

# Πόνος και Εθισμός

ΣΥΜΕΛΛΑ ΑΝΤΩΝΙΑΔΟΥ

Ο πόνος και ο εθισμός είναι και τα δύο σύνθετες κλινικές οντότητες που έχουν χαρακτηριστικές εκδηλώσεις συμπεριφοράς και καταστρεπτικές ψυχολογικές και κοινωνικές συνέπειες. Ο εθισμός είναι μια χρόνια υποτροπιάζουσα κατάσταση, όπως είναι συνήθως και ο πόνος<sup>1</sup>.

Ο πόνος και ο εθισμός συμμετέχουν τουλάχιστον σε μερικούς κοινούς φυσιολογικούς μηχανισμούς και το πιο προφανές παράδειγμα είναι ο ρόλος των εξωγενών οπιοειδών σαν μέσων ανακούφισης του πόνου και σαν αντικείμενα εθισμού.

Υπάρχουν ακόμη αναπάντητα ερωτήματα σε πολλά κοινά σημεία του πόνου και του εθισμού<sup>1</sup>. Κάτω από ποιες συνθήκες συμβαίνει η αναλγητική ανοχή στα οπιοειδή; Πώς μπορούμε να διακρίνουμε το επειγόν του υποκείμενου πόνου από τον πόνο της στέρησης των οπιοειδών μετά από θεραπεία μακράς διάρκειας; Μπορεί η χρόνια χρήση οπιοειδών να αυξήσει τον πόνο; Υπάρχει αυξημένη πιθανότητα εθισμού, περιλαμβανομένου και του εθισμού στην αλκοόλη ή άλλα φάρμακα μεταξύ ατόμων με χρόνια πόνο; Είναι αποτελεσματική η θεραπεία μακράς διάρκειας με οπιοειδή στον χρόνια πόνο καλοήθους αιτιολογίας;

Οι ειδικοί στον πόνο περνούν την ζωή τους εκτιμώντας και θεραπεύοντας τα συστατικά του πόνου, ενώ οι ειδικοί στον εθισμό σταθερά ασχολούνται με τα ολέθρια αποτελέσματα του εθισμού.

Η εικόνα που αντιμετωπίζεται και από τις δύο ειδικότητες είναι παρόμοια: καθολική αποδιοργάνωση του ατόμου, διαταραχές ύπνου, συναισθηματικές αλλαγές, λειτουργικές ανακανότητες, κακή σχέση με την οικογένεια.

## ΟΠΙΟΕΙΔΗ ΣΤΗΝ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΧΡΟΝΙΟΥ ΠΟΝΟΥ. ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΕΘΙΣΜΟΥ.

Πολλοί γιατροί, που δεν είναι οικείοι με τον εθισμό, εξισώνουν την φυσική εξάρτηση με τον εθισμό. Αυτή η εξίσωση πρέπει να αποφεύγεται όταν έχουμε να κάνουμε με αρρώστους που παίρνουν οπιοειδή για αναλγησία. Η φυσική εξάρτηση στα οπιοειδή είναι δυνατόν να αναπτυχθεί ακόμη και μετά από σύντομη χρήση, μεγαλύτερη όμως από 48 ώρες, όπως για μετεγχειρητικό πόνο, μεσογειακή αναμία, ισχυαλγία και γίνεται εμφανής με την εμφάνιση

του συνδρόμου στέρησης όταν τα οπιοειδή διακόπτονται απότομα.

Η ανοχή, η ελαττωμένη αποτελεσματικότητα ενός φαρμάκου μετά από συνεχή χρήση στην ίδια δόση, επίσης δεν πρέπει να εξισώνεται με τον εθισμό. Δυστυχώς, ο γενικός πληθυσμός και πολλοί δημόσιοι λειτουργοί της υγείας, πιστεύουν ότι τα οπιοειδή είναι φάρμακα που προκαλούν φυσική και ψυχολογική εξάρτηση, η οποία οδηγεί στην ακαταμάχητη, υποχρεωτική χρήση, που είναι ο εθισμός<sup>2</sup>.

Αυτή η λανθασμένη αντίληψη επικρατεί και όταν τα οπιοειδή χορηγούνται για μικρό χρονικό διάστημα για κατάλληλους ιατρικούς λόγους και σε αρρώστους χωρίς ιστορικό εθισμού. Ίσως εκείνο που ενισχύει αυτή την αντίληψη, είναι η ευφορία ή ευθυμία που προκαλείται από την χορήγηση ενός οπιοειδούς. Αν και οι χρήστες των οπιοειδών αναφέρουν αυτή την εμπειρία, άρρωστοι με χρόνια πόνο σπάνια την περιγράφουν<sup>2</sup>. Αντίθετα αυτοί οι άρρωστοι αναφέρουν συχνά δυσφορία. Έτσι, η πιθανότητα του εθισμού δεν οφείλεται μόνο στις ενισχυτικές ιδιότητες των οπιοειδών αλλά απαιτείται ένας συνδυασμός αυτών των ιδιοτήτων και διαφόρων φυσιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων που προδιαθέτουν το άτομο<sup>2</sup>. Ο φόβος του πιθανού εθισμού στα οπιοειδή έχει σαν αποτέλεσμα την υποθεραπεία του χρόνιου και οξέος πόνου. Αυτός ο παράλογος φόβος έχει ονομασθεί "οπισοφοβία".

Εν τούτοις έρευνες σε ζώα αποδεικνύουν ότι ο πόνος και το επακόλουθο stress αναστέλλουν την άμυνα του οργανισμού και διευκολύνουν την αύξηση του όγκου και υποδεικνύουν ότι ίσως είναι επικίνδυνο να μην χορηγούνται αναλγητικά φάρμακα σε αρρώστους με πόνο<sup>3</sup>.

## ΕΘΙΣΜΟΣ ΣΕ ΑΡΡΩΣΤΟΥΣ ΜΕ ΧΡΟΝΙΟ ΠΟΝΟ.

Δεν υπάρχει σαφής ή ικανοποιητικός ορισμός του εθισμού που έχει σχέση με τον χρόνια πόνο. Οι McNairy και συνεργάτες<sup>4</sup> ανέπτυξαν πρωτόκολλο έρευνας για να προσδιορίσουν τους χρήστες ή τους εξαρτώμενους από τα οπιοειδή. Σύμφωνα με τα κριτήρια τους, ένας άρρωστος με χρόνια πόνο που οφείλεται σε συγκεκριμένη οργανική αιτία, δεν βαπτίζεται σαν χρήστης ή εξαρτώμενος, ακόμη και όταν χρησιμοποιεί καθημερινά φάρμακα. Αντίθετα,

επί απουσίας ιατρικής εξήγησης του πόνου του αρρώστου, η συνεχιζόμενη λήψη φαρμάκων ονομάζεται “χρήση” ανεξάρτητα από το ψυχοκοινωνικό όφελος.

Ο Portenoy<sup>1</sup> επιχειρηματολογεί ότι η πιθανότητας δημιουργίας ιατρογενούς εθισμού είναι μόνο μια από τις τρεις εκδοχές που πρέπει να σκεπτόμαστε όταν σχεδιάζουμε την χορήγηση οπιοειδών για αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου. Οι άλλες περιλαμβάνουν το θεραπευτικό αποτέλεσμα και την εμφάνιση των ανεπιθύμητων ενεργειών.

Ο εθισμός προσδιορίζεται σαν ένα σύνδρομο ψυχολογικό και συμπεριφορικό, που χαρακτηρίζεται από:

α) Έντονη επιθυμία για το φάρμακο και συνταρακτικές αναφορές εκ μέρους του αρρώστου σχετικά με τη συνεχιζόμενη διαθεσιμότητα του (ψυχολογική εξάρτηση) β) Ένδειξη μιας ή περισσότερων ομάδων συμπεριφοράς, που περιλαμβάνουν την μεταχείριση του θεράποντος ιατρού ή του ιατρικού συστήματος για επιπλέον χορήγηση φαρμάκου, εύρεση φαρμάκου από άλλες ιατρικές ή μη πηγές, απόκρυψη ή αποθήκευση φαρμάκου ή αναπόδεικτη χρήση άλλων φαρμάκων, ιδιαίτερα αλκοόλης ή άλλων κατασταλτικών υπνωτικών, κατά τη διάρκεια της θεραπείας με οπιοειδή.

Στον παρακάτω πίνακα φαίνονται τα κριτήρια για εξαγωγή από ψυχοδραστική ουσία, DSM-III-R (Diagnostic and Mental Manual of Mental Disorders) σύμφωνα με την Αμερικανική Ψυχιατρική Ένωση (APA).

Αυτά τα κριτήρια δεν είναι επαρκή για την εκτίμηση του εθισμού σε αρρώστους με χρόνιο πόνο. Για να στηρίξει κάποιος την διάγνωση, απαιτούνται τουλάχιστον τρία από

τα εννιά κριτήρια και επιμονή μερικών από τα συμπτώματα τουλάχιστον επί ένα μήνα ή επανειλημμένη εμφάνιση σε μεγάλο χρονικό διάστημα<sup>5</sup>.

Πέντε από τα εννιά κριτήρια (κριτήρια 1,2 και 7-9) έχουν ουσιαστική σχέση με την φυσική εξάρτηση και αντοχή. Τα περισσότερα ή όλα απ' αυτά τα πέντε κριτήρια συναντώνται εύκολα σε άρρωστο που παίρνει οπιοειδή για μεγάλο χρονικό διάστημα για χρόνιο πόνο<sup>6</sup>.

Μόνο τέσσερα από τα εννιά κριτήρια (3-6) έχουν σχέση με το λειτουργικό επίπεδο του αρρώστου και την παθολογική, αρρωσθημένη συμπεριφορά, όπως περιγράφεται στα κριτήρια αυτά, που χαρακτηρίζει τον εθισμό.

Το δεύτερο κριτήριο συναντάται συχνά. Όταν ένας άρρωστος είναι σε χρόνια λήψη οπιοειδών για έλεγχο του πόνου, είναι σύνηθες για τον θεράποντα ιατρό να ελαττώνει την δόση και να αποδεσμεύει τελικά τον άρρωστο από τα οπιοειδή για να επανεκτιμήσει το σύνδρομο του πόνου του. Εξαρτάται από την πορεία του προβλήματος αν θα ξαναρχίσει τα οπιοειδή. Αυτές οι περιόδους αποδέσμευσης θεωρούνται σαν “ανεπιτυχείς προσπάθειες διακοπής”<sup>6</sup>, γιατί επανέρχεται ο πόνος και γίνεται απαραίτητη η χορήγηση του οπιοειδούς.

Τα κριτήρια 7-9 σχετίζονται με αναμενόμενες φαρμακολογικές επιδράσεις των οπιοειδών που περιγράφονται σαν αντοχή και σύνδρομο στέρησης. Είναι όμως φανερό ότι η αντοχή στην αναλγησία δεν αναπτύσσεται τόσο γρήγορα όπως η αντοχή στις άλλες ιδιότητες, όπως η ευφορία σ' αυτούς τους αρρώστους<sup>17</sup>. Αν όμως συμβεί, πρέπει η δόση να αυξηθεί και τις περισσότερες φορές οφείλεται στην αύξηση της έντασης του πόνου από επιδείνωση της υποκει-

#### ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΞΑΡΤΗΣΗΣ ΑΠΟ ΨΥΧΟΔΡΑΣΤΙΚΗ ΟΥΣΙΑ (DSM-III-R).

##### A. Τουλάχιστον 3 από τα ακόλουθα:

1. Η ουσία λαμβάνεται σε μεγαλύτερη ποσότητα ή μεγαλύτερη χρονική διάρκεια απ' ότι προβλέπεται.
2. Επίμονη επιθυμία ή μια και περισσότερες προσπάθειες διακοπής ή ελέγχου της χρήσης της ουσίας.
3. Δαπάνη χρόνου σε δραστηριότητες απαραίτητες για να αποκτήσει την ουσία, παίρνοντας την ουσία ή αναντίποτα από τις επιδράσεις της.
4. Συχνή δηλητηρίαση ή συμπτώματα στέρησης όταν πρόκειται να εκτελέσει υποχρεώσεις στο σχολείο, στην εργασία, στο σπίτι ή όταν η χρήση της ουσίας είναι φυσιολογικά επικίνδυνη (οδηγεί σαν μεθυσμένος).
5. Σημαντικές κοινωνικές, επαγγελματικές ή ψυχαγωγικές δραστηριότητες παραμελούνται εξαιτίας της χρήσης της ουσίας.
6. Συνεχιζόμενη κακή χρήση της ουσίας (drug abuse) παρά την γνώση του επίμονου ή επαναλαμβανόμενου κοινωνικού, ψυχολογικού ή φυσικού προβλήματος που προκαλείται ή επαυξάνεται από την χρήση της.
7. Αντοχή, δηλαδή ανάγκη για σημαντικά αυξημένες ποσότητες της ουσίας (τουλάχιστον 50% αύξηση) για να επιτευχθεί το επιθυμητό αποτέλεσμα ή σημαντικά ελαττωμένο αποτέλεσμα με την ίδια ποσότητα.
8. Χαρακτηριστικό σύνδρομο στέρησης.
9. Η ουσία συχνά λαμβάνεται για να ανακουφίσει ή να αποφευχθεί το σύνδρομο στέρησης.

##### B. Μερικά συμπτώματα επιμένουν τουλάχιστον ένα μήνα ή συμβαίνουν επανειλημμένα επί μακρό χρονικό διάστημα.

μενης νόσου<sup>8,9</sup>.

Η διαφορική διάγνωση μεταξύ αναλγητικής αντοχής και αυξανόμενης έντασης του πόνου σαν αιτία αύξησης της απαιτούμενης δόσης είναι συχνά δύσκολη.

Συμπτώματα στέρησης (κριτήριο 8) μπορεί να εμφανισθούν, όπως ήδη αναφέρθηκε, και μετά από σύντομη περίοδο χρήσης, όπως 48 ώρες. Αν η εμφάνιση συμπτωμάτων στέρησης σημαίνει ότι ένας άρρωστος είναι εθισμένος, τότε όλοι οι άρρωστοι που παίρνουν οπιοειδή είναι εθισμένοι. Πολλοί ιατροί κάνουν το σφάλμα να εξισώνουν το φαινόμενο της στέρησης με το φαινόμενο του εθισμού. Αντίθετα, στους αρρώστους αυτούς σπανιότατα παρατηρείται αυτό το πρόβλημα.

Εμείς από την εμπειρία μας στο Ιατρείο Πόνου του Θεαγένειου Αντικαρκινικού Νοσοκομείου (Θ.Α.Ν.), όπου χορηγήσαμε σε περίπου 2300 αρρώστους επισκληριδικώς μορφίνη για μετεγχειρητική αναλγησία, δεν παρατηρήσαμε ή τουλάχιστον δεν υπέπεσε στην αντίληψή μας καμιά περίπτωση συνδρόμου στέρησης μετά την διακοπή της χορήγησης μορφίνης. Η διάρκεια κυμαινόταν από 2 έως και 11 ημέρες σε ορισμένες χειρουργικές επεμβάσεις.

Έτσι, όταν εκτιμούμε τον εθισμό σε άρρωστο που παίρνει χρονίως οπιοειδή για αναλγησία, δεν πρέπει να χρησιμοποιούμε τα κριτήρια 1,2 και 7-9. Ενώ η έννοια του εθισμού μπορεί να περιλαμβάνει τα συμπτώματα της φυσικής εξάρτησης και της αντοχής, η φυσική εξάρτηση και αντοχή δεν εξισώνονται με τον εθισμό. Σε άρρωστο με χρόνιο πόνο που παίρνει οπιοειδή, μπορεί να συμβεί φυσική εξάρτηση και αντοχή αλλά δεν αναμένεται η αρρωστημένη συμπεριφορά που παρατηρείται στον εθισμό. Η ύπαρξη ή η διαπίστωση αυτής της συμπεριφοράς στηρίζει την διάγνωση του εθισμού και περιλαμβάνεται στα κριτήρια 3-6<sup>6</sup>.

Ο ψευδοεθισμός είναι ένας όρος που χρησιμοποιείται αναφορικά με τους καρκινοπαθείς, οι οποίοι εκδηλώνουν συμπεριφορά παρόμοια με τον εθισμό<sup>10</sup>. Σε όλες σχεδόν τις περιπτώσεις αυτή η συμπεριφορά οφείλεται στην υποθεραπεία του πόνου και είναι ιατρογενής. Ικανοποιητική ανακούφιση του πόνου εξαφανίζει αυτή την συμπεριφορά.

Αν πράγματι υπάρχει εθισμός, ενδείκνυται θεραπεία. Αν ο πόνος επιμένει και τα οπιοειδή είναι απαραίτητα για την αντιμετώπισή του, πρέπει να γίνει ένας επανέλεγχος στην όλη φαρμακευτική υποστήριξη του αρρώστου.

Στον πίνακα 2 δίδεται μια λίστα ερωτήσεων, και οι απαντήσεις σ' αυτές βοηθούν να καταλάβουμε, αν τα φάρμακα και ειδικά τα οπιοειδή, χρησιμοποιούνται από τον άρρωστο με εσφαλμένο τρόπο<sup>6</sup>.

Αυτές οι ερωτήσεις πρέπει να γίνονται και σε μέλη της οικογένειας για επιβεβαίωση του ιστορικού του αρρώστου. Από την στιγμή που θα γίνει από τον ειδικό γιατρό η εκτίμηση της εξάρτησης και του βαθμού του εθισμού ενός αρρώστου με χρόνιο πόνο, πρέπει να υπάρξει ένα πλάνο θεραπείας και μάλιστα γραπτό<sup>6</sup>. Ο άρρωστος πρέπει να

### Χρήσιμες ερωτήσεις για έρευνα του εθισμού σε αρρώστους με χρόνιο πόνο.

Πρόσληψη φαρμάκων

- Παίρνει ο άρρωστος τα οπιοειδή ή άλλα ψυχοδραστικά φάρμακα όπως συνταγογραφούνται
- Συχνότης Δόση

Απώλεια ελέγχου χρήσης φαρμάκων

- Χρησιμοποιεί μεγάλες ποσότητες στο σπίτι.
- Είναι διατεθειμένος να τα φέρει για επαλήθευση.

Ενδείξεις συμπεριφοράς αναζήτησης φαρμάκων

- Αναφέρει συχνά απώλεια φαρμάκων
- Απαιτεί ναρκωτικά

- Έχει συνταγές από πολλούς γιατρούς

- Έχει συνταγές από πολλά φαρμακεία.

Χρησιμοποιεί φάρμακα εκτός από τα αναγραφόμενα.

- Αλκοόλη, Κοκαΐνη, Μαριχουάνα, Ηρωΐνη, Αμφεταμίνη.
- ●πιοειδή, Βενζοδιαζεπίνες.

Επαφές με χρήστες

- Φίλοι ή μέλη της οικογένειας είναι χρήστες ναρκωτικών.
- Αγοράζει τέτοια φάρμακα για οποιοδήποτε σκοπό.

Συνέπειες που δεν οφείλονται στον χρόνιο πόνο αλλά στις επιδράσεις οπιοειδών ή άλλων φαρμάκων.

- Ανικανότης για εργασία.
- Απώλεια φίλων ή αποξένωση από την οικογένεια.
- Ελαττωμένο ενδιαφέρον για δημιουργικές δραστηριότητες.

Συνεργασία με ολοκληρωμένο σχέδιο θεραπείας και εναλλακτικές τεχνικές αντιμετώπισης του πόνου.

- Αποφεύγει καταστάσεις που προκαλούν πόνο.
- Χρησιμοποιεί μη ναρκωτικά φάρμακα.
- Χρησιμοποιεί φυσικοθεραπεία.
- Χρησιμοποιεί TENS αν ενδείκνυται.

(TENS= Transcutaneous Electric Nerve Stimulation)

### Πίνακας 2

έχει αντίγραφο αυτού του προγράμματος θεραπείας γιατί διαφορετικά δεν θα συμμετέχει ουσιαστικά και δεν μπορεί να καταλάβει ποιες είναι οι υποχρεώσεις του.

Το πρόγραμμα της θεραπείας αρχίζει συνήθως με την αναγραφή των φαρμάκων για έλεγχο του πόνου αλλά περιέχει και άλλους τρόπους αντιμετώπισης του πόνου, όπως νευρικούς αποκλεισμούς, TENS ή οποιαδήποτε χειρουργική επέμβαση που θεωρείται απαραίτητη. Τα περισσότερα εσωτερικά προγράμματα διαρκούν 4-8 εβδομάδες ενώ σε εξωτερικούς αρρώστους πρέπει να εφαρμόζονται τουλάχιστον επί 8 εβδομάδες. Ο θεράπων ιατρός πρέπει να έχει ένα προσεκτικό και λεπτομερές ιστορικό των φαρμάκων, που φαίνεται στον πίνακα 3.

### Ιστορικό φαρμακευτικής αγωγής.

- Ποιά ήταν τα φάρμακα, η δόση, ο τρόπος χορήγησης και η συχνότητα.
- Πόσο χρονικό διάστημα
- Πότε έπαιρνε άρρωστος τα φάρμακα
- Η χορήγηση γινόταν από τον ίδιο ή άλλους.
- Αν υπήρχαν ανεπιθύμητες ενέργειες που δεν αναφέρθηκαν ποτέ.
- Γιατί σταμάτησε η φαρμακευτική αγωγή.

### Πίνακας 3

Οι πληροφορίες που δίνει ο άρρωστος πρέπει να επαληθεύονται από τον θεράποντα ιατρό και τα μέλη της οικογένειας.

Πολλοί συγγραφείς συμφωνούν ότι η διατήρηση των οπιοειδών είναι απαραίτητη ειδικά στους αρρώστους με πόνο που οφείλεται σε καθορισμένη οργανική αιτία<sup>1</sup>, η οποία συνήθως είναι μη αναστρέψιμη νευρική βλάβη.

### ΕΘΙΣΜΟΣ ΣΤΗΝ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΧΡΟΝΙΟΥ ΠΟΝΟΥ

Τα κλινικά προβλήματα του χρόνιου πόνου και του εθισμού είναι και τα δύο σύνθετες έννοιες με βιολογικά, ψυχοκοινωνικά, πνευματικά και λειτουργικά στοιχεία. Ο πόνος λειτουργεί σαν φραγμός στην αναζήτηση τρόπου του ατόμου για απεξάρτηση από τον εθισμό, και ο εθισμός μπορεί να επιπλέξει την θεραπεία του χρόνιου πόνου.

Η επιτυχής αντιμετώπιση του αρρώστου με εθισμό και χρόνιο πόνο, συνήθως απαιτεί από τον ειδικό θεράποντα ιατρό να αναγνωρίσει την ύπαρξη του εθισμού, να καταλάβει την κλινική σημασία του και να γνωρίζει πως θα παρέμβει κατάλληλα<sup>1</sup>.

Ο όρος χημική εξάρτηση αναφέρεται σε μια σειρά φαινομένων που ξεκινούν από την απλή φυσική εξάρτηση, που οφείλεται στην κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή μέχρι την υποχρεωτική, αυτοκαταστροφική κατάχρηση αλκοόλης ή άλλων ναρκωτικών φαρμάκων<sup>1</sup>.

Ο όρος εθισμός αναφέρεται στην κατάσταση που προδιαθέτει ένα άτομο στην χρήση μιας ουσίας ή ουσιών με ανεξέλεγκτο, υποχρεωτικό και δυνητικά καταστροφικό τρόπο. Το ενεργό στάδιο του εθισμού χαρακτηρίζεται από την υποχρεωτική ενασχόληση του ατόμου για ανεύρεση ή λήψη της ουσίας, απώλεια ελέγχου όσον αφορά την χρήση της και συνεχιζόμενη χρήση, παρά τις δυσμενείς συνέπειες.

Έτσι ο εθισμός πρέπει να είναι δυνατόν να διακρίνεται από την φυσική εξάρτηση. Η φυσική εξάρτηση αναφέρεται στην ανάπτυξη συνδρόμου στέρησης μετά απότομη διακοπή του φαρμάκου ή χορήγηση ανταγωνιστή του.

Η φυσική εξάρτηση είναι αναμενόμενη συνέπεια της παρατεταμένης λήψης ουσιών που προκαλούν εξαρτητικές δράσεις της ουσίας. Αντοχή αναπτύσσεται όταν απαιτούνται αυξημένες δόσεις μιας ουσίας για το ίδιο αποτέλεσμα.

Ο εθισμός αναπτύσσεται σαν αποτέλεσμα σύνθετων αλληλεπιδράσεων μεταξύ βιολογικής προδιάθεσης, ψυχοκοινωνικών και περιβαλλοντολογικών παραγόντων και χημικής έκθεσης. Η εξέλιξη του εθισμού διαφέρει από άτομο σε άτομο. Ένα άτομο μπορεί να χρησιμοποιεί αλκοόλη ή άλλες ουσίες και φάρμακα επί χρόνια με μη εθιστικό τρόπο, που μπορεί να γίνει ξαφνικά εθιστικός κάτω από διάφορες συνθήκες. Το αντικείμενο του εθισμού μπορεί να είναι σταθερό ή να αλλάζει.

Με θεραπεία ή πλήρη αποχή, ένα άτομο μπορεί να θεραπευθεί. Ο εθισμός, από τη στιγμή που αναπτύσσεται, είναι δύσκολο να θεραπευθεί και μάλιστα θεωρείται από τους περισσότερους σαν αθεράπευτος<sup>1</sup>.

Υπάρχει διάκριση μεταξύ “πλήρους αποχής” και “αποτοξίνωσης”. Ένα άτομο που απέχει πλήρως από την ουσία στην οποία έχει εθιστεί, αλλά δεν έχει αναπτύξει άλλες δραστηριότητες για να ξεφύγει από το φυσιολογικό stress και τον πόνο, που δεν έχει άλλες πηγές ευχαρίστησης, που είναι απομονωμένο και μάχεται σταθερά για αποτοξίνωση, δεν σημαίνει ότι έχει απεξαρτηθεί τελείως.

Η αποτοξίνωση γενικά περιλαμβάνει μια συνειδητή διαδικασία του ατόμου δια μέσου της οποίας καλλιεργούνται ψυχολογικοί παράγοντες και διατηρείται καλή φυσική κατάσταση. Περιλαμβάνει την συνεχή ανάπτυξη αυτοεκτίμησης και παροχή κοινωνικών υποστηρικτικών συστημάτων.

Οι διαδικασίες αποτοξίνωσης ποικίλουν, αλλά συνήθως περιλαμβάνουν: 1) Παρακολούθηση σε μια ερευνητική υποστηρικτική ομάδα, όπως είναι στις Ηνωμένες Πολιτείες η Alcoholics Anonymous (AA) και η Narcotics Anonymous (NA) 2) Προσδιορισμό ενός πεπειραμένου στην αποτοξίνωση ιατρού για υποστήριξη του ατόμου και 3) προσχώρηση σ' ένα πρόγραμμα εργασίας που έχει σχέση με τα ψυχολογικά και πνευματικά στοιχεία του εθισμού.

Πολλά άτομα με χρόνιο πόνο που είναι ενεργά μέλη τέτοιων υποστηρικτικών ομάδων, χρησιμοποιούν αποτελεσματικά τα προγράμματα για να αντιμετωπίσουν επιτυχώς και την χημική εξάρτηση και τον πόνο τους. Πολλές φορές είναι απαραίτητη η χρησιμοποίηση φαρμάκων, όπως η μεθαδόνη και η δισουλφιράμη, που διευκολύνουν την αποχή από τα πιο επιβλαβή φάρμακα αντίστοιχα, όπως είναι η ηρωίνη και η αλκοόλη.

Ο αλκοολισμός είναι ο πιο συχνός τύπος εθισμού στο σημερινό κόσμο. Οι αλκοολικοί είναι άτομα υψηλού κινδύνου για την ανάπτυξη εθισμού σε άλλες ουσίες και το αντί-

θετο. Από έρευνα του Εθνικού Ινστιτούτου Υγείας στην Αμερική βρέθηκε ότι το 84% των εθισμένων στην κοκαΐνη, το 50% στα οπιοειδή, το 37% στην μαριχουάνα και το 75% στην αμφεταμίνη είχαν ιστορικό αλκοολισμού. Επίσης το 80-90% των αλκοολικών είναι εθισμένοι στη νικοτίνη, συγκρινόμενοι με το 25-35% του μη αλκοολικού πληθυσμού. Η συχνότητα του αλκοολισμού μεταξύ των καπνιστών είναι 10-14 φορές μεγαλύτερη από τους μη καπνιστές.

## ΕΠΙΚΡΑΤΗΣΗ ΤΟΥ ΕΘΙΣΜΟΥ ΣΕ ΔΙΑΦΟΡΟΥΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥΣ

### 1) Γενικός πληθυσμός.

Στην Αμερική έχει βρεθεί<sup>12</sup> ότι η συχνότητα του αλκοολισμού κυμαίνεται από 3-16% σε άτομα ηλικίας 18-29 χρόνων και ελαττώνεται στο 5% σε ηλικίες μεγαλύτερες των 65 ετών. Η συχνότης του εθισμού σε διάφορα φάρμακα είναι 5-6%.

### 2) Νοσοκομειακοί άρρωστοι με οξύ πόνο.

Από διάφορες έρευνες έχει βρεθεί ότι ένα ποσοστό 19-25% των νοσοκομειακών αρρώστων που αντιμετωπίζονται για οξύ πόνο, είναι αλκοολικοί. Επομένως οι κλινικοί που αντιμετωπίζουν τον οξύ πόνο πρέπει να έχουν κατά νου τον αλκοολισμό ή άλλη χημική εξάρτηση σε μια μεγάλη αναλογία αρρώστων.

### 3) Καρδιοπαθείς

Δεν διαφέρουν από τον γενικό πληθυσμό, εκτός από το γεγονός ότι πρόκειται για αρρώστους με χρόνιο πρόβλημα πόνου, που οφείλεται σε κακοήθειες μετά από χρόνια χρήση αλκοόλης ή καπνού, όπως ο ισοφαγικός, παγκρεατικός, λαρυγγικός ή καρκίνος πνεύμονος.

### 4) Άρρωστοι με χρόνιο πόνο καλοήθους αιτιολογίας.

Άγνωστη η πιθανότητα. Μια πρόσφατη αναδρομή στην υπάρχουσα βιβλιογραφία προτείνει μια συχνότητα χρήσης φαρμάκων, εξάρτησης και εθισμού που κυμαίνεται από 3,2-18%<sup>13</sup>. Μερικοί κλινικοί παρατηρητές θεωρούν ότι ο εθισμός είναι πιο συχνός σε αρρώστους των ιατρείων πόνου απ' ότι στον γενικό πληθυσμό.

Στο Ιατρείο Πόνου του Θ.Α.Ν. αντιμετωπίζουμε τον χρόνιο πόνο των καρδιοπαθών με επισκληρίδια χορήγηση μορφίνης ή συνδυασμού μορφίνης και κλονιδίνης με πολύ καλά αποτελέσματα. Πολλές φορές αναγκαζόμαστε να διακόψουμε απότομα την χορήγηση της μορφίνης είτε για τεχνικούς λόγους (έξοδος ή απόφραξη του καθετήρα, δημιουργία φλεγμονής ή συριγγίου) είτε γιατί το αναλγητικό αποτέλεσμα δεν είναι ικανοποιητικό. Στην δεύτερη περίπτωση χορηγούμε επί 10-15 ημέρες μόνο διάλυμα

τοπικού αναισθητικού. Αυτό που παρατηρούμε είναι η επανεμφάνιση του έντονου πόνου και όχι σύμπτωμα στένωσης ή εθισμού.

## ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΡΡΩΣΤΩΝ ΜΕ ΧΗΜΙΚΗ ΕΞΑΡΤΗΣΗ ΣΤΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΠΟΝΟΥ

Η αντιμετώπιση του πόνου επί ύπαρξης χημικής εξάρτησης είναι γενικά απλή, αν η φύση της είναι σαφής και συγκεκριμένη. Οι πιθανότητες περιλαμβάνουν:

1. Φυσική εξάρτηση από φάρμακα χωρίς κατάχρηση ή εθισμό και χωρίς ιστορικό προηγούμενου εθισμού.
2. Φυσική εξάρτηση από φάρμακα χωρίς κατάχρηση ή εθισμό αλλά με ιστορικό προηγούμενου εθισμού.
3. Εθισμό στα περιγραφόμενα φάρμακα.
4. Εθισμό στην αλκοόλη ή ναρκωτικά και ηρεμιστικά φάρμακα.
5. Εθισμό στα συγκεκριμένα φάρμακα και σε άλλα.
6. Εθισμό στα συγκεκριμένα φάρμακα και μη, χωρίς προηγούμενο ιστορικό εθισμού, αλλά με παράγοντες κινδύνου για εθισμό (π.χ. ιατρογενής εθισμός).

Ο διαχωρισμός γίνεται με την μέθοδο των Sees και Clark<sup>4</sup> σύμφωνα με τα εννιά κριτήρια για εξάρτηση από ψυχοδραστική ουσία όπως προαναφέρθηκαν.

Γενικά, άτομα με χρόνιο πόνο καλοήθους αιτιολογίας που δεν έχουν κάνει προσπάθεια απεξάρτησης από τα οπιοειδή, τις βενζοδιαζεπίνες ή άλλα εξαρτησιογόνα φάρμακα, πρέπει να κάνουν μια τέτοια προσπάθεια τουλάχιστον επί 6 εβδομάδες.

Η λογική της διακοπής είναι να προσδιορισθεί αν τα φάρμακα μπορεί να δρουν και να διαιωνίζουν ή να διευκολύνουν τον πόνο<sup>14</sup>. Η προτεινόμενη διάρκεια της διακοπής είναι εμπειρική.

Οι μεταβολές των οπιοειδών υποδοχέων που έχουν σχέση με την προηγούμενη εξάρτηση μπορεί να επιμένουν για απροσδιόριστη περίοδο, και μια σειρά φυσικών και ψυχολογικών μεταβολών που συνοδεύονται από εξάρτηση άλλων φαρμάκων, μπορεί να διαρκέσουν από μήνες έως χρόνια. Εν τούτοις, η κλινική εμπειρία αποδεικνύει ότι οι επιδράσεις της χημικής εξάρτησης και της στέρησης που έχουν κλινική σημασία σε χρόνιο πόνο υποχωρούν, ως επί το πλείστον, σε 6 εβδομάδες.

Ο πόνος μπορεί να ελαττωθεί, να εξαφανισθεί, ή να εξακολουθεί με την ίδια ένταση μετά την διακοπή των φαρμάκων. Αν όμως τα συμπτώματα αυξάνονται, δεν απαντούν σε άλλες κατάλληλες θεραπευτικές μεθοδεύσεις, και αν η προηγούμενη θεραπεία με οπιοειδή ή άλλα φάρμακα, δεν χαρακτηρίζεται από "χρήση" ή ταχεία αντοχή, τότε θα πρέπει να συνεχισθεί. Υπάρχουν πολλοί τρόποι διακοπής των φαρμάκων, εξαρτώμενοι από τον βαθμό της φυσικής ή

ψυχολογικής εξάρτησης, την συμπεριφορά του αρρώστου και την εμπειρία του θεράποντα γιατρού. Μερικές φορές απλά μικρότερη δόση είναι αρκετή και άλλες φορές απαιτείται η χορήγηση υποκατάστατου φαρμάκου.

Υπάρχουν διάφορα πρωτόκολλα αποτοξίνωσης από ειδικές ομάδες φαρμάκων. Η εμπειρία των ανθρώπων που ασχολούνται με το όλο πρόβλημα αποδεικνύει ότι οι εξωτερικοί ασθενείς έχουν καλύτερη απάντηση όταν το πρωτόκολλο της αποτοξίνωσης σχεδιάζεται έτσι ώστε ο άρρωστος να έχει το μικρότερο φυσιολογικό stress. Γι' αυτό το λόγο χρησιμοποιείται η κλονιδίνη<sup>14</sup> για τα οπιοειδή, η φαινοβαρβιτάλη για τις βενζοδιαζεπίνες<sup>15</sup>, και μακράς διάρκειας βενζοδιαζεπίνες για την αλκοόλη. Επειδή η κλονιδίνη παρέχει αναλγησία<sup>16</sup> και έχει χρησιμοποιηθεί για την διακοπή διαφόρων ουσιών<sup>17</sup>, η χρησιμότητά της σε αρρώστους με πόνο μπορεί να είναι ευρεία.

Από την στιγμή που εφαρμόζεται ένα πρωτόκολλο αποτοξίνωσης, πρέπει να συνεχίζεται μέχρις ότου εμφανισθούν αντικειμενικά σημεία φυσιολογικού stress. Η παροδική αύξηση του πόνου πρέπει να αντιμετωπίζεται με άλλο πρόγραμμα υποστήριξης που περιλαμβάνει χαλάρωση, άσκηση και παραγωγική εργασία. Αν τα αντικειμενικά σημεία της διακοπής δεν είναι ανεκτά, πρέπει να γίνεται αναπρο-

σαρμογή του πρωτοκόλλου, όπως χορήγηση φαρμάκων υποκατάστασης. Είναι σημαντικό για τον ειδικό ιατρό να καταλάβει ότι η αποτοξίνωση μόνη δεν αντιπροσωπεύει θεραπεία του εθισμού. Η θεραπεία πρέπει να περιλαμβάνει παρακολούθηση από ειδικά εκπαιδευμένο ιατρό και υποστήριξη από ειδική ομάδα για να αποφευχθεί η υποτροπή.

Συμπερασματικά αναφέρω ότι η εμφάνιση του εθισμού σε αρρώστους με χρόνιο πόνο είναι τουλάχιστον ισοδύναμη με την εμφάνιση αυτού του φαινομένου στον γενικό πληθυσμό<sup>11</sup>.

Θα πρέπει να γίνεται προσεκτική εκτίμηση του αρρώστου με χρόνιο πόνο που είναι σε θεραπεία με οπιοειδή και να μην συγχέεται η φυσική εξάρτηση και αντοχή με τον εθισμό. Είναι πιθανόν ο εθισμός να διαιωνίζει, να διευκολύνει ή να αυξάνει τον πόνο δια μέσου διαφόρων μηχανισμών<sup>11</sup>. Ο προσδιορισμός και η κατάλληλη αντιμετώπιση του εθισμού από τον ειδικό που ασχολείται με τον πόνο μπορεί να βελτιώσει την όλη αντιμετώπιση του αρρώστου. Απαιτείται περαιτέρω έρευνα για να καταλάβουμε τις νευροφυσιολογικές και κλινικές συγγένειες ανάμεσα στον πόνο και τον εθισμό.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Seddon R, Savage. PreFace: Pain Medicine and Addiction Medicine. Controversies and Collaboration. *J Pain Symptom Manage* 1993; 5:254-256.
- Portenoy RK. Chronic opioid therapy in nonmalignant pain. *J Pain Symptom Manage* 1990; 5 (supp): 546-562.
- Liebeskind JC. Pain can kill. *Pain* 1991; 44: 3-4.
- McNairy SL, Maruta T., Ivnik RJ, Swanson DW, Ilstrup DM Prescription medication dependence and neuro-psychologic Function. *Pain* 1984; 18: 169-177.
- American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 3rd ed, rev. Washington, DC: APA, 1987.
- Karen Lee Sees DO, H. Westlen Clark, JD. Opioid use in the treatment of chronic pain: Assessment of addiction. *J Pain Symptom Manage* 1993; 5: 257-264.
- Clynn CJ, Mather LE. Clinical pharmacokinetics applied to patients with intractable pain: studies with pethidine. *Pain* 1982; 13: 237-246.
- Walker UA, Hoskin PJ, Hanks GW, White ID. Evaluation of WHO analgesic guidelines for cancer pain in a hospital-based palliative care unit. *J Pain Symptom Manage* 1988; 3: 145-149.
- Gourlay CK, Cherry DA, Cousins MJ. A comparative study of the efficacy and pharmacokinetics of oral methadone and morphine in the treatment of severe pain in patients with cancer. *Pain* 1986; 25: 297-312.
- Weissman DE, Haddox JD. Opioid pseudoaddiction: an iatrogenic syndrome. *Pain* 1989; 36: 363-366.
- Seddon R, Savage, MD. Addiction in the treatment of pain: Significance, Recognition and Management. *J Pain Symptom Manage* 1993; 5: 265-278.
- Regier D, Meyes JK, Kramer M et al. The NIMH epidemiologic catchment area program. *Arch Gen Psychiatry* 1984; 41: 934-958.
- Fishbain DA, Rosomoff HL, Rosomoff RS. Drug abuse, dependence and addiction in chronic pain patients. *Clin J Pain* 1992; 8: 77-85.
- Taylor CB, Zutnick SI, Corley MJ, Flora J. The effects of detoxification, relaxation and brief supportive therapy on chronic pain. *Pain* 1980; 8: 319-329.
- Gold MS, Pottash AC, Sweeney DR, Kleber HD. Opiate withdrawal using clonidine: a safe, effective and rapid non-opiate treatment. *JAMA* 1980; 293: 343-346.
- Smith D, Wessen D. Benzodiazepine dependency Syndromes. *J Psychoactive Drugs* 1983; 15: 1-2, 85-95.
- Bennet F, Boico O, Rostaning S, Loriferne JF, Sadda M. Clonidine induced analgesia in postoperative patients: epidural versus IM administration. *Anesthesiology* 1990; 72: 422-427.