

## Κεφάλαιο 3

# Προβλήματα λήψης ψυχοδραστικών ουσιών στο πλαίσιο επείγουσας βοήθειας

## Εισαγωγή

Η κατάχρηση ψυχοδραστικών ουσιών, συμπεριλαμβανομένου του αλκοόλ, παίζει σημαντικό ρόλο σε πολλές ιατρικές καταστάσεις, ατυχήματα και τραύματα που καθιστούν απαραίτητη τη φροντίδα σε Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) και σε Μονάδες Τραύματος. Μάλιστα, η κατάχρηση ουσιών δεν αποτελεί μόνο παράγοντα κινδύνου που σχετίζεται με την πρώτη επίσκεψη σε ΤΕΠ, αλλά συνδέεται και με επαναλαμβανόμενες επισκέψεις σε δομές που παρέχουν επείγουσα φροντίδα. Αξίζει να σημειωθεί ότι το 3,5% του συνόλου των θανάτων Ευρωπαίων ηλικίας 15–39 ετών οφείλονται σε υπερβολική δόση ναρκωτικών (Eurostat 2014). Ωστόσο, οι επαγγελματίες υγείας στα γενικά νοσοκομεία καθώς και στα ΤΕΠ έχουν γενικά αρνητική στάση προς τους ασθενείς με προβλήματα κατάχρησης (Monks et al., 2012). Η φροντίδα των χρηστών ναρκωτικών ουσιών συχνά αποτελεί την πιο αρνητική, άχαρη και δυσάρεστη εμπειρία της κλινικής τους πορείας. Επίσης, η χρήση ναρκωτικών ουσιών και αλκοόλ αρκετές φορές δεν ανιχνεύεται και έτσι χάνεται μια σημαντική δυνατότητα παρέμβασης πάνω στην κρίση. Στο πρώτο μέρος του παρόντος κεφαλαίου συζητούνται τα εμπόδια στη φροντίδα των ατόμων, τα οποία κάνουν χρήση ψυχοδραστικών ουσιών, στο πλαίσιο της επείγουσας βοήθειας. Στη συνέχεια παρατίθενται κάποιες βασικές πληροφορίες για τις ψυχοδραστικές ουσίες, οι οποίες μπορούν να συμβάλλουν στην ικανοποιητική φροντίδα των ατόμων που έχουν ανάγκη άμεσης βοήθειας. Τέλος, παρατίθενται κάποιες πρακτικές συμβουλές για την αποτελεσματική προσέγγιση του συγκεκριμένου πληθυσμού.

### 3.1. ΕΜΠΟΔΙΑ ΣΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Κάποια από τα εμπόδια στη φροντίδα των ατόμων, τα οποία κάνουν χρήση ψυχοδραστικών ουσιών, αφορούν τους ίδιους τους επαγγελματίες που προσφέρουν επείγουσα βοήθεια, ενώ άλλα σχετίζονται με δυσκολίες των ίδιων των ατόμων τα οποία χρίζουν άμεσης βοήθειας. Σημαντικό ρόλο βέβαια παίζουν η δομή και η διάρθρωση του πλαισίου, το οποίο από τη φύση του είναι απαιτητικό και αγχογόνο.

#### 3.1.1. Έλλειψη ικανοποιητικών γνώσεων

Η έλλειψη ικανοποιητικών γνώσεων οδηγεί τους επαγγελματίες υγείας να αποφεύγουν τους ασθενείς με προβλήματα εξάρτησης. Η προπτυχιακή εκπαίδευση είναι ανεπαρκής και αποτελεί ένα ελάχιστο μέρος στο πρόγραμμα σπουδών.

#### 3.1.2. Μύθοι σχετικά με την εξάρτηση

Στερεότυπες απόψεις για την κοινωνική αξία των ατόμων που κάνουν κατάχρηση ουσιών και μύθοι σχετικά με την εξάρτηση συντελούν στην αρνητική στάση των επαγγελματιών υγείας έναντι του πληθυσμού αυτού. Παραδείγματα προκαταβολικά διαμορφωμένων και άκριτα γενικεύσιμων αντιλήψεων αποτελούν τα ακόλουθα:

- «Δεν υπάρχει θεραπεία. Αργά ή γρήγορα όλοι καταφεύγουν στην υποτροπή». Στην πραγματικότητα έρευνες πάνω στην αποτελεσματικότητα της θεραπείας αποδεικνύουν ότι η αλλαγή είναι εφικτή για μεγάλο αριθμό ατόμων. Η υποτροπή αποτελεί στάδιο στη διαδικασία της αλλαγής, η οποία μας δίνει πολύτιμες πληροφορίες για τις δυσκολίες του ασθενή. Η ευαλωτότητα του ασθενή στο πλαίσιο άμεσης βοήθειας και η συνειδητοποίηση των επιπτώσεων της χρήσης αποτελούν πρόσφορο έδαφος για αλλαγή.



Εικόνα 3.1 ΚΕΘΕΑ, Copyright.

- «Όλοι οι χρήστες/αλκοολικοί ζουν σε άθλιες συνθήκες». Στην πραγματικότητα πολλοί χρήστες ουσιών εργάζονται, έχουν οικογένεια και κρύβουν με επιτυχία τα προβλήματα που σχετίζονται με τη χρήση για μεγάλο χρονικό διάστημα. Πολύ συχνά πίσω από ένα κρίσιμο παθολογικό πρόβλημα κρύβεται η συγκεκριμένη χρήση.
- «Όλοι οι χρήστες είναι εξαρτημένοι». Στην πραγματικότητα πολλά άτομα κάνουν περιστασιακή χρήση χωρίς να αντιμετωπίζουν σωματική ή ψυχολογική εξάρτηση. Πολλά ατυχήματα και τραυματισμοί συνδέονται με την περιστασιακή χρήση ουσιών.

### 3.1.3. Η λανθασμένη πεποίθηση ότι ο χρήστης είναι ικανός να διακρίνει το πρόβλημα και ότι λέει ψέματα.

Τα άτομα που έρχονται σε επαφή με χρήστες ψυχοδραστικών ουσιών συχνά θυμώνουν μαζί τους, γιατί έχουν τη λανθασμένη πεποίθηση ότι είναι ικανά να διακρίνουν το πρόβλημα και ότι λένε ψέματα. Πράγματι, σε γενικές γραμμές, τα άτομα που έχουν προβλήματα ουσιοεξάρτησης τείνουν να υποβαθμίζουν, να εκλογικεύουν, να κρύβουν τα προβλήματά τους και να κατηγορούν άλλους γι' αυτά. Ακόμη και όταν οι επιπτώσεις της προβληματικής χρήσης είναι φανερές, συνεχίζουν να επιμένουν ότι δεν έχουν πρόβλημα. Όλοι οι άνθρωποι χρησιμοποιούν ασυνείδητα αντίστοιχους μηχανισμούς άμυνας, όταν τους δυσαρεστεί κάτι στη συμπεριφορά τους. Στην περίπτωση της εξάρτησης όμως οι άμυνες χρησιμοποιούνται τόσο πολύ, ώστε να είναι ικανές να απομακρύνουν τον εξαρτημένο σε μεγάλο βαθμό από την πραγματικότητα. Η άρνηση αυτή αποτελεί σύμπτωμα της ασθένειας και συνδυάζεται με την πεποίθηση ελέγχου πάνω στη χρήση. Όσο πιο βαθιά στη χρήση μπαίνει κάποιος, τόσο υψηλότερο επίπεδο άρνησης και γνωστικών παραμορφώσεων απαιτούνται για να διατηρηθεί η ψευδαίσθηση ότι ελέγχει τη χρήση. Επιπλέον, οι εκλογικεύσεις (π.χ. «ήπια λίγο παραπάνω χθες βράδυ. Ε, είχαμε τόσο καιρό να βρεθούμε όλοι μαζί που άξιζε τον κόπο») και οι προβολές (π.χ. «Η Μ. είναι πολύ γκρινιάρια. Πίνω για να την αντέχω») είναι ένας τρόπος του χρήστη να φροντίσει το πληγωμένο «εγώ» του. Αν αποδεχθεί το πρόβλημα, υπάρχει ο φόβος να έρθει στην επιφάνεια πολύ μεγάλη ενοχή («σε τι ο ίδιος έχει φταιξει»).



Εικόνα 3.2 ΚΕΘΕΑ, Copyright.

### 3.1.4. Η αντιπαράθεση με το άτομο που κάνει χρήση ουσιών

Αν ο επαγγελματίας υγείας αντιπαρατεθεί στις άμυνες του ατόμου που κάνει κατάχρηση ουσιών/αλκοόλ, τότε μπορεί να προκαλέσει την αντίδραση, τον θυμό, την πεισματική προσκόλληση στην προσωπική του άποψη, με αποτέλεσμα την ενίσχυση της αντίστασης ή ακόμη και τη σύγκρουση. Αντίθετα, το άτομο το οποίο προσπαθεί να προσφέρει βοήθεια καλείται να ακούσει με υπομονή την άποψη του ατόμου που κάνει χρήση, να συμπλεύσει δηλαδή με την αντίσταση ή την άρνηση του ατόμου, να κερδίσει σε πρώτη φάση την εμπιστοσύνη του και να καταφέρει να διερευνήσει τις ανάγκες του.

### 3.1.5. Ο φόβος

Αρκετές φορές οι επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι έρχονται σε επαφή με άτομα που κάνουν κατάχρηση ψυχοδραστικών ουσιών/αλκοόλ, κατακλύζονται από άγχος και φόβο για την αντιμετώπιση προκλητικής ή επιθετικής συμπεριφοράς. Ως εκ τούτου αποφεύγουν την επαφή με τους συγκεκριμένους ασθενείς. Η διάκριση βέβαια αυτή γίνεται γρήγορα αντιληπτή από τους ίδιους τους ασθενείς με αποτέλεσμα να γίνονται προκλητικοί, ανταγωνιστικοί ή επιθετικοί επιζητώντας μια δίκαιη και ισότιμη αντιμετώπιση των αναγκών τους (Monks et al., 2012). Ουσιαστικά, ο φόβος του επαγγελματία υγείας συμβάλλει στην πρόκληση της συμπεριφοράς την οποία επιθυμεί να αποφύγει. Αντίθετα, όταν ο επαγγελματίας υγείας στο πλαίσιο επείγουσας βοήθειας αντιμετωπίζει τον ασθενή που κάνει κατάχρηση ουσιών ως πρόσωπο και όχι ως χρήστη, τότε ο τελευταίος είναι περισσότερο πρόθυμος να εκφράσει τις ανάγκες του και να λάβει βοήθεια. Η σταθερή στάση, η κατανοητή γλώσσα, η έλλειψη κριτικής διάθεσης και η λεπτομερής εξήγηση της φροντίδας, η οποία μπορεί να προσφερθεί, συνδέονται με την ελαχιστοποίηση επιθετικών συμπεριφορών στο πλαίσιο άμεσης βοήθειας (Ηλίας και συν., 2005).

### **Τι φοβάται ο τοξικομανής, ο άνθρωπος που προκαλεί τρόμο στους άλλους;**

«Αυτό που φοβάται κυρίως είναι ο εαυτός του με ‘καθαρό κεφάλι’, η ζωή του ανιαρή και μουντή, ο ψυχικός του πόνος χωρίς την ‘αναισθητική’ δράση της ουσίας» (σελ 77).

«Είναι ένας φόβος απόρριψης από τους άλλους, ένας φόβος ότι δεν θα μπορέσει να ζήσει χωρίς προσωπική ταυτότητα, χωρίς αυτοεκτίμηση, χωρίς ερείσματα, χωρίς σημεία αναφοράς σε ένα κόσμο που τον βιώνει εχθρικό, ξένο, απρόσωπο και κριτικό» (σελ. 138).

«Μαζί με τον φόβο εκφράζεται συχνά και το παράπονο, βαθύ, σπαραχτικό, που συνοδεύεται από τη διατύπωση ενός πλήθους αναπάντητων ερωτημάτων αλλά και ενοχών και αβάσταχτου ψυχικού πόνου» (σελ.139).

Μάτσα, Κ. (2001) *Ψάξαμε ανθρώπους και βρήκαμε σκιές... Το αίνιγμα της τοξικομανίας*. Αθήνα: Εκδ. Άγρα.

**Πίνακας 3.1** Φόβος και χρήση ψυχοδραστικών ουσιών.

### **3.1.6. Ο ρόλος του σωτήρα και η υπερεμπλοκή του επαγγελματία υγείας**

Κάποιοι επαγγελματίες υγείας παίρνουν τον ρόλο του σωτήρα και εμπλέκονται συναισθηματικά υπερβολικά με άτομα τα οποία κάνουν χρήση ουσιών, ιδιαίτερα όταν είναι νέοι σε ηλικία. Επίσης, η ευαλωτότητα της κατάστασης κάποιων χρηστών ουσιών, τους οδηγεί να βλέπουν στο πρόσωπο του ατόμου που τους προσφέρει βοήθεια έναν παντοδύναμο σωτήρα, υποβάλλοντας τον επαγγελματία υγείας στη λήψη αυτού του ρόλου. Όχι σπάνια, ένας επαγγελματίας εξιδανικεύεται και παίρνει τον ρόλο του «καλού», ενώ οι συνάδελφοί του υποτιμούνται. Η υπερεμπλοκή από τη μια εξουθενώνει τον επαγγελματία, ενώ από την άλλη διχάζει την εργασιακή ομάδα.



**Εικόνα 3.3** ΚΕΘΕΑ, Copyright.

### 3.1.7. Το στίγμα της εξάρτησης

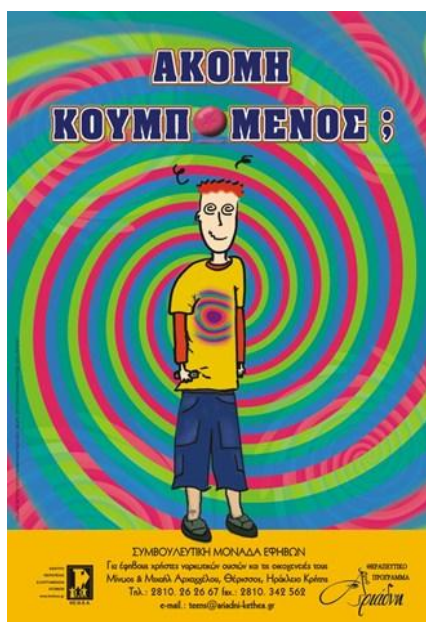
Πολλά άτομα δεν αναζητούν βοήθεια ή δεν ομολογούν τα προβλήματά τους λόγω των πιθανών επιπτώσεων αυτής της ομολογίας σε διάφορες πτυχές της ζωής τους. Επιπλέον, αποκρύπτουν σημαντικές πληροφορίες σχετικά με τη χρήση, όταν νιώθουν ότι ο επαγγελματίας υγείας έχει κριτική στάση απέναντί τους. Γι' αυτό συχνά η μη κριτική στάση του επαγγελματία είναι πιο σημαντική από τις ειδικές γνώσεις για την αντιμετώπιση του συγκεκριμένου πληθυσμού. Από την άλλη, η δυσανεξία και η αποστασιοποίηση του επαγγελματία υγείας από τα άτομα αυτά συμβάλλει στην περαιτέρω περιθωριοποίηση και αποξένωσή τους από το κοινωνικό σύνολο. Κρατώντας απόσταση από τα άτομα αυτά και τοποθετώντας τα στη θέση του «Άλλου», εντείνουμε το αίσθημα της απομόνωσης που κρύβεται πίσω από τη μάσκα της προκλητικής ενίοτε συμπεριφοράς τους.

### 3.1.8. Ζητήματα εξουσίας

Κάποια από τα άτομα τα οποία κάνουν χρήση ουσιών/αλκοόλ θέτουν συχνά θέματα εξουσίας, βλέποντας το νοσοκομείο και τους επαγγελματίες υγείας σαν «κατεστημένο» και έχοντας έντονο φόβο απώλειας της ελευθερίας και αυτενέργειας (Happell and Taylor, 1999). Η στάση αυτή μπορεί να συνδέεται με ευρύτερες δυσκολίες κοινωνικής προσαρμογής και/ή με την κοινωνικοποίηση σε περιθωριακές ομάδες. Από την άλλη οι επαγγελματίες υγείας στο γενικό νοσοκομείο και ακόμη περισσότερο στο πλαίσιο άμεσης βοήθειας έχουν σε μεγάλο βαθμό τον έλεγχο της φροντίδας, κάτι που μπορεί να προκαλεί την αντίδραση κάποιων χρηστών ψυχοδραστικών ουσιών, οι οποίοι έχουν ανάγκη ενημέρωσης και συμμετοχής στις αποφάσεις, ώστε να μη νιώσουν ότι καταπιέζεται η αυτονομία τους. Η συζήτηση των ορίων στο συγκεκριμένο πλαίσιο μπορεί να συμβάλει καθοριστικά στην αποφυγή χειριστικότητας, επιθετικότητας και βίας και στη δημιουργία κλίματος ασφάλειας και δικαιοσύνης.

### 3.1.9. Η ντροπή

Τα άτομα που κάνουν χρήση ουσιών νιώθουν συχνά έντονη ντροπή για τα προβλήματά τους -ακόμη και όταν η συμπεριφορά τους είναι φαινομενικά προκλητική- ενώ παράλληλα κατακλύζονται από συναισθήματα αδυναμίας, αγωνίας, φόβου, ενοχών, απομόνωσης και μοναξιάς. Επιπλέον, συχνά χαρακτηρίζονται από μια βαθιά στάση δυσπιστίας και καχυποψίας απέναντι στους άλλους. Στην ουσία έχουν συνηθίσει να κρύβονται και από τους άλλους και από τον εαυτό τους.



Εικόνα 3.4 ΚΕΘΕΑ, Copyright.



Εικόνα 3.5 ΚΕΘΕΑ, Copyright.

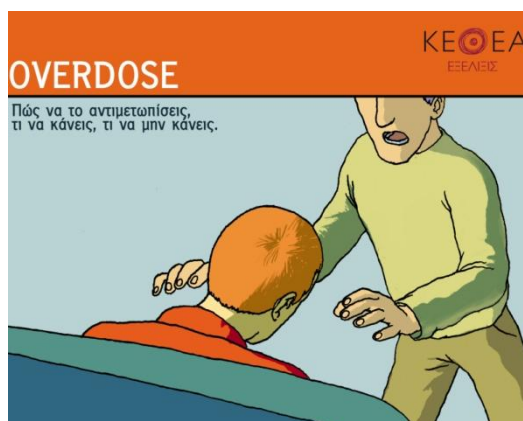
### Το 'Πρόσωπο' πίσω από τη μάσκα της προκλητικής συμπεριφοράς

«Με τρομάζει το απέραντο κενό που υπάρχει μέσα μου... Αισθάνομαι εγκλωβισμένη σ' ένα σκοτεινό κουτί. Ξέρω ότι αν πιω πρέζα, θα βγω από αυτό το κουτί. Θα μπορέσω να ζήσω, να δουλέψω. Να μετατρέψω το πεδίο μάχης που υπάρχει μέσα μου σε γαλήνη. Χωρίς την πρέζα αισθάνομαι ακρωτηριασμένη. Τελικά, ναι υπάρχει ο μύθος της πρέζας. Νομίζοντας ότι πίνοντας πρέζα ξεφεύγεις. Νομίζεις ότι με την πρέζα βρίσκεις τον εαυτό σου, νομίζεις ότι η πρέζα σου δίνει κάποιο νόημα, κάποια δύναμη να συνεχίσεις, ότι σε κάνει να αντέχεις όλα όσα δεν μπορείς να δεχτείς ότι συμβαίνουν σε σένα. Αλλά όλα αυτά είναι ένας μύθος. Η πρέζα είναι σαν ένα επίδεσμο που βάζεις επάνω σε μια πληγή».

Μάτσα, Κ. (2006) *Η περίπτωση Ευριδίκη*. Αθήνα: Άγρα.

Πίνακας 3.2 Ουσιοεξάρτηση: Πρόσωπο και προσωπίο.

## 3.2. ΒΑΣΙΚΕΣ ΓΝΩΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΘΞΕΙΑ ΤΟΞΙΚΩΣΗ ΚΑΙ ΤΟ ΣΤΕΡΗΤΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΤΩΝ ΨΥΧΟΔΡΑΣΤΙΚΩΝ ΟΥΣΙΩΝ – ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΣΤΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΗΣ ΕΠΕΙΓΟΥΣΑΣ ΒΟΗΘΕΙΑΣ



Εικόνα 3.6 ΚΕΘΕΑ, Copyright.

### 3.2.1. Ηρωίνη

#### Στερητικό σύνδρομο

Το στερητικό σύνδρομο της ηρωίνης ξεκινά λίγες ώρες μετά τη διακοπή της χρήσης και κορυφώνεται στις 48 έως 72 ώρες. Τα συμπτώματα συνήθως υποχωρούν μέσα σε μια εβδομάδα αλλά σε κάποιους χρήστες επιμένουν για αρκετούς μήνες (NIDA, 2014· ΕΟΦ):

- άγχος
- νευρικότητα
- αρθραλγίες, μυαλγίες, κοιλιακοί κολικοί
- ναυτία, έμετος, διάρροια
- δακρύρροια, ρινόρροια
- ρίγος, χήναιο δέρμα (“cold turkey”)
- αϋπνία
- ακούσιες κινήσεις των ποδιών («ανήσυχα πόδια»)
- κατάθλιψη

Στο στερητικό σύνδρομο νεογνών παρατηρούνται τα εξής συμπτώματα:

- ανεξήγητο κλάμα
- τρόμος
- γαστρεντερικά προβλήματα και
- διαταραχές στον ύπνο

Συνήθως οι χρήστες ηρωίνης ξεπερνούν το στερητικό σύνδρομο χωρίς βοήθεια. Μπορεί όμως να υπάρξει ανάγκη ενδονοσοκομειακής νοσηλείας όταν το εξαρτημένο άτομο παρουσιάζει σοβαρά σωματικά και ψυχιατρικά προβλήματα και δεν έχει επαρκή υποστήριξη από συγγενείς/φίλους ή όταν έχει ιστορικό

αποτυχημένων προσπαθειών αποτοξίνωσης σε εξωτερική βάση. Η θεραπευτική αντιμετώπιση σε ένα πλαίσιο σεβασμού των δικαιωμάτων του εξαρτημένου ατόμου περιλαμβάνει:

- καλή διατροφή και ενυδάτωση
- ήπια συμπτωματική αγωγή
- ψυχολογική υποστήριξη
- κινητοποίηση για ένταξη σε θεραπευτικό πρόγραμμα
- χορήγηση υποκαταστάτων και σταδιακή μείωση της δόσης (μεθαδόνη, βουπρενορφίνη)

### Οξεία τοξίκωση από ηρωίνη

Η οξεία τοξίκωση αποτελεί μια οξεία και δυνητικά θανατηφόρα κατάσταση που συμβαίνει, όταν ο χρήστης υπερβαίνει τη δοσολογία εθισμού (ΕΟΦ). Η υπερβολική δόση μπορεί να ληφθεί ηθελημένα, αλλά συνήθως οφείλεται στην καθαρότητα της ουσίας, στη μειωμένη ανοχή του οργανισμού μετά από περίοδο αποχής ή στην πολλαπλή χρήση ουσιών. Η θανατηφόρα δόση της ηρωίνης είναι 200 mg αλλά οι εξαρτημένοι χρήστες μπορούν να κάνουν χρήση δεκαπλάσιας ποσότητας λόγω της ανοχής. Ο κίνδυνος είναι μεγαλύτερος, όταν συνυπάρχει χρήση άλλων κατασταλτικών ουσιών του ΚΝΣ (αλκοόλ ή βενζοδιαζεπίνες). Συνήθως απαιτείται άμεση ιατρική επέμβαση.

Η κλινική εικόνα περιλαμβάνει:

- μεγάλη αναπνευστική καταστολή
- κύανωση στα χείλη ή στο σώμα
- μύση
- καρδιακές αρρυθμίες
- υπόταση
- καταστολή του ΚΝΣ
- πνευμονικό ή εγκεφαλικό οίδημα



Εικόνα 3.7 ΚΕΘΕΑ, Copyright.

## Θεραπεία της οξείας τοξίκωσης

Όταν η τοξίκωση είναι ήπια ή μέτριας βαρύτητας και δεν παρατηρούνται σημαντικές διαταραχές του επιπέδου συνείδησης, τότε απαιτείται μόνο ιατρική παρακολούθηση (ΕΟΦ). Σημαντική καταστολή του ΚΝΣ ή του αναπνευστικού συστήματος απαιτούν άμεση νοσηλεία και εισαγωγή σε ΜΕΘ.

Οι παρεμβάσεις περιλαμβάνουν:

- άμεσο έλεγχο και υποστήριξη καρδιοαναπνευστικής λειτουργίας και λοιπών ζωτικών λειτουργιών:
  - ✓ αποκατάσταση της αναπνοής (ενδοτραχειακή διασωλήνωση)
  - ✓ αντιμετώπιση της καρδιακής δυσλειτουργίας (καρδιακές μαλάξεις, ενδοφλέβια χορήγηση αδρεναλίνης ή ορού με στάγδην έγχυση διττανθρακικού νατρίου)
  - ✓ αποφυγή εισρόφησης γαστρικού υγρού (πλάγια όταν ο χρήστης δεν είναι διασωληνωμένος)
  - ✓ έλεγχος για υπόταση και υπογλυκαιμία
  - ✓ έλεγχος ζωτικών σημείων ανά πέντε λεπτά (Λιάππας, 2003)
- χορήγηση ναλοξόνης, (ανταγωνιστής οπιοειδών βραχείας διάρκειας)

Η ναλοξόνη χρησιμοποιείται παγκόσμια για την αντιμετώπιση της αναπνευστικής καταστολής η οποία οφείλεται σε υπερβολική δόση οπιοειδών ουσιών. Διατίθεται σε ενέσιμη μορφή (για ενδομυϊκή και ενδοφλέβια χρήση) και σε συσκευή ενδορρινικού ψεκασμού. Στην Ευρώπη έξι χώρες ήδη διαθέτουν προγράμματα χορήγησης ναλοξόνης για πιθανή χρήση στο σπίτι σε περίπτωση λήψης υπερβολικής δόσης (EMCDDA, 2014a). Επίσης, η ομαδική εκπαίδευση χρηστών οπιοειδών καθώς και μελών της οικογένειάς τους στη χορήγηση ναλοξόνης μπορεί να συμβάλλει στην πρόληψη του θανάτου από υπερβολική δόση. Συνολικά, στην Ευρώπη παρατηρείται διαχρονική πτωτική τάση του αριθμού των θανάτων από υπερβολική δόση ναρκωτικών.

## Ενημέρωση σημαντικών άλλων σχετικά με τις πρώτες βοήθειες σε περίπτωση υπερβολικής χρήσης

Αρκετές φορές είναι δύσκολο για άτομα που συναναστρέφονται ένα, χρήστη οπιοειδών ουσιών να διακρίνουν αν το άτομο έχει κάνει απλώς χρήση ηρωίνης ή αν έχει πάρει υπερβολική δόση. Γι' αυτό οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να τους δώσουν πληροφορίες που θα τους βοηθήσουν να διακρίνουν τη διαφορά με γλώσσα απλή και κατανοητή. Σε κάθε περίπτωση, αν δυσκολεύονται να αποφασίσουν, είναι απαραίτητο να αντιμετωπίσουν την κατάσταση όπως σε περίπτωση υπερβολικής χρήσης, γιατί έτσι μπορεί να σώσουν τη ζωή του ατόμου. Σημεία που υποδηλώνουν χρήση ηρωίνης είναι τα εξής:

- οι κόρες του ματιού συστέλλονται και φαίνονται μικρές
- οι μύες είναι χαλαροί
- το κεφάλι μπορεί να γέρνει στους ώμους
- ξύνεται πολύ από έντονη φαγούρα
- η ομιλία είναι αργή και μπερδεμένη
- μπορεί να φαίνεται ότι κοιμάται αλλά θα απαντήσει σε ένα δυνατό ερέθισμα (δυνατή φωνή, ταρακούνημα)

Αν όμως κάποιος ανησυχεί για τον χρήστη, είναι σημαντικό να μην τον/την αφήσει μόνο/η. Αν το άτομο διατηρεί τις αισθήσεις του, είναι σημαντικό να περπατήσει μαζί του, να το κρατά ξύπνιο και σε εγρήγορση και να παρακολουθεί προσεκτικά την αναπνοή του. Σε καμία περίπτωση δεν αφήνουμε το άτομο να κοιμηθεί για να ξεκουραστεί και να συνέλθει με τη βοήθεια του ύπνου.

Ο Κ. ξεκίνησε τη χρήση ηρωίνης 20 χρονών. Είκοσι επτά ετών ολοκλήρωσε το θεραπευτικό πρόγραμμα της Μονάδας Απεξάρτησης 18 ΑΝΩ του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής. Άρχισε να ασχολείται πάλι με το ποδόσφαιρο συστηματικά και με μεγάλη επιτυχία, ενώ παράλληλα δούλεψε στην οικογενειακή επιχείρηση. Δύο χρόνια αργότερα προσήλθε με τη συνοδεία της μητέρας του και ενός συμπαίκτη από την ομάδα ποδοσφαίρου σε ΤΕΠ. Ο συμπαίκτης του αναζήτησε τον Κ. για την προπόνηση όπως είχαν συνεννοηθεί. Τον βρήκε να κοιμάται με τη μητέρα του να προσεύχεται στο προσκέφαλό του. Η μητέρα του Κ. του εξήγησε ότι τον άφησε να κοιμηθεί για να συνέλθει. Η άμεση διακομιδή του Κ στο ΤΕΠ από το φίλο του τού έσωσε τη ζωή. Η νοσηλεύτρια εξήγησε στην οικογένεια του Κ. πώς να διακρίνουν παρόμοια περιστατικά στο μέλλον. Ο Κ. ξεπέρασε τη ντροπή του και ήρθε ξανά σε επαφή με το θεραπευτικό πρόγραμμα για να ψάξει τις βαθύτερες αιτίες για την υποτροπή του ενώ παράλληλα οι γονείς του, μετά από παρότρυνση της νοσηλεύτριας, ήρθαν για πρώτη φορά σε επαφή με το Τμήμα Οικογένειας του αντίστοιχου θεραπευτικού προγράμματος.

**Πίνακας 3.3** Η σημασία της ενημέρωσης σημαντικών άλλων σχετικά με την πρώτες βοήθειες σε περίπτωση υπερβολικής χρήσης.

Συμπτώματα υπερβολικής χρήσης είναι τα εξής:

- το άτομο είναι ξύπνιο, αλλά δεν μπορεί να μιλήσει
- σώμα πολύ χαλαρό
- πρόσωπο πολύ ωχρό ή ιδρωμένο
- νύχια και χείλη μπλε ή μωβ μαύρα
- το χρώμα του δέρματος γίνεται μελανό/μωβ ή σε άτομα με σκούρο δέρμα γκριζωπό/σταχτί.
- αναπνοή αργή και ρηχή, ακανόνιστη ή έχει σταματήσει
- σφυγμός (καρδιακός ρυθμός) αργός, ακανόνιστος ή δεν υπάρχει καθόλου
- ήχοι πνιγμού ή θορυβώδες ροχαλητό (ρόγχος θανάτου)
- έμετος (κίνδυνος να πνιγεί)
- απώλεια συνείδησης
- μη ανταπόκριση σε εξωτερικά ερεθίσματα.



Εικόνα 3.8 ΚΕΘΕΑ, Copyright.

Αν κάνει άγνωστους ήχους, ενώ "κοιμάται", αξίζει να προσπαθήσει κάποιος να τον/την ξυπνήσει. Πολλοί συγγενείς χρηστών οπιοειδών ουσιών νομίζουν ότι πρόκειται για ροχαλητό, ενώ στην πραγματικότητα το αγαπημένο τους πρόσωπο έχει πάρει υπερβολική δόση, χάνοντας έτσι την ευκαιρία να παρέμβουν και να σώσουν τη ζωή του. Πάντως είναι σπάνιο για κάποιον να πεθάνει αμέσως από υπερβολική δόση. Οι χρήστες οπιοειδών ουσιών συχνά επιβιώνουν, επειδή κάποιος ήταν εκεί για να τους βοηθήσει.

### **3.2.2 Μεθαδόνη**

Η μεθαδόνη απορροφάται εύκολα από το γαστρεντερικό σύστημα και η διάρκεια της δράσης της είναι κατά πολύ μεγαλύτερη από αυτήν της ηρωίνης και της μορφίνης. Στα προγράμματα υποκατάστασης η λήψη σιροπιού μεθαδόνης καλύπτει το χρήστη για 24 ώρες. Προκαλεί έντονη σωματική και ψυχολογική εξάρτηση. Το στερητικό της σύνδρομο είναι ηπιότερο από αυτό της ηρωίνης αλλά διαρκεί πολύ περισσότερο. Η παράλληλη χρήση της μεθαδόνης με άλλα ναρκωτικά ή αλκοόλ μπορεί να επιφέρει ακόμη και το θάνατο.

### **3.2.3. Κατασταλτικά του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος (ΚΝΣ)**

#### **Οξεία τοξίκωση**

Τα συμπτώματα μετά από τη λήψη μεγάλων δόσεων κατασταλτικών περιλαμβάνουν:

- ασυνέργεια
- δυσαρθρία
- δυσκολία στη σκέψη
- αναπνευστική καταστολή
- κώμα
- καρδιαγγειακή ανεπάρκεια με υπόταση, σοκ και νεφρική ανεπάρκεια που συχνά οδηγούν στον θάνατο

Η καταστολή του ΚΝΣ και της αναπνοής αποτελούν την πιο σημαντική επιπλοκή της τοξίκωσης από κατασταλτικές ουσίες. Σε άτομα που βρίσκονται σε κώμα, το οποίο πιθανόν να οφείλεται στη χρήση βενζοδιαζεπινών, απαιτούνται:

- διατήρηση της βατότητας των αεραγωγών
- υποστήριξη της αναπνοής με διασωλήνωση, εάν χρειαστεί λόγω της αναπνευστικής καταστολής
- διασφάλιση της αιμοδυναμικής ισορροπίας
- παρακολούθηση των ζωτικών σημείων και συνεχής καταγραφή της κλίμακας κώματος Γλασκόβης
- χορήγηση φλουμαζενίλης

Η φλουμαζενίλη χρησιμοποιείται ως αντίδοτο των βενζοδιαζεπινών, γιατί αποκλείει τον δεσμό αυτών των ουσιών με τον υποδοχέα τους, αναστρέφοντας έτσι την καταστολή του ΚΝΣ. Η συγκεκριμένη ουσία όμως έχει μικρή αποτελεσματικότητα όσον αφορά στην αναστροφή της καταστολής του αναπνευστικού συστήματος.

#### **Ανοχή και εξάρτηση**

Ακόμη και η συνταγογραφούμενη χρήση βαρβιτουρικών προκαλεί ανοχή (δηλ. ο χρήστης καλείται να αυξήσει τη δόση του φαρμάκου για να επιτύχει παρόμοια αποτελέσματα). Καθώς όμως η ανοχή αυξάνεται, με αποτέλεσμα ο χρήστης να μη νιώθει την ίδια ευεργετική επίδραση του φαρμάκου, η θανατηφόρα δόση δεν αυξάνεται αντίστοιχα. Ως αποτέλεσμα, ο κίνδυνος οξείας τοξίκωσης είναι ιδιαίτερα αυξημένος. Παρόμοια, η

χρήση βενζοδιαζεπινών προκαλεί ανοχή, μόνο που ο κίνδυνος θανάτου είναι πολύ μικρότερος. Τέλος, τα βαρβιτουρικά και οι βενζοδιαζεπίνες προκαλούν έντονη σωματική και ψυχολογική εξάρτηση. Για να προληφθεί ο κίνδυνος εξάρτησης, η συστηματική λήψη τους πρέπει να είναι βραχυπρόθεσμη.



Εικόνα 3.9 ΚΕΘΕΑ, Copyright.

### Σύνδρομο στέρησης

Τα συμπτώματα του συνδρόμου στέρησης από βαρβιτουρικά μοιάζουν με αυτά του συνδρόμου στέρησης από αλκοόλ και περιλαμβάνουν:

- ανησυχία
- άγχος
- αδυναμία
- κοιλιακές κράμπες
- ναυτία ή έμετο
- αϋπνία, εφιάλτες

Τα συμπτώματα κορυφώνονται κατά την δεύτερη και τρίτη μέρα όπου συχνά εμφανίζονται σπασμοί. Οι σπασμοί όπως και άλλα συμπτώματα του συνδρόμου στέρησης (π.χ. έντονο άγχος) οφείλονται στο «φαινόμενο αναπήδησης» (“rebound effect”) μετά την απότομη διακοπή της επιβράδυνσης της εγκεφαλικής λειτουργίας που προκαλούν όλα τα κατασταλτικά (NIDA, 2011). Το 75% των ατόμων εμφανίζει σπασμούς μία ή περισσότερες φορές, ενώ το 66% παρουσιάζει παραλήρημα παρόμοιο με το τρομώδες παραλήρημα που παρατηρείται στο σύνδρομο στέρησης από αλκοόλ. Το παραλήρημα μπορεί να συνδυάζεται με υπερθερμία, εξάντληση, καρδιακή ανεπάρκεια, ενώ ο κίνδυνος του θανάτου είναι αυξημένος. Ο θάνατος βέβαια δεν είναι αναπόφευκτος, μιας και συχνά τα συμπτώματα υποχωρούν συνήθως μετά από 8 περίπου μέρες (EMCDDA, 2011, 2013).

Η συμπτωματολογία του συνδρόμου στέρησης από βενζοδιαζεπίνες μοιάζει με αυτή των βαρβιτουρικών, μόνο που κυμαίνεται από ήπια μέχρι έντονη και δυνητικά απειλητική για τη ζωή. Οι βενζοδιαζεπίνες με βραχύ χρόνο ημιζωής μπορεί να προκαλέσουν στερητικό σύνδρομο με πιο σοβαρά συμπτώματα συγκριτικά με τις βενζοδιαζεπίνες μακράς δράσης (ΕΟΦ). Σημεία ενδεικτικά μείζονος συμπτωματολογίας στέρησης είναι τα ακόλουθα:

- σπασμοί grand mal
- ψυχωτικά συμπτώματα - παραλήρημα
- υπερπυρεξία
- κώμα που μπορεί να καταλήξει στον θάνατο

Απαιτείται ενδονοσοκομειακή νοσηλεία καθώς τα παραπάνω συμπτώματα στέρησης μπορεί να οδηγήσουν σε θάνατο. Μπορεί επίσης να συνυπάρχουν άγχος, ανησυχία, δυσφορία, ευερεθιστότητα, διαταραχές ύπνου, αϋπνία, καθώς και συμπτώματα από το αυτόνομο νευρικό σύστημα, όπως ταχυκαρδία, τρόμος, εφίδρωση καθώς επίσης και αντιληπτικές διαταραχές, αποπροσωποποίηση, αποπραγματοποίηση κ.λπ. Χρήση βενζοδιαζεπινών για τουλάχιστον 2 εβδομάδες απαιτεί πρόγραμμα σταδιακής διακοπής τους.

### 3.2.4. Οινόπνευμα

Το αλκοόλ είναι ιδιαίτερα τοξικό για τον οργανισμό. Διαλύεται εύκολα, απορροφάται γρήγορα και διεισδύει σε όλους τους ιστούς του οργανισμού προκαλώντας:

- εγκεφαλικά επεισόδια
- καρδιαγγειακά νοσήματα
- κακοήθη νεοπλασμάτα
- κίρρωση του ήπατος
- αλκοολική γαστρίτιδα
- αλκοολική παγκρεατίτιδα
- κατάθλιψη
- κίνδυνο αυτοκτονικής και ετεροκαταστροφικής συμπεριφοράς
- ελλείμματα γνωστικών λειτουργιών
- αμνησία
- παραισθήσεις
- σύνδρομο εμβρυϊκού αλκοολισμού (δυσπλασίες, νοητική έκπτωση, στερητικό σύνδρομο)

Η υπερβολική χρήση αλκοόλ προκαλεί οξεία τοξίκωση, μια σοβαρή κατάσταση η οποία μπορεί να επιφέρει ακόμη και το θάνατο (ΕΟΦ). Η αντιμετώπισή της περιλαμβάνει:

- συστηματική παρακολούθηση ασθενούς σε ασφαλές περιβάλλον
- εργαστηριακό έλεγχο για πιθανή λήψη και άλλων ουσιών (σε περιπτώσεις μεγάλης καταστολής του ΚΝΣ ή όταν ο ασθενής βρίσκεται σε σύγχυση)
- τακτικό έλεγχο για ηλεκτρολυτικές διαταραχές ή υπογλυκαιμία
- υποστήριξη καρδιακής και αναπνευστικής λειτουργίας και γενικά υποστήριξη ζωτικών λειτουργιών
- ψυχολογική υποστήριξη του ασθενή

Η μακροχρόνια παραμονή υψηλών συγκεντρώσεων αιθανόλης στο αίμα προκαλεί ανοχή (όλο και μεγαλύτερες δόσεις απαιτούνται προκειμένου να επέλθει το επιθυμητό αποτέλεσμα) και στερητικό σύνδρομο με τα ακόλουθα συμπτώματα:

- τρόμος
- εφίδρωση
- υπερθερμία
- άγχος
- αϋπνία
- πονοκέφαλος
- ναυτία-έμετος
- σπασμοί
- κατάθλιψη
- ευερεθιστότητα
- τρομώδες παραλήρημα

Η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ μπορεί να επιφέρει ακόμη και τον θάνατο (καταστολή αναπνευστικού κέντρου, αναρρόφηση). Το στερητικό σύνδρομο εμφανίζεται 6 έως 48 ώρες μετά τη διακοπή της ουσίας και υποχωρεί 4-5 ημέρες μετά, εάν δεν υπάρχουν επιπλοκές. Πολύ συχνά το στερητικό σύνδρομο διαλάθει της προσοχής των επαγγελματιών υγείας, γι' αυτό είναι απαραίτητη η αξιολόγηση με σύντομα τεστ (π.χ. CAGE, AUDIT). Σε γενικές γραμμές χορηγούνται:

- Βενζοδιαζεπίνες (έχουν και αντισπασμωδική δράση)
- Βιταμίνες συμπλέγματος Β για προφύλαξη από νευρολογικές επιπλοκές

### **Τρομώδες παραλήρημα (Delirium tremens)**

Αποτελεί μια απειλητική για τη ζωή του ασθενή κατάσταση με τα εξής συμπτώματα:

- σύγχυση
- γενικευμένος τρόμος
- υπερδραστηριότητα του αναπνευστικού συστήματος (ταχυσφυγμία, αύξηση ΑΠ, αύξηση αριθμού αναπνοών)
- έντονη ανησυχία και άγχος
- ακουστικές, οπτικές ή απτικές ψευδαισθήσεις (π.χ. «ζωοψίες», δηλ. ο ασθενής βλέπει ψύλλους ή μικρά ζώα και ασχολείται ακατάπαυστα με τα ρούχα ή τα κλινοσκεπάσματά του)

Επίσης μεγάλη είναι η πιθανότητα αυτοκτονικής συμπεριφοράς.

Η αντιμετώπιση περιλαμβάνει:

- χορήγηση σακχαρώδους διαλύματος έως 3L/24ωρο
- χορήγηση βενζοδιαζεπινών
- χορήγηση βιταμινών
- τακτική λήψη ζωτικών σημείων
- ρύθμιση ηλεκτρολυτών
- πιθανή χορήγηση O<sub>2</sub> για ενίσχυση της αναπνευστικής λειτουργίας
- υποστηρικτικές παρεμβάσεις (καθησυχάζουμε τον ασθενή, ώστε να μειωθεί το έντονο άγχος και η αγωνία)
- μείωση οπτικών και ακουστικών ερεθισμάτων
- πρόληψη αυτοκτονικής συμπεριφοράς και ατυχημάτων

### 3.2.5. Κοκαΐνη

Η χρήση υψηλών δόσεων κοκαΐνης οδηγεί συχνά σε τοξίκωση με αποτέλεσμα πολλά προβλήματα τόσο σωματικά όσο και νευροψυχιατρικά (NIDA, 2013· Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων).

Συμπτώματα οξείας τοξίκωσης από τη σωματική σφαίρα:

- ταχυπαλμία
- διεσταλμένες κόρες των ματιών
- υψηλή πίεση
- υπερθερμία
- επιληπτικοί σπασμοί
- καρδιακή ανεπάρκεια/έμφραγμα του μυοκαρδίου

Συμπτώματα από την ψυχική σφαίρα:

- επιθετική και βίαιη συμπεριφορά
- κρίσεις πανικού
- παραισθήσεις
- απτικές ψευδαισθήσεις (ο χρήστης αναφέρει ζούφια τα οποία κινούνται κάτω από το δέρμα του)
- ψυχοκινητική ανησυχία και παράνοια
- κατάθλιψη
- στερεοτυπικές συμπεριφορές (επαναλαμβανόμενες)
- μανιακόμορφη συμπεριφορά
- «κοκαϊνική» ψύχωση, η οποία είναι αποτέλεσμα της κατάχρησης της ουσίας και όχι του στερητικού συνδρόμου (Λιάππας 2003)



Εικόνα 3.10 ΚΕΘΕΑ, Copyright.

Η οξεία τοξίκωση μπορεί να οδηγήσει στον θάνατο. Συνήθως όμως οι θάνατοι που αναφέρονται δεν οφείλονται σε υπερβολική δόση, αλλά στις καρδιαγγειακές και νευρολογικές επιπτώσεις της τοξικής δράσης της κοκαΐνης στον οργανισμό (EMCDDA, 2007· NIDA, 2010a). Επίσης, η κοκαΐνη μπορεί να αναμειχθεί με ηρωίνη («speedball»), ένας συνδυασμός αρκετά επικίνδυνος, που μπορεί να επιφέρει ακόμη και θάνατο. Η οξεία τοξίκωση και οι χρόνιες επιπτώσεις πολύ συχνά οδηγούν χιλιάδες χρήστες κοκαΐνης στο τμήμα επειγόντων περιστατικών κάποιου νοσοκομείου (EMCDDA, 2014b).

Συνήθως οι χρήστες κοκαΐνης κάνουν αποτοξίνωση χωρίς κάποια φαρμακευτική θεραπεία. Μέχρι σήμερα δεν υπάρχει κάποιο θεραπευτικό σκεύασμα για την αντιμετώπιση της έντονης επιθυμίας για χρήση, αν και είναι σε εξέλιξη αρκετές μελέτες. Το κρακ αποτελεί ιδιαίτερα εθιστική ουσία (ακόμη και με λίγες χρήσεις εγκαθίσταται εξάρτηση) και η στέρησή της προκαλεί έντονη κατάθλιψη και συχνά αυτοκτονικό ιδεασμό.

Επίσης, οι χρήστες συχνά καταφεύγουν στη χρήση ινδικής κάνναβης, οπιοειδών, βενζοδιαζεπινών και βαρβιτουρικών για να αντιμετωπίσουν τις αρνητικές επιπτώσεις της παρατεταμένης χρήσης (άγχος, ανησυχία, υπερκινητικότητα, ανορεξία, αϋπνία κ.ά.). Στερητικό σύνδρομο μπορεί να υπάρχει ακόμη και όταν ο χρήστης εξακολουθεί να κάνει χρήση της ίδιας ποσότητας ουσίας εξαιτίας του φαινομένου της ανοχής. Σε γενικές γραμμές το στερητικό σύνδρομο δεν είναι σχεδόν ποτέ θανατηφόρο και υποχωρεί μετά από πέντε περίπου μέρες σε μεγάλο βαθμό, ακόμη και χωρίς βοήθεια.

### 3.2.6. Αμφεταμίνη-Μεθαμφεταμίνη

#### Οξεία τοξίκωση

Τοξική αντίδραση είναι δυνατόν να αναπτυχθεί λίγα λεπτά μετά την ενδοφλέβια χρήση ή μερικές ώρες μετά τη λήψη αμφεταμίνης/μεθαμφεταμίνης από το στόμα (EMCDDA, 2010· NIDA 2013a, 2014a). Τα συμπτώματα περιλαμβάνουν:

- ταχυκαρδία
- ταχύπνοια
- υπερθερμία
- αρτηριακή υπέρταση

ενώ μεγάλες ποσότητες ουσιών μπορεί να προκαλέσουν:

- κρίσεις Grand mal
- καρδιαγγειακή ανεπάρκεια
- ενδοεγκεφαλική αιμορραγία

Στην ψυχική σφαίρα τα συμπτώματα περιλαμβάνουν :

- ανησυχία
- ευερεθιστότητα
- ζάλη
- άγχος
- κεφαλαλγία
- σε κάποιες περιπτώσεις προστίθενται παραληρητικές ιδέες διωκτικού τύπου, ψευδαισθήσεις και επιθετική συμπεριφορά.

Ανάλογα με την κλινική κατάσταση η θεραπευτική αντιμετώπιση μπορεί να περιλαμβάνει:

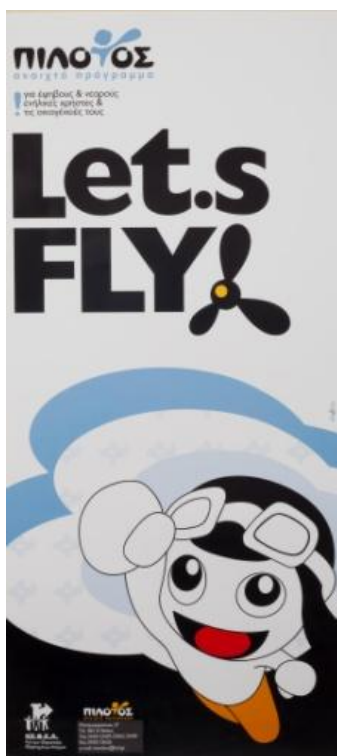
- εξασφάλιση καλής αναπνευστικής λειτουργίας
- αντιμετώπιση καρδιαγγειακού σοκ
- γαστρική πλύση αν η ουσία έχει ληφθεί από το στόμα
- έλεγχος υπερθερμίας
- αντιμετώπιση επαναλαμβανόμενων επιληπτικών κρίσεων (χορήγηση διαζεπάμης iv)
- αντιυπερτασική αγωγή για να αποφευχθεί ο κίνδυνος εγκεφαλικής αιμορραγίας

### Ψυχωσική αντίδραση «αμφεταμινική ψύχωση»

Η κλινική εικόνα της τοξικής ψύχωσης, η οποία μπορεί να προκληθεί από χρήση μεγάλης δόσης ή συστηματικής κατάχρησης αμφεταμίνης και μεθαμφεταμίνης μπορεί να περιλαμβάνει:

- παραληρητικές ιδέες διωκτικού τύπου
- οπτικές, απτικές και ακουστικές ψευδαισθήσεις
- παραισθήσεις
- βίαιη επιθετική συμπεριφορά, η οποία οφείλεται στον πανικό που προκαλεί στον χρήστη το διωκτικό παραλήρημα

Στις περισσότερες περιπτώσεις τα συμπτώματα υποχωρούν μερικές μέρες μετά τη διακοπή της χρήσης.



Εικόνα 3.11 ΚΕΘΕΑ, Copyright.

### 3.2.7. Ecstasy

Τα συμπτώματα υπερδοσολογίας MDMA (NIDA, 2006, 2013b) είναι τα ακόλουθα:

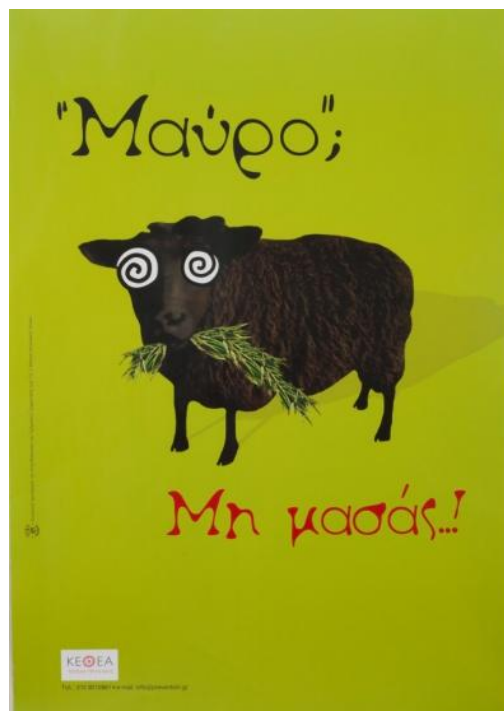
- υψηλή αρτηριακή πίεση
- λιποθυμική τάση
- κρίσεις πανικού
- απώλεια συνείδησης
- σπασμοί

Οι θάνατοι που συνδέονται με τη χρήση Έκσταση είναι σπάνιοι. Προκαλούν όμως μεγάλη ανησυχία, ιδίως, όταν τα θύματα είναι νεαροί κατά τα λοιπά υγείες ενήλικες. Σύμφωνα με την Έκθεση για τα Ναρκωτικά του Ευρωπαϊκού Κέντρου Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας υλοποιούνται ευρωπαϊκά προγράμματα με στόχο την έκδοση κατευθυντήριων γραμμών για τον αποτελεσματικό τρόπο αντιμετώπισης των επειγόντων περιστατικών που συνδέονται με τη χρήση ναρκωτικών σε συνθήκες νυχτερινής διασκέδασης. Συνιστάται σταδιακή λήψη μικρών ποσοτήτων νερού (περίπου ένα ποτήρι την ώρα) συνδυασμένη με σνακ, χυμό φρούτων ή αναψυκτικά (Advisory Council on the Misuse of Drugs, 2008). Μεγάλη λήψη υγρών μπορεί να προκαλέσει σοβαρές επιπλοκές στον οργανισμό. Η λήψη υγρών προλαμβάνει την αφυδάτωση και δεν αποτελεί αντίδοτο της MDMA.

### 3.2.8. Κάνναβη

#### Αντίδραση πανικού

Ο άπειρος χρήστης μπορεί να εμφανίσει συμπτωματολογία προσβολής πανικού με έντονο άγχος και φόβο του ατόμου ότι θα τρελαθεί ή ότι έχει πάθει ανεπανόρθωτη βλάβη από τη χρήση (Λιάππας, 2003). Τα συμπτώματα διαρκούν λίγες ώρες και συνήθως υποχωρούν χωρίς να απαιτείται κάποια παρέμβαση.



Εικόνα 3.12 ΚΕΘΕΑ, Copyright.

## Οξεία τοξίκωση

Η οξεία τοξίκωση από χρήση κανναβινοειδών μπορεί να παρουσιαστεί με:

- έντονο άγχος
- συμπτώματα πανικού
- παρανοϊκές ιδέες
- ψευδαισθήσεις
- μεγάλη ανησυχία, βίαιες αντιδράσεις και επιθετική συμπεριφορά
- ευφορία ή δυσφορία
- καχυποψία
- ταχυκαρδία –αρτηριακή υπέρταση
- τρόμος των άκρων
- μείωση κινητικής συνέργειας
- ναυτία
- πονοκέφαλος

Η κλινική εικόνα αποδράμει συνήθως μέσα σε λίγες ώρες. Η αντιμετώπιση περιλαμβάνει (ΕΟΦ):

- γενικά μέτρα για την αιμοδυναμική ισορροπία του ασθενούς
- προστασία από τραυματισμούς
- αποφυγή οδήγησης, χειρισμού μηχανημάτων κ.λπ.
- πιθανή χορήγηση αγχολυτικών
- πιθανή χορήγηση αντιψυχωσικών



Εικόνα 3.13 ΚΕΘΕΑ, Copyright.

## Σύνδρομο στέρησης

Η διακοπή της χρήσης της ουσίας σε μακροχρόνιους χρήστες προκαλεί άγχος, ευερεθιστότητα, ανησυχία, νευρικότητα, ελαττωμένη όρεξη, απώλεια βάρους, αύπνια, τρόμο, ρίγη και αυξημένη θερμοκρασία του σώματος (NIDA, 2014b, 2012). Σε γενικές γραμμές τα συμπτώματα αυτά είναι ήπια και δεν διαρκούν συνήθως περισσότερο από 4 με 5 ημέρες (Λιάππας, 2003).

### 3.2.9. Ψευδαισθησιογόνες ουσίες

#### Οξεία τοξίκωση

Κατά την περίπτωση τοξίκωσης από LSD αλλά και άλλα ψευδαισθησιογόνα, ο ασθενής βρίσκεται σε μια κατάσταση πλήρους εγρήγορσης και παρουσιάζει άγχος, κατάθλιψη, ιδέες συσχέτισης, παρανοειδή ιδεασμό, αντιληπτικές διαταραχές (ψευδαισθήσεις, παραισθήσεις, αποπροσωποποίηση) και συναισθησία (ο χρήστης «βλέπει» ήχους και «ακούει» χρώματα). Τα ψευδαισθησιογόνα δεν προκαλούν απώλεια της συνείδησης. Παραβιάζουν όμως σε μεγάλο βαθμό τη φυσιολογική συνειρμική λειτουργία, με αποτέλεσμα την κατάργηση της λογικής (NIDA, 2014c). Η μετάβαση από τη μια σκέψη στην άλλη γίνεται με ιλιγγιώδη ταχύτητα. Πιθανόν να συνυπάρχουν διαταραχές της αίσθησης του χρόνου, καθώς και απώλεια του περιεχομένου πολλών λέξεων. Εκδηλώνονται επίσης συμπτώματα από τη διέγερση του συμπαθητικού.

Η αντιμετώπιση περιλαμβάνει:

- χορήγηση διαζεπάμης
- πρόληψη ατυχημάτων
- αντιψυχωσικά σε συνύπαρξη ψυχωσικών συμπτωμάτων
- μέτρα πρόληψης αυτοκτονίας, μιας και η χρήση ψευδαισθησιογόνων σχετίζονται με υψηλή αυτοκτονικότητα ιδιαίτερα κατά την εφηβική ηλικία, η οποία συχνά είναι παρορμητικού τύπου.



Εικόνα 3.14 ΚΕΘΕΑ, Copyright.

### **3.3. Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΚΙΝΗΤΟΠΟΙΗΣΗΣ ΓΙΑ ΑΛΛΑΓΗ ΣΤΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΗΣ ΕΠΕΙΓΟΥΣΑΣ ΒΟΗΘΕΙΑΣ**

Παρότι υπάρχουν αρκετές δυσκολίες στη φροντίδα των ατόμων τα οποία αντιμετωπίζουν προβλήματα από τη χρήση ψυχοδραστικών ουσιών/αλκοόλ, αρκετές μελέτες αποδεικνύουν ότι οι παρεμβάσεις στο πλαίσιο της επείγουσας βοήθειας μπορούν να συμβάλουν στη μείωση τόσο της κατάχρησης όσο και των ατυχημάτων/τραυμαμάτων που συνδέονται με αυτήν. Τα άτομα τα οποία χρήζουν επείγουσας φροντίδας μπορεί να είναι πιο ευάλωτα και πιο ανοιχτά στο να συνειδητοποιήσουν τη σύνδεση ανάμεσα στην κατάχρηση και στις αρνητικές συνέπειές της (τροχαίο ατύχημα, περιστατικό βίαιης αντιδικίας, κρίσιμα παθολογικά προβλήματα, όπως κώμα, καρδιαγγειακές, γαστρεντερολογικές, νεφρολογικές επιπλοκές της κατάχρησης κ.ά.). Ως αποτέλεσμα μπορεί να είναι περισσότερο κινητοποιημένα προς την αλλαγή. Η συνειδητοποίηση των αρνητικών συνεπειών της κατάχρησης αίρει την άρνηση του προβλήματος και γι' αυτό συνδέεται με την ετοιμότητα για αλλαγή. Επίσης, παρότι η επίσκεψη σε ΤΕΠ συνδέεται με μείωση της κατάχρησης, αυτή η μείωση δεν διατηρείται αν δεν υπάρχει κάποια έστω και βραχυπρόθεσμη παρέμβαση. Ως εκ τούτου η παραπομπή του ατόμου που χρήζει άμεσης βοήθειας σε κάποιον επαγγελματία, ο οποίος διαθέτει γνώσεις σε θέματα εξαρτήσεων, ή σε κάποιο ειδικό συμβουλευτικό κέντρο/θεραπευτικό πρόγραμμα είναι ιδιαίτερα σημαντική. Ακολουθούν κάποιες πρακτικές συμβουλές για την προσέγγιση του ατόμου στο πλαίσιο άμεσης βοήθειας:

- συνομιλία με τον ασθενή σε ένα ήσυχο -κατά το δυνατόν- περιβάλλον χωρίς διακοπές από την παρεμβολή άλλων προσώπων
- προτίμηση ήρεμης δυαδικής συνομιλίας παρά επιχείρηση σύστασης ομάδας επαγγελματιών που θα αντιπαρατεθεί στην αμυντική στάση του ασθενή
- εκδήλωση ενδιαφέροντος και ερωτήσεις προς τον ασθενή για τη διάθεσή του, τη δουλειά του και την οικογένειά του - ενθάρρυνση του ασθενή να μιλήσει γι' αυτά χωρίς διακοπές
- προσεκτική ακρόαση και αποφυγή επικριτικής διάθεσης
- προσπάθεια κατανόησης του τρόπου με τον οποίο ο ασθενής αντιλαμβάνεται τη χρήση
- διαβεβαίωση του ασθενή για το γνήσιο ενδιαφέρον του επαγγελματία υγείας
- αναγνώριση και συζήτηση του προβλήματος, χωρίς κριτική για τον χαρακτήρα ή την προσωπικότητα του ατόμου που μιλά
- προτίμηση της έκφρασης «η χρήση φαίνεται να δημιουργεί πρόβλημα στις σχέσεις σας» έναντι εκφράσεων όπως «είστε αλκοολικός» ή «εξαρτημένος»

#### **3.3.1. Παροχή πληροφοριών**

Επιπλέον, ο επαγγελματίας υγείας συζητά τα προβλήματα τα οποία συνδέονται με την κατάχρηση της συγκεκριμένης ουσίας. Αν πρόκειται για έγκυο γυναίκα ή μητέρα που θηλάζει, την ενημερώνει για τις συνέπειες της κατάχρησης στο μωρό ή στο έμβρυο αντίστοιχα.

#### **3.3.2. Προσέγγιση του ασθενή ανάλογα με την αντίδρασή του**

Κάποιες πρακτικές συμβουλές ανάλογα με την αντίδραση του ασθενή είναι οι εξής:

- αν το άτομο αναγνωρίζει ότι αντιμετωπίζει πρόβλημα κατάχρησης κάποιας ουσίας, ενθαρρύνεται να αναζητήσει βοήθεια
- αν το άτομο αποφεύγει τις ερωτήσεις σχετικά με τη χρήση ή χρησιμοποιεί διάφορες δικαιολογίες, θυμώνει ή κατηγορεί άλλα άτομα της οικογένειάς του, υποτιμά την έκταση του προβλήματος και δεν παραδέχεται ότι έχει το πρόβλημα, αποφεύγεται η άσκηση πίεσης ώστε να παραδεχτεί το πρόβλημα· ο

επαγγελματίας υγείας καλείται να είναι υποστηρικτικός/ή χωρίς να νιώθει ένοχος/η, αν το άτομο είναι απρόθυμο να αλλάξει, μιας και μόνο ο ίδιος ο χρήστης μπορεί να αναλάβει την ευθύνη της αλλαγής

- η συζήτηση στο πλαίσιο άμεσης βοήθειας μπορεί να αποτελεί την πρώτη φορά που το άτομο αντιλαμβάνεται τη χρήση ως πρόβλημα

### 3.3.3. Η παραπομπή

- Αν το άτομο δεν θέλει να ζητήσει βοήθεια, ο επαγγελματίας υγείας εξηγεί ότι δεν χρειάζεται κάποιος να είναι αλκοολικός ή τοξικομανής για να ζητήσει βοήθεια.
- Αν δεν θέλει να σταματήσει τη χρήση, δίνεται έμφαση στο ότι δεν είναι απαραίτητο να διακόψει τη χρήση. Είναι πιθανό να τον βοηθήσουν να ελαττώσει τη χρήση.
- Αν ο ασθενής ντρέπεται ή σκέφτεται τι θα πουν οι άλλοι γι' αυτόν, καθισχύάζεται ότι δεν είναι ο μόνος που έχει προβλήματα με τη χρήση ουσιών/αλκοόλ. Διαβεβαίωση ότι δεν είναι ντροπή να ζητήσει βοήθεια.
- Χρειάζεται τόλμη για να παραδεχθεί κάποιος ότι έχει ανάγκη από βοήθεια και να μπει στη διαδικασία να την αναζητήσει. Η απόφαση αναζήτησης βοήθειας είναι θέμα του ασθενή. Ο επαγγελματίας υγείας παρέχει τις πληροφορίες για να τις χρησιμοποιήσει εκείνος, όταν είναι έτοιμος. Υπάρχει περίπτωση να το κάνει μόνο όταν ο ίδιος προσωπικά εκτιμήσει ότι η κατάσταση έχει φθάσει στο απροχώρητο.
- Υποστήριξη του ατόμου και όχι της χρήσης. Αναλυτική εξήγηση των συνεπειών της χρήσης. Η παροχή χρημάτων από τον επαγγελματία υγείας πρέπει να αποφεύγεται, γιατί υποστηρίζει τη χρήση.
- Αν το άτομο δεν θέλει να αλλάξει κάτι σε σχέση με την κατάχρηση ουσιών, ο επαγγελματίας υγείας μπορεί να φροντίσει άλλες ανάγκες του (π.χ. στέγη, τροφή, αντιμετώπιση παθολογικών προβλημάτων).



Εικόνα 3.15 ΚΕΘΕΑ, Copyright.

### **3.3.5. Επικοινωνία σε περίπτωση έκδηλων σημείων τοξίκωσης**

Κατά την επικοινωνία σε περίπτωση οξείας τοξίκωσης συστήνονται τα ακόλουθα:

- ήρεμη συνομιλία με σεβασμό προς το πρόσωπο του ασθενή, χρησιμοποιώντας απλό και σαφές λεξιλόγιο (ο ασθενής δεν μπορεί να σκεφθεί καθαρά)
- αποφυγή γέλιου, γιατί μπορεί να εκληφθεί ως ειρωνεία ή πρόκληση
- αποφυγή συζήτησης θεμάτων σχετικά με τη χρήση, όταν ο ασθενής βρίσκεται σε κατάσταση τοξίκωσης
- προσεκτικός έλεγχος τραυμάτων - η χρήση καλύπτει τον πόνο που προκαλεί ένας τραυματισμός
- διαφύλαξη της ασφάλειας του ασθενή (κίνδυνος πτώσης –τραυματισμού)
- διερεύνηση της πιθανότητας αυτοκτονικής συμπεριφοράς
- αποθάρρυνση της οδήγησης σε κατάσταση τοξίκωσης ακόμη και σε περίπτωση που ο ασθενής επιμένει ότι μπορεί να οδηγήσει - διασφάλιση της ασφαλούς μεταφοράς του ασθενή

### **3.3.6. Αν το άτομο γίνει επιθετικό**

Κατά την προσέγγιση του ασθενή με επιθετική συμπεριφορά συστήνονται τα εξής:

- διατήρηση ψυχραιμίας
- αργή και σταθερή ομιλία με σιγουριά, ηρεμία και φροντιστικό τόνο φωνής
- αποφυγή εχθρικού ή απειλητικού τόνου φωνής
- αποφυγή αντιπαραθέσεων
- διαφύλαξη της προσωπικής ασφάλειας του επαγγελματία διατηρώντας απόσταση από το άτομο
- χρησιμοποίηση κατάλληλων παύσεων στην ομιλία και διαλειμμάτων στη φροντίδα αφήνοντας τον ασθενή να ηρεμήσει
- αν οι προσπάθειές αποκλιμάκωσης της σύγκρουσης αποτυγχάνουν, αναζήτηση βοήθειας

### **3.3.7. Συμβουλές σε επείγουσα οξεία τοξίκωση**

Κατά την προσέγγιση του ασθενή σε επείγουσα οξεία τοξίκωση συστήνονται τα εξής:

- παραμονή κοντά στον ασθενή και συνεχής επίβλεψη
- συμβουλές προς τον ασθενή, ώστε να μην φάει ή πει οτιδήποτε, για να αποφευχθεί ο κίνδυνος εισρόφησης
- διατήρηση της θερμοκρασίας του ασθενή (κίνδυνος υποθερμίας, ο ασθενής μπορεί να νιώθει ζεστός αλλά η θερμοκρασία του ατόμου να μειώνεται)
- διατήρηση του ασθενή σε εγρήγορση, γιατί ο ύπνος σε περίπτωση οξείας τοξίκωσης από κάποιες ουσίες μπορεί να οδηγήσει στο θάνατο
- σε περίπτωση έμετου και εφόσον ο ασθενής διατηρεί τις αισθήσεις του ο επαγγελματίας υγείας φροντίζει να παραμείνει ο ασθενής σε καθιστή θέση. Σε περίπτωση απώλειας αισθήσεων, ο ασθενής τοποθετείται σε θέση ανάντησης

### 3.4. Προσέγγιση ασθενή με ντελίριο

Η τοξίκωση ή το στερητικό σύνδρομο από αλκοόλ/ψυχοδραστικές ουσίες μπορεί να οδηγήσει στην πρόκληση ντελίου. Το ντελίριο αποτελεί μια διαταραχή του επίπεδου συνείδησης και των ανώτερων γνωστικών λειτουργιών του ασθενή, η οποία πιο συχνά συνδυάζεται με κάποια σωματική ασθένεια. Άλλοι προδιαθεσικοί παράγοντες του ντελίου είναι οι εξής:

- οξείες ή χρόνιες γενικές σωματικές καταστάσεις
- υψηλός πυρετός-λοίμωξη-μηνιγγίτιδα
- εγκεφαλική νεοπλασία
- χρήση στεροειδών
- υποθυρεοειδισμός
- ενδοκρανιακή υπέρταση
- τραύμα (χειρουργείο, πέσιμο, κάταγμα)
- έντονος πόνος
- αφυδάτωση-διαταραχές ηλεκτρολυτών
- επίδραση μιας ή πολλαπλών φαρμακευτικών αγωγών
- απώλεια αισθήσεων (ακοή, όραση)
- ψυχοκοινωνικά προβλήματα

Ο όρος “delirium” αποδίδεται στην ελληνική γλώσσα ως «ντελίριο» και όχι ως «παραλήρημα» για να αποφευχθεί η σύγχυση με την αντίστοιχη απόδοση του όρου “delusion”. Στην καθημερινή πρακτική χρησιμοποιούνται ως συνώνυμα οι όροι «οξύ οργανικό ψυχοσύνδρομο» και «σύγχυση» ή «οξεία συγχυτική κατάσταση».

- Η λέξη ντελίριο προέρχεται από το λατινικό deliro-delirare (de-lira, βγαίνω από το αυλάκι) και αναφέρεται στην παρέκκλιση από την ευθεία γραμμή της λογικής, και κατ' επέκταση στην τρέλα και το παραλήρημα.
- Ο Ιπποκράτης (500 π.Χ.) περιέγραψε τις ψυχικές διαταραχές που προκαλούνται από πυρετό, δηλητηρίαση ή σε τραυματισμό κεφαλής.
- Ο Κέλσος (30 π.Χ. - 50 μ.Χ.) χρησιμοποίησε πρώτος τον όρο «ντελίριο» για να περιγράψει ψυχικές διαταραχές που προκαλούνται από πυρετό ή τραύμα κεφαλής.

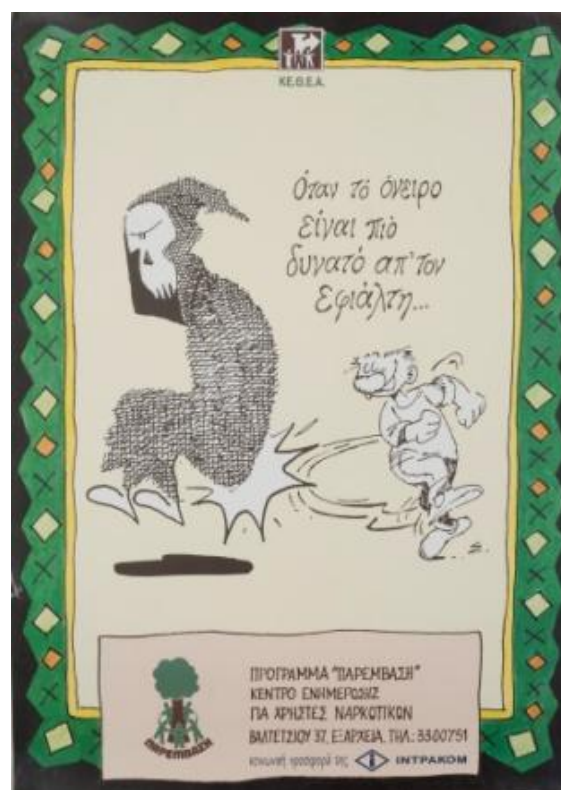
Αντωνάτος, Σ., Μαρούλης, Γ., Κάκαβος, Β. (2012) «Ντελίριο»: Ανατρέχοντας στην ιστορία του όρου μέσα στους αιώνες. *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 120, 47-57.

#### Πίνακας 3.4 Ο όρος «ντελίριο» μέσα στους αιώνες.

Η πρόδρομη φάση του ντελίου συνήθως διαρκεί από μια έως τρεις ημέρες με χαρακτηριστικά συμπτώματα την ανησυχία, την ευερεθιστότητα, την αδιαθεσία, την αδυναμία συγκέντρωσης και τις διαταραχές του ύπνου. Ο αποπροσανατολισμός στον χώρο αποτελεί το πρώτο προειδοποιητικό σημείο του ντελίου, ενώ η σύγχυση αποτελεί το βασικό σύμπτωμά του. Οι ψευδαισθήσεις, όταν εκδηλώνονται, είναι κυρίως οπτικές και σπάνια ακουστικές. Βασικό χαρακτηριστικό του ντελίου αποτελεί η διακύμανση του επιπέδου συνείδησης ακόμη και στη διάρκεια του 24ώρου. Οι ασθενείς με ντελίριο μπορεί να διακατέχονται από έντονα συναισθήματα (όπως θυμό, οργή, φόβο, ευφορία, κατάθλιψη), τα οποία κάποτε εναλλάσσονται ταχύτατα, αλλά και απάθεια. Το ντελίριο συνήθως λύεται μετά από μερικές μέρες, όταν ανιχνεύεται έγκαιρα και ο ασθενής λαμβάνει την πρόβλεψη φροντίδα.

«Θα μπορούσα να είχα πεθάνει αλλά ήμουν τυχερός γιατί με πήγαν στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών στον Ευαγγελισμό. Το μόνο που θυμάμαι για την αρχή του ντελίριου ήταν ότι ήμουν σε σύγχυση. Το μυαλό μου ήταν λευκό. Σα να μου είχαν κάνει λοβοτομή. Η καρδιά μου χτυπούσε δυνατά και ο φόβος κυλούσε στις φλέβες μου. Ποτέ δεν είχα νιώσει τόσο έντονο φόβο στη ζωή μου. Ήμουν σίγουρος ότι πέθαινα. Σα να ζούσα σε εφιάλη. Παντού τρόμος. Έμπαινα και έβγαινα από την πραγματικότητα. Η νοσοκόμα με ρωτούσε τι ένιωθα αλλά εγώ είχα οπτικές παραισθήσεις. Έβλεπα στη γωνία του ματιού μου αράχνες, σκαθάρια, έντομα που σκαρφάλωναν στα χέρια μου, μικρά τέρατα και ανθρώπους που εξαφανίζονταν όταν τους κοίταζα. Θυμάμαι τον τρομερό φόβο ότι κάτι είναι πίσω μου κι εμένα να προσπαθώ να το δω όπως ο σκύλος που κυνηγάει την ουρά του. Όσο μου κρατούσε το χέρι για να μου χορηγήσει ενδοφλέβια το φάρμακο, τη ρώτησα αν μπορούσε να δει την αράχνη. Μου είπε πως δεν την έβλεπε κι ένιωσα πολύ καλύτερα. Το φάρμακο με ηρέμησε κι ο φόβος μου υποχώρησε. Όταν βγήκα από το νοσοκομείο απευθύνθηκα στο κέντρο απεξάρτησης. Σήμερα είμαι 165 μέρες καθαρός».

Πίνακας 3.5 Η εμπειρία του ντελίριου.



Εικόνα 3.16 ΚΕΘΕΑ, Copyright.

Η παθοφυσιολογία του ντελίριου περιλαμβάνει την ταυτόχρονη υπερέκκριση ντοπαμίνης (στην οποία οφείλεται η εισβολή των ενεργών ψυχωτικών συμπτωμάτων, όπως οι ψευδαισθήσεις και παραισθήσεις) και έλλειμμα ακετυλοχολίνης (στην οποία οφείλεται η διαταραχή του επιπέδου συνείδησης). Το ντελίριο αποτελεί επείγουσα ιατρική κατάσταση, η οποία σχετίζεται με μεγάλη νοσηρότητα και θνητότητα. Γι' αυτό η αιτία του πρέπει να βρεθεί το συντομότερο δυνατόν. Συχνά το αίτημα μεταφοράς ενός ασθενούς σε ψυχιατρική κλινική είναι πειστικό, ώστε «να γλυτώσουν από ένα τέτοιο άτομο» (Αντωνάτος και συν., 2013). Η αντιμετώπιση όμως του ντελίριου απαιτεί συνδυασμένη παθολογική και ψυχιατρική επίβλεψη. Αν θεωρηθεί λανθασμένα η κατάσταση του ασθενούς ως επείγον ψυχιατρικό περιστατικό, το αποτέλεσμα μπορεί να είναι δραματικό όσον αφορά την επιβίωση του ασθενή.

«Ήταν σε εγρήγορση και προσανατολισμένος κατά την εισαγωγή αλλά... στη συνέχεια άρχισε να είναι ανήσυχος και σε ένταση. Κατά τη διάρκεια της νύχτας άρχισε να γίνεται παρανοϊκός και να φοβάται ότι οι άλλοι θέλουν να τον κρατήσουν παρά τη θέλησή του... Μετά νόμιζε ότι θέλουν να τον σκοτώσουν και ότι τον κυνηγούν... άρχισε να μιλάει προσβλητικά...».

«Είναι δύσκολο να βλέπεις τον ασθενή να σε φοβάται... έχουν τόσα προβλήματα... μπορεί να πονάνε... και μέσα σε όλα αυτά να είναι τρομοκρατημένοι και να μη θέλουν να τους πλησιάσεις... σε αναστατώνει να βλέπεις πόσο άσχημα νιώθουν...».

«Θυμόταν τι είχε συμβεί, πώς είχε συμπεριφερθεί... ήταν σκέτος εφιάλτης κι ένιωθε απαίσια γι' αυτό... όταν του μίλησα γι' αυτό, αναστατώθηκε πολύ... ήταν πολύ απολογητικός».

«Εκείνη θα έλεγε 'φοβάμαι πολύ' και εγώ θα έλεγα 'τι είναι αυτό που σε φοβίζει;', 'βλέπω τον πεθαμένο άντρα μου', 'μα ο άντρας σου δεν είναι τρομακτικός', 'ναι, αλλά φοβάμαι τι σημαίνει αυτό', 'τι νομίζεις ότι σημαίνει;', 'δεν ξέρω', 'είσαι σίγουρη ότι δεν ξέρεις ή μήπως φοβάσαι να μου πεις;».

Hosie, A., Phillips, J., Agar, M., Lobb, E., Davidson, P. (2014) *Palliative care nurses' recognition and assessment of delirium symptoms: a qualitative study using critical incidence technique*. Int. J. Nurs. Stud. in press. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.02.005>

### Πίνακας 3.6 Η εμπειρία του ντελίριου: από την πλευρά του νοσηλευτή.

Η επιβάρυνση των επαγγελματιών υγείας κατά τη φροντίδα ασθενή με ντελίριο είναι σημαντική. Ο ασθενής μπορεί να είναι διαταρακτικός, ανήσυχος και δυνητικά επικίνδυνος για τον εαυτό του και τους άλλους. Επιπρόσθετα μπορεί να έχει έντονες αντιδράσεις στα ερεθίσματα του περιβάλλοντος. Έτσι μπορεί να αντιληφθεί τα μαλλιά του γιατρού σαν σκύλο που γαβγίζει ή να ακούσει τον διπλανό ασθενή να τον προτρέπει να σηκωθεί από το κρεβάτι του. Οι McDonnell & Timmins (2012) μελέτησαν την επιβάρυνση από τη φροντίδα ασθενών με ντελίριο εστιάζοντας στο βαθμό δυσκολίας που βιώνει ο επαγγελματίας, όταν ο ασθενής:

- δεν συνεργάζεται ή είναι δύσκολος στη διαχείριση
- τραβάει τον ορό, την περίδεση τραύματος, τους καθετήρες
- προσπαθεί να κατεβεί από το κρεβάτι του με ακατάλληλο τρόπο
- είναι θορυβώδης και φωνάζει
- είναι υπερκινητικός
- ο λόγος του είναι ακατανόητος
- έχει μειωμένη βλεμματική επαφή
- φωνάζει κάποιον γνωστό του με άλλο όνομα
- μιλάει αργά
- είναι αποσυρμένος και αφύσικα ήσυχος

Η υποδιάγνωση όμως του ντελίριου και οι δυσμενείς επιπτώσεις τής μη έγκαιρης θεραπευτικής παρέμβασης απαιτούν από τη μια την κατάλληλη εκπαίδευση των επαγγελματιών στην αξιολόγηση και στην αντιμετώπιση του ασθενή με ντελίριο και από την άλλη την υποστήριξη τους από έμπειρους επαγγελματίες ψυχικής υγείας, ώστε να ανακουφίζονται από την επιβάρυνση που προκύπτει από τη διαχείριση αντίστοιχων περιστατικών (Belanger & Ducharme, 2011).

## Πρακτικές συμβουλές κατά την προσέγγιση του ασθενή

Κατά την προσέγγιση του ασθενή αξιολογείται η πιθανότητα κατάχρησης αλκοόλ/άλλων ψυχοδραστικών ουσιών. Είναι χρήσιμο επίσης να ερωτηθούν οι σημαντικοί άλλοι για πιθανή χρήση ουσιών.

Εάν υπάρχει η διάγνωση του ντελίριου, ο επαγγελματίας υγείας:

- Υποστηρίζει τον ασθενή στον προσανατολισμό του εξηγώντας του που είναι, ποιος είναι, ποιος είναι ο ρόλος του κ.λπ. Ενδεχομένως η παρουσία σημαντικών άλλων να συμβάλει στην προσπάθεια αυτή.
- Συμβάλλει στη δημιουργία κατάλληλου περιβάλλοντος (μείωση ερεθισμάτων, θορύβου κ.λπ.).
- Συμβάλλει στην αναγνώριση παραγόντων που σχετίζονται με πιθανά υποκείμενα αίτια του ντελίριου μέσω της:
  - ✓ τακτικής μέτρησης των ζωτικών σημείων
  - ✓ καταγραφής οποιασδήποτε μεταβολής στη συμπεριφορά του ασθενούς
  - ✓ υπολογισμού των προσλαμβανόμενων-αποβαλλόμενων υγρών
  - ✓ παρατήρησης του κύκλου ύπνου-εγρήγορσης

Η προσέγγιση του ασθενή με ντελίριο περιλαμβάνει:

- ήσυχο περιβάλλον χωρίς πολλά ερεθίσματα
- ο επαγγελματίας υγείας συστήνεται και προσπαθεί να είναι οικείος και προσιτός· είναι απαραίτητο να μην πανικοβάλλεται ο ίδιος, αλλά να μιλά με σταθερό και καθησυχαστικό τόνο, καθαρά και χρησιμοποιώντας μικρές προτάσεις
- υποστηρίζει και επιχειρεί τη δημιουργία σχέσης εμπιστοσύνης· ρωτά τον ασθενή τι βοήθεια νομίζει ότι χρειάζεται ενώ όταν ο ασθενής κρατάει απόσταση ή τον αντιμετωπίζει με καχυποψία, σέβεται την ανάγκη του για απόσταση
- αναγνωρίζει ότι τα συναισθήματα που νιώθει ο ασθενής είναι πραγματικά (π.χ. τρόμος, έντονη δυσφορία, θυμός) χωρίς να υποτιμά την εμπειρία του
- εξηγεί το ντελίριο στον ασθενή, ώστε να τον καθησυχάσει ότι πρόκειται για αναστρέψιμη κατάσταση.
- ο επαγγελματίας υγείας δεν έρχεται σε αντιπαράθεση με τον ασθενή σχετικά με τις ψευδαισθήσεις και τις παραισθήσεις του, αφού τα συμπτώματα αυτά ο ασθενής τα θεωρεί πραγματικά. Αντίθετα ρωτά τον ασθενή σχετικά με τα συμπτώματα αυτά (π.χ. τι βλέπει) για να εκτιμήσει την κατάσταση (NICE, 2010)

Οι παρεμβάσεις που μειώνουν τη δυσφορία του ασθενή με ντελίριο είναι οι ακόλουθες :

- η κατανόηση και αποδοχή της εμπειρίας του/της
- η ασφάλεια που βιώνουν κατά την επαφή τους με μέλη της οικογένειάς τους/σημαντικούς άλλους· η παρουσία οικείων προσώπων βοηθά τον επαναπροσανατολισμό του συγχυτικού ασθενή και τον προστατεύει από συναισθήματα φόβου, άγχους ή απομόνωσης
- οι εξηγήσεις για το τι τους συμβαίνει· η γνώση ότι η «παράξενη» εμπειρία του ντελίριου - συμπεριλαμβανομένων των αντιληπτικών διαταραχών- είναι συχνή σε συγκεκριμένες κατηγορίες ασθενών (π.χ. μετά από κατάχρηση ουσιών) καθησυχάζει τον ασθενή
- η συχνή ενθάρρυνση και η διαβεβαίωση σχετικά με τη σύντομη ανάρρωση από το ντελίριο
- η δυνατότητα να μιλήσουν για την εμπειρία τους και να την κατανοήσουν· ακόμη και όταν είναι διστακτικοί ή φοβούνται να μιλήσουν για το τι τους συμβαίνει (π.χ. να αναφέρουν αντιληπτικές διαταραχές), η επικοινωνία τους βοηθάει να αντιμετωπίσουν τα συναισθήματα δυσφορίας, άγχους ή φόβου που βιώνουν

Επιπλέον απαιτείται η πληροφόρηση και υποστήριξη μελών της οικογένειας και σημαντικών άλλων για τους οποίους το ντελίριο αποτελεί μια ιδιαίτερα τραυματική εμπειρία και μάλιστα κάποιες φορές οδηγεί σε χρόνια μετατραυματική διαταραχή άγχους (Partridge, 2013). Πιο συγκεκριμένα ο επαγγελματίας υγείας:

- εξηγεί ότι το ντελίριο αποτελεί μια συχνή κατάσταση σε συγκεκριμένες κατηγορίες ασθενών και ότι συνήθως η κατάσταση αυτή είναι προσωρινή
- περιγράφει την εμπειρία του ντελίου και δίνει τη δυνατότητα στα μέλη της οικογένειας να εκφράσουν τα συναισθήματά τους
- ζητά από τα μέλη της οικογένειας να παρατηρούν την κατάσταση του ασθενή για πιθανές αλλαγές στο επίπεδο συνείδησης, στη συμπεριφορά και στη γενικότερη κατάστασή του

### 3.5. Προσέγγιση ασθενή σε κρίση πανικού

Ο όρος «πανικός» προέρχεται από τον αρκαδικό βουκολικό θεό Πάνα, η εμφάνιση (κέρατα, πόδια τράγου και γένια) και η συμπεριφορά του οποίου προκαλούσαν τον τρόμο αλλά και τον γέλωτα. Η κρίση πανικού είναι μια αιφνίδια περίοδος έντονου άγχους με έντονα σωματικά συμπτώματα. Ασθενείς που βιώνουν κρίση πανικού για πρώτη φορά μπορεί να πιστέψουν πως παθαίνουν έμφραγμα, νευρικό κλονισμό ή άλλη σοβαρή ασθένεια. Ασθενείς που κάνουν χρήση κάποιας ψυχοδραστικής ουσίας για πρώτη φορά παρουσιάζουν αρκετά συχνά κρίσεις πανικού (Λιάππας, 2003). Τα συμπτώματα της κρίσης πανικού είναι τα εξής:

- ταχυκαρδία
- τρέμουλο
- εφίδρωση
- κοιλιακές διαταραχές-ναυτία
- πόνος στο στήθος-δυσφορία
- αίσθημα ασφυξίας-αίσθημα πνιγμού
- ζάλη, αίσθημα αδυναμίας και αίσθημα λιποθυμίας
- φόβος απώλειας ελέγχου ή φόβος του ασθενή ότι θα τρελαθεί
- φόβος επερχόμενου θανάτου
- αποπραγματοποίηση (ο ασθενής νιώθει ότι ο εξωτερικός κόσμος δεν είναι αληθινός)- αποπροσωποποίηση (ο ασθενής νιώθει ότι ο εαυτός του δεν είναι αληθινός ή ότι αποχωρίζεται από το σώμα του)
- μουδιάσματα ή μυρμηγκιάσματα στα χέρια
- ρίγος ή εξάψεις

Ο επαγγελματίας υγείας κατά την προσέγγιση του ασθενή (Kelly et al., 2009· MFHA, 2008) καλείται:

- να συστηθεί και να εκφράσει το γνήσιο ενδιαφέρον του για τον ασθενή
- να ρωτήσει τον ασθενή τι βοήθεια νομίζει ότι χρειάζεται δημιουργώντας κλίμα εμπιστοσύνης
- να αναγνωρίσει ότι ο τρόμος που νιώθει ο ασθενής είναι πραγματικός χωρίς να υποτιμά την εμπειρία του ή να επιπλήττει τον ασθενή
- να διαβεβαιώσει τον ασθενή ότι παρότι τα συμπτώματα που έχει τον κάνουν να είναι τόσο φοβισμένος, η ζωή του δεν κινδυνεύει, ότι είναι ασφαλής και ότι σταδιακά τα συμπτώματα θα υποχωρήσουν
- να μην πανικοβάλλεται ο ίδιος αλλά να μιλά με σταθερό και καθησυχαστικό τόνο, καθαρά και χρησιμοποιώντας μικρές προτάσεις

Η δημιουργία κλίματος εμπιστοσύνης μπορεί να συμβάλει στην αποκάλυψη από τον ασθενή της χρήσης ουσιών πριν την κρίση πανικού.



Εικόνα 3.17 ΚΕΘΕΑ, Copyright.

### 3.6. Η προσέγγιση του διεγερτικού ασθενή

Η προσέγγιση του διεγερτικού ασθενή περιλαμβάνει:

- Ο ασθενής ενημερώνεται κατά την υποδοχή του για το ποιες είναι οι διαδικασίες που θα ακολουθήσουν βήμα προς βήμα.
- Ο επαγγελματίας υγείας αξιολογεί τον φόβο που νιώθει. Η υποτίμηση ή η άρνηση του φόβου του μπορεί να αποβεί ιδιαίτερα επικίνδυνη, όταν έρχεται σε επαφή με άτομα που μπορεί να συμπεριφερθούν βίαια. Από την άλλη απαιτείται ψυχραιμη αντιμετώπιση, γιατί ο φόβος και η ανασφάλειά του γίνονται αντιληπτές από τον ασθενή και αυξάνουν τους βαθύτερους φόβους του με αποτέλεσμα να χάνει τον έλεγχό του.
- Γίνεται προσπάθεια να ηρεμήσει ο ασθενής διαβεβαιώνοντάς τον ότι δεν θα επιτρέψουμε να πάθει κανείς κακό. Απαιτείται σταθερότητα στη φωνή, στις κινήσεις και στο βλέμμα και ανοιχτή συζήτηση για τους φόβους και τις απειλές του ασθενή. Οι ασθενείς συνήθως φέρονται βίαια σαν άμυνα σε έντονα συναισθήματα ανημπόριας και αδυναμίας.
- Η συμπεριφορά του επαγγελματία υγείας πρέπει να διέπεται από επιείκεια, φιλικότητα, ευγένεια, σταθερότητα. Δεν κατηγορεί και δεν κριτικάρει τον ασθενή, ώστε να τον βοηθήσει να ηρεμήσει.
- Οριοθέτηση του ασθενή συζητώντας ποιες συμπεριφορές είναι αποδεκτές και ποιες όχι στο ΤΕΠ καθώς και ποιες θα είναι οι δυσάρεστες συνέπειες μιας βίαιης, μη αποδεκτής συμπεριφοράς. Σε περίπτωση λεκτικής βίας απευθυνόμαστε στον ασθενή ήρεμα, χωρίς θυμό, κριτική ή τιμωρητικότητα και σε καμία περίπτωση δεν μπαίνουμε σε αντιπαράθεση. Δεν ψιθυρίζουμε με τους συναδέλφους μας και αποφεύγουμε να απευθυνόμαστε στον ασθενή ομαδικά, να τον κοιτάμε επίμονα ή να πλησιάζουμε πολύ κοντά του για να μην απειληθεί ο ασθενής. Σε περίπτωση αποτυχίας της αποκλιμάκωσης της έντασης, ο χημικός και μηχανικός περιορισμός εφαρμόζονται χωρίς τιμωρητικότητα.
- Ρωτά τον ασθενή για τις προσωπικές του ανάγκες και επιθυμίες, και ακούει με προσοχή τις επισημάνσεις του υποστηρίζοντας τον ενεργό ρόλο του ασθενή στη δημιουργία ασφαλούς

περιβάλλοντος. Όταν το προσωπικό ακούει τις ανάγκες των ασθενών ακόμη και αν δεν μπορεί να τις ικανοποιήσει, κερδίζει την εμπιστοσύνη τους. Απαιτείται σεβασμός στα λογικά αιτήματα του ασθενή (π.χ. νερό, φαγητό, τσιγάρο).

### 3.7. Η προσέγγιση του καταθλιπτικού ασθενή

Κατά τη φροντίδα του καταθλιπτικού ασθενή ο επαγγελματίας υγείας:

- ρωτά τον ασθενή για τις ανάγκες του και του εξηγεί ποιες επιλογές έχει
- ενημερώνει τον ασθενή με την πρέπουσα ευγένεια για τις διαδικασίες στο πλαίσιο άμεσης βοήθειας βήμα προς βήμα
- αξιολογεί τον κίνδυνο αυτοκτονίας (ύπαρξη συγκεκριμένου σχεδίου κ.λπ.)
- εκτιμά το υποστηρικτικό δίκτυο σχέσεων του ασθενή. Επίσης μπορεί να επιτρέψει την παρουσία σημαντικών άλλων, αν ο ίδιος ο ασθενής το επιθυμεί



Εικόνα 3.18 ΚΕΘΕΑ, Copyright.

### 3.8. Η προσέγγιση του ασθενή με οριακή διαταραχή

Κατά τη φροντίδα του ασθενή με οριακή διαταραχή ο επαγγελματίας υγείας:

- αποφεύγει τις αντιπαραθέσεις
- προτείνει όσο περισσότερες επιλογές μπορεί
- αποφεύγει τις απειλές, τα τελεσίγραφα, τους υπερβολικούς περιορισμούς και την τιμωρητική συμπεριφορά στην προσπάθεια να οριοθετήσει τον ασθενή
- διαθέτει χρόνο για να μιλήσει με τον ασθενή για τις ανάγκες του

### 3.9. Η προσέγγιση του ασθενή με αγχώδη διαταραχή

Κατά τη φροντίδα του ασθενή με αγχώδη διαταραχή ο επαγγελματίας υγείας:

- αναγνωρίζει και αντιμετωπίζει τα σωματικά συμπτώματα σαν πραγματικά
- καθησυχάζει τον ασθενή
- ρωτά τον ασθενή για τις ανάγκες και τις επιθυμίες του
- χρησιμοποιεί το χιούμορ και την απόσπαση της προσοχής, όταν το άγχος είναι πολύ υψηλό

### 3.10. Αυτοκτονία και χρήση ουσιών στο πλαίσιο άμεσης βοήθειας

Μεγάλος αριθμός των ατόμων που κάνουν χρήση ουσιών προσέρχονται στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών μετά από μια απόπειρα αυτοκαταστροφής ή αυτοτραυματισμού. Εξάλλου η λήψη υπερβολικής δόσης ψυχοδραστικών ουσιών συχνά δεν είναι τυχαία αλλά αποτελεί μια απόπειρα του χρήστη να θέσει τέρμα στην δυσφορία και στην απόγνωση που βιώνει. Από την άλλη, παρατηρούνται αρνητικές στάσεις των επαγγελματιών υγείας στο πλαίσιο άμεσης βοήθειας τόσο όσον αφορά στην αυτοκτονία (Pompili et al., 2005; Anderson, 1997) όσο και στην ίδια την εξάρτηση. Η έλλειψη ικανοποιητικών γνώσεων οδηγεί τους επαγγελματίες υγείας να αποφεύγουν τους συγκεκριμένους ασθενείς. Η προπτυχιακή εκπαίδευση είναι ανεπαρκής και αποτελεί ένα ελάχιστο μέρος στο πρόγραμμα σπουδών.

«Ας μιλήσουμε λοιπόν για τον (χωρίς όνομα), προσπαθώντας και ελπίζοντας να καταλάβετε κάτι σε σχέση με αυτόν. Λοιπόν ο (χωρίς όνομα) ήταν ένας άνθρωπος που πονούσε υπερβολικά, είχε τεράστια ερωτηματικά, σε σχέση με το γιατί και αν άξιζε όλα όσα του είχαν συμβεί και συνέχιζαν να συμβαίνουν στη ζωή του. Αρκετά βράδια γύριζε στο σπίτι του, έμπαινε στο σκοτεινό του δωμάτιο (που παρεμπιπτόντως δεν επέτρεπε ποτέ να μπει το φως του ήλιου) και σκεφτόταν όλα τα δεινά που του είχαν συμβεί. Δεν μπορούσε και δεν ήταν ικανός να αντέξει τον πόνο και ό,τι επικρατούσε στη ζωή του...

Αισθανόταν κενός, άχρηστος, ανάξιος κ.λπ. και η μόνη ευχαρίστηση που έπαιρνε για πολλά χρόνια ήταν μόνο όταν έκανε χρήση ναρκωτικών, αλλά κι αυτό πλέον δεν τον γέμιζε. Ήταν κουρασμένος και είχε βαρεθεί τη ζωή που έκανε και κρίνοντας σκληρά τον ίδιο του τον εαυτό, κάτι το οποίο έκανε πάντα, αποφάσισε ότι ήταν ανίκανος πλέον να αλλάξει και πήρε τη μοιραία απόφαση γι' αυτόν. Είχε περάσει πολλά κι η ελπίδα είχε χαθεί.

Είχε κάνει κι άλλες προσπάθειες να αυτοκτονήσει, είτε με ξυράφι, είτε πίνοντας χάπια με αλκοόλ, είτε χάπια σε συνδυασμό με ηρωίνη. Μα δεν τα είχε καταφέρει ποτέ και αυτό ήταν κάτι που τον τρέλαινε και τον προβλημάτιζε. Πλέον τα πράγματα έτσι όπως τα έβλεπε αυτός είχαν φτάσει στο απροχώρητο και έπρεπε να τελειώνει αυτό το μαρτύριο. Είχε αποφασίσει λοιπόν κι έπραξε αναλόγως.

Ήταν πολύ ευδιάθετος. Ένωθε ότι ερχόταν η αρχή της λύτρωσης. Ήπιε πρώτα χάπια με το αλκοόλ και αφού περίμενε γύρω στα δέκα λεπτά για να τον πιάσουν λίγο, ήπιε και την πρέζα που είχε βράσει και ετοιμάσει από πριν... Δεν κατάλαβε τίποτα, απλώς κοιμήθηκε.

Άνοιξε τα μάτια μετά από τέσσερις ώρες, συνδεδεμένος με ένα μηχάνημα γεμάτος σωληνάκια, ορούς κλπ... έχετε καταλάβει πλέον ότι ο «χωρίς όνομα» βρίσκεται εδώ ανάμεσά σας, αλλά ενώ συνεχίζει να πονάει για κάποια πράγματα είναι πλέον καλά, ελπίζει, κάνει όνειρα. Βλέπει τη ζωή τελείως διαφορετικά και πάνω απ' όλα χαίρεται που είναι ζωντανός».

ΑΡΓΩ, Πρόγραμμα Εναλλακτικής Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων ΨΝΘ (2005) *Γροθιά στο στομάχι-Λογοτεχνία της σκόνης*. Θεσσαλονίκη: Δωδώνη. (Σελ. 27-29)

**Πίνακας 3.7** Η εμπειρία της απόπειρας αυτοκτονίας.

## Μύθοι σχετικά με την αυτοκτονία

Στερεότυπες απόψεις για την αυτοκτονία και για την κοινωνική αξία των ατόμων που επιχειρούν να αυτοκτονήσουν συντελούν στην αρνητική στάση των επαγγελματιών υγείας έναντι του πληθυσμού αυτού. Παραδείγματα προκαταβολικά διαμορφωμένων και άκριτα γενικεύσιμων αντιλήψεων αποτελούν τα ακόλουθα:

- *«Η αυτοκτονία είναι μια εγωιστική πράξη».*

Η στερεότυπη αντίληψη της αυτοκτονίας ως μιας εγωιστικής πράξης, η οποία αποτελεί εύκολη λύση στις αντιξοότητες, είναι ιδιαίτερα συχνή. Ο E. Durkheim, μάλιστα, χρησιμοποίησε τον όρο «εγωιστική αυτοκτονία», διακρίνοντας όμως την αυτοκτονία σε τρεις κατηγορίες:

- την εγωιστική αυτοκτονία στην οποία τα άτομα δεν συνδέονται στενά με κάποια κοινωνική ομάδα
- την αλτρουιστική αυτοκτονία στην οποία υπάρχει στενή και υπερβολική σύνδεση με την κοινωνική ομάδα που ανήκουν
- την ανομική αυτοκτονία στην οποία η σύνδεση με την κοινωνική ομάδα είναι διαταραγμένη.

Πρόσφατα, οι Σουμάνη και συν. (2011) σε μελέτη τους σε ελληνικό πληθυσμό συμπεραίνουν ότι ο ψυχικός πόνος σχετίζεται σημαντικά με τον κίνδυνο αυτοκτονίας, επιβεβαιώνοντας τον ρόλο του ψυχικού πόνου ως προβλεπτικού παράγοντα της αυτοκτονίας. Η αποδοχή του πόνου ως προϋπόθεση σε ψυχολογικό επίπεδο για να επιχειρηθεί η αυτοκτονία καταρρίπτει τη στερεότυπη αντίληψη της αυτοκτονίας ως εύκολης λύσης.

- *«Η συζήτηση των αυτοκτονικών σκέψεων και σχεδίων θα ενισχύσει περισσότερο τις ιδέες του ατόμου που σκέπτεται να αυτοκτονήσει».*

Στην πραγματικότητα τα άτομα ωφελούνται από τη συζήτηση για τα συναισθήματά τους. Η διερεύνηση των συναισθημάτων των ατόμων με σκέψεις αυτοκτονίας αποτελεί μια σημαντική ευκαιρία πρόληψης της ίδιας της αυτοκτονίας.

- *«Από τη στιγμή που κάποιος το αποφασίζει η αυτοκτονία είναι αναπόφευκτη».*

Τα περισσότερα άτομα που αποφασίζουν να αυτοκτονήσουν νιώθουν αμφιθυμικά συναισθήματα σχετικά με την απόφαση αυτή. Έτσι, το μέρος του αυτοκτονικού ατόμου που αμφισβητεί τη λύση της αυτοκτονίας ως διέξοδο στα προβλήματά του μπορεί να οδηγήσει τους συγκεκριμένους ασθενείς να διαλέξουν τη ζωή αντί για τον θάνατο.

- *«Όταν η ψυχολογική κατάσταση βελτιωθεί, απομακρύνεται ο κίνδυνος της αυτοκτονίας»*

Τα πιο υψηλά ποσοστά αυτοκτονιών παρουσιάζονται μέσα στο πρώτο τρίμηνο μετά από ανεπιτυχή απόπειρα και αφού έχει υπάρξει μια σοβαρή βελτίωση της ψυχολογικής κατάστασης. Η ενέργεια που αποκτάται με τη βελτίωση, βοηθά σημαντικά στην αποφασιστικότητα του ατόμου να επιχειρήσει επόμενη απόπειρα αυτοκαταστροφής.

## Το στίγμα της αυτοκτονίας

Η αυτοκτονία θεωρείται προσβολή στον Θεό στις μονοθεϊστικές θρησκείες (Χριστιανισμός, Ιουδαϊσμός, Ισλαμισμός). Επίσης, σε πολλές χώρες η αυτοκτονία αποτελούσε ποινικό αδίκημα μέχρι τις τελευταίες δεκαετίες του 20ού αιώνα, ενώ στις Ισλαμικές χώρες εξακολουθεί να συνιστά ποινικό αδίκημα μέχρι και σήμερα. Στην Ορθοδοξία, η πράξη της αυτοκτονίας καταδικάζεται ως παράπτωμα ενάντια στη ζωή και στη βούληση του Θεού (η ζωή αποτελεί δώρο του Θεού), παρότι η αντιμετώπιση των ίδιων των ατόμων και των οικογένειών τους θα πρέπει να είναι φιλόνητη και παρηγορητική. Το στίγμα όμως εκφράζεται με την επιθετική και απορριπτική στάση απέναντι στο άτομο που επιχειρεί να αυτοκτονήσει και τους επιζώντες

σημαντικούς άλλους. Επίσης η κοινωνική διάκριση στους αυτόχειρες και στα μέλη της οικογένειάς τους μπορεί να εκφράζεται μέσα από τη διατήρηση κοινωνικής απόστασης και αδιαφορίας (Witte et al., 2010).

- Ο Αριστοτέλης θεωρεί την αυτοκτονία ως πράξη απερισκεψίας και δειλίας.
- Ο Πλάτωνας χαρακτηρίζει την αυτοκτονία ως αδίκημα προς εαυτόν και την πολιτεία και προτείνει οι αυτόχειρες να θάβονται μακριά από τους υπόλοιπους.
- Στην Αθήνα και στη Θήβα οι αυτόχειρες θάβονταν χωρίς νεκρικές τιμές και ο τάφος τους ήταν ανώνυμος.
- Στη Μίλητο, σε περίοδο έξαρσης των αυτοκτονιών, η πολιτεία όριζε ότι τα νεκρά σώματα των αυτοχείρων θα διαπομπεύονταν γυμνά στην αγορά και στους δρόμους της πόλης.

Ζαχαράκης, Κ., Μαδιανός, Μ. (2005) Η αυτοκτονία στον ελληνικό χώρο: Μια σύντομη ιστορική αναδρομή. *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 90, 109-110.

**Πίνακας 3.8** Το στίγμα της αυτοκτονίας στην αρχαία Ελλάδα.

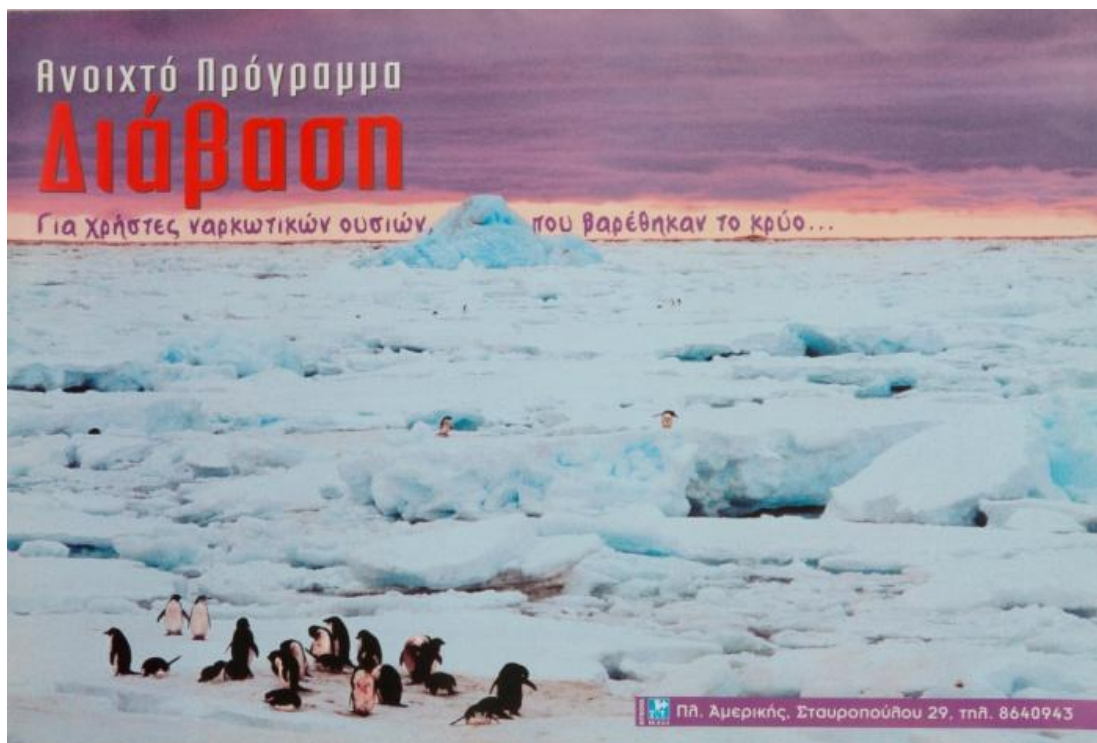
### Παράγοντες που σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο απόπειρας αυτοκαταστροφής

Η ισχυρή πρόθεση ενός ατόμου καθώς και η ύπαρξη συγκεκριμένου σχεδίου αυτοκτονίας καθιστούν τον κίνδυνο αυτοκτονίας υψηλό. Η χρήση ουσιών σε συνδυασμό με τους κάποιους από τους ακόλουθους παράγοντες αυξάνουν τον κίνδυνο αυτοκτονίας:

- φύλο (άνδρας)
- ηλικία >45 ετών
- οικογενειακή κατάσταση (χηρεία, διαζύγιο, αγαμία)
- ανεργία
- ψυχοπαιστικά γεγονότα (πένθος, χωρισμός, ανεργία)
- έλλειψη υποστηρικτικών σχέσεων
- πρόωμη γονεϊκή στέρηση
- ιστορικό σωματικής ή σεξουαλικής κακοποίησης
- ψυχιατρικό ιστορικό
- απελπισία, κατάθλιψη ή ανηδονία
- ανακοίνωση αυτοκτονικής πρόθεσης
- χρόνια σωματική ασθένεια
- ιστορικό αυτοκτονίας του ίδιου ή άλλου μέλους της οικογένειάς του
- πολιτισμικές ή θρησκευτικές συγκρούσεις
- αδυναμία να ζητήσει βοήθεια λόγω ανεπαρκούς γνώσης της γλώσσας
- άρνηση βοήθειας ή απροθυμία να ζητήσει βοήθεια

Η πιθανότητα να περάσουν στην πράξη οι αυτοκτονικές σκέψεις μειώνεται από τους ακόλουθους παράγοντες:

- ισχυροί κοινωνικοί δεσμοί
- οικογενειακή συνοχή
- ένταξη σε κοινωνική ομάδα
- δεξιότητες επίλυσης προβλημάτων
- θετικές αξίες και στάσεις
- ικανότητα αιτήματος βοήθειας και πρόσβαση σε κατάλληλες υπηρεσίες



Εικόνα 3.19 ΚΕΘΕΑ, Copyright.

### Κίνητρα αυτοκτονίας

Οι άνθρωποι διαπράττουν αυτοκτονία, όταν δεν βρίσκουν διέξοδο για ανεκτή ζωή. Η αυτοκτονία αποτελεί για τους ίδιους τη μόνη δυνατή έκβαση του δράματός τους. Τα κίνητρά τους συνήθως είναι τα ακόλουθα:

- απαλλαγή από σωματικό πόνο
- απαλλαγή από ψυχικό πόνο/αφόρητη αγωνία, έντονα αισθήματα αναξιοτήτας, απαλλαγή από πράξεις, γεγονότα και καταστάσεις
- αναζήτηση βοήθειας-προσέγγιση σημαντικών άλλων-επανάσυνδεση με έναν απολεσθέντα αγαπημένο
- πρόκληση αισθημάτων ενοχής σε σημαντικούς άλλους-εκδίκηση σημαντικών άλλων (πιο συχνά μητέρα, πατέρα, συζύγου, ερωτικού συντρόφου)

Τα συναισθήματα που συνδέονται με την αυτοκτονία και την καθιστούν νόσο της ελπίδας είναι τα εξής:

- απελπισία
- απογοήτευση
- απόγνωση
- αποστέρηση
- φόβος του πόνου
- απώλειες που συνδέονται με τα γηρατειά
- αισθήματα ενοχής

*«Δεν υπάρχει για μένα επιστροφή ούτε πορεία προς τα μπρος, είμαι σε απόγνωση, νιώθω τόσο δυστυχημένος, η αυτοκτονία είναι η μόνη λύση».*

*«Δεν αντέχω να ζω, δεν θα καταφέρω ποτέ να είμαι ευτυχημένος».*

*«Οι ώρες και οι μέρες είναι ατέλειωτες, δεν αντέχω πια αυτήν την κατάσταση. Δεν έχει νόημα να ζω, δεν ελπίζω τίποτα».*

*«Είμαι βάρος για την οικογένειά μου, όλοι θα είναι καλύτερα χωρίς εμένα».*

*«Δεν μπορώ να σταματήσω να σκέφτομαι να δώσω τέλος στη ζωή μου. Δεν μπορώ να σηκωθώ από το κρεβάτι. Δεν έχω φάει τίποτα. Φοβάμαι ότι έχω πάθει νευρικό κλονισμό. Νιώθω μουνδιασμένος και κρυνώνω. Νιώθω πανικό και ξεσπάω σε κλάματα».*

*«Θέλω να πω στους γονείς μου ότι σκέφτομαι να δώσω τέλος στη ζωή μου, αλλά φοβάμαι. Δεν μπορώ να βρω τις λέξεις για να τους το πω».*

### Πίνακας 3.9 Αυτοκτονία: Η νόσος της ελπίδας.



Εικόνα 3.20 ΚΕΘΕΑ, Copyright.

Οι σκέψεις που συνδέονται με την αυτοκτονία χαρακτηρίζονται από αδυναμία ανάκλησης ευχάριστων γεγονότων του παρελθόντος αλλά και αδυναμία φαντασίωσης ενός μέλλοντος χωρίς προβλήματα. Η σκέψη των αυτοκτονικών ασθενών είναι συχνά δύσκαμπτη, διχοτομική (άσπρο-μαύρο), επικεντρώνεται σε αρνητικές πτυχές αγνοώντας σημαντικά στοιχεία. Όταν κάποιος δεν μπορεί να ανταποκριθεί σε δύσκαμπτες προσδοκίες για το τι θα έπρεπε να είναι ο εαυτός του, μπορεί να φτάσει στην απελπισία και στην πρόθεση αυτοκτονίας ως τη μόνη διέξοδο στο βασανιστικό δράμα του.

### Προειδοποιητικά σημεία αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς

Οι ασθενείς με αυτοκτονικό ιδεασμό μπορεί να μην αναφέρουν αυθόρμητα την επιθυμία ή την πρόθεση να δώσουν τέλος στη ζωή τους. Στην πλειοψηφία τους όμως δηλώνουν με διάφορους τρόπους στο οικογενειακό και κοινωνικό τους περιβάλλον την επιθυμία ή τη σκέψη του θανάτου. Κάποια από τα προειδοποιητικά σημεία της αυτοκτονίας είναι τα ακόλουθα:

- απειλή αυτοτραυματισμού ή απόπειρας αυτοκτονίας
- σχόλια ή γραπτά σημειώματα που αφορούν τον θάνατο ή την αυτοκτονία
- αισθήματα απελπισίας/αδιεξόδου
- θυμός, οργή, εκδικητικότητα
- παράτολμες συμπεριφορές
- αυξημένη χρήση ψυχοδραστικών ουσιών
- έντονο άγχος, αγωνία, παρατεταμένη αϋπνία
- δραματικές αλλαγές στη συναισθηματική διάθεση
- έλλειψη κινήτρου, επιθυμίας ή σκοπού στη ζωή



Εικόνα 3.21 ΚΕΘΕΑ, Copyright.

## Απομάκρυνση αντικειμένων τα οποία μπορεί να χρησιμοποιηθούν σε πιθανή απόπειρα αυτοκαταστροφής

- φάρμακα
- αιχμηρά αντικείμενα (μαχαίρια, αντικείμενα από μέταλλο ή γυαλί που μπορεί να γίνουν αιχμηρά εύκολα)
- σπάγκος, σκοινί, καλώδια, πλαστικές κουρτίνες μπάνιου, γάντια μιας χρήσης
- ζώνες
- γραβάτες
- εύφλεκτα υλικά

Αντίθετα μπορεί να χρησιμοποιηθούν:

- πλαστικά μαχαιροπήρουνα
- πιάτα μιας χρήσης
- υλικά από Plexiglas σε κορνίζες, παράθυρα και επίπλωση χώρου

Αυτοκτονικός ασθενής προσέρχεται στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών. Το πορτοφόλι του ασθενή δεν απομακρύνεται. Τέσσερις ώρες αργότερα ο ασθενής μεταφέρεται σε Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας. Μέλος της οικογένειας του ασθενή βρίσκει το πορτοφόλι το οποίο περιέχει αρκετές ταμπλέτες φαρμάκων.

### Πίνακας 3.10 Έλεγχος για πιθανή απόπειρα αυτοκαταστροφής.

Σε περίπτωση επιτυχούς απόπειρας αυτοκτονίας η ατμόσφαιρα στο τμήμα επειγόντων περιστατικών διαταράσσεται από τις ενοχές του προσωπικού, από τον καταμερισμό ευθυνών, την απογοήτευση και τη ματαίωση των προσδοκιών του, τις αντιδράσεις των άλλων ασθενών, τις ενοχές, τον πόνο και τον θυμό των συγγενών του ατόμου.



Εικόνα 3.22 KEΘΕΑ, Copyright.

## Διερεύνηση κινδύνου αυτοκαταστροφικής απόπειρας

Η αυτοκτονία κάποιες φορές έχει παρορμητικό χαρακτήρα, χωρίς προηγούμενο αυτοκτονικό ιδεασμό. Τις πιο πολλές φορές όμως προηγείται αυτοκτονικός ιδεασμός για μικρό ή μεγάλο χρονικό διάστημα. Η υποψία αυτοκτονικού ιδεασμού απαιτεί άμεση διερεύνηση (Mental Health First Aid Australia, 2014; Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2006; NSW Department of Health, 2004). Είναι μύθος ότι οι ερωτήσεις σχετικά με την πρόθεση αυτοκτονίας μπορεί να προκαλέσουν ή να εντείνουν τις σκέψεις για αυτοκτονία. Αντίθετα, η διερεύνηση του αυτοκτονικού ιδεασμού μπορεί να αποβεί σωτήρια, εκτός από το ότι δίνει τη δυνατότητα στο άτομο να μιλήσει για τα προβλήματά του και να διαπιστώσει ότι κάποιος ενδιαφέρεται γι' αυτόν/ήν. Επιπλέον, συνήθως προκαλεί ανακούφιση στο άτομο που σκέπτεται να αυτοκτονήσει. Γι' αυτό τον λόγο ο επαγγελματίας υγείας:

- Δεν αγνοεί οποιαδήποτε σκέψη για αυτοκτονία θεωρώντας την ως απόπειρα πρόκλησης ενδιαφέροντος ή χειριστική συμπεριφορά. Πράγματι σε εκτενή διερεύνηση του κινδύνου αυτοκτονίας, οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας διαφοροποιούν τα άτομα που έκαναν σοβαρές απόπειρες αυτοκτονίας από αυτά που έκαναν απλώς χειρισμούς για να ελέγξουν τη συμπεριφορά σημαντικών άλλων. Η διαφοροποίηση αυτή όμως δεν γίνεται ποτέ στο πλαίσιο της άμεσης βοήθειας.
- Διερευνά αν πρόκειται για φευγαλέες σκέψεις ή για σκέψεις που διακρίνονται για τη διάρκεια και την έντασή τους (συχνότητα, διάρκεια, ένταση).
- Διερευνά αν το άτομο έχει κάποιο συγκεκριμένο σχέδιο αυτοκτονίας. Ρωτήστε το άτομο:
  - ✓ πώς σκέφτεται να αυτοκτονήσει
  - ✓ αν έχει σκεφτεί ποτέ θα αυτοκτονήσει
  - ✓ αν έχει αποφασίσει πού θα αυτοκτονήσει
  - ✓ αν έχει κάνει το ίδιο ή κάποιο μέλος της οικογένειάς του κάποια απόπειρα στο παρελθόν.
- Εξετάζει το ενδεχόμενο κατάχρησης ψυχοτρόπων ουσιών.
- Αν το άτομο ισχυρίζεται ότι ακούει φωνές, ρωτά τι του λένε οι φωνές για να διερευνήσει την πιθανότητα σύνδεσής τους με τον αυτοκτονικό ιδεασμό.

Σε γενικές γραμμές, ο ασθενής πρέπει να εκφράσει τα συναισθήματα και τους φόβους του και ναιώσει ότι ο επαγγελματίας υγείας είναι πρόθυμος και διαθέσιμος να ακούσει τα προβλήματά του. Σε αυτή την προσπάθεια προσέγγισης η αυτοκτονία θεωρείται:

- ως προσπάθεια επικοινωνίας
- ως αίτημα για βοήθεια
- ως αποτέλεσμα πόνου και αγωνίας

Σε περίπτωση που ο επαγγελματίας υγείας δυσκολεύεται να κάνει ερωτήσεις για να διερευνήσει την πιθανότητα αυτοκτονίας, θα πρέπει να παραπέμψει άμεσα το άτομο σε κάποιον άλλον επαγγελματία. Η έγκαιρη διερεύνηση αποτελεί τον μοναδικό τρόπο πρόληψης της αυτοκτονίας. Το πιο σημαντικό για τον επαγγελματία είναι όχι να προσέχει αν κάνει τις σωστές ερωτήσεις ή σχόλια, αλλά να δείχνει ένα γνήσιο ενδιαφέρον για τον ασθενή, το οποίο εκφράζεται με τους ακόλουθους τρόπους (Mental Health First Aid Australia, 2014; Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2006; NSW Department of Health, 2004):

- Να είναι υποστηρικτικός και να ακούει με προσοχή.
- Να είναι ήρεμος, όταν ακούει τον ασθενή (να μην έχει έντονες συναισθηματικές αντιδράσεις ακούγοντας τις σκέψεις του ασθενή).
- Να μην κάνει κριτική, αλλά να αποδέχεται όσα λέει ο ασθενής χωρίς να συμφωνεί ή να διαφωνεί.
- Να δείχνει στον ασθενή το ενδιαφέρον του συνοψίζοντας όσα λέει ο ασθενής.

- Να διευκρινίζει σημαντικά σημεία για να διαπιστώνει αν ο ασθενής συμφωνεί με όσα κατάλαβε ο ίδιος.
- Να ρωτά τον ασθενή τι σκέφτεται και πώς νιώθει, χρησιμοποιώντας ανοικτές και όχι κλειστές ερωτήσεις.
- Να τον διαβεβαιώνει πως νοιάζεται γι' αυτόν.
- Να του επιτρέπει να ολοκληρώνει τις σκέψεις του και να εκφράζει τα συναισθήματά του.
- Να επιτρέπει στον ασθενή να μιλά για τις σκέψεις αυτοκτονίας και για τους λόγους που θέλει να αυτοκτονήσει κατανοώντας τη σημασία τους για τον ασθενή.
- Να δίνει την αίσθηση στον ασθενή ότι είναι φυσιολογικό να μοιράζεται συναισθήματα τα οποία μπορεί να είναι οδυνηρά.
- Να ευχαριστήσει τον ασθενή για όσα μοιράστηκε μαζί του.

- Μην έρχεστε σε διένεξη με τον ασθενή σχετικά με τις σκέψεις αυτοκτονίας.
- Μην συζητάτε αν η απόπειρα αυτοκτονίας αποτελεί σωστή ή λάθος επιλογή.
- Μην χρησιμοποιείται απειλές και/ή μην προκαλείται ενοχές με στόχο την πρόληψη της αυτοκτονίας (μην τους λέτε ότι θα καταστρέψουν τις ζωές άλλων ανθρώπων ή ότι θα πάνε στην κόλαση).
- Μην υποτιμάτε τα προβλήματα του αυτοκτονικού ασθενή.
- Μην καθησυχάζετε τον ασθενή με φράσεις, όπως «μην στεναχωριέσαι», «όλα θα πάνε καλά» κ.λπ.
- Μην ενθαρρύνετε τον ασθενή εστιάζοντας στη θετική πλευρά, π.χ. «γιατί να αυτοκτονήσεις, υπάρχουν τόσα πολλά πράγματα να ζήσεις ακόμη», «γιατί να νιώθεις τόσο άσχημα, έχεις τόσα πολλά καλά», γιατί οι ασθενείς νιώθουν παρεξηγημένοι, περισσότερο μόνοι και επομένως πιο αυτοκτονικοί. Ουσιαστικά τα ενθαρρυντικά σχόλια βιώνονται ως αποτυχία να τους καταλάβετε (αποτυχία ενσυναίσθησης).
- Μην διακόπτετε τον ασθενή λέγοντας δικές σας ιστορίες.
- Μην δείχνετε αδιαφορία με τη στάση του σώματός σας.
- Μην συνδέετε τις σκέψεις αυτοκτονίας με κάποια ψυχική διαταραχή, π.χ. κατάθλιψη.

**Πίνακας 3.11** Αυτοκτονία: Πρακτικές συμβουλές που αφορούν συμπεριφορές προς αποφυγή.

### **Τα συναισθήματα του επαγγελματία υγείας**

Η απόπειρα αυτοκτονίας και οι αυτοτραυματισμοί προκαλούν έντονες συναισθηματικές αντιδράσεις στους επαγγελματίες υγείας. Όταν κάποιος αναφέρει σκέψεις αυτοκτονίας, ο ακροατής συχνά νιώθει πανικό και τρόμο. Ο τρόμος μπορεί να προκαλέσει θυμό και επιθετική/απορριπτική στάση ή αδιαφορία. Επίσης, ο επαγγελματίας υγείας μπορεί να νιώθει αδυναμία ή ανικανότητα να βοηθήσει και άγχος, με αποτέλεσμα να κοιτά συνεχώς το ρολόι του και να είναι ανυπόμονος, μεταδίδοντας με αυτόν τον τρόπο συναισθήματα απόρριψης στον ασθενή. Επιπλέον, ο αυτοκτονικός ασθενής μπορεί να νιώθει θυμό ή προδοσία εξαιτίας της προσπάθειας του επαγγελματία υγείας να εμποδίσει την αυτοκτονία («ο άλλος δεν καταλαβαίνει την ανάγκη του»). Ως αποτέλεσμα μπορεί να γίνει επιθετικός ή απορριπτικός. Σε αυτήν την περίπτωση, ο επαγγελματίας καλείται να μην πάρει προσωπικά οποιαδήποτε απορριπτικά σχόλια και βέβαια να προσπαθήσει να ελέγξει την επιθετικότητα που μπορεί να νιώθει κατά την επαφή του με τον ασθενή. Επίσης, είναι σημαντικό να θυμάται ότι ο αυτοκτονικός ασθενής, μέσα στο βασανιστικό δράμα του, νιώθει θυμό και μίσος κάποτε για τον εαυτό του και κάποτε για τους άλλους. Όταν αυτά τα συναισθήματα προβάλλονται στον επαγγελματία υγείας, είναι σημαντικό να θυμάται ότι στην πραγματικότητα τα συναισθήματα αυτά αφορούν τους «σημαντικούς άλλους» του ασθενή. Στη διαδικασία αυτή ο επαγγελματίας μπορεί να νιώσει επιθετικότητα, ακόμη και αποστροφή προς τον αυτοκτονικό ασθενή κατά τον ίδιο τρόπο με τον οποίο στη φαντασίωση του ασθενή τον αποστρεφόταν η μητέρα του.

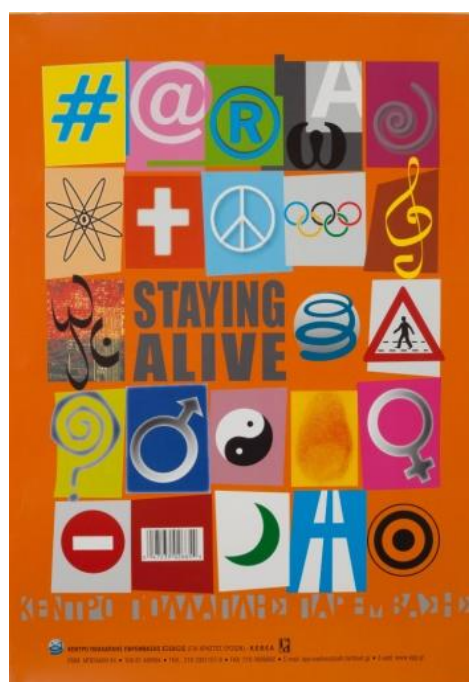
Όσον αφορά στην περατωμένη αυτοκτονία, αυτή έρχεται σε σύγκρουση με τις φαντασιώσεις παντοδυναμίας και τον ρόλο του σωτήρα που συχνά παίρνουν ασυνείδητα οι επαγγελματίες υγείας και οι διασώστες. Η φυσική τάση του επαγγελματία υγείας είναι να κάνει το παν για να εμποδίσει την αυτοκτονία. Έτσι, όταν αυτή συμβαίνει μας θυμίζει τα εγγενή στη φύση μας όρια. Επιπλέον, ο επαγγελματίας μπορεί να κατακλυστεί από ενοχές, γιατί δεν εντόπισε κάποια προειδοποιητικά σήματα της επικείμενης απόπειρας. Στην πραγματικότητα όμως παρότι μπορούμε να πάρουμε όλα τα λογικά μέτρα που θα εμποδίσουν τον ασθενή να αφαιρέσει τη ζωή του, ο πραγματικά αποφασισμένος αυτοκτονικός ασθενής συχνά πραγματοποιεί την αυτοκτονία παρά την προσεκτική επιτήρηση («δεν μπορούμε να διαβάσουμε τη σκέψη του»). Σε κάθε περίπτωση, τόσο η επιτυχής όσο και η αποτυχημένη προσπάθεια πρόληψης της αυτοκτονίας, αποτελούν μια εξουθενωτική εμπειρία για τον επαγγελματία υγείας, ο οποίος -ιδιαίτερα στα πρώτα χρόνια της επαγγελματικής του πορείας- χρειάζεται υποστήριξη και εποπτεία.

**«Θέλω να αυτοκτονήσω αλλά σας παρακαλώ να μην το πείτε σε κανέναν άλλον. Μόνο εσάς εμπιστεύομαι».**

Ο επαγγελματίας υγείας δεν πρέπει σε καμία περίπτωση να συμφωνήσει σε μια τέτοια παραίνεση. Αντίθετα καλείται:

- να διαβεβαιώσει τον ασθενή ότι ενδιαφέρεται γι' αυτόν τόσο, ώστε να μην μπορεί να κρατήσει ένα τέτοιο μυστικό
- να του εξηγήσει ότι χρειάζεται βοήθεια, λαμβάνοντας υπόψη τη γνώμη του ασθενή στη διαμόρφωση του σχεδίου ασφαλείας
- να ρωτήσει τον ασθενή ποιος άλλος γνωρίζει τα σχέδιά του
- να είναι ειλικρινής σχετικά με τα άτομα που πρέπει να ενημερωθούν για την ασφάλεια του ασθενή
- να θυμάται ότι είναι προτιμότερο να θυμώσει ο ασθενής για τη γνωστοποίηση των σκέψεων αυτοκτονίας από το να υπάρχει ο κίνδυνος περάτωσης της σκέψης αυτοκτονίας
- να μην αναλαμβάνει την ευθύνη του ασθενή παίρνοντας υποσυνείδητα τον ρόλο του σωτήρα

**Πίνακας 3.12** Γνωστοποίηση σκέψεων αυτοκτονίας.



**Εικόνα 3.23** KEΘΕΑ, Copyright.

## Η συνεργατική δημιουργία ενός σχεδίου ασφαλείας

Η συμφωνία ότι ο ασθενής θα ελέγξει την παρόρμησή του να θέσει σε τέρμα τη ζωή του και θα ζητήσει βοήθεια είναι ιδιαίτερα σημαντική τόσο στο πλαίσιο άμεσης βοήθειας όσο και αργότερα. Ένα σχέδιο ασφάλειας αποτελεί μια συμφωνία ανάμεσα στον ασθενή και στον επαγγελματία υγείας και έχει τα εξής χαρακτηριστικά:

- Εστιάζει στο τι θα πρέπει να κάνει ο ασθενής και όχι στο τι δεν πρέπει να κάνει.
- Είναι απλό και σαφές.
- Αφορά μικρό χρονικό διάστημα ώστε να μπορεί να εκπληρώσει τη συμφωνία ο ασθενής και να έχει την αίσθηση της επίτευξης.

## Η προσέγγιση της οικογένειας

Πολύ συχνά οι απόπειρες αυτοκτονίας γίνονται στον χώρο διαμονής του ατόμου και έτσι το άτομο που διαπιστώνει την απόπειρα είναι κάποιο μέλος της οικογένειάς του. Το γεγονός αυτό αποτελεί ένα τραυματικό σοκ, το οποίο συνδέεται με έντονη ψυχική οδύνη και αναβιώσεις (flashbacks). Η κατανόηση των επαγγελματιών υγείας θα καταστήσουν την εμπειρία αυτή λιγότερο τρομακτική και αποδιοργανωτική και θα συμβάλουν στην απαραίτητη παραπομπή των μελών της οικογένειας σε κάποιο Κέντρο Ψυχικής Υγείας με στόχο την υποστήριξη αλλά και την εκπαίδευσή τους σε θέματα ψυχικής υγείας και πρόληψης της αυτοκτονίας.

### Η αυτοκτονία ενός διασώστη: Σκέψεις μιας μητέρας

*«Τον φωνάζαμε Jackie. Έβαλε τέλος στη ζωή του στις 25 Ιουνίου του 2011... Θεωρούσα τη δύναμη του γιου μου δεδομένη. Ήταν ένας άξιος διασώστης, ήταν ο δυνατός μου γιος. Ήξερα ότι περνούσε μια δύσκολη περίοδο... Χρειαζόταν βοήθεια αλλά δεν ήξερα πόσο πολύ υπέφερε μέχρι που έχασε το χαμόγελό του. Τώρα όλοι χάσαμε το χαμόγελό του, το γέλιο του, τον τρόπο που είχε να τους διασκεδάζει όλους σε ένα δωμάτιο και να τους κάνει να τον αγαπούν... έφερνε τόσο γέλιο και αγάπη στους άλλους. Γιατί δεν τον έσωσα; Γιατί δεν πάλεψα για τη ζωή του; Ζω με αυτόν τον εφιάλτη κάθε μέρα. Έτσι νιώθω κάθε μέρα».*

National Volunteer Fire Council (2012) Suicide in the Fire and Emergency Services. US: Federal Emergency Management Agency (Chapt.4, p.18). [http://www.ncafc.com/files/ff\\_suicide\\_report.pdf](http://www.ncafc.com/files/ff_suicide_report.pdf)

### Πίνακας 3.13 Αυτοκτονία και οικογένεια.

Σε περίπτωση περατωμένης αυτοκτονίας το πένθος είναι ιδιαίτερα περίπλοκο. Οι επιζώντες δεν μπορούν να μοιραστούν την τρομακτική ιστορία με αποτέλεσμα να κρύβουν την αλήθεια με μεγάλο κόστος για την ψυχική τους υγεία. Η απόπειρα αυτοκτονίας αφήνει πολλά αναπάντητα ερωτήματα. Εκτός από το τραγικό «γιατί», οι σημαντικοί άλλοι νιώθουν έντονο θυμό, πόνο και ενοχές, ενώ αναρωτιούνται επίμονα τι δεν έκαναν σωστά. Επιπλέον, τα περισσότερα άτομα που κάνουν απόπειρα αυτοκτονίας έχουν κάνει κάποιες προσπάθειες να ζητήσουν βοήθεια, αλλά οι προσπάθειες αυτές περνούσαν απαρατήρητες στο παρελθόν. Η αναδρομική συνειδητοποίηση αυτών των προσπαθειών μεγεθύνει το ψυχικό βάρος των ενοχών των σημαντικών άλλων.

Επιπρόσθετα, το στίγμα της απόπειρας, υποκειμενικό ή αντικειμενικό, επιβαρύνει σημαντικά την προσπάθεια επεξεργασίας του τραυματικού γεγονότος από τους σημαντικούς άλλους. Κάποιες στερεότυπες αντιλήψεις για την αυτοκτονία είναι οι ακόλουθες:

- για την αυτοκτονία φταίνε οι γονείς.
- η οικογένεια του ατόμου που αυτοκτονεί θα έπρεπε να ντρέπεται.

Σε αρκετές περιπτώσεις η παραπομπή των μελών της οικογένειας σε επαγγελματίες ψυχικής υγείας είναι απαραίτητη. Επίσης, η ενημέρωση των επιζώντων στο ΤΕΠ σχετικά με τους φορείς από τους οποίους μπορούν να πάρουν βοήθεια αποτελεί μια σημαντική ευκαιρία πρόληψης προβλημάτων ψυχικής υγείας ακόμη κι αν οι σχετικές πληροφορίες χρησιμοποιηθούν πολύ αργότερα.

### Ζώντας με το στίγμα της απόπειρας...

«Η οικογένεια δεν θέλει να μιλήσει γι' αυτό. Νομίζουν ότι είναι ντροπή. Όταν η κόρη μου μπήκε στο νοσοκομείο, τηλεφώνησα στον παππού και στη γιαγιά της, αλλά ήταν τόσο το στίγμα της απόπειρας που έκανε... Δεν ήθελαν να ακούσουν τίποτα γι' αυτό ή να μιλήσουν καθόλου γι' αυτό το θέμα, έτσι ένιωσα εντελώς αποκομμένη από αυτά τα άτομα. Δεν ήθελαν ούτε καν να προσπαθήσουν να καταλάβουν».

Daly, P. (2005) Mothers Living with Suicidal Adolescents: A phenomenological study of their experiences. *Journal of Psychosocial Nursing*, 43(3): 22-28.

**Πίνακας 3.14** Το στίγμα της απόπειρας.



**Εικόνα 3.24** ΚΕΘΕΑ, Copyright.

### 3.11. Προσέγγιση ασθενή μετά από αυτοτραυματισμό

Οι αυτοτραυματισμοί αποτελούν συχνό φαινόμενο, ιδιαίτερα σε εφήβους και σε νεαρούς ενήλικες χρήστες ψυχοδραστικών ουσιών, όμως δεν αποτελούν συνήθως απόπειρα αυτοκτονίας και έχουν στόχο την ανακούφιση από έντονη συναισθηματική δυσφορία. Οι πιο συνήθεις τρόποι αυτοτραυματισμού είναι οι εξής:

- σκίσιμο του δέρματος με διάφορα αιχμηρά αντικείμενα (γνωστό και ως χαράκωμα)
- ξύσιμο συγκεκριμένου σημείου του σώματος με αυξημένη ένταση, διάρκεια και συχνότητα
- χτυπήματα σε διάφορα σημεία του σώματος (ακόμη και σπάσιμο των οστών με βαριά αντικείμενα ή εργαλεία
- εγκαύματα (π.χ. με τσιγάρο)
- τριχοτιλλομανία με αποτέλεσμα την εμφανή αραίωση τριχών
- κατάποση αντικειμένων (νομίσματα, ξυραφάκια κ.λπ.)

#### Πρακτικές συμβουλές σε περιπτώσεις αυτοτραυματισμού

Ο επαγγελματίας υγείας σε περιπτώσεις αυτοτραυματισμού καλείται:

- να μην αγνοήσει ύποπτους τραυματισμούς τους οποίους παρατηρεί
- να ενημερώσει το άτομο για την παρατήρηση των πληγών της απόπειρας αυτοτραυματισμού
- να παραμείνει ψύχραιμος ελέγχοντας –κατά το δυνατόν– τον πανικό ή τον θυμό του ή οποιαδήποτε έντονη αρνητική αντίδραση
- να αντιμετωπίσει τον/την ασθενή με ηρεμία. Η ήρεμη αντιμετώπιση μεταδίδει αισθήματα ασφάλειας και το βοηθά στη δημιουργία σχέσης εμπιστοσύνης
- να μην υποτιμά τα συναισθήματα ή τις καταστάσεις που οδήγησαν το άτομο στον αυτοτραυματισμό
- να αποφύγει την επικέντρωση της συζήτησης στο σταμάτημα του αυτοτραυματισμού, κατανοώντας ότι η συγκεκριμένη συμπεριφορά αποτελεί μηχανισμό άμυνας του ατόμου απέναντι στα προβλήματα που αντιμετωπίζει
- να αποφύγει την κριτική
- να αποφύγει τις συμβουλές οι οποίες πολύ συχνά αποτελούν φραγμό στην επικοινωνία
- να εκφράσει το γνήσιο ενδιαφέρον του για το πρόσωπο του ασθενή
- να ρωτήσει τον/την ασθενή αν μπορεί να κάνει κάτι το οποίο μπορεί να τον/την βοηθήσει ή να τον/την ανακουφίσει
- να ενθαρρύνει τον/την ασθενή να ζητήσει βοήθεια από κάποιον που εμπιστεύεται

### 3.12. Η αντιμετώπιση του πόνου σε άτομα που αντιμετωπίζουν προβλήματα εξάρτησης

Ο χρόνιος πόνος αποτελεί ένα σημαντικό πρόβλημα για τα άτομα που αντιμετωπίζουν προβλήματα εξάρτησης (υψηλό ποσοστό προβλημάτων υγείας, τραυματισμών, συμπλοκών, σωματικής και σεξουαλικής κακοποίησης, παραμέληση αυτοφροντίδας). Για αρκετά άτομα ο πόνος οδηγεί στην εξάρτηση ή μπορεί να προκαλέσει υποτροπή (SAMHSA, 2012; St. Marie, 2014). Επιπλέον, η χρήση οπιοειδών ουσιών καλύπτει τον πόνο ανοιχτών τραυμάτων, ο οποίος κορυφώνεται κατά τη στέρηση της ουσίας. Έτσι η απώλεια ελέγχου του πόνου επιδεινώνει την εμπειρία του στερητικού συνδρόμου, ενισχύοντας το πρόβλημα της εξάρτησης. Αυτός ο φαύλος κύκλος χρόνιου πόνου και κατάχρησης ουσιών καθιστά τη διαχείριση του πόνου, σε άτομα που αντιμετωπίζουν προβλήματα κατάχρησης ουσιών, πρόκληση για τους επαγγελματίες υγείας στο πλαίσιο της άμεσης βοήθειας.

Όσον αφορά στα συνταγογραφούμενα οπιοειδή, βενζοδιαζεπίνες, ή άλλα αναλγητικά φάρμακα, αυτά μπορούν να ανακουφίσουν σημαντικά τον χρόνιο πόνο ή δυσφορία (π.χ. κατάθλιψη, άγχος). Δυστυχώς όμως, η αναλγητική και αγχολυτική αποτελεσματικότητά τους μπορεί να μειωθεί κατά τη διάρκεια των εβδομάδων, ή μηνών, καθώς αναπτύσσεται ανοχή. Αυτή η απώλεια της αποτελεσματικότητας συχνά προκαλεί την

κλιμάκωση της δόσης για να ανακτηθεί η αποτελεσματικότητά τους. Στη συνέχεια, η κλιμάκωση αυτή ανταμείβεται, καθώς η αυξημένη δόση είναι αρχικά πιο αποτελεσματική από την χαμηλότερη δόση. Αν όμως το φάρμακο προκαλεί σωματική εξάρτηση, το άτομο μπορεί να έχει όχι μόνο αύξηση του πόνου, όταν η ουσία είναι απούσα, αλλά επίσης συμπτώματα στέρησης (π.χ. άγχος, ναυτία, κράμπες, αϋπνία). Τα συμπτώματα στέρησης μπορεί να οδηγήσουν σε αύξηση των συμπτωμάτων της κατάθλιψης και την αύξηση του δυνητικού κινδύνου για αυτοκτονία. Όλα αυτά τα συμπτώματα ανακουφίζονται από την πρόσληψη μεγαλύτερης δόσης του φαρμάκου που προκάλεσε την εξάρτηση. Με αυτό τον τρόπο όμως, η ψευδαίσθηση του οφέλους που παράγεται με τη λήψη κάποιου φαρμάκου μπορεί να προκαλέσει μια παράδοξη κατάσταση κατά την οποία η μακροχρόνια χρήση της ουσίας δημιουργεί τα ίδια συμπτώματα με αυτά τα οποία το πρόσωπο ήλπιζε ότι θα ανακούφιζε.

Παρότι οι επαγγελματίες υγείας στο πλαίσιο της άμεσης βοήθειας συχνά προβληματίζονται για το αν η συνταγογράφηση οπιοειδών για αναλγησία μπορεί να ενεργοποιήσει συμπτώματα εξάρτησης, η αντιμετώπιση οξέων επεισοδίων πόνου λόγω τραυματισμού ή χειρουργείου απαιτεί υψηλότερες δόσεις οπιοειδών από τις συνηθισμένες αλλά και συνδυασμό οπιοειδών και μη οπιοειδών αναλγητικών καθώς και άλλους τρόπους διαχείρισης του πόνου (SAHMSA, 2012). Η συζήτηση των προβλημάτων του ασθενή σε ένα πλαίσιο ενεργητικής ακρόασης και σεβασμού μπορεί να μειώσει τον φόβο του ασθενή για τη φαρμακευτική αγωγή και τη θεραπεία και να αυξήσει το αίσθημα αυτοαποτελεσματικότητας, συμβάλλοντας έτσι σημαντικά στη διαχείριση του πόνου. Σε καμία περίπτωση οι ασθενείς που εξαρτώνται από οπιοειδή ή βενζοδιαζεπίνες δεν θα πρέπει να αποτοξινωθούν, ενώ υποβάλλονται σε οξείες ιατρικές επεμβάσεις.

Τέλος, ασθενείς με HIV/AIDS και προβλήματα εξάρτησης αντιμετωπίζουν πολλά και έντονα σύνδρομα πόνου (SAMSHA, 2012). Τα σύνδρομα αυτά μπορεί να σχετίζονται με την ίδια τη μόλυνση από τον ιό HIV, ή να προκαλούνται από την ανοσοκαταστολή και άλλες ασθένειες συχνές σε άτομα με HIV όπως νευροπάθεια, σάρκωμα Kaposi, έρπητας ζωστήρας κ.ά. Απαιτείται σχολαστική διάγνωση του μηχανισμού του πόνου και εκτίμηση της ωφέλειας και των δυσμενών επιπτώσεων οποιασδήποτε φαρμακοθεραπείας. Όσον αφορά στην αντιμετώπιση της δρεπανοκυτταρικής αναιμίας, η κατάλληλη θεραπεία μιας οξείας κρίσης απαιτεί άμεση και επιθετική αναλγησία. Όταν υπάρχει σαφής εξήγηση για την αιτιολογία του πόνου (π.χ. έλκη ποδιών, άσηπτη νέκρωση, οστεομυελίτιδα) παρέχεται συνήθως θεραπεία με οπιοειδή (SAMSHA, 2012).

### **3.13. ΔΟΜΕΣ ΑΠΟ ΤΙΣ ΟΠΟΙΕΣ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΠΑΡΕΙ ΒΟΗΘΕΙΑ ΤΟ ΑΤΟΜΟ ΠΟΥ ΚΑΝΕΙ ΧΡΗΣΗ ΨΥΧΟΔΡΑΣΤΙΚΩΝ ΟΥΣΙΩΝ Ή Η ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΤΟΥ**

- ΚΕΘΕΑ (Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων)
- 18 ΑΝΩ –Ψυχιατρικό νοσοκομείο Αττικής
- Πρόγραμμα Ιανός και Μονάδα Μέθεξις - Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης
- Θεραπευτικό Πρόγραμμα Αθηνά - Αιγινήτειο Νοσοκομείο
- Ομάδες αυτοβοήθειας, όπως οι Ανώνυμοι Нарκομανείς (NA), οι Ανώνυμοι Αλκοολικοί (AA), οι ομάδες συγγενών των NA/AA ή οι ομάδες αυτοβοήθειας του ΑΠΘ
- Θεραπευτικές μονάδες Υποκατάστασης ΟΚΑΝΑ

### **ΣΥΝΟΨΗ**

- Η οξεία τοξίκωση από οπιοειδή, κατασταλτικά του ΚΝΣ (βενζοδιαζεπίνες, βαρβιτουρικά, αλκοόλ) και κοκαΐνη καθώς και η συνήθης πολλαπλή χρήση ουσιών μπορεί να επιφέρουν τον θάνατο.
- Η οξεία τοξίκωση και το στερητικό σύνδρομο αρκετών ψυχοδραστικών ουσιών - συμπεριλαμβανομένου του αλκοόλ- απαιτούν συχνά άμεση αντιμετώπιση.
- Οι επαγγελματίες στο πλαίσιο άμεσης βοήθειας είναι απαραίτητο να έχουν στοιχειώδεις γνώσεις για τον τρόπο δράσης και τις επιπτώσεις των ψυχοτρόπων ουσιών.

- Η έλλειψη ικανοποιητικών γνώσεων, ο φόβος του επαγγελματία υγείας και η αρνητική στάση προς το άτομο που αντιμετωπίζει προβλήματα κατάχρησης ουσιών προκαλούν την προκλητική και ανταγωνιστική συμπεριφορά του τελευταίου. Η σταθερή στάση, η κατανοητή γλώσσα, η έλλειψη κριτικής διάθεσης, η συζήτηση των ορίων στο συγκεκριμένο πλαίσιο σε συνδυασμό με τη λεπτομερή εξήγηση της φροντίδας η οποία μπορεί να προσφερθεί είναι δυνατόν να συμβάλουν καθοριστικά στην αποφυγή χειριστικότητας, επιθετικότητας και βίας και στη δημιουργία κλίματος ασφάλειας και δικαιοσύνης.
- Η ευαλωτότητα του ατόμου, το οποίο χρήζει άμεσης βοήθειας, σε συνδυασμό με τη συνειδητοποίηση κάποιων επιπτώσεων της χρήσης αποτελούν πρόσφορο έδαφος για την κινητοποίηση προς την αλλαγή και την παραπομπή σε κάποιον ειδικό.



Εικόνα 3.25 Μονάδα Απεξάρτησης ΨΝΑ «18 ΑΝΩ», Copyright.

## Βιβλιογραφικές αναφορές

- Advisory Council on the Misuse of Drugs (2008) *MDMA (ecstasy): A review of the harms and classification under the Misuse of Drugs Act 1971*. UK: Home Office.
- Anderson, M. (1997) Nurses Attitudes' towards Suicidal Behavior – a comparative study of community mental health nurses and nurses working in an accidents and emergency department. *Journal of Advanced Nursing*, 25, 1283-1291.
- ANSA (1998) *Substance Use-Guidance on Good Clinical Practice for Nurses: Working within Accident and Emergency*. UK: Association of Nurses in Substance Abuse.
- Belanger, L., Ducharme, F. (2011) Patients' and nurses' experiences of delirium: a review of qualitative studies. *Nurs Crit Care*, 16(6):303-315. doi: 10.1111/j.1478-5153.2011.00454.x
- Daly, P. (2005) Mothers Living with Suicidal Adolescents: A phenomenological study of their experiences. *Journal of Psychosocial Nursing*, 43(3): 22-28.
- EMCDDA (2010) *PROBLEM AMPHETAMINE AND METHAMPHETAMINE USE IN EUROPE*. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. <http://www.emcdda.europa.eu/publications/selected-issues/problem-amphetamine>
- EMCDDA (2007) *Χρήση κοκαΐνης στην Ευρώπη: προβλήματα στην παροχή συναφών υπηρεσιών*. Βέλγιο: Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας.
- EMCDDA (2011) *Drug profile: Barbiturates*. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. <http://www.emcdda.europa.eu/publications/drug-profiles/barbiturates>
- EMCDDA (2013) *Drug profile: Benzodiazepines*. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. <http://www.emcdda.europa.eu/publications/drug-profiles/benzodiazepine>
- EMCDDA (2014a) *PERSPECTIVES ON DRUGS: Preventing overdose deaths in Europe*. <http://www.emcdda.europa.eu/topics/pods/preventing-overdose-deaths>.
- EMCDDA (2014b) *PERSPECTIVES ON DRUGS: Emergency health consequences of cocaine use in Europe*. <http://www.emcdda.europa.eu/topics/pods/cocaine-related-emergencies>
- Eurostat (2014) 'Causes of death statistics', online at: [http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics\\_explained/index.php/Causes\\_of\\_death\\_statistics](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Causes_of_death_statistics)
- EMCDDA (2014) *Ευρωπαϊκή έκθεση για τα Ναρκωτικά: Τάσεις και εξελίξεις*. Λουξεμβούργο: Υπηρεσία Εκδόσεων της Ευρωπαϊκής Ένωσης.
- Gairin, I., House, A., Owens, D. (2003) Attendance at the accident and emergency department in the year before suicide. *British Journal of Psychiatry*, 183, 28-33.
- Happell, B., Taylor, C. (1999) "We may be different but we are still nurses". *Issues in Mental Health Nursing*, 20:19-32.
- Hosie, A., Phillips, J., Agar, M., Lobb, E., Davidson, P. (2014) Palliative care nurses' recognition and assessment of delirium symptoms: a qualitative study using critical incidence technique. *Int. J. Nurs. Stud.*, 51(10):1353-65. doi: 10.1016/j.ijnurstu.
- Kelly CK, Jorm AF, Kitchener BA (2009) Development of mental health first aid guidelines for panic attacks: a Delphi study. *BMC Psychiatry*, 9:49. doi:10.1186/1471-244X-9-49
- Mc Donnell, S., Timmins, F. (2012) A quantitative exploration of the subjective burden experienced by nurses when caring for patients with delirium. *Journal of Clinical Nursing*, 21, 2488–2498. doi: 10.1111/j.1365-2702.2012.04130
- Mental Health First Aid Australia (2014) *Suicidal thoughts and behaviours: first aid guidelines*. Melbourne: Mental Health First Aid Australia. [https://mhfa.com.au/sites/mhfa.com.au/files/MHFA\\_suicide\\_guidelinesA4%202014%20Revised.p](https://mhfa.com.au/sites/mhfa.com.au/files/MHFA_suicide_guidelinesA4%202014%20Revised.p)

- Mental Health First Aid Australia (MFHA) (2008) *Panic attacks: first aid guidelines*. Melbourne: Mental Health First Aid Australia. <http://www.biomedcentral.com/content/supplementary/1471-244X-9-49-S1.pdf>
- Monks, R., Topping, A., Newell, R. (2012) The dissonant care management of illicit drug users in medical wards, the views of nurses and patients: a grounded theory study. *Journal of Advanced Nursing*, 935-946.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2010) *Delirium: Diagnosis, prevention and management*. Clinical guideline 103. UK: National Institute for Health and Care Excellence. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg103>
- National Volunteer Fire Council (2012) *Suicide in the Fire and Emergency Services*. US: Federal Emergency Management Agency (Chapt.4, p.18). [http://www.ncafc.com/files/ff\\_suicide\\_report.pdf](http://www.ncafc.com/files/ff_suicide_report.pdf)
- NIDA (2006) *Research Report Series: MDMA (Ecstasy) abuse*. US: National Institute for Drug Abuse. <http://www.drugabuse.gov/publications/mdma-ecstasy-abuse/brief-history-mdma>
- NIDA (2010a) *Research Reports: Cocaine*. US: National Institute for Drug Abuse. <http://www.drugabuse.gov/publications/research---reports/cocaine---abuse---addiction>
- NIDA (2011) *Research Report Series: Prescription Drug Abuse*. US: National Institute for Drug Abuse. <http://www.drugabuse.gov/publications/research-reports/prescription-drugs/director>
- NIDA (2012) *Research Reports: Marijuana*. US: National Institute for Drug Abuse. <http://www.drugabuse.gov/publications/research-reports/marijuana/letter-director>
- NIDA (2013) *Drug Facts: Cocaine*. US: National Institute for Drug Abuse. <http://www.drugabuse.gov/publications/drugfacts/cocaine>
- NIDA (2013a) *Research Report Series: Metamphetamines*. US: National Institute for Drug Abuse. <http://www.drugabuse.gov/publications/research-reports/methamphetamine/letter-director>
- NIDA (2013b) *Drug Facts: MDMA ("Ecstasy" or "Molly")*. US: National Institute for Drug Abuse. <http://www.drugabuse.gov/publications/drugfacts/mdma-ecstasy-or-molly>
- NIDA (2014) *Research Reports: Heroin*. US: National Institute for Drug Abuse. <http://www.drugabuse.gov/news-events/news-releases/2014/02/nidas-updated-heroin-research-report-now-available-online>
- NIDA (2014a) *Drug Facts: Methamphetamine*. US: National Institute for Drug Abuse. <http://www.drugabuse.gov/publications/drugfacts/methamphetamine>
- NIDA (2014b) *Drug Facts: Marijuana*. US: National Institute for Drug Abuse. <http://www.drugabuse.gov/publications/drugfacts/marijuana>
- NIDA (2014c) *Research Reports Series: Hallucinogens and Dissociative Drugs*. US: National Institute for Drug Abuse. <http://www.drugabuse.gov/publications/research-reports/hallucinogens-dissociative-drugs/director>
- NSW Department of Health (2004) *Emergency Department : Suicide risk assessment and management*. North Sydney: NSW Department of Health. [http://www0.health.nsw.gov.au/pubs/2004/pdf/emergency\\_dept.pdf](http://www0.health.nsw.gov.au/pubs/2004/pdf/emergency_dept.pdf)
- Partridge, J.S., Martin, F.C., Harari, D., Dhese, J.K. (2013) The delirium experience: what is the effect on patients, relatives and staff and what can be done to modify this? *Int J Geriatr Psychiatry*, 28(8):804-12. doi: 10.1002/gps.3900. Epub 2012 Oct 30.
- Pompili, M., Girardi, P., Ruberto, A., Kotzalidis, G., Tatarelli, R. (2005) Emergency staff reactions to suicidal and self-harming patients. *European Journal of Emergency Medicine*, 12 (4): 169-178
- SAMHSA (2012) *Managing Chronic Pain in Adults With or in Recovery From Substance Use Disorders, A Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 54*. HHS Publication No. (SMA) 12-4671. Rockville: Substance Abuse and Mental Health Administration.

- St. Marie BJ (2014) Health Care Experiences when Pain and Substance Use Disorder Coexist: “Just Because I’m an Addict Doesn’t Mean I Don’t Have Pain”. *Pain Medicine*, 15: 2075–2086.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2006) *After an Attempt: A Guide for Medical Providers in the Emergency Department Taking Care of Suicide Attempt Survivors*. DHHS Pub. No. (SMA) 08-4359, Rockville: U.S. Department of Health and Human Services. [www.samhsa.gov](http://www.samhsa.gov)
- Witte TK, Smith AR, Joiner TE (2010) Reason for Cautious Optimism? Two Studies Suggesting Reduced Stigma Against Suicide. *Journal of Clinical Psychology*, 66 (6):611-626.
- Αντωνάτος, Σ., Μαρούλης, Γ., Κάκαβος, Β. (2012) «Ντελίριο»: Ανατρέχοντας στην ιστορία του όρου μέσα στους αιώνες. *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 120, 47-57.
- Αντωνάτος, Σ., Μαρούλης, Γ., Κάκαβος, Β. (2013) «Ντελίριο»: Ένα μείζον θέμα στο Γενικό Νοσοκομείο - Ζητήματα διάγνωσης και διαχείρισής του. *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 123, 19-37.
- ΕΟΦ (Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων) *Πρωτόκολλα ιατρικών πράξεων και φαρμάκων: Εξαρτήσεις*. <http://www.eof.gr/web/guest/protocols>. Προσπελάστηκε στις 29/10/2014.
- Ζαχαράκης, Κ., Μαδιανός, Μ. (2005) Η αυτοκτονία στον ελληνικό χώρο: Μια σύντομη ιστορική αναδρομή. *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 90, 109-110.
- Ηλίας, Σ., Κανέλλου, Ν., Μαυρομάτη, Ε., Κωνσταντοπούλου, Α., Περτέση, Ε. (2005) Χρήστες εξαρτησιογόνων ουσιών στο Ψυχιατρικό Ιατρείο Εφημερίας Γενικού Νοσοκομείου. *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 89, 146-148.
- Λιάππας, Ι. (2003) *Ναρκωτικά: Εθιστικές ουσίες, κλινικά προβλήματα, αντιμετώπιση*. Αθήνα: Εκδ. Πατάκη.
- Μάτσα, Κ. (2006) *Η περίπτωση Ευριδίκη*. Αθήνα: Εκδ. Άγρα.
- Μάτσα, Κ. (2007) *Ψάξαμε ανθρώπους και βρήκαμε σκιές... Το αίτημα της τοξικομανίας*. Αθήνα: Εκδ. Άγρα.
- Σουμάνη, Α., Δαμίγος, Δ., Ουλής, Π., Μασδράκης, Β., Μαυρέας, Β., Παπαδημητρίου, Γ. Ν., Πλουμπίδης, Δ. Γ., Κωνσταντακόπουλος, Γ. (2011) Ψυχικός πόνος και κίνδυνος αυτοκτονίας: Εφαρμογή της ελληνικής εκδοχής των κλιμάκων Ψυχικού Πόνου και Ανοχής στον Ψυχικό Πόνο. *Ψυχιατρική*, 22 (4): 330-340.

## Χρήσιμο οπτικοακουστικό και έντυπο υλικό στο διαδίκτυο

- <http://www.emcdda.europa.eu/topics/pods/cocaine-related-emergencies>  
Βίντεο για τα επείγοντα περιστατικά που σχετίζονται με τη χρήση κοκαΐνης «cocaine-related emergencies» διαθέσιμο στον ιστοχώρο του EMCDDA
- <http://www.emcdda.europa.eu/topics/pods/preventing-overdose-deaths>  
Βίντεο για την ενημέρωση χρηστών ψυχοδραστικών ουσιών σχετικά με τους κινδύνους λήψης υπερβολικής δόσης «example of an overdose awareness video projected in waiting rooms of drugs facilities» διαθέσιμο στον ιστοχώρο του EMCDDA
- <http://www.18ano.gr>  
Μονάδα Απεξάρτησης ΨΝΑ 18ΑΝΩ
- <http://www.kethea.gr>  
Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων

- <http://www.psychotes.gr/dependence.asp>  
*Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, Μονάδα Απεξάρτησης*

- <http://www.okana.gr/>  
*Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών*

- <http://www.eginitio.gr/Clinic/Athina/>  
*Πρόγραμμα ΑΘΗΝΑ*

- <http://www.aa-greece.gr/>  
*Ανώνυμοι Αλκοολικοί - Ελλάδα*

- <http://www.na-greece.gr/>  
*Ναρκομανείς Ανώνυμοι - Ελλάδα*

- <http://nifalioi.greekinfo.net/>  
*ΜΚΟ Νηφάλιοι*

### **URL Εκπαιδευτικού Υλικού Κεφαλαίου 3**

Οι διαφάνειες του Κεφαλαίου 3 βρίσκονται στην ακόλουθη σελίδα  
στον Ελληνικό Συσσωρευτή Ακαδημαϊκών Ηλεκτρονικών Βιβλίων του ΣΕΑΒ:  
<http://repfiles.kallipos.gr/file/23538>

