

**ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ:

**ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΤΑ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ - Η ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ
ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΤΩΝ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΟΥΣΙΟΕΞΑΡΤΗΣΗΣ:
ΠΡΟΚΛΗΣΗ Ή ΚΑΤΑΔΙΚΗ**

Σύμβουλος Καθηγήτρια: κα Βαλσάμη Ουρανία

Σπουδάστριες: Γκαμούλου Ευμορφία
Εκίζογλου Αναστασία

Πάτρα 2005

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Ευχαριστίες	
Πρόλογος	
Συνοπτική παρουσίαση περιεχομένου της εργασίας	
Αρκτικόλεξα	
Εισαγωγή	

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι: ΟΡΙΣΜΟΙ ΟΠΙΟΕΙΔΩΝ ΟΥΣΙΩΝ- ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

1.1. Σκοπός της πτυχιακής εργασίας	Σελ.10
1.2. Ορισμοί όρων σχετικών με την ουσιοεξάρτηση	Σελ.10
1.3. Κατάταξη τοξικών ουσιών-Ορισμοί	Σελ.12
1.4. Ιστορική αναδρομή των ναρκωτικών στην Ελλάδα σε σύγκριση με άλλες χώρες	Σελ.15
1.5. Τα ναρκωτικά που κυκλοφορούν στην Ελλάδα	Σελ.16
1.6. Αίτια που οδηγούν τα άτομα στη χρήση ναρκωτικών ουσιών	Σελ.16

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ: ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΓΙΑ ΤΑ ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ

Εισαγωγή	Σελ.19
2.1. Δομές αντιμετώπισης του προβλήματος των ναρκωτικών σε Ευρωπαϊκές χώρες	Σελ.19
2.2. Δομές αντιμετώπισης του προβλήματος των ναρκωτικών στην Ελλάδα	Σελ.28

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ: ΤΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

3.1. ΟΚΑΝΑ Στόχοι του οργανισμού κατά των ναρκωτικών	Σελ.30
3.2. Θεραπεία υποκατάστασης του ΟΚΑΝΑ- θεραπευτικές μονάδες υποκατάστασης στην Ελλάδα	Σελ.31
3.3. «Στεγνά» θεραπευτικά προγράμματα στην Ελλάδα	Σελ.40
3.4. Γιατί απαιτείται μια θεραπεία με υποκατάστατα για να αντιμετωπιστεί η εξάρτηση από οπιούχες ουσίες	Σελ.42
3.5. Η θεραπεία με υποκατάστατα δεν συγκαλύπτει τις αρχικές αιτίες της τοξικομανίας ή των υποκείμενων παθογόνων καταστάσεων	Σελ.43
3.6. Η θεραπεία με υποκατάστατα μειώνει τους κινδύνους	Σελ.43

λοιμώξης από AIDS	
3.7. Γιατί χρησιμοποιείται ένα παράγωγο της μορφίνης στην θεραπεία των ηρωινομανών.	Σελ.44
3.8. Πως λαμβάνεται η απόφαση για μια θεραπεία με υποκατάστατα	Σελ.44
3.9. Κριτήρια θεραπείας	Σελ.45
3.10. Κριτήρια που πρέπει να πληρεί ένα υποκατάστατο ναρκωτικής ουσίας	Σελ.45
3.11. Συνθήκες ιατρικής παρακολούθησης κατά τη διάρκεια της θεραπείας	Σελ.46
3.12. Βήματα στη θεραπεία με υποκατάστατα	Σελ.47

ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV: ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΘΑΔΟΝΗΣ ΚΑΙ ΑΝΤΑΓΩΝΙΣΤΕΣ

4.1. Μεθαδόνη- Δράση της	Σελ.49
4.2. Επακόλουθα μακροχρόνιας χρήσης μεθαδόνης	Σελ.49
4.3. Σύγκριση λειτουργίας της ηρωίνης με την μεθαδόνη στον οργανισμό του ασθενή	Σελ.50
4.4. Η κατάσταση των προγραμμάτων μεθαδόνης στην Ευρώπη	Σελ.51
4.5. Σύγκριση αποτελεσματικότητας μεθαδόνης- βουπρενορφίνης ως υποκατάστατα	Σελ.52
4.6. Φαρμακολογία μεθαδόνης	Σελ.52
4.7. Οδοί χορήγησης της μεθαδόνης	Σελ.53
4.8. Διάρκεια προγραμμάτων θεραπείας με μεθαδόνη	Σελ.53
4.9. Εισαγωγή σε πρόγραμμα θεραπείας με μεθαδόνη	Σελ.53
4.10 Προτάσεις πρωτοκόλλου αποτοξίνωσης	Σελ.55
4.11. Προτάσεις προγραμμάτων συντήρησης με μεθαδόνη	Σελ.56
4.12. Ειδικές ομάδες ατόμων που λαμβάνουν τη μεθαδόνη ως υποκατάστατο και ειδικά πλαίσια	Σελ.57
4.13. Ζωτικά στοιχεία για την καλύτερη οργάνωση της καλύτερης πρακτικής της θεραπείας με μεθαδόνη	Σελ.60
4.14. Ανταγωνιστές των οπιοειδών ουσιών	Σελ.65
4.15. Ναλτρεξόνη (Χρήση, δράση, τρόπος χρήσης)	Σελ.66
4.16. Ναλορφίνη	Σελ.68
4.17. Κλονιδίνη	Σελ.68
4.18. Ναλοξόνη	Σελ.69
4.19. Διϋδροκωδεΐνη	Σελ.70
4.20. Κυκλαζοκίνη	Σελ.71
4.21. Πενταζοκίνη	Σελ.72

ΚΕΦΑΛΑΙΟ V:ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΒΟΥΠΡΕΝΟΡΦΙΝΗΣ (SUBUTEX)

5.1. Βουπρενορφίνη- Δράση της	Σελ.74
5.2. Επιστημονικά δεδομένα που σχετίζονται με την συγκεκριμένη ένδειξη της βουπρενορφίνης	Σελ.74
5.3. Η βουπρενορφίνη στην Ευρώπη- ερευνητική σύγκριση βουπρενορφίνης –μεθαδόνης	Σελ.76
5.4. Καθορισμός της σωστής δοσολογίας της βουπρενορφίνης στο πλαίσιο της θεραπείας	Σελ.76
5.5. Το Subutex προκαλεί εξάρτηση ή όχι	Σελ.77
5.6. Η θεραπεία με τη χρήση του υποκατάστατου Subutex μπορεί ή όχι να καταλήξει σε πιθανή διακοπή της θεραπείας	Σελ.77
5.7. κατηγορίες ασθενών που μπορούν να επωφεληθούν από τη θεραπεία με το υποκατάστατο Subutex	Σελ.77
5.8. Είναι απαραίτητη ή όχι κάποια πρόληψη όσον αφορά την αλληλεπίδραση των φαρμάκων	Σελ.78
5.9. Γιατί η μορφή του Subutex είναι υπογλώσσια χάπια που δεν αποκλείουν τη χρήση σύριγγας για τη λήψη	Σελ.79
5.10. Άλλα φάρμακα υποκατάστασης	Σελ.80

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VI: ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ

6.1. Ψυχοκινητικές παρεμβάσεις στο πλαίσιο της θεραπείας με υποκατάστατα	Σελ.81
6.2. Ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις ατομικού τύπου	Σελ.81
6.3. Ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις ομαδικού τύπου	Σελ.82
6.4. Ψυχοθεραπευτικού τύπου παρεμβάσεις στις οικογένειες των ουσιοεξαρτημένων ατόμων	Σελ.83
6.5. Θεραπευτικές κοινότητες για ουσιοεξαρτημένα άτομα	Σελ.84
6.6. Ανοιχτό Πρόγραμμα ψυχοκοινωνικής υποστήριξης	Σελ.85
6.7 Παρεμβάσεις σχετικά με τη ψυχιατρική συννοσηρότητα	Σελ.85
6.8 Нарκομανείς Ανώνυμοι	Σελ.86

Συμπεράσματα- Προτάσεις

Βιβλιογραφία-Παραπομπές

Πηγές

Παράρτημα

Ευχαριστίες

Πριν από την ανάπτυξη των θεμάτων αυτής της εργασίας θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε κάποιους ανθρώπους που συνέβαλαν στην ολοκλήρωση της. Αρχικά την εισηγήτρια καθηγήτρια κ.α. Ουρανία Βαλσάμη για τις γνώσεις που μας μετέδωσε και την καθοδήγηση και βοήθεια που μας προσέφερε. Επίσης τους κοινωνικού λειτουργούς των υπηρεσιών που επισκεφθήκαμε και συγκεκριμένα τους κοινωνικούς λειτουργούς της Α΄ Θεραπευτικής Μονάδας Υποκατάστασης Αθήνας, της Β΄ Θεραπευτικής Μονάδας Υποκατάστασης Θεσσαλονίκης, της Γ΄ Θεραπευτικής Μονάδας Υποκατάστασης Θεσσαλονίκης, της Μονάδας Εφήβων Θεσσαλονίκης, το «Πρόγραμμα Αυτοβοήθειας» της Θεσσαλονίκης και το Σύλλογο «Ναρκομανείς Ανώνυμοι» Αθηνών. Όλοι αυτοί οι φορείς μας έδωσαν πολύτιμες πληροφορίες για την παροχή βιβλιογραφικού υλικού.

Πρόλογος

Η φοίτηση στο τμήμα Κοινωνικής Εργασίας μας προσέφερε θεωρητικές και πρακτικές γνώσεις σε σχέση με το επάγγελμα του κοινωνικού λειτουργού, ενώ παράλληλα, μας γέννησε προβληματισμούς για θέματα κοινωνικής φύσης που επηρεάζουν άμεσα τη ζωή όλων μας.

Ένα από αυτά τα θέματα είναι η αύξηση της τοξικομανίας στις μέρες μας. Με αφορμή λοιπόν, το σύγχρονο αυτό μείζον πρόβλημα, θελήσαμε να μελετήσουμε τις δομές που διαθέτει η Ελλάδα για τη θεραπεία υποκατάστασης των χρηστών, τις ουσίες που χρησιμοποιούνται στα εκάστοτε προγράμματα και τον τρόπο λειτουργίας των θεραπευτικών αυτών προγραμμάτων.

Οι σύγχρονες όμως συνθήκες όπως αρκετοί επιστήμονες υποστηρίζουν, αποτέλεσαν ίσως γόνιμο έδαφος για την εμφάνιση και εδραίωση αυτού του φαινομένου. Η επικράτηση, δηλαδή, του τεχνοκρατικού πνεύματος, η καταρράκωση κάθε ηθικής αξίας, η αύξηση των προϊόντων υποκοουλτούρας και των φαινομένων κοινοτικής παθογένειας πιθανότατα να «έστρεψαν» τους σύγχρονους ανθρώπους, ανεξαρτήτως ηλικίας, σε τέτοιες ακραίες μορφές αντιμετώπισης της καθημερινότητας τους, όπως είναι, για παράδειγμα, η χρήση των ναρκωτικών.

Συνοπτική παρουσίαση του περιεχομένου της εργασίας

Το βασικό θέμα το οποίο αναλύεται στη συγκεκριμένη πτυχιακή εργασία είναι η χρησιμοποίηση των υποκαταστάτων στην αντιμετώπιση της ουσιοεξάρτησης.

Το πρώτο, λοιπόν, κεφάλαιο αποτελεί μια εισαγωγή στο χώρο των ναρκωτικών. Παραθέτονται, δηλαδή, ορισμοί όρων σχετικών με την ουσιοεξάρτηση, όπως και οι διάφορες κατηγορίες των τοξικών ουσιών. Επίσης, γίνεται μια ανασκόπηση της πορείας των ναρκωτικών στην Ελλάδα κι αναλύονται τα πιο δημοφιλή ναρκωτικά καθώς και οι κυριότερες αιτίες που προκαλούν στα άτομα, ουσιοεξάρτηση.

Στο δεύτερο κεφάλαιο γίνεται μια συνοπτική παρουσίαση της κοινωνικής πολιτικής για την αντιμετώπιση του προβλήματος των ναρκωτικών σε Ευρώπη και Ελλάδα.

Εν συνεχεία, στο τρίτο κεφάλαιο παρουσιάζονται τα προγράμματα θεραπείας του ΟΚΑΝΑ αναλυτικά.

Το τέταρτο κεφάλαιο αποτελεί μια περιγραφή του θεραπευτικού προγράμματος της μεθαδόνης που εφαρμόζεται στην Ελλάδα και παραθέτονται στοιχεία για τους ανταγωνιστές των οπιοειδών ουσιών.

Στο πέμπτο κεφάλαιο περιγράφεται το θεραπευτικό πρόγραμμα της βουπρενορφίνης που λαμβάνει χώρα σε πόλεις της Ελλάδας.

Και τέλος, στο έκτο κεφάλαιο παρουσιάζονται οι ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις που πραγματοποιούνται στο πλαίσιο της θεραπείας με υποκατάστατα ως συμπληρωματική διαδικασία ενός θεραπευτικού προγράμματος υποκαταστάτων.

ΑΡΚΤΙΚΟΛΕΞΑ

- Ο.ΚΑ.ΝΑ.: Οργανισμός κατά των ναρκωτικών
Κ.Ε.Θ.Ε.Α.: Κέντρο θεραπείας εξαρτημένων ατόμων
Σ.Α.Τ.: Σύνδεσμος αποκατάστασης τοξικομανών
Ε.Ο.Π.: Εθνικός οργανισμός πρόνοιας
ΠΙ.Κ.Π.Α.: Πατριωτικό ίδρυμα κοινωνικής πρόνοιας και αντίληψης
Ο.Α.Ε.Δ.: Οργανισμός απασχόλησης εργατικού δυναμικού
Ε.Ο.Κ.: Ευρωπαϊκή οικονομική κοινότητα
Α.Κ.Μ.Α.: Αθηναϊκό κέντρο μελέτης του ανθρώπου
Ε.Δ.Α.Σ.: Εργαστήριο διερεύνησης ανθρωπίνων σχέσεων
Ε.Κ.Δ.Ψ.Π.: Ελληνικό κέντρο διαπολιτισμικής ψυχιατρικής και
περίθαλψης
Ψ.Ν.Α.: Ψυχιατρικό νοσοκομείο Αττικής
Ε.Π.Ι.Ψ.Υ.: Ερευνητικό πανεπιστήμιο ινστιτούτο ψυχικής υγιεινής
Τ.Α.: Τοπική αυτοδιοίκηση
Κ.Ε.Κ.: Κέντρο επαγγελματικής κατάρτισης
Π.Π.Υ.: Πειραματικό πρόγραμμα υποκατάστασης
Π.Π.Γ.Ν.: Πανεπιστημιακό περιφερειακό γενικό νοσοκομείο
Π.Ε.Σ.Υ.Π.: Περιφερειακό σύστημα υγείας και πρόνοιας
Ι.Κ.Α.: Ίδρυμα κοινοτικών ασφαλίσεων
Φ.Ε.Κ.: Φύλλο εφημερίδας κυβέρνησης
Π.Ο.Υ.: Παγκόσμια οργάνωση υγείας
Π.Α.Σ.Ε.Ν.: Πανελλήνια συντονιστική επιτροπή κατά των ναρκωτικών
Η.Π.Α.: Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής
Ν.Α.: Ναρκομανείς Ανώνυμοι

Εισαγωγή

Ένα φαινόμενο που έχει λάβει εκρηκτικές διαστάσεις στις μέρες μας, τόσο εγχώρια όσο και παγκόσμια είναι η εξάπλωση των ναρκωτικών και η αυξανόμενη τοξικομανία. Η μη, βέβαια ιατρική χρήση ναρκωτικών υπήρχε πάντοτε αλλά όχι σε τόσο διευρυμένη κλίμακα όπως συμβαίνει σήμερα.

Οι σύγχρονες όμως συνθήκες, όπως αρκετοί επιστήμονες υποστηρίζουν, αποτέλεσαν ίσως γόνιμο έδαφος για την εμφάνιση και την εδραίωση αυτού του φαινομένου. Η επικράτηση δηλαδή του τεχνοκρατικού πνεύματος, η καταρράκωση κάθε ηθικής αξίας, η αύξηση των προϊόντων υποκοουλτούρας και των φαινομένων κοινωνικής παθογένειας πιθανότατα να «έστρεψαν» τους σύγχρονους ανθρώπους, ανεξαρτήτως ηλικίας, σε τέτοιες ακραίες μορφές αντιμετώπισης της καθημερινότητας τους όπως είναι, για παράδειγμα, η χρήση των ναρκωτικών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

ΟΡΙΣΜΟΙ ΟΠΙΟΕΙΔΩΝ ΟΥΣΙΩΝ-ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

1.1. Σκοπός της πτυχιακής εργασίας

Βασικός σκοπός της μελέτης αυτής είναι να εξετάσει το πρόβλημα της χρήσης και της έκτασης των ναρκωτικών ουσιών, δίνοντας δε έμφαση στις κατηγορίες των χρηστών αυτών που έχουν ενταχθεί στις θεραπευτικές μονάδες υποκατάστασης της Ελλάδας.

Ειδικότερα, η μελέτη έχει σαν στόχο να παρουσιάσει τα υποκατάστατα ναρκωτικών που χρησιμοποιούνται στις θεραπευτικές μονάδες υποκατάστασης και να δώσει μια πληρέστερη εικόνα του τρόπου εφαρμογής των θεραπευτικών προγραμμάτων στις μονάδες αυτές. Επομένως η μελέτη αυτή θα βοηθήσει σε μια ολοκληρωμένη γνώση και ενημέρωση πάνω στο θέμα, για άτομα που λόγω της ειδικότητας τους, θα χρειαστεί να εργαστούν με το συγκεκριμένο πρόβλημα.

Η χορήγηση και η λήψη των υποκατάστατων από τα εξαρτημένα άτομα σε συνδυασμό με την ψυχοκινητική υποστήριξη που προσφέρεται στις θεραπευτικές μονάδες υποκατάστασης αναλύονται μάλιστα στην συγκεκριμένη μελέτη ως οι βασικότερες δομές για την αντιμετώπιση του προβλήματος της εξάρτησης από τις οπιούχες.

1.2. Ορισμοί όρων σχετικά με την οπιοεξάρτηση

Τι είναι ναρκωτικά

Ναρκωτικά, με τη φαρμακολογική έννοια του όρου, είναι οι ουσίες οι οποίες έχουν την ιδιότητα να παραλύουν το κεντρικό νευρικό σύστημα.

Από νομική άποψη, ναρκωτικά γενικά θεωρούνται όλες οι ουσίες, φυτικές ή χημικές, που μπορούν από τη φύση τους να προκαλέσουν στον άνθρωπο τοξικομανία ή και οποιαδήποτε άλλη εξάρτηση από αυτές. (Νομοθετικό διάταγμα 753 της 1/10 Δεκέμβρη 1970).

Γενικότερα στα ναρκωτικά κατατάσσονται κατά την Μακεδόνο Παπαδοπούλου (1982) ορισμένες φυτικές και χημικές ουσίες, οι οποίες έχουν την ιδιότητα και την δυνατότητα να αλλάζουν τη διάθεση, την αντίληψη, τη συναισθηματική κατάσταση του ανθρώπου με οποιοδήποτε τρόπο και να παραλύουν το κεντρικό νευρικό σύστημα.

Επίσης, ο διδάκτωρ Πανεπιστημίου Πατρών, Δρ. Απ. Αποστολόπουλος (2000), ορίζει «τα ναρκωτικά ως ουσίες που έχουν διαφορετική χημική δομή και διαφορετική δράση στο κεντρικό νευρικό σύστημα, από διεγερτική μέχρι και κατασταλτική, αλλά με κοινό

γνώρισμα να μεταβάλλουν την θυμική κατάσταση του ατόμου και να προκαλούν εξάρτηση, ποικίλου βαθμού και διαφορετικής φύσεως, ψυχικής ή και φυσικής».

Εξάρτηση

Σύμφωνα με τον Δρ. Απ. Αποστολόπουλο, «εξάρτηση νοείται μια κατάσταση ψυχική ή και φυσική, που εμφανίζεται σαν αποτέλεσμα μιας επίδρασης σε έναν ζωντανό οργανισμό ενός φαρμάκου και χαρακτηρίζεται από μια ποικιλία εκδηλώσεων μέσα στις οποίες περιλαμβάνεται πάντοτε μια διάθεση για συνέχιση της λήψης του φαρμάκου, είτε με σκοπό την επανεκδήλωση των φαρμακολογικών ενεργειών του είτε αντίθετα για αποφυγή δυσάρεστων συμπτωμάτων που μπορεί να εκδηλωθούν όταν δεν λαμβάνεται».

Εξάρτηση, κατά τον Ευάγγελο Χαραλαμπίδη (2000), είναι η συνεχής ανάγκη για τη χρήση μιας ουσίας. Η εξάρτηση αυτή μπορεί να είναι σωματική, όταν δηλαδή ο οργανισμός του χρήστη μιας ουσίας δεν μπορεί να λειτουργήσει φυσιολογικά χωρίς την ουσία αυτή και ψυχική, όταν ο χρήστης έχει την ανάγκη της ουσίας αυτής για να διατηρήσει την ψυχική του ανοχή. Όλες οι περιπτώσεις σωματικής εξάρτησης εμπεριέχουν και την ψυχική, ενώ δεν συμβαίνει πάντα το αντίθετο. Επιπλέον, η εξάρτηση σύμφωνα με το βιβλίο του Ε. Χαραλαμπίδη (2000), «Στοιχεία για τις εξαρτησιογόνες ουσίες», υποδηλώνεται από την παρουσία τριών τουλάχιστον από τα παρακάτω συμπτώματα:

- Ø Έντονη επιθυμία χρήσης της ουσίας
- Ø Ανάπτυξη ανοχής στη χρήση της ουσίας
- Ø Παρουσία στερητικού συνδρόμου με τη μείωση ή τη διακοπή της χρήσης της ουσίας
- Ø Εγκατάλειψη σημαντικών δραστηριοτήτων κοινωνικών, επαγγελματικών ή ψυχαγωγικών λόγω της χρήσης.
- Ø Εμμονή στη χρήση της ουσίας, παρά το γεγονός ότι προκαλεί στο χρήστη σοβαρά σωματικά ή ψυχολογικά προβλήματα και δυσλειτουργίες σε κύριους τομείς της ζωής του.

Εθισμός

Στο βιβλίο «Πληθυσμιακή υγιεινή 1» του Δρ. Απ. Αποστολόπουλου, εθισμός είναι το φαινόμενο της προοδευτικής μεταβολής της ευαισθησίας ενός βιολογικού συστήματος σε μια ουσία που λαμβάνεται κατ' επανάληψη, σε τρόπο ώστε να επιτυγχάνεται το αυτό αποτέλεσμα μόνο μετά από προοδευτική αύξηση της δόσης.

Ανοχή

Είναι το φαινόμενο που παρουσιάζεται μετά από κάποιο διάστημα συστηματικής χρήσης μιας εξαρτησιογόνου ουσίας. Πρόκειται για την ανάγκη αύξησης της δόσης της ουσίας προκειμένου ο χρήστης να έχει τα ίδια αποτελέσματα ή την εμφάνιση στερητικών συμπτωμάτων όταν διατηρείται σταθερή η δόση, όπως ορίζει ο Ε. Χαραλαμπίδης.

Τοξικομανία

Κατά τον Δρ. Απ. Αποστολόπουλο (2000), τοξικομανία είναι η κλινική έκφραση αναπτυχθείσας εξαρτήσεως σε μια ουσία.

Τοξικομανία, επίσης, όπως ορίζεται από την Μακεδόνο Παπαδοπούλου (1982) είναι η παθολογική εκείνη κατάσταση του ανθρώπου, που δημιουργείται από τη μακροχρόνια χρήση τοξικών ουσιών, τις οποίες επιθυμεί και «διψά» να παίρνει όλο και περισσότερο.

Συμπτώματα

Σύμφωνα με τον Ε. Χαραλαμπίδη (2000), σύνδρομο στέρησης είναι μια σειρά από συμπτωμάτων σωματικών και ψυχολογικών ή μόνο ψυχολογικών που παρατηρούνται ύστερα από στέρηση του οργανισμού από την ουσία προς την οποία έχει αναπτυχθεί εξάρτηση.

1.3. Κατάταξη τοξικών ουσιών –ορισμοί

Είδη τοξικών ουσιών:

- α. Οπιούχα: όπιο, μορφίνη, κωδεΐνη, μεθαδόνη, ηρωίνη
- β. Κατασταλτικά: ηρεμιστικά, βαρβιτουρικά
- γ. Διεγερτικά: αμφεταμίνες, κοκαΐνη, crack, έκσταση (MDA)
- δ. Ψευδαισθησιογόνα: LSD, έκσταση (MDA), μεσκαλίνη
- ε. Ψυχοτρόπο ουσία: ινδική κάνναβη ή χασίς

ΔΙΕΓΕΡΤΙΚΕΣ ΤΟΞΙΚΕΣ ΟΥΣΙΕΣ

Ορισμός:

Αμφεταμίνες: Χημικές ουσίες με διεγερτική επίδραση στο κεντρικό νευρικό σύστημα (ΚΝΣ). Μοιάζουν χημικά με την αδρεναλίνη, ουσία που παράγεται από τον οργανισμό του ανθρώπου (Ε. Χαραλαμπίδης 2000).

Ορισμός:

Έκσταση (MDA ή MDMA): Χημικό συστατικό μιας ουσίας που είναι γνωστή ως MDMA. Βασικό συστατικό του «έκσταση» είναι η αμφεταμίνη. Δεν είναι διαθέσιμο φαρμακευτικά και παράγεται από παράνομα εργαστήρια. (Ε. Χαραλαμπίδης 2000).

Ορισμός:

Κρακ: Μια μορφή free-base κοκαΐνης που η διαδικασία παραγωγής του είναι σχετικά εύκολη. (Ε. Χαραλαμπίδης 2000)

Ορισμός:

Κοκαΐνη: Πρόκειται μια ουσία με βραχεία διεγερτική επίδραση στο Κ.Ν.Σ. και με ιδιότητες τοπικού αναισθητικού. Η κοκαΐνη απορροφάτε από όλους τους βλεννογόνους του σώματος, δηλαδή από το στόμα, τη μύτη, το έντερο κ.λπ. (Ε. Χαραλαμπίδης 2000)

ΚΑΤΑΣΤΑΛΤΙΚΕΣ ΤΟΞΙΚΕΣ ΟΥΣΙΕΣ

Ορισμός:

Ηρεμιστικά: Είναι τα ψυχοφάρμακα που καταστέλλουν τη συγκινησιακή ένταση, το άγχος και το φόβο. (Νίκος Ι. Αδαμόπουλος 1980).

Ορισμός:

Βαρβιτουρικά: Είναι ηρεμιστικά ιδιοσκευάσματα και προκαλούν σε αυξημένες δόσεις, υπνηλία (Νίκος Ι. Αδαμόπουλος 1980).

ΨΕΥΔΑΙΣΘΗΣΙΟΓΟΝΕΣ ΤΟΞΙΚΕΣ ΟΥΣΙΕΣ

Ορισμός:

LSD: Πρόκειται για παραισθησιογόνο φάρμακο, LUSERGIC SAVERE DIETHYL- LAMID, δηλαδή «Διαιθυλαμίδη του Λυσεργικού οξέος» (Νίκος Ι. Αδαμόπουλος 1980).

Ορισμός:

Έκσταση: Το ναρκωτικό αυτό έχει ήδη περιγραφεί, λόγω του ότι ένα από τα αποτελέσματα της χρήσης του είναι οι ψευδαισθησιογόνες καταστάσεις μπορεί να κατηγοριοποιηθεί και ως παραισθησιογόνο ναρκωτικό, εκτός από διεγερτικό.

Ορισμός:

Μεσκαλίνη: Πρόκειται για μια παραισθησιογόνα ουσία. (Νίκος Ι. Αδαμόπουλος 1980).

Ορισμός:

Ψιλοκυβίνη: Πρόκειται για μια παραισθησιογόνα ουσία. (Νίκος Ι. Αδαμόπουλος 1980).

ΨΥΧΟΤΡΟΠΕΣ ΟΥΣΙΕΣ

Ορισμός:

Ινδική κάνναβη (χασίς): Πρόκειται για μια ψυχοτρόπα ουσία. Η κάνναβη είναι ένα θαμνώδες φυτό με οδοντωτά φύλλα και ραβδωτά στελέχη, που διακρίνεται για την μεγάλη ικανότητα προσαρμογής σε διάφορες κλιματολογικές συνθήκες. Η κάνναβη περιέχει τουλάχιστον εξήντα συστατικές ουσίες, πολλές εκ των οποίων είναι βιολογικά ενεργές. Το πιο ψυχοδραστικό της συστατικό είναι η τετραϋδροκανναβινόλη (THC) (Ε. Χαραλαμπίδης 2000).

Ορισμός:

Όπιο: Το όπιο είναι ο αποξηραμένος γαλακτώδης χυμός του φυτού μήκων ή υπνοφόρος, *papaver somniferum*, μιας παπαρούνας που καλλιεργείται σε διάφορες χώρες κυρίως της Ασίας. Ο χυμός αυτός έχει πικρή γεύση και ιδιαίτερα έντονη μυρωδιά. (Νίκος Ι. Αδαμόπουλος 1980).

Οπιούχες ουσίες και οπιοειδή

Ορισμός: Πρόκειται για ημισυνθετικές ουσίες που προέρχονται απευθείας από την κατεργασία του οπίου π.χ. μορφίνη, ηρωίνη, ενώ τα οπιοειδή είναι ουσίες συνθετικές που μιμούνται τη δράση των οπιούχων, αλλά παρασκευάζονται σε εργαστήρια π.χ. μεθαδόνη. (Ε. Χαραλαμπίδης 2000).

Ορισμός:

Μορφίνη: Πρόκειται για ημισυνθετική ουσία του οπίου ((Νίκος Ι. Αδαμόπουλος 1980).

Ορισμός:

Κωδεΐνη: Είναι αλκαλοειδές του οπίου και συγγενεύει περισσότερο με την μορφίνη. (Νίκος Ι. Αδαμόπουλος 1980).

Ορισμός:

Μεθαδόνη: Είναι ουσία συνθετική που παρασκευάζεται χημικά. Έχει δράση παρόμοια με τα οπιούχα, αλλά δεν περιέχεται στο όπιο. (Ε. Χαραλαμπίδης 2000)

Ορισμός:

Ηρωίνη: Είναι αλκαλοειδές παράγωγο της μορφίνης και έχει μεγαλύτερη τοξικότητα από αυτή. (Ε. Χαραλαμπίδης 2000).

1.4. Ιστορική αναδρομή των ναρκωτικών στην Ελλάδα σε σύγκριση με άλλες χώρες

Είναι γνωστό ότι τα ναρκωτικά, σαν φυτά τουλάχιστον, για τον άνθρωπο, είναι γνωστά από χιλιάδες χρόνια και σε αυτό συμφωνούν όλοι οι συγγραφείς, που αναφέρθηκαν στο θέμα αυτό. Από πολύ παλιά ο άνθρωπος επεδίωκε με την χρήση ορισμένων φυτικών ουσιών την αλλαγή της διάθεσης του, της ψυχικής συμπεριφοράς, της οργανικής του δύναμης, καθώς επίσης και της τροποποίησης των σχέσεων του με το περιβάλλον του. Τις ουσίες αυτές, μάλιστα, ο Όμηρος, τις αποκαλούσε «θανατερό υπνωτικό».

Αναλυτικότερα, κατά την Π.Α.Σ.Ε.Ν. (1985), υποστηρίζεται ότι ο άνθρωπος, στην προσπάθεια του να διατηρηθεί και να αντιμετωπίσει καθετί που συναντούσε, οδηγούμενος από το ένστικτο της αυτοσυντήρησης, κατόρθωσε να διακρίνει τις θεραπευτικές και αναλγητικές ιδιότητες των φυτών. Στην πορεία χρήσης αυτών των φυτών διαπιστώθηκαν και άλλες παραισθησιογόνες ενέργειες, που έχουν σχέση με την τοξικομανία κι έτσι άρχισε να δίνεται έμφαση στη χρήση αυτών κατά τις μυστικιστικές θρησκευτικές τελετές, όπου τα άτομα τα χρησιμοποιούσαν για να νιώσουν πιο ευχάριστα. Η μαζική, πάντως, χρήση ναρκωτικών, όπως αναφέρει η Π.Α.Σ.Ε.Ν., στην κοινωνία, σε διάφορες χώρες, πραγματοποιήθηκε από το 16^ο αιώνα μέχρι 18^ο μ.Χ. αιώνα, δηλαδή σε εποχές που παρατηρούνται πολιτικές μεταβολές και κοινωνικές συγκρούσεις. Η πρώτη μαζική κατανάλωση χασίς από Ευρωπαίους στρατιώτες παρατηρείται στην εκστρατεία του Ναπολέοντα στην Αίγυπτο το 1789-1799 κι αργότερα φαίνονται τα πρώτα κρούσματα στις Ευρωπαϊκές χώρες. Στη Νότια Αμερική, η γενική χρήση της «κόκας» από ιθαγενείς, συντελείτε το 16^ο αιώνα, μετά την κατάκτηση από τους Ιάπωνες, οι οποίοι κι επεδίωξαν την καλλιέργεια, τη διάδοση και την ανάπτυξη του εμπορίου. Στην Κίνα, επίσης, η καθατού χρήση οποιού αρχίζει τον 17^ο αιώνα και την εισαγωγή και διακίνηση του είχαν αναλάβει Άγγλοι αποικιοκράτες. Το 19^ο αιώνα, το παράγωγο του οπίου, η ηρωίνη, πουλιόταν στα φαρμακεία ελεύθερα κι ανακαλύφθηκε από έναν Άγγλο ερευνητή, προωθούμενη από την εταιρία της BAYER.

Για τα Ελληνικά δεδομένα, η Π.Α.Σ.Ε.Ν. χωρίζει τη χρήση ναρκωτικών σε δύο μεγάλες χρονικές περιόδους, την προπολεμική και την μετεμφυλιακή. Πάντως, το πρόβλημα παρουσιάζεται με την Μικρασιατική καταστροφή, που το κυριότερο χρησιμοποιούμενο είδος

ήταν το χασίς. Επιπρόσθετα, μεγάλες ποσότητες μορφίνης μεταφέροντας στην χώρα μας από τους Άγγλους, για ιατρικούς σκοπούς, δίνοντας την ευκαιρία για αύξηση του λαθρεμπορίου.

1.5. Τα ναρκωτικά που κυκλοφορούν στην Ελλάδα.

Σύμφωνα με τον Νίκο Ι. Αδαμόπουλο (1980) στην Ελλάδα, την πρώτη θέση στην κυκλοφορία των ναρκωτικών κρατούν σταθερά το χασίς ή ινδική κάνναβη καθώς και τα κατασταλτικά χάπια. Αυτό βέβαια δεν σημαίνει πως και οι άλλες εξαρτησιογόνες ουσίες δεν κυκλοφορούν στον ελλαδικό χώρο. Όμως, έχει παρατηρηθεί από έρευνες πως οι τοξικομανείς του χασίς και των χαπιών είναι σε μεγαλύτερο ποσοστό από ότι οι τοξικομανείς των άλλων ουσιών.

Έτσι λοιπόν, το χασίς που κυκλοφορεί στην Ελλάδα είναι ξένης ή ντόπιας προέλευσης. Το εμπόριο της ξένης παραγωγής γίνεται κυρίως από την Τουρκία, το Μαρόκο και τον Λίβανο, ενώ ακόμη το χασίς μεταφέρεται στην Ελλάδα από τους «τουρίστες» οι οποίοι έχουν σκοπό να το πουλήσουν σε ντόπιους λαθρέμπορους ναρκωτικών.

Το ντόπιο τώρα χασίς, καλλιεργείται από τους ίδιους τους χασισοπότες σε απομακρυσμένα δάση και χωράφια σε αρκετές περιοχές της Ελλάδας.

Η άλλη τέλος διαδεδομένη μορφή τοξικομανίας στην Ελλάδα, η χρήση δηλαδή ηρεμιστικών χαπιών και υπνωτικών φαρμάκων θεωρείται άκρως απλή, καθώς ο χρήστης δεν χρειάζεται να προμηθευτεί παράνομα την ναρκωτική ουσία που επιθυμεί αλλά να την αγοράσει από το φαρμακείο είτε με ιατρική συνταγή ή χωρίς.

1.6. Αίτια που οδηγούν τα άτομα στη χρήση ναρκωτικών ουσιών

Το φαινόμενο της εξάπλωσης των ναρκωτικών ουσιών δεν είναι εύκολο να εξηγηθεί και να ερμηνευθεί με ένα μόνο αίτιο, αλλά ούτε είναι εύκολος ο εντοπισμός των απόλυτων αιτιών. Αυτό συμβαίνει γιατί κάθε ναρκομανείς αποτελεί μια ξεχωριστή περίπτωση ατόμου, που οδηγήθηκε στη χρήση ναρκωτικών για ψυχολογικούς, κοινωνικούς κι άλλους λόγους. Αυτό που πρέπει να σημειωθεί είναι ότι οι αιτίες ποικίλουν από άτομο σε άτομο κι οι αιτίες που δημιουργούν την προϋπόθεση στο άτομο να γίνει χρήστης είναι η μία εξαρτώμενη της άλλης.

Σύμφωνα, πάντως με τα αποτελέσματα ερευνών που πραγματοποιήθηκαν από οργανωμένους φορείς κατά των ναρκωτικών, οι κυριότερες αιτίες που συντελούν στη χρήση των ναρκωτικών είναι οι εξής:

Ψυχολογικά αίτια

Ο σημερινός τρόπος ζωής, ιδιαίτερα στα αστικά κέντρα, όπου εκατοντάδες άνθρωποι είναι άγνωστοι μεταξύ τους, καθώς επίσης και τα καθημερινά προβλήματα της ζωής, δημιουργούν στον άνθρωπο άγχος και μοναξιά. Έτσι λοιπόν, όταν το άτομο είναι αδύναμο σαν προσωπικότητα, επηρεασμένο από το άγχος και τη μοναξιά, καταφεύγει στη χρήση ναρκωτικών, προκειμένου να ξεφύγει και να αποδράσει από την πεζή καθημερινότητα που τον κατατρέπει. (Λάμπρου Δ. Καραμπελα ,1985)

Βιολογικά αίτια

Υπάρχουν ενδείξεις ότι κληρονομείται η ευαισθησία το να αναπτύξει κάποιο άτομο εξάρτηση από ναρκωτικές ουσίες. Για παράδειγμα, βιολογικοί γονείς ατόμων με εξάρτηση από ουσίες εκδήλωσαν το ίδιο πρόβλημα. Αλλά από τις έρευνες που υπάρχουν μέχρι τώρα, τα δεδομένα που έχουν προκύψει είναι τις περισσότερες φορές δυσερμήνευτα και ασαφή ως προς τι πράγματι κληρονομείται.

Οικογενειακά αίτια

Το άτομο που προέρχεται από μία οικογένεια όπου η ατμόσφαιρα ήταν ήρεμη, με σωστές αρχές, γνώρισε τη στοργή, την αγάπη, την ειλικρίνεια και απέκτησε αυτοπεποίθηση και σωστή προσωπικότητα, στοιχεία απαραίτητα για την αντιμετώπιση των διαφόρων καταστάσεων στη ζωή του. Αντίθετα, εκείνο το άτομο που προέρχεται από διαλυμένη, αδιάφορη οικογένεια απέκτησε ανασφάλειες που μπορεί να τον οδηγήσουν στη χρήση των ναρκωτικών, προκειμένου να αποκτήσει ένα σταθερό καταφύγιο- έρεισμα ζωής.

Κοινωνικά αίτια

Η εξέλιξη της τεχνολογίας κι η ραγδαία ανάπτυξη της, μεταβάλλει κι αλλάζει αυτόματα την παραδοσιακή μορφή, όχι μόνο της εργασίας αλλά και του τρόπου ζωής, των αξιών και της ιδεολογίας. Βέβαια, η τεχνολογία διευκόλυνε τη ζωή του ανθρώπου και δημιούργησε αφθονία αγαθών, όμως άφησε μέσα του ένα μεγάλο κενό, καθώς ο σύγχρονος άνθρωπος ξέχασε να χαμογελάει και να νιώθει ανθρώπινα. Η ανασφάλεια για το μέλλον, η ανταγωνιστικότητα, οι απραγματοποίητες προσδοκίες κι

οι συνεχείς αποτυχίες οδήγησαν τον άνθρωπο στη δημιουργία ενός νοητού ιδανικού κόσμου, που θα προορίζεται πραγματικά για τον άνθρωπο. Έτσι, λοιπόν, το ναρκωτικό έρχεται να γίνει το υποκατάστατο όλων εκείνων που αναζητά το άτομο, γνωρίζοντας ότι πρόκειται για μια προσωρινή και πλασματική ευτυχία, απαλλαγμένη από άγχη και μοναξιά.

Ιατρικά αίτια

Οι ασθενείς που λαμβάνουν αυτές τις ουσίες, κυρίως για παυσίπονο ή για θεραπεία, υπάρχει η πιθανότητα από τη μακροχρόνια χρήση να εθιστούν και να καταστούν τοξικομανείς. Πάντως το ποσοστό αυτών των περιπτώσεων είναι σχετικά μικρό. (Λάμπρου Δ. Καραμπελα, 1985)

Οικονομικά αίτια

Η ανεξέλεγκτη πώληση φαρμάκων που περιέχουν ναρκωτικές ουσίες καθώς και το γεγονός ότι οι έμποροι ναρκωτικών κινούνται σε ένα συγκεκριμένο σύστημα διακίνησης ναρκωτικών, με τις ίδιες τιμές από χώρα σε χώρα εκμηδενίζουν τα διάφορα κατασταλτικά μέτρα που λαμβάνει η πολιτεία, ευνοώντας το δυνατό κύκλωμα των ναρκωτικών που στηρίζεται σε μεγάλα οικονομικά συμφέροντα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ II

Η ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΓΙΑ ΤΑ ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ

Εισαγωγή

Το 1965 λειτούργησε το πρώτο πειραματικό πρόγραμμα μεθαδόνης της Ευρώπης, στην Ουσάλα της Σουηδίας. Στα τέλη της δεκαετίας του '70 ακολούθησαν η Μεγάλη Βρετανία, η Ολλανδία, η Δανία, η Ιταλία και η Πορτογαλία, του '80 η Ισπανία και η Αυστρία και του '90 η Ιρλανδία, η Γερμανία, η Γαλλία και η Ελλάδα. Τα τελευταία 10-15 χρόνια οι περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες ανέπτυξαν υπηρεσίες με υποκατάστατα, υιοθετώντας λογικές μείωσης της βλάβης και κατανοώντας τον κομβικό ρόλο σε ζητήματα δημόσιας υγείας των εξαρτημένων από την ενδοφλέβια χρήση ουσιών.

Κυρίαρχο αίτημα και στόχος, για την αντιμετώπιση και σχεδιασμό των προβλημάτων των εξαρτημένων, είναι η συγκράτηση και προσέλκυση, του μεγαλύτερου δυνατού αριθμού εξαρτημένων. Στόχος, όπου πλέον θεραπευτική είναι κάθε προσπάθεια που κατατείνει στην ψυχοσωματική και κοινωνική ευεξία του ατόμου και η επιτυχία δεν ταυτίζεται με την επίτευξη της αποχής από τη χρήση κάθε ουσίας.

Οι απαιτήσεις και οι στόχοι των προγραμμάτων, καθώς και οι τρόποι χορήγησης των υποκατάστατων ποικίλλουν, έτσι ώστε ο όρος «πρόγραμμα» δεν περιορίζεται πλέον στο τρόπο λειτουργίας και τους στόχους που θέτουν κάποια εξειδικευμένα κέντρα, αλλά αναφέρεται στις προϋποθέσεις, τους τρόπους και τους στόχους χορήγησης των υποκατάστατων, τόσο από εξειδικευμένα κέντρα, δημόσια νοσοκομεία και ιδιώτες ιατρούς.

2.1. Δομές αντιμετώπισης των ναρκωτικών σε ευρωπαϊκές χώρες

Αυστρία:

Η λειτουργία προγραμμάτων μεθαδόνης επιτράπηκε για πρώτη φορά το 1987 κάτω από πολύ αυστηρούς περιορισμούς, όπως, μακροχρόνια εξαρτημένη ενδοφλέβια χρήση ηρωίνης, πολλαπλές αποτυχημένες θεραπευτικές προσπάθειες σε ελεύθερα ουσιών προγράμματα. Το 1991 υπήρξε μια διεύρυνση του σχετικού πλαισίου. Στα εξειδικευμένα κέντρα προστέθηκαν και ιδιώτες γιατροί, που χορηγούσαν μεθαδόνη. Το 1997 προστέθηκαν στη θεραπεία με υποκατάστατα και η μορφίνη βραχείας αποδέσμευσης καθώς και η βουπερνομορφίνη. Η μεθαδόνη είναι όμως το κύριο φάρμακο υποκατάστασης. Τα προγράμματα υποκατάστασης στην Αυστρία

υπολογίζεται ότι καλύπτουν το 20% του εξαρτημένου από οπιούχα πληθυσμού.

Βέλγιο:

Η επίσημη πολιτική της χώρας, στις αρχές της δεκαετίας του '90 ήταν προσανατολισμένη στην πρόληψη και τις ελεύθερες ουσιών θεραπευτικές μεθόδους. Προκαλούσε εντύπωση ότι μικρό ποσοστό των εξαρτημένων ήταν φορείς του AIDS σε σύγκριση με τις άλλες ευρωπαϊκές χώρες. Έρευνες απέδωσαν το γεγονός στη δουλειά των οικογενειακών γιατρών, οι οποίοι συνταγογραφούσαν μεθαδόνη παρότι δεν υπήρχε επισήμως πλαίσιο χορήγησης φαρμάκων. Έτσι άτυπα μεν, ουσιαστικά δε, πρόσφεραν σημαντικές υπηρεσίες στη μείωση της βλάβης.

Το 1994 υιοθετήθηκαν από την πολιτεία τα προγράμματα μεθαδόνης, η οποία αποτελεί το φάρμακο υποκατάστασης. Τα υποκατάστατα χορηγούνται τόσο μέσω εξειδικευμένων κέντρων, όσο και μέσω ιδιωτών ιατρών, σε προγράμματα υψηλών και χαμηλών απαιτήσεων. Περίπου 50% του εξαρτημένου πληθυσμού της χώρας συμμετέχει σε προγράμματα υποκατάστασης.

Μεγάλη Βρετανία:

Η Μεγάλη Βρετανία έχει πρωτεύοντα ρόλο τόσο στη χορήγηση μεθαδόνης, όσο και στην έρευνα σε ότι αφορά τον ευρωπαϊκό χώρο.

Με ευκολία οι Βρετανοί γιατροί συνταγογραφούσαν ανένσιμες ψυχοτρόπες ουσίες, για πολλές δεκαετίες αυτό ήταν το χαρακτηριστικό του Βρετανικού συστήματος. Μέχρι το 1968 μπορούσε κάθε γιατρός να συνταγογραφήσει μεθαδόνη, ηρωίνη και κοκαΐνη. Η συνταγογράφηση της ηρωίνης έφτασε το υψηλότερο σημείο της το καλοκαίρι του 1968, όπου στο 60% περίπου των υπό θεραπεία εξαρτημένων, χορηγείτο ηρωίνη. Από το 1968, με σχετική νομοθετική ρύθμιση, η συνταγογράφηση ηρωίνης και κοκαΐνης μπορούσε να γίνει μόνο από ειδικά εξουσιοδοτημένους γιατρούς, οι οποίοι εργαζόταν σε ειδικά θεραπευτικά κέντρα. Με την ίδια νομοθετική ρύθμιση συνεχίστηκε να συνταγογραφείται από κάθε γιατρό. Έτσι μειώθηκε από το 1969 στο 35%, το 1978 στο 5% και σήμερα υπολογίζεται ότι η ηρωίνη χορηγείται μόνο στο 1% των ατόμων που συμμετέχουν σε προγράμματα θεραπείας με υποκατάστατα.

Το 1980 διεξήχθη μια συγκριτική μελέτη, δωδεκάμηνης διάρκειας, από τον Martnoll και τους συνεργάτες του. Χορηγήθηκε ενδοφλεβίως ηρωίνη σε 44 εξαρτημένους και μεθαδόνη, από το στόμα, σε άλλα 52 άτομα. Η πορεία των συμμετεχόντων ελέγχονταν σε όλη τη διάρκεια του

προγράμματος από ανεξάρτητη ομάδα επιστημών. Μετά από έναν χρόνο το 74% των ληπτών ηρωίνης παρέμενε στο πρόγραμμα έναντι του 29% των ληπτών μεθαδόνης.

Πέρα από αυτό δεν παρατηρήθηκαν αξιόλογες διαφορές της υγείας τους, την απασχόληση, την παραβατικότητα και τη χρήση μη οπιούχων ψυχοτρόπων ουσιών.

Στις αρχές της δεκαετίας του '90, με αφορμή την εξάπλωση του AIDS, υπήρξε στη Βρετανία μια αναθέρμανση της συζήτησης και της έρευνας για τη χορήγηση αινέσιμων ψυχοτρόπων ουσιών, υπό ιατρικό έλεγχο. Κατά τον Gossop (1991) προέκυψαν στοιχεία για μείωση της εγκληματικότητας κατά 98% και ποσοστό θανάτων 0% για όσους συμμετέχουν σε ερευνητικά προγράμματα. Αυτά τα στοιχεία κρίθηκαν ως μη ρεαλιστικά και πάντως ανεπαρκή για την αλλαγή της πολιτικής.

Σήμερα συνταγογραφούνται η μεθαδόνη και από το 1999 και η βουπρενορφίνη. Η μεθαδόνη αποτελεί την κύρια ουσία υποκατάστασης στις θεραπείες. Κάθε γιατρός μπορεί να τη συνταγογραφήσει σε υγρή μορφή ή και σε αινέσιμο διάλυμα, προτιμώνται τα δισκία, τα οποία παραλαμβάνουν από τα φαρμακεία και καταναλώνονται στο σπίτι.

Η θεραπεία υποκατάστασης είναι μέθοδος πρώτης επιλογής στη χώρα και τα φάρμακα χρησιμοποιούνται σε σύντομα προγράμματα σωματικής αποτοξίνωσης, όσο και σε μακροχρόνια, με στόχο τη σταθεροποίηση του τρόπου ζωής των μελών της, τη βελτίωση της υγείας και την αποδέσμευση τους από τα κυκλώματα της μαύρης αγοράς.

Γερμανία:

Οι εξαρτημένοι από οπιούχα υπολογίζονται επισήμως στις 120.000.220.000. από 1981 επιτρέπεται η συνταγογράφηση «ναρκωτικών ουσιών» κάτω από αυστηρές ιατρικές ενδείξεις. Πολλοί γιατροί κάνοντας χρήση αυτής της δυνατότητας συνταγογραφούσαν κωδεϊνούχα σκευάσματα και από το 1985 διυδροκωδεΐνη. Το 1992 ο νέος νόμος περί ναρκωτικών προέβλεπε ότι ναρκωτικές ουσίες μπορούν να συνταγογραφηθούν για τη θεραπεία της εξάρτησης.

Το 1987 λειτούργησε σε πέντε νοσοκομεία της Βόρειας Ρηνανίας Βεστφαλίας πειραματικό πρόγραμμα χορήγησης μεθαδόνης σε 75 εξαρτημένους. Σιγά-σιγά αυξήθηκαν τα άτομα συμμετοχής και το 1998 ήταν πάνω από 50,000. η μεθαδόνη χορηγείται σήμερα στα πλαίσια προγραμμάτων χαμηλών και υψηλών απαιτήσεων, τόσο από εξειδικευμένα κέντρα όσο και από ιδιώτες γιατρούς. Οι γιατροί αυτοί είναι κυρίως ψυχίατροι και οικογενειακοί γιατροί, οι οποίοι μετά από ειδικά σεμινάρια παίρνουν την έγκριση για τη συνταγογράφηση της μεθαδόνης. Εκτός της μεθαδόνης συνταγογραφείται και η διυδροκωδεΐνη. Από το έτος 2000 εισήχθει επίσης η θεραπεία

υποκατάστασης με βουπρενορφίνη, δεν γνωρίζεται το ποσοστό των εξαρτημένων που χορηγείται. Περίπου 40-50% του υπολογιζόμενου αριθμού των εξαρτημένων παρακολουθεί προγράμματα θεραπείας με υποκατάστατα.

Θα πρέπει να σημειωθεί, ότι υπάρχουν διαφορές ανάμεσα στα κρατίδια της Γερμανίας, σε ότι αφορά την προσφορά θέσεων θεραπείας. Το 1998, το 80% των θέσεων προσφέρονταν από την βόρεια Ρηνανία Βεστφαλία, την κάτω Σάξονη, του Αμβούργου του Βερολίνου, της Βρέμης και της Έσσης.

Δανία:

Το 1967 λειτούργησαν τα πρώτα πειραματικά προγραμμάτων μεθαδόνης. Από το 1970 εξειδικευμένα κέντρα και ιδιώτες γιατροί χορηγούσαν μεθαδόνη, κυρίως όμως σε προγράμματα σωματικής αποτοξίνωσης. Ανάμεσα στο 1986-89 αυξήθηκε σημαντικά ο αριθμός των ληπτών μεθαδόνης, γεγονός που επέφερε αλλαγές στο σχετικό νομοθετικό πλαίσιο. Οι αλλαγές πριμοδοτούσαν τη χορήγηση υποκατάστατων μέσα από εξειδικευμένα κέντρα, παράλληλα διαφοροποιούσε τα προγράμματα υψηλών, αλλά και χαμηλών απαιτήσεων. Από το 1998 χορηγείται και βουπρενορφίνη.

Γαλλία:

Το 1973 λειτούργησαν, σε δύο εξειδικευμένα κέντρα, προγράμματα υποκατάστασης με μεθαδόνη. Έκτοτε και για 20 χρόνια δεν υπήρξε καμία εξέλιξη. Στα μέσα της δεκαετίας του '90 και σε σχέση με την μεγάλη αύξηση της προσβολής από τον ιό του AIDS μεταξύ των χρηστών της χώρας, αποφασίστηκε η προσχώρηση της λογικής των υποκατάστατων. Η χορήγηση ξεκίνησε και προχώρησε κυρίως μέσα από τη λειτουργία εξειδικευμένων κέντρων. Λόγω τον περιορισμό στη χρήση μεθαδόνης πολλοί γιατροί στράφηκαν στη χορήγηση της βουπρενορφίνης, η οποία από το 1996 χορηγείται ευρέως μέσα από ένα ελαστικό πλαίσιο.

Ελβετία:

Στην Ελβετία μέχρι το 1975 ήταν ευθύνη του γιατρού η συνταγογράφηση, ή όχι, ψυχοτρόπων ουσιών για θεραπευτικούς λόγους, σε εξαρτημένα άτομα. Από το 1975 απαιτείται ειδική άδεια για την συνταγογράφηση τους.

Με την πάροδο του χρόνου, την αύξηση του πληθυσμού των εξαρτημένων και την αύξηση ζήτησης της μεθαδόνης δημιουργήθηκαν

και πάλι διαφορές στην πρακτική χορήγησης της, κυρίως στα διάφορα κάντονια της χώρας.

Με τρεις ευρύτατες και αξιοπρόσεκτες μελέτες του Υπουργείου Υγείας της χώρας, τα γνωστά Methadon Report, 1984, 1989 και 1995 έγιναν προσπάθειες επικαιροποίησης και ενιαιοποίησης των κριτηρίων εισαγωγής και των στόχων των προγραμμάτων.

Εκτός της μεθαδόνη, άλλα υποκατάστατα που χρησιμοποιούνται είναι η διυδροκωδεΐνη, η μορφίνη βραδείας αποδέσμευσης, η βουπρενορφίνη, αλλά και η ίδια η ηρωΐνη.

Σύμφωνα με το Methadon Report (1995), περίπου 10.000 συμμετείχαν σε προγράμματα υποκατάστασης και 1.300 άτομα σε ελεύθερα ουσιών προγράμματα. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζουν τα προγράμματα χορήγησης ηρωΐνης και όχι μόνο, υπό ιατρικό έλεγχο.

Το 1994 ξεκίνησε ένα πιλοτικό πρόγραμμα, τριετούς διάρκειας, σε 9 διαφορετικά σημεία της χώρας, χορήγησης ενέσιμης ηρωΐνης, μορφίνης και μεθαδόνης. Σε μια μάλιστα σχεδιάστηκε και η χορήγηση τσιγάρων εμποτισμένων με κοκαΐνη.

Σκοπός της έρευνας ήταν, να διερευνηθεί η δυνατότητα λειτουργίας τέτοιων προγραμμάτων, η θεραπευτική τους αποτελεσματικότητα, οι τυχόν αρνητικές τους επιπτώσεις, το οικονομικό κόστος και η κοινωνική τους υποδοχή.

Οι θεραπευτικοί στόχοι ήταν, η βελτίωση της υγείας, η μείωση της βλάβης από τη χρήση παράνομων ουσιών, η αποφυγή επικίνδυνων συμπεριφορών σε κοινωνικό και ατομικό επίπεδο, η αλλαγή τρόπου ζωής και η απεξάρτηση, όπου αυτό είναι δυνατό.

Τα κριτήρια εισαγωγής στο πρόγραμμα ήταν αναμφισβήτητη εξάρτηση από οπιούχα, ηλικία άνω των 20 ετών, πολλαπλές αποτυχίες σε άλλα θεραπευτικά προγράμματα, προφανής επιδείνωση της υγείας του χρήστη και έγγραφη αποδοχή των όρων του προγράμματος.

Υπεύθυνη για τον έλεγχο του προγράμματος ορίστηκε η πανεπιστημιακή ψυχιατρική κλινική της Τυρίνης, υπό την εποπτεία της Ομοσπονδιακής Διεύθυνσης Υγείας.

Επρόκειτο λοιπόν για ένα πρόγραμμα υψηλών και κυρίως αυστηρών προδιαγραφών, το οποίο απευθυνόταν στον πληθυσμό των εξαρτημένων, που είχε αποτύχει στα άλλα θεραπευτικά προγράμματα. Συμμετείχαν 700 λήπτες, από τους οποίους μόνο σε 250 χορηγήθηκε εξαρχής ηρωΐνη. Στους υπόλοιπους χορηγήθηκε ενέσιμη μεθαδόνη και ενέσιμη μορφίνη βραδείας αποδέσμευσης. Σε όλη τη διάρκεια του προγράμματος, οι λήπτες βρίσκονταν κάτω από την επιτήρηση ιατρών, ψυχολόγων και κοινωνιοθεραπευτών.

Η ποσοστιαία χορήγηση των τριών ουσιών, γρήγορα εγκαταλείφθηκε διότι καταγράφηκαν ανεπιθύμητες δράσεις από την ενδοφλέβια χορήγηση και της μεθαδόνης και της μορφίνης.

Η ποσοστιαία χορήγηση αντικαταστάθηκε από την εξατομικευμένη επιλογή του φαρμάκου, από το θεραπευτή, επιλογή που πρακτικά μονοπωλήθηκε από την ηρωίνη.

Η αξιολόγηση του προγράμματος υπήρξε θετική, θεωρήθηκε ως πρόγραμμα με μεγάλη διεισδυτικότητα σε δύσκολους πληθυσμούς εξαρτημένων. Παρατηρήθηκαν ακόμη πολύ υψηλά ποσοστά συγκράτησης των εξαρτημένων στη θεραπευτική διαδικασία, καθώς και ανάσχεση της πορείας εξαθλίωσης τους, μέσα από τη συμμετοχή τους στο πρόγραμμα. Και από το 1997 εφαρμόζεται το πρόγραμμα χορήγησης ενέσιμη ηρωίνης από ιατρικό έλεγχο.

Βόρεια Ιρλανδία:

Ο αριθμός των εξαρτημένων από ηρωίνη υπολογίζεται γύρω στις 13.000. η πρόληψη είναι κυρίως προσανατολισμένη στην ενημέρωση, εκπαίδευση και την καταστολή, ενώ η θεραπεία, σε ελεύθερα ουσιών προγράμματα και κοινωνική στήριξη.

Τα προγράμματα υποκατάστασης ξεκίνησαν το 1970, αλλά μέχρι το 1990 δεν γνώρισαν ανάπτυξη. Σήμερα μέσα από εξειδικευμένα κέντρα χορηγείται μεθαδόνη σε 3.000-3.5000 άτομα, ποσοστό 20% περίπου του πληθυσμού των εξαρτημένων από ηρωίνη. Άλλες ουσίες υποκατάστασης δεν χορηγούνται.

Ισπανία:

Η μεθαδόνη χορηγείται από το 1972. Αναλυτικές προδιαγραφές για την εισαγωγή στα προγράμματα, τη χορήγηση του φαρμάκου και τους στόχους του, υπάρχουν από το 1983. Από το 1997 χορηγείται επίσης LAAM. Η χορήγηση γίνεται μόνο μέσα από εξειδικευμένα κέντρα.

Στις αρχές της δεκαετίας του '90 υπήρξε διαφοροποίηση των προγραμμάτων, σε απεξάρτησης και μείωσης της βλάβης, με αποτέλεσμα τη ραγδαία αύξηση του αριθμού των εξαρτημένων που συμμετείχαν σε αυτά.

Σήμερα υπολογίζεται ότι περίπου 55.000-60.000 ασθενείς συμμετέχουν σε προγράμματα υποκατάστασης.

Πορτογαλία:

Παρότι η μεθαδόνη χορηγείται στη χώρα αυτή από το 1977, εν τούτοις η συμμετοχή της στη περίθαλψη των 35.000-50.000 εξαρτημένων της χώρας αυτής παρέμενε μικρή. Το 1998 υπολογίζεται ότι περίπου 2.500 άτομα δεχόταν τις υπηρεσίες των προγραμμάτων υποκατάστασης.

Από το 1994 χορηγείται και LAAM ως ουσία υποκατάστασης. Τα τελευταία 2-3 χρόνια υπήρξαν μεγάλες αλλαγές στην αντιναρκωτική πολιτική της Πορτογαλίας.

Ιταλία:

Από το 1975 επιτρέπεται στους γιατρούς να συνταγογραφούν, για ιατρικούς λόγους, ψυχοτρόπες ουσίες, της μεθαδόνης συμπεριλαμβανομένης. Το 1978 και το 1980 αναθεωρήθηκε δύο φορές, αυτή η ρύθμιση. Από τότε η μεθαδόνη χορηγείται κυρίως από εξειδικευμένα κέντρα, ή και λίγους ιδιώτες γιατρούς, οι οποίοι συνεργάζονται με κέντρα, τα οποία ελέγχουν και καταγράφουν την πορεία των ασθενών.

Στην Ιταλία γίνεται περισσότερο αποδεκτή ως φάρμακο επιλογής για τη σωματική αποτοξίνωση και λιγότερο ως μέσο απεξάρτησης ή μείωσης της βλάβης. Μόνο για τα βαρύτερα περιστατικά προβλέπεται μακροχρόνια χορήγηση. Από το 1999 χορηγείται και η βουπρενορφίνη.

Ολλανδία:

Στην Ολλανδία χορηγείται μεθαδόνη ήδη από το 1999, από ιδιώτες γιατρούς και το νοσοκομείο Jellinek του Άμστερνταμ (Noorlander και Kooyman 1986). Όλο ένα αυξανόταν ο αριθμός των εξαρτημένων και επίσης ο αριθμός των προγραμμάτων μεθαδόνης σε διάφορες πόλεις της Ολλανδίας. Το 1982 λειτούργησε ένα πρόγραμμα που απευθυνόταν σε μετανάστες από το Σουρινάμ, αλλά γρήγορα «φρόντιζε» και τους λοιπούς εξαρτημένους. Η μεθαδόνη χορηγείτο σε διάφορα σημεία της πόλης, όπως και τα περίφημα «λεωφορεία μεθαδόνης» το οποία στάθμευαν σε στέκια» εξαρτημένων.

Οι προϋποθέσεις για τη συμμετοχή στο πρόγραμμα μεθαδόνης ήταν και είναι: τακτικές ιατρικές εξετάσεις, καταγραφή στο Εθνικό Κέντρο Συλλογής στοιχείων, χορήγηση του φαρμάκου, απουσία επιθετικής συμπεριφοράς, για τους αλλοδαπούς καταγραφή της παραμονής τους από τις τοπικές αρχές και τέλος δεν γινόταν έλεγχος της παράλληλης χρήσης και δεν υπήρχε υποχρέωση συμμετοχής σε διαδικασίες ψυχοκοινωνικής υποστήριξης.

Βέβαια δεν υπάρχουν μόνο τα προγράμματα «χαμηλών απαιτήσεων», αλλά και επίσης τα προγράμματα «υψηλότερων απαιτήσεων», όπου στόχος τους είναι η μείωση της παράλληλης χρήσης ουσιών στο συντομότερο δυνατό. Οι εξαρτημένοι των προγραμμάτων αυτών υποχρεώνονται να διαχειρίζονται οι ίδιοι το φάρμακο (τα δισκία συνταγογραφούνται) και η παράλληλη χρήση ελέγχεται με τοξικολογικές αναλύσεις ούρων.

Κατά τον Grandaal (1992) στο Άμστερνταμ το 65-70% συμμετέχει σε προγράμματα. Αλλά και σε όλη τη χώρα, συμμετέχει το 60% σε προγράμματα μεθαδόνης.

Από το 1997 λειτουργούν και μικρής εμβέλειας πειραματικά προγράμματα χορήγησης ηρωίνης, ενώ συζητιέται και η εισαγωγή της βουπρενορφίνης ως δεύτερης ουσίας υποκατάστασης.

Ελλάδα:

Στην χώρα μας η δυνατότητα για τη χορήγηση υποκατάστατων εισήχθει νομοθετικά από τον νόμο 2161/93. Το 1996 λειτούργησαν πιλοτικά προγράμματα μεθαδόνης που προσέφεραν 300 θέσεις θεραπείας. Με τη λήξη της πιλοτικής φάσης αξιολογήθηκαν τα προγράμματα από μια ανεξάρτητη επιτροπή. Τα αποτελέσματα της ήταν θετικά και έτσι αποφασίστηκε η ανάπτυξη των προγραμμάτων μεθαδόνης και στην Ελλάδα.

Τα προγράμματα είναι αυστηρών προδιαγραφών και υψηλών απαιτήσεων. Κριτήρια εισαγωγής: να είναι πάνω από 22 ετών οι εξαρτημένοι, να έχουν ήδη μια τουλάχιστον αποτυχημένη προσπάθεια απεξάρτησης σε ελεύθερα ουσίων προγράμματα. Στόχος είναι η απεξάρτηση. Η μείωση της βλάβης αποτελεί στόχο μόνο στο βαθμό που υπόκειται σ' αυτόν της απεξάρτησης. Η προσπάθεια να αποτελέσει η μείωση της βλάβης, αυτόνομο στόχο, τμήματος τουλάχιστον των προγραμμάτων μεθαδόνης, δεν έχει ακόμη ολοκληρωθεί.

Από το 2002 ξεκίνησε η πιλοτική χορήγηση της βουπρενορφίνης σε εξειδικευμένα κέντρα του ΟΚΑΝΑ. Μετά από έλεγχο, αξιολόγηση από ανεξάρτητη επιτροπή, αποφασίστηκε η περαιτέρω ανάπτυξη τους.

Ο υπολογισμός του αριθμού χρηστών στην Ελλάδα είναι δύσκολο έργο. Στην χώρα μας δεν έχει πραγματοποιηθεί μέχρι στιγμής καμία αξιόπιστη έρευνα. Υπολογίζεται, υποθετικά, ότι 65.000-85.000 είναι οι χρήστες ηρωίνης.

Σουηδία:

Το πρώτο πρόγραμμα μεθαδόνης στην Ευρώπη και μάλιστα στα πρότυπα του προγράμματος Dole και Nyswander, έστω και πειραματικά, λειτούργησε το 1965-66 στην Ουψάλα Σουηδίας.

Παρά την πρόωμη έναρξη, τα προγράμματα μεθαδόνης δεν έγιναν ποτέ θεραπευτική μέθοδος πρώτης επιλογής.

Το 1990 προσδιορίστηκε ο αριθμός των θέσεων θεραπείας στα προγράμματα υποκατάστασης, στις 600 και αυτός είναι ως σήμερα. Υπάρχουν 3 εξειδικευμένα κέντρα σε όλη την χώρα, με πολύ απαιτητικές

προδιαγραφές συμμετοχής. Δεν χορηγείται καμία άλλη ουσία υποκατάστασης.

Συνοψίζοντας για την κατάσταση που επικρατεί στην Ευρώπη, σχετικά με τα προγράμματα υποκατάστασης, θα μπορούσαμε να πούμε ότι έστω και πιλοτικά τα προγράμματα υποκατάστασης πρωτοεμφανίστηκαν τη δεκαετία του '60. και ενώ αυξανόταν η χρήση οπιούχων ουσιών, ειδικά εφόσον εμφανίστηκε το AIDS και συνειδητοποίησαν τον κίνδυνο για τη δημόσια υγεία, από λοιμώδεις νόσους που ενδημούν στους πληθυσμούς των εξαρτημένων από ενδοφλέβια χρήση ουσιών, άρχισαν να αναπτύσσουν προγράμματα υποκατάστασης,

Στα προγράμματα υποκατάστασης το κύριο, μοναδικό φάρμακο ήταν η μεθαδόνη, μέχρι τα τέλη της δεκαετίας του '90, αργότερα άρχισαν να παρέχονται και άλλες ουσίες. Το LAAM, ένα μακράς διάρκειας υποκατάστατο, , ξεκίνησε να χορηγείται το 1994 στην Πορτογαλία, σήμερα χρησιμοποιείται και στη Δανία και την Ισπανία. Η βουπρενορφίνη ξεκίνησε το 1996 στη Γαλλία, όπου αποτελεί και την κύρια ουσία υποκατάστασης, χρησιμοποιείται και στην Αυστρία, τη Μεγάλη Βρετανία, τη Γερμανία, τη Δανία και την Ελλάδα. Η διυδροκωδεΐνη χορηγείται κυρίως στην Γερμανία και το Βέλγιο. Στη Μεγάλη Βρετανία, αντίθετα, ακολουθείται η πορεία μείωσης της χορήγησης ηρωίνης. Στην Ολλανδία λειτουργούν μικρής κλίμακας προγράμματα χορήγησης ηρωίνης σε πειραματικό στάδιο, ενώ στη Γερμανία έχει διαμορφωθεί νομοθετικό πλαίσιο, που επιτρέπει τη λειτουργία τέτοιων προγραμμάτων, χωρίς να έχουν πραγματοποιηθεί.

Βλέπουμε και τις διαφορές, σε κάποιες χώρες, του τρόπου χορήγησης. Στην Δανία, Ελλάδα, Ιταλία, Ισπανία Πορτογαλία και τη Σουηδία, τα υποκατάστατα χορηγούνται μόνο μέσω εξειδικευμένων μονάδων. Ενώ στην Αυστρία, το Βέλγιο, τη Γερμανία, τη Μεγάλη Βρετανία και την Ολλανδία έχουν δημιουργηθεί λιγότερο συγκεντρωτικές, πιο ευέλικτες δομές συνεργασίας, εξειδικευμένων μονάδων και ιδιωτών ιατρών, κυρίως οικογενειακών και ψυχιάτρων

Οι στόχοι ποικίλουν σε κάθε χώρα, οι κυριότεροι είναι όμως η σωματική αποτοξίνωση, η απεξάρτηση και την ίδια την ουσία υποκατάστασης και κυρίως στα πλαίσια μακρόχρονης χορήγησης προγραμμάτων, με στόχο τη μείωση συνεπειών από την χρήση παράνομων ουσιών..

Ιδιαίτερο βάρος δίνεται στην προσφορά θεραπευτικών υπηρεσιών, σε όσο το δυνατό μεγαλύτερο πληθυσμό των εξαρτημένων, μέσω της ελκυστικότητας των προγραμμάτων υποκατάστασης, τα οποία γίνονται

αποδεκτά και ενσωματώνονται στα θεραπευτικά προγράμματα των χωρών.

2.2. Δομές αντιμετώπισης των ναρκωτικών στην Ελλάδα

Η ελληνική κοινωνία αμυνόμενη απέναντι στη ραγδαία αύξηση των ατόμων που κάνουν χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών ανέπτυξε και εξακολουθεί να αναπτύσσει συνεχώς μονάδες πρόληψης κι αντιμετώπισης εξαρτησιακών καταστάσεων.

Έτσι λοιπόν, στον Ελλαδικό χώρο υπάρχουν εξειδικευμένοι φορείς του Δημοσίου που ασχολούνται με το συγκεκριμένο θέμα. Αυτοί είναι:

- Ø Δημόσιο Ψυχιατρείο Αθηνών Μονάδα Απεξάρτησης
- Ø Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης-Τμήμα απεξάρτησης
- Ø Ειδικό εξωτερικό ιατρείο Αιγινήτιου Νοσοκομείου για εξαρτημένα άτομα του Πανεπιστημίου Αθηνών.
- Ø Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών.
- Ø Γενικό Νοσοκομείο Βόλου.

Επιπλέον, εξειδικευμένοι φορείς ιδιωτικού δικαίου που λειτουργούν στην Ελλάδα, επιδοτούμενα από το κράτος και όχι μόνο είναι οι εξής:

- Ø Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων (ΚΕΘΕΑ). Το ΚΕΘΕΑ αποτελεί το μεγαλύτερο οργανισμό παροχής υπηρεσιών σε εξαρτημένους στην Ελλάδα.
- Ø Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής- Τμήμα Πρόληψης κι αντιμετώπισης εξαρτησιακών καταστάσεων με την επωνυμία ΙΑΣΩΝ.
- Ø Σύνδεσμος Αποκατάστασης Τοξικομανών (ΣΤΑ)

Εκτός βέβαια από τα παραπάνω εξειδικευμένα κέντρα στην κατηγορία αυτή υπάγονται και άλλες δομές που η παρέμβαση τους είναι γενικότερη και αφορά σε θέματα υγείας και πρόνοιας. Τέτοιες δομές είναι:

- Ø Εθνικός Οργανισμός Πρόνοιας (ΕΟΠ)
- Ø ΠΙΚΠΑ
- Ø Εθνικός Ερυθρός Σταυρός
- Ø Εταιρεία Προστασίας Ανηλίκων

Ø ΟΑΕΔ

Τέλος, θα πρέπει να αναφερθεί ο Οργανισμός κατά των Ναρκωτικών (ΟΚΑΝΑ), ο οποίος είναι αυτοδιοικούμενο νομικό πρόσωπο που τελεί υπό την εποπτεία του Υπουργείου Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Ο νεοσύστατος αυτός οργανισμός (Ν. 2161 του 1993), κατάλληλα στελεχωμένος και με διακομματική πολιτική φιλοδοξεί να αναπτυχθεί σε κεντρικό όργανο συντονισμού, σχεδιασμού και λήψη αποφάσεων. (Εθνικό Ίδρυμα Νεότητας, 1995).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ ΤΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

3.1. ΟΚΑΝΑ-Στόχοι του οργανισμού κατά των ναρκωτικών

Νομική Υπόσταση

Ο ΟΚΑΝΑ, ιδρύθηκε με τον νόμο 2161/93, ο οποίος ψηφίστηκε από το σύνολο του Κοινοβουλευτικού Σώματος και τέθηκε σε λειτουργία στις αρχές του 1995. Ο οργανισμός αυτός είναι αυτοδιοικούμενο Νομικό Πρόσωπο Ιδιωτικού Δικαίου και τελεί υπό την εποπτεία του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας. Διοικείται από 15μελές διοικητικό συμβούλιο, που διορίζεται με απόφαση του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας και αποτελείται από 4 επιστήμονες, από έναν εκπρόσωπο της Εκκλησίας της Ελλάδας, τον πρόεδρο του Γνωμοδοτικού Συμβουλίου, από έναν εκπρόσωπο των Υπουργών Υγείας και Πρόνοιας, Δικαιοσύνης, Δημόσιας Τάξης, Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων, Οικονομικών, Εμπορικής Ναυτιλίας και Πολιτισμού και τέλος από έναν εκπρόσωπο της Κ.Ε.Δ.Κ.Ε, αλλά κι έναν από τις κοινότητες αποθεραπείας. Ο πρόεδρος του Δ.Σ. ορίζεται από το Υπουργικό Συμβούλιο. Η θητεία των μελών του Δ.Σ. καθώς και του προέδρου είναι τριετής. (Τα νεότερα του ΟΚΑΝΑ, 2002-2003)

Βασικοί στόχοι του οργανισμού

1. Ο σχεδιασμός, η προώθηση, ο διωπουργικός συντονισμός κι η εφαρμογή Εθνικής Πολιτικής σχετικά με την πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια πρόληψη της ουσιοεξάρτησης.
2. Η μελέτη του προβλήματος των ναρκωτικών σε εθνικό επίπεδο, η παροχή έγκυρης κι αξιόπιστης πληροφορίας καθώς και η ευαισθητοποίηση του κοινού. Η δημιουργία, δηλαδή, Εθνικού Κέντρου Πληροφόρησης-Τράπεζας Πληροφοριών ως προς την εκάστοτε κατάσταση κι έκταση του προβλήματος της ουσιοεξάρτησης στην Ελλάδα.
3. Η πληροφόρηση κι ευαισθητοποίηση της κοινής γνώμης, κατά τρόπο ενιαίο και επιστημονικά υπεύθυνο, για τις συνέπειες από τη χρήση των ναρκωτικών κι ενθάρρυνση, ο συντονισμός κι η εποπτεία κάθε ιδιωτικής πρωτοβουλίας που στοχεύει στη συμμετοχή του κοινού στην προσπάθεια για την καταπολέμηση του προβλήματος των ναρκωτικών.
4. Η πρόταση και η προώθηση των απαραίτητων νομοθετικών, κοινωνικών κι άλλων μέτρων για την πρόληψη και την καταστολή των ναρκωτικών.
5. Η συνεργασία με αντίστοιχους συντονιστικούς ή ερευνητικούς φορείς σε οργανισμούς και υπηρεσίες της Ε.Ο.Κ και άλλους διεθνείς οργανισμούς, που σχετίζονται με το συγκεκριμένο θέμα, η μεταξύ τους

ανταλλαγή πληροφοριών κι η ενεργός συμμετοχή στις συναντήσεις που οργανώνονται από τους παραπάνω οργανισμούς.

6. Η κατ' έτος σύνταξη έκθεσης για την εκάστοτε διάσταση του προβλήματος των ναρκωτικών τόσο σε εθνικό όσο και σε διεθνές επίπεδο αλλά και για την πορεία των σχετικών εθνικών ερευνών, που συνοδεύονται από στατιστικούς πίνακες με ανάλυση κι αξιολόγηση αυτών.

3.2. Θεραπεία υποκατάστασης του OKANA

Η μεγάλη διάδοση των ναρκωτικών στην Ελλάδα μέσα στην τελευταία δεκαετία υπήρξε η αφορμή της σημαντικής αύξησης των αναγκών για θεραπεία των εξαρτημένων ατόμων. Για αυτόν τον λόγο δημιουργήθηκαν μέσα στα πλαίσια του OKANA, τα «στεγνά» θεραπευτικά προγράμματα και τα θεραπευτικά προγράμματα υποκατάστασης με φαρμακευτικές ουσίες. (Έκθεση OKANA, Αθήνα 2002)

Θεραπεία με φαρμακευτικά υποκατάστατα

Η θεραπεία υποκατάστασης είναι μια μορφή θεραπείας που απευθύνεται σε άτομα εξαρτημένα από οπιούχα ναρκωτικά κι εφαρμόζεται με τη χορήγηση φαρμακευτικών ουσιών όπως η μεθαδόνη και η βουπρενορφίνη. Οι φαρμακολογικές βέβαια ιδιότητες των ουσιών αυτών διαφέρουν από τα οπιούχα ναρκωτικά, για παράδειγμα από την ηρωίνη. Η μεθαδόνη, δηλαδή, και η βουπρενορφίνη, σε σύγκριση με την ηρωίνη, απαιτούν μεγαλύτερο χρονικό διάστημα για να ξεκινήσει τόσο η δράση όσο και η αποδρομή τους. Αυτό σημαίνει πως οι ουσίες αυτές που χρησιμοποιούνται στα προγράμματα υποκατάστασης, είναι εξαρτητικές χωρίς όμως παρενέργειες και δεν απαιτείται η αύξηση της δόσολογίας τους στους χρήστες για να νιώσουν εφορία, αλλά αντιμετωπίζουν ικανοποιητικά το στερητικό σύνδρομο που προκαλείται στους χρήστες ηρωίνης.

Στις Θεραπευτικές Μονάδες Υποκατάστασης παρέχεται φαρμακευτική θεραπεία σε συνδυασμό με ψυχοκοινωνική υποστήριξη. Μέλημα του προγράμματος υποκατάστασης είναι η μείωση της χρήσης ναρκωτικών τα οποία προκαλούν προβλήματα κοινωνικά αλλά και υγείας στους χρήστες καθώς και η διασφάλιση της δημόσιας υγείας από τη μετάδοση ασθενειών. Παράλληλα παραμένει ως στόχος των θεραπευτικών αυτών μονάδων, η «συνολική» απεξάρτηση των χρηστών αλλά και η κοινωνική τους επανένταξη.

Η υποκατάσταση εφαρμόζεται σήμερα σε όλα τα κράτη- μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης και μάλιστα υπάρχει ομοφωνία σε ευρωπαϊκό

επίπεδο πως η συγκεκριμένη μορφή θεραπείας συνδράμει στην ελάττωση της εγκληματικότητας, των λοιμωδών νοσημάτων, των θανάτων που συνδέονται με τα ναρκωτικά αλλά και του κοινωνικού αποκλεισμού, ενώ ταυτόχρονα επιτυγχάνεται η κοινωνική επανένταξη των θεραπευμένων.

Το 1993, με το Νόμο 2161/1993 προβλέπεται η ίδρυση μονάδων υποκατάστασης και προσδιορίζονται το 1995, οι προδιαγραφές για τη δημιουργία και τη λειτουργία Πειραματικών Προγραμμάτων υποκατάστασης για εξαρτημένους χρήστες ηρωίνης. Τον Ιανουάριο του 1996, ο ΟΚΑΝΑ ξεκίνησε το πρώτο στην Ελλάδα ΠΠΥ με χορήγηση μεθαδόνης σε δύο πρώτες μονάδες υποκατάστασης, μία στην Αθήνα και μία στη Θεσσαλονίκη.

Σήμερα ο ΟΚΑΝΑ διαθέτει τις εξής Θεραπευτικές Μονάδες Υποκατάστασης:

Αθήνα και Πειραιάς

1. Α΄ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ
Ερεσσού 40, Αθήνα
2. Β΄ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ
Καποδιστρίου 46, Αθήνα
3. Γ΄ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ
Σοφοκλέους 48, Αθήνα
4. Μονάδα Υποκατάστασης Πειραιά
Νοταρά 106

Θεσσαλονίκη

1. Α΄ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ
Ευζώνων 34, Θεσσαλονίκη
2. Β΄ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ
Λαγκαδά 196^α, Σταυρούπολη
3. Γ΄ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ
Νοσοκομείο Παπανικολάου

Χανιά

Θεραπευτική Μονάδα Αντιμετώπισης Εξαρτήσεων,
Προαύλιος Χώρος Θεραπευτηρίου Ψυχικών Παθήσεων,
Βοηθητική οδός Σούδας 27, Χανιά.

Επίσης λειτουργούν και εξωτερικά ιατρεία για την αντιμετώπιση των ουσιοεξαρτήσεων του Περιφερειακού Συστήματος Υγείας και Πρόνοιας (ΠΕΣΥΠ) σε συνεργασία με τον ΟΚΑΝΑ.

Αθήνα

ΙΚΑ Περιστερίου Βασ. Αλεξάνδρου 105- Σαρανταπόρου, Περιστερί.

Λάρισα

Πανεπιστημιακό περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο (ΠΠΓΝ) Λάρισας
Λόφος Μεζούρλου, Λάρισα.

Λαμία

Γενικό Νοσοκομείο Λαμίας, Τέρμα Παπασιοπούλου.

Λειβαδιά

Γενικό Νοσοκομείο Λειβαδιά, Τέρμα Αγίου Βλασίου.

Αγρίνιο

Γενικό Νοσοκομείο Αγρινίου, Τέρμα Κόκκαλη.

Χαλκίδα

Γενικό Νοσοκομείο Χαλκίδας, Γελέπη 48.

Ρόδος

Γενικό Νοσοκομείο Ρόδου «Ανδρέας Παπανδρέου», Αγ. Απόστολος.

Οι προαναφερθέντες Θεραπευτικές Μονάδες Υποκατάστασης του ΟΚΑΝΑ παρέχουν ολοκληρωμένη θεραπεία σε εξαρτημένα άτομα από τα οπιοειδή ναρκωτικά, η οποία περιλαμβάνει την αποκατάσταση της σωματικής και ψυχικής υγείας των χρηστών αλλά και την κοινωνική τους επανενσωμάτωση.

Τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται στις μονάδες αυτές έχουν βοηθήσει πολλούς ανθρώπους να ελέγξουν ή να διακόψουν την ηρωίνη και τα άλλα οπιοειδή και να βελτιώσουν την κατάσταση της υγείας τους. Επιπλέον τα φάρμακα αυτά είναι ελεγμένα και χορηγούνται υπό ιατρική παρακολούθηση, ακόμη χορηγούνται δωρεάν και δεν χρειάζεται να καταφύγει κανείς στην παρανομία για να τα εξασφαλίσει και τέλος χορηγούνται υπό τη μορφή πόσιμου διαλύματος ή ταμπλέτας. Έτσι μειώνονται οι κίνδυνοι από την ενδοφλέβια ή ενδομυϊκή χρήση.

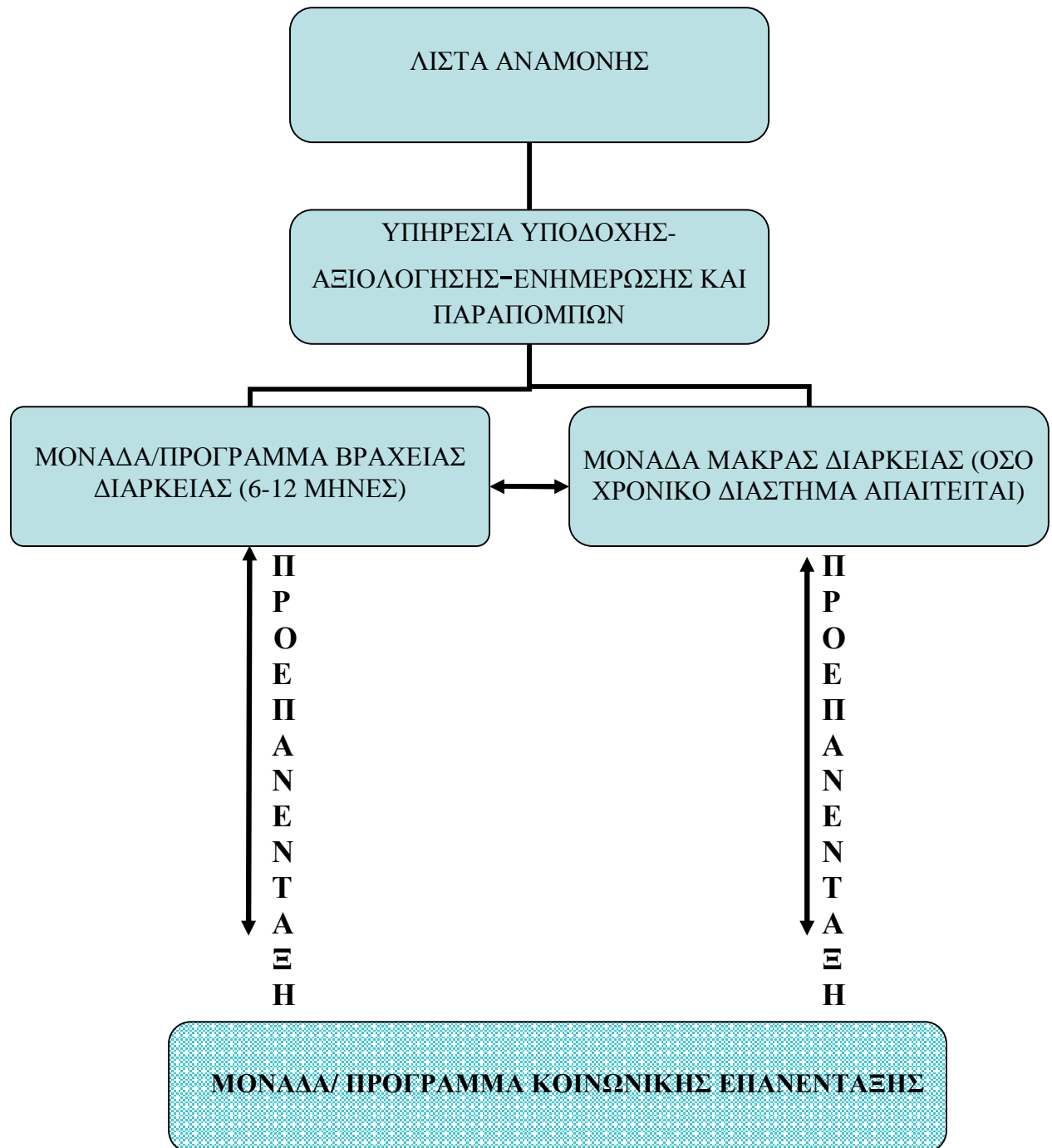
Στις θεραπευτικές μονάδες υποκατάστασης, παράλληλα με τη χορήγηση του υποκατάστατου, παρέχεται και ψυχοκοινωνική υποστήριξη από ψυχιάτρους, ψυχολόγους και κοινωνικούς λειτουργούς που στελεχώνουν τις μονάδες, ενώ ταυτόχρονα αντιμετωπίζονται και τα ιατρικά προβλήματα των ασθενών. Ειδικότερα, παρέχονται:

- Ø Ιατρικές υπηρεσίες: Βασική ιατρική φροντίδα, ιατρική παρακολούθηση χρόνιων νοσημάτων (AIDS κ.λπ.)
- Ø Ψυχολογικές υπηρεσίες: ατομική συμβουλευτική, πρόληψη υποτροπής, ομάδα αυτοεκτίμησης.
- Ø Ψυχοθεραπεία: ατομική, ομαδική και οικογενειακή θεραπεία.
- Ø Κοινωνικές υπηρεσίες: ομάδα κοινωνικών δεξιοτήτων, ψυχοκοινωνική υποστήριξη, συμβουλευτική σε θέματα εργασίας.
- Ø Νομικές υπηρεσίες: συμβουλές νομικής φύσης, εκπροσώπηση και υπεράσπιση των θεραπευμένων ενώπιον των δικαστηρίων.

**Στοιχεία από τη λειτουργία θεραπευτικού Προγράμματος
Υποκατάστασης.
Σύμφωνα με την έκθεση του OKANA 2002.**

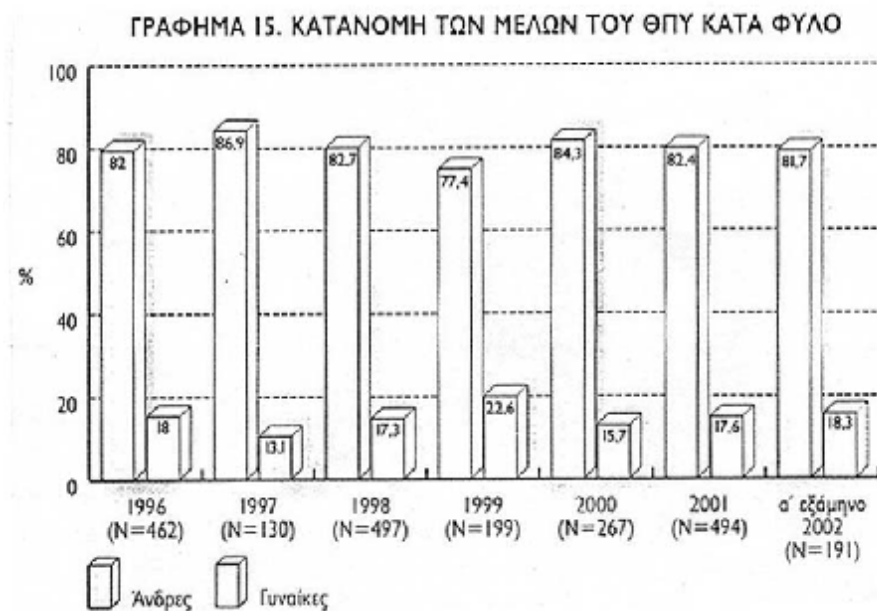
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ Ι

ΦΑΣΕΙΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ



Τα χαρακτηριστικά των μελών του προγράμματος:

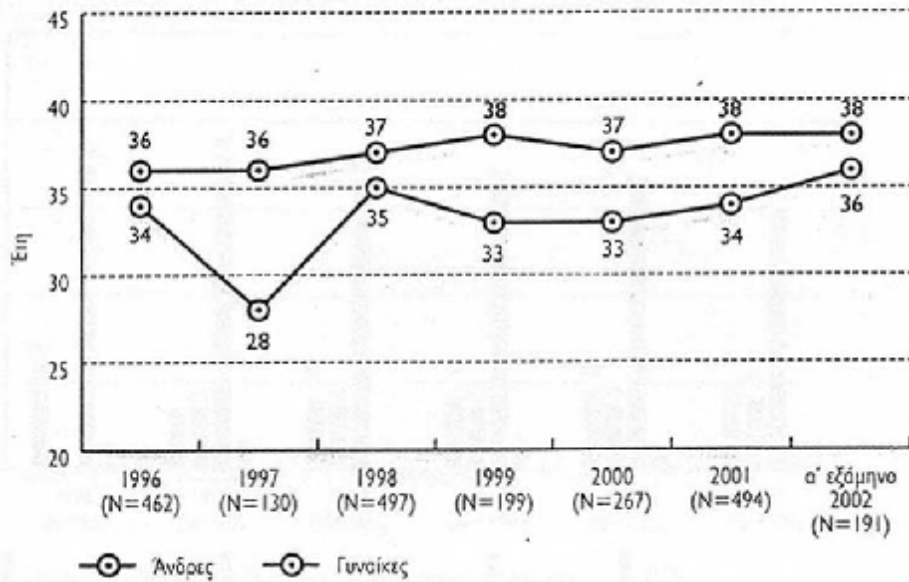
Κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά



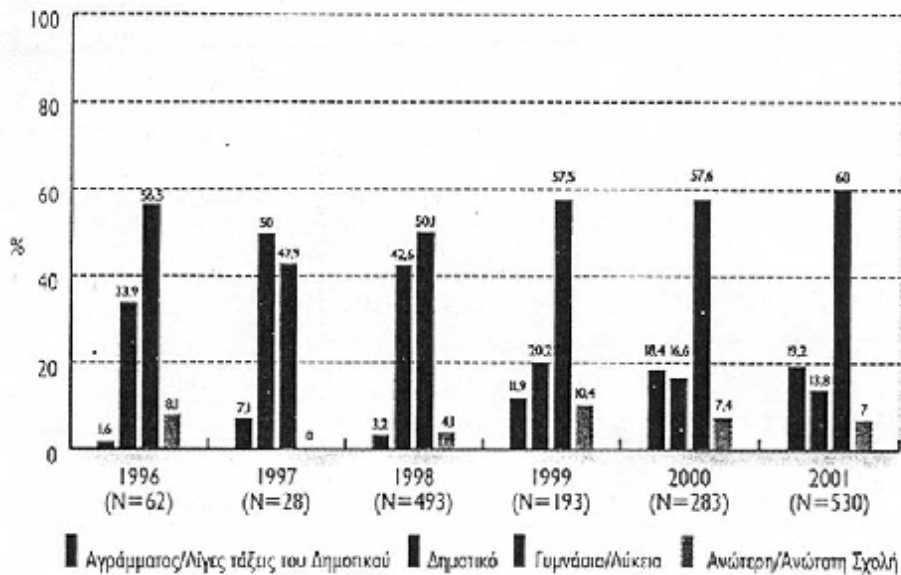
Φύλο: Οι άνδρες αποτελούν τη συντριπτική πλειονότητα των θεραπευομένων (ποσοστά μεταξύ 77,4%-86,9%).

Ηλικία: η μέση ηλικία των ατόμων κατά την πρώτη εισαγωγή τους στο ΘΠΥ υποκατάστασης είναι γύρω στα 37 για τους άνδρες και 33 για τις γυναίκες.

ΓΡΑΦΗΜΑ 16. ΜΕΣΗ ΗΛΙΚΙΑ ΜΕΛΩΝ ΤΟΥ ΘΠΥ
ΚΑΤΑ ΤΗΝ 1η ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΤΟΥΣ

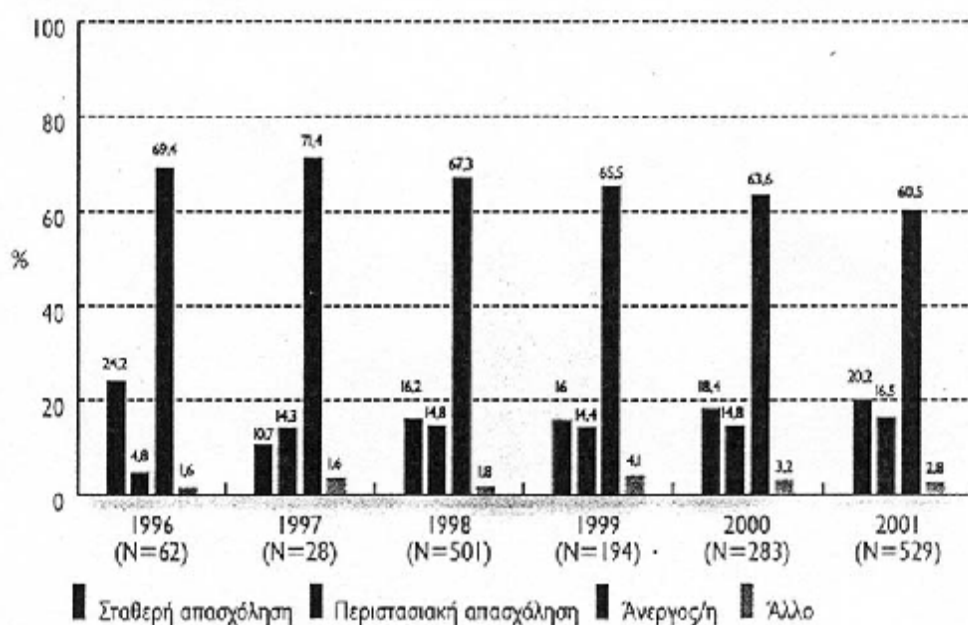


ΓΡΑΦΗΜΑ 17. ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΤΩΝ ΜΕΛΩΝ ΤΟΥ ΘΠΥ



Εκπαιδευτικό επίπεδο: Όσον αφορά το εκπαιδευτικό επίπεδο, τα περισσότερα άτομα είναι απόφοιτοι Γυμνασίου/Λυκείου (ποσοστό που κυμαίνεται μεταξύ 50,1%-60%) με εξαίρεση το 1977 (42,9%). Πολλά είναι επίσης τα άτομα που έχουν τελειώσει το Δημοτικό (ποσοστό που κυμαίνεται μεταξύ 33,9%-50%), αν και στην διετία 2000-2001 παρουσιάζεται μείωση του εν λόγω ποσοστού υπέρ των άλλων κατηγοριών. Τέλος, τα άτομα που δηλώνουν έλλειψη γραμματικών γνώσεων παρουσιάζουν αυξητική τάση από το 1996-2001.

ΓΡΑΦΗΜΑ 18. ΕΡΓΑΣΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΜΕΛΩΝ ΤΟΥ ΘΠΥ

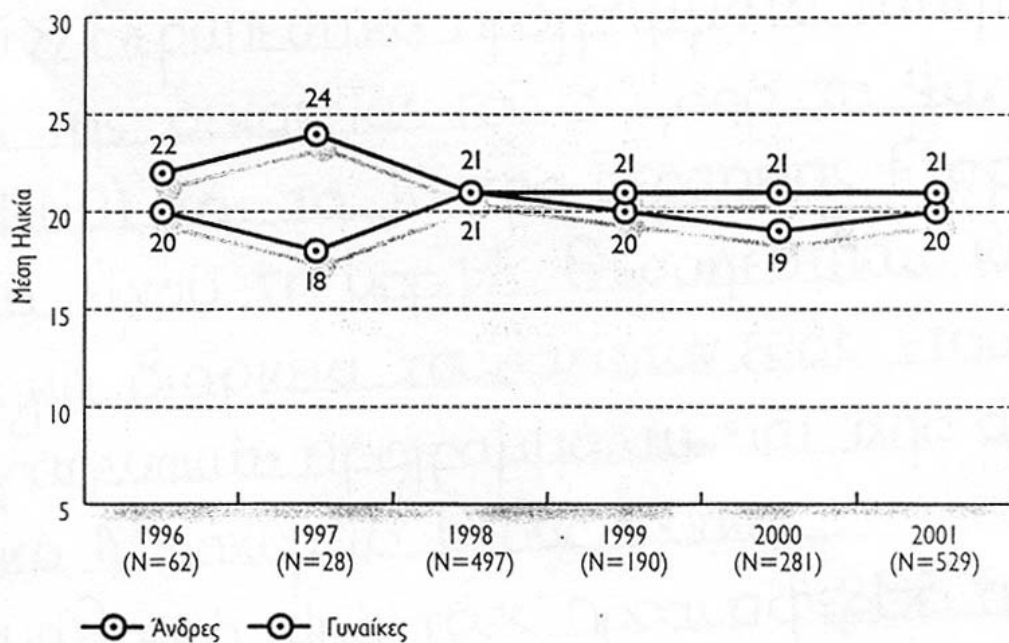


Εργασιακή απασχόληση: Η πλειονότητα των ατόμων που καλούνται για εισαγωγή στο ΘΠΥ είναι άνεργοι, με το ποσοστό τους να παρουσιάζει μικρή, σταδιακή μείωση από το 1996-2001. το 2001 περίπου το 37% των θεραπευόμενων είχαν σταθερή (20,2%) ή περιστασιακή απασχόληση (16,5%).

Χαρακτηριστικά χρήσης:

Η μέση ηλικία έναρξης της χρήσης ηρωίνης είναι για τους άνδρες τα 22 και για τις γυναίκες τα 20 έτη.

ΓΡΑΦΗΜΑ 19. ΗΛΙΚΙΑ ΕΝΑΡΞΗΣ ΧΡΗΣΗΣ ΗΡΩΙΝΗΣ ΤΩΝ ΜΕΛΩΝ ΤΟΥ ΘΠΥ



Στα προγράμματα υποκατάστασης του ΟΚΑΝΑ γίνονται δεκτά άτομα άνω των 20 ετών, που κάνουν μακροχρόνια χρήση ηρωίνης και που προηγουμένως πιθανότατα υπήρξαν ενταγμένοι σε «στεγνό» θεραπευτικό πρόγραμμα.

3.3. «Στεγνά» θεραπευτικά προγράμματα

Τα λεγόμενα «Στεγνά» θεραπευτικά προγράμματα στηρίζονται στην ψυχοκοινωνική θεραπεία και στόχο έχουν την απεξάρτηση του χρήστη και την κοινωνική του επανένταξη. Στα προγράμματα αυτά δεν χρησιμοποιούνται φάρμακα υποκατάστασης για την αντιμετώπιση της εξάρτησης. (Εκθεση ΟΚΑΝΑ, Αθήνα 2002)

Τα πρώτα «στεγνά» θεραπευτικά προγράμματα αναπτύχθηκαν στην Ελλάδα στις αρχές της δεκαετίας του '80, από το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής (18 ΑΝΩ) και το Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων (ΚΕΘΕΑ), τα οποία είχαν τη μορφή θεραπευτικών κοινοτήτων με εξωτερική παραμονή για διάρκεια τουλάχιστον ενός έτους.

Ακολούθησε η ανάπτυξη «στεγνών» θεραπευτικών προγραμμάτων και από άλλους φορείς, όπως το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης.

Όταν όμως έγινε αντιληπτό από τους προαναφερθέντες φορείς ότι οι ανάγκες του εκάστοτε χρήστη από χρήστη ποικίλουν, άρχισαν να δημιουργούνται «στεγνά» θεραπευτικά προγράμματα διαφόρων μορφών, όπως της ημερήσιας παραμονής ή του τύπου των εξωτερικών ιατειών, της νυχτερινής διαμονής για τους εργαζόμενους, των ειδικών προγραμμάτων για εφήβους, γυναίκες και άτομα με ψυχιατρική νοσηρότητα ή τέλος των προγραμμάτων υπό μορφή αυτοβοήθειας.

Σήμερα, περίπου το 1/3 των θέσεων θεραπείας στις χώρες μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης καλύπτεται από τα «στεγνά» προγράμματα. Κατά γενική ομολογία, τα «στεγνά» προγράμματα έχουν καλύτερα αποτελέσματα σε άτομα που επιδεικνύουν ισχυρό κίνητρο να θεραπευτούν, βρίσκονται σε νεαρή ηλικία κι έχουν λιγότερο βεβαρημένο ιστορικό εξάρτησης.

Τα στεγνά θεραπευτικά προγράμματα του ΟΚΑΝΑ είναι τα εξής:

Εφήβων

1. Μονάδα εφήβων Αθήνας «Άτραπος»
2. Μονάδα εφήβων Θεσσαλονίκης «Ναυτίλος»
3. Μονάδα εφήβων Ρεθύμνου
4. Μονάδα εφήβων Λάρισας

Ενηλίκων

Δίκτυο Θεραπευτικών Υπηρεσιών «Γέφυρα».

Η θεραπευτική κοινότητα «Γέφυρα» ιδρύθηκε το Νοέμβριο του 1998. σε αυτή τη κοινότητα λειτουργούν δύο τμήματα, το ανοιχτό και το κλειστό τμήμα διαμονής. Στα προγράμματα της μπορούν να ενταχθούν ενήλικες που έχουν αποδεδειγμένα διακόψει τη χρήση ψυχοδραστικών

ουσιών. Στόχοι της κοινότητας «Γέφυρα» είναι κυρίως η σταθεροποίηση της κατάστασης απεμπλοκής του μέλους από τη χρήση σε συνεργασία μάλιστα με την οικογένεια του, η ανάπτυξη της αυτογνωσίας του, η βελτίωση της αυτοεκτίμησης και της εικόνας του εαυτού του, καθώς και η ενδυνάμωση των οικογενειακών σχέσεων του μέλους.

Θεραπευτικά προγράμματα σε συνεργασία του OKANA με πανεπιστημιακά ιδρύματα

Αθήνα

Το θεραπευτικό πρόγραμμα «Αθηνά» ξεκίνησε τη λειτουργία του το Μάιο του 1998 κι αποτελεί τη μετεξέλιξη του Ειδικού Εξωτερικού Ιατρείου για ουσιοεξαρτημένα άτομα της Ψυχιατρικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών που λειτουργούσε από το 1988.

Το πρόγραμμα «Αθηνά» απευθύνεται σε χρήστες ναρκωτικών ηλικίας άνω των 18 καθώς και στις οικογένειες τους και παρέχει:

- Ø Ιατρικές υπηρεσίες: βασική ιατρική φροντίδα, ψυχιατρική περίθαλψη.
- Ø Ψυχολογικές υπηρεσίες: ατομική συμβουλευτική, πρόληψη υποτροπών.
- Ø Ψυχοθεραπεία: ατομική, ομαδική, οικογενειακή θεραπεία.
- Ø Κοινωνικές υπηρεσίες: μεταθεραπευτική φροντίδα.
- Ø Άλλες δραστηριότητες: Εκπαίδευση επαγγελματιών, έρευνα.

Θεσσαλονίκη

«Πρόγραμμα Προαγωγής Αυτοβοήθειας»

Το πρόγραμμα «Προαγωγής Αυτοβοήθειας» ξεκίνησε την εφαρμογή του το Φεβρουάριο του 2001 με πρωτοβουλία του Αριστοτέλειου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης σε συνεργασία με τον OKANA. Οι κύριοι στόχοι του προγράμματος είναι η προαγωγή της αυτοβοήθειας για την αντιμετώπιση της εξάρτησης από τις ουσίες, η διαφοροποίηση του παραδοσιακού ρόλου του λειτουργού υγείας κι η εκπαίδευση του σε νέους ρόλους, καθώς κι η έρευνα για τις δυνατότητες εφαρμογής της αυτοβοήθειας στην αντιμετώπιση των ψυχοκοινωνικών προβλημάτων.

Μέσα προώθησης του προγράμματος αυτού είναι:

- Η δημιουργία ιστοσελίδας- τράπεζας πληροφοριών στο διαδίκτυο
- Η υποστήριξη μελών ομάδων αυτοβοήθειας (Ναρκομανείς Ανώνυμοι).

3.4. Γιατί απαιτείται μια θεραπεία με υποκατάστατα για να αντιμετωπισθεί η εξάρτηση από οπιούχες ουσίες;

Στο πλαίσιο της εξάρτησης από οπιούχες ουσίες, τα προβλήματα που δημιουργούνται περιλαμβάνουν κινδύνους, οι οποίοι αφορούν συχνά ζωτικές πλευρές της ζωής και μεταφράζονται σε απώλεια ελέγχου που καθιστά δύσκολη την κοινωνική ζωή των εξαρτημένων ατόμων.

Από αυτήν, λοιπόν, την άποψη των παρεκτροπών και της παραβίασης του νόμου, το σύνδρομο στέρησης και η ακατανίκητη ανάγκη εξεύρεσης του ναρκωτικού συχνά μεταφράζονται ως η έκφραση της αναζήτησης του αισθήματος ευφορίας που προσφέρει το ναρκωτικό.

Η φυσιολογία, πάντως, της εξάρτησης σε μια ναρκωτική ουσία είναι πολύπλοκη και αφορά κεντρικά νευρο-ορμονικά συστήματα, των οποίων οι μηχανισμοί δεν είναι ακόμη απόλυτα διασαφηνισμένοι.

Βασικές, όμως, μελέτες συμπεριφοράς στα ζώα και στους ανθρώπους έχουν καταστήσει εμφανείς δύο τύπους φαινομένων:

- Ø Τη διαταραχή της μετάδοσης του μηνύματος λειτουργίας των ενδορφινών. Πρόκειται για φαινόμενα απευαισθητοποίησης κι υπερευαισθητοποίησης των υποδοχέων, τα οποία τροποποιούν το νευρο-ορμονικό μήνυμα και προκαλούν προσαρμοστικές διεργασίες αντι-οπιοειδούς τύπου. Αυτές οι τροποποιήσεις στη νευροεπικοινωνία εξηγούν γιατί η δράση της ηρωίνης έχει όλο και μικρότερη διάρκεια και προσφέρει όλο και λιγότερη ικανοποίηση στο χρήστη καθώς και την επαναφορά των συμπτωμάτων της απεξάρτησης.
- Ø Ένα μηχανισμό, «ενίσχυσης» της συμπεριφοράς, ο οποίος οδηγεί το άτομο στο να ικανοποιείται μόνο με την αυτοδιαχείριση του ναρκωτικού, του οποίου η αίσθηση της ευφορίας έχει εσωτερικά απομνημονευθεί σε καθορισμένες συνθήκες και περιβάλλον. Αυτό το φαινόμενο της αυτοδιαχείρισης είναι συχνά μεγενθυμένο σε καταστάσεις λιγότερου στρες, ενώ σχετίζεται με την έμμεση και άμεση δράση των παραγώγων της μορφίνης στο σύστημα της δράσης της ντοπαμίνης.

Συμπερασματικά μια θεραπεία με υποκατάστατα δεν έχει μόνο ως στόχο την κατάργηση ή την αντικατάσταση της ηρωίνης, αλλά και την

διόρθωση των φυσιολογικών διαταραχών καθώς και των συνεπειών τους οι οποίες, σε ορισμένες περιπτώσεις, είναι αναστρέψιμες. (Dole Y.P.E.T. NYSWANDER M.E., 1982)

.5. Η θεραπεία με υποκατάστατα δεν συγκαλύπτει τις αρχικές αιτίες της τοξικομανίας ή των υποκείμενων παθολογικών καταστάσεων;

Η θεραπεία με υποκατάστατα δεν αδρανοποιεί την συνείδηση των ασθενών αλλά ακριβώς το αντίθετο. Το γεγονός ότι οι ασθενείς «αισθάνονται καλύτερα», σταματάνε την αναζήτηση του ναρκωτικού τους και απαλλάσσονται από το άγχος της έμμονης ιδέας της στέρησης, τους επιτρέπει να αρχίσουν πάλι προοδευτικά να ζουν, σε νόμιμα πλαίσια, καθιστώντας πιθανή μια βραχυπρόθεσμη και μακροπρόθεσμη ψυχοθεραπευτική αγωγή.

Η κατανάλωση διαφόρων ψυχοτρόπων, μόνιμη κατά τη περίοδο της χρήσης του ναρκωτικού, είναι πολύ πιο επιβλαβής από ότι μια θεραπεία με υποκατάστατα με σωστή επιτήρηση.

Οι ενδεχόμενες ψυχιατρικές παθολογικές καταστάσεις, οι οποίες εμφανίζονται κατά τη διάρκεια της θεραπείας μπορούν να θεραπευτούν πιο άνετα για τον ασθενή. Η ψυχοθεραπευτική σχέση εμποδίζεται περισσότερο από την αλόγιστη κατανάλωση διαφόρων φαρμάκων, κρυφά από τον γιατρό, παρά από την εκτέλεση μιας συνταγής υποκατάστατου.

Αντίθετα, η κατάσταση νομιμότητας μιας θεραπείας επιτρέπει την καλύτερη κατανόηση των αποριών και των προβλημάτων του ασθενή, σε ένα κλίμα αμοιβαίας εμπιστοσύνης.

Η έλλειψη στόχων στη ζωή αποτελεί πρόβλημα για πολλούς ασθενείς, αλλά αυτή η ακριβώς δύσκολη κατάσταση είναι ακριβώς μια πτυχή του προβλήματος αυτών των ανθρώπων που χρήζουν μέριμνας και σε καμία περίπτωση δε θέτει υπό αμφισβήτηση τη θεραπεία από ιατρικής πλευράς.

3.6. Η θεραπεία με υποκατάστατα μειώνει τους κινδύνους λοίμωξης από AIDS;

Από το 1984, ημερομηνία της πρώτης σχετικής δημοσίευσης από το Center for Disease Control (Κέντρο Ελέγχου Ασθενειών) της Ατλάντα, οι εκτιμήσεις των επιδημιολόγων φανερώνουν ότι οι θεραπείες με υποκατάστατα συνδέονται από μείωση των φορέων στους ασθενείς που υπόκεινται σε θεραπεία με αυτούς που δεν ακολουθούν καμία θεραπεία.

Η θεραπεία με υποκατάστατα επιτρέπει τη μείωση του κινδύνου με έμμεσο τρόπο:

- Ø Με τη μείωση της χρήσης ναρκωτικών ενδοφλεβίως
- Ø Με τη μείωση του στερητικού συνδρόμου που συνεπάγεται επικίνδυνη συμπεριφορά.
- Ø Με τη διάθεση αποστειρωμένων συριγγών και την παροχή συμβουλών υγιεινής.
- Ø Με την παρακολούθηση αυτών των ασθενών, οι οποίοι δίνουν περισσότερη προσοχή στις συμβουλές που τους δίνονται κατά τις επισκέψεις.

3.7. Γιατί χρησιμοποιείται ένα παράγωγο της μορφίνης στη θεραπεία των ηρωινομανών;

Η πρωταρχική εξάρτηση είναι αυτή, η οποία οφείλεται στην ηρωίνη και της οποίας τα ιδιαίτερα ψυχο-φαρμακολογικά την καθιστούν ένα από τα ναρκωτικά που προκαλούν μεγαλύτερη εξάρτηση.

Μια θεραπεία με υποκατάστατα δεν περιορίζεται στην αρχή της «αντικατάστασης αυτού του ναρκωτικού με άλλο», αλλά έχει ως στόχο να επέμβει ειδικά στις λειτουργίες που έχουν καταστεί παθολογικές.

Όταν το βασικό ναρκωτικό είναι η ηρωίνη, το υποκατάστατο πρέπει να είναι ένα παράγωγο της μορφίνης με δράση οπιούχου, λιγότερο εξαρτησιογόνο ψυχικά εθιστικό, με πιο σταθερή φαρμακοδυναμική και μικρότερο κίνδυνο εξάρτησης.

Η κατάσταση ενός τοξικομανή είναι μια κατάσταση με μόνιμους κινδύνους, διαταραχές στο νευρο-ορμονικό κι ανοσοποιητικό σύστημα απέναντι στις οποίες η θεραπεία με υποκατάστατα προβάλλει ως μια προοδευτική αποκατάσταση της φυσικής και ψυχικής κατάστασης.

(AMASS L. BICKEL WK. HIGGINS ST. HUGUES IR., 1994)

3.8. Πως λαμβάνεται η απόφαση για μια θεραπεία με υποκατάστατα;

Όπως σε κάθε ασθένεια ή παθολογική κατάσταση και για κάθε ασθενή που χρήζει μέριμνας, η θεραπεία με υποκατάστατα είναι μια συζητήσιμη επιλογή, η οποία αποφασίζεται από τον γιατρό και τον ασθενή. Αν ένας ασθενής π[ου είναι εξαρτημένος από την ηρωίνη για πολύ καιρό, αδυνατεί ή δεν θέλει να αντιμετωπίσει το ενδεχόμενο της εγκατάλειψης των οπιούχων ουσιών, είναι εύλογη η πρόταση μιας θεραπείας με υποκατάστατα.

Ο γιατρός θα μελετήσει μαζί του τις συνθήκες παρακολούθησης ανάλογα με τον ασθενή και την κατάσταση του. Έτσι, η εμπιστοσύνη θα αναπτυχθεί με φυσικό τρόπο και χωρίς εξαναγκασμούς.

Η θεραπεία με υποκατάστατα δεν είναι μια υποχρέωση, αλλά αποτελεί μέρος των διαφόρων τρόπων μέριμνας και θεραπείας που μπορούν να προταθούν για έναν ασθενή ηρωινομανή.

3.9. Κριτήρια θεραπείας

Υπάρχουν δύο διεθνών αναγνωρισμένα διαγνωστικά κριτήρια που καλύπτουν την τοξικοεξάρτηση: το ISD10 που εκδόθηκε από την ΠΟΥ (1992) και η 4έκδοση του (DSM-IV) από την Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρία το 1994. Λόγω της Ευρωπαϊκής φύσης αυτών των οδηγιών, θα γίνει αναφορά στα πρώτα κριτήρια του ISD10 που ορίζουν το σύνδρομο της εξάρτησης ως εξής:

«Μια ομάδα οργανικών, συμπεριφορών και γνωστικών φαινομένων, στα οποία η χρήση μιας ουσίας ή μιας τάξης ουσιών μπαίνουν σε υψηλότερη προτεραιότητα για ένα συγκεκριμένο άτομο από πολλές συμπεριφορές που είχαν κάποτε μεγαλύτερη αξία...» (WHO Expert Committee on Drug Dependence, 1993)

Η διάγνωση της ουσιοεξάρτησης δίνεται, εφόσον τον προηγούμενο χρόνο υπήρχαν τρία από τα ακόλουθα κριτήρια:

Ψυχολογικά α) Ισχυρή επιθυμία ή καταναγκασμός για λήψη ουσίας,

β) Δυσκολία στον έλεγχο της συμπεριφοράς σε ότι αφορά στην έναρξη, στον τερματισμό ή στο επίπεδο της χρήσης.

Οργανικά: α) Χαρακτηριστικό σύνδρομο στέρησης με τη μη λήψη ουσίας.

β) Ανάπτυξη ανοχής και ανάγκη αύξησης της δόσης για να επιτευχθεί το ίδιο αποτέλεσμα.

Κοινωνικά:

α) Σταδιακή παραμέληση εναλλακτικών ενδιαφερόντων και αύξηση του χρόνου που αναλώνει το άτομο για να αποκτήσει την ουσία, να κάνει χρήση της ή να συνέλθει από τη βλάβη της,

β) Επιμονή στη χρήση παρά τις αρνητικές βλαβερές συνέπειες.

(Methadone Guidelines, A. Verster, E. Buning, Euromethwork, 2000).

3.10. Τα κριτήρια που πρέπει να πληρεί ένα υποκατάστατο ναρκωτικής ουσίας

Όλα τα υποκατάστατα είναι οπιούχα, αλλά όλα τα οπιούχα δεν είναι υποκατάστατα για θεραπεία. Τα παράγωγα της μορφίνης πρέπει να πληρούν ορισμένα κριτήρια για να αποτελούν αποτελεσματικά υποκατάστατα:

- Ø Να είναι αρκετά ισχυρά ώστε να ενεργοποιούν αποτελεσματικά τους υποδοχείς της μορφίνης, χωρίς τις οξύτερες δράσεις της ηρωίνης, κυρίως αυτές ψυχομιμητικού τύπου.
- Ø Η δράση τους να διαρκεί επαρκώς ώστε να σταθεροποιείται η νευροεπικοινωνία και να αποφεύγεται η βίαιη επαναφορά κατά τη διακοπή της θεραπείας.
- Ø Να μην προκαλούν τοξικές δράσεις ψυχομιμητικού ή μεταβολικού τύπου.
- Ø Να μην υπάρχει κίνδυνος εγγενούς ερεθισμού κι εξάρτησης.

Έτσι ο ασθενής μπορεί να ξεπεράσει τον εθισμό του, να ελέγξει την ανάγκη του για ηρωίνη, το άγχος και τη συμπεριφορά του.

3.11. Συνθήκες ιατρικής παρακολούθησης κατά τη διάρκεια μιας θεραπείας με υποκατάστατα

Στη θεραπεία υφίστανται δύο σημαντικές παράμετροι: η επικοινωνία μεταξύ γιατρού κι οι κλινικές εξετάσεις.

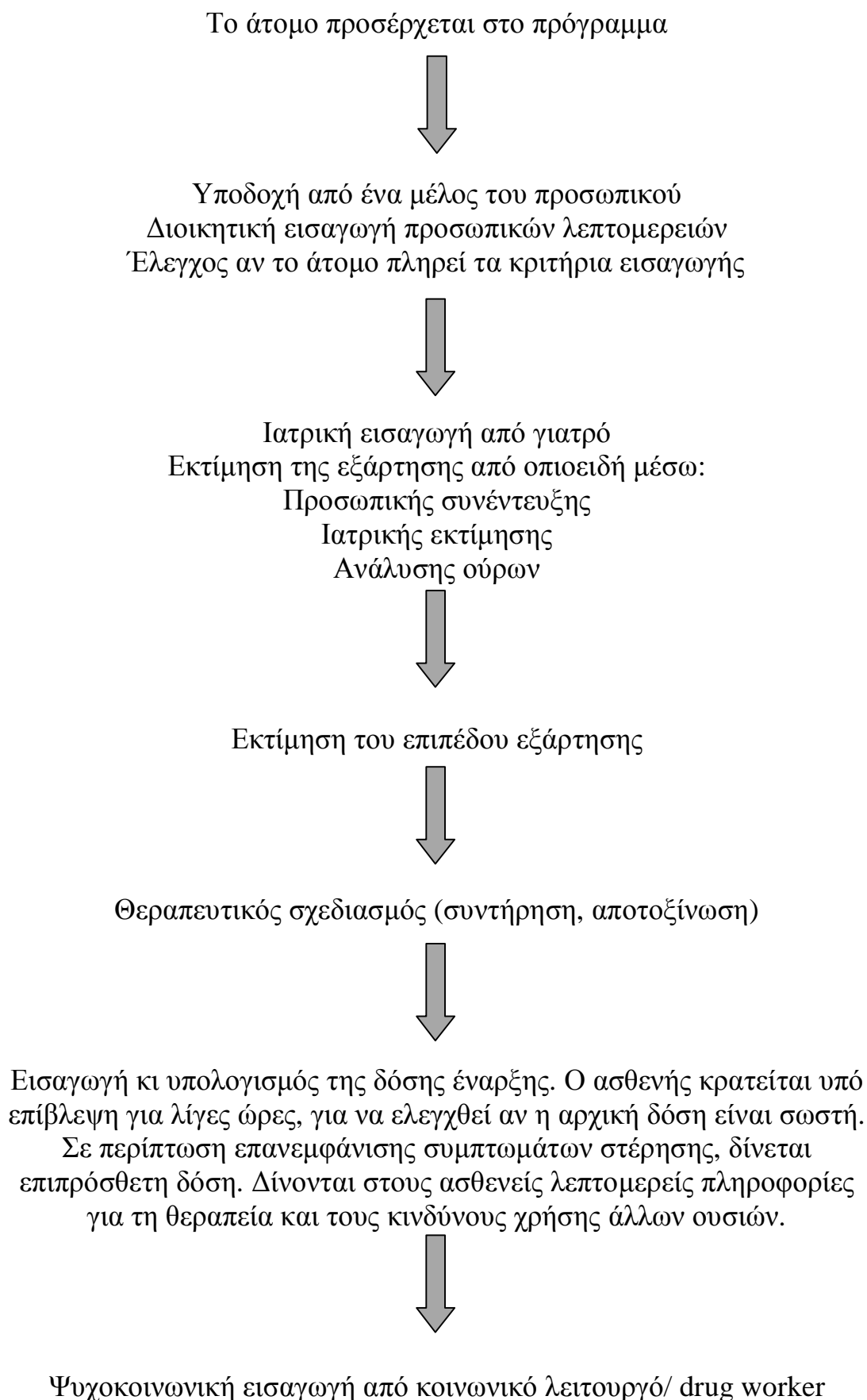
Τα χαρακτηριστικά της εξάρτησης είναι διαφορετικά σε κάθε ασθενή, απαιτούν γνώση του αντικειμένου ώστε να γίνει γρήγορα κατανοητή η κατάσταση του ασθενή και να δοθούν οι κατάλληλες συμβουλές.

Πρέπει να διαγνωστεί και να εκτιμηθεί με ακρίβεια, ο βαθμός κατανάλωσης της ηρωίνης και το επίπεδο εξάρτησης. Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιεί ο γιατρός, προσφέρει συχνά περισσότερα από ότι μια εξέταση ούρων και πρέπει να θεωρείται αλλά και να γίνεται σαν μια συμπληρωματική εξέταση που έχει ως στόχο τον προανατολισμό της θεραπείας.

Οι κλινικές εξετάσεις, από την άλλη πλευρά, είναι βασικές για την εκτίμηση της γενικής κατάστασης της υγείας του ασθενή, καθώς και για τη θεραπεία των παθολογικών καταστάσεων, που μπορεί να παρουσιάσει ένας τοξικομανής.

Οι προληπτικές συμβουλές για τη μετάδοση του υιού του AIDS, αλλά και άλλων μεταδοτικών ασθενειών όπως η ηπατίτιδα, είναι προφανώς πρωταρχικής σημασίας και πρέπει να επαναλαμβάνονται σε κάθε επίσκεψη. Είναι αναγκαίο, επίσης, να γίνονται κανονικά τα εμβόλια.

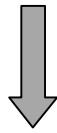
3.12. Βήματα στη θεραπεία με υποκατάστατα



Εκτίμηση των προβλημάτων που θα χρειαστούν αντιμετώπιση.
Διασύνδεση με σχετικές υπηρεσίες



Σε περίπτωση νοσηρότητας να γίνει διασύνδεση με τις ανάλογες ιατρικές
υπηρεσίες.



Περίοδος σταθεροποίησης, προκειμένου να εγκαθιδρυθεί η σωστή
δοσολογία (ίσως συνεχισθεί για 6 εβδομάδες)



Αγωγή συντήρησης ή αποτοξίνωσης
Τακτικός απολογισμός για να τεθούν νέοι στόχοι
(σε συνάρτηση με τον τύπο θεραπείας)

(Methadone Guidelines, E. Buning, A. Verster, Euromethwork 2000)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΘΑΔΟΝΗΣ ΚΑΙ ΑΝΤΑΓΩΝΙΣΤΕΣ

4.1. Τι είναι η μεθαδόνη

Είναι συνθετικά παραγόμενο φάρμακο. Παρασκευάστηκε για πρώτη φορά στη Γερμανία στον Β΄ παγκόσμιο πόλεμο, από ερευνητές που αναζητούσαν ένα αναλγητικό με ιδιότητες των οπιοειδών.

Η δράση της

Έχει δράση παρόμοια με της ηρωίνης. Επιδρά στον εγκέφαλο και στο σώμα, όπως κι η ηρωίνη.

Μπορεί να προκαλέσει τις παρακάτω επιδράσεις, άλλες συχνότερα και άλλες σπανιότερα:

- Ø Επιδρά στα συναισθήματα κι έχει ηρεμιστική δράση.
- Ø Προκαλεί υπνηλία.
- Ø Ο ύπνος είναι κακής ποιότητας και χωρίς πολλά όνειρα.
- Ø Προκαλεί αίσθημα βάρους στα χέρια και στα πόδια.
- Ø Προκαλεί ελαφρά απώλεια μνήμης κι ελάττωση των ενδιαφερόντων.
- Ø Ελαττώνει τη διάθεση για σεξ.
- Ø Ξηραίνει το στόμα.
- Ø Ελαττώνει τη συγκέντρωση.
- Ø Ελαττώνει την ενεργητικότητα.

Η μεθαδόνη είναι εθιστική. Το σώμα τη συνηθίζει γρήγορα. Αν η χορήγηση σταματήσει απότομα, τότε υπάρχουν συμπτώματα στέρησης. Η ανάγκη να παίρνει κανείς μεθαδόνη ή οποιοδήποτε άλλο οπιοειδές παραμένει για πολύ καιρό και μετά την άρση του σωματικού στερητικού συνδρόμου. Επίσης, αν χρησιμοποιηθούν άλλα ναρκωτικά επιπλέον της μεθαδόνης αυξάνονται δραματικά οι πιθανότητες over dose.

4.2. Επακόλουθα μακροχρόνιας χρήσης μεθαδόνης

- Ø Μικρές κόρες ματιών
- Ø Μικρότερο εύρος αναπνοών
- Ø Ελαττωμένος ανακλαστικός βήχας
- Ø Ελάττωση αρτηριακής πίεσης
- Ø Δυσκοιλιότητα
- Ø Πόνοι στο στομάχι
- Ø Δυσκολία κατά την ούρηση

- Ø Κοκκίνισμα στο πρόσωπο και στο λαιμό
- Ø Φαγούρα
- Ø Ζάλη
- Ø Φθορά των δοντιών

Η μεθαδόνη δεν επηρεάζει

- Ø Τον συντονισμό των κινήσεων
- Ø Την αίσθηση της αφής
- Ø Την όραση
- Ø Την ακοή

Η μεθαδόνη δεν καταστρέφει

- Ø Την καρδιά και το κυκλοφοριακό σύστημα
- Ø Το συκώτι
- Ø Τον εγκέφαλο
- Ø Το ανοσοποιητικό σύστημα

4.3. Σύγκριση λειτουργίας της ηρωίνης με τη μεθαδόνη στον οργανισμό

Σύμφωνα με τον πίνακα των J. Sue Woods και H. Joseph:

	Ηρωίνη	Μεθαδόνη
Έναρξη δράσης	Άμεση	Μετά από 30 λεπτά
Διάρκεια δράσης	4-6 ώρες	24-36 ώρες
Οδοί χορήγησης	Ένεση, εισπνοή, κάπνισμα πολλές φορές τη μέρα	Από το στόμα 1 φορά την ημέρα
Στερητικό σύνδρομο	Πολύ σοβαρό, ξεκινά σε 3 ώρες	Λιγότερο σοβαρό, μεγαλύτερης διάρκειας
Ασφάλεια	Δυνητικά θανατηφόρος	Ιατρικά ασφαλείς
Υπερβολική δόση	Θανατηφόρα, ακόμη και σε ανοχή	100mg την ημέρα. Δυνητικά θανατηφόρος σε άτομα που δεν έχουν αναπτύξει ανοχή
Αλλαγές διάθεσης	Διαρκείς διακυμάνσεις	Καμία, αν ο ασθενής δεν χρησιμοποιεί άλλες ουσίες
Ευφορική δράση	Περίπου 2 ώρες	Όχι ιδιαίτερη

Επίπεδο ανοχής	Χρειάζεται αύξηση της δόσης	Σταθερό επίπεδο
Επιθυμία για ουσία	Επαναλαμβάνεται	Ανατρέπεται, παύει η υπερβολική επιθυμία
Ανοσοποιητικό σε HIV θετικούς	Γρήγορη εξέλιξη	Αργή εξέλιξη
Σεξουαλική ορμή και συμπεριφορά	Επιδεινώνεται	Επανέρχεται η φυσιολογική λειτουργία
Συναίσθημα	Επιδείνωση	Φυσιολογική κατάσταση
Πόνος και συναίσθημα	Αμβλύνονται	Φυσιολογική αίσθηση του πόνου και συναισθηματική λειτουργία
Διαπροσωπικές σχέσεις	Διαταραγμένες	Βελτιώνονται με συμβουλευτική βοήθεια
Εύρεση εργασίας	Δύσκολο και αδύνατο να βρεθεί και να διατηρηθεί	Λειτουργεί σε κάθε επίπεδο και εργασία
Εγκληματικότητα	Διαρκώς πολύ υψηλό επίπεδο, καταστροφική	Μειωμένο επίπεδο
Επίπτωση στη κοινωνία	Υψηλή εγκληματικότητα και θνησιμότητα, μετάδοση ασθενειών	Δημόσια ασφάλεια, μείωση εγκληματικότητας, μείωση της θνησιμότητας, βελτίωση ποιότητας ζωής
Τρόπος ζωής	Συνεχής αναμέτρηση με το θάνατο	Ομαλοποίηση, βελτίωση και οργάνωση της ζωής

4.4. Η κατάσταση των προγραμμάτων μεθαδόνης στην Ευρώπη

Οι τύποι των προγραμμάτων μεθαδόνης ποικίλλουν από προγράμματα χαμηλών προδιαγραφών σε κάποιες χώρες και σε υψηλών προδιαγραφών σε άλλες.

Προγράμματα χαμηλού οδού:

- Ø Είναι εύκολο να εισαχθεί κάποιος.
- Ø Είναι προσανατολισμένα στη μείωση της βλάβης.

- Ø Έχουν ως πρωταρχικό στόχο να απαλείψουν τα στερητικά συμπτώματα και την «πείνα» για ηρωίνη και να βελτιώσουν την ποιότητα ζωής.
- Ø Προσφέρουν μια σειρά από θεραπευτικές επιλογές.

Προγράμματα υψηλού οδού:

- Ø Είναι πιο δύσκολη η εισαγωγή/ μπορεί να έχουν κριτήρια επιλεκτικής εισαγωγής.
- Ø Είναι προσανατολισμένα στην απεξάρτηση.
- Ø Δε διαθέτουν ευελιξία στις θεραπευτικές επιλογές.
- Ø Υιοθετούν τακτικούς ελέγχους ούρων.
- Ø Μη ευέλικτη πολιτική αποπομπής (η παράνομη χρήση οπιούχων δεν είναι ανεκτή).
- Ø Υποχρεωτική συμβουλευτική και ψυχοθεραπεία.

4.5. Σύγκριση αποτελεσματικότητας μεθαδόνης-βουπρενορφίνης ως υποκατάστατα

Στο Πανεπιστημιακό νοσοκομείο της Βιέννης, στην Αυστρία, πραγματοποιήθηκε έρευνα με 60 συμμετέχοντες εξαρτημένους από οπιούχα, οι οποίοι επιλεχθήκαν από το τμήμα Γενικής Ψυχιατρικής. Από τους 60 αυτούς ασθενείς, οι 31 έλαβαν ως υποκατάστατο τη μεθαδόνη και οι άλλοι 29 τη βουπρενορφίνη. Με τη λήξη των 24 εβδομάδων αυτού του προγράμματος, διαπιστώθηκε ότι οι ασθενείς, στους οποίους χορηγήθηκε η μεθαδόνη μπόρεσαν ευκολότερα να συντηρηθούν χωρίς να λάβουν άλλου είδους οπιούχες ουσίες, σε αντίθεση με εκείνους που τους χορηγήθηκε η βουπρενορφίνη ως υποκατάστατο. (Addiction research 1999 p. 1339-1340)

4.6. Φαρμακολογία

Η μεθαδόνη (υδροχλωρική μεθαδόνη ή 6-dimethylamino-4, 4diphenyl-3-hepatone hydrochloride) είναι ένας συνθετικός αγωνιστής οπιοειδών, που απορροφάτε ικανοποιητικά από τη γαστρεντερική οδό, άσχετα αν είναι σιρόπι ή χάπι. Η μεθαδόνη αποβάλλεται από το σώμα με τη μορφή μεταβολιτών που προκύπτουν από τη βιολογική μετατροπή και με την αποβολή του ίδιου του φαρμάκου στα ούρα και στα κόπρανα.

Ο ρυθμός μεταβολισμού της μεθαδόνης από το ένζυμο CYP3A4 επηρεάζει την απομάκρυνση της από το σώμα του ασθενή. Η δράση του CYP ένζυμου επηρεάζεται, όμως, από γενετικούς και ασφαλιστικούς παράγοντες καθώς και από ορισμένα φάρμακα. Υπάρχουν μεγάλες διαφοροποιήσεις στο ποια φάρμακα μπορούν να οδηγήσουν σε τοξίκωση

από μεθαδόνη και ποια είναι δυνατό να προκαλέσουν το αντίθετο αποτέλεσμα, δηλαδή στερητικό σύνδρομο. Ορισμένα φάρμακα αλληλεπιδρούν με το επίπεδο της μεθαδόνης στο αίμα και πρέπει να δίνεται ιδιαίτερη προσοχή σε άτομα που χρησιμοποιούν άλλες φαρμακευτικές αγωγές, όπως αγωγή για HIV, αντιβιοτικά, κάποια αντι-επιληπτικά και αντιφυματικές αγωγές.

4.7. Οδός χορήγησης της μεθαδόνης: στοματική, ενέσιμη

Παρόλο που κυρίως η μεθαδόνη συνταγογραφείται με τη δια του στόματος μορφή, υπάρχουν σε όλο τον κόσμο αρκετές πρωτοβουλίες συνταγογράφησης ενέσιμων θεραπειών υποκατάστατων. Μερικοί ασθενείς έχουν φτωχοί απόδοση στη δια του στόματος συντήρηση. Οι μέχρι τώρα μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί αναφορικά με αυτό το ζήτημα, συμπεραίνουν με όχι επαρκείς αποδείξεις ότι η συνταγογραφούμενη ενέσιμη συντήρηση με μεθαδόνη έχει μακροπρόθεσμα καλύτερα αποτελέσματα στην προαγωγή της υγιούς συμπεριφοράς και στη μείωση του κινδύνου συγκρινόμενη με τη στοματική συντήρηση.

4.8. Διάρκεια προγραμμάτων θεραπείας με μεθαδόνη

Το 1990, η Π.Ο.Υ. εισηγήθηκε μια σταθερή ορολογία για τη θεραπεία με μεθαδόνη που χωρίστηκε σε τέσσερις κατηγορίες:

- Ø Βραχυπρόθεσμη αποτοξίνωση: ελάττωση δόσης σε ένα μήνα ή λιγότερο.
- Ø Μακροπρόθεσμη αποτοξίνωση: ελάττωση δόσης σε περισσότερο από ένα μήνα.
- Ø Βραχυπρόθεσμη συντήρηση: σταθερή συνταγογράφηση για έξι μήνες ή λιγότερο.
- Ø Μακροπρόθεσμη συντήρηση: σταθερή συνταγογράφηση για περισσότερο από έξι μήνες.

4.9. Εισαγωγή σε πρόγραμμα θεραπείας με μεθαδόνη

Υπάρχουν διάφορες μορφές μεθαδόνης, η πιο διαδεδομένη όμως, είναι η υγρή μορφή 1mg/1ml διαλύματος.

Ο υπολογισμός, λοιπόν, της σωστής δοσολογίας έναρξης της συγκεκριμένης μορφής μεθαδόνης θα πρέπει να λαμβάνει υπόψη τους ακόλουθους παράγοντες:

- Ø Η σωστή δόση ποικίλοι ανάλογα με τον θεραπευτικό στόχο.
- Ø Η παράνομη ηρωίνη διαφέρει σε καθαρότητα από περιοχή σε περιοχή και από χρόνο σε χρόνο.
- Ø Η μεθαδόνη είναι ένα οπιοειδές μακράς δράσης.
- Ø Η υπερβολική δόση μεθαδόνης μπορεί να είναι μοιραία αλλά και η ανεπαρκής δόση είναι απίθανο να είναι αποτελεσματική.

Αν η θεραπεία ξεκινήσει με μια πολύ υψηλή δοσολογία μεθαδόνης, μπορεί να προκληθεί τοξίκωση και θάνατος. Ωστόσο, η χορήγηση μιας πολύ χαμηλής δόσης μεθαδόνης ενέχει τον κίνδυνο να παρατηρηθούν στερητικά φαινόμενα. Η εμπειρία των στερητικών συμπτωμάτων μπορεί να παρακινήσει τους ασθενείς να αναζητήσουν ανακούφιση σε άλλες πηγές, όπως για παράδειγμα παράνομα οπιοειδή κ.λπ. Ο συνδυασμός, όμως, της μεθαδόνης με άλλες ουσίες είναι δυνατό να οδηγήσει σε τοξίκωση και θάνατο.

Εφόσον, τώρα, η οποιοξάρτηση έχει επιβεβαιωθεί σε έναν ασθενή, χρειάζεται να εκτιμηθεί η ανοχή και η δόση της μεθαδόνης. Ο συνήθης τρόπος για να καθοριστεί η ανοχή είναι βάση της κλινικής εκτίμησης του ιατρικού ιστορικού και του ιστορικού χρήσης του ασθενούς κατά την παρουσίαση. Η ακρίβεια της κλινικής εκτίμησης ίσως βελτιωθεί με τη χρήση ενισχυτικών αποδείξεων, όπως η εξέταση των φλεβών για σημεία ενδοφλέβιας χρήσης οπιούχων ή η εξέταση ούρων. Η καλή επικοινωνία με τον ασθενή είναι επίσης, ζωτικής σημασίας για να επιτευχθεί η απαραίτητη πληροφόρηση.

Η απαραίτητη προϋπόθεση για ένα επιτυχημένο ξεκίνημα της θεραπείας με μεθαδόνη, είναι να δοθεί στον ασθενή, η σχετική πληροφόρηση, η οποία θα πρέπει να περιλαμβάνει τα ακόλουθα:

- Ø Το μέγιστο αποτέλεσμα της μεθαδόνης εμφανίζεται με καθυστέρηση 2-4 ωρών.
- Ø Η συσσώρευση της μεθαδόνης, με την πάροδο του χρόνου, έχει ως αποτέλεσμα, η μεγαλύτερη δράση να εμφανίζεται μετά από 3-5 μέρες ή και περισσότερο, ακόμη και όταν η δόση παραμένει σταθερή.
- Ø Οι κίνδυνοι από την πολυχρήση στη διάρκεια της θεραπείας με μεθαδόνη, ειδικά άλλων οπιοειδών, όπως κοκαΐνης κ.λπ.
- Ø Η συνέργεια με φάρμακα που λαμβάνονται ταυτόχρονα με τη μεθαδόνη, μπορούν να αυξάνουν ή να μειώνουν τα επίπεδα συγκέντρωσης της μεθαδόνης.

Επιπλέον ένα ή περισσότερα από τα ακόλουθα κριτήρια μπορεί να βοηθήσουν στην αναγνώριση ασθενών με υψηλότερο κίνδυνο τοξίκωσης στη μεθαδόνη:

- Ø Η ασάφεια στο ιατρικό ιστορικό, καθώς και στο ιστορικό χρήσης ουσιών, επειδή πρόκειται για την πρώτη συνάντηση.
- Ø Ο υψηλός κίνδυνος για πολυχρήση ή εξάρτηση.
- Ø Ο αβέβαιος βαθμός της νευροπροσαρμογής.
- Ø Ο κίνδυνος για υπερβολική δόση μεθαδόνης ή άλλων ουσιών.
- Ø Ένα κλινικά σημαντικό αναπνευστικό πρόβλημα.
- Ø Ένα κλινικά σημαντικό ηπατικό πρόβλημα.
- Ø Η πρόσφατη χορήγηση φαρμάκων που αναστέλλουν τη λειτουργία του CYP3A4 ενζύμου.

Οι ασθενείς αυτοί, θα πρέπει να επανεκτιμώνται κάθε 2-4 ώρες για τις πρώτες 3 με 5 δόσεις μεθαδόνης, έτσι ώστε να αναγνωριστούν σημάδια και συμπτώματα τοξίκωσης από μεθαδόνη και δεν πρέπει να αυξηθεί η δόση του τις πρώτες 2-4 μέρες.

Αυτό που αξίζει ακόμη να σημειωθεί είναι ότι συνιστάται η χορήγηση της μεθαδόνης να αρχίσει το πρωί και κατά προτίμηση στην αρχή της εβδομάδας, ώστε το μέγιστο ποσοστό της συγκέντρωσης της μεθαδόνης στο αίμα να επέλθει όταν η κλινική είναι ανοιχτή και να επιληφθεί, αυτή, την παρουσίαση οποιουδήποτε προβλήματος.

Βασικός σκοπός της εισαγωγής στο πρόγραμμα είναι η εξαφάνιση των στερητικών συμπτωμάτων. Γενικά, η συνιστάμενη αρχική δόση κυμαίνεται μεταξύ 10 και 30 mg. Σε περίπτωση που η ανοχή σε οποιοδήποτε είναι υψηλή, η συνηθισμένη δόση κυμαίνεται μεταξύ 25 και 40 mg. Όταν η αρχική δόση είναι χαμηλή κρίνεται αναγκαίο να έχει κανείς τον ασθενή υπό παρακολούθηση για 1-2 ώρες και αν εμφανιστούν στερητικά συμπτώματα να χορηγήσει επιπρόσθετες δόσεις.

Την πρώτη εβδομάδα που ένας εξωτερικός ασθενής εισάγεται στο σχήμα αποτοξίνωσης, θα πρέπει κανείς να παρακολουθεί τον ασθενή καθημερινά εωσότου εγκατασταθεί μια σταθερή δοσολογία. Όταν απαιτείται η αύξηση της δόσης κατά την πρώτη εβδομάδα, αυτή θα πρέπει να γίνεται με τη μέγιστη ημερήσια αύξηση των 5-10 mg κι όχι μεγαλύτερη των 20 mg μέσα σε 1 εβδομάδα από την αρχική δόση. Για μία μεγαλύτερη περίοδο αποτοξίνωσης και για θεραπεία συντήρησης, συνιστάται η αύξηση της δόσης να μη ξεπερνάει τα 20 mg . ο χρόνος σταθεροποίησης ενός ασθενούς στη θεραπεία είναι δυνατό να φθάσει τις 6 εβδομάδες και περισσότερο.

4.10. Προτάσεις πρωτοκόλλου αποτοξίνωσης

Στην περίοδο σταθεροποίησης το πρωτόκολλο μείωσης θα πρέπει να ενεργοποιείται μόνο όταν ο ασθενής συνεχίζει να απέχει από τη χρήση ηρωίνης. Μόλις σταθεροποιηθεί ο ασθενής, ο οποίος έχει να κάνει και

άλλες αλλαγές στον τρόπο ζωής του, μπορεί τότε να επιτύχει ένα επίσημο πρωτόκολλο μείωσης του φαρμάκου. Η συμμόρφωση θα διατηρηθεί μόνο εάν και ο ασθενής κι ο γιατρός συμφωνήσουν ότι ένα σχήμα μείωσης είναι επιθυμητό. Αν ένα σχήμα μείωσης εφαρμοστεί αντίθετα από τις επιθυμίες του ασθενή, αναμένεται η συμμόρφωση του ασθενή να είναι χαμηλή.

Μετά από μια περίοδο σταθεροποίησης, η καθημερινή δόση μπορεί να μειωθεί, για παράδειγμα κατά 5 mg, το δεκαπενθήμερο. Μερικοί μάλιστα κλινικά προτείνουν, εάν η δόση σταθεροποίησης είναι πάνω από 120 mg να μειώνεται κατά 20 mg το μήνα. Η μείωση της δόσης πρέπει να γίνεται την πρώτη μέρα της πρώτης εβδομάδας και κατόπι να διατηρείται σταθερή για τις επόμενες τρεις εβδομάδες. Αν οι δόσεις κυμαίνονται μεταξύ 60 και 120 mg, η δόση μπορεί να ελαττωθεί κατά 10 mg το μήνα. Για ασθενείς που η ημερήσια δόση είναι 30-40 mg, είναι δυνατό να μειωθεί κατά 5 mg μηνιαίως.

4.11. Προτάσεις προγραμμάτων συντήρησης με μεθαδόνη

Όπως προαναφέρθηκε, η πλειοψηφία των εξαρτημένων ατόμων από οπιούχα χρειάζεται 60 και 120 mg ανά μέρα. Παρόλο που κάποια άτομα καταφέρνουν να συντηρηθούν επιτυχώς με χαμηλότερες δόσεις, ένα μέσω εξαρτημένο από ηρωίνη άτομο θα λάβει λιγότερη ηρωίνη και θα παραμείνει περισσότερο στη θεραπεία, αν συντηρηθεί με μεγαλύτερες παρά με χαμηλότερες δόσεις μεθαδόνης. Σε περιπτώσεις που οι υψηλές ημερήσιες δόσεις αποτύχουν να αποτρέψουν τα στερητικά στη διάρκεια του 24ώρου κύκλου δοσολογίας, πρέπει να ελεγχθεί αν το άτομο λαμβάνει παράλληλα ουσίες ενζυμοεπαγωγικές ή μεταβολίζει τη μεθαδόνη με γρηγορότερο ρυθμό από το μέσω όρο, τότε θα χρειαστούν υψηλότερες δόσεις μεθαδόνης.

Επιπλέον, αξίζει να σημειωθεί ότι τα άτομα με υψηλό επίπεδο συναισθηματικού άγχους ή με διαταραχές προσωπικότητας πρέπει να συντηρούνται με υψηλότερες παρά με χαμηλότερες δόσεις μεθαδόνης.

Ως αρχή στο πρόγραμμα συντήρησης, οι ασθενείς είναι καλό να εξετάζονται από το γιατρό τους, τουλάχιστον μία φορά το μήνα. Μια πιο ακριβής επανεκτίμηση μπορεί να είναι χρήσιμη κάθε τρεις μήνες, ώστε να εξετάζεται τι έχει επιτευχθεί και να τίθενται νέοι στόχοι. Τα τυχαία τεστ ούρων μπορούν, για παράδειγμα, να είναι βοηθητικά σε αυτό. Τα συνυπάρχοντα σωματικά, κοινωνικά, ψυχιατρικά και νομικά προβλήματα, πρέπει να αντιμετωπίζονται όσο τη δυνατό περισσότερο.

Αν, για οποιοδήποτε λόγο, οι ασθενείς χάσουν δόσεις μεθαδόνης, πρέπει να γίνει επανεκτίμηση της τοξίκωσης και των στερητικών πριν ξεκινήσει ξανά η χορήγηση της μεθαδόνης.

Αν ο ασθενής, δεν πήρε μεθαδόνη για τρεις μέρες, ίσως είναι κατάλληλη η μείωση της δόσης μιας και η ανοχή του ίσως έχει ελαττωθεί. Σε περιπτώσεις που ο ασθενής απέχει για πέντε μέρες και πάνω, απαιτείται μια πλήρης εκτίμηση πριν την εκ νέου χορήγηση μεθαδόνης.

4.12. Ειδικές ομάδες ατόμων που λαμβάνουν τη μεθαδόνη ως υποκατάστατο και ειδικά πλαίσια

Παγκόσμια, η πλειονότητα των ατόμων στα οποία συνταγογραφείται η μεθαδόνη είναι άνδρες και γυναίκες 25 έως 40 ετών. Παρόλα αυτά υπάρχουν και κάποιες ειδικές ομάδες ατόμων, καθώς και ειδικά πλαίσια, για τα οποία αξίζει να γίνει λόγος.

α) Γυναίκες που εγκυμονούν:

Παρόλο που πολλές γυναίκες θα επιθυμούσαν να απεξαρτηθούν, η μακρόχρονη θεραπεία συντήρησης με μεθαδόνη θεωρείται η καλύτερη επιλογή για τις εγκύους που είναι εξαρτημένες από οπιοειδή. Στο τρίτο τρίμηνο, πολλές γυναίκες χρειάζονται υψηλότερες δόσεις εξαιτίας της αύξησης του βάρους κι άλλων φυσιολογικών αλλαγών.

Εάν μια γυναίκα επιθυμεί να αποτοξινωθεί, συνιστάται να μην το πράξει την περίοδο πριν την δωδεκάτη εβδομάδα ή μετά την 32^η εβδομάδα της κύησης. Τα συμπτώματα στέρησης πρέπει να αποφεύγονται κατά τους δύο πρώτους μήνες της κύησης, εξαιτίας του κινδύνου πρόωρου τοκετού σε αυτή τη περίοδο. Η φυσιολογική μέγιστη μείωση της ημερήσιας δόσης είναι 2,5 έως 10 mg εβδομαδιαίως, ανάλογα με την αντίδραση της γυναίκας. Το τελικό βραδύτερο τμήμα της αποτοξίνωσης συνήθως διεξάγεται, κάτω βεβαίως από στενή ιατρική επίβλεψη, στους τελευταίους τρεις μήνες της κύησης χωρίς κίνδυνο για το μωρό.

Αν η αποτοξίνωση είναι ανεπιτυχής και η χρήση ουσιών από την ασθενή γίνεται ανεξέλεγκτα, θα πρέπει να επανεκτιμηθεί μέχρι να ανακτηθεί η σταθεροποίηση, έτσι ώστε αποτοξίνωση και συντήρηση να μπορούν να εναλλάσσονται. (Annettee Verster and Ernest Buning, Euro Methwork, 2000)

β) Νεογνά γυναικών εξαρτημένων από οπιοειδή:

Πάνω από το 60% των νεογνών που γέννιούνται από μητέρες εξαρτημένες από οπιοειδή έχουν συμπτώματα του νεογνικού συνδρόμου στέρησης (neonatal abstinence syndrome NAS), το οποίο τείνει να συμβαίνει 24 έως 72 ώρες μετά τον τοκετό και περιλαμβάνει τα

ακόλουθα: τσιριχτό κλάμα, γρήγορη αναπνοή, εκτεταμένη αϋπνία, υπέρτονια και σπασμοί. Οι ένταση του συνδρόμου NAS δεν συσχετίζεται με τη δόση της μεθαδόνης ή των άλλων οπιοειδών που χρησιμοποιούνται από την έγκυο. Συνήθως, η κατάλληλη φροντίδα μπορεί να παρασχεθεί σε ένα συνηθισμένο περιβάλλον μαιευτηρίου υπό τον όρο βέβαια, ότι σε επείγουσα περίπτωση θα είναι δυνατό να μεταφερθούν σε ειδικές μονάδες φροντίδας. Τα στερητικά συμπτώματα μπορεί να είναι παρατεταμένα και να περιλαμβάνουν, επίσης, αναπνευστικά προβλήματα και κατάθλιψη, αν η μητέρα λαμβάνει μεθαδόνη με βενζοδιαζεπίνες.

Αν απαιτηθεί θεραπευτική αγωγή μπορεί να χρησιμοποιηθεί μια ποικιλία οπιοειδών και μη οπιοειδών φαρμάκων. Η από δια του στόματος μορφή αποτελεί το φάρμακο εκλογής και η φαινοβαρβιτάλη ίσως να χρησιμοποιηθεί αν η μητέρα ελάμβανε άλλες ουσίες π.χ. βενζοδιαζεπίνες.

γ) Γονείς νέων παιδιών:

Οι ανάγκες των μικρών παιδιών σε ηλικία με γονείς εξαρτημένους από ουσίες είναι υψίστης σημασίας. Οι εργαζόμενοι στα προγράμματα μεθαδόνης θα πρέπει να συμπεριλαμβάνουν τη φροντίδα των παιδιών στο θεραπευτικό τους πλάνο. Σε κάποιες, μάλιστα, χώρες υπάρχουν ειδικά προγράμματα συντονισμού της φροντίδας των γονέων και των μικρών παιδιών.

δ) Νέος πληθυσμός:

Η μεθαδόνη είναι απίθανο να είναι κατάλληλη θεραπεία για όσους είναι κάτω των 16 ετών, καθώς αυτοί οι νέοι είναι απίθανο να πληρούν τα κριτήρια:

- Ø Μακροχρόνια χρήση οπιοειδών
- Ø Σημαντική ανοχή
- Ø Επίπεδο προβληματικής χρήσης οπιοειδών που δεν θα ήταν πιθανό να θεραπευτεί με άλλη μορφή θεραπείας και βοήθειας.

Αν παρόλα αυτά, θεωρηθεί κατάλληλη θεραπεία με μεθαδόνη για αυτά τα άτομα, τότε χρειάζεται η γονική συναίνεση καθώς και εξειδικευμένη εκτίμηση από ειδικό γιατρό.

ε) Άτομα με HIV/AIDS:

Κατά βάση, οι επιλογές για θεραπεία με μεθαδόνη είναι οι ίδιες ανεξάρτητα από την κατάσταση HIV. Η θεραπεία, λοιπόν, με μεθαδόνη

είναι δυνατό να περιορίσει τις επικίνδυνες συμπεριφορές, να μειώσει το άγχος και να βελτίωση τη γενική υγεία του ασθενή, βοηθώντας τον να ζει μια φυσιολογική ζωή. Στη θεραπεία με άτομα που πάσχουν από AIDS, είναι απαραίτητη η συνεργασία γιατρών ειδικευμένων στο HIV προκειμένου να δίνεται η σωστή συνταγογράφηση της μεθαδόνης.

ζ) Άτομα με ηπατίτιδα:

Συνιστάται όλα τα άτομα σε θεραπεία να ελέγχονται για ηπατίτιδα Β και όσα δεν έχουν προστατευτικά αντισώματα, να εμβολιάζονται. Η ηπατίτιδα C είναι ένα σοβαρό πρόβλημα υγείας για τα άτομα που κάνουν ενέσιμη χρήση, τόσο με όρους επιδημιολογίας όσο και με όρους κλινικών αποτελεσμάτων. Η δόση της μεθαδόνης είναι αναγκαίο να αναθεωρείται και να αναλύεται σύμφωνα με την ηπατική λειτουργία του ασθενή. Σημαντικό είναι να αποφευχθεί η κοινή χρήση του ενέσιμου εξοπλισμού σε τέτοιες περιπτώσεις.

η) Άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας:

Κατά κοινή ομολογία, ένα μεγάλο ποσοστό ατόμων που εντάσσονται σε πρόγραμμα θεραπείας με μεθαδόνη, παρουσιάζουν σοβαρά προβλήματα ψυχικής υγείας. Συνήθως αυτές οι περιπτώσεις ατόμων παραμένουν για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα στη θεραπεία, από αυτούς χωρίς ψυχιατρική νοσηρότητα, όταν θεραπεύονται με υψηλές δόσεις μεθαδόνης κατά τη φάση σταθεροποίησης.

θ) Χρήστες πολλαπλών ουσιών:

Για την αποτροπή παρουσίασης τέτοιου τύπου ασθενών κατά τη διάρκεια της θεραπείας, κρίνεται απαραίτητη η αύξηση της δόσης της μεθαδόνης, η χορήγηση κι άλλων φαρμάκων, η τακτική συλλογή ούρων, η επίβλεψη της κατανάλωσης και τέλος, σε κάποια προγράμματα, η αναστολή της συνταγογράφησης μεθαδόνης.

ι) Μειονοτικές εθνικές ομάδες:

Τα προγράμματα θεραπείας με μεθαδόνη είναι επιτρεπτά και στις μειονοτικές εθνικές ομάδες. Για αυτόν τον λόγο είναι αναγκαίο να δημιουργηθούν υπηρεσίες που να χαρακτηρίζονται από ποικιλία πολιτισμικών στοιχείων.

κ) Άτομα στη φυλακή:

Η κατηγορία αυτών των εξαρτημένων, θα πρέπει επίσης να έχει πρόσβαση στις ίδιες θεραπευτικές επιλογές, όπως αν ήταν σε ένα κοινωνικό πλαίσιο. Μάλιστα έχει γίνει σχετική πρόταση προκειμένου το προσωπικό των φυλακών να εκπαιδευτεί στα ναρκωτικά και τα σχετιζόμενα προβλήματα υγείας.

λ) Άτομα στο νοσοκομείο:

Είναι σημαντικό και στα νοσοκομεία, οι ασθενείς με εξάρτηση από οπιοειδή να λαμβάνουν τις κατάλληλες μεθόδους θεραπείας προκειμένου να αναρρώσουν και να αντιμετωπίσουν το ιατρικό τους πρόβλημα. Το τμήμα επειγόντων ενός νοσοκομείου θα πρέπει να είναι ικανό να αντιμετωπίσει:

- Ø Σοβαρή στέρηση και /ή υπερδοσολόγηση.
- Ø Το χειρισμό άλλων προβλημάτων σχετιζόμενων με τα ναρκωτικά.

μ) Άτομα που ταξιδεύουν:

Τα άτομα θα πρέπει να μπορούν να ταξιδεύουν και να παίρνουν το δικό τους υποκατάστατο φάρμακο μαζί τους. Σε περίπτωση καθημερινής συνεχιζόμενης υποκατάστασης, θα πρέπει να πραγματοποιούνται συναντήσεις με κατάλληλες τοπικές υπηρεσίες. Διάφορες διευθύνσεις στο διαδίκτυο, παρέχουν αυτού του είδους τις πληροφορίες π.χ. European Methadone Assistance Point (MAP) του Euro-Methwork, <http://www.euromethwork.org>

4.13. Ζωτικά στοιχεία στην οργάνωση της καλύτερης πρακτικής της θεραπείας με μεθαδόνη

1) Απαιτήσεις προσωπικού:

α) Εκπαίδευση

Είναι αυτονόητο ότι ένας γιατρός για να είναι κλινικά αποτελεσματικός, πρέπει να γνωρίζει καλά τα ειδικά θέματα σχετικά με την εξάρτηση από τα οπιούχα. Για αυτόν ακριβώς το λόγο απαιτείτε η παρακολούθηση εκπαιδευτικών προγραμμάτων σχετικών με τα οπιούχα. Επίσης η ιατρικές σχολές θα πρέπει να συμπεριλάβουν τις εξαρτήσεις και τις διάφορες θεραπευτικές προσεγγίσεις στο εκπαιδευτικό τους πρόγραμμα.

Οι εκπαιδευτικές δυνατότητες είναι εξίσου σημαντικές για όλους τους άλλους εργαζομένους, που εμπλέκονται στη θεραπεία της ουσιοεξάρτησης. Η γνώση της φαρμακολογίας, της τοξικολογίας και των κλινικών, καθώς και των ψυχοκοινωνικών διαστάσεων της οπιοεξάρτησης, ως μαθήματα, κρίνεται απαραίτητη. Σεμινάρια, εποπτεία και επικοινωνία με συναδέλφους συνιστούν πάντοτε ένα σημαντικό μέρος της ενημέρωσης για τις τρέχουσες εξελίξεις σε κάθε τομέα της ιατρικής.

β) Ομαδική εργασία

Οι γιατροί δε θα έπρεπε να συνταγογραφούν μεθαδόνη μεμονωμένα. Μια πολυπαραγοντική προσέγγιση στη φαρμακοθεραπεία είναι ουσιώδης. Πολλά πράγματα, δηλαδή, θα πρέπει να περιλαμβάνουν ειδικότητες όπως κοινωνικούς λειτουργούς, συμβούλους και ψυχοθεραπευτές. Με αυτόν τον τρόπο, θα επιτυγχάνεται μια σφαιρική αξιολόγηση του ασθενή, η οποία με τη σειρά της θα συστήνει το σωστό θεραπευτικό σχεδιασμό.

Η καλή διαχείριση μπορεί να χαρακτηρίζει οποιονδήποτε οργανισμό, στον οποίο το προσωπικό συνεργάζεται και υπάρχει συμμετοχή των ασθενών. Η ξεκάθαρη περιγραφή κάθε θέσης, συμπεριλαμβανομένου και του καθηκοντολόγιου, καθώς και η σταθερή επίβλεψη είναι ζωτικής σημασίας. Οι συντηρήσεις της ομάδας θα διευκολύνουν τη συνεργασία και τη διαχείριση περιπτώσεων πελατών με τους οποίους χρειάζεται να ασχοληθούν περισσότερα μέλη του προσωπικού. Οι καθαρές προσεγγίσεις, στο πλαίσιο του προγράμματος δεν είναι μόνο σημαντικές για το προσωπικό, αλλά έχουν επίσης επίδραση στο αναμενόμενο θεραπευτικό αποτέλεσμα για τους πελάτες.

γ) Ο ρόλος του γιατρού

Ένας γιατρός που συνταγογραφεί ελεγχόμενα φάρμακα, συμπεριλαμβανομένης της μεθαδόνης, για τη διαχείριση της ουσιοεξάρτησης, αν επιθυμεί να συνταγογραφεί υπεύθυνα, θα πρέπει να έχει κατανοήσει τη βασική φαρμακολογία, την τοξικολογία και τις κλινικές ενδείξεις για τη χρήση των φαρμάκων, το καθεστώς δοσολογίας αλλά και τις στρατηγικές καταγραφής της θεραπείας.

Είναι ευθύνη όλων των γιατρών να μεριμνούν για τις γενικότερες ανάγκες υγείας και τα σχετιζόμενα με τις ουσίες προβλήματα, άσχετα με το πότε ο ασθενής είναι έτοιμος να απεξαρτηθεί από τις ουσίες. Μέλημα, επίσης, του κλινικού θα πρέπει να είναι η διασφάλιση ότι ο ασθενής λαμβάνει τη σωστή δόση φαρμάκου.

Κλινικές ανασκοπήσεις, με ευθύνη του γιατρού, για τους ασθενείς θα πρέπει να γίνονται σε τακτά χρονικά διαστήματα, τουλάχιστον ανά τρεις μήνες και μάλιστα ιδιαίτερος στην περίπτωση που η χρήση του φαρμάκου παραμένει ασταθεροποίητη.

δ) Ο ρόλος του νοσηλευτή

Οι νοσηλευτές εργάζονται με χρήστες ουσιών σε διάφορα πλαίσια, όπως σε νοσοκομεία και σε κέντρα θεραπείας της εξάρτησης. Ο ρόλος τους μπορεί να ποικίλλει από χώρα σε χώρα. Οι δεξιότητες και οι τεχνικές εντείνονται από την εισαγωγική εκτίμηση των χρηστών, τη συμβουλευτική, την εκπαίδευση υγείας και την προς τα έξω μεταφορά θεραπευτικών διαδικασιών, όπως η διανομή φαρμάκων. Μερικοί εμπλέκονται στην περιποίηση τραυμάτων και στον καθαρισμό αποστημάτων. Στα περισσότερα πάντως προγράμματα, οι νοσηλευτές είναι υπεύθυνοι για τον έλεγχο της συμμόρφωσης στη φαρμακοθεραπεία και συντονίζουν τη διαχείριση του περιστατικού.

ε) Ο ρόλος του λειτουργού/ συμβούλου σε θέματα ναρκωτικών- drug worker

Οι σύμβουλοι σε θέματα ναρκωτικών- drug workers μπορεί να προέρχονται από ποικιλία επαγγελματικού υποβάθρου, όπως νοσηλευτική, εκπαίδευση, κοινωνικά επαγγέλματα και νομικό σύστημα. Η επαγγελματική της λειτουργία είναι δυνατό να θεωρηθεί ως το μείζον κομμάτι της πλήρους ανάπτυξης ψυχοκοινωνικών υπηρεσιών που απαιτούνται για περιεκτική θεραπεία. Κι αυτό γιατί οι σύμβουλοι μπορούν να προσφέρουν υποστήριξη, να δώσουν πληροφόρηση και βασική συμβουλευτική και επιπλέον μπορούν να δράσουν ως θεραπευτικοί υπεύθυνοι –key workers. Συχνά εμπλέκονται με άλλους τύπους υπηρεσιών για τα ναρκωτικά, όπως στη δουλειά στο δρόμο, σε προγράμματα ανταλλαγής συριγγών και σε υπηρεσίες διανομής.

Η κύρια λειτουργία του συμβούλου σε θέματα ναρκωτικών είναι να προσφέρει συμβουλευτική στο χρήστη για να αντιμετωπίζει τις οικογενειακές και προσωπικές του σχέσεις, τη φροντίδα των παιδιών, τη στέγαση, κ.λπ. Η επαγγελματική επάρκεια είναι, ασφαλώς, συνδεδεμένες με την εκπαίδευση, την επαρκή εποπτεία και τις προσωπικές δεξιότητες.

ζ) Ο ρόλος του κλινικού ψυχολόγου

η κλινική ψυχολογία προμηθεύει μοντέλα για την ουσιοεξάρτηση, συνδυάζοντας κοινωνικές και νευρολογικές θεωρίες. Για παράδειγμα, οι κινητοποιητικές τεχνικές μπορούν να είναι σημαντικές στη διαδικασία

της εισαγωγικής εκτίμησης, εμπλέκοντας τους χρήστες στη θεραπεία, όπως και στην πρόληψη της υποτροπής στη φάση της αποτοξίνωσης. Ασθενείς με συνυπάρχοντα ψυχικά προβλήματα μπορούν να ωφεληθούν από ειδικές θεραπείες, όπως η γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία.

η) ο ρόλος του φαρμακοποιού

οι νοσοκομειακοί φαρμακοποιοί διαδραματίζουν ζωτικό ρόλο όταν ένας ασθενής, που συντηρείται με μεθαδόνη, εισάγεται στο νοσοκομείο. Μπορούν να πληροφορήσουν τους κλινικούς και τους νοσηλευτές για αλληλεπιδράσεις των φαρμάκων με τη μεθαδόνη καθώς και το πώς η μεθαδόνη είναι δυνατό να συνταγογραφηθεί κατάλληλα στην εισαγωγή ή στην έξοδο. Σε κάποιες περιοχές η μεθαδόνη διανέμεται απευθείας από τον κοινοτικό φαρμακοποιό. Σε αυτή τη περίπτωση ο γιατρός που συνταγογραφεί κι ο φαρμακοποιός που διαθέτει, θα πρέπει να συνεργάζονται τακτικά σε σχέση με την κατάσταση του ασθενή και το καθεστώς της συνταγογράφησης.

θ) Τήρηση δεδομένων

Κάθε παρέμβαση θα πρέπει να καταγράφεται κατάλληλα και με ακρίβεια αλλά και τα αντίγραφα συνταγών θα πρέπει να φυλάσσονται καθαρογραμμένα ή μηχανογραφημένα. Ένα αρχείο που θα τηρεί ο ίδιος ο ασθενής, προσυπογραφόμενο από αυτούς που εμπλέκονται στη θεραπεία, μπορεί να είναι ένα χρήσιμο επιπρόσθετο θεραπευτικό εργαλείο.

Υπάρχει μια τεράστια ποικιλία ρυθμίσεων σχετικά με την εμπιστευτικότητα/ απόρρητο στην Ευρώπη. Σε κάποιες μάλιστα περιοχές, υπάρχει ένας κεντρικός κατάλογος, όπου καταχωρούνται οι λήπτες μεθαδόνης. Αυτός, λοιπόν, ο κατάλογος δεν θα πρέπει να παραχωρεί δεδομένα σε καμία μη ιατρική υπηρεσία ή ίδρυμα ή να έχει αντίκτυπο για τον ασθενή, όπως τη στέρηση των πολιτικών του ελευθεριών. Ο βασικός σκοπός θα πρέπει να είναι η προστασία της υπηρεσίας, αυτών που χρησιμοποιούν την υπηρεσία κι αυτών που την παρέχουν, όπως επίσης να περιλαμβάνεται η πολλαπλή συνταγογράφηση αποφάσεων. (Annette Verster Ernst Buning, Euromethwork, 2000).

Σε περιοχές όπου δεν υπάρχει κατάλογος θα πρέπει να υφίσταται κάποιος τύπος ελέγχου και μηχανογράφησης της συνταγής καθώς και της προμήθειας της μεθαδόνης.

ι) Χορήγηση

Το πρόσωπο του οποίου το όνομα βρίσκεται πάνω στη συνταγή θα πρέπει να παίρνει τη μεθαδόνη αυτοπροσώπως, εκτός αν υφίστανται

αναγκαστικοί λόγοι. Στα πρώιμα στάδια της θεραπείας, η μεθαδόνη θα πρέπει να χορηγείται σε ημερήσια βάση. Όταν όμως ο ασθενής έχει σημειώσει ξεκάθαρη πρόοδο, η δόση είναι δυνατό να περιοριστεί σε τρεις φορές την εβδομάδα, αργότερα σε δύο και τελικά εβδομαδιαία. Ο απώτερος στόχος του προγράμματος είναι η μέγιστη αυτονομία και ο έλεγχος του χρήστη για το φάρμακο του.

Σε μερικές χώρες, συνίσταται η επιβλεπόμενη λήψη κάποιους ασθενείς, ιδιαίτερα για τις νέες εισαγωγές.

2) Άλλες υπηρεσίες

Όπως ειπώθηκε προηγουμένως, η επιτυχία της θεραπείας με μεθαδόνη επηρεάζεται ως ένα σημείο από τη διαθεσιμότητα κι άλλων υπηρεσιών κι όχι μόνο της φαρμακοθεραπείας. Η σημασία της συμβουλευτικής και της ψυχοθεραπείας έχουν σχέση με την ουσιοεξάρτηση, όπως η διαθεσιμότητα καθαρών συνεργων ενέσιμης χρήσης, είτε για αγορά είτε για ανταλλαγή και η πληροφόρηση σε θέματα υγείας καθώς κι άλλων ειδικών συμπεριφορών, αποτελούν ένα επιπλέον θετικό στοιχείο στο πρόγραμμα θεραπείας.

Τέλος, η ύπαρξη ενός ανοιχτού προς την περιοχή προχωρημένου προγράμματος μπορεί να είναι βοηθητική στο να φέρει σε επαφή ανθρώπους που δεν εργάζονται στις υπάρχουσες υπηρεσίες, όπως επίσης και να τους κρατά ενήμερους για τα δρώμενα στον τομέα των ναρκωτικών.

3) Φυσικό πλαίσιο

Η πρωταρχική προϋπόθεση για ένα πρόγραμμα είναι η ασφάλεια, με την έννοια τα άτομα να μπορούν να εμπιστεύονται τους εργαζόμενους. Ο χειρισμός των προσωπικών πληροφοριών επιβάλλεται να τηρεί το ιατρικό απόρρητο και τα στοιχεία να μη δίνονται σε τρίτους, που δεν ανήκουν στον ιατρικό χώρο. Επίσης, μια μη κριτική συμπεριφορά του θεραπευτικού προσωπικού είναι σημαντική. Κάθε ιατρική υπηρεσία πρέπει να έχει καθαρούς χώρους και να είναι εγκατεστημένη σε τοποθεσία εύκολα προσβάσιμη. Οι ώρες λειτουργίας θα πρέπει να είναι ευέλικτες ώστε να εξυπηρετούν ασθενείς που εργάζονται. Ακόμη, για να αποφευχθεί ο στιγματισμός, κρίνεται απαραίτητο να υπάρχουν ουδέτεροι τίτλοι κι οι εξωτερική πινακίδα να αναφέρει κάτι ουδέτερο, π.χ. «υπηρεσία υγείας». Συνιστάται επαφή με το τοπικά αστυνομικά τμήματα για να εξηγηθεί πόσο σημαντικό είναι να προσελκυσθεί στο πρόγραμμα πληθυσμός εξαρτημένος από ουσίες, δίχως το φόβο να έρθει σε επαφή με την αστυνομία. Επιπρόσθετα, κρίνεται απαραίτητη η συνεργασία της γειτονιάς, όπου λειτουργεί η μονάδα,

καθώς και η ύπαρξη κινητών μονάδων προκειμένου να προσεγγίζουν περισσότερες περιοχές σε μια επικράτεια.

4) Χρηματοδότηση

Η πηγή χρηματοδότησης του κόστους της θεραπείας με μεθαδόνη ποικίλλει από χώρα σε χώρα. Πολλές χώρες διαθέτουν δωρεάν μεθαδόνη σε οποιονδήποτε υποβάλλεται σε διαδικασία απεξάρτησης ναρκωτικών. Ένα ποσοστό χρηματοδότησης μπορεί να προέλθει από ασφαλιστικά ταμεία υγείας ενώ άλλο απευθείας από το κράτος.

Σε μερικές περιπτώσεις, οι ασθενείς μπορεί να πληρώνουν οι ίδιοι. Η χρηματοδότηση της θεραπείας με μεθαδόνη εξαρτάται τέλος, από το γενικό σύστημα χρηματοδότησης της υγείας σε μια δεδομένη περιοχή.

5) Ανάμειξη του καταναλωτή

Οι ασθενείς της μεθαδόνης συνιστάται να συμμετέχουν στην ανάπτυξη και θεραπεία των προγραμμάτων θεραπείας. Οι χρήστες τις υπηρεσίας θα πρέπει να έχουν τη δυνατότητα να αξιολογούν τις υπηρεσίες που απολαμβάνουν. Σήμερα πολλά προγράμματα στην Ευρώπη έχουν ομάδες χρηστών υπηρεσιών που δουλεύουν μαζί με το κλινικό προσωπικό, όπως είναι η Συμμαχία Μεθαδόνης στη Μεγάλη Βρετανία.

Τέτοιες πρωτοβουλίες επιτρέπουν στενότερη επικοινωνία μεταξύ ασθενών και επαγγελματιών, όπως επίσης και μεγαλύτερη αλληλοκατανόηση και ενδιαφέρον. Επίσης, μερικά προγράμματα εμπλέκουν τους ασθενείς στην ανάπτυξη πρωτοκόλλου θεραπείας και διευκολύνουν την πρόσβαση στις υπηρεσίες προαγωγής της. Στη Μεγάλη Βρετανία, μετά την υιοθέτηση του «Καταστατικού Χάρτη των Δικαιωμάτων του Ασθενή» είναι τώρα κοινή τακτική να εμπλέκονται οι ασθενείς των υπηρεσιών υγείας στο σχηματισμό και στην ανάπτυξη των κλινικών υπηρεσιών. (Anneette Verser and Ernest Buning, Euro methwork, 2000).

4.14. Ανταγωνιστές των οπιοειδών ουσιών

Γενικά

Όλες οι θεραπευτικές προσέγγισης της ουσιοεξάρτησης χαρακτηρίζονται από το μειονέκτημα του μεγάλου κινδύνου υποτροπής όταν ο χρήστης βρεθεί μακριά από το προστατευτικό θεραπευτικό περιβάλλον.

Μια θεραπευτική αντιμετώπιση η οποία μπορεί να προστατεύσει τα άτομα αυτά από τις υποτροπές είναι οι ανταγωνιστές των οπιοειδών.

Οι ουσίες αυτές έχουν σα στόχο να αποκλίσουν όλους τους οπιοειδείς υποδοχής του νευρικού συστήματος με αποτέλεσμα η χρήση εξωγενών οπιοειδών ουσιών, π.χ. ηρωίνης να μην επιφέρουν κανένα αποτέλεσμα. Η επανειλημμένη χρήση των ανταγωνιστών των οπιοειδών ουσιών χωρίς το συνοδό συναίσθημα της ευφορίας οδηγούν στην εξάλειψη της συμπεριφοράς χρήσης κι ελαττώνουν την έντονη επιθυμία και τη λήψη της παράνομης ουσίας. Σκευάσματα αυτού του τύπου είναι η ναλοξόνη, η ναλορφίνη, η ναλτρεξόνη και η κυκλαζοκίνη. Η θεραπεία διαρκεί έως και 18 μήνες.

Η χρήση ανταγωνιστών φαίνεται ότι πρακτικά είναι ασφαλής και αποτελεσματική με λίγες παρενέργειες και μικρό κίνδυνο εθισμού. Ως μειονέκτημα θα μπορούσαν να αναφερθούν το μεγάλο οικονομικό κόστος τους, η γρήγορη αλλοίωση της ουσίας, το μεγάλο ποσοστό ατόμων που εγκαταλείπουν πρώιμα τη θεραπεία (45%-75%) και τέλος, η μικρή δημοτικότητα των ουσιών αυτών στον κόσμο των χρηστών.

4.15. Ναλτρεξόνη: ανταγωνιστής των οπιοειδών

Χρήση

Η ναλτρεξόνη χρησιμοποιείται στα πλαίσια του προγράμματος απεξάρτησης. Σε συνδυασμό με τη μέθοδο Πρόληψης Υποτροπών αποσκοπεί στο να βοηθήσει τους ασθενείς που έχουν αποτοξινωθεί από όλα τα οπιοειδή (και τη μεθαδόνη) να παραμείνουν απεξαρτημένοι.

Δράση

Η ναλτρεξόνη είναι ένας ανταγωνιστής των οπιοειδών. Τα οπιοειδή προκαλούν ευφορία και άλλες επενέργειες μέσω της δράσης τους σε ορισμένες μικροσκοπικές περιοχές του εγκεφάλου που λέγονται υποδοχείς των οπιοειδών. Η ναλτρεξόνη καταλαμβάνει αυτούς τους υποδοχείς και συνεπώς παρεμποδίζει τη δράση των οπιοειδών. Αυτό ονομάζεται ανταγωνιστική δράση.

Πως χρησιμοποιείται

Για να πάρει κανείς ναλτρεξόνη πρέπει απαραίτητα να έχει σταματήσει όλες τις οπιοειδείς ουσίες (μεθαδόνη, ηρωίνη, μορφίνη, πεθιδίνη κ.λπ.) τουλάχιστον πριν από 10 μέρες. Εάν δεν ακολουθηθεί ο κανόνας αυτός υπάρχει κίνδυνος ανάπτυξης έντονων στερητικών φαινομένων.

Ένας από τους γιατρούς της Μονάδας χορηγεί τη ναλτρεξόνη σε δισκία ή κάψουλες των 50 mg. Η δόση είναι ένα δισκίο (ή κάψουλα)

καθημερινά. Διάρκεια δράσης 25-72 ώρες. Επειδή η ναλτρεξόνη δεν είναι ναρκωτική ουσία, ο γιατρός μπορεί να δίνει στον ασθενή περισσότερα του ενός δισκία. Είναι όμως αναγκαία και υποχρεωτική η τακτική επαφή με τον θεραπευτή, η συμμετοχή στις ομάδες, εκπαιδευτικά σεμινάρια και άλλες δραστηριότητες της Μονάδας για να μπορεί ο ασθενής να συνεχίζει να διεκδικεί τις υπηρεσίες που προσφέρει το πρόγραμμα υποκατάστασης. Διάρκεια χορήγησης: 6-18 μήνες.

Εάν διακοπεί η ναλτρεξόνη

Εάν ξεχάσει ο ασθενής να πάρει δόση ναλτρεξόνης για μια μέρα δεν θα υπάρξουν μακροπρόθεσμες επιπτώσεις στη θεραπεία. Μακροχρονιότερη διακοπή, ιδιαίτερα όταν είναι πρόωρη και παρά τις σωστές συστάσεις του ιατρού, συνεπάγεται τον κίνδυνο επανεξάρτησης από τα οπιοειδή.

Ασφάλεια

Η θεραπεία με ναλτρεξόνη είναι γενικά ασφαλής. Είναι ένα φάρμακο δοκιμασμένο επί 25 χρόνια που το έχουν πάρει πολλές δεκάδες χιλιάδων ασθενείς. Κυκλοφορεί ευρέως και επίσημα στην Αμερική, όπου τελευταία χρησιμοποιείται και για την καταπολέμηση του αλκοολισμού.

Παρενέργειες είναι σπάνιες. Είναι αναγκαίο βεβαίως να λαμβάνεται η ναλτρεξόνη μόνο με την υπόδειξη και κάτω από την παρακολούθηση της θεραπείας από του γιατρούς της μονάδας υποκατάστασης, που έχουν ειδική εκπαίδευση ώστε να καθοδηγούν τους ασθενείς και να καθορίζουν τη διενέργεια των απαραίτητων εργαστηριακών ελέγχων. Η ναλτρεξόνη, τέλος, δεν προκαλεί παρενέργειες από το κεντρικό νευρικό σύστημα, ούτε επηρεάζει τη συναισθηματική και ψυχολογική κατάσταση του ασθενούς.

Σημαντικές πληροφορίες για τα άτομα που λαμβάνουν τη ναλτρεξόνη:

- Ø Η ναλτρεξόνη λόγω της ανταγωνιστικής της δράσης προς τα οπιοειδή μπορεί να παρεμποδίσει τη δράση φαρμάκων που περιέχουν τέτοιες ουσίες και που χορηγούνται για ιατρικούς λόγους. Δεν πρέπει να συγχορηγείται με αντιβηχικά σιρόπια, με αντιδιαροϊκά φάρμακα και με αναλγητικά που περιέχουν κωδεΐνη. Ιδιαίτερη προσοχή απαιτείται στις χειρουργικές επεμβάσεις όπου χρειάζεται αναλγησία (λόγω της ναλτρεξόνης χρειάζεται μεγαλύτερη ποσότητα οπιοειδούς με κίνδυνο πιο βαθείας και παρατεταμένης αναπνευστικής καταστολής). Για το λόγο αυτό οι ασθενείς που λαμβάνουν ναλτρεξόνη είναι ωφέλιμο να έχουν

πάντα μαζί τους την κάρτα ενημέρωσης (για τη λήψη ναλτρεξόνης).

- Ø Τα άτομα που πρόκειται να λάβουν τη ναλτρεξόνη πρέπει να υποβληθούν σε υπατολογικό έλεγχο, ο οποίος πρέπει να επαναληφθεί ένα μήνα μετά την έναρξη χορήγησης της ουσίας.
- Ø Αν κατά τη διάρκεια της θεραπείας αποπειραθεί κάποιος ασθενής να πάρει μεγάλες ποσότητες οπιοειδούς ώστε να υπερνικήσει την ανταγωνιστική δράση της ναλτρεξόνης, υπάρχει κίνδυνος δυσχέρειας στην αναπνοή ακόμα και θανάτου από over dose.
- Ø Η ναλτρεξόνη φυλάσσεται σε ασφαλές μέρος μακριά από τα παιδιά.
- Ø Κατά τη διάρκεια της θεραπείας με ναλτρεξόνη δεν πρέπει να γίνεται χρήση αλκοολούχων ποτών, γιατί αυτό μπορεί να προκαλέσει βλάβη στο συκώτι.
- Ø Η ναλτρεξόνη δεν πρέπει να δίνεται σε άλλα άτομα, ιδιαίτερα σε εκείνα που κάνουν χρήση ηρωίνης, γιατί θα τους προκαλέσει έντονο στερητικό σύνδρομο.
- Ø Σε περιπτώσεις, τέλος, εγκυμοσύνης ή θηλασμού πρέπει να ενημερώνεται ο θεράπων ιατρός, διότι οι επιδράσεις της ναλτρεξόνης στο έμβρυο ή το νεογνό δεν είναι γνωστές.

4.16. Ναλορφίνη

Η ναλορφίνη ανταγωνίζεται την κατασταλτική επίδραση της μορφίνης και της ηρωίνης στην αναπνοή. Χρησιμοποιήθηκε ως αντίδοτο στις περιπτώσεις υπερδοσολογίας οπιοειδών ουσιών. Επίσης αναστέλλει την ευφορική δράση της μορφίνης και της ηρωίνης και επιτείνει τα συμπτώματα του στερητικού συνδρόμου σε άτομο με σωματική εξάρτηση από οπιοειδείς ουσίες. Εξαιτίας της ιδιότητας της αυτής η ουσία έχει χρησιμοποιηθεί για τη διαφοροδιάγνωση της σωματικής εξάρτησης από οπιοειδή. Από την άλλη πλευρά η ναλορφίνη έχει παρόμοιες δράσεις: αγωνιστική δράση με το οπιοειδή, ιδιαίτερα όταν χορηγηθεί σε άτομα μη εξαρτημένα καταστέλλει την αναπνοή και τις λειτουργίες του κεντρικού νευρικού συστήματος και προκαλεί σωματική εξάρτηση.

4.17. Κλονιδίνη (Κεντρικός Αγωνιστής: CATAPRESAN/ Boehringer: tab 0.150 mg X30)

Η κλονιδίνη παραμένει το αποτελεσματικότερο μη οπιοειδές φάρμακο για τη συμπτωματική αντιμετώπιση του στερητικού συνδρόμου, που κυκλοφορεί στην Ελλάδα. Η χρήση της δεν περιορίζεται σε πρωτόκολλα σωματικής αποτοξίνωσης, έχει θέση σε κάθε σύνδρομο από

στέρηση οπιοειδών και χρησιμοποιείται τόσο στα πλαίσια προγραμματισμένης διακοπής αυτών, όσο και σαν συμπτωματική ανακούφιση ή επικουρικά στις θεραπείες με ανταγωνιστές.

1. Δίνεται δοκιμαστική δόση 0,075 για Β.Σ. <1000 Kg ή 0,15 mg για Β.Σ. >100 Kg (Β.Σ.= Βάρος σώματος).
2. Μετρίεται η αρτηριακή πίεση μετά από 45 λεπτά, σε καθιστή και όρθια θέση. Αν δε διαπιστώνεται ορθοστατική υπόταση (ΑΠ <90/60) συνεχίζεται η δόση με 0,075- 0,150 mg κάθε 6 με 8 ώρες.
3. Τις επόμενες μέρες η δόση ρυθμίζεται ανάλογα με την ανταπόκριση του ασθενούς (έως 0,3 mg κάθε 6 με 8 ώρες).
4. Αν χρειάζεται δίνεται παράλληλα συμπτωματική θεραπεία.
5. Η θεραπεία διακόπτεται μετά την υποχώρηση των στερητικών συμπτωμάτων του ασθενούς.
6. Αντενδείξεις: Υπερευαισθησία στο φάρμακο, ορθοστατική υπόταση, αφυδάτωση, δυσλειτουργία φλεβόκομβου.

Επίσης η κλονιδίνη είναι ένα αντι-υπερτασικό φάρμακο που αποδυναμώνει τα συμπτώματα του στερητικού συνδρόμου αλλά δεν εξαλείφει την «πείνα» για οπιούχα που νιώθουν οι εξαρτημένοι όταν αποκοπούν από αυτά. Μια έρευνα απέδειξε πως ο συνδυασμός της κλονιδίνης με έναν ανταγωνιστή των οπιούχων (ναλτρεξόνη) υποβαθμίζει τα στερητικά συμπτώματα και συγχρόνως μετριάξει ή εξαφανίζει την «πείνα» για οπιούχα. Η κυριότερη δυσκολία αυτού του συνδυασμού αφορά την εξισορρόπηση και την εξατομίκευση των δόσεων κλονιδίνης και ναλτρεξόνης, γιατί εάν δοθεί μεγάλη ποσότητα κλονιδίνης εξαφανίζονται τα στερητικά φαινόμενα αλλά παραμένει η «πείνα» για τα οπιούχα, ενώ αν δοθεί μεγάλη ποσότητα ναλτρεξόνης εκδηλώνονται στερητικά συμπτώματα.

4.18. Ναλοξόνη (NARCAN/ vianex: inj sol 0,4 ml-ampx5)

Χορήγηση ναλοξόνης

1. Η ναλοξόνη (narcan) είναι ανταγωνιστής των οπιοειδών με μικρό χρόνο δράσης.
2. Η συνιστάμενη αρχική δόση είναι 0,4 mg ενδοφλέβια, ενδομυϊκά, ή υποδόρια.
3. η έναρξη της αγωγής με υψηλές δόσεις ναλοξόνης εγκυμονεί τον κίνδυνο εμφάνισης οξέως στερητικού συνδρόμου και επιθετικής συμπεριφοράς.
4. Ανάλογα με την ανταπόκριση του ασθενούς είναι δυνατόν να χορηγηθούν επαναληπτικές δόσεις ανά 3-5 λεπτά.

5. Οι περισσότεροι ασθενείς ανταποκρίνονται με δόσεις ναλοξόνης που δεν υπερβαίνουν τα 2 mg. Σε κάθε περίπτωση αν ο ασθενείς δεν ανταποκριθεί σε συνολικά δόση 10 mg ναλοξόνης, η διάγνωση του συνδρόμου υπερδοσολογίας οπιοειδών πρέπει να εκτιμάται.
6. Σε περιπτώσεις υπερδοσολογίας οπιοειδών μακράς δράσης (π.χ. βουπρενορφίνη, μεθαδόνη) είναι πιθανό να απαιτηθούν πολλαπλές επαναλαμβανόμενες δόσεις ή και συνεχής έγχυση ναλοξόνης (0,4-0,8 mg/h σε διάλυμα δεξτρόζης 5%).
7. Λόγω του μικρότερου χρόνου δράσης της ναλοξόνης σε σχέση με αυτόν της ηρωίνης και των υπόλοιπων οπιοειδών κι επαρκή αερισμό πρέπει να παραμείνει στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών και να παρακολουθείται για την πιθανή επανεμφάνιση συμπτωμάτων υπερδοσολογίας τουλάχιστον 2-3 ώρες. Στη φάση αυτή μεγάλη σημασία για τη συμμόρφωση του ασθενή και την παραμονή του για παρακολούθηση έχει η ενημέρωση του και η εξασφάλιση σχέσης εμπιστοσύνης με το ιατρικό και παραϊατρικό προσωπικό, το οποίο ασχολείται μαζί του.

Παρενέργειες ναλοξόνης:

Διαταραχές μνήμης, δυσφαγία, αύξηση αναπνευστικού ρυθμού, πνευμονικό οίδημα, λαρυγγόσπασμος κι αύξηση της αρτηριακής πίεσης. Συνιστάται συντηρητική αντιμετώπιση. Μη επιτρεπτή επαναχορήγηση αγωνιστικών οπιοειδών για την αντιμετώπιση τοξικών συμπτωμάτων από τη ναλοξόνη.

4.19. Διϋδροκωδεΐνη

Είναι ένα από τα αλκαλοειδή του οπίου με μεγαλύτερη διάρκεια δράσης από την κωδεΐνη. Μεταβολίζεται σε διϋδρομορφίνη και έτσι καταστέλλει τα στερητικά σύνδρομα και εξαλείφει την «πείνα» για ηρωίνη.

Κλινική ταξινόμηση:

Ναρκωτικά αναλγητικά

Ενδείξεις:

Αντιμετώπιση πόνου μέτριας έντασης σε αποτυχία των πολλών αναλγητικών.

Αντενδείξεις:

Υπερευαισθησία στο φάρμακο, αναπνευστική ανεπάρκεια, κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις, αλκοολισμός, οξεία κοιλία αγνώστου αιτιολογίας, κύηση, γαλουχία, ηλικία μικρότερη των 2^{1/2} αιτών. Προσοχή στη χορήγηση σε υπόταση υπερθυρεοειδισμού, βρογχικό άσθμα, νεφρική υπατική ή ανεπάρκεια, ηλικιωμένους. Να αποφεύγεται η χορήγηση του φαρμάκου με ταυτόχρονη λήψη οινοπνεύματος, βαρβιτουρικών ή άλλων κατασταλτικών του Κ.Ν.Σ. Να αποφεύγεται η οδήγηση οχημάτων και ο χειρισμός μηχανημάτων.

Ανεπιθύμητες ενέργειες:

Αντιδράσεις υπερευαισθησίας, αναπνευστική καταστολή, υπνηλία, ζάλη, ναυτία, εμετοί, δυσκοιλιότητα, σπασμός των ουροφόρων και των χοληφόρων, αύξηση της ενδοκρανίας πίεσης, ορθοστατική υπόταση, βραδυκαρδία, σύγχυση, ευφορία. Αντοχή και εξάρτηση σε μακροχρόνια χορήγηση.

Μορφές:

Tabl. Retarol 10x60 mg

Δοσολογία:

Συνήθης δόση 1-2 tabl κάθε 4-6 ώρες.

4.20. Κυκλαζοκίνη

Η κυκλαζοκίνη αναστέλλει την ευφορική δράση της μορφίνης και της ηρωίνης, η χορήγηση του προκαλεί στερητικό σύνδρομο σε άτομα εξαρτημένα. Εάν η ουσία χρησιμοποιηθεί σε άτομα μη εξαρτημένα, προκαλεί γενική καταστολή ή και διεγερτικά συμπτώματα με οπτικές παραισθήσεις, ακουστικές ψευδαισθήσεις και δυσκολία στον έλεγχο της σκέψης.

Η ουσία (κυκλαζοκίνη) έχει εθιστικές ιδιότητες παρόμοιες με των οπιοειδών και εξαιτίας αυτού δεν χρησιμοποιείται ευρέως στα προγράμματα αποκατάστασης. Ο ανταγωνιστής αυτός έχει χρησιμοποιηθεί για τον απεθισμό από την ηρωίνη, μόνο στις ΗΠΑ μέχρι τα τέλη της δεκαετίας του '70.

Μορφές:

Tabl. Retarol 10x60 mg

Δοσολογία:

Συνήθης δόση 2 κάθε 24 ώρες.

4.21. Πενταζοκίνη

Κλινική ταξινόμηση:

Ναρκωτικά αναλγητικά.

Ενδείξεις:

Αντιμετώπιση μετρίου και έντονου πόνου ποικίλης αιτιολογίας.

Αντενδείξεις:

Υπερευαισθησία στο φάρμακο, αναπνευστική ανεπάρκεια, κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις, αλκοολισμός, οξεία κοιλία αγνώστου αιτιολογίας, κύηση, γαλουχία, ηλικία μικρότερη των 2^{1/2} αιτών. Προσοχή στη χορήγηση σε έμφραγμα του μυοκαρδίου, υπόταση υπερθυρεοειδισμού, βρογχικό άσθμα, νεφρική ή υπατική ανεπάρκεια και στους ηλικιωμένους. Να αποφεύγεται η χορήγηση του φαρμάκου με ταυτόχρονη λήψη οιοπνεύματος, βαρβιτουρικών ή άλλων κατασταλτικών του Κ.Ν.Σ. Να αποφεύγεται η οδήγηση οχημάτων και ο χειρισμός μηχανημάτων.

Ανεπιθύμητες ενέργειες:

Αντιδράσεις υπερευαισθησίας, αναπνευστική καταστολή, υπνηλία, ζάλη, ναυτία, εμετοί, δυσκοιλιότητα, σπασμός των ουροφόρων και των χοληφόρων, αύξηση της ενδοκρανίας πίεσης, ορθοστατική υπόταση, βραδυκαρδία, σύγχυση, ευφορία. Αντοχή και εξάρτηση σε μακροχρόνια χορήγηση.

Μορφές:

Tabl. 50x50 mg

Δοσολογία:

Συνήθης δόση ½-2 tabl 3 με 4 φορές την ημέρα.

Χρησιμοποιείται ως αναλγητική ουσία σε σοβαρά αλγεινά σύνδρομα. Οι εξαρτητικές της ιδιότητες είναι λίγες αλλά όχι ανύπαρκτες. Η ουσία έχει έντονες ανταγωνιστικές ιδιότητες και δεν θα πρέπει να χρησιμοποιείται ως παυσίπονο σε άτομα εξαρτημένα από οπιοειδείς ουσίες.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ V

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΒΟΥΠΡΕΝΟΡΦΙΝΗΣ- (SUBUTEX)

5.1 Βουπρενορφίνη (Subutex)

Τι είναι η βουπρενορφίνη

Πρόκειται για ένα συνθετικά παραγόμενο φάρμακο. Ανακαλύφθηκε το 1978 κι ενδείκνυται για την θεραπεία με υποκατάστατα σε άτομα με εξάρτηση από οπιούχες φαρμακευτικές ουσίες.

Η δράση της

Το πρώτο πείραμα που έγινε με πιθήκους το 1978, έδειξε το εύρος της δράσης αυτής της μοριακής ένωσης κατά τη θεραπεία της εξάρτησης από οπιούχες ουσίες.

Ο μηχανισμός δράσης της είναι μοναδικός:

- ø Ενεργοποιεί γρήγορα και με δυναμικό τρόπο τους ειδικούς υποδοχείς χωρίς το φαινόμενο της ψυχικής ευφορίας
- ø Μπλοκάρει τους υποδοχείς, εμποδίζοντας άλλες οπιούχες ουσίες να δράσουν αθροιστικά-βασικό και μοναδικό χαρακτηριστικό και αποδεσμεύεται πολύ αργά.
- ø Μπορεί να αντιμετωπίσει τη δράση της ηρωίνης
- ø Επιτρέπει τη χαλιναγώγηση του συνδρόμου της στέρησης αλλά και του φαινομένου του εθισμού καθώς και της αναγνώρισης της επίδρασης των οπιούχων ουσιών
- ø Η ασφάλεια που παρέχει είναι εξωτερική και οφείλεται στο γεγονός ότι η δράση της αν και είναι ισχυρή, είναι περιορισμένη έως ένα όριο παρενεργειών και μεταφράζεται στην εξάλειψη της περίπτωσης υπερβολικής δόσης και στο μπλοκάρισμα της δράσης των άλλων οπιούχων ουσιών.

5.2 Επιστημονικά δεδομένα που σχετίζονται με την συγκεκριμένη ένδειξη της βουπρενορφίνης

Η ένδειξη του subutex σχετικά με τη θεραπεία της εξάρτησης από οπιούχες ουσίες στηρίζεται σε ένα σύνολο ερευνών, το οποίο περιλαμβάνει σημαντικό πλήθος κλινικών και φαρμακολογικών μελετών.

Μελέτη

Εκπονήθηκε στις Η.Π.Α. και οργανώθηκε από ειδικούς του NIDA (National Institute of Drug Abuse).

Η ανάπτυξη της έρευνας ακολούθησε μια αυστηρή δομή: φαρμακολογικές έρευνες σε πειραματόζωα, μετά σε ανθρώπους, μελέτες προσδιορισμού της δοσολογίας, μελέτες αποτελεσματικότητας σε θεραπείες με υποκατάστατα, μελέτες αλληλεπιδράσεων, χρόνου έναρξης δράσης κι αποτοξίνωσης σε ηρωινομανείς που δεν έχουν υποβληθεί σε καμία θεραπεία και σε ασθενείς που έχουν παρακολουθήσει το πρόγραμμα μεθαδόνης.

Η αποτελεσματικότητα σε θεραπείες με υποκατάστατα εκτιμήθηκε σε σχέση με τη μεθαδόνη, η οποία θεωρείται θεραπεία αναφοράς.

Τα φαρμακολογικά χαρακτηριστικά ήταν καθοριστικά κατά τη δέσμευση των ειδικών του NIDA για την πραγματοποίηση μελετών μακροχρόνιας χρήσης υποκατάστατων (μελέτες διάρκειας 6 μηνών και 1 έτους κατά τις οποίες ούτε οι ερευνητές ούτε οι συμμετέχοντες γνώριζαν σε ποιους γινόταν χορήγηση του εν λόγω προϊόντος). Συνολικά περισσότερο από 2.000 ασθενείς συμμετείχαν σε αυτές τις κλινικές μελέτες.

Τα αποτελέσματα των κλινικών αυτών μελετών

Η αποτελεσματικότητα και η ασφάλεια που παρέχει η βουπρενορφίνη μελετήθηκαν κατά τη διάρκεια τυχαιοποιημένων διπλών τυφλών μελετών σε σχέση με τη μεθαδόνη και εικονικό φάρμακο.

Δύο αντικειμενικά κριτήρια χρησιμοποιήθηκαν σε αυτές τις μελέτες: η συμμόρφωση των ασθενών στη θεραπεία και οι εξετάσεις ούρων. Ελήφθησαν υπόψη επίσης οι υποκειμενικές δράσεις καθώς και οι παρενέργειες.

Μελετήθηκαν δοσολογίες βουπρενορφίνης από 1-32 mg και βγήκαν τα εξής συμπεράσματα:

- ø Η περίοδος έναρξης των θετικών επιδράσεων της θεραπείας μπορεί να είναι πολύ μικρή, μικρότερη των 3 μερών.
- ø Η μέση δοσολογία είναι αποτελεσματική στατιστικώς σημαντική, είναι ίση με 8 mg ημερησίως και ισοδυναμεί κατά μέσο όρο με 60 mg ημερησίως μεθαδόνης
- ø Το σύνολο των αποτελεσμάτων δείχνει ότι η δοσολογία των 4-16 mg βουπρενορφίνης είναι επαρκής κι επιτρέπει την προσαρμογή της δόσης ανάλογα με τον ασθενή.
- ø Το αίσθημα που προκαλεί κι αναφέρεται συχνότερα είναι μια αίσθηση «υγείας» και «φυσιολογικής κατάστασης»
- ø Οι παρενέργειες που αναφέρονται κατά τη θεραπεία είναι ελάχιστες κι ανεξάρτητες από τη δόση.

- ο Ενδεχόμενη διακοπή της θεραπείας δεν προκαλεί σύνδρομο βίαιης αποκοπής και η αίσθηση έλλειψης είναι ελάχιστη και με φθίνουσα τάση. (STRAIN EC.PRESTON KLLIEBSON, Ther 1995 p. 628-638).

5.3 Το subutex στην Ευρώπη. Ερευνητική σύγκριση βουπρενορφίνης -μεθαδόνης.

Η βουπρενορφίνη συνταγογραφείται ως θεραπεία για την εξάρτηση από οπιοειδή στην Γαλλία και στην Πορτογαλία, με το όνομα subutex καθώς θεωρείται ως μια εναλλακτική φαρμακοθεραπεία της εξάρτησης από οπιοειδή (Mattick et al in: Watd et al, 1998)

Η βουπρενορφίνη, αξίζει να σημειωθεί, ότι δε θα πρέπει να χορηγείται νωρίτερα από 4 ώρες από τη τελευταία δόση ηρωίνης, ώστε να αποτραπούν συμπτώματα στέρησης. Όταν ο ασθενής προέρχεται από ένα πρόγραμμα συντήρησης με μεθαδόνη, η ημερήσια δόση μεθαδόνης θα πρέπει να μειωθεί στα 30 mg ημερησίως πριν εισάγουμε τη βουπρενορφίνη.

Έρευνα έχει αποκαλύψει ότι η βουπρενορφίνη είναι τόσο αποτελεσματική όσο και η μεθαδόνη ως παράγοντας συντήρησης και ως προς τον περιορισμό της παράνομης χρήσης οπιοειδών, τη συγκράτηση των ασθενών στη θεραπεία και τον περιορισμό της πείνας για ηρωίνη. Επιπλέον, η βουπρενορφίνη συγκρινόμενη με τη μεθαδόνη φαίνεται να παρουσιάζει μικρότερο κίνδυνο υπερδοσολόγησης επειδή παρουσιάζει σχετικά περιορισμένη αναπνευστική καταστολή κι είναι επαρκώς ανεκτή από μη εξαρτημένα άτομα. Ακόμη, η δράση της κάνει τη στέρηση από το φάρμακο λιγότερο σοβαρή απ' ό,τι κατά τη χρήση μεθόδων και ηρωίνης, κάτι τι οποίο όμως απαιτεί περαιτέρω διερεύνηση.

Έχει επίσης, αποδειχθεί ότι η χρήση βουπρενορφίνης δημιουργεί τάση κατάχρησης. Ιδιαίτερος όταν εγχύεται υποδόρια (αλλά επίσης ενδοφλέβια ή εισπνεόμενη) έχει καταδείξει ότι προκαλεί εφορία και αποτελέσματα όμοια με των οπιοειδών. Σε πολλές χώρες, όπως Ισπανία, Νέα Ζηλανδία, Αυστραλία, έχει αναφερθεί κατάχρηση βουπρενορφίνης.

Τέλος, μερικές έρευνες έχουν υποστηρίξει ότι η αρχική εισαγωγή στη βουπρενορφίνη μπορεί να είναι χρήσιμη πριν τον καθορισμό του πιο κατάλληλου παράγοντα στέρησης.

5.4 Καθορισμός της σωστής δοσολογίας της βουπρενορφίνης στο πλαίσιο της θεραπείας.

Μελέτες απέδειξαν ότι οι δοσολογίες των 1 και 2 mg ημερησίως κατά την θεραπεία με υποκατάστατα, είναι εντελώς ανεπαρκείς. Πρόκειται μάλιστα για δοσολογίες που χρησιμοποιούνται στην αρχή μιας

θεραπείας ή αντίθετα στη φάση της σταδιακής μείωσης με σκοπό τη διακοπή της θεραπείας.

Η δοσολογία οφείλει πάντα να προσαρμόζεται στον κάθε ασθενή, όποια κι αν είναι η φάση της θεραπείας.

Η πρώτη φάση, η έναρξη της δράσης του φαρμάκου, έχει ως στόχο να ορίσει, σε συνεργασία με τον ασθενή, τη δόση που του αρμόζει.

Κατά τη φάση της σταθεροποίησης, ορισμένα γεγονότα μπορεί να οδηγήσουν σε υποχρεωτική αύξηση της δόσης ενώ άλλα να επιτρέψουν την μείωση της.

Ομοίως, κατά την φάση της μείωσης με σκοπό την διακοπή της θεραπείας, ο τρόπος μείωσης των δόσεων της θεραπείας προσαρμόζεται ανάλογα με την περίπτωση.

5.5 Το Subutex προκαλεί εξάρτηση;

Ο ασθενής, ο οποίος είναι ενταγμένος σε μια ΘΠΥ με στόχο τη βελτίωση της φυσικής και ψυχικής του κατάστασης, λαμβάνει ημερησίως το κατάλληλο για εκείνον υποκατάστατο π.χ βουπρενορφίνη.

Από τη στιγμή που ο ασθενής έχει σταθεροποιήσει τη δόση του Subutex κι έχει κατορθώσει να ζει έννομα, να νιώθει φυσιολογικός και να επιζητά τη βελτίωση της καθημερινής του ζωής, δε θεωρείται εξαρτημένος.

5.6 Η θεραπεία με χρήση του υποκατάστατου Subutex μπορεί να καταλήξει σε πιθανή διακοπή της θεραπείας;

Ορισμένοι ασθενείς, θεραπεύονται αρκετά νωρίς με ιατρική μέριμνα προσαρμοσμένη σε άλλα προβλήματα και μπορούν αν μειώσουν προοδευτικά την χορήγηση ουσιών να φτάσουνε και στη εγκράτεια.

Άλλοι, των οποίων η εξάρτηση και η γενικότερη κατάσταση είναι πιο σοβαρή πρέπει να ακολουθήσουν μακροχρόνια θεραπεία ίσως και χωρίς προκαθορισμένη διάρκεια.

Το Subutex επιτρέπει μια βαθμιαία μείωση χωρίς σημαντικά συμπτώματα στέρησης και μπορεί να αποτελέσει μια σημαντική φαρμακολογική υποστήριξη στο 3^ο στάδιο διακοπής της θεραπείας.

Είναι βασικό, τέλος, να μην προβαίνεται πολύ νωρίς σε μια τέτοια μείωση, σε καταστάσεις που δεν είναι ευνοϊκές.

5.7 Κατηγορίες ασθενών που μπορούν να επωφεληθούν από τη θεραπεία με το υποκατάστατο Subutex

Οι ενδείξεις του Subutex είναι η εξάρτηση από οπιούχες ουσίες.

- ø Πρακτικά, για όλους τους ηρωινομανείς που αδυνατούν να διακόψουν τη χρήση ηρωίνης και θέλουν να ακολουθήσουν μια θεραπεία, από ιατρικής πλευράς ενδείκνυται να τους συσταθεί μια θεραπεία με υποκατάστατα.
- ø Οι ασθενείς που κάνουν χρήση ηρωίνης για λιγότερο από 10 χρόνια, με διαστήματα αποχής και χρήσης άλλων ναρκωτικών (κοκαΐνη, ψυχοτρόπες ουσίες), μπορούν να επωφεληθούν βραχυπρόθεσμα ή μακροπρόθεσμα από μια θεραπεία με Subutex.(STRAIN ECSTITZER ML.LIESBON,1994)
- ø Για ασθενείς που είναι πιο εξαρτημένοι από αυτό το ναρκωτικό και με έντονο σύνδρομο έλλειψης οπιούχων ουσιών, η θεραπεία με Subutex μπορεί να είναι μια λύση σε πρώτο χρόνο, ενώ για άλλους η μεθαδόνη είναι καταλληλότερη.
- ø Σε ασθενείς που κάνουν ενδοφλέβια χρήση της ηρωίνης, χαπιών κι άλλων φαρμάκων, συνιστάται μια σύντομη περίοδος χρήσης με τη βέλτιστη δόση Subutex. Πρέπει να εξηγηθεί στους ασθενείς ότι η εφάπαξ ημερησίως λήψη των υπογλώσσιων χαπιών, στην κατάλληλη δοσολογία θα τους βοηθήσει να ελέγξουν καλύτερα την εξάρτησή τους από τη χρήση σύριγγας.
- ø Οι ασθενείς που ακολουθούν μια θεραπεία και νοσηλεύονται για οποιοδήποτε λόγο δεν πρέπει να θεωρούν ότι η θεραπεία τους σταματάει, εκτός κι αν συγκεκριμένες περιστάσεις το επιβάλλουν.

5.8 Είναι απαραίτητη κάποια πρόληψη όσον αφορά την αλληλεπίδραση των φαρμάκων;

Αν η πρώτη λήψη του Subutex γίνει λίγο μετά τη λήψη της ηρωίνης (λιγότερο από 4 ώρες), ο ασθενής μπορεί να νιώσει συμπτώματα στέρησης, τα οποία θα εξαφανιστούν στη συνέχεια γιατί η βουπρενορφίνη σε επαρκή δοσολογία επιφέρει την πραγματική δράση.

Αυτά τα συμπτώματα μπορεί επίσης να εμφανιστούν στην περίπτωση ενός περάσματος από την μορφίνη στη βουπρενορφίνη, κατάσταση η οποία πρέπει να προσεχθεί ιδιαίτερος: η δοσολογία πρέπει να μειώνεται προοδευτικά, το διάστημα της μετάβασης πρέπει να είναι τουλάχιστον 24 ώρες και η έναρξη της δράσης του Subutex να είναι προσαρμοσμένη στην κλινική κατάσταση του ασθενή.

Η πλειοψηφία των ηρωινομανών ασθενών είναι συνηθισμένοι στη λήψη υπερβολικών δόσεων ψυχοτρόπων ουσιών και θα πρέπει να ακολουθηθεί η χρήση τους προκειμένου να χαλιναγωγηθεί η πολυτοξικομανία τους καθώς και οι παρενέργειες λόγω αλληλεπίδρασης φαρμάκων.

Η χορήγηση συνταγών του Subutex πρέπει να συνοδεύεται με μείωση της κατανάλωσης άλλων ψυχοτρόπων που συνθλίβουν το

κεντρικό νευρικό σύστημα και των οποίων η παράλληλη λήψη μπορεί να προκαλέσει νάρκωση(βενζοδιαζεπίνες , βαρβιτουρικά, κτλ).

Όπως και με όλα τα ισχυρά παράγωγα της μορφίνης, πρέπει οι ασθενείς να είναι πολύ προσεκτικοί στην κατανάλωση οινοπνεύματος.

Όταν σταθεροποιηθεί η θεραπεία με τα υποκατάστατα και χρειαστεί να καταπολεμηθούν ορισμένες παθολογικές καταστάσεις ψυχιατρικής φύσης, είναι δυνατόν να χορηγηθεί κάποιο αντικαταθλιπτικό ή άλλο ψυχοτρόπο, προοδευτικά κι ανάλογα με την περίπτωση.(BICKEL WK.STITZER ML.BIGELOW GE.LIEBSON Ther, 1998)

5.9 Γιατί η μορφή του Subutex είναι υπογλώσσια χάπια που δεν αποκλείουν τη χρήση σύριγγας για την λήψη τους;

Η οδός που επιτρέπει την αποτελεσματικότητα της βουπρενορφίνη σε επίπεδο κεντρικού νευρικού συστήματος είναι η από του στόματος με υπογλώσσια χάπια, η οποία αποφεύγει την επίδραση του πρώτου «περάσματος» από το ήπαρ που είναι υπεύθυνο για τον μεταβολισμό του 80% του κύριου δραστικού συστατικού. Το υπογλώσσιο χάπι επιτρέπει την απορρόφηση της βουπρενορφίνη σε μερικά λεπτά.

Το ερώτημα λοιπόν, αφορά στον κίνδυνο χρήσης σύριγγας για την λήψη των χαπιών σε ορισμένους ασθενείς που είναι ιδιαίτερα εξαρτημένοι από την χρήση της σύριγγας. Η περίοδος της μετάβασης στο Subutex είναι πολύ σημαντική γιατί είναι βασικό το να εξηγηθεί στον ασθενή ότι:

- ø Με μία λήψη, στη σωστή δοσολογία, η δράση του φαρμάκου διαρκεί όλη την ημέρα και προστατεύει από την αίσθηση της έλλειψης και την ανάγκη για το ναρκωτικό.
- ø Αν η δόση διαιρεθεί σε μικρότερες για όλη την ημέρα, μειώνεται η αποτελεσματικότητα του φαρμάκου και
- ø Η απορρόφηση του Subutex είναι εξίσου αποτελεσματική όταν λαμβάνεται υπογλώσσια και προσφέρει μεγαλύτερη προστασία.

Για αυτούς τους ασθενείς η ιατρική και ψυχολογική παρακολούθηση, όσον αφορά στο πρόβλημα της χρήσης της σύριγγας, πρέπει να είναι ιδιαίτερη και συνιστάται η χορήγηση του προϊόντος καθημερινά. Η σχέση με το γιατρό πρέπει κατά συνέπεια να είναι στενότερη.

Αν παρόλες αυτές τις προφυλάξεις και την ειδική μέριμνα, ο γιατρός διαπιστώσει ότι ο ασθενής συνεχίζει να χρησιμοποιεί τη σύριγγα για τη λήψη του φαρμάκου, τότε συνιστάται η μέριμνα να ανατεθεί σε ειδικό κέντρο αποτοξίνωσης ή να αλλάξει η θεραπευτική αγωγή.

5.10 Άλλα φάρμακα υποκατάστασης

Ηρωίνη ή διακετυλμορφίνη:

Είναι ένα οπιοειδές αναλγητικό το οποίο είναι παράνομο ναρκωτικό στις περισσότερες χώρες. Το κυριότερο μειονέκτημα του είναι, ότι εξαιτίας της μικρότερης ημίσειας ζωής, οι ασθενείς θα χρειάζονται αρκετές χορηγήσεις την ημέρα κι έτσι καθίσταται ένα ακριβό κι ακατάλληλο εναλλακτικό φάρμακο.

Περιορισμένες έρευνες έχουν πραγματοποιηθεί για αυτή τη θεραπευτική επιλογή. Η πρώτη έρευνα προέρχεται από το Ηνωμένο Βασίλειο, όπου οι ψυχίατροι μπορούσαν για ένα μεγάλο διάστημα να συνταγογραφήσουν ηρωίνη. Μόνο πρόσφατα έχει ερευνηθεί σε κάποια μέρη, όπως Ελβετία και Ολλανδία, με τη μορφή των ελεγχόμενων δοκιμασιών ως μια εναλλακτική επιλογή θεραπείας συντήρησης.

LAAM (Λέβο-άλφα-ακετυλμεθαδόλη)

Είναι αγωνιστής των οπιοειδών. Συνθετικό οπιοειδές αναλγητικό του τύπου της μορφίνης, συγγενές της μεθαδόνης. Ερευνήθηκε εκτεταμένα τη δεκαετία του 70' ως εναλλακτικό της μεθαδόνης. Το κύριο πλεονέκτημα της LAAM σε σχέση με τη μεθαδόνη είναι η μεγαλύτερη διάρκεια ημίσειας ζωής των 48 ωρών και η δυνατότητα για μεγαλύτερα μεσοδιαστήματα χορήγησης.

Στους ασθενείς που προσέρχονται απευθείας από θεραπεία συντήρησης με μεθαδόνη, η δόση της LAAM θα πρέπει να είναι 1,2ή 1,3 φορές μεγαλύτερη της δόσης της μεθαδόνης. Συνιστάται να χορηγείται η LAAM, για παράδειγμα, τις Δευτέρες και τις Τετάρτες, ενώ τις Παρασκευές να αυξάνει η δόση κατά 15% με 40% για θεραπεία τριών ημερών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VI ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ

6.1 Ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις

Στα περισσότερα προγράμματα, οι ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις θεωρούνται κεντρικό τμήμα της θεραπείας με υποκατάστατα. Έρευνα από τις Η.Π.Α. έχει δείξει ότι υπάρχουν διάφορα χαρακτηριστικά του προγράμματος που σχετίζονται με την επιτυχία της θεραπείας, όπως οι ευρείες υπηρεσίες και η ενοποίηση ιατρικών, ψυχοκοινωνικών, συμβουλευτικών και διοικητικών υπηρεσιών (Ball and Ross, 1991). Οι McLellan και συνεργάτες (1993) περιέγραψαν ότι οι ασθενείς που έλαβαν συμβουλευτικές κι άλλες ψυχοκοινωνικές υπηρεσίες με το υποκατάστατο είχαν καλύτερη έκβαση από αυτούς που ελάμβαναν μόνο το υποκατάστατο.

Η σημασία της συμβουλευτικής, ως συμπληρώματος της θεραπείας με υποκατάστατα για την εξάρτηση από οπιούχα, είναι ευρέως αποδεκτή. Ωστόσο, θα πρέπει να καταγραφούν εδώ κάποιοι περιορισμοί στη συμβουλευτική. Όπως και στην περίπτωση πληθυσμών ασθενών που λαμβάνουν οποιοδήποτε είδος θεραπείας, τα άτομα που είναι ασθενείς σε συντήρηση με υποκατάστατο ίσως ποικίλλουν στις ανάγκες τους και ίσως διαφέρουν σε ότι αφορά στην ανταπόκρισή τους στα συστατικά της θεραπείας. Έτσι η ανάγκη για συμβουλευτική θα πρέπει να εκτιμάται για κάθε ασθενή ξεχωριστά. Κάποιοι ασθενείς χρειάζονται περισσότερη βοήθεια από άλλους, προκειμένου να βάλουν τη ζωή τους σε τάξη και σε αυτή την περίπτωση η συμβουλευτική πιθανόν να είναι ωφέλιμη. Από την άλλη, δε συντρέχει κανένας λόγος για τους σταθερούς ασθενείς χωρίς μείζονα προβλήματα να ζητήσουν βοήθεια.

Επιπλέον, αξίζει να σημειωθεί ότι όλοι οι σύμβουλοι δεν είναι ισοδύναμα αποτελεσματικοί στο να επιφέρουν θετικές αλλαγές στη ζωή των «πελατών» τους.

Τέλος, οι ασθενείς με ψυχιατρικές διαταραχές μπορούν να βοηθηθούν από την ψυχοθεραπεία. Παρόλα αυτά, δεν υπάρχει λόγος να πιστέψει κανείς ότι η ψυχοθεραπεία αποτελεί θεραπεία για όλους τους εξαρτημένους από οπιοειδή. (Methadone Guidelines, E.Buning and A.Verster, Euromethwork, 2000).

6.2 Ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις ατομικού τύπου

Σύμφωνα με τον επίκουρο καθηγητή Γ. Λιάπα, η ψυχοθεραπεία αυτή με υποκατάστατα προσφέρεται από ειδικές μονάδες που είναι συνήθως εγκατεστημένες σε ψυχιατρικά νοσοκομεία και ασκείται από επαγγελματίες υγείας. Μετά από επανειλημμένες συναντήσεις με τον

χρήστη γίνεται προσπάθεια να του δοθεί η κατάλληλη ενημέρωση, να συζητηθούν τα προβλήματα και οι σχέσεις του και να κατανοηθούν οι συμπεριφορές που τον οδηγούν στην χρήση. Συνεχής επιδίωξη είναι ο διαχωρισμός ανάμεσα στα τρέχοντα προβλήματα και στους υποκειμενικούς –βιοκοινωνικούς παράγοντες που συμμετέχουν, συντηρούν και ενισχύουν τη δυσπροσαρμοστική συμπεριφορά.

Η συμβουλευτική ψυχοθεραπεία στοχεύει στην ανάπτυξη κινήτρων για διακοπή της χρήσης, με προσπάθειες που θα καλλιεργήσουν τα θετικά στοιχεία που υπάρχουν στην προσωπικότητα του χρήστη, θα αξιοποιήσουν τις κοινωνικές του ευκαιρίες και θα αντιμετωπίσουν τις συναισθηματικές καταστάσεις που ενισχύουν τη χρήση τις ουσίας. Στα αρχικά στάδια η ατομική προσέγγιση έχει σαν στόχο την κάμψη των αντιστάσεων του χρήστη για θεραπεία την παραμονή του στη θεραπευτική προσπάθεια και τον προσανατολισμό του σε μακράς βάσης θεραπευτικά προγράμματα. Γίνεται προσπάθεια να υποστηριχθεί ο χρήστης ώστε να αντιμετωπίσει τους φόβους και τα συμπτώματα που εμφανίζονται καθώς η δόση της ουσίας μειώνεται.

Η εγκατάσταση σχέσης εμπιστοσύνης ανάμεσα σε θεραπευτή και θεραπευόμενο μπορεί να γίνει πολύ χρήσιμο εργαλείο και να επηρεάσει σε σημαντικό βαθμό την συμπεριφορά του χρήστη. Η ατομική ψυχοθεραπεία οφείλει πολλά από τα θετικά της αποτελέσματα στην ταύτιση του χρήστη με τον θεραπευτή και ιδιαίτερα στη προσπάθεια που κάνει ο θεραπευόμενος ώστε να γίνει εξίσου ικανός με τον θεραπευτή στο να επιλύει τα τρέχοντα προβλήματά του.

6.3 Ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις ομαδικού τύπου

Το σκεπτικό της χρήσης μεθόδων ομαδικής θεραπείας στη θεραπευτική της ουσιοεξάρτησης στηρίζεται στην εξής αρχή: η χρήση είναι το αποτέλεσμα της στενής σχέσης ανάμεσα σε παράγοντες όπως η δράση της ουσίας, η προσωπικότητα του χρήστη και η επίδραση του κοινωνικού περιβάλλοντος.

Στις ομαδικού τύπου προσεγγίσεις, κατά τον επίκουρο καθηγητή Γ.Λιάππα, γίνεται προσπάθεια να χρησιμοποιηθεί η επίδραση της θετικής δυναμικής που υπάρχει στους πρώην χρήστες, ώστε να αναπτυχθεί η ικανότητα των υπολοίπων μελών της ομάδας για ρεαλιστικού τύπου προσαρμογές κι επανατοποθετήσεις καθώς και να αυξηθεί η μέριμνά τους για τα καθημερινά προβλήματα όπως η εργασία και η κατοικία. Οι ομάδες αυτές μπορούν να σε πλαίσιο νοσοκομείου, θεραπευτικής κοινότητας ή άλλων θεραπευτικών κέντρων. Κάθε ομάδα μπορεί να αποτελείται από τρία έως δώδεκα ή από τριάντα έως πενήντα μέλη.

Υπάρχουν διάφορες παραλλαγές στο τύπο των μεθόδων που χρησιμοποιούν οι θεραπευτικές προσεγγίσεις στα διάφορα στάδια της θεραπείας ανάλογα με την προτίμηση και τον προσανατολισμό του θεραπευτή. Στις ομάδες, οι χρήστες έχουν την τάση να συζητούν τις ευχάριστες παρά τις δυσάρεστες πλευρές της χρήσης. Μπορούν επίσης, τα μέλη μεταξύ τους να συνεργαστούν και να αλληλοϋποστηριχθούν πετυχαίνοντας πολύ καλά αποτελέσματα. Ο θεραπευτής πρέπει να συζητάει και να επεξεργάζεται προβλήματα των χρηστών, που αφορούν κυρίως το παρόν παρά το παρελθόν. Επομένως, απαιτείται από τον θεραπευτή να ακολουθεί κάποιο συγκεκριμένο σκεπτικό κατά τη διάρκεια της θεραπείας, να έχει συγκεκριμένη χρονική διάρκεια και τέλος να είναι προσανατολισμένος σε καθορισμένους στόχους.

6.4 Ψυχοθεραπευτικού τύπου παρέμβαση στις οικογένειες των ουσιοεξαρτημένων ατόμων.

Η παρέμβαση στην οικογένεια του χρήστη θεωρείται από τα πλέον βασικά εργαλεία στην θεραπευτική παρέμβαση της ουσιοεξάρτησης. Ως θεραπευτική προσπάθεια από μόνη της δεν είναι καθόλου επαρκής και θα πρέπει πάντα να αποτελεί μέρος μιας αλλιώτικης προσέγγισης.

Η θεραπεία αυτού του τύπου επικεντρώνεται σε τρόπους παρέμβασης στα προβλήματα της οικογένειας με μια μεθοδολογία που να αφορά άμεσα τον χρήστη και χωρίς να τον αποκλείει από τις διαδικασίες. Το πρώτο βήμα είναι να επισημανθούν και να αναλυθούν τα συστήματα και οι δομές με τα οποία λειτουργεί η οικογένεια του χρήστη. Οι τύποι σχέσεων και συναλλαγής στις οικογένειες αυτές περιγράφονται ως πολύ μπερδεμένες εξαρτητικές και περιοριστικές ή χαλαρές έως ανεύθυνες. Στην μεν πρώτη περίπτωση το άγχος που προκαλεί το γεγονός της χρήσης διοχετεύεται γρήγορα σε όλα τα μέλη της οικογένειας και ανατροφοδοτείται μέσω αυτών, στη δε δεύτερη τα μέλη δεν είναι σε θέση να προσφέρουν υποστήριξη και βοήθεια στον χρήστη. Βασικοί στόχοι της θεραπευτικής παρέμβασης στην οικογένεια του χρήστη είναι

- 1). Να ενθαρρυνθεί όλη η οικογένεια και να συνεργασθεί με σκοπό να διακόψει ο χρήστης της ουσίες.
- 2). Να ενεργοποιηθούν όλα τα μέλη της οικογένειας ώστε να υποστηρίξουν σταθερά και χωρίς αμφιθυμία την απόφαση του χρήστη να ακολουθήσει ένα από τα θεραπευτικά προγράμματα.
- 3). Αλλαγή στον τρόπο επικοινωνίας του οικογενειακού συστήματος.

Συμπερασματικά, ο αντικειμενικός σκοπός του συγκεκριμένου τύπου παρέμβασης είναι να βοηθήσει την οικογένεια να μάθει να χειρίζεται τα συναισθήματά της, να αντιμετωπίζει με επιτυχία τα προβλήματά της και τέλος, να ξεκαθαρίσει τους ρόλους των μελών της

και να θέσει όρια ανάμεσά τους ώστε να επικοινωνούν ευθέως μεταξύ τους και με τους άλλους ανθρώπους.

6.5 Θεραπευτικές κοινότητες για ουσιοεξαρτημένα άτομα

Στη δεκαετία του 1960 οι ελπίδες για την αντιμετώπιση της ουσιοεξάρτησης στράφηκαν στις θεραπευτικές κοινότητες. Η πρώτη θεραπευτική κοινότητα ιδρύθηκε το 1950 στην Αμερική από πρώην χρήστες που επιθυμούσαν να απέχουν από τα οπιοειδή και διευθυνόταν από τους ίδιους. Οι πρώην χρήστες χρησιμοποιούσαν τους εαυτούς τους ως πρότυπο μοντέλο για τους θεραπευμένους. Αργότερα αναπτύχθηκαν και άλλες θεραπευτικές κοινότητες σε διάφορα μέρη της Γης, οι οποίες χρησιμοποιούσαν ως θεραπευτές ψυχιάτρους, ψυχιατρικούς νοσηλευτές, ψυχολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς και άλλους επαγγελματίες υγείας. Οι θεραπευτικές κοινότητες είναι συνήθως εγκατεστημένες έξω από τα νοσοκομεία και λειτουργούν ως σχετικά αυτόνομοι οργανισμοί. Η βασική θεραπευτική τεχνική είναι η ομαδικού τύπου ψυχοθεραπευτική παρέμβαση μέσω της δυναμικής, η οποία αναπτύσσεται από τις διάφορες ομάδες των θεραπευμένων και των θεραπευτών.

Οι κλασικές αρχές λειτουργίας της θεραπευτικής κοινότητας βασίζονται στα παρακάτω σημεία

- 1). Ο όλος σχεδιασμός στηρίζεται στην άποψη ότι οι θεραπευόμενοι έχουν πάντα ανάγκη εικοσιτετράωρης παραμονής στην κοινότητα.
- 2). Τα μέλη είναι όλοι πρώην χρήστες, αν και σε νεώτερες παραλλαγές των κοινοτήτων χρησιμοποιούνται ως προσωπικό και άλλοι επαγγελματίες υγείας.
- 3). Όλο το σύστημα είναι αυστηρά ιεραρχημένο με επικεφαλής έναν αρχηγό.
- 4). Οι καθημερινές δραστηριότητες είναι πάντα προσδιορισμένες και συγκεκριμένες και καλύπτουν όλη την ημέρα από το πρωί έως το βράδυ. Τα μέλη της ομάδας περνούν όλο σχεδόν τον χρόνο τους μαζί και αποθαρρύνονται οι μοναχικές δραστηριότητες.
- 5). Το νεοεισερχόμενο μέλος απομονώνεται από την προηγούμενη ζωή του και δεν έχει επαφή με τον έξω κόσμο, π.χ. τηλεφωνήματα, γράμματα ή επισκέψεις. Δεν μπορεί να βγει έξω από το χώρο της κοινότητας χωρίς άδεια.
- 6). Παλαιότεροι θεραπευόμενοι λειτουργούν ως μοντέλα για τους νεότερους.
- 7). Η κοινότητα λειτουργεί μέσα από ένα καλά σχεδιασμένο σύστημα ενίσχυσης και τιμωρίας. Όταν ο θεραπευόμενος συμμορφώνεται με συμπεριφορές που καθορίζει η κοινότητα, αυξάνονται τα προνόμιά του,

ενώ αντίθετα σε περιπτώσεις που παραβαίνει τους κανόνες και τις αρχές της υφίσταται διάφορες μορφές τιμωρίας.

Βασική τεχνική της θεραπευτικής ομάδας είναι η χρησιμοποίηση «επιθετικών και σκληρών εκφράσεων» στην προσπάθεια να συμβουλευθούν, να ελέγξουν ή να τροποποιήσουν τις προηγούμενες θέσεις και συμπεριφορές του νέου χρήστη. Γενική αρχή είναι η απαίτηση από τον νέο χρήστη να διακόψει την χρήση των ουσιών κατά την είσοδό του στο χώρο της θεραπευτικής κοινότητας.

Το στερητικό σύνδρομο ξεπερνιέται μόνο με την ψυχολογική υποστήριξη που παρέχεται από τα άλλα μέλη της κοινότητας. Οι κοινότητες είναι εναντίον της χρήσης ανταγωνιστών φαρμάκων των οπιοειδών και το γεγονός αυτό τις απομονώνει από τις άλλες θεραπευτικές προσπάθειες. Η διάρκεια των προγραμμάτων ποικίλει από δώδεκα έως είκοσι μήνες και τις περισσότερες φορές ακολουθεί μία περίοδος «ημιπροστασίας» για τους χρήστες που τελειώνουν με επιτυχία το πρόγραμμα.

6.6. Ανοιχτό πρόγραμμα ψυχοκοινωνικής υποστήριξης

Με κεντρικό στόχο την παροχή υποστήριξης σε άτομα που αντιμετωπίζουν προβλήματα εξάρτησης από ναρκωτικά λειτουργεί το Ανοιχτό Πρόγραμμα Ψυχοκοινωνικής Υποστήριξης (Πρόγραμμα Προαγωγής Αυτοβοήθειας), ένα ερευνητικό πρόγραμμα του τμήματος Ψυχολογίας του Αριστοτέλειου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης με τη χρηματοδότηση του ΟΚΑΝΑ. Βασικός άξονας της λειτουργίας του είναι η προαγωγή της αυτοβοήθειας στην αντιμετώπιση της εξάρτησης από ψυχοτρόπες ουσίες.

Σύμφωνα με γράφημα που παρουσιάστηκε από το Πρόγραμμα αυτό, υπολογίζεται πως για το έτος 2005, παρέχονται υπηρεσίες σε 125 χρήστες ψυχοτρόπων ουσιών κατά μέσο όρο κάθε μήνα. Παράλληλα, το πρόγραμμα παρέχει υποστήριξη σε ιατρικά, νομικά, εκπαιδευτικά κι επαγγελματικά θέματα των χρηστών ουσιών, πραγματοποιεί εκπαιδευτικά σεμινάρια και υλοποιεί δράσεις ευαισθητοποίησης σε πολιτικά, κοινωνικά κι οικολογικά ζητήματα. (ΕΚΤΕΠΝ, Αθήνα 2004)

6.7. Παρεμβάσεις σχετικά με τη ψυχιατρική συννοσηρότητα

Παρόλου που το πρόβλημα της συννοσηρότητας, της συνύπαρξης δηλαδή της εξάρτησης από ουσίες με κάποια ψυχική διαταραχή, είναι ιδιαίτερα σημαντικό και παρουσιάζει αυξητικές τάσεις, η αντιμετώπιση

του στο πλαίσιο της θεραπείας φαίνεται να μη καλύπτει τις διαστάσεις του προβλήματος, τόσο σε ποιοτικό όσο και σε ποσοτικό επίπεδο.

Στην Ελλάδα, για την αντιμετώπιση του συγκεκριμένου προβλήματος, εφαρμόζονται δυο μόνο προγράμματα στα αστικά κέντρα της Αθήνας και της Θεσσαλονίκης, το «Πρόγραμμα Διπλής Διάγνωσης» του «18 ΑΝΩ»,(Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής)και τη «Μονάδα Διπλής Διάγνωσης» του «Τμήματος Αποκατάστασης Εξαρτημένων Ατόμων»,(Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης), η οποία λειτουργεί από τον Νοέμβριο του 2003.

Με εξαίρεση τα δυο αυτά εξειδικευμένα προγράμματα απεξάρτησης για άτομα με διπλή διάγνωση, ο συγκεκριμένος πληθυσμός των χρηστών γίνεται δεκτός για θεραπεία απεξάρτησης σε 11 από τα 25 συνολικά «στεγνά» προγράμματα και για θεραπεία με υποκατάστατα σε 13 από τα 15 συνολικά προγράμματα υποκατάστασης.(ΕΚΤΕΠΙΝ, Αθήνα 2004)

6.8. Ναρκομανείς Ανώνυμοι

Τι είναι

Οι «Ναρκομανείς Ανώνυμοι»,είναι ένας μη κερδοσκοπικός, διεθνής, υπό τύπο κοινότητας οργανισμός για ναρκομανείς σε ανάρρωση που είναι ενεργός σε περισσότερες από 60 χώρες .Τα μέλη των Ναρκομανών Ανώνυμων, μαθαίνουν ο ένας απ' τον άλλο πώς να ζουν ελεύθεροι από ναρκωτικά και να αναρρώνουν από τις επιδράσεις του εθισμού στη ζωή τους.

Ιστορία και ανάπτυξη των Ν.Α

Οι Ναρκομανείς Ανώνυμοι ξεκίνησαν στις Η.Π.Α το 1953 και είναι ένας από τους παλιότερους και μεγαλύτερους οργανισμούς αυτού του τύπου στον κόσμο. Μετά την πρώτη συγκέντρωση Ν.Α στο Λος Άντζελες, η αδελφότητα μεγάλωνε με αργούς ρυθμούς και στις αρχές της δεκαετίας του 70' εξαπλώθηκε σε άλλες μεγάλες πόλεις της Βορείου Αμερικής και της Αυστραλίας .

Από το 1982 που εκδόθηκε το βασικό κείμενο των Ναρκομανών Ανώνυμων με το ομώνυμο τίτλο, η ανάπτυξη της αδελφότητας ήταν εκπληκτική. Νέες ομάδες δημιουργήθηκαν στη Βραζιλία ,Κολομβία, Γερμανία, Ινδία, Ιρλανδία, Ιαπωνία, Ν. Ζηλανδία κι Αγγλία. Στο τέλος του χρόνου 1200 ομάδες είχαν ιδρυθεί σε 11 χώρες. Τρία χρόνια αργότερα ο αριθμός των ομάδων Ν.Α παγκοσμίως είχε τριπλασιαστεί.

Στην Ελλάδα, η πρώτη ομάδα Ν.Α ξεκίνησε το 1987 στην Αθήνα με δυο συγκεντρώσεις την εβδομάδα. Σήμερα πραγματοποιούνται

περισσότερες από 75 συγκεντρώσεις την εβδομάδα, σε Αθήνα, Πειραιά, Μαρκόπουλο, Θεσσαλονίκη, Πάτρα, Ναύπλιο κι Ηράκλειο Κρήτης. Επίσης, γίνονται ομάδες παρουσίασης σε εβδομαδιαία βάση στις φυλακές Κορυδαλλού.

Οι Ν.Α, τέλος, έχουν επεκταθεί πλέον σε ολόκληρη τη Δυτική Ευρώπη, Βόρεια και Νότια Αφρική, στη Μέση Ανατολή κι Ανατολική Ευρώπη. Περισσότερες από 31.000 συγκεντρώσεις την εβδομάδα γίνονται σε 105 χώρες στον κόσμο.(Narcotics Anonymous, Αθήνα 2000)

Ποιοι είναι μέλη του Ν.Α;

Οποιοσδήποτε θέλει να σταματήσει να κάνει χρήση ναρκωτικών μπορεί να γίνει μέλος των Ναρκομανών Ανώνυμων. Η δυνατότητα να γίνει κανείς μέλος δε περιορίζεται σε ναρκομανείς που κάνουν χρήση κάποιου συγκεκριμένου ναρκωτικού. Όλοι όσοι αισθάνονται πως μπορεί να έχουν πρόβλημα με νόμιμα ή παράνομα ναρκωτικά, συμπεριλαμβανομένου και του αλκοόλ, είναι ευπρόσδεκτοι στο Ν.Α.

Η ανάρρωση στο Ν.Α. εστιάζεται στο πρόβλημα του εθισμού, όχι σε κάποιο συγκεκριμένο ναρκωτικό.

Η δομή του Ν.Α.

Υπάρχουν 4 βασικά επίπεδα υπηρεσιών που αφορούν:

- Ø **ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ ΚΑΙ ΙΔΡΥΜΑΤΑ.** Δηλαδή η μεταφορά του μηνύματος σε εθισμένους που δεν έχουν τη δυνατότητα, για οποιοδήποτε λόγο, να παρακολουθήσουν τις καθημερινές συγκεντρώσεις του Ν.Α.
- Ø **ΔΗΜΟΣΙΑ ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗ.** Δηλαδή η ενημέρωση όλων των φορέων και του κοινού για το ποιοι είναι οι Ν.Α.
- Ø **ΛΟΓΟΤΕΧΝΙΑ ΤΟΥ Ν.Α.** Δηλαδή η προσπάθεια να είναι η λογοτεχνία του Ν.Α. προσιτή στα μέλη, να μεταφράζονται τα κείμενα και να συμμετέχουν στη διαμόρφωση των καινούργιων κειμένων.
- Ø **ΤΗΛΕΦΩΝΙΚΗ ΓΡΑΜΜΗ ΒΟΗΘΕΙΑΣ.** Δηλαδή η προσπάθεια να φτιάξουν μια όσο το δυνατό καλύτερη τηλεφωνική επαφή με ανθρώπους που χρειάζονται τη βοήθεια του Ν.Α. ή θέλουν να μάθουν που είναι.

Ανωνυμία

Ο βασικός συλλογισμός της ανωνυμίας επιτρέπει στα μέλη του Ν.Α να παρακολουθούν τις συγκεντρώσεις χωρίς φόβο

νομικών ή κοινωνικών επιπτώσεων. Αυτός είναι ένας σημαντικός παράγοντας για έναν ναρκομανή ο οποίος σκέφτεται να πάει σε μια συγκέντρωση για πρώτη φορά. Η ανωνυμία επίσης διατηρεί μια ατμόσφαιρα ισότητας στις συγκεντρώσεις. Βοηθάει να διασφαλιστεί ότι για κανένα άτομο η περίπτωση του ή η προσωπικότητα του δεν θα θεωρηθεί πιο σημαντική από το μήνυμα ανάρρωσης που μοιραζόμαστε στο Ν.Α.

Συγκεντρώσεις Ν.Α

Η πρωταρχική προσέγγιση της ανάρρωσης στο Ν.Α είναι η πίστη στη θεραπευτική αξία ενός ναρκομανή που βοηθάει έναν άλλο. Τα μέλη παίρνουν μέρος στις συγκεντρώσεις Ν.Α μιλώντας για τις εμπειρίες τους στην ανάρρωση από τον εθισμό στα ναρκωτικά. Οι συγκεντρώσεις Ν.Α είναι δομημένες χωρίς τυπικότητες, γίνονται σε χώρο ενοικιασμένο από την ομάδα και συντονίζονται από μέλη που εναλλάσσονται στο άνοιγμα και στο κλείσιμο της συγκέντρωσης. Οι συγκεντρώσεις Ν.Α και οι άλλες υπηρεσίες χρηματοδοτούνται αποκλειστικά από τις συνεισφορές των μελών (ναρκομανών). Οι οικονομικές συνεισφορές από μη μέλη δεν γίνονται δεκτές.

Οι περισσότερες συγκεντρώσεις Ν.Α γίνονται τακτικά στον ίδιο χώρο και χρόνο κάθε εβδομάδα (συνήθως σε κάποιο δημόσιο κτίριο). Υπάρχουν δύο βασικοί τύποι συγκεντρώσεων, εκείνες που είναι ανοικτές στο ευρύ κοινό (μόνο για ναρκομανείς). Οι συγκεντρώσεις ποικίλουν ευρέως στον τρόπο διεξαγωγής τους. Μερικές είναι συγκεντρώσεις συμμετοχής, συγκεντρώσεις με ομιλητή, ερωτήσεων – απαντήσεων, θέματα προς συζήτηση και μερικές έχουν έναν συνδυασμό των παραπάνω. Ο σκοπός οποιασδήποτε συγκέντρωσης είναι πάντα ο ίδιος, να παρέχει ένα κατάλληλο και αξιόπιστο περιβάλλον για προσωπική ανάρρωση.

Πως λειτουργεί το Ν.Α

Οι ναρκομανείς που βοηθούν ο ένας τον άλλον για να αναρρώνουν είναι το θεμέλιο του Ν.Α. τα μέλη συναντιούνται τακτικά για να μιλήσουν για τις εμπειρίες τους στην ανάρρωση. Τα πιο έμπειρα μέλη (γνωστοί σαν σπόνσορες ή σύμβουλοι) δουλεύουν ατομικά με τα νεώτερα μέλη.

Ο πυρήνας του προγράμματος Ν.Α είναι τα δώδεκα βήματα. Αυτά τα “βήματα” είναι μια σειρά από κατευθυντήριες γραμμές

που προσδιορίζουν μια πρακτική προσέγγιση της ανάρρωσης. Ακολουθώντας αυτές τις κατευθυντήριες γραμμές και δουλεύοντας στενά με άλλα μέλη οι ναρκομανείς μαθαίνουν πώς να σταματήσουν να κάνουν χρήση ναρκωτικών και πώς να αντιμετωπίσουν τις προκλήσεις της καθημερινής διαβίωσης.

Πιο συγκεκριμένα, τα δώδεκα αυτά βήματα είναι τα εξής:

- Ø Παραδοχή ότι είναι ανίσχυροι ως προς τον εθισμό τους και ότι η ζωή τους είχε γίνει ακυβέρνητη.
- Ø Πίστη σε μια δύναμη ανώτερη από εκείνους, η οποία μπορεί να τους επαναφέρει στη λογική.
- Ø Λήψη απόφασης να παραδώσουν τη θέληση τους και τη ζωή τους στη φροντίδα του Θεού της κατανόησης τους.
- Ø Πραγματοποίηση ερευνητικής και άφοβης ηθικής απογραφής του εαυτού τους.
- Ø Παραδοχή της ακριβής φύσης των σφαλμάτων τους στον Θεό, στους εαυτούς τους και σε έναν άλλο άνθρωπο.
- Ø Αφαίρεση όλων αυτών των ελαττωμάτων τους στον χαρακτήρα με τη βοήθεια του Θεού που πιστεύουν.
- Ø Αφαίρεση των ατελειών τους με τη βοήθεια του Θεού.
- Ø Δημιουργία καταλόγου όλων των ανθρώπων που είχαν βλάψει και προθυμία να επανορθώσουν σε όλους.
- Ø Άμεσες επανορθώσεις σε αυτούς τους ανθρώπους που είχαν βλάψει.
- Ø Αδιάκοπη προσωπική απογραφή και άμεση παραδοχή σφαλμάτων τους.
- Ø Αναζήτηση μέσω προσευχής και περισυλλογής να βελτιωθεί η συνειδητή επαφή τους με τον Θεό της κατανόησης τους έτσι ώστε να βρουν τη δύναμη για να επιτύχουν το στόχο τους.
- Ø Μέσω της πνευματικής αφύπνισης που απέκτησαν από την υπακοή στα βήματα αυτά, προσπαθούν τέλος να μεταφέρουν αυτό το μήνυμα και σε άλλους ναρκομανείς καθώς και να εφαρμόσουν αυτές τις αρχές σε όλες τους τις υποθέσεις.

Οι Ναρκομανείς Ανώνυμοι δεν είναι θρησκευτική οργάνωση και δεν θέτουν κάποιες συγκεκριμένες πεποιθήσεις. Το Ν.Α όμως διδάσκει βασικές πνευματικές αρχές, όπως η ειλικρίνεια, το ανοιχτό μυαλό, η

πίστη, η προθυμία, και η ταπεινοφροσύνη, οι οποίες μπορούν να εφαρμοστούν στην καθημερινή ζωή. Η συγκεκριμένη πρακτική εφαρμογή των πνευματικών αρχών καθορίζεται από το άτομο.

Η ανάρρωση στο Ν.Α δεν είναι μια θαυματουργή θεραπεία που συμβαίνει σε ένα ορισμένο χρονικό διάστημα. Είναι μια διαδικασία συνεχόμενη και προσωπική. Τα μέλη παίρνουν μια ατομική απόφαση να γίνουν μέλη και να αναρρώνουν με τους δικούς τους ρυθμούς.

Ρυθμός ανάπτυξης

Επειδή δεν κρατιούνται αρχεία συμμετοχής, είναι δύσκολο να υπολογιστεί ποιο ποσοστό από εκείνους που έρχονται στους Ν.Α. τελικά επιτυγχάνει μακρόχρονη αποχή από τις ουσίες. Ο μόνος σίγουρος δείκτης επιτυχίας του Ν.Α. είναι η ταχύτερη ανάπτυξη στον αριθμό των ομάδων των Ν.Α. τα τελευταία χρόνια και η επίσης ταχύτερη εξάπλωση των Ναρκομανών Ανώνυμων εκτός Βορείου Αμερικής. Το 1978, υπήρχαν λιγότερες από διακόσιες εγγεγραμμένες ομάδες σε τρεις χώρες.

Το 1982 έντεκα χώρες είχαν 1200 ομάδες και από τον Ιανουάριο του 1993 περισσότερες από 25.000 ομάδες πραγματοποιούν εβδομαδιαίες συγκεντρώσεις σε πάνω από 60 χώρες.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Δεν υπάρχει αμφιβολία ότι η θεραπεία των εξαρτημένων ατόμων έχει αναχθεί σε ένα από τα δυσκολότερα κοινωνικο- ψυχολογικά προβλήματα της σύγχρονης εποχής. Με αφορμή, λοιπόν, αυτήν την πραγματικότητα, η συγκεκριμένη μελέτη θα μπορούσε να χαρακτηριστεί ως μια απόπειρα εμβάθυνσης στο μείζον ζήτημα της αποτελεσματικής θεραπευτικής αντιμετώπισης των οπιοειδών ουσιών με υποκατάστατα.

Με βάση τα στοιχεία που μπορέσαμε να συλλέξουμε, εξάγαμε τα εξής συμπεράσματα :

Καταρχάς, τα προγράμματα υποκατάστασης συντείνουν στην εξάρτηση του χρήστη κι όχι στην πλήρη απόκοπή του από τις ναρκωτικές ουσίες. Όμως αποτελούν αρωγή για το εξαρτημένο άτομο προκειμένου να διάγει μια ζωή " « υγιούς» λειτουργικού μέλους στην κοινωνία.

Επιπλέον, το θεραπευτικό πρόγραμμα της μεθαδόνης καθώς και της βουπρενορφίνης , όπως εφαρμόζεται στην Ελλάδα, δίνει τη δυνατότητα στους χρήστες των εξαρτησιογόνων ουσιών να προσλαμβάνουν τα υποκατάστατα αυτά ανά τακτά χρονικά διαστήματα. Ακόμη, με βάση, βέβαια την πολιτική της κάθε θεραπευτικής μονάδας υποκατάστασης, στο πλαίσιο της θεραπείας, παρέχεται ψυχοκοινωνική, συμβουλευτική υποστήριξη στους χρήστες σε θέματα πρακτικά, όπως είναι η επαγγελματική τους αποκατάσταση κ.τ.λ., καθώς και ψυχιατρική περίθαλψη σε περιπτώσεις συννοσηρότητας.

Για την επιτυχή όμως υλοποίηση των προαναφερθέντων ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων , φαίνεται να είναι απαραίτητη προϋπόθεση , η λεπτομερής εκτίμηση της κατάστασης του χρήστη τόσο για τη διαμόρφωση όσο και για την εφαρμογή κάθε θεραπευτικής τεχνικής ,ενώ παράλληλα η εξειδίκευση και η εμπειρία του θεραπευτή κρίνεται αναγκαία για την προσαρμογή του στα μέτρα τα συγκεκριμένα του χρήστη. Οι παρεμβάσεις, βέβαια, αυτές είναι δυνατό να εφαρμοστούν από εξειδικευμένα στελέχη των θεραπευτικών μονάδων υποκατάστασης, όπως είναι οι ψυχολόγοι, οι ψυχίατροι , οι κοινωνικοί λειτουργοί και θα έπρεπε να αποτελούν ένα απαραίτητο συμπλήρωμα της θεραπείας που πραγματοποιείται στις θεραπευτικές μονάδες.

Δυστυχώς, όμως, μέσω της συγκεκριμένης μελέτης διαπιστώθηκε ότι υπάρχουν αρκετές θεραπευτικές μονάδες υποκατάστασης που επικεντρώνονται στη χορήγηση υποκαταστάτων και δε διαθέτουν στο πρόγραμμα τους ψυχοθεραπευτική υποστήριξη.

Η κοινωνική, τώρα , πολιτική στην Ελλάδα, παρόλου που λαμβάνει μέτρα πρόληψης και θεωρεί « μάστιγα», τα ναρκωτικά , μεριμνά κυρίως για την ίδρυση θεραπευτικών μονάδων υποκατάστασης που στοχεύουν στη μείωση της βλάβης, χορηγώντας υποκατάστατα και

υποβαθμίζει έμμεσα το ρόλο των ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων στη θεραπεία καθώς δε θέτει και ως μέλημά της, την αύξηση του εξειδικευμένου επιστημονικού προσωπικού γι' αυτά.

Αδυναμία , επιπρόσθετα, παρατηρήσαμε στο ότι οι θεραπευτικές μονάδες υποκατάστασης δεν οργανώνουν αποτελεσματικά, την ενημέρωση του κοινωνικού συνόλου ως προς το πρόγραμμα που πραγματοποιούν και κατά συνέπεια οι πολίτες δε γνωρίζουν επαρκώς την προσφορά και τη λειτουργία των μονάδων αυτών.

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Κρίνουμε ότι οι υπάρχουσες θεραπευτικές μονάδες υποκατάστασης είναι ποσοτικά ανεπαρκείς για τον ελληνικό χώρο με ανορθολογική κατανομή και μειωμένο επιστημονικό προσωπικό. Θα πρέπει λοιπόν το κράτος να μεριμνήσει τόσο για την πρόσληψη περισσότερων εξειδικευμένων στελεχών, όσον αφορά στις θεραπευτικές μονάδες όσο και για την ίδρυση νέων μονάδων. Η λήψη, ακόμη, αυτών των μέτρων από την πλευρά της πολιτείας ίσως αποτελέσει λύση στο πρόβλημα που επικρατεί με τη λίστα αναμονής των χρηστών προκειμένου να παρακολουθήσουν αυτά τα προγράμματα.

Επιπλέον, προτείνουμε την αύξηση των κονδυλίων που προβλέπει η εκάστοτε κοινωνική πολιτική του κράτους με σκοπό την εύρυθμη λειτουργία των θεραπευτικών μονάδων υποκατάστασης .

Προτείνουμε, επίσης, τη συστηματική πληροφόρηση κι ενημέρωση του κοινού από τους αντίστοιχους φορείς που οργανώνουν τα θεραπευτικά προγράμματα υποκατάστασης και κυρίως των κατοίκων όπου εδρεύουν οι θεραπευτικές μονάδες έτσι ώστε να αμβλυνθούν οι προκαταλήψεις και ο ρατσισμός απέναντι στους χρήστες.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική:

- Παπαδοπούλου Μακεδόνος: Τα ναρκωτικά και η αντιμετώπιση τους (ψυχολογική, κοινωνιολογική, παιδαγωγική και ορθόδοξη χριστιανική θεώρηση). Εκδόσεις Βέροια 1982.
- Dr. Απ. Αποστολόπουλος: Πληθυσμιακή υγιεινή 1, αγωγή υγείας, Εκδόσεις Πάτρα 2000.
- Ευάγγελος Χαραλαμπίδης: Στοιχεία για τις εξαρτησιογόνες ουσίες, , Εκδόσεις Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο ψυχικής υγιεινής, Αθήνα 2000.
- Π.Α.Σ.Ε.Ν. (Πανελλήνια Συντονιστική Επιτροπή κατά των ναρκωτικών), Ναρκωτικά και Ελληνική νεολαία, εκδόσεις ΠΕΔΠ, Αθήνα 1985.
- Νίκος Ι. Αδαμόπουλος, τα ναρκωτικά πέρασαν την πόρτα μας, Γ΄ Έκδοση Νιάρχος, Αθήνα 1980.
- Από το βιβλίο /διατριβή, Η νομοθετική αντιμετώπιση του προβλήματος των ναρκωτικών, Λάμπρος Δ. Καράμπελας, Αθήνα 1985.
- «Ναρκωτικά- εθιστικές ουσίες- κλινικά προβλήματα αντιμετώπιση» Εκδόσεις Πατάκη. Αθήνα, Μάιος 1995, Γιάννης Α. Λιάππας, επίκουρος καθηγητής Πανεπιστημίου Αθηνών.
- Ναρκωτικά- νομική κι εγκληματολογική διάσταση στην Ελλάδα και στην Ευρωπαϊκή Ένωση- Θεωρία- Νομολογία. Υποδείγματα: ΙΟΚ.Ι. Φαρσεδάκη, καθ. Παντείου Πανεπιστημίου, Γ. Ι. Συλίκου, δικηγόρου, καθηγητή ΑΣΑΑ, Βασική Νομική Βιβλιοθήκη, Αθήνα 1996.
- «Ναρκωτικά- πρόληψη- θεραπεία- κοινωνική επανένταξη», Εθνικό ίδρυμα Νεότητας, Γενική Γραμματεία Νέας Γενιάς, Θεσσαλονίκη, Αύγουστος 1995.

- Γρίβας: Πρακτικά 2^ο πανελληνίου συνεδρίου μελέτης τοξικομανιογονών ουσιών, 25-28 Μαΐου 1995 Θεσσαλονίκη
- N.A, “ Narcotics Anonymous ”, μετάφραση, Αθήνα 2000.

Βιβλιογραφία:

- Der drogen abhängige Patient Urban- Fischer ,1999.
- DOYE. Y.P.ET. NYSWANDER ME. Pharmacological treatment of narcotic addiction. Problems of drug dependence 1982.
- AMASS L. BICKEL WK. HIGGINS ST. HUGVES IR. A preliminary investigation of outcome following gradual of rapid buprenorphine detoxification. Addict Drs 1994.
- “Methadone guidelines” των A. Verster and E. Buning. μετάφραση εργασίας Από το Euromethwork 2000, Επιμέλεια έκδοσης Ελ. Τσάφου.
- STRAIN EV. PRESTON KL LIEBSON JA BIGELOW GE, Buprenorphine effects in methadone maintained volunteers effects at two hours after methadone. Pharmacol Exp. Ther, 1995.
- RESNICK RB. GALANTER M. PYCHEN A. GRANDISON P. FLOOD N. Buprenorphine: an alternative to methadone for heroin dependence treatment. Psychopharmacol Bull, 1992.
- BICKEL WK. STITZER ML. BIGELOW GE. LIEBSON JA. JASINSKI DR. JOHNSON RE. A clinical trial of buprenorphine: comparison with methadone in the detoxification of heroin addicts. Clin Pharmacol Ther 1998.
- STRAIN EC. STITZER ML. LIEBSON IA BIGELOW GE. Buprenorphine versus methadone in the treatment of opioid-dependent cocaine users. Psychopharmacology, 1994.
- Methadon Praxis in Europa: Marx. H. DSV, 1991
- Der aktuelle Stand in der Substitutions Behandlung Finkbeiner-Gastapar- Nervenheilkunde, 1997
- Methadon substitution in der vertragärztlichen Versorgung gesundheitswesen, 1998
- Resultate empirische studien zur Methadonbehandlung Glanz M. 1989

ΠΗΓΕΣ

- Ενημερωτικό έντυπο υλικό από την Α΄ Θεραπευτική Μονάδα Υποκατάστασης Αθηνών, Ερέσσου 40. διευθύντρια μονάδας: κα. Τσακλακίδου.
- ΕΚΤΕΠΝ, ετήσια έκθεση του ΕΚΤΕΠΝ για την κατάσταση των ναρκωτικών και των οιοπνευματωδών στην Ελλάδα 2004, Αθήνα 2004
- Έκθεση ΟΚΑΝΑ (Απολογισμός έργου τριετίας 1999-20002) ΟΚΑΝΑ, Αθήνα 2002
- Από το Euromethwork 2000, μετάφραση εργασίας «Methadone Guidelines», A. Verster and e. buning, Επιμέλεια έκδοσης Ελ. Τσάφου.
- Από το περιοδικό Addiction Research G. FISCER, WOLFGANG GOMBAS, H. EDER, R. JAGSCH, A. PETERNELL, G. STUHLINGER, L. PEZAWAS, H. N. ASCHAUER, S. KASPER. Buprenorphine versus methadone maintenance for the treatment of opioid dependence. Addiction 1999.
- Από το περιοδικό Reader Using Methadone, Practice and Research. J Sue Woods and H. Joseph. Σεπτέμβρης 1995.
- Υλικό από Internet.
- Β΄ Θεραπευτική Μονάδα Υποκατάστασης Σταυρούπολης.
- Γ΄ Θεραπευτική Μονάδα Υποκατάστασης Νοσοκομείο Παπανικολάου

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

N.2161/93 Μέτρα που προβλέπονται για τους χρήστες ναρκωτικών σύμφωνα με την ελληνική νομοθεσία

Άρθρο 5

Βασικά εγκλήματα

1. Με κάθειρξη τουλάχιστον δέκα (10) ετών και με χρηματική ποινή ενός εκατομμυρίου (1.000.000) μέχρι εκατό εκατομμυρίων (100.000.000) δραχμών τιμωρείται όποιος:

α) Εισάγει στην επικράτεια ή εξάγει από αυτή ή διαμετακομίζει ναρκωτικά.

β) Πωλεί, αγοράζει, προσφέρει, διαθέτει ή διανέμει σε τρίτους με οποιονδήποτε τρόπο, αποθηκεύει ή παρακαταθέτει ναρκωτικά ή μεσολαβεί σε κάποια από τις πράξεις αυτές.

γ) Εισάγει ναρκωτικά ή διευκολύνει την εισαγωγή τους σε στρατόπεδα, αστυνομικά κρατητήρια, σωφρονιστικά καταστήματα, καταστήματα ανηλίκων κάθε κατηγορίας ή τόπους ομαδικής εργασίας ή διαβίωσης ή σε νοσηλευτικά ιδρύματα ή αναρρωτήρια.

δ) Αναμιγνύει με οποιονδήποτε τρόπο ναρκωτικά σε τρόφιμα, ποτά ή άλλα είδη προορισμένα ή πρόσφορα να εισαχθούν στον ανθρώπινο οργανισμό.

ε) Παρασκευάζει είδη του μονοπωλίου ναρκωτικών ή οποιοδήποτε ναρκωτική ουσία ή παράνομα εισάγει, προμηθεύεται, παράγει, παρασκευάζει, πωλεί, διαθέτει, μεταφέρει, κατέχει ή διανέμει πρόδρομες ουσίες που αναφέρονται στους πίνακες I, II, III του άρθρου 9 του παρόντος νόμου, ή όργανα ή σκεύη, γνωρίζοντας ότι χρησιμοποιούνται ή πρόκειται να χρησιμοποιηθούν για την παράνομη παραγωγή, καλλιέργεια ή παρασκευή ναρκωτικών ή εν γένει για σκοπούς διαφορετικούς από εκείνους για τους οποίους οι πρόδρομες αυτές ουσίες εισήχθησαν, εξήχθησαν, διακομίστηκαν ή μεταποιήθηκαν.

στ) Καλλιεργεί ή συγκομίζει οποιοδήποτε φυτό του γένους της κάνναβης, το φυτό της μήκωνος της υπνοφόρου, οποιοδήποτε είδος φυτού του γένους ερυθρόξυλο, καθώς και οποιοδήποτε άλλο φυτό από το οποίο παράγονται ναρκωτικές ουσίες.

ζ) Κατέχει ή μεταφέρει ναρκωτικά με οποιονδήποτε, τρόπο ή μέσο είτε στο έδαφος της επικράτειας είτε παραπλέοντας ή διασχίζοντας την αιγιαλίτιδα ζώνη είτε ιπτάμενος στον ελληνικό εναέριο χώρο.

η) Αποστέλλει ή παραλαμβάνει εν γνώσει του δέματα, δείγματα χωρίς εμπορική αξία ή επιστολές που περιέχουν-οποιοδήποτε ναρκωτικό ή δίνει εντολή σε άλλον για όμοια αποστολή ή παραλαβή.

θ) Διαθέτει σε άλλους οποιονδήποτε χώρο για χρήση ναρκωτικών ή διευθύνει κατάστημα στο οποίο γίνεται κατά σύστημα χρήση ναρκωτικών ή αποτελεί μέλος του προσωπικού τέτοιου καταστήματος και γνωρίζει τη χρήση αυτή.

ι) Συντελεί με οποιονδήποτε τρόπο στη διάδοση της χρήσης των ναρκωτικών.

ία) Νοθεύει ή πωλεί νοθευμένα είδη του μονοπωλίου ναρκωτικών.

ιβ) Καταρτίζει πλαστή, νοθεύει ή χρησιμοποιεί πλαστή ή νοθευμένη ιατρική συνταγή χορήγησης ναρκωτικών ουσιών με σκοπό τη διακίνηση τους.

ιγ) Οργανώνει, χρηματοδοτεί, κατευθύνει ή εποπτεύει με οποιονδήποτε τρόπο την τέλεση κάποιας από τις ανωτέρω αναφερόμενες πράξεις ή δίνει σχετικές οδηγίες ή εντολές. 2. Αν η πράξη έχει τελεστεί με περισσότερους τρόπους από τους προβλεπόμενους στην προηγούμενη παράγραφο, αφορά όμως την ίδια ποσότητα ναρκωτικών, στον υπαίτιο επιβάλλεται μία μόνο ποινή, κατά την επιμέτρηση της οποίας λαμβάνεται υπόψη η συνολική εγκληματική δράση του.

Άρθρο 11

Το άρθρο 6 του ν. 1729/1987 αντικαθίσταται ως εξής:

Άρθρο 6

Διακεκριμένες περιπτώσεις

1. Με κάθειρξη τουλάχιστον δεκαπέντε (15) ετών και με χρηματική ποινή πέντε εκατομμυρίων (5.000.000) δρχ. μέχρι εκατόν πενήντα εκατομμυρίων (150.000.000) δρχ. τιμωρείται ο παραβάτης του άρθρου 5:

α) Αν με τη διάπραξη του εγκλήματος τούτου διευκόλυνε ή απέκρυψε τη διάπραξη άλλων εγκλημάτων και β) Αν είναι υπάλληλος (άρθρο 13 στοιχ. α1, του Π.Κ.), ο οποίος λόγω της υπηρεσίας του ασχολείται με τα ναρκωτικά και ιδίως με τη φύλαξη τους ή τη δίωξη των παραβατών του νόμου αυτού ή το έγκλημα συνδέεται με την υπηρεσία του.

2. Με τις ποινές της προηγούμενης παραγράφου τιμωρείται ο υπαίτιος της πράξης του άρθρου 5 παρ. 1 στοιχ. γ' του νόμου αυτού, εφόσον ανήκει στο προσωπικό των καταστημάτων ή των ιδρυμάτων στα οποία τέλεσε την πράξη.

3. Με τις ποινές της παραγράφου 1 τιμωρείται και όποιος:

α) Εισάγει ναρκωτικά ή διευκολύνει την εισαγωγή ή διακίνηση τους σε σχολικές μονάδες οποιασδήποτε βαθμίδας και εκπαιδευτικά ιδρύματα ή

άλλες μονάδες κατάρτισης, επιμόρφωσης ή μετεκπαίδευσης, εκτός αν η εισαγωγή έγινε για την εκτέλεση εγκεκριμένου εκπαιδευτικού ή ερευνητικού προγράμματος, β) Εισάγει ναρκωτικά, διευκολύνει την εισαγωγή ή διακίνηση τους σε χώρους άθλησης, κατασκηνώσεων, ορφανοτροφείων, φροντιστηρίων ή χώρους παροχής κοινωνικών υπηρεσιών ή διαμονής των ενόπλων δυνάμεων ή σε χώρους συγκέντρωσης μαθητών ή σπουδαστών για εκπαιδευτικούς ή αθλητικούς σκοπούς ή για κοινωνική δραστηριότητα.

γ) Πωλεί, προσφέρει, διαθέτει, διανέμει ναρκωτικά σε τρίτους με οποιονδήποτε τρόπο σε χώρους που βρίσκονται σε άμεση γειτνίαση με τους παραπάνω χώρους ή μεσολαβεί σε κάποια από τις πράξεις αυτές.

Άρθρο 14

Το άρθρο 12 του ν. 1729/1987 αντικαθίσταται ως εξής:

Άρθρο 12

Χρήστες ναρκωτικών ουσιών

1. Όποιος για δική του αποκλειστικά χρήση προμηθεύεται ή κατέχει με οποιονδήποτε τρόπο ναρκωτικά σε ποσότητα, που αποδεδειγμένα εξυπηρετεί αποκλειστικά τις δικές του ανάγκες ή κάνει χρήση τους*, ή καλλιεργεί, φυτά κάνναβης σε αριθμό ή έκταση που δικαιολογούνται μόνο για δική του αποκλειστικά χρήση, τιμωρείται με φυλάκιση. Η διαπίστωση της εξυπηρέτησης της αποκλειστικά δικής του ανάγκης για τη συγκεκριμένη ουσία, γίνεται με συνεκτίμηση του είδους, της ποσότητας και της καθαρότητας της ουσίας, καθώς και των διαγνωστικών στοιχείων των αναφερομένων στο άρθρο 13 του παρόντος νόμου. Με αποφάσεις του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων μπορεί να προσδιορίζονται τα όρια ποσότητας της κάθε επί μέρους ναρκωτικής ουσίας, που θεωρείται ότι καλύπτει τις ανάγκες ενός χρήστη, έστω και τοξικομανούς, για ορισμένο χρόνο. Κατά την επιμέτρηση της ποινής λαμβάνεται υπόψη ο βαθμός βλαπτικότητας της κάθε ναρκωτικής ουσίας και ιδιαίτερα η κατηγορία, στην οποία, ανήκει.
2. Αν ο υπαίτιος κάποιας από τις αξιόποινες πράξεις του εδ. α' της προηγούμενης παραγράφου δεν έχει τιμωρηθεί προηγουμένως για έγκλημα του παρόντος νόμου, ούτε έχει κριθεί ως μη τιμωρητέος, σύμφωνα με την επόμενη παράγραφο του άρθρου αυτού και δηλώσει μετά την άσκηση της ποινικής δίωξης εναντίον του, ότι επιθυμεί την παρακολούθηση συμβουλευτικού θεραπευτικού προγράμματος, ο εισαγγελέας με αιτιολογημένη διάταξη του και έγκριση του εισαγγελέα εφετών, το δικαστικό συμβούλιο ή το δικαστήριο μπορεί να αναστείλει την πρόοδο της δίκης και να ορίσει το πρόγραμμα που οφείλει αυτός να παρακολουθήσει. Αν ο

κατηγορούμενος υπαίτιος δεν παρακολουθεί καθόλου ή παρακολουθεί πλημμελώς το πρόγραμμα ή τηρεί στάση ασυμβίβαστη με τη σωστή εκτέλεση του προγράμματος, και τούτο βεβαιωθεί με έγγραφο του διευθυντή του προγράμματος προς τον αρμόδιο ανακριτή ή εισαγγελέα, ή αν επακολουθήσει καταδίκη του για νέο έγκλημα προβλεπόμενο από τον παρόντα νόμο, το δικαστήριο ανακαλεί την περί αναστολής της δίκης απόφαση και δικάζεται κατ' ουσία η υπόθεση. Αν ο υπαίτιος παρακολουθήσει με επιτυχία το θεραπευτικό πρόγραμμα, επί εξάμηνο τουλάχιστον, σύμφωνα με έγγραφη βεβαίωση του διευθυντή του προγράμματος στον αρμόδιο ανακριτή ή εισαγγελέα και σύμφωνη γνώμη περί αποθεραπείας, έπειτα από ψυχιατρική πραγματογνωμοσύνη και εργαστηριακή εξέταση ενός από τους φορείς του επόμενου άρθρου, παρ. 2, το αρμόδιο δικαστικό συμβούλιο ή το δικαστήριο μπορεί να κρίνει το δράστη ατιμώρητο.

3. Βούλευμα ή απόφαση, ότι ο υπαίτιος δεν πρέπει να τιμωρηθεί, μπορεί να εκδοθεί και ο δράστης της παρ. 1 του παρόντος να ' κριθεί ατιμώρητος χωρίς να διαταχθεί προηγουμένως η από μέρους του παρακολούθηση θεραπευτικού προγράμματος, όταν το δικαστικό συμβούλιο ή το δικαστήριο, εκτιμώντας τις περιστάσεις κάτω από τις οποίες τελέστηκε η πράξη και την προσωπικότητα του δράστη, κρίνει ότι η αξιόποινη πράξη ήταν τελείως συμπτωματική και δεν είναι πιθανό να επαναληφθεί αυτή ή κάποια άλλη του παρόντος νόμου. Σε κάθε περίπτωση το συμβούλιο ή το δικαστήριο μπορεί να επιβάλλει στον κρινόμενο ατιμώρητο δράστη έναν ή περισσότερους όρους του άρθρου 100 Α παρ. 2 του Π.Κ.. Το ως άνω βούλευμα ή η απόφαση υπόκεινται σε έφεση και σε αναίρεση".

(ΤΟ ΑΡΘΡΟ 12 ΤΟΥ Ν. 1729/87 ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΘΗΚΕ ΕΝ ΜΕΡΕΙ ΜΕ ΤΟ ΑΡΘΡΟ 5 ΤΟΥ Ν. 3189/03, ΦΕΚ-243 Α').

Άρθρο 15

Το άρθρο 13 του ν. 1729/1987 αντικαθίσταται ως εξής:

Άρθρο 13

Χρήστες ναρκωτικών ουσιών που υποβάλλονται σε ειδική Μεταχείριση

1. Όσοι απέκτησαν την έξη της χρήσης ναρκωτικών ουσιών και δεν μπορούν να την αποβάλλουν με τις δικές τους δυνάμεις, υποβάλλονται σε ειδική μεταχείριση κατά τους όρους του νόμου αυτού.
2. Η συνδρομή ή μη των προϋποθέσεων της προηγούμενης παραγράφου στο πρόσωπο κατηγορούμενου ή κατάδικου διαπιστώνεται από το δικαστήριο. Για το σκοπό αυτόν το δικαστήριο μπορεί να διατάξει ψυχιατροδικαστική. πραγματογνωμοσύνη και εργαστηριακή εξέταση, προκειμένου να καθοριστεί αν πράγματι

υπάρχει εξάρτηση, καθώς και το είδος και η έκταση αυτής κατά τα αναφερόμενα ειδικότερα στην παρ. 3. Η πραγματογνωμοσύνη διεξάγεται από τα ειδικά δημόσια κέντρα απεξάρτησης, από τις ψυχιατρικές κλινικές και τα Εργαστήρια Ιατροδικαστικής και Τοξικολογίας των Α. Ε. Ι. της χώρας, τις Ιατροδικαστικές Υπηρεσίες, εφόσον διαθέτουν ειδικά Εργαστήρια ή από τα νομαρχιακά ή περιφερειακά νοσοκομεία, που έχουν τη δυνατότητα να διεξαγάγουν τέτοια πραγματογνωμοσύνη με αντίστοιχες κλινικές και εργαστήρια. Πίνακας με τις υπηρεσίες που πληρούν τις προϋποθέσεις για την πραγματογνωμοσύνη διαβιβάζεται ανά έτος στον αρμόδιο εισαγγελέα με ευθύνη των υπουργείων που τις εποπτεύουν. Σε εξαιρετικές περιπτώσεις επιτρέπεται η ανάθεση πραγματογνωμοσύνης σε 3 πραγματογνώμονες γιατρούς, από τους οποίους ο ένας τουλάχιστον ψυχίατρος κατά προτίμηση κρατικούς λειτουργούς ή διορισμένους πραγματογνώμονες στον Πίνακα Πραγματογνομώνων κατ¹ άρθρο 185 του Κ.Π.Δ.. Η πραγματογνωμοσύνη διεξάγεται σύμφωνα με τις διατυπώσεις που ορίζει κοινή υπουργική απόφαση των Υπουργών Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και Δικαιοσύνης.

3. Ο ενεργών την προανάκριση ή κυρία ανάκριση διατάσσει υποχρεωτικά τη διενέργεια πραγματογνωμοσύνης, εάν υποβληθεί ισχυρισμός του κατηγορουμένου ότι είναι τοξικομανής εντός 24 ωρών από τη σύλληψη του ή κατά την αρχική απολογία του, ο οποίος καταχωρείται στην έκθεση σύλληψης, εξέτασης ή απολογίας. Η πραγματογνωμοσύνη διατάσσεται το αργότερο εντός 24 ωρών από τη σύλληψη ή την αρχική απολογία του δράστη. Οι πραγματογνώμονες εξετάζουν τον κατηγορούμενο- αμέσως μόλις τους γνωστοποιηθεί η σχετική παραγγελία και σε κάθε περίπτωση το αργότερο εντός 48 ωρών συντάσσουν δε και υποβάλλουν την έκθεση τους ίσο το δυνατόν ταχύτερα. Αν οι πραγματογνώμονες αποφανθούν ότι υπάρχει εξάρτηση, πρέπει να καθарίσουν και το είδος της (σωματική ή ψυχική) κι αν είναι δυνατόν το βαθμό της, το συνήθως χρησιμοποιούμενο ναρκωτικό (εξαρτησιογόνο), την ημερήσια δόση, την κατάλληλη θεραπευτική αγωγή και αν τους ζητείται ειδικώς με την παραγγελία, την επίδραση της εξάρτησης στον καταλογισμό.

4. Δράστης, στο πρόσωπο του οποίου συντρέχουν οι προϋποθέσεις της παρ. 1, αν είναι υπαίτιος τελέσεως: α) της πράξεως του άρθρου 12 παρ. 1, παραμένει ατιμώρητος και εφαρμόζονται σ' αυτόν οι διατάξεις του άρθρου 14 του παρόντος νόμου, β) των πράξεων των άρθρων 5 ή 7 του παρόντος νόμου, τιμωρείται με πρόσκαιρη κάθειρξη μέχρι δέκα (10) ετών και με χρηματική ποινή διακοσίων χιλιάδων (200.000) δραχμών μέχρι δέκα εκατομμυρίων (10.000.000) δραχμών κι αν συντρέχει διακεκριμένη περίπτωση του άρθρου 6 ή επιβαρυντική περίπτωση του άρθρου 8 τιμωρείται με πρόσκαιρη κάθειρξη και

χρηματική ποινή πεντακοσίων χιλιάδων (500.000) δραχμών μέχρι εκατό εκατομμυρίων (100.004.000) δραχμών.

Άρθρο 16

Το άρθρο 14 του ν. 1729/1987 αντικαθίσταται ως εξής:

Άρθρο 14

Ειδική μεταχείριση χρηστών

1. Αν καταδικαστεί για οποιαδήποτε αξιόποινη πράξη; δράστες, στο πρόσωπο του οποίου συντρέχουν οι προϋποθέσεις του άρθρου, 13 παρ. 1, το δικαστήριο μπορεί με την καταδικαστική απόφαση να διατάξει την εισαγωγή του προς σωματική απεξάρτηση, σε Ειδικό Θεραπευτικό Κατάστημα ή Ειδικό Τμήμα Καταστήματος Κράτησης. Αν η ανάγκη για τη σωματική αυτή απεξάρτηση προκύψει κατά τη διάρκεια της ανάκρισης, η εισαγωγή διατάσσεται από τον ανακριτή, μετά σύμφωνη γνώμη του εισαγγελέα, σε κατάλληλο Θεραπευτικό Ίδρυμα ή Κατάστημα. Εάν ο παραπάνω δράστης δηλώσει, ότι επιθυμεί να παρακολουθήσει θεραπευτικό πρόγραμμα απεξάρτησης, μπορεί το δικαστήριο με την καταδικαστική απόφαση να διατάξει την έκτιση μέρους της ποινής σε Ειδικό Θεραπευτικό Κατάστημα ή Ειδικό Τμήμα Καταστήματος Κράτησης, στο οποίο ο δράστης εισάγεται για ψυχική απεξάρτηση μέχρις αποθεραπείας του. Την εισαγωγή του δράστη σε Ειδικό Θεραπευτικό Κατάστημα ή Ειδικό Τμήμα Καταστήματος Κράτησης μπορεί να διατάξει και ο ανακριτής με σύμφωνη γνώμη του Εισαγγελέα, εφόσον συντρέχουν οι προϋποθέσεις του άρθρου 13 παρ. 1.

Ο χρόνος παραμονής στο Ειδικό Θεραπευτικό Κατάστημα ή στο Ειδικό Τμήμα του Καταστήματος Κράτησης υπολογίζεται ως χρόνος προσωρινής κράτησης ή σε περίπτωση καταδίκης σε ποινή κατά της ελευθερίας, ως χρόνος άσκησης της ποινής.

2. Ο καταδικασθείς σε ποινή φυλακίσεως, που υποβάλλεται σε θεραπευτικό πρόγραμμα κατά την προηγούμενη παράγραφο, μπορεί με βούλευμα του Συμβουλίου Πλημμελειοδικών του τόπου της κρατήσεως μετά από γνώμη του επιστημονικού συμβουλίου του Ειδικού Θεραπευτικού Καταστήματος και σύμφωνη γνώμη ενός από τους φορείς του άρθρου 13 παρ. 2, να απολυθεί υπό όρο και προ της συμπληρώσεως του απαιτούμενου κατά τα άρθρα 105 επ. του Π.Κ.

χρόνου, εφόσον έχει παρακολουθήσει με επιτυχία το πρόγραμμα απεξάρτησης. Το Συμβούλιο στην απόφαση του για υφ' όρον απόλυση μπορεί να επιβάλλει στον απολυόμενο την υποχρέωση να εμφανίζεται ανά τακτά χρονικά διαστήματα σε Ειδικό Θεραπευτικό Κατάστημα Απεξάρτησης και να υποβάλλεται σε βιοχημικές, τοξικολογικές ή άλλες εξετάσεις. Αν απ' αυτές αποδειχθεί ότι επανήρchiσε τη χρήση ναρκωτικών ή αν αρνείται ή παραλείπει να εξετάζεται, το Ειδικό Θεραπευτικό Κατάστημα υποχρεούται να ειδοποιεί τον εισαγγελέα πλημμελειοδικών, οπότε με βούλευμα του Συμβουλίου Πλημμελειοδικών η υφ' όρον απόλυση ανακαλείται.

3. Αν το δικαστήριο κρίνει μη τιμωρητέο, κατά το άρθρο 13 παρ. 4 εδ. α' ή αθώο για έλλειψη καταλογισμού δράστη, στο πρόσωπο του οποίου συντρέχουν οι προϋποθέσεις του άρθρου 13 παρ. 1, μπορεί εφόσον ο δράστης το επιθυμεί, να διατάζει την εισαγωγή του

σε Ειδικό Θεραπευτικό Κατάστημα για σωματική απεξάρτηση. Αν μετά την σωματική απεξάρτηση ο δράστης δηλώσει ότι επιθυμεί να συνεχίσει τη θεραπεία για ψυχική απεξάρτηση, μπορεί να ακολουθήσει πρόγραμμα ψυχικής απεξάρτησης σε Ειδικό Θεραπευτικό Κατάστημα

4. Αν ο δράστης πάσχει από ψυχική νόσο μπορεί μετά τη σωματική απεξάρτηση να μεταχθεί σε κρατικό ψυχιατρικό νοσοκομείο, εφαρμοζομένων αναλόγως των άρθρων 69 και 70 του Π.Κ..

5. Το βούλευμα ή η απόφαση που κρίνει το δράστη ατιμώρητο βάσει των παραγρ. 2 και 3 του άρθρου 12, καθώς και η καταδικαστική απόφαση, όταν μετά επιτυχή παρακολούθηση του θεραπευτικού προγράμματος, ο καταδικασμένος απολύθηκε με όρους, σύμφωνα με τις διατάξεις των άρθρων 14 και 26 του παρόντος νόμου, καταχωρίζεται στο ποινικό μητρώο, γράφεται όμως μόνο στα αντίγραφα που προορίζονται για δικαστική χρήση.

(ΤΟ ΑΡΘΡΟ 14 ΤΟΥ Ν. 1729/87 ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΘΗΚΕ ΕΝ ΜΕΡΕΙ ΜΕ ΤΟ ΑΡΘΡΟ 5 ΤΟΥ Ν. 3189/03, ΦΕΚ-243 Α').

Άρθρο 23

Ειδικές διατάξεις

1. Σε περίπτωση εγκλήματος προμήθειας ή χρήσης" κατ' άρθρο 12 παρ. 1 ή πλημμελήματος κατά της ιδιοκτησίας ή περιουσίας που φέρεται ότι ετελέσθη για να διευκολυνθεί η προμήθεια ή χρήση ναρκωτικών, ο εισαγγελέας πλημμελειοδικών με αιτιολογημένη διάταξη του μπορεί με έγκριση του εισαγγελέα εφετών να αναβάλλει για ορισμένο χρόνο, που μπορεί να παρατείνεται, την άσκηση της ποινικής δίωξης, αν λάβει γνώση από έκθεση του διευθυντή Ειδικού Θεραπευτικού καταστήματος ότι ο δράστης έχει προσέλθει οικειοθελώς και υποβάλλεται σε θεραπεία. Αν ο δράστης συμπληρώσει με επιτυχία το

θεραπευτικό πρόγραμμα σύμφωνα με έγγραφη βεβαίωση και έκθεση του διευθυντή του καταστήματος και ψυχιατροδικαστική πραγματογνωμοσύνη, κατά τις διατάξεις του άρθρου 13 του παρόντος νόμου, ο εισαγγελέας πλημμελειοδικών με αιτιολογημένη διάταξη του, και έπειτα από έγκριση του εισαγγελέα εφετών, μπορεί να απόσχει οριστικά από την ποινική δίωξη.

2. Τα στοιχεία που αναφέρονται στις παραπάνω εκθέσεις του διευθυντή του θεραπευτικού Καταστήματος είναι απόρρητα και απαγορεύεται η ανακοίνωση τους από οποιονδήποτε άλλον, εκτός από τον ίδιο το χρήστη ναρκωτικών που υποβλήθηκε σε θεραπεία.

3. Κατά τη διάρκεια της θεραπευτικής αγωγής, χορηγείται αναβολή στράτευσης που διακόπτεται με γραπτή βεβαίωση του διευθυντή του Κέντρου, μετά την ολοκλήρωση ή τη διακοπή της θεραπευτικής αγωγής.

4. Ως χρόνος θεραπευτικού προγράμματος θεωρείται ο εγκεκριμένος χρόνος του προγράμματος κοινωνικής επανένταξης. Η βεβαίωση αποθεραπείας, που εκδίδεται από το κατάστημα, αποτελεί πλήρη απόδειξη για κάθε νόμιμη χρήση. [^]Ειδικά για την επαγωγή των έννομων αποτελεσμάτων, που προβλέπονται στα άρθρα 12 και 14 του παρόντος νόμου, απαιτείται και σύμφωνη βεβαίωση από έναν εκ των επιστημονικών φορέων του άρθρου 13 παρ. 2 έπειτα από ψυχιατρική πραγματογνωμοσύνη και εργαστηριακές εξετάσεις του υπό θεραπεία τελούντος.

5. Τα ευεργετήματα των παρ. 1 και 3 του παρόντος άρθρου παρέχονται δύο φορές.

6. Οι διατάξεις του άρθρου αυτού εφαρμόζονται εφεξής για όλα τα θεραπευτικά καταστήματα που ιδρύονται υπό την εποπτεία του Ο.ΚΑ.ΝΑ. και τις προϋποθέσεις του άρθρου 1 του παρόντος νόμου. Για τα ήδη ιδρυθέντα και λειτουργούντα ιδρύματα της παραγράφου 5 του άρθρου 1 του ν. 1729/1987, διατηρούνται σε ισχύ οι διατάξεις που προβλέπονται από το άρθρο 26 του ν. 1729/1987 - (Καταργήθηκε από την παρ. 1 ία του άρθρου 21 του Ν. 2331/95, ΦΕΚ-173 Α¹).

Άρθρο 24

Το άρθρο 27 του ν. 1729/1987 αντικαθίσταται ως εξής:

Άρθρο 27

Διάθεση εσόδων

Τα έσοδα από χρηματικές ποινές ή μετατροπές ποινών, που επιβάλλονται για παραβάσεις του νόμου αυτού ως και από δημεύσεις, εισάγονται στον προϋπολογισμό του Κράτους, υπό ίδιο κωδικό αριθμό εσόδου. Με βάση το έσοδο αυτό και ύστερα από πρόταση του Ο. ΚΑ. ΝΑ. εγγράφονται στους προϋπολογισμούς εξόδων των συναρμόδιων υπουργείων σχετικές πιστώσεις που διατίθενται για την αντιμετώπιση του προβλήματος των ναρκωτικών. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομικών, Δικαιοσύνης και Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων καθορίζονται οι λεπτομέρειες εφαρμογής του παρόντος άρθρου".

Άρθρο 27 :

Στο διατηρούμενο εν ισχύ αρχικό άρθρο 26 του ν. 1729/1987 προστίθεται παράγραφος έχουσα ως εξής: Ανεξαρτήτως των όρων των διατάξεων του έκτου κεφαλαίου του γενικού μέρους του Ποινικού Κώδικα, αν κάποιος ολοκλήρωσε το θεραπευτικό πρόγραμμα του ΚΕ.ΘΕ.Α. με επιτυχία και καταδικαστεί για εγκλήματα προβλεπόμενα από τον Ποινικό Κώδικα σε βαθμό πλημμελήματος, που έχουν σχέση με το πάθος της τοξικομανίας και που εκτελέστηκαν πριν από την εισαγωγή του στη θεραπευτική κοινότητα, η εκτέλεση της ποινής αναστέλλεται υποχρεωτικά για ορισμένο χρονικό διάστημα, που δεν μπορεί να είναι κατώτερο από τρία (3) και ανώτερο από έξι (6) χρόνια. Μοναδική απόδειξη της αποθεραπείας του είναι η βεβαίωση που εκδίδεται από το ΚΕ.ΘΕ.Α.. Όσοι έχουν καταδικαστεί και εκτίουν την ποινή τους, μπορούν να υποβάλλουν στο δικαστήριο που εξέδωσε την απόφαση σχετική αίτηση. Η ανωτέρω αναστολή δεν ανακαλείται, έστω και αν συντρέχουν οι όροι του άρθρου 101 του Ποινικού κώδικα.

