monde, 2000) τα τελευταία χρόνια στην Ευρώπη παρατηρείται τεράστια αύξηση της χρήσης συνθετικών ναρκωτικών, όπως κراك, ecstasy, κτλ. , ενώ οι τοξικομανείς στην πλειοψηφία τους κάνουν χρήση πολλών ουσιών ταυτόχρονα, μεταβάλλοντας κάθε φορά την αναλογία έτσι, ώστε να κατευθύνουν την επίδραση τους στον οργανισμό, ανάλογα με τα επιθυμητά αποτελέσματα.

III) Αιτιολογία

IIIa) Εισαγωγή

Κανείς δεν γίνεται τυχαία τοξικομανής. Ο William Burroughs λέει: «γίνεσαι τοξικομανής χωρίς να το σχεδιάσεις. Αφήνεσαι να κάνεις επαφή με μια ουσία κι καθημερινότητα αυτόματα κάνει τα υπόλοιπα. Γίνεσαι τοξικομανής γιατί δεν έχεις ισχυρά κίνητρα προς κάποια άλλη κατεύθυνση». Η περιέργεια, η μίμηση, ο πειραματισμός, η έλξη του απαγορευμένου, η μυθοποίηση των ναρκωτικών, οι παρές, η μεγάλη διαθεσιμότητα των ουσιών αυτών παίζουν ρόλο στο να δοκιμάσει κανείς (Μάτσα, 2001). Για τους λόγους αυτούς, όλο και περισσότεροι άνθρωποι σήμερα δοκιμάζουν τα ναρκωτικά. Σύμφωνα με μια έρευνα του Ερευνητικού Πανεπιστημιακού Ινστιτούτου Ψυχικής Υγιεινής, το 2000 το 16,7% του πληθυσμού της Αθήνας και το 12,2% του πληθυσμού της Ελλάδας κάνει χρήση ναρκωτικών συστηματικά, ή έχει δοκιμάσει έστω και μία φορά. Στους μαθητές το αντίστοιχο ποσοστό έφτανε το 17,9% (ΕΚΤΕΠΝ, 2000).

IIIb) Η τοξικομανία ως νευροβιολογικό φαινόμενο

Μεγάλη μερίδα ερευνητών υποστηρίζει ότι ορισμένα άτομα παρουσιάζουν γενετική προδιάθεση κι ευαισθησία για την εμφάνιση αλκοολισμού ή τοξικομανίας (Cloninger, Bohman, Sigvardsson, 1981), κι ότι η κατάχρηση ουσιών από τον έφηβο αποτελεί μέρος ενός ευρύτερου γενετικού υποστρώματος (Frances, Sheldon, Miller, 1998). Παρόμοια μελέτη υποστηρίζει ότι τα παιδιά των αλκοολικών παρουσιάζουν χαμηλά επίπεδα σεροτονίνης ή και αντίθετα αυξημένα επίπεδα όταν στο αίμα τους υπάρχει αλκοόλ (Goodwin, 1985). Άλλη μελέτη του 1985 υποστηρίζει την ύπαρξη βιοχημικής οδού που συνδέεται με την εμφάνιση τόσο της τοξικομανίας, όσο και της παραβατικής συμπεριφοράς, ειδικά της παραπτωματικότητας. Η μελέτη αυτή, η οποία περιλαμβάνει ομάδες υιοθετημένων παιδιών καταλήγει στην υπόθεση της ύπαρξης δύο γενετικών οδών για την κατάχρηση ουσιών, η μία διαμέσου της αντικοινωνικής διαταραχής προσωπικότητας και της ύπαρξης βιολογικών γονέων με αντικοινωνική συμπεριφορά, κι η δεύτερη από βιολογικούς γονείς με προβλήματα αλκοολισμού σε άτομα που δεν παρουσιάζουν αντικοινωνική συμπεριφορά (Cadoret, Troughton, O'Gorman, Heywood, 1986). Έχει βρεθεί εξάλλου, ότι όλες οι ψυχοτρόπες ουσίες, η αμφεταμίνη, η κοκαΐνη, η μορφίνη, η ηρωίνη, το αλκοόλ, αυξάνουν την συγκέντρωση της ντοπαμίνης στον ακουστικό πυρήνα του μεταχιακού συστήματος (Tassin, 1998). Τέλος, οι Dole και Nyswanger, οι πατέρες της θεραπείας συντήρησης με μεθαδόνη, υποστηρίζουν την άποψη της ύπαρξης ενός μεταβολικού ελλείμματος στον

ηρωινομανή αναλόγου της έλλειψης ινσουλίνης στον διαβητικό (Dole, Nyswanger, 1965).

Η πρόσφατη άνθηση της γενετικής, των νευροεπιστημών, και των απεικονιστικών τεχνικών έχει ως αποτέλεσμα μια πιο ουσιαστική κατανόηση των λειτουργιών του εγκεφάλου. Οι σύγχρονες γνώσεις, από το μοριακό και κυτταρικό έως την οργάνωση του νευρικού συστήματος, συμβάλλουν άμεσα ή έμμεσα στη βιολογική εξήγηση του φαινομένου της εξάρτησης. Όπως αναφέρθηκε στο τελευταίο Πανελλήνιο Ψυχιατρικό Συνέδριο, η βιολογική εξήγηση της εξάρτησης επεκτείνεται σε όλα τα επίπεδα της συμπεριφοράς, εξετάζοντας εγκεφαλικές λειτουργίες που αφορούν την ανταμοιβή, την ενίσχυση, την ευχαρίστηση, τον έλεγχο της συμπεριφοράς, καθώς και την συνειρμική μάθηση και μνήμη (Πέππας, 2008). Επίσης, γίνονται προσπάθειες για να απαντηθούν κεφαλαιώδη ερωτήματα στον χώρο των ουσιοεξαρτήσεων, αναφορικά με το πώς γίνεται το πέρασμα από την αρχική χρήση μιας ψυχοτρόπου ουσίας στην εξάρτηση, την παραμονή στην εξάρτηση, το στερητικό σύνδρομο, την υποτροπή, καθώς και την επανάληψη της χρήσης, παρά την γνώση των αρνητικών συνεπειών, τόσο σε προσωπικό, όσο και σε κοινωνικό επίπεδο, με τη βοήθεια νευροβιολογικών μοντέλων. Τέλος, τα ενζυμικά συστήματα που εμπλέκονται στο μεταβολισμό των ψυχοδραστικών ουσιών (των οπιοειδών και της κοκαΐνης), έχουν εμφανίσει λειτουργικούς πολυμορφισμούς και μπορούν να επηρεάσουν την προδιάθεση για κατάχρηση και την επικινδυνότητα για ουσιοεξάρτηση.

Πρόσφατες μελέτες ενισχύουν την άποψη ότι η εξάρτηση αποτελεί και νόσο του εγκεφάλου (Wise, 2000. Lashner, 2001), αν και γενετικοί, κοινωνικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες συνεισφέρουν στην ανάπτυξη συμπεριφορών τοξικομανίας (Nedeljkovic, 2002). Πρόσφατες νευροφυσιολογικές ενδείξεις υποδεικνύουν την ανάπτυξη της τοξικομανίας σε κάποιο βαθμό εξαιτίας της νευροχημικής διέγερσης του κέντρου ανταμοιβής στον εγκέφαλο (Gardner, 2005). Το σύστημα ανταμοιβής του εγκεφάλου είναι ένα συγκεκριμένο μεταιχμιακό κύκλωμα που παράγει αισθήματα ευχαρίστησης. Τα κυριότερα συστατικά του συστήματος βρίσκονται στο στέλεχος του εγκεφάλου, τα βασικά γάγγλια και τον προμετωπιαίο φλοιό. Τα οπιοειδή κι άλλες ψυχοτρόπες ουσίες προκαλούν μεταβολές στην εγκεφαλική λειτουργία, προκαλώντας ευφορία ή δυσφορία, όπως στο στερητικό σύνδρομο, με κοινό σημείο την απελευθέρωση ντοπαμίνης στα βασικά γάγγλια, το προμετωπιαίο φλοιό, ή και στα δύο. Τα κυκλώματα του συστήματος ανταμοιβής αποτελούνται από τρία μέρη. Το πρώτο μέρος περιλαμβάνει φυγόκεντρους νευρώνες

από τον μετωπιαίο φλοιό προς τα βασικά γάγγλια. Εκεί βρίσκονται τα κυτταρικά σώματα του κεντρομόλου ντοπαμινεργικού συστήματος. Οι νευράξονες των κυττάρων αυτών διέρχονται μέσω του μεσεγκεφάλου κι εισέρχονται στο μεταιχμιακό σύστημα και σε περιοχές με φλοιικές προβολές. Αυτοί οι ντοπαμινεργικοί νευρώνες συνιστούν το δεύτερο μέρος του συστήματος ανταμοιβής, το φαρμακοευαίσθητο συστατικό του κυκλώματος, το οποίο πυροδοτείται από τις ψυχοτρόπες ουσίες. Οι νευράξονες που καταλήγουν στα βασικά γάγγλια είναι το πιο ουσιαστικό συστατικό του συστήματος ανταμοιβής στο κεντρομόλο μεσεγκεφαλικό ντοπαμινεργικό σύστημα. Οι νευρώνες του τρίτου μέρους μεταφέρουν σήματα ανταμοιβής περαιτέρω προς ή μέσω της ωχράς σφαίρας. Το σύστημα ανταμοιβής λειτουργικά ρυθμίζεται από μια ποικιλία εξειδικευμένων νευροδιαβιβαστών, που περιλαμβάνουν το GABA, τη γλουταμίνη, τη σεροτονίνη, τη νοραδρεναλίνη, τις εγκεφαλίνες, την ενδορφίνη, τη δυνορφίνη και τη χολοκυστοκινίνη. Διασυνδέσεις μεταξύ των τριών αυτών μερών του κυκλώματος φαίνεται να παίζουν σημαντικό ρόλο για την ρύθμιση των επιπέδων της ηδονής, επομένως ο χειρισμός των διασυνδέσεων αυτών μπορεί να προκαλέσει συμπεριφορές αναζήτησης ουσιών. Το φαινόμενο της ανταμοιβής είναι υποδεέστερο από την ρύθμιση που εξαρτάται από την κατάχρηση, καθώς και των άλλων σωματικών επιπτώσεων της χρησιμοποιούμενης ψυχοτρόπου ουσίας. Κάθε εμπειρία ανταμοιβής ενισχύει περαιτέρω χρήση της συγκεκριμένης ουσίας. Επειδή πολλές ουσίες μοιράζονται το τελικό αίσθημα ανταμοιβής που παράγεται, κάποιες από αυτές που δρουν στη φάση της κατάχρησης μπορεί να συνεισφέρουν σε κάποιο βαθμό στο τελικό αποτέλεσμα. Η ευαισθησία που παρατηρείται σε ορισμένα άτομα στην ανάπτυξη εξάρτησης μπορεί επομένως να οφείλεται στον χειρισμό των κυκλωμάτων αυτών που τον κάνει ευάλωτο στα ενισχυτικά αποτελέσματα μιας ποικιλίας ψυχοτρόπων ουσιών.

IIIc) Η τοξικομανία ως ψυχοκοινωνικό φαινόμενο

Πέρα, όμως από τη νευροβιολογική διάσταση του προβλήματος της τοξικομανίας, δεν θα πρέπει να αγνοείται ο ρόλος των ψυχοκοινωνικών, οικογενειακών κι άλλων περιβαλλοντικών μεταβλητών, στην διαμόρφωση του φαινομένου αυτού. Πολλοί ερευνητές, αμφισβητούν το κατά πόσο τα αποτελέσματα των ερευνών αυτών, που αφορούν τα συστήματα των νευροδιαβιβαστών ή άλλων νευροχημικών μηχανισμών, είναι οριστικά και αδιαμφισβήτητα (Tassin 1998), ενώ άλλοι ασκούν σοβαρή κριτική

στην μεθοδολογία ιδιαίτερα των ερευνών εκείνων που αφορούν τη γενετική μεταβίβαση ειδικών παθολογικών συμπεριφορών. Άλλωστε, η κατεξοχήν μορφή της χρήσης ουσιών, η πολυτοξικομανία, η χρήση δηλαδή από το ίδιο άτομο την ίδια χρονική στιγμή πολλών ουσιών διαφορετικού τύπου, είναι εκείνη που αμφισβητεί πιο έντονα την θεωρία της γενετικής αιτιολογίας της τοξικομανίας (Frances, Miller, 1998). Σύμφωνα με τα στοιχεία του ΕΚΤΕΠΝ, το 55% των χρηστών κατά το 1999 έκανε παράλληλη χρήση τουλάχιστον τριών ψυχοτρόπων ουσιών (ΕΚΤΕΠΝ, 2000). Σύμφωνα με τον Levy (1990), μπορεί να παρουσιάσουν προδιάθεση στη χρήση ναρκωτικών, άτομα που ανήκουν σε τρεις κατηγορίες παιδικής ηλικίας. Πρώτον, άτομα που παρουσιάζουν μεγάλα ελλείμματα στον ψυχισμό τους από την στιγμή που ήλθαν στον κόσμο. Άτομα που παρουσιάζουν ένα διαρκές αίσθημα εγκατάλειψης ή ματαίωσης και βιώνουν αρνητικά την κοινωνία, με ένα μόνιμο χρέος προς αυτά. Δεύτερον, εκεί που σημειώθηκαν σοβαρά ψυχοτραυματικά γεγονότα- ρήξεις στην παιδική και προεφηβική ηλικία (χωρισμός γονιών, σοβαρές ασθένειες, θάνατοι, κτλ.). Τα άτομα αυτά νοιώθουν προδομένα από την μοίρα που δεν τους έδωσε ίσες ευκαιρίες με τους άλλους ανθρώπους. Τρίτον, ενδιαμέσες μορφές, όπου υπάρχουν όλα αυτά τα στοιχεία, σε διάφορους συνδυασμούς, (π.χ. αλκοολισμός γονέων, οικογενειακή βία, ασθένειες, κτλ.). Άλλοι συγγραφείς (Varescon, 2005), αναφέρουν διάφορους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες, όπως είναι η στάση των γονέων που ευνοούν τη χρήση ή προτρέπουν τα παιδιά τους προς αυτή, η διαθεσιμότητα ψυχοτρόπων ουσιών μέσα στο οικογενειακό περιβάλλον, η πρώιμη μύηση των παιδιών στη χρήση διαφόρων ουσιών, η χρήση ουσιών από τους ίδιους τους γονείς, τα αδέρφια, ή άλλους συγγενείς, το έλλειμμα επικοινωνίας στο οικογενειακό περιβάλλον, οι ψυχικές διαταραχές των γονιών κι άλλα. Αναφέρεται επίσης ότι κάποια χαρακτηριστικά της προσωπικότητας των παιδιών, όπως η υπερκινητικότητα, η παρορμητικότητα κι η αναζήτηση έντονων σωματικών εμπειριών, μπορούν, σε συνδυασμό με την παρουσία αρνητικών ψυχοκοινωνικών παραγόντων, να διαμορφώσουν μία ευάλωτη προσωπικότητα. Άλλοι ενοχοποιούν την αλεξιθυμία, την κατάσταση κατά την οποία το άτομο δεν μπορεί να εκφράσει λεκτικά τα συναισθήματά του. Αναφέρονται επίσης τραυματικά γεγονότα ζωής, σωματικές και σεξουαλική κακοποίηση της παιδικής ηλικίας, που συμβάλλουν, κυρίως στις γυναίκες τοξικομανείς (Liebschulz, Mulvey, Samet, 1997), στο φαινόμενο αυτό (Clark, Masson, Delucci, Hall, Sees, 2001), ή οδηγούν τουλάχιστον σε μια ιδιαίτερα αυτοκαταστροφική συμπεριφορά, προοίμιο της

τοξικομανίας (Bensley, Van Eenwyk, Simmons, 2000. Diaz, Simantov, Rickert, 2002). Τέλος, μπορεί να έχουν παίξει ρόλο κι οι ψυχιατρικές διαταραχές, όταν αυτές προηγούνται της τοξικομανίας. Διαταραχές όπως η μείζονα κατάθλιψη, η σχιζοφρένεια, η διπολική διαταραχή, οι αγχώδεις διαταραχές, η φοβία, οι διαταραχές πανικού.

Βέβαια, δεν καταλήγουν στην τοξικομανία όλα τα δύσκολα παιδιά που επιβαρύνονται από αρνητικούς βιολογικούς, οικογενειακούς, και κοινωνικούς παράγοντες. Μια ευάλωτη προσωπικότητα δεν δημιουργεί απαραίτητα παθολογικές καταστάσεις, ακόμα κι όταν αυξάνεται η πιθανότητα για αυτές. Κι αντίστροφα, η τροποποίηση των περιβαλλοντικών συνθηκών μπορεί να εμποδίσει μια παθολογική εξέλιξη, χωρίς να λύσει το πρόβλημα της ευαλωτότητας. Είναι όμως βέβαιο ότι τα παιδιά που καταλήγουν στην τοξικομανία είναι πολύ ευάλωτα. Κι η ευαλωτότητα που κάνει τα άτομα αυτά υποψήφιους τοξικομανείς, αποτελεί συνάρτηση πολλών συντελεστών, που δρουν σε διαφορετικά επίπεδα και με διαφορετικό τρόπο σε κάθε άτομο.

Γιατί, επομένως, ο νέος, από την ηλικία της εφηβείας ή και νωρίτερα, στρέφεται στα ναρκωτικά; Για να αισθάνεται διαφορετικός σε μια κοινωνία που τον ωθεί στην ομοιομορφία, τον παγιδεύει στην ιδιοτέλεια και τον ατομικισμό. Γιατί στην ατομική ευαλωτότητα αποτυπώνεται με τρόπο χαρακτηριστικό για τον καθέναν η ευαλωτότητα που υπάρχει στο επίπεδο της κοινωνίας, όπου έχουν διαρραγεί σήμερα οι κοινωνικοί δεσμοί κι η αποξένωση των ανθρώπων έχει αποκτήσει καθολικό χαρακτήρα. Για να ενταχθεί σε μια ομάδα, να ανήκει κάπου, που θα λειτουργεί ως υποκατάστατο των ανθρωπίνων σχέσεων, αφού δεν μπόρεσε να αναπτύξει μια άμεση σχέση με το περιβάλλον του και να ενταχθεί σε ομάδες συνομηλίκων και φίλων. Για να μυηθεί σε ένα κοινωνικό ρόλο και να δημιουργήσει μια εικόνα εαυτού αποδεκτή, πρώτα από όλα από τον ίδιο. Για να αποκτήσει το αναγκαίο για αυτόν αίσθημα παντοδυναμίας, που θα καλύψει εκείνο της ανασφάλειας, την ανικανότητας, της αποτυχίας που τον διακατέχει. Για να ανακουφίσει την εσωτερική του ένταση, το άγχος, την μοναξιά, ναρκώνοντας τον ψυχικό του πόνο (Μάτσα, 2001).

Η τοξικομανία δεν είναι απλά ένα σύνολο από βιολογικές ανάγκες που ικανοποιούνται, αλλά ένα κοινωνικό δημιούργημα, το οποίο αντικατέστησε την αρχαιότερη παράδοση της συλλογικής χρήσης ψυχοτρόπων ουσιών για κοινωνικοποιητικούς λόγους και διαμορφώθηκε ως μέρος μιας προοδευτικής διαφοροποίησης της χρήσης από τις απαιτήσεις της κοινωνικοποιητικής διεργασίας (Γιαννούσης, 2008). Επίσης, η τοξικομανία έχει σχέση με την μορφή της ανάπτυξης

και της συγκρότησης της προσωπικότητας στις μοντέρνες κοινωνίες. «Σήμερα», γράφει ο Γιώργος Γιαννούσης, «ο εαυτός είναι για όλους ένα αναστοχαστικό σχέδιο- μια λιγότερο ή περισσότερο διαρκής διερεύνηση του παρελθόντος, του παρόντος και του μέλλοντος, που στην περίπτωση της τοξικομανίας υφέρετε στο παράδοξο σχέδιο ανάπτυξης κι αυτονόμησης του εαυτού που εγκλωβίζει τους τοξικομανείς σε χαμηλά επίπεδα ωριμότητας». Και το ίδιο ισχύει για το σώμα του τοξικομανή, το οποίο, ως οντότητα και μέσο έκφρασης, αναδείχθηκε ως αντικείμενο προστασίας και λατρείας και μερικές φορές και κακοποίησης, ακρωτηριασμού ή στέρησης στο όνομα υψηλών ιδανικών ή ενός ατομικού νοήματος ζωής- όπως παρατηρείται και στην τοξικομανία. Το σώμα αυτό, γίνεται το επίκεντρο της σύγχρονης κοινωνίας, αλλά κι ακόμα περισσότερο, γίνεται ο φορέας της ατομικής ταυτότητας και σταδιακά ενσωματώνεται στη διαδικασία λήψης αποφάσεων του ατόμου που αφορούν τον τρόπο ζωής του. Ο τοξικομανής, επομένως, απονεκρωμένος συναισθηματικά, χρησιμοποιεί ως μόνο μέσο επικοινωνίας το σώμα του, με αποτέλεσμα να εκδηλώνει την αντίθεση, το θυμό, τον πόνο και την απόγνωσή του, πληγώνοντας και προκαλώντας του πόνο.

Η εμφάνιση της εξάρτησης στην εποχή μας ευνοείται από το σημερινό τρόπο ζωής. Συμβάλλει, μεταξύ άλλων, κι η κρίση της σύγχρονης οικογένειας, γεγονός που προκαλείται από την εξέλιξη της κοινωνίας. Η ψυχική ζωή του ατόμου αναπτύσσεται μέσα από την εγγραφή στους πρωταρχικούς, επαρκώς δομημένους και σταθερούς, τους κοινωνικούς δεσμούς, το έργο του ανθρώπινου πολιτισμού (Houdayer, 2000). Ο κοινωνικός δεσμός είναι θεμελιακή συνιστώσα του ανθρώπινου ψυχισμού, καθώς όλες οι ψυχικές λειτουργίες ξεκινούν ως πραγματικές σχέσεις ανάμεσα σε ανθρώπους. Η ρήξη του κοινωνικού δεσμού, η συνεχής αιμορραγία της υποκειμενικότητας, η κρίση των αξιών, η απουσία προτύπων και σημείων κοινωνικής αναφοράς, ο ατομοκεντρισμός κι η αποξένωση που κυριαρχούν στην εποχή μας καθιστούν εξαιρετικά ελλειμματικές τις διαδικασίες των ταυτίσεων και της συμβολοποίησης, της δόμησης της σκέψης και του λόγου, της μετάδοσης των γνώσεων και των ιδανικών (Μάτσα, 2008).

IIIId) Ο ρόλος της οικογένειας

Μεγάλη είναι κι η επίδραση της σύγχρονης οικογένειας στη γέννηση ενός τοξικομανούς. Υπάρχουν ορισμένα χαρακτηριστικά κοινά στις οικογένειες των

τοξικομανών, τα οποία μπορεί να παρατηρηθούν και σε άλλες οικογένειες, αλλά εδώ παίρνουν παθολογικά ακραίες μορφές. Βέβαια, δεν υπάρχουν επιδημιολογικές μελέτες ή μελέτες με βάση την ψυχοθεραπευτική πρακτική που να καταδεικνύουν κάποιο μοντέλο για τον έφηβο, ή για τις οικογενειακές σχέσεις. Αυτό που έχει δείξει η βιβλιογραφία, είναι η μεγάλη συχνότητα ψυχικών διαταραχών, ιδιαίτερα κατάθλιψης, και χρήσης ψυχοτρόπων ουσιών, όπως αλκοόλ, που αφορά και τις προηγούμενες γενιές (Kokkevi, Stefanis, 1988). Στο πλαίσιο αυτό, υπάρχει μεγάλη συχνότητα χωρισμών και διαζυγίων, μεγάλος βαθμός ενδοοικογενειακής σύγκρουσης, με ιδιαίτερα έντονες και βίαιες εκδηλώσεις. Είναι χαρακτηριστική η αδυναμία των μελών των οικογενειών αυτών να εκφράσουν τα συναισθήματά τους (Standon, Todd, Heard, Kirshner, Kleiman, Mowatt, et al., 1978). Αισθάνονται στερημένα από ενδιαφέρον, στοργή και αγάπη, με αποτέλεσμα μια τρομακτική αίσθηση θυμού, καταπιεσμένου από το φόβο της απόρριψης, που μπορεί να οδηγήσει σε επιθετικές, παρορμητικές πράξεις και την τοξικομανία.

Η οικογενειακή ζωή χαρακτηρίζεται από συμβατικότητα, μονοτονία, έλλειψη συναισθηματικής επικοινωνίας. Λείπει η ουσιαστική, άμεση επικοινωνία ανάμεσα στα μέλη της κι η επαφή γίνεται με αρνητικά μέσα, όπως μομφή, παράπονο, κριτική, αντιπαράθεση. Συχνά δημιουργούνται συμμαχίες ανάμεσα στα μέλη της, κρυφές ή φανερές, που διαταράσσουν τις ισορροπίες και οδηγούν τους γονείς σε αντίπαλα στρατόπεδα (Kaufman, 1979). Ο πατέρας συνήθως είναι απών, φυσικά ή συναισθηματικά, αδιάφορος, αναποτελεσματικός, βίαιος προς τους άλλους, αλλά και εύκολα χειραγωγούμενος από τη σύζυγό του, σύμφωνα με τον Schwartzman (1975). Η μητέρα, που έχει αποτελέσει αντικείμενο πολλών μελετών, είναι συνήθως υπερπροστατευτική, αναπτύσσοντας συμβιωτικού τύπου σχέσεις με τον γιο της, παρεμβαίνει στα προσωπικά του αντικείμενα και τις προσωπικές του σχέσεις, παίρνει αποφάσεις που τον αφορούν, δεν τον αφήνει να χειραφετηθεί, ικανοποιώντας όλες του τις επιθυμίες. Γενικότερα, το παιδί που θα πάρει ναρκωτικά, είναι συνήθως δεμένο με τον γονιό του αντίθετου φύλου. Αυτό, βέβαια, δεν σημαίνει ότι δεν ισχύει και το αντίθετο. Πάντως, λόγω του μεγαλύτερου, σχεδόν διπλάσιου, αριθμού αντρών που στρέφονται στα ναρκωτικά, σε σχέση με τις γυναίκες, ιδιαίτερα στις κρίσιμες ηλικίες μεταξύ 15- 24 ετών, είναι πολύ λιγότερες οι μελέτες που αφορούν την κόρη-τοξικομανή και της σχέσης της με τους γονείς της.

Αποτέλεσμα όλων των ανωτέρω, είναι η έλλειψη άμεσης επικοινωνίας, η οποία γίνεται πάντα με κάποιον ενδιάμεσο, κάποιο από τα παιδιά. Η οικογένεια συνήθως

λειτουργεί χωρίς σταθερούς κανόνες και αρχές (Barnes, Windle, 1987). Τα παιδιά παίρνουν ασαφή και αμφισβητούμενα μηνύματα από τους γονείς τους για το σωστό και το λάθος, το επιτρεπτό και το απαγορευμένο. Οι γονείς δεν μπορούν να διαμορφώσουν κοινή στάση κι άποψη για τα θέματα της οικογένειας. Μέσα σε αυτές τις χαοτικές συνθήκες, η χρήση των ψυχοτρόπων ουσιών γίνεται ένα μέσο προσέλκυσης του ενδιαφέροντος και της προσοχής από τους γονείς, ένα σήμα κινδύνου για την οικογένεια. Άλλωστε δεν είναι απίθανο από την παιδική του ηλικία να είχε μάθει να προκαλεί προβλήματα, για να προσελκύσει το ενδιαφέρον. Έτσι, η τοξικομανία του παιδιού, όταν αυτή γίνεται γνωστή, γίνεται πηγή ζωντάνιας και ενεργοποίησης, κινητοποιώντας κοιμισμένα συναισθήματα. Οι γονείς πλησιάζουν ο ένας τον άλλο, αρχίζοντας να λειτουργούν συναισθηματικά, χωρίς αυτό να οδηγεί πάντα σε αρμονικές σχέσεις και ομαλοποίηση της σχέσης. Κι αυτό γιατί η επικοινωνία γίνεται με λογομαχίες και κατηγορίες, ρίχνοντας τις ευθύνες ο ένας στον άλλον, εντείνοντας τον ανταγωνισμό. Πάντως, αποτελεί το ύστατο «όπλο» για την αναγέννησή της, οδηγώντας το ίδιο σε αφανισμό.

IV) Ορισμοί

IVa) Ιστορική αναδρομή

Ο όρος «τοξικομανία», ο οποίος περιλαμβάνει τη λέξη «τοξικό», που σημαίνει δηλητήριο, και τη λέξη «μανία», που αναφέρεται σε μια ψυχιατρική διαταραχή, είχε από την πρώτη στιγμή μια ηθικά και μια ιατρική διάσταση. Υποδήλωνε ένα κοινωνικό πρόβλημα και ταυτόχρονα μια ιατρική νόσο, ως συνέπεια της εξάρτησης του ατόμου από ψυχοτρόπες ουσίες (Μάτσα, 2001). Η πρώτη χρήση του όρου γίνεται από τον Regnard το 1885 κι επανεμφανίζεται το 1894 από τον Veisenburger. Στην ιατρική ορολογία ο όρος αυτός υπήρχε ήδη από πριν, πιθανόν από το 1871, έστω κι αν εμφανίζεται σε κείμενο μόλις το 1909. Στην Γερμανία χρησιμοποιήθηκε αρχικά ο όρος «μορφινομανία», από τον Γερμανό ιατρό Levinstein, ο οποίος έκανε τη διάκριση μεταξύ μορφινομανίας (νοσηρής έξης για την ουσία) και μορφινισμού (χρόνια δηλητηρίαση από την μορφίνη). Ο Freud αναφερόταν ήδη από το 1886 στην «μορφινομανία» και στην «κοκαϊνομανία», σύμφωνα με την M. Kunz (1998).

Ο όρος της τοξικομανίας, όπως κι ο όρος του αλκοολισμού, που χρησιμοποιήθηκαν για πρώτη φορά στα τέλη του 19^{ου} αιώνα, είχαν αρχικά ιατρική, αλλά και νομική διάσταση, αφού αναφέρονταν σε καταστάσεις που τοποθετούνται μεταξύ νόσου και παραπτώματος και θέτουν σε δημόσιο κίνδυνο την ατομική υγεία και την δημόσια τάξη και ασφάλεια. Έχουν επομένως διπλή διάσταση, και ως κοινωνικής μάλιστα και ως ασθένειας, αποκτώντας εξαιρετική επικαιρότητα στην σύγχρονη εποχή, που τείνει και πάλι να τους αποδώσει το ίδιο περιεχόμενο. Όχι μόνο δεν είναι αυθαίρετος, επειδή συνδέει την έννοια της κατάχρησης με την απλή χρήση, αλλά διατηρεί μεγάλο βαθμό εγκυρότητας και προσδιοριστίας ιστορικά και κοινωνικά. Στη συνέχεια ενσωματώθηκε στο πεδίο της ψυχιατρικής, με στόχο την καταπολέμηση όλων αυτών των παθών, ενώ παράλληλα η ιατρική επιστήμη έρχεται να χρησιμοποιήσει τις γνώσεις της για να προσδιορίσει επιστημονικά το θέμα.

Το 1957 η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας ορίζει ως τοξικομανία «την κατάσταση η οποία οφείλεται στην περιοδική ή χρόνια δηλητηρίαση που προκαλείται από την επαναλαμβανόμενη κατανάλωση ναρκωτικών, φυσικών ή συνθετικών». Η κατάσταση αυτή χαρακτηρίζεται από την ακατανίκητη επιθυμία ή ανάγκη (παρόρμηση) κατανάλωσης ναρκωτικών, από την τάση της συνεχούς αύξησης των δόσεων, από την ψυχολογική ή την σωματική εξάρτηση ως αποτέλεσμα της χρήσης, και τέλος, από τα καταστροφικά αποτελέσματα της χρήσης των ουσιών αυτών για το άτομο και την κοινωνία (Kleber, 1990).

Το 1964 μια επιτροπή ειδικών της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας αντικαθιστά τον όρο τοξικομανία με τον όρο «εξάρτηση» (depedence), ως μια κατάσταση ψυχικής ή σωματικής εξάρτησης, ή και τα δύο, στην αναζήτηση της συγκεκριμένης ουσίας και την ακόλουθη κατανάλωσή της σε περιοδική ή σταθερή βάση. Μέσα από τον ορισμό αυτό, που προϋποθέτει μια επιστημονική κι ιατρική προσέγγιση του φαινομένου, δίδεται έμφαση και στην ουσία και στην συμπεριφορά του ατόμου, ενώ περιγράφεται κι η δυναμική του φαινομένου, το οποίο δεν είναι ένα στατικό γεγονός, αλλά εξελίσσεται στην πορεία του χρόνου. Το 1969 εισάγεται ο όρος «ναρκωτικό», το οποίο περιγράφεται ως «κάθε ουσία που όταν εισαχθεί σε ζωντανό οργανισμό μπορεί να τροποποιήσει μία ή περισσότερες λειτουργίες του. Τότε εισάγεται κι ο όρος «φαρμακοεξάρτηση», ενώ το 1974 προσδιορίζεται συγκεκριμένα ο όρος της ψυχικής και σωματικής εξάρτησης, ως ουσιαστικά χαρακτηριστικά της τοξικομανίας. Στον ορισμό αυτό, αναφέρεται ότι «μετά από κάποιο διάστημα, άλλοτε άλλης διάρκειας, το άτομο εθίζεται στη δράση της ουσίας, κι αυτό έχει ως αποτέλεσμα:

α) την ανάγκη συνεχούς αύξησης της δόσης για την επίτευξη του ίδιου αποτελέσματος,

β) την εμφάνιση στερητικού συνδρόμου επί απουσίας της ουσίας, και

γ) την ψυχολογική εξάρτηση, η οποία ορίζεται ως συνεχής αίσθηση ανάγκης της ουσίας, ακόμα και χωρίς την ύπαρξη στερητικών φαινομένων.

Η εξάρτηση, επομένως, ενός ατόμου από μια ψυχοτρόπο ουσία εκφράζει την δημιουργία μιας νέας ανάγκης που καθιστά απολύτως απαραίτητη αυτήν την ουσία για την λειτουργικότητα του ατόμου, το οποίο δεν μπορεί να ζήσει χωρίς αυτήν. Κι όσο πιο μεγάλη γίνεται αυτή η ανάγκη, τόσο περιορίζονται όλες οι άλλες, τόσο χάνονται οι ασχολίες και τα ενδιαφέροντά του, τόσο περιορίζονται οι σχέσεις του.

Το 1980 η Τρίτη έκδοση του DSM (DSM- III) προσπάθησε να επιλύσει τις δυσκολίες με τις έννοιες της ψυχικής και σωματικής εξάρτησης, με τη χρήση δύο όρων: κατάχρηση (abuse) και εξάρτηση (dependence). Η κατάχρηση περιελάμβανε την παθολογική διάσταση της χρήσης κι η εξάρτηση τις έννοιες της ανοχής και του στερητικού συνδρόμου (American Psychiatric Association, 1980). Ο ορισμός αυτός, ωστόσο, δεν κατάφερε να διαχωρίσει την εξάρτηση από τη νόμιμη και μακροχρόνια χρήση για ιατρικούς λόγους μιας ψυχοτρόπου ουσίας (π.χ. ενός οπιοειδούς), που μπορεί να οδηγήσει σε ανοχή και σε στερητικό σύνδρομο με την διακοπή της. Επιπλέον, στο DSM- III η χρήση οπιοειδών και ψυχοτρόπων ουσιών χωρίς εξάρτηση αποτελούσε ψυχιατρική διαταραχή, ενώ η ανάλογη μακροχρόνια χρήση αντιυπερτασικών ή αντικαταθλιπτικών φαρμάκων δεν αποτελεί. Τέλος, δεν υπήρχε πρόβλεψη για τη σοβαρότητα της εξάρτησης.

Το 1981 η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας αναγνώρισε κι επίσημα τη σημασία που έχει το κοινωνικό και πολιτισμικό πλαίσιο για την εγκατάσταση της τοξικομανίας, διαμορφώνοντας και τη θεωρητική βάση των παρεμβάσεων στην κοινότητα, στο πλαίσιο της πρόληψης. Επίσης, χαρακτήρισε το σύνδρομο εξάρτησης (dependence syndrome) ως βαθμιαίο κι όχι απόλυτο, με την παρορμητική συμπεριφορά χρήσης ουσιών ως το ακραίο όριο του συνδρόμου αυτού. Ο ορισμός αυτός περιελήφθη στο αναθεωρημένο DSM- III (DSM- III- R). Πιο συγκεκριμένα, τα διαγνωστικά κριτήρια της ψυχοενεργούς κατάχρησης ουσιών περιλαμβάνουν τουλάχιστον ένα από τα παρακάτω: συνεχόμενη χρήση παρά τη γνώση της ύπαρξης κοινωνικής, επαγγελματικής, ψυχολογικής ή σωματικής δυσφορίας που προκαλείται ή επιδεινώνεται από τη χρήση ψυχοτρόπου ουσίας, επαναλαμβανόμενη χρήση σε καταστάσεις που είναι επικίνδυνες για την ασφάλειά του (π.χ. οδήγηση). Η

συμπεριφορά αυτή πρέπει να επιμένει για τουλάχιστον ένα μήνα. Για την ψυχοενεργή εξάρτηση από ουσίες, τα κριτήρια περιλαμβάνουν την παρουσία τουλάχιστον τριών από τα παρακάτω: κατάχρηση της ουσίας σε μεγαλύτερη ποσότητα και για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα από ότι το άτομο σκόπευε, επίμονη χρήση ή τουλάχιστον μία αποτυχημένη προσπάθεια διακοπής της ουσίας, υπερβολική ενασχόληση με την απόκτηση και χρήση της ουσίας, συχνή δηλητηρίαση από την ουσία ή εμφάνιση στερητικού συνδρόμου από την διακοπή της, σε βάρος την φυσιολογικής ζωής και σε καταστάσεις επικίνδυνες για την ασφάλειά του, περιορισμός ή διακοπή κοινωνικών, επαγγελματικών και ψυχαγωγικών δραστηριοτήτων, συνέχιση της χρήσης παρά την γνώση των επιπτώσεών της, η ύπαρξη ανοχής, η ύπαρξη στερητικού συνδρόμου, η χρήση συνδέεται με την αποφυγή του στερητικού συνδρόμου. Κι όλα αυτά για τουλάχιστον ένα μήνα.

IVb) Η έννοια της εξάρτησης- “addiction”

Το 1990 ο Goodman εισάγει τον όρο “addiction” (εξάρτηση), προσδιορίζοντας με αυτόν, «μια διαδικασία μέσω της οποίας μια συμπεριφορά που μπορεί να προκαλέσει ευχαρίστηση ή να απαλύνει μια αίσθηση εσωτερικής κακουχίας χρησιμοποιείται με τρόπο που χαρακτηρίζεται από την επαναλαμβανόμενη αδυναμία ελέγχου αυτής της συμπεριφοράς και την συνεχή επιδίωξή της, μολονότι το άτομο γνωρίζει τις αρνητικές της συνέπειες» (Kunz, 1998). Η λέξη “addiction” προέρχεται από το λατινικό “addicere”, που σημαίνει επιδικάζω λόγω χρεών. “Addictus” είναι ο υποβιβασμένος σε σκλάβο λόγω χρεών, αυτός που έχει υποθηκευμένο το σώμα του. Επομένως, ο όρος “addiction” υποδηλώνει συμπεριφορές καταναγκασμού (Μάτσα, 1997, 2001).

Σε αυτήν τη βάση, ο όρος διευρύνθηκε για να συμπεριλάβει ένα πολύ ευρύ φάσμα «εξαρτήσεων χωρίς ουσίες», όπως η χαρτοπαιξία, ο τζόγος, η εξάρτηση από το σεξ, τα ψώνια, η ανορεξία κι η βουλιμία, κ.ά. σύμφωνα με το ICD- 10(World Health Organization, 2003) η διάγνωση της εξάρτησης περιλαμβάνει τα παρακάτω κριτήρια:

- α) καταναγκαστική επιθυμία χρήσης της ουσίας,
- β) αποτυχημένες προσπάθειες στο ιστορικό του ατόμου να μετριάσει ή να διακόψει τη χρήση άμεσα,
- γ) εμφάνιση στερητικού συνδρόμου αμέσως μετά την διακοπή της χρήσης,
- δ) αυξημένη ανοχή, και

ε) η ουσία ή οι ουσίες έχουν μπει στο επίκεντρο της ζωής του εξαρτημένου σε βάρος άλλων ενδιαφερόντων ή δραστηριοτήτων του, υποχρεώνοντάς τον να αφιερώνει στην ουσία το μεγαλύτερο μέρος της δραστηριότητάς του.

Αντίθετα, ο Olievenstein έκανε τη διάκριση ανάμεσα στην “addiction” και την “dependence”, τονίζοντας ότι η “addiction” αναφέρεται σε συμπεριφορές εξάρτησης γενικά, περιλαμβάνοντας βουλιμία, ανορεξία, τζόγο, κτλ., αλλά ως έννοια δεν είναι ταυτόσημη με την τοξικομανία, η οποία συνδέεται με την χρήση ψυχοτρόπων ουσιών κι αγκαλιάζει όλες τις παραμέτρους της ανθρώπινης ύπαρξης. Σύμφωνα, δε, με τον P.J.Parquet, η εξάρτηση ανάγεται σε μια ψυχολογική κατάσταση και δεν εξαντλείται στο αποτέλεσμα της δράσης της ψυχοτρόπου ουσίας στον οργανισμό. Όταν μάλιστα εγκατασταθεί η εξάρτηση, όλες οι ουσίες μπορούν να λειτουργήσουν εξαρτητικά. Κι όταν λείπει η κύρια ουσία εξάρτησης, οι τοξικομανείς οδηγούνται στη χρήση οποιαδήποτε ουσίας τους είναι διαθέσιμη, ανεξάρτητα της φαρμακολογικής της δράσης, γεγονός που μπορεί να ερμηνεύσει εν μέρει το φαινόμενο της πολυτοξικομανίας.

Σύμφωνα, επομένως, με τους νεώτερους ερευνητές, η σωματική εξάρτηση (physical dependence) είναι η φυσιολογική προσαρμογή του οργανισμού στην συνεχή επίδραση συγκεκριμένων ουσιών στον οργανισμό. Η σωματική εξάρτηση καθορίζεται ως η κατάσταση προσαρμογής που παρουσιάζει στερητικό σύνδρομο ειδικό για συγκεκριμένη κατηγορία ουσιών, το οποίο παράγεται από απότομη διακοπή, απότομη ελάττωση της δοσολογίας, μειωμένα επίπεδα της ουσίας στο αίμα, ή την παρουσία ενός ανταγωνιστή (Savage, Convincton, Heit, Hunt, Joranson, Schnoll, 2001). Η σωματική εξάρτηση αποτελεί μια φυσιολογική εξέλιξη της μακροχρόνιας χρήσης (Potenroy, 1996), αλλά υπάρχουν και περιπτώσεις που το φαινόμενο της σωματικής εξάρτησης μπορεί να παρατηρηθεί από το πρώτο 48ωρο χρήσης μιας εξαρτησιογόνου ουσίας (Glatt, 1974. Jaffe, Martin, 1980. Morgan, 1985). Σωματική εξάρτηση μπορεί να παρατηρηθεί σε ουσίες που εμπλέκονται στο σύστημα ανταμοιβής, όπως τα οπιοειδή και οι βενζοδιαζεπίνες, αλλά και σε ουσίες με ελάχιστη ή καθόλου ικανότητα ανταμοιβής, όπως οι β- αποκλειστές, α2-αδρενεργικοί αγωνιστές, κορτικοστεροειδή και τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά (Savage, Joranson, Schnoll, 2003).

Η σωματική εξάρτηση κι ανοχή σε συγκεκριμένες ουσίες δεν επαρκούν για να περιγράψουν πλήρως την εξάρτηση- εθισμό (addiction) και την ουσιοεξάρτηση (substance dependence). Όπως αναφέρθηκε παραπάνω, αποτελούν φυσιολογικές

σωματικές αντιδράσεις στην μακροχρόνια επίδραση μιας ουσίας. Η ουσιοεξάρτηση σε αντίθεση με την σωματική εξάρτηση και την ανοχή, δεν αποτελεί αναμενόμενη αντίδραση στην έκθεση σε εξαρτησιογόνες ουσίες, αλλά μπορεί να παρατηρηθεί σε βιολογικά και ψυχολογικά ευάλωτα άτομα. Ο σύγχρονος ορισμός της ουσιοεξάρτησης έχει δοθεί σε γενικές γραμμές από την Επιτροπή Ειδικών στην Ουσιοεξάρτηση του Παγκοσμίου Οργανισμού Υγείας (World Health Organization, 1993), σύμφωνα με τον οποίο «αποτελεί ένα φάσμα σωματικών, συμπεριφορικών και γνωσιακών φαινομένων με ποικίλη ένταση, στο οποίο η χρήση μιας ψυχοτρόπου ουσίας (ή ουσιών) παίζει κεντρικό ρόλο. Απαραίτητα και περιγραφικά χαρακτηριστικά αποτελούν η ενασχόληση κι η επιθυμία για κατοχή και χρήση της ουσίας κι επίμονη συμπεριφορά αναζήτησης της ουσίας. Προβληματικές συνέπειες των ανωτέρω μπορεί να είναι βιολογικές, ψυχολογικές ή κοινωνικές, και συνήθως συνυπάρχουν. Στο επίκεντρο του ορισμού αυτού βρίσκεται η παρουσία μιας ισχυρής επιθυμίας ή παρόρμησης για την απόκτηση της ουσίας.

Σύμφωνα δε με το DSM- IV, το σύνδρομο εξάρτησης από ουσίες χαρακτηρίζεται από τρία (ή περισσότερα) από τα παρακάτω συμπτώματα, τα οποία παρουσιάζονται σε διάστημα δώδεκα μηνών: ανοχή, ανάγκη δηλαδή διαρκούς αύξησης της δόσης προκειμένου να εξασφαλιστούν τα αποτελέσματα της δράσης της ουσίας, στερητικό σύνδρομο επί διακοπής της χρήσης, αποτυχημένες προσπάθειες να ελεγχθεί η χρήση, ανάλωση όλο και περισσότερου χρόνου για την εξασφάλιση της δόσης, προοδευτική εγκατάλειψη σημαντικών κοινωνικών, επαγγελματικών και ψυχαγωγικών δραστηριοτήτων και συνέχιση της χρήσης παρά την επίγνωση από τον χρήστη των καταστροφικών συνεπειών της (Μαδιανός, 2004). Ο ορισμός όμως αυτός παραμένει προβληματικός, από τη στιγμή που προσεγγίζει μόνο την ιατρική και φαρμακολογική πλευρά του φαινομένου, ορίζοντας την τοξικομανία ως σύνδρομο.

IVc) Στερητικό σύνδρομο

Σε μια κλασσική μελέτη, ο Himmelsbach (1939) καταμέτρησε τις επιπτώσεις της απότομης διακοπής της μορφίνης σε εθισμένους ασθενείς. Η αναπνευστική συχνότητα, η αρτηριακή πίεση, η θερμοκρασία, η γλυκόζη αίματος, τα βασικά επίπεδα του μεταβολισμού, τα ανόργανα φωσφορικά του αίματος, το γαλακτικό οξύ του αίματος κι η ταχύτητα καθίζησης αυξήθηκαν, ενώ το σωματικό βάρος, η πρόσληψη θερμίδων κι ο ύπνος μειώθηκαν. Οι μεταβολές αυτές δεν επανήλθαν στο

φυσιολογικό με την ίδια σειρά: η γλυκόζη αίματος, το γαλακτικό οξύ και τα φωσφορικά επανήλθαν σε ένα μήνα, ενώ η θερμοκρασία, η θερμидική πρόσληψη, ο ύπνος κι η αναπνοή επανήλθαν σε δύο με τρεις μήνες.

Άλλα συμπτώματα και σημεία του στερητικού συνδρόμου από οπιοειδή αναλγητικά αποτελούν η κόπωση, το χασμουρητό, η κυνάγχη, η διάρροια, ο ιδρώτας, η μυδρίαση, η δυσανεξία, το άγχος, οι κοιλιακές κράμπες, το εν τω βάθει οστικό άλγος, οι μυϊκοί πόνοι κι η αύξηση του συνήθους πόνου (Savage, 1996. Mao and Chen, 2003). Η μέγιστη ένταση του στερητικού συνδρόμου παρατηρείται για δύο ημέρες και τα οξέα συμπτώματα διαρκούν 2 με 3 ημέρες. Οι υπόλοιπες διαταραχές υποχωρούν πλήρως μέσα σε 4 με 6 μήνες (Savage, 1996. Jasinsky, 1997).

Συχνά παρατηρείται κι ένα χαμηλής έντασης σύνδρομο παρατεταμένης αποχής, το λεγόμενο σύνδρομο απόσυρσης, χαρακτηριζόμενο από γενικότερη δυσφορία, ανηδονία κι ισχυρή επιθυμία για φάρμακα (Jaffe and Martin, 1980). Έχει επίσης αναφερθεί ότι ασθενείς με χρόνιο πόνο που χρησιμοποιούν συχνά οπιοειδή βραχείας δράσης σε συστηματική βάση, αναπτύσσουν σωματική εξάρτηση και διαλείπον στερητικό σύνδρομο που περιλαμβάνει ανησυχία, αυξημένο μυϊκό τόνο κι ανάγκη για φάρμακο μεταξύ των δόσεων. Αυτή η διαλείπουσα συμπτωματολογία μπορεί να οδηγήσει στην αύξηση του πόνου (Jaffe and Martin, 1980). Είναι δύσκολο να ξεχωρίσεις αν ο πόνος οφείλεται στην αρχική αιτία, ή είναι αποτέλεσμα στερητικού συνδρόμου. Οι δε ασθενείς που αυξάνουν τη δόση των οπιοειδών, μπορεί τελικά να αντιμετωπίζουν το στερητικό σύνδρομο (Matthews, Kurman, Perez, 1990. Fishbain, Rosomoff, Steele, 1992). Τόσο σε ασθενείς με καρκινικό πόνο, όσο και σε ασθενείς με καλοήγη πόνο, η αποτυχία της αλλαγής δοσολογίας, δηλαδή όταν ο πόνος επανεμφανίζεται ή χειροτερεύει στο τέλος της παρέμβασης στη δοσολογία (Portenoy, Hagen, 1990), θεωρείται να αποτελεί αιτία για νέους πόνους (Portenoy, Hagen, 1990. Portenoy, Payne, Jacobsen, 1999). Το σύνδρομο στέρησης στα οπιοειδή ρυθμίζεται κυρίως από ένα νοραδρενεργικό μηχανισμό, τελείως διαφορετικό από τον ντοπαμινεργικό μηχανισμό και το μεταιχμιακό σύστημα που συνδέονται με την ανταμοιβή (Melichar, Daglish, Nutt, 2001).

IVd) Άλλες έννοιες

Άλλοι ορισμοί που είναι χρήσιμοι στην περιγραφή και τον καθορισμό της τοξικομανίας (Kaplan & Sadock, 2004), αναφέρονται παρακάτω:

α) Τοξίκωση. Δυσπροσαρμοστική συμπεριφορά που συνδέεται με πρόσφατη λήψη ψυχοτρόπου ουσίας. Οι εκδηλώσεις της τοξίκωσης μπορεί να εξατομικεύονται σε μεγάλο βαθμό κι εξαρτώνται από παράγοντες όπως η δόση, οι περιστάσεις κι η προσωπικότητα του χρήστη.

β) Ανοχή. Μεγαλύτερη ποσότητα της ουσίας απαιτείται για την επίτευξη τοξίκωσης, ή η ίδια ποσότητα της ουσίας έχει ασθενέστερα αποτελέσματα μετά από παρατεταμένη ή βαριά χρήση.

γ) Κατάχρηση. Δυσπροσαρμοστική χρήση της ουσίας που προκαλεί επανειλημμένα προβλήματα και δυσμενείς συνέπειες (π.χ. χρήση σε επικίνδυνες καταστάσεις, προβλήματα με το νόμο).

δ) Τοξικομανής. Μη επιστημονικός όρος, που δηλώνει άτομο με ψυχολογική εξάρτηση, συμπεριφορά αναζήτησης της ουσίας, σωματική εξάρτηση, ανοχή και συναφή έκπτωση της σωματικής και ψυχικής υγείας. Χρησιμοποιείται ακόμα, παρόλο που έχει αποσυρθεί επίσημα

ε) Αποτοξίνωση. Η διακοπή της χρήσης των ψυχοτρόπων ουσιών. Ωστόσο, για άτομα με σωματική εξάρτηση, η απεξάρτηση ορίζεται ως η αντιμετώπιση του στερητικού συνδρόμου (Rosenblatt, Nagy, Mekhail, 2005) από την ιατρική ορολογία.

στ) Οπιοφοβία. Ο φόβος της ανάπτυξης εξάρτησης με την έκθεση σε οπιοειδές.

ζ) Θεραπευτική εξάρτηση. Συμπεριφορά που παρουσιάζουν ασθενείς με χρόνιο πόνο κι ανεπαρκή ανακούφιση από τα αναλγητικά, που χαρακτηρίζεται από τη συσσώρευση αναλγητικών, με σκοπό τον επαρκή έλεγχο του πόνου (Compton, Darakjian, Miotto, 1998). Παρόμοια συμπεριφορά παρατηρείται και σε άλλες κατηγορίες ασθενών, όπως οι διαβητικοί, χωρίς να παρεξηγείται ως εξάρτηση.

η) Ψευδοεξάρτηση. Όρος που χρησιμοποιήθηκε για να περιγράψει την συμπεριφορά ασθενών με πόνο, που μπορεί να προκύψει όταν χορηγούνται ανεπαρκείς δόσεις αναλγητικών και οδηγεί στην εμφάνιση συμπεριφοράς αναζήτησης ουσιών (Weissman, Haddox, 1989). Οφείλεται επομένως στην ανεπαρκή αντιμετώπιση του πόνου κι επομένως η επαρκής ανακούφισή του εξαλείφει την παθολογική συμπεριφορά.

θ) Αποκατάσταση. Κατάσταση σωματικής και ψυχολογικής υγείας, κατά την οποία η απουσία χρήσης ψυχοτρόπου ουσίας είναι πλήρης και σταθερή. Πρακτικά, αυτό μπορεί να γίνει σε κλινικό επίπεδο, βασισμένη στην πιο πλήρη δυνατή θεραπεία με βάση τη σοβαρότητα και το επίπεδο της προβληματικής και στην ποιότητα και διάρκεια της απουσίας.

ι) Απεξάρτηση. Απουσία ενεργών συμπτωμάτων και σημείων. Αυτό περιλαμβάνει απουσία χρήσης, για μια σημαντική περίοδο ζωής του χρήστη. Μετά από μια περίοδο απεξάρτησης, που μπορεί να ποικίλει ανάλογα με τον χρήστη, ένα επίπεδο αποκατάστασης έχει επιτευχθεί.

V) Συνύπαρξη τοξικομανίας και ψυχικής διαταραχής

Μέρος του προβλήματος της τοξικομανίας, αποτελεί και το φαινόμενο της «διπλής διάγνωσης», της συνύπαρξης δηλαδή τοξικομανίας και ψυχικής διαταραχής. Κι αυτό γιατί τα άτομα αυτά βρίσκονται παντού, στα προγράμματα απεξάρτησης ή συντήρησης όλων των τύπων, στα ψυχιατρεία, δημόσια ή ιδιωτικά, στις φυλακές, στους δρόμους. Αποτελούν εξιλαστήρια θύματα της κοινωνίας, εκφραστές της βαθιάς κρίσης της και φορέα της κοινωνικής δυσφορίας που αποτυπώνεται με βαθιά οδύνη στον ευαίσθητο ψυχισμό τους (Μάτσα, 2008). Κι όπως φαίνεται από τη διεθνή βιβλιογραφία, οι τοξικομανείς παρουσιάζουν ψυχικές διαταραχές σε μεγαλύτερη συχνότητα από τον γενικό πληθυσμό. Αλλά και τα άτομα που παρουσιάζουν ψυχικές διαταραχές έχουν μεγαλύτερη επιρρέπεια στην τοξικομανία. Μάλιστα, μελέτες έχουν δείξει ότι η ύπαρξη ψυχικής νόσου είναι ισχυρότερος προγνωστικός παράγοντας για την ανάπτυξη τοξικομανίας, από την απλή χρήση ή τα προβλήματα της χρήσης ουσιών.

Σύμφωνα με την έρευνα Golden Burden of Disease της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας και της Παγκόσμιας Τράπεζας, η επιβάρυνση από ψυχικές νόσους στις αρχές του 1990 αποτελούσε το 9,5% όλων των νόσων, ενώ το 2020 θα ανέλθει στο 13,5%. Στις αναπτυσσόμενες χώρες τα αντίστοιχα ποσοστά είναι 19,4% για το 1990 και 21,9% για το 2020 (Μαδιανός, 2003). Είναι χαρακτηριστικό ότι σε περιόδους οικονομικών κρίσεων αυξάνεται το ποσοστό ψυχικών διαταραχών στο γενικό πληθυσμό, όπως κι η εισαγωγή ασθενών στα ψυχιατρεία, ενώ μειώνεται το ποσοστό κοινωνικής αποκατάστασης ψυχικά ασθενών (Warner, 1994). Και το χειρότερο είναι ότι με τη μείωση των κονδυλίων για την ψυχική υγεία κι η κατάργηση ψυχιατρικών μονάδων κι υπηρεσιών, μειώνει την παροχή κοινωνική φροντίδα κι αποκατάσταση, κι οδηγεί πολλούς ασθενείς στο δρόμο και στη χρήση ουσιών.

Τα ποσοστά που αφορούν την επικράτηση κάποιας μορφής ψυχικής διαταραχής σε τοξικομανείς ποικίλλουν κι είναι αρκετά υψηλά. Ανάλογα με τον τύπο της

διαταραχής, κυμαίνεται μεταξύ 20% και 90% (Λιάπας, Παπαρρηγόπουλος, Τζαβέλας, Χριστοδούλου, 2001. Olfson, Shea, Feder, Fuentes, Nomura, Gameroff, et al. 2000). Το μέσο ποσοστό βέβαια της συννοσηρότητας τοποθετείται γύρω στο 50% (Kessler, 2004. Drake, Mueser, Brunette, 2007). Το ίδιο ποσοστό (50%) ισχύει και για την ισόβια επικράτηση της μετατραυματικής διαταραχής άγχους, ενώ το ένα τέταρτο με ένα τρίτο αυτών παρουσιάζει ενεργό διαταραχή (Ouimette, Brown, Najavits, 1998). Η επικράτηση οποιασδήποτε συναισθηματικής ή αγχώδους διαταραχής κυμαίνεται συνήθως μεταξύ 15- 30% (Kranzler, Rounsaville, 1997), με συχνότερη την διπολική (Kessler, 2004), ενώ στις διαταραχές προσωπικότητας είναι ακόμα υψηλότερη, κυμαινόμενη μεταξύ 30% και 75% (Verheul, Van Den Brink, Hartgers, 1995). Βρέθηκε επίσης ότι η πιθανότητα συνύπαρξης διαταραχών άγχους ή συναισθήματος με κάποια διαταραχή προσωπικότητας είναι μεγαλύτερη από το να μην συνυπάρχουν, με ισχυρότερη την συνύπαρξη της αποφευκτικής που είναι 3,6 φορές πιθανότερο να συνυπάρχει με κάποια συναισθηματική διαταραχή, από το να μην συνυπάρχει (Verheul, Kranzler, Poling, Ball, Rounsaville, 2000). Σημαντικό ρόλο πάντως στην εκτίμηση της επικράτησης παίζει αν η μελέτη αφορά ψυχιατρικούς ασθενείς ή πληθυσμούς εξειδικευμένων κέντρων απεξάρτησης (Ades, 1999). Πάντως, και στους ψυχιατρικούς ασθενείς, ο ισόβιος επιπολασμός της τοξικομανίας κυμαίνεται στο 40 με 60% (Mueser, Bennett, Kushner, 1995. Cuffel, 1996. Drake, Mercer-McFadden, Mueser, McHugo, Bond, 1998. Kessler, 2004).

Ο Miller κι οι συνεργάτες του (1997) υπογραμμίζουν ότι η επικράτηση ψυχιατρικών συμπτωμάτων στα εξαρτημένα άτομα είναι πολύ υψηλή και φτάνει στο 80% περίπου, έναντι 20% στον γενικό πληθυσμό. Σε μια μελέτη με εφήβους (Shrier, Harris, Kurland, Knight, 2003) το ποσοστό εμφάνισης ψυχιατρικής συμπτωματολογίας σε εξαρτημένα παιδιά έφτανε στο 80%, με τις αγχώδεις διαταραχές συχνότερο σύμπτωμα (60%). Όμως ο επιπολασμός των ψυχιατρικών διαταραχών βρέθηκε να είναι 17%, όσο δηλαδή και στον γενικό πληθυσμό. Φαίνεται λοιπόν ότι η επικράτηση στους τοξικομανείς ψυχικών διαταραχών ανεξάρτητα από την τοξικομανία δεν είναι πιο υψηλή από τον γενικό πληθυσμό.

Στις καταστάσεις εξάρτησης από οπιούχα, οι διαταραχές που συνυπάρχουν είναι συνήθως καταθλιπτικού τύπου, με συχνότερη την κατάθλιψη. Σε άλλες μελέτες εμφανίζονται αγχώδεις ή φοβικές διαταραχές (Kosten, Rounsaville, 1986. Mirin, Weiss, 1986), ενώ ορισμένοι ερευνητές συσχετίζουν την παρουσία της κατάθλιψης με την σοβαρότητα της εξάρτησης (Dackis, Gold, 1984).

Η επικράτηση της μείζονος κατάθλιψης στους κοκαΐνομανείς φτάνει στο 32% (Myers, Weissman, Tishler, Holzer, Leaf, Orvaschel, et al., 1984. Rounsaville, Anton, Carroll, Budde, Prusoff, Gawin, 1991). Εμφανίζονται επίσης κρίσεις πανικού, επεισόδια νευρικής ανορεξίας ή βουλιμίας, σχιζοφρενικόμορφα ψυχωτικά επεισόδια, σεξουαλικές διαταραχές, αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας, κ.ά. (Grella, Joshi, Hser, 2003). Όλες αυτές οι διαταραχές είναι συνήθως δευτεροπαθείς, αφού καμιά μελέτη ως τώρα δεν έχει δείξει την επικράτηση των διαταραχών αυτών ανεξάρτητα από τη χρήση κοκαΐνης. Στις περιπτώσεις εξάρτησης από κάνναβη παρουσιάζονται δυσθυμικές καταστάσεις στο ένα τρίτο των περιπτώσεων, άγχος, ευερεθιστότητα, και ψυχωτικού τύπου εκδηλώσεις (Λιάπας, 2001).

Με βάση λοιπόν και τα παραπάνω, η συνύπαρξη τοξικομανίας και ψυχικής διαταραχής κατατάσσεται σε τρεις κατηγορίες, οι οποίες διακρίνονται για την πολυμορφία και την ανομοιογένειά τους:

Α) οι ψυχιατρικές διαταραχές είναι πρωτοπαθείς κι η τοξικομανία δευτεροπαθής, αντιπροσωπεύοντας μια προσπάθεια αυτοϊασης του ψυχικά ασθενούς.

Β) οι ψυχικές διαταραχές είναι δευτεροπαθείς στην τοξικομανία. Συνδέονται με τη χημική δράση των ουσιών και τις αρνητικές ψυχοκοινωνικές συνέπειες της χρήσης. Για αυτό η προσεκτική λήψη του ιστορικού κι η κλινική εξέταση προσδιορίζει ξεκάθαρα την χρονολογική σειρά εμφάνισης κάθε διαταραχής και την παρουσία της και σε άλλα μέλη της οικογένειας (Schukit, Tipp, Buckholz, 1997).

Γ) οι ψυχικές διαταραχές κι η εξάρτηση δε συσχετίζονται αιτιολογικά, αλλά απλώς συνυπάρχουν, επηρεάζοντας η μία την άλλη.

Τα άτομα με συννοσηρότητα είναι διπλά στιγματισμένα. Από το κοινωνικό σύνολο θεωρούνται διπλά επικίνδυνα κι αντιμετωπίζονται με αποστροφή, με αποτέλεσμα να ωθούνται στην περιθωριοποίηση και την παραβατικότητα. Δεν είναι σπάνιες οι βίαιες ή αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές, απόρροια της προβληματικής και της απόγνωσης τους.

Πέρα από τα κοινωνικά, υπάρχουν και τα θεραπευτικά προβλήματα. Τα άτομα με συννοσηρότητα θεωρείται ότι έχουν χειρότερη πρόγνωση και κάνουν συχνότερα υποτροπές. Μελέτες έδειξαν ότι οι συνυπάρχουσες διαταραχές έχουν χρονιότερη (Hagnell, Grasbeck, 1990. Murphy, 1990. Kessler, 1995) και δυσμενέστερη πορεία (Farris, Brems, Johnson, Wells, Burns, Kletti, 2003. Riggs, Rukstalis, Volpicelli, Kalmanson, Foa, 2003) από τις μονήρεις. Το επιβαρημένο οικογενειακό ιστορικό, οι υπολειμματικές ψυχικές λειτουργίες και κοινωνικές δεξιότητες οπωσδήποτε

επιδεινώνουν την κατάσταση. Συχνά, συνυπάρχουν κι άλλα, παθολογικά προβλήματα, όπως το AIDS, που κάνουν ακόμα πιο δύσκολη και περίπλοκη την αντιμετώπιση των περιστατικών αυτών (Batki, 1990. Hoffman, Provatas, Lyver, Kanner, 1991). Η σοβαρότητα δε της ψυχικής διαταραχής θεωρείται ότι αποτελεί προγνωστικό δείκτη για την θεραπεία απεξάρτησης (Maclellan, 1986. Haller, Miles, Dawson, 2002) και το ποσοστό των τοξικομανών που αποτοξινώνονται σε βάθος χρόνου μειώνεται (Ritscher, McKellar, Finney, Otilingam, Moos, 2002). Τα άτομα αυτά επίσης έχουν τα μεγαλύτερα ποσοστά διακοπών από τα προγράμματα απεξάρτησης (drop- out), σε ποσοστό 50% και μεγαλύτερο (Stark, 1992. Araujo, Goldberg, Eyma, Madhusoodanan, Buff, Shamim, et al., 1996), ιδιαίτερα όταν η ψυχική διαταραχή είναι σοβαρή (Brown, Huba, Melhior, 1995. Brown, Melhion, Huba, 1999). Διάφορες μελέτες έχουν δείξει ότι η ύπαρξη ψυχολογικών συμπτωμάτων, όπως η κατάθλιψη, η σχιζοφρένεια, η σωματοποίηση, η αγοραφοβία κι η επιθετικότητα συνδέεται με διακοπή της απεξάρτησης (Cuffel, Chase, 1994. Petry, Bickel, 2000. Strantz, Welch, 1995. Williams, Roberts, 1991, Shanahan, Lincoln, Horton, Saitz, Winter, Samet, 2005, Lanheim, Bakken, Vaglum, 2006). Σε μια προοπτική μελέτη μάλιστα των Ravndal και Vaglum (1998) η ψυχοπαθολογία κι οι διαταραχές προσωπικότητας συνδέθηκαν κυρίως με τον κίνδυνο του θανάτου.

Υπάρχει όμως κι η άποψη ότι η συννοσηρότητα δεν αποτελεί πάντα κακή πρόγνωση. Αντίθετα, μπορεί να παίζει θετικό ρόλο στη διαδικασία της απεξάρτησης. Έχει βρεθεί ότι τα καταθλιπτικά συμπτώματα βρίσκονται συχνά στο επίκεντρο του αιτήματος του τοξικομανούς που απευθύνεται σε ένα πρόγραμμα απεξάρτησης (Lamb, 1982. Shanahan, Lincoln, Horton, Saitz, Winter, Samet, 2005, Lanheim, Rossler, 2006). Το ιστορικό κατάθλιψης ή απόπειρας αυτοκτονίας μπορεί να οδηγήσει στην μεγαλύτερη παραμονή αυτών των ατόμων στο πρόγραμμα και την μείωση της χρήσης ουσιών (Rao, Broome, Simpson, 2004), ενώ η αντιμετώπιση της ψυχικής διαταραχής μπορεί να μειώσει το drop- out. Οπωσδήποτε, οι περισσότερες από τις μελέτες αυτές συμφωνούν ότι η έγκαιρη διάγνωση κι αντιμετώπιση των ατόμων αυτών μπορεί να μειώσει τα ποσοστά των drop- outs και των υποτροπών από τα προγράμματα απεξάρτησης. Μια πρόσφατη μελέτη που πραγματοποιήθηκε στο πρόγραμμα απεξάρτησης του «18 Άνω» έδειξε υποχώρηση των δεικτών της ψυχοπαθολογίας προοδευτικά από φάση σε φάση του προγράμματος, φανερώνοντας την ανάγκη για έγκαιρη διάγνωση των περιστατικών με διπλή διάγνωση και σωστή οργάνωση των

υπηρεσιών ψυχικής υγείας, για παροχή αποτελεσματικής περίθαλψης (Ντόβας, Ντάνης, Πίσπας, 2008).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο:

ΠΟΝΟΣ ΚΑΙ ΤΟΞΙΚΟΜΑΝΙΑ

1) Εισαγωγή

Τα οπιοειδή έχουν αποδειχθεί χρήσιμα στην αντιμετώπιση του οξέος πόνου, καθώς και στον καρκινικό πόνο (Hojsted & Sjogren, 2006). Τα τελευταία 25 χρόνια επίσης έχουν χρησιμοποιηθεί κατά πολύ και στην αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου. Στις Ηνωμένες Πολιτείες, η ιατρική χρήση των οπιοειδών αυξήθηκε την δεκαετία του 1990, ενώ παράλληλα η κατάχρησή τους φαινόταν σταθερή κατά την ίδια περίοδο (Joranson, Ryan, Gilson, 2000). Ωστόσο, από το 1997 και για την επόμενη πενταετία (Gilson, Ryan, Joranson, Dahl, 2004) η ιατρική χρήση των τεσσάρων πιο συχνών οπιοειδών που χρησιμοποιούνται στην αντιμετώπιση του πόνου αυξήθηκε εντυπωσιακά: μορφίνη 73%, υδρομορφίνη 96%, φαιντανύλη 226% και οξυκοδόνη 403%. Την ίδια περίοδο η κατάχρηση των οπιοειδών αναλγητικών από 5,75% για όλα τα φάρμακα το 1997 ανήλθε στο 9,85% το 2002. σύμφωνα με παλαιότερη πηγή, η πλειοψηφία των συνταγογραφούμενων φαρμάκων που χρησιμοποιήθηκαν καταχρηστικά αποκτήθηκαν με νόμιμη διανομή (GAO, 1982). Στην Δανία, η οποία έχει υψηλό ποσοστό χρήσης οπιοειδών αναλγητικών για το χρόνιο καλοήγη πόνο, νεότερες μελέτες έδειξαν ότι περίπου το 3% του πληθυσμού χρησιμοποιεί οπιοειδή συστηματικά (Eriksen, Jensen, Sjogren, Ekholm, Rasmussen, 2003), ενώ το 55- 71% των ασθενών με χρόνιο καλοήγη πόνο που επισκέπτεται ιατρεία πόνου λαμβάνει ήδη οπιοειδή αναλγητικά (Aronoff & McAlary, 1992. Becker, Thomsen, Olsen, Sjogren, Bech, Eriksen, 1997).

Η μακροχρόνια θεραπεία με οπιοειδή μπορεί να επιπλακεί με την εμφάνιση ανοχής, εξάρτησης, εθισμού, υπερευαισθησίας στον πόνο, γνωσιακή δυσλειτουργία, ορμονικές αλλαγές κι ευαισθητοποίηση του ανοσοποιητικού (Savage, 1996. Bedsen, Hensing, Ebeling, Schedin, 1999. Breivik, 2001. Ballantyne & Mao, 2003). Το μεγαλύτερο μέρος της βιβλιογραφίας περιλαμβάνει απλές καταμετρήσεις και αναφορές περιστατικών, ενώ νεότερες συστηματικές ανασκοπήσεις με τυχαιοποιημένες μελέτες θεραπείας πόνου με οπιοειδή, έδειξαν μέγιστη διάρκεια θεραπείας τους 8 μήνες (Ballantyne και συν., 2003. Kalso, Edwards, Moore, McQuay, 2004). Προφανώς, τόσο η διάρκεια της μελέτης, όσο και το μικρό δείγμα πληθυσμού,

δεν επιτρέπουν ασφαλή συμπεράσματα για το πρόβλημα της εξάρτησης. Μια πρόσφατη συστηματική ανασκόπηση (Martell, O'Connor, Kerns, Becker, Morales, Konsten, et al. 2007) έδειξε ότι ο ισόβιος επιπολασμός της τοξικομανίας στους ασθενείς με χρόνια οσφυαλγία κυμαινόταν μεταξύ 36% και 56%, ενώ για την ενεργό τοξικομανία φτάνει στο 43%. Η παθολογική συμπεριφορά αναζήτησης φαρμάκων κυμαινόταν μεταξύ 5% και 24%. Σε ασθενείς με χρόνιο πόνο, τα οπιοειδή μπορεί να είναι μέρος της λύσης, αλλά αργότερα μετατρέπονται σε σημαντικό μέρος του προβλήματος (Eriksen, 2001). Ο πόνος δεν μπορεί να αντιμετωπιστεί επαρκώς όταν περιπλέκεται με την εμφάνιση εξάρτησης και μπορεί να επιδεινωθεί επιπλέον (Compton, 1994. Mao, Price, Mayer, 1995. Savage, 1996). Για αυτό, είναι ουσιαστική η ικανότητα για αναγνώριση κι αντιμετώπιση εξάρτησης από οπιοειδή κατά τη διάρκεια μακροχρόνιας θεραπείας με οπιοειδή σε ασθενείς με χρόνιο πόνο.

II) Ορισμοί

Σύμφωνα με τους ορισμούς της Αμερικάνικης Ιατρικής Ένωσης (Rinaldi, Steindler, Wilford, 1988) και της Εταιρείας Πόνου στο Ηνωμένο Βασίλειο (The Pain Society, 2004) η εξάρτηση σε οπιοειδές αναλγητικό «είναι μια παθολογική χρήση των οπιοειδών σε βάρος της σωματικής και/ ή της ψυχολογικής υγείας και/ ή της κοινωνικής λειτουργικότητας του χρήστη. Σημάδια παθολογικής χρήσης αποτελούν η ενασχόληση με την απόκτηση και χρήση οπιοειδών, απώλεια ελέγχου της χρήσης τους κι η κατάχρηση. Η εξάρτηση μπορεί να οριστεί μόνο από την διαρκή παρατήρηση των συμπεριφορών αυτών, κι όχι μόνο από ένα περιστατικό». Η Αμερικάνικη Ακαδημία της Ιατρικής του Πόνου, η Αμερικάνικη Εταιρεία Πόνου κι η Αμερικάνικη Εταιρεία των Εξαρτήσεων (American Society of Addiction Medicine, 2001) περιγράφουν την εξάρτηση από τα οπιοειδή αναλγητικά ως «κυρίαρχη, χρόνια και νευροβιολογική διαταραχή, με γενετικούς, ψυχοκοινωνικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες που επηρεάζουν την ανάπτυξη και την εκδήλωσή της. Χαρακτηρίζεται από συμπεριφορές που περιλαμβάνουν τουλάχιστον ένα από τα παρακάτω: απώλεια ελέγχου της χρήσης, παθολογική χρήση, συνέχισή της παρά την προκαλούμενη βλάβη και κατάχρηση».

Ο Portenoy (1990, 2004) έχει προτείνει τον ακόλουθο ορισμό για την εξάρτηση σε ασθενείς που λαμβάνουν οπιοειδή αναλγητικά για χρόνιο πόνο: «είναι ένα ψυχοκοινωνικό και συμπεριφορικό φαινόμενο που χαρακτηρίζεται από την παρουσία

ψυχολογικού εθισμού, παθολογικής χρήσης και/ ή άλλων αποκλινουσών συμπεριφορών αναζήτησης ουσιών». (Πίνακας I):

Πίνακας I

Κριτήρια διάγνωσης εξάρτησης στο πλαίσιο ασθενών που λαμβάνουν οπιοειδή αναλγητικά για χρόνιο πόνο

Η εξάρτηση είναι ένα ψυχολογικό και συμπεριφορικό σύνδρομο που χαρακτηρίζεται από

1. έντονη επιθυμία για το φάρμακο κι υπερβολική ανησυχία για την συνεχιζόμενη διαθεσιμότητά του (ψυχολογικός εθισμός).
2. ύπαρξη παθολογικής χρήσης, χαρακτηριζόμενης από
 - α. ασύστολη αύξηση της δόσης
 - β. συνεχόμενη χορήγηση παρά τις ανεπιθύμητες ενέργειες
 - γ. χρήση φαρμάκων για την καταπολέμηση συμπτωμάτων εκτός της θεραπείας
 - δ. μη εγκεκριμένη χρήση σε περιόδους χωρίς συμπτωματολογία πόνου
3. παρουσία μίας ή περισσότερων συμπεριφορών που περιλαμβάνουν
 - α. χειρισμός του θεράποντα ιατρού ή του ιατρικού συστήματος για την απόκτηση επιπλέον φαρμάκων
 - β. απόκτηση φαρμάκων από άλλες ιατρικές πηγές ή από μη ιατρικές πηγές
 - γ. συσσώρευση ή πώληση των φαρμάκων
 - δ. μη εγκεκριμένη χρήση άλλων φαρμάκων (ειδικά αλκοόλ ή ηρεμιστικών κατά τη διάρκεια της θεραπείας με τα οπιοειδή αναλγητικά)

Πηγή: Portenoy, 1990

Αρκετές προσπάθειες για τον καθορισμό της ορολογίας έχουν επιχειρηθεί. Η Επιτροπή Σύνδεσης Πόνου και Εξάρτησης που δημιουργήθηκε από την Αμερικανική Εταιρεία Πόνου, την Αμερικανική Ακαδημία Ιατρικής Πόνου και την Αμερικανική Εταιρεία των Εξαρτήσεων (Savage, Joranson, Covington, Schnoll, Heit, Gilson, 2003) αποφάσισαν από κοινού να χρησιμοποιούν τον όρο «εξάρτηση» (addiction) για αρκετούς λόγους. Ένας λόγος είναι η ομοιότητα των όρων σωματική εξάρτηση,

ουσιοεξάρτηση και φαρμακευτική εξάρτηση. Άλλος λόγος είναι ότι οι όροι αυτοί δεν αντανακλούν πια την τρέχουσα αντίληψη για την επιστημονική βάση της «εξάρτησης». Ο Savage κι οι συνεργάτες του (2003) τονίζουν τη σημασία τριών βασικών συστατικών για την κατανόηση του όρου της «εξάρτησης», κι η ορολογία που σχετίζεται με την εξάρτηση πρέπει να αντανακλά αυτές τις έννοιες: (1) αν κι ορισμένες ουσίες παράγουν ευχαρίστηση, κρίσιμοι προσδιοριστές της εξάρτησης συνδέονται και με τον χρήστη, (2) η εξάρτηση είναι μια πολυπαραγοντική διαταραχή με νευροβιολογικές και ψυχολογικές διαστάσεις, (3) η εξάρτηση είναι ένα φαινόμενο ξεχωριστό της σωματικής εξάρτησης και της ανοχής.

III) Συμπεριφορικές απόψεις της εξάρτησης

Έχουμε τονίσει παραπάνω ότι η τοξικομανία είναι μια ψυχολογική και συμπεριφορική κατάσταση και περικλείει τρεις τύπους φαινομένων εκτροπής της συμπεριφοράς, σχετιζόμενους με την χρήση. Πρώτον, απώλεια ελέγχου της χρήσης των ψυχοτρόπων ουσιών, παθολογική χρήση, κατάχρηση και συνέχιση της χρήσης παρά την βλάβη που προκαλείται από αυτή. Ο Portenoy (1990, 2004) δημιούργησε μια λίστα συμπεριφορών σχετιζόμενων με την τοξικομανία, που μπορεί να προκαλέσουν υποψίες για τοξικοεξάρτηση σε ασθενείς που λαμβάνουν οπιοειδή αναλγητικά. (Πίνακας II):

Πίνακας II

Συμπεριφορές σχετιζόμενες με την τοξικομανία που προκαλούν υποψίες για πιθανή τοξικοεξάρτηση σε ασθενείς που λαμβάνουν οπιοειδή αναλγητικά για την αντιμετώπιση χρόνιου πόνου

Μεγαλύτερη πιθανότητα για τοξικοεξάρτηση

Πώληση συνταγογραφούμενων φαρμάκων

Πλαστογράφιση ιατρικών συνταγών

Κλοπή ή χρήση φαρμάκων από τρίτους

Ενδομυϊκή χρήση per os αγωγής

Κατοχή συνταγογραφούμενων φαρμάκων από μη ιατρικές πηγές

Κατάχρηση αλκοόλ ή ψυχοτρόπων ουσιών

Μη συμμόρφωση με τη θεραπεία, παρά τις περί του αντιθέτου προειδοποιήσεις
Πολλαπλά επεισόδια «απώλειας» της ιατρικής συνταγής
Επαναλαμβανόμενη συνταγογράφηση από άλλους ιατρούς ή τα επείγοντα νοσοκομείων χωρίς την ενημέρωση του συνταγογράφου, ή μετά από παραίνεση για παύση της χρήσης
Ενδείξεις περιορισμού της ικανότητας για εργασία, της οικογενειακής και της κοινωνικής λειτουργικότητας, ή κοινωνική εικόνα εξάρτησης από ψυχοτρόπες ουσίες
Συνεχής αντίσταση σε αλλαγές στην θεραπεία, παρά την ύπαρξη αδιαμφισβήτητων ενδείξεων σωματικής ή και ψυχολογικής εξάρτησης από τα φάρμακα

Μικρότερη πιθανότητα για τοξικοεξάρτηση

Επιθετικά παράπονα για την ανάγκη μεγαλύτερης αγωγής
Συσσώρευση φαρμάκων σε περιόδους ύφεσης της συμπτωματολογίας
Απαίτηση για συγκεκριμένα φάρμακα
Φανερή αναζήτηση παραπλήσιας δράσης φαρμάκων από άλλες ιατρικές πηγές
Χωρίς έγκριση αύξηση της δοσολογίας ή μη συμμόρφωση με τη θεραπεία γενικά, σε μία ή δύο περιπτώσεις
Αυθαίρετη χρήση της αγωγής για την αντιμετώπιση άλλων συμπτωμάτων
Αναφερόμενες ψυχολογικές επιδράσεις μη επιθυμητές από τον θεράποντα ιατρό
Αντίσταση στην αλλαγή της αγωγής εξαιτίας «ανεκτών» ανεπιθύμητων ενεργειών με την έκφραση φόβου για την επιστροφή της επώδυνης συμπτωματολογίας

Πηγή: Portenoy, 1990, 2004

Άλλες συμπεριφορές έχουν προταθεί από τον Savage (1993), όπως η συχνή καθυστέρηση ή απώλεια ραντεβού, συχνή αναφορά παρενεργειών που περιορίζουν τις επιλογές της θεραπείας, αίτημα για συνταγογράφηση προς το τέλος της εξέτασης, ιστορικό μη θεραπευτικής ανταπόκρισης εκτός των οπιοειδών, προβληματική συνεργασία με πληθώρα ιατρών και αδυναμία εντοπισμού της προέλευσης της διαταραχής του πόνου. Χαρακτηριστικά, ο Savage (2002) έδωσε μια λίστα από συμπεριφορές που μπορεί να υποδεικνύουν τοξικοεξάρτηση: “Αναζητήστε τα 4 C’s” (Πίνακας III). Οποιαδήποτε από αυτές τις συμπεριφορές μπορεί να προκύψει περιοδικά σε ασθενείς με σωστή χρήση οπιοειδών αναλγητικών, αλλά η εμφάνιση

αυτών των συμπεριφορών σε ρυθμισμένη θεραπεία πόνου οδηγεί στην ανάγκη για μια εκ νέου αξιολόγηση:

Πίνακας III

Συμπεριφορά ύποπτη για τοξικοεξάρτηση σε ασθενείς υπό αγωγή με οπιοειδή αναλγητικά (Looking for the 4 C's)

Αντίστροφες επιπτώσεις (Adverse Consequenses) εξαιτίας της χρήσης

Τοξίκωση/ Υπνηλία/ Νάρκωση

Μειωμένη λειτουργικότητα

Ευερέθιστη/ Αγχώδης/ Ασταθής διάθεση

Αυξανόμενες διαταραχές ύπνου

Αυξανόμενη επώδυνη συμπτωματολογία

Αυξανόμενη δυσλειτουργική επικοινωνία

Αδυναμία ελέγχου της χρήσης, παθολογική χρήση (Impaired Control over use/ Compulsive use)

Αναφορές για απώλεια ή κλοπή των συνταγών ή των φαρμάκων

Συχνή πρόωρη ανανέωση της αγωγής

Επείγουσες κλήσεις ή απρογραμματίστες συναντήσεις

Κατάχρηση άλλων φαρμάκων ή αλκοόλ

Αδυναμία εμφάνισης της αγωγής κατόπιν αιτήσεως

Απόσυρση παρατηρούμενη κατά τις ιατρικές επισκέψεις

Αναφορά από παρατηρητές για κατάχρηση ή σποραδική χρήση

Ψυχολογική εξάρτηση (Craving)

Απώλεια ιατρικών επισκέψεων εκτός αυτών που αναμένεται συνταγογράφηση

Άρνηση δοκιμής μη οπιοειδών αναλγητικών

Αδυναμία ανοχής των περισσότερων φαρμάκων

Απαίτηση φαρμάκων μεγάλης δραστηριότητας

Μη ανακούφιση με οτιδήποτε εκτός των οπιοειδών αναλγητικών

Πηγή: Savage, 2002

Μια ακόμα λίστα χρήσιμων ερωτήσεων, οι απαντήσεις στις οποίες μπορεί να βοηθήσουν στο καθορισμό του κατά πόσο φάρμακα, ιδίως οπιοειδή, χρησιμοποιούνται από ασθενείς με λανθασμένο τρόπο, δημιουργήθηκε από τους Sees και Clark (1993). (Πίνακας IV). Μερικές από αυτές τις ερωτήσεις απαιτούν επανειλημμένη κλινική αξιολόγηση, ώστε να προκύψουν χρήσιμα συμπεράσματα (για παράδειγμα, επεισόδια απώλειας συνταγών ή φαρμάκων), ενώ άλλες οδηγούν άμεσα στο συμπέρασμα της ύπαρξης εξάρτησης (για παράδειγμα, κατάχρηση ψυχοτρόπων φαρμάκων).

Πίνακας IV

Χρήσιμες Ερωτήσεις για την διαπίστωση εξάρτησης σε ασθενείς με χρόνιο πόνο

Αξιοπιστία στην λήψη της αγωγής

Παίρνει ο ασθενής οπιοειδή ή άλλα ψυχοτρόπα φάρμακα σύμφωνα με τις οδηγίες;

Συχνότητα; Δόσεις;

Απώλεια του ελέγχου της χρήσης

Κάνει ο ασθενής μερική χρήση της αγωγής στο σπίτι;

Μπορεί να φέρει τα κουτιά για πιστοποίηση;

Ενδείξεις συμπεριφορών αναζήτησης αγωγής

Συχνότητα αναφορών απώλειας αγωγής;

Απαίτηση για φάρμακα υψηλής δραστηριότητας;

Κατοχή συνταγών πολλαπλών ιατρών;

Κατοχή φαρμάκων πολλαπλών φαρμακείων;

Κατάχρηση αγωγής εκτός συνταγής

Αλκοόλ; Κοκαΐνη; Μαριχουάνα; Ηρωίνη; Αμφεταμίνες; Οπιοειδή; Βενζοδιαζεπίνες;

Επαφή με ουσίες του παράνομου εμπορίου

Συγγενείς ή φίλοι που είναι χρήστες παράνομων ουσιών;

Αγορά από τον ασθενή παράνομων ουσιών για διάφορες χρήσεις;

Αρνητικές επιπτώσεις στην καθημερινότητα μη οφειλόμενες στο χρόνιο πόνο

Ανικανότητα για εργασία;

Απώλεια φίλων ή επαφής με συγγενείς;

Απώλεια ενδιαφέροντος για δημιουργικές δραστηριότητες;

Αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία του ασθενούς;

Συνεργασία με το θεραπευτικό πλάνο κι εναλλακτικές τεχνικές αντιμετώπισης του πόνου

Αποφυγή καταστάσεων που προκαλούν πόνο;

Χρήση μη εξαρτησιογόνων φαρμάκων;

Χρήση φυσικοθεραπείας;

Χρήση tens ή βιοανάδρασης;

Αυτές οι ερωτήσεις πρέπει επίσης να γίνονται και σε συγγενείς για την αξιολόγηση των πληροφοριών του ασθενή

Πηγή: Sees and Clark, 1993

Σε μια αναδρομική μελέτη 20 ασθενών υπό αγωγή με οπιοειδή και προβλήματα εξάρτησης, οι Dunbar και Katz (1996) προσδιόρισαν την παρουσία έξι κριτηρίων συμπεριφοράς: μη εγκεκριμένη αύξηση της δόσης περισσότερο από μία φορά σε ένα τρίμηνο, συχνά τηλεφωνήματα στο ιατρείο πόνου τουλάχιστον δύο το μήνα, συνταγογράφηση από διαφορετικούς ιατρούς και επισκέψεις στα Επείγοντα, απώλεια ή αναφορά για κλοπή της συνταγής, περισσότερες από τρεις έκτακτες επισκέψεις στο ιατρείο πόνου σε ένα χρόνο, πολλαπλές δυσανεξίες σε φάρμακα ή αντίσταση στην αλλαγή του συνταγογραφούμενου οπιοειδούς. Διαπιστώθηκε επίσης ότι τα κριτήρια συνδέονται στενά μεταξύ τους και με την διάγνωση της εξάρτησης που έγινε από τον θεράποντα ιατρό κατά τη διάρκεια της θεραπείας.

IV) Επίπτωση κι επιπολασμός

Αρκετές μεγάλες μελέτες έχουν πραγματοποιηθεί για το καθορισμό της επίπτωσης της εξάρτησης στο γενικό πληθυσμό. Στις Ηνωμένες Πολιτείες, η Εθνική Επιτροπή

Επιδημιολογίας της Ψυχικής Υγείας πραγματοποίησε συνεντεύξεις σε 20.291 άτομα. Το ποσοστό της ισόβιου επιπολασμού της φαρμακευτικής εξάρτησης στις Ηνωμένες Πολιτείες ήταν 6,1% (Regier, Farmer, Rae, Locke, Keith, Judd, et al, 1990). Η Εθνική Επιθεώρηση Συννοσηρότητας επίσης , μια δομημένη διαγνωστική συνέντευξη, υπολόγισε τον επιπολασμό της εξάρτησης σε παράνομες ουσίες, μη ιατρικές συνταγές ψυχοτρόπων κι εισπνεόμενων ουσιών. Βρήκαν ότι το 1,8% των ερωτηθέντων πληρούσαν τα κριτήρια για κατάχρηση ή εξάρτηση σύμφωνα με το DSM- III κι ισόβιο επιπολασμό στο 7,5% (Warner, Kessler, Hughes, Anthony, Nelson, 1995). Σε μια μελέτη για τον ισόβιο επιπολασμό των ψυχικών διαταραχών στο γενικό πληθυσμό στη Γερμανία, ο Meyer κι οι συνεργάτες του (2000) βρήκαν – με βάση τα κριτήρια του DSM- IV – τον επιπολασμό της εξάρτησης να φτάνει στο 5,2% και της σωματικής εξάρτησης στο 22,6%.

Προβλήματα εξάρτησης σε νοσηλευόμενους ασθενείς φαίνεται να είναι σπάνια. Το Πρόγραμμα Επιτήρησης Ναρκωτικών της Βοστόνης το 1980 μελέτησε ασθενείς χωρίς ιστορικό κατάχρησης ουσιών που λάμβαναν τουλάχιστον μία δόση οπιοειδούς αναλγητικού κάθε μέρα νοσηλείας. Μόνο τέσσερα περιστατικά εξάρτησης καταγράφηκαν ανάμεσα σε 11.882 νοσηλευόμενους ασθενείς. Τα διαγνωστικά κριτήρια βέβαια για τη διάγνωση της εξάρτησης δεν δημοσιεύτηκαν.

Για τον προσδιορισμό του επιπολασμού των προβλημάτων από τη μακροχρόνια θεραπεία με οπιοειδή αναλγητικά, πραγματοποιήθηκε μια ανασκόπηση της βιβλιογραφίας για θέματα χρήσης ουσιών, κατάχρησης, κακής χρήσης και προβληματικής χρήσης οπιοειδών ανάμεσα σε ασθενείς με καρκίνο και ασθενείς με χρόνιο καλοήγη πόνο, οι οποίοι λάμβαναν οπιοειδή αναλγητικά (Hoysted & Sjogren, 2007). Η ανασκόπηση περιελάμβανε 25 μελέτες ασθενών με χρόνιο καλοήγη πόνο, μία μελέτη ασθενών με δρεπανοκυτταρική αναιμία, 3 μελέτες για ασθενείς με ημικρανία και κεφαλαλγία, και 5 μελέτες για ασθενείς με καρκίνο. Οι μελέτες αυτές κατέγραφαν προβλήματα με την θεραπεία με οπιοειδή αναλγητικά με βάση συμπεριφορικές παρατηρήσεις, τοξικολογικά τεστ ούρων, κριτήρια των DSM- III και DSM- IV και τα κριτήρια του Portenoy. Καμία από τις μελέτες αυτές δεν χρησιμοποίησε τα κριτήρια του ICD- 10. σε μελέτες βασισμένες σε συμπεριφορικά κριτήρια, ο επιπολασμός κυμαινόταν ανάμεσα στο 0% και το 50% για ασθενείς με χρόνιο καλοήγη πόνο κι ανάμεσα στο 0% και το 7,7% σε ασθενείς με καρκίνο. Σε ασθενείς με χρόνιο καλοήγη πόνο όπου τα κριτήρια καθορίζονταν από τους συγγραφείς ο επιπολασμός κυμαινόταν μεταξύ 24% και 27,6%, και στις μελέτες με

κριτήρια τα τοξικολογικά τεστ ούρων μεταξύ 17,2% και 39%. Σε μια μελέτη για καρκινικούς ασθενείς που χρησιμοποιήθηκαν τα κριτήρια του Portenoy, ο επιπολασμός βρέθηκε στο 0,2%. Σε μελέτες που χρησιμοποιήθηκαν τα DSM- III και DSM- IV κριτήρια, ο επιπολασμός κυμαινόταν μεταξύ 1,9% και 37%. Τέλος, σε μια μελέτη τα κριτήρια της εξάρτησης δεν δόθηκαν.

Ένα άλλο πρόβλημα στην εξαγωγή αξιόπιστων συμπερασμάτων από τις μελέτες αυτές, είναι το γεγονός ότι σε κάποιες ο επιπολασμός των προβλημάτων εξάρτησης προέκυπτε από τη σύγκριση με το συνολικό δείγμα ασθενών, ανεξάρτητα της θεραπευτικής αγωγής, ενώ σε άλλες προέκυπτε από τη σύγκριση με ασθενείς που ελάμβαναν οπιοειδή αναλγητικά. 9 από τις μελέτες αυτές ήταν προοπτικές, με περίοδο επανεκτίμησης από 6 εβδομάδες ως αρκετά χρόνια. Σε 4 μελέτες, ασθενείς με ιστορικό κατάχρησης ουσιών ή αλκοόλ εξαιρέθηκαν. Σε 7 μελέτες, δεν διαπιστώθηκε εξάρτηση. 7 μελέτες ήταν αναδρομικές. Ο επιπολασμός ήταν υψηλότερος σε δύο μελέτες με ημικρανία/ κεφαλαλγία, στο 7% και 50%. Σε άλλες μελέτες, κυμαινόταν μεταξύ 1,2% και 5,3%.

Οι υπόλοιπες μελέτες είναι ασθενών- ελέγχου με τα επίπεδα να κυμαίνονται μεταξύ 5% και 49% σε ασθενείς με καλοήγη χρόνιο πόνο και 0- 7,7% σε ασθενείς με καρκίνο. Στην μελέτη του Passik και των συνεργατών του που ο επιπολασμός έφτανε το 44,2%, η μελέτη ήταν αρκετά μεροληπτική, καθώς εστίαζε σε ασθενείς ύποπτους για κατάχρηση ουσιών και συμπεριφορά αναζήτησης ουσιών, οι οποίοι δέχθηκαν τοξικολογικά τεστ ούρων. Συγκεκριμένα, επιλέχθηκαν τυχαία από ένα γκρουπ ασθενών που δέχονταν τεστ ούρων για μια περίοδο 4 ετών.

Συμπερασματικά, αυτά τα αποτελέσματα είναι δύσκολο να ερμηνευτούν, καθώς αρκετές μελέτες δεν καθορίζουν ακριβώς την ορολογία που χρησιμοποιήθηκε για την αξιολόγηση της εξάρτησης, όπως «συμπεριφορά αναζήτησης ουσιών», «εξαρτητική συμπεριφορά», «συμπεριφορά κατάχρησης», κτλ. Οι μελέτες που χρησιμοποιούν τα DSM κριτήρια μπορεί να υπερεκτιμούν τον επιπολασμό καθώς περιλαμβάνουν την ανοχή και το στερητικό σύνδρομο ως κριτήρια για την διάγνωση της εξάρτησης. Επιπλέον, άλλες μελέτες περιλαμβάνουν κι άλλες ψυχοτρόπες ουσίες εκτός των οπιοειδών κι επομένως μπορεί να υπερεκτιμούν τα προβλήματά τους. Αν και τα κριτήρια του ICD- 10 και του Portenoy θεωρούνται από τα πιο ενδεδειγμένα, δυστυχώς, μόλις μία μελέτη χρησιμοποίησε τα κριτήρια αυτά.

V) Πρωτόκολλα αντιμετώπισης

A) Καρκινικός πόνος

Διεθνή πρωτόκολλα για την αντιμετώπιση του καρκινικού πόνου εκδόθηκαν από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας το 1986 και αναθεωρήθηκαν το 1996. Αυτά τα πρωτόκολλα αποτελούν το πρότυπο για την αντιμετώπιση των ασθενών με καρκινικό πόνο και τα οπιοειδή αποτελούν το κύριο όπλο για θεραπεία. Η θεραπεία με οπιοειδή αναλγητικά αποτελεί θεραπεία εκλογής σε σοβαρό πόνο που δεν υποχωρεί με μη οπιοειδή αναλγητικά ή με ήπια οπιοειδή. Τα πρωτόκολλα συνοψίζονται σε πέντε σημεία- κλειδιά: από το στόμα, με το ρολόι, σε σταδιακή αύξηση, εξατομικευμένα και προσοχή στην λεπτομέρεια.

Βασισμένα στα παραπάνω πρωτόκολλα, το 2001 η Ευρωπαϊκή Ένωση Παρηγορητικής Φροντίδας δημοσίευσε οδηγίες σχετικά με τη χρήση μορφίνης κι εναλλακτικών οπιοειδών για το καρκινικό πόνο. Στις οδηγίες αυτές, η δια του στόματος μορφίνη αποτελεί θεραπεία εκλογής, αλλά κι άλλα οπιοειδή, όπως η υδρομορφίνη, η οξυκοδόνη ή η μεθαδόνη μπορούν να χρησιμοποιηθούν, όταν δεν έχει επιτευχθεί αποτελεσματική αναλγησία. Δυστυχώς, αποτέλεσμα των παραπάνω πρωτοκόλλων και η ανησυχία για την εμφάνιση εξάρτησης, είναι η διαδεδομένη ανεπαρκής θεραπεία του καρκινικού πόνου, αν κι η αυτή η «Οπιοφοβία» είναι αρκετά υπερτιμημένη και όχι αρκετά διαγνωσμένη (McQuay, 1999). Σε αρκετές χώρες, ο φόβος της εξάρτησης στα οπιοειδή έχει οδηγήσει σε νόμους και κανονισμούς που κάνουν αναίτια δύσκολη τη χορήγηση οπιοειδών για ιατρικούς λόγους (World Health Organisation, 1996a).

B) Χρόνιος καλοήθης πόνος

Για την αντιμετώπιση του χρόνιου καλοήθους πόνου με οπιοειδή, όλα τα πρωτόκολλα τονίζουν ότι ο ασθενής πρέπει να ενημερώνεται για τους κινδύνους (περιλαμβανόμενου του κινδύνου της εξάρτησης) και τα οφέλη της μακροχρόνιας χρήσης οπιοειδών. Κάποια πρωτόκολλα τονίζουν τα προβλήματα της φτωχής συμμόρφωσης (Portenoy, 1994. Kalso, Allan, Dellemijn, Faura, Ilias, Jensen, et al. 2003) και συνιστούν σε αυτές τις περιπτώσεις να διακόπτεται η θεραπεία. Ένα ιστορικό κατάχρησης αλκοόλ αποτελεί σχετική (Portenoy, 1994. Schug & Large, 1995. Haddox και συν., 1997, Kalso και συν., 2003. The Pain Society, 2004) ή και απόλυτη αντένδειξη (Kalso και συν., 1999), ενώ 3 από αυτά τονίζουν την ανάγκη για

ειδική παρακολούθηση σε ασθενείς με ιστορικό κατάχρησης αλκοόλ ή ουσιών και συστήνουν για αυτούς τους ασθενείς την παραπομπή σε ειδικά κέντρα πόνου (Graziotti & Goucke, 1997. Kalso και συν., 2003), ή σε ειδικό κέντρο απεξάρτησης (The Pain Society, 2004). Στην Αυστραλία, μια λεπτομερής ανασκόπηση από ένα κέντρο αντιμετώπισης πόνου θα πρέπει να πραγματοποιείται ετησίως. Επίσης, όλα τα πρωτόκολλα, εκτός από 1 (The Pain Society, 2004), συστήνουν τη χρήση οπιοειδών αναλγητικών αφού όλες οι εναλλακτικές θεραπείες έχουν αποτύχει, ενώ 3 συστήνουν την λήψη δεύτερης γνώμης από ειδικό κέντρο πόνου πριν την έναρξη της αγωγής (Graziottikai συν., 1997. Kalso, Paakari & Stenberg, 1999. Kalsoκαι συν., 2003).

Σύμφωνα με τα παραπάνω, οι στόχοι της μακροχρόνιας θεραπείας με οπιοειδή αναλγητικά σε ασθενείς με χρόνια καλοήγη πόνο είναι η ανακούφιση από τον πόνο, και/ ή βελτίωση της λειτουργικότητας, ή η βελτίωση της ποιότητας ζωής με την ανακούφιση από τον πόνο και την βελτίωση της λειτουργικότητας. Ένα άλλο πρωτόκολλο αναφέρει ότι προσοχή πρέπει να δοθεί στην πιθανότητα μείωσης της πιθανότητας της συνολικής λειτουργικότητας ή της ποιότητας ζωής ως αποτέλεσμα της χρήσης των οπιοειδών (Haddox, Joranson, Angarola, Brady, Carr, Blonsky, et al., 1997).

Η χρήση συνεχούς αποδέσμευσης οπιοειδών αναλγητικών από το στόμα και με συγκεκριμένο χρονοδιάγραμμα συστήνεται από τα περισσότερα πρωτόκολλα. Ιδιαίτερη προσοχή συστήνεται στη χρήση βραχείας δράσης αναλγητικών γενικά, 2 μελέτες αρνούνται τη χρήση βελόνας για κάθε λόγο, ωστόσο, μόνο 1 επιτρέπει τη χρήση τους σε ειδικές περιπτώσεις (The Pain Society, 2004). Αξιολόγηση της θεραπείας συστήνεται από όλα τα πρωτόκολλα, η οποία περιλαμβάνει την ανακούφιση από τον πόνο, ανεπιθύμητες ενέργειες, ποιότητα ζωής κι ενδείξεις εξάρτησης.

Γ) Γενικά

Γενικά, η χρήση βραχείας δράσης οπιοειδών αναλγητικών δεν συστήνεται σε αυτούς τους ασθενείς, καθώς τα ταχέως δρώντα οπιοειδή έχουν περισσότερες δυνατότητες εμφάνισης εξάρτησης από τα βραδέως δρώντα, εξαιτίας της ταχύτερης αύξησης των επιπέδων των οπιοειδών (Chou, Clark, Helfand, 2003. Knapp, Ciraulo, Jaffe, 2005).

Τα περισσότερα πρωτόκολλα για την θεραπεία με οπιοειδή αναλγητικά σε ασθενείς με καλοήγη πόνο περιλαμβάνουν προειδοποιήσεις για ανάπτυξη εξάρτησης. Η χρήση οπιοειδών βραχείας διάρκειας, επομένως, κατά απαίτηση φαίνεται να αποτελεί θέμα συζήτησης. Το ιδανικό θα ήταν οι ασθενείς αυτοί να αξιολογούνται πρώτα για τον

κίνδυνο εμφάνισης εξάρτησης πριν την έναρξη θεραπείας, και στη συνέχεια να παρακολουθούνται συστηματικά κατά τη διάρκειά της. Κάθε ίχνος αποκλίνουσας συμπεριφοράς τοξικομανίας πρέπει να αναγνωρίζεται το συντομότερο δυνατόν, και μέτρα για τον έλεγχό της πρέπει να λαμβάνονται. Στα μέτρα για το σκοπό αυτό, περιλαμβάνονται κι οι συχνές ουροληψίες, για την ανίχνευση ψυχοτρόπων ουσιών (Kennedy & Crowley, 1990 Fishbain & Rosomoff, 1992. Kirsh, Whitcomb, Donaghy, Passik, 2002. Prater, Zylstra, Miller, 2002. Kahan, Srivastava, Wilson, Gourlay, Midmer, 2006) σε τακτά χρονικά διαστήματα. Η εμφάνιση εξάρτησης σε αυτούς τους ασθενείς πρέπει να οδηγεί στην παραπομπή σε ειδικό κέντρο αντιμετώπισης του πόνου ή αντιμετώπισης της εξάρτησης (Scimeca, Savage, Portenoy, Lowinson, 2000. Trafton, Oliva, Horst, Minkel, Humphreys, 2004). Στις Ηνωμένες Πολιτείες και σε άλλες χώρες είναι παράνομο για μη εξειδικευμένους θεραπευτές να διαχειρίζονται την απεξάρτηση στα οπιοειδή, από τη στιγμή που έχει οριστικά διαγνωσθεί. Σε καμία περίπτωση όμως, δεν δικαιολογείται ο θεραπευτής, ο οποίος, για το φόβο της εξάρτησης δεν διαχειρίζεται σωστά την ανάγκη του ασθενούς για αντιμετώπιση του πόνου (Jamison, Kauffman, Katz, 2000. Karasz, Zallman, Berg, Gourevitch, Selwyn, Arnstein, 2004. Alford, Compton, Samet, 2006).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο:

ΠΟΝΟΣ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗ ΝΟΣΟΣ

I) Εισαγωγή

Όπως έχει αναφερθεί από πολλούς, η φύση του πόνου και τα συστατικά της ύπαρξής του ίσως περικλείουν ενδείξεις για το πώς διάφοροι παράγοντες εμπλέκονται κι αλληλεπιδρούν στην εμπειρία του πόνου. Για παράδειγμα, ασθενείς που ο πόνος τους προκαλείται από κάποια μορφή καρκίνου μπορεί να αναμένεται να έχουν ψυχολογικές αντιδράσεις στους πόνους που είναι ποιοτικά διαφορετικές από το ψυχολογικό προφίλ ασθενών με ήπιο, καλοήγη, μυοσκελετικό πόνο. Επιπρόσθετα, η πρόγνωση της αναμενόμενης διάγνωσης μπορεί να επηρεάσει της αντίδραση στον πόνο με έναν τρόπο που μπορεί να είναι μοναδικός και να σχετίζεται με την πρόγνωση για κακοήθεια. Για αυτό, είναι ουσιώδες να λαμβάνεται υπόψη η συνύπαρξη ψυχιατρικών διαταραχών στην σύσταση πόνων κακοήθους προέλευσης.

Αν και η κατανόηση της βιολογικής βάσης του πόνου αναπτύχθηκε τις τελευταίες δεκαετίες, αυτό δεν ελάττωσε την σημασία της κατανόησης των ψυχολογικών υπόβαθρων των συμπτωμάτων του πόνου. Σωματικές νόσοι που ενεργοποιούν συμπτώματα πόνου μπορεί να κατευθύνονται σε μεγάλο βαθμό από ψυχολογικές διεργασίες, οι οποίες να παράγουν την εκδηλούμενη νόσο. Συμπτωματολογία πόνου μπορεί να εγείρεται σαν άμεσο αποτέλεσμα μίας ψυχιατρικής διαταραχής σε αρκετές περιστάσεις. Σε άλλες διαταραχές, η συνύπαρξη με ψυχιατρικές διαταραχές μπορεί να παίζει σημαντικό ρόλο στην έξαρση της συμπτωματολογίας του πόνου.

II) Ορισμός, Επιδημιολογία και Κατάταξη

Ο πόνος είναι μια περίπλοκη εμπειρία που περιλαμβάνει συναισθηματικά, γνωσιακά και συμπεριφορικά γνωρίσματα, όλα από τα οποία είναι αποτέλεσμα νοητικών διεργασιών, κι ως αυτά, αντιπροσωπεύει μία ψυχολογική κατάσταση. Το φαινόμενο του πόνου, επομένως, εμπλέκει παθοφυσιολογικούς και ψυχολογικούς παράγοντες που είναι συχνά δύσκολο να ερμηνευθούν. Το «υποφέρειν» είναι ένας όρος που

συχνά χρησιμοποιείται παράλληλα με τον πόνο, περιγράφοντας την συνειδητή αντοχή του πόνου ή της δυσφορίας κι αναφέρεται σε ένα ευρύ φάσμα επίμονων και δυσάρεστων υποκειμενικών καταστάσεων που μπορεί να είναι φυσικής ή ψυχολογικής προέλευσης.

Ο Pilowski προσέθεσε τον όρο «συμπεριφορά πόνου» για να περιγράψει τις συμπεριφορές που ένα άτομο παρουσιάζει στον κόσμο ως απάντηση σε μία κατάσταση βιοιατρικής πάθησης. Όταν η συμπεριφορά είναι ανάλογη στο επίπεδο της υπάρχουσας διαταραχής, η συμπεριφορά θεωρείται φυσιολογική. Σε άλλη περίπτωση, ένα άτομο μπορεί να ελαττώνει τα συμπτώματα που προκύπτουν από τη νόσο. Αλλά οι θεραπευτές πιο συχνά βλέπουν ασθενείς που μεγαλοποιούν την συμπεριφορά τους περισσότερο από το επίπεδο της υπάρχουσας νόσου. Αυτοί οι ασθενείς θεωρούνται ότι έχουν αφύσικες συμπεριφορές ασθένειας. Ένας αριθμός καταστάσεων συνδέονται με τις συμπεριφορές αυτές.

Ο πιο περιεκτικός κι εξαντλητικός ορισμός του πόνου είναι αυτός που παρέχεται από την Διεθνή Εταιρεία Μελέτης του Πόνου (IASP), που τον ορίζει ως μία δυσάρεστη αίσθηση και μία συναισθηματική εμπειρία συνδεδεμένη με μία πραγματική ή πιθανή ιστική βλάβη, ή το ισοδύναμο της βλάβης αυτής. Αυτός ο ορισμός προσπαθεί να υπερκεράσει τη διάσταση ανάμεσα στον πόνο που προκαλείται από μία αποδεδειγμένη οργανική νόσο κι αυτόν που συνδέεται με ψυχολογικούς παράγοντες, τον «πραγματικό» και τον «φανταστικό» πόνο δηλαδή, αφού καθαρά και στις δύο περιπτώσεις, ο ασθενής πραγματικά υποφέρει.

Εννοιολογικά, αυτές οι συμπεριφορές ποικίλουν στο κατά πόσο η παραγωγή συμπτωμάτων και το κίνητρο για την συμπεριφορά είναι συνειδητά ή όχι. Για παράδειγμα, κλασσικά συμπτώματα μετατροπής γενικά θεωρείται ότι παράγονται χωρίς το άτομο να έχει επίγνωση ότι τα παράγει και επίσης την συνείδηση του κινήτρου για αυτήν τη συμπεριφορά. Η παραγωγή των συμπτωμάτων και το κίνητρο είναι και τα δύο υποσυνείδητα. Άλλες μορφές συμπεριφοράς αρρώστου που είναι εννοιολογικά παρόμοιες κι όπου ο πόνος μπορεί να παίζει κεντρικό ρόλο περιλαμβάνουν τη διαταραχή της Σωματοποίησης, την Υποχονδρίαση, και τον νέο όρο του DSM-IV, «πόνος που συνδέεται με ψυχολογικούς παράγοντες» («σωματόμορφη διαταραχή πόνου», στο DSM-III-R προηγούμενα). Σε βασικές απόψεις, ο πόνος που συνδέεται με ψυχολογικούς παράγοντες αντιπροσωπεύει μια μετατρεπτικού τύπου διαταραχή στην οποία ο πόνος είναι το κύριο σύμπτωμα κι ο οποίος παράγεται υποσυνείδητα από το άτομο.

Ο πόνος είναι ένα συχνό πρόβλημα στο γενικό πληθυσμό κι είναι ένας από τους συχνότερους παράγοντες που οδηγούν τους ασθενείς να επισκεφθούν έναν επαγγελματία υγείας. Όταν οι ασθενείς υποφέρουν από χρόνιο πόνο- ο οποίος μπορεί να οριστεί ως ο καθημερινός πόνος που επιμένει για περισσότερο από ένα μήνα ή περισσότερο από αυτό που μπορεί φυσιολογικά να θεωρηθεί ως επαρκής χρόνος για ανάνηψη από την υπάρχουσα παθολογία- αρκετοί ειδικοί εμπλέκονται στην θεραπεία τους, αλλά σπάνια περιλαμβάνεται σε αυτούς κι ένας ψυχίατρος. Το Κέντρο της Στατιστικής της Υγείας των Ηνωμένων Πολιτειών διεξήγαγε το 1993 μια οκταετή προοπτική μελέτη, η οποία έδειξε ότι το 32,8% του πληθυσμού των Ηνωμένων Πολιτειών υποφέρει από συμπτώματα σχετιζόμενα με τον χρόνιο πόνο. Μια νεώτερη μελέτη που πραγματοποιήθηκε από το Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας το 1998, η οποία περιελάμβανε περισσότερους από 25000 ασθενείς σε 14 διαφορετικές χώρες, ανέφερε ότι το 22% των ασθενών πρωτοβάθμιας περίθαλψης υπέφεραν από πόνο που ήταν παρών για το μεγαλύτερο χρονικό διάστημα διαμέσου μιας περιόδου τουλάχιστον των έξι μηνών. Μια περίληψη ηλικιωμένων πληθυσμών έδειξε ότι το ποσοστό των ατόμων που επηρεάζονται από κάποια μορφή πόνου ανεβαίνει στο 50%, και πως αυτό συνδέεται με σοβαρή δυσλειτουργία της κοινωνικής λειτουργικότητας και της ποιότητας ζωής. Επιπλέον, περίπου το ένα τρίτο των περιστατικών με χρόνιο πόνο στους ηλικιωμένους δεν αναγνωρίζονται από τους θεραπευτές τους.

Παρά την συσχέτισή του, ο πόνος είχε κατά πολύ αγνοηθεί από τις περασμένες εκδόσεις του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου για τις Ψυχικές Διαταραχές (DSM).

Ο πόνος καθορίζεται από συναισθηματικούς παράγοντες και κατατάχθηκε μέσα στο DSM- II ανάμεσα στις ψυχοφυσιολογικές διαταραχές. Το DSM- III ασχολήθηκε με το πρόβλημα του χρόνιου πόνου ενώ παράλληλα παρουσίαζε την έννοια της διαταραχής του ψυχογενούς πόνου, όπου οι παθοφυσιολογικοί παράμετροι ήταν απόντες ή ανεπαρκείς για να εξηγήσουν την διάρκεια και την ένταση του πόνου. Στις διαταραχές του σωματόμορφου πόνου, οι ψυχολογικοί παράγοντες δεν ήταν πλέον απαραίτητοι για την αιτιολόγηση του πόνου.

Στην αναθεώρηση της τρίτης έκδοσης του DSM- III (DSM- IIIR), εξειδικεύσεις που απαιτούσαν την παρουσία ψυχολογικών παραγόντων και το γεγονός ότι ο πόνος δεν θα έπρεπε να οφείλεται σε άλλη ψυχική διαταραχή, διαγράφηκαν και, αντί για τον πόνο τον ίδιο, η έννοια των «προβλημάτων συνδεόμενων με πόνο διάρκειας μεγαλύτερης των έξι μηνών» παρουσιάστηκε σαν το κύριο κριτήριο. Παράλληλα με

τις αλλαγές αυτές, η διαταραχή ορίστηκε ως «διαταραχή σωματόμορφου πόνου». Η διαθέσιμη βιβλιογραφία υποδεικνύει ότι οι κατηγορίες των διαταραχών που χαρακτηρίζονται από πόνο στο DSM- III και το DSM- IIIR σπανίως χρησιμοποιούνται για την διάγνωση των ασθενών που επηρεάζονται από τον πόνο. Οι περιορισμοί στις ενδείξεις της διάγνωσης του ψυχογενούς και του σωματόμορφου πόνου οδήγησαν σε ένα νέο διαγνωστικό γκρουπ με ευρύτερο ορισμό στο DSM- IV ως «διαταραχή πόνου».

Το DSM- IV παρουσίασε αυτήν την κατηγορία για τον καλύτερο ορισμό της διαγνωστικής υποομάδας των σωματόμορφων διαταραχών που υπήρχε στο DSM- III-R, η οποία επίσης περιελάμβανε μετατρεπτικού τύπου διαταραχές, υστερία και διαταραχές δυσμορφοφοβίας, οι οποίες χαρακτηρίζονται από το κοινό στοιχείο της παρουσίας σωματικού συμπτώματος, το οποίο υπονοεί σωματική διαταραχή αλλά δεν προκαλείται από αυτό ή από την ουσία του. Τα κύρια κριτήρια για την διάγνωση της διαταραχής πόνου είναι: 1) ο πόνος ως κύριο πρόβλημα, 2) ο πόνος που προκαλεί σημαντικό άγχος ή λειτουργική αναπηρία. Αυτή η διάγνωση απαιτεί επίσης ότι, αν και οι ψυχολογικοί παράγοντες μπορεί να παίζουν σημαντικό ρόλο, ο πόνος δεν πρέπει να είναι αποτέλεσμα άλλης ψυχικής διαταραχής, όπως η αγχώδης διαταραχή ή η κατάθλιψη. Επιπλέον, αν έχει διαγνωσθεί η ύπαρξη άλλης ψυχικής διαταραχής, τότε η διάγνωση της διαταραχής πόνου δεν είναι αποδεκτή. Ακόμη, απαιτείται ο πόνος που υφίσταται να ορίζεται ως οξύς ή χρόνιος κι εφόσον συνδέεται μόνο με ψυχολογικούς παράγοντες, ή από κοινού από ψυχολογικούς παράγοντες και την γενική σωματική κατάσταση. Επομένως, η έννοια του ψυχολογικού και σωματικού δυϊσμού είναι ταυτόσημη σε αυτήν την διάγνωση.

Εξ ορισμού, μια ειδική ιατρική αιτία που να υφίσταται στις διάφορες σωματόμορφες διαταραχές σπανίως είναι παρούσα. Εν τούτοις, παράλληλα με την αύξηση των «ψυχογενών» συμπτωμάτων, μπορεί να προκύψουν λειτουργικές ή κοινωνικές αναπηρίες, οι οποίες μπορεί να αυξήσουν την ιατρική θεραπεία, τις ανεπαρκείς θεραπευτικές στρατηγικές ή τις διαγνωστικές εξετάσεις, ενώ μπορεί να εμφανιστούν και ψυχιατρικές διαταραχές. Αυτοί οι ασθενείς έχουν υψηλή πιθανότητα να εμφανίσουν καταστροφικό ιδεασμό και τείνουν να πιστεύουν ότι η πηγή του πόνου είναι ένα μυστήριο. Αισθάνονται ότι έχουν χάσει τον έλεγχο κι ότι οι θεραπευτές τους δεν πιστεύουν ότι ο πόνος τους είναι πραγματικός. Οι ασθενείς που υποφέρουν από χρόνιο πόνο και παρουσιάζουν συμπτώματα χωρίς ιατρική εξήγηση, υποφέρουν εξίσου από τις ιατρογενείς συνέπειες των συμπτωμάτων τους, όπως ο υπερβολικός

αριθμός των ιατρικών αξιολογήσεων κι οι μακροχρόνιες θεραπείες με ανεπαρκή φάρμακα. Αν κι η διάγνωση της διαταραχής σωματοποίησης είναι σπάνια σε ασθενείς με χρόνια πόνο, η σωματοποίηση είναι συχνή στην ιατρική πράξη και μπορεί να εμφανιστεί με διαφορετικούς βαθμούς σοβαρότητας και να παρατηρηθεί με διαφορετικές μορφές. Η σωματοποίηση μπορεί να συνίσταται από τρεις έννοιες, μολονότι συγκαλυμμένη, με μοντέλα συμπεριφοράς σύμφωνα με τα οποία, «τα συμπτώματα μπορεί να γίνονται αντιληπτά, να αξιολογούνται και να διαχειρίζονται διαφορετικά από διαφορετικά άτομα». Αυτές οι τρεις φόρμες περιλαμβάνουν: 1) υψηλό επίπεδο συμπτωμάτων που δεν ερμηνεύονται από φυσιολογικά συστήματα, 2) σωματική παθολογία, συνδεδεμένη με ανησυχίες που είναι πιο σοβαρές από τις υφιστάμενες συνθήκες (στο βαθμό που αυτές έχουν καθοριστεί), και 3) η επικρατούσα ή αποκλειστική σωματική παρουσία συμπτωμάτων ψυχιατρικών διαταραχών, όπως της κατάθλιψης και του άγχους. Περιβαλλοντικοί παράγοντες όπως το κοινωνικό στίγμα των ψυχιατρικών διαταραχών, το ιστορικό σωματικής ή σεξουαλικής κακοποίησης κι η ιατρική παρακολούθηση που δίδεται από βιοχημικά παραδείγματα, προδιαθέτουν και ενισχύουν την σωματοποίηση.

Άλλα συστήματα κατάταξης έχουν προταθεί, αλλά κανένα δεν είναι ευρέως αποδεκτό: εξαίρεση αποτελεί αυτό που διαμορφώθηκε από την υποεπιτροπή ταξινόμησης της IASP που έχει δημιουργήσει ένα μοντέλο με πέντε άξονες. Ψυχολογικοί παράγοντες μπορεί να υπάρχουν και στον δεύτερο άξονα, όπου οι ψυχιατρικές διαταραχές μπορεί να κωδικοποιούνται στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα, και στον πέμπτο άξονα, όπου μπορεί να περιλαμβάνονται ψυχοσωματικές ή ψυχολογικές αιτιολογίες.

Αμφισβητούμενος, ωστόσο, παραμένει ο ορισμός του συνδρόμου του χρόνιου πόνου, που δεν περιλαμβάνεται πουθενά, αν και αυτός ο όρος χρησιμοποιείται συχνά από εκείνα τα άτομα που υποφέρουν από πόνο για μεγάλες περιόδους. Ο ορισμός του Black, ο πιο ευρεία αποδεκτός, περιλαμβάνει τα παρακάτω κριτήρια: ανίατες και συχνά πολλαπλές περιοχές πόνου, συνήθως μη σχετιζόμενες με πιθανά υπάρχοντα σωματικά προβλήματα, προηγούμενες επαφές με διάφορους επαγγελματίες υγείας και διαγνωστικές διαδικασίες, υπερβολική ανησυχία σχετιζόμενη με τον πόνο κι αλλοιωμένη συμπεριφορά που περιλαμβάνει κατάθλιψη, άγχος ή νευρωτικά στοιχεία. Όμως, η αξιοπιστία αυτής της διάγνωσης είναι περιορισμένη επειδή κάποια από τα κριτήρια που αναφέρθηκαν παραπάνω είναι αρκετά υποκειμενικά κι επαναλαμβανόμενα διαγνωστικά τεστ μπορεί να πραγματοποιήθηκαν εξαιτίας της

χαμηλής αντίληψης του επαγγελματία υγείας για τον πόνο. Για αυτούς τους λόγους, η διάγνωση του συνδρόμου του χρόνιου πόνου, σύμφωνα με μερικούς ερευνητές, καλό θα ήταν να αποφεύγεται.

III) Ψυχιατρικές διαταραχές στον Χρόνιο Πόνο

Ο χρόνιος πόνος συχνά συνυπάρχει με ψυχιατρικές διαταραχές. Το τυπικό εύρημα είναι μια αυξημένη συνύπαρξη ψυχιατρικών διαταραχών ανάμεσα σε άτομα με συγκεκριμένο είδος πόνου όταν συγκρίνονται με άτομα χωρίς πόνο. Αν κι η χρόνια οσφυαλγία κι η αρθρίτιδα είναι ανάμεσα στις πιο καλά μελετημένες καταστάσεις πόνου σε αναφορά με την συννοσηρότητα με τις ψυχιατρικές διαταραχές, προκύπτει ότι ο χρόνιος πόνος σε οποιοδήποτε ανατομικό σημείο μπορεί να συνδέεται με ψυχιατρική νοσηρότητα.

Η κατάθλιψη είναι η πιο συχνά μελετημένη ψυχιατρική διαταραχή σε συνδυασμό με τον χρόνιο πόνο. Ο καθορισμός της διάστασης των καταθλιπτικών συμπτωμάτων είναι η πιο συχνή προσέγγιση από διάφορους μελετητές, αλλά μερικές τυχαιοποιημένες μελέτες έχουν αναφέρει υψηλότερη συχνότητα μείζονος κατάθλιψης ανάμεσα σε άτομα με χρόνιο πόνο, σε σύγκριση με άλλα χωρίς (Bair, Robinson, Katon, Kroenke, 2003). Μια νεώτερη μελέτη (2006) του Kato και των συνεργατών του, έδειξε ότι η κατάθλιψη σε ασθενείς με χρόνιο διάχυτο πόνο έχει τετραπλάσια συχνότητα σε σχέση με το συγκριτικό δείγμα. Η συσχέτιση του χρόνιου πόνου με τις αγχώδεις διαταραχές είναι πολύ λιγότερο μελετημένη. Αυτό είναι περίεργο, λαμβάνοντας υπόψη αυτά που γνωρίζουμε σχετικά με την αξιοσημείωτη συννοσηρότητα ανάμεσα στην κατάθλιψη και τις αγχώδεις διαταραχές. Μια γνώση που έχει δημιουργήσει υποθέσεις πως κι οι δύο μπορεί όντως να μοιράζονται τον ρόλο ενός υποβόσκοντα παράγοντα κινδύνου για νευρωτική συμπεριφορά. Επίσης, υψηλότερο επίπεδο δυσλειτουργίας συχνά συνδέεται με την συννοσηρότητα κατάθλιψης κι αγχώδους διαταραχής, παρά με κάθε μία ξεχωριστά. Για αυτό, είναι πολύ πιθανό να αναμένουμε ότι ένα αξιοσημείωτο ποσοστό ατόμων με χρόνιο πόνο και κατάθλιψη να έχει επιπλέον κι αγχώδεις διαταραχές. Νεώτερα δεδομένα φαίνεται να το ενισχύουν αυτό. Επιβεβαιώνοντας μια παλαιότερη παρατήρηση ότι οι αγχώδεις διαταραχές μπορεί εξίσου να συνδέονται με χρόνιο πόνο και κατάθλιψη (McWilliams, Cox, Enns, 2003), αναλύσεις δεδομένων από το Εθνικό Κέντρο

Μελέτης της Συννοσηρότητας έδειξε υψηλή επικράτηση των διαταραχών άγχους σε άτομα με αρθρίτιδα όπως επίσης και σε εκείνα με άλγος σπονδυλικής στήλης. Αν κι η επικράτηση οποιασδήποτε διαταραχής της διάθεσης ανάμεσα σε άτομα με άλγος σπονδυλικής στήλης ήταν 17.5%, αυτή ανέβαινε στο 26,5% για οποιαδήποτε διαταραχή άγχους.

Με αυξητικό ρυθμό, όλο και περισσότερες μελέτες υπογραμμίζουν το ερώτημα κατά πόσο άλλες ψυχιατρικές διαταραχές είναι συχνές ανάμεσα σε άτομα με χρόνια πόνο. Εκτός από την κατάθλιψη και τις αγχώδεις διαταραχές, οι σωματόμορφες διαταραχές, οι διαταραχές χρήσης ουσιών, κι οι διαταραχές προσωπικότητας έχουν όλες βρεθεί να είναι πιο συχνές ανάμεσα σε ασθενείς με χρόνια πόνο σε σύγκριση με άτομα χωρίς. Μια μελέτη του 1986 των Fishbaine και των συνεργατών του βρήκε ότι το 58,4% των χρόνιων ασθενών της μελέτης αυτής πληρούσε τα κριτήρια του DSM- III για τις διαταραχές προσωπικότητας, με συχνότερες την εξαρτητική (17,4%), την παθητική (14,9%), και την ιστριονική (10,6%). Η Μετατραυματική Αγχώδης Διαταραχή (PTSD) έχει λάβει ξεχωριστή προσοχή στην βιβλιογραφία. Ο Palyo κι οι συνεργάτες του (2005) έδειξαν ότι η συνύπαρξη χρόνιου πόνου και PTSD είναι αξιοσημείωτη. Υπάρχει η πιθανότητα ότι κι οι δύο καταστάσεις μοιράζονται ένα νευροφυσιολογικό υπόστρωμα χαρακτηριζόμενο από υψηλό βαθμό εγρήγορσης. Οι αντιλήψεις των ασθενών για τον έλεγχο της ζωής μπορεί να είναι προγνωστικός παράγοντας τουλάχιστον για τα άτομα που αναπτύσσουν συμπτωματολογία PTSD και χρόνιου πόνου μετά από κάποιο αυτοκινητιστικό δυστύχημα.

IV) Πόνος και Ψυχιατρικές Διαταραχές: η προέλευση της σχέσης

Η αιτιολογική σχέση μεταξύ ψυχιατρικών διαταραχών και χρόνιου πόνου είναι σε μεγάλο βαθμό αδιευκρίνιστη. Λαμβάνοντας υπόψη ότι οι περισσότερες από τις προηγούμενες μελέτες δεν ήταν προοπτικές στον σχεδιασμό, τον λόγο για αυτήν την έλλειψη σαφήνειας φαίνεται να αντανakλούν οι μεθοδολογικοί περιορισμοί. Η διαμάχη, για παράδειγμα, κατά πόσο η κατάθλιψη προηγείται, έπεται, ή εξελίσσεται παράλληλα με τον χρόνια πόνο, σε μεγάλο βαθμό δεν έχει επιλυθεί. Ένα κομμάτι της βιβλιογραφίας θεωρεί ότι ο χρόνιος πόνος είναι παράγοντας κινδύνου για νέα υποτροπή της κατάθλιψης, γεγονός που ενισχύει την θεωρία της «ακολουθίας». Μια μελέτη του 2000 του Kermit και των συνεργατών του έδειξε ότι ασθενείς με χρόνια

πόνο που η θεραπεία τους απέτυχε να αποδώσει, είχαν χαμηλότερα επίπεδα κοινωνικής λειτουργικότητας κι εξέφραζαν μεγαλύτερη ανάγκη για κοινωνική αποδοχή. Οι μετρήσεις αυτές αντανakλούν χαμηλή ικανότητα αυτογνωσίας κι υψηλή τάση για αρνητικό συναίσθημα, κι οδηγούν στην έκφραση του χρόνιου πόνου ως «συγκαλυμμένη κατάθλιψη», μια μορφή καταθλιπτικού συναισθήματος μέσα σε σωματικά συμπτώματα.

Τα ευρήματα, όμως, ότι η κατάθλιψη είναι παράγοντας κινδύνου, ή απλώς προηγείται του χρόνιου πόνου, επίσης αυξάνονται. Ο Carroll κι οι συνεργάτες του (2004) έδειξαν ότι η κατάθλιψη ήταν ανεξάρτητος παράγοντας κινδύνου για περιστατικά χρόνιας αυχεναλγίας που βρίσκονταν υπό παρακολούθηση για περισσότερο από ένα χρόνο. Σε μία προηγούμενη μακροχρόνια μελέτη στην πρωτοβάθμια περίθαλψη σε διαφορετικές χώρες το 2001, οι Gureje, Simon και Von Korff έδειξαν, για μία περίοδο δώδεκα μηνών, την ύπαρξη μίας αμφίδρομης σχέσης μεταξύ κατάθλιψης και χρόνιου πόνου. Ο καθορισμός της κατεύθυνσης της αιτιολογικής σχέσης δεν είναι πολύ συχνά άμεσης πρακτικής ή κλινικής χρησιμότητας. Σε περιστατικά, όμως, όπως του οπισθοστερνικού άλγους σε σχέση με την κρίση πανικού, είναι σημαντική η δυνατότητα για τη σωστή κι έγκαιρη λήψη της απόφασης σχετικά με την προέλευση του πόνου, με στόχο τον αποκλεισμό πιθανής σοβαρής παθολογικής ή χειρουργικής αιτίας. Η παρουσία αγχώδων διαταραχών μπορεί μερικές φορές να περιπλέξει την διαχείριση του ασθενή με οπισθοστερνικό άλγος ειδικά σε τμήματα επειγόντων περιστατικών. Χρησιμοποιώντας την Κλίμακα Νοσοκομειακού Άγχους και Κατάθλιψης (HADS), οι Demiryoguran, Karcioğlu και Tapacoglu το 2005 έδειξαν ότι ένα μεγάλο ποσοστό ασθενών που επισκέφθηκαν το τμήμα επειγόντων περιστατικών ενός πανεπιστημιακού νοσοκομείου με ασαφές οπισθοστερνικό άλγος είχαν αγχώδη διαταραχή σαν κύρια διάγνωση. Πολλοί ασθενείς έχουν εισαχθεί εξαιτίας οπισθοστερνικού άλγους. Είναι όντως κοινή γνώση ότι η κρίση πανικού έχει ιδιαίτερα υψηλή επικράτηση σε ασθενείς με ασαφές οπισθοστερνικό άλγος. Το δίλημμα που παρουσιάζεται στον γιατρό των επειγόντων είναι πότε να σταματήσει την διενέργεια περαιτέρω εξετάσεων για την αποκάλυψη οργανικών νόσων και πότε να αρχίσει να εστιάζει στην πιθανότητα αιτιολογικής ψυχοπαθολογίας. Η σχέση ανάμεσα στην αγχώδη διαταραχή κι αυτές τις οργανικές παθήσεις δεν είναι επίσης, όμως, θέμα είτε του ενός, είτε του άλλου, καθώς κι οι δύο μπορεί όντως να συνυπάρξουν στον ίδιο ασθενή. Η διαγνωστική πρόκληση της απόφασης κατά πόσο το οπισθοστερνικό άλγος είναι κύρια ψυχιατρικής προέλευσης, μπορεί να είναι το ίδιο πιεστικό και στην

πρωτοβάθμια περίθαλψη. Ο Cayley το 2005 παρουσίασε ένα χρήσιμο αλγόριθμο για να βοηθήσει στην διαχείριση ασθενών με οπισθοστερνικό άλγος στην πρωτοβάθμια περίθαλψη.

Ακόμα κι αν η πρόκληση δεν είναι η απώλεια μιας δυνητικά σοβαρής καρδιολογικής αιτίας του πόνου, η ανάγκη για καθορισμό της κατεύθυνσης της αιτιολογίας ανάμεσα στις ψυχιατρικές διαταραχές και του πόνου, μπορεί να κατευθύνει τον τρόπο σχεδιασμού αποτελεσματικών στρατηγικών για την πρόληψη αυτής της συννοσηρότητας. Είτε ο πόνος, είτε οι ψυχιατρικές διαταραχές βρεθεί να προηγούνται η μία του άλλου, υπάρχει η πιθανότητα η σχέση να μην είναι του τύπου «αίτιο-αιτιατό». Μια μελέτη του Sansone και των συνεργατών του (2006) τονίζει αυτό το σημείο. Αυτοί οι μελετητές βρήκαν πως τραυματικές εμπειρίες της παιδικής ηλικίας, ειδικά όταν αφορούσαν περιστατικά βίας, μπορούσαν να οδηγήσουν στην εμφάνιση ψυχοσωματικών και διαταραχών πόνου στην ενήλικη ζωή. Λαμβάνοντας υπόψη ότι αυτές οι εμπειρίες μπορεί επίσης να προκαλέσουν την εμφάνιση ψυχιατρικών διαταραχών στην ενήλικη ζωή, είναι πιθανό να υποπτευθεί κανείς ότι η σχέση μεταξύ ψυχιατρικών διαταραχών και καταστάσεων πόνου μπορεί μερικές φορές να ερμηνευθεί από ένα κοινό ακραίο αιτιολογικό γεγονός, όπως τραυματικές εμπειρίες της παιδικής ηλικίας. Αυτό, σε αναφορά με το κοινό εύρημα της ύπαρξης μιας σχέσης ανάμεσα στην PTSD και του πόνου, μπορεί να αποτελεί ένδειξη ότι η σχέση ανάμεσά τους δεν είναι απαραίτητα σχέση αιτίου- αιτιατού αλλά της συνύπαρξης ενός τραυματικού γεγονότος. Σε μια πρόσφατη ανασκόπηση των Polatin, Young , Mayer και Gatchel (2005) παρουσιάζεται μια βίο- ψυχο- κοινωνική προοπτική που συνδέει τον πόνο, καταστροφικά γεγονότα και ψυχοπαθολογία.

Γενικά, φαίνεται πως η σχέση μεταξύ του χρόνιου πόνου και της ψυχοπαθολογίας μπορεί να είναι διαφορετική σε διαφορετικές ψυχιατρικές διαταραχές. Αν και, για παράδειγμα, ένα μεγάλο νούμερο ενδείξεων μπορεί να βρεθεί για να υποστηρίξει το μοντέλο διάθεσης- άγχους της ανάπτυξης κατάθλιψης στον χρόνιο πόνο, δεν υπάρχει ακόμη ένα καθαρό θεωρητικό μοντέλο που να συνδέει τον χρόνιο πόνο με άλλες ψυχικές διαταραχές. Το μοντέλο διάθεσης- άγχους μπορεί μάλιστα να υποδεικνύει πως πολλαπλές και συσχετιζόμενες ψυχολογικές αντιδράσεις μπορεί να αναμένεται να προκύψουν σε ασθενείς με χρόνιο πόνο. Τέτοια πολυπλοκότητα παρουσιάζεται από την παρατήρηση ότι η συχνότητα των γνωσιακών παραπόνων ανάμεσα σε ασθενείς με χρόνιο πόνο και χωρίς τραυματισμό της κεφαλής συνδέεται με κατάθλιψη, κατατονία, καταστροφικό αίσθημα πόνου, και το γυναικείο φύλο (Roth

Young, Mayer, Gatchel, 2005). Επιπλέον, για συγκεκριμένες επώδυνες καταστάσεις, αποδείξεις μπορεί να βρεθούν προς ενίσχυση μιας πιθανής βιολογικής σχέσης και ψυχιατρικών διαταραχών. Για παράδειγμα, η παρουσίαση από τους Cologno, Buzzi και Carlesimo (2005) της ύπαρξης σχέσης μεταξύ ημικρανίας αριστερού ημισφαιρίου και σοβαρού άγχους και κατάθλιψης, μπορεί να συνιστά μια πιθανή άμεση αγγειακή προέλευση των ψυχιατρικών καταστάσεων.

Ένας μεσολαβητικός παράγοντας ανάμεσα στη συσχέτιση του χρόνιου πόνου και των ψυχολογικών προβλημάτων μπορεί να είναι το φύλο. Αν κι οι διαφορές ανάμεσα στα δύο φύλα έχουν παρουσιαστεί σε διάφορα θέματα αντίληψης κι επικράτησης του πόνου, δεν έχουν επαρκώς διερευνηθεί ως αναφορά την σχέση μεταξύ των ψυχολογικών παραγόντων και του πόνου. Μια πρόσφατη μελέτη (Robinson, Dannecker, George, 2005) απευθύνει απευθείας το ερώτημα για το κατά πόσο οι φυλετικές διαφορές υφίστανται στο επίπεδο της συναισθηματικής συνιστώσας του πόνου. Τα ευρήματα δείχνουν ότι το σχετιζόμενο με τον πόνο άγχος έχει ισχυρότερη σχέση με αναφορές ψυχοσωματικής και κλινικής οσφυαλγίας σε άντρες παρά σε γυναίκες και ότι διαφορές ανάμεσα στα δύο φύλα δεν ήταν φανερές σε καταστροφικό πόνο ή στην κατάθλιψη. Επιπλέον, το σχετιζόμενο με τον πόνο άγχος στους άντρες ήταν πιο άμεσα συνδεδεμένο με τις αναφορές πόνου παρά στις γυναίκες. Μια πιθανότητα μελετήθηκε από τους LeResche, Manch και Drangsholt (2005), που περιελάμβανε εφήβους ηλικίας μεταξύ 11- 17 ετών. Εξετάστηκε η σχέση ανάμεσα στην εφηβική ανάπτυξη και τα καταθλιπτικά συμπτώματα και τον πόνο. Βρέθηκε ότι τα επίπεδα του πόνου και της κατάθλιψης αυξάνονταν συστηματικά παράλληλα με την εφηβική ανάπτυξη στα κορίτσια. Η μορφή του σχεδιασμού της μελέτης δεν επέτρεψε τον καθορισμό της αιτιότητας, ωστόσο, τα ευρήματα υποδεικνύουν ότι η εφηβεία επηρεάζει τα επίπεδα του πόνου και της κατάθλιψης στα κορίτσια. Είναι πιθανό ότι ο πόνος και οι διαταραχές της διάθεσης να είναι περισσότερο αιτιολογικά συνδεδεμένα στους άντρες παρά στις γυναίκες, κι ότι στις γυναίκες η συνύπαρξη προκύπτει ως αποτέλεσμα κοινής εφηβικής προέλευσης.

V) Παθοφυσιολογία του Πόνου

Διάφορες θεωρίες έχουν προταθεί σε αυτό το πεδίο κι, αν και καμία δεν θεωρείται ότι έχει εξαντλήσει το θέμα, η πιο αποδεκτή είναι η θεωρία της πύλης. Αυτή υποδεικνύει

ότι η μεταβίβαση των νευρικών ώσεων από την περιφέρεια προς το Κεντρικό Νευρικό Σύστημα (Κ.Ν.Σ.) ρυθμίζεται από τα T- κύτταρα στην πηκτωματώδη ουσία του οπίσθιου κέρατος της σπονδυλικής στήλης, η οποία επηρεάζεται από διαφορετικές εντολές. Οι εντολές αυτές μπορεί να προέρχονται από μεγάλες ανασταλτικές ή μικρές ευοδωτικές νευρικές ίνες προερχόμενες από τον εγκέφαλο, το επίπεδο της εγρήγορσης που καθορίζεται από το Δικτυωτό Σχηματισμό και την ρύθμιση του Αυτόνομου Νευρικού Συστήματος από τα συμπαθητικά γάγγλια. Αυτή η θεωρία έχει ενδιαφέρουσα λογική και παρέχει μία συλλογιστική σύμφωνα με την οποία τα συναισθήματα ή οι εμπειρίες μπορούν να επηρεάσουν τον πόνο. Η αναλγησία αυξάνεται από αυξημένα επίπεδα σεροτονίνης στην περί τον υδραγωγό φαιά ουσία ή από την δυνητικά ανασταλτική ουσία P στο νωτιαίο μυελό. Το αντίθετο μπορεί να προκύψει από την αναστολή της ντοπαμίνης ή την αύξηση της νορεπινεφρίνης στον πλάγιο δικτυωτό σχηματισμό. Αυτοί οι μηχανισμοί υποδεικνύουν την πιθανή επίδραση των βιογενών αμινών και των ψυχοτρόπων φαρμάκων στον πόνο, που πιθανά έχουν ένα ρυθμιστικό αλλά και λιγότερο εξειδικευμένο ρόλο, μέσα από τους υποδοχείς οπιοειδών στον εγκέφαλο και τις ενδογενείς ή εξωγενείς ουσίες που δρουν ταυτόχρονα στο Μεταιχμιακό Σύστημα και την πηκτωματώδη ουσία.

VI) Ο καθορισμός του Πόνου- Κλίμακες Αξιολόγησης

Είναι δύσκολο μερικές φορές να εκτιμηθεί ο πόνος, ειδικά σε ασθενείς με ανίατη νόσο, με γνωσιακά ελλείμματα κι άλλες χρόνιες εκφυλιστικές νευρολογικές παθήσεις. Διαφορετικές κλίμακες αξιολόγησης του πόνου είναι διαθέσιμες για τον καθορισμό της έντασης και την διάρκειας του πόνου, αλλά αρκετοί παράγοντες μπορεί να επηρεάσουν αυτές τις αξιολογήσεις, ειδικά η φυσική κατάσταση, η συνύπαρξη ψυχιατρικών διαταραχών, η παρουσία άγχους, τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας κι η ερμηνεία των ευρημάτων με βάση την υποκειμενική εμπειρία. Μια πλήρης αξιολόγηση πρέπει να διενεργείται με κάθε ασθενή που υποφέρει από πόνο ή δυσφορία ή με τεκμηριωμένη επιδείνωση της λειτουργικής του κατάστασης. Αυτή η αξιολόγηση πρέπει να λαμβάνει υπόψη απλά ποσοτικά αντικείμενα αξιολόγησης για την μέτρηση της έντασης του πόνου, την καταγραφή οποιασδήποτε σχετιζόμενης με τον πόνο συμπεριφοράς όπως η δυσκολία με τις δραστηριότητες της

καθημερινής ζωής ως αποτέλεσμα του πόνου και μια κλινική εξέταση με στόχο τον εντοπισμό του πόνου κι οποιονδήποτε σημείων που μπορεί να υποδεικνύουν πιθανούς αιτιολογικούς παράγοντες.

Με βάση το γεγονός ότι ο πόνος είναι υποκειμενική εμπειρία, αρκετές μέθοδοι έχουν προταθεί για την αξιολόγηση και την καταμέτρησή του, αν και καμία δεν έχει ακόμη αποδειχθεί καθολικά αξιόπιστη.

Η απλούστερη μέθοδος καταμέτρησης του πόνου είναι η Κλίμακα Αριθμητικής Αξιολόγησης, όπου ο ασθενής καλείται να υποδείξει έναν αριθμό για τον πόνο που υφίσταται. Η τυπική κλίμακα έχει εύρος από το μηδέν ως το δέκα, όπου το μηδέν αντιπροσωπεύει την πλήρη απουσία πόνου και το δέκα τον χειρότερο δυνατό πόνο. Στενά συνδεδεμένη με αυτή, είναι η οπτικά αναλογική κλίμακα που απαιτεί από τον ασθενή να υποδείξει ένα σημείο κατά μήκος μιας γραμμής μήκους δέκα εκατοστών, όπου το μηδέν αντιπροσωπεύει την έλλειψη πόνου και το δέκα τον χειρότερο δυνατό. Το Ερωτηματολόγιο Πόνου του McGill παρέχει μια πιο ακριβή ανάλυση, με το τεστ να καταγράφει είκοσι σειρές λέξεων που περιγράφουν τον πόνο και προσδιορίζεται από αισθητηριακές, συναισθηματικές και στατιστικές κλίμακες. Το αποτέλεσμα του τεστ μπορεί να καθορίζεται στη βάση του συνολικού αριθμού των λέξεων που επιλέχθηκαν ή από την σειρά που καταγράφηκαν. Ωστόσο, μερικές μελέτες υποδεικνύουν ότι τρόπος της απάντησης ποικίλει με βάση το είδος του πόνου. Το ερωτηματολόγιο του McGill έχει αμφισβητηθεί επειδή βασίζεται υπερβολικά σε γλωσσικές ικανότητες, και κατά συνέπεια, τα αποτελέσματα που παρέχει μπορεί να επηρεαστούν από το βαθμό της ευφυΐας ή της εκπαίδευσης του ατόμου.

Ένα εναλλακτικό τεστ που χρησιμοποιείται συχνά είναι το West Heaven- Yale Multidimensional Inventory, το οποίο συνίσταται από 52 αντικείμενα τα οποία καταγράφουν τον τρόπο που οι ασθενείς αντιλαμβάνονται, την αντίδραση των άλλων στον πόνο τους, την καθημερινή τους δραστηριότητα και την επίδραση του πόνου στον συνολικό τρόπο ζωής τους.

Άλλα πιο παραδοσιακά ψυχολογικά τεστ αξιολόγησης έχουν επίσης χρησιμοποιηθεί, όπως το Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI). Παρόλα αυτά, η αξιοπιστία αυτού κι άλλων παρόμοιων τεστ είναι αμφισβητούμενη, όταν χρησιμοποιούνται για άτομα με πόνο. Για παράδειγμα, έχει αναφερθεί ότι για περισσότερο από σαράντα χρόνια πριν, άτομα με οσφυαλγία μη οργανικής αιτιολογίας, ήταν πολύ πιθανό να εμφανίσουν μια συγκεκριμένη καταγραφή στο MMPI, η αποκαλούμενη «V τύπου μεταστροφή» ή «νευρωτική τριάδα», όπου υπήρχε

η άποψη ότι η αύξηση στην κλίμακα της υποχονδρίασης και της υστερίας αντανakλούσε τις ανησυχίες του ασθενούς για την πορεία της υγείας του, ενώ ένα χαμηλό σκορ στην κατάθλιψη υποδεικνύει πως ο ασθενής αδιάφορος για αυτές τις ανησυχίες. Παρά τη ύπαρξη ενισχυτικών δεδομένων, άλλες μελέτες υποδεικνύουν πως αυτή η συγκεκριμένη καταγραφή μπορεί να αντιπροσωπεύει μια μορφή αποδοχής μιας χρόνιας διαταραχής και, κατά συνέπεια, μπορεί να είναι χαρακτηριστική σε ασθενείς με χρόνια προβλήματα, ανεξάρτητα από οποιαδήποτε διαγνωσμένη οργανική αιτιολογία. Μια άλλη μελέτη (Moore, McFall, Kivlahan, Capestany, 1988) έδειξε ότι υπάρχει κίνδυνος για παρερμηνείες της MMPI κλίμακας της Σχιζοφρένειας σε ασθενείς με χρόνιο πόνο, καθώς τα παρατηρούμενα υψηλά αποτελέσματα στην συγκεκριμένη κλίμακα των ασθενών αυτών αντανakλούσαν τα συμπτώματα και τις συνέπειες των σωματικών τους προβλημάτων, κι όχι απαραίτητα κάποια σοβαρή ψυχοπαθολογία.

Για την αρωγή την θεραπευτών στον καθορισμό εάν ο πόνος του ασθενούς έχει οργανική ή ψυχολογική αιτιολογία, ο Waddel κι οι συνεργάτες του πρότειναν την καταγραφή πέντε πιθανών σημείων: 1) πόνος που είναι υπερφυσικός ή χωρίς ανατομική κατανομή, 2) πόνος που παράγεται από οποιαδήποτε κίνηση που δεν θα έπρεπε να είναι επώδυνη, αλλά που θα μπορούσε να φαίνεται παρόμοια με κάποια άλλη που φυσιολογικά μπορεί να είναι, 3) πόνος που φαίνεται να χάνεται όταν το άτομο αποσπάται, 4) οπτικές διαταραχές, όπως στένωση του οπτικού πεδίου, χωρίς ανατομική κατανομή, 5) υπερβολικές αντιδράσεις του ασθενή κατά την διάρκεια της κλινικής εξέτασης.

Από την στιγμή που η ακριβής αξιολόγηση του πόνου είναι αντικείμενο συζήτησης και πιθανώς επηρεάζεται από μεγάλο αριθμό παραγόντων, μπορεί να είναι χρήσιμη η εισαγωγή της έννοιας της «συμπεριφοράς πόνου», η οποία μπορεί να περιλαμβάνει συνιστώσες όπως η αντίληψη του πόνου, οποιαδήποτε απόφαση σχετικά με την θεραπεία κι η υπευθυνότητα του ατόμου για αυτήν, η αξία του πόνου για τον ασθενή κι ο τρόπος που ο ασθενής μιλάει σχετικά με τον πόνο και την επίδραση που έχει στην λειτουργικότητά του. Το πολιτισμικό υπόβαθρο, οι κοινωνικές κι οικονομικές καταστάσεις, η ψυχολογική κατάσταση, οι εμπειρίες, η μνήμη κι η μάθηση είναι μερικοί από τους παράγοντες που μπορεί να επηρεάσουν την συμπεριφορά πόνου. Αν κι η έννοια αυτή εφαρμόζεται συχνότερα στον χρόνιο πόνο, αρκετές παρατηρήσεις υποδεικνύουν πως αρκετοί από αυτούς τους παράγοντες παίζουν επίσης σημαντικό ρόλο και στον οξύ πόνο. Σε μία πρωτοποριακή μελέτη το 1946 ο Beecher

παρατήρησε ότι στρατιώτες που ήταν πολύ βαριά τραυματισμένοι συχνά δεν ανέφεραν πόνο, ή αν το έκαναν, ήταν συχνά σε πολύ μικρότερη έκταση από ότι θα μπορούσε κανείς να περιμένει, δεδομένης της σοβαρότητας του τραύματος. Ο συγγραφέας υπέθεσε πως αυτό μπορεί να αντανakλά την ανακούφιση των στρατιωτών που συνειδητοποιούσαν πως τώρα που ήταν τραυματίες θα μπορούσαν να απομακρυνθούν από το πεδίο της μάχης κι ότι η ζωή τους δεν θα κινδύνευε άλλο. Από την άλλη μεριά, στρεσογόνοι παράγοντες μπορεί να συνεισφέρουν στην ανάπτυξη χρόνιου πόνου.

Επίσης, έχει παρουσιαστεί η θεωρία ότι η γνώση ενός ατόμου για τον πόνο κι η αναμονή για έναν πιθανό πόνο, μπορεί να επηρεάσει την απάντησή του. Ο Egbert κι οι συνεργάτες του το 1964 βρήκαν πως η προεγχειρητική ψυχολογική προετοιμασία του ασθενούς είχε σημαντική επίδραση στην μετεγχειρητική ανάνηψη, όπως και στο μέγεθος του πόνου που αισθάνθηκαν. Άλλες μελέτες υπέδειξαν την ύπαρξη σημαντικών διαφορών μεταξύ πολιτισμών κι εθνικών ομάδων σε σχέση με το πώς τα άτομα βιώνουν τον πόνο και την απάντησή τους σε αυτόν. Στην παθολογία, το είδος της συμπεριφοράς που γενικά θεωρείται αποδεκτό, ποικίλει από πολιτισμό σε πολιτισμό. Ο Zborowski το 1969 μελέτησε την εμπειρία του πόνου στους Αμερικανούς Αγγλοσαξονικής προέλευσης, τους Ιταλοαμερικανούς και τους Αμερικανούς Εβραίους και παρατήρησε πως οι Αγγλοσάξονες ήταν γενικά ανθεκτικότεροι κι είχαν μεγαλύτερη τάση να αποφεύγουν την κοινωνική επαφή όταν βίωναν τον πόνο, σε σύγκριση με τους υπολοίπους. Παρομοίως, οι Sternbach και Tursky συνέκριναν διαφορετικές εθνικές ομάδες και βρήκαν πως υπάρχουν διαφορές στην ανοχή του πόνου ανάμεσα σε ομάδες και πως αυτό είχε καταγραφεί με συνέπεια κι από άλλους συγγραφείς.

VII) Συννοσηρότητα Πόνου- Ψυχιατρικών Διαταραχών

Αν και η αιτιολογική σχέση μεταξύ του πόνου και των Ψυχιατρικών διαταραχών δεν είναι απόλυτα καθαρή, αυτό που φαίνεται να είναι λιγότερο αμφισβητούμενο είναι το γεγονός ότι η παρουσία ψυχιατρικών διαταραχών περιπλέκει την θεραπεία και την αποκατάσταση των ασθενών με χρόνια πόνο. Οι ασθενείς των οποίων οι συνθήκες του χρόνιου πόνου συνυπάρχουν με ψυχιατρικές διαταραχές έχουν χειρότερα θεραπευτικά αποτελέσματα κι υψηλότερα επίπεδα ανικανότητας σε σχέση με αυτούς

χωρίς. Η αποκατάστασή τους μπορεί να είναι ακόμη κι ανεπαρκής, αν οι ψυχιατρικές διαταραχές δεν αναγνωριστούν κι αντιμετωπιστούν αποτελεσματικά. Συχνά παρουσιάζεται μια ποικιλία άλλων χρόνιων καταστάσεων που είναι συχνή ανάμεσα σε άτομα με χρόνια πόνο, κάνοντας δύσκολη την εκτίμηση της επίδρασης της συννοσηρότητας με τις ψυχιατρικές διαταραχές. Σε αντίθεση με τις ψυχικές διαταραχές, ο χρόνιος πόνος σε ένα ανατομικό σημείο συχνά συνυπάρχει με πόνο σε άλλα σημεία και με χρόνιες σωματικές καταστάσεις. Αν κι η παρουσία αυτού του ευρέως φάσματος της συννοσηρότητας είναι συχνότερη στην χρόνια οσφυαλγία, οι Stang et al. έδειξαν πρόσφατα ότι κι άλλοι χρόνιοι πόνοι συχνά προκύπτουν παράλληλα με άλλες χρόνιες καταστάσεις. Αποτελέσματα από το Εθνικό Κέντρο Μελέτης της Συννοσηρότητας των Ηνωμένων Πολιτειών υποδεικνύουν ότι σχεδόν το 87% των ασθενών με χρόνια άλγος σπονδυλικής στήλης είχαν ταυτόχρονα κι μία τουλάχιστον ακόμη χρόνια κατάσταση. Άλλες επώδυνες καταστάσεις ήταν παρούσες στο 69% περίπου, χρόνιες ιατρικές καταστάσεις στο 55% και ψυχικές διαταραχές στο 35%. Οι συγγραφείς έδειξαν πως οι καταστάσεις συννοσηρότητας δικαιολογούσαν το ένα τρίτο περίπου του σταδιακά αυξανόμενου χρόνιου άλγους σπονδυλικής στήλης και της μειωμένης ταυτόχρονα λειτουργικότητας. Η περαιτέρω εξέταση αυτών των αποτελεσμάτων υποδεικνύει ότι οι συνυπάρχουσες ψυχικές διαταραχές μπορεί να είναι υπεύθυνες για περίπου το ένα έβδομο των καταστάσεων αυτών. Η αναφορά επισημαίνει την σημασία στο να λαμβάνονται υπόψη οι καταστάσεις συννοσηρότητας όταν καθορίζεται η επίπτωση των καταστάσεων χρόνιου πόνου.

Η ύπαρξη καταστάσεων συννοσηρότητας ανάμεσα σε ασθενείς με χρόνια πόνο μπορεί να σημαίνει ότι οι προκύπτουσες δυσλειτουργίες μπορεί να ξεκινούν από διαφορετικές πηγές. Για παράδειγμα, η μελέτη των Palyo et al. έδειξε ότι ανάμεσα σε ασθενείς με χρόνια πόνο, που ταυτόχρονα παρουσίαζαν και συμπτώματα PTSD, παρότι κι οι δύο καταστάσεις συνδέονταν με ψυχολογική δυσλειτουργία, μόνο ο πόνος είχε αξιοσημείωτη συσχέτιση με την σωματική λειτουργικότητα. Επίσης, παράγοντες σχετιζόμενοι με την έναρξη των διαταραχών αυτών μπορεί να επιδεινώσουν την δυσλειτουργία που προκύπτει. Τέλος, μία μελέτη βασισμένη στον γενικό πληθυσμό (Benjamin, Morris, McBeth, MacFarlane, Silman, 2003) έδειξε ότι το 16,9% των ασθενών με χρόνια διάχυτο πόνο βρέθηκε να υποφέρει κι από μία ψυχιατρική διαταραχή, αν και δεν μπόρεσε να παρουσιάσει κάποια σχέση του τύπου αιτίου- αιτιατού.

Όπως έχει αναφερθεί και προηγουμένως, υπάρχει αναμφίβολα κάποια συσχέτιση μεταξύ του πόνου και των ψυχιατρικών διαταραχών, η ακριβής της φύση αποτελεί ακόμη πεδίο αντιπαράθεσης. Η πλειοψηφία των μελετών σε αυτόν τον τομέα έχουν εστιάσει στη συχνότητα των ψυχιατρικών διαταραχών μεταξύ ασθενών που αναφέρουν πόνο, αλλά ελάχιστες μελέτες που ερευνούν τον πόνο σε ψυχιατρικούς ασθενείς ανέφεραν αυτόν σαν συνηθισμένο πρόβλημα. Ο Deplaine κι οι συνεργάτες του το 1978 βρήκαν ότι το 38% από 227 ψυχιατρικούς ασθενείς ανέφεραν πόνο. Ο Chatuverdi το 1987 αναγνώρισε συμπτώματα πόνου στο 18% των ασθενών ενός ψυχιατρικού τμήματος. Κι οι δύο μελέτες υπογράμμιζαν πως ο πόνος ήταν πιο συχνός ανάμεσα σε ασθενείς που παρουσίαζαν νευρωτικές διαταραχές, σε σύγκριση με εκείνους που έπασχαν από σχιζοφρένεια ή ψυχωτικές διαταραχές. Μάλιστα, μια πρόσφατη μελέτη (Murthy, Narayan, Nayagam, 2004) έδειξε ότι οι ασθενείς με σχιζοφρένεια παρουσιάζουν υψηλή ανοχή στον πόνο, σε σχέση με φυσιολογικούς ασθενείς, κι ότι η ελαττωμένη αντίληψη του πόνου μπορεί να οδηγήσει σε καθυστερημένη διάγνωση των καταστάσεων που προκαλούν τον πόνο. Ο χρόνιος πόνος, επομένως, φαίνεται να συνδέεται πιο στενά με μια ποικιλία καταθλιπτικών διαταραχών όπως η μείζονα κατάθλιψη, η δυσθυμία, κι οι διαταραχές προσαρμογής με καταθλιπτική διάθεση. Η διαθέσιμη βιβλιογραφία αναφέρει ποικιλία στην επικράτηση του χρόνιου πόνου, που κυμαίνεται από 10 έως 100%. Αυτά τα ετερογενή αποτελέσματα μπορεί να αντανάκλουν την δυσκολία στην διάγνωση των ασθενών με πόνο, αλλά μπορεί και να σχετίζονται με διαφορές στους πληθυσμούς που τίθενται υπό μελέτη. Οι διαταραχές αυτές έχουν αναγνωριστεί σε ασθενείς με διαγνωσμένη οργανική αιτιολογία του πόνου, όπως επίσης και σε άτομα χωρίς, αν και φαίνεται να είναι πιο συχνές στην δεύτερη ομάδα.

Έχει υποτεθεί ότι μερικοί ασθενείς αναπτύσσουν πόνο ως απάντηση σε καταθλιπτικά συμπτώματα, αν κι άλλες απόψεις διαφωνούν. Σύμφωνα με τον Engel το 1959, μπορεί να υπάρξουν άτομα που, ως αποτέλεσμα ειδικών ψυχολογικών παραγόντων, μπορεί να θεωρηθούν επιρρεπή στον πόνο. Παρόμοια, οι Blumer και Heilbronn υπέθεσαν ότι οι σχετιζόμενες ψυχικές διαταραχές μπορεί να δημιουργούν μια προδιάθεση προς τον πόνο και περιέγραψαν μια ξεχωριστή προδιάθεση στον πόνο, για τον οποίο αυτή αποτελεί μια μορφή καλυμμένης κατάθλιψης. Μερικές μελέτες υποδεικνύουν ότι οι καταθλιπτικές διαταραχές κι η εξάρτηση από το αλκοόλ είναι πιο συχνές σε συγγενείς πρώτου βαθμού ασθενών με χρόνια πόνο, και ταυτόχρονα προτείνουν μια πιθανή περιβαλλοντική ή βιολογική προδιάθεση στην ανάπτυξη του

πόνου. Άλλες μελέτες προτείνουν ότι η κατάθλιψη είναι δευτερεύουσα προς τον πόνο, ή ότι τα προβλήματα συνυπάρχουν ανεξάρτητα, ή ως αποτέλεσμα κοινών ψυχολογικών ή νευροχημικών διεργασιών.

Ακόμα και κάποιες μορφές οξέος πόνου φαίνεται να συνδέονται συχνά με άλλες ψυχικές διαταραχές. Ο Beithman κι οι συνεργάτες του (1989) παρατήρησαν πως περισσότερο από το 30% των ασθενών με οπισθοστερνικό άλγος και φυσιολογική στεφανιαία κυκλοφορία, διαπιστωμένη από στεφανιογραφία, πληρούσαν τα κριτήρια για κρίση πανικού.

VIII) Η αντιμετώπιση του Πόνου που συνυπάρχει με Ψυχιατρικές Διαταραχές

Υπάρχουν πειστικές αποδείξεις οι οποίες δείχνουν ότι, αντιμετωπίζοντας θεραπευτικά τις συνυπάρχουσες ψυχιατρικές διαταραχές, βελτιώνεται ο αυτοαναφερόμενος πόνος, καθώς κι η λειτουργικότητα του ασθενούς με χρόνιο πόνο. Η θεραπεία των ασθενών των οποίων ο πόνος συνυπάρχει με ψυχιατρικές διαταραχές, ωστόσο, παρουσιάζει προκλήσεις. Μία από αυτές είναι η ανάγκη για την ανάπτυξη παρεμβάσεων που να μπορούν να πραγματοποιηθούν κι από επαγγελματίες υγείας της πρωτοβάθμιας περίθαλψης και να λαμβάνουν υπόψη και τα πολύπλοκα ψυχολογικά και κοινωνικά προβλήματα που μπορεί να περιπλέκουν την κλινική εικόνα. Μια πρόσφατη αναφορά του 2005 υπογραμμίζει πως η ολοκλήρωση της διαχείρισης του πόνου στην πρωτοβάθμια περίθαλψη μπορεί να επιτευχθεί. Αρκετές αποδείξεις υπάρχουν για να δείξουν πως ασθενείς με κατάθλιψη ή αγχώδη διαταραχή που είχαν επίσης και πόνο μπορεί να βελτιωθούν με αντικαταθλιπτικά. Για παράδειγμα, η Βενλαφαξίνη βραδείας αποδέσμευσης φαίνεται να προσφέρει ανακούφιση από τον πόνο σε ασθενείς με κατάθλιψη ή/ και αγχώδη διαταραχή. Μπορεί δηλαδή κανείς να υποθέσει πως η αύξηση των νευροτρόπων παραγόντων που δρουν στο εγκέφαλο από αντικαταθλιπτικά μπορεί να υποκρύπτει αποτελεσματικότητα σε ασθενείς με χρόνιο πόνο και κατάθλιψη. Ωστόσο, για ασθενείς με χρόνιο πόνο που ταυτόχρονα παρουσιάζουν και ψυχολογικά και κοινωνικά προβλήματα θα απαιτηθεί κάτι περισσότερο από παρεμβάσεις που στοχεύουν στους πόνους και τις ψυχιατρικές διαταραχές μόνο. Εξάλλου, εκτός από τους φαρμακολογικούς παράγοντες, υπάρχουν αρκετές ετερογενείς τεχνικές για την αντιμετώπιση του πόνου, όπως οι χειρουργικές παρεμβάσεις, το μπλοκ των νεύρων, η φυσικοθεραπεία, ο βελονισμός κι η ηλεκτρική

διέγερση, για να αναφέρουμε μερικές. Ανάμεσα στις ψυχοθεραπείες, επιπρόσθετα, η Γνωσιακή- Συμπεριφορική θεωρείται αξιόπιστη θεραπεία για μια ποικιλία προβλημάτων πόνου. Επομένως, αποτελεσματικές μορφές ψυχολογικών παρεμβάσεων που στοχεύουν όχι μόνο στους πόνους, αλλά εξίσου στα ψυχολογικά και τα κοινωνικά προβλήματα, συχνά είναι απαραίτητες. Ένας στοχευόμενος τύπος αποτελεσματικής στην αντιμετώπιση προβλημάτων προσέγγισης παρουσιάστηκε πρόσφατα από εκπαιδευτές της νοσηλευτικής, μέσω μιας τηλεφωνικής γραμμής, με τη λογική μιας συνεχιζόμενης παρακολούθησης από επαγγελματίες υγείας της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, και φάνηκε να είναι αποτελεσματική στην βελτίωση του πόνου και των ψυχο- κοινωνικών προβλημάτων για μία περίοδο δώδεκα μηνών. Ακόμα κι αν οι συγγραφείς δεν αναφέρθηκαν άμεσα στο θέμα κόστους-αποδοτικότητας, η προσέγγιση αυτή φάνηκε να προσφέρει πραγματικά οφέλη με σχετικά χαμηλό κόστος (Ables, Wasson, Seville 2006). Το ενδιαφέρον στις ψυχολογικές παρεμβάσεις για ασθενείς με χρόνιους πόνους είναι ότι η αποτελεσματικότητά τους δεν φαίνεται να εξαρτάται αποκλειστικά από την παρουσία ψυχιατρικών διαταραχών. Μια μελέτη του Creed και των συνεργατών του (2005) για την αποτελεσματικότητα της ψυχοδυναμικής διαπροσωπικής ψυχοθεραπείας σε ασθενείς με σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου έδειξε βελτίωση στην ένταση της σχετιζόμενης συμπτωματολογίας, χωρίς όμως να εξηγείται πλήρως από την μείωση των ψυχολογικών συμπτωμάτων. Η σημασία τέτοιων ευρημάτων είναι ότι πολλοί ασθενείς με χρόνια πόνο μπορεί να μην παρουσιάζουν ένα ευρύ φάσμα ψυχολογικών συμπτωμάτων, ώστε να λάβουν μια πλήρη ψυχιατρική διάγνωση, αλλά, παρόλα αυτά, μπορεί να βρίσκονται στην έναρξη κάποιων συνδρόμων ή ψυχο- κοινωνικών προβλημάτων που προκαλούν δυσφορία κι επιδεινώνουν την επίπτωση που έχουν οι πόνοι τους στην καθημερινή τους λειτουργικότητα.

IX) Μελλοντικοί στόχοι και κατευθύνσεις

Τα συμπεράσματα από αναφορές πάνω σε μελέτες της σχέσης ανάμεσα στις ψυχιατρικές διαταραχές και τον χρόνια πόνο έχουν περιοριστεί επειδή η πλειοψηφία των προηγούμενων μελετών έχει πραγματοποιηθεί ανάμεσα σε πολύ εξειδικευμένα δείγματα πληθυσμού, τα περισσότερα από τα οποία ήταν κλινικά δείγματα. Καθώς μόνο ένα μικρό μέρος ατόμων που υποφέρουν από πόνο επισκέπτονται επαγγελματίες

υγείας κι ένα ακόμη μικρότερο ποσοστό επισκέπτεται εξειδικευμένο προσωπικό, τα αποτελέσματα των μελετών που έχουν διενεργηθεί ανάμεσα σε αυτά τα δείγματα πληθυσμού μπορεί να μην μπορούν να γενικευτούν στην ευρύτερη κοινότητα. Ευτυχώς, έχουν αρχίσει να δημοσιεύονται και μελέτες βασισμένες στην ευρύτερη κοινότητα. Τέτοιες μελέτες έχουν την δυνατότητα να αυξήσουν τις γνώσεις μας για τη σχέση ανάμεσα στις καταστάσεις που δημιουργούν χρόνιο πόνο και τις ψυχιατρικές διαταραχές. Μελετώντας άτομα των οποίων οι συνθήκες διαβίωσης έχουν ελάχιστα επηρεαστεί από νοσοκομειακούς παράγοντες συνδεδεμένους με την αναζήτηση θεραπείας, μπορεί να είμαστε σε θέση να βρούμε καλύτερες απαντήσεις στα δυσεπίλυτα ερωτήματα σχετικά με την αιτιολογία και τους παράγοντες κινδύνου. Επίσης, οι περισσότερες από τις παραπάνω εργασίες έχουν πραγματοποιηθεί στην Βόρειο Αμερική και την Δυτική Ευρώπη. Δεδομένης της επίδρασης των πολιτισμικών παραγόντων από κοινού στην αντίληψη του πόνου και τις ψυχιατρικές διαταραχές, δεν μπορεί να θεωρηθεί ότι τα αποτελέσματα αυτών των μελετών θα έχουν εφαρμογή και σε άλλες μη Δυτικές κουλτούρες. Μελλοντικές μελέτες βασισμένες στον πληθυσμό της κοινότητας από μη Δυτικές χώρες, ειδικά από την Αφρική και την Ασία, είναι απαραίτητες για την διεύρυνση της κατανόησης της σχέσης μεταξύ του χρόνιου πόνου και των ψυχικών διαταραχών. Μεγάλες πληθυσμιακές μελέτες είναι δαπανηρές και δύσκολες στην πραγματοποίηση. Εν τούτοις, υπάρχουν ενδείξεις, σχετικά με την σχέση του χρόνιου πόνου και των ψυχιατρικών διαταραχών, ότι υπάρχει ανοικτό πεδίο κι ευκαιρίες για διαπολιτισμικές μελέτες. Το Παγκόσμιο Κέντρο Ψυχικής Υγείας, που αυτήν τη στιγμή λειτουργεί σε αρκετές χώρες παγκοσμίως, προσφέρει την δυνατότητα για την παροχή ιδιαίτερα πολύτιμων δεδομένων, προερχόμενων από τελείως διαφορετικές πολιτισμικές ομάδες. Λαμβάνοντας υπόψη ότι για τις μελέτες αυτές έχουν χρησιμοποιηθεί όλες οι τεχνικές ελέγχου της αβεβαιότητας, οι ευκαιρίες για συγκρίσεις μεταξύ διαφορετικών πολιτισμών είναι πολλές. Αν κι οι αναφορές που έχουν ήδη δημοσιευτεί από το παράρτημα των Ηνωμένων Πολιτειών είναι οι μόνες διαθέσιμες, η συλλογή μπορεί μελλοντικά να γίνει ιδιαίτερα προσοδοφόρα.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο:

ΜΕΛΕΤΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ ΣΤΗΝ ΜΟΝΑΔΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗΣ ΑΠΕΞΑΡΤΗΣΗΣ «18 ΑΝΩ»: ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ ΜΕ ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

I) Εισαγωγή

Αν κι οι επώδυνες διαταραχές κι οι διάφορες μορφές της τοξικομανίας είναι βέβαιο ότι συνδέονται κλινικά και περιπλέκουν η μία την άλλη, υπάρχουν λίγες μελέτες που διερευνούν άμεσα αυτά τα φαινόμενα (Jamison και συν. 2000. Rosenblum, Joseph, Fong, Kipnis, Cleland, Portenoy, 2003. Larson, Paasche-Orlow, Cheng, Lloyd-Travaglini, Saitz, Samet, 2007). Ο πόνος φαίνεται να έχει μεγάλη επικράτηση σε εξαρτημένους ασθενείς, ενώ είναι πιθανό ότι ο επιμένων πόνος μπορεί να ενθαρρύνει μια ποικιλία δυσάρεστων συμπεριφορών, όπως η κατάχρηση ουσιών, η χρήση μη συνταγογραφημένων αναλγητικών, καθώς κι αρνητικές συμπεριφορές σχετιζόμενες με την συμπεριφορά αναζήτησης φαρμάκων (Κεφάλαιο 2^ο, III). Είναι επίσης δυνατόν ότι το ιστορικό της τοξικομανίας μπορεί να οδηγήσει στην κλινική υποεκτίμηση των συμπτωμάτων του πόνου ως αποτέλεσμα της εξαρτητικής διαταραχής, και να οδηγήσει σε κακής ποιότητας ιατρική φροντίδα (Κεφάλαιο 2^ο, V). Αυτές οι πιθανές προβληματικές υποδεικνύουν την ανάγκη για μελέτες που καταδεικνύουν τη συχνότητα, τα χαρακτηριστικά και την επίπτωση του πόνου σε εξαρτημένους ασθενείς.

Η επικράτηση του χρόνιου πόνου σε εξαρτημένα άτομα θεωρείται ότι είναι τουλάχιστον το ίδιο υψηλή με τον γενικό πληθυσμό. Όπως είδαμε και παραπάνω (Κεφάλαιο 2^ο, IV), η επικράτηση του πόνου κυμαινόταν ανάμεσα στο 0% και το 50%, ανάλογα με τη μορφή του πόνου και τα κριτήρια της μελέτης. Επίσης, τα αντίστοιχα ποσοστά του χρόνιου πόνου στον γενικό πληθυσμό κυμαίνονταν μεταξύ 22% και 50% (Κεφάλαιο 3^ο). Περιορισμένα επιδημιολογικά ευρήματα υποδεικνύουν ότι ο πόνος μπορεί να έχει ακόμη μεγαλύτερη επικράτηση σε εξαρτημένους ασθενείς, καθώς περιπλέκεται από τις διαταραχές της τοξικομανίας και την συνύπαρξη ψυχικών διαταραχών, ενώ συνήθως ο πόνος έχει φτωχή αντιμετώπιση. Σε μια μελέτη 248 ασθενών που ελάμβαναν μεθαδόνη, καταγράφηκε επικράτηση του πόνου στο 61,3%,

ενώ οι ασθενείς με πόνο είχαν περισσότερα σωματικά και ψυχικά προβλήματα και χρησιμοποιούσαν περισσότερα παυσίπονα, σε σχέση με αυτούς χωρίς πόνο (Jamison και συν. 2000). Σε μια άλλη μελέτη (Rosenblum και συν. 2003), ο χρόνιος πόνος κυμαινόταν μεταξύ 24 και 37%, ο οξύς πόνος στο 78- 80%, ενώ οι ασθενείς παρουσίαζαν περισσότερα σωματικά και ψυχικά προβλήματα και μειωμένη λειτουργικότητα, σε σχέση με αυτούς χωρίς πόνο. Τέλος, μελέτες με εξαρτημένους ασθενείς με πόνο προερχόμενο από σοβαρά σωματικά προβλήματα διαπίστωσαν ότι η αντιμετώπιση του πόνου συχνά πραγματοποιείται με τρόπο που αντιτίθεται στα καθιερωμένα πρωτόκολλα (Breitbart, Rosenfield, Passik, 1996. Cleeland, Gonin, Hatfield, 1994).

Παρά την υψηλή επικράτηση του πόνου, και τη χρήση φαρμακευτικών ουσιών για την αντιμετώπισή του, υπάρχει ελάχιστη βιβλιογραφία που να αφορά την επίπτωση του πόνου σε εξαρτημένα άτομα που βρίσκονται στη διαδικασία της απεξάρτησης. Οι υπάρχουσες μελέτες που αφορούν τον πόνο σε εξαρτημένα άτομα δεν συνηθίζουν να ξεχωρίζουν την κατηγορία εκείνη των ασθενών με επώδυνη συμπτωματολογία τόσο σοβαρή, ώστε να είναι κλινικά σημαντική. Για να προκύψουν επομένως χρήσιμα συμπεράσματα σχετικά με τον πόνο και την συμπτωματολογία που συνδέεται με την τοξικομανία, πληροφορίες σχετικά με την ένταση του πόνου και άλλων χαρακτηριστικών του πρέπει να ληφθούν υπόψη. Αυτή η μελέτη διερευνά δύο βασικά ερωτήματα: 1) ποια είναι η επικράτηση του πόνου και τα δημογραφικά χαρακτηριστικά ασθενών που παρακολουθούν το πρόγραμμα απεξάρτησης του «18 Άνω», 2) ποια η συσχέτιση του πόνου με τα χαρακτηριστικά αυτά και την ύπαρξη ψυχικών διαταραχών, όπως το άγχος κι η κατάθλιψη;

II) Μέθοδος

IIa) Υλικό

Πρόκειται για μία συγχρονική μελέτη ενηλίκων θεραπευομένων, η οποία πραγματοποιήθηκε σε τρεις από τις δομές του αντρικού τομέα στο πρόγραμμα ψυχολογικής απεξάρτησης του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής, «18 Άνω». Η Μονάδα Ψυχολογικής Απεξάρτησης του «18 Άνω» αποτελεί αυτόνομη λειτουργική μονάδα του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής, η οποία προσφέρει μια

ολοκληρωμένη πρόταση απεξάρτησης από τις ψυχοτρόπες ουσίες, περιλαμβάνοντας την αποτοξίνωση, την ψυχολογική απεξάρτηση και την κοινωνική επανένταξη. Στο πρόγραμμα αυτό, το οποίο είναι η μεγαλύτερη μονάδα απεξάρτησης του δημόσιου φορέα στην Ελλάδα, δίδεται ιδιαίτερη έμφαση στο ψυχολογική διαδικασία της απεξάρτησης, με ατομική κι ομαδική ψυχοθεραπεία, ψυχοθεραπευτικές-ψυχοεκπαιδευτικές δραστηριότητες κι ομάδες τέχνης. Παράλληλα, υπάρχει συνεχής κάλυψη από ψυχιάτρους για την αντιμετώπιση ψυχιατρικών περιστατικών, ενώ δίδεται ιδιαίτερη έμφαση στην ευαισθητοποίηση και συμμετοχή του περιβάλλοντος του θεραπευομένου κι η ένταξή του στο κοινωνικό πλαίσιο.

Το «18 Άνω» περιλαμβάνει 5 ανεξάρτητους τομείς, με συνολικά 30 δομές. Κάθε τομέας περιλαμβάνει Συμβουλευτικό Σταθμό, τμήμα Ψυχολογικής Απεξάρτησης, τμήμα και ξενώνες Κοινωνικής Επανένταξης, καθώς και εργαστήρια καλλιέργειας δεξιοτήτων. Στο πρόγραμμα απασχολούνται 300 άτομα διαφόρων ειδικοτήτων, όπως ψυχιάτροι, ψυχολόγοι, νοσηλευτές, κοινωνικοί λειτουργοί, ειδικοί θεραπευτές, κ.ά. κάθε χρόνο, 10.000 άτομα δέχονται τις υπηρεσίες του προγράμματος, 2.500 από αυτούς νεοεισερχόμενοι, 500 άτομα βρίσκονται ανά πάσα στιγμή υπό θεραπεία, ενώ στόχος του προγράμματος αποτελεί η άμεση ανταπόκριση για θεραπεία σε κάθε νέο αίτημα.

Η θεραπευτική διαδικασία περιλαμβάνει τρεις φάσεις. Η πρώτη φάση περιλαμβάνει την Εμπύχωση- Ευαισθητοποίηση, διάρκειας 3 μηνών. Πρόκειται για ανοικτή φάση, που πραγματοποιείται κυρίως στους Συμβουλευτικούς Σταθμούς κι αποτελεί στην ουσία την προετοιμασία για την επόμενη φάση. Η δεύτερη φάση, περιλαμβάνει την ψυχολογική απεξάρτηση, διάρκειας 6 μηνών. Πρόκειται για κλειστή φάση, που πραγματοποιείται στα κλειστά τμήματα της ψυχολογικής απεξάρτησης και δίνει έμφαση στην θεραπεία του ατόμου. Η τρίτη φάση περιλαμβάνει την Κοινωνική Επανένταξη, διάρκειας 12 μηνών. Πρόκειται για εξωτερική φάση, που πραγματοποιείται στα τμήματα της κοινωνικής επανένταξης, κι έχει ως σκοπό την αυτονομία του ατόμου και την επανένταξή του στο κοινωνικό σύνολο.

Η μελέτη αυτή πραγματοποιήθηκε από τον Ιανουάριο μέχρι και τον Ιούνιο του 2008. Κριτήρια για την εισαγωγή στην μελέτη αποτέλεσαν: 1) το ιστορικό χρήσης μίας ή περισσότερων ψυχοδραστικών ουσιών, 2) ηλικία μεγαλύτερη των 17 ετών, 3) η σύμφωνη γνώμη του θεραπευομένου. Κριτήρια αποκλεισμού αποτέλεσαν: 1) διαταραχές του επιπέδου συνείδησης ή η εξασθένηση της γνωσιακής λειτουργίας, που περιόριζαν την ικανότητα του εξεταζόμενου για την σωστή συμπλήρωση των

ερωτηματολογίων, 2) η αδυναμία κατανόησης της ελληνικής γλώσσας. Στους συμμετέχοντες ελέγχθη ότι η μελέτη ήταν εμπιστευτική και το απόρρητο των προσωπικών τους δεδομένων απαραβίαστο. Το ερωτηματολόγιο δεν περιελάμβανε στοιχεία της ταυτότητας του εξεταζόμενου, ενώ τους ζητήθηκε να μην σημειώσουν τα ονόματά τους στη φόρμα. Έγινε προσπάθεια να μην αποκλεισθεί κανένας από θεραπευομένους, εκτός αν δεν πληρούσε τα παραπάνω κριτήρια, κατά τη διάρκεια της μελέτης. Η διάρκεια της συνέντευξης ήταν 15 με 30 λεπτά, το ερωτηματολόγιο είτε συμπληρωνόταν από τον εξεταζόμενο ατομικά, είτε κατά τη διάρκεια μιας ατομικής συνεδρίας, είτε ο εξεταστής διάβαζε δυνατά τις ερωτήσεις και σημείωνε τις απαντήσεις, παρέχοντας επεξηγήσεις στον εξεταζόμενο, όταν αυτός το ζητούσε. Το πρωτόκολλο της μελέτης σχεδιάστηκε έτσι ώστε να επιτρέπει ευελιξία και χρονική άνεση στον εξεταζόμενο. Κανείς εξεταζόμενος δεν αρνήθηκε να συμμετάσχει από τη στιγμή που ξεκίνησε η διαδικασία, και κανένα ερωτηματολόγιο δεν εξαιρέθηκε εξαιτίας ανεπαρκών δεδομένων.

IIb) Εργαλεία μελέτης

Αρχικά, το ερωτηματολόγιο κατέγραφε δημογραφικά στοιχεία, όπως φύλο, ηλικία, μόρφωση, ασφάλιση, σωματική ή/ και σεξουαλική κακοποίηση, καθώς και ιστορικό σχετιζόμενο με τη κατάχρηση ουσιών, όπως κύρια ουσία χρήσης, άλλες ουσίες και συμμετοχή σε προγράμματα απεξάρτησης.

Στη συνέχεια, χρησιμοποιήθηκε η σύντομη μορφή του ερωτηματολογίου καταγραφής του πόνου του Mc Gill (Short Form of Mc Gill Pain Questionnaire), το οποίο πρόκειται για ένα ευρέως χρησιμοποιούμενο κλινικό κι εργαστηριακό εργαλείο το οποίο έχει μεταφραστεί σε πολλές γλώσσες. Η σύντομη μορφή του ερωτηματολογίου αυτού διαμορφώθηκε από τον Meltzack το 1987 (Meltzack, 1987), και περιλαμβάνει 3 υποκατηγορίες περιγραφών πόνου, οι οποίες περιλαμβάνουν τις αισθητηριακές (sensory), τις αξιολογικές (evaluative) και τις συναισθηματικές (affective) του διαστάσεις την τελευταία εβδομάδα. Στη συνέχεια, στόχος ήταν η δημιουργία της ελληνικής έκδοσης του ερωτηματολογίου, που είχε χρησιμοποιηθεί σε προηγούμενες εκδόσεις (Georgoudis, 2000. Georgoudis 2001). Η απλή μετάφραση του αρχικού ερωτηματολογίου δεν είναι δυνατόν να συλλάβει όλες τις διαστάσεις της γλώσσας που χρησιμοποιεί ένας λαός για να περιγράψει τον πόνο. Ως εκ τούτου

απαιτείται μια ελεύθερη καταγραφή των εκφράσεων και των λέξεων που χρησιμοποιούνται στην καθομιλουμένη για την περιγραφή του πόνου. Στην ελληνική έκδοση, η πρώτη υποκατηγορία περιλαμβάνει 15 χαρακτηριστικά του πόνου και καταγράφει την ένταση που παρουσίαζαν από το «καθόλου πόνος» ως το «έντονος πόνος». Στην δεύτερη υποκατηγορία ο εξεταζόμενος σημειώνει πάνω σε μια οριζόντια γραμμή τη θέση που αντιπροσωπεύει ο πόνος, από το «καθόλου πόνος» ως το «ο χειρότερος πόνος που μπορεί να υπάρξει». Στην τρίτη υποκατηγορία καταγράφεται η ένταση του πόνου από το «καθόλου πόνος» ως «αβάστακτος πόνος», ενώ τα τελικά αποτελέσματα βαθμολογούνται σε μια κλίμακα πέντε διαβαθμίσεων (από 1 ως 5). Το ερωτηματολόγιο παρουσιάζει εσωτερική συνέπεια (δείκτης Cronbach's $\alpha = 0,71$) και εγκυρότητα (και τα 15 χαρακτηριστικά του πόνου χρησιμοποιήθηκαν από τουλάχιστον το 33% των εξετασθέντων) και πληροί τα κριτήρια αξιοπιστίας κι ευαισθησίας για τις διακυμάνσεις του πόνου. Επίσης, για την καλύτερη καταγραφή των χαρακτηριστικών του πόνου, οι εξεταζόμενοι ρωτήθηκαν για την ύπαρξη στερητικού συνδρόμου, χρόνιας επώδυνης διαταραχής και χρησιμοποιούμενα αναλγητικά το τελευταίο τρίμηνο.

Για την καταγραφή τυχόν συνύπαρξης ψυχικών διαταραχών, χρησιμοποιήθηκαν δύο ψυχομετρικά εργαλεία, που μελετούν την κατάθλιψη και το άγχος. Για την κατάθλιψη, χρησιμοποιήθηκε η ελληνική έκδοση της Κλίμακας Κατάθλιψης του Α.Τ. Beck (Beck Depression Inventory, BDI). Η κλίμακα αυτή δημιουργήθηκε με σκοπό να μετρήσει τις γνωστικές, συναισθηματικές, συμπεριφορικές και σωματικές εκδηλώσεις της κατάθλιψης του ατόμου, κατά το διάστημα της τελευταίας εβδομάδας, ενώ η μετάφραση κι η προσαρμογή έγινε από τους Σ. Ντώνια και Ι. Δεμερτζή (Ντώνιας, Δεμερτζής, 1983). Περιλαμβάνει 21 θέματα, το καθένα από τα οποία, ανάλογα με την σοβαρότητά του, βαθμολογείται σε μια κλίμακα τεσσάρων διαβαθμίσεων (από 0 ως 3). Τα θέματα αφορούν θλίψη (λύπη), απαισιοδοξία-αποθάρρυνση, αίσθημα αποτυχίας, έλλειψη ικανοποίησης, ενοχή, προσδοκία τιμωρίας, απέχθεια προς τον εαυτό, αυτομομφή, ιδέες αυτοκτονίας, κλάμα, ευερεθιστότητα, κοινωνική απόσυρση, αναποφασιστικότητα, εικόνα του σώματος, εργασιακή επιβάρυνση, αϋπνία, εύκολη κόπωση, ανορεξία, απώλεια βάρους, σωματική ενόχληση, απώλεια της libido. Κάθε θέμα βαθμολογείται σε μια κλίμακα τεσσάρων διαβαθμίσεων (0-3) αύξουσας σοβαρότητας, ενώ η συνολική βαθμολογία εξάγεται με την άθροιση των βαθμών. Η διαστρωμάτωση της σοβαρότητας της κατάθλιψης είναι η εξής: 0-9= καθόλου κατάθλιψη, 10-15= ελαφρά κατάθλιψη, 16-

23= μέτρια κατάθλιψη, >24= βαριά κατάθλιψη. Η κλίμακα παρουσιάζει ικανοποιητική εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής κι ικανοποιητική εγκυρότητα κριτηρίου, ενώ η αξιοπιστία, και με βάση τις αμερικάνικες πηγές, κρίνεται υψηλή (Σταλίκας, Τριλίβα, Ρούσση, 2002).

Για την μελέτη του άγχους, χρησιμοποιήθηκε η ελληνική έκδοση της Κλίμακας Καταγραφής Άγχους του Hamilton (www.depressionanxiety.gr/download/greek/134/index.html). Η κλίμακα αυτή δημιουργήθηκε από τον Hamilton το 1959 ως ένα μέσο μέτρησης της έντασης των συμπτωμάτων σε άτομα με διαγνωσμένες αγχώδεις διαταραχές. Η κλίμακα αρχικά (Hamilton, 1959) διαμορφώθηκε χρησιμοποιώντας ως δείγμα ψυχιατρικούς ασθενείς με καταστάσεις «νευρωτικού άγχους» κι αναθεωρήθηκε στη συνέχεια το 1969 (Hamilton, 1969). Η κλίμακα περιλαμβάνει 14 ερωτήσεις που κάθε μια ανταποκρίνεται σε μια κατηγορία συμπτωμάτων (π.χ. ένταση, αϋπνία, φόβοι, καρδιοαναπνευστικά συμπτώματα, κ.ά.), τα αποτελέσματα βαθμολογούνται σε μια κλίμακα διαβαθμίσεων (από το 0 ως το 4) και στη συνέχεια αθροίζονται για προκύψει το τελικό αποτέλεσμα.

III) Στατιστική Ανάλυση

Η στατιστική ανάλυση πραγματοποιήθηκε με την εφαρμογή του στατιστικού προγράμματος SPSS, Έκδοση 12 . Όλα τα δεδομένα εκφράστηκαν ως μέση τιμή $\pm$ σταθερή απόκλιση (SD) . Η σύγκριση των δεδομένων και των επί τις εκατό διαφορών έγινε με το t-test κατά ζεύγη. Επίπεδο σημαντικότητας (p) < 0.05 θεωρήθηκε ως στατιστικά σημαντικό. Επιπρόσθετα χρησιμοποιήθηκε ο παραμετρικός συντελεστής συσχέτισης (Pearson) και ο μη παραμετρικός (Spearman) για την εκτίμηση πιθανής συσχέτισης μεταξύ των μελετώμενων παραμέτρων.

IV) Αποτελέσματα

IVa) Γενικά χαρακτηριστικά των ασθενών

Στη μελέτη συμμετείχαν τελικά 81 θεραπευόμενοι (80 άντρες- 1 γυναίκα), από τους οποίους, οι 46 προέρχονταν από την πρώτη φάση (Εμπύχωση- Ευαισθητοποίηση), 24

από την δεύτερη φάση (Κλειστή φάση) και 11 από την τρίτη φάση (Κοινωνική επανένταξη) του προγράμματος. Η μέση ηλικία των συμμετεχόντων ήταν τα 29,8 έτη, με 95% διαστήματα εμπιστοσύνης μεταξύ 28,5- 31,14, ενώ οι ηλικίες κυμαίνονταν μεταξύ 19 και 49 έτη. Οι 6 από αυτούς (ποσοστό 7,4%) ήταν απόφοιτοι Δημοτικού, οι 61 (75,3%) απόφοιτοι Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης κι οι 14 (17,3%) απόφοιτοι Τριτοβάθμιας Εκπαίδευσης. 41 από αυτούς (ποσοστό 50,6%) ήταν ασφαλισμένοι, ενώ οι υπόλοιποι 40 (49,4%) ήταν ανασφάλιστοι ή είχαν βιβλιάριο Απορίας.

Από το ιστορικό των συμμετεχόντων, ακόμα προκύπτει ότι 16 άτομα (ποσοστό 19,75%) ανέφεραν ιστορικό σωματικής κακοποίησης κι 1 άτομο (1,23%) ιστορικό σεξουαλικής κακοποίησης. Επίσης, 70 θεραπευόμενοι (ποσοστό 86,4%) ανέφεραν τη χρήση περισσότερης της μιας ψυχοτρόπου ουσίας, δηλαδή πολυτοξικομανία, 8 (ποσοστό 9,9%) τη χρήση αποκλειστικά ηρωίνης, 2 (2,4%) τη χρήση ινδικής κάνναβης και 1 (1,2%) τη χρήση κοκαΐνης. Τέλος, 29 άτομα (ποσοστό 35,8%) συμμετείχαν για πρώτη φορά σε πρόγραμμα απεξάρτησης, 28 (34,5%) συμμετείχαν για δεύτερη φορά, 10 (12,3%) για τρίτη φορά, 10 (12,3%) για τέταρτη φορά ενώ 4 (4,9%) είχαν περισσότερες από τέσσερις συμμετοχές (Πίνακας V):

Πίνακας V Δημογραφικά χαρακτηριστικά των θεραπευομένων με βάση τις κατηγορίες πόνου (n= 81)

Χαρακτηριστικά	Σύνολο	Ήπιος πόνος	Μέτριος πόνος	Έντονος πόνος	p-value
n	81	34	16	31	
Μέση Ηλικία	29,9	28,4	31,1	31,1	0,052
SD					
Εκπαίδευση (%)					0,25
Πρωτοβάθμια	7,4	0	25	6,5	
Δευτεροβάθμια	75,3	88,2	75	61,3	
Τριτοβάθμια	17,3	11,8	0	32,2	
Ασφάλιση (%)					0,12

Ναι	50,6	55	68,7	35,5	
Όχι	49,4	45	31,3	64,5	
Κακοποίηση(%)					0,41
Σωματική	19,7	14,7	18,7	16,1	
Σεξουαλική	1,23	0	0	3,2	
Ουσία χρήσης (%)					0,2
Πολυτοξικότητα	86,4	76,5	93,8	90,3	
Ηρωίνη	9,9	11,8	6,2	9,7	
Κάνναβη	2,4	5,9	0	0	
Κοκαΐνη	1,2	2,9	0	0	
Συμμετοχή σε προγράμματα απεξάρτησης					0,42
1	35,8	35,3	37,5	35,5	
2	34,5	41,2	31,2	29	
3	12,3	11,7	12,5	12,9	
4	12,3	2,9	18,8	19,3	
>4	4,9	8,8	0	3,3	

Όπως φαίνεται και στον πίνακα, δεν προκύπτει κάποια συσχέτιση των κατηγοριών του πόνου με κάποιο από τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, με εξαίρεση ίσως την ηλικία, όπου η συσχέτιση φαίνεται αυξημένη, αλλά όχι στατιστικά σημαντική.

IVb) Χαρακτηριστικά του πόνου

Η καταγραφή της σοβαρότητας του πόνου αποτελεί την κύρια ανεξάρτητη μεταβλητή προς μελέτη. Για τον προσδιορισμό της σοβαρότητας του πόνου, όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, χρησιμοποιήθηκε η σύντομη μορφή του ερωτηματολογίου πόνου του

McGill, το οποίο καταγράφει την ύπαρξη πόνου την τελευταία εβδομάδα. Με βάση και την ένταση του πόνου, τρεις κατηγορίες πόνου διαμορφώθηκαν: (1) ήπιος πόνος (καθόλου ή ελαφρύς πόνος), (2) ενδιάμεσος πόνος (μέτριος ή έντονος πόνος), (3) σοβαρός πόνος (πολύ έντονος ή αβάστακτος πόνος). Με βάση τα παραπάνω, 34 άτομα (ποσοστό 41,9%) παρουσίασαν ελάχιστο πόνο, 16 άτομα (19,7%) παρουσίασαν ενδιάμεσο πόνο και 31 άτομα (38,3%) παρουσίασαν σοβαρό πόνο.

Σχεδόν ένας στους τρεις ασθενείς, 26 συνολικά (ποσοστό 32,1%) ανέφεραν τουλάχιστον μία χρόνια επώδυνη κατάσταση, η οποία ήταν παρούσα το τελευταίο τρίμηνο. Συχνότερο πρόβλημα ήταν η οσφυαλγία, με ποσοστό 56%, κι ακολουθούν η κεφαλαλγία με 24%, οι αρθραλγίες και τα οστικά άλγη με 20%, η θρομβοφλεβίτιδα με 12%, η χρόνια ηπατίτιδα με 8%, η επιγαστραλγία, η χρόνια παγκρεατίτιδα, η νευραλγία και το οπισθοστερνικό άλγος με 4%. Επίσης, 20 άτομα (ποσοστό 24,7%) ανέφεραν τη χρήση αναλγητικών τουλάχιστον το τελευταίο τρίμηνο, με συχνότερα τα οπιοειδή αναλγητικά (ποσοστό 44,8%), κι ακολουθούν τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη με 24,1%, η παρακεταμόλη, τα αντιεπιληπτικά, τα νιτρώδη και τα προστατευτικά των αγγείων με 6,9% και τα μυοχαλαρωτικά με 3,5%. Τέλος, από τους συμμετέχοντες στην πρώτη φάση του προγράμματος, 26 άτομα ανέφεραν την παρουσία πόνου στα πλαίσια στερητικού συνδρόμου (ποσοστό 32,1%) κατά τη διάρκεια της τελευταίας εβδομάδας, στους 14 (17,3%) από τους οποίους ήταν διάρκειας 1-2 ημερών και σε 12 (14,8%) ήταν διάρκειας 3-7 ημερών (Πίνακας VI):

Πίνακας VI Χαρακτηριστικά πόνου και ψυχικές διαταραχές θεραπευομένων με βάση τις κατηγορίες πόνου (n= 81)

Χαρακτηριστικά	Σύνολο	Ήπιος πόνος	Μέτριος πόνος	Σοβαρός πόνος	p- value

n	81	34	16	31	
Στερητικό σύνδρομο (%)					<0.01**
1-2 ημέρες	17,3	3,2	18,7	32,2	
3-7 ημέρες	14,8	0	18,7	29	
Χρόνια επώδυνη συνδρομή (%)	32,1	5,9	56,2	48,4	0,01**
Φαρμακευτική αγωγή (%)	24,7	2,9	25	48,4	<0,01**
Κλίμακα κατάθλιψης Beck (%)					<0,01**
Καθόλου	11,1	23,5	6,2	0	
Ήπια	12,3	26,5	0	3,2	
Μέτρια	28,4	32,3	37,5	19,3	
Μείζονα	48,1	17,6	56,25	77,4	
Κλίμακα άγχους Hamilton (%)					<0,01**
Ήπια	33,3	67,6	25	0	
Μέτρια	19,7	17,6	31,2	16,1	
Σοβαρή	29,6	14,7	31,2	45,1	
Πολύ σοβαρή	17,3	0	12,5	38,7	

Όπως φαίνεται και στον πίνακα, υπάρχει μεγάλη στατιστική συσχέτιση μεταξύ των κατηγοριών του πόνου, τόσο με την ύπαρξη στερητικού συνδρόμου, όσο και με την χρόνια επώδυνη συνδρομή και τη χρήση φαρμακευτικής αγωγής.

IVc) Ψυχικές διαταραχές

Για την καταγραφή της κατάθλιψης, χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο κατάθλιψης του Beck. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, 39 άτομα (ποσοστό 48,1%) παρουσίασαν μείζονα κατάθλιψη, 23 άτομα (28,4%) μέτρια κατάθλιψη, 10 άτομα (12,3%) ελαφρά κατάθλιψη και 9 άτομα (11,1%) καθόλου κατάθλιψη. Η μέση τιμή της κατάθλιψης ήταν αρκετά υψηλή, στο 24,8 με 95% διαστήματα εμπιστοσύνης 21,9- 27,6.

Για την καταγραφή του άγχους, χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα άγχους του Hamilton. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, 27 άτομα (ποσοστό 33,3%) παρουσίασαν ήπιο άγχος, 16 άτομα (19,7%) μέτριο άγχος, 24 άτομα (29,6%) σοβαρό άγχος και 14 άτομα (17,3%) πολύ σοβαρό άγχος. Η μέση τιμή του άγχους ήταν αρκετά υψηλή, στο 26,7 με 95% διαστήματα εμπιστοσύνης 23,3- 30,1. Η κατανομή των ποσοστών της κατάθλιψης και του άγχους με βάση τις κατηγορίες πόνου, παρουσιάζεται στον Πίνακα VI. Όπως φαίνεται στον πίνακα αυτό, υπάρχει υψηλή συσχέτιση των κατηγοριών του πόνου τόσο με την ύπαρξη κατάθλιψης όσο και με την ύπαρξη άγχους, στατιστικά πολύ υψηλή ($p < 0,01$) και στις 2 περιπτώσεις.

IVd) Άλλες στατιστικές συσχετίσεις

Στη συνέχεια, μελετήθηκε η πιθανότητα συσχέτισης των διαφόρων μορφών του πόνου και των ουσιών χρήσης, τόσο με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, όσο και με τις κλίμακες κατάθλιψης και άγχους. Για το στερητικό σύνδρομο, όπως ήταν αναμενόμενο, προέκυψε ισχυρή συσχέτιση ($p < 0,01$) τόσο με την κατάθλιψη, όσο και με το άγχος. Ενδιαφέρον είναι και το γεγονός ότι προέκυψε συσχέτιση μεταξύ στερητικού συνδρόμου και της ηλικίας στατιστικά σημαντική ($p = 0,014$), ενώ αυξημένη ήταν κι η συσχέτιση μεταξύ στερητικού συνδρόμου και ασφάλισης, αλλά όχι στατιστικά σημαντική ($p = 0,056$). Για τις χρόνιες επώδυνες συνδρομές, προέκυψε συσχέτιση με τη χρήση φαρμακευτικής αγωγής στατιστικά πολύ σημαντική ($X^2 = 8,4$, $p < 0,01$). Επίσης, συσχέτιση στατιστικά πολύ σημαντική προέκυψε και με την κατάθλιψη ($p = 0,003$), ενώ στατιστικά σημαντική ήταν κι η συσχέτιση με το άγχος ($p = 0,013$).

Όσον αφορά τις ουσίες χρήσης, προέκυψε συσχέτιση στατιστικά σημαντική τόσο με την κατάθλιψη ($p = 0,031$), όσο και με το άγχος ($p = 0,015$). Στατιστικά σημαντική ήταν κι η συσχέτιση με τη συμμετοχή σε προγράμματα απεξάρτησης ($p = 0,034$), ενώ

υψηλή ήταν κι η συσχέτιση με το ιστορικό κακοποίησης, αλλά όχι στατιστικά σημαντική ($p=0,092$).

V) Συζήτηση

Από τα αποτελέσματα της μελέτης προκύπτει ότι περισσότεροι από τους μισούς ενήλικες που συμμετέχουν σε ένα πρόγραμμα απεξάρτησης από τις ψυχοτρόπες ουσίες αναφέρουν την ύπαρξη μέτριας ή σοβαρής επώδυνης συμπτωματολογίας. Και μάλιστα, ένας στους τρεις παρουσιάζει κάποια χρόνια επώδυνη συνδρομή για ένα τρίμηνο τουλάχιστον, ενώ ένας στους τέσσερις έχει λάβει φαρμακευτική αγωγή στο διάστημα αυτό, σαφώς σχετιζόμενη με την ύπαρξη χρόνιου πόνου. Η δε ύπαρξη του πόνου είναι άμεσα συνδεδεμένη με την ύπαρξη της χρόνιας επώδυνης συνδρομής και τη χρήση φαρμακευτικών αναλγητικών, γεγονός που περιπλέκει την πορεία των θεραπευομένων προς την απεξάρτηση, από τη στιγμή που ο πόνος είναι μια παράμετρος που πρέπει να ληφθεί υπόψη.

Τα ευρήματα αυτά είναι απολύτως σύμφωνα με προηγούμενες μελέτες, όπου τα ποσοστά του μέτριου και σοβαρού πόνου έφταναν το 55% (Larson και συν., 2007), ο μέτριος και σοβαρός πόνος σε θεραπευόμενους που ελάμβαναν μεθαδόνη έφτανε το 60% και σε στεγνά προγράμματα απεξάρτησης το 47% (Rosenblum και συν., 2003), ενώ ο χρόνιος πόνος σε θεραπευόμενους που ελάμβαναν μεθαδόνη έφτανε το 60% (Jamison και συν., 2000). Τα ευρήματα αυτά, βέβαια, αφορούν πληθυσμούς των Ηνωμένων Πολιτειών, αλλά αποτελούν το μόνο μέτρο σύγκρισης μέχρι σήμερα, αφού παρόμοιες έρευνες δεν έχουν πραγματοποιηθεί στην χώρα μας.

Διάφορες μελέτες πόνου, κατά την διάρκεια της αποτοξίνωσης, μπορεί να συσχετίζουν τον πόνο με το στερητικό σύνδρομο, και να μην αποζητούν περαιτέρω διερεύνηση. Τόσο από τη μελέτη αυτή, όσο κι από προηγούμενες (Rosenblum και συν., 2003. Larson και συν., 2007), η θεωρία του στερητικού συνδρόμου διερευνήθηκε αναλυτικά και το συμπέρασμα ήταν ότι δεν αποτελεί τον κύριο αιτιολογικό παράγοντα στον επιπολασμό του πόνου. Κι αυτό γιατί τα ποσοστά του πόνου στις παραπάνω μελέτες παρέμεναν διαχρονικά πολύ πιο υψηλά από τα ποσοστά του γενικού πληθυσμού των Ηνωμένων Πολιτειών, παρόμοιας ηλικίας.

Το μεγάλο ποσοστό της πολυτοξικομανίας (86,4%) που βρέθηκε στην μελέτη αυτή, δείχνει την μεγάλη ποικιλομορφία των πληθυσμών με χρήση ψυχοτρόπων ουσιών,

ενώ ενισχύει και την άποψη της πολυπαραγοντικής αιτιολογίας της τοξικομανίας. Κι αυτό γιατί, για την επίτευξη του ίδιου αποτελέσματος, φαίνεται να χρησιμοποιούνται σήμερα διαφορετικής δράσης ψυχοτρόπες ουσίες. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα, την επιδείνωση και της πορείας της απεξάρτησης, αφού η ψυχική υγεία είναι περισσότερο επιβαρημένη, ενώ απαιτούνται περισσότερες συμμετοχές σε προγράμματα για την επίτευξη της απεξάρτησης. Αποτελεί επίσης ένδειξη της περιπλοκότητας που φαίνεται να υπάρχει στη σχέση ανάμεσα στον πόνο και την τοξικομανία.

Όσον αφορά τις χρόνιες επώδυνες διαταραχές, φαίνεται να συνδέονται με την εκδήλωση σοβαρότερης επώδυνης συμπτωματολογίας, τη συστηματική χρήση αναλγητικών φαρμάκων και την επιδείνωση της ψυχικής τους υγείας. Το γεγονός αυτό καθιστά επιτακτική την έγκαιρη εντόπιση κι αντιμετώπιση των περιστατικών αυτών, ώστε η πορεία τους στην απεξάρτηση να παραμείνει αδιατάρακτη και να μην περιπλακεί από σωματικές και ψυχικές διαταραχές. Η ανάγκη των ατόμων αυτών να ανακουφίσουν τον πόνο τους μπορεί να τους οδηγήσει στην υπερβολική αναζήτηση φαρμακευτικής αγωγής, σε συμπεριφορές αναζήτησης φαρμάκων, σε εξαρτητικές συμπεριφορές, και τελικά στην υποτροπή της τοξικομανίας. Η μη αποτελεσματική αντιμετώπιση του πόνου μπορεί από μόνη της να αποτελέσει σημαντικό παράγοντα για υποτροπή της τοξικομανίας. Υπάρχουν μελέτες ασθενών με AIDS ή καρκίνο και τοξικοεξάρτηση (Breitbart και συν., 1996. Cleeland και συν., 1994) που δείχνουν ότι η αντιμετώπιση των επώδυνων συμπτωμάτων αποκλίνει των καθιερωμένων οδηγιών. Είναι επομένως δύσκολο να καθοριστεί το μέγεθος στο οποίο ο πόνος που βιώνει ο θεραπευόμενος σε μια μελέτη πόνου συνδέεται με ανεπαρκή αντιμετώπισή του. Με βάση όμως τους περιορισμούς που προκύπτουν ως πιθανοί λόγοι για ανεπαρκή αντιμετώπιση του πόνου, είναι αναγκαία η διατύπωση ανησυχιών για την ανεπαρκή θεραπεία κι η περαιτέρω διερεύνησή της. Οι περιορισμοί αυτοί είναι πολυσύνθετοι, και μπορεί να περιλαμβάνουν την καθιερωμένη ιατρική πρακτική, την ανεπαρκή εκπαίδευση των θεραπειών, τη μειωμένη πρόσβαση σε δομές παροχής περίθαλψης, στον δισταγμό των ιατρών να χορηγήσουν οπιοειδή σε άτομα με ιστορικό τοξικομανίας (ειδικά σε ηρωινομανείς) και στο δισταγμό του πρώην χρήστη να αναζητήσει βοήθεια εξαιτίας του στίγματος ή του φόβου της υποτροπής.

Ακόμη, είναι σημαντικά και τα ευρήματα που αφορούν τις ψυχικές διαταραχές των θεραπευομένων, την κατάθλιψη και το άγχος. Τα ποσοστά και των δύο διαταραχών είναι ιδιαίτερα υψηλά σε όλες τις κατηγορίες της μελέτης, και συμφωνούν με μελέτες που αφορούν τις ψυχικές διαταραχές στην τοξικομανία (Olfson και συν., 2000.

Λιάπας και συν. 2001). Επίσης, συμφωνούν και με τις μελέτες για την συνύπαρξη πόνου και ψυχικών διαταραχών, όπου η συχνότητα εμφάνισης ψυχικών διαταραχών σε ασθενείς με χρόνιο πόνο είναι υψηλή, υψηλότερη από το γενικό πληθυσμό (Kermit και συν., 2000. Gureje και συν., 2001. McWilliams και συν., 2003. Caroll και συν., 2004. Bair και συν., 2006). Το γεγονός αφενός ενισχύει την άποψη της ισχυρής αμφίδρομης σχέσης μεταξύ του πόνου και των ψυχικών διαταραχών, αφετέρου περιπλέκει ακόμη περισσότερο την αντιμετώπιση των προβλημάτων των ατόμων αυτών και την πορεία τους στην απεξάρτηση, αφού προσθέτει ένα επιπλέον πρόβλημα που απαιτεί αντιμετώπιση.

Η μελέτη αυτή έχει κι ένα αριθμό περιορισμών. Καταρχάς, ο αριθμός των θεραπευομένων που συμμετείχαν ήταν περιορισμένος, με αποτέλεσμα να μην προκύψουν αρκετές στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις ανάμεσα στη δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος και τα χαρακτηριστικά του πόνου. Τόσο η διεθνής βιβλιογραφία, όσο και το γεγονός της ύπαρξης υψηλών συσχετίσεων αλλά όχι στατιστικά σημαντικών, αποτελούν ένδειξη ότι με μεγαλύτερο δείγμα πληθυσμού, ίσως να προέκυπταν και περισσότερες στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις.

Δεύτερον, η μελέτη είναι συγχρονική κι αντανακλά μια συγκεκριμένη στιγμή των θεραπευομένων του προγράμματος. Αυτό περιορίζει σημαντικά τις δυνατότητες για την αναλυτικότερη διερεύνηση των σχέσεων του πόνου με την τοξικομανία και τις ψυχικές διαταραχές, όπως τη συχνότητα των υποτροπών της ουσιοεξάρτησης, την χρονιότητα του πόνου και της παρουσίας ψυχικών διαταραχών. Ίσως μια διαχρονική μελέτη να μπορούσε να απαντήσει σε μερικά από αυτά τα ερωτήματα και να εντοπίσει με μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα όλες τις πιθανές σχέσεις.

Τρίτον, η μελέτη αυτή πραγματοποιήθηκε σε ένα συγκεκριμένο πρόγραμμα απεξάρτησης και δεν πραγματοποιήθηκαν συγκρίσεις με μια ομάδα ελέγχου διαφορετικής προέλευσης. Αυτό μπορεί να αποτελέσει συστηματικό σφάλμα επιλογής, επειδή είναι αδύνατο όλοι οι συμμετέχοντες στο πρόγραμμα του «18 Άνω» να πάρουν μέρος στη μελέτη. Θα είχε ενδιαφέρον η σύγκριση των αποτελεσμάτων των θεραπευομένων αυτού του προγράμματος με θεραπευόμενους άλλων προγραμμάτων, όπως των προγραμμάτων μεθαδόνης, ή με ασθενείς σε ιατρεία πόνου που λαμβάνουν και χρόνια θεραπεία με οπιοειδή. Συγκριτικές μελέτες μεγάλων δειγμάτων πληθυσμού με προοπτικά αποτελέσματα είναι απαραίτητα.

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΓΑΛΕΙΑ

Σύντομη Μορφή του Ερωτηματολογίου McGill για τον Πόνο (SF-MPQ)

Α. ΠΑΡΑΚΑΛΟΥΜΕ ΠΕΡΙΓΡΑΨΤΕ ΤΟΝ ΠΟΝΟ ΠΟΥ ΕΙΧΑΤΕ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑ ΕΒΔΟΜΑΔΑ

	Καθόλου πόνος	Ελαφρύς	Μέτριος	Έντονος
1. Παλλόμενος, σαν σφυγμός				
2. Δυνατός, οξύς πόνος σαν ηλεκτρισμός				
3. Σαν μαχαιριά				
4. Οξύς				
5. Σφίξιμο, σαν κράμπα				
6. Επίμονος πόνος, σαν δάγκωμα				
7. Κάψιμο				
8. Συνεχής βουβός πόνος χαμηλής έντασης				
9. Σαν ένα βάρος				
10. Ευαισθησία, όπως όταν αγγίζεις ένα ερεθισμένο μέρος				
11. Σαν να πάει να σπάσει				
12. Κουραστικός- εξουθενωτικός				
13. Που μου				

προκαλεί ναυτία				
14. Τρομακτικός				
15. Βασανιστικός- απάνθρωπος				

Β. ΒΑΘΜΟΛΟΓΕΙΣΤΕ ΤΟΝ ΠΟΝΟ ΠΟΥ ΕΙΧΑΤΕ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑ ΕΒΔΟΜΑΔΑ

Η παρακάτω γραμμή αντιπροσωπεύει πόνο με αυξανόμενη ένταση από το «καθόλου πόνος» σε «ο χειρότερος πόνος που μπορεί να υπάρξει». Βάλτε μια κάθετη γραμμή πάνω στη οριζόντια στη θέση που περιγράφει καλύτερα τον πόνο σας **κατά την τελευταία εβδομάδα**.

Καθόλου ο χειρότερος πόνος
Πόνος

Γ. ΕΝΤΑΣΗ ΠΑΡΟΝΤΟΣ ΠΟΝΟΥ

0. Καθόλου πόνος
1. Ελαφρύς
2. Μέτριος
3. Έντονος
4. Πολύ έντονος
5. Αβάστακτος

Ερωτηματολόγιο Beck

Σε αυτό το ερωτηματολόγιο υπάρχουν ομάδες από φράσεις. Σε παρακαλούμε να διαβάσεις τις φράσεις σε κάθε ομάδα προσεκτικά. Μετά διάλεξε αυτή σε κάθε ομάδα τη φράση που περιγράφει καλύτερα τον τρόπο που αισθάνεσαι **ΑΥΤΗ ΤΗΝ ΕΒΔΟΜΑΔΑ ΠΕΡΙΛΑΜΒΑΝΟΝΤΑΣ ΚΑΙ ΤΗΝ ΣΗΜΕΡΙΝΗ ΗΜΕΡΑ**. Βάλε ένα κύκλο γύρω από τον αριθμό που διάλεξες σε κάθε ομάδα. Αν περισσότερες από μια φράσεις σε εκφράζουν εξ' ίσου, βάλε έναν κύκλο γύρω από την κάθε μία. Πρόσεξε να διαβάσεις σε κάθε ομάδα πριν κάνεις την επιλογή σου.

1. 0 Δεν αισθάνομαι λυπημένος /η
1 Αισθάνομαι λυπημένος /η
2 Είμαι συνέχεια λυπημένος /η και δεν μπορώ να ξεφύγω απ' αυτό
2. 0 Δεν είμαι ιδιαίτερα απογοητευμένος /η για το μέλλον
1 Αισθάνομαι απογοητευμένος /η για το μέλλον
2 δεν έχω τίποτα να ελπίζω
3 Αισθάνομαι ότι το μέλλον είναι σκοτεινό και δεν μπορώ να κάνω τίποτε για αυτό
3. 0 Δεν αισθάνομαι αποτυχημένος /η
1 Αισθάνομαι ότι έχω αποτύχει περισσότερο από ότι ένας μέσος άνθρωπος
2 Καθώς κοιτάζω τη ζωή μου μέχρι τώρα αισθάνομαι ότι είναι όλο αποτυχίες
3 Αισθάνομαι ότι είμαι ένας αποτυχημένος άνθρωπος
4. 0 Ευχαριστιέμαι από τα πράγματα όπως παλιά
1 Δεν έχω τα κέφια που είχα άλλοτε
2 Δεν με ευχαριστεί τίποτε πια πραγματικά
3 Δεν ευχαριστιέμαι με τίποτα και βαριέμαι τα πάντα
5. 0 Δεν αισθάνομαι ιδιαίτερα ένοχος /η
1 Αισθάνομαι ένοχος /η αρκετά συχνά
2 Αισθάνομαι ένοχος /η τον περισσότερο καιρό
3 Αισθάνομαι συνέχεια ένοχος /η
6. 0 Δεν αισθάνομαι ότι με τιμωρούν
1 Αισθάνομαι ότι μπορεί να με τιμωρούν
2 Περιμένω την τιμωρία
3 αισθάνομαι ότι με τιμωρούν
7. 0 Δεν είμαι απογοητευμένος /η από τον εαυτό μου
1 Είμαι απογοητευμένος /η από τον εαυτό μου
2 Σιχαίνομαι τον εαυτό μου

- 3 Μισώ τον εαυτό μου
8. 0 Δεν αισθάνομαι ότι είμαι χειρότερος /η από τους άλλους
- 1 Κατηγορώ τον εαυτό μου για τις αδυναμίες και τα λάθη μου
 - 2 Κατηγορώ τον εαυτό μου συνέχεια για τα λάθη μου
 - 3 Κατηγορώ τον εαυτό μου για ότι κακό συμβεί
9. 0 Δεν έχω σκεφτεί ποτέ να κάνω κακό στον εαυτό μου
- 1 Έχω σκεφτεί να κάνω κακό στον εαυτό μου αλλά δεν το επιχείρησα ποτέ
 - 2 Θα ήθελα να κάνω κακό στον εαυτό μου
 - 3 Θα έκανα κακό στον εαυτό μου αν είχα την ευκαιρία
10. 0 Δεν κλαίω περισσότερο από το συνηθισμένο
- 1 Κλαίω τώρα περισσότερο από παλαιότερα
 - 2 Τώρα κλαίω συνέχεια
 - 3 Παλαιότερα μπορούσα να κλάψω, αλλά τώρα δεν μπορώ, παρ' όλο που το θέλω
11. 0 Δεν ενοχλούμαι τώρα περισσότερο από το παρελθόν
- 1 Τώρα ενοχλούμαι ή στενοχωρούμαι περισσότερο από το παρελθόν
 - 2 Τώρα ενοχλούμαι με το παραμικρό
 - 3 Τώρα δε με ενοχλούν καθόλου τα πράγματα που με ενοχλούσαν
12. 0 Δεν έχω χάσει το ενδιαφέρον μου για τους άλλους ανθρώπους
- 1 Οι άνθρωποι με ενδιαφέρουν λιγότερο απ' ότι στο παρελθόν
 - 2 Έχω χάσει το μεγαλύτερο μέρος του ενδιαφέροντός μου για τους άλλους
 - 3 Έχω χάσει κάθε ενδιαφέρον για τους ανθρώπους
13. 0 Παίρνω αποφάσεις όπως και στο παρελθόν
- 1 Αναβάλλω να πάρω αποφάσεις περισσότερο απ' ότι στο παρελθόν
 - 2 έχω μεγαλύτερη δυσκολία στο να παίρνω αποφάσεις τώρα
 - 3 Δεν μπορώ πια καθόλου να παίρνω αποφάσεις
14. 0 Δεν νομίζω ότι έχω ασχημύνει

- 1 Φοβάμαι ότι μοιάζω άσχημος /η και γέρος /γριά
 - 2 Νομίζω ότι το παρουσιαστικό μου έχει αλλάξει μόνιμα κι έχω γίνει άσχημος
 - 3 Νομίζω ότι είμαι άσχημος /η
15. 0 Δουλεύω καλά όπως και στο παρελθόν
- 1 Χρειάζεται ιδιαίτερη προσπάθεια για να αρχίσω κάτι
 - 2 Χρειάζομαι να πιέσω πολύ τον εαυτό μου για να αρχίσω κάτι
 - 3 Δεν μπορώ να δουλέψω καθόλου
16. 0 Κοιμάμαι καλά όπως και στο παρελθόν
- 1 Δεν κοιμάμαι τόσο καλά όσο στο παρελθόν
 - 2 Ξυπνάω 1- 2 ώρες νωρίτερα και δεν μπορώ να ξανακοιμηθώ
 - 3 Ξυπνάω πολλές ώρες νωρίτερα απ' ότι στο παρελθόν και δεν μπορώ να ξανακοιμηθώ
17. 0 Δεν κουράζομαι περισσότερο απ' ότι παλιά
- 1 Κουράζομαι ευκολότερα απ' ότι στο παρελθόν
 - 2 Κουράζομαι με το παραμικρό
 - 3 Είμαι πολύ κουρασμένος /η για να κάνω οτιδήποτε
18. 0 Η όρεξή μου δεν είναι λιγότερη από το συνηθισμένο
- 1 Η όρεξή μου δεν είναι τόσο καλή όπως παλιά
 - 2 Η όρεξή μου είναι πολύ μικρότερη τώρα
 - 3 Δεν έχω καθόλου όρεξη να φάω
19. 0 Δεν έχω χάσει βάρος τελευταία
- 1 Έχω χάσει πάνω από 4 κιλά
 - 2 Έχω χάσει πάνω από 7 κιλά
 - 3 Έχω χάσει πάνω από 10 κιλά
20. 0 Δεν ανησυχώ για την υγεία μου περισσότερο από το συνηθισμένο
- 1 Ανησυχώ για σωματικά ενοχλήματα, για πόνους, για το στομάχι μου ή για τη δυσκοιλιότητά μου

2 Ανησυχώ πολύ για τα σωματικά μου προβλήματα και δυσκολεύομαι να σκεφτώ οτιδήποτε άλλο

3 Ανησυχώ τόσο πολύ για τα σωματικά μου προβλήματα ώστε δεν μπορώ να σκεφτώ τίποτα άλλο

ΚΛΙΜΑΚΑ ΑΓΧΟΥΣ HAMILTON

1. ΑΓΧΩΔΗΣ ΔΙΑΘΕΣΗ:

Ανησυχία, Εγρήγορση, Αναμονή του χειρότερου, Πολύ Σοβαρά

Καθόλου Ηπια Μέτρια Σοβαρά

ευερεθιστότητα.

0 1 2 3 4

2. ΕΝΤΑΣΗ :

Αίσθημα έντασης, εύκολη κόπωση, αδυναμία χαλάρωσης, τρομαγμένες αντιδράσεις, εύκολο κλάμμα, τρόμος, αίσθημα ανησυχίας.

0 1 2 3 4

3. ΦΟΒΙΕΣ :

για σκοτάδι, ξένους, μεγάλα ζώα, κίνηση στους δρόμους, πλήθος, να μένει μόνος.

0 1 2 3 4

4. ΑΥΠΝΙΑ :

Δυσκολία επέλευσης ύπνου, διακοπτόμενος ύπνος, αίσθημα κόπωσης μετά την αφύπνιση, όνειρα εφιάλτες, νυχτερινοί τρόμοι.

0 1 2 3 4

5. ΓΝΩΣΙΑΚΑ :

Δυσκολία συγκέντρωσης, διαταραχές της μνήμης.

0 1 2 3 4

6. ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗ ΔΙΑΘΕΣΗ :

Απώλεια ενδιαφερόντων, έλλειψη ικανοποίησης από τα χόμπι, κατάθλιψη, πολύ πρωινή αφύπνιση, διακύμανση διάθεσης κατά τη διάρκεια της ημέρας.

0 1 2 3 4

7. ΓΕΝΙΚΑ ΣΩΜΑΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

(ΜΥΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ) :

Μυικοί πόνοι, πιασίματα, δυσκαμψία, μυοκλονίες, μυόσπασμοι, τρίξιμο δοντιών, αστάθεια φωνής.

0 1 2 3 4

8. ΓΕΝΙΚΑ ΣΩΜΑΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

(ΑΙΣΘΗΤΗΡΙΑΚΑ) :

Εμβοές, θόλωση της όρασης, ψυχρές-θερμές εξάψεις, αίσθημα αδυναμίας, μουδιάσματα.

0 1 2 3 4

9. ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ :

Ταχυκαρδία, αίσθημα προκάρδιων παλμών, θωρακικό άλγος, παλλόμενη σφύξη αγγείων, αίσθημα λιποθυμίας, αρρυθμία.

0 1 2 3 4

10. ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ :

Αίσθημα πίεσης ή σύσφιξης στο θώρακα, αίσθημα πνιγμού, αναστεναγμοί, δύσπνοια.

0 1 2 3 4

11. ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ :

Δυσκαταποσία, ερυγές, δυσπεψία, πόνος πριν και μετά το γεύμα, αίσθημα καύσου, αίσθημα πληρότητας, ναυτία, έμετος, αίσθημα βύθισης, «κινητικότητα» των

σπλάγχνων, βορβορυγμοί, χαλάρωση της κύστης, απώλεια βάρους, δυσκοιλιότητα.

0 1 2 3 4

12. ΟΥΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ :

Συχνουρία ή έπείξη προς ούρηση, αμηνόρροια, μηνορραγία, ψυχρότητα, πρόωρη εκσπερμάτωση, απώλεια της γεννητικής επιθυμίας, ανικανότητα.

0 1 2 3 4

13. ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΟ ΑΥΤΟΝΟΜΟ

0 1 2 3 4

N.Σ. :

Ξηροστομία, εξάψεις, ωχρότητα, τάση για εφίδρωση, ίλιγγος, κεφαλαλγία τάσης, ανόρθωση τριχών.

14. ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΚΑΤΑ ΤΗ

ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ :

Ένταση, αδυναμία χαλάρωσης, ανήσυχη κίνηση των χεριών, σφίξιμο των χεριών, τράβηγμα δακτύλων, τίκς, βηματισμοί, τρόμος χεριών, συνοφρύωση, πρόσωπο σε ένταση, αυξημένος μυϊκός τόνος, αναστεναγμός, ωχρότητα προσώπου.

0 1 2 3 4

Συνολική βαθμολογία :

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Από άρθρο σε επιστημονικό περιοδικό

Ables TA, Wasson JH, Seville JL, et al. A controlled trial of methods for managing pain in primary care patients with or without co- occurring psychosocial problems. Ann Fam Med 2006, 4:341-350

Alford DP, Compton P, Samet JH. Acute Pain Management for patients receiving maintenance Methadone or Buprenorphine Therapy. Ann Intern Med. 2006; 144: 127-134

American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders, third edition. Washington, D.C.: American Psychiatric Association,1980.

Στο: Fishbain DA, Rosomoff HL, Rosomoff RS. Drug Abuse, Dependence and Addiction in Chronic Pain Patients. The Clinical Journal of Pain; 8: 77-85, 1992

American Society of Addiction Medicine. Public policy statement on definitions related to the use of opioids in pain treatment; 2001. Στο: Hojsted J & Sjogren P. Addiction to opioids in chronic pain patients: A literature overview. European Journal of Pain 11 (2007) 490-518

Araujo L, Goldberg P, Eyma J, Madhusoodanan S, Buff DD, Shamim K, Brenner R. The Effect of Anxiety and Depression on completion/withdrawal status in patients admitted to substance abuse detoxification program. *Journal of Substance Abuse Treatment*, Vol. 13, No. 1, σελ. 61-66, 1996

Aronoff G, McAlary P. Pain centres; treatment for intractable suffering and disability resulting from chronic pain. In: Aronoff G, editor. *Evaluation and treatment of chronic pain*. Baltimore: Williams and Wilkins; 1992. p. 416–29. Στο: Hojsted J & Sjogren P. Addiction to opioids in chronic pain patients: A literature overview. *European Journal of Pain* 11 (2007) 490-518

Bair MJ, Robinson RL, Katon W, Kroenke K. Depression and pain comorbidity. *Arch Intern Med* 2003, 163: 2433-2445

Ballantyne JC, Mao J. Opioid therapy for chronic pain. *New Engl J Med* 2003;349:1943–53.

Barnes, G., Windle, M. Family Factors in Adolescent Alcohol and Drug Abuse. *Drug and Alcohol Abuse in Children and Adolescence*. Στο: Μάτσα, Α. Ψάξαμε ανθρώπους και βρήκαμε σκιές... Το αίνιγμα της Τοξικομανίας. Αθήνα, Εκδόσεις Άγρα, 2001, σελ. 277

Batki, S.L. Drug Abuse, Psychiatric Disorders and AIDS. Dual and Triple diagnosis. *Addiction Medicine (Special Issue)*. *West J Med* 1990 May; 152: 547-552

Becker N, Thomsen AB, Olsen AK, Sjogren P, Bech P, Eriksen J. Pain epidemiology and health related quality of life in chronic nonmalignant pain patients referred to a Danish multidisciplinary pain centre. *Pain* 1997;73:393–400.

Beithman BD, Mukerji V, Lamberti JW, Schmid L, DeRosear L, Kushner M, Flaker G, Basha I. Panic disorder in patients with chest pain and angiographically normal coronary arteries. *Am J Cardiol* 1989, 63: 1399-1403

Bendtsen P, Hensing G, Ebeling C, Schedin A. What are the qualities of dilemmas experienced when prescribing opioids in general practice. *Pain* 1999;82:89–96.

Benjamin S, Morris S, McBeth J, MacFarlane J, Silman AJ. The association between Chronic Widespread Pain and Mental Disorder. *Arthritis and Rheumatism* 2003, 43(3): 561-567

Bensley LS, Van Eenwyk J, Simmons KW. Self-reported childhood sexual and physical abuse and adult HIV-risk behaviors and heavy drinking. *Am J Prev Med*. 2000 Feb; 18 (2): 151-158

Breitbart W, Rosenfeld BD, Passik SD, et al. The undertreatment of pain in ambulatory AIDS patients. *Pain*. 1996; 243-249

Breivik H. Opioids in cancer and chronic non-cancer pain therapy – indications and controversies. *Acta Anaesthesiol Scand* 2001;45:1059.

Brown VB, Huba GJ, Melchior. Level of burden: Women with more than one co-occurring disorder. *Journal of Psychoactive drugs*, 27 (4): 339-346, 1995

Brown VB, Melchior LA, huba GJ. Level of burden among women diagnosed with severe mental illness and substance abuse. *Journal of Psychoactive Drugs*, 31 (1): 31-40. 1999

Cadoret, R.J., Troughton, E., O’Gorman, R.J., Heywood, E. An Adoption Study of Genetic and Environmental Factors in Drug Abuse. Στο: Μάτσα, Α. Ψάξαμε ανθρώπους και βρήκαμε σκιές... Το αίνιγμα της Τοξικομανίας. Αθήνα, Εκδόσεις Άγρα, 2001, σελ. 29

Carroll LJ, Cassidy JD, Cote P. Depression as a risk factor for onset of an episode of troublesome neck and low back pain. *Pain* 2004, 107: 134-139

Chou R, Clark E, Helfand M. Comparative efficacy and safety of longacting oral opioids for chronic non-cancer pain: a systematic review. *J Pain Symptom Manage* 2003;26:1026–48.

Γιαννούσης, Γ. Η πρόληψη της Τοξικομανίας ως διακύβευμα της νεωτερικότητας. *Τετράδια Ψυχιατρικής*, No. 101, σελ. 149-153

Clark HW, Masson CL, Delucchi KL, Hall SM, Sees KL. Violent traumatic events and drug abuse severity. *Journal of Substance Abuse Treatment* 20 (2001) 121-127

Cleeland CS, Gonin R, Hatfield AK, et al. Pain and its treatment in outpatients with metastatic cancer. *N Eng J Med*. 1994; 330: 592-596

Cloninger, C.R., Bohman, M., Sigvardsson, S. Inheritance of Alcohol Abuse. Στο: Μάτσα, Α. Ψάξαμε ανθρώπους και βρήκαμε σκιές... Το αίνιγμα της Τοξικομανίας. Αθήνα, Εκδόσεις Άγρα, 2001, σελ. 26

Cologno D, Buzzzi MG, Carlesimo GA, et al. Psychiatric disorders and pain location in unilateral migraineurs. *J Headache Pain* 2005, 6: 227-230

Compton MA. Cold-Pressor Pain Tolerance in Opiate and Cocaine Abusers: Collerates of Drug Type and Use Status. *Journal of Pain and Symptom Management*. Vol. 9 No. 7 Oct 1994, σελ. 462-473

Compton P, Darakjian J, Miotto K. Screening for addiction in patients with chronic pain and “problematic” substance use: evaluation of a pilot assessment tool. *J Pain Symptom Manage* 1998;16:355–63.

Cuffel BJ. Comorbid substance use disorder: Prevalence, patterns of use, and course. Στο: Drake RE, Mercer-McFadden C, Mueser KT, MCHugo GJ, Bond GR. Review of Intergrated Mental health and Substance Abuse Treatment for Patients with Dual Disorders. *Schizophrenia Bulletin*; 24 (4): 589-608, 1998

Cuffel BJ & Chase P. Remission and Relapse of Substance Use Disorders in Schizophrenia. Results of a one-year Prospective Study. *J Nerv Ment Dis* 182: 342-348, 1994

Demiryoguran NS, Karcioğlu O, Tapacoglu H, et al. Anxiety disorder in patients in nonspecific chest pain in the emergency setting. *Emerg Med J* 2005, 23: 99-102

Diaz A, Simantov E, Rickert VI. Effect of Abuse on Health. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2002; 156: 811-817

Dole, V.P., Nyswander, M.A. A Medical Treatment for Diacetyl Morphine (Heroin) Addiction. Στο: Μάτσα, Α. Ψάξαμε ανθρώπους και βρήκαμε σκιές... Το αίνιγμα της Τοξικομανίας. Αθήνα, Εκδόσεις Άγρα, 2001, σελ. 28

Drake RE, Mercer-McFadden C, Mueser KT, MCHugo GJ, Bond GR. Review of Intergrated Mental health and Substance Abuse Treatment for Patients with Dual Disorders. *Schizophrenia Bulletin*; 24 (4): 589-608, 1998

Drake R, Mueser K, Brunette M. Management of persons with Co-occurring Severe Mental Illness and Substance Use Disorder.: Programm Implications. *World Psychiatry* 6: 3, Oct 2007, σελ. 131-136

Dunbar SA, Katz NP. Chronic opioid therapy for nonmalignant pain in patients with a history of substance abuse: report of 20 cases. *J Pain Symptom Manage* 1996;11:163–71

Eisenrath SJ. Psychiatric aspects of chronic pain. *Neurology* 1995, 45 (suppl 9): 26-34

Eriksen J. Opioids in chronic non-malignant pain. *Eur J Pain* 2001;5:231–2.

Eriksen J, Jensen MK, Sjøgren P, Ekholm O, Rasmussen NK. Epidemiology of chronic non-malignant pain in Denmark. *Pain* 2003;106:221–8.

Farris C, Brems C, Johnson ME, Wells R, Burns R, Kletti N. A comparison of schizophrenic patients with or without coexisting substance use disorder. *Psychiatr Q* 74: 205-222, 2003

Fishbain DA, Goldberg M, Meagher BR, Steele R, Rosomoff H. Male and Female Chronic Pain Patients Categorized by DSM- III Psychiatric Criteria. *Pain* 1986, 26: 181-197

Fishbain DA, Rosomoff HL, Rosomoff RS. Drug Abuse, Dependence and Addiction in Chronic Pain Patients. *The Clinical Journal of Pain*; 8: 77-85, 1992

GAO. Comprehensive approach needed to help control prescription drug abuse. GAO/GGD-83-2. Gaithersburg, MD, General Accounting Office; 1982. Στο: J. Højsted, P. Sjøgren / *European Journal of Pain* 11 (2007) 490–518 517

Georgoudis G, Watson PJ, Oldham JA. The development and validation of a Greek version of the short-form McGill Pain Questionnaire. *Eur J Pain*. 2000; 4 (3): 275-281

Georgoudis, G, Oldham JA, Watson PJ. Reability and sensitivity of the Greek version of the short form of the McGill Pain Questionnaire. *Eur J Pain*. 2001; 5(2): 109-118

Gilson AM, Ryan KM, Joranson DE, Dahl JL. A reassessment of trends in the medical use and abuse of opioid analgesics and implications for diversion control: 1997–2002. *J Pain Symptom Manage* 2004;28:176–88.

Glatt M. Drugs, society, and man. A guide to addiction and its treatment. Lancaster: Medical and Technical Publishing; 1974, p. 203. . Στο: J. Højsted, P. Sjøgren / *European Journal of Pain* 11 (2007) 490–518 517

Graziotti PJ, Goucke CR. The use of oral opioids in patients with chronic non-cancer pain. Management strategies. *Med J Aust* 1997;167:30–4.

Goodwin, D.W. Alcoholism and genetics: The Sins of the Fathers. Στο: Μάτσα, Α. Ψάξαμε ανθρώπους και βρήκαμε σκιές... Το αίνιγμα της Τοξικομανίας. Αθήνα, Εκδόσεις Άγρα, 2001, σελ. 27

Grella C, Joshi V, Hser Y-I. Followup of cocaine-dependent men and women with antisocial personality disorder. *Journal of Substance Abuse Treatment* 25 (2003), σελ. 155-164

Gureje O. Psychiatric aspects of pain. *Current Opinion in Psychiatry* 2007, 20:42-46

Gureje O, Von Korff M, Simon GE, Gater R. Persistent pain and well- being: a World Health Organisation study in primary care. *JAMA*, 1998, 280: 147-151

Gureje O, Simon GE, Von Korff M. A cross- national study of the course of persistent pain in primary care. *Pain* 2001, 92: 195-200

Haddox JD, Joranson DE, Angarola RT, Brady A, Carr DB, Blonsky ER, et al. The use of opioids for the treatment of chronic pain. A consensus statement from the

American Academy of Pain Medicine and the American Pain Society. Clin J Pain 1997;13:6–8.

Hagnell O & Grasbeck A. Comorbidity of anxiety and depression in the Lundby 25-year prospective study: the pattern of subsequent episodes (1990). Στο: Kessler RC. The epidemiology of dual diagnosis. Biol Psychiatry 2004; 56; 730-737

Haller DL, Miles DR, Dawson KS. Psychopathology influences treatment retention among drug-dependent women. Journal of Substance Abuse Treatment 23 (2002) 431-436

Hamilton, M. The assessment of anxiety states by rating. Br J Med Psychol 1959; 32: 50-55

Hamilton, M. Diagnosis and rating of anxiety. Br J Psychiatry 1969; Special Pub 3: 76-79

Himmelsbach CK. Studies of certain addiction characteristics. J Pharmacol Exp Ther 1939;67:239–49. Στο: J. Højsted, P. Sjøgren / European Journal of Pain 11 (2007) 490–518 517

Hoffman M, Provatas A, Lyver A, Kanner R. Pain Management in the Opioid-Addicted Patient with Cancer. Cancer 68: 1121-1122, 1991

Højsted J & Sjøgren P. Addiction to opioids in chronic pain patients: A literature overview. European Journal of Pain 11 (2007) 490-518

Jaffe J, Martin W. Opioid analgesic and antagonists. In: Gilman A, editor. The pharmacologic basis of therapeutics. New York: Mac-Millan; 1980. p. 491–531. Στο: J. Højsted, P. Sjøgren / European Journal of Pain 11 (2007) 490–518 517

Jamison, R.N., Kauffman, R.N., Katz, N.P. Characteristics of Methadone Maintenance Patients with Chronic Pain. Journal of Pain and Symptom Management 2000; 19: 53-62

Jasinsky D. Tolerance and dependence to opiates. Acta Anaesth Scand 1997;41:184–6.

Joranson DE, Ryan KM, Gilson AM. Trends in medical use and abuse of opioid analgesics. JAMA 2000;283:1710–4.

Kahan M, Srivastava A, Wilson L, Gourlay D, Midmer D. Misuse of and dependence on opioids. Can Fam Physician 2006; 52: 1081-1087

Kalso E, Allan L, Dellemijn PLI, Faura CC, Ilias WK, Jensen TS, Perrot S, Plaghki LH, Zenz M. Recommendations for using opioids in chronic non-cancer pain. Eur J Pain 2003;7:381–6.

Kalso E, Edwards JE, Moore AR, McQuay HJ. Opioids in chronic non-cancer pain: systematic review of efficacy and safety. *Pain* 2004;112:372–80.

Kalso E, Paakari P, Stenberg I. Opioids in chronic non-cancer pain. Situation and guidelines in the Nordic Countries. Helsinki: National Agency for Medicines; 1999.

Στο: J. Højsted, P. Sjøgren / *European Journal of Pain* 11 (2007) 490–518 517

Karasz, A., Zallman, L., Berg, K., Gourevitch, M., Selwyn, P., Arnstein, J. The experience of chronic severe pain in patients undergoing Methadone Maintenance Treatment. *Journal of pain and symptom management* 2004, 28, σελ. 517-525

Kato K, Sullivan PF, Evengard B, Pedersen NL. Chronic Widespread Pain and Its Comorbidities. *Arch Intern Med* 2006, 166: 1649-1654

Kennedy JA & Crowley TJ. Chronic Pain and Substance Abuse: A pilot study of Opioid Maintenance. *Journal of Substance Abuse Treatment*, Vol. 7, σελ. 233-238, 1990

Kermit K, Devine DA, Tatman SM. High Risk Model of Threat Perception in Chronic Pain Patients: Implications for Primary Care and Chronic Pain Programs. *J Nerv Ment Dis* 2000, 188(9): 577-582

Kessler RC. Epidemiology of psychiatric comorbidity (1995). Στο: Kessler RC. The epidemiology of dual diagnosis. *Biol Psychiatry* 2004; 56; 730-737

Kessler RC. The epidemiology of dual diagnosis. *Biol Psychiatry* 2004; 56; 730-737

Kirsh KL, Whitcomb LA, Donaghy K, Passik SD. Abuse and Addiction in Medically Ill Patients with Pain: Attempts at clarification of terms and empirical study. *The Clinical Journal of Pain* 2002; 18: S52-60

Kleber H. The nosology of abuse and dependence. *J Psychiatr Res* 1990; 24 (suppl 2): 57-64

Knapp CM, Ciraulo DA, Jaffe J. Opioids: clinical aspects. In: Højsted J & Sjøgren P. Addiction to opioids in chronic pain patients: A literature overview. *European Journal of Pain* 11 (2007) 490-518

Kokkevi, A., Stefanis, C. Parental Rearing Patterns and Drug Abuse. Στο: Μάτσα, Α. Ψάξαμε ανθρώπους και βρήκαμε σκιές... Το αίνιγμα της Τοξικομανίας. Αθήνα, Εκδόσεις Άγρα, 2001, σελ. 275

Kranzler HR, Rounsaville BJ ed. Dual diagnosis and treatment: substance abuse and comorbid medical and psychiatric disorders. New York: Marcel Dekker, Inc, 1997. Στο: Verheul R, Kranzler HR, Poling J, Tenne H, Ball S, Rounsaville BJ. Co-

occurrence of Axis I and Axis II Disorders in substance abusers. *Acta Psychiatr Scand* 2000; 101: 110-118

Landheim AS, Bakken K, Vaglum P. Impact of comorbid psychiatric disorders on the outcome of substance abusers: a six year prospective follow-up in two Norwegian counties. *BMC Psychiatry* 2006, 6: 44

Larson, M.J., Paasche- Orlow, M., Cheng, D.M., Lloyd- Travaligni, C., Saitz, R., Samet, J.H. Persistent pain is associated with substance use after detoxification: a prospective cohort analysis. *Addiction*, 102, 2007, σελ. 752-760

Lashner A. What does it mean that addiction is a brain disease? *Monitor Psychol* 2001;32:19.

Lereshe L, Manch LA, Drangsholt MT, et al. Relationship of pain and symptoms to pubertal development in adolescents. *Pain* 2005, 118: 21-209

Λιάπας, Ι., Παπαρρηγόπουλος, Θ., Τζαβέλας, Η., Χριστοδούλου, Γ.Ν. Συννοσηρότητα και ουσιοεξάρτηση. *Ψυχιατρική*, 12 (3), 2001

Liebschutz JM, Mulvey KP, Samet JH. Victimization among substance-abusing women. Worse health outcomes. *Arch Intern Med*. 1997 May 26; 157 (10): 1093-1097

Μαδιανός, Μ. Η Πρωτοβάθμια φροντίδα Ψυχικής Υγείας ως βασικός άξονας της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης. Τι έγινε; Ποιο είναι το μέλλον; Τετράδια Ψυχιατρικής, No. 84, 2003, σελ. 94-100

Magni G, Marchetti M, Moreschi C, Merskey H, Luchini SR. Chronic musculoskeletal pain and depressive symptoms in the National Health and Nutrition Examination. *Pain* 1993, 53: 163-168

Mao J, Chen L. Opioid tolerance and dependence. Στο: J. Højsted, P. Sjøgren / *European Journal of Pain* 11 (2007) 490–518 517

Mao J, Price DD, Mayer DJ. Mechanisms of hyperalgesia and morphine tolerance: a current view of their possible interactions. *Pain* 1995;62:259–74.

Marazziti D, Mungai F, Vivarelli L, Presta S, Dell’Osso. Pain and psychiatry: a critical analysis and pharmacological review. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health* 2006, 2:31

Martel BA, O’Connor PG, Kerns RD, Becker WC, Morales KH, Kosten TR, Fiellin DA. Systematic Review: Opioid Treatment for Chronic back Pain: Prevalence, Efficacy, and Association with Addiction. *Ann Intern Med*. 2007; 146: 116-127

Matthews N, Kurman R, Perez F. Drug induced refractory headache; clinical features and management. *Headache* 1990;30:634–8.

McQuay HJ. Opioids in pain management. *Lancet* 1999;353:2229–32.

McWilliams LA, Cox BJ, Enns MW. Mood and anxiety disorders associated with chronic pain: an examination in a nationally representative sample. *Pain* 2003, 106: 127-133

Melichar J, Daglish M, Nutt D. Addiction and withdrawal: current views. *Curr Opin Pharmacol* 2001;1:84–90.

Meyer C, Rumpf H, Hapke U, Dilling H, John U. Lebenszeitprävalenz psychischer Störungen in der erwachsenen allgemein-bevölkerung [Lifetime prevalence of mental disorders in general adult populations. Results of TACOS study]. *Nervenarzt* 2000;71:535–42. Στο: J. Højsted, P. Sjøgren / *European Journal of Pain* 11 (2007) 490–518 517

Melzack, R. The Short-form McGill Pain Questionnaire. *Pain* 1987 Aug; 30 (2): 191-197

Moore JE, McFall ME, Kivlahan DR, Capectany F. Risk of misinterpretation of MMPI Schizophrenia scale elevations in chronic pain patients. *Pain* 1988, 32: 207-213

Morgan J. American opiphobia: customary underutilisation of opioid analgesics. *Adv Alcohol Subst Abuse* 1985;5:163–73.

Mueser KT, Bennett M, Kushner MG. Epidemiology of substance use disorders among persons with chronic mental illnesses. Στο: Drake RE, Mercer-McFadden C, Mueser KT, MCHugo GJ, Bond GR. Review of Intergrated Mental health and Substance Abuse Treatment for Patients with Dual Disorders. *Schizophrenia Bulletin*; 24 (4): 589-608, 1998

Murphy JM. Diagnostic comorbidity and symptom co-occurrence: The Stirling County Study (1990). Στο: Kessler RC. The epidemiology of dual diagnosis. *Biol Psychiatry* 2004; 56; 730-737

Murthy BVS, Narayan B, Nayagam S. Reduced reception of pain in schizophrenia: its relevance to the clinical diagnosis of compartment syndrome. *Injury* 2004, 35: 1192-1193

Myers JK, Weissman MM, Tishler GL, Holzer CE III, Leaf PJ, Orvaschel H, Anthony JC, Boyd JH, Burke JD Jr, Kramer M. Six-month prevalence of psychiatric disorders in three communities 1980 to 1982. *Arch Gen Psychiatry* 1984; 41 (10): 959-967

Nedeljkovic SSM. Assessment of efficacy of long-term opioid therapy in pain patients with substance abuse potential. Clin J Pain 2002;18:S39–51.

Ντόβας, Ζ., Ντάνης, Γ., Πίσπας, Σ. Το πρόβλημα της «διπλής Διάγνωσης» στο «18 Άνω». Μεθοδολογία και θεραπευτικές προσεγγίσεις. Ψυχιατρική, Τόμος 18 (Παράρτημα1), Μάιος 2008, σελ. 141

Olfson M, Shea S, Feder A, Fuentes M, Nomura Y, Gameroff M, Weissman MM. Prevalence of Anxiety, Depression and Substance Use Disorders in an urban General Medicine Practice. Arch Fam Med. 2000; 9 : 876-883

Ouimette PC, Brown P, Najavits LM. Course and treatment of patients with both substance use and posttraumatic stress disorders. Addictive Behaviors, Vol. 23, No. 6, σελ. 785-795, 1998

Palyo SA, Beck JG. Posttraumatic stress disorder symptoms, pain, and perceived life control: associations with psychosocial and physical functioning. Pain 2005, 117; 121-127

Πέππας, Ε. Ουσιοεξαρτήσεις: Νεότερα βιολογικά δεδομένα. Ψυχιατρική, Τόμος 18 (Παράρτημα 1), Μάιος 2008, σελ. 112

Petry NM & Bickel WK. Gender differences in hostility of opioid-dependent outpatients: Role in early treatment retention. Drug and Alcohol Dependence, 58 (1 2): 27-33, 2000

Polatin PB, Young M, Mayer M, Gatchel R. Bioterrorism, stress and pain: the importance of an anticipatory community preparedness intervention. J Psychosom Res 2005, 58: 311-316

Portenoy RK. Chronic opioid therapy in non-malignant pain. J Pain Symptom Manage 1990;5:S46–62.

Portenoy RK. Opioid therapy for chronic non-malignant pain: current status. In: Fields HL, Liebeskind JC, editors. Pharmacological approaches to the treatment of chronic pain: new concepts and critical issues, vol. 1. IASP Press: Progress in pain research and management; 1994. Στο: J. Højsted, P. Sjøgren / European Journal of Pain 11 (2007) 490–518 517

Portenoy RK. Opioid therapy for chronic non-malignant pain: a review of the critical issues. J Pain Symptom Manage 1996;11:203–17.

Portenoy RK, Hagen NA. Breakthrough pain: definition, prevalence and characteristics. Pain 1990;41:273–81.

Portenoy RK, Payne D, Jacobsen P. Breakthrough pain: characteristics and impact in patients with cancer pain. *Pain* 1999;81: 129–34..

Prater CD, Zylstra RG, Miller KE. Successful Pain Management for the recovering Addicted Patient. *Primary Care Companion J Clin Psychiatry* 2002; 4: 125-131

Rao SR, Broome KM, Simpson DD. Depression and hostility as predictors of long-term outcomes among opiate users. *Addiction*, 99, 2004, σελ. 579-589

Ravndal E & Vaglum P. Psychopathology, treatment completion and 5 years outcome. *Journal of Substance Abuse Treatment*. Vol. 15, No. 2, σελ. 135-142, 1998

Regier D, Farmer M, Rae D, Locke Z, Keith S, Judd L, Goodwin F. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. *JAMA* 1990;19:2511–8.

Riggs DS, Rukstalis M, Volpicelli JR, Kalmanson D, Foa EB. Demographic and social adjustment characteristics of patients with comorbid posttraumatic stress disorder and alcohol dependence: Potential pitfalls to PTSD treatment. *Addict Behav* 2003; 28: 1717-1730

Rinaldi R, Steindler E, Wilford D. Clarification and standarisation of substance abuse terminology. *JAMA* 1988; 259: 557-562

Ritsher JB, McKellar JD, Finney JW, Otilingam PG, Moos RH. Psychiatric comorbidity, continuing care and mutual help as predictors of five-year remission from Substance Use Disorders. *J Stud Alcohol* 63: 709-715, 2002

Robinson ME, Dannecker EA, George SZ, et al. Sex differences in the associations among psychological factors and pain report: a novel psychophysical study of patients with chronic low back pain. *J Pain* 2005, 6: 463-470

Rosenblatt AB & Mekhail NA. Management of Pain in Addicted/Illicit and legal Substance Abusing Patients. *Pain Practice*, Vol. 5, Issue 1, 2005, σελ. 2-10

Rosenblum, A. Joseph, H., Fong, C., Kipnis, S., Cleland, C., Portenoy, R.K. Prevalence and Charateristics of Chronic Pain amongst Chemically Dependent patients in Methadone Maintenance and Residential treatment Facilities. *JAMA*, May 14, 2003, Vol. 289, σελ. 2370-2378

Rossler, W. Psychiatric Rehabilitation Today: an Overview, *World Psychiatry*, 5; 3, Oct 2006, σελ. 151-155

Roth RS, Geisser ME, Theisen- Goodvich M, Dixon PJ. Cognitive complaints are associated with depression, fatigue, female sex, and pain catastrophizing in patients with cronic pain. *Arch Phys Med Rehabil* 2005, 86: 1147-1154

Rounsaville BJ, Anton SF, Carroll K, Budde D, Prusoff BA, Gawin F. Psychiatric diagnoses of treatment-seeking cocaine abusers. *Arch gen Psychiatry* 1991; 48 (1): 43-51

Sansone RA, Pole M, Dakroub H, Butler M. Childhood trauma, borderline personality symptomatology, and psychophysiological and pain disorders in adulthood. *Psychosomatics* 2006, 47: 158-162

Savage SR. Addiction in the treatment of pain: significance, recognition, and management. *J Pain Symptom Manage* 1993;8:265–78.

Savage SR. Long-term opioid therapy: assessment of consequences and risks. *J Pain Symptom Manage* 1996;11:274–86.

Savage SR. Assessment for addiction in pain-treatment settings. *Clin J Pain* 2002;18:S28–38.

Savage SR, Covington EC, Heit HA, Hunt J, Joranson DE, Schnoll SH. Definitions related to the use of opioids for the treatment on pain; 2001. Στο: J. Højsted, P. Sjøgren / *European Journal of Pain* 11 (2007) 490–518 517

Savage SR, Joranson DE, Covington EC, Schnoll SH, Heit HA, Gilson AM. Definitions related to the medical use of opioids: evolution towards universal agreement. *J Pain Symptom Manage* 2003;26:655–67.

Schuckit, M.A., Tipp, J.G., Buckholz, K.K. The life- time rates of three major Mood Disorders and four major Anxiety Disorders in Alcoholics and Controls. *Addiction*, 92 (10), 1997, σελ. 1289-1304

Schug S, Large R. Opioids for chronic non-cancer pain. *Pain: Clin Updat* 1995;3:1–4.

Scimeca MM, Savage SR, Portenoy R, Lowinson J. Treatment of Pain in Methadone-Maintained Patients. *The Mount Sinai journal of Medicine* Vol. 67 Nos. 5 & 6 Oct/Nov 2000, σελ. 412-422

Sees KL, Clark HW. Opioid use in the treatment of chronic pain: assessment of addiction. *J Pain Symptom Manage* 1993;8:257–64.

Shanahan CW, Lincoln A, Horton NJ, Saitz R, Winter M, Samet JH. Relationship of depressive symptoms and mental health functioning to repeat detoxification. *Journal of Substance Abuse Treatment* 29 (2005) 117-123

Shrier LA, Harris SK, Kurland M, Knight JR. Substance Use Problems and Associated Psychiatric Symptoms among Adolescents in Primary Care. *Pediatrics* 2003; 111: 699-705

Stang PE, Brandenburg NA, Lane MC, et al. Mental and physical comorbid conditions and days in role among persons with arthritis. *Psychosom Med* 2006, 68: 152-158

Stanton, D., Todd, T., Heard, D., Kirshner, S., Kleiman, J., Mowatt, D., Riley, P., Scott, S., Deussen, J. Heroin Addiction as a Family Phenomenon: A New Conceptual Model. Στο: Μάτσα, Α. Ψάξαμε ανθρώπους και βρήκαμε σκιές... Το αίνιγμα της Τοξικομανίας. Αθήνα, Εκδόσεις Άγρα, 2001, σελ. 276

Stark, MJ. Dropping out of substance abuse treatment: A clinically oriented overview. *Clinical Psychology Review*, 12, 1992, σελ. 93-116

Strantz IH & Welsch SP. Postpartum women in outpatient drug abuse treatment: Correlates of retention/completion. *Journal of Psychoactive Drugs*, 27 (4): 357-373, 1995

Swartzman, J. The Addict, Abstinence and the Family. Στο: Μάτσα, Α. Ψάξαμε ανθρώπους και βρήκαμε σκιές... Το αίνιγμα της Τοξικομανίας. Αθήνα, Εκδόσεις Άγρα, 2001, σελ. 277

The Pain Society. A consensus statement prepared on behalf of the Pain Society, the Royal College of Anaesthetists, the Royal College of General Practitioners and the Royal College of Psychiatrists. Recommendation for the appropriate use of opioids for persistent non-cancer pain. London: The Pain Society; 2004. Στο: Hojsted J & Sjogren P. Addiction to opioids in chronic pain patients: A literature overview. *European Journal of Pain* 11 (2007) 490-518

Trafton, J.A., Oliva, E.M., Horst, D.A., Minkel, J.D., Humphreys, K. Treatment needs associated with pain in substance abuse patients: implications for concurrent treatment. *Drug and Alcohol Dependence* 73 (2004), σελ. 23-31

Verheul R, Van Den Brink W, Hartgers C. Prevalence of personality disorders among alcoholics and drug addicts: an overview. *Eur Addict Res* 1995; 1: 166-177

Verheul R, Kranzler HR, Poling J, Tenne H, Ball S, Rounsaville BJ. Co-occurrence of Axis I and Axis II Disorders in substance abusers. *Acta Psychiatr Scand* 2000; 101: 110-118

Warner LA, Kessler RC, Hughes M, Anthony JC, Nelson CB. Prevalence and correlates of drug use and dependence in the United States: results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1995;52:219-29.

Weissman DE & Haddox JD. Opioid Pseudoaddiction- an iatrogenic syndrome. *Pain*, 36 (1989), σελ. 363-366

Williams MT & Roberts CS. Predicting length of stay

in long-term treatment for chemically dependent females. *International Journal of Addiction*, 26 (5): 605-613, 1991

Wise R. Addiction becomes a brain disease. *Neuron* 2000;26:27–33.

World Health Organisation. WHO Expert Committee on Drug Dependence. 28th report. Technical Report Series 836. Geneva, Switzerland, WHO; 1993. Στο: Hojsted J & Sjogren P. Addiction to opioids in chronic pain patients: A literature overview. *European Journal of Pain* 11 (2007) 490-518

World Health Organisation. Cancer pain relief and palliative care. Geneva; 1996b. Στο: Hojsted J & Sjogren P. Addiction to opioids in chronic pain patients: A literature overview. *European Journal of Pain* 11 (2007) 490-518

World Health Organisation. ICD-10; 2003. Στο: Hojsted J & Sjogren P. Addiction to opioids in chronic pain patients: A literature overview. *European Journal of Pain* 11 (2007) 490-518

Από βιβλίο

Ades, J. Les rapports entre conduites addictives et pathologie mentale. Στο: Μάτσα, Α. *Ψυχοθεραπεία και Τέχνη στην Απεξάρτηση*. Αθήνα, Εκδόσεις Άγρα, 2008, σελ. 168

Dakis, C.A. & Gold, M.S. Depression in Opiate Addicts, Στο: Μάτσα, Α. *Ψυχοθεραπεία και Τέχνη στην Απεξάρτηση*. Αθήνα, Εκδόσεις Άγρα, 2008, σελ. 169

Delrieu, A. L'Inconsistance de la toxicomanie. Στο: Μάτσα, Α. *Ψάξαμε ανθρώπους και βρήκαμε σκιές... Το αίνιγμα της Τοξικομανίας*. Αθήνα, Εκδόσεις Άγρα, 2001, σελ. 55

Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγείας. Ετήσια Έκθεση του ΕΚΤΕΠΝ για την κατάσταση των ναρκωτικών στην Ελλάδα το 1999. Στο: Μάτσα, Α. *Ψάξαμε ανθρώπους και βρήκαμε σκιές... Το αίνιγμα της Τοξικομανίας*. Αθήνα, Εκδόσεις Άγρα, 2001, σελ. 26

Frances, R.J., Sheldon, Miller, I. *Clinical Textbook of Addictive Disorders*. Στο: Μάτσα, Α. *Ψάξαμε ανθρώπους και βρήκαμε σκιές... Το αίνιγμα της Τοξικομανίας*. Αθήνα, Εκδόσεις Άγρα, 2001, σελ. 28

- Gardner EL. Brain-reward mechanisms. In: Lowinson JH, Ruiz P, Milman RB, Langrod JG, editors. Substance abuse. A comprehensive textbook. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005. p. 48–97.
- Goodman, J., Lovejoy, P.E., Sherratt, A. Consuming Habits. Drugs in History and Anthropology. Στο: Μάτσα, Α. Ψάξαμε ανθρώπους και βρήκαμε σκιές... Το αίνιγμα της Τοξικομανίας. Αθήνα, Εκδόσεις Άγρα, 2001, σελ. 70
- Houdayer, H. Le defi toxique. Στο: Μάτσα, Α. Ψυχοθεραπεία και Τέχνη στην Απεξάρτηση. Αθήνα, Εκδόσεις Άγρα, 2008, σελ. 20
- Kaplan & Sadock's. Εγχειρίδιο Κλινικής Ψυχιατρικής. Τρίτη Έκδοση, Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνου, 2004, σελ. 103-105
- Kaufman, E., Kaufman, P. From a Psychodynamic Orientation to a Structural Family Therapy Approach in the Treatment of Drug Dependency. Στο: Μάτσα, Α. Ψάξαμε ανθρώπους και βρήκαμε σκιές... Το αίνιγμα της Τοξικομανίας. Αθήνα, Εκδόσεις Άγρα, 2001, σελ. 277
- Kosten, T.R. & Rousanville, B.J. Psychopathology in Opiate Addicts. Στο: Μάτσα, Α. Ψυχοθεραπεία και Τέχνη στην Απεξάρτηση. Αθήνα, Εκδόσεις Άγρα, 2008, σελ. 169
- Kunz, M. Les Toxicomanes. Στο: Μάτσα, Α. Ψυχοθεραπεία και Τέχνη στην Απεξάρτηση. Αθήνα, Εκδόσεις Άγρα, 2008, σελ. 25
- Lamp HR. Treating the long-term mentally ill: Beyond Deinstitutionalization. Στο: Μάτσα, Α. Ψυχοθεραπεία και Τέχνη στην Απεξάρτηση. Αθήνα, Εκδόσεις Άγρα, 2008, σελ. 172
- Levy, C. La drogue. Στο: Μάτσα, Α. Ψάξαμε ανθρώπους και βρήκαμε σκιές... Το αίνιγμα της Τοξικομανίας. Αθήνα, Εκδόσεις Άγρα, 2001, σελ. 29
- Λιάπας, Ι. Χασίς. Ο άγνωστος της διπλανής πόρτας. Εκδόσεις Πατάκη, 2001, σελ. 92-108
- Μαδιανός, Μ. Κλινική Ψυχιατρική, περιλαμβάνει DSM-IV και ICD-10, εκδόσεις Καστανιώτη, 2004, σελ. 160
- Μαρσέλος, Μ. Ναρκωτικά. Αθήνα, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, 1981, σελ. 31
- Μάτσα, Α. Ψάξαμε ανθρώπους και βρήκαμε σκιές... Το αίνιγμα της Τοξικομανίας. Αθήνα, Εκδόσεις Άγρα, 2001, σελ. 26-29, 47, 55, 59, 70, 275-277
- Μάτσα, Α. Ψυχοθεραπεία και Τέχνη στην Απεξάρτηση. Αθήνα, Εκδόσεις Άγρα, 2008, σελ. 19-23, 167-172

Maclellan, A.T. Psychiatric Severity as predictor of outcome from Substance Abuse Treatment, στο Μάτσα, Α. Ψυχοθεραπεία και Τέχνη στην Απεξάρτηση. Αθήνα, Εκδόσεις Άγρα, 2008, σελ. 170

Miller, N.J. & Fine, J. Epidemiology of Comorbidity in Addiction Psychiatry, στο Μάτσα, Α. Ψυχοθεραπεία και Τέχνη στην Απεξάρτηση. Αθήνα, Εκδόσεις Άγρα, 2008, σελ. 168

Mirin SM & Weiss RD. Affective Illness in Substance Abusers. Στο: Μάτσα, Α. Ψυχοθεραπεία και Τέχνη στην Απεξάρτηση. Αθήνα, Εκδόσεις Άγρα, 2008, σελ. 169

Ντώνιας Σ. & Δεμερτζής Ι. (1983) Στάθμιση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας με το ερωτηματολόγιο κατάθλιψης του Beck. Στο: Σταλίκας Α, Τριλιβά Σ, Ρούσση Π. Τα Ψυχομετρικά Εργαλεία στην Ελλάδα. 5^η Έκδοση, Ελληνικά Γράμματα, 2002, σελ. 124-125

Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας. Ταξινόμηση ICD-10 ψυχικών διαταραχών και διαταραχών της Συμπεριφοράς, Εκδόσεις Βήτα, 1992, σελ. 93

Σταλίκας Α, Τριλιβά Σ, Ρούσση Π. Τα Ψυχομετρικά Εργαλεία στην Ελλάδα. 5^η Έκδοση, Ελληνικά Γράμματα, 2002, σελ. 124-125

Tassin, J-P. Drogues, dependance et dopamine. Στο: Μάτσα, Α. Ψάξαμε ανθρώπους και βρήκαμε σκιές... Το αίνιγμα της Τοξικομανίας. Αθήνα, Εκδόσεις Άγρα, 2001, σελ. 28

Varescon, I. Psychopathologie des conduites addictives. Στο: Μάτσα, Α. Ψυχοθεραπεία και Τέχνη στην Απεξάρτηση. Αθήνα, Εκδόσεις Άγρα, 2008, σελ. 19

Warner, R. Psychiatry and the Political Economy. Στο: Μάτσα, Α. Ψυχοθεραπεία και Τέχνη στην Απεξάρτηση. Αθήνα, Εκδόσεις Άγρα, 2008, σελ. 167

Από Διδακτορικές Διατριβές και Διπλωματικές Εργασίες

Μάτσα, Α. Ο τοξικομανής κι η οικογένειά του. Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιατρική Σχολή, 1997. Στο: Μάτσα, Α. Ψάξαμε ανθρώπους και βρήκαμε σκιές... Το αίνιγμα της Τοξικομανίας. Αθήνα, Εκδόσεις Άγρα, 2001, σελ. 70

Από εφημερίδες και περιοδικά

Le Monde, 17.3.2000. Στο: Μάτσα, Α. Ψάξαμε ανθρώπους και βρήκαμε σκιές... Το αίνιγμα της Τοξικομανίας. Αθήνα, Εκδόσεις Άγρα, 2001, σελ. 59

Από ηλεκτρονικές σελίδες στο Διαδίκτυο

Κλίμακα Καταγραφής Άγχους του Hamilton
(www.depressionanxiety.gr/download/greek/134/index.html).