

Νοσηλευτική Εξαρτημένων Ατόμων

ΜΙΣΟΥΡΙΔΟΥ ΕΥΔΟΚΙΑ



Ελληνικά Ακαδημαϊκά Ηλεκτρονικά
Συγγράμματα και Βοηθήματα
www.kallipos.gr

HEALLINK
Σύνδεσμος Ελληνικών Ακαδημαϊκών Βιβλιοθηκών



Ευρωπαϊκή Ένωση
Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΠΑΙΔΕΙΑΣ ΚΑΙ ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ
ΕΙΔΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ
Με τη συγχρηματοδότηση της Ελλάδας και της Ευρωπαϊκής Ένωσης



ΕΣΠΑ
2007-2013
ΕΥΡΩΠΑΪΚΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΤΑΜΕΙΟ

ΜΙΣΟΥΡΙΔΟΥ ΕΥΔΟΚΙΑ
Καθηγήτρια Εφαρμογών στη Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας, MSc, PhD,
Τμήμα Νοσηλευτικής, Σχολή Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας,
ΤΕΙ Αθήνας

Νοσηλευτική Εξαρτημένων Ατόμων



**Ελληνικά Ακαδημαϊκά Ηλεκτρονικά
Συγγράμματα και Βοηθήματα**
www.kallipos.gr

Νοσηλευτική Εξαρτημένων Ατόμων

Συγγραφή

Μισουρίδου Ευδοκία

Κριτικός αναγνώστης

Κατερίνα Μάτσα

Συντελεστές έκδοσης

Γλωσσική επιμέλεια: Αντώνιος Βασιλείου

Εικόνα εξώφυλλου: *Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων (ΚΕΘΕΑ), Copyright.*

ISBN: 978-960-603-160-1

Copyright © ΣΕΑΒ, 2015



Το παρόν έργο αδειοδοτείται υπό τους όρους της άδειας Creative Commons Αναφορά Δημιουργού - Μη Εμπορική Χρήση - Όχι Παράγωγα Έργα 3.0. Για να δείτε ένα αντίγραφο της άδειας αυτής επισκεφτείτε τον ιστότοπο <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/gr/>

ΣΥΝΔΕΣΜΟΣ ΕΛΛΗΝΙΚΩΝ ΑΚΑΔΗΜΑΪΚΩΝ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΩΝ

Εθνικό Μετσόβιο Πολυτεχνείο

Ηρώων Πολυτεχνείου 9, 15780 Ζωγράφου

www.kallipos.gr

*Στον Αντώνη, στον Θανάση και στον Δημήτρη που με την
αγάπη και την υπομονή τους στήριξαν τη συγγραφή αυτού του
βιβλίου.*

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

Πίνακας βραχυγραφιών- ακρωνυμίων.....	13
Προλογικό σημείωμα	14
Εισαγωγή.....	15
Κεφάλαιο 1	17
Νοσηλευτική εξαρτημένων ατόμων: Πλαίσιο προσφοράς φροντίδας	17
<i>Εισαγωγή</i>	<i>17</i>
1.1. <i>Η έκταση του προβλήματος.....</i>	<i>17</i>
1.2. <i>Η αναγκαιότητα της εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας.....</i>	<i>18</i>
1.3. <i>Οι στάσεις των νοσηλευτών απέναντι στους χρήστες ψυχοδραστικών ουσιών.....</i>	<i>20</i>
1.4. <i>Η αναγκαιότητα της ενσωμάτωσης της νοσηλευτικής εξαρτημένων ατόμων στο βασικό πρόγραμμα σπουδών της νοσηλευτικής- Συνεχιζόμενη και μεταπτυχιακή εκπαίδευση.....</i>	<i>24</i>
1.5. <i>Πλαίσιο άσκησης της νοσηλευτικής εξαρτημένων ατόμων.....</i>	<i>25</i>
Σύνοψη.....	29
Βιβλιογραφικές αναφορές.....	31
Χρήσιμο οπτικοακουστικό και έντυπο υλικό στο διαδίκτυο	34
URL Εκπαιδευτικού Υλικού Κεφαλαίου 1	34
Κεφάλαιο 2	35
Εξαρτησιογόνες ουσίες.....	35
<i>Εισαγωγή</i>	<i>35</i>
<i>ΒΑΣΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΙΑ ΤΙΣ ΨΥΧΟΔΡΑΣΤΙΚΕΣ ΟΥΣΙΕΣ.....</i>	<i>36</i>
<i>ΟΠΙΟΕΙΔΕΙΣ ΟΥΣΙΕΣ.....</i>	<i>37</i>
2.1. <i>Όπιο</i>	<i>37</i>
<i>Ιστορικά στοιχεία.....</i>	<i>38</i>
2.2. <i>Μορφίνη</i>	<i>40</i>
2.3. <i>Ηρωίνη</i>	<i>41</i>
<i>Ιστορικά στοιχεία.....</i>	<i>41</i>
<i>Τρόπος δράσης.....</i>	<i>43</i>
<i>Τρόποι χρήσης.....</i>	<i>44</i>
<i>Επίδραση στον οργανισμό.....</i>	<i>45</i>
<i>Μακροπρόθεσμες επιδράσεις.....</i>	<i>45</i>
<i>Εξάρτηση.....</i>	<i>45</i>
<i>Ανοχή</i>	<i>46</i>
<i>Στερητικό σύνδρομο</i>	<i>46</i>
2.4. <i>Μεθαδόνη.....</i>	<i>46</i>
2.5. <i>Κωδεΐνη.....</i>	<i>46</i>
2.6. <i>Βουπρενορφίνη</i>	<i>47</i>

ΚΑΤΑΣΤΑΛΤΙΚΑ ΤΟΥ ΚΕΝΤΡΙΚΟΥ ΝΕΥΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ.....	47
Ιστορικά στοιχεία.....	47
2.7. Βαρβιτουρικά.....	47
2.8. Βενζοδιαζεπίνες.....	48
Επιδημιολογικά στοιχεία.....	49
Τρόπος δράσης.....	49
Τρόπος χρήσης.....	49
Επίδραση των κατασταλτικών στον οργανισμό.....	49
Ανοχή.....	49
Εξάρτηση.....	49
Σύνδρομο στέρησης.....	50
Επίδραση μακροπρόθεσμης χρήσης.....	50
Αμνησιακό σύνδρομο.....	51
2.9. Ναρκωτικά συνδεδεμένα με πράξεις σεξουαλικής κακοποίησης.....	51
2.10. Οινόπνευμα.....	54
Μακροπρόθεσμες επιδράσεις.....	55
Στερητικό σύνδρομο.....	55
2.11. ΕΙΣΠΝΕΟΜΕΝΕΣ ΟΥΣΙΕΣ.....	56
Ιστορικά και επιδημιολογικά στοιχεία.....	57
Τρόπος χρήσης.....	57
Άμεση επίδραση.....	57
Μακροπρόθεσμες επιπτώσεις.....	58
ΔΙΕΓΕΡΤΙΚΕΣ ΟΥΣΙΕΣ.....	59
2.12. Κοκαΐνη.....	59
Ιστορικά στοιχεία.....	59
http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Te_de_coca2.JPG#/media/File:Te_de_coca2.JPG	61
Η δράση της κοκαΐνης στον εγκέφαλο.....	64
Τρόποι χρήσης.....	64
Κλινική επίδραση.....	66
Επιπτώσεις από την μακροπρόθεσμη χρήση κοκαΐνης.....	66
Σύνδρομο στέρησης.....	67
Χαρακτηριστικά των χρηστών κοκαΐνης.....	68
2.13. Αμφεταμίνη-μεθαμφεταμίνη.....	68
Ιστορικά στοιχεία.....	68
Δράση και τρόπος χρήσης.....	70
Κλινικές Επιδράσεις.....	70
Σωματικές Επιδράσεις.....	71
Ανοχή.....	71
Εξάρτηση-Στερητικό σύνδρομο.....	71
Γενικές αρχές αντιμετώπισης των χρηστών αμφεταμινών.....	71
2.14. Έκσταση.....	72
Ιστορικά στοιχεία.....	72
Δράση και τρόπος χρήσης.....	73
Πιθανές ανεπιθύμητες σωματικές επιδράσεις.....	73
Μακροπρόθεσμες επιπτώσεις.....	74
2.15. Νικοτίνη.....	74
2.16. Καφεΐνη.....	76
2.17. Κάνναβη.....	78
Ιστορικά στοιχεία.....	78
Επιδημιολογικά στοιχεία.....	79
Τρόπος δράσης.....	80
Τρόποι χρήσης.....	81
Επίδραση στον οργανισμό.....	82
Μακροπρόθεσμη επίδραση στον οργανισμό.....	83
Σύνδρομο έλλειψης κίνητρων (Amotivational syndrome).....	83
Αναδρομικό βίωμα.....	83

Εξάρτηση.....	83
Σύνδρομο στέρησης.....	83
ΨΕΥΔΑΙΣΘΗΣΙΟΓΟΝΕΣ ΟΥΣΙΕΣ.....	83
Τρόπος δράσης.....	84
2.18. LSD (Lysergic Acid Diethylamide).....	86
2.19. Peyote (Μεσκαλίνη).....	86
2.20. Ψιλοκυβίνη («μαγικά μανιτάρια»).....	87
2.21. P.C.P. (Φαινκυκλιδίνη).....	89
2.22. Κεταμίνη.....	90
2.23. ΝΕΕΣ ΨΥΧΟΔΡΑΣΤΙΚΕΣ ΟΥΣΙΕΣ.....	91
Σύνοψη.....	91
Βιβλιογραφικές αναφορές.....	92
Χρήσιμο οπτικοακουστικό και έντυπο υλικό στο διαδίκτυο.....	94
URL Εκπαιδευτικού Υλικού Κεφαλαίου 2.....	94
Κεφάλαιο 3.....	95
Προβλήματα λήψης ψυχοδραστικών ουσιών στο πλαίσιο επείγουσας βοήθειας.....	95
<i>Εισαγωγή.....</i>	<i>95</i>
3.1. ΕΜΠΟΔΙΑ ΣΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ.....	95
3.1.1. Έλλειψη ικανοποιητικών γνώσεων.....	95
3.1.2. Μύθοι σχετικά με την εξάρτηση.....	95
3.1.3. Η λανθασμένη πεποίθηση ότι ο χρήστης είναι ικανός να διακρίνει το πρόβλημα και ότι λέει ψέματα.....	96
3.1.4. Η αντιπαράθεση με το άτομο που κάνει χρήση ουσιών.....	97
3.1.5. Ο φόβος.....	97
3.1.6. Ο ρόλος του σωτήρα και η υπερεμπλοκή του επαγγελματία υγείας.....	98
3.1.7. Το στίγμα της εξάρτησης.....	99
3.1.8. Ζητήματα εξουσίας.....	99
3.1.9. Η ντροπή.....	99
3.2. ΒΑΣΙΚΕΣ ΓΝΩΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΟΞΕΙΑ ΤΟΞΙΚΩΣΗ ΚΑΙ ΤΟ ΣΤΕΡΗΤΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΤΩΝ ΨΥΧΟΔΡΑΣΤΙΚΩΝ ΟΥΣΙΩΝ –	
ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΣΤΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΗΣ ΕΠΕΙΓΟΥΣΑΣ ΒΟΗΘΕΙΑΣ.....	101
3.2.1. Ηρωίνη.....	101
Στερητικό σύνδρομο.....	101
Οξεία τοξίκωση από ηρωίνη.....	102
Θεραπεία της οξείας τοξίκωσης.....	103
Ενημέρωση σημαντικών άλλων σχετικά με τις πρώτες βοήθειες σε περίπτωση υπερβολικής χρήσης.....	103
3.2.2 Μεθαδόνη.....	105
3.2.3. Κατασταλατικά του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος (ΚΝΣ).....	105
Οξεία τοξίκωση.....	105
Ανοχή και εξάρτηση.....	105
Σύνδρομο στέρησης.....	106
3.2.4. Οινόπνευμα.....	107
Τρομώδες παραλήρημα (Delirium tremens).....	108
3.2.5. Κοκαΐνη.....	109
3.2.6. Αμφεταμίνη-Μεθαμφεταμίνη.....	110
Οξεία τοξίκωση.....	110
Ψυχωσική αντίδραση «αμφεταμινική ψύχωση».....	111
3.2.7. Ecstasy.....	112
3.2.8. Κάνναβη.....	112

Αντίδραση πανικού.....	112
Οξεία τοξίκωση	113
Σύνδρομο στέρησης.....	114
3.2.9. Ψευδαισθησιογόνες ουσίες	114
3.3. Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΚΙΝΗΤΟΠΟΙΗΣΗΣ ΓΙΑ ΑΛΛΑΓΗ ΣΤΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΗΣ ΕΠΕΙΓΟΥΣΑΣ ΒΟΗΘΕΙΑΣ.....	115
3.3.1. Παροχή πληροφοριών	115
3.3.2. Προσέγγιση του ασθενή ανάλογα με την αντίδρασή του	115
Κάποιες πρακτικές συμβουλές ανάλογα με την αντίδραση του ασθενή είναι οι εξής:.....	115
3.3.3. Η παραπομπή	116
3.3.5. Επικοινωνία σε περίπτωση έκδηλων σημείων τοξίκωσης	117
3.3.6. Αν το άτομο γίνει επιθετικό.....	117
3.3.7. Συμβουλές σε επείγουσα οξεία τοξίκωση	117
3.4. Προσέγγιση ασθενή με ντελίριο.....	118
Πρακτικές συμβουλές κατά την προσέγγιση του ασθενή	121
3.5. Προσέγγιση ασθενή σε κρίση πανικού.....	122
3.6. Η προσέγγιση του διεγερτικού ασθενή.....	123
3.7. Η προσέγγιση του καταθλιπτικού ασθενή	124
3.8. Η προσέγγιση του ασθενή με οριακή διαταραχή.....	124
3.9. Η προσέγγιση του ασθενή με αγχώδη διαταραχή.....	125
3.10. Αυτοκτονία και χρήση ουσιών στο πλαίσιο άμεσης βοήθειας.....	125
Μύθοι σχετικά με την αυτοκτονία	126
Το στίγμα της αυτοκτονίας.....	126
Παράγοντες που σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο απόπειρας αυτοκαταστροφής	127
Κίνητρα αυτοκτονίας	128
Προειδοποιητικά σημεία αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς	130
Απομάκρυνση αντικειμένων τα οποία μπορεί να χρησιμοποιηθούν σε πιθανή απόπειρα αυτοκαταστροφής .	131
Διερεύνηση κινδύνου αυτοκαταστροφικής απόπειρας.....	132
Τα συναισθήματα του επαγγελματία υγείας	133
Η συνεργατική δημιουργία ενός σχεδίου ασφαλείας.....	135
Η προσέγγιση της οικογένειας	135
3.11. Προσέγγιση ασθενή μετά από αυτοτραυματισμό.....	137
Πρακτικές συμβουλές σε περιπτώσεις αυτοτραυματισμού	137
3.12. Η αντιμετώπιση του πόνου σε άτομα που αντιμετωπίζουν προβλήματα εξάρτησης.....	137
3.13. ΔΟΜΕΣ ΑΠΟ ΤΙΣ ΟΠΟΙΕΣ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΠΑΡΕΙ ΒΟΗΘΕΙΑ ΤΟ ΑΤΟΜΟ ΠΟΥ ΚΑΝΕΙ ΧΡΗΣΗ ΨΥΧΟΔΡΑΣΤΙΚΩΝ ΟΥΣΙΩΝ Ή Η ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΤΟΥ	138
Σύνοψη.....	138
Βιβλιογραφικές αναφορές.....	140
Χρήσιμο οπτικοακουστικό και έντυπο υλικό στο διαδίκτυο	142
URL Εκπαιδευτικού Υλικού Κεφαλαίου 3	143
Κεφάλαιο 4	144
Κατανόηση της διαδικασίας της εξάρτησης – προστατευτικοί και επιβαρυντικοί παράγοντες	144
Εισαγωγή	144

<i>Ατομικοί παράγοντες</i>	145
<i>4.1. Βιολογικοί-γενετικοί παράγοντες</i>	145
<i>4.2. Ψυχολογικοί παράγοντες</i>	146
4.2.1. Η χρήση ουσιών ως αυτοθεραπεία	147
4.2.2. Ταυτότητα και χρήση ουσιών	148
4.2.3. Χρήση ουσιών και εσωτερική εικόνα εαυτού	148
4.2.4. Χρήση ουσιών και συννοσηρότητα	150
4.2.5. Χρήση ουσιών και οριακή ψυχοπαθολογία	150
4.2.6. Χρήση ουσιών και επιθετική συμπεριφορά	151
4.2.7. Τραύμα και χρήση ουσιών.....	151
<i>4.3. Η επίδραση της οικογένειας</i>	153
4.3.1. Η χρήση ουσιών από τους γονείς	154
4.3.2. Η εξάρτηση ως σύμπτωμα της οικογένειας	155
4.3.3. Συναισθηματική απόσταση εξαρτημένου-οικογένειας.....	155
4.3.4. Προσκόλληση στη σχέση με τη μητέρα ή τον πατέρα.....	156
4.3.5. Έλλειψη ορίων	157
4.3.6. Η διαγενεακή μεταβίβαση του τραύματος	157
<i>4.4. Η επίδραση του σχολείου</i>	158
<i>4.5. Η επίδραση των συνομηλίκων στη χρήση ουσιών</i>	159
<i>4.6. Η επίδραση του κοινωνικού περιβάλλοντος</i>	161
Σύνοψη	164
Βιβλιογραφικές αναφορές	165
Χρήσιμο οπτικοακουστικό και έντυπο υλικό στο διαδίκτυο	169
URL Εκπαιδευτικού Υλικού Κεφαλαίου 4	169
Κεφάλαιο 5	170
Ανίχνευση και αξιολόγηση χρήσης και κατάχρησης ουσιών	170
<i>Εισαγωγή</i>	170
<i>5.1. Ανίχνευση χρήσης ουσιών</i>	170
5.1.1. Ερωτηματολόγιο ASSIST	171
5.1.2. Ερωτηματολόγιο ανίχνευσης αλκοόλ CAGE	173
5.1.3. Ανίχνευση μιας ερώτησης για τη χρήση αλκοόλ και ψυχοδραστικών ουσιών (NIDA)	173
5.1.4. Ερωτηματολόγιο Ανίχνευσης Διαταραχών από τη Χρήση Αλκοόλ (AUDIT)	174
5.1.5. Η συνέντευξη CIDI (Composite International Diagnostic Interview).	175
5.1.6. Ερωτηματολόγιο CRAFT.....	176
5.1.7. Ερωτηματολόγιο DAST-10	178
<i>5.2. Αξιολόγηση χρήσης ουσιών</i>	179
5.2.1. Πλαίσιο λεπτομερούς αξιολόγησης χρήσης αλκοόλ	180
Εξέλιξη της χρήσης:.....	180
5.2.2. Πλαίσιο λεπτομερούς αξιολόγησης χρήσης ψυχοδραστικών ουσιών	181
Σύνοψη	183
Βιβλιογραφικές αναφορές	184

Χρήσιμο οπτικοακουστικό και έντυπο υλικό στο διαδίκτυο	185
URL Εκπαιδευτικού Υλικού Κεφαλαίου 5	185
Κεφάλαιο 6	186
Προσέγγιση του άτομου που κάνει χρήση ουσιών	186
<i>Εισαγωγή</i>	<i>186</i>
6.1. <i>Κινητοποιητική συνέντευξη</i>	<i>186</i>
6.1.1. <i>Βασικές αρχές της κινητοποιητικής συνέντευξης:</i>	<i>187</i>
6.1.2. <i>Στρατηγικές στην αρχή της προσέγγισης.....</i>	<i>189</i>
<i>Ανοιχτές ερωτήσεις</i>	<i>189</i>
<i>Στοχαστική/ανακλαστική ακρόαση</i>	<i>189</i>
<i>Επιβεβαίωση.....</i>	<i>190</i>
<i>Περίληψη</i>	<i>190</i>
<i>Πρόκληση δηλώσεων προσωπικής κινητοποίησης.....</i>	<i>190</i>
6.2. <i>Διαθεωρητικό μοντέλο – Στάδια αλλαγής.....</i>	<i>191</i>
6.2.1. <i>Στάδιο πριν την περισυλλογή</i>	<i>192</i>
6.2.2. <i>Περισυλλογή.....</i>	<i>192</i>
6.2.3. <i>Προετοιμασία για δράση.....</i>	<i>193</i>
6.2.4. <i>Δράση</i>	<i>194</i>
6.2.5. <i>Διατήρηση της αλλαγής – Υποτροπή.....</i>	<i>194</i>
6.3. <i>Βραχείες παρεμβάσεις.....</i>	<i>195</i>
6.3.1. <i>Προσέγγιση του ασθενή ανάλογα με την αντίδρασή του</i>	<i>196</i>
6.4. <i>Η θεραπεία υποκατάστασης ως ευκαιρία κινητοποίησης για αλλαγή</i>	<i>197</i>
Σύνοψη.....	199
Βιβλιογραφικές αναφορές	199
Χρήσιμο οπτικοακουστικό και έντυπο υλικό στο διαδίκτυο	201
URL Εκπαιδευτικού Υλικού Κεφαλαίου 6	201
Κεφάλαιο 7	202
Η διαδικασία της αλλαγής.....	202
<i>Εισαγωγή</i>	<i>202</i>
7.1. <i>Η άρνηση του προβλήματος και η αποφυγή της αντιπαράθεσης.....</i>	<i>203</i>
7.2. <i>Η αρχή της θεραπευτικής προσπάθειας.....</i>	<i>204</i>
7.3. <i>Ομάδες σταθεροποίησης της αποχής και προετοιμασίας για την ένταξη σε θεραπευτικό πρόγραμμα</i>	<i>207</i>
7.4. <i>Η διαδικασία της θεραπείας και η νοηματοδότηση της εξάρτησης.....</i>	<i>208</i>
7.5. <i>Ομαδική θεραπεία.....</i>	<i>212</i>
7.6. <i>Η θεραπευτική αντιμετώπιση ασθενών με συννοσηρότητα.....</i>	<i>215</i>
Σύνοψη.....	216

Βιβλιογραφικές αναφορές	217
Χρήσιμο οπτικοακουστικό και έντυπο υλικό στο διαδίκτυο	218
URL Εκπαιδευτικού Υλικού Κεφαλαίου 7	218
Κεφάλαιο 8	219
Το στάδιο της διατήρησης της αλλαγής και η πρόληψη της υποτροπής	219
<i>Εισαγωγή</i>	219
8.1. <i>Η διατήρηση της αλλαγής</i>	219
8.2. <i>Ομαδική θεραπεία και διατήρηση της αλλαγής</i>	223
8.3. <i>Πρόληψη και θεραπευτική αντιμετώπιση της υποτροπής</i>	224
Σύνοψη	229
Βιβλιογραφικές αναφορές	230
Χρήσιμο οπτικοακουστικό και έντυπο υλικό στο διαδίκτυο	230
URL Εκπαιδευτικού Υλικού Κεφαλαίου 8	230
Κεφάλαιο 9	231
Η προσέγγιση της οικογένειας που αντιμετωπίζει προβλήματα εξάρτησης	231
<i>Εισαγωγή</i>	231
9.1. <i>Θεωρητικές προσεγγίσεις της οικογένειας στην ψυχιατρική και στις ουσιοεξαρτήσεις</i>	231
9.2. <i>Μελέτες πάνω στην αποτελεσματικότητα της εμπλοκής της οικογένειας στη θεραπεία της εξάρτησης</i>	233
9.3. <i>Η εμπειρία της εξάρτησης στο πλαίσιο της οικογένειας</i>	234
9.4. <i>Η θεραπευτική αντιμετώπιση του προβλήματος της εξάρτησης στο πλαίσιο της οικογένειας</i>	236
9.4.1. <i>Βοηθώντας τις οικογένειες να ξεπεράσουν την άρνηση του/της εξαρτημένου/ης να δεχθεί βοήθεια</i>	236
9.4.2. <i>Επεξεργασία αρνητικών συναισθημάτων</i>	237
9.4.3. <i>Περνώντας στη δράση- Δημιουργία δικτύου αντιπαράθεσης</i>	238
9.4.5. <i>Βοηθώντας τα μέλη της οικογένειας να αντιμετωπίσουν τα προσωπικά τους προβλήματα και να υποστηρίξουν την προσπάθεια του εξαρτημένου μέλους να διατηρήσει την αποχή του</i>	239
9.5. <i>Δυσκολίες στη συνεργασία με την οικογένεια</i>	241
9.6. <i>Η σημασία της φιλοσοφίας του θεραπευτικού πλαισίου για τη συμμετοχή της οικογένειας στη θεραπευτική αντιμετώπιση χρήσης/κατάχρησης ουσιών</i>	242
Σύνοψη	243
Βιβλιογραφικές αναφορές	243
Χρήσιμο οπτικοακουστικό και έντυπο υλικό στο διαδίκτυο	245
URL Εκπαιδευτικού Υλικού Κεφαλαίου 9	246

Κεφάλαιο 10	247
Εξάρτηση και μητρότητα	247
<i>Εισαγωγή</i>	<i>247</i>
10.1. <i>Εξάρτηση και γυναίκα.....</i>	<i>248</i>
10.2. <i>Εξάρτηση και μητρότητα.....</i>	<i>249</i>
10.3. <i>Τα παιδιά των εξαρτημένων μητέρων.....</i>	<i>252</i>
10.4. <i>Βασικές θεραπευτικές προσεγγίσεις.....</i>	<i>253</i>
10.4.1. <i>Ανίχνευση και βραχείες παρεμβάσεις.....</i>	<i>253</i>
10.4.2. <i>Αποτοξίνωση.....</i>	<i>253</i>
10.4.3. <i>Χορήγηση φαρμακευτικής θεραπείας για την εξάρτηση (συντήρηση και πρόληψη της υποτροπής) κατά την εγκυμοσύνη</i>	<i>254</i>
10.4.4. <i>Θηλασμός</i>	<i>254</i>
10.4.5. <i>Φροντίδα βρεφών που έχουν εκτεθεί στο αλκοόλ ή άλλες ψυχοδραστικές ουσίες</i>	<i>254</i>
10.4.6. <i>Παραπομπή σε εξειδικευμένα κέντρα θεραπείας για εξαρτημένα άτομα</i>	<i>255</i>
Σύνοψη.....	256
Βιβλιογραφικές αναφορές.....	257
Χρήσιμο οπτικοακουστικό και έντυπο υλικό στο διαδίκτυο	258
URL Εκπαιδευτικού Υλικού Κεφαλαίου 10	258
Κεφάλαιο 11	259
Διαπολιτισμική νοσηλευτική εξαρτήσεων.....	259
<i>Εισαγωγή</i>	<i>259</i>
11.1. <i>Μεταναστευτική διαδρομή και χρήση ουσιών.....</i>	<i>259</i>
11.2. <i>Επιπολιτισμικό χάσμα και χρήση ουσιών.....</i>	<i>260</i>
11.3. <i>Θρησκεία και χρήση ουσιών.....</i>	<i>261</i>
11.4. <i>Η υποκοουλτούρα των ναρκωτικών</i>	<i>262</i>
11.5. <i>Προσέγγιση και στίγμα</i>	<i>263</i>
11.6. <i>Η σημασία της αυτογνωσίας στην προσπάθεια παροχής πολιτισμικά επαρκούς φροντίδας</i>	<i>264</i>
Σύνοψη.....	265
Βιβλιογραφικές αναφορές.....	265
Χρήσιμο οπτικοακουστικό και έντυπο υλικό στο διαδίκτυο	266
URL Εκπαιδευτικού Υλικού Κεφαλαίου 11	266
Κεφάλαιο 12	267
Επαγγελματική Εξουθένωση – Δευτερογενής Μετατραυματική Διαταραχή Άγχους.....	267
<i>Εισαγωγή</i>	<i>267</i>

12.1. Επαγγελματική εξουθένωση.....	267
12.1.1. Επαγγελματική εξουθένωση και συναισθηματική εργασία.....	270
12.2. Δευτερογενής μετατραυματική διαταραχή.....	271
12.3. Προβλήματα αντιμεταβίβασης-θυμός και αντιπαλότητα στη σχέση με τον θεραπευόμενο.....	274
12.4. Προβλήματα αντιμεταβίβασης-θυμός και αντιπαλότητα στη σχέση με την οικογένεια	277
12.5. Ηθικά και δεοντολογικά ζητήματα: θεραπευτική διαδικασία και όρια.....	279
Σύνοψη.....	281
Βιβλιογραφικές αναφορές.....	281
Χρήσιμο οπτικοακουστικό και έντυπο υλικό στο διαδίκτυο	284
URL Εκπαιδευτικού Υλικού Κεφαλαίου 12	284
Κεφάλαιο 13	285
Επαγγελματική αυτοανάπτυξη: ένα ταξίδι προς την αυτογνωσία και την ωριμότητα	285
<i>Εισαγωγή</i>	<i>285</i>
13.1. Στάδια επαγγελματικής ανάπτυξης	286
13.1.1. Στάδιο 1ο: «Η συνάντηση».....	286
13.1.2. Στάδιο 2ο: «Γνωριμία-δημιουργία σχέσης»	287
13.1.3. Στάδιο 3ο: «Σταθεροποίηση».....	287
13.1.4. Στάδιο 4ο: «Νιώθοντας ικανός»	288
13.1.5. Στάδιο 5ο: «Αριστεία»	289
13.2. Επαγγελματική αυτοανάπτυξη και οργανωσιακή κουλτούρα.....	289
13.3. Επαγγελματική κοινωνικοποίηση και ένταξη στη διεπαγγελματική ομάδα.....	291
13.4. Αυτογνωσία και επαγγελματική αυτοανάπτυξη.....	292
13.5. Η συγκρότηση μιας ισχυρής επαγγελματικής ταυτότητας	293
Σύνοψη.....	295
Βιβλιογραφικές αναφορές.....	295
Χρήσιμο οπτικοακουστικό και έντυπο υλικό στο διαδίκτυο	296
URL Εκπαιδευτικού Υλικού Κεφαλαίου 13	296
Γλωσσάριο κυριότερων όρων	297
Βιβλιογραφικές αναφορές.....	298

Πίνακας βραχυγραφιών- ακρωνυμίων

ACMD: Advisory Council on the Misuse of Drugs

ANSA: Association of Nurses in Substance Abuse

DSM-V: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

EMCDDA: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction

NIDA: National Institute for Drug Abuse

SAMHSA: Substance Abuse and Mental Health Administration

AA: Ανώνυμοι Αλκοολικοί

ΔΣΝ: Διεθνές Συμβούλιο Νοσηλευτών

ΕΚΤΕΠΙΝ: Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά

ΕΟΦ: Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων

ΕΠΙΨΥ: Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής

ΚΕΘΕΑ: Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων

ΚΝΣ: Κεντρικό Νευρικό Σύστημα

ΝΑ: Ανώνυμοι Ναρκομανείς

ΟΚΑΝΑ: Οργανισμός Καταπολέμησης κατά των Ναρκωτικών

ΠΟΥ: Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας

ΨΝΑ: Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής

Προλογικό σημείωμα

Το σύγγραμμα Νοσηλευτική Εξαρτημένων Ατόμων γράφτηκε μετά από 14 χρόνια επαγγελματικής εμπειρίας στη Μονάδα Απεξάρτησης «18 ΑΝΩ» του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής. Απευθύνεται στους νέους νοσηλευτές, οι οποίοι επιθυμούν να εργαστούν στον δύσκολο αλλά ιδιαίτερα ενδιαφέροντα χώρο των εξαρτήσεων καθώς και σε όλους τους νοσηλευτές οι οποίοι επωμίζονται τη φροντίδα ατόμων που κάνουν χρήση ουσιών στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και στο γενικό νοσοκομείο.

Ξεκίνησα να εργάζομαι στη Μονάδα Απεξάρτησης «18 ΑΝΩ» του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής με άνδρες τοξικοεξαρτημένους. Στη συνέχεια εργάστηκα στο Τμήμα Γυναικών, στη Μονάδα Απεξάρτησης Αλκοολικών και τέλος στο Τμήμα Οικογένειας του «18 ΑΝΩ». Η επαγγελματική μου κοινωνικοποίηση στον χώρο των εξαρτήσεων απαίτησε μεγάλη ψυχική αντοχή και κόπο. Η παράλληλη όμως εκπαίδευσή μου στη συστημική ψυχοθεραπεία στη Μονάδα Οικογενειακής Θεραπείας αποτέλεσε για μένα πηγή έμπνευσης και υποστήριξης για πολλά χρόνια. Επίσης, η ενασχόλησή μου με την εκπαίδευση στο ΤΕΙ Αθήνας σε όλη τη διάρκεια της κλινικής μου πορείας στο «18 ΑΝΩ» με βοήθησε συχνά να ξεφεύγω από τις δυσκολίες του κλινικού χώρου.

Είναι γεγονός πως η επαφή με τον κλινικό χώρο είναι μια εμπειρία που συγκλονίζει τον επαγγελματία ψυχικής υγείας και τον εντάσσει με ταχύ ρυθμό στην σκληρή κοινωνική πραγματικότητα. Αποτελεί όμως και εμπειρία που ωριμάζει τον επαγγελματία ως πρόσωπο, ενώ παράλληλα συμβάλλει στη συγκρότηση μιας ισχυρής επαγγελματικής ταυτότητας. Το σύγγραμμα αυτό γράφτηκε με ευγνωμοσύνη προς όλους τους θεραπευόμενους και τις οικογένειές τους, που μου εμπιστεύτηκαν την προσωπική τους ιστορία και με βοήθησαν να γίνω έστω και λίγο «καλύτερος» άνθρωπος.

Οκτώβρης, 2015

Εισαγωγή

Οι νοσηλευτές συναντούν άτομα τα οποία αντιμετωπίζουν προβλήματα χρήσης ή κατάχρησης ουσιών πολύ συχνά στην κλινική τους πράξη τόσο στον χώρο του νοσοκομείου όσο και την κοινότητα. Οι σοβαρές διαστάσεις τις οποίες έχει πάρει το φαινόμενο της εξάρτησης παγκοσμίως αλλά και στη χώρα μας απαιτούν από τους νοσηλευτές καθώς και όλους τους επαγγελματίες υγείας να συγκροτήσουν μια αποτελεσματική στρατηγική διαχείρισης των προβλημάτων χρήσης και κατάχρησης ουσιών που αντιμετωπίζουν καθημερινά.

Η «Νοσηλευτική Εξαρτημένων Ατόμων» αποτελεί ένα ακαδημαϊκό σύγγραμμα βασισμένο σε ενδείξεις το οποίο στοχεύει στην ενημέρωση και ευαισθητοποίηση φοιτητών νοσηλευτικής σε θέματα εξαρτήσεων, στη συνεχιζόμενη εκπαίδευση νοσηλευτών στο γενικό νοσοκομείο και στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και βέβαια στην κατάρτιση και επαγγελματική αυτοανάπτυξη νοσηλευτών που εργάζονται ή επιθυμούν να εργαστούν στον τομέα των εξαρτήσεων. Απώτερος σκοπός της προσπάθειας αυτής είναι η δημιουργία ενός περιεκτικού εγχειρίδιου σε θέματα τα οποία αφορούν το κλινικό έργο, την εκπαίδευση και την έρευνα στον τομέα των εξαρτήσεων, καθώς και την ανάπτυξη της νοσηλευτικής εξαρτημένων ατόμων ως ειδικότητας της νοσηλευτικής ψυχικής υγείας.

Το βιβλίο αποτελείται συνολικά από δεκατρία κεφάλαια. Με τα πρώτα τέσσερα κεφάλαια επιχειρείται να βοηθηθούν οι αναγνώστες ώστε να κατανοήσουν το πλαίσιο άσκησης της νοσηλευτικής εξαρτημένων ατόμων και να αποσαφηνίσουν βασικές έννοιες και όρους οι οποίοι χρησιμοποιούνται στον τομέα των εξαρτήσεων. Επιπλέον έχουν στόχο να συμβάλουν στο αίσθημα επάρκειας φοιτητών και κλινικών νοσηλευτών σχετικά με τις γνώσεις τους για την επίδραση των ψυχοδραστικών ουσιών καθώς και την αντιμετώπιση της στο πλαίσιο άμεσης βοήθειας, αλλά και στη συνειδητοποίηση της πολυπαραγοντικής φύσης του φαινομένου της εξάρτησης. Τα κεφάλαια πέντε έως εννέα περιγράφουν την προσέγγιση των ατόμων που κάνουν χρήση ψυχοδραστικών ουσιών και των οικογενειών τους από τις πρώτες προσπάθειες ανίχνευσης μέχρι και το στάδιο της διατήρησης της αλλαγής. Στη συνέχεια τα κεφάλαια δέκα και έντεκα εστιάζουν αντίστοιχα στη γυναικεία εξάρτηση με έμφαση στη μητρότητα και στη διαπολιτισμική νοσηλευτική εξαρτήσεων. Τέλος, το σύγγραμμα ολοκληρώνεται με τα κεφάλαια δώδεκα και δεκατρία, τα οποία σκιαγραφούν τις δυσκολίες του κλινικού έργου αλλά και τους όρους επαγγελματικής αυτοανάπτυξης των νοσηλευτών εξαρτημένων ατόμων. Ακολουθεί σύντομη περιγραφή του καθενός από τα παραπάνω κεφάλαια.

Στο πρώτο κεφάλαιο επιχειρείται ο καθορισμός του πλαισίου άσκησης της νοσηλευτικής εξαρτημένων ατόμων. Αρχικά παρουσιάζεται η έκταση του προβλήματος, η οποία δικαιολογεί την έμφαση στη συγκρότηση μιας ικανοποιητικής διαχείρισης των προβλημάτων εξάρτησης στο γενικό νοσοκομείο, στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και σε εξειδικευμένα κέντρα θεραπείας για την εξάρτηση. Στη συνέχεια αναλύεται η αναγκαιότητα εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας στην προσέγγιση της χρήσης ψυχοδραστικών ουσιών. Τέλος, σκιαγραφείται ο ρόλος του νοσηλευτή εξαρτημένων ατόμων.

Στο δεύτερο κεφάλαιο παρουσιάζονται η κατηγοριοποίηση των ψυχοδραστικών ουσιών με βασικές πληροφορίες για την επίδρασή τους καθώς και ιστορικά στοιχεία σχετικά με τη χρήση τους σε διαφορετικά πολιτισμικά πλαίσια. Επίσης περιγράφονται ο τρόπος χρήσης της κάθε ουσίας και ο τρόπος δράσης της στον οργανισμό, επιδημιολογικά στοιχεία, οι μακροπρόθεσμες επιπτώσεις της χρήσης, τα χαρακτηριστικά του στερεοτικού συνδρόμου της κάθε ουσίας καθώς και η ανάπτυξη ανοχής.

Στη συνέχεια, το τρίτο κεφάλαιο εστιάζει στην προσέγγιση των ατόμων, που κάνουν χρήση ψυχοδραστικών ουσιών, στο πλαίσιο της επείγουσας βοήθειας. Επίσης, συζητούνται τα εμπόδια και οι δυσκολίες στη φροντίδα των συγκεκριμένων ατόμων στο παραπάνω πλαίσιο και παρατίθενται πρακτικές συμβουλές για την αποτελεσματική προσέγγιση των αναγκών τους.

Το τέταρτο κεφάλαιο έχει ως στόχο την κατανόηση της πολυπαραγοντικής φύσης του φαινομένου της εξάρτησης, περιγράφοντας τη διαδικασία που οδηγεί από τον πειραματισμό με τις ουσίες στην «εγκατάσταση» της εξάρτησης, τη συνάντηση δηλαδή μιας προσωπικής, ψυχολογικής κρίσης με την κοινωνική στο πλαίσιο της χρήσης ουσιών. Επίσης, αναλύονται οι προστατευτικοί και οι επιβαρυντικοί παράγοντες των οποίων η παρουσία ή απουσία καθιστά το άτομο πιο ανθεκτικό ή πιο ευάλωτο στην εξάρτηση.

Στο πέμπτο κεφάλαιο εξετάζονται οι διαδικασίες ανίχνευσης χρήσης και κατάχρησης ουσιών με στόχο την έγκαιρη διάγνωση, οι οποίες μπορούν να εφαρμοστούν με ελάχιστη εκπαίδευση από νοσηλευτές σε όλους τους τομείς υγείας. Παρουσιάζονται τυποποιημένα εργαλεία και περιγράφεται ο τρόπος χορήγησης και βαθμολόγησής τους. Επιπλέον, περιγράφεται η λεπτομερής αξιολόγηση της χρήσης και κατάχρησης αλκοόλ και ψυχοδραστικών ουσιών.

Στο έκτο κεφάλαιο παρουσιάζεται η κινητοποιητική συνέντευξη, μια μέθοδος ενίσχυσης του κινήτρου και μείωσης της αντίστασης στην αλλαγή, η οποία δεν αφορά μόνο την αντιμετώπιση βλαπτικών συμπεριφορών χρήσης ουσιών αλλά και άλλων προβλημάτων υγείας που απαιτούν αλλαγή τρόπου ζωής, όπως ο διαβήτης, η παχυσαρκία, η υπέρταση, καρδιακά ή αναπνευστικά προβλήματα καπνιστών κ.ά. Επιπλέον, αναλύεται το διαθεωρητικό μοντέλο των σταδίων της αλλαγής και οι βραχείες παρεμβάσεις, οι οποίες σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας αποτελούν ευθύνη όλων των επαγγελματιών υγείας που έρχονται σε επαφή με άτομα τα οποία κάνουν χρήση ουσιών.

Στο έβδομο κεφάλαιο περιγράφεται η θεραπευτική διαδικασία της απεξάρτησης. Αρχικά αναλύονται η αντιμετώπιση της άρνησης του προβλήματος, η προετοιμασία του ατόμου για την ένταξη σε θεραπευτικό πρόγραμμα και οι παρεμβάσεις που στοχεύουν στην σταθεροποίηση της αποχής. Στη συνέχεια αναφέρονται οι δυσκολίες τις οποίες αντιμετωπίζει το άτομο στην προσπάθεια ανασυγκρότησης της ταυτότητάς του και ο τρόπος προσέγγισής τους. Επιπλέον, εξετάζονται η δυναμική της ομαδικής θεραπείας, η οποία αποτελεί και την πιο ενδεδειγμένη μορφή θεραπευτικής προσέγγισης στη θεραπεία απεξάρτησης, και η θεραπευτική αντιμετώπιση της συννοσηρότητας.

Ως συνέχεια του παραπάνω κεφαλαίου, το όγδοο κεφάλαιο εστιάζει στο στάδιο της διατήρησης της αλλαγής ή κοινωνικής επανένταξης στην απεξάρτηση από ψυχοδραστικές ουσίες. Έτσι, περιγράφονται αναλυτικά οι δυσκολίες τις οποίες αντιμετωπίζουν τα άτομα που έχουν ήδη απεξαρτηθεί στην προσπάθεια διατήρησης της αποχής και στην αυτονόμησή τους συνολικά. Επίσης, αναλύεται τόσο η συμβολή του θεραπευτή όσο και αυτή της ομαδικής θεραπείας και του θεραπευτικού πλαισίου. Τέλος, περιγράφεται η διαδικασία της υποτροπής, η πρόληψη και η αντιμετώπισή της.

Στο ένατο κεφάλαιο επιχειρείται η περιγραφή της επώδυνης εμπειρίας της οικογένειας που αντιμετωπίζει προβλήματα εξάρτησης καθώς και της φιλοσοφίας της θεραπευτικής παρέμβασης πάνω σε τρεις κεντρικούς άξονες: στον τρόπο με τον οποίο μπορεί η οικογένεια να βοηθήσει το εξαρτημένο μέλος να ξεπεράσει την άρνησή του να δεχτεί βοήθεια, στη συμβολή της οικογένειας στη θεραπεία και στη διατήρηση της αποχής μετά τη θεραπεία και τέλος στον τρόπο με τον οποίο τα μέλη της οικογένειας θα βοηθηθούν να ξεπεράσουν τις επιπτώσεις του χρόνιου προβλήματος της εξάρτησης.

Στο δέκατο κεφάλαιο εξετάζονται τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της γυναικείας εξάρτησης καθώς και η φιλοσοφία των παρεμβάσεων που αφορούν την εξαρτημένη μητέρα και το παιδί της. Επιπλέον, παρουσιάζονται κατευθυντήριες οδηγίες για την προσέγγιση των γυναικών με προβλήματα εξάρτησης κατά την προγεννητική και την περιγεννητική περίοδο από τους επαγγελματίες υγείας.

Στο ενδέκατο κεφάλαιο επιχειρείται μια διαπολιτισμική προσέγγιση στη νοσηλευτική εξαρτήσεων. Εξετάζεται η σχέση του επιπολιτισμικού στρες, του υψηλού βαθμού επιπολιτισμού και του επιπολιτισμικού χάσματος ανάμεσα σε διαφορετικές γενιές μεταναστών με την ουσιοεξάρτηση καθώς και οι όροι παροχής πολιτισμικά επαρκούς φροντίδας. Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στην ενημερότητα σχετικά με τις πεποιθήσεις, τις στάσεις, τις στερεότυπες αντιλήψεις για το πολιτισμικά διαφορετικό τόσο σε προσωπικό επίπεδο όσο και σε συλλογικό (οργανισμών, πολιτισμικών ομάδων, κοινωνίας κ.λπ.).

Στο δωδέκατο κεφάλαιο εξετάζεται η επαγγελματική εξουθένωση και η δευτερογενής μετατραυματική διαταραχή στο πλαίσιο της νοσηλευτικής εξαρτημένων ατόμων. Αναλύονται οι αιτίες, τα σημεία αναγνώρισής τους και γίνεται σύντομη αναφορά στις αλλαγές οι οποίες απαιτούνται για την ανάρρωση του επαγγελματία. Στη συνέχεια περιγράφονται κάποιες από τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι εκπαιδευόμενοι και νέοι επαγγελματίες στο κλινικό τους έργο κατά τη διαχείριση των αντιμεταβιαστικών αντιδράσεων με τους ασθενείς και τις οικογένειές τους και την εφαρμογή ορίων.

Τέλος, το δέκατο τρίτο κεφάλαιο εστιάζει στην επαγγελματική αυτοανάπτυξη των νοσηλευτών εξαρτημένων ατόμων. Αρχικά σκιαγραφούνται τα στάδια επαγγελματικής εξέλιξης, τα οποία συνδέονται με την κατάκτηση συγκεκριμένων ικανοτήτων. Στη συνέχεια περιγράφεται η επιρροή της οργανωσιακής κουλτούρας στον επαγγελματία, η οποία σε έναν υγιή οργανισμό είναι αμφίδρομη. Τέλος, αναλύεται η διαδικασία της επαγγελματικής κοινωνικοποίησης και συγκρότησης μιας ισχυρής επαγγελματικής ταυτότητας.

Τα πιο πολλά κεφάλαια περιέχουν βινιέτες περιστατικών ή κλινικών παρεμβάσεων, οι οποίες θα συμβάλουν καθοριστικά στο πέρασμα από τη θεωρία στην πράξη.

Συμπερασματικά, θα πρέπει να αναφέρουμε ότι οι σοβαρές διαστάσεις που έχει πάρει σήμερα το φαινόμενο της εξάρτησης παγκοσμίως αλλά και στη χώρα μας απαιτούν την κατάρτιση των νέων νοσηλευτών σε θέματα εξαρτήσεων καθώς και την ενσωμάτωση της Νοσηλευτικής Εξαρτημένων Ατόμων στα βασικά και μεταπτυχιακά προγράμματα σπουδών της νοσηλευτικής επιστήμης.

Κεφάλαιο 1

Νοσηλευτική εξαρτημένων ατόμων: Πλαίσιο προσφοράς φροντίδας

«Οι άνθρωποι σε ολόκληρο τον κόσμο δεν καταναλώνουν χασίς, όπιο, κρασί ή καπνό είτε από αρέσκεια είτε επειδή αυτό τους ευχαριστεί ή τους διασκεδάζει, αλλά από την επιθυμία τους να καταπνίγουν τις απαιτήσεις της συνείδησής τους».

Λέων Τολστόι (1999) Γιατί οι άνθρωποι κάνουν χρήση ναρκωτικών ουσιών. Αθήνα: Εκδόσεις Καστανιώτη.

Εισαγωγή

Η χρήση ψυχοδραστικών ουσιών αποτελεί ένα παγκόσμιο φαινόμενο το οποίο διαπερνά τα κοινωνικοοικονομικά, πολιτισμικά, θρησκευτικά και εθνικά σύνορα. Παρότι η χρήση αυτή παρατηρείται ήδη από την τρίτη χιλιετία π.Χ., ποτέ δεν είχε τις διαστάσεις που έχει λάβει στη σύγχρονη εποχή, αυτήν της παγκοσμιοποίησης. Η χρήση ουσιών στο παρελθόν αποτελούσε συστατικό στοιχείο της κοινωνικής ζωής, έχοντας ταυτόχρονα μια θρησκευτική ή θεραπευτική διάσταση, η οποία καθοριζόταν από την ίδια την κοινωνία. Τόσο λοιπόν το δικαίωμα να κάνει κάποιος χρήση όσο και το νόημα της ίδιας της χρήσης οριζόταν από το πολιτισμικό πλαίσιο μέσα στο οποίο αυτή (δηλ. η χρήση) πραγματοποιούνταν (Μάτσα, 2001). Αντίθετα, στις μέρες μας η χρήση ουσιών αποτελεί μια ατομική επιλογή, ένα μέσο ανακούφισης από τα προσωπικά δεινά ή πρόσβασης στη μέθη και στην ηδονή, η οποία όμως αποκτά μαζικό χαρακτήρα στο πλαίσιο της βαθιάς οικονομικής και κοινωνικοπολιτιστικής κρίσης. Έτσι, η αυξημένη διαθεσιμότητα τόσο των νόμιμων όσο και των παράνομων ψυχοδραστικών ουσιών δημιουργεί προβλήματα, τα οποία ξεπερνούν το άτομο και επηρεάζουν οικογένειες και κοινότητες, καθιστώντας την εξάρτηση μείζον πρόβλημα δημόσιας υγείας.

Στο κεφάλαιο αυτό επιχειρείται ο καθορισμός του πλαισίου άσκησης της νοσηλευτικής εξαρτημένων ατόμων. Αρχικά παρουσιάζεται η έκταση του προβλήματος, η οποία δικαιολογεί την έμφαση στη συγκρότηση μιας ικανοποιητικής διαχείρισης των προβλημάτων εξάρτησης στο γενικό νοσοκομείο, στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και σε εξειδικευμένα κέντρα θεραπείας για την εξάρτηση. Στη συνέχεια αναλύεται η αναγκαιότητα εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας στην προσέγγιση της χρήσης ψυχοδραστικών ουσιών. Τέλος, σκιαγραφείται ο ρόλος του νοσηλευτή εξαρτημένων ατόμων.

1.1. Η έκταση του προβλήματος

Αναφορικά με το κάπνισμα και σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, ο αριθμός των καπνιστών ανέρχεται στο ένα δισεκατομμύριο παγκοσμίως, ενώ 6 εκατομμύρια από αυτούς και εξακόσιες χιλιάδες παθητικοί καπνιστές πεθαίνουν ετησίως εξαιτίας του καπνού (WHO, 2015). Στην Ευρωπαϊκή Ένωση (European Commission 2004) περίπου 650.000 καπνιστών πεθαίνουν ετησίως με αποτέλεσμα το κάπνισμα να αποτελεί τη συχνότερη αιτία θανάτου (έναν στους επτά). Η χρήση καπνού από εφήβους 13 έως 15 ετών στην ανατολική μεσόγειο είναι τριπλάσια από τον μέσο όρο σε παγκόσμιο επίπεδο. Στην Ελλάδα υπολογίζεται ότι ένα στα πέντε αγόρια και ένα στα οκτώ κορίτσια κάτω των 15 ετών καπνίζουν (WHO, 2015a), ενώ ένας στους έξι 15χρονους έχει κάνει χρήση ηλεκτρονικού τσιγάρου από απλή περιέργεια (ΕΠΨΥ, 2012). Όσον αφορά στη χρήση αλκοόλ, 5,1 % της παγκόσμιας επιβάρυνσης των ασθενειών και τραυματισμών οφείλεται στο αλκοόλ (WHO, 2015b). Στη χώρα μας, ένας στους πέντε εφήβους πίνει σε κάθε συνηθισμένη του έξοδο τουλάχιστον 3 ποτά (Κοκκέβη και συν., 2015).

Σχετικά με την εξάρτηση από παράνομες ψυχοδραστικές ουσίες, σύμφωνα με το Γραφείο των Ηνωμένων Εθνών για τον Έλεγχο των Ναρκωτικών και την Πρόληψη του Εγκλήματος, ο αριθμός των εξαρτημένων ατόμων υπολογίζεται περίπου 27 εκατομμύρια παγκοσμίως, ενώ η καλλιέργεια οπίου έχει φτάσει στα υψηλότερα επίπεδα που έχουν καταγραφεί ποτέ (UNODC, 2015). Συνολικά, η παράνομη διακίνηση ναρκωτικών αντιστοιχεί στο 8% του παγκόσμιου εμπορίου. Στην Ελλάδα ένας στους πέντε άνδρες αναφέρει εμπειρία με ναρκωτικά (Κοκκέβη και συν., 2007), ενώ η χρήση παράνομων ουσιών στον μαθητικό

πληθυσμό (ΕΠΨΥ, 2012) σχεδόν τριπλασιάζεται μέσα στην εικοσιπενταετία (από 6% το 1984 σε 15,3% το 2011). Μάλιστα, σύμφωνα με τη Διεθνή Επιτροπή του ΟΗΕ για τον έλεγχο των ναρκωτικών παρατηρείται αύξηση στον αριθμό των νέων κρουσμάτων HIV μεταξύ των ατόμων που κάνουν χρήση ενδοφλέβιων ναρκωτικών στην Ευρωπαϊκή Ένωση, κυρίως ως αποτέλεσμα των κρουσμάτων του ιού HIV στους χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών στην Ελλάδα και τη Ρουμανία (INCB, 2014). Επίσης ανησυχητική είναι η αύξηση στη χρήση κάνναβης από εφήβους τα τελευταία χρόνια, μιας και το ποσοστό των δεκαπεντάχρονων, οι οποίοι δηλώνουν ότι έχουν κάνει χρήση κάνναβης έστω και μια φορά στη ζωή τους, έχει υπερδιπλασιαστεί από το 2006 έως το 2014, από 3,7% σε 9,6% (ΕΠΨΥ, 2012).



Εικόνα 1.1 ΚΕΘΕΑ, Copyright.

1.2. Η αναγκαιότητα της εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας

Η τεράστια έκταση του προβλήματος της κατάχρησης ψυχοδραστικών ουσιών το καθιστά μείζον πρόβλημα δημόσιας υγείας. Ο ετήσιος αριθμός των θανάτων από χρήση ανέρχεται στις 187.000, συνήθως από υπερβολική χρήση παρότι οι θάνατοι αυτοί μπορούν να προληφθούν (UNODC, 2015). Μάλιστα σύμφωνα με το Γραφείο των Ηνωμένων Εθνών για τον Έλεγχο των Ναρκωτικών και την Πρόληψη του Εγκλήματος (UNODC, 2015) μόνο ένας στους έξι χρήστες ναρκωτικών ουσιών έχει πρόσβαση σε θεραπεία (στην Ευρώπη ένας στους πέντε). Παράλληλα, οι υπηρεσίες οι οποίες απευθύνονται σε εξαρτημένα άτομα απειλούνται λόγω περικοπών της χρηματοδότησής τους (EMCDDA, 2015) με αποτέλεσμα ολοένα μεγαλύτερος αριθμός εξαρτημένων ατόμων να έρχεται σε επαφή με γενικά νοσοκομεία και δομές πρωτοβάθμιας περίθαλψης για τα προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζει. Σοβαρά ατυχήματα και τραύματα, αποστήματα, κυτταρίτιδα, εν τω βάθει φλεβική θρόμβωση, δηλητηρίαση από υπερβολική χρήση, απόπειρα αυτοκτονίας και αυτοτραυματισμοί είναι κάποιες από τις επιπτώσεις της κατάχρησης, οι οποίες φέρνουν τους χρήστες παράνομων ψυχοδραστικών ουσιών κοντά τους επαγγελματίες υγείας. Εγκεφαλικά επεισόδια, καρδιαγγειακά νοσήματα, κακοήγη νεοπλασμάτα, ηπατοπάθειες, πνευμονοπάθειες, κατάθλιψη, τροχαία ατυχήματα και απόπειρες αυτοκαταστροφής είναι μόνο κάποια από τα σοβαρά προβλήματα τα οποία οδηγούν άτομα που κάνουν κατάχρηση νόμιμων ψυχοδραστικών ουσιών, όπως το οινόπνευμα και ο καπνός, να αναζητήσουν βοήθεια από επαγγελματίες υγείας.

Οι επαγγελματίες υγείας όμως νιώθουν ανεπαρκείς ή ανεκπαιδευτοι για την προσέγγιση ατόμων τα οποία κάνουν χρήση ψυχοδραστικών ουσιών (WHO, 1996). Πιο συχνά δεν έχουν τις ικανότητες και τις γνώσεις που απαιτούνται για να κάνουν μια σωστή διάγνωση ή να δώσουν μια κατάλληλη συμβουλή. Οι αρνητικές στάσεις προς τις ψυχοδραστικές ουσίες οδηγούν στην άρνηση του ίδιου του ασθενή, ο οποίος φοβάται ότι αν ομολογήσει τα προβλήματά του, μπορεί να περιθωριοποιηθεί ή να απορριφθεί από τον επαγγελματία υγείας (WHO, 1996). Επιπλέον, πολλοί επαγγελματίες αντιμετωπίζουν δικά τους προβλήματα τα οποία δεν αναγνωρίζονται και επηρεάζουν το κλινικό τους έργο.

Κάνω ενδοφλέβια χρήση ναρκωτικών. Αντιμετωπίζω τα παρακάτω προβλήματα.

«Οι εργαζόμενοι στην υγεία δεν με εμπιστεύονται, νομίζουν ότι το μόνο που θέλω είναι να κάνω ναρκωτικά».

«Οι περισσότεροι γιατροί στα νοσοκομεία δεν είναι εξοικειωμένοι με θέματα εξάρτησης».

«Έχω βιώσει αδιαφορία και χλευασμό».

«Μου φέρονται σαν να είμαι εγκληματίας κι αυτό με δυσκολεύει στο να προσέχω την υγεία μου».

«Αλλάζει η στάση των γιατρών, όταν παραπέμπεται ο χρήστης από το πρόγραμμα».

«Δεν υπάρχουν καθόλου φιλικές υπηρεσίες υγείας εκεί κοντά που μένω».

ΕΚΤΕΠΝ (2015) Ετήσια Έκθεση 2014: *Η κατάσταση του προβλήματος των ναρκωτικών και οιοπνευματωδών στην Ελλάδα*. Αθήνα: Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής. (σελ.15-16)

Πίνακας 1.1 Σχόλια χρηστών ψυχοδραστικών ουσιών για τις υπηρεσίες υγείας.

Ο Π.Ο.Υ. ασκεί κριτική σε προγράμματα επαγγελματιών υγείας, τα οποία προσεγγίζουν την εξάρτηση ως το αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης ατόμου-ψυχοδραστικής ουσίας (WHO, 1996). Συχνά η εκπαίδευση σε θέματα εξαρτήσεων εστιάζει στους μηχανισμούς δράσης αυτών των ουσιών στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα (ΚΝΣ), στις βραχυπρόθεσμες και μακροπρόθεσμες επιπτώσεις της χρήσης και στο σύνδρομο εξάρτησης στο οποίο οδηγεί η επαναλαμβανόμενη χρήση. Με αυτό τον τρόπο αγνοούνται οι περιβαλλοντικοί παράγοντες, η επίδραση των πολιτικών που εφαρμόζονται, οι στάσεις απέναντι στους χρήστες, η περιθωριοποίηση, ο ρόλος της πρόληψης και η ανάγκη για αποτελεσματική θεραπεία. Επιπλέον οι επαγγελματίες υγείας δεν προετοιμάζονται κατάλληλα, ώστε να έχουν εμπιστοσύνη στις ικανότητές τους και να μπορέσουν να διαγνώσουν έγκαιρα και να κινητοποιήσουν τους ασθενείς, που αντιμετωπίζουν προβλήματα με τη χρήση ουσιών, προς την αλλαγή.

Τις τελευταίες δύο δεκαετίες πολλές έρευνες αποδεικνύουν την αποτελεσματικότητα της έγκαιρης παρέμβασης από τους επαγγελματίες υγείας στα γενικά νοσοκομεία και στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (WHO, 2010). Κατά τον ίδιο τρόπο με τον οποίο ο έλεγχος της πίεσης του ασθενή μπορεί να αποκαλύψει προβλήματα υγείας και να οδηγήσει σε συστάσεις για έναν πιο υγιεινό τρόπο ζωής, η αξιολόγηση της χρήσης ουσιών μπορεί να βοηθήσει τους επαγγελματίες υγείας να αναγνωρίσουν ένα δυνητικό πρόβλημα υγείας ή να αντιμετωπίσουν ένα υπάρχον πρόβλημα προτού επιδεινωθεί και θέσει σε κίνδυνο ακόμη και τη ζωή του ασθενή. Οι σύντομες παρεμβάσεις για τη μείωση της χρήσης αποτελούν εργαλεία μείωσης της βλάβης, πρόληψης της κλιμάκωσης της χρήσης αλλά και κινητοποίησης για θεραπεία. Απευθύνονται σε όλα τα άτομα που κάνουν χρήση κάποιας ψυχοδραστικής ουσίας, η οποία έχει επιπτώσεις σε διάφορους τομείς της ζωής τους, χωρίς να είναι απαραίτητα εξαρτημένα από τη συγκεκριμένη ουσία. Η χρονική διάρκειά τους κυμαίνεται από 3 έως 15 λεπτά και αφορούν όλες τις ψυχοδραστικές ουσίες συμπεριλαμβανομένου του καπνού (WHO, 2010).

Παρά όμως τη βασισμένη σε ενδείξεις αποτελεσματικότητα των σύντομων παρεμβάσεων, η εφαρμογή τους στην πράξη εμποδίζεται από διάφορους παράγοντες, όπως η έλλειψη κατάλληλης εκπαίδευσης, οι στερεότυπες, απαισιόδοξες και αρνητικές στάσεις απέναντι στα άτομα που κάνουν

κατάχρηση αλκοόλ και ναρκωτικών, η πεποίθηση ότι οι συγκεκριμένες παρεμβάσεις δεν συμπεριλαμβάνονται στον ρόλο και στα καθήκοντά τους, ο φόρτος εργασίας κ.ά. (SAMHSA, 2012· Geirsson et al., 2005). Συχνά οι γιατροί είναι απρόθυμοι να εμπλακούν στην κινητοποίηση των συγκεκριμένων ασθενών προς την αλλαγή τρόπου ζωής σε αντίθεση με τόσα άλλα χρόνια προβλήματα υγείας στα οποία προτείνουν αλλαγές σε συμπεριφορές και καθημερινές συνήθειες. Μάλιστα, οι νοσηλευτές αποδεικνύονται ακόμη περισσότερο απρόθυμοι στην εμπλοκή τους στην αξιολόγηση της χρήσης ψυχοδραστικών ουσιών και στις απαιτούμενες σύντομες παρεμβάσεις (Geirsson et al., 2005· Johansson et al., 2002).



Εικόνα 1.2 ΚΕΘΕΑ, Copyright.

1.3. Οι στάσεις των νοσηλευτών απέναντι στους χρήστες ψυχοδραστικών ουσιών

Αρκετές μελέτες εξετάζουν τις στάσεις των νοσηλευτών απέναντι στους χρήστες νόμιμων και παράνομων ψυχοδραστικών ουσιών (Crothers & Dorrigan, 2011· Ford et al., 2008· Happell, 2002· Happell & Taylor, 1999). Η φροντίδα των συγκεκριμένων ασθενών συχνά αποτελεί μια αρνητική, άχαρη και δυσάρεστη πλευρά της εργασίας τους, αν και παρουσιάζονται σημαντικές βελτιώσεις στις απόψεις των νοσηλευτών τα τελευταία χρόνια. Οι περισσότερες πάντως από αυτές τις μελέτες εστιάζουν στους παράγοντες οι οποίοι επηρεάζουν τις στάσεις των νοσηλευτών και όχι στον τρόπο που επηρεάζουν οι στάσεις αυτές την εμπειρία φροντίδας των ασθενών, η οποία πολλές φορές είναι αρνητική (Rassool & Rawaf, 2008· Happell & Taylor, 2001).

Στο πλαίσιο της αυξημένης δραστηριότητας στις μονάδες υγείας, της πίεσης για γρήγορη θεραπευτική αντιμετώπιση και της έλλειψης προσωπικού, οι ανάγκες των ατόμων που κάνουν κατάχρηση ουσιών αξιολογούνται συχνά ως προβλήματα χαμηλής προτεραιότητας (Happell & Taylor, 2001). Συγκεκριμένες συμπεριφορές ερμηνεύονται συχνά σαν προσπάθεια απόσπασης φαρμάκων με αποτέλεσμα τα συμπτώματα των ασθενών να αγνοούνται ή να αξιολογούνται με αρνητικό τρόπο. Για παράδειγμα, αναφορές ασθενών για έντονο πόνο θεωρούνται πολύ συχνά ως χειριστικές συμπεριφορές για χορήγηση αναλγησίας παρότι η χρήση οπιοειδών ουσιών καλύπτει τον πόνο ανοιχτών τραυμάτων, ο οποίος κορυφώνεται κατά τη στέρηση της ουσίας (SAMHSA, 2012a). Παράλληλα, η μη συμμόρφωση με το αποδεκτό πλαίσιο συμπεριφοράς των ασθενών δημιουργεί εντάσεις, οι οποίες επηρεάζουν την ομαλότητα της ρουτίνας εργασίας σε μια νοσηλευτική μονάδα. Αθροιστικά, όλοι αυτοί οι παράγοντες ενισχύουν τις προϋπάρχουσες αρνητικές στάσεις των νοσηλευτών απέναντι στους χρήστες ψυχοδραστικών ουσιών.

Μια προσέγγιση ασύμβατη με τις αξίες της νοσηλευτικής επιστήμης

«Ναι, να με βοηθήσει να καταλάβω λίγα περισσότερα για την εξάρτηση, γιατί νομίζω ότι είμαστε όλοι ένοχοι για περιστάσεις στις οποίες είμαστε αρκετά επικριτικοί, έτσι δεν είναι; Είμαστε όλοι ένοχοι, γιατί κρίνουμε... Λοιπόν εγώ το ξέρω σίγουρα για τον εαυτό μου...».

«Σίγουρα θα έπρεπε να κάνουμε κάτι όσο είναι εδώ. Ότι κάνουμε με κάθε σωματική ασθένεια, η οποία οφείλεται στον τρόπο ζωής του ασθενή... την προαγωγή υγείας μας, να τη χρησιμοποιήσουμε. Αλλά με τους χρήστες το μόνο που λέμε είναι «δεν θα έπρεπε να το κάνεις αυτό». Επειδή δεν έχουμε κατανόηση του προβλήματος, δεν μπορώ, δεν μπορώ να προσφέρω φροντίδα ή πληροφόρηση σε αυτούς τους ανθρώπους...».

«Δεν μπορούμε να τους προσφέρουμε τίποτα, δεν μπορούμε να τους δώσουμε τίποτα... Γιατί δεν τους ξέρουμε, για μας είναι σαν «εξωγήινου», γιατί δεν τους γνωρίζουμε».

«Νομίζω ότι αν ρωτούσες τους περισσότερους νοσηλευτές και γιατρούς και μιλούσαν με ειλικρίνεια, θα έλεγα ότι οι στάσεις των νοσηλευτών απέναντι στους χρήστες και στα ναρκωτικά... ότι νομίζουν ότι είναι σπατάλη χρόνου... νομίζω ότι αυτό θα έλεγαν, ότι είναι κάτι που πρέπει να ανεχθούμε...».

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.

Πίνακας 1.2 Σχόλια νοσηλευτών για τη φροντίδα χρηστών ψυχοδραστικών ουσιών.



Εικόνα 1.3 ΚΕΘΕΑ, Copyright.

Από τη μια οι ασθενείς αντιλαμβάνονται τη δυσανεξία των νοσηλευτών και -όντας ιδιαίτερα ευαίσθητοι στην κριτική των άλλων- αντιδρούν υιοθετώντας ανταγωνιστικούς τρόπους επικοινωνίας. Αντιλαμβάνονται την έλλειψη γνώσης σχετικά με την αντιμετώπιση του στερητικού συνδρόμου ως απειλή για την ποιότητα της φροντίδας τους. Έτσι, συχνά αποφεύγουν την εισαγωγή σε νοσοκομείο για τα προβλήματα υγείας τους από τον φόβο του στερητικού συνδρόμου και πιθανού οξέος ή χρόνιου πόνου, ο οποίος κορυφώνεται όταν σταματήσει η επήρεια των ψυχοδραστικών ουσιών. Όταν τελικά εισάγονται σε κάποια νοσηλευτική μονάδα, τότε γι' αυτούς η αντιμετώπιση των συμπτωμάτων στέρησης και του πόνου αποτελεί προτεραιότητα. Η επίμονη όμως διεκδίκηση και η κλιμάκωση των απαιτήσεων των συγκεκριμένων ασθενών ενισχύει τις αρνητικές στάσεις της ομάδας υγείας απέναντί τους. Η απογοήτευση και ο θυμός για τη μη ικανοποιητική αντιμετώπιση των αναγκών τους συχνά οδηγεί στην αποχώρησή τους από τη νοσηλευτική μονάδα για να κάνουν χρήση ή στην εκδήλωση επιθετικής συμπεριφοράς, η οποία επιβεβαιώνει τις στερεότυπες απόψεις ότι οι ασθενείς αυτοί είναι εριστικοί και επικίνδυνοι. Ως αποτέλεσμα, η έλλειψη γνώσης σχετικά με την αντιμετώπιση του στερητικού συνδρόμου και του πόνου επηρεάζει τη φροντίδα και το ξεκίνημα μιας υποστηρικτικής σχέσης νοσηλευτή/ασθενή με στόχο τη βελτίωση της υγείας και την κινητοποίηση του τελευταίου για αλλαγή. Η έξοδος του χρήστη από το νοσοκομείο πριν αντιμετωπιστούν τα προβλήματα υγείας του επιβεβαιώνει το αδιέξοδο που βιώνει και ενισχύει τον φαύλο κύκλο αυτοκαταστροφής που παρατηρείται, όταν η χρήση έχει πλέον προχωρήσει σε βαθμό που να μην μπορεί πλέον να ελεγχθεί και αποτελεί το πιο απαραίτητο στοιχείο της καθημερινότητάς του.

Από την άλλη οι νοσηλευτές βιώνουν «γνωστική ασυμφωνία», μιας και ο φόβος για την απρόβλεπτη συμπεριφορά των χρηστών τους κάνει πιο συχνά να αποφεύγουν την επαφή με τον ασθενή. Ο τρόπος όμως αυτός προσέγγισης είναι ασύμβατος με τις αξίες της νοσηλευτικής. Η ασυμφωνία λοιπόν που βιώνουν δεν είναι απλά αποτέλεσμα προκαταλήψεων ή έλλειψης εκπαίδευσης, αλλά σχετίζεται με τη διατήρηση του ασθενή σε απόσταση, σαν να είναι «ξένος», «άγνωστος», «άλλος» (Benner et al., 2008). Η διαφορετικότητα που αποδίδεται στον άλλον δεν σχετίζεται απαραίτητα με στιγματισμό, αποκλεισμό ή δαιμονοποίηση του άλλου. Μπορεί απλά να είναι αποτέλεσμα κάποιας κρίσης, η οποία αφορά την κοινωνική αξία του ατόμου ή μιας ομάδας ατόμων. Οι νοσηλευτές πάντως αντιλαμβάνονται την απόσταση που διατηρούν από τον ασθενή ως αντίθετη με την δεοντολογία του νοσηλευτικού επαγγέλματος. Αυτή η αντίφαση αποτελεί τον πυρήνα αρκετών δυσάρεστων συναισθημάτων τα οποία εξουθενώνουν τους νοσηλευτές που εμπλέκονται στη φροντίδα εξαρτημένων ατόμων.

Δείχνοντας γνήσιο ενδιαφέρον στους ασθενείς

«Υπάρχουν μερικές νοσηλεύτριες οι οποίες είναι πολύ καλές και είναι ΟΚ... και είσαι κι εσύ καλός και ΟΚ μαζί τους...».

«Ήρθε μια νεαρή φοιτήτρια νοσηλευτικής και μου άλλαξε τον επίδεσμο νωρίτερα και της έλεγα τι μου συνέβη και εκείνη πραγματικά ενδιαφερόταν... έδειξε περισσότερο ενδιαφέρον απ' όσο έδειξαν όλοι οι υπόλοιποι μαζί... θα γίνει σίγουρα πολύ καλή νοσηλεύτρια!».

«Ενδιαφέρομαι γι' αυτούς. Είναι προσωπικό μου θέμα, γιατί έχω ένα φίλο του οποίου ο γιος είναι χρήστης ηρωίνης, κι έτσι με ενδιαφέρει... Ξέρω όμως κάποια άτομα, που το παραδέχονται και τα ίδια, ότι δεν έχουν χρόνο γι' αυτούς τους ασθενείς...».

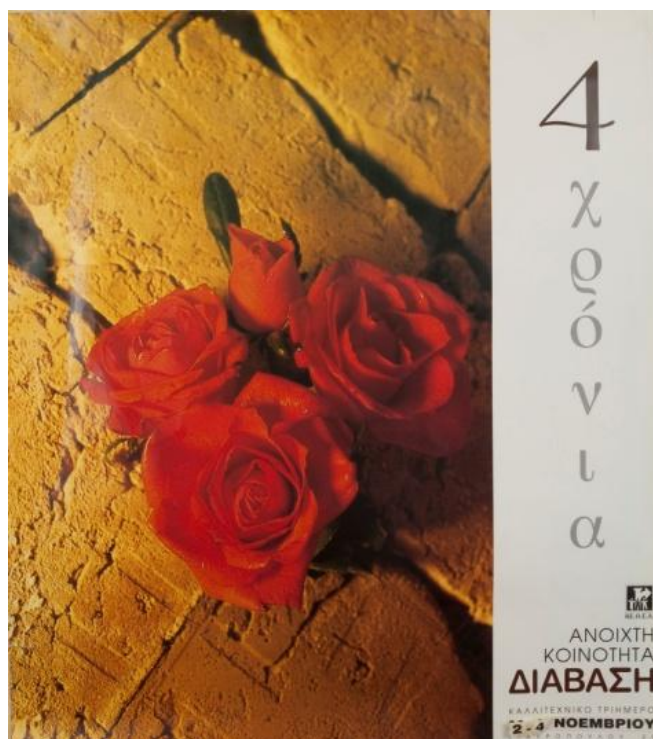
Monks, R., Topping, A., Newell, R. (2012) The dissonant care management of illicit drug users in medical wards, the views of nurses and patients: a grounded theory study. *Journal of Advanced Nursing*, 935-946.

Πίνακας 1.3 Ο ασθενής ως «Πρόσωπο» και όχι ως «Χρήστης».

Επιπλέον, όταν οι νοσηλευτές κατακλύζονται από άγχος και φόβο για την απρόβλεπτη συμπεριφορά του ασθενή (π.χ. προκλητική, επιθετική) συμβάλλουν ασυνείδητα στην πρόκληση της συμπεριφοράς που επιθυμούν να αποφύγουν. Ο φόβος ή η αποστασιοποίηση γίνονται αντιληπτές από τον ασθενή ως διάκριση. Η

διάκριση αυτή βιώνεται ως άδικη συμπεριφορά και προκαλεί θυμό, τον οποίο συχνά ο ασθενής έχει δυσκολία να ελέγξει, με αποτέλεσμα την κλιμάκωση της έντασης. Αντίθετα, 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 (Ηλίας και συν., 2005). Όταν λοιπόν ο νοσηλευτής 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. Έτσι η ικανότητα του νοσηλευτή να δει το πρόσωπο πίσω από τον χρήστη συμβάλλει στη δημιουργία μιας πιο θετικής και αρμονικής σχέσης με τον ασθενή αλλά και αντίστοιχου συναισθηματικού κλίματος στο νοσηλευτικό τμήμα.

Οι νοσηλευτές όμως δεν συναντούν μόνο ασθενείς εξαρτημένους από ψυχοδραστικές ουσίες στην κλινική τους πράξη. Συναντούν και άτομα που μπορεί να κάνουν κατάχρηση κάποιας ουσίας, αλλά δεν θα χαρακτηρίζονταν εύκολα αλκοολικοί, τοξικομανείς ή εξαρτημένοι. Σε έρευνα των Lock et al. (2002) οι νοσηλευτές περιγράφουν την κατανάλωση αλκοόλ ως ένα από τα δυσκολότερα θέματα, τα οποία καλούνται να αξιολογήσουν στο κλινικό τους έργο, επειδή θεωρούν ότι αποτελεί ζήτημα που μπορεί να αναστατώσει τους ασθενείς. Οι αντιδράσεις των ασθενών είναι απρόβλεπτες και συμπεριλαμβάνουν εριστική ή αμυντική συμπεριφορά, αμηχανία, αδιαφορία και απάθεια αλλά και θετικές αντιδράσεις ακόμη και έντονη διάθεση να συζητήσουν το θέμα. Οι αρνητικές αντιδράσεις συνδέονται με συναισθήματα τα οποία ανακινεί η συζήτηση για τη χρήση ουσιών, όπως θυμό, φόβο, τρόμο, ντροπή, ενοχή. Σύμφωνα όμως με τους Lock et al. είναι δύσκολο για τους ερευνητές να διαπιστώσουν αν οι αντιδράσεις που αναφέρονται βασίζονται στην άμεση εμπειρία με τους ασθενείς ή αποτελούν μεγέθυνση της δυσκολίας των νοσηλευτών να συζητήσουν θέματα τα οποία αφορούν τη χρήση αλκοόλ. Αυτό συμβαίνει γιατί αρκετοί νοσηλευτές πιστεύουν ότι οι ασθενείς δεν ομολογούν την αλήθεια για τη χρήση τους, ακούν τις απαντήσεις με δυσπιστία και δίνουν συμβουλές με αρκετή επιφυλακτικότητα. Μια πιθανή λοιπόν ερμηνεία των αντιδράσεων αυτών είναι ότι αποτελούν εν μέρει αποτέλεσμα της στάσης των νοσηλευτών, οι οποίοι προσεγγίζουν με φόβο, δυσπιστία ή απλή επιφυλακτικότητα τους ασθενείς. Μια απλή, καθιερωμένη πρακτική αξιολόγησης της χρήσης, η οποία απευθύνεται σε όλους τους ασθενείς που αντιμετωπίζουν χρόνια προβλήματα υγείας, μπορεί εν μέρει να συμβάλει στην αποτελεσματική προσέγγιση του θέματος (SAMHSA, 2012; WHO, 2010; Israel et al., 1996). Απαιτείται βέβαια εκπαίδευση των νοσηλευτών σε προπτυχιακό επίπεδο, αλλά και υποστήριξη στις δυσκολίες που συναντούν στον εργασιακό χώρο δεδομένου του μεγάλου αριθμού ασθενών οι οποίοι κάνουν κατάχρηση κάποιας ουσίας.



Εικόνα 1.4 ΚΕΘΕΑ, Copyright.

1.4. Η αναγκαιότητα της ενσωμάτωσης της νοσηλευτικής εξαρτημένων ατόμων στο βασικό πρόγραμμα σπουδών της νοσηλευτικής- Συνεχιζόμενη και μεταπτυχιακή εκπαίδευση

Η αναγκαιότητα αλλαγής των προγραμμάτων σπουδών νοσηλευτικής, ώστε να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις της δημόσιας υγείας σε θέματα εξάρτησης, αποτελεί κοινό τόπο στη διεθνή βιβλιογραφία (Burns et al., 2012· Murray & Savage, 2010· Rassool & Rawaf, 2008· Rassool 2000, 1999, 1998, 1997, 1993· Carta, 2004· Hagemaster et al., 1993· Happell & Taylor, 1999a· Murphy, 1989). Αυτό συμβαίνει γιατί η ανεπαρκής εκπαίδευση των νοσηλευτών έχει ως αποτέλεσμα την ανεπαρκή κλινική πράξη, τη διατήρηση κοινωνικών στερεότυπων σχετικά με τη φροντίδα χρηστών ναρκωτικών ουσιών και αλκοόλ, αλλά και την έλλειψη προετοιμασίας των αποφοίτων για τη φροντίδα ενός μεγάλου μέρους του πληθυσμού των ασθενών. Στη Βραζιλία εκπρόσωποι 24 Τμημάτων Νοσηλευτικής συμφώνησαν ότι η ενσωμάτωση εκπαίδευσης σε θέματα εξαρτήσεων αποτελεί ύψιστη προτεραιότητα για το βασικό πρόγραμμα σπουδών (Pillon et al., 2004).

Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ. και το Διεθνές Συμβούλιο νοσηλευτών (WHO/ICN, 1991) σε όλους τους φοιτητές νοσηλευτικής στο προπτυχιακό επίπεδο πρέπει να προσφέρεται εκπαίδευση σχετικά με την εξάρτηση από ψυχοδραστικές ουσίες. Παρόμοια εκπαίδευση πρέπει να προσφέρεται σε κλινικούς νοσηλευτές στο γενικό νοσοκομείο και στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Η εκπαίδευση αυτή πρέπει να περιλαμβάνει μεταξύ άλλων:

- Ενημερότητα, κατανόηση και ευαισθητοποίηση σε θέματα εξάρτησης
- Ευαισθητοποίηση
- Διερεύνηση των προσωπικών και κοινωνικών πεποιθήσεων και στάσεων των νοσηλευτών, όσον αφορά σε θέματα κατάχρησης ουσιών
- Αναγνώριση ενδείξεων κατάχρησης
- Δυνατότητες παραπομπής

Κατά παρόμοιο τρόπο, το Advisory Council on the Misuse of Drugs (ACMD, 1990) τονίζει ότι η εκπαίδευση των νοσηλευτών στην αναγνώριση προβληματικής χρήσης ψυχοδραστικών ουσιών αποτελεί ένα θεμελιώδες βήμα προς την πρόληψη περαιτέρω επιδείνωσης προβλημάτων κατάχρησης ουσιών. Επαγγελματίες με ανεπαρκή εκπαίδευση σχετικά με τις εξαρτήσεις είναι πιθανό να μην παρατηρήσουν ενδείξεις κατάχρησης ουσιών κατά την φροντίδα των ασθενών. Για τον σκοπό αυτόν η Ένωση Νοσηλευτών για την Αντιμετώπιση της Εξάρτησης με έδρα τη Μ. Βρετανία εξέδωσε 5 εγχειρίδια με κλινικές οδηγίες, οι οποίες απευθύνονται σε γενικούς νοσηλευτές, μαίες, επισκέπτες υγείας και νοσηλευτές εξάρτησης (ANSA, 1997a,b,c· 1998· 2002).

Σε έρευνα σχετικά με τις απόψεις προϊσταμένων τμημάτων νοσηλευτικής για τη Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας στο βασικό πρόγραμμα σπουδών (Happell & McAllister, 2014) προκύπτει ότι συχνά υιοθετείται η «προσθετική προσέγγιση» ('additive approach'). Σύμφωνα με την προσέγγιση αυτή η πρόσθεση ενός αντικειμένου συνεπάγεται την αφαίρεση κάποιου άλλου (Ironsides, 2004). Επιπλέον, τονίζεται ότι η Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας αρκετές φορές διδάσκεται από καθηγητές οι οποίοι δεν έχουν μεταπτυχιακή εκπαίδευση και εμπειρία στον κλινικό χώρο. Με αυτόν τον τρόπο η νοσηλευτική ψυχικής υγείας παραμένει περιθωριοποιημένη και αντανακλά τις διακρίσεις, οι οποίες παρατηρούνται σε θέματα ψυχικής υγείας στην κοινότητα (Happell & McAllister, 2014). Κατά παρόμοιο τρόπο, τα ανταγωνιστικά συμφέροντα στη διαμόρφωση του βασικού προγράμματος σπουδών επηρεάζουν και το αντικείμενο της νοσηλευτικής εξαρτημένων ατόμων (Happell & Taylor, 2001). Ως περιθωριοποιημένο τμήμα του πληθυσμού, τα άτομα που κάνουν χρήση αλκοόλ και ναρκωτικών όπως και οι λήπτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας, δεν μπορούν να ανταγωνιστούν την έμφαση που δίνεται στις πιο σύγχρονες και τεχνολογικά εξελιγμένες πλευρές της φροντίδας υγείας.

Η ενσωμάτωση όμως της νοσηλευτικής εξαρτημένων ατόμων στο βασικό πρόγραμμα σπουδών της νοσηλευτικής δεν αποτελεί και τη λύση του προβλήματος. Η συνεχιζόμενη εκπαίδευση έχει αποδειχθεί ότι μπορεί να συμβάλει στην αλλαγή της στάσης των νοσηλευτών απέναντι στα άτομα τα οποία κάνουν κατάχρηση ψυχοδραστικών ουσιών (Tsai et al., 2010· Murray & Li, 2007· Nkowane & Saxena, 2004). Επίσης προλαμβάνει την επαγγελματική εξουθένωση, η οποία εν μέρει προκαλείται από την έλλειψη προετοιμασίας

για την προσέγγιση ασθενών με προβλήματα κατάχρησης. Στον βαθμό που η προσέγγιση αυτή αρκετές φορές προκαλεί φόβο, άγχος και άλλα αρνητικά συναισθήματα στους νοσηλευτές και ως αποτέλεσμα δημιουργείται ένας φαύλος κύκλος επιθετικότητας, αποστασιοποίησης και δυσπιστίας στη σχέση με τον ασθενή, η κατάλληλη εκπαίδευση αποτελεί σημαντικό εφόδιο για τους νοσηλευτές, οι οποίοι έχουν ήδη μεγάλο φόρτο εργασίας, αλλά και για την ομαλή εργασία της ομάδας υγείας.



Εικόνα 1.5 ΚΕΘΕΑ, Copyright.

Επίσης, η ενσωμάτωση της νοσηλευτικής εξαρτημένων ατόμων στο βασικό πρόγραμμα σπουδών της νοσηλευτικής είναι ιδιαίτερα σημαντική για την επαγγελματική σταδιοδρομία των νοσηλευτών εξάρτησης, οι οποίοι συνήθως αποκτούν τις γνώσεις τους κατά τη διαδικασία της εργασίας τους (Clancy et al., 2002). Παρότι αυτός ο τρόπος απόκτησης γνώσης έχει μεγάλη αξία, είναι μονομερής, όταν ο επαγγελματίας δεν έχει κάποιου άλλου είδους εκπαίδευση στο αντικείμενό του και επομένως δυσκολεύεται στην κριτική αξιολόγηση της εργασίας του. Σύμφωνα με τους παραπάνω συγγραφείς οι νοσηλευτές εξάρτησης δεν έχουν μέχρι σήμερα κομβικό ρόλο στις υπηρεσίες στις οποίες εργάζονται, εν μέρει λόγω της έλλειψης βασικής εκπαίδευσης στη νοσηλευτική εξαρτημένων ατόμων σε προπτυχιακό και μεταπτυχιακό επίπεδο.

1.5. Πλαίσιο άσκησης της νοσηλευτικής εξαρτημένων ατόμων

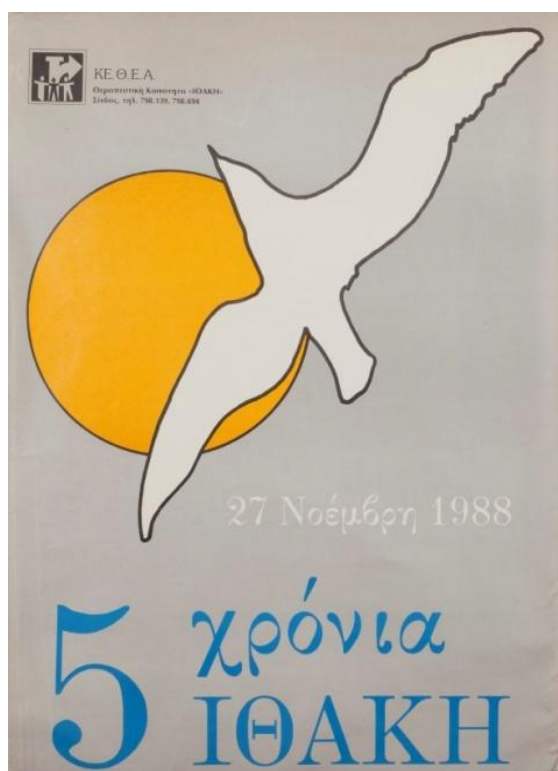
Οι νοσηλευτές εργάζονται στον τομέα των εξαρτήσεων για περισσότερες από πέντε δεκαετίες. Κατά τη διάρκεια των χρόνων και δεδομένης της ανάπτυξης των υπηρεσιών εξάρτησης αλλά και της προτεραιότητας που λαμβάνει η αντιμετώπιση του προβλήματος των εξαρτήσεων σε παγκόσμιο επίπεδο, οι ρόλοι, οι υπευθυνότητες αλλά και οι δυνατότητες για απασχόληση έχουν αλλάξει σε μεγάλο βαθμό (Rassool, 1997). Ο Π.Ο.Υ. και το Διεθνές Συμβούλιο Νοσηλευτών (Δ.Σ.Ν.) όρισαν τις ακόλουθες οκτώ διαστάσεις του ρόλου του νοσηλευτή εξαρτήσεων (WHO/ICN, 1991):

- Παροχή φροντίδας
- Εκπαίδευση
- Σύμβουλος/θεραπευτής
- Συνήγορος
- Προαγωγή υγείας

- Ερευνητής
- Επόπτης
- Σύμβουλος ειδικότητας

Παρότι η προσπάθεια του Π.Ο.Υ./Δ.Σ.Ν. ήταν ιδιαίτερα βοηθητική, αποτελεί μόνο ένα πρώτο βήμα στον καθορισμό του ρόλου του νοσηλευτή εξαρτήσεων. Οι Clancy et al. (2002) σε έρευνα σχετικά με την ενσωμάτωση των διαστάσεων αυτών στον ρόλο του νοσηλευτή σε οκτώ χώρες της Ευρώπης διαπίστωσαν σημαντικούς περιορισμούς στην άσκηση του ρόλου του ερευνητή, του επόπτη και του συμβούλου ειδικότητας. Η ενσωμάτωση των διαστάσεων που έθεσαν οι Π.Ο.Υ./Δ.Σ.Ν. στον ρόλο του νοσηλευτή στις διάφορες δομές εξάρτησης καθορίζεται τόσο από το ίδιο το πλαίσιο εργασίας όσο και από τα εφόδια των νοσηλευτών (προπτυχιακή-μεταπτυχιακή εκπαίδευση, εποπτεία κ.λπ.). Επιπλέον, η εμπειρία και οι γνώσεις των νοσηλευτών εκτιμούνται στο πλαίσιο εργασίας, αλλά δεν παρατηρείται η ίδια αναγνώριση εκτός του θεραπευτικού πλαισίου.

Χαρακτηριστική είναι η έλλειψη εκτίμησης και σεβασμού νοσηλευτών σε γενικά νοσοκομεία προς την ειδικότητα της νοσηλευτικής εξαρτήσεων, η οποία προκαλεί ματαιώση στους νοσηλευτές που εργάζονται με άτομα τα οποία αντιμετωπίζουν προβλήματα εξάρτησης (Allen, 1993). Αυτή η έλλειψη αναγνώρισης αποδίδεται στην έλλειψη γνώσης σχετικά με τον ρόλο του νοσηλευτή εξαρτήσεων και τον σκοπό αυτής της ειδικότητας, ενώ φαίνεται να σχετίζεται με τις αρνητικές στάσεις απέναντι στα άτομα που αντιμετωπίζουν προβλήματα κατάχρησης ουσιών. Στην έρευνα των Happell & Taylor (1999), νοσηλευτές γενικού νοσοκομείου αναφέρουν ότι οι νοσηλευτές εξάρτησης «δεν κάνουν τίποτα» (σε αντίθεση με τη φροντίδα των σωματικών προβλημάτων η οποία μπορεί να εκφραστεί, είναι πιο συγκεκριμένη και ορατή) ή ότι «είναι ευκολότερη» και γι' αυτό δεν είναι «πραγματική» νοσηλευτική. Αντίθετα, νοσηλευτές εξάρτησης αναφέρουν ότι, σε σύγκριση με την εργασία σε άλλα τμήματα, έχουν μεγαλύτερη δυνατότητα για επαφή με τον ασθενή και για προσωποκεντρική, ολιστική φροντίδα, η οποία δεν εστιάζει απαραίτητα στις σωματικές του ανάγκες. Επίσης, ο ρόλος είναι λιγότερο επικεντρωμένος σε συγκεκριμένα καθήκοντα από ό,τι στο γενικό νοσοκομείο. Από τη στιγμή της εισαγωγής προγραμματίζεται η πορεία προς το εξιτήριο. Ο ασθενής πρέπει να βγει στην κοινότητα με δεξιότητες και εφόδια που θα τον βοηθήσουν να αντιμετωπίσει τις αντιξοότητες.



Εικόνα 1.6 ΚΕΘΕΑ, Copyright.

Ολιστική φροντίδα και αλλαγή τρόπου ζωής

«Συγκρίνοντας [τη νοσηλευτική σε μονάδα απεξάρτησης από ναρκωτικά και αλκοόλ] με τη νοσηλευτική σε γενικό νοσοκομείο, φαίνεται ότι δεν υπάρχει τόση έμφαση στις σωματικές ανάγκες και πραγματικά μου αρέσει αυτό, επειδή πάντα προτιμούσα να βλέπω τους ανθρώπους με πιο ολιστική προσέγγιση, αλλά δεν υπήρχε ποτέ πραγματικά αυτή η ευκαιρία να προσεγγίσω αυτή την άλλη πλευρά στο γενικό νοσοκομείο».

«Δεν είμαστε τόσο επικεντρωμένοι σε καθήκοντα, υπάρχουν συγκεκριμένα καθήκοντα αλλά δεν καταλαμβάνουν τόσο χρόνο... Η προσέγγιση στη συνολική παραμονή του ασθενή είναι διαφορετική, γιατί εργαζόμαστε με στόχο συμπεριφορικές αλλαγές... είναι σαν να σχεδιάζουμε την έξοδο των ασθενών από τη στιγμή που αποτοξινώνονται μέχρι τη στιγμή την οποία φεύγουν από εδώ και νιώθουμε ότι είναι ευθύνη μας να τους στείλουμε έξω στο μεγάλο πλατύ κόσμο με κάποιες ικανότητες, με την ικανότητα να χρησιμοποιούν τα αποθέματά τους... είναι συνεχής δουλειά, 24 ώρες τη μέρα, όταν είναι ζύπνιοι, για να καταφέρουμε τον στόχο μας».

«Όταν φτιάχνω ένα κρεβάτι [σε παθολογικά-χειρουργικά τμήματα], σκέφτομαι τα ζωτικά σημεία, τα φάρμακα και άλλα τέτοια θέματα... Όταν εργάζομαι με τον ασθενή στο δωμάτιό του [στη μονάδα απεξάρτησης], ό,τι κι αν κάνω, μιλάμε για τη ζωή τους και εργαζόμαστε για να βγουν έξω από εδώ και να τα καταφέρουν...».

Happell, B.: Taylor, C. (1999) "we may be different but we are still nurses". *Issues in Mental Health Nursing*, 20: 19-32. (σελ. 24, 27)

Πίνακας 1.4 Διαφορές νοσηλευτικής φροντίδας στο γενικό νοσοκομείο και σε υπηρεσίες απεξάρτησης.

Σε γενικές πάντως γραμμές και ανάλογα με τη δομή του προγράμματος, οι αρμοδιότητες των νοσηλευτών εξάρτησης περιλαμβάνουν:

- Αξιολόγηση
- Συνεργασία με τη διεπαγγελματική ομάδα
- Σχεδιασμό θεραπευτικού πλάνου
- Αξιολόγηση και αναθεώρηση θεραπευτικού πλάνου σε τακτά χρονικά διαστήματα
- Διαχείριση φαρμακοθεραπείας
- Ψυχοεκπαίδευση του ατόμου
- Συντονισμό ομάδων (ομάδες στήριξης, ευαισθητοποίησης/κινητοποίησης, αγωγής υγείας, πρόληψης και διαχείρισης της υποτροπής, αυτοβοήθειας, επανένταξης)
- Ψυχοεκπαίδευση της οικογένειας- ανάπτυξη δεξιοτήτων
- Διασυνδετική εργασία
- Πρόληψη και αγωγή υγείας στην κοινότητα σχετικά με τα προβλήματα εξάρτησης
- Υποστήριξη νοσηλευτών στα γενικά νοσοκομεία σχετικά με τη διαχείριση ασθενών που αντιμετωπίζουν προβλήματα εξάρτησης
- Ανοιχτή γραμμή επικοινωνίας

Στην Ελλάδα οι νοσηλευτές εξάρτησης εργάζονται σε:

- Μονάδες απεξάρτησης σε Δημόσια Νοσοκομεία-Προγράμματα εσωτερικής διαμονής (π.χ. Μονάδα Απεξάρτησης Ναρκωτικών και Αλκοόλ «18 ΑΝΩ» Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής, Μονάδα Απεξάρτησης του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης)
- Θεραπευτικές κοινότητες (π.χ. ΚΕΘΕΑ)
- Συμβουλευτικούς Σταθμούς (π.χ. ΚΕΘΕΑ, Μονάδα Απεξάρτησης ΨΝΑ, Αιγινήτειο Νοσοκομείο)
- Προγράμματα εξωτερικής παρακολούθησης (π.χ. Μονάδα Απεξάρτησης «18 ΑΝΩ», Αιγινήτειο Νοσοκομείο, ΚΕΘΕΑ)
- Θεραπευτικές μονάδες φαρμακευτικής αντιμετώπισης της εξάρτησης (ΘΜΦΑΕ ΟΚΑΝΑ)
- Κέντρα Πρόληψης των Εξαρτήσεων και Προαγωγής της Ψυχοκοινωνικής Υγείας
- Προγράμματα εφήβων
- Μονάδες μείωσης της βλάβης
- Μονάδες σωματικής αποτοξίνωσης (Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης)

Η έμφαση βέβαια στον ρόλο, ο οποίος εστιάζει στο «τι κάνουν οι νοσηλευτές εξαρτημένων ατόμων», αποσπά αρκετές φορές την προσοχή από το «πώς το κάνουν», τις ικανότητες δηλαδή που απαιτούνται για να επιτευχθούν οι θεραπευτικοί στόχοι. Οι προκλήσεις, οι οποίες αντιμετωπίζει ο νοσηλευτής εξαρτήσεων στην κλινική πράξη, απαιτούν αυξημένες ικανότητες στις διαπροσωπικές σχέσεις, στην εκτίμηση κινδύνου και στη διαχείριση αντιπαραθέσεων (Clancy et al., 2002). Επίσης απαιτούν ικανότητα ενσυναίσθησης αλλά και διάκρισης των περιστάσεων στις οποίες καλούνται να εκφράσουν συμπάθεια προς τα άτομα που αντιμετωπίζουν προβλήματα κατάχρησης ουσιών. Στην ουσία υιοθετούν μια στάση φιλικής ουδετερότητας και άνευ όρων αποδοχής του ατόμου, η οποία είναι επιτεύξιμη μόνο όταν ο νοσηλευτής κατανοεί τη φύση της εξάρτησης και τα προβλήματα του χρήστη (Chenitz, 1987).

Σε έρευνα των Happell & Taylor (1999) οι νοσηλευτές εξάρτησης δυσκολεύτηκαν να εκφράσουν τις ικανότητες που χρησιμοποιούν στη φροντίδα των ασθενών τους. Μίλησαν για διαφορετικά περιβάλλοντα κι όχι τόσο για διαφορετικές ικανότητες σε σύγκριση με την εργασία σε γενικό νοσοκομείο. Η σχέση ασθενή-νοσηλευτή διέπεται από μια φιλοσοφία αυτονομίας, η οποία δεν συναντάται στη γενική νοσηλευτική. Στο γενικό νοσοκομείο οι νοσηλευτές έχουν σε μεγαλύτερο βαθμό τον έλεγχο της φροντίδας, ενώ στη νοσηλευτική εξαρτήσεων προσπαθούν να βοηθήσουν τον ασθενή να αποκτήσει τον έλεγχο της ζωής του. Συνολικά, οι κατηγορίες ικανοτήτων που αναφέρθηκαν ήταν οι εξής:

- Ικανότητες φροντίδας σωματικών προβλημάτων (αποτοξίνωση, χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής και σχετική παρακολούθηση, ιατρικά προβλήματα).
- Ικανότητες αξιολόγησης του ατόμου και της οικογένειας (η αξιολόγηση είναι λεπτομερής, ολιστική, απαιτεί το αναπτυξιακό ιστορικό του ασθενή).
- Ικανότητες διαχείρισης ασθενών (οι ασθενείς συμμετέχουν στις αποφάσεις σε ένα δημοκρατικό περιβάλλον, μιας και θέτουν συχνά θέματα εξουσίας, βλέποντας το νοσοκομείο και τους επαγγελματίες υγείας σαν «κατεστημένο» και έχοντας έντονο φόβο απώλειας της ελευθερίας και αυτενέργειας. Τα όρια είναι σαφή και συμφωνούνται από την αρχή της ένταξης στο θεραπευτικό πλαίσιο. Η συνέπεια βοηθά στην αποφυγή χειριστικότητας, επιθετικότητας και βίας και στη δημιουργία κλίματος ασφάλειας και δικαιοσύνης).
- Ικανότητες συντονισμού ομάδων (ο νοσηλευτής διευκολύνει την διαντίδραση των μελών με στόχο την απόκτηση αυτογνωσίας σε διάφορους τομείς).
- Ικανότητες επικοινωνίας (σε γενικές γραμμές ο νοσηλευτής ενθαρρύνει τον ασθενή να μιλήσει, να εκφράσει τα συναισθήματά του και τον ακούει διατηρώντας μια μη κριτική στάση. Συναισθάνεται και υποστηρίζει τον ασθενή χωρίς να δίνει συμβουλές, να έχει τον έλεγχο, να γίνεται υπερπροστατευτικός και να παίρνει τον «ρόλο του σωτήρα». Η μη κριτική στάση είναι πολύ σημαντική σε σχέση με τις ειδικές γνώσεις για την αντιμετώπιση του συγκεκριμένου πληθυσμού. Οι ασθενείς αποκρύπτουν σημαντικές πληροφορίες σχετικά με τη χρήση, όταν νιώθουν ότι ο επαγγελματίας υγείας έχει κριτική στάση απέναντί τους).

«Οι ικανότητες αξιολόγησης στις μονάδες απεξάρτησης από τα ναρκωτικά και το αλκοόλ είναι πιο λεπτομερείς... τις χρησιμοποιείς και σε άλλες πλευρές της νοσηλευτικής, αλλά σε αυτό τον τομέα κάνεις πιο πολύ ψυχολογική... εξετάζεις όλη την ιστορία τους... τη χρήση ναρκωτικών και αλκοόλ, τις κρίσεις της ζωής τους, όλη την εικόνα της οικογένειας... για να καταλάβεις που βρίσκονται...».

«Το άλλο δύσκολο πράγμα για πολλούς νοσηλευτές, όταν έρχονται για πρώτη φορά εδώ, είναι όταν δίνουν συμβουλές. Γιατί αυτό ήταν αυτό που έκαναν πάντα, αυτό συνήθως κάνουν, σου λένε πώς να διορθώσεις πράγματα... είτε το κάνουν είτε σου λένε πώς να το κάνεις... αυτό είναι ένα από τα πιο δύσκολα πράγματα, να τους βοηθήσεις να ξεφύγουν από αυτό...».

«Σήμερα έχω ομάδα για μια ώρα... κάναμε πρόληψη υποτροπής και σχέδια για το εξιτήριο κι έτσι υπήρχε αρκετό από το παιχνίδι της ομάδας μέσα στο οποίο μεγαλώνουν και μαθαίνουν ο ένας από τον άλλο και απλά παίρνουν κάποια καθοδήγηση από εμάς...».

Πίνακας 1.5 Σχόλια νοσηλευτών για τις απαιτούμενες ικανότητες στην προσέγγιση εξαρτημένων ατόμων.

Η απόκτηση αυτών των ικανοτήτων φαίνεται ότι αποτελεί πρόκληση για τους νοσηλευτές οι οποίοι ξεκινούν να εργάζονται στο χώρο των εξαρτήσεων. Σύμφωνα με τους Grafham et al. (2004), η πλειοψηφία των νοσηλευτών εξάρτησης στη Σκωτία ξεκίνησε να εργάζεται στον χώρο αυτό εξαιτίας του ενδιαφέροντος που τους προξενούσε ο συγκεκριμένος πληθυσμός ή της αναζήτησης μιας νέας πρόκλησης. Στην επιλογή του αντικειμένου επίσης συμβάλλουν οι επαγγελματικές προοπτικές καθώς και η δυνατότητα άσκησης επιρροής σε σχέση με το σχεδιασμό της φροντίδας. Παρόμοια, οι λόγοι ενασχόλησης με τη νοσηλευτική εξαρτημένων ατόμων στην έρευνα των Clancy et al. (2006) είναι οι ακόλουθοι.

- Δυνατότητες προαγωγής
- Πρόκληση, ενδιαφέρον, δυνατότητες αυτοανάπτυξης
- Αυτονομία
- Δυνατότητα ενασχόλησης με την ψυχική υγεία σε ασθενείς χωρίς ψυχιατρική συμπτωματολογία (με εξαίρεση τη διπλή διάγνωση)
- Έλλειψη ρουτίνας
- Υποστήριξη-εποπτεία

Οι όποιες διαφορές, βέβαια, παρατηρούνται στους λόγους προσέλκυσης νοσηλευτών στον τομέα των εξαρτήσεων σχετίζονται και με τη μεγάλη επίδραση του κοινωνικού, πολιτικού και οικονομικού πλαισίου στη διαμόρφωση του ρόλου του νοσηλευτή. Η επίδραση αυτή ασκείται μέσα από προτεραιότητες και καθήκοντα που ρυθμίζουν την εργασία των νοσηλευτών. Η νοσηλευτική φροντίδα συχνά «αόρατη» εξυπηρετεί την κοινωνική δικαιοσύνη και συμβάλλει στην επίλυση ανισοτήτων στην υγεία την οποία υφίστανται περιθωριοποιημένοι πληθυσμοί στην κοινότητα (Paterson et al., 2009).

Σύνοψη

- Η τεράστια έκταση του προβλήματος της κατάχρησης ψυχοδραστικών ουσιών το καθιστά μείζον πρόβλημα δημόσιας υγείας.
- Οι επαγγελματίες υγείας συχνά νιώθουν ανεπαρκείς ή ανεκπαιδευτοι για την προσέγγιση ατόμων τα οποία κάνουν χρήση ψυχοδραστικών ουσιών.

- Οι αρνητικές στάσεις προς τις ψυχοδραστικές ουσίες συμβάλουν στην άρνηση της χρήσης από τον ασθενή, ο οποίος φοβάται ότι αν ομολογήσει τα προβλήματά του, μπορεί να περιθωριοποιηθεί ή να απορριφθεί από τον επαγγελματία υγείας.
- Τις τελευταίες δύο δεκαετίες πολλές έρευνες αποδεικνύουν την αποτελεσματικότητα της έγκαιρης παρέμβασης από τους επαγγελματίες υγείας στα γενικά νοσοκομεία και στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Οι σύντομες παρεμβάσεις για τη μείωση της χρήσης αποτελούν εργαλεία μείωσης της βλάβης, πρόληψης της κλιμάκωσης της χρήσης αλλά και κινητοποίησης για θεραπεία.
- Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας και το Διεθνές Συμβούλιο Νοσηλευτών (WHO/ICN, 1991) όρισαν οκτώ διαστάσεις του ρόλου του νοσηλευτή εξαρτήσεων: παροχή φροντίδας, εκπαίδευση, σύμβουλος/θεραπευτής, συνήγορος, προαγωγή υγείας, ερευνητής, επόπτης και σύμβουλος ειδικότητας.
- Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας και το Διεθνές Συμβούλιο νοσηλευτών (WHO/ICN, 1991), πρέπει να προσφέρεται εκπαίδευση σχετικά με την εξάρτηση από ψυχοδραστικές ουσίες σε όλους τους φοιτητές νοσηλευτικής στο προπτυχιακό επίπεδο καθώς και σε κλινικούς νοσηλευτές στο γενικό νοσοκομείο και στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.



Εικόνα 1.7 ΚΕΘΕΑ, Copyright.

Βιβλιογραφικές αναφορές

- ACMD (1990) *Problem drug use: A review of training*. London: Advisory Council on the Misuse of Drugs, Her Majesty Stationery Office- HMSO 1990.
- Allen, K. (1993) Current morale issues that impede the caregiving process of substance abuse/addictions nurses. *Issues in Mental Health Nursing*, 14, 293-303.
- ANSA (1997a) *Substance Use-Guidance on Good Clinical Practice for Nurses Midwives and Health Visitors: Working in Primary Health Care Teams*. UK: Association of Nurses in Substance Abuse.
- ANSA (1997b) *Substance Use-Guidance on Good Clinical Practice for Nurses Midwives and Health Visitors: Working with children and young people*. UK: Association of Nurses in Substance Abuse.
- ANSA (1997c) *Substance Use-Guidance on Good Clinical Practice for Special Nurses: Working with Alcohol and Drug Users*. UK: Association of Nurses in Substance Abuse.
- ANSA (1998) *Substance Use-Guidance on Good Clinical Practice for Nurses: Working within Accident and Emergency*. UK: Association of Nurses in Substance Abuse.
- ANSA (2002) *Substance Use-Guidance on Good Clinical Practice for Nurses, Midwives and Health Visitors: Working with Maternal Health*. UK: Association of Nurses in Substance Abuse.
- Benner, P., Sutphen, M., Leonard-Kahn, V. & Day, L. (2008) Formation and everyday ethical comportment. *American Journal of Critical Care*, 17(5), 473-476.
- Burns, H.K., Puskar, K.R., Flaherty, M.T., Mitchell, A.M., Hagle, B. et al. (2012) Addiction training for undergraduate nurses using screening, brief intervention, and referral to treatment. *Journal of Nursing Education and Practice*, 2(4): 169-177.
- Carta, B., Happell, B., Pinikahana, J. (2004) Influence of an educational program on mental health professionals' knowledge and perceptions of problematic alcohol and other drug use. *Australian Journal of Primary Health*, 10(2): 43-50.
- Chenitz, C. (1987) The nurse in a methadone maintenance clinic. *Journal of Psychosocial Nursing* 25 (11) 13-17.
- Clancy, C., Oyefeso, A., Ghodse, H. (2006) Role development and career stages in addiction nursing: an exploratory study. *Journal of Advanced Nursing*, 57 (2), 161-171.
- Clancy, C., Oyefeso, A., Ghodse, A.H. (2002) Mapping the role of nurses in Methadone Substitution Therapy (MST) programmes across Europe: core competencies. *The Drug and Alcohol Professional*, 2(4): 19-25.
- Crothers, C.E., Dorrian, J. (2011) Determinants of Nurses' Attitudes toward the Care of Patients with Alcohol Problems. *ISRN Nursing*, 1-11. doi:10.5402/2011/821514
- EMCDDA (2015) *Ευρωπαϊκή έκθεση για τα Ναρκωτικά: Τάσεις και εξελίξεις*. Λουξεμβούργο: Υπηρεσία Εκδόσεων της Ευρωπαϊκής Ένωσης.
- European Commission (2004) *TOBACCO OR HEALTH IN THE EUROPEAN UNION: PAST, PRESENT AND FUTURE*. Belgium: EU.
http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/Tobacco/Documents/tobacco_fr_en.pdf.
- Ford, R., Bammer, G., Becker, N. (2008) The determinants of nurses' therapeutic attitude to patients who use illicit drugs and implication for workforce development. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 2452-2462.
- Geirsson, M., Bendsten, P., Spak, F. (2005) Attitudes of Swedish general practitioners and nurses to working with lifestyle change, with special reference to alcohol consumption. *Alcohol & Alcoholism* Vol. 40, No. 5, pp. 388-393. doi:10.1093/alcalc/agh185

- Grafham, E., Matheson, C., Bond, C.M. (2004) Specialist drug misuse nurse's motivation, clinical decision making and professional communication: an exploratory study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11, 680-687.
- Hagemaster, J., Handley, S., Plumlee, A., Sullivan, E. & Stanley, S. (1993) Developing educational programmes for nurses that meet today's addiction challenges. *Nurse Education Today*, 13, 421-425.
- Happell, B. & Taylor, C. (1999) Drug and alcohol education for nurses: have we examined the whole problem. *Journal of Addictions Nursing*, 11, 180-185.
- Happell, B. & Taylor, C. (2001) Negative attitudes towards clients with drug and alcohol related problems: Finding the elusive solution. *Australian & New Zealand Journal of Mental Health Nursing*, 10(2), 87-96
- Happell, B. (2002) Nurses' Knowledge, attitudes and beliefs regarding substance use: A questionnaire survey. *Nursing and health sciences*, 4, 13-200.
- Happell, B., McAllister, M. (2014) The Views of Heads of Schools of Nursing about Mental Health Nursing Content in Undergraduate Programs. *Issues in Mental Health Nursing*, 35:330-336. DOI: 10.3109/01612840.2013.863413
- Happell, B., Taylor, C. (1999) "we may be different but we are still nurses". *Issues in Mental Health Nursing*, 20: 19-32.
- International Nurses Society on Addictions (2004) *Scope and standards of addictions nursing practice*. American Nurses Association: Washington
- Ironside, P.M. (2004) Covering content and teaching thinking: Deconstructing the additive curriculum. *Journal of Nursing Education*, 43(1), 5-12.
- Israel, Y., Hollander, O., Sanchez-Craig, M., Booker, S., Miller, V. & Gingrich, R. (1996) Screening for problem drinking and counseling by the primary care physician-nurse team. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 20, 1443-1450.
- INCB (2014) ΔΙΕΘΝΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΤΟΥ ΟΗΕ ΓΙΑ ΤΟΝ ΕΛΕΓΧΟ ΤΩΝ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ: Ετήσια Έκθεση 2014. Αθήνα: ΚΕΘΕΑ (Για την Ελληνική Έκδοση).
- Johansson, K., Bendtsen, P., & Akerlind, I. (2002) Early intervention for problem drinkers: readiness to participate among general practitioners and nurses in Swedish primary health care. *Alcohol and Alcoholism* 37, 38-42.
- Lock, C.A., Kaner, E., Lamont, S., Bond, S. (2002) A qualitative study of nurse's attitudes and practices regarding brief alcohol intervention in primary care. *Journal of Advanced Nursing*, 333-342.
- 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.
- Murphy, S.A. (1989) The urgency of substance abuse education in schools of nursing. *Journal of Nursing Education* 28, 247-251.
- Murray, M.M., Li, T.K. (2007) Expanding the role of the generalist nurse in the prevention and treatment of alcohol use disorders. *Journal of Addictions Nursing*, 18: 163-165. doi.org/10.1080/10884600701699495
- Murray, M.M., Savage, C. (2010) The NIAAA BSN nursing education curriculum: A rationale and overview. *Journal of Addictions Nursing*, 21: 3-5. doi.org/10.3109/10884601003594488
- Nkowane, A.M., Saxena, S. (2004) Opportunities for an improved role for nurses in psychoactive substance use: review of the literature. *International Journal of Nursing Practice*, 10, 102-110.
- Owens, L., Gilmore, I.T. & Pirmohamed, M. (2000). General practice nurses alcohol use and misuse: A questionnaire survey, *Alcohol and Alcoholism*, 35, 259-262.

- Paterson, B.L., Linda Duett-Leger, L., & Cruttenden, K. (2009) Contextual Factors Influencing the Evolution of Nurses' Roles in a Primary Health Care Clinic. *Public Health Nursing*, 26 (5) :421–429. doi: 10.1111/j.1525-1446.2009.00800.x
- Pillon, S.C., Ramos, L.H., Villar-Luis, M.A., Rassool, G.H. (2004) Nursing Students' Perceptions of the Curricula Content on Drug and Alcohol Education in Brazil: An Exploratory Study. *Journal of Addictions Nursing*, 15:133–137, 2004. DOI: 10.1080/10884600490491231
- Rassool, G.H. & Rawaf, S. (2008) Predictors of educational outcomes of undergraduate nursing students in alcohol and drug education. *Nurse Education Today* 28(6), 691–701.
- Rassool, G.H. (1993) Nursing and substance misuse: responding to the challenge. *Journal of Advanced Nursing* 18, 1401-1407.
- Rassool, G.H. (1997) Addiction nursing – towards a new paradigm: the UK perspective. In *Addiction Nursing; Perspectives on Professional and Clinical Practice* (Rassool G.H. & Gafoor M., eds), Nelson-Thornes, Cheltenham, UK.
- Rassool, G.H. (1998) It's everybody's business: the responses of health care professionals. In *Substance Use and Misuse: Nature, Context and Clinical Interventions* (Rassool G.H., ed.). Blackwell Science, Oxford.
- Rassool, G.H. (1999) Editorial: Substance use and misuse education in nursing: beyond complacency. *Association of Nurses in Substance Abuse Bulletin* 19, 2.
- Rassool, G.H. (2000) Addiction: Global Problem and Global Response. Complacency or commitment? Guest Editorial. *Journal of Advanced Nursing*, 32(3), 505–508.
- SAMHSA (2012) *Brief Interventions and Brief Therapies for Substance Abuse*. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, No. 34. HHS Publication No. (SMA) 12-3952. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- SAMHSA (2012a) *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.
- Tsai, Y.F., Tsai, M.S., Lin, Y.P., Weng, Y., Chen, C.Y., Chen, M.C. (2010) Facilitators and barriers to intervening for problem alcohol use. *Journal of Advanced Nursing* 66(7), 1459–1468. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05299.x
- UNODC (2015) *World Drug Report 2015*. United Nations Office on Drugs and Crime (United Nations publication, Sales No. E.14.XI.7).
- WHO (1996) *Programme on Substance Abuse: Health Professional Education on Psychoactive Substances*. WHO/96.16. http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO_PSA_96.16.pdf
- WHO (2010) *Brief intervention: the ASSIST-linked brief intervention for hazardous and harmful substance use. Manual for use in Primary Care*. France: World Health Organization.
- WHO (2015) *WHO Report on the Global Tobacco Epidemic: Raising taxes on tobacco*. World Health Organization, Luxenburg, 2015.
- WHO (2015a) *WHO global report on trends in prevalence of tobacco smoking*. Luxenburg:World Health Organisation. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/156262/1/9789241564922_eng.pdf
- WHO (2015b) *Alcohol: Fact sheet*. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/en/>
- WHO/ICN (1991) *Roles of the Nurse in Relation of Substance Misuse*. International Council of Nurses, Geneva, Switzerland.
- EΚΤΕΠΙΝ (2015) *Ετήσια Έκθεση 2014: Η κατάσταση του προβλήματος των ναρκωτικών και οινόπνευματων στην Ελλάδα*. Αθήνα: Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής.
- ΕΠΙΨΥ (2012) *Πανελλήνια έρευνα για τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών στους μαθητές – ESPAD 2011*. Αθήνα: Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγείας.

- 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.
- Κοκκέβη, Α., Κίτσος, Γ., Φωτίου, Α. (2007) *Καπνός, Οινοπνευματώδη, Ναρκωτικά: Η πορεία της χρήσης από τη δεκαετία του '80 έως σήμερα*. Αθήνα: ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις.
- Κοκκέβη, Α., Φωτίου, Α., Καναβού, Ε., Σταύρου, Μ. (2015) *Εξαρτητικές συμπεριφορές στην εφηβεία: Μέρος Α. Χρήση ουσιών*. Σειρά θεματικών τευχών: Έφηβοι, Συμπεριφορές & Υγεία. Αθήνα: Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής.
- Μάτσα, Κ. (2001) *Ψάξαμε ανθρώπους και βρήκαμε σκιές... Το αίνιγμα της τοξικομανίας*. Αθήνα: Άγρα.
- Τολστόι, Λ. (1999) *Γιατί οι άνθρωποι κάνουν χρήση ναρκωτικών ουσιών*. Αθήνα: Εκδόσεις Καστανιώτη.

Χρήσιμο οπτικοακουστικό και έντυπο υλικό στο διαδίκτυο

- <http://www.emcdda.europa.eu/publications>
Πλούσιο υλικό για τις ψυχοδραστικές ουσίες και την αντιμετώπιση της εξάρτησης από τον οργανισμό European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA)
- <http://www.drugabuse.gov>
Πλούσιο υλικό για τις ψυχοδραστικές ουσίες και την αντιμετώπιση της εξάρτησης από τον οργανισμό National Institute for Drug Abuse (NIDA)
- <http://www.samhsa.gov>
Πλούσιο υλικό για τις ψυχοδραστικές ουσίες και την αντιμετώπιση της εξάρτησης από τον οργανισμό Substance Abuse and Mental Health Administration (SAMHSA)
- <http://www.ektepn.gr>
Πλούσια βιβλιογραφία από το Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά (ΕΚΤΕΠΝ)
- <http://www.okana.gr/http://www.okana.gr>
Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών (OKANA)

URL Εκπαιδευτικού Υλικού Κεφαλαίου 1

Οι διαφάνειες του Κεφαλαίου 1 βρίσκονται στην ακόλουθη σελίδα στον Ελληνικό Συσσωρευτή Ακαδημαϊκών Ηλεκτρονικών Βιβλίων του ΣΕΑΒ:
<http://repfiles.kallipos.gr/file/23535>

Κεφάλαιο 2

Εξαρτησιογόνες ουσίες

Εισαγωγή

Οι ψυχοδραστικές ουσίες κατηγοριοποιούνται με πολλούς τρόπους ανάλογα με τη δράση τους, τη νομιμότητα της χρήσης τους ή άλλα κριτήρια. Μια ιδιαίτερα χρήσιμη ταξινόμησή τους αφορά τον τρόπο δράση τους στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα (ΚΝΣ). Σύμφωνα με αυτήν, οι κατασταλτικές ουσίες μειώνουν τα επίπεδα δραστηριότητας του νευρικού συστήματος σε αντίθεση με τις διεγερτικές ουσίες οι οποίες αυξάνουν τη φυσιολογική δραστηριότητα του ΚΝΣ. Από την άλλη οι ψευδαισθησιογόνες ουσίες προκαλούν ψευδαισθήσεις και παραισθήσεις.

Κατηγορία	Ψυχοδραστικές ουσίες
Οπιοειδείς ουσίες	Όπιο Μορφίνη Ηρωίνη Κωδεΐνη Μεθαδόνη
Κατασταλτικά του ΚΝΣ	Αλκοόλ Βαρβιτουρικά-Βενζοδιαζεπίνες- Ναρκωτικά συνδεδεμένα με πράξεις σεξουαλικής κακοποίησης
Εισπνεόμενα	Βενζίνη Κόλα Διαλύτες Αεροζόλ
Διεγερτικά του ΚΝΣ	Κοκαΐνη Αμφεταμίνες Μεθαμφεταμίνες Νικοτίνη Καφεΐνη
Ινδική Κάνναβη	Μαριχουάνα Χασίς
Ψευδαισθησιογόνα	LSD Ψιλοκυβίνη
Νέες Ψυχοδραστικές Ουσίες	Συνθετικές καθινόνες Συνθετικά κανναβινοειδή

Πίνακας 2.1 Κατηγοριοποίηση των ψυχοδραστικών ουσιών με βάση τη δράση τους στο ΚΝΣ.

Σε αυτό το κεφάλαιο παρουσιάζονται βασικές πληροφορίες για τις ψυχοδραστικές ουσίες, ενώ παρατίθενται ιστορικά στοιχεία σχετικά με τη χρήση τους σε διαφορετικά πολιτισμικά πλαίσια. Επίσης, περιγράφονται ο τρόπος χρήσης της κάθε ουσίας και ο τρόπος δράσης της στον οργανισμό. Γίνεται μια γενικότερη αναφορά σε επιδημιολογικά στοιχεία. Στη συνέχεια αναλύεται διεξοδικά η κλινική επίδραση της κάθε ουσίας καθώς και οι μακροπρόθεσμες επιπτώσεις της χρήσης της. Τέλος, συζητούνται τα χαρακτηριστικά του στερητικού συνδρόμου της κάθε ουσίας καθώς και η ανάπτυξη ανοχής.

ΒΑΣΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΙΑ ΤΙΣ ΨΥΧΟΔΡΑΣΤΙΚΕΣ ΟΥΣΙΕΣ

Οι ακόλουθοι ορισμοί του Π.Ο.Υ. (1994) αποτελούν το πλαίσιο κατανόησης των βασικών στοιχείων για τις ψυχοδραστικές ουσίες τα οποία θα περιγραφούν στη συνέχεια:

- **Εθισμός:** Επαναλαμβανόμενη χρήση μιας ή περισσότερων ψυχοδραστικών ουσιών σε βαθμό ώστε ο χρήστης να εκδηλώνει καταναγκασμό για λήψη της επιθυμητής ουσίας ή των ουσιών, να έχει μεγάλη δυσκολία στην εκούσια διακοπή ή τροποποίηση της χρήσης της ουσίας και να φαίνεται αποφασισμένος να εξασφαλίσει τις ψυχοδραστικές ουσίες σχεδόν με οποιοδήποτε τρόπο. Ο όρος εθισμός εστιάζει στο φαινόμενο της προοδευτικής ευαισθησίας ενός βιολογικού συστήματος σε μια ουσία που λαμβάνεται κατ' επανάληψη ενώ ο όρος εξάρτηση σε μια ψυχολογική ή και σωματική κατάσταση που χαρακτηρίζεται από την επιτακτική ανάγκη για λήψη της ουσίας σε συνεχή ή περιοδική βάση, με σκοπό να βιώσει ο χρήστης τα αποτελέσματα της δράσης της ουσίας ή να αποφύγει τη δυσφορία που προκαλεί η στέρησή της (Λιάππας, 2003; Κουτσελίνης, 2002).
- **Στερητικό σύνδρομο:** Ομάδα συμπτωμάτων με ποικιλία μορφών και βαθμών βαρύτητας, που εκδηλώνεται με τη διακοπή ή ελάττωση μιας ψυχοδραστικής ουσίας που λαμβανόταν κατ' επανάληψη, συνήθως για παρατεταμένη περίοδο και/ή σε υψηλές δόσεις.
- **Αποτοξίνωση:** Η σταδιακή υποχώρηση και εξάλειψη των ψυχοφυσιολογικών συμπτωμάτων του συνδρόμου στέρησης. Τα έντονα στερητικά συμπτώματα υποχωρούν μετά από έναν αριθμό ημερών ανάλογα με το είδος της ουσίας. Ηπιότερα συμπτώματα διατηρούνται και για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα.
- **Τοξίκωση:** Μια κατάσταση που ακολουθεί τη λήψη μιας ψυχοδραστικής ουσίας και οδηγεί σε διαταραχές του επιπέδου συνείδησης, γνώσης, αντίληψης, κρίσης, συναισθήματος ή συμπεριφοράς ή άλλων ψυχοφυσιολογικών λειτουργιών και αντιδράσεων.
- **Υπερβολική δόση:** Η χρήση οποιασδήποτε ουσίας σε ποσότητα η οποία προκαλεί οξείες σωματικές ή ψυχικές επιδράσεις. Η σκόπιμη λήψη υπερβολικής δόσης από κάποια ουσία αποτελεί κοινό τρόπο περατωμένης αυτοκτονίας και απόπειρας αυτοκτονίας. Η θανατηφόρος δόση σε μια συγκεκριμένη ουσία διαφέρει ανάλογα με το άτομο και τις περιστάσεις.
- **Διπλή διάγνωση:** Γενικός όρος που αναφέρεται στη συννοσηρότητα ή την κοινή εμφάνιση στο ίδιο άτομο, μιας διαταραχής από χρήση ψυχοδραστικής ουσίας και μιας άλλης ψυχιατρικής διαταραχής. Συνώνυμο του αποτελεί ο όρος συννοσηρότητα.

Σύμφωνα με το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM V) της Αμερικάνικης Ψυχιατρικής Εταιρίας (APA, 2013) τα κριτήρια για τη διάγνωση διαταραχής από χρήση ουσιών είναι τα ακόλουθα:

1. Λήψη συνεχώς αυξανόμενων ποσοτήτων κάποιας ουσίας ή για μεγαλύτερο διάστημα σε σχέση με την πρόθεση του ατόμου
2. Αποτυχημένες προσπάθειες διακοπής ή τροποποίησης της λήψης κάποιας ψυχοδραστικής ουσίας
3. Σπατάλη σημαντικού χρόνου για την απόκτηση, τη χρήση ή την ανάρρωση από την επίδραση της χρήσης
4. Έντονη επιθυμία ή καταναγκασμός για λήψη κάποιας ψυχοδραστικής ουσίας
5. Αδυναμία εκπλήρωσης υποχρεώσεων στην εργασία, στο σπίτι ή στο σχολείο εξαιτίας της χρήσης
6. Εξακολούθηση της χρήσης παρά τα προβλήματα που δημιουργεί στις σχέσεις με τους άλλους
7. Διακοπή σημαντικών κοινωνικών, επαγγελματικών ή ψυχαγωγικών δραστηριοτήτων εξαιτίας της χρήσης
8. Επαναλαμβανόμενη χρήση ουσιών παρά τους κινδύνους που αυτή συνεπάγεται
9. Εξακολούθηση της χρήσης παρά τη γνώση ύπαρξης σωματικού ή ψυχολογικού προβλήματος που προκλήθηκε ή επιδεινώθηκε από τη χρήση κάποιας ουσίας
10. Ανάγκη χρήσης αυξανόμενων ποσοτήτων ουσίας για την επίτευξη του επιθυμητού αποτελέσματος (ανοχή)

11. Εκδήλωση συμπτωμάτων στέρησης τα οποία ανακουφίζονται με τη λήψη μεγαλύτερης ποσότητας κάποιας ουσίας

Δύο ή τρία από τα παραπάνω συμπτώματα αποτελούν ένδειξη ήπιας διαταραχής χρήσης ουσιών, τέσσερα ή πέντε συμπτώματα υποδηλώνουν μέτρια διαταραχή χρήσης ουσιών και έξι ή περισσότερα συμπτώματα οδηγούν στη διάγνωση σοβαρής διαταραχής χρήσης ουσιών.

ΟΠΙΟΕΙΔΕΙΣ ΟΥΣΙΕΣ

2.1. Όπιο

Το όπιο είναι ο χυμός που παίρνουμε, όταν χαράζουμε τη χλωρή κάψα της παπαρούνας *Papaver somniferum* (υπνοφόρος μήκων). Στην ομάδα των οπιοειδών ουσιών ανήκουν τα:

- φυσικά οπιοειδή (μορφίνη, κωδεΐνη),
- ημισυνθετικά οπιοειδή (ηρωίνη)
- συνθετικά οπιοειδή (πεθιδίνη, μεθαδόνη).

Πρόκειται για ισχυρά αναλγητικά με κατασταλτική δράση σε πολλές εγκεφαλικές περιοχές.



Εικόνα 2.1 Υπνοφόρος μήκων, “*Opium Poppy*”/Public Domain (Wikipedia).

http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Slaapbol_R0017601.JPG#/media/File:Slaapbol_R0017601.JPG



Εικόνα 2.2 Υπνοφόρος μήκων, “*Opium poppies*”/Public Domain (Wikipedia).

<http://en.wikipedia.org/wiki/File:Malwapoppy.jpg#/media/File:Malwapoppy.jpg>

Ιστορικά στοιχεία

Το όπιο ήταν γνωστό στους αρχαίους λαούς για τις φαρμακευτικές του ιδιότητες (Λιάππας, 2003). Στην αρχαία μεσοποταμία οι Σουμέριοι γνώριζαν το όπιο ήδη 4000 με 5000 χρόνια π.Χ. Σε πλάκα σφηνοειδούς γραφής έχει βρεθεί αναφορά στο φυτό της χαράς (hul-gil), το οποίο ερμηνεύεται ότι αφορά το όπιο. Επίσης, η υπνοφόρος μήκων απεικονίζεται σε αγαλματίδια, αναθηματικές στήλες, αγγεία, νομίσματα και κοσμήματα στα αρχαιολογικά ευρήματα του Μινωικού και του Μυκηναϊκού πολιτισμού, καθώς και σε ευρήματα αρχαιολογικών ανασκαφών στη Σπάρτη, στη Μακεδονία, στην Κόρινθο, στην Ελευσίνα κ.α. (Kritikos & Paradaki, 1967). Το πήλινο είδωλο της θεάς των Μηκώνων με τις τρεις χαρακτηριστικές παπαρούνες στο στέμμα της βρίσκεται στο Μουσείο Ηρακλείου Κρήτης. Επιπλέον, η υπνοφόρος μήκων ήταν ένα από τα σύμβολα της θεάς Δήμητρας. Σύμφωνα με το Μύθο, όταν ο Πλούτωνας άρπαξε την κόρη της Περσεφόνη, η Δήμητρα, στην απόγνωσή της κατέφυγε στη δράση του χυμού της μηκώνου για να κοιμηθεί και να ξεχάσει τη λύπη της. Οι θεραπευτικές ιδιότητες του χυμού της μηκώνου περιγράφονται από τον Ιπποκράτη (460-377 π.Χ.) και τον Γαληνό (200-130 π.Χ.).

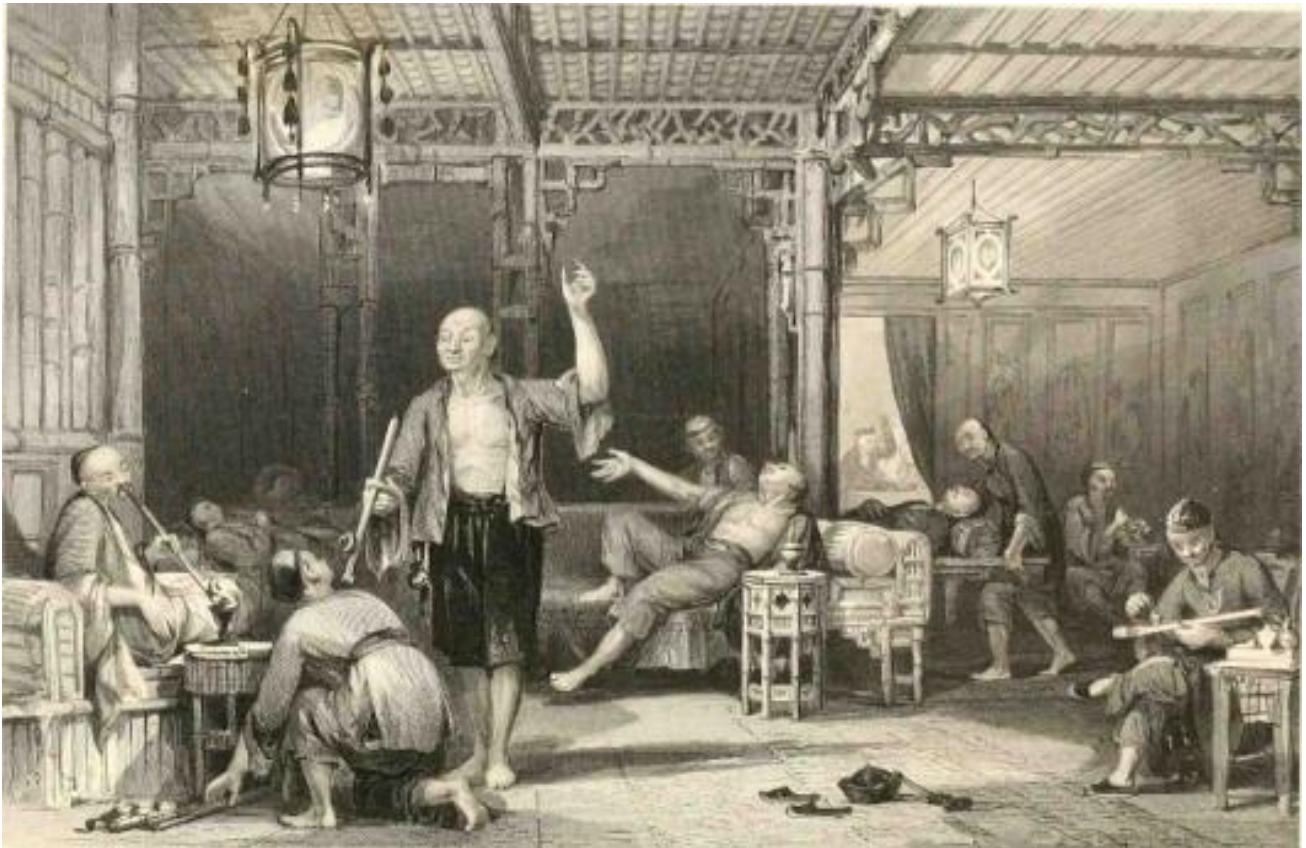


Εικόνα 2.3 Γαληνός και Ιπποκράτης, "Galenohippocrates", CC BY-SA 2.5 (Wikipedia).
<http://psychology.wikia.com/wiki/File:Galenohippocrates.jpg>

Οι άραβες γιατροί επίσης χρησιμοποιούσαν το όπιο για τις θεραπευτικές του ιδιότητες. Με τις κατακτήσεις τους μετέφεραν τις γνώσεις τους στην Ινδία (600 μ.Χ.) Τον 18ο αιώνα μεγάλες ποσότητες οπίου καλλιεργούνταν στην Ινδία, η οποία βρισκόταν υπό βρετανική κυριαρχία, και εξάγονταν στην Κίνα. Οι μεγάλες διαστάσεις της χρήσης οπίου στην Κίνα οδήγησαν σε ρήξη της τελευταίας με την Αγγλία και τελικά στον επονομαζόμενο «πόλεμο του οπίου» στα μέσα περίπου του 19ου αιώνα, ο οποίος έληξε με ήττα της Κίνας. Στη διάρκεια του 19ου αιώνα, το λάβδανο, διάλυμα οπίου και αιθυλικής αλκοόλης, αποτελούσε φάρμακο εκλογής για τα παιδιά ως προς την καταπολέμηση της διάρροιας και άλλων ασθενειών και για την ηρεμιστική του δράση.



Εικόνα 2.4 Χρήση οπίου στην Κίνα, "*Chinese Opium smokers*" /Public Domain (Wikipedia).
http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Chinese_Opium_smokers.jpg#/media/File:Chinese_Opium_smokers.jpg



Εικόνα 2.5 "*Chinese opium smokers*" by T. Allom (1858) /Public Domain (Wikipedia).
http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Chinese_opium_smokers.jpg#/media/File:Chinese_opium_smokers.jpg



Εικόνα 2.6 "Apothecary vessel Opium 18-19 century", by Bullenwächter/CC BY-SA 3.0 (Wikipedia).
http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Apothecary_vessel_Opium_18-19_century.jpg#/media/File:Apothecary_vessel_Opium_18-19_century.jpg

2.2. Μορφίνη

Στις αρχές του 19ου αιώνα απομονώθηκε ένα φυσικό αλκολοειδές του οπίου, η μορφίνη που πήρε το όνομα της από το Μορφέα, τον θεό του ύπνου στην αρχαία ελληνική μυθολογία, και η οποία χρησιμοποιήθηκε για την ισχυρή αναλγητική δράση της αλλά και για την καταπολέμηση της οπιομανίας (Λιάππας, 2003). Η εφεύρεση της σύριγγας το 1850 από τον Pravaz κατέστησε δυνατή την υποδόρια ένεση της μορφίνης και τη χρήση της σε ευρεία κλίμακα για την ανακούφιση τραυματιών πολέμου. Έτσι, η ανακάλυψη της μορφίνης, άλλαξε τη σχέση του ανθρώπου με τον πόνο (Μάτσα, 2001). Η ιατρική επιστήμη μέσα από την ένεση της μορφίνης καταργεί τον σωματικό πόνο καταγράφοντας έτσι μια τεράστια επιτυχία. Η μορφίνη χρησιμοποιείται ακόμη και σήμερα σε περιπτώσεις όπου απαιτείται ισχυρή αναλγησία, όπως σε καρκινοπαθείς. Προκαλεί:

- αίσθημα ευφορίας
- ελαφρά άρση των αναστολών
- επιβράδυνση της σκέψης
- άμβλυνση του συναισθήματος
- καταστολή της αίσθησης του πόνου και της αναπνευστικής λειτουργίας

Σε υψηλές δόσεις προκαλεί:

- σπασμούς
- διέγερση
- κόμα

και μπορεί να επιφέρει το θάνατο (Λιάππας, 2003).

2.3. Ηρωίνη

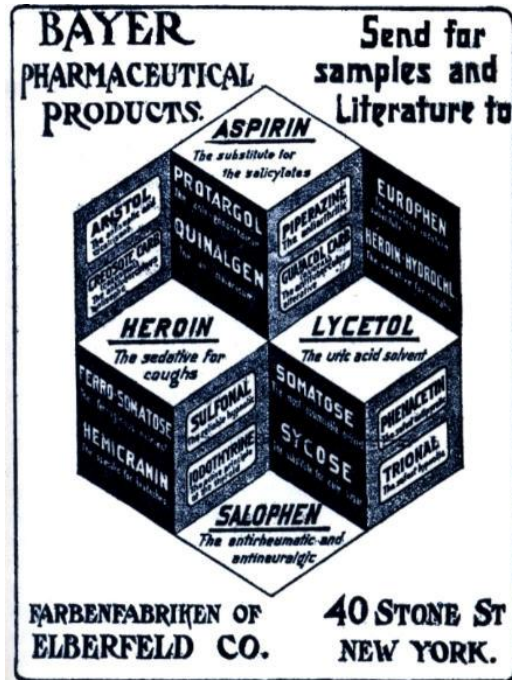
Η ηρωίνη ή διαμορφίνη παράγεται με μικρή τροποποίηση της χημικής δομής της μορφίνης και μιμείται τη δράση των ενδορφινών. Οι ενδορφίνες (ενδογενείς μορφίνες), γνωστές ως «ορμόνες της ευτυχίας» ρυθμίζουν τον πόνο, την έκκριση ορμονών και τα συναισθήματα ευεξίας. Υπολογίζεται ότι 10.000-20.000 χρήστες οπιοειδών πεθαίνουν κάθε χρόνο στην Ευρώπη από υπερβολική δόση, μολυσματικές ασθένειες, βία και άλλες αιτίες. Ιδιαίτερα ανησυχητική είναι η πρόσφατη επιδημική έξαρση του ιού HIV σε χρήστες ναρκωτικών στην Ελλάδα (EMCDDA, 2014).

Ιστορικά στοιχεία

Η ηρωίνη παράχθηκε στο τέλος του 19ου αιώνα και αντικατέστησε τη φαρμακευτική χρήση της μορφίνης, ενώ χρησιμοποιήθηκε για την καταπολέμηση της μορφινομανίας. Στην αρχή προωθήθηκε στην αγορά ως μη εθιστική ουσία εξαιρετικά αποτελεσματική ως αναλγητικό και αντιβηχικό φάρμακο. Η διαπίστωση ότι η ηρωίνη είναι τρεις φορές περίπου πιο εξαρτησιογόνος από τη μορφίνη, οδήγησε στην απαγόρευση της κυκλοφορίας της.



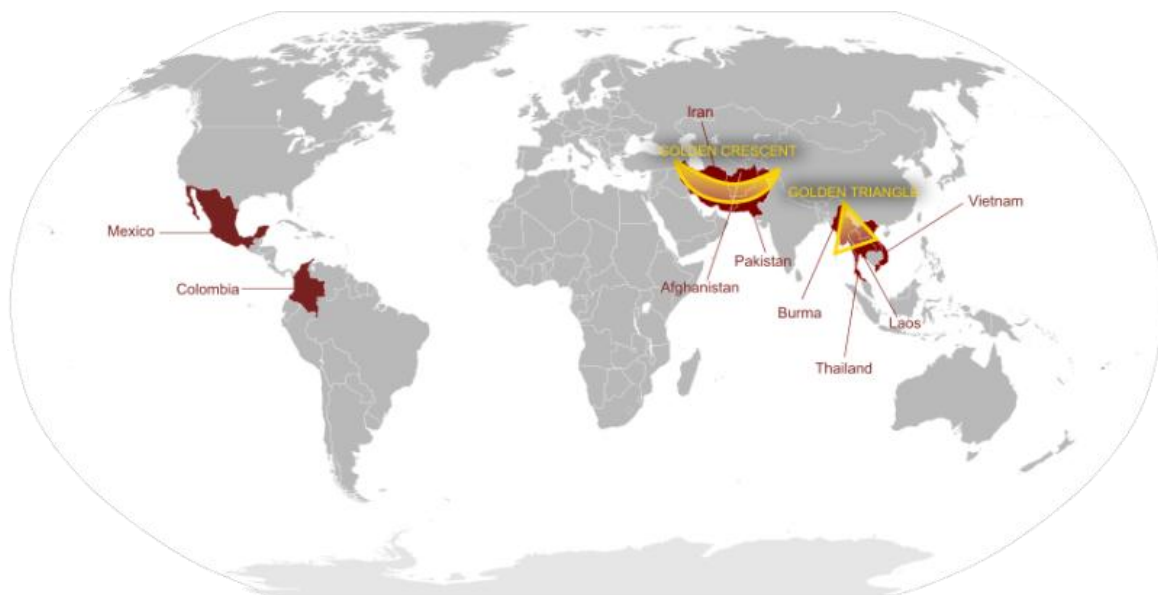
Εικόνα 2.7 Bayer Heroin bottle, Public Domain (Wikipedia).
https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Bayer_Heroin_bottle.jpg



Εικόνα 2.8 Bayer Heroin, Public Domain (Wikipedia).

<http://commons.wikimedia.org/wiki/File:BayerHeroin.png#/media/File:BayerHeroin.png>

Μέχρι το 1970 η κύρια πηγή προμήθειας της ηρωίνης στην Ευρώπη ήταν το Χρυσό Τρίγωνο στη νοτιοανατολική Ασία (EMCDDA, 2013a). Σήμερα το 80% της παγκόσμιας παραγωγής προέρχεται από το Αφγανιστάν (περιοχή της Χρυσής Ημισελήνου). Η μεταφορά της ηρωίνης στην Ευρώπη πραγματοποιείται από δύο οδούς: τον δρόμο του «μεταξιού» (Κεντρική Ασία, Ρωσία, Ουκρανία) και πιο συχνά από τη Βαλκανική οδό διαμέσου της Τουρκίας (EMCDDA 2013b). Επίσης, συχνά έρχεται δια αέρος ή δια θαλάσσης.



Εικόνα 2.9 Παγκόσμια παραγωγή ηρωίνης, "HeroinWorld-en" by Cerveaugenie/CC BY-SA 3.0 (Wikipedia).

<http://commons.wikimedia.org/wiki/File:HeroinWorld-en.svg#/media/File:HeroinWorld-en.svg>

Η Ευρώπη κατακλύστηκε από διάφορα κύματα κατάχρησης της ηρωίνης. Το πρώτο έπληξε πολλές χώρες της Δυτικής Ευρώπης στα μέσα της δεκαετίας του 1970, ενώ ένα δεύτερο έπληξε την Κεντρική και Ανατολική Ευρώπη στα τέλη της δεκαετίας του 1990. Σήμερα η χρήση της ηρωίνης στην Ευρώπη ακολουθεί πτωτική τάση, αλλά κυριαρχεί ανησυχία για την υποκατάστασή της από συνθετικά οπιοειδή (βουπρενορφίνη, μεθαδόνη, φαιντανύλη) καθώς και διεγερτικά (EMCDDA, 2014). Συνολικά, ο αριθμός των χρηστών οπιοειδών ουσιών υπολογίζεται γύρω στα 1,3 εκατομμύρια Ευρωπαίων, ενώ πάνω από ένα εκατομμύριο βρίσκονται σε θεραπεία απεξάρτησης από παράνομα ναρκωτικά γενικά. Επίσης, το 3,5% του συνόλου των θανάτων Ευρωπαίων ηλικίας 15–39 ετών οφείλονται σε υπερβολική δόση ναρκωτικών, με παρουσία οπιοειδών στα 3/4 περίπου των θανατηφόρων περιστατικών (Eurostat, 2014).



Εικόνα 2.10 Μορφές ηρωίνης, "Heroin asian"/Public Domain (Wikipedia).
http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Heroin_asian.jpg#/media/File:Heroin_asian.jpg

Στην Ελλάδα σήμερα το φαινόμενο της χρήσης ηρωίνης έχει εξαπλωθεί σε όλα τα κοινωνικο-οικονομικά στρώματα και δεν αποτελεί χαρακτηριστικό κάποιας συγκεκριμένης ευπαθούς ομάδας. Για το έτος 2012 η εκτίμηση του συνολικού αριθμού χρηστών ηλικίας 15-64 ετών με κύρια ουσία την ηρωίνη είναι περίπου 20.000 (ΕΚΤΕΠΝ, 2014). Παρότι η χρήση ηρωίνης στον μαθητικό πληθυσμό παρουσιάζει διαχρονικά αυξητική τάση (έχει σχεδόν τριπλασιαστεί σε σύγκριση με το 1984), στην Ελλάδα παρατηρούνται σημαντικά χαμηλότερα ποσοστά επικράτησης της χρήσης συγκριτικά με την πλειονότητα των Ευρωπαϊκών χωρών.

Ωστόσο, η πρόσφατη επιδημική έξαρση του ιού HIV σε χρήστες ναρκωτικών στην Ελλάδα είναι ιδιαίτερα ανησυχητική (EMCDDA, 2014).

Τρόπος δράσης

Η ηρωίνη περνά γρήγορα τον αιματοεγκεφαλικό φραγμό και εισέρχεται στον εγκέφαλο, όπου δεσμεύεται από τους μ-οπιοειδείς υποδοχείς (NIDA, 2014a). Ο οργανισμός μας παράγει νευροδιαβιβαστές οι οποίοι φυσιολογικά συνδέονται με αυτούς τους υποδοχείς στον εγκέφαλο και στο σώμα, τις ενδορφίνες (ενδογενείς μορφίνες). Οι ενδορφίνες, γνωστές ως «ορμόνες της ευτυχίας» ρυθμίζουν τον πόνο, την έκκριση ορμονών και τα συναισθήματα ευεξίας. Όταν οι ενδορφίνες δεσμεύονται από τους μ-υποδοχείς στο σύστημα ανταμοιβής του εγκεφάλου, ενεργοποιούν την έκκριση της νευροδιαβιβαστικής ουσίας ντοπαμίνη, δημιουργώντας αίσθημα ευχαρίστησης. Η ηρωίνη, η οποία γρήγορα μετά την είσοδό της στον οργανισμό μετατρέπεται σε μορφίνη, συνδέεται είτε με τους μ-οπιοειδείς υποδοχείς στο σύστημα ανταμοιβής του εγκεφάλου (VTA, επικλινής πυρήνας, προμετωπιαίος φλοιός) είτε στην οδό του πόνου (θάλαμος, στέλεχος, νωτιαίος μυελός) προκαλώντας αναλγησία.

Τρόποι χρήσης

Οι μορφές εισαγόμενης ηρωίνης που ανέκαθεν διακινούνταν στην Ευρώπη είναι δύο: η ευρύτερα διαδεδομένη καφέ ηρωίνη (βάση ηρωίνης), η οποία προέρχεται κυρίως από το Αφγανιστάν, και η πιο σπάνια λευκή ηρωίνη (άλας) από τη Νοτιοανατολική Ασία και άλλες περιοχές (EMCDDA, 2014). Η ηρωίνη είναι γνωστή ως «πρέζα», «παραμύθα», «άσπρη», «ζαπ» ή «brown sugar».



Εικόνα 2.11 Προετοιμασία ενέσιμης χρήσης, by Psychonaught/ Public Domain (Wikipedia).
<http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Heroin.JPG#/media/File:Heroin.JPG>



Εικόνα 2.12 Ενέσιμη χρήση ηρωίνης, Public Domain (Wikipedia).
http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Injecting_Heroin.JPG#/media/File:Injecting_Heroin.JPG

Η καφέ ηρωίνη θερμαίνεται και διαλύεται με την προσθήκη κιτρικού (ξινό) ή ασκορβικού οξέος (EMCDDA, 2013a). Μπορεί επίσης να καπνιστεί. Σε αυτήν την περίπτωση θερμαίνεται συνήθως σε φύλλο αλουμινοχαρτού και ο χρήστης εισπνέει τους παραγόμενους ατμούς. Η πρακτική αυτή είναι γνωστή ως «chasing the dragon» (μτφ. Το κυνήγι του δράκου). Η ηρωίνη διακινείται συνήθως αναμειγμένη με άλλες ουσίες όπως ζάχαρη, άμυλο, σκόνη γάλακτος, κινίνο, στρυχνίνη κ.ά. Το γεγονός ότι ο χρήστης δεν γνωρίζει την ακριβή ποσότητα ηρωίνης, η οποία περιέχεται στη σκόνη που διαθέτει για χρήση, μπορεί να οδηγήσει σε οξεία τοξίκωση ή και θάνατο. Στην ενδοφλέβια χρήση το 70% της ποσότητας ηρωίνης φθάνει στον εγκέφαλο μέσα σε είκοσι δευτερόλεπτα.

Επίδραση στον οργανισμό

Οι άμεσες επιπτώσεις της χρήσης ηρωίνης στον οργανισμό είναι:

- συναίσθημα «ευφορίας» και «ηρεμίας»
- αναλγησία
- υπνηλία
- αναπνευστική καταστολή και μείωση καρδιακών παλμών
- μύση
- ναυτία, έμετος
- μειωμένη κινητικότητα του εντέρου
- καταστολή του αντανακλαστικού του βήχα
- υποθερμία
- μείωση της σεξουαλικής επιθυμίας εξαιτίας της μείωσης έκκρισης τεστοστερόνης

Μακροπρόθεσμες επιδράσεις

Η μακροχρόνια χρήση ηρωίνης μπορεί να προκαλέσει (NIDA, 2014):

- μικροβιακή ενδοκαρδίτιδα και άλλες μικροβιακές μολύνσεις, όπως θρομβοφλεβίτιδα, αποστήματα, κυτταρίτιδα κ.ά.
- χρόνια νεφρική ή ηπατική ανεπάρκεια
- πνευμονολογικές επιπλοκές (πνευμονία, φυματίωση)
- αλλαγές στη δομή και τη φυσιολογία του εγκεφάλου δυνητικά μη αντιστρέψιμες
- ασθένειες, όπως Aids, και ηπατίτιδα Β και C, λόγω μόλυνσης από μη αποστειρωμένες βελόνες ή από την πολλαπλή χρήση τους από διαφορετικά άτομα
- βλάβη και διάτρηση των ρινικών μεμβρανών, όταν η χρήση γίνεται με εισπνοή από τη μύτη
- μη αναγνώριση σοβαρών σωματικών προβλημάτων, λόγω της αναλγητικής επίδρασης της ηρωίνης
- σεξουαλική ανικανότητα στους άντρες, διαταραχές ή/και διακοπή του έμμηνου κύκλου στις γυναίκες
- αϋπνία
- δυσκοιλιότητα
- κοινωνική απομόνωση, περιθωριοποίηση
- κατάθλιψη και άλλες ψυχιατρικές διαταραχές.

Αξίζει να σημειωθεί ότι πολλά σωματικά προβλήματα οφείλονται στους θρόμβους και τις μολύνσεις που προκαλούνται από τις συνοδές ουσίες νοθείας, οι οποίες συχνά διαλύονται δύσκολα. Αυτοάνοσες αντιδράσεις σε αυτές τις ουσίες συνδέονται με αρθρίτιδα και άλλα ρευματολογικά προβλήματα, τα οποία αρκετές φορές παρατηρούνται σε χρόνιους χρήστες. Επίσης, τα έμβρυα που εκτίθενται στη χρήση ηρωίνης μπορεί να γεννηθούν πρόωρα και λιποβαρή, έχοντας αρκετά αναπτυξιακά και συμπεριφορικά προβλήματα (NIDA, 2014a).

Εξάρτηση

Η χρήση της ηρωίνης προκαλεί έντονη σωματική και ψυχολογική εξάρτηση. Οι χρήστες οργανώνουν όλη τη ζωή τους γύρω από την ουσία, η χρήση της οποίας γίνεται πια αυτοσκοπός. Η έντονα εθιστική επίδραση της ηρωίνης αφορά όλους τους τρόπους χρήσης της, παρότι οδοί χρήσης που επιτρέπουν την πιο γρήγορη είσοδο στον εγκέφαλο αυξάνουν τον κίνδυνο εξάρτησης.

Ανοχή

Η ανοχή στην ηρωίνη εγκαθίσταται γρήγορα κι έτσι ο χρήστης χρησιμοποιεί ολοένα αυξανόμενες ποσότητες ουσίας για να επιτύχει το ίδιο αποτέλεσμα. Ως αποτέλεσμα οι χρήστες, οι οποίοι έχουν αναπτύξει μεγάλη ανοχή, μπορούν να κάνουν χρήση μεγάλων ποσοτήτων ουσίας οι οποίες σε άλλη περίπτωση θα ήταν θανατηφόρες. Η χρήση δεν αποσκοπεί πια στην αλλαγή της διάθεσης, μιας και ο χρήστης δεν μπορεί πλέον να βιώσει τα ευχάριστα συναισθήματα που ένιωθε στην αρχή, αλλά στην αποφυγή των συμπτωμάτων στέρησης. Η ανοχή χάνεται πολύ γρήγορα μετά τη διακοπή της χρήσης. Ως αποτέλεσμα, όταν χρήστες εθισμένοι σε μεγάλες ποσότητες ουσίας επιχειρούν -μετά από διάστημα αποχής ή θεραπείας- κατευθείαν τη χρήση δόσεων ανάλογων με τις προηγούμενες, τότε οδηγούνται σε οξεία τοξίκωση και συχνά καταλήγουν.

Στερητικό σύνδρομο

Το στερητικό σύνδρομο 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):

- 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

2.4. Μεθαδόνη

Πρόκειται για συνθετικό παράγωγο του οπίου, το οποίο παράχθηκε στη Γερμανία κατά τη διάρκεια του Β΄ Παγκοσμίου πολέμου όπου υπήρχε μεγάλη έλλειψη οπιοειδών (Λιάππας, 2003). Στη διάρκεια του 1960 ξεκίνησε η χρήση της ως υποκατάστατο για τη «θεραπεία» εξάρτησης από την ηρωίνη. 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. Στην Ελλάδα προγράμματα υποκατάστασης με μεθαδόνη άρχισαν να λειτουργούν πιλοτικά από το 1996.

2.5. Κωδεΐνη

Η κωδεΐνη είναι ένα φυσικό αλκαλοειδές του οπίου όπως και η μορφίνη, η εθιστική της όμως και αναλγητική επίδραση είναι μικρότερη από αυτή της μορφίνης (Λιάππας, 2003). Αποτελεί ένα από τα συχνότερα

συνταγογραφούμενα οπιούχα για την καταστολή του βήχα και του πόνου. Εκτός από αναλγησία προκαλεί και ευφορία.

2.6. Βουπρενορφίνη

Αποτελεί παράγωγο της μορφίνης και χρησιμοποιείται ως υποκατάστατο της ηρωίνης παρότι είναι αρκετά ακριβότερη από τη μεθαδόνη. Δεν ενέχει κινδύνους υπερβολικής δόσης και αναστέλλει τις επιπτώσεις από την παράλληλη χρήση της ηρωίνης. Αποτελεί αγωνιστή αλλά και ανταγωνιστή των οπιοειδών ουσιών (EMCDDA, 2005). Αυτό σημαίνει ότι η βουπρενορφίνη διεγείρει τους μ-οπιοειδείς υποδοχείς όπως και οι υπόλοιπες οπιοειδείς ουσίες αλλά σε μικρότερο βαθμό από την ηρωίνη και τη μεθαδόνη. Ως αποτέλεσμα η ευφορία που προκαλεί είναι μικρότερη. Παράλληλα όμως η κατά πολύ μεγαλύτερη ικανότητα πρόσδεσης της βουπρενορφίνης στους οπιοειδείς υποδοχείς σε σύγκριση με τη μορφίνη και την ηρωίνη ανταγωνίζεται τη δράση των τελευταίων. Έτσι, η κατανάλωση οπιοειδών αμέσως μετά τη λήψη βουπρενορφίνης δεν επιφέρει την αναμενόμενη κλινική επίδραση, διότι οι υποδοχείς των οπιοειδών έχουν αποκλειστεί. Το στερητικό σύνδρομο της βουπρενορφίνης είναι συνήθως μικρότερο σε ένταση απ' ό,τι των άλλων οπιοειδών, όμως διαρκεί πολύ περισσότερο καθιστώντας τη διαδικασία της αποτοξίνωσης βασανιστική και πολύ δυσάρεστη για τον ασθενή.

ΚΑΤΑΣΤΑΛΤΙΚΑ ΤΟΥ ΚΕΝΤΡΙΚΟΥ ΝΕΥΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Πρόκειται για ουσίες διαφορετικής χημικής δομής με παρόμοια όμως δράση στο ΚΝΣ. Σε αυτές συγκαταλέγονται τα βαρβιτουρικά, οι βενζοδιαζεπίνες, το GHB (ναρκωτική ουσία συνδεδεμένη με σεξουαλική κακοποίηση) καθώς και υπνωτικά φάρμακα νέας γενιάς, τα οποία έχουν παρόμοια δράση με τις βενζοδιαζεπίνες αλλά διαφορετική χημική δομή, π.χ. Ζαλεπλόνη (Sonata), Ζολπιδέμη (Stilnox). Πολυχρήστες ουσιών κάνουν αρκετά συχνά χρήση αντιπαρκινσονικών φαρμάκων, π.χ. Akineton, Artane. Στα κατασταλτικά του ΚΝΣ συμπεριλαμβάνεται και το αλκοόλ, το οποίο λόγω των κοινωνικοπολιτισμικών ιδιαιτεροτήτων και της ευρείας αποδοχής της χρήσης του θα περιγραφεί χωριστά.

Ιστορικά στοιχεία

Το βαρβιτουρικό οξύ συνετέθη το 1864 στη Γερμανία από τον Adolf von Bayer (Λιάππας, 2003). Πήρε το όνομα αυτό γιατί παρασκευάστηκε την ημέρα της γιορτής της Αγίας Βαρβάρας. Η θεραπευτική χρήση βαρβιτουρικών για τις κατασταλτικές και υπνωτικές τους ιδιότητες ξεκίνησε στις αρχές του 20ού αιώνα και ήταν ευρέως διαδεδομένη μέχρι και τη δεκαετία του 1960. Στη συνέχεια οι βενζοδιαζεπίνες ως πιο ασφαλή σκευάσματα (αυξημένος κίνδυνος θανάτου από υπερβολική δόση βαρβιτουρικών) αντικατέστησαν σταδιακά τα βαρβιτουρικά, τα οποία όμως χρησιμοποιούνται μέχρι σήμερα στη γενική αναισθησία και στην αντιμετώπιση της επιληψίας.

2.7. Βαρβιτουρικά

Τα βαρβιτουρικά έχουν υπνωτικές, αντιεπιληπτικές, μυοχαλαρωτικές και ισχυρές εθιστικές ιδιότητες. Επίσης χρησιμοποιούνται ευρύτατα στην αναισθησιολογία χάριν της ιδιότητάς τους να επιφέρουν νάρκωση. Ανάλογα με τη διάρκεια της δράσης τους διακρίνονται σε:

- Ταχείας δράσης, π.χ. θειοπεντάλη (Penthothal)
- Μέσης δράσης, π.χ. πεντοβαρβιτάλη (Nembutal)
- Μακράς δράσης, π.χ. φαινοβαρβιτάλη (Luminal)

Η φαινοβαρβιτάλη αποτελεί το πιο ευρέως χρησιμοποιούμενο βαρβιτουρικό (EMCDDA, 2011).

2.8. Βενζοδιαζεπίνες

Χρησιμοποιούνται για τη θεραπευτική αντιμετώπιση του άγχους και της αϋπνίας. Παραδείγματα βενζοδιαζεπινών είναι τα εξής:

- Αλπραζολάμη (Xanax)
- Βρωμαζεπάμη (Lexotanil)
- Διαζεπάμη (Valium, Stedon)
- Κλοναζεπάμη (Rivotril)
- Κλοραζεπάτη (Tranxene)
- Λοραζεπάμη (Tavor)
- Φλουνιτραζεπάμη (Vulbegal, Hipnosedon)



Εικόνα 2.13 Αλπραζολάμη (Xanax), *Public Domain (Wikipedia)*.

http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Xanax_2_mg.jpg#/media/File:Xanax_2_mg.jpg



Εικόνα 2.14 Λοραζεπάμη (Tavor), *Public Domain (Wikipedia)*.

https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Tavor_lorazepam.jpg

Επιδημιολογικά στοιχεία

Στην Ευρώπη η χρήση των βενζοδιαζεπινών είναι ιδιαίτερα αυξημένη, ενώ οι χώρες με τη μεγαλύτερη χρήση βαρβιτουρικών είναι η Βουλγαρία, η Ουκρανία και η Λετονία (EMCDDA, 2013, 2011). Σε έρευνα στο μαθητικό πληθυσμό, στην οποία συμμετείχαν 24 χώρες-μέλη, η χρήση υπνωτικών/ηρεμιστικών κυμάνθηκε ανάμεσα στο 2-15 % του πληθυσμού με έξι χώρες να αναφέρουν ποσοστά επικράτησης πάνω από 10%. Οι χώρες με τη μεγαλύτερη χρήση υπνωτικών/ηρεμιστικών χωρίς συνταγή ιατρού στον μαθητικό πληθυσμό ήταν η Πολωνία, το Μονακό και η Λιθουανία, ενώ στο Βέλγιο 14% του μαθητικού πληθυσμού αναφέρει χρήση των αντίστοιχων ουσιών με συνταγή γιατρού.

Στην Ελλάδα παρατηρούνται σημαντικά χαμηλότερα ποσοστά στην επικράτηση της χρήσης όλων των τύπων εξαρτησιογόνων ουσιών σε σύγκριση με τις υπόλοιπες ευρωπαϊκές χώρες για τις οποίες υπάρχουν στοιχεία. Εξάιρεση αποτελούν οι εισπνεόμενες ουσίες και τα ηρεμιστικά/υπνωτικά φάρμακα (μη ιατρική χρήση) για τα οποία παρατηρούνται υψηλότερα ποσοστά επικράτησης στην Ελλάδα σε σύγκριση με τον ευρωπαϊκό μέσο όρο (ΕΚΤΕΠΝ, 2014). Συγκεκριμένα, 9,3% του μαθητικού πληθυσμού στην Ελλάδα έχει κάνει χρήση ηρεμιστικών/υπνωτικών φαρμάκων τουλάχιστον μια φορά στη ζωή του σύμφωνα με την έρευνα ESPAD, που πραγματοποιήθηκε από το Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγείας (ΕΠΨΥ, 2012).

Τρόπος δράσης

Οι βενζοδιαζεπίνες και τα βαρβιτουρικά, ως κατασταλτικά του ΚΝΣ, επιδρούν στο γ-αμινοβουτιρικό οξύ. Η δράση του GABA είναι κατασταλτική, δηλαδή περιορίζει την εγκεφαλική δραστηριότητα. Οι βενζοδιαζεπίνες και τα βαρβιτουρικά αυξάνουν το GABA προκαλώντας υπνηλία (NIDA, 2011).

Τρόπος χρήσης

Η λήψη των κατασταλτικών γίνεται από το στόμα, με εισπνοή ή με ενδοφλέβια χορήγηση. Συχνά γίνεται παράλληλη χρήση άλλων ουσιών. Οι χρήστες κοκαΐνης χρησιμοποιούν βενζοδιαζεπίνες για την αντιμετώπιση των στερητικών συμπτωμάτων, ενώ οι χρήστες ηρωίνης για να αυξήσουν την ευφορική επίδραση της ηρωίνης (EMCDDA, 2013).

Επίδραση των κατασταλτικών στον οργανισμό

Μεγάλο ρόλο στην επίδραση των κατασταλτικών στον οργανισμό παίζει η ψυχική διάθεση του ατόμου και οι συνθήκες κάτω από τις οποίες γίνεται η λήψη της ουσίας. Συνήθως, τις πρώτες μέρες κατά τις οποίες γίνεται λήψη συνταγογραφούμενων κατασταλτικών του ΚΝΣ, το άτομο νιώθει υπνηλία και δυσκολία στο συντονισμό των κινήσεων. Καθώς όμως το σώμα συνηθίζει στην επίδραση των φαρμάκων, οι ανεπιθύμητες αυτές ενέργειες υποχωρούν (NIDA, 2011). Σε μικρές δόσεις η επίδραση των κατασταλτικών μοιάζει με αυτήν του αλκοόλ. Το άτομο ανακουφίζεται από το άγχος και τη στεναχώρια, χαλαρώνει και νιώθει ηρεμία και ευφορία. Μπορεί να συνυπάρχει σύγχυση, δυσκολία στη συγκέντρωση, μειωμένη ικανότητα βραχυπρόθεσμης μνήμης και νυσταγμός.

Ανοχή

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 μην 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.

Εξάρτηση

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.

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 μια 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).

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. 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.

Επίδραση μακροπρόθεσμης χρήσης

Η συστηματική χρήση κατασταλτικών για αρκετές εβδομάδες μπορεί να προκαλέσει:

- άγχος
- σύγχυση
- κεφαλαλγία
- ελαττωμένη ικανότητα συγκέντρωσης, κρίσης, μνήμης
- δυσαρθρία
- ασυνέργεια
- αυτόνομη υπερδραστηριότητα
- τρόμο των χεριών

- αϋπνία ή υπνηλία
- παραισθήσεις ή ψευδαισθήσεις
- ψυχοκινητική διέγερση
- κατάθλιψη ως αποτέλεσμα της χρήσης

Η ικανότητα για οδήγηση επηρεάζεται σημαντικά για αρκετές ώρες ανάλογα με τον χρόνο ημιζωής του φαρμάκου.

Αμνησιακό σύνδρομο

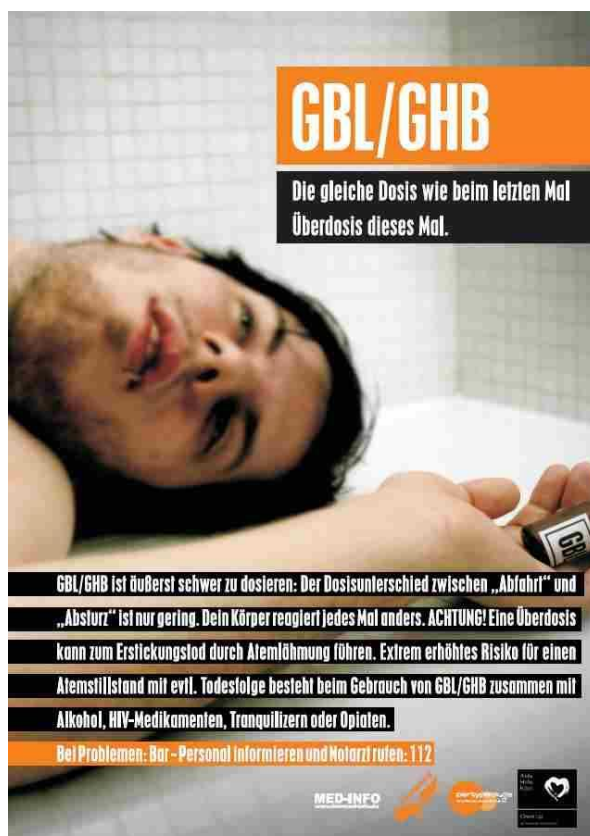
Η μακρόχρονη θεραπεία με βενζοδιαζεπίνες μπορεί να οδηγήσει σε γνωσιακή έκπτωση, διαταραχές μνήμης και μείωση της ικανότητας αυτοφροντίδας. Η αποτοξίνωση επιφέρει τουλάχιστον μερική βελτίωση της κατάστασης του ασθενή.

2.9. Ναρκωτικά συνδεδεμένα με πράξεις σεξουαλικής κακοποίησης

Σύμφωνα με έρευνες που πραγματοποιήθηκαν σε έξι ευρωπαϊκές χώρες (Γερμανία, Ιρλανδία, Λιθουανία, Φινλανδία, Σουηδία και Ηνωμένο Βασίλειο), το 20% των γυναικών στην Ευρώπη έχουν κάποια εμπειρία σεξουαλικής επίθεσης στην ενήλικη ζωή τους (EMCDDA, 2008a). Οι ουσίες που συνδέονται με περιστατικά σεξουαλικής κακοποίησης προστίθενται εν αγνοία του θύματος στο ρόφημά του, επειδή προκαλούν απώλεια μνήμης και αδυναμία αντίστασης. Σε αυτές συγκαταλέγονται ορισμένες βενζοδιαζεπίνες, όπως η φλουνιτραζεπάμη και το γ-υδροξυβουτυρικό οξύ (GHB). Στις περισσότερες περιπτώσεις η χρήση αυτών των ουσιών συνδυάζεται με αλκοόλ. Βέβαια, η επίδραση των περισσότερων υπνωτικών και αγχολυτικών φαρμάκων αυξάνεται με την παράλληλη χρήση αλκοόλ, γι' αυτό και πολλές ουσίες εκτός της φλουνιτραζεπάμης και του GHB συνδυάζονται με περιστατικά σεξουαλικής κακοποίησης.



Εικόνα 2.15 Πόστερ το οποίο χρηματοδοτήθηκε από τις δημοτικές αρχές στο Παρίσι για ανάρτηση σε κέντρα νυχτερινής διασκέδασης και σε σχετικούς ιστοχώρους. Πηγές: Παρίσι - <http://www.fetez-clairs.org>



Εικόνα 2.16 Πόστερ το οποίο χρηματοδοτήθηκε από μια σύμπραξη οργανισμών υγείας της Γερμανίας ως μέρος προγράμματος προαγωγής ασφαλούς νυχτερινής διασκέδασης.
Γερμανία - <http://partypack.de> ; <http://www.checkup-koeln.de/>

Το GHB, γνωστό ως ‘υγρό ecstasy’ και ‘γυναικείο viagra’ συντέθηκε για πρώτη φορά το 1960, αλλά τρία χρόνια αργότερα ανακαλύφθηκε ότι αποτελεί ενδογενή ουσία του ανθρώπινου οργανισμού (EMCDDA, 2008b; NIDA 2010a). Στη δεκαετία του 1980 άρχισε να χρησιμοποιείται για την αναβολική δράση του (διεγείρει τη σύνθεση πρωτεϊνών), ενώ στη δεκαετία του 1990 η χρήση του συνδέθηκε με τη ηλεκτρονική μουσική σκηνή.



Εικόνα 2.17 GHB, by La Cara Salma - Own work/CC BY-SA 3.0 (Wikipedia).
http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Alcover_17,5_-_Gamma-Hydroxybutyric_acid.JPG#/media/File:Alcover_17,5_-_Gamma-Hydroxybutyric_acid.JPG



Εικόνα 2.18 GHB, by United States Department of Justice/Public Domain (Wikipedia).
<http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Gamma-hydroxybutyrate.jpg#/media/File:Gamma-hydroxybutyrate.jpg>

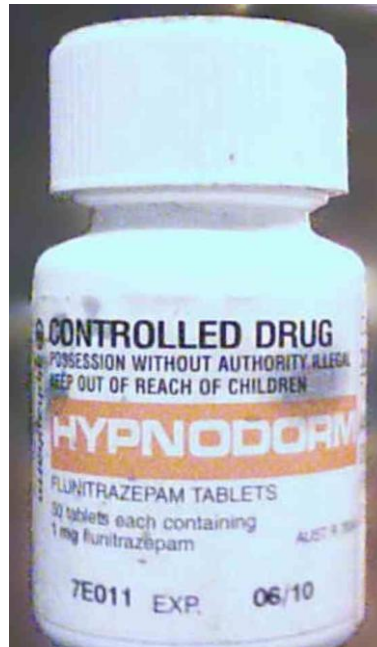
Το GHB είναι ιδιαίτερα τοξικό. Μια μικρή αύξηση της δόσης του μπορεί να προκαλέσει οξεία τοξίκωση, απώλεια συνείδησης και κώμα. Μεγάλο ποσοστό των εισαγωγών σε τμήμα επειγόντων περιστατικών οφείλεται σε υπερβολική δόση GHB (EMCDDA, 2008b). Συνήθως κυκλοφορεί σε υγρή μορφή αλλά και σε σκόνη. Ο χρήστης δεν γνωρίζει την περιεκτικότητα του GHB στο υγρό και ως εκ τούτου ο κίνδυνος λήψης υπερβολικής δόσης είναι μεγάλος.

Το GHB επιδρά στους υποδοχείς του GABA αλλά συνδέεται και με ειδικούς υποδοχείς GHB. Σε μικρές δόσεις η επίδρασή του είναι παρόμοια με αυτή του αλκοόλ. Προκαλεί ευφορία, χαλάρωση, άρση των αναστολών και υπνηλία ανάλογα με την ποσότητα της ουσίας που χρησιμοποιήθηκε. Χρησιμοποιείται από αλκοολικούς ως αυτοθεραπεία για την αντιμετώπιση της άπνειας, της κατάθλιψης και των υπόλοιπων στερητικών συμπτωμάτων από το αλκοόλ. Σε μεγάλες δόσεις, η κατασταλτική επίδραση του GHB μπορεί να οδηγήσει σε ύπνο, κώμα, σπασμούς ή και θάνατο. Η συστηματική χρήση του προκαλεί ανοχή και εξάρτηση, ενώ η στέρηση της ουσίας συχνά προκαλεί άπνεια, άγχος, τρόμο και εφίδρωση.

Η επικράτηση της χρήσης GHB τόσο στον γενικό όσο και στον μαθητικό πληθυσμό, όπου υπάρχουν, παραμένουν σε χαμηλά επίπεδα. Σε στοχευμένες έρευνες όμως σε πληθυσμούς τακτικών θαμώνων κλαμπ αναφέρονται κατά κανόνα υψηλότερα ποσοστά επικράτησης (EMCDDA, 2014). Σε αυτό συμβάλει το γεγονός ότι το GHB είναι ιδιαίτερα φθηνό και εύκολα προσβάσιμο. Οι αρνητικές όμως επιδράσεις του, όπως η ναυτία και ο κίνδυνος απώλειας της συνείδησης οδηγούν πολλούς νέους στην αποφυγή της χρήσης του στους χώρους νυχτερινής διασκέδασης.



Εικόνα 2.19 "Flunitrazepam" by Hideya
<http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Silece.jpg#/media/File:Silece.jpg>
- Own work/CC BY-SA 3.0 (Wikipedia).



Εικόνα 2.20 Φλουνιτραζεπάμη/ *Public Domain* (Wikipedia).

<http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Hypnodorm.jpg#/media/File:Hypnodorm.jpg>

Η φλουνιτραζεπάμη, η οποία κυκλοφορεί στο εξωτερικό με την εμπορική ονομασία “Rohypnol”, αποτελεί ένα από τα φάρμακα που συνδέονται με περιστατικά σεξουαλικής κακοποίησης. Χορηγείται σε πολλές χώρες της Ευρώπης για την αντιμετώπιση της αϋπνίας, ως υπνωτικό και ως αναισθητικό πριν από χειρουργικές επεμβάσεις. Είναι άχρωμο, άοσμο και διαλύεται εύκολα σε ροφήματα στα οποία προστίθεται εν αγνοία του χρήστη. Προκαλεί προδρομική αμνησία και έτσι τα θύματα δεν μπορούν να θυμηθούν συμβάντα μετά τη λήψη της ουσίας (NIDA, 2010a). Στην Ελλάδα κυκλοφορεί με την εμπορική ονομασία “Vulbegal” και “Hirposedon”, τα οποία αποτελούν δημοφιλή σκευάσματα στον κύκλο των χρηστών.

2.10. Οινόπνευμα

Το οινόπνευμα (με βασικό συστατικό την αιθυλική αλκοόλη ή αιθανόλη) είναι κατασταλτικό του ΚΝΣ. Η χρήση οινοπνεύματος ευθύνεται για πληθώρα παθολογικών προβλημάτων και για περισσότερους θανάτους από οποιαδήποτε άλλη ψυχοδραστική ουσία. Στη χώρα μας παρατηρείται σταθεροποίηση της χρήσης στον γενικό πληθυσμό, υπάρχει όμως αύξηση στους εφήβους και νέους τόσο όσον αφορά την περιστασιακή χρήση -αυξημένος κίνδυνος επιπλοκών- όσο και τη συστηματική χρήση (ΕΚΤΕΠΝ, 2013).

Σε μικρές δόσεις η χρήση οινοπνεύματος προκαλεί:

- μείωση των αναστολών
- αίσθημα χαλάρωσης και ευεξίας

Μεγάλες δόσεις αλκοόλ (τοξίκωση) προκαλούν:

- ερυθρότητα προσώπου
- αστάθεια στη βάδιση
- αδυναμία συντονισμού κινήσεων
- συγκεχυμένη ομιλία

Το άτομο νιώθει μεγάλη αυτοπεποίθηση στις ικανότητές του, η οποία όμως δεν ανταποκρίνεται στην πραγματικότητα, μιας και τα αντανακλαστικά του είναι μειωμένα. Ως αποτέλεσμα, η χρήση αλκοόλ ευθύνεται για μεγάλο αριθμό τροχαίων ατυχημάτων. Επίσης, αυξάνεται η σεξουαλική διάθεση, όχι όμως και η σεξουαλική ικανότητα.

Μακροπρόθεσμες επιδράσεις

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 νεοπλάσματα
- 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)

Στερητικό σύνδρομο

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.

2.11. ΕΙΣΠΝΕΟΜΕΝΕΣ ΟΥΣΙΕΣ

Οι εισπνεόμενες ουσίες είναι πτητικά αέρια που λαμβάνονται από τη μύτη και το στόμα με την εισπνοή των αναθυμιάσεων που προκαλούν (και όχι των ίδιων των ουσιών). Αποτελούν βιομηχανικά προϊόντα που προορίζονται για διάφορες χρήσεις (οικιακές, βιοτεχνικές, βιομηχανικές κ.ά.). Στις εισπνεόμενες ουσίες περιλαμβάνονται κόλλες, πετρελαϊκά προϊόντα (πετρελαϊκός αιθέρας, βενζίνη, κηροζίνη κ.λπ.), καθαριστικά (στεγνό καθάρισμα κ.λπ.), διάφοροι διαλύτες (π.χ. ασετόν, μπλάνκο, διαλυτικό μπογιάς), ψυκτικά και αεροζόλ (αποσμητικά χώρου, λακ, αποσμητικά, κρέμα σαντιγύ σε σπρέι).



Εικόνα 2.21 Κρέμα σαντιγύ (αριστερά) και εμπορικά προϊόντα για παράνομη χρήση σε διάφορες γεύσεις, «τροπική αύρα» (μεσαίο) και «γεύση κίτρου» (δεξιά), "Big-ox-oxygen-canisters", CC BY-SA 2.5 via Wikimedia Commons.

<http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Big-ox-oxygen-canisters.png#/media/File:Big-ox-oxygen-canisters.png>



Εικόνα 2.22 Εισπνεόμενα "HOppers"/Public Domain (Wikipedia).
<http://commons.wikimedia.org/wiki/File:HOppers.jpg#/media/File:HOppers.jpg>

Ιστορικά και επιδημιολογικά στοιχεία

Το φαινόμενο της χρήσης εισπνεόμενων ουσιών έχει τις ρίζες του στο 18ο και 19ο αιώνα κατά τους οποίους παρατηρήθηκε η χρήση χλωροφορμίου και αιθέρα για τις ευφορικές τους ιδιότητες (ΕΠΨΥ-ΟΚΑΝΑ, 2003). Μάλιστα η χρήση του αιθέρα ήταν τόσο εθιστική, ώστε να χρησιμοποιηθεί ο όρος «αιθερισμός». Σήμερα, η χρήση των εισπνεόμενων ουσιών αποτελεί σημαντικό πρόβλημα παγκοσμίως αλλά και στην Ευρώπη κυρίως, γιατί αποτελούν μια δημοφιλή κατηγορία ουσιών κατάχρησης από άτομα νεαρής ηλικίας ακόμη και παιδιά. Στην Ελλάδα, οι εισπνεόμενες ουσίες κατέχουν το μεγαλύτερο ποσοστό κατάχρησης ανάμεσα στις ψυχοδραστικές ουσίες. Μάλιστα, παρότι τα ποσοστά επικράτησης της χρήσης όλων των ψυχοδραστικών ουσιών είναι χαμηλότερα συγκριτικά με την Ευρώπη, εξαίρεση αποτελούν οι εισπνεόμενες ουσίες (και οι βενζοδιαζεπίνες) για τις οποίες παρατηρούνται υψηλότερα ποσοστά επικράτησης στην Ελλάδα σε σύγκριση με τον ευρωπαϊκό μέσο όρο (ΕΚΤΕΠΝ, 2014).

Τρόπος χρήσης

Η χρήση εισπνεόμενων συνήθως γίνεται με τους εξής τρόπους:

- εισπνοή αναθυμιάσεων απευθείας από τα εμπορικά προϊόντα
- ψεκασμός αεροζόλ κατευθείαν στη μύτη ή το στόμα
- εισπνοή αναθυμιάσεων από ουσίες οι οποίες ψεκάζονται σε πλαστική ή χάρτινη σακούλα
- εισπνοή από εμποτισμένο ύφασμα τοποθετημένο πάνω στο στόμα
- εισπνοή από μπαλόνια τα οποία περιέχουν κάποιο διαλύτη

Επειδή η επίδραση διαρκεί μόνο λίγα λεπτά, οι χρήστες καταφεύγουν στην εισπνοή διαλυτών επανειλημμένα για αρκετές ώρες. Η επανειλημμένη χρήση μπορεί να οδηγήσει σε απώλεια συνείδησης και πιθανόν στο θάνατο.

Άμεση επίδραση

Λόγω της ταχείας απορρόφησης των ουσιών αυτών από τους πνεύμονες η έναρξη της τοξίκωσης είναι ταχεία (συνήα εντός πέντε λεπτών) και η διάρκειά της είναι μικρή (περίπου σε μισή ώρα έχουμε υποχώρηση των συμπτωμάτων). Η τοξίκωση χαρακτηρίζεται από:

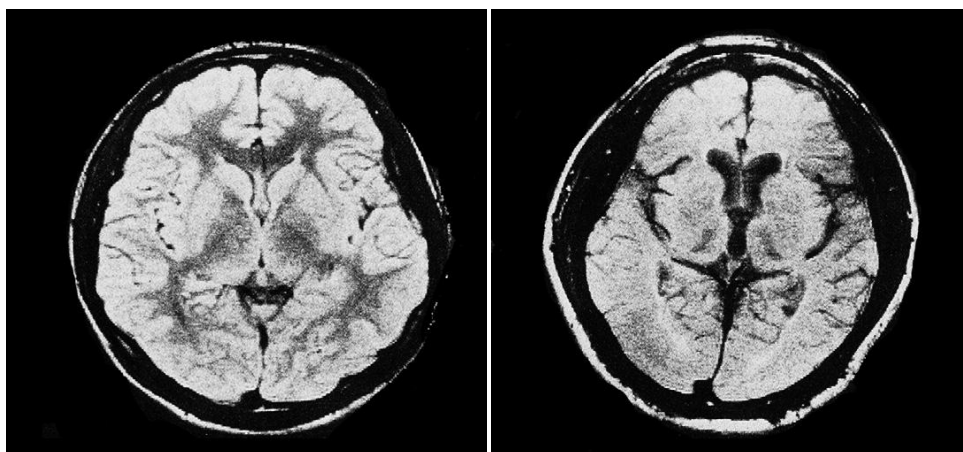
- ζάλη
- αίσθημα ευφορίας
- διανοητική σύγχυση
- έκπτωση της κρίσης
- επιθετικότητα
- εριστική συμπεριφορά
- επιβραδυνόμενη ομιλία
- αστάθεια
- τρόμο
- νυσταγμό
- διπλωπία ή θάμβος όρασης
- μείωση αντανακλαστικών
- γενικευμένη μυϊκή αδυναμία
- εμβροντησία ή και κώμα

Οι γονείς οφείλουν να γνωρίζουν ότι ακόμη και σποραδικά ή μοναδικά επεισόδια χρήσης εισπνεόμενων ουσιών μπορεί να αποβούν εξαιρετικά επικίνδυνα (εξαιτίας καρδιακής ανακοπής ή ασφυξίας) (NIDA, 2012). Ο θάνατος μετά από χρήση εισπνεόμενων ουσιών οφείλεται συνήθως σε:

- καρδιακή αρρυθμία και ανακοπή
- ασφυξία
- εισρόφηση
- σπασμούς
- κώμα
- τραυματισμούς-ατυχήματα κατά τη διάρκεια της τοξίκωσης

Μακροπρόθεσμες επιπτώσεις

Η λήψη των ουσιών αυτών, για διάστημα που μπορεί να ποικίλει για κάθε ασθενή, επιφέρει σοβαρές και μόνιμες βλάβες του ΚΝΣ, ηπατική και νεφρική ανεπάρκεια, και καταστολή του μυελού των οστών (μυελοτοξικότητα που μπορεί να οδηγήσει σε απλαστική αναιμία). Η καταστροφή του προστατευτικού περιβλήματος των νευρικών ινών μπορεί να προκαλέσει μυϊκούς σπασμούς, τρόμο ή ακόμη και μόνιμες βλάβες στη βάδιση, στην κάμψη ή στην ομιλία παρόμοιες με αυτές που παρατηρούνται στη σκλήρυνση κατά πλάκας. Τα εγκεφαλικά κύτταρα καταστρέφονται λόγω της υποξίας του εγκεφάλου.



Εικόνα 2.23 Απεικόνιση εγκεφάλου ατόμου που δεν έχει κάνει χρήση ψυχοδραστικών ουσιών (αριστερά) και ατόμου μετά από χρόνια χρήση (δεξιά) NIDA Research Report (NIH 12-3818, Public Domain (στη δεξιά εικόνα ο εγκέφαλος είναι μικρότερος). <https://teens.drugabuse.gov/sites/default/files/inhalantsrrs.pdf>

Στο υποψήφιο για Όσκαρ ντοκυμαντέρ 'Children Underground' της Edet Belzberg (2001) αποτυπώνεται με σκληρό και ρεαλιστικό τρόπο η χρήση εισπνεόμενων ουσιών από εγκαταλελειμμένα παιδιά που ζουν στο δρόμο.

Οι πρωταγωνιστές της ταινίας Children Underground

Cristina Ionescu: ηλικίας 16 ετών, μεγάλωσε σε ένα ορφανοτροφείο, όπου βίωσε κακοποίηση και ξυλοδαρμούς. Έφυγε από το ορφανοτροφείο στην ηλικία των 11 για να ζήσει στον δρόμο όταν προσπάθησαν να τη βάλουν σε ένα ψυχιατρικό ίδρυμα. Η Cristina υιοθέτησε μια αγορίστικη εμφάνιση, ώστε να φαίνεται σκληρή, όπως τα κορίτσια του δρόμου που συχνά αντιμετωπίζουν δυσκολίες. Είναι ο ηγέτης των παιδιών του μετρό.

Mihai Alexandru Tudose: ηλικίας 12 ετών, έφυγε από το σπίτι του 8 χρονών. Και οι δύο γονείς έπιναν και ο πατέρας του ήταν κακοποιητικός. Του λείπουν η αδελφή και η μητέρα του και αισθάνεται ενοχή, γιατί τις έχει αφήσει. Ο ίδιος επιθυμεί να μάθει μια τέχνη, να αγοράσει ένα σπίτι και να πάει στο σχολείο. Αρνείται να ζητιανεύει όπως τα άλλα παιδιά και βοηθά καταστηματάρχες να τοποθετούν τα προϊόντα τους στα ράφια για να εξοικονομεί λίγα χρήματα. Όταν τα άλλα παιδιά φεύγουν για βόλτα στο πάρκο, εκείνος αυτοτραυματίζεται με σουγιά (χαρακώνεται).

Violeta «Macarena» Rosu: 14 ετών, ζούσαν στο ίδιο ορφανοτροφείο με τη Cristina. Η Cristina προστατεύει τη Macarena η οποία είναι ήσυχη και υποχωρητική. Είναι εθισμένη στο Aurolac Paint περισσότερο από ό,τι τα άλλα παιδιά. Προτιμά να εσπνέει διαλύτες από το να τρώει. Το παρατσούκλι «Macarena» προέρχεται από το τραγούδι "Macarena", το αγαπημένο της, που της αρέσει να χορεύει στην ταινία.

Ana Turturică: 10 ετών, έφυγε από το σπίτι στο οποίο οι συνθήκες ήταν άθλιες χωρίς ηλεκτρικό ρεύμα, τρόφιμα ή ρούχα. Αρνείται να συζητήσει τη ζωή στο σπίτι της και λέει πως η οικογένειά της την αγαπά και εκείνη τους αγαπάει, αλλά ότι είναι καλύτερα να ζει με αυτό τον τρόπο. Ο Μάριαν είναι ο μικρότερος αδελφός της. Ο πατριός της αποπειράται να τους πάρει στο σπίτι δύο φορές χωρίς επιτυχία.

Marian Turturică: 8 ετών, ο μικρότερος αδελφός της Άνας. Δεν του αρέσει η ζωή στους δρόμους και ακολουθεί την αδελφή του παντού.

Πίνακας 2.2. *Ιστορίες παιδιών και εφήβων χρηστών εισπνεόμενων ουσιών.*

ΔΙΕΓΕΡΤΙΚΕΣ ΟΥΣΙΕΣ

2.12. Κοκαΐνη

Η κοκαΐνη περιέχεται στα φύλλα του φυτού κόκα (Erythroxylon coca), το οποίο ευδοκμεί στα μεγάλα υψόμετρα των Περουβιανών και Βολιβιανών Άνδεων.

Ιστορικά στοιχεία

Οι Ιθαγενείς πληθυσμοί των περιοχών αυτών μασούν φύλλα κόκας εδώ και 3.500 χρόνια για ευχαρίστηση ή για να αντέξουν τις δύσκολες εργασίες, την πείνα και τη δίψα (SAMSHA, 1999). Επίσης, όπως ο καφές και το τσάι, βράζονται και προσφέρονται ως ροφήματα. Έτσι, και οι ιθαγενείς πληθυσμοί παραδοσιακά έβραζαν τα φύλλα της κόκας και τα πρόσφεραν ως ρόφημα. Επίσης, τα χρησιμοποιούσαν στις θρησκευτικές τελετές τους ή για ιατρικούς σκοπούς. Πάντως καμιά από τις προαναφερθείσες χρήσεις των φύλων κόκας -τα οποία

περιέχουν μικρή ποσότητα κοκαΐνης που απορροφάται αργά- δεν έχει παρόμοια επίδραση με αυτήν της υδροχλωρικής κοκαΐνης.



Εικόνα 2.24 *Erythroxylon coca*/Public Domain (Wikipedia).

http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Erythroxylum_coca_-_K%C3%B6hler%E2%80%93Medizinal-Pflanzen-204.jpg#/media/File:Erythroxylum_coca_-_K%C3%B6hler%E2%80%93Medizinal-Pflanzen-204.jpg



Εικόνα 2.25 *Erythroxylon coca*, by H. Zell - Own work/CC BY-SA 3.0 (Wikipedia).

http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Erythroxylum_coca_002.JPG#/media/File:Erythroxylum_coca_002.JPG



Εικόνα 2.26 *Coca tea*, by Stevage - Own work/CC BY-SA 3.0 (Wikipedia).

http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Mate_de_coca_Stevage.jpg#/media/File:Mate_de_coca_Stevage.jpg



Εικόνα 2.27 *Coca tea*, Public Domain (Wikipedia).

http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Te_de_coca2.JPG#/media/File:Te_de_coca2.JPG



Εικόνα 2.28 "*Coca teabags*" by A. Hitchcock – Flickr/ CC BY 2.0 (Wikipedia).

http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Coca_teabags.jpg#/media/File:Coca_teabags.jpg

Ο γερμανός χημικός Albert Niemann αναγνώρισε τις διεγερτικές ιδιότητες του φυτού κόκα και ανακάλυψε την καθαρή υδροχλωρική κοκαΐνη το έτος 1862. Στη δεκαετία του 1880 ανακαλύφθηκαν οι αναισθητικές ιδιότητές της και άρχισε να χρησιμοποιείται σε εγχειρήσεις στα μάτια, στη μύτη και στον λαιμό. Καθώς οι γιατροί ανακάλυπταν τις ψυχοδραστικές της ιδιότητες χρησιμοποιήθηκε για την καταπολέμηση του άγχους, της κατάθλιψης και για την απεξάρτηση από την μορφίνη, αρχίζοντας να γίνεται ένα δημοφιλές για τις θεραπευτικές του ιδιότητες φάρμακο. Έτσι, στις αρχές του 20ού αιώνα η κοκαΐνη αποτελούσε το κύριο δραστικό συστατικό σε πολλά φάρμακα, τονωτικά και ελιξίρια. Μάλιστα, πιστεύεται ότι η αυθεντική σύσταση της Coca Cola περιείχε περίπου 2.5 mg κοκαΐνης ανά 100 ml (SAMSHA, 1999). Γρήγορα, όμως, τα σωματικά, ψυχιατρικά και κοινωνικά προβλήματα που δημιουργούσε η χρήση της κοκαΐνης οδήγησαν σε νομοθετικές ρυθμίσεις, οι οποίες περιόριζαν σε πολύ μεγάλο βαθμό τη νόμιμη χρήση της, με αποτέλεσμα να παύσει η υπερβολική χρήση η οποία γινόταν στις αρχές του 20ού αιώνα.

Increase trade at your fountain by dispensing the delicious, refreshing beverage,

Coca-Cola

No fountain beverage ever increased in popularity so rapidly. None will draw so many customers to your fountain.

Advertising matter from any branch free.

THE COCA-COLA CO.,

Atlanta. Chicago. Dallas. Philadelphia. Los Angeles.

Εικόνα 2.29 "AmericanDruggist22Oct1900CocaColaAd"/*Public Domain (Wikipedia)*.
<http://commons.wikimedia.org/wiki/File:AmericanDruggist22Oct1900CocaColaAd.jpg#/media/File:AmericanDruggist22Oct1900CocaColaAd.jpg>

COCAINE TOOTHACHE DROPS

Instantaneous Cure!

PRICE 15 CENTS.

Prepared by the

LLOYD MANUFACTURING CO.

219 HUDSON AVE., ALBANY, N. Y.

For sale by all Druggists.

(Registered March 1885.) See other side.

Εικόνα 2.30 "Cocaine toothache drops", 1885/*Public Domain (Wikipedia)*.
http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Cocaine_for_kids.png#/media/File:Cocaine_for_kids.png



Εικόνα 2.31 Χρήση κοκαΐνης στις αρχές του 20ού αιώνα. *Public Domain (Wikipedia).*
[http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Burnett%27s_Cocaine_for_the_hair_\(advertisement,_McClure%27s_1896\).jpg#/media/File:Burnett%27s_Cocaine_for_the_hair_\(advertisement,_McClure%27s_1896\).jpg](http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Burnett%27s_Cocaine_for_the_hair_(advertisement,_McClure%27s_1896).jpg#/media/File:Burnett%27s_Cocaine_for_the_hair_(advertisement,_McClure%27s_1896).jpg)



Εικόνα 2.32 "Cocaine hydrochloride CII for medicinal use" by Paravis/CC BY-SA 3.0 (Wikipedia).
http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Cocaine_hydrochloride_CII_for_medicinal_use.jpg#/media/File:Cocaine_hydrochloride_CII_for_medicinal_use.jpg

Κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1960, όταν οι πολιτισμικές απαγορεύσεις για την ψυχαγωγική χρήση των ναρκωτικών μειώθηκαν, η χρήση της κοκαΐνης αυξήθηκε όπως και πολλών άλλων ψυχοδραστικών ουσιών). Στη δεκαετία του 1980 η χρήση του "free base", παράγωγου της κοκαΐνης που ονομάζεται κρακ, πήρε διαστάσεις «επιδημίας» στην αμερικανική κοινωνία, όπου υπολογίζεται ότι 8.000.000 άτομα έκαναν συστηματική χρήση κοκαΐνης (SHAMSHA, 1999). Εκείνη την περίοδο το κρακ ήταν η πιο συχνά χρησιμοποιούμενη παράνομη ουσία στην Αμερική και αντικατέστησε σε μεγάλο βαθμό τη χρήση της ηρωΐνης. Στη διάρκεια του 2008, το 15% των αμερικανών αναφέρει ότι έχει κάνει χρήση κοκαΐνης και το 6% έχει κάνει χρήση πριν την ολοκλήρωση της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης (NIDA, 2010b).

Στην Ευρώπη η κοκαΐνη κυκλοφορεί κυρίως σε δύο μορφές (EMCDDA, 2014). Η ευρύτερα διαδεδομένη είναι η κοκαΐνη σε σκόνη, ενώ λιγότερο διαδεδομένο είναι το κρακ. Υπολογίζεται ότι 14,1 εκατομμύρια ενήλικες ή ποσοστό 4,2% των ενηλίκων (15–64 ετών) έχουν κάνει χρήση κοκαΐνης τουλάχιστον μία φορά στη ζωή τους. Στην Ελλάδα παρατηρείται αυξητική τάση στη χρήση κοκαΐνης στον μαθητικό πληθυσμό παρότι τα ποσοστά επικράτησης της χρήσης της συγκεκριμένης ουσίας είναι σημαντικά χαμηλότερα συγκριτικά με την πλειονότητα των Ευρωπαϊκών χωρών για τις οποίες υπάρχουν στοιχεία (ΕΚΤΕΠΝ, 2013· ΕΠΨΥ 2012).

Η δράση της κοκαΐνης στον εγκέφαλο

Η κοκαΐνη είναι ένα ισχυρό διεγερτικό του ΚΝΣ, το οποίο αυξάνει τα επίπεδα της νευροδιαβιβαστικής ουσίας ντοπαμίνη στα εγκεφαλικά κέντρα που ρυθμίζουν την ευχαρίστηση και την κίνηση (NIDA, 2010b, 2014a). Σε φυσιολογικές συνθήκες, η ντοπαμίνη απελευθερώνεται από τους νευρώνες σε αυτά τα κέντρα ως απάντηση σε πιθανές ανταμοιβές (όπως η μυρωδιά του καλού φαγητού) και στη συνέχεια επαναπροσλαμβάνεται από το κύτταρο που την απελευθέρωσε, προκαλώντας έτσι διακοπή του σήματος μεταξύ των νευρώνων. Μετά την επαναρρόφηση της ντοπαμίνης, ο νευρώνας που την απελευθέρωσε είναι έτοιμος να στείλει επόμενο χημικό σήμα αλλά και ο νευρώνας-στόχος βρίσκεται σε ετοιμότητα για τη λήψη σήματος. Η κοκαΐνη εμποδίζει την επαναπρόσληψη της ντοπαμίνης από το κύτταρο που την απελευθέρωσε, με αποτέλεσμα τη συγκέντρωση υπερβολικών ποσοτήτων ντοπαμίνης στη σύναψη ή σε σημεία σύνδεσης μεταξύ των νευρώνων. Αυτό ενισχύει το σήμα της ντοπαμίνης και τελικά διαταράσσει τη φυσιολογική επικοινωνία των νευρώνων στον εγκέφαλο. Η συγκέντρωση αυτή της ντοπαμίνης προκαλεί το χαρακτηριστικό ανέβασμα ή «high» που προκαλεί η κοκαΐνη (SHAMSHA, 1999· NIDA, 2013).

Τρόποι χρήσης

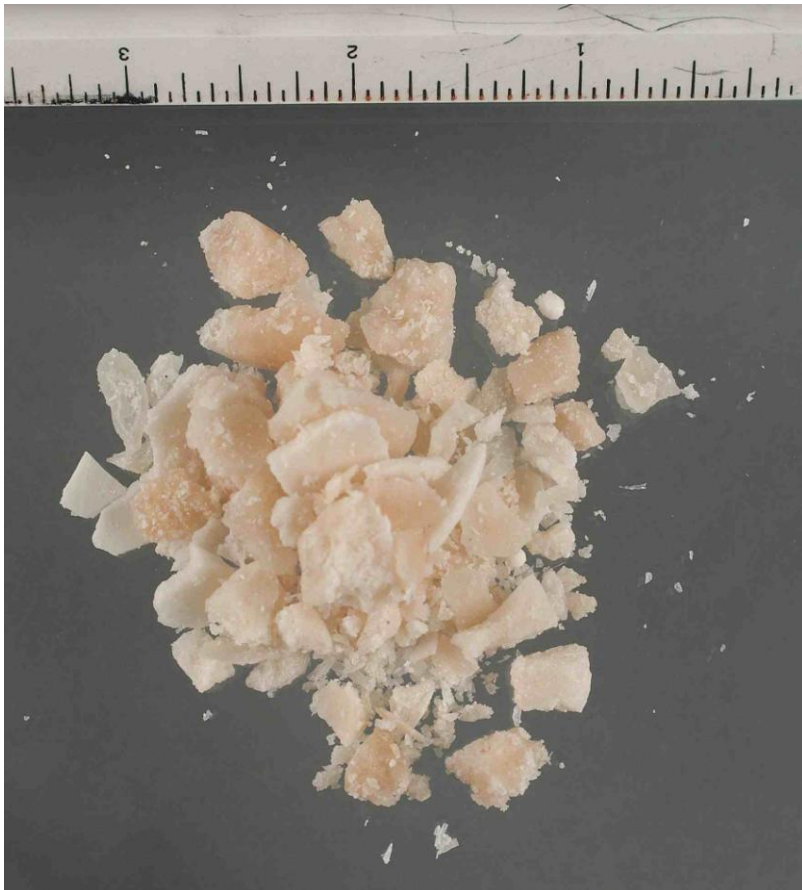
Από τα φύλλα του φυτού κόκα παράγεται με υποτυπώδη κατεργασία μια ομογενοποιημένη μάζα, η οποία ονομάζεται πάστα κοκαΐνης. Από αυτή τη μάζα παράγεται η βάση (base) της κοκαΐνης και με περαιτέρω επεξεργασία η υδροχλωρική κοκαΐνη (Λιάππας, 2003). Το κρακ προέρχεται από τη μετατροπή της υδροχλωρικής κοκαΐνης σε ελεύθερη βάση («free base») με τη προσθήκη διττανθρακικού νατρίου (σόδας). Με αυτόν τον τρόπο το αλκαλοειδές της κοκαΐνης απελευθερώνεται από τα υπόλοιπα συστατικά του παράγοντας με χαμηλό κόστος μια πολύ πιο εθιστική και βλαπτική ουσία από την υδροχλωρική κοκαΐνη (SHAMHSA, 1999).



Εικόνα 2.33 Παραγωγή κρακ με μαγειρική σόδα, νερό και υδροχλωρική κοκαΐνη, Public Domain (Wikipedia). http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Crack_Crack.JPG#/media/File:Crack_Crack.JPG



Εικόνα 2.34 *"Man sniffing"* by own work/Copyrighted free use via Wikimedia Commons.
http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Crack_Crack.JPG#/media/File:Crack_Crack.JPG



Εικόνα 2.35 *"Crack street dosage"*/Public Domain (Wikipedia).
http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Crack_street_dosage.jpg#/media/File:Crack_street_dosage.jpg

Η κοκαΐνη είναι μία λευκή, άοσμη σκόνη που συνήθως εισπνέεται από τη μύτη σε δόσεις 10-30 mg την ημέρα. Μπορεί όμως να διαλυθεί και να γίνει ενέσιμη. Η ελεύθερη βάση της κοκαΐνης (κρακ) είναι αδιάλυτη στο νερό. Γι' αυτό τον λόγο το κρακ συνήθως καπνίζεται μαζί με μαριχουάνα ή θερμαίνεται και εισπνέεται ο καπνός του σε ειδικές γυάλινες πίπες. Έτσι, περνά στην κυκλοφορία του αίματος δια μέσου των πνευμόνων. Το όνομά «κρακ» οφείλεται στον χαρακτηριστικό ήχο που προκαλεί όταν θερμαίνεται. Επίσης, η κοκαΐνη μπορεί να αναμειχθεί με ηρωίνη («speedball»), ένας συνδυασμός αρκετά επικίνδυνος, που μπορεί να επιφέρει ακόμη και θάνατο.

Η ένταση και η διάρκεια της επίδρασης της κοκαΐνης εξαρτάται από τον τρόπο λήψης της. Η ενέσιμη λήψη της και το κάπνισμα έχουν άμεση και πολύ έντονη επίδραση στον χρήστη, γιατί μεταφέρουν την κοκαΐνη στην κυκλοφορία του αίματος και στον εγκέφαλο στιγμιαία. Έτσι, η συναισθηματική ευφορία που προκαλείται παράγεται πιο σύντομα αλλά διαρκεί λίγο, δηλαδή από πέντε έως δέκα λεπτά. Σε αντίθεση η επίδραση της εισπνοής κοκαΐνης διαρκεί δεκαπέντε με τριάντα λεπτά (NIDA, 2013).

Συνήθως η χρήση της κοκαΐνης γίνεται σε μεγάλες ποσότητες για μικρά χρονικά διαστήματα και όχι καθημερινά. Αρκετά συχνά το διάστημα της επαναλαμβανόμενης χρήσης της διαρκεί ώρες ή και μέρες και ακολουθείται από διάστημα αποχής μερικών ημερών.

Άλλες ονομασίες της κοκαΐνης στον κύκλο των χρηστών είναι: κόκα, χιόνι, αναψυκτικό, κοκό, κόκα-κόλα, κοκορέτσι, blow, coke, και C. Το κρακ είναι γνωστό ως «βραχάκι», «χαλίκι», «βάση» και «rock».

Κλινική επίδραση

Στην αρχή η λήψη της κοκαΐνης προκαλεί έντονο αίσθημα ευφορίας, αυξημένη εγρήγορση, αίσθημα αυτοπεποίθησης, αυξημένες επιδόσεις σε συγκεκριμένες ψυχοκινητικές δραστηριότητες, ομιλητικότητα και σεξουαλική διέγερση. Επίσης καταστέλλει το αίσθημα της πείνας και την ανάγκη για ύπνο. Το αίσθημα έντονης ευχαρίστησης όμως που προκαλεί («rush») σύντομα ακολουθείται από μια κατάσταση δυσφορίας («crash»), ανησυχίας και ευερεθιστότητας. Έτσι, ο χρήστης καταφεύγει στη λήψη κοκαΐνης για να βιώσει ξανά το «ανέβασμα» που προκαλεί με αποτέλεσμα την επανάληψη του κύκλου, ώσπου να χρησιμοποιηθεί η διαθέσιμη ποσότητα της ουσίας ή να οδηγηθεί ο ίδιος στην εξάντληση. Η ανοχή αναπτύσσεται γρήγορα και απαιτούνται ολοένα αυξανόμενες δόσεις, ώστε να επιτευχθεί η επιθυμητή επίδραση της ουσίας.

Επιπτώσεις από την μακροπρόθεσμη χρήση κοκαΐνης

Οι επιπτώσεις από τη μακροπρόθεσμη χρήση κοκαΐνης είναι οι εξής:

- Χρόνια ρινική καταρροή, ρινική αιμορραγία, διάτρηση των ρινικών μεμβρανών και του διαφράγματος, απώλεια της αίσθησης της όσφρησης
- Ανορεξία και σημαντική απώλεια βάρους
- Διαταραχές του ύπνου
- Αρρυθμίες, υπέρταση, καρδιακή ανεπάρκεια, καρδιομυοπάθεια, έμφραγμα του μυοκαρδίου
- Μείωση της ικανότητας για συγκέντρωση
- Μείωση της σεξουαλικής επιθυμίας, ανικανότητα
- Σε περίπτωση εγκυμοσύνης αποβολή, αιμορραγίες, πρόωρος τοκετός και γέννηση νεκρού εμβρύου, σωματικές δυσπλασίες
- Άγχος
- Κρίσεις πανικού
- Κατάθλιψη και αυτοκτονικός ιδεασμός
- Ψύχωση
- Κοινωνικά προβλήματα εξαιτίας βίαιης και επιθετικής συμπεριφοράς. (Ιδίως σε χρήση κρακ από περιθωριοποιημένες ομάδες ατόμων)



Εικόνα 2.36 "Cocaine nose" by FarmerYo - Own work/CC BY-SA 3.0 (Wikipedia).
http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Cocaine_nose.jpg#/media/File:Cocaine_nose.jpg

Η οξεία τοξίκωση και οι χρόνιες επιπτώσεις πολύ συχνά οδηγούν χιλιάδες χρήστες κοκαΐνης στο ΤΕΠ κάποιου νοσοκομείου (EMCDDA, 2014).

Σύνδρομο στέρησης

Η εξάρτηση από την κοκαΐνη είναι ψυχολογική. Το στερητικό σύνδρομο εξελίσσεται σε τρεις φάσεις (Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων):

- στην πρώτη φάση κυριαρχεί η κατάθλιψη, το άγχος, μεγάλη επιθυμία για χρήση, αίσθημα κόπωσης και μεγάλη όρεξη
- στη δεύτερη φάση εμφανίζεται ανηδονία, άγχος και έντονο αίσθημα στέρησης του φαρμάκου
- ενώ στην τρίτη φάση μετά από 1-10 εβδομάδες η επιθυμία για χρήση της ουσίας εμφανίζεται περιοδικά κατά ώσεις.

Τα χαρακτηριστικά συμπτώματα του συνδρόμου είναι τα εξής:

- Κατάθλιψη
- Άγχος
- Έντονη επιθυμία για χρήση (craving)
- αίσθημα κόπωσης
- δυσάρεστα όνειρα
- διαταραχές του ύπνου
- αύξηση της όρεξης και
- ψυχοκινητική διέγερση ή καταστολή

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. Ενδεχομένως να χορηγηθεί αντικαταθλιπτική αγωγή ιδίως όταν η κύρια ουσία χρήσης είναι το κراك. Το κراك αποτελεί ιδιαίτερα εθιστική ουσία (ακόμη και με λίγες χρήσεις εγκαθίσταται εξάρτηση), και η στέρησή της προκαλεί έντονη κατάθλιψη και συχνά αυτοκτονικό ιδεασμό. Η ενδεδειγμένη θεραπευτική αντιμετώπιση συνίσταται σε ψυχοθεραπευτική υποστήριξη και εκμάθηση δεξιοτήτων πρόληψης υποτροπής.

Χαρακτηριστικά των χρηστών κοκαΐνης

Από τις μελέτες που αφορούν χρήστες κοκαΐνης, οι οποίοι δεν παρακολουθούν κάποιο θεραπευτικό πρόγραμμα καθώς και χρηστών σε επαφή με θεραπευτικά προγράμματα, καθίσταται δυνατή η διάκριση μεταξύ τριών διαφορετικών ομάδων προβληματικών χρηστών κοκαΐνης:

- Η πρώτη ομάδα κάνει χρήση κοκαΐνης σε σκόνη είτε μόνη της είτε σε συνδυασμό με κάνναβη ή/και αλκοόλ. Πρόκειται για άτομα σχετικά ομαλώς ενταγμένα στην κοινωνία, με σταθερές συνθήκες διαβίωσης και σταθερή απασχόληση, τα οποία είναι πιθανόν να διστάζουν να ενταχθούν σε θεραπευτικό πρόγραμμα μαζί με περιθωριοποιημένους χρήστες ναρκωτικών ουσιών. Τα άτομα αυτά μπορεί ενδεχομένως να αισθάνονται ότι οι χρήστες που δέχονται τέτοιες υπηρεσίες στιγματίζονται.
- Η δεύτερη ομάδα συνδυάζει τη χρήση κοκαΐνης με τη χρήση οπιοειδών. Πρόκειται για την πολυπληθέστερη εκ των τριών ομάδων. Στα άτομα αυτά η παράλληλη χρήση δύο ή περισσότερων ψυχοδραστικών ουσιών και η συχνά παρατηρούμενη ψυχιατρική συννοσηρότητα (π.χ. επιθετικότητα, παράνοια, οξεία ψύχωση) δημιουργούν αρκετά προβλήματα στη θεραπευτική διαδικασία, ενώ αυξάνουν σημαντικά τα προβλήματα υγείας και τον κίνδυνο θανάτου.
- Η τρίτη ομάδα χρησιμοποιεί κρακ, αρκετές φορές σε συνδυασμό με οπιοειδή. Συχνά τα μέλη της είναι σε μεγάλο βαθμό περιθωριοποιημένα. Αποτελεί τη μικρότερη από τις τρεις ομάδες. Τα άτομα αυτά εμφανίζουν πιο συχνά πολλά προβλήματα υγείας και κοινωνικά προβλήματα, ενώ η προσέγγισή τους είναι ιδιαίτερα δύσκολη (EMCDDA, 2007).

2.13. Αμφεταμίνη-μεθαμφεταμίνη

Η αμφεταμίνη και η μεθαμφεταμίνη αποτελούν δύο στενά συνδεδεμένες ουσίες, οι οποίες δρουν ως διεγερτικά του ΚΝΣ, και στη χημική τους δομή μοιάζουν με τα φυσικά διεγερτικά του ανθρώπινου οργανισμού, την αδρεναλίνη και τη νοραδρεναλίνη. Οι δύο αυτές ουσίες μοιάζουν τόσο στην όψη και στις επιπτώσεις, ώστε είναι δύσκολο τόσο για τους χρήστες όσο και για τους διακινητές τους να τις ξεχωρίσουν (EMCDDA, 2010). Οι θετικές επιπτώσεις τους συμπεριλαμβάνουν αίσθημα ευεξίας, εγρήγορση, αύξηση της ικανότητας για συγκέντρωση, αυξημένες επιδόσεις σε σωματικές και πνευματικές δραστηριότητες, μείωση της όρεξης. Σύμφωνα με τους χρήστες, ιδιαίτερα σημαντική επίδραση των ουσιών αυτών αποτελεί η μείωση των κοινωνικών ή σεξουαλικών αναστολών και η επιθυμία να επιμηκύνουν τις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις ή να κοινωνικοποιούνται με άλλα άτομα που κάνουν χρήση της ίδιας ουσίας. Εξαιτίας της ιδιότητάς τους να μειώνουν την ανάγκη για ύπνο και να καταπολεμούν την κούραση, οι ουσίες αυτές υπήρξαν ιδιαίτερα δημοφιλείς σε φοιτητές κατά την περίοδο των εξετάσεων, σε οδηγούς νυχτερινών δρομολογίων και σε εργατές νυχτερινής βάρδιας (Λιάππας, 2003). Οι ουσίες αυτές είναι εξαιρετικά εθιστικές και η αρχική θετική τους επίδραση ακολουθείται από έντονες αρνητικές επιπτώσεις (έντονο καταθλιπτικό συναίσθημα, εξάντληση, αλλοιώσεις της δομής και λειτουργίας του εγκεφάλου, αμφεταμινική ψύχωση κ.ά.).

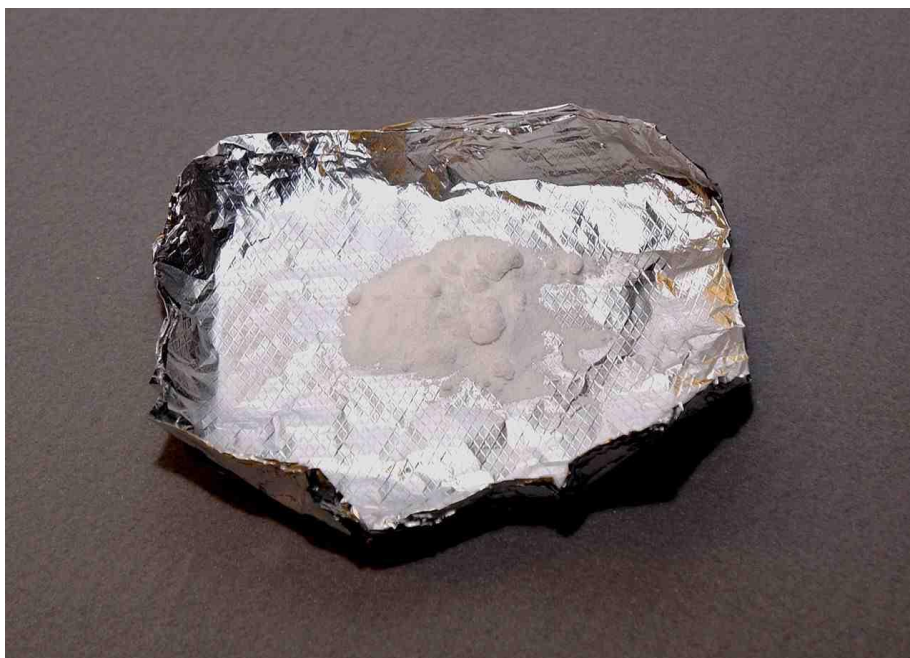
Ιστορικά στοιχεία

Η αμφεταμίνη είναι χημική ουσία, η οποία παρασκευάστηκε το 1887 στη Γερμανία. Η μεθαμφεταμίνη σε σκόνη παρασκευάστηκε το 1893 και η κρυσταλλική μεθαμφεταμίνη παρασκευάστηκε το 1930 (EMCDDA, 2010). Στη δεκαετία του '30 η χρήση των ουσιών αυτών εξαπλώθηκε σημαντικά, μιας και μπορούσαν να αγοραστούν στα φαρμακεία χωρίς συνταγογράφηση. Επίσης, χρησιμοποιήθηκαν ευρέως από τους στρατιώτες κατά τη διάρκεια του Β' Παγκοσμίου Πολέμου καθώς και από παχύσαρκα άτομα λόγω της ιδιότητάς τους να μειώνουν το αίσθημα της πείνας. Το αμφεταμινικό παράγωγο μεθυλοφαινιδάτη (Ritaline) χρησιμοποιείται και σήμερα για την συμπτωματική αντιμετώπιση της διαταραχής ελλειμματικής προσοχής στα παιδιά. Υπολογίζεται ότι περίπου 11,4 εκατομμύρια Ευρωπαίοι (ηλικίας 15-64 ετών) έχουν κάνει χρήση αμφεταμινών τουλάχιστον μία φορά στη ζωή τους (EMCDDA, 2014).

Οι παραπάνω ψυχοδραστικές ουσίες παρασκευάζονται στην Ευρώπη για εγχώρια κατανάλωση, παρότι μέρος της παραγόμενης ποσότητας αμφεταμίνης προορίζεται για εξαγωγή, κυρίως στη Μέση Ανατολή. Σημαντικές ποσότητες είναι γνωστό ότι παράγονται σε παράνομα εργαστήρια στο Βέλγιο και τις Κάτω Χώρες, καθώς και στην Πολωνία και τις χώρες της Βαλτικής. Εργαστήρια έχουν εντοπιστεί και σε άλλες χώρες, όπως στη Βουλγαρία, στη Γερμανία και στην Ουγγαρία. Μεγάλο αριθμό εργαστηρίων παραγωγής μεθαμφεταμίνης έχουν καταγραφεί στην Τσεχική Δημοκρατία (EMCDDA, 2013).



Εικόνα 2.37 Amphetamine, "Amph salts" by Seppi333 - Own work/CC BY-SA 3.0 (Wikipedia). http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Amph_salts.jpg#/media/File:Amph_salts.jpg



Εικόνα 2.38 "Powder meth in foil" by US Drug Enforcement Administration/Public Domain (Wikipedia). http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Powder_meth_in_foil.jpg#/media/File:Powder_meth_in_foil.jpg



Εικόνα 2.39 "Crystal Meth Rock"/Public Domain (Wikipedia).

http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Crystal_Meth_Rock.jpg#/media/File:Crystal_Meth_Rock.jpg

Δράση και τρόπος χρήσης

Η αμφεταμίνη και η μεθαμφεταμίνη αυξάνουν τα επίπεδα της ντοπαμίνης, μιας νευροδιαβιβαστικής ουσίας η οποία βρίσκεται στις περιοχές του εγκεφάλου που ρυθμίζουν την κίνηση, το συναίσθημα, την βούληση και την ευχαρίστηση (NIDA, 2014a).

Η αμφεταμίνη είναι γνωστή στους χρήστες ως «σπιντ», «fast», «uppers», «μαύρη καλλονή», «μπλουζ» και η μεθαμφεταμίνη ως «μέθ», «πάγος» (ice), «σπιντάκι», «γυαλί», «κρύσταλλο» κ.ά. Πρόκειται για άσπρη, άοσμη σκόνη η οποία είτε καπνίζεται (αναμεμειγμένη με καπνό) είτε εισπνέεται από τη μύτη είτε διαλύεται και γίνεται ενέσιμη είτε λαμβάνεται από το στόμα. Ένα μικρό ποσοστό της σκόνης αυτής είναι καθαρή αμφεταμίνη ή μεθαμφεταμίνη. Το υπόλοιπο συχνά περιέχει τοξικές ουσίες ιδιαίτερα επιβλαβείς στον οργανισμό. Επίσης, εμφανίζεται και σε μορφή μικρών, συμπαγών κομματιών.

Κατά την ενέσιμη χρήση τους, αν δεν έχουν διαλυθεί πολύ καλά, οι ουσίες αυτές μπορεί να προκαλέσουν θρομβώσεις στο καρδιαγγειακό σύστημα και σε κάποιες περιπτώσεις τον θάνατο. Σαν ενέσιμο διάλυμα ή όταν καπνίζονται έχουν άμεση επίδραση, η οποία διαρκεί αρκετές ώρες σε αντίθεση με την κοκαΐνη της οποίας η δράση σταματά πολύ πιο σύντομα (SHAMSHA, 1999· NIDA, 2013a). Η κατάποση των ουσιών επιδρά μετά από 15-20 λεπτά, ενώ η εισπνοή επιδρά μέσα σε 3-5 λεπτά.

Το κάπνισμα της κρυσταλλικής μεθαμφεταμίνης είναι πιο επιβλαβές και πιο εξαρτητικό από τους άλλους τρόπους χρήσης των ουσιών αυτών. Στην Ελλάδα (σε μικρότερο βαθμό στην Τουρκία και στη Ευρώπη) χρήστες ενέσιμων οπιούχων αναφέρουν κάπνισμα κρυσταλλικής αμφεταμίνης, γνωστής ως «ΣΙΣΑ» (shisha). Η ουσία αυτή, με τις οποιεσδήποτε προσμίξεις που φθάνουν μέχρι και τα υγρά μπαταρίας, χρησιμοποιείται κυρίως από περιθωριοποιημένες ομάδες μεταναστών στην Αθήνα (ΕΚΤΕΠΝ, 2013). Η περιορισμένη διαθεσιμότητα υπηρεσιών και η περιθωριοποιημένη κοινωνική θέση των ομάδων αυτών έχουν οδηγήσει στη μεγέθυνση των προβλημάτων υγείας του συγκεκριμένου πληθυσμού (EMCDDA, 2014).

Κλινικές Επιδράσεις

Η επίδραση των αμφεταμινών στο ΚΝΣ εξαρτάται από την ποσότητα της ουσίας και τον τρόπο χρήσης της (Λιάππας, 2003· SHAMSHA, 1999). Σε μέτριες δόσεις προκαλούν αίσθημα ευεξίας, διαύγειας και όξυνση της πνευματικής λειτουργίας. Υπό την επήρειά τους οι χρήστες συχνά βιώνουν μια προσωρινή ενίσχυση της αυτοπεποίθησής τους και αισθάνονται ιδιαίτερη ενεργητικότητα καθώς μειώνουν την ανάγκη για ύπνο, την κούραση και την πείνα. Σε μεγάλες δόσεις δημιουργούν ένα απότομο και βίαιο συναίσθημα ευφορίας. Μετά από μια περίοδο παρατεταμένης χρήσης, το άτομο οδηγείται στην πλήρη εξάντληση.

Η χρόνια χρήση μπορεί να προκαλέσει σημαντικές οργανικές αλλοιώσεις στον εγκέφαλο. Μελέτες σε χρόνιους χρήστες έχουν δείξει ότι τα άτομα παρουσιάζουν σοβαρές δομικές και λειτουργικές αλλαγές σε περιοχές του εγκεφάλου, οι οποίες συνδέονται με τη συγκίνηση και τη μνήμη. Ως αποτέλεσμα, σε πολλούς χρήστες παρατηρούνται διάφορα συναισθηματικά, γνωστικά και μαθησιακά προβλήματα (NIDA, 2013a).

Σωματικές Επιδράσεις

Τα συμπτώματα που προκαλούνται μέσω του Αυτόνομου Νευρικού Συστήματος είναι αύξηση του καρδιακού ρυθμού, της αρτηριακής πίεσης και της αναπνοής, εφίδρωση, ξηροστομία, διαστολή στις κόρες των ματιών, θολή όραση, κακή γεύση.

Η χρόνια χρήση των ουσιών αυτών μπορεί να βλάψει τα αιμοφόρα αγγεία και να προκαλέσει εγκεφαλικές αιμορραγίες εξαιτίας του συνδυασμού της υπέρτασης με προϋπάρχουσες αγγειακές δυσπλασίες ή και καρδιακή προσβολή. Επίσης, προκαλούν σημαντική απώλεια βάρους και όρεξης, φθορά δοντιών, ενώ πολλές γυναίκες εμφανίζουν διαταραχές ή και διακοπή της περιόδου. Κατά τη διάρκεια της κήσης ενοχοποιούνται για σοβαρές τοξικές επιδράσεις στο έμβρυο.

Ανοχή

Οι χρήστες αναπτύσσουν γρήγορα και σε μεγάλο βαθμό ανοχή και οι συχνοί χρήστες μπορεί να έχουν δυσάρεστες παρενέργειες. Για τη διατήρηση του επιθυμητού αποτελέσματος, οι τακτικοί χρήστες αναγκάζονται να αυξάνουν τις δόσεις τους. Έτσι ο εξαρτημένος χρήστης μπορεί να υπερβαίνει τη συνήθη θεραπευτική δόση των 5-10 mg τη μέρα και να χρησιμοποιεί χωρίς πρόβλημα εκατοντάδες mg καθημερινά. Μετά τη διακοπή της χρήσης, παρουσιάζονται έντονα συμπτώματα στέρησης.

Εξάρτηση-Στερητικό σύνδρομο

Οι αμφεταμίνες είναι εξαιρετικά εθιστικές. Οι χρήστες συχνά αποκτούν εξάρτηση από τις ουσίες αυτές προκειμένου να αποφύγουν τα δυσάρεστα συμπτώματα τα οποία συνοδεύουν τη λήξη της δράσης τους. Δηλαδή, έντονο καταθλιπτικό συναίσθημα, άγχος ή απάθεια, παρατεταμένη και έντονη υπνηλία, κόπωση, έντονο αίσθημα πείνας, και σοβαρές ιδέες αυτοκαταστροφής που ενδέχεται να οδηγήσουν σε αυτοκτονία. Τα συμπτώματα αυτά φθάνουν το μέγιστο της έντασής τους τρεις με τέσσερις μέρες μετά την παύση της χρήσης, αλλά μπορεί σε ήπια μορφή να διαρκέσουν για μήνες (Λιάππας, 2003). Έτσι ο χρήστης καταφεύγει σε όλο μεγαλύτερες και συχνότερες δόσεις αμφεταμινών με αποτέλεσμα την πλήρη εξάντληση μετά από μια μακρά περίοδο συνεχούς κατάχρησης. 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.

Γενικές αρχές αντιμετώπισης των χρηστών αμφεταμινών

Σύμφωνα με τις Οδηγίες Κλινικής Αντιμετώπισης των Εξαρτήσεων του Υπουργείου Υγείας της Αγγλίας (Department of Health (England) and the devolved administrations, 2007) η θεραπευτική προσέγγιση των χρηστών διεγερτικών ουσιών είναι ψυχοκοινωνική και όχι φαρμακολογική. Παρότι έχουν μελετηθεί πολλές φαρμακευτικές ουσίες για την αντιμετώπιση της εξάρτησης από αμφεταμίνη ή μεθαμφεταμίνη, μέχρι σήμερα δεν έχει τεκμηριωθεί επαρκώς η αποτελεσματικότητα καμίας φαρμακολογικής θεραπείας (EMCDDA, 2013).

Οι γενικές αρχές αντιμετώπισης περιλαμβάνουν (Department of Health (England) and the devolved administrations, 2007):

- συμβουλευτική ασφαλέστερης ενδοφλέβιας χρήσης.
- συμπτωματική αγωγή ψυχιατρικών επιπλοκών.
- όταν ο ασθενής εκδηλώνει έντονο άγχος και ανησυχία απαιτούνται προσεγγίσεις μείωσης του άγχους.
- έντονα ψυχωσικά συμπτώματα που επιμένουν στο χρόνο μπορεί να καταστήσουν αναγκαία την εισαγωγή σε ψυχιατρική μονάδα.
- απαιτείται συχνός έλεγχος της ψυχικής διάθεσης του ασθενή και εκτίμηση της κατάθλιψης για να αποφευχθεί ο κίνδυνος αυτοκτονίας. Η αντικαταθλιπτική αγωγή δεν επιδρά στο σύνδρομο στέρησης από τις διεγερτικές ουσίες αλλά είναι αποτελεσματική στην αντιμετώπιση πιθανού μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου που συνδέεται με τη χρήση τους.

2.14. Έκσταση

Η χημική ουσία MDMA (μεθυλενοδιοξυμεθαμφεταμίνη) γνωστή ως ecstasy και «ναρκωτικό των κλαμπ» είναι συνθετική αμφεταμίνη, η οποία έχει τόσο διεγερτική όσο και ψευδαισθησιογόνο δράση γι' αυτό και αρκετές φορές ταξινομείται στις ψευδαισθησιογόνες ουσίες. Σε αντίθεση με τις αμφεταμίνες και την κοκαΐνη αυξάνει λιγότερο την απελευθέρωση της ντοπαμίνης, ενώ αποτελεί τη διεγερτική ουσία που συνδέεται με την μεγαλύτερη απελευθέρωση σεροτονίνης (Advisory Council on the Misuse of Drugs, 2008). Η σεροτονίνη παίζει σημαντικό ρόλο στη ρύθμιση της διάθεσης, του ύπνου, του πόνου και της όρεξης. Επίσης προκαλεί την απελευθέρωση ορμονών που παίζουν σημαντικό ρόλο στην αγάπη, στην εμπιστοσύνη, στη σεξουαλική επιθυμία και άλλες κοινωνικές εμπειρίες (NIDA, 2013b). Αυτή η δράση πιθανότατα να εξηγεί τις χαρακτηριστικές αναφορές εμπειριών συναισθηματικής εγγύτητας, ενσυναίσθησης, ζεστασιάς, μεγάλης επιθυμίας των χρηστών να συνυπάρχουν και να συνομιλούν με άλλους ανθρώπους.



Εικόνα 2.40 Ecstasy tablets /Public Domain (Wikipedia).

http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Ecstasy_monogram.jpg#/media/File:Ecstasy_monogram.jpg

Ιστορικά στοιχεία

Στην αρχαιότητα, οι Έλληνες ονόμαζαν την κατάσταση της έκστασης «θεϊκή μανία». Πολλοί λαοί, όπως οι Ινδιάνοι και οι αρχαίοι Αιγύπτιοι, χρησιμοποιούσαν ουσίες με παραισθησιογόνο δράση για να φτάσουν σε κατάσταση έκστασης. Η χημική ουσία MDMA (ή αλλιώς ecstasy) ανακαλύφθηκε στη Γερμανία στις αρχές του 20ού αιώνα. Στη δεκαετία του 1960 κυκλοφόρησε ως ανορεκτικό φάρμακο (Λιάππας, 2003), ενώ στη δεκαετία του '70 και στις αρχές της δεκαετίας του '80 άρχισε να χρησιμοποιείται στις Ηνωμένες Πολιτείες ως ψυχοθεραπευτικό εργαλείο, παρότι δεν είχαν δημοσιευτεί επαρκείς έρευνες για τις κλινικές ιδιότητες του φαρμάκου (NIDA, 2006). Μάλιστα κάποιοι ψυχίατροι το αποκαλούσαν «πενικιλίνη της ψυχής», γιατί θεωρούσαν ότι αυξάνει την επικοινωνία στις συνεδρίες με τους ασθενείς, ενώ υπήρχαν αρκετές αναφορές χρηστών οι οποίοι είχαν βοηθηθεί στην ενδοσκόπηση και τη βαθύτερη κατανόηση των προβλημάτων τους.

Εκείνη την περίοδο άρχισε και η ευρεία παράνομη κυκλοφορία της ουσίας MA, γνωστής ως «ναρκωτικό των κλαμπ», γιατί συνδέεται με τη σκηνή της ηλεκτρονικής χορευτικής μουσικής και συνήθως καταναλώνεται σε club ή σε πάρτυ. Κατά την τελευταία δεκαπενταετία διεξάγονται έρευνες για τη χρησιμότητα της MDMA στη θεραπεία της χρόνιας μετατραυματικής διαταραχής άγχους.

Σύμφωνα με το Συμβούλιο της Ευρώπης, Η MDMA είναι η δεύτερη σε προτίμηση ουσία μετά το χασίς, στους Ευρωπαίους 15-20 ετών. Σύμφωνα με την Ευρωπαϊκή Έκθεση για τα Ναρκωτικά, 10,6 εκατομμύρια ενήλικες ή ποσοστό 3,1% των ενηλίκων (15–64 ετών) έχουν κάνει χρήση Έκστασης τουλάχιστον μία φορά στη ζωή τους (EMCDDA, 2014). Σε παγκόσμιο επίπεδο, η Ευρώπη αποτελεί το κυριότερο κέντρο παρασκευής έκστασης (EMCDDA, 2006). Κατά το έτος 2000 εξαρθρώθηκαν 50 παράνομα εργαστήρια παρασκευής ecstasy στην Ευρώπη και κατασχέθηκαν 23 εκατομμύρια δισκία (EMCDDA, 2013). Ο αντίστοιχος αριθμός μειώθηκε σε πέντε εργαστήρια το 2011, ενώ κατασχέθηκαν 4,3 εκατομμύρια δισκία, γεγονός που υποδηλώνει πτώση των επιπέδων παραγωγής σε ολόκληρη την Ευρώπη. Πάντως, υπάρχουν ενδείξεις ανάκαμψης της αγοράς Έκστασης, όπως φαίνεται από τις εξαρθρώσεις μεγάλων εργαστηρίων παραγωγής MDMA σε Βέλγιο και Κάτω Χώρες το 2013.

Δράση και τρόπος χρήσης

Λαμβάνεται από το στόμα και η μορφή του είναι δισκία ή κάψουλες, τα οποία συνήθως έχουν διάφορα σχέδια στην επιφάνειά τους, όπως καρδιές, αστέρια, περιστέρια, πεταλούδες από τα οποία παίρνουν και τις ανάλογες ονομασίες: περιστέρια, φράουλες, μήλα, Dolphins, Disco Burgers κ.ά. Η επίδραση της MDMA ξεκινά 30 έως 60 λεπτά μετά τη λήψη της και διαρκεί περίπου 3-6 ώρες. Αρκετά συχνά οι χρήστες παίρνουν και δεύτερη δόση, όταν η επίδραση της πρώτης αρχίζει να υποχωρεί. Συνήθως χρησιμοποιείται σε συνδυασμό με άλλες ψυχοδραστικές ουσίες. Ομοφυλόφιλοι άνδρες χρησιμοποιούν συχνά την MDMA ως μέρος μιας εμπειρίας πολλαπλής χρήσης ουσιών, η οποία συμπεριλαμβάνει κοκαΐνη, GHB, μεθαμφεταμίνη, κεταμίνη και την ουσία sildenafil (Viagra) (NIDA, 2013b).

Τα δισκία που πωλούνται ως Έκσταση μπορεί να περιέχουν μία ή περισσότερες από ένα ευρύ φάσμα παρεμφερών με την MDMA ή και ξένων χημικών ουσιών. Έτσι τα τελευταία χρόνια παρατηρήθηκε μείωση της δημοτικότητας της Έκστασης, πιθανόν λόγω του ότι πολλά δισκία που πωλούνταν ως Έκσταση δεν περιείχαν MDMA ή ήταν πολύ νοθευμένα. Πάντως, το έτος 2014 η Europol και το EMCDDA εξέδωσαν κοινή προειδοποίηση σχετικά με την επανεμφάνιση υψηλής ποιότητας Έκστασης σε σκόνη και δισκία (EMCDDA, 2014).

Πιθανές ανεπιθύμητες σωματικές επιδράσεις

Οι επιδράσεις στον οργανισμό (NIDA, 2006) ποικίλλουν ανάλογα με την ποσότητα που λαμβάνεται, τους ατομικούς παράγοντες, όπως σωματικό βάρος και φύλο, το ιστορικό της χρήσης στο παρελθόν, τον τρόπο λήψης της ουσίας και το περιβάλλον στο οποίο γίνεται η χρήση:

- ναυτία
- κρυάδες
- εφίδρωση
- ασυναίσθητο τρίξιμο δοντιών και σφίξιμο μυών της γνάθου
- μυϊκές κράμπες
- θολή όραση
- αύξηση της θερμοκρασίας του σώματος (υπερθερμία)
- αφυδάτωση
- υψηλή αρτηριακή πίεση
- καρδιακή ανεπάρκεια
- νεφρική ανεπάρκεια
- αρρυθμία

Μακροπρόθεσμες επιπτώσεις

Η συστηματική χρήση μπορεί να οδηγήσει σε:

- οργανικές αλλοιώσεις στον εγκέφαλο
- καρδιακά προβλήματα
- έντονο άγχος
- κατάθλιψη
- διαταραχές του ύπνου
- διαταραχές της διατροφής (ανορεξία)
- ψύχωση

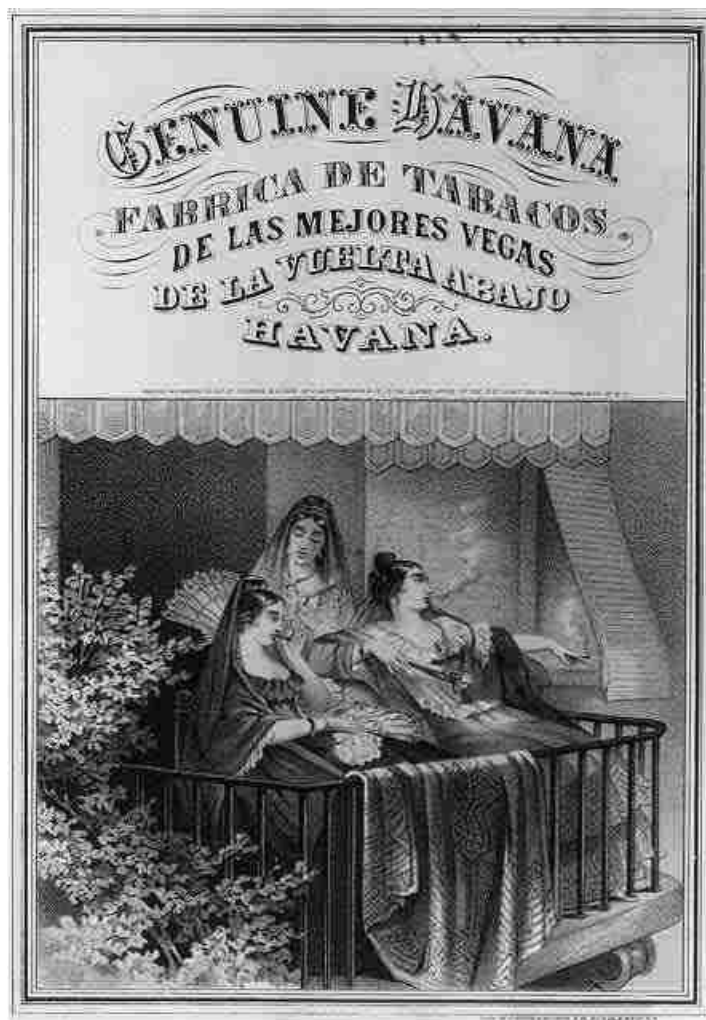
2.15. Νικοτίνη

Μέχρι το 1492, όταν ο Χριστόφορος Κολόμβος ανακάλυψε την Αμερική, το φυτό του καπνού –κύριο συστατικό του οποίου είναι η νικοτίνη- παρέμενε άγνωστο στους Ευρωπαίους. Πεντακόσια χρόνια αργότερα 650.000 Ευρωπαίοι πεθαίνουν πρόωρα εξαιτίας της κατανάλωσης καπνού κάθε χρόνο (European Commission 2004) ενώ υπολογίζεται ότι ο αριθμός των καπνιστών υπερβαίνει το ένα δισεκατομμύριο παγκοσμίως (WHO, 2011). Στα Βαλκάνια η καλλιέργεια του καπνού ξεκίνησε το 16ο αιώνα. Στην Ελλάδα καλλιεργήθηκαν για χρόνια τα φημισμένα καπνά της ποικιλίας «τσεμπέλια» στην Αιτωλοακαρνανία και «μπασμά» στη Μακεδονία αλλά και άλλες ποικιλίες.



Εικόνα 2.41 Καπνός, by D. Ramsey/CC BY-SA 2.5 (Wikipedia).

http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Field_of_Tobacco_in_Intercourse_Pennsylvania_2984px.jpg#/media/File:Field_of_Tobacco_in_Intercourse_Pennsylvania_2984px.jpg



Εικόνα 2.42 Πούρα Αβάνας, *Public Domain (Wikipedia)*.

http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Cigar_balcony_loc_3b25437r.jpg#/media/File:Cigar_balcony_loc_3b25437r.jpg

Η ψυχότροπος επίδραση της νικοτίνης βιώνεται με διαφορετικό τρόπο από άτομο σε άτομο ή και από το ίδιο το άτομο κάτω από διαφορετικές συνθήκες. Σε γενικές γραμμές, επικρατεί η αντίληψη ότι η νικοτίνη δρα διεγερτικά ή ηρεμιστικά ανάλογα με την προϋπάρχουσα ψυχική διάθεση. Έτσι, οι χρήστες συχνά αναφέρουν ότι η νικοτίνη προκαλεί αίσθημα χαλάρωσης ή ευφορίας, μειώνει το άγχος και βοηθά στην καλύτερη επεξεργασία των πληροφοριών. Παράλληλα αυξάνονται ο σφυγμός και η αρτηριακή πίεση. Τα άτομα που κάνουν για πρώτη φορά χρήση νικοτίνης παρουσιάζουν συχνά ναυτία ή έμετο.

Η χρόνια χρήση νικοτίνης συνδέεται με :

- στεφανιαία νόσο,
- καρκίνο του πνεύμονα, του φάρυγγα, του λάρυγγα, της ουροδόχου κύστης, της στοματικής κοιλότητας, του οισοφάγου, του παγκρέατος
- χρόνιες αποφρακτικές πνευμονοπάθειες,
- αγγειακές παθήσεις του εγκεφάλου
- βρεφική θνησιμότητα και στις εμβρυϊκές επιπλοκές κατά την κύηση

2.16. Καφεΐνη

Στην Ευρώπη ο καφές πέρασε από την Βενετία, η οποία διατηρούσε ισχυρές εμπορικές σχέσεις με τον αραβικό κόσμο μόλις τον 17ο αιώνα, ενώ η Αμερική γνώρισε τον καφέ μόλις στις αρχές του 18ου αιώνα. Η Ελλάδα, σαν τμήμα της Οθωμανικής Αυτοκρατορίας, δοκίμασε τον καφέ πριν από την υπόλοιπη Ευρώπη.



Εικόνα 2.43 Χρήση καφέ, “A coffee bearer, from the *Ottoman* quarters in *Cairo, Egypt*” (1857), by J. F. Lewis/ Public Domain (Wikipedia).

https://commons.wikimedia.org/wiki/File:John_Frederick_Lewis_004.jpg



Εικόνα 2.44 Χρήση καφέ, “A coffee house in Palestine”, Public Domain (Wikipedia).

<http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Kahvihuone.jpg#/media/File:Kahvihuone.jpg>



Εικόνα 2.45 Χρήση καφέ, "*Dame mit Kaffeetasse*", by Eisman-Semenowsky, *Public Domain* (Wikipedia).
http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Eisman-Semenowsky_Dame_mit_Kaffeetasse.jpg#/media/File:Eisman-Semenowsky_Dame_mit_Kaffeetasse.jpg



Εικόνα 2.46 Χρήση καφέ, "*The Samovar 1926*" by W. Paxton, *Public Domain* (Wikipedia).
http://commons.wikimedia.org/wiki/File:WilliamPaxton_TheSamovar_1926.jpg#/media/File:WilliamPaxton_TheSamovar_1926.jpg



Εικόνα 2.47 Χρήση τσαγιού, "*Tea-time*" by Emile Eisman-Semenowsky 1859-1911, *Public Domain* (Wikipedia).
http://commons.wikimedia.org/wiki/File:%C3%89mile_Eisman-Semenowsky_Tea-time.jpg#/media/File:%C3%89mile_Eisman-Semenowsky_Tea-time.jpg

Η προέλευση του τσαγιού είναι κινέζικη (2737 π.Χ.). Οι Πορτογάλοι έφεραν το 1610 το τσάι στην Ευρώπη. Το έτος 1618 μ.Χ. οι Κινέζοι έστειλαν στον τσάρο Αλέξανδρο σαν δώρο, τσάι. Κατά το 18ο αιώνα το τσάι της Κίνας έγινε το πρώτο “παγκόσμιο” προϊόν. Παρότι στα φύλλα του τσαγιού η περιεκτικότητα καφεΐνης είναι περίπου 3.5%, ένα φλιτζάνι τσάι είναι πιο ελαφρύ από ένα αντίστοιχο φλιτζάνι καφέ, γιατί χρησιμοποιείται μικρότερη ποσότητα για την παρασκευή του.

Η καφεΐνη προκαλεί τόσο ανοχή όσο και εξάρτηση (ΕΠΨΥ-ΟΚΑΝΑ, 2003). Καθημερινή κατανάλωση 300 mg καφεΐνης (περίπου 4 φλιτζάνια καφέ) μπορεί να προκαλέσει στερητικά συμπτώματα όπως:

- Ανησυχία
- Ευερεθιστότητα
- Αίσθημα κόπωσης
- Έντονη κεφαλαλγία

Σε μεγαλύτερες δόσεις προκαλούνται:

- ταχυκαρδία
- εμβοές
- τρόμος
- αϋπνία
- γαστρεντερικά προβλήματα

2.17. Κάνναβη

Η κάνναβη είναι η πιο συχνά χρησιμοποιούμενη παράνομη ουσία παγκοσμίως. Προέρχεται από το φυτό *cannabis sativa*. Το βασικό ψυχοδραστικό της συστατικό είναι η τετραϋδροκανναβινόλη (THC). Από την ινδική κάνναβη παρασκευάζονται φάρμακα για ορισμένες ασθένειες, όπως το γλαύκωμα, η σκλήρυνση κατά πλάκας, η νευρική ανορεξία, κάποιες μορφές καρκίνου, το AIDS κ.λπ. Ιδιαίτερη ανησυχία προκαλούν τα στοιχεία περί αυξημένης δραστηριότητας της φυτικής κάνναβης καθώς και η χρήση συνθετικών κανναβινοειδών (EMCDDA, 2014a).

Ιστορικά στοιχεία

Η κάνναβη είναι φυτό αυτοφυές σε πολλές περιοχές της γης εξαιτίας της μεγάλης ικανότητας προσαρμογής του σε διάφορες κλιματολογικές συνθήκες. Έχει χρησιμοποιηθεί από τα αρχαία χρόνια στη μαγειρική, στην ιατρική και στην οικιακή βιοτεχνία για την παρασκευή υφασμάτων, σχοινιών κ.λπ. (Λιάππας, 2003). Σύμφωνα με τον Ηρόδοτο οι αρχαίοι Σκύθες χρησιμοποιούσαν το φυτό για τις ευφορικές του ιδιότητες, ενώ θεραπευτικές του ιδιότητες περιγράφονται από τον Πλούταρχο και τον Γαληνό. Κατά την εποχή της Βυζαντινής και της Οθωμανικής Αυτοκρατορίας η χρήση του ήταν διαδεδομένη στους μουσουλμανικούς πληθυσμούς της Μ. Ασίας, της Συρίας και της Κωνσταντινούπολης. Στη Γαλλία χρησιμοποιήθηκε από μια ομάδα διάσημων καλλιτεχνών (Μπαλζάκ, Μπωντλαίρ, Ντελακρουά, Δουμάς κ.ά.), γνωστή ως «λέσχη των χασισοποτών», με στόχο την αύξηση της δημιουργικότητας περίπου στα μέσα του 19ου αιώνα. Η λέσχη αυτή είχε βέβαια ελιτίστικο και όχι περιθωριακό χαρακτήρα. Στην Ελλάδα η χρήση της κάνναβης ήταν συχνή σε περιθωριοποιημένες κοινωνικές ομάδες στις αρχές του 20ού αιώνα, συνδέθηκε με το ρεμπέτικο τραγούδι και απαγορεύτηκε το 1920. Από το 2000 περίπου πολλές Ευρωπαϊκές χώρες περιόρισαν τις ποινές που επιβάλλουν για το αδίκημα της απλής χρήσης ή κατοχής. Σύμφωνα με το Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας, η δημόσια συζήτηση για τον έλεγχο της κάνναβης στην

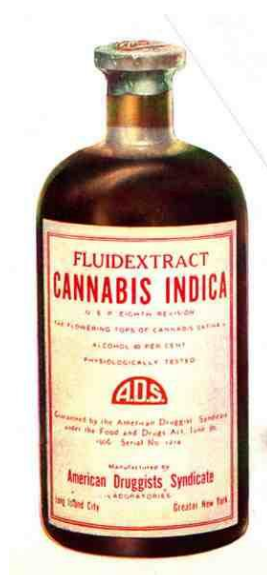
Ευρώπη τείνει να θέτει στο στόχαστρο περισσότερο την προμήθεια και τη διακίνηση της ουσίας παρά τη χρήση της (EMCDDA, 2014).



Εικόνα 2.48 "Marijuana" by United States Fish and Wildlife Service/Public Domain (Wikipedia).
<http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Marijuana.jpg#/media/File:Marijuana.jpg>

Επιδημιολογικά στοιχεία

Υπολογίζεται ότι 73 εκατομμύρια ενήλικοι Ευρωπαίοι (15-64 ετών) έχουν κάνει χρήση κάνναβης τουλάχιστον μία φορά στη ζωή τους, εκ των οποίων περίπου 17 εκατομμύρια την περασμένη χρονιά (EMCDDA, 2014). Στην Ελλάδα παρατηρείται αυξητική τάση στη χρήση κάνναβης στον μαθητικό πληθυσμό παρότι το ποσοστό επικράτησης της χρήσης της συγκεκριμένης ουσίας είναι σημαντικά χαμηλότερο συγκριτικά με την πλειονότητα των Ευρωπαϊκών χωρών για τις οποίες υπάρχουν στοιχεία. Σύμφωνα με την πανελλήνια έρευνα στο σχολικό πληθυσμό για τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών "ESPAD 2011", το 13,4% στους μαθητές ηλικίας 15-19 ετών έχει κάνει χρήση κάνναβης έστω και μια φορά στη ζωή του (ΕΠΙΨΥ, 2012).



Εικόνα 2.49 "Drug bottle containing cannabis"/Public Domain (Wikipedia).
http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Drug_bottle_containing_cannabis.jpg#/media/File:Drug_bottle_containing_cannabis.jpg



Εικόνα 2.50 Γλυκά με χασίς, “space cakes”, *Public Domain (Wikipedia)*.

http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Three_space_brownies.jpg#/media/File:Three_space_brownies.jpg



Εικόνα 2.51 "Ganesh wafer (hashish)" by *Mjpresson - Own work, CC BY-SA 3.0(Wikipedia)*.

[http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Ganesh_wafer_\(hashish\).jpg#/media/File:Ganesh_wafer_\(hashish\).jpg](http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Ganesh_wafer_(hashish).jpg#/media/File:Ganesh_wafer_(hashish).jpg)

g

Τρόπος δράσης

Όταν η κάνναβη καπνίζεται, περνά γρήγορα από τους πνεύμονες στην κυκλοφορία του αίματος και στη συνέχεια στον εγκέφαλο. Όταν η λήψη γίνεται από το στόμα η επίδραση της κάνναβης ξεκινά περίπου 30 λεπτά αργότερα. Η τετραϋδροκανναβινόλη συνδέεται με τους κανναβινοειδείς υποδοχείς, οι οποίοι υπάρχουν σε μεγαλύτερη πυκνότητα σε περιοχές του εγκεφάλου που ρυθμίζουν την ευχαρίστηση, τη μνήμη, τη σκέψη, τη συγκέντρωση, τις αισθήσεις και την αντίληψη του χρόνου καθώς και τον συντονισμό της κίνησης (NIDA, 2012a, 2014b).

Το σώμα μας παράγει φυσιολογικά ενδογενή κανναβινοειδή, τα οποία συνδέονται σε αυτούς τους υποδοχείς που αποτελούν μέρος ενός νευρικού συστήματος επικοινωνίας το οποίο ονομάζεται ενδοκανναβινοειδές σύστημα. Το σύστημα αυτό παίζει σημαντικό ρόλο στη φυσιολογική ανάπτυξη και λειτουργία του εγκεφάλου. Η σύνδεση της τετραϋδροκανναβινόλης με τους κανναβινοειδείς υποδοχείς προκαλεί την υπερενεργοποίησή τους.

Τρόποι χρήσης

Η ονομασία «μαριχουάνα» αποδίδεται συνήθως στα αποξηραμένα μέρη του φυτού (φύλλα, άνθη, βλαστοί, σπόροι) ενώ η ονομασία «χασίς» υποδηλώνει παρασκεύασμα ρητίνης του φυτού. Η ρητίνη (φούντα) αποξηραίνεται και στη συνέχεια συμπιέζεται σχηματίζοντας σκουρόχρωμες πλάκες χασίς, γνωστές ως «μαύρο» εξαιτίας του χρώματός τους. Το χασισέλαιο αποτελεί συμπυκνωμένο προϊόν της ουσίας υψηλής περιεκτικότητας. Η κάνναβη συνήθως καπνίζεται με ή χωρίς προσθήκη κοινού καπνού σε ένα στριφτό τσιγάρο, πίπα, ή ναργιλέ. Επίσης, χρησιμοποιείται για την παρασκευή γλυκών και ροφημάτων.

Τα είδη της κάνναβης, αν και μοιάζουν μορφολογικά μεταξύ τους, παρουσιάζουν και σημαντικές διαφορές με κυριότερη την περιεκτικότητα του κάθε είδους σε ορισμένες δραστικές ουσίες, όπως είναι η τετραϋδροκανναβινόλη (THC) – η ψυχοδραστική ουσία της κάνναβης.

Τα συνθετικά κανναβινοειδή μιμούνται τη δράση της κάνναβης παρότι έχουν διαφορετική χημική σύσταση (EMCDDA, 2014a). Τα προϊόντα αυτά παρασκευάζονται από συνθετικές χημικές ουσίες οι οποίες εισάγονται στην Ευρώπη και στη συνέχεια αναμειγνύονται με ή ψεκάζονται σε αποξηραμένα βότανα και συσκευάζονται προς πώληση σαν νόμιμα διεγερτικά στο διαδίκτυο ή σε καταστήματα («smart shops» ή «head shops»). Οι συνθετικές αυτές ουσίες διακρίνονται για την ιδιαίτερα υψηλή δραστηριότητα με αποτέλεσμα μια μικρή ποσότητά τους να οδηγεί στην παρασκευή χιλιάδων προϊόντων συνθετικών κανναβινοειδών. Οι εμπορικές τους ονομασίες είναι “Spice”, “Jamaican Gold”, “Mon-keys go Bananas”, “Black Mamba”, “Lava Red”, “head Trip”, “Ultra Cloud 10”, “Freedom Fly High” κ.ά. Συνήθως καπνίζονται σε αυτοσχέδια τσιγάρα ή σε πίπα, όπως η κάνναβη.



Εικόνα 2.52 Συνθετικά κανναβινοειδή, *Public Domain (Wikipedia)*.

http://commons.wikimedia.org/wiki/File:%27Spice%27_--_a_designer_synthetic_cannabinoid.jpg#/media/File:%27Spice%27_--_a_designer_synthetic_cannabinoid.jpg



Εικόνα 2.53 *Synthetic cannabinoids/Public Domain (Wikipedia).*
http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Spice_gold.jpg#/media/File:Spice_gold.jpg

Για πρώτη φορά συνθετικό κανναβινοειδές εντοπίστηκε σε προϊόντα τύπου «Spice» το 2008. Το 2014 εντοπίστηκαν πολλές δεκάδες νέων συνθετικών κανναβινοειδών (EMCDDA, 2014a). Μια ιδιαιτερότητα της χρήσης των προϊόντων αυτών είναι ότι οι ουσίες που περιέχουν γρήγορα αντικαθίστανται από άλλες μόλις αυτές περιλαμβάνονται στους πίνακες με τις ελεγχόμενες ναρκωτικές ουσίες. Η συχνή αλλαγή της σύνθεσής τους καθιστά δύσκολη την αξιολόγηση, την παρακολούθηση και τον έλεγχο της διάθεσης αυτών των προϊόντων.

Επίδραση στον οργανισμό

Θα πρέπει να σημειωθεί ότι τα αποτελέσματα της χρήσης του χασίς ποικίλλουν πολύ και εξαρτώνται σε μεγάλο βαθμό από την προσωπικότητα και τις προσδοκίες του χρήστη, την ποσότητα χρήσης της ουσίας, το περιβάλλον όπου γίνεται η χρήση και την προηγούμενη εμπειρία του ατόμου.

Η άμεση επίδραση στον οργανισμό περιλαμβάνει (NIDA, 2012a, 2014b· Λιάππας, 2003):

- αίσθημα ευεξίας, ευφορίας και χαλάρωσης
- όξυνση της αισθητηριακής αντιληπτικότητας όλων των αισθήσεων (π.χ. βλέπει τα χρώματα πιο λαμπερά)
- αύξηση της σεξουαλικής επιθυμίας
- αίσθημα βραδύτητας του χρόνου
- υπνηλία (κυρίως όταν η χρήση δεν γίνεται σε ομαδικό πλαίσιο)
- ξηροστομία
- αίσθημα πείνας ιδιαίτερα για γλυκά
- μείωση της ικανότητας για βραχυπρόθεσμη μνήμη
- μείωση της ικανότητας προσοχής, κρίσης και άλλων γνωστικών λειτουργιών
- μειωμένο συντονισμό κινήσεων και ικανότητα ισορροπίας
- αύξηση του καρδιακού ρυθμού
- ψυχωσικά επεισόδια

Μακροπρόθεσμη επίδραση στον οργανισμό

Η μακροπρόθεσμη χρήση κάνναβης περιλαμβάνει (NIDA, 2012a):

- μείωση της ικανότητας μνήμης και των μαθησιακών ικανοτήτων
- διαταραχές ύπνου
- εξάρτηση
- χρόνιο βήχα, βρογχίτιδα
- αυξημένο κίνδυνο για σχιζοφρένεια
- αυξημένο κίνδυνο αγχώδους διαταραχής, κατάθλιψης και συνδρόμου έλλειψης κινήτρων

Σύνδρομο έλλειψης κινήτρων (Amotivational syndrome)

Χρόνιοι χρήστες κανναβινοειδών μπορεί να εμφανίσουν το «σύνδρομο έλλειψης κινήτρων» με συμπτώματα:

- κοινωνική απόσυρση
- απώλεια ενδιαφέροντος για δραστηριότητα (ακόμη και όσον αφορά την κάλυψη των καθημερινών αναγκών)
- αδυναμία επίτευξης μακροχρόνιων στόχων

Αναδρομικό βίωμα

Αναδρομική εμπύωση είναι η αυτόματη επανεμφάνιση βιωμάτων και συναισθημάτων που ο χρήστης είχε ζήσει σε παλιότερη εμπειρία μέθης με χασίς (Λιάππας, 2003). Παρουσιάζονται επίσης διαταραχές στην αίσθηση του χρόνου, αίσθηση βραδύτητας της σκέψης και αίσθηση μειωμένης έντασης των αντιληπτικών ερεθισμάτων. Τα συμπτώματα διαρκούν συνήθως μερικά λεπτά και μπορεί να συνοδεύονται από αισθήματα άγχους και πανικού.

Εξάρτηση

Η κάνναβη προκαλεί έντονη ψυχολογική εξάρτηση, η οποία σε αρκετές περιπτώσεις οδηγεί σε καταναγκαστικά επαναλαμβανόμενη συχνή χρήση. Σε περίπτωση παρουσίας κατάθλιψης η αντικαταθλιπτική αγωγή μπορεί να βοηθήσει στην εγκατάσταση και διατήρηση της αποχής.

Σύνδρομο στέρησης

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

ΨΕΥΔΑΙΣΘΗΣΙΟΓΟΝΕΣ ΟΥΣΙΕΣ

Στην κατηγορία αυτή συμπεριλαμβάνονται ουσίες που επηρεάζουν σημαντικά τις ανώτερες πνευματικές λειτουργίες της αντίληψης, της σκέψης και των συναισθημάτων. Ονομάζονται ψευδαισθησιογόνες, γιατί προκαλούν ψευδαισθήσεις. Επίσης είναι γνωστές ως ψυχεδελικές ουσίες (από τις λέξεις «ψυχή» και «δηλώ» ως αναφορά στις ψυχοδηλωτικές τους, δηλαδή αποκαλυπτικές της ψυχής ιδιότητες) και ως παραισθησιογόνες ουσίες, γιατί προκαλούν παραισθήσεις. Ιστορικά τα ψευδαισθησιογόνα φυτά έχουν χρησιμοποιηθεί σε θρησκευτικές τελετουργίες για να προκαλέσουν αποστασιοποίηση από την πραγματικότητα καθώς και «οράματα», τα οποία πίστευαν ότι πρόσφεραν μυστικιστική ενόραση ή ότι βοηθούσαν την επαφή με ένα πνευματικό κόσμο ή μια «ανώτερη δύναμη» (NIDA, 2014c). Τη δεκαετία του 1960 η χρήση των

ψευδιασθησιογόνων συνδέθηκε με τα νεανικά κινήματα της εποχής που αναζητούσαν σε αυτές τρόπους διεύρυνσης της συνείδησης, έκφρασης του ασυνειδήτου και επίτασης της δημιουργικότητας.



Εικόνα 2.54 Έξι δόσεις LSD /Public Domain (Wikipedia).

http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Pink_Elephants_on_Parade_Blotter_LSD_Dumbo.jpg#/media/File:Pink_Elephants_on_Parade_Blotter_LSD_Dumbo.jpg

Τρόπος δράσης

Σε γενικές γραμμές επιδρούν σε κέντρα του εγκεφάλου στα οποία δρα ο νευροδιαβιβαστής σεροτονίνη (NIDA, 2014c; Λιάππας, 2003) προκαλώντας σοβαρές αλλοιώσεις της αντίληψης και ψευδαισθητικά βιώματα όπως:

- αυξημένη αισθητηριακή αντιληπτικότητα (οι ήχοι ακούγονται πιο έντονοι και τα χρώματα φαίνονται πιο λαμπερά)
- υποκειμενικό αίσθημα της αύξησης των διανοητικών δραστηριοτήτων
- διαφοροποιημένη αντίληψη του σωματικού εγώ, π.χ. σώμα με πολύ μικρό πόδι ή χέρι)
- ασαφή όρια του εγώ, με αποτέλεσμα το άτομο να μην μπορεί να οριοθετήσει τον εαυτό του από τον περιβάλλοντα χώρο
- παραποιημένη αντίληψη του χώρου και του χρόνου (το άτομο αισθάνεται ότι ο χρόνος επιταχύνεται ή κυλάει πολύ αργά)
- αίσθηση απώλειας ελέγχου της σκέψης
- διασταύρωση των αισθήσεων: οι αισθήσεις μπερδεύονται, π.χ. ήχοι ή μουσική γίνονται αντιληπτά με συγκεκριμένο χρώμα ή σχήμα («ηχηρά χρώματα», «χρωματιστοί ήχοι»)

Τα πιο γνωστά είδη ψευδαισθησιογόνων ουσιών είναι τα ακόλουθα:

- LSD (Lysergic Acid Diethylamide)
- Peyote (μεσκαλίνη)
- Μαγικά μανιτάρια (Psilocybin)
- P.C.P. (Φαινκυκλιδίνη)
- Κεταμίνη

Οι χρήστες περιγράφουν τα ψευδαισθητικά βιώματα υπό την επήρεια της ουσίας ως «ταξίδια». Μερικά ταξίδια αφορούν ευχάριστες εμπειρίες και μια αίσθηση διευρυμένης συνείδησης. Τα «άσχημα ταξίδια» πάντως περιλαμβάνουν τρομακτικές σκέψεις και εφιαλτικά συναισθήματα άγχους και απόγνωσης που συμπεριλαμβάνουν φόβους απώλειας ελέγχου, τρέλας ή θανάτου (NIDA, 2014c). Το LSD, γνωστό ως «τριπάκι», κυκλοφορεί σε μικρά κομμάτια απορροφητικού χαρτιού με διάφορα σχέδια (συνήθως 7 mm) τα οποία έχουν εμποτιστεί με μικρή ποσότητα LSD. Ένα μεγάλο χαρτί, διάτρητο, περιέχει 100 ή και περισσότερες δόσεις. Επίσης βρίσκεται σε μορφή μικρού χαπιού (2-3 mm), κάψουλας, ή ακόμη και σε υγρή μορφή.

«Ήταν τόσο διαφορετικά, δεν μπορώ να περιγράψω πως ένιωθα»

«Ήταν σα να επιπλέω στο διάστημα»

«Ανέμελα συναισθήματα, που επέπλεαν σε όλο το σώμα»

«Ήταν σα μυστικιστική εμπειρία, σαν απερίγραπτη κατανόηση του σύμπαντος. Σαν να μην υπήρχε παρελθόν, παρόν ή μέλλον... σα να μην υπήρχε ο χρόνος παρά μόνο η ύπαρξη. Ζωή και θάνατος την ίδια στιγμή»

«Η μουσική ήταν σχεδόν υλική, μπορούσες να την ακουμπήσεις και να τη νιώσεις σαν να ήταν ένα γλυπτό»

«Ήμουν εντελώς και αμετάκλητα αποχωρισμένος από το σώμα μου και είχα την εμπειρία ότι αυτός είναι ο θάνατος και ότι δε θα επιστρέψω ποτέ. Όταν τελείωσε αυτή η σκέψη επέπλεα στο διάστημα. Ήμουν σε έναν άχρονο απεριόριστο κόσμο γεμάτο από φως, χρώματα, ζεστασιά και ευτυχία»

«Ήταν ξεκάθαρο ότι αυτό που βίωνα ήταν πέρα από το θάνατο. Ταξίδευα από τη μια εσωτερική εμπειρία στην άλλη»

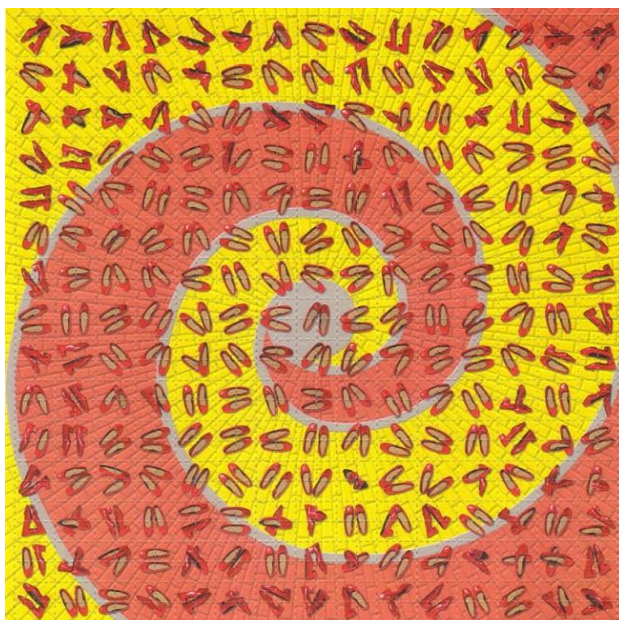
«Ήταν σα να έμπαινα και έβγαινα από το σώμα μου. Η συνείδησή μου οξύνθηκε εκπληκτικά σε μια άλλη διάσταση όπου δεν υπήρχε το εγώ. Ήμουν εκεί μόνο για λίγο χρόνο και μετά γύριζα στη συνηθισμένη διάσταση από την οποία είχα έρθει. Η περιοχή που είχα βρεθεί ήταν ομιχλώδης και της έλειπε η δομή αλλά πρόσεξα ότι μπορούσα να επιστρέφω ξανά και ξανά για να μάθω να την κατανοώ»

EMCDDA (2002) *Report on the risk assessment of Ketamine in the framework of the joint action on new synthetic drugs*. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (p.66-69)

Πίνακας 2.3 Επίδραση της χρήσης κεταμίνης.

2.18. LSD (Lysergic Acid Diethylamide)

Το LSD, η πιο γνωστή ημισυνθετική ψευδαισθησιογόνος ουσία στην Ευρώπη, συντέθηκε το 1938 από τον Albert Hoffman στην Ελβετία. Προέρχεται από ένα μύκητα, ο οποίος αναπτύσσεται στη σίκαλη και σε άλλα δημητριακά. Η ψυχότροπη δράση του ανακαλύφθηκε αργότερα, όταν κατά λάθος ο Hoffman δοκίμασε μικρή ποσότητα της ουσίας και περιέγραψε το «πρώτο ταξίδι», την επίδραση δηλαδή της ουσίας (EMCDDA, 2013d). Χρησιμοποιήθηκε για αρκετά χρόνια στην έρευνα πάνω στις ψυχιατρικές διαταραχές (πρόκληση «εργαστηριακής» ψύχωσης). Συνδέθηκε με τα νεανικά κινήματα του 1960 ως ουσία η οποία «διευρύνει τη συνείδηση».



Εικόνα 2.55 *Εννιακόσιες δόσεις LSD, "Ruby Slippers LSD Sheet" by W. Rafti/CC BY 2.5 (Wikipedia).*
http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Ruby_Slippers_LSD_Sheet.jpg#/media/File:Ruby_Slippers_LSD_Sheet.jpg

2.19. Peyote (Μεσκαλίνη)

Το peyote, είναι ένας μικρός, στρογγυλός κάκτος ο οποίος ευδοκμεί στο Μεξικό και τις νοτιοδυτικές περιοχές των ΗΠΑ και χρησιμοποιούνταν ευρέως στις θρησκευτικές τελετές των ιθαγενών των περιοχών αυτών.



Εικόνα 2.56 *Peyote/Public Domain (Wikipedia).*
http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Peyote_Cactus.jpg#/media/File:Peyote_Cactus.jpg



Εικόνα 2.57 Peyote, "*Lophophora williamsii*" by MyName (Hans B.) - Own work/CC BY-SA 3.0 (Wikipedia). http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Lophophora_williamsii.jpg#/media/File:Lophophora_williamsii.jpg

2.20. Ψιλοκυβίνη («μαγικά μανιτάρια»)

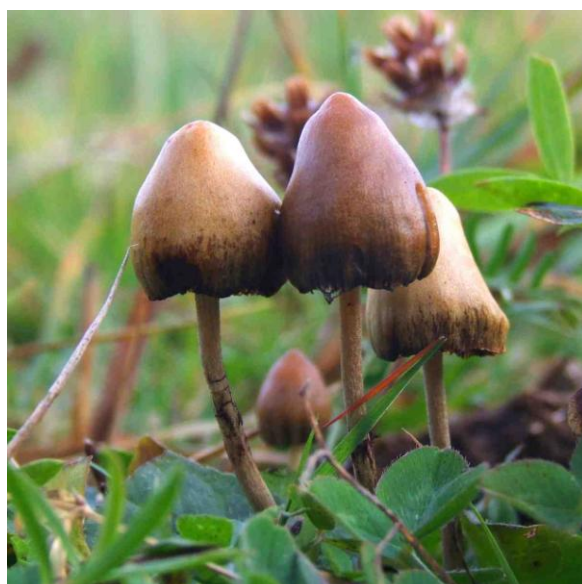
Η χρήση μανιταριών με παραισθησιογόνες ιδιότητες ανάγεται στις τελετές των φυλών της Κεντρικής Αμερικής, γύρω στο 500 μ.Χ. Πολλά μανιτάρια αυτού του είδους ευδοκμούν στις τροπικές και υποτροπικές περιοχές της Νότιας Αμερικής, του Μεξικού και των ΗΠΑ (NIDA, 2014). Η χρήση των μαγικών μανιταριών για "ψυχαγωγικό" σκοπό - όπως και αυτή του LSD- συνδέθηκε με τα νεανικά κινήματα του 1960.



Εικόνα 2.58 Ψιλοκυβίνη, "*Psilocybe semilanceata*" by P. Ullrich/CC BY-SA 3.0 (Wikipedia). http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Psilocybe_semilanceata.jpg#/media/File:Psilocybe_semilanceata.jpg



Εικόνα 2.59 Αγαλματίδια των Μάγια σε σχήμα μανιταριού, NIDA, Public Domain (Wikipedia).
http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Psilocybe_Mushrooms_statues.jpg#/media/File:Psilocybe_Mushrooms_statues.jpg



Εικόνα 2.60 Ψιλοκυβίνη, "*Psilocybe semilanceata* 6514" by Arp/CC BY-SA 3.0 (Wikipedia).
http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Psilocybe_semilanceata_6514.jpg#/media/File:Psilocybe_semilanceata_6514.jpg

Τα τελευταία χρόνια υπάρχει ένα αυξανόμενο ενδιαφέρον στους νέους ανθρώπους για φυτικές ψευδαισθησιογόνες ουσίες, όπως η ψιλοκυβίνη. Ψευδαισθησιογόνα μανιτάρια και παράγωγά τους αγοράζονται στα smart-shops ή μέσω του διαδικτύου (EMCDDA, 2013e).

2.21. P.C.P. (Φαινκυκλιδίνη)

Η φαινκυκλιδίνη (P.C.P.) συντέθηκε τη δεκαετία του '50 και χρησιμοποιήθηκε ως γενικό αναισθητικό στη χειρουργική. Παρασκευάζεται εύκολα, έχει χαμηλό κόστος και κυκλοφορεί στο παράνομο εμπόριο, πολλές φορές και αναμεμιγμένο με άλλες ουσίες όπως το LSD, την κάνναβη και το έκσταση (NIDA, 2014).



Εικόνα 2.61 PCP/ *Public Domain (Wikipedia).*

<http://commons.wikimedia.org/wiki/File:PCP.jpg#/media/File:PCP.jpg>



Εικόνα 2.62 PCP, *Public Domain (Wikipedia).*

<http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Ketamine.JPG#/media/File:Ketamine.JPG>



Εικόνα 2.63 Ketamine, Public Domain (Wikipedia).

http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Home_Anesthetic.jpg#/media/File:Home_Anesthetic.jpg

2.22. Κεταμίνη

Η κεταμίνη συντέθηκε το 1962 και από τότε χρησιμοποιείται ευρέως στην κτηνιατρική για την ταχεία αναισθησία που προκαλεί και για τις αναλγητικές της ιδιότητες. Γνωστή ως «K», «βιταμίνη K», «special K» αποτελεί έναν τρόπο απόδρασης από την πραγματικότητα για νέα άτομα που βιώνουν ανία ή έντονες δυσκολίες στην καθημερινή τους ζωή και αναζητούν ριψοκίνδυνες ή ακραίες εμπειρίες.

Τα υποκείμενα της έρευνας βίωσαν εσωτερικές εμπειρίες μεγάλης έντασης οι οποίες ήταν δύσκολο να περιγραφούν με το λόγο και περιελάμβαναν:

- αίσθηση φωτός σε όλο το σώμα
- άγνωστες εμπειρίες σε σχέση με την περιεκτικότητα του σώματος (π.χ. το άτομο ένιωθε το σώμα του ξύλινο, λαστιχένιο ή πλαστικό)
- παράξενα παραμορφωμένο σχήμα ή μέγεθος σώματος
- αίσθηση ότι το άτομο επιπλέει ή ότι δεν υπάρχει βαρύτητα
- οπτικές ψευδαισθήσεις π.χ. το άτομο νιώθει ότι κινείται σε δωμάτια με λαμπερά κινούμενα σχήματα και φιγούρες
- απουσία αίσθησης του χρόνου (αίσθηση αιωνιότητας)
- ενδοσκόπηση στα βάθη της ύπαρξης
- το άτομο μπορεί να νιώθει ότι λιώνει και ενώνεται με κάποιο άλλο άτομο ή κάτι στο περιβάλλον
- αίσθημα αποχωρισμού από το σώμα

Hansen, G., Jensen, SB., Chandresh, L. and Hilden, T. (1988) 'The psychotropic effect of Ketamine'. *Journal of Psychoactive Drugs*, 20, pp. 419–425.

Πίνακας 2.4 Διερεύνηση της υποκειμενικής επίδρασης της κεταμίνης.

2.23. ΝΕΕΣ ΨΥΧΟΔΡΑΣΤΙΚΕΣ ΟΥΣΙΕΣ

Νέες ψυχοδραστικές ουσίες είναι όλες οι ψυχότροπες ουσίες, οι οποίες δεν ελέγχονται από την ενιαία σύμβαση των Ηνωμένων Εθνών για τα ναρκωτικά του 1961 ή τη σύμβαση των Ηνωμένων Εθνών του 1971 αλλά ενδέχεται να απειλούν τη δημόσια υγεία εξίσου σοβαρά με τις ουσίες οι οποίες περιλαμβάνονται στις εν λόγω συμβάσεις. Η υψηλή δραστηριότητα των νέων συνθετικών ουσιών περιπλέκει την ανίχνευσή τους, επειδή οι συγκεντρώσεις τους στο αίμα είναι πολύ χαμηλές (EMCDDA 2014). Η εμφάνιση υψηλής δραστηριότητας συνθετικών ουσιών δυσχεραίνει και το έργο των διωκτικών αρχών, αφού ακόμη και μικροποσότητες των ουσιών αυτών μπορούν να μετατραπούν σε μεγάλο αριθμό δόσεων. Στην Ευρώπη ο ρυθμός εμφάνισης των ουσιών αυτών, οι οποίες κυκλοφορούν στην παράνομη αγορά ως «νόμιμα διεγερτικά», αυξάνεται συνεχώς. Κατά το έτος 2013 κοινοποιήθηκαν 81 νέες ψυχοδραστικές ουσίες μέσω του συστήματος έγκαιρης προειδοποίησης της Ευρωπαϊκής Ένωσης, ανεβάζοντας τον αριθμό των παρακολουθούμενων ουσιών σε περισσότερες από 350 (EMCDDA 2014). Οι κύριες ομάδες των νέων ψυχοδραστικών περιλαμβάνουν τα συνθετικά κανναβινοειδή και τις συνθετικές καθιόνες. Η διαθεσιμότητα των ουσιών αυτών μέσω του διαδικτύου αλλά και εμπορικών καταστημάτων (“head shops”, “smart shops”) ή αυτοσχέδιων καταστημάτων σε μεγάλες μουσικές διοργανώσεις καθιστούν την πρόσβαση στις συγκεκριμένες ουσίες ιδιαίτερα εύκολη.

Σύνοψη

- Το όπιο παράγεται από την παπαρούνα *Papaver Somniferum* («Υπνοφόρος Μήκων») και αποτελεί το βασικό συστατικό των οπιοειδών ουσιών (ηρωίνη, μορφίνη, μεθαδόνη κλπ). Η υπνοφόρος μήκων απεικονίζεται σε αγαλματίδια, αναθηματικές στήλες, αγγεία, νομίσματα και κοσμήματα στα αρχαιολογικά ευρήματα του Μινωικού και του Μυκηναϊκού πολιτισμού.
- Η ηρωίνη λαμβάνεται ενδοφλεβίως, εισπνέεται ή καπνίζεται. Η κλινική της επίδραση προκαλεί έντονη ψυχολογική εξάρτηση, ενώ η συστηματική χρήση της επιφέρει σωματική εξάρτηση που συνδυάζεται με ανοχή προς την ουσία και στερητικά συμπτώματα κατά τη διακοπή της.
- Τα βαρβιτουρικά και οι βενζοδιαζεπίνες αποτελούν συνταγογραφούμενες ουσίες. Η χρήση τους συνδυάζεται συχνά με άλλες ουσίες (π.χ. αλκοόλ, ηρωίνη, κοκαΐνη). Λήψη μεγάλων ποσοτήτων μπορεί να οδηγήσει ακόμη και στο θάνατο.
- Η κοκαΐνη περιέχεται στα φύλλα του φυτού κόκα (*Erythroxylon coca*), το οποίο ευδοκμεί στα μεγάλα υψόμετρα των Περουβιανών και Βολιβιανών Άνδεων. Η κλινική επίδραση της έχει ως αποτέλεσμα έντονη σωματική και ψυχολογική εξάρτηση. Το αίσθημα έντονης ευχαρίστησης που προκαλεί («rush») σύντομα ακολουθείται από μια κατάσταση δυσφορίας («crash»), ανησυχίας και ευερεθιστότητας. Έτσι, ο χρήστης καταφεύγει στη λήψη κοκαΐνης για να βιώσει ξανά το «ανέβασμα» που προκαλεί με αποτέλεσμα την επανάληψη του κύκλου, ώσπου να χρησιμοποιηθεί η διαθέσιμη ποσότητα της ουσίας ή να οδηγηθεί ο ίδιος στην εξάντληση.
- Η κάνναβη είναι η πιο συχνά χρησιμοποιούμενη παράνομη ουσία παγκοσμίως. Προέρχεται από το φυτό *cannabis sativa*. Το βασικό ψυχοδραστικό της συστατικό είναι η τετραϋδροκανναβινόλη (THC). Η χρήση της συνδέεται με την εμφάνιση σοβαρών ψυχιατρικών προβλημάτων.
- Η χρήση οιοπνεύματος ευθύνεται για πληθώρα παθολογικών προβλημάτων και για περισσότερους θανάτους από οποιαδήποτε άλλη ψυχοδραστική ουσία. Σε μικρές δόσεις η χρήση οιοπνεύματος προκαλεί μείωση των αναστολών και αίσθημα χαλάρωσης και ευεξίας. 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 διαλύει της προσοχής των επαγγελματιών υγείας.

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.
- APA (2013) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5*. Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Department of Health (England) and the devolved administrations (2007) *Drug Misuse and Dependence: UK Guidelines on Clinical Management*. London: Department of Health (England), the Scottish Government, Welsh Assembly Government and Northern Ireland Executive.
- EMCDDA (2002) *Report on the risk assessment of Ketamine in the framework of the joint action on new synthetic drugs*. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (p.66-69)
- EMCDDA (2005) *Selected issue 3: Buprenorphine — treatment, misuse and prescription practices*. Luxemburg: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
- EMCDDA (2007) Χρήση κοκαΐνης στην Ευρώπη: προβλήματα στην παροχή συναφών υπηρεσιών. Βέλγιο : Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας.
- EMCDDA (2008a) *Sexual Assaults facilitated by drugs or alcohol*. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. <http://www.emcdda.europa.eu/publications/technical-datasheets/dfs>.
- EMCDDA (2008b) *GHB and its precursor GBL: an emerging trend case study*. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
- EMCDDA (2010) *Problem Amphetamine and Metamphetamine Use In Europe*. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
- EMCDDA (2011) *Drug profile: Barbiturates*. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. <http://www.emcdda.europa.eu/publications/drug-profiles/barbiturates>.
- EMCDDA (2013a) *Drug Profiles: Heroin*. <http://www.emcdda.europa.eu/publications/drug-profiles/heroin>.
- EMCDDA (2013b) *PERSPECTIVES ON DRUGS: Trends in heroin use in Europe: what do treatment demand data tell us?* European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
- EMCDDA (2013c) *Drug profile: Benzodiazepines*. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. <http://www.emcdda.europa.eu/publications/drug-profiles/benzodiazepine>.
- EMCDDA (2013d) *Lysergide (LSD)*. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. <http://www.emcdda.europa.eu/publications/drug-profiles/lsd>
- EMCDDA (2013e) *Hallucinogenic mushrooms*. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. <http://www.emcdda.europa.eu/publications/drug-profiles/mushrooms>.
- EMCDDA (2013) *Ευρωπαϊκή έκθεση για τα Ναρκωτικά: Τάσεις και εξελίξεις*. Λουξεμβούργο: Υπηρεσία Εκδόσεων της Ευρωπαϊκής Ένωσης.
- EMCDDA (2014) *Ευρωπαϊκή έκθεση για τα Ναρκωτικά: Τάσεις και εξελίξεις*. Λουξεμβούργο: Υπηρεσία Εκδόσεων της Ευρωπαϊκής Ένωσης.
- EMCDDA (2014a) *PERSPECTIVES ON DRUGS: Synthetic cannabinoids in Europe*. <http://www.emcdda.europa.eu/topics/pods/synthetic-cannabinoids>.
- European Commission (2004) *TOBACCO OR HEALTH IN THE EUROPEAN UNION: PAST, PRESENT AND FUTURE*. Belgium: EU. http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/Tobacco/Documents/tobacco_fr_en.pdf.
- Eurostat (2014) ‘*Causes of death statistics*’, online at: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Causes_of_death_statistics

- Hansen, G., Jensen, SB., Chandresh, L. & Hilden, T. (1988) 'The psychotropic effect of Ketamine'. *Journal of Psychoactive Drugs*, 20, pp. 419–425.
- Kritikos, P.G., Papadaki, S.P. (1967) The History of the Poppy and of *Opium* and Their Expansion in Antiquity in the Eastern Mediterranean Area. *Bulletin of Narcotics*, 19(3): 17-38.
- 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 (2010b) *Research Reports: Cocaine*. US: National Institute for Drug Abuse. <http://www.drugabuse.gov/publications/research---reports/cocaine---abuse---addiction>
- NIDA (2010a) *Drug Facts: Club Drugs (GHB, Ketamine and Rohypnol)*. US: National Institute for Drug Abuse.
- NIDA (2013) *Drug Facts: Cocaine*. US: National Institute for Drug Abuse.
- NIDA (2013a) *Research Reports: Methamphetamine*. US: National Institute for Drug Abuse.
- 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 (2012) *Inhalants*. US: National Institute for Drug Abuse.
- NIDA (2012a) *Research Reports: Marijuana*. US: National Institute for Drug Abuse. <http://www.drugabuse.gov/publications/research-reports/marijuana/letter-director>
- 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) *The science of addiction: Drugs, Brains and Behavior*. US: National Institute for Drug Abuse.
- NIDA (2014b) *Drug Facts: Marijuana*. US: National Institute for Drug Abuse. <http://www.drugabuse.gov/publications/drugfacts/marijuana>
- NIDA (2014c) *Research Report Series: Hallucinogens and dissociative drugs*. US: National Institute for Drug Abuse.
- NIDA (2011) *Research Report Series: Prescription Drug Abuse*. US: National Institute for Drug Abuse.
- SAMHSA (2014) *A treatment improvement protocol: Improving Cultural Competence (TIP 59)*. US: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- SAMSHA (1999) *Treatment for Stimulant Use Disorders. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, No. 33*. Rockville (MD): Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US).
- WHO (2011) *WHO REPORT ON THE GLOBAL TOBACCO EPIDEMIC: Warning about the dangers of tobacco*. Italy: World Health Organization. http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789240687813_eng.pdf?ua=1
- WHO (1994) *Lexicon of alcohol and drug terms*. Geneva: World Health Organisation.
- Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων. *Πρωτόκολλα ιατρικών πράξεων και φαρμάκων: Εξαρτήσεις*. <http://www.eof.gr/web/guest/protocols>. Προσπελάστηκε στις 29/10/2014.
- ΕΚΤΕΠΝ (2013) *Ετήσια Έκθεση 2012: Η κατάσταση του προβλήματος των ναρκωτικών και οινόπνευματων στην Ελλάδα*. Αθήνα: Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής.
- ΕΚΤΕΠΝ (2014) *Ετήσια Έκθεση 2013: Η κατάσταση του προβλήματος των ναρκωτικών και οινόπνευματων στην Ελλάδα*. Αθήνα: Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής.
- ΕΠΙΨΥ (2012) *Πανελλήνια έρευνα για τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών στους μαθητές – ESPAD 2011*. Αθήνα: Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγείας.
- ΕΠΙΨΥ-ΟΚΑΝΑ (2003) *Στοιχεία για τις εξαρτησιογόνες ουσίες*. Αθήνα: Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής.

Κουτσελίνης, Α. (2002) *Εξαρτησιογόνες ουσίες, ναρκωτικά: φαρμακολογία, τοξικολογία, το πρόβλημα και η αντιμετώπισή του*. Αθήνα: Εκδόσεις Παρισιανού.

Λιάππας, Ι. (2003) *Ναρκωτικά: Εθιστικές ουσίες, κλινικά προβλήματα, αντιμετώπιση*. Αθήνα: Εκδ. Πατάκη.

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

Χρήσιμο οπτικοακουστικό και έντυπο υλικό στο διαδίκτυο

- <http://i-biology.net/2008/03/12/jellinek-drugs-and-the-brain/>

Παρουσίαση της δράσης των ψυχοδραστικών ουσιών σε διάφορες γλώσσες συμπεριλαμβανομένης της ελληνικής.

- nih.gov/supplements/nih2/addiction/activities/activities_toc.htm

Βίντεο για τη δράση των ψυχοδραστικών ουσιών στον εγκέφαλο

- <https://www.youtube.com/watch?v=ZvGtn8RzF0U&list=PLC5C3D534A924E967>

History Channel, HOOKED: ILLEGAL DRUGS AND HOW THEY GOT THAT WAY, τέσσερα ντοκυμαντέρ για την ιστορία της χρήσης των ψυχοδραστικών ουσιών.

- https://www.youtube.com/watch?v=0NVQsU_UtK8&index=1&list=PLAA5D9C2156AE5E0A

Εκπομπή του BBC για τις ουσίες με βάση την τοξική επικινδυνότητα τους

- <http://teens.drugabuse.gov/havefun/index.php>

Παιχνίδια και άλλο υλικό για εφήβους από το National Institute for Drug Abuse

- <http://teens.drugabuse.gov/mom/teachguide/MOMTeacherGuide.pdf>

Υλικό σχετικά με τη δράση των ουσιών για εκπαιδευτικούς

- <http://www.youtube.com/watch?v=nci7D8z7bN0>

Βίντεο σχετικά με το «Εμβρυικό Αλκοολικό Σύνδρομο»

- <https://www.youtube.com/watch?v=mEdxrHud5tE>

Εκπομπή του BBC με θέμα τις ψυχεδελικές ουσίες

- <http://www.youtube.com/watch?v=TzlkDgd-Eb8>
- <http://www.youtube.com/watch?v=duaZ3Re-svs>
- <http://www.youtube.com/watch?v=fcZEET3i9O8>
- <http://www.youtube.com/watch?v=XdHFV5WT3oQ>
- <http://www.youtube.com/watch?v=HQAZ2JPFoTw>

Βίντεο του National Geographic με θέμα “Taboo – Drugs” (part 1-5):

- <http://en.wikipedia.org/wiki/File:Childrenundergroundlrg.jpg#/media/File:Childrenundergroundlrg.jpg>

Κινηματογραφική ταινία: Belzberg E. (2001) Children Underground.

URL Εκπαιδευτικού Υλικού Κεφαλαίου 2

Οι διαφάνειες του Κεφαλαίου 2 βρίσκονται στην ακόλουθη σελίδα στον Ελληνικό Συσσωρευτή Ακαδημαϊκών Ηλεκτρονικών Βιβλίων του ΣΕΑΒ:

<http://repfiles.kallipos.gr/file/23536>

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

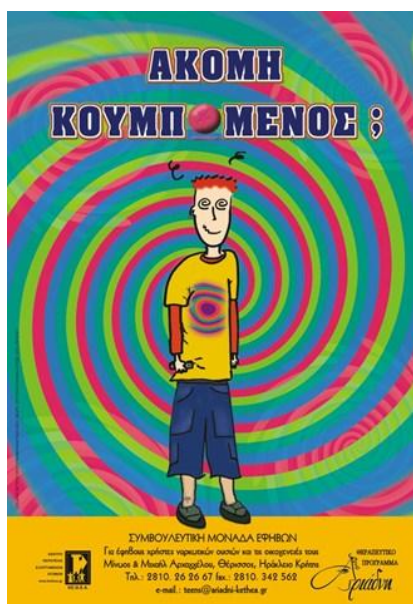
Πολλά άτομα δεν αναζητούν βοήθεια ή δεν ομολογούν τα προβλήματά τους λόγω των πιθανών επιπτώσεων αυτής της ομολογίας σε διάφορες πτυχές της ζωής τους. Επιπλέον, αποκρύπτουν σημαντικές πληροφορίες σχετικά με τη χρήση, όταν νιώθουν ότι ο επαγγελματίας υγείας έχει κριτική στάση απέναντί τους. Γι' αυτό συχνά 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

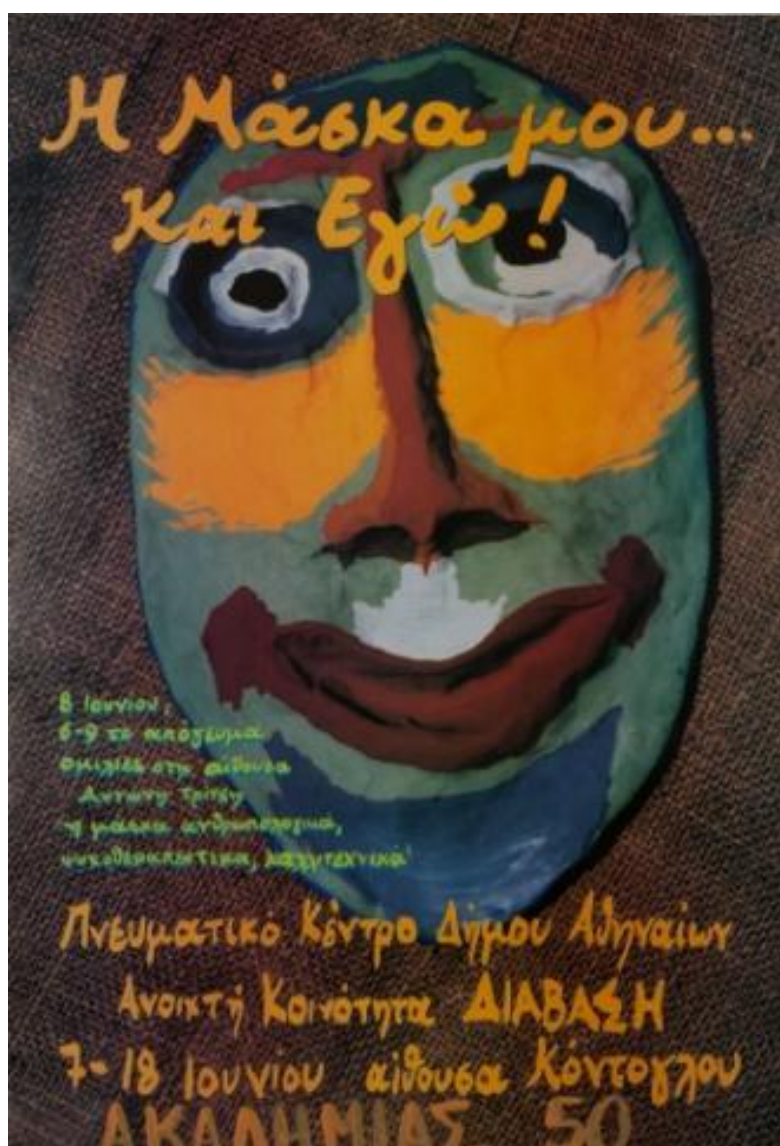
Κάποια από τα άτομα τα οποία κάνουν χρήση ουσιών/αλκοόλ θέτουν συχνά θέματα εξουσίας, βλέποντας το νοσοκομείο και τους επαγγελματίες υγείας σαν «κατεστημένο» και έχοντας έντονο φόβο απώλειας της ελευθερίας και αυτενέργειας (Happell and Taylor, 1999). Η στάση αυτή μπορεί να συνδέεται με ευρύτερες δυσκολίες 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.

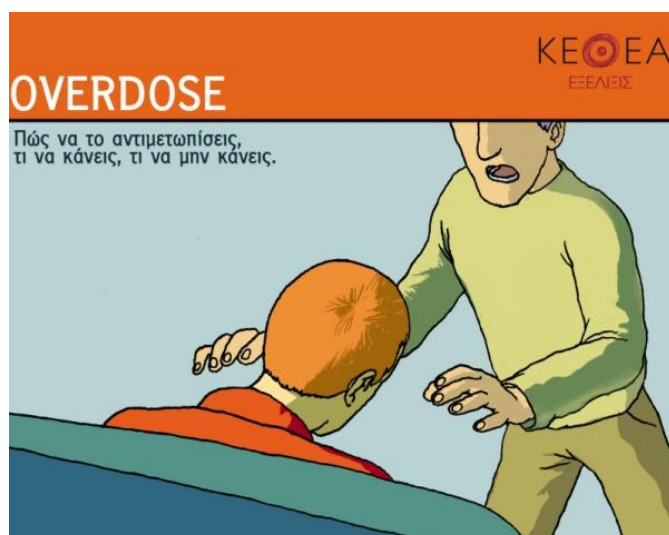
Το 'Πρόσωπο' πίσω από τη μάσκα της προκλητικής συμπεριφοράς

«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 προσωπείο.

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 κατασταλατικών 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 KEΘΕΑ, 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 νεοπλάσματα
- 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 O₂ 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:

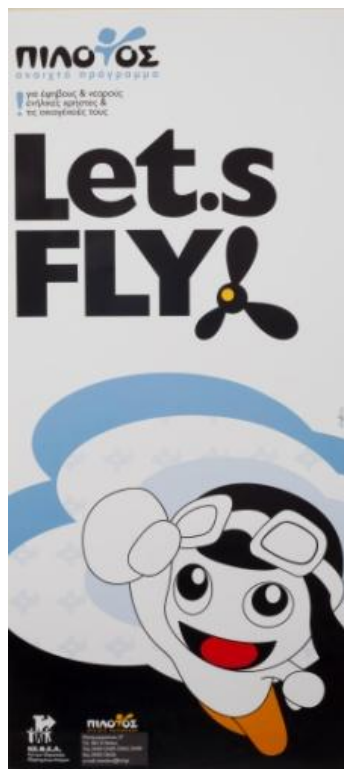
- εξασφάλιση καλής αναπνευστικής λειτουργίας
- αντιμετώπιση καρδιαγγειακού σοκ
- γαστρική πλύση αν η ουσία έχει ληφθεί από το στόμα
- έλεγχος υπερθερμίας
- αντιμετώπιση επαναλαμβανόμενων επιληπτικών κρίσεων (χορήγηση διαζεπάμης iv)
- αντιυπερτασική αγωγή για να αποφευχθεί ο κίνδυνος εγκεφαλικής αιμορραγίας

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:

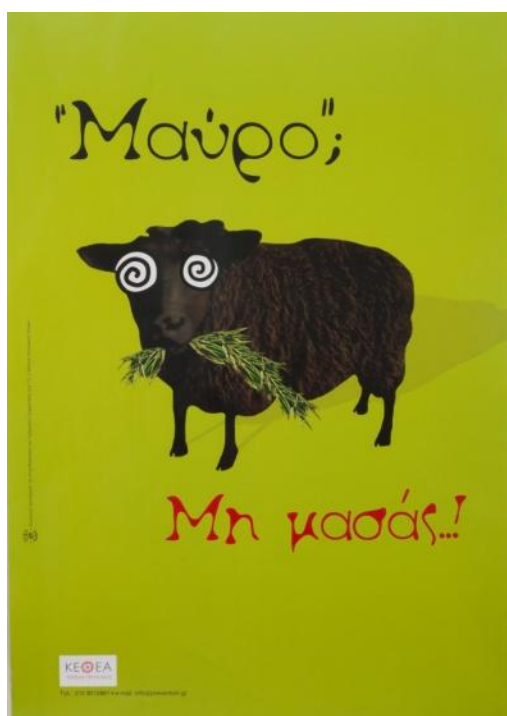
- υψηλή αρτηριακή πίεση
- λιποθυμική τάση
- κρίσεις πανικού
- απώλεια συνείδησης
- σπασμοί

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, καθησυχάζεται 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 πρέπουσα 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-αποβαλόμενων 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
- αποπραματοποίηση (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)
- μούδιασμα 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 ψύχραιμη 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.

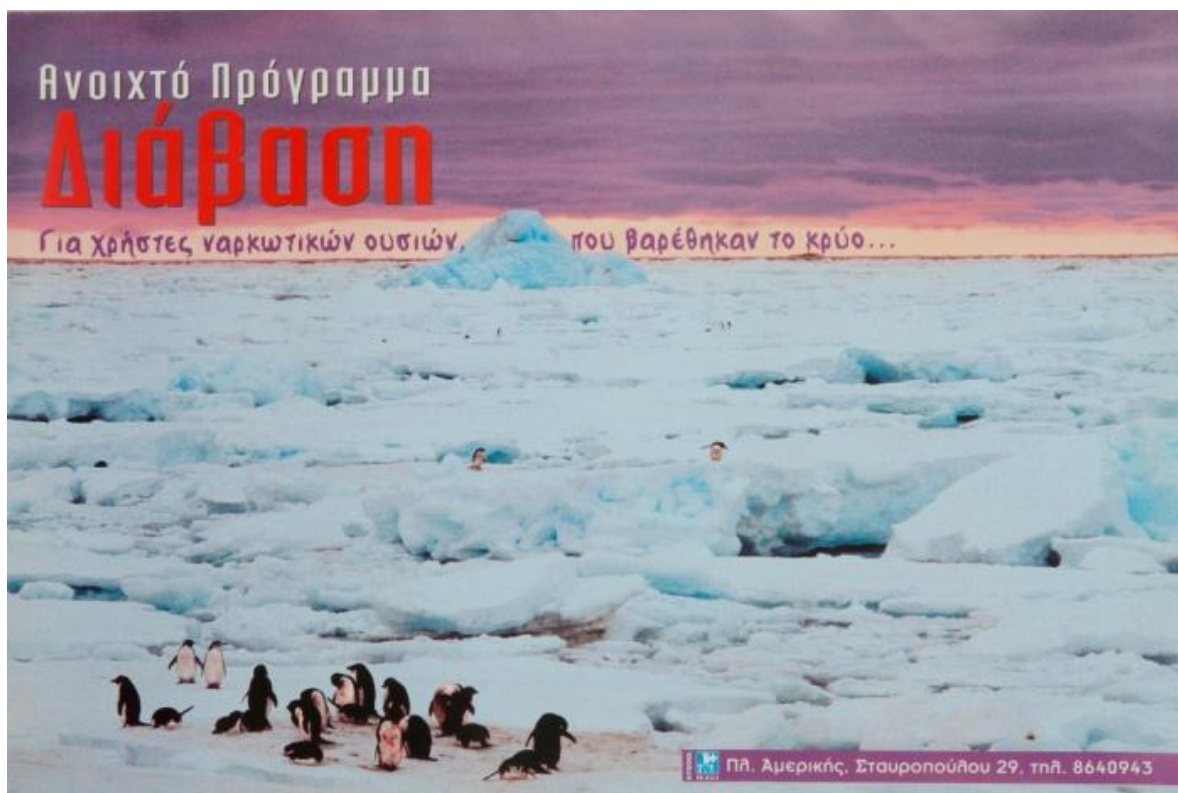
Παράγοντες που σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο απόπειρας αυτοκαταστροφής

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
- ψυχοπνευματικά 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-επανασύνδεση με έναν απολεσθέντα αγαπημένο
- πρόκληση αισθημάτων ενοχής σε σημαντικούς άλλους-εκδίκηση σημαντικών άλλων (πιο συχνά μητέρας, 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 μουδιασμένος 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.

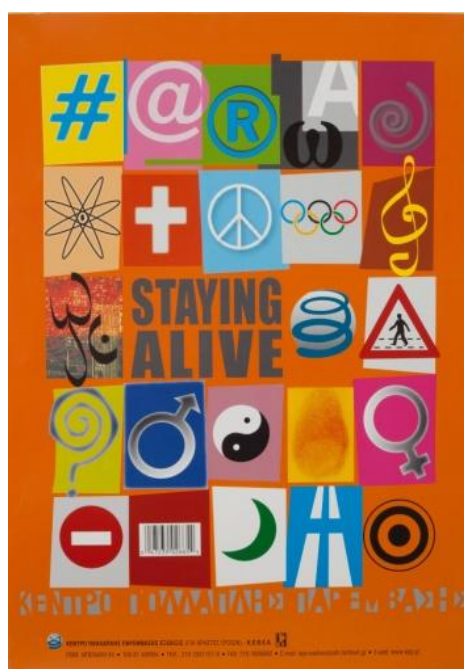
Όσον αφορά στην περατωμένη αυτοκτονία, αυτή έρχεται σε σύγκρουση με τις φαντασιώσεις παντοδυναμίας και τον ρόλο του σωτήρα που συχνά παίρνουν ασυνείδητα οι επαγγελματίες υγείας και οι διασώστες. Η φυσική τάση του επαγγελματία υγείας είναι να κάνει το παν για να εμποδίσει την αυτοκτονία. Έτσι, όταν αυτή 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 ασφαλείας 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

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 απύουσα, 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

Σύνοψη

- 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
- 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

- 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
- 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
- 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
- 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>

Κεφάλαιο 4

Κατανόηση της διαδικασίας της εξάρτησης – προστατευτικοί και επιβαρυντικοί παράγοντες

«... γι' αυτό τη λένε ηρωίνη, από τη λέξη ήρωας ...όταν κάνεις χρήση νιώθεις ότι μπορείς να κάνεις τα πάντα, το καθετί... σου λείπει η τόλμη, θα τη βρεις, σου λείπει η εμπιστοσύνη στον εαυτό σου θα τη βρεις... είναι σα να σε μεταμορφώνει σε όλα όσα θα ήθελες να είσαι, ένας ήρωας...» (Fotopoulou, 2013, σελ. 630).

Εισαγωγή

Η μη φαρμακευτική χρήση των ψυχοδραστικών ουσιών αποτελεί ένα παγκόσμιο φαινόμενο το οποίο δεν προξενούσε καμιά ιδιαίτερη ανησυχία για πολλές χιλιάδες χρόνια, προτού να ξεκινήσουν να ισχύουν διάφοροι ελεγκτικοί μηχανισμοί και περιορισμοί στη χρήση του κατά το δεύτερο μισό του 19ου αιώνα. Η πρώτη προσπάθεια να οριστεί η χρήση ουσιών ως ασθένεια έγινε, όπως αναφέρθηκε, στο δεύτερο μισό του 19^{ου} αιώνα, όταν πρωτοεμφανίστηκαν οι όροι «μορφινομανία» και αργότερα «τοξικομανία». Τότε η εξάρτηση έγινε αντιληπτή ως πρόβλημα δημόσιας υγείας, ως ένα κοινωνικό πρόβλημα. Το αναδυόμενο ιατρικό μοντέλο καθόριζε ότι οι μορφινομανείς, οι κοκαίνομανείς και τέλος οι ηρωινομανείς - κατά τη χρονική σειρά ανακάλυψης της εκάστοτε ουσίας - θα έπρεπε να θεωρούνται ασθενείς, οι οποίοι χρειάζονται θεραπεία και όχι να τιμωρούνται και να αντιμετωπίζονται ως απόκληροι της κοινωνίας. Θα ήταν βέβαια υπεραπλούστευση να θεωρήσουμε ότι η αναγνώριση της αναγκαιότητας για θεραπεία ήταν η «νίκη» του καλοπροαίρετου ιατρικού μοντέλου έναντι τιμωρητικών προσεγγίσεων, μιας και στην ουσία επιχειρούσε να περιορίσει το κοινωνικό πρόβλημα της εξάρτησης και γι' αυτό αποτελούσε μια μορφή κοινωνικού ελέγχου, η οποία καθοριζόταν επιστημολογικά από τις θετικιστικές προσεγγίσεις της εποχής. Η γραμμική αιτιολόγηση (αιτία-αποτέλεσμα) οδήγησε σε διαμάχες μεταξύ των εκπροσώπων των διάφορων σχολών και μονομερείς προσεγγίσεις, οι οποίες δεν μπορούν να ερμηνεύσουν το σύνθετο φαινόμενο της εξάρτησης για το οποίο δεν θα μπορούσε να υπάρχει μια απλή ερμηνεία (Λιάππας, 2003· Orford 1985). Οι προσπάθειες σχηματοποίησης ενός τόσο σύνθετου προβλήματος σε μια «τυπολογία της εξάρτησης», όσο διδακτική κι αν είναι, δεν μπορεί παρά να είναι αντιεπιστημονική (Μάτσα 2001).

Σύμφωνα με τον Olivienstein (1982), η χρήση ψυχοδραστικών ουσιών οφείλεται στην αλληλεπίδραση τριών παραμέτρων: μιας συγκεκριμένης προσωπικότητας με μια συγκεκριμένη ουσία σε μια δεδομένη κοινωνικοπολιτιστική στιγμή. Στο μοντέλο αυτό ο δρόμος που οδηγεί στον πειραματισμό με τις ουσίες και τελικά στην «εγκατάσταση» της εξάρτησης είναι μια μακροχρόνια δυναμική διαδικασία, αρκετά εξετασμένη για τον κάθε χρήστη, η οποία προϋποθέτει τη συνάντηση μιας προσωπικής, ψυχολογικής κρίσης με την κοινωνική. Το παρόν κεφάλαιο επιχειρεί να διερευνήσει, βασισμένο σε ερευνητικά δεδομένα, τις συνιστώσες αυτής της διαδικασίας:

- Πότε και κάτω από ποιες συνθήκες αυξάνονται οι πιθανότητες του ατόμου να πειραματιστεί με τη χρήση ουσιών.
- Ποιοι είναι οι προστατευτικοί και ποιοι οι επιβαρυντικοί παράγοντες που η παρουσία ή απουσία τους καθιστά το άτομο πιο ανθεκτικό ή πιο ευάλωτο στην εξάρτηση.
- Ποιοι παράγοντες οδηγούν το άτομο στη συνέχιση της χρήσης παρά τα προβλήματα που αντιμετωπίζει.

Αρχικά εξετάζονται οι ατομικοί παράγοντες που σχετίζονται με τη χρήση. Στη συνέχεια αναλύονται η επίδραση της οικογένειας, του σχολείου και του κοινωνικού περιβάλλοντος.

Ατομικοί παράγοντες

4.1. Βιολογικοί-γενετικοί παράγοντες

Μελέτες που αφορούν τον ρόλο της κληρονομικότητας στον οργανισμό έχουν απασχολήσει για πολλά χρόνια τους συγγραφείς αλλά το ενδιαφέρον στο θέμα αυτό φαίνεται ότι αυξάνεται συνεχώς τα τελευταία χρόνια (Kendler et al., 2007· Hyun et al., 2003· Abadinsky, 2001· Ashton, 1992). Μέχρι σήμερα βέβαια δεν έχει ταυτοποιηθεί κάποιο γονίδιο που να συνδέεται με την ευαλωτότητα στην εξάρτηση. Οι αλλοιώσεις όμως που προκαλεί η μακρόχρονη χρήση ουσιών οδηγούν σε μείζονες διαφορές στον εγκέφαλο των εξαρτημένων σε σύγκριση με μη εξαρτημένα άτομα και συνδέονται με την προσέγγιση της εξάρτησης ως «χρόνιας υποτροπιάζουσας νόσου του εγκεφάλου», η οποία όμως έχει δεχτεί αυστηρή κριτική από τους υποστηρικτές των ψυχοκοινωνικών προσεγγίσεων.

Τελευταία, η έρευνα εστιάζει στον ρόλο των νευροδιαβιβαστών οι οποίοι παράγονται ενδογενώς στον οργανισμό. Οι νευροδιαβιβαστές, οι οποίοι κυρίως συνδέονται με την εξάρτηση ουσιών, είναι η ντοπαμίνη, η σεροτονίνη και οι ενδορφίνες. Οι νευροδιαβιβαστές αυτοί συνδέονται με το συναίσθημα, τη διάθεση, την αντίληψη του ατόμου και την ανοχή του στον πόνο. Η ντοπαμίνη σχετίζεται με το σύστημα ανταμοιβής στον εγκέφαλο και συνδέεται με θετική ενίσχυση της συμπεριφοράς και ευχάριστα συναισθήματα. Μάλιστα, υπερβολική έκκριση ντοπαμίνης συνδέεται με την εμφάνιση σχιζοφρένειας. Η μειωμένη σεροτονίνη φαίνεται να οδηγεί σε κατάθλιψη, αύπνιες και ανεξέλεγκτη συμπεριφορά. Οι ενδορφίνες υποβοηθούν τη νευρική μεταβίβαση και απελευθερώνονται στον οργανισμό μετά από τραυματισμό, βοηθώντας στην καταστολή του πόνου. Κεντρική υπόθεση στην προσέγγιση αυτή είναι ότι σε ορισμένα άτομα το σύστημα των νευροδιαβιβαστών δυσλειτουργεί με αποτέλεσμα να χρειάζονται τις ψυχοδραστικές ουσίες οι οποίες αντικαθιστούν το ρόλο των νευροδιαβιβαστών στον οργανισμό.



Εικόνα 4.1 ΚΕΘΕΑ, Copyright.

4.2. Ψυχολογικοί παράγοντες

Σύμφωνα με το EMCDDA (2010) επιβαρυντικοί παράγοντες που συνδέονται με τη χρήση ουσιών στο επίπεδο του ατόμου είναι οι ακόλουθοι:

- Παραβατική συμπεριφορά σε μικρή ηλικία
- Κάπνισμα, κατανάλωση οινοπνευματωδών και χρήση ουσιών σε μικρή ηλικία
- Θετικές στάσεις και προσδοκίες σχετικά με τη χρήση ουσιών
- Σεξουαλική δραστηριότητα σε μικρή ηλικία
- Ιστορικό με προβλήματα συμπεριφοράς
- Αρνητικά συμβάντα στη ζωή (π.χ. απώλεια σημαντικού προσώπου, σεξουαλική κακοποίηση)
- Άγχος / στρες / υπερένταση
- Κατάθλιψη
- Επιθετικότητα
- Δυσκολία ελέγχου των παρορμήσεων (παρορμητικότητα) / υπερκινητικότητα
- Αντικοινωνική συμπεριφορά / δυσκολίες στις διαπροσωπικές σχέσεις
- Αναζήτηση διέγερσης / συναισθημάτων
- Προβλήματα ψυχικής υγείας
- Έλλειψη θετικών προτύπων, έλλειψη φιλοδοξιών

Αντίθετα στους προστατευτικούς παράγοντες συμπεριλαμβάνονται:

- Αρνητικές στάσεις σε σχέση με τη χρήση ουσιών
- Γνώση για τις ουσίες και τις συνέπειες χρήσης τους
- Ατομικές δεξιότητες, όπως δεξιότητες διαχείρισης προβλημάτων, καθορισμού στόχων κτλ.
- Κοινωνικές δεξιότητες
- Αυτοεκτίμηση
- Μειωμένη παρορμητικότητα
- Προσαρμοστικότητα / «εύκολη» ιδιοσυγκρασία
- Ενασχόληση με τη θρησκεία

«Ήμουν δεν ήμουν εννέα-δέκα χρονών. Ένα μικροκαμωμένο καχεκτικό πλασματάκι, αρρωστημένο και πληγωμένο ψυχικά από την όλη κατάσταση που επικρατούσε στο σπίτι μου. Είχα αρχίσει και εισέπνεα καθαρή βενζίνη. Πήγαινα στο περίπτερο που βρισκόταν απέναντι από το σχολείο, αγόραζα ένα μπουκαλάκι και στην συνέχεια πήγαινα σε μια γωνιά στο προαύλιο, εκεί που δεν με έβλεπαν και εισέπνεα από το μανίκι της μπλούζας ή του μπουφάν, αφού πρώτα το είχα ποτίσει. Ήταν η αρχή. Και το τέλος ήταν η κατάληξή μου στην ηρωίνη!».

ΑΡΓΩ, Πρόγραμμα Εναλλακτικής Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων ΨΝΘ (2005) *Γροθιά στο στομάχι-Λογοτεχνία της σκόνης*. Θεσσαλονίκη: Δωδώνη (σελ. 93).

Πίνακας 4.1 Πρώιμη έναρξη της χρήσης.

Το απόσπασμα του πίνακα 4.1., που αφορά στην πρώιμη έναρξη της χρήσης, πιθανόν να δημιουργήσει απορίες στον αναγνώστη για τις αιτίες οι οποίες ώθησαν ένα τόσο μικρό παιδί στον πειραματισμό με τις ουσίες και στη συνέχεια για τους λόγους που το οδήγησαν να συνεχίσει τη χρήση. Ερευνητικά έχει αποδειχθεί ότι η πρώιμη έναρξη της χρήσης συνδέεται με τη βαρύτητα της εξάρτησης μεταγενέστερα (Donovan, 2007

McIntosh, 2004; Sussman & Ames, 2001). Το νεαρό όμως της ηλικίας δεν επιτρέπει εύκολες ερμηνείες, όπως «από περιέργεια», «γιατί μου άρεσε» ή «επειδή έκανε χρήση ο φίλος μου». Ακόμη κι όταν ένα παιδί ή νεαρός έφηβος αναφέρει τη χρήση ως προσωπική επιλογή δεν μπορούμε παρά να αναρωτιόμαστε για τις βαθύτερες αιτίες που προκάλεσαν τη συνάντησή του με τις ψυχοδραστικές ουσίες (Lloyd & Lucas, 1998). Αξίζει να σημειωθεί ότι στην Ελλάδα ένας στους πέντε εφήβους ηλικίας 15 ετών πίνουν σε κάθε συνηθισμένη τους έξοδο τουλάχιστον 3 ποτά, ενώ το 14,6% των 13χρονων έχει καπνίσει έστω μια φορά στη ζωή του (Κοκκέβη και συν., 2015). Η βιβλιογραφική ανασκόπηση παρακάτω, κάποιων από την πληθώρα των ερμηνειών του εξαιρετικά σύνθετου φαινομένου της εξάρτησης, τοποθετείται απαραίτητα στο πλαίσιο της πολυπλοκότητας των επιβαρυντικών και προστατευτικών παραγόντων που καθορίζουν την ευαλωτότητα του προσώπου που συναντιέται με την ουσία.

4.2.1. Η χρήση ουσιών ως αυτοθεραπεία

Οι πρώτες ψυχαναλυτικές προσεγγίσεις προσπάθησαν να ερμηνεύσουν την εξάρτηση ως υποκατάστατο της σεξουαλικής ικανοποίησης και των παιδικών τραυμάτων στην πρώιμη ηλικία (Lettieri et al., 1980). Τα στάδια της ψυχοσεξουαλικής ανάπτυξης στην ψυχανάλυση είναι τα εξής:

- Στοματικό στάδιο (από τη γέννηση μέχρι 1,5 έτους)
- Πρωκτικό στάδιο (1,5 έως 3 ετών)
- Φαλλικό στάδιο (3,5 έως 6 ετών)
- Στάδιο λανθάνουσας σεξουαλικότητας (6 ετών μέχρι την αρχή της εφηβείας)
- Γενετήσιο στάδιο (μέχρι το τέλος της εφηβείας)

Η εξάρτηση συνδέεται με καθήλωση στο στοματικό στάδιο κατά το οποίο ο διαχωρισμός μεταξύ Εγώ και Μητέρας είναι ασαφής και το παιδί δεν έχει αρχίσει να διαφοροποιεί τον εαυτό του από τον εξωτερικό κόσμο. Η ναρκισσιστική κατάσταση του παιδιού σε αυτό το στάδιο χαρακτηρίζεται από μια ψευδή αίσθηση παντοδυναμίας. Ο εξαρτημένος υποστηρίζει ότι ελέγχει απόλυτα τη σχέση του με τις ουσίες, ότι είναι ικανός να διακόψει οποιαδήποτε στιγμή τη χρήση τους. Οι ουσίες τού δίνουν τη δυνατότητα να μεταμορφώνει την ψυχική του διάθεση, να ξεφεύγει από το κενό, τον πόνο, την ανία, τον θυμό, τη ντροπή και τη δυσκολία να ελέγξει τις παρορμήσεις του. Η εμπειρία της χρήσης είναι η εμπειρία του αδύνατου ή της απόλυτης ελευθερίας, της ψευδούς αίσθησης ότι μπορείς να μην εξαρτάσαι από τίποτα και από κανέναν (Μάτσα, 2001). Πίσω από τη δυσκολία του εξαρτημένου να αντέξει τα δυσάρεστα συναισθήματα που βιώνει κρύβεται η αδυναμία του να δημιουργήσει ώριμη συναισθηματική σχέση με τους συνανθρώπους του, η οποία είναι αδύνατον να μην περιλαμβάνει και δυσάρεστες καταστάσεις.

«Έπινα για να πνίγω τον πόνο μου, έπινα γιατί δεν άντεχα πλέον, έπινα επειδή ένιωθα άσχημα με τον εαυτό μου, και έπινα επειδή είχα φτάσει στο σημείο να μην μπορώ να μιλήσω σε κανένα, αφού δεν μπορούσα να εκφραστώ. Πονούσα και είχα επιλέξει να απομονωθώ, να γίνω αντικοινωνικός και είχα επιλέξει να κάνω χρήση ναρκωτικών, επειδή λανθασμένα πίστευα ότι μόνο έτσι θα σταματούσα να πονάω και να σκέφτομαι όλα αυτά που με πλήγωναν».

ΑΡΓΩ, Πρόγραμμα Εναλλακτικής Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων ΨΝΘ (2005) *Γροθιά στο στομάχι-Λογοτεχνία της σκόνης*. Θεσσαλονίκη: Δωδώνη (σελ. 94-95).

Πίνακας 4.2 Χρήση ουσιών και αυτοθεραπεία.

Οι αρχικές πάντως ψυχαναλυτικές ερμηνείες της χρήσης όλων των ουσιών ως παλινδρόμηση στο στοματικό στάδιο αντικαταστάθηκαν μετέπειτα από τις ψυχοδυναμικές ερμηνείες σύμφωνα με τις οποίες η χρήση αποτελεί μια αμυντική και προσαρμοστική συμπεριφορά παρά μια παλινδρόμηση (Gabbard, 2006). Ο χρήστης αμύνεται απέναντι σε ισχυρά αισθήματα όπως η οργή, η ντροπή και η κατάθλιψη από τα οποία δεν

μπορεί να αυτοπροστατευθεί. Το έλλειμμα αυτοπροστασίας και ρύθμισης των συναισθημάτων σχετίζεται με τη σχέση με τη μητρική φιγούρα κατά την πρώιμη παιδική ηλικία. Η σχέση τού χρήστη με την ουσία αποτελεί μια εκδραμάτιση (“acting out”) των πρώιμων, βρεφικών φαντασιώσεων στην ενήλικη ζωή. Η εκδραμάτιση αυτή αποτελεί μηχανισμό άμυνας, απαραίτητο για τη την ψυχική του επιβίωση. Με αυτόν μετατρέπει τη βαθιά αίσθηση ανημπόριας σε αίσθηση δύναμης και ισχύος επιβεβαιώνοντας επαναληπτικά την αρνητική σχέση με τον εαυτό του και τους άλλους.

4.2.2. Ταυτότητα και χρήση ουσιών

Η δυσκολία του χρήστη να διαχειριστεί τα συναισθήματά του σχετίζεται και με τη δυσκολία του να συγκροτήσει μια ταυτότητα που θα του επιτρέψει να ανήκει κάπου μαζί με άλλους ανθρώπους και η οποία προκαλεί ένα εσωτερικό βίωμα βαθιάς θλίψης και ανεπάρκειας. Η χρήση ουσιών αποτελεί μια απόπειρα να βάλει μια νέα ταυτότητα στη θέση της παλιάς διάχυτης ταυτότητας (Μάτσα, 2001). Μόνο που και η νέα ταυτότητα δεν είναι λειτουργική όπως και η παλιά.

Πρόσωπο και προσωπείο

«Είχα μια ταυτότητα, όταν ήμουν στα ναρκωτικά. Μπορούσα να βάζω τα όρια και να κάνω τη φωνή μου να ακούγεται. Αλλά όταν ήμουν καθαρή, ένιωθα τρομερά μικρή και φοβισμένη. Τότε έκανα πράγματα για να αρέσω στους ανθρώπους, να με παρατηρούν, πράγματα που στην πραγματικότητα δεν ήθελα να κάνω αλλά τα έκανα μόνο για να με βλέπουν οι άλλοι...».

«Ήταν εκείνο το συναίσθημα, ότι δεν ανήκω κάπου μαζί με άλλους. Έβγαζα με κάποιο τρόπο τον εαυτό μου έξω. Και αυτό το συναίσθημα έγινε πιο δυνατό όταν ξεκίνησα να παίρνω ναρκωτικά. Τότε έγινα λιγότερο ο εαυτός μου, αλλά με κάποιον τρόπο ένιωθα εμπιστοσύνη με αυτό το καινούριο πρόσωπο, που δεν είχε ποτέ να σκεφθεί πώς να συμπεριφερθεί για να ταιριάζει κάπου. Αλλά την ίδια στιγμή φοβόμουν ότι οι άνθρωποι θα καταλάβουν ποιος είμαι πραγματικά, και ότι θα μου γυρίσουν την πλάτη».

«Όταν σταματούσα να παίρνω ναρκωτικά, περνούσα μια τρομακτική κρίση ταυτότητας «ποια ήμουν;» Γιατί όταν έπαιρνα ναρκωτικά ήμουν κάποια. Αλλά χωρίς αυτά, ήμουν ένα τίποτα, δεν υπήρχα...».

Wiklund, L. (2008) Existential aspects of living with addiction – Part I: meeting challenges. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 2426–2434. doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02356.x

Πίνακας 4.3 Ταυτότητα και χρήση ουσιών.

4.2.3. Χρήση ουσιών και εσωτερική εικόνα εαυτού

Αρκετές μελέτες συνδέουν τη χαμηλή αυτοεκτίμηση και αυτοεικόνα με τη χρήση ουσιών (Dillon et al., 2007; Arthur et al., 2002; Dawes et al., 2000). Η αρνητική αυτοεικόνα του χρήστη τού προκαλεί βαθιά θλίψη και αισθήματα ανημπόριας (Wiklund, 2008). Η δυσκολία του να αποδεχτεί τον εαυτό του τον απομακρύνει από τους άλλους. Επιπλέον, το προσωπείο της εξάρτησης δεν δίνει τη δυνατότητα στους άλλους να γνωρίσουν το πραγματικό πρόσωπό του. Μα και ο ίδιος με αυτό τον τρόπο καταφέρνει να μην συναντά τον αληθινό του εαυτό. Τα συναισθήματα, τα οποία βιώνει, είναι συχνά τόσο βασανιστικά που μπορεί να τον οδηγήσουν ακόμη και στην αμφισβήτηση της αξίας της ζωής του. Η εσωτερική εικόνα του εαυτού ως ανάξιου αποτελεί ένα πλαίσιο αναφοράς μέσα στο οποίο ερμηνεύει όλα όσα του συμβαίνουν ως συνέπεια του ότι είναι «κακός άνθρωπος». Κατανοώντας τη ζωή από αυτή την προοπτική, την καθιστά χωρίς νόημα. Όταν κάποιος είναι ανάξιος, οι επιθυμίες του δεν έχουν πια καμία αξία.

Όταν ο χρήστης βιώνει τη ζωή σαν κάτι χωρίς νόημα και τον εαυτό του τόσο μόνο, συχνά αναρωτιέται και για το δικαίωμα του να είναι ζωντανός. Όταν νιώθει τόσο παραμελημένος σαν άτομο, το κεντρικό ερώτημα που τον βασανίζει είναι αν θα ζήσει ή αν θα πεθάνει ως πρόσωπο. Τα ναρκωτικά τού

προσφέρουν το μέσο για γίνει «κάποιος», ενώ κατά παράδοξο τρόπο τον εμποδίζουν να είναι ο εαυτός του. Η χρήση των ναρκωτικών στοχεύει στη δημιουργία του αισθήματος ότι είναι ζωντανός. Οι ουσίες τον κάνουν να νιώθει ότι είναι κάποιος, ακόμη και όταν δεν είναι ο εαυτός του.

«Δεν είχα ποτέ την ευκαιρία να μάθω το πιο σημαντικό πράγμα, το θεμέλιο λίθο της ζωής, να μπορώ να αγαπάω τον εαυτό μου. Έψαχνα και ζούσα σε καταστροφικές σχέσεις, σε σχέσεις που συνεχώς επιβεβαίωναν πόσο κακή ήμουν. Σήμερα βλέπω ότι απλά το άφηνα να συμβαίνει, γιατί πίστευα ότι ήμουν άχρηστη».

«Θυμάμαι, όταν μέθυσα για πρώτη φορά. Ήταν ένα συναίσθημα ελευθερίας που δεν είχα φανταστεί ποτέ, σχεδόν θεϊκό. Ήταν σαν να άνοιγε ένας καινούριος κόσμος για μένα... ένιωθα τόσο καλά σαν «Η ζωή είναι τώρα! Τώρα». Επιτέλους είχα βρει κάτι που μου έδινε δύναμη, που με έκανε να νιώθω ότι είμαι κάποιος σαν όλους τους άλλους, και ακόμη καλύτερος».

«Σαν έφηβος νόμιζα ότι κανένας δεν με αγαπά, ότι κανένας δεν με ήθελε και ότι δεν υπήρχε χώρος για μένα εδώ... δεν πίστευα ότι θα ζήσω για να γίνω ενήλικος... κι όταν έγινα (ενήλικος) προσπάθησα να πηδήξω από το μπαλκόνι».

Wiklund, L. (2008) Existential aspects of living with addiction – Part I: meeting challenges. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 2426–2434. doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02356.x

Πίνακας 4.4 Χρήση και εσωτερική εικόνα εαυτού.



Εικόνα 4.2 Βιδάλη Στ., δραματοθεραπεύτρια «18 ANΩ», CC BY-NC-ND 3.0.

4.2.4. Χρήση ουσιών και συννοσηρότητα

Η συννοσηρότητα αναφέρεται στη συνύπαρξη ψυχιατρικής διαταραχής και εξάρτησης. Εναλλακτικά χρησιμοποιείται ο όρος «διπλή διάγνωση» (“dual diagnosis”). Αρκετές μελέτες δείχνουν υψηλό συσχετισμό μεταξύ ψυχιατρικών διαταραχών και χρήσης ουσιών (Dillion et al., 2007· Degenhardt et al., 2004· Clark & Bukstein, 1998). Η κατάθλιψη αποτελεί τη συχνότερη διάγνωση ανάμεσα στις ψυχιατρικές διαταραχές στον συγκεκριμένο πληθυσμό. Κυριαρχεί βέβαια έντονη διχογνωμία για το αν η κατάθλιψη προηγείται ή έπεται της χρήσης ουσιών. Το ζήτημα αυτό απασχολεί περισσότερο τους ερευνητές παρά τους κλινικούς (Gabbard 2006). Άλλες ψυχιατρικές διαταραχές οι οποίες διαπιστώνονται είναι οι ψυχώσεις, οι απόπειρες αυτοκτονίας, οι κρίσεις πανικού και η μανιοκατάθλιψη. Σε γενικές γραμμές τα άτομα με ψυχικά προβλήματα χρησιμοποιούν την εξάρτηση ως μία στρατηγική επιβίωσης στην ανυπόφορη κατάσταση που δημιουργεί η ψυχιατρική διαταραχή (Μάτσα, 2001).

4.2.5. Χρήση ουσιών και οριακή ψυχοπαθολογία

Τόσο ο αλκοολισμός όσο και η τοξικομανία έχουν συσχετιστεί άμεσα με την ανικανότητα του ατόμου να αντέχει και να ρυθμίζει την οικειότητα στις σχέσεις με τους άλλους (Gabbard, 2006). Ο εξαρτημένος φοβάται έντονα την οικειότητα αλλά και δεν αντέχει την απόσταση. Μάλιστα μελέτες τόσο σε αλκοολικούς όσο και σε τοξικοεξαρτημένους υποστηρίζουν ότι συνυπάρχει οριακή παθολογία σε μεγάλο ποσοστό (Gabbard, 2006). Μοναξιά, αίσθημα κενού, δυσκολία ελέγχου του θυμού, απαιτητικότητα, εχθρότητα, εξαρτητικές σχέσεις, φόβος εγκατάλειψης, ακραία εναλλαγή μεταξύ εξιδανίκευσης και υποτίμησης του άλλου που δημιουργεί ασταθείς και έντονες σχέσεις, αυτοκτονικές συμπεριφορές κ.λπ. είναι κάποια από τα χαρακτηριστικά της οριακής παθολογίας.

Σύμφωνα όμως με τον Gabbard, η αυξανόμενη δημοτικότητα της διάγνωσης οριακών διαταραχών κατά τη διάρκεια των δύο τελευταίων δεκαετιών τις έχει μεταβάλλει σε «ψυχιατρικό κάλαθο των αχρήστων». Μάλιστα, αρκετές φορές η ταμπέλα «οριακός» χρησιμοποιείται για να περιγράψει σχεδόν όλες τις διαταραχές προσωπικότητας. Πάντως, ενώ αρχικά ο όρος «οριακότητα» εμφανίστηκε στη βιβλιογραφία για να περιγράψει μια διαταραχή που βρισκόταν «στα όρια» της ψύχωσης, στην πορεία έχει συνδεθεί περισσότερο με τις συναισθηματικές διαταραχές και με δυσκολίες στη διαδικασία αποχωρισμού-εξανομιέυσης. Συχνά οι δυσκολίες αυτές αποδίδονται σε ανεπάρκεια της γονεϊκής λειτουργίας κατά την παιδική ηλικία, πρόωρους αποχωρισμούς, απώλειες και άλλες ψυχοτραυματικές καταστάσεις.

Σε οικογένειες όπου κυριαρχούν ο αλκοολισμός, έντονες συγκρούσεις ή ακραία γεγονότα, μυστικά για τα οποία απαγορεύεται να μιλήσει κανείς, τα παιδιά δεν εκφράζουν τα έντονα συναισθήματα που βιώνουν, ούτε βέβαια βοηθούνται στην αναγνώριση και στην επεξεργασία τους (Kroll, 2004). Η συνωμοσία της σιωπής και ο κανόνας «μη μιλάς γι' αυτό» οδηγούν στον κανόνα «να μη νιώθεις» (Brooks & Rice, 1997). Με αυτό τον τρόπο τα παιδιά ενθαρρύνονται να μην νιώθουν και να μην μιλούν για τα συναισθήματά τους. Η σύγχυση και η διαστρεβλωμένη πραγματικότητα μειώνουν την ικανότητα του παιδιού να εμπιστευτεί την αντίληψή του. Δυσκολία να αναγνωρίσει, να διαφοροποιήσει και να εκφράσει τα συναισθήματά του, φτωχή φαντασία, παρορμητική συμπεριφορά και τάση να σωματοποιεί την ψυχική διάθεση είναι κάποια από τα χαρακτηριστικά της «αλεξιθυμίας», η οποία μπορεί να χαρακτηρίζει ένα άτομο σε μικρότερο ή μεγαλύτερο βαθμό. Γνωρίζει ότι δεν νιώθει καλά, αλλά δεν γνωρίζει πώς να πει και να περιγράψει αυτό που νιώθει (Ogrodniczuk et al., 2011· Lumley et al., 1994).

«Ο Σ. μεγάλωσε σε ένα σπίτι το οποίο αρνούσαν τα συναισθήματα. Υπήρχαν μυστικά που δεν επιτρεπόταν να ειπωθούν ανοιχτά. Ο Σ. δεν γνώριζε ότι ο πατέρας του είχε αυτοπυροβοληθεί όταν ήταν τριών χρονών. Τρεις μήνες αργότερα ο μεγαλύτερος αδελφός του πνίγηκε ή το πιθανότερο επέλεξε να πνιγεί σε σάουνα. Ο Σ. ποτέ δεν έμαθε να αναγνωρίζει τα συναισθήματα. Γνώριζε μόνο τον εκνευρισμό ή την επιβεβαίωση. Έπαιρνε επιβεβαίωση, όταν κατάφερνε να επιβεβαιώσει την ανωτερότητά του, με τη νίκη σε κάτι, με το σεξ, με το αλκοόλ» (σελ.1.843).
Hanninen, V., Koski-Jannes, A. (1999) Narratives of recovery from addictive behaviours. *Addiction*, 94(12), 1.837-1.848.

Πίνακας 4.5 Δυσκολία αναγνώρισης συναισθημάτων.

4.2.6. Χρήση ουσιών και επιθετική συμπεριφορά

Μελέτες αποδεικνύουν ότι ένας από τους παθογενετικούς παράγοντες της εξάρτησης είναι η ρύθμιση της παρορμητικότητας (Gabbard 2006). Συχνά αυτό που κυριαρχεί στη σκέψη και στο συναίσθημα του εξαρτημένου ατόμου είναι η αρνητικότητα (Μάτσα 2001). Προσεγγίζει και αντιλαμβάνεται τα πράγματα από την αρνητική τους πλευρά, κάνει αρνητικές κρίσεις, ενώ στη σκέψη του επικρατούν το κακό, το λάθος, το αρνητικό. Μπορεί να γίνει σκληρός, επιθετικός, έντονα προκλητικός ή βίαιος, χαρακτηριστικά που τον κάνουν απωθητικό και τον στιγματίζουν ως κοινωνικά επικίνδυνο, διαιωνίζοντας την τεράστια ψυχική οδύνη που σφραγίζει τη ζωή του. Μια βαθύτερη ψυχολογική διερεύνηση της συμπεριφοράς αυτής, σπανίως διαπιστώνει σαφή αισθήματα μίσους και προσωποποιημένης επιθετικότητας από μέρους του. Το εξαρτημένο άτομο δίνει μάλλον την εντύπωση ότι μέσα από τη βίαιη συμπεριφορά του επιζητεί μια υποθετική επιβεβαίωση ταυτότητας, ότι επιχειρεί μια ακόμη προσπάθεια ψυχικής επιβίωσης (Bergeret, 1999).

Επίσης, οι βίαιες αυτές συμπεριφορές του σχετίζονται με την εμπειρία της βίας στην παιδική του ηλικία, η οποία τελικά ωθεί το άτομο σε περιφρόνηση του άλλου και του εαυτού, στην επιλογή της παρέκκλισης ως τρόπου ζωής. Τέλος, σχετίζονται με μια μικρότερη ή μεγαλύτερη αδυναμία του ατόμου να προσαρμοστεί στο οικογενειακό, σχολικό και στο ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον, σε ένα πλαίσιο με κανόνες και όρια. Οι βίαιες πράξεις του τοξικοεξαρτημένου αποτελούν μέρος μιας συνολικής συμπεριφοράς που παίρνει τον χαρακτήρα της παρέκκλισης και της εκτροπής από την κοινωνική νόρμα και κάποτε την εχθρότητα απέναντι σε κάθε μορφή εξουσίας. Μέσα σε οργανωμένα πλαίσια συχνά νιώθει καταπίεση και έντονο τον φόβο απώλειας της ελευθερίας του, έχει τάσεις επαναστατικότητας, αντιδρά και τέλος απορρίπτεται. Η παρορμητική χρήση ναρκωτικών αποτελεί μια λύση στη δυσφορία που βιώνει στο οικογενειακό και άλλα πλαίσια, στα οποία νιώθει ότι δεν έχει θέση, ότι απορρίπτεται. Έτσι απορρίπτει και ο ίδιος το πλαίσιο που του δημιουργεί το αίσθημα του ανοίκειου και κρύβει την οδύνη του «ξένου» πίσω από μια επιφανειακά αντικομοφορμιστική συμπεριφορά.

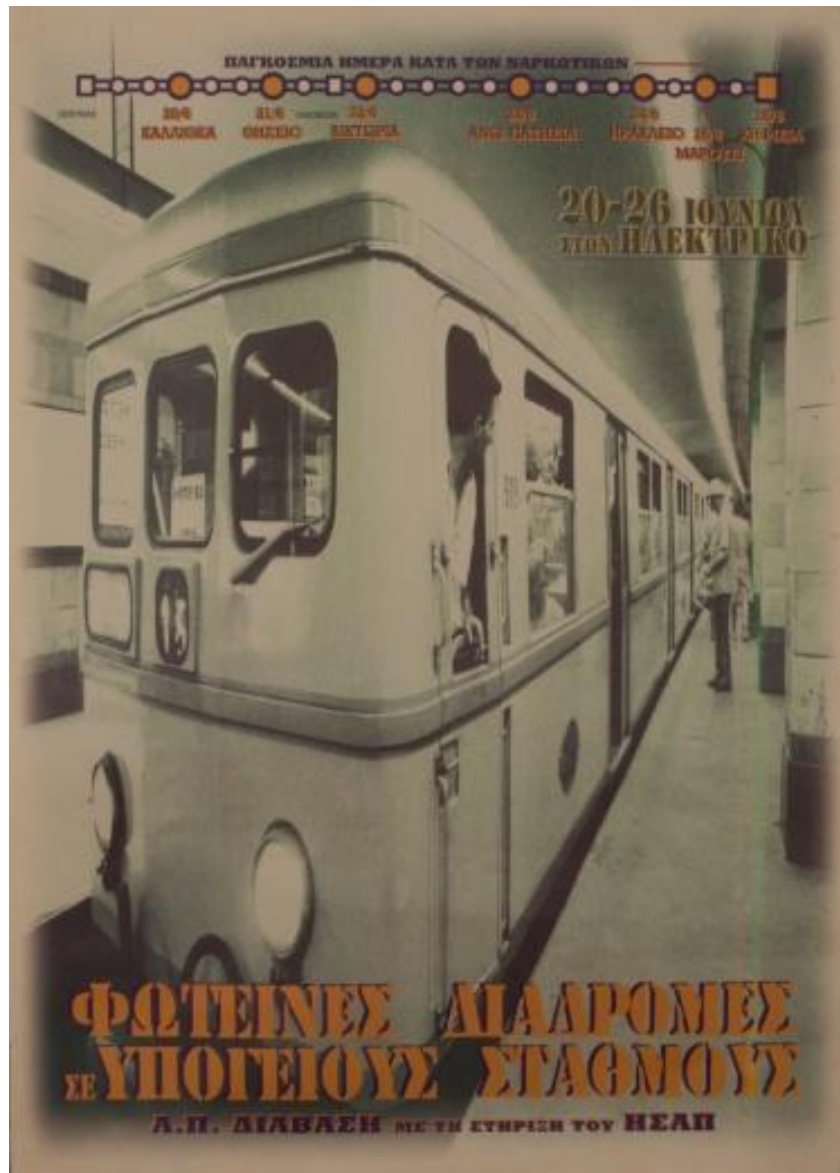
Επιπλέον, οι βίαιες πράξεις και συμπεριφορές του στο πλαίσιο των διαπροσωπικών σχέσεων θα μπορούσαν να μεταφραστούν σαν μια προσπάθεια του χρήστη να αμυνθεί, απέναντι στον φόβο που του γεννάει η παρουσία των άλλων. Ο φόβος τον οποίο προκαλούν οι βίαιες πράξεις του, δεν είναι παρά ένα τείχος που υψώνει γύρω του, για να προστατευτεί από αυτούς με τους οποίους δυσκολεύεται να επικοινωνήσει. Σκοπός του δεν είναι να καταστρέψει τον Άλλο, αλλά να επιβληθεί σ' αυτόν, παίζοντας τον ρόλο του κυρίαρχου, μέσα από την ψευδαίσθηση της παντοδυναμίας που του παρέχουν οι ουσίες (Μάτσα, 2001).

4.2.7. Τραύμα και χρήση ουσιών

Μεγάλος αριθμός μελετών συσχετίζει την εξάρτηση με ψυχικό τραυματισμό στην παιδική ηλικία, όπως σωματική και σεξουαλική κακοποίηση, νοσηρές καταστάσεις σκληρότητας και σύγκρουσης, θάνατο και παρατεταμένη ασθένεια, πρόωρους αποχωρισμούς και απώλειες, μετανάστευση κ.α. (Mills, 2009· Rice et al., 2001· Roy 2001· Ouimette et al., 2000· SAMHSA, 2000). Σύμφωνα με την Mills (2009), περίπου το ένα τρίτο των εξαρτημένων ατόμων έχουν Χρόνια Μετατραυματική Διαταραχή Άγχους (PTSD) τη στιγμή που έρχονται σε επαφή με κάποιον επαγγελματία υγείας, ενώ το ποσοστό αυτό ξεπερνά το 80% για όλη τη διάρκεια της ζωής. Μάλιστα, το ποσοστό PTSD στις γυναίκες που αντιμετωπίζουν προβλήματα εξάρτησης είναι κατά κανόνα σημαντικά υψηλότερο από ό,τι στους άντρες (Morrissey et al., 2005· McHugo et al., 2005· Kelly et al., 2001· Najavits et al., 1997).

Οι γονείς της Κ. χώρισαν, όταν ήταν 3 ετών. Η μητέρα την έβαλε σε ίδρυμα. Δεν έχει γνωρίσει τον πατέρα, για τον οποίο η μητέρα έλεγε άσχημα πράγματα. Με τα αδέρφια ούτε είχαν ούτε έχουν μεγάλη επαφή, γιατί μεγάλωσαν σε διαφορετικά ιδρύματα. Η μητέρα ξαναπαντρεύτηκε κι έκανε ένα κοριτσάκι από δεύτερο γάμο. Η Κ. παντρεύτηκε στα 14 για να γλιτώσει από το Ίδρυμα. Ο σύζυγός της ήταν φίλος του πατριού της, πυροσβέστης και αλκοολικός. Έκανε δύο παιδιά μαζί του. Ο σύζυγός της την κακοποιούσε. Η μητέρα της της έλεγε «έτσι είναι οι άντρες». Στα 20 της ξεκίνησε τη χρήση αλκοόλ» (από ιστορικό ασθενούς της Μονάδας Απεξάρτησης ΨΝΑ, «18 ΑΝΩ»).

Πίνακας 4.6 Τραύμα και χρήση ουσιών.



Εικόνα 4.3 ΚΕΘΕΑ, Copyright.

Το ψυχικό τραύμα συνδέεται απαραίτητα με βία, μιας και προκαλείται από γεγονότα ή καταστάσεις τα οποία με βία διέρρηξαν τον εσωτερικό κόσμο του ατόμου. Μπορεί να αφορά ένα μόνο γεγονός ή ακόμη και τραυματικούς όρους ζωής. Είναι απειλητικό, επώδυνο, αποδιοργανωτικό. Το άτομο δυσκολεύεται να κατανοήσει το τραύμα και να ξεπεράσει, έστω σε κάποιο βαθμό, τον τρόμο που του προκαλεί, να το εντάξει στα βιώματά του, να καταφέρει να μιλήσει γι' αυτό και να ξαναβρεί κάποιο αίσθημα νοήματος στη ζωή. Συχνά, η ανάμνηση των τραυματικών γεγονότων απωθείται. Ο ψυχισμός δεν μπορεί να συνδέσει το τραύμα με τα έντονα συναισθήματα, τα οποία αυτό του προκαλεί, με λέξεις και νοήματα. Έτσι το πένθος εγκλωβίζεται σε μια «ψυχική κρύπτη» προκαλώντας έναν φαύλο κύκλο διαίωσης της τραυματικής εμπειρίας (Μάτσα, 2012). Αυτό συμβαίνει, γιατί όταν η εμπειρία αυτή παραμένει ανεπεξέργαστη, σε μικρότερο ή μεγαλύτερο βαθμό παρεισφρυτικές αναμνήσεις και εφιάλτες εμφανίζονται ακούσια με αποτέλεσμα την αναβίωση του πρωταρχικού τρόμου, φόβου και απελπισίας. Επιπλέον, κάποιες φορές ένας τραυματισμός φέρνει στην επιφάνεια της συνείδησης ενός ατόμου άλλους παλαιότερους τραυματισμούς τους οποίους προσπαθούσε να απωθήσει και να θάψει μέσα του. Το συναισθηματικό φορτίο παλαιότερων και νέων ψυχικών τραυμάτων μπορεί να βυθίσει το άτομο σε απελπισία και αποδιοργάνωση του ψυχισμού του.

«Η Μ. είναι 31 ετών και έχει διαγνωσθεί ότι πάσχει από Χρόνια Μετατραυματική Διαταραχή Άγχους και αλκοολική εξάρτηση. Κατά την ηλικία 8-12 ετών κακοποιούνταν σεξουαλικά από έναν θείο της. Η Μ. δεν είπε ποτέ σε κανένα για την κακοποίηση, γιατί πίστευε ότι δεν θα την πίστευαν. Ο θείος της μένει κοντά στην οικογένεια και η Μ. τον βλέπει ακόμη σε κάποιες γιορτές. Όταν ήρθε για θεραπεία, περιέγραψε τα συναισθήματα και τις σκέψεις της ως «εκτός ελέγχου». Έχει συχνά παραισφρυτικές αναμνήσεις της κακοποίησης, οι οποίες κάποιες φορές είναι έντονα ζωντανές και αποκρουστικές. Δεν μπορεί να υπολογίσει πότε θα έρθουν αυτές οι σκέψεις. Οι προσπάθειές της να συγκεντρώσει το μυαλό της σε κάτι άλλο δεν είναι πάντα αποτελεσματικές. Αρκετές φορές πίνει για να αντιμετωπίσει αυτές τις σκέψεις ή την παρουσία του θείου της, μιας και έχει ανακαλύψει ότι το αλκοόλ μπορεί να μουνδιάσει την αναστάτωσή της. Έχει επίσης δυσκολία να κοιμηθεί και συχνά ξυπνάει από εφιάλτες. Δεν θυμάται πάντα τα όνειρα της, αλλά ξυπνάει νιώθοντας φοβισμένη και δεν μπορεί να ξανακοιμηθεί. Προσπαθεί να αποφύγει τις οικογενειακές συγκεντρώσεις, αλλά συχνά νιώθει πιεσμένη να παρευρεθεί σε αυτές. Όποτε βλέπει τον θείο της, νιώθει έντονο πανικό και θυμό αλλά καταφέρνει να συγκρατήσει τον εαυτό της, όταν τον αποφεύγει. Μετά όμως καταλαμβάνεται από αυτά τα συναισθήματα και δεν μπορεί να ηρεμήσει. Τότε νιώθει άρρωστη σωματικά και τρέμει. Σε αυτές τις στιγμές απομονώνεται, μένει στο διαμέρισμά της και πίνει συνέχεια για μερικές μέρες. Η Μ. περιγράφει δυσκολίες και στη σχέση με τον σύντροφό της. Στην αρχή της σχέσης τους, η τρυφερότητά του την παρηγορούσε και την απολάμβανε, αλλά τελευταία έχει αρχίσει να νιώθει αγχωμένη και άβολα κοντά του. Η Μ. προσπαθεί να αποφύγει την ερωτική επαφή αλλά κάποιες φορές ενδίδει από φόβο να μην τον χάσει. Γι' αυτήν είναι πιο εύκολο να έχει επαφή μαζί του, όταν έχει πει αλκοόλ αλλά συχνά αναβιώνουν έντονα συναισθήματα τρόμου και αηδίας που σχετίζονται με την κακοποίησή της. Τα συναισθήματα αυτά προκαλούν στην Μ. ενοχή και σύγχυση».

SAMHSA (2014) Trauma-Informed Care in Behavioral Health Services, A Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 57. HHS Publication No.(SMA) 14-4816. Rockville: Substance Abuse and Mental Health Administration (σελ. 88).

Πίνακας 4.7 Χρήση ουσιών και Χρόνια Μετατραυματική Διαταραχή Άγχους.

4.3. Η επίδραση της οικογένειας

Η επίδραση της οικογένειας στην εμφάνιση συμπεριφορών εξάρτησης είναι ιδιαίτερα σημαντική. Δομικές οικογενειακές μεταβλητές έχουν βρεθεί να σχετίζονται θετικά με τη χρήση των ουσιών (π.χ. Hoffman, 1995· Klagburn & Davis, 1998), ενώ αρκετές τυπολογίες οικογενειακής δυσλειτουργίας έχουν περιγραφεί στη βιβλιογραφία (π.χ. Stanton & Todd, 1982· Billings & Moos, 1983· Cermak, 1991· Stafford & Hodgkinson, 1991· Cancrini 1994). Σύμφωνα με το EMCDDA (2010) οι επιβαρυντικοί παράγοντες που συνδέονται με τη χρήση ουσιών στο επίπεδο της οικογένειας είναι οι εξής:

- Χρήση ουσιών από τους γονείς ή άλλα μέλη της οικογένειας
- Θετικές στάσεις σε θέματα χρήσης ουσιών
- Ελλιπής γονεϊκή εποπτεία
- Γονεϊκή απόρριψη
- Χαμηλό επίπεδο δεσμών και πρόσδεσης (attachment)
- Συναισθηματική αδιαφορία και παραμέληση
- Αυταρχικοί γονείς και γονείς που δυσκολεύονται στην οριοθέτηση
- Συγκρούσεις στην οικογένεια
- Χαοτικό οικογενειακό περιβάλλον
- Χαμηλές ή υπερβολικά υψηλές προσδοκίες γονέων
- Ανεργία / χαμηλή κοινωνικο-οικονομική κατάσταση / δυσκολίες διαβίωσης
- Δυσκολίες στην επικοινωνία μεταξύ των μελών της οικογένειας



Εικόνα 4.4 Χατζηκυριάκος-Γκίκας Ν, Εθνική Πινακοθήκη, Copyright.

Αντίθετα ως προστατευτικοί παράγοντες αναφέρονται οι ακόλουθοι:

- Ισχυροί δεσμοί μεταξύ των μελών της οικογένειας
- Συναισθηματική στήριξη
- Ασφαλής πρόσδεση γονέα / παιδιού
- Υψηλή γονεϊκή εποπτεία
- Συνεπής, ανάλογα με την ηλικία, επιβολή πειθαρχίας
- Ικανότητα επίλυσης προβλημάτων στην οικογένεια
- Υποστηρικτική επικοινωνία μεταξύ των μελών της οικογένειας
- Σημαντική προσκόλληση σε ενήλικες με θετική κοινωνική συμπεριφορά
- Σημασία στην αξία της εκπαίδευσης
- Απουσία πρόωμης απώλειας ή χωρισμού

Η δράση των παραπάνω παραγόντων είναι αθροιστική και συνεργατική. Στη συνέχεια επιχειρείται η βαθύτερη κατανόηση του ρόλου κάποιων παραγόντων στο πλαίσιο της αναγκαιότητας μιας συνθετικής προσέγγισης, η οποία δεν απομονώνει έναν παράγοντα αποκλείοντας άλλους.

4.3.1. Η χρήση ουσιών από τους γονείς

Οι έφηβοι που μεγαλώνουν σε οικογένειες στις οποίες γίνεται κατάχρηση ουσιών έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να εξαρτηθούν από κάποια ουσία και οι ίδιοι (Arthur et al. 2002, Kandel et al. 2001). Οι γονείς που κάνουν κατάχρηση αλκοόλ ή ψυχοδραστικών ουσιών συχνά απορροφώνται υπερβολικά στις ανάγκες και τα προβλήματά τους (Μάτσα, 2001· Μισουρίδου, 2004). Έτσι παραμελούν την οικογένειά τους, ενώ οι διαθέσεις τους εξουσιάζουν τα μέλη αυτής. Ο θυμός τους αφήνει τα μέλη της οικογένειας έντρομα και

ανήσυχα, ενώ συχνά οι ρόλοι μπορεί να συγχέονται και τα παιδιά να φροντίζουν τους γονείς τους, καθώς η επικοινωνία μεταξύ τους είναι αρκετά μπερδεμένη. Παρότι τα μέλη της οικογένειας γνωρίζουν ή διαισθάνονται το πρόβλημα και τη σοβαρότητά του, δεν το κατονομάζουν. Η αλήθεια παραμένει ανείπωτη όχι μόνο μέσα στην οικογένεια αλλά κι έξω από αυτήν, φέροντας το βάρος ενός δυσβάσταχτου μυστικού. Το στίγμα της εξάρτησης διαχέεται σε όλα τα μέλη της οικογένειας και την απομονώνει.

4.3.2. Η εξάρτηση ως σύμπτωμα της οικογένειας

Ο χρήστης με την εξάρτησή του αποσπά την προσοχή των γονιών του από προσωπικά ή συζυγικά προβλήματα (Steinglass, 2009· Stanton & Heath, 2005· Steinglass et al., 1987· Kaufman, 1984· Stanton & Todd, 1982). Εξισορροπεί τη συναισθηματική απόσταση ανάμεσά τους, αφού τους κάνει να αισθάνονται πως πρέπει να προσπαθήσουν από κοινού να αντιμετωπίσουν την κατάσταση για να σώσουν το παιδί τους. Με αυτόν τον τρόπο η οικογένεια διατηρεί τη συνοχή της. Τα αδέρφια μπορούν να αισθάνονται επιτυχημένα στη ζωή τους, αφού όλη την αποτυχία έχει αναλάβει το μέλος-θύμα (Μάτσα, 2001). Επίσης, παρατηρείται μεγάλος βαθμός ενδοοικογενειακής σύγκρουσης, η οποία συνήθως εκφράζεται με πρωτόγονους τρόπους. Η ένταση και η βία αποτελούν βασικά στοιχεία της οικογενειακής ατμόσφαιρας. Η συζυγική δυσαρμονία και ο χωρισμός έχουν σαν αποτέλεσμα να στρέφουν συχνά οι γονείς τον θυμό για τον σύντροφό τους στο παιδί τους. ‘Ξεσπάνε’ στο παιδί εκδικούμενοι στο πρόσωπό του τον σύντροφό τους.

«Όταν οι γονείς είναι χωρισμένοι και μάλιστα, όταν είναι με άσχημο τρόπο χωρισμένοι, πολλές φορές βγαίνει θυμός τού ενός για τον άλλον πάνω στο παιδί, πάνω στον θεραπευόμενο... Και το παιδί γίνεται μπαλάκι ή του λένε ‘πήγαινε στο πατέρα σου’ ή ‘πήγαινε στη μάνα σου’ και τέτοια, ή προκειμένου να εκδικηθούν εντός εισαγωγικών ο ένας τον άλλο ξεσπάνε πάνω στο παιδί... Το παιδί νιώθει απόρριψη, ότι δεν νοιάζονται γι’ αυτό».

«Σημειωτέον ότι μέχρι και σήμερα η μητέρα δεν έχει ξεπεράσει τον χωρισμό με αποτέλεσμα να εκφράζει τον θυμό της προς τον πατέρα μέσα από τη συμπεριφορά της προς τον Μ... Ο θυμός της μητέρας προς τον πατέρα ήταν τόσο έντονος που πολύ συχνά χρησιμοποιούσε τον Μ. ως ενδιάμεσο για να ξεσπάει και να τον πιέζει να έχει κάποια επαφή μαζί της...».

Σχόλια θεραπειών της Μονάδας Απεξάρτησης ΨΝΑ 18 ΑΝΩ

Πίνακας 4.8 Χρήση ουσιών και συζυγική σύγκρουση.

4.3.3. Συναισθηματική απόσταση εξαρτημένου-οικογένειας

Συχνά η συνδιαλλαγή και οι αλληλεπιδράσεις του ατόμου που αντιμετωπίζει προβλήματα εξάρτησης με τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας χαρακτηρίζονται από συναισθηματική απόσταση. Ο εξαρτημένος έχει την αίσθηση του ανοίκειου, νιώθει δηλαδή ξένος μέσα στην οικογένεια του, σαν να μην έχει θέση και χώρο μέσα σε αυτήν. Μέσα σε ένα συχνά δυσάρεστο-αρνητικό κλίμα στην οικογένεια, ο εξαρτημένος βιώνει σε μικρότερο ή μεγαλύτερο βαθμό την απόρριψη. Η υπερεμπλοκή στις σχέσεις της οικογένειας, η παθολογική προσκόλλησή του στη μητέρα ή στον πατέρα του, η έντονα και αρνητικά φορτισμένη συναισθηματική ατμόσφαιρα, διαμορφώνουν όρους μη οικειότητας με τον οικογενειακό του χώρο, κάνοντάς τον να αισθάνεται ξένος μέσα στο ίδιο του το σπίτι και ωθώντας τον είτε σε φυγές προς τα μέσα (αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές) είτε προς τα έξω (βία, επιθετικότητα, έγκλημα) μέσα στο πλαίσιο του οικογενειακού του χώρου και πέραν αυτού (Μάτσα, 2001).

Ξένος μέσα στο ίδιο του το σπίτι

«Εκείνο τον παγωμένο Γενάρη δεν ξεχνάω τα λόγια του γιατρού ότι έχω κολλήσει ηπατίτιδα Β. Μου κόπηκαν τα πόδια και παρόλο που μπόρεσα για δύο μήνες να κόψω την πρέζα, τα χάλια δεν τα σταμάτησα λεπτό... Ξεχωριστά πιρούνια, πιάτα, ποτήρια από την οικογένειά μου. Ένιωθα σαν το μίasma, σαν κάτι που δεν ήθελα ποτέ να ζήσω. Ήμουν χάλια μα δεν το έδειχνα.

Η μάνα μου το κατάλαβε και μια μέρα κοιτώντας με μέσα στα μάτια, ήπια από το ποτήρι μου και έφαγε από το κουτάλι μου, λέγοντάς μου δακρυσμένα ότι θα γίνω καλά! Αυτή είναι η δύναμη της μάνας!

Το πιο ιερό πρόσωπο της ζωής μου. Όσες φορές κι αν την πούλησα, κι αν την έβρισα, κι αν την πετούσα από δω κι από κει. Μέσα της βασίλευε μια λέξη. Συγχώρεση!

Τελικά, ρε μάνα, είσαι ό,τι καλύτερο υπάρχει στη ζωή μου».

ΑΡΓΩ, Πρόγραμμα Εναλλακτικής Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων ΨΝΘ (2005) *Γροθιά στο στομάχι-Λογοτεχνία της σκόνης*. Θεσσαλονίκη: Δωδώνη (σελ. 64-65).

Πίνακας 4.9 Η σημασία της συναισθηματικής εγγύτητας.

4.3.4. Προσκόλληση στη σχέση με τη μητέρα ή τον πατέρα

Στις οικογένειες, οι οποίες αντιμετωπίζουν προβλήματα εξάρτησης, αρκετές φορές παρατηρείται προσκόλληση της μητέρας ή του πατέρα στο παιδί με το σύμπτωμα (Steinglass, 2009; Stanton & Heath, 2005; Steinglass et al., 1987; Kaufman, 1984; Stanton & Todd, 1982). Η προσκόλληση αυτή συχνά οφείλεται σε ελλείμματα στη σχέση του γονεϊκού ζευγαριού σε συνδυασμό με τα προσωπικά προβλήματα του καθενός. Καθιστά δε τη διαδικασία αυτονομίησης του παιδιού ιδιαίτερα δύσκολη. Η δυσκολία του παιδιού να ξεφύγει από την υπερεπλοκή με τον υπερπροστατευτικό γονιό και να κατακτήσει έναν ικανοποιητικό βαθμό ανεξαρτητοποίησης το οδηγεί στην εξάρτηση σαν στρατηγική επιβίωσης. Συχνά δεν συνειδητοποιεί την επιρροή που ασκεί ο κυριαρχικός γονιός με διάφορους συγκεκριμένους τρόπους. Η χρήση των ουσιών είναι μια μορφή «ψευδοεξατομίκευσης» (“pseudo-individuation”), του επιτρέπει «να φύγει» «μένοντας πίσω».

«Όσον αφορά στον Κ. η μεγαλύτερη δυσκολία ήταν η συμβιωτική σχέση μητέρας - γιου. Δηλαδή, υπήρχε μεγάλος φόβος από την πλευρά της να τον ‘αφήσει’ να αυτονομηθεί και να μην έχει έλεγχο επάνω του. Αλλά και ο Κ. δυσκολευόταν να απεμπλακεί από τη μητέρα του και να αντιληφθεί πόσο καταπιεσμένος ένιωθε μέσα σε αυτή τη σχέση, στην οποία δεν είχε χώρο να εξελιχθεί σαν προσωπικότητα αλλά ούτε να κάνει άλλες σχέσεις πέρα από τη μητέρα, καθώς και ότι η ανεξαρτητοποίησή του έμοιαζε να την απειλεί».

«Από το ιστορικό της Μ φαίνεται ότι η σχέση της με τη μητέρα της ήταν πάντα πολύ στενή με έναν τρόπο όμως που δεν επέτρεπε στην Μ να εξελιχθεί. Η μητέρα φαίνεται ότι είχε ένα διαρκές καταθλιπτικό συναίσθημα (είχε μάλιστα περάσει μια πολύ σοβαρή επιλόχεια κατάθλιψη μετά την γέννηση της Μ κατά την οποία είχε σκεφτεί και την αυτοκτονία σαν λύση) και καθώς η σχέση της με τον άντρα της ήταν απόμακρη, στηριζόταν πολύ στην Μ, με την οποία ‘τα συζητούσε όλα’. Τη μητέρα της η Μ την αισθανόταν αδύναμη και σαν πρόσωπο αναφοράς είχε πάντα τη μητρική γιαγιά, με την οποία είχε μια πολύ ζεστή και ιδιαίτερη σχέση. Ο πατέρας ήταν τον περισσότερο καιρό απών, συναισθηματικά αλλά και πρακτικά από το σπίτι (εξωσυζυγικές σχέσεις)».

Σχόλια θεραπειών της Μονάδας Απεξάρτησης ΨΝΑ 18 ΑΝΩ

Πίνακας 4.10 Υπερβολική εγγύτητα και αυτονομίηση.

4.3.5. Έλλειψη ορίων

Η έλλειψη ορίων αποτελεί συχνό χαρακτηριστικό των οικογενειών οι οποίες αντιμετωπίζουν προβλήματα εξάρτησης (Steinglass, 2009· Stanton & Heath, 2005· Steinglass et al., 1987· Kaufman, 1984· Stanton & Todd, 1982). Τα όρια αφορούν τόσο αποτρεπτικές προς τη χρήση συμπεριφορές όσο και επιτρεπτικές συμπεριφορές (δηλ. υποβοηθούν τη χρήση). Κάποιες φορές η έλλειψη ορίων ως προς τη χρήση συνδυάζεται με έλλειψη ορίων στις σχέσεις ανάμεσα στις δύο γενιές.

«Ο Ζ. διέμενε με τη μητέρα του όλο αυτό το διάστημα, η οποία του παρείχε τα πάντα (του μαγειρεύε, μάζευε το κρεβάτι του, του έδινε χρήματα κτλ.). Πώς λοιπόν να σταματήσει τη χρήση;».

«Με τη μητέρα της η Π. περιγράφει μια σχέση περισσότερο φιλική, σαν να είναι ‘κολλητές’ μια σχέση βέβαια χωρίς όρια, όπου η μητέρα της κατά καιρούς σόναπτε σχέσεις με πολύ νεότερους από εκείνην άντρες (ουσιαστικά στην ηλικία της Π.), οι οποίοι ήταν και χρήστες και συχνά έμεναν όλοι μαζί στο σπίτι, σε μια κατάσταση αρκετά ‘χύμα’».

Σχόλια θεραπευτών της Μονάδας Απεξάρτησης ΨΝΑ 18 ΑΝΩ

Πίνακας 4. 11 Χρήση ουσιών και έλλειψη ορίων.

4.3.6. Η διαγενεακή μεταβίβαση του τραύματος

Αρκετές μελέτες αποδεικνύουν υψηλά ποσοστά απωλειών (θάνατοι, παρατεταμένες ασθένειες, πρόωροι αποχωρισμοί κ.ά.) στις προηγούμενες γενιές σε οικογένειες που αντιμετωπίζουν προβλήματα εξάρτησης (Amaro et al., 2007· Stanton & Todd, 1978· Coleman & Stanton, 1978· Klagsbrun & Davis, 1977). Οι απώλειες αυτές έχουν αρκετές φορές ως αποτέλεσμα μια ανεπαρκή ή ανύπαρκτη συναισθηματική σχέση των γονιών του εξαρτημένου ατόμου με τους δικούς του γονείς. Το έλλειμμα αυτό δεν γίνεται απαραίτητα αντιληπτό, δεν συνειδητοποιείται, εν μέρει εξαιτίας της τραυματικής του διάστασης. Έτσι, ακόμη και όταν οι γονείς είναι τυπικά λειτουργικοί, δεν ανταποκρίνονται στις βαθύτερες συναισθηματικές ανάγκες του παιδιού. Δεν είναι διαθέσιμοι, δεν επενδύουν συναισθηματικά ή δεν προσφέρουν το απαραίτητο κατά την πρώιμη παιδική ηλικία παιχνίδι με το παιδί. Επιπλέον, όταν οι απώλειες μένουν ανεξεργαστες, η δυσφορία που προκαλούν μεταβιβάζεται στις επόμενες γενιές. Η ιστορία της μητέρας -και η διαγενεακή προΐστορία της- επαναενεργοποιείται μέσα στις συναισθηματικές ανταλλαγές με το μωρό της (Μάτσα, 2012).

«-Δεν άφηνα τον άλλον να με πλησιάσει συναισθηματικά... έτσι δεν ήμουν μόνο στον σύζυγο και τα παιδιά αλλά γενικά. Δηλαδή από μακριά και μην αγγίζετε...»

-Γιατί το κάνατε αυτό;

-Γιατί έτσι είχα μάθει από την παιδική μου ηλικία και επειδή υπήρχε πρόβλημα στη μητέρα μου.. ήταν ασθενής και κάθε τρεις και λίγο σαν παιδιά εμείς... εεε... το βιώναμε να πεθάνει... έτσι είχα χτίσει ένα τείχος να μην μπορεί ο άλλος να με πληγώσει... και αυτό έγινε μεγαλύτερο με τα χρόνια ή το διατήρησα... οπότε δεν είχα μάθει τον τρόπο να πλησιάζω τα παιδιά μου, τον σύζυγο... δεν ήξερα... δεν είχα μάθει πώς να τους πλησιάζω...».

Συνέντευξη με μητέρα στο Τμήμα Οικογένειας του 18 ΑΝΩ

Πίνακας 4.12 Διαγενεακή μεταβίβαση του ψυχικού τραύματος.

4.4. Η επίδραση του σχολείου

Το σχολείο είναι βασικός κοινωνικοποιητικός θεσμός για τους εφήβους. Όταν επικεντρώνεται στις ακαδημαϊκές επιδόσεις και τη συσσώρευση γνώσεων παραμελεί τον πρωταρχικό στόχο του, ο οποίος είναι η ολόπλευρη ανάπτυξη του μαθητή. Ένα θετικό σχολικό περιβάλλον βοηθά τον μαθητή να αναπτύξει τις δεξιότητές του, να νιώθει καλά και ασφαλής στη σχολική διαδικασία με τους συμμαθητές και τους δασκάλους του. Αντίθετα, ένα αρνητικό σχολικό περιβάλλον, με επιθετικές ή απορριπτικές συμπεριφορές ανάμεσα στους συμμαθητές ή μη υποστηρικτικές σχέσεις εκπαιδευτικών-μαθητών αποτελεί ένα πλαίσιο επιβαρυντικών εμπειριών, οι οποίες είναι πιθανόν να συμβάλουν στην εμφάνιση συμπεριφορών όπως η χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών (Perra et al., 2012· McCarty, 2012· Bond et al., 2007). Μάλιστα, η σχολική αποτυχία έχει αποδειχθεί ότι σχετίζεται με την χρήση ουσιών (Κουτρουβίδης & Κούτρας, 2007· Lynskey et al., 2003· Παπανδρέου και συν., 2003· Arthur et al., 2002· NIDA, 1997).

Σύμφωνα με το EMCDDA (2010) οι επιβαρυντικοί παράγοντες που συνδέονται με τη χρήση ουσιών στο επίπεδο της σχολικής επίδρασης είναι οι ακόλουθοι:

- Αντικοινωνική συμπεριφορά
- Χαμηλή σχολική επίδοση
- Έλλειψη δέσμευσης σε σχέση με το σχολείο
- Σχολικός εκφοβισμός
- Δυσκολίες ενσωμάτωσης στη σχολική ζωή
- Χαμηλές προσδοκίες εκπαιδευτικών
- Αρνητικό σχολικό κλίμα
- Χαμηλές εκπαιδευτικές φιλοδοξίες
- Απουσίες, σκασιαρχείο, εγκατάλειψη σχολείου (σχολική διαρροή)
- Περιορισμένη υποστήριξη του εκπαιδευτικού συστήματος
- Χρήση ουσιών από εκπαιδευτικούς

Αντίθετα οι προστατευτικοί παράγοντες είναι οι ακόλουθοι:

- Συνεργασία γονέα – δασκάλου
- Καλές σχέσεις με τους δασκάλους
- Εκπαιδευτικοί στόχοι και φιλοδοξίες
- Θετικές εκπαιδευτικές προσδοκίες από τους γονείς
- Εξειδικευμένες παρεμβάσεις για μαθητές με ιδιαίτερες εκπαιδευτικές ανάγκες

Στην Ελλάδα ένα σημαντικό μέρος του πληθυσμού (έως και 40%) των μαθητών 11-15 ετών νιώθουν πίεση, δεν αντλούν ικανοποίηση από το σχολείο, δεν είναι ικανοποιημένοι από τις σχέσεις τους με τους καθηγητές και τους συμμαθητές τους, η επίδοσή τους είναι χαμηλή και μπορεί να υφίστανται σχολικό εκφοβισμό (Κοκκέβη, 2015α). Φαίνεται πως στην Ελλάδα ο προσανατολισμός του εκπαιδευτικού συστήματος προκαλεί πίεση και άγχος στους μαθητές και συρρικνώνει τον ρόλο των εκπαιδευτικών. Εξάλλου η διάσταση μεταξύ του περιεχομένου της γνώσης και του τρόπου με τον οποίο αυτή μεταδίδεται, προκαλεί σύγχυση, απογοήτευση και αμφισβήτηση για την εκπαίδευση, την κοινωνία και τις αξίες της.

Κατηγορώ προς τους δασκάλους

«Το σχολείο ήταν ένας χώρος διαφυγής από την αρρωστημένη πραγματικότητα και ήταν η μοναδική μου ενασχόληση που με έκανε να νιώθω καλά. Έκανα όνειρα, έκανα πολλά όνειρα. Κάναμε γεωγραφία κι εγώ ταξίδευα σε όλα τα μέρη της γης. Ονειρευόμουν και φανταζόμουν τη στιγμή της φυγής από το σπίτι και φανταζόμουν τον εαυτό μου να ταξιδεύει σε όλα εκείνα τα μέρη, ελεύθερος πλέον. Έκανα όνειρα ότι θα σπουδάσω, ότι θα καταφέρω να γίνω καθηγητής ή γιατρός, όπως φανταζόμουν ότι θα γίνω, όντας παιδάκι ακόμη. Μα προσγειώθηκα απότομα. Δεν πρόλαβαν να περάσουν κάνα-δύο χρόνια κι ενώ εκείνη την εποχή βρισκόμουν στο γυμνάσιο, τα πάντα γύρω μου άρχισαν να γκρεμίζονται. Είχα αρχίσει τα χάπια (Hirnedon, Artane κ.ά.) και τα σιρόπια (Devixil, Jaxtus, Donaxevil κ.ά.) και ενώ μέχρι τότε ήμουν ένας πολύ καλός μαθητής και θα μπορούσα να καταφέρω αυτό που ήθελα και ονειρευόμουν, ο κόσμος μου κατέρρευσε. Είδα και αισθάνθηκα σε πολύ μεγάλο βαθμό την πλήρη αδιαφορία των καθηγητών προς το πρόσωπό μου και είδα ανθρώπους που θα μπορούσαν να με βοηθήσουν, να αδιαφορούν σα να ήμουν ένα άχρηστο αντικείμενο. Αδιαφόρησαν όταν πήγαινα στο σχολείο με μαυρισμένα μάτια και σπασμένα χέρια (κατορθώματα του γέρου μου), αδιαφόρησαν όταν με έβλεπαν από τα δεκαεφτά, δεκαοχτώ που έπαιρνα ως βαθμούς, ξαφνικά να πέφτω όλο και πιο χαμηλά και κυρίως αδιαφόρησαν τελείως, όταν με έβλεπαν να κοιμάμαι όρθιος στην τάξη, έχοντας κάνει χρήση ναρκωτικών και πολύ απλά κάποια στιγμή με κάλεσαν στο γραφείο και ανακοίνωσαν την απόφασή τους να με διώξουν από το σχολείο, θεωρώντας με κακή επιρροή προς τα υπόλοιπα παιδιά. Αυτό συνεχίστηκε και σε άλλα σχολεία... Καλά κάνανε και ήθελαν να προστατέψουν τα υπόλοιπα παιδιά. Μα εμένα ποιος θα με προστάτευε; Αν όχι αυτοί που υποτίθεται ότι ήταν διαμορφωτές χαρακτήρων, καλλιεργητές νου και ψυχής και πολλά ακόμη; Δεν νοιάστηκε ποτέ κανείς τους! Κανένας! Ήσασταν οι υποτιθέμενοι άνθρωποι που θα αναλάμβαναν τη διαπαιδαγώγησή μου και είχατε ευθύνη για καθένα από τα παιδιά ξεχωριστά. Αλλά ήσασταν ανίκανοι. Γιατί εκπαιδευτικός δεν σημαίνει απλά να νοιάζεσαι για τα μαθήματα και πώς θα εξαντλήσεις και θα καλύψεις όλη την ύλη που έχεις προεπιλέξει ως το τέλος της χρονιάς. Μα έχεις να κάνεις με ψυχές, ευαίσθητες παιδικές ψυχές. Μερικές βασανισμένες, πληγωμένες και που ασχέτως της μικρής τους ηλικίας, αντί να διακρίνονται και να διακατέχονται από αθωότητα, αγνότητα, γαλήνη και ψυχική ηρεμία, διακρίνονται από τη φρίκη της πραγματικότητας την οποία ζουν, ενώ δεν θα έπρεπε να ζουν! Και εσείς τι ήσασταν; Ήσασταν απλοί παρατηρητές...».

ΑΡΓΩ, Πρόγραμμα Εναλλακτικής Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων ΨΝΘ (2005) *Γροθιά στο στομάχι-Λογοτεχνία της σκόνης*. Θεσσαλονίκη: Δωδώνη (σελ. 93-94).

Πίνακας 4.13 Χρήση ουσιών και σχολική αποτυχία.

4.5. Η επίδραση των συνομηλίκων στη χρήση ουσιών

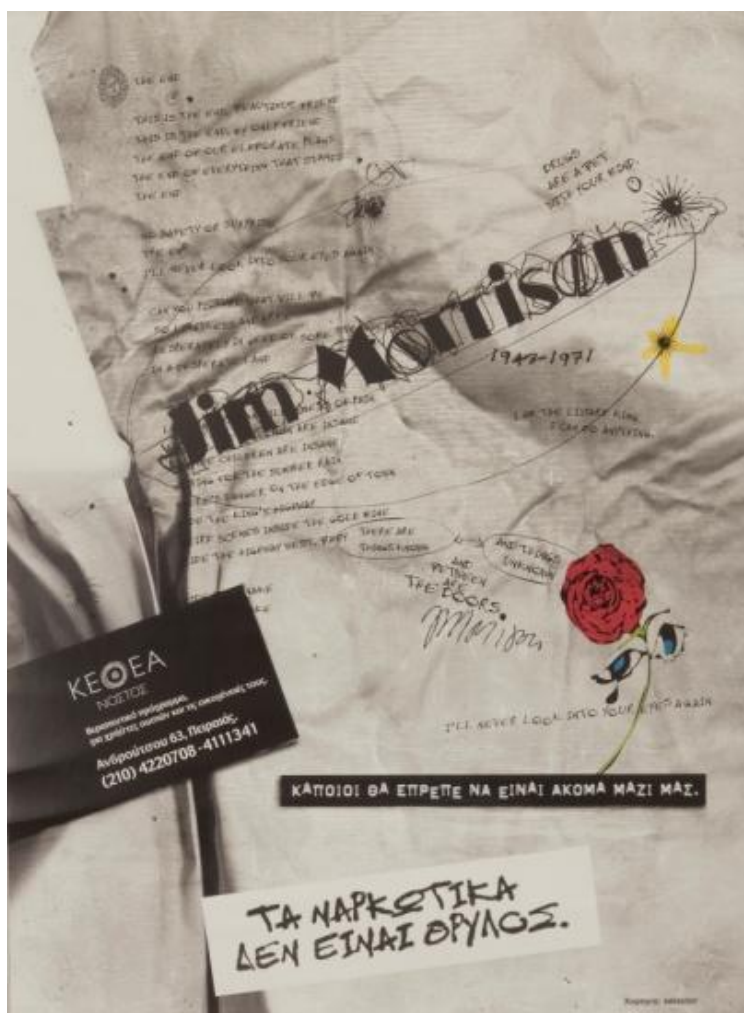
Κατά την εφηβεία η σχέση με τους συνομηλίκους αποτελεί κρίσιμη εμπειρία, η οποία επηρεάζει καθοριστικά τις επιλογές και τη συμπεριφορά. Σύμφωνα με το EMCDDA (2010) οι επιβαρυντικοί παράγοντες που συνδέονται με τη χρήση ουσιών στο επίπεδο των συνομηλίκων είναι οι ακόλουθοι:

- Χρήση ουσιών από φίλους
- Απομόνωση / αποκλεισμός
- Ευνοϊκή στάση σε προβληματικές συμπεριφορές
- Φίλοι με προβληματική συμπεριφορά
- Πρώιμη έναρξη προβληματικής συμπεριφοράς
- Ανεργία των νέων

Αντίθετα οι προστατευτικοί παράγοντες είναι οι ακόλουθοι:

- Δεσμευμένοι σε σχέση με κάποια μορφή θετικής ιδεολογίας κοινωνικής συμπεριφοράς
- Δραστηριότητες θετικής κοινωνικής συμπεριφοράς
- Φίλοι που αποδοκιμάζουν την προβληματική συμπεριφορά

Μελέτες έχουν αποδείξει ότι οι έφηβοι οι οποίοι έχουν φίλους που κάνουν χρήση ουσιών έχουν πολύ μεγαλύτερες πιθανότητες να κάνουν χρήση ουσιών και οι ίδιοι (Arthur et al., 2002; NIDA, 1997). Οι έφηβοι, βέβαια, δεν είναι παθητικοί δέκτες των πιέσεων των συνομηλίκων τους. Όταν όμως η ανάγκη τους να ανήκουν σε μια ομάδα εντείνεται και από άλλες δυσκολίες και συνδυάζεται με χαμηλή αυτοεκτίμηση, τότε είναι περισσότερο ευάλωτοι στις πιέσεις των ομοτίμων. Στην ουσία δημιουργούν σχέσεις εξάρτησης με την ομάδα.



Εικόνα 4.5 ΚΕΘΕΑ, Copyright.

Στην Ελλάδα, ένας στους 5 εφήβους ηλικίας 11-15 ετών (20,2%) αναφέρει ότι οι περισσότεροι φίλοι του πίνουν οινοπνευματώδη ποτά και το 2,9% ότι μεθούν τουλάχιστον μία φορά την εβδομάδα (Κοκκέβη και συν., 2011). Επίσης, ένας στους δέκα περίπου μαθητές αναφέρει ότι η πλειονότητα των φίλων τους καπνίζουν, ενώ ένας στους πέντε των 15χρονων μαθητών έχει τουλάχιστον έναν φίλο ο οποίος κάνει χρήση κάνναβης. Τέλος, περίπου ένας στους δέκα μαθητές απαντά ότι δεν είναι εύκολο να μιλήσει σε κανέναν από τους δύο γονείς (Κοκκέβη και συν., 2015β).

«Χαραγμένη στη μνήμη μου είναι η στιγμή που μαζί με κάποια παιδιά από Ναβαρίνο (αγόρια και κορίτσια) αποφασίσαμε να κάνουμε κατάληψη σε ένα εγκαταλελειμμένο διώροφο σπίτι στην Άνω Πόλη. Ήταν μια περίοδος ψαξίματος, σκοπού και νοήματος στη ζωή μας καθώς και επανάστασης-αντίδρασης σε όλα εκείνα που μας πνίγανε και μας περιέβαλαν. Είχε πέσει απλά σαν μια ιδέα. Στην αρχή ακούστηκε αστεία μα κατέληξε σοβαρά και την κάναμε και πράξη. Sleeping-bag, στρώματα, κάσες από μπύρες για τραπεζάκια, κεριά που παίρναμε τα βράδια από τα εκκλησάκια για φως κ.λπ. Ανεμελιά, πολύ ανεμελιά και μια διαρκής αίσθηση ελευθερίας ή καλύτερα θα έλεγα, απελευθέρωσης...

Στο σπίτι κάναμε χρήση όλοι μαζί LSD, ηρωίνη, χάπια, μαύρο κ.λπ. Ασχέτως το τι κάναμε όσο λείπαμε, τα βράδια μαζευόμασταν και κάναμε ομαδική χρήση, η οποία είχε γίνει ένα είδος ιεροτελεστίας για εμάς και ο καθένας έφερνε ό,τι είδος ναρκωτικού μπορούσε, ήταν η στιγμή της ημέρας που όλοι περιμέναμε. Μοιραζόμασταν τα πάντα. Είχαμε δημιουργήσει κάτι ξεχωριστό, κάτι διαφορετικό και όμορφο που φάνταζε ουτοπικό και πολύ όμορφο να κρατήσει.

Το τέλος ήρθε με περιπολικά και κλούβες... Ήταν το τέλος και η επιστροφή του καθενός από εμάς στον δικό του προσωπικό εφιάλτη. Από τα παιδιά ο Tommy, ο Γιάννης και η Όλγα πέθαναν από υπερβολική δόση ηρωίνης. Ειδικά ο θάνατος της Όλγας με τσάκισε. Ο Stanley πέθανε από AIDS. Ο καπετάνιος, ο Pitsy και οι υπόλοιποι δεν γνωρίζω... Εύχομαι όμως να είναι καλά! Θέλω να είναι καλά γιατί ειδικά αυτά τα παιδιά το αξίζουν...

Σιχαινόμασταν αυτό που υπήρχε γύρω μας και μας περιέβαλε, πνίγοντάς μας. Σιχαινόμασταν εσάς που το είχατε δημιουργήσει και γενικά η δική μας αντίληψη για τη ζωή δεν είχε καμία σχέση με τη δική σας και δεν θα μπορούσε άλλωστε. Η άποψη σας επικρατούσε μα εμάς τα παιδιά δεν μας σεβαστήκατε. Ναι, ήμασταν μειονότητα, μια μικρή μειονότητα. Ήμασταν διαφορετικοί και αντί να προσπαθήσετε να μας καταλάβετε και να δείτε τι εννοούμε και τι θέλουμε, προτιμήσατε να μας πνίξετε...».

ΑΡΓΩ, Πρόγραμμα Εναλλακτικής Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων ΨΝΘ (2005) *Γροθιά στο στομάχι- Λογοτεχνία της σκόνης*. Θεσσαλονίκη: Δωδώνη (σελ. 72-74).

Πίνακας 4.14 Εξάρτηση και συλλογικότητα.

4.6. Η επίδραση του κοινωνικού περιβάλλοντος

Στις σύγχρονες κοινωνίες, η βαθιά κρίση αξιών και θεσμών, ο προσανατολισμός στον καταναλωτισμό, και η διάχυτη επιθετικότητα, η οποία συνήθως εμφανίζεται ως ο μοναδικός τρόπος επιβίωσης, σε συνδυασμό με την έντονη κοινωνική ανισότητα, οδηγούν ολοένα και περισσότερα νέα άτομα στην κατάχρηση ουσιών. Οι νέοι, δέκτες όλων των αντιξοοτήτων και αδιεξόδων της κοινωνίας, ανασφαλείς για τη θέση τους στο κοινωνικό σύνολο, αβέβαιοι για την προοπτική επαγγελματικής απασχόλησης και αυτοπραγμάτωσης, είναι ιδιαίτερα ευάλωτοι κατά τη διαδικασία της κοινωνικοποίησής τους. Σύμφωνα με το EMCDDA (2010) οι επιβαρυντικοί παράγοντες του κοινωνικού περιβάλλοντος που συνδέονται με τη χρήση ουσιών είναι οι ακόλουθοι:

- Διαθεσιμότητα ουσιών στη γειτονιά
- Χαμηλό κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο γειτονιάς / περιοχής
- Συνομήλικοι χρήστες ναρκωτικών
- Συνομήλικοι παραβάτες
- Πρόσβαση σε στέκια όπου γίνεται χρήση
- Εγκληματικότητα στη γειτονιά
- Κοινωνική ανοχή στη βία
- Κοινωνική ανοχή στην κατάχρηση ουσιών
- Αποδιοργάνωση συνοικίας
- Απότομες κοινωνικές μεταβολές και μετακινήσεις πληθυσμού
- Φτώχεια



Εικόνα 4.6 ΚΕΘΕΑ, Copyright.

Αντίθετα, οι προστατευτικοί παράγοντες που συνδέονται με την κατάχρηση ουσιών είναι οι ακόλουθοι:

- Ενήλικες φίλοι με θετική κοινωνική συμπεριφορά
- Συνομήλικοι με θετική κοινωνική συμπεριφορά
- Υψηλό κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο γειτονιάς ή περιοχής
- Πρόσβαση σε υψηλής ποιότητας προγεννητική φροντίδα
- Πρόσβαση σε υψηλής ποιότητας παιδιατρική υγειονομική περίθαλψη
- Πρόσβαση σε υψηλής ποιότητας ψυχιατρική περίθαλψη
- Συνοχή και οργάνωση συνοικίας
- Σταθερότητα κατοικίας
- Προσφορά θέσεων εργασίας

Οι προστατευτικοί όμως αυτοί παράγοντες δεν χαρακτηρίζουν αρκετές κοινότητες στη σύγχρονη κοινωνία. Πολλοί νέοι άνθρωποι, οι οποίοι κάνουν κατάχρηση ουσιών, αντιμετωπίζουν πολλαπλούς επιβαρυντικούς παράγοντες, συννοσηρότητα, αδιάγνωστες μαθησιακές δυσκολίες, οικογενειακή δυσλειτουργία και βαθιά κοινωνικά προβλήματα. Οι McAdam & Mirza (2009) συζητούν τις παρεμβάσεις που απαιτούνται σε συνοικίες, οι οποίες αντιμετωπίζουν βαθιά φτώχεια και περιθωριοποίηση όπως σε συνοικίες στο κεντρικό Λονδίνο και στη Βόρεια Αφρική. Καταλήγουν ότι, όταν δεν πραγματοποιούνται παρεμβάσεις στην ευρύτερη κοινότητα, η επίδραση των ψυχοκοινωνικών μας παρεμβάσεων σε άτομα που διαβιούν σε υποβαθμισμένες κοινωνικά περιοχές, σε συνοικίες όπου κυριαρχούν η απάθεια και η έλλειψη ελπίδας, θα είναι σίγουρα πολύ περιορισμένη στο μέλλον. Σε αυτές τις κοινότητες καλούμαστε να βοηθήσουμε τους νέους να πιστέψουν στις ικανότητές τους, να δούμε σε τι είναι καλοί και γι' αυτό το οποίο μπορούν να είναι περήφανοι, κι έτσι να τους βοηθήσουμε να ονειρευτούν και να δημιουργήσουν μια προοπτική για τον εαυτό τους και τις κοινότητές τους.

Σύμφωνα με τη Μάτσα (2001) αρκετοί νέοι δραπετεύουν διαμέσου των ουσιών από το κοινωνικοϊστορικό γίνεσθαι και ωθούνται προς το κοινωνικό περιθώριο μέσα από μια κίνηση φυγόκεντρη, που υπαγορεύεται τόσο από τη δική τους άρνηση να ενσωματωθούν σε μια αφόρητη γι' αυτούς κοινωνική πραγματικότητα, όσο και από την άρνηση της ίδιας της κοινωνίας να τους δώσει τη δυνατότητα ένταξης στον κοινωνικό ιστό. Η απώλεια μιας θέσης στον κοινωνικό χώρο, το αίσθημα του εξαρτημένου ότι δεν ανήκει πουθενά, ότι είναι ανεπιθύμητος από όλους, πυροδοτεί συχνά το άγχος της εκμηδένισης. Το στίγμα της εξάρτησης είναι δυσβάσταχτο. Η απόσταση των άλλων ως απάντηση στο προσωπικό του δράμα ή η απροκάλυπτα επιθετική συμπεριφορά τους, τον καθιστούν «αποδιοπομπαίο τράγο». Εξάλλου σε περιόδους κρίσεων, έντονα αρνητικά συναισθήματα, συνειδητά ή ασυνειδητά αναδύονται στο κοινωνικό σύνολο, όπως θυμός, φθόνος, εκδικητικότητα κ.ά. Κάποιες φορές τα συναισθήματα αυτά προβάλλονται σε θεσμούς («φταίει» το κράτος, η εκκλησία, η πολιτική παράταξη). Κάποιες φορές προβάλλονται σε άτομα τα οποία διακρίνονται από κάποιες ιδιαιτερότητες ή διαφέρουν ως προς τη θρησκεία, την εθνικότητα ή τη συμπεριφορά από την πλειονότητα. Τα εξαρτημένα από το αλκοόλ και τις ψυχοδραστικές ουσίες άτομα αποτελούν μια κοινωνική ομάδα που αντιμετωπίζει τόσο τον κοινωνικό στιγματισμό όσο και τον κοινωνικό αποκλεισμό.

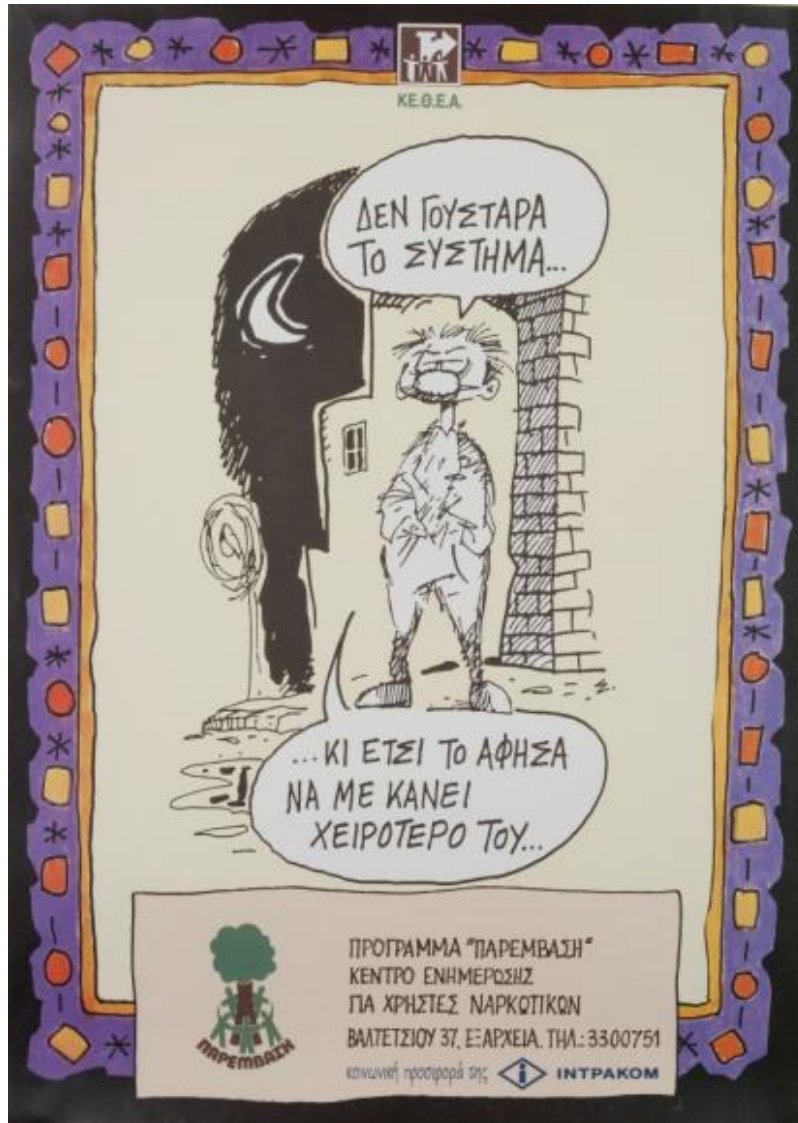
Έτσι, η υποτίμηση προς το ευρύτερο κοινωνικό σύνολο και η υπεροψία απέναντι σε όλους όσοι ασπάζονται παραδοσιακές αξίες, που χαρακτηρίζει την ένταξη στην υποκουλτούρα των ναρκωτικών, αναπληρώνει στην ουσία τα συναισθήματα κατωτερότητας τα οποία πυροδοτούνται από τον στιγματισμό της κοινωνίας. Η υποκουλτούρα των ναρκωτικών αποτελεί μια πολιτισμική ομάδα με κοινές αξίες και πεποιθήσεις στην οποία μπορούν να ανήκουν (SAMHSA, 2014; Becker, 1963). Έχει τη δική της ιστορία, αξίες, παραδόσεις και τελετουργίες. Τα μέλη της μοιράζονται κοινούς τρόπους ντυσίματος, κοινωνικοποίησης, γλώσσας και τρόπους επικοινωνίας. Μάλιστα, κάποιες ομάδες αναπτύσσουν και κοινωνική ιεραρχία, η οποία προσδίδει διαφορετική κοινωνική θέση και ρόλους στα μέλη της ομάδας. Βέβαια, οι υποκουλτούρες των ναρκωτικών διαφέρουν ανάλογα με τη βασική ουσία χρήσης, τη γεωγραφική περιοχή, τη νομιμότητα των ουσιών που χρησιμοποιούνται από τα μέλη της ομάδας και πολλές άλλες παραμέτρους. Ακόμη και στην περίπτωση του αλκοολισμού όμως, ο Denzin (1987) τονίζει πόσο σημαντική είναι η κατανόηση του υποκειμένου μέσα στο κοινωνικό πλαίσιο στο οποίο κάνει χρήση αλκοόλ, μιας και ο αλκοολικός ακόμη έχει συχνά τον ρόλο του κοινωνικού κριτή, του ατόμου που διακρίνει στην κοινωνία μια ασθένεια, η οποία δεν γίνεται αντιληπτή από τους υπόλοιπους.

Η κατανόηση λοιπόν της εξάρτησης καθιστά απαραίτητη τη διερεύνηση της διαδικασίας κοινωνικοποίησης σε μια συγκεκριμένη πολιτισμική ομάδα καθώς και των όρων με τους οποίους αυτή πραγματοποιείται. Μέσα στην ομάδα το άτομο μαθαίνει να κάνει χρήση, να επιτυγχάνει το επιθυμητό «ανέβασμα», να αποφεύγει διάφορα εμπόδια τα οποία παρακαλύουν τη χρήση αλλά ίσως το πιο σημαντικό είναι ότι παίρνει αποδοχή από ομότιμους σε αντίθεση με το στίγμα και τις διακρίσεις που βιώνει κατά την κοινωνικοποίηση σε άλλες ομάδες.

«Και τώρα θα ήθελα να χαιρετήσω και να ευχαριστήσω την ΕΛ.ΑΣ. Θα ήθελα να ευχαριστήσω τους «ανθρώπους» που καθήκον τους υποτίθεται ότι είναι η προστασία των Ελλήνων πολιτών κ.λπ. Θα ήθελα να τους ευχαριστήσω για όλα τα βασανιστήρια και τους ξυλοδαρμούς που υπέστηκα στα διάφορα τμήματα (3^ο, Δέκατο, ΙΣΤ, Βαλαωρίτου) και Μεταγωγών (το παλιό)... Όταν ήμουν δεκατέσσερα χρονών με ξυλοκοπούσατε στο κελί του τμήματος του Ευόσμου για να κόψω και καλά τα ναρκωτικά και να γίνω καλό παιδί βάζοντας μυαλό με το ξύλο και τις γκλοπιές που μου δίνετε. Στα δεκαέξι-δεκαεπτά με βασανίζατε προσδοκώντας και επιδιώκοντας να με κάνετε ρουφιάνο συνεργάτη σας, προσφέροντάς μου ακόμα και να με εφοδιάζετε με χάπια και ηρωίνη. Δεν τα καταφέρατε και αυτό είχε ως αποτέλεσμα να με κυνηγάτε συνεχώς κάνοντας τη ζωή μου μια διαρκή κόλαση με ξυλοδαρμούς, εξευτελισμούς και πολλά ακόμη... Κριτική δεν την αντέχατε ποτέ. Μα εμένα με κρίνατε καθ' όλη τη διάρκεια ζωής μου με καταδικάζατε. Σας συγχαίρω...».

ΑΡΓΩ, Πρόγραμμα Εναλλακτικής Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων ΨΝΘ (2005) *Γροθιά στο στομάχι-Λογοτεχνία της σκόνης*. Θεσσαλονίκη: Δωδώνη (σελ. 97-98).

Πίνακας 4.15 Ο κύκλος της βίας.



Εικόνα 4.7 ΚΕΘΕΑ, Copyright.

Σύνοψη

- Ένα άτομο αναπτύσσει εξάρτηση ως τον τελευταίο σταθμό συνάντησης μιας πολύπλοκης αλληλεπίδρασης μεταξύ ψυχολογικών δυσκολιών, γενετικής προδιάθεσης, οικογενειακών επιρροών, πολιτισμικής επίδρασης, και διαφόρων άλλων περιβαλλοντικών παραγόντων.
- Μέχρι σήμερα δεν έχει ταυτοποιηθεί κάποιο γονίδιο που να συνδέεται με την ευαλωτότητα στην εξάρτηση. Τελευταία, η έρευνα εστιάζει στον ρόλο των νευροδιαβιβαστών, στη δράση των ψυχοδραστικών ουσιών και στην ανάπτυξη εξάρτησης.
- Σε ατομικό επίπεδο, η χρήση ουσιών συνδέεται με τη δυσκολία διαχείρισης έντονων συναισθημάτων και συγκρότησης μιας ταυτότητας που να επιτρέπει στο άτομο να ανήκει κάπου μαζί με άλλους ανθρώπους. Επίσης η χαμηλή αυτοεκτίμηση, η συννοσηρότητα, η δυσκολία να αντέχει και να ρυθμίζει την οικειότητα στις σχέσεις με τους άλλους, η επιθετικότητα και τα ψυχικά τραύματα καθιστούν τη χρήση ουσιών στρατηγική επιβίωσης σε μια δυσβάσταχτη υποκειμενική πραγματικότητα.

- Στο επίπεδο της οικογένειας, η χρήση ουσιών από τους γονείς, η δυσαρμονία στις σχέσεις, η αποστασιοποίηση ή υπερεμπλοκή, η έλλειψη ορίων, η διαγενεακή μεταβίβαση ψυχικών τραυμάτων αλλά και πληθώρα άλλων παραγόντων προδιαθέτουν στη χρήση ουσιών.
- Η σχολική αποτυχία, οι δυσκολίες ενσωμάτωσης στη σχολική ζωή σχετίζονται με την εξάρτηση από ψυχοδραστικές ουσίες. Οι έφηβοι οι οποίοι έχουν φίλους που έχουν κάνει χρήση ουσιών έχουν περισσότερες πιθανότητες να κάνουν χρήση και οι ίδιοι.
- Στις σύγχρονες κοινωνίες, η βαθιά κρίση αξιών και θεσμών, ο προσανατολισμός στην καταναλωτισμό και η διάχυτη επιθετικότητα, η οποία συνήθως εμφανίζεται ως ο μοναδικός τρόπος επιβίωσης, σε συνδυασμό με την έντονη κοινωνική ανισότητα, οδηγούν ολοένα και περισσότερα νέα άτομα στην κατάχρηση ουσιών. Τα εξαρτημένα από το αλκοόλ και τις ψυχοδραστικές ουσίες άτομα αποτελούν μια κοινωνική ομάδα που αντιμετωπίζει τόσο τον κοινωνικό στιγματισμό όσο και τον κοινωνικό αποκλεισμό. Έτσι, η υποτίμηση προς το ευρύτερο κοινωνικό σύνολο, η οποία χαρακτηρίζει την ένταξη στην υποκοουλτούρα των ναρκωτικών, αναπληρώνει τα συναισθήματα κατωτερότητας που πυροδοτούνται από τον στιγματισμό της κοινωνίας.

Βιβλιογραφικές αναφορές

- Abadinsky, H. (2001) *Drugs, an introduction*. Belmont: Wadsworth Thomson Learning.
- Amaro, H., Chernoff, M., Brown, V., Arévalo, S., Gatz, M. (2007) Does Integrated Trauma-Informed Substance Abuse Treatment Increase Treatment Retention? *Journal of Community Psychology*, Vol. 35, No. 7, 845–862. DOI: 10.1002/jcop.20185
- Arthur, M.W., Hawkins, J.D., Pollard, J.A., Catalano, R.F. & Baglioni, A.J. (2002) Measuring risk and protective factors for substance use, delinquency and other adolescent problem behaviors: The communities that care youth survey. *Evaluation Review*, 26, 575-601.
- Ashton, H. (1992) *Brain function and psychotropic drugs*. Oxford: Oxford University Press.
- Becker, H.S. (1963) *Outsiders: Studies in the Sociology of Deviance*. New York: The Free Press.
- Bergeret, J. (1999) *Τοξικοεξάρτηση και προσωπικότητα*. Αθήνα: Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα.
- Billings, A.G., Moos, R.H. (1983) Psychosocial processes of recovery among alcoholics and their families: Implications for clinicians and program evaluators. *Addictive Behaviors*, 8:205-218.
- Bond, L., Butler, H., Thomas, L., Carlin, J., Glover, S., Bowes, G. et al. (2007) Social and school connectedness in early secondary school as predictors of late teenage substance use, mental health, and academic outcomes. *Journal of Adolescent Health*, 40(4): 357.e9-18. DOI: 10.1016/j.jadohealth.2006.10.013
- Brooks, C.S., Rice, K.F. (1997) *Families in Recovery-Coming full circle*. Baltimore: Paul H. Brookes.
- Cancrini, L. (1994) The psychopathology of drug addiction: a review. *Journal of Drug Issues*, 24(4):597-622.
- Cermak, T. (1991) The Relationship between Codependence and Narcissism. In T.M.Rivinus (ed.) *Children of Chemically Dependent Parents: Multiperspectives from the Cutting Edge*. US: Brunner/Mazel.
- Clark, D.B., Bukstein, O.G. (1998) Psychopathology in adolescent alcohol abuse and dependence. *Alcohol Health & Research World*, 22:117–121.
- Coleman, S.B. & Stanton, M.D. (1978) The role of death in the addict family. *Journal of Marriage and Family Counseling*, 4, 79-91. doi: 10.1111/j.1752-0606.1978.tb00499.x
- Dawes, M.A., Antelman, S.M., Vanyukov, M.N., Giancola, P., Tarter, R.E., Sussman, E.J. et al. (2000) Developmental sources of variation in liability to adolescent substance use disorder. *Drug and Alcohol Dependence*, 61, 3-14.

- Degenhardt, L., Hall, W. & Lynskey, M. (2004) Η διερεύνηση της σχέσης ανάμεσα στη χρήση κάνναβης και την κατάθλιψη. *Εξαρτήσεις*, 5, 42-61.
- Denzin, N.K. (1987) *The Alcoholic Self*. US: SAGE.
- Dillon, L., Chivite-Matthews, N., Grewal, I., Brown, R., Webster, S., Weddell, E., Brown, G. & Smith, N. (2007) *Risk, protective factors and resilience to drug use: Identifying resilient young people and learning from their experiences*. Home Office Online Report.
http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales_de_consulta/Factores_de_riesgo_y_proteccion/Articulos/risk_factors9.pdf
- Donovan, J.E. (2007) Really Underage Drinkers: The Epidemiology of Children's Alcohol Use in the United States. *Prev Sci*, 8: 192-205.
- EMCDDA (2010) EMCDDA Manuals No 4: Prevention and Evaluation Resources Kit (PERK). Luxembourg: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Publications Office of the EU.
- Fotopoulou, M. (2013) Reasons behind Greek problem drug users' decisions to quit using drugs and engage in treatment of their own volition: sense of self and the Greek filotimo. *Addiction*, 109, 627–634.
 doi:10.1111/add.12459
- Gabbard, G.O. (2006) *Η Ψυχοδυναμική Ψυχιατρική στην Κλινική Πράξη*. Αθήνα: Βήτα.
- Hanninen, V., Koski-Jannes, A. (1999) Narratives of recovery from addictive behaviours. *Addiction*, 94(12), 1.837-1.848.
- Hoffman, J.P. (1995) The effects of family structure and family relations on adolescent marijuana use. *The International Journal of the Addictions*, 30(10):1207-1241.
- Hyun Rhee, S., Hewitt, J.K., Young, S.E., Corley, R.P., Thomas, J., Crowley, T.J. & Stallings, M.C. (2003) Genetic and environmental influences on substance initiation, use and problem use in adolescents. *Archives of General Psychiatry*, 60, 1256-1264.
- Kandel, D.B., Griesler, P.C., Lee, G., Davies, M. & Schaffran, C. (2001) *Parental Influences on Adolescent Marijuana Use and the Baby Boom Generation: Findings from the 1979-1996 National Household Surveys on Drug Abuse*. US: Substance Abuse and Mental Health Services Administration
- Kaufman, E. (1984) *Substance abuse and family therapy*. US: Grune & Stratton.
- Kelly, P.J., Blacksin, B., Mason, E. (2001) Factors affecting substance abuse treatment completion for women. *Issues in Mental Health Nursing*, 22, 287–304.
- Kendler, K.S., Myers, J.M. & Prescott, C.A. (2007) The specificity of genetic and environmental risk factors of symptoms of cannabis, cocaine, alcohol, caffeine and nicotine dependence. *Archives of General Psychiatry*, 64, 1313-1320.
- Klagsbrun, M. & Davis, D.I. (1977) Substance abuse and family interaction. *Family Process*, 16, 149-173.
 doi: 10.1111/j.1545-5300.1977.00149.x
- Klagsbrun, M., Davis, D.I. (1998) Substance abuse and family interaction. *Family Process*:1-11.
- Kroll, B. (2004) Living with an elephant: Growing up with parental substance abuse. *Child and Family Social Work*, 9:129-140.
- Lettieri, D.J., Sayers, M. & Wallenstein Pearson, H. (1980) *NIDA Research Monograph 30: Theories on Drug Abuse*. US: National Institute on Drug Abuse.
- Lloyd, B. & Lucas, K. (1998) *Smoking in Adolescence: Images and Identities*. UK: Routledge.
- Lumley, M.A., Downey, K., Stettner, L., Wehmer, F., Pomerleau, O.F. (1994) Alexithymia and negative affect: relationship to cigarette smoking, nicotine dependence, and smoking cessation. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 61, 156–162.

- Lynskey, M.T., Coffey, C., Degenhardt, L., Carlin, J.B. & Patton, G. (2003) Διαχρονική μελέτη για τα αποτελέσματα της χρήσης κάνναβης από εφήβους με την ολοκλήρωση του σχολείου. *Εξαρτήσεις*, 4, 89-102.
- McAdam, E., Mirza, K.A.H. (2009) Drugs, hopes and dreams: appreciative inquiry with marginalized young people using drugs and alcohol. *Journal of Family Therapy*, 31, 175-193.
- McCarty, C.A., Rhew, I.C., Murowchick, E., McCauley, E. & Vander Stoep, A. (2012) Emotional health predictors of substance use initiation during middle-scholl. *Psychology of Addictive Behaviors*, 26(2), 351-7.
- McHugo, G.J., Caspi, Y., Kammerer, N., Mazelis, R., Jackson, E.W., Russell, L., et al. (2005) The assessment of trauma history in women with co-occurring substance abuse and mental disorders and a history of interpersonal violence. *Journal of Behavioral Health Services & Research*, 32, 113–127.
- McIntosh, J., Gannon, M., McKeganey, N. & MacDonald, F. (2004) Έκθεση μαθητών προεφηβικής ηλικίας σε ουσίες. *Εξαρτήσεις*, 5, 62-77.
- Mills, K.L. (2009) Editorial-‘Between pain and nothing I choose nothing’: trauma, post traumatic stress disorder and substance use. *Addiction*, 104, 1607- 1609. doi: 10.1111/j.1360-0443.2009.02675.x
- Morrissey, J.P., Ellis, A.R., Gatz, M., Amaro ,H., Reed, B.G., Savage, A., et al. (2005) Outcomes for women with co-occurring disorders and trauma: Program and person-level effects. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 28, 121–133.
- Najavits, L.M., Weiss, R.D., & Shaw, S.R. (1997) The link between substance abuse and posttraumatic stress disorder in women: A research review. *American Journal on Addictions*, 6, 273–283.
- NIDA (1997) Research Monograph: *Preventing Drug Use among Children and Adolescents. A Research-based Guide*. US:National Institute on Drug Abuse.
- Ogrodniczuk, J.S., Piper, W.E., Joyce, A.S. (2011) Effect of alexithymia on the process and outcome of psychotherapy: A programmatic review. *Psychiatry Research*, 190, 43–48.
- Olivenstein, C. (1982) *Η ζωή του Τοξικομανή*. Αθήνα: Εκδόσεις Παλλάδα.
- Orford, J. (1985) *Excessive appetites: A psychological view of addictions*. Great Britain: John Wiley & Sons.
- Ouimette, P.C., Kimerling, R., Shaw, J. & Moos, R.H. (2000) Physical and sexual abuse among women and men with substance use disorders. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 18, 7–17.
- Perra, O, Fletcher, A, Bonell, C, Higgins, K. & McCrystal, P. (2012) School-related predictors of smoking, drinking and drug use: evidence from the Belfast Youth Development Study. *Journal of Adolescence*, 35(2), 315-24.
- Rice, C., Mohr, C.D., Del Boca, F.K., Mattson, M. E., Young, L., Brady, K., et al. (2001) Self-reports of physical, sexual and emotional abuse in an alcoholism treatment sample. *Journal of Studies on Alcohol*, 62, 114–123.
- Roy, A. (2001) Childhood trauma and attempted suicide in alcoholics. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 189, 120–121.
- SAMHSA (2000) *Substance Abuse Treatment for Persons with Child Abuse and Neglect Issues*. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 36. US: Substance Abuse and Mental Health Services Administration <http://ncadi.samhsa.gov/govpubs/BKD343/>
- SAMHSA (2014) *A treatment improvement protocol: Improving Cultural Competence (TIP 59)*. US: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- Stafford, D., Hodgkinson, L. (1991) *Codependency: How to break free and live your own life*. London: Piatkus.
- Stanton, M. D., Heath, A.W. (2005) Family-Based Treatment. Stages and Outcomes. In R.J. Frances, S.I.Miller and A.H. Mack (eds) *Clinical Textbook of Addictive Disorders (3rd ed)*. New York: Guilford Press.

- Stanton, M.D. & Todd, D.E. (1978) Heroin addiction as a family phenomenon. A new conceptual model. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 5, 125-150. doi: 10.3109/00952997809027993
- Stanton, M.D., Todd, T.C. (1982) *The family therapy of drug abuse and addiction*. New York: Guilford Press.
- Steinglass, P. (2009) Systemic-motivational therapy for substance abuse disorders: an integrative model. *J Fam Ther*, 31, 155-174.
- Steinglass, P., Benett, L.A., Wolin, S.J., Reiss, D. (1987) *The alcoholic family*. New York: Basic Books (1987).
- Sussman, S. & Ames, S.L. (2001) *The social psychology of drug abuse*. Philadelphia: Open University Press.
- Wiklund, L. (2008) Existential aspects of living with addiction – Part I: meeting challenges. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 2426–2434. doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02356.x
- ΑΡΓΩ, Πρόγραμμα Εναλλακτικής Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων ΨΝΘ (2005) *Γροθιά στο στομάχι- Λογοτεχνία της σκόνης*. Θεσσαλονίκη: Δωδώνη.
- Κοκκέβη, Α., Σταύρου, Μ., Καναβού, Ε., Φωτίου, Α. (2015α) *Οι έφηβοι στο σχολικό περιβάλλον*. Σειρά θεματικών τευχών: Έφηβοι, Συμπεριφορές & Υγεία. Αθήνα: Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής.
- Κοκκέβη, Α., Σταύρου, Μ., Καναβού, Ε., Φωτίου, Α. (2015β) *Οι έφηβοι και η οικογένειά τους*. Σειρά θεματικών τευχών: Έφηβοι, Συμπεριφορές & Υγεία. Αθήνα: Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής.
- Κοκκέβη, Α., Φωτίου, Α., Καναβού, Ε., Σταύρου, Μ. (2015) *Εξαρτητικές συμπεριφορές στην εφηβεία: Μέρος Α. Χρήση ουσιών*. Σειρά θεματικών τευχών: Έφηβοι, Συμπεριφορές & Υγεία. Αθήνα: Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής.
- Κοκκέβη, Α., Φωτίου, Α., Ξανθάκη, Μ., Καναβού, Ε. (2011) *Εξαρτησιογόνες ουσίες στην εφηβεία*. Σειρά θεματικών τευχών: Έφηβοι, Συμπεριφορές & Υγεία. Αθήνα: Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής.
- Κουτροβίδης, Π. & Κούτρας, Β. (2007) Η σχολική πορεία εφήβων χρηστών ναρκωτικών ουσιών. Σχολική προσαρμογή, Σχολική αποτυχία, Εκπαιδευτική επανένταξη. *Εξαρτήσεις*, 12, 43-62.
- Λιάππας, Ι. (2003) *Ναρκωτικά: Εθιστικές ουσίες, κλινικά προβλήματα, αντιμετώπιση*. Αθήνα: Εκδ. Πατάκη.
- Μάτσα, Κ. (2001) *Ψάξαμε ανθρώπους και βρήκαμε σκιές. Το αίνιγμα της τοξικομανίας*. Αθήνα: Εκδόσεις Άγρα.
- Μάτσα, Κ. (2012) *Το αδύνατο πένθος και η κρύπτη. Ο τοξικομανής και ο θάνατος*. Αθήνα: Εκδόσεις Άγρα.
- Μισουρίδου, Ε. (2004) Εξάρτηση και μητρότητα: Βασική φροντίδα και θεραπευτικές προσεγγίσεις. *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 88, 59-64.
- Παπανδρέου, Π., Τουλούμη, Γ., Πουλόπουλος, Χ. (2003) Εγκατάλειψη του σχολείου, χρήση ουσιών και παραβατικότητα. *Εξαρτήσεις*, 4, 25-44.

Χρήσιμο οπτικοακουστικό και έντυπο υλικό στο διαδίκτυο

- http://www.youtube.com/watch?v=hybhLQp31_Y&feature=related

Μία θεατρική παράσταση, βασισμένη στην αλληλογραφία της 22χρονης Ευρυδίκης με τη ψυχοθεραπεύτρια της Κατερίνα Μάτσα, στην προσπάθειά της να απεξαρτηθεί από τα ναρκωτικά. «Μία διαδρομή από το σκοτάδι προς το φως» στο βιβλίο «*Η περίπτωση Ευρυδίκη: κλινική της τοξικομανίας*» της Κατερίνας Μάτσα, Αθήνα, Άγρα, 2006.

- <https://www.youtube.com/watch?v=L5BvHePDON0>

Μια ταινία του Φρέντυ Βιανέλλη για την δύναμη της θέλησης βασισμένη στο βιβλίο «*Η περίπτωση Ευρυδίκη: κλινική της τοξικομανίας*» της Κατερίνας Μάτσα, Αθήνα, Άγρα, 2006.

- https://en.wikipedia.org/wiki/List_of_drug_films

Κινηματογραφικές ταινίες σχετικά με τη χρήση ψυχοδραστικών ουσιών

URL Εκπαιδευτικού Υλικού Κεφαλαίου 4

Οι διαφάνειες του Κεφαλαίου 4 βρίσκονται στην ακόλουθη σελίδα στον Ελληνικό Συσσωρευτή Ακαδημαϊκών Ηλεκτρονικών Βιβλίων του ΣΕΑΒ: <http://repfiles.kallipos.gr/file/23556>

Κεφάλαιο 5

Ανίχνευση και αξιολόγηση χρήσης και κατάχρησης ουσιών

Εισαγωγή

Τις τελευταίες δύο δεκαετίες πολλές έρευνες αποδεικνύουν την αποτελεσματικότητα της έγκαιρης παρέμβασης από τους επαγγελματίες υγείας στα γενικά νοσοκομεία και στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (WHO, 2010). Κατά τον ίδιο τρόπο με τον οποίο ο έλεγχος της γενικής κατάστασης της υγείας του ασθενή μπορεί να αποκαλύψει προβλήματα υγείας και να οδηγήσει σε συστάσεις για έναν πιο υγιεινό τρόπο ζωής, η αξιολόγηση της χρήσης ουσιών μπορεί να βοηθήσει τους επαγγελματίες υγείας να αναγνωρίσουν ένα δυνητικό πρόβλημα υγείας ή να αντιμετωπίσουν ένα υπάρχον πρόβλημα προτού επιδεινωθεί και θέσει σε κίνδυνο ακόμη και τη ζωή του ασθενή. Η έγκαιρη ανίχνευση και οι βραχείες παρεμβάσεις για τη μείωση της χρήσης αποτελούν εργαλεία μείωσης της βλάβης, πρόληψης της κλιμάκωσης της χρήσης αλλά και κινητοποίησης για θεραπεία. Ο βασικός σκοπός τους είναι να βοηθήσουν τον ασθενή να συσχετίσει την καθημερινή χρήση ουσιών που κάνει με προβλήματα υγείας, τα οποία πιθανόν αντιμετωπίζει, αλλά και με μελλοντικές βλάβες στην υγεία του. Τόσο οι μέθοδοι ανίχνευσης όσο και οι βραχείες παρεμβάσεις που τις συνοδεύουν απευθύνονται σε όλα τα άτομα που κάνουν χρήση κάποιας ψυχοδραστικής ουσίας, η οποία έχει επιπτώσεις σε διάφορους τομείς της ζωής τους, χωρίς να είναι απαραίτητα εξαρτημένα από τη συγκεκριμένη ουσία. Σε γενικές γραμμές η χρονική διάρκεια της ανίχνευσης κυμαίνεται από 1 έως 10 λεπτά.

Παρά όμως τη βασισμένη σε ενδείξεις αποτελεσματικότητα των σύντομων παρεμβάσεων, η εφαρμογή τους στην πράξη από τους επαγγελματίες υγείας εμποδίζεται από διάφορους παράγοντες, όπως η πεποίθηση ότι οι συγκεκριμένες παρεμβάσεις δεν συμπεριλαμβάνονται στον ρόλο και στα καθήκοντά τους, ο φόρτος εργασίας, οι στερεότυπες, απαισιόδοξες και αρνητικές στάσεις απέναντι στα άτομα που κάνουν κατάχρηση αλκοόλ και ναρκωτικών κ.ά. (SAMHSA, 2012· Geirsson et al., 2005). Έτσι αποδεικνύονται απρόθυμοι να εμπλακούν στην κινητοποίηση των συγκεκριμένων ασθενών προς την αλλαγή τρόπους ζωής σε αντίθεση με τόσα άλλα χρόνια προβλήματα υγείας στα οποία προτείνουν αλλαγές σε συμπεριφορές και καθημερινές συνήθειες. Μάλιστα, οι νοσηλευτές αποδεικνύονται ακόμη περισσότερο απρόθυμοι στην εμπλοκή τους στην αξιολόγηση της χρήσης ψυχοδραστικών ουσιών και στις απαιτούμενες βραχείες παρεμβάσεις (Geirsson et al., 2005· Johansson et al., 2002) χωρίς αυτό να σημαίνει ότι δεν υπάρχουν και παραδείγματα εφαρμογής έγκαιρης ανίχνευσης και παρέμβασης στο κλινικό έργο των νοσηλευτών (π.χ. Efraimson et al., 2012· Tsai et al., 2010· Wilson et al., 2008).

Στο συγκεκριμένο κεφάλαιο εξετάζονται οι διαδικασίες ανίχνευσης χρήσης και κατάχρησης ουσιών με στόχο την έγκαιρη διάγνωση, οι οποίες μπορούν να εφαρμοστούν με ελάχιστη εκπαίδευση από νοσηλευτές σε όλους τους τομείς υγείας. Παρουσιάζονται τυποποιημένα εργαλεία και περιγράφεται ο τρόπος χορήγησης και βαθμολόγησής τους. Στη συνέχεια περιγράφεται η αξιολόγηση της χρήσης και κατάχρησης αλκοόλ και ψυχοδραστικών ουσιών.

5.1. Ανίχνευση χρήσης ουσιών

Η χρήση ουσιών και οι σχετιζόμενοι με αυτή κίνδυνοι διακρίνονται σε τρεις κατηγορίες στο πλαίσιο ενός συνεχούς μεγάλου εύρους συμπεριφορών χρήσης (WHO, 2010):

- Ομάδα χαμηλού κινδύνου - περιστασιακή ή μη προβληματική χρήση
- Ομάδα μέτριου κινδύνου - πιο τακτική χρήση
- Ομάδα υψηλού κινδύνου - συχνή χρήση υψηλού κινδύνου

Οι επαγγελματίες υγείας συνήθως αναγνωρίζουν πιο εύκολα την ομάδα υψηλού κινδύνου από την ομάδα χαμηλού και μέτριου κινδύνου. Παρότι όμως η επιβάρυνση από τη συχνή χρήση υψηλού κινδύνου δεν μπορεί να αμφισβητηθεί, η επιβάρυνση των συστημάτων υγείας από τις δύο άλλες ομάδες μπορεί να είναι

μεγαλύτερη από αυτή της ομάδας υψηλού κινδύνου (WHO, 2010). Έτσι, η ανίχνευση στοχεύει στην αναγνώριση και έγκαιρη παρέμβαση προβλημάτων υγείας και συμπεριφορών κινδύνου σχετιζόμενων με τη χρήση σε πρώιμο στάδιο στο πλαίσιο της πρόληψης της επιδείνωσής τους. Εστιάζει λοιπόν και σε συμπεριφορές χρήσης, οι οποίες παρότι δεν πληρούν τα κριτήρια της εξάρτησης, είναι επιβλαβείς και επιζήμιες και για τις οποίες οι βραχείες παρεμβάσεις είναι αποτελεσματικές (Humeniuk et al., 2008· Bertholet et al., 2005· Ballesteros et al., 2004· Whitlock et al., 2004· Emmen et al., 2004). Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.) πρακτικές ανίχνευσης χρήσης ουσιών πρέπει να εφαρμόζονται για όλους τους ασθενείς οι οποίοι προσέρχονται σε δομές πρωτοβάθμιας περίθαλψης (WHO, 2010).

5.1.1. Ερωτηματολόγιο ASSIST

Το ερωτηματολόγιο ASSIST δημιουργήθηκε από τον Π.Ο.Υ. σαν απάντηση στο τεράστιο πρόβλημα δημόσιας υγείας, το οποίο προκαλεί η κατάχρηση ουσιών σε παγκόσμιο επίπεδο (WHO, 2010a). Σχεδιάστηκε για να χρησιμοποιηθεί στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας όπου η επικίνδυνη και βλαβερή χρήση πιθανόν να μην ανιχνεύεται ή να επιδεινώνεται. Αποτελείται από 8 ερωτήσεις. Η χορήγησή του από τον επαγγελματία υγείας απαιτεί 5-10 λεπτά. Οι ερωτήσεις του ASSIST αφορούν τις ακόλουθες ουσίες:

- Προϊόντα καπνού
- Αλκοόλ
- Κάνναβη
- Κοκαΐνη
- Αμφεταμίνες
- Ψευδαισθησιογόνα
- Εισπνεόμενα
- Οπιοειδή
- Άλλες ψυχοδραστικές ουσίες



Εικόνα 5.1 ΚΕΘΕΑ, Copyright.

Το ερωτηματολόγιο ASSIST οδηγεί σε βαθμολογία επικίνδυνης χρήσης για την καθεμία ουσία ξεχωριστά. Αυτή η βαθμολογία στη συνέχεια μπορεί να χρησιμοποιηθεί για συζήτηση (σύντομη παρέμβαση) με τον ασθενή. Η βαθμολογία διαχωρίζεται σε τρεις κατηγορίες (χαμηλή, μέτρια και επικίνδυνη χρήση) και καθορίζει την πιο κατάλληλη παρέμβαση για το κάθε επίπεδο («καμιά θεραπεία», «σύντομη παρέμβαση» ή «παραπομπή και θεραπεία» αντίστοιχα). Εν συντομία, το ερωτηματολόγιο ASSIST περιλαμβάνει τις ακόλουθες ερωτήσεις:

- Η ερώτηση 1 ρωτά ποιες ουσίες έχουν χρησιμοποιηθεί κατά τη διάρκεια της ζωής του ασθενούς.
- Η ερώτηση 2 ρωτά πόσο συχνά έκανε χρήση της καθεμιάς ουσίας κατά τη διάρκεια των τελευταίων τριών μηνών. Η ερώτηση αυτή δείχνει ποιες ουσίες σχετίζονται με την τωρινή κατάσταση υγείας του ασθενή.
- Η ερώτηση 3 ρωτά πόσο συχνά ένιωσε έντονη επιθυμία να κάνει χρήση της καθεμιάς ουσίας κατά τη διάρκεια των τελευταίων μηνών.
- Η ερώτηση 4 ρωτά πόσο συχνά αντιμετώπισε προβλήματα υγείας ή κοινωνικά, νομικά ή οικονομικά προβλήματα που σχετίζονταν με τη χρήση των ουσιών κατά τη διάρκεια των τελευταίων τριών μηνών.
- Η ερώτηση 5 ρωτά πόσο συχνά η χρήση ουσιών οδήγησε σε παραμέληση των υποχρεώσεών του κατά τη διάρκεια των τελευταίων τριών μηνών.
- Η ερώτηση 6 ρωτά αν κάποιος άλλος έχει εκφράσει ανησυχία για τη χρήση της καθεμιάς ουσίας και πόσο πρόσφατα συνέβη αυτό.
- Η ερώτηση 7 ρωτά αν έχει προσπαθήσει να μειώσει ή να σταματήσει τη χρήση κάποιας ουσίας χωρίς επιτυχία και πόσο πρόσφατα συνέβη αυτό.
- Η ερώτηση 8 ρωτά αν έχει κάνει ποτέ ενέσιμη χρήση και πόσο πρόσφατα.

Οι ερωτήσεις του ερωτηματολογίου ASSIST ανιχνεύουν κατά πόσο η χρήση ουσιών είναι επικίνδυνη και πιθανά βλαβερή για τον ασθενή στην παρούσα στιγμή ή στο μέλλον. Διακρίνονται επίπεδα μέτριου και υψηλού κινδύνου. Οι ερωτήσεις οι οποίες σχετίζονται με χρήση υψηλού κινδύνου είναι η ερώτηση 3 (καταναγκασμός χρήσης), η ερώτηση 7 (αποτυχημένες απόπειρες να σταματήσει τη χρήση) και η ερώτηση 8 (ενέσιμη χρήση). Η συνολική βαθμολογία υπολογίζεται αθροίζοντας τις επιμέρους βαθμολογίες των ερωτήσεων 2-7. Οι απαντήσεις της ερώτησης 8 δεν υπολογίζονται στη συνολική βαθμολογία.



Εικόνα 5.2 ΚΕΘΕΑ, Copyright.

5.1.2. Ερωτηματολόγιο ανίχνευσης αλκοόλ CAGE

Το ερωτηματολόγιο CAGE χρησιμοποιείται για την εκτίμηση κινδύνου προβλημάτων από το αλκοόλ. Πρόκειται για ένα εύχρηστο και αξιόπιστο εργαλείο το οποίο χορηγείται σε ενήλικες αλλά και σε έφηβους άνω των 16 ετών και απαιτεί λιγότερο από ένα λεπτό για να απαντηθεί. Η ικανότητα ανίχνευσης κατάχρησης αλκοόλ του ερωτηματολογίου CAGE είναι συγκρίσιμη με αυτή των βιολογικών και κλινικών αξιολογήσεων. Αποτελείται από 4 ερωτήσεις:

- Νιώσατε ποτέ την ανάγκη ότι πρέπει να κόψετε το ποτό;
- Σας έχει ενοχλήσει η κριτική των άλλων για το πόσο πολύ πίνετε;
- Έχετε νιώσει ποτέ άσχημα ή ενοχές σχετικά με το πόσο πίνετε;
- Έχετε ποτέ πει με το που ξυπνήσατε για να καλύψετε τα νεύρα σας ή για να συνέλθετε από τη χθεσινή σας κατάχρηση;

Το ερωτηματολόγιο πήρε το όνομά του από την κεντρική λέξη των ερωτήσεων του:

- C (cut down)
- A (annoyed)
- G (guilty)
- E (eye-opener)

Έστω και μια θετική απάντηση στις ερωτήσεις του CAGE υποδηλώνει κίνδυνο κατάχρησης. Περισσότερες από μία θετικές απαντήσεις υποδηλώνουν υψηλή πιθανότητα κατάχρησης ουσιών, καθώς έχει διαπιστωθεί ότι το 81% με 97% των ατόμων που είναι εξαρτημένοι από το αλκοόλ έχουν δώσει δυο θετικές απαντήσεις.

Κριτικές σε σχέση με τη χρήση αυτού του ερωτηματολογίου, το οποίο έχει προσαρμοστεί και για χρήση άλλων ψυχοδραστικών ουσιών, αφορούν την επικέντρωσή του σε θέματα εξάρτησης (WHO, 2010). Εστιάζοντας σε ερωτήσεις σχετικά με την καταναγκαστική χρήση δεν διερευνά λιγότερο επιβλαβείς συμπεριφορές.

5.1.3. Ανίχνευση μιας ερώτησης για τη χρήση αλκοόλ και ψυχοδραστικών ουσιών (NIDA)

Η ανίχνευση μιας ερώτησης για τη χρήση αλκοόλ και ψυχοδραστικών ουσιών αποδείχθηκε εξίσου αξιόπιστη με την ανίχνευση μεγαλύτερων ερωτηματολογίων, σύμφωνα με μελέτες του National Institute for Drug Abuse (Barclay, 2010). Η ανίχνευση μιας ερώτησης για τη χρήση ψυχοδραστικών ουσιών είναι η ακόλουθη:

- «Πόσες φορές κατά τη διάρκεια του τελευταίου χρόνου χρησιμοποιήσατε παράνομα ναρκωτικά ή φαρμακευτική αγωγή για μη-ιατρικούς λόγους;»

Θεωρείται θετική αν ο ασθενής έχει κάνει χρήση μια ή περισσότερες φορές.

Η ερώτηση για τη χρήση αλκοόλ ανιχνεύει τη συνολική χρήση:

- «Πόσες φορές κατά τη διάρκεια του τελευταίου χρόνου ήπιατε X ή περισσότερα ποτά σε μια μέρα;

Το X αντιστοιχεί σε 5 ποτά για τους άνδρες και 4 για τις γυναίκες. Η απάντηση θεωρείται θετική αν ο ασθενής έχει κάνει χρήση μια ή περισσότερες φορές.

5.1.4. Ερωτηματολόγιο Ανίχνευσης Διαταραχών από τη Χρήση Αλκοόλ (AUDIT)

Ένα εργαλείο το οποίο χρησιμοποιείται ιδιαίτερα συχνά για τη χρήση αλκοόλ είναι το ερωτηματολόγιο 10 σημείων του Π.Ο.Υ. (Babor et al., 2001, 2001a), γνωστό ως AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test). Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει τις ακόλουθες ερωτήσεις:

1. Πόσο συχνά καταναλώνετε ποτό που περιέχει αλκοόλ; (Ποτέ, Μηνιαία ή λιγότερο, 2-4 φορές μηνιαίως, 2-3 φορές την εβδομάδα, 4 ή περισσότερες φορές).
2. Πόσα ποτά που περιέχουν αλκοόλ καταναλώνετε σε μια τυπική ημέρα όταν πίνετε; (1 ή 2, 3 ή 4, 5 ή 6, 7-9, 10 ή περισσότερα).
3. Πόσο συχνά καταναλώνετε έξι ή περισσότερα ποτά σε μια περίπτωση; (Ποτέ, Λιγότερο από μηνιαία, Μηνιαία, Εβδομαδιαίως, Καθημερινά ή σχεδόν καθημερινά).
4. Πόσο συχνά κατά τη διάρκεια του περασμένου χρόνου διαπιστώσατε ότι δεν είστε ικανοί να σταματήσετε να πίνετε αφού έχετε αρχίσει; (Ποτέ, Λιγότερο από μηνιαία, Μηνιαία, Εβδομαδιαίως, Καθημερινά ή σχεδόν καθημερινά).
5. Πόσο συχνά κατά τη διάρκεια του περασμένου χρόνου αποτύχατε να κάνετε ό,τι αναμενόταν κανονικά από σας λόγω της κατανάλωσης αλκοόλ; (Ποτέ, Λιγότερο από μηνιαία, Μηνιαία, Εβδομαδιαίως, Καθημερινά ή σχεδόν καθημερινά).
6. Πόσο συχνά κατά τη διάρκεια του περασμένου χρόνου χρειαστήκατε ένα πρώτο ποτό το πρωί για να λειτουργήσετε κανονικά μετά από μια βραδιά βαριάς κατανάλωσης; (Ποτέ, Λιγότερο από μηνιαία, Μηνιαία, Εβδομαδιαίως, Καθημερινά ή σχεδόν καθημερινά).
7. Πόσο συχνά κατά τη διάρκεια του περασμένου χρόνου έχετε αισθανθεί ενοχές ή τύψεις μετά που είχατε πει; (Ποτέ, Λιγότερο από μηνιαία, Μηνιαία, Εβδομαδιαίως, Καθημερινά ή σχεδόν καθημερινά).
8. Πόσο συχνά κατά τη διάρκεια του περασμένου χρόνου ήσασταν ανίκανοι να θυμηθείτε τι είχε συμβεί την προηγούμενη νύχτα επειδή πίνετε; (Ποτέ, Λιγότερο από μηνιαία, Μηνιαία, Εβδομαδιαίως, Καθημερινά ή σχεδόν καθημερινά).
9. Εσείς ή κάποιος άλλος έχει τραυματιστεί ως συνέπεια της κατανάλωσής σας; (Όχι, Ναι αλλά όχι στον περασμένο χρόνο, Ναι κατά τη διάρκεια του περασμένου χρόνου).
10. Μήπως κάποιος συγγενής ή φίλος ή γιατρός ή άλλος εργαζόμενος στον ιατρικό κλάδο έχει ανησυχήσει για την κατανάλωση αλκοόλ από σας ή σας πρότεινε να περιορίσετε την κατανάλωση αυτή; (Όχι, Ναι αλλά όχι στον περασμένο χρόνο, Ναι κατά τη διάρκεια του περασμένου χρόνου).

Οι τρεις πρώτες ερωτήσεις αφορούν την ποσότητα και συχνότητα κατανάλωσης, οι τρεις επόμενες αφορούν την εξάρτηση και οι τέσσερις τελευταίες σχετίζονται με τα προβλήματα που προκαλεί η χρήση οινοπνεύματος. Οι απαντήσεις βαθμολογούνται με κλίμακα Likert. Η βαθμολόγηση των απαντήσεων απαιτεί περίπου 2 λεπτά. Η ανταπόκριση του επαγγελματία υγείας καθορίζεται από τη βαθμολογία του ασθενή. Πιο συγκεκριμένα:

- Βαθμολογία 1-7: Ο ασθενής πίνει λιγότερο από το όριο ασφαλείας.
 - Επιβράβευση της ακίνδυνης κατανάλωσης αλκοόλ κάτω από το όριο ασφαλείας.
 - Πληροφορίες για τη χρήση ουσιών, αν το επιθυμεί ο ασθενής.
- Βαθμολογία 8-15: ο ασθενής πίνει στο όριο ασφαλείας – Μελλοντικός κίνδυνος εμπλοκής σε επικίνδυνη κατανάλωση, φυσικής και κοινωνικής βλάβης καθώς και χρήσης υπηρεσιών φροντίδας υγείας.
 - Ενημέρωση για το όριο ασφαλούς χρήσης αλκοόλ.
 - Ενημέρωση για τον κίνδυνο υπέρβασης του ορίου και προτροπή τήρησης του ορίου.
 - Επαναξιολόγηση.
 - Πληροφορίες για τη χρήση ουσιών, αν το επιθυμεί ο ασθενής.

- Βαθμολογία 16-20: Ο ασθενής πίνει περισσότερο από το όριο ασφαλείας – Επιβλαβής και επικίνδυνη κατανάλωση αλκοόλ.
 - Ενημέρωση σχετικά με την ακίνδυνη κατανάλωση οινοπνεύματος.
 - Ερώτηση του ασθενή, αν συμφωνεί ότι πίνει περισσότερο από το όριο ασφαλείας και προτροπή επίσκεψης σε γιατρό και σε θετική και σε αρνητική απάντησή του. Αποφυγή πίεσης ή αντιπαράθεσης και αποδοχή πιθανής άρνησης του ασθενή.
 - Ενημέρωση του ασθενή για τη σχέση της χρήσης ουσιών που κάνει με προβλήματα υγείας, τα οποία πιθανόν αντιμετωπίζει αλλά και με μελλοντικές βλάβες στην υγείας του.
 - Προτροπή μείωσης του αριθμού των ποτών και επαναξιολόγηση.
- Βαθμολογία >20: Ενδεικτική εξάρτησης (αν και πιθανότητα εξάρτησης υπάρχει και σε χαμηλότερες βαθμολογίες).
 - Ενημέρωση του ασθενή για τη σχέση της χρήσης ουσιών με τα προβλήματα υγείας ή συμπεριφοράς τα οποία αντιμετωπίζει.
 - Παραπομπή σε ειδικό για πιο λεπτομερή αξιολόγηση

5.1.5. Η συνέντευξη CIDI (Composite International Diagnostic Interview).

Η συνέντευξη CIDI του Π.Ο.Υ. μετρά την εξάρτηση από το αλκοόλ. Η βαθμολογία είναι ισοδύναμη με τον αριθμό των θετικών ερωτήσεων στις επτά ερωτήσεις των συμπτωμάτων. Βαθμολογία ίση με 3 θεωρείται ως μια πιθανή περίπτωση εξάρτησης, ενώ βαθμολογία ίση με 4 και μεγαλύτερη αποτελεί περιστατικό εξάρτησης (WHO, 2002).

1. Τους προηγούμενους 12 μήνες υπήρξε κάποια περίπτωση όπου η κατανάλωση αλκοόλ ή έντονος πονοκέφαλος επηρέασε τη λειτουργία σας στο σχολείο, στο σπίτι ή στην εργασία σας;
 - 1 Ναι
 - 2 Όχι
 - 1.1. Εάν ναι, πόσο συχνά τον προηγούμενο χρόνο;
 - 1 Μια φορά ή δύο φορές
 - 2 Μεταξύ 3 και 5 φορές
 - 3 Μεταξύ 6 και 10 φορές
 - 4 Μεταξύ 11 και 20 φορές
 - 5 Πάνω από 20 φορές
2. Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών ήσασταν ποτέ υπό την επήρεια αλκοόλ σε κάποια κατάσταση που θα μπορούσατε να κινδυνέψετε, όπως οδήγηση αυτοκινήτου ή σκάφους, χρήση μαχαιριών, όπλων ή μηχανημάτων ή οτιδήποτε άλλο;
 - 1 Ναι
 - 2 Όχι
3. Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών, είχατε κάποιο συναισθηματικό ή ψυχολογικό πρόβλημα από τη χρήση αλκοόλ, όπως το να αισθάνεστε αδιάφορος για πράγματα, καταθλιπτικός, καχύποπτος με τους ανθρώπους, παρανοϊκός ή να έχετε παράξενες ιδέες;
 - 1 Ναι
 - 2 Όχι
4. Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών μήπως είχατε έντονη επιθυμία ή ανάγκη να πιείτε σε σημείο να μην μπορείτε να το αποφύγετε;
 - 1 Ναι
 - 2 Όχι
5. Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών μήπως είχατε μια περίοδο ενός μηνός ή περισσότερο κατά την οποία περνούσατε μεγάλο μέρος του χρόνου σας πίνοντας ή αναρρώνοντας από τις επιδράσεις του αλκοόλ;
 - 1 Ναι
 - 2 Όχι
6. Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών μήπως ήπιατε περισσότερο από ό,τι σκοπεύατε;
 - 1 Ναι

2 Όχι

6.1 Εάν ναι, πόσο συχνά τον τελευταίο χρόνο;

- 1 Μία ή δύο φορές
- 2 Μεταξύ 3 και 5 φορές
- 3 Μεταξύ 6 και 10 φορές
- 4 Μεταξύ 11 και 20 φορές
- 5 Πάνω από 20 φορές

7. Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών υπήρξε φορά κατά την οποία έπρεπε να πιείτε πολύ περισσότερο από ό,τι συνηθίζατε για να αισθανθείτε το ίδιο αποτέλεσμα που επιθυμούσατε;

- 1 Ναι
- 2 Όχι



Εικόνα 5.3 ΚΕΘΕΑ, Copyright.

5.1.6. Ερωτηματολόγιο CRAFT

Το ερωτηματολόγιο CRAFT αποτελεί ένα εργαλείο ανίχνευσης της συμπεριφοράς χρήσης ουσιών, το οποίο χορηγείται σε εφήβους και νέους κάτω των 21 ετών. Η χορήγησή του διαρκεί περίπου 2 λεπτά και δεν απαιτεί καμία ειδική εκπαίδευση. Περιλαμβάνει δύο φάσεις. Στην πρώτη ο ασθενής ερωτάται αν:

1. Καταναλώνει αλκοόλ (περισσότερο από μερικές γουλιές);
2. Έχει κάνει χρήση κάνναβης;
3. Έχει καταναλώσει κάποια άλλη ψυχοδραστική ουσία (παράνομη ουσία ή συνταγογραφούμενα χάπια);

Αν ο έφηβος απαντήσει αρνητικά και στις τρεις ερωτήσεις, ο επαγγελματίας υγείας συνεχίζει με το πρώτο μόνο ερώτημα της δεύτερης φάσης. Αν ο έφηβος απαντήσει θετικά σε μία ή περισσότερες από τις τρεις ερωτήσεις, ο επαγγελματίας υγείας συνεχίζει με τις έξι ερωτήσεις της δεύτερης φάσης (CRAFT).

Η δεύτερη φάση του ερωτηματολογίου αποτελείται από μια σειρά έξι ερωτήσεων, στις οποίες ο επαγγελματίας υγείας ρωτά τον ασθενή αν:

1. Επέβαινε ποτέ σε αυτοκίνητο που ο οδηγός (συμπεριλαμβανομένου και του ίδιου) ήταν μεθυσμένος ή υπό την επήρεια άλλων ουσιών;
2. Έχει κάνει ποτέ χρήση αλκοόλ ή άλλων ουσιών για να χαλαρώσει, να αισθανθεί καλύτερα με τον εαυτό του ή να ταιριάξει με τους υπόλοιπους;
3. Έχει κάνει ποτέ χρήση αλκοόλ ή άλλων ουσιών, ενώ ήταν μόνος;
4. Έχει ποτέ ξεχάσει πράγματα που έκανε κατά τη χρήση αλκοόλ ή ουσιών;
5. Του είπαν ποτέ μέλη της οικογένειας του ή φίλοι του ότι πρέπει να κόψει το ποτό ή τη χρήση άλλων ουσιών;
6. Είχε ποτέ προβλήματα ή κάποιο μπλέξιμο, ενώ ήταν υπό την επήρεια αλκοόλ ή ουσιών;

Το ερωτηματολόγιο πήρε το όνομά του από την κεντρική λέξη των ερωτήσεών του:

- C (Car)
- R (Relax)
- A (Alone)
- F (Forget)
- T (Trouble)



Εικόνα 5.4 ΚΕΘΕΑ, Copyright.

5.1.7. Ερωτηματολόγιο DAST-10

Το ερωτηματολόγιο DAST-10 αποτελεί σύντμηση του μεγαλύτερου DAST με 20 ερωτήσεις (Skinner, 1982). Ο επαγγελματίας υγείας ρωτά τον ασθενή αν διαπίστωσε κάτι από τα ακόλουθα κατά τους τελευταίους 12 μήνες:

1. Έκανε χρήση ουσιών πέραν αυτών που ήταν απαραίτητες για ιατρικούς λόγους.
2. Παίρνει περισσότερες από μία ουσίες ταυτόχρονα.
3. Μπορεί να σταματήσει τη χρήση ουσιών, όταν θέλει.
4. Είχε ποτέ διαλείψεις μνήμης ή ένιωσε να ξαναζεί το παρελθόν σαν να ήταν παρόν (flashback) λόγω χρήσης ουσιών.
5. Νιώθει ποτέ τύψεις ή ενοχές γιατί κάνει χρήση ουσιών.
6. Διαμαρτυρήθηκαν ποτέ ο/η σύντροφος (σύζυγος) ή οι γονείς του, γιατί κάνει χρήση ουσιών.
7. Παραμέλησε ποτέ την οικογένειά του λόγω χρήσης ουσιών.
8. Αναμείχθηκε σε παράνομες δραστηριότητες για να προμηθευτεί ουσίες.
9. Αισθάνθηκε ποτέ συμπτώματα στέρησης ή έντονες ενοχλήσεις διακόπτοντας τη χρήση ουσιών.
10. Είχε ποτέ προβλήματα υγείας λόγω χρήσης ουσιών (π.χ. απώλεια μνήμης, σπασμούς, αιμορραγίες, ηπατίτιδα).

Για κάθε θετική απάντηση υπολογίζεται ένας βαθμός στη συνολική βαθμολογία. Μετρώντας τις θετικές απαντήσεις υπολογίζεται ο βαθμός σοβαρότητας του προβλήματος :

- 0 Κανένα πρόβλημα
- 1-2 Μικρή σοβαρότητα
- 3-5 Μέτρια σοβαρότητα
- 6-10 Μεγάλη σοβαρότητα

Οι προτεινόμενες παρεμβάσεις ανάλογα με τη βαθμολογία είναι οι ακόλουθες:

- Βαθμολογία 0: Ο ασθενής πίνει λιγότερο από το όριο ασφαλείας.
 - Επιβράβευση της ακίνδυνης κατανάλωσης αλκοόλ κάτω από το όριο ασφαλείας.
 - Πληροφορίες για τη χρήση ουσιών, αν το επιθυμεί ο ασθενής.
- Βαθμολογία 1-2: Περιστασιακή χρήση – Μελλοντικός κίνδυνος εμπλοκής σε επικίνδυνη κατανάλωση, φυσικής και κοινωνικής βλάβης καθώς και χρήσης υπηρεσιών φροντίδας υγείας.
 - Οποιαδήποτε ένδειξη χρήσης ουσιών απαιτεί περαιτέρω διερεύνηση.
 - Ενημέρωση ότι δεν υπάρχει ακίνδυνη χρήση ουσιών και πληροφορίες για τη χρήση ουσιών, αν το επιθυμεί ο ασθενής.
 - Προτροπή μείωσης της χρήσης.
 - Επαναξιολόγηση.
- Βαθμολογία 3-5: Ο ασθενής πίνει περισσότερο από το όριο ασφαλείας – Επιβλαβής και επικίνδυνη κατανάλωση αλκοόλ.
 - Οποιαδήποτε ένδειξη χρήσης ουσιών απαιτεί περαιτέρω διερεύνηση.
 - Ενημέρωση ότι δεν υπάρχει ακίνδυνη χρήση ουσιών και πληροφορίες για τη χρήση ουσιών, αν το επιθυμεί ο ασθενής.
 - Ερώτηση του ασθενή αν συμφωνεί ότι κάνει χρήση περισσότερο απ' ό,τι πρέπει και προτροπή επίσκεψης σε γιατρό και σε θετική και σε αρνητική απάντησή του. Αποφυγή πίεσης ή αντιπαράθεσης και αποδοχή πιθανής άρνησης του ασθενή.

- Ενημέρωση του ασθενή για τη σχέση της χρήσης ουσιών που κάνει με προβλήματα υγείας τα οποία πιθανόν αντιμετωπίζει αλλά και με μελλοντικές βλάβες στην υγείας του.
 - Προτροπή μείωσης της χρήσης.
 - Επαναξιολόγηση.
- Βαθμολογία 6-10: Ενδεικτική εξάρτησης (αν και πιθανότητα εξάρτησης υπάρχει και σε χαμηλότερες βαθμολογίες).
 - Λεπτομερής διερεύνηση του προβλήματος.
 - Ενημέρωση για τις σαφείς ενδείξεις σοβαρού προβλήματος.
 - Ενημέρωση του ασθενή για τη σχέση της χρήσης ουσιών με τα προβλήματα υγείας ή συμπεριφοράς τα οποία αντιμετωπίζει.
 - Παραπομπή σε ειδικό για πιο λεπτομερή αξιολόγηση/θεραπεία.



Εικόνα 5.5 ΚΕΘΕΑ, Copyright.

5.2. Αξιολόγηση χρήσης ουσιών

Συνήθως, η αρχή της ατομικής ψυχοθεραπείας, στην οποία δεν υπάρχουν ανοικτά «θέματα» που απαιτούν άμεση επεξεργασία, είναι η πιο κατάλληλη στιγμή για να πάρει ο θεραπευτής ένα εκτενές ιστορικό, το οποίο θα τον βοηθήσει να διαμορφώσει τις υποθέσεις του για τις αιτίες της χρήσης του θεραπευόμενου του. Η λήψη του ιστορικού απαιτεί χρόνο (συνήθως μία έως δύο ατομικές συνεδρίες) ώστε να μπορέσει να ανακαλέσει ο θεραπευόμενος στη μνήμη του εμπειρίες και συναισθήματα, αλλά και συστηματικότητα, ώστε να φωτίσει τη δυναμική των σχέσεων και την πορεία της χρήσης ικανοποιητικά. Ένα λεπτομερές ιστορικό μπορεί να διερευνήσει:

- Την πιθανότητα χρήσης στις προηγούμενες γενιές, η οποία πολύ συχνά απωθείται λόγω της «συνωμοσίας της σιωπής» που κυριαρχεί στις οικογένειες που αντιμετωπίζουν προβλήματα εξάρτησης.
- Την πιθανότητα κακοποίησης/παραμέλησης.

- Την ορθότητα του ιστορικού της χρήσης.
- Ζητήματα ψυχικής υγείας που μπορεί να επηρεάσουν τη θεραπεία του (κατάθλιψη, κοινωνική φοβία, τάσεις αυτοκτονίας).

Η πορεία της λήψης του ιστορικού ακολουθεί τα στάδια ζωής του θεραπευόμενου (βρεφική-παιδική ηλικία, εφηβική ηλικία, σχέσεις με το άλλο φύλο, στρατός-σπουδές, εργασία, έγγαμος βίος, θεραπευτικές προσπάθειες). Περιγράφονται οι σχέσεις στην εξέλιξή τους, προβλήματα υγείας, προβλήματα με τον νόμο, οικονομικές και επαγγελματικές δυσκολίες. Το γενεόγραμμα, ένα αξιολογικό εργαλείο στα χέρια του θεραπευτή, βοηθάει επίσης στην καταγραφή της δυναμικής των σχέσεων του παρελθόντος.

Ιδιαίτερη έμφαση απαιτείται να δοθεί στο ιστορικό της εξέλιξης της χρήσης, μιας και ο θεραπευόμενος πιο συχνά, συνειδητά ή ασυνείδητα, δεν αποδέχεται την έκταση του προβλήματος. Η εστίαση αυτή μπορεί να συμβάλει και στην κινητοποίηση για αλλαγή.

5.2.1. Πλαίσιο λεπτομερούς αξιολόγησης χρήσης αλκοόλ

Τα ακόλουθα σημεία είναι ιδιαίτερα βοηθητικά στο ξεπέραςμα των δυσκολιών της λήψης ενός ικανοποιητικού ιστορικού εξέλιξης της χρήσης αλκοόλ (Edwards et al., 1997):

Εξέλιξη της χρήσης:

- Πρώτη χρήση πέρα από τις πρώτες γουλιές στην παιδική ηλικία.
- Πρώτη αγορά του πρώτου ποτού.
- Πότε έκανε χρήση τα περισσότερα Σαββατοκύριακα.
- Πρώτη καθημερινή χρήση.
- Πρώτη χρήση πάνω από δέκα μπύρες/μισό μπουκάλι ουίσκι.
- Πρώτη χρήση με τον τρόπο που έπινε λίγο πριν μπει στο πρόγραμμα.

Εξέλιξη της εξάρτησης:

- Πότε πρωτοκατάλαβε ότι η χρήση αλκοόλ είναι προβληματική γι' αυτόν;
- Γιατί το κατάλαβε τότε; Τι προβλήματα εμφανίστηκαν;
- Πότε κατάλαβε ότι η χρήση είναι πρόβλημα; Τι είδους πρόβλημα; Πόσος καιρός πέρασε, πριν το παραδεχτεί ανοιχτά στους άλλους;
- Πότε παραδέχτηκε στον εαυτό του ότι έχει πρόβλημα με το αλκοόλ;
- Πότε πρωτοάρχισε να αναγνωρίζει στην άκρη του μυαλού του ότι το αλκοόλ μπορεί και να διαβρώνει τον γάμο του ή τη σχέση του με τη δουλειά του;
- Τι αλλαγές παρατήρησε στη χρήση;
 - ✓ Όταν πρωτοέφυγε από το σπίτι
 - ✓ Όταν παντρεύτηκε
 - ✓ Όταν γεννήθηκαν τα παιδιά
 - ✓ Όταν άλλαξε δουλειά
 - ✓ Όταν τον/την άφησε ο/η σύζυγος

Μια τυπική πρόσφατη μέρα χρήσης:

- Τι ώρα ξυπνά; Ξυπνούσε μέσα στο βράδυ με στερητικά; Τι ώρα πήγαινε στη δουλειά;
- Τι ώρα έπινε το πρώτο ποτό; Ποτά της αρεσκείας του στη διάρκεια της ημέρας;
- Για να ανακουφίσει ή για να αποφύγει τα στερητικά; Για να αποφύγει άγχος ή άλλα αρνητικά συναισθήματα; Εργασιακό πλαίσιο; Με παρέα ή μόνος; Το βράδυ;

Αλλαγές που παρατηρούσε ο ίδιος στην προσωπικότητά του - Για αρκετούς ασθενείς δεν υπάρχουν αλλαγές στην προσωπικότητα, κάποιοι άλλοι παρατηρούν αλλαγές μεγάλες («γίνομαι άλλος άνθρωπος, όταν πίνω»):

- Θετικές αλλαγές: πιο εξωστρεφής, διεκδικητικός, σίγουρος για τον εαυτό μου, περισσότερη αυτοπεποίθηση.
- Αρνητικές αλλαγές: νεύρα, απώλεια ελέγχου, βία, αυτο-οίκτος, απομάκρυνση από τους άλλους.
- Είναι το αλκοόλ πιο σημαντικό από τους άλλους ανθρώπους; Κάποιοι ασθενείς λένε ότι όταν τους άφησε η γυναίκα τους δεν τους ένοιαζε, μιας και θα έπιναν με την ησυχία τους.

Άλλα σημαντικά σημεία :

- αποχές
- χρήση μετά τις αποχές
- προσπάθειες για θεραπεία- εισαγωγές σε νοσοκομείο
- πώς αντιμετώπισαν το πρόβλημα ο/η σύζυγος, οι συνάδελφοι, οι γονείς, τα αδέρφια και οι φίλοι

5.2.2. Πλαίσιο λεπτομερούς αξιολόγησης χρήσης ψυχοδραστικών ουσιών

Οι κλινικές οδηγίες της Ένωσης Νοσηλευτών για την Αντιμετώπιση της Εξάρτησης με έδρα τη Μ. Βρετανία, περιλαμβάνονται σε πέντε εγχειρίδια και απευθύνονται σε γενικούς νοσηλευτές, μαίες, επισκέπτες υγείας και νοσηλευτές εξάρτησης (ANSA, 1997a,b,c, 1998, 2002). Στις οδηγίες αυτές περιλαμβάνεται η ακόλουθη προσέγγιση στη λεπτομερή αξιολόγηση της χρήσης ψυχοδραστικών ουσιών:

1. Πότε χρησιμοποιήσατε καπνό/οινόπνευμα/διαλύτες/άλλα ναρκωτικά για τελευταία φορά;
 - Σκοπός: Ο νοσηλευτής διευκρινίζει το όνομα της ουσίας, ποσότητα, τρόπο χρήσης – Προσδιορίζει το είδος και τον αριθμό των ουσιών που χρησιμοποιούνται, ελέγχοντας την πιθανότητα πολλαπλής χρήσης. Η ποσότητα και ο τρόπος χρήσης αποτελούν ενδείξεις της έκτασης του προβλήματος και τους πιθανούς κινδύνους.
2. Σε ποια ηλικία χρησιμοποιήσατε για πρώτη φορά αυτές τις ουσίες;
 - Σκοπός: Προσδιορισμός του εύρους της χρήσης. Όσο χαμηλότερη είναι η ηλικία της έναρξης τόσο μεγαλύτερη η πιθανότητα εμφάνισης σοβαρών προβλημάτων υγείας.
3. Υπάρχει κάποια αλλαγή στην ποσότητα ουσιών που χρησιμοποιείτε ή στον τρόπο χρήσης;
 - Σκοπός: Διερεύνηση πειραματικής, ψυχαγωγικής ή καταναγκαστικής χρήσης τώρα ή στο παρελθόν.
4. Ποιες ημέρες χρησιμοποιήσατε αυτές τις ουσίες την προηγούμενη εβδομάδα;
 - Σκοπός: Διερεύνηση πειραματικής, ψυχαγωγικής ή καταναγκαστικής χρήσης τώρα ή στο παρελθόν. Η ερώτηση γίνεται για 2, 3 ή 4 εβδομάδες, εάν η χρήση είναι λιγότερο συχνή.
5. Ποιες ώρες της ημέρας κάνετε συνήθως χρήση;
 - Σκοπός: Διερεύνηση συχνότητας και βαρύτητας της χρήσης.
6. Πού κάνετε συνήθως χρήση;
 - Σκοπός: Προσδιορισμός του περιβάλλοντος όπου γίνεται η χρήση για τη διερεύνηση πιθανών κινδύνων.
7. Κάνετε χρήση μόνος σας ή με άλλους;
 - Διαπίστωση αν κάνει χρήση μόνος του/της ή σε πλαίσιο ομάδας.
8. Συνήθως σε ποια ψυχική διάθεση είστε πριν τη χρήση;

- Προσδιορισμός συγκεκριμένων γεγονότων, τα οποία πυροδοτούν τη χρήση ουσιών (π.χ. συγκρούσεις με ομότιμους, σύζυγο/σύντροφο, κατά την προετοιμασία εξόδου με φίλους ή για πάρτυ/μουσική σκηνή, αποτέλεσμα πίεσης στη δουλειά).
9. Ποια επίδραση έχουν οι ουσίες στη διάθεσή σας;
 - Προσδιορισμός της στάσης απέναντι στη χρήση ουσιών, η οποία συμβάλει στην αξιολόγηση εάν η χρήση είναι πειραματική, ψυχαγωγική ή καταναγκαστική.
 10. Αντιμετωπίσατε ποτέ προβλήματα λόγω της επίδρασης των ουσιών στον οργανισμό σας;
 - Προσδιορισμός σωματικών (π.χ. υπερβολική δόση, γαστρίτιδα), ψυχολογικών (π.χ. κακή διάθεση, κατάθλιψη, αυτοκτονικός ιδεασμός), κοινωνικών (π.χ. απώλεια φίλων, απασχόλησης, οικογενειακές συγκρούσεις), νομικές (π.χ. προβλήματα με την αστυνομία, συλλήψεις).
 11. Σας έχει πει ποτέ κάποιος δικός σας ότι ανησυχεί για τη χρήση ουσιών που κάνετε;
 - Έλεγχος της ενημερότητας των σημαντικών άλλων για τη χρήση ουσιών.
 12. Είχατε προσπαθήσει να σταματήσετε τη χρήση ουσιών πριν από αυτό το συμβάν;
 - Προσδιορισμός περιόδων αποχής, δυνατοτήτων και αδυναμιών, επιτυχών στρατηγικών για αλλαγή.
 13. Θα θέλατε να αλλάξετε κάτι στη χρήση ουσιών που κάνετε;
 - Διερεύνηση της άποψης του ασθενή για τη σοβαρότητα της χρήσης.
 14. Ανησυχείτε για τη χρήση ουσιών που κάνετε;
 - Διερεύνηση της άποψης του ασθενή για τη σοβαρότητα της χρήσης.

Επιπλέον τα ακόλουθα ερωτηματολόγια μπορούν να συμβάλουν αποτελεσματικά στην αξιολόγηση της χρήσης ουσιών:

Αλκοόλ

- Alcohol Use Inventory (AUI)
- Alcohol Expectancy Questionnaire (AEQ)
- Comprehensive Drinker Profile (CDP)
- Alcohol Dependence Scale (ADS)

Ψυχοδραστικές ουσίες

- Addiction Severity Index (ASI)
- Drug History Questionnaire (DHQ)
- Individual Assessment Profile (IAP)

Χρήση στην εφηβεία

- Adolescent Drug Abuse Diagnosis (ADAD)
- Adolescent Diagnosis Interview (ADI)
- Teen Addiction Severity Index (T-ASI)
- Adolescent Problem Severity Index (APSI)

Σύνοψη

- Η έγκαιρη ανίχνευση και οι βραχείες παρεμβάσεις για τη μείωση της χρήσης αποτελούν εργαλεία μείωσης της βλάβης, πρόληψης της κλιμάκωσης της χρήσης αλλά και κινητοποίησης για θεραπεία.
- Ο βασικός σκοπός τους είναι να βοηθήσουν τον ασθενή να συσχετίσει την καθημερινή χρήση ουσιών που κάνει με προβλήματα υγείας τα οποία πιθανόν αντιμετωπίζει αλλά και με μελλοντικές βλάβες στην υγεία του.
- Απευθύνονται σε όλα τα άτομα που κάνουν χρήση κάποιας ψυχοδραστικής ουσίας, η οποία έχει επιπτώσεις σε διάφορους τομείς της ζωής τους, χωρίς να είναι απαραίτητα εξαρτημένα από τη συγκεκριμένη ουσία. Εστιάζουν δηλαδή και σε συμπεριφορές χρήσης, που παρότι δεν πληρούν τα κριτήρια της εξάρτησης, είναι επιβλαβείς και επιζήμιες και για τις οποίες οι βραχείες παρεμβάσεις είναι αποτελεσματικές.
- Σε γενικές γραμμές η χρονική διάρκειά της ανίχνευσης κυμαίνεται από 1 έως 10 λεπτά.
- Η χρήση ουσιών και οι σχετιζόμενοι με αυτή κίνδυνοι διακρίνονται, σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ., σε τρεις κατηγορίες στο πλαίσιο ενός συνεχούς μεγάλου εύρους συμπεριφορών χρήσης: ομάδα χαμηλού κινδύνου - περιστασιακή ή μη προβληματική χρήση, ομάδα μέτριου κινδύνου - πιο τακτική χρήση και ομάδα υψηλού κινδύνου - συχνή χρήση υψηλού κινδύνου. Οι επαγγελματίες υγείας συνήθως αναγνωρίζουν πιο εύκολα την ομάδα υψηλού κινδύνου από την ομάδα χαμηλού και μέτριου κινδύνου.



Εικόνα 5.6 ΚΕΘΕΑ, Copyright.

Βιβλιογραφικές αναφορές

- ANSA (1997a) *Substance Use-Guidance on Good Clinical Practice for Nurses Midwives and Health Visitors: Working in Primary Health Care Teams*. UK: Association of Nurses in Substance Abuse.
- ANSA (1997b) *Substance Use-Guidance on Good Clinical Practice for Nurses Midwives and Health Visitors: Working with children and young people*. UK: Association of Nurses in Substance Abuse.
- ANSA (1997c) *Substance Use-Guidance on Good Clinical Practice for Special Nurses: Working with Alcohol and Drug Users*. UK: Association of Nurses in Substance Abuse.
- ANSA (1998) *Substance Use-Guidance on Good Clinical Practice for Nurses: Working within Accident and Emergency*. UK: Association of Nurses in Substance Abuse.
- ANSA (2002) *Substance Use-Guidance on Good Clinical Practice for Nurses, Midwives and Health Visitors: Working with Maternal Health*. UK: Association of Nurses in Substance Abuse.
- Babor TF and Higgins-Biddle JC (2001a). *Brief Intervention for Hazardous and Harmful Drinking: A Manual for use in Primary Care*. Geneva, World Health Organization (WHO/MSD/MSB/01.6b).
- Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders JB & Monteiro MG (2001) *The Alcohol Use Disorders Identification Test*. Guidelines for Use in Primary Care. Geneva: World Health Organization WHO/MSD/MSB/01.6a.
- Ballesteros, J., Gonzalez-Pinto, A., Querejeta, I. & Arino, J. (2004) Brief interventions for hazardous drinkers delivered in primary care are equally effective in men and women. *Addiction*, 99, 103-108.
- Barclay, L. (2010) Single Screening Question May Identify Drug Use in Primary Care. *Arch Intern Med*, 170:1155-1160.
- Bertholet ,N., Daeppen, J.B., Wietlisbach, V., Fleming, M. & Burnand, B. (2005) Brief alcohol intervention in primary care: systematic review and meta-analysis. *Archives of Internal Medicine*, 165, 986-995.
- Burns, H.K., Puskar, K.R., Flaherty, M.T., Mitchell, A.M., Hagle, B. et al. (2012) Addiction training for undergraduate nurses using screening, brief intervention, and referral to treatment. *Journal of Nursing Education and Practice*, 2(4): 169-177.
- Edwards, E., Marshall, J. & Cook, C. (1997) *The Treatment of Drinking Problems: A Guide for the Helping Professions*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Efraimson, E.O., Fossum, B., Ehrenbergo, A., Larsson, K., Klang, B. (2012) Use of motivational interviewing in smoking cessation at nurse-led chronic obstructive pulmonary disease clinics. *Journal of Advanced Nursing* 68(4), 767–782. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05766.x
- Emmen, M.J., Schippers, G.M., Bleijenbergh, G. & Wollsheim, H. (2004) Effectiveness of opportunistic brief interventions for problem drinking in a general hospital setting: systematic review. *British Medical Journal*, 328, 318-322.
- Geirsson, M., Bendsten, P., and Spak, F. (2005) Attitudes of Swedish general practitioners and nurses to working with lifestyle change, with special reference to alcohol consumption. *Alcohol & Alcoholism* Vol. 40, No. 5, pp. 388–393. doi:10.1093/alcalc/agh185
- Humeniuk, R.E., Dennington, V. and Ali, R.L. (2008) *The effectiveness of a Brief Intervention for illicit drugs linked to the ASSIST Screening Test in Primary Health Care settings: A Technical Report of Phase III Findings of the WHO ASSIST Randomised Controlled Trial*. Geneva: World Health Organization.
- Johansson, K., Bendtsen, P., and Akerlind, I. (2002) Early intervention for problem drinkers: readiness to participate among general practitioners and nurses in Swedish primary health care. *Alcohol and Alcoholism*, 37, 38–42.
- SAMHSA (2012) *Brief Interventions and Brief Therapies for Substance Abuse*. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, No. 34. HHS Publication No. (SMA) 12-3952. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

- Skinner, H.A. (1982) The Drug Abuse Screening Test. *Addictive Behavior*, 7(4), 363–371.
- Tsai, Y.F., Tsai, M.S., Lin, Y.P., Weng, Y., Chen, C.Y., Chen, M.C. (2010) Facilitators and barriers to intervening for problem alcohol use. *Journal of Advanced Nursing*, 66(7), 1459–1468. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05299.x
- Whitlock, E.P., Polen, M.R., Green, C.A., Orleans, T. & Klein, J. (2004) Behavioral counseling interventions in primary care to reduce risky/harmful alcohol use by adults: a summary of the evidence for the US Preventive Services Task Force. *Annals of Internal Medicine*, 140, 557-568.
- WHO (2002) Composite International Diagnostic Interview (CIDI) for measuring alcohol dependence. http://www3.who.int/cidi/cidi-sf__12-03-02.pdf
- WHO (2010) *Brief intervention: the ASSIST-linked brief intervention for hazardous and harmful substance use. Manual for use in Primary Care*. France: World Health Organization.
- WHO (2010a) *The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST). Manual for use in primary care*. France: World Health Organization.
- Wilson, J.S., Fitzsimons, D., Bradbury, I. & Stuart Elborn, J. (2008) Does additional support by nurses enhance the effect of a brief smoking cessation intervention in people with moderate to severe chronic obstructive pulmonary disease? A randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies* 45, 508–517.

Χρήσιμο οπτικοακουστικό και έντυπο υλικό στο διαδίκτυο

- <http://www.integration.samhsa.gov/clinical-practice/screening-tools>
Στην ιστοσελίδα του οργανισμού SAMHSA (Substance Abuse and Mental Health Administration) των Ηνωμένων Πολιτειών διατίθενται αρκετά εργαλεία ανίχνευσης χρήσης ψυχοδραστικών ουσιών, αυτοκτονικού ιδεασμού και ψυχικών διαταραχών όπως, κατάθλιψη, διπολική, μετατραυματική ή αγχώδη διαταραχή.
- <https://www.drugabuse.gov/nidamed-medical-health-professionals/tool-resources-your-practice/additional-screening-resources>
Στην ιστοσελίδα του οργανισμού NIDA (National Institute for Drug Abuse) των Ηνωμένων Πολιτειών διατίθεται χρήσιμο υλικό για την ανίχνευση και αξιολόγηση της χρήσης ψυχοδραστικών ουσιών.
- <http://www.emcdda.europa.eu>
Στην ιστοσελίδα του οργανισμού EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction) διατίθεται χρήσιμο υλικό για την ανίχνευση και αξιολόγηση της χρήσης ψυχοδραστικών ουσιών.

URL Εκπαιδευτικού Υλικού Κεφαλαίου 5

Οι διαφάνειες του Κεφαλαίου 5 βρίσκονται στην ακόλουθη σελίδα στον Ελληνικό Συσσωρευτή Ακαδημαϊκών Ηλεκτρονικών Βιβλίων του ΣΕΑΒ: <http://repfiles.kallipos.gr/file/23558>

Κεφάλαιο 6

Προσέγγιση του άτομου που κάνει χρήση ουσιών

«Γιατί πίνετε»; Ρώτησε ο μικρός πρίγκιπας.

«Για να ξεχάσω» απάντησε ο μπεκρής.

«Τι να ξεχάσετε;» ζαναρώτησε ο μικρός πρίγκιπας που ήδη τον λυπόταν.

«Να ξεχάσω ότι ντρέπομαι».

«Τι ντρέπεστε;» επέμεινε ο μικρός πρίγκιπας που ήθελε να τον βοηθήσει.

«Ντρέπομαι γιατί πίνω». Ο μπεκρής σταμάτησε να μιλάει και κλείστηκε σε μια απόρθητη σιωπή.

Και ο μικρός πρίγκιπας έφυγε μπερδεμένος.

«Οι μεγάλοι είναι πράγματι πολύ πολύ παράξενοι» είπε στον εαυτό του.

Antoine de Saint-Exupery (1948) The little Prince. New York: Hartcourt Brace.

Εισαγωγή

Οι επαγγελματίες υγείας συχνά προσπαθούν να βοηθήσουν τον ασθενή κατευθύνοντάς τον προς την αλλαγή συμπεριφορών βλαπτικών για την υγεία και την υιοθέτηση καινούργιας στάσης ζωής. Η αλλαγή όμως συμπεριφορών απαιτεί εσωτερικά κίνητρα. Η παροχή πληροφοριών από μόνη της δεν διαμορφώνει τους όρους της κινητοποίησης του ασθενή. Κάτι τέτοιο απαιτεί τη σύζευξη της γνωστικής και της συγκινησιακής-συναισθηματικής πλευράς της προσωπικότητας του ασθενή, τη θέληση δηλαδή του ασθενή για αλλαγή και την πίστη ή την αυτοπεποίθηση ότι θα τα καταφέρει. Συχνά όμως η προσπάθεια να «πεισθεί» κάποιος και να συμμορφωθεί στη θεραπευτική αγωγή ή στην αλλαγή συμπεριφορών και τρόπου ζωής είναι μια δύσκολη και ματαιωτική διαδικασία. Κεντρική σε αυτή τη ματαίωση είναι η αμφιθυμία του ασθενή και η αντίστασή του στην αλλαγή. Θέλει να αλλάξει αλλά και δεν θέλει να χάσει τα βραχυπρόθεσμα οφέλη της βλαπτικής μακροπρόθεσμα συμπεριφοράς.

Το κεφάλαιο αυτό εξετάζει την κινητοποιητική συνέντευξη, μια μέθοδο ενίσχυσης του κινήτρου και μείωσης της αντίστασης στην αλλαγή. Στη συνέχεια παρουσιάζεται το διαθεωρητικό μοντέλο των σταδίων της αλλαγής, το οποίο αποτελεί ένα εργαλείο κατανόησης και επιλογής της κατάλληλης παρέμβασης ανάλογα με το στάδιο αλλαγής στο οποίο βρίσκεται ο ασθενής. Τόσο οι κινητοποιητικές παρεμβάσεις όσο και τα στάδια της αλλαγής δεν αφορούν μόνο την αντιμετώπιση βλαπτικών συμπεριφορών χρήσης ουσιών αλλά και άλλων προβλημάτων υγείας που απαιτούν αλλαγή τρόπου ζωής, όπως ο διαβήτης, η παχυσαρκία, η υπέρταση, καρδιακά ή αναπνευστικά προβλήματα καπνιστών κ.ά. (Efraimson et al., 2012· Wilson et al., 2008· Erikson et al., 2005· Rubak et al., 2005). Επίσης αφορούν τόσο την αρχή της προβληματικής συμπεριφοράς στην εφηβεία (Gold & Kokotailo, 2007), όσο και μια κρίση ή τραυματισμό, μιας και οι ασθενείς είναι πιο «ανοιχτοί» στην αλλαγή σε οδυνηρά «διδασκτικές» καταστάσεις (Macgowan & Engle, 2010). Τέλος, παρουσιάζονται οι βραχείες παρεμβάσεις οι οποίες σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.) αποτελούν ευθύνη όλων των επαγγελματιών υγείας που έρχονται σε επαφή με άτομα που κάνουν χρήση ουσιών (WHO, 2010).

6.1. Κινητοποιητική συνέντευξη

Η κινητοποιητική συνέντευξη αποτελεί μια μέθοδο κινητοποίησης του ασθενή προς την αλλαγή, την οποία εισήγαγαν οι Miller και Rollnick (1991). Ο στόχος της μεθόδου αυτής είναι η ενίσχυση του κινήτρου για αλλαγή μέσω της διερεύνησης και επίλυσης της φυσικής αμφιθυμίας του ασθενή καθώς και η ενδυνάμωση και ενίσχυση της αυτοαποτελεσματικότητάς του στη διαδικασία της αλλαγής. Πρόκειται για μια προσωποκεντρική προσέγγιση, επικεντρωμένη δηλαδή στον ασθενή, με έμφαση στην οικειοθελή τροποποίηση της συμπεριφοράς και στην άποψη ότι η ευθύνη για τις αποφάσεις και τα αποτελέσματα στην προσπάθεια αλλαγής ανήκει στον ασθενή. Το συνεργατικό, φιλικό «πνεύμα» που διακρίνει τη συγκεκριμένη προσέγγιση είναι πιο σημαντικό από οποιαδήποτε στρατηγική ή τεχνική εφαρμόζεται (WHO, 2010). Ο

ασθενής διακριτικά υποστηρίζεται στη διερεύνηση των λόγων τροποποίησης ή διατήρησης της συμπεριφοράς χρήσης. Κάποιες βασικές στρατηγικές για την επιτυχία της μεθόδου περιλαμβάνουν (SAMHSA, 2012):

- Εστίαση στις δυνατότητες του ασθενή παρά στα αδύνατα σημεία του.
- Σεβασμός στην αυτονομία και τις αποφάσεις του ασθενή.
- Εξατομίκευση και προσωποκεντρική προσέγγιση.
- Αποφυγή αποπροσωποποίησης του ασθενή χρησιμοποιώντας τις ταμπέλες «εξαρτημένος» ή «αλκοολικός».
- Δημιουργία σχέσης εμπιστοσύνης και ασφάλειας.
- Χρησιμοποίηση ενσυναίσθησης, όχι κύρους ή εξουσίας.



Motivational Interviewing

ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΗ ΘΕΩΡΙΑ ΚΑΙ ΠΡΑΞΗ ΤΗΣ ΚΙΝΗΤΟΠΟΙΗΤΙΚΗΣ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗΣ

Εφαρμογή στις Εξαρτήσεις

Ημερίδα:
15.12.2004 Θεσσαλονίκη, Ξενοδοχείο «Les Lazaristes»
Κολοκοτρώνη 16, Σταυρούπολη, 9:00-16:00

20.12.2004 Αθήνα,
Εθνικό Ίδρυμα Ερευνών
Βασιλ. Κωνσταντίνου 48,
(Αίθουσα Λεωνίδα Ζέρβα), 9:00-16:00

Προετοιμάζοντας τα άτομα για αλλαγή μέσα από την κάμψη της αντίστασης και την λύση της αμφιθυμίας

"Βοήθησε με να σε βοηθήσω να αλλάξεις"

«...Η Κινητοποιητική Συνέντευξη είναι μια μέθοδος επικοινωνίας και όχι ένα σύνολο τεχνικών.... Ένας θεμελιώδης τρόπος συνύπαρξης με και για τους ανθρώπους, μια προσέγγιση που διευκολύνει την επικοινωνία και προκαλεί την φυσιολογική αλλαγή.»

(Miller & Rollnick, 2002)

Ομιητές: Jeff Allisson, Rik Bes

Διοργάνωση:
Τμήμα Αποκατάστασης Εξαρτημένων Ψ.Ν.Θ. Τηλ. 2310-647186/ 550919
Μονάδα Απεξάρτησης Εξαρτημένων Ψ.Ν.Α. Τηλ. 210-5323780/ 6728780

Εικόνα 6.1 Μονάδα Απεξάρτησης «18 ΑΝΩ», *Copyright*.

6.1.1. Βασικές αρχές της κινητοποιητικής συνέντευξης:

Οι βασικές αρχές της κινητοποιητικής συνέντευξης είναι τέσσερις:

1. έκφραση ενσυναίσθησης
2. ανάπτυξη απόκλισης
3. συμπόρευση με την αντίσταση
4. υποστήριξη της αυτο-αποτελεσματικότητας

Ενσυναίσθηση

Ο όρος ενσυναίσθηση αποτελεί αντιδάνειο από την αγγλική στην ελληνική γλώσσα. Συχνά όμως δημιουργείται σύγχυση εξαιτίας της φωνολογικής συνάφειας του αγγλικού όρου “empathy” με την ελληνική

λέξη εμπάθεια (δηλ. κακία). Η ενσυναίσθηση αποτελεί θεμέλιο λίθο της κινητοποιητικής συνέντευξης και αφορά τη δημιουργία ενός κλίματος υποστήριξης και ασφάλειας σε μια προσωποκεντρική προσέγγιση. Η προσέγγιση αυτή χαρακτηρίζεται από στάση αποδοχής και σεβασμού προς τον ασθενή και τις απόψεις του. Ως εκ τούτου ο επαγγελματίας υγείας σέβεται, ακούει και αποδέχεται τις απόψεις του ασθενή για την επιβλαβή χρήση ουσιών ακόμη κι αν δεν συμφωνεί με αυτές.

Ανάπτυξη απόκλισης

Σχετίζεται με τη διερεύνηση και ανάδυση της αντίφασης ανάμεσα στη βλαπτική συμπεριφορά και τις αξίες ή τους στόχους ζωής του ασθενή. Όταν ο ασθενής καταφέρνει να αντιληφθεί την αντίφαση, διάσταση, ασυμβατότητα ή απόκλιση ανάμεσα στις αξίες και τους στόχους του και τη χρήση ουσιών, τότε αρχίζει να αναγνωρίζει τη βλαπτική επίδραση της συμπεριφοράς αυτής. Οι εκλογικεύσεις, η ντροπή και η ταπείνωση και το στίγμα πίσω από την άρνηση του προβλήματος δεν επιτρέπουν στον ασθενή να αντιμετωπίσει τη πραγματικότητα. Γι' αυτό η ανάδυση και επεξεργασία της απόκλισης απαιτεί ένα μη κριτικό περιβάλλον. Μόνο μέσα σε ένα τέτοιο περιβάλλον θα καταφέρει να συνδέσει τη χρήση ουσιών με τη βλαπτική επίδρασή της σε αρκετούς τομείς της ζωής του.

Συμπόρευση με την αντίσταση

Όταν ο επαγγελματίας υγείας επιχειρηματολογεί για να πείσει τον ασθενή για τη βλαπτική επίδραση της χρήσης, συχνά ματαιώνεται μπροστά στην αντίστασή του και ενίοτε τον θυμό και την επιθετικότητά του. Στην ουσία, όταν αντιτίθεται στην αντίσταση, την ενισχύει. Η τεχνική της συμπόρευσης με την αντίσταση σχετίζεται με την αποφυγή επιχειρηματολογίας, μιας και κάτι τέτοιο είναι αντιπαραγωγικό. Ο επαγγελματίας δεν αντιπαρατίθεται στην αμφιθυμία ή την απροθυμία του ασθενή. Αντίθετα τη θεωρεί ως φυσιολογική και κατανοητή. Είναι πράγματι δύσκολο για τον ασθενή να αντιμετωπίσει την πραγματικότητα.

Υποστήριξη της αυτο-αποτελεσματικότητας

Ο επαγγελματίας υγείας υποστηρίζει και ενισχύει τον ασθενή σε σχέση με την ικανότητά του να αντιμετωπίσει τα εμπόδια στην προσπάθεια αλλαγής. Κεντρικό σημείο της αρχής αυτής είναι η πίστη στην ικανότητα του ατόμου που κάνει χρήση ουσιών να αλλάξει. Απαισιόδοξες, στερεότυπες απόψεις για τους χρήστες ουσιών καθιστούν αδύνατη την προσέγγιση.



Εικόνα 6.2 Μονάδα Απεξάρτησης «18 ΑΝΩ», *Copyright*.

6.1.2. Στρατηγικές στην αρχή της προσέγγισης

Οι Miller & Rollnick (1991) προτείνουν τις ακόλουθες στρατηγικές στην αρχή της προσέγγισης του ασθενή:

1. ανοιχτές ερωτήσεις
2. στοχαστική/ανακλαστική ακρόαση
3. επιβεβαίωση
4. περίληψη
5. πρόκληση δηλώσεων προσωπικής κινητοποίησης

Ανοιχτές ερωτήσεις

Οι ανοιχτές ερωτήσεις δίνουν τη δυνατότητα στον επαγγελματία να διερευνήσει το νόημα που έχει η χρήση για τον κάθε ασθενή μέσα από τις θετικές και αρνητικές επιδράσεις της. Συμβάλλουν επίσης στη δημιουργία ατμόσφαιρας εμπιστοσύνης και αποδοχής. Ο ασθενής μιλά περισσότερο από τον επαγγελματία υγείας. Ο επαγγελματίας υγείας ακούει προσεκτικά και υπομονετικά προσπαθώντας να κατανοήσει τον τρόπο με τον οποίο βλέπει ο ασθενής την προβληματική συμπεριφορά ακόμη κι όταν δεν συμφωνεί μαζί του. Παραδείγματα ανοιχτών ερωτήσεων είναι τα ακόλουθα:

- Πείτε μου για τη χρήση κοκαΐνης που κάνετε. Τι σας αρέσει στη χρήση; Και ποια είναι η άλλη πλευρά; Τι σας ανησυχεί στη χρήση;
- Πείτε μου για τη χρήση αλκοόλ που κάνετε στη διάρκεια των χρόνων. Έχετε παρατηρήσει κάποια αλλαγή στη χρήση σας ή στον τρόπο που σας επηρεάζει ή που ανησυχεί άλλους ανθρώπους;

Στοχαστική/ανακλαστική ακρόαση

Η στοχαστική/ανακλαστική ακρόαση έχει στόχο να μεταφέρει στον ασθενή το μήνυμα ότι ο επαγγελματίας υγείας ακούει τον ασθενή προσεκτικά, ότι σέβεται και αποδέχεται τις απόψεις του ακόμη κι όταν δεν τις υιοθετεί, όχι μόνο μέσα από εκφράσεις του προσώπου και κινήσεις του σώματος αλλά και με τα σύντομα σχόλιά του κατά τη διάρκεια της συνομιλίας. Σύμφωνα με τον Thomas Gordon υπάρχουν 12 ειδών φραγμοί που δείχνουν πως κάποιος δεν ακούει. Όταν οι απαντήσεις του επαγγελματία υγείας εμπίπτουν σε κάποια από τις ακόλουθες κατηγορίες, ο ασθενής νιώθει ότι ο συνομιλητής του δεν τον ακούει (στο Miller & Gordon, 1991, σελ.73):

1. διατάζει, κατευθύνει ή απαιτεί
2. προειδοποιεί ή απειλεί
3. δίνει συμβουλές, κάνει συστάσεις ή δίνει λύσεις
4. πείθει με τη λογική, με επιχειρήματα ή κάνοντας κήρυγμα
5. ηθικολογεί ή λέει στον ασθενή τι πρέπει να κάνει
6. διαφωνεί, κρίνει, κατακρίνει ή επιρρίπτει ευθύνες
7. συμφωνεί, επιδοκιμάζει ή επαινεί
8. ταπεινώνει, γελοιοποιεί ή κολλάει ταμπέλες
9. ερμηνεύει ή αναλύει
10. καθησυχάζει, συμπάσχει ή παρηγορεί
11. ανακρίνει
12. αποσύρεται, αποσπάται η προσοχή του, κάνει χιούμορ ή αλλάζει θέμα.

Επιβεβαίωση

Η στοχαστική/ανακλαστική ακρόαση προσφέρει από μόνη της επιβεβαίωση στον ασθενή. Παρόλα αυτά σχόλια εκτίμησης και κατανόησης είναι ιδιαίτερα χρήσιμα στη διαμόρφωση ατμόσφαιρας εμπιστοσύνης, π.χ.

- Θα πρέπει να ήταν πολύ δύσκολο για σας.
- Αυτή είναι μια πολύ καλή πρόταση.
- Έχετε πράγματι πολλά προβλήματα να αντιμετωπίσετε, ίσως περισσότερα από ό,τι άλλοι άνθρωποι. Καταλαβαίνω γιατί έχετε ανάγκη από κάποιο «ανέβασμα», θέλετε να ξεφύγετε έστω για λίγο από όλα αυτά.

Περίληψη

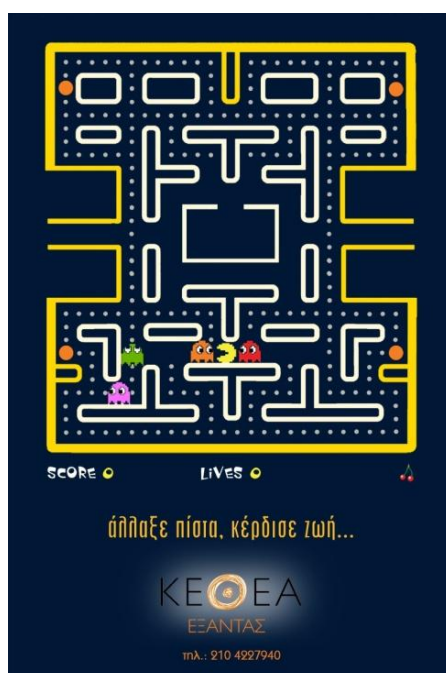
Η χρήση της περίληψης ενισχύει τα λεχθέντα, αποδεικνύει ότι ο επαγγελματίας υγείας ακούει προσεκτικά και προετοιμάζει τον ασθενή να προχωρήσει παρακάτω, π.χ.

- Μιλάτε σαν να σας τραβούν από δυο αντίθετες πλευρές. Από τη μια ανησυχείτε πολύ για το ότι η χρήση αλκοόλ που κάνετε πληγώνει την οικογένειά σας. Επίσης επηρεάζει την εργασία σας. Σας κάνει ιδιαίτερη εντύπωση που δύο διαφορετικοί φίλοι σας είπαν μέσα στην εβδομάδα ότι ανησυχούν για τη χρήση αλκοόλ που κάνετε. Από την άλλη πλευρά, σίγουρα δεν θεωρείτε τον εαυτό σας αλκοολικό, αφού πιστεύετε ότι μπορείτε να μη κάνετε χρήση αλκοόλ για μια εβδομάδα χωρίς να έχετε καμιά αρνητική επίδραση. Αυτό πρέπει να σας μπερδεύει.

Πρόκληση δηλώσεων προσωπικής κινητοποίησης

Όταν ο επαγγελματίας υγείας προκαλεί την έκφραση δηλώσεων προσωπικής κινητοποίησης, εκμαιεύει τα κίνητρα αλλαγής από τον ίδιο τον ασθενή, π.χ.

- Είναι πράγματι σοβαρό!
- Νιώθω απελπισμένος.
- Πώς γίνεται να μου συνέβη αυτό. Δεν το πιστεύω!



Εικόνα 6.3 KEΘΕΑ, Copyright.

Αναγνώριση του προβλήματος

- Ποια πράγματα σας κάνουν να σκέφτεστε ότι αυτό είναι πρόβλημα;
- Τι δυσκολίες έχετε σε σχέση με τη χρήση ουσιών;
- Με ποιους τρόπους πιστεύετε ότι η χρήση έβλαψε εσάς ή άλλους ανθρώπους;
- Πώς σας επηρεάζει αυτό το πρόβλημα;
- Με ποιον τρόπο η χρήση σας έχει εμποδίσει να κάνετε αυτό που θέλετε;

Ανησυχία

- Τι κάνει εσάς ή άλλους ανθρώπους να ανησυχούν για τη χρήση αλκοόλ που κάνετε;
- Τι σας απασχολεί σε σχέση με τη χρήση; Τι φαντάζεστε ότι μπορεί να σας συμβεί;
- Πώς νιώθετε για το πρόβλημά σας με τη χρήση;
- Πόσο πολύ σας απασχολεί αυτό;
- Τι νομίζετε ότι θα συμβεί αν δεν κάνετε αλλαγές;

Πρόθεση για αλλαγή

- Το γεγονός ότι είστε εδώ δείχνει ότι τουλάχιστον ένα κομμάτι του εαυτού σας πιστεύει πως είναι καιρός να κάνετε κάτι.
- Ποιοι είναι οι λόγοι που σας κάνουν να θέλετε να αλλάξετε;
- Τι σας κάνει να πιστεύετε ότι μπορεί να χρειάζεται να αλλάξετε;
- Αν είχατε 100% επιτυχία και όλα γίνονταν ακριβώς όπως τα θέλατε, τι θα ήταν διαφορετικό;
- Τι σας κάνει να πιστεύετε ότι πρέπει να συνεχίσετε να πίνετε; Και η άλλη πλευρά;
- Τι σας κάνει να πιστεύετε ότι ήρθε η ώρα να αλλάξετε;
- Ποια θα ήταν τα πλεονεκτήματα μιας αλλαγής;

Αισιοδοξία

- Τι σας κάνει να σκέφτεστε ότι αν αποφασίζατε να αλλάξετε θα μπορούσατε να το κάνετε;
- Τι σας ενθαρρύνει ότι μπορείτε να αλλάξετε, αν θέλετε;
- Τι νομίζετε ότι θα σας βοηθούσε, αν αποφασίζατε να αλλάξετε;

Πίνακας 6.1 Δείγματα ερωτήσεων που προκαλούν Δηλώσεις Προσωπικής Κινητοποίησης (Miller & Rollnick, 1991, σελ. 82).

6.2. Διαθεωρητικό μοντέλο – Στάδια αλλαγής

Το Διαθεωρητικό Μοντέλο Σταδίων Αλλαγής (Prochaska & DiClemente, 1992) αποτελεί έναν τρόπο κατανόησης της αλλαγής της συμπεριφοράς. Σύμφωνα με αυτό η αλλαγή της συμπεριφοράς συντελείται με το πέρασμα του χρόνου διαμέσου της αλληλουχίας πέντε σταδίων:

1. Στάδιο πριν από την περισυλλογή
2. Περισυλλογή
3. Προετοιμασία για δράση
4. Δράση
5. Διατήρηση της αλλαγής – Υποτροπή

Διαφορετικοί παράγοντες καθορίζουν τη δυναμική της αλλαγής σε κάθε στάδιο και ως εκ τούτου θα πρέπει να χρησιμοποιούνται και διαφορετικές παρεμβάσεις.

6.2.1. Στάδιο πριν την περισυλλογή

Τα άτομα στο στάδιο αυτό δεν έχουν επίγνωση της προβληματικής τους συμπεριφοράς και νιώθουν απρόθυμα και αμυντικά, όταν ωθούνται να προβούν σε αλλαγή. Στην ουσία δεν έχουν πεισθεί ότι οι αρνητικές πλευρές της προβληματικής τους συμπεριφοράς είναι περισσότερες από τις θετικές. Οι βραχείες παρεμβάσεις μετά τη χορήγηση του ερωτηματολογίου ASSIST απευθύνονται κυρίως σε αυτά τα άτομα (WHO, 2010). Οι Miller & Rollnick (1991) για να περιγράψουν την ανομοιογένεια της ομάδας των ατόμων που βρίσκονται στο στάδιο αυτό χρησιμοποιούν τα τέσσερα “R”, τέσσερις δηλαδή λέξεις της αγγλικής γλώσσας με κοινό αρχικό γράμμα:

- Reluctance (απροθυμία)
 - Δεν έχουν συνειδητοποιήσει την έκταση του προβλήματος και μπορεί να εκπλαγούν, όταν η ανατροφοδότηση διαφέρει από την προσωπική τους εκτίμηση. Η κατάλληλη προσέγγιση περιλαμβάνει ενσυναίσθηση και ανατροφοδότηση με ιδιαίτερα προσεκτικό και ευγενικό τρόπο.
- Rebellion (επανάσταση)
 - Χαρακτηρίζει άτομα τα οποία κάνουν αυξημένη χρήση ουσιών και έχουν μεγάλη αντίσταση σε οποιαδήποτε συζήτηση του προβλήματος, η οποία μπορεί να εκφραστεί με θυμό, πρόκληση, ειρωνεία κ.λπ. Η κατάλληλη προσέγγιση απαιτεί αποφυγή αντιπαράθεσης και παρουσίαση πολλών επιλογών. Τα άτομα αυτά επενδύουν μεγάλη ενέργεια στην προβληματική χρήση ουσιών και στην αντίσταση στον έλεγχο, στην επιβολή ή την καθοδήγηση ίσως ως κατάλοιπο της εφηβείας ή βαθύτερου φόβου και ανασφάλειας στις διαπροσωπικές σχέσεις. Ο στόχος είναι να διοχετεύσουν την προσπάθειά τους προς την κατεύθυνση της αλλαγής αντί της αντιπαράθεσης και της «επανάστασης» από φόβο απώλειας της ελευθερίας τους.
- Resignation (παραίτηση)
 - Έχουν παραιτηθεί από οποιαδήποτε προσπάθεια αλλαγής και είναι πεπεισμένοι ότι «είναι πια πολύ αργά» γι’ αυτούς. Οι πιο αποτελεσματικές στρατηγικές είναι η ενθάρρυνση και η διερεύνηση των παραγόντων που εμποδίζουν την αλλαγή. Χωρίς πάντως ελπίδα ότι μπορούν να αλλάξουν δεν θα κινητοποιηθούν ποτέ προς το στάδιο της περίσκεψης.
- Rationalization (εκλογίκευση)
 - Σε αντίθεση με την προηγούμενη ομάδα, αναφέρουν πολλούς λόγους για τους οποίους δεν αντιμετωπίζουν κάποιο πρόβλημα ή γιατί το πρόβλημα αφορά κάποιους άλλους, π.χ. «καπνίζω μόνο 15 τσιγάρα τη μέρα», «ο παππούς μου είναι 90 χρονών και δεν έχει κανένα πρόβλημα υγείας», «η γυναίκα μου είναι υπερβολική και γκρινιάρα». Η ενσυναίσθηση και η στοχαστική/ανακλαστική ακρόαση αποτελούν τις πιο αποτελεσματικές στρατηγικές σε αυτήν την περίπτωση.

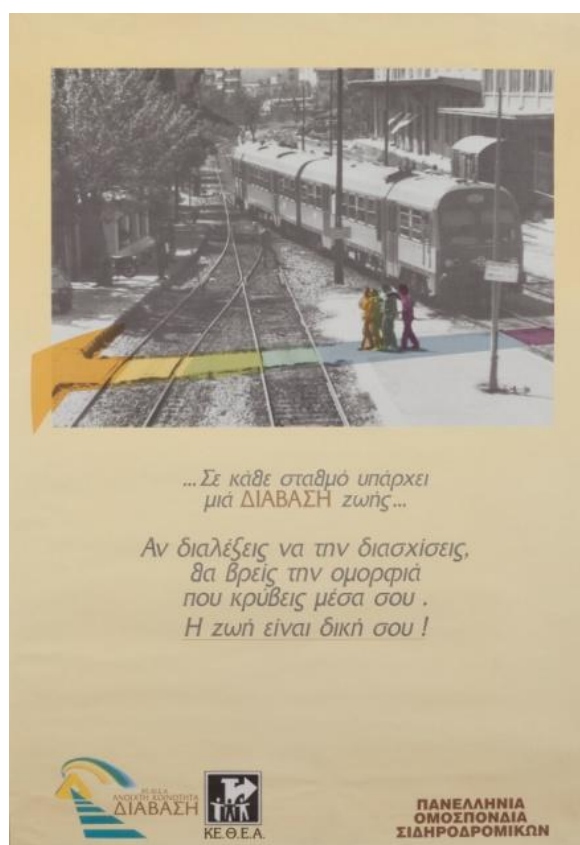
6.2.2. Περισυλλογή

Το άτομο αναγνωρίζει ότι έχει πρόβλημα και αρχίζει να σκέφτεται την πιθανότητα αλλαγής. Είναι όμως πολύ σημαντικό για τους επαγγελματίες υγείας να κατανοήσουν ότι η περισυλλογή δεν αποτελεί δέσμευση για αλλαγή. Έτσι, το άτομο συχνά εκφράζει ενδιαφέρον για τροποποίηση ή διακοπή της προβληματικής συμπεριφοράς αλλά όταν του προσφέρεται κάποια συγκεκριμένη δυνατότητα, π.χ. ένα πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος που ξεκινά άμεσα, τότε αναφέρει διάφορους λόγους για τους οποίους η συγκεκριμένη χρονική στιγμή δεν είναι κατάλληλη. Στην ουσία, δεν νιώθει έτοιμο για να δεσμευθεί άμεσα στη διαδικασία της αλλαγής. Αιτία είναι η αμφιθυμία του, η οποία μπορεί να καταστήσει το στάδιο αυτό μια ματαιωτικά χρόνια κατάσταση.

Η παροχή πληροφοριών και κινήτρων για αλλαγή είναι κατάλληλες στρατηγικές στο συγκεκριμένο στάδιο. Οι τεκμηριωμένες πληροφορίες (π.χ. Σύμφωνα με την Ελληνική Καρδιολογική Εταιρεία) είναι προτιμότερες από την αόριστη πληροφόρηση (π.χ. η χρήση έχει βλαπτική επίδραση στην καρδιά). Επιπλέον, οι πληροφορίες οι οποίες αφορούν το άτομο προσωπικά ή η ανατροφοδότηση μετά από προσωπική αξιολόγηση (π.χ. ερωτηματολόγιο ανίχνευσης χρήσης αλκοόλ) είναι πιο πιθανό να δράσουν καταλυτικά από ό,τι οι γενικές πληροφορίες. Έτσι, ρωτώντας τον ασθενή για το βήχα του, ζητώντας του να εκπνεύσει τον καπνό σε ένα άσπρο χαρτομάντιλο, ώστε να δει τα κατάλοιπα ή συζητώντας για τον αριθμό των κρυολογημάτων και τα αναπνευστικά προβλήματα που αναφέρει κατά τον τελευταίο χρόνο, ο επαγγελματίας υγείας μπορεί να μετατρέψει μια γενική πληροφορία σε πληροφορία η οποία σχετίζεται άμεσα με το άτομο και μπορεί να ενισχύσει τα προσωπικά κίνητρα αλλαγής. Επίσης, όταν το άτομο αναφέρει αναρίθμητες αρνητικές επιπτώσεις της χρήσης αλλά δεν αποφασίζει να περάσει στο στάδιο της δράσης, τότε απαιτείται η διερεύνηση της θετικής επίδρασης της προβληματικής συμπεριφοράς (π.χ. έντονη νευρικότητα, ευερεθιστότητα και διαπληκτισμοί μετά τη διακοπή της χρήσης) και συζήτηση εναλλακτικών προτάσεων (π.χ. ένα ζεστό μάνιλο κατά την επιστροφή από τη δουλειά). Τέλος, εκτός από τη συζήτηση θετικών και αρνητικών σημείων της χρήσης, είναι χρήσιμο να συζητηθούν θετικές και αρνητικές πτυχές της αποχής, οι οποίες φέρνουν νέα προοπτική στη διαδικασία επίλυσης της αμφιθυμίας του ασθενή.

6.2.3. Προετοιμασία για δράση

Κατά το στάδιο της προετοιμασίας για δράση, τα άτομα είναι έτοιμα να αλλάξουν στο άμεσο μέλλον. Βρίσκονται ένα βήμα πριν από την ανάληψη δράσης. Η αναγνώριση της απόκλισης ανάμεσα στις αξίες και τους στόχους τους και την προβληματική συμπεριφορά προκαλεί δυσφορία, η οποία είτε θα οδηγήσει άμεσα στην αλλαγή είτε σε επιστροφή σε μηχανισμούς άμυνας (π.χ. άρνηση, εκλογίκευση κ.λπ.) οι οποίοι μειώνουν τη δυσφορία αυτή. Η σημασία του σταδίου αυτού όμως είναι μεγάλη για την αντιμετώπιση των δυσκολιών και των εμποδίων που θα συναντήσει ο ασθενής, όταν περάσει στο στάδιο της δράσης. Η διερεύνηση αυτών των πτυχών μπορεί να ενισχύσει την απόφασή του αλλά και την αποτελεσματικότητα της προσπάθειάς του.



Εικόνα 6.4 ΚΕΘΕΑ, Copyright.

6.2.4. Δράση

Στο στάδιο αυτό τα άτομα τροποποιούν τη συμπεριφορά τους, π.χ. χύνουν την τελευταία μπίρα στο νεροχύτη ή παίρνουν για τελευταία φορά μια αυξημένη δόση «αποχαιρετισμού» και μπαίνουν στη διαδικασία εφαρμογής του σχεδίου του. Η υπερβολική αυτοπεποίθηση ή απογοήτευση μετά από μια αποτυχία αποτελούν σημαντικές δυσκολίες για το πέρασμα στο επόμενο στάδιο, αυτό της διατήρησης της αλλαγής. Απαιτείται προσεκτική προετοιμασία για τις δυσκολίες που θα αντιμετωπίσει ο ασθενής στη μετάβαση αυτή. Οι κατάλληλες όμως στρατηγικές αντιμετώπισης αυτού και του επόμενου σταδίου θα συζητηθούν λεπτομερώς στα δύο επόμενα κεφάλαια. Σύμφωνα με τους Miller & Rollinick (1991) οι παρεμβάσεις κινητοποίησης αφορούν περισσότερο τα τρία πρώτα στάδια του κύκλου της αλλαγής και τις βραχείες παρεμβάσεις σε επιβλαβείς συμπεριφορές. Τα δύο τελευταία στάδια αρκετές φορές απαιτούν ανάπτυξη δεξιοτήτων και μεγαλύτερης χρονικής διάρκειας παρεμβάσεις, ώστε να επιτευχθεί η διατήρηση της αλλαγής.



Εικόνα 6.5 ΚΕΘΕΑ, Copyright.

6.2.5. Διατήρηση της αλλαγής – Υποτροπή

Το στάδιο αυτό αποτελεί το τελικό στάδιο της διαδικασίας της αλλαγής. Η διατήρηση της αλλαγής της συμπεριφοράς είναι δύσκολη υπόθεση. Ερεθίσματα που πυροδοτούν την προβληματική συμπεριφορά αρκετές φορές οδηγούν το άτομο στην υποτροπή. Το Διαθεωρητικό Μοντέλο αναγνωρίζει ότι η υποτροπή είναι πιθανή ενώ το άτομο προχωρά μέσω των σταδίων αλλαγής. Η επανάληψη της ανεπιθύμητης συμπεριφοράς θεωρείται ένα φυσιολογικό και αναμενόμενο στάδιο της αλλαγής της συμπεριφοράς και περιγράφεται ως «ολίσθημα» στη διαδικασία της αλλαγής και όχι ως αποτυχία ολοκλήρωσης του κύκλου των σταδίων. Έτσι, οι ασθενείς συχνά περνούν από τα στάδια αυτά πολλές φορές μέχρι να φτάσουν στην επιτυχία. Με αυτόν τον τρόπο μαθαίνουν νέες συμπεριφορές και στρατηγικές αντιμετώπισης των δυσκολιών που συναντούν στη διαδικασία της αλλαγής.

6.3. Βραχείες παρεμβάσεις

Η εμφάνιση ενός προβλήματος υγείας συχνά καθιστά τα άτομα πιο ευάλωτα και πιο ανοιχτά στο να συνειδητοποιήσουν τη σύνδεση ανάμεσα στην κατάχρηση και στις αρνητικές συνέπειές της (διαβήτης, καρδιαγγειακές, γαστρεντερολογικές, νεφρολογικές επιπλοκές της κατάχρησης κ.ά.). Η συνειδητοποίηση των αρνητικών συνεπειών της κατάχρησης κατά την εμφάνιση ενός προβλήματος υγείας αίρει την άρνηση του προβλήματος και γι' αυτό συνδέεται με την ετοιμότητα για αλλαγή. Ως αποτέλεσμα μπορεί να είναι περισσότερο κινητοποιημένα προς την τροποποίηση της προβληματικής συμπεριφοράς. Η αποτελεσματικότητα των βραχέων παρεμβάσεων έχει αποδειχθεί τόσο σε δομές γενικού νοσοκομείου (Emmen et al., 2004) και σε μονάδες τραύματος και επειγόντων περιστατικών (Crawford et al., 2004; Smith et al., 2003) όσο και στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (Humeniuk et al., 2008). Επιπλέον, συστηματικές ανασκοπήσεις με μετα-ανάλυση αποδεικνύουν την αποτελεσματικότητά τους (Bertholet et al., 2005; Ballesteros et al., 2004; Whitlock et al., 2004). Σύμφωνα με κατευθυντήριες οδηγίες για την ανίχνευση και παρέμβαση για τη χρήση αλκοόλ στην Ευρωπαϊκή Ένωση, όλοι οι επαγγελματίες στην πρωτοβάθμια περίθαλψη έχουν αναλάβει την ευθύνη να αναγνωρίσουν και να παρέμβουν στους ασθενείς, των οποίων η κατανάλωση αλκοόλ είναι επικίνδυνη ή επιβλαβής για την υγεία τους (Anderson, 2005).

Παρόμοιες είναι οι συστάσεις του Π.Ο.Υ. για τις βραχείες παρεμβάσεις που αφορούν όλες τις ψυχοδραστικές ουσίες, συμπεριλαμβανομένου και του καπνού (WHO, 2010). Σύμφωνα με αυτές, η αναγνώριση και η βραχεία παρέμβαση προλαμβάνουν την επιδείνωση των προβλημάτων των ασθενών. Εξάλλου η μη έγκαιρη ανίχνευση των προβλημάτων κατάχρησης μπορεί να επηρεάσει αρνητικά τη φαρμακευτική τους αγωγή ή άλλες μορφές της θεραπείας τους. Επιπλέον, τα άτομα που δεν είναι εξαρτημένα από το αλκοόλ βρίσκουν ευκολότερο να μειώσουν ή να διακόψουν την κατανάλωση αλκοόλ, με την κατάλληλη βοήθεια και προσπάθεια, από ό,τι όσοι είναι εξαρτημένοι.

Σε γενικές γραμμές, οι βραχείες παρεμβάσεις ακολουθούν τις αρχές της κινητοποιητικής συνέντευξης και το διαθεωρητικό μοντέλο των σταδίων της αλλαγής. Κατά μέσο όρο, η χρονική διάρκειά τους κυμαίνεται από 3 έως 15 λεπτά. Το περιεχόμενό τους περιγράφεται συνοπτικά από το μοντέλο FRAMES το οποίο ονομάστηκε έτσι από τα αρχικά των κεντρικών λέξεων των έξι παρεμβάσεων τις οποίες περιλαμβάνει (WHO, 2010; SAMHSA, 1999):

- Feedback
 - Ανατροφοδότηση σχετικά με τους πιθανούς κινδύνους και τη βλαπτική επίδραση της συμπεριφοράς χρήσης μετά την αξιολόγηση από τον επαγγελματία υγείας.
- Responsibility
 - Ο ασθενής έχει αποκλειστικά την ευθύνη της αλλαγής. Η απόφαση τροποποίησης, συνέχισης ή διακοπής της χρήσης αφορά τον ίδιο και δεν επιβάλλεται. Έχει λοιπόν την επιλογή να διατηρήσει ή να αλλάξει τη σχέση του με τις ουσίες.
- Advice
 - Συστάσεις σχετικά με τη μείωση ή τη διακοπή της χρήσης παρέχονται στον ασθενή με μη κριτικό τρόπο. Ο επαγγελματίας υγείας ζητά την έγκριση του ασθενή πριν την παροχή συμβουλών. Έτσι ο ασθενής γίνεται πιο δεκτικός στις συμβουλές του.
- Menu
 - Συζητούνται διάφορες επιλογές και εναλλακτικές θεραπευτικές προτάσεις.
- Empathy
 - Ο επαγγελματίας υγείας εκφράζει ενσυναίσθηση. Η προσέγγιση διέπεται από ζεστασιά, σεβασμό και κατανόηση.
- Self-efficacy
 - Ενδυνάμωση του ασθενή και υποστήριξη της αυτό-αποτελεσματικότητας.

Εντατικότερες βραχείες παρεμβάσεις περιλαμβάνουν μια συμβουλευτική συζήτηση 15 λεπτών περίπου στο πλαίσιο του συμβουλευτικού πλαισίου των 5A (US Preventive Services Task Force 2004):

- Assess
 - Εκτίμηση της χρήσης ουσιών με σύντομα εργαλεία ανίχνευσης.
- Advise
 - Σύσταση μείωσης της χρήσης (εάν ενδείκνυται).
- Agree
 - Συμφωνία σε εξατομικευμένους στόχους για μείωση της χρήσης ή αποχή (εάν ενδείκνυται).
- Assist
 - Υποστήριξη στην απόκτηση κινήτρων, στην ανάπτυξη δεξιοτήτων αυτοβοήθειας ή στην αλλαγή συμπεριφορών και στάσεων.
- Arrange
 - Οργάνωση παρακολούθησης, επαναξιολόγησης και παραπομπής (εάν ενδείκνυται).

Το μοντέλο των 5Α συστήνεται επίσης στις κατευθυντήριες οδηγίες της Ένωσης Νοσηλευτών για την Αντιμετώπιση της Εξάρτησης, οι οποίες απευθύνονται σε γενικούς νοσηλευτές, μαίες, επισκέπτες υγείας και νοσηλευτές εξάρτησης και αφορούν την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, τα τμήματα επειγόντων περιστατικών, τις μονάδες τραυμάτων καθώς και την προσέγγιση εφήβων και εγκύων (ANSA, 1997a,b,c, 1998, 2002).

Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ. (WHO, 2010) οι ασθενείς συνεργάζονται πιο εύκολα κατά τις βραχείες παρεμβάσεις, όταν ο επαγγελματίας υγείας:

- δείχνει ότι ακούει τον ασθενή
- είναι φιλικός και δεν ασκεί κριτική
- δείχνει ευαισθησία και κατανόηση στον ασθενή
- δίνει πληροφορίες για την ανίχνευση και την όλη διαδικασία
- εξηγεί προσεκτικά τις αιτίες ανίχνευσης και παρέμβασης
- διασφαλίζει το απόρρητο της διαδικασίας

6.3.1. Προσέγγιση του ασθενή ανάλογα με την αντίδρασή του

Πρακτικές συμβουλές σχετικά με την προσέγγιση του ασθενή ανάλογα με την αντίδρασή του περιλαμβάνουν:

- Συνομιλία με τον ασθενή σε ένα ήσυχο -κατά το δυνατόν- περιβάλλον χωρίς διακοπές από την παρεμβολή άλλων προσώπων.
- 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.
- 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».
- Προσεκτική επιλογή εκφράσεων, μιας και η συζήτηση με τον επαγγελματία υγείας μπορεί να αποτελεί την πρώτη φορά που το άτομο αντιλαμβάνεται τη χρήση ως πρόβλημα.

Επιπλέον, τα εγχειρίδια αυτο-βοήθειας έχουν αναγνωρισθεί ως μία σημαντική προσθήκη στις βραχείες παρεμβάσεις (WHO, 2010· Anderson et al., 2005).



Εικόνα 6.6 ΚΕΘΕΑ, Copyright.

Πρακτικές συμβουλές σχετικά με την παραπομπή περιλαμβάνουν:

- 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, καθησυχάζεται 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).

6.4. Η θεραπεία υποκατάστασης ως ευκαιρία κινητοποίησης για αλλαγή

Η θεραπεία υποκατάστασης είναι μια μορφή θεραπείας που απευθύνεται σε άτομα εξαρτημένα από οπιούχα (ηρωίνη) και εφαρμόζεται με τη χορήγηση μιας ουσίας που είτε υποκαθιστά την ουσία εξάρτησης (μεθαδόνη, βουπρενορφίνη) είτε την ανταγωνίζεται (ναλτρεξόνη). Η μεθαδόνη και η βουπρενορφίνη παρότι ανήκουν στην κατηγορία των οπιοειδών διαθέτουν φαρμακολογικές ιδιότητες οι οποίες διαφέρουν σημαντικά από αυτές της ηρωίνης. Οι ουσίες αυτές χαρακτηρίζονται από μεγαλύτερη χρονική διάρκεια έναρξης της δράσης τους σε σύγκριση με την ηρωίνη, η οποία προκαλεί σχεδόν αμέσως μετά τη λήψη της μια κατάσταση ευφορίας, ένα «ανέβασμα», καθώς και αποδρομή «πτώση», σε σύντομο χρονικό διάστημα μετά το «ανέβασμα» που προκαλεί. Με τη βοήθεια λοιπόν των υποκαταστάτων αποφεύγεται το γρήγορο σκαμπανέβασμα που δημιουργεί η λήψη ηρωίνης, το οποίο συμβάλει στην ανάγκη για συχνή επανάληψη της χρήσης της. Η φαρμακευτική υποκατάσταση παρέχεται είτε υπό μορφή προοδευτικής αποτοξίνωσης ή απεξάρτησης είτε, συνήθεστερα, υπό μορφή συντήρησης, δηλαδή μακροπρόθεσμης χορήγησης στον χρήστη επαρκούς ποσότητας της ουσίας προκειμένου να ελαττωθεί η επικίνδυνη και επιβλαβής συμπεριφορά. Η αποτελεσματικότητά της ενισχύεται, όταν η χορήγηση συνοδεύεται από ψυχοκοινωνική υποστήριξη.

Βέβαια τα προγράμματα υποκατάστασης υφίστανται κριτική, μεταξύ άλλων, για τα εξής (Πουλόπουλος, 2011):

- Τα φάρμακα υποκατάστασης υποκαθιστούν μια μορφή τοξικομανίας με μια άλλη εφόσον τόσο η μεθαδόνη όσο και η βουπρενορφίνη μπορούν να δημιουργήσουν σωματική και ψυχολογική εξάρτηση.
- Συχνά τα άτομα τα οποία λαμβάνουν θεραπεία υποκατάστασης κάνουν ταυτόχρονα και χρήση άλλων παράνομων ψυχοδραστικών ουσιών με αποτέλεσμα την αδυναμία ελέγχου των ουσιών που καταναλώνουν.
- Αρκετές φορές η φαρμακευτική υποκατάσταση δεν συνοδεύεται από ψυχοκοινωνική υποστήριξη ή προσπάθεια κινητοποίησης για αλλαγή.
- Η δημιουργία προγραμμάτων υποκατάστασης συχνά επιλέγεται κατά το σχεδιασμό της εθνικής πολιτικής για τη μείωση των κοινωνικών δαπανών σε βάρος των κέντρων θεραπείας απεξάρτησης.

Σε κάθε περίπτωση η διασύνδεση των κέντρων θεραπείας υποκατάστασης με τα στεγνά θεραπευτικά προγράμματα θα μπορούσε εν δυνάμει να δημιουργήσει τις απαραίτητες προϋποθέσεις κινητοποίησης των εξαρτημένων ατόμων, τα οποία δεν είναι ακόμη έτοιμα να δεσμευθούν στη διαδικασία της αλλαγής με την ένταξή τους σε «στεγνό» πρόγραμμα απεξάρτησης.



Εικόνα 6.7 ΚΕΘΕΑ, Copyright.

Σύνοψη

- Η κινητοποιητική συνέντευξη στοχεύει στην ενδυνάμωση του κινήτρου για αλλαγή και στη μείωση της αντίστασης για αλλαγή. Οι βασικές αρχές της περιλαμβάνουν την έκφραση ενσυναίσθησης, την ανάπτυξη απόκλισης, τη συμπόρευση με την αντίσταση, και την υποστήριξη της αυτο-αποτελεσματικότητας.
- Στην αρχική φάση της προσέγγισης του ασθενή ο επαγγελματίας υγείας χρησιμοποιεί πέντε στρατηγικές: ανοιχτές ερωτήσεις, στοχαστική/ανακλαστική ακρόαση, επιβεβαίωση, περίληψη, πρόκληση δηλώσεων προσωπικής κινητοποίησης.
- Το Διαθεωρητικό Μοντέλο Σταδίων Αλλαγής αποτελεί έναν τρόπο κατανόησης της αλλαγής της συμπεριφοράς. Σύμφωνα με αυτό η αλλαγή της συμπεριφοράς συντελείται με το πέρασμα του χρόνου διαμέσου της αλληλουχίας πέντε σταδίων: Στάδιο πριν από την περισυλλογή, περισυλλογή, προετοιμασία για δράση, δράση και διατήρηση της αλλαγής-υποτροπή.
- Οι βραχείες παρεμβάσεις εφαρμόζονται σε τμήματα γενικού νοσοκομείου, μονάδες τραύματος και επειγόντων περιστατικών όσο και στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και αφορούν ενήλικες, εφήβους και έγκυες γυναίκες ή μητέρες που θηλάζουν.
- Σε γενικές γραμμές, οι βραχείες παρεμβάσεις ακολουθούν τις αρχές της κινητοποιητικής συνέντευξης και το διαθεωρητικό μοντέλο των σταδίων της αλλαγής. Κατά μέσο όρο, η χρονική διάρκειά τους κυμαίνεται από 3 έως 15 λεπτά.
- Η θεραπεία υποκατάστασης είναι μια μορφή θεραπείας που απευθύνεται σε άτομα εξαρτημένα από οπιούχα (ηρωίνη) και εφαρμόζεται με τη χορήγηση μιας ουσίας που είτε υποκαθιστά την ουσία εξάρτησης (μεθαδόνη, βουπρενορφίνη) είτε την ανταγωνίζεται (ναλτρεξόνη). Η διασύνδεση των κέντρων θεραπείας υποκατάστασης με τα στεγνά θεραπευτικά προγράμματα θα μπορούσε εν δυνάμει να δημιουργήσει τις απαραίτητες προϋποθέσεις κινητοποίησης των εξαρτημένων ατόμων, τα οποία δεν είναι ακόμη έτοιμα να δεσμευθούν στη διαδικασία της αλλαγής με την ένταξή τους σε θεραπευτικό πρόγραμμα απεξάρτησης.
- Η δημιουργία προγραμμάτων υποκατάστασης συχνά επιλέγεται κατά τον σχεδιασμό της εθνικής πολιτικής για τη μείωση των κοινωνικών δαπανών σε βάρος των κέντρων θεραπείας απεξάρτησης.

Βιβλιογραφικές αναφορές

- Anderson, P., Gual, A., Colom, J. (2005) *Alcohol and Primary Health Care: Clinical Guidelines on Identification and Brief Interventions*. Barcelona: Department of Health of the Government of Catalonia.
- ANSA (1997a) *Substance Use-Guidance on Good Clinical Practice for Nurses Midwives and Health Visitors: Working in Primary Health Care Teams*. UK: Association of Nurses in Substance Abuse.
- ANSA (1997b) *Substance Use-Guidance on Good Clinical Practice for Nurses Midwives and Health Visitors: Working with children and young people*. UK: Association of Nurses in Substance Abuse.
- ANSA (1997c) *Substance Use-Guidance on Good Clinical Practice for Special Nurses: Working with Alcohol and Drug Users*. UK: Association of Nurses in Substance Abuse.

- ANSA (1998) *Substance Use-Guidance on Good Clinical Practice for Nurses: Working within Accident and Emergency*. UK: Association of Nurses in Substance Abuse.
- ANSA (2002) *Substance Use-Guidance on Good Clinical Practice for Nurses, Midwives and Health Visitors: Working with Maternal Health*. UK: Association of Nurses in Substance Abuse.
- Ballesteros, J., Gonzalez-Pinto, A., Querejeta, I. & Arino, J. (2004) Brief interventions for hazardous drinkers delivered in primary care are equally effective in men and women. *Addiction*, 99, 103-108.
- Bertholet, N., Daeppen, J.B., Wietlisbach, V., Fleming, M. & Burnand, B. (2005) Brief alcohol intervention in primary care: systematic review and meta-analysis. *Archives of Internal Medicine*, 165, 986-995.
- Burns, H.K., Puskar, K.R., Flaherty, M.T., Mitchell, A.M., Hagle, B. et al. (2012) Addiction training for undergraduate nurses using screening, brief intervention, and referral to treatment. *Journal of Nursing Education and Practice*, 2(4): 169-177.
- Crawford, M.J., Patton, R., Touquet, R. et al (2004) Screening and referral for brief intervention of alcohol-misusing patients in an emergency department: a pragmatic randomized controlled trial. *Lancet*, 364, 1334-1339.
- Efraimson, E.O., Fossum, B., Ehrenbergo, A., Larsson, K., Klang, B. (2012) Use of motivational interviewing in smoking cessation at nurse-led chronic obstructive pulmonary disease clinics. *Journal of Advanced Nursing* 68(4), 767–782. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05766.x
- Emmen, M.J., Schippers, G.M., Bleijenberg, G. & Wollsheim, H. (2004) Effectiveness of opportunistic brief interventions for problem drinking in a general hospital setting: systematic review. *British Medical Journal*, 328, 318-322.
- Erickson, S.J., Gerstle, M., Feldstein, S.W. (2005) Brief interventions and motivational interviewing with children, adolescents, and their parents in pediatric health settings: A review. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 159:1173–1180.
- Gold, M.A. & Kokotailo, P.K. (2007). Motivational interviewing strategies to facilitate adolescent behavior change. *Adolescent Health Update*, 20(1), 1–10.
- Humeniuk RE, Dennington V and Ali RL (2008) *The effectiveness of a Brief Intervention for illicit drugs linked to the ASSIST Screening Test in Primary Health Care settings: A Technical Report of Phase III Findings of the WHO ASSIST Randomised Controlled Trial*. Geneva, World Health Organ
- Macgowan, M. J. & Engle, B. (2010). Evidence for optimism: Behavior therapies and motivational interviewing in adolescent substance abuse treatment. *Child & Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 19(3), 527–45.
- Miller, W.R. & Rollnick, S. (1991) *Motivational Interviewing: Preparing people for change*. 2nd ed. New York: The Guilford Press.
- Miller, W.R. & Rollnick, S. (2002) *Motivational Interviewing: Preparing people for change*. 2nd ed. New York: The Guilford Press.
- Prochaska, J.A., DiClemente, C.C. and Norcross, J.C. (1992) In search of how people change. Applications to addictive behaviour. *American Psychologist*, 47:1102-1114.
- Rollnick, S., Miller, W.R., Butler, C.C. (2008) *Motivational interviewing in health care*. New York: Guilford.
- Rubak, S., Sandbaek, A., Lauritzen, T., Christensen, B. (2005) Motivational interviewing: A systematic review and meta-analysis. *British Journal of General Practice*, 55:305–312.
- SAMHSA (2012) *Brief Interventions and Brief Therapies for Substance Abuse*. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, No. 34. HHS Publication No. (SMA) 12-3952. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- SAMHSA (1999) *Enhancing Motivation For Change in Substance Abuse Treatment*. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, No. 35. HHS Publication No. (SMA) 12-4212. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

- Smith, A.J., Hodgson, R.J., Bridgeman, K. & Shepherd, J.P. (2003) A randomised controlled trial of a brief intervention after alcohol-related facial injury. *Addiction*, 98, 43-52.
- U.S. Preventive Services Task Force (2004) Screening and Behavioral Counseling Interventions in Primary Care To Reduce Alcohol Misuse: Recommendation Statement. *Annals of internal medicine*, 140, 554-556.
- Whitlock, E.P., Polen, M.R., Green, C.A., Orleans, T. & Klein, J. (2004) Behavioral counseling interventions in primary care to reduce risky/harmful alcohol use by adults: a summary of the evidence for the US Preventive Services Task Force. *Annals of Internal Medicine*, 140, 557-568.
- WHO (2010) *Brief intervention: the ASSIST-linked brief intervention for hazardous and harmful substance use. Manual for use in Primary Care*. France: World Health Organization.
- Wilson, J.S., Fitzsimons, D., Bradbury, I. & Stuart Elborn, J. (2008) Does additional support by nurses enhance the effect of a brief smoking cessation intervention in people with moderate to severe chronic obstructive pulmonary disease? A randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies* 45, 508–517.
- Πουλόπουλος, Χ. (2011) *Κοινωνική εργασία και εξαρτήσεις: Οι κοινότητες της αλλαγής*. Αθήνα: Τόπος.

Χρήσιμο οπτικοακουστικό και έντυπο υλικό στο διαδίκτυο

- <http://motivationalinterview.org/>

Η επίσημη σελίδα της Κινητοποιητικής Συνέντευξης με πλούσιο υλικό.

- <https://store.samhsa.gov/shin/content/SMA13-4212/SMA13-4212.pdf>

Το βιβλίο «Enhancing Motivation For Change in Substance Abuse Treatment» στην ιστοσελίδα του οργανισμού SAMHSA (Substance Abuse and Mental Health Administration) των Ηνωμένων Πολιτειών με άφθονα παραδείγματα κινητοποίησης ασθενών.

URL Εκπαιδευτικού Υλικού Κεφαλαίου 6

Οι διαφάνειες του Κεφαλαίου 6 βρίσκονται στην ακόλουθη σελίδα στον Ελληνικό Συσσωρευτή Ακαδημαϊκών Ηλεκτρονικών Βιβλίων του ΣΕΑΒ: <http://repfiles.kallipos.gr/file/23559>

Κεφάλαιο 7

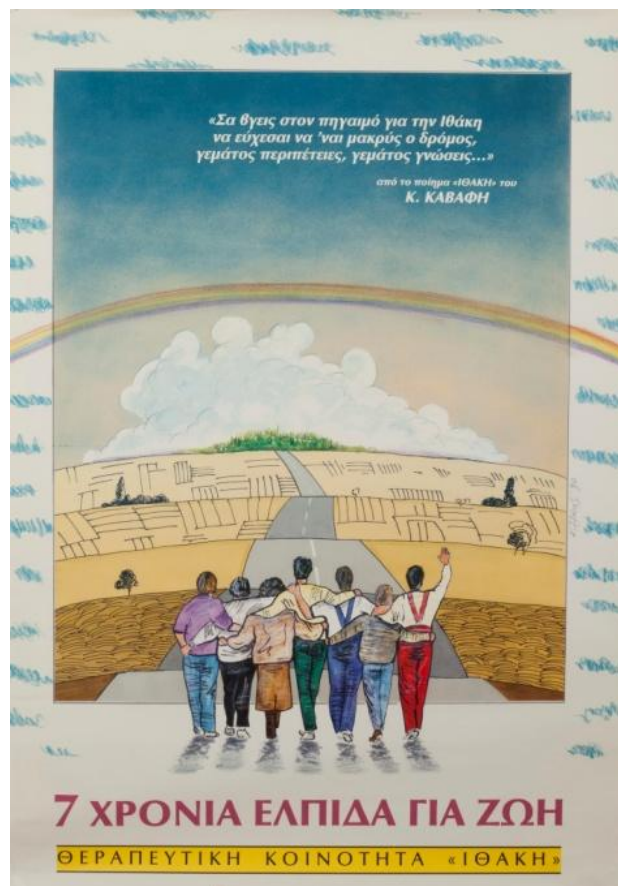
Η διαδικασία της αλλαγής

«Δεκαέξι χρόνια ο Βαγγέλης ήθελε να πεθάνει, έκοβε τα χέρια του, έπαιρνε υπερβολικές δόσεις ελπίζοντας να τελειώνει πλέον το μαρτύριο και με τα ναρκωτικά όπως και όλα αυτά που τον βάραιναν και τον έκαναν να μην αισθάνεται καλά από τα πρώτα χρόνια της ζωής του και μετά... Αυτό που με κάνει να νιώθω χαρούμενος και ευτυχισμένος είναι ότι πλέον είμαι ΚΑΛΑ! Είμαι καθαρός εδώ και οκτώ μήνες και νιώθω ζωντανός, είμαι πλέον ΖΩΝΤΑΝΟΣ! Είμαι πλέον ΕΓΩ. Νιώθω και είμαι δυνατός και χαίρομαι την κάθε στιγμή της ζωής μου. Δεν με ενδιαφέρει αν αυτό το καταλαβαίνουν κάποιοι ή όχι. Αρκεί που το καταλαβαίνω και το γνωρίζω εγώ» (Β., 11/03/2004).

ΑΡΓΩ, Πρόγραμμα Εναλλακτικής Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων ΨΝΘ (2005) Γροθιά στο στομάχι-Λογοτεχνία της σκόνης. Θεσσαλονίκη: Δωδώνη (σελ. 45-46).

Εισαγωγή

Η εξάρτηση βυθίζει το άτομο σε ένα φαύλο κύκλο αρνητικών συναισθημάτων και χρήσης. Όταν σταματά να κάνει χρήση, αντιμετωπίζει την επώδυνη αναγνώριση όλων όσων έχασε εξαιτίας της χρήσης του. Το θεραπευτικό πλαίσιο επιχειρεί να τον βοηθήσει να νοηματοδοτήσει την εμπειρία της χρήσης και να ανασυγκροτήσει την προσωπική του ιστορία ξεκινώντας μια ζωή χωρίς ουσίες. Το κεφάλαιο αυτό περιγράφει τη θεραπευτική διαδικασία δίνοντας έμφαση στα ιδιαίτερα προβλήματα που παρουσιάζονται στο πλαίσιο της δυαδικής και της ομαδικής θεραπείας.



Εικόνα 7.1 ΚΕΘΕΑ, Copyright.

Αρχικά, περιγράφεται η αντιμετώπιση της άρνησης του προβλήματος. Επίσης, αναλύεται η προετοιμασία του ατόμου για την ένταξη σε θεραπευτικό πρόγραμμα και οι παρεμβάσεις που στοχεύουν στην σταθεροποίηση της αποχής. Στη συνέχεια αναφέρονται οι δυσκολίες που αντιμετωπίζει το άτομο στην προσπάθεια ανασυγκρότησης της ταυτότητάς του και ο τρόπος προσέγγισής τους. Τέλος, περιγράφεται η δυναμική της ομαδικής θεραπείας, η οποία αποτελεί και την πιο ενδεδειγμένη μορφή θεραπευτικής προσέγγισης στη θεραπεία απεξάρτησης.

7.1. Η άρνηση του προβλήματος και η αποφυγή της αντιπαράθεσης

Σε γενικές γραμμές τα άτομα που έχουν προβλήματα ουσιοεξάρτησης δεν αναζητούν βοήθεια, ενώ πιο συχνά δεν έχουν επίγνωση του προβλήματος. 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. 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», «Εσύ φταις για όλα») είναι ένας τρόπος του χρήστη να φροντίσει το πληγωμένο «εγώ» του. 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.

Το πιο δύσκολο βήμα επομένως προς την ανάρρωση είναι το ξεπέραςμα της άρνησης και η αναγνώριση του προβλήματος. Συχνά οι νέοι θεραπευτές πιστεύουν ότι ο χρήστης είναι ικανός να διακρίνει το πρόβλημα και ότι λέει ψέματα. Ο Bateson (1971) περιγράφει τη σχιζοειδική σχέση του χρήστη με την ουσία. Η άρνηση 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 του ελέγχου. Κατά παράδοξο τρόπο λοιπόν η αύξηση του προβλήματος συνδυάζεται με τη σταδιακή ενίσχυση της άρνησης, της αντίστασης στο πρόβλημα (Denzin, 1987). Αν αποδεχθεί το πρόβλημα, υπάρχει ο φόβος να έρθει στην επιφάνεια πολύ μεγάλη ενοχή («σε τι ο ίδιος έχει φταίξει»). Επιπλέον, τόσο ο αλκοολικός όσο και ο εξαρτημένος από ψυχοδραστικές ουσίες, όταν σταματούν να πίνουν έρχονται πρόσωπο με πρόσωπο με τα συντρίμια όλων όσα κατέστρεψαν ή έχασαν με τη χρήση ουσιών. Η επώδυνη αναγνώριση της απώλειας σχέσεων, εργασίας, δημιουργικού χρόνου, περιουσιακών στοιχείων απαιτεί να θρηνησουν για όλα αυτά, συνειδητοποιώντας όσα κρύβονταν πίσω από την άρνηση του προβλήματος.

«Στην Παρέμβαση αντιπαράθεση σημαίνει να υποχρεώσει το άτομο να αντιμετωπίσει τα δεδομένα σχετικά με την εξάρτησή του από τοξικές ουσίες κατά πρόσωπο. Δεν είναι τιμωρία. Δεν είναι ευκαιρία που δίνεται στους άλλους να συντρίψουν λεκτικά το εξαρτημένο άτομο. Είναι επίθεση ενάντια στους τοίχους που έχουν υψώσει οι άμυνές του, όχι ενάντια στο θύμα ως άνθρωπο».

«Κατά τη διαδικασία της παρέμβασης υποτίθεται ότι κάπου στην πορεία θα δημιουργηθεί ένα ρήγμα και μέσα απ' αυτό θα εισβάλει η πραγματικότητα. Σε κάποιο σημείο το εξαρτημένο άτομο θα «δει» τη ζωή του όπως είναι πράγματι -ίσως για πρώτη φορά τα τελευταία χρόνια... Η ατμόσφαιρα στο δωμάτιο διαπερνιέται από αίσθηση ανακούφισης και συχνά αγάπης. Τα μέλη της ομάδας νιώθουν ταυτόχρονα εξαντλημένα και γεμάτα ελπίδα. Οποιοδήποτε θυμό κι αν ένιωσε το θύμα αντικαθίσταται από σοκ και οδύνη και μερικές φορές βαθιά ντροπή. Περισσότεροι από ένας έχουν κοιτάξει γύρω-γύρω στο δωμάτιο και έχουν πει: «Θεέ μου, δεν αντιλήφθηκα ότι σε πλήγωνα τόσο πολύ. Συγγνώμη!».

Johnson, V.E. (2004) *Εξάρτηση και Παρέμβαση-Ξεπερνώντας την άρνηση κάποιου να δεχτεί βοήθεια: Ένας οδηγός για συγγενείς και φίλους εξαρτημένων ατόμων*. Αθήνα: Δίοδος (σελ. 88, 112).

Πίνακας 7.1. Άρνηση και αντιπαράθεση.

Αν ο θεραπευτής αντιπαρατεθεί στις άμυνες του νεοεισερχόμενου χρήστη, τότε μπορεί να προκαλέσει την άμυνα, την αντίδραση, τον θυμό, την πεισματική προσκόλληση στην προσωπική του άποψη, με αποτέλεσμα την ενίσχυση της αντίστασης ή ακόμη και τη σύγκρουση, την παγίωση της άρνησης και τη διακοπή της προσπάθειας για αλλαγή. Αντίθετα, συμπλέει, συμπορεύεται με την αντίσταση, ενώ ταυτόχρονα προσπαθεί να ενισχύσει την αντίφαση, την απόκλιση στις περιγραφές του θεραπευόμενου (Miller & Rollnick, 2002). Ο στόχος του θεραπευτή είναι όχι να πείσει μέσα από μια διαδικασία αντιπαραθέσης, αλλά να συμπορευθεί με τον ασθενή στην προσπάθεια διερεύνησης του προβλήματος και της υποφώσκουσας αμφιθυμίας, να εκμαιεύσει την επιθυμία και τη δέσμευση στη διαδικασία της αλλαγής. Το μοντέλο βέβαια της κινητοποιητικής συνέντευξης έρχεται σε πλήρη αντίθεση με τις αντιπαραθετικές παρεμβάσεις, οι οποίες είχαν υιοθετηθεί από τις πρώτες θεραπευτικές κοινότητες απεξάρτησης.

Σύμφωνα με τον Gabbard (2006) στο πλαίσιο της δυσκολίας των εξαρτημένων ατόμων να ρυθμίζουν το άγχος, την κατάθλιψη, τον θυμό και άλλα συναισθήματα, μια τακτική αντιπαραθέσης μπορεί να αποβεί όχι μόνο αντιπαραγωγική αλλά και επιζήμια. Έτσι ο επαγγελματίας που καλείται να βοηθήσει το εξαρτημένο άτομο είναι προτιμότερο να κατανοήσει τις άμυνές του και την αγωνιώδη προσπάθειά του να αποφύγει επώδυνα συναισθήματα. Στερεότυπες προσεγγίσεις, οι οποίες συνδέονται με το στίγμα της εξάρτησης, περιορίζουν σημαντικά τα δικαιώματα των εξαρτημένων ατόμων στη θεραπεία και στη μείωση της βλάβης που προκαλεί η συμπεριφορά χρήσης.

Η έκδοση της Χάρτας Δικαιωμάτων Εξαρτημένων Ατόμων στην Ελλάδα αποτελεί το πρώτο σε ευρωπαϊκό επίπεδο εξειδικευμένο κείμενο καταγραφής, αναγνώρισης και διασφάλισης των δικαιωμάτων των εξαρτημένων χρηστών στην υγεία, στη θεραπεία και στη ζωή (ΕΚΤΕΠΝ, 2015). Τα δικαιώματα που περιλαμβάνονται στη Χάρτα είναι τα ακόλουθα:

- δικαίωμα επιλογής ή απόρριψης της φροντίδας
- δικαίωμα καθολικής, ισότιμης πρόσβασης σε φροντίδα υγείας (διαθεσιμότητα και προσβασιμότητα)
- δικαίωμα στο απόρρητο
- δικαίωμα επιλογής από τον θεραπευόμενο της ενδεδειγμένης θεραπείας, η οποία βασίζεται στη γνώση κατόπιν ενημέρωσης
- δικαίωμα στη λήψη εξατομικευμένης ολιστικής θεραπείας
- δικαίωμα στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας
- δικαίωμα απρόσκοπτης πρόσβασης στη φροντίδα
- δικαίωμα στην παροχή υπηρεσιών με σεβασμό στην προσωπικότητα του ατόμου
- δικαίωμα συμμετοχής των εξαρτημένων στη διαμόρφωση αποφάσεων σχετικά με την πολιτική κατά των εξαρτήσεων
- δικαίωμα στην παροχή υπηρεσιών υγείας από εξειδικευμένο προσωπικό
- δικαίωμα στην ίση μεταχείριση
- δικαίωμα στην ισοδυναμία της φροντίδας
- δικαίωμα στην εργασία
- δικαίωμα στην απαγόρευση των διακρίσεων και του στιγματισμού
- δικαίωμα στη σωστή πληροφόρηση: αντιμετωπίζοντας το στίγμα της εξάρτησης
- δικαίωμα στην προστασία της ανθρώπινης ζωής (μείωση της βλάβης)

Πίνακας 7.2 Χάρτα Δικαιωμάτων Εξαρτημένων Ατόμων.

7.2. Η αρχή της θεραπευτικής προσπάθειας

Συνήθως τα άτομα που αντιμετωπίζουν προβλήματα κατάχρησης ουσιών ξεκινούν τη θεραπεία με μια βαθιά στάση δυσπιστίας και καχυποψίας απέναντι στους άλλους και ιδιαίτερα στους θεραπευτές. Είχαν συνηθίσει να κρύβονται και από τους άλλους και από τον εαυτό τους. Έτσι στο ξεκίνημα της θεραπείας νιώθουν έντονη

ντροπή για την παρουσία τους σε πρόγραμμα απεξάρτησης, ενώ παράλληλα κατακλύζονται από συναισθήματα αδυναμίας, αγωνίας, φόβου, ενοχών, απομόνωσης και μοναξιάς. Συχνά έρχονται σε κάποιο πρόγραμμα εξαιτίας της πίεσης από το οικογενειακό ή επαγγελματικό περιβάλλον. Με τη βοήθεια όμως του θεραπευτικού πλαισίου η εξωτερική πίεση μετατρέπεται σε εσωτερικά κίνητρα τα οποία σταδιακά αποκτούν σταθερότητα.

«Η ζωή μου στα ναρκωτικά ήταν άσχημη... απαίσια... τώρα που θυμάμαι αυτά τα πράγματα. Γιατί τότε δεν μπορούσα να δω τίποτα... άλλοι με έφεραν στο πρόγραμμα, δεν πήγα μόνος μου, δεν είχα το μυαλό να σκεφθώ ότι έπρεπε να πάω σε πρόγραμμα να καθαρίσω... άλλοι με πίεσαν. Οι συγγενείς μου, ο πατέρας μου, η γυναίκα μου. Κι έτσι πήγα και είδα ότι ήταν καλά στη θεραπεία, εννοώ μετά την πρώτη φάση, όταν το μυαλό μου τελικά καθάρισε...».

«Στην αρχή ήρθα στο πρόγραμμα επειδή είχα προβλήματα με τον νόμο. Κατά τη διάρκεια της θεραπείας, βρήκα κι άλλους λόγους... Προσωπικούς λόγους, πράγματα που ήθελα να κάνω...».

«Τώρα στέκομαι πιο καλά στα πόδια μου... γιατί ξεκίνησα το πρόγραμμα για διαφορετικούς λόγους και μέσα στη θεραπεία αυτοί οι λόγοι άλλαξαν και απέκτησα καινούριους στόχους στη ζωή μου... ήρθα εδώ για να γλιτώσω τη φυλακή κι επειδή είχα πολλά δικαστήρια... τώρα τα πράγματα είναι διαφορετικά, αγαπώ τη ζωή, θέλω να κάνω οικογένεια, να είμαι με ανθρώπους που αγαπώ παρότι υπάρχουν προβλήματα στη ζωή...».

Missouridou E. (1999) The process of relapse and recovery after treatment from problem drug use. University of Manchester: Doctoral Dissertation (σελ.169-170).

Πίνακας 7.3 Η σταδιακή αλλαγή των κινήτρων για θεραπεία.

Ακόμη όμως κι όταν «πιάνουν πάτο» και καταλαβαίνουν ότι πρέπει να αλλάξουν, νιώθουν ότι δεν έχουν τις δυνάμεις που απαιτεί οποιαδήποτε προσπάθεια αλλαγής. Σε αυτή τη χρονική στιγμή της κρίσης στη ζωή του ασθενή, πρωταρχικό μέλημα του θεραπευτή είναι η καλλιέργεια του αισθήματος της ασφάλειας, της άνευ όρων αποδοχής και της ελπίδας. Το να μπορούν να εμπιστεύονται και να είναι ανοικτοί και ειλικρινείς αποτελεί μια ριζοσπαστική καινούρια εμπειρία, η οποία ξεκινά με δειλά βήματα από το ξεκίνημα της θεραπείας κατά τις πρώτες επαφές σε κάποιον συμβουλευτικό σταθμό. Η ενθάρρυνση, η παρότρυνση σε ένα ήρεμο κλίμα και το χιούμορ βοηθούν τον θεραπευτή στην προσπάθειά του να προσεγγίσει τον ασθενή. Απαραίτητη προϋπόθεση στην προσέγγιση αυτή αποτελεί η εκτίμηση και επιβράβευση ακόμη και μικρών αλλαγών στα σχήματα της χρήσης. Οποιαδήποτε αλλαγή είναι δύσκολη για τον χρήστη, που έχει πέσει βαθιά στον φαύλο κύκλο της χρήσης. Από την άλλη, η επίτευξη ενός μικρού στόχου απαιτεί περαιτέρω ενίσχυση του κινήτρου για αλλαγή.

«Δεν είχα τίποτα να θυμηθώ στη ζωή μου επειδή τα παιδικά μου χρόνια ήταν πολύ βασανισμένα... ήμασταν πολλά παιδιά στην οικογένεια... Μπάρκαρα στα δεκαέξι και τότε ξεκίνησα τα ναρκωτικά... δεν είχα νιώσει τι είναι ζωή όλα εκείνα τα χρόνια... δεν ένιωθα τίποτα... ένιωθα άδειος... έτσι στην αρχή, όταν άρχισα το πρόγραμμα, ήμουν διστακτικός αλλά ήθελα να έρθω, απλά δεν πίστευα πραγματικά ότι μπορώ να τα καταφέρω... αλλά όσο περνούσε ο χρόνος βρήκα τη δύναμη, βρήκα καινούρια ενδιαφέροντα, έκανα πραγματικούς φίλους στο πρόγραμμα, όλα αυτά με έκαναν να νιώθω γεμάτος... δεν είχα ποτέ τέτοια πράγματα στη ζωή μου...».

Missouridou, E. (1999) The process of relapse and recovery after treatment from problem drug use. University of Manchester: Doctoral Dissertation (σελ. 168-169).

Πίνακας 7.4 Κινητοποίηση και αυτοαποτελεσματικότητα.



Εικόνα 7.2 Βιδάλη Στ., δραματοθεραπεύτρια «18 ΑΝΩ», CC BY-NC-ND 3.0.

Πολύ συχνά το εξαρτημένο άτομο έρχεται στο πρώτο ραντεβού έπειτα από πίεση «σημαντικών άλλων». Αυτοί μπορεί να είναι γονείς, αδέρφια, φίλοι ή σύντροφοι των χρηστών, οι οποίοι θέλουν να βοηθήσουν το εξαρτημένο άτομο και ζητούν επιτακτικά και οι ίδιοι χρόνο με τον επαγγελματία υγείας που υποδέχεται τον ασθενή. Το επιτακτικό αίτημα των σημαντικών άλλων σχετίζεται με τα έντονα συναισθήματά τους για το πρόβλημα, τα οποία επιτείνονται από την άρνηση του προβλήματος του εξαρτημένου ατόμου. Παρότι η επαφή μαζί τους αποτελεί σημαντική πηγή πληροφοριών, εντούτοις μια πιθανή αντιπαράθεσή τους με τον ασθενή μέσα στη συνεδρία, μπορεί να μεγαλώσει την άρνηση και τις αντιστάσεις του τελευταίου. Επιπλέον είναι σκόπιμο να γίνει μια συνεδρία ή σειρά συνεδριών μόνο με το εξαρτημένο άτομο, ώστε να δημιουργηθεί μια στοιχειώδη ατμόσφαιρα εμπιστοσύνης και υποστήριξης. Εάν το μεγαλύτερο μέρος της συνεδρίας πραγματοποιηθεί με τον ασθενή και προς το τέλος της συνάντησης επιτραπεί η συμμετοχή των σημαντικών άλλων, ο θεραπευτής πρέπει να διατηρήσει τον έλεγχο της συνεδρίας, προκειμένου να αποτραπεί μια αρνητική επικοινωνία. Μπορεί το πρόβλημα να αφορά όλους τους εμπλεκόμενους, σκοπός όμως είναι να εκμαυίσουμε από τον ασθενή τη δική του εικόνα για τη χρήση και να διερευνήσουμε τις δικές του αντιλήψεις και συναισθήματα. Σε περίπτωση που ο ασθενής αρνείται την εμπλοκή των δικών του στη θεραπεία απεξάρτησης, αξιολογούμε τη βαρύτητα του προβλήματος επικοινωνίας, δίνουμε χρόνο στον θεραπευόμενο τονίζοντας πως σε μελλοντικό χρόνο θα ήταν καλό να υπάρξει επαφή του προγράμματος με τους σημαντικούς άλλους. Σε περιπτώσεις που οι σημαντικοί άλλοι ζητούν οι ίδιοι συμβουλευτική υποστήριξη, μπορεί να πραγματοποιηθεί μια συνεδρία με στόχο την παροχή σχετικών πληροφοριών και παραπομπή τους.

7.3. Ομάδες σταθεροποίησης της αποχής και προετοιμασίας για την ένταξη σε θεραπευτικό πρόγραμμα

Η εικόνα μιας ομάδας προετοιμασίας (ή αλλιώς κινητοποίησης, ένταξης, ευαισθητοποίησης, πρώτης φάσης) με αρκετά από τα μέλη της υπό την επήρεια αλκοόλ ή ψυχοδραστικών ουσιών, μπορεί να είναι μια πολύ απογοητευτική εμπειρία για τον συντονιστή της ή για έναν νέο θεραπευτή. Όμως η παρουσία ενός εξαρτημένου ατόμου στην ομάδα αυτή είναι πολύ συχνά αποτέλεσμα μεγάλης προσπάθειας από την οικογένειά του και από τον ίδιο, άσχετα με την επιτυχία του στην κατάκτηση της αποχής. Εξάλλου, η επίτευξη της αποχής είναι αποτέλεσμα της κινητοποίησης του ασθενούς, η οποία αποτελεί και τον βασικό σκοπό της θεραπείας του σε αυτό το στάδιο. Βασικοί στόχοι στην ομάδα προετοιμασίας λοιπόν είναι η ενημέρωσή του για τις θεραπευτικές αρχές του προγράμματος και τους όρους ένταξης σε αυτό, η τακτοποίηση γραφειοκρατικών εκκρεμοτήτων (π.χ. καθοδήγηση στην προσπάθεια απόκτησης βιβλιαρίου απορίας, τακτοποίηση ασφαλιστικών ζητημάτων) και βέβαια η μείωση της χρήσης ή η σταθεροποίηση της αποχής.

Κατά τη διάρκεια των λίγων εβδομάδων που διαρκεί η ομάδα, οι υποτροπές και τα πισωγυρίσματα στη χρήση είναι πολύ συχνά. Ο συντονιστής είναι ιδιαίτερα παρατηρητικός για πιθανά συμπτώματα στέρησης, τα οποία εμφανίζονται μέσα σε λίγες ώρες ή και μέρες από τη διακοπή της χρήσης, όπως εφίδρωση, ταχυκαρδία, τρόμο στα χέρια, αϋπνία, ναυτία ή έμετο, παραισθήσεις ή ψευδαισθήσεις μικρής διάρκειας, ψυχοκινητικό εκνευρισμό και άγχος. Μείζονες επιληπτικές κρίσεις μπορεί να συμβούν τις πρώτες 48 ώρες. Πιο συχνά συμβαίνουν 13-18 ώρες μετά το σταμάτημα της χρήσης και μπορεί να διαρκέσουν μέχρι πέντε μέρες. Σε περίπτωση μεγάλης κατανάλωσης αλκοόλ, συμβουλευόμαστε το μέλος της ομάδας να διακόψει σταδιακά τη χρήση και συναποφασίζουμε το σχήμα της μείωσης, με στόχο να αποφύγουμε την πιθανότητα εμφάνισης τρομώδους παραληρήματος. Το τρομώδες παραλήρημα ξεκινά ξαφνικά και κορυφώνεται συνήθως τρεις μέρες μετά το τελευταίο ποτό (αποπροσανατολισμός στον χώρο, στον χρόνο και στα πρόσωπα, οξύ άγχος, οπτικές και ακουστικές ψευδαισθήσεις, ταχυσφυγμία, ταχύπνοια, έντονη εφίδρωση, πυρετός, έντονη νευρικότητα, αϋπνία κ.ά.).

Τα συμπτώματα στέρησης, έκφραση της δυσκολίας του οργανισμού να προσαρμοστεί στη νέα κατάσταση, προκαλούν δυσθυμία στο μέλος της ομάδας. Επιπλέον, παρότι η ένταξη στην ομάδα είναι μια πρώτη θετική έκβαση στην προσπάθειά του, συνοδεύεται από συναισθήματα άγχους, φόβου και ντροπής, τα οποία μπορεί να βιώνονται σε μεγάλη ένταση από αρκετούς ασθενείς που αντιμετωπίζουν προβλήματα κοινωνικής φοβίας, κρίσεων πανικού ή κάποιας αγχώδους διαταραχής. Ο συντονιστής πρέπει να βρίσκεται σε εγρήγορση για την αντιμετώπιση τέτοιων θεμάτων καθώς και να μεταδώσει στα μέλη της ομάδας ότι το άγχος και η νευρικότητα είναι αναμενόμενα σε αυτό το στάδιο. Η επίτευξη μιας κάποιας πρωταρχικής συμμαχίας ανάμεσα στον συντονιστή και στο μελλοντικό μέλος της ομάδας μπορεί να βοηθήσει αποτελεσματικά στη διαχείριση του άγχους εισόδου στην ομάδα. Σε περίπτωση που αυτό δεν είναι εφικτό, αξίζει τον κόπο να αφιερώσει ο συντονιστής κάποιο χρόνο στο τέλος της ομάδας. Πολύ συχνά τα νεοεισερχόμενα άτομα στο τέλος των πρώτων ομάδων πλησιάζουν τον συντονιστή ρωτώντας ακόμη και ασήμαντα πράγματα. Ο συντονιστής προσπαθεί να μην αγνοεί αυτές τις προσπάθειες να τον πλησιάσουν ακόμη κι αν, λόγω της πίεσης των προγραμματισμένων ατομικών και ομαδικών συνεδριών, το μόνο που μπορεί να προσφέρει είναι μια απλή ενθάρρυνση ή συμβουλή.

Έχοντας αντιμετωπίσει σε κάποιο βαθμό τις αρχικές δυσκολίες ένταξης στην ομάδα, τα μέλη της ομάδας επεξεργάζονται τρόπους μείωσης της χρήσης και διατήρησης της αποχής. Η χρήση είναι συνδεδεμένη με πολλές συνήθειες, μικρές και μεγάλες. Κάποιες από αυτές τις συνήθειες αποτελούν σκέψεις και συναισθήματα (π.χ. θυμώνει με τη σύζυγο και καταφεύγει στη χρήση), ενώ κάποιες άλλες καθημερινές πράξεις και δραστηριότητες (ένα ποτό στο μπαρ μετά τη δουλειά, ένα ποτό μετά το γήπεδο). Η διακοπή αυτών των συνηθειών, πριν την είσοδο στο κλειστό τμήμα (π.χ. αποφυγή διευθέτησης ζητημάτων που προκαλούν συγκρούσεις και θυμό ή συγκεκριμένων δραστηριοτήτων) μπορεί να φέρει εντυπωσιακά αποτελέσματα στην προσπάθεια του ελέγχου της χρήσης. Στην πράξη, το κάθε μέλος περιγράφει τον τρόπο που αντιμετωπίζει το πρόβλημα της χρήσης. Βλέποντας παρόμοιες στάσεις και άμυνες σε άλλους, το μέλος της ομάδας κατανοεί καλύτερα τη δική του στάση πάνω στο πρόβλημα. Σε γενικές γραμμές, οι μικρές επιτυχίες ενθαρρύνονται και συζητούνται πιο πολύ από τις αποτυχίες. Το μέλος που περιγράφει κάποια επιτυχία του σε ένα μικρό στόχο ενισχύει τη δική του δέσμευση, ενώ παράλληλα ωφελεί όλη την ομάδα του. Κι αυτό γιατί οι αλκοολικοί πιο εύκολα επηρεάζονται και μιμούνται άλλους αλκοολικούς, παρά συμμορφώνονται στις προτροπές προσώπων εξουσίας. Τέλος, η έμφαση στις επιτυχίες, στην επιβράβευση και

την ενθάρρυνση αναπτρώνουν την ελπίδα των μελών της ομάδας στα δύσκολα βήματα κατά την έξοδο από τον φαύλο κύκλο της χρήσης.

«Κι εκεί ξεκίνησα την προσπάθειά μου, λοιπόν. Ειδικά οι πρώτες μέρες ήταν ό,τι πιο ωραίο είχα βιώσει στη ζωή μου. Να μπορώ να είμαι καλά χωρίς να πίνω. Να μπορώ να είμαι καλά χωρίς να παρακαλάω να μου βγάλουνε να πιω. Να μπορώ να είμαι καλά βλέποντας απλά πράγματα τα οποία τα είχα χάσει όλα αυτά τα χρόνια, δεν μπορούσα να τα προσέξω. Ένα όμορφο δέντρο, ένα όμορφο σπίτι, ένας όμορφος άνθρωπος, ένα όμορφο αυτοκίνητο. Όλα αυτά ξέρεις για πολλά χρόνια ήτανε λες και δεν υπήρχανε γύρω μου...

Βέβαια περνώντας ο καιρός τα πράγματα δυσκόλεψαν λίγο, και δυσκόλεψαν γιατί άρχισε να αποκαλύπτεται σιγά-σιγά ο λόγος για τον οποίο έπινα. Αυτό ήτανε που με δυσκόλεψε. Άρχισε να μη με φτάνει να είμαι απλά μόνο καθαρός, άρχισαν τα ελαττώματά μου να κάνουν έντονη την παρουσία τους και άρχισα να μην αντέχω. Άρχισα να μη με αντέχω... δηλαδή η εικόνα που είχα σχεδιάσει για μένα ήταν ένα πράγμα στο οποίο εγώ δεν ανταποκρινόμουνα...».

Σιμώνη, Ξ. (2002) Με λένε Κώστα και είμαι ναρκομανής σε ανάρρωση. Αθήνα: Άγκυρα (σελ. 192).

Πίνακας 7.5 Συναισθήματα κατά τις πρώτες μέρες της αποχής.



Εικόνα 7.3 Βιδάλη Στ., δραματοθεραπεύτρια «18 ΑΝΩ», CC BY-NC-ND 3.0.

7.4. Η διαδικασία της θεραπείας και η νοηματοδότηση της εξάρτησης

Το αίτημα βοήθειας ενός εξαρτημένου ατόμου αποτελεί μια απεγνωσμένη προσπάθεια να βγει από το προσωπικό του αδιέξοδο, στο οποίο τον οδήγησε η κατάχρηση αλκοόλ ή ψυχοδραστικών ουσιών και οι συνακόλουθες επιπτώσεις αυτής. Είναι φοβισμένος και μόνος. Η ενοχή τον έκανε υπερευαίσθητο, φοβισμένο και θυμωμένο, ακόμη και με ανθρώπους που δεν τον είχαν κατηγορήσει ποτέ. Δεν εμπιστεύεται κανέναν ούτε τον ίδιο του τον εαυτό, ο οποίος τον πρόδωσε χάνοντας τον έλεγχο πάνω στη χρήση. Για χρόνια δεν

αποκάλυπτε ποτέ τον εαυτό του, δεν ήταν ποτέ γνήσιος. Ζούσε εγκλωβισμένος στο παρελθόν ή σε ένα φανταστικό «εγώ» του μέλλοντος. Έθαβε και μούδιαζε τα συναισθήματά του. Τώρα φοβάται να νιώσει. Δεν ξέρει πώς να νιώσει. Η θεραπεία είναι μια προσπάθεια να έρθει σε επαφή με τον αληθινό του εαυτό. Πρέπει να συνδεθεί, να έρθει σε επαφή με το παρελθόν του, με τον μυστικό και θαμμένο εαυτό του. Να ανακαλύψει τις βαθύτερες αιτίες που τον οδήγησαν στη χρήση. Δεν αρκεί η αποχή. Πρέπει να βρει τους λόγους για τους οποίους πίνει.

«Κατά τη διάρκεια της θεραπείας άρχισα να ξεκαθαρίζω στο μυαλό μου τους λόγους για τους οποίους έκανα χρήση στο παρελθόν... έμαθα και κατάλαβα πολλά πράγματα, άλλαξα ό,τι μπορούσα να αλλάξω. Είχα πολύ χρόνο να δω πιο βαθιά τον εαυτό μου και αυτός ήταν ο λόγος που με έκανε να απέχω από τις ουσίες... ήθελα να δω ποιος είμαι, τι μπορώ να καταφέρω, ποια είναι τα όρια μου, ποια είναι η σχέση μου με τους άλλους ανθρώπους...».

Missouridou, E. (1999) The process of relapse and recovery after treatment from problem drug use. University of Manchester: Doctoral Dissertation (σελ. 170).

Πίνακας 7.6 Η διαδικασία της αυτοδιερεύνησης.

Η θεραπεία επιχειρεί να διαπεράσει τις άμυνες του ατόμου και να αφήσει γυμνές τις συναισθηματικές δομές του εγώ του, το «πραγματικό πρόσωπο», φοβισμένο, ανώριμο, διαστρεβλωμένο και θυμωμένο (Denzin, 1987). Στόχος της θεραπείας είναι να αρχίσει πάλι να ελπίζει, να δει νέες προοπτικές, καινούριους δρόμους, να ξανακάνει όνειρα, να αντιμετωπίσει το εσωτερικό κενό και το φόβο του εαυτού του που τον έσπρωχναν να ζει μέσα στις ουσίες βρίσκοντας τη δική του φωνή, να ανακαλύψει ρόλους και σχήματα που υιοθετούσε στην καθημερινή του ζωή, να βρει τον εαυτό του και να τον αποδεχτεί, να αρχίσει να τον αγαπά και να τον φροντίζει σε αντίθεση με την παραμέληση και την αυτοκαταστροφική συμπεριφορά του παρελθόντος, να αποκτήσει επαφή με τα συναισθήματά του και τις επιθυμίες του. Η θεραπεία αποτελεί γι' αυτόν μια διαδικασία αυτοανακάλυψης, ανακατασκευής της ταυτότητάς του, σαν να χτίζει τον εαυτό του από την αρχή (Μισουρίδου, 2008). Σε αυτήν την προσπάθεια δημιουργίας μιας καινούργιας ταυτότητας είναι απαραίτητη η κατασκευή μιας προσωπικής ιστορίας, ώστε να διατηρηθεί η αίσθηση της συνέχειας και να δημιουργηθούν καινούργιες οπτικές του προβλήματος. Συχνά οι θεραπευόμενοι βασίζονται στην ερμηνευτική ικανότητα των θεραπευτών τους για να καταφέρουν να κατασκευάσουν την προσωπική τους ιστορία, την ερμηνεία της ζωής τους. Η δημιουργία του γενεογράμματος και η λήψη του ιστορικού, κατά την πρώτη περίοδο σε κλειστό θεραπευτικό πρόγραμμα, υποβοηθούν τη διήγηση και κατασκευή της προσωπικής τους ιστορίας.

Σε αυτή την προσπάθεια το συναίσθημα ότι ο θεραπευτής «είναι εκεί» είναι καίριο. Αυτό χτίζεται συνήθως με το «κάτι παραπάνω». Για παράδειγμα, όταν ασχοληθεί ο θεραπευτής μια μη προγραμματισμένη στιγμή με τον θεραπευόμενο ή πάρει τηλέφωνο σε ώρα εκτός εργασίας για κάτι σημαντικό. Η ακαμψία του θεραπευτή, ένα πολύ επαγγελματικό και όχι φιλικό στυλ, η τήρηση αυστηρών χρονικών ορίων στις συναντήσεις εμποδίζουν την καλλιέργεια του αισθήματος της εγγύτητας. Επιπλέον, συχνά το να μοιραστεί κάτι δικό του ο θεραπευτής καθώς και η ειλικρίνειά του μεταδίδουν το αίσθημα της εκτίμησης προς τον θεραπευόμενο. Η κατάκτηση βέβαια της εμπιστοσύνης είναι δύσκολη δεδομένου ότι τα εξαρτημένα άτομα έχουν συχνά ιστορικό κακοποίησης ή παραμέλησης. Οι ελλείψεις των ασθενών στη βασική εμπιστοσύνη και οι δυσκολίες τους να συνδεθούν απαιτούν ακόμη πιο υποστηρικτικές παρεμβάσεις για να χτιστεί ένα ασφαλές δέσιμο με τον θεραπευτή και να κατακτηθεί το αίσθημα ασφάλειας. Επίσης, λόγω του ιστορικού κακοποίησης και παραμέλησης, δεν προχωρούν σε βάθος και δεν μένουν στη θεραπεία, χωρίς τη διαρκή εμπειρία της ασφάλειας, της αποδοχής και της επιτυχίας. Ο θεραπευόμενος έχει ανάγκη από αμοιβές και αναγνώριση, από «μπράβο», ακόμη και για μικρές αλλαγές στη συμπεριφορά. Η ενθάρρυνση αυτή συντελεί στο να νιώσει μεγαλύτερη εμπιστοσύνη για τον εαυτό του και πιο αισιόδοξος σχετικά με την ικανότητά του να αλλάξει.

Σε γενικές γραμμές η θεραπεία απεξάρτησης θα μπορούσε να περιγραφεί ως ένα «σχολείο συναισθημάτων». Ο εξαρτημένος συνήθως απέφυγε τα συναισθήματά του, τα απώθησε ή έκανε χρήση για να τα μούδιασει, ενώ δεν έχει ποτέ εκφράσει τα συναισθήματα που τον οδήγησαν να πίνει. Πρέπει λοιπόν να αποκτήσει επαφή με τα συναισθήματά του, αν θέλει να μην ξαναπιεί, να μάθει να τα εκφράζει, να μάθει πώς νιώθουν ένα συναίσθημα, να μάθει πώς μιλούν για ένα συναίσθημα. Η διάκριση των συναισθημάτων και η

κατάκτηση μεγαλύτερου ελέγχου πάνω σε αυτά τον βοηθούν να μην κατακλύζεται από αυτά και ως αποτέλεσμα να καταφεύγει στη χρήση. Η ικανότητα να διαχειρίζεται τα αρνητικά του συναισθήματα (κατάθλιψη, οργή, ανία, άγχος) τον κάνει να νιώθει πιο ασφαλής, ενώ η ικανότητα να ελέγχει τον θυμό του, τον βοηθάει επιπλέον να νιώθει πιο βολικά με τους άλλους.

Όλα αυτά βέβαια δεν επιτυγχάνονται μέσα σε λίγους μήνες σε κάποιο θεραπευτικό πρόγραμμα. Η παραμονή τού ασθενή σε κλειστό πρόγραμμα αποτελεί μόνο την αρχή μιας αλλαγής που θα διαρκέσει μεγάλο χρονικό διάστημα στη φάση της επανένταξης. Παρόλα αυτά, η έξοδος από τον φαύλο κύκλο της χρήσης και η παρουσία σε έναν χώρο όπου μιλιέται μια καινούργια γλώσσα, η γλώσσα της θεραπείας, αποτελούν μια έντονη αλλαγή που συγκλονίζει τον θεραπευόμενο και σε συνδυασμό με την πίστη στη θεραπεία (placebo effect) μπορούν να αποτελέσουν ισχυρό αντίβαρο στα αρνητικά συναισθήματα (έντονη ενοχή και ντροπή, κενό, ανία κατά την απουσία θεραπευτικών δραστηριοτήτων, άγχος, φόβο, χαμηλή αυτοεκτίμηση) που αντιμετωπίζει χάνοντας την ουσία από τη ζωή του. Το πλαίσιο είναι ιδιαίτερα σημαντικό και στηρικτικό στην προσπάθεια του επαγγελματία, ο οποίος έχει αναλάβει τον συντονισμό της θεραπείας ενός ασθενή, μιας και ο τελευταίος αντιμετωπίζει καθημερινά προβλήματα στην ανάρρωσή του. Η δόμηση του προγράμματος με θεραπευτικές δραστηριότητες σε καθημερινή βάση είναι ιδιαίτερα βοηθητική. Η συλλογική ζωή -σε τέτοια αντίφαση από τη μοναξιά του αλκοόλ και των ναρκωτικών- και το σταμάτημα του εξωτερικού χρόνου -δεν επιτρέπονται επαφές με οικείους ή καθημερινές εφημερίδες- προστατεύουν τη συνολική θεραπευτική προσπάθεια.



Εικόνα 7.4 ΚΕΘΕΑ, Copyright.

Η προσαρμογή βέβαια σε ένα τέτοιο πλαίσιο σπάνια συμβαίνει χωρίς προβλήματα. Ο εξαρτημένος δεν είχε ποτέ καλή σχέση με τον χρόνο. Ζούσε ή στο παρελθόν ή ξέφευγε στο μέλλον. Περιμένει οι άλλοι να οργανώσουν τον χρόνο του. Περιμένοντας να συμβούν πράγματα, μπορεί να νιώθει τη θεραπεία σαν σπατάλη χρόνου. Μπορεί να νιώσει ότι δεν συμβαίνουν πολλά πράγματα και ότι ο θεραπευτής δεν βοηθάει. Επιπλέον, μαθαίνει να μιλά τη γλώσσα της θεραπείας και να τη χρησιμοποιεί, χωρίς αυτή να συμβαδίζει πάντα με το συναίσθημα. Επίσης, εντάσεις, θυμός και συγκρούσεις καθημερινά εκφράζουν τις δυσκολίες των θεραπευόμενων στη συλλογικότητα και την επικοινωνία. Όλα τα προβλήματα αυτά -και πολλά άλλα στην απρόβλεπτη συνάντηση διαφορετικών ανθρώπων- αποτελούν την αρένα στην οποία θα σμιλευτεί σε ένα αρχικό επίπεδο -με τη βοήθεια του ατομικού θεραπευτή- η καινούργια ταυτότητα του θεραπευόμενου, αυτή του «καθαρού» πρώην χρήστη.

«Ένα από τα δυσκολότερα πράγματα που έχω κάνει στη ζωή μου, ξέρεις, να δείξω επιμονή, υπομονή, να μπορώ να κάνω πίσω, να μπορώ επιτέλους να ρίξω μια ματιά και πιο βαθιά στο ποιος είμαι... και πέρα από το κλάμα που έριξα γι' αυτό που είμαι, η ανακούφιση ότι δεν χρειάζεται να είμαι οτιδήποτε άλλο, έχω δικαίωμα να ζω κι εγώ όποιος κι αν είμαι και από εκεί και πέρα άρχισε να ανοίγει περισσότερο ο δρόμος...».

Σιμώνη, Ξ. (2002) Με λένε Κώστα και είμαι ναρκομανής σε ανάρρωση. Αθήνα: Άγκυρα (σελ. 192).

Πίνακας 7.7 Ο δύσκολος δρόμος της συμφιλίωσης.

Ιδιαίτερη δυσκολία παρουσιάζεται στην προσέγγιση ατόμων με χρόνια μετατραυματική διαταραχή άγχους. Κι αυτό γιατί τα συμπτώματα της τραυματικής εμπειρίας αποτελούν συχνά εμπόδιο στην ανάρρωση από την εξάρτηση. Επιπλέον συχνά οι ουσίες καλύπτουν τα έντονα συναισθήματα και τις αναμνήσεις που σχετίζονται με τραυματικά γεγονότα, τα οποία αρκετές φορές κατακλύζουν το άτομο στην περίοδο αποχής. Η αναβίωση του αισθήματος φόβου και απειλής αποκόπτει το άτομο από τα άλλα μέλη της ομάδας. Επιπλέον, η αναβίωση του τραυματικού γεγονότος μπορεί να οδηγήσει σε επιθετική συμπεριφορά ή σε εκδραμάτιση, τα αίτια των οποίων δεν γίνονται κατανοητά από τους θεραπευτές και τους συνθεραπευόμενους λόγω της δυσκολίας έκφρασης των συγκεκριμένων βιωμάτων και συναισθημάτων. Ένα σημαντικό βήμα στην προσέγγιση των ατόμων αυτών αποτελεί η αξιολόγηση της χρόνιας μετατραυματικής διαταραχής άγχους και η «κανονικοποίηση» (“normalization”) των συμπτωμάτων τα οποία αντιμετωπίζουν. Η συνειδητοποίηση ότι τα συμπτώματα αυτά δεν τα αντιμετωπίζουν μόνο οι ίδιοι και ότι αντίθετα αποτελούν συνηθισμένη επίδραση μιας τραυματικής εμπειρίας -και όχι κάποια μορφή ψυχιατρικής διαταραχής- είναι ανακουφιστική για τους ασθενείς. Οι στρατηγικές κανονικοποίησης περιλαμβάνουν:

- Ψυχοεκπαίδευση για τα πιο συνήθη συμπτώματα του μετατραυματικού άγχους.
- Διερεύνηση των συγκεκριμένων συμπτωμάτων του ασθενή και αντίστοιχη εκπαίδευση.
- Δημιουργία καταλόγου συμπτωμάτων και των θετικών και αρνητικών συνεπειών αυτών. Η διερεύνηση των θετικών συνεπειών στηρίζεται στην άποψη ότι η ύπαρξη ενός συμπτώματος υπηρετεί κάποια συγκεκριμένη λειτουργία για τον ασθενή, εξυπηρετεί δηλαδή κάποιο σκοπό, όπως στο παράδειγμα παρακάτω. Έτσι, οι θεραπευτές καλούνται να εστιάσουν κατά παράδοξο τρόπο και στη θετική αξία των συμπτωμάτων.

«Ο Έκτορας είχε παραπεμφθεί σε έναν ξενώνα για ασθενείς με διπλή διάγνωση μετά από θεραπεία για εξάρτησή από μεθαμφεταμίνες και για χρόνια μετατραυματική διαταραχή άγχους. Συχνά απελπιζόταν, εξέφραζε θυμό και απαισιοδοξία, τα οποία συνδυάζονταν με συναισθηματική απόσυρση από τα άλλα μέλη του ξενώνα... Μέσα από στρατηγική κανονικοποίησης συνειδητοποίησε ότι δεν μπορούσε να ελέγξει την εμφάνιση των παρεισφρυτικών αναμνήσεων (“flash backs” – αναδρομικές εμπιώσεις), όσο κι αν προσπαθούσε, και συνειδητοποίησε ότι ένιωθε ντροπή κάθε φορά μετά την έλευση των αναμνήσεων αυτών. Στην ίδια άσκηση ενθαρρύνθηκε να αναγνωρίσει τις θετικές πλευρές των αναδρομικών εμπιώσεων. Παρότι αυτό ήταν δύσκολο, συνειδητοποίησε ότι οι αναδρομικές εμπιώσεις αποτελούσαν ζητήματα των οποίων το περιεχόμενο έπρεπε να συζητηθεί στη θεραπεία του: «Κατάλαβα ότι τα φλας μπακ ήταν ένας πίνακας που διαφήμιζε τα θέματα στα οποία έπρεπε να εστιάσω στη θεραπεία μου».

SAMHSA (2014) Trauma-Informed Care in Behavioral Health Services, A Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 57. HHS Publication No.(SMA) 14-4816. Rockville: Substance Abuse and Mental Health Administration (σελ.117).

Πίνακας 7.8 Αντιμετώπιση χρόνιας μετατραυματικής διαταραχής άγχους.

Η διευρέυνση πάντως τραυματικών εμπειριών προϋποθέτει δημιουργία κλίματος εμπιστοσύνης και ασφάλειας στο πλαίσιο μιας δυναμικής θεραπευτικής σχέσης, ενώ αποφεύγεται η έκφραση των εμπειριών αυτών στην ομάδα. Ιδιαίτερα, οι αντιπαραθετικές τεχνικές μπορεί να βιωθούν ως απειλή από άτομα των οποίων τα προσωπικά όρια παραβιάστηκαν στο παρελθόν (SAMHSA, 2014).

7.5. Ομαδική θεραπεία

Στη θεραπεία απεξάρτησης η ομαδική θεραπεία στο πλαίσιο της συλλογικής διαβίωσης αποτελεί ίσως τον πιο σημαντικό θεραπευτικό παράγοντα για πολλούς ασθενείς. Οι εξαρτημένοι πιο συχνά επηρεάζονται και αποκτούν το αίσθημα της ελπίδας μέσα από την πορεία άλλων ομοιοπαθούτων, ενώ επεξεργάζονται τις άμυνες και την άρνηση του προβλήματος ευκολότερα στο πλαίσιο της ομάδας. Τα θεραπευτικά προγράμματα περιλαμβάνουν διάφορες ομαδικές δραστηριότητες, όπως:

- δραματοθεραπεία
- ομάδες ανωνύμων αλκοολικών
- εργοθεραπεία/αγγειοπλαστική
- αγωγή υγείας
- ομάδες που αφορούν λειτουργικά θέματα του προγράμματος/κοινότητας
- μαραθώνιος (εντατική και συνήθως πολύωρη συνάντηση για ένα συγκεκριμένο θέμα ή κρίση στη λειτουργία του θεραπευτικού προγράμματος)
- ομάδες ομοτίμων (νέων και αρχαιότερων μελών ενός προγράμματος)
- ομάδες αντιπαραθέσης (παρά την κριτική που έχει ασκηθεί για τα αρνητικά τους αποτελέσματα σε άτομα με ευάλωτο ψυχισμό ή τραυματικές εμπειρίες, οι οποίες δεν έχουν ανιχνευθεί/αξιολογηθεί χρησιμοποιούνται ακόμη και σήμερα σε θεραπευτικές κοινότητες)
- χοροθεραπεία
- φωτογραφία
- ψυχαγωγικές εκδηλώσεις
- αθλητικές δραστηριότητες

Οι δραστηριότητες αυτές -πέρα από τον θεραπευτικό τους ρόλο- συσφίγγουν τις σχέσεις των μελών του προγράμματος, τα οποία εκτός των άλλων είναι υπεύθυνα για τη σίτιση και την ομαλή λειτουργία και καθαριότητα του χώρου. Στο πλαίσιο αυτό εντάσσεται η ομαδική θεραπεία, μια ομάδα με στόχο την υπέρβαση της εξάρτησης μέσα από τη νοηματοδότησή της.

Η εμπειρία τού να μιλάς ανοιχτά σε άλλους σε ένα ασφαλές και υποστηρικτικό περιβάλλον είναι μια εμπειρία πρωτόγνωρη και πολύ δυνατή για τους θεραπευόμενους, η οποία καλλιεργεί το αίσθημα της εγγύτητας και της συντροφικότητας. Στην ομάδα νιώθουν ότι δεν είναι μόνοι τους, ότι υπάρχουν κι άλλοι με παρόμοια προβλήματα. Το να ακούν τους άλλους να μιλούν με ειλικρίνεια για την εξάρτησή τους, τους βοηθά να ξεπεράσουν τα βαθιά συναισθήματα ντροπής, μοναξιάς και απομόνωσης από τους άλλους. Το μέλος της ομάδας αποκτά ισότιμες σχέσεις. Η εμπιστοσύνη στους άλλους ξαναβρίσκεται. Μέσα στην ομάδα ξεφεύγει από την εγωκεντρική τυφλότητα και την αυτοεξαπάτηση, που χαρακτήριζε την περίοδο της απομόνωσής του από τους άλλους, και σταδιακά αποκτά ολοένα και μεγαλύτερη κατανόηση του εαυτού του. Όταν εσωτερικεύει την φροντίδα των άλλων, προστατεύει και φροντίζει, ίσως για πρώτη φορά στη ζωή του, τον εαυτό του.

Επιπλέον, στην ομαδική θεραπεία κυριαρχεί ένα αίσθημα κάθαρσης, γιατί για πρώτη φορά κάποιος έχει τη δυνατότητα να μιλά ανοικτά για την εξάρτησή του σε ένα ασφαλές και υποστηρικτικό περιβάλλον. Περιγράφει την ιστορία του μπροστά στους άλλους και το πώς άλλαξαν η συμπεριφορά του και οι σχέσεις του λόγω της χρήσης. Πρέπει να προχωρήσει στην οδυνηρή έκφραση των θαμμένων πλευρών του εαυτού του, που έκρυβε από τους άλλους και από τον ίδιο του τον εαυτό. Έκρυβε πάντα μεγάλα κομμάτια τού ποιος είναι και πού έχει καταλήξει. Παρουσίαζε πάντα έναν άλλο εαυτό από αυτόν που ήταν πραγματικά. Μοιραζόμενος την ιστορία του, χτίζει σχέσεις με τα άλλα μέλη και συνειδητοποιεί την έλλειψη μοναδικότητας στη χρήση των ουσιών. Η περιγραφή της ιστορίας του μπροστά σε άλλους,

σε «κοινό» («δημόσια») τον βοηθά να αποδεχτεί το πρόβλημα. Και βέβαια, τα μέλη χρησιμοποιούν τις ιστορίες των άλλων για να αναλύσουν και να κατασκευάσουν τη δική τους προσωπική ιστορία, την ερμηνεία της ζωής τους. Αυτό τους βοηθά να κατανοήσουν το παρελθόν τους, να αποκτήσουν έλεγχο πάνω στη χρήση και σίγουρα να αντιμετωπίσουν τις δυσκολίες στην κρίσιμη περίοδο της κοινωνικής επανένταξης.

«...Όταν πρωτακούσαμε τους αλκοολικούς σε ανάρρωση στο ΑΑ να μιλούν για τους εαυτούς τους τόσο ελεύθερα και ειλικρινά, μείναμε κατάπληκτοι... το εύθραυστο κέλυφος της προφυλακτικής και γεμάτης φόβους εγωκεντρικότητας που είχαμε κατοικήσει τόσο καιρό «σπάει» από την ειλικρίνεια των άλλων αλκοολικών σε ανάρρωση. Νιώθουμε σχεδόν πριν προλάβουμε να το τεκμηριώσουμε ότι ανήκουμε κάπου και ξαφνικά η μοναξιά αρχίζει να φεύγει. Η λέξη ανακούφιση δεν είναι αρκετή για να εκφράσει το βαθύτερο συναίσθημά μας. Είναι ανακατεμένη με την αμφιβολία και με ένα είδος τρόμου. Είναι πραγματικό όλο αυτό; Θα διαρκέσει;... δεν είναι μια ακόμα ψεύτικη προσπάθεια όπως αυτές που πολλοί είχαμε επιχειρήσει στο παρελθόν. Δεν είναι μια ακόμη έκρηξη χαράς που θα την ακολουθήσει η επώδυνη απογοήτευση».

A.A. (2002) Ζώντας Νηφάλιος: Μερικοί μέθοδοι που έχουν χρησιμοποιηθεί από μέλη των Α.Α. για να σταματήσουν να πίνουν. Ελλάδα: Ανώνυμοι Αλκοολικοί (σελ. 42).

Πίνακας 7.9 Η επίδραση της ομάδας.



Εικόνα 7.5 ΚΕΘΕΑ, Copyright.

Όλα αυτά βέβαια προϋποθέτουν ότι ο θεραπευόμενος θα ξεπεράσει τον φόβο του κατά την είσοδο στην ομάδα και θα πάρει το ρίσκο να γνωριστεί με τους άλλους, μιλώντας αυθόρμητα για τα συναισθήματά του. Η συνεργασία ατομικού και ομαδικών θεραπειών είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική στο ξεπέρασμα αυτών των δυσκολιών. Πρέπει επίσης, να επιτρέψει την αντιπαράθεση, την κριτική, τις αξιολογικές κρίσεις και την επιθετικότητα που συνοδεύουν απαραίτητα την αυθόρμητη διαντίδραση. Αν πάρει το ρίσκο της προσωπικής έκθεσης και επιτρέψει τις ειλικρινείς σχέσεις, τότε εντάσσεται ουσιαστικά στην ομάδα του, σε ένα βιωματικό «σχολείο συναισθημάτων» μέσα στο οποίο μαθαίνει σταδιακά:

- να αναγνωρίζει και να επεξεργάζεται τα συναισθήματά του
- να εκφράζει τα συναισθήματά του ανοικτά στους άλλους
- να καταλαβαίνει τα συναισθήματα των άλλων και να μπορεί σε κάποιο βαθμό να μπει στη θέση τους
- να ελέγχει τον θυμό και την επιθετικότητα
- να μπορεί να ζητά βοήθεια, όταν είναι αναστατωμένος
- να συνειδητοποιεί ότι, όταν μιλάς για ένα συναίσθημα, το τροποποιείς, ενώ όταν το κρατάς μυστικό, αυξάνεις την ισχύ του

Έτσι, εξερευνά τον εαυτό του, διερευνά τη συμπεριφορά του, ενώ εκφράζοντας τα καταπιεσμένα του συναισθήματα, ανακουφίζεται.

Αξίζει να σημειωθεί ότι μέσα σε αυτή τη διαδικασία οι άμυνες του μέλους της ομάδας χαλαρώνουν. Εξάλλου, η ομάδα αντιπαράκειται στην άρνηση των προβλημάτων και απαιτεί την αυτοαποκάλυψη. Οι άμυνες όμως πρέπει να αρθούν, να χαλαρώσουν σταδιακά, ώστε το επίπεδο το άγχους να είναι ανεκτό. Ο συντονιστής τότε εντείνει την αντιπαράθεση, τότε τη συνοχή και την υποστήριξη των μελών μεταξύ τους, κρίνοντας κάθε φορά τις απαιτήσεις της εξελικτικής πορείας της ομάδας. Τα μέλη της ομάδας έχουν ανάγκη, τόσο την αυτογνωσία όσο και την στήριξη, την ενθάρρυνση, την ελπίδα και τη χαρά. Η εγκαθίδρυση βέβαια της εμπιστοσύνης, της ασφάλειας και της συνοχής συχνά παίρνουν χρόνο, περνώντας πρώτα μέσα από τη δοκιμασία των καθημερινών εντάσεων και συγκρούσεων των μελών στη συλλογική τους διαβίωση. Η κατάκτηση ενός ικανοποιητικού βαθμού συνοχής στην ομάδα και του αισθήματος του 'ανήκειν' για το κάθε μέλος ξεχωριστά, αποτελεί μια θεμελιώδη και βαθιά ανακουφιστική εμπειρία στην προσπάθεια απεξάρτησης (Μάτσα, 2001).

Η δύναμη της επαφής

«Ένωθα τα πόδια μου μουνδιασμένα και την καρδιά μου σφιγμένη. Δεν μπορούσα να χωρέσω όλον αυτόν τον πόνο που έβγαινε από αυτές τις γυναίκες δίπλα μου. Έκρυψα το κεφάλι μου στην αγκαλιά της Στέισυ και ξέσπασα σε κλάματα. Της είπα πως τη θαυμάζω για τη δουλειά που κάνει. Πέρασα κι εγώ πολλά χρόνια εξαρτημένη από ανθρώπους και πάθη, μέχρι να βρω τη δύναμη ν' αλλάξω τη ζωή μου. Πόνεσα αλλά έμαθα πως ποτέ δεν είναι αργά να ξεκινήσει κανείς από την αρχή και είναι ατέλειωτη η δύναμη που ανακαλύπτεις μέσα σου... Η Στέισυ έπιασε το κεφάλι μου με τα χέρια της και το σήκωσε απαλά, κοιτάζοντάς με στα μάτια «Όμως τα κατάφερες» είπε σοβαρά, «έχεις δύναμη και θέλω να σου μοιάσω. Όσες φορές μιλήσαμε, μου 'δωσες κουράγιο και με βοήθησες να μεγαλώσω».

Γιαννακοπούλου, Σ. (1991) Μεγάλωσε ή φύγε. Η εμπειρία από ένα κλειστό πρόγραμμα θεραπείας για χρήστες ναρκωτικών ουσιών. Αθήνα: Εναλλακτικές Εκδόσεις Κομμούνα (σελ.116).

Πίνακας 7.10 Θεραπευτική επίδραση της ομάδας.

7.6. Η θεραπευτική αντιμετώπιση ασθενών με συννοσηρότητα

Η θεραπευτική αντιμετώπιση της συννοσηρότητας ή αλλιώς «διπλής διάγνωσης», δηλαδή της συνύπαρξης ψυχιατρικής διαταραχής και διαταραχής χρήσης ουσιών, αποτελεί πρόκληση για τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας για τους εξής λόγους (Μάτσα, 2008, 2010):

:

- Η κάθε διαταραχή επιτείνει τα συμπτώματα της άλλης ανεξάρτητα από την αιτία που την προκάλεσε. Έτσι, μια ψυχιατρική διαταραχή στο πλαίσιο της χρήσης ουσιών μπορεί να επιδεινωθεί με αποτέλεσμα δραματικές επιπτώσεις στην οικογενειακή και κοινωνική ζωή του ασθενή.
- Η χρόνια χρήση ουσιών επηρεάζει σε τέτοιο βαθμό τις ψυχολογικές λειτουργίες, ώστε μπορεί με τη σημειολογία της να δημιουργήσει την εσφαλμένη εντύπωση ψυχιατρικής συμπτωματολογίας ή αντίθετα να συγκαλύψει μια σοβαρή ψυχιατρική διαταραχή, καθιστώντας αδύνατη την ανίχνευσή της. Επιπλέον, απεικονίσεις του εγκεφάλου χρηστών ψυχοδραστικών ουσιών παρουσιάζουν δομικές αλλοιώσεις σε σύγκριση με τις ομάδες ελέγχου, που περιλαμβάνουν άτομα τα οποία δεν χρησιμοποιούν ψυχοδραστικές ουσίες.
- Η ανεπαρκής εκπαίδευση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας σε θέματα εξαρτήσεων και αντίστοιχα των επαγγελματιών εξάρτησης στην αντιμετώπιση ψυχιατρικών διαταραχών - σε συνδυασμό με την έλλειψη κατάλληλων θεραπευτικών δυνατοτήτων ανεξάρτησης για τον συγκεκριμένο πληθυσμό - έχουν σαν αποτέλεσμα την αρνητική και απορριπτική στάση των υπηρεσιών υγείας απέναντί τους.
- Ο διπλός στιγματισμός και η απαισιόδοξη πρόγνωση οδηγούν στην περιθωριοποίηση και τον κοινωνικό αποκλεισμό του συγκεκριμένου πληθυσμού.

Οι Gaffoor & Rassool (1998) αναλύουν τη σημασία της επαρκούς εκπαίδευσης των νοσηλευτών σε θέματα διπλής διάγνωσης για την έγκαιρη ανίχνευση της συννοσηρότητας. Επιπλέον τονίζουν ότι η αποτυχία της έγκαιρης παρέμβασης μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα την επιδείνωση της συμπτωματολογίας του ασθενούς και τελικά την αποτυχία της θεραπευτικής παρέμβασης. Η λήψη ενός λεπτομερούς ιστορικού μπορεί να συμβάλει καθοριστικά στην αξιολόγηση του προβλήματος διακρίνοντας τις περιπτώσεις στις οποίες:

- Η ψυχιατρική διαταραχή είναι πρωτοπαθής και η χρήση ουσιών αποτελεί μια προσπάθεια αυτοϊασης του ασθενή και ανακούφισης από την κατάθλιψη, το άγχος, την ανία, τις παραληρητικές ιδέες, τις ψευδαισθήσεις.
- Η ψυχιατρική συμπτωματολογία είναι δευτεροπαθής, οφείλεται δηλαδή στη φαρμακολογική δράση των ουσιών και στις ψυχοκοινωνικές συνέπειες της χρήσης τους. Για παράδειγμα, η χρήση οπιοειδών συνδέεται με καταθλιπτική συμπτωματολογία, η χρήση κοκαΐνης με αυξημένα ποσοστά μειζόνων καταθλιπτικών επεισοδίων, κρίσεων πανικού, επεισοδίων ανορεξίας-βουλιμίας και σχιζοφρενικόμορφων ψυχωτικών επεισοδίων, ενώ η χρήση κάνναβης με αγχώδεις διαταραχές, σύνδρομο έλλειψης κινήτρων και με ψυχωτικά επεισόδια.
- Η ψυχιατρική διαταραχή και η διαταραχή χρήσης ουσιών συνυπάρχουν χωρίς να συνδέονται με αιτιακή σχέση.
- Μετατραυματική διαταραχή άγχους σχετιζόμενη με τραυματικές εμπειρίες του παρελθόντος έχει ως αποτέλεσμα τη χρήση ουσιών ή κάποιου τύπου συναισθηματικής διαταραχής.

Επίσης, η αποτυχία ανίχνευσης υπολανθάνουσας ψυχιατρικής συμπτωματολογίας μπορεί να θέσει σε σοβαρό κίνδυνο τη ζωή του ασθενή (π.χ. απόπειρα αυτοκτονίας).

Όσον αφορά στη θεραπευτική αντιμετώπιση της συννοσηρότητας επικρατούν τρεις διαφορετικές προσεγγίσεις (Μάτσα, 2010):

- Η διαδοχική θεραπεία: οι ψυχιατρικές διαταραχές και οι διαταραχές χρήσης ψυχοδραστικών ουσιών αντιμετωπίζονται διαδοχικά με ελάχιστη επικοινωνία μεταξύ των υπηρεσιών. Σημαντικός περιορισμός του συγκεκριμένου μοντέλου είναι ότι συχνά αποτελεί άλλοθι για τις ψυχιατρικές υπηρεσίες, ώστε να αποφύγουν να αναλάβουν περιστατικά συννοσηρότητας ακόμη κι όταν προέχει η

αντιμετώπιση της ψυχοπαθολογίας για να μπορέσει το άτομο να ενταχθεί σε πρόγραμμα απεξάρτησης.

- Η παράλληλη θεραπεία από τον ίδιο φορέα ή από διαφορετικούς φορείς. Σημαντικό μειονέκτημα του συγκεκριμένου μοντέλου αποτελεί η έλλειψη συνεργασίας ή η διαφορετική φιλοσοφία ανάμεσα στα δύο πλαίσια (σύγκρουση ιατρικού μοντέλου ψυχιατρικής με τον ψυχοκοινωνικό προσανατολισμό των υπηρεσιών απεξάρτησης).
- Η ενιαία θεραπεία: οι ψυχιατρικές διαταραχές και η εξάρτηση αντιμετωπίζονται μέσα στο ίδιο πλαίσιο και στη βάση μιας κοινής φιλοσοφίας. Στο μοντέλο αυτό υπάγονται τα προγράμματα «διπλής διάγνωσης» αλλά και τα κοινά προγράμματα απεξάρτησης τα οποία εντάσσουν άτομα με συννοσηρότητα στις θεραπευτικές τους διαδικασίες, παρέχοντας παράλληλη ψυχιατρική παρακολούθηση.

Κατά τη διαδικασία της κοινωνικής επανένταξης απαιτείται η εκπαίδευση του ίδιου του θεραπευόμενου, ώστε να αναλάβει την ευθύνη της θεραπείας του, συμπεριλαμβανομένης και της φαρμακευτικής του αγωγής. Επίσης, απαιτείται η συνεργασία με την οικογένεια, η οποία καλείται να αναγνωρίσει και να ενισχύσει τις μικρές αλλαγές που επιτυγχάνονται από τον θεραπευόμενο αλλά και να αναλάβει την τακτική χορήγηση της φαρμακευτικής αγωγής σε περιπτώσεις μη συμμόρφωσης. Όταν οι παρενέργειες των ψυχοφαρμάκων θέτουν εμπόδια στη θεραπευτική διαδικασία, απαιτείται τροποποίηση ή μείωση της φαρμακευτικής αγωγής και ενίοτε διακοπή της (Μάτσα, 2010). Σε περιπτώσεις σοβαρής υπολειμματικότητας τα άτομα με συννοσηρότητα εντάσσονται σε προγράμματα εξωτερικής παρακολούθησης στα οποία επιδιώκεται η διασφάλιση διαβίωσης σε υποστηρικτικό περιβάλλον, η συνεργασία με την οικογένεια, η συστηματική ψυχιατρική παρακολούθηση και η ένταξη σε ψυχοεκπαιδευτικές ομάδες.

«Σε κάθε περίπτωση η αποτελεσματικότητα της θεραπείας απεξάρτησης είναι συνάρτηση του τρόπου προσέγγισης αυτών των ατόμων από τους θεραπευτές του προγράμματος, από την αισιοδοξία και την έμπνευσή τους, από την πίστη τους στις δυνατότητες και τις προοπτικές τους, από την ιδιαίτερη προσοχή και τον σεβασμό στο πρόσωπο των θεραπευόμενων, από την απουσία διακρίσεων και αποκλεισμών σε όλα τα επίπεδα».

«Τελικά τα άτομα αυτά μπορούν ανεξάρτητα από τον βαθμό της ψυχοπαθολογίας τους, όταν τους δοθούν ευκαιρίες, να αξιοποιήσουν τις μεγάλες δυνατότητες που κρύβουν μέσα τους και να απεξαρτηθούν με επιτυχία».

Μάτσα, Κ. (2010) Διπλή διάγνωση ή συννοσηρότητα; Θεωρητικοί προβληματισμοί και θεραπευτική αντιμετώπιση. *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 110,105-113 (σελ. 112-113).

Πίνακας 7.11 Θεραπευτική αντιμετώπιση συννοσηρότητας.

Σύνοψη

- Η αντιπαράθεση στην άρνηση του ατόμου που κάνει κατάχρηση ουσιών, μπορεί να προκαλέσει την άμυνα, την αντίδραση, τον θυμό, την πεισματική προσκόλληση στην προσωπική του άποψη, με αποτέλεσμα την ενίσχυση της αντίστασης ή ακόμη και τη σύγκρουση, την παγίωση της άρνησης και τη διακοπή της προσπάθειας για αλλαγή. Αντίθετα, ο επαγγελματίας υγείας συμπλέει, συμπορεύεται με την αντίσταση, ενώ ταυτόχρονα προσπαθεί να ενισχύσει την αντίφαση, την απόκλιση στις περιγραφές του θεραπευόμενου.
- Συνήθως τα άτομα που αντιμετωπίζουν προβλήματα κατάχρησης ουσιών ξεκινούν τη θεραπεία με μια βαθιά στάση δυσπιστίας και καχυποψίας απέναντι στους άλλους και ιδιαίτερα στους θεραπευτές. Σε αυτή τη χρονική στιγμή της κρίσης στη ζωή του ασθενή, πρωταρχικό μέλημα του θεραπευτή είναι η καλλιέργεια του αισθήματος της ασφάλειας, της άνευ όρων αποδοχής και της ελπίδας.

- Η κατάκτηση ενός ικανοποιητικού βαθμού συνοχής στην ομάδα και του αισθήματος του 'ανήκειν' για το κάθε μέλος ξεχωριστά, αποτελεί μια θεμελιώδη και βαθιά ανακουφιστική εμπειρία στην προσπάθεια απεξάρτησης.
- Στην ομαδική θεραπεία ο εξαρτημένος έχει για πρώτη φορά τη δυνατότητα να μιλά ανοικτά για την εξάρτησή του σε ένα ασφαλές και υποστηρικτικό περιβάλλον. Η περιγραφή της ιστορίας του μπροστά σε άλλους, σε «κοινό» («δημόσια») τον βοηθά να αποδεχτεί το πρόβλημα. Επιπλέον χρησιμοποιεί τις ιστορίες των άλλων για να αναλύσει και να κατασκευάσει τη δική του προσωπική ιστορία νοηματοδοτώντας την εμπειρία της εξάρτησης.



Εικόνα 7.6 ΚΕΘΕΑ, Copyright.

Βιβλιογραφικές αναφορές

- Bateson, G. (1971) The cybernetics of 'self': A theory of alcoholism. *Psychiatry*, 34: 1-18.
- Brisset, D. (1988) Denial in alcoholism: a sociological interpretation. *Journal of Drug Issues*, 18: 385-402.
- Denzin, N.K. (1987) *The alcoholic self*. US: SAGE.
- Gabbard, G.O. (2006) *Η Ψυχοδυναμική Ψυχιατρική στην Κλινική Πράξη*. Αθήνα: Βήτα.
- Gaffoor, M., Rassool, G.H. (1998) The co-existence of psychiatric disorders and substance misuse: Working with dual diagnosis patients. *JAN*, 27, 497-502.
- Johnson, V.E. (2004) *Εξάρτηση και Παρέμβαση-Ξεπερνώντας την άρνηση κάποιου να δεχτεί βοήθεια: Ένας οδηγός για συγγενείς και φίλους εξαρτημένων ατόμων*. Αθήνα: Δίοδος.
- Miller, W.R. & Rollnick, S. (2002) *Motivational Interviewing: Preparing people for change*. 2nd ed. New York: The Guilford Press.
- Missouridou, E. (1999) *The process of relapse and recovery after treatment from problem drug use*. University of Manchester: Doctoral Dissertation.

- SAMHSA (2014) *Trauma-Informed Care in Behavioral Health Services, A Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 57*. HHS Publication No.(SMA) 14-4816. Rockville: Substance Abuse and Mental Health Administration.
- ΑΡΓΩ, Πρόγραμμα Εναλλακτικής Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων ΨΝΘ (2005) *Γροθιά στο στομάχι- Λογοτεχνία της σκόνης*. Θεσσαλονίκη: Δωδώνη (σελ. 45-46).
- Α.Α. (2002) *Ζώντας Νηφάλιος: Μερικοί μέθοδοι που έχουν χρησιμοποιηθεί από μέλη των Α.Α. για να σταματήσουν να πίνουν*. Ελλάδα: Ανώνυμοι Αλκοολικοί.
- Γιαννακοπούλου, Σ. (1991) *Μεγάλωσε ή φύγε. Η εμπειρία από ένα κλειστό πρόγραμμα θεραπείας για χρήστες ναρκωτικών ουσιών*. Αθήνα: Εναλλακτικές Εκδόσεις Κομμούνα.
- ΕΚΤΕΠΝ (2015) *Ετήσια Έκθεση 2014: Η κατάσταση του προβλήματος των ναρκωτικών και οινόπνευματων στην Ελλάδα*. Αθήνα: Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής.
- Μάτσα, Κ. (2001) *Ψάξαμε ανθρώπους και βρήκαμε σκιές. Το αίτημα της τοξικομανίας*. Αθήνα: Εκδόσεις Άγρα.
- Μάτσα, Κ. (2008) *Ψυχοθεραπεία και τέχνη στην απεξάρτηση: Το «παράδειγμα» του 18 ΑΝΩ*. Αθήνα: Άγρα.
- Μάτσα, Κ. (2010) *Διπλή διάγνωση ή συννοσηρότητα; Θεωρητικοί προβληματισμοί και θεραπευτική αντιμετώπιση. Τετράδια Ψυχιατρικής*, 110,105-113.
- Μισουρίδου, Ε. (2008) *Ο ρόλος του θεραπευτή στην απεξάρτηση από το αλκοόλ. Στο Γ. Ποταμιάνος και Φ. Αναγνωστόπουλος (επιμ.) Κλινική ψυχολογία στην πράξη: Όψεις της ελληνικής πραγματικότητας*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα, 87-125.
- Σιμώνη, Ξ. (2002) *Με λένε Κώστα και είμαι ναρκομανής σε ανάρρωση*. Αθήνα: Άγκυρα.

Χρήσιμο οπτικοακουστικό και έντυπο υλικό στο διαδίκτυο

- <http://store.samhsa.gov/product/TIP-42-Substance-Abuse-Treatment-for-Persons-With-Co-Occurring-Disorders/SMA13-3992>

Χρήσιμο βιβλίο από τον οργανισμό Substance Abuse and Mental Health Administration (SAMHSA) με πλούσιο υλικό για την αξιολόγηση και θεραπευτική αντιμετώπιση της συννοσηρότητας με τίτλο “Substance Abuse Treatment for Persons with Co-Occurring Disorders”.

- <https://www.youtube.com/watch?v=JKFdYm5ECYM>

Βίντεο με τίτλο “A Guide For Living With Co-occurring Disorders” από τη σειρά “Addiction Counselling Videos” .

URL Εκπαιδευτικού Υλικού Κεφαλαίου 7

Οι διαφάνειες του Κεφαλαίου 7 βρίσκονται στην ακόλουθη σελίδα στον Ελληνικό Συσσωρευτή Ακαδημαϊκών Ηλεκτρονικών Βιβλίων του ΣΕΑΒ: <http://repfiles.kallipos.gr/file/23563>

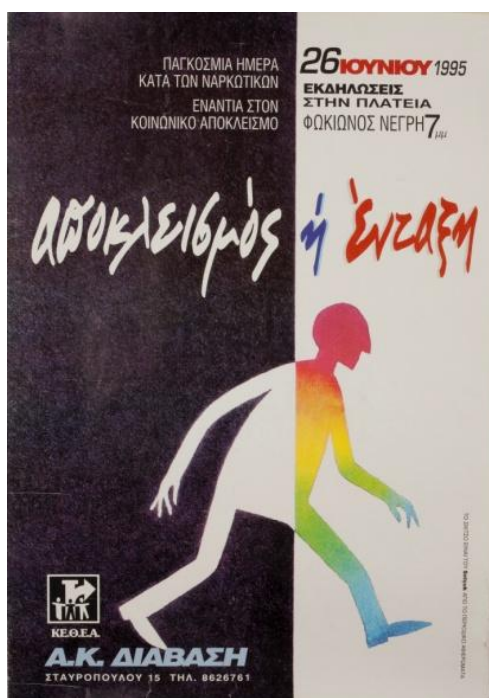
Κεφάλαιο 8

Το στάδιο της διατήρησης της αλλαγής και η πρόληψη της υποτροπής

Εισαγωγή

Το στάδιο της διατήρησης της αλλαγής –ή κοινωνικής επανένταξης στην απεξάρτηση από ψυχοδραστικές ουσίες- αποτελεί ίσως την πιο δύσκολη φάση στη θεραπεία απεξάρτησης. Η φάση αυτή στα διάφορα προγράμματα διαρκεί κάποιο καθορισμένο χρονικό διάστημα (από έναν ως δώδεκα μήνες συνήθως). Στην πραγματικότητα όμως το στάδιο αυτό αποτελεί μια αργή διαδικασία που απαιτεί προσπάθεια και επιμονή και διαρκεί χρόνια. Η αποχή δεν αρκεί. Αυτοί που θέλουν να διατηρήσουν την αποχή τους καλούνται να κάνουν ριζικές αλλαγές, να χτίσουν σιγά-σιγά έναν καινούργιο τρόπο ζωής. Η κινητοποίηση των θεραπευόμενων σε αυτή τη φάση είναι συνήθως αυξημένη. Τα εξωτερικά κίνητρα που τους οδήγησαν στην ένταξή τους στο θεραπευτικό πρόγραμμα (π.χ. πίεση από την οικογένεια, προβλήματα με τον νόμο) έχουν μετατραπεί σε μεγάλο βαθμό σε εσωτερικά (στόχοι αυτοπραγμάτωσης, φροντίδας της οικογένειάς τους κ.λπ.) μέσα στη θεραπευτική διαδικασία. Οι δυσκολίες όμως που αντιμετωπίζουν είναι πολλές σε όλα τα επίπεδα (οικογενειακό, κοινωνικό, επαγγελματικό, δικαστικές εκκρεμότητες κ.ά.).

Το κεφάλαιο αυτό περιγράφει τις δυσκολίες τις οποίες αντιμετωπίζουν τα άτομα που έχουν ήδη απεξαρτηθεί στην προσπάθεια διατήρησης της αποχής και στην αυτονόμησή τους συνολικά. Εστιάζει τόσο στη συμβολή του θεραπευτή όσο και σε αυτήν της ομαδικής θεραπείας και του θεραπευτικού πλαισίου. Στη συνέχεια περιγράφεται η διαδικασία της υποτροπής, η πρόληψη και η αντιμετώπισή της.



Εικόνα 8.1 ΚΕΘΕΑ, Copyright.

8.1. Η διατήρηση της αλλαγής

Κάποιοι θεραπευόμενοι νιώθουν μεγάλη χαρά για τη διατήρηση της αποχής τους κι αυτή η χαρά είναι ιδιαίτερα προστατευτική στις δυσκολίες τις οποίες αντιμετωπίζουν και τους βοηθάει να κερδίσουν με σχετική ευκολία τις σχέσεις που επιθυμούν. Για άλλα άτομα απαιτείται περισσότερος κόπος, επιμονή και χρόνος, μέχρι να καταφέρουν να νιώσουν θετικά και απελευθερωτικά συναισθήματα. Το κοινωνικό πλαίσιο, οι

απώλειες στα χρόνια του αλκοόλ και οι αντιδράσεις στην οικογένεια επηρεάζουν σημαντικά τον βαθμό δυσκολίας της προσαρμογής τού πρώην χρήστη σε έναν αξιοπρεπή και αποδεκτό πια τρόπο ζωής.

Όσον αφορά στις σχέσεις τους, αυτές είχαν για χρόνια σαν οργανωτική αρχή τον αλκοολισμό ή τη χρήση άλλων ουσιών και απαιτούν ριζικό επαναπροσδιορισμό. Στην ουσία ο πρώην εξαρτημένος καλείται να αλλάξει τον τρόπο με τον οποίο «βγάζει προς τα έξω» τον εαυτό του, που παρουσιάζεται. Ζητάει συγγνώμη, από όσους πλήγωσε με τη χρήση του, με διάφορους τρόπους, εκφράζει τα συναισθήματά του και προσπαθεί να κερδίσει τη χαμένη από καιρό εμπιστοσύνη τους. Έτσι, βγαίνοντας από το μοναχικό κόσμο της εξάρτησης, ο θεραπευόμενος βιώνει έντονα συναισθήματα ενοχής για όσους πλήγωσε στο παρελθόν. Αυτό συνήθως τον οδηγεί στην προσπάθεια να βοηθήσει άλλους και με αυτό τον τρόπο να επανορθώσει και να αποκτήσει αίσθημα αξίας και αξιοπρέπειας. Στα περισσότερα θεραπευτικά προγράμματα -μάλιστα στις θεραπευτικές κοινότητες υπάρχει καθιερωμένη διακριτή ιεραρχία- οι «παλαιότεροι» θεραπευόμενοι βοηθούν τους νεότερους. Αρκετά συχνά στα θεραπευτικά προγράμματα οι θεραπευτές είναι πρώην εξαρτημένα άτομα, τα οποία με ιδιαίτερο ζήλο επιτυγχάνουν να κινητοποιήσουν άλλα εξαρτημένα άτομα προς την αλλαγή.

«Έχω κάνει τόσα άσχημα πράγματα, τους έχω προκαλέσει τόσο πόνο. Στους γονείς μου, σ' εκείνη, σε όλους. Δεν υπήρχε κάποιος τόσο χαμένος όσο εγώ. Και αν ήταν πιθανό να βοηθήσουν εμένα, να αλλάξω και να βγω από εκείνη την κατάσταση τότε είναι δυνατό, και για όλους τους άλλους. Κι αν μπορώ να είμαι παράδειγμα γι' αυτούς, τότε αυτό είναι που θέλω να κάνω».

Wiklund L (2008) Existential aspects of living with addiction – Part I: meeting challenges. Journal of Clinical Nursing, 17, 2426–2434. doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02356.x

Πίνακας 8.1 Ενοχή και επανόρθωση.

Επιπλέον η πρώτη περίοδος μετά από θεραπεία σε κλειστό πρόγραμμα μπορεί να χαρακτηρίζεται από αμηχανία στη διαπροσωπική επαφή. Κεντρική θέση στη ζωή του εξαρτημένου ατόμου είχαν οι ουσίες. Κατά την διάρκεια της θεραπείας αποχωρίστηκε τις ουσίες και στηρίχτηκε στο θεραπευτικό πρόγραμμα. Τέλος, κατά τη τελευταία φάση, αυτήν της σταθεροποίησης και διατήρησης της αλλαγής, αποχωρίζεται σταδιακά από το θεραπευτικό πλαίσιο και συνδέεται ξανά με τους σημαντικούς άλλους. Η σχέση τους όμως στο παρελθόν διαμεσολαμβάνονταν από την ουσία. Τώρα ο θεραπευόμενος και τα σημαντικά πρόσωπα της ζωής του καλούνται να γνωριστούν σε νέα βάση, σε μια διαπροσωπική σχέση στην οποία δεν είναι κεντρικό το πρόβλημα της εξάρτησης και η περί αυτού σύγκρουση. Απαιτείται αναδιαπραγμάτευση των ρόλων και επανακαθορισμός συνηθειών στις κοινές δραστηριότητες.

«Ξέχασα να κάνω μια ερώτηση στον εαυτό μου: έχεις μετανιώσει γι' αυτό το ταξίδι; Πέρα από την ανακούφιση που πήρα, όταν σταμάτησα τα ναρκωτικά, έρχονται φορές που δυσκολεύομαι, γιατί μέσα από όλα αυτά ξύπνησα στην ανάρρωση και ήμουν παντρεμένος και με παιδί. Πώς θα το διαχειριστείς αυτό το πράγμα, γιατί ανακάλυψα πρώτα από όλα ότι δεν ήξερα πώς είναι να είσαι παντρεμένος και να έχεις παιδί».

Σιμώνη, Ξ. (2002) Με λένε Κώστα και είμαι ναρκομανής σε ανάρρωση. Αθήνα: Άγκυρα (σελ. 193).

Πίνακας 8.2 Αναδιαπραγμάτευση ρόλων και σχέσεων.

Οι 'σημαντικοί άλλοι' όμως έχουν υποφέρει και χρειάζεται χρόνος και επιμονή για να τους ξανακερδίσουν. Επιπλέον, μπορεί κάποιος φίλος, συνάδελφος ή μέλη της οικογένειας να φέρονται στον χρήστη με τον ίδιο τρόπο που του φέρονταν κατά τη χρήση. Έχοντας δει τον χρήστη να σταματάει και να ξαναρχίζει τη χρήση πολλές φορές, χρειάζονται χρόνο για να καταλάβουν ότι πραγματικά αυτή τη φορά το σταμάτημα της χρήσης είναι ουσιαστικό. Παρότι σε πολλές περιπτώσεις, η συνέπεια και διατήρηση της καινούργιας συμπεριφοράς τού απεξαρτημένου ατόμου κερδίζουν την υποστήριξη των άλλων, αρκετές φορές

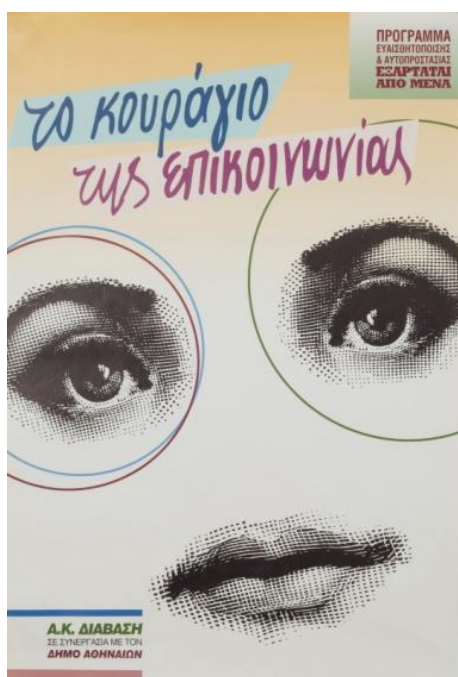
ανέκφραστος θυμός για το παρελθόν και ελεγκτικές συμπεριφορές από τους άλλους αποτελούν τροχοπέδη στην πορεία του και κάποτε αιτία ή αφορμή πισωγυρίσματος. Γι' αυτούς τους λόγους η συμμετοχή της οικογένειας στη θεραπεία απεξάρτησης είναι αναγκαία και συμβάλλει τόσο στην αποχή και την κινητοποίηση του θεραπευόμενου όσο και στην υποστήριξη των μελών της οικογένειας να αντιμετωπίσουν τα συσσωρευμένα από τη μακρόχρονη χρήση προβλήματα. Ως αποτέλεσμα βελτιώνεται το περιβάλλον στο οποίο εντάσσεται ο θεραπευόμενος, αλλά και προετοιμάζεται για νέους τρόπους επικοινωνίας (Μισουρίδου, 2010). Στην ουσία η οικογένεια προετοιμάζεται να δεχτεί τις αλλαγές του θεραπευόμενου ακολουθώντας παράλληλη θεραπευτική πορεία:

- Κατά τη διάρκεια της θεραπείας ο θεραπευόμενος επεξεργάζεται τις αιτίες του προβλήματος και τις προσδοκίες του για/από τους άλλους.
- Παράλληλα, τα μέλη της οικογένειας επεξεργάζονται κι αυτά τις αιτίες του προβλήματος και τις προσδοκίες τους.
- Ο θεραπευτής αλλά και το ίδιο το θεραπευτικό πλαίσιο διευκολύνουν την επικοινωνία τους, ώστε να υπάρξει κάποιου βαθμού συμφιλίωση. Για να καταφέρει βέβαια ο θεραπευτής να διαμεσολαβήσει στη σχέση του ασθενή με την οικογένειά του, πρέπει να έχει ο ίδιος επεξεργαστεί δικές του ανεπίλυτες συγκρούσεις.

«προετοιμάζουμε το έδαφος, επειδή ο θεραπευόμενος θα βγει αλλαγμένος να μπορεί και ο γονιός να συντονιστεί με αυτή την αλλαγή, να μην είναι σε άλλο μήκος κύματος και να μπορέσει να ακούσει ο γονιός, να δεχτεί όλο αυτό που θα πάρει από τον θεραπευόμενο, γιατί θα βγει πάρα πολύ συναίσθημα από αυτόν. Και θετικό συναίσθημα και παράπονα και αρνητικό συναίσθημα θα εκφράσει, γιατί όλα αυτά είναι ανοιχτά μέσα του, οπότε σαν να προετοιμάζουμε το έδαφος για να μπορέσει να τα εκφράσει ο θεραπευόμενος... κάπως να συντονίζονται...».

Από ομάδες εστιασμένης συζήτησης με θεραπευτές της Μονάδας Απεξάρτησης «18 ΑΝΩ»

Πίνακας 8.3 Η διαμεσολάβηση του θεραπευτή στην επικοινωνία του θεραπευόμενου με την οικογένειά του.



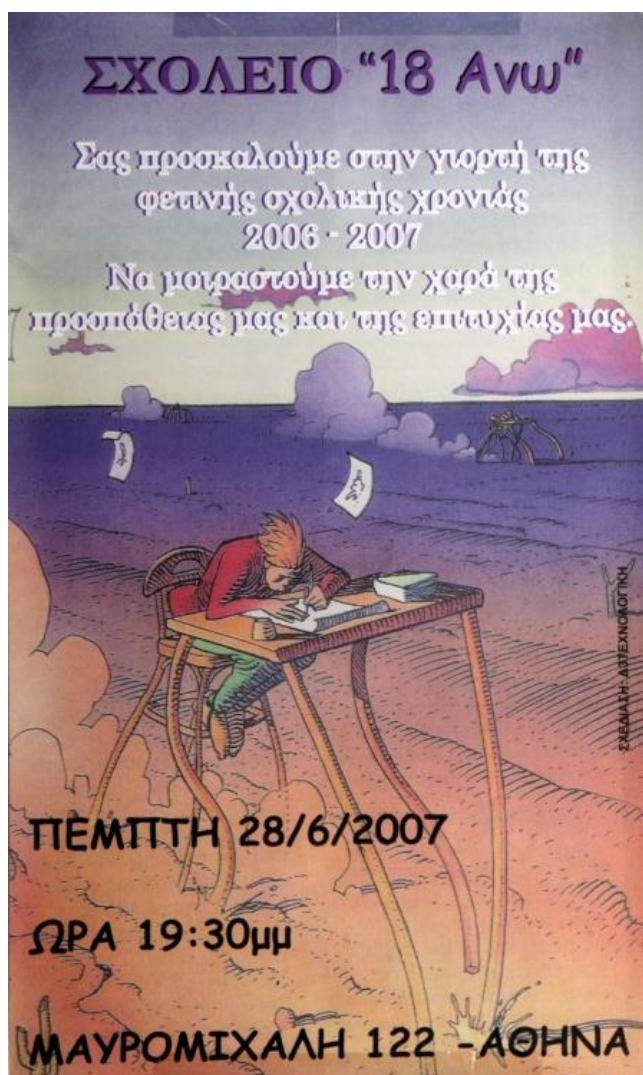
Εικόνα 8.2 ΚΕΘΕΑ, Copyright.

Η συμμετοχή βέβαια της οικογένειας δεν αποτελεί εύκολη υπόθεση για τον θεραπευτή. Τα μέλη της οικογένειας και ιδιαίτερα οι γονείς βιώνουν έντονη ενοχή, συνειδητή ή ασυνείδητη, η οποία προκαλεί αμυντικές και ανταγωνιστικές δυναμικές με τους θεραπευτές. Παράλληλα οι θεραπευτές, ιδιαίτερα οι νέοι επαγγελματίες, ταυτίζονται με τον θεραπευόμενο και μπαίνουν σε ανταγωνιστική σχέση με τους γονείς (Μισουρίδου, 2010α). Η επίτευξη όμως της συνεργασίας απαιτεί την προσπάθεια απενοχοποίησης της οικογένειας και την εποπτεία της κλινικής εργασίας του θεραπευτή, ώστε να αποφευχθούν φαινόμενα διαχωρισμού ('Splitting') τα οποία οδηγούν στην αποτυχία της θεραπείας (π.χ. οι κακοί γονείς και ο καλός θεραπευόμενος, ο κακός θεραπευτής και ο καλός συνθεραπευτής ή διευθυντής).

«...είναι τόσο μεγάλο το άγχος ότι αυτοί ευθύνονται, δεν το παραδέχονται βέβαια αλλά ασυνείδητα από κάτω ότι 'εγώ φταίω για όλα' που δεν μπορούν να κάνουν κάτι γι' αυτό... με αυτήν την έννοια για μένα το πιο σημαντικό πράγμα που πρέπει να γίνει με τους γονείς είναι αυτή η απενοχοποίηση... αν γίνει αυτή έχουν περισσότερες πιθανότητες να συνεργάζονται με το πρόγραμμα».

Από ομάδες εστιασμένης συζήτησης με θεραπευτές της Μονάδας Απεξάρτησης «18 ΑΝΩ»

Πίνακας 8.4 Απενοχοποίηση σημαντικών άλλων.



Εικόνα 8.3 Μονάδα Απεξάρτησης Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής, «18 ΑΝΩ», Copyright.

Ο θεραπευτής σε αυτή τη φάση αποτελεί σημαντικό στήριγμα για τον θεραπευόμενο. Τον βοηθάει να βάλει εφικτούς στόχους, να επεξεργαστεί συναισθήματα, ρόλους και διαπροσωπικές δυσκολίες, να φροντίσει τον εαυτό του. Η θεραπεία είναι μέγιστο και ο ρυθμός της είναι σημαντικός. Έχει μεγάλη σημασία να μπορεί ο θεραπευόμενος να ζει «μια μέρα την κάθε φορά» αποφεύγοντας εντυπωσιακές και υπερβολικές προσπάθειες για αλλαγή, οι οποίες συνήθως οδηγούν στην αποτυχία και τη ματαίωση· να μπορεί να βιώνει την κάθε μέρα δεχόμενος τις προκλήσεις, τις ευθύνες και τις ικανοποιήσεις από τη δουλειά, τις σχέσεις και τις μικρές καθημερινές απολαύσεις. Επιπλέον, ξεπερνάει σταδιακά τις ενοχές του και μπορεί να αποκαλύψει το παρελθόν του σαν ένα προσωπικό γεγονός, χωρίς ντροπή και φόβο. Ουσιαστικά, ξανακερδίζει τη χαμένη του αξιοπρέπεια και χτίζει μια καινούργια ταυτότητα.

«Κατά τη διάρκεια της θεραπείας ανακάλυψα πολλές πλευρές του εαυτού μου που δεν τις γνώριζα, ικανότητες που είχα... και μέσα σε όλα αυτά βρήκα τη δύναμη και το κουράγιο, βρήκα τα όνειρα, τους στόχους και το κουράγιο να τα πραγματοποιήσω... βρήκα άλλα πράγματα, καταστάσεις και ανθρώπους για να γεμίσω τον εαυτό μου... Η αποχή ήταν σαν φυσική συνέπεια, δεν είναι κάτι για το οποίο προσπαθώ, έρχεται από μόνο του, δεν χρειάζεται να ελέγξω τον εαυτό μου, να βάλω όρια στον εαυτό μου... είναι και η ιδεολογία μου εξάλλου... τα ναρκωτικά δεν ταιριάζουν στον τρόπο ζωής μου...».

Missouridou, E. (1999) The process of relapse and recovery after treatment from problem drug use. University of Manchester: Doctoral Dissertation (σελ.183).

Πίνακας 8.5 Αποχή και νέα ταυτότητα.

8.2. Ομαδική θεραπεία και διατήρηση της αλλαγής

Η ομάδα είναι βασικό στήριγμα για τους θεραπευόμενους σε στιγμές αδυναμίας στη δύσκολη φάση της κοινωνικής επανένταξης. Εμπνυχώνει το άτομο και ταυτόχρονα παρακολουθεί την πορεία του. Τα μέλη της ομάδας έχουν τηλεφωνική επικοινωνία ή οργανώνουν συναντήσεις εκτός θεραπευτικού πλαισίου, προσπαθώντας βέβαια να χρησιμοποιούν τις σχέσεις τους θεραπευτικά και όχι κοινωνικά. Οι ομαδικές συναντήσεις γίνονται σε εβδομαδιαία βάση και στόχο έχουν την επεξεργασία των διαπροσωπικών και άλλων δυσκολιών καθώς και την πρόληψη της υποτροπής. Η συστηματική διερεύνηση και ανοιχτή έκφραση των συναισθημάτων τους για τις δοκιμασίες που αντιμετωπίζουν και η συγκρότηση μιας απάντησης σε αυτές συντελεί σε:

- μεγαλύτερη αυτογνωσία
- αύξηση της αποτελεσματικότητας
- ανάπτυξη μηχανισμών άμυνας στις διαπροσωπικές σχέσεις
- μεγαλύτερη ικανότητα να αναγνωρίζουν και να εκφράζουν τα συναισθήματά τους
- ικανότητα να αναζητούν και να δέχονται βοήθεια

Επιπλέον κατά τη διάρκεια της κοινωνικής επανένταξης διάφορες ψυχοεκπαιδευτικές ομάδες/ομάδες τέχνης, οι οποίες υποστηρίζουν το άτομο στην προσπάθεια διατήρησης της αλλαγής, όπως:

- Δραματοθεραπεία
 - Καλή σχέση με το σώμα και την εικόνα του, έκφραση συναισθημάτων, εμπλουτισμός λεξιλογίου, εναρμόνιση ύπαρξης (σώμα, συναίσθημα, λόγος).
- Χοροθεραπεία
 - Έκφραση μέσα από την κίνηση, βελτίωση σχέσης με το σώμα και την εικόνα του.

- Μουσικοθεραπεία
 - έκφραση μέσα από τα μουσικά όργανα, της φωνής, της κίνησης, της ακρόασης επιλεγμένης μουσικής, μελοποίηση ποιημάτων, μουσικό παραμύθι και μουσικό παιχνίδι.
- Φωτογραφία
 - Δημιουργική έκφραση, παρατήρηση του εξωτερικού κόσμου, φωτογραφική διήγηση συναισθημάτων και εντυπώσεων στο πλαίσιο της ομάδας μέσα από το πρίσμα της απόφασης για απεξάρτηση.
- Κεραμική
 - Δημιουργικές κατασκευές που απαιτούν υπομονή και επιμονή, ανάπτυξη ικανότητας συνεργασίας, αίσθηση ομαδικότητας.
- Κουκλοθέατρο
 - κατασκευή κούκλας και παρουσίασή της στο πλαίσιο της ομάδας: ονοματοδοσία, χαρακτηριστικά που καθρεφτίζουν πλευρές της προσωπικότητας των θεραπευόμενων.



Εικόνα 8.4 ΚΕΘΕΑ, Copyright.

8.3. Πρόληψη και θεραπευτική αντιμετώπιση της υποτροπής

Παραδοσιακά, η πρόληψη της υποτροπής αναφέρεται στο μοντέλο πρόληψης της υποτροπής των Marlatt & Gordon. Οι δημιουργοί του μοντέλου τόνισαν την επίδραση του Συνδρόμου Παραβίασης της Αποχής (Abstinence Violation Effect), το οποίο σχετίζεται με το γνωσιακό και συναισθηματικό αντίκτυπο της διολίσθησης (δηλ. της πρώτης χρήσης μετά από περίοδο αποχής). Το συγκεκριμένο σύνδρομο αποτελείται από δύο στοιχεία:

- Γνωστική ασυμφωνία
 - Αφορά την ασυμβατότητα ανάμεσα στην αυτοεικόνα του θεραπευόμενου («καθαρός», «αποθεραπευμένος») και της συμπεριφοράς του (παραβίαση της αποχής). Η συναισθηματική αντίδραση περιλαμβάνει υψηλά επίπεδα ενοχής και
- Απόδοση της διολίσθησης σε εσωτερικά αίτια
 - Τα αίτια αυτά διακρίνονται για τη σταθερότητα και την αδυναμία ελέγχου του ατόμου σε αυτά (π.χ. χαρακτήρας, εσωτερικά ελλείμματα).

«Όταν κατάλαβα τι συνέβη είπα στον εαυτό μου «αφού ξαναέκανες χρήση, είσαι ένας πρεζάκιας, δεν αξίζεις τίποτα, δεν είσαι καλός για τίποτα».

«Το ένιωσα σαν βιασμό... σαν να είδα μια βιτρίνα να σπάει σε κομμάτια... κατάλαβα ότι με το να κάνω χρήση κατέστρεψα ό,τι έχτιζα κομμάτι-κομμάτι, ό,τι έκανα βήμα-βήμα...».

«Ένιωσα απογοήτευση, κατέρρευσα... όσο δεν είχα κάνει χρήση υπήρχε κάποια ελπίδα, ήμουν καθαρός οπότε μπορούσα ακόμη να προσπαθήσω... αλλά μετά όλα είχαν αποτύχει... σαν να ήμουν ένα τίποτα... ένιωσα ότι δεν θα γινόμουν ποτέ καλά και ότι θα αφήσω αυτή τη ζωή έτσι... από την αρχή με έπνιγε η ενοχή... ένιωθα τόσο άσχημα, ώστε ο μόνος τρόπος για να νιώσω καλύτερα ήταν να ξανακάνω χρήση... δεν μπορούσα πια να ξεφύγω από αυτό, δεν είχα πια τη δύναμη... είχα χάσει όλη μου τη δύναμη, σκεφτόμουν ότι δεν είχα καταφέρει τίποτα... ένιωθα ότι ήμουν ένας αποτυχημένος και δεν ήθελα να έχω σχέση με κανέναν... έκοψα τον εαυτό μου από τα αδέρφια μου με τους οποίους είχα ειλικρινείς σχέσεις... κρυβόμουν... με ρωτούσαν πότε δουλεύω και τους έλεγα «δουλεύω σήμερα», ενώ είχα ρεπό. Προτιμούσα τη μοναξιά, δεν ήθελα να είμαι με κανέναν...».

Missouridou, E. (1999) The process of relapse and recovery after treatment from problem drug use. University of Manchester: Doctoral Dissertation (σελ. 191-193).

Πίνακας 8.6 Δυσλειτουργικές γνωσίες και συναισθηματική αντίδραση μετά τη διολίσθηση.

Σύμφωνα με τη Μάτσα (2008) η υποτροπή είναι συχνή και «σχεδόν αναγκαία» στη φάση της κοινωνικής επανένταξης. Μέσα από αυτή ο απεξαρτημένος βιώνει την ευθραυστότητά του και εγκαταλείπει σταδιακά τη μεγαλομανία του και την αίσθηση ότι έχει ήδη απεξαρτηθεί. Έτσι εμβαθύνει στα αίτια της υποτροπής του, αντιμετωπίζει τις δυσκολίες που τον οδήγησαν σε αυτήν και αποκτά την πολύτιμη γνώση της αποφυγής των κρίσιμων καταστάσεων. Επιπλέον, επεξεργάζεται τα προειδοποιητικά σημεία υποτροπής (π.χ. συχνές συγκρούσεις χωρίς εμφανείς λόγους, αρνητικά συναισθήματα, όπως έντονη ενοχή, άγχος, κατάθλιψη και ανία, θετικά συναισθήματα, όπως ευφορία και υπερβολική αυτοπεποίθηση, περίοδοι αδράνειας ή απομόνωσης, μειωμένη συμμετοχή σε θεραπευτικές δραστηριότητες) καθώς και τους τρόπους αντιμετώπισης της επιθυμίας για χρήση (π.χ. αναζήτηση βοήθειας από την οικογένεια ή έμπιστους «άλλους», άμεση επικοινωνία με τον θεραπευτή, γνωσιακή αντιμετώπιση, ενασχόληση με ευχάριστες δραστηριότητες).

Από τότε που τελείωσα την ομάδα μου χωρίστηκα από τους υπόλοιπους. Δεν ήμουν πια κοντά στους ανθρώπους που με καταλάβαιναν και με άγγιζαν. Από την άλλη δεν είχα χτίσει τη σχέση με τη γυναίκα μου και τη μητέρα μου σε υγιή βάση παρότι είχα την ευκαιρία να το κάνω... Δεν έβαλα όρια στη σχέση μας να τους πω: «κοιτάξτε εγώ άλλαξα και θέλω να αλλάξετε κι εσείς»... Ήθελα να αλλάξουν πολύ γρήγορα. Το συζήτησα με τη θεραπεύτρια μου και μου είπε ότι κι εγώ δεν άλλαξα σε μια μέρα και ότι έπρεπε να προσπαθήσω γι' αυτό... προσπάθησα δυο τρεις φορές και μετά τα παράτησα. Νόμιζα ότι δεν με καταλαβαίνουν... αυτό ήταν βέβαια δικαιολογία, τουλάχιστον έτσι το βλέπω τώρα. Γιατί ήθελα να αλλάξει η συμπεριφορά της γυναίκας μου σε πολύ λίγο χρόνο, ήθελα να αλλάξει η συμπεριφορά του γιου μου, να κερδίσω πίσω την εμπιστοσύνη του που είχε κλονιστεί για χρόνια... γιατί είχε μνήμες από όταν ήταν μικρός... ήθελα να τα κάνω όλα πολύ γρήγορα... δεν είχα τη σοφία να κάνω τα πράγματα αργά...».

Missouridou, E. (1999) The process of relapse and recovery after treatment from problem drug use. University of Manchester: Doctoral Dissertation (σελ.182).

Πίνακας 8.7 Νοηματοδότηση της υποτροπής.

Επίσης, στο πλαίσιο της ομάδας, οι θεραπευόμενοι περιγράφουν καταστάσεις υψηλού κινδύνου και τους τρόπους που επέλεξαν να προφυλαχτούν από τον κίνδυνο της χρήσης. Συνήθως, σε όλα τα στεγνά προγράμματα η αποχή αφορά όλες τις ουσίες και όχι μόνο τη βασική ουσία εξάρτησης. Έτσι, στην αρχή δυσκολεύονται ιδιαίτερα σχετικά με τον τρόπο που θα πουν «όχι» στη χρήση αλκοόλ σε μια κοινωνική συνεύρεση, ενώ στην πορεία καταλαβαίνουν ότι συνήθως κανείς δεν δίνει σημασία στο τι θα πουν. Τις περισσότερες φορές διακόπτουν εντελώς τις σχέσεις με άτομα που κάνουν χρήση, εκτός και αν θέλουν να μεταφέρουν τη θεραπευτική εμπειρία του προγράμματος. Ιδιαίτερη δυσκολία αντιμετωπίζουν τα άτομα στις οικογένειες των οποίων γίνεται κατάχρηση αλκοόλ από άλλο μέλος. Οι οικογένειες, στο βαθμό που συμμετέχουν στη θεραπευτική διαδικασία, προτρέπονται στην απομάκρυνση αλκοόλ και άλλων ουσιών στο σπίτι και στην αποφυγή χρήσης οποιασδήποτε ψυχοδραστικής ουσίας. Η προτροπή αυτή συχνά αποκαλύπτει προβλήματα εξάρτησης άλλων μελών της οικογένειας.



Εικόνα 8.5 ΚΕΘΕΑ, Copyright.

Σε περίπτωση υποτροπής κάποιου θεραπευόμενου, τα μέλη της ομάδας του επεξεργάζονται το πτωγύρισμα στη χρήση, διερευνώντας τα αίτια και εκφράζοντας τα συναισθήματά τους για το συμβάν. Οι συντονιστές και η θεραπευτική ομάδα συναποφασίζουν τη βαρύτητα και τον τρόπο αντιμετώπισης του περιστατικού (π.χ. απομάκρυνση από την ομάδα για ένα διάστημα ή οριστικά). Ιδιαίτερη προσοχή απαιτείται για την προστασία της ομάδας, μιας και υπάρχουν περιπτώσεις κατά τις οποίες το μέλος που υποτροπίασε συμπαρασύρει και άλλα μέλη της ομάδας στη χρήση. Σε γενικές γραμμές πάντως, ο θεραπευτικός στόχος είναι η ενθάρρυνση του θεραπευόμενου που υποτροπίασε, ώστε να συνεχίσει την προσπάθειά του και να μην μπει στον φαύλο κύκλο των ενοχών, της ματαιώσης και της απογοήτευσης.

«Δεν άντεχα τον κόσμο έξω (ενν. στην επανένταξη)... δεν άντεχα το έξω... φρίκαρα, πώς να το πω... ήταν ένα άλλο πλαίσιο, μια άλλη ιστορία, χρειαζόμουν τον παλιό μου εαυτό για καταφέρω να αντιμετωπίσω αυτό το οποίο είχα μάθει να αντιμετωπίζω με συγκεκριμένο τρόπο... καταλαβαίνω ότι μπορεί να σε μπερδεύει αυτό που σου λέω... βλέπεις βγήκα από ένα προστατευμένο περιβάλλον που είχε διαφορετικούς όρους... και μου έλειπε το παλιό μου στυλ συμπεριφοράς, γιατί ένιωθα γυμνός, απροστάτευτος και αφελής... έπρεπε να γίνω «έξυπνος» ξανά, αφού ήμουν πάλι έξω... η δουλειά, οι σχέσεις με τις γυναίκες, με τους φίλους... δεν μπορούσα να επικοινωνήσω μαζί τους... ή πιο σωστά φοβόμουν να τους δείξω αυτό που έδειξα κατά τη διάρκεια της θεραπείας... δεν ήθελα να το δείξω, φοβόμουν ότι θα με απορρίψουν...».

Missouridou, E. (1999) The process of relapse and recovery after treatment from problem drug use. University of Manchester: Doctoral Dissertation (σελ.183).

Πίνακας 8.8 Επιστροφή στον φαύλο κύκλο της χρήσης.

Συχνά πάντως οι θεραπευόμενοι αρκετό διάστημα πριν την υποτροπή έχουν το προαίσθημα ότι μπορεί να υποτροπιάσουν. Η Μάτσα (2008) χρησιμοποιεί τη χαρακτηριστική φράση «η υποτροπή δεν πέφτει από τον ουρανό» τονίζοντας ότι οι όροι της υποτροπής δημιουργούνται σταδιακά ακόμη κι όταν η πρώτη χρήση γίνεται παρορμητικά. Οι όροι αυτοί σχετίζονται με την αντιμετώπιση των βαθύτερων προβλημάτων του θεραπευόμενου και τη δέσμευση στη θεραπεία.

«Όταν ήμουν στο πρόγραμμα καταλάβαινα τα πάντα, αλλά ποτέ δεν ανοίχτηκα, δεν μίλησα για τον εαυτό μου όλους εκείνους τους μήνες... ήμουν επιφανειακός... υποτιμούσα τη θεραπεία ίσως επειδή τη φοβόμουν... μίλησα για τον εαυτό μου πρώτη φορά στον τέταρτο μήνα... δεν μίλησα για τον εαυτό μου νωρίτερα... παρότι ήξερα ότι ήταν ανάγκη να το κάνω, γιατί αν συμπεριφέρεσαι έτσι, κανένας δεν σε γνωρίζει και εσύ δεν γνωρίζεις τον εαυτό σου...».

Missouridou, E. (1999) The process of relapse and recovery after treatment from problem drug use. University of Manchester: Doctoral Dissertation (σελ.182).

Πίνακας 8.9 Δέσμευση στη θεραπευτική διαδικασία και υποτροπή.

Επιπλέον, η μακρόχρονη χρήση και μάλιστα πολλές φορές από την εφηβική ηλικία έχει σαν αποτέλεσμα την ανεπάρκεια ή έλλειψη εφοδίων και δεξιοτήτων απαραίτητων στην αγωνιώδη προσπάθεια αυτονόμησής τους. Κάποιες από τις δυσκολίες που συνήθως αντιμετωπίζουν τα ανεξαρτημένα άτομα περιλαμβάνουν:

- στεγαστικά προβλήματα
- δυσκολίες επαγγελματικής αποκατάστασης, οι οποίες εντείνονται από την αυξημένη ανεργία και τη συνεχώς αυξανόμενη ζήτηση προσόντων υψηλής εξειδίκευσης,
- νομικές εκκρεμότητες,
- απουσία ή ανεπάρκεια επαγγελματικής κατάρτισης,
- έλλειψη προϋπηρεσίας
- άγνοια των όρων συνδιαλλαγής με υπηρεσίες
- έλλειψη κοινωνικών δεξιοτήτων

Οι δυσκολίες αυτές εντείνονται από το στίγμα της εξάρτησης, την περιθωριοποίηση και τον κοινωνικό αποκλεισμό. Η ανάληψη νέων κοινωνικών ρόλων και η κατάκτηση της ανεξαρτησίας, η

προσπάθεια να κερδίσει με τη στάση ζωής του τον σεβασμό και την εκτίμηση των άλλων και να νιώσει χρήσιμος απαιτούν τη συγκρότηση μιας απάντησης τόσο στις εσωτερικές όσο και στις εξωτερικές δυσκολίες. Στο παρελθόν το εξαρτημένο άτομο είχε την τάση να τα θέλει όλα εδώ και τώρα και να παίρνει τον ρόλο του θύματος με την πρόχειρη δικαιολογία ότι οι άλλοι φταίνε για όλα. Το αίσθημα αυτοαξίας σχετιζόταν με τα αισθήματα παντοδυναμίας στη σχέση με την ουσία. Θυμωμένος για την περιθωριοποίησή του, για τις ανυπέβλητες κάποτε δυσκολίες στην προσπάθειά του να «ανήκει» κάπου κι αυτός, βιώνει ματαιώση, αισθήματα αναξιοσύνης, τάσεις απόσυρσης και τελικά επιστροφής στον παλιό τρόπο ζωής όπου η αυτοαξία συνδέεται με τον έλεγχο της ουσίας. Κάνοντας χρήση επιθυμεί να αποδείξει στους άλλους ότι μπορεί να ελέγξει και να επιβληθεί στην ουσία (Bateson, 1971· Denzin, 1987· Brisset, 1988). Ακόμη όμως κι όταν η διολίσθηση οδηγήσει στην υποτροπή, η εμπειρία σε ένα θεραπευτικό πλαίσιο και οι γνώσεις που αποκόμισε για τον εαυτό του και τον κόσμο θα αποτελέσουν τη βάση της επόμενης προσπάθειάς του να συμφιλιωθεί με τον εαυτό του και τους άλλους. Η υποτροπή βέβαια ματαιώνει τον θεραπευτή, ο οποίος συχνά στην αρχή της επαγγελματικής του σταδιοδρομίας επιθυμεί να «σώσει» τον θεραπευόμενο. Στην πραγματικότητα, η απεξάρτηση και αυτονόμηση του εξαρτημένου ατόμου αποτελούν μια χρονοβόρα και κοπιώδη διαδικασία που διδάσκει στον επαγγελματία ψυχικής υγείας την υπομονή.

«Ήθελα να δείξω στους άλλους ότι δεν κάνω χρήση και ότι αν κάνω χρήση θα είναι μόνο για μια φορά... να τους δείξω ότι νίκησα την ουσία, ότι μπορώ να το ελέγγω, ότι είμαι πάνω από την ουσία... έτσι το σκεφτόμουν...».

«Η πρώτη φορά που έκανα χρήση δεν ήταν απειλητική γιατί ένιωθα πολύ άσχημα... πώς μπορούσε να είναι όταν νιώθει κανείς τόσο χάλια... αλλά όταν έκανα χρήση, ένιωσα απαίσια... αλλά πριν τη χρήση δεν ένιωσα φόβο, πίστευα ότι δεν θα κολλήσω, ότι θα ήταν μόνο για μια φορά...».

Missouridou, E. (1999) The process of relapse and recovery after treatment from problem drug use. University of Manchester: Doctoral Dissertation (185-189).

Πίνακας 8.10 Υποτροπή και σχέση με την ουσία.



Εικόνα 8.6 ΚΕΘΕΑ, «Κοινότητες στη φυλακή, κοινότητες στην κοινωνία», Copyright.

Σύνοψη

- Η διατήρηση της αποχής απαιτεί αλλαγή τρόπου ζωής και τη συγκρότηση μιας νέας ταυτότητας.
- Ο θεραπευτής αλλά και το ίδιο το θεραπευτικό πλαίσιο διευκολύνουν την επικοινωνία του θεραπευόμενου με την οικογένειά του, ώστε να υπάρξει κάποιου βαθμού συμφιλίωση. Για να καταφέρει βέβαια ο θεραπευτής να διαμεσολαβήσει στη σχέση του ασθενή με την οικογένειά του, πρέπει να έχει ο ίδιος επεξεργαστεί δικές του ανεπίλυτες συγκρούσεις.
- Η παραβίαση της απαγόρευσης χρήσης ουσιών παίρνει πολύ μεγάλες διαστάσεις στη συνείδηση του απεξαρτημένου ατόμου εξαιτίας του φόβου επιστροφής στην εφιαλτική εμπειρία της εξάρτησης. Το Σύνδρομο Παραβίασης της Αποχής περιγράφει το γνωσιακό και συναισθηματικό αντίκτυπο της διολίσθησης (δηλ. της πρώτης χρήσης μετά από περίοδο αποχής) και αποτελείται από δύο στοιχεία: τη γνωστική ασυμφωνία και την απόδοση της διολίσθησης σε εσωτερικά χαρακτηριστικά αίτια.
- Η υποτροπή ματαιώνει τον θεραπευτή, ο οποίος συχνά στην αρχή της επαγγελματικής του σταδιοδρομίας επιθυμεί να «σώσει» τον θεραπευόμενο. Στην πραγματικότητα, η απεξάρτηση και αυτονόμηση του εξαρτημένου ατόμου αποτελούν μια χρονοβόρα και κοπιώδη διαδικασία που διδάσκει στον επαγγελματία ψυχικής υγείας την υπομονή.
- Στίγμα, περιθωριοποίηση και κοινωνικός αποκλεισμός, στεγαστικά προβλήματα, δυσκολίες επαγγελματικής αποκατάστασης, οι οποίες εντείνονται από την αυξημένη ανεργία και τη συνεχώς αυξανόμενη ζήτηση προσόντων υψηλής εξειδίκευσης, νομικές εκκρεμότητες, απουσία ή ανεπάρκεια επαγγελματικής κατάρτισης, έλλειψη προϋπηρεσίας, άγνοια των όρων συνδιαλλαγής με υπηρεσίες, έλλειψη κοινωνικών δεξιοτήτων είναι κάποια από τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν τα απεξαρτημένα άτομα στην προσπάθειά τους να αυτονομηθούν.



Εικόνα 8.7 ΚΕΘΕΑ, Copyright.

Βιβλιογραφικές αναφορές

- Bateson, G. (1971) The cybernetics of 'self': A theory of alcoholism. *Psychiatry*, 34: 1-18.
- Brisset, D. (1988) Denial in alcoholism: a sociological interpretation. *Journal of Drug Issues*, 18:385-402.
- Denzin, N.K. (1987) *The alcoholic self*. US: SAGE.
- Marlatt, G.A. & Gordon, J.R. (1985) *Relapse prevention*. New York: Guilford.
- Missouridou, E. (1999) *The process of relapse and recovery after treatment from problem drug use*. University of Manchester: Doctoral Dissertation.
- Wiklund L (2008) Existential aspects of living with addiction – Part I: meeting challenges. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 2426–2434. doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02356.x
- Μάτσα, Κ. (2008) *Ψυχοθεραπεία και τέχνη στην απεξάρτηση: Το «παράδειγμα» του 18 ΑΝΩ*. Αθήνα: Άγρα.
- Μισουρίδου, Ε. (2010) Η αναγκαιότητα της συμμετοχής της οικογένειας στη θεραπευτική διαδικασία της απεξάρτησης. *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 109, 109-117.
- Μισουρίδου, Ε. (2010α) Το θεραπευτικό τρίγωνο στη θεραπεία απεξάρτησης: Γιατί οι θεραπευτές αγνοούν ή δυσκολεύονται να εντάξουν το αίτημα της οικογένειας στο θεραπευτικό πλαίσιο; *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 112, 87-97.
- Σιμώνη, Ξ. (2002) *Με λένε Κώστα και είμαι ναρκομανής σε ανάρρωση*. Αθήνα: Άγκυρα.

Χρήσιμο οπτικοακουστικό και έντυπο υλικό στο διαδίκτυο

- <https://www.youtube.com/watch?v=6kaQdjrKsoM&index=10&list=PLDnR4bV4e0NxxVb1GESolyTrqgAx3OJcf>

Βίντεο από τον οργανισμό Substance Abuse and Mental Health Administration (SAMHSA) για τη συμβολή της οικογένειας στην κοινωνική επανένταξη του απεξαρτημένου ατόμου

URL Εκπαιδευτικού Υλικού Κεφαλαίου 8

Οι διαφάνειες του Κεφαλαίου 8 βρίσκονται στην ακόλουθη σελίδα στον Ελληνικό Συσσωρευτή Ακαδημαϊκών Ηλεκτρονικών Βιβλίων του ΣΕΑΒ: <http://repfiles.kallipos.gr/file/23564>

Κεφάλαιο 9

Η προσέγγιση της οικογένειας που αντιμετωπίζει προβλήματα εξάρτησης

Εισαγωγή

Συνήθως περνούν πολλά χρόνια, πριν η οικογένεια συνειδητοποιήσει ότι κάποιο μέλος της αντιμετωπίζει το πρόβλημα της κατάχρησης ουσιών. Η στιγμή της συνειδητοποίησης -παρά τα προειδοποιητικά σημεία- χτυπά την οικογένεια σαν κεραυνός, αφήνοντας πίσω του τα καταστροφικά συναισθήματα του θυμού, της ματαιώσης, του φόβου και της απομόνωσης. Το άγχος και η ένταση, που χαρακτηρίζουν τη λειτουργία της οικογένειας, συχνά οδηγούν σε κακή σωματική υγεία και κατάθλιψη κάποια μέλη της (Billings & Moos, 1983· Velleman et al., 1993· Copello et al., 2005). Τα μικρά παιδιά εκτίθενται σε σημαντικούς κινδύνους και αντιμετωπίζουν πολλές φορές μακροχρόνια προβλήματα (Brooks & Rice, 1997· Μάτσα, 2003). Κατά παράδοξο όμως τρόπο, οι πολιτικές, η έρευνα και η θεραπεία στον χώρο των ουσιοεξαρτήσεων παραμένουν επικεντρωμένες στο άτομο, παραγνωρίζοντας την τραγωδία της οικογένειας, η οποία διαρκεί για χρόνια με ανυπολόγιστες συνέπειες. Ακόμη και σήμερα, το αίτημα βοήθειας που εκφράζουν οι οικογένειες συχνά δεν βρίσκει την κατάλληλη ανταπόκριση από τις υπηρεσίες αντιμετώπισης της ουσιοεξάρτησης, οι οποίες ζητούν τη συμμετοχή του ίδιου του χρήστη (Πομίνι, 2004). Με αυτόν τον τρόπο δεν αξιοποιούν μια σημαντική ευκαιρία κινητοποίησης για την αντιμετώπιση του θέματος που μπορεί να προσφερθεί, έστω και από έναν συγγενή του χρήστη.

Στόχος του κεφαλαίου αυτού είναι να περιγράψει τόσο την επώδυνη εμπειρία όλης της οικογένειας όσο και τη φιλοσοφία της θεραπευτικής παρέμβασης πάνω στους εξής κεντρικούς άξονες:

- Πώς μπορεί η οικογένεια να βοηθήσει το εξαρτημένο μέλος να ξεπεράσει την άρνησή του να δεχτεί βοήθεια.
- Πώς μπορεί η οικογένεια να βοηθήσει στη θεραπεία και στη διατήρηση της αποχής μετά τη θεραπεία.
- Πώς μπορούν τα μέλη της οικογένειας να βοηθηθούν να ξεπεράσουν τα προβλήματα που έχουν γεννηθεί στα ίδια από το χρόνιο πρόβλημα της κατάχρησης ουσιών.

9.1. Θεωρητικές προσεγγίσεις της οικογένειας στην ψυχιατρική και στις ουσιοεξαρτήσεις

Έχουν περάσει πάνω από σαράντα χρόνια από την έκδοση του βιβλίου 'Ο θάνατος της οικογένειας' του David Cooper και από την ευρεία κριτική του θεσμού της οικογένειας στην δεκαετία του '60. Στην ψυχιατρική, στις δεκαετίες 1940-1970, πολλοί συγγραφείς παρουσίασαν αιτιολογικά μοντέλα ψυχιατρικών διαταραχών, με την οικογένεια να κατέχει κεντρική θέση σε αυτά. Οι θεωρίες του διπλού δεσμού (Bateson et al., 1956) και της 'σχιζοφρενιογόνου μητέρας' (Fromm-Reichman, 1948) υιοθετήθηκαν άκριτα από πολλούς θεωρητικούς και επαγγελματίες, οδηγώντας τόσο στη δημιουργία μοντέλων που εστιάζουν στην οικογενειακή δυσλειτουργία όσο και σε τραγικά θεραπευτικά αποτελέσματα στις οικογένειες που έρχονταν αντιμέτωπες με το πρόβλημα της ψυχικής υγείας (Lefley, 1989). Εκτός από τη δυσκολία που βίωναν λόγω της ψυχικής ασθένειας ενός αγαπημένου προσώπου, οι οικογένειες ενοχοποιούνταν και για τη δημιουργία του προβλήματος. Σήμερα, στην περίοδο της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, όπου οι ασθενείς αντιμετωπίζουν τα προβλήματά τους κατά κύριο λόγο στην κοινότητα, η αντίληψη για την οικογένεια έχει αλλάξει βλέποντας σε αυτήν περισσότερο έναν σύμμαχο και υποστηρικτή των προσπαθειών του ευάλωτου μέλους, παρά έναν εχθρό και τη γενεσιουργό αιτία των προβλημάτων του (Abosh and Collins, 1996). Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας εκπαιδεύονται στο να είναι συνήγοροι της οικογένειας που επιβαρύνεται με την υποστήριξη του πάσχοντος μέλους, αναγνωρίζοντας το ψυχικό κόστος για όλα τα μέλη τα οποία έρχονται αντιμέτωπα με την οδύνη της ασθένειας (Hatfield, 1996).



Εικόνα 9.1 Cassatt Mary, "Under the horse chestnut tree", Public Domain (Wikipedia).
https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Mary_Cassatt_-_Under_the_Horse-Chestnut_Tree_-_Google_Art_Project.jpg

Η αντίληψη για την οικογένεια στον ευρύτερο χώρο της ψυχιατρικής σε μεγάλο βαθμό αντανακλάται στον τομέα της ουσιοεξάρτησης. Στις δεκαετίες 1940-1970 το πρόβλημα της εξάρτησης συχνά αποδίδεται στην ελλειμματική προσωπικότητα ή σε ρόλους και συμπεριφορές μέσα στο οικογενειακό σύστημα (Πομίνι, 2004). Δομικές οικογενειακές μεταβλητές έχουν βρεθεί να σχετίζονται θετικά με τη χρήση των ουσιών (π.χ. Hoffman, 1995· Klagburn & Davis, 1998) ενώ αρκετές τυπολογίες οικογενειακής δυσλειτουργίας έχουν περιγραφεί στη βιβλιογραφία (π.χ. Stanton & Todd, 1982· Billings & Moos, 1983· Cermak, 1991· Stafford & Hodgkinson, 1991· Cancrini, 1994). Ο αποστασιοποιημένος πατέρας και η υπερεμπλεκόμενη μητέρα (ενν. υπερβολική συναισθηματική εμπλοκή), η έλλειψη ορίων, το μοντέλο της 'συνεξάρτησης' (ενν. εξαρτητική σχέση με άτομο που αντιμετωπίζει προβλήματα χρήσης/κατάχρησης ουσιών) είναι κάποιες από τις προσεγγίσεις οι οποίες περιγράφουν τη δυναμική της οικογένειας που αντιμετωπίζει προβλήματα εξάρτησης. Κάποιοι επαγγελματίες υιοθέτησαν τις προσεγγίσεις αυτές ως βασικές αιτιολογικές θεωρήσεις της ουσιοεξάρτησης με το δυσάρεστο αποτέλεσμα «να αντιμετωπίζουν τους χρήστες ως 'θύματα' και τους γονείς τους ως συνειδητά εμπόδια στην απεξάρτησή τους» και να οδηγηθούν σε θεραπευτικές αποτυχίες (Πομίνι, 2004).

Εναλλακτικά, η Πομίνι (2004) υποστηρίζει τη μετάβαση από τις άκαμπτες τεχνικές δομικού και στρατηγικού τύπου σε πιο ανοικτές, πολυ-επίπεδες και πολυσυστημικές προσεγγίσεις της οικογένειας. Σύμφωνα με τους Orford et al. (1992) μια εναλλακτική προσέγγιση είναι να δούμε τους γονείς, τους συντρόφους και τα ίδια τα παιδιά των εξαρτημένων, ως θύματα του άγχους που πλήττει την οικογένεια για πολλά χρόνια, λόγω της προβληματικής χρήσης ενός μέλους της. Η προσέγγιση αυτή παραμένει 'σιωπηλή' στο ερώτημα 'τι προκάλεσε στην πραγματικότητα τη χρήση', αποδεχόμενη βέβαια ότι ο τρόπος που η οικογένεια αντιμετωπίζει το πρόβλημα μπορεί να επηρεάζει την πορεία της εξέλιξής του, καθώς και το ότι μια αιτιολογική θεώρηση της εξάρτησης δεν μπορεί παρά να είναι πολυπαραγοντική (Orford et al., 1992).

9.2. Μελέτες πάνω στην αποτελεσματικότητα της εμπλοκής της οικογένειας στη θεραπεία της εξάρτησης

Η Barnard (2007) παρατηρεί ότι η στάση των επαγγελματιών απεξάρτησης απέναντι στα προβλήματα της οικογένειας χαρακτηρίζεται από άρνηση, παρόμοια με αυτή που εκδηλώνεται στο οικογενειακό σύστημα για το ίδιο το πρόβλημα, ιδιαίτερα μπροστά στο πλήθος των ερευνών που καταδεικνύουν, τόσο την ανάγκη παρέμβασης όσο και την αποτελεσματικότητα αυτών των παρεμβάσεων. Οι Copello & Orford (2002) σε άρθρο τους με τον χαρακτηριστικό τίτλο «Εξαρτήσεις και οικογένεια: είναι πλέον ώρα για τις υπηρεσίες απεξάρτησης να προσέξουν τα αποτελέσματα των ερευνών;» συνοψίζουν τα αποτελέσματα πλήθους ερευνών σχετικά με την αναγκαιότητα της συμμετοχής της οικογένειας στη θεραπεία της απεξάρτησης. Παρόμοια, σε ανασκόπηση σχετικών ερευνών, η Μισουρίδου (2010) καταλήγει ότι η συμμετοχή της οικογένειας: α) βοηθάει στην κινητοποίηση του χρήστη να ζητήσει βοήθεια και να διατηρήσει τη σχέση του με το φορέα απεξάρτησης, β) βελτιώνει τα αποτελέσματα της θεραπείας και γ) οδηγεί σε μείωση των προβλημάτων της οικογένειας που επιβαρύνεται από το πρόβλημα. Επίσης, το δεύτερο τεύχος του περιοδικού 'Journal of Family Therapy' του έτους 2009 είναι αφιερωμένο στις εξαρτήσεις. Στο τεύχος αυτό δημοσιεύονται εργασίες-πορίσματα μακράς πορείας ωρίμανσης στον τομέα των εξαρτήσεων- ενός διεθνούς συνεδρίου το οποίο διοργάνωσε το Ινστιτούτο Ψυχιατρικής του Maudsley Hospital στο Λονδίνο με θέμα την οικογενειακή θεραπεία στις εξαρτήσεις (Corless et al., 2009).

Στην Ελλάδα στα περισσότερα προγράμματα παρέχεται κάποια μορφή οικογενειακής συμβουλευτικής, τις περισσότερες φορές όμως δεν αξιοποιεί το πρωταρχικό αίτημα της οικογένειας στους φορείς απεξάρτησης ως μέσο για τη δημιουργία κινήτρου για θεραπεία (Πομίνι, 2004) και σίγουρα στις περισσότερες περιπτώσεις δεν απαντάει στα προβλήματα των μελών της οικογένειας, συμπεριλαμβανομένων των παιδιών των εξαρτημένων (Μισουρίδου, 2004).



Εικόνα 9.2 ΚΕΘΕΑ, Copyright.

9.3. Η εμπειρία της εξάρτησης στο πλαίσιο της οικογένειας

Συνήθως, τα προειδοποιητικά σημεία της χρήσης ουσιών απωθούνται από την οικογένεια, μιας και η αποδοχή ενός τέτοιου προβλήματος έχει σοβαρότατες συνέπειες. Έτσι, η ‘ανακάλυψη’ ότι ένα μέλος της οικογένειας κάνει χρήση αποτελεί ένα μεγάλο σοκ, προκαλώντας πανικό, τρόμο και έντονη αγωνία στην περίπτωση των ναρκωτικών. Η στιγμή αυτή αποτελεί σημείο ορισμού, διαχωρίζοντας «τη ζωή πριν» από «τη ζωή μετά» (Barnard, 2007). Στην περίπτωση του αλκοολισμού, οι καταστροφικές συνέπειες είναι σταδιακές αλλά εξίσου επώδυνες και διαταρακτικές, μέχρι να αποδεχθεί η οικογένεια ότι αντιμετωπίζει πρόβλημα εξάρτησης.

Τα σχεδόν καθημερινά προβλήματα της χρήσης επηρεάζουν κάθε πτυχή της οικογενειακής ζωής. Η εξάρτηση αποτελεί πια την ‘κεντρική οργανωτική αρχή’ της οικογένειας. Όλο το οικογενειακό σύστημα παγώνει αναπτυξιακά (Citrillo et al. στην Πομίνι, 2004). Τα μέλη της οικογένειας δεν μιλούν ανοικτά για το πρόβλημα, δεν το κατονομάζουν (Brooks and Rice, 1997). Κυριαρχεί η δυναμική της άρνησης, της παραμόρφωσης, της σύγχυσης και της μυστικοπάθειας. Τα αυξημένα επίπεδα άγχους οδηγούν σε επώδυνες συγκρούσεις και έντονες ψυχοσωματικές διαταραχές (Billings Moos, 1983· Orford et al., 1998). Η βία, οι συγκρούσεις, οι κλοπές, το απρόβλεπτο της χρήσης επιβαρύνουν ακόμη περισσότερο την οικογένεια.

Συνήθως οι οικογένειες αντιμετωπίζουν το «βαρύ» μυστικό της χρήσης μόνες τους. Η «συνωμοσία της σιωπής» οδηγεί στην αποκοπή της οικογένειας από την ευρύτερη οικογένεια και την κοινότητα. Η ντροπή και ο φόβος των συνεπειών, η προσπάθεια να μειώσουν την κατάκριση του κόσμου και να προστατέψουν το «κοινωνικό πρόσωπο» της οικογένειας, αποτρέπουν τα μέλη από το να ζητήσουν ουσιαστική στήριξη και ενημέρωση (Barnard, 2007). Θυμός, ντροπή, απάθεια, ενοχή, μοναξιά από τη διακοπή της φυσιολογικής επικοινωνίας και της αποκοπής από την κοινότητα, φόβος, αβεβαιότητα, ανασφάλεια είναι κάποια από τα αρνητικά συναισθήματα που κατακλύζουν τα μέλη της οικογένειας. Παρακάτω περιγράφονται οι συνέπειες για τους γονείς, τα αδέλφια, τους συζύγους και τα παιδιά συνοπτικά.

α) προβλήματα γονιών

Οι γονείς εκδηλώνουν υψηλά επίπεδα ψυχολογικής και σωματικής νοσηρότητας (Velleman et al., 1993· Toubourou et al., 2001). Βλέποντας το παιδί τους να αδυνατίζει και να αποσύρεται, να γίνεται έντονα προκλητικό, να δημιουργεί καβγάδες και να αλλάζει σε όλους τους τομείς, γεμίζουν με οργή και ένα οξύ αίσθημα αδυναμίας να εμποδίσουν την τραγωδία που ξεδιπλώνεται μπροστά τους. Όταν διώχνουν τον χρήστη από το σπίτι - συχνά για να προστατέψουν τα άλλα παιδιά - έχουν το αίσθημα ότι έχουν αποτύχει σαν γονείς, ενώ νιώθουν βαθύ άγχος και αγωνία. Συχνά το πρόβλημα χωρίζει τους γονείς, με τη μητέρα να προσπαθεί να καλύψει και να προστατέψει τον χρήστη από το θυμό του πατέρα αλλά και των αδελφών, παίρνοντας έτσι το ρόλο του «διαμεσολαβητή» (Barnard, 2007). Τον ρόλο αυτό βέβαια, ο οποίος συνεπάγεται ιδιαίτερα έντονο άγχος, μπορεί να τον πάρουν και άλλα μέλη της οικογένειας (π.χ. αδέλφια, παιδιά). Οι μητέρες συνήθως τονίζουν την ευθύνη προς το παιδί με όποιο κόστος για τον εαυτό τους. Αν οι πατεράδες θέλουν να το διώξουν για να το συντείσουν, οι μητέρες θέλουν να το κρατήσουν κοντά τους για να το ελέγχουν. Μέσα σε αυτήν τη δυναμική, συχνά ο χρήστης γίνεται ο αποδιοπομπαίος τράγος και κατηγορείται, χωρίς διάκριση, για όλα τα προβλήματα της οικογένειας.

β) προβλήματα αδελφών

Η έλλειψη ενδιαφέροντος για τα αδέλφια μοιάζει σαν να πιστεύουμε ότι απορρόφησαν το σοκ της χρήσης και ακολούθησαν τον δικό τους δρόμο (Barnard, 2007). Στην πραγματικότητα, η διατάραξη της οικογενειακής αρμονίας και η απώλεια του ενδιαφέροντος των γονιών τους, λόγω της υπερβολικής ενασχόλησης με το εξαρτημένο μέλος, δυσχεραίνουν την ομαλή αναπτυξιακή τους εξέλιξη σε μεγάλο βαθμό. Οι προσδοκίες για βοήθεια και συμβουλές και η ανάγκη για έναν μεγαλύτερο αδελφό/η, που να θαυμάζουν, διαψεύδονται. Οι ταπεινωτικές εμπειρίες της χρήσης στο κοινωνικό πλαίσιο και το στίγμα μειώνουν το «κοινωνικό τους κεφάλαιο» και πληγώνουν την περηφάνια τους. Βιώνουν αμφιθυμικά συναισθήματα (όπως αγωνία, ενοχή αγανάκτηση, μνησικακία, άγχος) και νιώθουν κατά βάση ζημιωμένα από τη χρόνια δυσαρμονία. Συνήθως παίρνουν απόσταση από τον χρήστη και προσπαθούν να προστατέψουν τους γονείς. Εάν αυτό δεν συμβεί, ο κίνδυνος της μίμησης της εξαρτητικής συμπεριφοράς είναι μεγάλος. Σε περίπτωση διωγμού του χρήστη από το σπίτι, η αγωνία, οι ενοχές και τα αναπάντητα ερωτηματικά δεν σταματούν, παρότι επιφανειακά η ζωή χωρίς τον χρήστη είναι αρκετά πιο χαλαρή.

γ) προβλήματα συζύγων

Αυξημένα ποσοστά κατάθλιψης, άγχους, σωματικών ενοχλήσεων, συγκρούσεων και βίας οδηγούν σε χαμηλό βαθμό ικανοποίησης από τη σχέση και τη ζωή τους (π.χ. Orford et al., 1998; Miller, 2003; Halford et al., 2001). Οι γυναίκες εξαρτημένων ανδρών συχνά υπόκεινται σε χρόνια λεκτική και σωματική κακοποίηση. Επιπλέον, όχι σπάνια, οι σύζυγοι ενοχοποιούνται για τη χρήση από τους επαγγελματίες απεξάρτησης, μια πρακτική που ενισχύεται από τη θεωρία ότι η εξάρτηση εξυπηρετεί λειτουργίες του συστήματος (Sisson & Azrin, 1986). Σύμφωνα με τους Sisson & Azrin, οι σύζυγοι μπορεί να ενισχύσουν τη χρήση από την ανησυχία τους για τον χρήστη. Η επιθυμία τους όμως είναι να βοηθήσουν τον χρήστη και, όταν τους δίνεται η δυνατότητα να μάθουν τον τρόπο, τα καταφέρνουν με μεγάλη επιτυχία. Βιώνουν ωστόσο έντονα αμφιθυμικά συναισθήματα (πόνος, ματαίωση, πικρία, θυμός, εκδικητικότητα, μνησικακία) ανάλογα με το εξελικτικό στάδιο του προβλήματος, ενώ οι απεγνωσμένες προσπάθειες να σώσουν τον χρήστη, οι οποίες προσδίδουν μια ψευδή αίσθηση ελέγχου πάνω στο πρόβλημα, μπορεί να διαρκούν χρόνια.

δ) προβλήματα παιδιών

Τα παιδιά είναι τα μεγαλύτερα θύματα του προβλήματος. Η εξάρτηση συνεπάγεται γι' αυτά την απώλεια φυσιολογικών αναπτυξιακών σταδίων, ενός συνεπούς γονέα πάνω στον οποίο μπορείς να βασιστείς και μιας φυσιολογικής ζωής, όπου είναι ασφαλές να φέρεις φίλους στο σπίτι. Επιπλέον, η υπερβολική ενασχόληση του μη εξαρτημένου γονέα με τον χρήστη δεν αφήνει χρόνο, ενέργεια και προσοχή για τα παιδιά. Ανασφάλεια, αβεβαιότητα, αίσθημα εγκατάλειψης, ενοχές, προδοσία, θυμός, οργή είναι κάποια από τα έντονα συναισθήματα που βιώνουν, χωρίς βέβαια να μπορούν να τα επεξεργαστούν (Kroll, 2004). Στην ουσία «χάνουν» την παιδική τους ηλικία, ενώ συχνά παίρνουν τον ρόλο του φροντιστή. Άλλοι πιθανοί ρόλοι είναι ο ρόλος «του χαμένου παιδιού», του «κλόουν» και του «αποδιοπομπαίου τράγου» (Rivinus, 1991; Brooks & Rice, 1997). Η συνωμοσία της σιωπής και ο κανόνας «μη μιλάς γι' αυτό» οδηγούν στον κανόνα «να μη νιώθεις» (Brooks & Rice, 1997). Με αυτό τον τρόπο τα παιδιά ενθαρρύνονται να μην νιώθουν και να μην μιλούν για τα συναισθήματά τους. Η σύγχυση και η διαστρεβλωμένη πραγματικότητα μειώνουν την ικανότητα του παιδιού να εμπιστευτεί την αντίληψή του. Τέλος, πολλά από αυτά τα παιδιά έχουν μεγάλες πιθανότητες να καταφύγουν και τα ίδια στη χρήση. Αρκετά συχνά, προβλήματα παραβατικότητας και χρήσης των παιδιών αποτελούν κεντρικό ζήτημα στο θεραπευτικό αίτημα του γονέα που κάνει χρήση ή του μη εξαρτημένου γονέα.

Σε μια ποιοτική έρευνα ξεχωριστού ενδιαφέροντος, οι Orford et al. (1992) πήραν συνεντεύξεις από διάφορα μέλη οικογενειών με στόχο την διερεύνηση των τρόπων που αντιμετωπίζουν το πρόβλημα της εξάρτησης. Αναλύοντας τα αποτελέσματά τους με βινιέτες - μια μέθοδο ιδιαίτερα πρακτική και χρήσιμη σε οποιοδήποτε θεραπευτή/ομάδα θεραπευτών θέλει να ερευνήσει την κλινική πράξη (Miller et al., 1997; Missouridou, 1999) - δημιούργησαν μια τυπολογία οκτώ τύπων αντιμετώπισης:

1. Ανοιχτή έκφραση συναισθημάτων. Χαρακτηρίζεται από συγκρούσεις. Ο θυμός εκτονώνεται προσωρινά, αλλά ξεκινά ένας φαύλος κύκλος δράσης – αντίδρασης.
2. Αδράνεια: Από τον φόβο βίαιων συμπεριφορών (σύζυγοι) ή από απαισιοδοξία και απελπισία (γονείς, σύζυγοι). Κυριαρχούν ασυνεπείς συμπεριφορές. Η ευθύνη αποδίδεται στον χρήστη, ενώ αποφεύγεται η προσωπική ευθύνη για δράση.
3. Αποφυγή: Απόσταση από τον χρήστη αποφεύγοντας τη συνεύρεση ή φεύγοντας από το σπίτι τις ώρες που ο χρήστης επιστρέφει σε αυτό.
4. Ανοχή: Αποδοχή, προστατευτισμός (καλύπτει τον χρήστη), υποστήριξη της χρήσης (οικονομική βοήθεια), «επιχειρήσεις σωτηρίας» του χρήστη.
5. Έλεγχος: Τα μέλη της οικογένειας νιώθουν υπεύθυνα για τη χρήση, υιοθετούν γονεϊκή στάση, γίνονται υπερελεγκτικά, αφαιρούν την ευθύνη της συμπεριφοράς του χρήστη από τον ίδιο, ελέγχουν τις επαφές του και προσπαθούν να βάλουν όρια στη χρήση.
6. Υποστήριξη: Χαρακτηρίζεται από ελπίδα, πίστη και αισιοδοξία για την εξέλιξη του προβλήματος.
7. Αντιπαράθεση: Χαρακτηρίζεται από ανοιχτή και τίμια επικοινωνία. Τα μέλη της οικογένειας ξεκαθαρίζουν τη θέση τους. Αποτελεί μια ιδιαίτερα δύσκολη προσέγγιση που απαιτεί προσπάθεια, επιμονή, σταθερότητα, αμεσότητα. Η σκληρή πλευρά της αντιπαράθεσης είναι ιδιαίτερα δύσκολη για τους γονείς.

8. Ανεξαρτησία: Τα μέλη της οικογένειας βασίζονται στον εαυτό τους, αντιμετωπίζουν τον θυμό που μετατρέπεται σε κατάθλιψη, στοχεύουν στην αυτοανάπτυξή τους, νιώθουν πιο ήρεμα, πιο σίγουρα με τον εαυτό τους, και εμπλέκονται λιγότερο συναισθηματικά.

Οι δύο τελευταίες προσεγγίσεις του προβλήματος κατακτιούνται με τον χρόνο και με προσπάθεια. Επιπλέον, μέσα στον χρόνο τα μέλη της οικογένειας συχνά μαθαίνουν να είναι λιγότερο συναισθηματικά, πιο ήρεμα, πιο υπομονετικά και με περισσότερη κατανόηση.



Εικόνα 9.3 ΚΕΘΕΑ, Copyright.

9.4. Η θεραπευτική αντιμετώπιση του προβλήματος της εξάρτησης στο πλαίσιο της οικογένειας

9.4.1. Βοηθώντας τις οικογένειες να ξεπεράσουν την άρνηση του/της εξαρτημένου/ης να δεχθεί βοήθεια

Σε γενικές γραμμές τα άτομα που έχουν προβλήματα ουσιοεξάρτησης δεν αναζητούν βοήθεια, ενώ πιο συχνά δεν έχουν επίγνωση του προβλήματος. 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. Οι εκλογικεύσεις και οι προβολές είναι ένας τρόπος του χρήστη να φροντίσει το πληγωμένο «εγώ» του (Brisset, 1988· Johnson, 2004). Το πιο δύσκολο βήμα λοιπόν προς την ανάρρωση είναι το ξεπέρασμα της άρνησης και η αναγνώριση του προβλήματος. Συχνά τα μέλη της οικογένειας πιστεύουν ότι ο χρήστης είναι ικανός να διακρίνει το πρόβλημα και ότι λέει ψέματα. Το σύστημα των αμυνών του χρήστη μπορεί να τους παραλύει ή να τους κάνει να αμφιβάλλουν για την πραγματικότητα. Ο Bateson (1971) περιγράφει τη σχιζοειδική σχέση του χρήστη με την ουσία. Η άρνηση 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 διατηρηθεί η ψευδαίσθηση του ελέγχου. Κατά παράδοξο τρόπο λοιπόν η

αύξηση του προβλήματος συνδυάζεται με την σταδιακή ενίσχυση της άρνησης (Denzin, 1987). Ακόμη όμως και μετά την παραδοχή του προβλήματος ο χρήστης καθυστερεί. Οι οικογένειες αναζητούν με αγωνία τους τρόπους για να ξεπεραστεί το τείχος της άρνησης.

Οι οικογένειες δεν έχουν τις ικανότητες να οδηγήσουν τον χρήστη στη μετάβαση από τη χρήση στην παραδοχή του προβλήματος. Είναι ακινητοποιημένες, αδρανοποιημένες και εγκλωβισμένες σε μια πληθώρα αρνητικών συναισθημάτων (οργή, θυμός, αίσθημα προδοσίας, ενοχές, πικρία, ματαιώση, χαμηλή αυτοεκτίμηση) ή εξακολουθούν σε μικρό ή μεγάλο βαθμό να αρνούνται το πρόβλημα. Τα υψηλά επίπεδα του άγχους, οι ενοχές και ο έντονος φόβος για τις συνέπειες της χρήσης (θάνατος, χρέη, στιγματισμός κ.λπ.) εντείνουν τη δυσκολία αποδοχής του προβλήματος. Οι επαγγελματίες απεξάρτησης, αρχικά, καλούνται να βοηθήσουν την οικογένεια να αναγνωρίσει το πρόβλημα, να «σπάσει» η άρνηση και ο κανόνας τού «να μη μιλάς γι' αυτό». Στην προσπάθεια αυτή απαιτείται μια μη κριτική και απενοχοποιητική στάση προς τα μέλη της. Η εμπειρία άλλων οικογενειών με παρόμοια προβλήματα μπορεί να συμβάλει προς αυτήν την κατεύθυνση με την προϋπόθεση ότι τα μέλη της οικογένειας μπορούν να αντέξουν την έκθεση σε ομάδα. Επιπλέον, η αναγνώριση των προβλημάτων που δημιουργήσε η εξάρτηση, τόσο στα μέλη της οικογένειας όσο και στον χρήστη, μπορεί να ενισχύσει την προσπάθεια αυτή.

Συχνά και η ίδια η οικογένεια είναι δύσπιστη σε δυνατότητες αλλαγής με το επιχείρημα «τα έχω προσπαθήσει όλα». Η μη συγκροτημένη βέβαια χρησιμοποίηση από τα μέλη της οικογένειας διαφορετικών μεθόδων αντιμετώπισης υπό την επήρεια του άγχους, κάθε άλλο παρά αποδοτική μπορεί να είναι. Εξάλλου, οι συγκρούσεις και τα συναισθηματικά ξεσπάσματα πολλές φορές χρησιμοποιούνται από τον χρήστη σαν αφορμή για μεγαλύτερη χρήση είτε από θυμό ή αυτοοίκτο ή ακόμη θέλοντας να τιμωρήσει τον εαυτό του. Είναι σημαντικό να στοχεύουν τα μέλη της οικογένειας σε μια μετρημένη αντιπαράθεση με το εξαρτημένο μέλος, την οποία να τη διέπουν η σταθερότητα, η αμεσότητα και η αντικειμενικότητα. Απαραίτητη προϋπόθεση αποτελεί το να είναι σε θέση ο χρήστης να ακούσει, να μην νιώθει ότι του κάνουν προσωπική επίθεση και να μην προκαλείται η αμυντική του στάση, αλλά αντίθετα να κυριαρχεί η εκδήλωση γνήσιου ενδιαφέροντος για τα προβλήματά του.

9.4.2. Επεξεργασία αρνητικών συναισθημάτων

Σύμφωνα με τους Thomas et al. (1990), απαραίτητη προϋπόθεση οποιασδήποτε θεραπευτικής παρέμβασης αποτελεί το να ηρεμήσει το σύστημα και να αποκλιμακωθεί ο κύκλος χρήσης-συγκρούσεων. Συμπεριφορές που οδηγούν σε άσκοπες συγκρούσεις ή αποξένωση (γκρίνια, απειλές, σαρκαστικά ή επιτιμητικά σχόλια) αποφεύγονται, ενώ συμπεριφορές που συσφίγγουν τις οικογενειακές σχέσεις ενισχύονται. Στόχος είναι να μειωθεί η αποξένωση ανάμεσα στα μέλη της οικογένειας ή στο ζευγάρι. Αν υπάρχουν έντονα άλματα προβλήματα, ζητείται από τα μέλη της οικογένειας να τα αφήσουν στην άκρη, μέχρι να αντιμετωπιστεί το πρόβλημα της χρήσης. Είναι πολύ σημαντικό να καταλαγιάσει ο θυμός και να αρχίσουν τα μέλη να συνειδητοποιούν και να καταλαβαίνουν το πρόβλημα.

«Δεν μπορεί να κατηγορείς το εξαρτημένο από ουσίες άτομο επειδή είναι εξαρτημένο. Εκείνο που μπορεί να κάνεις είναι να το βοηθήσεις να δεχθεί τη βοήθεια που χρειάζεται» (Johnson, 2004, σελ. 19).

Επιπλέον, υπό την επήρεια έντονων συναισθημάτων είναι δύσκολο να δουν αντικειμενικά και εποικοδομητικά το πρόβλημα. Υπό την επήρεια του θυμού τα μέλη της οικογένειας ουσιαστικά αρνούνται να προσπαθήσουν για την επίτευξη αλλαγών, όσον αφορά τη χρήση και τη βελτίωση των σχέσεων μεταξύ τους. Έχει σημασία να καταλάβει η οικογένεια ότι ο χρήστης δεν κάνει χρήση ηθελημένα, αλλά γιατί αντιμετωπίζει το πρόβλημα της εξάρτησης ή πιο απλά γιατί είναι άρρωστος. Αυτή η συνειδητοποίηση βοηθάει στην υποχώρηση μέρους των αρνητικών συναισθημάτων. Επίσης, πρέπει να επιτραπεί στα μέλη της οικογένειας να εκφράσουν τον θυμό, τη ματαιώση και οποιοδήποτε άλλο αρνητικό συναίσθημα με στόχο την αποκλιμάκωσή του. Τέλος, πρέπει να βοηθιούνται τα άτομα να μην αποδίδουν την ευθύνη για τη χρήση στον εαυτό τους αλλά στο χρήστη, ξεφεύγοντας έτσι από την αδρανοποιητική δράση της ενοχής.



Εικόνα 9.4 ΚΕΘΕΑ, Copyright.

9.4.3. Περνώντας στη δράση- Δημιουργία δικτύου αντιπαράθεσης

Μετά την αποδοχή ότι ένα μέλος της οικογένειας είναι εξαρτημένο από ουσίες και την αναγνώριση των προβλημάτων που έχει δημιουργήσει η εξάρτηση, τόσο στα μέλη της οικογένειας όσο και στον χρήστη, η οικογένεια εκπαιδεύεται στην προσπάθεια ενίσχυσης της αλλαγής. Βέβαια, η αλλαγή δεν απαιτείται ούτε τα μέλη της οικογένειας αλλάζουν τις συμπεριφορές τους περιμένοντας άμεσα μια διαφορετική στάση από τον χρήστη.

Έχουν αναπτυχθεί πολλές διαφορετικές προσεγγίσεις με στόχο την κινητοποίηση του χρήστη μέσω αλλαγών στο οικογενειακό σύστημα οι οποίες ξεκινούν από κάποιο μέλος που επιδιώκει την αντιμετώπιση του προβλήματος της εξάρτησης (για μια αναλυτική περιγραφή βλέπε Μισουρίδου, 2010). Παρακάτω παρουσιάζονται συνοπτικά κάποιες στρατηγικές οι οποίες συναντιούνται σε αρκετές προσεγγίσεις:

- Ψύχραιμη αντιμετώπιση της χρήσης και υπενθύμιση των θετικών συνεπειών της αποχής στα αρχικά στάδια της χρήσης, αγνόηση του χρήστη σε περίπτωση μέθης-μεγάλης κατανάλωσης.
- Η οικογένεια αφήνει τον χρήστη να βιώσει τις αρνητικές συνέπειες της χρήσης του χωρίς να προσπαθεί να καλύψει τον χρήστη και να μειώσει τις συνέπειες (λέγοντας δικαιολογίες στον εργοδότη ή σε άλλες υπηρεσίες, μαζεύοντας την ακαταστασία, βοηθώντας τον σε φάσεις μεγάλης χρήσης). Με αυτόν τον τρόπο αποδέχεται ότι η ευθύνη για την αλλαγή είναι στα χέρια του χρήστη. Εξαιρεση βέβαια αποτελούν περιστατικά στα οποία κινδυνεύει η ζωή του χρήστη.
- Επιδοκιμασία και επιβράβευση της αποχής (αγαπημένα φαγητά, προτιμώμενα θέματα συζήτησης, φιλία, χάρια, δώρα και άλλες προσπάθειες να γίνει ευχάριστη, έκφραση θετικών συναισθημάτων, αίτημα για διατήρηση της αποχής). Η στιγμή της συζήτησης πρέπει να μην είναι τυχαία αλλά να επιλέγεται ώστε ο χρήστης να βρίσκεται σε αποχή, σε σχετικά καλή διάθεση καθώς και να υπάρχει κάποιο αίσθημα εγγύτητας μεταξύ τους.
- Αλλαγή στον τρόπο επικοινωνίας. Οι Meyers & Smith (1997) συνόψισαν την εκπαίδευση αυτή στους ακόλουθους επτά κανόνες επιτυχημένης επικοινωνίας:
 - α. Να είστε σύντομοι
 - β. Να έχετε θετική στάση
 - γ. Να είστε συγκεκριμένοι και σαφείς
 - δ. Να κατονομάζετε τα συναισθήματά σας
 - ε. Να εκφράζετε κατανόηση για την πλευρά του χρήστη
 - στ. Να δέχεστε μέρος της ευθύνης, όταν αυτό επιβάλλεται
 - η. Να προσφέρετε βοήθεια

- Οργάνωση ανταγωνιστικών δραστηριοτήτων (ευχάριστες στιγμές, χωρίς τη χρήση ουσιών).
- Αποφυγή περιστατικών βίας. Η οικογένεια εκπαιδεύεται στο να αναγνωρίζει τα συμπτώματα επερχόμενων βίαιων επεισοδίων και να αυτοπροστατεύεται με το να αποσύρεται, να εξηγεί ήρεμα στον χρήστη τους λόγους γι' αυτήν την συμπεριφορά, να αποφεύγει συμπεριφορές που οδηγούν σε συγκρούσεις (π.χ. γκρίνια, απειλές, σαρκασμός) και να μην ξεσπάει συναισθηματικά σε περιστατικά μεγάλης κατανάλωσης. Σε περιπτώσεις βίαιης συμπεριφοράς μπορεί να χρειαστεί η κλήση της αστυνομίας για να γίνει κατανοητό ότι η βίαιη συμπεριφορά δεν θα γίνει ανεκτή στο μέλλον.
- Πρόταση θεραπείας σε στιγμές κινητοποίησης του χρήστη (συνήθως μετά από μεγάλη χρήση ουσιών ή περιστατικά με έντονες αρνητικές συνέπειες, λόγω της χρήσης).
- Ανεξαρτητοποίηση (εργασία, ενδιαφέροντα ή δραστηριότητες χωρίς τη συμμετοχή του χρήστη που θα προσφέρουν ευχαρίστηση και χαλάρωση στα μέλη της οικογένειας).
- Αν η κατάλληλη αντίδραση είναι ένα τελεσίγραφο, το μέλος της οικογένειας που θα το δώσει θα πρέπει να είναι ικανό να το τηρήσει.

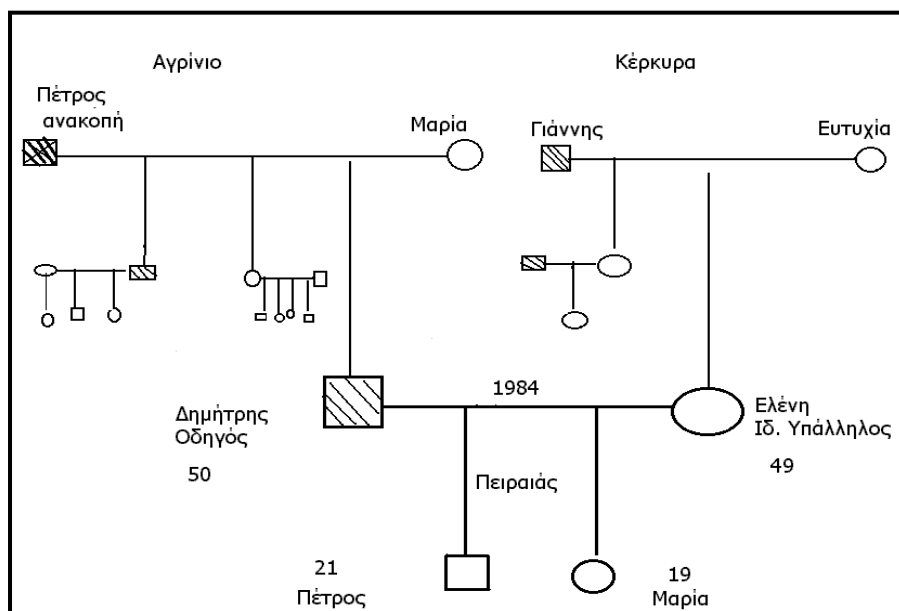
Τέλος, αξίζει να σημειωθεί ότι οποιαδήποτε αλλαγή στη συμπεριφορά μέλους της οικογένειας φέρνει αλλαγές σε ολόκληρο το οικογενειακό σύστημα. Για παράδειγμα η εύρεση εργασίας της συζύγου ή η εύρεση ενδιαφερόντων και δραστηριοτήτων χωρίς τη συμμετοχή του χρήστη μπορεί να έχει πολλαπλά θετικά αποτελέσματα για την οικογένεια, συμπεριλαμβανομένης της κινητοποίησης του χρήστη για αλλαγή.

9.4.5. Βοηθώντας τα μέλη της οικογένειας να αντιμετωπίσουν τα προσωπικά τους προβλήματα και να υποστηρίξουν την προσπάθεια του εξαρτημένου μέλους να διατηρήσει την αποχή του

Ακόμη και όταν φύγουν οι ουσίες από τη μέση, οι σχέσεις έχουν πληγωθεί. Οι γύρω μπορεί να έχουν πολλά δικά τους προβλήματα από τη χρόνια έκθεση στο άγχος και την οργάνωση της ζωής της οικογένειας γύρω από το πρόβλημα. Συχνά τα μέλη της οικογένειας εμπλέκονται σε τέτοιο βαθμό μέσα στο πρόβλημα, ώστε η αυτοαξία τους να συνδέεται με τη χρήση και την αποχή του χρήστη. Επιπλέον, το εξαρτημένο άτομο βιώνει ολοένα και μεγαλύτερη δυσφορία, κατάθλιψη, κενό, μίσος για τον εαυτό του και αυτοκαταστροφικά συναισθήματα. Πολύ συχνά στη δίνη βαθιάς κατάθλιψης, απόγνωσης, βίαιων ξεσπασμάτων οργής και απόγνωσης προβάλλει τέτοια συναισθήματα στους σημαντικούς άλλους που δυσανασχετούν για τη συμπεριφορά του. Αυτό μπορεί να τους κάνει να νιώθουν ότι οι ίδιοι είναι η αιτία του προβλήματος, να νιώθουν ολοένα πιο ένοχοι και ανεπαρκείς και να αμφιβάλουν για το αν αξίζουν σαν γονείς, σαν σύντροφοι και σαν άνθρωποι γενικότερα. Στην ουσία μπαίνουν σε έναν φαύλο κύκλο αυτοαναίρεσης που γεννά κατάθλιψη, θυμό, οργή, απελπισία σε διαφορετικά στάδια της πορείας του προβλήματος. Απαραίτητη λοιπόν προϋπόθεση αποτελεί το να μπορέσουν οι σύζυγοι, τα παιδιά, οι γονείς, οι «σημαντικοί άλλοι» να θρηνησουν, να θυμώσουν, να κλάψουν και να παρηγορηθούν από άλλους. Απαιτείται ένα ασφαλές και δεκτικό περιβάλλον μέσα στο οποίο θα επιτραπεί στις οικογένειες να εξερευνήσουν τα συναισθήματά τους, να ακουστούν και να αναγνωριστεί η πηγή του πόνου τους. Επιπλέον, η εμπειρία τους πρέπει να αναγνωριστεί και για να γίνει αποδεκτή από τον χρήστη/τρια. Τέλος, η ομαδική θεραπεία βοηθάει να σπάσει η απομόνωση και να χτιστεί φιλία και εμπιστοσύνη ανάμεσα στις οικογένειες που έχουν ανάγκη να 'καταλάβουν' την εμπειρία τους και να την ανακατασκευάσουν σε ένα πλαίσιο που τα μέλη τους να νιώθουν αποδεκτά. Μέσα στην ομάδα μοιράζονται την εμπειρία τους, τις ικανότητές τους και την ελπίδα τους για αλλαγή, αναπτύσσοντας ικανότητες και συμπεριφορές και μαθαίνοντας αποτελεσματικούς τρόπους να αντιμετωπίζουν τα προβλήματά τους (Flores, 1997).

Κατά παρόμοιο τρόπο, το άτομο που αντιμετωπίζει προβλήματα εξάρτησης επιχειρεί να νοηματοδοτήσει την εμπειρία της εξάρτησης στην προσωπική του θεραπεία. Η υποστήριξη της οικογένειας στο στάδιο αυτό είναι καθοριστική. Στην προσπάθεια ανακατασκευής της ταυτότητάς του είναι σημαντικό να καταφέρει να εκφράσει θετικά και αρνητικά συναισθήματα σε μέλη της οικογένειάς του. Τα μέλη της οικογένειας καλούνται να επαναπροσδιορίσουν τις σχέσεις μεταξύ τους. Ο θεραπευτής διευκολύνει την επικοινωνία, ώστε να υπάρξει κάποια μορφή συμφιλίωσης. Σε περίπτωση υποτροπής στο στάδιο αυτό, τα μέλη της οικογένειας καλούνται να ενεργήσουν με ψυχραιμία, ενθαρρύνοντας το άτομο να μιλήσει για αυτήν στο θεραπευτικό πλαίσιο. Όταν η υποτροπή αντιμετωπίζεται ως ολίσθημα στη διαδικασία της αλλαγής, προσφέρει σημαντικές πληροφορίες και αποτελεί αφορμή για μια πιο ουσιαστική προσπάθεια απεξάρτησης.

Ο Δημήτρης, 50 ετών, γεννήθηκε στο Αγρίνιο από τον Πέτρο και τη Μαρία. Είναι το τρίτο παιδί της οικογένειας. Ο πατέρας του ήταν αγρότης και πέθανε από ανακοπή, όταν ο Δημήτρης ήταν 20 ετών. Ο Δημήτρης τον περιγράφει ως άτομο «μαλακό» με καλή καρδιά και χιούμορ. Η μητέρα ήταν αυστηρή, τσακωνόταν συχνά με τον πατέρα, ενώ είχε αδυναμία στον πρωτότοκο γιο. Ο Δημήτρης πάντα ζήλευε τον αδελφό του για την αδυναμία που του είχε η μητέρα του. Ο αδελφός του είναι «εξωστρεφής, γυναικάς, πίνει, φέρεται άσχημα στη γυναίκα του και έχει πολλούς φίλους». Εκείνος είναι πιο «ευαίσθητος, ευγενικός και λατρεύει τη γυναίκα του». Ένωθε πάντα ότι η μητέρα του τον υποτιμούσε, γιατί δεν έμοιαζε με τον αδελφό του. Πικραινόταν γι' αυτό και κλεινόταν στον εαυτό του. Ξεκίνησε να πίνει μαζί με τον πατέρα του στην εφηβεία, ο οποίος ήταν «πατέρας και φίλος μαζί».



Εικόνα 1. Το γενεόγραμμα του Δημήτρη (τα τετράγωνα περιγράφουν το αντρικό φύλλο, οι κύκλοι το γυναικείο, το διαγραμμισμένο τετράγωνο αλκοολισμό).

Παντρεύτηκε την Ελένη, ένα χρόνο μικρότερή του, το 1984 μετά από έξι μήνες σχέσης. Ο έρωτάς τους ήταν αμοιβαίος. Ο Δημήτρης εργάζεται ως οδηγός και η Ελένη ως υπάλληλος σε σούπερ-μάρκετ. Έχουν δύο παιδιά, τον Πέτρο, 21 ετών και τη Μαρία 17 ετών. Μένουν στην ίδια μονοκατοικία με τους γονείς της Ελένης, οι οποίοι έχουν συνεχείς συγκρούσεις μεταξύ τους, εξαιτίας του αλκοολισμού του πατέρα της. Έχει πολύ κακές σχέσεις με την πεθερά του, η οποία είναι αυταρχική και ήταν από την αρχή αντίθετη στο γάμο τους, μιας και δεν ήθελε η κόρη της να έχει τη δική της τύχη. Ο ίδιος, όντας πολύ κλειστός σαν χαρακτήρας, έβρισκε παρηγοριά στο αλκοόλ στα διάφορα προβλήματα που αντιμετώπιζε. Αναφέρει τις οικονομικές δυσκολίες ως το κυριότερο πρόβλημά του για χρόνια. Επίσης, ντρεπόταν και δυσκολευόταν να διεκδικήσει το δίκιο του στη δουλειά, προσπαθώντας να είναι σωστός σε όλα σε υπερβολικό βαθμό, χωρίς όμως να του το αναγνωρίζουν. Τα τελευταία χρόνια ανέπτυξε έντονη κοινωνική φοβία με αποτέλεσμα να δυσκολεύεται να βγει με την οικογένεια σε χώρους με πολύ κόσμο. Λατρεύει τη γυναίκα του και δεν θέλει να τη χάσει. Τη θαυμάζει. Χαρακτηριστικά λέει: «την άφηνα να παίρνει πρωτοβουλίες και κρυβόμουν από πίσω». Περιγράφει την κόρη του Μαρία ως ιδιαίτερα κλειστό παιδί που του μοιάζει και τον Πέτρο ως κοινωνικό και εξωστρεφή.

Ο Δημήτρης ήρθε για θεραπεία μετά από εισαγωγή του σε γενικό νοσοκομείο σε κακή κατάσταση, λόγω της χρήσης. Η θεραπευτική μας σχέση ξεκίνησε στον Συμβουλευτικό Σταθμό. Λόγω της χαμηλής του αυτοεκτίμησης και της απελπισίας, που συχνά ένωθε για την κατάστασή του, προσπαθούσα να τον ενθαρρύνω δίνοντας έμφαση στις μικρές επιτυχίες του στις εβδομαδιαίες μας συναντήσεις. Μέσα σε λίγες εβδομάδες κατάφερε να σταθεροποιήσει την αποχή του. Η παρουσία μου ως συντονίστριας στην ομάδα

προετοιμασίας διευκόλυνε την προσαρμογή του στην ομάδα. Κατά τη διάρκεια της φάσης του κλειστού προγράμματος, εξέφρασε και επεξεργάστηκε τη δυσφορία την οποία βίωνε για χρόνια στην πατρική του οικογένεια, συνειδητοποιώντας ότι η ζήλια, η πικρία, ο θυμός και οι συγκρούσεις που μέχρι πρόσφατα είχε μαζί τους τον αναστατώνουν και τον οδηγούν στη χρήση. Η έκφραση των καταπιεσμένων συναισθημάτων τον ανακούφισε, ενώ άρχισε να βλέπει τα μέλη της οικογένειάς του σαν άτομα με ατέλειες και προτερήματα. Επίσης, συνειδητοποίησε τα προβλήματα του πατέρα του με το αλκοόλ, τα οποία μέχρι τότε αρνιόταν να δει. Στη διάρκεια της κοινωνικής επανένταξης, με διαρκή δική μου ενθάρρυνση και αφού ζήτησε την υποστήριξη της γυναίκας του προσπάθησε αρκετές φορές να βρεθεί σε χώρο με κόσμο με σταδιακά αυξανόμενη επιτυχία. Επίσης, κατάφερε να έχει επαφές με τη μητέρα του και τον αδελφό του, χωρίς συγκρούσεις ή έντονα αρνητικά συναισθήματα, αποδεχόμενος τη διαφορετικότητα του χαρακτήρα τους. Η Ελένη αναγκασμένη να δουλεύει υπερωρίες εξαιτίας των οικονομικών προβλημάτων δεν κατάφερε να συμμετάσχει στις ομάδες συγγενών. Ο Δημήτρης ολοκλήρωσε την ομαδική θεραπεία του με επιτυχία. Συνέχισε τις ατομικές συνεδρίες μαζί μου μετά από αίτημά του. Λίγο διάστημα αφού βρήκε ξανά δουλειά διέκοψε τη θεραπευτική του προσπάθεια, λόγω φόρτου εργασίας. Στις τελευταίες μας συναντήσεις επεξεργαζόμασταν τις διαπροσωπικές του σχέσεις στον επαγγελματικό χώρο, τον τρόπο που μπορεί να βάλει όρια στον όγκο δουλειάς που αναλαμβάνει και την ικανότητά του να λέει 'όχι' χωρίς να συγκρούεται.

Δύο χρόνια μετά έρχεται με υποτροπή στον Συμβουλευτικό Σταθμό. Ο γιος του κάνει χρήση ηρωίνης, ενώ η Μαρία είναι κλεισμένη στον εαυτό της και έχει σημαντική πτώση στις σχολικές της επιδόσεις. Εισάγεται ξανά στο κλειστό τμήμα. Αυτή τη φορά επεξεργάζεται δυσκολίες στη σχέση του με την Ελένη, η οποία έχει αναλάβει όλες τις ευθύνες στο σπίτι κάνοντάς τον να νιώθει «ανάπηρος». Στη διαδικασία της κοινωνικής επανένταξης ο Δημήτρης και η Ελένη παραπέμπονται στο τμήμα εφήβων για το πρόβλημα χρήσης του γιου τους με αποτέλεσμα να παρακολουθήσει ο Πέτρος το πρόγραμμα του τμήματος εφήβων. Η Ελένη -με δική μου παρότρυνση- παρακολουθεί ανελλιπώς τις ομάδες συγγενών. Έχει αρκετές ατομικές συνεδρίες με μια από τις συντονίστριες της ομάδας οικογενειών και καταφέρνει να «κάνει χώρο» στον άντρα της για να αναλάβει πρωτοβουλίες στο σπίτι, ενώ στρέφει την προσοχή της στην επικοινωνία της με την κόρη της, την οποία είχε παραμελήσει εξαιτίας της υπερβολικής ενασχόλησης με τα προβλήματα του Πέτρου. Παράλληλα, ο Δημήτρης αρχίζει να διεκδικεί μεγαλύτερες υπευθυνότητες στην οικογένεια και καταφέρνει να βάλει όρια στις απαιτήσεις του εργοδότη του.

Ένα χρόνο μετά ο Δημήτρης βρίσκεται σε αποχή από ουσίες, τα επίπεδα άγχους της Ελένης τείνουν στο φυσιολογικό, η Μαρία κατάφερε να περάσει σε μια σχολή στο ΤΕΙ Αθήνας και ο Πέτρος ξεκίνησε να δουλεύει ως οδηγός στην ίδια εταιρεία με τον πατέρα του, έχοντας ολοκληρώσει τη θεραπεία του στο τμήμα εφήβων. Η έλλειψη παρέμβασης στην οικογένεια στην πρώτη προσπάθεια θεραπείας άφησε ανεπίλυτες τις συγκρούσεις του Πέτρου και της Μαρίας και ανέκφραστα και ανεπεξέργαστα τα συναισθήματα δυσφορίας της Ελένης για τις καταστροφικές επιπτώσεις της κατάχρησης αλκοόλ στη ζωή της.

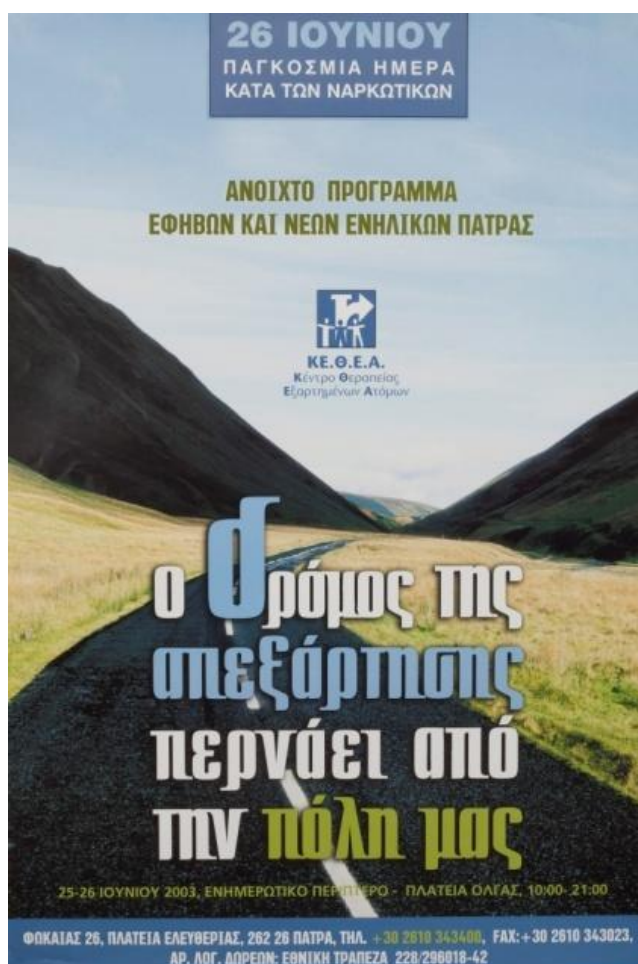
Πίνακας 9.1. *Μελέτη Περίπτωσης.*

9.5. Δυσκολίες στη συνεργασία με την οικογένεια

Οι επαγγελματίες που εργάζονται στον χώρο της απεξάρτησης δοκιμάζουν σκληρά το συναισθηματικό τους σύστημα (Coletti, 2004). Στην περίπτωση παρέμβασης στην οικογένεια ο θεραπευτής αντιμετωπίζει μια τριγωνοποιημένη σχέση (Θεραπευτής – Θεραπευόμενος - Οικογένεια) με αποτέλεσμα να αναπτύσσεται συχνά ανταγωνισμός μεταξύ θεραπευτών και οικογένειας («νέων γονιών» - φυσικών γονιών) (Φωστέρη, 2004). Απαιτείται λοιπόν επεξεργασία της συναισθηματικής αντίδρασης του θεραπευτή απέναντι στους θεραπευόμενους και στις οικογένειές τους καθώς και επεξεργασία των δυναμικών στο σύνολό τους για να επιτευχθεί η συνεργασία, τόσο με τους θεραπευόμενους όσο και με τις οικογένειές τους. Οι θεραπευτές καλούνται και οι ίδιοι να επεξεργαστούν το δικό τους προσωπικό μοντέλο για την ψυχοθεραπεία και βέβαια να ωριμάσουν μέσα από τη θεραπευτική εμπειρία. Απαραίτητη προϋπόθεση αποτελεί η αρμονική συνεργασία της θεραπευτικής ομάδας και η συλλογική αποδοχή της αναγκαιότητας της οικογενειακής παρέμβασης, ώστε να μην 'ακυρώνει' ο ένας θεραπευτής τις θεραπευτικές παρεμβάσεις του άλλου.

9.6. Η σημασία της φιλοσοφίας του θεραπευτικού πλαισίου για τη συμμετοχή της οικογένειας στη θεραπευτική αντιμετώπιση χρήσης/κατάχρησης ουσιών

Σύμφωνα με τους Copello & Orford (2002), όταν προσφέρεται κάποια μορφή υποστήριξης εστιασμένη σε αυτούς που ενδιαφέρονται άμεσα για τον χρήστη/τρια, η παρέμβαση αυτή είναι τις περισσότερες φορές κακοσχεδιασμένη, πρόχειρη και περιορισμένη. Ο Miller (2003) -συγγραφέας της «κινητοποιητικής συνέντευξης»- και η Barnard στο βιβλίο «εξάρτηση από ναρκωτικά και οικογένειες» (2007) επισημαίνουν ότι πίσω από αυτή την πρακτική κρύβεται η πεποίθηση ότι τα μέλη της οικογένειας είναι συμπληρωματικά και όχι κεντρικά στη θεραπεία της εξάρτησης μιας και οι υπηρεσίες απεξάρτησης είναι θεμελιωμένες σε πολιτικές και πρακτικές φιλοσοφικά επικεντρωμένες στο άτομο. Έτσι, οι επαγγελματίες απεξάρτησης βλέπουν τον χρήστη, οι κοινωνικοί λειτουργοί τα παιδιά των χρηστών, άλλοι θεραπευτές τα υπόλοιπα μέλη που αντιμετωπίζουν προβλήματα με αποτέλεσμα το ίδιο το σύστημα να τμηματοποιεί (να «σπάξει») την οικογένεια στα άτομα που την αποτελούν. Επιπλέον, οι επαγγελματίες απεξάρτησης εργαζόμενοι σε ατομοκεντρικά πλαίσια δεν είναι εκπαιδευμένοι στην αντιμετώπιση της οικογένειας και, όταν επιχειρούν μια τέτοια παρέμβαση, συχνά βιώνουν διλήμματα όσον αφορά στη σχέση εμπιστοσύνης με τον ασθενή φοβούμενοι ότι μπορεί να διακινδυνεύσουν τη σχέση τους μαζί του. Κατανοώντας τον φόρτο εργασίας των εργαζομένων στα κέντρα απεξάρτησης, οι Copello & Orford ισχυρίζονται ότι απαιτείται μια μετάβαση από την προσέγγιση του χρήστη ως ατόμου στην προσέγγισή του ως μέλος μιας οικογένειας και ενός ευρύτερου κοινωνικού περιβάλλοντος. Έτσι λοιπόν δεν απαιτούνται περισσότερες 'εργατο-ώρες' για τους θεραπευτές της απεξάρτησης αλλά μια αλλαγή στην φιλοσοφία της προσέγγισης της ίδιας της ουσιοεξάρτησης, ώστε να βοηθηθεί η ακινητοποιημένη, τρομοκρατημένη, ντροπιασμένη και ένοχη ομάδα που βασανίστηκε για χρόνια από το πρόβλημα της εξάρτησης να κοιτάξει με ελπίδα προς το μέλλον.



Εικόνα 9.5 ΚΕΘΕΑ, Copyright.

Σύνοψη

- Η εξάρτηση αποτελεί μια τραυματική εμπειρία για όλα τα μέλη της οικογένειας, τα οποία εκδηλώνουν υψηλά επίπεδα ψυχολογικής και σωματικής νοσηρότητας.
- Η οικογένεια συχνά δεν αποδέχεται το πρόβλημα της εξάρτησης, όπως και το εξαρτημένο μέλος αρνείται τη χρήση. Απαιτείται μια μη κριτική, απενοχοποιητική στάση προς τα μέλη της ώστε να επιτευχθεί μια μερική έστω αποδοχή του προβλήματος και να ξεκινήσει η συνεργασία μαζί της.
- Απαραίτητη προϋπόθεση οποιασδήποτε προσπάθειας κινητοποίησης για αλλαγή αποτελεί το να ηρεμήσει το σύστημα και να αποκλιμακωθεί ο κύκλος χρήσης-συγκρούσεων.
- Τα μέλη της οικογένειας μαζί με την ελπίδα για αλλαγή νιώθουν συχνά έντονα συναισθήματα για τις καταστροφικές συνέπειες του χρόνιου προβλήματος της εξάρτησης στην οικογένειά τους. Είναι λοιπόν απαραίτητο να μπορέσουν να εκφράσουν αυτά τα συναισθήματα (πικρία, θυμό, μνησικακία, πόνο), ώστε να διευκολυνθεί η επικοινωνία τόσο με το εξαρτημένο μέλος όσο και μεταξύ τους.
- Η κινητοποίηση για αλλαγή απαιτεί μια μετρημένη αντιπαράθεση με το εξαρτημένο μέλος, την οποία να τη διέπουν η σταθερότητα, η αμεσότητα και η αντικειμενικότητα. Απαραίτητη προϋπόθεση αποτελεί το να είναι σε θέση ο χρήστης να ακούσει, να μην νιώθει ότι του κάνουν προσωπική επίθεση και να μην προκαλείται η αμυντική του στάση, αλλά αντίθετα, να κυριαρχεί η εκδήλωση γνήσιου ενδιαφέροντος για τα προβλήματά του.
- Όταν επιτυγχάνεται η αποχή αρχίζουν να αναδύονται άλυτα θέματα και συγκρούσεις τα οποία κάλυπτε μέχρι τη χρονική εκείνη στιγμή η χρήση. Απαιτείται υποστήριξη των μελών της οικογένειας ώστε να αντιμετωπίσουν αυτά τα θέματα, να νοηματοδοτήσουν το τραυματικό παρελθόν της εξάρτησης και να επαναπροσδιορίσουν τους τρόπους που σχετίζονται μεταξύ τους.

Βιβλιογραφικές αναφορές

- Abosh, B., Collins, A. (1996) *Mental Illness in the Family: Issues and Trends*. Canada: Toronto Press.
- Barnard, M. (2007) *Drug Addiction and Families*. London: Jessica Kingsley Publ.
- Bateson, G., Jackson, D.D., Haley, J., Weakland, J. (1956) Toward a theory of schizophrenia. *Behavioural Science*, 1:251-264.
- Bateson, G. (1971) The cybernetics of 'self': A theory of alcoholism. *Psychiatry*, 34: 1-18.
- Billings, A.G., Moos, R.H. (1983) Psychosocial processes of recovery among alcoholics and their families: Implications for clinicians and program evaluators. *Addictive Behaviors*, 8:205-218.
- Brisset, D. (1988) Denial in alcoholism: a sociological interpretation. *Journal of Drug Issues*, 18:385-402.
- Brooks, C.S., Rice, K.F. (1997) *Families in Recovery-Come full circle*. Baltimore: Paul H. Brookes.
- Cancrini, L. (1994) The psychopathology of drug addiction: a review. *Journal of Drug Issues*, 24(4):597-622.
- Cermak, T. (1991) The Relationship between Codependence and Narcissism. In T.M. Rivinus (ed.) *Children of Chemically Dependent Parents: Multiperspectives from the Cutting Edge*. US: Brunner/Mazel.
- Coletti, M. (2004) Η θέση του επαγγελματία υγείας στο χώρο των ουσιοεξαρτήσεων στην αρχή της τρίτης χιλιετίας. Στο Λιάππας, Ι.Α. και Πομίνοι, Β. (εκδ.) *Ουσιοεξάρτηση-Σύγχρονα θέματα*. Αθήνα: ΙΤΑΚΑ (Σύλλογος των Ευρωπαίων Επαγγελματιών του Χώρου της Ουσιοεξάρτησης).
- Copello, A., Orford, J., Hodgson, R., Tober, G., Barrett, C. (2002) Social Behaviour and network therapy – Basic principles and early experiences. *Addictive Behaviors*, 27:345-366.
- Copello, A., Orford, J. (2002) Addiction and the family: Is it time for services to take notice of the evidence? *Addiction*, 97(11):1361-1363.

- Copello, A.G., Velleman, R., Templeton, L. (2005) Family interventions in the treatment of alcohol and drug problems. *Drug and Alcohol Review*, 24:369-385.
- Corless, J., Mirza, K.A.H., Steinglass, P. (2009) Editorial: Family therapy for substance misuse: the maturation of a field. *Family Therapy Journal*, 31, 109-114.
- Denzin, N.K. (1987) *The alcoholic self*. US: SAGE.
- Flores, P.J. (1997) *Group Psychotherapy with Addicted Populations*. New York: Haworth Press.
- Fromm-Reichmann, F. (1948) Notes on the development of treatment of schizophrenics by psychoanalytic psychotherapy. *Psychiatry*, 11:263-273.
- Halford, W.K., Price, J., Kelly, A.B., Bouma, R., Young, R. (2001) Helping the female partners of men abusing alcohol: A comparison of the three treatments. *Addiction*, 96:1497-1508.
- Hatfield, A.B. (1996) *Out of the ashes of mental illness... A new life*. In B. Abosh & A. Collins (eds) *Mental Illness in the Family: Issues and Trends*. Canada: Toronto Press.
- Hoffman, J.P. (1995) The effects of family structure and family relations on adolescent marijuana use. *The International Journal of the Addictions*, 30(10):1207-1241.
- Johnson, V.E. (2004) *Εξάρτηση και Παρέμβαση-Ξεπερνώντας την άρνηση κάποιου να δεχτεί βοήθεια: Ένας οδηγός για συγγενείς και φίλους εξαρτημένων ατόμων*. Αθήνα: Δίοδος.
- Klagsbrun, M., Davis, D.I. (1998) Substance abuse and family interaction. *Family Process*:1-11.
- Kroll, B. (2004) Living with an elephant: Growing up with parental substance abuse. *Child and Family Social Work*, 9:129-140.
- Κούπερ, Ντ. (1976) *Ο θάνατος της Οικογένειας*. Αθήνα: Καστανιώτη.
- Lefley, H.P. (1989) Family burden and family stigma in major mental illness. *American Psychologist*, 44:556-560.
- Μάτσα, Κ. (2003) Βία, περιθώριο, στιγματισμός. Οι συντεταγμένες της ζωής και της σχέσης των τοξικομανών μητέρων και των παιδιών τους. *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 82: 8-17.
- Meyers, R.J., Smith, J.E. (1997) Getting off the fence: Procedures to engage treatment-resistant drinkers. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 15(5):467-472.
- Miller, T., Velleman, R., Rigby, K., Orford, J., Tod, A., Copello, A., Benett, G. (1997) The use of vignettes in the analysis of interview data: Relatives of people with drug problems. In Hayes N. (ed) *Doing Qualitative Analysis in Psychology*. UK: Psychology Press.
- Miller, W.R. (2003) A collaborative approach to working with families. *Addiction*, 98: 5-6.
- Missouridou, E. (1999) *The process of relapse and recovery after treatment for problem drug use*. Unpublished PhD Thesis, University of Manchester.
- Μισουρίδου, Ε. (2004) Εξάρτηση και μητρότητα: Βασική φροντίδα και θεραπευτικές προσεγγίσεις. *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 88:59-64.
- Μισουρίδου, Ε. (2010) Η αναγκαιότητα της συμμετοχής της οικογένειας στη θεραπευτική διαδικασία της απεξάρτησης. *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 109, 109-117.
- Orford, J., Rigby, K., Miller, T., Tod, A., Benett, G., Velleman, R. (1992) Ways of coping with excessive drug use in the family: A provisional typology based on the accounts of 50 close relatives. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 2:163-183.
- Orford, J., Natera, G., Davies, J., Nava, A., Mora, J., Rigby, K., Bradbury, C., Bowie, N., Copello, A., Velleman, R. (1998) Tolerate, engage or withdraw: A study of the structure of families coping with alcohol and drug problems in South West England and Mexico City. *Addiction*, 93(12):1799-1813.

- Rivinus, T.M. (1991) Psychoanalytic Theory and Children of Chemically Dependent Parents: Ships passing in the night? In TM Rivinus (ed.) *Children of Chemically Dependent Parents: Multiperspectives from the cutting edge*. US: Bruner Mazel.
- Sisson, R.W., Azrin, N.H. (1986) Family-member involvement to initiate and promote treatment of problem drinkers. *Journal of Behavioral Therapy and Experimental Psychiatry*, 17(1):15-21.
- Stafford, D., Hodgkinson, L. (1991) *Codependency: How to break free and live your own life*. London: Piatkus.
- Stanton, M.D., Todd, T.C. (1982) *The family therapy of drug abuse and addiction*. New York: Guilford Press.
- Thomas, E.J., Adams, K.B., Yoshioka, M.R., Ager, R.D. (1990) Unilateral Relationship Enhancement in the treatment of spouses of uncooperative alcoholics. *The American Journal of Family Therapy*, 18(4):334-344.
- Toumbourou, J.W., Blyth, A., Bamberg, J., Forer, D. (2001) Early impact of the BEST intervention for parents stressed by adolescent substance abuse. *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 11:291-304.
- Velleman, R., Benett, G., Miller, T., Orford, J., Rigby, K., Tod, A. (1993) The families of problem drug users: a study of 50 close relatives. *Addiction*, 88:1281-1289.
- Πομίни, Β. (2004) Οικογένεια και χρήση ουσιών: μοντέλα αλληλοεπίδρασης και θεραπευτικές προσεγγίσεις. Στο Λιάππας Ι.Α. και Πομίни Β. (εκδ.) *Ουσιοεξάρτηση-Σύγχρονα θέματα*. Αθήνα: ΙΤΑΚΑ (Σύλλογος των Ευρωπαϊκών Επαγγελματιών του Χώρου της Ουσιοεξάρτησης).
- Φωστέρη, Μ. (2004) Η συνεργασία με την οικογένεια του εξαρτημένου ατόμου στα πλαίσια της θεραπευτικής κοινότητας. Στο Λιάππας Ι.Α. και Πομίни Β. (εκδ.) *Ουσιοεξάρτηση-Σύγχρονα θέματα*. Αθήνα: ΙΤΑΚΑ (Σύλλογος των Ευρωπαϊκών Επαγγελματιών του Χώρου της Ουσιοεξάρτησης).

Χρήσιμο οπτικοακουστικό και έντυπο υλικό στο διαδίκτυο

- https://www.youtube.com/watch?v=sdt2U_avc40
Βίντεο από τον οργανισμό Substance Abuse and Mental Health Administration (SAMHSA) για τη θεραπεία οικογένειας με προβλήματα εξάρτησης (Μέρος 1)
- <https://www.youtube.com/watch?v=MI9P0JGY5Qw>
Βίντεο από τον οργανισμό Substance Abuse and Mental Health Administration (SAMHSA) για τη θεραπεία οικογένειας με προβλήματα εξάρτησης (Μέρος 2)
- <https://www.youtube.com/watch?v=DOUKJBdouSA>
Βίντεο από τον οργανισμό Substance Abuse and Mental Health Administration (SAMHSA) για τη θεραπεία οικογένειας με προβλήματα εξάρτησης (Μέρος 3)
- <https://www.youtube.com/watch?v=f0ZyRDN91nU>
Βίντεο από τον οργανισμό Substance Abuse and Mental Health Administration (SAMHSA) για τη θεραπεία οικογένειας με προβλήματα εξάρτησης (Μέρος 4)
- <https://www.youtube.com/watch?v=OASZOvmdiGs>
Βίντεο από τον οργανισμό Substance Abuse and Mental Health Administration (SAMHSA) για τη θεραπεία οικογένειας με προβλήματα εξάρτησης (Μέρος 5)

- <https://www.youtube.com/watch?v=7gxVI3dQHEM>

Βίντεο από τον οργανισμό Substance Abuse and Mental Health Administration (SAMHSA) για τη θεραπεία οικογένειας με προβλήματα εξάρτησης (Μέρος 6)

- <https://www.youtube.com/watch?v=3P0D1KryL3A>

Βίντεο από τον οργανισμό Substance Abuse and Mental Health Administration (SAMHSA) για τη θεραπεία οικογένειας με προβλήματα εξάρτησης (Μέρος 7)

- <https://www.youtube.com/watch?v=8AxqcRZQ6ZM>

Βίντεο από τον οργανισμό Substance Abuse and Mental Health Administration (SAMHSA) για τη θεραπεία οικογένειας με προβλήματα εξάρτησης (Μέρος 8)

- https://www.youtube.com/watch?v=eSE1_k7gD6Y&list=PLKfmjv_62m2uelz7BS54akyiCpj2ndYiK&index=1

Βίντεο το οποίο περιγράφει τους βασικούς άξονες του μοντέλου οικογενειακής θεραπείας του Salvador Minuchin.

URL Εκπαιδευτικού Υλικού Κεφαλαίου 9

Οι διαφάνειες του Κεφαλαίου 9 βρίσκονται στην ακόλουθη σελίδα στον Ελληνικό Συσσωρευτή Ακαδημαϊκών Ηλεκτρονικών Βιβλίων του ΣΕΑΒ: <http://repfiles.kallipos.gr/file/23565>

Κεφάλαιο 10

Εξάρτηση και μητρότητα

Εισαγωγή

Στη Διεθνή βιβλιογραφία τονίζεται η ανάγκη για προγράμματα ευαίσθητα στις ιδιαιτερότητες του γυναικείου πληθυσμού (SAMHSA, 2009· Simpson & McNulty, 2008). Οι ανάγκες των γυναικών δεν καλύπτονται στα υπάρχοντα προγράμματα, κάτι το οποίο φαίνεται από τη μειωμένη συμμετοχή τους σε προγράμματα τόσο απεξάρτησης όσο και χορήγησης υποκαταστάτων. Οι γυναίκες συχνά δυσκολεύονται σε πλαίσια σχεδιασμένα για τον αντρικό πληθυσμό και προσανατολισμένα σε παρεμβάσεις αντιπαράθεσης. Έχοντας εκτεθεί σε βίαιες συμπεριφορές στο παρελθόν τους, οι εξαρτημένες γυναίκες βρίσκουν συχνά τέτοια πλαίσια ιδιαίτερα απειλητικά ή διαπιστώνουν πως δεν καλύπτουν τις ανάγκες τους (Brooks & Rice, 1997). Χαρακτηριστική είναι η στάση των θεραπειών απεξάρτησης που θεωρούν ότι οι γυναίκες επικεντρώνονται στην ικανοποίηση των αναγκών των άλλων και του περιβάλλοντός τους και όχι του εαυτού τους. Όταν οι γυναίκες μιλούν για τις ανησυχίες τους, για τα παιδιά τους, συχνά δεν ακούγεται η φωνή τους. Φαίνεται όμως πως η σχέση με το παιδί ή τα παιδιά παίζει τέτοιο σημαντικό ρόλο που αυτή η στάση ουσιαστικά αγνοεί τις ανάγκες των εξαρτημένων μητέρων καθώς και των παιδιών τους. Η μητρότητα σηματοδοτεί ένα πολύ σημαντικό κομμάτι της ζωής τους, άμεσα συνδεδεμένο με τη γυναικεία ταυτότητα και τις ανάγκες τους.

Στο κεφάλαιο αυτό αρχικά εξετάζονται τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της γυναικείας εξάρτησης. Στη συνέχεια αναλύεται η διαδικασία της εγκυμοσύνης, της γέννησης και της φροντίδας ενός παιδιού στο πλαίσιο της εξάρτησης. Επιπλέον, παρουσιάζονται κατευθυντήριες οδηγίες για την προσέγγιση των γυναικών με προβλήματα εξάρτησης κατά την προγεννητική και την περιγεννητική φροντίδα τους από τους επαγγελματίες υγείας. Τέλος, συζητούνται οι μακροπρόθεσμες παρεμβάσεις οι οποίες απαιτούνται για τη δημιουργία ενός υποστηρικτικού δικτύου γύρω από τη μητέρα και το παιδί της.



Εικόνα 10.1 ΚΕΘΕΑ, Copyright.

10.1. Εξάρτηση και γυναίκα

Συχνά τονίζεται ότι οι γυναίκες έχουν κοινωνικοποιηθεί μέσα από την επικράτηση και διαίωση εξαρτητικών ρόλων. Η κατωτερότητα του γυναικείου φύλου, τόσο η βιολογική όσο και η ηθική, η ταύτιση της γυναίκας με τη φύση και του άντρα με τον πολιτισμό, έχουν αποτελέσει αντικείμενο έρευνας και συγγραφικής δραστηριότητας πολλών επιστημόνων (Μπακαλάκη, 1994· Rosaldo & Lamphere, 1974· Ιγγλέση, 1994). Φεμινίστριες ερευνήτριες - 'feminist research' - παρατηρούν τον φόβο της γυναίκας μπροστά στην επιτυχία, τη δυσκολία της να λειτουργήσει ανεξάρτητη, το γυναικείο χάσμα στην πραγμάτωση, τη χαμηλή αυτοεκτίμηση των κοριτσιών στο σχολείο παρά τις άριστες επιδόσεις τους και την έλλειψη εμπιστοσύνης στις ικανότητές τους.

Η Nancy Chodorow (1974) στην προσπάθεια διερεύνησης της ψυχοσεξουαλικής ανάπτυξης της γυναίκας και της φυλετικής της ταυτότητας τονίζει τη σημασία της σχέσης με τη μητέρα ως την κρίσιμη διαφοροποιητική εμπειρία του φύλου. Σε παγκόσμια κλίμακα οι μητέρες είναι υπεύθυνες για την πρώιμη φροντίδα των παιδιών. Η μητέρα σχετίζεται διαφορετικά με το κορίτσι από ό,τι με το αγόρι. Ταυτίζεται με την κόρη της, ως προέκταση του ίδιου της του εαυτού, συγχέοντας τα όρια μεταξύ τους και δείχνοντας πιο συχνά προθυμία στο να βοηθήσει την κόρη της στη διαδικασία εξατομίκευσης. Αντίθετα, ενθαρρύνει τον «ανδρισμό» και την ανεξαρτησία του γιου της, ο οποίος πρέπει να απορρίψει την εξάρτηση από τη μητέρα και να αρνηθεί την τρυφερότητα αυτής της σχέσης και την ταύτιση μαζί της στην εύρεση της φυλετικής του ταυτότητας.

Η σύγχυση των ορίων στη σχέση μητέρας κόρης, η δυσκολία της κόρης να ξεχωρίσει τον εαυτό της από τη μητέρα της αλλά και το αντίστροφο συνεπάγεται την οδύνη τού να μην μπορεί να ξεχωρίσει η γυναίκα τον εαυτό της από τον υπόλοιπο κόσμο κι έτσι να νιώθει ενοχή και ευθύνη για καταστάσεις τις οποίες δεν προκάλεσε η ίδια με τις πράξεις της, ακόμη και για καταστάσεις τις οποίες η ίδια δεν θα είχε την ικανότητα να επηρεάσει. Αποφεύγοντας τις γενικεύσεις και εκτιμώντας τη σημασία της σχέσης με τον πατέρα στην κοινωνικοποίηση του κοριτσιού, πρέπει να τονίσουμε τη σημασία του διαφορετικού μεγάλωματος, της κοινωνικής μάθησης των φυλετικών ρόλων σε οποιαδήποτε προσπάθεια προσέγγισης της γυναικείας ταυτότητας.



Εικόνα 10.2 Βιδάλη Στ., δραματοθεραπεύτρια «18 ANΩ», CC BY-NC-ND 3.0.

Κεντρικό λοιπόν ζήτημα σε κάθε προσέγγιση της γυναικείας εξάρτησης «πρέπει» να αποτελεί η γυναικεία ταυτότητα. Η εξαρτημένη γυναίκα συχνά νιώθει ως ελλειμματική την ταυτότητά της, ενώ υιοθετεί ανδροπρεπείς συμπεριφορές ή γίνεται επιθετική πολλές φορές με βίαιες εκρήξεις θυμού, συμπεριφορές που την έχουν βοηθήσει να επιβιώσει στον σκληρό κόσμο των ναρκωτικών. Πίσω από την «αντρική μάσκα» και την προκλητική συμπεριφορά της, η εξαρτημένη γυναίκα κρύβει την τεράστια οδύνη που βιώνει στη ζωή με την ουσία. Μια ζωή, που χαρακτηρίζεται από το διπλό δεσμό στη σχέση με την ουσία, την προσπάθεια ελέγχου της εξάρτησης από την ουσία (Bateson, 1971), τόσο αμείλικτη και εγκλωβιστική που δυστυχώς συχνά την οδηγεί στον θάνατο.

Εξαρτημένες από τα ναρκωτικά οι γυναίκες περιγράφονται ως παρορμητικές, απεγνωσμένες, εγωίστριες, επικίνδυνες, μολυσμένες, ενώ συχνά καταφεύγουν στην πορνεία. Χαμηλή αυτο-εκτίμηση, αυξημένο ποσοστό σεξουαλικής δυσλειτουργίας, ποσοστά ψυχοπαθολογίας υψηλότερα από αυτά των ανδρών, έλλειψη υποστηρικτικού δικτύου σχέσεων, κοινωνική απομόνωση, παρελθόν σωματικής κακοποίησης, αυτοκαταστροφική συμπεριφορά και αυτοκτονικότητα συνθέτουν την εικόνα της εξαρτημένης γυναίκας και των προβλημάτων της στη διεθνή βιβλιογραφία. Κεντρικό ρόλο στον χαοτικό τρόπο της ζωής της παίρνει συχνά η εξαρτητική σχέση με σύντροφο χρήστη ουσιών, αυτό που αποκαλούμε συνεξάρτηση. Ενώ οι άντρες εξαρτημένοι αποσύρονται ευκολότερα από τη σχέση με μια εξαρτημένη γυναίκα, οι γυναίκες εμπλέκονται βαθύτερα στο πρόβλημα του συντρόφου τους, έχοντας πολύ μεγαλύτερη δυσκολία να διαλύσουν τη σχέση αυτή και να ξεκινήσουν μια καινούρια ζωή.

Ο Cermak (1991) παραλληλίζει τη σχέση ναρκισσισμού και συνεξάρτησης ως τη συμπληρωματική σχέση του Νάρκισσου και της Ηχώ, μιας σχέσης καθρεφτίσματος του ενός από τον άλλο. Ο Νάρκισσος, ο οποίος αρνιόταν να δείξει αγάπη σε οποιονδήποτε τον ερωτευόταν, καταδικάστηκε από τη Νέμεση να ερωτευθεί τον εαυτό του και έτσι να βιώσει την ίδια μοίρα με αυτούς στους οποίους αρνιόταν την αγάπη του, ενώ η Ηχώ καταδικάστηκε με την κατάρρα της Ήρας να μην μπορεί να μιλήσει παρά να επαναλαμβάνει τα λόγια των άλλων. Το τραγικότερο σημείο της κατάρρας ήταν ο έρωτάς της για το Νάρκισσο. Παρότι κεντρική θέση σε όλες της ψυχοδυναμικές προσεγγίσεις της τοξικοεξάρτησης κατέχουν ζητήματα ναρκισσισμού, στην εξαρτημένη γυναίκα, σε αντίθεση από τον άνδρα, παρατηρούμε τόσο προβλήματα που σχετίζονται με τον ναρκισσισμό της όσο και με τη συνεξαρτητική σχέση. Για τον Νάρκισσο παύει ο Άλλος να υπάρχει, ενώ για την Ηχώ, η οποία αποτελεί τον καθρέφτη του μεγαλείου του Νάρκισσου, η διάλυση της σχέσης απειλεί την ίδια της την ύπαρξη. Ο Cermak τονίζει ότι ο συνεξαρτημένος δεν επιτυγχάνει την ψευδο-αυτονομία του «νάρκισσου» με αποτέλεσμα να απειλείται η ύπαρξή του σε κάθε προσπάθεια αυτονόμησης και διαφοροποίησης μέσα στη σχέση.

10.2. Εξάρτηση και μητρότητα

Η γυναίκα δεν γεννιέται μητέρα αλλά γίνεται μέσα από μια δυναμική διαδικασία που εξαρτάται από πολλούς εσωτερικούς (φαντασιώσεις, ψυχική υγεία) και εξωτερικούς παράγοντες. Η εγκυμοσύνη είναι μια περίοδος κατά την οποία η μέλλουσα μητέρα έχει το περιθώριο να επεξεργασθεί τον καινούριο της ρόλο και να αναπτύξει την ταυτότητά της ως μητέρα. Είναι μια περίοδος στην οποία θυμάται τις εμπειρίες της παιδικής της ηλικίας και προετοιμάζεται για τον ερχομό του παιδιού. Όταν το παιδί γεννιέται, οι φαντασιώσεις και οι προσδοκίες της συναντούν την πραγματικότητα του παιδιού. Οι απαιτήσεις ενός παιδιού μπορεί να είναι τρομακτικά μεγάλες ακόμη και για μια σχετικά καλά προετοιμασμένη μητέρα.

Η εγκυμοσύνη και η γέννηση ενός παιδιού αποτελούν περιόδους κρίσης και ιδιαίτερης ευαισθησίας, οι οποίες κυφορούν τη δυνατότητα αλλαγής και «μεγαλώματος». Απαιτούν όμως μεγάλα αποθέματα ενέργειας, υλικής και ψυχολογικής υποστήριξης, και βέβαια εκείνη την αίσθηση της αυτό-αποτελεσματικότητας που επιτρέπει την αντιμετώπιση των δραματικών αλλαγών στη σωματική, ψυχική και κοινωνική σφαίρα. Έχοντας μεγαλώσει σε οικογένειες με πολλά προβλήματα και έντονη συγκρουσιακή ατμόσφαιρα ή υιοθετημένες ή σε ιδρύματα, οι εξαρτημένες μητέρες έχουν συχνά βιώσει την έλλειψη αγάπης και φροντίδας στην παιδική τους ηλικία, τη μικρή ή μεγάλη έλλειψη εκείνου του αναγκαίου δεσμού με τους σημαντικούς Άλλους, ενός δεσμού εμπιστοσύνης που διακρίνεται για τη σταθερότητα και τη συνέχειά του στον χρόνο, που διαμορφώνει την προσωπικότητα του παιδιού και αποτελεί το πολύτιμο εφόδιο στην επίλυση ενδοψυχικών συγκρούσεων και ανάπτυξης σε ένα κοινωνικό πλαίσιο αντιφατικό και συχνά σκληρό ή αδιάφορο στα προβλήματα των πιο ευαίσθητων μελών του. Σύμφωνα με τη Μάτσα (2011) αυτό που λείπει στην πρώιμη σχέση εξαρτημένης μητέρας-παιδιού είναι ο ενθουσιασμός και η αμοιβαία απόλαυση αυτής της σχέσης, τα οποία συμβάλλουν καθοριστικά στην ομαλή ψυχολογική ανάπτυξη του παιδιού.

«Δυστυχώς η μητέρα μου δεν μου μετέδωσε την ασφάλεια να σηκώσω το μωρό, να του κάνω μπάνιο... γιατί η μητέρα μου δεν είχε πάρει ποτέ μητρική αγάπη. Μεγάλωσε με τη θεία της, δεν της προσφέρθηκε ποτέ μητρική αγάπη κι έτσι δεν ήξερε πώς να δώσει μητρική αγάπη... Υπήρχε αυτή η έλλειψη... δυστυχώς νομίζω ότι έλειπε η φροντίδα, η προσοχή, να γυρίζεις πίσω και να γίνεσαι παιδί, το παιχνίδι... κι έτσι το πέρασα στις κόρες μου, όχι σκόπιμα (δεν το ήθελα), καταλαβαίνεις...».

Galera, S.A.F., Bernal, M.C.R., O'Brien, B. (2005) Women living in a drug (and violence) context - the maternal role. *RevLatino-am Enfermagem*, 13:1142-7. (σελ. 1145-1146)

Πίνακας 10.1 Μητρότητα και διαγενεακή επιρροή.

Συνήθως η εγκυμοσύνη γίνεται αντιληπτή σε προχωρημένο στάδιο είτε λόγω της αμηνόρροιας και της ψευδούς πεποίθησης ότι επειδή κάνουν χρήση ναρκωτικών δεν υπάρχει πιθανότητα να μείνουν έγκυες είτε λόγω της παραμέλησης και έκθεσης τους σώματός τους στη σεξουαλική επαφή χωρίς αντισυλληπτικές προφυλάξεις παρότι ο κίνδυνος μόλυνσης από σεξουαλικά μεταδιδόμενες ασθένειες είναι πραγματικά πολύ μεγάλος στις σχέσεις τους. Η εξαρτημένη γυναίκα μπορεί να μην επιθυμεί τη γέννηση ενός παιδιού και να επιδιώξει την άμβλωση. Συχνά όμως επιθυμεί τη μητρότητα, μια επιθυμία που συνυπάρχει με τη φαντασίωση του παιδιού ως λυτρωτή από τη δύσκολη ζωή της στα ναρκωτικά και που τελικά την κινητοποιεί προς την κατεύθυνση της προστασίας του εαυτού της και την επίλυση των προβλημάτων της. Το παιδί, ως σημείο αναφοράς στο πραγματικό, θα αποκαταστήσει τη χαμένη ενότητα και θα της δώσει τον σκοπό που της διαφεύγει (Ρήγα 1991). Ο ενθουσιασμός αυτός βέβαια πολλές φορές «ξεφουσκώνει» γρήγορα μετά τη γέννηση του παιδιού, όταν συνειδητοποιεί τις τεράστιες απαιτήσεις του καινούργιου της ρόλου και τη δυσκολία της να ανταποκριθεί σ' αυτόν. Κι εκεί βιώνει το δίλημμα «το παιδί ή την ουσία», το οποίο χαρακτηρίζει την αμφίθυμη στάση της προς το βρέφος.



Εικόνα 10.3 ΚΕΘΕΑ, Copyright.

«Πολλές σκέψεις πέρασαν από το μυαλό μου και είπα στον εαυτό μου «Τώρα έχεις μια ευκαιρία να αλλάξεις ζωή, έτσι τώρα πρέπει να πάρεις μια απόφαση. Θα κρατήσεις το παιδί ή θα κάνεις έκτρωση;» Έπρεπε να σκεφτώ σοβαρά. Αυτή είναι μια ευκαιρία για μια καινούρια ζωή».

Söderström, K. (2011) Mental preparation during pregnancy in women with substance addiction: a qualitative interview-study. *Child and Family Social Work* 2012, 17, pp 458–467. doi:10.1111/j.1365-2206.2011.00803.x (σελ. 462).

Πίνακας 10.2 Εγκυμοσύνη και χρήση ουσιών

Όταν παρά τα πολλαπλά προβλήματα υγείας και παραμέλησης του σώματος τους, οι εξαρτημένες χρήστριες φέρνουν στον κόσμο ένα παιδί, το παιδί συχνά παρουσιάζει στερητικό σύνδρομο ή άλλα προβλήματα (σε ένα μικρό ποσοστό ηπατίτιδα Β ή C), προβλήματα που τη γεμίζουν ενοχές και πλήττουν ακόμη περισσότερο την χαμηλή αυτό-εκτίμησή της. Σε περίπτωση στερητικού συνδρόμου, το βρέφος δεν απαντά άμεσα στα ερεθίσματα του περιβάλλοντος και η μητέρα πρέπει να κάνει ακόμη μεγαλύτερη προσπάθεια για να το προσεγγίσει. Στον βαθμό που η χρήση ουσιών εμποδίζει τη μητέρα να ανταποκριθεί με συνέπεια στις ανάγκες του βρέφους, η σχέση μητέρας-παιδιού κλονίζεται, το παιδί ανήκει στην κατηγορία των «δύσκολων» παιδιών που ικανοποιούνται δύσκολα, με συνέπειες για την ανατροφοδότηση της σχέσης μητέρας παιδιού. Στο πλαίσιο όλων των δυσκολιών του τριγώνου μητέρα-παιδί-ουσία, η εξαρτημένη μητέρα είναι ιδιαίτερα ευαίσθητη στην κριτική ακόμη κι αν δεν το δείχνει ή το κρύβει πίσω από μια αντιδραστική συμπεριφορά, έχοντας ανάγκη από φροντίδα και καθοδήγηση από ανθρώπους που θα εμπιστευτούν τις δυνατότητές της και θα λειτουργήσουν σαν καταλύτες στο σταδιακό χτίσιμο μιας υγιούς σχέσης με το παιδί.



Εικόνα 10.4 Μονάδα Απεξάρτησης «18 ANΩ» Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής, Copyright.

10.3. Τα παιδιά των εξαρτημένων μητέρων

Η χρήση ουσιών από τη μητέρα εγκυμονεί πολλούς κινδύνους για τη σωματική και ψυχολογική υγεία των παιδιών. Στον βαθμό που η χρήση εμποδίζει τη μητέρα να απαντήσει με συνέπεια στις ανάγκες του παιδιού, η σχέση μεταξύ τους, η προσκόλληση του παιδιού από τη μητέρα, κινδυνεύουν. Η γονεϊκή φροντίδα που χαρακτηρίζεται από ζεστασιά, διάρκεια και συνέπεια σχετίζεται με την ικανότητα του παιδιού στην κοινωνική προσαρμογή. Η εξαρτημένη μητέρα μπορεί μερικές φορές να είναι υπέροχη και να προσφέρει αγάπη και φροντίδα. Όμως συχνά αλλάζει τη συμπεριφορά της με τον τρόπο της μεταμόρφωσης του Τζέκυλ και Χάιντ, ανάλογα με την αποχή και τη χρήση. Η έλλειψη σταθερότητας στη γονεϊκή συμπεριφορά, μια συμπεριφορά που χαρακτηρίζεται από στιγμές τραυματικής απουσίας και στιγμές έντονης παρουσίας, η τόσο μεγάλη ανικανότητα του παιδιού να προβλέψει τη συμπεριφορά της μητέρας, προκαλούν έντονο άγχος. Η χρονιότητα αυτού του άγχους είναι πιθανόν να σηματοδοτεί την ύπαρξη χρόνιας μετατραυματικής διαταραχής άγχους, η οποία χαρακτηρίζεται από την ανεξέλεγκτη εισβολή στο συνειδητό απωθημένου υλικού, μια υποκειμενική αίσθηση μωδιάσματος και μείωση της απαντητικότητας στις διαπροσωπικές σχέσεις. Η απουσία ή η αντιφατικότητα των κανόνων, η έλλειψη περιορισμών στην απρόβλεπτη συμπεριφορά της μητέρας, προκαλούν σύγχυση στο παιδί αποτυγχάνοντας να του δώσουν έναν χάρτη για το ταξίδι του στον κόσμο.

Συστημικοί θεραπευτές σε οικογένειες εξαρτημένων τονίζουν τη σημασία των ρόλων στην κατανόηση και θεραπευτική προσέγγιση οικογενειών με πρόβλημα εξάρτησης. Τα παιδιά συχνά αναλαμβάνουν ρόλους ενηλίκων που ισορροπούν ουσιαστικά την ασυνεπή και απρόβλεπτη συμπεριφορά της μητέρας. Αυτή η αντιστροφή των ρόλων, η μητέρα ως παιδί και το παιδί ως ενήλικας, φαίνεται να προστατεύει την κοινωνική λειτουργικότητα του παιδιού καθώς και τη σχέση του με τη μητέρα. Παρόλα αυτά, τα παιδιά που παρουσιάζονται ως υπερβολικά υπεύθυνα και ανεξάρτητα μπορεί να είναι πολύ ευάλωτα. Η υιοθέτηση ενήλικων ρόλων τις πιο πολλές φορές κρύβει τη δυσκολία και το πρόβλημα. Συνειδητή και ασυνείδητη προσπάθεια των παιδιών στην αναμέτρηση με το πρόβλημα της εξάρτησης, η υιοθέτηση των ρόλων περιγράφεται συνήθως στην εξής τυπολογία: το παιδί «ήρωας», το παιδί «αποδιοπομπαίος τράγος», το παιδί «μασκότ», και το «χαμένο» παιδί (Rivinus, 1991· Brooks & Rice, 1997).

Το παιδί ήρωας, εκφράζει την ιδανική εικόνα της οικογένειας, ενισχύοντας την άρνηση του προβλήματος: «πώς είναι δυνατόν η οικογένεια να έχει κάποιο πρόβλημα, όταν το παιδί είναι τόσο πετυχημένο;» Πίσω όμως από το πρόσωπο εμπιστοσύνης και βεβαιότητας για τις ικανότητές του κρύβονται οδυνηρά αισθήματα ανεπάρκειας και το παιδί ήρωας μπορεί να εγκλωβιστεί σε μια διαρκή πάλη με τις ελλείψεις του, σε εκείνη την ψυχαναγκαστική αγωνιώδη προσπάθεια για επιτυχία που χαρακτηρίζει τους εργασιομανείς.

Ο αποδιοπομπαίος τράγος, το παιδί που οδηγείται στην εκδραμάτιση (δηλ. σε παρορμητικές, επιθετικές και πολλές φορές βίαιες συμπεριφορές οι οποίες το προστατεύουν από αναμνήσεις και συναισθήματα που, αν αναδύονταν στο συνειδητό, θα προκαλούσαν πόνο), με φτωχή επίδοση στο σχολείο και στην κοινωνική προσαρμογή, είναι το παιδί το οποίο αποσπά την προσοχή από το πρόβλημα και που συνήθως έρχεται σε επαφή με τους επαγγελματίες υγείας ή με τις δικαστικές αρχές στην κοινότητα. Η διεκδικητική και στη συνέχεια επιθετική του συμπεριφορά κρύβει ένα ανικανοποίητο κάλεσμα για φροντίδα και προσοχή. Μόνο που αυτή η συμπεριφορά, την οποία κρύβει το παράπονό του για ένα «παλιό», «αναπάντητο γιατί», παγιώνεται και το παιδί αποδιοπομπαίος τράγος εσωτερικεύει το μήνυμα που παίρνει από το περιβάλλον ως αντανάκλαση της συμπεριφοράς του «είμαι κακός/ιά και θα είμαι για πάντα κακός/ιά».

Το παιδί «μασκότ», υπερβάλλει στην έκφραση παιδικότητας ή χιούμορ, είναι αγαπητό στους άλλους κρύβοντας όμως τα βαθύτερα αισθήματα απόγνωσης, τα οποία το κατακλύζουν, σε μια προσπάθεια να διατηρηθεί μια ατμόσφαιρα ζεστασιάς, παιδικότητας που αποζητά φροντίδα, και χιούμορ στο οικογενειακό σύστημα. Τέλος, το «χαμένο παιδί», ιδιαίτερα ήσυχο και καταθλιπτικό, αποσύρεται από τις οικογενειακές σχέσεις χωρίς να τραβά την προσοχή παρά μέσα από την ίδια του την απουσία.

Αν και οι τυπολογίες είναι ιδιαίτερα χρήσιμες μέσα από τη διδακτικότητά τους, στην πραγματικότητα οι ρόλοι εναλλάσσονται στη διαρκή αναμέτρηση με τις οδυνηρές επιπτώσεις του προβλήματος της εξάρτησης. Το κάθε παιδί είναι μοναδικό, όσο μοναδική είναι και η μητέρα του. Ακόμη και αν η διεθνής έρευνα παρουσιάζει την αυξημένη πιθανότητα στα παιδιά των εξαρτημένων μητέρων να εμφανίζουν προβλήματα εξάρτησης ή συνεξάρτησης, αν καταφύγουν δηλαδή στη χρήση σαν τρόπο αντιμετώπισης των χρόνιων προβλημάτων τους ή να εξαρτηθούν από το πρόβλημα χρήσης ενός ερωτικού συντρόφου, δεν πρέπει να ξεχνούμε ότι τα δείγματα παιδιών στις διεθνείς έρευνες, αποτελούν πληθυσμό παιδιών που οι μητέρες τους βρίσκονται σε επαφή με κάποιο θεραπευτικό κέντρο ή υπηρεσία κοινωνικής φροντίδας. Δεν είναι λοιπόν

δυνατό να γενικεύσουμε τα συμπεράσματα που προκύπτουν από πληθυσμούς στους οποίους η εξαρτημένη μητέρα ζήτησε βοήθεια για τα προβλήματά της ή για τα προβλήματα του παιδιού στον γενικότερο πληθυσμό των παιδιών που αντιμετωπίζουν το πρόβλημα χρήσης του γονέα.

10.4. Βασικές θεραπευτικές προσεγγίσεις

Η περίοδος της εγκυμοσύνης και της λοχείας είναι περίοδος έντονης ευαισθησίας στην οποία οποιαδήποτε παρέμβαση σε πιθανή επαφή της μητέρας κάποιο φορέα πρέπει να έχει σαν στόχο τη βασική φροντίδα της μητέρας και του βρέφους, τις άμεσες απαντήσεις στις επιτακτικές απαιτήσεις της «πεζής» πραγματικότητας όσον αφορά στην υγειονομική περίθαλψη, τη στέγαση, τη διατροφή, την αναζήτηση υποστήριξης από σημαντικούς άλλους καθώς και από κοινωνικούς φορείς. Μίας και η πρόσβαση αυτού του πληθυσμού σε κοινωνικούς φορείς είναι τόσο μειωμένη και εμποδίζεται από πολλούς παράγοντες (στιγματισμός, κοινωνικοοικονομικά προβλήματα της μητέρας κ.λπ.) οποιοδήποτε αίτημα για βοήθεια θα πρέπει να μην αντιμετωπιστεί μέσα από αντιπαραθέσεις στο πρόβλημα της εξάρτησης, ακόμη κι αν αυτές οι αντιπαραθέσεις έχουν στόχο τη δημιουργία κινήτρου για απεξάρτηση. Στερεότυπες απόψεις που πηγάζουν από την αντίληψη ότι μέσα στο πρόβλημα της εξάρτησης η μητέρα είναι εκ των προτέρων ανίκανη να φροντίσει το παιδί της δυσχεραίνουν την επιτακτική ανάγκη του συναισθηματικού δεσμού με το βρέφος την πρώτη περίοδο της λοχείας. Η φροντίδα των βασικών αναγκών της μητέρας και του παιδιού, το κίνητρο για απεξάρτηση και η ψυχοεκπαίδευση στον γονεϊκό της ρόλο αποτελούν τρία επίπεδα παράλληλων και αλληλοεξαρτώμενων παρεμβάσεων, που απαιτούν χρόνο και υπομονή, καθώς και την καλή συνεργασία της διεπιστημονικής ομάδας και των φορέων κοινωνικής φροντίδας, παιδικής προστασίας και απεξάρτησης.

Ιδιαίτερα σημαντική είναι η ανίχνευση της χρήσης ουσιών κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και κατά τη γέννηση του παιδιού στο μαιευτήριο. Η διαδικασία της ανίχνευσης μπορεί να δώσει τη δυνατότητα σύντομων κινητοποιητικών παρεμβάσεων και ενδεχομένως παραπομπής. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.) πρόσφατα ανακοίνωσε κατευθυντήριες οδηγίες για την προγεννητική και περιγεννητική φροντίδα γυναικών με εξάρτηση από αλκοόλ ή άλλες ψυχοδραστικές ουσίες. Οι συστάσεις προς τους επαγγελματίες υγείας καλύπτουν τους ακόλουθους τομείς φροντίδας:

- ανίχνευση και βραχείες παρεμβάσεις
- αποτοξίνωση
- χορήγηση φαρμακευτικής θεραπείας για την εξάρτηση (συντήρηση και πρόληψη της υποτροπής) κατά την εγκυμοσύνη
- θηλασμός
- φροντίδα βρεφών που έχουν εκτεθεί στο αλκοόλ ή άλλες ψυχοδραστικές ουσίες

10.4.1. Ανίχνευση και βραχείες παρεμβάσεις

Οι βραχείες παρεμβάσεις έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικές στη μείωση των ημερών χρήσης στην επιλόχεια περίοδο (WHO, 2014). Επιπλέον μια μόνο παρέμβαση κινητοποίησης σχετίζεται με μείωση της χρήσης ουσιών σε έγκυες εφήβους. Οι σχετικές κατευθυντήριες οδηγίες περιλαμβάνουν:

- Οι επαγγελματίες υγείας θα έπρεπε να ρωτούν όλες τις έγκυες γυναίκες σχετικά με τη χρήση αλκοόλ και άλλων ουσιών (παρελθόν και παρόν) όσο το δυνατόν νωρίτερα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και σε κάθε προγεννητική επίσκεψη.
- Οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να προσφέρουν βραχείες παρεμβάσεις σε όλες τις έγκυες γυναίκες, οι οποίες κάνουν χρήση αλκοόλ και ψυχοδραστικών ουσιών.

10.4.2. Αποτοξίνωση

Οι συστάσεις του Π.Ο.Υ. για την αποτοξίνωση σε έγκυες γυναίκες με προβλήματα εξάρτησης περιλαμβάνουν (WHO, 2014):

- Οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να αξιοποιήσουν την πρώτη ευκαιρία παροχής συμβουλών σε εγκύους γυναίκες οι οποίες κάνουν χρήση αλκοόλ ή ναρκωτικών σχετικά με τη διακοπή της χρήσης και να προσφέρουν αποτοξίνωση υπό ιατρική παρακολούθηση ή να παραπέμψουν σε μονάδες αποτοξίνωσης, όποτε είναι αναγκαίο και εφαρμόσιμο.
- Οι έγκυες γυναίκες, οι οποίες είναι εξαρτημένες από οπιοειδή, θα πρέπει να ενθαρρύνονται να κάνουν χρήση οπιοειδούς θεραπείας συντήρησης, όποτε είναι διαθέσιμη, παρά να επιχειρήσουν αποτοξίνωση από τα οπιοειδή.
- Οι έγκυες γυναίκες με εξάρτηση από βενζοδιαζεπίνες θα πρέπει να υποβάλλονται σε σταδιακή μείωση της δόσης χρησιμοποιώντας βενζοδιαζεπίνες μακράς διάρκειας.
- Οι έγκυες γυναίκες, οι οποίες εκδηλώνουν στερητικά συμπτώματα από τη διακοπή της χρήσης αλκοόλ, θα πρέπει να υποβάλλονται σε βραχυπρόθεσμη λήψη μακράς διάρκειας βενζοδιαζεπινών.
- Κατά τη διαχείριση των στερητικών συμπτωμάτων σε έγκυες γυναίκες με εξάρτηση από διεγερτικές ουσίες, οι ψυχοφαρμακολογικές θεραπείες μπορεί να φανούν χρήσιμες στην αντιμετώπιση συμπτωμάτων ψυχιατρικής διαταραχής, αλλά δεν αποτελούν παρεμβάσεις οι οποίες εφαρμόζονται σε όλες τις ασθενείς.

10.4.3. Χορήγηση φαρμακευτικής θεραπείας για την εξάρτηση (συντήρηση και πρόληψη της υποτροπής) κατά την εγκυμοσύνη

Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ. (2014) η χορήγηση οποιαδήποτε φαρμακευτικής θεραπείας σε έγκυες γυναίκες πρέπει να συνδυάζεται απαραίτητα με ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις. Η σύσταση του Π.Ο.Υ. για τη φαρμακευτική θεραπεία είναι η ακόλουθη:

- Οι έγκυες γυναίκες με εξάρτηση από οπιοειδή θα πρέπει να συμβουλευονται να συνεχίσουν ή να ξεκινήσουν θεραπεία συντήρησης για την εξάρτηση από οπιοειδή με μεθαδόνη ή βουπρενορφίνη, εκτός εάν οι κίνδυνοι υπερβαίνουν τα οφέλη.

10.4.4. Θηλασμός

Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ. (2014) η χρήση των ψυχοδραστικών ουσιών δεν είναι απαραίτητα αντένδειξη για θηλασμό. Οι κατευθυντήριες οδηγίες περιλαμβάνουν τις εξής συστάσεις:

- Η σωματική επαφή (δέρμα με δέρμα) είναι απαραίτητη ανεξάρτητα από τον τρόπο σίτισης του βρέφους. Οι μητέρες με εξάρτηση από ψυχοδραστικές, οι οποίες μπορούν να ανταποκριθούν στις ανάγκες του παιδιού τους, απαιτείται να ενθαρρύνονται ενεργά προς αυτήν την κατεύθυνση.
- Οι μητέρες, οι οποίες έχουν σταθεροποιηθεί στη θεραπεία συντήρησης από οπιοειδή είτε με μεθαδόνη είτε με βουπρενορφίνη, θα πρέπει να ενθαρρύνονται να θηλάσουν, εκτός εάν οι κίνδυνοι υπερβαίνουν τα οφέλη.

10.4.5. Φροντίδα βρεφών που έχουν εκτεθεί στο αλκοόλ ή άλλες ψυχοδραστικές ουσίες

Σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες της Ένωσης Νοσηλευτών για την Αντιμετώπιση της Εξάρτησης η εξαρτημένη μητέρα και το παιδί της πρέπει να φροντίζονται μαζί εκτός κι αν απαιτείται η μεταφορά του βρέφους σε μονάδα νεογνών (ANSA, 2002). Η απομάκρυνση του βρέφους από τη μητέρα του πρέπει να γίνεται με τα ίδια κριτήρια που ισχύουν για όλα τα βρέφη που νοσηλεύονται στη μονάδα νεογνών. Επιπλέον, τα βρέφη τα οποία έχουν εκτεθεί σε οπιοειδή κατά την προγεννητική περίοδο θα πρέπει να παραμένουν στο μαιευτήριο για τέσσερις έως επτά ημέρες μετά τη γέννηση (Π.Ο.Υ., 2014). Οι σχετικές συστάσεις του Π.Ο.Υ. περιλαμβάνουν :

- Υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης που παρέχουν περιγεννητική φροντίδα, οι οποίες θα πρέπει να έχουν πρωτόκολλο για την ανίχνευση, την εκτίμηση, την παρακολούθηση και την παρέμβαση σε νεογνά που έχουν εκτεθεί προγεννητικά σε οπιοειδή, χρησιμοποιώντας μη-φαρμακολογικές και φαρμακολογικές μεθόδους.
- Σε βρέφος με νεογνικό σύνδρομο στέρησης οπιοειδών χορηγείται οπιοειδές, εάν απαιτείται.

Όταν υπάρχουν ενδείξεις σχετικά με την κατάχρηση αλκοόλ από τη μητέρα, αξιολογείται η αναγκαιότητα εκτίμησης συμπτωμάτων νεογνικού αλκοολικού συνδρόμου (μειωμένη ανάπτυξη, δυσμορφικά χαρακτηριστικά προσώπου, διαταραχές στη λειτουργία του ΚΝΣ, μικροκεφαλία). Οι μέθοδοι αξιολόγησης του νεογνικού στέρητικού συνδρόμου πρέπει να εξηγούνται στην εξαρτημένη μητέρα με τρόπο ώστε να μην επιβαρύνεται με επιπλέον ενοχές και άγχος (ANSA, 2002).

10.4.6. Παραπομπή σε εξειδικευμένα κέντρα θεραπείας για εξαρτημένα άτομα

Σε επόμενο στάδιο, η παραπομπή σε εξειδικευμένο κέντρο απεξάρτησης στοχεύει στη διερεύνηση και αντιμετώπιση των βαθύτερων αιτιών των προβλημάτων της εξαρτημένης μητέρας, τα οποία βρίσκονται στον πυρήνα του προβλήματος της χρήσης μέσα σε πλαίσιο οργανωμένο και ευαισθητοποιημένο στα προβλήματα που σχετίζονται με τη γυναικεία τους ταυτότητα, όπως το Ειδικό Πρόγραμμα Γυναικών της Μονάδας Απεξάρτησης «18 Άνω» του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής (Κερασιώτη και συν., 2012· Μάτσα, 2011). Στο πρόγραμμα αυτό οι γυναίκες ενθαρρύνονται στην κατανόηση τόσο των προσωπικών όσο και των κοινωνικών αιτιών των προβλημάτων τους μέσα από ατομική και ομαδική θεραπεία με γυναίκες συνθεραπευόμενες και γυναίκες θεραπεύτριες. Η διαδικασία αυτή τελικά τις βοηθά τόσο στην αντιμετώπιση του κοινωνικού στιγματισμού και των διακρίσεων σε βάρος τους όσο και στην εξερεύνηση της φυλετικής τους ταυτότητας και τη θέση της μητρότητας σε αυτήν.

Ακόμη όμως κι αν η μητέρα αντιμετωπίσει το πρόβλημα της εξάρτησης, δεν θα γίνει αυτόματα καλύτερη μητέρα. Πολλές εξαρτημένες μητέρες βιώνουν την έλλειψη υγιών μοντέλων γονεϊκής φροντίδας τόσο στο παρελθόν τους όσο και στην καθημερινότητά τους, με αποτέλεσμα να δυσκολεύονται να διαχωρίσουν την «υγιή» από την «επιβλαβή» φροντίδα. Στην πραγματικότητα, η μητέρα μπορεί να προσπαθεί να αναπληρώσει ή να διορθώσει σφάλματα του παρελθόντος μέσα από στρατηγικές και συμπεριφορές που αδυνατούν να τη φέρουν κοντά στο παιδί της, όπως η υπερπροστασία και ο υπερέλεγχος. Ομάδες γονέων και συναντήσεις σε ατομική βάση μπορούν να βοηθήσουν τις μητέρες στον ρόλο τους αυτόν. Βέβαια αυτή η βελτίωση είμαι μια δυναμική διαδικασία η οποία απαιτεί χρόνο, ενώ μπορεί να χρειαστούν χρόνια μέχρις ότου να νιώσει υγιής μητέρα.

Μέσα από ομάδες εξαρτημένων μητέρων στόχος είναι τόσο η βελτίωση της κατανόησης των αναγκών των παιδιών τους και του τρόπου που το πρόβλημα της εξάρτησης τα έχει επηρεάσει όσο και η ενδυνάμωσή τους στον γονεϊκό τους ρόλο, μιας και κεντρικό πρόβλημα είναι η έλλειψη αυτοπεποίθησής τους σε αυτό τον ρόλο. Στις συναντήσεις της ομάδας πιθανά θέματα για συζήτηση θα μπορούσαν να είναι τα θετικά στοιχεία των παιδιών τους, τα θετικά στοιχεία των ίδιων ως μητέρες, η ενεργοποίηση ενός υποστηρικτικού δικτύου σχέσεων για τις ίδιες και το παιδί, η έκφραση στιγμών που νιώθουν ότι αδιαφόρησαν ή παραμέλησαν το παιδί.

Συχνά η φροντίδα του παιδιού ανατίθεται προσωρινά ή σε πιο μόνιμη βάση στους γονείς της εξαρτημένης μητέρας. Κεντρικό πρόβλημα, το οποίο συχνά προκύπτει, είναι η υποτίμησή του γονεϊκού ρόλου της εξαρτημένης μητέρας ή η υποκατάστασή της από τους γονείς της με αποτέλεσμα την πρόκληση συγκρούσεων που πιθανόν να οδηγήσουν σε υποτροπή. Απαιτείται λοιπόν η παρέμβαση του επαγγελματία, ώστε ο παππούς και η γιαγιά να υποστηρίξουν τη σχέση μητέρας-παιδιού και όχι να την υποκαταστήσουν. Από την άλλη πλευρά, οι γονείς της εξαρτημένης μητέρας, πολλές φορές ιδιαίτερα ευάλωτοι και με το βάρος του παιδιού και του προβλήματος της εξάρτησης χρειάζονται και οι ίδιοι υποστήριξη στη σχέση τους με το παιδί.

Το ζήτημα λοιπόν της χρήσης ουσιών στη μητρότητα είναι ένα από τα πιο σύνθετα προβλήματα που αντιμετωπίζουν φορείς απεξάρτησης, παιδικής προστασίας και εκπαίδευσης, μαιευτήρια και βέβαια συχνά

δικαστικές αρχές καθώς και τα τμήματα των γυναικείων φυλακών. Η αντιμετώπισή του απαιτεί τη συστημική προσέγγιση μέσα από την οποία θα ενδυναμωθεί η σχέση μητέρας-παιδιού και βέβαια την καλή συνεργασία επαγγελματιών και φορέων, ώστε να αποτελέσουν ένα υποστηρικτικό δίκτυο γύρω από τη μητέρα και το παιδί της.

Σύνοψη

- Οι ανάγκες των γυναικών που αντιμετωπίζουν προβλήματα εξάρτησης δεν καλύπτονται στα υπάρχοντα προγράμματα, κάτι το οποίο φαίνεται από τη μειωμένη συμμετοχή τους σε προγράμματα τόσο απεξάρτησης όσο και χορήγησης υποκαταστάτων.
- Συχνό πρόβλημα στη γυναικεία εξάρτηση αποτελεί η συνεξάρτηση. Οι άντρες εξαρτημένοι αποσύρονται ευκολότερα από τη σχέση με μια εξαρτημένη γυναίκα, ενώ οι γυναίκες εμπλέκονται βαθύτερα στο πρόβλημα του συντρόφου τους έχοντας πολύ μεγαλύτερη δυσκολία να διαλύσουν τη σχέση αυτή και να ξεκινήσουν μια καινούργια ζωή.
- Συνήθως η εγκυμοσύνη γυναικών με προβλήματα τοξικοεξάρτησης γίνεται αντιληπτή σε προχωρημένο στάδιο κυρίως λόγω της αμηνόρροιας και της ψευδούς πεποίθησης ότι επειδή κάνουν χρήση ναρκωτικών δεν υπάρχει πιθανότητα να μείνουν έγκυες.
- Οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να αξιοποιήσουν την πρώτη ευκαιρία παροχής συμβουλών σε εγκύους γυναίκες, οι οποίες κάνουν χρήση αλκοόλ ή ναρκωτικών, σχετικά με τη διακοπή της χρήσης και να προσφέρουν αποτοξίνωση υπό ιατρική παρακολούθηση ή να παραπέμψουν σε μονάδες αποτοξίνωσης, όπου είναι αναγκαίο και εφαρμόσιμο.
- Το ζήτημα της χρήσης ουσιών στη μητρότητα είναι ένα από τα πιο σύνθετα προβλήματα που αντιμετωπίζουν αρκετοί φορείς, όπως κέντρα απεξάρτησης, δομές παιδικής προστασίας και εκπαίδευσης, μαιευτήρια, δικαστικές αρχές και τα τμήματα των γυναικείων φυλακών. Η αντιμετώπισή του απαιτεί τη συστημική προσέγγιση μέσα από την οποία θα ενδυναμωθεί η σχέση μητέρας-παιδιού και βέβαια την καλή συνεργασία επαγγελματιών και φορέων, ώστε να αποτελέσουν ένα υποστηρικτικό δίκτυο γύρω από τη μητέρα και το παιδί της.



Εικόνα 10.5 ΚΕΘΕΑ, Copyright.

Βιβλιογραφικές αναφορές

- ANSA (2002) *Substance Use-Guidance on Good Clinical Practice for Nurses, Midwives and Health Visitors: Working with Maternal Health*. UK: Association of Nurses in Substance Abuse.
- Bateson, G. (1971) The cybernetics of 'self': A theory of alcoholism. *Psychiatry*, 34: 1-18.
- Brooks, C.S., Rice, K.F. (1997) *Families in Recovery-Coming full circle*. Baltimore: Paul H. Brookes.
- Cermak, T. (1991) *The relationship between Codependence and Narcissism*. In TM Rivinus (ed.) *Children of Chemically Dependent Parents: Multiperspectives from the Cutting Edge*. US: Brunner/Mazel.
- Chodorow, N. (1974) Family Structure and Feminine Personality. In MZ Rosaldo and Lamphere (edn.) *Women, Culture and Society*. US: Stanford University Press.
- Galera, S.A.F., Bernal, M.C.R., O'Brien, B. (2005) Women living in a drug (and violence) context - the maternal role. *Rev Latino-am Enfermagem*, 13:1142-7.
- Kroll, B. (2004) Living with an elephant: Growing up with parental substance abuse. *Child and Family Social Work*, 9:129-140.
- Rivinus, T.M. (1991) Psychoanalytic Theory and Children of Chemically Dependent Parents: Ships passing in the night? In TM Rivinus (ed.) *Children of Chemically Dependent Parents: Multiperspectives from the cutting edge*. US: Bruner Mazel.
- Rosaldo, M.Z., Lamphere, L. (1974) *Women, Culture and Society*. US: Stanford University Press.
- SAMHSA (2009) *Substance Abuse Treatment: Addressing the Specific Needs of Women*. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 51. HHS Publication No. (SMA) 09-4426. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- Simpson, M., McNulty, J. (2008) Different needs: women's drug use and treatment in the UK. *Int J Drug Policy*, 19:169-175.
- Söderström, K. (2011) Mental preparation during pregnancy in women with substance addiction: a qualitative interview-study. *Child and Family Social Work*, 2012, 17, pp 458-467. doi:10.1111/j.1365-2206.2011.00803.
- WHO (2014) *Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy*. Geneva: World Health Organisation.
- Ιγγλέση, Χ. (1994) *Πρόσωπα Γυναικών, Προσωπεία της Συνείδησης: Συγκρότηση της Γυναικείας Ταυτότητας στην Ελληνική Κοινωνία*. Αθήνα: Οδυσσέας.
- Κερασιώτη, Α., Μπιζιά, Σ., Πολυχρονοπούλου, Γ., Σφήκα, Δ. (2012) Μητρότητα στην εξάρτηση: ευκαιρία για αλλαγή ή καταδίκη/βάρος; *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 118, 34-38.
- Μάτσα, Κ. (2011) Παιδιά εξαρτημένων γονέων. Ο γονεϊκός δεσμός και οι «σημαντικοί άλλοι». *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 115, 20-25.
- Μπακαλάκη, Α. (1994) *Ανθρωπολογία: Γυναίκες και Φύλο*. Αθήνα: Αλεξάνδρεια.
- Ρήγα, Α.Β. (1991) *Μητρότητα εκτός γάμου και τοξικομανία (μελέτη μιας περίπτωσης)*. Στο ΙΣ Μαρκαντώνη και ΑΒ Ρήγα (εκδ.) *Οικογένεια, Μητρότητα, Αναδοχή*. Αθήνα: Εκδόσεις Μαυρομμιάτη.

Χρήσιμο οπτικοακουστικό και έντυπο υλικό στο διαδίκτυο

<https://www.youtube.com/watch?v=N0X2aRnYL4E>

Εκπομπή από το National Institute of Health των Ηνωμένων Πολιτειών για τη γυναικεία εξάρτηση από το αλκοόλ.

<https://www.youtube.com/watch?v=u7ZmTvpHyWk>

Βίντεο για τα βρέφη τα οποία γεννιούνται από εξαρτημένες μητέρες.

URL Εκπαιδευτικού Υλικού Κεφαλαίου 10

Οι διαφάνειες του Κεφαλαίου 10 βρίσκονται στην ακόλουθη σελίδα στον Ελληνικό Συσσωρευτή Ακαδημαϊκών Ηλεκτρονικών Βιβλίων του ΣΕΑΒ:

<http://repfiles.kallipos.gr/file/23566>

Κεφάλαιο 11

Διαπολιτισμική νοσηλευτική εξαρτήσεων

Εισαγωγή

Από τα πανάρχαια χρόνια οι άνθρωποι σε όλες τις κοινωνίες χρησιμοποιούσαν διάφορες ψυχοδραστικές ουσίες. Η χρήση όμως ουσιών στο παρελθόν αποτελούσε συστατικό στοιχείο της κοινωνικής ζωής, έχοντας ταυτόχρονα μια θρησκευτική ή θεραπευτική διάσταση, η οποία καθοριζόταν από την ίδια την κοινωνία. Έτσι, τόσο το δικαίωμα να κάνει κάποιος χρήση όσο και το νόημα της ίδιας της χρήσης οριζόταν από το πολιτισμικό πλαίσιο μέσα στο οποίο αυτή (δηλ. η χρήση) πραγματοποιούνταν (Μάτσα, 2001). Αντίθετα, στις μέρες μας η χρήση ουσιών αποτελεί μια ατομική επιλογή, ένα μέσο ανακούφισης από τα προσωπικά δεινά ή πρόσβασης στη μέθη και στην ηδονή, η οποία όμως αποκτά μαζικό χαρακτήρα στο πλαίσιο της βαθιάς οικονομικής και κοινωνικοπολιτιστικής κρίσης. Οι νοσηλευτές συναντούν άτομα που αντιμετωπίζουν προβλήματα χρήσης ή κατάχρησης ουσιών πολύ συχνά στο κλινικό τους έργο, τόσο στον χώρο του νοσοκομείου όσο και στην κοινότητα. Επιπλέον, κατά τις τελευταίες δεκαετίες η Ελλάδα μετατράπηκε από χώρα εκροής σε χώρα υποδοχής μεταναστών, μια αλλαγή η οποία απαιτεί από τους νοσηλευτές αλλά και όλους τους επαγγελματίες υγείας να συγκροτήσουν μια αποτελεσματική στρατηγική διαχείρισης των προβλημάτων των ατόμων αυτών. Στο κεφάλαιο αυτό επιχειρείται μια διαπολιτισμική προσέγγιση στη νοσηλευτική εξαρτήσεων.



Εικόνα 11.1 ΚΕΘΕΑ, Copyright.

11.1. Μεταναστευτική διαδρομή και χρήση ουσιών

Ο εκπατρισμός και η μετοίκηση σε ένα νέο πολιτισμικό πλαίσιο, συνιστά μια ψυχική διαδρομή την οποία σηματοδοτούν η εγκατάλειψη της πατρίδας και η προσπάθεια για μια καινούρια αρχή σε όλα τα επίπεδα. Η ψυχική αυτή διαδρομή ξεκινά με την απόφαση εκπατρισμού που συχνά λαμβάνεται σε μια κατάσταση εσωτερικής σύγχυσης στην οποία προσωπικά προβλήματα διαπλέκονται με την οικονομική ή/και πολιτική ανασφάλεια στη χώρα καταγωγής (Γιωτσίδη και Σταλίκας, 2004). Ο αποχωρισμός από αγαπημένα πρόσωπα, χώρους και αντικείμενα, ο φόβος της απώλειας του στηρικτικού συστήματος και της κοινωνικής ταυτότητας,

τα συναισθήματα ενοχής, το άγχος αποχωρισμού ξεκινούν πριν τη μετανάστευση και διαρκούν έως και αρκετό χρόνο μετά την εγκατάσταση στη χώρα υποδοχής. Ο αποχωρισμός και η απώλεια αφορούν τόσο στις οικογενειακές και κοινωνικές δομές, όσο και στις πολιτισμικές αξίες και στην προσωπική ταυτότητα. Πρόκειται ουσιαστικά για μια διαδικασία πένθους, η οποία συντελείται παράλληλα με την προσπάθεια του μετανάστη να επενδύσει στην ελπίδα των καινούργιων προκλήσεων και να προσαρμοσθεί στο νέο περιβάλλον.

Κατά τη διαδικασία του επιπολιτισμού ασκείται πίεση στα άτομα να εγκαταλείψουν τις δικές τους αξίες, στάσεις ή συνήθειες συμπεριφορές και να συμμορφωθούν με τις κοινωνικές νόρμες της χώρας υποδοχής. Στην ουσία ο μετανάστης καλείται να αποποιηθεί ένα μέρος της ταυτότητάς του και του πολιτιστικού πλαισίου αναφοράς του, ενσωματώνοντας σε μια νέα ταυτότητα στοιχεία της χώρας υποδοχής. Οι ενδοψυχικές συγκρούσεις και οι αλλαγές τις οποίες συνεπάγεται αυτή η διαδικασία, σε συνδυασμό με τα βασικά θέματα επιβίωσης που αντιμετωπίζει (εύρεση εργασίας, νομιμοποίηση, εκμάθηση γλώσσας, αντιμετώπιση προκαταλήψεων και ρατσισμού κ.ά.) προκαλούν υψηλά επίπεδα επιπολιτιστικού στρες.

Παράλληλα, ο τρόπος με τον οποίο τα παιδιά αποχωρίζονται αγαπημένα τους πρόσωπα παίζουν καθοριστικό ρόλο στην ψυχική τους υγεία επηρεάζοντας τόσο τη μεταγενέστερη σχέση γονιών-παιδιών όσο και τις υπόλοιπες διαπροσωπικές σχέσεις (Suarez-Orozco, 2002). Η απώλεια ενός σταθερού και ασφαλούς δεσμού με την οικογένεια γεννά συναισθήματα μοναξιάς, θλίψης, έλλειψης στοργής και συναισθηματικής στήριξης, τα οποία συχνά οδηγούν τον μετανάστη προς τη χρήση ουσιών ως τρόπο αντιμετώπισης των δυσάρεστων συναισθημάτων. Η χρήση ψυχοδραστικών ουσιών προστατεύει την προσωπικότητα του μετανάστη από την πίεση και το στρες, μειώνοντας τα δυσάρεστα συναισθήματα και ενισχύοντας την αυτοπεποίθησή του μέσα από την ένταξη σε μια περιθωριακή ομάδα (Ντάλλα και συν., 2007).

«Όταν είδα τον πατέρα μου για πρώτη φορά, νόμιζα ότι ήταν ο θεός μου... Φοβήθηκα πάρα πολύ, όταν είδα το πρόσωπό του. Φαινόταν πολύ αυστηρός. Ήμουν δυστυχημένος. Ο πατέρας μου ήταν ένας ξένος για μένα...» (σελ.634).

«Ο γιος μου και η κόρη μου δεν είναι ζεστοί απέναντί μου. Είναι ακόμη θυμωμένοι, γιατί τους άφησα και τους αποχωρίστηκα για χρόνια. Ακόμη κι όταν τους εξηγώ ότι ήρθα εδώ γι' αυτούς, δεν το καταλαβαίνουν. Η κόρη μου αντιδρούσε παράξενα, όταν ήρθε εδώ για πρώτη φορά. Ζήλευε, όταν αγκάλιαζα τη γυναίκα μου. Ήθελε την προσοχή μου για τον εαυτό της. Τώρα αυτό άλλαξε και τα πράγματα αρχίζουν να γίνονται πάλι φυσιολογικά» (σελ. 635).

«Τη μέρα που αποχωρίστηκα τη μητέρα μου ένιωσα ότι η καρδιά μου έμεινε πίσω. Γιατί ήταν το μόνο πρόσωπο που εμπιστευόμουν. Ήταν η ζωή μου. Ένιωσα σαν να χάθηκε ένα φως. Ακόμη δεν μπορώ να συνηθίσω να ζω χωρίς εκείνη» (σελ.635).

Suarez-Orozco, C., Todorov, I.G., Louie, D.J. (2002) Making Up For Lost Time: The Experience of Separation and Reunification Among Immigrant Families. *Family Process*, 41, 4: 625-643.

Πίνακας 11.1 Αποχωρισμός και απώλεια.

11.2. Επιπολιτισμικό χάσμα και χρήση ουσιών

Συχνά η πίεση για αλλαγή που βιώνει ο μετανάστης-γονιός κατά τη διαδικασία επιπολιτισμού έχει σαν αποτέλεσμα την αγωνιώδη προσπάθεια διαφύλαξης της πολιτιστικής του κληρονομιάς, η οποία βέβαια συνδυάζεται και με πρακτικές δυσκολίες επιπολιτισμού (π.χ. εκμάθηση γλώσσας). Αντίθετα, η έκθεση των παιδιών στο εκπαιδευτικό σύστημα έχει ως αποτέλεσμα τον γρήγορο επιπολιτισμό τους. Οι διαφορές στη διαδικασία επιπολιτισμού συνδέονται με διαγενεακές αντιπαραθέσεις που αφορούν την εμφάνιση, τη διασκέδαση, τις ώρες εξόδου αλλά και δομικά στοιχεία της οικογένειας, όπως οι ρόλοι, η ιεραρχία, τα δικαιώματα και οι υποχρεώσεις των παιδιών κ.ά. Όταν οι συγκρούσεις είναι έντονες και συνδυάζονται με ακαμψία και υπερβολική αυστηρότητα των γονέων λόγω προσκόλλησης στη χώρα καταγωγής τους, η αντιδραστικότητα των εφήβων αυξάνεται και μπορεί να εκφραστεί με παραπρωματικές συμπεριφορές. Στο

πλαίσιο αυτό η χρήση ουσιών εκφράζει αντίθεση προς την εξουσία των γονέων αλλά αποτελεί και στρατηγική αντιμετώπισης των δυσκολιών που βιώνουν κατά την κοινωνικοποίησή τους στη χώρα εγκατάστασης (Ντάλλα και συν., 2007).

Αρκετά συχνά παρατηρείται το «παράδοξο της μετανάστευσης» (SAMHSA, 2014). Οι μετανάστες πρώτης γενιάς παρουσιάζουν καλύτερη προσαρμογή και λιγότερα ποσοστά ψυχολογικών προβλημάτων από ό,τι παιδιά των γηγενών. Αντίθετα οι μετανάστες δεύτερης γενιάς σε αρκετές περιπτώσεις εμφανίζουν περισσότερες δυσκολίες προσαρμογής από αυτούς της πρώτης γενιάς. Οι δυσκολίες αυτές συχνά οφείλονται στη σύγχυση της πολιτιστικής και εθνικής ταυτότητας που βιώνουν οι μετανάστες δεύτερης γενιάς, οι οποίοι πιέζονται από την οικογένειά τους να διατηρήσουν την πολιτισμική κληρονομιά, αλλά και συμπεριφορές που προέρχονται από τη χώρα προέλευσης των γονέων τους, την οποία μπορεί να θεωρούν ξένη για τους ίδιους.

Σε γενικές γραμμές πάντως οι μετανάστες νέοι δεν εμφανίζουν αυξημένα ποσοστά χρήσης ουσιών σε σύγκριση με γηγενείς πληθυσμούς (SAMHSA, 2014). Οι νέοι, οι οποίοι προσπαθούν να διατηρήσουν την ταυτότητα που αφορά τη χώρα καταγωγής τους και τις παραδοσιακές αξίες των γονιών τους, εμφανίζουν χαμηλότερη τάση εμπλοκής σε εξαρτητικές συμπεριφορές σε σύγκριση με τους νέους οι οποίοι υιοθετούν τις αξίες και τον τρόπο ζωής της χώρας εγκατάστασης επιδιώκοντας τη σύνθεση και εναρμόνιση στοιχείων και των δύο πολιτισμών.



Εικόνα 11.2 ΚΕΘΕΑ, Copyright.

11.3. Θρησκεία και χρήση ουσιών

Πολλές μουσουλμανικές χώρες επιβάλλουν αυστηρές κυρώσεις για τη χρήση αλκοόλ και άλλων ψυχοδραστικών ουσιών. Αλλά και η στάση των μουσουλμάνων απέναντι στη χρήση πιο συχνά επηρεάζεται από την απαγόρευση του αλκοόλ και των ναρκωτικών ουσιών από το Ισλάμ. Ως αποτέλεσμα, το ποσοστό χρήσης ψυχοδραστικών ουσιών σε μουσουλμανικούς πληθυσμούς είναι χαμηλό. Όταν όμως εμπλέκονται σε χρήση ουσιών, η χρήση αυτή είναι ιδιαίτερα αυξημένη και προκαλεί σοβαρότερα προβλήματα, γεγονός που πιθανότατα σχετίζεται με την ενοχή και την ντροπή που βιώνει ο μουσουλμάνος χρήστης ουσιών για το πρόβλημα της εξάρτησης (SAMHSA, 2014).

Στον Ιουδαϊσμό δεν υπάρχουν απαγορεύσεις για τη χρήση αλκοόλ ή άλλων ουσιών. Σε γενικές γραμμές, η χρήση αλκοόλ είναι χαμηλότερη συγκριτικά με άλλους πληθυσμούς, ενώ η χρήση άλλων ψυχοδραστικών ουσιών είναι σχετικά αυξημένη.

Στον Βουδισμό η χρήση ουσιών απαγορεύεται από την πέμπτη εντολή. Μετανάστες από την Κίνα και την Ιαπωνία συνδυάζουν συχνά τον Βουδισμό με τη θρησκευτική παράδοση του Ταοϊσμού και του Σιντοϊσμού.

Ο Μεχμέτ γεννήθηκε και μεγάλωσε στο Μαρόκο. Προέρχεται από πολυμελή οικογένεια, η οποία αντιμετωπίζει σοβαρά οικονομικά προβλήματα. Στην Ελλάδα ήρθε στην ηλικία των 22 ετών με σκοπό να πιάσει δουλειά και να στέλνει χρήματα στην οικογένειά του. Απευθύνθηκε σε πρόγραμμα απεξάρτησης από το αλκοόλ δέκα χρόνια αργότερα. Κατά τη διάρκεια της θεραπείας του, του ζητήθηκε από το θεραπευτικό πρόγραμμα να γνωστοποιήσει στην οικογένειά του την ένταξή σε πρόγραμμα απεξάρτησης, κάνοντας έτσι ένα θετικό βήμα στην αντιμετώπιση του αισθήματος αποξένωσης από τους δικούς του και στην επανασύνδεσή του σε ένα πλαίσιο ειλικρινούς επικοινωνίας. Ο Μεχμέτ ήταν απρόθυμος αλλά τελικά πείστηκε από τη θεραπευτική ομάδα. Έγραψε ένα μακροσκελές γράμμα στο οποίο περιέγραφε τις δυσκολίες που αντιμετώπισε και τα προβλήματά του με το αλκοόλ. Αρκετές εβδομάδες αργότερα κατά τη διάρκεια της κοινωνικής επανένταξης έλαβε ένα γράμμα στο οποίο οι γονείς του τον αποκλήρωσαν, γιατί «ντρόπιασε» την οικογένεια με αυτόν τον τρόπο. Η πολιτισμικά ακατάλληλη παρέμβαση στο πλαίσιο της θεραπείας του Μεχμέτ αποτέλεσε κίνητρο για την επιδίωξη πολιτισμικής επάρκειας από όλη τη θεραπευτική ομάδα.

Πίνακας 11.2 Μελέτη περίπτωσης.

11.4. Η υποκοουλτούρα των ναρκωτικών

Εκτός από τις πολιτισμικές ομάδες, οι οποίες διακρίνονται με βάση την εθνική καταγωγή, τη φυλή και τη γλώσσα, υπάρχουν και άλλες πολιτισμικές ομαδοποιήσεις, οι οποίες καθορίζουν σε σημαντικό βαθμό τον τρόπο ζωής και τη φιλοσοφία ενός ατόμου. Τα μέλη των ομάδων αυτών έχουν κοινές αξίες, πεποιθήσεις, συνήθειες και κάποιο κεντρικό οργανωτικό άξονα, π.χ. σεξουαλικότητα, πολιτική ιδεολογία. Η υποκοουλτούρα των ναρκωτικών αποτελεί μια τέτοια ομαδοποίηση ατόμων. Έχει τη δική της ιστορία, αξίες, παραδόσεις και τελετουργίες (SAMHSA, 2014· Becker, 1963). Τα μέλη της μοιράζονται κοινούς τρόπους ντυσίματος, κοινωνικοποίησης, γλώσσας και επικοινωνίας. Μάλιστα κάποιες ομάδες αναπτύσσουν και κοινωνική ιεραρχία, η οποία προσδίδει διαφορετική κοινωνική θέση και ρόλους στα μέλη της ομάδας. Βέβαια οι υποκοουλτούρες των ναρκωτικών διαφέρουν ανάλογα με τη βασική ουσία χρήσης, τη γεωγραφική περιοχή, τη νομιμότητα των ουσιών που χρησιμοποιούνται από τα μέλη της ομάδας και πολλές άλλες παραμέτρους. Ακόμη και στην περίπτωση του αλκοολισμού όμως, ο Denzin (1989) τονίζει πόσο σημαντική είναι η κατανόηση του υποκειμένου μέσα στο κοινωνικό πλαίσιο στο οποίο κάνει χρήση αλκοόλ, μιας και ο αλκοολικός ακόμη έχει συχνά τον ρόλο του κοινωνικού κριτή, του ατόμου που διακρίνει στην κοινωνία μια ασθένεια, η οποία δεν γίνεται αντιληπτή από τους υπόλοιπους.



Εικόνα 11.3 ΚΕΘΕΑ, Copyright.

Η κατανόηση λοιπόν της εξάρτησης καθιστά απαραίτητη τη διερεύνηση της διαδικασίας κοινωνικοποίησης σε μια συγκεκριμένη πολιτισμική ομάδα καθώς και των όρων με τους οποίους αυτή πραγματοποιείται. Μέσα στην ομάδα το άτομο μαθαίνει να κάνει χρήση, να επιτυγχάνει το επιθυμητό «ανέβασμα», να αποφεύγει διάφορα εμπόδια τα οποία παρακωλύουν τη χρήση, αλλά ίσως το πιο σημαντικό είναι ότι παίρνει αποδοχή από ομότιμους, σε αντίθεση με το στίγμα και τις διακρίσεις που βιώνει κατά την κοινωνικοποίηση σε άλλες ομάδες. Στην περίπτωση νέων μεταναστών, οι οποίοι βιώνουν το χάσμα επιπολιτισμού με την προηγούμενη γενιά και τη δυσκολία να συγκροτήσουν μια ταυτότητα που να συνθέτει στοιχεία και από τις δύο κουλτούρες, η υποκουλτούρα των ναρκωτικών συχνά αποτελεί μια διέξοδο, ένα καταφύγιο στο οποίο αναζητούν την υποστήριξη που αδυνατούν να βρουν στην οικογένεια ή σε άλλες πολιτισμικές ομάδες. Η υποτίμηση προς το ευρύτερο κοινωνικό σύνολο, η οποία χαρακτηρίζει την ένταξη στην υποκουλτούρα των ναρκωτικών, αναπληρώνει στην ουσία τα συναισθήματα κατωτερότητας που πυροδοτούνται από το στιγματισμό της κοινωνίας (Ντάλλα, 2007). Ταυτόχρονα προς τους γονείς και τους συμπατριώτες αναπτύσσεται έντονη υπεροψία εξαιτίας της προσκόλλησης των τελευταίων σε παραδοσιακές πολιτισμικές αξίες.

Η Σουζάννα, μετανάστρια δεύτερης γενιάς στην Ελλάδα, εισήχθη σε Ψυχιατρικό Τμήμα Γενικού Νοσοκομείου με τη διάγνωση οξέος ψυχωσικού επεισοδίου. Οι γονείς της ήρθαν από την Αλβανία σε νεαρή ηλικία και κατάφεραν να έχουν σημαντική οικονομική άνεση 20 χρόνια αργότερα. Η Σουζάννα αναφέρει στη νοσηλεύτρια ψυχικής υγείας πόσο παραμελημένη ένιωθε από τους γονείς της και τους κατηγορεί ως συντηρητικούς και «κολλημένους» με τα υλικά αγαθά. Στο Λύκειο δυσκολευόταν να σχετιστεί με τους συμμαθητές της και άρχισε να κάνει παρέα με μια ομάδα νέων που άκουγε ηλεκτρονική μουσική. Η ομάδα αυτή τη βοήθησε να βρει μια «ταυτότητα» αλλά και νέες ιδέες για την πολιτική, τη μουσική, την τέχνη. Μαζί τους ξεκίνησε τη χρήση έκστασης, διάφορων ψευδαισθησιογόνων ουσιών και κάνναβης. Δέχεται ότι έκανε κατάχρηση ουσιών, αλλά πιστεύει ότι μπορεί να ελέγξει τη χρήση και να μη χάσει τους φίλους της. Η Σουζάννα είναι αρνητική σε οτιδήποτε αφορά την πολιτισμική κληρονομιά της οικογένειάς της, ισχυριζόμενη έντονα ότι δεν έχει πάει ποτέ στην Αλβανία. Θέλει να δώσει εξετάσεις στη Σχολή Καλών Τεχνών και να ανεξαρτητοποιηθεί από τους δικούς της. Η νοσηλεύτρια, με πολιτισμική ευαισθησία, συλλέγει πληροφορίες τόσο για την κουλτούρα της οικογένειάς της όσο και για την κουλτούρα της ομάδας που ενισχύει τη χρήση ουσιών της Σουζάννας προτείνοντάς της προς το τέλος της νοσηλείας της την ένταξη σε μια νέα κουλτούρα ανάρρωσης σε κατάλληλο θεραπευτικό πρόγραμμα.

Πίνακας 11.3 Μελέτη περίπτωσης.

11.5. Προσέγγιση και στίγμα

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.

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.

Οι πολιτισμικά επαρκείς υπηρεσίες υγείας παρέχουν ένα υψηλό αίσθημα ασφάλειας στον ασθενή, υποστηρίζοντας την άποψη ότι η κουλτούρα είναι απαραίτητο στοιχείο της φροντίδας. Παρότι αρκετοί μετανάστες δεν ταυτίζονται ή δεν έχουν διάθεση να συνδεθούν με την πολιτισμική καταγωγή τους, οι πολιτισμικά επαρκείς υπηρεσίες υγείας δίνουν τη δυνατότητα στους ασθενείς να διερευνήσουν την επίδραση της κουλτούρας καταγωγής τους (συμπεριλαμβανομένων ιστορικών και διαγενεακών συμβάντων), του επιπολιτισμού, των διακρίσεων και του στιγματισμού στην ψυχική και σωματική τους υγεία.

Στην αρχαία Ελλάδα ο πρόξενος καλείται να ορίσει την ακριβή απόσταση ανάμεσα στον οφειλόμενο στους ξένους σεβασμό και στην διαφύλαξη των συμφερόντων του δικού του λαού. Στις Ικέτιδες του Αισχύλου, πρόξενος (συνήγορος-διαμεσολαβητής) είναι ο ίδιος ο βασιλιάς:

«Είπα και πριν: χωρίς τη γνώμη του λαού μου,
Όση εξουσία και να 'χω απόφαση καμία,
Δεν παίρνω, μη τυχόν και σ' ώρα δυστυχίας
Ακούσω να μου πουν «αφάνισες την πόλη
Των ξένων θέλοντας να κάνεις το χατίρι» (στιχ. 384-388).

«Τον Δία, που των Ικετών προστάτης είναι,
ανάγκη είναι με σέβας να τιμήσω, φόβο,
πιο άγριο από αυτόν οι άνθρωποι δεν έχουν» (στ. 467-469).

Πίνακας 11.4 Ικέτες και πρόξενοι.

11.6. Η σημασία της αυτογνωσίας στην προσπάθεια παροχής πολιτισμικά επαρκούς φροντίδας

Η προσπάθεια παροχής πολιτισμικά επαρκούς φροντίδας απαιτεί αυτογνωσία και ενημερότητα σχετικά με τις πεποιθήσεις, τις στάσεις, τις στερεότυπες αντιλήψεις για το πολιτισμικά διαφορετικό τόσο σε προσωπικό επίπεδο όσο και σε συλλογικό (οργανισμών, πολιτισμικών ομάδων, κοινωνίας). Στην Ελλάδα, η οποία πλήττεται από μια απειλητική ιστορική δοκιμασία σε μια περίοδο έντονης οικονομικής κρίσης και κοινωνικής ανασφάλειας, η αθρόα εισροή μεταναστών προκαλεί ξενοφοβικές και ενίοτε ρατσιστικές αντιδράσεις, μιας και δεν γίνεται σε πλαίσιο που να τηρούνται οι βασικές προϋποθέσεις της συνάντησης με το διαφορετικό, οι οποίες να διαφυλάττουν το αναγκαίο αίσθημα ασφάλειας, δηλαδή την αίσθηση ότι δεν κινδυνεύει η υπόσταση (ατομική ή συλλογική). Έτσι, ο επαγγελματίας υγείας, ακόμη και όταν με ειλικρινή διάθεση αυτοκριτικής αποκτά σχετική ενημερότητα για τις ανεπεξέργαστες, στερεοτυπικές και αυθαίρετα γενικευμένες πεποιθήσεις του, στη διαμεσολαβητική προσέγγιση του «ξένου» καλείται να αντιμετωπίσει τις διακρίσεις και τον στιγματισμό, τον οποίο ο τελευταίος υφίσταται. Στη διαδικασία αυτή αντιλαμβάνεται ότι ο φόβος του διαφορετικού καθιστά τους παρείσακτους ξένους, αλλά και όλους τους στιγματισμένους από προκαταλήψεις διαμέσου του μηχανισμού της προβολής, αποδέκτες της επιθετικότητας ή και βιαιότητας ενός μέρους της κοινωνίας (Τζαβάρας, 2013).

Από την άλλη, αρκετές φορές οι επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι έρχονται σε επαφή με άτομα τα οποία 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 που επιθυμεί να αποφύγει. Αντίθετα, όταν ο επαγγελματίας υγείας 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 που μπορεί να προσφερθεί ελαχιστοποιεί την πιθανότητα εκδήλωσης επιθετικών συμπεριφορών.

«Ο ξένος, μορφή του μίσους και του άλλου, δεν είναι ούτε το ρομαντικό θύμα της οικογενειακής μας ραστώνης, ούτε ο παρείσακτος που ευθύνεται για όλα τα κακά της πόλης. Ούτε η ζωντανή και άμεση αποκάλυψη, ούτε ο άμεσος εχθρός που πρέπει να εξολοθρευθεί για να βρει η ομάδα την ηρεμία της. Παραδόξως ο ξένος μας κατοικεί, είναι η κρυμμένη πλευρά της ταυτότητάς μας, ο τόπος όπου ερημώνεται η κατοικία μας, ο χρόνος κατά τον οποίο ναυαγούν η συναίνεση και η συμπάθεια. Αναγνωρίζοντάς τον μέσα μας, αποφεύγουμε να τον μισήσουμε».

Kristeva, J. (2004) *Ξένοι μέσα στον εαυτό μας*. Αθήνα: SCRIPTA (σελ. 11).

«Πάροικος εγώ ειμί παρά σοι και παρεπίδημος καθώς πάντες οι πατέρες μου» (Ψαλμ. 38, 13)

Πίνακας 11.5 Ο φόβος για τον ξένο.

Σύνοψη

- Το επιπολιτισμικό στρες, ο υψηλός βαθμός επιπολιτισμού και το επιπολιτισμικό χάσμα ανάμεσα σε
- διαφορετικές γενιές μεταναστών συνδέονται με υψηλά ποσοστά ουσιοεξάρτησης.
- Η κατανόηση της ουσιοεξάρτησης στους μετανάστες καθιστά απαραίτητη τη διερεύνηση της διαδικασίας κοινωνικοποίησης σε μια συγκεκριμένη πολιτισμική ομάδα καθώς και των όρων με τους οποίους αυτή πραγματοποιείται.
- Η προσπάθεια παροχής πολιτισμικά επαρκούς φροντίδας απαιτεί αυτογνωσία και ενημερότητα σχετικά με τις πεποιθήσεις, τις στάσεις, τις στερεότυπες αντιλήψεις για το πολιτισμικά διαφορετικό τόσο σε προσωπικό επίπεδο όσο και σε συλλογικό (οργανισμών, πολιτισμικών ομάδων, κοινωνίας).

Βιβλιογραφικές αναφορές

- Becker, H.S. (1963) *Outsiders: Studies in the Sociology of Deviance*. New York: The Free Press.
- Denzin, N.K. (1987) *The Alcoholic Self*. US: SAGE.
- Kristeva, J. (2004) *Ξένοι μέσα στον εαυτό μας*. Αθήνα: SCRIPTA
- 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.
- SAMHSA (2014) *A treatment improvement protocol: Improving Cultural Competence (TIP 59)*. US: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- Suarez-Orozco, C., Todorov, I.G., Louie, D.J. (2002) Making Up For Lost Time: The Experience of Separation and Reunification Among Immigrant Families. *Family Process*, 41, 4: 625-643.
- Γιωτσίδη, Β., Σταλίκας, Α. (2004) Η διαπολιτισμική συμβουλευτική και ψυχοθεραπεία σε πρόσφυγες: Ψυχοκοινωνικές ανάγκες και πολιτισμικές διαφορές. *Ψυχολογία*, 11,1, 34-52.
- Μάτσα, Κ. (2001) *Ψάξαμε ανθρώπους και βρήκαμε σκιές... Το αίνιγμα της τοξικομανίας*. Αθήνα: Άγρα. Εκδόσεις Πατάκη.
- Μπεξεβέγκης, Η. (2008) *Μετανάστες στην Ελλάδα: Επιπολιτισμός και ψυχοκοινωνική προσαρμογή*. Αθήνα: Ινστιτούτο Μεταναστευτικής Πολιτικής (ΙΜΕΠΟ).

- Ντάλλα, Μ., Πράπας, Χ., Μάτσα, Κ. (2007) Μετανάστευση και ουσιοεξάρτηση: Αποτελέσματα μελέτης στο Συμβουλευτικό Σταθμό. *Τετράδια Ψυχιατρικής* 97, 149-162.
- Τζαβάρας, Ν. (2013) Ρατσισμός και φόβος. *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 124, 5-8.

Χρήσιμο οπτικοακουστικό και έντυπο υλικό στο διαδίκτυο

- https://www.google.gr/?gws_rd=ssl#q=SAMHSA+%282014%29+A+treatment+improvement+protocol:+Improving+Cultural+Competence+%28TIP+59%29.+US:+Substance+Abuse+and+Mental+Health+Services+Administration.

Χρήσιμο βιβλίο από τον οργανισμό Substance Abuse and Mental Health Administration (SAMHSA) με άφθονα παραδείγματα διαπολιτισμικής προσέγγισης.

- <http://www.kethea.gr/Portals/0/Uploads/KETHEA%20MOSAIC%20ELLHNIKA.pdf>

Ενημερωτικό έντυπο του ΚΕΘΕΑ για μετανάστες στα ελληνικά

- <http://www.kethea.gr/Portals/0/Uploads/KETHEA%20MOSAIC%20ALBANIAN.pdf>

Ενημερωτικό έντυπο του ΚΕΘΕΑ για μετανάστες στα ελληνικά

- <http://www.kethea.gr/Portals/0/Uploads/KETHEA%20MOSAIC%20ENGLISH.pdf>

Ενημερωτικό έντυπο του ΚΕΘΕΑ για μετανάστες στα ελληνικά

- <http://www.kethea.gr/Portals/0/Uploads/KETHEA%20MOSAIC%20FRENCH.pdf>

Ενημερωτικό έντυπο του ΚΕΘΕΑ για μετανάστες στα ελληνικά

- <http://www.kethea.gr/Portals/0/Uploads/KETHEA%20MOSAIC%20RUSSIAN.pdf>

Ενημερωτικό έντυπο του ΚΕΘΕΑ για μετανάστες στα ελληνικά

URL Εκπαιδευτικού Υλικού Κεφαλαίου 11

Οι διαφάνειες του Κεφαλαίου 11 βρίσκονται στην ακόλουθη σελίδα στον Ελληνικό Συσσωρευτή Ακαδημαϊκών Ηλεκτρονικών Βιβλίων του ΣΕΑΒ: <http://repfiles.kallipos.gr/file/23567>

Κεφάλαιο 12

Επαγγελματική Εξουθένωση – Δευτερογενής Μετατραυματική Διαταραχή Άγχους

Εισαγωγή

Ο επαγγελματίας που εργάζεται στον χώρο της απεξάρτησης δοκιμάζει σκληρά το συναισθηματικό του σύστημα (Coletti, 2004). Η επαγγελματική εξουθένωση και η δευτερογενής μετατραυματική διαταραχή άγχους είναι ιδιαίτερα συχνές σε όσους προσπαθούν να υποστηρίξουν τα εξαρτημένα άτομα στη συγκρότηση μιας νέας ταυτότητας και ενός καινούριου τρόπου ζωής (SAMSHA, 2009, 2014). Γι' αυτό απαιτείται εκπαίδευση όλων των νέων επαγγελματιών στην αναγνώριση σημείων διαταραχής άγχους, συναισθηματικής εξάντλησης από συναισθηματική εμπλοκή, δευτερογενούς μετατραυματικής διαταραχής και επαγγελματικής εξουθένωσης. Επιπλέον απαιτείται θεωρητική εκπαίδευση και εποπτεία σχετικά με δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι θεραπευτές στην κλινική πράξη, όπως οι αντιμεταβιβαστικές αντιδράσεις στη σχέση με τον ασθενή ή την οικογένειά του και η εφαρμογή ορίων.

Το κεφάλαιο αυτό εξετάζει την επαγγελματική εξουθένωση και τη δευτερογενή μετατραυματική διαταραχή. Αναλύονται οι αιτίες, τα σημεία αναγνώρισής τους και γίνεται σύντομη αναφορά στις αλλαγές που απαιτούνται για την ανάρρωση του επαγγελματία. Στη συνέχεια περιγράφονται οι δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι εκπαιδευόμενοι και οι νέοι επαγγελματίες στη διαχείριση των αντιμεταβιβαστικών αντιδράσεων με τους ασθενείς και τις οικογένειές τους. Παρουσιάζονται επίσης οι δυσκολίες στην εφαρμογή ορίων.

12.1. Επαγγελματική εξουθένωση

Το πρόβλημα της επαγγελματικής εξουθένωσης (ΕΕ) άρχισε να απασχολεί την επιστημονική κοινότητα στα μέσα της δεκαετίας του '70 (Maslach et al., 2001· Freudenberger, 1980). Η νοσηλευτική είναι ένα από τα ανθρωπιστικά επαγγέλματα που πλήττονται σημαντικά από το επώδυνο αυτό σύνδρομο με μεγάλες συνέπειες για τον εργαζόμενο, τον οργανισμό και την ποιότητα της φροντίδας (Glasberg et al., 2006, Αδαλή και Λεμονίδου, 2001). Ανάμεσα στις πιο συχνές αιτίες που αναφέρονται είναι ο φόρτος εργασίας, η συναισθηματική εργασία, η οργανωτική και διοικητική δομή των δημόσιων νοσοκομείων, ο μειωμένος έλεγχος και αυτονομία στο σχεδιασμό και την παροχή φροντίδας, οι συγκρούσεις αξιών ανάμεσα στην εκπλήρωση των επαγγελματικών υποχρεώσεων και των απαιτήσεων του οργανισμού, το συναισθηματικό κλίμα της εργασιακής ομάδας, η κακή ηγεσία, οι συγκρούσεις και ο εκφοβισμός στον χώρο εργασίας, και βέβαια η χαμηλή αμοιβή καθώς και η έλλειψη αναγνώρισης του νοσηλευτικού έργου (Μισουρίδου, 2008).

Η πιο συχνή περιγραφή του συνδρόμου στη βιβλιογραφία είναι αυτή της Christine Maslach, η οποία διέκρινε τα τρία κύρια χαρακτηριστικά της επαγγελματικής εξουθένωσης (Maslach et al., 2001):

- συναισθηματική εξάντληση
- ανάπτυξη απρόσωπων σχέσεων
- έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων

Η ενέργεια, η συμμετοχή και η αποτελεσματικότητα του επαγγελματία εξανεμίζονται από την εξάντληση και τον κυνισμό. Η εργασία γίνεται «άψυχη», το άτομο διαβρώνεται ψυχικά και πνευματικά. Νιώθει συναισθηματικά στεγνό, οδυνηρά άδειο. Η «συναισθηματική νέκρωση» συχνά επεκτείνεται και σε άλλους τομείς της ζωής του. Ακόμη και όταν αλλάξουν οι συνθήκες προς το καλύτερο, το θύμα της επαγγελματικής εξουθένωσης δυσκολεύεται να δει την αλλαγή, γίνεται δύσπιστο και παγιδεύεται στον φαύλο κύκλο της αποπροσωποποίησης. Η αδιαφορία του για τους άλλους - στοιχείο που διακρίνει την επαγγελματική εξουθένωση από το επαγγελματικό άγχος - μπορεί να φτάνει ακόμη και στο σημείο της απάθειας. Δυστυχώς το φαινόμενο αυτό εμφανίζεται στα άτομα που ήταν ιδιαίτερα ενθουσιασμένα με το αντικείμενό τους και συνεισέφεραν σε αυτό με νέες ιδέες και πολλή ενέργεια, έχοντας όμως υψηλές προσδοκίες εξέλιξης και ανταμοιβής.

Σύμφωνα με τους Edelmich και Brodsky (1980), το πέρασμα στην επαγγελματική εξουθένωση είναι μια προοδευτική διεργασία απομυθοποίησης της πραγματικότητας και διακρίνεται από τα ακόλουθα στάδια:

- Στάδιο ενθουσιασμού
 - Χαρακτηρίζεται από υπερβολικά υψηλούς στόχους, μη ρεαλιστικές προσδοκίες και υπερεπένδυση στις σχέσεις με τους ασθενείς.
- Στάδιο αμφιβολίας και αδράνειας
 - Ο επαγγελματίας υγείας αρχίζει να αντιλαμβάνεται ότι, ενώ προσφέρει πολλά, η εργασία δεν ανταποκρίνεται στις βαθύτερες ανάγκες και προσδοκίες του.
- Στάδιο απογοήτευσης και ματαιώσης
 - Ο επαγγελματίας αποθαρρύνεται και συχνά νιώθει απογοήτευση και κατάθλιψη.
- Στάδιο απάθειας
 - Ο επαγγελματίας νιώθει «κενός» στο τέλος της μέρας, απαθής, αποθαρρυσμένος, έχει χαμηλή αυτοεκτίμηση, νιώθει ενοχές, δέχεται επικρίσεις, καταφεύγει σε συγκρούσεις ή στην απομόνωση.

Σημαντικό χαρακτηριστικό της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι το ότι αποτελεί μια ύπουλη διαδικασία, η οποία είναι δύσκολο να διαγνωσθεί. Τα άτομα που υποφέρουν από το σύνδρομο αυτό, όταν είναι μέσα στο πρόβλημα, δεν μπορούν να καταλάβουν αυτό που ουσιαστικά τους συμβαίνει, ενώ συχνά απωθούν ή συνειδητά επιλέγουν να αγνοήσουν τα σωματικά συμπτώματα, τις γνωσιακές δυσκολίες και τον ψυχικό πόνο που προκαλεί.



Εικόνα 12.1 ΚΕΘΕΑ, Copyright.

Η Severinsson (2003) και οι Ekstedt και Faberberg (2005) μελέτησαν την επαγγελματική εξουθένωση παίρνοντας συνεντεύξεις από νοσηλευτές που βίωσαν το πρόβλημα της επαγγελματικής εξουθένωσης. Οι νοσηλευτές ανέφεραν ότι ένιωθαν αδύναμοι να εκπληρώσουν τις ηθικές τους υποχρεώσεις, εξαντλημένοι, χωρίς ενέργεια και κίνητρο, αβοήθητοι και μόνοι. Τα προβλήματα φάνταζαν ανυπέρβλητα. Η έκθεση στον ανθρώπινο πόνο, το να είναι μάρτυρες σε στιγμές που οι άνθρωποι υποφέρουν αποτελούσε αρχικά μια αγωνιώδη εμπειρία που τους έκανε να νιώθουν ευάλωτοι και να βιώνουν ενοχή για τη δυσκολία τους να βοηθήσουν. Κατηγορούσαν συνεχώς τον εαυτό τους για το ότι δεν ήταν καλοί νοσηλευτές. Δεν ήταν ικανοί να προσφέρουν, δεν είχαν να δώσουν. Τα όρια τα οποία υποδείκνυαν πού άρχιζε και πού τελείωνε η ευθύνη ήταν απροσδιόριστα. Αντιμετώπιζαν δυσκολίες στη μνήμη -δεν θυμούνταν πώς να κάνουν γνωστά πράγματα- και στη συγκέντρωση, καθώς και προβλήματα υγείας. Η χαμηλή αυτοπεποίθηση, η ντροπή και οι ενοχές τους εμπόδιζαν να ζητήσουν βοήθεια. Η έντονη ντροπή τους οδηγούσε σε αισθήματα απώλειας ελέγχου, ανεπάρκειας και κατωτερότητας, στην απομάκρυνση από τους άλλους ανθρώπους και στην εγκατάλειψη. Άρχιζαν να παραιτούνται από τα τακτικά γεύματα, τον ύπνο, τη σωματική άσκηση, τις κοινωνικές δραστηριότητες, τον χρόνο για ξεκούραση. Ζούσαν συνεχώς με τον φόβο, μήπως κάνουν λάθη. Βίωναν το δίλημμα να μην εμπλακούν συναισθηματικά ή να κάνουν σχέσεις δίχως νόημα με τους ασθενείς. Η αποστασιοποίηση από τους ασθενείς -μια απαραίτητη διέξοδος- προκαλούσε εσωτερική σύγκρουση και αίσθημα βαθιάς διάγνωσης των προσδοκιών τους να είναι οι νοσηλευτές που ήθελαν. Σαν αποτέλεσμα απειλούνταν η επαγγελματική αυτοεικόνα τους. Ο αγώνας για να αποφύγουν την έκθεση της ευαλωτότητάς τους και να προστατέψουν την αυτοεικόνα τους, τους οδηγούσε να αποκόβονται από τους άλλους, καθώς και να απωθούν τα συναισθήματά τους και να σταματούν τον εσωτερικό διάλογο, χάνοντας έτσι την επαφή με τον εαυτό τους. Αγνοούσαν τις επιπτώσεις, όσο περισσότερο μπορούσαν, πιστεύοντας ότι τα πράγματα θα αλλάξουν από μόνα τους. Η ανάρρωση ξεκινούσε μόνο όταν το πρόβλημα έφτανε στο απροχώρητο, όταν «έπιαναν πάτο» ('hitting bottom' stage) και άρχιζαν να αποδέχονται τις δυσκολίες τους.

Ουσιαστικά, η ανάρρωση αποτελεί μια διαδικασία κατά την οποία οι νοσηλευτές αναλαμβάνουν την ευθύνη του εαυτού τους. Προϋποθέτει τη συνειδητή απόφαση για αλλαγή της κατάστασης, ανάπτυξης μιας στρατηγικής επιβίωσης και ανάκτησης του ελέγχου της ζωής τους. Αποτελεί μια βαθιά και μοναδική διαδικασία στην οποία αλλάζουν τις στάσεις τους, τις αξίες τους, τα συναισθήματά τους, τις ικανότητές τους και τους ρόλους που συνήθιζαν να παίρνουν. Βγαίνουν από την απομόνωση της ντροπής και συνδέονται ξανά με τους ανθρώπους. Η επεξεργασία της εμπειρίας της επαγγελματικής εξουθένωσης τους βοηθάει να εμβαθύνουν στο νόημα της φροντίδας. Σταδιακά αλλάζουν τις σχέσεις τους με τους ασθενείς, τους συναδέλφους, τους προϊσταμένους και τη διοίκηση και βέβαια τη σχέση τους με τον ίδιο τους τον εαυτό.

«Ο κένταυρος Χείρωνας -μια από τις πιο αντιφατικές μορφές της αρχαίας ελληνικής μυθολογίας- αποτελεί το σύμβολο του πληγωμένου θεραπευτή στη σύγχρονη ιατρική και ψυχοθεραπεία. Μισός άνθρωπος μισός άλογο, διέφερε από τους υπόλοιπους κενταύρους που χαρακτηρίζονταν για την ορμητικότητα και τη βιαιότητά τους, μιας και διακρινόταν για τη σοφία του, την πραότητα, τη γλυκύτητα του λόγου και τις θεραπευτικές του ικανότητες. Ζούσε σε μια σπηλιά στην κορυφή του Πηλίου, όπου δίδαξε την τέχνη της θεραπείας στον Ασκληπιό. Όμως, αν και θεός, υπέφερε από ένα ανίατο τραύμα. Ο Ηρακλής, σε μια συμπλοκή του με τους κενταύρους, πλήγωσε άθελά του τον φημισμένο θεραπευτή με τα δηλητηριώδη βέλη του. Από τότε ο φημισμένος θεραπευτής υπέφερε από την ανίατη πληγή του. Το τραγικό και παράδοξο αυτό χαρακτηριστικό συμβολίζει την ανάγκη αυτογνωσίας και σύνδεσης του θεραπευτή με τις δικές του πληγές, με τον εσωτερικό του κόσμο και την υποκειμενικότητά του. Κατά αντιστοιχία, μόνο γνωρίζοντας τον εαυτό τους, τις αδυναμίες, τις ικανότητές τους και τα όριά τους μπορούν οι νοσηλευτές να φροντίσουν με σοφία τον εαυτό τους και να υπηρετήσουν με ευαισθησία τον άνθρωπο που πάσχει. Στην καρδιά του μυστηρίου της θεραπείας και της προσφοράς στον συνάνθρωπο κρύβεται η γνώση του εαυτού και η σύνδεση του θεραπευτή με τις πληγές του».

Μισουρίδου, Ε. (2009) Η αντιμετώπιση της επαγγελματικής εξουθένωσης. *Νοσηλευτική*, 48(4):358-366 (σελ.364).

Πίνακας 12.1 «Ο πληγωμένος θεραπευτής».

12.1.1. Επαγγελματική εξουθένωση και συναισθηματική εργασία

Εκείνο που είναι μοναδικό στην επαγγελματική εξουθένωση είναι πως μεγάλο μέρος του άγχους προέρχεται από την κοινωνική αλληλεπίδραση μεταξύ αυτού που παρέχει βοήθεια και του αποδέκτη της. Η παρουσία δίπλα στον ασθενή που πονάει και υποφέρει δημιουργεί έντονα συναισθήματα στους νοσηλευτές, όπως αναστάτωση, φόβο, άγχος, ενοχές, θυμό και αίσθημα ανεπάρκειας, όταν δεν καταφέρνουν να προσφέρουν την κατάλληλη φροντίδα, αλλά και ικανοποίηση και αίσθημα πληρότητας, όταν βοηθούν και ανακουφίζουν τον ασθενή. Οι νοσηλευτές καλούνται να αναγνωρίσουν αυτά τα συναισθήματα και να τα διαχειριστούν στη σχέση τους με τους ασθενείς («συναισθηματική εργασία») με τέτοιο τρόπο, ώστε να καταφέρουν να προσφέρουν τα «μικρά πράγματα», τα οποία κάνουν τον ασθενή να νιώθει τον νοσηλευτή σύμμαχο στις δυσκολίες του (Μισουρίδου, 2007). Η αναγνώριση όμως και διαχείριση των συναισθημάτων απαιτεί αυτογνωσία και κατανόηση των συναισθημάτων του άλλου («ενσυναίσθηση») και βέβαια εμπειρία στις ανθρώπινες σχέσεις. Διαφορετικά, οι συναισθηματικές απαιτήσεις της επαφής με τον ασθενή μπορεί να προκαλέσουν έντονο άγχος στον νοσηλευτή και να τον οδηγήσουν στην αποστασιοποίηση και στη δημιουργία απρόσωπων σχέσεων (Menzies, 1960).



Εικόνα 12.2 ΚΕΘΕΑ, Copyright.

Η αρνητική, απόμακρη και κυνική στάση απέναντι στους ασθενείς εκδηλώνεται με διάφορους τρόπους, όπως με το να τους προσβάλλει και να τους ταπεινώνει, να αρνείται να είναι κοινωνικός και ευγενικός, να αγνοεί τις εκκλήσεις και τις ανάγκες τους ή να αποτυγχάνει στην παροχή της κατάλληλης βοήθειας και φροντίδας υγείας (Menzies, 1960). Στην προσπάθεια να βρίσκεται όσο το δυνατόν μεγαλύτερο χρονικό διάστημα μακριά από τον ασθενή, τα διαλείμματα μεγαλώνουν, οι συζητήσεις με τους συναδέλφους αυξάνουν, η επαγγελματική ορολογία χρησιμοποιείται πιο συχνά, ενώ εφαρμόζεται το λειτουργικό μοντέλο νοσηλευτικής πρακτικής. Με αυτόν όμως τον τρόπο χάνει τις δυνατότητες θετικής ανατροφοδότησης και επαγγελματικής αυτοπραγμάτωσης που προσφέρουν η επικοινωνία και η φροντίδα του ασθενή.

Σε αντίθεση με την προσπάθεια επίτευξης της απόστασης ως τρόπου μείωσης του άγχους, ένα συχνό πρόβλημα που υποτιμάται είναι η ‘υπερεμπλοκή’, η μεγάλη εγγύτητα (Williams, 2001). Συχνά στα πρώτα του εργασιακά χρόνια ο νοσηλευτής μπορεί να ταυτίζεται υπερβολικά, να χάνει την αντικειμενικότητά του, να προχωρά πέρα από τα επαγγελματικά όρια. Σαν αποτέλεσμα, ‘βγαίνει’ από τον επαγγελματικό του ρόλο και έρχεται πολύ κοντά στον ασθενή, ‘μπαίνει πολύ στο συναίσθημα’, γίνεται φίλος του, αναλαμβάνει σε

υπερβολικό βαθμό την ευθύνη του, μοιράζεται προσωπικά θέματα ή διατηρεί σχέσεις μαζί του μετά το νοσοκομείο (Wright, 2006). Κατά συνέπεια ο νοσηλευτής χάνει την αντικειμενικότητά του και το απαραίτητο επίπεδο συναισθηματικής απόστασης, με αποτέλεσμα αρνητικές συνέπειες στην κλινική του κρίση. Μπορεί επίσης να βιώνει συναισθηματικό πόνο, να υποφέρει για τον ασθενή και να νιώθει ένταση. Αυτές οι σχέσεις είναι δυσλειτουργικές και δεν του επιτρέπουν να εκπληρώσει τις απαιτήσεις του εργασιακού του ρόλου. Αν κάποιος κατακλυστεί από το συναίσθημα, επηρεάζεται η γνωσιακή του ικανότητα και η συμπεριφορά του.

Η σχέση με τον ασθενή είναι λειτουργική, όταν ο νοσηλευτής χρησιμοποιεί ισορροπημένα και τις γνωστικές και τις συναισθηματικές λειτουργίες. Η ισορροπημένη χρήση λογικής και συναισθήματος βοηθά τον νοσηλευτή να είναι την ίδια στιγμή παρών και συνδεδεμένος με τον ασθενή αλλά και σε απόσταση από αυτόν. Αυτή η απόσταση βέβαια διαφέρει από την αποστασιοποίηση ή την άρνηση ψυχικής επαφής και απαιτεί εμπειρία, τόσο για να γίνει κατανοητή όσο και επιτεύξιμη. Η σχέση με τους ασθενείς αλλάζει σαν αποτέλεσμα της εμπειρίας (Mackintosh, 2007). Η αλλαγή αυτή σημαίνει ότι οι νοσηλευτές υιοθετούν έναν πιο επαγγελματικό τρόπο φροντίδας αλλά και ότι αναπτύσσουν μηχανισμούς άμυνας για την αντιμετώπιση ανθρώπων και καταστάσεων που παλιότερα τους αναστάτωναν. Σαν αποτέλεσμα, παρά την πίεση από το εργασιακό πλαίσιο, οι νοσηλευτές νιώθουν ικανοί να αναπτύξουν ικανοποιητικές θεραπευτικές σχέσεις με τους ασθενείς. Η αλλαγή αυτή όμως απαιτεί χρόνο και επεξεργασία της εμπειρίας. Ακόμη και όταν οι νοσηλευτές δεν συνειδητοποιούν την ανάπτυξη μηχανισμών άμυνας, η πολύχρονη παρουσία στον εργασιακό χώρο τους οδηγεί στο να καταλάβουν κάποια στιγμή αβίαστα ότι τα καταφέρνουν ευκολότερα (Mackintosh, 2007). Τέλος, γίνονται πιο ευέλικτοι, ωριμάζουν, μπορούν να προστατέψουν τον εαυτό τους ευκολότερα, γνωρίζουν καλύτερα τον εαυτό τους (αυτογνωσία) και τους άλλους (ενσυναίσθηση).

12.2. Δευτερογενής μετατραυματική διαταραχή

Πρόσφατα το ενδιαφέρον στα επαγγέλματα υγείας έχει στραφεί στη δευτερογενή μετατραυματική διαταραχή ('secondary post-traumatic stress disorder') και στο συναφές σύνδρομο εξάντλησης από συναισθηματική εμπλοκή ('compassion fatigue syndrome') (Beck & Gable, 2012· Sabo, 2011· Austin et al., 2009· Aycocock & Boyle, 2009). Σε αντίθεση από την επαγγελματική εξουθένωση, τα δύο αυτά σύνδρομα αφορούν αποκλειστικά όσους εργάζονται με ανθρώπους, οι οποίοι βιώνουν σοβαρά προβλήματα στη σωματική και ψυχική τους υγεία. Συνήθως η χρήση των δύο όρων είναι ταυτόσημη, παρότι η δευτερογενής μετατραυματική διαταραχή αφορά την επαφή και φροντίδα ατόμων που έχουν βιώσει κάποια τραυματική εμπειρία (Coetzee & Klopper, 2010).

Σε γενικές γραμμές τα συμπτώματα εξάντλησης από συναισθηματική εμπλοκή περιλαμβάνουν:

- σκέψεις ή εικόνες από τη φροντίδα των ασθενών, οι οποίες βιώνονται έντονα και βασανιστικά
- φόβο/τρόμο/αποφυγή φροντίδας συγκεκριμένων ασθενών
- δυσκολία διαχωρισμού προσωπικής και επαγγελματικής ζωής
- απομόνωση στην προσωπική ή/και επαγγελματική ζωή
- ευερεθιστότητα, ξεσπάσματα θυμού, οργής
- αγχος, αυξημένη επαγρύπνηση
- δυσκολίες προσοχής, συγκέντρωσης, μνήμης, προσκόλληση της σκέψης
- μεγάλη εγγύτητα και/ή απόσταση στη σχέση με τους ασθενείς

Οι Miller, Stiff & Ellis (1988, στο Figley 1995) χρησιμοποιούν τον όρο «συναισθηματική μόλυνση» ('emotional contagion') για να περιγράψουν τη συνασθηματική διεργασία κατά την οποία ένα άτομο, το οποίο παρατηρεί ένα άλλο, βιώνει συναισθηματικές αντιδράσεις παρόμοιες με τις πραγματικές ή τις αναμενόμενες αντιδράσεις του ατόμου που παρατηρεί. Οι νοσηλευτές στα γενικά νοσοκομεία βρίσκονται πολύ συχνά δίπλα σε άτομα που βιώνουν έντονο ψυχικό πόνο για κάποιο τραυματισμό ή απώλεια. Αλλά και οι νοσηλευτές εξαρτημένων ατόμων προσεγγίζουν άτομα τα οποία έχουν πολύ συχνά βιώσει ψυχικό τραυματισμό στην παιδική ηλικία, όπως σωματική και σεξουαλική κακοποίηση, νοσηρές καταστάσεις σκληρότητας και σύγκρουσης, θάνατο και παρατεταμένη ασθένεια, πρόωρους αποχωρισμούς και απώλειες, μετανάστευση κ.ά. (Mills, 2009· Rice et al., 2001· Roy, 2001· Ouimette et al., 2000· SAMHSA, 2000).



Εικόνα 12.3 *Magritte R, Ο θεραπευτής, Εθνική Πινακοθήκη, Copyright.*

Σύμφωνα με την Mills (2009), περίπου το ένα τρίτο των εξαρτημένων ατόμων έχουν Χρόνια Μετατραυματική Διαταραχή Άγχους (PTSD) τη στιγμή που έρχονται σε επαφή με κάποιον επαγγελματία υγείας, ενώ το ποσοστό αυτό ξεπερνά το 80% για όλη τη διάρκεια ζωής. Μάλιστα, το ποσοστό PTSD στις γυναίκες που αντιμετωπίζουν προβλήματα εξάρτησης είναι κατά κανόνα σημαντικά υψηλότερο από ό,τι στους άντρες. Έτσι περισσότερες από τις μισές γυναίκες, οι οποίες έρχονται σε επαφή με κάποιο θεραπευτικό κέντρο, αναφέρουν μία ή περισσότερες τραυματικές εμπειρίες στη διάρκεια της ζωής τους (Farley et al., 2004). Το ποσοστό βέβαια των τραυματικών εμπειριών περιλαμβάνει και ατυχήματα ή επικίνδυνες καταστάσεις, οι οποίες σχετίζονται με την κατάχρηση ουσιών και το έλλειμμα αυτοφροντίδας που χαρακτηρίζει τα εξαρτημένα άτομα.

Η έκθεση των επαγγελματιών υγείας στο ψυχικό φορτίο των τραυματικών εμπειριών είναι απειλητική. Η προσπάθεια να βοηθήσουν χωρίς να ταυτιστούν και να επηρεαστούν είναι ατελέσφορη, μιας και είναι αδύνατο να σταθούν δίπλα σε ένα άτομο που υποφέρει χωρίς να επηρεαστούν. Η φυγή, η αποστασιοποίηση και η ενασχόληση με πρακτικά θέματα είναι ένας τρόπος να αποφύγουν τα συναισθήματα που τους γεννιούνται κατά τη διαντίδραση με τον ασθενή. Στον πυρήνα της δυσκολίας να αποδεχτούν τα συναισθήματά τους χωρίς να τα αρνηθούν, να τα απωθήσουν ή να τα αποφύγουν κρύβεται η δυσκολία να αποδεχτούν την ευαλωτότητά τους και την αδυναμία τους να προσφέρουν κάτι περισσότερο από τη σιωπηλή παρουσία τους. Εξάλλου, η σιωπή από επίγνωση και όχι από αμηχανία ή αδιαφορία είναι μια στάση που σέβεται τον ανθρώπινο πόνο, μια ενεργητική συμμετοχή στο τραύμα του άλλου, ένδειξη συνοδοιπορίας και συμπαράστασης.

Παρόλα αυτά είναι δύσκολο, ιδιαίτερα για τους νέους επαγγελματίες να αποδεχτούν ότι δεν μπορούν να «σώσουν» ή να «θεραπεύσουν» τον ασθενή. Μάλιστα κάποιες φορές η συνειδητή ή ασυνειδητή ενοχή που νιώθουν γι' αυτή την αδυναμία τους οδηγεί στην υπερεμπλοκή ως υπερανάπληρωση. Άλλοτε η τραυματική εμπειρία του ασθενή οδηγεί στην αναβίωση δικών τους τραυμάτων και συναισθημάτων τρόμου, φόβου και απελπισίας για εμπειρίες και συνθήκες ζωής τις οποίες δεν μπορούσαν να ελέγξουν στο παρελθόν. Επιπλέον, σε κάποιες περιπτώσεις εμφανίζουν συμπτώματα δευτερογενούς μετατραυματικού συνδρόμου, τα οποία περιλαμβάνουν (SAMHSA, 2014; Newell & MacNeil, 2010; Figley, 1995):

Ψυχολογική δυσφορία

- Έντονα συναισθήματα τα οποία προκαλούν δυσφορία: θλίψη, κατάθλιψη, άγχος, τρόμο, φόβο, οργή, ντροπή.
- Παρεισφρυτικές αναμνήσεις από τραυματικό υλικό του ασθενή: εφιάλτες, αναδρομικές εμπιώσεις όσων εκμυστηρεύτηκε ο ασθενής.
- Συναισθηματικό μούδιασμα ή αποφυγή: αποφυγή επεξεργασίας τραυματικού υλικού του ασθενή.
- Σωματικές επιπτώσεις : διαταραχές ύπνου, πονοκέφαλος, γαστρεντερική δυσφορία, ταχυπαλμίες, χρόνια φυσιολογική διέγερση.
- Συμπεριφορές εξάρτησης/καταναγκασμού: κατάχρηση ουσιών, ψυχαναγκαστική κατανάλωση, ψυχαναγκαστική εργασία.
- Διαταραγμένη λειτουργικότητα: ξεχνά ή ακυρώνει ραντεβού, μειωμένη χρήση της εποπτείας, μειωμένη ικανότητα αυτοφροντίδας, απομόνωση, αποξένωση.

Γνωστικές μεταβολές

- Χρόνια καχυποψία για τους άλλους.
- Αυξημένο αίσθημα ευαλωτότητας.
- Υπερβολικά έντονο αίσθημα αβοήθητου ή ελέγχου πάνω στους άλλους ή καταστάσεις.
- Απώλεια αισθήματος προσωπικού ελέγχου ή ελευθερίας.
- Πικρία ή κυνισμός.
- Κατηγορεί το θύμα ή βλέπει όλους τους ανθρώπους ως θύματα.
- Νιώθει ενοχή, εάν είναι μάρτυρας/θεραπευτής κατά την αναβίωση της τραυματικής εμπειρίας του ασθενή ή αν απενεργοποιείται το τραύμα στη διάρκεια της θεραπείας.
- Νιώθει θυματοποιημένος από τον ασθενή.

Διαταραχές διαπροσωπικών σχέσεων

- Μειωμένο αίσθημα οικειότητας και εμπιστοσύνης στις προσωπικές / επαγγελματικές σχέσεις.
- Αποστασιοποιείται ή αποφεύγει τον ασθενή και χρησιμοποιεί στιγματιστικές εκφράσεις, παθολογικοποιεί τους ασθενείς (δηλ προσεγγίζει τον ασθενή υπό το πρίσμα επισήμανσης παθολογικών συμπεριφορών και όχι εστιάζοντας στις δυνατότητές του), τους επικρίνει, ακυρώνει ραντεβού ή αποφεύγει τη διερεύνηση τραυματικού υλικού.
- Υπερβολική ταύτιση με τον ασθενή, η οποία μπορεί να περιλαμβάνει μια αίσθηση ότι παραλύει από την αντίδρασή του στο τραυματικό υλικό του ασθενή ή νιώθει υπερβολικά υπεύθυνος για τη ζωή του ασθενή.

Αλλαγές στο πλαίσιο αναφοράς

- Αποσύνδεση από το αίσθημα προσωπικής ταυτότητας.
- Δραματική αλλαγή σε θεμελιώδεις πεποιθήσεις για τον κόσμο.
- Απώλεια ή διαστρέβλωση αξιών ή αρχών.
- Το προηγούμενο αίσθημα πνευματικότητας ως πηγή παρηγοριάς και δύναμης μειώνεται ή χάνεται εντελώς.
- Απώλεια πίστης σε κάτι μεγαλύτερο.
- Υπαρξιακή απελπισία και μοναξιά.

Κάποιοι από τους επαγγελματίες που βιώνουν αυτά τα συμπτώματα απλά αποσύρονται, νοιάζονται λιγότερο για τους ασθενείς, αποστασιοποιούνται ή παραιτούνται. Οι περισσότεροι παραπονιούνται ή υποφέρουν σιωπηλά. Η αργή διαδικασία της ανάρρωσης απαιτεί:

- Να αναπτύξουν μια προσωπική ζωή, η οποία δεν περιστρέφεται γύρω από την εργασία.
- Να περνούν χρόνο με την οικογένεια, φίλους, σε σωματική άσκηση, διάβασμα, χαλάρωση ή άλλα ενδιαφέροντα που τους διασκεδάζουν.

- Να αναπτύξουν οργανωτικές ικανότητες (ολοκλήρωση μιας συνεδρίας στον προκαθορισμένο χρόνο, οργάνωση χρόνου ώστε να επιτρέπεται η καταγραφή παρατηρήσεων στον φάκελο του ασθενή).
- Αυτοφροντίδα ώστε να ανακαλύψουν ξανά τι τους δίνει απόλαυση στη δουλειά τους. Χρειάζονται χρόνο για αναστοχασμό, ώστε να μπορέσουν να αφουγκραστούν με αυθεντικό τρόπο τους ασθενείς τους.



Εικόνα 12.4 ΚΕΘΕΑ, Copyright.

Επιπλέον, απαιτείται εκπαίδευση όλων των νέων επαγγελματιών στην αναγνώριση σημείων διαταραχής άγχους, συναισθηματικής εξάντλησης από συναισθηματική εμπλοκή, δευτερογενούς μετατραυματικής διαταραχής και επαγγελματικής εξουθένωσης. Κεντρικά ερωτήματα στη διαδικασία αυτής της εκπαίδευσης είναι τα ακόλουθα:

- Γιατί ασκούν αυτό το επάγγελμα;
- Γιατί ειδικά σε αυτόν τον τομέα;
- Όταν θα έχουν ολοκληρώσει την επαγγελματική τους πορεία πώς θα ήθελαν να τους θυμούνται οι ασθενείς/θεραπευόμενοι;
- Τι θα ήθελαν να λέγεται γι' αυτούς τώρα ως επαγγελματίες;

Σε περίπτωση απόπειρας αυτοκτονίας, θανάτου από υπερβολική δόση ή άλλου σοβαρού περιστατικού, παρεμβάσεις υποστήριξης και εποπτείας θα έπρεπε να είναι διαθέσιμες στους θεραπευτές, ώστε να αποφευχθεί η δευτερογενής μετατραυματική διαταραχή.

12.3. Προβλήματα αντιμεταβίβασης-θυμός και αντιπαλότητα στη σχέση με τον θεραπευόμενο

Συχνά η αντίδραση ενός θεραπευόμενου είναι έντονη, επιθετική ή προκλητική κι αυτό δυσκολεύει ιδιαίτερα τον θεραπευτή. Νοσηλευτές εξάρτησης, οι οποίοι περιγράφουν την επαγγελματική τους πορεία, μιλούν για τη δυσκολία να διαχειριστούν την προκλητική συμπεριφορά κάποιων ασθενών στην πρώτη περίοδο της

σταδιοδρομίας τους (Clancy et al., 2006). Επιπλέον, είναι δύσκολο για έναν νέο θεραπευτή να διαχειριστεί έντονα αρνητικά συναισθήματα, τα οποία μπορεί να βιώνει στη σχέση με το θεραπευόμενο, π.χ. θυμό, οργή, ενοχή.

Με τον όρο «αντιμεταβίβαση» (“counter-transference”) εννοούμε τη συναισθηματική αντίδραση του θεραπευτή προς τον θεραπευόμενο. Αυτή προκαλείται εν μέρει από τα συναισθήματα που εκφράζει ο θεραπευόμενος προς το πρόσωπό του. Κάποιες φορές όμως τα συναισθήματα του θεραπευόμενου φέρνουν στην επιφάνεια ανεπίλυτες συγκρούσεις του θεραπευτή με αποτέλεσμα να υπάρχει ένταση στη θεραπευτική σχέση (Μισουρίδου, 2010α). Έμπειροι επαγγελματίες μαθαίνουν να αναγνωρίζουν και να συγκρατούν επιθετικές παρορμήσεις προς τους ασθενείς. Αλλά εκπαιδευόμενοι ή νέοι επαγγελματίες συχνά δυσκολεύονται να αναγνωρίσουν και να διαχειριστούν τις συναισθηματικές τους αντιδράσεις. Έτσι μπορεί να τις εκφράζουν με παθητική επιθετικότητα στη συμπεριφορά τους ή να συμβάλλουν στην εκδραμάτιση της επιθετικότητας από τον ασθενή, στην έκφραση δηλαδή έντονων συναισθημάτων με αντικοινωνική ή αυτοκαταστροφική συμπεριφορά. Πιθανά σημεία αντιμεταβίβασης περιλαμβάνουν (SAMHSA, 2009, 2014):

- Αίσθημα φθόνου, άγχους ή τρόμου στην προοπτική συνάντησης με συγκεκριμένο ασθενή.
- Ανεξήγητο θυμό ή οργή για συγκεκριμένο ασθενή.
- Αρνητικές αντιδράσεις προς συγκεκριμένους ασθενείς αντιπάθειας ή περιφρόνησης, άσχετα από το αν η αντίδραση αυτή είναι «δικαιολογημένη» από τις περιστάσεις. Θαυμασμός ή εξιδανίκευση του ασθενή, άσχετα από το αν η αντίδραση αυτή είναι «δικαιολογημένη».
- Λάθη στον προγραμματισμό των ραντεβού, ξεχνά το ραντεβού με συγκεκριμένο ασθενή.
- Ο θεραπευτής ξεχνά το όνομα και την ιστορία του ασθενή.
- Νυστάζει ή βαριέται κατά τη διάρκεια της συνάντησης.
- Επιδεικνύει υπερβολική αυστηρότητα σε λάθη του ασθενή.
- Υπερβολική εγγύτητα στον ασθενή.
- Ανεπίλυτες προσωπικές συγκρούσεις διακινούνται κατά τη διαντίδραση με τον ασθενή.
- Ερωτική έλξη.

Αιτία για τη δυσκολία των νέων θεραπευτών να αναγνωρίσουν τις αντιμεταβιβαστικές τους αντιδράσεις είναι συχνά κάποιοι μύθοι για τη θεραπευτική διαδικασία, οι οποίοι βέβαια ανατρέπονται κατά την επαγγελματική κοινωνικοποίηση στον κλινικό χώρο. Για παράδειγμα, ο μύθος ότι «οι θεραπευτές αγαπούν τους ασθενείς τους ή κατά κύριο λόγο έχουν θετικά συναισθήματα γι’ αυτούς» σχετίζεται με τη δυσκολία του θεραπευτή να αποδεχτεί τα αρνητικά συναισθήματα που νιώθει κατά την αλληλεπίδραση με τον ασθενή. Οι θεραπευόμενοι όμως αρκετές φορές προβάλλουν μια παντοδύναμη γονεϊκή φιγούρα στο πρόσωπο του θεραπευτή, η οποία κάποια στιγμή φοβούνται ότι τους εγκαταλείπει. Έτσι περνούν από τον θαυμασμό και την εξιδανίκευση στην υποτίμηση, στην πρόκληση και στην οργή προς τον θεραπευτή. Τα υποτιμητικά όμως σχόλια και οι υπαινιγμοί του θεραπευόμενου, αποτελούν ναρκισσιστικό τραύμα για έναν νέο επαγγελματία. Κι αυτό γιατί, παρότι αποτελούν κατά κύριο λόγο προβολές ανεπιθύμητων χαρακτηριστικών του ίδιου του θεραπευόμενου στο πρόσωπο του θεραπευτή, συνήθως έχουν μια έστω αμυδρή σχέση και με τα χαρακτηριστικά του θεραπευτή. Ανασφαλής και αγχωμένος στην προσπάθεια γνωριμίας του νέου του ρόλου, ο νέος επαγγελματίας είναι ευάλωτος στα διαβρωτικά σχόλια και στην επιθετική συμπεριφορά.

Επιπλέον, αν ο θεραπευτής στρέψει τα επιθετικά συναισθήματα εναντίον του εαυτού του σαν μηχανισμό άμυνας απέναντι στο άγχος που του δημιουργούν, τότε διαβρώνεται η επαγγελματική του αυτοεικόνα και αυτοεκτίμηση (Maltzberger & Buie, 1974). Σταδιακά αρχίζει να αμφιβάλει για τις ικανότητές του, για την αξία του και τις επαγγελματικές του επιλογές. Από την άλλη, όταν ο θεραπευτής κυριαρχείται από ασυνείδητα συναισθήματα επιθετικότητας, τότε αυτά εκφράζονται καλυμμένα κάτω από την άκαμπτη χρήση επαγγελματικών κανονισμών ή την ακατάλληλη χρήση αποκλεισμού (Gabbard, 2006). Επίσης, όταν ο νέος θεραπευτής δεν μπορεί να συγκρατήσει αντιμεταβιβαστικά συναισθήματα θυμού και οργής, τότε συχνά οδηγείται στην εκδραμάτιση των επιθετικών του συναισθημάτων με καταστροφικά αποτελέσματα για την έκβαση της θεραπείας του ασθενούς. Με αυτόν τον τρόπο, η επιθετικότητα του θεραπευτή επιβεβαιώνει τους φόβους εγκατάλειψης και απόρριψης του ασθενή.

Σε μια ομάδα που χαρακτηρίζεται από αμοιβαίο σεβασμό και ανοιχτή επικοινωνία οι αντιμεταβιβαστικές αντιδράσεις αναγνωρίζονται και κατανοούνται χωρίς να έχουν αντίκτυπο στη θεραπεία

(Gabbard, 2006). Κάποιες φορές όμως αποτέλεσμα αντιμεταβιβαστικών αντιδράσεων αποτελεί η πόλωση των μελών μιας ομάδας μέσω των μηχανισμών άμυνας του διαχωρισμού (“splitting”) και της προβλητικής ταύτισης (“projective identification”) του ασθενούς (Gabbard, 2006). Η δυσκολία του θεραπευόμενου να αποδεχτεί θετικά και αρνητικά στοιχεία στο πρόσωπο ενός θεραπευτή, ο οποίος δεν είναι «παντοδύναμος» (“omnipotent”) οδηγεί στον διαχωρισμό των θεραπειών σε «καλούς» και «κακούς». Όταν λοιπόν δεν αναγνωρίζονται οι αντιμεταβιβαστικές αντιδράσεις, η θεραπευτική ομάδα διχάζεται. Μέλη της θεραπευτικής ομάδας μπορεί να βιώνουν διαφορετικά και αντιφατικά συναισθήματα, όπως: θυμό ή οργή, φόβο, αίσθημα αναξιοσύνης, συμπάθεια, υπερβολική αισιοδοξία ή έντονη απαισιοδοξία, μίσος ή αποστροφή για τον ασθενή. Για παράδειγμα, ένας θεραπευτής θεωρεί ότι ο θεραπευόμενος προχωρά ομαλά ή με γοργό ρυθμό στη θεραπευτική διαδικασία και ο άλλος διαπιστώνει αντίσταση λόγω ψυχοπαθολογίας ή ένας θεραπευτής νιώθει συμπάθεια, ενώ άλλος νιώθει έντονη αντιπάθεια για τον ίδιο θεραπευόμενο. Επιπλέον, ο θεραπευτής, ο οποίος δέχεται την προβλητική ταύτιση του θεραπευόμενου, μπορεί να νιώσει αρκετά δυσάρεστα, ιδιαίτερα αν αμφιβάλει για την εγκυρότητα των προβολών του τελευταίου. Για παράδειγμα, η χαμηλή αυτο-εκτίμηση του θεραπευόμενου προβάλλεται στον θεραπευτή ο οποίος, όταν ενδοβάλλει τις προβολές, αρχίζει να νιώθει ανάξιος θεραπευτής.

Ερωτήσεις που μπορεί να κάνει ο θεραπευτής στον εαυτό του σχετικά με τις αντιμεταβιβαστικές αντιδράσεις του είναι:

- Πώς τον επηρεάζει ο συγκεκριμένος ασθενής;
- Τι συναισθήματα του γεννά ο συγκεκριμένος ασθενής;
- Ποια η συμπεριφορά του προς τον ασθενή σε σχέση με τα συναισθήματα που νιώθει;
- Τι ιδιαίτερο έχει η συμπεριφορά χρήσης του ασθενή που του προκαλεί αυτά τα συναισθήματα;
- Με ποιους τρόπους μπορεί να αντιμετωπίσει το συγκεκριμένο θέμα στη σχέση του με τον ασθενή;

Η κατανόηση πάντως των αντιμεταβιβαστικών αντιδράσεων προϋποθέτει να μπορεί να διακρίνει ο θεραπευτής και να αναγνωρίζει τις ενδείξεις τους, με προσωπική αυτο-εξέταση και εποπτεία, ή προσωπική θεραπεία. Σε κάποιες περιπτώσεις, εάν η αντιμεταβίβαση παρακωλύει την ανάπτυξη του θεραπευόμενου, μπορεί να ζητηθεί η μεταφορά του σε άλλον θεραπευτή. Σε γενικές όμως γραμμές η αντιμεταβίβαση αποτελεί πολύτιμη πηγή πληροφοριών για τη θεραπευτική διαδικασία. Η ανάλυση της αντιμεταβίβασης αποτελεί κεντρική διεργασία στις ψυχοδυναμικές προσεγγίσεις.

Όσον αφορά στην αντιμετώπιση της συναισθηματικής αντίδρασης του θεραπευόμενου προς τον θεραπευτή, ο θεραπευτής καλείται να μην αποδέχεται την εξιδανίκευση του ασθενούς και να μην δέχεται παθητικά την υποτίμηση, πρόκληση ή άλλης μορφής επιθετικότητα του ασθενή. Η λανθασμένη πεποίθηση ότι η έκφραση θυμού μπορεί να οδηγήσει στην κάθαρση του ασθενή πιθανόν να έχει ως αποτέλεσμα την επιβλαβή για τον ασθενή εκδραμάτιση επιθετικότητας. Ο θυμός, όμως, η καχυποψία και η ενίοτε προκλητική συμπεριφορά ουσιαστικά αποτελούν μέρος του οδυνηρού φαύλου κύκλου εγκατάλειψης και απόρριψης του ασθενή: Υψηλές προσδοκίες για το πρόσωπο του θεραπευτή, ματαίωση των προσδοκιών («παντοδυναμίας»), επιθετική συμπεριφορά που οδηγεί τελικά στην απόρριψη ή στην εγκατάλειψη, στην οδυνηρή δηλαδή επιβεβαίωση των φόβων του.

Γι' αυτόν τον λόγο η «σύγκρουση» με τον θεραπευτή και η οριοθέτηση του θεραπευόμενου πρέπει να γίνεται όσο το δυνατόν νωρίτερα στη θεραπευτική διαδικασία. Η οριοθέτηση, όταν δεν είναι άκαμπτη και τιμωρητική, αλλά γίνεται με ηρεμία και σεβασμό προς το πρόσωπο του ασθενή, βοηθά στην αντιμετώπιση του άγχους του θεραπευόμενου σχετικά με τη ρύθμιση της απόστασης στη σχέση με τον θεραπευτή. Έτσι, δημιουργείται η απαραίτητη ατμόσφαιρα ασφάλειας και εμπιστοσύνης στη θεραπευτική σχέση, ώστε να επεξεργαστεί ο θεραπευόμενος τις ανεπίλυτες συγκρούσεις του. Η δυσκολία βέβαια ενός νέου θεραπευτή στην οριοθέτηση συμπεριφορών -όπως και ενός επαγγελματία υγείας στο πλαίσιο άμεσης φροντίδας- μπορεί να έχουν επιβλαβείς επιπτώσεις στη φροντίδα. Ο φόβος ή η δυσκολία ενός νέου επαγγελματία να βάλει όρια - ενδεχομένως λόγω του νεαρού της ηλικίας να δυσκολεύεται σε ρόλους ελέγχου ή η σχέση με τον ασθενή να φέρνει στην επιφάνεια προσωπικές του δυσκολίες- προκαλούν κλιμάκωση της επιθετικής συμπεριφοράς του ασθενή. Αντίθετα, η ήρεμη εξήγηση των δυνατοτήτων ενός πλαισίου και των επιπτώσεων μη αποδεκτών συμπεριφορών έχει ως αποτέλεσμα να μην παρατηρούνται περιστάσεις επιθετικότητας και βίας στο συγκεκριμένο πλαίσιο (Ηλίας, 2005).



Εικόνα 12.5 Καραβούζης Σ. Εθνική Πινakoθήκη, Copyright.

12.4. Προβλήματα αντιμεταβίβασης-θυμός και αντιπαλότητα στη σχέση με την οικογένεια

Παρά τον μεγάλο αριθμό ερευνών που καταδεικνύει την αναγκαιότητα συμμετοχής της οικογένειας στη θεραπεία απεξάρτησης, οι θεραπευτές συχνά αγνοούν το αίτημα της οικογένειας, ενώ αρκετές φορές μπαίνουν -συνειδητά ή ασυνείδητα- σε μια ανταγωνιστική σχέση με την οικογένεια του θεραπευόμενου τους (Μισουρίδου, 2010, 2010α). Στην απεξάρτηση όμως η οικογένεια αποτελεί αναπόσπαστο μάρτυρα στα δρώμενα της θεραπείας. Είτε είναι παρούσα είτε όχι με κάποιο τρόπο, σιωπηλά ή ανοιχτά επηρεάζει το θεραπευτικό αποτέλεσμα και συμπληρώνει το τρίγωνο αποτελώντας τον τρίτο πόλο. Έτσι, η αγνόησή της ή η δυσχέρεια στην ένταξή της στη θεραπευτική διαδικασία, λόγω της δυσκολίας διαχείρισης των συμμαχιών στο πλαίσιο των τριγωνικών αλληλεπιδράσεων, αποτελεί περισσότερο άρνηση της δυνατότητας που συχνά προσφέρεται για παρεμβάσεις καθοριστικές για την έκβαση της θεραπείας απεξάρτησης. Αξίζει να σημειωθεί ότι αντίστοιχες λειτουργίες παρατηρούμε και σε άλλα πλαίσια, όπως στο τρίγωνο δάσκαλος-μαθητής-γονείς. Οι δάσκαλοι, πολύ συχνά, αντιμετωπίζουν με καχυποψία και αρνητισμό τις σχέσεις με τους γονείς των μαθητών, μια σχέση ιδιαίτερα πολύτιμη για μια ποιοτική παιδαγωγική διαδικασία (Ράπτης, 2004). Κάποτε προσπαθούν να σώσουν το παιδί-θύμα από τους γονείς θύτες.

Το τρίγωνο Σωτήρας - Θύτης - Θύμα αποτελεί συχνά μια δυναμική που χαρακτηρίζει τις αλληλεπιδράσεις των μελών της οικογένειας, η οποία αντιμετωπίζει προβλήματα εξάρτησης (Kargman, 1968· Σακκάς). Ο εξαρτημένος παίρνει τον ρόλο του 'εξιλαστήριου θύματος', το οποίο με τη θυσία του επιχειρεί να εξασφαλίσει τη συνοχή, την ηρεμία και τη συναισθηματική έκφραση που λείπει από την οικογένειά του (Μάτσα, 2008α, 1994). Αυτή όμως η δυναμική είναι τις πιο πολλές φορές ασυνείδητη και σίγουρα δεν δικαιολογεί μια αμυντική ή επιθετική (σιωπηλά ή ανοιχτά) στάση του θεραπευτή απέναντι στην οικογένεια του εξαρτημένου. Μάλιστα, σε κάποιες περιπτώσεις ο θεραπευτής εξιδανικεύεται και

γίνεται το «καλό πρόσωπο», ενώ οι γονείς και τα άλλα μέλη της οικογένειας αντιπροσωπεύουν τα «κακά πρόσωπα». Παρατηρείται δηλαδή διαχωρισμός ('splitting'), ο οποίος απαιτείται να επιλυθεί στη θεραπεία για να αποφευχθεί η θεραπευτική αποτυχία. Επιπλέον, μια άκαμπτη στάση προς την οικογένεια του εξαρτημένου, που την τοποθετεί στον ρόλο του θύτη, μπορεί να υποδηλώνει ότι ο θεραπευτής παρασύρθηκε στον ρόλο του σωτήρα, ο οποίος πιο συχνά δεν βοηθά ούτε τους θεραπευόμενους να αλλάξουν αλλά ούτε και την οικογένεια να επιδιώξει νέους τύπους αλληλεπιδράσεων. Για παράδειγμα, ο Θεραπευτής - Σωτήρας, ο οποίος επιχειρεί να 'σώσει' την εξαρτημένη (ουσία-σχέση) κόρη από την παρεμβατική μητέρα της, συντελεί με αυτόν τον τρόπο στη διαιώνιση των ρόλων θύματος – θύτη στις σχέσεις μητέρας – κόρης, εντείνοντας το συγκρουσιακό στοιχείο της σχέσης τους, το οποίο πιθανόν να αποτελέσει αφορμή για υποτροπές στη φάση της κοινωνικής επανένταξης. Αντίθετα, η διαφοροποίηση του θεραπευτή μπορεί να συντελέσει στο να καταφέρουν τα μέλη της οικογένειας να δουν τον εαυτό τους και στους τρεις ρόλους του τριγώνου Σωτήρας – Θύτης – Θύμα αποκλιμακώνοντας έτσι την ένταση του «Δραματικού Τριγώνου» ('drama triangle') (L'Abate, 2009). Σε κάθε περίπτωση, στην προσπάθειά του να συνεργαστεί με την οικογένεια ο θεραπευτής καλείται να μην αποδέχεται την εξιδανίκευση του ασθενούς και να μην συμμαχεί με την οικογένεια, ώστε να επιλυθούν πιθανά φαινόμενα διαχωρισμού και να αποφευχθεί υποτίμηση ή θεραπευτική αποτυχία.

Οι θεραπευτές που παίρνουν τον ρόλο του σωτήρα του παιδιού είναι συνήθως νέοι επαγγελματίες, οι οποίοι επεξεργάζονται ζητήματα διαφοροποίησης από την πατρική τους οικογένεια ή επαγγελματίες, οι οποίοι εξαιτίας της εμπλοκής τους σε προσωπική θεραπεία ή κάποιας προσωπικής κρίσης επεξεργάζονται ξανά αντίστοιχα θέματα. Όταν ο θεραπευτής ταυτίζεται με τον «αναγνωρισμένο ασθενή», τότε τα μέλη της οικογένειας αναπαριστάνουν τους πρωταγωνιστές του δικού του παρελθόντος (Goldbeter-Merinfeld, 1994). Μάλιστα, ο Whitaker έχει υπογραμμίσει τη λειτουργία που επιτελεί για τον θεραπευτή η θεραπευόμενη οικογένεια: κατά τη γνώμη του, ο θεραπευτής θα ξαναζήσει στο πλαίσιο της πρακτικής του με τις οικογένειες τις εντάσεις που έχει ζήσει στο πλαίσιο της κοινωνικής δομής μέσα στην οποία μεγάλωσε (Whitaker, 1965 στο Goldbeter-Merinfeld, 1994).

Εξίσου σημαντικές με τις συναισθηματικές αντιδράσεις στη σχέση θεραπευτή-οικογένειας είναι οι αντιμεταβιβαστικές αντιδράσεις που προκύπτουν στο πλαίσιο της ομάδας κατά τις θεραπευτικές παρεμβάσεις σε οικογένειες. Σύμφωνα με τους Berkowitz & Leff (1984) οι θεραπευτικές ομάδες αντανακλούν την οικογενειακή δυσλειτουργία. Οι συναισθηματικές αντιδράσεις των μελών της θεραπευτικής ομάδας -οι οποίες πιθανότατα είναι πιο έντονες όσο περισσότερο εμπλεγμένη ('enmeshed') και επικριτική είναι η οικογένεια προς τον ασθενή- επηρεάζουν την ικανότητά της να πάρει κοινές αποφάσεις. Επιπλέον, όταν οι αντιμεταβιβαστικές αντιδράσεις δεν αναγνωρίζονται, τα μέλη μιας ομάδας συχνά διχάζονται αντανακλώντας τη δυναμική των αλληλεπιδράσεων στην οικογένεια (Carr, 1989; Reynolds-Mejia & Levitan, 1990). Απαιτείται μια ατμόσφαιρα ανοιχτού διαλόγου και εμπιστοσύνης στη θεραπευτική ομάδα, η οποία θα επιτρέπει στα μέλη της ομάδας να συζητήσουν την εμπειρία τους και να εκφράσουν τα αρνητικά τους συναισθήματα. Είναι σημαντικό η κλινική ομάδα να αποδεχτεί ότι οι αντιμεταβιβαστικές αντιδράσεις είναι αναπόφευκτες και να τις χρησιμοποιήσει σαν πολύτιμη πηγή πληροφορίας για την οικογένεια.

«στις αρχές θύμωνα πάρα πολύ με τους γονείς, μόνο θυμό είχα με γονείς αλλά τώρα αυτό πιστεύω ότι έχει αλλάξει για μένα προσωπικά γιατί έχω γίνει και εγώ γονιός τώρα πια...».

«στην αρχή είχα την αίσθηση πως... όσο κοντά είμαι με το παιδί, με τον θεραπευόμενο, τόσο μακριά έπρεπε να είμαι από τους γονείς, λες και έπαιρνε ο ένας τον χώρο του άλλου, αλλά έχω καταλάβει ότι δεν ισχύει αυτό... τώρα αισθάνομαι ότι έχω βρει μια ισορροπία... αυτό, να είμαι τόσο κοντά στον γονιό, όσο χρειάζεται, και τόσο κοντά στον θεραπευόμενο όσο χρειάζεται, δεν παίρνουν ο ένας τον χώρο του άλλου... και με τα χρόνια έτσι καταλαβαίνω ότι είναι άλλη η μία σχέση και άλλη η άλλη και χρειάζεται και στους δύο να δίνεις, να ακουστούν και οι δύο πλευρές ή να ακούσω εγώ και τους δύο, στην αρχή σα να άκουγα μόνο το θεραπευόμενο... Αυτό σαν προσωπική πρόταση».

Από ομάδες εστιασμένης συζήτησης με θεραπευτές της Μονάδας Απεξάρτησης 18 ΑΝΩ

Πίνακας 12.2 Θυμός και αντιπαλότητα στη σχέση με την οικογένεια.

12.5. Ηθικά και δεοντολογικά ζητήματα: θεραπευτική διαδικασία και όρια

Η διατήρηση κατάλληλων ορίων στη θεραπευτική σχέση αποτελεί πρωταρχικό ηθικό ζήτημα για τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας ακριβώς επειδή τα όρια αποτελούν τα θεμέλια ενός ασφαλούς θεραπευτικού περιβάλλοντος μέσα στο οποίο ο θεραπευόμενος θα καταφέρει να επεξεργαστεί τις ανεπίλυτες συγκρούσεις του και να συμφιλιωθεί σε κάποιο βαθμό με τον εαυτό του και τους άλλους. Συνήθως στα θεραπευτικά προγράμματα απεξάρτησης ο θεραπευόμενος συμφωνεί ή υπογράφει «θεραπευτικό συμβόλαιο», στο οποίο περιλαμβάνονται οι όροι συμμετοχής στο πρόγραμμα, όπως απαγόρευση χρήσης ουσιών, ερωτικής επαφής με συνθεραπευόμενους και λεκτικής ή σωματικής βίας.

Κατά τον ίδιο τρόπο, ο θεραπευτής καλείται να εξηγήσει τους όρους της θεραπευτικής σχέσης και να διαπιστώσει την κατανόησή τους. Οι θεραπευόμενοι αρκετές φορές έχουν εμπειρίες από προηγούμενους θεραπευτές και θεραπευτικά πλαίσια, οι οποίες επηρεάζουν την κατανόηση του ρόλου και των ευθυνών τους στη θεραπευτική σχέση. Επιπλέον, μπορεί να μην κατανοούν τους λόγους, την αναγκαιότητα των ορίων και ιδίως αυτών που σχετίζονται με τις διττές σχέσεις. Έτσι, μπορεί να ζητούν προσωπικές πληροφορίες σχετικά με τη διαμονή και το τηλέφωνο του θεραπευτή και να νιώθουν απόρριψη ή εγκατάλειψη από την άρνησή του να αποκαλύψει προσωπικές πληροφορίες. Επίσης, η καταλληλότητα των ορίων καθορίζονται κάθε φορά από το ίδιο το πλαίσιο. Για παράδειγμα, σε ένα κλειστό θεραπευτικό πρόγραμμα μπορεί να είναι αποδεκτό για τον θεραπευτή και τον θεραπευόμενο να πουν καφέ στην κουζίνα των θεραπευόμενων. Δεν ισχύει το ίδιο όμως και για ένα ανοιχτό θεραπευτικό πρόγραμμα.

Ασυνεπείς συμπεριφορές του θεραπευτή οι οποίες μπορεί να εκληφθούν ως παραβίαση ορίων από το θεραπευόμενο περιλαμβάνουν:

- Καθυστέρηση σε ραντεβού.
- Ολοκλήρωση συνεδρίας ωρίτερα από τον καθορισμένο χρόνο.
- Επανειλημμένη υπερβολική παράταση της διάρκειας της συνεδρίας.
- Ακύρωση συνάντησης ή ξεχνά επανειλημμένα τη συνάντηση με τον ασθενή.
- Μιλά για προσωπικά του θέματα και εμπειρίες κατά τον πολύτιμο χρόνο της θεραπευτικής συνάντησης.
- Διακόπτει συχνά τον ασθενή στην προσπάθειά του να εκφραστεί.
- Διακόπτει συχνά τη συνομιλία με τον ασθενή για να μιλήσει στο τηλέφωνο ή για την τακτοποίηση άλλων ζητημάτων.
- Διάκριση στη μεταχείριση διαφορετικών ασθενών.
- Εκφράζει κατανόηση και υποστήριξη με χειρονομίες και σωματική επαφή (π.χ. αγκαλιάζει τον ασθενή). Απαιτείται αναστοχασμός δεδομένης της ιδιαίτερης δυσκολίας στη διευθέτηση της κατάλληλης απόστασης από τους άλλους και στο υψηλό ποσοστό κακοποίησης στο ιστορικό τους.
- Διερευνά τις ευκαιρίες επαφής έξω από το θεραπευτικό πλαίσιο.

Από την άλλη, σημεία αναγνώρισης σύγχυσης ορίων για τον θεραπευτή μπορεί να είναι τα εξής:

- Νιώθει απρόθυμος ή δυσανασχεται στην προτροπή να αναφέρει λεπτομέρειες από τη θεραπεία συγκεκριμένου ασθενή στη θεραπευτική ομάδα.
- Νιώθει κτητικότητα για τον ασθενή, συνηγορεί υπέρ αυτού με ασυνήθιστη επιμονή ή υπερβολικό ζήλο ή εκφράζει υπερβολική αίσθηση ευθύνης για τον ασθενή.
- Γίνεται αμυντικός ή κλειστός στις απόψεις άλλων μελών της θεραπευτικής ομάδας για τη θεραπεία ενός συγκεκριμένου ασθενή.
- Το επίπεδο αυτοαποκάλυψης του θεραπευτή αυξάνεται χωρίς να μπορεί να δικαιολογήσει με επιχειρήματα που σχετίζονται με θεραπευτικούς στόχους αυτήν την αυτοαποκάλυψη.

Κάποιες φορές βέβαια η υπέρβαση των ορίων μπορεί να έχει θεραπευτικό στόχο. Οι Gutheil & Brodsky (2008) συζητούν την «υπέρβαση» των ορίων ('boundary crossing') σε αντιπαραβολή με την

παραβίαση των ορίων ('boundary violation'). Στην πρώτη περίπτωση, συμπεριφορές του θεραπευτή έξω από τους συνηθισμένους κανόνες της κλινικής πράξης μπορεί να έχουν θεραπευτικό στόχο χωρίς να βλάπτουν ή να στοχεύουν στην εκμετάλλευση του ασθενή. Για παράδειγμα, ο θεραπευτής μπορεί να τηλεφωνήσει στο σπίτι του ασθενή σε μια περίοδο κρίσης με στόχο τη συμπαράσταση και ενδυνάμωση του ασθενή. Η διάκριση ανάμεσα στην υπέρβαση και στην παραβίαση των ορίων μπορεί να είναι δύσκολη και για τον ίδιο τον θεραπευτή, ο οποίος μπορεί κάποιες φορές να έρθει «πολύ κοντά» στον ασθενή χωρίς να το θέλει.

Ιδιαίτερη πάντως προσοχή απαιτείται για τα ακόλουθα:

- Δώρο
 - Ένα δώρο μπορεί να είναι απλά μια ένδειξη ευγνωμοσύνης, απαιτεί όμως σκέψη για το πώς επηρεάζει τη δυναμική της θεραπευτικής σχέσης. Επίσης, η αποδοχή δώρου από τους σημαντικούς άλλους του θεραπευόμενου μπορεί να υπονομεύσει τη θεραπευτική σχέση.
- Απόρρητο και ενημέρωση σημαντικών άλλων
 - Η αποκάλυψη πληροφοριών στους σημαντικούς άλλους μπορεί να θεωρηθεί ως προδοσία από τον θεραπευόμενο. Με αυτόν τον τρόπο αμφισβητείται η εχεμύθεια του επαγγελματία και αίρεται η εμπιστοσύνη στο πρόσωπό του.
- Ερωτική/σεξουαλική έλξη
 - Ο θεραπευόμενος συχνά θαυμάζει και εξιδανικεύει τον θεραπευτή. Μπορεί για πρώτη φορά στη ζωή του να νιώθει ότι κάποιος τον ακούει με ενδιαφέρον και ζεστασιά και τον αποδέχεται όπως είναι. Η θετική μεταβίβαση βέβαια του θεραπευόμενου δεν αφορά τα προσωπικά χαρακτηριστικά του θεραπευτή αλλά τον ρόλο του. Επιπλέον μια σεξουαλική προσέγγιση του θεραπευτή/της θεραπεύτριας από την θεραπευόμενη/τον θεραπευόμενο μπορεί να σχετίζεται με ιστορικό σεξουαλικής κακοποίησης, έλλειψη κατανόησης των ορίων στην κοινωνική συναναστροφή ή διάφορων ψυχολογικών προβλημάτων. Σε κάθε περίπτωση, η σεξουαλική σχέση με θεραπευόμενο/η αποτελεί παραβίαση του κώδικα ηθικής και δεοντολογίας. Εάν το ερωτικό ενδιαφέρον του/της θεραπευόμενου/ης ή η ερωτική έλξη του/της θεραπευτή/τριας επιμένουν παρεμποδίζοντας τη θεραπευτική διαδικασία, ο θεραπευόμενος/η παραπέμπεται σε άλλη θεραπεύτρια/θεραπευτή.



Εικόνα 12.6 ΚΕΘΕΑ, Copyright.

Σύνοψη

- Η νοσηλευτική εξαρτημένων ατόμων αποτελεί ένα ιδιαίτερα ενδιαφέρον αντικείμενο, το οποίο όμως απαιτεί ιδιαίτερες δεξιότητες, ικανότητες και ψυχική αντοχή. Απαιτείται εκπαίδευση όλων των νέων επαγγελματιών στην αναγνώριση σημείων διαταραχής άγχους, συναισθηματικής εξάντλησης από συναισθηματική εμπλοκή, δευτερογενούς μετατραυματικής διαταραχής και επαγγελματικής εξουθένωσης.
- Η ανάρρωση του νοσηλευτή από την επαγγελματική εξουθένωση προϋποθέτει τη συνειδητή απόφαση για αλλαγή της κατάστασης, ανάπτυξης μιας στρατηγικής επιβίωσης και ανάκτησης του ελέγχου της ζωής του. Αποτελεί μια βαθιά και μοναδική διαδικασία στην οποία αλλάζει τις στάσεις του, τις αξίες του, τις ικανότητές του και τους ρόλους που συνήθιζε να παίρνει. Βγαίνει από την απομόνωση της ντροπής και συνδέεται ξανά με τους ανθρώπους. Η επεξεργασία της εμπειρίας της επαγγελματικής εξουθένωσης βοηθάει τον νοσηλευτή να εμβαθύνει στο νόημα της φροντίδας.
- Με τον όρο «αντιμεταβίβαση» (“counter-transference”) εννοούμε τη συναισθηματική αντίδραση του θεραπευτή προς τον θεραπευόμενο. Αυτή προκαλείται τόσο από τα συναισθήματα του θεραπευόμενου όσο και από προσωπικές συγκρούσεις του θεραπευτή, οι οποίες ενεργοποιούνται κατά τη διαντίδραση με τον θεραπευόμενο. Η αντιμεταβίβαση αποτελεί πολύτιμη πηγή πληροφορίας για τη θεραπευτική διαδικασία.
- Οι θεραπευτές συχνά αντιμετωπίζουν με καχυποψία και αρνητισμό τις σχέσεις με τους γονείς των θεραπευόμενων τους, μια σχέση ιδιαίτερα πολύτιμη για την κινητοποίηση και την υποστήριξη του θεραπευόμενου. Συχνά παρατηρείται το φαινόμενο του διαχωρισμού (“splitting”), κατά το οποίο ο θεραπευτής εξιδανικεύεται και γίνεται το «καλό πρόσωπο», ενώ οι γονείς και τα άλλα μέλη της οικογένειας αντιπροσωπεύουν τα «κακά πρόσωπα».

Βιβλιογραφικές αναφορές

- Austin, W., Goble, E., Leier, B. & Byrne, P. (2009) Compassion fatigue: The experience of nurses. *Ethics and Social Welfare*, 3(2), 195 - 214.
- Aycock, N. & Boyle, D. (2009) Interventions to manage compassion fatigue in oncology nursing. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 13(2), 183-191. doi: 10.1188/09.cjon.183-191
- Beck, C.T. & Gable, R.K. (2012) A mixed methods study of secondary traumatic stress in labor and delivery nurses. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 41(6), 747-760. doi: 10.1111/j.1552-6909.2012.01386.x
- Berkowitz, R., Leff, J. (1984) Clinical teams reflect family dysfunction. *Journal of Family Therapy*, 6, 79-89.
- Carr, A. (1989) Countertransference to families where child abuse has occurred. *Journal of Family Therapy*, II, 87-97.
- Clancy, C., Oyefeso, A. & Ghodse, H. (2006) Role development and career stages in addiction nursing: an exploratory study. *Journal of Advanced Nursing*, 57 (2), 161-171.
- Coetzee, S.K., Klopper, H.C. (2010) Compassion fatigue within nursing practice: A concept analysis. *Nursing & Health Sciences*, 12(2), 235-243.
- Coletti, M. (2004) Η θέση του επαγγελματία υγείας στο χώρο των ουσιοεξαρτήσεων στην αρχή της τρίτης χιλιετίας. Στο Λιάππας Ι.Α. και Πομίνοι Β. (εκδ.), *Ουσιοεξάρτηση-Σύγχρονα θέματα*. Αθήνα: ΙΤΑΚΑ (Σύλλογος των Ευρωπαίων Επαγγελματιών του Χώρου της Ουσιοεξάρτησης). Σελ. 25-30.

- Edelwich, J., Brodsky, A. (1980) *Burnout: Stages of Disillusionment in Helping Professions*. New York, Human Science Press.
- Ekstedt, M., Faberberg, I. (2005) Lived experiences of the time preceding burnout. *Journal of Advanced Nursing*, 49(1):59-67.
- Farley, M., Golding, J.M., Young, G., Mulligan, M. & Minkoff, J.R. (2004) Trauma history and relapse probability among patients seeking substance abuse treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 27, 161–167.
- Figley, C.R. (1995) Compassion fatigue: Toward a new understanding of the costs of caring. In BH Stamm (Ed.), *Secondary traumatic stress: Self-care issues for clinicians, researchers, and educators* (pp. 3–28). Lutherville, MD: Sidran Press.
- Freudenberger, H.J. (1980) *Burn-out: The high cost of high achievement*. New York, Doubleday.
- Gabbard, G.O. (2006) *Η Ψυχοδυναμική Ψυχιατρική στην Κλινική Πράξη*. Αθήνα: Βήτα.
- Glasberg, A.L., Erikson, S., Norberg, A. (2006) Burnout and ‘stress of conscience’ among healthcare personnel. *Journal of Advanced Nursing*, 57(4):392-403.
- Goldbeter-Merinfeld, E. (1994) Ο «μείζων» τρίτος του συστήματος. *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 45, 34-41.
- Gutheil, T.G., Brodsky, A. (2008) *Preventing boundary violations in clinical practice*. New York: Guilford Press.
- Karpman, S. (1968) Fairy tales and script drama analysis. *Transactional Analysis Bulletin*, 7(26):39-43. Available via: www.karpmamandramatriangle.com
- L’Abate, L. (2009) The drama triangle: An attempt to resurrect a neglected pathogenic model in family therapy theory and practice. *The American Journal of Family Therapy*, 37, 1-11.
- Mackintosh, C. (2007) Protecting the self: A descriptive qualitative exploration of how registered nurses cope with working in surgical areas International. *Journal of Nursing Studies*, 44(6):982-990.
- Maltsberger, J.T., Buie, D.H. (1974) Countertransference hate in the treatment of suicidal patients. *Archives of General Psychiatry*, 30, 625-633.
- Maslach, C., Scaufeli, W.B., Leiter, M.P. (2001) Job Burnout. *Annual Review of Psychology*, 52:397-422.
- Menzies, I.E.P. (1960) A case study in the functioning of social systems as a defence against anxiety. *Human Relations*, 13(2):95-121
- Mills, K.L. (2009) Editorial-‘Between pain and nothing I choose nothing’: trauma, post traumatic stress disorder and substance use. *Addiction*, 104, 1607- 1609. doi: 10.1111/j.1360-0443.2009.02675.x
- Newell, J.M. & MacNeil, G.A. (2010) Professional burnout, vicarious trauma, secondary traumatic stress, and compassion fatigue: A review of theoretical terms, risk factors, and preventive methods for clinicians and researchers. *Best Practices in Mental Health: An International Journal*, 6, 57-68.
- Ouimette, P.C., Kimerling, R., Shaw, J., Moos, R.H. (2000) Physical and sexual abuse among women and men with substance use disorders. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 18, 7–17.
- Reynolds-Mejia, P., Levitan, S. (1990) Countertransference issues in the in-home treatment of child sexual abuse. *Child Welfare*, LXIX, 1, 53-61.
- Rice, C., Mohr, C.D., Del Boca, F.K., Mattson, M.E., Young, L., Brady, K., et al. (2001) Self-reports of physical, sexual and emotional abuse in an alcoholism treatment sample. *Journal of Studies on Alcohol*, 62, 114–123.
- Roy, A. (2001) Childhood trauma and attempted suicide in alcoholics. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 189, 120–121.
- Sabo, B.M. (2011) Reflecting on the concept of compassion fatigue. *Online Journal of Issues in Nursing*, 16(1), 1. doi: 10.3912/OJIN.Vol16No01Man01

- SAMHSA (2000) *Substance Abuse Treatment for Persons with Child Abuse and Neglect Issues*. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 36. US: Substance Abuse and Mental Health Services Administration <http://ncadi.samhsa.gov/govpubs/BKD343/>
- SAMHSA (2009) *Clinical Supervision and Professional Development of the Substance Abuse Counselor*, A Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 52. HHS Publication No.(SMA) 09-4435. Rockville: Substance Abuse and Mental Health Administration.
- SAMHSA (2014) *Trauma-Informed Care in Behavioral Health Services*, A Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 57. HHS Publication No.(SMA) 14-4816. Rockville: Substance Abuse and Mental Health Administration.
- Severinsson, E. (2003) Moral stress and burnout: Qualitative content analysis. *Nursing and Health Sciences*, 5:59-66.
- Williams, A. (2001) A literature review on the concept of intimacy in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 33(5):660-667.
- Wright, L.D. (2006) Violating professional boundaries. *Nursing*, 36(3):52–54.
- Αδαλή, Ε., Λεμονίδου, Χ. (2001) Παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης των νοσηλευτών. *Νοσηλευτική*, 40(2):15-22.
- Ηλίας, Σ., Κανέλλου, Ν., Μαυρομάτη, Ε., Κωνσταντοπούλου, Α., Περέτση, Ε. (2005) Χρήστες εξαρτησιογόνων ουσιών στο Ψυχιατρικό Ιατρείο Εφημερίας Γενικού Νοσοκομείου. *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 89, 146-148.
- Μάτσα, Κ. (2008) *Ψυχοθεραπεία και τέχνη στην απεξάρτηση*: Το «παράδειγμα» του 18 ΑΝΩ. Αθήνα: Άγρα.
- Μάτσα, Κ. (2008α) Η οικογένεια στη δίνη της παγκοσμιοποίησης – Μορφές εμφάνισης της κρίσης της: Η οικογένεια του τοξικομανή. *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 102,137-145.
- Μάτσα, Κ. (1994) Ο τοξικομανής στον ρόλο του εξιλαστήριου θύματος της οικογένειας και της κοινωνίας. *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 45, 83-93.
- Μισουρίδου, Ε. (2007) Η συναισθηματική εργασία και η θεραπευτική σχέση νοσηλευτή-ασθενή. *Νοσηλευτική*, 46(3), 374-380
- Μισουρίδου, Ε. (2009) Η αντιμετώπιση της επαγγελματικής εξουθένωσης. *Νοσηλευτική*, 48(4), 358-366.
- Μισουρίδου, Ε. (2010) Η αναγκαιότητα της συμμετοχής της οικογένειας στη θεραπευτική διαδικασία της απεξάρτησης. *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 109, 109-117.
- Μισουρίδου, Ε. (2010α) Το θεραπευτικό τρίγωνο στη θεραπεία απεξάρτησης : Γιατί οι θεραπευτές αγνοούν ή δυσκολεύονται να εντάξουν το αίτημα της οικογένειας στο θεραπευτικό πλαίσιο; *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 112, 87-97.
- Μισουρίδου, Ε. (2011) Το φαινόμενο του εκφοβισμού στη νοσηλευτική: Αίτια και αντιμετώπιση. *Νοσηλευτική*, 50(2): 123-131.
- Ράπτης, Η. (2004) Επικοινωνία γονέων και σχολείου. Στο Α. Τριλιανός και Ι. Καράμνηας (επιμ.) *Συμβουλευτική Γονέων*. Αθήνα: Εργαστήριο Πειραματικής Παιδαγωγικής, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Παιδαγωγικό Τμήμα Δημοτικής Εκπαίδευσης.
- Σακκάς, Δ. *Αξιοποιώντας τον ελληνικό μύθο ως μεταφορά στα βιωματικά εκπαιδευτικά προγράμματα*. <http://www.ekpse.gr/oldsite/b56.html>. Προσπελάστηκε στις 27/08/15.

Χρήσιμο οπτικοακουστικό και έντυπο υλικό στο διαδίκτυο

<http://store.samhsa.gov/shin/content/SMA14-4816/SMA14-4816.pdf>

Χρήσιμο βιβλίο από τον οργανισμό Substance Abuse and Mental Health Administration (SAMHSA) με πλούσιο υλικό για την αξιολόγηση και αντιμετώπιση της δευτερογενούς μετατραυματικής διαταραχής και τίτλο «*Trauma-Informed Care in Behavioral Health Services*».

<https://www.youtube.com/watch?v=HLTnqaJUAAM>

Βίντεο με τίτλο «Compassion Fatigue: the stress of caring to much», PBS Adult Learning Satellite Service & National Mental Health Association

URL Εκπαιδευτικού Υλικού Κεφαλαίου 12

Οι διαφάνειες του Κεφαλαίου 12 βρίσκονται στην ακόλουθη σελίδα στον Ελληνικό Συσσωρευτή Ακαδημαϊκών Ηλεκτρονικών Βιβλίων του ΣΕΑΒ:
<http://repfiles.kallipos.gr/file/23561>

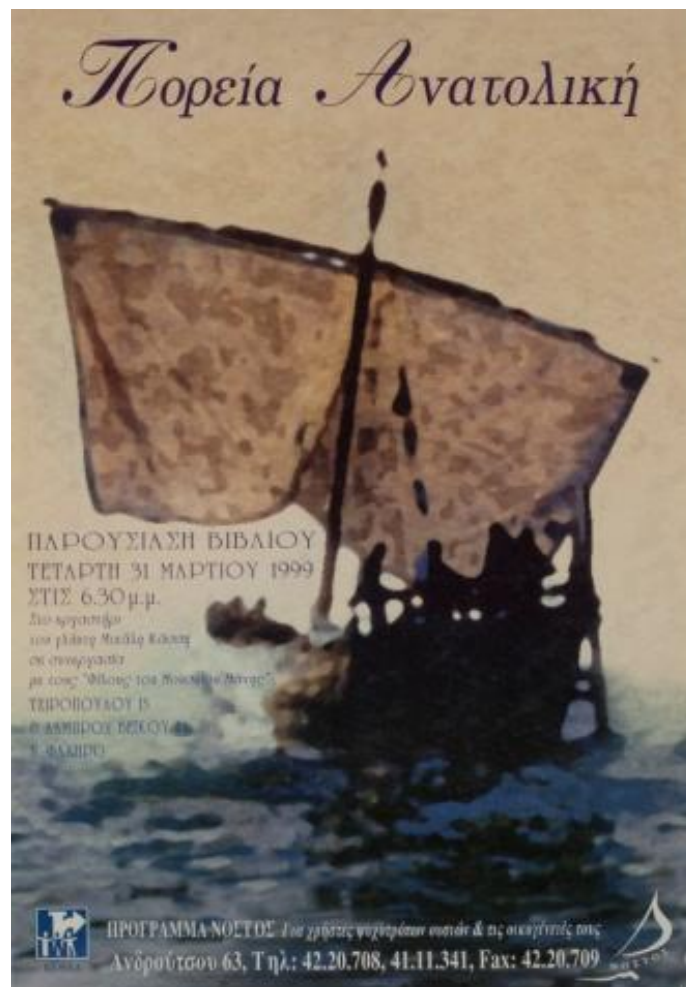
Κεφάλαιο 13

Επαγγελματική αυτοανάπτυξη: ένα ταξίδι προς την αυτογνωσία και την ωριμότητα

Εισαγωγή

Οι προκλήσεις τις οποίες αντιμετωπίζει ο νοσηλευτής εξαρτήσεων στην κλινική πράξη απαιτούν αυξημένες ικανότητες στις διαπροσωπικές σχέσεις και στη διαχείριση αντιπαραθέσεων (Clancy et al., 2002). Επίσης απαιτούν ικανότητα ενσυναίσθησης και αναγνώρισης των συναισθηματικών αντιδράσεων του θεραπευόμενου. Επιπλέον, κεντρικό ζήτημα για κάθε εργαζόμενο είναι να αναγνωρίσει τι συμβαίνει στην υπηρεσία στην οποία εργάζεται, κάτι που μπορεί να συμβάλει στο άγχος του και να βρει τρόπους να αντιμετωπίζει την κατάσταση με παραγωγικό τρόπο σε σχέση με τον ασθενή, τον ίδιο αλλά και το πλαίσιο εργασίας.

Το κεφάλαιο αυτό εστιάζει στην επαγγελματική αυτοανάπτυξη των νοσηλευτών εξαρτημένων ατόμων. Αρχικά σκιαγραφούνται τα στάδια επαγγελματικής εξέλιξης, τα οποία συνδέονται με την κατάκτηση συγκεκριμένων ικανοτήτων. Στη συνέχεια περιγράφεται η επιρροή της οργανωσιακής κουλτούρας στον επαγγελματία, η οποία σε έναν υγιή οργανισμό πρέπει να είναι αμφίδρομη. Τέλος, αναλύεται η διαδικασία της επαγγελματικής κοινωνικοποίησης και συγκρότησης μιας ισχυρής επαγγελματικής ταυτότητας.



Εικόνα 13.1 ΚΕΘΕΑ, Copyright.

13.1. Στάδια επαγγελματικής ανάπτυξης

Στη βιβλιογραφία έχουν περιγραφεί αρκετά μοντέλα επαγγελματικής ανάπτυξης στη νοσηλευτική, τα οποία περιλαμβάνουν στάδια μετάβασης από τη φάση της εκπαίδευσης ως τη φάση της καταξιωμένης κλινικής αριστείας (Clancy et al., 2006· Benner, 1984). Συνήθως, ο εκπαιδευόμενος ή νέος επαγγελματίας εστιάζει στον εαυτό του, επειδή νιώθει αβέβαιος και αγχωμένος σχετικά με τις ικανότητές του και τον ρόλο του, ασχολείται με το αν έπραξε σωστά, ενώ ταυτόχρονα έχει υπερβολική βεβαιότητα για τις ικανότητές του. Επίσης έχει την τάση να γενικεύει, να απαντά με το ύφος ειδικού, να χρησιμοποιεί κάποια δεξιότητα περισσότερο από άλλες. Στην ουσία υπάρχει χάσμα ανάμεσα στην κατανόηση, τους στόχους και τις παρεμβάσεις.

Στην πορεία όμως της προσαρμογής στον επαγγελματικό χώρο, παρότι εξακολουθεί να εστιάζει περισσότερο από ό,τι είναι αναγκαίο στις ελλείψεις του ασθενή και στην αντίστασή του, σταδιακά εστιάζει λιγότερο στον εαυτό του και περισσότερο στον θεραπευόμενο. Νιώθει όμως σύγχυση και ματαιώση με την πολυπλοκότητα της θεραπευτικής σχέσης, ενώ ταυτίζεται υπερβολικά με τον ασθενή. Επιπλέον, εξακολουθεί να μην συνδέει τη θεωρία με την κλινική πράξη.

Τέλος, ο επαγγελματίας εστιάζει σκόπιμα στον ασθενή, διαθέτει υψηλό βαθμό ενσυναίσθησης και παρουσιάζει με αντικειμενικότητα την κατάσταση του ασθενή. Μπορεί επίσης με άνεση να δεχθεί κριτική για τη δουλειά του, ενώ παρατηρείται ενσωμάτωση θεωρητικής και κλινικής προσέγγισης.

Οι Clancy et al. (2006) πήραν συνεντεύξεις από 26 νοσηλευτές εξαρτημένων ατόμων και περιέγραψαν σε αδρές γραμμές πέντε στάδια στην επαγγελματική τους πορεία:

13.1.1. Στάδιο 1ο: «Η συνάντηση»



Εικόνα 13.2 Ivan Aivazowsky, Εθνική Πινακοθήκη, *Copyright*.

Αποτελεί το στάδιο επαγγελματικής ανάπτυξης με το μεγαλύτερο βαθμό δυσκολίας σύμφωνα με τους νοσηλευτές. Στο στάδιο αυτό ένιωθαν να κατακλύζονται από άγχος και φόβο για την εργασία τους («reality shock»). Αυτό το αποδίδουν εν μέρει στην ανεπαρκή προετοιμασία και παροχή γνώσεων σχετικά με τη νοσηλευτική εξαρτημένων ατόμων κατά την προπτυχιακή τους εκπαίδευση. Ένιωθαν ότι δεν είχαν τις απαραίτητες γνώσεις και ικανότητες για την αντιμετώπιση των συγκεκριμένων ασθενών, οι οποίοι κάποιες φορές γίνονται επιθετικοί, προκλητικοί και ιδιαίτερα απαιτητικοί.

«Στην αρχή είσαι γεμάτος ενθουσιασμό αλλά μετά καταλαβαίνεις ότι αυτοί οι ασθενείς μπορεί να είναι πράγματι επιθετικοί και εχθρικοί, δεν παίρνεις ανταπόδοση (σε αντίθεση με τη γενική νοσηλευτική που παίρνεις δώρα κ.λπ.), δεν μπορείς να τους εμπιστευτείς».

«Ένιωθα έξω από τα νερά μου. Δεν είχα τις κατάλληλες προσωπικές ή επαγγελματικές γνώσεις».

«Ένιωθα χαμένος, εντελώς χαμένος».

Clancy, C., Oyefeso, A. & Ghodse, H. (2006) Role development and career stages in addiction nursing: an exploratory study. *Journal of Advanced Nursing*, 57 (2), 161-171 (σελ. 166).

Πίνακας 13.1 Στάδιο 1ο: «Η συνάντηση».

13.1.2. Στάδιο 2ο: «Γνωριμία-δημιουργία σχέσης»

Κυρίαρχο στοιχείο στη μετάβαση στο δεύτερο στάδιο αποτελεί η απόκτηση ανοχής στη ματαιώση που προκαλούν οι συχνές υποτροπές. Οι νοσηλευτές κατανοούν ότι η υποτροπή αποτελεί στάδιο στη θεραπευτική διαδικασία. Σημαντική κατάκτηση σε αυτό το στάδιο είναι η ικανότητα οριοθέτησης και αναγνώρισης του φαινομένου του διαχωρισμού, π.χ. όταν ένας θεραπευόμενος επιδιώκει μεγαλύτερη εγγύτητα από τον νοσηλευτή, ζητώντας όμως να μην ενημερώσει τη θεραπευτική ομάδα, υποδηλώνοντας ότι μόνο ο συγκεκριμένος νοσηλευτής μπορεί να τον καταλάβει. Κατανοούν λοιπόν τόσο τις αρχές όσο και τον κατάλληλο τρόπο οριοθέτησης και αυτό συμβάλει σημαντικά στο αίσθημα επάρκειας στον ρόλο τους. Παράλληλα, επιδιώκουν ενεργητικά την απόκτηση δεξιοτήτων και την συνεχιζόμενη εκπαίδευση.

«Ένιωθα τόσο ντροπαλή και τόσο παθητική, αλλά νιώθω ότι έχω εξελιχθεί τόσο πολύ δουλεύοντας με αυτόν τον πληθυσμό και αυτό ήταν εξαιτίας της πρόκλησης, προκαλούν τόσο που νιώθεις ότι ή θα πνιγείς ή θα κολυμπήσεις».

«Γίνεσαι δυνατός και αρχίζεις να μπορείς να βάζεις σταθερά όρια».

«Αρχίζεις να αναγνωρίζεις τη χειριστική συμπεριφορά και το «σπλίτιγκ» (ενν. ελληνική απόδοση “διαχωρισμός” ή “σχάση”»).

Clancy, C., Oyefeso, A. & Ghodse, H. (2006) Role development and career stages in addiction nursing: an exploratory study. *Journal of Advanced Nursing*, 57 (2), 161-171 (σελ. 166).

Πίνακας 13.2 Αλλαγές στην πορεία επαγγελματικής ανάπτυξης.

13.1.3. Στάδιο 3ο: «Σταθεροποίηση»

Στο τρίτο στάδιο, αυτό της σταθεροποίησης κυριαρχούν δύο χαρακτηριστικά: η «θεραπευτική αποστασιοποίηση» και η «αποδοχή» από τα υπόλοιπα μέλη της θεραπευτικής ομάδας. Η αποστασιοποίηση

αφορά την ικανότητα του θεραπευτή να κρατά σε απόσταση το «χάος» του ασθενή και να μην παρασύρεται από την οπτική του τελευταίου. Σταδιακά αποκτά τη διαίσθηση του πόσο κοντά μπορεί να είναι στον ασθενή. Επίσης, σε αυτό το στάδιο ο νοσηλευτής κατακτά την ικανότητα εμπειρίας των προσωπικών του συναισθημάτων (δηλ. συγκρατεί επιθετικές παρορμήσεις, παρατηρεί τις συναισθηματικές του αντιδράσεις και ζητά υποστήριξη, ώστε να τις επεξεργαστεί). Έτσι ανακαλύπτει ότι πλέον έχει την ικανότητα παρουσίασης κλινικού περιστατικού, η οποία να γίνεται αποδεκτή από τη θεραπευτική ομάδα. Σταδιακά λοιπόν κερδίζει τόσο την εκτίμηση των θεραπευόμενων, οι οποίοι αναγνωρίζουν ότι «ξέρει για ποιο πράγμα μιλάει», αλλά και των αρχαιότερων θεραπευτών, οι οποίοι αναγνωρίζουν την αξία ή τις ικανότητές του. Τέλος, αποκτά γνώση των προσωπικών του ορίων.

13.1.4. Στάδιο 4ο: «Νιώθοντας ικανός»

Στο στάδιο αυτό οι νοσηλευτές εξάρτησης αποκτούν ικανότητες σε πολλά επίπεδα, π.χ. ικανότητα αξιολόγησης χωρίς εποπτεία και ανεξάρτητης εργασίας, και έχουν εμπιστοσύνη στις προσωπικές τους ικανότητες. Όταν αντιμετωπίζουν ένα πρόβλημα, δεν αναλαμβάνουν την ευθύνη για την επίλυσή του προσωπικά, αλλά αντίθετα κατανοούν ότι τυχόν προβλήματα αφορούν όλη την ομάδα και όχι έναν συγκεκριμένο επαγγελματία. Επιδεικνύουν επίσης αποτελεσματική και ανεξάρτητη διαχείριση ενός αριθμού περιστατικών και συχνά καλούνται να εποπτεύσουν περιστατικά νεότερων επαγγελματιών.

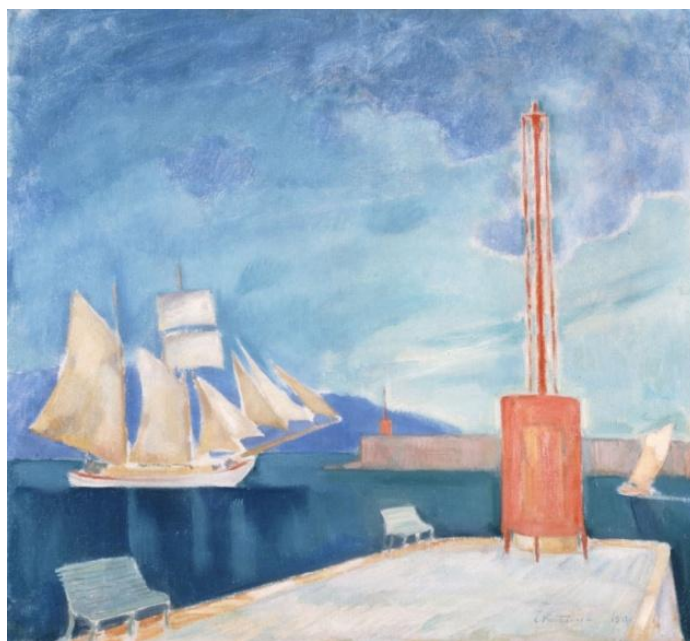
«Σε αυτό το στάδιο μπορούσα να διαχειριστώ τα ραντεβού μου με αρκετή εμπιστοσύνη στις ικανότητές μου και γνωρίζοντας ότι αν υπάρξει κάποιο πρόβλημα, δεν θα είναι δικό μου αλλά της ομάδας».

«Ξέρεις τις παραμέτρους της δουλειάς σου, νιώθεις ότι ξέρεις τι να περιμένεις».

«Ήξερα ότι οι ικανότητές μου αυξήθηκαν, γιατί μου ζητούσαν να αντιπροσωπεύσω την ομάδα σε εξωτερικές συναντήσεις».

Clancy, C., Oyefeso, A. & Ghodse, H. (2006) Role development and career stages in addiction nursing: an exploratory study. *Journal of Advanced Nursing*, 57 (2), 161-171 (σελ. 167).

Πίνακας 13.3 Στάδιο 4ο: «Νιώθοντας ικανός».



Εικόνα 13.3 Παρθένης Κ, Εθνική Πινακοθήκη, *Copyright*.

13.1.5. Στάδιο 5ο: «Αριστεία»

Το στάδιο αυτό χαρακτηρίζεται από τρία στοιχεία: προσαρμοστικότητα-ευελιξία, επαγγελματική ωριμότητα και εποπτεία άλλων επαγγελματιών. Οι νοσηλευτές νιώθουν ότι έχουν τις απαραίτητες γνώσεις σχετικά με τις ουσίες, ότι κατανοούν την εμπειρία της εξάρτησης, ενώ ελάχιστα περιστατικά φαντάζουν δύσκολα ως προς τη διαχείρισή τους. Επιπλέον μπορούν να εργάζονται αποτελεσματικά σε διαφορετικά πλαίσια. Συχνά καλούνται να πουν την άποψή τους, όταν προκύπτει κάποιο πρόβλημα, αντιπροσωπεύουν την υπηρεσία τους σε συνέδρια ή σε συναντήσεις εκτός υπηρεσίας και εποπτεύουν άλλους θεραπευτές, οι οποίοι δεν είναι νοσηλευτές.

«Άρχισα να πιστεύω ότι κατάφερα να φτάσω σε προχωρημένο επίπεδο, παρότι ο καθένας μας πάντα μαθαίνει, όταν δεν δυσκολευόμουν πια σε κάποιο νέο περιστατικό».

«Μπορείς να το δεις τριγύρω σου σε παλιούς συναδέλφους, έχουν μια παρουσία, φαίνεται ότι ξέρουν τι λένε και τι κάνουν».

«Κατάλαβα ότι είχα προχωρήσει πολύ στην κλινική πράξη όταν η διεύθυνση με καλούσε για την επίλυση κλινικών προβλημάτων και για να εποπτεύσω άλλους θεραπευτές οι οποίοι δεν ήταν νοσηλευτές».

Clancy, C., Oyefeso, A. & Ghodse, H. (2006) Role development and career stages in addiction nursing: an exploratory study. *Journal of Advanced Nursing*, 57 (2), 161-171 (σελ. 167-168).

Πίνακας 13.4 Το στάδιο της αριστεία Στάδιο 5ο: «Αριστεία».

Σημαντικό ζήτημα, σύμφωνα με τις αναφορές των νοσηλευτών της συγκεκριμένης έρευνας το οποίο αφορά όλα τα στάδια επαγγελματικής ανάπτυξης, αποτελεί η διαχείριση της θλίψης και της απώλειας που σχετίζονται με το υψηλό ποσοστό θανάτων και την υπερβολική ταύτιση των νοσηλευτών με τον ασθενή. Η ταύτιση αυτή δεν επέτρεπε στους επαγγελματίες να διακρίνουν τα όρια του επαγγελματικού θεραπευτικού τους ρόλου. Βέβαια, η ένταση και η διάρκεια της ταύτισης διαφοροποιούνταν ανάλογα με την ψυχοσύνθεση και τις ιδιαιτερότητες του κάθε νοσηλευτή. Αυτά όμως τα δύο χαρακτηριστικά είχαν σοβαρό αντίκτυπο στην παρεχόμενη φροντίδα και στην επαγγελματική ανάπτυξη των ίδιων των νοσηλευτών. Οι λόγοι που αναφέρουν ως παράγοντες οι οποίοι συνέβαλαν στην παραμονή τους στο επάγγελμα είναι οι ακόλουθοι:

- ευκαιρίες προαγωγής
- έλλειψη μονοτονίας
- η φύση της εργασίας και οι ιδιαιτερότητες των εξαρτημένων ατόμων
- ενδιαφέρον εργασιακό περιβάλλον γεμάτο προκλήσεις
- αυτονομία
- υποστήριξη στα αρχικά στάδια της σταδιοδρομίας τους

13.2. Επαγγελματική αυτοανάπτυξη και οργανωσιακή κουλτούρα

Κάθε χώρος εργασίας διαθέτει μια μοναδική ατμόσφαιρα. Κεντρικό ζήτημα για κάθε εργαζόμενο είναι να αναγνωρίσει τι συμβαίνει στην υπηρεσία στην οποία εργάζεται, κάτι που μπορεί να συμβάλει στον έλεγχο του άγχους του και να βρει τρόπους να αντιμετωπίζει την κατάσταση με παραγωγικό τρόπο σε σχέση με τον ασθενή, τον ίδιο αλλά και το πλαίσιο εργασίας. Σε μια χαρούμενη και λειτουργική κουλτούρα εργασιακού πλαισίου, στην οποία κυριαρχούν η δικαιοσύνη και ο σεβασμός, ο εργαζόμενος νιώθει ασφάλεια, κατασταλάζει, χαλαρώνει, είναι ήρεμος και παραγωγικός και εξελίσσεται επαγγελματικά. Εξάλλου, η μάθηση επιτυγχάνεται μέσω της υποστηρικτικής καθοδήγησης, ενώ η μεγαλύτερη εμπειρία συντελεί στην άντληση ικανοποίησης από την εργασία σε μια συνεκτική ομάδα. Όμως, συχνά το εργασιακό πλαίσιο είναι

δυσλειτουργικό, καταπιεστικό, προσβλητικό, ακόμη και εκφοβιστικό (Μισουρίδου, 2011, 2009). Οι συνάδελφοι μπορεί να είναι απόντες, ψυχροί, απόμακροι, αδιάφοροι ή να είναι ενεργά δυσάρεστοι, αγενείς και απότομοι. Η άδικη συμπεριφορά προωθεί τον κυνισμό, υπονομεύοντας τη σχέση με την εργασία.

Οι Leiter και Maslach (2007), αφού μελέτησαν το εργασιακό κλίμα σε μεγάλο αριθμό επιχειρήσεων, παρατήρησαν ότι πολύ συχνά το εργασιακό περιβάλλον χαρακτηρίζεται από διχόνοια, κακή επικοινωνία, έλλειψη δικαιοσύνης, δουλειές «πίσω από κλειστές πόρτες», κλειστές ομάδες που περιθωριοποιούν όσους δεν συμμορφώνονται με τις στάσεις τους. Κατά παρόμοιο τρόπο το εργασιακό περιβάλλον είναι «τοξικό» σε πολλές υπηρεσίες ψυχικής και σωματικής υγείας, εμποδίζοντας την εξατομικευμένη, προσωποκεντρική και συνεργατική φροντίδα στους λήπτες των υπηρεσιών της (SAMSHA, 2014). Παράγοντες όπως η πίεση για αύξηση της παραγωγικότητας και η μείωση των οικονομικών απολαβών δημιουργούν ένα αγχογόνο περιβάλλον και συμβάλλουν στο χαμηλό ηθικό και στην μειωμένη ικανοποίηση των εργαζομένων. Οι νοσηλευτές αποτελούν μια επαγγελματική ομάδα που πολύ συχνά αντιμετωπίζει προβλήματα επιθετικής συμπεριφοράς, συγκρούσεων και εκφοβισμού μεταξύ συναδέλφων. Η ενδοσυναδελφική επιθετικότητα και η μειωμένη συναδελφική αλληλεγγύη αποτελούν πηγές άγχους, επαγγελματικής εξουθένωσης, ματαίωσης και θυμού (Μισουρίδου, 2011). Σύμφωνα με τον Farrell (1999), η επιθετικότητα ανάμεσα σε νοσηλευτές αναφέρεται ως η πιο επώδυνη μορφή επιθετικότητας σε σύγκριση με αυτήν η οποία προέρχεται από γιατρούς και ασθενείς και μάλιστα, η πλειοψηφία των ερωτώμενων αναφέρει ότι η επιθετικότητα αποτελεί την πιο δύσκολη πλευρά της νοσηλευτικής εργασίας.

Η Kelly (1998) στη μελέτη της για την επαγγελματική κοινωνικοποίηση των νοσηλευτών περιγράφει την αγωνιώδη προσπάθεια των νέων νοσηλευτών να αποκτήσουν την αποδοχή της ομάδας, όπως και τις πιέσεις που δέχονται μέσα σε αυτήν καθώς ξεκινούν με αρκετό ιδεαλισμό την καριέρα τους. Στην ουσία, οι νοσηλευτές επιδιώκουν πρώτα την αποδοχή από την ομάδα και μόνο αφού κατοχυρώσουν τη θέση τους - συχνά έχοντας συμμορφωθεί στις αρχές που επιτάσσει η ομάδα- εστιάζουν στην προσπάθεια να ικανοποιήσουν τις ανάγκες των ασθενών (Newton & McKenna, 2007 Brennan & McSherry, 2007 Boychuk Duchscher, 2001). Έτσι η επιτυχία της προσαρμογής σχετίζεται με την ικανότητα να γίνει κανείς αρεστός στα μέλη της ομάδας, ικανοποιώντας τις προσδοκίες της και τροποποιώντας την επαγγελματική ταυτότητα που έχτιζε στα χρόνια της εκπαίδευσής του.

Μειονέκτημα σημαντικό στη διαδικασία της επαγγελματικής κοινωνικοποίησης αποτελεί η έμφαση κατά τα χρόνια της εκπαίδευσης στην ατομική ανάπτυξη και συμπεριφορά και όχι στις ομαδικές διεργασίες. Κατά αυτόν τον τρόπο οι νέοι νοσηλευτές είναι απροετοίμαστοι για να λειτουργήσουν σαν μέλη της ομάδας. Σύμφωνα με τη Ραγιά (2003), ο νοσηλευτής οφείλει να πιστεύει στη δημιουργική δύναμη της ομάδας, να αντιλαμβάνεται τα μειονεκτήματα της μεμονωμένης προσπάθειας και να καλλιεργεί την ικανότητα συνεργασίας, η οποία είναι αποτέλεσμα ψυχικής και κοινωνικής ωριμότητας. Οι νέοι νοσηλευτές όμως συχνά αγνοούν τον τρόπο με τον οποίο οι στάσεις τους και οι συμπεριφορές τους συμβάλλουν στις δυσκολίες τους. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι η συνεργασία προϋποθέτει αυτογνωσία, δηλαδή ακριβή γνώση των προσόντων του ατόμου, των δυνατοτήτων του, των ορίων του, της αντοχής του, των δυσκολιών και των αδυναμιών του, των αρετών και των κλήσεών του, καθώς και πιθανών χαρακτηριστικών της προσωπικότητάς του, όπως η φιλοπρωτία, η ιδιορρυθμία, η εμμονή στο προσωπικό θέλημα και η υποτίμηση των ικανοτήτων των άλλων. Σε κάθε περίπτωση πάντως, η ικανότητα για συνεργασία δεν αποτελεί έμφυτο χαρακτηριστικό αλλά καλλιεργείται με την εμπειρία στις επαγγελματικές σχέσεις. Επιπλέον, οι νοσηλευτές με την πάροδο του χρόνου αποκτούν ανθεκτικότητα στην επιθετικότητα που εκδηλώνεται μέσα στο αγχογόνο εργασιακό πλαίσιο και αναπτύσσουν άμυνες που τους βοηθούν στην επίλυση των συγκρούσεων και στην αυτοπροστασία (Lewis, 2006). Επαγρυπνούν για προειδοποιητικά σημεία και αφουγκράζονται τη δυναμική των σχέσεων, αποκτούν σταδιακά αντίληψη της ατμόσφαιρας του τμήματος, αποφασίζουν να μην αντιλαμβάνονται τις όποιες δυσκολίες θέτοντάς τες σε προσωπικό επίπεδο και αδιαφορούν για τα συναισθηματικά ξεσπάσματα, ενώ γίνονται περισσότερο ευέλικτοι στη διαχείριση των σχέσεων και στην επίλυση των συγκρούσεων.

Οι Leiter και Maslach (2007) παραθέτουν πρακτικές συμβουλές για τη βελτίωση των επαγγελματικών σχέσεων και για τον τρόπο με τον οποίο ο εργαζόμενος μπορεί να προωθήσει καινοτομίες, όπως:

- Απουσία επικριτικότητας προς τον προϊστάμενο ή τους συναδέλφους, ώστε να μην υπάρξει αίσθημα ανταγωνιστικότητας.
- Προσφορά βοήθειας προς τους συναδέλφους με σεμνό και μη απειλητικό τρόπο.

- Κριτική της προσωπικής εργασίας πριν από οποιαδήποτε προσπάθεια μετατόπισης του ενδιαφέροντος στην εργασία άλλων ατόμων.
- Δημιουργία συμμαχιών οι οποίες να στηρίζουν τα σχέδια του επαγγελματία. Οι συμμαχίες απαιτείται να στοχεύουν σε κάποιον ομαδικό στόχο και να μην αποκλείουν/υπονομεύουν κανέναν.
- Παρουσίαση οποιασδήποτε καινοτομίας ως νόμιμο έργο της εργασίας του επαγγελματία.
- Πρόβλεψη αντίστασης στην αλλαγή.

13.3. Επαγγελματική κοινωνικοποίηση και ένταξη στη διεπαγγελματική ομάδα

Κατά την επαγγελματική της κοινωνικοποίηση η κάθε ομάδα επαγγελματιών εκτίθεται σε θεωρητικές γνώσεις και εμπειρίες, που στόχο έχουν τη συγκρότηση μιας ισχυρής επαγγελματικής ταυτότητας. Συνήθως, οι νέοι επαγγελματίες δεν εκτίθενται στις αντιφάσεις της πραγματικότητας και, δυστυχώς, δεν προετοιμάζονται γι' αυτές (δυσκολίες στη συνεργασία, επιθετικότητα και συγκρούσεις στη διεπαγγελματική ομάδα, σχέσεις εξουσίας ανάμεσα στις διάφορες επαγγελματικές ομάδες, θέματα παρενόχλησης, εκφοβισμού και αυτοπροστασίας). Στην πράξη, ο χώρος της ψυχικής υγείας με τον όγκο και τη βαρύτητα των προβλημάτων που αντιμετωπίζει, απαιτεί επιτακτικά την αρμονική συνεργασία των επαγγελματιών σε δημοκρατικές βάσεις. Οι διάφορες οπτικές, η πολυφωνία αποτελούν ανεκτίμητο οπλοστάσιο της θεραπευτικής ομάδας στην προσπάθειά της να σμιλέψει μαζί με τον ασθενή ένα «άνοιγμα» νέων δυνατοτήτων στο «κλείσιμο»-αδιέξοδο- κρίση που τον οδήγησε στο να ζητήσει βοήθεια. Σε μια δημοκρατική και συνεργατική ομάδα κυριαρχούν η αλληλοϋποστήριξη, η ελευθερία έκφρασης, η θετική στάση στην καινοτομία και στην αλλαγή.

Η επαφή με την πραγματικότητα, όμως, συχνά απογοητεύει τους νεοδιοριζόμενους επαγγελματίες. Στην ψυχική υγεία, η ένταση των αιτημάτων των ασθενών και των συγγενών τους, καθώς και οι δυναμικές των σχέσεων μεταξύ τους, επιτείνουν τα προβλήματα. Επιπλέον, τα όρια ανάμεσα στις αρμοδιότητες των διάφορων επαγγελματιών δεν είναι ευδιάκριτα. Αυτό μπορεί βέβαια να προσφέρει δυνατότητες επαγγελματικής αυτοανάπτυξης (για παράδειγμα στη Μονάδα Απεξάρτησης 18 ΑΝΩ ένας νοσηλευτής με πολύχρονη εμπειρία και κάποια κατάρτιση στη δραματοθεραπεία μπορεί να ασχοληθεί με τον συντονισμό ομάδων θεραπείας μέσω τέχνης ακόμη και ως πρώτος συντονιστής), από την άλλη όμως αποτελεί κάποιες φορές σημείο τριβής ανάμεσα στους επαγγελματίες. Από την άλλη άκαμπτες οριοθετήσεις στον ρόλο μιας επαγγελματικής ομάδας προκαλούν ανταγωνισμό, συγκρούσεις για την επικράτηση μιας επαγγελματικής ομάδας σε βάρος των άλλων και αλληλοαμφισβήτηση. Επίσης, οι νέοι επαγγελματίες καλούνται να επεξεργαστούν ζητήματα θεραπείας και κοινωνικού ελέγχου, σχέσεων εξουσίας και συχνά άρρητων κανόνων οι οποίοι διέπουν τη λειτουργία ενός πλαισίου. Η θεραπεία, συχνά στα διάφορα βιβλία ψυχικής υγείας περιγράφεται σαν μια δυαδική σχέση διαντίδρασης. Στην πράξη, όμως, απαιτεί την καλλιέργεια της ικανότητας αντίληψης των δυναμικών των σχέσεων και των ιδιαιτεροτήτων του πλαισίου, μέσα στο οποίο ο επαγγελματίας καλείται να λειτουργήσει θεραπευτικά. Οι νοσηλευτές, λόγω στερεοτύπων και προκαταλήψεων που αφορούν το επάγγελμα, καταβάλλουν αρκετές φορές μεγαλύτερη προσπάθεια από άλλους επαγγελματίες για να αναλάβουν θέσεις ευθύνης σε κέντρα πρόληψης και θεραπείας. Κατά τον ίδιο τρόπο όμως με τον οποίο υπερασπίζονται τους θεραπευόμενους ενάντια στις προκαταλήψεις και τα κοινωνικά στερεότυπα, καλούνται να συμβάλουν στην επεξεργασία και αλλαγή στερεοτύπων και προκαταλήψεων στο θεραπευτικό πλαίσιο που εργάζονται. Η ένταξη της νοσηλευτικής εξαρτημένων ατόμων σε προπτυχιακά και μεταπτυχιακά προγράμματα νοσηλευτικής θα μπορούσε να συμβάλει καθοριστικά στην εξέλιξη των νοσηλευτών και στην ανάληψη θέσεων ευθύνης.

Αλλά κρίσιμα προβλήματα τα οποία επηρεάζουν την ένταξη στη διεπαγγελματική ομάδα είναι τα ακόλουθα:

- η υποχρηματοδότηση των κέντρων απεξάρτησης (προκαλεί ανταγωνισμό των επαγγελματιών ομάδων)
- η έντονη έλλειψη προσωπικού
- η χρηματοδότηση δυνατοτήτων εποπτείας
- η χρηματοδότηση εκπαιδευτικών εμπειριών και συνεδρίων
- η γραφειοκρατία
- οι οργανωτικές ελλείψεις (π.χ. στέγαση άστεγων ασθενών) κ.ά.



Εικόνα 13.4 Γαΐτης Γ, Εθνική Πινακοθήκη, *Copyright*.

13.4. Αυτογνωσία και επαγγελματική αυτοανάπτυξη

Για τους περισσότερους φοιτητές της νοσηλευτικής βασικό κίνητρο επιλογής της επαγγελματικής τους σταδιοδρομίας αποτελεί η επιθυμία παροχής φροντίδας στον άνθρωπο (Jackson et al. 2007). Ξεκινούν τις σπουδές τους με αρκετό ιδεαλισμό πιστεύοντας ότι ο σωστός συνδυασμός ποιοτικής εκπαίδευσης, ειλικρινούς ενδιαφέροντος για τους άλλους και δέσμευσης θα τους βοηθήσει να ανακουφίσουν αρκετούς ανθρώπους. Σύντομα όμως οι προσδοκίες τους διαψεύδονται, χάνουν το πάθος και την αισιοδοξία τους, συμμορφώνονται στις παραδοσιακές πρακτικές που επιτάσσει η ομάδα εργασίας, ενώ αφιερώνουν το μεγαλύτερο μέρος του χρόνου τους στην εκτέλεση λειτουργικών καθηκόντων και στη διευθέτηση γραφειοκρατικών θεμάτων και ζητημάτων ρουτίνας (Menziés, 1960). Παράλληλα μεταβάλλεται ο τρόπος με τον οποίο ορίζουν την επαγγελματική τους ταυτότητα, οι αξίες και τα κίνητρό τους γίνονται περισσότερο υλιστικά και εγωκεντρικά, νιώθουν αγανάκτηση, θυμό και κυνισμό. Σύμφωνα με τον McLeod (2003), η μεταστροφή αυτή χαρακτηρίζει όλα τα επαγγέλματα υγείας και οφείλεται στην έλλειψη αυτογνωσίας και στην ανεπαρκή φροντίδα εαυτού.

Οι νέοι επαγγελματίες τις περισσότερες φορές δεν έχουν αντιμετωπίσει τις δοκιμασίες της ζωής που οδηγούν στη γνώση του εαυτού αλλά και στη γνώση των άλλων. Ο παιδικός εγωκεντρισμός και η μεγαλομανία δεν έχουν ακόμη μετατραπεί σε ρεαλιστική αυτοεκτίμηση. Μπροστά στην ανθρώπινη αδυναμία και ασθένεια νιώθουν ενοχές και αναλαμβάνουν ασυνείδητα τους ρόλους του ήρωα ή του σωτήρα, παίρνοντας πάνω τους όλη την ευθύνη του ασθενή. Υπερεκτιμούν δηλαδή τις δυνατότητές τους για επιτυχία και προσφορά, υπερεμπλέκονται, δεν βάζουν όρια, προσπαθούν να αποδείξουν ότι είναι καλύτεροι ή ότι νοιάζονται περισσότερο από όλους τους άλλους τριγύρω τους. Η υπερλειτουργικότητα είναι ένα συχνό χαρακτηριστικό που πηγάζει από τις προσπάθειες να διατηρήσουν έναν τρόπο συμπεριφοράς, ο οποίος ανταμοιβόταν ιδιαίτερα στο παρελθόν από τους γονείς. Κι αυτό γιατί το παιδί μπορεί να ήταν μια πολύ σημαντική πηγή κινητοποίησης, ερεθισμάτων και υποστήριξης για τον γονέα, με αποτέλεσμα ως ενήλικας να συνεχίζει να προσφέρει αυτή τη λειτουργία. Στην ουσία το παιδί ένιωθε υπεύθυνο για την οικογένειά του και για τους γονείς του, ήταν δηλαδή «γονεϊκό παιδί» και έτσι, όχι τυχαία, επέλεξε κάποιο από τα επαγγέλματα της προσφοράς. Πίσω όμως από την υπερλειτουργικότητα και την υπευθυνότητα κρύβονται ασυνείδητες/ανικανοποίητες ανάγκες για εκτίμηση και αγάπη (McLeod, 2003· Ζαφείρης και συν., 1999).

Η εκπαίδευση, ένας χώρος ο οποίος θα μπορούσε να προετοιμάσει τους νέους επαγγελματίες για τη συναισθηματική εργασία που απαιτεί η φροντίδα της αδυναμίας-ασθενείας, προωθεί την καλλιέργεια της αντικειμενικής και λογικής αντιμετώπισης των αναγκών του ασθενή, δίνοντας ελάχιστη σημασία στην υποκειμενικότητα, στις συναισθηματικές διεργασίες, στη γνώση του εαυτού και του άλλου, που υποστηρίζουν τις ικανότητες της ενσυναίσθησης και της συνεργασίας. Σύμφωνα όμως με τον Goleman (2000, 1998), η προσαρμογή και η επιτυχία στον εργασιακό χώρο εξαρτώνται μόνο κατά ένα ποσοστό 10-20% από τις ακαδημαϊκές επιδόσεις και γνώσεις που αποκτήθηκαν κατά την εκπαίδευση. Σε μεγαλύτερο βαθμό, η προσαρμογή και η επιτυχία εξαρτώνται από τη «συναισθηματική νοημοσύνη», την ικανότητα γνώσης των συναισθημάτων στον εαυτό και στους άλλους, η οποία αποτελεί απαραίτητο θεμέλιο της ουσιαστικής επικοινωνίας και συνεργασίας. Όσο περισσότερο γνωρίζει τον εαυτό του και τους άλλους, τόσο πιο δημιουργικός γίνεται ο νοσηλευτής στην προσφορά φροντίδας, χωρίς να κατηγορεί το «σύστημα» αγνοώντας τη συμβολή των δικών του αδυναμιών σε οποιαδήποτε προσπάθειά του. Όσο περισσότερο κατανοεί την ανάγκη του για εκτίμηση και θαυμασμό και τη βαθιά του επιθυμία να είναι αρεστός τόσο είναι σε θέση να ορίσει τον εαυτό του διαφορετικά, να διαχειριστεί τις πιέσεις με καινούργιους τρόπους, να βάλει όρια και να σκύψει πάνω από τις προσωπικές του ανάγκες, να γίνει τελικά ένας πληγωμένος θεραπευτής, ο οποίος αναγνωρίζει ότι δεν είναι παντοδύναμος αλλά ευάλωτος, τρωτός και πάνω απ' όλα ανθρώπινος (Παπαδάτου και Αναγνωστόπουλος, 1999).

Έτσι, ο νοσηλευτής μαθαίνει σταδιακά:

- να επιτρέπει στον εαυτό του να έχει ανάγκες
- να ικανοποιεί τις ανάγκες του με πιο ευθείς και αποτελεσματικούς τρόπους
- να μη ζητά από τον εαυτό του περισσότερα από όσα μπορεί να δώσει
- να λέει «όχι» και να βάζει όρια σεβόμενος τον εαυτό του
- να ορίζει περισσότερο ρεαλιστικούς και επιτεύξιμους στόχους
- να αναπτύσσει τις ικανότητες της ενσυναίσθησης και της συνεργασίας
- να συνδέεται με τον ευάλωτο εαυτό του και να είναι «πληγωμένος θεραπευτής»
- αποκτώντας ολοένα και μεγαλύτερο βαθμό αυτογνωσίας

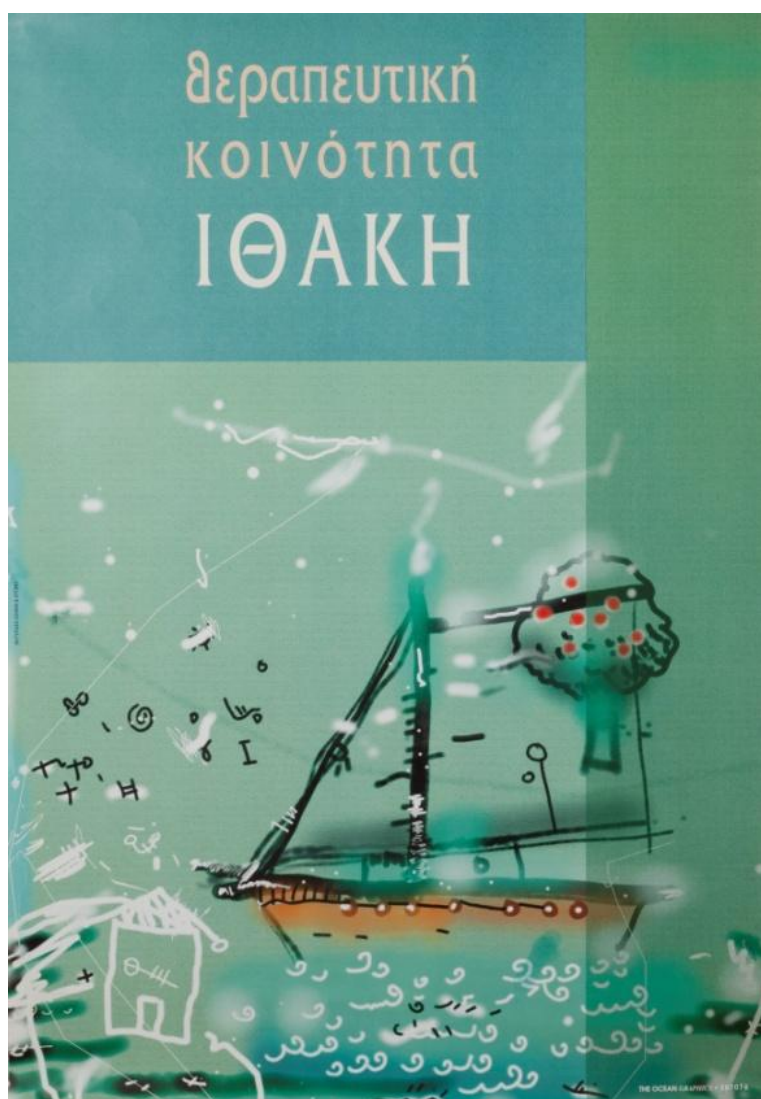
13.5. Η συγκρότηση μιας ισχυρής επαγγελματικής ταυτότητας

Η σταδιακή ανάπτυξη της αυτογνωσίας βοηθάει τον νοσηλευτή στη σχέση του με τους ασθενείς, τους συναδέλφους και τους προϊσταμένους του. Έτσι, αποτελεί κύριο παράγοντα της επαγγελματικής εξέλιξης και αυτο-ανάπτυξης. Η διαμόρφωση όμως μιας ισχυρής επαγγελματικής ταυτότητας απαιτεί επιπλέον τη συνειδητοποίηση των επιλογών του επαγγελματία σε σχέση με τις επιστημολογικές, κοινωνικές, ψυχολογικές και επαγγελματικές του παραδοχές. Η προσωπική θεωρία του νοσηλευτή αποτελείται από αντιφατικές αντιλήψεις, συνειδητές ή ασυνειδητές. Αυτές οι αντιφάσεις πρέπει να εκληφθούν θετικά, γιατί προάγουν την κριτική στάση στη νοσηλευτική πρακτική. Πολλές από αυτές τις αντιφάσεις δεν θα πάνε ποτέ να υφίστανται. Πάντα η εκπαίδευση θα διδάσκει το 'ορθό' και το ιδεατό και θα συγκρούεται με τις απαιτήσεις ενός συστήματος που χαρακτηρίζεται από αντιφατικές επιδιώξεις και αλληλοσυγκρουόμενους προσανατολισμούς, προάγοντας έτσι την κριτική σκέψη. Ο νοσηλευτής που είναι σε θέση να επεξεργαστεί αυτές τις αντιφάσεις θα έχει καταφέρει να χτίσει μια ισχυρή επαγγελματική ταυτότητα. Ισχυρά μέσα για την επίτευξη αυτού του σκοπού αποτελούν η επιμόρφωση με ουσιαστικό περιεχόμενο και η εποπτεία.

Η επιμόρφωση βοηθά τον νοσηλευτή να επεξεργαστεί και να συνειδητοποιήσει τις αντιφατικές αντιλήψεις και πρακτικές που διέπουν την εργασιακή του καθημερινότητα. Ουσιαστικά, τον καθιστά ικανό ερευνητή της νοσηλευτικής του πρακτικής, μέσα από μια διαδικασία κριτικής αυτο-διερεύνησης. Μόνο μέσα από τη συνειδητοποίηση της νοσηλευτικής πρακτικής μπορεί να δημιουργηθεί το πλαίσιο οικοδόμησης της προσωπικής θεωρίας του, διαφορετικά ο νοσηλευτής οδηγείται στη μηχανοποίηση της νοσηλευτικής πράξης. Επιπρόσθετα, η ομαδική εποπτεία τον βοηθάει να εκτονώσει έντονα συναισθήματα, να τα επεξεργαστεί, να συνειδητοποιήσει την εμπειρία του, να βάλει προτεραιότητες στην προσπάθεια συγκρότησης της αλλαγής, να ανακαλύψει καινούργιους τρόπους αντιμετώπισης των προβλημάτων του. Η επεξεργασία της εμπειρίας του τον βοηθάει να εμβαθύνει στο νόημα της φροντίδας, να συγκροτήσει τη δική του προσωπική θεωρία για τη νοσηλευτική φροντίδα και να αυτοπροστατευτεί.

Η επιμόρφωση και η εποπτεία, που βοηθούν το νοσηλευτή να επεξεργαστεί ζητήματα τα οποία αφορούν τις σχέσεις με τους ασθενείς, τους συναδέλφους και τον εαυτό του, αποτελούν πολύτιμα εφόδια στην προσπάθεια συγκρότησης μιας ισχυρής επαγγελματικής ταυτότητας. Στη θεραπεία απεξάρτησης η βιωματική εκπαίδευση, η οποία αποτελεί στάδιο επιλογής και ένταξης ενός επαγγελματία στις θεραπευτικές κοινότητες (Πουλόπουλος, 2011), η προσωπική θεραπεία και η εκπαίδευση σε κάποια θεραπευτική προσέγγιση (π.χ. συστημική, ψυχοδυναμική, γνωσιακή-συμπεριφοριστική) συμβάλουν καθοριστικά στην προσπάθεια αυτή. Εξάλλου, η σχέση με την εργασία αλλάζει ως αποτέλεσμα της εμπειρίας. Οι νοσηλευτές γίνονται πιο ικανοί και αποκτούν μηχανισμούς άμυνας για την αντιμετώπιση σχέσεων και προβλημάτων που παλαιότερα τους αναστάτωναν. Η αλλαγή αυτή απαιτεί χρόνο και επεξεργασία της εμπειρίας. Ακόμη και όταν οι νοσηλευτές δεν συνειδητοποιούν την επίδραση της εμπειρίας και την ανάπτυξη μηχανισμών άμυνας, η πολύχρονη παρουσία τους στον εργασιακό χώρο τους οδηγεί να καταλάβουν αβίαστα κάποια στιγμή ότι τα καταφέρνουν ευκολότερα. Γίνονται πιο ευέλικτοι, ωριμάζουν, γνωρίζουν καλύτερα τον εαυτό τους (αυτογνωσία) και τους άλλους (ενσυναίσθηση).

Η επαγγελματική αυτοανάπτυξη λοιπόν του νοσηλευτή εξαρτημένων ατόμων μπορεί να καθοδηγηθεί μέσα από την επιμόρφωση, την υποστήριξη από συναδέλφους, την εποπτεία, την προσωπική θεραπεία και ψυχοθεραπευτική εκπαίδευση. Στην ουσία όμως αποτελεί μια μοναδική και προσωπική διαδικασία, ένα ταξίδι γνώσης τού εαυτού, του Άλλου και του κόσμου που μας περιβάλλει.



Εικόνα 13.5 ΚΕΘΕΑ, Copyright.

Σύνοψη

- Στην αρχή της επαγγελματικής τους σταδιοδρομίας οι νοσηλευτές εξαρτημένων ατόμων κατακλύζονται από άγχος και φόβο για την εργασία τους. Σταδιακά αποκτούν την ικανότητα οριοθέτησης των θεραπευόμενων και κατανοούν ότι η υποτροπή αποτελεί στάδιο στη θεραπευτική διαδικασία, αποφεύγοντας τη ματαίωση που βίωναν αρχικά. Επίσης, επιδιώκουν ενεργητικά την απόκτηση δεξιοτήτων και τη συνεχιζόμενη εκπαίδευση.
- Παράγοντες που πιθανόν να συμβάλλουν στην παραμονή των νοσηλευτών στον χώρο της θεραπείας απεξάρτησης είναι η έλλειψη μονοτονίας, η φύση της εργασίας και οι ιδιαιτερότητες των εξαρτημένων ατόμων, το ενδιαφέρον εργασιακό περιβάλλον γεμάτο προκλήσεις, η αυτονομία, η υποστήριξη στα αρχικά στάδια της σταδιοδρομίας τους και οι ευκαιρίες προαγωγής ανάλογα με το πλαίσιο.
- Η διαμόρφωση όμως μιας ισχυρής επαγγελματικής ταυτότητας απαιτεί τη συνειδητοποίηση των επιλογών τού επαγγελματία σε σχέση με τις επιστημολογικές, κοινωνικές, ψυχολογικές και επαγγελματικές του παραδοχές.
Η επιμόρφωση, η εποπτεία, η προσωπική θεραπεία και η ψυχοθεραπευτική εκπαίδευση βοηθούν τον νοσηλευτή να επεξεργαστεί ζητήματα τα οποία αφορούν τις σχέσεις με τους ασθενείς, τους συναδέλφους και τον εαυτό του και αποτελούν πολύτιμα εφόδια στην προσπάθεια συγκρότησης μιας ισχυρής επαγγελματικής ταυτότητας.

Βιβλιογραφικές αναφορές

- Benner, P. (1984) *From Novice to Expert: Excellence and Power in Clinical Nursing Practice*. Menlo Park: Addison-Wesley.
- Boyчук Duchscher, J.E. (2001) Out in the Real World: Newly Graduated Nurses in Acute-care speak out. *JONA*, 31(9):426-439.
- Brennan, G., McSherry, R. (2007) Exploring the transition and professional socialization from health care assistant to student nurse. *Nurse Education in Practice*, 7: 206-214.
- Clancy, C., Oyefeso, A., Ghodse, A.H. (2002) Mapping the role of nurses in Methadone Substitution Therapy (MST) programmes across Europe: core- competencies. *The Drug and Alcohol Professional*, 2(4): 19-25.
- Clancy, C., Oyefeso, A., Ghodse, A.H. (2006) Role development and career stages in addiction nursing: an exploratory study. *Journal of Advanced Nursing*, 57 (2):161-171.
- Farrell, G.A. (1999) Aggression in clinical settings: nurses' views – a follow-up study. *Journal of Advanced Nursing*, 29(3): 532-541.
- Goleman, D. (1998) *Η Συναισθηματική Νοημόσυνη*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Goleman, D. (2000) *Η Συναισθηματική Νοημοσύνη στο Χώρο Εργασίας*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Jackson, D., Firtko, A., Edenborough, M. (2007) Personal resilience as a strategy for surviving and thriving in the face of workplace adversity: a literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 60(1):1-9.
- Kelly, B. (1998) Preserving moral integrity: a follow-up study with new graduate nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 28(5):1134-1145.
- Leiter, M.P., Maslach, C. (2007) *Πώς να αντιμετωπίσετε την επαγγελματική εξουθένωση*. Αθήνα: Κλειδάριθμος.
- Lewis, M. (2006) Nurse bullying: organizational considerations in the maintenance and perpetration of health care bullying cultures. *Journal of Nursing Management*, 14: 52-58.

- McLeod, M.E. (2003) The caring physician: a journey in self-exploration and self-care. *The American Journal of Gastroenterology*, 2003, 98(10): 435-438.
- Menzies, I.E.P. (1960) A case study in the functioning of social systems as a defence against anxiety. *Human Relations*, 13(2): 95-121.
- Newton, J.M., McKenna, L. (2007) The transitional journey through the graduate year: a focus group study. *International Journal of Nursing Studies*, 44:1.231-1.237.
- SAMHSA (2014) *Trauma-Informed Care in Behavioral Health Services*, A Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 57. HHS Publication No.(SMA) 14-4816. Rockville: Substance Abuse and Mental Health Administration.
- Ζαφείρης, Α., Ζαφείρη, Ε., Μουζακίτης, Χ. (1999) *Οικογενειακή Θεραπεία: Θεωρία και πρακτικές εφαρμογές*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Μισουρίδου, Ε. (2009) Η αντιμετώπιση της επαγγελματικής εξουθένωσης. *Νοσηλευτική*, 48(4): 358-366.
- Μισουρίδου, Ε. (2011) Το φαινόμενο του εκφοβισμού στη νοσηλευτική: Αίτια και αντιμετώπιση. *Νοσηλευτική*, 50(2): 123-131.
- Παπαδάτου, Δ., Αναγνωστόπουλος, Φ. (1999) *Η Ψυχολογία στο Χώρο της Υγείας*. Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα.
- Πουλόπουλος, Χ. (2011) *Κοινωνική εργασία και εξαρτήσεις: Οι κοινότητες της αλλαγής*. Αθήνα: Τόπος.
- Ραγιά, Α. (2003) Η καλή συνεργασία, πρόκληση και προϋπόθεση στη σύγχρονη Νοσηλευτική. *Νοσηλευτική*, 42(3): 286-292.

Χρήσιμο οπτικοακουστικό και έντυπο υλικό στο διαδίκτυο

- <http://ocdp.ohio.gov/pdfs/TIP52%20Clinical%20Supervision.pdf>
Χρήσιμο βιβλίο από τον οργανισμό Substance Abuse and Mental Health Administration (SAMHSA) με πλούσιο υλικό για την εποπτεία και επαγγελματική ανάπτυξη του συμβούλου εξαρτημένων ατόμων και τίτλο «*Clinical Supervision and Professional Development of the Substance Abuse Counselor*».

URL Εκπαιδευτικού Υλικού Κεφαλαίου 13

Οι διαφάνειες του Κεφαλαίου 13 βρίσκονται στην ακόλουθη σελίδα στον Ελληνικό Συσσωρευτή Ακαδημαϊκών Ηλεκτρονικών Βιβλίων του ΣΕΑΒ: <http://repfiles.kallipos.gr/file/23366>

Γλωσσάριο κυριότερων όρων

- Ανοχή (Tolerance):** Μείωση της απόκρισης στη δόση ενός φαρμάκου ως αποτέλεσμα συνεχούς χρήσης. Αυξανόμενες δόσεις οινοπνεύματος ή άλλης ψυχοδραστικής ουσίας απαιτούνται για να επιτευχθούν τα αποτελέσματα για τα οποία αρκούσαν προηγουμένως μικρότερες δόσεις (Μπαμπάτσικου και συν., 2015· WHO, 1994).
- Αντιμεταβίβαση (Countertransference):** Η συναισθηματική αντίδραση του επαγγελματία ψυχικής υγείας απέναντι στο θεραπευόμενο και το ασυνείδητο υλικό που του προβάλλει (Μπαμπάτσικου και συν., 2015).
- Αποτοξίνωση (Detoxification):** Η σταδιακή υποχώρηση και εξάλειψη των ψυχοφυσιολογικών συμπτωμάτων του συνδρόμου στέρησης. Τα έντονα στερητικά συμπτώματα υποχωρούν μετά από έναν αριθμό ημερών ανάλογα με το είδος της ουσίας. Ηπιότερα συμπτώματα διατηρούνται και για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα (Μπαμπάτσικου και συν., 2015· WHO, 1994).
- Διεγερτικό (Stimulant):** Όσον αφορά στο κεντρικό νευρικό σύστημα, οποιαδήποτε ουσία η οποία ενεργοποιεί, προάγει ή αυξάνει τη νευρική δραστηριότητα. Συμπεριλαμβάνονται οι αμφεταμίνες, η κοκαΐνη, η καφεΐνη και άλλες ξανθίνες, η νικοτίνη και συνθετικοί αναστολείς της όρεξης όπως η φαινμετραζίνη και η μεθυλφαινιδάτη (Μπαμπάτσικου και συν., 2015· WHO, 1994).
- Διπλή διάγνωση (Dual diagnosis):** Γενικός όρος που αναφέρεται στη συννοσηρότητα ή την κοινή εμφάνιση στο ίδιο άτομο, μιας διαταραχής από χρήση ψυχοδραστικής ουσίας και μιας άλλης ψυχιατρικής διαταραχής. *Συνώνυμο:* συννοσηρότητα (Μπαμπάτσικου και συν., 2015· WHO, 1994).
- Ελεγχόμενες ουσίες (Controlled substances):** Ψυχοδραστικές ουσίες και οι πρόδρομες ουσίες (ενν. από τις οποίες προέρχονται) των οποίων η κυκλοφορία απαγορεύεται από το νόμο ενώ η διάθεση τους περιορίζεται στο πλαίσιο της ιατρικής και φαρμακευτικής χρήσης. Οι ουσίες οι οποίες υπόκεινται πράγματι σε αυτόν τον έλεγχο διαφέρουν σε κάποιο βαθμό μεταξύ των χωρών (Μπαμπάτσικου και συν., 2015· WHO, 1994).
- Επιπολιτισμός (Acculturation):** Διαδικασία πολιτισμικής αλλαγής ενός ατόμου ή μιας ομάδας, σαν αποτέλεσμα συνεχούς επαφής ανάμεσα στα μέλη πολιτισμικά διαφορετικών ομάδων (Μπαμπάτσικου και συν., 2015· WHO, 1997).
- Κατασταλτικό (Depressant):** Οποιαδήποτε ουσία καταστέλλει, αναστέλλει ή ελαττώνει κάποιες πλευρές της δραστηριότητας του κεντρικού νευρικού συστήματος (ΚΝΣ). Παραδείγματα κατασταλτικών φαρμάκων αποτελούν το αλκοόλ, τα βαρβιτουρικά, τα αναισθητικά, οι βενζοδιαζεπίνες, τα οπιούχα και τα συνθετικά τους ανάλογα (Μπαμπάτσικου και συν., 2015· WHO, 1994).
- Μεταβίβαση (transference):** Η συναισθηματική αντίδραση του θεραπευόμενου στον επαγγελματία ψυχικής υγείας. Ο θεραπευόμενος ασυνείδητα "μεταβιβάζει" συναισθήματα που βιώνει για άλλα σημαντικά πρόσωπα της ζωής του. Για παράδειγμα, ο θυμός που υπάρχει για τη μητέρα κατευθύνεται στο πρόσωπο του επαγγελματία ψυχικής υγείας (Μπαμπάτσικου και συν., 2015).
- Ντελίριο (Delirium):** Ένα μη ειδικό από αιτιολογική άποψη, οργανικό εγκεφαλικό σύνδρομο που χαρακτηρίζεται από ταυτόχρονες διαταραχές της συνείδησης και της προσοχής, της αντίληψης, της σκέψης, της μνήμης, της ψυχοκινητικής συμπεριφοράς, του συναισθήματος και του κύκλου ύπνου-εγρήγορσης. Το συγχυτικό παραλήρημα είναι παροδικό και η έντασή του αυξομειώνεται. *Συνώνυμο:* Οξύ Οργανικό Ψυχοσύνδρομο (Μπαμπάτσικου και συν., 2015· WHO, 1994).
- Οξύ ψυχωσικό επεισόδιο (Acute psychotic episode):** Περίοδος κατά την οποία εμφανίζονται έντονα ψυχωσικά συμπτώματα όπως ψευδαισθήσεις και παραληρητικές ιδέες (Μπαμπάτσικου και συν., 2015· WHO, 1994).
- Οριακή διαταραχή (Borderline disorder):** Μια διαταραχή προσωπικότητας η οποία χαρακτηρίζεται από αστάθεια στις διαπροσωπικές σχέσεις, την αυτοεικόνα και τα συναισθήματα. Οι οριακοί ασθενείς εκδηλώνουν συχνά παρορμητικότητα, αυτοκτονικότητα, αυτοτραυματισμούς, προβλήματα

ταυτότητας και αισθήματα κενού και ανίας. Αρκετές φορές οι σχέσεις τους είναι έντονες και ασταθείς στην προσπάθειά τους να αποφύγουν πραγματική ή φανταστική εγκατάλειψη (Μπαμπάτσικου και συν., 2015).

Παλινδρόμηση (Regression): Απώλεια ήδη αποκτημένων δεξιοτήτων, επιστροφή σε προηγούμενο επίπεδο αναπτυξιακής λειτουργίας, υιοθέτηση συμπεριφοράς η οποία είναι χαρακτηριστική περιόδων νεότερης ηλικίας (Μπαμπάτσικου και συν., 2015· WHO, 1994).

Παραλήρημα (Delusion): Επίμονες ψευδείς πεποιθήσεις, οι οποίες δεν επιδέχονται αλλαγές από τη γνώση ή την εμπειρία (Μπαμπάτσικου και συν., 2015· WHO, 1994).

Πολιτισμική επάρκεια (Cultural competence): Η ικανότητα ενός ατόμου να λειτουργεί στο πλαίσιο ενός συγκεκριμένου κοινωνικοπολιτισμικού περιβάλλοντος (Μπαμπάτσικου και συν., 2015· WHO, 1997).

Προκατάληψη (Prejudice): Σύνολο αρνητικών συναισθημάτων και στάσεων απέναντι σε ένα άτομο ή μια ομάδα το οποίο βασίζεται σε συγκεκριμένα κοινωνικά ή πολιτισμικά χαρακτηριστικά (Μπαμπάτσικου και συν., 2015· WHO, 1997).

Στερητικό σύνδρομο (Withdrawal syndrome): Ομάδα συμπτωμάτων με ποικιλία μορφών και βαθμών βαρύτητας, που εκδηλώνεται με τη διακοπή ή ελάττωση μιας ψυχοδραστικής ουσίας που λαμβανόταν κατ' επανάληψη, συνήθως για παρατεταμένη περίοδο και/ή σε υψηλές δόσεις (WHO, 1994).

Συνεξαρτημένος (Codependent): Συγγενής, στενός φίλος ή συνάδελφος ατόμου εξαρτημένου από αλκοόλ/ναρκωτικά, του οποίου οι πράξεις, όπως καθορίζει ο όρος, τείνουν να διαιωνίζουν την εξάρτηση του ατόμου και επομένως να επιβραδύνουν τη διαδικασία ανάρρωσης. Η χρήση του όρου υποδηλώνει τη διαπίστωση της ανάγκης για θεραπεία ή βοήθεια ενώ έχει προταθεί η ταξινόμηση της συνεξάρτησης ως ψυχιατρική διαταραχή (Μπαμπάτσικου και συν., 2015· WHO, 1994).

Τοξίκωση (Intoxication): Μια κατάσταση που ακολουθεί τη λήψη μιας ψυχοδραστικής ουσίας και οδηγεί σε διαταραχές του επιπέδου συνείδησης, γνώσης, αντίληψης, κρίσης, συναισθήματος ή συμπεριφοράς ή άλλων ψυχοφυσιολογικών λειτουργιών και αντιδράσεων (Μπαμπάτσικου και συν., 2015· WHO, 1994).

Υπερβολική δόση (Overdose): Η χρήση οποιασδήποτε ουσίας σε ποσότητα η οποία προκαλεί οξείες σωματικές ή ψυχικές επιδράσεις. Η σκόπιμη λήψη υπερβολικής δόσης από κάποια ουσία αποτελεί κοινό τρόπο περατωμένης αυτοκτονίας και απόπειρας αυτοκτονίας. Η θανατηφόρος δόση σε μια συγκεκριμένη ουσία διαφέρει ανάλογα με το άτομο και τις περιστάσεις (Μπαμπάτσικου και συν., 2015· WHO, 1994).

Ψευδαίσθηση (hallucination): Μια αισθητηριακή αντίληψη, σε οποιαδήποτε από τις αισθήσεις, η οποία υφίσταται χωρίς να υπάρχει κατάλληλο εξωτερικό ερέθισμα (Μπαμπάτσικου και συν., 2015· WHO, 1994).

Βιβλιογραφικές αναφορές

Μπαμπάτσικου, Φ., Βασιλόπουλος, Γ., Γερογιάννη, Γ., Δούσης, Ε., Πολυκανδριώτη, Μ., Μισουρίδου, Ε., Κουτής, Χ. (2015) *Λεξικό Επιστημονικών Όρων Υγείας*. Αθήνα: ΤΕΙ Αθήνας.

WHO (1997) *Lexicon of cross-cultural terms in mental health*. Geneva: World Health Organisation.

WHO (1994) *Lexicon of alcohol and drug terms*. Geneva: World Health Organisation.