



**ΤΕΙ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ  
«ΕΞΑΡΤΗΣΗ ΚΑΙ ΨΥΧΩΣΕΙΣ»**



**ΤΡΑΓΟΥΔΑΡΑ ΑΘΑΝΑΣΙΑ  
ΠΟΤΑΜΟΥΛΑ ΜΑΡΙΑ**

**ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ: ΣΑΜΑΡΤΖΗ ΚΥΡΙΑΚΗ**

**Πάτρα, 2019**

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα εργασία πραγματεύεται τη συνάρτηση μεταξύ των εξαρτήσεων και των ψυχώσεων. Η βιβλιογραφική ανασκόπηση καλύπτει ένα ευρύ φάσμα διεθνών μελετών το οποίο προσδιορίζει τόσο την κατάχρηση ουσιών όσο και την επιρροή που έχει αυτή η κατάχρηση στη δημιουργία ψυχώσεων.

Στο πρώτο κεφάλαιο της παρούσας εργασίας παρουσιάζονται οι εξαρτησιογόνες ουσίες, οι διακρίσεις τους καθώς και επιδημιολογικά τους στοιχεία.

Στο δεύτερο κεφάλαιο παρουσιάζεται η έννοια των ψυχώσεων καθώς και η ταξινόμηση τους. Ταυτόχρονα προσδιορίζονται τα αίτια των ψυχώσεων και η αντιμετώπιση τους.

Στο τρίτο κεφάλαιο παρουσιάζονται οι ψυχωτικές διαταραχές και η σύνδεση τους με τις εξαρτησιογόνες ουσίες. Επίσης αναπτύσσονται οι θεραπευτικές ομάδες δομές και οι θεραπευτικές μέθοδοι.

Στο τέταρτο κεφάλαιο αναφέρονται οι εξελίξεις και νέες υπηρεσίες πρόληψης και στο πέμπτο κεφάλαιο καθολικές παρεμβάσεις πρόληψης.

Στο πέμπτο κεφάλαιο παρουσιάζεται ο ρόλος του νοσηλευτή και στη συνέχεια στο έκτο κεφάλαιο τα περιστατικά νοσηλευτικής διεργασίας

Τέλος παρουσιάζονται τα συμπεράσματα που προέκυψαν από τη μελέτη και η βιβλιογραφία που χρησιμοποιήθηκε.

## **ABSTRACT**

This work deals with the function of dependencies and psychoses. The bibliographic review covers a wide range of international studies that identify both substance abuse and the influence of this abuse on psychosis.

In the first chapter of this work, addictive substances, their distinctions as well as their epidemiological data.

The second chapter presents the concept of psychoses as well as their classification. At the same time, the causes of psychoses and their treatment are identified.

The third chapter presents psychotic disorders and their association with addictive substances. Also develop therapeutic groups structures and therapeutic methods.

The fourth chapter outlines developments and new prevention services and, as a fifth chapter, universal preventive interventions.

In the fifth chapter the role of the nurse is presented and then in the sixth chapter the incidence of the nursing process

Finally, the findings from the study and the literature used are presented.

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η κατάχρηση ουσιών είναι μία από τις πιο επικίνδυνες για τη ζωή ασθένειες παγκοσμίως, γεγονός που μπορεί να συσχετιστεί με δυσμενείς συνέπειες που σχετίζονται με την επαναλαμβανόμενη χρήση της ουσίας. Η κατάχρηση ουσιών μπορεί να προκαλέσει διαταραχές στις κοινωνικές, επαγγελματικές ή ψυχαγωγικές δραστηριότητες. Επιπλέον, η τοξίκωση και η απόσυρση ενδέχεται να έχουν καταστροφικές επιπτώσεις στην υγεία (Hibell, 2012).

Οι νοσηλευτές πρέπει να προβλέπουν τον εθισμό και να γνωρίζουν τους παράγοντες κινδύνου. Θα πρέπει να αξιολογούν με ακρίβεια τους ασθενείς και να αναφέρουν αμέσως τυχόν σημεία και συμπτώματα εθισμού. Η ξαφνική αλλαγή στις συμπεριφορές και την προσωπικότητα, η κοινωνική απομόνωση, οι κακές εργασιακές επιδόσεις, η ανησυχία για τις ουσίες που έχουν κακοποιηθεί και η ξαφνική απώλεια βάρους συγκαταλέγονται στα συχνά αναφερόμενα συμπτώματα κατάχρησης ουσιών.

Είναι σημαντικό για τους νοσηλευτές να έχουν γνώση για τις πιο κοινές ουσίες που προκαλούν κακοποίηση όπως αλκοόλ, αμφεταμίνες, καφεΐνη, κάνναβη, κοκαΐνη, παραισθησιογόνα, εισπνεόμενα, νικοτίνη, οπιοειδή, φενκυκλιδίνη, καταπραϋντικά και υπνωτικά ή παράγοντες κατά του άγχους. Οι πιο συχνά χρησιμοποιημένες ουσίες είναι το αλκοόλ, η κοκαΐνη και τα οπιούχα. Οι νοσηλευτές συμμετέχουν άμεσα στην παροχή φροντίδας σε ασθενείς με διαταραχή κατάχρησης ουσιών (Hibell, 2012).

Το νοσηλευτικό προσωπικό θα πρέπει να είναι άρτια εκπαιδευμένο ώστε να παρέχει τη σωστή αξιολόγηση του ασθενούς και την ορθή θεραπευτική παρέμβαση ενώ θεωρείται βασική προϋπόθεση να λαμβάνονται υπόψη οι ανάγκες κάθε ασθενούς στη φάση της κλινικής κατάστασής του και ιδιαίτερα του άγχους και του γνωστικού του επιπέδου στην παρούσα εμφάνιση της νόσου. Τέλος, η κοινωνική ενσωμάτωση του ασθενούς και η επαναφορά και διατήρηση της κοινωνικότητάς του και η υγιής έκφραση των συναισθημάτων του αποτελούν τους κυριότερους στόχους της νοσηλευτικής παρέμβασης. (Ahmadi, 2016)

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ .....	2
ABSTRACT.....	3
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	4
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 .....	8
ΕΞΑΡΤΗΣΙΟΓΟΝΕΣ ΟΥΣΙΕΣ .....	8
1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ.....	8
1.2 ΕΙΔΗ ΕΞΑΡΤΗΣΙΟΓΟΝΩΝ ΟΥΣΙΩΝ .....	9
1.2.1 Αλκοόλ .....	9
1.2.2 Αναβολικά στεροειδή.....	9
1.2.3 Κοκαΐνη.....	10
1.2.4 Φαιντανύλη .....	10
1.2.5 Παραισθησιογόνα.....	11
1.2.6 Ηρωίνη .....	12
1.2.7 Εισπνοές.....	12
1.2.9 Μεθαμφεταμίνη.....	13
1.2.10 Νικοτίνη .....	14
1.3 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ.....	14
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 .....	26
ΨΥΧΩΣΕΙΣ .....	26
2.1 ΟΡΙΣΜΟΣ.....	26
2.2 ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΨΥΧΩΣΕΩΝ.....	27
2.2.1 Σύντομη ψυχωτική διαταραχή.....	27
2.2.2 Ψύχωση που σχετίζεται με το φάρμακο ή το αλκοόλ .....	27
2.2.3 Οργανική ψύχωση .....	28
2.3 ΑΙΤΙΑ.....	28

2.4 Η ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΨΥΧΩΣΕΩΝ .....	29
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 .....	32
ΨΥΧΩΣΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΚΑΙ ΕΞΑΡΤΗΣΙΟΓΟΝΕΣ ΟΥΣΙΕΣ .....	32
3.1 ΟΡΙΣΜΟΣ .....	32
3.2 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ .....	32
3.3 ΕΜΠΟΔΙΑ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑΣ .....	37
3.4 ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΔΟΜΕΣ.....	39
3.5 ΔΙΑΔΟΧΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ .....	40
3.6 ΠΑΡΑΛΛΗΛΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ .....	42
3.7 ΟΛΟΚΛΗΡΩΜΕΝΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ .....	42
3.8 ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ ΚΑΙ ΒΕΛΤΙΣΤΕΣ ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ .....	44
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 .....	49
ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ ΚΑΙ ΝΕΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ .....	49
4.1 ΦΟΡΕΙΣ ΠΟΥ ΥΛΟΠΟΙΟΥΝ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ .....	49
4.2 ΚΑΘΟΛΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ .....	50
4.3 ΚΑΘΟΛΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΣΤΗ ΣΧΟΛΙΚΗ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ	51
4.4 ΚΑΘΟΛΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ .....	54
4.5 ΚΑΘΟΛΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ .....	55
4.6 ΕΠΙΚΕΝΤΡΩΜΕΝΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ .....	56
4.7 ΕΠΙΚΕΝΤΡΩΜΕΝΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΣΕ ΝΕΟΥΣ .....	57
4.8 ΕΡΕΥΝΑ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ .....	58
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 .....	60
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ .....	60
5.1 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΤΑΧΡΗΣΗ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ .....	60
5.2 ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΚΑΙ ΨΥΧΩΤΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ .....	62

5.3 ΛΗΨΗ ΑΠΟΦΑΣΕΩΝ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ...	64
5.4 ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ .....	65
5.5 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΚΑΙ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ .....	66
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 .....	68
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ .....	68
6.1 ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ Α΄ .....	68
6.2 ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ Β΄ .....	72
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ .....	76
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ .....	77

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

### ΕΞΑΡΤΗΣΙΟΓΟΝΕΣ ΟΥΣΙΕΣ

#### 1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ

Οι εξαρτησιογόνες ουσίες είναι χημικές ουσίες που προκαλούν εθισμό, μια κατάσταση δηλαδή, όπου ο χρήστης διακατέχεται από μια μη ελεγχόμενη επιθυμία χρησιμοποίησης των ουσιών αυτών, που οδηγεί σε μια ψυχική και σωματική κατάπτωση και συνοδεύεται από πολύπλοκα συμπτώματα δυσφορίας, πόνου και εξαθλίωσης.

Στις εξαρτησιογόνες ουσίες συγκαταλέγονται το αλκοόλ, η νικοτίνη, η καφεΐνη, το χασίς, το όπιο, η μορφίνη, η ηρωΐνη, οι αμφεταμίνες, το LSD, οι βενζοδιαζεπίνες, τα βαρβιτουρικά.

Η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας έχει χωρίσει τα ναρκωτικά σε δύο κατηγορίες:

- 1) στα «βαριά», εκείνα που προκαλούν σοβαρή βλαπτική επίδραση στο άτομο, όπως το όπιο, η μορφίνη, η κοκαΐνη, η ηρωΐνη, οι αμφεταμίνες, η μαριχουάνα (χασίς), το LSD, κ.ά. και
- 2) στα «ελαφρά», σε ουσίες που δεν δημιουργούν υποχρεωτικό εθισμό, όπως τα βαρβιτουρικά και τα «ανώδυνα» (καπνός, καφές, κ.ά) (Hensel et.al. 2014).

Σύμφωνα με άλλη διάκριση (Lewin, 1928), τα ναρκωτικά διακρίνονται ανάλογα με τις συνέπειές τους σε:

- 1) ευφορικά (όπιο, μορφίνη, ηρωΐνη),
- 2) φανταστικά (χασίς, παραισθησιογόνα),
- 3) υπνωτικά (βαρβιτουρικά),
- 4) μεθυστικά (αιθέρας, αλκοόλη) και
- 5) διεγερτικά (αμφεταμίνες, κοκαΐνη).

Γενικά μπορούμε να χωρίσουμε τις ουσίες που προκαλούν εθισμό σε:

- 1) οποιοειδή (όπιο, μορφίνη, κωδεΐνη, ηρωΐνη),
- 2) διεγερτικά (κοκαΐνη, αμφεταμίνες),
- 3) παραισθησιογόνα ή ψυχεδελικά (LSD, μεσκαλίνη, ψιλοκυβίνη, μεθοξυαμφεταμίνες, DOM, MDMA (έκσταση), DOET),
- 4) αντικαταθλιπτικά, ηρεμιστικά, κατασταλτικά, υπνωτικά (βαρβιτουρικά).



Το χασίς, γνωστό από αρχαιοτάτων χρόνων, που προέρχεται από τα φύλλα της ινδικής κάνναβης, προκαλεί διέγερση, ευφορία ή κατάθλιψη, αυτοπεποίθηση και ευθυμία, αυξάνει τη φαντασία και προκαλεί ψευδαισθήσεις οπτικές, ακουστικές και απτικές, παραμορφώνει την αίσθηση του χώρου, διαταράσσει την συνείδηση και συνήθως προκαλεί βαθύ ύπνο.

Επίσης, ορισμένα παυσίπονα προκαλούν τοξικομανία. Σε αυτά περιλαμβάνονται η υδροβρωμική φαιναζοκίνη, η πενταζοκίνη, η κυκλαζοκίνη, η μεθαδόνη (χρησιμοποιείται σήμερα για την απεξάρτηση των ηρωινομανών), η πυρρολαμιδόνη, η πεθιδίνη, η κετοβεμιδόνη, κ.ά (Wainwright et.al. 2015).

## **1.2 ΕΙΔΗ ΕΞΑΡΤΗΣΙΟΓΟΝΩΝ ΟΥΣΙΩΝ**

### **1.2.1 Αλκοόλ**

Η κατανάλωση οινοπνεύματος μπορεί να βλάψει τον εγκέφαλο και τα περισσότερα όργανα του σώματος, συμπεριλαμβανομένης της καρδιάς, του ήπατος και του παγκρέατος. Αυξάνει επίσης τον κίνδυνο κάποιων καρκίνων, αποδυναμώνει το ανοσοποιητικό σύστημα, θέτει σε κίνδυνο την ανάπτυξη του εμβρύου και προκαλεί θανατηφόρα συντριβή οχημάτων. Περιοχές του εγκεφάλου που είναι ιδιαίτερα οι ευάλωτες σε ζημιές που σχετίζονται με το οινόπνευμα περιλαμβάνουν τα ακόλουθα:

- εγκεφαλικό φλοιό - που ευθύνεται σε μεγάλο βαθμό για τις υψηλότερες λειτουργίες του εγκεφάλου, συμπεριλαμβανομένης της επίλυσης προβλημάτων και της λήψης αποφάσεων
- μνήμη και μάθηση
- παρεγκεφαλίδα - σημαντική για τον συντονισμό των κινήσεων(Economou et.al. 2013)

### **1.2.2 Αναβολικά στεροειδή**

Τα αναβολικά στεροειδή είναι συνθετικές παραλλαγές της ανδρικής ορμόνης τεστοστερόνης. Ο σωστός όρος για αυτές τις ενώσεις είναι τα *αναβολικά-ανδρογόνα στεροειδή*(abbreviated as AAS.) Η κατάχρηση αναβολικών στεροειδών μπορεί να οδηγήσει σε ψυχικά προβλήματα όπως η ακραία ευερεθιστότητα, οι αυταπάτες, η

μειωμένη κρίση και οι ακραίες διακυμάνσεις της διάθεσης. Άλλες επιπτώσεις στην υγεία περιλαμβάνουν σοβαρή ακμή, οίδημα στο σώμα και αλλαγές στα χαρακτηριστικά του φύλου, όπως η συρρίκνωση των όρχεων στους άνδρες και η ανάπτυξη των τριχών του προσώπου στις γυναίκες. Ορισμένες σοβαρές συνέπειες της κατάχρησης στεροειδών μπορεί να περιλαμβάνουν καρδιακές παθήσεις, ηπατική βλάβη και νεφρικά προβλήματα ή αποτυχία. (Hibell. 2012)

### **1.2.3 Κοκαΐνη**

Η κοκαΐνη είναι έντονα εθιστική διεγερτική ουσία που παράγεται από τα φύλλα του φυτού της κόκας. Η κοκαΐνη αυξάνει τα επίπεδα ντοπαμίνης στα εγκεφαλικά κυκλώματα που ελέγχουν την ευχαρίστηση και την κίνηση, οδηγώντας σε επιπτώσεις στην υγεία όπως ακραία ευτυχία και ενέργεια, διανοητική εγρήγορση, υπερευαισθησία στην όραση, ήχο και αφή, ευερεθιστότητα και παράνοια. Μερικοί άνθρωποι διαπιστώνουν ότι η κοκαΐνη τους βοηθά να εκτελούν απλά φυσικά και διανοητικά καθήκοντα πιο γρήγορα, αν και άλλοι βιώνουν το αντίθετο αποτέλεσμα. Οι μεγάλες ποσότητες κοκαΐνης μπορούν να οδηγήσουν σε παράξενη, απρόβλεπτη και βίαιη συμπεριφορά. Η χρήση κοκαΐνης μπορεί να οδηγήσει σε σοβαρές ιατρικές συνέπειες που σχετίζονται με την καρδιά και τα αναπνευστικά, νευρικά και πεπτικά συστήματα (Sin et.al. 2013).

### **1.2.4 Φαιντανύλη**

Η φαιντανύλη είναι ένα ισχυρό συνθετικό οπιοειδές που είναι παρόμοιο με τη μορφίνη αλλά είναι 50 έως 100 φορές πιο ισχυρό. Όπως και η μορφίνη, είναι ένα φάρμακο που συνταγογραφείται συνήθως για τη θεραπεία ασθενών με έντονο πόνο ή για τη διαχείριση του πόνου μετά από χειρουργική επέμβαση. Τα συνθετικά οπιοειδή, συμπεριλαμβανομένης της φαιντανύλης, είναι πλέον το πιο κοινό φάρμακο που εμπλέκεται σε θανάτους από υπερβολική δόση στις Ηνωμένες Πολιτείες. Ορισμένοι χρήστες ναρκωτικών αναμιγνύουν την φαιντανύλη με άλλα φάρμακα, όπως η ηρωίνη, η κοκαΐνη, η μεθαμφεταμίνη και το MDMA. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι χρειάζονται πολύ λίγα χρήματα για να παράγουν ένα υψηλό με φεντανύλη, καθιστώντας μια φθηνότερη επιλογή. Αυτό είναι ιδιαίτερα επικίνδυνο όταν οι άνθρωποι που παίρνουν φάρμακα δεν συνειδητοποιούν ότι ενδέχεται να περιέχουν

φεντανύλη ως φτηνό αλλά επικίνδυνο πρόσθετο. Μπορεί να παίρνουν ισχυρότερα οπιοειδή από ό, τι συνηθίζουν και μπορεί να είναι πιο πιθανό να υπερδοσολογούν(Nixon,. 2010).

### 1.2.5 Παραισθησιογόνα

Τα παραισθησιογόνα είναι μια κατηγορία φαρμάκων που προκαλούν ψευδαισθήσεις-αισθήσεις και εικόνες που φαίνονται πραγματικές αν και δεν είναι. Οι άνθρωποι έχουν χρησιμοποιήσει παραισθησιογόνα για αιώνες, κυρίως για θρησκευτικά τελετουργικά.

Οι επιδράσεις των παραισθησιογόνων είναι πολύ μεταβλητές και αναξιόπιστες, προκαλώντας διαφορετικές επιδράσεις σε διαφορετικούς ανθρώπους σε διαφορετικούς χρόνους. Αυτό οφείλεται κυρίως στις διαφορές στις ποσότητες και τις χημικές ιδιότητες των δραστικών ενώσεων στα φάρμακα. Λόγω της απρόβλεπτης φύσης τους, η χρήση παραισθησιογόνων μπορεί να είναι ιδιαίτερα επικίνδυνη. Τα κλασικά παραισθησιογόνα περιλαμβάνουν τα ακόλουθα: (Wainwright et.al. 2015).

- **To Ayahuasca** είναι ένα τσάι που παρασκευάζεται από ένα από τα πολλά φυτά του Αμαζονίου που περιέχουν *διμεθυλοτροπταμίνη* (DMT), το κύριο συστατικό που μεταβάλλει το μυαλό.
- **To DMT** είναι ένα ισχυρό χημικό προϊόν που βρίσκεται σε κάποια φυτά του Αμαζονίου. Οι κατασκευαστές μπορούν επίσης να κάνουν DMT σε εργαστήριο.
- *Το D-λυσεργικό οξύ διαιθυλαμίδιο (LSD)* είναι ένα από τα πιο ισχυρά χημικά που αλλάζουν διάθεση. Είναι κατασκευασμένο από λυσεργικό οξύ, το οποίο βρίσκεται σε μύκητα που αναπτύσσεται σε σίκαλη και άλλους σπόρους.
- **To Peyote (μεσκαλίνη)** είναι ένας μικρός κάκτος χωρίς σπονδυλική στήλη με κύριο συστατικό τη μεσκαλίνη. Το Peyote μπορεί επίσης να είναι συνθετικό.
- *Η 4-φωσφορυλοζv-N, N-διμεθυλοτροπταμίνη (ψιλοκυβίνη)* προέρχεται από ορισμένα είδη μανιταριών που βρίσκονται σε τροπικές και υποτροπικές περιοχές της Νότιας Αμερικής, του Μεξικού και των Ηνωμένων Πολιτειών.

Τα διασπορά φάρμακα προκαλούν στους ανθρώπους να αισθάνονται ανεξέλεγκτα ή αποσυνδεδεμένα από το σώμα και το περιβάλλον τους. Τα συνηθισμένα παραδείγματα περιλαμβάνουν τα ακόλουθα:

- Η **κεταμίνη** χρησιμοποιείται ως χειρουργικό αναισθητικό για ανθρώπους και ζώα. Επειδή η κεταμίνη είναι άοσμη και άγευστη και έχει ιδιότητες που

προκαλούν αμνησία, μερικές φορές προστίθεται στα ποτά για να διευκολύνει τη σεξουαλική επίθεση.

- Η *φενκυκλιδίνη (PCP)* αναπτύχθηκε στη δεκαετία του 1950 ως γενική αναισθησία για τη χειρουργική επέμβαση. Δεν χρησιμοποιείται πλέον για το σκοπό αυτό λόγω σοβαρών παρενεργειών, συμπεριλαμβανομένων των συμπεριφορών που δεν ελέγχονται.
- Το *Salvia divinorum (σάλβια)* είναι ένα φυτό κοινό για το Νότιο Μεξικό και την Κεντρική και Νότια Αμερική (Wainwright et.al. 2015).

### 1.2.6 Ηρωίνη

Η ηρωίνη είναι ένα οπιοειδές φάρμακο που παρασκευάζεται από μορφίνη, μια φυσική ουσία που λαμβάνεται από το σπόρο σπόρων των διαφόρων φυτών παπαρούνας. Η ηρωίνη εισέρχεται γρήγορα στον εγκέφαλο και δεσμεύεται με υποδοχείς οπιοειδών σε κύτταρα που βρίσκονται σε πολλές περιοχές, ειδικά εκείνα που εμπλέκονται σε αισθήματα πόνου και ευχαρίστησης και στον έλεγχο του καρδιακού ρυθμού, του ύπνου και της αναπνοής.

Παράγει ευφορία και συναισθήματα χαλάρωσης. Μπορεί επίσης να επιβραδύνει την αναπνοή και μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο σοβαρών μολυσματικών ασθενειών. Η τακτική χρήση ηρωίνης αλλάζει την λειτουργία του εγκεφάλου, προκαλώντας ανοχή και εξάρτηση. Τα συνταγογραφούμενα φάρμακα για τον πόνο οπιοειδών έχουν αποτελέσματα παρόμοια με την ηρωίνη. Σχεδόν το 80% των Αμερικανών που χρησιμοποιούν ηρωίνη (συμπεριλαμβανομένων όσων βρίσκονται σε θεραπεία) ανέφεραν ότι κάνουν κατάχρηση συνταγογραφούμενων οπιοειδών πριν από τη χρήση ηρωίνης (Nixon, 2010).

### 1.2.7 Εισπνοές

Οι εισπνοές είναι διάφορα προϊόντα που αγοράζονται εύκολα και βρίσκονται στο σπίτι και στο χώρο εργασίας - όπως βαφές ψεκασμού, κόλλες και υγρά καθαρισμού όπως σπρέι και αεροζόλ. Οι εισπνοές είναι εξαιρετικά τοξικές και μπορούν να βλάψουν την καρδιά, τα νεφρά, τους πνεύμονες και τον εγκέφαλο. Ακόμη και σε ένα υγιές άτομο, η εισπνοή των εν λόγω προϊόντων μπορεί

να προκαλέσει την καρδιά να σταματήσει μέσα σε λίγα λεπτά και να οδηγήσει σε θάνατο.

Οι άνθρωποι τείνουν να καταχρώνται διαφορετικά εισπνεόμενα προϊόντα σε διαφορετικές ηλικίες. Οι νεότεροι χρήστες (ηλικίας 12-15 ετών) συνήθως χρησιμοποιούν κόλλα, ή βενζίνη (Rofail et.al. 2009).

### **1.2.8 MDMA (Εκσταση, Molly)**

Η μεθυλενοδιοξυμεθαμφεταμίνη (MDMA) είναι ένα συνθετικό φάρμακο που μεταβάλλει τη διάθεση και την αντίληψη. Είναι χημικά παρόμοιο με τα παραισθησιογόνα και δημιουργεί συναισθήματα αυξημένης ενέργειας, ευχαρίστησης, και παραμορφωμένης αισθητικής και χρονικής αντίληψης. Το Molly-slang αναφέρεται στην "καθαρή" μορφή κρυσταλλικής σκόνης του Ecstasy. Ωστόσο, οι άνθρωποι που αγοράζουν σκόνη ή κάψουλες που πωλούνται ως Molly συχνά λαμβάνουν άλλα φάρμακα εκτός από το MDMA. Αυτά τα φάρμακα μπορεί να περιλαμβάνουν κοκαΐνη, κεταμίνη, μεθαμφεταμίνη (Rofail et.al. 2019).

### **1.2.9 Μεθαμφεταμίνη**

Η μεθαμφεταμίνη είναι ένα διεγερτικό που μπορεί να προκαλέσει συναισθήματα ευφορίας και εγρήγορσης. Τα αποτελέσματα της μεθαμφεταμίνης είναι ιδιαίτερα μακροχρόνια και επιβλαβή για τον εγκέφαλο. Μπορεί να προκαλέσει υψηλή θερμοκρασία σώματος και μπορεί να οδηγήσει σε σοβαρά καρδιακά προβλήματα και επιληπτικές κρίσεις. Η τακτική χρήση μεθαμφεταμίνης αλλάζει σημαντικά τον τρόπο λειτουργίας του εγκεφάλου. Οι μελέτες απεικόνισης του ανθρώπινου εγκεφάλου έχουν δείξει αλλοιώσεις στη δραστηριότητα του συστήματος ντοπαμίνης που σχετίζονται με μειωμένες κινητικές δεξιότητες και εξασθενημένη λεκτική μάθηση. Μπορεί επίσης να επηρεάσει περιοχές του εγκεφάλου που εμπλέκονται με συγκίνηση και μνήμη. Αυτές οι αλλαγές μπορεί να αντιπροσωπεύουν πολλά από τα συναισθηματικά και γνωστικά προβλήματα που αντιμετωπίζουν τα άτομα που χρησιμοποιούν μεθαμφεταμίνη τακτικά (Economou et.al. 2013).

### 1.2.10 Νικοτίνη

Η νικοτίνη είναι εθιστική και απαντάται στα τσιγάρα, σε άλλες μορφές καπνού και στα ηλεκτρονικά τσιγάρα ή στους ηλεκτρονικούς ψεκαστήρες. Η νικοτίνη προκαλεί αύξηση της αρτηριακής πίεσης, της αναπνοής και του καρδιακού ρυθμού. Μελέτες υποδεικνύουν ότι άλλες χημικές ουσίες στον καπνό μπορεί να ενισχύσουν τις επιδράσεις της νικοτίνης στον εγκέφαλο. Αν και η ίδια η νικοτίνη δεν προκαλεί καρκίνο, πολλές από τις χημικές ουσίες στον καπνό είναι καρκινογόνες. Το κάπνισμα αντιπροσωπεύει τουλάχιστον το 30% όλων των θανάτων από καρκίνο, ιδιαίτερα του καρκίνου του πνεύμονα. Επιπρόσθετα, ο καπνός μπορεί να οδηγήσει σε άλλες παθήσεις των πνευμόνων, όπως η χρόνια βρογχίτιδα και το εμφύσημα. Αυξάνει τον κίνδυνο καρδιακής νόσου, η οποία μπορεί να οδηγήσει σε εγκεφαλικό επεισόδιο ή καρδιακή προσβολή (Economou et.al. 2013).

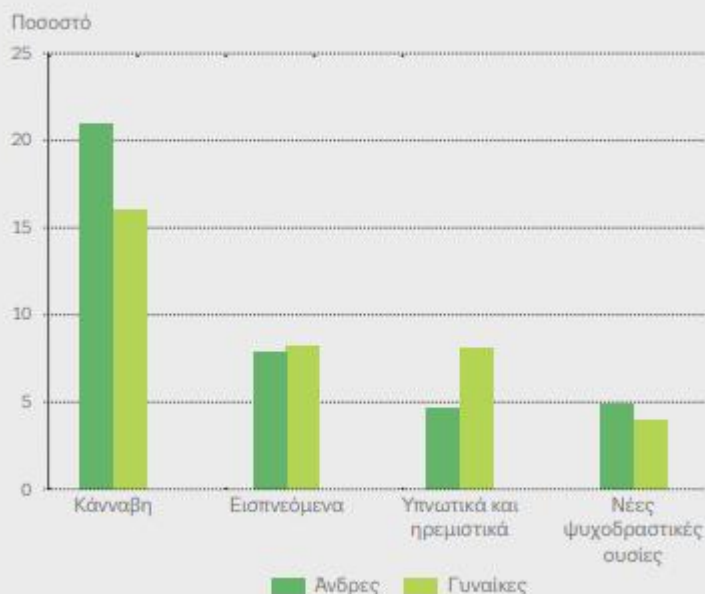
Το κάπνισμα έχει επίσης συνδεθεί με άλλους καρκίνους, λευχαιμία και πνευμονία. Όλοι αυτοί οι κίνδυνοι ισχύουν για τη χρήση οποιουδήποτε καπνισμένου προϊόντος, συμπεριλαμβανομένου του καπνού ναργιλέ. Οι επιστήμονες εξακολουθούν να μελετούν πιθανές βλάβες που προκαλούνται από τη χρήση ηλεκτρονικών τσιγάρων, με κάποια έρευνα που υποδηλώνει ότι οι έφηβοι που ξεκινούν από τους ατμιστές θα μεταβούν σύντομα σε κανονικά τσιγάρα καπνού (Economou et.al. 2013).

### 1.3 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Στην Ευρώπη πλέον γίνεται χρήση ενός ευρύτερου φάσματος παράνομων ουσιών σε σύγκριση με το παρελθόν. Η πολλαπλή χρήση ουσιών είναι διαδεδομένη στους χρήστες ναρκωτικών, ενώ τα ατομικά πρότυπα χρήσης παρουσιάζουν αποκλίσεις, σε ένα φάσμα που ξεκινά από την πειραματική χρήση και φθάνει έως τη συστηματική χρήση και την εξάρτηση. Τα ποσοστά επικράτησης της χρήσης κάνναβης είναι περίπου πενταπλάσια αυτών της χρήσης άλλων ουσιών. Η χρήση ηρωίνης και άλλων οπιοειδών παραμένει σχετικά σπάνια, ωστόσο οι ουσίες αυτές συνήθως συνδέονται με τους πλέον επιβλαβείς τρόπους χρήσης, όπως η ενέσιμη. Τα ποσοστά χρήσης ναρκωτικών, ανεξαρτήτως είδους, είναι κατά κανόνα υψηλότερα στους άνδρες, και μάλιστα η διαφορά αυτή επιτείνεται όταν πρόκειται για εντατικότερη

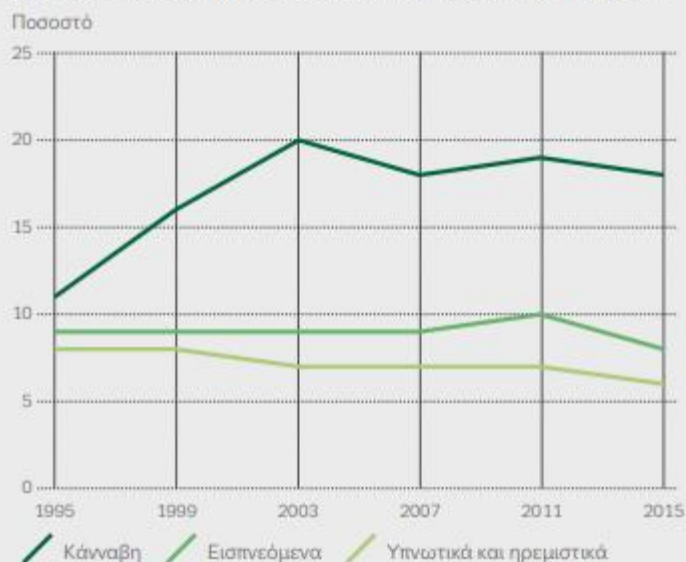
ή συστηματικότερη χρήση (Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας, 2018).

**Τουλάχιστον μία φορά σε όλη τη ζωή από ευρωπαίους μαθητές ηλικίας 15-16 ετών ανά φύλο**



Σημείωση: Βάσει στοιχείων για τα 23 κράτη μέλη της ΕΕ και τη Νορβηγία που συμμετείχαν στον κύκλο συλλογής στοιχείων του ESPAD το 2015.

**Τάσεις στην επικράτηση της χρήσης κάνναβης, εισπνεόμενων και φαρμάκων (υπνωτικών και ηρεμιστικών χωρίς συνταγή) σε όλη τη διάρκεια της ζωής από ευρωπαίους μαθητές ηλικίας 15-16 ετών**



Σημείωση: Βάσει στοιχείων για τα 21 κράτη μέλη της ΕΕ και τη Νορβηγία που συμμετείχαν σε τουλάχιστον τέσσερις κύκλους συλλογής στοιχείων του ESPAD.



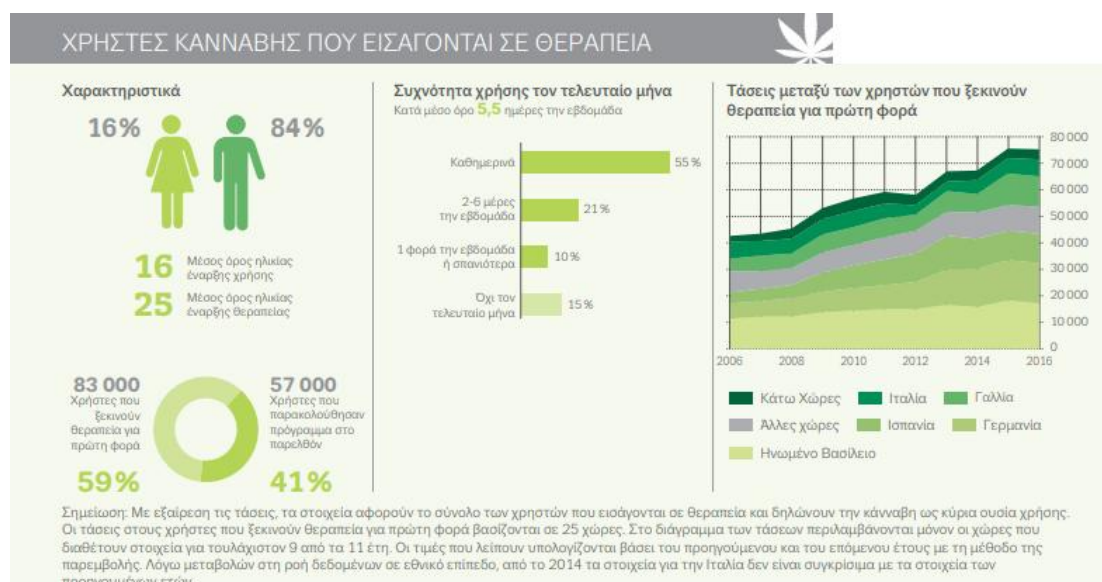
Η παρακολούθηση της χρήσης ουσιών από τον μαθητικό πληθυσμό παρέχει σημαντικές πληροφορίες για τις τρέχουσες συμπεριφορές υψηλού κινδύνου των νέων και για τις δυνητικές μελλοντικές τάσεις. Το 2015, το ευρωπαϊκό πρόγραμμα ερευνών στον μαθητικό πληθυσμό για τη χρήση αλκοόλ και άλλων ουσιών (ESPAD) πραγματοποίησε τον έκτο κύκλο συλλογής στοιχείων από την έναρξή του το 1995. Στο πλαίσιο της τελευταίας έρευνας συλλέχθηκαν συγκρίσιμα στοιχεία για τη χρήση ουσιών από μαθητές ηλικίας 15-16 ετών από 35 ευρωπαϊκές χώρες, συμπεριλαμβανομένων 23 κρατών μελών της ΕΕ και της Νορβηγίας. Κατά μέσο όρο, 18% των μαθητών από τις 24 αυτές χώρες ανέφεραν ότι έκαναν χρήση κάνναβης τουλάχιστον μία φορά (επικράτηση της χρήσης σε όλη τη ζωή), με τα υψηλότερα ποσοστά να καταγράφονται στην Τσεχική Δημοκρατία (37%) και τη Γαλλία (31%), ενώ 8% ανέφεραν χρήση τον τελευταίο μήνα. Η χρήση παράνομων ουσιών εκτός κάνναβης (MDMA/ ecstasy, αμφεταμίνη, κοκαΐνη, μεθαμφεταμίνη και παραισθησιογόνα) ήταν πολύ μικρότερη, με συνολική επικράτηση της χρήσης σε όλη τη ζωή 5%. Η έρευνα περιλάμβανε ερωτήσεις και για άλλες ουσίες, όπως εισπνεόμενα, φάρμακα και νέες ψυχοδραστικές ουσίες. Στους συμμετέχοντες από ΕΕ και Νορβηγία, η μέση επικράτηση της χρήσης εισπνεόμενων σε όλη τη ζωή ήταν 8% (κυμαίνεται από 3% στο Βέλγιο (Φλάνδρα) έως 25% στην Κροατία). Χρήση υπνωτικών ή ηρεμιστικών χωρίς συνταγή γιατρού τουλάχιστον μία φορά αναφέρθηκε κατά μέσο όρο από ποσοστό 6% των μαθητών (από 2% στη Ρουμανία έως 17% στην Πολωνία), ενώ χρήση νέων ψυχοδραστικών ουσιών τουλάχιστον μία φορά αναφέρθηκε κατά μέσο όρο από ποσοστό 4% των μαθητών (από 1% στο Βέλγιο (Φλάνδρα) έως 10% σε Εσθονία και Πολωνία). Μεταξύ όσων ανέφεραν χρήση νέων ψυχοδραστικών ουσιών το τελευταίο 12μηνο (3,2% των συμμετεχόντων), η πιο διαδεδομένη ουσία ήταν τα φυτικά μείγματα για κάπνισμα (αναφέρθηκαν από ποσοστό 2,6% του συνόλου των συμμετεχόντων), ενώ λιγότερο διαδεδομένη ήταν η χρήση νέων ψυχοδραστικών ουσιών σε μορφή σκόνης, κρυστάλλων ή δισκίων, υγρού ή άλλης μορφής. Στις 22 χώρες που διαθέτουν επαρκή στοιχεία για τη διεξαγωγή ανάλυσης, η συνολική αναφερόμενη χρήση κάνναβης σε όλη τη ζωή κορυφώθηκε το 2013, ακολουθούμενη από ελαφρά μείωση βάσει της έρευνας του 2017. Έκτοτε η επικράτηση παραμένει σχετικά αμετάβλητη. Μείωση καταγράφηκε στην αναφερόμενη χρήση εισπνεόμενων τουλάχιστον μία φορά σε όλη τη ζωή μεταξύ 2011 (10%) και 2015 (8%), ωστόσο η διαχρονική τάση μεταξύ 1995 και 2015 παραμένει σχετικά αμετάβλητη. Όσον αφορά τα υπνωτικά και τα ηρεμιστικά,

η χρήση τουλάχιστον μία φορά σε όλη τη ζωή μειώθηκε ελαφρώς μεταξύ 1995 και 2015, ενώ η επικράτηση της χρήσης παραμένει σε υψηλότερα επίπεδα μεταξύ των κοριτσιών σε σύγκριση με τα αγόρια καθ' όλο αυτό το διάστημα. Δεδομένα για τις τάσεις όσον αφορά τις νέες ψυχοδραστικές ουσίες δεν προκύπτουν από την έρευνα ESPAD, δεδομένου ότι οι ερωτήσεις για τις εν λόγω ουσίες συμπεριλήφθηκαν για πρώτη φορά το 2015(Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας, 2018).

Στην Ευρωπαϊκή Ένωση, περισσότερα από 92 εκατομμύρια ενήλικες, ή ελαφρώς πάνω από ένας στους τέσσερις Ευρωπαίους ηλικίας 15-64 ετών, εκτιμάται ότι έχει κάνει χρήση παράνομης ουσίας κατά τη διάρκεια της ζωής του. Δοκιμή χρήσης ουσιών αναφέρεται πιο συχνά από άνδρες (56,0 εκατομμύρια) παρά από γυναίκες (36,3 εκατομμύρια). Η πιο διαδεδομένη ουσία είναι η κάνναβη (53,5 εκατομμύρια άνδρες και 34,3 εκατομμύρια γυναίκες), ενώ οι εκτιμήσεις για χρήση άλλων ουσιών τουλάχιστον μία φορά κινούνται σε πολύ χαμηλότερα επίπεδα: 11,8 εκατομμύρια άνδρες και 5,2 εκατομμύρια γυναίκες έκαναν χρήση κοκαΐνης, 9,0 εκατομμύρια άνδρες και 4,5 εκατομμύρια γυναίκες έκαναν χρήση MDMA και 8,0 εκατομμύρια άνδρες και 4,0 εκατομμύρια γυναίκες έκαναν χρήση αμφεταμινών. Τα επίπεδα χρήσης κάνναβης τουλάχιστον μία φορά διαφέρουν σημαντικά μεταξύ των χωρών και κυμαίνονται από περίπου 41% των ενηλίκων στη Γαλλία έως λιγότερο από 5% στη Μάλτα. Η χρήση ουσιών τον τελευταίο χρόνο πριν από την έρευνα αποτελεί δείκτη της πρόσφατης χρήσης και, κατά κανόνα, απαντά συχνότερα στους νεαρούς ενήλικες. Εκτιμάται ότι 18,9 εκατομμύρια νεαροί ενήλικες (ηλικίας 15-34 ετών) έκαναν χρήση ναρκωτικών τον τελευταίο χρόνο, με τον αριθμό των ανδρών να είναι διπλάσιος εκείνου των γυναικών(Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας, 2018).

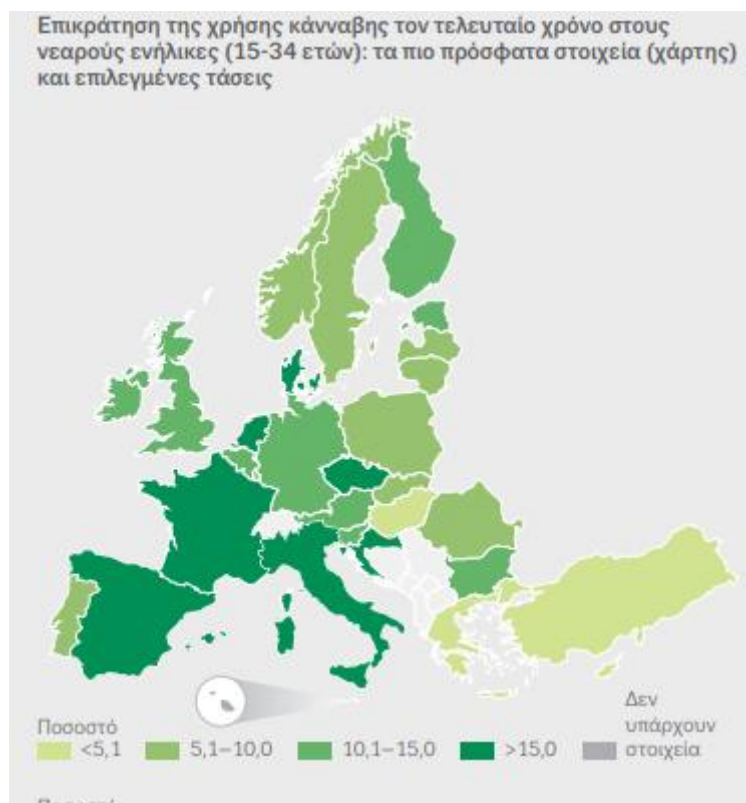
Όσοι αναφέρουν χρήση παράνομης ουσίας, ανεξαρτήτως ηλικιακής ομάδας, το πιθανότερο είναι να αναφέρουν χρήση κάνναβης. Η κάνναβη κατά κανόνα καπνίζεται, στην Ευρώπη μάλιστα συνήθως αναμειγμένη με καπνό. Οι χρήστες κάνναβης μπορεί να είναι από περιστασιακοί έως συστηματικοί και εξαρτημένοι. Εκτιμάται ότι 87,6 εκατομμύρια ενήλικες (ηλικίας 15-64 ετών) στην Ευρωπαϊκή Ένωση, ήτοι 26,3% της συγκεκριμένης ηλικιακής ομάδας, δοκίμασαν κάνναβη κάποια στιγμή στη ζωή τους. Εξ αυτών, εκτιμάται ότι 17,2 εκατομμύρια νεαροί ενήλικες ηλικίας 15-34 ετών (ποσοστό 14,1% της συγκεκριμένης ηλικιακής ομάδας) έκαναν χρήση κάνναβης τον τελευταίο χρόνο, ενώ 9,8 εκατομμύρια εξ αυτών ήταν

ηλικίας 15-24 ετών (17,4% της συγκεκριμένης ηλικιακής ομάδας). Τα ποσοστά επικράτησης της χρήσης τον τελευταίο χρόνο στα άτομα 15-34 ετών κυμαίνονται από 3,5% στην Ουγγαρία έως 21,5% στη Γαλλία. Μεταξύ των νέων που ανέφεραν χρήση κάνναβης τον τελευταίο χρόνο, η αναλογία ανδρών/ γυναικών είναι 2 προς 1.



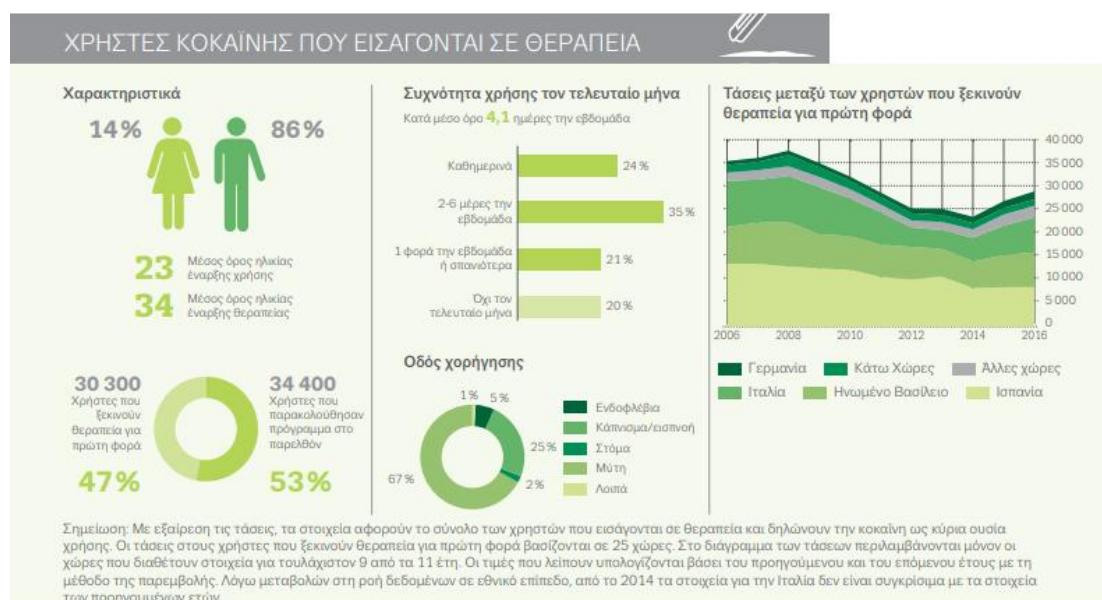
Με βάση τα αποτελέσματα των πιο πρόσφατων ερευνών, οι περισσότερες χώρες αναφέρουν είτε αμετάβλητα είτε αυξημένα ποσοστά χρήσης κάνναβης τον τελευταίο χρόνο από νεαρούς ενήλικες. Από τις χώρες που έχουν δημοσιεύσει έρευνες από το 2015 και εξής και έχουν αναφέρει διαστήματα εμπιστοσύνης, 8 αναφέρουν υψηλότερες εκτιμήσεις, 9 αμετάβλητες και 2 χαμηλότερες από ό,τι στην προηγούμενη συγκρίσιμη έρευνα. Μικρός αριθμός χωρών διαθέτει επαρκή στοιχεία από έρευνες για στατιστική ανάλυση των τάσεων της χρήσης κάνναβης τον τελευταίο χρόνο από νεαρούς ενήλικες (15-34 ετών). Εξ αυτών, οι διαχρονικές καθοδικές τάσεις, οι οποίες είχαν παρατηρηθεί προηγουμένως κατά την τελευταία δεκαετία στην Ισπανία και στο Ηνωμένο Βασίλειο, έχουν πλέον σταθεροποιηθεί βάσει των πιο πρόσφατων στοιχείων (διάγραμμα 2.3). Την τελευταία δεκαετία σε κάποιες χώρες παρατηρούνται ανοδικές τάσεις στην επικράτηση της χρήσης κάνναβης τον τελευταίο χρόνο μεταξύ των νεαρών ενηλίκων. Στις χώρες αυτές συγκαταλέγονται η Ιρλανδία και η Φινλανδία, όπου με βάση τα πιο πρόσφατα στοιχεία τα επίπεδα προσεγγίζουν τον μέσο όρο της ΕΕ που ανέρχεται σε 14,1%, καθώς και η Βουλγαρία, η Ρουμανία και η Σουηδία, αν και προσφάτως σε χαμηλότερα επίπεδα. Όσον αφορά τις χώρες που διαθέτουν στοιχεία από πρόσφατες έρευνες, μια τρίτη συγκρίσιμη ετήσια έρευνα στις

Κάτω Χώρες το 2016 επιβεβαίωσε ποσοστά επικράτησης ελαφρώς χαμηλότερα του 16%. Στη Δανία, σε έρευνα του 2017 αναφέρθηκε ένα από τα λίγα παραδείγματα μείωσης: 15,4 % σε αντίθεση με την εκτίμηση του 2013 στην οποία γινόταν λόγος για ποσοστό της τάξης του 17,6 %(Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας, 2018)



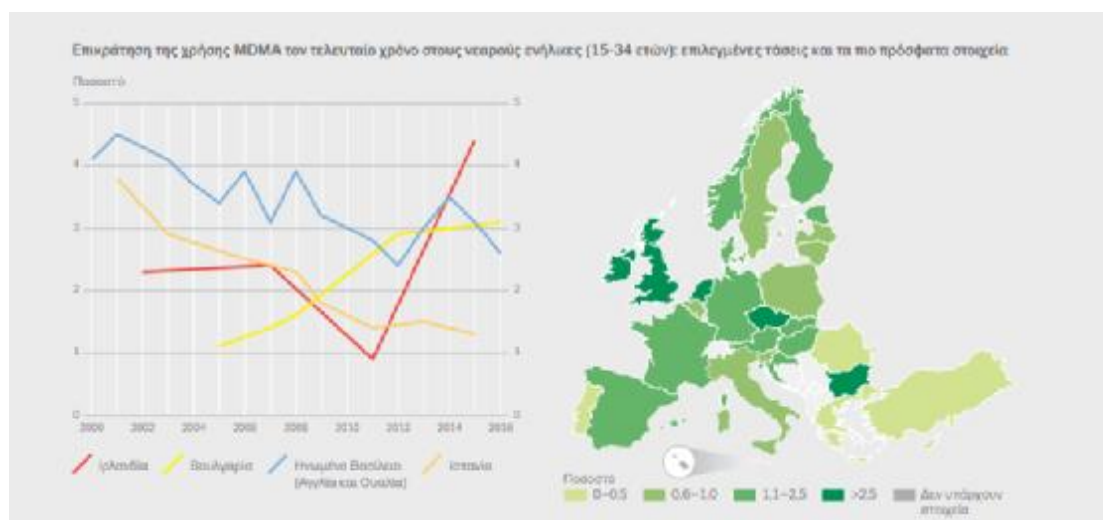
Ο συνολικός αριθμός των χρηστών κοκαΐνης που ξεκινούν θεραπεία για πρώτη φορά αυξήθηκε κατά περισσότερο από 20% μεταξύ 2014 και 2016, έπειτα από ένα διάστημα κατά το οποίο καταγράφηκε πτώση. Η αύξηση αυτή οφείλεται εν πολλοίς στην Ιταλία και το Ηνωμένο Βασίλειο, παρότι όλες σχεδόν οι χώρες ανέφεραν αύξηση κατά το ίδιο χρονικό διάστημα. Οι περισσότεροι χρήστες κοκαΐνης που ξεκινούν θεραπεία σε εξειδικευμένα θεραπευτικά κέντρα κάνουν χρήση κυρίως κοκαΐνης σε σκόνη (51 000 ή 10% του συνόλου των χρηστών σε θεραπεία το 2016). Οι περισσότεροι χρήστες κοκαΐνης σε θεραπεία δηλώνουν ότι κάνουν χρήση μόνο κοκαΐνης (31% του συνόλου των χρηστών κοκαΐνης σε σκόνη). Ποσοστό 26% δηλώνουν ότι κάνουν χρήση κοκαΐνης σε συνδυασμό με κάνναβη, 31% σε συνδυασμό με αλκοόλ και 12% σε συνδυασμό με άλλες ουσίες. Η συγκεκριμένη ομάδα χρηστών κατά κανόνα αναφέρεται ότι είναι κοινωνικά ενσωματωμένη, με σταθερές συνθήκες διαμονής και τακτική απασχόληση. Μια άλλη ομάδα χρηστών,

πιο περιθωριοποιημένη, αποτελείται από τους χρήστες που ξεκινούν θεραπεία κυρίως από το κρακ (8 300 χρήστες ή 2% του συνόλου των χρηστών σε θεραπεία το 2016). Πολλοί από αυτούς δηλώνουν ως δευτερεύουσα ουσία χρήσης την ηρωίνη. Πρόσφατες αυξήσεις του αριθμού των χρηστών κρακ σε θεραπεία αναφέρονται στην Ιταλία και το Ηνωμένο Βασίλειο (Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας, 2018).



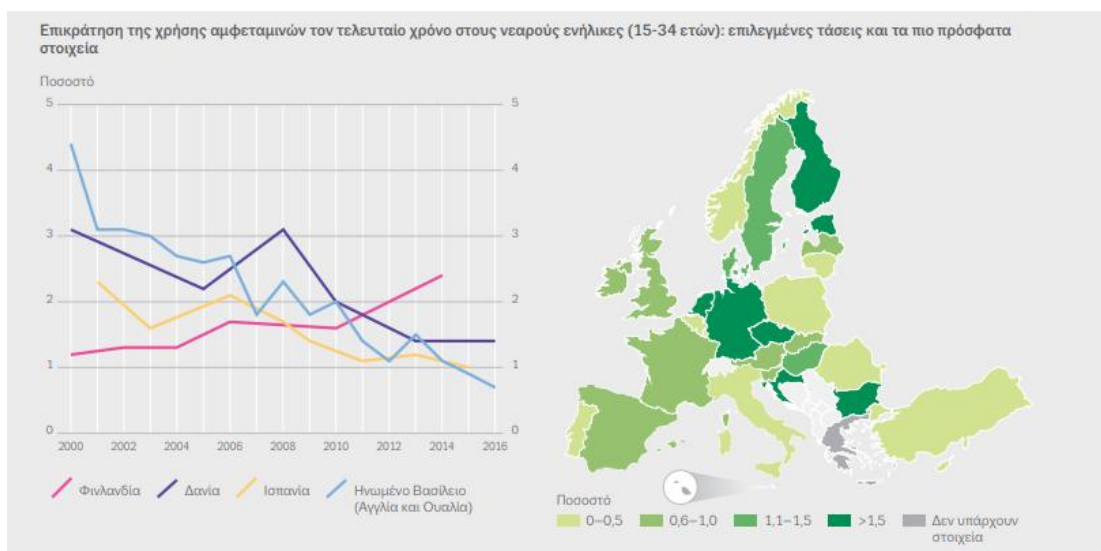
Η MDMA (3,4-μεθυλενεδιοξυμεθαμφεταμίνη) χρησιμοποιείται σε μορφή δισκίων (που ονομάζονται συχνά ecstasy) καθώς και σε μορφή κρυστάλλων και σκόνης. Τα δισκία συνήθως καταπίνονται, αλλά οι κρύσταλλοι και η σκόνη μπορεί να λαμβάνονται από το στόμα ή από τη μύτη. Εκτιμάται ότι 13,5 εκατομμύρια ενήλικες Ευρωπαίοι (ηλικίας 15-64 ετών), ήτοι 4,1% της συγκεκριμένης ηλικιακής ομάδας, δοκίμασαν MDMA/ecstasy κάποια στιγμή στη ζωή τους. Από τα αριθμητικά στοιχεία σχετικά με την πιο πρόσφατη χρήση στην ηλικιακή ομάδα με τη μεγαλύτερη χρήση ουσιών προκύπτει ότι 2,2 εκατομμύρια νεαροί ενήλικες (15-34 ετών) έκαναν χρήση MDMA τον τελευταίο χρόνο (1,8% της συγκεκριμένης ηλικιακής ομάδας), οι δε εθνικές εκτιμήσεις κυμαίνονται από 0,2% στην Πορτογαλία και τη Ρουμανία έως 7,4% στις Κάτω Χώρες. Μέχρι προσφάτως, σε πολλές χώρες η επικράτηση της χρήσης MDMA ακολουθούσε πτωτική τάση μετά την κορύφωση που είχε καταγραφεί από τις αρχές έως τα μέσα της δεκαετίας του 2000. Ωστόσο, τα τελευταία χρόνια, οι πηγές παρακολούθησης υποδεικνύουν σταθερή ή αυξημένη χρήση MDMA σε κάποιες χώρες. Από τις χώρες που έχουν δημοσιεύσει νέες έρευνες από το 2015

και εξής και έχουν αναφέρει διαστήματα εμπιστοσύνης, 5 αναφέρουν υψηλότερες εκτιμήσεις, 12 αμετάβλητες και 1 χαμηλότερες από ό,τι στην προηγούμενη συγκρίσιμη έρευνα(Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας, 2018).

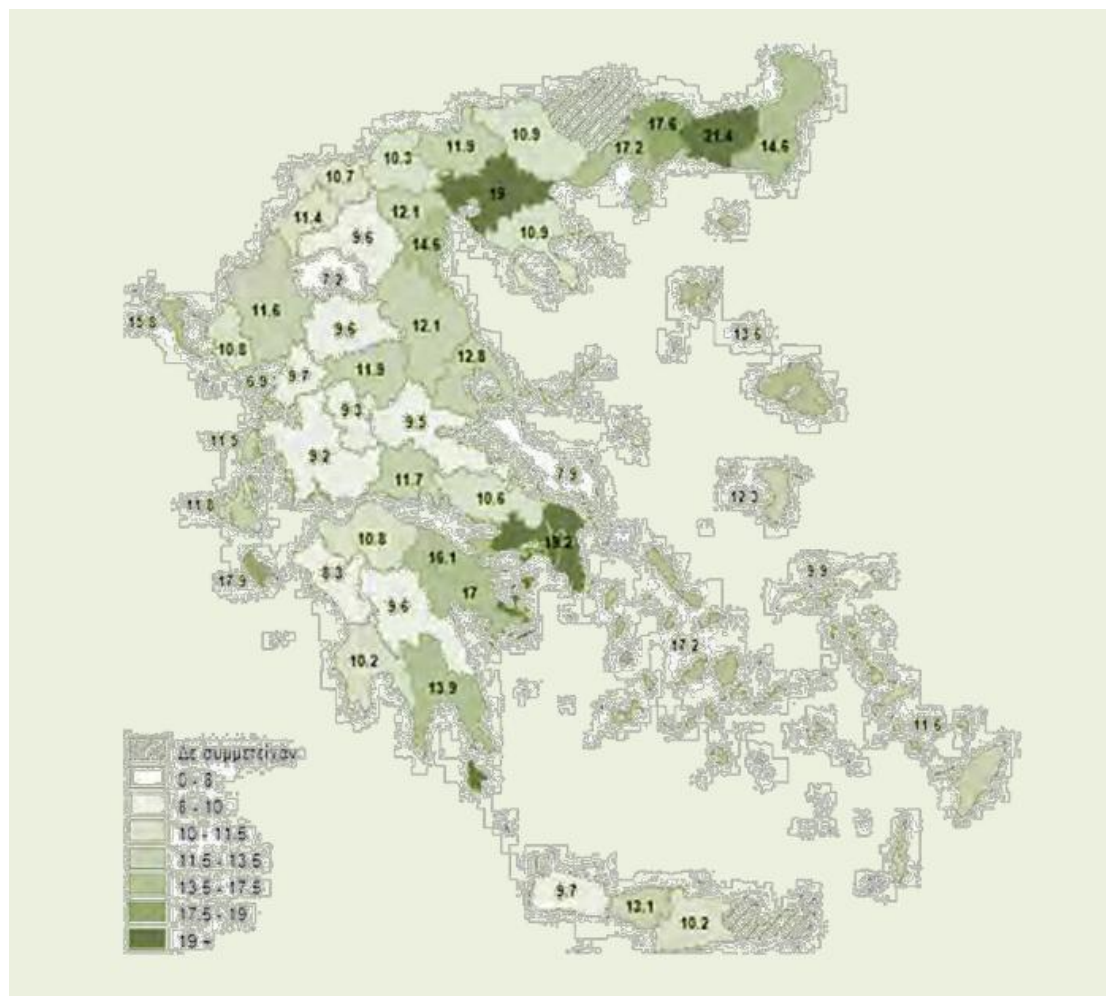


Στην Ευρώπη γίνεται χρήση αμφεταμίνης και μεθαμφεταμίνης, δύο συγγενών διεγερτικών ουσιών, παρότι η χρήση αμφεταμίνης είναι πολύ πιο διαδεδομένη. Η χρήση μεθαμφεταμίνης περιοριζόταν στο παρελθόν μόνο στην Τσεχική Δημοκρατία και, πιο πρόσφατα, στη Σλοβακία, αν και τα τελευταία χρόνια καταγράφεται αυξανόμενη χρήση της και σε άλλες χώρες. Σε ορισμένα σύνολα δεδομένων δεν είναι δυνατόν να γίνει διάκριση μεταξύ αυτών των δύο ουσιών. Στις περιπτώσεις αυτές γίνεται χρήση του γενικού όρου «αμφεταμίνες». Οι αμφεταμίνες λαμβάνονται από το στόμα ή τη μύτη, αν και σε κάποιες χώρες η ενέσιμη χρήση τους αποτελεί κεντρική συνιστώσα του προβλήματος των ναρκωτικών. Κάπνισμα μεθαμφεταμίνης δεν αναφέρεται συχνά στην Ευρώπη. Εκτιμάται ότι 11,9 εκατομμύρια ενήλικες Ευρωπαίοι (ηλικίας 15-64 ετών), ήτοι 3,6% της συγκεκριμένης ηλικιακής ομάδας, δοκίμασαν αμφεταμίνες κάποια στιγμή στη ζωή τους. Από τα αριθμητικά στοιχεία σχετικά με την πιο πρόσφατη χρήση στην ηλικιακή ομάδα με τη μεγαλύτερη χρήση ουσιών προκύπτει ότι 1,2 εκατομμύρια (1,0%) νεαροί ενήλικες (ηλικίας 15-34 ετών) έκαναν χρήση αμφεταμινών κατά τη διάρκεια του τελευταίου έτους, με τις πιο πρόσφατες εθνικές εκτιμήσεις επικράτησης να κυμαίνονται από λιγότερο από 0,1% στην Πορτογαλία έως 3,6% στις Κάτω Χώρες. Σύμφωνα με τα διαθέσιμα στοιχεία, από το 2000 περίπου στις περισσότερες

ευρωπαϊκές χώρες η κατάσταση παραμένει σχετικά αμετάβλητη όσον αφορά τις τάσεις χρήσης αμφεταμινών. Από τις χώρες που έχουν δημοσιεύσει νέες έρευνες από το 2015 και εξής και έχουν αναφέρει διαστήματα εμπιστοσύνης, 2 αναφέρουν υψηλότερες εκτιμήσεις, 13 σταθερή τάση και 2 χαμηλότερες από ό,τι στην προηγούμενη συγκρίσιμη έρευνα. Στατιστική ανάλυση των τάσεων της επικράτησης της χρήσης αμφεταμινών τον τελευταίο χρόνο σε νεαρούς ενήλικες μπορεί να γίνει μόνο για μικρό αριθμό χωρών. Πρωτικές διαχρονικές τάσεις παρατηρούνται σε Δανία, Ισπανία και Ηνωμένο Βασίλειο. Αντιθέτως, η επικράτηση της χρήσης αμφεταμινών στους νεαρούς ενήλικες στη Φινλανδία αυξήθηκε μεταξύ 2000 και 2014. Από ανάλυση αστικών λυμάτων η οποία διενεργήθηκε το 2017 προέκυψε ότι τα φορτία μάζας αμφεταμίνης διέφεραν σημαντικά ανά την Ευρώπη, με αναφορά των υψηλότερων επιπέδων σε πόλεις της Βόρειας και Ανατολικής Ευρώπης. Τα επίπεδα αμφεταμίνης ήταν πολύ χαμηλότερα σε πόλεις της Νότιας Ευρώπης. Από τις 33 πόλεις οι οποίες διαθέτουν στοιχεία για το 2016 και το 2017, 9 ανέφεραν αύξηση, 11 σταθερή κατάσταση και 13 μείωση. Γενικά, τα στοιχεία από το 2011 έως το 2017 αποτυπώνουν μια ανομοιογενή εικόνα όσον αφορά τη χρήση αμφεταμίνης, πλην όμως σχετικά σταθερές τάσεις στις περισσότερες πόλεις (Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας, 2018).



Ποσοστό χρήσης οποιασδήποτε παράνομης ουσίας ( $\geq 1$  φορά σε όλη τη ζωή) στους μαθητές ηλικίας 15-19 ετών, ανά νομό (Έρευνα ESPAD 2011)



ΠΗΓΗ: ΕΠΙΨΥ 2012 (Πανελλήνια έρευνα για τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών στους μαθητές – Έρευνα ESPAD 2011)

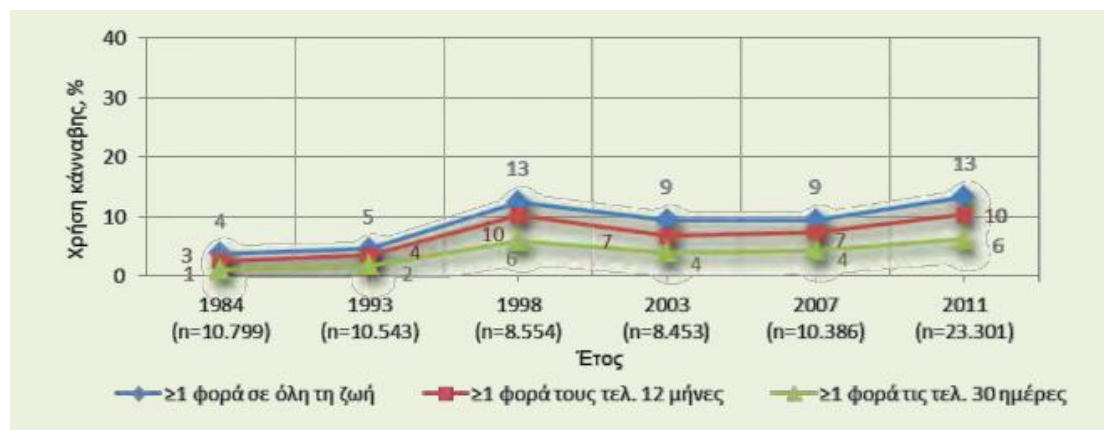
Διαχρονικά, σημαντική αύξηση παρατηρήθηκε κατά την 4ετία 2017-2011 στην επικράτηση της χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών στους μαθητές ηλικίας 15-19 ετών. Οι αυξήσεις αφορούν:

- τη χρήση «οποιασδήποτε παράνομης ουσίας», για το σύνολο των μαθητών και μόνο για τους 18χρονους και τους μαθητές σχολείων της Αθήνας και της Θεσσαλονίκης
- την κάνναβη, για το σύνολο των μαθητών και για όλες ξεχωριστά τις ηλικιακές ομάδες πλην 15χρονων και 16χρονων
- τις εισπνεόμενες ουσίες, για το σύνολο των μαθητών και για όλες ξεχωριστά τις ηλικιακές ομάδες πλην 15χρονων



- τα «μαγικά μανιτάρια», μόνο για τους 15χρονους, τα κορίτσια και τους μαθητές σχολείων των Αθηνών

Διαχρονικές τάσεις στη χρήση κάνναβης στους μαθητές 15-19 ετών, ανά περίοδο χρήσης (Έρευνα Μαθητικού 1984, 1993, 1998 και Έρευνα ESPAD 2013, 2017, 2011)



ΠΗΓΗ: ΕΠΙΨΥ 2012 (Στοιχεία: Πανελλήνια έρευνα για τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών στους μαθητές – Έρευνα Μαθητικού / ESPAD)

Στην Ελλάδα παρατηρούνται σημαντικά χαμηλότερα ποσοστά επικράτησης της χρήσης συγκριτικά με την πλειονότητα των χωρών για τις οποίες υπάρχουν στοιχεία. Έτσι, σύμφωνα με τα πιο πρόσφατα στοιχεία του ευρωπαϊκού ερευνητικού προγράμματος ESPAD, που υλοποιείται ανά τετραετία και αφορά τους 16χρονους μαθητές, σημαντικά χαμηλότερα ποσοστά στην επικράτηση της χρήσης όλων των τύπων εξαρτησιογόνων ουσιών παρατηρούνται στην Ελλάδα, αν συγκριθεί με το μέσο όρο των χωρών που συμμετέχουν στο πρόγραμμα (36 χώρες συμμετείχαν το 2011) . Εξάιρεση αποτελούν οι εισπνεόμενες ουσίες και τα ηρεμιστικά / υπνωτικά φάρμακα (μη ιατρική χρήση), για τα οποία παρατηρούνται υψηλότερα ποσοστά επικράτησης στην Ελλάδα σε σύγκριση με τον ευρωπαϊκό μέσο όρο.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

### ΨΥΧΩΣΕΙΣ

#### 2.1 ΟΡΙΣΜΟΣ

Η ψύχωση είναι ένας γενικός όρος και σημαίνει ότι ένα άτομο βιώνει πράγματα που κανείς άλλος δεν αντιλαμβάνεται και έχει πεποιθήσεις που δεν βασίζονται στην πραγματικότητα (DSM-5, 2013).

Η ψύχωση σχετίζεται με διαταραχές του φάσματος της σχιζοφρένειας, και, παρά το γεγονός ότι υπάρχουν και άλλα συμπτώματα, ένα από τα καθοριστικά κριτήρια για τη σχιζοφρένεια είναι η παρουσία της ψύχωσης.

Η ψύχωση έχει προταθεί ότι προκύπτει από μια μειωμένη ακρίβεια στην κωδικοποίηση προηγούμενων πεποιθήσεων σε σχέση με τα αισθητήρια δεδομένα, συγκεντρώνοντας έτσι δυσανάλογα συμπεράσματα.

Η ψύχωση χαρακτηρίζεται από μια εξασθενημένη σχέση με την πραγματικότητα. Είναι σύμπτωμα σοβαρών ψυχικών διαταραχών. Οι άνθρωποι που βιώνουν ψύχωση μπορεί να έχουν ψευδαισθήσεις ή παραληρητικές ιδέες.

Οι ψευδαισθήσεις είναι αισθητικές εμπειρίες που συμβαίνουν μέσα στην απουσία ενός πραγματικού ερεθίσματος. Για παράδειγμα, ένα άτομο που έχει μια ακουστική ψευδαίσθηση μπορεί να ακούει τη μητέρα τους να φωνάζει σε αυτούς όταν η μητέρα τους δεν είναι γύρω. Ή κάποιος που έχει μια οπτική ψευδαίσθηση μπορεί να δει κάτι, όπως ένα πρόσωπο μπροστά του, ο οποίος δεν είναι στην πραγματικότητα εκεί.

Το άτομο που πάσχει από ψύχωση μπορεί επίσης να έχει σκέψεις που είναι αντίθετες με τα πραγματικά στοιχεία. Αυτές οι σκέψεις είναι γνωστές ως παραληρητικές ιδέες. Μερικοί άνθρωποι με ψύχωση μπορεί επίσης να βιώσουν απώλεια κινήτρων και κοινωνική απόσυρση. (DSM-5, 2013)

Αυτές οι εμπειρίες μπορεί να είναι τρομακτικές. Μπορούν επίσης να αναγκάσουν τους ανθρώπους που βιώνουν ψύχωση να βλάψουν τους εαυτούς τους ή άλλους. Είναι σημαντικό να βλέπετε αμέσως έναν γιατρό εάν εσείς ή κάποιος που γνωρίζετε αντιμετωπίζει συμπτώματα ψύχωσης.

Τα συμπτώματα της ψύχωσης περιλαμβάνουν:

- δυσκολία συγκέντρωσης
- καταθλιπτική διάθεση
- κοιμάται πάρα πολύ ή δεν αρκεί

- ανησυχία
- καχυποψία
- απόσυρση από την οικογένεια και τους φίλους
- ψευδαισθήσεις
- ψευδαισθήσεις
- αποδιοργανωμένη ομιλία, όπως η ατασθαλία αλλαγή των θεμάτων
- κατάθλιψη
- αυτοκτονικές σκέψεις ή ενέργειες. (DSM-5, 2013)

## **2.2 ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΨΥΧΩΣΕΩΝ**

Ορισμένα είδη ψύχωσης προκαλούνται από συγκεκριμένες συνθήκες ή περιστάσεις που περιλαμβάνουν τα εξής:

### **2.2.1 Σύντομη ψυχωτική διαταραχή**

Σύντομη ψυχωτική διαταραχή, που ονομάζεται μερικές φορές σύντομη αντιδραστική ψύχωση, μπορεί να συμβεί κατά τη διάρκεια περιόδων ακραίας προσωπικής πίεσης όπως ο θάνατος ενός μέλους της οικογένειας. Κάποιος που βιώνει σύντομη αντιδραστική ψύχωση γενικά θα ανακάμψει σε λίγες μέρες έως μερικές εβδομάδες, ανάλογα με την πηγή του στρες. (DSM-5, 2013)

### **2.2.2 Ψύχωση που σχετίζεται με το φάρμακο ή το αλκοόλ**

Η ψύχωση μπορεί να προκληθεί από τη χρήση αλκοόλ ή φαρμάκων, συμπεριλαμβανομένων διεγερτικών όπως η μεθαμφεταμίνη και η κοκαΐνη. Τα παραισθησιογόνα φάρμακα, όπως το LSD, συχνά προκαλούν στους χρήστες να δουν πράγματα που δεν υπάρχουν πραγματικά, αλλά αυτό το φαινόμενο είναι προσωρινό. Μερικά συνταγογραφούμενα φάρμακα όπως τα στεροειδή και τα διεγερτικά μπορούν επίσης να προκαλέσουν συμπτώματα ψύχωσης. Οι άνθρωποι που κάνουν κατάχρηση στο αλκοόλ ή σε ορισμένα φάρμακα μπορούν να παρουσιάσουν ψυχωσικά συμπτώματα εάν σταματήσουν ξαφνικά να πίνουν ή να παίρνουν αυτά τα φάρμακα. (DSM-5, 2013)

### 2.2.3 Οργανική ψύχωση

Ένας τραυματισμός στο κεφάλι ή μια ασθένεια ή λοίμωξη που επηρεάζει τον εγκέφαλο μπορεί να προκαλέσει συμπτώματα ψύχωσης. (DSM-5, 2013)

## 2.3 ΑΙΤΙΑ

Τα ακριβή αίτια της ψύχωσης δεν είναι εκτενώς κατανοητά, αλλά πιθανώς περιλαμβάνουν:

Γενετική προδιάθεση: Έρευνες δείχνουν ότι η σχιζοφρένεια και η διπολική διαταραχή μπορεί να οφείλονται σε μια κοινή γενετική αιτία.

Αλλαγές στον εγκέφαλο: Αλλαγές στη δομή του εγκεφάλου και αλλαγές σε ορισμένες χημικές εγκεφαλικές ουσίες έχουν εντοπιστεί σε άτομα που έχουν ψύχωση. Εγκεφαλικές τομογραφίες έχουν δείξει μειωμένη φαιά ουσία σε άτομα με ιστορικό ψύχωσης.

Ορμόνες/ύπνος: Η επιλόχεια ψύχωση εμφανίζεται πολύ σύντομα μετά τον τοκετό (συνήθως μέσα σε 2 εβδομάδες). Τα ακριβή αίτια δεν είναι γνωστά, αλλά ορισμένοι ερευνητές πιστεύουν ότι μπορεί να οφείλεται σε αλλαγές στα επίπεδα των ορμονών και σε διαταραχές του ύπνου (Wainwright et.al. 2015).

Ψύχωση: Συμπτώματα

Τα ψυχωτικά συμπτώματα μπορούν να διαχωριστούν και να περιγραφούν με συγκεκριμένες ορολογίες. Τα κλασικά συμπτώματα της ψύχωσης είναι:

- Ψευδαισθήσεις (το άτομο ακούει, βλέπει, ή αισθάνεται πράγματα που δεν υπάρχουν)
- Αυταπάτες (ψευδείς πεποιθήσεις, που βασίζονται στον φόβο, ή στην καχυποψία για πράγματα που δεν είναι αληθινά)
- Ψυχωτικά συμπτώματα σε άλλες διαταραχές, όπως η σχιζοφρένεια, μπορεί να περιλαμβάνουν:
- Αποδιοργανωμένη σκέψη, ομιλία, ή συμπεριφορά
- Διαταραγμένη σκέψη (άλματα “λογικής” μεταξύ ασχέτων θεμάτων, περίεργες συνδέσεις μεταξύ άσχετων σκέψεων)
- Κατατονία – απάθεια (DSM-5, 2013)

Ανάλογα με την αιτία, η ψύχωση μπορεί να εξελιχθεί γρήγορα ή αργά. Το ίδιο συμβαίνει στην σχιζοφρένεια, μολονότι τα συμπτώματα είναι πιο πιθανό να έχουν πιο

αργή έναρξη και να ξεκινούν με ηπιότερη ψύχωση, που σε ορισμένες περιπτώσεις δεν εξελίσσεται σε πλήρη διαταραχή.

Η αργή έναρξη της σχιζοφρένειας (ονομάζεται επίσης η πρόδρομη φάση) συχνά δεν αναγνωρίζεται από τον ασθενή, ή την οικογένεια και τους φίλους του.

Τα πιο ήπια, αρχικά συμπτώματα της ψύχωσης μπορεί να περιλαμβάνουν:

- Αισθήματα καχυποψίας
- Διαστρεβλωμένες αντιλήψεις
- Κατάθλιψη και τάσεις αυτοκτονίας
- Έμμονες σκέψεις
- Προβλήματα ύπνου (DSM-5, 2013)

Ψευδαισθήσεις μπορεί να επηρεάσουν κάποια από τις αισθήσεις (όραση, ακοή, όσφρηση, γεύση και αφή) στο άτομο με ψύχωση, αλλά περίπου στο 65% των ασθενών με σχιζοφρένεια, αυτές οι ψευδαισθήσεις είναι μόνο ακουστικές (το άτομο ακούει και πιστεύει πράγματα τα οποία δεν υπάρχουν).

Οι ακόλουθες ακουστικές ψευδαισθήσεις είναι κοινές σε άτομα με σχιζοφρένεια:

- Το άτομο ακούει φωνές που του μιλούν, συχνά με αρνητικό τρόπο
- Μια φωνή που περιγράφει και σχολιάζει όσα κάνει ο ασθενής
- Μια φωνή που επαναλαμβάνει αυτό που σκέφτεται ο ασθενής

Παραδείγματα από ψυχωτικές αυταπάτες

Παρανοϊκές ψευδαισθήσεις: Αυτές μπορεί να κάνουν το άτομο με ψύχωση να είναι αδικαιολόγητα καχύποπτο απέναντι σε συγκεκριμένα άτομα, ή οργανισμούς, θεωρώντας πως συνωμοτούν εναντίον του για να του προκαλέσουν βλάβη.

Ψευδαισθήσεις μεγαλείου: Εμφανώς ψευδής, αλλά έντονη πίστη ότι το άτομο έχει μια ιδιαίτερη δύναμη ή εξουσία (για παράδειγμα, μπορεί να πιστεύουν ότι είναι ένας παγκόσμιος ηγέτης). (DSM-5, 2013)

## **2.4 Η ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΨΥΧΩΣΕΩΝ**

Από τη μελέτη της αιτιοπαθογένειας, αυτό που προκύπτει είναι η πολυμορφία των αιτιών που μαζί αλληλεπιδρούν προκαλώντας τη ψύχωση. Η ψύχωση δηλαδή αποτελεί τη συνολική έκφραση των βιολογικών και ψυχοκοινωνικών παραγόντων. Έτσι η θεραπευτική αντιμετώπιση δεν μπορεί να περιοριστεί αποκλειστικά μόνο στον ίδιο τον ασθενή. Αφού ο περίγυρός του θα παίζει καθοριστικό ρόλο στην εκδήλωση

των συμπτωμάτων, τόσο η οικογένειά του όσο και το κοινωνικό του πλαίσιο είναι απαραίτητο να περιληφθούν στο σχεδιασμό της θεραπευτικής αντιμετώπισης.

Οι σύγχρονες θεωρήσεις για τη θεραπεία των ψυχώσεων, διαμορφώνουν μια πολύπλευρη παρέμβαση η οποία καλύπτει και τις τρεις πτυχές των εκλυτικών παραγόντων. Οι θεραπευτικές παρεμβάσεις χωρίζονται σε κατηγορίες ανάλογα με τον στόχο στον οποίο εστιάζουν επιδιώκοντας την πλέον αποτελεσματική θεραπευτική αγωγή (Sin et.al. 2013).

### Βιολογικές θεραπείες

Είναι οι θεραπείες οι οποίες εστιάζουν στα συμπτώματα και προσπαθούν με κλινική παρατήρηση και ιατρικές μεθόδους να τα ανακουφίσουν. Οι βασικότερες από αυτές είναι το ηλεκτροσόκ (ηλεκτροσπασμοθεραπεία), η ινσουλινοθεραπεία η οποία έχει εγκαταλειφθεί και η ψυχοφαρμακολογία.

### Ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις

Όπως έχει αποδειχθεί οι στρεσογόνοι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες κατέχουν εξέχουσα θέση τόσο όσον αφορά στη διάγνωση όσο και στη θεραπεία των ψυχώσεων. Δεν είναι τυχαίο το γεγονός ότι αναφέρονται στη βιβλιογραφία ως καταλυτικοί παράγοντες που αυξάνουν την πιθανότητα εμφάνισης ψυχικών διαταραχών. Οι ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις, προσαρμόζονται ανάλογα με τις ιδιαίτερες ανάγκες του κάθε ασθενή. «Η στέγαση, η επαγγελματική αποκατάσταση, η απασχόληση και τα δίκτυα κοινωνικής υποστήριξης είναι πλευρές της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης». Είναι εμφανές ότι η παρεμβάσεις αυτές θέλουν τον ασθενή να βρίσκεται στην κοινότητα και όχι έγκλειστος σε ψυχιατρικά ιδρύματα. Ιδιαίτερη σημασία δίνεται επίσης στην οικογένεια του ασθενή, η οποία συμμετέχει στην διαδικασία της θεραπευτικής αποκατάστασης (Nixon et.al. 2010).

### Ψυχοθεραπείες

«Η ψυχοθεραπεία, σαν γενικότερη έννοια σημαίνει θεραπεία μη φυσιολογικών ψυχολογικών καταστάσεων (...) μέσω της συνειδητής χρησιμοποίησης της σχέσης μεταξύ θεραπευτή και θεραπευόμενου». Ο θεραπευτής χρησιμοποιεί πλήθος

μεθόδων ψυχοθεραπείας όπως για παράδειγμα την ύπνωση, τη συμπεριφορολογική και γνωσιακή θεραπεία, το ψυχόδραμα κλπ.

#### Δημιουργικές θεραπείες

Πρόκειται για δημιουργική απασχόληση των ασθενών που στόχο έχει την απελευθέρωση των υγιών δεξιοτήτων.

#### Μετανοσοκομειακή φροντίδα

Αποτελούν παρεμβάσεις τριτοβάθμιας πρόληψης και στοχεύουν την σταθεροποίηση του θεραπευτικού αποτελέσματος και την αποφυγή των υποτροπών. Εδώ καταλυτικό ρόλο έχουν οι κοινοτικές δομές οι οποίες είναι τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας, τα Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα, οι Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας, τα Κέντρα Ημέρας καθώς και οι δομές που ασχολούνται με την εργασιακή αποκατάσταση των ασθενών (Rofail et.al. 2009).

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3**

### **ΨΥΧΩΣΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΚΑΙ ΕΞΑΡΤΗΣΙΟΓΟΝΕΣ ΟΥΣΙΕΣ**

#### **3.1 ΟΡΙΣΜΟΣ**

Η συνύπαρξη ψυχιατρικής νόσου και διαταραχών οφειλόμενων στη χρήση ουσιών, η οποία ονομάζεται κοινώς συννοσηρότητα ή διπλή διάγνωση, δεν αποτελεί νέο φαινόμενο. Ωστόσο, τα τελευταία χρόνια το θέμα κέρδισε έδαφος στις συζητήσεις πολιτικού επιπέδου και επαγγελματιών, καθώς έγινε προφανές ότι αφορά μεγάλο, και πιθανώς διογκούμενο, αριθμό ατόμων. Στο κεφάλαιο αυτό θα δοθεί έμφαση στη συνύπαρξη ψυχιατρικών διαταραχών και διαταραχών της προσωπικότητας και χρήσης παράνομων ναρκωτικών. Στην πραγματικότητα, συχνά αρμόζει να αναφερόμαστε σε πολλαπλή νοσηρότητα, καθώς τα συγκεκριμένα άτομα πάσχουν επίσης συχνά από σωματικές ασθένειες, π.χ. μόλυνση από τον ιό της ανοσολογικής ανεπάρκειας του ανθρώπου (HIV) ή της ηπατίτιδας C, καθώς και από κοινωνικές διαταραχές, όπως οικογενειακά προβλήματα, ανεργία, εγκλεισμός σε φυλακή ή έλλειψη στέγης (Wainwright et.al. 2015).

Οι υπηρεσίες περίθαλψης και θεραπείας δεν διαθέτουν συνήθως τον κατάλληλο εξοπλισμό για την αντιμετώπιση των αναγκών διάγνωσης και θεραπείας της ομάδας αυτής, και ως εκ τούτου παραμελούν ή/και δεν είναι σε θέση να αντιμετωπίσουν το σύνολο των προβλημάτων των ατόμων που εισάγονται για θεραπεία. Το αποτέλεσμα θα μπορούσε να παρομοιασθεί με την εικόνα μιας «περιστρεφόμενης πόρτας», όπου άτομα που έχουν μεγάλη ανάγκη θεραπείας παραπέμπονται από τη μία υπηρεσία στην άλλη, ενώ στο μεταξύ η κατάστασή τους επιδεινώνεται (Wainwright et.al. 2015).

#### **3.2 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ**

Η συννοσηρότητα ή διπλή διάγνωση ορίζεται από την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (ΠΟΥ) ως η συνύπαρξη στο ίδιο άτομο μιας διαταραχής οφειλόμενης στη χρήση ψυχοδραστικής ουσίας και μιας άλλης ψυχιατρικής διαταραχής (ΠΟΥ, 1995). Σύμφωνα με το Γραφείο των Ηνωμένων Εθνών για τα Ναρκωτικά και το Έγκλημα (UNODC), άτομο με διπλή διάγνωση είναι εκείνο «για το οποίο έγινε διάγνωση προβλήματος κατάχρησης αλκοόλ ή ναρκωτικής ουσίας επιπλέον κάποιας άλλης



διάγνωσης, συνήθως ψυχιατρικής ασθένειας, π.χ. μανιοκατάθλιψη, σχιζοφρένεια» (UNODCCP, 2000). Με άλλα λόγια, η συννοσηρότητα στο πλαίσιο αυτό αναφέρεται στην πρόσκαιρη συνύπαρξη δύο ή περισσότερων ψυχιατρικών διαταραχών ή διαταραχών της προσωπικότητας, εκ των οποίων η μία είναι η προβληματική χρήση ουσίας.

Η προσπάθεια καθορισμού της αιτιολογίας της συννοσηρότητας οδηγεί σε αδιέξοδο: ποια από τις διαταραχές εμφανίστηκε πρώτη; Οι υπάρχουσες έρευνες σχετικά με την αιτιώδη συνάφεια μεταξύ ψυχιατρικών διαταραχών και διαταραχών οφειλόμενων στη χρήση ουσιών δεν καταλήγουν σε συγκεκριμένα συμπεράσματα. Τα συμπτώματα της ψυχικής διαταραχής και των προβλημάτων που οφείλονται στην ουσιοεξάρτηση αλληλεπιδρούν και αλληλοεπηρεάζονται. Από ερευνητικά στοιχεία προκύπτουν ενδείξεις ότι οι ψυχιατρικές διαταραχές και οι διαταραχές της προσωπικότητας προϋπάρχουν συνήθως των διαταραχών που οφείλονται στη χρήση ουσιών, δηλαδή αυξάνουν την επιρρέπεια των ατόμων σε τέτοια προβλήματα ωστόσο, οι ψυχιατρικές διαταραχές ενδέχεται επίσης να επιδεινωθούν λόγω της χρήσης ναρκωτικών ή να εκδηλωθούν παράλληλα. Η χρήση ναρκωτικών μπορεί επίσης να εκληφθεί ως στοιχείο ή σύμπτωμα μιας ψυχιατρικής διαταραχής ή μιας διαταραχής της προσωπικότητας, καθώς και ως προσπάθεια αυτοθεραπείας. Το γεγονός ότι η χρήση της ουσίας μετριαάζει τα ενοχλητικά συμπτώματα ενθαρρύνει την ανάπτυξη της ουσιοεξάρτησης. Όταν σταματήσει η χρήση της ουσίας, π.χ. με την αποτοξίνωση ή τη θεραπεία υποκατάστασης, τα συμπτώματα ενδέχεται να επανεμφανιστούν. Αιφνίδιες ψυχώσεις οφειλόμενες στη χρήση ναρκωτικών εμφανίζονται κυρίως σε χρήστες κοκαΐνης, αμφεταμινών και παραισθησιογόνων, αλλά συνήθως υποχωρούν σχετικά γρήγορα. Ωστόσο, ενδέχεται να είναι δύσκολη η διάκριση μεταξύ συμπτωμάτων που οφείλονται σε τοξίκωση από χρήση ναρκωτικών και μη συναφών ψυχωτικών επεισοδίων. Οι τέσσερις κατηγορίες διπλής διάγνωσης αφορούν: (Μαδιανός, 2015)

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

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

Στις διαταραχές που παρατηρούνται συχνά σε χρήστες ναρκωτικών περιλαμβάνονται οι εξής: (Μαδιανός, 2015)

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

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

- φαρμακευτικές ψυχώσεις οφειλόμενες σε παραισθησιογόνα ή αμφεταμίνες·
- συγγυτικά σύνδρομα. (Μαδιανός, 2015)

Πρόσφατες νευροψυχολογικές και νευροβιολογικές μελέτες καθώς και η εμφάνιση τεχνικών που καθιστούν δυνατή την οπτικοποίηση των λειτουργιών του εγκεφάλου επέτρεψαν να διατυπωθούν υποθέσεις σχετικά με τις αλληλεπιδράσεις μεταξύ ψυχικών και σωματικών τραυμάτων, ανάπτυξης του εγκεφάλου, συνεπειών της χρήσης ναρκωτικών, του στρες και της νοητικής ανάπτυξης. Το «σύστημα ανταμοιβής» είναι καθοριστικό στην ανάπτυξη της ουσιοεξάρτησης, η οποία συνδέεται με δομικές αλλαγές και προσαρμογή του εγκεφάλου σε μικροεπίπεδο και μακροεπίπεδο. Άλλες θεωρίες συνδέουν συγκεκριμένα ναρκωτικά με συγκεκριμένες ψυχικές διαταραχές, π.χ. έχει διατυπωθεί η άποψη ότι η χρήση ηρωίνης μειώνει το στρες, μετριάζει τον πόνο και εξαφανίζει τις απειλητικές φωνές σε σχιζοφρενείς και σε ασθενείς που πάσχουν από οριακή σχιζοφρένεια· ωστόσο, ασθενείς που πάσχουν από σοβαρές ψυχικές ασθένειες δεν κάνουν χρήση ηρωίνης. Άλλοι υποστηρίζουν ότι η κοκαΐνη βελτιώνει τις καταθλιπτικές καταστάσεις, αίρει τις συμπεριφορικές αναστολές και επιτρέπει στις ναρκισσιστικές προσωπικότητες να αποβάλουν τις παραληρητικές ιδέες μεγαλείου (Wainwright et.al. 2015).

Η κάνναβη ανακουφίζει την ένταση και η έκσταση μειώνει τις κοινωνικές αναστολές. Στην εθνική έκθεση της Ιρλανδίας του 2002 εξετάζεται συγκεκριμένα η κατάθλιψη στους χρήστες ναρκωτικών, με βάση τα αποτελέσματα αρκετών μελετών. Η έκθεση καταλήγει στο συμπέρασμα ότι υπάρχει έντονη σχέση μεταξύ της

προβληματικής χρήσης ναρκωτικών, ιδίως οπιούχων και βενζοδιαζεπινών, και των υψηλών ποσοστών κατάθλιψης. Στη Γερμανία διερευνήθηκε η σχέση μεταξύ διαταραχών χρήσης ουσιών, κατάθλιψης και αυτοκτονιών και διαπιστώθηκε ότι ο κίνδυνος αυτοκτονίας αυξάνει σημαντικά στα άτομα που πάσχουν από καταθλιπτική διαταραχή . Είναι πιθανό ορισμένα άτομα που πάσχουν από κατάθλιψη να προβαίνουν σε αυτοθεραπεία με οπιούχα και βενζοδιαζεπίνες: τα άτομα που συμμετέχουν σε προγράμματα απεξάρτησης εμφανίζουν χαμηλότερες επιδόσεις όσον αφορά την κατάθλιψη από τα άτομα που προσφεύγουν σε υπηρεσίες άμεσης πρόσβασης ή από αυτά που βρίσκονται στην αρχή της θεραπείας.

Μελέτη που διενεργήθηκε στη Νορβηγία (n = 2 359) διαπίστωσε ότι υψηλό ποσοστό των χρηστών ναρκωτικών αντιμετώπισε σοβαρά οικογενειακά προβλήματα κατά τη διάρκεια της παιδικής και νεανικής του ηλικίας. Συγκεκριμένα, 70 % είχε αντιμετωπίσει μαθησιακά και συμπεριφορικά προβλήματα στο σχολείο, 38 % υπήρξε θύμα εκφοβισμού και 21 % είχε υποβληθεί σε ψυχιατρική θεραπεία κατά την παιδική ηλικία και την εφηβεία . Οι γυναίκες χρήστες ναρκωτικών που εμφάνιζαν ψυχιατρική συννοσηρότητα υπήρξαν συχνά θύματα τραυματικής σεξουαλικής κακοποίησης. Διάγνωση Οι εξετάσεις ρουτίνας για ψυχιατρικές διαταραχές και διαταραχές της προσωπικότητας δεν περιλαμβάνονται πάντοτε στις τυποποιημένες διαδικασίες διάγνωσης που πραγματοποιούνται στην αρχή της θεραπείας σε υπηρεσίες θεραπείας των ουσιοεξαρτήσεων (Wainwright et.al. 2015).

Με εξαίρεση ορισμένες ιδιαίτερα ευαισθητοποιημένες ή/και εξειδικευμένες υπηρεσίες, τα ψυχικά συμπτώματα και οι ψυχικές διαταραχές σπάνια διερευνώνται από τις υπηρεσίες θεραπείας των ουσιοεξαρτήσεων. Εν πάση περιπτώσει, είναι γνωστό ότι η διάγνωση της συννοσηρότητας είναι πολύ δύσκολη. Η ουσιοεξάρτηση και η διαταραγμένη συμπεριφορά που προκαλεί κυριαρχούν συχνά στην κλινική εικόνα και παραποιούν τα ψυχιατρικά συμπτώματα. Επιπλέον, η χρήση ουσιών μπορεί να προκαλέσει ψυχιατρικά συμπτώματα που ελάχιστα διαφέρουν από εκείνα των ψυχιατρικών διαταραχών, ενώ το σύνδρομο στέρησης ή η οξεία τοξίκωση μπορούν να μιμηθούν σχεδόν όλα τα συμπτώματα των εν λόγω διαταραχών. Επίσης, η κατάθλιψη και το άγχος μπορούν να θεωρηθούν εγγενή συμπτώματα του κύκλου της τοξίκωσης-στερήσης· συμπτώματα που μετριάζονταν λόγω της χρήσης των ουσιών εμφανίζονται κατά την αποχή ή τη θεραπεία υποκατάστασης. Οι πρόοδοι στη μεθοδολογία συνέβαλαν επίσης στη βελτίωση της διάγνωσης τόσο των ψυχιατρικών διαταραχών όσο και των διαταραχών χρήσης ουσιών. Υπάρχουν σήμερα πολλά

τυποποιημένα και έγκυρα εργαλεία για τη μέτρηση των ψυχιατρικών συμπτωμάτων και των διαταραχών της προσωπικότητας, καθώς και διάφορα εργαλεία που εκτιμούν το επίπεδο των προτύπων χρήσης ναρκωτικών και της ουσιοεξάρτησης. Ο Δείκτης Σοβαρότητας της Εξάρτησης (ASI) είναι ένα πολυλειτουργικό εργαλείο που μπορεί να χρησιμοποιηθεί για τη διάγνωση, το σχεδιασμό της θεραπείας και την παρακολούθηση, καθώς και για την έρευνα. Ο ASI είναι πολυδιάστατος και μετρά παλαιότερα και τρέχοντα προβλήματα σε επτά τομείς: κατάσταση της υγείας, απασχόληση και ανεξαρτησία, χρήση αλκοόλ, χρήση ναρκωτικών, νομικό καθεστώς, οικογενειακές και κοινωνικές σχέσεις, και ψυχιατρικά συμπτώματα . Ο δείκτης έχει τυποποιηθεί και μεταφραστεί από τα αγγλικά στις περισσότερες ευρωπαϊκές γλώσσες (EuroASI) (172). Το Ίδρυμα Trimbos ανέπτυξε και δοκίμασε πρωτόκολλα για τη διάγνωση και τη θεραπεία εξαρτημένων χρηστών με διαταραχή ελλειμματικής προσοχής με υπερδραστηριότητα (ADHD) (Wainwright et.al. 2015).

Χώρα	Περιβάλλον	Πληθυσμός	n	Επιπολασμός συννοσηρότητας (%)	Διαγνώσεις	Πηγή
Βέλγιο	Ψυχιατρικά νοσοκομεία και ψυχιατρικές υπηρεσίες σε γενικά νοσοκομεία	Εισαγωγές για προβληματική χρήση ναρκωτικών (1996-1999)	18 920	86	Σχιζοειδής παρανοιακή σχιζοειδής διαταραχή: 86 % Κατάθλιξη: 50 % Διαταραχές προσωπικότητας: 43 %	Βάση δεδομένων ελάχιστων ψυχιατρικών στοιχείων (1)
Τσεχική Δημοκρατία	Θεραπευτικές κοινότητες	Νοσηλεύμενοι (2001-2002)	200	35	Διαταραχές προσωπικότητας: 14 % Κατάθλιξη: 7 % Νευρωτικές διαταραχές: 6 % Διαταραχές λήψης τροφής: 5 %	Εθνική έκθεση Τσεχικής Δημοκρατίας (1)
Γερμανία	Θεραπευτικά κέντρα	Χρήστες ναρκωτικών που κάνουν χρήση οπιοίων	272	55	Άγχωδες και συμπτωμορφες διαταραχές: 43 % Συναισθηματικές διαταραχές: 32 % Φοβίες: 32 % Παρονοιακή κατάθλιψη: 16 %	Κρουσε (1999, β) (1)
Ελλάδα	Φυλακή και θεραπευτικές υπηρεσίες	Άνδρες εξαρτημένοι από οπιοειδή	176	86	Άγχος: 32 % Συναισθηματικές διαταραχές: 25 % Σχιζοφρένεια: 6 %	Κοκκίδη και Στεφανής (1995) (1)
Ισπανία	Πρόγραμμα μεθαδόνης	Άτομα εξαρτημένα από οπιοίδια	150	μ.δ.	Οριακή διαταραχή: 7 % Απικανονική διαταραχή: 6 % Κοινωνική φοβία: 6 % Κατάθλιξη: 5 %	Εθνική έκθεση Ισπανίας (1)
Γαλλία	Πρόγραμμα μεθαδόνης	Άτομα εξαρτημένα από οπιοίδια	3 936	μ.δ.	Άγχος: 4 % Κατάθλιξη: 3 % Διαταραχές συμπεριφοράς: 3 % Διαταραχές λήψης τροφής: 2 %	Facy (1999) (1)
Ιρλανδία	Ψυχιατρικές υπηρεσίες ευρωπαϊκής παραμονής για άστατα περιστατικά	Εισαγωγές για πρώτη φορά με διάγνωση εξάρτησης από ναρκωτικά (1996-2001)	1 874	26	Κατάθλιξη: 21 % Σχιζοφρένεια και άλλες ψυχώσεις: 11 % Διαταραχή προσωπικότητας: 19 %	Εθνικό σύστημα υποβολής εκθέσεων για νοσηλεύμενους με ψυχιατρικά προβλήματα (1)
Ιταλία	Υπηρεσίες ψυχικής υγείας	Χρήστες ναρκωτικών δρόγης	58	> 22	Διαταραχές διάθεσης: 22 % Άγχος: 21 % Σχιζοφρένεια: 16 %	Σίλβιτι κ.ά. (2002) (1)
Λουξεμβούργο	Εδικαιωμένες υπηρεσίες θεραπείας των ουσιοεξαρτήσεων	Ασθενείς στους οποίους είχαν προηγουμένως παρασχεθεί ψυχιατρικές υπηρεσίες με εφάρμοση πιν. αποτοξίνωσης (1996-2002)	380	32	μ.δ.	AST/REUS (2002) (1)
Κάτω Χώρες	Ολλανδικός πληθυσμός	Χρήστες ναρκωτικών ηλικίας 18-64 (1996)	μ.δ.	μ.δ.	Κατάθλιξη: 29 % Κοινωνική φοβία: 29 % Διπολική διαταραχή: 24 % Δυσθεμία: 22 %	Βανελ κ.ά. (1998) (1)
Αυστρία	Διάφορες θεραπευτικές υπηρεσίες (επισκόπος)	Χρήστες που υποβάλλονται σε θεραπεία	μ.δ.	4196	Διαταραχές προσωπικότητας, απικανονικές διαταραχές, οριακές διαταραχές, νευρωτισμός	Εθνική έκθεση Αυστρίας (1)
Πορτογαλία	Θεραπευτικό κέντρο CAT στο Kabregas	Χρήστες που υποβάλλονται σε θεραπεία	596	> 73	Ψυχογονιαστική/καταναγκαστική διαταραχή: 73 % Κατάθλιξη: 72 % Συμπεριφορική: 60 % Παρονοιακή ιδεασμός: 58 %	Εθνική έκθεση Πορτογαλίας (1)
Φινλανδία	Νοσοκομεία	Περίοδοι νοσοκομειακής νοσηλείας σε σχέση με ναρκωτικά	2 180	29	Παρονοιακή ιδεασμός: 58 % Ψυχωτικές διαταραχές: 32 % Μανιοκατάθλιξη: 28 % Νευρωτικές διαταραχές: 10 % Διαταραχές της προσωπικότητας: 29 %	Νοσοκομειακό μητρώο εξημένων ασθενών
Ισουδία	Πανεπιστημιακό νοσοκομείο, Lund	Ασθενείς σε πύργου αποτοξίνωσης (1977-1995)	1 052	83	Απικανονική συμπεριφορά: 23 % Οπισθοδρομική ψύχωση: 14 % Κατάθλιψη διαταραχή: 11 %	fidell (1996) (1)

Επιπολασμός συννοσηρότητας σε θεραπευτικά περιβάλλοντα σε διάφορες χώρες της

ΕΕ

### 3.3 ΕΜΠΟΔΙΑ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑΣ

Ένα από τα κύρια εμπόδια στη διάγνωση και τη θεραπεία της συννοσηρότητας είναι το γεγονός ότι το ψυχιατρικό προσωπικό διαθέτει συνήθως λιγότερες γνώσεις σχετικά με τη θεραπεία των ουσιοεξαρτήσεων και το ειδικευμένο στη θεραπεία των ουσιοεξαρτήσεων προσωπικό έχει γενικά λιγότερες γνώσεις

ψυχιατρικής. Τα παραδείγματα των δύο ειδικοτήτων είναι πολύ διαφορετικά: η μία βασίζεται στις επιστήμες της ιατρικής και της φυσικοχημείας, η άλλη σε ψυχοκοινωνικές μεθόδους και θεωρίες. Επιπλέον, η φιλοσοφία των υπηρεσιών ψυχικής υγείας συνήθως προσανατολίζεται κυρίως στη διαφύλαξη της ασφάλειας των ατόμων και του κοινού, ενώ οι υπηρεσίες θεραπείας των ουσιοεξαρτήσεων προσδοκούν να ενθαρρυνθούν οι ενδιαφερόμενοι σε κάποιο βαθμό για να συμμετάσχουν σε προγράμματα θεραπείας. Αυτά τα διαφορετικά σημεία εκκίνησης εμποδίζουν συχνά μια ολιστική και ενιαία αντίληψη του θέματος. Όπως προαναφέρθηκε, τόσο οι ψυχιατρικές ομάδες όσο και οι υπηρεσίες θεραπείας των ουσιοεξαρτήσεων αποτυγχάνουν συχνά να εντοπίσουν σημαντικό αριθμό ασθενών που εμφανίζουν συννοσηρότητα (Rofail et.al. 2009).

Όταν οι ασθενείς με διπλή διάγνωση ζητούν θεραπεία, τα αιφνίδια ψυχιατρικά σύνδρομα που παρουσιάζουν εκλαμβάνονται συχνά εσφαλμένα ως συμπτώματα που οφείλονται στη χρήση ουσιών ή, αντίθετα, συμπτώματα στέρησης ή τοξίκωσης ερμηνεύονται εσφαλμένα ως ψυχιατρικές νόσοι. Πολύ συχνά, οι επαγγελματίες του τομέα ψυχικής υγείας έχουν την τάση να στέλνουν τα άτομα που εμφανίζουν συννοσηρότητα για θεραπεία απεξάρτησης, και οι θεραπευτές με τη σειρά τους να τα ξαναστέλνουν αμέσως πίσω — ή το αντίθετο. Η συνέχεια της περίθαλψης είναι αδύνατη υπό τις περιστάσεις αυτές. Ακόμη και όταν διαγιγνώσκεται συννοσηρότητα, αυτή συνήθως δεν εξετάζεται περαιτέρω στις επακόλουθες θεραπευτικές παρεμβάσεις. Το ίδιο ισχύει για τους ασθενείς που διαγιγνώσκονται με προβλήματα χρήσης ουσιών κατά την ψυχιατρική θεραπεία, οι οποίοι συνήθως δεν υποβάλλονται σε παρεμβάσεις κατά των ουσιοεξαρτήσεων. Βεβαίως, οι γενικεύσεις αυτές δεν αποκλείουν το γεγονός ορισμένες ψυχιατρικές υπηρεσίες και υπηρεσίες θεραπείας των ουσιοεξαρτήσεων να επιτυγχάνουν πολύ καλά αποτελέσματα με ασθενείς που εμφανίζουν συννοσηρότητα (Rofail et.al. 2009).

Επιπλέον, όταν εντοπίζονται, οι χρήστες ναρκωτικών αντιμετωπίζονται συχνά με καχυποψία από τις ψυχιατρικές υπηρεσίες και ενδέχεται να μη γίνουν δεκτοί από αυτές, και το ίδιο μπορεί να συμβεί σε χρήστες που είναι σταθεροί στη λήψη ουσίας υποκατάστασης. Ομοίως, ενδιαφερόμενοι μπορεί να αποκλεισθούν από θεραπεία απεξάρτησης λόγω των ψυχικών προβλημάτων τους. Στην Ισπανία, για παράδειγμα, οι περισσότερες ψυχιατρικές υπηρεσίες αποκλείουν τους ασθενείς με διαταραχές που συνδέονται με τη χρήση ουσιών, το δε προσωπικό τους δεν διαθέτει κατάλληλη κατάρτιση. Μελέτη σε αυστριακούς ψυχοθεραπευτές έδειξε ότι μόνον ορισμένοι εξ

αυτών είναι πρόθυμοι να παράσχουν τις υπηρεσίες τους σε ασθενείς χρήστες ναρκωτικών. Σύμφωνα με στοιχεία από την Ιταλία, δεν υπάρχουν σαφείς κανόνες για την παραπομπή των ενδιαφερομένων από τις υπηρεσίες θεραπείας των ουσιοεξαρτήσεων στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας, και οι τελευταίες δείχνουν απροθυμία στην υποδοχή τους λόγω έλλειψης ειδικών γνώσεων. Στη Νορβηγία, αναφέρεται ότι είναι δύσκολη η παραπομπή από υπηρεσίες άμεσης πρόσβασης σε κέντρα ψυχιατρικής θεραπείας (Rofail et.al. 2009).

Στην Ελλάδα, 54 % των θεραπευτικών προγραμμάτων δεν δέχονται χρήστες ναρκωτικών με ψυχιατρικές διαταραχές. Στα στεγνά προγράμματα θεραπείας εσωτερικής παραμονής στη Σλοβενία, και σε άλλες χώρες, τα προγράμματα θεραπείας απαιτούν από τους ασθενείς να μην κάνουν χρήση ουσιών ως προϋπόθεση για την εισαγωγή τους. Στην περίπτωση των ασθενών με διπλή διάγνωση, η προϋπόθεση αυτή αποτελεί σοβαρό εμπόδιο, καθώς η πλήρης αποχή απαιτεί τη διακοπή άλλων θεραπειών, κάτι που δεν είναι πάντοτε εφικτό (Ifanti et.al. 2013).

### **3.4 ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΔΟΜΕΣ**

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

1. Διαδοχική θεραπεία. Οι ψυχιατρικές διαταραχές και οι διαταραχές που οφείλονται στη χρήση ουσιών θεραπεύονται διαδοχικά και η επικοινωνία μεταξύ των υπηρεσιών είναι ελάχιστη. Συνήθως, οι ασθενείς υποβάλλονται σε θεραπεία για τα σοβαρότερα προβλήματα πρώτα και, μόλις ολοκληρωθεί η θεραπεία αυτή, υποβάλλονται σε θεραπεία για τα υπόλοιπα προβλήματά τους. Ωστόσο, το μοντέλο αυτό ενδέχεται επίσης να έχει ως αποτέλεσμα τη συνεχή παραπομπή των ασθενών σε διάφορες υπηρεσίες, χωρίς να μπορεί καμία υπηρεσία να ανταποκριθεί στις ανάγκες τους. (Malliori et.al. 2013).

2. Παράλληλη θεραπεία. Η θεραπεία των δύο διαφορετικών διαταραχών πραγματοποιείται ταυτόχρονα. Οι υπηρεσίες θεραπείας των ουσιοεξαρτήσεων και οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας συνεργάζονται για την ταυτόχρονη παροχή υπηρεσιών. Οι ανάγκες των δύο θεραπειών αντιμετωπίζονται συχνά με διαφορετικές θεραπευτικές προσεγγίσεις και το ιατρικό μοντέλο της ψυχιατρικής ενδέχεται να έρχεται σε σύγκρουση με τον ψυχοκοινωνικό προσανατολισμό των υπηρεσιών θεραπείας των ουσιοεξαρτήσεων. (Malliori et.al. 2013).

3. Ολοκληρωμένη θεραπεία. Η θεραπεία παρέχεται σε ψυχιατρική υπηρεσία ή υπηρεσία θεραπείας των ουσιοεξαρτήσεων ή στο πλαίσιο ειδικής υπηρεσίας ή προγράμματος συννοσηρότητας. Η διασταυρούμενη παραπομπή σε άλλες υπηρεσίες αποφεύγεται. Οι θεραπείες περιλαμβάνουν παρωθητικές και συμπεριφορικές παρεμβάσεις, πρόληψη της υποτροπής, φαρμακοθεραπεία και κοινωνικές προσεγγίσεις (Malliori et.al. 2013).

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 το 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. Μια 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 (Malliori et.al. 2013).

### **3.5 ΔΙΑΔΟΧΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ**

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 Τσεχικής Δημοκρατίας 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. (Malliori et.al. 2013).

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. (Ifanti et.al. 2013).

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 (Ifanti et.al. 2013).

### **3.6 ΠΑΡΑΛΛΗΛΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ**

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. (Malliori et.al. 2013)

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 την 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 (Malliori et.al. 2013)

### **3.7 ΟΛΟΚΛΗΡΩΜΕΝΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ**

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, όπως αποδεικνύεται από τον πίνακα 8, 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 (Wainwright et.al. 2015).

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 (Wainwright et.al. 2015).

Η διαχείριση κατά περίπτωση, ως μέθοδος συντονισμού της θεραπείας των ασθενών, ώστε να διασφαλίζεται εξατομικευμένη διαδοχική ή παράλληλη περίθαλψη, και ως μέθοδος παροχής συνδρομής στους ασθενείς ώστε να βρουν το δρόμο τους στο λαβύρινθο του θεραπευτικού συστήματος, φαίνεται να σπανίζει στην ΕΕ. Η Γαλλία αναφέρει ότι θεσπίζεται συνεργασία μεταξύ των υπηρεσιών θεραπείας των ουσιοεξαρτήσεων και των ψυχιατρικών υπηρεσιών με στόχο την οργάνωση κοινών εισαγωγών και την κοινή διαχείριση των περιπτώσεων για τους ασθενείς που πάσχουν από ψυχιατρικά προβλήματα και προβλήματα εξάρτησης· ωστόσο, η συνεργασία αυτή περιορίζεται συχνά σε συγκεκριμένες περιπτώσεις (Wainwright et.al. 2015).

Στο Λουξεμβούργο καθώς και τις Κάτω Χώρες, οι επαγγελματίες αναγνωρίζουν πλέον ότι η διαχείριση κατά περίπτωση είναι η αποτελεσματικότερη μέθοδος για την αντιμετώπιση των ασθενών με διπλή διάγνωση, είναι όμως δαπανηρή και χρονοβόρα και απαιτεί ειδικές επαγγελματικές δεξιότητες. Ωστόσο, σε ορισμένες χώρες, εφαρμόζεται ένα είδος διαχείρισης κατά περίπτωση, γνωστό με την ονομασία «δυναμική θεραπεία κοινότητας» (assertive community treatment) (Wainwright et.al. 2015).

### 3.8 ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ ΚΑΙ ΒΕΛΤΙΣΤΕΣ ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ

Η θεραπεία των ασθενών που εμφανίζουν συννοσηρότητα χαρακτηρίζεται από πολλά προβλήματα, γεννά τεράστιες απαιτήσεις από το προσωπικό και συχνά δεν επιφέρει τα προσδοκώμενα αποτελέσματα. Συχνά ο χειρισμός των ασθενών είναι δύσκολος λόγω της διαταραγμένης και επιθετικής κοινωνικής συμπεριφοράς τους, ιδίως όταν πάσχουν από τις εντονότερες μορφές διαταραχών της προσωπικότητας, και λόγω της συναισθηματικής αστάθειάς τους.

Η αντίσταση ή η μη συμμόρφωση προς τους κανόνες και τις απαιτήσεις της θεραπείας, για παράδειγμα τήρηση των ραντεβού ή λήψη των φαρμάκων, είναι σύννηθες φαινόμενα, και η απογοήτευση που προκαλεί η κατάσταση αυτή επιδεινώνεται από τις μη ικανοποιητικές προσωπικές σχέσεις. Τα ποσοστά επιτυχίας είναι γενικά χαμηλά και τα ποσοστά εγκατάλειψης της θεραπείας υψηλά, γεγονός που καθιστά τη θεραπεία χρονοβόρα και δαπανηρή, καθώς και απογοητευτική για το προσωπικό, το οποίο, όπως είναι αναμενόμενο, νιώθει συχνά αισθήματα ανυπομονησίας και καταπιεσμένης επιθετικότητας και εμφανίζει συμπτώματα εξάντλησης. (Malliori et.al. 2013)

Η απουσία διαδικασιών παρακολούθησης και παρεπόμενης περίθαλψης έχει ως αποτέλεσμα υψηλά ποσοστά υποτροπής, και συχνά τόσο οι ψυχικές διαταραχές όσο και οι διαταραχές που οφείλονται στη χρήση ουσιών γίνονται χρόνιες. Εξάλλου, οι ασθενείς έχουν συχνά αρνητικές εμπειρίες από τις υπηρεσίες υποστήριξης και, ως εκ τούτου, ενδέχεται να μην επιθυμούν να υποβληθούν σε θεραπεία. Παρά τις δυσκολίες αυτές, οι επαγγελματίες αναζητούν συνεχώς και αναπτύσσουν αποτελεσματικότερες προσεγγίσεις. (Malliori et.al. 2013)

Οι τακτικές διεπιστημονικές συζητήσεις περιπτώσεων και η εντατική συνεργασία μπορούν να αντισταθμίσουν την αμοιβαία έλλειψη κατανόησης των προβλημάτων από το προσωπικό. Πρωτοβουλίες του είδους αυτού παρέχουν σε όλους τους συμμετέχοντες αναλυτικότερες πληροφορίες σχετικά με τους ασθενείς και διευκολύνουν την ανάπτυξη βέλτιστων πρακτικών ή στρατηγικών περίθαλψης. Για την επίτευξη θετικών αποτελεσμάτων καθοριστικότερος παράγοντας είναι η ποιότητα της θεραπείας. Όπως και σε πολλούς άλλους τομείς που συνδέονται με τα ναρκωτικά, η τεκμηρίωση, η αξιολόγηση και η έρευνα στον τομέα της θεραπείας της

συννοσηρότητας είναι θλιβερές. Η βάση αποδείξεων όσον αφορά το είδος θεραπείας που κρίνεται αποτελεσματικότερη είναι ασαφής.

Ευρεία επισκόπηση της διεθνούς έρευνας σχετικά με τη θεραπεία απεξάρτησης από το αλκοόλ και τα ναρκωτικά εντόπισε μόνον οκτώ τυχαιοποιημένες μελέτες σχετικά με τη θεραπεία χρηστών ναρκωτικών με σοβαρές ψυχιατρικές διαταραχές. Τα ποσοστά εγκατάλειψης ήταν εξαιρετικά υψηλά, ακόμη και πριν από την έναρξη της θεραπείας. Η βραχυπρόθεσμη παρακολούθηση απέδειξε ότι η θεραπεία εσωτερικής παραμονής, ιδίως σε θεραπευτικές κοινότητες, είχε καλύτερα αποτελέσματα όσον αφορά τις συνθήκες διαβίωσης και τη χρήση των ουσιών, όχι όμως και όσον αφορά τα ψυχιατρικά συμπτώματα. Ορισμένα χαρακτηριστικά απαντώνται σε όλες τις καταστάσεις θεραπείας. Οι συστάσεις που παρατίθενται στη συνέχεια προέρχονται από επισκοπήσεις και μετααναλύσεις διεθνών τυχαιοποιημένων ελεγχόμενων μελετών σχετικά με τη θεραπεία απεξάρτησης (Wainwright et.al. 2015):

1. Πρέπει να υπάρχει συνεχής επικέντρωση στην αλλαγή των συνηθειών λήψης ναρκωτικών.
2. Οι παρεμβάσεις πρέπει να είναι καλύτερα διαρθρωμένες.
3. Οι παρεμβάσεις πρέπει να έχουν αρκετά μεγάλη διάρκεια προκειμένου να έχουν αντίκτυπο.
4. Η παρέμβαση πρέπει να έχει διάρκεια τουλάχιστον τριών μηνών, και κατά προτίμηση μεγαλύτερη.

Στο Ηνωμένο Βασίλειο, οι κατευθυντήριες γραμμές του Υπουργείου Υγείας καθώς και τα ερευνητικά σχέδια και οι επισκοπήσεις της βιβλιογραφίας αναβάθμισαν τη σημασία της διπλής διάγνωσης. Ωστόσο, η βάση αποδείξεων προέρχεται κυρίως από τη Βόρεια Αμερική, και λιγότερο από 10 % του υλικού που επισκόπησε η Crawford προέρχεται από μελέτες που διενεργήθηκαν στο Ηνωμένο Βασίλειο. Σύμφωνα με ολλανδική επισκόπηση διεθνών μελετών, δυνητικά αποτελεσματικό μοντέλο διαχείρισης κατά περίπτωση είναι τα προγράμματα δυναμικής θεραπείας κοινότητας (assertive community treatment), τα οποία περιλαμβάνουν διαρθρωτικές πτυχές (φόρτος, ομαδική εργασία, συνεργασία με άλλους επαγγελματίες του τομέα της υγείας) και οργανωτικές πτυχές (σαφή κριτήρια ένταξης, περιορισμένη υποδοχή νέων ασθενών, παρεμβάσεις αντιμετώπισης κρίσεων σε 24ωρη βάση) και πτυχές σχετικές με το περιεχόμενο (παροχή υποστήριξης και περίθαλψης σε καθημερινές καταστάσεις, ενεργητική προσέγγιση, συχνές επαφές). (Wainwright et.al. 2015):

Στο Birmingham, στο Ηνωμένο Βασίλειο, οι ομάδες προσωπικού των εν λόγω προγραμμάτων καταρτίζονται βάσει εγχειριδίου σχετικά με την ολοκληρωμένη γνωστικο-συμπεριφορική θεραπεία. Στις ομάδες προσωπικού παρέχεται συνεχής υποστήριξη κατά την παρέμβασή τους, η οποία αξιολογείται όσον αφορά τόσο τη διαδικασία όσο και το αποτέλεσμα. (Hensel et al., 2014).

Μελέτη παρακολούθησης 219 εξαρτημένων από οπιούχα χρηστών ναρκωτικών υπό θεραπεία σε υπηρεσίες θεραπείας των ουσιοεξαρτήσεων του Αμβούργου έδειξε μείωση της χρήσης ηρωίνης σε διάστημα δύο ετών. Επίσης, 47 % των ασθενών εμφάνισε βελτίωση όσον αφορά τις ψυχιατρικές διαταραχές. (Hensel et al., 2014)

Ιταλική μελέτη διαπίστωσε ότι τα αποτελέσματα της θεραπείας συντήρησης με μεθαδόνη δεν διέφεραν σημαντικά στους ασθενείς με σοβαρά ή ήπια ψυχιατρικά συμπτώματα, όσον αφορά είτε την παραμονή στο πρόγραμμα είτε τη χρήση ηρωίνης. Ωστόσο, φαίνεται ότι οι ασθενείς με σοβαρότερες ψυχιατρικές διαταραχές χρειάζονταν υψηλότερες μέσες δόσεις μεθαδόνης.

Η διαλεκτική συμπεριφορική θεραπεία (173) είναι μια εναλλακτική λύση, η οποία φαίνεται ιδιαίτερα κατάλληλη για τις γυναίκες που κάνουν χρήση ουσιών και πάσχουν από σοβαρές οριακές διαταραχές της προσωπικότητας ή/και εμφανίζουν αυτοκτονικές τάσεις. Ωστόσο, οι αποδείξεις περιορίζονται σε μερικές μόνο μελέτες. Μια ολλανδική ελεγχόμενη δοκιμή της διαλεκτικής συμπεριφορικής θεραπείας διαπίστωσε ότι τόσο η πειραματική ομάδα όσο και η ομάδα που υποβλήθηκε σε συνήθη θεραπεία ωφελήθηκαν εμφανίζοντας μειωμένη αυτοκαταστροφική συμπεριφορά. Η πειραματική ομάδα εμφάνισε σημαντικά μεγαλύτερη μείωση της κατανάλωσης αλκοόλ, αλλά δεν διαπιστώθηκαν διαφορές στη χρήση ναρκωτικών. (Ζήση, 2017)

Σε σουηδική μελέτη, η επανειλημμένη χορήγηση του ερωτηματολογίου του Δείκτη Σοβαρότητας της Εξάρτησης (ASI) καθ' όλη τη διάρκεια της περιόδου θεραπείας, στο πλαίσιο μοντέλου διαρκούς διαχείρισης της ποιότητας, έδειξε ότι σε διετή παρακολούθηση μετά την έξοδο από πρόγραμμα απεξάρτησης 46 % των ασθενών απείχαν από τη χρήση ουσιών. Οι ασθενείς με διπλή διάγνωση εμφάνιζαν σοβαρότερο προφίλ προβλημάτων βάσει του ASI από τους ασθενείς που δεν έπασχαν από ψύχωση. Γενικά, υπήρχαν μικρές αλλαγές στο προφίλ προσωπικότητας και τα συμπτώματα, αλλά για πολλούς ασθενείς η ποιότητα ζωής είχε βελτιωθεί και η κατάσταση της ζωής τους ήταν σταθερότερη κατά την παρακολούθηση. (Ζήση, 2017)

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

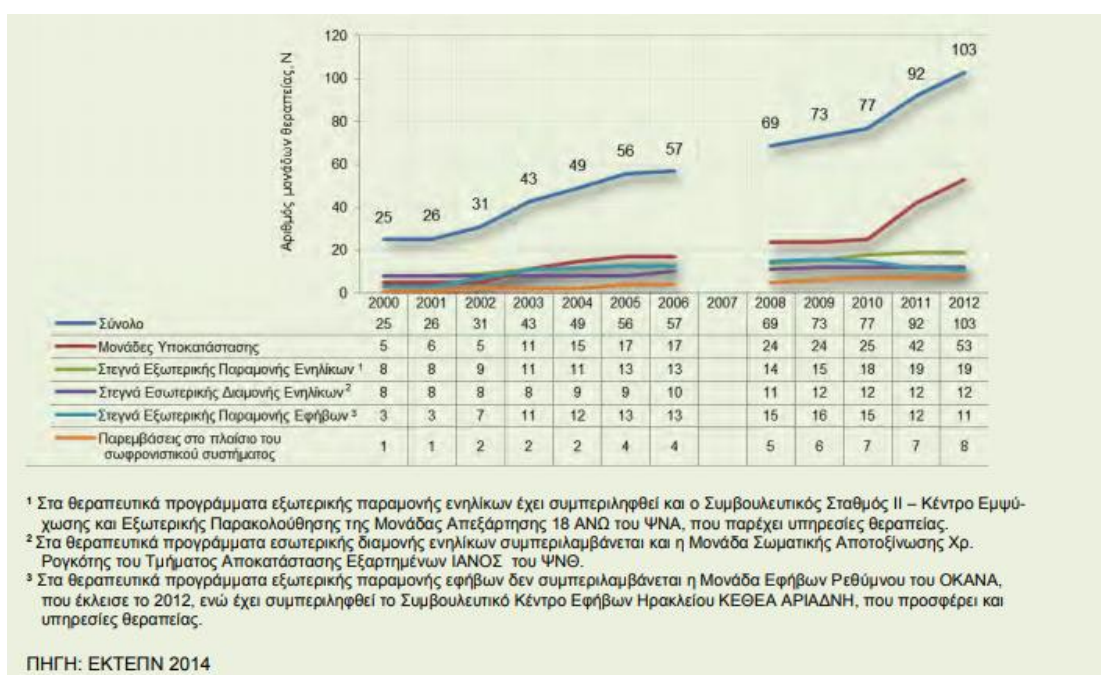
Επισκόπηση νορβηγικών θεραπευτικών μελετών σε ασθενείς που εμφάνιζαν συννοσηρότητα κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η επιθετική, παρορμητική συμπεριφορά μπορούσε να θεραπευθεί καλύτερα με διαρθρωμένη ομαδική θεραπεία αντιπαράθεσης ασθενών σε συνδυασμό με οικογενειακή θεραπεία. Οι ασθενείς που έπασχαν από κατάθλιψη ή άγχος ωφελήθηκαν περισσότερο από την ατομική ψυχοθεραπεία και την υποστηρικτική ομαδική θεραπεία (Malliori et.al. 2013).

Χώρα	Ολοκληρωμένες υπηρεσίες θεραπείας
Βέλγιο	Η ανάπτυξη ολοκληρωμένων υπηρεσιών βρίσκεται στη φάση μελέτης σκοπιμότητας.
Γερμανία	Πρώτες πρωτοβουλίες πριν από 20 χρόνια. Δεν διατίθεται ακόμη επαρκής ολοκληρωμένη θεραπεία.
Ελλάδα	Το 1995 ξεκίνησε ένα ολοκληρωμένο πρόγραμμα το οποίο παρέχει δύο διαφορετικές θεραπευτικές επιλογές, ανάλογα με τη σοβαρότητα της ψυχιατρικής διαταραχής. Τα αποτελέσματα είναι θετικά.
Ισπανία	Το 2003 υπήρχαν 185 κέντρα για 4 803 ασθενείς που εμφανίζουν συννοσηρότητα. Μία ειδικευμένη ολοκληρωμένη μονάδα στην Καταλονία και μία θεραπευτική κοινότητα στην Κανταβρία για ασθενείς που εμφανίζουν συννοσηρότητα και χρειάζονται νοσηλεία.
Κάτω Χώρες	Δύο ειδικευμένες ολοκληρωμένες θεραπευτικές πτέρυγες εσωτερικής παραμονής. Συνεχίζεται η διαδικασία αξιολόγησης για την ανάπτυξη βέλτιστων πρακτικών.
Αυστρία	Συνεργασία μεταξύ υπηρεσιών θεραπείας των ουσιοεξαρτήσεων και κοινού ψυχιατρικού νοσοκομείου- ορισμένοι από τους ψυχολόγους του νοσοκομείου εργάζονται στις υπηρεσίες θεραπείας των ουσιοεξαρτήσεων. Οι χρήστες ναρκωτικών ακολουθούν θεραπεία απεξάρτησης και παραπέμπονται στο νοσοκομείο μόνο όταν τα ψυχιατρικά συμπτώματα γίνουν πολύ σοβαρά.
Ηνωμένο Βασίλειο	Αρκετές ολοκληρωμένες υπηρεσίες σε διάφορα περιβάλλοντα τοπικών κοινωνιών. Διορίζονται αρκετοί ιατροί για άτομα με διπλή διάγνωση, οι οποίοι απασχολούνται σε υπηρεσίες θεραπείας των ουσιοεξαρτήσεων ή σε ομάδες ψυχικής υγείας.
Νορβηγία	Εφαρμογή ολοκληρωμένου προγράμματος σε ψυχιατρικό κέντρο στο Όσλο. Παρακολούθηση και αξιολόγηση για διάστημα έως δύο έτη με έμφαση σε βασικές ανάγκες όπως στέγαση, εργασία, κοινωνικές παροχές και κοινωνικές σχέσεις.

#### Ολοκληρωμένες υπηρεσίες θεραπείας σε διάφορες ευρωπαϊκές χώρες

Οι βασικοί τύποι θεραπείας για την αντιμετώπιση της ουσιοεξάρτησης που παρέχονται στην Ελλάδα είναι οι ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις («στεγνά» θεραπευτικά προγράμματα), η θεραπεία υποκατάστασης οπιοειδών και η σωματική αποτοξίνωση. Οι επίσημα αναγνωρισμένοι φορείς οι οποίοι παρέχουν τους παραπάνω τύπους θεραπείας στη χώρα μας είναι οι εξής: ο ΟΚΑΝΑ, το ΚΕΘΕΑ, η Μονάδα Απεξάρτησης 18 ΑΝΩ του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής (ΨΝΑ), το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης (ΨΝΘ), η Ψυχιατρική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών, γενικά δημόσια νοσοκομεία (σε συνεργασία με τον ΟΚΑΝΑ), το ανεξάρτητο σωματείο ΘΗΣΕΑΣ στο πλαίσιο του Δήμου Καλλιθέας, το Ελληνικό Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής και Ερευνών και το Υπουργείο Δικαιοσύνης (φυλακές Ελεώνα). Το 2012 στην Ελλάδα λειτουργούσαν συνολικά εκατόν τρία (103)

θεραπευτικά προγράμματα / μονάδες (εφεξής δομές θεραπείας) που παρείχαν θεραπεία, εκ των οποίων πενήντα τρεις (53) μονάδες υποκατάστασης (44 μονάδες χορηγούν κυρίως βουπρενορφίνη και 9 μονάδες μεθαδόνη), 42 «στεγνά» θεραπευτικά προγράμματα (11 εσωτερικής διαμονής ενηλίκων, 19 εξωτερικής παραμονής ενηλίκων, 11 εξωτερικής παραμονής εφήβων και 1 πρόγραμμα σωματικής αποτοξίνωσης), καθώς και οκτώ (8) «στεγνά» θεραπευτικά προγράμματα για φυλακισμένους και αποφυλακισμένους χρήστες. (Ζήση, 2017).





## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4**

### **ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ ΚΑΙ ΝΕΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ**

#### **4.1 ΦΟΡΕΙΣ ΠΟΥ ΥΛΟΠΟΙΟΥΝ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ**

Η πρόληψη των ουσιοεξαρτήσεων στην Ελλάδα υλοποιείται κυρίως από το πανελλαδικό δίκτυο των 73 Κέντρων Πρόληψης των Εξαρτήσεων και Προαγωγής της Ψυχοκοινωνικής Υγείας (εφεξής Κέντρα Πρόληψης), το οποίο λειτουργεί στο πλαίσιο της συνεργασίας του ΟΚΑΝΑ με την Τοπική Αυτοδιοίκηση και τοπικούς φορείς. Παρεμβάσεις πρόληψης της χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών υλοποιούνται επίσης από το Υπουργείο Παιδείας και Θρησκευμάτων (εφεξής Υπουργείο Παιδείας), κατά κύριο λόγο μέσω της υλοποίησης των προγραμμάτων Αγωγής Υγείας (ΑΥ). (Ζήση, 2017).

Επιπλέον, παρεμβάσεις πρόληψης πραγματοποιούν και άλλοι φορείς από το χώρο των εξαρτήσεων, της υγείας κτλ., οι οποίοι μεταξύ άλλων δραστηριοποιούνται και στον τομέα της πρόληψης της ουσιοεξάρτησης. Στους φορείς αυτούς συμπεριλαμβάνονται:

- το ΚΕΘΕΑ (Δίκτυο Υπηρεσιών Πρόληψης και Έγκαιρης Παρέμβασης) ως αυτοδιοικούμενο νομικό πρόσωπο ιδιωτικού δικαίου υπό την εποπτεία του Υπουργείου Υγείας
- δύο μη κυβερνητικοί φορείς (Ελληνικό Κέντρο Διαπολιτισμικής Ψυχιατρικής και Περίθαλψης και Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός)
- δύο κρατικοί φορείς (Μονάδα Απεξάρτησης 18 ΑΝΩ / ΨΝΑ και ΨΝΘ)
- μία εθελοντική οργάνωση (Κίνηση ΠΡΟΤΑΣΗ για έναν άλλο τρόπο ζωής)
- δύο φορείς της Εκκλησίας (Ίδρυμα Ψυχοκοινωνικής Αγωγής και Στήριξης ΔΙΑΚΟΝΙΑ της Αρχιεπισκοπής Αθηνών και Οργανισμός ΑΓΙΟΣ ΛΟΥΚΑΣ ΚΡΙΜΑΙΑΣ της Ιεράς Μητροπόλεως Αιτωλίας και Ακαρνανίας) (Ζήση, 2017).

Σε επίπεδο εθνικής πολιτικής, ο τομέας της πρόληψης της χρήσης ναρκωτικών αναφέρεται στο νέο νόμο για τα ναρκωτικά (4139/2013), όπου περιγράφεται ένα γενικό πλαίσιο κατάρτισης και έγκρισης αντίστοιχων προγραμμάτων. Συγκεκριμένα, σύμφωνα με το νόμο, τα Κέντρα Πρόληψης αποτελούν τους εγκεκριμένους φορείς στον τομέα της πρόληψης, σύμφωνα με τους άξονες που καθορίζονται στο Εθνικό

Σχέδιο Δράσης κατά των Ναρκωτικών. Επιπλέον, σύμφωνα με τη διαδικασία που περιγράφεται στο νόμο, φορείς που επιθυμούν να δραστηριοποιηθούν στην πρόληψη καταρτίζουν σχετικό σχεδιασμό, τον οποίο υποβάλλουν για έγκριση στον υπουργό Υγείας. Επίσης, στο νέο νόμο για τα ναρκωτικά προβλέπεται η σύσταση συντονιστικής επιτροπής με αρμοδιότητα την εκπροσώπηση του Δικτύου των Κέντρων Πρόληψης, καθώς και των εγκεκριμένων οργανισμών ή φορέων που υλοποιούν το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τα Ναρκωτικά και καταρτίζουν προγράμματα πρόληψης, στην Εθνική Επιτροπή Σχεδιασμού και Συντονισμού για την Αντιμετώπιση των Ναρκωτικών και σε οποιαδήποτε άλλη αρχή. (Ζήση, 2017)

Το 2012 ιδρύθηκε το Κέντρο Πρόληψης ΑΘΗΝΑ ΑΦΑΙΑ, το οποίο αποτελεί το πέμπτο Κέντρο Πρόληψης του Δήμου Αθηναίων ΑΘΗΝΑ ΥΓΕΙΑ, ενώ το 2013 ο ΟΚΑΝΑ προέβη στην ίδρυση Κέντρου Πρόληψης στη Δράμα. Με τη δημιουργία αυτών των δύο Κέντρων, ο αριθμός των Κέντρων Πρόληψης ανήλθε στα 73, καλύπτοντας τους 50 από τους 51 νομούς της χώρας. Παράλληλα, κατά τη διάρκεια του 2012 ο ΟΚΑΝΑ προέβη στην ανανέωση των τριετών προγραμματισμών για τη συνέχιση της λειτουργίας είκοσι έξι (26) Κέντρων Πρόληψης. (Ζήση, 2017).

#### **4.2 ΚΑΘΟΛΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ**

Η πλειονότητα των παρεμβάσεων πρόληψης που υλοποιούνται στην Ελλάδα εντάσσεται στην καθολική πρόληψη. Σε γενικές γραμμές οι παρεμβάσεις δεν επικεντρώνονται αποκλειστικά στη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών, αλλά εντάσσονται στο γενικότερο πλαίσιο της πρόληψης των επικίνδυνων συμπεριφορών και της προαγωγής της ψυχοκοινωνικής υγείας.

Οι καθολικές παρεμβάσεις πρόληψης στοχεύουν στο νεανικό πληθυσμό. Υλοποιούνται είτε άμεσα σε παιδιά και νέους /-ες (π.χ. μαθητές, στρατευμένους) είτε σε άλλες ομάδες (π.χ. εκπαιδευτικούς, γονείς) που έρχονται σε επαφή με νέους. Στόχος είναι η αποφυγή ή η αναβολή της έναρξης της χρήσης ουσιών με την παροχή των απαραίτητων γνώσεων και δεξιοτήτων. Πρόκειται για παρεμβάσεις ευρείας κλίμακας, που πραγματοποιούνται χωρίς προηγουμένως να έχει γίνει έλεγχος για τη συμπεριφορά και το βαθμό επικινδυνότητας των συμμετεχόντων όσον αφορά τη χρήση ουσιών.

Καθολικές παρεμβάσεις πρόληψης για το μαθητικό πληθυσμό υλοποιούνται σχεδόν σε όλες τις ευρωπαϊκές χώρες, αλλά με διαφορές τόσο στο επίπεδο κάλυψης

όσο και στο περιεχόμενό τους (Ευρωπαϊκό Κέντρο 2010). Σύμφωνα με τις πρόσφατες Εκθέσεις του Ευρωπαϊκού Κέντρου (2012, 2013), τα τελευταία χρόνια παρατηρείται μικρή μεταστροφή προς την εφαρμογή στα σχολεία προσεγγίσεων που έχουν αξιολογηθεί θετικά (π.χ. ανάπτυξη προσωπικών και κοινωνικών δεξιοτήτων) και σταδιακή εγκατάλειψη δράσεων για τις οποίες δεν έχει τεκμηριωθεί η αποτελεσματικότητά τους (π.χ. αποκλειστική παροχή πληροφόρησης) (ΕΚΤΕΠΙ, 2014).

### **4.3 ΚΑΘΟΛΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΣΤΗ ΣΧΟΛΙΚΗ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ**

Η υλοποίηση παρεμβάσεων πρόληψης στη σχολική κοινότητα αποτελεί πάγια προτεραιότητα της πρόληψης στην Ελλάδα, τόσο σε επίπεδο χάραξης πολιτικής όσο και σε επίπεδο παρεμβάσεων που υλοποιούνται. Στο πλαίσιο της έμφασης που δίνεται στην εφαρμογή παρεμβάσεων, τόσο άμεσα στους μαθητές όσο και έμμεσα στους εκπαιδευτικούς, όχι μόνο για την πρόληψη των εξαρτησιογόνων ουσιών αλλά και ευρύτερα, όσον αφορά την πρόληψη των εξαρτήσεων και την αγωγή υγείας, τα Κέντρα / φορείς Πρόληψης, εκτός από τις παρεμβάσεις πρόληψης της χρήσης παράνομων και νόμιμων ουσιών υλοποιούν παρεμβάσεις για την πρόληψη της επιθετικότητας, για το διαδίκτυο κτλ., καθώς και ευρύτερες παρεμβάσεις προαγωγής της ψυχοκοινωνικής υγείας. (ΕΚΤΕΠΙΝ 2013)

Για την υλοποίηση των παρεμβάσεων πρόληψης στη σχολική κοινότητα χρησιμοποιούνται εξειδικευμένα εκπαιδευτικά υλικά / προγράμματα. Παρεμβάσεις πρόληψης σε βρεφονηπιακούς και παιδικούς σταθμούς. Η δράση σε αυτή τη βαθμίδα περιλαμβάνει κυρίως την υλοποίηση σεμιναρίων για παιδαγωγούς με κυριότερο στόχο την ενίσχυση του παιδαγωγικού τους ρόλου, καθώς και την ενημέρωση και ευαισθητοποίησή τους στα βασικά αναπτυξιακά στάδια και χαρακτηριστικά της προσχολικής ηλικίας και στην έννοια της πρόληψης και του ρόλου των παιδαγωγών σε αυτήν. Κατά τη διάρκεια του σχολικού έτους 2011-2012 πραγματοποιήθηκαν εκπαιδευτικά σεμινάρια, όπου συμμετείχαν 157 εκπαιδευτικοί από 50 βρεφονηπιακούς και παιδικούς σταθμούς. Παρεμβάσεις πρόληψης σε μαθητές Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης. Η πρόληψη σε μαθητές της Πρωτοβάθμιας και της Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης περιλαμβάνει παρεμβάσεις οι οποίες είτε υλοποιούνται στο πλαίσιο των προγραμμάτων Αγωγής Υγείας (ΑΥ) του

Υπουργείου Παιδείας είτε σχεδιάζονται και υλοποιούνται από τα Κέντρα / φορείς Πρόληψης σε συνεργασία με σχολεία της περιοχής τους(ΕΚΤΕΠΠ, 2014).

	Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση		Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση	
	Αριθμός σχολείων	Αριθμός μαθητών	Αριθμός σχολείων	Αριθμός μαθητών
Παρεμβάσεις πρόληψης της χρήσης ναρκωτικών (Στοιχεία: Υπ. Παιδείας και Κέντρα / φορείς Πρόληψης)	112	3.045	718	25.508
Παρεμβάσεις πρόληψης της χρήσης νόμιμων ουσιών (Στοιχεία: Υπ. Παιδείας και Κέντρα / φορείς Πρόληψης)	119	3.624	402	11.755
Παρεμβάσεις πρόληψης των εξαρτήσεων (Στοιχεία: Υπ. Παιδείας και Κέντρα / φορείς Πρόληψης)	22	1.096	60	4.244
Παρεμβάσεις πρόληψης της επιθετικότητας (Στοιχεία: Κέντρα / φορείς Πρόληψης)	64	2.382	42	3.430
Παρεμβάσεις για το διαδίκτυο (Στοιχεία: Κέντρα / φορείς Πρόληψης)	24	820	33	2.207
Παρεμβάσεις αγωγής υγείας (Στοιχεία: Κέντρα / φορείς Πρόληψης)	174	7.538	93	5.585
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>515</b>	<b>18.505</b>	<b>1.348</b>	<b>52.729</b>
Σχολικός πληθυσμός (Ελληνική Στατιστική Αρχή 2011)	10.696	798.380	3.902	695.705
Ποσοστό υλοποίησης συνόλου καθολικών παρεμβάσεων πρόληψης (χρήσης ναρκωτικών, οινόπνευματων, καπνίσματος, επιθετικότητας κτλ.) και αγωγής υγείας σε σχέση με το συνολικό πληθυσμό της χώρας	7,81	2,32	34,55	7,58

ΠΗΓΗ: ΕΚΤΕΠΠ 2014

Καθολικές παρεμβάσεις πρόληψης σε μαθητές Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης κατά το σχολικό έτος 2011-2012

Η κάλυψη των παρεμβάσεων πρόληψης παρουσίασε αύξηση το σχολικό έτος 2011-2012 σε σχέση με τα προηγούμενα χρόνια. Συγκεκριμένα, όπως φαίνεται από τον Πίνακα 3.1, κατά το σχολικό έτος 2011-2012 στην Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση το 2,32% των μαθητών από το 7,81% των σχολείων της χώρας συμμετείχαν σε παρεμβάσεις πρόληψης και προαγωγής της ψυχοκοινωνικής υγείας. Στη Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση το σχολικό έτος 2011-2012 σε παρεμβάσεις πρόληψης και προαγωγής της ψυχοκοινωνικής υγείας συμμετείχε περίπου 1 στα 3 σχολεία της χώρας και το 7,58% των μαθητών. Το προηγούμενο σχολικό έτος (2010-2011) σε παρεμβάσεις πρόληψης και προαγωγής της ψυχοκοινωνικής υγείας συμμετείχε το 1,71% των μαθητών από το 3,82% των σχολείων της Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης, ενώ τα αντίστοιχα ποσοστά στη Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση είναι 5,92% και 25,44% (ΕΚΤΕΠΠ 2013).

Παρεμβάσεις των Κέντρων / φορέων Πρόληψης

Τα Κέντρα / φορείς Πρόληψης υλοποιούν παρεμβάσεις σε μαθητές Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης ύστερα από συνεργασία με τα σχολεία της περιοχής τους. Στις παρεμβάσεις συμμετέχουν προαιρετικά οι μαθητές, οι συναντήσεις πραγματοποιούνται εντός ή εκτός του βασικού ωρολογίου προγράμματος, ενώ στην Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση πραγματοποιούνται συνήθως στο πλαίσιο της Ευέλικτης Ζώνης. (ΕΚΤΕΠΝ 2013)

Σε αρκετές περιπτώσεις οι παρεμβάσεις που υλοποιούνται άμεσα από τα στελέχη πρόληψης σε μαθητές Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης εντάσσονται στο πλαίσιο των προγραμμάτων ΑΥ του Υπουργείου Παιδείας. Συγκεκριμένα, στο πλαίσιο της ενίσχυσης των προγραμμάτων ΑΥ, πέρα από την εκπαίδευση και την υποστήριξη των εκπαιδευτικών που προτίθενται να υλοποιήσουν ή υλοποιούν προγράμματα (βλ. επόμενη Ενότητα: Εκπαιδευτικά σεμινάρια και υποστηρικτικές συναντήσεις για εκπαιδευτικούς Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης), τα σχολεία συνεργάζονται με τα κατά τόπους Κέντρα / φορείς Πρόληψης σε επίπεδο υλοποίησης των προγραμμάτων. Κατά τη διάρκεια του σχολικού έτους 2011-2012, σύμφωνα με τα στοιχεία των Κέντρων / φορέων Πρόληψης σε παρεμβάσεις που υλοποίησαν τα στελέχη τους και εντάχθηκαν στο πλαίσιο των προγραμμάτων ΑΥ του Υπουργείου Παιδείας συμμετείχαν 4.624 μαθητές από 103 σχολεία Πρωτοβάθμιας και 9.315 μαθητές από 139 σχολεία Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης. Οι παρεμβάσεις αυτές αφορούν είτε βραχείες ενημερωτικές συναντήσεις είτε συναντήσεις βιοματικού χαρακτήρα με τους μαθητές που συμμετέχουν στο πρόγραμμα ΑΥ των εκπαιδευτικών του σχολείου. Όσον αφορά τις παρεμβάσεις που υλοποιούνται εκτός ΑΥ του Υπουργείου Παιδείας, στοιχεία για το σχολικό έτος 2011-2012, σε παρεμβάσεις των Κέντρων / φορέων Πρόληψης συμμετείχαν συνολικά 13.995 μαθητές από 349 σχολεία Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης και 28.893 μαθητές από 428 σχολεία Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης. Η δράση των Κέντρων / φορέων Πρόληψης παρουσίασε αύξηση στη σχολική κοινότητα, δεδομένου ότι η αντίστοιχη συμμετοχή σχολείων και μαθητών σε παρεμβάσεις που υλοποιούνται εκτός ΑΥ του Υπουργείου Παιδείας το προηγούμενο σχολικό έτος ήταν 8.563 μαθητές από 252 σχολεία της Πρωτοβάθμιας και 16.343 μαθητές από 247 σχολεία της Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης (ΕΚΤΕΠΝ 2013).

#### 4.4 ΚΑΘΟΛΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ

Παρεμβάσεις πρόληψης στην οικογένεια το 2012 Τα Κέντρα / φορείς Πρόληψης δίνουν ιδιαίτερη έμφαση στο ρόλο της οικογένειας στην πρόληψη και την προαγωγή της ψυχοκοινωνικής υγείας, με τους γονείς να αποτελούν βασική ομάδα-στόχος της δράσης τους. Το 2012 αυξήθηκαν οι δράσεις για γονείς με τη συμμετοχή περισσότερων από 15.700 ατόμων. Εκτός από τη σχολική κοινότητα, οι γονείς αποτελούν τη βασικότερη ομάδα-στόχος για τις παρεμβάσεις πρόληψης στην Ελλάδα. Στο πλαίσιο αυτό, τα Κέντρα / φορείς Πρόληψης σχεδιάζουν και υλοποιούν δύο τύπου παρεμβάσεις.

- Παρεμβάσεις ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης: Βραχείες, ανοιχτές μεμονωμένες συναντήσεις ή κύκλοι συναντήσεων για γονείς σε θέματα πρόληψης, ψυχοκοινωνικής ανάπτυξης και διαπαιδαγώγησης των παιδιών.

- Παρεμβάσεις εκπαίδευσης (ομάδες / σχολές γονέων): Ομάδες (με μέγιστο αριθμό συμμετεχόντων τα 15 άτομα) βιωματικού συνήθως χαρακτήρα με κυριότερους στόχους τη βελτίωση της επικοινωνίας στην οικογένεια και την υποστήριξη των γονέων στο ρόλο τους. Οι παρεμβάσεις περιλαμβάνουν προκαθορισμένο αριθμό συναντήσεων, ενώ σε αρκετές περιπτώσεις προβλέπεται η σύνθεση των ομάδων ανάλογα με τις ηλικιακές ανάγκες των παιδιών (γονείς παιδιών προσχολικής ηλικίας, σχολικής και εφηβικής ηλικίας) και αντίστοιχα η επεξεργασία εξειδικευμένων θεμάτων. Επίσης, αρκετές παρεμβάσεις περιλαμβάνουν την εφαρμογή εκπαιδευτικών υλικών / προγραμμάτων που έχουν δημιουργηθεί για παρεμβάσεις σε γονείς, ενώ μετά την ολοκλήρωση ενός πρώτου κύκλου συναντήσεων δίνεται η δυνατότητα σε όσους γονείς ενδιαφέρονται να συνεχίσουν σε επαναληπτικό κύκλο εκπαίδευσης (εμβάθυνσης). (ΕΚΤΕΠΝ 2013)

Η έμφαση που δίνεται στο ρόλο της οικογένειας στην πρόληψη φαίνεται και από το μεγάλο αριθμό συμμετεχόντων στις παρεμβάσεις που πραγματοποιούνται για αυτή την ομάδα, γεγονός που ισχύει διαχρονικά στον τομέα της πρόληψης (βλ. ενδεικτικά ΕΚΤΕΠΝ 2008). Παράλληλα, η συμμετοχή των γονέων τα τελευταία χρόνια σε παρεμβάσεις πρόληψης παρουσιάζει ανοδική πορεία. Ενδεικτικά αναφέρονται τα στοιχεία για το 2005, όπου είχαν πραγματοποιηθεί παρεμβάσεις ενημέρωσης / ευαισθητοποίησης με 1.943 συμμετέχοντες, ενώ σε παρεμβάσεις εκπαίδευσης συμμετείχαν 3.458 γονείς (ΕΚΤΕΠΝ 2013).

#### 4.5 ΚΑΘΟΛΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ

Παρεμβάσεις εκτός σχολικού πλαισίου σε νέους Παρεμβάσεις πρόληψης εκτός σχολικού πλαισίου σε παιδιά και νέους το 2012 Η δράση των Κέντρων / φορέων Πρόληψης δεν περιορίζεται μόνο στο χώρο του σχολείου, αλλά επεκτείνεται και με παρεμβάσεις που υλοποιούνται στο Κέντρο / φορέα, σε παιδικές κατασκηνώσεις κτλ. Το 2012 σε παρεμβάσεις πρόληψης συμμετείχαν πάνω από 2.300 παιδιά και νέοι. Στο πλαίσιο της συμμετοχής των νέων σε παρεμβάσεις πρόληψης, τα Κέντρα / φορείς Πρόληψης δεν περιορίζουν τη δράση τους μόνο στο χώρο του σχολείου, απευθύνονται επίσης σε παιδιά ηλικίας 4-12 ετών και σε εφήβους με παρεμβάσεις που πραγματοποιούν εκτός σχολικού πλαισίου (στο χώρο των Κέντρων / φορέων ή σε άλλα πλαίσια όπου βρίσκονται νέοι, π.χ. κατασκηνώσεις), ενώ για την υλοποίηση τέτοιων παρεμβάσεων έχουν δημιουργηθεί και χρησιμοποιούνται εκπαιδευτικά υλικά / προγράμματα (ΕΚΤΕΠΝ 2013).

Στο πλαίσιο της Κίνησης ΠΡΟΤΑΣΗ για έναν άλλο τρόπο ζωής λειτουργεί από το 1993 το Κέντρο Δημιουργικής Απασχόλησης (ΚΔΑ) για παιδιά και εφήβους. Σκοπός του ΚΔΑ είναι η «παροχή ευκαιριών στα παιδιά και εφήβους, μέσω εναλλακτικών προτάσεων, να αξιοποιούν τον ελεύθερο χρόνο τους προς ουσιαστικό όφελος της ψυχαγωγίας τους, της προσωπικής τους ανάπτυξης, της δημιουργικής τους έκφρασης» (<http://www.krachaiia.gr>). Επίσης, τα Κέντρα / φορείς Πρόληψης προσεγγίζουν και νέους άνω των 17 ετών, ενώ συνεργάζονται και με τις τοπικές μονάδες Ενόπλων Δυνάμεων (βλ. επόμενη Ενότητα: Παρεμβάσεις σε τοπικούς φορείς και ομάδες της κοινότητας)

Παρεμβάσεις σε τοπικούς φορείς και ομάδες της κοινότητας Παρεμβάσεις πρόληψης σε τοπικούς φορείς και ομάδες της κοινότητας το 2012 Στο πλαίσιο της διάχυσης των παρεμβάσεών τους στην τοπική κοινότητα, τα Κέντρα / φορείς Πρόληψης επιδιώκουν την ευαισθητοποίηση των τοπικών κοινωνιών, τη συμμετοχή τους σε δραστηριότητες πρόληψης, καθώς και τη συνεργασία φορέων της τοπικής κοινότητας προκειμένου να αναπτύξουν ένα πλαίσιο συνεργασίας και να διευκολύνουν το έργο της πρόληψης στην τοπική κοινότητα. Τα Κέντρα / φορείς Πρόληψης επεκτείνουν τις δράσεις τους σε τοπικούς φορείς και ομάδες της τοπικής

κοινότητας που «επηρεάζουν σημαντικά το κοινωνικό γίνεσθαι των τοπικών κοινωνιών (αιρετοί άρχοντες Τοπικής Αυτοδιοίκησης, εκπρόσωποι εργαζομένων, εκπρόσωποι της Εκκλησίας, σύλλογοι κτλ.), έχουν άμεση επαφή με παιδιά και νέους (π.χ. πρόσκοποι, αθλητικοί και πολιτιστικοί σύλλογοι) και μπορούν να αναλάβουν ενεργό ρόλο στην πρόληψη των εξαρτήσεων και να λειτουργήσουν ως πολλαπλασιαστές (π.χ. επαγγελματίες ψυχικής υγείας, [...] εθελοντές πολίτες)» (<http://www.pyxida.org.gr>). Βασικοί στόχοι προσέγγισης της κοινότητας είναι η ευαισθητοποίηση των τοπικών κοινωνιών, η συμμετοχή τους σε δραστηριότητες πρόληψης, καθώς και η συνεργασία των φορέων της τοπικής κοινότητας. (ΚΕΘΕΑ 2013).

Όσον αφορά τη δικτύωση με «φορείς και ανθρώπους-κλειδί» των τοπικών κοινωνιών, τα Κέντρα Πρόληψης πραγματοποιούν ενημερωτικές συναντήσεις με μέλη της Τοπικής Αυτοδιοίκησης, τοπικούς φορείς και συλλόγους, προκειμένου να αναπτύξουν ένα πλαίσιο συνεργασίας και να διευκολύνουν το έργο τους στην τοπική κοινότητα. Επίσης, η ενημέρωση, η ευαισθητοποίηση και η κινητοποίηση φορέων και ομάδων της κοινότητας στην πρόληψη επιδιώκονται μέσα από τη διοργάνωση ανοικτών συναντήσεων, ημερίδων και ομιλιών, καθώς και τη δημιουργία και τη διανομή ενημερωτικών φυλλαδίων όλων των φορέων που δραστηριοποιούνται στην πρόληψη, αλλά και φορέων από το χώρο αντιμετώπισης των ουσιοεξάρτησης. (ΚΕΘΕΑ 2013).

#### Κινητές μονάδες

Μετά από 23 χρόνια λειτουργίας και 420 αποστολές κατά τις οποίες προσέγγισε πάνω από 175.00 άτομα σε όλη την Ελλάδα, η Κινητή Μονάδα Ενημέρωσης ΠΗΓΑΣΟΣ (ΚΜΕ ΠΗΓΑΣΟΣ) του ΚΕΘΕΑ ολοκλήρωσε τη δράση της με τη λήξη της άδειας κυκλοφορίας του ειδικά διαμορφωμένου λεωφορείου με το οποίο πραγματοποιούνταν όλες αυτές οι αποστολές (ΚΕΘΕΑ 2013).

## **4.6 ΕΠΙΚΕΝΤΡΩΜΕΝΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ**

Οι παρεμβάσεις επικεντρωμένης πρόληψης απευθύνονται σε συγκεκριμένες υποομάδες του νεανικού πληθυσμού, για τις οποίες θεωρείται ότι συντρέχουν παράγοντες κινδύνου όσον αφορά την εκδήλωση προβλημάτων που σχετίζονται με τη χρήση ουσιών (π.χ. μαθητές με ψυχοκοινωνικά προβλήματα, μαθητές με προβλήματα χαμηλής σχολικής επίδοσης, νέοι που έχουν εγκαταλείψει το σχολείο, παιδιά των



οποίων οι γονείς έχουν προβλήματα χρήσης ουσιών, μετανάστες, άνεργοι κ.ά.). Οι παρεμβάσεις υλοποιούνται σε επίπεδο ομάδας, χωρίς να λαμβάνονται υπόψη ατομικοί παράγοντες κινδύνου. Πρόκειται για εστιασμένες παρεμβάσεις σε ευάλωτες κοινωνικές ομάδες. Κατευθυντήριες γραμμές και σχεδιασμός παρεμβάσεων (ΕΚΤΕΠΝ 2013). Σύμφωνα με την τελευταία Έκθεση του Ευρωπαϊκού Κέντρου (2013) αυξάνεται η διαθεσιμότητα παρεμβάσεων στην Ευρώπη για ορισμένες ευάλωτες ομάδες και ειδικότερα οι παρεμβάσεις που απευθύνονται σε μαθητές με κοινωνικά προβλήματα, καθώς και με προβλήματα χαμηλής σχολικής απόδοσης. Παρεμβάσεις επικεντρωμένης πρόληψης το 2012 Παρά το γεγονός ότι η πρόληψη στην Ελλάδα επικεντρώνεται περισσότερο σε παρεμβάσεις καθολικού χαρακτήρα, έχουν αναπτυχθεί αρκετές επικεντρωμένες παρεμβάσεις με στόχο την προσέγγιση ευπαθών ομάδων. Η πλειονότητα των παρεμβάσεων πρόληψης υλοποιούνται στο σχολικό πλαίσιο για μαθητές που έχουν επαφή με τις ουσίες σε πειραματική βάση, μαθητές με παραβατική συμπεριφορά και μαθητές με διάφορα ψυχοκοινωνικά προβλήματα. Δράσεις επικεντρωμένης πρόληψης κατά το σχολικό έτος 2011-2012 απευθύνθηκαν σε 1.400 μαθητές από 33 σχολεία. Η Μονάδα Πρόληψης ΙΚΑΡΟΣ (ΚΕΘΕΑ), η οποία δημιουργήθηκε το 2004, σχεδιάζει και υλοποιεί παρεμβάσεις επικεντρωμένης και ενδεδειγμένης πρόληψης. Στο πλαίσιο αυτό απευθύνεται σε άτομα, ομάδες και πληθυσμούς που διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να αναπτύξουν παραβατικής μορφής συμπεριφορές και να καταφύγουν στη χρήση εξαρτητικών ουσιών.

#### **4.7 ΕΠΙΚΕΝΤΡΩΜΕΝΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΣΕ ΝΕΟΥΣ**

Το Εκπαιδύοντας τον Ίκαρο, έκδοση του ΚΕΘΕΑ σε συνεργασία με το βρετανικό οργανισμό TACADE, είναι ένα εκπαιδευτικό υλικό για την παροχή συμβουλευτικής και στήριξης σε νέους με παρεκκλίνουσα συμπεριφορά η οποία σχετίζεται με την τοξικοεξάρτηση. Στο πλαίσιο της προσέγγισης ευάλωτων κοινωνικών ομάδων τα Κέντρα / φορείς Πρόληψης συνεργάζονται με σχολεία της περιοχής τους προκειμένου να υλοποιήσουν παρεμβάσεις για μαθητές που έχουν επαφή με τις ουσίες σε πειραματική βάση, μαθητές με παραβατική συμπεριφορά και μαθητές με διάφορα ψυχοκοινωνικά προβλήματα, ενώ υλοποιούν συναντήσεις και σεμινάρια για εκπαιδευτικούς προκειμένου να τους ευαισθητοποιήσουν και να τους υποστηρίξουν στη διαχείριση των παραπάνω περιστατικών. Κατά τη διάρκεια του

2012 πραγματοποιήθηκαν επικεντρωμένες παρεμβάσεις για μαθητές με τη συμμετοχή 1.393 μαθητών από 33 σχολεία. Στις παραπάνω παρεμβάσεις συμπεριλαμβάνονται και οι παρεμβάσεις που πραγματοποιήθηκαν από τους τρεις Συμβουλευτικούς Σταθμούς που έχει ιδρύσει ο Τομέας Πρόληψης του ΚΕΘΕΑ, στο πλαίσιο της πολύχρονης συνεργασίας του με τις Σχολές Μαθητείας του ΟΑΕΔ, στις σχολές του Νέου Ηρακλείου, του Μοσχάτου και του Αιγάλεω. Παρεμβάσεις επικεντρωμένης πρόληψης πραγματοποιούνται επίσης εκτός σχολικού πλαισίου. Έτσι, το 2010 το ΚΕΘΕΑ ίδρυσε στα Εξάρχεια το Κέντρο Κοινωνικής Παρέμβασης με στόχο την ανταπόκριση στις ανάγκες των νέων που ζουν στο Κέντρο της Αθήνας και αντιμετωπίζουν προβλήματα κοινωνικού αποκλεισμού, παραβατικότητας και χρήσης ουσιών. Με επίκεντρο το ΣΤΕΚΙ ΝΕΩΝ, ένα νέο χώρο για νέους, πραγματοποιούνται σε καθημερινή βάση ψυχοεκπαιδευτικές, υποστηρικτικές, καθώς και δημιουργικής απασχόλησης δραστηριότητες, ενώ παρέχεται και ατομική συμβουλευτική. Λειτουργεί επίσης καλοκαιρινό πρόγραμμα αξιοποίησης του ελεύθερου χρόνου για παιδιά και εφήβους, καθώς και σχολή γονέων (ΚΕΘΕΑ 2013). Παράλληλα, το Δίκτυο Υπηρεσιών Πρόληψης και Έγκαιρης Παρέμβασης του ΚΕΘΕΑ συνέχισε την υλοποίηση παρέμβασης σε παιδιά ηλικίας 11-15 ετών μη προνομιούχων οικογενειών σε υποβαθμισμένες περιοχές της Αθήνας με στόχο την ενδυνάμωση των παιδιών αυτών κατά την κρίσιμη μετάβασή τους από το Δημοτικό στο Γυμνάσιο και την πρόληψη σχολικής διαρροής. Στα παιδιά παρέχονται συναντήσεις εξατομικευμένης ενισχυτικής διδασκαλίας, συναντήσεις ατομικής συμβουλευτικής, υπηρεσίες έγκαιρης παρέμβασης και παραπομπής, δημιουργικές δραστηριότητες αξιοποίησης ελεύθερου χρόνου, εκπαιδευτικά σεμινάρια ανάπτυξης δεξιοτήτων, ενώ παράλληλα υπάρχει και ενεργή συμμετοχή των οικογενειών τους (ΕΚΤΕΝΠ, 2014).

#### **4.8 ΕΡΕΥΝΑ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ**

Η υλοποίηση ερευνητικών προγραμμάτων, τόσο σε εθνικό επίπεδο όσο και με τη συνεργασία άλλων ευρωπαϊκών χωρών, συμβάλλει αδιαμφισβήτητα στην αποτελεσματικότητα και στην ανάπτυξη προσεγγίσεων και μεθοδολογιών, καθώς και στη βελτίωση των παρεμβάσεων που υλοποιούνται. Το 2012 δημοσιοποιήθηκαν τα ευρήματα της έρευνας ESPAD, η οποία πραγματοποιήθηκε το 2011 από το ΕΠΙΨΥ σε συνεργασία και με τη χρηματοδότηση του ΟΚΑΝΑ, καθώς και με την υποστήριξη των Κέντρων Πρόληψης. Στην έρευνα ESPAD συμμετείχαν 676 σχολικές μονάδες

και συνολικά 37.000 μαθητές και μαθήτριες ηλικίας 13-19 ετών. Αξιοσημείωτο είναι ότι τα αποτελέσματα της έρευνας είναι αντιπροσωπευτικά τόσο για το σύνολο της χώρας όσο και για τις περιφέρειες και τους νομούς, δίνοντας τη δυνατότητα στα κατά τόπους Κέντρα Πρόληψης να έχουν εικόνα της αποτύπωσης της έκτασης της χρήσης στο μαθητικό πληθυσμό στο νομό τους και να διαμορφώσουν τις τοπικές ανάγκες και προτεραιότητες. Κατά τη διάρκεια του 2012 συνεχίστηκε η υλοποίηση του ευρωπαϊκού προγράμματος «TAKE CARE: Strategies towards Responsible Alcohol Consumption for Adolescents in Europe», στο οποίο συμμετέχουν φορείς από 10 κράτη-μέλη με συντονιστή τη Γερμανία. Από την Ελλάδα συμμετέχει ως εταίρος ο ΟΚΑΝΑ, ενώ για την υλοποίησή του συνεργάζεται με το Κέντρο Πρόληψης Ναρκωτικών Νομού Δωδεκανήσου ΠΠΠΟΚΡΑΤΗΣ. Το πρόγραμμα ξεκίνησε το 2010, έχει διάρκεια 33 μήνες και χρηματοδοτείται από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή στο πλαίσιο του Προγράμματος για την Υγεία 2008-2013. Επιπλέον, ο ΟΚΑΝΑ συμμετέχει στο ευρωπαϊκό δίκτυο «Euridice: Ideas and Proposals for Intervention on Drug Addiction in the Workplace» με αντικείμενο την πρόληψη σε εργασιακούς χώρους. Το 2012 υποβλήθηκε πρόταση προς χρηματοδότηση από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή προγράμματος από το συγκεκριμένο δίκτυο (ΕΚΤΕΝΠ, 2014).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

### ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

#### 5.1 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΤΑΧΡΗΣΗ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ

Στην πραγματικότητα, δεν υπάρχει ενιαία παρέμβαση κατάλληλη για όλα τα άτομα με κατάχρηση ουσιών. Η αποτελεσματική παρέμβαση πρέπει να λαμβάνει υπόψη τις πολλαπλές ανάγκες του ατόμου, όχι μόνο τη χρήση ναρκωτικών. Οι νοσηλευτές πρέπει να βοηθήσουν τους ασθενείς να ξεπεράσουν πολλά εμπόδια που επηρεάζουν αρνητικά τη στάση απέναντι στην αναζήτηση επαγγελματικής βοήθειας, συμπεριλαμβανομένης της έλλειψης γνώσης, της άρνησης, της συννοσηρότητας, και της έλλειψης υποστήριξης. Οι νοσηλευτές μπορούν να συμμετέχουν σε διαφορετικούς τρόπους διαχείρισης για ασθενείς με διαταραχή κατάχρησης ουσιών, όπως η ατομική θεραπεία για ασθενείς με διαταραχές που σχετίζονται με την ουσία, οι οποίοι έχουν υψηλά επίπεδα άγχους και ανεπαρκή μηχανισμούς αντιμετώπισης. (Μαδιανός, 2015)

Οι νοσηλευτές μπορούν να συζητήσουν με τον ασθενή την πιθανότητα υποτροπής και άρνησης να συνεχίσουν τη θεραπεία. Σε ομαδική θεραπεία μπορούν να διευκολύνουν τη συζήτηση στις ομάδες για να βελτιώσουν την αυτοπεποίθηση και την προθυμία τους να ανταλλάξουν εμπειρίες. (Ahmadi, 2016)

Κατά τη διάρκεια της διαδικασίας αποτοξίνωσης, το νοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να παρέχει ήρεμο και υποστηρικτικό περιβάλλον για τον ασθενή και να χορηγεί την απαραίτητη θεραπεία όπως διατάσσεται. Τα περισσότερα συμπτώματα δηλητηρίασης αυτοπεριορίζονται και επιλύονται μέσα σε λίγες ημέρες μετά την υποστηρικτική θεραπεία. Κατά τη διάρκεια της διαδικασίας δηλητηρίασης, οι περισσότεροι ασθενείς εμφανίζουν οξέα συμπτώματα όπως άγχος, διέγερση και τρόμο. Τις περισσότερες φορές, το άγχος, η διέγερση και οι κρίσεις αντιμετωπίζονται με βενζοδιαζεπίνες. Για τη σοβαρή διέγερση, χρησιμοποιούνται αντιψυχωσικά. (Ahmadi, 2016)

Η απότομη διακοπή των καταχρηστικών ουσιών συνήθως δεν συνιστάται. Ωστόσο, ορισμένες ουσίες, όπως διεγερτικά και παραισθησιογόνα, μπορούν να διακοπεί χωρίς να μειωθούν ή να αντικατασταθούν με άλλη θεραπεία, καθώς έχουν σπάνια και χαμηλής ποιότητας συμπτώματα στέρησης<sup>[11]</sup>. Εάν είναι

απαραίτητο, ενδοφλέβια υγρά και αντιεμετικά χορηγούνται κατά τη διάρκεια της υποστηρικτικής φροντίδας. Δεν είναι έκπληξη το γεγονός ότι οι ασθενείς με συμπτώματα σοβαρής δηλητηρίασης θα πρέπει να έχουν συχνές νευρολογικές εκτιμήσεις και να συνδέονται αρχικά με συνεχή καρδιακή παρακολούθηση με παλμική οξυμετρία. (Rayan, Jaradat, 2016)

Όταν η κατάσταση του ασθενούς γίνεται καλύτερη, οι νοσηλευτές πρέπει να προάγουν την κατανόηση των σωματικών συμπτωμάτων και τον τρόπο αντιμετώπισης τους. Η νοσοκόμα μπορεί να εξηγήσει στον ασθενή τα αίτια της κατάχρησης ουσιών. Αμέσως πριν από την απόρριψη, η νοσοκόμα θα πρέπει να ενθαρρύνει τη συνεχή συμμετοχή στο σύστημα υποστήριξης εξωτερικών ασθενών και τη μακροχρόνια θεραπεία. (Rayan, Jaradat, 2016)

Ο ασθενής θα πρέπει επίσης να ενημερώνεται για τις εναλλακτικές πηγές ικανοποίησης και στρατηγικών αντιμετώπισης. Πρόσφατα, οι νοσοκόμες μπορούν να συμμετέχουν σε παρεμβάσεις βασισμένες στην ευαισθητοποίηση για τη μείωση του στρες που υφίσταται ο διαφορετικός πληθυσμός. Οι παρεμβάσεις με βάση την ευαισθησία θα μπορούσαν να βοηθήσουν στην υποστήριξη αυτών των ασθενών. Ο ασθενής πρέπει να αναγνωρίσει τη σχέση μεταξύ καθημερινών προβλημάτων και χρήσης ουσιών. Οι νοσοκόμες πρέπει να πούν στους ασθενείς ότι η διαταραχή κατάχρησης ουσιών είναι μια ψυχική ασθένεια όπως η σχιζοφρένεια και η κατάθλιψη και μπορεί να σχετίζεται με κακές στρατηγικές αντιμετώπισης. (Rayan, Dadoul, 2015)

Οι παρεμβάσεις που αποσκοπούν στην αύξηση της αυτοεκτίμησης ενθαρρύνονται. Η ασφάλεια είναι μια σημαντική πτυχή που πρέπει να δοθεί προτεραιότητα για να διασφαλιστεί ότι ο ασθενής δεν έχει προκαλέσει βλάβη στον εαυτό του ή σε άλλους ή προκάλεσε σωματική βλάβη σε άλλους. Το σημαντικότερο σημείο πριν από την απόρριψη είναι να υποστηρίξει τον ασθενή να αναλάβει την ευθύνη για τη δική του συμπεριφορά και να καταγγείλει τη σημασία της αποχής από τη χρήση ουσιών. Τέλος, μετά την απόρριψη συνιστάται μακροπρόθεσμη παρακολούθηση και η νοσοκόμα μπορεί να λειτουργήσει ως σύνδεσμος μεταξύ του ασθενούς και των κοινοτικών υπηρεσιών. (Rayan, Dadoul, 2015)

## **5.2 ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΚΑΙ ΨΥΧΩΤΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ**

Οι σύγχρονοι νοσηλευτές ψυχιατρικής εργάζονται μαζί με τα άτομα, την οικογένεια και την κοινωνία για να αξιολογήσουν τις ψυχολογικές ανάγκες, να διαγνώσουν και να εφαρμόσουν την νοσηλευτική φροντίδα. Η προστασία της ψυχικής υγείας, ο έλεγχος και η αξιολόγηση, η διαχείριση του θεραπευτικού περιβάλλοντος, η παροχή βοήθειας σε ασθενείς με δραστηριότητες φροντίδας, η ψυχολογική εκπαίδευση, η παρέμβαση κρίσης και η παροχή συμβουλών είναι η κύριοι ρόλοι για τους νοσηλευτές. (Rayan, Jaradat, 2016)

Στη θεραπεία του πρώτου ψυχωτικού επεισοδίου η κύρια εστίαση είναι να απαλλαγούμε από τα συμπτώματα γρήγορα και χωρίς μεγάλη επίδραση στη ζωή του ασθενούς. Στην οξεία φάση, οι κύριοι στόχοι του νοσηλευτή ψυχικής υγείας είναι να φροντίζουν τις βασικές ανάγκες του ασθενούς όπως η ασφάλεια του περιβάλλοντος, της διατροφής, της προσωπικής φροντίδας και την παρακολούθηση του ιστορικού του ασθενούς (Shuler, 2014).

Οι ψυχωτικές διαταραχές που προκαλούνται από κατάχρηση ουσιών, μπορούν να συγγένονται εύκολα με σοβαρές ψυχικές νόσους. Σε αυτό το πρώιμο στάδιο, ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας έχει πολύ σημαντικό ρόλο λαμβάνοντας ακριβές ιστορικό του ασθενούς. Ταυτόχρονα, αναφέρεται ότι οι ψυχοκοινωνικές θεραπείες για τους ασθενείς και η εκπαίδευση για τον ασθενή και την οικογένεια είναι τουλάχιστον εξίσου σημαντικές με τη φαρμακευτική αγωγή (Shuler, 2014).

Μελέτες δείχνουν ότι στη θεραπεία ψυχικών διαταραχών, θεραπείες που αποκλείουν την οικογένεια είναι ανεπαρκείς. Η αναγνώριση των δυσκολιών του ασθενούς καθώς και οι δυσκολίες του ασθενούς και η παροχή υποστήριξης είναι οι κυριότερες σκοποί του νοσηλευτή ψυχικής υγείας. Όταν οι φροντιστές αισθάνονται ότι υποστηρίζονται, μπορούν να ασχοληθούν περισσότερο με τα προβλήματα που δημιουργούνται από τους ασθενείς ή με τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν. Η μείωση του άγχους του ασθενούς είναι ένα από τα σημαντικότερα αρχικά μέτρα του νοσηλευτή. Ο ασθενής με οξεία ψύχωση νιώθει μεγάλο φόβο. Ο φόβος είναι το επικρατέστερο πρόβλημα στην αρχική φάση της θεραπείας, όσο πιο έντονος είναι ο φόβος, τόσο πιο έντονα είναι τα ψυχωτικά συμπτώματα. Όσο περισσότερο ο ασθενής μιλάει για τις αυταπάτες, τόσο πιο έντονες είναι οι ψευδαισθήσεις και τόσο πιο

φοβισμένος και ανήσυχος είναι. Η καλύτερη προσέγγιση σε έναν ασθενή του οποίου η ψύχωση φαίνεται να αυξάνεται είναι να μειώσει το άγχος του. Εκτός από τη μείωση του άγχους, οι ασθενείς πρέπει να δημιουργήσουν και να διατηρήσουν τον έλεγχο της συμπεριφοράς τους (Shuler, 2014).

Πολλές ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις με αποδεδειγμένη αποτελεσματικότητα είναι διαθέσιμες για τους ασθενείς. Παραδείγματα ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων που βασίζονται σε τεκμήρια περιλαμβάνουν την αυτοδιαχείριση των ασθενειών, τη διαχείριση των περιπτώσεων / την επίμονη κοινοτική θεραπεία, την εκπαίδευση κοινωνικών δεξιοτήτων, την ψυχοεκπαίδευση στην οικογένεια και την υποστηριζόμενη απασχόληση. Τα προγράμματα αυτόνομης διαχείρισης βοηθούν τους ασθενείς να αναπτύξουν δεξιότητες για να διαχειριστούν τις ιατρικές, κοινωνικές και συναισθηματικές πτυχές τους (Ahn et al., 2013).

Οι παρεμβάσεις αυτοδιαχείρισης βελτιώνουν την συμπεριφορά της υγείας των ασθενών και τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων και μειώνουν το μακροπρόθεσμο κόστος της υγειονομικής περίθαλψης. Η διαχείριση των περιπτώσεων είναι μια προσέγγιση εντατικής θεραπευτικής οργάνωσης που συνήθως αφορά σε ασθενείς με τα πιο σοβαρά συμπτώματα και ψυχοκοινωνικές ανάγκες, όπως ιστορικό έλλειψης στέγης ή απόσυρση από ιατρική και ψυχοκοινωνική φροντίδα. Η διαχείριση της υπόθεσης απαιτεί υψηλή συχνότητα επαφής (μερικές φορές 24ωρη κάλυψη) και χαμηλή αναλογία προσωπικού προς τον ασθενή για την παροχή εντατικής ιατρικής και ψυχοκοινωνικής φροντίδας και επιτρέπει στους διαχειριστές περιπτώσεων να παρακολουθούν άμεσα τον ασθενή (Shuler, 2014).

Οι νοσηλευτές μπορούν να διαδραματίσουν ζωτικό ρόλο στη βελτίωση της παρακολούθησης των φαρμάκων μέσω της συνεργασίας με τους ασθενείς για τον εντοπισμό εμποδίων και την εργασία με τους ασθενείς, τα μέλη της οικογένειας και άλλους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης, προκειμένου να εντοπίσουν αποτελεσματικές στρατηγικές για τη βελτίωση της παρακολούθησης των φαρμάκων. Επειδή οι νοσηλευτές συχνά έχουν εκτεταμένη και επαναλαμβανόμενη επαφή με τους ασθενείς τους, οι νοσηλευτές μπορούν να διαδραματίσουν σημαντικό ρόλο στην εξήγησή τους σχετικά με τη σημασία της παρακολούθησης των φαρμάκων και μπορεί να είναι οι πρώτοι που ανιχνεύουν ενδείξεις μη συμμόρφωσης, όπως ένα ραντεβού που παραλείφθηκε (Higashi et al., 2013).

### 5.3 ΛΗΨΗ ΑΠΟΦΑΣΕΩΝ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Οι νοσηλευτές ψυχιατρικής φροντίδας χρησιμοποιούν ένα βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο ολιστικής φροντίδας, το οποίο περιλαμβάνει την εκπαίδευση των ασθενών και την ενθάρρυνση της αυτοδιαχείρισης και της ψυχολογικής υποστήριξης για τους εξαρτημένους ασθενείς με ψυχωτική διαταραχή στην οποία τονίζεται η σημασία της προοπτικής του ασθενούς στις αποφάσεις θεραπείας (Higashi et al., 2013).

Η ψυχιατρική περίθαλψη περιλαμβάνει από την απλή εκπαίδευση των ασθενών σχετικά με τη θεραπευτική αντιμετώπιση, στη συζήτηση των προτιμήσεων των ασθενών, ενεργώντας ως σύμβουλος και στην ενθάρρυνση των επιθυμητών επιπέδων ανεξαρτησίας τους. Η επιλογή των κατάλληλων φαρμάκων και θεραπειών με τη χρήση κοινών αποφάσεων είναι μια στρατηγική που μπορεί να βελτιώσει την παρακολούθηση της θεραπείας. Η κοινή λήψη αποφάσεων δημιουργεί ένα συνεργατικό στυλ επικοινωνίας για την εισαγωγή κλινικών πληροφοριών σχετικά με τις θεραπευτικές επιλογές στο πλαίσιο των πεποιθήσεων και των προτιμήσεων των ασθενών (Haddad et al., 2014).

Η κοινή λήψη αποφάσεων είναι μια διαδικασία που επιτρέπει στους ασθενείς να συμμετέχουν ενεργά και με νόημα στη θεραπεία τους παρέχοντάς τους προσβάσιμες πληροφορίες και επιλογές. Πρόκειται για ένα μοντέλο που επιτρέπει στους ασθενείς και τους παρόχους να συνεργαστούν για να αξιολογήσουν τους κινδύνους και τα οφέλη της θεραπείας ως μέρος ενός σχεδίου θεραπείας. Η κοινή λήψη αποφάσεων εξουσιοδοτεί τους ασθενείς με τις γνώσεις που είναι απαραίτητες για τη λήψη τεκμηριωμένων αποφάσεων μαζί με την ομάδα θεραπείας τους και για τη συμμετοχή τους ως ενεργών συμμετεχόντων στο θεραπευτικό τους πρόγραμμα (Haddad et al., 2014).

Όταν πραγματοποιείται κοινή λήψη αποφάσεων προκειμένου να υπάρξει η καταλληλότερη θεραπεία υπάρχει μεγαλύτερη προσκόλληση ή συμμόρφωση στη φαρμακευτική αγωγή. Παρόλο που τα ψυχιατρικά φάρμακα και οι ψυχοκοινωνικές θεραπείες έχουν σαφώς διαπιστώσει αποτελεσματικότητα και έχουν δημιουργηθεί κατευθυντήριες γραμμές για τη χρήση τους, μόνο το 15% των ατόμων με κάποια ψυχωτική διαταραχή λαμβάνει σωστά τη φαρμακευτική αγωγή του (Haddad et al., 2014).

Τα ποσοστά παρακολούθησης των φαρμάκων σε ψυχωτικούς εξαρτημένους ασθενείς παραμένουν στο 40% τους πρώτους 3 μήνες μετά την έναρξη της θεραπείας.



Οι γιατροί υποδεικνύουν ότι, κατά μέσο όρο, οι ασθενείς λαμβάνουν μόνο το 51% έως 70% των συνταγογραφούμενων φαρμάκων τους. Μια πρόσφατη συστηματική ανασκόπηση έδειξε ότι η έλλειψη παρακολούθησης της φαρμακευτικής αγωγής αυξάνει τον κίνδυνο υποτροπής, νοσηλείας, αυτοκτονίας και ποινικής σύλληψης (Higashi et al., 2013). Αυτό συχνά οδηγεί σε διαταραχές στις σχέσεις και στη στέγαση και συνεπώς συμβάλλει στην κακή ποιότητα ζωής (Haddad et al., 2014).

Η μη συμμόρφωση των εξαρτημένων ασθενών με ψυχωτική διαταραχή οφείλεται κατά κύριο λόγο σε κάποιους συγκεκριμένους παράγοντες οι οποίοι είναι: η έλλειψη γνώσεων, η κακή εκπαίδευση, η έλλειψη ευαισθητοποίησης για την ασθένεια, η έλλειψη πρόσβασης στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης, η κακή οικονομική κατάσταση και η έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης (Shuler, 2014).

Επιπλέον παράγοντες θα μπορούσαν να είναι η μη αποτελεσματικότητα της φαρμακευτικής αγωγής, οι παρενέργειες, η στάση απέναντι στη θεραπεία και η ελλιπής συνεργασία με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό (Haddad et al., 2014, Shuler, 2014).

#### **5.4 ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ**

Πολλές ψυχοκοινωνικές επεμβάσεις με αποδεδειγμένη αποτελεσματικότητα είναι διαθέσιμες για τους εξαρτημένους ασθενείς με κάποια ψυχωτική διαταραχή. Παραδείγματα ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων που βασίζονται σε τεκμήρια περιλαμβάνουν την αυτοδιαχείριση των ασθενειών, τη διαχείριση των περιπτώσεων, την κοινοτική θεραπεία, την εκπαίδευση κοινωνικών δεξιοτήτων, την ψυχοεκπαίδευση στην οικογένεια και την υποστηριζόμενη απασχόληση (Ahn et al., 2013).

Τα προγράμματα αυτόνομης διαχείρισης ασθενειών βοηθούν τους ασθενείς να αναπτύξουν δεξιότητες για να διαχειριστούν τις ιατρικές, κοινωνικές και συναισθηματικές πτυχές μιας χρόνιας ασθένειας. Οι παρεμβάσεις αυτοδιαχείρισης βελτιώνουν την συμπεριφορά της υγείας των ασθενών και τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων και μειώνουν το μακροπρόθεσμο κόστος της υγειονομικής περίθαλψης (Ahn et al., 2013). Η διαχείριση των περιπτώσεων είναι μια προσέγγιση εντατικής θεραπευτικής προσέγγισης που συνήθως εφαρμόζεται σε ασθενείς με τα πιο σοβαρά συμπτώματα και ψυχοκοινωνικές ανάγκες όπως την απόσυρση από ιατρική και ψυχοκοινωνική φροντίδα (Ahn et al., 2013).

Οι ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις περιλαμβάνουν την κατάρτιση για κοινωνικές δεξιότητες η οποία στοχεύει στα κοινωνικο-γνωστικά ελλείμματα και περιλαμβάνει πτυχές όπως η αναγνώριση και η κατανόηση των κοινωνικών παραγόντων. Ο αντίκτυπος μπορεί να εκτείνεται πέρα από τις βελτιώσεις στις κοινωνικές δεξιότητες. Η κατάρτιση στις κοινωνικές δεξιότητες βελτιώνει σημαντικά τα λειτουργικά αποτελέσματα στους εξαρτημένους ασθενείς με κάποια ψυχωτική διαταραχή. Τα λειτουργικά αποτελέσματα μπορεί επίσης να βελτιωθούν μέσω της υποστηριζόμενης απασχόλησης (Kurtz & Richardson, 2012).

## **5.5 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΚΑΙ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ**

Ως εκπαιδευτικοί και σύμβουλοι, οι νοσηλευτές έχουν την ευκαιρία να συνεργαστούν με τους ασθενείς και να τους ενημερώνουν σχετικά με την αντιψυχωτική φαρμακευτική αγωγή. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί με την παροχή πληροφοριών σχετικά με τις επιλογές για τις μεθόδους χορήγησης (π.χ., από του στόματος), τον μηχανισμό δράσης των φαρμάκων και τις πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες. Βασική θεωρείται η συζήτηση των ασθενών με το νοσηλευτή ως προς τις επιλογές για τη λήψη φαρμάκων και των αρνητικών επιπτώσεων της μη συμμόρφωσης της θεραπείας (Kirk Morton & Zubek, 2013).

Για να είναι επιτυχείς, οι στρατηγικές για τη βελτίωση της παρακολούθησης της φαρμακευτικής αγωγής θα πρέπει να στοχεύουν στις αρνητικές επιπτώσεις της μη συμμόρφωσης (Haddad et al., 2014). Σε περιπτώσεις ασθενών με ελάχιστη κοινωνική υποστήριξη το νοσηλευτικό προσωπικό εμπλέκεται και παρέχει εκπαίδευση στα μέλη της οικογένειας, ενώ παράλληλα προωθεί τους ασθενείς να ενταχθούν σε ομάδες υποστήριξης (Haddad et al., 2014).

Οι νοσηλευτές μπορούν να διαδραματίσουν ζωτικό ρόλο στη βελτίωση της παρακολούθησης των φαρμάκων μέσω της συνεργασίας με τους ασθενείς για τον εντοπισμό εμποδίων και των μελών της οικογένειας και άλλους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης, προκειμένου να εντοπίσουν αποτελεσματικές στρατηγικές για τη βελτίωση της παρακολούθησης των φαρμάκων (Shuler, 2014). Επειδή οι νοσηλευτές συχνά έχουν εκτεταμένη και επαναλαμβανόμενη επαφή με τους ασθενείς τους, μπορούν να διαδραματίσουν σημαντικό ρόλο μέσω της συζήτησης σχετικά με τη σημασία της παρακολούθησης των φαρμάκων και μπορεί να είναι οι πρώτοι που ανιχνεύουν ενδείξεις μη συμμόρφωσης (Shuler, 2014).

Όταν συζητώνται οι επιλογές θεραπείας, είναι ευεργετικό να κατανοούνται οι θεραπευτικοί στόχοι των ασθενών και να εξηγούνται με σαφήνεια οι πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες που σχετίζονται με τη θεραπεία (Kirk Morton & Zubek, 2013).

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6**

### **ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ**

#### **6.1 ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ Α΄**

Ασθενής ηλικίας 29 χρονών υποβλήθηκε σε αρχική ψυχιατρική αξιολόγηση επειδή ήταν ψυχωτικός (ακούγοντας φωνές), παραληρητικός (πίστευε ότι ήταν ψυχωτικός), παρανοϊκός (πίστευε ότι υπήρχε μια κάμερα εγκατεστημένη στο κεφάλι του) και δεν ήταν σε θέση να επικεντρωθεί. Ο ασθενής άρχισε να ακούει φωνές πριν από 5 χρόνια και είχε το πρώτο ψυχωσικό επεισόδιο λίγο αργότερα.

Πιστεύει ότι ψυχικές δυνάμεις. Ο ασθενής αναφέρει μερικές φορές ότι μυρίζει βλέπει "φώτα". Ακούει φωνές και παραδέχεται την παράνοια, υποδεικνύοντας ότι οι άνθρωποι τον κατασκοπεύουν και τον παρακολουθούν. Πίστευε επίσης ότι μια βελόνα εμφυτεύτηκε στον εγκέφαλό του για να παρακολουθήσει τις σκέψεις του.

Ο ασθενής έχει ιστορικό καταχρήσεων (αλκοόλ και ναρκωτικά) και δεν έχει άλλες χρόνιες ασθένειες. Παρουσιάζει Παραληρητικές ιδέες, Ψυχωτικά συμπτώματα (έντονες φωνές, ανησυχία), Ακουστικές ψευδαισθήσεις

<b>ξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες-βλήματα-Νοσηλευτική γνώση</b>	<b>2.Αντικειμενικός Σκοπός</b>	<b>3.Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας</b>	<b>4.Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας</b>	<b>5.Εκτίμηση Αποτελέσματος</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ακουστικές ψευδαισθήσεις</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Μετριασμός συμπτωμάτων</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Φροντίδα ασθενούς με σκοπό τον μετριασμό των ακουστικών ψευδαισθήσεων</li> <li>• Συζήτηση με τον ψυχίατρο για το περιεχόμενο των ακουστικών ψευδαισθήσεων</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Αφήνουμε τον ασθενή να εκφράσει τους φόβους του ακούγοντας με κατανόηση και φροντίζουμε να παρέχουμε ασφάλεια.</li> <li>• Πλήρης ενημέρωση για τη θεραπευτική αγωγή κατά την έξοδο του ασθενή από την κλινική.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Μετριασμός των ακουστικών ψευδαισθήσεων.</li> </ul>

<b>ξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες-βλήματα-Νοσηλευτική γνώση</b>	<b>2.Αντικειμενικός Σκοπός</b>	<b>3.Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας</b>	<b>4.Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας</b>	<b>5.Εκτίμηση Αποτελέσματος</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>· Ψυχωτικά συμπτώματα (έντονες φωνές, ανησυχία)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Μετριασμός διαταραχών ανησυχίας ασθενούς.</li> <li>· Μετριασμός διαταραχών στο περιεχόμενο της σκέψης.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Άμεση ενημέρωση του ψυχιάτρου για τα συμπτώματα που παρουσιάζει η ασθενής.</li> <li>·</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Χορήγηση amp. stedon ½ x 1 κατόπιν οδηγίας του ιατρού.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Υποχώρηση των ψυχωτικών συμπτωμάτων και ήπια καταστολή της ασθενούς</li> </ul>

<b>ξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες-βλήματα-Νοσηλευτική γνώση</b>	<b>2.Αντικειμενικός Σκοπός</b>	<b>3.Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας</b>	<b>4.Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας</b>	<b>5.Εκτίμηση Αποτελέσματος</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Παραληρητικές ιδέες</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ρύθμιση θεραπευτικής αγωγής, ώστε να εξαλειφθούν τα ψυχωτικά συμπτώματα.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Φροντίδα ασθενούς με σκοπό την μείωση της παραμορφωμένης αίσθησης της πραγματικότητας.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Τονίζουμε ότι θα έχει την βοήθεια και την υποστήριξη.</li> <li>Χορήγηση ρισπεριδόνης σε δοσολογία 6 mg μέσα σε τρεις ημέρες κατόπιν οδηγίας ιατρού.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Μείωση των παραληρητικών ιδεών και εξάλειψη ακουστικών ψευδαισθήσεων</li> </ul>

## 6.2 ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ Β΄

Ασθενής ηλικίας 19 ετών κάνει κατάχρηση ναρκωτικών ουσιών και ιδιαίτερα παραισθησιογόνων και ινδικής κάνναβης. Παρουσιάζει ψύχωση λόγω εξάρτησης και ειδικότερα ψυχωτικά συμπτώματα όπως αντιληπτικές διαταραχές, υπερθυμική διάθεση, εγρήγορση, κοινωνική απόσυρση. Ο ασθενής δεν έχει την ανάγκη για ύπνο, έντονη διέγερση, και ψυχωσικά συμπτώματα. Ταυτόχρονα ο ασθενής παρουσιάζει δυσκολία προσαρμογής στο περιβάλλον του. Έχει εμφανίσει κρίσεις πανικού στο παρελθόν, αλλά όχι πρόσφατα. Δεν επιθυμεί να συμμετέχει σε δραστηριότητες.

Στο οικογενειακό ιστορικό όλοι στην οικογένεια έχουν πρόβλημα κατάχρησης ουσιών. Επίσης, όσον αφορά την κατάσταση στο οικογενειακό του περιβάλλον ο πατέρας του άφησε τη μητέρα του, και αργότερα ξαναπαντρεύτηκε και ο ίδιος μένει στη μητέρα του.



<b>Ξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες-βλήματα-Νοσηλευτική γνώση</b>	<b>2. Αντικειμενικός Σκοπός</b>	<b>3. Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας</b>	<b>4. Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας</b>	<b>5. Εκτίμηση Αποτελέσματος</b>
Αντιληπτικές διαταραχές	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Εξάλειψη ακουστικών ψευδαισθήσεων επικριτικού χαρακτήρα και επευφηματικού περιεχομένου</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Ανίχνευση παράδοξων αντιληπτικών διαταραχών</li> <li>· Προσδιορισμός/ κατανόηση σκέψεων ασθενούς</li> <li>· Ενημέρωση ψυχιάτρου για τα συμπτώματα του ασθενούς</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Πλήρης κατανόηση της ψυχοκινητικής κατάστασης του ασθενούς</li> <li>· Χορήγηση Zyprexa μετά από ιατρική εντολή.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Μετριασμός ακουστικών ψευδαισθήσεων επικριτικού χαρακτήρα και επευφηματικού περιεχομένου</li> </ul>

<b>Ξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες-βλήματα-Νοσηλευτική γνώση</b>	<b>2. Αντικειμενικός Σκοπός</b>	<b>3. Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας</b>	<b>4. Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας</b>	<b>5. Εκτίμηση Αποτελέσματος</b>
Αυξημένη ενεργητικότητα	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Εξάλειψη υπερθυμικής διάθεσης, εκρηκτικού χαρακτήρα και εγρήγορσης</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Άμεση ενημέρωση του ψυχιάτρου</li> <li>· Βιοχημικός έλεγχος για παθολογικά και τοξικολογικά ευρήματα (θετική τοξικολογική ούρων 340 mg βενζοδιαζεπίνες)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Χορήγηση akineton 1/2x3 μετά από ιατρική οδηγία</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Υποχώρηση υπερθυμικής διάθεσης, εκρηκτικού χαρ και εγρήγορσης</li> </ul>

<b>Ξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες-βλήματα-Νοσηλευτική γνώση</b>	<b>2. Αντικειμενικός Σκοπός</b>	<b>3. Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας</b>	<b>4. Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας</b>	<b>5. Εκτίμηση Αποτελέσματος</b>
<p>κοινωνική απόσυρση</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Εξάλειψη συμπτωμάτων κοινωνικής απόσυρσης</li> <li>• Ενθάρρυνση ασθενούς</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Συζήτηση με τους γονείς του ασθενούς με σκοπό την ψυχολογική ανάταση του ασθενούς</li> <li>• Συζήτηση με τον ασθενή με σκοπό την ψυχολογική ανάταση του.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Εφαρμογή ψυχοθεραπείας με τον ασθενή και τους γονείς</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Βελτίωση της εικόνας του ασθενούς στον εαυτό του.</li> </ul>

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η φύση της ψύχωσης απαιτεί συνεχή δέσμευση μεταξύ των ασθενών και των μελών της ομάδας θεραπείας. Η ανταλλαγή πληροφοριών και η σαφής επικοινωνία είναι απαραίτητες για τη λήψη αποφάσεων θεραπείας που στηρίζουν τους ασθενείς για τους προσωπικούς τους στόχους. Οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας διαδραματίζουν ζωτικό ρόλο. Μέσω της γνώσης και της ικανότητας χρήσης κοινών εργαλείων λήψης αποφάσεων, διευκολύνουν την ενσωμάτωση κοινών αποφάσεων στην κλινική πρακτική για τη βελτίωση της παρακολούθησης της φαρμακευτικής αγωγής. Οι νοσηλευτές σαν αξιόπιστοι επαγγελματίες υγείας διαθέτουν δεξιότητες και επάρκεια στην αναζήτηση των αξιών και των προτιμήσεων των ασθενών για το σχέδιο περίθαλψης που είναι ουσιαστικής σημασίας και οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας βρίσκονται σε κεντρική θέση για να εκπαιδεύσουν τους ασθενείς σχετικά με τη χρήση κοινών εργαλείων λήψης αποφάσεων για χρήση στη συνεργασία τους με τον κλινικό ιατρό τους.

Η αποτελεσματική θεραπεία που βασίζεται σε στοιχεία είναι η διαρκής και αξιόπιστη απάντηση στην ψυχική κατάσταση που προκαλείται από την ουσία. Η ιατρική απεξάρτηση από ιατρικά φάρμακα αποτελεί βασικό συστατικό αυτού του είδους θεραπείας. Η επίβλεψη από έμπειρους επαγγελματίες υγείας μπορεί να βοηθήσει στην πρόληψη της χειρότερης ψύχωσης. Στη συνέχεια, καθώς περνάει ο καιρός, η θεραπεία και η ομαδική υποστήριξη είναι σημαντικές για να βοηθήσουν την ανάκαμψη του εξαρτημένου να αντισταθεί στην ανάγκη για υποτροπή.

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

Ahmadi, J. (2016). Cannabis Induced Psychosis Treatment: An Original Approach. *J Addict Depend* 2(2): 1- 2.

Ahn S., Basu R., Smith M. L., Jiang L., Lorig K., Whitelaw N., Ory M. G. (2013). The impact of chronic disease self-management programs: Healthcare savings through a community-based intervention. *BMC Public Health*, 13:1141.

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

Economou, M., Madianos, M., Peppou, L., Paletakis, A., Stefanis, C. (2013). "Major depression in the era of economic crisis: A replication of a cross-sectional study across Greece." *Journal of Affective Disorders* 145: 308-314

EMCDDA (2013). *European Drug Report: Trends and Developments*. Lisbon, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

Haddad P. M., Brain C., Scott J. (2014). Nonadherence with antipsychotic medication in schizophrenia: Challenges and management strategies. *Patient Related Outcome Measures*.;5:43–62.

Hensel JM, Banayan DJ, Cheng C, Langley J, Dewa CS. (2014) Client and key worker ratings of need in first-episode psychosis early intervention programmes. *Early Interv Psychiatry* , Aug 12.

Hibell (2012). *The 2011 ESPAD Report: Substance use among students in 36 countries*. Stockholm, CAN, EMCDDA, Pompidou Group.

Higashi K., Medic G., Littlewood K. J., Diez T., Granstrom O., De Hert M. (2013). Medication adherence in schizophrenia: Factors influencing adherence and

consequences of nonadherence, a systematic literature review. *Therapeutic Advances in Psychopharmacology*.;3(4):200–218.

Ifanti, A., Argyriou, A., Kalofonou, F., Kalofonos, H. (2013). "Financial crisis and austerity measures in Greece: Their impact on health promotion policies and public health care." in press.

Kirk Morton N., Zubek D. (2013). Adherence challenges and long-acting injectable antipsychotic treatment in patients with schizophrenia. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*.;51(3):13–18.

Kurtz M. M., Richardson C. L. (2012). Social cognitive training for schizophrenia: A meta-analytic investigation of controlled research. *Schizophrenia Bulletin*. 38(5):1092–1104.

Malliori, M., Golna, C., Souliotis, K., Hatzakis, A. (2013). "Managing opioid dependence treatment and controlling for HIV incidence among injecting drug users in Greece: A case study of optimism in the face of adversity". *Addiction* 108 (6): 1174-1175.

Nixon, G., Hagen, B., & Peters, T. (2010). Recovery from psychosis: A phenomenological inquiry. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 8, 620–635.

Rayan, A., Dadoul, A. (2015). Decrease the length of hospital stay in depressed cancer patients: Nurses should be involved. *Am J Nursing Res* 3(1) 4-7.

Rayan, A., Jaradat, A. (2016). Stigma of Mental Illness and Attitudes Toward Psychological Help-seeking in Jordanian University Students. *Psychol Behav Sci* 4 (1).

Rofail, D., Heelis, R., & Gournay, K. (2009). Results of a thematic analysis to explore the experiences of patients with schizophrenia taking antipsychotic medication. *Clinical Therapeutics*, 31 (Suppl.1), 1488-1496.

Shuler K. M. (2014). Approaches to improve adherence to pharmacotherapy in patients with schizophrenia. *Patient Preference and Adherence*.;8:701–714.

Sin J, Norman I. (2013) Psychoeducational interventions for family members of people with schizophrenia: a mixed-method systematic review. *The Journal of Clinical Psychiatry* 74:1145-62.

Wainwright LD, Glentworth D, Haddock G, Bentley R, Lobban F. (2015) What do relatives experience when supporting someone in early psychosis? *Psychology and Psychotherapy* 88(1):105-19.

ΕΚΤΕΠΙΝ (2013). Ετήσια έκθεση για την κατάσταση του προβλήματος των ναρκωτικών και των οιοπνευματωδών στην Ελλάδα 2012. Αθήνα: Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής.

Ζήση, Α. (2017). Επανάταξη χρόνιων ψυχικά πασχόντων: Εμπειρικά ευρήματα, νέες προσεγγίσεις και προοπτικές. Αθήνα: Τυπωθήτω-Γιώργος Δάρδανος.

Μαδιανός, Μ. Γ. (2015). Ψυχιατρική και αποκατάσταση. Αθήνα: Εκδόσεις Καστανιώτη.