



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Ο Φόβος του Πόνου ως Εμπόδιο στην Επιτυχή Έκβαση της Θεραπείας Υποκατάστασης
με Μεθαδόνη**

Μαρία Κ. Νικολοπούλου

Ψυχολόγος- Θεραπεύτρια Θεραπευτικών Μονάδων Υποκατάστασης Ο.ΚΑ.ΝΑ

Επιβλέπων: Ελευθέριος Μέλλος

Ακαδημαϊκός Επιβλέπων: Δημήτριος Δαμίγος

ΙΩΑΝΝΙΝΑ 2017



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ

**Ο φόβος του πόνου ως εμπόδιο στην επιτυχή έκβαση της θεραπείας
υποκατάστασης με μεθαδόνη**

Μια συγχρονική μελέτη

ΙΩΑΝΝΙΝΑ 2017

UNIVERSITY OF IOANNINA
MEDICAL SCHOOL
DEPARTMENT OF MEDICAL PSYCHOLOGY
MASTER OF PAIN TREATMENT

**The Fear of Pain in Addicts as a Barrier to the Successful Outcome of
Methadone Maintenance Treatment**

A cross sectional study



Εἰς μνήμην...

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	10
Περίληψη στα ελληνικά-Λέξεις κλειδιά	11
Περίληψη στα αγγλικά-Λέξεις κλειδιά	12
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	13

ΜΕΡΟΣ Ι

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ</u>	16
A.1. Χρήσιμοι ορισμοί	16
A.1.1. Φάρμακα	16
A.1.2. Ψυχοτρόπα φάρμακα και εξαρτησιογόνες ουσίες	16
A.1.3. Χρήση ουσιών	17
A.1.4. Κατάχρηση ουσιών	17
A.1.5. Ανοχή	17
A.1.6. Διασταυρούμενη ανοχή	17
A.1.7. Εξάρτηση	18
A.1.8. Υπερβολική δόση	18

A.1.9. Διαταραχές χρήσης ουσιών	18
A.2. Το στερητικό σύνδρομο (ή σύνδρομο απόσυρσης)	19
A.2.1. Το στερητικό σύνδρομο των οπιοειδών	19
A.3. Η επιδημιολογία της εξάρτησης	21
A.4. Η νευροβιολογία της εξάρτησης	22
A.5. Αιτιολογικοί παράγοντες των διαταραχών χρήσης ουσιών	25
A.5.1. Ατομικοί παράγοντες	25
A.5.2. Οικογενειακοί παράγοντες	27
A.5.3. Κοινωνικοί παράγοντες	28
A.6. Επιπτώσεις των διαταραχών χρήσης ουσιών	29
 <u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ</u>	 31
B.1. Θεραπευτική αντιμετώπιση των διαταραχών χρήσης από οπιοειδή	31
B.1.1. Στεγνά θεραπευτικά προγράμματα	31
1. Εξωτερικά στεγνά προγράμματα	31
2. Θεραπευτική κοινότητα	32
B.1.2. Προγράμματα υποκατάστασης	32
1. Η μεθαδόνη στην υποκατάσταση	33
2. Η βουπρενορφίνη στην υποκατάσταση	33
3. Η ναλτρεξόνη στην υποκατάσταση	34
4. Ιστορική εξέλιξη των προγραμμάτων υποκατάστασης	34
5. Τα προγράμματα υποκατάστασης στην Ελλάδα	35

B.2. Το έργο του Ο.ΚΑ.ΝΑ. σήμερα	36
B.3. Ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις και εργαλεία στη θεραπεία υποκατάστασης	38
B.3.1. Γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία	38
B.3.2. Κινητοποιητική συνέντευξη	38
B.3.3. Διαχείριση ευκαιριών	39
B.3.4. Θεραπεία οικογένειας	39
B.3.5. Ψυχοθεραπεία μείωσης της βλάβης	40
B.3.6. Πρόληψη της υποτροπής	40
 <u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ</u>	 41
Γ.1. Ο ανθρώπινος φόβος	41
Γ.1.1. Ο φόβος ως πρωτογενές συναίσθημα	41
Γ.2. Αιτιολογικές θεωρίες του φόβου	43
Γ.2.1. Ο φόβος ως αποτέλεσμα μάθησης	43
1. Η θεωρία των δύο σταδίων του Mowrer με όρους κλασικής εξάρτησης	43
2. Το σύγχρονο μοντέλο της εξάρτησης	44
Γ.2.2. Ο φόβος ως αποτέλεσμα ανώτερων γνωστικών διεργασιών	44
1. Η θεωρία της αυτό-επάρκειας του Bandura	44
2. Η θεωρία των δυσλειτουργικών γνωστών	44
Γ.2.3. Ο φόβος από ψυχαναλυτική σκοπιά	44
Γ.3. Η νευροβιολογία του πόνου	45
Γ.3.1. Υποδοχείς και αντίληψη του πόνου	46

Γ.3.2. Οι νευροδιαβιβαστές του πόνου	47
Γ.3.3. Αναλγησία και ρόλος των οπιοειδών	47
Γ.4. Ο φόβος του πόνου	49
Γ.4.1. Το φοβο-αποφευκτικό μοντέλο του πόνου	49
Γ.4.2. Φόβος του πόνου και χρήση ουσιών	50
Γ.4.3. Φόβος του πόνου που σχετίζεται με τη δυσκολία μείωσης του	
Υποκαταστάτου	50

ΜΕΡΟΣ II

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ</u>	53
A.1. Σκοπός και επιμέρους στόχοι	53
A.2. Ερευνητικές υποθέσεις	54
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ</u>	55
B.1. Μεθοδολογία της έρευνας	55
B.1.2. Πληθυσμός του δείγματος και στρατηγική δειγματοληψίας	56
B.1.3. Μεθοδολογία και παρουσίαση συλλογής δεδομένων	58
B.1.4. Παρουσίαση του εργαλείου της έρευνας	59
B.1.5. Ζητήματα δεοντολογίας	59
B.1.6. Παρουσίαση μεθοδολογίας της στατιστικής ανάλυσης	59

<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ</u>	61
-----------------------	----

Γ.1. Αποτελέσματα	61
-------------------	----

<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ</u>	81
-------------------------	----

Δ.1. Συζήτηση	81
---------------	----

Δ.2. Περιορισμοί	85
------------------	----

Δ.3. Συμπεράσματα	85
-------------------	----

ΜΕΡΟΣ ΙΙΙ

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	88
--------------	----

ΜΕΡΟΣ ΙV

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ	99
-------------	----

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ



Ένα θερμό ευχαριστώ σε όλους διοργανωτές του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «Αντιμετώπιση του Πόνου» για την αποκόμιση των ακαδημαϊκών γνώσεων αλλά και την εν γένει εξέλιξή μου, εξ αφορμής αυτού.

Ένα μεγάλο ευχαριστώ στον πρόεδρο του Οργανισμού όπου εργάζομαι, κο Καφετζόπουλο Ευάγγελο, για την άδεια πρόσβασης στους ατομικούς φακέλους των ασθενών, και την έγκριση χορήγησης ερωτηματολογίων.

Ένα πολύ μεγάλο ευχαριστώ στον επόπτη μου, κο Μέλλο Ελευθέριο, για την άμεση και απερίσπαστη αποδοχή επόπτευσής μου στα πλαίσια εκπόνησης διπλωματικής εργασίας, παρέχοντας χρήσιμες συμβουλές σε καίρια σημεία.

Ένα ξεχωριστό ευχαριστώ προς την υπεύθυνη της Μονάδας ΓΝΝΠ «Άγιος Παντελεήμων» όπου εργάζομαι, κα Ξηρόδημα Μαρία-Ειρήνη, για την αμέριστη κατανόηση και στήριξη καθ' όλη τη διάρκεια διεξαγωγής της εργασίας, καθώς και προς όλους του συναδέλφους για τη βοήθειά τους σε πρακτικά ζητήματα.

Τέλος, ευχαριστώ ιδιαίτερα το σύντροφό μου, Κωστή, για την απεριόριστη υπομονή, ενθάρρυνση και στήριξη που παρείχε στη διάρκεια διεξαγωγής της διπλωματικής. Τέλος, ευχαριστώ φίλους και συμφοιτητές για την παροχή χρήσιμων συμβουλών στα πλαίσια της εργασίας.

Περίληψη

Εισαγωγή: Η ολοκληρωμένη θεραπεία της εξάρτησης από τα οπιοειδή που βασίζεται στη θεραπεία συντήρησης με μεθαδόνη, μεταξύ άλλων παραμέτρων, περιλαμβάνει την επιτυχή διαδικασία αποτοξίνωσης και απόσυρσης από το υποκατάστατο όπως και τη συνεχή αποχή από όλες τις ουσίες (συμπεριλαμβανομένου του υποκατάστατου). **Αντικείμενο:** Ο φόβος του πόνου στους εξαρτημένους ως εμπόδιο στη μείωση της δοσολογίας της μεθαδόνης. **Μέθοδος:** Δεδομένα ενός καθολικού απογραφικού δείγματος 94 ασθενών των μονάδων μεθαδόνης του OKANA στην περιφέρεια Αττικής στην Ελλάδα εξήχθησαν στο πεδίο του φόβου του πόνου που σχετίζεται με τη μείωση της μεθαδόνης κατά τη διάρκεια της θεραπείας. **Αποτελέσματα:** Τα αποτελέσματα έδειξαν αυξημένα επίπεδα φόβου του πόνου στους ασθενείς που διαβιούν μόνοι τους. Ο φόβος του πόνου αφορούσε κυρίως τον φόβο του πόνου που σχετίζεται με τις ιατρικές παρεμβάσεις. Ο φόβος του πόνου φάνηκε να αυξάνει όσο μειωνόταν η διαφορά της παρούσας δοσολογίας από τη δοσολογία σταθεροποίησης, συγκριτικά με εκείνους στους οποίους η διαφορά αυτή αυξανόταν. **Συμπεράσματα:** Τα ευρήματα προτείνουν ότι η σταδιακή μείωση της δοσολογίας της μεθαδόνης συνοδεύεται μάλλον από χαμηλότερα επίπεδα φόβου του πόνου, που πιθανώς σχετίζεται με το φόβο των στερητικών συμπτωμάτων. Η μελλοντική έρευνα θα πρέπει να εστιάσει στις συσχετίσεις του φόβου του πόνου με την βαθμιαία πορεία μείωσης της δοσολογίας στο υποκατάστατο (και όχι με τη τρέχουσα δοσολογία αυτή καθαυτή)

Λέξεις κλειδιά: φόβος του πόνου, θεραπεία συντήρησης με μεθαδόνη, απόσυρση μεθαδόνης, στερητικό σύνδρομο, θεραπεία εξάρτησης

Abstract

Background: A complete therapy for opioid addiction based on methadone maintenance treatment includes, among others, a successful detoxification and ongoing abstinence.

Objective: The fear of pain in addicts as a barrier to methadone withdrawal. **Method:**

Census sample data of 94 patients from the OKANA methadone clinics of Attica in Greece were extracted on the fear of pain, related to the dose reduction. **Results:** The present study

showed positive correlation trends between the current methadone dose and fear of pain, as well as a negative correlation among the stabilization dose and fear of pain. The results

highlighted that fear of pain increased as the divergence of the current dose out of the stabilization dose diminished. Increased levels of pain fear were found in patients living

alone and in those not born in Greece. **Conclusions:** The findings suggest that gradual reduction of methadone doses is probably accompanied by lesser fear of pain, presumably

related to withdrawal syndrome. Future research should focus on the fear of pain bringing out correlations with the gradual withdrawal course of the substitute (rather than the actual dosage itself).

Keywords: fear of pain, methadone maintenance treatment, methadone withdrawal, withdrawal syndrome, addiction therapy

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η χρήση ναρκωτικών ουσιών δεν είναι κάτι καινούριο. Τα διεθνή κέντρα ελέγχου των ασθενειών κάνουν λόγο για επιδημιολογικές διαστάσεις του φαινομένου και των συνεπακόλουθων θανάτων, στην εξάπλωση των οποίων συμβάλλουν ανεπαρκείς ή αναντίστοιχες εφαρμοσμένες θεραπευτικές τεχνικές και μέθοδοι κατά τη θεραπευτική πρακτική (Kampman & Jarvis, 2015).

Η πολυαιτιολογική σύνθεση της εξαρτημένης συμπεριφοράς υποδηλώνει ότι δεν πρόκειται για μια νόσο με τη στενή έννοια του όρου, αλλά για μια κατάσταση στην οποία συμμετέχει ολόκληρη η προσωπικότητα του ατόμου συμπεριλαμβανομένων των ψυχολογικών και συμπεριφορικών αδυναμιών, καθώς και των ιδιαίτερων κοινωνικών συνθηκών κάτω από τις οποίες απαντάται (Whitesell et al, 2013; Galea, Nandi & Vlahov, 2004). Υπό τους όρους αυτούς, απαιτούνται πολύ καλά σχεδιασμένες πολιτικές και στρατηγικές τόσο στο επίπεδο της πρόληψης όσο και στο επίπεδο της θεραπείας και της κοινωνικής επανένταξης (Whitesell et al, 2013).

Το ιατρογενές μοντέλο θεώρησης της ουσιοεξάρτησης την προσδιορίζει ως μια χρόνια υποτροπιάζουσα νόσο, δίνοντας έμφαση στο φάρμακο (υποκατάστατο) που ο εξαρτημένος χρειάζεται να λάβει προκειμένου να σταθεροποιήσει και να βελτιώσει τη ζωή του (Πουλόπουλος, 2010). Στη θεραπεία υποκατάστασης αποτελεί σύνηθες φαινόμενο η μακροχρόνια παραμονή των θεραπευόμενων στα προγράμματα.

Πιο συγκεκριμένα, στα Ελληνικά Προγράμματα Υποκατάστασης του ΟΚΑΝΑ παρατηρείται συχνά κατά τη διάρκεια της θεραπείας υποκατάστασης, και συγκεκριμένα στη διάρκεια θεραπείας συντήρησης με μεθαδόνη, το φαινόμενο της μακροσκελούς καθήλωσης των χορηγούμενων σε θεραπευτικά στάδια, με αποτέλεσμα τη μη μετάβασή τους στα επόμενα. Η παρατήρηση αυτή αφορά και στη μερίδα ασθενών που έχουν διακόψει την παράλληλη χρήση (παράνομων και νόμιμων) ουσιών και οι οποίοι έχουν περιέλθει σε έναν πιο κανονικό τρόπο ζωής· δυσκολεύονται όμως να μειώσουν και να μηδενίσουν το υποκατάστατο, και άρα να ολοκληρώσουν με επιτυχία τη θεραπεία.

Δεδομένης της πολυσύνθετης φύσης της τοξικοεξάρτησης, και άρα του πλήθους των παραγόντων που ευθύνονται για την κατάσταση αυτή, η παρούσα εργασία φιλοδοξεί να ρίξει φως σε μία από τις παραμέτρους που πιθανά συντείνει προς την κατεύθυνση αυτή, διερευνώντας την πιθανή συσχέτιση ανάμεσα στο φόβο του πόνου (ο οποίος [πόνος] αποτελεί σύμπτωμα του στερητικού συνδρόμου από τα οπιοειδή) και στη δυσκολία μείωσης της μεθαδόνης.

Στο πρώτο (γενικό) μέρος της εργασίας θα περιγραφούν βασικές έννοιες που αφορούν στο φαινόμενο της χρήσης και εξάρτησης ουσιών, θα αναφερθούν οι επιδημιολογικές διαστάσεις του φαινομένου, οι αιτιολογικοί παράγοντες και οι επιπτώσεις του φάσματος της εξάρτησης, καθώς και το νευροβιολογικό υπόστρωμα αυτής. Επιπλέον, θα γίνει αναφορά στον τύπο των υφιστάμενων θεραπευτικών προγραμμάτων και τα θεραπευτικά μοντέλα που ακολουθούνται, όπως και στο έργο του ΟΚΑΝΑ σήμερα. Το πρώτο μέρος θα κλείσει με τη συνιστώσα του φόβου - ως πρωτογενές συναίσθημα - και τις αιτιολογικές θεωρίες γύρω από αυτόν, για να περάσουμε στον πόνο και τον τρόπο που συνδέεται με το φόβο. Ο φόβος του πόνου αναφορικά με τη χρήση ουσιών και τη δυσκολία μείωσης του υποκατάστατου θα δώσει τη σκυτάλη για το δεύτερο ειδικό μέρος.

Στο ειδικό μέρος της εργασίας θα παρουσιαστούν ο σκοπός και οι επιμέρους στόχοι της μελέτης, θα διατυπωθεί με σαφήνεια η ερευνητική υπόθεση, θα αναλυθεί η μεθοδολογία της έρευνας συμπεριλαμβανομένων του πληθυσμού του δείγματος, της στρατηγικής δειγματοληψίας, και της συλλογής δεδομένων. Επιπλέον, θα παρουσιαστούν το εργαλείο της έρευνας, και η στατιστική επεξεργασία που ακολουθήθηκε. Τα αποτελέσματα της μελέτης θα δώσουν τη θέση τους στη συζήτηση, οπότε και θα αναλυθούν τα ερευνητικά ευρήματα προτείνοντας εναλλακτικές παραμέτρους.

ΜΕΡΟΣ Ι

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

A.1. Χρήσιμοι ορισμοί

Κάθε συζήτηση γύρω από οποιοδήποτε υπό διερεύνηση θέμα δε μπορεί παρά να έχει την αφετηρία του στην αποσαφήνιση βασικών εννοιών. Η ανάγκη συνεργασίας όλων των εμπλεκόμενων επιστημονικών κλάδων στο φαινόμενο της ουσιοεξάρτησης, καθώς και η φύση του φαινομένου αυτού καθαυτού έχουν οδηγήσει στην ανάγκη θέσπισης κοινής γλώσσας επικοινωνίας (Λιάππας, Παπαρρηγόπουλος, & Τζαβέλλας, 2013).

A.1.1. Φάρμακα

Κάθε ουσία (ή προϊόν) που μπορεί να μεταβάλλει τις ιδιότητες ενός βιολογικού υποστρώματος (Μαρσέλος, 2006), προκαλώντας αλλαγές στη δομή, τη λειτουργία του σώματος, και την ψυχική σφαίρα (Roques, 2001). Χρησιμοποιείται για την τροποποίηση ή τη διερεύνηση φυσιολογικών ή παθολογικών καταστάσεων προς όφελος του λαμβάνοντος (Λιάπη).

A.1.2. Ψυχοτρόπα φάρμακα και εξαρτησιογόνες ουσίες

Όλες οι ουσίες που μεταβάλλουν το συναίσθημα, το επίπεδο αντιληπτικότητας ή την εγκεφαλική λειτουργία, χρησιμοποιούμενες μέσω οποιασδήποτε οδού και επενεργώντας στο βιολογικό και ψυχικό υπόστρωμα του λήπτη (Λιάππας, 2004). Ο ακριβής όρος που έχει προταθεί από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) είναι “εξαρτησιογόνος ουσία”. Η επικρατούσα ονομασία στην καθομιλουμένη παραμένει ο όρος «ναρκωτικά», εννοώντας ουσίες που προκαλούν ψυχική ή/και σωματική εξάρτηση (Λιάππας, Παπαρρηγόπουλος, & Τζαβέλλας, 2013).

A.1.3. Χρήση ουσιών

Η χρήση μιας ουσίας μπορεί να είναι απλή ή περιστασιακή, επιβλαβής, επικίνδυνη, μπορεί να οδηγήσει σε κατάχρηση ή εξάρτηση. Η απλή ή περιστασιακή (κοινωνική χρήση) αποτελεί μια συνηθισμένη κατάσταση που δεν εξελίσσεται απαραίτητα προς συμπεριφορά κατάχρησης ή εξάρτησης. Η απλή χρήση διαφέρει από την επιβλαβή, η οποία βάσει του Διεθνούς Κώδικα Ταξινόμησης των Νόσων (IDC 10) προκαλεί σωματική ή ψυχική βλάβη. Η επικίνδυνη χρήση αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης σωματικών, ψυχικών και κοινωνικών συνεπειών για το λήπτη, σηματοδοτώντας παράλληλα κινδύνους για τη δημόσια υγεία (Λιάππας, Παπαρρηγόπουλος, Τζαβέλλας, 2013).

A.1.4. Κατάχρηση ουσιών

Η κατάχρηση μιας ψυχοδραστικής ουσίας είναι η συνεχής ή η σποραδική υπερβολική χρήση της, με το ενδεχόμενο να καταλήξει σε σωματικά, ψυχολογικά ή κοινωνικά προβλήματα του ατόμου που τη λαμβάνει (Λιάππας, Παπαρρηγόπουλος, Τζαβέλλας, 2013).

A.1.5. Ανοχή

Σηματοδοτείται με την απαιτούμενη αύξηση της δόσης μιας ουσίας για την επίτευξη του επιθυμητού αποτελέσματος (American Psychiatric Association, 2013). Στην περίπτωση που το άτομο διατηρεί σταθερή την ποσότητα της ουσίας, η ανοχή εκδηλώνεται με την εμφάνιση στερητικών συμπτωμάτων (Λιάππας, Παπαρρηγόπουλος, Τζαβέλλας, 2013).

A.1.6. Διασταυρούμενη ανοχή

Η ανάπτυξη ανοχής σε μια ουσία, ως αποτέλεσμα της οξείας ή χρόνιας λήψης μιας άλλης ουσίας με παρόμοια φαρμακολογική δράση (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, 2010). Στην περίπτωση πχ της οπιοεξάρτησης, η εξαρτημένη χρήση ηρωίνης οδηγεί στην ανάπτυξη ανοχής απέναντι σε άλλες ουσίες της ομάδας των οπιοειδών (μορφίνη, κωδεΐνη, πεθιδίνη, μεθαδόνη) (Donny et al, 2005).

A.1.7. Εξάρτηση

Διακρίνεται σε ψυχολογική και σωματική. Η ψυχολογική εξάρτηση αποτελεί κατάσταση όπου η προοπτική λήψης της ουσίας προκαλεί ένα αίσθημα ευχαρίστησης, η ένταση της οποίας ποικίλλει ανάλογα με την ουσία και την προσωπικότητα του ατόμου . Στην περίπτωση της σωματικής εξάρτησης, η απότομη διακοπή ή η μείωση της χρόνιας προσλαμβάνουσας ουσίας θα οδηγήσει τον οργανισμό στην εκδήλωση διαφόρων σωματικών και ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων (Λιάππας, 2004). Οι δυο μορφές εξάρτησης συχνά αλληλοκαλύπτονται (Λιάππας, 1995) .

A.1.8. Υπερβολική δόση (overdose)

Ο όρος αναφέρεται στην κλινική επίπτωση της υπερβολικής δόσης μιας ουσίας, την οποία ο οργανισμός δε μπορεί να χειριστεί με ασφάλεια. Κρίνεται ως επείγουσα κατάσταση, απειλητική για τη ζωή του ατόμου (The ASAM, 2014). Στη ζωή των χρηστών αποτελεί συνήθη κατάσταση, συνιστώντας την κύρια αιτία θανάτου (<http://harmreduction.gr/overdose/>). Η ταυτόχρονη λήψη πολλών ουσιών αυξάνει τον κίνδυνο θανατηφόρας υπερδοσολογίας (Αναγνώστου & Κοκκώλης, 2015).

A.1.9. Διαταραχές χρήσης ουσιών

Σύμφωνα με το αμερικανικό διαγνωστικό σύστημα (DSM), συγκαταλέγονται στις συνδεόμενες με ουσίες διαταραχές. Βασικό τους γνώρισμα είναι ότι καθεμιά αποτελεί ένα σύμπλεγμα γνωστικών, συμπεριφορικών και φυσιολογικών συμπτωμάτων. Το δεύτερο σημαντικό χαρακτηριστικό είναι η μεταβολή στα εγκεφαλικά κυκλώματα, που πιθανά εξακολουθεί να υφίσταται πέραν της περιόδου τοξίκωσης. Οι επιπτώσεις των εγκεφαλικών αλλαγών σε επίπεδο συμπεριφοράς πιθανά εμφανίζονται με τις επαναληπτικές υποτροπές και την έντονη λαχτάρα (craving) για χρήση (American Psychiatric Association, 2013).

Η διάγνωση των διαταραχών χρήσης ουσιών, συνολικά, βασίζεται σε ένα παθολογικό πρότυπο συμπεριφορών συνδεόμενο με τη χρήση ουσιών (American Psychiatric Association, 2013). Το σημαντικό είναι ότι στο τελευταίο ταξινομικό σύστημα κριτηρίων καταργούνται οι έννοιες της εξάρτησης και της κατάχρησης ως διακριτές οντότητες των διαταραχών χρήσης ουσιών, αποτελώντας πλέον μέρος ενός ευρέος

φάσματος επαναλαμβανόμενης χρήσης. Για το λόγο ότι οι όροι αυτοί έχουν καταξιωθεί στη διεθνή επιστημονική κοινότητα, θα συναντώνται στη διάρκεια της εργασίας.

A.2. Στερητικό σύνδρομο ή σύνδρομο απόσυρσης

Η Αμερικάνικη Ψυχιατρική Εταιρεία προσδιορίζει το στερητικό σύνδρομο ως την ανάπτυξη μιας δυσπροσαρμοστικής αλλαγής της συμπεριφοράς του ατόμου, η οποία είναι χαρακτηριστική για κάθε ουσία εξάρτησης. Οι συνέπειες που προκαλεί σε φυσιολογικό και γνωστικό επίπεδο είναι δυσάρεστες, προκύπτοντας ως αποτέλεσμα της απότομης διακοπής ή μείωσης μιας βαριάς και παρατεταμένης χρήσης ουσιών (The ASAM, 2014).

Το στερητικό σύνδρομο περιλαμβάνει πληθώρα ψυχολογικών και σωματικών συμπτωμάτων, αντιτιθέμενων συνήθως σε εκείνα που η δράση της ουσίας εξάρτησης προκαλεί (Κωνσταντινίδης, 2004). Ουσίες μιας δεδομένης φαρμακολογικής κατηγορίας παράγουν όμοια στερητικά συμπτώματα, τα οποία αφορούν στους μηχανισμούς του Κεντρικού και Περιφερικού Συστήματος (Λιάππας, Παπαρρηγόπουλος, Τζαβέλλας, 2013).

Η έναρξη, η διάρκεια, η πορεία και η ένταση των στερητικών ποικίλουν ανάλογα με την ουσία, τη διάρκεια της χρήσης και το βαθμό της νευροπροσαρμογής¹. Ο χρόνος εμφάνισης του στερητικού εξαρτάται από το χρόνο ημίσειας ζωής της ουσίας και το ρυθμό μεταβολισμού της στον οργανισμό του χρήστη (The ASAM, 2014). Η ποιότητα και η εξέλιξη του δύνανται να εξαρτώνται και από ψυχολογικούς παράγοντες (Λιάππας, 1995). Τέτοιοι παράγοντες αφορούν πιθανά στο άγχος και τη δυσφορία του χρήστη, στην ενημερότητα που λαμβάνει γύρω από τα στερητικά συμπτώματα, στο περιβάλλον που αναπτύσσει σχέσεις, στην προσωπικότητά του, και στις προσδοκίες που καλλιεργεί γύρω από τη χρήση (Phillips et al;1986, Green & Gossop;1988).

A.2.1. Το στερητικό σύνδρομο των οπιοειδών

Τα στερητικά συμπτώματα της ηρωίνης μπορούν να εμφανιστούν από την πρώτη κιόλας ημέρα αποχής από την ουσία, σηματοδοτώντας στον εξαρτημένο την προετοιμασία λήψης της επόμενης δόσης (Κωνσταντινίδης, 2004, σελ 134). Κατά γενική ομολογία, τα σημεία και τα συμπτώματα από στέρηση οπιοειδών με βραχύ χρόνο ημιζωής (μορφίνη,

¹ Βλέπε ενότητα 'Η νευροβιολογία της εξάρτησης'

κωδεΐνη, ηρωίνη) εμφανίζονται 8 με 12 ώρες από την τελευταία δόση του οπιοειδούς· κορυφώνονται τη 2^η με 3^η ημέρα για να υποχωρήσουν σταδιακά την 5^η με 7^η. Οι χρόνοι αυτοί επιμηκύνονται ανάλογα με το χρόνο ημιζωής κάθε οπιοειδούς. Τα στερητικά από τη μεθαδόνη εμφανίζονται μετά από 12-36 ώρες, είναι ηπιότερα και διαρκούν έως και τρεις εβδομάδες. Πρόκειται για στερητικά μη επικίνδυνα από μόνα τους για τη ζωή του χρήστη, εν αντιθέσει των στερητικών του αλκοόλ, των βενζοδιαζεπινών και των βαρβιτουρικών (Donroe et al, 2016).

Στον πίνακα παρατίθενται συνοπτικά τα πρώιμα και όψιμα σημεία και συμπτώματα της στέρησης των οπιοειδών:

<u>Πρώιμα</u>	<u>Όψιμα</u>
<i>Άγχος</i>	<i>Αϋπνία</i>
<i>Αύξηση Αναπνευστικού Ρυθμού</i>	<i>Ναυτία- Έμετος</i>
<i>Ιδρώτας</i>	<i>Διάρροια</i>
<i>Δακρύρροια</i>	<i>Αδυναμία</i>
<i>Χασμήματα</i>	<i>Κοιλιακές κράμπες</i>
<i>Ρινόρροια</i>	<i>Ταχυκαρδία</i>
<i>Ανόρθωση Τριχών</i>	<i>Υπέρταση</i>
<i>Ανησυχία</i>	<i>Μυϊκοί Σπασμοί</i>
<i>Ανορεξία</i>	<i>Μυοσκελετικά Άλγη</i>
<i>Ευερεθιστότητα</i>	
<i>Μυδρίαση</i>	

Οι αναφερόμενοι πόνοι περιγράφονται ως (πολύ)μυαλγίες και (πολύ)αρθραλγίες (Rieb et al, 2016).

Παράλληλα με τα ανωτέρω είναι δυνατόν να παρατηρηθούν και άλλα συμπτώματα, όπως αυξημένος τρόμος χεριών, παροδικές οπτικές, απτικές ή ακουστικές ψευδαισθήσεις (ή παραισθήσεις), επιληπτικές κρίσεις, ψυχοκινητική διέγερση κ.ά (New South Wales Health, 2008), υποψιάζοντας τον κλινικό για πιθανή παράλληλη χρήση άλλων ουσιών

(αλκοόλ, βενζοδιαζεπινών ή βαρβιτουρικών) - γνωστής ως πολλαπλή χρήση ουσιών (Leri, Bruneau, & Stewart, 2003) - και, άρα, για στερητικό σύνδρομο από αυτές.

Η πολλαπλή χρήση (πολυχρήση) ουσιών αναφέρεται στην σποραδική ή τακτική χρήση περισσότερων της μίας ουσίας, κάποιες φορές εν αγνοία συνήθως όμως εν γνώσει του χρήστη (Γαζγαλίδης, 2005). Στόχο έχει την αλληλοενίσχυση ή/και μερική αλληλοεξουδετέρωση της δράσης των ουσιών (παράνομων ή μόνιμων), ή την υποκατάσταση της μιας ουσίας από την άλλη κατά τις περιόδους έλλειψης (Αναγνώστου & Κοκκώλης, 2015).

Στη συμπτωματική ανακούφιση του στερητικού οι χρησιμοποιούμενες ουσίες είναι η μεθαδόνη και η βουπρενορφίνη, με τη δεύτερη να κρίνεται αποτελεσματικότερη. Ο συνδυασμός χορήγησης βουπρενορφίνης με χαμηλές δόσεις ναλτρεξόνης προτείνεται από κάποιους, για την καθιέρωσή της όμως κρίνεται απαραίτητη η διεξαγωγή περαιτέρω έρευνας (Kampman & Jarvis, 2015). Τέλος, σε περίπτωση που ο ασθενής λαμβάνει ήδη θεραπεία υποκατάστασης, η χορήγηση συμπτωματικής αγωγής για την αντιμετώπιση του στερητικού κρίνεται περιττή (Αναγνώστου & Κοκκώλης, 2015).

A.3. Η επιδημιολογία της εξάρτησης

Οι εξαρτητικές συμπεριφορές συγκαταλέγονται στις μεγαλύτερες μάστιγες που πλήττουν το ανθρώπινο είδος. Η κατανάλωση αλκοόλ, το κάπνισμα και η χρήση ψυχοδραστικών ουσιών αποτελούν παράγοντες παγκόσμιας νοσηρότητας και πρόωρης θνησιμότητας (Gowing et al, 2015).

Το 43% περίπου των ενηλίκων παγκοσμίως προβαίνουν σε χρήση αλκοόλ, η οποία φαίνεται να υπερτερεί στους άνδρες. Από αυτούς, το 4,9% υποφέρουν από διαταραχές χρήσης αλκοόλ. Το κάπνισμα, παρά τη μείωση που σημειώνει τα τελευταία χρόνια διεθνώς, παραμένει βασική αιτία κακής υγείας. Η ποσοστιαία τιμή των καπνιστών υπολογίζεται στο 22,5% (Gowing et al., 2015), ενώ 6 εκ. περίπου θάνατοι ετησίως συνδέονται με τη χρήση καπνού (Centers For Disease Control and Prevention, 2017).

Ανάμεσα στις ουσίες, τα οπιοειδή προκαλούν τις μεγαλύτερες αρνητικές επιδράσεις στην υγεία. Το 2015 οι χρήστες οπίου, συμπεριλαμβανομένων όσων κάνουν κατάχρηση συνταγογραφούμενων οπιοειδών, φθάνουν τους 35 εκ. Από αυτούς οι 17,7 εκ. κάνουν χρήση ηρωίνης. Η κοκαΐνη βρίσκεται, επίσης, σε υψηλά επίπεδα, με το σύνολο

των χρηστών κοκαΐνης να φθάνει τους 17 εκ. και τους 21,6 εκ. να χρησιμοποιούν «έκσταση». Η κάνναβη διατηρεί τη θέση της πιο ευρέως διαδεδομένης ουσίας, με τον ετήσιο επιπολασμό να φθάνει το 3,8% του πληθυσμού (183 εκ ανθρώπων). Οι αμφεταμίνες (με κύριο εκπρόσωπο τις μεθαμφεταμίνες) παραμένουν η δεύτερη συχνότερη χρησιμοποιούμενη ουσία (United Nations Office on Drugs and Crime, Book1 2, 2017).

Στον Ελλάδα οι δημοσιοποιήσεις αφορούν στα επιδημιολογικά στοιχεία της χρήσης ουσιών στο γενικό πληθυσμό σε πανελλήνιο δείγμα. Στην τελευταία έρευνα για την κατανάλωση οινοπνευματωδών και τη συνδεόμενη βλάβη, καταγράφηκε από το 2011 και μετά σταθερή αύξηση στον αριθμό των αιτήσεων για θεραπεία που αφορά στο αλκοόλ (Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής, 2017).

Το 2015 τα οπιοειδή αποτελούν και στη χώρα μας την κύρια ουσία χρήσης. Σε παρόμοιο ποσοστό αναφέρεται πολλαπλή χρήση ουσιών, ενώ καταγράφεται υψηλότερο ποσοστό χρήσης κάνναβης. Η Διεύθυνση της Ασφάλειας Ελληνικής Αστυνομίας ανέφερε 94 θανάτους οφειλόμενους σε χρήση ουσιών· αριθμός που σημειώνει αυξητικές τάσεις αποτελώντας ένδειξη παρουσίας παραμέτρων, όπως η μεταβολή στην ποιότητα των ουσιών, ή η αύξηση της ευαλωτότητας των χρηστών σε παθήσεις που οδηγούν στο θάνατο (Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής, 2017).

A.4. Η νευροβιολογία της εξάρτησης

Η πρόοδος στο πεδίο της νευροβιολογίας έχει συνεισφέρει στην κατανόηση και διευκρίνιση των εμπλεκόμενων μηχανισμών στη διαδικασία της εξάρτησης. Το σύνδρομο εξάρτησης χαρακτηρίζεται από την παρόρμηση για λήψη της ουσίας, την απώλεια του ελέγχου και την επείγουσα αρνητική ψυχολογική κατάσταση, με τρία στάδια να συνθέτουν τον κύκλο της εξάρτησης: α) το στάδιο της υπερβολικής κατανάλωσης και τοξίκωσης, β) το στάδιο της στέρησης και της αρνητικής επίδρασης, και γ) το στάδιο της υπερβολικής ενασχόλησης με την ουσία και λαχτάρας (craving). Η εξάρτηση επιτείνεται με τη συνεχή

χρήση ουσιών, προκαλώντας δραματικές αλλαγές στον τρόπο λειτουργίας του εγκεφάλου (Volkow, Koob & McLellan, 2016).

Ο εγκέφαλος διατηρεί πολλές αλληλοσυνδεόμενες μεταξύ τους περιοχές που σχηματίζουν δυναμικά δίκτυα υπεύθυνα για συγκεκριμένες λειτουργίες, όπως η προσοχή, η αυτορρύθμιση, η αντίληψη, η γλώσσα, η ανταμοιβή, το συναίσθημα, η κίνηση, κ.ά (Koob, & Volkow, 2010; Volkow, Koob & McLellan, 2016). Οι περιοχές που αποτελούν τα βασικά συστατικά των δικτύων που εμπλέκονται στενά στην ανάπτυξη και διατήρηση των διαταραχών της χρήσης ουσιών είναι τρεις: τα βασικά γάγγλια, η (εκτεταμένη) αμυγδαλή και ο προμετωπιαίος φλοιός. Τα βασικά γάγγλια ελέγχουν την ανταμοιβή ή τις ευφορικές επιδράσεις της χρήσης ουσιών, και ευθύνονται για το σχηματισμό της συνήθους λήψης ουσιών. Η εκτεταμένη αμυγδαλή εμπλέκεται στη διαδικασία του άγχους και τα συναισθήματα της ανησυχίας, της ευερεθιστικότητας και του άγχους που τυπικά συνοδεύουν την απόσυρση ουσιών (Davis et al, 2010; Crunelle et al, 2015). Ο προμετωπιαίος φλοιός εμπλέκεται στην εκτελεστική λειτουργία (δηλαδή στην ικανότητα να οργανώνει σκέψεις και δραστηριότητες, να δίνει προτεραιότητα σε καθήκοντα, να διαχειρίζεται το χρόνο και να λαμβάνει αποφάσεις), συμπεριλαμβανομένης της άσκησης ελέγχου επί της λήψης ουσιών (Goldstein & Volkow, 2011; Ball, 2011).

Διαταραχές στις ανωτέρω περιοχές συντείνουν ιδιαίτερα στην εμφάνιση, ανάπτυξη και διατήρηση των διαταραχών χρήσης ουσιών. Πρόκειται για διαταραχές που: (1) δίνουν τη δυνατότητα στα σχετιζόμενα συναισθήματα με την ουσία να ενεργοποιούν την αναζήτηση ουσιών (δηλαδή, αυξάνουν τα κίνητρα)· (2) μειώνουν την ευαισθησία των εμπλεκόμενων εγκεφαλικών συστημάτων στην εμπειρία της ευχαρίστησης ή της ανταμοιβής, και αυξάνουν την ενεργοποίηση των συστημάτων εγκεφαλικού στρες· (3) μειώνουν τη λειτουργία των εγκεφαλικών συστημάτων ελέγχου, που εμπλέκονται στην ικανότητα λήψης αποφάσεων και ρύθμισης των ενεργειών, των συναισθημάτων και των παρορμήσεων. Οι επελθούσες αλλαγές στον εγκέφαλο διατηρούνται μεγάλο χρονικό διάστημα μετά τη διακοπή της χρήσης της ουσίας, χωρίς να είναι ακόμη γνωστό πότε μπορούν να αναστραφούν (οι αλλαγές) ή πόσο καιρό χρειάζεται για να λάβει χώρα αυτή η διαδικασία (Volkow & Morales 2015; Volkow, Koob & McLellan, 2016).

Οι προοδευτικές αλλαγές (νευροπροσαρμογές) που σημειώνονται κατά τη συνεχή χρήση ψυχοτρόπων ουσιών στη δομή και λειτουργία του εγκεφάλου στην ουσία

υπονομεύουν την εγκεφαλική λειτουργία οδηγώντας στη μετάβαση της ελεγχόμενης περιστασιακής χρήσης σε χρόνια δύσκολα ελέγξιμη. Πρόκειται για νευροδιατάξεις οι οποίες εμμένουν για μεγάλο χρονικό διάστημα μετά τη διακοπή της χρήσης. Δύνανται να παράγουν συνεχή περιοδική ‘πείνα’ για την ουσία (craving), οδηγώντας τις περισσότερες φορές τα άτομα σε υποτροπή: Περισσότερο από το 60% των ατόμων που υποβάλλονται σε θεραπεία για μια εξαρτησιογόνο ουσία εμφανίζουν υποτροπή εντός του πρώτου έτους μετά τη θεραπεία, ενώ ένα άτομο δύναται να παραμένει σε αυξημένο κίνδυνο υποτροπής για πολλά χρόνια (Swift & Aston, 2015).

Τα ευφορικά αισθήματα που προκαλούνται από τις ψυχοτρόπες ουσίες δρουν ως «ανταμοιβή» ενισχύοντας θετικά τη χρήση, και αυξάνοντας την πιθανότητα επανάληψής της. Αυτές οι επιδράσεις περιλαμβάνουν δραστηριότητα στον επικλινή πυρήνα, συμπεριλαμβανομένης της ενεργοποίησης του συστήματος σηματοδότησης ντοπαμίνης και των ενδογενών οπιοειδών. Μελέτες δείχνουν ότι όλες οι εθιστικές ουσίες και κυρίως οι διεγερτικές (κοκαΐνη, αμφεταμίνες) και η νικοτίνη προκαλούν άμεση ή έμμεση ενεργοποίηση των νευρώνων απελευθέρωσης ντοπαμίνης (Volkow et al, 2014; Moreira & Dalley 2015). Επιπλέον, τα φυσικά απαντώμενα μόρια οπιοειδών (ενδορφίνες, εγκεφαλίνες και δινورφίνες) και οι τρεις τύποι οπιοειδών υποδοχέων (mu, δέλτα και κάπα) διαδραματίζουν βασικό ρόλο στη διαμεσολάβηση της ανταμοιβής των εθιστικών ουσιών, συμπεριλαμβανομένων των οπιοειδών και του οίνοπνεύματος. Η ενεργοποίηση του οπιοειδούς συστήματος από αυτές τις ουσίες διεγείρει τον επικλινή πυρήνα άμεσα ή έμμεσα μέσω του συστήματος ντοπαμίνης. Οι απεικονιστικές μελέτες του ανθρώπινου εγκεφάλου δείχνουν σαφή ενεργοποίηση των νευροδιαβιβαστών ντοπαμίνης και των ενδογενών οπιοειδών κατά τη διάρκεια της χρήσης ψυχοδραστικών ουσιών (συμπεριλαμβανομένων του οίνοπνεύματος και της νικοτίνης) (Volkow et al, 2014; Parsons & Hurd 2015).

A.5. Αιτιολογικοί παράγοντες της ουσιοεξάρτησης

Ο εντοπισμός των αιτιών των διαταραχών χρήσης ουσιών αποτελεί σημαντική προϋπόθεση στην εφαρμογή της κατάλληλης θεραπευτικής προσέγγισης για την αντιμετώπιση του φαινομένου, αλλά και στην πρόληψη αυτού (Whitesell et al, 2013). Πολλές και διαφορετικές μελέτες καταλήγουν στην πολυπαραγοντική φύση της αιτιολογίας των φαινομένων αυτών (Galea, Nandi & Vlahov, 2004), για την κατανόηση της οποίας κρίνεται σκόπιμη η διάκριση σε ατομικούς, οικογενειακούς και κοινωνικούς παράγοντες αιτιότητας.

A.5.1. Ατομικοί παράγοντες

Ποικίλες και πολυάριθμες ατομικές παράμετροι του ατόμου και της ζωής του φαίνονται να συνδέονται με την έναρξη χρήσης και εξάρτησης από ουσίες (Rascanu, 2005). Μεταξύ αυτών αναφέρονται οι κυριότερες:

1. Βιολογικοί παράγοντες

Ηλεκτροφυσιολογικοί, ψυχολογικοί και νευροχημικοί φαινότυποι, όπως και κληρονομικές μετρήσιμες βιοχημικές, ενδοκρινολογικές, νευροανατομικές και νευροφυσιολογικές παράμετροι (ενδοφαινότυποι) πιθανά αποτελούν προδιαθεσιακούς προβλεπτικούς παράγοντες ψυχοπαθολογικών εκδηλώσεων (Bevilacqua & Goldman, 2009). Ο κίνδυνος ενός ατόμου να εκδηλώσει διαταραχές χρήσης ουσιών τείνει να αναλογεί στο βαθμό της γενετικής συσχέτισης με έναν εξαρτημένο συγγενή., μιλώντας για μια γενετική ευαλωτότητα του ατόμου (Stone et al, 2012).

2. Φύλο

Οι νέοι άνδρες φαίνεται να είναι περισσότερο πιθανό σε σχέση με τις νέες γυναίκες να βιώσουν την εμπειρία της χρήσης ουσιών (συμπεριλαμβανομένων του οινοπνεύματος) (Stone et al, 2012).

3. Εφηβεία

Η εφηβεία αυτή καθαυτή αντιπροσωπεύει παράγοντα επικινδυνότητας, με τα συστήματα ανταμοιβής, εξοικείωσης και στρες να σημειώνουν υψηλή δραστηριότητα (Jordan & Andersen, 2017). Όλες οι εθιστικές ουσίες έχουν ιδιαίτερα επιβλαβείς επιδράσεις στον εφηβικό εγκέφαλο που υφίσταται σημαντική ανάπτυξη. Η έκθεση στις ουσίες που ξεκινά νωρίς κατά εφηβεία αυξάνει τον κίνδυνο μακρόχρονης εξάρτησης από αυτές, ιδίως όσο μειώνεται η μέση ηλικία έκθεσης σε αυτές (Stone et al, 2012).

4. Ψυχοπαθολογικές εκδηλώσεις

α) Προγεννητικοί δείκτες

Προγεννητικά, η έκθεση του εμβρύου στο αλκοόλ συνδέεται με τη μετέπειτα ανάπτυξη προβλημάτων που αφορούν στο αυτό κατά την ενηλικίωσή του. Αντίστοιχα, η έκθεση του εμβρύου στη νικοτίνη αυξάνει τις πιθανότητες εξέλιξής του σε συστηματικό καπνιστή μέχρι την ηλικία των 21. Και στις δύο περιπτώσεις γίνεται λόγος για «πτωχότερη» νευρολογική ανάπτυξη του εμβρύου οφειλόμενη στη χρήση ουσιών κατά την περίοδο κύησης (Stone et al, 2012).

β) Επίκτητοι δείκτες

Υψηλή συσχέτιση εντοπίζεται ανάμεσα στις διαταραχές διάθεσης και συμπεριφοράς παιδιών και εφήβων ως προς την εμπλοκή τους με τις ουσίες ως νέοι, μεταξύ των οποίων η διαταραχή ελλειμματική προσοχής και υπερκινητικότητας καταλαμβάνει βαρύνουσα θέση (Whitesell et al, 2013).

Οι ψυχιατρικές εκδηλώσεις στους ενήλικες που συνδέονται περισσότερο με την ανάπτυξη της χρήσης ουσιών, είναι οι διαταραχές προσωπικότητας, οι διαταραχές πρόσληψης τροφών, οι αγχώδεις διαταραχές, η διαταραχή μετατραυματικού άγχους, η

κατάθλιψη, η διπολική διαταραχή. Καθεμιά από αυτές επηρεάζει διαφορετικά το βαθμό συσχέτισης με τις διαταραχές χρήσης ουσιών (Swendsen et al, 2010)

A.5.2. Οικογενειακοί παράγοντες

Μεταξύ των οικογενειακών παραγόντων διακρίνονται οι:

1. Παιδική κακοποίηση και παραμέληση

Η παιδική κακοποίηση (σωματική ή σεξουαλική) συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο βιώματος χρήσης ουσιών στην εφηβεία, με τη χρήση των παράνομων ουσιών να βρίσκεται σε υψηλότερα επίπεδα (Stone et al, 2012).

Η παραμέληση που έχουν υποστεί τα παιδιά από τους γονείς αυξάνει τις πιθανότητες εκδήλωσης συμπεριφορών χρήσης. Σύγχρονες μελέτες καταλήγουν στο ότι η παραμέληση κατά την εφηβεία μπορεί να ασκήσει μακροχρόνιες επιδράσεις στην ανάπτυξη του εφηβικού εγκεφάλου, η διευκρίνιση των οποίων δεν είναι ακόμη σαφής (Whitesell et al, 2013).

2. Οικογενειακό ιστορικό χρήσης και ψυχοπαθολογίας

Η μητρική και πατρική χρήση ουσιών έχουν συνδεθεί με διαταραχές χρήσης στους νεαρούς απότοκους. Υψηλή καταγράφεται η επιρροή των μεγαλύτερων αδερφών απέναντι στους μικρότερους ως προς τη χρήση ουσιών, αλλά και των αδερφών που είναι πολύ κοντά ηλικιακά αναμεταξύ τους. Άλλου τύπου γονική ψυχοπαθολογία όπως η αντικοινωνική διαταραχή, οι διαταραχές διάθεσης, αλλά και η εκδήλωση μητρικής κατάθλιψης στη διάρκεια της εφηβείας των παιδιών, έχουν συνδεθεί με τη χρήση ουσιών στους εφήβους (Stone et al, 2012).

3. Οικογενειακές συνθήκες

Δυσμενείς οικογενειακές συνθήκες οι σταθερές και σοβαρές συγκρούσεις, οι διαρκείς εναλλαγές των συντρόφων των γονέων, η συναισθηματική αποστέρηση, ή η ύπαρξη ενός αυταρχικού και βίαιου περιβάλλοντος (Rascanu, 2005) έχουν συσχετιστεί με μεγαλύτερη πιθανότητα πολλαπλής χρήσης ουσιών (Galea et al, 2004).

Αντίθετα, τα υψηλά επίπεδα ποιοτικής επαφής και στήριξης ανάμεσα στα μέλη της οικογένειας, η άσκηση γονικού ελέγχου αποτελούν προστατευτικούς παράγοντες. Η

εγγύτητα, μάλιστα, των συναισθηματικών δεσμών φαίνεται να επισκιάζει παραμέτρους, όπως η αντικοινωνική διαταραχή της προσωπικότητας του γονέα, η γονική χρήση ουσιών ή ο μειωμένος γονικός έλεγχος (Stone et al, 2012).

A.5.3. Κοινωνικοί παράγοντες

Το βίωμα της χρήσης έχει πάντοτε βαθιά τις ρίζες του εντός του κοινωνικού ιστού στον οποίο προσδιορίζεται (Galea, Nandi & Vlahov, 2004).

1. Σχέσεις ομηλίκων και εμπλοκή σε συμμορίες

Η επιρροή που οι έφηβοι χρήστες ασκούν στους φίλους ομηλίκους τους επεκτείνεται στο βαθμό που οι έφηβοι με την εισοδό τους στην ομάδα αυξάνουν (ή πιστεύουν ότι αυξάνουν) τη δημοτικότητά τους (Whitesell et al, 2013). Η ροπή προς χρήση ουσιών ή προς εκδήλωση παραβατικών συμπεριφορών είναι δυνατό να ωθήσει προς το σχηματισμό ομάδων παρεκκλινόντων ομηλίκων ή συμμοριών, μέσα στις οποίες ευνοούνται συμπεριφορές χρήσης ουσιών (Stone et al, 2012).

2. Εκπαιδευτικοί παράγοντες

Έρευνες συσχετίζουν την πτωχή απόδοση στις σχολικές εργασίες με αυξημένο κίνδυνο εξάρτησης από το οινόπνευμα και την κάνναβη, κατά τις ηλικίες 19-20. Αντίστοιχα, έρευνες έχουν συσχετίσει θετικά τους καλούς βαθμούς (θεωρούμενους ως μέρος μια γενικότερης θετικής λειτουργικότητας) με μειωμένο κίνδυνο εμπλοκής σε συμπεριφορές χρήσης και εξάρτησης αλκοόλ (Whitesell et al, 2013).

3. Συνθήκες διαβίωσης

Η ανεργία τοποθετείται στους παράγοντες κινδύνου χρήσης, κυρίως αλκοόλ. Η συγκατοίκηση επηρεάζει προς την κατεύθυνση αυξημένων επιπέδων χρήσης αλκοόλ στους νέους, όταν αφορά σε απλή συγκατοίκηση και όχι συμβιωτική (συγκριτικά με εκείνους που ζουν μόνοι τους). Σε σχέση με το εισόδημα, η έρευνα υποδεικνύει συσχέτιση μεταξύ ακραίων εκφάνσεων αυτού (πολύ χαμηλό ή πολύ υψηλό) και εκδήλωσης διαταραχών χρήσης (συγκριτικά με το μέσο εισόδημα) (Stone et al, 2012).

4. Παράγοντες ευρύτερου πλαισίου

Οι νόρμες αποδοχής αλκοόλ, και η διαθεσιμότητα αυτού επηρεάζουν θετικά προς την ανάπτυξη προβληματικών συμπεριφορών χρήσης. Επιβολές πολιτικών (πχ κατώτατο αποδεκτό όριο κατανάλωσης αλκοόλ στην οδήγηση) έχουν συνδεθεί με μειωμένη κατανάλωση αλκοόλ. Παράμετροι, όπως ο βαθμός συνάρτησης της συνοικίας με την εγκληματικότητα και το εμπόριο παράνομων ουσιών, και η πνευματική ένδεια των κατοίκων συνδέονται με την εκδήλωση συμπεριφορών χρήσης ουσιών (Stone et al, 2012).

A.6. Επιπτώσεις των διαταραχών χρήσης

Η ουσιοεξάρτηση δεν αποτελεί αμιγώς ατομικό πρόβλημα, αλλά αφορά την κοινωνία συνολικά. Ως εκ τούτου, οι επιπτώσεις της αφορούν σε βλάβες τόσο στο ίδιο το άτομο όσο και στους άλλους (Λιάππας, Παπαρρηγόπουλος, Τζαβέλλας, 2013).

Σε επίπεδο σωματικής υγείας οι χρήστες (κυρίως ενδοφλέβιων ναρκωτικών) υποφέρουν, μεταξύ άλλων, από τις άμεσα μεταδιδόμενες μολυσματικές ασθένειες (ηπατίτιδα C, η ηπατίτιδα B, ο ιός HIV). Επειδή πολλές από αυτές μεταδίδονται και σεξουαλικά οι χρήστες θέτουν άμεσα σε κίνδυνο τη ζωή των εκάστοτε ερωτικών συντρόφων, υποδηλώνοντας υπαρκτό κίνδυνο σε επίπεδο δημόσιας υγείας (United Nation On Drugs and Crime, Bookl 2, 2017).

Σε επίπεδο ψυχικής υγείας, η χρονιότητα της χρήσης ψυχοδραστικών ουσιών σηματοδοτεί την προσωρινή ή μόνιμη εκδήλωση ψυχιατρικής συμπτωματολογίας, η οποία συχνά επηρεάζεται από τον τύπο, την ποσότητα και τη διάρκεια της χρήσης της ουσίας. Συχνά δεν ξεκαθαρίζει εάν η ψυχιατρική συμπτωματολογία έπεται ή προηγείται της έναρξης χρήσης (United Nations On Drugs and Crime, Bookl 2, 2017).

Σε διαπροσωπικό και κοινωνικό επίπεδο η χρήση προκαλεί σωρεία προβλημάτων. Η ανικανότητα διατήρησης ειλικρινούς και υπεύθυνης συμπεριφοράς φέρει πάντα το ρίσκο της συναισθηματικής και φυσικής απομάκρυνσης προσώπων που είναι κοντά στον εξαρτημένο. Λύσεις γάμων, διακοπές φιλίων και άρση του δικαιώματος επιμέλειας τέκνων

είναι μόνο μερικά από τα προβλήματα που προκύπτουν (United Nations On Drug and Crime, Bookl 5, 2017).

Το ποσοστό των εγκλημάτων που διαπράττεται από σημαντική μερίδα εξαρτημένων, ιδίως κατά τις περιόδους χρήσης, είναι ικανό να επισύρει αντιδράσεις κυμαινόμενες από την κοινωνική ανοχή έως την περιφρόνηση και την ποινική δίωξη, ενεργοποιώντας έναν ολόκληρο κρατικό μηχανισμό με τεράστιο οικονομικό κόστος. Η κοινωνική περιθωριοποίηση των εξαρτημένων, ως αποτέλεσμα των παραπάνω, αντανακλά το εύρος της ανθρώπινης κρίσης (Τζαβέλλας & Παπαρρηγόπουλος, 2010).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

B.1 Θεραπευτική αντιμετώπιση των διαταραχών χρήσης από οπιοειδή

“Ο τρόπος προσέγγισης και ερμηνείας της ουσιοεξάρτησης προσδιορίζει τον τρόπο αντιμετώπισης της” (Γαζγαλίδης, 2003, σελ 37). Ως εκ τούτου, το ιατροκεντρικό μοντέλο την προσδιορίζει περισσότερο ως μια χρόνια υποτροπιάζουσα νόσο, δίνοντας έμφαση στο φάρμακο (θεραπεία συντήρησης) που ο ασθενής λαμβάνει. Αντίστοιχα, το ψυχοκοινωνικό μοντέλο θεώρησης την προσδιορίζει ως μια συνάρτηση ψυχολογικής και κοινωνικής δυσλειτουργικότητας, θέτοντας ως στόχο την ψυχική απεξάρτηση και αποθεραπεία του εξαρτημένου (Πουλόπουλος, 2010).

Βάσει των παραπάνω, τα προγράμματα θεραπευτικής αντιμετώπισης της εξάρτησης διακρίνονται σε: α) προγράμματα στεγνού τύπου και β) προγράμματα υποκατάστασης.

B.1.1. Στεγνά θεραπευτικά προγράμματα

Η πλειονότητα των στεγνών θεραπευτικών προγραμμάτων (εσωτερικής ή εξωτερικής παραμονής) ακολουθεί ένα πολυφασικό θεραπευτικό σχήμα. Μεταξύ των βασικών στόχων περιλαμβάνονται η πλήρης αποχή, η βελτίωση των ατομικών και κοινωνικών δεξιοτήτων, η βελτίωση της σωματικής υγείας, η βελτίωση των οικογενειακών και κοινωνικών σχέσεων, η επαγγελματική κατάρτιση κ.ά (Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής, 2017).

1. Εξωτερικά στεγνά προγράμματα (ΕΣΠ)

Τα εξωτερικά στεγνά προγράμματα (ΕΣΠ) παρέχουν ατομική, ομαδική, οικογενειακή ψυχοθεραπεία, και ψυχοεκπαίδευση σε θέματα χρήσης. Δεν προβαίνουν σε χορήγηση υποκαταστάτων, παρά μόνο σε συνταγογράφηση φαρμάκων για θεραπευτικούς σκοπούς, όπως η αντιμετώπιση συνυπάρχουσας ψυχοπαθολογίας (Μέλλος, 2004).

Ο πληθυσμός-στόχος τους αφορά σε έναν ανομοιογενή πληθυσμό. Άτομα που διατηρούν ένα υψηλό επίπεδο κοινωνικών και επαγγελματικών υποχρεώσεων, που δεν τους επιτρέπει την ένταξη σε αυστηρά δομημένα προγράμματα, απευθύνονται στα ΕΣΠ (McCarty et al, 2014). Η ευελιξία τους τα καθιστά περισσότερο πλεονεκτικά συντελώντας στην αύξηση παραμονής στη θεραπεία (Μέλλος, 2004).

2. Θεραπευτική Κοινότητα

Η θεραπευτική κοινότητα (ΘΚ) ορίζεται ως το σύνολο μιας ομάδας ατόμων, μέσα από την κοινοβιακή (ελεύθερης ουσιών) συμβίωση της οποίας επιδιώκεται η επίτευξη της προσωπικής αλλαγής σε επίπεδο αξιών, συμπεριφοράς και στάσης (Vanderplasschen et al, 2013). Η αποτελεσματικότητά της στα θέματα αντιμετώπισης των εξαρτήσεων και των συναφών προβλημάτων θεωρείται διαχρονική (Malivert et al, 2012).

Οι θεραπευτικές κοινότητες διακρίνονται σε ανοιχτές εξωτερικής διαμονής, και κλειστές εσωτερικής διαμονής (De Leon, 2015). Γενικά θεωρείται ότι αποτελούν μία πολύτιμη εναλλακτική θεραπείας εξάρτησης σε εκείνη τη μερίδα χρηστών που δε μπορεί να ανταποκριθεί στις ανάγκες μιας εξωτερικού τύπου θεραπευτικής παρέμβασης (Malivert et al, 2012).

B.1.2. Προγράμματα υποκατάστασης

Στα προγράμματα υποκατάστασης (ΠΥ) περιλαμβάνονται δομές στις οποίες γίνεται ιατρικά επιτηρούμενη χορήγηση μεθαδόνης ή βουπρενορφίνης, και δομές μη επιτηρούμενης συνταγογράφησης, στις οποίες συνταγογραφείται εβδομαδιαία ή μηνιαία η βουπρενορφίνη. Η ναλτρεξόνη συνταγογραφείται στα πλαίσια οποιουδήποτε ιατρικού πλαισίου (ιδιωτικού ή μη) (Kampman & Jarvis, 2015; Dugosh et al, 2016).

Η σπουδαιότητα των ΠΥ επιβεβαιώνεται σε οικονομικό και κλινικό επίπεδο, ιδίως όταν η χορήγηση του υποκαταστάτου συνδυάζεται με παράλληλη χορήγηση ψυχοθεραπευτικών υπηρεσιών. Ανάμεσα στους στόχους των ΠΥ, περιλαμβάνονται η σταθεροποίηση σε έναν κανονικό τρόπο ζωής με βελτιωμένες οικογενειακές και κοινωνικές σχέσεις (Dugosh et al, 2016).

1. Η μεθαδόνη στην υποκατάσταση

Η μεθαδόνη είναι ένα συνθετικό οπιοειδές μακράς διαρκείας. Ως πλήρης αγωνιστής των μ υποδοχέων των οπιοειδών προκαλεί αναλγησία, ευφορία (κυρίως κατά την ενδοφλέβια χρήση) και καταστολή. Μετά από επανειλημμένες χρήσεις προκαλεί σωματική και ψυχική εξάρτηση (Τσακλακίδου, 2004). Στην υποκατάσταση χρησιμοποιείται η υδροχλωρική μεθαδόνη, δια στόματος με τη μορφή δισκίων ή υγρού διαλύματος. Η δια στόματος χορήγηση επιβραδύνει το χρόνο έναρξης και αυξάνει τη διάρκεια δράσης της, χωρίς να προκαλούνται ιδιαίτερα ευφορικά, κατασταλτικά ή αναλγητικά φαινόμενα. Ο χρόνος ημιζωής υπολογίζεται σε 24-36 ώρες· άρα, η ημερήσια χορήγηση σταθερής δοσολογίας καλύπτει πιθανά στερητικά συμπτώματα. Οι ιδιότητες αυτές την καθιστούν χρήσιμο υποκατάστατο (The ASAM, 2014). Οι αλληλεπιδράσεις της με άλλα φάρμακα είναι πολύπλοκες. Ανάμεσα στις συνήθεις παρενέργειες σημειώνεται η καταστολή του αναπνευστικού, που επιδεινώνεται με την παράλληλη χρήση οπιοειδών, βενζοδιαζεπινών, ισχυρών αναλγητικών, ή αλκοόλ (www.okana.gr).

2. Η βουπρενορφίνη στην υποκατάσταση

Η βουπρενορφίνη αποτελεί έναν μικτό αγωνιστή και ανταγωνιστή των οπιοειδών υποδοχέων, δεσμεύοντας τους μ-υποδοχείς και δρώντας ως μερικός ανταγωνιστής των κ-υποδοχέων (Τσακλακίδου, 2004). Η δράση της (δοσοεξαρτώμενη) την κατατάσσει στα ασφαλή υποκατάστατα. Η διάρκεια της δράσης της φθάνει έως και 72 ώρες, όταν χορηγείται σε μεγάλες δόσεις. Ο βραδύς ρυθμός αποδέσμευσης επιτρέπει τη χορήγησή της ανά αραιά χρονικά διαστήματα (ανά δύο ή τρεις μέρες) σε σταθερή δοσολογία. Ο ενδεικνυόμενος ασφαλής τρόπος χορήγησης είναι ο υπογλώσσιος σε μορφή ταμπλέτας ολόκληρης ή κονιορτοποιημένης (Gowing et al, 2017). Λόγω του φαινομένου οροφής που παρουσιάζει, ο κίνδυνος θανατηφόρας υπερδοσολογίας κρίνεται μειωμένος. Η παράλληλη χρήση της με άλλα κατασταλτικά αντενδείκνυται, εξαιτίας της συνέργειας, και άρα του κινδύνου υπερδοσολογίας και αναπνευστικής καταστολής. Εάν χρησιμοποιηθεί παράλληλα (ή κοντά) με την ηρωίνη θα παρουσιαστούν στερητικά (www.okana.gr).

3. Η ναλτρεξόνη στην υποκατάσταση

Η ναλτρεξόνη είναι ένας πλήρης μακράς διάρκειας ανταγωνιστής των οπιοειδών. Ως τέτοιος, μειώνει σημαντικά (αν όχι να εξαλείφει) τις υποκειμενικές επιδράσεις των προσλαμβανόμενων οπιοειδών (Dugosh et al, 2016). Δεν προκαλεί φυσική εξάρτηση, άρα η ανά πάσα στιγμή διακοπή της δεν επιφέρει στερητικά συμπτώματα. Χορηγείται δια στόματος ή με ενέσιμο τρόπο. Η δια στόματος χορήγηση λαμβάνεται είτε καθημερινά είτε τρεις φορές την εβδομάδα. Η ενέσιμη χορήγησή της γίνεται ενδομυϊκά μία φορά το μήνα στην εφάπαξ δοσολογία των 380 mg (Kampman & Jarvis, 2015). Ανεξαρτήτως του τρόπου χορήγησης, τα άτομα που τη λαμβάνουν χρειάζεται προηγουμένως να έχουν αποτοξινωθεί πλήρως από όλα τα οπιοειδή, καθώς η μεταξύ τους αλληλεπίδραση προκαλεί αιφνίδιο στερητικό σύνδρομο (Dugosh et al, 2016).

4. Ιστορική εξέλιξη των προγραμμάτων υποκατάστασης

Περί τα μέσα του 19ου αι. οι φαρμακολογικές προσπάθειες υποκατάστασης βρίσκονταν σε πρώιμο πειραματικό στάδιο. Το 1879 ο Bentley συναντάται πρώτη φορά να χορηγεί κοκαΐνη σε αλκοολικούς και εξαρτημένους από τη μορφίνη, ενώ το 1882 ο Landowsky χρησιμοποιεί την κωδεΐνη στην αντιμετώπιση των στερητικών της μορφίνης. Ο Hughes υποκαθιστά τη μορφίνη με διπλάσια δόση κάνναβης και κινίνης, όμως το 1898 ο Dressor θεωρεί ως καταλληλότερο υποκατάστατο της μορφίνης την ηρωίνη. Δύο χρόνια μετά εφαρμόζεται στις ΗΠΑ η διαρκής και ελεγχόμενη χορήγηση οπιοειδών σε εξαρτημένους, μέσα από τη λειτουργία ειδικών θεραπευτηρίων (Γαζγαλίδης, 2005).

Κατά τη διάρκεια του Β΄ Παγκοσμίου ο Bayer ανακαλύπτει στη Γερμανία τη μεθαδόνη ως ισχυρό αναλγητικό, το οποίο τότε θεωρείται μη εξαρτησιογόνο εναλλακτικό της μορφίνης. Την ίδια δεκαετία στο Ηνωμένο Βασίλειο αποκαλύπτεται η βραχυπρόθεσμη αποτελεσματικότητα της μεθαδόνης στην αντιμετώπιση των στερητικών της ηρωίνης (Fraser et al, 2017).

Η μεθαδόνη, ως υποκατάστατο, χρησιμοποιείται πρώτη φορά στα τέλη της δεκαετίας του '50 από τον ψυχίατρο Halliday στον Καναδά. Στις αρχές της επόμενης δεκαετίας ο ερευνητής Vincent Dole μελετά στη Νέα Υόρκη το θέμα της εξάρτησης διεξοδικά. Προτείνει ότι η εξάρτηση είναι μια βιολογική ασθένεια που χαρακτηρίζεται από

μόνιμη μεταβολική δυσλειτουργία. Ο Dole και η συνεργάτιδά του (1963) βεβαιώνουν ότι η δια στόματος χορήγηση μεθαδόνης σε υψηλές δόσεις προλαμβάνει τα στερητικά συμπτώματα, εξαλείφει την πείνα για ηρωίνη και μπλοκάρει τα ευφορικά της αποτελέσματα. Υποστηρίζουν, μάλιστα, ότι η μεθαδόνη δίνει τη δυνατότητα στο χρήστη αποχής από την ηρωίνη και βελτίωσης της κοινωνικής λειτουργικότητας, όταν παράλληλα με τη χορήγηση αυτής επωφελείται των παρεχόμενων ψυχοθεραπευτικών υπηρεσιών και επανένταξης (Dole & Nyswander, 1965).

Έκτοτε, η θεραπεία αγωνιστών με μεθαδόνη θεωρείται διεθνώς μια αναγνωρισμένη οπτική στην αντιμετώπιση της ηρωινοεξάρτησης, με πλήθος ερευνών μεταγενέστερα να επιβεβαιώνουν τα παραπάνω ευρήματα (Amato et al 2011; Dugosh et al , 2016).

5. Τα προγράμματα υποκατάστασης στην Ελλάδα

Μέχρι τα μέσα περίπου της δεκαετίας του '90 η κατοχή και χρήση των υποκαταστάτων στην Ελλάδα ήταν παράνομες. Πρακτικά αυτό σήμαινε ότι την αποκλειστικότητα στη θεραπεία της εξάρτησης είχαν τα στεγνά προγράμματα (Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών, 2015).

Το 1993 ψηφίστηκαν για πρώτη φορά οι προϋποθέσεις χορήγησης των υποκαταστάτων μέσω των ειδικών κέντρων απεξάρτησης του Οργανισμού Κατά των Ναρκωτικών (ΟΚΑΝΑ) (Μπάλλας, 2002). Η έναρξη λειτουργίας του ΟΚΑΝΑ έγινε το 1995 με την ίδρυση των πρώτων πιλοτικών προγραμμάτων μεθαδόνης σε Αθήνα και Θεσσαλονίκη (Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών, 2015).

Μεταξύ των στόχων που τα ΠΥ του ΟΚΑΝΑ έθεταν, ήταν η αποχή από τη χρήση όλων των ουσιών, η αντιμετώπιση των σωματικών και ψυχικών προβλημάτων υγείας, η αποφυγή συμμετοχής σε παράνομες δραστηριότητες, η απεξάρτηση και η κοινωνική επανένταξη, ανάγοντάς τα σε προγράμματα υψηλών προδιαγραφών (Τσακλακίδου, 2004). Η αδυναμία πολλών χρηστών να ανταποκριθούν στις υψηλές προσδοκίες συνετέλεσε στη σταδιακή αλλαγή της φιλοσοφίας και της δομής του ΟΚΑΝΑ, με τη δημιουργία νέων μονάδων θεραπείας διαφορετικού τύπου. Στην αλλαγή αυτή συνέειφερε και το γεγονός ότι ενώ ο αριθμός των θεραπευομένων που κατάφερνε να διακόψει την παράλληλη χρήση ουσιών ήταν σημαντικός, αδυνατούσε να προβεί σε μείωση και αποτοξίνωση από το υποκατάστατο «φοβούμενος μήπως η διακοπή αυτή τον οδηγήσει στην επανέναρξη της

χρήσης ηρωίνης, και τον εμπλέξει ξανά σε έναν τρόπο ζωής που θα ενίσχυε τη χρήση της ηρωίνης» (Τσακλακίδου, 2004, σελ 178).

Σταδιακά ο στόχος της απεξάρτησης πέρασε σε δεύτερη μοίρα, αφορώντας πλέον μικρότερη μερίδα θεραπευομένων, ενώ η πολιτική μείωσης της βλάβης αποτέλεσε βασικό σκοπό (Τσακλακίδου, 2004).

B.2. Το Έργο του Ο.ΚΑ.ΝΑ σήμερα

Ο ΟΚΑΝΑ, όπως διαμορφώνεται μέχρι σήμερα, έχει αναπτύξει ένα διευρυμένο δίκτυο δομών στοχεύοντας στην κάλυψη το δυνατόν πληρέστερων αναγκών του πληθυσμού-στόχου, και ταυτόχρονα στην πρόληψη της χρήσης ναρκωτικών ανάμεσα στον πληθυσμό των νέων.

Στο επίπεδο υλοποίησης της πρόληψης και σε συνεργασία με την τοπική αυτοδιοίκηση έχουν σχεδιαστεί και εφαρμόζονται ανά την Ελλάδα Προγράμματα Πρόληψης βασισμένα σε αντίστοιχα άλλων ευρωπαϊκών χωρών. Στόχος αυτών είναι η προαγωγή της ψυχοκοινωνικής υγείας των εφήβων μέσω μιας εκπαιδευτικής διαδικασίας που στηρίζεται σε σύγχρονες μεθόδους ενεργητικής μάθησης (<http://www.okana.gr/2012-02-03-13-02-03/politikiokana>).

Στο επίπεδο θεραπείας και μείωσης της βλάβης στην Ελλάδα λειτουργούν μια σειρά δομών, μεταξύ των οποίων 56 Μονάδες Φαρμακευτικής Αντιμετώπισης της εξάρτησης με υποκατάστατα τη βουπρενορφίνη και τη μεθαδόνη. Μεταξύ αυτών λειτουργούν δύο μονάδες μεθαδόνης στις φυλακές Κορυδαλλού και Πατρών.

Τα κριτήρια εισαγωγής των εξαρτημένων στις μονάδες υποκατάστασης είναι να γίνονται δεκτά άτομα άνω των 20 ετών με κύρια ουσία εξάρτησης την ηρωίνη, τα οποία κατά το παρελθόν είχαν τουλάχιστον μία αποτυχημένη προσπάθεια απεξάρτησης σε στεγνού τύπου πρόγραμμα. Η προϋπόθεση αυτή δεν αφορά σε άτομα ηλικίας άνω των 35 ετών (Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών, 2015).

Δικαίωμα κατ' εξαίρεσιν εισαγωγής² στα ΠΥ, σύμφωνα με το πλαίσιο λειτουργίας του OKANA, διατηρούν άτομα τα οποία πληρούν έστω ένα από τα παρακάτω κριτήρια (Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών, 2012):

- Έχουν ηλικία άνω των 55 χρόνων
- Είναι γονείς ανήλικου τέκνου και δεν έχουν στερηθεί της επιμέλειας αυτού
- Είναι συγγενείς α' βαθμού ή αδέρφια ή σύζυγοι μελών που παρακολουθούν ήδη ΠΥ
- Είναι γυναίκες σε κύηση 2^{ου}-3^{ου} τριμήνου
- Πάσχουν από χρόνιο νόσημα ή κακοήθες νόσημα
- Πάσχουν από ενεργό φυματίωση
- Παρουσιάζουν ένα από τα κάτωθι:
 - α) συλλοίμωξη HCV/HBV
 - β) συλλοίμωξη HBV/HDV
 - γ) κίρρωση του ήπατος ανεξαρτήτως αιτιολογίας
 - δ) οροθετικότητα HIV
- Παρουσιάζουν ποσοστό αναπηρίας >67%

Στο ίδιο επίπεδο (θεραπείας) λειτουργεί μια σειρά επιπλέον δομών, όπως προγράμματα στεγνού τύπου και σωματικής αποτοξίνωσης. Σε επίπεδο στόχου μείωσης της βλάβης, η Μονάδα Άμεσης Βοήθειας και Υποστήριξης (MABY) αποτελεί την πρώτη υπηρεσία παροχής πρωτοβάθμιας περίθαλψης ενεργών χρηστών μαζί με άλλες υπηρεσίες. Το Πρόγραμμα Κοινωνικής Επανένταξης (ΠΚΕ) στοχεύει στην σταδιακή και ομαλή κοινωνικοποίησή των μελών λειτουργώντας στο πλαίσιο της επιτυχούς ολοκλήρωσης της θεραπείας απεξάρτησης (Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών, 2015).

²Κατ' εξαίρεσιν εισαγωγή στα ΠΥ του OKANA σημαίνει να εισάγεται κανείς σε αυτά παρακάμπτοντας τη λίστα αναμονής.

B.3. Ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις και εργαλεία στη θεραπεία υποκατάστασης

Η επιλογή μιας φαρμακοψυχοκοινωνικής θεραπείας εξατομικευμένης στις ανάγκες των εξαρτημένων αυξάνει τις πιθανότητες επιτυχούς έκβασης και πρόληψης των υποτροπών (Durvassula & Miller, 2014; Amato et al, 2011; McHugh, Hearon & Otto, 2010; Chander, Himelhock & Moore, 2006).

Δεδομένης της ετερογένειας των διαταραχών χρήσης ουσιών, το ρεπερτόριο των εφαρμοσμένων θεραπειών περιλαμβάνει προσεγγίσεις από όλο το θεωρητικό φάσμα. Σκοπός τους είναι να τροποποιήσουν συμπεριφορές που εμπλέκονται στη διατήρηση της εξάρτησης, και να αντιμετωπίσουν ενδεχόμενη ψυχιατρική συννοσηρότητα που συντείνει στην εκδήλωση υποτροπών (Dugosh et al, 2016).

B.3.1. Γνωσιακή Συμπεριφορική Θεραπεία

Η Γνωσιακή Συμπεριφορική Θεραπεία (ΓΣΘ) αποτελεί δημοφιλή θεραπευτική προσέγγιση σε πλήθος προβλημάτων (Hofmann et al, 2012) προσδιορίζοντας τον τρόπο με τον οποίο τα γνωσιακά σχήματα επηρεάζουν την προσοχή και τη μνήμη, καθώς και τον τρόπο με τον οποίο συντελούν στη διατήρηση των δυσλειτουργικών σκέψεων (Leathy, 2017).

Στο πεδίο των διαταραχών χρήσης η ΓΣΘ χορηγείται ως μονοθεραπεία ή ως μέρος ενός συνδυασμού θεραπευτικών στρατηγικών, βασιζόμενη στην αξίωση της μαθησιακής και συμπεριφορικής αλλαγής του ατόμου, που είναι άμεσα συνυφασμένη με τις προσδοκίες της χρήσης και τις δυσλειτουργικές σκέψεις που αφορούν στην αποχή από αυτή (Thoma, Pilecki & McKay (2015). Βάσει αυτής, οι ουσίες λειτουργούν ως δυνατοί ενισχυτές της συμπεριφοράς με ποικίλες επιδράσεις. Στη μείωση αυτών των επιδράσεων στοχεύει η ΓΣΘ μέσω της καλλιέργειας δεξιοτήτων που διευκολύνουν τη μείωση της χρήσης και τη διατήρηση της αποχής (McHugh, Hearon & Otto, 2010).

B.3.2. Κινητοποιητική Συνέντευξη

Η κινητοποιητική συνέντευξη (ΚΣ) αποτελεί μέθοδο διερεύνησης και επίλυσης της αμφιθυμίας ως προς την επίτευξη σημαντικής αλλαγής (Smedslund et al, 2011). Η

αποτελεσματικότητά της έγκειται στη συγκράτηση στη θεραπεία, καθώς και στην τροποποίηση επαναλαμβανόμενων πεποιθήσεων. Χορηγείται μόνη της ή ενσωματώνεται σε άλλου τύπου θεραπείες (McHugh, Hearon & Otto, 2010).

Στους κόλπους της περικλείονται τα βασικά αξιώματα της θεραπευτικής σχέσης θεραπευτή και πελάτη, συμπεριλαμβανομένων στρατηγικών της ΓΣΘ. Η εκδήλωση ενσυναίσθησης, η υποστήριξη της αυτεπάρκειας του ατόμου, ο συντονισμός με την αντίσταση, και η ανάπτυξη διαφωνίας απαρτίζουν τις θεμελιακές αρχές της (Smedslund et al, 2011).

B.3.3. Διαχείριση Ευκαιριών

Το μοντέλο της Διαχείρισης Ευκαιριών (ΔΕ) περιλαμβάνει τη χρήση θετικής και αρνητικής ενίσχυσης στοχεύοντας στην αύξηση ή τη μείωση της στοχευόμενης συμπεριφοράς· εν προκειμένω στην αύξηση της αποχής από τη χρήση. Μέσω αυτής επιχειρείται η συστηματική εξασθένηση της επιρροής της ενίσχυσης που προέρχεται από τη χρήση ουσιών, μέσα από υγιείς ασύμβατες με τη χρήση εναλλακτικές (Davis et al, 2016). Παραδοσιακές ανταμοιβές ΔΕ θεωρούνται τα κουπόνια που δίνονται για την απόκτηση πνευματικών αγαθών, προνόμια στη θεραπεία (π.χ. δόσεις μεθαδόνης για το σπίτι) κ.ά. (McHugh, Hearon & Otto, 2010).

B.3.4. Θεραπεία Οικογένειας

Οι βασικοί τύποι θεραπείας οικογένειας διακρίνονται στις: α) συμπεριφορικές προσεγγίσεις, β) συστημικές, και γ) πολυσυστημικές προσεγγίσεις θεραπείας οικογένειας. Οι συμπεριφορικές προσεγγίσεις δίνουν έμφαση στο ρόλο της οικογένειας απέναντι σε συμπεριφορές και στάσεις που ενισχύουν και συντηρούν τη χρήση. Οι συστημικές στοχεύουν στη χρήση ουσιών εμμέσως, βοηθώντας την οικογένεια να αναπτύξει νέους τρόπους αλληλεπίδρασης που βελτιώνουν τη λειτουργικότητα των μελών και προαγάγουν έναν τρόπο ζωής ελεύθερο ουσιών. Τα πολυσυστημικά οικογενειακά μοντέλα στοχεύουν στη χρήση ουσιών με άμεσο τρόπο προσπαθώντας να αλλάξουν τους παράγοντες και τα υποσυστήματα επιρροής που συντηρούν τη χρήση. Η σύγχρονη πρόοδος που σημειώνεται αφορά στη δουλειά με τους σημαντικούς άλλους (Rowe, 2012).

B.3.5. Θεραπεία Μείωσης της Βλάβης

Ο όρος μείωση της βλάβης αναφέρεται σε ένα σύνολο στρατηγικών διαχείρισης συμπεριφορών υψηλού κινδύνου. Συνιστά προσέγγιση ωφέλιμη σε ειδικούς πληθυσμούς χρηστών (πχ άστεγοι, φορείς του HIV) (Tatarsky & Marlatt, 2010). Η θεραπεία μείωσης της βλάβης αφορά στους χρήστες που εμφανίζονται απρόθυμοι ή ανίκανοι να διακόψουν τη χρήση. Τους βοηθά να παραμένουν κατά το δυνατό υγιείς, στοχεύοντας παράλληλα στην ασφάλεια της δημόσιας υγείας (Meader et al, 2010). Ιδανικά, ο χρήστης θα επιλέξει να σταματήσει την επικίνδυνη χρήση ακόμα και αν δεν έχει δεσμευτεί για αποχή, και αυτό κλινικά θεωρείται επιτυχία (Tatarsky & Marlatt, 2010).

B.3.6. Πρόληψη της υποτροπής

Η υποτροπή ως μέρος της διαδικασίας αλλαγής μιας προβληματικής συμπεριφοράς (Connors, Maistro & Donovan, 1996 οδηγεί είτε σε επιστροφή στο πρότερο μοντέλο συμπεριφοράς ή αποτελεί προσωρινή κατάσταση (Larimer, Palmer & Marlatt, 1999).

Βασικός στόχος της πρόληψης της υποτροπής είναι ο εντοπισμός των παραγόντων υψηλού κινδύνου ευαλωτότητας, και ο προσδιορισμός των τεχνικών παρεμπόδισης ή διαχείρισης της εμφάνισής της, μέσω της εφαρμογής κατάλληλων γνωσιακών και συμπεριφορικών προσεγγίσεων που θα βοηθήσουν στην αναδόμηση των σχημάτων γύρω από την υποτροπή, και στην προπαρασκευαστική δοκιμή καταστάσεων υψηλού κινδύνου με απώτερο σκοπό την πρόληψη μελλοντικών υποτροπών (Zgierska et al, 2009).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

Γ.1. Ο ανθρώπινος φόβος

«Αν μπορείς κοίταξε τον φόβο κατάματα και ο φόβος θα φοβηθεί και θα φύγει»

N. Καζαντζάκης

Ο φόβος αποτελεί ένα από τα πιο σημαίνοντα συναισθήματα στην ιστορία της ανθρωπότητας (Bourke, 2003). Συνδέεται στενά με θεμελιακές πτυχές του ανθρώπινου ψυχισμού παίρνοντας διάφορες μορφές (Kelsall, 2007). Ο φόβος λειτουργεί ως συναγερμός και μηχανισμός επιβίωσης αντιπροσωπεύοντας μια ικανότητα αναγνώρισης του κινδύνου και μια παρόρμηση προς αντιμετώπιση ή διαφυγή. Σε ακραίες περιπτώσεις δύναται να προκαλέσει παράλυση και ανικανότητα αυτοπροστασίας (Ronningstam & Baskin-Sommers, 2013).

Φόβος και άγχος διαφέρουν, με το φόβο να αποτελεί απάντηση σε πραγματικές απειλές, και το άγχος να αποτελεί προνοητικό σήμα προειδοποίησης σχετιζόμενο με την προσμονή ενός φαντασιστικού ή όχι ρεαλιστικού κινδύνου (Ronningstam & Baskin-Sommers, 2013).

Γ.1.1. Ο φόβος ως πρωτογενές συναίσθημα

Ο Plutchik μέσα από τη διατύπωση της ψυχοεξελικτικής θεωρίας των συναισθημάτων (1962) κατατάσσει το φόβο ανάμεσα στα οκτώ στοιχειώδη συναισθήματα. Υποστηρίζει ότι καθένα από αυτά ενέχει βαρύνουσα σημασία επιβίωσης ενεργοποιώντας τη συμπεριφορά του ατόμου προς αυτή την κατεύθυνση (Ortony & Turner, 1990).

Ο φόβος προσδιορίζεται ως το έμφυτο συναίσθημα που υπακούει στο αρχέγονο ένστικτο της αυτοσυντήρησης (Bourke, 2003), αποτελώντας παράλληλα αντίδραση

απέναντι σε μια συγκεκριμένη αναγνωρίσιμη και άμεση απειλή, με στόχο την προστασία του ατόμου από τον επικείμενο κίνδυνο (Ruiter, Abraham & Kok, 2001). Τα τρία βασικά συστατικά του φόβου συνιστούν η ερμηνεία του ερεθίσματος ως απειλητικού, η αυξημένη διέγερση του συμπαθητικού συστήματος και η συμπεριφορά άμυνας (Leeuw et al, 2007; Rachman, 1976).

Ο φόβος μελετήθηκε διεξοδικά από τον LeDoux (1986) οι εργασίες του οποίου αφορούν στη διάκριση ανάμεσα στην αυτόματη (συνειδητή και ασυνειδητή) αξιολόγηση του ερεθίσματος και τη σκόπιμη. Ο LeDoux ανακάλυψε ένα συναπτικό σύνδεσμο μεταξύ θαλάμου και αμυγδαλής, τον οποίο θεώρησε υπεύθυνο για την πιθανή διάκριση του συναισθηματικού κέντρου (affective system) από το γνωστικό (cognitive). Στη βάση αυτής της ανακάλυψης στήριξε την ύπαρξη δύο ουδών διαμέσου των οποίων εξάγονται συγκινήσεις. Στην πρώτη χαμηλή ουδό κοντύτερες συνάψεις ανάμεσα στους υποδοχείς και το ΚΝΣ συνδέουν το θάλαμο και την αμυγδαλή χωρίς τη διαμεσολάβηση φλοιωδών περιοχών, παράγοντας πρωτογενείς συναισθηματικές αντιδράσεις απέναντι σε εξωτερικά ερεθίσματα, για τις οποίες το άτομο δεν είναι ενήμερο. Η δεύτερη υψηλή διαδρομή συνδέει το θάλαμο και την αμυγδαλή με το φλοιό, σχηματίζοντας τα συναισθήματα και τις γνωστικές όψεις των συνειδητών συγκινησιακών αντιδράσεων, για τις οποίες τα άτομα είναι ενημερωμένα (περισσότερο ή λιγότερο) (Jarymowicz & Bar-Tal, 2006).

Πλήθος μελετητών καταλήγουν στο ότι ο φόβος προκαλείται σε παρούσες ή προερχόμενες από το παρελθόν επικίνδυνες (ή δυνητικά επικίνδυνες) καταστάσεις, οι οποίες είτε αφορούν το άτομο αποκλειστικά είτε προκαλούνται σε συλλογικές καταστάσεις (Jarymowicz & Bar-Tal, 2006). Αριθμός θεωρητικών συνάδουν στο ότι ο φόβος μπορεί να εξάγεται μέσω πληροφοριών για συγκεκριμένα ερεθίσματα,³ θεωρούμενα απειλητικά προς το άτομο ή την κοινωνία (Ruiter, Abraham & Kok, 2001). Οι πληροφορίες αποκτώνται μέσω διαφορετικών τρόπων γνώσης και εν συνεχεία αποθηκεύονται στην άδηλη ή δηλωτική μνήμη, επηρεάζοντας την αξιολόγηση μιας κατάστασης (Jarymowicz & Bar-Tal, 2006)

Ο LeDoux (1996) υποστήριξε ότι ο φόβος είναι ιδιαίτερα έντονος όταν βασίζεται στην άδηλη μνήμη, εξηγώντας τον τρόπο με τον οποίο συμβαίνει αυτό. Στην περίπτωση

³ Όπως συχνά συμβαίνει στην περίπτωση ενημερότητας των χρηστών ή/και θεραπευομένων των ΠΥ γύρω από πιθανά συμπτώματα των στερητικών συμπτωμάτων (βλ. ενότητα Α.2 Το στερητικό σύνδρομο)

της άδηλης μνήμης η πρόκληση του φόβου γίνεται αυθόρμητα και αυτόματα, χωρίς προηγουμένως να έχει επιτελεστεί γνωστικός έλεγχος και ορθολογική σκέψη. Στην πραγματικότητα, ο φόβος κυριαρχεί επί της σκέψης, επειδή οι ερχόμενες συνάψεις από τις μεταιχμιακές (συναισθηματικό κέντρο) στις φλοιώδεις δομές (γνωστικό σύστημα) είναι περισσότερες από ό,τι στην αντίθετη κατεύθυνση. Ως εκ τούτου, ο φόβος κατακλύζει το συνειδητό οδηγώντας προς την εκδήλωση αυτόματων συμπεριφορών για την αντιμετώπιση της επικείμενης απειλής (Jarymowicz & Bar-Tal, 2006).

Γ.2. Αιτιολογικές θεωρίες του φόβου

Γ.2.1. Ο φόβος ως αποτέλεσμα μάθησης

1. Η θεωρία των δύο σταδίων του Mowrer με όρους κλασικής εξάρτησης

Η αρχική σύλληψη της ιδέας του φόβου ως αποτέλεσμα μάθησης προήλθε από τους Watson και Rayner (1920), οι οποίοι βρήκαν ότι ζευγαρώνοντας ένα ουδέτερο ερέθισμα με ένα δυνατό ήχο, μια απάντηση εξαρτημένου φόβου εγκαθίσταντο στο προηγουμένως ουδέτερο ερέθισμα (Bitterman, 2006). Μερικά χρόνια αργότερα, τη θεωρία εξαρτημένης συναισθηματικής αντίδρασης επέκτεινε ο Mowrer (1939) μέσα από τη θεωρία των δύο σταδίων του φόβου και της αποφυγής.

Ο Mowrer εισήγαγε την ιδέα ότι ο φόβος μπορεί να κινητοποιήσει επιπλέον συμπεριφορές, μη αποτελώντας απλώς αντίδραση σε ερέθισμα που σχετίζεται με τον πόνο. Πρότεινε ότι οι συμπεριφορές που κινητοποιούνται από το φόβο αποτελούν συμπεριφορές αποφευκτικού τύπου (Mowrer, 1951). Παραφράζοντας τα λόγια του, ο φόβος κινεί και ενισχύει συμπεριφορές που τείνουν να αποφεύγουν ή να προλαμβάνουν την επανεμφάνιση του πόνου, που παράγεται από το ανεξάρτητο ερέθισμα. Η άποψη αυτή αναπτύχθηκε και από το Miller (1951) καταλήγοντας στη σαφήνεια του ρόλου του φόβου ως προς τη γένεση αποφευκτικών συμπεριφορών (ενεργητικών και παθητικών) (Rachman, 1976).

Η θεωρία των 2 σταδίων σχετίζεται στενά με την ευρύτερη θεωρία της μάθησης των δύο παραγόντων, η οποία αναπτύχθηκε μεταγενέστερα από τους Mowrer και Miller, και δηλώνει την ύπαρξη δύο τύπων μάθησης: Ο ένας είναι στο μεγαλύτερο μέρος ακούσιος συμβαίνοντας με όρους κλασικής εξάρτησης, διαμεσολαβούμενος από το

αυτόνομο νευρικό σύστημα. Ο δεύτερος είναι εκούσιος, συντελεστικός και συμβαίνει με όρους ενίσχυσης (Rachman, 1976).

2. Το σύγχρονο μοντέλο εξάρτησης

Σύμφωνα με το σύγχρονο μοντέλο αιτιολόγησης των φοβιών του Davey (1987), ένα εξαρτημένο ερέθισμα αποσπά μια γνωστική αναπαράσταση ενός ανεξάρτητου διαμέσου της αποκτηθείσας μαθημένης συσχέτισης με το ανεξάρτητο ερέθισμα. Ο Davey υποστηρίζει ότι η διαδικασία αυτή εξαρτάται από έναν αριθμό παραγόντων που περιλαμβάνουν πληροφορίες σχετικά με την περιστασιακή συνάφεια (situational contingency), πληροφορίες κοινωνικά και προφορικά μεταδιδόμενες που αφορούν στη συνάφεια, και προϋπάρχουσες πεποιθήσεις σχετικά με τη αυτή (Armfield, 2006).

Γ.2.2 . Ο φόβος ως αποτέλεσμα ανώτερων γνωστικών διεργασιών

1. Η θεωρία αυτό-επάρκειας του Bandura

Μία από τις μεγαλύτερες γνωστικές προσεγγίσεις του φόβου αποτελεί η θεωρία αυτεπάρκειας του Bandura (1977), στο επίκεντρο της οποίας τοποθετείται η διαμεσολάβηση ανώτερων γνωστικών λειτουργιών, μέσα από τις οποίες παράγονται αλλαγές στο επίπεδο της συμπεριφοράς (Armfield, 2006).

Η αυτό-επάρκεια ενός ατόμου, η αυτο-αντιλαμβανόμενη δηλαδή ικανότητά του να εκτελέσει σειρά ειδικών δραστικών ενεργειών, όπως και οι προσδοκίες του σχετικά με τις πιθανές εκβάσεις των ενεργειών, συνιστούν τους σημαντικότερους προσδιοριστικούς παράγοντες της δραστικής ενέργειας. Οι προσδοκίες επάρκειας και έκβασης θα καθορίσουν όχι μόνο την επιλογή των ενεργειών, αλλά και την επιμονή ή όχι των προσπαθειών διαχείρισης των ενεργειών εν όψει εμποδίων και αποτρεπτικών εμπειριών (Bandura, Adams, & Beyer, 1977; Bandura, 1983).

2. Η θεωρία των δυσλειτουργικών γνωσίων

Αρκετοί πρεσβευτές των γνωστικών προσεγγίσεων θεωρούν ότι οι δυσλειτουργικές σκέψεις αποτελούν παράγοντες σημαντικούς ως προς την αιτιολόγηση και διατήρηση των φόβων. Το μοντέλο των Beck και Emery (1985) εστιάζει στο ρόλο των δυσλειτουργικών σκέψεων (γνωσίων) στις ειδικές φοβίες. Κεντρική ιδέα της θεωρίας τους αποτελεί ότι οι

φόβοι προκύπτουν από μια συστηματικά μεροληπτική ερμηνεία του κινδύνου που συσχετίζεται με ένα ερέθισμα (Armfield, 2006).

Γ.2.3. Ο φόβος από ψυχαναλυτική σκοπιά

Ο Φρόιντ υποστήριξε ότι ο άνθρωπος δρα με βάση τα ένστικτα, τα οποία διέκρινε σε ένστικτα του έρωτα και του θανάτου (Kristal, 1980). Εισήγαγε την έννοια της ψυχικής ενέργειας στην οποία στήριξε τη θεωρία των ενστίκτων, θεωρώντας σκόπιμη την αναγκαιότητα εκτόνωσης των ενστίκτων (‘κάθαρση’). Τα συναισθήματα, μεταξύ των οποίων ο φόβος, αποτελούν ποιοτική έκφραση της ποσότητας της ενορμητικής ενέργειας και, άρα, μέσο για την κάθαρση (Laplanche & Pontalis, 1986).

Στο έργο του υπογραμμίζει τη σημασία επώδυνων εξωγενών γεγονότων ως αιτιωδών παραγόντων ψυχικών φαινομένων ή διαταραχών. Υποστηρίζει ότι συγκεκριμένα γεγονότα ενεργοποιούν φόβους που σχετίζονται με πρώιμα ναρκισσιστικά τραύματα, και ότι βιώματα του παρόντος συνδέονται με αποδιοργανωμένες και κατακερματισμένες μνήμες πρώιμων ταπεινωτικών ή τραυματικών βιωμάτων. Τα αισθητηριακά και συναισθηματικά βιώματα που συσχετίζονται με το πρώιμο τραύμα συνεισφέρουν στην υποκειμενική αντίληψη και ερμηνεία του παρόντος γεγονότος ως τραυματικού. Επιπλέον, έντονα συνταρακτικά συναισθήματα (ενδογενούς ή εξωγενούς αιτίας) μπορούν να αποβούν τρομοκρατικά προκαλώντας την αίσθηση του εσωτερικού ελέγχου (Ronningstam & Baskin-Sommers, 2013).

Γ.3. Η νευροβιολογία του πόνου

Ο πόνος ως πολυδιάστατο υποκειμενικό αισθητηριακό βίωμα αποκλίνει σημαντικά μεταξύ των ατόμων. Βιολογικοί (αισθητηριακοί και γενετικοί), ψυχολογικοί (γνωστικοί και συναισθηματικοί) και κοινωνικοί παράγοντες αλληλενεργούν μεταξύ τους αποδίδοντας μια ευρέως κυμαινόμενη μεταβλητότητα ως προς την ευαισθησία στον πόνο και το βίωμα αυτού (Emerson et al, 2014; Zale & Ditre, 2015).

Γ.3.1. Υποδοχείς και αντίληψη του πόνου

Η αντίληψη του πόνου είναι αποτέλεσμα μιας σειράς σηματοδοτικών γεγονότων που λαμβάνουν χώρα τόσο στο περιφερικό (ΠΝΣ), όσο και στο κεντρικό νευρικό σύστημα (ΚΝΣ). Η μεταγωγή-διαδικασία κατά την οποία τα επώδυνα ερεθίσματα μετατρέπονται σε ηλεκτρική δραστηριότητα μέσα στο ΠΝΣ ξεκινά με την ενεργοποίηση των εξειδικευμένων νευρικών απολήξεων (Emerson et al, 2014).

Ο πόνος συνήθως προκαλείται από τον ερεθισμό αυτών των εξειδικευμένων υποδοχέων, ή των κεντρομόλων οδών που τους αντιστοιχούν. Οι υποδοχείς του πόνου είναι ελεύθερες νευρικές απολήξεις ευρύτατα διασκορπισμένες στην επιφάνεια του σώματος και στα εσωτερικά όργανα (οστά, μυς, αρθρώσεις, τοιχώματα κοίλων σπλάχνων, κλπ), και διεγείρονται από ένα ερέθισμα δυνητικά βλαβερό για τον οργανισμό. Τα σημεία πόνου στο δέρμα είναι πολύ περισσότερα από τα σημεία πίεσης και τα σημεία θερμοκρασίας. Υπολογίζεται ότι σε ένα δερματικό νεύρο το 50% των αισθητικών ινών προέρχονται από υποδοχές του πόνου. Οι ίνες αυτές είναι λεπτές εμμύελες Αδ (ταχύτητα αγωγής του ερεθίσματος 6 και 2,5m/sec) ή αμύελες C (ταχύτητα αγωγής του ερεθίσματος 0,5 ως 2m/sec) και σχετίζονται με διάφορες ποιότητες πόνου: οξύς, διαξιφιστικός, εντοπισμένος (ίνες Αδ), αμβλύς, καυστικός, διάχυτος (ίνες C) (Bardoni, 2013).

Γενικά, οι υποδοχείς του πόνου είναι ευαίσθητοι σε κάθε παράγοντα που προκαλεί ή απειλεί να προκαλέσει βλάβη ιστών, γι' αυτό οι υποδοχείς του πόνου είναι γνωστοί ως βλαβοϋποδοχείς. Χαρακτηρίζονται από υψηλούς ουδούς και απαιτούν έντονα ερεθίσματα για να ενεργοποιηθούν, ενώ η ευαισθησία τους είναι μεταβαλλόμενη. Διάφορες χημικές ουσίες μπορεί να ερεθίσουν τους υποδοχείς του πόνου και να τους κάνουν πιο ευαίσθητους σε άλλα ερεθίσματα (=ευαισθητοποίηση). Οι ενδογενείς αλγινές ουσίες έχουν ιδιαίτερη σημασία στη σύναψη αυτή (Dubin & Patapoutian, 2010).

Γ.3.2. Οι νευροδιαβιβαστές του πόνου.

Τα επώδυνα ερεθίσματα προκαλούν διάνοιξη των ιοντικών διαύλων και ροή ιόντων διαμέσου των κυτταρικών μεμβρανών στις περιφερικές προσαγωγές ίνες του πόνου. Ισχυρά ερεθίσματα προκαλούν εκπόλωση και δημιουργία δυναμικών ενεργείας που άγονται μέσω των περιφερικών προσαγωγών ινών στα ραχιαία κέρατα του νωτιαίου μυελού. Κάθε δυναμικό ηρεμίας προάγει την απελευθέρωση διεγερτικών νευροδιαβιβαστών, νευροπεπτιδίων και νευροτροποποιητών από τις τελικές απολήξεις στις συνάψεις των ραχιαίων κεράτων (Bardoni, 2013).

Οι νευροδιαβιβαστές και νευροτροποποιητές προσδένονται για να ενεργοποιήσουν υποδοχείς στις μετασυναπτικές νευρικές απολήξεις. Οι ώσεις που γεννώνται στο ραχιαίο κέρασ διαδίδονται μέσω ανιόντων δεματίων καταλήγοντας στον εγκέφαλο, όπου γίνεται η επεξεργασία των σημάτων και πραγματοποιείται η αντίληψη του πόνου (Dubin & Patapoutian, 2010). Αυτοί οι μεσολαβητές όταν δεσμεύονται σε συγκεκριμένους υποδοχείς των νευρικών απολήξεων, ξεκινούν έναν καταρράκτη γεγονότων με αποτέλεσμα τη μεταβολή στην κατάσταση ευαισθησίας. Συγκεκριμένα, μπορούν να προκαλέσουν εκπόλωση στις πρωτογενείς προσαγωγές ίνες άμεσα, ενεργοποιώντας τους διαύλους νατρίου· στις περισσότερες περιπτώσεις ευαισθητοποιούν τις τελικές νευρικές απολήξεις, παρά δρουν άμεσα (Bardoni, 2013; Serpell, 2006).

Επιπλέον, τα κύτταρα της γλοίας που παραδοσιακά θεωρούνται υποστηρικτικά κύτταρα, διαδραματίζουν βασικό ρόλο στην εκκίνηση της βλαβοδεκτικότητας. Υπό φυσιολογικές συνθήκες παραμένουν «σιωπηλά». Ωστόσο, όταν ενεργοποιηθούν από ιστική βλάβη ή φλεγμονή, είναι ικανά να απελευθερώσουν ποικιλία παραγόντων ενεργοποιώντας τους βλαβοϋποδοχείς, οι οποίοι αυξάνουν τη διεγερσιμότητα των νευρών άμεσα, υποδηλώνοντας ότι τα κύτταρα αυτά έχουν ένα ρόλο στην έναρξη και τη διατήρηση του πόνου (Dubin & Patapoutian, 2010; Bardoni 2013).

Γ.3.3. Αναλγησία και ρόλος των οπιοειδών

Η ενεργοποίηση των κατιόντων δεματίων είτε ελαττώνει την πιθανότητα να θεωρηθεί ένα ερέθισμα επώδυνο, είτε μειώνει την αντιληπτή ένταση του πόνου. Τα ενδογενή οπιοειδή αποτελούν βασικούς μεσολαβητές που εμποδίζουν τη μετάδοση του

σήματος του πόνου σε διάφορες θέσεις του ΚΝΣ. Δομές στο μεσεγκέφαλο και στη φαιά ουσία γύρω από τον υδραγωγό προβάλλουν στα νωτιαία κέρατα και τροποποιούν την νευρωνική απόκριση στα αλγογόνα ερεθίσματα, μέσω απελευθέρωσης οπιοειδών. Η σεροτονίνη αναστέλλει τη μετάδοση των ώσεων του πόνου μέσω ενεργοποίησης των 5-HT₁ υποδοχέων, ενώ η νοραδρεναλίνη πράττει το ίδιο είτε μέσω ενεργοποίησης των προσυναπτικών α₂ υποδοχέων είτε μέσω ενεργοποίησης των μετασυναπτικών α₁ υποδοχέων, προκαλώντας απελευθέρωση γλυκίνης και γ-αμινοβουτυρικού από ανασταλτικούς νευρώνες. Η ντοπαμίνη έχει διττή δράση, ανασταλτική μέσω των D₂ και D₃ υποδοχέων στις πρωτογενείς προσαγωγές ίνες του πόνου, και ευδωτική μέσω των D₁ στα νωτιαιοθλαμικά δεμάτια (Wang, Hah, & Carroll 2009; Larner, 2014).

Τα εξωγενή οπιοειδή προκαλούν τις επιδράσεις τους δρώντας σε υποδοχείς που βρίσκονται στις εξωτερικές επιφάνειες των κυττάρων, στα όργανα στόχους. Τα οπιοειδή θεωρούνταν ότι δρουν αναλγητικά μόνο σε επίπεδο ΚΝΣ. Σήμερα είναι γνωστό ότι οι υποδοχείς των οπιοειδών και τα ενδογενή πεπτίδια εντοπίζονται όχι μόνο στο ΚΝΣ αλλά και σε περιφερικότερους ιστούς. Στο πλαίσιο αυτό, τα οπιοειδή δρουν υπερνωτιαία σε υποδοχείς οπιοειδών στον εγκέφαλο που έχουν σχέση με τον πόνο, αλλά και νωτιαία (στο νωτιαίο μυελό) σε περιοχές που έχουν σχέση με την αναπνοή, το καρδιαγγειακό, το κέντρο της ναυτίας και του εμέτου. Περιφερικά, η δράση των οπιοειδών και των ενδογενών πεπτιδίων στους υποδοχείς φαίνεται να σχετίζεται με την εμφάνιση της φλεγμονής (Chou et al, 2015).

Έχει διαπιστωθεί η ύπαρξη τριών κλασικών υποδοχέων των οπιοειδών : μ, κ, και σ. Οι μ, κ σχετίζονται με την αναλγησία, η οποία είναι γενικευμένη για τον μ αγωνιστή αλλά ραχιαία για τον κ αγωνιστή. Δεν υπάρχει διασταυρούμενη ανοχή μεταξύ τους. Ο σ δεν σχετίζεται με την αναλγησία, αλλά με τις ψυχομιμητικές δραστηριότητες των οπιοειδών. Στον υποδοχέα δ έχει εκλεκτικότητα το ενδογενές οπιοειδές πεπτίδιο λευ-εγκεφαλίνη. Οι τρεις τύποι οπιοειδών υποδοχέων μ-, δ- και κ- βρίσκονται στα οπίσθια κέρατα του νωτιαίου μυελού. Οι αγωνιστές αυτών δρουν άμεσα προκαλώντας ικανοποιητικού βαθμού αναλγησία, είτε με το να ελαττώνουν την έκλυση των νευροδιαβιβαστών, είτε μέσω του αποκλεισμού των μετασυναπτικών υποδοχέων, είτε με το να ενεργοποιούν ανασταλτικούς μηχανισμούς (Chou et al, 2015).

Γ.4. Ο φόβος του πόνου

Μια σημαντική συνιστώσα του πόνου είναι ο φόβος. Κλινικά, οι έννοιες του φόβου και του άγχους δεν είναι πάντα διακριτές, για αυτό συχνά όταν σχετίζονται με τον πόνο χρησιμοποιούνται εναλλάξιμα. Ο φόβος που σχετίζεται με τον πόνο (pain-related fear) ή φόβος του πόνου (fear of pain) προσδιορίζεται ως ο φόβος που αναδύεται όταν το ερεθίσμα που αφορά στον πόνο λαμβάνεται ως κύρια απειλή (Leeuw et al, 2007).

Τις τελευταίες δεκαετίες στη διεθνή επιστημονική κοινότητα ο φόβος του πόνου κατέχει διακριτή θέση αποτελώντας αναπόσπαστο κομμάτι στην κατανόηση της αδυναμίας και έλλειψης ικανότητας ανθρώπων με πόνο. Παρ' όλα αυτά, η ακριβής εκτίμηση και ερμηνεία του φαινομένου εξακολουθεί να είναι ελλείπουσα. Ο φόβος του πόνου ως εννοιολογική κατασκευή έχει περιγραφεί από μία σωρεία ορισμών (πχ οι πεποιθήσεις αποφυγής του πόνου, ο φόβος του βιώματος οδυνηρών αισθήσεων, το άγχος που αφορά στον πόνο κλπ) που δε χρησιμοποιούνται πάντα συνώνυμα, αποδεικνύοντας την ανάγκη περαιτέρω διερεύνησης (Lundberg et al, 2011).

Γ.4.1. Το φοβο-αποφευκτικό μοντέλο του πόνου

Πλήθος μελετών καταλήγουν στο ότι στις φοβικές και αγχωτικές απαντήσεις περιλαμβάνονται ψυχοφυσιολογικά, συμπεριφορικά και γνωσιακά στοιχεία. Ανάλογα με τις τρέχουσες συνθήκες, τα ερεθίσματα έχουν την τάση να υφίστανται ερμηνείες (Leeuw et al, 2006).

Βασισμένοι σε προηγούμενες εργασίες οι Vlaeyen et al (1995) και Vlaeyen και Linton (2000) πρότειναν το φοβο-αποφευκτικό μοντέλο του πόνου (fear-avoidance model of pain), βασικό αξίωμα του οποίου είναι ότι ο τρόπος με τον οποίο ερμηνεύεται ο πόνος πιθανά οδηγεί σε δύο μονοπάτια. Όταν ο οξύς πόνος ερμηνεύεται ως μη απειλητικός, οι ασθενείς διατηρούν την εμπλοκή με τις καθημερινές δραστηριότητες μέσω των οποίων επιτυγχάνεται η λειτουργική αποκατάσταση. Αντιθέτως, η καταστροφολογική παρερμηνεία του πόνου αποτελεί απαρχή φαύλου κύκλου δίνοντας έναυσμα στον φόβο που σχετίζεται με τον πόνο, και στην αναζήτηση συμπεριφορών που ενώ συνάδουν αρχικά με τον οξύ πόνο χειροτερεύουν όμως το πρόβλημα στην περίπτωση χρονιότητας πόνου (Leeuw et al, 2006).

Γ.4.2. Φόβος του πόνου και χρήση ουσιών

Η χρήση ουσιών με τη συνυπάρχουσα ψυχοπαθολογική συννοσηρότητα πιθανά παίζει έναν σημαντικό ρόλο στις συμπλεγματικές συσχετίσεις μεταξύ πόνου, φόβου του πόνου και μη-ικανότητας. Ο φόβος του πόνου έχει συσχετιστεί με προσδοκίες μείωσης των αρνητικών συναισθημάτων μέσω του καπνίσματος, και οι ασθενείς με υψηλότερα επίπεδα στο φόβο του πόνου φαίνεται να επιδοκιμάζουν τη χρήση καπνού προκειμένου να αντιμετωπίσουν τον πόνο. Μελέτες καταδεικνύουν κάποιες συσχετίσεις μεταξύ του φόβου του πόνου και της δριμύτητας της εξάρτησης από τον καπνό μεταξύ ατόμων που έχουν πονέσει, καθώς επίσης κάποιες συγκλίνουν στο ότι η χρήση καπνού πιθανά εξυπηρετεί ως μια αποφυγή ή διαφυγή απέναντι στον πόνο (Zale & Ditre; 2015).

Γ.4.3. Φόβος του πόνου που σχετίζεται με τη δυσκολία μείωσης του υποκατάστατου

Η έρευνα έχει καταλήξει στο ότι το άγχος που σχετίζεται με την αποτοξίνωση και οι προσδοκίες που αφορούν σε αυτή πιθανά ασκούν σημαντικό ρόλο στην επιτυχή έκβαση της διαδικασίας. Μάλιστα μεταγενέστερες μελέτες επισημαίνουν την ποιότητα των αρνητικών προσδοκιών υποστηρίζοντας ότι συχνά παίρνουν χαρακτήρα κλινικής φοβίας (Milby et al, 1994).

Οι ασθενείς που βρίσκονται σε θεραπεία συντήρησης με μεθαδόνη και παρουσιάζουν φόβο κατά τη μείωσή της φαίνεται να έχουν μακρύ ιστορικό χρήσης, να είναι κατά το μεγαλύτερο μέρος της ζωής τους εξαρτημένοι και υπό θεραπεία, να είναι μεγαλύτεροι ηλικιακά, να έχουν δυσκολία στο να επιτύχουν ένα τρόπο ζωής ελεύθερο από ουσίες, ακόμη και αν επιτυγχάνουν άλλους στόχους αποκατάστασης (Milby et al, 1994).

Η μείωση της μεθαδόνης αυτής καθαυτής και η απόσυρσή της, ως εκ τούτου, έχουν συσχετιστεί με αυξημένες πιθανότητες βιώματος στρες σε εκείνη τη μερίδα θεραπευομένων που ολοκληρώνουν τη θεραπεία συντήρησης (Carreras Alabau, Carrobbles Isabel, & Almendros Rodriguez, 2016). Ο φόβος, άλλωστε, και ο πόνος αποτελούν μέρος ενός γενικότερου πλαισίου παραμέτρων που συνθέτουν τον παράγοντα κινδύνου «στρες» (Goeders, 2004). Αποτελεί πραγματικότητα το γεγονός ότι η διακοπή των οπιοειδών επιφέρει συνέχιση της ευαισθησίας στον πόνο ή αυξάνει προσωρινά επειδή κάθε είδος

ανακούφισης από τον πόνο που επιφέρουν τα οπιοειδή περιορίζεται (υπεραλγησία) (Rieb et al, 2016).

Με βάση τα παραπάνω δεδομένα η παρούσα εργασία αποτελεί μια πρώτη πρωτότυπη προσπάθεια, ανά τον ελλαδικό και διεθνή χώρο, διερεύνησης πιθανής συσχέτισης ανάμεσα στο φόβο του πόνου (ο οποίος αποτελεί σύμπτωμα του στερητικού συνδρόμου από τα οπιοειδή) σε άτομα που βρίσκονται σε θεραπεία συντήρησης με μεθαδόνη και τη δυσκολία συμμόρφωσής τους στη θεραπεία ως προς τη σταδιακή μείωση, αποτοξίνωση και μηδενισμό, εν τέλει, του υποκατάστατου.

ΜΕΡΟΣ II

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

A.1 Σκοποί και επιμέρους στόχοι

Στην παρούσα μελέτη επιχειρείται η διερεύνηση της συσχέτισης ανάμεσα στο φόβου του πόνου του δυνητικού στερητικού συνδρόμου στα άτομα που βρίσκονται σε θεραπεία συντήρησης με μεθαδόνη και τη δυσκολία συμμόρφωσής τους στη θεραπεία ως προς τη σταδιακή μείωση, την αποτοξίνωση, και εν τέλει το μηδενισμό από το υποκατάστατο.

Επιμέρους στόχος της μελέτης είναι η αξιολόγηση και η χρήση των ευρημάτων τόσο από τις εκάστοτε διοικήσεις του Οργανισμού Κατά των Ναρκωτικών (Ο.ΚΑ.ΝΑ), όσο και από το θεραπευτικό προσωπικό των Μονάδων αυτού, έτσι ώστε τον πληρέστερο θεραπευτικό σχεδιασμό των ενταγμένων μελών σε αυτές (Μονάδες Υποκατάστασης) - βάσει των ιδιαιτεροτήτων που εμφανίζουν. Θεωρείται υψίστης σημασίας η δυνατότητα παροχής βέλτιστων θεραπευτικών σχημάτων υψηλής ποιότητας στον πληθυσμό των χορηγούμενων με μεθαδόνη μελών των Μονάδων Υποκατάστασης του ΟΚΑΝΑ, έτσι ώστε τη μη καθήλωσή τους στα ΠΥ⁴, με απώτερο σκοπό την ολοκλήρωση των θεραπευτικών διαδικασιών και, άρα, την επιτυχή θεραπευτική έκβαση.

⁴ Αποτελεί συχνό φαινόμενο η μακροσκελής καθήλωση των θεραπευομένων σε ένα συγκεκριμένο θεραπευτικό στάδιο, και η μη μετάβαση σε επόμενο. Στην περίπτωση των θεραπευομένων που έχουν διακόψει την παράλληλη χρήση παράνομων και νόμιμων ψυχοδραστικών ουσιών (πλην του υποκαταστάτου), παρατηρείται συχνά η καθήλωσή τους στη φάση της υποστηρικτικής φροντίδας ή της ιατρικά επιτηρούμενης απόσυρσης(οι 2 αυτές φάσεις αποτελούν υποστάδια του κυρίως μέρους της θεραπείας συντήρησης με μεθαδόνη).

A.2. Ερευνητικές υποθέσεις

Η κύρια υπόθεση της μελέτης διαμορφώνεται ως εξής:

Χρήστες με αυξημένα επίπεδα φόβου του πόνου, που αποτελεί ως γνωστό κύριο σύμπτωμα του στερητικού από τα οπιοειδή, δυσκολεύονται να μειώσουν ή και να μηδενίσουν το υποκατάστατο που λαμβάνουν.

Παράλληλα, θα διερευνηθεί η κατάσταση αυτή του φόβου του πόνου σε σχέση με τις κάτωθι παραμέτρους:

- το φύλο
- την ηλικία
- την οικογενειακή κατάσταση
- την κατάσταση διαμονής
- το εκπαιδευτικό επίπεδο
- το ιστορικό χρήσης:
 - ✓ τη διάρκεια χρόνων χρήσης
 - ✓ τον κύριο τρόπο χρήσης/ενέσιμη
 - ✓ το ιστορικό σε overdose
- παθολογικά προβλήματα, όπως Ηπατίτιδα C

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

B.1 Η μεθοδολογία της έρευνας

B.1.1 Πληθυσμός του δείγματος και στρατηγική δειγματοληψίας

Στη μελέτη συμμετείχαν εθελοντικά με γραπτή συναίνεση θεραπευόμενοι των Προγραμμάτων Υποκατάστασης του ΟΚΑΝΑ με μεθαδόνη. Το δείγμα ήταν καθολικό απογραφικό του νομού Αττικής (με απώλειες της κλάσης του 15%), προερχόμενο από τις Θεραπευτικές Μονάδες ΟΚΑΝΑ που χορηγούν μεθαδόνη, και οι οποίες είναι:

- 1.Θεραπευτική Μονάδα ΟΚΑΝΑ- Γ.Ν.Α. «Η ΕΛΠΙΣ»
- 2.Θεραπευτική Μονάδα ΟΚΑΝΑ- ΣΤΡΑΤΟΠΕΔΟ ΒΑΡΥΤΗ (ΓΟΥΔΗ)
- 3.Θεραπευτική Μονάδα ΟΚΑΝΑ- Γ.Ν.Α. «ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ»
- 4.Θεραπευτική Μονάδα ΟΚΑΝΑ-Γ.Ν.Ν.Π. «ΑΓΙΟΣ ΠΑΝΤΕΛΕΗΜΩΝ»
- 5.Θεραπευτική Μονάδα ΟΚΑΝΑ- Γ.Ν.Ν.Θ.Α «Η ΣΩΤΗΡΙΑ»

Τα κριτήρια επιλογής των συμμετεχόντων στην έρευνα ήταν:

- α) να έχουν διακόψει την παράλληλη χρήση παράνομων και νόμιμων ψυχοδραστικών ουσιών,
- β) να κατανοούν την ελληνική γλώσσα (ανάγνωση, γραφή)
- γ) ο ελάχιστος χρόνος παραμονής των θεραπευομένων στη θεραπεία υποκατάστασης να είναι τα δύο χρόνια.

Τα κριτήρια αποκλεισμού από τη συμμετοχή στην έρευνα ήταν:

- α) το ιστορικό βαριάς ψυχοπαθολογίας (π.χ. σχιζοφρενικά σύνδρομα, διπολική διαταραχή και άλλες ψυχωτικές εκδηλώσεις)
- β) το ιστορικό συστηματικής οργανικής διαταραχής (π.χ. σακχαρώδης διαβήτης ή ανεπάρκειες οργάνων).

Αναφορικά με τη δειγματοληψία, να τονιστεί η δυσκολία συγκέντρωσης του δείγματος του πληθυσμού της μελέτης (θεραπευόμενοι που έχουν διακόψει την παράλληλη

χρήση ουσιών). Ο λόγος έγκειτο στις βασικές ελλείψεις στον εξοπλισμό των Μονάδων του OKANA⁵ αλλά και στις συνεχείς αλλαγές που έχει υποστεί μέχρι σήμερα το πλαίσιο λειτουργίας των δομών του, γεγονότα δηλαδή που συνέβαλλαν τα τελευταία χρόνια στην αραιή έως και σπάνια λήψη δείγματος ούρων των ασθενών⁶, καθιστώντας συχνά ανεπαρκή ή ασαφή την εικόνα «καθαρότητας» των υπό θεραπεία μελών.

B.1.2. Μεθοδολογία και παρουσίαση συλλογής δεδομένων

Η παρούσα μελέτη αποτέλεσε μελέτη παρατήρησης, και συγκεκριμένα συγχρονική μελέτη ποσοτικού τύπου. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε μέσω της χορήγησης ανώνυμων αυτοσυμπληρούμενων ερωτηματολογίων σε κλειστούς ατομικούς φακέλους, διασφαλίζοντας το απόρρητο των παρεχόμενων πληροφοριών. Είχε προηγηθεί από την ερευνήτρια πρόσβαση στους παραδοσιακούς ατομικούς φακέλους και τον ηλεκτρονικό φάκελο των θεραπευόμενων που διατηρείται στην κάθε μονάδα, προκειμένου να αντληθούν τα επιμέρους σημαντικά στοιχεία που απαιτούνταν για τη διεξαγωγή της μελέτης. Αναλυτικότερα, στοιχεία όπως η έναρξη χρήσης της κύριας ουσίας (ηρωίνης), ο κύριος τρόπος χρήσης της, η διάρκεια χρήσης της ουσίας, η συμβατότητα των χορηγούμενων ή όχι με τον ιό Anti-HCV αντλήθηκαν από μέρος των στοιχείων της κλίμακας EurorASI⁷, που αποτελεί την Ευρωπαϊκή Προσαρμογή του Δείκτη Σοβαρότητας της Εξάρτησης (European version of the Addiction Severity Index-EurorASI) (Blacken et al, 1994). Δεδομένα όπως η ημερομηνία εισαγωγής στο ΠΥ, η δοσολογία σταθεροποίησης στο υποκατάστατο, η παρούσα δοσολογία στο υποκατάστατο αντλήθηκαν από τον ηλεκτρονικό φάκελο του ασθενούς (ηλεκτρονική βάση δεδομένων).

Να σημειωθεί το μέγεθος της δυσκολίας συλλογής των απαιτούμενων ατομικών στοιχείων εξαιτίας της απώλειας μέρους αυτών. Η παλαιότητα σημαντικού μέρους του πληθυσμού του δείγματος, με επακόλουθο τη μεγάλη κινητικότητα τους/μεταφορά από μονάδα σε μονάδα του OKANA τα προηγούμενα χρόνια, καθώς και το κλείσιμο των ιδιόκτητων μονάδων του OKANA με το άνοιγμα πολλών νεότερων στα νοσοκομεία της

⁵Παράδειγμα αποτελούν τα ελλιπή χημικά αντιδραστήρια, ο ελλιπής αριθμός σε ουροσυλλέκτες (uroboxes), κ.ά.

⁶Η διακοπή της παράλληλης χρήσης και η συνεχής αποχή από αυτές πιστοποιείται μέσω τακτικών ουροληψιών στις οποίες υποβάλλονται οι χορηγούμενοι

⁷Η κλίμακα αυτή χορηγείται κατά την εισαγωγή των μελών στα προγράμματα του OKANA, προκειμένου να γίνεται μια πρώτη εκτίμηση των νεοεισαχθέντων στη θεραπεία υποκατάστασης

Αττικής το 2011, συνετέλεσαν στο να χαθούν α) ακέραιοι φάκελοι θεραπευόμενων, και β) αρκετά στοιχεία εντός των υφισταμένων φακέλων, με αποτέλεσμα την απώλεια επαρκών στοιχείων σε κάθε περίπτωση.

Τα ερωτηματολόγια μεταφέρθηκαν από την ερευνήτρια στις μονάδες. Να σημειωθεί η αντίσταση στη συνεργασία και η έκφραση αμφιβολίας - σε αρκετές περιπτώσεις - εκ μέρους των υποψηφίων συμμετεχόντων, οι οποίοι κατεξοχήν αποτελούν έναν ιδιαίτερο πληθυσμό. Η προηγηθείσα πολλή καλή ενημέρωση και συνεργασία του προσωπικού των Μονάδων - στις οποίες διανεμήθηκαν τα ερωτηματολόγια από την ερευνήτρια⁸- αλλά και η ενημέρωση των συμμετεχόντων μέσω σύντομης γραπτής ενημέρωσης περί των σκοπών της μελέτης⁹, συντέλεσαν στο να μειωθούν κατά το δυνατό φαινόμενα τέτοιας φύσεως. Τέλος, σε κάθε μονάδα είχε οριστεί ένας μέλος προσωπικού ως αρμόδιος διανομής και συγκέντρωσης των ερωτηματολογίων, με τον οποίο θα ερχόταν στη συνέχεια σε επαφή η ερευνήτρια.

Συνολικά χορηγήθηκαν 112 ερωτηματολόγια, εκ των οποίων συνολικά συμπληρώθηκαν τα 94. Αναλυτικότερα:

- Στη Θεραπευτική Μονάδα του ΟΚΑΝΑ-Γ.Ν.Α «Η Ελπίς» χορηγήθηκαν 21 ερωτηματολόγια εκ των οποίων συμπληρώθηκαν τα 17.
- Στη Θεραπευτική Μονάδα του ΟΚΑΝΑ-ΣΤΡΑΤΟΠΕΔΟ ΒΑΡΥΤΗ χορηγήθηκαν 17 ερωτηματολόγια εκ των οποίων συμπληρώθηκαν και τα 17.
- Στη Θεραπευτική Μονάδα του ΟΚΑΝΑ-Γ.Ν.Α. «Σισμανόγλειο» χορηγήθηκαν 30 ερωτηματολόγια εκ των οποίων συμπληρώθηκαν τα 27.
- Στη Θεραπευτική Μονάδα του ΟΚΑΝΑ-Γ.Ν.Ν.Π «Άγιος Παντελεήμων» χορηγήθηκαν 22 ερωτηματολόγια εκ των οποίων συμπληρώθηκαν και τα 22.
- Στη Θεραπευτική Μονάδα του ΟΚΑΝΑ-Γ.Ν.Ν.Θ.Α. «Η Σωτηρία» χορηγήθηκαν 22 ερωτηματολόγια εκ των οποίων συμπληρώθηκαν τα 11.

⁸Είχαν προηγηθεί επισκέψεις της ερευνήτριας στις Μονάδες-στόχους, επαρκής τηλεφωνική επικοινωνία με το προσωπικό των μονάδων αλλά και γραπτές οδηγίες που απευθυνόμενες σε αυτό (το προσωπικό).

⁹Στην γραπτή ενημέρωση των υποψηφίων συμμετεχόντων που βρισκόταν στο μπροστινό μέρος του ερωτηματολογίου αναγραφόταν τηλεφωνικό νούμερο μέσω του οποίου οι συμμετέχοντες είχαν τη δυνατότητα να έρθουν σε επαφή με την ερευνήτρια για οποιαδήποτε διευκρίνιση.

B.1.3. Παρουσίαση του εργαλείου της έρευνας

Στο ερωτηματολόγιο προϋπήρχε μια σύντομη πλήρης ενημέρωση σχετικά με τους σκοπούς διεξαγωγής της έρευνας, ενώ ακολουθούσε η γραπτή συναίνεση του συμμετέχοντα. Το ερωτηματολόγιο ήταν κωδικοποιημένο με έναν μοναδικό εννιαψήφιο κωδικό για τον κάθε συμμετέχοντα. Οι κωδικοί προήλθαν από τους ατομικούς τους φακέλους των θεραπευόμενων. Τα κωδικοποιημένα ερωτηματολόγια αποσκοπούσαν στο να γίνει εφικτή στη συνέχεια η ταυτοποίηση των στοιχείων του κάθε ερωτηματολογίου με τα δεδομένα που αντλήθηκαν από τον κάθε φάκελο ασθενούς-συμμετέχοντα στην έρευνα.

Το κύριο μέρος του ερωτηματολογίου αποτελείτο από τέσσερα μέρη.

Μέρος I: Το πρώτο μέρος του ερωτηματολογίου περιελάμβανε δημογραφικά και κοινωνικά στοιχεία των συμμετεχόντων, όπως η οικογενειακή κατάσταση, το μέρος διαμονής (σταθερότητα στέγης ή όχι), η κατάσταση διαβίωσης (αν μένουν μαζί με κάποιον ή μόνοι), η επαγγελματική κατάσταση (αν εργάζονται ή όχι), το εκπαιδευτικό επίπεδο, ο τόπος γέννησης (*ΜΕΡΟΣ I, ερωτήσεις 1-9*). Το φύλο και η ηλικία των συμμετεχόντων δεν ερωτήθηκαν, καθώς αντλήθηκαν από τον ατομικό φάκελο ασθενούς ή προέκυπταν από τον εννιαψήφιο κωδικό.

Μέρος II: Το δεύτερο κύριο μέρος του ερωτηματολογίου αποτέλεσε η κλίμακα μέτρησης του φόβου του πόνου (Fear of Pain questionnaire-FPQ-III), η οποία δημιουργήθηκε από τους McNeil & Rainwater το 1998 αποτελούμενη συνολικά από 30 ερωτήματα (*ΜΕΡΟΣ II, ερωτήσεις 1-30*), τα οποία αντανακλούν το βαθμό του φόβου του πόνου που προκαλείται σε μια επίπονη κατάσταση. Η κλίμακα μέτρησης του φόβου απαρτίζεται από τρεις υποκλίμακες των δέκα προτάσεων η καθεμία, με την πρώτη να περιλαμβάνει το φόβο που σχετίζεται με ελαφρύ πόνο, τη δεύτερη να περιλαμβάνει το φόβο που σχετίζεται με δριμύ πόνο, και την τρίτη να περιλαμβάνει το φόβο που προκαλείται από ιατρικές παρεμβάσεις. Η κλίμακα μέτρησης του φόβου σταθμίστηκε στην ελληνική το 2014 από τους Γκούβα Μ., Δραγιώτη Ε., Πάσχου Α. (Gouva et al, 2014).

Μέρος III: Το τρίτο μέρος του ερωτηματολογίου απαρτιώθηκε από την υποκειμενική κλίμακα εκτίμησης των στερητικών από τα οπιοειδή (The Subjective Opiate Withdrawal Scale- The SOW'S), η οποία δημιουργήθηκε το 1987 από τους Handelsman L, Cochrane KJ, Aronson MJ και συνεργάτες, αποτελούμενο από 16 ερωτήματα (*ΜΕΡΟΣ III,*

ερωτήσεις 1-16) που αφορούν στα σημεία και τα ψυχολογικά και σωματικά συμπτώματα του στερητικού συνδρόμου από τα οπιοειδή (Handelsman et al, 1987). Σε σχέση με την κλίμακα αυτή έγινε μελέτη εγκυρότητας προσώπου.

Οι κλίμακες του δεύτερου και τρίτου μέρους είναι διαβαθμισμένες σε κλίμακες Likert.

Μέρος IV: Το τέταρτο και τελευταίο μέρος αφορούσε στο ιστορικό χρήσης αποτελούμενο από δύο ερωτήματα (*ΜΕΡΟΣ IV, ερωτήσεις 1-2*) τα οποία αφορούν στην υπερβολική χρήση ουσιών (overdose).

B.1.4. Ζητήματα δεοντολογίας (αδειοδότηση έρευνας)

Κατόπιν αρχικής συνάντησης της ερευνήτριας με τον πρόεδρο του Οργανισμού Κατά των Ναρκωτικών, δόθηκε αρχικά προφορική έγκριση υλοποίησης της παρούσης μελέτης, η οποία επισφραγίστηκε εν συνεχεία γραπτώς μετά γραπτό αίτημα προς τη διοίκηση του Οργανισμού. Ακολούθησε ενημέρωση του προσωπικού των Θεραπευτικών Μονάδων σχετικά με την εκδοθείσα έγκριση διεξαγωγής της μελέτης και τους σκοπούς αυτής.

B.1.5. Παρουσίαση μεθοδολογίας της στατιστικής ανάλυσης

Αρχικά πραγματοποιήθηκε περιγραφική στατιστική ανάλυση (Frequencies Analysis) των δημογραφικών και προσωπικών στοιχείων. Πραγματοποιήθηκε, επίσης, έλεγχος κανονικότητας των μεταβλητών με τη δοκιμασία Shapiro-Wilk.

Για την επεξεργασία των ποσοτικών δεδομένων χρησιμοποιήθηκαν η μέση τιμή και η τυπική απόκλιση, ενώ οι κατηγορικές και ποιοτικές μεταβλητές εκφράστηκαν με ποσοστά. Η ανάλυση των δεδομένων περιέλαβε παραμετρικό έλεγχο Student's t-test για τη σύγκριση των ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ δύο ομάδων, ενώ για τη σύγκριση των ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ τριών ή περισσότερων διαφορετικών ομάδων χρησιμοποιήθηκε ο παραμετρικός έλεγχος ανάλυσης διασποράς (ANOVA), μαζί με post-hoc ανάλυση.

Για τη μελέτη των ποιοτικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία χ^2 (chi-square) με τη διόρθωση συνεχείας (continuity correction) για τετράπτυχους πίνακες. Αναλόγως δε ενδείξεων, εφαρμόστηκε και η δοκιμασία Fisher's Exact test. Εναλλακτικά, για πολύπτυχους πίνακες χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία Likelihood Ratio.

Ο έλεγχος συσχετίσεων κατά Spearman (μη παραμετρική δοκιμασία) και η δημιουργία προβλεπτικών γραμμικών μοντέλων του φόβου του πόνου, όπου εντάχθηκαν εκείνες οι μεταβλητές που κατά τη μονομεταβλητή ανάλυση συσχετίστηκαν σημαντικά με το φόβο του πόνου, ολοκλήρωσαν την σχετική διαδικασία. Το επίπεδο σημαντικότητας τοποθετήθηκε στο 5%. Τέλος, για τη στατιστική επεξεργασία και ανάλυση των δεδομένων της έρευνας χρησιμοποιήθηκε το πακέτο στατιστικής ανάλυσης κοινωνικών επιστημών SPSS 22.0.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

Γ.1. Αποτελέσματα

Το 70,2% του δείγματος ήταν άνδρες. Οι έγγαμοι/-ες αντιστοιχούσαν στο 37,2% και οι διαζευγμένοι/-ες μαζί με τους χήρους/-ες στο 27,7%. Το 21,3% έμενε μόνο του, και σταθερή εργασία είχε το 26,6%, ενώ άνεργο δήλωσε το 57,4%. Το 46,8% ήταν απόφοιτοι βασικής εκπαίδευσης, ενώ ανώτερη εκπαίδευση είχε το 14%.

Πίνακας 1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος

	N	%
Φύλο		
Άντρας	66	70,2
Γυναίκα	28	29,8
Σύνολο		
Οικογενειακή κατάσταση		
Έγγαμος	35	37,2
Άγαμος	33	35,1
Διαζευγμένος	20	21,3
Χήρος	6	6,4
Σύνολο	94	100,0
Έχετε παιδιά		

Ναι	48	51,1
Όχι	46	48,9
Σύνολο	94	100,0
Που διαμένετε;		
Έχω σταθερή στέγη	77	81,9
Φιλοξενούμαι	17	18,1
Σύνολο	94	100,0
Με ποιον μένετε αυτή την περίοδο;		
Μόνος/η	20	21,3
Με άλλον/η	74	78,7
Σύνολο	94	100,0
Εργάζεστε αυτή την περίοδο;		
Σταθερή εργασία	25	26,6
Περιστασιακή εργασία	15	16,0
Όχι εργασία	54	57,4
Σύνολο	94	100,0
Ποιο είναι το εκπαιδευτικό σας επίπεδο;		
Δημοτικό	13	13,8
Γυμνάσιο	31	33,0
Λύκειο	36	38,3
Ανώτερη / Ανώτατη Εκπαίδευση	14	14,9
Σύνολο	94	100,0
Γεννηθήκατε στην Ελλάδα;		
Ναι	88	93,6
Όχι	6	6,4

Σύνολο	94	100,0
	MT	TA
Ηλικία	51,00	8,88

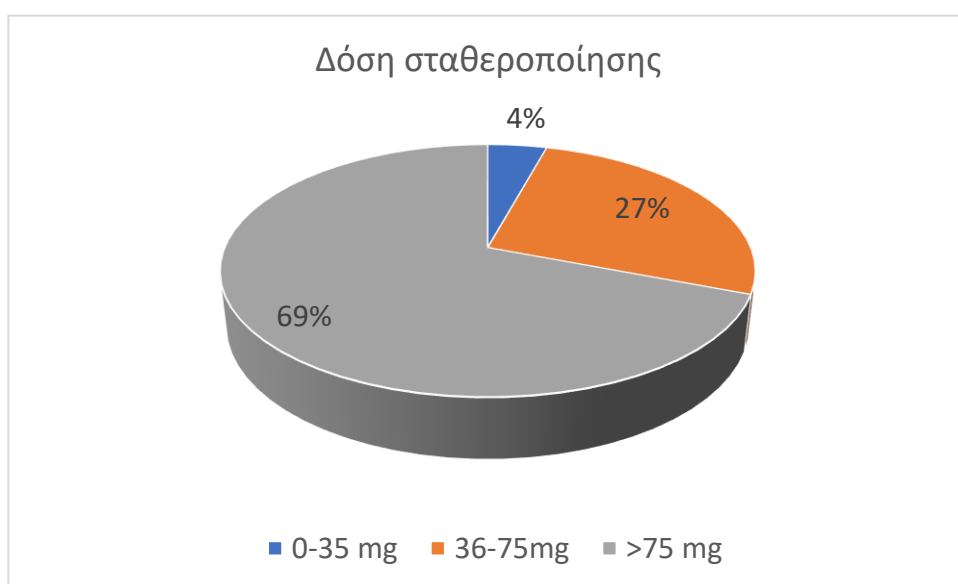
Η μέση τιμή ηλικιακής έναρξης της χρήσης ηρωίνης ήταν τα 21,10±6,16 έτη, με μέση διάρκεια χρόνων χρήσης ηρωίνης τα 19,01±7,78 έτη. Η μέση δοσολογία σταθεροποίησης ήταν 87,01 ±29,58 mg, ενώ η παρούσα δοσολογία ήταν 47,00±24,06 mg.

Πίνακας 2. Χαρακτηριστικά χρήσης και δοσολογίας υποκατάστασης

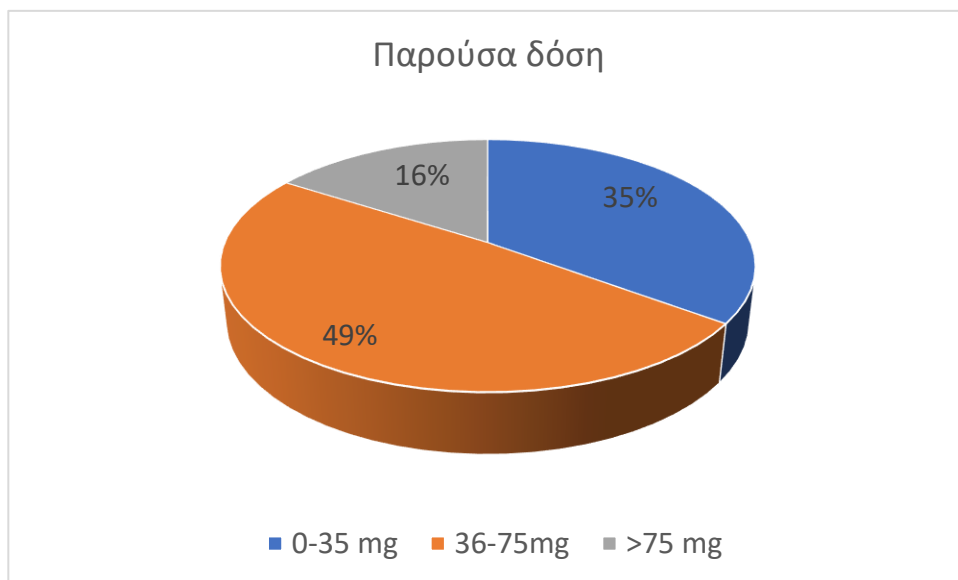
	MT	TA
Ηλικία έναρξης χρήσης ηρωίνης	21,10	6,16
Διάρκεια χρόνων χρήσης ηρωίνης	19,01	7,78
Δοσολογία σταθεροποίησής στη μεθαδόνη (από την τελευταία εισαγωγή)	87,01	29,58
Παρούσα δοσολογία μεθαδόνης	47,00	24,06

Το 69% των συμμετεχόντων σταθεροποιήθηκε σε δοσολογία άνω των 75 mg, ενώ το 49% του δείγματος χορηγούνταν σε παρούσα δοσολογία μεταξύ 36 και 75 mg και το 16% σε δοσολογία άνω των 75 mg.

Γράφημα 1. Κατηγοριοποίηση της δόσης σταθεροποίησης



Γράφημα 2. Κατηγοριοποίηση της παρούσας δόσης



Όσοι έμεναν μόνοι τους είχαν υψηλότερη βαθμολογία σε όλες τις υποκλίμακες του φόβου του πόνου, σε σχέση με όσους έμεναν με τουλάχιστον ένα ακόμα άτομο. Ωστόσο στατιστικά σημαντική διαφορά παρατηρήθηκε στην υποκλίμακα «φόβος» για πόνο ιατρικών παρεμβάσεων: μόνοι $17,30 \pm 8,66$ έναντι $13,07 \pm 7,41$ των υπολοίπων ($p=0,033$).

Πίνακας 3. Στερητικά συμπτώματα και φόβος του πόνου, ανάλογα με μοναχική ή μη διαβίωση

	Με ποιόν μένετε αυτή την περίοδο;	N	MT	TA	p
Συνολική βαθμολογία στερητικών συμπτωμάτων	Μόνος/η	18	49,83	9,95	0,829
	Με άλλον/άλλους	67	49,21	11,05	
Συνολική βαθμολογία φόβου	Μόνος/η	19	52,53	24,07	0,071
	Με άλλον/άλλους	64	41,81	21,92	
Φόβος για ελαφρύ πόνο	Μόνος/η	19	12,00	8,50	0,111
	Με άλλον/άλλους	68	8,76	7,51	
Φόβος για δριμύ πόνο	Μόνος/η	20	23,90	9,37	0,168
	Με άλλον/άλλους	68	20,21	10,74	
Φόβος για πόνο ιατρικών παρεμβάσεων	Μόνος/η	20	17,30	8,66	0,033
	Με άλλον/άλλους	71	13,07	7,41	
t-test					
MT: Μέση Τιμή TA: Τυπική απόκλιση					

Όσοι δεν είχαν γεννηθεί στην Ελλάδα είχαν υψηλότερη βαθμολογία στην υποκλίμακα «φόβος» για πόνο ιατρικών παρεμβάσεων: $21,00 \pm 6,26$ έναντι $13,51 \pm 7,75$ των υπολοίπων ($p=0,023$).

Πίνακας 4. Στερητικά συμπτώματα και φόβος του πόνου, ανάλογα με τη χώρα γέννησης

	Γέννηση στην Ελλάδα	N	MT	TA	p
Συνολική βαθμολογία στερητικών συμπτωμάτων	Ναι	79	49,23	11,11	0,727
	Όχι	6	50,83	4,71	
Συνολική βαθμολογία	Ναι	77	43,61	22,29	0,351
	Όχι	6	52,67	28,94	
Φόβος για ελαφρύ πόνο	Ναι	81	9,23	7,67	0,301
	Όχι	6	12,67	9,63	
Φόβος για δριμύ πόνο	Ναι	82	21,20	10,26	0,624
	Όχι	6	19,00	14,51	
Φόβος για πόνο ιατρικών παρεμβάσεων	Ναι	85	13,51	7,75	0,023
	Όχι	6	21,00	6,26	
t-test					

MT: Μέση Τιμή TA: Τυπική απόκλιση					
---	--	--	--	--	--

Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές, ανάλογα με το αν οι συμμετέχοντες διέθεταν δικό τους χώρο διαμονής ή φιλοξενούνταν.

Πίνακας 5. Στερητικά συμπτώματα και φόβος του πόνου, ανάλογα με το είδος διαμονής

	Διαμονή	N	MT	TA	p
Συνολική βαθμολογία στερητικών συμπτωμάτων	Έχω σταθερή στέγη	70	49,19	11,28	0,776
	Φιλοξενούμαι	15	50,07	8,28	
Συνολική βαθμολογία	Έχω σταθερή στέγη	68	44,41	22,89	0,901
	Φιλοξενούμαι	15	43,60	22,80	
Φόβος για ελαφρύ πόνο	Έχω σταθερή στέγη	72	9,47	7,91	0,998
	Φιλοξενούμαι	15	9,47	7,54	
Φόβος για δριμύ πόνο	Έχω σταθερή στέγη	72	21,17	10,27	0,820
	Φιλοξενούμαι	16	20,50	11,87	
Φόβος για πόνο ιατρικών παρεμβάσεων	Έχω σταθερή στέγη	74	13,81	7,75	0,634
	Φιλοξενούμαι	17	14,82	8,47	
t-test					
MT: Μέση Τιμή TA: Τυπική απόκλιση					

Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές σε σχέση με την παρουσία αντισωμάτων έναντι του ιού της ηπατίτιδας C, το φόβο του πόνου ή τη βαθμολογία στην κλίμακα στερητικών συμπτωμάτων.

Πίνακας 6. Στερητικά συμπτώματα και φόβος του πόνου, ανάλογα με την ύπαρξη ή μη Anti-HCV

	Anti-HCV	N	MT	TA	p
Συνολική βαθμολογία στερητικών συμπτωμάτων	NAI	65	50,43	10,55	0,177
	OXI	19	46,68	10,50	
Συνολική βαθμολογία	NAI	60	42,66	23,43	0,439
	OXI	22	47,04	20,07	
Φόβος για ελαφρύ πόνο	NAI	63	9,52	8,19	0,661
	OXI	23	8,69	6,20	
Φόβος για δριμύ πόνο	NAI	64	20,03	10,51	0,179
	OXI	23	23,47	10,34	
Φόβος για πόνο ιατρικών παρεμβάσεων	NAI	66	13,27	8,04	0,225
	OXI	24	15,54	7,01	
t-test					
MT: Μέση Τιμή TA: Τυπική απόκλιση					

Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές σε σχέση με τη δοσολογία μεθαδόνης, τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά και το φόβο του πόνου ή τη βαθμολογία στην κλίμακα στερητικών συμπτωμάτων ($p>0,05$).

Πίνακας 7. Κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά και δοσολογία μεθαδόνης σε σχέση με το φόβο του πόνου και την παρουσία στερητικών συμπτωμάτων

Δοσολογία σταθεροποίησης μεθαδόνης	F	P
Συνολική βαθμολογία στερητικών συμπτωμάτων	0,400	0,671
Φόβος για ελαφρύ πόνο	0,348	0,707
Φόβος για δριμύ πόνο	0,915	0,405
Φόβος για πόνο ιατρικών παρεμβάσεων	0,279	0,757
Παρούσα δοσολογία		
Συνολική βαθμολογία στερητικών συμπτωμάτων	0,966	0,385
Φόβος για ελαφρύ πόνο	0,496	0,611
Φόβος για δριμύ πόνο	1,070	0,348
Φόβος για πόνο ιατρικών παρεμβάσεων	2,697	0,073

Οικογενειακή κατάσταση		
Συνολική βαθμολογία στερητικών συμπτωμάτων	0,544	0,654
Φόβος για ελαφρύ πόνο	0,505	0,680
Φόβος για δριμύ πόνο	0,809	0,493
Φόβος για πόνο ιατρικών παρεμβάσεων	1,022	0,387
Εργασία		
Συνολική βαθμολογία στερητικών συμπτωμάτων	0,392	0,759
Φόβος για ελαφρύ πόνο	0,978	0,407
Φόβος για δριμύ πόνο	0,216	0,885
Φόβος για πόνο ιατρικών παρεμβάσεων	0,586	0,626
Εκπαιδευτικό επίπεδο		
Συνολική βαθμολογία στερητικών συμπτωμάτων	0,557	0,575

Φόβος για ελαφρύ πόνο	1,344	0,266
Φόβος για δριμύ πόνο	1,653	0,198
Φόβος για πόνο ιατρικών παρεμβάσεων	1,436	0,243
ANOVA		

Ο φόβος του πόνου (συνολική βαθμολογία) και ειδικά η συνιστώσα που αναφέρεται στο φόβο των ιατρικών παρεμβάσεων συσχετίστηκε σημαντικά και αρνητικά με τη δοσολογία σταθεροποίησης μεθαδόνης ($r=-0,227$, $p=0,033$), ενώ η παρούσα δοσολογία συσχετίστηκε θετικά, αν και όχι στατιστικά σημαντικά ($r=0,116$, $p=0,275$).

Η μεταβλητή «Διαφορά μεταξύ Δοσολογίας Σταθεροποίησης-Παρούσας Δοσολογίας» (ΔΣ-ΠΔ), δημιουργήθηκε προκειμένου να αποτυπώσει τη διαφορά (συνήθως μείωση), τη φθίνουσα δηλαδή πορεία από τη δόση σταθεροποίησης στην παρούσα δοσολογία και να επιτρέψει τη συσχέτιση αυτής της διαφοράς με το φόβο του πόνου και την κλίμακα στερητικών συμπτωμάτων. Με τον τρόπο αυτό θα μπορούσαν να αναδειχθούν διαφορές που αφορούν στην πορεία μείωσης της δοσολογίας (και όχι τη δόση αυτήν καθαυτή), συσχετίζοντας έτσι τον τρόπο και το χρόνο μείωσης με την ψυχολογική κατάσταση του χρήστη. Η ανάλυση έδειξε ότι η διαφορά συσχετίστηκε οριακά αρνητικά (ενδεικτική τάση συσχέτισης) με τον φόβο για ελαφρύ και σοβαρό πόνο ($p=0,086$ και $p=0,081$), ενώ υπήρξε σημαντική συσχέτιση με τον φόβο για ιατρικές επεμβάσεις ($p=0,015$) και τον ολικό φόβο ($p=0,020$).

Στατιστικά σημαντική συσχέτιση (θετική) υπήρξε και μεταξύ της βαθμολογίας στην κλίμακα στερητικών συμπτωμάτων και του φόβου για ελαφρύ πόνο ($p=0,022$) και του ολικού φόβου ($p=0,025$).

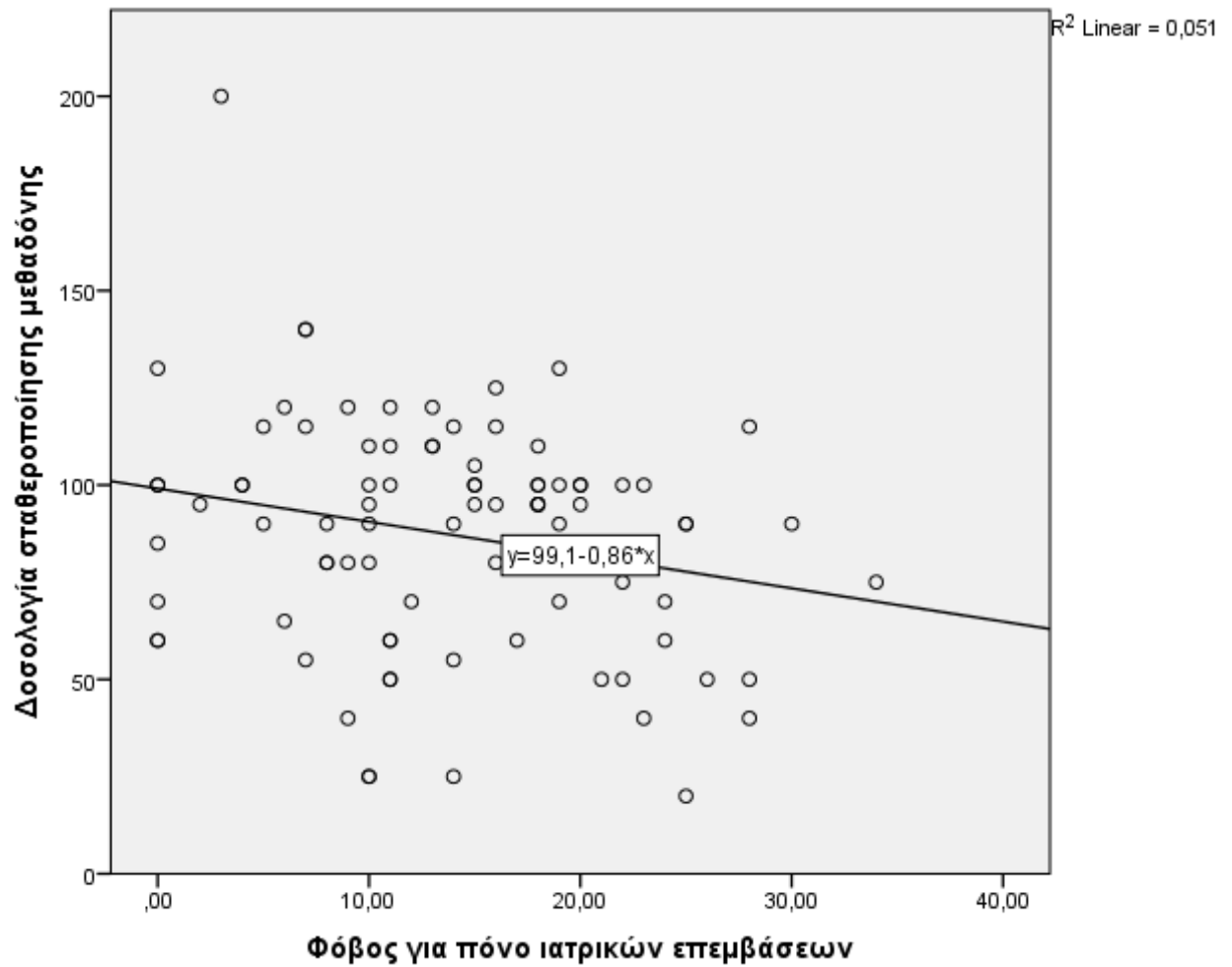
Πίνακας 8. Συσχετίσεις μεταξύ φόβου του πόνου, κλίμακας στερητικών συμπτωμάτων και ΔΣ-ΠΑ

N=94		Φόβος ιατρικών επεμβάσεων	Φόβος για ελαφρύ πόνο	Φόβος για σοβαρό πόνο	Ολικός φόβος του πόνου	Κλίμακα στερητικών συμπτωμάτων
ΔΣ-ΠΑ	r	-0,253	-0,185	-0,187	-0,255	-0,167
	p	0,015	0,086	0,081	0,020	0,127
Φόβος ιατρικών επεμβάσεων	r		0,683	0,499	0,819	0,197
	p		<0,001	<0,001	<0,001	0,073
Φόβος για ελαφρύ πόνο	r			0,625	0,884	0,256
	p			<0,001	<0,001	0,022
Φόβος για σοβαρό πόνο	r				0,860	0,187
	p				<0,001	0,095
Ολικός φόβος του πόνου	r					0,256
	p					0,025

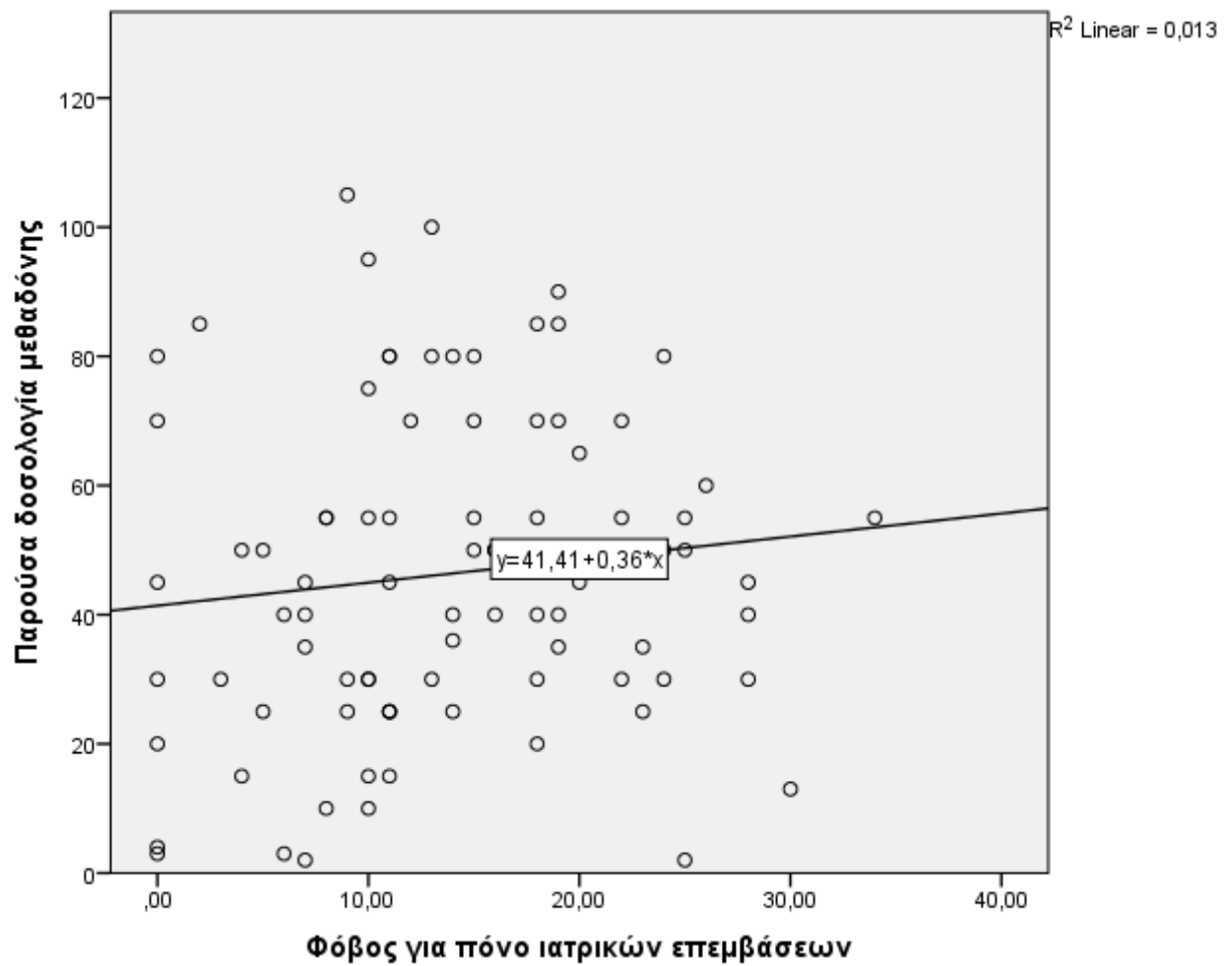
Η διαφορά Δοσολογίας σταθεροποίησης-Παρούσας Δοσολογίας μεθαδόνης συσχετίστηκε αρνητικά με το φόβο του πόνου των ιατρικών παρεμβάσεων: $r=-0,256$, $p=0,016$. Αυτό σημαίνει ότι όσο η παρούσα δόση μεθαδόνης είναι μικρότερη από την αντίστοιχη δόση σταθεροποίησης, (άρα η διαφορά μεγαλύτερη), τόσο μικρότερος είναι ο φόβος του πόνου.

Η συσχέτιση μεταξύ παρούσας δοσολογίας και χρόνου από την τελευταία εισαγωγή ήταν σημαντική και αρνητική ($r= -0,330$, $p=0,001$), που σημαίνει ότι όσο μεγαλύτερο χρονικό διάστημα είχε παρέλθει από την τελευταία εισαγωγή, τόσο μικρότερη ήταν η παρούσα δοσολογία μεθαδόνης, ενώ δεν παρατηρήθηκε συσχέτιση μεταξύ ΔΣ-ΠΔ και του χρόνου από την εισαγωγή ($r=-0,081$, $p=0,457$).

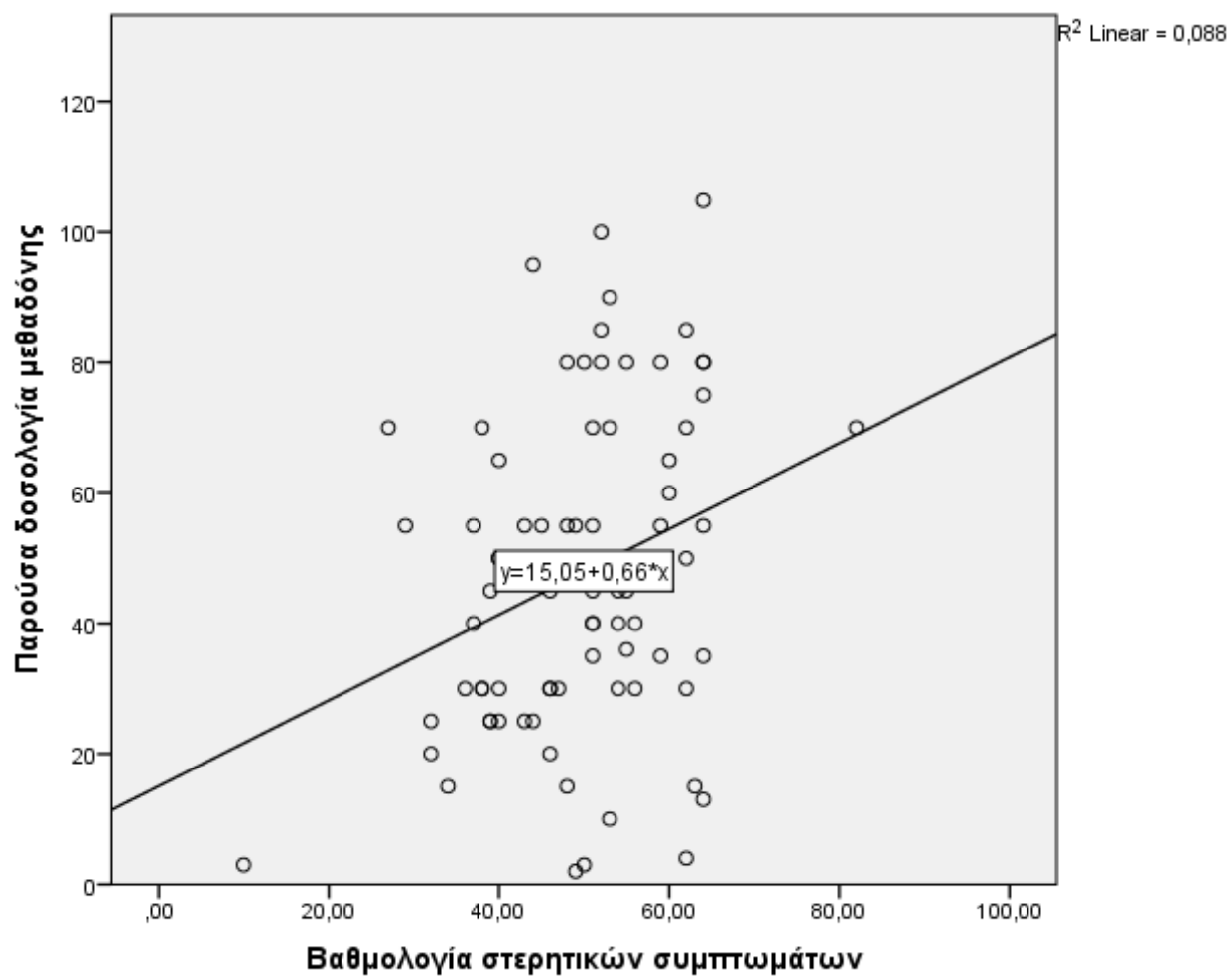
Γράφημα 3. Συσχέτιση δοσολογίας σταθεροποίησης μεθαδόνης και φόβου του πόνου ιατρικών επεμβάσεων



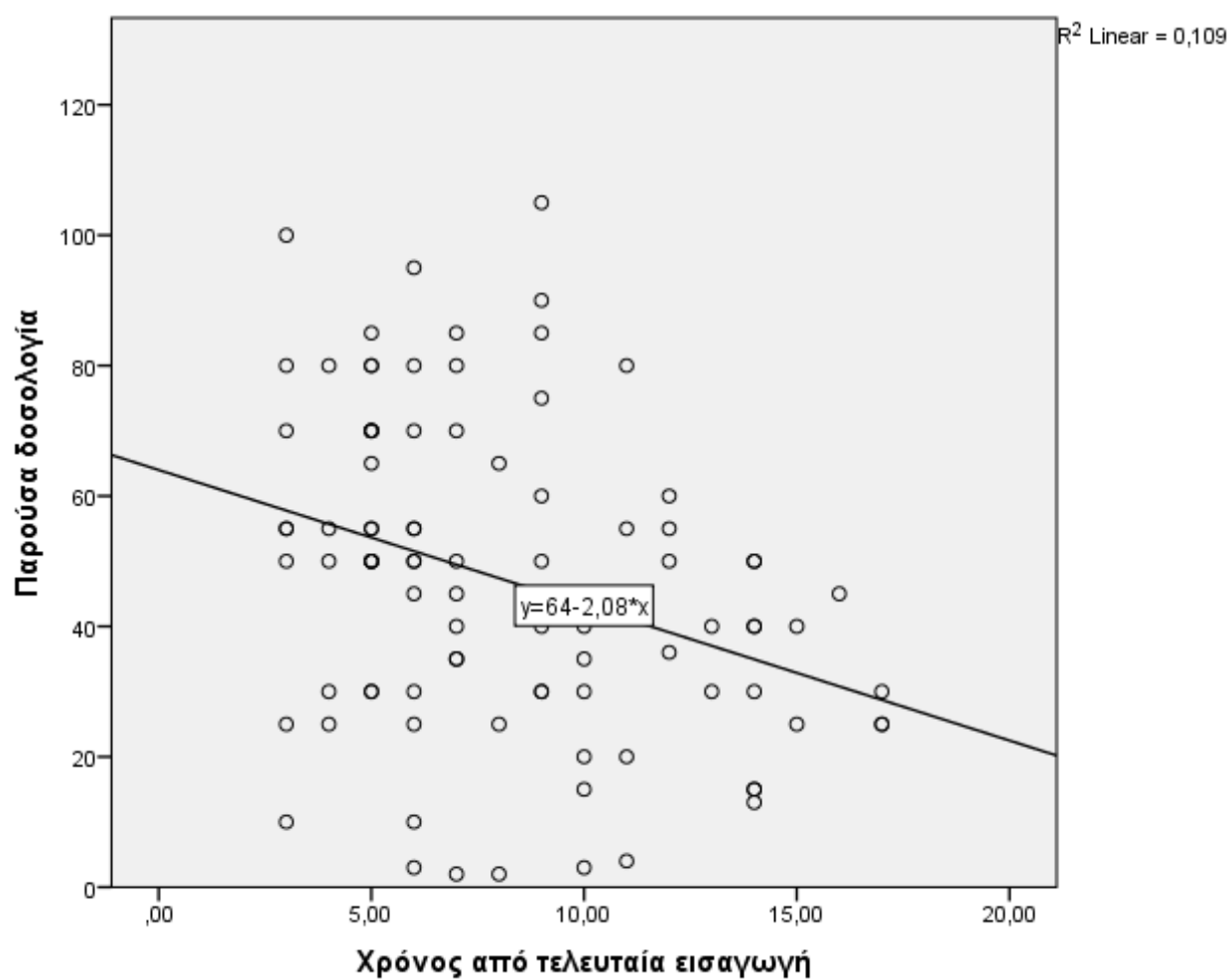
Γράφημα 4. Συσχέτιση παρούσας δοσολογίας μεθαδόνης και φόβου του πόνου ιατρικών επεμβάσεων



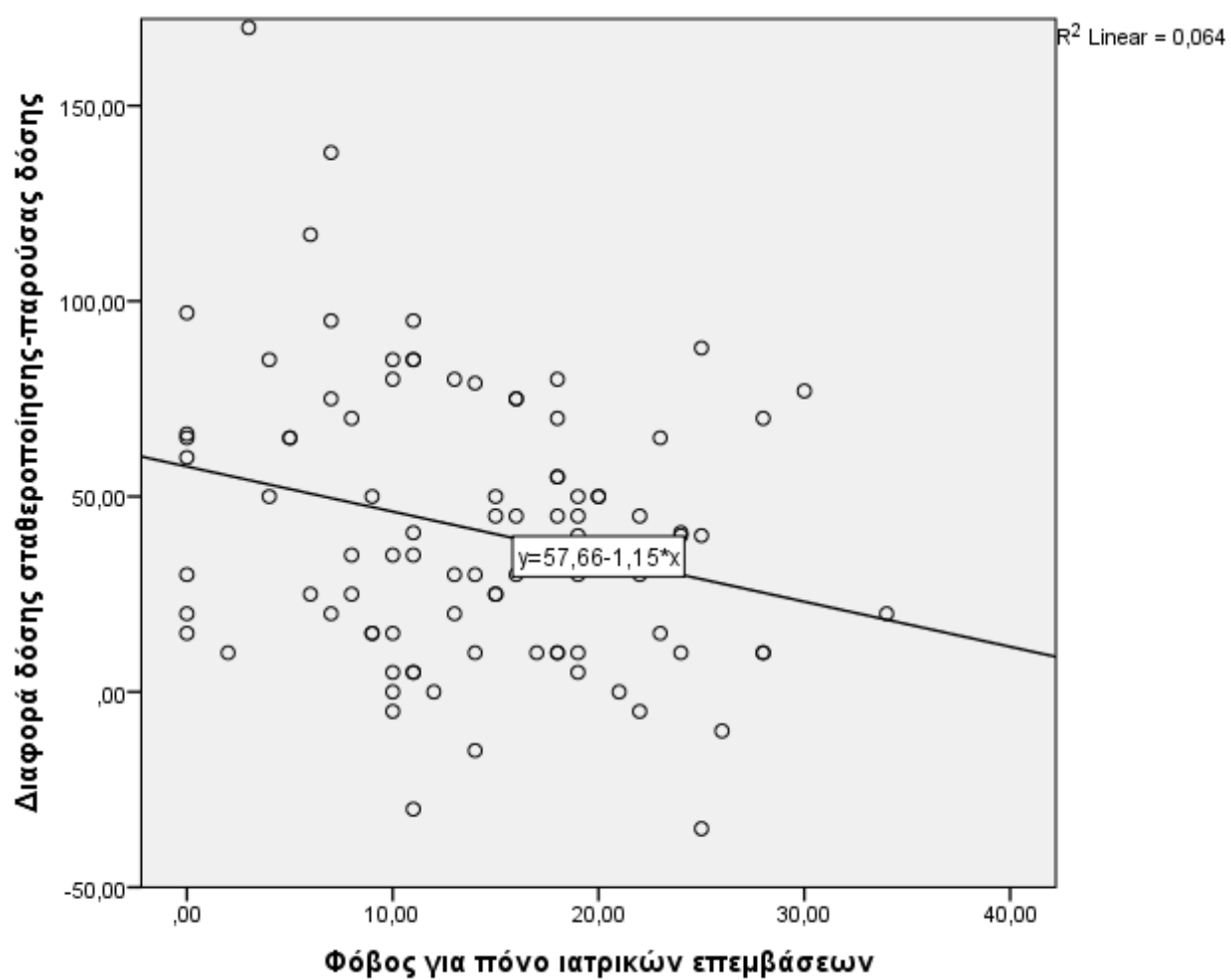
Γράφημα 5. Συσχέτιση παρούσας δοσολογίας μεθαδόνης και βαθμολογίας στην κλίμακα στερητικών συμπτωμάτων



Γράφημα 6. Συσχέτιση παρούσας δοσολογίας μεθαδόνης και χρόνου από την τελευταία εισαγωγή



Γράφημα 7. Συσχέτιση ΔΣ-ΠΔ μεθαδόνης και φόβου του πόνου των ιατρικών επεμβάσεων



ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

Δ.1. Συζήτηση

Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν στατιστικά σημαντική συσχέτιση (αρνητική) ανάμεσα στο φόβο του πόνου – και κυρίως στην υποκλίμακα του φόβου του πόνου των ιατρικών παρεμβάσεων – και τη διαφορά της παρούσας δοσολογίας μεθαδόνης (ΠΔ) από τη δοσολογία σταθεροποίησης (ΔΣ), αποτέλεσμα που αποτέλεσε και το κύριο εύρημα. Αυτό σημαίνει ότι ο φόβος του πόνου αυξανόταν όσο μικραίνει η διαφορά ΔΣ-ΠΔ. Θεραπευόμενοι, δηλαδή, που μειώνουν λιγότερο σε σχέση με εκείνους που μειώνουν περισσότερο τη δοσολογία μεθαδόνης, φαίνεται να φοβούνται περισσότερο.

Με άλλα λόγια, η στατιστικά σημαντική συσχέτιση (αρνητική) που εντοπίστηκε ανάμεσα στο φόβο του πόνου και τη διαφορά ΔΣ-ΠΔ - και όχι ανάμεσα στο φόβο του πόνου και την παρούσα δοσολογία αυτή καθαυτή (η οποία ήταν μεν θετική αλλά όχι στατιστικά σημαντική) - επιβεβαιώνει την αρχική μας υπόθεση υποδηλώνοντας συσχετισμούς της πορείας (χρόνου και τρόπου) μείωσης της μεθαδόνης - και όχι της παρούσας δόσης αυτής καθαυτής - με την ψυχολογική κατάσταση των εξαρτημένων.

Στα παραπάνω εάν συνεκτιμηθεί ότι η συσχέτιση μεταξύ της παρούσας δοσολογίας και του χρονικού διαστήματος της τελευταίας εισόδου στο πρόγραμμα ήταν σημαντική και αρνητική (τουτέστιν, όσο μεγαλύτερο χρονικό διάστημα είχε παρέλθει από την τελευταία εισαγωγή, τόσο μικρότερη η παρούσα δοσολογία μεθαδόνης), τότε αντανakλάται η διεξαγωγή συμπερασμάτων και ευρημάτων διεθνών μελετών, ότι δηλαδή είναι η σταδιακή μείωση της μεθαδόνης σε βάθος χρόνου που εξασφαλίζει τα περισσότερα βιώσιμα αποτελέσματα αποτοξίνωσης και επιτυχούς θεραπευτικής έκβασης (Amato et al, 2013).

Δεδομένης μάλιστα της στατιστικά σημαντικής συσχέτισης ανάμεσα στη βαθμολογία της κλίμακας των στερητικών συμπτωμάτων με το φόβο για ήπιο πόνο και με

τον ολικό φόβο για πόνο, τότε πιθανώς ο φόβος για τον πόνο θα μπορούσε να εντάσσεται στο πλαίσιο του συνδρόμου απόσυρσης, εντός του οποίου ο πόνος κατέχει βασική θέση. Η υποχώρηση του φόβου του πόνου, δε, με τη σταδιακή μείωση της δοσολογίας του φαρμάκου πιθανόν υποδηλώνει τη μείωση της εκδήλωσης άγχους γύρω από το ενδεχόμενο δυνητικού στερητικού συνδρόμου και υποτροπών. Η έρευνα, άλλωστε, έχει καταδείξει ότι ουσίες (όπως η μεθαδόνη) που επιτρέπουν την αργή μειούμενη και προσωρινή υποκατάσταση ναρκωτικών μακράς διαρκείας (πόσο μάλλον στην περίπτωση που συνδυαστούν με επιτηρούμενη χορήγηση και βοηθητική αγωγή για τον ύπνο) εξασφαλίζουν λιγότερο επίπονη αποτοξίνωση (απόσυρση) (Amato et al, 2013).

Αυξημένα επίπεδα φόβου του πόνου – ανεξαρτήτου υποκλίμακας – εντοπίστηκαν στους ασθενείς που διαβιούν μόνοι τους καθώς και σε αυτούς που δεν είναι γεννημένοι στην Ελλάδα, αντανakλώντας το ρόλο ψυχολογικοκοινωνικών παραμέτρων (όπως είναι η συμβίωση και η εντοπιότητα) σε παραμέτρους όπως ο φόβος και ο πόνος· εύρημα το οποίο έχει επιβεβαιωθεί επί σειρά ετών από πολλές μελέτες (Kelsall, 2007; Emerson et al, 2014; Zale & Ditre, 2015).

Είναι γνωστό ότι η χρήση των οπιοειδών αυτή καθαυτή προκαλεί μεταβολές στο κεντρικό νευρικό σύστημα οδηγώντας σε αυξημένη ευαισθησία στον πόνο· τη λεγόμενη «επαγόμενη από οπιοειδή υπεραλγησία» (opioioid-induced hyperalgesia). Η επαγόμενη από οπιοειδή υπεραλγησία κάποιες φορές συγχέεται με την ανοχή, διαφέροντας όμως ως προς το μηχανισμό λειτουργίας. Έχειδειχθεί ότι η ευαισθησία στον πόνο μπορεί να συνεχίζεται ή να φαίνεται ότι αυξάνεται προσωρινά, ακόμη και μετά τη διακοπή του φαρμάκου. Η διακοπή των οπιοειδών προκαλεί αλλαγές στους νευροδιαβιβαστές και τους νευροφλεγμονώδεις μεσολαβητές που εμπλέκονται στην αίσθηση του πόνου, επιτείνοντας τον πόνο. Η ευαισθησία στον πόνο κατά τη διάρκεια της απόσυρσης των οπιοειδών ή αμέσως μετά από αυτήν αποτελεί σοβαρό παράγοντα κινδύνου υποτροπής για τα άτομα που κάνουν χρόνια χρήση ουσιών (Rieb et al, 2016).

Ο φόβος του πόνου στους εξαρτημένους ενδέχεται να εντάσσεται στο παραπάνω πλαίσιο, ειδικά όταν πυροδοτείται από την ανάκληση παρελθοντικών εμπειριών και αναμνηστικών γεγονότων (Milby et al, 1994) κατά τα οποία οι υποτροπές συνέβησαν σε συγκεκριμένα επίπεδα δόσεων μεθαδόνης. Οι μνήμες των τραυματικών εμπειριών δύνανται να παραμένουν αρκετά ακριβείς και πιστές στα γεγονότα που τις υποκίνησαν,

εμπλέκοντας στην παρούσα εμπειρία τη συμμετοχή ενός σωματοαισθητηριακού μηχανισμού μνήμης (Salomons et al, 2004).

Ως εκ τούτου, η επικείμενη ή υφιστάμενη μείωση (ή εξάλειψη) του υποκαταστάτου αποτελεί δύσκολη υπόθεση για τους οπιοεξαρτημένους, δημιουργώντας συχνά τεράστιες προκλήσεις στη σχέση τους με τους επαγγελματίες υγείας. Επιπλέον, ο φόβος της αποτοξίνωσης συνιστά προγνωστικό παράγοντα διακοπής της χορήγησης μεθαδόνης και απαρχή ενός φαύλου κύκλου επαναληπτικών εισαγωγών στα προγράμματα. Η απόσυρση της μεθαδόνης αυτής καθαυτής αποτελεί αγχογόνο εμπειρία όχι μόνο για τους συμμετέχοντες στο πρόγραμμα υποκατάστασης, αλλά και για τους επιτυχώς ολοκληρώσαντες αυτού (Carreras Alabau, Carrobbles Isabel, & Almendros Rodriguez, 2016).

Η απειλή ενός επικείμενου έντονου πόνου, όπως είναι ο πόνος που εμπεριέχεται στα στερητικά συμπτώματα των οπιοειδών - αποκαλούμενος εσωτερικός ρευματισμός (internal rheumatism) - (πολυμυαλγίες, πολυαρθραλγίες, νευροπαθητικός πόνος κ.α.) (Ruiter et al, 2001), είναι δυνατό να καθηλώσει τα άτομα με τρόπο που δύσκολα αποσπούν την προσοχή τους από αυτήν (Gatchel et al, 2007). Οι πεποιθήσεις (Armfield, 2006) που καλλιεργούνται γύρω από την έννοια των συμπτωμάτων και του πόνου αλλά και οι πληροφορίες (Ruiter et al, 2001) που παρουσιάζουν τη μείωση της μεθαδόνης (έναντι της οποίας οι χρήστες είναι εξαιρετικά ευάλωτοι) ως ιδιαιτέρως απειλητική, δύνανται όχι μόνο να συντηρούν αλλά και να αυξάνουν τα επίπεδα του φόβου του πόνου.

Η συμπεριφορά αποφυγής μείωσης της μεθαδόνης έρχεται ως επακόλουθο του επαγόμενου φόβου, με τον κίνδυνο της εκτεταμένης αποφευκτικότητας να ελλοχεύει πάντα. Η εκτεταμένη εκδήλωση αποφυγών επιφέρει σοβαρή επιβράδυνση ακόμη και επιδείνωση της ποιότητας ζωής των ανθρώπων (Kryptos et al, 2015), πόσο μάλλον των εξαρτημένων ανθρώπων που βρίσκονται σε θεραπεία υποκατάστασης καθιστώντας τα μη ικανά να αντιμετωπίσουν αγχογόνες καταστάσεις. Το ενδεχόμενο συνυπάρχουσας ψυχοπαθολογίας, που κινείται προς αυτή την κατεύθυνση, χρειάζεται να εφιστά την προσοχή των κλινικών.

Η Γνωσιακή Συμπεριφορική Θεραπεία (Cognitive Behavioral Therapy) έχει αποδειχθεί σημαντικά αποτελεσματική στην θεραπεία των διαταραχών χρήσης ουσιών (substance use disorders) (McHugh, Bridget, & Otto, 2010), όπως και στη διαχείριση του

φόβου (Armfield, 2006). Η εφαρμογή, μάλιστα, του φοβο-αποφευκτικού μοντέλου του πόνου (The Fear-Avoidance Model of Pain) θα μπορούσε να συντελέσει προς την κατεύθυνση της γνωσιακής αναδόμησης του σχήματος του πόνου (Leeuw et al, 2006) που απαιτείται, προκειμένου να βοηθηθεί ο εξαρτημένος να μεταβεί τα στάδια της αλλαγής που απαιτούνται για την επίτευξη της σωματικής αποτοξίνωσης και ψυχικής απεξάρτησης. Μελέτες, άλλωστε, προτείνουν ότι τα υποκείμενα που δεν εμφανίζουν φόβο κατά την αποτοξίνωση του υποκατάστατου, παρουσιάζουν περισσότερες πιθανότητες επιτυχούς έκβασης της αποτοξίνωσης (Milby, et al 1994), και κατ' επέκταση επιτυχούς θεραπείας της εξάρτησης.

Συνοψίζοντας, η παρούσα μελέτη έδειξε τάσεις θετικής συσχέτισης της παρούσας δοσολογίας μεθαδόνης με το φόβο του πόνου, και κυρίως το φόβο του πόνου που αφορά στις ιατρικές παρεμβάσεις, όπως και αρνητική συσχέτιση της δοσολογίας σταθεροποίησης με το φόβο του πόνου. Τα χαμηλά έως μέσα επίπεδα της τρέχουσας δοσολογίας μεθαδόνης εξηγούνται από το γεγονός ότι το δείγμα μας αποτέλεσαν οι «καθαροί» ασθενείς (που απέχουν δηλαδή από την παράλληλη χρήση ουσιών), και άρα περισσότερο κινητοποιημένοι στη θεραπεία.

Η στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση μεταξύ της διαφοράς της παρούσης (τρέχουσας) δοσολογίας από την δόση σταθεροποίησης και του φόβου του πόνου επιβεβαιώνει με έμμεσο τρόπο την αρχική μας υπόθεση, ότι δηλαδή χρήστες με αυξημένα επίπεδα φόβου του πόνου θα δυσκολεύονται ως προς τη μείωση του υποκαταστάτου, και πιθανά ως προς την έλευση της επιτυχούς ολοκλήρωσης της θεραπείας (η επιτυχής απόσυρση του υποκατάστατου αποτελεί μία μόνο παράμετρο επιτυχούς θεραπευτικής έκβασης).

Η στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στη βαθμολογία της κλίμακας των στερητικών συμπτωμάτων με το φόβο για ήπιο πόνο και με τον ολικό φόβο για πόνο, καθώς και τα υψηλά επίπεδα φόβου του πόνου που αφορούν στις ιατρικές παρεμβάσεις αφήνουν υπαινιγμούς ότι ο φόβος του πόνου μαζί με τη δυσκολία μείωσης στα επίπεδα της μεθαδόνης μπορεί να σχετίζεται με το φόβο εκδήλωσης συνδρόμου απόσυρσης.

Δ.2. Περιορισμοί

Στους περιορισμούς της μελέτης περιλαμβάνονται οι εξής:

- Το δείγμα ήταν μετρίου μεγέθους, καθώς σε αυτό δεν περιλαμβάνονταν μονάδες του OKANA εκτός Αττικής.
- Οι κλίμακες που εντάχθηκαν στο ερωτηματολόγιο υπόκεινται σε περιορισμούς. Σε σχέση με την αξιολόγηση των στερεοτικών συμπτωμάτων υπήρχαν και άλλες κλίμακες που αν χρησιμοποιούνταν πιθανά αναδεικνύονταν διαφορετικές συσχετίσεις.
- Οι απώλειες και τα ελλιπή δεδομένα στους ατομικούς φακέλους ασθενών αποτέλεσαν περιοριστικό παράγοντα.
- Λόγω του κριτηρίου συμμετοχής στην έρευνα που αφορούσε στην ‘καθαρότητα’ και τη μη παράλληλη χρήση ουσιών των εξαρτημένων, σημαντικό ποσοστό των συμμετεχόντων ήταν σαφώς κινητοποιημένο στα πλαίσια της θεραπείας.

Δ.3. Συμπεράσματα

Παρά τους περιορισμούς της μελέτης, η πρωτοτυπία της έγκειται στο ότι αναδεικνύεται η σημαντική συνιστώσα του φόβου του πόνου στους χρήστες ψυχοδραστικών ουσιών, και μια πιθανή συσχέτισή της με την πορεία των δόσεων του υποκαταστάτου κατά τη διαδικασία αποτοξίνωσης.

Από το γεγονός αυτό προκύπτει η αναγκαιότητα συστηματικής και συνεχούς παροχής ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων στις θεραπευτικές δομές του OKANA καθ’ όλη τη διάρκεια θεραπείας υποκατάστασης, έως και την πλήρη απόσυρση της μεθαδόνης· αναγκαιότητα η οποία έχει επιβεβαιωθεί επί σειρά ετών μέσα από πλήθος ερευνών στο βάθος του χρόνου (Gowing et al, 2017; Kampman & Jarvis, 2010; Davis et al, 2016 Connors, Maistro, & Donovan, 1996; Dole & Nyswander, 1965; Dugosh et al, 2016).

Μελλοντική έρευνα χρειάζεται να εστιάσει στην ψυχολογική συνιστώσα του φόβου του πόνου των εξαρτημένων αναδεικνύοντας συσχετισμούς με την πορεία

απόσυρσης του υποκατάστατου (και όχι με την τρέχουσα δοσολογία αυτή καθαυτή), έτσι ώστε τον καταλληλότερο και αποδοτικότερο θεραπευτικό σχεδιασμό. Επιπλέον, ερευνητικό ενδιαφέρον θα είχε εάν οι επόμενες μελέτες προέβαιναν σε συσχετισμούς του φόβου του πόνου με την πορεία μείωσης του υποκαταστάτου σε ασθενείς που λαμβάνουν μέσω OKANA θεραπεία υποκατάστασης με βουπρενορφίνη.

ΜΕΡΟΣ ΙΙΙ

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ

Amato, L., Davoli, M., Minozzi, S., Ferroni, E., Ali, R., & Ferri, M. (2013). Methadone at tapered doses for the management of opioid withdrawal. *Cochrane Database Systematic Review*, (2): cd003409

Amatto, L., Minozzi, S., Davoli, M., Vecchi, S., Ferri, M., Mayet, S. (2011). Psychological and pharmacological treatments versus pharmacological treatments for opioid detoxification. *Cochrane Database Systematic Review*, (9): cd005031

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, DSM-5TM.

Armfield, J.M. (2006). Cognitive vulnerability: A model of the etiology of fear. *ClinPsychol Review*, 26, 746-768

Armfield M.J., (2007). Understanding animal fears: a comparison of the cognitive vulnerability and harm-looming models. *BMC Psychiatry*, 7, 68

Ball, G., Stokes, P. R., Rhodes, R. A., Bose, S. K., Rezek, I., Wink, A.M. et al. (2011). Executive functions and prefrontal cortex: A matter of persistence? *Frontiers in Systems Neuroscience*, 5(3), 1-13.

Bandura, A. (1983). Self-efficacy determinants of anticipated fears and calamities. *Journal of Personality and Social Psychology*, 45, 464-468

Bandura, A., Adams, N.E., & Beyer, J. (1977). Cognitive processes mediating behavior change. *Journal of Personality and Social Psychology*, 35 (3), 125-139

[Bardoni, R.](#) (2013). Role of presynaptic glutamate receptors in pain transmission at the spinal cord level. [CurrNeuropharmacol.](#), 11, 477-83.

Belivacqua, L.B. & Goldman, D.L. (2009). Genes and addiction. *ClinPharmacolTher*, 85(4), 359-361

Bitterman, M.E. (2006). Classical Conditioning Since Pavlov. *Review of General Psychology*, 10(4), 365-376

Blacken, P., Hendriks, V., Pozzi, G., Tempesta, E., Hartgers, C., Koeter, M., Fahrner, E.M., Gsellhofer, B., Kufner, H., Kokkevi, A., Uchtenhagen A. (1994). *European Version of the Addiction Severity Index- EuropASI*

Bourke, J. (2003). Fear and Anxiety: Writing about Emotion in Modern History. *History Workshop Journal*, 55,111-133

Carreras Alabau, A., Crrobles Isabel J.A., & Almendros Rodriguez, C. (2016). Perceived stress related to methadone withdrawal. *Psicothema*, 28(3), 235-240

Centers For Disease Control and Prevention (July 11, 2017). *Winnable Battles. Tobacco Use*. (From: <http://www.cdc.gov/winnableBattles/Tobacco/index.html>)

Chander, G., Himelhock, S., Moore, R.D. (2006). Substance abuse and psychiatric disorders in HIV-positive patients: epidemiology and impact on antiretroviral therapy. *Drugs*, 66(6), 769-89

Chou, R., Turner, J.A., Devine, E.B., Hansen, R.N., Sullivan, S.D., Blazina, I., et al. (2015). The effectiveness and risks of long-term opioid therapy for chronic pain: a systematic review for a National Institutes of Health Pathways to Prevention Workshop. *Annals of internal medicine*, 162, 276-86.

Connors, G.J., Maistro, S.A., Donovan, D.M. (1996). Conceptualization of relapse: a summary of psychological and psychobiological models (Section I. Theoretical Perspectives of Relapse). *Addiction*, 91 (supplement), 5-13

Crunelle, C.L., Kaag, A.M., van den Munkhof, H.E., Reneman, L., Homberg, J.R., Sabbe, B., et al. (2015). Dysfunctional amygdale activation and connectivity with the prefrontal cortex in current cocaine users. *Human Brain Mapping*, 36(10), 4222-4230

Davis, D.R., Kurti, A.N., Skelly, J.M., Redner, R., White, T.J., & Higgins, S.T. (2016). A review of the literature on contingency management in the treatment of substance use disorders, 2009-2014. *Prev Med*, 92, 36-46

Davis, M., Walker, D.L., Miles, L., & Grillon, C. (2010). Phasic vs sustained fear in rats and humans: Role of the extended amygdala in fear vs anxiety. *Neuropsychopharmacology*, 35(1), 105-135

De Leon, G. Therapeutic Communities. In: M. Galender, H.D. Kleber, K.T. Brady (2015). *The American Psychiatric Textbook of Substance Abuse Treatment* (p.511-530), (5thed). Washington, DC: American Psychiatric Publishing Inc.

Dole, V.P., & Nyswander, M. (1965, Aug 23). A Medical Treatment for Diacetylmorphine (Heroin) Addiction. A Clinical Trial With Methadone Hydrochloride. *JAMA*, 193(8), 646-650

Donroe, J.H., Holt, S.R., Tetrault, J.M. (2016 Dec). Review: Caring for patients with opioid use disorder in the hospital. *CMAJ*, 188, 17-18

Dony, E.C., Brasser, S.M., Bigelow, G.E., Stitzer, M.L., Walsh, S.L. (2005 Oct). Methadone doses of 100mg or greater are more effective than lower doses at suppressing heroin self-administration in opioid-dependent volunteers. *Addiction*, 100(10), 1496-509

Dubin, A. & Patapoutian, A. (2010). Nociceptors: the sensors of the pain pathway. *J Clin Invest*, 120(11), 3760-3772

Dugosh, K., Abraham, A., Seymour, B., McLoyd, K., Chalk, M., & Festinger, D. A. (2016 Mar). Systematic Review on the Use of Psychosocial Interventions in Conjunction With Medication for the Treatment of Opioid Addiction. *J Addict Med*, 10(2), 93-103

Durvasula, R., & Miller, Th. (2014). Substance Abuse Treatment in Persons with HIV/AIDS: Challenges in Managing Triple Diagnosis. *Beh Med*, 40(2), 43-52

Emerson, N., Zeidan, F., Lobanov, O.V., Hadsel, M.S., Martucci K., T., Quevedo, A. (2014). Pain Sensitivity is Inversely Related to Regional Grey Matter Density in the Brain. *Pain*, 155(3), 566-573

- Fraser, J., Hering, R., Martell, D., Segato, P., Lowe, B., Caupbell-Palmer, S., & Miller, L. (2017). *Methadone Maintenance Treatment Handbook*. (2nd Edition). College of Physicians & Surgeons of Nova Scotia. College of Registered Nurses of Nova Scotia (Setting the Standard for Case).
- Galea, S., Nandi, A., and Vlahov, D. (2004). The social Epidemiology of substance use. *Epidemiologic Reviews*, 26, 36-52
- Gatchel R.J., Yuan Bo P., Madelon L.P., Perry N.F., & Turk D.C. (2007). The Biopsychosocial Approach to Chronic Pain: Scientific Advances and Future Directions. *Psychological Bulletin*, 133(4), 581-624
- Goeders, N.E. (2004). Stress, motivation and drug addiction. *Current Direction in Psychological Science*, 13, 33-35
- Goldstein, R.Z. & Volkow, N.D. (2011). Dysfunction of the prefrontal cortex in addiction: Neuroimaging findings and clinical implications. *Nature Reviews Neuroscience*, 12(11), 652-669
- Gouva, M., Dragioti, E., Paschou, A. (2014). Psychometric properties and factor structure of the Greek version of the Fear of Pain. *Interscientific health care (Inpress)*
- Gowing, L., Ali, R., White, J.M., Bewe, D. (2017 Feb 21) Buprenorphine for managing opioid withdrawal. *Cochrane Database Syst. Rev*, 2. cd002025
- Gowing, L.R., Ali, R.L., Allsop, S., Marsden, J., Turf, E.E., West, R., & Witton, J. (2015 June). Global Statistics on addictive behaviours: 2014 Status Report. *Addiction*, 110(6), 904-19
- Green, L. & Gossop, M. (1988). Effects of Information on the Opiate Withdrawal Syndrome. *Br J of Addiction*, 83(3), 305-309
- Handelsman, A., Cochrane, K.J., Aronson, M.J., Ness, R., Rubinstein, K.J., Kanof, P.D. (1987). Two new rating Scales for Opiate Withdrawal. *American Journal of Alcohol Abuse*, 3(3), 293-308

Hofmann, S.G., Asnnani, A., Vonk, I.J., Sawyer, A.T., & Fang, A. (2012 Oct 1). The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta-analyses. *Cognit Ther Res*, 36(5), 427-440

<http://harmreduction.gr/overdose/>

<http://www.okana.gr>

<http://www.okana.gr/2012-02-03-13-02-03/politikiokana>

Jarymowicz, M. & Bar-Tal, D. (2006). The dominance of fear over hope in the life of individuals and collectives. *Eur J SocPsychol*, 36, 367-392

Jordan, C.J., & Andersen, S.L. (2017 June). Sensitive periods of substance abuse: Early risk or the transition to dependence. *Dev CognNeurosci*, 25, 29-44

Kampman, K., Jarvis, M. (2015). American Society of Addiction Medicine (ASAM). National Practice Guideline for the Use of Medications in the Treatment of Addiction Involving Opioid Use. *Journal Addiction Medicine*, 9(5), 358-367

Kelsall, D. (2007). Changing Fear. *Can Fam Physician*, 53 (5), 791

Koob, G.F. & Volkow, N.D. (2010). Neurocircuitry of addiction. *Neuropsychopharmacology*, 35(1), 217–238

Krypotos, A.M., Effting, M., Kindt, M., & Beckers, T. (2015). Avoidance learning: A review of theoretical models and recent developments. *Front Behav Neurosci*, 9(189)

Larimer, M.E., Palmer R.S., & Marlatt, G.A. (1999). Relapse Prevention: An Overview of Marlatt's Cognitive-Behavioral Model. *Alcohol Research & Health*, 23(2), 151-160

Larner, D. (2014). Chronic pain transition: A concept analysis. *Pain Management Nursing*, 15, 707-17.

Leathy, R.L. (2017 21 Feb). *Cognitive Therapy Techniques: A Practitioner's Guide*. (e-book). New York-London: Guilford Publications

- Leeuw, M., Goossens, M.E.J.B, Linton, S.J., Crowbez, G., Boersma, K., & Vlayen, J.W.S. (2007). The Fear-Avoidance Model of Musculoskeletal Pain: Current State of Scientific Evidence. *J Beh Medicine*, 30(1), 77-94
- Leri, F., Bruneau, J., & Stewart, J. (2003). Understanding polydrug use: review of heroine and cocaine co-use. *Addiction*, 98, 7-22
- Lundberg, M., Grimby-Ekman, A., Verbunt, J., & Simoens, M.J. (2011). Pain-Related Fear. A critical review of the related measures. *Pain Research and Treatment*. Vol 2011, 26 pages
- Malivert M, Fatseas M, Denis C, Langlois E, Auriacombe M. (2012). Effectiveness of therapeutic communities: a systematic review. *Eur Addict Res*, 18(1), 1-11
- McCarty, D., Braude, L., Lyman, R., Dougherty, R.H., Daniels, A., Ghose, S.S., & Delphin-Rittmon, M.E. (2014 June 1). Substance Abuse Intensive Outpatient Programs: Assessing the Evidence. *Psychiatr Serv*, 65(6), 718-726
- McHugh, K.R., Hearon, B.A., & Otto, M.W. (2010). Cognitive-Behavioral Therapy for Substance Use Disorders. *Psychiatr Clin North Am*, 33(3), 511-525
- Meador, N., Li, R., Jarlais, C.D., Pilling, S. (2010). Psychosocial interventions for reducing injection and sexual risk behavior for preventing HIV in drug users. *Cochrane Database of Systematic Review*, 1.cd: 007192.pub2
- Milby, J.B., Hohmann, A.A., Gentile, M., Huggins, N., Sims, M.K., McLellan, T., et al (1994). Methadone maintenance outcome as a function of detoxification phobia. *The American Journal Psychiatry*, 151, 1031-1037
- Moreira, F.A., & Dalley, J.W. (2015). Dopamine receptor partial agonists and addiction. *European Journal of Pharmacology*, 752, 112-115
- Mower, O.H. (1951). Two-factor Learning Theory: Summary and Comment. *Psychological Review*, 58(5), 350-354
- New South Wales Department of Health, Mental Health and Drug and Alcohol Office (2008). *NSW Drug and Alcohol Withdrawal Clinical Practice Guidelines*

- Ortony, A., & Turner, T.J. (1990). What's Basic About Basic Emotions? *Psychological Review*, 97(3), 315-331
- Parsons, L. H., & Hurd, Y. L. (2015). Endocannabinoid signalling in reward and addiction. *Nature Reviews Neuroscience*, 16(10), 579-594
- Phillips, G.T., Gossop, M., Bradley, B. (1986 Aug). The influence of psychological factors on the opiate withdrawal syndrome. *Br J Psychiatry*, 149, 235-238
- Rachman, S. (1976). The passing of the two-stage Theory of Fear and Avoidance. Fresh Possibilities. *Beh Res & Therapy*, 14, 125-131
- Rascanu R. (2005). The personality Profile of the Drug Addict review of recent drug consumption data in Romania and other central and eastern European countries. *Europe's Journal of Psychology*, 1(1)
- Rieb, L.M., Norman, W.V., Martin, R.E., Berkowitz, J., Wood, E., McNeil, R., Milloy, M.J. (2016). [Withdrawal-associated injury site pain \(WISP\): a descriptive case series of an opioid cessation phenomenon](#). *Pain*, 157(12): 2865-2874.
- Ronningstam, E., & Bastin-Sommers A. (2013). Fear and decision-making in narcissistic personality disorder- a link between psychoanalysis and neuroscience. *Dialogues Clin Neurosci*, 15(2), 191-201
- Rowe, C. (2012). Family therapy for drug abuse: Review and Updates, 2003-2010. *J Mar Fam Ther*, 38 (1), 59-81
- Ruiter, R.A.C., Abraham, C., & Kok, G. (2001). Scary Warnings and Rational Precautions: A Review of the Psychology of Fear Appeals. *Psychology and Health*, 16, 613-630
- Salomons, T.V., Osterman, J.E., Gagliese, L., & Katz, J. (2004). Pain flashbacks in posttraumatic stress disorder. *The clinical Journal of Pain*, 20(2), 83-87
- Serpell, M. (2006) Anatomy, physiology and pharmacology of pain. *Surgery*, 24(10), 350-353

Smedslund, G., Berg, R.C., Hammerstrom, K.T., Steiro, A., Leiknes, K.A., Dahl, H.M., & Karlsen, K. (2011). Motivational Interviewing For Substance Abuse. The Campbell Collaboration. Campbell Systematic Reviews, 6. *Cochrane Database Reviews*, 5

Stone, A., Becker, L.G., Huber, A.M., Catalano, R. (2012). Review of risk and protective factors of substance use and problem use in emerging adulthood. *Addictive Behaviors*, 38, 747-775

Swendsen, J., Conwan, K.P., Degenhardt, L., Glantz, M., Jin, R., Merikangas, K.R., Sampson, N., Kessler, R.C. (2010 Jun). Mental disorders as risk factors for substance use, abuse and dependence: results from the 10-year follow-up of the National Comorbidity Survey. *Addiction*, 105(6), 1117-1128

Swift, R. M., & Aston, E. R. (2015). Pharmacotherapy for alcohol use disorder: Current and emerging therapies. *Harvard Review of Psychiatry*, 23(2), 122-133.

Tatarsky, A., & Marlatt, G.A. (2010). Harm Reduction Psychotherapy and Training Associates. State of the Art in Harm Reduction Psychotherapy: An Emerging Treatment for Substance Misuse. *J Cl Psychol: In Session*, 66(2), 117-122

The ASAM (2014). Principles of Addiction Medicine. *Fifth edition*

Thoma, N., Pilecki, B., & McKay, D. (2015 Sep). Contemporary Cognitive Behavior Therapy: A Review of Theory, History, and Evidence. *Psychodyn Psychiatry*, 43(3), 423-461

United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) (2017 May). *Global Overview of Drug Demand and Supply. Latest trends, cross-cutting issues*. World Drug Report 2017. Booklet 2. United Nations publication

United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) (2017 May). *The drug problem and organized crime, illicit financial flows, corruption and terrorism*. World Drug Report 2017, Booklet 5, United Nations publication

Vanderplasschen, W., Colpaert, K., Autrique, M., Charles Rapp, R., Pearce, S., Broekaert, E., & Vandeveld, S. (2013). Therapeutic Communities for Addictions: A Review of Their

Effectiveness from a Recovery-Oriented Perspective. *Scientific World Journal*, 2013, 22 pages

Volkow, N.D. & Morales, M. (2015). The brain on drugs: From reward to addiction. *Cell*, 162(4), 712-725

Volkow, N.D., Koob, G.F. & McLellan, A.T. (2016). Neurobiologic advances from the brain disease model of addiction. *New England Journal of Medicine*, 374(4), 363-371

Volkow, N.D., Tomasi, D., Wang, G.J., Logan, J., Alexoff, D.L., Jayne, M., Du, C. (2014). Stimulant-induced dopamine increases are markedly blunted in active cocaine abusers. *Molecular Psychiatry*, 19(9), 1037-1043

Wang, C.K., Hah, J.M., Carroll, I. (2009). Factors contributing to pain chronicity. *Current pain and headache reports*, 13, 7-11 Whitesell, M., Bachand, A., Peel, J., & Brown, M. (2013). Review of Familial, social, and Individual factors contributing to Risk for Adolescent Substance Use. *Journal of Addiction*, Vol 2013; 9 pages

Watson, J.B., & Rayner, R. (1920). Conditional emotional reactions. *Journal of Experimental Psychology*, 3, 1-14

Zale, E.L., & Ditre, J.W. (2015 Oct). Pain- Related Fear Disability and the Fear-Avoidance Model of Chronic Pain. *Curr Opin Psychol*, 5, 24-30

Zgierska, A., Rabago, D., Chawla, N., Kushner, K., Koehler, R., & Marlatt, A. (2009). Mindfulness Meditation for Substance Use Disorders: A Systematic Review. *Subst Abuse*, 30(4), 266-294

ΕΛΛΗΝΙΚΗ

Αναγνώστου, Ο., Κοκκώλης, Κ. (2015). *Θεραπείες Διαταραχών Χρήσης Ουσιών. Πρακτικός Οδηγός για την Άμεση Αντιμετώπιση της Τοξίκωσης και της Στέρησης*. Αθήνα: OKANA

Γαζγαλίδης, Κ. (2003). *Ηρωίνη. Υποκατάστατα και Ανταγωνιστές. Θεραπείες Μεθαδόνης, Βουπρενορφίνης, LAAM, Ναλτρεξόνης*. Θεσσαλονίκη: Εκδοτική Θες/κης

Γαζγαλίδης, Κ. (2005). «Ναρκωτικά». *Εγχειρίδιο για τη Μείωση της Βλάβης*. Αθήνα: Εξάντας

Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (ΕΠΨΥ) (2017). *Ετήσια Έκθεση 2016 για την Κατάσταση του Προβλήματος των Ναρκωτικών και των Ουνοπνευματωδών στην Ελλάδα..* Αθήνα: ΕΚΤΕΠΝ

Kristal, L. (1980). *Η ψυχολογία στη ζωή μας*. Αθήνα: Ψυχογιός

Κωνσταντινίδης, Γ.Κ. (2004). *Ο Μίτος της Αριάδνης για την έξοδο από το Λαβύρινθο της Ηρώνης*. Αθήνα: Θυμάρι

Laplanche, J., & Pontalis, J.B. (1986). *Λεξιλόγιο της Ψυχανάλυσης*, (Μετάφρ.: Β. Καψαμπέλης, Α. Χαλκιάου, Α. Σκουλικά, Π. Αλούπης). Αθήνα: Κέδρος

Λιάππας, Ι. (2004). Εξαρτησιογόνες ουσίες. Στο: Ι.Α. Λιάππας, Β. Πομίνι. (Επιμ. έκδ). *Ουσιοεξάρτηση. Σύγχρονα θέματα..* Αθήνα: ITACA

Λιάππας, Ι.Α. (1995). *Ναρκωτικά: Εθιστικές ουσίες, Κλινικά προβλήματα, Αντιμετώπιση*. Αθήνα: Εκδόσεις Πατάκη

Λιάππας, Ι., Παπαρηγόπουλος, Θ., Τζαβέλλας, Η. (2013). Ουσιοεξάρτηση-Επιδημιολογία-Κοινωνικο-οικονομικές διαστάσεις. Στο: Γ.Ν. Παπαδημητρίου, Ι.Α. Λιάππας, Ε. Λύκουρας. *Σύγχρονη Ψυχιατρική* (2^η έκδ.). Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις ΒΗΤΑ

Λιάπη, Χ. *Εισαγωγή στη Φαρμακολογία. Γενικές αρχές της δράσης των φαρμάκων. Φαρμακοκινητική-Φαρμακοδυναμική* [Powerpoint slides]. Πανεπιστήμιο Αθηνών, Τμήμα Νοσηλευτικής, 3^ο εξάμηνο, από: <http://eclass.uoa.gr>

Μαρσέλος, Μ. (2006). *Συνοπτική Φαρμακολογία. Τόμος Ι* [Πανεπιστημιακές Σημειώσεις]. Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Τμήμα Ιατρικής, Εργαστήρι Φαρμακολογίας, από: http://anamorfosi.uoi.gr/Iatrikh/edumaterial/11/Synoptikh_farmakologia_tomos_I.pdf

Μέλλος, Ε. (2004). Εξωτερικού τύπου θεραπευτική παρέμβαση απεξάρτησης χωρίς τη συνταγογράφηση υποκατάστατων ουσιών. Στο: Ι.Α. Λιάππας, Β. Πομίνι. (Επιμ. έκδ). *Ουσιοεξάρτηση. Σύγχρονα θέματα..* Αθήνα: ITACA

Μπάλλας, Κ. (2002). *Ηρωίνη. Από την εξάρτηση και τη Νόσο προς Σύγχρονες Θεραπευτικές Διαδρομές*. Αθήνα: Προσκήνιο

Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών (2012). *Πλαίσιο Λειτουργίας των Θεραπευτικών Δομών του OKANA*. Αθήνα: OKANA

Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών (2015). *Οδηγός για την έγκυρη παρουσίαση θεμάτων σχετικά με τα ναρκωτικά*. Αθήνα: OKANA

Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) (2010): *Λεξικό για το Αλκοόλ και τις λοιπές Ψυχοδραστικές Ουσίες*, (Επιμ. έκδ.: Μ. Μαλλιώρη). Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις ΒΗΤΑ

Πουλόπουλος Χ. (2010). *Εξαρτήσεις. Οι θεραπευτικές κοινότητες*. (4^η Έκδ). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα

Roques, B. (2001). *Η επικινδυνότητα των ναρκωτικών ουσιών*, (Επιμ. έκδ.: Κ Γρίβας). Αθήνα: Παπαζήση

Τζαβέλλας, Η., & Παπαρρηγόπουλος, Θ. (Ιούλιος-Δεκέμβριος 2010). Ψυχοδραστικές ουσίες και παραβατικότητα. *Ψυχιατροδικαστική*. Εξαμηνιαία Έκδοση του Κλάδου της Ψυχιατροδικαστικής της ΕΨΕ, 3

Τσακλακίδου, Δ. (2004). Θεραπευτική αντιμετώπιση με χρήση υποκαταστάτων. Στο: Ι.Α. Λιάπας, Β. Πομίνι. (Επιμ. έκδ). *Ουσιοεξάρτηση. Σύγχρονα θέματα..* Αθήνα: ITACA

ΜΕΡΟΣ IV

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ-ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

ΤΟΜΕΑΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ-ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ

Π.Μ.Σ. «ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ»

Κύριε/Κυρία,

Το ερωτηματολόγιο που ακολουθεί εντάσσεται στο πλαίσιο της διπλωματικής μου ερευνητικής μελέτης του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «Αντιμετώπιση του Πόνου» του Τμήματος της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, και συγκεκριμένα του εργαστηρίου της Ιατρικής Ψυχολογίας.

Απώτερος σκοπός της μελέτης είναι η συμβολή της στον αποτελεσματικότερο σχεδιασμό της παρεχόμενης θεραπείας των χορηγούμενων με μεθαδόνη μελών των Μονάδων Υποκατάστασης του ΟΚΑΝΑ. Για το λόγο αυτό, η συμμετοχή σας στην παρούσα έρευνα - αν και εθελοντική - καθίσταται πολύτιμη και σημαντική.

Η διατήρηση της ανωνυμίας του κάθε ερωτώμενου/συμμετέχοντα στην έρευνα, αλλά και η διασφάλιση του απορρήτου των παρεχόμενων πληροφοριών αποτελούν αναπόσπαστο κομμάτι της ερευνητικής διαδικασίας καθ'όλη τη διάρκειά της, για το λόγο αυτό το ερωτηματολόγιο θα διανεμηθεί στον καθένα από εσάς σε κλειστούς ατομικούς φακέλους.

Ευχαριστώ, ωστόσο, εκ των προτέρων για το χρόνο σας και τη συνεισφορά σας στην ολοκλήρωση της παρούσας μελέτης. Για οποιαδήποτε πληροφορία μη διστάσετε να επικοινωνήσετε στο 210-4900335.

Μαρία Νικολοπούλου,

Ψυχολόγος-Θεραπεύτρια ΟΚΑΝΑ

ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΑ

ΚΩΔΙΚΟΣ ΑΤΟΜΟΥ

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Αθήνα, 2016

Μετά από ενημέρωση που έλαβα σχετικά με τη διεξαγωγή της μελέτης της κας Νικολοπούλου Μαρίας στο πλαίσιο εκπόνησης της διπλωματικής της εργασίας, δέχομαι να συμμετάσχω εθελοντικά σε αυτήν.

Υπογραφή Συμμετέχοντα

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΜΕΡΟΣ Ι:ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Παρακαλώ απαντήστε σε όλες τις παρακάτω ερωτήσεις σημειώνοντας ή κυκλώνοντας, όπου χρειάζεται.

1. Πόσο χρόνων είστε;.....

2. Τι φύλο έχετε;

A) Άνδρας B) Γυναίκα

3. Ποια είναι η οικογενειακή σας κατάσταση;

A) Έγγαμος/η B) Άγαμος/η Γ) Διαζευμένος/η Δ) Χήρος/α

4. Έχετε παιδιά;

A) Ναι B) Όχι

5. Που διαμένετε;

A) Έχω σταθερή στέγη B) Φιλοξενούμαι Γ) Ζω σε ίδρυμα Δ) Είμαι άστεγος/η

6. Με ποιόν μένετε αυτή την περίοδο;

A) Μόνος/η

B) Με άλλον/άλλους

7. Εργάζεστε αυτή την περίοδο;

A) Ναι B) Όχι

8. Ποιο είναι το εκπαιδευτικό σας επίπεδο;

A) Δημοτικό B) Γυμνάσιο Γ) Λύκειο Δ) Ανώτερη/Ανώτατη Εκπαίδευση

9. Γεννηθήκατε στην Ελλάδα;

A) Ναι

B) Όχι

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΜΕΡΟΣ II-ΚΛΙΜΑΚΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΦΟΒΟΥ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ

ΟΔΗΓΙΕΣ: Ο παρακάτω πίνακας, περιέχει φράσεις, που περιγράφουν καταστάσεις επώδυνων εμπειριών. Παρακαλώ διαβάστε κάθε φράση ξεχωριστά και σκεφτείτε πόσο ΠΟΛΥ ΦΟΒΗΘΗΚΑΤΕ για τον ΠΟΝΟ που σας προκάλεσε κάθε κατάσταση. **Αν δεν έχετε βιώσει** ποτέ τον ΠΟΝΟ από κάποια από τις καταστάσεις που περιγράφονται, παρακαλώ απαντήστε με το σκεπτικό του πόσο ΠΟΛΥ ΘΑ ΦΟΒΟΣΑΣΤΑΝ για τον ΠΟΝΟ που θα νιώθατε **αν θα βιώνατε** κάποια τέτοια εμπειρία. **Κυκλώστε** έναν αριθμό για το κάθε ένα από τα παρακάτω πεδία, για να βαθμολογήσετε τον δικό σας ΦΟΒΟ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ σχετικά με την κάθε μία κατάσταση.

Φοβάμαι τον πόνο που σχετίζεται με το:	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΛΙΓΟ	ΜΕΤΡΙΑ	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	ΥΠΕΡΒΟΛΙΚΑ
1. Να πάθω τροχαίο ατύχημα	0	1	2	3	4
2. Να δαγκώσω τη γλώσσα μου καθώς τρώω	0	1	2	3	4
3. Να σπάσω το χέρι μου	0	1	2	3	4
4. Να κόψω τη γλώσσα μου καθώς σαλιώνω ένα φάκελο	0	1	2	3	4
5. Να με χτυπήσει ένα βαρύ αντικείμενο στο κεφάλι	0	1	2	3	4
6. Να σπάσω το πόδι μου	0	1	2	3	4
7. Να χτυπήσω δυνατά κάπου τον αγκώνα μου, ώστε να μου «ξεραθεί» το χέρι	0	1	2	3	4
8. Να μου πάρουν αίμα με βελόνα για εξετάσεις	0	1	2	3	4
9. Να μαγκώσει το χέρι μου σε μια βαριά πόρτα αυτοκινήτου την ώρα που κλείνει με δύναμη	0	1	2	3	4
10. Να πέσω από τσιμεντένια σκάλα	0	1	2	3	4
11. Να μου κάνουν μια ένεση στο μπράτσο	0	1	2	3	4
12. Να κάψω τα δάκτυλά μου με ένα σπέρτο	0	1	2	3	4
13. Να σπάσω το λαιμό μου	0	1	2	3	4
14. Να μου κάνουν μια ένεση στους γλουτούς μου (οπίσθια)	0	1	2	3	4
15. Να καρφωθεί στο πέλμα του ποδιού μου ένα αγκάθι και να μου το αφαιρέσουν με τσιμπιδάκι	0	1	2	3	4
16. Να μου αφαιρέσει ένας οφθαλμίατρος ένα ξένο σώμα που έχει μπει στο μάτι μου	0	1	2	3	4
17. Να μου κάνουν μια ένεση μέσα στο στόμα	0	1	2	3	4
18. Να καώ στο πρόσωπο από αναμμένο τσιγάρο	0	1	2	3	4
19. Να κοπώ στο δάκτυλο από μια σελίδα	0	1	2	3	4

χαρτιού					
20. Να μου κάνουν ράμματα στα χείλη	0	1	2	3	4
21. Να μου αφαιρέσουν με ένα αιχμηρό εργαλείο μια κρεατοελιά από το πόδι μου	0	1	2	3	4
22. Να κοπώ καθώς ξυρίζομαι με ένα κοφτερό ξυραφάκι	0	1	2	3	4
23. Να καταπιώ ένα καυτό ρόφημα πριν κρυώσει	0	1	2	3	4
24. Να μου μπει σαπουνάδα στα μάτια μου καθώς λούζομαι ή κάνω μπάνιο	0	1	2	3	4
25. Να αρρωστήσω από μια ανίατη ασθένεια που προκαλεί καθημερινό πόνο	0	1	2	3	4
26. Να μου βγάλουν ένα δόντι	0	1	2	3	4
27. Να κάνω συνεχώς εμετό λόγω τροφικής δηλητηρίασης	0	1	2	3	4
28. Να μου μπει άμμος ή σκόνη στα μάτια μου	0	1	2	3	4
29. Να μου τροχίζουν ένα δόντι	0	1	2	3	4
30. Να πάθω μια μυϊκή κρίampa	0	1	2	3	4

Συνεχίζεται..

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΜΕΡΟΣ III- ΥΠΟΚΕΙΜΕΝΙΚΗ ΚΛΙΜΑΚΑ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΤΩΝ ΣΤΕΡΗΤΙΚΩΝ ΑΠΟ ΤΑ ΟΠΙΟΕΙΔΗ

ΟΔΗΓΙΕΣ: Ο παρακάτω πίνακας περιέχει φράσεις που περιγράφουν συμπτώματα στερητικού συνδρόμου από την ηρωίνη. Κυκλώστε έναν αριθμό για κάθε ένα από τα παρακάτω πεδία για να βαθμολογήσετε αυτό που ανταποκρίνεται περισσότερο σε αυτό που νιώθατε όταν κατά το παρελθόν είχατε στερητικά από την ηρωίνη .

	ΣΥΜΠΤΩΜΑ	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΛΙΓΟ	ΜΕΤΡΙΑ	ΠΟΛΥ	ΥΠΕΡΒΟΛΙΚΑ
1	Ένιωθα αγχωμένος/η	0	1	2	3	4
2	Ένιωθα σαν να θέλω να χασμουρηθώ	0	1	2	3	4
3	Ήμουν ιδρωμένος/η	0	1	2	3	4
4	Τα μάτια μου δάκρυζαν	0	1	2	3	4
5	Η μύτη μου έτρεχε	0	1	2	3	4
6	Είχα ανατριχίλες	0	1	2	3	4
7	Είχα τρέμουλο	0	1	2	3	4
8	Είχα εξάψεις	0	1	2	3	4
9	Είχα ρίγη	0	1	2	3	4
10	Τα κόκαλά μου και οι μύες μου πονούσαν	0	1	2	3	4
11	Ένιωθα κουρασμένος/η	0	1	2	3	4
12	Είχα ναυτίες	0	1	2	3	4
13	Είχα τάση για έμετο	0	1	2	3	4
14	Είχα μυϊκούς σπασμούς	0	1	2	3	4
15	Είχα κράμπες στο στομάχι (κόμπος, σφύξιμο)	0	1	2	3	4
16	Ένιωθα έντονη επιθυμία για χρήση	0	1	2	3	4

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΜΕΡΟΣ IV-ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΧΡΗΣΗΣ

Παρακαλώ πολύ απαντήστε στην παρακάτω ερώτηση:

1) Έχετε κάνει ποτέ υπερβολική χρήση μιας ουσίας κατά το παρελθόν ;

A) Ναι B) Όχι

Εάν η απάντηση στην προηγούμενη ερώτηση είναι ναι, τότε απαντήστε στην ερώτηση:

2) Χρειάστηκε να πάτε σε κάποιο νοσοκομείο ή να επέμβει κάποιος προκειμένου να σας προσφερθούν οι πρώτες βοήθειες;

A) Ναι B) Όχι

