

Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Πατρών

Σχολή Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ



ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΨΥΧΩΣΗ ΚΑΙ ΕΞΗ: Η ΠΑΡΑΛΛΗΛΗ  
ΔΙΑΔΡΟΜΗ ΤΗΣ ΤΟΞΙΚΟΜΑΝΙΑΣ, Η  
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΣΥΜΒΟΛΗ ΣΤΑ  
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ**

**ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ:**

**Ανδρουτσοπούλου Βασιλική**

**Παπακώστα Αρετή**

**ΕΠΟΠΤΕΥΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ:**

**Κα Σαμαρτζή Κυριακή**

**ΠΑΤΡΑ 2012**

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Περίληψη.....	4
Εισαγωγή.....	5
<b>Κεφάλαιο Πρώτο: ΨΥΧΩΣΗ</b>	
1.1 Εισαγωγή.....	8
1.1.1 Τι είναι η Ψύχωση.....	8
1.1.2 Κλινική εικόνα και φυσική πορεία της ψύχωσης.....	9
1.2 Επιδημιολογία.....	10
1.2.1 Ποιοι νοσούν.....	10
1.2.2 Πόσοι άνθρωποι πάσχουν από ψύχωση.....	12
1.3 Πρόληψη.....	12
1.4 Θεραπεία.....	13
1.5 ‘Τυπικά’ και ‘Άτυπα’ Αντιψυχωσικά.....	14
1.6 Ψυχοθεραπείες.....	15
1.7 Αντιμετώπιση.....	18
1.7.1 Οξεία Ψύχωση.....	18
<b>Κεφάλαιο Δεύτερο: ΕΞΑΡΤΗΤΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ</b>	
2.1 Εισαγωγή.....	20
2.2 Ορισμοί.....	21
2.3 Επιδημιολογία.....	23
2.4 Ταξινόμηση.....	24
2.4.1 Οπιούχα.....	24
2.4.2 Διεγερτικά.....	25
2.4.3 Παραισθησιογόνα.....	25
2.4.4 Κάνναβη.....	26
2.4.5 Κατασταλτικά-Υπνωτικά-Αγχολυτικά.....	26
2.4.6 Αλκοόλ.....	27
2.4.7 Καφεΐνη.....	29
2.4.8 Νικοτίνη.....	29
2.4.9 Αναβολικά.....	29
2.4.10 Άλλες ουσίες.....	29
2.5 Αιτιοπαθογένεια.....	30
2.6 Νομικό Πλαίσιο.....	30
2.7 Διαθέσιμες Δομές στην Ελλάδα.....	32
<b>Κεφάλαιο Τρίτο: ΔΙΠΛΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ: ΨΥΧΩΣΗ ΚΑΙ ΕΞΗ</b>	
3.1 Εισαγωγή.....	33
3.2 Ορισμός.....	33
3.3 Αιτιολογία.....	33
3.4 Διάγνωση.....	35
3.5 Επικράτηση.....	36
3.5.1 Επικράτηση της συννοσηρότητας στις θεραπευτικές υπηρεσίες.....	37
3.5.2 Επικράτηση-φυλακές και υποχρεωτική θεραπεία.....	39
3.6 Εμπόδια στη θεραπεία της συννοσηρότητας.....	39
3.7 Ζητήματα θεραπείας σχετικά με τα άτομα με διπλές διαγνώσεις.....	40
3.8 Διαχείριση κατά περίπτωση.....	41
3.9 Παράγοντες συσχέτισης και συνέπειες της διαβίωσης με διπλές διαγνώσεις.....	42
3.10 Έρευνα.....	42
3.11 Κατάρτιση.....	43

3.12	Συμπέρασμα.....	43
<b>Κεφάλαιο Τέταρτο: ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ</b>		
<b>ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΟΚΑΝΑ</b>		
4.1	Θεραπευτικές δομές και μέθοδοι.....	45
4.2	Το μοντέλο αλληλοδιαδοχής και παράλληλο μοντέλο.....	47
4.3	Ενιαίο (ολοκληρωμένο) μοντέλο.....	48
4.4	Διαφορετικά είδη ολοκληρωμένων προγραμμάτων.....	48
4.5	Αποτελεσματικότητα.....	49
4.6	Εφαρμογές και βέλτιστες πρακτικές.....	50
4.7	Πρόγραμμα Υποκατάστασης ΟΚΑΝΑ.....	52
4.7.1	Θεραπευτικές Μονάδες Υποκατάστασης.....	54
4.8	Τα ‘Στεγνά’ θεραπευτικά προγράμματα.....	58
4.9	Κέντρα Υποδοχής, Ενημέρωσης και Προσανατολισμού.....	60
<b>Κεφάλαιο Πέμπτο: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ</b>		
5.1	Ο ρόλος του κοινοτικού νοσηλευτή στη πρόληψη χρήσης εθιστικών ουσιών.....	62
5.2	Πρωτοβάθμια Πρόληψη.....	64
5.3	Υπηρεσίες Άμεσης Πρόσβασης.....	68
5.4	Ο ρόλος του κοινοτικού νοσηλευτή ψυχικής υγείας στη δευτεροβάθμια πρόληψη.....	69
5.5	Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις στην ανεξαρτητοποίηση των εθισμένων από κάποια ουσία ατόμων.....	70
5.6	Μονάδες Κοινωνικής Επανάταξης.....	73
5.7	Νοσηλευτικές παρεμβάσεις στην αντιμετώπιση των σωματικών νοσημάτων μέσα σε μία θεραπευτική κοινότητα.....	73
5.8	Σταθμός Φροντίδας Εξαρτημένων Ατόμων.....	75
5.9	Ο ρόλος του νοσηλευτή ψυχικής υγείας στη ψυχολογική προσέγγιση των οικείων του εθισμένου ατόμου.....	76
5.10	Τριτοβάθμια Πρόληψη.....	77
5.11	Οι εργοθεραπευτικές παρεμβάσεις.....	80
5.12	Κέντρα Ημέρας.....	80
5.13	Μονάδες Άμεσης Βοήθειας και Υποστήριξης.....	80
5.14	Μονάδες Εργασιακής Αποκατάστασης (Μ.ΕΡ.Α).....	81
5.15	Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης ψυχιατρικών ασθενών.....	81
<b>Επίλογος.....</b>		<b>83</b>
<b>Παράρτημα.....</b>		<b>85</b>
<b>Βιβλιογραφία.....</b>		<b>98</b>

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός της εργασίας είναι η ενημέρωση για το μεγαλύτερο κοινωνικοοικονομικό πρόβλημα της εποχής, τον εθισμό στις νόμιμες και μη ουσίες σε συνδυασμό με την ψύχωση, την πρόληψη, αντιμετώπιση και απεξάρτηση του ατόμου με τη στήριξη της επιστημονικής ομάδας ψυχικής υγείας και του νοσηλευτή. Η εργασία αυτή επιχειρεί να καταδείξει με βάση το υπάρχον βιβλιογραφικό υλικό το κακό της σωματικής αλλά και ψυχικής υγείας των εξαρτημένων ατόμων ως αποτέλεσμα της χρόνιας χρήσης τοξικών ουσιών. Παρακάτω γίνεται αναφορά στη ψύχωση, στις εξαρτησιογόνες ουσίες, στη συννοσηρότητα η διπλή διάγνωση όπως λέγεται, στα προγράμματα υποκατάστασης OKANA και στις νοσηλευτικές παρεμβάσεις στην ανεξαρτητοποίηση των εθισμένων από κάποια ουσία ατόμων. Ο κοινοτικός νοσηλευτής και η ομάδα ψυχικής υγείας συμβάλουν ενεργά στην πρόληψη με τη βοήθεια των κέντρων πρόληψης, στην απεξάρτηση μέσω των προγραμμάτων μεθαδόνης και στην επανένταξη με τη βοήθεια της εργοθεραπείας.



## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Είναι ευρέως γνωστό ότι η ψυχική υγεία αποτελεί πολυδιάστατο φαινόμενο, με ποικίλες παραμέτρους. Ένα ψυχικά υγιές και ισορροπημένο άτομο, με την ρεαλιστική αντίληψη των στοιχείων του περιβάλλοντός και του εαυτού του, καθίσταται ικανό να πραγματώσει όλους τους στόχους καθ' όλη την διάρκεια της πορείας του. Όταν μιλούμε για ψυχική ασθένεια, αναφερόμαστε στο σύνολο της προσωπικότητας του ατόμου. Συνεπώς, η νοσηλευτική προσέγγιση εφαρμόζει την ολιστική μέθοδο θεραπείας της νόσου.

Μια από τις σημαντικότερες ψυχικές διαταραχές είναι η ψύχωση, αφού καταρρακώνει την προσωπικότητα του ατόμου και τον εμποδίζει να λειτουργήσει με τον κατάλληλο τρόπο μέσα στην οικογένειά του αλλά και εν γένει ως μέλος της ευρύτερης κοινωνίας.

Ενσωματωμένες στην κουλτούρα των κοινωνιών του παρελθόντος, οι διάφορες φυσικές ψυχοτρόπες ουσίες δεν αποτελούσαν πρόβλημα και συνεπώς, δεν θεωρούνταν επικίνδυνες για το κοινωνικό σύνολο, γιατί η ενσωμάτωσή τους στην κοινωνική ζωή είχε ως αποτέλεσμα τη δημιουργία και τη λειτουργία διαφόρων μηχανισμών αυτορρύθμισης της χρήσης τους, με τρόπο που δεν υπονόμει αλλά αντίθετα ενδυνάμωνε την κοινωνική συνοχή. Οι διάφορες φυσικές ψυχοτρόπες ουσίες αποτελούν μια από τις εν χρήση δυνατότητες για την ικανοποίηση της θεμελιώδους ανάγκης του ανθρώπου να υπερβαίνει τα όρια της ύπαρξής του ή να ξεφεύγει από διάφορες καταστάσεις δυσαρέσκειας και πόνου ή απλώς να βιώνει καινούργιες εμπειρίες.

Με το πέρασμα στο βιομηχανικό πολιτισμό ο οποίος χαρακτηρίζεται από μια μονοδιάστατη παραγωγική λογική, σημειώνεται μια μεγάλη ρήξη με την παραδοσιακή αντιμετώπιση των διαφόρων φυσικών ψυχοτρόπων ουσιών. Έτσι ταυτόχρονα με την εμφάνιση στο ιστορικό προσκήνιο των βασικών στοιχείων που συνθέτουν την ανταγωνιστική κοινωνία, οι φυσικές ψυχοτρόπες ουσίες γίνονται για πρώτη φορά αντικείμενα συστηματικών διώξεων. Οι ουσίες αυτές αφού μελετήθηκε η δράση τους στον ανθρώπινο οργανισμό και από την γνώση των χρόνων χρήσης τους στην πορεία της ιστορίας, επεξεργάστηκαν φαρμακολογικά και χρησιμοποιήθηκαν από την ιατρική για ποικίλους σκοπούς. Η χρήση τους στη σωστή δοσολογία, για συγκεκριμένες περιπτώσεις ασθενών και μέσα στα πλαίσια συγκεκριμένων θεραπειών έχουν ικανοποιητικά αποτελέσματα. Η υπερδοσολογία όμως αυτών και η χρόνια χρήση τους μπορεί να επιφέρει ψυχική και σωματική εξάρτηση. Αν και οι περισσότερες από αυτές τις ουσίες θεωρούνται σήμερα παράνομες, η χρήση τους από τους ανθρώπους χωρίς ιατρικό λόγο αλλά με στόχο να πετύχουν την ψυχική και σωματική ευεξία και το αίσθημα ευφορίας, δεν έχει σταματήσει. Η χρήση ναρκωτικών και ο εθισμός είναι ένα πρόβλημα της δημόσιας υγείας που επηρεάζει πολλούς ανθρώπους και έχει ευρείες κοινωνικές επιπτώσεις. Οιεθιστικές ουσίες που χρησιμοποιούνται σήμερα για ιατρικούς και μη σκοπούς είναι πάραπολλές, τη δράση τους αλλά και τα χαρακτηριστικά εξάρτησης τους θα εξετάσουμε παρακάτω.

Στην ακόλουθη εργασία και πιο συγκεκριμένα στο πρώτο κεφάλαιο, θα γίνει αναφορά στο τι ορίζεται ως ψύχωση, ποια είναι η κλινική της εικόνα αλλά και ποιοι νοσούν. Επιπλέον, θα αναφερθούμε στο πώς μπορεί να προληφθεί αλλά και να θεραπευτεί η νόσος με 'τυπικά' και 'άτυπα' αντιψυχωσικά. Η ψύχωση σήμερα ορίζεται ως ένα κλινικό σύνδρομο, το οποίο περιλαμβάνει σημεία και συμπτώματα και βρίσκεται υπό εξέλιξη. Για τους πάσχοντες και τις οικογένειες τους, μπορεί να είναι μια παράξενη και καταστροφική πάθηση. Για τον ιατρό αποτελεί μια συνεχή και

σύνθετη πρόκληση, με πολύ ενδιαφέρον και πολλά ερωτηματικά, από κοινωνική, βιολογική και φιλοσοφική άποψη. Σήμερα είμαστε σε θέση να αντιμετωπίσουμε τη ψύχωση και γνωρίζουμε πολλά για τα γενετικά και περιβαλλοντικά της αίτια, ωστόσο, δεν μπορούμε ακόμα να επιφέρουμε την ίαση, ούτε και διαθέτουμε μια ταξινόμηση ανάλογα με τα αίτια που την προκαλούν, κάτι που θεωρείται ως η κορωνίδα της νοσολογίας.

Στο δεύτερο κεφάλαιο γίνεται αναφορά στις εξαρτησιογόνες ουσίες, στα συμπτώματα και στις διαταραχές που συνδέονται με το φαινόμενο της χρήσης αυτών των ουσιών. Οι διαταραχές που συνδέονται με τη χρήση ψυχοδραστικών ουσιών, όπως είναι το αλκοόλ, οι παράνομες ουσίες, τα φαρμακευτικά σκευάσματα, η νικοτίνη, περιγράφονται διεθνώς ως ένα από τα μεγαλύτερα κοινωνικά προβλήματα με επιδημικές διαστάσεις. Αποτελούν δε μερικές από τις δυσκολότερες στην αντιμετώπισή τους ψυχοπαθολογικές καταστάσεις και συνιστούν σημαντική απειλή για την κοινωνική συνοχή, την ευημερία και την ασφάλεια των πολιτών. Είναι δύσκολο να αποτυπωθεί επακριβώς η διάσταση του προβλήματος, γιατί οι επιπτώσεις και οι άμεσες ή έμμεσες συνέπειες από τη χρήση ψυχοδραστικών ουσιών δεν αποδίδονται και συνεπώς δεν καταγράφονται, ως σχετιζόμενες με τη χρήση αυτή. Κατά τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, το 10% του συνολικού αριθμού νοσημάτων οφείλονται στη χρήση ψυχοδραστικών ουσιών. Από την καθαρά επιστημονική σκοπιά, έχουν καταγραφεί πολλές και ποικίλες διαφωνίες σχετικά με την αιτιολογία, τη θεραπευτική αντιμετώπιση, τη νομική προσέγγιση και την κοινωνική στάση ως προς το πρόβλημα της χρήσης ουσιών. Στο πέρασμα των χρόνων, το μέγεθος και η φύση του προβλήματος αυτού μείωσαν σε σημαντικό βαθμό τις διαφωνίες υπέρ της συνεργασίας και των κοινών προγραμμάτων δράσης σε εθνικό όσο και σε διεθνές επίπεδο. Τα συμπτώματα που προκαλούνται από τη χρήση ουσιών μπορεί να μοιάζουν με πολλές ψυχικές διαταραχές, όπως συναισθηματικές, αγχώδεις ή ψυχωσικές διαταραχές. Η συννοσηρότητα, δηλαδή η συνύπαρξη δύο διαφορετικών διαταραχών (διπλή διάγνωση), πρέπει να λαμβάνεται πάντα σοβαρά υπόψη κατά τη διαδικασία της αξιολόγησης και θεραπευτικής αντιμετώπισης της κάθε περίπτωσης.

Στο τρίτο κεφάλαιο θα αναφερθούμε στον ορισμό και στην αιτιολογία της διπλής διάγνωσης και θα αναλύσουμε τα εμπόδια στη θεραπεία της. Κλείνοντας το κεφάλαιο τονίζουμε τους παράγοντες συσχέτισης και τις συνέπειες διαβίωσης των ατόμων με συννοσηρότητα. Η συννοσηρότητα ή διπλή διάγνωση ορίζεται από την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (ΠΟΥ) ως η συνύπαρξη στο ίδιο άτομο μιας διαταραχής οφειλόμενης στη χρήση ψυχοδραστικής ουσίας και μιας άλλης ψυχιατρικής διαταραχής. Αυτό δεν αποτελεί νέο φαινόμενο. Τα τελευταία χρόνια το θέμα κέρδισε έδαφος στις συζητήσεις πολιτικού επιπέδου και επαγγελματιών, καθώς έγινε προφανές ότι αφορά μεγάλο, και πιθανώς διογκούμενο, αριθμό ατόμων. Η προσπάθεια καθορισμού της αιτιολογίας της συννοσηρότητας οδηγεί σε αδιέξοδο: ποια από τις διαταραχές εμφανίστηκε πρώτη; Οι υπάρχουσες έρευνες σχετικά με την αιτιώδη συνάφεια μεταξύ ψυχιατρικών διαταραχών και διαταραχών οφειλόμενων στη χρήση ουσιών δεν καταλήγουν σε συγκεκριμένα συμπεράσματα. Τα συμπτώματα της ψυχικής διαταραχής και των προβλημάτων που οφείλονται στην ουσιοεξάρτηση αλληλεπιδρούν και αλληλοεπηρεάζονται. Από ερευνητικά στοιχεία προκύπτουν ενδείξεις ότι οι ψυχιατρικές διαταραχές και οι διαταραχές της προσωπικότητας προϋπάρχουν συνήθως των διαταραχών που οφείλονται στη χρήση ουσιών, δηλαδή αυξάνουν την επιρρέπεια των ατόμων σε τέτοια προβλήματα ωστόσο, οι ψυχιατρικές διαταραχές ενδέχεται επίσης να επιδεινωθούν λόγω της χρήσης ναρκωτικών (π.χ. για την κατάθλιψη) ή να εκδηλωθούν παράλληλα.

Στο τέταρτο κεφάλαιο θα περιγράψουμε τα τρία μοντέλα παροχής υπηρεσιών για τη θεραπεία της συννοσηρότητας και τα διαφορετικά είδη ολοκληρωμένων προγραμμάτων και θα αναφερθούμε στο πρόγραμμα υποκατάστασης ΟΚΑΝΑ. Η θεραπεία των ασθενών που εμφανίζουν συννοσηρότητα χαρακτηρίζεται από πολλά προβλήματα, γεννά τεράστιες απαιτήσεις από το προσωπικό και συχνά δεν επιφέρει τα προσδοκώμενα αποτελέσματα. Συχνά ο χειρισμός των ασθενών είναι δύσκολος λόγω της διαταραγμένης και επιθετικής κοινωνικής συμπεριφοράς τους, ιδίως όταν πάσχουν από τις εντονότερες μορφές διαταραχών της προσωπικότητας, και λόγω της συναισθηματικής αστάθειάς τους. Τα τρία μοντέλα για τη θεραπεία της συννοσηρότητας είναι: η διαδοχική, η παράλληλη και η ολοκληρωμένη θεραπεία τα οποία και θα αναλύσουμε στην παρακάτω εργασία.

Στο πέμπτο και τελευταίο κεφάλαιο θα γίνει αναφορά στο ρόλο του κοινοτικού νοσηλευτή στη πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια πρόληψη χρήσης εθιστικών ουσιών καθώς και στις νοσηλευτικές παρεμβάσεις στην ανεξαρτητοποίηση των εθισμένων από κάποια ουσία ατόμων και στην αντιμετώπιση των σωματικών νοσημάτων μέσα σε μια θεραπευτική κοινότητα. Ο ΟΚΑΝΑ στηρίζει την αποτελεσματικότητα των μονάδων της στην ύπαρξη και την σωστή λειτουργία της ομάδας επαγγελματιών ψυχικής υγείας μέλος της οποίας είναι και ο νοσηλευτής. Ο ρόλος του νοσηλευτή είναι καθοριστικός στην θεραπεία του εθισμού. Αναπτύσσει μια σχέση συνεργασίας καθ'όλη την διάρκεια της θεραπείας ώστε να ανακαλύπτει συνεχώς τις μεταβολές των αναγκών του ασθενούς αλλά και των δυνατοτήτων του να τις αξιολογεί και να προσαρμόζεται η θεραπεία του ιδιαίτερες ανάγκες.

Η πρωτοβάθμια πρόληψη έχει σαν κύριο στόχο της να δώσει στο άτομο αλλά και στο κοινωνικό σύνολο την δυνατότητα να αποκτήσει συνείδηση των κινδύνων που οδηγούν στην αδυναμία οριοθέτησης απέναντι στις ουσίες, που η κοινωνία παράγει διαθέτει και προβάλλει σαν πηγή ευφορίας ή σαν μέσο ανακούφισης από τα δεινά της ζωής. Η εξάρτηση από νόμιμες ή παράνομες ουσίες είναι ένα σύνθετο ψυχοκοινωνικό πρόβλημα στο οποίο συμβάλουν εξίσου η προσωπικότητα του ατόμου, η οικογένεια και το ευρύτερο κοινωνικοπολιτισμικό πλαίσιο στο οποίο ζει ένα άτομο.

Η δευτεροβάθμια πρόληψη αφορά κυρίως σε άτομα που είναι ήδη χρήστες εθιστικών ουσιών ή σε άτομα με οξεία έναρξη μιας κατάχρησης ή σε άτομα που νοσηλεύονται για κάποια σωματική πάθηση και εμφανίζουν συμπτωματολογία εξαρτημένου ατόμου ώστε να βοηθηθούν έγκαιρα. Ο στόχος της δευτεροβάθμιας πρόληψης είναι ουσιαστικά η ανίχνευση των χρηστών, η έγκαιρη διάγνωση, η αποτελεσματική θεραπεία στον ελάχιστο δυνατό χρόνο νοσηλείας και η προσπάθεια αποφυγής περαιτέρω παθολογικών επιπτώσεων.

Στο πλαίσιο της τριτοβάθμιας πρόληψης, ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας ασχολείται με την «εκπαίδευση» του ασθενούς σε ζητήματα καθημερινής ζωής που αποτελεί το πρώτο στάδιο αποκατάστασης, και τη σωστή «εκπαίδευση» των φορέων της κοινότητας, η οποία με τη σειρά της συμβάλλει με τα μέσα που διαθέτει, στην κοινωνική και επαγγελματική αποκατάσταση των ψυχικά ασθενών. Ο κοινοτικός νοσηλευτής ψυχικής υγείας οφείλει να γνωρίζει τις συνέπειες της χρονιότητας της χρήσης, ότι οδηγείται το άτομο σε σύνθετη έκπτωση, ψυχολογική, σωματική, κοινωνική, οικονομική και επαγγελματική. Είναι επομένως φανερό ότι για να επιτευχθεί η αποκατάσταση και επανένταξη του ασθενούς χρειάζεται η αντιμετώπιση όλων αυτών των ζητημάτων. Η αντικειμενική καταγραφή και ο προγραμματισμός των στόχων και των παρεμβάσεων της κοινωνικής και επαγγελματικής ένταξης του βοηθούν αδιαμφισβήτητα στη βελτίωση της γενικότερης κατάστασης του αρρώστου.

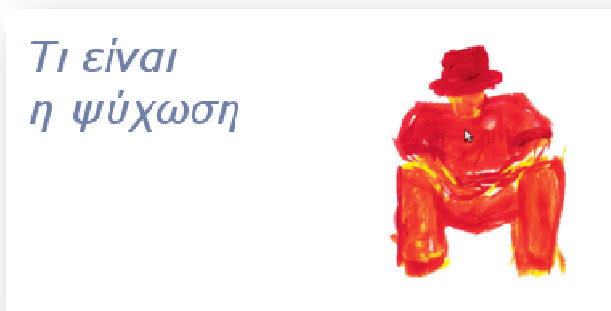


# 1. Κεφάλαιο Πρώτο: Ψύχωση

## 1.1 Εισαγωγή

### 1.1.1 Τί είναι η Ψύχωση

Είναι ένας συνδυασμός ψυχικών και συμπεριφορικών φαινομένων, ένα κλινικό σύνδρομο. Οι εκδηλώσεις της μπορεί να περιλαμβάνουν: διαταραχές της αντίληψης με τη μορφή των ψευδαισθήσεων, διαστρεβλωμένες επαγωγικές κρίσεις που οδηγούν σε ασυνήθιστες πεποιθήσεις και παραληρητικές ιδέες, διαταραχή της δομής της σκέψης που εκδηλώνεται με διαταραχή της γλωσσικής λειτουργίας, ασυνήθιστο, συχνά περιεσφιγμένο συναίσθημα, βούληση και ικανότητα ευχαρίστησης, διάχυτες γνωστικές διαταραχές που αφορούν ιδιαίτερα τη μνήμη και τις εκτελεστικές λειτουργίες, φαινομενικά παράδοξες συμπεριφορές που μπορούν να ερμηνευθούν μόνο στα πλαίσια αυτών των ασυνήθιστων εμπειριών και των διαταραχών των συστημάτων ελέγχου και τέλος καθίσταται ολοένα και πιο φανερό ότι, όπως άλλωστε ήταν γνωστό από εκατονταετίας, υπάρχουν επίσης κινητικές και αναπτυξιακές διαστάσεις. Είναι φανερό ότι υπάρχει τεράστια ποικιλομορφία. Το κάθε περιστατικό είναι μοναδικό<sup>1</sup>.



Όπως συμβαίνει με πολλά σύνθετα νοσήματα, γνωρίζουμε πολλά για τη ψύχωση, αλλά παραμένουν ακόμα αρκετές άγνωστες πλευρές. Το ποσοστό των ανθρώπων που προσβάλλονται από αυτό το σύνδρομο κάποια στιγμή κατά τη διάρκεια της ζωής τους είναι λίγο μικρότερο από 1%, ενώ για πρώτη φορά προσβάλλονται περίπου 24-25/100.000 άτομα ετησίως. Το σύνδρομο της ψύχωσης είναι σπανιότατο πριν την εφηβεία, εισβάλλει δε συχνότερα κατά την πρώιμη ενήλικη ζωή. Αυτό μαρτυρά πολλά για τους υποκείμενους εγκεφαλικούς και νοητικούς μηχανισμούς, όπως για τις διαταραχές των νευρωνικών συνδέσεων που απαιτούνται για τη γένεση των εκδηλώσεων του συνδρόμου.

Μετά από το πρώτο επεισόδιο, όλες οι εκβάσεις είναι πιθανές. Ορισμένοι ασθενείς αναρρώνουν τελείως, πολλοί εμφανίζουν εξάρσεις και υφέσεις επί μια δεκαετία περίπου, άλλοι εμφανίζουν βαριά και προοδευτικά επιδεινούμενη εξέλιξη, με μεγάλη λειτουργική έκπτωση και πρόωρο θάνατο, είτε από αυτοκτονία είτε από διάφορα φυσικά αίτια θανάτου που είναι συχνότερα στους πάσχοντες από το σύνδρομο. Στο τελευταίο πιθανότατα συμβάλλουν ο τρόπος ζωής και άλλα αίτια. Καμία εκδήλωση του συνδρόμου δεν συνιστά αφ' εαυτής αναγκαία και ικανή συνθήκη για τη διάγνωση, ωστόσο αυτή είναι προφανής σε πολλές περιπτώσεις λόγω της παρουσίας ποικίλων χαρακτηριστικών εκδηλώσεων. Εντούτοις, τα όρια του συνδρόμου δεν είναι σαφή, μπορεί να υπάρχει αλληλοεπικάλυψη με άλλες ψυχικές διαταραχές, όπως οι συναισθηματικές διαταραχές και η ιδεοψυχαναγκαστική



διαταραχή, ενώ επίσης μπορεί να υπάρχει ένα ευρύ φάσμα ψυχοπαθολογίας, που απολήγει σε ασυνήθιστες εμπειρίες, που μπορεί να έχουν και άτομα του γενικού πληθυσμού<sup>2</sup>.

Σήμερα είμαστε σε θέση να αντιμετωπίσουμε τη ψύχωση και γνωρίζουμε πολλά για τα γενετικά και περιβαλλοντικά της αίτια, ωστόσο, δεν μπορούμε ακόμα να επιφέρουμε την ίαση, ούτε και διαθέτουμε μια ταξινόμηση ανάλογα με τα αίτια που την προκαλούν, κάτι που θεωρείται ως η κορωνίδα της νοσολογίας.

Η ψύχωση σήμερα ορίζεται ως ένα κλινικό σύνδρομο, το οποίο περιλαμβάνει σημεία και συμπτώματα και βρίσκεται υπό εξέλιξη. Για τους πάσχοντες και τις οικογένειες τους, μπορεί να είναι μια παράξενη και καταστροφική πάθηση. Για τον ιατρό αποτελεί μια συνεχή και σύνθετη πρόκληση, με πολύ ενδιαφέρον και πολλά ερωτηματικά, από κοινωνική, βιολογική και φιλοσοφική άποψη. Ωστόσο, στην πραγματικότητα, όταν προσπαθούν να βοηθήσουν τους πάσχοντες και τις οικογένειες τους, οι ιατροί χρειάζονται αξιόπιστα πλαίσια αναφοράς για να κατανοήσουν την πάθηση, να συνεργαστούν με άλλους επαγγελματίες υγείας και να σχεδιάσουν τη φροντίδα του ασθενούς και τις παρεμβάσεις τους<sup>2</sup>.

### 1.1.2 Κλινική Εικόνα και Φυσική Πορεία της Ψύχωσης

Όπως δείχνουν τα διαγνωστικά κριτήρια, το ψυχωσικό σύνδρομο μπορεί να έχει ποικίλη κλινική εικόνα, όπως και ποικίλη χρονική πορεία. Αυτή η αβεβαιότητα όσον αφορά την έκβαση, συχνά δημιουργεί προβλήματα στην ενημέρωση των πασχόντων και των φροντιστών τους σχετικά με το τί αναμένεται να συμβεί στο μέλλον.

Στις εκδηλώσεις της πρόδρομης περιόδου περιλαμβάνονται: απόσυρση από προηγούμενους κοινωνικούς ρόλους, έκπτωση στη γενική λειτουργικότητα, συμπεριφορές που παραξενεύουν τους άλλους, μεταβολές στα συναισθήματα (άμβλυση ή απροσφορότητα), παραμέληση της προσωπικής υγιεινής, δυσκολίες στην επικοινωνία με άλλους, παράδοξες ιδέες, ασυνήθιστα αντιληπτικά βιώματα και μείωση των ενορμήσεων, της πρωτοβουλίας, των ενδιαφερόντων ή της ενεργητικότητας<sup>3</sup>.

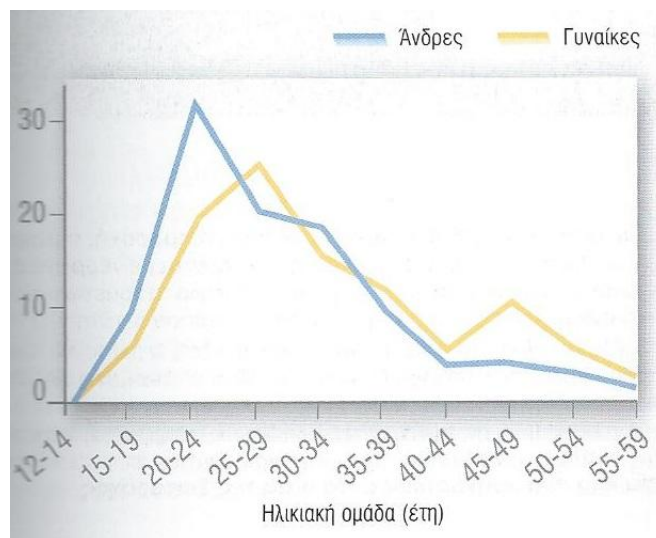
Αυτές οι εκδηλώσεις συχνά οδηγούν τα άτομα του περιβάλλοντος του ασθενούς στο να λένε ότι ο πάσχων 'είναι αλλαγμένος'. Οι ευρισκόμενοι σε πρόδρομη φάση κάποιες φορές λένε ότι 'κάτι δεν πάει και τόσο καλά'. Η διάρκεια της πρόδρομης φάσης ποικίλλει και η έναρξή της είναι συχνά δύσκολο να εντοπισθεί χρονικά. Κάποιες φορές η έναρξη είναι ύπουλη, και μπορεί να είναι αδύνατον να εντοπισθεί σαφής αλλαγή, ιδίως στα νεότερα άτομα, τα οποία αλλάζουν ούτως ή άλλως στα πλαίσια της φυσιολογικής τους ανάπτυξης. Σε τέτοιες περιπτώσεις, η λειτουργική έκπτωση και η απώλεια 'κοινωνικού κεφαλαίου' μπορεί να είναι βαρύτερη. Σε αυτούς τους ανθρώπους, η πρόδρομη φάση εξελίσσεται την περίοδο που θα έπρεπε να ολοκληρώσουν την εκπαίδευσή τους, να αναλάβουν τους επαγγελματικούς τους ρόλους και να συνάψουν τις ενήλικες σχέσεις τους<sup>4</sup>.

## 1.2 Επιδημιολογία

### 1.2.1 Ποιοι νοσούν

- **Ηλικία**

Η ασφαλέστερη απάντηση είναι ότι ο καθένας μπορεί να προσβληθεί από αυτό το σύνδρομο. Ωστόσο, υπάρχουν δύο αξιοσημείωτα σταθερά ευρήματα στην επιδημιολογία της ψύχωσης. Το πρώτο είναι ότι η διαταραχή τείνει να εισβάλλει κατά τη νεαρή ενήλικη ζωή, ενώ είναι εξαιρετικά σπάνια πριν την εφηβεία. Τα δεδομένα από τις μελέτες των Slater και Cowie την δεκαετία του 1960 και των Hafneretal 25 χρόνια μετά, δίνουν μια συνοπτική εικόνα της κατάστασης, η οποία προσφάτως επεκτάθηκε και βελτιώθηκε από τους Kirkbride και συνεργάτες. Αυτές οι μελέτες επίσης αναδεικνύουν την ελαφρά διάκριση που υπάρχει ανάμεσα στους άντρες και στις γυναίκες, στις οποίες η έξαρση είναι κάπως πιο όψιμη και η περίοδος κινδύνου μακρότερη. Η στενή σύνδεση ανάμεσα στο στάδιο της ζωής και της πιθανότητα ανάπτυξης του συνδρόμου πιθανότατα μαρτυρεί την ύπαρξη υποκείμενου νευροβιολογικού φαινομένου, όπως η ωρίμανση ορισμένων συνδέσεων με φυσιολογική ή παθολογική μυελίνωση<sup>5</sup>.



- **Φύλο**

Το δεύτερο σταθερό εύρημα είναι ότι η διαταραχή είναι συχνότερη στους άνδρες, εφόσον ορίζεται στενά, με αποκλεισμό των συναισθηματικών συμπτωμάτων. Στις περισσότερες μελέτες με σύγχρονα κριτήρια, οι πάσχουσες γυναίκες είναι περίπου μισές από τους πάσχοντες άνδρες κατά το πρώτο ήμισυ της ζωής, ενώ η ισορροπία μεταξύ των φύλων αποκαθίσταται στις μεγαλύτερες ηλικίες. Αυτή η αυξημένη επίπτωση στις γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας, ανεξαρτήτως της άνοιας, μπορεί να υποκρύπτει αιτιολογικούς παράγοντες. Τα οιστρογονικά συστήματα θεωρούνται προστατευτικά πριν την εμμηνόπαυση<sup>5</sup>.

- **Πότε αρχίζει πραγματικά η ψύχωση**

Σύμφωνα με τα δεδομένα για την ηλικία έναρξης, η εμφάνιση συνδέεται στενά με την πορεία της ζωής, και μάλιστα με ασυνήθιστο τρόπο. Σε γενικές γραμμές, οι περισσότερες παθολογικές διεργασίες εμφανίζονται στα άκρα της ζωής, αλλά η ψύχωση καταλαμβάνει ενδιάμεση θέση. Αυτό ευθύνεται εν μέρει για τις τεράστιες προσωπικές, οικογενειακές, κοινωνικές και οικονομικές συνέπειές της.

Τα δεδομένα για τις αναπτυξιακές διαφορές είναι δύσκολο να συσχετισθούν με προβλέψεις για το ποιοι θα αναπτύξουν αργότερα ψύχωση και ποιοι όχι. Τόσο οι Kraepelin όσο και ο Bleuler παρατήρησαν ότι μεγάλο μέρος των ανθρώπων που ανέπτυξαν το ψυχωσικό σύνδρομο είχαν εμφανίσει διαφορές στο χαρακτήρα και τη συμπεριφορά τους από την παιδική και εφηβική ηλικία.

Αυτοί οι ερευνητές μπόρεσαν να κάνουν αυτές τις δοκιμές κλινικές παρατηρήσεις εν μέρει διότι βρίσκονταν σε επαφή με τα παιδιά των ασθενών τους, προτού κάποια αναπτύξουν διαταραχές παρόμοιες με αυτές των γονέων τους. Έτσι κατά κάποιο τρόπο εφάρμοσαν μεθόδους προοπτικής παρακολούθησης ατόμων με υψηλό γενετικό κίνδυνο. Ωστόσο, το πόρισμα ότι οι υπόλοιποι άνθρωποι που θα ανέπτυσαν ψύχωση είχαν εντελώς φυσιολογική ανάπτυξη μπορεί να μην είναι δικαιολογημένο<sup>6</sup>.

Πολλά από τα δεδομένα για την παθολογική ανάπτυξη πριν την εμφάνιση της ψύχωσης, όπως αυτά που προκύπτουν από μελέτες ελασσόνων σωματικών ανωμαλιών και νευροπαθολογίας, εξηγούνται καλύτερα ως διαταραχές των αναπτυξιακών διεργασιών. Ωστόσο αυτές οι διεργασίες δεν προσφέρονται για άμεση παρατήρηση. Οι γενετικές μελέτες ατόμων υψηλού κινδύνου έχουν αναδείξει ελαφρές διαφορές στη νευρολογική ανάπτυξη των παιδιών με υψηλό κίνδυνο.

Οι μελέτες στο γενικό πληθυσμό και σε ομάδες υψηλού κινδύνου αποτελούν δύο εργαλεία κλειδιά. Τα δεδομένα απ' αυτά τα δύο είδη μελετών συγκλίνουν. Οι μελέτες στο γενικό πληθυσμό μπορούν επίσης κατά κάποιο τρόπο να θεωρηθούν ως μελέτες υψηλού κινδύνου, στις οποίες τα παιδιά που θα αναπτύξουν ψύχωση διατρέχουν κίνδυνο 100%, εν συγκρίσει με τα συνομήλικά τους άτομα με κίνδυνο 0%<sup>6</sup>.

- **Μελέτες σε ομάδες υψηλού κινδύνου**

Έχουν ανευρεθεί αναπτυξιακές διαταραχές καθ' όλη τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας σε ποσοστό 25-50% των παιδιών 'υψηλού κινδύνου', που οι μητέρες τους πάσχουν. Σε αυτές τις διαταραχές περιλαμβάνονται:

- § Υποδραστηριότητα
- § Υποτονία και 'χαλαρότητα κρατήματος' κατά τη νεογνική περίοδο
- § Ασυνήθιστο πρότυπο επίτευξης των αναπτυξιακών σταθμών και καθυστερημένη κατάκτησή τους
- § 'Αμβληγρά' νευρολογικά σημεία, ιδίως πλημμελής κινητικός συντονισμός κατά την πρώιμη παιδική ηλικία
- § Ελλείμματα στη προσοχή και την επεξεργασία πληροφοριών κατά την όσιμη παιδική ηλικία



Αυτά τα ευρήματα δηλώνουν ότι η γενετική ευαλωτότητα προς τη ψύχωση συνδέεται ή συνοδεύεται, τουλάχιστον εν μέρει, από διαταραχές της ανάπτυξης του νευρικού συστήματος. Τα ελλείμματα στη προσοχή και τις άλλες γνωστικές λειτουργίες είναι πιθανόν να έχουν βασικό ρόλο<sup>7</sup>.

## 1.2.2 Πόσοι άνθρωποι πάσχουν από ψύχωση

### Επιπολασμός

Πόσοι άνθρωποι πάσχουν από ψύχωση σε μία δεδομένη χρονική στιγμή? Δύο μεγάλες μελέτες επιπολασμού των ψυχικών διαταραχών, που έγιναν στις ΗΠΑ, δείχνουν μείωση του επιπολασμού της ψύχωσης μέσα σε μια δεκαετία. Άλλες μεγάλες μελέτες έχουν ξεκινήσει στην Ευρώπη και στην Αυστραλία.

Το πρόγραμμα Epidemiological Catchment Area (ECA) εξέτασε 17.803 άτομα μεταξύ του 1980 και του 1984. Αυτή η μελέτη ανέδειξε επιπολασμό καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής 1,4%. Η Εθνική Μελέτη Συννοσηρότητας (NCS) εξέτασε 8098 άτομα μεταξύ του 1990 και του 1992 και βρήκε ότι ο επιπολασμός καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής για την περιεκτική κατηγορία 'μη συναισθηματική ψύχωση' ήταν 0,7%<sup>6</sup>.

Η μείζον μελέτη επιπολασμού της ψυχιατρικής νοσηρότητας που έγινε στη Μ. Βρετανία, μεταξύ Απριλίου-Σεπτεμβρίου 1993 (OPCS) ανέδειξε επιπολασμό λειτουργικής ψύχωσης μόνο 0,4% για το προηγούμενο εξάμηνο, σε άτομα 16-64 ετών που έμεναν στο σπίτι τους. Αυτό το εύρημα ήταν παρόμοιο με τα αποτελέσματα μιας μεγάλης μελέτης των ψυχασικών διαταραχών, η οποία αποτελούσε τμήμα της Αυστραλιανής Μελέτης Ψυχικής Υγείας και Ευεξίας. Σε αυτή τη μελέτη, ο σταθμισμένος μέσος σημειακός επιπολασμός επαφής με τις υπηρεσίες υγείας ήταν 4,7/1000 ενηλίκους, πάνω από το 60% των οποίων έπασχαν<sup>6</sup>.

Ενώ η τάξη μεγέθους είναι η ίδια, υπάρχουν σημαντικές διαφορές μεταξύ των εκτιμήσεων στις διάφορες μελέτες. Ακόμα και το φαινομενικά απλό ερώτημα του επιπολασμού δεν μπορεί να απαντηθεί με σιγουριά. Οι διαφορές μπορεί να συνδέονται με την επιλογή των δειγμάτων ή τη μεθοδολογία των ψυχιατρικών συνεντεύξεων, θα πρέπει δε να διευκρινιστούν σε μελλοντικές μελέτες. Ωστόσο, επί του παρόντος, φαίνεται ότι ο επιπολασμός καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής στο δυτικό κόσμο μπορεί να έχει μειωθεί κατά τη τελευταία δεκαετία. Αυτό θα μπορούσε να οφείλεται σε μείωση της επίπτωσης ή σε μεταβολές της πορείας της νόσου, όπως αυτές που οφείλονται στη βελτίωση της θεραπείας<sup>7</sup>.

## **1.3 Πρόληψη**

Παρά την σημαντική επιστημονικά πρόοδο τα τελευταία 15 χρόνια, η διάγνωση παραμένει κλινική και η αιτιολογική αλυσίδα για τον καθένα ασθενή ξεχωριστά παραμένει συνήθως άγνωστη. Συνεπώς, η παρέμβαση για μείωση του κινδύνου ανάπτυξης ψύχωσης στον κάθε ασθενή ξεχωριστά έχει τεράστιες δυσκολίες. Εναλλακτικά, τα συστήματα υγείας θα μπορούσαν να πάρουν ευρύτερες πρωτοβουλίες δημόσιας υγείας για την ελάττωση της επίπτωσης της ασθένειας. Ένα καλό παράδειγμα θα ήταν η βελτίωση της προγεννητικής και μαιευτικής φροντίδας. Ωστόσο, δεν υπάρχουν πειστικές ενδείξεις μείωση της επίπτωσης της ψύχωσης σε χώρες που έχουν βελτιώσει τη μαιευτική φροντίδα τα τελευταία 20 έτη. Αυτό δεν

μειώνει την αξία της βελτίωσης της μαιευτικής φροντίδας. Ωστόσο, στο μέτρο που αυτή έχει συμβεί, η συμβολή της στην ελάττωση του κινδύνου ανάπτυξης είναι στην καλύτερη περίπτωση μικρή. Παρόμοιες προσπάθειες πρόληψης περιλαμβάνουν την ελάττωση των κακώσεων της κεφαλής και την βελτίωση της αντιμετώπισής τους. Και πάλι, η επίδραση των κακώσεων της κεφαλής είναι μικρή<sup>8</sup>.

Πολλές έρευνες έχουν καταδείξει ότι πολλοί ασθενείς εμφανίζουν (αναδρομικά) ισόβιο ιστορικό ήπιων νευρολογικών και γνωστικών ελλειμμάτων, που προηγούνται της εμφάνισης των τυπικών συμπτωμάτων (συνηθέστερα) κατά την εφηβεία ή την πρώιμη ενήλικη ζωή. Αρκετοί ασθενείς εμφανίζουν καθυστέρηση στην επίτευξη των μειζόνων κινητικών αναπτυξιακών σταθμών, νευρολογικά ελλείμματα, χαμηλότερο IQ από το αναμενόμενο, δυσχέρεια στη προσοχή και συναφείς γνωστικές δυσκολίες και έκπτωση των ακαδημαϊκών και κοινωνικών επιδόσεων. Ωστόσο, αυτά τα ευρήματα δεν είναι ειδικά και δεν επιτρέπουν από μόνα τους την πρωιμότερη κλινική ανίχνευση της ψύχωσης.

Πολλοί άλλοι ερευνητές έχουν επιδοθεί στη διερεύνηση μιας συναφούς στρατηγικής πρώιμης παρέμβασης μόλις πριν την έναρξη της έκδηλης ψύχωσης, όταν ο ασθενής εμφανίζει πρόδρομα σημεία νόσου αλλά δεν έχει ακόμα μεταπέσει σε πλήρη ψύχωση. Αυτή η προσέγγιση, που είναι τουλάχιστον κάπως πιο εστιασμένη από την (πρωιμότερη) παρέμβαση βάση βίο-συμπεριφορικών πρόδρομων εκδηλώσεων κατά την παιδική ηλικία, είναι σημαντική διότι συνάδει με την εύλογη προσδοκία ότι η πρώιμη παρέμβαση μπορεί να προλάβει την επιδείνωση και τις συνακόλουθες αναπηρίες. Υπάρχουν σήμερα ενδείξεις από μελέτες σε ασθενείς που βρίσκονταν σε πρόδρομο στάδιο της νόσου ότι η θεραπεία με άτυπα αντιψυχωσικά μπορεί να επιβραδύνει την έναρξη της ψύχωσης σε αυτές τις ομάδες υψηλού κινδύνου. Δεν είναι ακόμα γνωστό αν αυτή η προσέγγιση θα μπορούσε να αποτρέψει εντελώς την εκδήλωση ή να καταστήσει την πορεία της νόσου καλοθέςτερη. Καθότι η έκθεση σε φάρμακα ανθρώπων που δεν έχουν ακόμα διάγνωση συνεπάγεται κινδύνους και εγείρει ηθικά ζητήματα, δεν μπορεί ακόμα να δικαιολογηθεί μια τέτοια επιθετική μορφή θεραπευτικής παρέμβασης μέχρι να προκύψουν περισσότερα ερευνητικά δεδομένα. Εντούτοις, αυτή είναι μία ιδιαίτερα ενδιαφέρουσα και υποσχόμενη προσέγγιση<sup>8</sup>.

## 1.4 Θεραπεία

Σήμερα δεν υπάρχει δυνατότητα ίασης της ψύχωσης, αν και, η έκβαση ποικίλλει. Οι θεραπείες είναι πιο αποτελεσματικές όταν συνδυάζονται: φαρμακοθεραπεία, ψυχοθεραπεία, υποστήριξη της οικογένειας, κοινωνική υποστήριξη. Είναι πολύ σημαντικό να κατανοήσουν οι ασθενείς, οι οικογένειες τους και οι γιατροί ότι ενώ σήμερα υπάρχουν πολλά φάρμακα για τη ψύχωση το ζήτημα δεν τίθεται με τους όρους 'καλύτερο' και 'χειρότερο' φάρμακο. Όλα έχουν τις ενδείξεις τους. Παράδειγμα, η κλοζαπίνη είναι φάρμακο εκλογής για τη βαριά ψύχωση. Όλα τα τυπικά αντιψυχωσικά, όπως και τα άτυπα είναι κατάλληλα για το πρώτο επεισόδιο, όπως και για τα άλλα στάδια της νόσου<sup>8</sup>.

Η συμμετοχή και η υποστήριξη της οικογένειας είναι επίσης σημαντικές για την επιτυχή θεραπεία. Καθώς βελτιώνεται η έκβαση, η ανάγκη εξασφάλισης επαρκούς υποστήριξης σε ότι αφορά τον επαγγελματικό τομέα, τη στέγαση και άλλες κοινωνικές παροχές θα καθίσταται όλο και περισσότερο εμφανής.

Τα συστατικά της ολοκληρωμένης αντιμετώπισης της ψύχωσης είναι:

- Φαρμακευτική θεραπεία
- Ατομική υποστηρικτική θεραπεία
- Γνωσιακή και ψυχοκοινωνική θεραπεία
- Ψυχοεκπαίδευση και υποστήριξη της οικογένειας
- Κοινωνική υποστήριξη
- Διαχείριση περιστατικού
- Στέγαση
- Οικονομική υποστήριξη
- Επαγγελματική υποστήριξη

Η ανάπτυξη ποικίλων φαρμακευτικών θεραπειών έχει δώσει ώθηση στην ανάπτυξη διάφορων φαρμακολογικών μοντέλων σχετικά με τους υποδοχείς-στόχους των αντιψυχωσικών και τη συμμετοχή διάφορων υποδοχέων σε συγκεκριμένα συμπτώματα και ανεπιθύμητες ενέργειες. Κυρίαρχη θέση ανάμεσα στα φαρμακολογικά μοντέλα, που παραμένει μετά από δεκαετίες έρευνας, έχει η υπόθεση της ντοπαμίνης-ένα μοντέλο που εστιάζεται στη διαταραχή της ισορροπίας της ντοπαμινεργικής δραστηριότητας<sup>8</sup>.

## ‘ΤΥΠΙΚΑ’ ΚΑΙ ‘ΑΤΥΠΑ’ ΑΝΤΙΨΥΧΩΣΙΚΑ

Τα τυπικά και άτυπα αντιψυχωσικά συναπαρτίζουν τον κορμό της θεραπείας. Η επιλογή τυπικού ή άτυπου αντιψυχωσικού και συγκεκριμένου φαρμάκου από μία απ’ αυτές τις δύο ομάδες είναι μια σύνθετη διαδικασία. Η απόφαση θα πρέπει να λαμβάνεται από τον ασθενή, με τη συνεργασία του γιατρού του. Θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη το ιστορικό ανταπόκρισης σε προηγούμενες φαρμακευτικές θεραπείες, η ευαισθησία στις ανεπιθύμητες ενέργειες και ο τρόπος εκδήλωσης της νόσου στο συγκεκριμένο ασθενή. Είναι πολύ καλό να συμμετέχουν στη λήψη της απόφασης και τα μέλη της οικογένειας, καθότι αυτά μπορεί να είναι στη καλύτερη θέση να αξιολογήσουν την ανταπόκριση του ασθενούς σε προηγούμενα φαρμακευτικά σχήματα. Είναι επίσης χρήσιμο να γίνεται ανασκόπηση τυχόν διαθέσιμης βιβλιογραφίας, ώστε ο ασθενής να ενημερωθεί σχετικά με το ποιο φάρμακο θα ήταν καλύτερο στη δική του περίπτωση. Σήμερα, τα εμπειρικά δεδομένα σχετικά με την επιλογή άτυπου αντιψυχωσικού δεν είναι πλήρη. Χρειάζονται περισσότερες συγκριτικές μελέτες. Επιπλέον, συνεχώς αυξάνονται οι γνώσεις μας για το προφίλ ανεπιθύμητων ενεργειών των άτυπων αντιψυχωσικών. Συνεπώς, οι κλινικές πρακτικές και οι πληροφορίες που τις διαμορφώνουν πιθανότατα θα εξελιχθούν περαιτέρω με ταχείς ρυθμούς μέσα στην επόμενη πενταετία. Εν πάση περιπτώσει, η κατανόηση της τρέχουσας διάκρισης μεταξύ τυπικών και άτυπων αντιψυχωσικών είναι σημαντική<sup>6</sup>.

### Ø Τυπικά αντιψυχωσικά

Το πρώτο αντιψυχωσικό φάρμακο, η χλωροπρομαζίνη, όταν χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά κατά τη γενική αναισθησία, παρατηρήθηκε ότι ελάττωνε τις



ψευδαισθήσεις και τις παραληρητικές ιδέες και είχε κατευναστική δράση. Λόγω αυτών των δράσεων, τα αντιψυχωσικά αρχικά ονομάστηκαν ‘μείζονα ηρεμιστικά’.

#### Ø Άτυπα αντιψυχωσικά

Η κλοζαπίνη είναι το πρωτότυπο άτυπο αντιψυχωσικό φάρμακο. Αντίθετα από τα τυπικά αντιψυχωσικά, συνδέεται με πολλούς υποδοχείς νευροδιαβιβαστών. Άλλα άτυπα αντιψυχωσικά είναι:

- Ρισπεριδόνη
- Ολανζαπίνη
- Κουετιαπίνη
- Ζιπραζιδόνη
- Αριπιπραζόλη
- Σερτινδόλη
- Αμισουλπρίδη και σουλπριδίδη

## 1.6 Ψυχοθεραπείες

Υπάρχει μια σειρά από μη φαρμακευτικές ψυχοκοινωνικές θεραπείες και θεραπείες αποκατάστασης που είναι χρήσιμες στη θεραπεία των πασχόντων από ψύχωση<sup>4</sup>.

#### Û Ατομικές θεραπείες

Η υποστηρικτική / συμβουλευτική ψυχοθεραπεία αποτελεί σημαντική πλευρά της φροντίδας των πασχόντων από ψύχωση. Συνήθως εστιάζεται σε συγκεκριμένες και καθημερινές δραστηριότητες και δεν εντάσσεται στις κλασσικού τύπου ή εναισθητικού τύπου ψυχοθεραπείες. Υπάρχουν άφθονες ενδείξεις ότι η εναισθητικού τύπου ψυχοθεραπεία είναι επιβλαβής για τους πάσχοντες και μπορεί να οδηγήσει σε υποτροπή. Ωστόσο, αυτό δεν θα πρέπει να εκλαμβάνεται εσφαλμένα ως ένδειξη ότι οι ασθενείς δεν χρειάζονται ή δεν ωφελούνται από την ατομική ψυχοθεραπεία – κάτι τέτοιο δεν ισχύει. Οι ασθενείς έχουν τεράστια ανάγκη υποστήριξης και συμβουλευτικής. Υπάρχουν πολλά ζητήματα που αντιμετωπίζονται βέλτιστα με ατομική ψυχοθεραπεία / συμβουλευτική – το νόημα και οι συνέπειες της ψύχωσης, η εναισθησία, οι στόχοι του ατόμου και οι προσδοκίες του από τη ζωή, οι σχέσεις με την οικογένεια και τους φίλους, η ερωτική και σεξουαλική ζωή, ο επαγγελματικός προσανατολισμός, η αντιμετώπιση του στρες κ.λπ. Πρόσφατες έρευνες έχουν προσπαθήσει να προσδιορίσουν τα κεντρικά συστατικά της ψυχοθεραπείας και τις ενδεδειγμένες μορφές ψυχοθεραπείας, όπως η ατομική θεραπεία και η γνωσιακή – συμπεριφορική θεραπεία.

#### Û Γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία

Μετά την επιτυχή εφαρμογή της στη θεραπεία της κατάθλιψης, η γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία έχει εφαρμοστεί και στη ψύχωση. Αυτή η θεραπεία έχει προσαρμοστεί για εφαρμογή σε ασθενείς με μεγάλης βαρύτητας νόσο, με επίμονες και ιδιαίτερα ενοχλητικές παραληρητικές ιδέες και ψευδαισθήσεις. Η

εκπαίδευση στη γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία έχει μεγάλη σημασία, καθότι η μονόπλευρη αμφισβήτηση του χρόνιου παραληρήματος ενός ασθενούς με πνεύμα αντιπαράθεσης και από μη εκπαιδευόμενο ιατρό μπορεί να βάλει τον ιατρό σε κίνδυνο και να αυξήσει τις πιθανότητες υποτροπής του ασθενούς. Σήμερα υπάρχουν πολλές μελέτες που επιβεβαιώνουν ότι η γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία είναι αποτελεσματική.

Μια άλλη εξέλιξη είναι η εφαρμογή της γνωσιακής συμπεριφορικής θεραπείας για τη βελτίωση της συμμόρφωσης των ασθενών με τη θεραπεία – η λεγόμενη ‘θεραπεία συμμόρφωσης’. Σε αυτή τη θεραπεία, γίνονται προσπάθειες να αξιοποιηθεί το επίπεδο εναισθησίας του ασθενούς και η εκτίμηση των θετικών και αρνητικών πλευρών της ψυχοφαρμακευτικής θεραπείας, ώστε να βελτιωθεί η συνεργασία και η συμμόρφωση του ασθενούς. Υπάρχουν δεδομένα που υποστηρίζουν τη χρήση αυτής της μεθόδου κατά τη θεραπεία συντήρησης των ασθενών που πάσχουν από ψύχωση<sup>4</sup>.

#### Ü Οικογενειακή θεραπεία

Έναυσμα για την ανάπτυξη της οικογενειακής ψυχοκοινωνικής θεραπείας αποτέλεσε η παρατήρηση ότι οι ασθενείς που είχαν σταθεροποιηθεί με τη φαρμακευτική αγωγή και εν συνεχεία επέστρεφαν σε οικογένειες με υψηλά επίπεδα εκφραζόμενου συναισθήματος εμφάνιζαν κακή έκβαση, με υποτροπές. Οι προσπάθειες ελάττωσης αυτού του κινδύνου υποτροπής οδήγησαν σε διάφορες ψυχοεκπαιδευτικές και οικογενειακές θεραπευτικές στρατηγικές. Υπάρχει άφθονη βιβλιογραφία που επιβεβαιώνει ότι η εφαρμογή οικογενειακής ψυχοθεραπείας με συμπεριφορικές και ψυχοεκπαιδευτικές τεχνικές βελτιώνει την έκβαση, συγκριτικά με τη συμβατική φροντίδα. Με τις οικογενειακές παρεμβάσεις, το ποσοστό υποτροπής μειώνεται κατά προσέγγιση στο 25%, ενώ είναι 65% στους ασθενείς που λαμβάνουν συμβατική φροντίδα.

Επιπροσθέτως, οικογένειες ασθενών έχουν συστήσει σημαντικές οργανώσεις και ομάδες αυτοβοήθειας, όπως η SANE και η NAMI (Εθνική Ένωση για τους Ψυχικά Ασθενείς). Τέλος, είναι σημαντικό οι ιατροί να αναγνωρίζουν ότι η συμμετοχή της οικογένειας έχει ζωτική σημασία για την θεραπεία.

#### Ü Εκπαίδευση σε κοινωνικές δεξιότητες

Η εκπαίδευση δε κοινωνικές δεξιότητες αποτελεί αναγνωρισμένο και σημαντικό τμήμα της θεραπείας των πασχόντων. Βασίζεται σε συμπεριφορικές και μαθησιακές τεχνικές. Η εκπαίδευση σε κοινωνικές δεξιότητες εστιάζεται στα διακριτά συστατικά των κοινωνικών αλληλεπιδράσεων που μπορούν να εντοπισθούν και να αποτελέσουν στόχο της παρέμβασης. Αναγνωρίζεται ότι λόγω της πρώιμης έναρξης αυτής της νόσου, πολλοί ασθενείς δεν έχουν μάθει ή βιώσει ποτέ ορισμένες κοινωνικές καταστάσεις που οι περισσότεροι ενήλικες έχουν ήδη κατακτήσει. Η εκπαίδευση στις κοινωνικές δεξιότητες επίσης προσεγγίζει απαρτιωτικά, στα πλαίσια αποκαταστασιακής προσέγγισης, τα γνωστικά ελλείμματα (π.χ. στη προσοχή) και τις αντιληπτικές διαταραχές (π.χ. την ελλειμματική αντίληψη της συναισθηματικής έκφρασης των άλλων, όπως αυτή καθρεφτίζεται στη μιμική του προσώπου) των ασθενών, τα οποία περιορίζουν τις κοινωνικές του ικανότητες. Έχουν αναπτυχθεί τρεις προσεγγίσεις<sup>4</sup>.



#### Û Διαχείριση περιστατικού

Διαχείριση περιστατικού είναι η παροχή προσωπικού υποστήριξης που υποβοηθά τον ασθενή στην καθημερινή του διαβίωση και την αντιμετώπιση της νόσου του. Διάφοροι επαγγελματίες ψυχικής υγείας (π.χ. νοσηλεύτες/-τριες κοινότητας, κοινωνικοί λειτουργοί ή ‘τεχνικοί’ ψυχικής υγείας) συνεργάζονται βοηθώντας τους ασθενείς να προγραμματίσουν και να παραστούν σε κοινωνικές συναναστροφές και να φέρουν εις πέρας καθημερινές δραστηριότητες, όπως το μαγείρεμα, το πλύσιμο των ρούχων και η διαχείριση των οικονομικών ζητημάτων. Επίσης, συνοδεύουν τους ασθενείς στις επισκέψεις τους στα εξωτερικά ιατρεία και επιβλέπουν τη συμμόρφωση τους με τη θεραπεία. Υπάρχουν πολλές μορφές Διαχείρισης Περιστατικού, που ποικίλλουν ως προς την έκταση της φροντίδας και την αναλογία προσωπικού/ασθενών. Στη Μ. Βρετανία, η Προσέγγιση Προγράμματος Φροντίδας εστιάζεται στην εκπόνηση πολυδιάστατου σχεδίου φροντίδας, το οποίο επανεξετάζεται τακτικά με τη συμμετοχή του ασθενούς, και στην παρουσία ομάδας πολλαπλών ειδικοτήτων που διευθύνεται από τον συντονιστή της φροντίδας. Η ACT (assertivecommunitytreatment – προωθημένη φροντίδα στην κοινότητα) είναι μια σημαντική και καλά μελετημένη μορφή Διαχείρισης Περιστατικού η οποία έχει βρεθεί ότι μειώνει το ποσοστό υποτροπής και επανεισαγωγής των ασθενών και συμβάλει στον έλεγχο των συμπτωμάτων.

#### Û Επαγγελματική Αποκατάσταση

Η επαγγελματική αποκατάσταση είναι ένα κρίσιμο συστατικό της συνολικής φροντίδας των πασχόντων, το οποίο όμως πολύ συχνά υποχρηματοδοτείται. Μόνο περίπου το 20% των ασθενών αποκτούν κάποιο είδος επαγγελματικής απασχόλησης, που στη πλειονότητα των περιπτώσεων πρόκειται είτε για προστατευόμενη εργασία ή για εργασία χαμηλής εξειδίκευσης και μικρών αποδοχών. Τα εργαστήρια προστατευόμενης εργασίας και οι υποστηρικτικές εργασιακές θεραπείες βελτιώνουν την ποιότητα ζωής και στηρίζουν την επαγγελματική απασχόληση των ασθενών. Ωστόσο, τα ποσοστά υποτροπής παραμένουν υψηλά σ’ αυτούς τους ασθενείς και δυστυχώς, συχνά μόνο οι ασθενείς με τα λιγότερα συμπτώματα είναι σε θέση να ανταπεξέλθουν στο στρες της τακτικής εργασίας χωρίς να υποτροπιάσουν.

### ΖΗΤΗΜΑΤΑ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΝ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Παρά την ουσιαστική πρόοδο στη θεραπεία, συχνά παρέχουμε φροντίδα στα πλαίσια συστημάτων ψυχικής υγείας με ελλιπή χρηματοδότηση, κακό σχεδιασμό και έλλειψη συντονισμού. Αυτό αποτέλεσε το αντικείμενο μιας Προεδρικής Επιτροπής για την Ψυχική Υγεία στις ΗΠΑ, η οποία κατέληξε στο συμπέρασμα ότι το σύστημα χρειάζεται ‘μεταμόρφωση’ και όχι απλή ‘βελτίωση’. Αυτό συνιστά μεγάλη στροφή στο τρόπο σκέψης, που λαμβάνει υπόψη της την πολυπλοκότητα του συντονισμού των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, σωματικής υγείας, επαγγελματικής αποκατάστασης, καταπολέμησης της αναπηρίας και κοινωνικής στήριξης για τους πάσχοντες από σοβαρά ψυχικά νοσήματα<sup>7</sup>. Αυτοί οι άνθρωποι έχουν σύνθετες ανάγκες, οι οποίες καθιστούν απαραίτητο τον καλό συντονισμό των υπηρεσιών. Συνεπώς, παρόλο που

αυτό το πόρισμα εστιάζεται στο σύστημα υγείας των ΗΠΑ, οι αρχές της απαρτίωσης όλων των υπηρεσιών και του συντονισμού της φροντίδας των πασχόντων από ψύχωση αφορούν σε όλα τα συστήματα υγείας. Υπάρχει συχνά έλλειψη συνέχειας μεταξύ της ενδονοσοκομειακής και της εξωνοσοκομειακής φροντίδας, όπως και σε άλλους τομείς του συστήματος φροντίδας. Επιπλέον, υπάρχει μεγάλη ποικιλία στην κλινική πράξη. Οι ασθενείς μπορεί να λαμβάνουν διαφορετικές φαρμακευτικές θεραπείες βάση των συνταγογραφικών συνηθειών των ψυχιάτρων παρά βάση σαφών νοσολογικών διακρίσεων. Κάποιες φορές υπάρχει αποσυντονισμός της φροντίδας. Ενώ υπάρχει διαθεσιμότητα και ένδειξη χρήσης άτυπων αντιψυχωσικών, τα φάρμακα αλλάζονται πολύ γρήγορα και οι ασθενείς μένουν για κάποια διαστήματα χωρίς θεραπεία. Επιπρόσθετα, υπάρχει μεγάλη ανισότητα στη έκταση και την ποιότητα των ψυχοκοινωνικών υπηρεσιών και των υπηρεσιών επαγγελματικής αποκατάστασης που είναι διαθέσιμες για τους ασθενείς<sup>7</sup>. Υπάρχουν ακόμα ανησυχίες και σε ότι αφορά την αξιοπιστία των υπηρεσιών ως προς τη φροντίδα που υποτίθεται ότι παρέχουν. Παράδειγμα, πολλές υπηρεσίες μπορεί να υποστηρίζουν ότι παρέχουν ACT (προωθημένη φροντίδα στη κοινότητα), αλλά να βρεθούν ανεπαρκείς όταν αξιολογηθούν ως προς βασικά συστατικά της ACT. Οι μελλοντικές κατευθύνσεις στην έρευνα και την παροχή των υπηρεσιών υγείας θα περιλαμβάνουν τον συντονισμό των παρεμβάσεων εκπαίδευσης σε κοινωνικές δεξιότητες και των προωθημένων παρεμβάσεων στην κοινότητα με άλλες προσεγγίσεις, όπως η επαγγελματική εκπαίδευση, η υποστήριξη στην εύρεση στέγασης κ.λπ. Η πρόκληση για απαρτίωση των υπηρεσιών είναι τεράστια. Η επίτευξη πραγματικής προόδου στη θεραπεία της ψύχωσης προϋποθέτει, εκτός από την ανακάλυψη νέων φαρμάκων, και τη συστηματική ενασχόληση με τις ανάγκες των ασθενών. Η απαρτίωση όλων των συνιστωσών και η προσαρμογή τους στις ανάγκες κάθε ασθενούς συνιστά την πραγματική πρόκληση για την ολοκληρωμένη και συνεχιζόμενη φροντίδα των πασχόντων<sup>8</sup>.

## 1.7 Αντιμετώπιση

### 1.7.1 Οξεία Ψύχωση

Οι στόχοι της αντιμετώπισης στην οξεία φάση είναι:

- Προσεκτική εκτίμηση των συμπτωμάτων του ασθενούς και της ψυχωσικής συμπεριφοράς
- Εκτίμηση τυχόν κινδύνου αυτοκτονίας και άμεση παρέμβαση, αν απαιτείται
- Εκτίμηση τυχόν κινδύνου πρόκλησης βλάβης σε τρίτους και άμεση παρέμβαση, αν απαιτείται

**Αντιμετωπίζοντας  
την ψύχωση**



- Άμεση εφαρμογή μέτρων για έλεγχο της ψύχωσης και προγραμματισμός περαιτέρω φροντίδας

Στην οξεία φάση της ψύχωσης ο ασθενής συχνά προσέρχεται σε κατάσταση κρίσης. Είναι πολύ σημαντικό



να γίνει διεξοδική εκτίμηση, ώστε να τεθεί προσωρινή ή οριστική διάγνωση και να προγραμματιστεί η άμεση φροντίδα. Ο αποκλεισμός άλλων νοσημάτων αποτελεί σημαντικό πρώτο βήμα στην αντιμετώπιση. Η ακριβής διάγνωση είναι σημαντική για το θεραπευτικό σχεδιασμό. Τα βασικά συστατικά της εκτίμησης του οξέος ψυχωσικού ασθενούς παρουσιάζονται παρακάτω:

Ιδιαίτερη σημασία έχει η εκτίμηση του κινδύνου αυτό – ή ετεροκαταστροφικής συμπεριφοράς. Πέραν της βαρύτητας της ψύχωσης, αυτές είναι οι βασικές παράμετροι που καθορίζουν αν ο ασθενής θα πρέπει να εισαχθεί στο νοσοκομείο, να παρακολουθείται σε νοσοκομείο ημέρας, η να λάβει θεραπεία σε εξωτερική βάση<sup>3</sup>.

Ασθενείς με οξεία ψύχωση που εμφανίζουν διέγερση χρήζουν άμεσης έναρξης φαρμακευτικής αγωγής. Θα πρέπει να καταβάλλεται κάθε προσπάθεια λήψης της συγκατάθεσης του ασθενούς για τη θεραπεία. Αν χρειάζεται φαρμακευτική θεραπεία και ο ασθενής συγκατατίθεται, η θεραπεία θα πρέπει να γίνει με δισκία, διασπειρόμενα στο στόμα δισκία ή σκευάσματα σε υγρή μορφή από το στόματος. Δυστυχώς, δεν είναι σπάνιο οι ασθενείς με οξεία ψύχωση να αρνούνται ότι πάσχουν και συνεπώς να αρνούνται να λάβουν φαρμακευτική αγωγή (και συχνά οποιαδήποτε μορφή θεραπείας). Σε αυτή τη περίπτωση, ο ιατρός βρίσκεται σε δίλημμα, και καλείται να σταθμίσει προσεκτικά την αμεσότητα και το βαθμό του κινδύνου, εν συγκρίσει με την ικανότητα του ασθενούς να αποφασίσει και τις εκπεφρασμένες προτιμήσεις του. Όταν υπάρχει σοβαρός και άμεσος κίνδυνος, χρειάζεται άμεση παρέμβαση και ο ασθενής θα πρέπει να λάβει θεραπεία παρά τη θέλησή του. Σε αυτή τη δυσάρεστη περίπτωση, η θεραπεία θα πρέπει να χορηγηθεί ενδομυϊκά. Από αυτή την οδό μπορούν να χορηγηθούν τυπικά αντιψυχωσικά και/ή βενζοδιαζεπίνη βραχείας δράσεως. Αυτά τα φάρμακα έχουν το πλεονέκτημα ότι είναι δραστικά και οικονομικά. Το κύριο μειονέκτημα είναι ο σημαντικός κίνδυνος ανεπιθύμητων ενεργειών, ιδίως οξείας δυστονίας, που τραυματίζουν τη θεραπευτική συμμαχία σε αυτό το κρίσιμο στάδιο. Τώρα που τα άτυπα αντιψυχωσικά έχουν αρχίσει να διατίθενται σε ενδομυϊκά σκευάσματα βραχείας δράσεως και σε διαλύτες μορφές, οι ιατροί έχουν αρχίσει να τα χρησιμοποιούν περισσότερο ως θεραπεία εκλογής για την οξεία διέγερση<sup>6</sup>.

Όταν ο κίνδυνος βλάβης είναι σοβαρός αλλά λιγότερο άμεσος – ενώ ο ασθενής και πάλι αρνείται τη θεραπεία – τότε ο ιατρός καλείται να αποφασίσει αν θα συστήσει αναγκαστική νοσηλεία. Οι διαδικασίες και προϋποθέσεις αναγκαστικής νοσηλείας διαφέρουν σημαντικά από χώρα σε χώρα.

Όταν ο κίνδυνος είναι μικρός αλλά ο ασθενής χρήζει συνεχιζόμενης παρακολούθησης λόγω του βαθμού της ψύχωσης, τότε ο ιατρός καλείται να κρίνει αν ενδείκνυται νοσηλεία σε κλειστό τμήμα ή σε κέντρο ημέρας. Αυτό εξαρτάται από διάφορους παράγοντες. Οι δύο βασικότεροι είναι η βαρύτητα της ψύχωσης (και ιδιαίτερα ο έλεγχος που έχει ο ασθενής στη συμπεριφορά του και ο βαθμός εναισθησίας) και η επάρκεια του υποστηρικτικού δικτύου του ασθενούς<sup>6</sup>.

## **2. Κεφάλαιο Δεύτερο : Εξαρτητική Συμπεριφορά**

### **2.1 Εισαγωγή**

Οι διαταραχές που συνδέονται με τη χρήση ψυχοδραστικών ουσιών, όπως είναι το αλκοόλ, οι παράνομες ουσίες, τα φαρμακευτικά σκευάσματα, η νικοτίνη, περιγράφονται διεθνώς ως ένα από τα μεγαλύτερα κοινωνικά προβλήματα με επιδημικές διαστάσεις. Αποτελούν δε μερικές από τις δυσκολότερες στην αντιμετώπισή τους ψυχοπαθολογικές καταστάσεις και συνιστούν σημαντική απειλή για την κοινωνική συνοχή, την ευημερία και την ασφάλεια των πολιτών<sup>9</sup>.

Είναι δύσκολο να αποτυπωθεί επακριβώς η διάσταση του προβλήματος, γιατί οι επιπτώσεις και οι άμεσες ή έμμεσες συνέπειες από τη χρήση ψυχοδραστικών ουσιών δεν αποδίδονται και συνεπώς δεν καταγράφονται, ως σχετιζόμενες με τη χρήση αυτή (π.χ. τροχαίο ατύχημα λόγω χρήσης ψυχοδραστικής ουσίας ή καρκίνος του πνεύμονα λόγω καπνίσματος). Κατά τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, το 10% του συνολικού αριθμού νοσημάτων οφείλονται στη χρήση ψυχοδραστικών ουσιών. Ειδικότερα, η χρήση ναρκωτικών, ιδιαίτερα μεταξύ των νέων, βρίσκεται σε υψηλά επίπεδα, το ποσοστό κρουσμάτων HIV/AIDS και άλλων μεταδοτικών νοσημάτων μεταξύ των χρηστών αυξάνει συνεχώς, ενώ οι υπηρεσίες και οι πόροι για την κάλυψη των συνεπειών κρίνονται ανεπαρκείς. Εξάλλου, η αναγνώριση, εκτίμηση, ταξινόμηση και αντιμετώπιση του προβλήματος είναι ιδιαίτερα δύσκολη, γιατί οι ασθενείς υποβαθμίζουν ή παραγνωρίζουν τη σοβαρότητά του, αλλά και επειδή οι ιατροί έχουν περιορισμένη ή καμία σχετική εκπαίδευση<sup>9</sup>.

Από την καθαρά επιστημονική σκοπιά, έχουν καταγραφεί πολλές και ποικίλες διαφωνίες σχετικά με την αιτιολογία, τη θεραπευτική αντιμετώπιση, τη νομική προσέγγιση και την κοινωνική στάση ως προς το πρόβλημα της χρήσης ουσιών. Στο πέρασμα των χρόνων, το μέγεθος και η φύση του προβλήματος αυτού μείωσαν σε σημαντικό βαθμό τις διαφωνίες υπέρ της συνεργασίας και των κοινών προγραμμάτων δράσης σε εθνικό όσο και σε διεθνές επίπεδο.

Τα συμπτώματα που προκαλούνται από τη χρήση ουσιών μπορεί να μοιάζουν με πολλές ψυχικές διαταραχές, όπως συναισθηματικές, αγχώδεις ή ψυχωσικές διαταραχές. Η συννοσηρότητα, δηλαδή η συνύπαρξη δύο διαφορετικών διαταραχών (διπλή διάγνωση), πρέπει να λαμβάνεται πάντα σοβαρά υπόψη κατά τη διαδικασία της αξιολόγησης και θεραπευτικής αντιμετώπισης της κάθε περίπτωσης. Όταν μια ψυχική διαταραχή δεν ανταποκρίνεται στην κατάλληλη θεραπευτική αγωγή, πρέπει να εκτιμηθεί η πιθανότητα χρήσης άλλων ψυχοτρόπων ουσιών. Ιδιαίτερα σκόπιμο κρίνεται επίσης κατά τη λήψη κάθε ιατρικού ή ψυχιατρικού ιστορικού, να εκτιμάται η πιθανότητα χρήσης ψυχοδραστικών ουσιών και κυρίως αλκοόλ, λόγω του υψηλού ποσοστού κατάχρησης και εξάρτησης από την ουσία αυτή<sup>10</sup>.

Στο τομέα της ταξινόμησης υπάρχουν δύο κυρίως συστήματα καταγραφής των διαταραχών από τη χρήση ουσιών, το ICD-10 (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, WHO-1993), που χρησιμοποιείται συνήθως στην Ευρώπη, και το DSM-IV-TR (Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία, APA-2000), που χρησιμοποιείται στην Αμερική. Αυτά τα δύο συστήματα, αν και διαφέρουν σε κάποια σημεία, ουσιαστικά είναι παρόμοια<sup>11</sup>. Κατά το DSM-IV-TR, που είναι και πιο πρόσφατο, οι διαταραχές που συνδέονται με τις ουσίες διακρίνονται σε:

- Διαταραχές χρήσης ουσιών (εξάρτηση, κατάχρηση κ.λπ.)

- Διαταραχές που προκαλούνται από τις ουσίες (τοξίκωση, στέρηση κ.λπ.)
- Διαταραχές που συνδέονται με το αλκοόλ

## 2.2 Ορισμοί

Παρακάτω αναφέρονται οι έννοιες, τα συμπτώματα και οι διαταραχές που συνδέονται με το φαινόμενο της χρήσης ουσιών<sup>12</sup>.

- Ø Ψυχοδραστική είναι κάθε ουσία που, όταν ληφθεί μέσω οποιασδήποτε οδού, μεταβάλλει την εγκεφαλική λειτουργία, το επίπεδο αντιληπτικότητας ή το συναίσθημα του λήπτη.
- Ø Η χρήση τέτοιων ουσιών είναι ένα διαχρονικό φαινόμενο, με επιμέρους κοινωνικές, πολιτισμικές, ιατρικές και άλλες συνιστώσες.
- Ø Η κατάχρησή τους, όμως, συνδέεται με σημαντικές επιπλοκές (δυσπροσαρμοστική χρήση της ουσίας κατά DSM-IV-TR), όπως δυσφορία κατά τη στέρηση, αδυναμία στην εκπλήρωση των υποχρεώσεων, επικίνδυνη συμπεριφορά, παραβατικότητα. Ως κατάχρηση θεωρείται η συνεχής ή περιστασιακή χρήση μιας ψυχοδραστικής ουσίας σε επίπεδα που υπερβαίνουν το ιατρικά ή κοινωνικά αποδεκτό όριο.
- Ø Η εξάρτηση περιγράφεται ως σωματική, ψυχική ή και τα δύο (ανάλογα με το είδος της ψυχοτρόπου ουσίας) ανάγκη για την επαναλαμβανόμενη χρήση της ουσίας, σε συνεχή ή περιοδική βάση, που έχει ως στόχο ή να βιώσει ο χρήστης τις συνέπειες της δράσης ή να αποφύγει τη δυσφορία που προκαλεί η στέρηση της ουσίας. Συχνά η εξάρτηση αναπτύσσεται σε περισσότερες από μία ουσίες. Η ψυχική εξάρτηση, που αναφέρεται και ως εθισμός, χαρακτηρίζεται από την ανεξέλεγκτη, καταναγκαστική παρόρμηση και την ακατάσχετη επιθυμία για τη χρήση της ουσίας χωρίς ιατρική ένδειξη, προκειμένου να προκληθεί το αίσθημα της ευχαρίστησης ή να αποφευχθεί η δυσφορία που προκαλεί η στέρησή της. Η σωματική εξάρτηση χαρακτηρίζεται από την παρουσία σωματικών και ψυχιατρικών συμπτωμάτων, όταν η ποσότητα της καταχρώμενης ουσίας μειώνεται σημαντικά και σε μικρό χρονικό διάστημα. Και στις δύο παραπάνω καταστάσεις παρατηρείται το φαινόμενο της ανοχής, δηλαδή της ανάγκης λήψης της ουσίας σε όλο και μεγαλύτερες ποσότητες για την επίτευξη του επιδιωκόμενου αποτελέσματος ή για την αποφυγή του συνδρόμου στέρησης, τα συμπτώματα του οποίου εξαρτώνται από το είδος της ψυχοτρόπου ουσίας. Στο σύνδρομο στέρησης εμφανίζονται σωματικά ή ψυχολογικά συμπτώματα όταν η ουσία, στην οποία υπάρχει σωματικός εθισμός, διακόπτεται. Τα συμπτώματα του στερητικού συνδρόμου είναι συνήθως αντίθετα από τα συμπτώματα που προκαλεί η δράση της ουσίας. Στο φαινόμενο της <<αντίστροφης ανοχής>> παρατηρείται το αντίθετο από ότι συμβαίνει στις περιπτώσεις ανοχής μιας ψυχοδραστικής ουσίας, δηλαδή ο οργανισμός καθίσταται όλο και πιο ευαίσθητος στη δράση της ουσίας. Εμφανίζεται σε μακροχρόνια χρήση κοκαΐνης, όπου μια μικρή δόση, που σε κανονικές συνθήκες θα προκαλούσε απλώς ευφορία, στη περίπτωση της αντίστροφης ανοχής μπορεί να οδηγήσει σε ψυχωσική αντίδραση.
- Ø Η τοξίκωση περιλαμβάνει το σύνολο των εκδηλώσεων που συνδέονται με πρόσφατη υπερβολική λήψη ψυχοδραστικής ουσίας και εξαρτάται από τη

δοσολογία, τις συνθήκες και την ιδιοσυγκρασία του χρήστη. Εμφανίζεται συνήθως όταν λαμβάνονται οπιοειδή ή ουσίες που προκαλούν καταστολή του κεντρικού νευρικού συστήματος (ΚΝΣ) και μπορεί να οδηγήσει ακόμη και στο θάνατο.

- Ø Η απόσυρση αναφέρεται στα συμπτώματα και σημεία στέρησης που προκύπτουν από τη διακοπή συνταγογραφούμενων φαρμάκων.
- Ø Ο αλκοολισμός, δηλαδή η συνεχιζόμενη χρήση αλκοόλ, παρά τις τεκμηριωμένες και επαναλαμβανόμενες δυσμενείς συνέπειες, διακρίνεται ανάλογα με τις επιπτώσεις σε διαταραχές από την άμεση επίδραση του αλκοόλ στον εγκέφαλο (τοξίκωση), σε διαταραχές συμπεριφοράς λόγω χρήσης αλκοόλ (κατάχρηση-εξάρτηση) και σε διαταραχές με μακροχρόνιες συνέπειες (άνοια, εγκεφαλοπάθεια Wernicke, σύνδρομο Korsakoff).
- Ø Η αντίδραση πανικού είναι μια κατάσταση που εμφανίζεται συνήθως κατά την πρώτη επαφή με κάποια ψυχοδραστική ουσία, όπως το χασίς, τα ψευδαισθησιογόνα κ.λπ. Στις περιπτώσεις αυτές, το άτομο αναπτύσσει υπερβολικό φόβο ότι η χρήση της ουσίας του προκάλεσε ανεπανόρθωτη βλάβη στον οργανισμό, διακατέχεται από το αίσθημα απώλειας του ελέγχου, παρουσιάζει άγχος, ταχυπαλμία, ταχύπνοια, ιδρώτα και μικρή αύξηση της αρτηριακής πίεσης.
- Ø Το αναδρομικό βίωμα χαρακτηρίζεται από οπτικές πανοραμικές ψευδαισθήσεις φωτεινών χρωμάτων ή γεωμετρικών σχημάτων ανάλογες αυτών που είχε το άτομο κατά τη χρήση κάνναβης ή άλλων παραισθησιογόνων ουσιών, ενώ δεν έχει κάνει πρόσφατη χρήση κάποιας από τις ουσίες αυτές ώστε να δικαιολογείται η εμφάνιση του συνδρόμου.
- Ø Η ψυχωσική αντίδραση εμφανίζεται με οπτικές ψευδαισθήσεις, παραλήρημα διωκτικού συνήθως περιεχομένου, ταχυκαρδία, απώλεια ελέγχου της πραγματικότητας και προκαλείται από τη λήψη παραισθησιογόνων, διεγερτικών του ΚΝΣ κ.λπ. Η αντίδραση αυτή, όταν συνδέεται με τη λήψη ψυχοδραστικών ουσιών, είναι πλήρως αναστρέψιμη και διαρκεί μερικά 24ωρα.
- Ø Το οργανικό ψυχοσύνδρομο χαρακτηρίζεται από σύγχυση, μείωση των νοητικών λειτουργιών, διαταραχή του προσανατολισμού, ιδέες δίωξης, άγχος, φοβίες και διέγερση. Εμφανίζεται όταν ληφθούν υπερβολικές δόσεις ή διακοπεί απότομα κάθε ψυχοδραστική ουσία, αλλά παράμετροι όπως η ηλικία, η ύπαρξη άλλης νόσου ή η χρήση αλκοόλ συμβάλλουν καθοριστικά στην εμφάνιση του συνδρόμου. Το οργανικό ψυχοσύνδρομο είναι μία σοβαρή κατάσταση, που μπορεί να οδηγήσει σε κώμα, ακόμη και σε θάνατο.
- Ø Οι συναισθηματικές διαταραχές και κυρίως η κατάθλιψη μπορούμε να πούμε ότι σχεδόν συνυπάρχουν με τη χρήση ψυχοδραστικών ουσιών. Το αν η κατάθλιψη προϋπάρχει, συνοδεύει ή είναι επακόλουθο της χρήσης, αποτελεί ένα ερώτημα που έχει γίνει αντικείμενο πολλών ερευνητικών προσπαθειών. Η διεθνής βιβλιογραφία αναφέρει ειδικότερα ότι η συστηματική χρήση αλκοόλ συνυπάρχει με τις διαταραχές συναισθηματικού τύπου. Σε πολλές περιπτώσεις όπου η συναισθηματική διαταραχή σαφώς προϋπάρχει της χρήσης ουσιών, αναφέρεται από τους χρήστες ότι η χρήση ουσιών γίνεται για λόγους αυτοθεραπείας. Στους χρόνιους χρήστες, η δευτερογενής καταθλιπτική συμπτωματολογία είναι μια αναμενόμενη παροδική διαταραχή, που πολύ συχνά χρήζει ειδικής αξιολόγησης και αντιμετώπισης<sup>12</sup>.

## 2.3 Επιδημιολογία

Η κατάχρηση ουσιών και η εξάρτηση από αυτές είναι ένα πρόβλημα που δημιουργεί όλο και μεγαλύτερη ανησυχία στην ανθρωπότητα. Η περιοχή της Βόρειας Αμερικής αποτελεί τη μεγαλύτερη αγορά παράνομων ουσιών στον κόσμο. Από όλες τις εθιστικές ουσίες, το αλκοόλ είναι η πλέον διαδεδομένη και πολιτισμικά αποδεκτή ουσία, ιδιαίτερα στις δυτικές κοινωνίες, όπου το 90% των ατόμων δηλώνουν κατανάλωση αλκοόλ για κάποια περίοδο της ζωής τους και περίπου το 30% από αυτούς παρουσιάζουν προβλήματα που συνδέονται με τη χρήση του. Γνωρίζουμε επίσης ότι το 37% του πληθυσμού στις ΗΠΑ έχει λάβει τουλάχιστον μια φορά στη ζωή του κάποια απαγορευμένη ουσία και από αυτούς το 15% έχει σοβαρό πρόβλημα που συνδέεται με τη χρήση παράνομων ουσιών. Το Εθνικό Ινστιτούτο για την Κατάχρηση Ουσιών αναφέρει ότι υπάρχουν τουλάχιστον 1.000.000 άτομα εξαρτημένα από τα οπιοειδή και από αυτά μόνο τα 200.000 περίπου έχουν θέση θεραπείας σε κάποιο από τα προγράμματα. Στην ετήσια έκθεση του 2004 της Διεθνούς Επιτροπής του Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών για τον Έλεγχο των Ναρκωτικών, αναφέρεται μεταξύ άλλων ότι πολλά φαρμακεία διακινούν παράνομα, μέσω του Διαδικτύου, δισεκατομμύρια δόσεων ψυχοδραστικών και ναρκωτικών ουσιών, χωρίς την υποχρεωτική συνταγή<sup>13</sup>.

Σχετικά με τη χρήση αλκοόλ, αναφέρεται ότι σε παγκόσμιο επίπεδο πάνω από 70 εκατομμύρια άτομα αντιμετωπίζουν προβλήματα που σχετίζονται με τον αλκοολισμό. Για την Ευρώπη, σύμφωνα με δεδομένα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, το 9% του συνόλου των νοσημάτων και το 40-60% των θανάτων συνδέονται με τη χρήση αλκοόλ. Κάθε χρόνο 5 εκατομμύρια θάνατοι οφείλονται στη χρήση καπνού και αλκοόλ, ενώ 7.000-8.000 θάνατοι συνδέονται με τη χρήση παράνομων ψυχοδραστικών ουσιών<sup>14</sup>.

Η Ευρωπαϊκή Ένωση έχει περίπου δύο εκατομμύρια προβληματικούς χρήστες, κυρίως από τη χρήση ηρωίνης. Η κάνναβη παραμένει η συχνότερα χρησιμοποιούμενη ουσία. Μελέτες σε μαθητές 15 ετών έδειξαν ότι ο επιπολασμός της χρήσης τουλάχιστον μια φορά σε όλη τη ζωή κυμαίνεται από 10% έως και 30%, ανάλογα το κράτος-μέλος, με το υψηλότερο ποσοστό να εμφανίζεται στα αγόρια του Ηνωμένου Βασιλείου (42,5%). Πρόσφατες έρευνες δείχνουν ότι 0,5-6% των ενηλίκων αναφέρει ότι έχει δοκιμάσει κοκαΐνη. Η χρήση οπιούχων εξακολουθεί να αποτελεί την κύρια αιτία των θανάτων που συνδέονται με τη χρήση παράνομων ουσιών στην Ευρώπη. Κάθε χρόνο καταγράφονται 8.000-9.000 θάνατοι από υπερβολική δόση, αλλά ο πραγματικός αριθμός είναι σίγουρα μεγαλύτερος<sup>14</sup>.

Στην Ελλάδα, πραγματοποιήθηκε το 2003 πανελλήνια έρευνα από το Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής, για τον επιπολασμό νόμιμων και παράνομων ουσιών στο γενικό πληθυσμό. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, το 8,6 του ελληνικού πληθυσμού ηλικίας 12-64 ετών ανέφερε ότι έχει χρησιμοποιήσει μια ή περισσότερες φορές στη ζωή του κάποια παράνομη ουσία. Η επικρατέστερη ουσία χρήσης είναι η κάνναβη. Ο επιπολασμός της χρήσης των άλλων παράνομων ουσιών για όλη τη διάρκεια της ζωής ανέρχεται σε ποσοστά κάτω του 1%. Η πορεία της χρήσης ναρκωτικών στην εικοσαετία 1984-2004 παρουσιάζει ανοδική τάση, με τη σημαντικότερη αύξηση στο διάστημα 1984-1998, που ακολουθείται από μια τάση μείωσης στο διάστημα 1998-2004. Αντίθετα, αύξηση παρουσιάζει ο αριθμός προβληματικών χρηστών στην Ελλάδα το 2004 (19.601) σε σχέση με αυτόν του 2003 (17.767), καθώς και ο αριθμός των ατόμων που προσέγγισαν υπηρεσίες βοήθειας για το πρόβλημα των ναρκωτικών το 2004 (4.269) σε σύγκριση με το 2003 (3.637). Πτωτική τάση παρουσιάζουν τα τελευταία 4 χρόνια

και οι αναφερόμενοι θάνατοι από ναρκωτικά, γεγονός που συνδέεται με την αύξηση των θεραπευτικών θέσεων που σημειώθηκε στο ίδιο διάστημα<sup>15</sup>.

Σχετικά με τη χρήση αλκοόλ, από την ίδια έρευνα γνωρίζουμε ότι η μεγάλη πλειοψηφία (74,1%) των Ελλήνων ηλικίας 12-64 ετών έχει πει κάποιο οινοπνευματώδες στο διάστημα του τελευταίου χρόνου. Από αυτούς, το 29,8% αναφέρει ότι πίνει οινοπνευματώδη 2-3 φορές την εβδομάδα ή και συχνότερα και το 12,3% αναφέρει ότι έχει μεθύσει μέσα στο τελευταίο χρόνο. Η πορεία της χρήσης οινοπνευματωδών στο διάστημα 1984-2004 εμφανίζει μικρή κάμψη, ιδιαίτερα για τις εφηβικές ηλικίες. Στους νεαρούς ενήλικες, η πρόσφατη χρήση, τον τελευταίο μήνα, δεν παρουσιάζει διαφορές σε σχέση με τα προηγούμενα χρόνια<sup>16</sup>.

Αν και η διαχρονική παρακολούθηση της χρήσης ψυχοδραστικών ουσιών καταδεικνύει την αυξητική τάση του φαινομένου, η αντιμετώπιση του προβλήματος παρουσιάζει σημαντικά ελλείμματα. Ένα από αυτά είναι η πλήρης απουσία σχετικής εκπαίδευσης στα ιατρικά και παραϊατρικά επαγγέλματα, κάτι που καθίσταται αναγκαίο για την αναγνώριση και εκτίμηση της σοβαρότητας του προβλήματος, τους τρόπους αποτελεσματικής θεραπευτικής σχέσης και παρέμβασης, την παραπομπή για ειδικού τύπου προσέγγιση, καθώς και την αλλαγή των στάσεων και της συμπεριφοράς στο δύσκολο και πολυδιάστατο αυτό φαινόμενο. Συμπερασματικά, στις πανελλήνιες έρευνες που έγιναν από την Ψυχιατρική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών και το Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής τα έτη 1984, 1993, 1998 και 2003, η διαχρονική παρακολούθηση του προβλήματος συνοψίζεται στα παρακάτω ευρήματα:

- ü Τα ποσοστά επιπολασμού της χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών παραμένουν την τελευταία 5ετία σταθερά για τον καπνό και το αλκοόλ, ενώ μειώνονται για τις παράνομες ουσίες
- ü Περισσότερα αγόρια από ότι κορίτσια προβαίνουν σε συμπεριφορές κινδύνου σχετικά με τη χρήση καπνού, αλκοόλ και παράνομων ουσιών
- ü Αρκετοί έφηβοι αναφέρουν εμπειρία στη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών, αλλά αρκετά λιγότεροι αναφέρουν κατάχρηση
- ü Μειώνεται διαχρονικά ο αριθμός αυτών που έχουν εμπειρία στη χρήση κάνναβης, αλλά ταυτόχρονα αυξάνει και η αναλογία υπέρ αυτών που κάνουν συχνότερη χρήση
- ü Η κάνναβη παραμένει η πιο δημοφιλής παράνομη ουσία
- ü Η μείωση των ποσοστών επιπολασμού μπορεί να συνδέεται με επέκταση των αντιλήψεων για τους κινδύνους από τη χρήση
- ü Η Ελλάδα εμφανίζει χαμηλότερα ποσοστά στη χρήση και ιδίως στη κατάχρηση εξαρτησιογόνων ουσιών σε σχέση με τις άλλες χώρες<sup>16</sup>.

## 2.4 Ταξινόμηση

Οι ψυχοδραστικές ουσίες διακρίνονται στις παρακάτω κυρίως κατηγορίες<sup>17</sup>:

### 2.4.1 Οπιούχα

Κύριοι εκπρόσωποι είναι η ηρωίνη, η μορφίνη, η μεθαδόνη και η κωδεΐνη. Λαμβάνονται συνήθως ενδοφλεβίως, αλλά και ενδομυϊκά ή υποδόρια, με κάπνισμα ή με εισπνοές. Τα τελευταία χρόνια, όλο και περισσότεροι χρήστες



ηρωίνης στρέφονται στη λήψη με ρινική εισπνοή ή με κάπνισμα, λόγω του κινδύνου της HIV-λοίμωξης ή άλλων μεταδοτικών νοσημάτων. Κύρια δράση τους είναι η καταστολή του ΚΝΣ και αναπτύσσουν γρήγορα εξάρτηση, ανοχή και στέρηση. Η απάθεια, η αδυναμία, η κακουχία, η σεξουαλική ανικανότητα, ο υποσιτισμός, καθώς και οι λοιμώξεις, είναι τα συνήθη ευρήματα στη χρόνια χρήση. Η στέρηση οπιοειδών σπάνια αποτελεί επείγον ιατρικό περιστατικό. Στις περιπτώσεις αυτές παρουσιάζονται τα πρώιμα συμπτώματα (24-48 ώρες), που είναι η έντονη επιθυμία αναζήτησης της ουσίας, άγχος, μυϊκά άλγη, ρίγη, δακρύρροια, ρινόρροια, εφίδρωση, τρόμος, ανησυχία, ναυτία, έμετοι. Στη συνέχεια και για διάστημα 3-10 ημερών, παρατηρούνται κοιλιακές κράμπες, διάρροια, διέγερση, ταχυκαρδία. Η μεθαδόνη, η ναλτρεξόνη και η βουπρενορφίνη μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την αντιμετώπιση του συνδρόμου στέρησης, όταν όμως παρουσιάζονται συμπτώματα όπως μύση και αναπνευστική καταστολή, που δηλώνουν υπερδοσολογία, τότε χορηγείται μόνο ανταγωνιστική των οπιούχων ουσία, δηλαδή η ναλτρεξόνη, με παράλληλη υποστήριξη των ζωτικών λειτουργιών. Τα νεογνά μητέρων που έχουν εξάρτηση από την ηρωίνη μπορεί να εμφανίσουν τοξίκωση ή σύνδρομο στέρησης και να απαιτηθεί ιατρική αντιμετώπιση. Η θεραπεία της εξάρτησης από οπιοειδή με ή χωρίς φαρμακευτική υποστήριξη στη φάση της αποτοξίνωσης είναι μια βραδεία και δύσκολη διαδικασία, με υψηλά ποσοστά υποτροπής κατά ή μετά την ολοκλήρωση του θεραπευτικού προγράμματος. Η χορήγηση υποκατάστατων, αν και αποτελεί μέθοδο που είναι στόχος αρνητικής συχνά κριτικής, μειώνει πράγματι τη χρήση ηρωίνης, παράλληλα με τη μείωση της εγκληματικότητας και τη βελτίωση άλλων βιοκοινωνικών παραμέτρων<sup>17</sup>.

#### 2.4.2 Διεγερτικά

Οι ουσίες αυτές, με κύριο εκπρόσωπο τις αμφεταμίνες και την κοκαΐνη, λαμβάνονται από το στόμα, με εισπνοές, με κάπνισμα ή και ενδοφλεβίως. Ως διεγερτικά του ΚΝΣ, προκαλούν ταχυκαρδία, μυδρίαση, ευφορία, αύξηση της ικανότητας συγκέντρωσης, υπερδραστηριότητα, καθώς και κατάργηση του αισθήματος κόπωσης και πείνας. Η χρόνια χρήση τους μπορεί να οδηγήσει σε τοξική ψύχωση. Η ευφορία που προκαλείται από την κοκαΐνη είναι πολύ έντονη και υπάρχει κίνδυνος εξάρτησης ακόμη και με τη λήψη της πρώτης δόσης. Η τοξίκωση από κοκαΐνη μπορεί να προκαλέσει ανησυχία, διέγερση, παρανοειδή ιδεασμό, ιδέες μεγαλείου, υπερδραστηριότητα και άλλα συμπτώματα μανίας. Η χρήση κοκαΐνης έχει συνδεθεί με απτικές και οσφρητικές ψευδαισθήσεις, επιληπτικές κρίσεις, καθώς και με αιφνίδιο θάνατο. Η στέρηση εκδηλώνεται με αίσθημα κόπωσης, λήθαργο και έντονη κατάθλιψη, που μπορεί να διαρκέσει για εβδομάδες. Επιβάλλεται η συμπτωματική θεραπευτική αντιμετώπιση και ο έλεγχος τυχόν αυτοκτονικού ιδεασμού<sup>18</sup>.

#### 2.4.3 Παραισθησιγόνα

Τα παραισθησιγόνα, με κύριο εκπρόσωπο το LSD, λαμβάνονται από το στόμα ή με κάπνισμα. Η δράση τους εστιάζεται σε εκδηλώσεις από την ψυχική σφαίρα, όπως οι αντιληπτικές, οπτικές κυρίως, παραισθήσεις, που μπορεί να εμφανιστούν και ένα χρόνο μετά τη διακοπή της ουσίας, κρίσεις πανικού,

κατάθλιψη. Η επίδραση του LSD, που αρχίζει περίπου μια ώρα μετά τη λήψη της ουσίας και διαρκεί 15-18 ώρες, είναι δύσκολο να προβλεφθεί, γιατί εξαρτάται σημαντικά από τη προσωπικότητα του χρήστη, τη διάθεση του τη στιγμή της λήψης και το περιβάλλον όπου γίνεται η χρήση. Στα σωματικά συμπτώματα περιλαμβάνονται μυδρίαση, αύξηση της θερμοκρασίας, επιληπτικές κρίσεις σε περιπτώσεις υπερδοσολογίας, χωρίς όμως να παρουσιάζονται στοιχεία σωματικής εξάρτησης ή στέρησης ακόμα και στη χρόνια χρήση, ενώ εμφανίζεται ψυχολογική εξάρτηση. Οι ψυχολογικές επιπτώσεις αφορούν στην αίσθηση του χρόνου, του χώρου, των χρωμάτων, του μεγέθους των αντικειμένων, με αποτέλεσμα ο χρήστης να συμπεριφερθεί παράδοξα και να θέσει σε κίνδυνο την ίδια του τη ζωή. Το άγχος και η κατάθλιψη που ακολουθούν τη χρήση της ουσίας, διάρκειας μέχρι 24 ώρες, μπορεί να οδηγήσουν στην αυτοκτονία.

#### 2.4.4 Κάνναβη

Κύριος εκπρόσωπος είναι η μαριχουάνα ή το χασίς. Τα προϊόντα της κάνναβης λαμβάνονται από το στόμα κυρίως με κάπνισμα. Προκαλούν συνήθως ευφορία ή και δυσφορία, άγχος, καχυποψία, άρση αναστολών, αίσθημα παντοδυναμίας, ταχυκαρδία, αύξηση της όρεξης, ερεθισμό των επιπεφυκότων, ξηροστομία. Δεν είναι σπάνιες οι περιπτώσεις που προκαλούν καταθλιπτική διάθεση, συμπτώματα πανικού, παραληρητικές ιδέες δίωξης, απάθεια. Η εξάρτηση και η στέρηση από την κάνναβη είναι αμφισβητούμενες καταστάσεις, όλοι όμως συμφωνούν ότι προκαλεί σημαντική ψυχολογική εξάρτηση και τα τελευταία χρόνια όλο και μεγαλύτερος αριθμός ατόμων που κάνουν χρήση μαριχουάνας ζητούν θεραπευτική βοήθεια. Σε μικρό ποσοστό χρηστών, η χρήση κάνναβης, ακόμα και αν δεν είναι συστηματική, μπορεί να προκαλέσει οξύ ψυχωσικό επεισόδιο ή άλλες ψυχωσικόμορφες καταστάσεις<sup>18</sup>.

#### 2.4.5 Κατασταλτικά – Υπνωτικά – Αγχολυτικά

Είναι τα συχνότερα συνταγογραφούμενα ψυχοδραστικά φάρμακα και λαμβάνονται κυρίως από το στόμα. Σύμφωνα με ερευνητικά δεδομένα, το 2003, το 9,2% του γενικού πληθυσμού στην Ελλάδα δήλωνε ότι έχει χρησιμοποιήσει στη διάρκεια της ζωής του ψυχοδραστικά φάρμακα χωρίς ιατρική συνταγή, ποσοστό σημαντικά μειωμένο σε σχέση με το 1984, που έφθανε το 15,4%. Αν και η μείωση αφορά και στα δύο φύλα, περισσότερες γυναίκες απ' ότι άνδρες κάνουν χρήση τέτοιων ουσιών χωρίς ιατρική συνταγή. Οι ουσίες αυτές προκαλούν καταστολή του ΚΝΣ, σημαντική εξάρτηση και διασταυρούμενη ανοχή με το αλκοόλ. Η εξάρτηση εμφανίζεται μόνο μετά από καθημερινή χρήση για αρκετούς μήνες και παρουσιάζει μεγάλη διαφορά στα άτομα, κάτι που επιβάλλει τη σχολαστική ενημέρωση και παρακολούθηση τους. Η τοξίκωση εμφανίζει ως σημαντικότερη επιπλοκή την καταστολή του ΚΝΣ και της αναπνοής, ανάλογη δηλαδή εικόνα με την τοξίκωση από τη χρήση αλκοόλ, καθώς επίσης άρση αναστολών και αμνησία. Σε καταστάσεις στέρησης εμφανίζονται έντονα συμπτώματα τρόμου, αϋπνίας, επιληπτικών κρίσεων, ενώ σε περιπτώσεις υπερδοσολογίας αναπνευστική ανεπάρκεια. Η κλινική εικόνα παρουσιάζει

μεγάλες ατομικές διαφορές και κυμαίνεται από ήπια έως απειλητική για τη ζωή κατάσταση, που επιβάλλει άμεση νοσηλεία και αντιμετώπιση<sup>18</sup>.

#### 2.4.6 Αλκοόλ

Είναι η συχνότερα χρησιμοποιούμενη ψυχοδραστική, κατασταλτική του ΚΝΣ, ουσία. Αν και αναγνωρίζεται ως μία σημαντική παράμετρος της ψυχιατρικής εξέτασης, ερωτήσεις που αφορούν στο ιστορικό κατανάλωσης αλκοόλ ή παραβλέπονται ή είναι αποσπασματικές. Οι κλινικοί ιατροί αναφέρουν ότι δεν είναι κατάλληλα εκπαιδευμένοι ή ότι ασχολούνται με τα πιο σοβαρά προβλήματα υγείας του ασθενούς ή θεωρούν ότι τα άτομα με προβλήματα λόγω χρήσης αλκοόλ είναι πολύ δύσκολα περιστατικά και τελικά χάνει κανείς το χρόνο του. Η αντίληψη αυτή μπορεί να ενισχύεται από τη επιθετική, αυτοκαταστροφική, παραληρητική εικόνα που συχνά εμφανίζουν τα εξαρτημένα από το αλκοόλ άτομα. Η χρήση αλκοόλ, σε μικρή ποσότητα, αναφέρεται ως μία ωφέλιμη για τον άνθρωπο πρακτική και σχετίζεται με την πρόληψη των καρδιακών παθήσεων. Η επίδραση του αλκοόλ διαφέρει από άτομο σε άτομο ανάλογα με το σωματικό βάρος, το μεταβολισμό του, τη συναισθηματική του κατάσταση την ώρα της χρήσης και την ποσότητα του φαγητού που έχει καταναλωθεί πριν από τη λήψη αλκοόλ. Σε κάθε όμως περίπτωση, η τακτική ή και επεισοδιακή κατάχρηση αλκοόλ προκαλεί σωματικές, νευρολογικές, ψυχιατρικές και κοινωνικές επιπτώσεις. Πιο συγκεκριμένα, τα σωματικά προβλήματα μπορεί να είναι γαστρίτιδα, ηπατίτιδα, κίρρωση, πεπτικό έλκος, οισοφαγίτιδα, καρκίνος του οισοφάγου, επιληπτικές κρίσεις, γνωστικές διαταραχές, αναιμία, καρδιομυοπάθεια, μυοπάθεια, τραυματισμοί στο κεφάλι. Τα νευροψυχιατρικά προβλήματα περιλαμβάνουν διαταραχές της μνήμης, παθολογική ζήλεια, αλλαγή της προσωπικότητας, σεξουαλικές διαταραχές, διαταραχές διατροφής. Τέλος, τα κοινωνικά προβλήματα μπορεί να εκδηλώνονται στο περιβάλλον της εργασίας, στο γάμο, στον οικονομικό τομέα ή στον τομέα της έννομης τάξης. Η υπερβολική χρήση αλκοόλ οδηγεί στην εξάρτηση, που εκδηλώνεται με έντονη παρόρμηση για λήψη της ουσίας, δυσκολία στον έλεγχο της κατανάλωσης, καθώς και ταχεία ανοχή στις επιδράσεις του. Σε περιπτώσεις μακροχρόνιας χρήσης, κατά την οποία έχει εγκατασταθεί σωματική εξάρτηση, η διακοπή του αλκοόλ οδηγεί σε έντονες και σοβαρές νευροψυχιατρικές διαταραχές, όπως αρχικά, τρόμο των χεριών, ταχυκαρδία, εφίδρωση, πονοκέφαλο, αϋπνία, αλλά και επιληψία, κατάθλιψη, εγκεφαλοπάθεια Wernicke, αλκοολική άνοια ή ψευδαισθήτωση, περιφερική νευροπάθεια, σύνδρομο Korsakoff. Το σύνδρομο στέρησης μπορεί να οδηγήσει σε τρομώδες παραλήρημα (deliriumtremens) με οπτικές και ακουστικές παραισθήσεις, παραλήρημα και ψυχοκινητική διέγερση, που αν δεν αντιμετωπιστεί κατάλληλα, μπορεί να οδηγήσει ακόμη και στο θάνατο. Οι περισσότεροι θάνατοι κατά τη μακροχρόνια χρήση οφείλονται στην κίρρωση του ήπατος. Τέλος, τα αυτοκινητιστικά ατυχήματα λόγω χρήσης αλκοόλ αποτελούν τη πρώτη αιτία θανάτου στους νέους



ηλικίας 17-30 ετών. Κατά την κλινική εξέταση κάθε ασθενούς και τη λήψη ιστορικού, ο γιατρός πρέπει να παίρνει πάντα πληροφορίες σχετικές με το αλκοόλ. Αν ο εξεταζόμενος αναφέρει δεδομένα που οδηγούν στη σκέψη υπερβολικής κατανάλωσης αλκοόλ, τότε οι πληροφορίες πρέπει να είναι λεπτομερειακές και να αφορούν στο οικογενειακό ιστορικό (χρήση από τους γονείς, τα αδέρφια κ.λπ.), καθώς και στο ατομικό ιστορικό με στοιχεία από τον τομέα της απασχόλησης, της οικογενειακής και σεξουαλικής ζωής, της πιθανής αντικοινωνικής συμπεριφοράς, της προνοσηρής προσωπικότητας, της προηγούμενης ιατρικής ή ψυχιατρικής κατάστασης. Υπάρχουν άτομα που κάνουν υπερβολική χρήση αλκοόλ μόνο στη διάρκεια του Σαββατοκύριακου, άλλοι που πίνουν από το πρωί και άλλοι μετά το μεσημεριανό φαγητό. Συχνά είναι τα περιστατικά εργαζόμενων γυναικών με εξάρτηση από το αλκοόλ, που αρχίζουν να πίνουν μετά την εργασία τους, όταν γυρίζουν στο σπίτι. Η αξιολόγηση της σοβαρότητας των προβλημάτων που σχετίζονται με τη χρήση αλκοόλ, εκτός από τον κίνδυνο της υποεκτίμησης λόγω του ότι αφορά μια κοινωνικά αποδεκτή συνήθεια, περιλαμβάνει ποικίλες ποσοτικές και ποιοτικές παραμέτρους, που καθιστούν δύσκολη τόσο την ανίχνευση και καταγραφή, όσο και την τελική αξιολόγηση και αντιμετώπισή τους. Σκοπός της θεραπείας είναι η πλήρης και μακροχρόνια αποχή και απαιτείται νοσηλεία για την αποτοξίνωση και αντιμετώπιση των στερητικών συμπτωμάτων, καθώς επίσης και των συνυπαρχουσών ψυχικών διαταραχών, που, αν υπάρχουν, θα αντιμετωπιστούν μετά την αποτοξίνωση. Η άρνηση του ασθενούς για θεραπεία είναι πολύ συχνό φαινόμενο. Η δισουλφιράμη (Antabuse), σε μέση ημερήσια δόση 250mg, ενισχύει την προσπάθεια του ασθενούς για πλήρη αποχή από το αλκοόλ. Ασθενείς που παίρνουν δισουλφιράμη βιώνουν πολύ δυσάρεστη αντίδραση αν κάνουν παράλληλα χρήση αλκοόλ. Η ναλτρεξόνη χρησιμοποιείται για να μειώσει την επιθυμία λήψης αλκοόλ, σε μέση ημερήσια δόση 50mg. Η βουσπιρόνη μπορεί επίσης να είναι χρήσιμη για την αντιμετώπιση του αλκοολισμού. Ακόμη και στις περιπτώσεις εκείνες όπου έχει επιτυχώς ολοκληρωθεί η θεραπευτική αντιμετώπιση, ο κίνδυνος της υποτροπής είναι η σοβαρότερη απειλή<sup>19</sup>.



#### 2.4.7 Καφεΐνη

Περιέχεται όχι μόνο στον καφέ αλλά και το τσάι, τη σοκολάτα, το κακάο, τα ποτά τύπου 'cola', καθώς και σε άλλα ανθρακούχα ποτά και διεγερτικά σκευάσματα που χορηγούνται χωρίς ιατρική συνταγή. Η καφεΐνη διεγείρει το νευρικό σύστημα και σε μικρές δόσεις αυξάνει την ενεργητικότητα, μειώνει την κόπωση και αναστέλλει την ανάγκη για ύπνο. Προκαλεί ανοχή και εξάρτηση, ενώ στην τοξίκωση εμφανίζεται ανησυχία, νευρικότητα, αϋπνία, πολυουρία, ταχυκαρδία, ψυχοκινητική διέγερση. Συμπτώματα στέρησης παρουσιάζονται μετά από συχνή κατανάλωση (περίπου 4 φλιτζάνια) για μεγάλο διάστημα, ενώ συμπτώματα όπως η κόπωση και η ευερεθιστότητα μπορούν να εμφανιστούν σε ένα άτομο επειδή δεν ήπια τον πρωινό του καφέ. Χαρακτηριστική είναι η πρόκληση ανοχής και η κεφαλαλγία που παρουσιάζεται σε περιπτώσεις στέρησης και μπορεί να διαρκέσει 4-5 ημέρες<sup>20</sup>.

#### 2.4.8 Νικοτίνη

Είναι η συχνότερη και η πλέον θανατηφόρα εξάρτηση. Λαμβάνεται με το κάπνισμα ή τη μάσηση φύλλων καπνού, που περιέχουν πάνω από 1200 διαφορετικές χημικές ουσίες, από τις οποίες 5% είναι το μονοξειδίο του άνθρακα. Όλο το μονοξειδίο του άνθρακα, το 90% της νικοτίνης και το 70% της πίσσας που περιέχεται στον καπνό κατακρατείται στους πνεύμονες με το κάπνισμα. Η στέρηση της νικοτίνης χαρακτηρίζεται από έντονη και δυσβάστακτη επιθυμία για τη λήψη της ουσίας, ευερεθιστότητα, δυσκολία συγκέντρωσης, αύξηση της όρεξης, θυμό και άγχος, που διαρκούν αρκετές εβδομάδες. Το κάπνισμα συνδέεται με στεφανιαία νόσο, αποφρακτική πνευμονοπάθεια και καρκίνο<sup>20</sup>.

#### 2.4.9 Αναβολικά

Χρησιμοποιούνται για τη βελτίωση των αθλητικών επιδόσεων και της σωματικής εμφάνισης και η χρήση τους έχει λάβει ανεξέλεγκτες διαστάσεις. Τα αναβολικά περιέχουν θυρεοειδικές ορμόνες και άλλου τύπου διεγερτικές ουσίες. Συχνά περιέχονται στα συμπληρώματα διατροφής, χωρίς όμως την απαιτούμενη επισήμανση και ενημέρωση του κοινού για τις ανεπιθύμητες ενέργειές τους. Τα στεροειδή δημιουργούν εξάρτηση και η διακοπή τους προκαλεί κατάθλιψη, έντονο άγχος, μανιακές εκδηλώσεις και βίαιη συμπεριφορά<sup>20</sup>.

#### 2.4.10 Άλλες Ουσίες

Οι εισπνεόμενοι διαλύτες αποτελούν μια κατηγορία ψυχοδραστικών ουσιών που χρησιμοποιούνται από νεαρά συνήθως άτομα. Πρόκειται για ενώσεις υδρογόνου και άνθρακα που περιέχονται σε πολλές ουσίες καθημερινής χρήσης, όπως διαλυτικά, κόλλες, spray κ.λπ. Προκαλούν ευφορία, επιθετικότητα, έκπτωση της κρίσης και παρορμητικότητα. Στη πρώτη επαφή μπορεί να παρουσιαστεί πονοκέφαλος και έμετοι. Η μακροχρόνια λήψη οδηγεί σε απώλεια βάρους, αρρυθμίες και βρογχόσπασμο. Δεν είναι σπάνιες οι περιπτώσεις τοξικής δράσης

με εμφάνιση εγκεφαλικής, ηπατικής ή νεφρικής βλάβης, που μπορεί να οδηγήσουν ακόμη και στο θάνατο. Το PCP-φαινυλκυκλιδίνη (σκόνη των αγγέλων) μπορεί να οδηγήσει σε ψύχωση<sup>21</sup>.

## 2.5 Αιτιοπαθογένεια

Οι γνώσεις μας για τα αίτια που οδηγούν στην κατάχρηση και την εξάρτηση από εξαρτησιογόνες ουσίες είναι ακόμα περιορισμένες.

Η επιστημονική κοινότητα αντιλαμβάνεται πλέον τον εθισμό ως μια πολύπλοκη διαταραχή της συμπεριφοράς, που σχετίζεται με τα συγκεκριμένα κοινωνικοοικονομικά δεδομένα του εθισμένου ατόμου, καθώς επίσης και ως ασθένεια με σαφές βιολογικό υπόστρωμα σχετιζόμενο με την κληρονομικότητα ή τις νευροχημικές αλλαγές της δομής και της λειτουργίας του εγκεφάλου λόγω της χρήσης των ψυχοδραστικών ουσιών<sup>22</sup>.

Οι κύριοι παράγοντες που καθορίζουν την κατάχρηση είναι ατομικοί και κοινωνικοί-περιβαλλοντικοί. Στα ατομικά προδιαθεσικά χαρακτηριστικά περιλαμβάνονται η ύπαρξη ψυχοπαθολογίας (π.χ. διαταραχή προσωπικότητας), η κληρονομικότητα, βιολογικοί παράγοντες που συμβάλλουν στην εγκατάσταση της κατάχρησης, μαθησιακοί και ιατρογενείς παράγοντες, που σχετίζονται κυρίως με τη κατάχρηση συνταγογραφούμενων σκευασμάτων.

Στους κοινωνικούς – περιβαλλοντικούς συντελεστές περιλαμβάνονται η ανεργία, η διαθεσιμότητα των ουσιών, η οικογένεια, η πίεση από τους φίλους, το νομικό πλαίσιο, οι πολιτισμικές επιδράσεις, δηλαδή οι στάσεις και αντιλήψεις της συγκεκριμένης κοινωνίας στο θέμα της χρήσης ψυχοδραστικών ουσιών. Όπως αναφέρθηκε, στη διεθνή βιβλιογραφία υπάρχουν αρκετές μελέτες που υποστηρίζουν ότι η χρήση ουσιών σχετίζεται με την ύπαρξη ψυχοπαθολογίας. Πρόσφατες κλινικές παρατηρήσεις καταλήγουν στη διαπίστωση ότι τα άτομα αυτά καταφεύγουν στη χρήση ψυχοδραστικών ουσιών στο πλαίσιο της ‘αυτοθεραπείας’. Οι χρήστες δεν επιλέγουν τυχαία την ουσία χρήσης, αλλά καταφεύγουν στην ουσία εκείνη που επιδρά ρυθμιστικά στα σωματικά ή ψυχολογικά προβλήματά τους. Χαρακτηριστικό παράδειγμα του μηχανισμού αυτού αποτελεί η αυξανόμενη χρήση αλκοόλ στις περιπτώσεις κατάθλιψης<sup>22</sup>.

## 2.6 Νομικό Πλαίσιο

Με το νόμο 2161/93 ιδρύθηκε στην Ελλάδα ο Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών (OKANA), ένα αυτοδιοικούμενο νομικό πρόσωπο ιδιωτικού δικαίου, που τελεί υπό την εποπτεία του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης<sup>23</sup>. Έχει ως κύριους σκοπούς:

- το σχεδιασμό, την προώθηση, το διυπουργικό συντονισμό και την εφαρμογή εθνικής πολιτικής σχετικά με τη πρόληψη, τη θεραπεία και την αποκατάσταση των ουσιοεξαρτημένων ατόμων

- τη μελέτη του προβλήματος των ουσιοεξαρτήσεων σε εθνικό επίπεδο, την παροχή έγκυρων και εμπειριστατωμένων πληροφοριών και την ευαισθητοποίηση του κοινού
- την ίδρυση και την αποτελεσματική λειτουργία κέντρων πρόληψης, θεραπευτικών μονάδων και κέντρων επαγγελματικής και κοινωνικής επανένταξης

Για την υλοποίηση των παραπάνω, ο ΟΚΑΝΑ συνεργάζεται με τους αρμόδιους εθνικούς φορείς (συναρμόδια υπουργεία, πανεπιστημιακά ιδρύματα, τοπική αυτοδιοίκηση, θεραπευτικά προγράμματα), καθώς επίσης και με τους αντίστοιχους ευρωπαϊκούς ή διεθνείς οργανισμούς (Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης Ναρκωτικών, Ομάδα Ρομπιδου του Συμβουλίου της Ευρώπης, Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, Οργανισμός Ηνωμένων Εθνών).

Στο πλαίσιο της πρωτογενούς πρόληψης, ο ΟΚΑΝΑ, μέσα στη πρώτη δεκαετία (1995-2005) της λειτουργίας του, σε συνεργασία με την τοπική αυτοδιοίκηση, ίδρυσε 64 κέντρα πρόληψης σε 46 νομούς της χώρας. Ο εθνικός σχεδιασμός προβλέπει την ίδρυση 82 κέντρων πρόληψης για πανελλαδική κάλυψη. Αποστολή των κέντρων αυτών είναι η εφαρμογή προγραμμάτων πρόληψης σε εκπαιδευτικούς, σε εφήβους, σε γονείς και σε ομάδες με συμπεριφορές υψηλού κινδύνου, με στόχο τη δημιουργία δικτύων δράσης στη τοπική κοινωνία<sup>23</sup>.

Στο τομέα της θεραπείας, υλοποιούνται προγράμματα <<στεγνά>> (πλήρης αποχή από κάθε εξαρτησιογόνο ουσία) και προγράμματα χορήγησης υποκατάστατων (μεθαδόνη, βουπρενορφίνη κ.λπ.), καθώς επίσης και προγράμματα που απευθύνονται σε εφήβους.

<<Στεγνά>> προγράμματα υλοποιούν σε πανελλαδική βάση το Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων (ΚΕΘΕΑ), το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής (18 άνω), το Αιγινήτειο Νοσοκομείο (Πρόγραμμα Αθηνά) και το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης<sup>24</sup>.

Νόμοι μεταγενέστεροι του 2161/93 και διάφορες υπουργικές αποφάσεις από το 1996 μέχρι σήμερα, ρυθμίζουν και άλλα θέματα, όπως η λειτουργία του Εθνικού Κέντρου Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά, που συλλέγει όλα τα σχετικά με το πρόβλημα της ουσιοεξάρτησης στοιχεία. Η καθαρά ποινική αντιμετώπιση του χρήστη ποικίλλει ανάλογα με το αν είναι απλός χρήστης ή απλός εξαρτημένος με ή χωρίς άλλη αξιόποινη πράξη, ανήλικο ή ενήλικο άτομο, διακινητής ή έμπορος. Διακρίνονται κυρίως οι παρακάτω κατηγορίες:

1. Ενήλικος που κάνει απλός χρήση, προμηθεύεται – κατέχει ναρκωτικά σε ποσότητα που καλύπτει τις δικές του αποκλειστικές ανάγκες ή καλλιέργει κανναβη για δική του μόνο χρήση, τιμωρείται με φυλάκιση. Αν η αξιόποινη πράξη συμβαίνει για πρώτη φορά, μπορεί ο δράστης να παρακολουθήσει, αν το επιθυμεί, συμβουλευτικό θεραπευτικό πρόγραμμα.
2. Εξαρτημένος (διάγνωση βασιζόμενη σε υποχρεωτική πραγματογνωμοσύνη), ενήλικος, που δεν μπορεί να αποβάλλει την έξη της χρήσης ναρκωτικών με τις δικές του δυνάμεις, υποβάλλεται σε ειδική μεταχείριση (ειδικό θεραπευτικό κατάστημα), παραμένει δηλαδή ατιμώρητος.
3. Εξαρτημένος ή μη χρήστης, που διαπράττει αξιόποινη πράξη, μπορεί να έχει ακαταλόγιστο ή μειωμένο καταλογισμό, δηλαδή είτε δεν επιβάλλεται ποινή είτε η ποινή είναι μειωμένη.

4. Ανήλικος (παιδί 7-12 ετών ή έφηβος 13-17 ετών) χρήστης, που διαπράττει αδίκημα, υποβάλλεται σε αναμορφωτικά (ιδρυματικά ή εξωιδρυματικά) ή θεραπευτικά μέτρα.

Παρά το προαναφερόμενο νομοθετικό πλαίσιο, η καθημερινή πρακτική αντιμετώπιση των χρηστών, αλλά και η αντίληψη του ευρύτερου κοινωνικού συνόλου, αν και έχει σημαντικά διαφοροποιηθεί, παραμένει στην αρχική προσέγγιση του χρήστη ως <<εγκληματία>><sup>24</sup>.

## 2.7 Διαθέσιμες Δομές Στην Ελλάδα

- ✓ Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών (ΟΚΑΝΑ)
- ✓ Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων (ΚΕΘΕΑ)
- ✓ Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής – Τμήμα 18 άνω
- ✓ Αιγινήτειο Νοσοκομείο
- ✓ Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης
- ✓ Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά και την Τοξικομανία (ΕΚΤΕΠΝ)
- ✓ Κέντρο Εκπαίδευσης για την Πρόληψη της Χρήσης Ναρκωτικών και την Προαγωγή της Υγείας (ΕΠΠΨΥ)<sup>25</sup>.





## **3 Κεφάλαιο Τρίτο : Διπλή Διάγνωση: Ψύχωση και Έξη**

### **3.1 Εισαγωγή**

Η συνύπαρξη ψυχιατρικής νόσου και διαταραχών οφειλόμενων στη χρήση ουσιών, η οποία ονομάζεται κοινώς συννοσηρότητα ή διπλή διάγνωση, δεν αποτελεί νέο φαινόμενο. Ωστόσο, τα τελευταία χρόνια το θέμα κέρδισε έδαφος στις συζητήσεις πολιτικού επιπέδου και επαγγελματιών, καθώς έγινε προφανές ότι αφορά μεγάλο, και πιθανώς διογκούμενο, αριθμό ατόμων. Στο κεφάλαιο αυτό θα δοθεί έμφαση στη συνύπαρξη ψυχιατρικών διαταραχών και διαταραχών της προσωπικότητας και χρήσης παράνομων ναρκωτικών. Στην πραγματικότητα, συχνά αρμόζει να αναφερόμαστε σε πολλαπλή νοσηρότητα, καθώς τα συγκεκριμένα άτομα πάσχουν επίσης συχνά από σωματικές ασθένειες, π.χ. μόλυνση από τον ιό της ανοσολογικής ανεπάρκειας του ανθρώπου (HIV) ή της ηπατίτιδας C, καθώς και από κοινωνικές διαταραχές, όπως οικογενειακά προβλήματα, ανεργία, εγκλεισμός σε φυλακή ή έλλειψη στέγης. Οι υπηρεσίες περίθαλψης και θεραπείας δεν διαθέτουν συνήθως τον κατάλληλο εξοπλισμό για την αντιμετώπιση των αναγκών διάγνωσης και θεραπείας της ομάδας αυτής, και ως εκ τούτου παραμελούν ή/και δεν είναι σε θέση να αντιμετωπίσουν το σύνολο των προβλημάτων των ατόμων που εισάγονται για θεραπεία. Το αποτέλεσμα θα μπορούσε να παρομοιασθεί με την εικόνα μιας «περιστρεφόμενης πόρτας», όπου άτομα που έχουν μεγάλη ανάγκη θεραπείας παραπέμπονται από τη μία υπηρεσία στην άλλη, ενώ στο μεταξύ η κατάστασή τους επιδεινώνεται<sup>26</sup>.

### **3.2 Ορισμός**

Η συννοσηρότητα ή διπλή διάγνωση ορίζεται από την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (ΠΟΥ) ως η συνύπαρξη στο ίδιο άτομο μιας διαταραχής οφειλόμενης στη χρήση ψυχοδραστικής ουσίας και μιας άλλης ψυχιατρικής διαταραχής (ΠΟΥ, 1995). Σύμφωνα με το Γραφείο των Ηνωμένων Εθνών για τα Ναρκωτικά και το Έγκλημα (UNODC), άτομο με διπλή διάγνωση είναι εκείνο «για το οποίο έγινε διάγνωση προβλήματος κατάχρησης αλκοόλ ή ναρκωτικής ουσίας επιπλέον κάποιας άλλης διάγνωσης, συνήθως ψυχιατρικής ασθένειας, π.χ. μανιοκατάθλιψη, σχιζοφρένεια» (UNODCCP, 2000). Με άλλα λόγια, η συννοσηρότητα στο πλαίσιο αυτό αναφέρεται στην πρόσκαιρη συνύπαρξη δύο ή περισσότερων ψυχιατρικών διαταραχών ή διαταραχών της προσωπικότητας, εκ των οποίων η μία είναι η προβληματική χρήση ουσίας<sup>27</sup>.

### **3.3 Αιτιολογία**

Η προσπάθεια καθορισμού της αιτιολογίας της συννοσηρότητας οδηγεί σε αδιέξοδο: ποια από τις διαταραχές εμφανίστηκε πρώτη; Οι υπάρχουσες έρευνες σχετικά με την αιτιώδη συνάφεια μεταξύ ψυχιατρικών διαταραχών και διαταραχών



οφειλόμενων στη χρήση ουσιών δεν καταλήγουν σε συγκεκριμένα συμπεράσματα. Τα συμπτώματα της ψυχικής διαταραχής και των προβλημάτων που οφείλονται στην ουσιοεξάρτηση αλληλεπιδρούν και αλληλοεπηρεάζονται.

Από ερευνητικά στοιχεία προκύπτουν ενδείξεις ότι οι ψυχιατρικές διαταραχές και οι διαταραχές της προσωπικότητας προϋπάρχουν συνήθως των διαταραχών που οφείλονται στη χρήση ουσιών, δηλαδή αυξάνουν την επιρρέπεια των ατόμων σε τέτοια προβλήματα ωστόσο, οι ψυχιατρικές διαταραχές ενδέχεται επίσης να επιδεινωθούν λόγω της χρήσης ναρκωτικών (π.χ. για την κατάθλιψη) ή να εκδηλωθούν παράλληλα<sup>27</sup>.

Η χρήση ναρκωτικών μπορεί επίσης να εκληφθεί ως στοιχείο ή σύμπτωμα μιας ψυχιατρικής διαταραχής ή μιας διαταραχής της προσωπικότητας, καθώς και ως προσπάθεια αυτοθεραπείας. Το γεγονός ότι η χρήση της ουσίας μετριάξει τα ενοχλητικά συμπτώματα ενθαρρύνει την ανάπτυξη της ουσιοεξάρτησης. Όταν σταματήσει η χρήση της ουσίας, π.χ. με την αποτοξίνωση ή τη θεραπεία υποκατάστασης, τα συμπτώματα ενδέχεται να επανεμφανιστούν. Αιφνίδιες ψυχώσεις οφειλόμενες στη χρήση ναρκωτικών εμφανίζονται κυρίως σε χρήστες κοκαΐνης, αμφεταμινών και παραισθησιογόνων, αλλά συνήθως υποχωρούν σχετικά γρήγορα. Ωστόσο, ενδέχεται να είναι δύσκολη η διάκριση μεταξύ συμπτωμάτων που οφείλονται σε τοξίκωση από χρήση ναρκωτικών και μη συναφών ψυχωτικών επεισοδίων.

Ο Krausz (1996) προτείνει τέσσερις κατηγορίες διπλής διάγνωσης:

- κύρια διάγνωση μιας ψυχικής νόσου, με επακόλουθη (διπλή) διάγνωση κατάχρησης ουσίας που επηρεάζει αρνητικά την ψυχική υγεία·
- κύρια διάγνωση μιας εξάρτησης από ναρκωτική ουσία με ψυχιατρικές επιπλοκές που οδηγούν σε ψυχική νόσο·
- ταυτόχρονη διάγνωση κατάχρησης ουσίας και ψυχιατρικών διαταραχών·
- διπλή διάγνωση κατάχρησης ουσίας και μανιοκατάθλιψης, οι οποίες οφείλονται αμφότερες σε βαθύτερη τραυματική εμπειρία, π.χ. διαταραχή μετατραυματικού στρες.

Ομοίως, στη σουηδική εθνική έκθεση γίνεται διάκριση μεταξύ ψυχιατρικών ασθενών που πάσχουν από συννοσηρότητα και ατόμων εξαρτημένων από τα ναρκωτικά με διαταραχές της προσωπικότητας, οι οποίες επιδεινώνονται από τη χρήση ναρκωτικών και δεν διαγιγνώσκονται πάντοτε σωστά.

Ο Morel (1999) διακρίνει τις μη ειδικές ψυχιατρικές διαταραχές που παρατηρούνται σε χρήστες ναρκωτικών από τις επιπλοκές που συνδέονται ειδικά με τη χρήση ναρκωτικών. Στις διαταραχές που παρατηρούνται συχνά σε χρήστες ναρκωτικών περιλαμβάνονται οι εξής:

- αγχώδεις-καταθλιπτικές διαταραχές·
- διαταραχές του ύπνου, οφειλόμενες σε κατάθλιψη, αγχώδη διαταραχή ή ψύχωση·
- επιθετική και βίαιη συμπεριφορά, η οποία υποδηλώνει αντικοινωνικές, ψυχοπαθητικές, σχιζοφρενικές ή παρανοϊκές διαταραχές της προσωπικότητας<sup>28</sup>.

Στα προβλήματα που συνδέονται ειδικά με τη χρήση ναρκωτικών περιλαμβάνονται τα εξής:

- φαρμακευτικές ψυχώσεις οφειλόμενες σε παραισθησιογόνα ή αμφεταμίνες·

- συγγυτικά σύνδρομα.

Πρόσφατες νευροψυχολογικές και νευροβιολογικές μελέτες καθώς και η εμφάνιση τεχνικών που καθιστούν δυνατή την οπτικοποίηση των λειτουργιών του εγκεφάλου επέτρεψαν να διατυπωθούν υποθέσεις σχετικά με τις αλληλεπιδράσεις μεταξύ ψυχικών και σωματικών τραυμάτων, ανάπτυξης του εγκεφάλου, συνεπειών της χρήσης ναρκωτικών, του στρες και της νοητικής ανάπτυξης. Το «σύστημα ανταμοιβής» είναι καθοριστικό στην ανάπτυξη της ουσιοεξάρτησης, η οποία συνδέεται με δομικές αλλαγές και προσαρμογή του εγκεφάλου σε μικροεπίπεδο και μακροεπίπεδο<sup>28</sup>.

Άλλες θεωρίες συνδέουν συγκεκριμένα ναρκωτικά με συγκεκριμένες ψυχικές διαταραχές, π.χ. έχει διατυπωθεί η άποψη ότι η χρήση ηρωίνης μειώνει το στρες, μετριάζει τον πόνο και εξαφανίζει τις απειλητικές φωνές σε σχιζοφρενείς και σε ασθενείς που πάσχουν από οριακή σχιζοφρένεια· ωστόσο, ασθενείς που πάσχουν από σοβαρές ψυχικές ασθένειες δεν κάνουν χρήση ηρωίνης. Άλλοι υποστηρίζουν ότι η κοκαΐνη βελτιώνει τις καταθλιπτικές καταστάσεις, αίρει τις συμπεριφορικές αναστολές και επιτρέπει στις ναρκισσιστικές προσωπικότητες να αποβάλουν τις παραληρητικές ιδέες μεγαλείου. Η κάνναβη ανακουφίζει την ένταση και η έκσταση μειώνει τις κοινωνικές αναστολές.

Στην εθνική έκθεση της Ιρλανδίας του 2002 εξετάζεται συγκεκριμένα η κατάθλιψη στους χρήστες ναρκωτικών, με βάση τα αποτελέσματα αρκετών μελετών. Η έκθεση καταλήγει στο συμπέρασμα ότι υπάρχει έντονη σχέση μεταξύ της προβληματικής χρήσης ναρκωτικών, ιδίως οπιούχων και βενζοδιαζεπινών, και των υψηλών ποσοστών κατάθλιψης. Στη Γερμανία διερευνήθηκε η σχέση μεταξύ διαταραχών χρήσης ουσιών, κατάθλιψης και αυτοκτονιών και διαπιστώθηκε ότι ο κίνδυνος αυτοκτονίας αυξάνει σημαντικά στα άτομα που πάσχουν από καταθλιπτική διαταραχή. Είναι πιθανό ορισμένα άτομα που πάσχουν από κατάθλιψη να προβαίνουν σε αυτοθεραπεία με οπιούχα και βενζοδιαζεπίνες: τα άτομα που συμμετέχουν σε προγράμματα απεξάρτησης εμφανίζουν χαμηλότερες επιδόσεις όσον αφορά την κατάθλιψη από τα άτομα που προσφεύγουν σε υπηρεσίες άμεσης πρόσβασης ή από αυτά που βρίσκονται στην αρχή της θεραπείας<sup>29</sup>.

Μελέτη που διενεργήθηκε στη Νορβηγία (n = 2 359) διαπίστωσε ότι υψηλό ποσοστό των χρηστών ναρκωτικών αντιμετώπισε σοβαρά οικογενειακά προβλήματα κατά τη διάρκεια της παιδικής και νεανικής του ηλικίας. Συγκεκριμένα, 70 % είχε αντιμετωπίσει μαθησιακά και συμπεριφορικά προβλήματα στο σχολείο, 38 % υπήρξε θύμα εκφοβισμού και 21 % είχε υποβληθεί σε ψυχιατρική θεραπεία κατά την παιδική ηλικία και την εφηβεία. Οι γυναίκες χρήστες ναρκωτικών που εμφάνιζαν ψυχιατρική συννοσηρότητα υπήρξαν συχνά θύματα τραυματικής σεξουαλικής κακοποίησης.

### 3.4 Διάγνωση

Οι εξετάσεις ρουτίνας για ψυχιατρικές διαταραχές και διαταραχές της προσωπικότητας δεν περιλαμβάνονται πάντοτε στις τυποποιημένες διαδικασίες διάγνωσης που πραγματοποιούνται στην αρχή της θεραπείας σε υπηρεσίες θεραπείας των ουσιοεξαρτήσεων. Με εξαίρεση ορισμένες ιδιαίτερα ευαίσθητοποιημένες ή/και εξειδικευμένες υπηρεσίες, τα ψυχικά συμπτώματα και οι ψυχικές διαταραχές σπάνια διερευνώνται από τις υπηρεσίες θεραπείας των ουσιοεξαρτήσεων.

Εν πάση περιπτώσει, είναι γνωστό ότι η διάγνωση της συννοσηρότητας είναι πολύ δύσκολη. Η ουσιοεξάρτηση και η διαταραγμένη συμπεριφορά που προκαλεί κυριαρχούν συχνά στην κλινική εικόνα και παραποιούν τα ψυχιατρικά συμπτώματα. Επιπλέον, η χρήση ουσιών μπορεί να προκαλέσει ψυχιατρικά συμπτώματα που ελάχιστα διαφέρουν από εκείνα των ψυχιατρικών διαταραχών, ενώ το σύνδρομο στέρησης ή η οξεία τοξίκωση μπορούν να μιμηθούν σχεδόν όλα τα συμπτώματα των εν λόγω διαταραχών. Επίσης, η κατάθλιψη και το άγχος μπορούν να θεωρηθούν εγγενή συμπτώματα του κύκλου της τοξίκωσης-στερήσης: συμπτώματα που μετριάζονταν λόγω της χρήσης των ουσιών εμφανίζονται κατά την αποχή ή τη θεραπεία υποκατάστασης<sup>30</sup>.

Οι πρόοδοι στη μεθοδολογία συνέβαλαν επίσης στη βελτίωση της διάγνωσης τόσο των ψυχιατρικών διαταραχών όσο και των διαταραχών χρήσης ουσιών. Υπάρχουν σήμερα πολλά τυποποιημένα και έγκυρα εργαλεία για τη μέτρηση των ψυχιατρικών συμπτωμάτων και των διαταραχών της προσωπικότητας, καθώς και διάφορα εργαλεία που εκτιμούν το επίπεδο των προτύπων χρήσης ναρκωτικών και της ουσιοεξάρτησης. Ο Δείκτης Σοβαρότητας της Εξάρτησης (ASI) είναι ένα πολυλειτουργικό εργαλείο που μπορεί να χρησιμοποιηθεί για τη διάγνωση, το σχεδιασμό της θεραπείας και την παρακολούθηση, καθώς και για την έρευνα. Ο ASI είναι πολυδιάστατος και μετρά παλαιότερα και τρέχοντα προβλήματα σε επτά τομείς: κατάσταση της υγείας, απασχόληση και ανεξαρτησία, χρήση αλκοόλ, χρήση ναρκωτικών, νομικό καθεστώς, οικογενειακές και κοινωνικές σχέσεις, και ψυχιατρικά συμπτώματα. Ο δείκτης έχει τυποποιηθεί και μεταφραστεί από τα αγγλικά στις περισσότερες ευρωπαϊκές γλώσσες (EuroASI)<sup>30</sup>.

### 3.5 Επικράτηση

Έχουν διενεργηθεί πολλές μελέτες για να μετρηθούν η επικράτηση ψυχιατρικών διαταραχών και διαταραχών της προσωπικότητας όπως και τα πρότυπα της χρήσης ναρκωτικών στον γενικό πληθυσμό καθώς και στους ψυχιατρικούς ασθενείς και τους χρήστες ναρκωτικών εντός και εκτός θεραπευτικών υπηρεσιών. Τα αποτελέσματα εμφανίζουν μεγάλη ποικιλία, από την άποψη τόσο των αριθμών όσο και των διαγνώσεων, ανάλογα με τη διαθεσιμότητα και την επιλογή του πληθυσμού, τις μεθόδους δειγματοληψίας, τις διαγνωστικές δεξιότητες και ικανότητες, την εγκυρότητα και την αξιοπιστία των χρησιμοποιηθέντων διαγνωστικών εργαλείων και το χρονικό διάστημα που καλύπτει η μελέτη.

Σε επισκόπηση διαφορετικών μελετών, κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η συνηθέστερη ψυχιατρική διάγνωση στους χρήστες ναρκωτικών είναι η διαταραχή της προσωπικότητας, η οποία αφορά 50-90 % των χρηστών, ακολουθούμενη από τη συναισθηματική διαταραχή (20-60 %) και τις ψυχωτικές διαταραχές (20 %). Ποσοστό που κυμαίνεται από 10 έως 50 % των ασθενών εμφανίζει περισσότερες από μία ψυχιατρικές διαταραχές ή διαταραχές της προσωπικότητας<sup>31</sup>.

Σε επισκόπηση διεθνών μελετών σχετικά με την ψυχοπαθολογία εξαρτημένων από τα ναρκωτικά ατόμων, εντοπίζονται τρεις κύριες ομάδες διαταραχών: διαταραχές της προσωπικότητας (65-85 %), καταθλιπτικές και αγχώδεις καταστάσεις (30-50 %) και ψυχώσεις (15 %).

Πολλοί επαγγελματίες της θεραπείας των ουσιοεξαρτήσεων πιστεύουν ότι η επικράτηση της εξάρτησης από τα ναρκωτικά σε συνδυασμό με ψυχικές διαταραχές εμφανίζει αύξηση, μολονότι ορισμένοι ισχυρίζονται ότι αυτό οφείλεται στη μεγαλύτερη ευαισθητοποίηση απέναντι στο θέμα αυτό ή/και σε αλλαγές στη

διάγνωση και την ταξινόμηση των ψυχιατρικών νόσων ή/και στην αναδιάρθρωση των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης. Στη Φινλανδία, σύμφωνα με το μητρώο εξιτηρίων, ο αριθμός των περιόδων θεραπείας που αφορούν ταυτόχρονα προβλήματα που συνδέονται με τα ναρκωτικά και άλλα προβλήματα ψυχικής υγείας αυξήθηκε από 441 το 1987 σε 2.130 το 2001. Οι περίοδοι θεραπείας για χρήση οπιούχων σε συνδυασμό με ψυχιατρικές διαταραχές τριπλασιάστηκαν από το 1996. Το στοιχείο αυτό συμφωνεί με την αύξηση της χρήσης ναρκωτικών, μολονότι δεν υποδηλώνεται καμία άμεση αιτιώδης συνάφεια. Στην Ιρλανδία, το ποσοστό των χρηστών ναρκωτικών που εισάχθηκαν για πρώτη φορά σε ψυχιατρικά κέντρα νοσηλείας σχεδόν τετραπλασιάστηκε μεταξύ 1990 και 2001.

Στην εθνική έκθεση της Ισπανίας αναφέρεται ότι η παρατηρούμενη αύξηση της συννοσηρότητας ενδέχεται να οφείλεται εν μέρει σε αύξηση της εξάρτησης από ψυχοδιεγερτικές ουσίες<sup>31</sup>.

### 3.5.1 Επικράτηση της συννοσηρότητας στις θεραπευτικές υπηρεσίες

Στον πίνακα παρακάτω παρατίθενται μελέτες συννοσηρότητας σε διαφορετικές μονάδες θεραπείας των ουσιοεξαρτήσεων και ψυχιατρικά κέντρα στα κράτη μέλη, όπως παρουσιάζονται στις εθνικές εκθέσεις. Τα στοιχεία για τις διαταραχές χρήσης ουσιών στα ψυχιατρικά κέντρα δεν είναι τόσο εύκολα διαθέσιμα όσο τα στοιχεία για τις ψυχιατρικές διαταραχές σε μονάδες θεραπείας των ουσιοεξαρτήσεων. Μολονότι οι μελέτες που παρουσιάζονται στην επισκόπηση αυτή δεν είναι συγκρίσιμες, παρέχουν ενδείξεις σχετικά με την κατάσταση στις χώρες της ΕΕ. Υπάρχουν σημαντικές αποκλίσεις στους εξεταζόμενους πληθυσμούς, στα επιλεγθέντα διαγνωστικά κριτήρια, στα χρησιμοποιούμενα εργαλεία και στο χρόνο της διάγνωσης. Για τους λόγους που προαναφέρθηκαν, η υποδιάγνωση θεωρείται πιθανή σε πολλές περιπτώσεις<sup>32</sup>.

Συγκριτική μελέτη στην Ελλάδα και τη Γαλλία διαπίστωσε ότι, παρόλο που τα συνολικά ποσοστά ψυχοπαθολογικών καταστάσεων στους χρήστες οπιούχων υπό θεραπεία εμφανίζουν μεγάλη ομοιότητα στις δύο χώρες, τα ψυχοπαθολογικά πρότυπα διαφέρουν: η επικράτηση συναισθηματικών διαταραχών ήταν υψηλότερη στους γάλλους απ' ότι στους έλληνες χρήστες ναρκωτικών (19 έναντι 7 %), ενώ η επικράτηση προτύπων αντικοινωνικής προσωπικότητας ήταν μεγαλύτερη στο ελληνικό δείγμα (20 έναντι 7 %). Αποδίδουν τις διαφορές αυτές στη χαμηλότερη επικράτηση της χρήσης ναρκωτικών στην Ελλάδα: «όσο πιο περιορισμένη είναι η έκταση της κοινωνικά απαράδεκτης συμπεριφοράς τόσο πιο πιθανό είναι να εμπλέκονται σε αυτήν άτομα με κοινωνικά αποκλίνουσα συμπεριφορά»<sup>32</sup>.

Νορβηγική μελέτη εξέτασε τις διαφορές φύλου μεταξύ χρηστών πολλαπλών ουσιών (εκ των οποίων 85 % ήταν χρήστες ηρωίνης) και αλκοολικών που δεν έκαναν χρήση άλλων ουσιών. Το δείγμα περιλάμβανε πολύ μεγάλο ποσοστό ατόμων με ψυχιατρικές διαταραχές και διαταραχές της προσωπικότητας (93 %). Γενικά, οι γυναίκες εμφάνιζαν σημαντικά υψηλότερα ποσοστά σοβαρής κατάθλιψης, ειδικής φοβίας και οριακής διαταραχής της προσωπικότητας από τους άνδρες. Η συνύπαρξη μιας διαταραχής αντικοινωνικής προσωπικότητας ήταν μεγαλύτερη στους άνδρες χρήστες πολλαπλών ουσιών.

**ΠΙΝΑΚΑΣ: Επιπολασμός συννοσηρότητας σε θεραπευτικά περιβάλλοντα σε  
διάφορες χώρες της Ε.Ε**

### 3.5.2 Επικράτηση — φυλακές και υποχρεωτική θεραπεία

Ο πληθυσμός των φυλακών χρήζει ιδιαίτερης προσοχής. Η επικράτηση ψυχιατρικών διαταραχών, όπως και η επικράτηση της χρήσης ναρκωτικών, είναι πολύ υψηλότερη στον πληθυσμό των φυλακών απ' ό,τι στον γενικό πληθυσμό. Σύμφωνα με στοιχεία της Ιρλανδίας, 48 % των ανδρών και 75 % των γυναικών κρατουμένων εμφανίζουν ψυχικές διαταραχές, ενώ 72 % των ανδρών και 83 % των γυναικών κρατουμένων αναφέρουν δοκιμή ναρκωτικών τουλάχιστον μία φορά σε όλη τη ζωή. Το 1999, 23 % των προβληματικών χρηστών που κρατήθηκαν σε σωφρονιστικό ίδρυμα της αστυνομίας της Βιέννης εμφάνιζε ψυχιατρικά προβλήματα. Το ποσοστό υποτροπής στους χρήστες ναρκωτικών που εξέτισαν ποινές φυλάκισης είναι υψηλό. Εξάλλου, αναγνωρίζεται ολοένα και περισσότερο ότι η φυλάκιση είναι δυνατόν να συμβάλει στην επιδείνωση των προβλημάτων ψυχικής υγείας. Η κατάσταση είναι ακόμη πιο δραματική στις φυλακές όπου εκτίονται ποινές μεγάλης διάρκειας και τις φυλακές υψίστης ασφαλείας.

Στη Σουηδία, διαπιστώθηκε ότι μεταξύ 72 και 84 % των ενηλίκων που υποβάλλονταν σε υποχρεωτική θεραπεία απεξάρτησης έπασχαν από ψυχιατρικά προβλήματα, πέραν του γεγονότος ότι ήταν χρήστες ναρκωτικών. Από τις 46 εξαρτημένες από ουσίες νεαρές γυναίκες που υποβάλλονταν σε υποχρεωτική θεραπεία για παιδιά και νέους, τα δύο τρίτα είχαν διαγνωσθεί με ψυχιατρικά προβλήματα ή διαταραχές της προσωπικότητας<sup>33</sup>.

### **3.6 Εμπόδια στη θεραπεία της συννοσηρότητας**

Ένα από τα κύρια εμπόδια στη διάγνωση και τη θεραπεία της συννοσηρότητας είναι το γεγονός ότι το ψυχιατρικό προσωπικό διαθέτει συνήθως λιγότερες γνώσεις σχετικά με τη θεραπεία των ουσιοεξαρτήσεων και το ειδικευμένο στη θεραπεία των ουσιοεξαρτήσεων προσωπικό έχει γενικά λιγότερες γνώσεις ψυχιατρικής. Τα παραδείγματα των δύο ειδικοτήτων είναι πολύ διαφορετικά: η μία βασίζεται στις επιστήμες της ιατρικής και της φυσικοχημείας, η άλλη σε ψυχοκοινωνικές μεθόδους και θεωρίες. Επιπλέον, η φιλοσοφία των υπηρεσιών ψυχικής υγείας συνήθως προσανατολίζεται κυρίως στη διαφύλαξη της ασφάλειας των ατόμων και του κοινού, ενώ οι υπηρεσίες θεραπείας των ουσιοεξαρτήσεων προσδοκούν να ενθαρρυνθούν οι ενδιαφερόμενοι σε κάποιο βαθμό για να συμμετάσχουν σε προγράμματα θεραπείας. Αυτά τα διαφορετικά σημεία εκκίνησης εμποδίζουν συχνά μια ολιστική και ενιαία αντίληψη του θέματος<sup>34</sup>.

Όπως προαναφέρθηκε, τόσο οι ψυχιατρικές ομάδες όσο και οι υπηρεσίες θεραπείας των ουσιοεξαρτήσεων αποτυγχάνουν συχνά να εντοπίσουν σημαντικό αριθμό ασθενών που εμφανίζουν συννοσηρότητα. Όταν οι ασθενείς με διπλή διάγνωση ζητούν θεραπεία, τα αιφνίδια ψυχιατρικά σύνδρομα που παρουσιάζουν εκλαμβάνονται συχνά εσφαλμένα ως συμπτώματα που οφείλονται στη χρήση ουσιών ή, αντίθετα, συμπτώματα στέρησης ή τοξίκωσης ερμηνεύονται εσφαλμένα ως ψυχιατρικές νόσοι. Πολύ συχνά, οι επαγγελματίες του τομέα ψυχικής υγείας έχουν την τάση να στέλνουν τα άτομα που εμφανίζουν συννοσηρότητα για θεραπεία απεξάρτησης, και οι θεραπευτές με τη σειρά τους να τα ξαναστέλνουν αμέσως πίσω — ή το αντίθετο. Η συνέχεια της περίθαλψης είναι αδύνατη υπό τις περιστάσεις αυτές. Ακόμη και όταν διαγιγνώσκεται συννοσηρότητα, αυτή συνήθως δεν εξετάζεται

περαιτέρω στις επακόλουθες θεραπευτικές παρεμβάσεις. Το ίδιο ισχύει για τους ασθενείς που διαγιγνώσκονται με προβλήματα χρήσης ουσιών κατά την ψυχιατρική θεραπεία, οι οποίοι συνήθως δεν υποβάλλονται σε παρεμβάσεις κατά των ουσιοεξαρτήσεων. Βεβαίως, οι γενικεύσεις αυτές δεν αποκλείουν το γεγονός ορισμένες ψυχιατρικές υπηρεσίες και υπηρεσίες θεραπείας των ουσιοεξαρτήσεων να επιτυγχάνουν πολύ καλά αποτελέσματα με ασθενείς που εμφανίζουν συννοσηρότητα.

Επιπλέον, όταν εντοπίζονται, οι χρήστες ναρκωτικών αντιμετωπίζονται συχνά με καχυποψία από τις ψυχιατρικές υπηρεσίες και ενδέχεται να μη γίνουν δεκτοί από αυτές, και το ίδιο μπορεί να συμβεί σε χρήστες που είναι σταθεροί στη λήψη ουσίας υποκατάστασης. Ομοίως, ενδιαφερόμενοι μπορεί να αποκλεισθούν από θεραπεία απεξάρτησης λόγω των ψυχικών προβλημάτων τους. Στην Ισπανία, για παράδειγμα, οι περισσότερες ψυχιατρικές υπηρεσίες αποκλείουν τους ασθενείς με διαταραχές που συνδέονται με τη χρήση ουσιών, το δε προσωπικό τους δεν διαθέτει κατάλληλη κατάρτιση. Μελέτη σε αυστριακούς ψυχοθεραπευτές έδειξε ότι μόνον ορισμένοι εξ αυτών είναι πρόθυμοι να παράσχουν τις υπηρεσίες τους σε ασθενείς χρήστες ναρκωτικών. Σύμφωνα με στοιχεία από την Ιταλία, δεν υπάρχουν σαφείς κανόνες για την παραπομπή των ενδιαφερομένων από τις υπηρεσίες θεραπείας των ουσιοεξαρτήσεων στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας, και οι τελευταίες δείχνουν απροθυμία στην υποδοχή τους λόγω έλλειψης ειδικών γνώσεων. Στη Νορβηγία, αναφέρεται ότι είναι δύσκολη η παραπομπή από υπηρεσίες άμεσης πρόσβασης σε κέντρα ψυχιατρικής θεραπείας<sup>34</sup>.

Στην Ελλάδα, 54 % των θεραπευτικών προγραμμάτων δεν δέχονται χρήστες ναρκωτικών με ψυχιατρικές διαταραχές. Στα στεγνά προγράμματα θεραπείας εσωτερικής παραμονής στη Σλοβενία, και σε άλλες χώρες, τα προγράμματα θεραπείας απαιτούν από τους ασθενείς να μην κάνουν χρήση ουσιών ως προϋπόθεση για την εισαγωγή τους. Στην περίπτωση των ασθενών με διπλή διάγνωση, η προϋπόθεση αυτή αποτελεί σοβαρό εμπόδιο, καθώς η πλήρης αποχή απαιτεί τη διακοπή άλλων θεραπειών, κάτι που δεν είναι πάντοτε εφικτό<sup>34</sup>.

### **3.7 Ζητήματα θεραπείας σχετικά με τα άτομα με διπλές διαγνώσεις**

Σε σύγκριση με τους πάσχοντες μόνο από κατάχρηση ουσιών, οι πάσχοντες από ψύχωση και συνυπάρχουσες διαταραχές οφειλόμενες στη χρήση ουσιών συχνά έχουν λιγότερα κίνητρα να αλλάξουν, είναι δυσκολότερο να συμμετέχουν στη θεραπεία, αποχωρούν ευκολότερα από μακροπρόθεσμα προγράμματα και σημειώνουν αργή πρόοδο. Επιπλέον, συχνά πρέπει να αντιμετωπίζονται ταυτόχρονα βασικοί παράγοντες όπως η στέγη, ενώ στην ανάρρωση ορισμένων ατόμων κύριο ρόλο παίζει επίσης η αποκατάσταση (rehabilitation) για μετέπειτα εργασία. Οι σχέσεις είναι δυνατό να αποτελούν πρόβλημα-κλειδί για ορισμένους ασθενείς, με αποτέλεσμα να έχουν κρίσιμη σημασία η βελτιωμένη επικοινωνία, η επίλυση των προβλημάτων και οι δεξιότητες διαπραγμάτευσης (negotiation). Επίσης, αν τα εμπλεκόμενα μέλη της οικογένειας ή οι σύντροφοι βελτιώσουν την κατανόηση, την επικοινωνία και τις στάσεις τους (attitudes), μπορούν να αυξήσουν την ικανότητά τους υποστήριξης των ασθενών<sup>35</sup>.

Τα χαρακτηριστικά της ψύχωσης είναι δυνατό να αναστείλουν την πρόοδο σε οποιαδήποτε φάση της θεραπείας. Τα θετικά συμπτώματα όπως οι παραληρητικές ιδέες (delusions), οι ακουστικές ψευδαισθήσεις (auditory hallucinations), η άκαμπτη



σκέψη (concrete thinking) ή η συμπερασματική σκέψη (inferential thinking) δημιουργούν φραγμούς, καθώς επίσης και τα αρνητικά συμπτώματα όπως το επίπεδο συναίσθημα (flat affect), τα χαμηλά επίπεδα ενέργειας, η μειωμένη κατευθυνόμενη προς στόχο δραστηριότητα και το περιορισμένο εύρος συναισθηματικής εκφραστικότητας. Οι κλινικοί γιατροί έχουν παρατηρήσει ότι οι πάσχοντες από σχιζοφρένεια έχουν χαμηλή ανοχή των στρεσογόνων παραγόντων (stressors). Επιπλέον, τόσο στους πληθυσμούς που κάνουν κατάχρηση ουσιών όσο και σε εκείνους που πάσχουν από σοβαρά ψυχικά νοσήματα, πολλά άτομα έχουν περιορισμένο ρεπερτόριο δεξιοτήτων αντιμετώπισης, μερικές από τις οποίες δεν είναι χρήσιμες ούτε καν βραχυπρόθεσμα. Οι ασθενείς αυτοί συχνά αναπτύσσουν ιδιοσυγκρασικές μεθόδους αποφυγής σε μια προσπάθεια διαχείρισης των θετικών συμπτωμάτων (κυρίως των παραληρητικών ιδεών και των ψευδαισθήσεων) και οι μέθοδοι αυτές μπορεί να εξελιχθούν σε συνήθεια και να γενικευθούν<sup>35</sup>.

Το ευρύτερα χρησιμοποιούμενο μοντέλο για κινητοποίηση στον πληθυσμό με διαταραχές οφειλόμενες στη χρήση ουσιών αναπτύχθηκε από τους Prochaska και DiClemente και περιλαμβάνει τα εξής πέντε στάδια ετοιμότητας για αλλαγή: προστοχασμό (precontemplation), στοχασμό (contemplation), προετοιμασία (preparation), δράση (action) και διατήρηση (maintenance). Οι Bellack και DiClemente περιγράφουν σε γενικές γραμμές ένα πρωτόκολλο θεραπείας για άτομα με ψύχωση που κάνουν κατάχρηση ουσιών, αναγνωρίζοντας ότι «η αλλαγή της συμπεριφοράς είναι μια μακροχρόνια διεργασία αποτελούμενη από αρκετά στάδια». Αναφέρουν τρεις συγκεκριμένες πλευρές της ψύχωσης που αποτελούν φραγμούς στην επίτευξη σημαντικών προσωπικών αλλαγών: την έλλειψη κινήτρων, τη μειωμένη νοητική λειτουργία (impaired cognition) και τους περιορισμούς των κοινωνικών δεξιοτήτων. Η χαμηλή κινητοποίηση, τα χαμηλά επίπεδα ενέργειας και η κακή διάθεση, που είναι συνηθισμένα σε αυτή την ομάδα ατόμων, είναι δυνατό να προκύπτουν από τη φαρμακοθεραπεία, την ασθένεια ή τις περιορισμένες συνθήκες ζωής και αποτελούν εμφανείς προκλήσεις για τη συμμετοχή, τον καθορισμό στόχων και τη συνέχιση της θεραπείας. Ποικίλα ελλείμματα—στην προσοχή, τη συγκέντρωση και την αφηρημένη σκέψη—καθώς επίσης και το μπλοκάρισμα της σκέψης μπορούν να εμποδίσουν την επεξεργασία των πληροφοριών, την επίλυση των προβλημάτων και το ρεαλιστικό σχεδιασμό. Οι ανεπαρκώς ανεπτυγμένες δεξιότητες κοινωνικής αλληλεπίδρασης που είναι απαραίτητες για τη γνωριμία με άλλους ανθρώπους και τη διατήρηση σχέσεων μπορούν να καταλήξουν στην απουσία ενός υγιούς συστήματος κοινωνικής υποστήριξης για τη στήριξη των ασθενών σε όλη τη διάρκεια της διεργασίας της αλλαγής, καθώς επίσης και σε δυσκολίες στην αντίσταση στις πιέσεις από τους άλλους χρήστες ουσιών για συνέχιση της χρήσης<sup>35</sup>.

Όλοι αυτοί οι θεμελιώδεις παράγοντες πρέπει να αντιμετωπίζονται εποικοδομητικά για να έχει αποτελεσματικότητα η θεραπεία. Οι υπηρεσίες πρέπει επίσης να ανταποκρίνονται στις πραγματικές ανάγκες των καταναλωτών και των ατόμων που τους φροντίζουν και να επικεντρώνονται στις σχετικές εκβάσεις και όχι απλώς στον αριθμό των επαφών ή μόνο στη μείωση των συμπτωμάτων.

### 3.8 Διαχείριση κατά περίπτωση

Η διαχείριση κατά περίπτωση, ως μέθοδος συντονισμού της θεραπείας των ασθενών, ώστε να διασφαλίζεται εξατομικευμένη διαδοχική ή παράλληλη περίθαλψη, και ως μέθοδος παροχής συνδρομής στους ασθενείς ώστε να βρουν το δρόμο τους στο λαβύρινθο του θεραπευτικού συστήματος, φαίνεται να σπανίζει στην ΕΕ. Η

Γαλλία αναφέρει ότι θεσπίζεται συνεργασία μεταξύ των υπηρεσιών θεραπείας των ουσιοεξαρτήσεων και των ψυχιατρικών υπηρεσιών με στόχο την οργάνωση κοινών εισαγωγών και την κοινή διαχείριση των περιπτώσεων για τους ασθενείς που πάσχουν από ψυχιατρικά προβλήματα και προβλήματα εξάρτησης· ωστόσο, η συνεργασία αυτή περιορίζεται συχνά σε συγκεκριμένες περιπτώσεις. Στο Λουξεμβούργο καθώς και τις Κάτω Χώρες, οι επαγγελματίες αναγνωρίζουν πλέον ότι η διαχείριση κατά περίπτωση είναι η αποτελεσματικότερη μέθοδος για την αντιμετώπιση των ασθενών με διπλή διάγνωση, είναι όμως δαπανηρή και χρονοβόρα και απαιτεί ειδικές επαγγελματικές δεξιότητες. Ωστόσο, σε ορισμένες χώρες, εφαρμόζεται ένα είδος διαχείρισης κατά περίπτωση, γνωστό με την ονομασία «δυναμική θεραπεία κοινότητας»<sup>36</sup>.

### 3.9 Παράγοντες συσχέτισης και συνέπειες της διαβίωσης με διπλές διαγνώσεις

Γενικά, οι άνθρωποι που πάσχουν από ψύχωση και διαταραχές οφειλόμενες στη χρήση ουσιών είναι πιθανότερο να είναι άνδρες, να έχουν οικογενειακό ιστορικό κατάχρησης ουσιών και να είναι νεότεροι από τους συνασθενείς τους που δεν κάνουν κατάχρηση ουσιών, με πιθανή εξαίρεση εκείνους που κάνουν κατάχρηση αλκοόλ. Αρκετές έρευνες τεκμηριώνουν τις αρνητικές συνέπειες για όσους έχουν διπλές διαγνώσεις. Οι συνέπειες αυτές περιλαμβάνουν αυξημένα ποσοστά μη συμμόρφωσης με τη θεραπεία, παραμορφωμένη αντίληψη και νοητική λειτουργία, αυτοκτονικό ιδεασμό, κατάσταση αστέγου, επιθετικότητα, τραυματισμό, HIV, ηπατίτιδα και καρδιαγγειακά, ηπατικά και γαστρεντερικά νοσήματα.

Ένας κοινός παράγοντας που συμβάλλει στην άρνηση ή στην αποφυγή της θεραπείας από τους ασθενείς με διπλή διάγνωση είναι η χαμηλή τους κινητοποίηση για μείωση της χρήσης ουσιών. Ως αποτέλεσμα, η ψυχική τους υγεία είναι ιδιαίτερα ευάλωτη, επειδή η οφειλόμενη στη χρήση ουσιών διαταραχή τους είναι δυνατό να αποσταθεροποιήσει τη νόσο τους, να υπονομεύσει την τήρηση της θεραπείας και να συντελέσει σε ψυχοκοινωνική αστάθεια. Το μείγμα της ψύχωσης, των ισχυρών συναισθημάτων και της συνεχιζόμενης προσφυγής στο αλκοόλ και σε άλλες εύκολα διαθέσιμες ουσίες επιδεινώνει την κοινωνική αποξένωση και αυξάνει τις πιθανότητες βίαιης λεκτικής επίθεσης. Επιπλέον, οι φίλοι και οι συγγενείς που ζουν με άτομα με διπλές διαγνώσεις, τα φροντίζουν ή διατηρούν με άλλους τρόπους επαφή μαζί τους, βιώνουν επίσης ψυχική δυσφορία, τάση και σύγκρουση εντός των σχέσεων αυτών. Οι διαπροσωπικές συγκρούσεις συνδέονται συχνά με τις διπλές διαγνώσεις και οι φίλοι και οι συγγενείς μπορεί να απογοητεύονται από τη συνεχιζόμενη κακή χρήση ουσιών την οποία οι ίδιοι οι χρήστες ίσως δεν θεωρούν προβληματική<sup>36</sup>.

### 3.10 Έρευνα

Πρόσφατα ξεκίνησε ένα ερευνητικό σχέδιο για τη διπλή διάγνωση, το οποίο εντάσσεται στο πέμπτο πρόγραμμα-πλαίσιο για την έρευνα και ανάπτυξη της Ευρωπαϊκής Επιτροπής. Στόχος αυτής της μελέτης πολλαπλών κέντρων, η οποία περιλαμβάνει τη Δανία, τη Γαλλία, την Πολωνία, τη Σκοτία, την Αγγλία και τη Φινλανδία, είναι η περιγραφή της παροχής υπηρεσιών σε ασθενείς με διπλή διάγνωση σε επτά ευρωπαϊκά ψυχιατρικά κέντρα και η σύγκριση, σε διάστημα 12 μηνών, της

νοσηρότητας και της χρήσης των υπηρεσιών μεταξύ ασθενών με διπλή διάγνωση και ασθενών με απλή διάγνωση. Τα αποτελέσματα που θα μελετηθούν θα περιλαμβάνουν τη σοβαρότητα της ουσιοεξάρτησης, τα ψυχιατρικά συμπτώματα, τη συμμόρφωση προς τη θεραπεία, την ψυχοκοινωνική λειτουργία, το κοινωνικό δίκτυο, την υποτροπή και τη θνησιμότητα<sup>36</sup>.

### 3.11 Κατάρτιση

Στις περισσότερες χώρες, οι ιατροί και οι νοσοκόμοι λαμβάνουν ελάχιστη κατάρτιση σχετικά με τις ουσιοεξαρτήσεις και ακόμη λιγότερη σχετικά με τη συννοσηρότητα. Στην Ιταλία, έχει αυξηθεί η κοινή κατάρτιση των επαγγελματιών της ψυχικής υγείας και εκείνων της θεραπείας των ουσιοεξαρτήσεων. Στις Κάτω Χώρες, το ίδρυμα Trimbos οργανώνει μαθήματα κατάρτισης για τους επαγγελματίες τόσο της ψυχικής υγείας όσο και της θεραπείας των ουσιοεξαρτήσεων που ασχολούνται με τη θεραπεία ασθενών με διπλή διάγνωση. Άλλες χώρες αναφέρουν συνεχή κατάρτιση και μαθήματα, αλλά η εφαρμογή είναι τυχαία και αποσπασματική.

Στο Ηνωμένο Βασίλειο, ο Σύλλογος Ψυχιάτρων (Royal College of Psychiatry) διεξήγαγε ανάλυση των αναγκών κατάρτισης σε διάφορες ομάδες επαγγελματιών, από υπηρεσίες τόσο ψυχικής υγείας όσο και θεραπείας των ουσιοεξαρτήσεων. Ποσοστό 55 % από τους ερωτηθέντες δήλωσαν ότι δεν νιώθουν κατάλληλα προετοιμασμένοι για να εργασθούν με ασθενείς που εμφανίζουν συννοσηρότητα και εξέφρασαν την ανάγκη περαιτέρω κατάρτισης<sup>37</sup>.

### 3.12 Συμπέρασμα

Τα άτομα με διπλές διαγνώσεις έχουν πολλές κοινές ανησυχίες και δυσκολίες, αλλά δεν αποτελούν ομοιογενή ομάδα. Κατά συνέπεια, μερικές ομάδες εντός του συνολικού πληθυσμού θα ωφεληθούν ιδιαίτερα από πιο εστιασμένα (focused) προγράμματα για τις ατομικές τους ανάγκες. Ιδιαίτερη μνεία πρέπει να γίνει στο πλαίσιο αυτό στα νεαρά άτομα και ιδίως σε εκείνα που υφίστανται πρώτο επεισόδιο ψύχωσης και μπορούν να ωφεληθούν με πολλαπλούς τρόπους από τις πρώιμες παρεμβάσεις για μείωση ή διακοπή της κατανάλωσης φαρμακευτικών ουσιών των οποίων γίνεται συχνά κατάχρηση, και έτσι να αποφύγουν το φαύλο κύκλο της επιδείνωσης του ψυχικού νοσήματος από την κατάχρηση πολλαπλών ουσιών.

Είναι δύσκολο να επιτευχθούν ουσιώδεις αλλαγές στο επίπεδο συστημάτων της παροχής υπηρεσιών επειδή εξαρτώνται από τη διακυβερνητική συνεργασία και την αποτελεσματική επικοινωνία μεταξύ των τομέων, το συντονισμό και την υποχρέωση απολογισμού. Η επιμόρφωση του προσωπικού – για αντιμετώπιση των προκαταλήψεων, της ανεπαρκούς πληροφόρησης, των στερεοτυπικών στάσεων, της ανθεκτικότητας στις αλλαγές και της έλλειψης αυτοπεποίθησης και δεξιοτήτων στη θεραπεία είτε των πασχόντων από ψυχικά νοσήματα είτε εκείνων που κάνουν κατάχρηση ουσιών – αποτελεί κρίσιμη προϋπόθεση για καλύτερες θεραπευτικές εκβάσεις. Η ποιότητα των υπηρεσιών και η αφοσίωση των προγραμμάτων στην καθιερωμένη πολιτική και στο μοντέλο των υπηρεσιών είναι επίσης σημαντικές. Οι καταναλωτές και οι υπεύθυνοι για τη φροντίδα τους εκτιμούν τους επαγγελματίες που δείχνουν κατανόηση, απαντητικότητα και στοργή. Ανεξάρτητα από το αν οι υπηρεσίες ακολουθούν το ενοποιημένο ή το παράλληλο μοντέλο, πρέπει να είναι

καλά συντονισμένες, να παρέχονται σύμφωνα με ομαδική προσέγγιση, να είναι πολυεπιστημονικές, να διαθέτουν προσωπικό εκπαιδευμένο από ειδικούς με δυνατότητα 24ωρης πρόσβασης και να προσφέρουν ποικιλία τύπων προγραμμάτων, που πρέπει να προβλέπουν όλα μακροπρόθεσμη παρακολούθηση αποθεραπείας<sup>37</sup>.



## **4 Κεφάλαιο Τέταρτο : Θεραπευτικές Μέθοδοι- Προγράμματα Υποκατάστασης ΟΚΑΝΑ**

### **4.1 Θεραπευτικές δομές και μέθοδοι**

Η θεραπεία των ασθενών που εμφανίζουν συννοσηρότητα χαρακτηρίζεται από πολλά προβλήματα, γεννά τεράστιες απαιτήσεις από το προσωπικό και συχνά δεν επιφέρει τα προσδοκώμενα αποτελέσματα. Συχνά ο χειρισμός των ασθενών είναι δύσκολος λόγω της διαταραγμένης και επιθετικής κοινωνικής συμπεριφοράς τους, ιδίως όταν πάσχουν από τις εντονότερες μορφές διαταραχών της προσωπικότητας, και λόγω της συναισθηματικής αστάθειάς τους. Η αντίσταση ή η μη συμμόρφωση προς τους κανόνες και τις απαιτήσεις της θεραπείας, για παράδειγμα τήρηση των ραντεβού ή λήψη των φαρμάκων, είναι σύνηθες φαινόμενο, και η απογοήτευση που προκαλεί η κατάσταση αυτή επιδεινώνεται από τις μη ικανοποιητικές προσωπικές σχέσεις. Τα ποσοστά επιτυχίας είναι γενικά χαμηλά και τα ποσοστά εγκατάλειψης της θεραπείας υψηλά, γεγονός που καθιστά τη θεραπεία χρονοβόρα και δαπανηρή, καθώς και απογοητευτική για το προσωπικό, το οποίο, όπως είναι αναμενόμενο, νιώθει συχνά αισθήματα ανυπομονησίας και καταπιεσμένης επιθετικότητας και εμφανίζει συμπτώματα εξάντλησης. Η απουσία διαδικασιών παρακολούθησης και παρεπόμενης περίθαλψης έχει ως αποτέλεσμα υψηλά ποσοστά υποτροπής, και συχνά τόσο οι ψυχικές διαταραχές όσο και οι διαταραχές που οφείλονται στη χρήση ουσιών γίνονται χρόνιες. Εξάλλου, οι ασθενείς έχουν συχνά αρνητικές εμπειρίες από τις υπηρεσίες υποστήριξης και, ως εκ τούτου, ενδέχεται να μην επιθυμούν να υποβληθούν σε θεραπεία<sup>38</sup>.

Παρά τις δυσκολίες αυτές, οι επαγγελματίες αναζητούν συνεχώς και αναπτύσσουν αποτελεσματικότερες προσεγγίσεις. Οι τακτικές διεπιστημονικές συζητήσεις περιπτώσεων και η εντατική συνεργασία μπορούν να αντισταθμίσουν την αμοιβαία έλλειψη κατανόησης των προβλημάτων από το προσωπικό. Πρωτοβουλίες του είδους αυτού παρέχουν σε όλους τους συμμετέχοντες αναλυτικότερες πληροφορίες σχετικά με τους ασθενείς και διευκολύνουν την ανάπτυξη βέλτιστων πρακτικών ή στρατηγικών περίθαλψης. Για την επίτευξη θετικών αποτελεσμάτων καθοριστικότερος παράγοντας είναι η ποιότητα της θεραπείας.

Όπως και σε πολλούς άλλους τομείς που συνδέονται με τα ναρκωτικά, η τεκμηρίωση, η αξιολόγηση και η έρευνα στον τομέα της θεραπείας της συννοσηρότητας είναι θλιβερές. Η βάση αποδείξεων όσον αφορά το είδος θεραπείας που κρίνεται αποτελεσματικότερη είναι ασαφής. Η οργάνωση Cochrane Collaboration προέβη σε επισκόπηση ψυχοκοινωνικών θεραπευτικών προγραμμάτων. Το υλικό της επισκόπησης ήταν περιορισμένο: έξι μελέτες, εκ των οποίων οι τέσσερις ήταν μικρές σε έκταση και όλες ήταν γενικά χαμηλής ποιότητας όσον αφορά τον σχεδιασμό και την αναφορά στοιχείων. Το κύριο πόρισμα ήταν ότι «δεν υπάρχουν σαφή στοιχεία που να αποδεικνύουν την ύπαρξη πλεονεκτήματος οποιουδήποτε προγράμματος για την κατάχρηση ουσιών για άτομα που πάσχουν από σοβαρές ψυχικές νόσους έναντι της αξίας της συνήθους περίθαλψης». Το συμπέρασμα ήταν ότι «η καθιέρωση νέων εξειδικευμένων υπηρεσιών για την κατάχρηση ουσιών για άτομα που πάσχουν από σοβαρές ψυχικές νόσους πρέπει να πραγματοποιηθεί στο πλαίσιο απλών, καλά σχεδιασμένων και ελεγχόμενων κλινικών δοκιμών»<sup>38</sup>.

Στη διεθνή βιβλιογραφία περιγράφονται τρία μοντέλα παροχής υπηρεσιών για τη θεραπεία της συννοσηρότητας<sup>39</sup>:

1. Διαδοχική θεραπεία. Οι ψυχιατρικές διαταραχές και οι διαταραχές που οφείλονται στη χρήση ουσιών θεραπεύονται διαδοχικά και η επικοινωνία μεταξύ των υπηρεσιών είναι ελάχιστη. Συνήθως, οι ασθενείς υποβάλλονται σε θεραπεία για τα σοβαρότερα προβλήματα πρώτα, και, μόλις ολοκληρωθεί η θεραπεία αυτή, υποβάλλονται σε θεραπεία για τα υπόλοιπα προβλήματά τους. Ωστόσο, το μοντέλο αυτό ενδέχεται επίσης να έχει ως αποτέλεσμα την συνεχή παραπομπή των ασθενών σε διάφορες υπηρεσίες, χωρίς να μπορεί καμία υπηρεσία να ανταποκριθεί στις ανάγκες τους.
2. Παράλληλη θεραπεία. Η θεραπεία των δύο διαφορετικών διαταραχών πραγματοποιείται ταυτόχρονα. Οι υπηρεσίες θεραπείας των ουσιοεξαρτήσεων και οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας συνεργάζονται για την ταυτόχρονη παροχή υπηρεσιών. Οι ανάγκες των δύο θεραπειών αντιμετωπίζονται συχνά με διαφορετικές θεραπευτικές προσεγγίσεις και το ιατρικό μοντέλο της ψυχιατρικής ενδέχεται να έρχεται σε σύγκρουση με τον ψυχοκοινωνικό προσανατολισμό των υπηρεσιών θεραπείας των ουσιοεξαρτήσεων.
3. Ολοκληρωμένη θεραπεία. Η θεραπεία παρέχεται σε ψυχιατρική υπηρεσία ή υπηρεσία θεραπείας των ουσιοεξαρτήσεων ή στο πλαίσιο ειδικής υπηρεσίας ή προγράμματος συννοσηρότητας. Η διασταυρούμενη παραπομπή σε άλλες υπηρεσίες αποφεύγεται. Οι θεραπείες περιλαμβάνουν παρωθητικές και συμπεριφορικές παρεμβάσεις, πρόληψη της υποτροπής, φαρμακοθεραπεία και κοινωνικές προσεγγίσεις.

Η πραγματικότητα της θεραπείας της συννοσηρότητας στην ΕΕ, όπως περιγράφεται στις εθνικές εκθέσεις, δεν είναι εύκολο να κατηγοριοποιηθεί στις τρεις προαναφερθείσες ομάδες. Η ολοκληρωμένη θεραπεία θεωρείται το ιδανικό μοντέλο, αλλά ως πρότυπο είναι δύσκολο να επιτευχθεί. Η σχετική έρευνα συνήθως προέρχεται από χώρες εκτός της Ευρώπης. Κατόπιν επισκόπησης της βιβλιογραφίας, το Εθνικό Σχέδιο της Αυστραλίας για τη συννοσηρότητα (Commonwealth Department for Health and Ageing, 2003) κατέληξε στο συμπέρασμα ότι οι προσεγγίσεις όσον αφορά τον χειρισμό και την περίθαλψη των ασθενών που εμφανίζουν συννοσηρότητα δεν έχουν μελετηθεί συστηματικά ούτε έχουν αξιολογηθεί με αυστηρότητα, εν μέρει επειδή είναι δύσκολο να μελετηθούν άνθρωποι στους οποίους συνυπάρχουν ψυχικές νόσοι και διαταραχές χρήσης ουσιών, μεταξύ άλλων λόγω του ασταθούς τρόπου ζωής τους. Μία άλλη επισκόπηση κατέληξε στο συμπέρασμα ότι υπάρχουν στοιχεία που αποδεικνύουν ότι η ολοκληρωμένη θεραπεία για τα άτομα με διπλή διάγνωση είναι επωφελής τόσο για την ψυχική υγεία όσο και για την αντιμετώπιση των προβλημάτων χρήσης ουσιών. Μία μόνον μελέτη συνέκρινε την ολοκληρωμένη και την παράλληλη προσέγγιση, χωρίς όμως να διαπιστώσει οποιαδήποτε σημαντική διαφορά. Καμία μελέτη δεν συνέκρινε την ολοκληρωμένη και τη διαδοχική προσέγγιση<sup>40</sup>.

## 4.2 Το μοντέλο αλληλοδιαδοχής και παράλληλο μοντέλο

Πιο αναλυτικά το μοντέλο αλληλοδιαδοχής αναφέρεται σε προγράμματα που παρέχουν αρχικά το ένα είδος θεραπείας (είτε για την ψυχιατρική διαταραχή είτε για τη διαταραχή εξάρτησης ουσιών) και στη συνέχεια προσφέρουν το επόμενο. Με άλλα λόγια υπάρχει διαδοχική παροχή υπηρεσιών για την ψυχική υγεία και για την κατάχρηση ουσιών. Το ποιο είδος θεραπείας παρέχεται πρώτο, εξαρτάται από την κάθε περίπτωση. Στο παράλληλο μοντέλο, η φροντίδα του ασθενή παρέχεται ταυτόχρονα από τα δύο είδη υπηρεσιών, αυτών για την ψυχική υγεία και αυτών για τις διαταραχές χρήσης ουσιών. Η καλή επικοινωνία μεταξύ των διαφορετικών υπηρεσιών είναι απαραίτητο στοιχείο για την παροχή αποτελεσματικής φροντίδας. Συχνή επαφή και ομοφωνία για τα βασικά στοιχεία του θεραπευτικού πλάνου αναμένεται να επιτυγχάνεται από αυτούς που παρέχουν την κάθε υπηρεσία. Ο ίδιος φορέας ή διαφορετικός μπορεί να παρέχει και τα δύο είδη υπηρεσίας. Τα παραπάνω μοντέλα όμως έχουν σημαντικές αδυναμίες, ιδιαίτερα το μοντέλο αλληλοδιαδοχής. Το πιο ανησυχητικό γύρω από μοντέλο αυτό είναι ότι αγνοεί πως τα δύο είδη διαταραχών αλληλεπιδρούν και επομένως αν το ένα από τα δύο μείνει χωρίς θεραπεία μπορεί να επιδεινώσει την υπό θεραπεία διαταραχή. Μάλιστα το συγκεκριμένο μοντέλο έχει κατηγορηθεί ότι προσφέρει «δικαιολογίες» για την αποφυγή παροχής υπηρεσιών στον ασθενή. Για παράδειγμα ο ασθενής με διπλή διάγνωση μέχρι να λύσει το πρόβλημα χρήσης ουσιών που αντιμετωπίζει δεν γίνεται δεκτός για θεραπεία από ομάδα επαγγελματιών για την ψυχική υγεία. Επιπλέον, η προσέγγιση αυτή επιτρέπει στο σύστημα για την ψυχική υγεία και την κατάχρηση ουσιών να υπάρχουν ξεχωριστά, χωρίς να απαιτείται από το προσωπικό του κάθε χώρου να μάθει νέες δεξιότητες, ώστε να μπορεί να αντιμετωπίσει αποτελεσματικά και τα δύο είδη προβλημάτων<sup>41</sup>.

Από την άλλη, το παράλληλο μοντέλο αποσκοπεί στον παροχή ολοκληρωμένης φροντίδας και είναι ένα βήμα μπροστά σε σχέση με το προηγούμενο μοντέλο. Ένα από τα πλεονεκτήματά του είναι ότι οι θεραπευτές που εμπλέκονται στο κάθε πεδίο, αρχίζουν να γίνονται πιο ενήμεροι και για το τι συμβαίνει στο άλλο.

Ωστόσο, το μεγάλο μειονέκτημα αυτού του μοντέλου είναι ότι συχνά η έλλειψη αποτελεσματικής επικοινωνίας μεταξύ των ομάδων, έχει ως αποτέλεσμα να μην καλύπτονται αποτελεσματικά οι ανάγκες του ασθενή. Ένας από τους λόγους που η επικοινωνία μεταξύ των διαφορετικών υπηρεσιών εμφανίζεται δύσκολη είναι η διαφορετική φιλοσοφία τους. Υπάρχουν θεμελιώδεις διαφορές μεταξύ των υπηρεσιών για την ψυχική υγεία και για την κατάχρηση ουσιών, καθώς χρησιμοποιούν διαφορετικά είδη παρέμβασης. Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας παρέχονται σε όλους ανεξαρτήτως, ενώ το ζήτημα της προσωπικής ευθύνης είναι κεντρικό για την παροχή υπηρεσιών για κατάχρηση ουσιών.

Άλλα προβλήματα σχετίζονται με τη χρηματοδότηση, καθώς σε κάποια συστήματα παροχής υπηρεσιών, απαγορεύεται κάποιος να κάνει χρήση δύο υπηρεσιών ταυτόχρονα. Μπορεί να υπάρχουν διοικητικά προβλήματα λόγω του ότι οι διαφορετικές υπηρεσίες ανήκουν σε διαφορετικούς οργανισμούς, δυσκολία όσον αφορά τη μετακίνηση και λόγω της μεγάλης απόστασης μεταξύ των υπηρεσιών, και της διαφορετικής κατάρτισης του προσωπικού. Γενικά, το μοντέλο αυτό δουλεύει καλύτερα σε μικρότερα συστήματα που περιλαμβάνουν και τα δύο είδη υπηρεσιών, έτσι ώστε διοικητικές και γραφειοκρατικές δυσκολίες να αποφεύγονται. Ένα τελευταίο μειονέκτημα είναι ότι μπορεί να δημιουργήσει στρες στον ασθενή σχετικά με το μεγάλο φόρτο θεραπείας που χρειάζεται να παίρνει ταυτόχρονα<sup>42</sup>.

Τα παραπάνω εμπόδια των παραπάνω μοντέλων στην αποτελεσματική θεραπεία των ατόμων με διπλή διάγνωση φαίνονται να στηρίζονται και ερευνητικά. Σε διαχρονικές μελέτες σε μεγάλο κλινικό δείγμα, βρέθηκε ότι τα θεραπευτικά προγράμματα για την κατάχρηση ουσιών πετυχαίνουν καλύτερα αποτελέσματα για τα άτομα με διπλή διάγνωση όταν έχουν έναν προσανατολισμό για τη θεραπεία αυτής της συγκεκριμένης ομάδας απ' ότι αυτά που δεν είχαν. Αντιστρόφως, η θεραπεία ατόμων με διπλή διάγνωση σε γενικό ψυχιατρικό τμήμα δεν επιφέρει τα επιθυμητά αποτελέσματα<sup>42</sup>.

### 4.3 Ενιαίο (ολοκληρωμένο) μοντέλο

Το ενιαίο μοντέλο είναι αυτό που θεωρείται ότι μπορεί να ξεπεράσει τα εμπόδια και τους περιορισμούς των άλλων δύο μοντέλων στη θεραπεία της διπλής διάγνωσης. Τα ολοκληρωμένα προγράμματα θεραπείας ή προγράμματα για τα άτομα με διπλή διάγνωση συνδυάζουν ή ενσωματώνουν παρεμβάσεις για την ψυχική υγεία και την τοξικοεξάρτηση. Οι διαφορετικές αυτές υπηρεσίες γίνονται μέρος του ίδιου συνολικού κλινικού πακέτου και παρέχονται από τον ίδιο θεραπευτή ή ομάδα θεραπευτών σε μία συγκεκριμένη υπηρεσία που έχει τη δική της προσέγγιση και φιλοσοφία.

Ωστόσο, πρέπει να γίνει σαφές ότι δεν γίνεται απλά συνδυασμός των διαφορετικών παρεμβάσεων. Συχνά οι παρεμβάσεις αυτές θα πρέπει να τροποποιηθούν για να καλύψουν τις ανάγκες του συγκεκριμένου πληθυσμού. Για παράδειγμα, η ανάπτυξη κοινωνικών δεξιοτήτων θα έχει διπλό νόημα, αφού δεν θα αποσκοπεί μόνο στη βελτίωση των σχέσεων αλλά και στην αποφυγή καταστάσεων με υψηλό κίνδυνο χρήσης ουσιών. Ο στόχος των υπηρεσιών αυτών θα πρέπει να είναι η θεραπεία και των δύο διαφορετικών καταστάσεων που το άτομο αντιμετωπίζει<sup>43</sup>.

### 4.4 Διαφορετικά είδη ολοκληρωμένων προγραμμάτων

Ένας μεγάλος αριθμός τέτοιων προγραμμάτων περιγράφεται στη βιβλιογραφία τα τελευταία 20 χρόνια. Από τα πρώτα ήταν του Minkoff που πρότεινε το συνδυασμό του βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου για την ψυχική ασθένεια με αυτό των 12 βημάτων για τις εξαρτήσεις. Ένα πιο πρόσφατο μοντέλο για άτομα με ψυχωτική διαταραχή και διαταραχή χρήσης ουσιών προτείνει την ενσωμάτωση γνωσιακής συμπεριφορικής θεραπείας με την ψυχολογική και φαρμακολογική θεραπεία για τα ψυχωτικά συμπτώματα. Μία διαφορετική πρόταση είναι η ενσωμάτωση προγράμματος για διπλή διάγνωση σε θεραπευτική κοινότητα.

Οι Oshoer&Kofoed έχουν προτείνει την ύπαρξη διαφορετικών σταδίων στα θεραπευτικά προγράμματα της διπλής διάγνωσης και η ίδια ιδέα προτάθηκε πρόσφατα σε σχετική καθοδήγηση που εκδόθηκε από το αγγλικό υπουργείο υγείας<sup>44</sup>.

Τα διαφορετικά αυτά στάδια περιλαμβάνουν:

- Δέσμευση σε θεραπεία: Η ανάπτυξη και διατήρηση μίας θεραπευτικής συμμαχίας μεταξύ προσωπικού και πελάτη



- Αύξηση κινήτρου: Συνέντευξη παροχής κινήτρων και συζήτηση μπορεί να δυναμώσει το κίνητρο και τη δέσμευση σε αλλαγή

- Ενεργός θεραπεία: Γίνεται συμφωνία με τον πελάτη για το ποιοι είναι οι αναμενόμενοι στόχοι θεραπείας και ακολουθεί ολοκληρωμένη θεραπεία για τα προβλήματα ψυχικής υγείας και κατάχρησης ουσιών

- Πρόληψη της υποτροπής: Όταν ο πελάτης απέχει από τις ουσίες ή τουλάχιστον έχει μειώσει τη χρήση τους, παρεμβάσεις για την πρόληψη και τη διαχείριση μελλοντικών υποτροπών (κατάχρησης ουσιών και ψυχικών προβλημάτων) πρέπει να ακολουθούν.

## 4.5 Αποτελεσματικότητα

Σε μία ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, εντοπίστηκαν οχτώ στοιχεία που φαίνονται να έχουν σημασία στα προγράμματα διπλής διάγνωσης<sup>45</sup>:

- Στάδια θεραπείας: Τα στάδια που περιγράφονται παραπάνω να βρίσκονται ενσωματωμένα στα προγράμματα αυτά

- Δυναμικό street-working: Σημαντικό για τη δέσμευση στη θεραπεία, ειδικά άστεγων ή γενικά αυτών που αποφεύγουν την επαφή με τις υπηρεσίες

- Παρεμβάσεις για την αύξηση κινήτρου

- Συμβουλευτική: ατομική, ομαδική ή θεραπεία οικογένειας

- Παρεμβάσεις κοινωνικής υποστήριξης: Ενδυνάμωση του κοινωνικού περιβάλλοντος των ασθενών, ώστε να υποστηρίξει την ενδυνάμωση συμπεριφοράς

- Προοπτική μακροπρόθεσμης θεραπείας: Η δυνατότητα συνέχισης της θεραπείας στην κοινότητα με παρεμβάσεις αποκατάστασης, για πρόληψη της υποτροπής και άλλα επιπλέον οφέλη συνίσταται

- Συνολική προσέγγιση: Η αλλαγή πολλών τομέων στη ζωή του ασθενή, πέρα από τα συμπτώματα των δύο κύριων προβλημάτων, όπως: δραστηριότητα και συνήθειες, κατοικία, αντιμετώπιση του στρες, φίλοι

- Ευαισθησία στις διαφορετικές κουλτούρες. Σε άλλη ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, τα πιο αποτελεσματικά θεραπευτικά προγράμματα είναι αυτά που συνδυάζουν φαρμακολογική θεραπεία, εντατική διαχείριση κατά περίπτωση, συνέντευξη παροχής κινήτρων, ατομική και ομαδική ψυχοθεραπεία και συμμετοχή της οικογένειας.

Όσον αφορά την αποτελεσματικότητα αυτών των προγραμμάτων γενικότερα, κριτήρια απέναντι στα οποία έχουν βρεθεί αποτελεσματικά είναι: μείωση των εισαγωγών στο νοσοκομείο, της σοβαρότητας των ψυχιατρικών συμπτωμάτων, της συχνότητας χρήσης ουσιών, βελτίωση της ποιότητας ζωής και των συνθηκών κατοικίας. Ωστόσο, δεν βρέθηκε κάποιο συγκεκριμένο είδος ολοκληρωμένου προγράμματος να είναι πιο αποτελεσματικό από τα υπόλοιπα<sup>45</sup>.

Σε μετά-ανάλυση που έγινε από το CochraneCollaboration, βρέθηκε ότι τα προγράμματα που είναι σχεδιασμένα ειδικά για τα άτομα με διπλή διάγνωση, δεν φάνηκε να υπερτερούν από τη συνήθη περίθαλψη. Τα αποτελέσματα αυτά σε συνδυασμό με το υψηλό κόστος τους αρχίζουν να θέτουν σε αμφισβήτηση την υπεροχή των ολοκληρωμένων προγραμμάτων για τη διπλή διάγνωση, ειδικά όταν απουσιάζουν τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες μελέτες που να συγκρίνουν τα διαφορετικά μοντέλα. Ωστόσο, πρέπει να διευκρινιστεί ότι μόνο 6 μελέτες, από τις οποίες οι 4 ήταν μικρές, συμπεριλήφθηκαν στην παραπάνω μετά-ανάλυση<sup>45</sup>.

#### 4.6 Εφαρμογές και βέλτιστες πρακτικές

Ο τρόπος που η ολοκληρωμένη προσέγγιση παρέχεται στα άτομα με διπλή διάγνωση στην πράξη μπορεί να διαφέρει σημαντικά και εξαρτάται πολύ από διοικητικά και οργανωτικά θέματα. Εδώ αναφέρεται ενδεικτικά το παράδειγμα των ΗΠΑ και της Αγγλίας.

Στις ΗΠΑ το δημόσιο σύστημα ψυχικής υγείας και αυτό της τοξικοεξάρτησης είναι ανεξάρτητα μεταξύ τους. Η εφαρμογή ολοκληρωμένης θεραπείας γίνεται με δύο τρόπους. Σε κάποιες Πολιτείες των ΗΠΑ γίνεται ενσωμάτωση παρεμβάσεων για τη διαταραχή χρήσης ουσιών σε ομάδες ψυχικής υγείας. Οι πρακτικές με τις οποίες γίνεται αυτό περιλαμβάνουν: εκπαίδευση του υπάρχοντος προσωπικού σε θέματα διαταραχής χρήσης ουσιών και πρόσληψη νέου προσωπικού, εξειδικευμένου στη χρήση ουσιών που προστίθεται στην υπάρχουσα ομάδα. Σε άλλες πολιτείες όμως, δημιουργούνται εξειδικευμένες νέες ομάδες εκπαιδευμένες ειδικά για τη διπλή διάγνωση<sup>46</sup>.

Στην Αγγλία, η θεραπευτική προσέγγιση βρίσκεται μεταξύ του παράλληλου και του ολοκληρωμένου μοντέλου. Το πλεονέκτημα αυτής της χώρας είναι ότι ένα σημαντικό μέρος των υπηρεσιών για τις διαταραχές χρήσης ουσιών παρέχονται από το σύστημα ψυχικής υγείας. Η Προσέγγιση του Προγράμματος Φροντίδας που έχει αναπτυχθεί εκεί, επιδιώκει το συντονισμό μεταξύ των ομάδων ψυχικής υγείας και των ομάδων για τη διαταραχή χρήσης ουσιών. Το πρόγραμμα αυτό βασίζεται μεταξύ άλλων σε ένα πρόγραμμα διαχείρισης των αναγκών του ασθενή που έχει αμοιβαία συμφωνηθεί και συχνές ανασκοπήσεις της προόδου του ασθενή.

Για παράδειγμα, θα οδηγήσει σε κατάλληλα καταρτισμένο προσωπικό και στην αλλαγή μη ευνοϊκών στάσεων για αυτήν την ομάδα ασθενών. Η πραγματοποίηση αποτελεσματικής αξιολόγησης απαιτείται ώστε και τα δύο είδη προβλημάτων να εκτιμώνται, με ιδιαίτερη έμφαση στους κινδύνους για τον κάθε ασθενή και στην ανάπτυξη σχεδίου για τη διαχείριση των ρίσκων αυτών. Τέλος, το ότι αυτός ο πληθυσμός έχει συχνά σοβαρά προβλήματα υγείας, συμπεριλαμβανομένων ηπατίτιδας Β, ηπατίτιδας C και λοίμωξης HIV, πρέπει να λαμβάνεται υπόψη και χρειάζεται η υποβολή των ασθενών αυτών στις ανάλογες εξετάσεις και εμβόλια για την ανίχνευση και την πρόληψή τους<sup>46</sup>.

Ορισμένα χαρακτηριστικά απαντώνται σε όλες τις καταστάσεις θεραπείας. Οι συστάσεις που παρατίθενται στη συνέχεια προέρχονται από επισκοπήσεις και μεταanalύσεις διεθνών τυχαιοποιημένων ελεγχόμενων μελετών σχετικά με τη θεραπεία απεξάρτησης:

1. Πρέπει να υπάρχει συνεχής επικέντρωση στην αλλαγή των συνηθειών λήψης ναρκωτικών.

2. Οι παρεμβάσεις πρέπει να είναι καλύτερα διαρθρωμένες.
3. Οι παρεμβάσεις πρέπει να έχουν αρκετά μεγάλη διάρκεια προκειμένου να έχουν αντίκτυπο.

Η παρέμβαση πρέπει να έχει διάρκεια τουλάχιστον τριών μηνών, και κατά προτίμηση μεγαλύτερη.

Σύμφωνα με ολλανδική επισκόπηση διεθνών μελετών, δυνητικά αποτελεσματικό μοντέλο διαχείρισης κατά περίπτωση είναι τα προγράμματα δυναμικής θεραπείας κοινότητας τα οποία περιλαμβάνουν διαρθρωτικές πτυχές (φόρτος, ομαδική εργασία, συνεργασία με άλλους επαγγελματίες του τομέα της υγείας) και οργανωτικές πτυχές (σαφή κριτήρια ένταξης, περιορισμένη υποδοχή νέων ασθενών, παρεμβάσεις αντιμετώπισης κρίσεων σε 24ωρη βάση) και πτυχές σχετικές με το περιεχόμενο (παροχή υποστήριξης και περίθαλψης σε καθημερινές καταστάσεις, ενεργητική προσέγγιση, συχνές επαφές). Στο Birmingham, στο Ηνωμένο Βασίλειο, οι ομάδες προσωπικού των εν λόγω προγραμμάτων καταρτίζονται βάσει εγχειριδίου σχετικά με την ολοκληρωμένη γνωστικό-συμπεριφορική θεραπεία. Στις ομάδες προσωπικού παρέχεται συνεχής υποστήριξη κατά την παρέμβασή τους, η οποία αξιολογείται όσον αφορά τόσο τη διαδικασία όσο και το αποτέλεσμα. Στη Νορβηγία, λειτουργούν δοκιμαστικά μερικές τέτοιες ομάδες προσωπικού<sup>46</sup>.

Η επισκόπηση που ακολουθεί περιέχει στοιχεία βέλτιστων πρακτικών που ανέφεραν τα εθνικά εστιακά σημεία του δικτύου Reitox:

- Μελέτη παρακολούθησης 219 εξαρτημένων από οπιούχα χρηστών ναρκωτικών υπό θεραπεία σε υπηρεσίες θεραπείας των ουσιοεξαρτήσεων του Αμβούργου έδειξε μείωση της χρήσης ηρωίνης σε διάστημα δύο ετών. Επίσης, 47 % των ασθενών εμφάνισε βελτίωση όσον αφορά τις ψυχιατρικές διαταραχές.
- Ιταλική μελέτη διαπίστωσε ότι τα αποτελέσματα της θεραπείας συντήρησης με μεθαδόνη δεν διέφεραν σημαντικά στους ασθενείς με σοβαρά ή ήπια ψυχιατρικά συμπτώματα, όσον αφορά είτε την παραμονή στο πρόγραμμα είτε τη χρήση ηρωίνης. Ωστόσο, φαίνεται ότι οι ασθενείς με σοβαρότερες ψυχιατρικές διαταραχές χρειάζονταν υψηλότερες μέσες δόσεις μεθαδόνης.
- Η διαλεκτική συμπεριφορική θεραπεία είναι μία εναλλακτική λύση, η οποία φαίνεται ιδιαίτερα κατάλληλη για τις γυναίκες που κάνουν χρήση ουσιών και πάσχουν από σοβαρές οριακές διαταραχές της προσωπικότητας ή/και εμφανίζουν αυτοκτονικές τάσεις. Ωστόσο, οι αποδείξεις περιορίζονται σε μερικές μόνο μελέτες. Μία ολλανδική ελεγχόμενη δοκιμή της διαλεκτικής συμπεριφορικής θεραπείας διαπίστωσε ότι τόσο η πειραματική ομάδα όσο και η ομάδα που υποβλήθηκε σε συνήθη θεραπεία ωφελήθηκαν εμφανίζοντας μειωμένη αυτοκαταστροφική συμπεριφορά. Η πειραματική ομάδα εμφάνισε σημαντικά μεγαλύτερη μείωση της κατανάλωσης αλκοόλ, αλλά δεν διαπιστώθηκαν διαφορές στη χρήση ναρκωτικών.
- Σε σουηδική μελέτη, η επανειλημμένη χορήγηση του ερωτηματολογίου του Δείκτη Σοβαρότητας της Εξάρτησης (ASI) καθ' όλη τη διάρκεια της περιόδου θεραπείας, στο πλαίσιο μοντέλου διαρκούς διαχείρισης της ποιότητας, έδειξε ότι σε

διετή παρακολούθηση μετά την έξοδο από πρόγραμμα απεξάρτησης 46 % των ασθενών απείχαν από τη χρήση ουσιών. Οι ασθενείς με διπλή διάγνωση εμφάνιζαν σοβαρότερο προφίλ προβλημάτων βάσει του ASI από τους ασθενείς που δεν έπασχαν από ψύχωση. Γενικά, υπήρχαν μικρές αλλαγές στο προφίλ προσωπικότητας και τα συμπτώματα, αλλά για πολλούς ασθενείς η ποιότητα ζωής είχε βελτιωθεί και η κατάσταση της ζωής τους ήταν σταθερότερη κατά την παρακολούθηση.

- Στο Ηνωμένο Βασίλειο, διαπίστωσαν ότι ο συνδυασμός παρωθητικών συνεντεύξεων, γνωστικό-συμπεριφορικής θεραπείας και οικογενειακών παρεμβάσεων είχε ως αποτέλεσμα βελτιώσεις σε ασθενείς που έπασχαν από ψύχωση και διαταραχές οφειλόμενες στην κατάχρηση ουσιών.

- Επισκόπηση νορβηγικών θεραπευτικών μελετών σε ασθενείς που εμφάνιζαν συννοσηρότητα κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η επιθετική, παρορμητική συμπεριφορά μπορούσε να θεραπευθεί καλύτερα με διαρθρωμένη ομαδική θεραπεία αντιπαράθεσης ασθενών σε συνδυασμό με οικογενειακή θεραπεία. Οι ασθενείς που έπασχαν από κατάθλιψη ή άγχος ωφελήθηκαν περισσότερο από την ατομική ψυχοθεραπεία και την υποστηρικτική ομαδική θεραπεία<sup>46</sup>.

#### 4.7 Πρόγραμμα υποκατάστασης ΟΚΑΝΑ

Από τα τέλη της δεκαετίας του '70, σημειώθηκε στη χώρα μας αύξηση του αριθμού των εξαρτημένων, που είχε ήδη παρατηρηθεί στις άλλες ευρωπαϊκές χώρες. Η αύξηση αυτή καταγραφόταν στους διάφορους δείκτες υπολογισμού της έκτασης του προβλήματος (θάνατοι, συλλήψεις, καταδίκες, κατασχέσεις ναρκωτικών κ.λπ.), οι οποίοι -ιδιαίτερα μετά το 1985- παρουσίαζαν αλματώδη άνοδο. Η κατάσταση αυτή επιβαρυνόταν διεθνώς από την εμφάνιση του ιού του AIDS και από την ταχεία εξάπλωσή του στους χρήστες ηρωίνης. Παράλληλα, αυξανόταν και η διάθεση όλων των ναρκωτικών και ιδιαίτερα της ηρωίνης στη χώρα μας. Κάτω από αυτές τις συνθήκες, προέκυψε η ανάγκη για αλλαγή της νομοθεσίας μας, ώστε να καταστεί δυνατή η φαρμακευτική αντιμετώπιση των χρονίως εξαρτημένων από ηρωίνη ατόμων με τη χορήγηση υποκατάστατων ναρκωτικών ουσιών («πρόγραμμα υποκατάστασης»)<sup>47</sup>.

Το 1993, με το Νόμο 2161/1993 (ιδρυτικός νόμος του ΟΚΑΝΑ) προβλέπεται η ίδρυση μονάδων υποκατάστασης, ενώ με υπουργική απόφαση (ΓΕΟ/25/6-4-95, ΦΕΚ 254 Β΄) προσδιορίστηκαν οι προδιαγραφές για την ίδρυση και τη λειτουργία Πειραματικών Προγραμμάτων Υποκατάστασης (ΠΠΥ) για εξαρτημένους χρήστες ηρωίνης. Τον Ιανουάριο του 1996 ο ΟΚΑΝΑ (Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών) ξεκίνησε το πρώτο στη χώρα μας ΠΠΥ με χορήγηση μεθαδόνης, και ίδρυσε τις δύο πρώτες μονάδες υποκατάστασης, μία στην Αθήνα και μία στη Θεσσαλονίκη.



Σύμφωνα με τον ιδρυτικό του νόμο, ο ΟΚΑΝΑ έχει ως κύριους σκοπούς:

- το σχεδιασμό, την προώθηση, το διυπουργικό συντονισμό και την εφαρμογή εθνικής πολιτικής σχετικά με την πρόληψη, τη θεραπεία και την αποκατάσταση των ουσιοεξαρτημένων ατόμων
- τη μελέτη του προβλήματος των ουσιοεξαρτήσεων σε εθνικό επίπεδο, την παροχή έγκυρων και εμπειριστατωμένων πληροφοριών και την ευαισθητοποίηση του κοινού
- την ίδρυση και την αποτελεσματική λειτουργία κέντρων πρόληψης, θεραπευτικών μονάδων και κέντρων κοινωνικής και επαγγελματικής επανένταξης.

Ο ΟΚΑΝΑ από την ίδρυσή του έως σήμερα επιδιώκει να ανταποκριθεί στο διττό του ρόλο ως εθνικού συντονιστικού φορέα και ως φορέα ανάπτυξης υπηρεσιών και προγραμμάτων πρόληψης, θεραπείας και επανένταξης<sup>47</sup>.

Για τη χάραξη και το συντονισμό της εθνικής πολιτικής για τα ναρκωτικά, ο ΟΚΑΝΑ συνεργάζεται με φορείς της χώρας (συναρμόδια υπουργεία, θεραπευτικά προγράμματα, τοπική αυτοδιοίκηση, πανεπιστημιακά ιδρύματα κ.ά.) καθώς και με ευρωπαϊκούς και διεθνείς οργανισμούς (Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας EMCDDA, Ομάδα Pompidou του Συμβουλίου της Ευρώπης, Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, Οργανισμό Ηνωμένων Εθνών, κ.ά.) ενώ για τη μελέτη του προβλήματος των ναρκωτικών σε εθνικό επίπεδο, συνεργάζεται στενά με το Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά και την Τοξικομανία (ΕΚΤΕΠΝ).

Στον τομέα της πρόληψης ο ΟΚΑΝΑ, σε συνεργασία με την τοπική αυτοδιοίκηση, έχει αναπτύξει ένα εκτεταμένο δίκτυο Κέντρων Πρόληψης σε όλη την Ελλάδα, ενώ παράλληλα, αναπτύσσει ποικίλα προγράμματα στον τομέα της θεραπείας και της κοινωνικής επανένταξης που καλύπτουν τις διαφορετικές ανάγκες των εξαρτημένων ατόμων<sup>47</sup>.

Η υποκατάσταση εφαρμόζεται σήμερα σε όλα τα κράτη-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης στα οποία η θεραπευτική αυτή μέθοδος καλύπτει περίπου τα 2/3 των θέσεων θεραπείας. Σε ευρωπαϊκό επίπεδο υπάρχει ομοφωνία όσον αφορά τα οφέλη της θεραπείας αυτής, καθώς τα επιστημονικά δεδομένα από τις άλλες χώρες και τη δική μας δείχνουν ότι η θεραπεία υποκατάστασης συμβάλλει στη μείωση της εγκληματικότητας, των λοιμωδών νοσημάτων, των θανάτων που συνδέονται με τα ναρκωτικά καθώς και του κοινωνικού αποκλεισμού, ενώ ταυτόχρονα βοηθά στην κοινωνική επανένταξη των θεραπευμένων.

Η θεραπεία υποκατάστασης δεν είναι πανάκεια, ούτε αποτελεί την ενδεδειγμένη θεραπεία για όλα τα εξαρτημένα από οπιούχες ουσίες άτομα. Για το λόγο αυτό άλλωστε, τίθενται και ορισμένες προϋποθέσεις για να γίνει δεκτό ένα άτομο στη θεραπεία υποκατάστασης στη χώρα μας, όπως η ηλικία και η προηγούμενη προσπάθεια θεραπείας σε «στεγνό» θεραπευτικό πρόγραμμα. Είναι προτιμότερο να πετύχει ένα άτομο την πλήρη απεξάρτησή του από το να παίρνει ένα φάρμακο, ενδεχομένως για πολλά χρόνια. Υπάρχουν όμως χρόνιοι και βαριά εξαρτημένοι χρήστες που δεν κατορθώνουν να απεξαρτηθούν στα «στεγνά» προγράμματα (νευροβιολογικές συνιστώσες), και επομένως έχουν ανάγκη από μια θεραπεία μακράς διάρκειας με υποκατάστατα. Στα άτομα αυτά οφείλουμε να παρέχουμε τη θεραπεία που χρειάζονται, όπως το κάνουμε και σε άλλους χρόνιους ασθενείς, π.χ. σε όσους πάσχουν από διαβήτη, υπέρταση, επιληψία ή σχιζοφρένια.

Στο Πρόγραμμα Υποκατάστασης παρέχεται φαρμακευτική θεραπεία σε συνδυασμό με ψυχοκοινωνική υποστήριξη και θεραπεία της ψυχιατρικής και σωματικής συννοσηρότητας. Μέλημα του προγράμματος είναι η μείωση της χρήσης ναρκωτικών καθώς και των συναφών με τη χρήση προβλημάτων - κοινωνικών και υγείας - καθώς και η διασφάλιση της δημόσιας υγείας από τη μετάδοση μολυσματικών ασθενειών ενώ παράλληλα, στόχος παραμένει να βοηθηθούν τα άτομα, που το επιθυμούν και μπορούν, να πετύχουν επιπρόσθετα της μείωσης της βλάβης, την απεξάρτηση<sup>47</sup>.

Κύρια επιδίωξη αποτελεί η σταθεροποίηση σε ένα κανονικό τρόπο ζωής που θα συνοδεύεται από βελτίωση των οικογενειακών και κοινωνικών σχέσεων, καθώς και από ενδιαφέρον για εκπαίδευση/κατάρτιση, για εργασία και για επαγγελματική αποκατάσταση.

Σήμερα το δίκτυο Μονάδων Φαρμακευτικής Αντιμετώπισης της Εξάρτησης του ΟΚΑΝΑ αριθμεί 46 Μονάδες σε όλη την Ελλάδα. Στόχος του ΟΚΑΝΑ είναι δημιουργίας μίας Μονάδας σε κάθε νομό της χώρας<sup>47</sup>.

#### 4.7.1 Θεραπευτικές Μονάδες Υποκατάστασης

Τα Θεραπευτικά Προγράμματα Υποκατάστασης, του ΟΚΑΝΑ παρέχουν ολοκληρωμένη θεραπεία σε άτομα εξαρτημένα από τα οπιοειδή, η οποία περιλαμβάνει την αποκατάσταση της σωματικής και ψυχικής υγείας των εξαρτημένων ατόμων αλλά και την κοινωνική τους ενσωμάτωση.

Αυτό που διαφοροποιεί τα Θεραπευτικά Προγράμματα Υποκατάστασης από τα υπόλοιπα θεραπευτικά προγράμματα (στεγνά), είναι η χορήγηση οπιοειδών ουσιών, όπως η μεθαδόνη και η βουπρενορφίνη.

Οι φαρμακολογικές ιδιότητες των ουσιών που χρησιμοποιούνται στη θεραπεία υποκατάστασης διαφέρουν από εκείνες της ηρωίνης. Οι ουσίες αυτές απαιτούν, σε σύγκριση με την ηρωίνη, μεγαλύτερο χρονικό διάστημα για να αρχίσει τόσο η δράση όσο και η αποδρομή τους. Αντίθετα, η ηρωίνη προκαλεί σχεδόν αμέσως μετά τη λήψη της μια κατάσταση ευφορίας ("ανέβασμα") που ακολουθείται σε σύντομο χρονικό διάστημα από "πτώση". Έτσι, με τα υποκατάστατα αποφεύγονται οι γρήγορες μεταπτώσεις του θυμικού που προκαλεί η λήψη της ηρωίνης, οι οποίες οδηγούν με τη σειρά τους στην ανάγκη συχνής επανάληψης της χρήσης της. Επιπλέον, τα υποκατάστατα δεν έχουν την ευφορική δράση της ηρωίνης, μάλιστα έχουν και την ιδιότητα να εμποδίζουν την έξαρση της ψυχικής διάθεσης που αυτή προκαλεί, ενώ μειώνουν σημαντικά και την επιθυμία για χρήση.

#### Η Μεθαδόνη

Η μεθαδόνη ανήκει σε μια κατηγορία φαρμάκων, γνωστή με το όνομα οπιοειδή. Τα φάρμακα αυτά χαρακτηρίζονται από παρόμοια χημική δομή και δράση με τη μορφίνη. Στα οπιοειδή ανήκουν επίσης φυσικά και ημισυνθετικά παράγωγα του οπίου (οπιούχα, όπως η κωδεΐνη, η μορφίνη και η ηρωίνη). Τα οπιοειδή χαρακτηρίζονται ως κατασταλτικά φάρμακα, καθώς επιβραδύνουν τις λειτουργίες του νευρικού συστήματος. Άλλες κατασταλτικές ουσίες είναι το αλκοόλ, η κάνναβη και οι βενζοδιαζεπίνες (όπως το Stedon, το Hipnosedon και το Vulbegal).

Η μεθαδόνη παρασκευάζεται συνθετικά και χρησιμοποιείται στη θεραπεία υποκατάστασης για άτομα εξαρτημένα από την ηρωίνη, ή άλλα οπιοειδή. Η δράση της διαρκεί πολύ περισσότερο από της ηρωίνης. Μία δόση είναι αποτελεσματική για τουλάχιστον 24 ώρες, ενώ η ηρωίνη μπορεί να διαρκεί λίγες μόνο ώρες. Στα Θεραπευτικά Προγράμματα Υποκατάστασης η μεθαδόνη χορηγείται υπό την μορφή πόσιμου διαλύματος (σιρόπι).

Η ημερήσια δοσολογία κυμαίνεται συνήθως μεταξύ 60 και 120mg, κατά την αρχική φάση. Η δόση αυτή μπορεί κατόπιν να μειώνεται σταδιακά, με αργό ρυθμό, χωρίς τον κίνδυνο εμφάνισης στερητικών φαινομένων<sup>48</sup>.

### Τι προσφέρει η μεθαδόνη;

Όταν η μεθαδόνη χορηγείται στην κατάλληλη δοσολογία εξαλείφει τα στερητικά συμπτώματα της ηρωίνης και των άλλων οπιοειδών, ενώ μειώνει την επιθυμία που έχει το εξαρτημένο άτομο να κάνει χρήση ηρωίνης.

Πέραν αυτών επαναφέρει στο φυσιολογικό πολλές λειτουργίες του οργανισμού που έχουν διαταραχθεί από την κατάχρηση ουσιών. Έτσι δίνεται η ευκαιρία να βελτιωθεί η σωματική κατάσταση, η ψυχική υγεία, αλλά και οι κοινωνικές λειτουργίες του ατόμου.

Πρέπει όλοι να γνωρίζουμε όμως ότι:

- Η μεθαδόνη δεν αρκεί για να αλλάξει η ζωή ενός ατόμου εξαρτημένου από τα ναρκωτικά. Για το λόγο αυτό είναι απαραίτητες η επαγγελματική συμβουλευτική, η ιατρική παρακολούθηση και η ψυχοκοινωνική στήριξη που προσφέρουν τα Θεραπευτικά Προγράμματα Υποκατάστασης.
- Όσο διάστημα χρησιμοποιεί κάποιος μεθαδόνη διατηρεί την σωματική του εξάρτηση στα οπιοειδή.
- Η μεθαδόνη δεν προκαλεί αισθήματα ευφορίας (μαστούρα, high).
- Όπως συμβαίνει με κάθε φάρμακο, έτσι και με τη μεθαδόνη μπορεί να υπάρχουν παρενέργειες.
- Η μεθαδόνη, όπως και η ηρωίνη, είναι ένα ισχυρό φάρμακο και μπορεί να γίνει πολύ επικίνδυνη αν δεν χρησιμοποιηθεί σωστά.
- Είναι ιδιαίτερα σημαντικό να μη γίνεται χρήση κατασταλτικών ουσιών, όπως είναι το αλκοόλ και τα υπνωτικά χάπια (Vulbegal, Hipnocedon), μαζί με μεθαδόνη. Τέτοια χρήση μπορεί να οδηγήσει σε υπερδοσολογία (overdose)<sup>48</sup>.

### Η Βουπρενορφίνη

Η βουπρενορφίνη είναι και αυτή ένα οπιοειδές φάρμακο, όπως και η μεθαδόνη. Χρησιμοποιείται στη θεραπευτική αντιμετώπιση της εξάρτησης από



ηρωίνη. Η αποτελεσματικότητά της έχει αποδειχθεί τόσο στη θεραπεία υποκατάστασης της ηρωίνης, όσο και στη σωματική αποτοξίνωση από την ηρωίνη, αλλά και από τη μεθαδόνη. Η βουπρενορφίνη, όπως και πολλά άλλα οπιοειδή, έχει χρησιμοποιηθεί και ως ισχυρό αναλγητικό.

Στα Θεραπευτικά Προγράμματα Υποκατάστασης η βουπρενορφίνη χορηγείται υπό τη μορφή υπογλώσσιας ταμπλέτας. Πρόκειται για μια μορφή χαπιού που δεν πρέπει να το καταπίνουμε ή να το μασούμε, αλλά να το αφήνουμε να λιώσει στο στόμα (χρειάζονται 15-30 λεπτά). Η δράση της αρχίζει μετά από 30 περίπου λεπτά και διαρκεί, ανάλογα με τη δόση, έως και τρεις ημέρες. Η ημερήσια δοσολογία κυμαίνεται συνήθως μεταξύ 4 και 16mg<sup>48</sup>.

#### Τι προσφέρει η Βουπρενορφίνη;

Όταν η βουπρενορφίνη χορηγείται στην κατάλληλη δοσολογία εξαλείφει τα στερητικά συμπτώματα της ηρωίνης και των άλλων οπιοειδών, ενώ μειώνει την επιθυμία που έχει το εξαρτημένο άτομο να κάνει χρήση ηρωίνης. Έχει δηλαδή όμοια αποτελέσματα με την μεθαδόνη.

Επιπλέον αυτών, η βουπρενορφίνη παρουσιάζει και κάποια πλεονεκτήματα σε σχέση με τη μεθαδόνη, όπως:

- Ανταγωνίζεται τη δράση της ηρωίνης. Όταν κάποιος χρησιμοποιήσει ηρωίνη δεν θα νιώσει το ευφορικό της αποτέλεσμα. Έτσι, με τη βουπρενορφίνη καταπολεμάται ένας από τους κύριους λόγους για τους οποίους γίνεται η χρήση της ηρωίνης.
- Έχει μεγαλύτερη διάρκεια δράσης, όχι μόνο από την ηρωίνη, αλλά και από τη μεθαδόνη. Συγκεκριμένα, στην κατάλληλη δόση, μπορεί να είναι αποτελεσματική για έως και 72 ώρες. Έτσι δεν είναι απαραίτητη η καθημερινή προσέλευση στο πρόγραμμα. Η χορήγηση μπορεί να γίνεται τρεις φορές την εβδομάδα και τα Σαββατοκύριακα να είναι ελεύθερα.
- Αν χρησιμοποιεί κάποιος μόνο βουπρενορφίνη, είναι απίθανο να εμφανίσει υπερδοσολογία (overdose), ακόμη και αν λάβει αρκετά μεγάλη δόση.

Εμφανίζει πολύ λιγότερα στερητικά συμπτώματα από τη μεθαδόνη και για το λόγο αυτό είναι ευκολότερο να αποτοξινωθεί κανείς από αυτήν. Για τον ίδιο λόγο, μπορεί να χρησιμοποιηθεί για όποιους δυσκολεύονται να αποτοξινωθούν από τη μεθαδόνη.

Πρέπει όλοι να γνωρίζουμε όμως ότι:

- Η βουπρενορφίνη δεν αρκεί για να αλλάξει η ζωή ενός ατόμου εξαρτημένου από τα ναρκωτικά. Για το λόγο αυτό είναι απαραίτητες η επαγγελματική συμβουλευτική, η ιατρική παρακολούθηση και η ψυχοκοινωνική στήριξη που προσφέρουν τα ΘΠΥ.
- Όσο διάστημα κάποιος χρησιμοποιεί βουπρενορφίνη διατηρεί τη σωματική του εξάρτηση στα οπιοειδή.
- Η βουπρενορφίνη δεν προκαλεί αισθήματα ευφορίας (μαστούρα, high).



- Όπως συμβαίνει με κάθε φάρμακο, έτσι και με τη βουπρενορφίνη μπορεί να υπάρχουν παρενέργειες.
- Η βουπρενορφίνη, όπως και η ηρωίνη, είναι ένα ισχυρό φάρμακο και μπορεί να γίνει πολύ επικίνδυνη αν δεν χρησιμοποιηθεί σωστά.
- Είναι ιδιαίτερα σημαντικό να μη γίνεται χρήση κατασταλτικών ουσιών, όπως είναι το αλκοόλ και τα υπνωτικά χάπια (Vulbegal, Hipnocedon), μαζί με βουπρενορφίνη. Τέτοια χρήση μπορεί να οδηγήσει σε υπερδοσολογία (overdose).
- Όταν χρησιμοποιεί κανείς την βουπρενορφίνη μαζί με ηρωίνη, μεθαδόνη, ή άλλα οπιοειδή, μπορεί να προκαλέσει στερητικά συμπτώματα.

Τα φάρμακα αυτά έχουν βοηθήσει πολλούς ανθρώπους να ελέγξουν ή και να διακόψουν τη χρήση της ηρωίνης και των άλλων οπιοειδών (σιρόπια, παυσίπονα χάπια) και να βελτιώσουν την κατάσταση της υγείας τους. Με τη χορήγησή τους είναι δυνατό να διακόψει κάποιος τη χρήση της ηρωίνης, χωρίς να εμφανίσει στερητικό σύνδρομο και χωρίς να βασανίζεται από την ακατανίκητη επιθυμία να κάνει χρήση ηρωίνης. Η δράση τους διαρκεί πολλές ώρες (ή και μέρες) και εξαφανίζονται οι γρήγορες και απότομες μεταβολές διάθεσης που προκαλεί η ηρωίνη. Επίσης, δεν έχουν την ευφορική δράση της ηρωίνης, έχουν την ιδιότητα να εμποδίζουν την έξαρση της ψυχικής διάθεσης που αυτή προκαλεί και μειώνουν σημαντικά την επιθυμία για χρήση<sup>48</sup>.

Επιπλέον, τα φάρμακα αυτά:

- είναι ελεγχμένα και χορηγούνται υπό ιατρική παρακολούθηση, δεν υπάρχει περίπτωση νοθείας με αδρανείς ή επικίνδυνες ουσίες και μηδενίζεται ο κίνδυνος υπερδοσολογίας (overdose).
- χορηγούνται δωρεάν και δε χρειάζεται να καταφεύγει κανείς στην παρανομία για να τα εξασφαλίσει. Δίνεται έτσι η ευκαιρία να διακοπούν οι δεσμοί με τον κόσμο των ναρκωτικών.
- χορηγούνται υπό μορφή πόσιμου διαλύματος ή ταμπλέτας. Έτσι μειώνονται οι κίνδυνοι από την ενδοφλέβια ή ενδομυϊκή χρήση της ηρωίνης (αποστήματα, θρομβώσεις, μετάδοση ασθενειών κλπ).

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

- Ιατρικές Υπηρεσίες: Βασική ιατρική φροντίδα, ιατρική παρακολούθηση χρόνιων νοσημάτων (AIDS, ηπατίτιδα κλπ), ψυχιατρική περίθαλψη, χορήγηση μεθαδόνης
- Ψυχολογικές Υπηρεσίες: Ατομική συμβουλευτική, ομάδα αυτοεκτίμησης, πρόληψη υποτροπής
- Ψυχοθεραπεία: ατομική, ομαδική και οικογενειακή θεραπεία

- Κοινωνικές Υπηρεσίες: Ομάδα κοινωνικών δεξιοτήτων, ψυχοκοινωνική υποστήριξη, συμβουλευτική σε θέματα εργασίας
- Νομικές Υπηρεσίες: Συμβουλές νομικής φύσης, εκπροσώπηση και υπεράσπιση των θεραπευομένων ενώπιον των δικαστηρίων

Στα προγράμματα υποκατάστασης του OKANA γίνονται δεκτά άτομα άνω των 20 ετών, που κάνουν μακροχρόνια χρήση ηρωίνης και έχουν προηγούμενη προσπάθεια απεξάρτησης σε «στεγνό» θεραπευτικό πρόγραμμα. Μακροχρόνιοι ενδοφλέβιοι χρήστες ηρωίνης άνω των 35 ετών μπορεί να γίνουν δεκτοί, έστω κι αν δεν υπάρχει προηγούμενη προσπάθεια απεξάρτησης<sup>48</sup>.

#### 4.8 Τα «στεγνά» θεραπευτικά προγράμματα

Τα λεγόμενα «στεγνά» θεραπευτικά προγράμματα στηρίζονται στην ψυχοκοινωνική θεραπεία, και στόχο έχουν την απεξάρτηση από όλες τις ουσίες και την κοινωνική επανένταξη. Δε χρησιμοποιούν φάρμακα υποκατάστασης για την αντιμετώπιση της εξάρτησης. Τα πρώτα «στεγνά» θεραπευτικά προγράμματα αναπτύχθηκαν στη χώρα μας στις αρχές της δεκαετίας του '80, από το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής (18 ΑΝΩ) και το Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων (ΚΕΘΕΑ), και είχαν τη μορφή θεραπευτικών κοινοτήτων με εσωτερική παραμονή για διάστημα τουλάχιστον ενός έτους. Ακολούθησε η ανάπτυξη «στεγνών» προγραμμάτων και από άλλους φορείς, όπως το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο της Θεσσαλονίκης. Η διαπίστωση της ανάγκης πλουραλισμού στη θεραπεία των εξαρτημένων προκειμένου αυτή να ανταποκρίνεται καλύτερα στις ποικίλες ανάγκες των χρηστών, έδωσε ώθηση στη σταδιακή λειτουργία από τους προαναφερθέντες και άλλους φορείς διάφορων τύπων «στεγνών» θεραπευτικών προγραμμάτων, όπως της ημερήσιας παραμονής ή του τύπου των εξωτερικών ιατρείων, των ειδικών προγραμμάτων για εφήβους, γυναίκες και άτομα με ψυχιατρική συννοσηρότητα ή των προγραμμάτων υπό μορφή αυτοβοήθειας. Ο OKANA, δημιούργησε «στεγνά» θεραπευτικά προγράμματα για ενήλικες και εφήβους και συνεργάζεται με άλλους φορείς για την ανάπτυξη ανάλογων προγραμμάτων<sup>45</sup>.

Πιο αναλυτικά οι Μονάδες Εφήβων του OKANA είναι «στεγνά» θεραπευτικά προγράμματα και απευθύνονται:

- σε εφήβους και νεαρούς ενήλικες, που κάνουν πειραματική, περιστασιακή ή συστηματική χρήση ουσιών
- σε οικογένειες εφήβων και νεαρών ενηλίκων, που κάνουν χρήση ουσιών και στο ευρύτερο περιβάλλον τους

Βασική επιδίωξη των Μονάδων Εφήβων είναι η ανάπτυξη δράσεων για την προσέλκυση των εφήβων, η έγκαιρη παρέμβαση για τη διακοπή της χρήσης σε όσους κάνουν ευκαιριακή χρήση ναρκωτικών καθώς και η παροχή ψυχοκοινωνικής υποστήριξης, εκπαίδευσης και θεραπείας στους εξαρτημένους εφήβους και στις οικογένειές τους. Οι Μονάδες Εφήβων απευθύνονται ακόμη σε ειδικούς και επαγγελματίες που έρχονται σε επαφή με τους νέους με στόχο την πληροφόρηση και ευαισθητοποίηση τους αλλά και σε φορείς της ευρύτερης κοινότητας (π.χ. σχολεία,

αθλητικοί χώροι κλπ) που σχετίζονται με εφήβους και αντιμετωπίζουν περιστατικά χρήσης ουσιών με στόχο την ανάπτυξη δικτύων συνεργασίας<sup>45</sup>.

Η θεραπευτική προσέγγιση των Μονάδων βασίζεται στη συστηματική και οικογενειακή θεραπεία εμπλουτισμένη με στοιχεία του συμπεριφοριστικού μοντέλου και του μοντέλου των θεραπευτικών κοινοτήτων.

Το πρόγραμμα των Μονάδων Εφήβων στην πλήρη ανάπτυξή του περιλαμβάνει τρεις φάσεις - το Συμβουλευτικό Σταθμό, το Θεραπευτικό Πρόγραμμα και την Κοινωνική Επανένταξη- όπου παρέχονται οι ακόλουθες υπηρεσίες :

### Συμβουλευτικός Σταθμός

- Ενημέρωση για τις επιπτώσεις της χρήσης και για τους τρόπους αντιμετώπισης
- Ψυχολογική υποστήριξη και κινητοποίηση των εφήβων για διακοπή της χρήσης
- Προετοιμασία για την ένταξή τους στο θεραπευτικό πρόγραμμα

### Θεραπευτικό Πρόγραμμα

Ατομικές και ομαδικές συναντήσεις εφήβων με στόχο την προσωπική τους ανάπτυξη και την υιοθέτηση ενός νέου και δημιουργικού τρόπου ζωής που δεν περιλαμβάνει την χρήση ουσιών (καλλιέργεια δεξιοτήτων για την αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση και επίλυση προβλημάτων και δυσκολιών, για τη δημιουργία υγιών σχέσεων και τη βελτίωση της επικοινωνίας στην οικογένεια, ενίσχυση της αυτοεκτίμησης, ανάληψη προσωπικής ευθύνης).

Ομαδικές δημιουργικές δραστηριότητες (καλλιτεχνικές, ψυχαγωγικές, αθλητικές, κ.α.) όπου μέσα από τη συμμετοχή μαθαίνουν να συνυπάρχουν με τους άλλους δημιουργικά, να επικοινωνούν, να μοιράζονται και να εκφράζουν τα συναισθήματά τους:

- Κοινωνική Επανένταξη
- Εμφύχωση των εφήβων στην προσπάθειά τους για μια νέα πορεία
- Επανασύνδεση των νέων με την εκπαιδευτική ή επαγγελματική τους ζωή σε συνδυασμό με την απεμπλοκή τους από παράνομες πράξεις
- Συμβουλευτική σε θέματα επαγγελματικού προσανατολισμού
- Υποστήριξη για την επαγγελματική τους αποκατάσταση

Οι γονείς των μελών του προγράμματος υποστηρίζονται σε όλη την πορεία της θεραπευτικής διαδικασίας και τους παρέχονται, ανάλογα με τη φάση του προγράμματος, οι ακόλουθες υπηρεσίες<sup>42</sup>:

- Ενημέρωση για το πρόβλημα της ουσιοεξάρτησης και πώς αυτό μπορεί να αντιμετωπιστεί
- Ενίσχυση του γονεϊκού τους ρόλου με στόχο την υποστήριξη και κινητοποίηση των εφήβων για διακοπή της χρήσης

- Συμβουλευτική και υποστήριξη με στόχο την αποτελεσματικότερη διαχείριση των οικογενειακών κρίσεων και την αποκατάσταση της επικοινωνίας και της λειτουργικότητας των σχέσεων των μελών της οικογένειας, ώστε να διευκολυνθεί ο έφηβος να απομακρυνθεί σταδιακά και να αυτονομηθεί από το οικογενειακό περιβάλλον
- Ομαδικές συναντήσεις γονέων με στόχο την αμοιβαία υποστήριξη και την ανταλλαγή κοινών εμπειριών και προβληματισμών

Επίσης σε γονείς που τα παιδιά τους δεν είναι ενταγμένα στο πρόγραμμα αλλά αντιμετωπίζουν πρόβλημα χρήσης παρέχεται συμβουλευτική και στήριξη ώστε να ενημερωθούν, να αλλάξουν τη στάση τους απέναντι στη χρήση και να «εκπαιδευτούν» ώστε να παρακινήσουν το εξαρτημένο μέλος της οικογένειας τους να ζητήσει βοήθεια<sup>42</sup>.

Σήμερα λειτουργούν 4 Μονάδες Εφήβων, στην Αθήνα («ΑΤΡΑΠΟΣ»), τη Θεσσαλονίκη, το Ρέθυμνο και τη Λάρισα και ένα Δίκτυο Θεραπευτικών Υπηρεσιών στην Πάτρα. Η Μονάδα Εφήβων «ΑΤΡΑΠΟΣ» της Αθήνας βρίσκεται σε πλήρη λειτουργία ενώ στις Μονάδες της Θεσσαλονίκης, του Ρεθύμνου και της Λάρισας λειτουργούν, σε πρώτη φάση τα προγράμματα των Συμβουλευτικών Σταθμών αναπτύσσοντας δράσεις για την προσέλκυση εφήβων και παρέχοντας ενημέρωση, ιατρικές υπηρεσίες, νομική κάλυψη και συμβουλευτική σε εφήβους και τις οικογένειές τους. Με τη συνεργασία του ΟΚΑΝΑ λειτουργούν επίσης το Πρόγραμμα «ΑΘΗΝΑ» της Ψυχιατρικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών και το Πρόγραμμα «Προαγωγής Αυτοβοήθειας» του Αριστοτέλειου Πανεπιστημίου της Θεσσαλονίκης.

Σήμερα, περίπου το 1/3 των θέσεων θεραπείας στις χώρες-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης καλύπτεται από τα «στεγνά» θεραπευτικά προγράμματα. Κατά κανόνα, τα «στεγνά» προγράμματα έχουν καλύτερα αποτελέσματα σε άτομα που επιδεικνύουν ισχυρό κίνητρο να θεραπευτούν, είναι νεαρότερα σε ηλικία, και έχουν λιγότερο βεβαρημένο ιστορικό εξάρτησης. Η ένταξη και η θεραπεία στα «στεγνά» προγράμματα ενδείκνυται για όλα τα εξαρτημένα άτομα, πριν αυτά αποφασίσουν να ζητήσουν βοήθεια στο πρόγραμμα υποκατάστασης<sup>42</sup>.

#### **4.9 Κέντρα Υποδοχής, Ενημέρωσης & Προσανατολισμού**

Η ανάγκη για αναβάθμιση του συστήματος αξιολόγησης των αναγκών των εξαρτημένων ατόμων που ζητούν θεραπεία, με σκοπό να παραπέμπονται στο καταλληλότερο κατά περίπτωση πρόγραμμα (του ΟΚΑΝΑ ή άλλων φορέων) οδήγησε στην ίδρυση από τον ΟΚΑΝΑ μέσα στο 2002 του πρώτου Κέντρου Υποδοχής, Ενημέρωσης, Αξιολόγησης και Παραπομπών στην Αθήνα. Σκοπός της Υπηρεσίας αυτής είναι η βελτίωση των παρεχομένων υπηρεσιών στα άτομα που υποβάλλουν αίτηση για το πρόγραμμα υποκατάστασης<sup>41</sup>.

Το Κέντρο Υποδοχής, Ενημέρωσης, Αξιολόγησης και Παραπομπών του ΟΚΑΝΑ έχει την ευθύνη για:

- την παραλαβή των αιτήσεων συμμετοχής στο Θεραπευτικό Πρόγραμμα Υποκατάστασης της Αττικής (ΘΠΥ)



- την ενημέρωση για όλα τα θεραπευτικά προγράμματα και ειδικότερα για το ΘΠΥ, καθώς και τη χορήγηση έντυπου υλικού σε όλους όσους προσέρχονται για να υποβάλουν αίτηση
- τη λήψη ιστορικού και την αξιολόγηση του κάθε περιστατικού, ύστερα από συνέντευξη και με τη χρήση ειδικών διαγνωστικών εργαλείων
- τη συζήτηση με τον αιτούντα, η οποία ανάλογα με την περίπτωση συνοδεύεται από συστάσεις ή και παροτρύνσεις για την παρακολούθηση «στεγνού» προγράμματος
- τη δημιουργία φακέλου ασθενή, όταν πρόκειται να γίνει εισαγωγή στο ΘΠΥ
- τη διαχείριση της λίστας αναμονής των μονάδων της Αθήνας και του Πειραιά για το ΘΠΥ, με αυστηρή τήρηση της σειράς προτεραιότητας σύμφωνα με τον αριθμό πρωτοκόλλου της αίτησης συμμετοχής και τους κανόνες που διέπουν την εισαγωγή στο ΘΠΥ (κατ'εξάιρεση εισαγωγές, επανεισαγωγές κ.ά.)

Στις εκτός Αττικής περιοχές, που λειτουργούν Μονάδες Υποκατάστασης, την ευθύνη για όλα τα παραπάνω έχουν οι αρμόδιες Υπηρεσίες των κατά τόπους Μονάδων<sup>41</sup>.



## 5 Κεφάλαιο Πέμπτο :Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

Ο ΟΚΑΝΑ στηρίζει την αποτελεσματικότητα των μονάδων της στην ύπαρξη και την σωστή λειτουργία της ομάδας επαγγελματιών ψυχικής υγείας μέλος της οποίας είναι και ο νοσηλευτής. Το καθένα από τα μέλη της ομάδας και κατά συνέπεια όλη η ομάδα διέπεται από την φιλοσοφία του σεβασμού της αξίας της αξιοπρέπειας και της μοναδικότητας κάθε ασθενή με βάση την προσωπική του ιστορία και το περιβάλλον που έζησε και ζει.

Ο ρόλος του νοσηλευτή είναι καθοριστικός στην θεραπεία του εθισμού. Αναπτύσσει μια σχέση συνεργασίας καθ'όλη την διάρκεια της θεραπείας ώστε να ανακαλύπτει συνεχώς τις μεταβολές των αναγκών του ασθενούς αλλά και των δυνατοτήτων του να τις αξιολογεί και να προσαρμόζεται η θεραπεία του ιδιαίτερες ανάγκες<sup>49</sup>.

### 5.1 Ο ρόλος του κοινοτικού νοσηλευτή στην πρόληψη χρήσης εθιστικών ουσιών

Ο όρος «πρόληψη» αναφέρεται στα μέτρα που λαμβάνονται για την αποφυγή χρήσης των εθιστικών ουσιών, αλλά και των συνεπειών τους, οι οποίες θα μπορούσαν να επηρεάσουν οργανικά και να αποδιοργανώσουν ψυχικά ένα άτομο ή μια κοινωνία. Ο ρόλος της ομάδας ψυχικής υγείας και του νοσηλευτή ως μέλος αυτής είναι η διερεύνηση και η αντιμετώπιση των αιτιών και των γενεσιουργών παραγόντων που προκαλούν κάποιο μη επιθυμητό φαινόμενο αποτελεί τη λυδία λίθο για την αποτροπή της εκδήλωσής τους. Ως εκ τούτου η πρόληψη έχει διαστάσεις κοινωνιολογικές, φιλοσοφικές, επιστημονολογικές και ιατρικές, είναι πολυπαραγοντική και πολυεπίπεδη και αναπτύσσεται στη βάση μιας συνολικής στρατηγικής, με αιχμή του δόρατος την επιστημονική έρευνα και την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της<sup>50</sup>.

Γύρω στα μέσα της δεκαετίας του '80 εφαρμόστηκαν από την Ψυχιατρική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών τα πρώτα πιλοτικά προγράμματα πρόληψης στο χώρο του σχολείου και στην περιβάλλουσα κοινότητα, βασισμένα σε αντίστοιχα προγράμματα άλλων χωρών της Ευρώπης. Τα προγράμματα αυτά διαπνέονται από μια φιλοσοφία ευρύτερης προσέγγισης της πρόληψης της χρήσης ναρκωτικών. Αυτή δεν εστιάζεται στην ίδια τη χρήση και στους κινδύνους από αυτή. Δεν αποβλέπει σε άμεσα αποτελέσματα. Επικεντρώνεται κυρίως στις αιτίες του προβλήματος, επιδιώκοντας την προαγωγή της γενικότερης ψυχοκοινωνικής υγείας των νέων (ενίσχυση της αυτοεκτίμησης, μείωση του συναισθήματος μοναξιάς, ανάπτυξη δεξιοτήτων επικοινωνίας, αντιστάσεων σε αρνητικές επιρροές, ικανότητας λήψης υπεύθυνων αποφάσεων για τον τρόπο ζωής) μέσω μιας αμιγούς εκπαιδευτικής διαδικασίας βασισμένης σε σύγχρονες μεθόδους ενεργητικής μάθησης<sup>50</sup>.

Στην προσέγγιση αυτή στηρίχθηκε και η πρώτη συστηματική προσπάθεια εφαρμογής προγραμμάτων πρόληψης στη χώρα, από τον ΟΚΑΝΑ το 1995, με το σχεδιασμό ενός προγράμματος ανάπτυξης Κέντρων Πρόληψης (Κ.Π.) ανά την Ελλάδα. Τα Κ.Π. λειτουργούν σε συνεργασία του ΟΚΑΝΑ με την Τοπική Αυτοδιοίκηση, αναγνωρίζοντας τη συμβολή των τοπικών κοινωνιών στο έργο της πρόληψης. Τα Κέντρα Πρόληψης χρηματοδοτούνται ισόποσα από το Υπουργείο

Υγείας και από το Υπουργείο Εσωτερικών. Την ευθύνη της συστηματικής επιστημονικής εποπτείας και της αξιολόγησης των προγραμμάτων και των δράσεων πρωτοβάθμιας πρόληψης που εφαρμόζονται στα Κ.Π. έχει το Τμήμα Εφαρμογών Πρόληψης του ΟΚΑΝΑ<sup>50</sup>.

Τα προγράμματα που αναπτύσσουν τα Κέντρα Πρόληψης απευθύνονται:

- Σε γονείς
- Σε μαθητές και εφήβους
- Σε στρατευμένους
- Σε αθλητικούς συλλόγους και ομάδες
- Σε επαγγελματίες που έρχονται σε άμεση επαφή με το πρόβλημα (εκπαιδευτικούς, προπονητές, αστυνομικούς, επαγγελματίες υγείας, ιερείς, στρατιωτικούς κ.ά.)
- Σε ειδικές πληθυσμιακές ομάδες (παλιννοστούντες, πρόσφυγες, μειονοτικές ομάδες, φυλακισμένους κ.ά.)
- Στην ευρύτερη κοινότητα

Οι στόχοι τους, ανάλογα με την ομάδα στην οποία απευθύνονται και τη διάρκεια της παρέμβασης, είναι:

- Η ενδυνάμωση, υποστήριξη και εκπαίδευση των νέων ώστε να υιοθετήσουν μια θετική στάση ζωής και να αναπτύξουν δεξιότητες και συμπεριφορές που να αντιστέκονται στη χρήση των εξαρτησιογόνων ουσιών.
- Η συμβουλευτική και υποστήριξη της οικογένειας με σκοπό την ενίσχυση του γονεϊκού ρόλου και τη βελτίωση της επικοινωνίας.
- Η ευαισθητοποίηση καθηγητών και δασκάλων σε θέματα πρόληψης, η ενίσχυση του παιδαγωγικού τους ρόλου και η ενδυνάμωση των σχέσεων εκπαιδευτικών -μαθητών.
- Η ενημέρωση των ενδιαφερομένων για τα υπάρχοντα θεραπευτικά προγράμματα
- Η πληροφόρηση, ευαισθητοποίηση και κινητοποίηση της ευρύτερης κοινότητας

Σήμερα υπάρχουν 71 Κέντρα Πρόληψης τα οποία καλύπτουν 49 νομούς της χώρας.

Ο οργανισμός κατά των Ναρκωτικών συμμετέχει από τον Μάρτιο 2010 στο Ευρωπαϊκό Πρόγραμμα “TAKECARE – Strategies to ward sresponsible alcohol consumption for a dolescents in Europe” το οποίο έχει εγκριθεί από την Ευρωπαϊκή Ένωση. Είναι διάρκειας 33 μηνών και συνολικά συμμετέχουν φορείς από 10 χώρες (Βέλγιο, Γερμανία, Δανία, Ελλάδα, Ιρλανδία, Ιταλία, Κύπρος, Πορτογαλία, Σλοβακία, Σλοβενία). Συντονιστής φορέας είναι ο LWL (Landschafts verband Westfalen-Lippe) από την Γερμανία και από την Ελλάδα συμμετέχει ως εταίρος ο Οργανισμός κατά των Ναρκωτικών, ο οποίος και έχει την ευθύνη για την εφαρμογή του Προγράμματος. Για την υλοποίησή του συνεργάζεται με το Κέντρο Πρόληψης Ναρκωτικών Ν.Δωδ/νήσου Δήμου Κω «ΙΠΠΟΚΡΑΤΗΣ»<sup>50</sup>.

Το πρόγραμμα “TAKECARE” περιλαμβάνει πολυ επίπεδες δράσεις σε τέσσερεις ομάδες στόχους: νέους ηλικίας 12 έως 21 ετών, γονείς, ενήλικους υποστηρικτές (keypersons) και λιανοπωλητές (retailers). Στόχο έχει την πρόληψη και

υπεύθυνη κατανάλωση της χρήσης αλκοόλ σε έφηβους και νέους στην Ευρώπη.

## 5.2 Πρωτοβάθμια πρόληψη

Η πρωτοβάθμια πρόληψη έχει σαν κύριο στόχο της να δώσει στο άτομο αλλά και στο κοινωνικό σύνολο την δυνατότητα να αποκτήσει συνείδηση των κινδύνων που οδηγούν στην αδυναμία οριοθέτησης απέναντι στις ουσίες, που η κοινωνία παράγει διαθέτει και προβάλλει σαν πηγή ευφορίας ή σαν μέσο ανακούφισης από τα δεινά της ζωής. Πρόληψη λοιπόν σημαίνει απάντηση στην πρόκληση. Η εξάρτηση από νόμιμες ή παράνομες ουσίες είναι ένα σύνθετο ψυχοκοινωνικό πρόβλημα στο οποίο συμβάλουν εξίσου η προσωπικότητα του ατόμου, η οικογένεια και το ευρύτερο κοινωνικοπολιτισμικό πλαίσιο στο οποίο ζει ένα άτομο<sup>51</sup>.

Έχουν περάσει 20 χρόνια από τότε που συνειδητοποιήθηκε η ανάγκη εφαρμογής προγραμμάτων πρόληψης για το πρόβλημα της εξάπλωσης της χρήσης ναρκωτικών ουσιών. Μέχρι σήμερα άλλοι προσδιορίζουν ως πρόληψη την ενημέρωση άλλοι τον εκφοβισμό και άλλοι την επιδερμική προσέγγιση ζητημάτων που σχετίζονται με την κατανάλωση των εθιστικών ουσιών. Από την πλευρά της κοινωνίας οι προσπάθειες πρόληψης για τη μείωση της ζήτησης των εθιστικών ουσιών περιορίστηκαν στα νομικά μέτρα και τον κοινωνικό έλεγχο. Όλες αυτές οι προσπάθειες δεν έχουν φέρει μέχρι σήμερα ικανοποιητικά αποτελέσματα. Το γεγονός αυτό μας οδηγεί στο συμπέρασμα ότι η πρόληψη της χρήσης εθιστικών ουσιών πρέπει να εξεταστεί από διαφορετική σκοπιά<sup>51</sup>.

Η χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών αποτελεί ένα πολύπλοκο και πολυδιάστατο φαινόμενο που αφορά όλα τα κοινωνικοοικονομικά στρώματα, αγγίζοντας νεαρές ηλικίες. Η συνειδητοποίηση του γεγονότος ότι η εξάρτηση εμφανίζεται ως σύμπτωμα μιας γενικότερης δυσλειτουργίας του ατόμου, ένδειξη αδυναμίας να απαλύνει τον ψυχικό πόνο και ως τρόπο διαφυγής από πραγματικά και φανταστικά αδιέξοδα, ώθησε τους επαγγελματίες υγείας στην προσαρμογή των προγραμμάτων πρόληψης σε προγράμματα που εστιάζουν στη βοήθεια και στην ενίσχυση των προστατευτικών παραγόντων της ψυχικής υγείας του ατόμου και που απευθύνονται σε όλους τους πολίτες και κυρίως στον πληθυσμό που δεν έχει μπει στο πρόβλημα της χρήσης με στόχο τη μείωση της ζήτησης και τη διαμόρφωση μιας υγιούς προσωπικότητας, με θετική στάση απέναντι στη ζωή.

Σύγχρονες μελέτες καταλήγουν στην ανάγκη να εστιάζεται η πρόληψη όχι μόνο στους νέους αλλά και σε ολόκληρο τον πληθυσμό. Ειδικός πληθυσμιακός στόχος της πρωτοβάθμιας πρόληψης είναι τα άτομα που έχουν την ευθύνη ανατροφής, διαπαιδαγώγησης και εκπαίδευσης των παιδιών, δηλαδή γονείς εκπαιδευτικοί κ.λπ<sup>51</sup>.

Η ύπαρξη και λειτουργία επιτροπής ψυχικής υγείας σε μία μονάδα κοινωνικής ψυχιατρικής και της αντίστοιχης κοινότητας που εξυπηρετεί, είναι έκφραση της πρακτικής εφαρμογής της πρωτοβάθμιας πρόληψης στην κοινότητα. Ο κοινοτικός νοσηλευτής ως μέλος της ομάδας αυτής μπορεί να παίζει σημαντικό ρόλο εστιάζοντας και παρεμβαίνοντας σε καίρια σημεία.

Πρωταρχικό ρόλο για την πρόληψη παίζει η ενημέρωση. Ο κοινοτικός νοσηλευτής ως μέλος της ομάδας ψυχικής υγείας σχεδιάζει εκπαιδευτικά προγράμματα με βάση την ενημέρωση. Είναι γνωστό από έρευνες ότι τα προγράμματα πρωτοβάθμιας πρόληψης που βασίστηκαν στην πληροφόρηση και στη διαφώτιση δεν είχαν πάντα τα επιθυμητά αποτελέσματα. Το μεταδιδόμενο μήνυμα



έδινε έμφαση στους κινδύνους και στις ολέθριες επιπτώσεις από τη χρήση και στόχευε στη δημιουργία συναισθηματικών αντιδράσεων, φόβου. Οι πληροφορίες που περιελάμβαναν τα μηνύματα του τύπου αυτού ήταν τις περισσότερες φορές υπερβολικές, γεγονός που έχει ως συνέπεια την αμφισβήτηση της εγκυρότητας και της αξιοπιστίας τους, ιδιαίτερα από τα νεαρά άτομα που βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο<sup>52</sup>.

Διαπιστώθηκε ακόμα ότι μόνη της η πληροφόρηση μπορούσε να ανεβάσει το επίπεδο των γνώσεων του ατόμου χωρίς απαραίτητα να επηρεάσει τη συμπεριφορά του προς την επιθυμητή κατεύθυνση. Επίσης οι πληροφορίες που διοχετεύονται με επιλεκτικό τρόπο που δεν παίρνουν δηλαδή υπ' όψη τα χαρακτηριστικά της ομάδας στην οποία ανήκουν οι δέκτες, κινδυνεύουν να οδηγήσουν σε αντίθετα από τα επιδιωκόμενα αποτελέσματα όπως για παράδειγμα προκαλώντας την περιέργεια των νέων και την επιθυμία τους για δοκιμή.

Στις στρατηγικές πρόληψης η πληροφόρηση για να είναι εκπαιδευτική πρέπει να βασίζονται στο ότι είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με τη διαπαιδαγώγηση του ατόμου. Πρέπει να δίνουν έμφαση στην ανάγκη προσαρμογής της πληροφορίας και των μηνυμάτων στο επίπεδο της ικανότητας αφομοίωσης του πληθυσμού στον οποίο απευθύνονται ανάλογα με το αναπτυξιακό του στάδιο. Τοποθετούν το πρόβλημα των ναρκωτικών μέσα σε ένα γενικότερο πλαίσιο μορφών συμπεριφοράς υψηλού κινδύνου, αποφάσεων που παίρνει το άτομο και διασαφήνισης αξιών. Η προσέγγιση αυτή που αποκαλείται «συναισθηματική προσέγγιση» δίνει έμφαση στους παράγοντες εκείνους που συνδέονται με την τοξικομανία και όχι στην συμπεριφορά του τοξικομανούς αυτή καθαυτή. Η προληπτική προσπάθεια πρέπει να στοχεύει στην ανάπτυξη των απαραίτητων γνώσεων στάσεων και δεξιοτήτων στο άτομο που θα το διευκολύνουν να αντισταθεί στην προσφορά. Ταυτόχρονα επιχειρείται η δημιουργία μέσα στο περιβάλλον του ατόμου ( οικογένεια, κοινότητα ) του κατάλληλου κλίματος που θα του δώσει θετική υποστήριξη<sup>52</sup>.

Η πρόληψη πρέπει να ενταχθεί μέσα από ειδικά προγράμματα στο όλο εκπαιδευτικό σύστημα και να αποτελεί μέρος της αγωγής υγείας. Το σχολείο αντιπροσωπεύει χωρίς αμφιβολία το καταλληλότερο πλαίσιο για την εφαρμογή ενός προγράμματος πρωτογενούς πρόληψης γιατί στα σχολεία βρίσκεται η πλειοψηφία του πληθυσμού των νέων .

Οι νεαροί μαθητές αντιπροσωπεύουν τον πληθυσμό όπου οι αρνητικές συνήθειες στη συμπεριφορά δεν έχουν ακόμα εγκατασταθεί και παγιωθεί και είναι επομένως κατάλληλοι δέκτες μηνυμάτων που στοχεύουν στην πρωτογενή πρόληψη. Το σχολείο προσφέρει το πλαίσιο για μια συστηματοποιημένη και διαρκή εκπαίδευση για την υγεία. Ένας σημαντικός ρόλος που καλείται να παίξει ο κοινοτικός νοσηλευτής είναι η παροχή βοήθειας ώστε οι τοπικές υπηρεσίες υγείας και οι κοινωνικές υπηρεσίες να ενωθούν με το σχολικό σύστημα.

Τα κύρια χαρακτηριστικά της μεθοδολογίας που ακολουθείται στα σχολεία είναι τα εξής<sup>53</sup>:

- Να δώσουν την δυνατότητα στα άτομα να βελτιώσουν την ψυχική τους υγεία, τις κοινωνικές τους δεξιότητες και τις διαπροσωπικές τους σχέσεις.

- Να ενισχύσουν την εκτίμηση του εαυτού και να μειώσουν τα πιθανά σημεία αποξένωσης.

- Να δώσουν στα άτομα τη δυνατότητα να διευκρινίσουν τις αξίες, υποδεικνύοντας τους τον τρόπο με τον οποίο αναπτύσσονται συγκρούσεις ανάμεσα στις αξίες αυτές και στην πραγματικότητα.

- Να ενθαρρύνουν τη λήψη αποφάσεων, την ενεργητική μάθηση και την ελευθερία επιλογής ενός υγιούς τρόπου ζωής.

Η εκπαίδευση, με στόχο την πρόληψη στα πλαίσια του σχολείου, αποτελεί μια αναγκαία αλλά όχι επαρκή συνθήκη. Κι αυτό γιατί έξω από το σχολείο ο μαθητής δέχεται ισχυρές επιδράσεις στις οποίες το σχολείο μόνο του δε θα μπορούσε να αμυνθεί. Για παράδειγμα η χρήση ουσιών από μέλη της οικογένειας του μαθητή ή από φίλους του, έχουν αποδειχθεί από έρευνες ως εξαιρετικά σημαντικοί παράγοντες κινδύνου.

Ο κοινοτικός νοσηλευτής αποτελεί τον συνδετικό κρίκο ανάμεσα στην κοινότητα και την οικογένεια. Αυτός είναι που γνωρίζει τις ιδιαιτερότητες κάθε οικογένειας και ότι ο ρόλος της, ειδικότερα ο τρόπος με τον οποίο οι γονείς διαπαιδαγωγούν τα παιδιά τους, μέσα από την ποιότητα των συναισθηματικών σχέσεων, την οριοθέτηση και την θέσπιση κανόνων, καθώς και την ενίσχυση της υπευθυνότητας και της αυτονομίας συνδέεται άμεσα με την πρόληψη της χρήσης των εθιστικών ουσιών.

Ιδιαίτερη βοήθεια λοιπόν πρέπει να δοθεί στους γονείς, με συντονισμένη παρέμβαση στην οικογένεια, για να γίνουν ικανοί να κάνουν ένα ειλικρινή και ανοιχτό διάλογο με τα παιδιά τους, μέσα από τη δημιουργία μιας σχέσης εμπιστοσύνης. Συνήθως σοβαρές δυσλειτουργίες του οικογενειακού συστήματος υπάρχουν σε πολλές περιπτώσεις ατόμων που έχουν εξαρτηθεί από ουσίες. Επιδημιολογικές έρευνες έχουν δείξει ότι η προσωπικότητα των νέων είναι ελλειμματική, ανώριμη γιατί οι γονείς δεν παρουσιάζουν ένα πρότυπο με το οποίο να μπορούν να ταυτισθούν. Είναι συνήθως ανώριμοι, καταθλιπτικοί, παθητικοί, απόντες συναισθηματικά διαψευσμένοι, απογοητευμένοι, παραιτημένοι, αλλοτριωμένοι. Συχνά καταφεύγουν στο αλκοόλ ή τα ηρεμιστικά για να αντιμετωπίσουν τις δυσκολίες ή να επικοινωνήσουν με τους άλλους<sup>53</sup>.

Σκοπός του κοινοτικού νοσηλευτή μέσα από προγράμματα πρόληψης που απευθύνονται σε άτομα που έχουν την ευθύνη ανατροφής και διαπαιδαγώγησης, είναι να διδάξει τρόπους και συμπεριφορές που θα βοηθήσουν τα παιδιά να πουν όχι στις εξαρτησιογόνες ουσίες.

Τα παιδιά μαθαίνουν από τους γονείς πότε από που και πως να παίρνουν τέτοιες ουσίες όπως το αλκοόλ, τα φάρμακα. Η σωστή αλλά και με μέτρο χρησιμοποίηση στο σπίτι μειώνει τον κίνδυνο χρήσης ουσιών από τα παιδιά. Διδάσκοντας λοιπόν τους γονείς πως να δίνουν το καλό παράδειγμα στα παιδιά τα προστατεύουν γιατί πολλές φορές μιμούνται συμπεριφορές κοντινών αγαπημένων ανθρώπων. Τα παιδιά και ειδικά οι έφηβοι νιώθουν συχνά αβέβαιοι για το άτομό τους. Το να γνωρίζουν ότι οι γονείς τους τους έχουν εμπιστοσύνη και αναγνωρίζουν την αξία τους ενδυναμώνει την προσωπικότητά τους και τα βοηθάει να αντιμετωπίζουν τις δυσκολίες και τα προβλήματα της ζωής. Είναι σημαντικό οι γονείς να δίνουν στα παιδιά την ενθάρρυνση και τον έπαινο για τις προσπάθειες που κάνουν ακόμη και αν τα αποτελέσματα δεν είναι τέλεια<sup>53</sup>.

Το να μιλάνε οι γονείς στα παιδιά δεν είναι πάντα αρκετό. Το να ακούνε αυτό που έχουν να πουν είναι το πιο δύσκολο. Πρέπει να επισημανθεί στους γονείς το πόσο σημαντικό είναι να δίνουν χρόνο στα παιδιά τους να εκφράσουν αυτό που σκέφτονται, δείχνοντας προσοχή και ενδιαφέρον σε αυτά που λένε γιατί συχνά τα παιδιά δεν εκφράζουν τις σκέψεις τους με άμεσο τρόπο. Η συζήτηση των γονέων με τα παιδιά για το αλκοόλ και τις άλλες ουσίες βοηθάν τους γονείς να βεβαιωθούν ότι τα παιδιά έχουν καταλάβει τους κινδύνους που σχετίζονται με τη χρήση τους. Το μεγαλύτερο λάθος που κάνουν οι γονείς στην προσπάθειά τους να προστατέψουν τα παιδιά τους από τη χρήση ουσιών είναι να τα απομονώνουν από τους φίλους και τις παρέες τους. Η επιρροή από φίλους είναι από τις πιο ισχυρές πιέσεις που δέχεται ένας νέος ειδικά στην εφηβεία. Η απαγόρευση της εξόδου και της συναναστροφής με



συνομηλικούς μπορεί να αποφέρει αντίθετα αποτελέσματα από τα επιθυμητά. Το προτιμότερο είναι να διδάξουν στα παιδιά τρόπους για το πως να αντιστέκονται στην επιρροή των φίλων που κάνουν χρήση του αλκοόλ και ουσιών. Η πίεση που δέχονται οι νέοι από τις απαιτήσεις της σημερινής κοινωνίας είναι μεγάλη και δημιουργεί την ανάγκη να ξεφύγουν από την καθημερινότητα. Οι γονείς πρέπει να μάθουν πως να προστατεύουν τα παιδιά σε υγιείς και δημιουργικές δραστηριότητες. Με το να δίνουμε στα παιδιά την ευκαιρία να λάβουν μέρος σε ασχολίες που τα ευχαριστούν όπως σπορ, σχολικά προγράμματα, κοινοτικά προγράμματα, εκπολιτιστικά, καλλιτεχνικά κ.λπ. τους δίνουμε την δυνατότητα διαφυγής από τις δυσκολίες της ζωής μέσα από δημιουργικές διεξόδους<sup>54</sup>.

Οι γονείς είναι αυτοί που πρώτοι πρέπει να αντιληφθούν την ύπαρξη κάποιου προβλήματος από την ανεξήγητη αλλαγή συμπεριφοράς. Ο κοινοτικός νοσηλευτής ενημερώνει τους γονείς για το ποιές συμπεριφορές πρέπει να τους ανησυχίσουν. Τέτοιες είναι:

- Αλλαγή στη συνολική νοοτροπία, στάση και στην προσωπικότητα του παιδιού χωρίς να υπάρχει άλλη αναγνωρίσιμη αιτία

- Αλλαγές στους φίλους, νέοι χώροι στους οποίους συχνάζει το παιδί, αποφυγή των παλιών φίλων.

- Αλλαγή δραστηριοτήτων.

- Πτώση των βαθμών στο σχολείο ή της απόδοσης στην εργασία.

- Απώλεια ενδιαφέροντος για την οικογένεια.

- Δυσκολία στη συγκέντρωση, μνήμη.

- Απώλεια κινήτρων, ενέργειας και αυτοεκτίμησης, αδιαφορία για όλα.

- Ξαφνικές εξάρσεις υπερευαισθησίας, θυμού.

- Κακοκεφιά, ευερεθιστότητα ή νευρικότητα.

- Παρανοϊκές σκέψεις .

- Υπερβολική ανάγκη για απομόνωση, παιδί που γίνεται απρόσιτο.

- Μυστικοπάθεια ή ύποπτη συμπεριφορά.

- Εμπλοκή σε αυτοκινητιστικά δυστυχήματα.

- Χρόνια ανειλικρίνεια, ατιμία.

- Ανεξήγητη ανάγκη χρημάτων, κλοπή.

- Κατοχή σχετικών για χρήση φαρμάκων και ουσιών.

Τέτοιες αλλαγές δεν πρέπει να περνούν απαρατήρητες ή να αγνοούνται, ο κάθε γονιός πρέπει να γνωρίζει που να απευθυνθεί, σε περίπτωση που αντιληφθεί κάποιο πρόβλημα, για να βοηθηθεί και να βοηθήσει το παιδί του.

Συνοπτικά ο κοινοτικός νοσηλευτής όταν καλείται να συμμετέχει στην εφαρμογή προγραμμάτων πρωτοβάθμιας πρόληψης ως μέλος της επαγγελματικής ομάδας ψυχικής υγείας πρέπει να γνωρίζει κάποιες βασικές αρχές σχεδιασμού και εφαρμογής συστηματικών προγραμμάτων πρόληψης που είναι:

- Η γνώση για τις συνέπειες της χρήσης δεν αποτελεί αναγκαία συνθήκη για την αποφυγή της.

- Η πρόληψη είναι μια σύνθετη και μακρόχρονη διαδικασία που στοχεύει στην ανάδειξη και συνειδητοποίηση των αιτιολογικών παραγόντων της χρήσης.

- Η πρόληψη δεν είναι υπόθεση μόνο των ειδικών αλλά απαιτεί την εμπλοκή όλων των θεσμών που

συμβάλλουν στην κοινωνικοποίηση των νέων (οικογένεια, σχολείο, ευρύτερη κοινότητα).

- Το περιεχόμενο και η μεθοδολογία εφαρμογής των προγραμμάτων πρόληψης πρέπει να είναι προσαρμοσμένα στις ιδιαιτερότητες των πληθυσμιακών ομάδων στις οποίες απευθύνονται, λαμβάνοντας υπόψη τις ανάγκες τους και τα αιτήματα τους

όπως αυτά εκφράζονται.

- Η εφαρμογή παρεμβάσεων πρόληψης μπορεί να έχει αποτελέσματα μόνο στο βαθμό που εντάσσεται σε ένα πλαίσιο μακρόπνοης πολιτικής της τοπικής κοινότητας αλλά και γενικότερα της χώρας<sup>54</sup>.

Η εργασία του κοινοτικού νοσηλευτή στην πρωτοβάθμια πρόληψη αποβλέπει στη δημιουργία και εγκατάσταση αμφίδρομων σχέσεων μεταξύ της κοινότητας και της ομάδας ψυχικής υγείας, με σκοπό την εκπόνηση και προώθηση προληπτικών προγραμμάτων, επιζητώντας με κάθε τρόπο την ενεργό συμμετοχή του μεγαλύτερου δυνατού μέρους των κατοίκων. Ενεργώντας σε αυτή την κατεύθυνση πρέπει να είναι άριστος γνώστης της κοινότητας τόσο γεωγραφικά όσο και κοινωνιολογικά, δηλαδή να γνωρίζει το κοινωνικό προφίλ της κοινότητας, το μορφωτικό επίπεδο της, ιστορικά στοιχεία και τη σύνθεση του πληθυσμού. Είναι προφανές ότι η προσπάθεια αντιγραφής μοντέλων από άλλες περιοχές δεν μπορεί να δώσει ιδιαίτερες κατευθύνσεις, ίσως να είναι ελάχιστα αποτελεσματική και πιθανόν να προκαλέσει περισσότερα προβλήματα από αυτά που θα επιλύσει. Επίσης η εργασία του κοινοτικού νοσηλευτή αποσκοπεί στη ευαισθητοποίηση των φυσικών ηγετών της κοινότητας και μέσω αυτών των κατοίκων της περιοχής για θέματα πρόληψης και στην εφαρμογή της πρωτοβάθμιας πρόληψης μέσα από τη συνεργασία όλων των οργανισμών της κοινότητας.

Όσο περισσότεροι στόχοι της πρωτοβάθμιας πρόληψης για τις εθιστικές ουσίες επιτυγχάνονται τόσο μειώνεται ο αριθμός των ατόμων που έχουν ανάγκη απεξάρτησης από αυτές, γεγονός που σημαίνει ότι η πρωτοβάθμια πρόληψη εκπληρώνει το σκοπό της<sup>54</sup>.

### 5.3 Υπηρεσίες Άμεσης Πρόσβασης

Οι υπηρεσίες άμεσης πρόσβασης στοχεύουν στην προσέγγιση και την παροχή βοήθειας στην ομάδα των χρηστών που βρίσκονται εκτός θεραπευτικών προγραμμάτων, κυρίως γιατί δεν αναγνωρίζουν το πρόβλημά τους και δεν έχουν αναπτύξει κίνητρο προκειμένου να ενταχθούν σε αυτά. Η προσέγγιση των ατόμων αυτών μπορεί να γίνει με ειδικά προγράμματα παρέμβασης εκτός δομών, σε χώρους δηλαδή συνάθροισης και συνδιαλλαγής χρηστών («δουλειά στο δρόμο»), καθώς και με υπηρεσίες ελεύθερης εισόδου, οι οποίες δεν θέτουν προϋποθέσεις για την υποδοχή και την εξυπηρέτηση των χρηστών<sup>55</sup>.

Στόχοι των υπηρεσιών άμεσης πρόσβασης είναι:

- η ιατρική βοήθεια για τα προβλήματα υγείας ή η παραπομπή των χρηστών σε άλλες υπηρεσίες υγείας
- η ενθάρρυνση και η ενίσχυση της επαφής των χρηστών με το υγειονομικό σύστημα
- η προσπάθεια ανάπτυξης κινήτρου για την ένταξή τους στα θεραπευτικά προγράμματα
- η μείωση της σχετιζόμενης με τα ναρκωτικά εγκληματικότητας
- ο περιορισμός της βλάβης (πρόληψη της προσβολής από μολυσματικές ασθένειες και της μετάδοσής τους)

Στο πλαίσιο του στόχου της μείωσης της βλάβης, οι υπηρεσίες άμεσης πρόσβασης περιλαμβάνουν και προγράμματα ανταλλαγής συριγγών, δωρεάν διανομής προφυλακτικών και χορήγησης μεθαδόνης. Σήμερα, η λειτουργία



παρόμοιων υπηρεσιών είναι αρκετά εκτεταμένη στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Ο OKANA, αναγνωρίζοντας την αναγκαιότητα ύπαρξης αντίστοιχων δομών στη χώρα μας, δημιούργησε το 1997 το Κέντρο Βοήθειας, που αργότερα μετονομάστηκε σε Μονάδα Άμεσης Βοήθειας & Υποστήριξης, την πρώτη υπηρεσία που παρείχε πρωτοβάθμια περίθαλψη σε ενεργούς χρήστες.

Σταδιακά αναπτύχθηκαν και άλλες Υπηρεσίες, όπως η τηλεφωνική γραμμή υποστήριξης 1031 και ο Σταθμός Φροντίδας Εξαρτημένων Ατόμων<sup>55</sup>.

#### **5.4 Ο ρόλος του κοινοτικού νοσηλευτή ψυχικής υγείας στη δευτεροβάθμια πρόληψη**

Η δευτεροβάθμια πρόληψη αφορά κυρίως σε άτομα που είναι ήδη χρήστες εθιστικών ουσιών ή σε άτομα με οξεία έναρξη μιας κατάχρησης ή σε άτομα που νοσηλεύονται για κάποια σωματική πάθηση και εμφανίζουν συμπτωματολογία εξαρτημένου ατόμου ώστε να βοηθηθούν έγκαιρα<sup>56</sup>.

Ο στόχος της δευτεροβάθμιας πρόληψης είναι ουσιαστικά η ανίχνευση των χρηστών, η έγκαιρη διάγνωση, η αποτελεσματική θεραπεία στον ελάχιστο δυνατό χρόνο νοσηλείας και η προσπάθεια αποφυγής περαιτέρω παθολογικών επιπτώσεων. Η δευτεροβάθμια πρόληψη απασχολεί κατά κύριο λόγο τις αποκεντρωμένες υπηρεσίες κοινοτικής ψυχικής υγιεινής με στόχο τη συνεχή και αποτελεσματική φροντίδα για όλους όσους έχουν ανάγκη και ο βασικός αρωγός της προσπάθειας αυτής είναι ο κοινοτικός νοσηλευτής ψυχικής υγείας. Μέσα στο πλαίσιο των νέων αυτών τομέων προσφοράς υπηρεσιών, οι κοινοτικοί νοσηλευτές, είναι συχνά αυτοί οι οποίοι είναι περισσότερο ενήμεροι για την κατάσταση των χρηστών, για οποιαδήποτε εμπόδια αυτοί αντιμετωπίζουν σε ότι αφορά την παροχή της απαιτούμενης περίθαλψης και για άλλους παράγοντες που μπορεί να επηρεάσουν αρνητικά την υγεία τους. Οπλισμένοι με αυτές τις πληροφορίες και τις γνώσεις που διαθέτουν και λαμβάνοντας πάντα υπόψη τους διαθέσιμους πόρους της εκάστοτε κοινότητας, λειτουργούν ως συνήγοροι σχετικά με τις ανάγκες των εξαρτημένων αυτών ατόμων καθώς και των οικογενειών τους και αποτελούν τον συνδετικό κρίκο με το υπόλοιπο σύστημα της υγειονομικής περίθαλψης<sup>56</sup>.

Ο κοινοτικός νοσηλευτής ψυχικής υγείας, μπορεί να διαθέτει λιγότερη ισχύ και εξουσία από τους ιατρούς, εντούτοις η εργασία του με τον άνθρωπο που έχει εισέλθει στο ρόλο του εξαρτημένου ατόμου χαρακτηρίζεται από τον προσανατολισμό και την επικέντρωση γύρω από το άτομο αυτό.

Ο νοσηλευτής οφείλει πρώτα απ' όλα να παρέχει εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα όντας εκ των προτέρων ενημερωμένος σχετικά με την υποκειμενική και συναισθηματική εμπειρία της εξάρτησης και των επιπλοκών της από το ίδιο το άτομο που φροντίζει. Οι νοσηλευτές αισθάνονται συχνά πως ασκούν το ρόλο του μεσολαβητή μεταξύ του ιατρού και του εξαρτημένου ατόμου καθώς χρησιμοποιούν αφενός την ιατρική ορολογία και έκφραση και αφετέρου την υποκειμενική και προσωπική έκφραση και εμπειρία του χρήστη. Η συνεχής προσπάθεια για την διατήρηση του θεραπευτικού αποτελέσματος είναι ένας εκ των σπουδαιότερων σκοπών που έχει αναλάβει ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας και επιτυγχάνεται με προσωπικό κόπο και θέληση και από τις δύο πλευρές. Στα πλαίσια της προσπάθειας αυτής, η δημιουργία υποστηρικτικής διαπροσωπικής σχέσης, αποτελεί έναν επιπλέον σκοπό του νοσηλευτή για την ενθάρρυνση του χρήστη να εκφράσει τις δυσκολίες του<sup>56</sup>.

Οι άριστες τεχνικές προσέγγισης που διαθέτει πρέπει να χρησιμοποιηθούν κατάλληλα για να τον βοηθήσουν στην αξιολόγηση των ψυχικών και σωματικών δυσκολιών και δυνατοτήτων του χρήστη ώστε να καθορισθούν ρεαλιστικοί και πραγματοποιήσιμοι στόχοι ανάλογα με τις ανάγκες του. Η ηλικία του εξαρτημένου ατόμου, ο βαθμός ωριμότητας των ψυχολογικών του ικανοτήτων, οι κοινωνικές συνθήκες κάθε ηλικίας, η κοινωνικό-οικονομική του κατάσταση και οι οικογενειακές του σχέσεις πρέπει να εξεταστούν παράλληλα με την οργανική του κατάσταση. Η εκτίμηση αυτών των παραμέτρων θα ευνοήσει την συνεργασία με τον χρήστη για να καταστρωθεί πρόγραμμα προσαρμογής του με βάση την κατάσταση που βιώνει.

Σκοπός του προγράμματος αυτού είναι η από κοινού αντιμετώπιση των δυσκολιών που δύναται να υπάρχουν, όπως επιθετικότητα, λύπη, αρνητισμός, απόσυρση, τάσεις αυτοκαταστροφής, δύσκολη όψη των στερητικών συνδρόμων, απογοήτευση, επιθυμία για χρήση. Ο ρόλος του κοινοτικού νοσηλευτή είναι να «συμπάσχει» όσο μπορεί με τον εξαρτημένο και αυτό να γίνει αντιληπτό έτσι ώστε να μπορέσει να τον εκπαιδεύσει στους ρόλους και τις ευθύνες του.

Η θεραπευτική νοσηλευτική επικοινωνία είναι ένα από τα ισχυρότερα μέσα που χρησιμοποιεί ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας για την προσέγγιση και νοσηλευτική φροντίδα των εξαρτημένων ατόμων. Δια μέσω αυτής επιτυγχάνεται από την πλευρά του χρήστη η κατανόηση και παραδοχή της κατάστασης που βιώνει και η ενεργητική του προσαρμογή σε αυτή με όσες δυνάμεις διαθέτει. Τα άτομα που είναι εξαρτημένα από κάποια εθιστική ουσία έχουν συνήθως μειωμένη κοινωνική υποστήριξη, είτε επειδή δεν έχουν στενούς συγγενείς είτε επειδή έχουν απομονωθεί από τις οικογένειες και τους φίλους τους αλλά κατά κύριο λόγο στην ύπαρξη του κοινωνικού στίγματος, στην άγνοια, αλλά και στην παράδοση συμπεριφορά των ιδίων τους<sup>56</sup>.

Από τους βασικούς ρόλους των κοινοτικών νοσηλευτών είναι η διερεύνηση για την ύπαρξη ή όχι οικογενειακών και κοινωνικών σχέσεων και στην περίπτωση ύπαρξης τους, στη διατήρηση και σύσφιξη τους. Στην ολιστική νοσηλευτική αντιμετώπιση του χρήστη εθιστικών ουσιών, επιτάσσεται να υπάρξει επικοινωνία με ευγένεια, με διάθεση συνεργασίας, με προσπάθεια για συζήτηση, με γνήσιο ενδιαφέρον και πάνω απ' όλα με ένδειξη ειλικρίνειας προς τον χρήστη για να υπάρξει και από την αντίθετη πλευρά η ίδια ειλικρινής στάση. Η συνείδηση από πλευράς του κοινοτικού νοσηλευτή ότι αντιμετωπίζει έναν άνθρωπο και όχι ένα ασθενές όν, τον καθιστά αρτιότερο επαγγελματία και αποτελεσματικότερο στις προσπάθειές του.

Έτσι γίνεται ευκολότερο και το πρακτικό μέρος της νοσηλείας καθώς ανιχνεύονται έγκαιρα τα πρόδρομα σημεία-συμπτώματα πιθανών υποτροπών, δεδομένου ότι ο νοσηλευτής λόγω της συνεχούς επαφής με το άτομο αναγνωρίζει κάθε φάση της κατάστασής του. Οι κανόνες δεοντολογίας του επαγγέλματος δεν χωρούν επιπλέον ρατσιστικές τάσεις και συμπεριφορές και επιβάλουν ισότιμη αντιμετώπιση ανεξάρτητα από το φύλο, την καταγωγή, τις πεποιθήσεις, τη θρησκεία του κ.ο.κ. Αυτό ενισχύει την συνεχή παροχή φροντίδας (κλινικής, νοσηλευτικής, θεραπευτικής και αποκαταστασιακής) στον εξαρτημένο είτε στο νοσοκομείο είτε στην κοινότητα<sup>56</sup>.

## **5.5 Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις στην ανεξαρτητοποίηση των εθισμένων από κάποια ουσία ατόμων.**

Το να ενταχθεί κάποιος στο ρόλο του χρήστη μιας εθιστικής ουσίας είναι μια

σύνθετη και επίπονη διαδικασία προσαρμογής αφενός στην προσωπική του κατάσταση και αφετέρου στο περιβάλλον. Η προσπάθεια αποδοχής της εξάρτησης από μέρους του χρήστη και η συμφιλίωση του με αυτή συνοδεύεται από μια εσωτερική πάλη, η οποία εξωτερικεύεται με πληθώρα συναισθηματικών εκδηλώσεων και καθιστά την προσπάθεια μείωσης της έντασης των εκδηλώσεων αυτών από την πλευρά του κοινοτικού νοσηλευτή ως ένα ιδιαίτερα δύσκολο και πολύπλοκο έργο. Το είδος της εξάρτησης και η γενική κατάσταση της υγείας του ατόμου επιδρά σημαντικά στην διαμόρφωση ενός ορισμένου τύπου σχέσης μεταξύ του νοσηλευτή και του εθισμένου ατόμου.

Όταν για παράδειγμα, η εξάρτηση ταλαιπωρεί τα άτομα για μεγάλο χρονικό διάστημα και έχουν γίνει πολλές προσπάθειες απεξάρτησης στο παρελθόν, το άτομο, έχει την ευκαιρία να δημιουργήσει ευκολότερα μηχανισμούς ψυχο-συναισθηματικής προσαρμογής στην παρούσα κατάσταση που βιώνει. Όταν αντίθετα η εξάρτηση εμφανίζεται αιφνίδια και το άτομο μπαίνει για πρώτη φορά στην διαδικασία της απεξάρτησης, η εκδήλωση των συμπτωμάτων και των επιπλοκών εκφράζεται με οξύτητα και ένταση και ο εξαρτημένος προκαταλαμβάνεται και αδυνατεί να προσαρμοστεί σε αυτήν στον ελάχιστο δυνατό χρόνο<sup>57</sup>.

Είτε στην μία είτε στην άλλη περίπτωση η νοσηλευτική φροντίδα επικεντρώνεται σε μια σειρά παρεμβάσεων που σαν βασικό σκοπό έχουν την ανεξαρτητοποίηση του εθισμένου ατόμου και την καλή λειτουργικότητα του (σωματική και ψυχική), τόσο στην οργάνωση της καθημερινότητας του όσο και στην ένταξη του στην ζωή μέσα στην κοινότητα.

Με την βοήθεια του κοινοτικού νοσηλευτή πρέπει να ενισχυθεί ο γενικός ρόλος του ατόμου μέσα από το στάδιο της συμμόρφωσης που αναφέρεται στην αρχική συναίνεση του χρήστη να ακολουθήσει τις οδηγίες που θα του δοθούν, στο στάδιο της τήρησης τους όσον αφορά την τήρηση της αρχικής συμφωνίας κάτω από την επίβλεψη του προσωπικού υγείας και στο στάδιο της συντήρησης που στηρίζεται στην ενσωμάτωση των ιατρονοσηλευτικών οδηγιών, στον τρόπο της ζωής του, προκειμένου να διατηρήσει την υγεία του ακόμη και όταν πάψει η παρακολούθηση του από τους επαγγελματίες υγείας<sup>57</sup>.

Ο κοινοτικός νοσηλευτής ψυχικής υγείας οφείλει να παρέμβει κατά το ύψιστο δυνατό στη διαδικασία της αυτοφροντίδας της σωματικής υγιεινής του εθισμένου (στοματική, σωματική υγιεινή, οφθαλμολογικός έλεγχος κ.α.) και της καθαριότητας. Η προσπάθεια έναρξης της αυτοφροντίδας με οποιοδήποτε τρόπο είναι μεγάλης σημασίας καθότι το εξαρτημένο από κάποια ουσία άτομο αντικειμενικά έχει παγιδευτεί στο φαύλο κύκλο του εθισμού που δεν αφήνει χρόνο και περιθώρια για οτιδήποτε άλλο πέραν της επαναληπτικής διαδικασίας ανεύρεσης της απαιτούμενης δόσης. Είναι γενικά παραδεκτό πως οι χρήστες εθιστικών ουσιών έχουν σταματήσει να νοιάζονται ουσιαστικά για την ποιότητα της ζωής τους και έχουν ξεχάσει πλήρως τους κανόνες υγιεινής που πρέπει να διέπουν τη ζωή τους για να προασπίζεται η υγεία τους.

Εξίσου σημαντικό μέλημα από την πλευρά του νοσηλευτή, είναι η αυξημένη παρατηρητικότητα που πρέπει να τον διακατέχει σε ότι αφορά τα φάρμακα που χειρίζεται. Η ασφαλής αποθήκευση και διατήρηση των φαρμάκων πρέπει να απασχολεί όλους τους επαγγελματίες υγείας με τους οποίους έρχεται σε επαφή ένα εξαρτημένο από εθιστικές ουσίες άτομο. Για την σωστή διασφάλιση των φαρμάκων η συνεχής αφύπνιση των νοσηλευτών είναι πρωταρχικής σημασίας διότι έτσι προστατεύεται και φρουρείται κατά ένα μεγάλο βαθμό η υγεία των ατόμων μέσα στις θεραπευτικές κοινότητες.

Επιπλέον , όσον αφορά το μέρος των φαρμάκων ο κοινοτικός νοσηλευτής ψυχικής υγείας πρέπει να παρεμβαίνει στην τήρηση της φαρμακευτικής αγωγής του κάθε ατόμου και να φροντίζει για τη σωστή λήψη της. Η λανθασμένη λήψη, οι περικοπές ή ακόμα χειρότερα η διακοπή της των φαρμάκων που πρέπει να δίνονται μπορεί να οδηγήσει σε υποτροπές και σε οξεία επεισόδια κρίσεων<sup>57</sup>.

Επιβάλλεται επομένως τόσο η δέσμευση του ατόμου ότι θα λαμβάνει την φαρμακευτική αγωγή, όπως αυτή έχει οριστεί όσο και η συνεχής παρακολούθηση για την σωστή εφαρμογή της και η επαγρύπνηση τυχόν ανεπιθύμητων ενεργειών και φαρμάκων.

Μέσα στα πλαίσια του χώρου θεραπείας και φροντίδας του ασθενούς υπάρχουν πολλοί παράγοντες που επηρεάζουν κριτικά και με δραστικό τρόπο την ενεργητικότητα / παθητικότητα, την καθοδήγηση / συνεργασία και την αμοιβαία συμμετοχή του ατόμου στην θεραπευτική διαδικασία. Η δράση του κοινοτικού νοσηλευτή σε αυτή την περίπτωση έγκειται αρχικά στο να προσπαθήσει να ανακαλύψει το σύνολο των δεξιοτήτων που χαρακτηρίζουν το άτομο. Έπειτα ο κοινοτικός νοσηλευτής θα παρέμβει, στο να καλλιεργήσει και να αναπτύξει τις δεξιότητες αυτές, δίνοντας πάντα μεγάλη σημασία στις προτεραιότητες που θέτει κάθε φορά ο χρήστης και που μεταβάλλονται διαρκώς ανάλογα με την βελτίωση ή την επιδείνωση της κατάστασης του.

Η ενίσχυση και βελτίωση των δεξιοτήτων του εθισμένου ατόμου θα βελτιώσουν την γενική λειτουργική του κατάσταση, θα θέσουν τις κατάλληλες ισορροπίες και θα βοηθήσουν τελικά μέσα από τις απλές καθημερινές δραστηριότητες, όπως διαχείριση χρημάτων, ατομική φροντίδα, διατροφή, διαβίωση, την ανεξαρτητοποίηση του. Ο κοινοτικός νοσηλευτής ψυχικής υγείας είναι ο κατεξοχήν συμπαραστάτης του ατόμου σε αυτήν την δύσκολη προσπάθεια που κάνει, αλλά δεν θα μπορούσε να πετύχει ποτέ μια τέτοια δύσκολη σειρά πραγμάτων από μόνος του. Η συναισθηματική υποστήριξη μέσα από την παρουσία συγγενών, φίλων, και άλλων ειδικών της ομάδας επαγγελματιών ψυχικής υγείας αναμφίβολα ανακουφίζουν και εμψυχώνουν το άτομο και σε αυτήν την σύνδεση των σχέσεων, οφείλει να παρεμβαίνει ο κοινοτικός νοσηλευτής. Η ηθική συμπαράσταση του ατόμου και η τόνωση της αυτοεκτίμησης του είναι πολύτιμο να έρθει κυρίως από οικεία για αυτόν άτομα, άτομα που γνωρίζει και που εμπιστεύεται για να του δώσουν και αυτά την ευκαιρία να προσπαθήσει και να νικήσει σε αυτό τον δύσκολο αγώνα της ανεξαρτητοποίησης του από μια εθιστική ουσία<sup>58</sup>.

Ο αγώνας αυτός είναι σκληρός και επίπονος, για αυτό το λόγο οποιαδήποτε θετική προσπάθεια γίνεται από την πλευρά του ατόμου είναι πολύ βασικό να επιβραβεύεται. Οι παρεμβάσεις του νοσηλευτή έχουν σαν άξονα την επιβράβευση του «αγωνιστή», διότι μόνο έτσι θα μπορέσει να έχει αποτέλεσμα η θεραπευτική διαδικασία. Μέσα στα πλαίσια της νοσηλευτικής φροντίδας επομένως πρέπει να γίνεται παραχώρηση ευθυνών και πρωτοβουλιών στο άτομο για να κερδίζεται ολοένα και περισσότερο η εμπιστοσύνη του. Σίγουρα θα υπάρχουν και στιγμές αποτυχίας αλλά ο κοινοτικός νοσηλευτής μέσα από την εμπειρία του δεν πρέπει να αφήσει να καταβληθεί το άτομο αλλά να γίνει ακόμα πιο δυνατό.

Η ανοικτή συζήτηση, η ανάληψη της πρωτοβουλίας για την οργάνωση ενός περιπάτου με το άτομο, η ανάληψη ευθύνης για την οργάνωση εξόδων στο πλαίσιο της κοινωνικοποίησης και της εξοικείωσης του, με το κοινωνικό και φυσικό περιβάλλον, χωρίς να νιώθει ότι εκτίθεται είναι κάτι που το έχει πραγματικά ανάγκη. Όσο θα υπάρχει αυτή η υποστηρικτική σχέση θα αρχίσει να επανακτάται ευκολότερα η προσαρμοστικότητα, καθώς θα κατανοήσει τα προβλήματα που δημιουργήθηκαν με



την εξάρτηση και θα είναι πια έτοιμος να σκεφτεί μαζί του δημιουργικές λύσεις<sup>57</sup>.

## 5.6 Μονάδες Κοινωνικής Επανάταξης

Η Μονάδα Κοινωνικής Επανάταξης του OKANA ξεκίνησε επίσημα τη λειτουργία της με θεραπευτικό και διοικητικό πλαίσιο το Σεπτέμβριο του 2000. Έλαβε νέα πιστοποίηση ως Εξειδικευμένο Κέντρο Κοινωνικής και Επαγγελματικής Ένταξης (ΕΚΚΕΕ), το 2002.

Ο κύριος στόχος της Μονάδας είναι να συμβάλλει, μέσω της ψυχοκοινωνικής υποστήριξης, στη σταδιακή και ομαλή κοινωνικοποίηση, αλλά και την προώθηση στην αγορά εργασίας των ατόμων που έχουν ολοκληρώσει τη θεραπεία τους στις μονάδες υποκατάστασης και έχουν απεξαρτηθεί. Η διάρκεια του προγράμματος κυμαίνεται από 12 έως 24 μήνες. Σε ειδικό τμήμα της Μονάδας μπορούν να ενταχθούν και θεραπευόμενοι που συνεχίζουν να λαμβάνουν μεθαδόνη, εφόσον παρουσιάσουν σταθερή συμμόρφωση στο πρόγραμμα θεραπείας και έχει εκτιμηθεί ότι είναι ικανοί να διεκδικήσουν και να διατηρήσουν εργασιακή θέση με στόχο την ομαλή κοινωνική επανένταξή τους<sup>58</sup>.

Η Μονάδα Κοινωνικής Επανάταξης παρέχει στα μέλη της ατομική, ομαδική και οικογενειακή ψυχοθεραπεία καθώς και συνεχή παρακολούθηση της σωματικής και της ψυχικής υγείας τους. Κατά τη διάρκεια παραμονής στο πρόγραμμα αντιμετωπίζονται επίσης τα ιατρικά προβλήματα των μελών με χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής ή/και παραπομπή σε άλλα νοσηλευτικά πλαίσια. Η χορήγηση ναλτρεξόνης βοηθά τα άτομα που την έχουν ανάγκη για να διατηρηθούν σε κατάσταση απεξάρτησης.

Στη Μονάδα Κοινωνικής Επανάταξης, τα μέλη κινητοποιούνται και ενισχύονται προκειμένου να συμμετέχουν σε πολιτιστικές και αθλητικές δραστηριότητες καθώς και στα προγράμματα που υλοποιεί το Εξειδικευμένο Κέντρο Επαγγελματικής Κατάρτισης του OKANA. Επίσης, σε συνεργασία με τον ΟΑΕΔ αξιοποιούνται για τα μέλη της Μονάδας τα προγράμματα «Επιδότησης Ελεύθερων Επαγγελματιών» και «Επιδότησης Νέων Θέσεων Εργασίας για την απασχόληση Απεξαρτημένων ατόμων». Ενισχύεται τέλος, η συμμετοχή των μελών, σε δραστηριότητες που αναπτύσσουν πολιτιστικοί και αθλητικοί φορείς της ευρύτερης κοινότητας<sup>58</sup>.

Η νομική υποστήριξη που παρέχεται έχει ως στόχο την εκκαθάριση του ποινικού μητρώου των ατόμων που "αποφοιτούν" από τη Μονάδα ενώ η διατήρηση της επαφής με τα μέλη που ολοκληρώνουν το Πρόγραμμα Κοινωνικής Επανάταξης βοηθά και ενισχύει την αποχή από τα ναρκωτικά ενώ ταυτόχρονα λειτουργεί υποστηρικτικά στις προσπάθειές τους για ανεύρεση εργασίας<sup>58</sup>.

## 5.7 Νοσηλευτικές παρεμβάσεις στην αντιμετώπιση των σωματικών νοσημάτων μέσα σε μια θεραπευτική κοινότητα

Το μεγαλύτερο ποσοστό των χρηστών που εισέρχεται στα προγράμματα απεξάρτησης από εθιστικές ουσίες παρουσιάζει συμπτώματα ψυχοκινητικής



ανησυχίας και αϋπνίας που είναι άλλωστε και χαρακτηριστικά του συνδρόμου στέρησης από εθιστικές ουσίες. Τα στερητικά συμπτώματα υποχωρούν με αποχή ημερών από τη χρήση της ουσίας ενώ ηπιότερου τύπου συμπτωματολογία, ένα μείγμα από σωματικές και ψυχολογικές διαταραχές, παραμένει για αρκετές εβδομάδες<sup>56</sup>.

Το μεγαλύτερο ποσοστό των χρηστών έχει προβλήματα υγείας που προήλθαν από τη χρήση και προϋπήρχαν πριν εισέλθουν στην θεραπευτική κοινότητα. Νεοδημιουργηθέντα προβλήματα παρουσιάζονται εξαιτίας της αποχής τους από τις εθιστικές ουσίες, από τη στιγμή που ο οργανισμός άρχισε να καθαρίζει από τις τοξίνες. Στην πρώτη κατηγορία νοσημάτων ανήκουν το AIDS, οι ηπατίτιδες, οι θρομβοφλεβίτιδες, οι πνευμονικές λοιμώξεις, επιληπτικές κρίσεις σαν αποτέλεσμα της κατάχρησης, οι παθήσεις της στοματικής κοιλότητας, τα γαστρικά έλκη, τα οιδήματα και τα αποστήματα<sup>56</sup>.

Ιδιαίτερα συχνά συναντάμε περιπτώσεις ατόμων που στο παρελθόν παρουσίασαν σοβαρές πνευμονικές λοιμώξεις (πνευμονία) από τη χρήση κοκαΐνης. Στις περιπτώσεις αυτές ο νοσηλευτής παρεμβαίνει χορηγώντας φαρμακευτική αγωγή με RIJINAH σε καθημερινή βάση και προσέχοντας πάντα για τη σωστή λήψη του φαρμάκου διότι η λανθασμένη λήψη του προκαλεί σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες.

Η παρουσία οιδημάτων και σκληρύνσεων κατά μήκος των φλεβών καθώς και τα αποστήματα στο δέρμα είναι προϋπάρχον πρόβλημα που προήλθε από την πολύχρονη χρήση ενέσιμων ουσιών. Ο κοινοτικός νοσηλευτής κάνει την περιποίηση των αποστημάτων με ειδικές αλοιφές και χρησιμοποιεί επιδέσμους στα σημεία που υπάρχουν τα οιδήματα.

Οι πάσχοντες από ηπατίτιδα Β και C έχουν προβλήματα με το ήπαρ και με το αμυντικό σύστημα του οργανισμού τους ενώ εξαιτίας της χρήσης ουσιών και φαρμάκων παρουσιάζονται συχνά σε μέλη της θεραπευτικής κοινότητας συμπτώματα φαρμακευτικής ηπατίτιδας. Σε ανάλογα ιστορικά με τη βοήθεια του νοσηλευτή γίνεται ηλεκτροεγκεφαλικός έλεγχος και όλες οι απαραίτητες αιματολογικές και βιοχημικές εξετάσεις.

Στις περιπτώσεις θρομβοφλεβίτιδας δίνονται οι κατάλληλες αλοιφές για επανάληψη καθώς και οδηγίες για περπάτημα, ξεκούραση και ανάλογη γυμναστική. Επιπλέον ο νοσηλευτής παρεμβαίνει καθοδηγώντας το μέλος να ανυψώνει τα σκέλη όταν βρίσκεται ξαπλωμένο και να χρησιμοποιεί ελαστικές περικνημίδες (κάλτσες) όταν βρίσκεται όρθιο.

Σε ότι έχει να κάνει με νοσήματα του πεπτικού που είναι συνηθισμένα λόγω της χρήσης αλκοόλ, της κακής διατροφής το άγχος και τα άτακτα γεύματα, ο κοινοτικός νοσηλευτής βοηθάει το μέλος της κοινότητας να τηρεί μία ισορροπημένη διατροφή, συνιστώντας του μικρά συχνά γεύματα, χορηγώντας του αντιόξινα φάρμακα και επιβλέποντας ανελλιπώς τη διαίτα του.

Μία επιπλέον σημαντική κατηγορία προβλημάτων που έχουν να αντιμετωπίσουν οι κοινοτικοί νοσηλευτές είναι αυτή που σχετίζεται με τη στοματική υγιεινή. Εξαιτίας της χρήσης εθιστικών ουσιών δημιουργείται στα δόντια χημική απασβέστωση (τερηδόνα) οφειλόμενη στη δράση ορισμένων οξεοπαραγωγών μικροβίων που αναπτύχθηκαν στο στόμα. Δίνεται επομένως έμφαση σε ότι αφορά τη στοματική υγιεινή μέσα από σειρά τακτικών προγραμματισμένων συνεδριών σε οδοντογιάτρο κάτι που είναι αποκλειστικό μέλημα το νοσηλευτικού προσωπικού. Ακόμη δίνονται οι κατάλληλες οδηγίες για σωστό διαιτολόγιο με σωστές ποσότητες ιόντων και βιταμινών, αποφυγή των γλυκισμάτων, σωστή περιποίηση και βούρτσισμα μετά από κάθε γεύμα<sup>56</sup>.

Στη δεύτερη κατηγορία νοσημάτων ανήκουν όλα εκείνα τα νοσήματα που προϋπήρχαν βέβαια αλλά που άρχισαν να εμφανίζουν έντονα τα συμπτώματα τους

στα μέλη από τη στιγμή που σταμάτησαν την χρήση ουσιών. Τότε πια το αμυντικό σύστημα του οργανισμού έδειξε τις αδυναμίες του και το άτομο άρχισε να ενδιαφέρεται για τη σωματική του υγεία και εξωτερική του εμφάνιση. Μυαλγίες, κράμπες και ημικρανίες συναντώνται αρκετά συχνά στα άτομα που σταμάτησαν τη χρήση τοξικών ουσιών. Ο κοινοτικός νοσηλευτής παρεμβαίνει κυρίως με τρόπους και μεθόδους μείωσης των συμπτωμάτων του STRESS. Χορηγεί δηλαδή αναλγητικά, συνιστά ανάπαυση και προσπαθεί με κάθε εφικτό τρόπο να περιορίσει τον πόνο.

Παρουσιάζονται επίσης αρκετές περιπτώσεις δερματοπάθειας οι οποίες χρήζουν ιδιαίτερης προσοχής για τον περιορισμό της εξάπλωσης τους και την πλήρη εξαφάνισή τους. Με τη βοήθεια του νοσηλευτικού προσωπικού, εφαρμόζεται αυστηρή καθαριότητα, γίνεται βρασμός των κλινοσκεπασμάτων καθώς και ο κλιβανισμός τους και χρησιμοποιούνται ειδικά φαρμακευτικά σκευάσματα<sup>56</sup>.

## 5.8 Σταθμός Φροντίδας Εξαρτημένων Ατόμων

Ο Σταθμός Φροντίδας Εξαρτημένων Ατόμων του Κέντρου Βοήθειας OKANA, που ξεκίνησε να λειτουργεί τον Απρίλιο του 2003, αποτελεί ένα οικείο, φιλικό και ασφαλές περιβάλλον ποικίλων δραστηριοτήτων, το οποίο παρέχει σε ενεργούς χρήστες ψυχοδραστικών ουσιών -που δεν είναι ενταγμένοι σε κάποιο θεραπευτικό πρόγραμμα- τη δυνατότητα να καλύψουν βασικές ανάγκες υγιεινής και ασφάλειας, να λάβουν ψυχοκοινωνική υποστήριξη για να επιτύχουν θετικές αλλαγές στη συμπεριφορά τους και να απασχοληθούν δημιουργικά σε ποικίλες δραστηριότητες<sup>59</sup>.

Ο Σταθμός απευθύνεται κυρίως σε χρήστες ψυχοδραστικών ουσιών:

- που αυτό-αποκλείονται από τις υπηρεσίες σωματικής και ψυχοκοινωνικής υποστήριξης, έχοντας βιώσει στο παρελθόν αρνητική εμπειρία από μη επιτυχείς απόπειρες προσέγγισης ενός θεραπευτικού προγράμματος ή μιας υπηρεσίας σωματικής υγείας (εξωτερικά ιατρεία, νοσοκομεία κλπ)
- που, λόγω φυλετικής, γλωσσικής, κοινωνικής ηλικιακής ή άλλης ιδιαιτερότητας (πρόσφυγες, μετανάστες, Rom, εκδιδόμενοι), αντιμετωπίζουν σοβαρές και αντικειμενικές δυσκολίες πρόσβασης στην ενημέρωση, έχουν μειωμένα δικαιώματα και δυσπιστία στους κρατικούς φορείς
- άστεγους, εκτός οικογένειας, νέους ενήλικες, που βρίσκονται ακόμη σε αρχική φάση εξάρτησης και δυσπιστούν στα μηνύματα και την ανάγκη να βελτιώσουν τη ζωή τους και να αντιμετωπίσουν τα προβλήματά τους.

Οι χρήστες στο Σταθμό Φροντίδας Εξαρτημένων Ατόμων έχουν τη δυνατότητα να καλύπτουν τις ακόλουθες βασικές ανάγκες<sup>59</sup>:

- Σίτιση (φαγητό, καφές, χυμός)
- Ατομική υγιεινή και καθαριότητα (ντους, ξύρισμα, πλύσιμο ρούχων κλπ)
- Φροντίδα Υγείας (ενημέρωση για τις δυνατότητες αντιμετώπισης υπαρχόντων και πιθανών προβλημάτων υγείας, παραπομπή και διευκόλυνση της διενέργειας εξετάσεων κ.α.)
- Ιατρική Φροντίδα σε συνεργασία με το Κέντρο Βοήθειας και άλλους συναφείς χώρους παροχής υπηρεσιών υγείας

- Κοινωνική Φροντίδα με στόχο την ψυχολογική υποστήριξη, μέσω ατομικής και ομαδικής συμβουλευτικής
- Ενημέρωση για κινδύνους από τη χρήση, δυνατότητες ασφαλέστερης χρήσης, κοινωνικοπρονοιακά θέματα, δυνατότητες αξιοποίησης των πηγών της κοινότητας, θεραπευτικές δυνατότητες
- Αποφόρτιση από την πιάτσα
- Δημιουργική απασχόληση και διασκέδαση, με στόχο τα μέλη του Σταθμού να αναπτύξουν κοινωνικές δεξιότητες αλλά και να ψυχαγωγηθούν

## 5.9 Ο ρόλος του νοσηλευτή ψυχικής υγείας στη ψυχολογική προσέγγιση των οικείων του εθισμένου ατόμου

Θεμελιώδους σημασίας καθήκον του νοσηλευτή είναι η εκπαίδευση και η ευαισθητοποίηση εκτός από τον ίδιο τον εθισμένο και της οικογένειας και του ευρύτερου κοινωνικού και εργασιακού του περιβάλλοντος σε ζητήματα πρόληψης και υγιεινής. Ως συνδετικός κρίκος μεταξύ της οικογένειας και της θεραπευτικής ομάδας, οφείλει να τους πληροφορεί αμφίδρομα και προς τις δύο κατευθύνσεις. Οικογένεια και φιλικό περιβάλλον παίζουν σπουδαίο ρόλο στην κινητοποίηση του χρήστη. Οι οικείοι συμμετέχουν στο παιχνίδι της εξάρτησης, συμπεριφέρονται όπως το εξαρτημένο άτομο, χρειάζονται αυτοί πρώτα βοήθεια για να βοηθήσουν τον άνθρωπο τους. Η σωστή πληροφόρηση είναι σημαντική, τους βοηθά να πληγώνονται λιγότερο από την συμπεριφορά του εξαρτημένου γιατί παραδέχονται την παθολογική του κατάσταση<sup>57</sup>.

Δυστυχώς μόνο με την αγάπη και «συνενοχή» των οικείων, δεν είναι δυνατόν να θεραπευτεί η εξάρτηση. Πολύ αργά έρχεται η οδυνηρή διαπίστωση πως η αγάπη και «συνενοχή» τους καθυστέρησαν μόνο την απόφαση για τον δρόμο προς την θεραπεία ή στην χειρότερη περίπτωση τον δρόμο προς τον θάνατο. Το χειρότερο όμως σ' αυτήν την κατάσταση είναι ότι κάθε οικείος πιστεύει, πως δεν είναι πλέον δυνατόν να τους βοηθήσει κανείς. Γι' αυτό σ' αυτή την δύσκολη κατάσταση, σαν μοναδική λύση απομένει η απόκρυψη και η διάψευση της πραγματικότητας. Στενοί συγγενείς και φίλοι που τολμούν να θίξουν το πρόβλημα, αντιμετωπίζονται με εκνευρισμό και επιθετικότητα, που συνοδεύονται από σωρεία δικαιολογιών. Συγχρόνως, όμως, οι οικείοι υποφέρουν και από συναισθήματα ενοχής. Η απελπισία και το αδιέξοδο στους οικείους μεγαλώνει όλο και περισσότερο. Οι οικείοι δηλαδή συμπεριφέρονται, όπως το εξαρτημένο άτομο με την διαφορά πως η όλη ψυχική τους επιβάρυνση δεν «απαλώνεται», δεν «ναρκώνεται» με το ποτό, το χάπι ή οποιαδήποτε άλλη εξαρτησιογόνο ουσία. Αν ο οργανισμός τους δεν καταστρέφεται από την εξαρτησιογόνο ουσία, δεν μένει ανέπαφος ο ψυχικός τους κόσμος<sup>57</sup>.

Οι οικείοι θα απογοητευθούν αργά ή γρήγορα, όταν στο τέλος διαπιστώσουν ότι εκείνος αντιδρά ελάχιστα παρόλη την αγάπη και την φροντίδα που του δείχνουν, δεν κρατά υποσχέσεις και είναι ανάξιος κάθε εμπιστοσύνης. Χρειάζονται επομένως, πρώτα αυτοί βοήθεια, και πως τότε μόνον θα είναι ικανοί να βοηθήσουν τον άνθρωπο τους.

Ο κοινοτικός νοσηλευτής ψυχικής υγείας είναι αυτός που θα τους βοηθήσει να κατανοήσουν αρκετά πράγματα για το τι είναι εξάρτηση. Συχνά οι οικείοι νομίζουν πως η «κατάντια» του ανθρώπου τους είναι «αδυναμία του», «ελάττωμα», «κουσούρι» που θα μπορούσε να το «κόψει» αν το ήθελε, αν τους αγαπούσε λίγο ή

περισσότερο. Κύριο μέλημα του νοσηλευτή είναι η σωστή πληροφόρηση, ώστε να τους βοηθήσει να πληγώνονται λιγότερο από την συμπεριφορά του εξαρτημένου, όταν γνωρίζουν και έτσι παραδεχτούν την παθολογική του κατάσταση. Η γνώση ότι το εξαρτημένο άτομο είναι σωματικά, ψυχικά και εν μέρει πνευματικά άρρωστο θα τους βοηθήσει να καταλάβουν τι ακριβώς συμβαίνει, χωρίς να πληγώνονται τόσο πολύ<sup>57</sup>.

Εξίσου σημαντική είναι και η προσπάθεια του νοσηλευτικού προσωπικού να παρέχει συναισθηματική στήριξη στην οικογένεια, προτρέποντας την να λάβει βοήθεια από ειδικές ομάδες στήριξης και να έρθει σε επαφή με άλλες οικογένειες που αντιμετωπίζουν το ίδιο πρόβλημα ή το αντιμετώπιζαν και κατάφεραν να το ξεπεράσουν. Αν η οικογένεια κατορθώσει να στηριχθεί ικανοποιητικά τότε μόνο θα στηριχθεί και το εξαρτημένο άτομο. Η σωστή πληροφόρηση και παροχή πληροφοριών, καθώς και η παροχή συναισθηματικής στήριξης από τους κοινοτικούς νοσηλευτές θα βοηθήσουν το εξαρτημένο άτομο και την οικογένεια του, διαμέσου της υποστηρικτικής τους σχέσης, να αναζητήσουν νέους τρόπους αντιμετώπισης των προβλημάτων της ζωής τους και να σκεφτούν μαζί δημιουργικές λύσεις για τα προβλήματα αυτά.

## 5.10 Τριτοβάθμια πρόληψη

Οι Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας, για να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις της σύγχρονης προσέγγισης, έχουν αναθεωρήσει τις θεραπευτικές μεθόδους τους και άρχισαν να προωθούν τη συγκρότηση διεπαγγελματικών ομάδων, όπου ο κάθε επαγγελματίας προσφέρει τις γνώσεις και την εμπειρία του και έχει την κοινή ευθύνη για την περίθαλψη και αποκατάσταση του ασθενούς. Παράλληλα ο ασθενής αναγνωρίζεται ως μια ξεχωριστή βιοψυχοκοινωνική οντότητα ,μέσα στο περιβάλλον του, την συμπεριφορά του, τα προβλήματά του και τις δυνατότητές του και όχι ως μια ψυχιατρική και προβληματική ύπαρξη, που πρέπει άλλοι να την χειρίζονται<sup>53</sup>.

Ο θεσμός των θεραπευτικών διεπιστημονικών ομάδων, που άρχισαν να σχηματίζονται τα τελευταία χρόνια συνέβαλε σε πολύ καλύτερα θεραπευτικά αποτελέσματα και στην καλύτερη συνεργασία μεταξύ των λειτουργών των διαφόρων επαγγελματιών και μεταξύ προσωπικού και ασθενούς.

Η φαρμακοθεραπεία εξακολουθεί να είναι βασικό στοιχείο αντιμετώπισης της ψυχικής ασθένειας. Μέσα στα πλαίσια του βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου έχει υιοθετηθεί η άποψη ότι τα καλύτερα θεραπευτικά αποτελέσματα επιτυγχάνονται με το συνδυασμό φαρμάκων- ψυχοθεραπευτικής αγωγής και παρεμβάσεων στο οικογενειακό κοινωνικό περιβάλλον<sup>53</sup>.

Στα πλαίσια των αρχών της Κοινοτικής Ψυχιατρικής, δημιουργήθηκε το 1977 ο πυρήνας της κοινοτικής ψυχιατρικής νοσηλευτικής υπηρεσίας, η οποία συνεχώς αναβαθμίζεται και επεκτείνεται. Το δίκτυο της υπηρεσίας αυτής καλύπτει σήμερα σχεδόν όλες τις περιοχές της Ελλάδας και της Κύπρου.

Οι παρεμβάσεις και η εν γένει φροντίδα παρέχονται στα εξωτερικά ιατρεία, σε συμβουλευτικά κέντρα, και κυρίως με κατ' οίκον επισκέψεις. Το δίκτυο εξωτερικών ιατρείων επεκτείνεται και αναβαθμίζεται συνεχώς, αφενός για να καταστεί δυνατή η εύκολη και έγκαιρη πρόσβαση των ψυχικά ασθενών σ' αυτά και αφετέρου για να διευκολύνεται η παροχή ολοκληρωμένης ψυχιατρικής φροντίδας και να μειωθεί η ανάγκη για νοσοκομειακή φροντίδα. Δεν είναι μόνο η παρακολούθηση ασθενών κατά τις ημέρες λειτουργίας των εξωτερικών ιατρείων, που δίνει το στίγμα της παροχής

υπηρεσίας, αλλά και η συνέχεια αυτής της παρακολούθησης με τη σύνδεση των ασθενών με τα κοινοτικά κέντρα ψυχικής υγείας και την κοινοτική νοσηλευτική και την ευκολία επικοινωνίας τους με αυτά τα κέντρα.

Τα εξωτερικά ιατρεία και η Κοινοτική Ψυχιατρική Νοσηλευτική είναι οι κύριοι άξονες πρόσβασης των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας προς την κοινότητα και της δικτύωσης των στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.

Κατά το 2004 λειτούργησαν 2 επιπλέον εξωτερικά ιατρεία στα Κέντρα Υγείας της ΠΦΥ των Λάτσιων και Δάλιου.

Οι κυριότερες δραστηριότητες των λειτουργιών Κοινοτικής Νοσηλευτικής είναι :

- Σταθερή και συνεχής παρακολούθηση και στήριξη των ασθενών στον τόπο διαμονής και εργασίας με επακόλουθο την αποτροπή της υποτροπής της ψυχικής τους κατάστασης και επανεισδοχής τους σε νοσοκομειακές δομές.
- Παρακολούθηση και άλλων ασθενών για λίγους μήνες με παρεμβάσεις ψυχοεκπαιδευτικού κυρίως τύπου και στήριξης.
- Ψυχοεκπαίδευση ασθενών και των οικογενειών τους ως και άλλων παροχών φροντίδας σε θέματα σχετιζόμενα με τη νόσο, τη φαρμακευτική αγωγή, το χειρισμό επίλυσης προβλημάτων.
- Υποστηρικτική - συμβουλευτική καθοδήγηση ασθενών
- Διαφώτιση του κοινού σε θέματα πρόληψης της τοξικομανίας
- Ενημέρωση, καθοδήγηση και συμβουλευτική μέσω της τηλεφωνικής γραμμής των κοινοτικών κέντρων
- Συνεργασία με άλλους λειτουργούς υγείας (και κυρίως την ομάδα της ΠΦΥ), κοινοτικές αρχές, αστυνομία, σχολεία, υπηρεσίες ευημερίας, τοπικούς παράγοντες, εκπροσώπους της Εκκλησίας, εθελοντικούς οργανισμούς
- Επιμόρφωση και εκπαίδευση φοιτητών νοσηλευτικής.

Οι ψυχικά ασθενείς, τοξικομανείς αντιπροσωπεύουν τα 2/3 των αναπήρων παγκοσμίως αλλά και στην χώρα μας. Η τριτοβάθμια πρόληψη στοχεύει στην αποκατάσταση αυτών των ατόμων. Η ενεργητική και συνεχής συμμετοχή του ατόμου θεωρείται πρωταρχικής σημασίας (σύμφωνα με τον ορισμό του Συμβουλίου της Ευρώπης του 1958)

Στο πλαίσιο της τριτοβάθμιας πρόληψης, ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας ασχολείται με την «εκπαίδευση» του ασθενούς σε ζητήματα καθημερινής ζωής που αποτελεί το πρώτο στάδιο αποκατάστασης, και τη σωστή «εκπαίδευση» των φορέων της κοινότητας, η οποία με τη σειρά της συμβάλλει με τα μέσα που διαθέτει, στην κοινωνική και επαγγελματική αποκατάσταση των ψυχικά ασθενών.

Ο κοινοτικός νοσηλευτής ψυχικής υγείας οφείλει να γνωρίζει τις συνέπειες της χρονιότητας της χρήσης, ότι οδηγείται το άτομο σε σύνθετη έκπτωση, ψυχολογική, σωματική, κοινωνική, οικονομική και επαγγελματική. Είναι επομένως φανερό ότι για να επιτευχθεί η αποκατάσταση και επανένταξη του ασθενούς χρειάζεται η αντιμετώπιση όλων αυτών των ζητημάτων. Η αντικειμενική καταγραφή και ο προγραμματισμός των στόχων και των παρεμβάσεων της κοινωνικής και επαγγελματικής ένταξης του βοηθούν αδιαμφισβήτητα στη βελτίωση της γενικότερης κατάστασης του αρρώστου<sup>53</sup>.

Ένα πρόγραμμα αποκατάστασης υλοποιείται από διεπιστημονική ομάδα. Τα μέλη της οποίας είναι ψυχολόγοι, νοσηλευτές, ψυχίατροι και διάφοροι επαγγελματίες με κύριο έργο τους την αποκατάσταση, όπως λογοθεραπευτές, κοινωνικοί λειτουργοί, επισκέπτες υγείας, επαγγελματικοί σύμβουλοι, εθελοντές.

Οι βασικές αρχές που πρέπει να διέπουν τις κατευθύνσεις της ομάδας αποκατάστασης είναι:

- Ο συντονισμός με άλλες υπηρεσίες
- Η επιδίωξη αμοιβαίας ισότιμης συνεργασίας
- Η εξατομικευμένη προσέγγιση του προβλήματος του ασθενούς
- Η θεώρηση της σημασίας της οικογένειας και της κοινότητας ως εν δυνάμει υποστηρικτικών συστημάτων
- Ο σχεδιασμός εναλλακτικών προτάσεων-λύσεων
- Ο σχεδιασμός ρεαλιστικών στόχων
- Η διακριτικότητα
- Η συνεχής ενίσχυση κάθε προσπάθειας του ασθενούς και των θετικών στοιχείων του.
- Η ενημέρωση και η υποστήριξη της οικογένειας, η ευαισθητοποίηση των φορέων σε θέματα τριτοβάθμιας πρόληψης.

Οι στόχοι είναι μακροπρόθεσμοι, βραχυπρόθεσμοι, μεσοπρόθεσμοι. Η διαδικασία περιλαμβάνει:

- Την αρχική εκτίμηση των δεξιοτήτων
- Τον σχεδιασμό των στόχων
- Την πραγματοποίηση των στόχων
- Την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων
- Την τελική εργασιακή αποκατάσταση του ατόμου

Οι βασικές αρχές που καθορίζουν την οργάνωση της φροντίδας προσδιορίζονται από τον G.Carlan ως ένα σύνολο από κατάλληλες ενέργειες και παροχές, οι οποίες προορίζονται τόσο για την θεραπεία όσο και για την αποκατάσταση των ψυχωσικών ασθενών, όπως<sup>55</sup>:

- Û Αποτελεσματικές υπηρεσίες εξωνοσοκομειακής παρακολούθησης
- Û Χορήγηση φαρμάκων και εξωνοσοκομειακή παρακολούθηση ασθενών
- Û Στενή συνεργασία ανάμεσα στις νοσοκομειακές και στις κοινοτικές υπηρεσίες
- Û Έναρξη της αποκατάστασης αμέσως μετά τη διάγνωση
- Û Αντίδραση σε κάθε μορφής προκατάληψη και συνεχής επικοινωνία με τα υποστηρικτικά συστήματα της κοινότητας
- Û Αποφυγή ενδονοσοκομειακής νοσηλείας
- Û Συνέχιση της υπευθυνότητας των επαγγελματιών απέναντι στους ασθενείς και εκτός νοσοκομείου

Η εργασιακή απασχόληση των ψυχικά ασθενών δεν είναι «πανάκεια» αλλά αποτελεί μέρος της αποκατάστασης, επειδή αυτό που ενδιαφέρει ιδιαίτερα είναι η ποιότητα της ζωής των ασθενών μέσα στην κοινωνία. Η αποκατάσταση στη ψυχιατρική είναι μια ατελείωτη αλλά απαραίτητη διαδικασία και μπορεί να περιλαμβάνει διαλείμματα (λόγω υποτροπών του ασθενούς) αλλά και αρκετές φάσεις συστηματικής και τακτικής αποκατάστασης<sup>55</sup>.

Η ύπαρξη της ανεργίας σε παγκόσμιο επίπεδο επηρεάζει σοβαρά τους πάσχοντες, για τον λόγο του αποκλεισμού που υφίστανται από την αγορά εργασίας. Στον αναπτυσσόμενο κόσμο έχουν δημιουργηθεί οι κοινωνικές επιχειρήσεις συνεταιριστικού χαρακτήρα. Οι υπηρεσίες αυτές παράγουν προϊόντα για την ελεύθερη αγορά, αλλά σε πραγματικές συνθήκες εργασίας, λαμβάνοντας υπόψη τις ικανότητες και τις δυνατότητες των εργαζομένων, οι οποίες είναι ιδιαίτερες όπως και οι ανάγκες τους<sup>55</sup>.

## 5.11 Οι εργοθεραπευτικές παρεμβάσεις

Οι εργοθεραπευτικές παρεμβάσεις γίνονται μετά από αξιολόγηση και σχεδιασμό εξατομικευμένων προγραμμάτων που να ανταποκρίνονται στις ανάγκες του κάθε ατόμου.

Οι κύριοι τομείς δραστηριότητας του εργοθεραπευτή είναι:

- Παροχή υπηρεσιών πρόληψης μέσα από προγράμματα παρέμβασης στην κοινότητα.
- Παροχή θεραπευτικές αντιμετώπισης-συμβουλευτικής υποστήριξης.
- Προγράμματα ομαδικής θεραπείας.
- Παροχή υπηρεσιών στο χώρο εργασίας και στο χώρο διαμονής των ασθενών.
- Παροχή υπηρεσιών στον τομέα της ψυχοκοινωνικής και εργασιακής αποκατάστασης.
- Παροχή συστηματικής εκπαίδευσης φοιτητών Εργοθεραπείας<sup>59</sup>.

## 5.12 Κέντρα Ημέρας

Στόχος των Κέντρων Ημέρας είναι η ψυχοκοινωνική στήριξη χρόνιων ασθενών ούτως ώστε να βελτιωθεί η προσαρμοστικότητα και η λειτουργικότητα των, στο κοινωνικό σύνολο. Η θεραπεία επί εξωτερικής βάσης, χωρίς τη χορήγηση φαρμάκων, μπορεί να συμπεριλάβει διάφορα προγράμματα απεξάρτησης για ασθενείς που επισκέπτονται τις εξειδικευμένες κλινικές κατά τακτικά χρονικά διαστήματα. Τα περισσότερα προγράμματα έχουν ατομική ή συλλογική συμβουλευτική αγωγή και στήριξη. Οι ασθενείς που συμμετέχουν στα προγράμματα αυτά, είναι χρήστες ναρκωτικών άλλων εκτός από τα οπιοειδή ή χρήστες οπιοειδών για τους οποίους δεν συστήνεται θεραπεία συντήρησης. Οι τελευταίοι είναι χρήστες που έχουν μια σταθερή, καλά οργανωμένη και ενταγμένη στην κοινωνία ζωή με ιστορικό εξάρτησης σε ναρκωτικά που είναι μικρής χρονικής διάρκειας<sup>56</sup>.

## 5.13 Μονάδα Άμεσης Βοήθειας & Υποστήριξης

Οι παρεμβάσεις των υπηρεσιών της Μονάδας Άμεσης Βοήθειας & Υποστήριξης (MABY) είναι παρεμβάσεις μείωσης της βλάβης από τη χρήση ουσιών και στοχεύουν στην πρόληψη και την κάλυψη των άμεσων αναγκών υγείας καθώς και στην πρόληψη της διάδοσης νοσημάτων, όπως οι ηπατίτιδες, το AIDS και άλλα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα<sup>56</sup>.

Η MABY, με τα ειδικά εξοπλισμένα και στελεχωμένα ιατρεία του παρέχει πρωτοβάθμια περίθαλψη σε χρήστες ψυχοδραστικών ουσιών, οι οποίοι έχουν ανάγκη από εξειδικευμένη περίθαλψη. Οι δραστηριότητες των υπηρεσιών της Μονάδας είναι εξαιρετικά σημαντικές, αν αναλογιστεί κανείς ότι οι ενεργοί χρήστες είναι ιδιαίτερα δύσκολοι ασθενείς και πολλές φορές είναι ανεπιθύμητοι στις υπηρεσίες παροχής υγείας.





Ειδικότερα, στο πλαίσιο της Μονάδας λειτουργούν:

- ιατρικές υπηρεσίες: παθολογικό ιατρείο, οδοντιατρείο, μικροβιολογικό εργαστήριο
- υπηρεσία κοινωνικής φροντίδας: συμβουλευτική, ψυχολογική υποστήριξη, κινητοποίηση για θεραπεία, παραπομπές χρηστών σε θεραπευτικά προγράμματα, ενημέρωση για τις παρεχόμενες υπηρεσίες του Κέντρου Βοήθειας και άλλων υπηρεσιών υγείας, σεμινάρια για ασφαλή χρήση και συμπεριφορά
- υπηρεσία «δουλειάς στο δρόμο» (streetwork): διανομή υλικού προφύλαξης (σύριγγες, προφυλακτικά), συμβουλευτική σε θέματα ασφαλούς χρήσης και ασφαλούς σεξ, κινητοποίηση των χρηστών για αξιοποίηση των υπηρεσιών του Κέντρου Βοήθειας και άλλων φορέων
- κινητή μονάδα πρώτων βοηθειών: αντιμετώπιση επειγόντων περιστατικών που σχετίζονται με τη χρήση ουσιών, σε συνεργασία με το ΕΚΑΒ
- υπηρεσία ανταλλαγής συριγγών: ανταλλαγή μεταχειρισμένων συριγγών με αποστειρωμένες
- υπηρεσία νομικής υποστήριξης: παροχή νομικής υποστήριξης στα εντός και εκτός των προγραμμάτων εξαρτημένα άτομα, εκπροσώπηση και υπεράσπιση των θεραπευόμενων του ΟΚΑΝΑ ενώπιον των δικαστηρίων όλης της χώρας, σε συνεργασία με δικηγορικούς συλλόγους της χώρας<sup>56</sup>.

#### **5.14 Μονάδα Εργασιακής Αποκατάστασης (Μ.Ε.Ρ.Α)**

Λειτουργεί με συνεταιριστική μορφή, με κύριους συντελεστές τις Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας και το Σύνδεσμο Προστασίας Ψυχικής Υγείας. Αποστολή της μονάδας είναι η επανένταξη στην αγορά εργασίας των ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας<sup>56</sup>.

#### **5.15 Μονάδες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης ψυχιατρικών ασθενών**

Οι μονάδες αυτές είναι εξωνοσοκομειακές δομές που στόχο έχουν την προαγωγή της ψυχοκοινωνικής επανένταξης ατόμων με χρόνια προβλήματα ψυχικής υγείας τοξικομανίας και αλκοολισμού. Προσφέρουν ευκαιρίες επαγγελματικής κατάρτισης και εργοδότησης ή όπου αυτό δεν είναι δυνατό προάγουν την ανάπτυξη δεξιοτήτων αυτομέριμνας, απασχόλησης και κοινωνικών δεξιοτήτων. Οι δομές αυτές είναι αποτέλεσμα συνεργασίας των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας, οι οποίες έχουν την επιστημονική ευθύνη όπως είναι<sup>56</sup>:

- Συμβουλευτικά Κέντρα
- Κινητές μονάδες
- Μονάδα Εργασιακής Αποκατάστασης (Μ.Ε.Ρ.Α)
- Τμήμα παιδικής και εφηβικής ψυχιατρικής
- Κέντρα Ημέρας για παιδιά και εφήβους
- Κέντρα πρόληψης και συμβουλευτικής στον τομέα των τοξικοεξαρτήσεων



- Συμβουλευτικά κέντρα
- Ψυχιατρική κλινική
- Μονάδα απεξάρτησης
- Κοινωνική ψυχιατρική Νοσηλευτική
- Εξωτερικά Ιατρεία.



## ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Η ψύχωση κατατάσσεται στις πλέον σοβαρές και επικίνδυνες ασθένειες , πλήττοντας σημαντικό αριθμό ατόμων στις σύγχρονες κοινωνίες. Με την πάροδο των ετών, η συνολική προσέγγιση έχει βελτιωθεί σημαντικά, σε σημείο που να έχουν αποσαφηνιστεί πολλά σημεία της νόσου. Παράλληλα , γίνονται περαιτέρω ερευνητικές προσπάθειες για να διαφωτιστούν αρκετά «σκοτεινά» στοιχεία αυτής της διαταραχής. Σήμερα, η κυρίαρχη τάση στην Ψυχιατρική είναι η «κοινωνική ψυχιατρική». Δίδεται έμφαση στην , κατά το δυνατόν, εκτός θεραπευτηρίου περίθαλψη, με ψυχοθεραπευτικές μεθόδους, φαρμακευτική αγωγή και συμμετοχή της κοινότητας στην προσπάθεια πρόληψης και αντιμετώπισης της. Ο θεσμός του κλειστού ψυχιατρείου-ασύλου σταδιακά εγκαταλείπεται , ενώ κερδίζει έδαφος η λειτουργία τοπικών Κέντρων Ψυχικής Υγείας ,έχοντας θεραπευτικό – συμβουλευτικό σκοπό. Παρά την απαισιόδοξη προοπτική που έχουν οι πιο πολλοί άνθρωποι σε ότι αφορά τους ψυχωτικούς και την «ανάρρωσή» τους, υπάρχουν ενδείξεις ότι οι άνθρωποι αυτοί μπορούν να βελτιώσουν τους όρους ζωής τους, και σημαντικό βήμα για αυτό είναι η ανάκτηση των επικοινωνιακών τους δεξιοτήτων, μέσω των οποίων μπορούν να εκφραστούν, να αλληλεπιδράσουν, να γίνουν πάλι ανεξάρτητοι. Είναι καθήκον όλων μας να απομακρύνουμε οποιεσδήποτε προκαταλήψεις και να συμβάλλουμε στην βελτίωση της ποιότητας ζωής των ψυχικά ασθενών, στοιχείο που θα επιφέρει βελτίωση του γενικότερου κοινωνικού πλαισίου στο οποίο ζούμε και αλληλεπιδρούμε με τους συνανθρώπους μας.

Η συννοσηρότητα είναι ένα φαινόμενο που αποτελεί κλινική πραγματικότητα και όχι απλά μια θεωρητική κατασκευή και έχει σημαντικές επιπτώσεις στην κλινική πρακτική. Τα επιδημιολογικά στοιχεία, άλλωστε, δείχνουν ότι τα ποσοστά συννοσηρότητας είναι ιδιαίτερα υψηλά, για να μπορούν να αποδοθούν στην τύχη. Ωστόσο, είναι ένας πληθυσμός με πολλαπλές ανάγκες και κινδύνους και η ανάπτυξη αποτελεσματικών θεραπευτικών μοντέλων και παρεμβάσεων είναι ζωτικής σημασίας. Η κατανόηση των αιτιολογικών σχέσεων μεταξύ των δύο διαφορετικών διαταραχών είναι ένα ακόμα βήμα προς αυτήν την κατεύθυνση. Μεγάλη ερευνητική προσπάθεια λαμβάνει χώρα σε διεθνές επίπεδο γύρω από αυτό το θέμα τις δύο τελευταίες δεκαετίες. Οι επαγγελματίες που δουλεύουν στον κλινικό χώρο οφείλουν να έχουν γνώση της στενής σχέσης των δύο διαταραχών και να δίνουν έμφαση στη διαχείριση των προβλημάτων γύρω από τη χρήση ουσιών. Η ανάπτυξη κατάλληλων δεξιοτήτων, η προσεκτική αξιολόγηση των αναγκών του κάθε ασθενής και πάνω από όλα η στενή συνεργασία μεταξύ των επαγγελματιών ψυχικής υγείας και αυτών στο χώρο των εξαρτήσεων είναι που μπορούν να οδηγήσουν σε καλύτερα αποτελέσματα.

Υπάρχουν πολλοί παράγοντες που δυσκολεύουν την παροχή αποτελεσματικών υπηρεσιών για τη διπλή διάγνωση και τα περισσότερα προβλήματα υπάρχουν σε διεθνές επίπεδο. Σε πολλές χώρες, υπάρχει διαχωρισμός της χρηματοδότησης μεταξύ των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και αυτών για τις διαταραχές χρήσης ουσιών. Δεν υπάρχει καλά εκπαιδευμένο προσωπικό και για τα δύο είδη διαταραχών, ενώ συχνά εντοπίζεται απροθυμία των επαγγελματιών ψυχικής υγείας να παρέχουν τις υπηρεσίες τους στα άτομα με συννοσηρότητα. Χρειάζεται να υπάρξει δράση ώστε να βελτιωθεί η ποιότητα υπηρεσιών που προσφέρεται για τα άτομα με διπλή διάγνωση. Απαιτείται στενή συνεργασία και συντονισμός μεταξύ των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και αυτών για τη διαταραχή χρήση ουσιών. Η εκπαίδευση γύρω από τα θέματα διπλής διάγνωσης σε προπτυχιακά και μεταπτυχιακά προγράμματα των επαγγελματιών ψυχικής υγείας μπορεί επίσης να φανεί ωφέλιμη. Τέλος, το ότι αυτός ο πληθυσμός έχει συχνά σοβαρά προβλήματα υγείας, συμπεριλαμβανομένων ηπατίτιδας Β, ηπατίτιδας



C και λοίμωξης HIV, πρέπει να λαμβάνεται υπόψη και χρειάζεται η υποβολή των ασθενών αυτών στις ανάλογες εξετάσεις και εμβόλια για την ανίχνευση και την πρόληψή τους.

Επιλογικά τονίζουμε ότι, ο ρόλος του κοινοτικού νοσηλευτή ψυχικής υγείας είναι εξίσου σημαντικός τόσο στην πρωτογενή όσο και στην δευτερογενή και τριτογενή πρόληψη, παρεμβαίνει σε καίρια σημεία που αφορούν την πρόληψη εκπαίδευση και απεξάρτηση του πληθυσμού και η εργασία του αποβλέπει στη δημιουργία εγκατάστασης αμφίδρομων σχέσεων μεταξύ ομάδας ψυχικής υγείας, κοινότητας και οργανισμών. Σκοπός του είναι η δημιουργία υποστηρικτικής διαπροσωπικής με τον χρήστη για την ορθή αξιολόγηση των δυσκολιών και των δυνατοτήτων του έτσι ώστε να γίνει ο καθορισμός των στόχων σύμφωνα με τις ανάγκες του.



## **ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ**

Ο ΟΚΑΝΑ έχει αναπτύξει ένα δίκτυο υπηρεσιών το οποίο διευρύνεται συνεχώς, ώστε να καλυφθούν με τον καλύτερο δυνατό τρόπο οι πολύπλευρες ανάγκες σε θέματα πρόληψης, θεραπείας, κοινωνικής και επαγγελματικής ενσωμάτωσης και μείωσης της βλάβης.

Το δίκτυο υπηρεσιών του ΟΚΑΝΑ περιλαμβάνει:

### **ΠΡΟΛΗΨΗ**

- Λειτουργούν σήμερα 71 Κέντρα Πρόληψης σε 49 νομούς της χώρας, σε συνεργασία με την Τοπική Αυτοδιοίκηση

### **ΘΕΡΑΠΕΙΑ**

Λειτουργούν σήμερα σε όλη την Ελλάδα: 46 Θεραπευτικές Μονάδες Υποκατάστασης, 3 Στεγνά Προγράμματα Ενηλίκων, 2 Στεγνά Προγράμματα Εφήβων:

Αθήνα-Πειραιάς

- 1 Υπηρεσία Υποδοχής, Ενημέρωσης, Αξιολόγησης και Παραπομπών
- 21 Θεραπευτικές Μονάδες Υποκατάστασης
- 1 Στεγνό Θεραπευτικό Πρόγραμμα Εφήβων και Νεαρών Ενηλίκων (Μονάδα Εφήβων «Ατραπός»)
- 1 Στεγνό Θεραπευτικό Πρόγραμμα Ενηλίκων σε συνεργασία με την Ψυχιατρική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών (Πρόγραμμα «Αθηνά»).

Θεσσαλονίκη

- 12 Θεραπευτικές Μονάδες Υποκατάστασης
- 1 Πρόγραμμα «Προαγωγής Αυτοβοήθειας» Ενηλίκων σε συνεργασία με το Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

Πάτρα

- 1 Μονάδα Υποκατάστασης (σε συνεργασία με το ΠΓΝ Πατρών - Ρίου)
- 1 Στεγνό Θεραπευτικό Πρόγραμμα για Ενήλικες Δίκτυο Θεραπευτικών Υπηρεσιών (Συμβουλευτικός Σταθμός, Θεραπευτική Κοινότητα Γέφυρα, Πρόγραμμα Κοινωνικής Δραστηριοποίησης, Πρόγραμμα Οικογένειας)

Λάρισα

- 1 Θεραπευτική Μονάδα Υποκατάστασης

Ρέθυμνο

- 1 Στεγνό Θεραπευτικό Πρόγραμμα Εφήβων (σε συνεργασία με τη Νομαρχία Ρεθύμνου)

Χανιά

- 1 Θεραπευτική Μονάδα Υποκατάστασης

Ρόδος

- 1 Θεραπευτική Μονάδα Υποκατάστασης

#### Λαμία

- 1 Εξωτερικό Ιατρείο Ουσιοεξαρτήσεων (σε συνεργασία με το Γενικό Νομαρχιακό Νοσοκομείο Λαμίας)

#### Αργίνο

- 1 Εξωτερικό Ιατρείο Ουσιοεξαρτήσεων (σε συνεργασία με το Γενικό Νομαρχιακό Νοσοκομείο Αργινίου)

#### Χαλκίδα

- 1 Εξωτερικό Ιατρείο Ουσιοεξαρτήσεων (σε συνεργασία με το Γενικό Νομαρχιακό Νοσοκομείο Χαλκίδας)

#### Λειβαδιά

- 1 Εξωτερικό Ιατρείο Ουσιοεξαρτήσεων (σε συνεργασία με το Γενικό Νομαρχιακό Νοσοκομείο Λειβαδιάς)

#### Βόλος

- 1 Μονάδα Υποκατάστασης (σε συνεργασία με το Γενικό Νοσοκομείο Βόλου "Αχιλλοπούλειο")

#### Πρέβεζα

- 1 Μονάδα Υποκατάστασης (σε συνεργασία με το Γενικό Νοσοκομείο Πρέβεζας)

#### Κέρκυρα

- 1 Μονάδα Υποκατάστασης (σε συνεργασία με το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Κέρκυρας)

#### Κατερίνη

- 1 Μονάδα Υποκατάστασης (σε συνεργασία με το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Πέτρας Ολύμπου)

#### Ηράκλειο

- 1 Μονάδα Υποκατάστασης (σε συνεργασία με το Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου)

#### ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΠΑΝΕΝΤΑΞΗ

- 1 Μονάδα Κοινωνικής Επανάταξης στην Αθήνα
- 1 Εξειδικευμένο Κέντρο Κοινωνικής και Επαγγελματικής Ένταξης με έδρα την Αθήνα και παράρτημα στη Θεσσαλονίκη

#### ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΑΜΕΣΗΣ ΠΡΟΣΒΑΣΗΣ

- 1 Μονάδα Άμεσης Βοήθειας & Υποστήριξης (MABY) στην Αθήνα (ιατρικές υπηρεσίες, υπηρεσία κοινωνικής φροντίδας, υπηρεσία «δουλειάς στο δρόμο», υπηρεσία ανταλλαγής συριγγών, υπηρεσία νομικής υποστήριξης, κινητή μονάδα πρώτων βοηθειών)
- 1 Σταθμό Φροντίδας Εξαρτημένων Ατόμων στην Αθήνα
- 1 Τηλεφωνική Γραμμή SOS (1031)



**ΚΕΝΤΡΑ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΟΚΑΝΑ  
ΚΑΙ  
ΟΡΓΑΝΙΣΜΩΝ ΤΟΠΙΚΗΣ ΑΥΤΟΔΙΟΙΚΗΣΗΣ Α΄ & Β΄ ΒΑΘΜΟΥ**

**Νομός Ιωαννίνων**

**1. Συμβουλευτικός Σταθμός Καταπολέμησης Ναρκωτικών Νομού Ιωαννίνων** με διακριτικό τίτλο «**Σ.Σ.Κ.Ν.Ν.Ι.**» και έδρα τη ν πόλη των Ιωαννίνων  
Παπαδοπούλου 11-45444 Ιωάννινα  
Τηλ.: 2651 – 0-25595, 33649 & Fax: 2651-0-33649 Γραμμή SOS: 2651 – 0-25595  
[ssknni@otenet.gr](mailto:ssknni@otenet.gr)

**Νομός Αττικής (Ζωγράφου)**

**2. Κέντρο Πρόληψης της Χρήσης των Εξαρτησιογόνων Ουσιών και Προαγωγής της Υγείας** με διακριτικό τίτλο «**Κ.Ε.Π.Χ.Ε.Ο.**» και έδρα το Δήμο Ζωγράφου  
Ανακρέοντος 60-15771 Ζωγράφου  
Τηλ. & Fax: 21-0-7778542  
[keptheo@otenet.gr](mailto:keptheo@otenet.gr)  
[www.keptheo.gr](http://www.keptheo.gr)

**Νομός Κέρκυρας**

**3. Δημοτική Μονάδα Πρόληψης Κατά των Εξαρτησιογόνων Ουσιών & AIDS** με διακριτικό τίτλο ΔΗ.ΜΟ.Π. «**ΝΙΚΟΣ ΜΩΡΟΣ**» και έδρα τη ν πόλη της Κέρκυρας  
Καποδιστρίου 9-49100 Κέρκυρα  
Τηλ.: 2661-0-41111, 36327 & Fax: 2661-0-41111  
[dimopker@otenet.gr](mailto:dimopker@otenet.gr)

**Νομός Τρικάλων**

**4. Κέντρο Κοινωνικής Παρέμβασης Νομού Τρικάλων** με έδρα τη ν πόλη των Τρικάλων  
Βίκτωρος Ουγκώ 2 (Πλατεία Χατζηπέτρου) 1<sup>ος</sup> όροφος-42100 Τρίκαλα  
Τηλ.: 2431-0-75555 & Fax: 2431 – 0-79875  
[kkptrik@otenet.gr](mailto:kkptrik@otenet.gr)

**Νομός Ευβοίας**

**5. Κέντρο Πρόληψης Ναρκωτικών Νομού Ευβοίας** με έδρα τη ν πόλη της Χαλκίδας  
Μπαλαλαίων 7-34100 Χαλκίδα Ευβοίας  
Τηλ.: 2221-0-78118 & Fax: 2221 – 0 – 78118  
[prolipsi@otenet.gr](mailto:prolipsi@otenet.gr)

**Νομός Ξάνθης**

**6. Κέντρο Ενήμερωσης και Πρόληψης Κατά των Ναρκωτικών Νομού Ξάνθης** με έδρα τη ν πόλη της Ξάνθης  
Τσιμισκή 28-67100 Ξάνθη  
Τηλ.: 2541-0-74444 & Fax: 2541-0 – 74444  
[prolipsi\\_xanthi@yahoo.gr](mailto:prolipsi_xanthi@yahoo.gr)  
[www.prolipsi-xanthi.gr](http://www.prolipsi-xanthi.gr)

**Νομός Καρδίτσας**

**7. Πρόταση Κοινωνικής Παρέμβασης Νομού Καρδίτσας** με διακριτικό τίτλο «**Κέντρο Πρόληψης Ενάντια στην Εξάρτηση**» και έδρα τη ν πόλη της Καρδίτσας  
Πλαστήρα 12, 4<sup>ος</sup> όροφος-43100 Καρδίτσα  
Τηλ.: 2441-0-74477 & Fax: 2441-0 – 76304

[prevkar@hol.gr](mailto:prevkar@hol.gr)  
[www.prevkar.gr](http://www.prevkar.gr)

#### **Νομός Πιερίας**

**8 Κέντρο Πρόληψης Κατά των Ψυχοδραστικών Ουσιών Νομού Πιερίας** με διακριτικό τίτλο «ΑΤΡΑΚΤΟΣ» και έδρα την πόλη της Κατερίνης

Εθν. Σταδίου 1 (ΚΕΓΕ)-60100 Κατερίνη Πιερίας  
Τηλ.: 2351-0-78614 & Fax: 2351-0-78614

[kepropie@otenet.gr](mailto:kepropie@otenet.gr)  
[www.kp-atraktos.gr](http://www.kp-atraktos.gr)

#### **Νομός Ρεθύμνου**

**9. Κέντρο Πρόληψης Κατά των Ναρκωτικών Νομού Ρεθύμνης** με έδρα την πόλη του Ρεθύμνου

Δημοκρατίας 32 (έναντι ΟΑΕΔ)-74100 Ρέθυμνο Κρήτης  
Τηλ.: 2831-0-50100, 55899 & Fax: 2831-0 – 55899

[info@prolipsis.gr](mailto:info@prolipsis.gr)

#### **Νομός Άρτας**

**10. Κέντρο Πρόληψης Νομού Άρτας** με διακριτικό τίτλο «Κ.Π.Ν. Άρτας» και έδρα την πόλη της Άρτας

Νόρμαν 13 & Σκουφά-47100 Άρτα  
Τηλ.: 2681-0-23126-7 & Fax: 2681-0-23127

[kpnartas@otenet.gr](mailto:kpnartas@otenet.gr)

#### **Νομός Φλώρινας**

**11. Κέντρο Πρόληψης των Εξαρτήσεων και Προαγωγής της Ψυχικής Υγείας Νομού Φλώρινας** με έδρα την πόλη της Φλώρινας

Μεγάλου Αλεξάνδρου 111-53100 Φλώρινα  
Τηλ.: 2385-0 – 46041, 45086 & Fax: 2385-0 – 44674

[kproflo@otenet.gr](mailto:kproflo@otenet.gr)  
[www.prolipsi.gr](http://www.prolipsi.gr)

#### **Νομός Βοιωτίας**

**12. Πρόταση Ζωής**

**Πρόληψη της Χρήσης Ναρκωτικών** με διακριτικό τίτλο «ΠΡΟΤΑΣΗ ΖΩΗΣ» και έδρα την πόλη της Λιβαδειάς

Τσόγκα 7 – 32100 Λιβαδειά Βοιωτίας  
Τηλ.: 2261-0-81566 & Fax: 2261-0-81565

[pzvoiotia@gmail.com](mailto:pzvoiotia@gmail.com)

**Παράρτημα Θηβών:**

Εφέσσου 10-32200 Θήβα – Βοιωτίας  
Τηλ. & Fax: 2262-0 – 21923 Τηλ.: 2262-0-28971

#### **Νομός Έβρου**

**13. Κέντρο Πρόληψης και Ενημέρωσης Κατά των Ναρκωτικών Νομού Έβρου** με διακριτικό τίτλο «ΕΛΠΙΔΑ» και έδρα την πόλη της Αλεξανδρούπολης





Διονυσίου Σολωμού 2 – 68100 Αλεξανδρούπολη Έβρου  
Τηλ.&Fax:2551-0 – 37242  
[prolipsi@axd.forthnet.gr](mailto:prolipsi@axd.forthnet.gr)

#### **Νομός Καβάλας**

#### **14. Κέντρο Πρόληψης και Καταπολέμησης Ναρκωτικών Νομού Καβάλας με έδρα την πόλη της Καβάλας**

Βότση 3 – γωνία Βενιζέλου (2<sup>ος</sup> όροφος) – 65403 Καβάλα  
Τηλ.:251-0-620318 Fax:251 – 0-620319  
[prolipsikav@hotmail.gr](mailto:prolipsikav@hotmail.gr)

#### **Νομός Ηλείας**

#### **15. Κέντρο Πρόληψης από την Χρήση Εξαρτησιογόνων Ουσιών Νομού Ηλείας με διακριτικό τίτλο «ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ» και έδρα την πόλη της Αμαλιάδας**

Ελευθερίου Βενιζέλου 29 – 27200 Αμαλιάδα Ηλείας  
Τηλ.:2622-0-29710-11 & Fax:2622-0-29711  
[keprilia@otenet.gr](mailto:keprilia@otenet.gr)  
[www.paremvaseis.gr](http://www.paremvaseis.gr)

#### **Νομός Θεσσαλονίκης (Δήμος Συκεών)**

#### **16. Κέντρο Πρόληψης της Εξάρτησης από Ναρκωτικά και Προαγωγής της Υγείας με διακριτικό τίτλο «ΠΥΞΙΔΑ» και έδρα το Δήμο Συκεών Θεσσαλονίκης**

Επταπυργίου 150 – 56626 Συκιές Θεσσαλονίκης  
Τηλ.:231-0-202015,204453 & Fax:231-0-202015,204453  
[info@pyxida.org.gr](mailto:info@pyxida.org.gr)

#### **Νομός Αχαΐας**

#### **17. Κέντρο Πρόληψης των Εξαρτησιογόνων Ουσιών Νομού Αχαΐας με έδρα την πόλη της Πάτρας**

Αγ. Γεωργίου 104 – 26225 Πάτρα  
Τηλ.:261-0-623290,226948 & Fax:261-0-623290,226948 [kpachaia@pat.forthnet.gr](mailto:kpachaia@pat.forthnet.gr)  
[www.forthnet.gr/protasi](http://www.forthnet.gr/protasi)

#### **Νομός Ζακύνθου**

#### **18. Κέντρο Πρόληψης Εξαρτησιογόνων Ουσιών Νομού Ζακύνθου με διακριτικό τίτλο «ΗΣΤΟΡΓΗ» και έδρα την πόλη της Ζακύνθου**

Κουτούζη 82, Αγ. Παύλος – 29100 Ζάκυνθος  
Τηλ.:2695-0 – 24963,24964 & Fax:2695-0-41210  
[Kpstorgi@otenet.gr](mailto:Kpstorgi@otenet.gr)  
[www.kpachaia.gr](http://www.kpachaia.gr)

#### **Νομός Αττικής (Δήμος Αθηναίων)**

#### **19. – 22. Κέντρο Πρόληψης Εξάρτησης-Αγωγής Υγείας Αστική μη Κερδοσκοπική Εταιρεία «ΑΘΗΝΑ ΥΓΕΙΑ» με έδρα το Δήμο Αθηναίων**

**(4) Κέντρα Πρόληψης (1<sup>ο</sup>, 2<sup>ο</sup>, 3<sup>ο</sup>, 5<sup>ο</sup> Διαμέρισμα).**  
Λεωφόρος αθηνών 30, Αθήνα τηλ/fax:2103424024  
[info@kentro-prolipsis.gr](mailto:info@kentro-prolipsis.gr)



[www.kentro-prolipsis.gr](http://www.kentro-prolipsis.gr)

**1<sup>ο</sup> Διαμέρισμα: «ΠΑΛΛΑΣΑΘΗΝΑ»** Στουρνάρη 21 – 10434 Αθήνα

Τηλ.: 21-0-3800038, FAX: 2103835879

[PALLASATHINA@in.gr](mailto:PALLASATHINA@in.gr)

[kppallas@otenet.gr](mailto:kppallas@otenet.gr)

**2<sup>ο</sup> Διαμέρισμα: «ΑΘΗΝΑΠΡΟΜΑΧΟΣ»** Αίνου 1 & Βουλιαγμένης – 11631 Αθήνα

Τηλ.: 210-9270096 & Fax: 21-0 – 9270096

[athinapromahos2@gmail.com](mailto:athinapromahos2@gmail.com)

[www.kentro-prolipsis.gr](http://www.kentro-prolipsis.gr)

**3<sup>ο</sup> Διαμέρισμα: «ΠΡΟΝΑΙΑΑΘΗΝΑ»** Λεωφόρος Αθηνών 30 – 10441 Μεταξουργείο

Τηλ.: 21-0-3424024, 3413483 & Fax: 21-0 – 3413483

[info@kentro-prolipsis.gr](mailto:info@kentro-prolipsis.gr)

[www.kentro-prolipsis.gr](http://www.kentro-prolipsis.gr)

**5<sup>ο</sup> Διαμέρισμα: «ΑΘΗΝΑΠΟΛΙΑΣ»** Γαλατσίου 1 & Πατησίων – 11141 Αθήνα

Τηλ. & Fax: 21-0-2114566

[Kpolias@otenet.gr](mailto:Kpolias@otenet.gr)

[www.kentro-prolipsis.gr](http://www.kentro-prolipsis.gr)

#### **Νομός Χίου**

**23. Κέντρο Πρόληψης Κατά της Χρήσης Ναρκωτικών Νομού Χίου** με διακριτικό τίτλο «

**Κέντρο Πρόληψης Χίου» και έδρα την πόλη της Χίου**

Ροδοκανάκη 42 & Νεοφύτου Βάμβα – 82100 Χίος

Τηλ.: 2271-0 – 40704, 20838 & Fax: 2271-0-40704

[Kphiou@otenet.gr](mailto:Kphiou@otenet.gr)

[www.prolipsihiou.gr](http://www.prolipsihiou.gr)

#### **Νομός Μαγνησίας**

**24. «ΠΡΟΤΑΣΗ ΖΩΗΣ» Νομού Μαγνησίας** με έδρα την πόλη του Βόλου

Ελ. Βενιζέλου 7 - Δημητριάδος (4<sup>ος</sup> όροφος) – 38333 Βόλος

Τηλ.: 2421-0-38030, 38050 & Fax: 2421-0-38095

[protzois@otenet.gr](mailto:protzois@otenet.gr)

#### **Νομός Αττικής (Περιστέρη)**

**25. ΚΕΝΤΡΟ ΠΡΟΛΗΨΗΣ**

**ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗΣ Δήμου Περιστερίου** με διακριτικό τίτλο «**ΟΔΟΠΟΡΙΚΟ**» και έδρα το Δήμο Περιστερίου

Κρυστάλλη 49 – Τ.Κ. 12131 Περιστέρη

Τηλ.: 21-0-5786888 & Fax: 21-0-5723734

[Kp.odiporiko@asda.gr](mailto:Kp.odiporiko@asda.gr)

#### **Νομός Αττικής (Άλιμος, Αργυρούπολη, Ελληνικό και Γλυφάδα)**

**26. «Κέντρο Κοινωνικής Παρέμβασης» Διαδημοτική Επιχείρηση Δήμων Αλίμου, Αργυρούπολης, Ελληνικού και Γλυφάδας** με έδρα το Δήμο Ελληνικού

Λ. Βουλιαγμένης – Είσοδος πρώην Αμερικάνικης Βάσης, Δήμος Ελληνικού

Τ.Κ.: 16777, Τηλ.: 21-0-9622633 & Fax: 21-0 – 9605380

[Kkp4ch@otenet.gr](mailto:Kkp4ch@otenet.gr)

**Δήμος Αλίμου: Υπηρεσία Κοινωνικής Μέριμνας**

Γερουλάνου 19 – 17455 Άλιμος

Τηλ.: 21-0-9887016 & Fax: 21-0 – 9850339

[filotis2@otenet.gr](mailto:filotis2@otenet.gr)

**Δήμος Αργυρούπολης: Κέντρο Πρόληψης & Ενημέρωσης**

Αγίας Βαρβάρας 36, Τ.Κ. 164 – 52 Αργυρούπολη

Τηλ.: 2109961000 & FAX: 2109961971

[noimazoi@otenet.gr](mailto:noimazoi@otenet.gr)

**Δήμος Γλυφάδας: Κεντρική Κοινωνική Υπηρεσία**

Ελευθερίου Βενιζέλου & Ηρακλείου 19 – 16675 Γλυφάδα

Τηλ.: 21-0 – 9647021 & Fax: 21-0-9643162

[Od4y8e@otenet.gr](mailto:Od4y8e@otenet.gr)

**Δήμος Ελληνικού: Κεντρική Κοινωνική Υπηρεσία**

25<sup>ης</sup> και Αγίας Τριάδας – 16777 Ελληνικό

Τηλ.: 21-0-9610353 & Fax: 21-0 – 9602466

[keproell@argyroupoli.gr](mailto:keproell@argyroupoli.gr)

**Νομός Αιτωλοακαρνανίας**

**27. Κέντρο Πρόληψης Κατά των Ναρκωτικών Νομού Αιτωλοακαρνανίας** με διακριτικό τίτλο «ΔΗΜΟΤΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΟΔΥΣΣΕΑΣ» και έδρα την πόλη του Αγρινίου

Φλώρας Καραπαπά 3 – 30100 Αγρίνιο

Τηλ.: 2641-0-28770, 55275 & Fax: 2641-0-28770

[odysse@agr.forthnet.gr](mailto:odysse@agr.forthnet.gr)

**Νομός Χανίων**

**28. Κέντρο Πρόληψης Εξαρτησιογόνων Ουσιών Νομού Χανίων** με έδρα την πόλη των Χανίων

Βύρωνος 35 – 73134 Χανιά

Τηλ.: 2821-0 – 28166, 51214 & Fax: 2821-0 – 28166

[keprolxan@chania-cci.gr](mailto:keprolxan@chania-cci.gr)

**Νομός Θεσσαλονίκης (Δήμος Καλαμαριάς)**

**29. Κέντρο Πρόληψης για την Καταπολέμηση των εξαρτησιογόνων ουσιών** με διακριτικό τίτλο «ΕΛΠΙΔΑ» και έδρα το Δήμο Καλαμαριάς Θεσσαλονίκης

Ησιόδου 10 – 55132 Ν. Κρήνη Θεσσαλονίκης

Τηλ.: 231-0-442044 & Fax: 231 – 0-442043

[kpelpida@otenet.gr](mailto:kpelpida@otenet.gr)

[www.kpelpida.gr](http://www.kpelpida.gr)

[resist.transludic.net](http://resist.transludic.net)

**Νομός Κοζάνης**

**30. Κέντρο Πρόληψης από Εξαρτησιογόνες Ουσίες Νομού Κοζάνης** με διακριτικό τίτλο «ΟΡΙΖΟΝΤΕΣ» και έδρα την πόλη της Κοζάνης

Πλατεία Λασσάνη 11 – 50100 Κοζάνη

Τηλ.: 2461-0-21077 & Fax: 2461-0-21077

[kp\\_oriz@otenet.gr](mailto:kp_oriz@otenet.gr)

**Νομός Κυκλάδων**

**31.**

**32. Κέντρο Πρόληψης της Χρήσης Εξαρτησιογόνων Ουσιών ΘΗΣΕΑΣ ΚΥΚΛΑΔΩΝ** με διακριτικό τίτλο «ΘΗΣΕΑΣ ΚΥΚΛΑΔΩΝ» και έδρα την πόλη της Ερμούπολης Σύρου (2 Κέντρα Πρόληψης: Σύρος & Πάρος)

ΠΑΡΟΣ: Τηλ.: 2284 – 0-24745 & Fax: 2284-0-28011

Τ.Θ. 43 Παροικιά – 84400 Πάρος

[thiseasp@otenet.gr](mailto:thiseasp@otenet.gr)

<http://www.thiseaskyklades.gr>

ΣΥΡΟΣ: Τηλ.: 2281-0-85149, 83000, 82378, 85666 & Fax: 2281-0-79180, 82376

Καποδιστρίου 22 – 84100 Ερμούπολη Σύρος

[thiseask@otenet.gr](mailto:thiseask@otenet.gr)

<http://www.thiseaskyklades.gr>

**Νομός Φθιώτιδας**

**33. «Κέντρο Πρόληψης και Ενημέρωσης Κατά των Ναρκωτικών-Νομού Φθιώτιδας»** με διακριτικό τίτλο «ΚΕΠΕΝ-Ν.Φθιώτιδος» και έδρα στην Λαμία.

Λεωνίδου 9-11 – 35100 Λαμία

Τηλ.: 2231-0-33940 & Τηλ., Fax: 2231-0-33781

[Kepenlam@otenet.gr](mailto:Kepenlam@otenet.gr)

**Νομός Δωδεκανήσου (Κως)**

**34. Κέντρο Πρόληψης Ναρκωτικών** με διακριτικό τίτλο «ΠΙΠΟΚΡΑΤΗΣ» και έδρα στην πόλη της ΚΩ

Αλεξάνδρου Διάκου 4 – 85300 Κως

Τηλ.: 2242-0-24728, 27620 & Fax: 2242-0 – 24793,

[prosopo@gmail.com](mailto:prosopo@gmail.com)

<http://www.krippokratiskos.gr>

**Νομός Μεσσηνίας**

**35. Κέντρο Ενημέρωσης**

**Πληροφόρησης και Ευαισθητοποίησης για Ψυχοδραστικές Ουσίες Κ.Ε.Π.Ε.Ψ.Ο. Νομού Μεσσηνίας** και έδρα στην πόλη της Καλαμάτας

Χρυσοστόμου Σμύρνης 56 – 24100 Καλαμάτα

Τηλ.: 2721-0-84009, 88021 & Fax: 2721-0-24633

[kepeps@hol.gr](mailto:kepeps@hol.gr)

**Νομός Καστοριάς**

**36. Κέντρο Ενημέρωσης και Πρόληψης Κατά των Ναρκωτικών Νομού Καστοριάς** με διακριτικό τίτλο «ΔΙΕΞΟΔΟΣ» και έδρα στην πόλη της Καστοριάς

Αθανασίου Διάκου & Θουκυδίδου – 52100 Καστοριά

Τηλ.: 2467-0-23278, 24578 & Fax: 2467-0-23278

[diexodos@otenet.gr](mailto:diexodos@otenet.gr)

**Νομός Θεσπρωτίας**

**37. Κέντρο Πρόληψης της χρήσης των Εξαρτησιογόνων Ουσιών Νομού Θεσπρωτίας** με διακριτικό τίτλο «ΑΡΙΑΔΗ» και έδρα στην πόλη της Ηγουμενίτσας

Κυρα Βασιλικής 10 – 46100 Ηγουμενίτσα

Τηλ.: 2665-0-25140 & Fax: 2665-0-28885

[mithos2@otenet.gr](mailto:mithos2@otenet.gr)

**Νομός Ροδόπης**

**38. Κέντρο Πρόληψης της χρήσης των Εξαρτησιογόνων Ουσιών Νομού Ροδόπης** με διακριτικό τίτλο «ΟΡΦΕΑΣ» και έδρα στην πόλη της Κομοτηνής

Δημάρχου Δημητρίου Μπλέτσα 19 – 69100 Κομοτηνή

Τηλ.: 2531-0-81750, 81751 & Fax: 2531-0-81752

[kporfeas@otenet.gr](mailto:kporfeas@otenet.gr)

[www.prolipsi-komotini.gr](http://www.prolipsi-komotini.gr)

**Νομός Χαλκιδικής**

**39. Κέντρο Πρόληψης για τα Ναρκωτικά Νομού Χαλκιδικής** με διακριτικό τίτλο «ΠΝΟΗ» και έδρα στην πόλη του Πολυγύρου

22ας Απριλίου 1, περιοχή Νομαρχίας – 63100 Πολύγυρος Χαλκιδικής  
Τηλ. 2371-0-23145, 23609 & Fax: 2371-0 – 23609

[pnoh@otenet.gr](mailto:pnoh@otenet.gr)

**Νομός Λάρισας**

**40. Κέντρο Πρόληψης της Χρήσης των Εξαρτησιογόνων Ουσιών Νομού Λάρισας** με διακριτικό τίτλο «ΟΡΦΕΑΣ» και έδρα στην πόλη της Λάρισας

Κούμα 37 – 41222 Λάρισσα  
Τηλ. 241 – 0 – 555935, 555940 & Fax: 241-0 – 555938

[kplarisa@otenet.gr](mailto:kplarisa@otenet.gr)

**Νομός Λέσβου (Μυτιλήνη)**

**41. Κέντρο Πρόληψης και Συμβουλευτικής κατά των εξαρτήσεων Ν. Λέσβου** με διακριτικό τίτλο «ΠΝΟΗ» και έδρα στην πόλη της Μυτιλήνης

Καβέτσου 44 – 81100 Μυτιλήνη  
Τηλ.: 2251-0-20600 & Fax: 2251-0 – 29333

[pnoimyt@otenet.gr](mailto:pnoimyt@otenet.gr)

[www.pnoh-lesvos.gr](http://www.pnoh-lesvos.gr)

**Νομός Κορινθίας**

**42. Κέντρο Πρόληψης της Χρήσης των Εξαρτησιογόνων Ουσιών Νομού Κορινθίας** με διακριτικό τίτλο «ΔΙΟΛΚΟΣ» και έδρα στην πόλη της Κορίνθου

Εθνικής Ανεξαρτησίας 61 – 20100 Κόρινθος  
Τηλ.: 2741-0-75991-2 & Fax: 2741-0-75990

[Kdiolkos@otenet.gr](mailto:Kdiolkos@otenet.gr)

[www.kdiolkos.gr](http://www.kdiolkos.gr)

**Νομός Θεσσαλονίκης (Δήμος Θεσσαλονίκης)**

**43-**

**44. Κέντρα Πρόληψης και Ενημέρωσης Δήμου Θεσσαλονίκης για τις Εξαρτησιογόνες Ουσίες** με διακριτικό τίτλο «ΣΕΙΡΙΟΣ» και έδρα το Δήμο Θεσσαλονίκης

**Κέντρο Πρόληψης Κεντρικού Τομέα Δήμου Θεσσαλονίκης**

Αγίας Σοφίας 28 – 54622 Θεσσαλονίκη  
Τηλ. & Fax: 231-0 – 260715

[seirioskentrikos@kp-seirios.gr](mailto:seirioskentrikos@kp-seirios.gr)

[www.kp-seirios.gr](http://www.kp-seirios.gr)

**Κέντρο Πρόληψης Ανατολικού Τομέα Δήμου Θεσσαλονίκης**

Κων. Καραμανλή 602<sup>ος</sup> όροφος – 54642 Θεσσαλονίκη  
Τηλ. & Fax: 2310860781

[seiriosanatolikos@kp-seirios.gr](mailto:seiriosanatolikos@kp-seirios.gr)

[www.kp-seirios.gr](http://www.kp-seirios.gr)

**Νομός Γρεβενών**

**45. Κέντρο Πρόληψης από Εξαρτησιογόνες Ουσίες Νομού Γρεβενών** με διακριτικό τίτλο «ΟΡΙΖΟΝΤΕΣ» και έδρα στην πόλη των Γρεβενών



Κωνσταντίνου Ταλιαδούρη(τέρμα) – 51100Γρεβενά  
Τηλ.:2462-0-87091-4&Fax:2462-0 – 87090  
[kporizontes@yahoo.gr](mailto:kporizontes@yahoo.gr)

**Νομός Πρέβεζας**

**46.Κέντρο Πρόληψης Ναρκωτικών και άλλων Εξαρτησιογόνων Ουσιών Νομού Πρέβεζας**  
με διακριτικό τίτλο «ΚΕ.ΠΡΟ.ΝΑ.Π.» και έδρα την πόλη της Πρέβεζας  
Λεωφόρος Ειρήνης 66 – 48100 Πρέβεζα  
Τηλ.:2682-0-60778&Fax:2682-0 – 60294  
[kepronapgr@hotmail.com](mailto:kepronapgr@hotmail.com)

**Νομός Σάμου**

**47.Κέντρο Πρόληψης και Αγωγής Υγείας Νομού Σάμου, Φάρος** με διακριτικό τίτλο «ΚΕΝΤΡΟ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΝΟΜΟΥ ΣΑΜΟΥ» και έδρα την πόλη της Σάμου  
Θεμιστοκλή Σοφούλη 261 – 83100 Σάμος  
Τηλ.:2273-0-87070,87071,23443&Fax:2273-0 – 23441  
[faros@kpfaros.gr](mailto:faros@kpfaros.gr)  
[www.kpfaros.gr](http://www.kpfaros.gr)

**Νομός Δωδεκανήσου (Ρόδος)**

**48.Κέντρο Πρόληψης της χρήσης Εξαρτησιογόνων Ουσιών και της Προαγωγής της Υγείας** με διακριτικό τίτλο «ΔΙΟΔΟΣ» και έδρα την πόλη της Ρόδου  
Ερυθρού Σταυρού 37 – 85100 Ρόδος  
Τηλ.:2241-0-77205&Fax:2241-0 – 33857  
[diod187@otenet.gr](mailto:diod187@otenet.gr)

**Νομός Λευκάδας**

**49.Κέντρο Πρόληψης της χρήσης των εξαρτησιογόνων ουσιών Νομού Λευκάδας** με έδρα την πόλη της Λευκάδας  
Στρατού Τσέγιου 9 – 31100 Λευκάδα.  
Τηλ.:2645-0-24248&Fax:2645-0 – 23176  
[keprolef@otenet.gr](mailto:keprolef@otenet.gr)

**Νομός Αρκαδίας**

**50.Κέντρο Πρόληψης και Καταπολέμησης των Ναρκωτικών Νομού Αρκαδίας** με διακριτικό τίτλο «Κ.Π.Ν.Ν.Α.» και έδρα την πόλη της Τρίπολης  
Αποστολοπούλου 2 – 22100 Τρίπολη  
Τηλ.&Fax:271-0 – 235243  
[Kpnna\\_@otenet.gr](mailto:Kpnna_@otenet.gr)

**Νομός Θεσσαλονίκης (Δήμος Αμπελοκήπων)**

**51.Κέντρο Πρόληψης και Ενημέρωσης Δυτικού Τομέα Νομού Θεσσαλονίκης** για τις Εξαρτησιογόνες Ουσίες με διακριτικό τίτλο «ΔΙΚΤΥΟ ΑΛΦΑ» και έδρα το Δήμο Αμπελοκήπων Θεσσαλονίκης  
Κέννεντυ 32 – 56123 Αμπελόκηποι, Θεσσαλονίκη  
Τηλ.:231-0-729090.&Fax:231-0-729091  
[dictio\\_a@otenet.gr](mailto:dictio_a@otenet.gr)

**Νομός Αττικής (Χολαργός, Αγία Παρασκευή)**

**52. Κέντρο Πρόληψης Εξαρτήσεων και Προαγωγής της Ψυχικής Υγείας Δήμων Χολαργού και Αγίας Παρασκευής** με διακριτικό τίτλο «ΑΡΓΩ» και έδρα το Δήμο Χολαργού  
Εθν. Αντίστασης 52–15562 Χολαργός  
Τηλ.: 21-0-6561466, 6520505 & Fax: 21-0-6520505  
[argoagp@hol.gr](mailto:argoagp@hol.gr)

**Νομός Αττικής (Καλλιθέα, Ταύρος, Μοσχάτο)**

**53. Κέντρο Πρόληψης και Αντιμετώπισης της Εξάρτησης Δήμων Καλλιθέας-Ταύρου-Μοσχάτου** με διακριτικό τίτλο «ΣΤΑΘΜΟΣ» και έδρα το Δήμο Καλλιθέας  
Πατριάρχου Γρηγορίου Ε' 65–17676 Καλλιθέα  
Τηλ. 21-0 – 9537215, 9537216, 9533488 & Fax: 21-0-9537215.  
[kepsth@otenet.gr](mailto:kepsth@otenet.gr)

**Νομός Κεφαλληνίας & Ιθάκης**

**54. Κέντρο Πρόληψης της Χρήσης Εξαρτησιογόνων Ουσιών Νομού Κεφαλληνίας και Ιθάκης** με διακριτικό τίτλο «ΑΠΟΠΛΟΥΣ» και έδρα την πόλη του Αργοστολίου  
Σουηδίας (πρώην κτίριο Παιδιατρικού, Γενικού Νοσοκομείου Κεφαλληνίας)–  
28100 Αργοστόλι.  
Τηλ.: 2671-0-27320 & Fax: 2671-0 – 27321  
Ταχυδρομική Θυρίδα 194  
[apoplus@otenet.gr](mailto:apoplus@otenet.gr)

**Νομός Σερρών**

**55. Κέντρο Πρόληψης της Χρήσης Εξαρτησιογόνων Ουσιών Νομού Σερρών** με διακριτικό τίτλο «ΟΑΣΙΣ» και έδρα την πόλη των Σερρών  
Πλατεία Εμπορίου – Δημοτική Αγορά–62124 Σέρρες  
Τηλ.: 2321-0-53222 & Fax: 2321-0 – 28170  
[Kp-oasis@otenet.gr](mailto:Kp-oasis@otenet.gr)

**Νομός Πέλλας**

**56. Κέντρο Πρόληψης της Χρήσης των Εξαρτησιογόνων Ουσιών Νομού Πέλλας** με διακριτικό τίτλο «ΟΡΑΜΑ» και έδρα την πόλη της Έδεσσας  
Φιλίππου 38–58200 Έδεσσα.  
Τηλ.: 2381-0 – 51174, 51175 & Fax: 2381-0-51189  
[Kp-orama@otenet.gr](mailto:Kp-orama@otenet.gr)  
[www.kporama.gr](http://www.kporama.gr)

**Νομός Κιλκίς**

**57. Κέντρο Πρόληψης της Χρήσης των Εξαρτησιογόνων Ουσιών Νομού Κιλκίς** με διακριτικό τίτλο «ΝΗΡΕΑΣ» και έδρα την πόλη του Κιλκίς  
Βυζαντίου 10 – 61100 Κιλκίς.  
Τηλ.: 2341-0 – 75311 & Fax: 2341-0 – 75312  
[nireaskp@otenet.gr](mailto:nireaskp@otenet.gr)  
[www.nhreaskp.gr](http://www.nhreaskp.gr)

**Νομός Ημαθίας**

**58. Κέντρο Πρόληψης της Χρήσης των Εξαρτησιογόνων Ουσιών Νομού Ημαθίας** με διακριτικό τίτλο «ΠΡΟΣΒΑΣΗ» και έδρα την πόλη της Βέροιας  
Όλγανου 19 – 59100 Βέροια.  
Τηλ.: 2331-0 – 73125 & Fax: 2331-0-76125

[prosvasi@otenet.gr](mailto:prosvasi@otenet.gr)

Νομός Αττικής (Αιγάλεω, Αγία Βαρβάρα, Χαϊδάρι)

**59. Κέντρο Πρόληψης Εξάρτησης**

Αγωγής Υγείας Δήμων Αγίας Βαρβάρας, Αιγάλεω, Χαϊδαρίου με διακριτικό τίτλο «ΑΡ ΗΞΙΣ» και έδρα το Δήμο Αιγάλεω

Σμύρνης 28 (2<sup>ος</sup> όροφος) – 12242 Αιγάλεω.

Τηλ. & Fax: 210 – 5313243

[kp.arixis@yahoo.gr](mailto:kp.arixis@yahoo.gr)

Νομός Αττικής (Κηφισιά)

**60. Κέντρο Πρόληψης Χρήσης Εξαρτησιογόνων Ουσιών, Δήμου Κηφισιάς** με διακριτικό τίτλο «ΠΡΟΝΟΗ» και έδρα το Δήμο Κηφισιάς

Πάρου 2 κ Χρήστου Λαδά, 14562 Κηφισιά

Τηλ. & Fax: 210 – 8082673

[Pronoi@otenet.gr](mailto:Pronoi@otenet.gr)

Νομός Αττικής (Αχαρνές)

**61. Κέντρο Πρόληψης της Χρήσης των Εξαρτησιογόνων Ουσιών, Δήμου Αχαρνών** με διακριτικό τίτλο «ΔΙΕΞΟΔΟΣ» και έδρα το Δήμο Αχαρνών

Πλατεία Αγίου Νικολάου 3, 13671 Αχαρνές

Τηλ.: 210 – 2403182 & Fax: 210 – 2409016

[diexod@otenet.gr](mailto:diexod@otenet.gr)

Νομός Αττικής (Ηλιούπολη, Ύμηττος)

**62. Κέντρο Πρόληψης της Χρήσης Εξαρτησιογόνων Ουσιών Διαδημοτική Εταιρεία Δήμων Ηλιούπολης – Ύμηττού** με έδρα το Δήμο Ηλιούπολης

Κρήτης 2 & Πάρου 18, 16310 Ηλιούπολη

Τηλ.: 210 – 9949890 & Fax: 210 – 9949891

[kpilym@hol.gr](mailto:kpilym@hol.gr)

Νομός Αργολίδας

**63. Κέντρο Ενημέρωσης Ευαισθητοποίησης Πρόληψης Εξαρτησιογόνων Ουσιών** με διακριτικό τίτλο «ΕΛΠΙΔΑ ΖΩΗΣ» Νομού Αργολίδας

Μακαρίου 8, 21200 Άργος

Τηλ.: 27510-61265 & Fax: 27510-61265

[elpidazo@otenet.gr](mailto:elpidazo@otenet.gr)

Νομός Λακωνίας

**64. Κέντρο Πρόληψης της Χρήσης Εξαρτησιογόνων Ουσιών Ν. Λακωνίας** με έδρα την πόλη της Σπάρτης

Αρχιδάμου 151, 23100 Σπάρτη

Τηλ.: 27310-23440 & Fax: 27310-23480

[kprolip@otenet.gr](mailto:kprolip@otenet.gr)

Δήμος Ηρακλείου Κρήτης

**65. Κέντρο Πρόληψης της Χρήσης Εξαρτησιογόνων Ουσιών** με διακριτικό τίτλο «Κ.Ε.Σ .Α.Ν.» και έδρα την πόλη του Ηρακλείου

Μίνωος 8 & Μιχαήλ Αρχαγγέλου, Θέρισος 71304 Ηράκλειο Κρήτης

Τηλ.: 281 – 0 – 253190, 313222 & Fax: 281 – 0-253190



[kesan@her.forthnet.gr](mailto:kesan@her.forthnet.gr)  
[www.kesan.gr](http://www.kesan.gr)

**Νομός Αττικής (Ιλιον, Πετρούπολη, Καματερό, Αγ. Ανάργυροι)**

**66. Κέντρο Πρόληψης της Χρήσης των Εξαρτησιογόνων Ουσιών Δήμων Ιλίου, Πετρούπολης, Καματερού, Αγίων Αναργύρων** με διακριτικό τίτλο «ΦΑΕΘΩΝ» και έδρα το Δήμο Ιλίου

Αγ. Νικολάου 21 & Εφύρας, 13123 Ιλιον  
Τηλ.: 210-2690011, & Fax: 210 – 2693337  
[Faethon2@otenet.gr](mailto:Faethon2@otenet.gr)

**Νομός Λέσβου (Λήμνος)**

**67. Κέντρο Πρόληψης της Χρήσης των Εξαρτησιογόνων Ουσιών** με διακριτικό τίτλο «ΠΟΛΙΟΧΝΗ» και έδρα το Δήμο Μύρινας Λήμνου

Λεωφόρος Δημοκρατίας 27, 81400 Μύρινα Λήμνου  
Τηλ.: 22540-22751 & Fax: 22540 – 22673  
[polioxni@hotmail.com](mailto:polioxni@hotmail.com)

**Νομός Ευρυτανίας**

**68. Κέντρο Πρόληψης της Χρήσης των Εξαρτησιογόνων Ουσιών Νομού Ευρυτανίας** με διακριτικό τίτλο «ΑΛΚΥΟΝΗ» και έδρα την πόλη του Καρπενησίου

Αγγέλων 1, 36100 Καρπενήσι  
Τηλ.: 22370-22904 & Fax: 22370 – 22907  
[kpalkion@otenet.gr](mailto:kpalkion@otenet.gr)

**Νομός Αττικής (Νέα Σμύρνη, Αγ. Δημήτριος)**

**69. Κέντρο Πρόληψης από Εξαρτησιογόνες Ουσίες και της Προαγωγής της Υγείας των Δήμων Νέας Σμύρνης και Αγίου Δημητρίου** με διακριτικό τίτλο «ΗΛΙΟΣ» και έδρα το Δήμο της Ν. Σμύρνης

Αδριανουπόλεως 18, 17124 Ν. Σμύρνη  
Τηλ.: 210 – 9336031, 210-9336793 & Fax: 210 – 9336793  
[kpilios@otenet.gr](mailto:kpilios@otenet.gr)

**Νομός Αττικής (Νέα Ιωνία)**

**70. Κέντρο Πρόληψης της Χρήσης των Εξαρτησιογόνων Ουσιών, Νέας Ιωνίας** με διακριτικό τίτλο «ΙΡΙΔΑ» και έδρα το Δήμο της Νέας Ιωνίας.

Πριγκιπονήσων 4, 14231 Νέα Ιωνία Αττικής  
Τηλ.: 210 – 2715660, 210 – 2715379, 210 – 2798380 & Fax: 210 – 2715855  
[kpirida@yahoo.gr](mailto:kpirida@yahoo.gr)

**Νομός Φωκίδας**

**71. Κέντρο Πρόληψης της Χρήσης των Εξαρτησιογόνων Ουσιών, Νομού Φωκίδας** με διακριτικό τίτλο «Κ.Π.Χ.Ε.ΟΝΟΜΟΥ ΦΩΚΙΔΑΣ» και έδρα το Δήμο Άμφισσας

Αλέκου Ξηρού 16, 33100 Άμφισσα  
Τηλ.: 22650-23590, 22650-23837 & Fax: 22650-72441

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Andreasen NC. Symptoms, signs and diagnosis of schizophrenia. Lancet 1995
2. McGorry PD. The recognition and optimal management of early psychosis: an evidence-based reform. World Psychiat 2002
3. International Early Psychosis Association: <http://www.iepa.org.au/>.
4. Lewis G, David A, Andreasson S, et al. Schizophrenia and city life. Lancet 1998
5. Lewis SW, Owen MJ, Murray RM. Obstetric complication and schizophrenia: methodology and mechanisms. In: Schultz Sc, Tamminga CA, editors. Schizophrenia: A Scientific Focus. New York: Oxford University Press, 1998
6. Ουλής Π. Εγχειρίδιο Κλινικής Ψυχοπαθολογίας: σημεία, συμπτώματα, μηχανισμοί. Αθήνα, Ιατρικές Εκδόσεις ΒΗΤΑ, 2006
7. Σολδάτος Κ. Ψυχώσεις: Διάγνωση και Αντιμετώπιση. Έκδοση Ιατρικής Εταιρείας Αθηνών, Αθήνα, 2001
8. [http://www.psych.org/psych\\_pract/treatg/pg/SchizPG-Complete-Feb04.pdf](http://www.psych.org/psych_pract/treatg/pg/SchizPG-Complete-Feb04.pdf)
9. Λιάππας Γ. Ναρκωτικά – εθιστικές ουσίες: κλινικά προβλήματα, αντιμετώπιση. Πατάκης, Αθήνα, 1992
10. Μαλλιώρα Μ. Οδηγός αξιολόγησης παρεμβάσεων για την πρόληψη χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών. Αθήνα, ΕΠΨΗ – ΟΚΑΝΑ, 1999
11. Ε.Π.ΨΥ – ΟΚΑΝΑ Στοιχεία για τις εξαρτησιογόνες ουσίες. Εκδόσεις Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής. Αθήνα, 2003
12. Κουτσελίνης Α. Εξαρτησιογόνες ουσίες: ναρκωτικά, φαρμακολογία, τοξικολογία, το πρόβλημα και η αντιμετώπισή του. Εκδόσεις Παρισιάνος, 2002
13. Λιάππας Γ. Ναρκωτικά εθιστικές ουσίες, κλινικά προβλήματα, αντιμετώπιση. Εκδόσεις Πατάκης, Αθήνα, 1992
14. Ακριβούδη Σ. LSD και νεότερα συνθετικά παραισθησιογόνα. Πρακτικά 1<sup>ου</sup> Πανελληνίου Συνεδρίου Μελέτης Τοξικομανιογόνων Ουσιών. Θεσσαλονίκη, 1998
15. Γκιουζέπας Ι. Εξαρτήσεις από ψυχοδραστικές ουσίες. Εκδόσεις Μαστορίδη, Αθήνα, 1998
16. Μαλλιώρα Μ. Λεξικό αναφερόμενο στο αλκοόλ και άλλες ψυχοδραστικές ουσίες. Ιατρικές Εκδόσεις ΒΗΤΑ, ΟΚΑΝΑ – ΠΟΥ, Αθήνα, 2002
17. Αναστασίου Ε. Η χρήση των οπιοειδών αναλγητικών στην ΜΕΘ. Πρακτικά 1<sup>ου</sup> Πανελληνίου Συνεδρίου Μελέτης Τοξικομανιογόνων Ουσιών. Θεσσαλονίκη, 1998
18. Μαδιανός Μ. Κλινική Ψυχιατρική. Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα, 2004
19. Schatzberg AF, Nemeroff CB. Textbook of psychopharmacology. 3<sup>rd</sup> ed. American Psychiatric Publ, Washington, DC, 2004
20. Δαρδαβέσης Θ. Η Τοξικομανία στην Ελλάδα. Πρακτικά 1<sup>ου</sup> Πανελληνίου Συνεδρίου Μελέτης Τοξικομανιογόνων Ουσιών. Θεσσαλονίκη, 1998
21. Δρακογιάννης Ι. Ιεροδιακόνου Χ. Σωματική απεξάρτηση από οπιοειδή με κλονιδίνη. Πρακτικά 1<sup>ου</sup> Πανελληνίου Συνεδρίου Μελέτης Τοξικομανιογόνων Ουσιών. Θεσσαλονίκη, 1998
22. Δαρδαβέσης Θ. Οι ηλικίες έναρξης χρήσης ουσιών και είδη χρησιμοποιούμενων τοξικομανιογόνων ουσιών. Πρακτικά 1<sup>ου</sup> Πανελληνίου Συνεδρίου Μελέτης Τοξικομανιογόνων Ουσιών. Θεσσαλονίκη, 1998



23. Παπαγεωργίου Γ. Αλκοολισμός – Εξαρτήσεις στη ζωή μας. 2<sup>η</sup> Έκδοση, Εκδόσεις Παρισιάνος, Αθήνα, 2003
24. Μαρσέλος Μ. Ηρωίνη – Εξαρτησιογόνες Ουσίες. Εκδόσεις Τυπωθήτω, Αθήνα, 1999
25. [www.inout.gr](http://www.inout.gr)
26. KaplanandSadock's. Εγχειρίδιο Κλινικής Ψυχιατρικής. Τρίτη Έκδοση, Εκδόσεις Παρισιάνος, Αθήνα, 2004
27. Harvard Review of Psychiatry. Volume 12, Number 6. July-August 2005
28. Ουλής Π. Στοιχεία Ψυχιατρικής Σημειολογίας. Ιατρικές Εκδόσεις Ζεβελεκάκη, Αθήνα, 1997
29. Sims A. Symptoms in the mind. 3<sup>rd</sup> ed. Edinburgh, Saunders Elsevier, 2003
30. American Psychiatric Assosiation Practice guideline for the treatment of patients with bipolar disorder. Am J Psychiatry, 2002
31. Kleber HD. Pharmacologic treatments for heroin and cocaine dependence. Am J Addict, 2003, Review
32. GossopM. GrantM. Κατάχρηση ουσιών-Πρόληψη και έλεγχος. Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα, 1999
33. [www.emcdda.europa.eu](http://www.emcdda.europa.eu)
34. [www.google.gr/healthnews](http://www.google.gr/healthnews)
35. Papazisis G., Katsigiannopoulos K., Nikolaou K., Theodorides N., Kefalas A., Papadopoulos V., Rogotis C., Kesidis G. Minorities in a detoxification until in Greece: I. Socio-demographic characteristics. European Psychiatry, 2007
36. Χουρδάκης Κ. Τοξικολογία του ανθρώπου. 2<sup>η</sup> Έκδοση, Εκδόσεις Universitystydiopress, Θεσσαλονίκη, 2004
37. [www.medlook.com](http://www.medlook.com)
38. Μαλλιώρα Μ. Ετήσια έκθεση για την καταπολέμηση του προβλήματος των ναρκωτικών σε διεθνές και εθνικό επίπεδο. Αθήνα, ΟΚΑΝΑ, 1999
39. Κυστάλλης Α. Τοξικομανία: Παράγοντες εκδηλώσεως και αναστολής. Διδακτορική Διατριβή. Αθήνα 1990
40. SadockBJ., SadockVA. Εγχειρίδιο Κλινικής Ψυχιατρικής. Τρίτη Έκδοση. Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνου ΑΕ, Αθήνα, 2004
41. [www.okana.gr/node/19](http://www.okana.gr/node/19)
42. Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά και την Τοξικομανία. Ετήσιες εκθέσεις για την κατάσταση των ναρκωτικών στην Ελλάδα για τα έτη 1999-2005. ([www.ektepn.gr](http://www.ektepn.gr))
43. Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης των Ναρκωτικών και της Τοξικομανίας (EMCD-DA). Ετήσιες εκθέσεις για την κατάσταση των ναρκωτικών στα κράτη-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης για τα έτη 2000-2005. (<http://www.emcdda.eu.int>)
44. ICD-10 (Ταξινόμηση Ψυχικών Διαταραχών και Διαταραχών Συμπεριφοράς). Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, Απόδοση στα Ελληνικά:Στεφάνης Κ., Σολδάτος Κ., Μαυρέας Β. Ιατρικές Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα, 1993
45. [www.psych-gr/index.php?options=com\\_content&view](http://www.psych-gr/index.php?options=com_content&view)

46. Διακογιάννης Ι., Ιεροδιακόνου Χ. Σωματική απεξάρτηση από Βενζοδιαζεπίνες. Πρακτικά 1<sup>ου</sup> Πανελληνίου Συνεδρίου Μελέτης Τοξικομανιογόνων Ουσιών, Θεσσαλονίκη, 1998
47. Ζαραλίδου Α. 10<sup>ο</sup> Μετεκπαιδευτικό Σεμινάριο Αναισθησιολογίας και Εντατικής Θεραπείας. Εκδόσεις Μαυρογένης ΑΕ, Αθήνα, 2005
48. Darke S., Hall W. Heroin overdose: research and evidence – based intervention. J Urban Health, 2003, Review
49. Ποταμιανός Γ. Νόμιμες ουσίες εξάρτησης, αλκοόλ. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα, 1996
50. Πιπερόπουλος Γ. Αλκοολισμός και Ναρκωτικά. Αιώνιες μάστιγες της ανθρωπότητας. Διδακτορική διατριβή, Αθήνα, 2005
51. Μαδιανός Μ. Κοινωνία και ψυχική υγεία: Εισαγωγή στην Κοινωνική Ψυχιατρική, Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα, 2009
52. Τομαράς Β., Μαυρέας Β. Σχιζοφρένεια και οικογένεια. Ο ρόλος της οικογένειας στη πορεία και τη θεραπεία της σχιζοφρένειας. Ιατρική, 1999
53. Ward M. The nursing process in Psychiatry. Churchill Livingstone, 2000
54. Ζαφειρίδης Φ. Πρόληψη των Ναρκωτικών. Οι αθέατες όψεις του προβλήματος. Περιοδικό Ιατρικά Θέματα, Τόμος 1, Τεύχος 4, 1998
55. Μάτσα Κ. Ο τοξικομανής και η οικογένεια του. Διδακτορική διατριβή, 2002
56. Μυζάκη Α. Σωματικά νοσήματα και προβλήματα αντιμετώπισής τους σε μια θεραπευτική κοινότητα. Πρακτικά 1<sup>ου</sup> Πανελληνίου Συνεδρίου Μελέτης Τοξικομανιογόνων ουσιών, Θεσσαλονίκη, 1998
57. Παπαγεωργίου-Βασιλοπούλου Α. Κοινωνική Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας. Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα, 2005
58. Λυρατζόπουλος Ν., Ρωμανίδης Κ., Τριανταφυλλίδης Κ., Μανωλάς Κ. Η σημασία της αρχικής νοσηλείας σε Μ.Ε.Θ. Ασθενών με δηλητηρίαση από φαρμακοτοξικές ουσίες. Πρακτικά 1<sup>ου</sup> Πανελληνίου Συνεδρίου Μελέτης Τοξικομανιογόνων Ουσιών, Θεσσαλονίκη, 1998
59. Μάτσα Κ., Παπάδη Μ., Σφηκάκη Μ. Πρόληψη της τοξικομανίας. Η απομυθοποίηση ενός φαινομένου. 2<sup>ο</sup> Συνέδριο Προληπτικής Ψυχιατρικής, Αθήνα, 1995



