

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΘΕΜΑ:

« Ψύχωση και έξη: η παράλληλη διαδρομή της τοξικομανίας, η νοσηλευτική συμβολή στα κλειστά θεραπευτικά προγράμματα »



Εισηγήτρια
Σαμαρτζή Κυριακή
Καθηγήτρια

Επιμέλεια
Μακρή Ροδάνθη
Παππά Αναστασία
Φοιτήτριες

Πάτρα 2013

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Αντί προλόγου.....	4
Εισαγωγή.....	6

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

Ψύχωση

1.1 Τι είναι ψύχωση.....	9
1.2 Κλινική εικόνα και φυσική πορεία.....	10
1.3 Σημεία και συμπτώματα.....	11
1.3.1 Είδος και περιεχόμενο των συμπτωμάτων.....	12
1.3.2 Χρονικά και αιτιολογικά συμπτώματα.....	12
1.4 Κλινικές μορφές ψυχώσεων.....	13
1.5 Επιδημιολογία.....	14
1.5.1 Πόσο συχνές είναι οι ψυχωτικές διαταραχές.....	14
1.6 Πρόληψη.....	15
1.7 Θεραπεία.....	16
1.8 Φαρμακευτική αγωγή.....	17
1.9 Αντιψυχωσικά φάρμακα.....	18
1.9.1 Άτυπα αντιψυχωσικά.....	20
1.10 Ψυχοθεραπεία.....	21
1.10.1 Θεραπευτική προσαρμογή και μέριμνα περιστάσεων.....	21

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

Εξάρτηση

2.1 Εισαγωγικά σημεία.....	24
2.2 Ορισμοί.....	25
2.3 Σύνδρομο εξάρτησης.....	28
2.3.1 Οδηγίες για τη διάγνωση της εξάρτησης.....	29
2.4 Επιδημιολογία.....	31
2.5 Ταξινόμηση ψυχοδραστικών ουσιών.....	34
2.6 Προβλήματα υγείας.....	41
2.6.1 Εύρος και σοβαρότητα των προβλημάτων που σχετίζονται με τα ναρκωτικά....	41
2.6.2 Προβλήματα υγείας που σχετίζονται με συγκεκριμένα ναρκωτικά.....	42
2.6.3 Οργανικές ψυχικές διαταραχές λόγω χρήσης ψυχοδραστικών ουσιών.....	45
2.7 Αιτιοπαθογένεια.....	48
2.8 Νομοθετικό πλαίσιο.....	50

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

Διπλή διάγνωση

3.1	Εισαγωγικά σημεία.....	52
3.2	Ορισμός.....	52
3.3	Επιδημιολογία.....	53
3.3.1	Ελληνική πραγματικότητα.....	55
3.4	Χαρακτηριστικά των ασθενών με διπλή διάγνωση.....	57
3.5	Αιτιοπαθογένεια.....	58
3.6	Διάγνωση.....	60

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

Θεραπευτικές μέθοδοι

4.1	Θεραπευτική αντιμετώπιση.....	62
4.2	Θεραπευτικές δομές.....	63
4.2.1	Διαδοχική θεραπεία.....	65
4.2.2	Παράλληλη θεραπεία.....	66
4.2.3	Ολοκληρωμένη θεραπεία.....	67
4.3	Εμπόδια και πραγματιστικές παρεμβάσεις.....	68
4.4	Θεραπευτικά προγράμματα.....	68
4.5	Θεραπεία υποκατάστασης.....	70
4.6	Ουσίες υποκατάστασης.....	71
4.7	Τα «στεγνά» προγράμματα και η σημασία της ψυχοθεραπευτικής διαδικασίας στην απεξάρτηση.....	73
4.7.1	18 Άνω.....	75
4.7.2	ΚΕΘΕΑ.....	77
4.7.3	ΟΚΑΝΑ.....	78

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

Νοσηλευτική παρέμβαση

5.1	Νοσηλευτική φροντίδα αρρώστων με οργανικές ψυχικές διαταραχές λόγω κατάχρησης ψυχοδραστικών ουσιών.....	80
5.2	Ο νοσηλευτής ως μέλος της ομάδας ψυχικής υγείας.....	81
5.3	Γενικές αρχές νοσηλευτικής φροντίδας και επικοινωνίας.....	82
5.4	Πρωτογενής πρόληψη και ο ρόλος του νοσηλευτή.....	83
5.4.1	Προώθηση υγιεινών τρόπων ζωής και προσαρμοστικών παραγόντων.....	84
5.4.2	Εκπαίδευση για τα ναρκωτικά.....	85
5.5	Δευτερογενής πρόληψη και ο ρόλος του νοσηλευτή.....	87
5.5.1	Αξιολογώντας τα προβλήματα.....	88
5.5.2	Έλεγχος για χρήση ναρκωτικών.....	89

5.5.3	Ομάδες υψηλού κινδύνου.....	91
5.6	Συνεξάρτηση και εμπλοκή της οικογένειας.....	94
5.7	Τριτογενής πρόληψη και ο ρόλος του νοσηλευτή.....	96
5.7.1	Αποτοξίνωση.....	96
5.7.2	Θεραπεία του εθισμού.....	97
5.8	Ο ρόλος του νοσηλευτή.....	100
5.9	Κριτήρια αξιολόγησης των αποτελεσμάτων των νοσηλευτικών παρεμβάσεων..	100
5.10	Νοσηλευτική διεργασία	101
	Επίλογος.....	105
	Περίληψη.....	109
	Summary.....	110
	Βιβλιογραφία.....	111

Αντί προλόγου

Η εργασία μας με θέμα: « Ψύχωση και έξη: η παράλληλη διαδρομή της τοξικομανίας, η νοσηλευτική συμβολή στα κλειστά θεραπευτικά προγράμματα », αφορά σε ένα ιδιαίτερος σημαντικό ζήτημα, το οποίο αγγίζει όλα τα επίπεδα της ζωής, όπως ατομικό, κοινωνικό ή πολιτικό και επιβάλλει ευαισθησία στη προσέγγιση και αυξημένη προσοχή στην ανάλυση και παρουσίαση. Η σκέψη αυτή μας επέβαλε να θέσουμε ως αφετηρία της τα λόγια κάποιων εξαρτημένων ατόμων.

Ινδική Κάνναβη

"Όταν θέλω να πάω να διασκεδάσω παίρνω και κανένα τσιγαράκι μαζί μου, τότε αισθάνομαι καλύτερα..."

"...ήταν σαν κάτι να συνέβη γύρω μου, όλα τα αισθανόμουνα διαφορετικά, ακόμα και τα γνωστά τραγούδια ακούγονταν αλλιώς στα αυτιά μου..."

"...είχα το ίδιο συναίσθημα που ένιωθα και όταν έπινα κανα-δυο ποτηράκια ουίσκι..."

"...το χασίς ήταν το ξεκίνημα..."

"...κάπνιζα επειδή κάπνιζαν και οι άλλοι στην παρέα, αλλιώς ούτε που καταλάβαινα τίποτα... ίσως μία ελαφριά ζάλη..."

Κοκαΐνη

"Μπορούσα να μιλάω ώρες ολόκληρες, αισθανόμουν πολύ μεγάλος, όλοι οι άλλοι καθόντουσαν και με άκουγαν..."

"Ήταν ο μόνος τρόπος να αντέξω την κούραση...μπορούσα να παίζω όλο το βράδυ χωρίς να σταματήσω..."

Ψυχοδιεγερτικά/Παραισθησιογόνα

"Άρχισα να παίρνω LSD όταν δεν μπορούσα να βρω χασίς...Μία ώρα μετά άρχισε η δράση, είχα το συναίσθημα ότι μέσα μου γίνονται μικρές εκρήξεις, η μουσική έπαιρνε διάφορα χρώματα, άρχισα να γελάω με τα παραμορφωμένα πρόσωπα των φίλων μου, όσο πιο παράξενα με κοίταζαν, τόσο πιο πολύ γέλαγα..."

"Καθόμουν σε ένα παγκάκι όταν είδα τα πόδια μου να σηκώνονται και να περπατάνε μόνα τους, σηκώθηκα και εγώ να τα προλάβω..."

"Μπορεί κανείς να κάνει ό,τι θέλει, να ακούει τα χρώματα, να βλέπει τη μουσική, να γελάει, να χορεύει, να σκέπτεται ό,τι θέλει, ό,τι του κάνει κέφι..."

"Μία περιεργή κατάσταση, μεταξύ ζωής και θανάτου, είχα το φόβο ότι χάνω τον ίδιο μου τον εαυτό..."

"Όταν έμαθα ότι η Μ. έκοψε τις φλέβες της, τότε μόνο κατάλαβα ότι, ό,τι κάναμε δεν ήταν και τόσο αστείο..."

Οπιοειδή

"Ένας συνάνθρωπος μας ο οποίος δεν είναι σε θέση να τα βγάλει πέρα με την πραγματικότητα. Κάποιος που περιφέρεται άσκοπα και θέτει απαιτήσεις στον κόσμο του, κάποιος ο οποίος δεν έχει καταλάβει ότι για να πάρει κάτι, πρέπει να κάνει κάτι γι'αυτό... Κάποιος που όταν κάτι δε του ταριιάζει θεωρεί πάντα τους άλλους ένοχους γι'αυτό και ποτέ τον ίδιο του τον εαυτό, κάποιος που δεν έρχεται ποτέ στην ιδέα ότι θα έπρεπε ο ίδιος να αλλάξει κάτι, αλλά πιστεύει ότι είναι πάντα οι άλλοι, η κοινωνία και οι δύσκολες καταστάσεις που φταίνε. Όταν αισθανθεί τη μιζέρια της εξάρτησης του, τότε αρχίζει ο φαύλος κύκλος: εξαρτημένος σημαίνει γι'αυτόν για πάντα καταδικασμένος... στην εξάρτηση αυτού του είδους δεν μπορεί να αντισταθεί κανείς... το πιστεύω του είναι: είμαι μια χαμένη περίπτωση... με αυτή την ταμπέλα στο στήθος περιφέρονται ένα πλήθος εξαρτημένοι γύρω μας, γυρολογώντας την ύπαρξη τους... επειδή έτσι και αλλιώς δεν υπάρχει ελπίδα γι'αυτούς, δε χρειάζεται να κάνουν και τίποτα για να ξεφύγουν από το τέλμα στο οποίο ξαφνικά βρέθηκαν... μια και η αποτυχία είναι προδιαγραμμένη, δεν αξίζει τον κόπο, ούτε η παραμικρή προσπάθεια..."¹

*Λυπάμαι όλους εκείνους που νόμισαν ότι θα ζήσουν το όνειρο
στον φεύτικο κόσμο των ναρκωτικών.
Ολόθερμη ευχή για γρήγορη επανένταξη*

Εισαγωγή

Η ψυχική υγεία αποτελεί θεμελιώδες μέρος της συνθήκης υγείας του ανθρώπου και περιλαμβάνει τη συναισθηματική και ψυχολογική ευεξία. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας έχει αναγνωρίσει τη σπουδαιότητα της ψυχικής υγείας από την ίδρυση του, και αυτό αντικατοπτρίζεται στον ορισμό της υγείας που υπάρχει στο καταστατικό του, και ο οποίος αναφέρει ότι η υγεία δεν είναι “ απλώς η απουσία νόσου ή ασθένειας”, αλλά, “μία κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας”. Η σωματική, ψυχολογική και πνευματική υγεία δεν είναι σταθερό καταφύγιο απόλυτης ασφάλειας, αλλά ένα πεδίο καθημερινή μάχη κατά την οποία η ύπαρξή μας τίθεται διαρκώς σε κίνδυνο.

Σε αντίθεση, η ψυχική νόσος αποτελεί ένα σύνθετο πρόβλημα που μελετάται σε διάφορα επίπεδα και από διάφορες οπτικές γωνίες: την ιατρική, στατιστική, προσωπική, διαπροσωπική, κοινωνική και πολιτιστική.² Η ψυχική αρρώστια είναι ένα σύνολο υποκειμενικών συμπτωμάτων που περιορίζουν σημαντικά τη λειτουργία της σκέψης, της αντίληψης, του συναισθήματος και της βούλησης. Τα συμπτώματα αυτά έχουν συνήθως αναγνωρίσιμη έναρξη μετά από περίοδο φυσιολογικής ζωής και επηρεάζουν σημαντικά τη συμπεριφορά του ατόμου και τις σχέσεις του με το περιβάλλον.³

Επιπροσθέτως, ένας άλλος παράγοντας που επηρεάζει τη συμπεριφορά του ατόμου και τις σχέσεις του με το περιβάλλον είναι η χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών. Η χρήση διαφόρων ουσιών που αλλοιώνει τη συνείδηση ή τη διάθεση του ατόμου έχει παρατηρηθεί από την αρχή της ανθρωπότητας παγκοσμίως, σύμφωνα με ανθρωπολογικές μελέτες. Γνωρίζουμε ότι η χρήση ουσιών ήταν μέρος πολλών θρησκευτικών και πνευματικών τελετουργιών. Στην αρχαιότητα η Πυθία και άλλα μαντεία εισέπνεαν δάφνες ως μέρος της τελετουργίας για να φτάσουν στο ζητούμενο σημείο trance. Παρόμοια χρήση έχει παρατηρηθεί και σε άλλους πολιτισμούς π.χ. οι Ινδιάνοι της Νοτίου Αμερικής χρησιμοποιούσαν το peyote για θρησκευτικές τελετές.⁴

Το βασικό ερώτημα που έχει τεθεί είναι αν το τοξικοεξαρτημένο άτομο είναι ένα « άρρωστο άτομο » ή ένας παραβάτης του νόμου « περί ναρκωτικών» που προέρχεται από τη συμπεριφορά του και μόνο. Αν είναι παραβάτης του νόμου τότε η « θεραπεία » του είναι ο εγκλεισμός του στη φυλακή προς « σωφρονισμό ». Αν είναι ένα άρρωστο

άτομο, τότε πρέπει να θεραπεύεται στο πλαίσιο της βιοψυχοκοινωνικής αποκατάστασης. Τότε προκύπτει το δίλλημα « ιατρικοποίηση » του προβλήματος και η αντιμετώπιση του με φαρμακευτικές μεθόδους ή ψυχοκοινωνική θεραπευτική παρέμβαση.⁵

Ο χρήστης ουσιών στην αρχή και κατά τη διάρκεια του εθισμού μπαίνει ταυτόχρονα σε μία διαδικασία στην οποία αλλάζει αναγκαστικά και η συμπεριφορά του, τα συναισθήματα του και ο τρόπος σκέψης του.⁶ Ο εξαρτημένος συχνά, βρίσκεται να είναι πιο αποστασιοποιημένος, να αποφεύγει να αντιμετωπίσει δύσκολες αλλά και απλές καταστάσεις, να έχει ευμετάβλητη διάθεση, μεταβολές στη διάρκεια του ύπνου ή και της λήψης τροφής, ενώ συχνά παρουσιάζει συμπτώματα που εύκολα θα μπορούσαν να χαρακτηριστούν σαν ψυχιατρικά, όπως η διέγερση, η επιθετικότητα, το αίσθημα μεγαλείου, οι αναφερόμενες παραισθήσεις, η κατάθλιψη κ.α.

Η ίδια η ασθένεια του εθισμού λοιπόν, δημιουργεί μια συγκεχυμένη εικόνα που θα μπορούσε να παραπέμψει σε διάφορες ψυχιατρικές παθήσεις ακόμα και τον κλινικό επιστήμονα (ψυχίατρο, ψυχολόγο, νοσηλεύτη), πόσω δε μάλλον την οικογένεια και το ευρύτερο περιβάλλον του εξαρτημένου. Η εξέταση της περίπτωσης της διπλής διάγνωσης συνεπώς αποτελεί ένα ιδιαίτερα σημαντικό αλλά και ευαίσθητο κομμάτι της θεραπείας.⁷

Η συνύπαρξη ψυχικής διαταραχής και χρήσης ουσιών, η οποία ονομάζεται κοινώς συννοσηρότητα ή διπλή διάγνωση, δεν αποτελεί νέο φαινόμενο. Ωστόσο, τα τελευταία χρόνια κέρδισε έδαφος στις συζητήσεις σε πολιτικό επίπεδο όσο και επιστημονικό, καθώς έγινε προφανές ότι αφορά μεγάλο και πιθανώς διογκούμενο αριθμό ατόμων.⁸

Είναι σημαντικό για τους επαγγελματίες υγείας και τους νοσηλευτές, να αναγνωρίζουν τις ρίζες των διαφόρων προβλημάτων υγείας και να σχεδιάζουν δράσεις οι οποίες είναι ρεαλιστικές, μη επικριτικές, ολιστικές και θετικές. Για να αναπτυχθεί μια θεραπευτική προσέγγιση, ο νοσηλεύτης πρέπει να συνειδητοποιήσει ότι οποιοδήποτε φάρμακο μπορεί να γίνει αντικείμενο κατάχρησης, ότι ο καθένας μπορεί να αναπτύξει εξάρτηση από κάποιο φάρμακο και ότι ο εθισμός μπορεί να αντιμετωπιστεί με επιτυχία.⁹

Στα επόμενα κεφάλαια αναλύονται οι έννοιες της ψύχωσης, της εξάρτησης, της διπλής διάγνωσης, οι θεραπευτικές μέθοδοι καθώς και η νοσηλευτική παρέμβαση. Πιο συγκεκριμένα, στο πρώτο κεφάλαιο αναλύεται η ψύχωση, η κλινική εικόνα και φυσική

πορεία, τα σημεία και τα συμπτώματα της ψύχωσης, το είδος και το περιεχόμενο των συμπτωμάτων, οι κλινικές μορφές, η επιδημιολογία, η πρόληψη και θεραπεία, η φαρμακευτική αγωγή, η ψυχοθεραπεία και η θεραπευτική προσαρμογή και μέριμνα περιστάσεων. Στο δεύτερο κεφάλαιο αναλύονται ορισμοί όπως ψυχοδραστική, χρήση, κατάχρηση, εξάρτηση κ.α., δίνονται οδηγίες για τη διάγνωση της εξάρτησης, η επιδημιολογία, η ταξινόμηση ψυχοδραστικών ουσιών, αναφέρονται τα προβλήματα υγείας, η αιτιοπαθογένεια και το νομοθετικό πλαίσιο. Στο τρίτο κεφάλαιο, υπάρχουν τα εισαγωγικά στοιχεία, ο ορισμός της διπλής διάγνωσης, η επιδημιολογία, η ελληνική πραγματικότητα, τα χαρακτηριστικά των ασθενών με διπλή διάγνωση, η αιτιοπαθογένεια και η διάγνωση.

Στο τέταρτο κεφάλαιο, που αφορά στις θεραπευτικές μεθόδους, βλέπουμε τη θεραπευτική αντιμετώπιση, τις θεραπευτικές δομές, τα εμπόδια και τις πραγματιστικές παρεμβάσεις, τα θεραπευτικά προγράμματα, τη θεραπεία υποκατάστασης, τις ουσίες υποκατάστασης, τα στεγνά προγράμματα και τη σημασία της ψυχοθεραπείας στη διαδικασία της απεξάρτησης. Τέλος, στο πέμπτο κεφάλαιο που αφορά στη νοσηλευτική παρέμβαση, αναφέρεται η νοσηλευτική φροντίδα των αρρώστων με οργανικές ψυχικές διαταραχές λόγω κατάχρησης ψυχοδραστικών ουσιών, ποιά είναι η θέση του νοσηλευτή ως μέλος της ομάδας ψυχικής υγείας, αναλύονται η πρωτογενής, δευτερογενής και τριτογενής πρόληψη, ο ρόλος του νοσηλευτή, τα κριτήρια αξιολόγησης των αποτελεσμάτων των νοσηλευτικών παρεμβάσεων και τέλος η νοσηλευτική διεργασία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1°

1.1 Τί είναι η ψύχωση

Σύμφωνα με τον Scasz, η ψυχική αρρώστια είναι ένας μύθος. Ένας μύθος που μεταμφιέζει και κάνει πιο εύληπτο το πικρό χάπι των ηθικών συγκρούσεων που προκύπτουν από τις διαπροσωπικές σχέσεις. Η ψύχωση λέει ο Laing, που εκπροσωπεί την νεοϋπαρξιστική σκέψη στον αντιψυχιατρικό χώρο, είναι η νόμιμη και η μόνη δυνατή άμυνα του ατόμου απέναντι σε ένα παράλογο και άδικο κόσμο, που υπονομεύει την ατομικότητα με τις αντιφατικές του απαιτήσεις.¹⁰

Πολλά εγχειρίδια ορίζουν την ψύχωση σαν μια μείζονα ψυχική διαταραχή στην οποία σκέψη, συναίσθημα, επικοινωνία και συμπεριφορά είναι τόσο σοβαρά διαταραγμένα, ώστε η ικανότητα του ατόμου να ανταπεξέρχεται στις απαιτήσεις της καθημερινής ζωής, παρακωλύεται σημαντικά. Τέτοιοι ορισμοί δίνουν έμφαση στην απώλεια της λειτουργικότητας.

Για πρακτικούς σκοπούς η ψύχωση μπορεί να ορισθεί ως η ανικανότητα διαχωρισμού ανάμεσα στο τί είναι πραγματικό και τί όχι, ακόμα και όταν οι αποδείξεις της πραγματικότητας είναι ξεκάθαρες. Βασικά το ψυχωτικό άτομο έχει διαταραγμένη την ικανότητα ελέγχου της πραγματικότητας. Η απώλεια της ικανότητας ελέγχου της πραγματικότητας είναι ουσιώδες στοιχείο της ψύχωσης.¹¹

Ο όρος «ψύχωση» εισήχθη το 1845 από τον Von Feuchtersleben με τη σημασία της «νοητικής διαταραχής» ή «τρέλας». Εκφράζει μια ποικιλία σοβαρών ψυχιατρικών διαταραχών, που χαρακτηρίζονται από διαταραχή της αντίληψης (ακουστικές, οπτικές, οσφρητικές, απτικές και γευστικές ψευδαισθήσεις), της διαδικασίας (ασυνέπεια, διαταραχή στη σύνδεση και τη ροή των σκέψεων, φυγή ιδεών) και του περιεχομένου της σκέψης (παραληρητικές ιδέες), με αποτέλεσμα την αλλοίωση της πραγματικότητας. Κατά συνέπεια ο ασθενής δυσκολεύεται να προσαρμοστεί στο περιβάλλον, να νιώσει αυθεντικά συναισθήματα προς άλλα πρόσωπα και να είναι λειτουργικός. Η συμπεριφορά του είναι παράξενη, αμυντική, αποδιοργανωμένη ή κατατονική. Δεν είναι εξακριβωμένοι οι αιτιολογικοί παράγοντες, αλλά φαίνεται πως είναι το αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης

γενετικών, βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων. Πιθανόν να κληρονομείται μια βιολογική ευαλωτότητα που, σε συνδυασμό με συγκεκριμένες ψυχοκοινωνικές πιέσεις, να οδηγεί στην εμφάνιση αυτών των διαταραχών. Οι ψυχωτικές διαταραχές συνήθως κάνουν την εμφάνισή τους στην εφηβεία και την πρώτη νεότητα. Φαίνεται ότι αυτές που έχουν οξεία εμφάνιση έχουν καλύτερη εξέλιξη από εκείνες, που αρχίζουν ύπουλα και προοδευτικά.¹² Αποτελεί σύμπτωμα μίας ποικιλίας διαταραχών που εκτείνονται από την υπερβολική δόση φαρμάκων έως τη μανιοκαταθλιπτική νόσο και τη σχιζοφρένεια.¹¹

1.2 Κλινική εικόνα και φυσική πορεία

Τα διαγνωστικά κριτήρια δείχνουν, πως, το ψυχωτικό σύνδρομο μπορεί να έχει ποικίλη κλινική εικόνα, 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.

Πρόδρομη φάση: Σε αυτή τη φάση παρατηρείται μια βαθμιαία αλλαγή στη διάθεσή και τη συμπεριφορά. Οι συγγενείς μπορεί να ανησυχίσουν διότι το άτομο απομακρύνεται από φίλους, παραμελούν την εργασία ή τις σπουδές τους, δεν φροντίζουν τον εαυτό τους, δεν κοιμούνται καλά το βράδυ. Όλα αυτά μπορεί να συμβαίνουν πριν από την πραγματική έναρξη της αρρώστιας αλλά είναι δύσκολο να συνειδητοποιήσουμε ότι κάτι δεν πάει καλά γιατί συχνά αυτές οι συμπεριφορές χαρακτηρίζουν την εφηβεία ή την πρώιμη ενήλικη ζωή.

Ενεργός ή οξεία φάση: Σε αυτή τη φάση εμφανίζονται συμπτώματα που δεν μπορούν να αγνοηθούν, όπως ψευδαισθήσεις και παραληρητικές ιδέες. Τα συμπτώματα της πρόδρομης φάσης επιδεινώνονται και τα άτομα νιώθουν ανησυχία. Μερικές φορές σε αυτή τη φάση ίσως χρειαστεί να παραμείνουν για λίγες ημέρες στο νοσοκομείο, για να γίνουν εξετάσεις και να λάβουν την κατάλληλη και αποτελεσματική θεραπεία.

Υπολειμματική φάση: Σε αυτή τη φάση η κατάσταση έχει σταθεροποιηθεί και τα συμπτώματα της οξείας φάσης έχουν υποχωρήσει. Ενδέχεται να παραμένουν τα αρνητικά συμπτώματα, όπως ο περιορισμός των κοινωνικών σχέσεων και η μειωμένη

ενεργητικότητα. Αυτή η φάση μπορεί να έχει διάρκεια ετών και να διακόπτεται από υποτροπές.¹³

1.3 Σημεία και συμπτώματα

Για να εντοπίσουμε τα σημεία και τα συμπτώματα είναι απαραίτητο να διαθέσουμε προσοχή και χρόνο. Αρχικά τα σημεία είναι αντικειμενικά παρατηρούμενες ενδείξεις διαταραχής όπως είναι η διέγερση, το κλάμα και η εμβροντησία και τα συμπτώματα είναι αυτά που βιώνει ο ίδιος ο ασθενής και αναφέρει όπως η ψευδαίσθηση, η παραληρητική ιδέα και η κατάθλιψη. Η διαφορά ανάμεσα σε μία ιδεοληψία και μία παραληρητική ιδέα ή ανάμεσα σε μία γνήσια ψευδαίσθηση και μία ψευδοψευδαίσθηση είναι πολλές φορές τόσο λεπτή ώστε ακόμα και έμπειροι ψυχίατροι μπορεί να κάνουν λάθος. Στις περιπτώσεις αυτές δεν είναι κακό να εξετάζουμε τα δεδομένα ή και τον άρρωστο ξανά και ξανά.³

Οι μείζονες ψυχιατρικές διαταραχές, ψυχωτικές καταστάσεις, σύνδρομο διαταραχής της διάθεσης, αγχώδεις καταστάσεις, χαρακτηρίζονται από μια ποικιλία συμπτωμάτων και σημείων. Θα μπορούσαμε να διακρίνουμε αυτά τα σημεία και συμπτώματα, σε ψυχωτικά, σε συμπτώματα διαταραχής της διάθεσης, μανιακά ή καταθλιπτικά και σε συμπτώματα άγχους.¹⁴

Τα ψυχωτικά συμπτώματα μπορούν να διακριθούν σε θετικά και αρνητικά. Τα θετικά περιλαμβάνουν τις παραληρητικές ιδέες, τις ψευδαισθήσεις, την αλλόκοτη συμπεριφορά, τη θετική τυπική διαταραχή της σκέψης και το απρόσφορο συναίσθημα. Τα δύο πρώτα ανιχνεύονται με ερωτήσεις, ενώ τα άλλα τρία με την παρατήρηση. Τα αρνητικά συμπτώματα (που μπορούν να συμβούν, όμως, και σε μη ψυχωτικές καταστάσεις, όπως π.χ. στην κατάθλιψη) περιλαμβάνουν την αλογία, την αμβλύτητα του συναισθήματος (συναισθηματική επιπέδωση), την έλλειψη κινητοποίησης (αβουλία/απάθεια), την ανηδονία και την υποπροσεξία. Τα δύο πρώτα ανιχνεύονται κυρίως με την παρατήρηση, τα επόμενα δύο με ερωτήσεις και το τελευταίο με την παρατήρηση.²

Τα μανιακά συμπτώματα περιλαμβάνουν την ευφορική διάθεση, την υπεραπασχόληση, την πιεστική ομιλία, τη φυγή ιδεών, την ελλάτωση της ανάγκης για

ύπνο, τη διόγκωση της αυτοεκτίμησης (που μπορεί να γίνει και παραληρητική), την εύκολη απόσπαση της προσοχής, τη μείωση της κριτικής ικανότητας. Τα καταθλιπτικά δε συμπεριλαμβάνουν τη δυσφορική διάθεση, την απώλεια της όρεξης ή/και του βάρους, την αϋπνία ή υπερυπνία, την ψυχοκινητική διέγερση ή επιβράδυνση, την εύκολη κόπωση, την απώλεια των ενδιαφερόντων και της ικανότητας για ευχαρίστηση, τη δυσκολία στη συγκέντρωση, τις νοσηρές ενασχολήσεις με ενοχή, αναξιότητα κτλ. (που μπορεί να γίνουν και παραληρητικές), τον αυτοκτονικό ιδεασμό, τη διακύμανση της διάθεσης στη διάρκεια της ημέρας. Τέλος, τα συμπτώματα άγχους περιλαμβάνουν τις προσβολές πανικού, το γενικευμένο άγχος, την αγοραφοβία, την κοινωνική φοβία, την απλή φοβία, τους ψυχαναγκασμούς και τους καταναγκασμούς.¹¹

1.3.1 Είδος και περιεχόμενο των συμπτωμάτων

Στην περιγραφική ψυχοπαθολογία διαχωρίζουμε το είδος ενός συμπτώματος από το περιεχόμενο του. Μια ψευδαίσθηση (αντίληψη χωρίς αντικείμενο) ή μια παραληρητική ιδέα (εξωπραγματική πεποίθηση) αποτελούν είδη συμπτωμάτων. Όταν μιλάμε για περιεχόμενο, εννοούμε το τι ακριβώς εκφράζεται (π.χ. οι φωνές που ακούει ο ασθενής του λένε ότι είναι δολοφόνος, οι παραληρητικές ιδέες που εκδηλώνει αναφέρονται σε υποτιθέμενη συνωμοσία σε βάρος του από τη CIA κλπ).¹⁵

1.3.2 Χρονικά και αιτιολογικά συμπτώματα

- Χρονικά συμπτώματα:(ποιό εμφανίζεται πρώτο και ποιο δεύτερο).
- Αιτιολογικά συμπτώματα:(ποιό αποτελεί την έκφραση της βασικής διαταραχής και ποιο εμφανίζεται ως αντίδραση στο προηγούμενο).

Όταν ένας άρρωστος ακούει φωνές που τον βρίζουν και συγχρόνως παρουσιάζει κατάθλιψη, πρέπει να προσδιορίσουμε αν προηγήθηκαν οι φωνές (ακουστικές ψευδαισθήσεις) και ακολούθησε η κατάθλιψη (ως αντίδραση στις ψευδαισθήσεις) ή, αντίθετα, αν προηγήθηκε η κατάθλιψη και ακολούθησαν οι φωνές (που στην περίπτωση αυτή θα πρέπει να είναι συμβατές με την κατάθλιψη, να έχουν δηλαδή καταθλιπτικό

περιεχόμενο ενοχής, αυτουποτίμησης, εξαμάρτησης κλπ). Πολλές φορές είναι δύσκολο να προσδιοριστεί ποιο σύμπτωμα είναι πρωτογενές και ποιο δευτερογενές.³

1.4 Κλινικές μορφές ψυχώσεων

Η ψύχωση του καθενός είναι διαφορετική και η πρόσβαση συγκεκριμένης ονομασίας ή χαρακτηρισμού στη ψυχωτική ασθένεια δεν είναι πάντοτε χρήσιμη στα αρχικά στάδια. Ωστόσο, σε αυτό το σημείο προβάλλει επιτακτική η ανάγκη να γίνει μια σύντομη αναφορά στους διαφορετικούς τύπους ψυχωτικής διαταραχής που, ανάλογα με την παρουσία ή την απουσία κάποιων από τα προαναφερθέντα συμπτώματα, μπορεί να καταστήσουν εφικτή τη διάγνωση (σύμφωνα με το DSM –IV και το ICD-10).¹⁶

Διακρίνουμε τις ακόλουθες κλινικές μορφές ψυχώσεων :

- Σχιζοφρένεια
- Σχιζοφρενικόμορφη διαταραχή
- Σχιζοσυναισθηματική διαταραχή
- Παραληρητική διαταραχή
- Βραχεία ψυχωτική διαταραχή
- Επινεμόμενη ψυχωτική διαταραχή (Folie á Deux)
- Ψυχωτική διαταραχή οφειλόμενη σε γενική σωματική κατάσταση
- Προκαλούμενη από ουσίες ψυχωτική διαταραχή
- Ψυχωτική διαταραχή μη προσδιοριζόμενη αλλιώς
- Οργανική ψύχωση (που συνοδεύει την εμφάνιση κάποιας σωματικής ασθένειας, όπως εγκεφαλικός τραυματισμός ή εκφυλιστική ασθένεια του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος).
- Σύντομη αντιδραστική ψύχωση (εξαιτίας κάποιου ιδιαίτερα αγχογόνου γεγονότος, όπως ο ξαφνικός θάνατος ενός συγγενικού προσώπου ή έντονη αλλαγή στον καθημερινό τρόπο ζωής).
- Διπολική διαταραχή (έντονη εναλλαγή μανίας και κατάθλιψης σε συνδυασμό με ψυχωτικά συμπτώματα).

- Ψυχωσική κατάθλιψη (απουσιάζει η μανιακή διαταραχή, αλλά υπάρχουν ψυχωσικά συμπτώματα, όπως ψευδαισθήσεις και παραληρηματικές ιδέες).¹⁷

1.5 Επιδημιολογία

Σύμφωνα με την Παγκόσμια Έκθεση για την Παγκόσμια Υγεία του Π.Ο.Υ. οι ψυχικές διαταραχές δεν είναι αποκλειστικότητα μιας πληθυσμιακής ομάδας. Οι ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές προσβάλλουν ανθρώπους σε όλες τις περιοχές, χώρες και κοινωνίες. Παρουσιάζονται σε γυναίκες και άνδρες σε όλες τις φάσεις της ζωής τους. Είναι παρούσες μεταξύ πλουσίων και φτωχών και μεταξύ όσων ζουν σε αστικές και αγροτικές περιοχές. Η ιδέα ότι οι ψυχικές διαταραχές είναι πρόβλημα των βιομηχανοποιημένων και σχετικά πλουσιότερων περιοχών του κόσμου είναι απλώς λανθασμένη. Το ίδιο ισχύει και για την πεποίθηση ότι οι αγροτικές κοινωνίες, που παραμένουν σχετικά ανεπηρέαστες από τους ρυθμούς της σύγχρονης ζωής, δεν έχουν ψυχικές διαταραχές.¹⁸

1.5.1 Πόσο συχνές είναι οι ψυχωτικές διαταραχές

Περίπου το 1% του πληθυσμού σε παγκόσμια βάση υποφέρει από ψυχωτικές διαταραχές. Αυτές οι διαταραχές πιο συχνά εμφανίζονται αρχικά όταν το άτομο είναι στο τέλος της εφηβείας του, στα 20 ή τα 30 του. Επηρεάζουν και τα δύο φύλα περίπου το ίδιο.¹⁹

‡ Φύλο

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 οιστρογόνα συστήματα θεωρούνται προστατευτικά πριν την εμμηνόπαυση.¹⁹

‡ Ηλικία

Ο καθένας μπορεί να προσβληθεί από αυτό το σύνδρομο. Η διαταραχή τείνει να εισβάλλει κατά τη νεαρή ενήλικη ζωή, ενώ είναι εξαιρετικά σπάνια πριν την εφηβεία. Η στενή σύνδεση ανάμεσα στο στάδιο της ζωής και της πιθανότητας ανάπτυξης του συνδρόμου πιθανότατα μαρτυρεί την ύπαρξη υποκείμενου νευρολογικού φαινομένου, όπως η ωρίμανση ορισμένων συνδέσεων με φυσιολογική ή παθολογική μυελίνωση.⁸

1.6 Πρόληψη

ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΕΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ Η ΕΓΚΑΙΡΗΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΩΝ ΨΥΧΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ.

Οι ψυχικές διαταραχές παρότι συχνά οφείλουν την εμφάνιση τους σε γενετικά, βιολογικά και κληρονομικά αίτια, μπορούν να προληφθούν ή ακόμη και να έχουν καλύτερη πρόγνωση αν ληφθούν υπόψη κάποιοι παράγοντες, κάποιες συνθήκες, κοινωνικές και ψυχολογικές που προάγουν την ψυχική υγεία. Τόσο από την κλινική παρατήρηση και την εμπειρία όσο και από μελέτες, φαίνεται πως διάφορες συνθήκες περιβαλλοντικές και κοινωνικές ενοχοποιούνται εξίσου για την εμφάνιση κάποιων ψυχικών διαταραχών. Φαίνεται λοιπόν πως αν κάποιο άτομο διακρίνεται για την: ανοιχτή, ευθύ και άμεση επικοινωνία με το οικείο περιβάλλον του, την ύπαρξη ενός δικτύου σχέσεων, (διακρίνεται από κοινωνική/επαγγελματική λειτουργικότητα), την ενημέρωση και την ανάληψη φροντίδας από τα πρώτα έστω και αθώα συμπτώματα, εξοικείωση με την έννοια των ψυχικών διαταραχών, κατάρριψη μύθων και προκαταλήψεων, εξοικείωση με τους επαγγελματίες και τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας, θα μπορέσει είτε να προστατευτεί από την εμφάνιση μιας ψυχικής διαταραχής είτε να αντιμετωπίσει και να θεραπευτεί με πιο έγκαιρο, άμεσο και αποτελεσματικό τρόπο. Ένα άτομο ενταγμένο κοινωνικά, με ένα επαρκές δίκτυο σχέσεων και με μια σχέση και ενημέρωση γύρω από τις ψυχικές διαταραχές, ακόμη και αν νοσήσει θα είναι σε θέση να

δεχθεί βοήθεια και να έχει καλύτερη πρόγνωση στην ασθένεια του. Άλλωστε και οι περισσότερες θεωρίες για τα αίτια των ψυχικών διαταραχών έχουν πια την τάση να συγκλίνουν στον πολυπαραγοντισμό, στην συνύπαρξη δηλαδή πολλών διαφορετικών παραγόντων που μπορούν να λειτουργούν ως αίτια. Γνωρίζουμε για παράδειγμα από μελέτες μονοζυγωτικών διδύμων ότι δεν νοσούν και οι δύο από σχιζοφρένεια αλλά ότι παρουσιάζουν ένα ποσοστό 45%. Επομένως δεν μπορούν να ενοχοποιηθούν μόνο το γενετικό υλικό που στην περίπτωση τους είναι 100% ίδιο. Η σύγχρονη τάση είναι να θεωρούνται ως αίτια ένας συνδυασμός γενετικού υλικού – προσωπικής ευαλωτότητας – περιβαλλοντικών συνθηκών. Αξίζει επομένως να στρέψουμε την προσοχή μας σε καταστάσεις, συνθήκες, τρόπους επικοινωνίας και ενημέρωσης που μπορούν να βοηθήσουν στην ανάπτυξη μιας υγιούς και δυνατής προσωπικότητας και να προστατέψουν από το «πλήγμα» μιας ενδεχόμενης ψυχικής διαταραχής.²⁰

Η καλή επικοινωνία είναι αυτή που θα διασφαλίσει και θα υποβοηθήσει την πρόληψη. Κάθε άνθρωπος διακρίνεται από την μοναδικότητα της προσωπικότητας του η οποία διαμορφώνεται από βιολογικούς, ψυχολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες. Το νευρικό σύστημα κάθε ανθρώπου καταγράφει, αποθηκεύει και συνθέτει τις εμπειρίες του κοινωνικού περιβάλλοντος και έτσι αναπτύσσεται ένα σύστημα βασικών σταθερών διαθέσεων, τάσεων, πεποιθήσεων, επιθυμιών, αξιών και σχημάτων προσαρμογής. Οι απότομες, περιέργες και αδικαιολόγητες αλλαγές της προσωπικότητας, θα πρέπει να προσελκύουν την προσοχή και να υπάρχει μέριμνα. Συχνά πολλές τέτοιες αλλαγές συνιστούν τα πρόδρομα συμπτώματα μια διαταραχής που αν αντιμετωπιστούν έγκαιρα με την κατάλληλη θεραπευτική προσέγγιση, μπορεί είτε να αποτραπεί η εμφάνιση της ασθένειας είτε να υπάρξει καλύτερη πρόγνωση.²⁰

1.7 Θεραπεία

Η θεραπεία της ψύχωσης εξαρτάται από την αιτία ή τη διάγνωση ή διαγνώσεις (όπως η σχιζοφρένεια, διπολική διαταραχή και / ή τοξίκωση από χρήση ναρκωτικών). Η θεραπεία πρώτης γραμμής για πολλές ψυχωσικές διαταραχές είναι τα αντιψυχωσικά

φάρμακα (από του στόματος ή ενδομυϊκή ένεση), ενώ αρκετές φορές ενδείκνυται η ενδονοσοκομειακή περίθαλψη του ασθενούς.

Υπάρχουν αυξανόμενες ενδείξεις ότι η γνωσιακή θεραπεία συμπεριφοράς και η οικογενειακή θεραπεία μπορεί να είναι αποτελεσματική στη διαχείριση των ψυχωσικών συμπτωμάτων. Όταν άλλες θεραπείες για την ψύχωση είναι αναποτελεσματικές, η ηλεκτροσπασμοθεραπεία (ECT) (γνωστός και ηλεκτροσόκ) είναι μερικές φορές αυτή που εφαρμόζεται για την ανακούφιση των υποκείμενων συμπτωμάτων.¹²

1.8 Φαρμακευτική αγωγή

Τα κύρια φάρμακα που χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία ψυχωτικών διαταραχών καλούνται αντιψυχωσικά. Αυτά τα φάρμακα, δε θεραπεύουν την ασθένεια αλλά είναι πολύ αποτελεσματικά στο χειρισμό και τη βελτίωση των συμπτωμάτων των ψυχωτικών διαταραχών, όπως οι παραληρητικές ιδέες, οι ψευδαισθήσεις και τα προβλήματα συμπεριφοράς. Τα αντιψυχωσικά περιλαμβάνουν αφενός την παλαιότερη γενεά φαρμάκων όπως η Αλοπεριδόλη ή η Θειοριδαζίνη τα οποία είναι γνωστά και ως τυπικά αντιψυχωσικά και βοηθούν στο να ελεγχθούν συμπτώματα όπως οι ψευδαισθήσεις, οι παραληρητικές ιδέες, η σύγχυση, η αποδιοργανωμένη σκέψη και ο λόγος· αφετέρου δε υπάρχει και η νεότερη γενεά αντιψυχωσικών φαρμάκων, τα οποία ονομάζονται και άτυπα, όπως η Ρισπεριδόνη, η Ολανζαπίνη, κ Κουετιαπίνη, η Ζιπρασιδόνη, η Κλοζαπίνη, η Σερτινδόλη, η Αριπιπραζόλη και η Παλιπεριδόνη.

Τα νεώτερα φάρμακα χρησιμοποιούνται πια κατ' επιλογή για τη θεραπεία διότι παρουσιάζουν λιγότερες και πιο ανεκτές παρενέργειες, βοηθούν στα συμπτώματα που στοχεύουν τα τυπικά αντιψυχωσικά και επιπλέον συμβάλλουν σε περιπτώσεις κοινωνικής απόσυρσης, αβουλησίας και συναισθηματικής επιπέδωσης. Τα φάρμακα αυτά, τέλος, μπορεί να προκαλέσουν αύξηση του σωματικού βάρους και ενοχοποιούνται για εμφάνιση σακχαρώδους διαβήτη και χοληστερόλης.¹³

1.9 Αντιψυχωσικά φάρμακα

Τα αντιψυχωσικά φάρμακα ή αλλιώς νευροληπτικά ή μείζονα ηρεμιστικά περιλαμβάνουν τα κλασικά και τα άτυπα αντιψυχωσικά. Στην πρώτη κατηγορία ανήκουν κυρίως τα παράγωγα της φαινοθειαζίνης που είναι τα αλειφατικά παράγωγα (χλωροπρομαζίνη, λεβομεπρομαζίνη), τα πιπεριδινικά και τα πιπεραζινικά (τριφθοριοπεραζίνη), τα παράγωγα της βουτυροφαινόνης (αλοπεριδόλη, πιπαμπερόνη), τα παράγωγα της διφαινυλοβουτυλοπιπεριδίνης (πιμοζίδη, πενφλουριδόλη), τα παράγωγα του θειοξανθενίου (ζουκλοπενθιζόλη) και οι υποσουλπριδίδη, τιαπρίδη.²¹ Στη δεύτερη κατηγορία περιλαμβάνονται τα άτυπα αντιψυχωσικά αμισουλπρίδη, αριπιπραζόλη, κλοζαπίνη, αλανζαπίνη, κουετιαπίνη, ρισπεριδόνη, ζιπρασιδόνη, σερτινδόλη και ζοτεπίνη.

Πιο πιθανός τρόπος δράσης θεωρείται ο αποκλεισμός των υποδοχέων D2 της ντοπαμίνης. Η ιδιότητα αυτή φαίνεται να συσχετίζεται θετικά με τη θεραπευτική τους αποτελεσματικότητα. Ωστόσο τα άτυπα αντιψυχωσικά δεσμεύουν σε μικρότερο βαθμό τους D2 υποδοχείς, αλλά δεσμεύουν ταυτόχρονα σε σημαντικό βαθμό τους υποδοχείς τύπου 2 της σεροτονίνης (5HT₂), σε αντίθεση με τα κλασικά αντιψυχωσικά. Ακόμη, η εμφάνιση εξωπυραμιδικών συμπτωμάτων και η αύξηση της προλακτίνης οφείλεται στην αντιντοπαμινεργική τους δράση. Επίσης τα αντιψυχωσικά αποκλείουν, σε άλλοτε άλλο βαθμό, τους αδρενεργικούς, χολινεργικούς, ισταμινεργικούς και άλλους σεροτονινεργικούς υποδοχείς, ιδιότητες που συνδέονται με ανεπιθύμητες ενέργειες, όπως ορθοστατική υπόταση, ταχυκαρδία, ξηροστομία, δυσκοιλιότητα κ.ά.²²

Τα αντιψυχωσικά έχουν την ίδια αντιψυχωσική ισχύ και το καθένα μπορεί να αντικατασταθεί με ισοδύναμες δόσεις άλλου φαρμάκου. Εξαιρέση αποτελούν η κλοζαπίνη, η οποία είναι δυνατόν να έχει μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα σε ανθεκτικές μορφές σχιζοφρένειας, καθώς και η προμαζίνη και η λεβομεπρομαζίνη, οι οποίες έχουν ασθενέστερη δράση και χορηγούνται ως συμπληρωματικά της κύριας αντιψυχωσικής αγωγής φάρμακα.

Η επιλογή του κατάλληλου φαρμάκου εξαρτάται από το αν είναι επιθυμητό μικρότερο ή μεγαλύτερο κατασταλτικό αποτέλεσμα, καθώς και από την ευαισθησία του ασθενούς στις εξωπυραμιδικές ανεπιθύμητες ενέργειες. Τα άτυπα, σε σύγκριση με τα κλασικά αντιψυχωσικά, μπορεί να είναι καλύτερα ανεκτά και τα εξωπυραμιδικά συμπτώματα να εμφανίζονται λιγότερο συχνά. Η απάντηση στη θεραπεία και η ανοχή στις ανεπιθύμητες ενέργειες διαφέρουν σημαντικά μεταξύ των ασθενών. Η χορήγηση περισσότερων του ενός αντιψυχωσικών στον ίδιο ασθενή πρέπει να αποφεύγεται, καθώς δεν έχει τεκμηριωθεί ότι οι ανεπιθύμητες ενέργειες περιορίζονται. Αντίθετα, αντιψυχωσικά που στο παρελθόν έχουν προκαλέσει έντονα εξωπυραμιδικά συμπτώματα πρέπει να αποφεύγονται ως πρώτη επιλογή. Για ειδικές κατηγορίες ασθενών, π.χ. ασθενείς με ιστορικό αποπειρών αυτοκαταστροφής, πρέπει να χορηγούνται αντιψυχωσικά που είναι περισσότερο ασφαλή.²³

Η ηρεμιστική κατασταλτική δράση των αντιψυχωσικών εμφανίζεται μία εβδομάδα πριν από την εμφάνιση των συμπτωμάτων, όπως οι παραληρητικές ιδέες και οι ψευδαισθήσεις. Συνεπώς η αύξηση της δόσης πριν από την παρέλευση αυτού του χρονικού διαστήματος πρέπει να αποφεύγεται, γιατί οδηγεί σε υπερδοσολογία, η οποία δεν προσφέρει καλύτερα αποτελέσματα και δημιουργεί κίνδυνο ανεπιθυμητών ενεργειών.¹⁹

Η κυριότερη ένδειξη είναι η σχιζοφρενική ψύχωση, άλλες ενδείξεις χορήγησης είναι μανία, οξύ ψυχωσικό επεισόδιο, παραληρητικές μορφές κατάθλιψης (με ταυτόχρονη χορήγηση αντικαταθλιπτικού), οργανικές ψυχώσεις (οφειλόμενες σε οργανική πάθηση). Λιγότερο αποτελεσματικά είναι στις χρόνιες παραληρητικές διαταραχές. Η συστηματική χορήγηση αντιψυχωσικών σε αγχώδεις διαταραχές ή ψυχοσωματικά νοσήματα πρέπει να αποφεύγεται, γιατί παρουσιάζουν περισσότερες ανεπιθύμητες ενέργειες από τα αγχολυτικά.¹⁰

Τα αντιψυχωσικά βελτιώνουν τις διαταραχές της σκέψης, της αντίληψης, του συναισθήματος, την υπερκινητική συμπεριφορά και επηρεάζουν θετικά την επανασύνδεση του σχιζοφρενούς με το περιβάλλον του. Η χορήγηση των αντιψυχωσικών επιτρέπει τον αποτελεσματικό έλεγχο των οξέων σχιζοφρενικών επεισοδίων και των υποτροπών της νόσου. Η μακροχρόνια χορήγηση των αντιψυχωσικών μετά την υποχώρηση των συμπτωμάτων, συχνά σε μειωμένες δόσεις συντήρησης, αποβλέπει στην

πρόληψη των υποτροπών που εμφανίζονται εβδομάδες ή και μήνες μετά τη διακοπή τους.¹⁰

1.9.1 Άτυπα αντιψυχωσικά

Τα άτυπα αντιψυχωσικά φάρμακα, αποκαλούμενα μερικές φορές "νέα" αντιψυχωσικά, ανήκουν σε μια ομάδα φαρμάκων που διαφέρουν χημικά από τα παλαιότερα φάρμακα που χρησιμοποιούνται για να αντιμετωπίσουμε την ψύχωση. Θεωρούνται άτυπα ή νέα επειδή έχουν διαφορετική δράση και διαφορετικές παρενέργειες από τα συμβατικά αντιψυχωσικά φάρμακα. Τα άτυπα αντιψυχωσικά φάρμακα μπορούν επίσης να είναι αποτελεσματικά σε μερικές περιπτώσεις που δεν αποδίδουν τα παλαιότερα φάρμακα.

Το κύριο πλεονέκτημα των άτυπων αντιψυχωσικών φαρμάκων στους ασθενείς με ψύχωση είναι η έλλειψη παρενεργειών τόσο από την κίνηση (τρόμος χεριών, δυσκαμψία), όσο και από το συναίσθημα (κατάθλιψη, έλλειψη ενδιαφέροντος). Η συμμόρφωση με την θεραπεία είναι σχετικά υψηλή και οι ασθενείς σπάνια χρειάζεται να επανεισαχθούν στο νοσοκομείο.¹⁹

Οι κύριες ενδείξεις των άτυπων αντιψυχωσικών φαρμάκων είναι η αντιμετώπιση συμπτωμάτων που συναντώνται σε ψυχωσικές διαταραχές (ψυχωσικό επεισόδιο, σχιζοφρένεια, βραχεία ψυχωσική διαταραχή, παράνοια κ.ά.). Τα δεύτερης γενιάς, άτυπα, αντιψυχωσικά φάρμακα που έχουν εγκριθεί για την αντιμετώπιση της ψύχωσης και της διπολικής διαταραχής χρησιμοποιούνται και σε άλλες καταστάσεις όπως η άνοια και η κατάθλιψη χωρίς όμως ισχυρά στοιχεία για την αποτελεσματικότητά τους. Επίσης έχουν χρησιμοποιηθεί στην αντιμετώπιση της ψυχαναγκαστικής διαταραχής, της άνοιας, στις διαταραχές προσωπικότητας, σε επιθετικότητα ή τάσεις αυτοκαταστροφής.¹³ Η συνιστώμενη δόση εξαρτάται από το φάρμακο, τον ασθενή, και την διαταραχή που αντιμετωπίζεται. Η συνήθης πρακτική είναι να αρχίζει κάθε ασθενής με μια χαμηλή δόση, και να αυξάνεται βαθμιαία η δόση έως ότου επιτυγχάνεται μια ικανοποιητική απάντηση. Αν και τα άτυπα αντιψυχωσικά φάρμακα είναι γενικά ασφαλή, χρειάζεται προσοχή στη χορήγηση σε ασθενείς που έχουν άλλα παθολογικά προβλήματα, όπως

καρδιολογικά προβλήματα , ιστορικό εγκεφαλικών επεισοδίων ,σακχαρώδη διαβήτη ή άλλα μεταβολικά ή αιματολογικά προβλήματα.³

1.10 Ψυχοθεραπεία

Διάφοροι τύποι ψυχοθεραπείας, όπως η ατομική, η ομαδική, η οικογενειακή μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να υποστηρίξουν το άτομο με ψυχωτική διαταραχή. Η ατομική ψυχοθεραπεία έχει υποστηρικτικό και συμβουλευτικό χαρακτήρα και είναι σημαντική η καλλιέργεια κοινωνικών δεξιοτήτων. Οι περισσότεροι ασθενείς με ψυχωσικές διαταραχές αντιμετωπίζονται σε εξωνοσοκομειακή βάση. Όμως ασθενείς με ιδιαίτερα βαριά συμπτώματα, αυτοί που είναι σε κίνδυνο να βλάψουν τον εαυτό τους ή/και άλλους ή αυτοί που είναι ανίκανοι να φροντίσουν τον εαυτό τους εξαιτίας της ασθένειάς τους, μπορεί να χρειαστεί να νοσηλευτούν προκειμένου να σταθεροποιηθεί η κατάστασή τους.²⁴

1.10.1 Θεραπευτική προσαρμογή και μέριμνα περιστατικών

Οι ψυχωσικοί ασθενείς εμφανίζουν υψηλά ποσοστά "μη προσαρμογής" στα προτεινόμενα θεραπευτικά σχήματα. Το γεγονός αποδίδεται, μεταξύ άλλων, στη συχνή έλλειψη "εναισθησίας" (δηλαδή της αναγνώρισης του παθολογικού της κατάστασης τους) από τους ασθενείς ή και τους συγγενείς τους, το φόβο του "ψυχιατρικού στίγματος" κ.α

Η προσπάθεια βελτίωσης της "προσαρμογής" στη θεραπεία με την παράλληλη ανάπτυξη των κοινωνικών και επαγγελματικών δεξιοτήτων του ασθενούς, οδήγησε σε διάφορους τύπους "μέριμνας" περιστατικών που λειτουργούν στον κοινοτικό χώρο.

Απώτερος στόχος των παραπάνω παρεμβάσεων είναι η πρόληψη της υποτροπής και της ενδονοσοκομειακής νοσηλείας, όπως και η βελτίωση της ποιότητας ζωής του ασθενούς.²⁰

Θεραπευτική ανταπόκριση

Έχει παρατηρηθεί ότι μόνο το 30% των ψυχιατρικών ασθενών ανταποκρίνεται πλήρως με τη φαρμακοθεραπεία τους. Το υπόλοιπο 70% είτε ανταποκρίνεται μερικώς (τροποποιεί το δοσολογικό σχήμα ή διακόπτει προσωρινά τη φαρμακοθεραπεία) ή διακόπτει τελείως την αγωγή του.

Η μη συμμόρφωση με τη φαρμακοθεραπεία επηρεάζεται από διάφορους παράγοντες:

Παράγοντες που σχετίζονται με τον ασθενή

Οι άνδρες ασθενείς εμφανίζουν συχνότερα μη συμμόρφωση στη θεραπεία σε σχέση με τις γυναίκες. Το ίδιο, εξάλλου, συμβαίνει με ασθενείς που μένουν μόνοι ή έχουν χαμηλή κοινωνικοοικονομική κατάσταση.

Παράγοντες που σχετίζονται με τη νόσο

Ορισμένα συμπτώματα των ψυχιατρικών νόσων (παραλήρημα, εχθρικότητα, διέγερση, αποδιοργανωμένη συμπεριφορά, αμφιθυμία κ.α.) είναι φανερό ότι δεν ευνοούν τη συμμόρφωση.

Πολλές φορές, τη συμμόρφωση επηρεάζουν αρνητικά τυχόν συνυπάρχουσες διαταραχές.

Παράγοντες που σχετίζονται με τη θεραπεία

Η θεραπεία των ψυχιατρικών νόσων είναι πολλές φορές μακρόχρονη και πολύπλοκη (περισσότερα του ενός φάρμακα, χορήγηση πολλές φορές την ημέρα), η δε έναρξη του θεραπευτικού αποτελέσματος για πολλά ψυχοφάρμακα απαιτεί την πάροδο αρκετών ημερών. Είναι λοιπόν ευνόητο ότι όλοι οι παραπάνω παράγοντες μπορεί να επηρεάσουν αρνητικά τη συμμόρφωση του ασθενούς.

Παράγοντες που σχετίζονται με τις ανεπιθύμητες ενέργειες των φαρμάκων.

Οι σπουδαιότερες-με την έννοια της μη συμμόρφωσης- ανεπιθύμητες ενέργειες των ψυχοφαρμάκων είναι τα εξωπυραμιδικά συμπτώματα, οι σεξουαλικές διαταραχές και η αύξηση του σωματικού βάρους. Όλες οι παραπάνω (ή και άλλες) ανεπιθύμητες ενέργειες, συμπεριλαμβανομένης και της καταστολής, που πολλές φορές είναι " επιθυμητή " για την αντιμετώπιση της νόσου, προκαλούν δυσφορία στον ασθενή, με συνέπεια τη διακοπή της θεραπείας του.²⁵

Παράγοντες που σχετίζονται με το ψυχοκοινωνικό περιβάλλον.

Η οικογένεια και άλλα σημαντικά για τον ασθενή πρόσωπα είναι δυνατό να τον επηρεάσουν αρνητικά στο να ακολουθήσει σωστά τη θεραπεία του, όταν η δική τους θέση και στάση είναι αρνητική (φόβος του " στίγματος" της ψυχικής νόσου, έλλειψη ενημέρωσης κλπ). Το εκφραζόμενο συναίσθημα στην οικογένεια επίσης παίζει σημαντικό ρόλο στη συμμόρφωση του ασθενούς. Η έλλειψη δομών και προγραμμάτων ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, τέλος, αφήνει αβοήθητο τον ασθενή σε ένα ψυχοκοινωνικό περιβάλλον όπου γεγονότα ζωής, προηγούμενες αρνητικές εμπειρίες και στρεσογόνοι παράγοντες μπορεί να τον οδηγήσουν σε μη προσαρμογή με τη θεραπεία του.²⁵

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

2.1 Εισαγωγικά σημεία

Στοιχεία από όλο τον κόσμο δείχνουν ότι υπάρχει μία συνεχιζόμενη αυξητική τάση στη χρήση ψυχοδραστικών ουσιών. Ωστόσο, η ποιότητα των διαθέσιμων στοιχείων είναι συχνά ανεπαρκής, τόσο εξαιτίας της φύσεως του προβλήματος, όσο και των μεθόδων συλλογής τους, έτσι, οι πραγματικές διαστάσεις του προβλήματος υποεκτιμώνται. Κάθε χώρα ενδέχεται να βρεθεί αντιμέτωπη με ποικίλα σοβαρά προβλήματα, σχετιζόμενα με την κατάχρηση ψυχοδραστικών ουσιών. Το πρόβλημα της κατάχρησης, αφορά τόσο τις παράνομες όσο και τις νόμιμες και τις χορηγούμενες με συνταγή ουσίες.²⁶

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.

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, δημιούργησαν

διαφωνίες στη συνεργασία και στα κοινά προγράμματα δράσης τόσο σε εθνικό όσο και σε διεθνές επίπεδο.²⁷

Τα συμπτώματα που προκαλούνται από τη χρήση ουσιών μπορεί να μοιάζουν με πολλές ψυχικές διαταραχές, όπως οι συναισθηματικές, αγχώδεις ή ψυχωσικές διαταραχές. Η συννοσηρότητα, δηλαδή η συνύπαρξη δύο διαφορετικών παθολογικών καταστάσεων/διαταραχών (διπλή διάγνωση), πρέπει να λαμβάνεται πάντα υπόψη κατά τη διαδικασία της αξιολόγησης και θεραπευτικής αντιμετώπισης της κάθε περίπτωσης. Όταν μία ψυχική διαταραχή δεν ανταποκρίνεται στην κατάλληλη θεραπευτική αγωγή, πρέπει να εκτιμηθεί η πιθανότητα χρήσης άλλων ψυχοτρόπων ουσιών/ή διαφοροποίηση της φαρμακευτικής αγωγής. 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.

Στον 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. Κατά το DSM-IV-TR, που είναι και το 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 αλκοόλ²⁷

2.2 Ορισμοί

Στη συνέχεια αναφέρονται αναλυτικά οι έννοιες, τα συμπτώματα και οι διαταραχές που συνδέονται με το φαινόμενο της χρήσης ουσιών:

- *Ψυχοδραστική* είναι κάθε ουσία που, όταν ληφθεί μέσω οποιασδήποτε οδού μεταβάλλει την εγκεφαλική λειτουργία, το επίπεδο αντιληπτικότητας ή το συναίσθημα του λήπτη.
- Η *χρήση* τέτοιων ουσιών είναι ένα διαχρονικό φαινόμενο, με επιμέρους κοινωνικές, πολιτισμικές, ιατρικές και άλλες συνιστώσες.²⁷
- Η *κατάχρηση* είναι η υπερβολική κατανάλωση κάποιας ουσίας, που οδηγεί σε κλινικά συμπτώματα ή και σε επώδυνη για το άτομο κατάσταση, χωρίς να πληρούνται τα ειδικά κριτήρια της εξάρτησης.²⁸
- *Εξάρτηση* είναι η επαναλαμβανόμενη και η λανθασμένη χρήση μιας ουσίας που προκαλεί κλινικά σοβαρά προβλήματα στην υγεία. Διαχωρίζεται σε:

A. Σωματική εξάρτηση.

1. Αναπτύσσεται ανοχή: ο οργανισμός χρειάζεται συνεχώς και μεγαλύτερες ποσότητες της ουσίας, προκειμένου να πετύχει το ίδιο αποτέλεσμα.
2. Στέρηση: ο οργανισμός υποβάλλεται σε φυσική αντίδραση για τη συγκεκριμένη ουσία, όταν αυτή διακόπτεται.

B. Ψυχολογική εξάρτηση: αίσθηση της αναγκαιότητας λήψης της ουσίας²⁹

- 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 ακόμα και στο θάνατο.
- Η *απόσυρση* αναφέρεται στα συμπτώματα και σημεία στέρησης που προκύπτουν από τη διακοπή συνταγογραφούμενων φαρμάκων.
- 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).³⁰

- Η *αντίδραση πανικού* είναι μία 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.
- Το *αναδρομικό βίωμα* (flashback) 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.
- 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.
- 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.
- 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 μία αναμενόμενη παροδική διαταραχή, που πολύ συχνά χρήζει ειδικής αξιολόγησης και αντιμετώπισης.²⁷

2.3 Σύνδρομο εξάρτησης

Πρόκειται για μία δέσμη φυσιολογικών και νοητικών εκδηλώσεων ή εκδηλώσεων της συμπεριφοράς, στις οποίες η χρήση κάποιας ουσίας ή ομάδας ουσιών για ένα συγκεκριμένο άτομο αποκτά πολύ πιο άμεση προτεραιότητα σε σχέση με άλλες συμπεριφορές, οι οποίες κάποτε είχαν μεγαλύτερη αξία για το άτομο αυτό.³¹

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 μία μικρή δόση, που σε κανονικές συνθήκες θα προκαλούσε απλώς ευφορία, στην περίπτωση της αντίστροφης ανοχής μπορεί να οδηγήσει σε ψυχωσική αντίδραση.²⁷

2.3.1 Οδηγίες για τη διάγνωση της εξάρτησης

Η οριστική διάγνωση της εξάρτησης δεν πρέπει να τίθεται, παρά μόνον εφόσον 3 ή περισσότερα από τα ακόλουθα συμπτώματα συνυπήρχαν σε κάποια χρονική περίοδο κατά τη διάρκεια του προηγούμενου έτους:

- Έντονη επιθυμία ή επιτακτική ανάγκη λήψης της ουσίας.
- Δυσκολίες στον έλεγχο της συμπεριφοράς λήψης ουσίας σε σχέση με την έναρξή της, τη διακοπή της ή το βαθμό χρήσης.
- Η φυσιολογική κατάσταση απόσυρσης (ή στέρησης), όταν διακοπεί η χρήση της ουσίας ή όταν έχει ελαττωθεί η δοσολογία της, όπως αυτή εκδηλώνεται με το χαρακτηριστικό σύνδρομο απόσυρσης από την ουσία (σύνδρομο στέρησης) ή η χρήση της ίδιας (ή κάποιας στενά συνδεδεμένης) ουσίας, με σκοπό την ανακούφιση ή αποφυγή των συμπτωμάτων της στέρησης.
- Αντοχή στην ουσία, διαπιστούμενη από το φαινόμενο ότι απαιτούνται αυξημένες δόσεις, προκειμένου να επιτευχθεί επίδραση, η οποία αρχικά απαιτούσε μικρότερες δόσεις (χαρακτηριστικά παραδείγματα αυτού του φαινομένου απαντώνται στα άτομα με εξάρτηση από οινόπνευματώδη και οπιούχα, τα οποία μπορούν να λαμβάνουν ημερήσιες δόσεις ικανές να προκαλέσουν σωματική ανικανότητα ή ακόμα και να επιφέρουν το θάνατο σε μη εθισμένους χρήστες).³¹
- Προοδευτική παραμέληση εναλλακτικών πηγών ευχαρίστησης ή ενδιαφερόντων εξαιτίας της χρήσης ψυχοδραστικών ουσιών, προοδευτικά αυξανόμενος χρόνος απαραίτητος για την απόκτηση ή για τη λήψη της ουσίας ή για ανάνηψη από τις επιδράσεις της.

- Επιμονή στη χρήση της ουσίας, παρά τις αναμφισβήτητες ενδείξεις σοβαρών βλαπτικών συνεπειών, όπως βλάβη του ήπατος λόγω υπερβολικής κατανάλωσης οινοπνευματωδών, καταθλιπτικές συναισθηματικές καταστάσεις επακόλουθες βαριάς χρήσης ουσιών ή ελλειμματικές διανοητικές λειτουργίες συνδεδεμένες με τη χρήση φαρμάκων. Πρέπει να καταβάλλεται προσπάθεια, προκειμένου να διευκρινίζεται, εάν ο χρήστης είχε πράγματι ή θα αναμενόταν να έχει επίγνωση της φύσης και της έκτασης της βλάβης.³¹

Ο περιορισμός του προσωπικού ρεπερτορίου των τρόπων χρήσης των ψυχοδραστικών ουσιών έχει περιγραφεί επίσης ως χαρακτηριστικό γνώρισμα (π.χ. η τάση κατανάλωσης οινοπνευματωδών κατά τον ίδιο τρόπο, τόσο κατά τη διάρκεια της εβδομάδας όσο και κατά το Σαββατοκύριακο, ανεξάρτητα από τους κοινωνικούς περιορισμούς, που καθορίζουν την αρμόζουσα συμπεριφορά κατανάλωσης οινοπνευματωδών).

Ουσιώδες χαρακτηριστικό του συνδρόμου εξάρτησης αποτελεί η διαπίστωση της λήψης ψυχοδραστικής ουσίας ή η επιθυμία για τη λήψη μιας ψυχοδραστικής ουσίας. Η υποκειμενική επίγνωση της υποτακτικότητας για τη χρήση ουσιών διαπιστώνεται συνήθως κατά τη διάρκεια αποπειρών διακοπής ή ελέγχου της χρήσης της ουσίας. Αυτή η διαγνωστική προϋπόθεση θα απέκλειε από αυτή την κατηγορία, επί παραδείγματι, τη χορήγηση οπιοειδών φαρμάκων για ανακούφιση του πόνου σε ασθενείς, οι οποίοι είναι δυνατόν να παρουσιάζουν σημεία στερητικής κατάστασης στα οπιοειδή, όταν τα φάρμακα δεν χορηγούνται, αλλά οι οποίοι δεν έχουν επιθυμία να συνεχίσουν τη λήψη φαρμάκων.

Το σύνδρομο εξάρτησης μπορεί να αναφέρεται σε κάποια ειδική ουσία (π.χ. καπνός ή διαζεπάμη), σε μία ομάδα ουσιών (π.χ. οπιοειδή φάρμακα) ή σε ευρύτερο φάσμα διαφόρων ουσιών (όπως στα άτομα, τα οποία αισθάνονται επιτακτική ανάγκη για χρήση οποιωνδήποτε διαθέσιμων φαρμάκων και τα οποία εκδηλώνουν δυσφορία, ανησυχία ή και σωματικά σημεία κατάστασης στέρησης κατά τη διακοπή).³¹

2.4 Επιδημιολογία

Τα επιδημιολογικά στοιχεία για τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών στον πληθυσμό αποτελούν τη σημαντικότερη πηγή πληροφόρησης για την έκταση και τη μορφή του φαινομένου. Παρέχουν επίσης πληροφορίες για τις ομάδες του πληθυσμού που κινδυνεύουν περισσότερο να ξεκινήσουν και να εμπλακούν στη νοσηρή και δύσκολα αντιμετωπίσιμη κατάσταση της εξάρτησης. Οι πληροφορίες αυτές αποτελούν απαραίτητη προϋπόθεση για την ανάπτυξη της κατάλληλης πολιτικής για την πρόληψη της χρήσης των εξαρτησιογόνων ουσιών. Επιτρέπουν ακόμα την προσαρμογή της πολιτικής στις μεταβολές του φαινομένου καθώς και την αξιολόγηση των εφαρμοζόμενων μέτρων.

Μελέτες στο γενικό πληθυσμό για τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών διεξάγονται στις ΗΠΑ από τη δεκαετία του 1970 σε ετήσια βάση, στον Καναδά από το 1989 και στην Αυστραλία από το 1993. Στις ευρωπαϊκές χώρες, ώθηση στην επιδημιολογική έρευνα έδωσε το Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο για τα Ναρκωτικά (EMCDDA) με την προώθηση μεθοδολογικού πρωτοκόλλου για την επιδημιολογική έρευνα, το οποίο εφαρμόζει όλο και μεγαλύτερος αριθμός χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ) βελτιώνοντας τη συγκρισιμότητα των στοιχείων μεταξύ των χωρών.⁴

Η Ελλάδα, εξ όσων γνωρίζουμε, ήταν η πρώτη ευρωπαϊκή χώρα που το 1984 εφάρμοσε τη μεθοδολογία που πρότειναν διεθνείς οργανισμοί, όπως ο ΟΗΕ και ο ΠΟΥ, που ακολουθούσαν οι ΗΠΑ, για τη διεξαγωγή εθνικών επιδημιολογικών ερευνών με προσωπική συνέντευξη στα νοικοκυριά. Στον Ευρωπαϊκό χώρο είμαστε από τις ελάχιστες χώρες που διαθέτουν στοιχεία από έρευνες αυτού του τύπου για μια εικοσαετία.

Συνοψίζοντας τα κυριότερα ευρήματα των ερευνών στο γενικό πληθυσμό της Ελλάδας και συγκρίνοντας την κατάσταση με αυτή των άλλων χωρών, προκύπτουν τα ακόλουθα συμπεράσματα.

Το κάπνισμα αποτελεί μία πολύ διαδεδομένη συνήθεια στη χώρα. Μάλιστα, οι Έλληνες κρατούν τα σκήπτρα στο κάπνισμα μεταξύ των χωρών της ΕΕ, με δεδομένο ότι καπνίζει συστηματικά σχεδόν το 40% του πληθυσμού ηλικίας 12-64 ετών και σχεδόν ο μισός πληθυσμός ηλικίας 35-44 ετών. Επιπλέον, βαρείς καπνιστές είναι το 15% του

πληθυσμού. Έτσι, ο εκτιμώμενος αριθμός συστηματικών καπνιστών στη χώρα είναι 3.013.284 άτομα και των βαρέων καπνιστών 1.170.951 άτομα. Το κάπνισμα αυξάνεται έως την ηλικία των 44 ετών και παρουσιάζει προοδευτική μείωση στα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας. Μέσα στην εικοσαετία η ψαλίδα μεταξύ των δύο φύλων κλείνει, αφού αυξάνεται ο αριθμός των γυναικών που καπνίζουν, ενώ αντίθετα μειώνεται ο αριθμός των ανδρών καπνιστών. Στις γυναίκες παρατηρείται μάλιστα και μείωση της ηλικίας έναρξης του καπνίσματος. Εντούτοις, εξακολουθούν να καπνίζουν και να είναι και βαρύτεροι καπνιστές περισσότεροι άνδρες από γυναίκες. Ενδιαφέρον έχει το γεγονός ότι μειώνεται και το πλήθος των αγοριών εφηβικής ηλικίας που καπνίζουν.³²

Η χρήση οινοπνευματωδών ποτών είναι αναμφίβολα συνδεδεμένη παραδοσιακά με τις πολιτιστικές συνήθειες του Έλληνα και για το λόγο αυτόν είναι διαδεδομένη όχι μόνον στους ενήλικες αλλά και στους εφήβους. Σχεδόν δεν υπάρχει άτομο στην ελληνική κοινωνία που να μην έχει πει οινοπνευματώδη ποτά κάποια στιγμή στη ζωή του. Ένα στα τέσσερα άτομα ηλικίας 12-64 ετών πίνει με συχνότητα τουλάχιστον δύο φορές την εβδομάδα. Πρόσφατη κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών εκτιμάται ότι έχουν κάνει στη χώρα 5.136.574 άτομα, ενώ συχνή κατανάλωση (τουλάχιστον δύο φορές την εβδομάδα) κάνουν 2.092.100 άτομα. Υπερβολική χρήση οινοπνευματωδών ποτών κάνουν εντούτοις πολύ λιγότεροι Έλληνες σε σύγκριση με τους κατοίκους άλλων χωρών της Ευρώπης, των ΗΠΑ, του Καναδά και της Ωκεανίας. Το ίδιο ισχύει και για τη μέθη από την κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών. Όπως και στις άλλες χώρες, έτσι και στην Ελλάδα πίνουν οινοπνευματώδη ποτά περισσότεροι άνδρες και σε μεγαλύτερες ποσότητες απ' ότι οι γυναίκες. Επίσης, όπως και στις άλλες χώρες της Ευρώπης, τα τελευταία χρόνια μειώνεται η κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών στον πληθυσμό, με εξαίρεση την ομάδα των νέων ηλικίας 18-35 ετών.³³

Τα ψυχοδραστικά φάρμακα θεωρούνται από το ευρύ κοινό «θεραπευτικά», με συνέπεια να υποτιμώνται οι κίνδυνοι από την κατάχρησή τους (παράνομη χρήση), δηλαδή τη χρήση χωρίς συστάσεις γιατρού. Σχεδόν ένα στα τέσσερα άτομα 12-64 ετών αναφέρει συνταγογραφημένη χρήση ψυχοδραστικών φαρμάκων, ποσοστό που αντιστοιχεί σε 1.811.072 άτομα. Ένα στα δέκα άτομα αναφέρει παράνομη χρήση ψυχοδραστικών φαρμάκων για τα οποία απαιτείται από το νόμο ιατρική συνταγή στη διάρκεια της ζωής. Εκτιμάται ότι παράνομη χρήση έχουν κάνει 710.377 άτομα στη

διάρκεια της ζωής τους και 382.511 άτομα μέσα στον τελευταίο χρόνο. Χαρακτηριστικό είναι ότι η κατάχρηση ψυχοδραστικών φαρμάκων αλλά και συνταγογραφημένη χρήση τους κάνουν περισσότερες γυναίκες απ' ότι άνδρες, σε όλες σχεδόν τις ηλικίες. Τα ισχυρά παυσίπονα, τα ηρεμιστικά και τα οπιούχα είναι τα συνηθέστερα φάρμακα των οποίων γίνεται κατάχρηση. Στη χώρα μας, η κατάχρηση ψυχοδραστικών φαρμάκων πλησίαζε το 1984 στα επίπεδα που βρίσκεται σήμερα η χρήση τους στις ΗΠΑ. Εντούτοις, μετά από την επιβολή αυστηρότερης νομοθεσίας στα τέλη της δεκαετίας του 1980 για τη συνταγογράφηση και την προμήθεια των φαρμάκων αυτών, η χρήση τους – συνταγογραφημένη και παράνομη- περιορίστηκε σημαντικά στον πληθυσμό.³⁴

Ναρκωτικά αναφέρει ότι έχει χρησιμοποιήσει μία ή περισσότερες φορές στη ζωή του το 8,6% του πληθυσμού της χώρας ηλικίας 12-64 ετών. Η πιο διαδεδομένη ουσία είναι η κάνναβη. Τα περισσότερα άτομα έχουν περιοριστεί στη δοκιμή, ενώ ένα στα τρία έχει επαναλάβει τη χρήση. Σχεδόν ένας στους πέντε άνδρες ηλικίας 35-44 ετών αναφέρει εμπειρία με ναρκωτικά. Ο εκτιμώμενος αριθμός αυτών που έχουν εμπειρία ναρκωτικών, με βάση τα στοιχεία της έρευνας του 2004, είναι 671.346 άτομα, από τα οποία τα 380.414 ανήκουν στον πληθυσμό των νέων 12-35 ετών. Χρήση τον τελευταίο χρόνο εκτιμάται ότι έκαναν 132.708 άτομα, από τα οποία τα 114.124 ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα 12-35 ετών. Στην εικοσαετία, παρατηρείται συνολικά αύξηση της χρήσης ναρκωτικών από το 1984 στο 2004. Η μεγαλύτερη αύξηση σημειώθηκε μεταξύ 1984 και 1998 και στη συνέχεια παρατηρείται κάμψη. Αν και συνεχίζουν να υπερέχουν οι άνδρες από τις γυναίκες στη χρήση ναρκωτικών, οι διαφορές μεταξύ των δυο φύλων μειώνονται.

Όπως προκύπτει από τα ευρήματα της έρευνας, η χρήση ουσιών –νόμιμων και παράνομων, με εξαίρεση τα ψυχοδραστικά φάρμακα- είναι περισσότερο διαδεδομένη στον ανδρικό πληθυσμό. Από την πολυπαραγοντική στατιστική ανάλυση διαπιστώνεται ότι υπάρχουν κοινοί προγνωστικοί παράγοντες που σχετίζονται με τη συστηματική ή βαριά χρήση των νόμιμων ουσιών και με την εμπειρία με παράνομες ουσίες. Οι παράγοντες αυτοί σκιαγραφούν το προφίλ όσων ανέφεραν χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών: ηλικία 18-35 ετών, εργαζόμενοι, χρησιμοποιούν περισσότερες από μία εξαρτησιογόνες ουσίες, έχουν φίλους που κάνουν χρήση ψυχοδραστικών φαρμάκων ή ναρκωτικών, μέλος της οικογένειάς τους καπνίζει (για τους καπνιστές μόνον) ή πίνει (για τους πότες μόνον).

Συμπερασματικά, η συνολική αξιολόγηση της κατάστασης της χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών στη χώρα μας δίνει αισιόδοξα αλλά και απαισιόδοξα μηνύματα. Τα καλά νέα είναι ότι η ανοδική πορεία της χρήσης ναρκωτικών στους νέους φαίνεται να ανακόπτεται. Η κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών σημειώνει κάμψη στο σύνολο του πληθυσμού. Περιορισμός παρατηρείται διαχρονικά και στην κατανάλωση των ψυχοδραστικών φαρμάκων. Τα δυσάρεστα νέα είναι ότι φαίνεται να αλλάζουν τα πρότυπα χρήσης μεταξύ υποομάδων του πληθυσμού. Για παράδειγμα, αυξάνεται το κάπνισμα στις γυναίκες και παραμένει στα ύψη η κατανάλωση των οινοπνευματωδών ποτών στους νεαρούς ενήλικες. Γενικότερα, οι νεαροί ενήλικες, αποτελούν την ομάδα υψηλού κινδύνου στη χρήση ουσιών, με αποτέλεσμα να αυξάνονται οι πιθανότητες μιας νέας γενιάς εξαρτημένων ατόμων στο άμεσο μέλλον.³²

2.5 Ταξινόμηση ψυχοδραστικών ουσιών

➔ ΟΠΙΟΥΧΑ (Η ΟΠΙΟΕΙΔΗ)

Η βασική ουσία αυτής της ομάδας είναι η μορφίνη, το σημαντικότερο ενεργό συστατικό του οπίου. Το όπιο είναι ο αποξηραμένος ρητινώδης οπός της λευκής παπαρούνας (μήκωνος της υπνοφόρου). Το όπιο περιέχει, όπως και η μορφίνη, άλλες ψυχοδραστικές ουσίες, οι οποίες λαμβάνονται σε καθαρή μορφή με εκχύλιση. Σε αυτές περιλαμβάνεται η κωδεΐνη, ένα ευρύτατα χρησιμοποιούμενο αναλγητικό και αντιβηχικό φάρμακο.

Η μορφίνη, με σχετικώς απλή χημική επεξεργασία, μετατρέπεται σε ηρωΐνη (διακετυλομορφίνη ή διαμορφίνη). Επιπροσθέτως, παράγονται πολλά εξ ολοκλήρου συνθετικά οπιούχα, όπως η μεθαδόνη (ουσία ευρύτατα χρησιμοποιούμενη για την απεξάρτηση από την ηρωΐνη), η πεθιδίνη (μεπεριδίνη) και η διπιπανόνη. Όλες αυτές οι ουσίες έχουν αναλγητικές ιδιότητες και προκαλούν μία ευχάριστη, χαυνωτική ονειρική κατάσταση ευφορίας και σωματική εξάρτηση, η οποία ακολουθείται από συμπτώματα αποστέρησης, όταν διακόπτεται η λήψη τους. Η αποστέρηση των οπιούχων προκαλεί

έντονη δυσφορία, αλλά δεν οδηγεί στον θάνατο, εκτός αν ο χρήστης πάσχει από άλλο σοβαρό νόσημα ή είναι εξασθενημένος.²⁶

➡ ΚΑΤΑΣΤΑΛΤΙΚΑ-ΥΠΙΝΩΤΙΚΑ-ΑΓΧΟΛΥΤΙΚΑ

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 έφτανε 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 παρακολούθησή 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.²⁷

➡ ΔΙΕΓΕΡΤΙΚΑ

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 οπτικές 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.²⁷ Οι αμφεταμίνες κυκλοφορούν με εκατοντάδες διαφορετικές εμπορικές ονομασίες και έχουν χρησιμοποιηθεί ως «χάπια διαίτης». Κατά καιρούς, υπήρξε ευρεία κατάχρηση δεξαμφεταμίνης, λεβαμφεταμίνης και μεθαμφεταμίνης. Η αμφεταμίνη, σήμερα, παρασκευάζεται παράνομα σε ευρεία κλίμακα στη μορφή της θειικής αμφεταμίνης.²⁶ Στην κατηγορία των διεγερτικών ουσιών περιλαμβάνονται επίσης το ecstasy (MMDA) και τα συγγενικά του συνθετικά ναρκωτικά (designerdrugs) (MDA, DET, DMT κ.α.) Όσον αφορά το ecstasy, ο βαθμός επικινδυνότητας της ουσίας δεν έχει διακριβωθεί, αν και έχουν σημειωθεί θάνατοι ατόμων μετά τη χρήση. Σύμφωνα με έρευνες του Πανεπιστημίου Northumbria, η τακτική χρήση ecstasy (τουλάχιστον 10 φορές το μήνα), προκαλεί σημαντική επιδείνωση στην καθημερινή μνήμη, τόσο τη βραχύχρονη, όσο και τη μακρόχρονη.²⁸

➡ ΠΑΡΑΙΣΘΗΣΙΟΓΟΝΑ

Τα παραισθησιογόνα, με κύριο εκπρόσωπο το LSD, λαμβάνονται από το στόμα ή με το 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 (flashbacks), κρίσεις πανικού, κατάθλιψη. Η επίδραση του LSD, που αρχίζει περίπου μία ώρα μετά τη λήψη της ουσίας και διαρκεί 15-18 ώρες, είναι δύσκολο να προβλεφθεί, γιατί εξαρτάται σημαντικά από την προσωπικότητα του χρήστη, τη διάθεσή 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 την 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 και 24 ώρες μπορεί να οδηγήσουν στην αυτοκτονία.³⁴

➡ ΚΑΝΝΑΒΗ

Είναι η γενική ονομασία του ναρκωτικού που παρασκευάζεται από φυτικά παράγωγα της ινδικής καννάβης: από το φυτό αυτό παράγεται ποικιλία ψυχοδραστικών χημικών ουσιών, η πιο σημαντική από τις οποίες είναι η τετραυδροκανναβινόλη (THC). Τα αποξηραμένα φύλλα ή τα άνθη συχνά αναφέρονται ως μαριχουάνα ή γκάντζα (αν και ο όρος γκάντζα ενδέχεται να έχει γενικότερη έννοια) και η ρητίνη του φυτού ως χασίς.²⁶ 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 επιπεφυκώτων, 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.³⁴

➡ ΑΛΚΟΟΛ

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, με οπτικές και ακουστικές παραισθήσεις, παραλήρημα και ψυχοκινητική διέγερση, που αν δεν αντιμετωπισθεί κατάλληλα, μπορεί να οδηγήσει ακόμα και στο θάνατο.³⁵ Η αξιολόγηση της σοβαρότητας των προβλημάτων που σχετίζονται με τη χρήση αλκοόλ, εκτός από τον κίνδυνο της υποεκτίμησης λόγω του ότι αφορά μία 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, σε μέση ημερήσια δόση 250 mg, 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 50 mg. 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.³⁰

➡ ΚΑΦΕΪΝΗ

Περιέχεται όχι μόνο στον καφέ αλλά και στο 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 ήπιε τον πρωινό του καφέ. Χαρακτηριστική είναι η πρόκληση ανοχής και η κεφαλαλγία που παρουσιάζεται σε περιπτώσεις στέρησης και μπορεί να διαρκέσει 4-5 ημέρες.²⁷

➡ ΝΙΚΟΤΙΝΗ

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.¹

➡ ΑΝΑΒΟΛΙΚΑ

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.²⁷

➡ ΑΛΛΕΣ ΟΥΣΙΕΣ

Οι εισπνεόμενοι διαλύτες αποτελούν μία 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. Στην πρώτη επαφή μπορεί να παρουσιαστεί πονοκέφαλος και έμετοι. Η μακροχρόνια λήψη οδηγεί σε απώλεια βάρους, αρρυθμίες και βρογχοσπασμό. Δεν είναι σπάνιες οι περιπτώσεις τοξικής δράσεις με εμφάνιση εγκεφαλικής, ηπατικής ή νεφρικής βλάβης, που μπορεί να οδηγήσουν ακόμη και στο θάνατο. Επίσης υπάρχουν το κάβα, που χρησιμοποιείται στα νησιά του Ειρηνικού, καθώς και το betelnut που χρησιμοποιείται ευρύτατα στην Ασία και στα νησιά του Ειρηνικού και περιέχει αρεκολίνη. Ακόμη, το συνθετικό ναρκωτικό φαινκυκλιδίνη (PCP), που σήμερα είναι δημοφιλές σε κάποιες ομάδες νέων στις ΗΠΑ και το οποίο σε μικρές δόσεις προκαλεί μία κατάσταση μεταξύ μέθης και αναισθησίας, όμως, σε μεγαλύτερες δόσεις, ενδέχεται να εκδηλωθούν μεταβολές των λειτουργιών της αντίληψης, παραισθήσεις και, ενίοτε, ψυχωσικές αντιδράσεις.²⁶

2.6 Προβλήματα υγείας

2.6.1 Εύρος και σοβαρότητα των προβλημάτων υγείας που σχετίζονται με τα ναρκωτικά

Τα βασικά κριτήρια για την εκτίμηση των προβλημάτων υγείας που σχετίζονται με τα ναρκωτικά, είναι η θνησιμότητα (η θνησιμότητα στους χρήστες ναρκωτικών είναι μεγαλύτερη σε σχέση με τη θνησιμότητα στο γενικό πληθυσμό) και η νοσηρότητα (επικράτηση των νοσημάτων στους χρήστες ναρκωτικών είναι μεγαλύτερη σε σχέση με την επικράτηση στο γενικό πληθυσμό). Η θνησιμότητα και η νοσηρότητα πρέπει να θεωρούνται ως συνέπειες των πολύπλοκων αλληλεπιδράσεων πληθώρας παραγόντων: των φαρμακολογικών και τοξικολογικών ιδιοτήτων των ναρκωτικών που χρησιμοποιούνται, των συνδυασμών μεταξύ τους, της δυνατότητας πρόσβασης των χρηστών σε υπηρεσίες υγείας για χρήστες ναρκωτικών και αξιοποίησης των παρεχόμενων υπηρεσιών, των διατροφικών συνηθειών και της διατροφικής κατάστασης των χρηστών, της οδού χορήγησης των ναρκωτικών στον οργανισμό, της ποιότητας τοθ κοινωνικού δικτύου και της κοινωνικής ένταξης των χρηστών κ.λπ. Η πιθανότητα κίρρωσης του ήπατος αυξάνεται, για παράδειγμα, στους αλκοολικούς που πάσχουν από υποθρεψία και, για πολλούς χρήστες, η νοσηρότητα αυξάνεται, επειδή αποξενώνονται από την κοινωνία και, κατά συνέπεια, η υγειονομική περίθαλψη που τους παρέχεται είναι ανεπαρκής και καθυστερημένη. Ιδιαίτερη σημασία έχει η οδός χορήγησης των ναρκωτικών στον οργανισμό. Η ενδοφλέβια χορήγηση ναρκωτικών πολλαπλασιάζει τους κινδύνους, επειδή μπορεί να χρησιμοποιηθούν μολυσμένες βελόνες και σύριγγες και επειδή, οι ουσίες μπορεί να είναι νοθευμένες όπως η ηρωίνη, οι αμφεταμίνες ή η κοκαΐνη. Η υπερβολική θνησιμότητα οφείλεται κυρίως σε υπερβολική δόση και σε λοιμώξεις και αντιδράσεις του οργανισμού που σχετίζονται με την ενδοφλέβια χορήγηση, η οποία επιτρέπει στο ενιέμενο ναρκωτικό να δρα ταχύτατα και σε νοσογόνους μικροοργανισμούς και ουσίες νόθευσης να εισέρχονται απ' ευθείας στο αίμα. Παρόμοια αύξηση της θνησιμότητας παρατηρείται στους χρήστες που εισπνέουν ή καπνίζουν κοκαΐνη, παρά στους χρήστες που προτιμούν την εισρόφιση από τη μύτη. Σε

αυτή την περίπτωση, ο πρόσθετος κίνδυνος οφείλεται στην ταχεία δράση της ουσίας και στη δυσκολία ελέγχου των δόσεων.²⁶

2.6.2 Προβλήματα υγείας που σχετίζονται με συγκεκριμένα ναρκωτικά

➡ Οπιούχα

Στις ΗΠΑ, έχει αναφερθεί αύξηση της θνησιμότητας μεταξύ των εθισμένων στην ηρωίνη ατόμων κατά 200-1000%. Το κύριο αίτιο πρόωρου θανάτου είναι η υπερβολική δόση, αλλά υπάρχει και πλήθος άλλων αιτιών, μεταξύ των οποίων περιλαμβάνονται το αναφυλακτικό shock, η σηψαιμία, η ενδοκαρδίτιδα, η ηπατίτιδα και η βία, περιλαμβανομένης της αυξήσεως των αυτοκτονιών κατά 300%. Επίσης, έχει υπερβολικά αυξηθεί η νοσηρότητα από ηπατική νόσο, λοιμώξεις -περιλαμβανομένου του συνδρόμου της ανοσοανεπάρκειας του ανθρώπου (AIDS)- και νευρολογικές καταστάσεις. Η εξάρτηση από οπιούχα, ιδιαίτερα από την ηρωίνη, σχετίζεται επίσης με θνησιγένεια, επιβράδυνση της ανάπτυξης του εμβρύου και νεογνική νοσηρότητα. Ως επί το πλείστον, αυτή η νοσηρότητα δεν σχετίζεται με τη φαρμακολογία και την τοξικολογία των οπιούχων, αλλά μάλλον με βλάβες στη λειτουργία της θρέψης, πτωχή γενική υγιεινή, κοινή χρήση βελόνων και νόθευση της ηρωίνης με άλλες ουσίες.²⁶

➡ Κατασταλτικά

Οι υπερβολικές δόσεις κατασταλτικών, είτε με σκοπό την αυτοκτονία είτε τυχαία, είναι το κύριο αίτιο για τη μεγάλη αύξηση της θνησιμότητας. Κατά τη διάρκεια των συνδρόμων αποστέρησης, μπορούν να εκδηλωθούν εγκεφαλικοί σπασμοί, ακόμη και θανατηφόρος επιληπτική κατάσταση (status epilepticus). Οι ψυχιατρικές καταστάσεις που συνήθως εκδηλώνονται είναι οι τοξικές ψυχώσεις και το παραλήρημα αποστέρησης. Έχει θεωρηθεί ότι η παρατεταμένη χρήση καταπραυντικών ενδέχεται να επιφέρει μεταβολές της προσωπικότητας.

Σήμερα οι βενζοδιαζεπίνες είναι τα ηρεμιστικά που χρησιμοποιούνται πιο συχνά. Όπως και στα άλλα καταπραϋντικά και υπνωτικά, εγκαθίστανται ανοχή και σωματική και ψυχική εξάρτηση, αλλά ο κίνδυνος εξάρτησης και υπέρμετρης θνησιμότητας και νοσηρότητας είναι μικρότερος σε σύγκριση με τα βαρβιτουρικά.

Διαταραχές μνήμης και αϋπνία έχουν εκδηλωθεί, ιδιαίτερα με τις βενζοδιαζεπίνες μακράς δράσεως. Ακόμη και θεραπευτικές δόσεις ορισμένων από αυτές, όπως η οξαζεπάμη, δυνατόν να προκαλέσουν ανοχή και αντιδράσεις αποστείρωσης.²⁶

➔ Διεγερτικά

Αύξηση της θνησιμότητας κατά 400% έχει αναφερθεί για τους χρήστες που λαμβάνουν αμφεταμίνη ενδοφλεβίως. Ο θάνατος προκαλείται λόγω τραυματισμού, οξείας καρδιακής ανεπάρκειας και αγγειακών-εγκεφαλικών βλαβών, όπως και από σηπτικές επιπλοκές που οφείλονται στην ενδοφλέβια χορήγηση.

Η κυριότερη ψυχιατρική πάθηση που σχετίζεται με τη χρήση αμφεταμινών είναι η οξεία αμφεταμινική ψύχωση, η οποία συνήθως –αλλά όχι πάντοτε- είναι αναστρέψιμη κατά τις περιόδους αποχής. Η σωματική νοσηρότητα σχετίζεται περισσότερο με την οδό χορήγησης παρά με τα άμεσα αποτελέσματα των αμφεταμινών. Η χρήση μπορεί να επιδεινώσει τη διατροφική και τη γενική κατάσταση της υγείας και να επιφέρει λοιμώξεις.

Η αύξηση της θνησιμότητας και της νοσηρότητας που σχετίζεται με την κοκαΐνη είναι μεγαλύτερη, όταν η ουσία ενίεται, παρά όταν εισροφάται με τη μύτη. Επίσης, εξαιρετικώς επικίνδυνα είναι το κάπνισμα της πάστας κοκαΐνης και η εισπνοή της ελεύθερης βάσεως.

Για τους θανάτους από υπερβολική δόση, έχουν προσδιοριστεί ποικίλα αίτια, όπως η εγκεφαλική αιμορραγία και η καρδιακή ανακοπή. Στις ΗΠΑ, οι θάνατοι από λήψη υπερβολικής δόσης κοκαΐνης αυξήθηκαν κατά 300% περίπου, κατά την περίοδο 1978-1982.

Η επίδραση στην υγεία σχετίζεται με την οδό εισόδου της ουσίας στον οργανισμό, καθώς και με τη συχνότητα χρήσης και τη δόση. Τα πιο συνηθισμένα

φαινόμενα είναι η αϋπνία, η απώλεια βάρους, οι παραισθήσεις, η παρανοειδής ψύχωση και οι καρδιακές προσβολές, ακόμη, ενδέχεται να εμφανισθεί τοξική ψύχωση με παραλυτικές ιδέες.

Σπασμοί και κρίσεις απώλειας της συνειδήσεως έχουν παρατηρηθεί στο 20% περίπου μερικών δειγμάτων χρηστών κοκαΐνης. Οι συνέπειες του καπνίσματος πάστας κοκαΐνης (και της εισπνοής ελεύθερης βάσεως) στην υγεία είναι ικανοποιητικά τεκμηριωμένες. Ειδική Επιτροπή του ΠΟΥ θεώρησε την κοκαΐνη ως το πλέον δραστικό, ως προς την εγκατάσταση εξάρτησης, από τα διαθέσιμα ναρκωτικά.²⁶

➡ Ψευδαισθησιογόνα/Παραισθησιογόνα

Διάφορες ψευδαισθησιογόνες ουσίες, όπως η μεσκαλίνη, η ψιλοκυβίνη και η δατούρα, έχουν χρησιμοποιηθεί επί αιώνες σε πολλά μέρη του κόσμου, αλλά στη σύγχρονη σκηνή των ναρκωτικών έχουν πλέον περιορισμένη σημασία, σε αντίθεση με τα συνθετικά ψευδαισθησιογόνα, όπως το LSD ή φαινκυκλιδίνη. Το LSD χρησιμοποιείται σε πολλές περιοχές του κόσμου, ιδιαίτερα στις βιομηχανικές χώρες.

Οι δείκτες θνησιμότητας δεν είναι γνωστοί. Ο θάνατος οφείλεται κυρίως σε ατυχήματα ή, ίσως, σε αυτοκτονία υπό την επήρεια συνήθως του ψευδαισθησιογόνου. Η νοσηρότητα κυρίως περιλαμβάνει οξεία τοξική ψύχωση, πιθανώς χρόνια ψύχωση, καταθλιπτικές καταστάσεις και νευρολογικά συμπτώματα, π.χ. παραμόρφωση της αντίληψης και σπασμούς.¹

➡ Κάνναβη

Η υπερβολική αύξηση της νοσηρότητας σχετίζεται με τη χρόνια κατάχρηση, που οφείλεται κυρίως στο κάπνισμα της ουσίας. Οι συνέπειες είναι όμοιες με εκείνες του καπνίσματος του καπνού. Εξ άλλου, η επίδραση της κάνναβης στην ορμονική, αναπαραγωγική και ανοσιακή κατάσταση του χρήστη παραμένει ασαφής, αν και κάποιες επιδράσεις της έχουν μελετηθεί σε πειραματόζωα. Ψύχωση οφειλόμενη στην κάνναβη (η οποία είναι κατά κανόνα αναστρέψιμη) εμφανίζεται σε ποσοστό μικρότερο του 1% των

χρηστών η φύση της δεν έχει αποσαφηνισθεί. Διερευνάται επίσης η πιθανότητα βλάβης του εγκεφάλου, λόγω της χρήσης.²⁶

► **Εισπνεόμενες ουσίες**

Η εισπνοή διαλυτικών και άλλων πτητικών ουσιών αυξάνεται ταχύτατα σε πολλές ανεπτυγμένες και αναπτυσσόμενες χώρες, ιδιαίτερα σε συνθήκες εξαθλίωσης ή γκέτο. Τις ομάδες κινδύνου αποτελούν έφηβοι, ακόμη και μικρά παιδιά. Πολλές πτητικές ουσίες χρησιμοποιούνται ως ναρκωτικά, κυρίως η κόλλα, οι διαλύτες και η βενζίνη.

Η υπερβολική θνησιμότητα οφείλεται σε αιφνίδιο θάνατο από καρδιακή μαρμαρυγή, αναπνευστική καταστολή, ασφυξία ή ατύχημα. Η νοσηρότητα, μετά από παρατεταμένη χρήση, εκδηλώνεται με βλάβες του ήπατος, των νεφρών και του μυελού των οστών. Μέχρι σήμερα, δεν έχει σχηματισθεί σαφής εικόνα για τους δείκτες θνησιμότητας και την επίπτωση της νοσηρότητας που οφείλεται στην εισπνοή πτητικών ουσιών.²⁶

2.6.3 Οργανικές ψυχικές διαταραχές λόγω χρήσης ψυχοδραστικών ουσιών

■ *Αλκοόλ:*

- Τοξίκωση
- Ιδιοσυγκρασική τοξίκωση
- Μη επιπελεγμένη στερητική διαταραχή
- Στερητικό παραλήρημα
- Ψευδαισθήτωση
- Αμνησιακή διαταραχή

— Άνοια συνδεδεμένη με αλκοολισμό

■ *Αμφεταμίνες ή παρόμοιας δράσης συμπαθητικομιμητικά:*

— Τοξίκωση

— Στερητική διαταραχή

— Παραλήρημα

— Παραληρητική διαταραχή

■ *Καφεΐνη:*

— Τοξίκωση

■ *Κάνναβη:*

— Τοξίκωση

— Παραληρητική διαταραχή

■ *Κοκαΐνη:*

— Τοξίκωση

— Στερητική διαταραχή

— Παραλήρημα

— Παραληρητική διαταραχή

■ *Ψευδαισθησιογόνα:*

— Ψευδαισθήτωση

— Παραληρητική διαταραχή

— Διαταραχή της διάθεσης

— Διαταραχή της αντίληψης μετά από ψευδαισθησιογόνα

■ *Εισπνεόμενες ουσίες:*

— Τοξίκωση

■ *Νικοτίνη (καπνός):*

— Στερητική διαταραχή

■ *Οπιούχα:*

— Τοξίκωση

— Στερητική διαταραχή

— *Φαινκυκλιδίνη ή αρυλκυκλοεξυλαμίνες παρόμοιας δράσης:*

— Τοξίκωση

— Παραλήρημα

— Παραληρητική διαταραχή

— Διαταραχή της διάθεσης

— Οργανική ψυχική διαταραχή ΜΠΑ

■ *Καταπραϋντικά, υπνωτικά ή αγχολυτικά:*

— Τοξίκωση

— Μη επιπελεγμένη στερητική διαταραχή

— Στερητικό παραλήρημα

— Αμνησική διαταραχή

■ *Άλλες ή απροσδιόριστες ψυχοδραστικές ουσίες:*

— Τοξίκωση

— Στερητική διαταραχή

— Παραλήρημα

— Άνοια

- Αμνησική διαταραχή
- Παραληρητική διαταραχή
- Ψευδαισθήτωση
- Αγχώδης διαταραχή
- Διαταραχή της προσωπικότητας
- Οργανική ψυχική διαταραχή ΜΠΑ³⁶

2.7 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.

Επιστημονικά ευρήματα υποδεικνύουν ότι η αιτιολογία είναι ένα πολύπλοκο θέμα που περιλαμβάνει κοινωνικούς, βιολογικούς και ψυχολογικούς παράγοντες.²⁸

Κοινωνικοί Παράγοντες

Σύμφωνα με τη κοινωνική άποψη, τα προβλήματα με τη χρήση ουσιών οφείλονται τουλάχιστον εν μέρει σε κοινωνικούς παράγοντες, όπως ο πολιτισμός, οι σχέσεις, τα θέματα παραγωγής, το επίπεδο της παιδείας και τα Μ.Μ.Ε. Συνθήκες, όπως η ανεργία, η φτώχεια, ο ρατσισμός και ο πόλεμος θεωρούνται ιδιαίτερα σημαντικές σχετικά με τη χρήση ουσιών στις μέρες μας.

Επίσης, στρεσογόνες περιβαλλοντικές συνθήκες φαίνεται να επηρεάζουν θέματα εξάρτησης και κατάχρησης. Έρευνες δείχνουν ότι στο εξωτερικό οι κατώτερες κοινωνικο-οικονομικές τάξεις έχουν σημαντικά υψηλότερα ποσοστά κατάχρησης. Ειδικότερα, η ανεργία φαίνεται να παίζει ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο. Ακόμα, στους

κοινωνικούς-περιβαλλοντικούς συντελεστές περιλαμβάνονται 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.²⁸

Βιολογικοί Παράγοντες

Βιολογικοί παράγοντες συμβάλλουν στην έναρξη της χρήσης καθώς και στην εξάρτηση και κατάχρηση με διάφορους τρόπους. Κατ' αρχήν μερικά άτομα έχουν μια έντονα αρνητική σωματική αντίδραση σε ουσίες. Για παράδειγμα, ορισμένοι άνθρωποι αντιδρούν σε μικρές ποσότητες αλκοόλ με ναυτίες, εξάψεις και καρδιακή δυσλειτουργία.

Γενετικοί παράγοντες επίσης παίζουν σημαντικό ρόλο. Ένα άτομο που προέρχεται από οικογένεια με έστω ένα αλκοολικό μέλος είναι τρεις έως πέντε φορές πιθανότερο να είναι αλκοολικός σε σχέση με το γενικό πληθυσμό. Έχει βρεθεί ότι σε οικογένειες όπου οι γονείς έχουν προβλήματα με τη χρήση αλκοόλ και άλλων ουσιών, παρουσιάζουν και τα παιδιά τους αντίστοιχα προβλήματα σε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό.²⁸

Ψυχολογικοί Παράγοντες

Οι ψυχολογικοί παράγοντες που έχουν αιτιολογικό ρόλο στην εξάρτηση απασχολούν επιστήμονες από τη ψυχαναλυτική, τη συμπεριφοριστική και τη γνωσιακή προσέγγιση. Ενώ υπάρχουν διαφορές στις τοποθετήσεις των προσεγγίσεων αυτών όλες συγκλίνουν σε έναν βασικό άξονα, που προτάθηκε αρχικά από τον Cooper, ότι η προβληματική χρήση των ουσιών οφείλεται στο γεγονός ότι η χρήση της ουσίας μειώνει την εσωτερική ένταση.

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. Συναισθήματα δυσφορίας, όπως ανησυχία και οργή συσχετίζονται με χρήση οπιούχων ουσιών, ενώ διεγερτικά συσχετίζονται με την αίσθηση του εσωτερικού

κενού ή της «βαρεμάρας». Χαρακτηριστικό παράδειγμα του μηχανισμού αυτού αποτελεί η αυξανόμενη χρήση αλκοόλ στις περιπτώσεις κατάθλιψης.²⁷

2.8 Νομοθετικό πλαίσιο

Η σύγχρονη ελληνική νομοθεσία, παρέχει μία λεπτομερή καταγραφή των παράνομων ναρκωτικών, ανάλογα με τη χημική τους σύσταση και χρησιμοποιώντας τον όρο «ναρκωτικά», για όλες τις «τεχνητές ή φυσικές ουσίες που δρουν στο κεντρικό νευρικό σύστημα και προκαλούν εξάρτηση», σωματική ή ψυχική στον χρήστη (Άρθρο 4, Παρ. 1, Ν1728/87). Αλλά, η έννοια της «εξάρτησης» δεν είναι μία και ενιαία ανά κοινωνία και εποχή. Διαχρονικά, παρατηρούνται σημαντικές διαφοροποιήσεις του νομοθετικού πλαισίου, ενδεικτικές του ότι το νομοθετικό πλαίσιο περί της χρήσης ναρκωτικών ουσιών έχει τη δική του δυναμική, που είναι πάντοτε αλληλένδετη, όπως συμβαίνει με κάθε θεσμικό σύστημα, με τις κοινωνικο-οικονομικές και πολιτισμικές δομές.

Στην περίπτωση της Ελλάδας, όπως επισημαίνει ο Μαβίδης (1993), η απαγόρευση της καλλιέργειας, εμπορίας και κατανάλωσης της ινδικής κάνναβης και η επιβολή κρατικού ελέγχου στην παραγωγή και εμπορία οπίου, της μορφίνης, της ηρωίνης και της κοκαΐνης, εφαρμόζεται οριστικά το 1932, όπου και πρωτοχρησιμοποιείται ο γενικός όρος «ναρκωτικά», για να χαρακτηρίσει όλες τις ως τότε γνωστές ουσίες (όπιο, μορφίνη, ηρωίνη, χασίς, κοκαΐνη κ.λπ.). Κατά τις δεκαετίες που ακολουθούν, η πολιτεία αντιμετωπίζει το ζήτημα των ναρκωτικών, με ένα νομοθετικό πλαίσιο το οποίο δέχτηκε πολλές επικρίσεις, κυρίως με το σκεπτικό ότι επιφυλάσσει επιεική σχετικά ποινική μεταχείριση στους τοξικομανείς, ενώ αντίθετα, αρκετά σκληρή αντιμετώπιση σε όσους κάνουν χρήση χωρίς να είναι τοξικομανείς. Εξαίρεση αποτελούν οι μη-εξαρτημένοι χρήστες οι οποίοι συλλαμβάνονται για πρώτη φορά και οι οποίοι αναλαμβάνουν την υποχρέωση να παρακολουθήσουν συμβουλευτικό πρόγραμμα.²⁸

Πράγματι, η επιτυχής παρακολούθηση θεραπευτικού προγράμματος απαλλάσσει τα εξαρτημένα άτομα που έχουν συλληφθεί από την επιβολή ποινής, μέτρο που,

ενδεχομένως οδηγεί του συγκεκριμένους χρήστες στα Θεραπευτικά Καταστήματα, χωρίς να έχουν οι ίδιοι επιλέξει να απεξαρτηθούν και, κατ' επέκταση, σε υποτροπή αμέσως μετά την απαλλαγή τους από την ποινή. Παρόλ' αυτά, ο αριθμός των υποτροπών που προκαλούνται από παρεμφερείς αιτίες, παραμένει αδιακρίβωτος. Επιπλέον, άλλοι εντοπίζουν μία θετική προοπτική στο να δίδεται στον χρήστη η ευκαιρία εισαγωγής σε Πρόγραμμα Θεραπείας, αφού έτσι προσφέρεται η δυνατότητα να απεμπλακεί από το σύστημα απονομής ποινικής δικαιοσύνης, που «ενδεχομένως να τον οδηγούσε σε μεγαλύτερη πτώση).

Στην περίπτωση της διακίνησης, εφαρμόζεται, η ίδια διάκριση μεταξύ εξαρτημένων και μη-εξαρτημένων χρηστών, με τους εξαρτημένους να αντιμετωπίζουν ποινή έως και 8 ετών φυλάκισης και τους μη-εξαρτημένους, έως και ισόβια. Εξαίρεση αποτελεί η διακίνηση μικρών ποσοτήτων ουσιών, για προσωπική χρήση, όπου η ποινή φθάνει έως τους 6 μήνες φυλάκισης (N27121/1999). Αξιοποίηση θεωρείται και η οποιοδήποτε είδους συμβολή στη διάδοση της χρήσης ναρκωτικών, με αυστηρότερες ποινές σε περίπτωση «διακεκριμένων μορφών» όπως η διακίνηση σε σχολικές μονάδες ή στους χώρους των ενόπλων δυνάμεων, προσθέτοντας κάποια διάσταση ηθικής δεοντολογίας στο πλαίσιο αντιμετώπισης (Άρθρο 5, N1729/1987 και Άρθρο 10, N2161/1993). Αξιοσημείωτη είναι η πρόβλεψη του νομοθέτη για επιβολή ποινών σε περιπτώσεις διαφήμισης της χρήσης, ή παροχής πληροφοριών για την κατασκευή και προμήθεια ναρκωτικών, με σκοπό τη διάδοσή τους (Άρθρο 9, N2161/1993).²⁸

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

3.1 Εισαγωγικά σημεία

Την τελευταία εικοσαετία υπάρχει αυξημένο ενδιαφέρον στη διεθνή σκηνή γύρω από το θέμα της συνύπαρξης ψυχικών διαταραχών και διαταραχών συνδεόμενων με τη χρήση ουσιών. Αυτό το φαινόμενο έχει αναδειχθεί σε κεντρικό κλινικό θέμα πλέον και στην Ελλάδα. Οι κύριοι λόγοι για το αυξημένο αυτό ενδιαφέρον, τόσο στην Ελλάδα όσο και στο εξωτερικό, περιλαμβάνουν: την αποασυλοποίηση, την αυξημένη διαθεσιμότητα ουσιών στο ψυχιατρικό και γενικό πληθυσμό και τον τρόπο οργάνωσης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Σε αυτά πρέπει να προστεθεί η μεγάλη προσοχή που δίνεται τώρα στο εξωτερικό και κυρίως σε χώρες όπως το Ηνωμένο Βασίλειο, στο θέμα της αξιολόγησης και διαχείρισης του ρίσκου, το οποίο έχει αναδειχθεί μέσα από την ανάπτυξη της δικαστικής ψυχιατρικής και ψυχολογίας. Πιο αναλυτικά, στον πληθυσμό των ατόμων που εμφανίζει και τα δύο είδη διαταραχής καταγράφεται η ύπαρξη μεγάλου αριθμού παραγόντων κινδύνου. Επομένως η εστίαση στο θέμα της αξιολόγησης και διαχείρισης του ρίσκου οδήγησε και στην αύξηση της προσοχής γύρω από αυτόν τον πληθυσμό.³⁷

3.2 Ορισμός

Η συνύπαρξη ψυχικής διαταραχής και διαταραχής χρήσης ουσιών περιγράφεται συνήθως από τον όρο «διπλή διάγνωση» ή «συννοσηρότητα». Στα τέλη της δεκαετίας του 1980, αρχίζει να γίνεται αντιληπτό ότι η συνύπαρξη των δύο αυτών διαταραχών συμβαίνει αρκετά συχνά ώστε να μην μπορεί να αποδοθεί στην τύχη. Από το σημείο αυτό, οι παραπάνω όροι αρχίζουν να χρησιμοποιούνται όλο και συχνότερα, φτάνοντας σήμερα στο σημείο να έχουν πια καθιερωθεί, διατηρώντας το ίδιο νόημα. Ο όρος «διπλή διάγνωση» συχνά χρησιμοποιείται για άτομα που έχουν κάποια σοβαρή ψυχιατρική διαταραχή, κυρίως σχιζοφρένια, όμως μπορεί να περιλάβει οποιαδήποτε κατηγορία

ψυχικής διαταραχής που συνυπάρχει με διαταραχή χρήσης ουσιών, όπως διπολική διαταραχή, κατάθλιψη, αγχώδη διαταραχή, διαταραχή μετατραυματικού στρες και διαταραχή προσωπικότητας.

Ωστόσο, ανάλογα με το είδος της εκάστοτε διαταραχής τα κλινικά χαρακτηριστικά διαφέρουν σημαντικά. Για παράδειγμα, σε ένα πληθυσμό με εξάρτηση από ηρωίνη, τα άτομα με αγχώδη διαταραχή ή κατάθλιψη είχαν πολύ διαφορετική κλινική εικόνα από αυτά με ψυχωτική διαταραχή.

Εντούτοις, η συγκεκριμένη ορολογία μπορεί να χαρακτηριστεί απλουστευτική και να κριθεί ως παραπλανητική σε σχέση με το τι δηλώνει για τη φύση της σχέσης που υπάρχει μεταξύ αυτών των δύο διαταραχών. Αυτό όμως που πρέπει να τονιστεί είναι ότι τα άτομα με διπλή διάγνωση έχουν αυξημένες και πολύπλοκες ανάγκες, ενώ η ύπαρξη ή όχι δυο διακριτών προβλημάτων είναι κάτι αμφιλεγόμενο.⁸

3.3 Επιδημιολογία

Η γνώση της συχνότητας εμφάνισης περιπτώσεων διπλής διάγνωσης έχει εφαρμογές τόσο σε θέματα αξιολόγησης και θεραπείας, όσο και στην κατανόηση γύρω από πιθανούς κοινούς αιτιολογικούς παράγοντες και παράγοντες κινδύνου για καθεμία διαταραχή.

Α) Διαταραχές χρήσης ουσιών σε άτομα με ψυχικές διαταραχές

Οι διαταραχές χρήσης ουσιών εμφανίζονται πιο συχνά σε άτομα με ψυχιατρικές διαταραχές απ' ό,τι στο γενικό πληθυσμό, όπως δείχνουν επιδημιολογικές έρευνες. Στη Μελέτη Εθνικής Συννοσηρότητας (ΜΕΣ), από τα άτομα με διαταραχή άγχους ή συναισθήματος, ένα 15% εμφάνιζε ταυτόχρονα μέσα σε ένα διάστημα 12 μηνών κάποια διαταραχή χρήσης ουσιών, έναντι 11% του γενικού πληθυσμού. Παρόμοια ποσοστά βρέθηκαν και στην πιο πρόσφατη Εθνική Επιδημιολογική Έρευνα στο Αλκοόλ και Συναφείς Διαταραχές (ΕΕΕΑΣ) και στην Αγγλική Εθνική Έρευνα για την Ψυχιατρική Συννοσηρότητα (ΑΕΕΨΣ). Επιπλέον, η ΑΑΕΨΣ είναι η μόνη μελέτη που εκτίμησε τη συχνότητα του καπνίσματος, που είναι θεαματικά υψηλότερη στα άτομα με ψυχικές διαταραχές σε σχέση με αυτή του γενικού πληθυσμού.

Ωστόσο, χρειάζεται να διευκρινιστεί ότι τα παραπάνω ποσοστά αφορούν την ταυτόχρονη εμφάνιση των δύο διαταραχών μέσα στους τελευταίους 12 μήνες. Η συχνότητα εμφάνισης διαταραχών χρήσης ουσιών κατά τη διάρκεια ζωής των ατόμων με ψυχικές διαταραχές εμφανίζεται πολύ υψηλότερη. Η Επιδημιολογική Έρευνα Περιοχών (ΕΕΠ) ανά Περιφέρεια (Epidemiologic Catchment Area, ECA) βρήκε ότι τα άτομα με ψυχική διαταραχή είχαν 2,7%περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν διαταραχή χρήσης ουσιών κατά τη διάρκεια της ζωής τους σε σχέση με το γενικό πληθυσμό. Πιο συγκεκριμένα, οι συχνότητες στην ΕΕΠ δείχνουν ότι σχεδόν το ένα τρίτο των ατόμων με ψυχική διαταραχή είχε εμφανίσει κάποια διαταραχή χρήση ουσιών, ενώ στην ΜΕΣ, πάνω από τα μισά άτομα του δείγματος εμφάνισαν τέτοια διαταραχή.

Ακόμα αξίζει να σημειωθεί ότι στη ΜΕΣ και ΑΕΕΨΣ, οι συχνότητες για τις διαταραχές χρήσης αλκοόλ, δείχνουν ότι ο γενικός πληθυσμός έχει περισσότερες πιθανότητες να τις εμφανίσει σε σχέση με άτομα με ψυχικές διαταραχές, πράγμα που δεν συμβαίνει όμως στην περίπτωση των διαταραχών χρήσης ναρκωτικών. Διαφορετικές ερμηνείες μπορεί να δοθούν γι' αυτό το αποτέλεσμα, μία εκ των οποίων είναι ότι το αλκοόλ σε αντίθεση με τα ναρκωτικά είναι μία νόμιμη ουσία χρήσης και έχει κεντρικό ρόλο στο δυτικό πολιτισμό. Μια άλλη πιθανή εξήγηση είναι οι παρενέργειες που έχει το αλκοόλ όταν χρησιμοποιείται σε συνδυασμό με ψυχιατρικά φάρμακα. Όσον αφορά τους τύπους συννοσηρότητας, η ΕΕΠ βρήκε ότι τα άτομα με διαταραχή αντικοινωνικής προσωπικότητας ή σχιζοφρένεια έχουν περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν διαταραχή χρήσης ουσιών, ενώ τα άτομα με διαταραχές άγχους και διάθεσης είναι αυτά που ακολουθούν. Παρόμοια είναι και τα ευρήματα της ΜΕΣ. Οι ουσίες που χρησιμοποιούνται συχνότερα από το γενικό πληθυσμό,(αλκοόλ, κάνναβη και κοκαΐνη) είναι οι ίδιες ουσίες που τείνουν να χρησιμοποιούνται και από τα άτομα με ψυχική διαταραχή. Τα τελευταία όμως τείνουν να χρησιμοποιούνται και σε μικρότερες ποσότητες, πιθανόν λόγω του ότι επιδρούν πιο έντονα στα άτομα αυτά, λόγω των ήδη υπάρχοντων προβλημάτων.³⁷

B) Ψυχικές διαταραχές σε άτομα με διαταραχές χρήσης ουσιών

Τα ποσοστά για την εμφάνιση ψυχικών διαταραχών σε άτομα με διαταραχές χρήσης ουσιών επίσης καταδεικνύουν στενή σχέση μεταξύ των δύο ειδών διαταραχής.

Μάλιστα, τα ποσοστά συννοσηρότητας παρουσιάζονται μεγαλύτερα σε άτομα με διαταραχές χρήσης ουσιών, απ' ό,τι σε άτομα με ψυχικές διαταραχές. Ωστόσο, αξίζει να σημειωθεί ότι σε κάποιες από τις έρευνες, όπως στην ΕΕΨΥΕ, ως ψυχική διαταραχή συμπεριλαμβάνεται η διαταραχή χρήσης από κάποια δεύτερη ουσία (π.χ. διαταραχή χρήσης από αλκοόλ για άτομα με διαταραχή χρήσης από ναρκωτικά). Με άλλα λόγια, η χρήση διαφορετικών ουσιών λαμβάνεται ως συννοσηρότητα, κάτι που μπορεί να ευθύνεται ως ένα βαθμό για το αυξημένο μέγεθος των ποσοστών αυτών.

Γενικότερα, κοινό εύρημα είναι ότι τα άτομα που κάνουν χρήση ουσιών έχουν περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν κάποια ψυχική διαταραχή από το γενικό πληθυσμό και μάλιστα τα άτομα που κάνουν χρήση ναρκωτικών έχουν υψηλότερες πιθανότητες σε σχέση με τα αυτά που κάνουν χρήση αλκοόλ. Ενδεικτικά αναφέρεται ότι στην ΕΕΠ τα άτομα με διαταραχή χρήσης ναρκωτικών είχαν 4,5 φορές περισσότερες πιθανότητες να έχουν κάποια ψυχική διαταραχή κατά τη διάρκεια της ζωής τους. Στην ΕΕΕΑΣ έχουν 4,9 φορές περισσότερες πιθανότητες να έχουν κάποια διαταραχή διάθεσης και 2,8 φορές κάποια διαταραχή άγχους κατά τη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών.

Οι διαταραχές άγχους βρέθηκαν να είναι οι τύποι διαταραχών που εμφανίζονται με τη μεγαλύτερη συχνότητα στα άτομα με διαταραχή χρήσης ουσιών, σύμφωνα με τις ΕΕΠ, ΕΕΨΥΕ και ΑΑΕΨΣ. Η ΕΕΕΑΣ και η ΜΕΣ βρήκαν ότι οι διαταραχές διάθεσης είναι αυτές που έχουν τη μεγαλύτερη συχνότητα. Η ΜΕΣ είναι η μόνη που ανέδειξε την υψηλή συχνότητα διαταραχών συμπεριφοράς και αντικοινωνικής προσωπικότητας στα άτομα με διαταραχή χρήσης ουσιών.

Παρά τις φαινομενικές αυτές διαφορές, τα αποτελέσματα των πέντε ερευνών όσον αφορά τους τύπους συννοσηρότητας είναι παρόμοια.³⁷

3.3.1 Ελληνική Πραγματικότητα

Στην Ελλάδα η συχνότητα εμφάνισης ταυτόχρονων ψυχικών διαταραχών σε δείγμα ατόμων που βρισκόταν σε θεραπεία για χρήση ουσιών χωρίς υποκατάσταση ήταν η ακόλουθη: 20% για διαταραχές του άξονα I, 20% για διαταραχές του άξονα II, ενώ 40% εμφάνισε ταυτόχρονα και τα δύο είδη διαταραχών.

Η παρουσία ταυτόχρονης συννοσηρότητας σε 80% του δείγματος είναι μια συχνότητα πολύ υψηλότερη από αυτές που συναντάμε στη διεθνή βιβλιογραφία.

Οι ερευνητές προτείνουν ως εξήγηση των υψηλών αυτών ποσοστών το γεγονός ότι η χρήση ναρκωτικών στην Ελλάδα δεν ήταν τόσο διαδεδομένη σε σύγκριση με άλλες χώρες εκείνη την περίοδο κι έτσι κυρίως άτομα με αποκλίνουσα συμπεριφορά ήταν αυτά που έκαναν χρήση ουσιών. Μια διαφορετική εξήγηση όμως μπορεί να είναι ότι η συντριπτική πλειοψηφία του δείγματος αποτελείται από χρήστες ηρωίνης, κάτι που δεν συναντάμε στις έρευνες του εξωτερικού. Εξίσου υψηλά ήταν τα ποσοστά σε παλαιότερη έρευνα σε άτομα με διαταραχή χρήσης από οπιοειδή που βρίσκονταν σε θεραπεία ή στη φυλακή (90% για ψυχική διαταραχή κατά τη διάρκεια της ζωής και 66% για ταυτόχρονη διαταραχή).

Δύο ευρείας κλίμακας έρευνες στο γενικό πληθυσμό για τη σχέση μεταξύ κατάθλιψης και χρήσης ουσιών έχουν πραγματοποιηθεί μέχρι στιγμής στην Ελλάδα. Τα ευρήματα και των δύο ερευνών συμφωνούν με αυτά της διεθνούς βιβλιογραφίας, με τα άτομα που κάνουν χρήση ουσιών να εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά καταθλιπτικού συναισθήματος.

Ωστόσο, αξίζει να σημειωθεί ότι χρειάζονται καινούργιες μελέτες τόσο στο γενικό, όσο και κλινικό πληθυσμό, που θα ακολουθούν τα πρότυπα των μεγάλων επιδημιολογικών μελετών του εξωτερικού για τη συννοσηρότητα των διαφορετικών ψυχικών διαταραχών με τις διαταραχές χρήσης ουσιών, παρέχοντας μια αντιπροσωπευτική εικόνα της κατάστασης που επικρατεί στη χώρα μας.

Όλες οι παραπάνω ελληνικές έρευνες είναι περιγραφικές-συναφειακές (descriptive-crosssectional). Επομένως δεν μπορούν να οδηγήσουν σε συμπεράσματα για το είδος της σχέσης μεταξύ των διαταραχών χρήσης ουσιών και των ψυχιατρικών διαταραχών (αν είναι αιτιακή σχέση και ποιο είδος διαταραχής προκαλεί το άλλο). Οι έρευνες που απαιτούνται για την μελέτη της κατεύθυνσης αυτής της σχέσης είναι ευρείας κλίμακας που θα ακολουθούν τα ίδια άτομα στο γενικό πληθυσμό από την παιδική τους ηλικία έως την ενήλικη ζωή τους (cohort/longitudinal).

Ωστόσο, το συμπέρασμα που προκύπτει από τις παραπάνω περιγραφικές έρευνες είναι ότι τα υψηλά ποσοστά συννοσηρότητας καταδεικνύουν την ανάγκη για διεξοδική κλινική αξιολόγηση (assessment), ώστε να εξασφαλίζεται ότι το πλήρες φάσμα της

διαταραχής έχει αναγνωριστεί και ότι η κατάλληλη παρέμβαση για κάθε πτυχή της έχει επιλεγεί.³⁷

3.4 Χαρακτηριστικά των ατόμων με διπλή διάγνωση

Η αύξηση του κλινικού ενδιαφέροντος γύρω από την συννοσηρότητα έγκειται μεταξύ άλλων στη συνειδητοποίηση ότι η συνύπαρξη διαφορετικών διαταραχών μπορεί να περιπλέξει τη θεραπεία και μακροπρόθεσμα να συντελέσει στην εξέλιξη σοβαρότερης ψυχικής ασθένειας. Υπάρχει μία μεγάλης έκτασης διεθνής βιβλιογραφία συναφειακών (cross-sectional) κυρίως ερευνών σε κλινικά δείγματα που εστιάζει στις συνέπειες και τα κλινικά χαρακτηριστικά της συννοσηρότητας και φαίνεται να στηρίζει τα παραπάνω.

Τα άτομα με διπλή διάγνωση εμφανίζουν ένα μεγάλο αριθμό παραγόντων κινδύνου σε διάφορους τομείς. Καταρχήν, έχουν αυξημένο κίνδυνο να εκδηλώσουν βίαιη συμπεριφορά κι επιθετικότητα, αλλά και αυτοκτονική συμπεριφορά και αυτοτραυματισμό. Ακόμα, έχουν αυξημένη συχνότητα εμφάνισης πολλαπλών προβλημάτων, όπως αυξημένη επαφή με το σύστημα ποινικής δικαιοσύνης, αυξημένο αριθμό προβλημάτων υγείας, συμπεριλαμβανομένων νόσων μεταδιδόμενων με το αίμα και μειωμένη κοινωνική λειτουργικότητα και ποιότητα ζωής.

Όσον αφορά τη θεραπεία, υπάρχουν ενδείξεις ότι τα άτομα με διπλή διάγνωση συνήθως εμφανίζουν φτωχά θεραπευτικά αποτελέσματα, λιγότερη δέσμευση και μειωμένη παραμονή στη θεραπεία, μειωμένη τήρηση και αποτελεσματικότητα της φαρμακευτικής αγωγής. Σε σχέση με την πορεία της ασθένειας, για τα άτομα που εμφανίζουν ψυχωτική διαταραχή, παράλληλα με την κατάχρηση ουσιών, έχει βρεθεί ότι έχουν αυξημένες πιθανότητες υποτροπής της ψυχωτικής διαταραχής και επιδείνωση των συμπτωμάτων.

Ωστόσο, τα κλινικά χαρακτηριστικά είναι διαφορετικά, ανάλογα με τον τύπο ψυχικής διαταραχής που συνυπάρχει με την διαταραχή χρήσης ουσιών, κάτι που δείχνει την ανάγκη για διαφοροποίηση των ασθενών με «διπλή διάγνωση».³⁸

3.5 Αιτιοπαθογένεια

Τα υψηλά ποσοστά των ατόμων με διπλή διάγνωση που παρουσιάστηκαν παραπάνω, αλλά και τα αποτελέσματα πολλών ερευνών, δείχνουν ότι υπάρχει μια σχέση μεταξύ ψυχικής ασθένειας και διαταραχών χρήσης ουσιών. Αυτό όμως που δεν είναι ξεκάθαρο είναι η φύση της σχέσης αυτής. Οι σημαντικότερες υποθέσεις γύρω από το θέμα της αιτιοπαθογένειας της διπλής διάγνωσης παρουσιάζονται παρακάτω.

Διαφορετικές υποθέσεις μπορούν να εξηγήσουν την συννοσηρότητα σε διαφορετική ομάδα ατόμων και παραπάνω από ένα από τα ακόλουθα μοντέλα μπορεί να έχει εφαρμογή για το ίδιο άτομο.

1. Αιτιακή σχέση (το ένα είναι επακόλουθο του άλλου).
2. Τρίτος παράγοντας (ως ανεξάρτητη αιτία και για τα δύο είδη διαταραχών).
3. Η συννοσηρότητα οφείλεται στην τύχη.
4. Μοντέλο διπλής κατεύθυνσης (η καθεμία διαταραχή αμοιβαία επιδεινώνει την άλλη, ανεξάρτητα από την αιτία).

Α)ΑΙΤΙΑΚΗ ΣΧΕΣΗ

Σύμφωνα με τη σχέση αλληλοδιαδοχής, είτε η ψυχική διαταραχή είναι η κύρια διαταραχή και οδήγησε στη συνέχεια σε διαταραχή χρήση ουσιών, που σε αυτήν την περίπτωση είναι το δευτερεύον πρόβλημα, είτε η διαταραχή χρήση ουσιών είναι η κύρια διαταραχή και η ψυχική διαταραχή εμφανίζεται ως συνέπεια της. Διαφορετικές θεωρίες και αποτελέσματα ερευνών υπάρχουν για τη στήριξη της καθεμίας περίπτωσης.³⁹

Β)ΤΡΙΤΟΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ

Ο τρίτος παράγοντας, που είναι η κοινή αιτία της ψυχικής διαταραχής και της διαταραχής χρήσης ουσιών, μπορεί να είναι βιολογικός ή ψυχοκοινωνικός, να συνδέεται είτε με το ίδιο το άτομο και την προσωπική του ιστορία, είτε με το περιβάλλον του. Επομένως, στην κατηγορία αυτή πολλές διαφορετικές θεωρίες μπορεί να συμπεριληφθούν:

- ✓ γενετικός παράγοντας
- ✓ νευροπαθολογία

- ✓ τραυματική εμπειρία
- ✓ χαρακτηριστικά προσωπικότητας
- ✓ πολλαπλοί παράγοντες

Γ) Η ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ ΟΦΕΙΛΕΤΑΙ ΣΤΗΝ ΤΥΧΗ

Η διαταραχή χρήσης ουσιών έχει διαφορετική αιτιολογία από αυτή της ψυχικής διαταραχής και επομένως η συννοσηρότητα είναι ένα τυχαίο γεγονός.

Δεδομένου ότι και δύο είδη διαταραχής εμφανίζουν υψηλά ποσοστά, ένας σημαντικός αριθμός ατόμων θα βιώσει και τα δύο είδη διαταραχής στη βάση του παράγοντα «τύχη». Ωστόσο, εάν θεωρηθεί ότι η συννοσηρότητα των διαταραχών χρήσης ουσιών με τις ψυχικές διαταραχές είναι καθαρά θέμα τύχης, τότε αν η συχνότητα εμφάνισης των διαταραχών χρήσης ουσιών στον πληθυσμό είναι p και αυτή των ψυχικών διαταραχών r , η συχνότητα εμφάνισης της συννοσηρότητας θα έπρεπε να είναι pr .

Στις μεγάλες όμως επιδημιολογικές μελέτες στο γενικό πληθυσμό, τα ποσοστά συννοσηρότητας είναι τόσο υψηλά, ώστε να μην μπορούν να αποδοθούν στην τύχη.³⁹

Δ) ΤΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΤΗΣ ΔΙΠΛΗΣ ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΗΣ

Σύμφωνα με αυτό το μοντέλο, ο ασθενής υποφέρει από δυο διαφορετικές διαταραχές που η μία επιδεινώνει την άλλη, ανεξάρτητα από το ποια είναι η αιτία τους. Οι διαταραχές μπορεί να μην σχετίζονται μεταξύ τους, εννοώντας πως η πορεία της κάθε διαταραχής είναι ανεξάρτητη, είτε καθεμία να προδιαθέτει για την εμφάνιση της άλλης.

Από τα πιο χαρακτηριστικά παραδείγματα είναι η σχέση της χρήσης και κατάχρησης αλκοόλ με την κατάθλιψη και το άγχος. Μικρές ποσότητες αλκοόλ μπορούν να βοηθήσουν στην ανακούφιση της κατάθλιψης και του άγχους, έτσι ώστε άτομα που βιώνουν ένα από τα δύο να καταναλώνουν αλκοόλ, σύμφωνα με την υπόθεση αυτοχορήγησης φαρμακευτικής αγωγής (self-medication hypothesis) που αναφέρθηκε παραπάνω. Από την άλλη όμως, μακρόχρονη χρήση αλκοόλ μπορεί να οδηγήσει σε αύξηση του άγχους και της κατάθλιψης, είτε ως στερητικό σύμπτωμα, είτε ως ψυχολογική αντίδραση κατά την ενεργή φάση της κατάχρησης αλκοόλ.

Οι Driessenetal βρήκαν ότι η κατάθλιψη επηρεάζει το πέρασμα από τη χρήση αλκοόλ στην εξάρτηση από αυτό, αλλά όχι τα μετέπειτα στάδια όταν η εξάρτηση από το αλκοόλ έχει πλέον αναπτυχθεί. Οι Preussetal βρήκαν ότι άτομα με εξάρτηση από αλκοόλ και διάγνωση κατάθλιψης ως ανεξάρτητη διαταραχή είχαν κάνει περισσότερες απόπειρες αυτοκτονίας, ήταν λιγότερο πιθανόν να πίνουν κατά τη διάρκεια της σοβαρότερης απόπειράς τους και είχαν λιγότερο σοβαρή εξάρτηση από το αλκοόλ απ' ό,τι άτομα με εξάρτηση από αλκοόλ και διάγνωση δευτερεύουσας κατάθλιψης προκαλούμενης από το αλκοόλ. Ωστόσο, άλλες έρευνες δεν βρήκαν καμία αλληλεπίδραση μεταξύ κατάθλιψης και αλκοόλ, σε follow-up ατόμων με εξάρτηση από αλκοόλ.

Η αξία του συγκεκριμένου μοντέλου έγκειται στο ότι η συνεμφάνιση κυρίας ψυχικής διαταραχής και διαταραχής χρήσης ουσιών μπορεί να αλλάξουν την παρουσία ή μία της άλλης, κάνοντας τη διάγνωση και τη θεραπεία πιο δύσκολη. Έτσι, αυτό το μοντέλο επίσης τονίζει την αξία των μελετών για την επιδημιολογία και τη θεραπεία της διπλής διάγνωσης και δίνει έμφαση στο ότι η θεραπεία της μιας των δύο διαταραχών θα βελτιώνει την πορεία της άλλης.³⁹

3.6 Διάγνωση

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

Εν πάση περιπτώσει, είναι γνωστό ότι η διάγνωση της συννοσηρότητας είναι πολύ δύσκολη. Η ουσιοεξάρτηση και η διαταραγμένη συμπεριφορά που προκαλεί κυριαρχούν συχνά στη 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-στέρησης, συμπτώματα που μετριάζονταν λόγω της χρήσης ουσιών εμφανίζονται κατά της αποχή ή τη θεραπείας υποκατάστασης.⁴⁰

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, τον 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. Το Ίδρυμα Trimbos ανέπτυξε και δοκίμασε πρωτόκολλα για τη διάγνωση και τη θεραπεία εξαρτημένων χρηστών με διαταραχή ελλειμματικής προσοχής με υπερδραστηριότητα.³²

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

4.1 Θεραπευτική αντιμετώπιση

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 αυτή την κατεύθυνση. Μεγάλη ερευνητική προσπάθεια σε διεθνές επίπεδο, γύρω από αυτό το θέμα τις δύο τελευταίες δεκαετίες.

Η διάγνωση και η θεραπεία της συννοσηρότητας περιορίζεται από το γεγονός ότι το προσωπικό των υπηρεσιών θεραπείας των ουσιοεξαρτήσεων, σε γενικές γραμμές, δεν έχει πολλές γνώσεις σχετικά με θέματα ψυχιατρικής, και το προσωπικό των ψυχιατρικών υπηρεσιών, σε γενικές γραμμές, δεν έχει πολλές γνώσεις σχετικά με τη θεραπεία των ουσιοεξαρτήσεων. Το γεγονός αυτό, σε συνδυασμό με τις αντίθετες νοοτροπίες που επικρατούν στους δύο επιστημονικούς κλάδους, συχνά εμποδίζει την ανάπτυξη μιας ολικής, ολοκληρωμένης αντίληψης της συννοσηρότητας.

Οι ασθενείς που εμφανίζουν συννοσηρότητα έχουν και άλλα προβλήματα που προκύπτουν από το τρόπο με τον οποίο τους αντιμετωπίζουν οι υπηρεσίες θεραπείας των ουσιοεξαρτήσεων ή οι ψυχιατρικές υπηρεσίες. Σε ορισμένες χώρες, οι υπηρεσίες θεραπείας των ουσιοεξαρτήσεων δεν κάνουν δεκτούς χρήστες ναρκωτικών με ψυχιατρικές διαταραχές. Εξάλλου, οι χρήστες ναρκωτικών μπορεί να αντιμετωπίζονται με καχυποψία από ορισμένες ψυχιατρικές υπηρεσίες, σε βαθμό που να μη γίνονται δεκτοί από αυτές χρήστες που είναι σταθεροί στη λήψη ουσίας υποκατάστασης.

Η αντιμετώπιση των εισαχθέντων για θεραπεία που εμφανίζουν συννοσηρότητα απαιτεί τη συνεργασία και το συντονισμό ανάμεσα στις υπηρεσίες που ασχολούνται με τη θεραπεία τους, και ιδίως τις ψυχιατρικές υπηρεσίες και τις υπηρεσίες θεραπείας των

ουσιοεξαρτήσεων, αλλά και τις υπηρεσίες υγείας και τις κοινωνικές υπηρεσίες. Οι αρχές πρέπει επίσης να ασχοληθούν με τη θεραπεία των προβληματικών χρηστών ναρκωτικών που εμφανίζουν συννοσηρότητα στη φυλακή. Όταν η νοσηλεία ή η φυλακή αποτελεί μέρος της παρέμβασης η θεραπεία πρέπει να οργανώνεται υπό μορφή αλυσίδας χωρίς πολλές διακοπές στους συνδετικούς κρίκους ανάμεσα στις διάφορες υπηρεσίες, με στόχο τη διασφάλιση ενός σταθερού και συνεχούς θεραπευτικού σχήματος.

Η διαχείριση κατά περίπτωση είναι μία μέθοδος εργασίας που έχει ως στόχο να βοηθήσει τους εισαχθέντες για θεραπεία να βρουν το δρόμο τους μέσω του θεραπευτικού συστήματος καθώς και να τους διασφαλίσει τη παροχή εξατομικευμένης περίθαλψης. Η μέθοδος αυτή θεωρείται ιδιαίτερα αποτελεσματική για τους ασθενείς που εμφανίζουν συννοσηρότητα και δυσκολεύονται πολύ να αντιμετωπίσουν τη πολύπλοκη πραγματικότητα. Η διαχείριση κατά περίπτωση χρειάζεται επενδύσεις σε ανθρώπινους και οργανωτικούς πόρους, αλλά τελικά αποδεικνύεται αποτελεσματική σε σχέση με το κόστος.⁴¹

4.2 Θεραπευτικές δομές

Στη διεθνή βιβλιογραφία περιγράφονται τρία μοντέλα παροχής υπηρεσιών για τη θεραπεία της συννοσηρότητας:

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.

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.

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 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.⁴²

4.2.1 Διαδοχική θεραπεία

Ορισμένοι ειδικοί, για παράδειγμα στη Δανία, το Ηνωμένο Βασίλειο και τη Νορβηγία, πιστεύουν ότι οι θεραπευτικές υπηρεσίες, τουλάχιστον για αυτούς που πάσχουν από σοβαρές ψυχικές νόσους και αντιμετωπίζουν προβλήματα χρήσης ουσιών, πρέπει να βασίζονται στην ψυχιατρική, πιθανώς με τη συμμετοχή εξωτερικών θεραπευτών ειδικών σε θέματα ουσιοεξαρτήσεων. Στη Δανία, έχουν επισημοποιηθεί οι δεσμοί μεταξύ ψυχιατρικών νοσοκομείων και τοπικών υπηρεσιών θεραπείας των ουσιοεξαρτήσεων. Στο Λουξεμβούργο και τη Νορβηγία, λήφθηκαν ειδικά μέτρα από τις ψυχιατρικές υπηρεσίες για την περίθαλψη ατόμων που βρίσκονται στα αρχικά στάδια της σχιζοφρένειας, πολλά από τα οποία αντιμετωπίζουν σοβαρά προβλήματα χρήσης ουσιών, καθώς η έρευνα υποδεικνύει ότι η έγκαιρη θεραπεία βελτιώνει την πρόγνωση.

Στην εθνική έκθεση της Τσεχίας διατυπώνεται η άποψη ότι τα προβλήματα ουσιοεξάρτησης πρέπει συνήθως να θεωρούνται πιο επείγοντα από τα ψυχικά προβλήματα, καθώς είναι πιο δύσκολο να θεραπευθούν οι ψυχιατρικές διαταραχές όταν η ουσιοεξάρτηση διαστρεβλώνει την κλινική εικόνα. Ωστόσο, επί του παρόντος, 10–20 % των Τσέχων που υποβάλλονται σε θεραπεία απεξάρτησης λαμβάνουν φάρμακα που τους έχουν χορηγηθεί με συνταγή από ψυχίατρο, κάτι που θα θεωρούνταν αδιανόητο πριν από μερικά χρόνια. Στην Ελλάδα, επίσης, η χορήγηση φαρμάκων για ψυχιατρικά συμπτώματα είναι εξαιρετικά σπάνια στα άτομα που υποβάλλονται σε θεραπεία απεξάρτησης. Ωστόσο, βάσει της ελληνικής ποινικής νομοθεσίας, οι ψυχικές διαταραχές θεωρούνται ότι υπερισχύουν της εξάρτησης, και οι παραβάτες που εμφανίζουν συννοσηρότητα εισάγονται σε ψυχιατρικό νοσοκομείο είτε μέσα σε σωφρονιστικό κατάστημα είτε εκτός. Στην Ισπανία, οι χρήστες ναρκωτικών περιθάλπονται συνήθως στο πλαίσιο του συστήματος θεραπείας των ουσιοεξαρτήσεων και οι παραπομπές σε ψυχιατρικές υπηρεσίες γίνονται μόνον όταν οι διαταραχές είναι τόσο σοβαρές ώστε να είναι απαραίτητη η εισαγωγή σε νοσοκομείο.

Εδώ και καιρό ορισμένοι επαγγελματίες πιστεύουν ότι κάθε φαρμακοθεραπεία πρέπει να αποφεύγεται σε άτομα εξαρτημένα από τα ναρκωτικά, λόγω του κινδύνου συνδυασμένης εξάρτησης, π.χ. από ηρωίνη και βενζοδιαζεπίνες, αλλά η άποψη αυτή αρχίζει να αμφισβητείται. Σε ορισμένες περιπτώσεις, υπάρχει τάση χορήγησης με

συνταγή ψυχοφαρμακευτικών θεραπειών αδιακρίτως σε χρήστες ναρκωτικών, εν μέρει λόγω έλλειψης χρόνου διενέργειας των απαραίτητων ερευνών. Στην εθνική έκθεση της Αυστρίας επισημαίνεται ότι η χαμηλή συμμόρφωση των χρηστών ναρκωτικών με τη θεραπεία δυσχεραίνει τη φαρμακευτική θεραπεία ψυχιατρικών νόσων και, επιπλέον, η συνδυασμένη χρήση ναρκωτικών ουσιών και φαρμάκων ενδέχεται, εάν δεν υπάρχει κατάλληλη επιτήρηση, να έχει ως αποτέλεσμα αλληλεπιδράσεις μεταξύ παράνομων και συνταγογραφούμενων φαρμάκων ή εξουδετέρωση των συνταγογραφούμενων φαρμάκων.⁴²

4.2.2 Παράλληλη θεραπεία

Η ανάληψη κοινής ευθύνης για έναν ασθενή από μια υπηρεσία ψυχικής υγείας και μια υπηρεσία θεραπείας των ουσιοεξαρτήσεων στο πλαίσιο του μοντέλου παράλληλης θεραπείας φαίνεται να σπανίζει στην πράξη. Ωστόσο, οι τοπικές ομάδες εργασίας, στις οποίες συμμετέχουν εκπρόσωποι τόσο των υπηρεσιών θεραπείας των ουσιοεξαρτήσεων όσο και των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, αποτελούν συχνά σημαντικό μέσο ανταλλαγής απόψεων, συνεργασίας και δικτύωσης. Στη Γαλλία, την Ιταλία και τις Κάτω Χώρες επίσημοι κανονισμοί ή πρωτόκολλα επιβάλλουν στις υπηρεσίες θεραπείας των ουσιοεξαρτήσεων να διατηρούν στενή επαφή και, κατά προτίμηση, να συνάπτουν επίσημες περιφερειακές συμφωνίες με τις ψυχιατρικές υπηρεσίες σχετικά με τις διαδικασίες παραπομπής και την ανταλλαγή κλινικών πληροφοριών. Ωστόσο, περισσότεροι από το ήμισυ των ασθενών με διπλή διάγνωση στις Κάτω Χώρες πιστεύουν ότι οι συμφωνίες αυτές δεν έχουν ως αποτέλεσμα τη βελτίωση της παρεχόμενης περίθαλψης.

Στο Λουξεμβούργο και στην Αυστρία, το προσωπικό των υπηρεσιών θεραπείας των ουσιοεξαρτήσεων ενδέχεται να παρακολουθεί τους ασθενείς που παραπέμφθηκαν σε ψυχιατρικά νοσοκομεία. Οι κατευθυντήριες γραμμές στο Ηνωμένο Βασίλειο τονίζουν ότι οι επαγγελματίες των υπηρεσιών θεραπείας των ουσιοεξαρτήσεων και των υπηρεσιών ψυχικής υγείας πρέπει να συμμετέχουν στον προγραμματισμό της παρεχόμενης

περίθαλψης σε περιπτώσεις διπλής διάγνωσης, προκειμένου να ιεραρχούνται οι τρόποι περίθαλψης.⁴²

4.2.3 Ολοκληρωμένη θεραπεία

Βάσει του μοντέλου αυτού, μία ομάδα αναλαμβάνει τη θεραπεία και των δύο διαταραχών. Το πλεονέκτημα του μοντέλου αυτού είναι ότι ο ασθενής δεν έρχεται αντιμέτωπος με δύο αντιφατικά μηνύματα. Σε ορισμένες χώρες, τα διαφορετικά διοικητικά συστήματα (π.χ. Ισπανία) ή τα διαφορετικά συστήματα χρηματοδότησης (π.χ. Γερμανία) δυσχεραίνουν την παροχή ολοκληρωμένης θεραπείας.

Στις περισσότερες χώρες τα ειδικευμένα ολοκληρωμένα προγράμματα ή οι μονάδες για τους ασθενείς που εμφανίζουν συννοσηρότητα είναι λιγοστά, η δε διαθεσιμότητα δεν μπορεί να καλύψει τη ζήτηση, που περιέχει τις διαθέσιμες πληροφορίες.

Ο συνηθέστερος τρόπος εφαρμογής ενός μοντέλου ολοκληρωμένης θεραπείας είναι η απασχόληση ψυχιάτρων σε υπηρεσίες θεραπείας των ουσιοεξαρτήσεων ή/και επαγγελματιών θεραπείας των ουσιοεξαρτήσεων σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Αυτή είναι ενδεχομένως η πιο πρακτική λύση, σε μικρότερες περιοχές όπου οι εξειδικευμένες κλινικές ολοκληρωμένης θεραπείας δεν αποτελούν βιώσιμη λύση. Στην Ισπανία, από το 2002, οι γενικοί ιατροί που εργάζονται σε υπηρεσίες θεραπείας των ουσιοεξαρτήσεων μπορούν να αποκτήσουν τον τίτλο του «ειδικού στην ψυχιατρική», εάν επιτύχουν σε εξετάσεις και διαθέτουν τεκμηριωμένη πείρα εργασίας με ασθενείς που πάσχουν από ψυχικές διαταραχές. Στην Πορτογαλία, για τη διαπίστευση και την πιστοποίηση ενός θεραπευτικού κέντρου, είναι υποχρεωτικό στο προσωπικό του να περιλαμβάνεται ένας τουλάχιστον ψυχίατρος. Ωστόσο, δεν διαθέτουν όλοι οι ψυχίατροι που εργάζονται σε υπηρεσίες θεραπείας των ουσιοεξαρτήσεων τις ειδικές γνώσεις και την κατάρτιση που είναι αναγκαίες για τη θεραπεία χρηστών ναρκωτικών, με αποτέλεσμα να απαιτείται ενδεχομένως περαιτέρω ειδική κατάρτιση.⁴²

4.3 Εμπόδια και πραγματιστικές παρεμβάσεις

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 χρήσης ουσιών. Η εκπαίδευση γύρω από τα θέματα διπλής διάγνωσης σε προπτυχιακά και μεταπτυχιακά προγράμματα των επαγγελματιών ψυχικής υγείας μπορεί επίσης να φανεί ωφέλιμη. 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.⁴³

4.4 Θεραπευτικά προγράμματα

Υπάρχουν ποικίλοι θεραπευτικοί οργανισμοί, οι οποίοι προσφέρουν ένα ευρύ φάσμα θεραπειών για την αντιμετώπιση της εξάρτησης. Στα προγράμματα θεραπείας περιλαμβάνονται προγράμματα συντήρησης με υποκατάστατα, προγράμματα εξωτερικής παρακολούθησης χωρίς τη χορήγηση ουσιών (στεγνά), θεραπευτικές κοινότητες, άλλου

τύπου μακρόχρονα ή βραχύχρονα προγράμματα διαμονής, προγράμματα σωματικής αποτοξίνωσης και θεραπευτικά προγράμματα στα σωφρονιστικά καταστήματα. Η διαπίστωση της ανάγκης πλουραλισμού στη θεραπεία των εξαρτημένων ατόμων προκειμένου αυτή να ανταποκρίνεται καλύτερα στις ποικίλες ανάγκες των χρηστών, έδωσε ώθηση στη σταδιακή λειτουργία σε πολλούς φορείς να οργανώσουν κυρίως “στεγνά” θεραπευτικά προγράμματα, όπως της ημερήσιας παραμονής ή του τύπου των εξωτερικών ιατρείων, των ειδικών προγραμμάτων για εφήβους, γυναίκες και άτομα με ψυχιατρική συννοσηρότητα ή προγράμματα υπό μορφή αυτοβοήθειας.⁴⁴

Παρά τις διαφορές τους, τα διάφορα θεραπευτικά προγράμματα έχουν κάποιους κοινούς στόχους. Ο πρώτος στόχος όλων των θεραπευτικών προσεγγίσεων είναι η αποχή ή η μείωση της χρήσης παράνομων ουσιών. Ο δεύτερος είναι η βελτίωση της σωματικής και ψυχικής υγείας, καθώς και της κοινωνικής λειτουργικότητας των ατόμων με προβλήματα κατάχρησης ουσιών. Ο τρίτος είναι η μείωση των κινδύνων για τη δημόσια υγεία και τη δημόσια ασφάλεια. Οι έρευνες έχουν δείξει ότι οποιαδήποτε μορφή θεραπείας είναι αποτελεσματικότερη από τη μη θεραπεία, ακόμα και όταν υπάρχουν συχνά περιστατικά υποτροπής.

Υπάρχουν διαφορετικά είδη θεραπευτικών παρεμβάσεων, των οποίων η συμπληρωματικότητα είναι έως και αναγκαία. Ωστόσο, είναι σημαντικό οι παρεμβάσεις αυτές να ανταποκρίνονται στα ιδιαίτερα προβλήματα και τις ανάγκες που χαρακτηρίζουν το άτομο, λαμβάνοντας υπ’ όψιν βιολογικές, κοινωνικές, ψυχολογικές, πολιτιστικές, οικονομικές και άλλες παραμέτρους.³³

Στην Ελλάδα λειτουργούν σήμερα συνολικά 77 επίσημα αναγνωρισμένα θεραπευτικά προγράμματα. Τα προγράμματα αυτά παρέχουν θεραπεία για εξαρτήσεις από τα ναρκωτικά, τις διατροφικές διαταραχές, το διαδίκτυο, καθώς και παρεμβάσεις για φυλακισμένα / αποφυλακισμένα άτομα.

Οι επίσημα αναγνωρισμένοι φορείς που παρέχουν θεραπεία σε εξαρτημένα άτομα στη χώρα μας είναι οι εξής: ο ΟΚΑΝΑ, το ΚΕΘΕΑ, η Μονάδα Απεξάρτησης 18 ΑΝΩ – Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής (ΨΝΑ), το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης (ΨΝΘ), η Ψυχιατρική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών, γενικά δημόσια νοσοκομεία (σε συνεργασία με τον ΟΚΑΝΑ), το σωματείο ΘΗΣΕΑΣ – Δήμος Καλλιθέας, το

Ελληνικό Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής και Ερευνών και το Υπουργείο Δικαιοσύνης (φυλακές Ελαιώνα).

Οι θεραπευτικές μονάδες απεξάρτησης διακρίνονται στους ακόλουθους τύπους:

- Ø θεραπευτικές μονάδες υποκατάστασης: Κύριες ουσίες χορήγησης η μεθαδόνη ή η βουπρενορφίνη.
- Ø «στεγνά» θεραπευτικά προγράμματα: Προγράμματα εσωτερικής διαμονής ενηλίκων, εξωτερικής παραμονής ενηλίκων και εξωτερικής παραμονής εφήβων.⁴⁵

4.5 Θεραπεία υποκατάστασης

Μέλημα του Προγράμματος Υποκατάστασης είναι η μείωση της χρήσης ναρκωτικών, καθώς και των συναφών με τη χρήση προβλημάτων–κοινωνικών και υγείας– καθώς επίσης και η διασφάλιση της δημόσιας υγείας από τη μετάδοση μολυσματικών ασθενειών, ενώ, παράλληλα, στόχος παραμένει να παρασχεθεί βοήθεια σε άτομα τα οποία επιθυμούν και μπορούν να πετύχουν, επιπροσθέτως με τη μείωση της βλάβης, και την απεξάρτηση. Κύρια επιδίωξη αποτελεί η σταθεροποίηση σε έναν κανονικό τρόπο ζωής, που θα συνοδεύεται από βελτίωση των οικογενειακών και κοινωνικών σχέσεων, αλλά και από ενδιαφέρον για εκπαίδευση / κατάρτιση, για εργασία και για επαγγελματική αποκατάσταση.

Στο Πρόγραμμα Υποκατάστασης παρέχεται φαρμακευτική θεραπεία σε συνδυασμό με ψυχοκοινωνική υποστήριξη και θεραπεία της ψυχιατρικής και σωματικής συννοσηρότητας. Όσον αφορά τη θεραπευτική έμφαση κατά τη θεραπευτική διαδικασία των χρηστών, η ιατρική / ψυχιατρική αντιμετώπιση και η ατομική / υποστηρικτική συμβουλευτική αποτελούν τους επικρατέστερους τύπους θεραπείας σε προγράμματα υποκατάστασης (το σύνολο των προγραμμάτων δίνουν μεγάλο βάρος σε αυτές). Επίσης, σχεδόν όλες οι μονάδες υποκατάστασης δίνουν μεγάλη έμφαση στην ατομική ψυχοθεραπεία και στην πρόληψη της υποτροπής. Ένα μέρος των προγραμμάτων δίνει έμφαση στην ομαδική ψυχοθεραπεία, ενώ περίπου ένα στα τρία αξιοποιεί την οικογενειακή θεραπεία.⁶

Περαιτέρω, οι κύριες υπηρεσίες που παρέχονται από το σύνολο των μονάδων υποκατάστασης στο πλαίσιο του θεραπευτικού σχεδιασμού είτε εντός της μονάδας είτε εκτός αυτής σε συνεργασία με άλλους φορείς είναι η βασική ιατρική και ψυχιατρική βοήθεια. Άλλες παρεχόμενες υπηρεσίες, οι οποίες διαφοροποιούνται κατά μονάδα, περιλαμβάνουν τη βοήθεια στην αναζήτηση εργασίας, τον επαγγελματικό προσανατολισμό, τη στεγαστική και την οικονομική βοήθεια και την παροχή βασικής / ακαδημαϊκής εκπαίδευσης.

Οι θεραπευτικές μονάδες υποκατάστασης διακρίνονται σε δύο βασικούς τύπους, σύμφωνα με την κύρια φαρμακευτική ουσία που χορηγείται για τη θεραπευτική αντιμετώπιση της εξάρτησης: α) στις μονάδες που εφαρμόζουν θεραπεία υποκατάστασης με κύρια ουσία χρήσης τη μεθαδόνη και β) τις μονάδες που χορηγούν βουπρενορφίνη ως υποκατάστατο. Να σημειωθεί ότι στις μονάδες υποκατάστασης οι θεραπευόμενοι μεταβαίνουν συχνά από το ένα υποκατάστατο στο άλλο ανάλογα με τη φάση της θεραπείας τους.

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.⁴

4.6 Ουσίες υποκατάστασης

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.³³

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 Hipnocedon 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.⁴⁶

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.⁴⁷

4.7 Τα «στεγνά» προγράμματα και η σημασία της ψυχοθεραπευτικής διαδικασίας στην απεξάρτηση

Γύρω από το θέμα των ναρκωτικών υπάρχουν πολλοί μύθοι. Ο μύθος που επικρατεί στους έφηβους ότι «το χασίς είναι ακίνδυνο», ο μύθος ότι «ο έφηβος περνάει στην χρήση όχι από επιλογή του, π.χ. εθίζεται σε ναρκωτικά που του έβαλαν άλλοι στο ποτό» στους γονείς, ο μύθος ότι «όταν ο χρήστης περάσει το στάδιο της σωματικής αποτοξίνωσης έχει ξεφύγει από το πρόβλημα» στους χρήστες. Ο τελευταίος μύθος που τον έχουν πολλοί από τους χρήστες και τις οικογένειες τους απαξιώνει την σημασία της ψυχικής απεξάρτησης και τον κύριο ρόλο που παίζει η θεραπευτική διαδικασία στα προγράμματα απεξάρτησης.

Μία βασική αρχή όλων των θεραπευτικών προγραμμάτων είναι ότι η απεξάρτηση απαιτεί την εκούσια συμμετοχή του θεραπευόμενου. Η ψυχική απεξάρτηση δεν μπορεί να επιτευχθεί με αναγκαστική θεραπεία.

Η ιδιαιτερότητα των στεγνών προγραμμάτων έγκειται στο γεγονός ότι δεν χρησιμοποιούν υποκατάστατες ουσίες, όπως π.χ. μεθαδόνη ή βουπρενορφίνη και εστιάζονται στην ψυχική απεξάρτηση του ατόμου.

Τα στεγνά προγράμματα δέχονται χρήστες που μπορούν να καταφέρουν με κάποια υποστήριξη να σταματήσουν τη χρήση και εστιάζονται κυρίως στο να βοηθήσουν

τον θεραπευόμενο να δώσει άλλο νόημα στη ζωή του και να βελτιώσει τις διαπροσωπικές του σχέσεις έτσι ώστε να κατορθώσει στη συνέχεια της ζωής του να μείνει μακριά από ουσίες. Η σημασία της ψυχικής απεξάρτησης σε σχέση με αυτή της σωματικής αποτοξίνωσης διαφαίνεται και από την αναλογία του χρόνου που απαιτείται για τη καθεμία μέσα σε ένα θεραπευτικό πρόγραμμα απεξάρτησης. Ενδεικτικά αναφέρουμε ότι η σωματική αποτοξίνωση από την ηρωίνη μπορεί να επιτευχθεί σε διάρκεια δύο εβδομάδων ενώ η ψυχική απεξάρτηση χρειάζεται τουλάχιστον 20 μήνες.²⁸

Σε όλα τα θεραπευτικά προγράμματα πραγματοποιούνται ομαδικές και ατομικές συναντήσεις με στόχο τη θεραπεία. Επίσης πραγματοποιούνται δραστηριότητες που σ' αυτές συμμετέχουν όλα τα μέλη που παρακολουθούν το πρόγραμμα. Ένα άλλο κοινό στοιχείο όλων των στεγνών προγραμμάτων είναι η ενεργή συμμετοχή της οικογένειας του χρήστη (γονείς και αδέρφια).

Τα στεγνά προγράμματα χωρίζονται σε τρεις φάσεις:

- την πρώτη φάση που είναι η φάση συμβουλευτικής και ενημέρωσης με στόχο την διαμόρφωση και ισχυροποίηση του αιτήματος για θεραπεία. Επίσης σ' αυτή τη φάση ο χρήστης βοηθιέται από το πρόγραμμα να πετύχει την αποχή του από τις ουσίες (σωματική αποτοξίνωση). Η αποχή του είναι προϋπόθεση για να μπορέσει να προχωρήσει στην επόμενη φάση του προγράμματος.

- τη δεύτερη φάση αυτή της κύριας θεραπείας που το μέλος συμμετέχει στις δραστηριότητες του προγράμματος είτε μέσα στην κοινότητα (στα κλειστά προγράμματα) είτε σε καθημερινή βάση κάποιες ώρες (στα ανοιχτά προγράμματα).

- και την τρίτη και τελική φάση της κοινωνικής επανένταξης με στόχο να υποστηρίξει το μέλος να επανενταχθεί στην κοινωνία.⁶

Οι κύριοι φορείς που λειτουργούν στεγνά θεραπευτικά προγράμματα στην Αττική είναι:

α) το 18 ΑΝΩ που λειτουργεί κλειστό και ανοιχτό πρόγραμμα όπως και πρόγραμμα εφήβων (Συμβουλευτικός σταθμός 18 ΑΝΩ : τηλ. 210 - 3614242).

β) το ΚΕ.Θ.Ε.Α. που λειτουργεί ανοιχτό και κλειστό πρόγραμμα όπως και πρόγραμμα εφήβων (Κέντρο Ενημέρωσης : τηλ. 210 - 3800058).

γ) ο Ο.ΚΑ.ΝΑ. που λειτουργεί πρόγραμμα εφήβων (Μονάδα Εφήβων «Ατραπός» : τηλ. 210 - 6420453).⁴⁵

4.7.1 18 ΑΝΩ

Η Μονάδα Απεξάρτησης 18 ΑΝΩ του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής είναι το μεγαλύτερο δημόσιο «στεγνό» πρόγραμμα του ΕΣΥ στην Ελλάδα.

Από το 1987 έως σήμερα, η Μονάδα 18 ΑΝΩ αναπτύσσεται διαρκώς σε τομείς πρόληψης, θεραπείας και επανένταξης. Παρέχει θεραπευτικές υπηρεσίες χωρίς υποκατάστατα, σε τοξικομανείς, γυναίκες και μητέρες τοξικομανείς, οικογένειες, εφήβους, μετανάστες, άτομα «διπλής διάγνωσης» και άτομα που αντιμετωπίζουν ζητήματα διατροφικών διαταραχών και προβληματικής χρήσης διαδικτύου. Όλα αυτά τα χρόνια έχουν αξιοποιήσει τις υπηρεσίες μας περισσότεροι από 100.000 άνθρωποι.

Η ανθρωποκεντρική, ψυχοκοινωνική προσέγγιση του εξαρτημένου ατόμου, με τη διαλεκτική ως κύριο μεθοδολογικό εργαλείο και τη θεραπευτική ομάδα ως συλλογικότητα, καθορίζουν τη διαμόρφωση του ψυχοθεραπευτικού μας πλαισίου. Παράλληλα, ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στις ομάδες θεραπείας μέσω Τέχνης.⁶

Το Πρόγραμμα της Μονάδας μας για ενήλικες χωρίζεται σε τρεις φάσεις:

- τη φάση της ευαισθητοποίησης
- της φάση της ψυχολογικής απεξάρτησης
- τη φάση της κοινωνικής επανένταξης

➡ ΦΑΣΗ ΕΥΑΙΣΘΗΤΟΠΟΙΗΣΗΣ

Σε αυτή τη φάση πραγματοποιούνται η ευαισθητοποίηση του εξαρτημένου ατόμου στο πρόβλημά του, η σταθεροποίηση της απόφασής του, η εμπλοκή του στη θεραπευτική διαδικασία και η ένταξή του στο θεραπευτικό πλαίσιο.

Στην αρχή αυτής της φάσης το εξαρτημένο άτομο έχει ατομικές συναντήσεις με την ομάδα υποδοχής και δίνει ούρα για τοξικολογικό έλεγχο δύο φορές την εβδομάδα.

Κατά τη διάρκεια αυτής της φάσης η οποία διαρκεί περί τους τρεις μήνες ο θεραπευόμενος παρακολουθείται από τον ατομικό του θεραπευτή και συμμετέχει σε ομάδες εμπύκωσης, ευαισθητοποίησης, έκφρασης και τέχνης, δημιουργικής ενασχόλησης, πηλού, γυμναστικής, δραματοθεραπείας, κολάζ.

Είναι πολύ σημαντική η ύπαρξη της ομάδας σε αυτή τη δύσκολη φάση, διότι το εξαρτημένο άτομο είναι πολύ κοντά στην ουσία ακόμα και συγχρόνως αρκετά εκτεθειμένο σε αυτή, αφού η φάση της ευαισθητοποίησης είναι ανοικτή, δηλαδή ζει και κινείται στους ίδιους χώρους.

Η ομάδα, λοιπόν, είναι αυτή που στηρίζει, πιθανόν και να προστατεύει πολλές φορές, σε αυτή τη φάση που διαρκεί περίπου δύο μήνες.

Παράλληλα οι γονείς συμμετέχουν στο πρόγραμμα του Τμήματος Οικογένειας (με ατομικές και ομαδικές συναντήσεις με τους ειδικούς θεραπευτές καθώς και ομάδες δραματοθεραπείας ειδικά για οικογένειες).⁴⁸

➡ ΦΑΣΗ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗΣ ΑΠΕΞΑΡΤΗΣΗΣ

Η φάση αυτή είναι κλειστή και πραγματοποιείται στο Περίπτερο 18 ΑΝΩ, του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής και διαρκεί 6 – 7 μήνες περίπου.

Καθ' όλη τη διάρκεια της φάσης, οι θεραπευόμενοι, δεν έχουν καμία επαφή με το οικεί περιβάλλον αλλά και κανένα άλλον εκτός από τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας, προκειμένου να επικεντρωθούν στη θεραπεία τους απερίσπαστοι από εξωτερικούς παράγοντες.

Στο διάστημα αυτών των μηνών, μέσα από την ατομική και ομαδική ψυχοθεραπεία αλλά και άλλες θεραπευτικές διαδικασίες, όπως η δραματοθεραπεία, εργοθεραπεία, γυμναστική, είναι υπεύθυνοι για το χώρο που ζουν (καθαριότητα, μαγειρέμα κ.λ.π.), αλλά και για τις σχέσεις τους με τα μέλη άλλων ομάδων.

Στη φάση της ψυχολογική απεξάρτησης, το εξαρτημένο άτομο, ανακαλύπτει τον πραγματικό του εαυτό και τους λόγους που το οδήγησαν στη χρήση ουσιών και την εξάρτησή του από αυτές.

Μαθαίνει να κάνει, για πρώτη φορά, ειλικρινείς και ουσιαστικές σχέσεις, καθώς και τι σημαίνει υπευθυνότητα και συνέπεια.⁴⁸

➡ ΦΑΣΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΠΑΝΕΝΤΑΞΗΣ

Η φάση αυτή είναι εξωτερική και πραγματοποιείται σε ξεχωριστό χώρο. Η διάρκειά της είναι περίπου 10-12 μήνες και θεωρείται πλέον δύσκολη. Κατά τη διάρκεια αυτών των 10-12 μηνών το εξαρτώμενο άτομο προετοιμάζεται για την επάνοδο και την ένταξή του στο κοινωνικό σύνολο αντιμετωπίζοντας πολλά προβλήματα και δυσκολίες.

Πρόκειται για την 3η και τελευταία φάση του προγράμματος, με διάρκεια περίπου 12 μήνες. Είναι πρόγραμμα εξωτερικής παρακολούθησης όπου ο θεραπευόμενος προετοιμάζεται για την επάνοδο και την ένταξη του στο κοινωνικό σύνολο.

Λειτουργούν εκτός από την ατομική και ομαδική ψυχοθεραπεία, ομάδες ραδιοφώνου, θεάτρου, μουσικής, τέχνης, φωτογραφίας, αγγειοπλαστικής, κοσμήματος, δημιουργίας και πολιτισμού, βιβλίου, έκφρασης κινηματογράφου σε ειδικά διαμορφωμένους χώρους.⁴⁸

4.7.2 ΚΕΘΕΑ

Το ΚΕΘΕΑ είναι το μεγαλύτερο δίκτυο υπηρεσιών απεξάρτησης και κοινωνικής επανένταξης στη χώρα μας. Βρίσκεται δίπλα στους χρήστες ουσιών και τις οικογένειές τους από την ίδρυση της ΙΘΑΚΗΣ, της πρώτης ελληνικής Θεραπευτικής Κοινότητας, το 1983. Όλες οι υπηρεσίες του παρέχονται δωρεάν και χωρίς λίστες αναμονής: στο δρόμο, στα σωφρονιστικά καταστήματα, σε μονάδες σε όλη την Ελλάδα. Το ΚΕΘΕΑ απευθύνεται επίσης σε όσους αντιμετωπίζουν πρόβλημα με άλλες μορφές εξάρτησης, όπως το αλκοόλ, ο τζόγος και το διαδίκτυο.

Τα προγράμματα του ΚΕΘΕΑ αντιμετωπίζουν ολοκληρωμένα την εξάρτηση και τα προβλήματα που τη συνοδεύουν, παρέχοντας συμβουλευτική και θεραπεία απεξάρτησης, υποστήριξη της οικογένειας, φροντίδα για θέματα υγείας και νομικές εκκρεμότητες, εκπαίδευση και κατάρτιση, επανένταξη στην κοινωνία και τον κόσμο της εργασίας. Κατά τη διάρκεια της θεραπείας δεν χορηγούνται υποκατάστατα ή φάρμακα. Στόχος είναι η πλήρης και σταθερή αποχή από τις ουσίες και η ισότιμη επανένταξη του ατόμου στην κοινωνία.

Το ΚΕΘΕΑ εφαρμόζει επίσης προγράμματα πρόληψης και αγωγής υγείας σε εκπαιδευτικές κοινότητες όλων των βαθμίδων, ομάδες υψηλού κινδύνου για χρήση ουσιών και τις τοπικές κοινωνίες. Αποτελεί δραστήριο οργανισμό εκπαίδευσης και έρευνας στον τομέα των εξαρτήσεων με προγράμματα και δραστηριότητες που αποσκοπούν στην καλύτερη κατανόηση του φαινομένου, στην προώθηση της επιστημονικής γνώσης και στη διαρκή βελτίωση των υπηρεσιών που παρέχονται στα εξαρτημένα άτομα και τις οικογένειές τους.⁴⁹

4.7.3 OKANA

Ο Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών (OKANA) ιδρύθηκε με το Νόμο 2161/93 που ψηφίστηκε από το σύνολο του Κοινοβουλευτικού Σώματος και η λειτουργία του ξεκίνησε το 1995. Είναι ένα αυτοδιοικούμενο νομικό πρόσωπο ιδιωτικού δικαίου που τελεί υπό την εποπτεία του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

Σύμφωνα με τον ιδρυτικό του νόμο, ο OKANA 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 OKANA 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.

Για τη χάραξη και το συντονισμό της εθνικής πολιτικής για τα ναρκωτικά, ο OKANA 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.^{4,45}

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

5.1 Νοσηλευτική φροντίδα αρρώστων με οργανικές ψυχικές διαταραχές λόγω κατάχρησης ψυχοδραστικών ουσιών

Υπάρχουν άνθρωποι που χρησιμοποιούν ψυχοδραστικές ουσίες για να υπερνικήσουν το άγχος και τις διάφορες εντάσεις ή απλώς για να αισθανθούν ευφορία και να απαλλαγούν από πόνους όλων των ειδών. Λόγω της συνεχούς χρήσης των ουσιών αυτών οι περισσότεροι αρρωσταίνουν.

Οι ψυχοδραστικές ουσίες που προκαλούν οργανικές ψυχικές διαταραχές είναι: αλκοόλ, αμφεταμίνες ή συμπαθητικομιμητικά παρόμοιας δράσης, καφεΐνη, κάνναβη, κοκαΐνη, ψευδαισθησιογόνα, εισπνεόμενες ουσίες, νικοτίνη, οπιοειδή, φανκυκλιδίνη (PCP) ή παρόμοιας δράσης αρυλκυκλοεξυλαμίνες, καταπραϋντικά, υπνωτικά ή αγχολυτικά κ.α.

Οι διαταραχές που προκαλούνται συνολικά από χρήση ψυχοδραστικών ουσιών είναι: κατάχρηση, εξάρτηση, τοξίκωση, στερητικό σύνδρομο, παραλήρημα, ψευδαισθήτωση, διαταραχή της διάθεσης, αντίληψης και μνήμης, άνοια και γενική βιοψυχοκοινωνική και πνευματική έκπτωση του ανθρώπου.²

Οι κυριότερες νοσηλευτικές διαγνώσεις των αρρώστων αυτών είναι:

- Άρνηση της κατάχρησης της ψυχοδραστικής ουσίας και των συνεπειών της στην προσωπική υγεία και ζωή.
- Ανεπαρκής οικογενειακή υποστήριξη στην αντιμετώπιση του προβλήματος.
- Μεγάλος κίνδυνος προσβολής της σωματικής και ψυχικής υγείας
- Μεγάλος κίνδυνος επιθετικότητας κατά του εαυτού και των άλλων.⁵⁰

5.2 Ο νοσηλευτής ως μέλος της ομάδας ψυχικής υγείας

Στην Κοινωνική Ψυχιατρική η δυνατότητα λειτουργίας ενός μικρού τμήματος εσωτερικής νοσηλείας στο ΚΚΨΥ (Κέντρο Κοινωνικής Ψυχικής Υγείας), όπως συμβαίνει στην Ιταλία και σε μερικές περιπτώσεις στις ΗΠΑ, καθιστά αναγκαία την παρουσία του νοσηλευτή ως βασικού μέλους της θεραπευτικής ομάδας με επικέντρωση στο έργο της Ψυχιατρικής Νοσηλευτικής.

Ο νοσηλευτής ως μέλος της Ομάδας Ψυχικής Υγείας εργάζεται σε συγκεκριμένα αντικείμενα στους ακόλουθους τομείς:

- Στην κλινική/φαρμακευτική αγωγή του αρρώστου και την παρακολούθησή του ως προς την κανονική λήψη των φαρμάκων και τις τυχόν παρενέργειες. Εδώ εντάσσεται και η συμμετοχή του στη διαχείριση του μικρού φαρμακείου και της «κλινικής φαρμάκων μακράς δράσης» (depot) και της διατήρησης της συμμόρφωσης του αρρώστου στην αγωγή με την εφαρμογή τυποποιημένων τεχνικών παρέμβασης.
- Στον τομέα της γενικότερης κλινικής παρακολούθησης της κατάστασης υγείας ενός ψυχικά αρρώστου με την εγκατάσταση μιας θεραπευτικής συμμαχίας και την εκπαίδευσή του σε θέματα πρόληψης υποτροπών και μείωσης του στρες.
- Στην παρέμβαση στο άτομο και την οικογένεια, όταν υπάρχει κρίση, με στόχο τη λύση της κρίσης και την τεχνική της επίλυσης προβλημάτων.
- Στη νοσηλευτική διεργασία-φροντίδα σε προγράμματα ημερήσιας φροντίδας (Day care programs) που μπορεί να υπάρχει σε ένα ΚΚΨΥ.

Βασικές προϋποθέσεις για την αποτελεσματικότητα της εργασίας είναι:

- Να συμμερίζεται την κοινή ιδεολογία της ομάδας.
- Να δημιουργήσει καλή επαφή και θεραπευτική προσέγγιση.
- Να γνωρίζει καλή κλινική ψυχοπαθολογία-νοσολογία.
- Να μπορεί να συνεργάζεται με άλλους στον τομέα του ή σε άλλους συναφείς τομείς.

Οι τυχόν επικαλύψεις του έργου του υπάρχουν στους τομείς, π.χ., διεξαγωγής προγραμμάτων αγωγής υγείας, έρευνας ή αξιολόγησης στην εκπαίδευση στελεχών ψυχικής υγείας και στη διοίκηση (διοικητικό έργο).⁵¹

5.3 Γενικές αρχές νοσηλευτικής φροντίδας και επικοινωνίας

- Διατήρηση σωματικής υγείας, ασφάλειας, διατροφής και υγιεινής φροντίδας του αρρώστου σε κρίσιμη κατάσταση οφειλόμενη σε λήψη υπερβολικής δόσης ψυχοδραστικής ουσίας, τοξίκωση, στερητικό σύνδρομο και άλλες διαταραχές.
- Διάθεση χρόνου κοντά στον άρρωστο και δημιουργία θετικής επικοινωνίας μαζί του χωρίς πνεύμα κριτικής και καταδίκης.
- Εκτίμηση του επιπέδου λειτουργίας/δυσλειτουργίας του καθώς και των αναγκών και προβλημάτων του.
- Επικέντρωση στις υγιείς δυνάμεις του που μπορούν να κινητοποιηθούν ώστε να τον βοηθήσουν να συμμορφωθεί με τη θεραπεία.
- Ενίσχυση της αυτοεκτίμησής του.
- Τήρηση θετικής, υποστηρικτικής στάσης και ετοιμότητα συνεργασίας για την ανάρρωσή του.
- Συζήτηση με τον άρρωστο αναφορικά με τα αποτελέσματα της κατάχρησης της ουσίας στον εαυτό του και στο περιβάλλον του.
- Απασχόληση του αρρώστου σε δραστηριότητες στο χώρο όπου μπορεί να επιτυγχάνει και σε θεραπευτικές ομάδες.
- Ενσωμάτωσή του και της οικογένειάς του σε οικογενειακή ψυχοθεραπεία και σε ομάδες αυτοβοήθειας και αλληλο-υποστήριξης.
- Ενθάρρυνση να συμμετέχει σε πρόγραμμα χημικής απεξάρτησης.²
- Βοήθεια να θέσει ρεαλιστικούς βραχυπρόθεσμους σκοπούς, π.χ. τι θα επιτύχει στην κάθε ημέρα.
- Βοήθεια να ξεπεράσει την άρνηση της αρρώστιας του χωρίς αύξηση αισθημάτων ενοχής και να αποφασίσει να ζήσει χωρίς τη χρήση της ουσίας.

- Παροχή πληροφοριών που θα τον βοηθήσουν να κατανοήσει το φαινόμενο της χημικής εξάρτησης.
- Διδασκαλία στρατηγικών αποτελεσματικής αντιμετώπισης του προβλήματος, στον άρρωστο και την οικογένεια.
- Έπαινος του αρρώστου και της οικογένειας όταν αναγνωρίσουν το πρόβλημα της κατάχρησης ψυχοδραστικής ουσίας και αρχίζουν προσπάθειες για την αποτοξίνωση και ενστάλαξη ελπίδας για την επιτυχία.⁵⁰
- Καθοδήγηση του αρρώστου πώς να διαπιστώνει τους στρεσογόνους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες που τον σπρώχνουν στη χρήση της ουσίας και πώς να αναγνωρίζει, αντιμετωπίζει ή προλαμβάνει συμπτώματα που σχετίζονται με ενδεχόμενη υποτροπή.
- Επισήμανση ειδικών κοινωνικών υπηρεσιών και προγραμμάτων υποστήριξης που υπάρχουν για τον άρρωστο και την οικογένειά του.
- Επίδειξη υπομονής και βραδεία πρόοδο και τις τυχόν υποτροπές του αρρώστου.
- Παρότρυνση να αποφεύγει τους προηγούμενους φίλους του που κάνουν χρήση ουσιών και να τους αντικαταστήσει με νέους φίλους που δεν χρησιμοποιούν ψυχοδραστικές ουσίες ή που έχουν αποτοξινωθεί.

Πρέπει να τονισθεί ότι η ανάρρωση του ατόμου με τη διάγνωση της χημικής εξάρτησης είναι ισόβια διεργασία και προσωπική νίκη της ελεύθερης προσωπικότητά του. Ο νοσηλευτής μπορεί να βοηθήσει με την επιστήμη και την τέχνη του και προπαντός με υπομονή, επιμονή, αγάπη και σεβασμό προς το πρόσωπο με το πρόβλημα.²

5.4 Πρωτογενής πρόληψη και ο ρόλος του νοσηλευτή

Η προσέγγιση για μείωση της βλάβης από την κατάχρηση ουσιών επικεντρώνεται στην προαγωγή της υγείας και στην πρόληψη της ασθένειας. Η πρωτογενής πρόληψη για τα προβλήματα ΑΚΑΝ, πρόκειται για μια πρόσφατη φράση για αλκοόλ, καπνός και άλλα προβλήματα με ναρκωτικά, περιλαμβάνει (1) την προώθηση υγιών τρόπων ζωής και

προσαρμοστικών συμπεριφορών και (2) την ενημέρωση σχετικά με τα ναρκωτικά και τις οδηγίες για τη χρήση τους.

Οι νοσηλευτές είναι κατάλληλα προετοιμασμένοι να εφαρμόσουν στρατηγικές προαγωγής της υγείας, προτείνοντας και κάνοντας πιο εύκολες τις εναλλακτικές επιλογές από τη χρήση ουσιών σε γενικευμένες, απρόσεκτες και συχνά επικίνδυνες πρακτικές χρήσης και παρέχοντας εκπαίδευση σχετικά με τα ναρκωτικά για τη μείωση της βλάβης από ανεύθυνες και μη ασφαλείς πρακτικές χρήσης τους.⁹

5.4.1 Προώθηση υγιεινών τρόπων ζωής και προσαρμοστικών παραγόντων

Η βοήθεια στα άτομα για να αποκτήσουν καλύτερο επίπεδο υγείας περιλαμβάνει και άλλες παρεμβάσεις, εκτός από αυτές που αφορούν άμεσα τη χρήση ναρκωτικών, όπου αυτό είναι δυνατόν. Η διδασκαλία για την ολοκληρωμένη εκτίμηση των πραγμάτων και τη σωστή λήψη αποφάσεων αυξάνει την αυτό-υπευθυνότητα για την υγεία και βοηθάει τα άτομα να αυξήσουν την επίγνωσή τους για τις διάφορες δυνατότητες που έχουν. Τα επίμονα προβλήματα υγείας, όπως δυσκολίες στον ύπνο, μυϊκή τάση, έλλειψη ενέργειας, χρόνιο στρες και πτώση της διάθεσης είναι συχνοί λόγοι για τους οποίους οι άνθρωποι στρέφονται προς τα φάρμακα, ειδικά τα ψυχοδιεγερτικά ναρκωτικά. Οι νοσηλευτές μπορούν να βοηθήσουν τα άτομα αυτά να καταλάβουν ότι τα φάρμακα μπορεί να συγκαλύψουν τα προβλήματα παρά να τα λύσουν. Οι τεχνικές χαλάρωσης και μείωσης του στρες μαζί με έναν ισορροπημένο τρόπο ζωής μπορούν να διευθετήσουν αυτά τα προβλήματα πιο αποτελεσματικά από ότι μπορούν τα φάρμακα. Η έλλειψη ύπνου, η μη σωστή διατροφή και η έλλειψη άσκησης συμβάλλουν σε πολλά προβλήματα υγείας. Η βοήθεια των ατόμων να προσαρμόσουν την ξεκούρασή τους, τη διατροφή τους και την άσκησή τους σε καθημερινή βάση μπορεί να μειώσει αυτά τα προβλήματα. Οι νοσηλευτές μπορούν να παρέχουν χρήσιμες πληροφορίες σε ομάδες, βοηθώντας στην ανάπτυξη δραστηριοτήτων αναψυχής στην κοινότητα ή οργανώνοντας ομάδες για

μείωση του στρες, ξεκούραση και άσκηση. Οι νοσηλευτές μπορούν να βοηθήσουν τα άτομα να αυξήσουν τη συμμετοχή τους σε δραστηριότητες στην κοινότητα, οι οποίες δεν χρειάζονται χρήση ναρκωτικών.

Η έλλειψη επαγγελματικών ευκαιριών, επαγγελματικής εκπαίδευσης ή και των δύο μπορούν να συμβάλλουν στο κοινωνικοοικονομικό στρες και στη χαμηλή αυτοεκτίμηση, και μπορούν να οδηγήσουν στη χρήση ναρκωτικών για να ξεφύγει κανείς από αυτή τη κατάσταση. Οι νοσηλευτές μπορούν να βοηθήσουν τα άτομα να αναγνωρίσουν τους κοινωνικούς πόρους και να λύσουν τα προβλήματα, αντιμετωπίζοντας τις βασικές ανάγκες τους παρά να τα αποφεύγουν. Επιπλέον, στους αυξανόμενους παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με τα προβλήματα ΑΚΑΝ, είναι σημαντικό να αυξηθούν οι προστατευτικοί ή οι προσαρμοστικοί παράγοντες.⁵²

5.4.2 Εκπαίδευση για τα ναρκωτικά

Τα προβλήματα ΑΚΑΝ υπερβαίνουν την κατάχρηση ψυχοδιεγερτικών ναρκωτικών. Σήμερα, περισσότερα από 450.000 διαφορετικά ναρκωτικά και συνδυασμοί ναρκωτικών είναι διαθέσιμα, και τα ναρκωτικά που συνταγογραφούνται ευθύνονται για σχεδόν το 60% όλων των επισκέψεων στα νοσοκομεία που σχετίζονται με τα ναρκωτικά και για το 70% όλων των θανάτων από τα ναρκωτικά στα επείγοντα.⁹

Οι νοσηλευτές είναι ειδικοί στη χορήγηση των φαρμάκων και καταλαβαίνουν τους πιθανούς κινδύνους της χρήσης των φαρμάκων και την αδυναμία των φαρμάκων να θεραπεύσουν όλα τα προβλήματα. Οι νοσηλευτές μπορούν να επηρεάσουν την υγεία των ατόμων καταρρίπτοντας το μύθο των καλών και των κακών φαρμάκων. Αυτό σημαίνει (1) ενημέρωση των ατόμων ότι κανένα φάρμακο δεν είναι απολύτως ασφαλές και ότι σε κάθε φάρμακο μπορεί να γίνει κατάχρηση και (2) βοήθεια των ατόμων να μάθουν πώς να παίρνουν ενημερωμένες αποφάσεις σχετικά με τη χρήση των ουσιών για να ελαχιστοποιήσουν την πιθανή βλάβη.

Η τεχνολογία των φαρμάκων αναπτύσσεται, όμως το κοινό λαμβάνει λίγες πληροφορίες για το πώς να χρησιμοποιεί σωστά αυτήν την τεχνολογία. Η μείωση των βλαβών σαν στόχος αναγνωρίζει ότι οι άνθρωποι καταναλώνουν ναρκωτικά και

χρειάζεται να ξέρουν για τη χρήση των φαρμάκων και τους κινδύνους που διατρέχουν για να λαμβάνουν τις αποφάσεις τους σχετικά με τη χρήση των φαρμάκων. Η εκπαίδευση για τα ναρκωτικά θα πρέπει να ξεκινά από ατομική βάση, επανεξετάζοντας τη συνταγογράφηση για τα φάρμακα στο κάθε άτομο. Λόγω του ότι ένας γιατρός ή μια ειδικευμένη νοσηλεύτρια έχει συνταγογραφήσει τα φάρμακα, το άτομο συχνά υποθέτει ότι είναι ακίνδυνα.⁵³

Είναι το άτομο ενήμερο για τις πιθανές ανεπιθύμητες αλληλεπιδράσεις που μπορεί να έχει αυτό το φάρμακο με άλλα φάρμακα ή με φαγητό; Μια κοινή πρακτική για τους χρήστες ουσιών είναι η χρήση ουσιών από διαφορετικές κατηγορίες ταυτόχρονα ή σε διαφορετικούς χρόνους για να ρυθμίσουν το πώς νιώθουν, γνωστό και ως πολυουσιακή χρήση ή κατάχρηση. Η πολυουσιακή χρήση μπορεί να προκαλέσει αλληλεπιδράσεις μεταξύ των ναρκωτικών που μπορεί να έχουν εθιστικά, συνεργικά ή ανταγωνιστικά αποτελέσματα. Η πολυουσιακή κατάχρηση μπορεί να οδηγήσει σε σοβαρές αλλοιώσεις στη φυσιολογία του ατόμου, που είναι δύσκολο να διαγνωσθούν και να θεραπευτούν. Είναι σημαντικό να ενθαρρύνονται τα άτομα να κάνουν ερωτήσεις για τη χρήση των ουσιών που χρησιμοποιούν.

Οι νοσηλευτές μπορούν να αξιοποιήσουν τους διαθέσιμους κοινοτικούς πόρους για ενημέρωση, να παρέχουν απαραίτητες πληροφορίες και να διευκρινίσουν αυτές τις πληροφορίες στους ασθενείς. Κείμενα φιλικά προς τον αναγνώστη για ενημέρωση είναι διαθέσιμα και προσφέρουν πληροφορίες σχετικά με αλληλεπιδράσεις ναρκωτικών με άλλα φάρμακα, άλλα ναρκωτικά (περιλαμβάνοντας το αλκοόλ, τον καπνό, τη μαριχουάνα και την κοκαΐνη) και με άλλες ουσίες (φαγητό και ποτά), και παρέχουν άριστες οδηγίες για τους νοσηλευτές, καθώς επίσης και για την προσωπική χρήση του ατόμου και της οικογένειας. Καθώς οι άνθρωποι μαθαίνουν να κάνουν ερωτήσεις σχετικά με τα φάρμακα που τους έχουν συνταγογραφηθεί, οι νοσηλευτές θα πρέπει να τους ενθαρρύνουν να κάνουν τις ίδιες ερωτήσεις για τα αυτό-χορηγούμενα φάρμακα που δεν χρειάζονται συνταγογράφηση και τις ουσίες που χρησιμοποιούνται για ψυχαγωγικούς σκοπούς. Αυτό δε σημαίνει ότι οι νοσηλευτές θα πρέπει να ενθαρρύνουν τη χρήση άλλων ουσιών, αλλά ότι η πιθανή βλάβη από την αυτό-χορήγηση μπορεί να μειωθεί αν τα άτομα έχουν την κατάλληλη πληροφόρηση να λαμβάνουν πιο ενημερωμένες αποφάσεις.⁹

Όταν οι γονείς αναζητούν πληροφορίες σχετικά με τη χρήση των φαρμάκων τους, λειτουργούν σαν πρότυπα για τα παιδιά τους. Μπορεί να είναι αποπροσανατολιστικό για τα παιδιά και τους εφήβους να τους λένε "πες απλά όχι" στα ναρκωτικά ενώ βλέπουν τους γονείς τους ή τις διαφημίσεις των φαρμάκων να προσπαθούν να "φτιάξουν γρήγορα" κάθε πρόβλημα υγείας με ένα φάρμακο. Η απλή προσέγγιση "πες απλά όχι" δεν βοηθά τους νέους ανθρώπους για πολλούς λόγους. Πρώτον, τα παιδιά είναι από τη φύση τους περίεργα, και ο πειραματισμός με τα ναρκωτικά είναι συχνά μέρος της φυσιολογικής τους ανάπτυξης. Δεύτερον, τα παιδιά από μη λειτουργικές οικογένειες συχνά χρησιμοποιούν τα ναρκωτικά για να τραβήξουν την προσοχή ή για να δραπετεύσουν από ένα ανυπόφορο περιβάλλον. Και, τέλος, η προσέγγιση "πες απλά όχι" δεν αντιμετωπίζει στην πράξη την ισχυρή επιρροή και τις πιέσεις των συνομηλίκων.

Η εκπαίδευση για τα ναρκωτικά εισήχθη στο σχολείο με το πρόγραμμα DARE, το πιο ευρέως χρησιμοποιούμενο προληπτικό πρόγραμμα σε σχολεία για τη χρήση ναρκωτικών στις Ηνωμένες Πολιτείες. Το πρόγραμμα αυτό χρησιμοποιεί αστυνομικούς για να διδάξουν το υλικό, αλλά πρόσφατες έρευνες έδειξαν ότι είναι λιγότερο αποτελεσματικό από άλλα διαδραστικά προγράμματα πρόληψης και μπορεί ακόμα να έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση της χρήσης ναρκωτικών. Τα βασικά προληπτικά προγράμματα AKAN για νέους ανθρώπους θα πρέπει να συνδυάζουν τις προσπάθειες για αύξηση των μηχανισμών προσαρμογής με την εκπαίδευση για τα ναρκωτικά. Οι νοσηλευτές μπορούν να εκτελούν καθήκοντα εκπαιδευτών ή συμβούλων στο σχολικό σύστημα ή σε κοινωνικές ομάδες για να διασφαλίσουν ότι καλύπτονται όλοι οι τομείς. Η χρήση της μεθόδου "υποδύομαι ένα ρόλο" είναι χρήσιμη στη διδασκαλία όλων αυτών των δεξιοτήτων.⁹

5.5 Δευτερογενής πρόληψη και ο ρόλος του νοσηλευτή

Για την αναγνώριση της κατάχρησης ουσιών και τον προγραμματισμό κατάλληλων παρεμβάσεων, οι νοσηλευτές πρέπει να αξιολογούν το κάθε άτομο ξεχωριστά. Όταν αναγνωρίζεται χρήση ναρκωτικών, εθισμός ή εξάρτηση, ο νοσηλευτής θα πρέπει να βοηθήσει τα άτομα να καταλάβουν τη σχέση μεταξύ της χρήσης

ναρκωτικών και των αρνητικών συνεπειών στην υγεία τους, στις οικογένειες τους, και στη κοινωνία.⁴⁴

5.5.1 Αξιολογώντας τα προβλήματα

Κατά την εκτίμηση της υγείας, ο νοσηλευτής θα πρέπει να αξιολογήσει τόσο τα φάρμακα που παίρνει μόνος του ο ασθενής για θεραπεία όσο και τις ουσίες που παίρνει για ψυχαγωγικούς σκοπούς. Κατά συνέπεια, όλο το σχετικό με τη χρήση ουσιών ιστορικό συλλέγεται και βοηθά στην αξιολόγηση του τρόπου χρήσης ουσιών. Θα πρέπει να σημειώνετε κάθε αλλαγή στα πρότυπα χρήσης ουσιών μέσα στο χρόνο. Μετά την απόκτηση ενός φαρμακευτικού ιστορικού, οι επόμενες ερωτήσεις πρέπει να εξακριβώσουν αν το πρόβλημα παραμένει. Οι ακόλουθες ερωτήσεις αποτελούν τέτοια παραδείγματα:

- Αν το άτομο χρησιμοποιεί ένα φάρμακο που του έχει συνταγογραφηθεί, ακολουθεί σωστά οδηγίες;
- Έχει αυξήσει το άτομο τη δόση ή τη συχνότητα λήψης παραπάνω από τη συνταγή;
- Χρησιμοποιεί το άτομο κάποιο συνταγογραφημένο ψυχοδιεγερτικό;
- Αν ναι, για πόσο καιρό και ποιά είναι η δόση;²

Όταν γίνεται εκτίμηση της χρήσης ουσιών και φαρμάκων είτε για αυτό-θεραπεία είτε για ψυχαγωγική και κοινωνική χρήση, οι νοσηλευτές θα πρέπει να καθορίσουν το λόγο της χρήσης. Κάποια νοσούντα υποκείμενα (π.χ. πόνος, άγχος, βάρος, αϋπνία) μπορεί να ανακουφίζονται από μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις. Διερωτώνται σχετικά με την ποσότητα, τη συχνότητα και τη διάρκεια της χρήσης και την οδό χορήγησης κάθε φαρμάκου. Για να εξακριβωθεί η παρουσία προβλήματος από τη χρήση ουσιών, καθορίζεται αν η χρήση του ναρκωτικού προκαλεί αρνητικές συνέπειες για στην υγεία ή προβλήματα με τις σχέσεις, τη δουλειά, τα οικονομικά ή το νομικό σύστημα. Αν υπάρχει χρόνια, τακτική και συχνή χρήση ουσιών, οι νοσηλευτές θα πρέπει να διερευνήσουν για πιθανά συμπτώματα στέρησης για να καθορίσουν αν υπάρχει σωματική εξάρτηση και

στα σχετιζόμενα προβλήματα προειδοποιεί για την πιθανότητα εθισμού. Η άρνηση είναι πρώιμο σημείο της εξάρτησης. Οι μέθοδοι άρνησης περιλαμβάνουν τα παρακάτω:

- Λέγοντας ψέματα για τη χρήση
- Ελαχιστοποιώντας το πρότυπο χρήσης (συχνότητα, ποσότητα)
- Κατηγορώντας ή εκλογικεύοντας τη χρήση
- Χρησιμοποιώντας θυμό ή χιούμορ
- " Πηγαίνοντας με τη ροή " (αποδοχή ότι υπάρχει κάποιο πρόβλημα, δήλωση ότι η συμπεριφορά θα αλλάξει, χωρίς όμως καμία αλλαγή στη συμπεριφορά)

Αν το άτομο γίνει επιθετικό ή επιδεικνύει συμπεριφορές που δείχνουν άρνηση όταν ερωτάται για χρήση αλκοόλ ή άλλων ουσιών τότε θα πρέπει να υποψιάζει τους αρμόδιους.⁹

5.5.2 Έλεγχος για χρήση ναρκωτικών

Κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1980 ο τυχαίος έλεγχος για χρήση ναρκωτικών στο χώρο εργασίας ή πριν την πρόσληψη ήταν ιδιαίτερα δημοφιλής. Ο έλεγχος για χρήση ουσιών μπορεί να γίνει με εξέταση ούρων, αίματος, σάλιου, αναπνοής (αλκοόλ) ή τριχών. Η πιο κοινή μέθοδος εξετάσεων διαλογής για ναρκωτικά είναι η εξέταση των ούρων. Η εξέταση ούρων υποδηλώνει μόνο παλιά χρήση συγκεκριμένων ναρκωτικών, και όχι τοξίκωση. Συνεπώς, οι άνθρωποι μπορούν να αναγνωρισθούν ως χρήστες συγκεκριμένων ναρκωτικών στο παρελθόν, αλλά ο βαθμός τοξίκωσης και η έκταση της φθοράς δεν μπορούν να καθοριστούν με την εξέταση των ούρων. Επίσης, τα περισσότερα προβλήματα που σχετίζονται με τα ναρκωτικά στο χώρο εργασίας έχουν να κάνουν με το αλκοόλ, και το αλκοόλ δεν συμπεριλαμβάνεται συχνά στην εξέταση των ούρων για ναρκωτικά. Άλλα προβλήματα με την εξέταση των ούρων περιλαμβάνουν τη χρησιμοποίηση της σαν μέσο εκφοβισμού, τα ψευδώς θετικά αποτελέσματα, την παραβίαση της προσωπικής ζωής και το ότι δεν έχει καλή σχέση κόστους-αποτελεσματικότητας.

Ο έλεγχος για χρήση ουσιών που ακολουθεί παρατηρούμενη αδυναμία μπορεί να βοηθήσει στην αιτιολόγησή της. Συνεπώς, έτσι χρησιμοποιείται περισσότερο ως εφεδρική παρά ως πρωταρχική μέθοδος εξέτασης διαλογής. Είναι επίσης χρήσιμος για τη θεραπεία των εθισμένων ατόμων. Μέρος της θεραπείας τους είναι η αποχή από τη χρήση ψυχοδιεγερτικών ουσιών, έτσι μία εξέταση ούρων που υποδεικνύει θετικά αποτελέσματα για κάποια ουσία υποδηλώνει υποτροπή.⁵⁴

Ο έλεγχος για ναρκωτικά με εξέταση αίματος, αναπνοής και σάλιου μπορεί να καταδείξει πρόσφατη χρήση και ποσότητα. Οποιαδήποτε από αυτές τις εξετάσεις μπορούν να βοηθήσουν στον καθορισμό της μέθης από αλκοόλ, και συχνά χρησιμοποιούνται για να τεκμηριώσουν την πιθανή επίδραση της ουσίας. Μια εξέταση αίματος μπορεί να είναι χρήσιμη όταν υπάρχει υποψία υπερδοσολογίας, για τον καθορισμό της συγκεκριμένης ουσίας που έχει ληφθεί. Η εξέταση της τρίχας κερδίζει την προσοχή μας επειδή τα αποτελέσματα της μπορούν να παρέχουν ένα εκτενές ιστορικό για τη χρήση ναρκωτικών.

Το Πρόγραμμα Βοήθειας των Εργαζομένων (Employee Assistance Programs, EAPs) αναπτύχθηκαν στους χώρους εργασίας, και τουλάχιστον 30% των Αμερικάνων εργατών έχουν πρόσβαση σε κάποιο πρόγραμμα. Εθισμός ή χρήση ουσιών είναι το πιο κοινό πρόβλημα του προσωπικού στους περισσότερους χώρους εργασίας, αποτελώντας το 20% των εθελοντικών παραπομπών και το 50% των εποπτικών αναφορών στα προγράμματα. Αυτά τα προγράμματα μπορούν να αναγνωρίσουν προβλήματα υγείας ανάμεσα στους εργαζομένους και να προσφέρουν συμβουλευτική ενίσχυση ή παραπομπή σε άλλους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης, όπου είναι απαραίτητο. Τα Πρόγραμμα Βοήθειας των Εργαζομένων παρέχουν πρώιμη αναγνώριση και παρέμβαση για προβλήματα χρήση ουσιών. Επίσης προσφέρουν υπηρεσίες σε εργαζόμενους για να μειώσουν το στρες και παρέχουν υγειονομική περίθαλψη ή συμβουλευτική έτσι ώστε να μπορεί να γίνει πρόληψη των προβλημάτων χρήσης ουσιών από το στάδιο της αρχικής τους εμφάνισης. Οι νοσηλευτές συχνά αναπτύσσουν και εκτελούν αυτά τα προγράμματα.⁹

5.5.3 Ομάδες υψηλού κινδύνου

Η αναγνώριση ομάδων υψηλού κινδύνου βοηθά τους νοσηλευτές να σχεδιάσουν προγράμματα έτσι ώστε να ανταποκριθούν σε συγκεκριμένες ανάγκες και να κινητοποιήσουν πόρους στην κοινότητα.

ΕΦΗΒΟΙ

Όσο πιο νεαρό είναι ένα άτομο όταν ξεκινάει τον εντατικό πειραματισμό με τα ναρκωτικά τόσο πιθανότερο είναι να αναπτύξει εθισμό. Παράγοντες που σχετίζονται με την οικογένεια (γενετική, οικογενειακό στρες, γονεϊκά πρότυπα και η θυματοποίηση των παιδιών) φαίνεται να είναι οι κυριότερες μεταβλητές που επηρεάζουν τη χρήση ουσιών ανάμεσα στους έφηβους.

Η συνύπαρξη ψυχιατρικών διαταραχών (ειδικά διαταραχές συναισθήματος) και προβλημάτων συμπεριφοράς σχετίζεται επίσης με τη χρήση ουσιών στους εφήβους, καθιστώντας την πίεση από τους συνομηλίκους μικρότερο παράγοντα επιρροής. Η έρευνα στην κοινωνική επιρροή είναι επιτυχής λόγω της ικανότητας τους να προάγουν κοινωνικές νόρμες που μειώνουν το κοινωνικό κίνητρο ενός εφήβου για να ξεκινήσει τη χρήση ΑΚΑΝ. Η πιο αποτελεσματική θεραπευτική προσέγγιση για εφήβους φαίνεται να είναι η χρήση της προσανατολισμένης στην οικογένεια θεραπείας.⁹

ΜΕΓΑΛΥΤΕΡΟΙ ΕΝΗΛΙΚΟΙ

Οι μεγαλύτεροι ενήλικοι (65 ετών ή και μεγαλύτεροι) καταναλώνουν περισσότερα συνταγογραφούμενα φάρμακα, αλλά και από αυτά που δε χρειάζονται συνταγογράφηση, από οποιαδήποτε άλλη ηλικιακή ομάδα. Τα προβλήματα με την κατανάλωση του αλκοόλ, περιλαμβάνοντας και τις αλληλεπιδράσεις με συνταγογραφούμενα και μη φάρμακα, υπερέχει κατά πολύ οποιουδήποτε άλλου προβλήματος χρήσης ουσιών ανάμεσα στους ενήλικους (Center for Substance Abuse Treatment, 1998). Η αυξανόμενη χρήση των συνταγογραφούμενων ναρκωτικών και του αλκοόλ από μεγαλύτερους ενήλικους μπορεί να σχετίζεται με την αντιμετώπιση προβλημάτων. Προβλήματα συνταξιοδότησης, ασθένειας, θανάτου φίλων και

χαμηλότερα επίπεδα επιτυχίας δημιουργούν αισθήματα λύπης, άνοιας, άγχους και μοναξιάς.

Παράγοντες όπως βραδύτερος μεταβολισμός των φαρμάκων, οργανικές αλλαγές σχετικές με την ηλικία, αυξημένες ευαισθησίες στα φάρμακα, η τάση χρήσης των φαρμάκων για μεγάλες χρονικές περιόδους και η συχνότερη χρήση πολλαπλών φαρμάκων συμβάλλουν σε σοβαρότερες αρνητικές συνέπειες στους μεγαλύτερους ενήλικους. Η κατάχρηση αλκοόλ μπορεί να μην αναγνωριστεί διότι τα αποτελέσματα της στις γνωστικές ικανότητες μπορεί να αποδοθούν σε αλλαγές που σχετίζονται με τη φυσιολογική γήρανση ή τις εκφυλιστικές εγκεφαλικές ασθένειες. Επίσης, η κατάθλιψη μπορεί απλά να αποδοθεί στις πιο συχνές απώλειες παρά στα καταθλιπτικά αποτελέσματα του αλκοόλ, και ο μεγαλύτερος σε ηλικία ενήλικος μπορεί συνεπώς να λαμβάνει φαρμακευτική θεραπεία για κατάθλιψη και όχι για αλκοολισμό.⁹

ΧΡΗΣΤΕΣ ΕΝΕΣΙΜΩΝ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ

Πέρα από το πρόβλημα του εθισμού, οι χρήστες ενέσιμων ναρκωτικών (αυτοί που αυτοχορηγούν ενδοφλεβίως ή υποδορίως) βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο για άλλες επιπλοκές στην υγεία. Η ενδοφλέβια χορήγηση των ναρκωτικών πάντα εμπεριέχει ένα μεγαλύτερο κίνδυνο υπερδοσολογίας λόγω του ότι το ναρκωτικό πηγαίνει κατευθείαν στην κυκλοφορία του αίματος. Με τα παράνομα ναρκωτικά ο κίνδυνος αυξάνεται διότι η ακριβής δοσολογία είναι άγνωστη. Επιπροσθέτως, το ναρκωτικό μπορεί να είναι νοθευμένο με άλλα χημικά, όπως η ζάχαρη, το άμυλο ή η κινίνη, τα οποία μπορεί να προκαλέσουν σοβαρές παρενέργειες. Συχνά οι χρήστες των ενδοφλεβίων ναρκωτικών φτιάχνουν το δικό τους διάλυμα για ενδοφλέβια χορήγηση, το οποίο μπορεί να προκαλέσει επιπλοκές από εμβολή.

Η κοινή χρήση των βελονών είναι μια συνηθισμένη πρακτική ανάμεσα στα εθισμένα άτομα. Η εξάπλωση του ιού της ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας μέσω της κοινοχρησίας των βελονών είναι κίνδυνος για τη δημόσια υγεία. Η ηπατίτιδα C και άλλες ασθένειες που μεταδίδονται μέσω του αίματος μπορούν επίσης να μεταδοθούν μέσω των μολυσμένων βελονών. Μολύνσεις και αποστήματα μπορούν να αναπτυχθούν δευτερογενώς από τις μολυσμένες βελόνες ή από τις λανθασμένες τεχνικές χορήγησης. Οι χρήστες ενδοφλεβίων ναρκωτικών αντιπροσωπεύουν την ταχύτερα αναπτυσσόμενη

πηγή νέων περιπτώσεων του συνδρόμου επίκτητης ανοσοανεπάρκειας, και βρίσκονται στο μεγαλύτερο κίνδυνο μετάδοσης του ιού στην ετεροφυλική κοινότητα. Τα μισά από τα νέα κρούσματα μόλυνσης από τον HIV είναι ανάμεσα στους χρήστες ενδοφλεβίων ναρκωτικών, με δυσανάλογες επιπτώσεις στα άτομα των μειονοτήτων.⁹

Πρωταρχικώς, λόγω αυτής της τάσης, δίνεται έμφαση στη μείωση της μετάδοσης της συγκεκριμένης ασθένειας μέσω των μολυσμένων βελόνων. Η αποχή είναι ιδανική αλλά ανέφικτη για πολλούς εθισμένους. Χρησιμοποιώντας το μοντέλο μείωσης της βλάβης, ο νοσηλευτής θα έπρεπε να παρέχει εκπαίδευση στον καθαρισμό των βελόνων με χλωρίνη ανάμεσα στις χρήσεις και να ενημερώνει σχετικά με προγράμματα ανταλλαγής βελόνων για τη μείωση της εξάπλωσης του ιού. Οι έρευνες δείχνουν ότι τα προγράμματα ανταλλαγής βελόνων δεν έχουν αυξήσει την κατάχρηση ενδοφλέβιων ναρκωτικών αλλά έχουν, αυξήσει τον αριθμό των ατόμων που εισάγονται σε προγράμματα θεραπείας, παρά τον περιορισμένο αριθμό των κέντρων αποκατάστασης.⁵⁰

ΧΡΗΣΗ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ

Τα περισσότερα φάρμακα επηρεάζουν αρνητικά ένα έμβρυο. Συνεπώς η χρήση οποιουδήποτε φαρμάκου ή ουσίας κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης θα πρέπει να αποθαρρύνεται, εκτός αν είναι ιατρικά απαραίτητο. Οι στόχοι των *Υγιών Ανθρώπων 2010* θίγουν αυτό το θέμα. Το σύνδρομο εμβρυικού αλκοολισμού (Fetal Alcohol Syndrome, FAS), έχει αναγνωριστεί ως η τρίτη αιτία θανάτου από επιπλοκές κατά τη διάρκεια της γέννας και ως ο τύπος διανοητικής καθυστέρησης στις ΗΠΑ που μπορεί περισσότερο να προληφθεί. Μια μελέτη έδειξε ότι οι γυναίκες που είναι καταθλιπτικές κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης τους έχουν περισσότερες πιθανότητες να κάνουν κατάχρηση αλκοόλ. Συνεπώς οι εξετάσεις διαλογής για την κατάθλιψη και η θεραπεία, όπου είναι απαραίτητη, θα μπορούσε να είναι μια χρήσιμη προσθήκη στις προσπάθειες παρέμβασης για το FAS/FAE.²⁸

Παρά την αυξημένη εστίαση στις παρεμβάσεις για την κατάχρηση των ναρκωτικών, πολλές έγκυες γυναίκες με προβλήματα με ναρκωτικά δεν λαμβάνουν τη βοήθεια που χρειάζονται. Αυτό μπορεί να είναι αποτέλεσμα της άγνοιας, της φτώχειας, της έλλειψης ανησυχίας για το έμβρυο, της έλλειψης διαθέσιμων υπηρεσιών και του φόβου των συνεπειών της αποκάλυψης της χρήσης ναρκωτικών. Ο φόβος για

εγκληματική δίωξη μπορεί να ωθήσει την εθισμένη γυναίκα ακόμα πιο μακριά από το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης. Πολλές γυναίκες αναγκάζονται να αποκρύπτουν τη χρήση ναρκωτικών από τους επαγγελματίες υγείας και τους ασφαλιστικούς οργανισμούς και γεννούν τα παιδιά τους σε χώρους εκτός νοσοκομείου, θέτοντας σε κίνδυνο την εγκυμοσύνη.³³

ΧΡΗΣΗ ΠΑΡΑΝΟΜΩΝ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ

Η στρατηγική του "πες απλά όχι" στα ναρκωτικά είναι και απλοϊκή και παραπλανητική. Η χωρίς διακρίσεις χρήση των "καλών" ναρκωτικών έχει προκαλέσει περισσότερα προβλήματα υγείας, από δυσμενείς αντιδράσεις, αλληλεπιδράσεις ναρκωτικών, εξάρτηση, εθισμό και υπερδοσολογία, παρά την χρήση των "κακών" ναρκωτικών. Παρόλα αυτά, ο πόλεμος κατά των ναρκωτικών επικεντρώνεται στα παράνομα ναρκωτικά και τιμωρεί τους χρήστες παράνομων ουσιών. Η μαύρη αγορά που σχετίζεται με τη χρήση παράνομων ναρκωτικών φέρνει τους κατά τα άλλα νομοταγείς πολίτες σε στενή επαφή με εγκληματίες, εμποδίζει κάθε έλεγχο της ποιότητας των ναρκωτικών, αυξάνει τον κίνδυνο του AIDS και της ηπατίτιδας δευτερογενώς, από τη κοινή χρήση βελονών, και παρεμποδίζει τη πρόσβαση επαγγελματιών υγείας, στο χρήστη ή τον εθισμένο.

Η έλλειψη ποιοτικού ελέγχου (άγνωστη ισχύς και καθαρότητα) μπορούν να προκαλέσουν απρόσμενες υπερδοσολογίες ή δευτεροπαθή αποτελέσματα από νοθείες, για παράδειγμα ένα συνθετικό ανάλογο της φεντανύλης (3-MF, 3-μεθυλφεντανύλη) γνωστό σαν "ηρωίδα" είναι 6000 φορές πιο ισχυρό από τη μορφίνη. Η μη ασφαλή χορήγηση (μολυσμένες βελόνες) οδηγεί σε τοπικές και συστηματικές λοιμώξεις. Το υψηλό κόστος στη μαύρη αγορά οδηγεί στο έγκλημα για την ικανοποίηση του εθισμού.³⁴

5.6 Συνεξάρτηση και εμπλοκή της οικογένειας

Ο εθισμός στα ναρκωτικά είναι συχνά μια οικογενειακή ασθένεια. Ένας στους τέσσερις Αμερικανούς βιώνουν οικογενειακά προβλήματα που σχετίζονται με τη κατάχρηση του αλκοόλ. Μια έρευνα έδειξε ότι το 52,9% των Αμερικανών άνω των 18

ετών έχουν οικογενειακό ιστορικό αλκοολισμού ανάμεσα στους συγγενείς πρώτου και δευτέρου βαθμού. Τα άτομα που βρίσκονται σε στενή σχέση με τον εθισμένο συχνά αναπτύσσουν μη υγιείς μηχανισμούς αντιμετώπισης προκειμένου να συνεχίσουν τη σχέση. Αυτή η συμπεριφορά είναι γνωστή ως συνεξάρτηση, μία παρακινούμενη από το στρες ενασχόληση με τη ζωή του εθισμένου ατόμου, που οδηγεί σε υπερβολική εξάρτηση και υπέρμετρη ανησυχία για τον εθισμένο. Σε συνεξαρτημένες οικογένειες αναπτύσσονται συνήθως πολλοί αυστηροί κανόνες που βοηθούν στη συντήρηση των σχέσεων.⁵⁴

Τα ακόλουθα είναι παραδείγματα:

- Μη μιλάς
- Μην αισθάνεσαι
- Μην εμπιστεύεσαι
- Μη χάνεις τον έλεγχο
- Μην αναζητάς βοήθεια από άτομα εκτός οικογένειας

Οι συνεξαρτημένοι προσπαθούν να ανταποκριθούν στις ανάγκες του εθισμένου εις βάρος των δικών τους. Κάτω από τη συνεξάρτηση μπορεί να συγκαλύπτονται ιατρικά προβλήματα και συναισθηματικό στρες που παρουσιάζονται στους επαγγελματίες υγείας ως έλκη, δερματικές ανωμαλίες, ημικρανίες, χρόνια κρυολογήματα και οσφυαλγίες. Όταν το εθισμένο άτομο αρνείται να παραδεχτεί το πρόβλημα, η οικογένεια συνεχίζει να προσαρμόζεται συναισθηματικά για να αντιμετωπίσει το στρες από τη παράλογη, αντιφατική και απρόβλεπτη συμπεριφορά του εθισμένου ατόμου. Τα μέλη της οικογένειας συνεχώς αναπτύσσουν ρόλους που τείνουν να είναι κατάφωρες υπερβολές των φυσιολογικών οικογενειακών ρόλων, και προσκολλώνται παράλογα σε αυτούς τους ρόλους, ακόμα και αν δεν είναι πια λειτουργικοί.

Ένας από τους πιο σημαντικούς ρόλους όπου ένα μέλος της οικογένειας μπορεί να λάβει είναι αυτός του "ενισχυτή". Η ενίσχυση είναι η πράξη της προφύλαξης ή προστασίας του εθισμένου από το να βιώσει τις συνέπειες του εθισμού. Ως αποτέλεσμα, ο εθισμένος δε καταλαβαίνει πάντα το βάθος του εθισμού και έτσι "ενισχύεται" να συνεχίσει τη χρήση. Αν και η συνεξάρτηση και η ενίσχυση είναι στενά συνδεδεμένες, ένα άτομο δε χρειάζεται να είναι συνεξαρτημένο για να ενισχύσει. Ο οποιοσδήποτε μπορεί

να είναι ενισχυτής: ένας αστυνομικός, το αφεντικό ή ένας συνεργάτης, και φυσικά ο σύμβουλος θεραπείας κατά των ναρκωτικών. Οι επαγγελματίες υγείας που δε τονίζουν τις αρνητικές συνέπειες στην υγεία από τη χρήση ναρκωτικών στα εθισμένα άτομα δρουν σαν "ενισχυτες".⁵⁴

Ο νοσηλευτής μπορεί να βοηθήσει τις οικογένειες να αναγνωρίσουν το πρόβλημα του εθισμού και να αντιμετωπίσουν το εθισμένο άτομο σε ένα πλαίσιο φροντίδας. Είτε το εθισμένο μέλος της οικογένειας είναι σύμφωνο με τη θεραπεία είτε όχι, στα μέλη της οικογένειας θα πρέπει να δοθεί κάποια κατεύθυνση σχετικά με τα έντυπα και τις υπηρεσίες που είναι διαθέσιμα για να τους βοηθήσουν να αντιμετωπίσουν το πρόβλημα πιο αποτελεσματικά. Ο νοσηλευτής μπορεί να βοηθήσει στον προσανατολισμό επιλογών θεραπείας, συμβουλευτικής βοήθειας, οικονομικής βοήθειας, υπηρεσιών υποστήριξης και (αν είναι απαραίτητο) νομικών υπηρεσιών για τα μέλη της οικογένειας. Τα παιδιά των ατόμων που είναι εθισμένα ή κάνουν κατάχρηση ΑΚΑΝ διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο για ανάπτυξη εθισμού και πρέπει να βρίσκονται στο επίκεντρο των προσπαθειών για πρωτογενή πρόληψη.⁹

5.7 Τριτογενής πρόληψη και ο ρόλος του Νοσηλευτή

Ο νοσηλευτής έχει θέση κλειδί προκειμένου να βοηθήσει τον εθισμένο και την οικογένεια του. Η γνώση του νοσηλευτή για τους πόρους στην κοινότητα και το πώς θα τους κινητοποιήσει μπορεί να επηρεάσει σημαντικά την ποιότητα της περίθαλψης που λαμβάνει το άτομο.⁹

5.7.1 Αποτοξίνωση

Η αποτοξίνωση είναι η αποβολή μιας ή περισσότερων ουσιών από το σώμα ενός ατόμου και η διαχείριση των συμπτωμάτων στέρησης. Ανάλογα με την ουσία και το βαθμό της εξάρτησης, ο απαιτούμενος χρόνος μπορεί να κυμαίνεται από μερικές μέρες ως αρκετές βδομάδες. Λόγω του ότι τα συμπτώματα στέρησης ποικίλουν (εξαρτάται από

την ουσία που χρησιμοποιείται) και κυμαίνονται από μη ανεκτά ως και απειλητικά για τη ζωή, το περιβάλλον και η διαχείριση της στέρησης εξαρτώνται από την ουσία που χρησιμοποιείται. Ναρκωτικά όπως τα διεγερτικά ή τα οπιούχα μπορούν να παράγουν συμπτώματα στέρησης που είναι ανυπόφορα αλλά όχι απειλητικά για τη ζωή. Η αποτοξίνωση από αυτά τα ναρκωτικά δεν απαιτεί άμεση ιατρική εποπτεία, αλλά η ιατρική διαχείριση των συμπτωμάτων στέρησης αυξάνει το επίπεδο άνεσης του ασθενούς.

Από την άλλη, ναρκωτικά όπως το αλκοόλ, οι βενζοδιαζεπίνες και τα βαρβιτουρικά μπορούν να παράγουν συμπτώματα στέρησης απειλητικά για τη ζωή. Αυτά τα άτομα θα πρέπει να είναι υπό στενή παρακολούθηση κατά τη διάρκεια της αποτοξίνωσης και θα πρέπει να λαμβάνουν ιατρική φροντίδα για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων στέρησης για να διασφαλιστεί μια ασφαλής απεξάρτηση. Από αυτούς που αναπτύσσουν τρομώδες παραλήρημα από τη στέρηση του αλκοόλ, το 15% μπορεί να μην επιβιώσει παρά την ιατρική διαχείριση, συνεπώς η στενή ιατρική παρακολούθηση ξεκινά καθώς τα επίπεδα αλκοόλ του αίματος αρχίζουν να πέφτουν. Ένας γενικός κανόνας στη διαχείριση της αποτοξίνωσης είναι η αποκοπή του ναρκωτικού από το άτομο με σταδιακή μείωση των δόσεων και της συχνότητας χορήγησης.

Κατά αυτό το τρόπο ένα άτομο με χρόνια αλκοολισμό θα μπορούσε να αποτοξινωθεί ασφαλώς με σταδιακή μείωση της κατανάλωσης του αλκοόλ. Πρακτικά, όμως, η χορήγηση κάποιου άλλου ναρκωτικού, συνήθως μια βενζοδιαζεπίνη, συχνά προσφέρει μία ασφαλέστερη απεξάρτηση από το αλκοόλ, καθώς επίσης και ένα αιφνίδιο τέλος στην τοξίκωση από το ναρκωτικό της επιλογής.³²

5.7.2 Θεραπεία του εθισμού

Η θεραπεία του εθισμού διαφέρει από τη διαχείριση των αρνητικών συνεπειών στην υγεία λόγω της χρονιάς κατάχρησης ναρκωτικών, της υπερδοσολογίας και της αποτοξίνωσης. Η θεραπεία του εθισμού επικεντρώνεται στη διαδικασία του εθισμού. Ο στόχος είναι να βοηθήσουν να κάνουν αλλαγές στον τρόπο ζωής τους έτσι ώστε να διακόψουν την εξέλιξη της ασθένειας. Σύμφωνα με τη θεωρία οι εθισμένοι δεν είναι

υπεύθυνοι για τα συμπτώματα της ασθένειας τους, είναι, όμως, υπεύθυνοι για τη διαχείριση της.

Τα περισσότερα θεραπευτικά κέντρα είναι διεπιστημονικά, διότι οι στρατηγικές παρέμβασης απαιτούν μια ευρεία ποικιλία προσεγγίσεων. Τα προγράμματα τους περιλαμβάνουν αλληλεπιδράσεις μεταξύ των εθισμένων, της οικογένειας, της κουλτούρας και της κοινότητας. Οι στρατηγικές περιλαμβάνουν ιατρική παρακολούθηση, εκπαίδευση, συμβουλευτική, επαγγελματική αποκατάσταση, διαχείριση του στρες και υπηρεσίες υποστήριξης. Το κλειδί της επιτυχούς θεραπείας είναι να ταιριάζουν τα άτομα με τις παρεμβάσεις που είναι περισσότερο κατάλληλες γι' αυτά.

Για τα εθισμένα άτομα που είναι απρόθυμα ή ανίκανα να απέχουν τελείως από τα φάρμακα μπορούν να τους βοηθήσουν να απέχουν από το ναρκωτικό της επιλογής τους. Τέτοια είναι η περίπτωση των προγραμμάτων συντήρησης με μεθαδόνη για τη θεραπεία της εξάρτησης στην ηρωίνη και σε άλλα οπιοειδή.

Η ολική αποχή είναι η περισσότερο συνιστώμενη θεραπεία για τον εθισμό σε ΑΚΑΝ. Τα άτομα που είναι εθισμένα σε ένα συγκεκριμένο ναρκωτικό (π.χ. ηρωίνη) είναι προτιμότερο να απέχουν από τη χρήση όλων των ψυχοδιεγερτικών ουσιών. Η θεραπεία μπορεί να γίνεται σε κλινική ή εξωτερική βάση. Σε γενικές γραμμές, όταν η ασθένεια είναι σε προχωρημένο στάδιο δημιουργείται η ανάγκη για θεραπεία. Τα προγράμματα για τους ασθενείς που νοσηλεύονται συνήθως διαρκούν 28 μέρες.⁹

Εφόσον το άτομο έχει ολοκληρώσει την αποτοξίνωση (που θεωρείται η πρώτη φάση της διαδικασίας της θεραπείας), τα προγράμματα χρησιμοποιούν τη συμβουλευτική και την ομαδική αλληλεπίδραση για να βοηθήσουν τα άτομα να μείνουν «καθαρά» για αρκετό διάστημα ώστε η χημεία του σώματος να ξαναβρεί την ισορροπία της. Αυτή είναι συχνά μια δύσκολη περίοδος για τα άτομα που αναρρώνουν από τον εθισμό διότι μπορεί να βιώσουν εναλλαγές στη διάθεση και δυσκολίες στη διαχείριση των συναισθημάτων τους και στον ύπνο.

Ο στόχος του εκπαιδευτικού μέρους του προγράμματος είναι η παροχή πληροφοριών για την ασθένεια και το πώς τα ναρκωτικά επηρεάζουν το άτομο σωματικά και ψυχολογικά. Τα άτομα ενημερώνονται για τις διάφορες αλλαγές στον τρόπο ζωής που συνιστώνται, και μαθαίνουν τρόπους που θα τους βοηθήσουν να κάνουν αυτές τις αλλαγές. Ο σχεδιασμός της εξόδου συνεχίζεται καθ' όλη τη διάρκεια της θεραπείας,

καθώς τα άτομα χτίζουν τα συστήματα υποστήριξης που θα χρειαστούν όταν φύγουν από το προστατευόμενο περιβάλλον του κέντρου θεραπείας και αντιμετωπίσουν τις πιέσεις και τους πειρασμούς (ερεθίσματα) που μπορεί να οδηγήσουν σε υποτροπή.

Τα προγράμματα μακράς διάρκειας που παρέχουν στέγη στα άτομα, και ονομάζονται ενδιάμεσοι σταθμοί, έχουν αναπτυχθεί για να διευκολύνουν την επιστροφή του ατόμου από τον εθισμό στην κοινωνία. Αυτές οι εγκαταστάσεις παρέχουν συνεχή υποστήριξη και συμβουλευτική σε ένα δομημένο περιβάλλον για άτομα που χρειάζονται μακροπρόθεσμη βοήθεια για την προσαρμογή τους σε έναν τρόπο ζωής χωρίς ναρκωτικά. Οι ένοικοι αναμένεται να εργάζονται και να πάρουν την ευθύνη της διαχείρισης των οικονομικών τους υποχρεώσεων.⁴³

Τα προγράμματα εξωτερικών ασθενών είναι όμοια στην εκπαίδευση και στη συμβουλευτική που παρέχουν, αλλά επιτρέπουν στα άτομα να μείνουν σπίτι τους και να συνεχίσουν να δουλεύουν ενώ βρίσκονται υπό θεραπεία. Αυτή η μέθοδος είναι πολύ αποτελεσματική για άτομα στα αρχικά στάδια του εθισμού, που νιώθουν σίγουροι ότι μπορούν να απέχουν από τη χρήση ναρκωτικών και που έχουν δημιουργήσει ένα ισχυρό δίκτυο υποστήριξης.

Τα περισσότερα προγράμματα περιλαμβάνουν οικογενειακή συμβουλευτική και εκπαίδευση. Επιπροσθέτως, συγκεκριμένα προγράμματα εστιάζουν στις ανάγκες διάφορων πληθυσμών, όπως των εφήβων, των γυναικών κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης τους, συγκεκριμένων φυλετικών ομάδων, ομοφυλόφιλων ανδρών και γυναικών, καθώς επίσης και των επαγγελματιών υγείας. Η ανάρρωση από τον εθισμό εμπεριέχει μια δια βίου δέσμευση και μπορεί να περιλαμβάνει και περιόδους υποτροπής. Το εθισμένο άτομο πρέπει να συνειδητοποιήσει ότι η σύγχρονη ιατρική δεν έχει βρει τη θεραπεία για τον εθισμό, συνεπώς η επιστροφή στη χρήση ναρκωτικών μπορεί τελικά να επανενεργοποιήσει τη διαδικασία της ασθένειας.⁹

5.8 Ο ρόλος του νοσηλευτή

Πολλά άτομα με αλκοολισμό και εθισμό στα ναρκωτικά "χάνονται" στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης. Αν δεν παρέχεται ικανοποιητική περίθαλψη σε μια μονάδα ή η λίστα αναμονής είναι μεγάλη, το άτομο μπορεί να τα παρατήσει παρά να αναζητήσει εναλλακτικές πηγές περίθαλψης. Ο νοσηλευτής που γνωρίζει το ιστορικό του ατόμου, το περιβάλλον του και τα συστήματα υποστήριξης και τα τοπικά προγράμματα θεραπείας μπορεί να προσφέρει καθοδήγηση για τον πιο αποτελεσματικό τρόπο θεραπείας. Σύντομες παρεμβάσεις από επαγγελματίες υγειονομικής περίθαλψης που δεν είναι εξειδικευμένοι στη θεραπεία μπορεί να είναι αποτελεσματικές στην προσπάθεια των χρηστών και των εθισμένων ΑΚΑΝ να αλλάξουν την επικίνδυνη συμπεριφορά τους. Οι σύντομες παρεμβάσεις μπορούν να πείσουν το χρήστη ή τον εθισμένο ΑΚΑΝ να μειώσει την κατανάλωση των ουσιών ή να ακολουθήσει μια θεραπευτική παραπομπή.

Ο νοσηλευτής μπορεί να προσφέρει επιπλέον υποστήριξη στο σπίτι, καθώς το άτομο και η οικογένεια προσαρμόζονται στην αλλαγή των ρόλων και στην ένταση που συνεπιφέρουν αυτές οι αλλαγές. Ο νοσηλευτής μπορεί να υποστηρίξει εθισμένα άτομα που υποτροπίασαν υπενθυμίζοντάς τους ότι οι υποτροπές μπορεί να συμβαίνουν, όμως αυτοί και οικογένειες τους μπορούν να συνεχίσουν να στοχεύουν προς την ανάρρωση και προς μια βελτιωμένη ποιότητα ζωής.⁹

5.9 Κριτήρια αξιολόγησης των αποτελεσμάτων των νοσηλευτικών παρεμβάσεων

Ο άρρωστος:

- Ø Παραδέχεται το πρόβλημα της κατάχρησης ψυχοδραστικής ουσίας
- Ø Ζητά ιατρική και ψυχολογική θεραπεία για το πρόβλημα της κατάχρησης της ουσίας και εξάρτησης απ' αυτή
- Ø Περιγράφει τα αρνητικά/παθολογικά αποτελέσματα της ουσίας στο σωματικό του οργανισμό και στην ψυχική του υγεία και ευεξία

- Ø Εξηγεί τα αρνητικά αποτελέσματα της ουσίας στην οικογένεια, το επάγγελμα και την κοινωνική του ζωή
- Ø Εκφράζει λεκτικά την ανάγκη για συνεχή θεραπεία της εξάρτησής του από την ουσία
- Ø Συμμετέχει σε θεραπευτικές ομάδες
- Ø Απέχει από τη χρήση της ουσίας κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του στο νοσοκομείο
- Ø Χρησιμοποιεί αποτελεσματικές μεθόδους αντιμετώπισης των προβλημάτων του, ελάττωσης του στρες και του άγχους και ανοικοδόμησης της αυτοεκτίμησης του.
- Ø Γνωρίζει που θα απευθυνθεί αν χρειαστεί βοήθεια
- Ø Αναφέρει θετικές αλλαγές στην οικογένεια, την εργασία και τις κοινωνικές του επαφές ως αποτέλεσμα της αποχής από την ουσία.²

5.10 Νοσηλευτική διεργασία

A. Νοσηλευτική εκτίμηση.

1. Εκτίμηση των σωματικών σημείων και συμπτωμάτων.
2. Καταγραφή του κοινωνικού ιστορικού του ασθενούς.
3. Προσαρμογή των εκτιμήσεων στο επίπεδο λειτουργικότητας του ασθενούς.
4. Καταγραφή του ιστορικού των ναρκωτικών.
5. Στην περίπτωση υπερδοσολογίας, λήψη βασικών πληροφοριών σχετικά με την ουσία που χρησιμοποιήθηκε.
6. Γνώση ότι όσοι προβαίνουν σε κατάχρηση ουσιών συνήθως αρνούνται ή ελαχιστοποιούν τον τρόπο χρήσης και τις αρνητικές συνέπειες.
7. Μη αμφισβήτηση της άρνησής του κατά τη διάρκεια της νοσηλευτικής εκτίμησης. Η αντιμετώπιση της άρνησης διεξάγεται κατά τη διάρκεια της θεραπείας.

B. Νοσηλευτική διάγνωση.

1. Κύριες νοσηλευτικές διαγνώσεις

- Αισθητηριακές και αντιληπτικές μεταβολές
- Μεταβολή στη διαδικασία της σκέψης
- Άγχος
- Αναποτελεσματική άρνηση

2. Επιπλέον νοσηλευτικές διαγνώσεις

- Μη αποτελεσματική αντιμετώπιση από την οικογένεια
- Μη αποτελεσματική αντιμετώπιση από το ίδιο το άτομο
- Μεταβολές στη διατήρηση της υγείας
- Απελπισία
- Διαταραχές στον αυτοσεβασμό του
- Υψηλός κίνδυνος αυτοκαταστροφής

3. Επιλογή ολοκληρωμένων νοσηλευτικών διαγνώσεων

- Μεταβολές στη διαδικασία της σκέψης που σχετίζονται με το ιστορικό χρήσης κοκαΐνης.
- Μεταβολές στη διαδικασία της σκέψης που σχετίζονται με την κατάχρηση αλκοόλ και το μαρτυρούν οι αναφορές της οικογένειας για χρήση βίας, η βίαιη συμπεριφορά και η συσκότιση της σκέψης.
- Πόνος που έχει σχέση με τη στέρηση από τα ναρκωτικά και το μαρτυρούν οι λεκτικές εκφράσεις και οι σωματικές του αντιδράσεις, λ.χ. κρατάει την κοιλιά του και κινείται μπρος-πίσω.²⁹

Γ. Προγραμματισμός (στοχοθεσία).

1. Γενικοί στόχοι

- Διατήρηση της αποχής από κάθε ψυχοτρόπο ουσία.
- Αντιμετώπιση της κατάχρησης ουσιών με υγιείς μηχανισμούς αντιμετώπισης.
- Διατήρηση της ασφάλειας και προώθηση της φυσικής άνεσης.

- Υποστήριξη των προσπαθειών του ασθενούς να τροποποιήσει τη συμπεριφορά εθισμού.
 - Εντόπιση και καταγραφή των κοινωνικών συστημάτων υποστήριξης για τον ασθενή
2. Παραδείγματα συγκεκριμένων στόχων
- Ο ασθενής θα απέχει από τις ψυχότροπες ουσίες.
 - Ο ασθενής θα μπορέσει να προσδιορίσει 3 αρνητικές συνέπειες στη ζωή του που προέρχονται από την κατάχρηση ουσιών.
 - Ο ασθενής θα παρακολουθήσει τουλάχιστον συνεδρίες αυτοβοήθειας κατά την πρώτη εβδομάδα μετά την έξοδό του από το νοσοκομείο.²⁹

Δ. Νοσηλευτική Παρέμβαση

1. Συγκεκριμένες για την κάθε ουσία παρεμβάσεις κατά τη διάρκεια της οξείας φάσης της τοξικότητας.
2. Ανάπτυξη επαρκών μηχανισμών αντιμετώπισης.
3. Σε περίπτωση υπερδοσολογίας:
 - Εκτίμηση των συνθηκών της υπερδοσολογίας, ώστε να προσδιοριστεί το εάν ήταν τυχαία ή σκόπιμη.
 - Εξέταση της πιθανότητα αυτοκτονίας.
4. Παρεμβάσεις κατά τη διάρκεια της αποτοξίνωσης.
5. Παρεμβάσεις κατά τη διάρκεια της πρώτης αναρρωτικής αγωγής σε νοσηλευόμενους ασθενείς.
6. Παρεμβάσεις κατά τη μεταθεραπευτική περίοδο και για όσο διαρκεί η αποκατάσταση.²⁹

Ε. Νοσηλευτική αξιολόγηση

1. Εκτίμηση της προόδου του ασθενούς.

2. Καθιέρωση και επανεξέταση των στόχων για την εξωνοσοκομειακή ζωή, σε συνεργασία με την οικογένεια.
3. Εκτίμηση των προβλημάτων και του άγχους του ασθενούς.
4. Επανεκτίμηση των στόχων και του θεραπευτικού προγράμματος ανάλογα με τις ανάγκες.²⁹

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Η ψύχωση είναι σοβαρή ψυχιατρική διαταραχή που χαρακτηρίζεται από διαταραχή της αντίληψης, της διαδικασίας και του περιεχομένου της σκέψης με αποτέλεσμα την αλλοίωση της πραγματικότητας. Υπάρχουν διάφοροι τύποι ψυχωσικής διαταραχής όπως η σχιζοφρένεια, η παραληρητική διαταραχή, η προκαλούμενη από ουσίες διαταραχή κ.α. Περίπου το 1% του πληθυσμού σε παγκόσμια βάση υποφέρει από ψυχωτικές διαταραχές. Αυτές οι διαταραχές πιο συχνά εμφανίζονται όταν το άτομο είναι στο τέλος της εφηβείας του και επηρεάζουν και τα δύο φύλα περίπου το ίδιο. Οι ψυχικές διαταραχές παρότι συχνά οφείλουν την εμφάνιση τους σε γενετικά, βιολογικά και κληρονομικά αίτια, μπορούν να προληφθούν ή ακόμη και να έχουν καλύτερη πρόγνωση αν ληφθούν υπόψη κάποιοι παράγοντες, κάποιες συνθήκες, κοινωνικές και ψυχολογικές που προάγουν την ψυχική υγεία. Η καλή επικοινωνία είναι αυτή που θα διασφαλίσει και θα υποβοηθήσει τη πρόληψη. Όπως κάθε άλλη ασθένεια μπορεί να αντιμετωπιστεί. Η θεραπεία για πολλές ψυχωτικές διαταραχές είναι τα αντιψυχωσικά φάρμακα, ενώ αρκετές φορές ενδείκνυται η ενδονοσοκομειακή περίθαλψη του ασθενούς. Επίσης, η γνωσιακή θεραπεία συμπεριφοράς και η οικογενειακή θεραπεία μπορεί να είναι αποτελεσματική.

Η εξάρτηση είναι η επαναλαμβανόμενη και λανθασμένη χρήση μιας ουσίας που προκαλεί κλινικά σοβαρά προβλήματα στην υγεία. Η αναγνώριση, εκτίμηση, ταξινόμηση και η αντιμετώπιση του προβλήματος είναι ιδιαίτερα δύσκολη αφού οι ασθενείς υποβαθμίζουν ή παραγνωρίζουν τη σοβαρότητα του. Μερικές από τις ψυχοδραστικές ουσίες είναι ο καπνός, τα οιοπνευματώδη, η κάνναβη, τα οπιούχα, τα διεγερτικά κ.α. Το κάπνισμα αποτελεί μία πολύ διαδεδομένη συνήθεια στη χώρα μας. Σύμφωνα με έρευνα που πραγματοποιήθηκε καπνίζει συστηματικά σχεδόν το 40% του πληθυσμού ηλικίας 12-64 ετών. Επίσης ένα στα τέσσερα άτομα ηλικίας 12-64 ετών καταναλώνει αλκοόλ με συχνότητα τουλάχιστον δύο φορές την εβδομάδα. Ναρκωτικά αναφέρει ότι έχει χρησιμοποιήσει μία ή περισσότερες φορές στη ζωή του το 8,6% του πληθυσμού της χώρας στις ηλικίες αυτές. Η πιο διαδεδομένη ουσία είναι η κάνναβη. Όπως προκύπτει από τα ευρήματα της έρευνας, η χρήση ουσιών –νόμιμων και παράνομων, με εξαίρεση τα ψυχοδραστικά φάρμακα- είναι περισσότερο διαδεδομένη στον ανδρικό πληθυσμό.

Ανάλογα με τη συχνότητα της χρήσης και την οδό χορήγησης της ουσίας, προκύπτει ένα ευρύ φάσμα προβλημάτων υγείας όπως η κίρρωση του ήπατος, το AIDS, η ηπατίτιδα C ή ακόμα και θνησιμότητα που οφείλεται σε υπερβολική δόση.

Την τελευταία εικοσαετία υπάρχει αυξημένο ενδιαφέρον στη διεθνή σκηνή γύρω από το θέμα της συνύπαρξης ψυχικών διαταραχών και διαταραχών συνδεόμενων με τη χρήση ουσιών. Η συνύπαρξη ψυχικής διαταραχής και διαταραχής χρήσης ουσιών περιγράφεται συνήθως από τον όρο «διπλή διάγνωση» ή «συννοσηρότητα». Η γνώση της συχνότητας εμφάνισης περιπτώσεων διπλής διάγνωσης έχει εφαρμογές τόσο σε θέματα αξιολόγησης και θεραπείας, όσο και στην κατανόηση γύρω από πιθανούς κοινούς αιτιολογικούς παράγοντες και παράγοντες κινδύνου για καθεμία διαταραχή. Στην Ελλάδα η συχνότητα εμφάνισης ταυτόχρονων ψυχικών διαταραχών σε δείγμα ατόμων που βρισκόταν σε θεραπεία για χρήση ουσιών χωρίς υποκατάσταση ήταν η ακόλουθη: 20% για διαταραχές χρήσης ουσιών σε άτομα με ψυχικές διαταραχές, 20% για ψυχικές διαταραχές σε άτομα με διαταραχές χρήσης ουσιών, ενώ 40% εμφάνισε ταυτόχρονα και τα δύο είδη διαταραχών. Η διάγνωση της συννοσηρότητας είναι πολύ δύσκολη. Η ουσιοεξάρτηση και η διαταραγμένη συμπεριφορά που προκαλεί κυριαρχούν συχνά στη κλινική εικόνα και παραποιούν τα ψυχιατρικά συμπτώματα. Επιπλέον, η χρήση ουσιών μπορεί να προκαλέσει ψυχιατρικά συμπτώματα που ελάχιστα διαφέρουν από εκείνα των ψυχιατρικών διαταραχών.

Ένας ασθενής με διπλή διάγνωση, δεν έχει απαραίτητα χειρότερες προοπτικές αναφορικά με τη θεραπεία του, από έναν ασθενή που παρουσιάζει μόνο ψυχιατρική συμπτωματολογία είτε μόνο εκείνη της εξάρτησης. Οι θεραπευτικές παρεμβάσεις που προτείνονται συχνά, είναι είτε η διαδοχική θεραπεία, είτε η παράλληλη είτε η ολοκληρωμένη θεραπεία. Υπάρχουν ποικίλοι θεραπευτικοί οργανισμοί, οι οποίοι προσφέρουν ένα ευρύ φάσμα θεραπειών για την αντιμετώπιση της εξάρτησης. Στα προγράμματα θεραπείας περιλαμβάνονται προγράμματα συντήρησης με υποκατάστατα κυρίως τη μεθαδόνη ή τη βουπρενορφίνη όπως ο OKANA, προγράμματα εσωτερικής και εξωτερικής παρακολούθησης χωρίς τη χορήγηση ουσιών (στεγνά) όπως 18ΑΝΩ και ΚΕΘΕΑ, θεραπευτικές κοινότητες, θεραπευτικά προγράμματα στα σωφρονιστικά καταστήματα κ.α.

Βασικό μέλος της θεραπευτικής ομάδας αποτελεί ο νοσηλευτής καθώς κρίνεται απαραίτητη η παρουσία του στην εκπαίδευση, την ευαισθητοποίηση εκτός από τον ίδιο τον εθισμένο και της οικογένειας του και του ευρύτερου κοινωνικού και εργασιακού του περιβάλλοντος σε ζητήματα πρόληψης και υγιεινής. Αυτό επιτυγχάνεται με την πρωτογενή, τη δευτερογενή και τη τριτογενή πρόληψη. Η πρωτογενής πρόληψη περιλαμβάνει τη προώθηση υγιεινών τρόπων ζωής και προσαρμοστικών συμπεριφορών και την ενημέρωση σχετικά με τα ναρκωτικά και τις οδηγίες για τη χρήση τους. Οι νοσηλευτές είναι κατάλληλα προετοιμασμένοι να εφαρμόσουν στρατηγικές προαγωγής της υγείας και παρέχοντας εκπαίδευση σχετικά με τα ναρκωτικά για τη μείωση της βλάβης από ανεύθυνες και μη ασφαλείς πρακτικές χρήσης τους. Η δευτερογενής πρόληψη περιλαμβάνει την αξιολόγηση των προβλημάτων, τον έλεγχο για χρήση ναρκωτικών και τις ομάδες υψηλού κινδύνου. Για την αναγνώριση της κατάχρησης ουσιών και τον προγραμματισμό κατάλληλων παρεμβάσεων, οι νοσηλευτές πρέπει να αξιολογούν το κάθε άτομο ξεχωριστά. Όταν αναγνωρίζεται χρήση ναρκωτικών, εθισμός ή εξάρτηση, ο νοσηλευτής θα πρέπει να βοηθήσει τα άτομα να καταλάβουν τη σχέση μεταξύ της χρήσης ναρκωτικών και των αρνητικών συνεπειών στην υγεία τους, στις οικογένειες τους, και στη κοινωνία. Η τριτογενής πρόληψη περιλαμβάνει την αποτοξίνωση και τη θεραπεία του εθισμού. Ο νοσηλευτής έχει θέση κλειδί προκειμένου να βοηθήσει τον εθισμένο και την οικογένεια του. Η γνώση του νοσηλευτή για τους πόρους στην κοινότητα και το πώς θα τους κινητοποιήσει μπορεί να επηρεάσει σημαντικά την ποιότητα της περίθαλψης που λαμβάνει το άτομο. Ο νοσηλευτής μπορεί να υποστηρίξει εθισμένα άτομα που υποτροπίασαν υπενθυμίζοντάς τους ότι οι υποτροπές μπορεί να συμβαίνουν, όμως αυτοί και οι οικογένειες τους μπορούν να συνεχίσουν να στοχεύουν προς την ανάρρωση και προς μια βελτιωμένη ποιότητα ζωής.

Από όλα τα παραπάνω κρίνεται απαραίτητο η εκπαίδευση και η κατάρτιση των νοσηλευτών και γενικότερα των επαγγελματιών υγείας στα θέματα της ψύχωσης, της εξάρτησης και της συννοσηρότητας, να είναι διαρκής και συνεχιζόμενη μέσω εξειδικευμένης εκπαίδευσης. Επίσης, επιβάλλεται να ενισχυθούν οι δομές και τα προγράμματα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης ώστε να παρέχεται μεγαλύτερη βοήθεια στον ψυχικά ασθενή και του οικογενειακού περιβάλλοντος. Θα πρέπει να υπάρχει μεγαλύτερη ευαισθητοποίηση του πληθυσμού γύρω από το θέμα των ναρκωτικών ώστε

να μειωθεί ο ρατσισμός και η προκατάληψη για να μπορούν να νιώθουν μέλη της κοινωνίας. Τα προγράμματα θεραπείας υποκατάστασης με μεθαδόνη και βουπρενορφίνη θα πρέπει να έχουν καλύτερη υποδομή για να δέχονται όσο το δυνατό περισσότερα άτομα, και σε συντομότερο χρονικό διάστημα ώστε να μειωθούν οι λίστες αναμονής. Σημαντική επίσης είναι η ενίσχυση της πρωτοβάθμιας πρόληψης (σχολεία), με ενημέρωση από ειδικευμένο νοσηλευτή και ενημέρωση του ευρύτερου κοινού με προβολή κατάλληλων ενημερωτικών εκπομπών και άρθρων και γενικότερα μέσω των Μ.Μ.Ε. Εν κατακλείδι, απαραίτητη κρίνεται η ενίσχυση των κέντρων ενημέρωσης και των αρμόδιων φορέων ώστε οι οικογένειες να έχουν άμεση ενημέρωση και ψυχολογική υποστήριξη στην αποδοχή του προβλήματος και κατ' επέκταση την αντιμετώπιση του.

Περίληψη

Εισαγωγή: Η ψύχωση και η τοξικοεξάρτηση αποτελούν δύο θέματα ταμπού που απασχολούν ιδιαίτερα την κοινωνία τα τελευταία χρόνια. Το πρόβλημα έχει πάρει τεράστιες διαστάσεις καθώς ψύχωση και τοξικομανία ενδέχεται να συνυπάρχουν σε μεγάλο ποσοστό. Αξιοσημείωτη είναι η συμβολή των επαγγελματιών υγείας στην πρόληψη, θεραπεία και υποστήριξη των ατόμων αυτών με κάθε δυνατό τρόπο.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να: αποσαφηνιστούν όσο αυτό δύναται οι έννοιες της ψύχωσης, της έξης και της διπλής διάγνωσης και να κατανοήσει το κοινό την αξία της πρόληψης και της σωστής ενημέρωσης. Στις ψυχιατρικές κοινότητες ένας άνθρωπος θεωρείται ότι πάσχει από ψύχωση όταν παρουσιάζει δυσκολία στο να διαχωρίσει τί είναι πραγματικό και τί ψευδές. Στα περισσότερα εγχειρίδια η ψύχωση ορίζεται σαν μια μείζονα ψυχική διαταραχή στην οποία σκέψη, συναίσθημα, επικοινωνία και συμπεριφορά είναι τόσο σοβαρά διαταραγμένα ώστε η ικανότητα του ατόμου να ανταπεξέρχεται στις απαιτήσεις της καθημερινής ζωής παρακωλύεται σημαντικά. Τα τελευταία χρόνια, έχει παρατηρηθεί συνεχιζόμενη αυξητική τάση των κρουσμάτων χρήσης ψυχοτρόπων ουσιών. Κάθε χώρα, πιθανόν, να βρεθεί αντιμέτωπη με ποικίλα σοβαρά προβλήματα σχετιζόμενα με την κατάχρηση ψυχοδραστικών ουσιών. Το θέμα της κατάχρησης, αφορά τόσο τις παράνομες όσο και τις νόμιμες και τις χορηγούμενες με συνταγή ουσίες. Τα συμπτώματα που προκαλούνται από τη χρήση ουσιών μπορεί να μοιάζουν με πολλές ψυχικές διαταραχές, όπως οι συναισθηματικές, αγχώδεις ή μη ψυχωσικές διαταραχές. Η συννοσηρότητα, δηλαδή η συνύπαρξη δύο διαφορετικών παθολογικών καταστάσεων, πρέπει να λαμβάνεται πάντα υπόψη κατά τη διαδικασία της αξιολόγησης και της θεραπευτικής αντιμετώπισης της κάθε περίπτωσης.

Συμπέρασμα: Η συμβολή των νοσηλευτών στην ενημέρωση, τη θεραπεία και τη ψυχολογική υποστήριξη των πάσχοντων και των οικογενειών τους είναι ιδιαίτερα σημαντική καθώς διαθέτουν υπομονή, επιμονή, αγάπη και σεβασμό για το πρόσωπο με το πρόβλημα. Επίσης, οφείλουν να είναι πλήρως ενημερωμένοι και εκπαιδευμένοι τόσο γύρω από το θέμα της ψύχωσης και των εξαρτησιογόνων ουσιών, όσο και για τη διπλή διάγνωση.

Summary

Introduction: psychosis and drug addiction are two taboo subjects of great concern to society in recent years. The problem has taken on huge dimensions as psychosis and addiction may be present in large proportion. Noteworthy is the contribution of health professionals in the prevention, treatment and support these people in every possible way.

Aim: The aim of this work is to: clarify as it may, the concepts of psychosis, and the following dual diagnosis and understand the public value of prevention and proper information. Psychiatric communities a man is suffering from a psychosis when present difficulty separating what is real and what is false. In most textbooks psychosis is defined as a major mental disorder in which thought, emotion, behavior and communication is so severely impaired that person's ability to cope with the demands of everyday life significantly impeded. In recent years, there has been continued upward trend in the incidence of use of psychotropic substances. Each country is likely to be confronted with a variety of serious problems associated with the abuse of psychoactive substances. The issue of abuse, both illicit and legitimate and administered prescription substances. The symptoms caused by drug use can resemble many mental disorders, such as affective, anxiety or non-psychotic disorders. Co-morbidity, ie the coexistence of two different pathologies, must always be taken into account when evaluating and treating of each case.

Conclusion: The contribution of nurses to information, treatment and psychological support for patients and their families are particularly important as they have patience, perseverance, love and respect for the person with the problem. They must be fully informed and educated about both the subject of psychosis and addictive substances, and for dual diagnosis.

Βιβλιογραφία

1. Παπαγεωργίου Ευάγγελος Γ., Εξαρτήσεις στη Ζωή μας, Β' Έκδοση, Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιανού Α.Ε., Αθήνα 2004
2. Ραγιά Αφροδίτη Χρ., Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας, Ψυχιατρική Νοσηλευτική, 7^η Έκδοση, Αθήνα 2009
3. Μαδιανός Μιχάλης Γ., Κλινική Ψυχιατρική, Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα 2004
4. Πρακτικά Συνεδρίου, Ναρκωτικά, διεθνείς απόψεις και τοποθετήσεις, Αθήνα 1994
5. Coleman, Butcher and Carson, Webster's International Encyclopedia, 1996
6. Μαδιανός Μιχάλης Γ., Ψυχιατρική και Αποκατάσταση, Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα 2005
7. Τσερπέλης Δημήτρης, Διπλή Διάγνωση, Blog Ψυχοθεραπευτηρίου Λυράκου www.klinikilyrakou.gr/blog/apotoxinosi-apexartisi/dipli-diagnosi.html
8. Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry, Εγχειρίδιο Κλινικής Ψυχιατρικής, Εκδόσεις Παρισιανού, Αθήνα 2004
9. Stanhope Marsia and Lanaster Jeanette, Κοινωνική Νοσηλευτική, Επιμέλεια Έκδοσης Γκεσούλη-Βολτυράκη Ευτυχία και Νούλα Μαρία, Εκδόσεις Πασχαλίδης, Τόμος 2^{ος}, Αθήνα 2009
10. Στεφανής Κώστας και Συνεργάτες, Θέματα Ψυχιατρικής, Εκδόσεις Συμμετρία, Τόμος 1^{ος}, Αθήνα 1991
11. Μάνου Νίκος, Βασικά Στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής, Εκδόσεις Επιστημονικών Βιβλίων και Περιοδικών, University Studio Press, Θεσσαλονίκη 1997, σελ. 168
12. Χριστοδούλου Γεώργιος Ν. και Συνεργάτες, Ψυχιατρική, Εκδόσεις Βήτα, Τόμος 2^{ος}, Αθήνα 2000
13. Andreasen N., Black D., Introductory Textbook of Psychiatry, 2nded Washington DC, American Psychiatry Press 1995
14. Χριστοδούλου Γεώργιος Ν. και Συνεργάτες, Ψυχιατρική, Εκδόσεις Βήτα, Τόμος 1^{ος}, Αθήνα 2000

15. Gelder M., Gath D., Mayou R., Cowen P., Oxford Textbook of Psychiatry, 3rded Oxford University Press, Oxford 1996
16. Cornelius Katona, Robertson Mary, Psychiatry at a Glance, Εκδόσεις Παρισιανού, 2002
17. Χριστοδούλου Γεώργιος, Λιάππας Αντώνης, Τομαράς Βλάσσης, Η Ψυχιατρική στη Γενική Ιατρική, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 2003
18. Επιδημιολογία και Ψυχικές Διαταραχές www.2dype.gr
19. Οικονόμου Φ., Εγχειρίδιον Ψυχιατρικής, Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1992
20. Schweitzer J., Schumacher B., Ψυχιατρική με Αρχή, Μέση και Τέλος, Εκδόσεις Νησίδες, Έκδοση 1^η, Αθήνα 2006
21. Lewis Sw., Owen Mj., Murray Rm., Obstetric complication and Schizophrenia: methodology and mechanisms, In: Schultz Sc., Tamminga Ca, Editors. Schizophrenia: A scientific focus. NY: Oxford University Press, 1998
22. Ουλής Παναγιώτης, Στοιχεία Σημειολογίας, Εκδόσεις Ζαβελάκη, Αθήνα 1996
23. Νέστορος Ι.Ν., Στον κόσμο της Ψύχωσης, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Έκδοση 2^η, Αθήνα 1996
24. Καρανίκας Ευάγγελος, Ψυχωτικές Διαταραχές www.ekaranikas.gr
25. Χριστοδούλου Γεώργιος Ν., Προληπτική Ψυχιατρική, Τόμος 1^{ος}, Έκδοση 1^η, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 2000
26. Gossop M. and Grant M., Κατάχρηση Ουσιών, Πρόληψη και Έλεγχος, Επιμέλεια Έκδοσης Μαυρέας Βενετσάνος, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 1994
27. Σολδάτος Κώστας, Λύκουρας Λευτέρης, Σύγγραμμα Ψυχιατρικής, Εκδόσεις Βήτα, Τόμος 1^{ος}, Αθήνα 2010
28. Τριανταφυλλίδου Σοφία, Ναρκωτικά και Ψυχοκοινωνική πραγματικότητα, Εκδόσεις Παρισιανού, Αθήνα 2005
29. Grant Christine, Mericle Bruce, Ψυχιατρική Νοσηλευτική, Επιμέλεια Έκδοσης Κοτρώτσου Ευαγγελία, Εκδόσεις Ελλην, Αθήνα 2009
30. Λύκουρας Λευτέρης, Σολδάτος Κώστας, Αλκοολισμός: Ιατρικές και Ψυχοκοινωνικές προσεγγίσεις, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 2007
31. Στεφανής Κ., Σολδάτος Κ., Μαυρέας Β., Ταξινόμηση ICD-10 Ψυχικών Διαταραχών και Διαταραχών της Συμπεριφοράς, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 1997

32. Κοκκέβη Α., Καπνός, Οινοπνευματώδη, Ναρκωτικά, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 2007
33. Κουτσελίνη Αντιγόνη, Εξαρτησιογόνες ουσίες, Εκδόσεις Παρισιανού, Αθήνα 2002
34. Bergeret Jean, Τοξικοεξάρτηση και Προσωπικότητα, Επιμέλεια Έκδοσης Βερβερίδης Απόστολος, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1999
35. Μυρωνίδου- Τζουβελέκη Μαρία και Συνεργάτες, Αλκοόλ και Κεντρικό Νευρικό Σύστημα, Εκδόσεις University Studio Press, Θεσσαλονίκη 2002
36. Νέστορος Ι.Ν., Συνθετική Ψυχοθεραπεία με στοιχεία Ψυχοπαθολογίας, Έκδοση 3^η, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1996
37. Λεωνιδάκη Β., Μαλλιώρα Μ., Συννοσηρότητα Χρήσης ουσιών και Ψυχικών Διαταραχών, Ανασκόπηση, Πανεπιστήμιο Αθηνών 2009
38. American Psychiatric Assosiation, Practice guideline for the treatment of patients with dipolar disorder, Am. J. Psychiatry, 2002
39. Ξαφένιας Αθανάσιος, Διερεύνηση Συννοσηρότητας Ψυχικής Διαταραχής και Εξάρτησης- κατάχρηση ουσιών σε ασθενείς ψυχιατρικού νοσοκομείου, Διδακτορική Διατριβή, Αθήνα 2008
40. Κονταξάκης Βασίλης Π., Κόλλιας Κώστας Θ., Πρώιμες ψυχωσικές εκδηλώσεις: Σημεία, Συμπτώματα και Παρεμβάσεις, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 2008
41. Fridell Mats, Nilson Margareta, Τα ναρκωτικά στο προσκήνιο, Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας 2004
www.emcdda.eu.int
42. Ετήσια Έκθεση 2004: Η κατάσταση του προβλήματος των Ναρκωτικών στην Ευρωπαϊκή Ένωση και τη Νορβηγία www.ar2004.emcdda.europa.eu/el/page001-el.html
43. Διακογιάννης Ι., Ιεροδιακόνου Χ., Σωματική απεξάρτηση από βενζοδιαζεπίνες, Πρακτικά 1^{ου} Πανελληνίου Συνεδρίου Μελέτης Τοξιμανιογόνων ουσιών, Θεσσαλονίκη 1998
44. Παπαδάτος Γιάννης, Στογιαννίδου Αριάννα, Κοινωνική Ψυχική Υγιεινή: Η εναλλακτική πρόταση στην παραδοσιακή ψυχιατρική, Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 2003

45. www.okana.gr/node/19
46. www.prolipsis.gr/index.php
47. www.veresies.com/index
48. www.18ano.gr
49. www.kethea.gr
50. Παπαγεωργίου-Βασιλοπούλου Α., Κοινωνική Νοσηλευτική ψυχικής υγείας, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 2005
51. Μαδιανός Μιχάλης Γ., Κοινωνική Ψυχιατρική και Κοινωνική Ψυχική Υγιεινή, Έκδοση 6^η συμπληρωμένη, Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα 2000
52. Μαδιανός Μιχάλης Γ., Κοινωνία και Ψυχική Υγεία: Εισαγωγή στη κοινωνική ψυχιατρική, Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα 2009
53. Ward M., The nursing process n Psychiatry, Churchill Livingstone, 2000
54. Μάτσα Κ., Ο τοξικομανής και η οικογένεια του, Διδακτορική Διατριβή, Θεσσαλονίκη 2002