



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΑΤΡΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΤΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
«ΝΕΟΙ ΚΑΙ ΕΞΑΡΤΗΣΕΙΣ»

ΦΟΙΤΗΤΕΣ: ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ ΚΟΡΝΙΑ ΑΜ 5022
ANNA ΙΩΑΝΝΟΥ ΑΜ 5059

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΙΩΑΝΝΗΣ ΔΡΙΤΣΑΣ

ΠΑΤΡΑ, 2023

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Με το πέρας της πτυχιακής μας εργασίας επιθυμούμε να εκφράσουμε τις ευχαριστίες μας. Αρχικά, θέλουμε να ευχαριστήσουμε τον καθηγητή μας κ. Ιωάννη Δρίτσα για την πολύτιμη βοήθεια του και την υποστήριξη του σε όλη τη διαδικασία εκπόνησης της πτυχιακής μας εργασίας. Τέλος, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τους γονείς μας για την υποστήριξη τους σε όλη τη διάρκεια των σπουδών μας.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα βιβλιογραφική ανασκόπηση έχει ως σκοπό να μελετήσει την επίδραση της χρήσης ουσιών στους νέους αναλύοντας τους αιτιολογικούς παράγοντες, το προφίλ ενός εξαρτημένου ατόμου, την πρόληψη και τη θεραπεία και τα υπάρχοντα προγράμματα στην Ελλάδα που συμβάλλουν στην αντιμετώπιση του συγκεκριμένου ζητήματος.

Αυτή η μελέτη υπογραμμίζει τις πολλές προκλήσεις που αντιμετωπίζουν οι νέοι όταν ασχολούνται με υπηρεσίες χρήσης ουσιών και τονίζει την ανάγκη για μια πιο προληπτική προσέγγιση. Οι προσπάθειες έρευνας, υπηρεσιών υγείας και πολιτικής πρέπει να επικεντρωθούν στην πρόληψη της χρήσης ουσιών και στις πρώιμες παρεμβάσεις για την αντιμετώπιση των ανησυχιών των νέων πριν βρεθούν σε κρίση και να αυξήσουν την ικανότητά τους να αντιλαμβάνονται την ανάγκη να αναζητήσουν υποστήριξη.

Η παρούσα εργασία αποτελείται από έξι (6) κεφάλαια. Πιο συγκεκριμένα:

Στο πρώτο κεφάλαιο μελετάται η ιστορική εξέλιξη ναρκωτικών ενώ παράλληλα δίνονται οίβασικοί ορισμοί οι οποίοι είναι οι εξής: τι είναι Ουσίες/τοξική ουσία , τι είναι Εθισμός, ποια είναι η διαφορά με την εξάρτηση και ποια είναι τα είδη των ναρκωτικών ουσιών ενώ δίνεται ορισμός και για κάθε ένα από αυτά.

Στο δεύτερο παρουσιάζεται η αιτιολογία της εξάρτησης η οποία χωρίζεται σε ψυχολογικούς, κοινωνικούς και οικονομικούς παράγοντες ενώ ταυτόχρονα αναλύεται ο ρόλος της γενετικής και οι οικογενειακοί παράγοντες.

Στο τρίτο κεφάλαιο μελετάται το προφίλ του εξαρτημένου ατόμου ενώ το τέταρτο κεφάλαιο αναλύει την πρόληψη και τη θεραπεία σε όλα τα στάδια.

Στο πέμπτο κεφάλαιο παρουσιάζονται οι κύριες θεραπευτικές προσεγγίσεις που σχετίζονται με τα βασικότερα προγράμματα απεξάρτησης που υπάρχουν στην Ελλάδα.

Στο έκτο κεφάλαιο ακολουθούν τα συμπεράσματα που περιλαμβάνουν την ανακεφαλαίωση της παρούσας εργασίας και τέλος, η βιβλιογραφία που χρησιμοποιήθηκε για την εκπόνηση της πτυχιακής εργασίας

ABSTRACT

This bibliographic review is intended to study the impact of substance use on young people by analyzing the causal factors, the profile of a dependent, prevention and treatment and existing programs in Greece that contribute to addressing the issue.

This study highlights the many challenges young people face when engaging with substance use services and highlights the need for a more proactive approach. Research, health services, and policy efforts should focus on substance use prevention and early interventions to address youth concerns before they are in crisis and increase their ability to recognize the need to seek support.

The present work consists of six (6) chapters. More specifically:

The first chapter studies historical drug development while giving the basic definitions that are: What are substances/toxic substances, what is addiction, what is the difference with dependence and what are the types of drugs while giving definition and definition and definition for each of them.

The second presents the reasoning of the dependency, which is divided into psychological, social and economic factors while analyzing the role of genetics and family factors.

In the third chapter, the profile of the dependent is studied while the fourth chapter analyzes prevention and treatment at all stages.

The fifth chapter presents the main therapeutic approaches related to the main detachment programs in Greece. The sixth chapter follows the conclusions that include the recapitulation of the present work and finally, the literature used to develop undergraduate thesis.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	3
ABSTRACT	4
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	8
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Ιστορική Εξέλιξη Ναρκωτικών και Ορισμοί	10
1.1 Εισαγωγή	10
1.2 Ιστορική Εξέλιξη Ναρκωτικών	10
1.3 Ορισμοί	12
1.3.1 Ουσίες/τοξική ουσία	12
1.3.2 Εθισμός	13
1.3.3 Εξάρτηση	14
1.3.4 Σωματική και ψυχική εξάρτηση	14
1.3.5 Είδη Ναρκωτικών Ουσιών.....	16
1.4 Ανακεφαλαίωση	19
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 : Αιτιολογία της Εξάρτησης	20
2.1 Εισαγωγή	20
2.2 Ψυχολογικοί παράγοντες	20
2.3 Κοινωνικοί παράγοντες	22
2.4 Οικονομικοί παράγοντες	23
2.5 Ρόλος γενετικής	23
2.6 Οικογενειακοί παράγοντες	25
2.7 Ανακεφαλαίωση	26
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 : Προφίλ εξαρτημένου ατόμου	27
3.1 Εισαγωγή	27

3.2 Προφίλ εξαρτημένου ατόμου	27
3.2.1 Σωματικά συμπτώματα του εθισμού	27
3.2.2 Ψυχολογικά και Συναισθηματικά σημάδια του εθισμού.....	28
3.2.3 Συμπεριφορικοί δείκτες εθισμού.....	29
3.3 Στατιστικά στοιχεία.....	30
3.4 Ανακεφαλαίωση	33
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 : Πρόληψη και θεραπεία	34
4.1 Εισαγωγή	34
4.2 Πρόληψη.....	34
4.2.1 Ορισμός Πρόληψης.....	34
4.2.2 Πρωτογενής πρόληψη.....	34
4.2.3 Δευτερογενής πρόληψη.....	37
4.2.4 Τριτογενής πρόληψη.....	37
4.2.5 Κέντρα πρόληψης	39
4.3 Θεραπεία.....	41
4.3.1 Θεραπεία.....	41
4.3.2 Μέθοδοι Θεραπείας	43
4.3.3 Φαρμακευτική αγωγή.....	45
4.4 Ανακεφαλαίωση	47
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 : Κύριες θεραπευτικές προσεγγίσεις.....	48
5.1 Εισαγωγή	48
5.2 Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων (ΚΕΘΕΑ)	48
5.3 Οργανισμός κατά των ναρκωτικών (ΟΚΑΝΑ).....	49
5.4 18 ΑΝΩ.....	52
5.5 Ανακεφαλαίωση	59
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: Ανακεφαλαίωση και συμπεράσματα	60

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ64

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι κοινωνικές μεταβάσεις που συμβαίνουν κατά την εφηβεία και τη νεαρή ενήλικη ζωή είναι βασικές τροχιές της ζωής ενός νέου ατόμου. Στη συγκεκριμένη περίοδο ζωής καθιερώνονται ορισμένα πρότυπα. Οι συναισθηματικές αλλαγές που συνοδεύουν τη νεαρή ενηλικίωση δημιουργούν ευκαιρίες και ευπάθειες. Η διαδικασία της εφηβείας έχει ως αποτέλεσμα σωματικές αλλαγές, μετατοπίζει τη συναισθηματική ρύθμιση και αυξάνει τις επικίνδυνες συμπεριφορές, όπως η χρήση ουσιών (Deveci et al., 2010).

Η συμμετοχή σε επικίνδυνες συμπεριφορές συμβαίνει σε μια περίοδο που οι νέοι ολοκληρώνουν την εκπαίδευσή τους, κάνουν μετάβαση στην απασχόληση και δημιουργούν μακροχρόνιες στενές σχέσεις. Αυτές οι μεταβάσεις μπορεί να διαταραχθούν από τη χρήση ουσιών και την ανάπτυξη διαταραχών χρήσης ουσιών, οι οποίες συχνά εμφανίζονται για πρώτη φορά κατά την εφηβεία (Dawson et al., 2008).

Η χρήση ουσιών και ο εθισμός είναι ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα δημόσιας υγείας που πρέπει να αντιμετωπίσουν όλες οι κοινωνίες σήμερα, λόγω των αρνητικών επιπτώσεών τους στη σχέση του ατόμου με την κοινωνία, προκαλώντας αρνητικότητα στην κοινωνική του ζωή και δημιουργώντας σοβαρά προβλήματα ψυχικά και σωματικά. Αν και οι λόγοι χρήσης ουσιών διαφέρουν από χώρα σε χώρα σε σχέση με τις οικονομικές και κοινωνικές συνθήκες και τα προσωπικά χαρακτηριστικά, υπάρχουν επίσης πολλοί παράγοντες που εντοπίζονται σε μικρο (φύλο, οικογενειακά χαρακτηριστικά, σχολεία και συνομήλικοι) και μακροοικονομικό (κοινωνικοοικονομικό, πολιτισμικό και φυσικό περιβάλλον) επίπεδα που επηρεάζουν τη χρήση ουσιών στους νέους (Whitesell et al., 2013).

Οι νέοι που κάνουν επίμονα κατάχρηση ουσιών αντιμετωπίζουν συχνά μια σειρά προβλημάτων, όπως ακαδημαϊκές δυσκολίες, προβλήματα που σχετίζονται με την υγεία (συμπεριλαμβανομένης της ψυχικής υγείας), κακές σχέσεις με συνομηλίκους και εμπλοκή με το σύστημα δικαιοσύνης ανηλίκων. Επιπλέον, υπάρχουν συνέπειες για τα μέλη της οικογένειας, την κοινότητα και ολόκληρη την κοινωνία (Deveci et al., 2010).

Λόγω της σημαντικότητας του προβλήματος της χρήσης ουσιών στους νέους θεωρήθηκε σημαντικό να μελετηθεί εκτενέστερα η επίδραση της χρήσης ουσιών στους νέους αναλύοντας τους αιτιολογικούς παράγοντες, το προφίλ ενός εξαρτημένου ατόμου, την πρόληψη και τη θεραπεία και τα υπάρχοντα προγράμματα στην Ελλάδα που συμβάλλουν στην αντιμετώπιση του συγκεκριμένου ζητήματος.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Ιστορική Εξέλιξη Ναρκωτικών και Ορισμοί

1.1 Εισαγωγή

Ο εθισμός στα ναρκωτικά, αν και συχνά θεωρείται ως διαταραχή προσωπικότητας, μπορεί επίσης να θεωρηθεί ως μια παγκόσμια επιδημία με εξελικτικές γενετικές, φυσιολογικές και περιβαλλοντικές επιρροές που ελέγχουν αυτή τη συμπεριφορά. Στο συγκεκριμένο κεφάλαιο μελετάται η ιστορική εξέλιξη ναρκωτικών ενώ παράλληλα δίνονται οι βασικοί ορισμοί οι οποίοι είναι οι εξής: τι είναι Ουσίες/τοξική ουσία, τι είναι Εθισμός, ποια είναι η διαφορά με την εξάρτηση και ποια είναι τα είδη των ναρκωτικών ουσιών ενώ δίνεται ορισμός και για κάθε ένα από αυτά.

1.2 Ιστορική Εξέλιξη Ναρκωτικών

Περίπου πριν από 13.000 χρόνια, οι κάτοικοι του Τιμόρ χρησιμοποιούσαν συνήθως το καρύδι του betel (*Areca catechu*), όπως και εκείνοι στην Ταϊλάνδη πριν από περίπου 10.700 χρόνια. Στην αρχή της ευρωπαϊκής αποικιοκρατίας, και ίσως για 40.000 χρόνια πριν από αυτό, οι Αυστραλοί αυτόχθονες χρησιμοποιούσαν νικοτίνη από δύο διαφορετικές αυτόχθονες πηγές: το φυτό pituri (*Duboisia hopwoodii*) και το *Nicotiana gossel*. Οι Βόρειοι και Νοτιοαμερικανοί χρησιμοποίησαν επίσης νικοτίνη από τα αυτόχθονα φυτά τους *N. tabacum* και *N. rustica*. Οι Αιθίοπες και οι Βορειοαφρικανοί τεκμηριώθηκαν ότι χρησιμοποιούσαν ένα ανάλογο εφεδρίνης, το khat (*Catha edulis*), πριν από τον ευρωπαϊκό αποικισμό (Faupel et al., 2010). Μια κοινή πεποίθηση είναι ότι οι ψυχοτρόπες χημικές ουσίες των φυτών εξελίχθηκαν επανειλημμένα σε όλη την ιστορία (Kleiman et al., 2011).

Η Κοκαΐνη (*Erythroxylum coca*) καταλήφθηκε από τους Ισημερινούς πριν από περίπου 5.000 χρόνια και από τους αυτόχθονες πληθυσμούς των δυτικών Άνδεων σχεδόν πριν από 7.000 χρόνια. Οι ουσίες χορηγούνται ευρέως μέσω της στοματικής κοιλότητας μέσα στο μάγουλο. Οι πηγές νικοτίνης, κοκαΐνης και εφεδρίνης αναμίχθηκαν αρχικά με μια αλκαλική ουσία, πιο συχνά ξύλο ή ασβέστη, δημιουργώντας μια ελεύθερη βάση για τη διευκόλυνση της διάχυσης του φαρμάκου στην κυκλοφορία του αίματος. Αλκαλικά σύνεργα έχουν βρεθεί σε αυτές τις περιοχές και τεκμηριώνονται στα αρχαιολογικά αρχεία. Αν και η στοματική μέθοδος πιστεύεται ότι είναι η πιο τυπική μέθοδος χορήγησης φαρμάκων, οι κάτοικοι της

Αμερικής μπορεί επίσης να έχουν χορηγήσει ουσίες από τη μύτη, από το ορθό και με το κάπνισμα (Page et al., 2010).

Πολλοί αυτόχθονες πολιτισμοί εμφάνισαν μια άποψη για τα ψυχοτρόπα φυτά ως πηγές τροφής, όχι ως εξωτερικές χημικές ουσίες που μεταβάλλουν την εσωτερική. Τα αντιληπτά αποτελέσματα από αυτές τις ομάδες ήταν η ανοχή στις θερμικές διακυμάνσεις, η αυξημένη ενέργεια και η μειωμένη κόπωση, όλα πλεονεκτήματα για τη φυσική κατάσταση επιτρέποντας μεγαλύτερη περίοδο αναζήτησης τροφής καθώς και μεγαλύτερη ικανότητα διατήρησης σε περιόδους περιορισμένων πόρων (Faupel et al., 2010).

Τα φυτά χρησιμοποιήθηκαν ως διατροφικές πηγές παρέχοντας βιταμίνες, μέταλλα και πρωτεΐνες αντί ψυχοτρόπων ουσιών που επάγουν τη μέθη. Λόγω των περιορισμένων πόρων στα αρχαία περιβάλλοντα, τα είδη θηλαστικών αναζήτησαν πιθανώς υποκατάστατα νευροδιαβιβαστών του ΚΝΣ με τη μορφή ψυχοτρόπων αλληλοχημικών ουσιών, επειδή οι πρόδρομες ουσίες NT δεν ήταν σε μεγάλο βαθμό διαθέσιμες σε μορφές τροφής. Ως εκ τούτου, τα φάρμακα έγιναν πηγές τροφής για την πρόληψη της μειωμένης φυσικής κατάστασης από την πείνα και τον θάνατο. Πιστεύεται ότι τα πρώτα είδη ανθρωποειδών εξελίχθηκαν σε συνδυασμό με την ψυχοτρόπο χλωρίδα λόγω της συνεχούς έκθεσης μεταξύ τους. Αυτό μπορεί να είναι που επέτρεψε τελικά στους παραπάνω πολιτισμούς να χρησιμοποιήσουν τη χλωρίδα ως θρεπτικές ουσίες, αυξάνοντας έτσι τόσο την φυσική τους κατάσταση όσο και τη βιωσιμότητά τους (Goodman et al., 2007).

Τα παραδείγματα χρήσης ναρκωτικών πριν από χιλιάδες χρόνια αφθονούν (Escobedo, 2010). Το υδρόμελο, ένα αλκοολούχο ποτό που παρασκευάζεται από μέλι που έχει υποστεί ζύμωση, χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά περίπου το 8000 π.Χ., και τα κρασιά από μύρα και μούρα χρησιμοποιήθηκαν για πρώτη φορά περίπου το 6000 π.Χ. Οι αρχαίοι Σουμέριοι χρησιμοποιούσαν όπιο ξεκινώντας περίπου το 5000 π.Χ. Η αρχαία Αίγυπτος χρησιμοποιούσε αλκοόλ το 3500 π.Χ., ενώ η αρχαία Κίνα χρησιμοποιούσε κάνναβη (την πηγή της μαριχουάνας) γύρω στο 3000 π.Χ. Οι αρχαίοι άνθρωποι στη σημερινή Ελβετία έτρωγαν σπόρους παπαρούνας (η πηγή του οπίου) το 2500 π.Χ. Τα φύλλα της κόκας (η πηγή της κοκαΐνης) μασώνται εδώ και χιλιάδες χρόνια. Τα λαϊκά φάρμακα που παρασκευάζονται από φυτά και βότανα χρησιμοποιούνται επίσης από την αρχαιότητα. Οι άνθρωποι στην αρχαία Παλαιστίνη έπιναν κρασί το 350 π.Χ. Οι αρχαίοι Έλληνες έπιναν χυμό παπαρούνας το 300 π.Χ. Την ίδια περίπου περίοδο, cohoba, φτιαγμένο από φασόλια μιμόζας. Οι Κινέζοι και άλλοι Ασιάτες χρησιμοποιούσαν τακτικά όπιο μέχρι το 1000 μ.Χ. Οι ιθαγενείς της Αμερικής

χρησιμοποιούσαν καπνό πριν ανακαλυφθούν από τον Κολόμβο το 1492. Η χρήση διαφόρων ναρκωτικών ήταν επίσης κοινή στις πολλές κοινωνίες που έχουν μελετήσει οι ανθρωπολόγοι (Durant et al., 2003).

1.3 Ορισμοί

1.3.1 Ουσίες/τοξική ουσία

Μια τοξική ουσία είναι μια ουσία που μπορεί να είναι δηλητηριώδης ή να προκαλέσει επιπτώσεις στην υγεία. Οι άνθρωποι γενικά ανησυχούν για χημικές ουσίες όπως τα πολυχλωριωμένα διφαινύλια (PCB) και οι διοξίνες που μπορούν να βρεθούν σε ορισμένες τοποθεσίες επικίνδυνων αποβλήτων. Τα προϊόντα που χρησιμοποιούνται καθημερινά, όπως οικιακά καθαριστικά, συνταγογραφούμενα και μη συνταγογραφούμενα φάρμακα, βενζίνη, αλκοόλ, φυτοφάρμακα, μαζούτ και καλλυντικά, μπορεί επίσης να είναι τοξικά. Οποιαδήποτε χημική ουσία μπορεί να είναι τοξική ή επιβλαβής υπό ορισμένες συνθήκες (Faupel et al., 2010).

Υπάρχουν τρεις τρόποι με τους οποίους οι τοξικές ουσίες μπορούν να εισέλθουν στο ανθρώπινο σώμα:

- Εισπνοή
- Απορρόφηση από το δέρμα
- Έγχυση στο στομάχι

Μπορούν να προκαλέσουν οξείες επιδράσεις (που εμφανίζονται αμέσως μετά την έκθεση) και χρόνιες επιδράσεις (που μπορεί να χρειαστούν μήνες ή χρόνια για να εμφανιστούν συμπτώματα) (Goodman et al., 2007).

Η εισπνοή είναι η πιο κοινή μορφή έκθεσης σε τοξικές χημικές ουσίες. Εμφανίζεται όταν το προσωπικό έρχεται σε επαφή με αερομεταφερόμενες τοξικές ουσίες. Η εισπνοή τοξικών χημικών μπορεί να προκαλέσει τοξίκωση πολύ γρήγορα, οδηγώντας σε οξείες και χρόνιες επιπτώσεις. Η εισπνοή μπορεί να ερεθίσει την αναπνευστική οδό καθώς και τα μάτια, τη μύτη και το λαιμό. Οι ατμοί μπορούν να προκαλέσουν μια σειρά από προβλήματα υγείας από ναυτία, ζάλη και υπνηλία έως απώλεια των αισθήσεων και θάνατο (Kelly et al., 2013).

Η απορρόφηση του δέρματος είναι ένας άλλος κίνδυνος για την υγεία που σχετίζεται με την εργασία με τοξικές ουσίες, οι οποίες μπορεί να προκαλέσουν σοβαρά προβλήματα

υγείας. Ορισμένες τοξικές ουσίες, όπως οργανικοί διαλύτες και οργανικά φυτοφάρμακα, μπορούν να απορροφηθούν γρήγορα από το δέρμα σας και να εισέλθουν στην κυκλοφορία του αίματός σας. Ακόμη και μια μικρή ποσότητα τοξικών χημικών ουσιών που κατά λάθος πιτσιλιστεί στο δέρμα ή πιτσιλιστεί πάνω στα ρούχα μπορεί να προκαλέσει οξείες επιπτώσεις στην υγεία του προσωπικού.

Η κατάποση είναι η λιγότερο κοινή μορφή έκθεσης σε τοξικές ουσίες. Μπορεί να συμβεί σε χώρους εργασίας όταν το προσωπικό καταναλώνει κατά λάθος τοξικές ουσίες — όπως πίνοντας από ένα μπουκάλι με εσφαλμένη σήμανση που περιέχει τοξικές χημικές ουσίες. Η κατάποση μπορεί να γίνει με τη μορφή κατανάλωσης, κατανάλωσης ή καπνίσματος τοξικών ουσιών (Kelly et al., 2013).

Οι οξείες επιπτώσεις της έκθεσης σε τοξικές χημικές ουσίες συνήθως εμφανίζονται αμέσως. Αυτές οι επιπτώσεις μπορεί να περιλαμβάνουν πονοκεφάλους, ναυτία, έμετο, ερεθισμό του δέρματος και άλλα. Οι χρόνιες επιδράσεις είναι αποτέλεσμα μακροχρόνιας έκθεσης σε τοξικές ουσίες και μπορεί να εμφανιστούν μήνες και χρόνια μετά την αρχική έκθεση. Οι ασθένειες που προκαλούνται από μακροχρόνια έκθεση μπορεί να περιλαμβάνουν απειλητικές για τη ζωή ασθένειες όπως ο καρκίνος και οι πνευμονικές παθήσεις (Chen et al., 2009).

1.3.2 Εθισμός

Ο εθισμός ορίζεται ως μια χρόνια, υποτροπιάζουσα διαταραχή που χαρακτηρίζεται από την καταναγκαστική αναζήτηση και χρήση ναρκωτικών παρά τις δυσμενείς συνέπειες. Θεωρείται εγκεφαλική διαταραχή, επειδή περιλαμβάνει λειτουργικές αλλαγές στα κυκλώματα του εγκεφάλου που εμπλέκονται στην ανταμοιβή, το άγχος και τον αυτοέλεγχο. Αυτές οι αλλαγές μπορεί να διαρκέσουν πολύ καιρό αφού ένα άτομο σταματήσει να παίρνει φάρμακα (Goldstein et al., 2011).

Ο εθισμός μοιάζει πολύ με άλλες ασθένειες, όπως οι καρδιακές παθήσεις. Και τα δύο διαταράσσουν την κανονική, υγιή λειτουργία ενός οργάνου στο σώμα, και τα δύο έχουν σοβαρές βλαβερές συνέπειες και, σε πολλές περιπτώσεις, και τα δύο μπορούν να προληφθούν και να θεραπευτούν. Εάν αφεθούν χωρίς θεραπεία, μπορεί να διαρκέσουν μια ζωή και μπορεί να οδηγήσουν σε θάνατο (Grant et al., 2001).

1.3.3 Εξάρτηση

Η Εξάρτηση από τα ναρκωτικά διαφέρει από την κατάχρηση ναρκωτικών με τρεις τρόπους.

Πρώτον, η εξάρτηση από τα ναρκωτικά αποτελείται από σαφώς μετρήσιμες περιόδους ανοχής και απόσυρσης, ενώ η κατάχρηση ναρκωτικών θέτει την ευκαιρία για ανοχή και απόσυρση (Kelly et al., 2013).

Δεύτερον, οι χρήστες που εξαρτώνται από ναρκωτικά εμφανίζουν έντονη γνωστική, συμπεριφορική και ψυχοκινητική καθυστέρηση στις καθημερινές τους δραστηριότητες. Οι χρήστες ναρκωτικών, ωστόσο, μπορεί να υποφέρουν ή να μην έχουν εμφανή γνωστική, συμπεριφορική ή ψυχοκινητική δυσλειτουργία. μπορεί να κρύψουν τα συμπτώματα μέθης εκτελώντας επαρκώς τις δουλειές και τις λειτουργίες του οχήματος και αλληλεπιδρώντας κανονικά με τις οικογένειές τους (Goldstein et al., 2011).

Τρίτον, το φαινόμενο του στερητικού συνδρόμου ισχύει μόνο για την εξάρτηση από τα ναρκωτικά. Οι χρήστες ναρκωτικών είναι χρήστες επεισοδίων και όχι ρουτίνας, και τα ποσοστά κατανάλωσής τους ποικίλλουν. Οι διαλείποντες και μικρότερης ποσότητας χρήστες δημιουργούν αντίσταση σε δυσμενείς γνωστικές και σπλαχνικές επιπτώσεις και υφίστανται μόνο ήπιες ή καθόλου παρενέργειες μετά την απότομη διακοπή των επιθυμητών ουσιών (Kelly et al., 2013).

Η εξάρτηση από τα ναρκωτικά μπορεί επίσης να οριστεί ως μια κατάσταση που προκύπτει από επαναλαμβανόμενη, περιοδική ή συνεχή χρήση ή χορήγηση φάρμακο. Αυτό θα μπορούσε να οδηγήσει σε βλάβη στο άτομο και μερικές φορές στην κοινωνία. Το άτομο αισθάνεται επιθυμία ή ανάγκη ή εξαναγκασμό να συνεχίσει να παίρνει το φάρμακο. Αυτό αναφέρεται ως σύνδρομο στέρησης ή αποχής (Kelly et al., 2013).

1.3.4 Σωματική και ψυχική εξάρτηση

Η σωματική εξάρτηση εκδηλώνεται με φυσικό τρόπο επηρεάζοντας το σώμα. Σχετίζεται με αλλαγές χημικών επιπέδων στον εγκέφαλο που αλλάζουν από τις εθιστικές χημικές ουσίες στα φάρμακα. Με τον καιρό, τα φάρμακα αλλάζουν τη χημεία του εγκεφάλου (Kleiman et al., 2011).

Η σωματική εξάρτηση μπορεί να περιλαμβάνει συμπτώματα στέρησης όπως:

- Κατάθλιψη
- Θυμός

- Η έλλειψη ύπνου
- Γαστροκοιλιακά προβλήματα
- Τρόμος
- Επιληπτικές κρίσεις (Ross et al., 2012).

Στην ψυχολογική εξάρτηση, ο ασθενής εμφανίζει μια ψυχαναγκαστική συμπεριφορά αναζήτησης ναρκωτικών. Ενώ η σωματική εξάρτηση συνδέεται με διαταραχές χρήσης ουσιών, αυτό δεν συμβαίνει πάντα. Η μαριχουάνα συχνά ταξινομείται ως ουσία που δεν προκαλεί σωματική εξάρτηση. Οι ειδικοί στη χρήση ουσιών το κατατάσσουν ως ψυχολογικά εθιστικό. Οι επιρροές πίσω από τις διαταραχές χρήσης ουσιών είναι πολύπλοκες επειδή διαφέρουν από περίπτωση σε περίπτωση. Η χημεία του εγκεφάλου μπορεί να είναι τόσο μοναδική όσο τα δακτυλικά αποτυπώματα, επομένως η σαφής κατανόηση του τρόπου με τον οποίο οι ουσίες επηρεάζουν την ψυχική και συναισθηματική κατάσταση είναι ζωτικής σημασίας για τη διάγνωση και τη θεραπεία. Μερικοί άνθρωποι πιστεύουν ότι οι ουσίες είναι ο μόνος τρόπος για να παραμείνουν ήρεμοι, αλλά στην πραγματικότητα κάνουν ένα άτομο πιο νευρικό και ανήσυχο (Kelly et al., 2013).

Ορισμένα συμπτώματα και προειδοποιητικά σημάδια της ψυχολογικής εξάρτησης είναι:

- Λαχτάρα
- Θέματα κατάθλιψης
- Αλλαγές στην όρεξη ή στη γεύση.
- Προβλήματα ύπνου και ακανόνιστα μοτίβα ύπνου.
- Αβεβαιότητα σχετικά με τη δυνατότητα να σταματήσει η ουσία της επιλογής.
- Εμμονή για την εύρεση περισσότερων ουσιών.
- Η άρνηση και η απορριπτική συμπεριφορά που τη συνοδεύει (Ross et al., 2012).

Δεν υπάρχει αντικειμενικός τρόπος μέτρησης της δυσφορίας, αλλά ένα άτομο γνωρίζει πότε βιώνει τα συμπτώματα (ή τα αγαπημένα τους πρόσωπα μπορούν να το δουν μόνοι τους). Η αναγνώριση του πόνου και η εύρεση της επαγγελματικής βοήθειας για την ανακούφισή του και η έναρξη των κατάλληλων θεραπειών είναι απαραίτητα πρώτα βήματα για την αποκατάσταση (Kelly et al., 2013).

1.3.5 Είδη Ναρκωτικών Ουσιών

Καταθλιπτικά

Μερικά από τα είδη ναρκωτικών που βρίσκονται πιο συχνά στην κοινωνία είναι τα καταθλιπτικά. Καταθλιπτικά όπως το αλκοόλ είναι συνήθως διαθέσιμα στους ενήλικες για χρήση καθημερινά. Ωστόσο, παρά την ευρεία διαθεσιμότητα, μπορεί να γίνουν εθιστικά, δημιουργώντας αρνητικά αποτελέσματα όταν χρησιμοποιούνται υπερβολικά (Squeglia et al., 2009).

Το αλκοόλ επιβραδύνει τον χρόνο απόκρισης στο κεντρικό νευρικό σύστημα. Καθώς ο χρόνος απόκρισης και η λειτουργία των νευρώνων στον εγκέφαλο επιβραδύνεται, νιώθετε πιο χαλαροί και λιγότερο ανασταλμένοι. Τα κατασταλτικά επηρεάζουν την κινητική λειτουργία, τόσο την αδρή όσο και την λεπτή κίνηση, καθώς και την ικανότητα του εγκεφάλου να επεξεργάζεται πληροφορίες και να αντιδρά (Kleiman et al., 2011).

Εκτός από το αλκοόλ, υπάρχει σήμερα μια ποικιλία επιπρόσθετων κατασταλτικών. Πολλές από αυτές τις ουσίες είναι διαθέσιμες στα τοπικά φαρμακεία ή στα ιατρεία. Για παράδειγμα, τα καταθλιπτικά μπορεί να περιλαμβάνουν:

- Xanax
- Ατιβάν
- Valium

Οπιοειδή

Ενώ ο επιδιωκόμενος σκοπός των οπιοειδών και των οπιούχων είναι να αμβλύνουν ή να ανακουφίσουν τον ακραίο πόνο, η ικανότητά τους να δημιουργεί συναισθήματα ευφορίας το καθιστά ένα από τα ναρκωτικά που καταχρώνται συχνότερα. Τα οπιοειδή και τα οπιούχα ξεγελούν τον εγκέφαλο ώστε να παράγει μεγαλύτερες ποσότητες χημικών νευροδιαβιβαστών. Η αύξηση των χημικών νευροδιαβιβαστών κάνει ένα άτομο να βιώσει την «υψηλή» αίσθηση που είναι τόσο εθιστική (Kleiman et al., 2011).

Μερικά παραδείγματα οπιοειδών/οπιούχων περιλαμβάνουν:

- Φεντανύλη
- Υδροκωδόνη
- Ηρωίνη

- Μορφίνη
- Οξυκωδώνη

Τα οπιοειδή/οπιούχα μπορούν να ληφθούν με διάφορους τρόπους, όπως μέσω συσκευής εισπνοής, χάπια από το στόμα, ενέσεις και επιθέματα (Squeglia et al., 2009).

Μαριχουάνα

Τα είδη κατάχρησης ναρκωτικών που είναι συχνά τα πιο συνηθισμένα, είναι αυτά που είναι και τα πιο προσιτά. Αυτός είναι μέρος του λόγου για τον οποίο η μαριχουάνα είναι το πιο κοινό παράνομο ναρκωτικό που χρησιμοποιείται σήμερα. Εκτός από το πόσο προσβάσιμη είναι η μαριχουάνα, πολλοί άνθρωποι θεωρούν τη μαριχουάνα ως μη εθιστική. Ως αποτέλεσμα, πολλοί άνθρωποι το χρησιμοποιούν αλόγιστα.

Πολλοί άνθρωποι χρησιμοποιούν μαριχουάνα για πρώτη φορά όταν κάνουν παρέα με τους φίλους τους σε κοινωνικά περιβάλλοντα. Αν και πολλοί άνθρωποι βλέπουν τη μαριχουάνα ως μη εθιστική, όταν γίνεται συνεχής κατάχρηση, μπορεί να είναι. Η χρήση μαριχουάνας μπορεί επίσης να επηρεάσει τον σωματικό συντονισμό, τη μνήμη και τις πνευματικές λειτουργίες με την πάροδο του χρόνου (Squeglia et al., 2009).

Διεγερτικά

Τα διεγερτικά παίρνουν το κεντρικό νευρικό σύστημα (το οποίο είναι υπεύθυνο για τον έλεγχο πολλών συστημάτων του σώματος) και του δίνουν ένα τράνταγμα. Επιταχύνουν το κεντρικό νευρικό σύστημα, το οποίο αναγκάζει το σώμα να βιώσει ξαφνικές αλλαγές που περιλαμβάνουν υψηλότερα επίπεδα ενέργειας, αυξημένα συναισθήματα εγρήγορσης, βελτιωμένα επίπεδα συγκέντρωσης· και αυξημένη αναπνοή, καρδιακός ρυθμός και αρτηριακή πίεση (Lynskey et al., 2003).

Μερικά παραδείγματα διεγερτικών περιλαμβάνουν:

- Κοκαΐνη
- Μεθαμφεταμίνη
- Ριταλίνη
- Έκσταση
- Adderall

Τα διεγερτικά καταναλώνονται συνήθως από το στόμα (Biederman et al., 2000).

Παραισθησιογόνα

Τα παραισθησιογόνα αλλοιώνουν σοβαρά την αντίληψη ενός ατόμου για την πραγματικότητα για να δημιουργήσουν αυτό που συχνά θεωρείται ευχάριστη εμπειρία. Τα άτομα βιώνουν έντονα συναισθήματα, ακουστικές ή οπτικές διαταραχές και παραμορφωμένες απόψεις που κάνουν την κατάσταση να φαίνεται πραγματική (Squeglia et al., 2009).

Τα δημοφιλή παραισθησιογόνα περιλαμβάνουν:

- Ψιλοκυβίνη (μανιτάρια)
- DMT
- LSD

Ενώ οι περισσότεροι άνθρωποι λένε ότι έχουν ευχάριστες εμπειρίες όταν λαμβάνουν παραισθησιογόνα, άλλοι δεν το κάνουν. Μερικά άτομα μπορεί να βιώσουν έντονο φόβο, πανικό και άγχος – που μπορεί να τους κάνει να αισθάνονται στενοχώρια και φόβο. Το πιο συχνά αναγνωρισμένο και καταχρηστικό παραισθησιογόνο είναι το LSD. Η χρήση του LSD αυξάνει την παραγωγή σεροτονίνης από τον εγκέφαλο, ενός νευροδιαβιβαστή. Καθώς τα επίπεδα σεροτονίνης αυξάνονται γρήγορα, η διάθεση μπορεί να κυμαίνεται απότομα και η ικανότητά να αντιλαμβάνονται τα άτομα τα ερεθίσματα και να τα επεξεργάζονται επίσης αυξομειώνεται. Το LSD και τα παραισθησιογόνα μπορεί να κάνουν τον χρήστη να δει πράγματα που δεν υπάρχουν, καθώς τα επίπεδα σεροτονίνης αυξάνονται χωρίς ρύθμιση (Biederman et al., 2000).

Αναβολικά στεροειδή

Τα αναβολικά στεροειδή μοιάζουν πολύ με τα διεγερτικά επειδή μπορούν να δημιουργήσουν συναισθήματα διέγερσης, αλλά έχουν μια σημαντική διαφορά - αυτά τα φάρμακα και ουσίες έχουν σχεδιαστεί για να χτίζουν μυς, να βελτιώνουν τη δύναμη και να αυξάνουν τη σωματική απόδοση. Για να δημιουργήσουν τις επιθυμητές αλλαγές στο σώμα, τα αναβολικά στεροειδή ενισχύουν την παραγωγή τεστοστερόνης ενώ ταυτόχρονα αυξάνουν τη δραστηριότητα του κεντρικού νευρικού συστήματος (Kleiman et al., 2011).

Παραδείγματα συγκεκριμένων τύπων αναβολικών στεροειδών περιλαμβάνουν:

- Stanazolol
- Οξανδρίνη
- Anadrol
- Durabolin (Squeglia et al., 2009).

Εισπνεόμενα

Τα απλά συνηθισμένα αντικείμενα μπορεί να γίνουν επικίνδυνα όταν χρησιμοποιούνται ως εισπνευστικό. Αυτά τα προϊόντα δημιουργούν έναν μεθυστικό καπνό ή αέριο. Όταν εισπνέεται βαθιά - μια ενέργεια γνωστή ως αναπνοή - οι αναθυμιάσεις ή τα αέρια μπορεί να προκαλέσουν ένα άτομο να βιώσει μια σύντομη εμπειρία ευφορίας. Σχεδόν οτιδήποτε έρχεται σε μπουκάλι ψεκασμού ή δοχείο ψεκασμού μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως εισπνευστικό (Biederman et al., 2000).

1.4 Ανακεφαλαίωση

Ανακεφαλαιώνοντας στο συγκεκριμένο κεφάλαιο ορισμένα αρχεία υποδεικνύουν την παρουσία ψυχοτρόπων φυτών και χρήσης ναρκωτικών σε αρχαίους πολιτισμούς ήδη από τα πρώιμα είδη ανθρωποειδών πριν από περίπου 200 εκατομμύρια χρόνια. Τα συμπτώματα της εξάρτησης θεωρούνται πιο μεταβλητά επειδή οι άνθρωποι είναι όλοι διαφορετικοί και η χημεία του εγκεφάλου μπορεί να ποικίλλει. Τα επίπεδα έντασης είναι επίσης διαφορετικά και μπορεί να επηρεάζονται από τον τρόπο ζωής και τις περιβαλλοντικές μεταβλητές. Τα είδη ναρκωτικών που χρησιμοποιούνται είναι: Οπιοειδή, κοκαΐνη, Αμφεταμίνη και Έκσταση, Βαρβιτουρικά, Νικοτίνη, Αλκοόλ, Παραισθησιογόνα, Καφεΐνη κ.λπ.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 : Αιτιολογία της Εξάρτησης

2.1 Εισαγωγή

Η αιτιολογία της εξάρτησης έχει μελετηθεί μέσα στη βιβλιογραφία. Έχουν πραγματοποιηθεί μελέτες οι οποίες αναφέρονται στους νέους και γίνεται μια προσπάθεια αιτιολόγησης της συγκεκριμένης συμπεριφοράς. Στο κεφάλαιο δύο αναφέρεται η αιτιολογία της εξάρτησης η οποία χωρίζεται σε ψυχολογικούς, κοινωνικούς και οικονομικούς παράγοντες ενώ ταυτόχρονα αναλύεται ο ρόλος της γενετικής και οι οικογενειακοί παράγοντες.

2.2 Ψυχολογικοί παράγοντες

Ο όρος «ψυχολογία» αναφέρεται σε διαδικασίες συμπεριφοράς που σχετίζονται με τη διάθεση, τα συναισθήματα ή το μυαλό. Η ψυχολογική εξάρτηση έχει να κάνει με τις συναισθηματικές και νοητικές διεργασίες που σχετίζονται με την ανάπτυξη και την ανάρρωση από μια διαταραχή ή εθισμό κατάχρησης ουσιών. Οι διαθέσεις και οι συμπεριφορές «ριζώνουν» στο μυαλό. Μόλις ένα άτομο συνηθίσει να βιώνει ορισμένες σκέψεις και διαθέσεις ενώ είναι ψηλά, το μυαλό του γίνεται εξίσου εθισμένο με το σώμα του. Η ψυχολογική πτυχή του εθισμού είναι εξίσου σοβαρή με τη σωματική εξάρτηση. Τα δύο δεν υπάρχουν χωριστά το ένα από το άλλο αλλά είναι μάλλον αλληλένδετα για να δημιουργήσουν έναν συνολικό εθισμό (Ali et al., 2016).

Το συναίσθημα παίζει μεγάλο ρόλο στην κατάχρηση ουσιών. Οι άνθρωποι μπορεί να στραφούν στα ναρκωτικά ή το αλκοόλ για να αντιμετωπίσουν αρνητικά συναισθήματα και μπορεί να συσχετίσουν ορισμένα θετικά συναισθήματα με αυτές τις ουσίες. Η ψυχολογική εξάρτηση αναφέρεται σε μεγάλο βαθμό ως οι γνωστικές και συναισθηματικές πτυχές του εθισμού ή της απόσυρσης από τα ναρκωτικά και το αλκοόλ. Αντί της φυσικής αλλαγής του σώματος ως αποτέλεσμα της κατάχρησης ναρκωτικών, το ψυχολογικό μοντέλο του εθισμού επικεντρώνεται στα συναισθήματα που σχετίζονται με τη χρήση αυτών των ουσιών (Lalayants et al., 2016).

Οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες περιλαμβάνουν την προσωπικότητα και την παρουσία ψυχιατρικής διαταραχής, καθώς και την οικογένεια, τους συνομηλικούς και άλλους περιβαλλοντικούς παράγοντες που θα αναλυθούν στη συνέχεια που είτε αυξάνουν τον κίνδυνο να αναπτύξει ένα άτομο μια εθιστική διαταραχή (παράγοντες κινδύνου) είτε

μειώνουν αυτούς τους κινδύνους (προστατευτικοί παράγοντες). Η γνωστική και συμπεριφορική έρευνα είναι το κλειδί για την κατανόηση του τρόπου με τον οποίο οι βασικές αρχές της μάθησης και της προετοιμασίας μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την τροποποίηση της συμπεριφοράς λήψης ναρκωτικών (Sharma et al., 2016).

Πολλά άτομα που υποφέρουν από στρες ή τις επιπτώσεις του τραύματος στρέφονται στην κατάχρηση ουσιών ή σε άλλες επιφανειακά ανταποδοτικές συμπεριφορές ως μηχανισμό αντιμετώπισης. Αυτές οι συμπεριφορές μπορεί να γίνουν εθιστικές, συχνά πολύ γρήγορα, καθώς τα εν λόγω άτομα εμπλέκονται σε αυτές ακόμη πιο συχνά, και ίσως σε μεγαλύτερο βαθμό από ό,τι συνηθίζεται, καθώς αναζητούν απόσπαση της προσοχής ή διαφυγή από τα προβλήματά τους (Chadi et al., 2018).

Υπάρχει μια ισχυρή σύνδεση μεταξύ της ψυχικής υγείας ενός ατόμου και της ανάπτυξης μιας διαταραχής χρήσης ουσιών. Οι άνθρωποι μπορεί να κάνουν χρήση ναρκωτικών και αλκοόλ για να αυτο-φαρμακοποιήσουν ή να αντιμετωπίσουν προβλήματα ψυχικής υγείας. Όσοι πάσχουν από διαταραχή άγχους ή διάθεσης, όπως κατάθλιψη ή διπολική διαταραχή, έχουν διπλάσιες πιθανότητες να έχουν επίσης διαταραχή χρήσης ουσιών. Όσοι έχουν διαταραχή διαγωγής ή αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας έχουν επίσης αυξημένο κίνδυνο εθισμού στο αλκοόλ ή στα ναρκωτικά. Αναφέρεται στη βιβλιογραφία ότι ένα άτομο έχει συνυπάρχουσα διαταραχή ή διπλή διάγνωση όταν στο ίδιο άτομο εμφανίζονται περισσότερες από μία διαταραχές ή ασθένειες, για παράδειγμα, παρουσία διαταραχής ψυχικής υγείας και διαταραχής χρήσης ουσιών (Botticelli et al., 2016).

Τόσο η αιτία του εθισμού όσο και η ανάπτυξη διαταραχών ψυχικής υγείας μπορεί να επηρεαστούν από παράγοντες όπως η γενετική, το ιστορικό τραύματος και το περιβάλλον. Στις Ηνωμένες Πολιτείες για παράδειγμα 7,7 εκατομμύρια άνθρωποι έχουν συνυπάρχουσες διαταραχές ψυχικής υγείας και χρήσης ουσιών. Είναι δύσκολο να προσδιοριστεί εάν ή πώς το ένα οδήγησε στο άλλο ή ποιο ήρθε πρώτο, αλλά φαίνεται να υπάρχει σχέση μεταξύ των διαταραχών που συνυπάρχουν. Οι νευροδιαβιβαστές στον εγκέφαλο, όπως η ντοπαμίνη, επηρεάζονται από τη χρήση ουσιών, αλλά παίζουν επίσης ρόλο σε διάφορες άλλες καταστάσεις ψυχικής υγείας. Οι εγκεφαλικές αλλαγές που προκύπτουν από διαταραχές ψυχικής υγείας μπορεί να επηρεάσουν ή να οδηγήσουν σε χρήση ουσιών και αντίστροφα. Επίσης, αλλαγές στον εγκέφαλο λόγω διαταραχής ψυχικής υγείας μπορεί να επηρεάσουν τον τρόπο με τον οποίο ένα άτομο βιώνει τις επιπτώσεις των ουσιών (Satel et al., 2017).

Η θεραπεία διαταραχών ψυχικής υγείας μπορεί να μειώσει την πιθανότητα μελλοντικής χρήσης ναρκωτικών. Σε ορισμένες περιπτώσεις, η θεραπεία διαταραχών χρήσης ουσιών μπορεί επίσης να μειώσει τη σοβαρότητα των διαταραχών ψυχικής υγείας. Η θεραπεία για συνυπάρχουσες διαταραχές μεταξύ ενηλίκων και εφήβων μπορεί να περιλαμβάνει φαρμακευτική αγωγή, οικογενειακή θεραπεία, γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία (CBT) και προσεγγίσεις ομαδικής θεραπείας (Jadidi et al., 2014).

2.3 Κοινωνικοί παράγοντες

Το περιβάλλον ενός ατόμου ή οι άνθρωποι, τα μέρη και τα πράγματα στα οποία εκτίθεται μπορεί επίσης να επηρεάσουν το εάν αναπτύξει εθισμό. Οι πτυχές του περιβάλλοντος ενός ατόμου που μπορεί να διαδραματίσουν ρόλο στην ανάπτυξη του εθισμού στο αλκοόλ και στα ναρκωτικά περιλαμβάνουν:

- Πίεση από συνομηλίκους: Οι φίλοι είναι σημαντικοί στη ζωή των εφήβων. Οι συνομήλικοι μπορεί να εκθέσουν τους εφήβους στα ναρκωτικά και να επηρεάσουν τις πεποιθήσεις τους για το τι είναι σωστό και τι λάθος.
- Ασταθές περιβάλλον στο σπίτι: Ένα άτομο μπορεί να βιώσει διάφορους τύπους κακοποίησης στο σπίτι και άλλα χαοτικά γεγονότα.
- Γονική χρήση ναρκωτικών και εγκληματική δραστηριότητα: Τα παιδιά γονέων που κάνουν χρήση ναρκωτικών και αλκοόλ και εμπλέκονται σε εγκληματικές δραστηριότητες κινδυνεύουν να κάνουν κατάχρηση ουσιών. Οι γονείς μπορούν να μυσήσουν τα παιδιά στα ναρκωτικά, να μοντελοποιήσουν αρνητικές συμπεριφορές και να δημιουργήσουν περιβάλλοντα που αυξάνουν το άγχος (Naqavi et al., 2011).
- Παρουσία ναρκωτικών στο σπίτι ή/και στο σχολείο: Η έκθεση στα ναρκωτικά και το αλκοόλ μπορεί να προσφέρει πρόσθετες ευκαιρίες στα παιδιά να πειραματιστούν και πιθανώς να αναπτύξουν εθισμό.
- Κοινωνικές στάσεις και επιρροή: Εάν μια κοινότητα αποδέχεται τη χρήση ουσιών, μπορεί να επηρεάσει το εάν ένα άτομο αναπτύσσει εθισμό.
- Χαμηλή ακαδημαϊκή επίδοση: Εάν ένα άτομο δεν έχει καλές επιδόσεις στο σχολείο, μπορεί να στραφεί στη χρήση ουσιών (Satel et al., 2017).

Αν και περιβαλλοντικοί παράγοντες μπορούν να θέσουν τα παιδιά σε κίνδυνο εθισμού, προστατευτικοί παράγοντες μπορούν να ελαχιστοποιήσουν τον κίνδυνο εθισμού. Τα παιδιά που μεγαλώνουν με καλή γονική υποστήριξη, θετικές σχέσεις, αίσθηση της κοινότητας και τις πολιτικές κατά των ναρκωτικών στο σχολείο και είναι σε θέση να αναπτύξουν αυτοέλεγχο

μπορεί να προστατεύονται από ορισμένους από τους παράγοντες κινδύνου για εθισμό (Botticelli et al., 2016).

2.4 Οικονομικοί παράγοντες

Αν και δεν υπάρχει αιτιώδης συνάφεια μεταξύ των οικονομικών παραγόντων και πιο συγκεκριμένα της φτώχειας και της χρήσης ναρκωτικών, υπάρχει συσχέτιση. Σχετίζεται κυρίως με το άγχος που προκαλεί η φτώχεια. Το άγχος είναι καλά αναγνωρισμένο ως παράγοντας κινδύνου για κατάχρηση ουσιών και υποτροπή μετά τη θεραπεία. Η ανησυχία για το πώς να ανταπεξέλθει το άτομο οικονομικά, το φαγητό και άλλες βασικές ανάγκες προκαλεί τεράστιο άγχος. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα σε περιπτώσεις η χρήση ναρκωτικών να θεωρείται διέξοδος. Στη συνέχεια σε μια κουλτούρα που εκτιμά τα υλικά αγαθά και την οικονομική επιτυχία, το να υπάρχουν οικονομικά προβλήματα θεωρείται σαν αποτυχία. Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε συναισθήματα ενοχής, ντροπής και μειωμένης αυτοεκτίμησης και να υπάρχει αυξημένη ευπάθεια στην ανάπτυξη διαταραχών χρήσης ουσιών (Naqani et al., 2011).

Η φτώχεια μπορεί να οδηγήσει κάποιον στη χρήση ναρκωτικών, αλλά η χρήση ναρκωτικών μπορεί επίσης να οδηγήσει κάποιον στη φτώχεια. Υπάρχουν πολλά άτομα της μεσαίας και ανώτερης τάξης που έχουν πέσει στη φτώχεια λόγω της χρήσης ναρκωτικών. Τα άτομα της μεσαίας τάξης μπορούν επίσης να γλιστρήσουν στη φτώχεια που σχετίζεται με τον εθισμό για να αγοράσουν ναρκωτικά ή αλκοόλ (Jadidi et al., 2014).

Η φτώχεια δεν είναι καθοριστικός παράγοντας της χρήσης ναρκωτικών, ωστόσο, κάποιος που ζει σε συνθήκες φτώχειας είναι πιο πιθανό να κάνει χρήση ναρκωτικών από κάποιον που μπορεί να καλύψει επαρκώς όλες τις ανάγκες του (Kleiman et al., 2011).

2.5 Ρόλος γενετικής

Η γενετική εξετάζει πώς και γιατί ορισμένα χαρακτηριστικά μεταβιβάζονται από τους γονείς στα παιδιά. Αν και τα γονίδια παίζουν ρόλο στον καθορισμό των χαρακτηριστικών ενός ατόμου, οι περιβαλλοντικοί παράγοντες μπορούν επίσης να επηρεάσουν τα χαρακτηριστικά. Οι περιβαλλοντικές επιρροές μπορούν ακόμη και να αλλάξουν ένα χαρακτηριστικό (Naqani et al., 2011).

Οι κληρονομικές διαφορές που σχετίζονται με τη χρήση ναρκωτικών και την εξάρτηση ποικίλλουν για κάθε ουσία:

- για τον καπνό υπάρχουν διαφορές στα γονίδια που εμπλέκονται στο μεταβολισμό της νικοτίνης.
- για το αλκοόλ υπάρχουν διαφορές στα γονίδια που εμπλέκονται στο μεταβολισμό του αλκοόλ και κληρονομικές διαφορές σε ορισμένους υποδοχείς των εγκεφαλικών κυττάρων (για σεροτονίνη , ντοπαμίνη και GABA). και
- για τα οπιοειδή υπάρχουν κληρονομικές διαφορές στους υποδοχείς των εγκεφαλικών κυττάρων για τα οπιοειδή και στα ένζυμα που μεταβολίζουν τα οπιοειδή (Kendler et al., 2007).

Οι γενετικές διαφορές μπορεί να επηρεάσουν πολλές πτυχές της χρήσης ναρκωτικών από ένα άτομο. Για παράδειγμα, μπορεί να επηρεάσουν το πόσο ευχάριστο είναι ένα φάρμακο, σε ποιο βαθμό βλάπτει την υγεία (υπερδοσολογία ή μακροπρόθεσμες επιπτώσεις), πόσο ισχυρά είναι τα συμπτώματα στέρησης και πόσο εύκολα το άτομο αναπτύσσει ανοχή. Για παράδειγμα, μελέτες έχουν δείξει ότι οι γιοι αλκοολικών πατέρων ανταποκρίνονται διαφορετικά στο αλκοόλ από ό,τι οι γιοι μη αλκοολικών πατέρων καθώς τείνουν να το απολαμβάνουν περισσότερο και έχουν μεγαλύτερη έμφυτη ανοχή, με άλλα λόγια μπορούν να πίνουν μεγαλύτερες ποσότητες (Derringer et al., 2010).

Ο εθισμός θεωρείται μέτρια έως πολύ κληρονομήσιμος, πράγμα που σημαίνει ότι τα γονίδια μπορούν να διαδραματίσουν σημαντικό ρόλο στον εθισμό, ειδικά όσο πιο στενή είναι η γενετική σχέση. Με άλλα λόγια, άτομα που έχουν συγγενείς πρώτου βαθμού (γονείς, παιδιά, αδέρφια) που παλεύουν με τον εθισμό μπορεί να έχουν αυξημένο κίνδυνο να αναπτύξουν και οι ίδιοι εθισμό (Kleiman et al., 2011).

Οι αιτίες του εθισμού στα ναρκωτικά, όπως και η γενετική, διαφέρουν από φάρμακο σε φάρμακο. Αν και δεν υπάρχει ακόμη οριστική σχέση μεταξύ γονιδίων και φαρμάκων, οι επιστήμονες έχουν κάνει μερικές ενδιαφέρουσες ανακαλύψεις. Ένας διαπίστωσε ότι οι κίνδυνοι για τη διαταραχή της χρήσης κάνναβης μπορεί να έχουν ισχυρό γενετικό συστατικό (Naqavi et al., 2011).

Επιπλέον, οι επιστήμονες έχουν βρει πάνω από 400 θέσεις στο ανθρώπινο γονιδίωμα που μπορεί να επηρεάσουν δραστηριότητες όπως το κάπνισμα ή η χρήση αλκοόλ. Αυτό σημαίνει ότι οι επιστήμονες μπορεί να πλησιάζουν περισσότερο στον εντοπισμό ορισμένων συστάδων γονιδίων που συμβάλλουν στο να αναπτύξει ένα άτομο εθισμό. Ένα ιστορικό διαταραχών ψυχικής υγείας σε μια οικογένεια ή ένα άτομο μπορεί επίσης να παίζει ρόλο στον εθισμό. (Jadidi et al., 2014).

Οι γενετικοί παράγοντες έχουν σημαντική επίδραση στην εξέλιξη των διαταραχών που σχετίζονται με ουσίες, ιδιαίτερα του αλκοόλ, της κάναβης και της εξάρτησης από τη νικοτίνη. Οι μελέτες δίδυμων και οικογενειών έχουν δείξει ισχυρά πρότυπα οικογενειακής κληρονομικότητας για την ουσιοεξάρτηση (Agrawal et al., 2008). Η έρευνα που επικεντρώθηκε σε μελέτες οικογένειας, δίδυμων και υιοθεσίας πρότεινε ότι η μετάδοση της οικογενειακής κληρονομικότητας των διαταραχών χρήσης παράνομων ουσιών εκτιμάται ότι κυμαίνεται από 30 έως 80%. (Tsuang et al., 2001). Οι εκτιμήσεις κληρονομικότητας μεταξύ των ουσιών ποικίλλουν, αλλά σε γενικές γραμμές υποδηλώνουν ότι οι γενετικές επιρροές αντιπροσωπεύουν περίπου το 50% του κινδύνου. Ποσοτικές γενετικές μελέτες έχουν επίσης υποδείξει ότι, εκτός από την παρουσία επιρροών για την ουσιοεξάρτηση - με τη νικοτίνη και τα οπιούχα να παρουσιάζουν τις περισσότερες ενδείξεις γενετικών παραγόντων ειδικών για την ουσία – υπάρχουν κληρονομήσιμοι παράγοντες που συμβάλλουν σε αυτή την κατάσταση (Kamdem et al., 2019).

Μελέτες σύνδεσης σε όλο το γονιδίωμα και GWAS έχουν δείξει ότι η αλκοολική αφυδρογονάση (ADH) και η υπομονάδα υποδοχέα γάμμα-αμινοβουτυρικού οξέος τύπου Α άλφα2 (GABRA2) σχετίζονται με την εξάρτηση από το αλκοόλ, ενώ ο υποδοχέας σίγμα-1 (σ1R) σχετίζεται με κατάχρηση μεθαμφεταμίνης (METH). Επιπλέον, εντοπίστηκαν αρκετοί χρωμοσωμικοί τόποι που σχετίζονται με την ευπάθεια κατά τη χρήση ναρκωτικών μέσω αναλύσεων δεδομένων σάρωσης γονιδιώματος για παράνομο εθισμό στα ναρκωτικά (Sambo et al., 2018).

2.6 Οικογενειακοί παράγοντες

Η οικογένεια μπορεί να παίζει ρόλο στην ανάπτυξη της κατάχρησης ναρκωτικών με διάφορους τρόπους. Η έλλειψη ενός ζεστού και υποστηρικτικού περιβάλλοντος θα αύξανε τον κίνδυνο διαταρακτικής και ανθυγιεινής συμπεριφοράς στα παιδιά. Το ιστορικό ανεπιθύμητων συμβάντων στην παιδική ηλικία, ειδικά πριν από την ηλικία των 5 ετών, μπορεί να αυξήσει σημαντικά τον κίνδυνο εξάρτησης από τα ναρκωτικά στους εφήβους. Επίσης, οι αμελείς γονείς δεν επιβλέπουν την επιλογή των φίλων των παιδιών τους. Η αδύναμη προσκόλληση γονέα-παιδιού θα οδηγούσε σε ισχυρό δέσιμο με φίλους με αποτέλεσμα την πίεση των συνομηλίκων στη νεολαία (Rhodes et al., 2003).

Λόγω του εκσυγχρονισμού, της ένταξης των γυναικών στον εργασιακό κόσμο και της μείωσης του μεγέθους της οικογένειας, η ιρανική οικογένεια περνά από μια γρήγορη

μετάβαση που μοιάζει περισσότερο με τη δυτική οικογένεια. Η εκπαιδευτική λειτουργία της οικογένειας έχει ανατεθεί στην τηλεόραση, το διαδίκτυο, το σχολείο και άλλα ιδρύματα, επομένως ο υποστηρικτικός ρόλος των οικογενειών φαίνεται να ξεθωριάζει. Όλοι αυτοί οι παράγοντες μπορεί να προκαλέσουν τον κίνδυνο κατάχρησης ναρκωτικών από τους εφήβους λόγω της έλλειψης ισχυρού δεσμού μεταξύ γονέων και παιδιού (Epoch, 2011).

Το μοντέλο γονέων, το οποίο επίσης προσδιορίστηκε από τους συμμετέχοντες, έχει αποδειχθεί σε διάφορες μελέτες. Τα προγράμματα οικογενειακής εκπαίδευσης με βάση τον πολιτισμό για να αποκαλύψουν τον κεντρικό ρόλο των οικογενειών στην πρόληψη της κατάχρησης ναρκωτικών στους νέους θα είχαν πιθανά οφέλη για την κοινότητα (Naqani et al., 2011).

2.7 Ανακεφαλαίωση

Μέσα από το παρόν κεφάλαιο παρατηρείται ότι υπάρχουν πολλοί παράγοντες που μπορούν να επηρεάσουν τους νέους και να κάνουν κάποια χρήση ουσιών. Ωστόσο από τους σημαντικότερους παράγοντες φαίνεται να είναι το οικογενειακό περιβάλλον και ακολουθούν οι κοινωνικοί παράγοντες όπως είναι η πίεση από τους συνομηλίκους. Τέλος, συμπεραίνεται με βάση τις θεωρίες της κοινωνικής μάθησης και του κοινωνικού ελέγχου ότι όσο ισχυρότερη είναι η οικογενειακή συνοχή και η γονική παρακολούθηση, τόσο λιγότερο πιθανή είναι η κατάχρηση ναρκωτικών και η στροφή προς αυτή την κατεύθυνση.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 : Προφίλ εξαρτημένου ατόμου

3.1 Εισαγωγή

Το προφίλ ενός νέου εξαρτημένου ατόμου αποτελείται από συμπτώματα που επηρεάζουν όχι μόνο τον οργανισμό του νέου ατόμου αλλά και την ψυχολογία του. Στο κεφάλαιο 3 μελετάται το προφίλ του εξαρτημένου ατόμου. Πιο συγκεκριμένα αναλύονται τα σωματικά συμπτώματα, τα Ψυχολογικά και Συναισθηματικά σημάδια του εθισμού, οι Συμπεριφορικοί δείκτες εθισμού ενώ παράλληλα ορισμένα σημαντικά στατιστικά στοιχεία σχετικά με τους νέους και τη χρήση ουσιών.

3.2 Προφίλ εξαρτημένου ατόμου

3.2.1 Σωματικά συμπτώματα του εθισμού

Ο εθισμός στα ναρκωτικά είναι μια ασθένεια του εγκεφάλου που προκαλεί αλλαγές στη νευρολογική δομή και δράση. Αυτές οι αλλαγές αναστέλλουν ή παραμορφώνουν τη λειτουργία του εγκεφάλου και είναι υπεύθυνες για ορισμένα από τα άμεσα φυσικά χαρακτηριστικά του εθισμού στα ναρκωτικά. (Epoch, 2011).

Εκτός από τις νευρολογικές παρενέργειες , η αργή πτώση της συνολικής σωματικής υγείας είναι ένα από τα αναπόφευκτα χαρακτηριστικά της κατάχρησης ναρκωτικών.

Μερικά από τα ενδεικτικά φυσικά σημάδια του εθισμού στα ναρκωτικά περιλαμβάνουν:

Λαχάρα και απόσυρση. Οι εθισμένοι πηγαίνουν από το να θέλουν ναρκωτικά στο να τα χρειάζονται για να αισθάνονται καλά, και εάν αυτές οι ανάγκες απογοητεύονται, θα αρχίσουν να εμφανίζουν συμπτώματα στέρησης μέσα σε λίγες ώρες από την τελευταία τους δόση. Αυτά τα συμπτώματα μπορεί να περιλαμβάνουν κρίσεις πανικού, αϋπνία, αυξημένο καρδιακό ρυθμό, τρέμουλο ή αδυναμία, πονοκεφάλους, ναυτία, μυϊκές κράμπες και ακραίο άγχος ή νευρικότητα (Epoch, 2011).

Αυξανόμενη ανοχή. Καθώς η εξάρτησή τους εξελίσσεται, οι τοξικομανείς πρέπει να καταναλώνουν μεγαλύτερες ποσότητες από τα ναρκωτικά της επιλογής τους για να έχουν τα ίδια αποτελέσματα. Η υψηλή ανοχή μπορεί να ωθήσει τους τοξικομανείς να καταναλώνουν δόσεις που τους θέτουν σε σημαντικό κίνδυνο για υπερβολική δόση (Naqani et al., 2011).

Αλλαγές στην εμφάνιση. Μερικά από τα εξωτερικά σημάδια της κατάχρησης ναρκωτικών περιλαμβάνουν υπερβολικά ξηρά ή αιματοβαμμένα μάτια, διεσταλμένες κόρες, τερηδόνα,

σημαντική απώλεια βάρους, χλωμό δέρμα, απώλεια μαλλιών και παρουσία πληγών που δεν επουλώνονται.

Πιο συχνές ασθένειες. Η κατάχρηση ναρκωτικών βλάπτει τη λειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος και αλλάζει τη χημεία του σώματος με πολλούς τρόπους. Αυτό κάνει τους εθισμένους πιο επιρρεπείς σε κρυολογήματα, γρίπη, πνευμονία, αλλεργικές κρίσεις, βακτηριακές λοιμώξεις και μια σειρά από άλλες πιθανές ασθένειες ή ασθένειες (Naqani et al., 2011).

Χρόνιες σωματικές καταστάσεις υγείας. Η μακροχρόνια κατάχρηση ναρκωτικών μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο για πολλές σωματικές παθήσεις και καταστάσεις, όπως καρδιακές παθήσεις, υψηλή αρτηριακή πίεση, εγκεφαλικό επεισόδιο, υψηλή χοληστερόλη, ηπατική ή νεφρική νόσο, χρόνια αναπνευστικά προβλήματα, δερματικές διαταραχές και αϋπνία. Όσοι κάνουν ενέσιμα ναρκωτικά και μοιράζονται βελόνες διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο για ηπατίτιδα και HIV/AIDS (Lipari et al., 2017).

3.2.2 Ψυχολογικά και Συναισθηματικά σημάδια του εθισμού

Ο εθισμός στα ναρκωτικά αλλάζει την αντίληψη, μπορεί να διαστρεβλώσει τη σκέψη, δημιουργεί συναισθηματικές ανισορροπίες και αφήνει τους πάσχοντες με μια κατεστραμμένη αίσθηση αυτοεκτίμησης (Johnston et al., 2019). Τα ψυχολογικά και συναισθηματικά χαρακτηριστικά του εθισμού στα ναρκωτικά περιλαμβάνουν:

Απότομες αλλαγές στη διάθεση. Καθώς αναπτύσσονται χημικές ανισορροπίες, οι τοξικομανείς μπορεί να βιώσουν συναισθήματα κατάθλιψης, άγχους, ευερεθιστότητας, εχθρότητας και παράνοιας που φαίνεται να προέρχονται από το πουθενά.

Μείωση της ικανότητας να απολαμβάνετε παλιότερα ευχάριστες δραστηριότητες. Τα ναρκωτικά απορροφούν τη συναισθηματική ενέργεια, αφήνοντας ελάχιστο χώρο για άλλους τύπους απόλαυσης ή ευχαρίστησης (Rhodes et al., 2003).

Εξορθολογισμός και άρνηση. Οι εθισμένοι στα ναρκωτικά υψώνουν τείχη άρνησης για να προστατευτούν από την αλήθεια και οι προσπάθειες των αγαπημένων τους να σπάσουν αυτά τα τείχη θα φέρουν μια σειρά από δικαιολογίες και εκλογικεύσεις, τους οποίους ο χρήστης ναρκωτικών θα πιστέψει πραγματικά. Εντονότερα συμπτώματα ψυχικής ασθένειας. Το 2019, το 49,2 τοις εκατό των ατόμων με προβλήματα κατάχρησης ναρκωτικών υπέφεραν επίσης από κάποια μορφή ψυχικής ασθένειας και τα συμπτώματα ψυχικών διαταραχών είναι πιθανό να ενταθούν όταν περιπλέκονται από εξάρτηση από ουσίες. (Johnston et al., 2019).

Παρορμητικότητα . Με την πάροδο του χρόνου, οι τοξικομανείς μπορεί να χάσουν τις αναστολές τους και να υποφέρουν από μειωμένη κρίση, γεγονός που τους οδηγεί να παίρνουν βιαστικές και αμφισβητήσιμες αποφάσεις που μπορεί να φαίνονται εντελώς αυθαίρετες.

Αισθήματα ενοχής και ντροπής. Τα άτομα με εθισμούς συχνά νιώθουν βαθιά ντροπή λόγω της αδυναμίας τους να σταματήσουν τη χρήση ναρκωτικών και επίσης αισθάνονται ένοχοι για τον πόνο που προκαλεί η συμπεριφορά τους στα αγαπημένα τους πρόσωπα.

Ψευδαισθήσεις και αυταπάτες. Στα ακραία όρια του εθισμού, τα άτομα που κάνουν επανειλημμένα κατάχρηση ναρκωτικών μπορεί να αρχίσουν να χάνουν την επαφή με την πραγματικότητα, σε σημείο που απαιτείται άμεση ιατρική παρέμβαση (Lipari and Van Horn, 2017).

3.2.3 Συμπεριφορικοί δείκτες εθισμού

Τα εσωτερικά συναισθήματα των τοξικομανών μπορεί να είναι κάπως δύσκολο να αποκωδικοποιηθούν, αλλά η συμπεριφορά τους θα δείξει ξεκάθαρα σημάδια της εξάρτησής τους από τα ναρκωτικά και της απελπισίας και του χάους που δημιουργεί στη ζωή τους (Lipari et al., 2017).

Μερικά από τα πιο κοινά χαρακτηριστικά συμπεριφοράς της κατάχρησης ναρκωτικών περιλαμβάνουν:

- Ψέμα και χειριστική συμπεριφορά. Οι άνθρωποι που είναι παγιδευμένοι από τον εθισμό στα ναρκωτικά λένε συνήθως ψέματα για τις πράξεις και το πού βρίσκονται. Επίσης, δεν θα διστάσουν να χειραγωγήσουν τους άλλους για να πάρουν αυτό που θέλουν (που είναι περισσότερα ναρκωτικά). Αλλά με τον καιρό, λένε τόσα πολλά ψέματα ή μισές αλήθειες που η τελική έκθεση είναι αναπόφευκτη (Johnston et al., 2019).
- Κατηγορώντας τους άλλους για προβλήματα ζωής. Ανίκανοι να δουν μέσα από τους δικούς τους εξορθολογισμούς, τα άτομα που εξαρτώνται από τα ναρκωτικά συνήθως κατηγορούν άλλους, ή κακή τύχη ή συνθήκες ζωής, για τα προβλήματά τους. Γίνονται ειδικό στο να βρίσκουν δικαιολογίες για να εκτρέψουν την ευθύνη και να προστατευτούν από την έκθεση (Lipari et al., 2017).
- Αμέλεια. Καθώς ο εθισμός στα ναρκωτικά βαθιάνει, οι πάσχοντες θα αρχίσουν να παραμελούν τις ευθύνες τους, ως γονείς, μέλη της οικογένειας, φίλοι, εργαζόμενοι,

φοιτητές και πολίτες. Τα ναρκωτικά γίνονται η προτεραιότητά τους και οι σωματικές και συναισθηματικές επιβαρύνσεις της κατάχρησης ναρκωτικών μπορεί να δυσκολέψουν τη διαχείριση —ή ακόμα και τη μνήμη— των προσωπικών τους ευθυνών (Rhodes et al., 2003).

- Οι εθισμένοι θα ξοδέψουν τεράστιο χρόνο χρησιμοποιώντας ναρκωτικά, σκεπτόμενοι τα, προσπαθώντας να τα αποκτήσουν ή προσπαθώντας να διαχειριστούν τις συνέπειες από την εκπληκτική τους κατανάλωση ναρκωτικών (Lipari et al., 2017).
- Εμπλοκή σε εγκληματική δραστηριότητα, ως θύτης ή/και θύμα. Πολλά από αυτά μπορεί να περιλαμβάνουν κλοπή, είτε ναρκωτικά είτε χρήματα για την αγορά τους. Αλλά οι εξαρτημένοι συχνά γίνονται παρορμητικοί και χάνουν την ικανότητά τους να παίρνουν σοφές αποφάσεις, γεγονός που τους οδηγεί και σε άλλα είδη προβλημάτων (π.χ. οδήγηση σε κατάσταση μέθης, εμπλοκή σε καυγάδες ή περιστατικά ενδοοικογενειακής βίας, επιλογή επικίνδυνων και αναξιόπιστων συντρόφων, επίσκεψη σε εγκληματικές περιοχές σε αναζήτηση ναρκωτικών, κ.λπ.) (Johnston et al., 2019).

3.3 Στατιστικά στοιχεία

Η κατάχρηση ουσιών αναφέρεται στην επιβλαβή ή επικίνδυνη χρήση ψυχοδραστικών ουσιών, συμπεριλαμβανομένου του αλκοόλ και των παράνομων ναρκωτικών και αποτελεί ένα από τα μεγαλύτερα προβλήματα παγκοσμίως. Υπολογίζεται ότι το 2,2% του παγκόσμιου πληθυσμού είχε είτε διαταραχή χρήσης αλκοόλ είτε παράνομων ναρκωτικών το 2016. Αυτό αντιστοιχεί σε περίπου 164 εκατομμύρια ανθρώπους. Σύμφωνα με τη Μελέτη Παγκόσμιας Επιβάρυνσης Ασθενειών 2017, υπήρξαν 585.000 θάνατοι και 42 εκατομμύρια χρόνια «υγιής» ζωής που χάθηκαν ως αποτέλεσμα της κατάχρησης ουσιών. Η Παγκόσμια Έκθεση Ναρκωτικών 2017 υπολόγισε ότι 271 εκατομμύρια άνθρωποι, ή το 5,5% του παγκόσμιου πληθυσμού ηλικίας 15–64 ετών, είχαν κάνει χρήση ναρκωτικών το προηγούμενο έτος, ενώ 35 εκατομμύρια άνθρωποι υπολογίζεται ότι πάσχουν από διαταραχές χρήσης ναρκωτικών (Ayala et al., 2017).

Η κατανόηση της πραγματικής έκτασης των διαταραχών χρήσης ουσιών είναι εξίσου δύσκολη με εκείνη της ψυχικής υγείας. Ο επιπολασμός των διαταραχών χρήσης ουσιών είναι υψηλότερος στην Ανατολική Ευρώπη και τις Ηνωμένες Πολιτείες, και εμφανίζεται στο 5-6

τοιας εκατό του πληθυσμού. Αυτό σημαίνει ότι περίπου 1 στους 20 πάσχουν από εξάρτηση από ουσίες (Lipari et al., 2017).

Υπολογίζεται ότι το 1,3 τοιας εκατό (περισσότεροι από 100 εκατομμύρια άνθρωποι) είχαν διαταραχή χρήσης αλκοόλ το 2016. Ο επιπολασμός μεταξύ των χωρών φαίνεται στο παρακάτω διάγραμμα — σε εθνικό επίπεδο κυμαίνεται από 0,5 τοιας εκατό έως σχεδόν 5 τοιας εκατό του πληθυσμού. Υπολογίζεται επίσης ότι το 0,9 τοιας εκατό (62 εκατομμύρια άνθρωποι) είχαν διαταραχή χρήσης ναρκωτικών (εξαιρουμένου του αλκοόλ και του καπνού) το 2016. Ο επιπολασμός μεταξύ των χωρών κυμαινόταν από 0,4 έως 3,3 τοιας εκατό του πληθυσμού (Johnston et al., 2019).

Στις περισσότερες χώρες, οι διαταραχές χρήσης αλκοόλ είναι πιο διαδεδομένες από άλλες διαταραχές χρήσης ναρκωτικών. Αυτό φαίνεται στο παρακάτω διάγραμμα: οι χώρες που βρίσκονται πάνω από τη γκριζα γραμμή έχουν υψηλότερο επιπολασμό εξάρτησης από το αλκοόλ σε σχέση με άλλα ναρκωτικά. Στην Ανατολική Ευρώπη (και ειδικότερα στη Ρωσία), ο επιπολασμός του αλκοολισμού είναι σημαντικά υψηλότερος από ό,τι αλλού ενώ στη Βόρεια Αμερική (και ειδικότερα στις Ηνωμένες Πολιτείες) ο επιπολασμός άλλων διαταραχών χρήσης ναρκωτικών είναι σημαντικά υψηλότερος από ό,τι αλλού (Hasin et al., 2015).

Οι διαταραχές χρήσης ουσιών είναι πιο συχνές στους άνδρες παρά στις γυναίκες. Αυτό ισχύει σε όλες τις χώρες, όπως φαίνεται στο διάγραμμα παρακάτω όπου απεικονίζεται το μερίδιο των ανδρών με διαταραχή χρήσης ουσιών έναντι του μεριδίου των γυναικών. Αυτό το μοτίβο ισχύει για όλες τις χώρες στην περίπτωση διαταραχών χρήσης ναρκωτικών (εκτός από το αλκοόλ) και για όλες τις χώρες με εξαίρεση την Ουκρανία στην περίπτωση της εξάρτησης από το αλκοόλ (Lipari et al., 2017).

Στην περίπτωση των Ηνωμένων Πολιτειών, για παράδειγμα, το 9 τοιας εκατό των ατόμων ηλικίας 20-24 ετών είχαν διαταραχή χρήσης ναρκωτικών το 2016. Αυτό είναι σχεδόν κάθε 10ο άτομο σε αυτήν την ηλικιακή ομάδα (Lipari et al., 2017).

Η έκθεση Trends and Developments παρουσιάζει την τελευταία ανάλυση του Ευρωπαϊκού Κέντρου Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας (EKΠNT) για την κατάσταση των ναρκωτικών στην Ευρώπη. Εστιάζοντας στη χρήση παράνομων ναρκωτικών, τις σχετικές βλάβες και την παροχή ναρκωτικών, η έκθεση περιέχει ένα ολοκληρωμένο σύνολο εθνικών δεδομένων για αυτά τα θέματα και βασικές παρεμβάσεις για τη μείωση της βλάβης (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2022).

Η συνολική εκτίμηση είναι ότι η διαθεσιμότητα και η χρήση ναρκωτικών παραμένουν σε υψηλά επίπεδα σε ολόκληρη την Ευρωπαϊκή Ένωση, αν και υπάρχουν σημαντικές διαφορές μεταξύ των χωρών (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2022).

Περίπου 83,4 εκατομμύρια ή το 29 % των ενηλίκων (ηλικίας 15–64 ετών) στην Ευρωπαϊκή Ένωση εκτιμάται ότι έχουν κάνει ποτέ χρήση παράνομων ναρκωτικών, με περισσότερους άνδρες (50,5 εκατομμύρια) παρά γυναίκες (33,0 εκατομμύρια) να αναφέρουν χρήση. Η κάνναβη παραμένει η ουσία με τη μεγαλύτερη κατανάλωση, με πάνω από 22 εκατομμύρια ενήλικες στην Ευρώπη να αναφέρουν τη χρήση της τον τελευταίο χρόνο (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2022).

Τα διεγερτικά είναι η δεύτερη πιο συχνά αναφερόμενη κατηγορία. Υπολογίζεται ότι τον τελευταίο χρόνο 3,5 εκατομμύρια ενήλικες κατανάλωσαν κοκαΐνη, 2,6 εκατομμύρια MDMA και 2 εκατομμύρια αμφεταμίνες. Περίπου 1 εκατομμύριο Ευρωπαίοι έκαναν χρήση ηρωίνης ή άλλου παράνομου οπιοειδούς τον τελευταίο χρόνο. Αν και ο επιπολασμός της χρήσης είναι χαμηλότερος για τη χρήση οπιοειδών από ό,τι για άλλα ναρκωτικά, τα οπιοειδή εξακολουθούν να ευθύνονται για το μεγαλύτερο μερίδιο των βλαβών που αποδίδονται στη χρήση παράνομων ναρκωτικών. Αυτό καταδεικνύεται από την παρουσία οπιοειδών, συχνά σε συνδυασμό με άλλες ουσίες, η οποία βρέθηκε στα τρία τέταρτα περίπου των θανατηφόρων υπερβολικών δόσεων που αναφέρθηκαν στην Ευρωπαϊκή Ένωση για το 2020 (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2022).

Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι οι περισσότεροι από αυτούς με προβλήματα ναρκωτικών θα χρησιμοποιούν μια σειρά ουσιών. Επίσης παρατηρείται πολύ μεγαλύτερη πολυπλοκότητα στα πρότυπα κατανάλωσης ναρκωτικών, με φαρμακευτικά προϊόντα, μη ελεγχόμενες νέες ψυχοδραστικές ουσίες και ουσίες όπως η κεταμίνη και η GBL/GHB που συνδέονται τώρα με προβλήματα ναρκωτικών σε ορισμένες χώρες ή σε ορισμένες ομάδες. Αυτή η πολυπλοκότητα αντικατοπτρίζεται στην αυξανόμενη αναγνώριση ότι η χρήση ναρκωτικών συνδέεται ή περιπλέκει τον τρόπο με τον οποίο ανταποκρινόμαστε σε ένα ευρύ φάσμα των πιο πιεστικών ζητημάτων υγείας και κοινωνικών φαινομένων του σήμερα. Μεταξύ αυτών των θεμάτων είναι τα προβλήματα ψυχικής υγείας και ο αυτοτραυματισμός, η έλλειψη στέγης, η εγκληματικότητα των νέων και η εκμετάλλευση εύάλωτων ατόμων και κοινοτήτων (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2022).

3.4 Ανακεφαλαίωση

Μέσα από το παρόν κεφάλαιο συμπεραίνεται ότι οι διαταραχές χρήσης ναρκωτικών τείνουν να είναι υψηλότερες σε άτομα στα είκοσί τους. Αυτό φαίνεται να ισχύει στις περισσότερες χώρες (για ορισμένες, ο επιπολασμός είναι υψηλότερος στα τέλη της εφηβείας). Μετά την ανάπτυξη του εθισμού, η χρήση ναρκωτικών γίνεται μια καταναλωτική εμμονή. Η συμπεριφορά ενός τοξικομανή αντικατοπτρίζει τη δυσλειτουργική φύση της ζωής του και οι συνέπειες αυτής της συμπεριφοράς μπορεί να είναι σοβαρές εάν δεν ληφθούν μέτρα για να σταματήσει η εξέλιξη του εθισμού.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 : Πρόληψη και θεραπεία

4.1 Εισαγωγή

Ο τρόπος με το οποίο μπορεί να συμβάλει η πρόληψη αλλά και η θεραπευτική προσέγγιση ενός νέου ατόμου είναι πολύ σημαντικός. Γι αυτό το λόγο το κεφάλαιο 4 θεωρείται πολύ σημαντικό καθώς αναλύει την πρόληψη και τη θεραπεία σε όλα τα στάδια. Η πρόληψη είναι ένα μέρος της συνέχειας της υγείας της συμπεριφοράς. Τα άλλα μέρη είναι η προαγωγή, η θεραπεία και η ανάρρωση. Και όλα είναι σημαντικά. Σημαντικό θεωρείται επίσης σε αυτό το κεφάλαιο η αναφορά των προγραμμάτων πρόληψης.

4.2 Πρόληψη

4.2.1 Ορισμός Πρόληψης

Η πρόληψη περιλαμβάνει ένα ευρύ φάσμα δραστηριοτήτων — γνωστές ως «παρεμβάσεις» — με στόχο τη μείωση των κινδύνων ή των απειλών για την υγεία. Ως πρόληψη νοείται κάθε δραστηριότητα που αποσκοπεί στην αποφυγή της κατάχρησης ουσιών και στη μείωση των συνεπειών της στην υγεία και τις κοινωνικές συνέπειες. Αυτός ο ευρύς όρος μπορεί να περιλαμβάνει δράσεις που στοχεύουν στη μείωση της προσφοράς (με βάση την αρχή ότι η μειωμένη διαθεσιμότητα ουσιών μειώνει τις ευκαιρίες για κατάχρηση και εξάρτηση) και δράσεις με στόχο τη μείωση της ζήτησης (συμπεριλαμβανομένης της προαγωγής της υγείας και της πρόληψης ασθενειών).

Η πρόληψη μειώνει τον κίνδυνο προβλημάτων υγείας συμπεριφοράς. Η θεραπεία φροντίζει κάποιον με διαγνωσμένη διαταραχή χρήσης ουσιών ή ασθένεια ψυχικής υγείας. Και η ανάρρωση βοηθά τους ανθρώπους να ζήσουν παραγωγική ζωή μετά τη θεραπεία. Όλα είναι κρίσιμα στοιχεία ενός ισχυρού συμπεριφορικού συστήματος υγειονομικής περίθαλψης, αλλά το καθένα έχει τον δικό του μοναδικό ρόλο. Η προώθηση υποστηρίζει θετικές συμπεριφορές.

4.2.2 Πρωτογενής πρόληψη

Ορισμός πρωτογενούς πρόληψης

Η πρωτογενής πρόληψη αποτελείται από μέτρα που στοχεύουν σε έναν ευαίσθητο πληθυσμό ή άτομο. Ο σκοπός της πρωτογενούς πρόληψης είναι να αποτρέψει την εμφάνιση μιας ασθένειας. Έτσι, ο πληθυσμός στόχος του είναι υγιή άτομα. Καθιερώνει συνήθως δραστηριότητες που περιορίζουν την έκθεση σε κίνδυνο ή αυξάνουν την ανοσία των ατόμων

που διατρέχουν κίνδυνο για να αποτρέψουν την εξέλιξη μιας νόσου σε ένα ευαίσθητο άτομο σε υποκλινική νόσο (Martins et al., 2018).

Στάδια πρωτογενούς πρόληψης

Η πρωτογενής πρόληψη έχει ταξινομηθεί σε καθολική, επιλεκτική και ενδεικνυόμενη, ανάλογα με το επίπεδο κινδύνου χρήσης ουσιών. Το Ινστιτούτο Ιατρικής των ΗΠΑ όρισε τις καθολικές προληπτικές παρεμβάσεις ως εκείνες που στοχεύουν το ευρύ κοινό ή μια ολόκληρη ομάδα πληθυσμού (Degenhardt et al., 2019). Οι επιλεκτικές προληπτικές παρεμβάσεις είναι εκείνες που απευθύνονται σε υποομάδες του πληθυσμού των οποίων ο κίνδυνος εμφάνισης της διαταραχής είναι σημαντικά υψηλότερος από τον μέσο όρο (τα άτομα αυτά μπορεί να διατρέχουν άμεσο κίνδυνο ή να διατρέχουν κίνδυνο ζωής) (Park et al., 2015). Ενδείκνυται προληπτικές παρεμβάσεις ορίστηκαν ως εκείνα που στοχεύουν άτομα υψηλού κινδύνου που αναγνωρίζεται ότι έχουν ελάχιστα αλλά ανιχνεύσιμα σημεία ή συμπτώματα που προμηνύουν τη διαταραχή ή βιολογικούς δείκτες που υποδεικνύουν προδιάθεση για τη διαταραχή, αλλά δεν πληρούν τα διαγνωστικά επίπεδα προς το παρόν (Martins et al., 2018).

Το εύρος της πρόληψης περιλαμβάνει επίσης την έγκαιρη παρέμβαση με άτομα που έχουν πειραματιστεί με ουσίες αλλά δεν εξαρτώνται σοβαρά και επομένως μπορούν να «επανεκπαιδευτούν» μέσω μαθησιακών παρεμβάσεων, καθώς και θεραπείας της εξάρτησης, πρόληψης υποτροπής και κοινωνικής επανένταξης. Είναι πλέον αναγνωρισμένο ότι οι παρεμβάσεις σε όλο το φάσμα μειώνουν την επιβάρυνση του προβλήματος για την κοινωνία (Park et al., 2015).

Το βάρος της κατάχρησης ουσιών μπορεί να χωριστεί σε δύο τομείς: τη μέθη και την εξάρτηση. Ο περιορισμός της βλάβης του ατόμου και της κοινωνίας από τη μέθη (δηλαδή η οδήγηση υπό την επίδραση ψυχοδραστικών ουσιών) και η μείωση του κινδύνου έκθεσης σε ουσίες και, κατά συνέπεια, της ανάπτυξης εξάρτησης, αποτελούν βασικά συστατικά της πρόληψης (Ross et al., 2015).

Η μείωση της βλάβης είναι μια κάπως διαφορετική προσέγγιση πρόληψης. Αυτό το είδος μέτρων έχει αποδειχθεί ότι μειώνει τις σημαντικές επιπτώσεις στην υγεία και τις κοινωνικές συνέπειες. Παραδείγματα μέτρων μείωσης του κινδύνου περιλαμβάνουν τη διάθεση καθαρών συριγγών, η οποία έχει αποδειχθεί ότι μειώνει τον κίνδυνο μόλυνσης από τον ιό της ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας (HIV) και την ηπατίτιδα Β, ή θεραπεία υποκατάστασης, η οποία μειώνει τα επίπεδα εγκληματικότητας στους δρόμους (Saban et al., 2014).

Στρατηγικές για δραστηριότητες πρωτογενούς πρόληψης

Υπάρχουν έξι στρατηγικές για δραστηριότητες πρωτογενούς πρόληψης. Αυτές είναι:

Διάδοση πληροφοριών: παρέχει ευαισθητοποίηση και γνώση της φύσης και της έκτασης της κατάχρησης ναρκωτικών και των επιπτώσεών της.

Εκπαίδευση: επικοινωνεί για τη βελτίωση της ζωής και των κοινωνικών δεξιοτήτων των συμμετεχόντων. Αυτό διαφέρει από τη διάδοση πληροφοριών επειδή ο δάσκαλος και οι συμμετέχοντες αλληλεπιδρούν μεταξύ τους (Martins et al., 2018).

Εναλλακτικές: παρέχει δραστηριότητες που δεν περιλαμβάνουν ναρκωτικά, συμπεριλαμβανομένου του αλκοόλ και του καπνού, με την ελπίδα ότι οι συμμετέχοντες θα καλύψουν τις ανάγκες τους χωρίς να καταφύγουν σε ναρκωτικά.

Περιβαλλοντικό: θεσπίζει ή αλλάζει κοινοτικά πρότυπα, κώδικες και στάσεις για να επηρεάσει την κατάχρηση ναρκωτικών σε μια κοινότητα.

Διαδικασία με βάση την κοινότητα: ενισχύει την ικανότητα της κοινότητας να παρέχει υπηρεσίες πρόληψης και θεραπείας.

Εντοπισμός προβλήματος και παραπομπή: προσδιορίζει άτομα που έχουν ξεκινήσει κατάχρηση ναρκωτικών για να αξιολογήσει εάν η συμπεριφορά τους μπορεί να αλλάξει μέσω της εκπαίδευσης. Ως δραστηριότητα πρόληψης, αυτό δεν παραπέμπει τους ανθρώπους σε θεραπεία, αλλά παρέχει παρέμβαση πριν χρειαστεί θεραπεία (Padwa et al., 2012).

Σημασία πρωτογενούς πρόληψης

Ο κίνδυνος χρήσης ναρκωτικών αυξάνεται πολύ σε περιόδους μετάβασης. Για έναν ενήλικα, ένα διαζύγιο ή η απώλεια εργασίας μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο χρήσης ναρκωτικών. Για έναν έφηβο, οι επικίνδυνοι χρόνοι περιλαμβάνουν μετακόμιση, οικογενειακό διαζύγιο ή αλλαγή σχολείου. Όταν τα παιδιά προχωρούν από το δημοτικό έως το γυμνάσιο, αντιμετωπίζουν νέες και δύσκολες κοινωνικές, οικογενειακές και ακαδημαϊκές καταστάσεις. Συχνά κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου, τα παιδιά εκτίθενται για πρώτη φορά σε ουσίες όπως το τσιγάρο και το αλκοόλ. Όταν μπαίνουν στο γυμνάσιο, οι έφηβοι μπορεί να αντιμετωπίσουν μεγαλύτερη διαθεσιμότητα ναρκωτικών, χρήση ναρκωτικών από μεγαλύτερους εφήβους και κοινωνικές δραστηριότητες όπου χρησιμοποιούνται ναρκωτικά (Samet et al., 2001).

Τα προγράμματα πρόληψης λειτουργούν για την ενίσχυση των προστατευτικών παραγόντων και την εξάλειψη ή τη μείωση των παραγόντων κινδύνου για τη χρήση ναρκωτικών. Τα προγράμματα είναι σχεδιασμένα για διάφορες ηλικίες και μπορούν να χρησιμοποιηθούν σε ατομικές ή ομαδικές ρυθμίσεις, όπως το σχολείο και το σπίτι (Heslop et al., 2013).

Στο πλαίσιο της πρόληψης των ναρκωτικών, η σημασία της πρόληψης σχετίζεται τόσο με την επικράτηση της χρήσης και κατάχρησης ουσιών στον πληθυσμό όσο και με τον αντίκτυπο που έχει στην υγεία και την ευημερία αυτού του πληθυσμού. Το αναμφισβήτητο μέγεθος του προβλήματος και το τεράστιο κοινωνικό και οικονομικό κόστος του σημαίνει ότι η ανταπόκριση έχει καταστεί προτεραιότητα για τους υπεύθυνους χάραξης πολιτικής σε όλα τα επίπεδα διακυβέρνησης (Heslop et al., 2013).

Η πρόληψη αφορά την υγιή και ασφαλή ανάπτυξη των παιδιών και των εφήβων. Οι στρατηγικές πρόληψης, που έχουν δείξει τα επιστημονικά στοιχεία ότι συνεργάζονται με οικογένειες, σχολείο και κοινότητες, μπορούν να εξασφαλίσουν ότι τα παιδιά και οι νέοι, συμπεριλαμβανομένων των πιο περιθωριοποιημένων και των φτωχότερων, μεγαλώνουν και παραμένουν υγιή και ασφαλή μέχρι την ενηλικίωση (Padwa et al., 2012).

4.2.3 Δευτερογενής πρόληψη

Η δευτερογενής πρόληψη δίνει έμφαση στην έγκαιρη ανίχνευση της νόσου και στόχος της είναι άτομα με υγιή εμφάνιση με υποκλινικές μορφές της νόσου. Η υποκλινική νόσος αποτελείται από παθολογικές αλλαγές, αλλά όχι εμφανή συμπτώματα που μπορούν να διαγνωστούν κατά την επίσκεψη σε γιατρό. Η δευτερογενής πρόληψη εμφανίζεται συχνά με τη μορφή προληπτικών εξετάσεων (Martins et al., 2018).

Η δευτερογενής πρόληψη αναφέρεται σε στρατηγικές για τον εντοπισμό ατόμων με πρώιμα σημάδια κατάχρησης ναρκωτικών ή με ιστορικό που υποδηλώνει κατάχρηση ναρκωτικών και παρεμβάσεις που στοχεύουν στην πρόληψη του εθισμού και της υποτροπής και των συνεπειών τους. Τα προγράμματα δευτερογενούς πρόληψης απευθύνονται σε εκείνα τα άτομα που έχουν ήδη αρχίσει να χρησιμοποιούν ουσίες. Η δευτερογενής πρόληψη περιλαμβάνει εκείνα τα μέτρα που οδηγούν σε έγκαιρη διάγνωση και έγκαιρη θεραπεία μιας νόσου (Ross et al., 2015).

4.2.4 Τριτογενής πρόληψη

Η τριτογενής πρόληψη στοχεύει τόσο στο κλινικό όσο και στο στάδιο έκβασης μιας νόσου. Εφαρμόζεται σε συμπτωματικούς ασθενείς και στοχεύει στη μείωση της σοβαρότητας της νόσου καθώς και οποιωνδήποτε σχετικών επακόλουθων. Ενώ η δευτερογενής πρόληψη επιδιώκει να αποτρέψει την εμφάνιση της ασθένειας, η τριτογενής πρόληψη στοχεύει στη μείωση των επιπτώσεων της νόσου μόλις εγκατασταθεί σε ένα άτομο. Οι μορφές τριτογενούς πρόληψης είναι συνήθως προσπάθειες αποκατάστασης (Calvo et al., 2021).

Η τριτογενής πρόληψη περιλαμβάνει τη θεραπεία ατόμων που έχουν ήδη προσβληθεί από μια ασθένεια ή δραστηριότητες για την πρόληψη της επιδείνωσης μιας εγκατεστημένης νόσου. Στο πλαίσιο του εθισμού, μέτρα όπως τα προγράμματα αποκατάστασης τριτοβάθμιας πρόληψης αναφέρονται μερικές φορές ως πρόληψη της αποκατάστασης και της υποτροπής. Αυτή η μορφή προγράμματος πρόληψης στοχεύει στο να βοηθήσει τα άτομα που κάνουν χρήση ναρκωτικών να επιτύχουν νηφαλιότητα, καθιστώντας το μεμονωμένο φάρμακο ελεύθερο, ελαχιστοποιώντας έτσι τα προβλήματα που σχετίζονται με τη χρήση του. Προσπαθεί να δώσει τη δυνατότητα στο άτομο να επιτύχει και να διατηρήσει βελτιωμένα επίπεδα προσωπικής και κοινωνικής λειτουργίας και υγείας (Degenhardt et al., 2019).

Ο έλεγχος φαρμάκων μπορεί να εφαρμοστεί σε όλα τα επίπεδα πρόληψης. Ο έλεγχος των ναρκωτικών δεν χρησιμεύει μόνο ως τρόπος αποτροπής της χρήσης ναρκωτικών, αλλά μπορεί επίσης να παρακολουθεί τη συμμόρφωση με τα προγράμματα νηφαλιότητας καθ' όλη τη διάρκεια της δευτερογενούς και τριτογενούς πρόληψης (Park et al., 2015).

Τα προγράμματα πρόληψης των ναρκωτικών έχουν σχεδιαστεί για να παρέχουν την απαραίτητη εκπαίδευση και υποστήριξη για τη μείωση της εξάρτησης από τα ναρκωτικά στις κοινότητες, τα σχολεία και τον χώρο εργασίας. Η πρόληψη της κατάχρησης ναρκωτικών έχει γίνει ένα σημαντικό πρώτο βήμα για την ενημέρωση συγκεκριμένων ατόμων σχετικά με τους κινδύνους του εθισμού, τις τεχνικές πρόληψης και το πού να βρουν βοήθεια ανάρρωσης εάν κριθεί απαραίτητο (Ross et al., 2015).

Τα προγράμματα θα πρέπει να φροντίζουν να αντιμετωπίζουν όλες τις πτυχές της κατάχρησης ναρκωτικών. Αυτό περιλαμβάνει τη χρήση νόμιμων ναρκωτικών από ανηλίκους, όπως το αλκοόλ και τον καπνό, τα παράνομα ναρκωτικά του δρόμου, τις εισπνοές και την ακατάλληλη χρήση νόμιμων ναρκωτικών, όπως τα συνταγογραφούμενα και μη συνταγογραφούμενα ναρκωτικά. Αυτά τα προγράμματα πρέπει επίσης να είναι προσαρμοσμένα στις συγκεκριμένες ανάγκες του κοινού. Η ύπαρξη εξειδικευμένων προγραμμάτων για διαφορετικά φύλα, ηλικίες, πολιτισμούς και εθνότητες κάνει τα

προγράμματα πιο αποτελεσματικά. Τα προγράμματα πρόληψης των ναρκωτικών επιδιώκουν τη συμμετοχή της οικογένειας, της κοινότητας ή του χώρου εργασίας στη διαδικασία πρόληψης (Park et al., 2015).

4.2.5 Κέντρα πρόληψης

Πνοή

Το Κέντρο Πρόληψης των Εξαρτήσεων και Προαγωγής της Ψυχοκοινωνικής Υγείας της Περιφερειακής Ενότητας Λέσβου «Πνοή» ιδρύθηκε το 2000 στη Μυτιλήνη. Η λειτουργία του υπήρξε πρωτοβουλία της Νομαρχίας Λέσβου και μιας σειράς ακόμη ευαισθητοποιημένων τοπικών αρχών και πραγματοποιήθηκε σε συνεργασία με τον Οργανισμό Κατά των Ναρκωτικών (ΟΚΑΝΑ). Θεσμικά η «Πνοή» αποτελεί Αστική Εταιρεία μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα την επιστημονική εποπτεία της οποίας έχει ο ΟΚΑΝΑ. Στη χρηματοδότησή της συμμετέχει κατά ποσοστό 50% ο ΟΚΑΝΑ και κατά το υπόλοιπο 50% η Τοπική Αυτοδιοίκηση (Κέντρο Πρόληψης των Εξαρτήσεων και Προαγωγής της Ψυχοκοινωνικής Υγείας της Περιφερειακής Ενότητας Λέσβου «Πνοή», 2015).

Το Κέντρο Πρόληψης «Πνοή» σχεδιάζει και υλοποιεί προγράμματα πρόληψης και προαγωγής της ψυχοκοινωνικής υγείας. Σκοπός των προγραμμάτων αυτών είναι η θωράκιση της ψυχικής και συναισθηματικής υγείας των ατόμων και η πρόληψη της χρήσης ψυχοτρόπων ουσιών.

Η Πνοή επιδιώκει τη ζωντανή αλληλεπίδραση και τη συνεχή καλλιέργεια των δεσμών της με την τοπική κοινωνία. Στόχος της είναι η ουσιαστική ανταπόκριση στις ανάγκες της κοινότητας και η ανάπτυξη συνεργασιών με φορείς, συλλόγους, υπηρεσίες και ιδιώτες που θα λειτουργούν ως δίαυλοι επικοινωνίας και διάχυσης της ιδέας της πρόληψης (Κέντρο Πρόληψης των Εξαρτήσεων και Προαγωγής της Ψυχοκοινωνικής Υγείας της Περιφερειακής Ενότητας Λέσβου «Πνοή», 2015).

Για τον παραπάνω λόγο οι δράσεις της Πνοής έχουν εξατομικευμένο χαρακτήρα και συχνά αποτελούν το προϊόν επεξεργασίας αιτημάτων της κοινότητας για παρέμβαση. Η συνεργασία και ανταλλαγή με αντίστοιχους οργανισμούς και φορείς στην Ελλάδα και το εξωτερικό αποτελεί επίσης αντικείμενο συστηματικού ενδιαφέροντος. Η Πνοή επιδιώκει σε αυτό το πλαίσιο την μεταφορά και ανταλλαγή τεχνογνωσίας, τον εμπλουτισμό των προγραμμάτων και την επικαιροποίηση των μεθόδων και των εργαλείων που χρησιμοποιεί στις παρεμβάσεις της (Κέντρο Πρόληψης των Εξαρτήσεων και Προαγωγής της Ψυχοκοινωνικής Υγείας της Περιφερειακής Ενότητας Λέσβου «Πνοή», 2015).

Κέντρο Πρόληψης των Εξαρτήσεων & Προαγωγής της Ψυχοκοινωνικής Υγείας “Άρηξίς”

Συστάθηκε το 2001 από τους δήμους Αγίας Βαρβάρας, Αιγάλεω, Χαϊδαρίου και της Νομαρχίας Αθηνών που ασχολείται συστηματικά με την πρόληψη της εξάρτησης από τοξικές ουσίες. Υλοποιεί προληπτικά προγράμματα στις τρεις πόλεις με τη συνεργασία του θεραπευτικού προγράμματος 18 ΑΝΩ και την εποπτεία του Οργανισμού Κατά των Ναρκωτικών (ΟΚΑΝΑ) Τα προγράμματα που αναπτύσσει απευθύνονται σε γονείς, μαθητές και έφηβους, επαγγελματίες που έρχονται σε επαφή με το πρόβλημα των ναρκωτικών (εκπαιδευτικούς, γιατρούς, αστυνομικούς, προπονητές κ.α.), ειδικές πληθυσμιακές ομάδες (παλιννοστούντες, πρόσφυγες, μειονοτικές ομάδες, αποφυλακισμένους, κ.α.) κοινωνικούς φορείς και στην ευρύτερη κοινότητα (Κέντρο Πρόληψης των Εξαρτήσεων & Προαγωγής της Ψυχοκοινωνικής Υγείας “Άρηξίς”, 2021).

Στόχοι του Κέντρου Πρόληψης αποτελούν:

- Η εκπαίδευση, υποστήριξη και ενδυνάμωση των νέων ώστε να υιοθετήσουν μια θετική στάση ζωής και να αναπτύξουν δεξιότητες που θα τους κάνουν ικανούς να αντιστέκονται στη χρήση των εξαρτησιογόνων ουσιών
- Η συμβουλευτική και η υποστήριξη της οικογένειας για να ενισχύσει το ρόλο της και να βελτιωθούν οι ενδοοικογενειακές σχέσεις.
- Η ευαισθητοποίηση καθηγητών και δασκάλων σε θέματα πρόληψης, η ενίσχυση του παιδαγωγικού τους ρόλου και των σχέσεων τους με τους μαθητές.
- Η ενημέρωση για τα υπάρχοντα θεραπευτικά προγράμματα.
- Η πληροφόρηση, ευαισθητοποίηση και κινητοποίηση της ευρύτερης κοινότητας

Το Κέντρο Πρόληψης «ΑΡΗΞΙΣ» λειτουργεί υπό την επιστημονική εποπτεία του Οργανισμού Κατά των Ναρκωτικών (ΟΚΑΝΑ) (Κέντρο Πρόληψης των Εξαρτήσεων & Προαγωγής της Ψυχοκοινωνικής Υγείας “Άρηξίς”, 2021).

4.3 Θεραπεία

4.3.1 Θεραπεία

Μέσω της θεραπείας, της συμβουλευτικής, της απεξάρτησης και άλλων τρόπων θεραπείας, μπορεί να συζητηθεί το βασικό σκεπτικό για την ανάπτυξη εθισμού και να ξεκινήσει ο μηχανισμός αντιμετώπισης και η θεραπεία. Επειδή ο εθισμός επηρεάζει τον καθένα με διαφορετικό τρόπο, η πορεία προς την ανάρρωση από τον εθισμό μπορεί να είναι διαφορετική για κάθε άτομο. Ευτυχώς, υπάρχει μια ποικιλία από εξειδικευμένους τύπους απεξάρτησης και προγράμματα θεραπείας για να διαλέξετε για να ταιριάζουν στις εξατομικευμένες ανάγκες κάθε ατόμου (McGovern et al., 2013).

Με βάση την επιστημονική έρευνα από τα μέσα της δεκαετίας του 1970, οι ακόλουθες βασικές αρχές θα πρέπει να αποτελούν τη βάση οποιουδήποτε αποτελεσματικού προγράμματος θεραπείας:

- Ο εθισμός είναι μια πολύπλοκη αλλά θεραπεύσιμη ασθένεια που επηρεάζει τη λειτουργία και τη συμπεριφορά του εγκεφάλου.
- Καμία ενιαία θεραπεία δεν είναι κατάλληλη για όλους.
- Οι άνθρωποι πρέπει να έχουν γρήγορη πρόσβαση στη θεραπεία.
- Η αποτελεσματική θεραπεία καλύπτει όλες τις ανάγκες του ασθενούς, όχι μόνο τη χρήση ναρκωτικών.
- Η παραμονή στη θεραπεία για αρκετό καιρό είναι κρίσιμη.
- Η συμβουλευτική και άλλες συμπεριφορικές θεραπείες είναι οι πιο συχνά χρησιμοποιούμενες μορφές θεραπείας.
- Τα φάρμακα αποτελούν συχνά σημαντικό μέρος της θεραπείας, ειδικά όταν συνδυάζονται με συμπεριφορικές θεραπείες.
- Τα σχέδια θεραπείας πρέπει να αναθεωρούνται συχνά και να τροποποιούνται ώστε να ταιριάζουν στις μεταβαλλόμενες ανάγκες του ασθενούς.
- Η θεραπεία θα πρέπει να αντιμετωπίζει άλλες πιθανές ψυχικές διαταραχές.
- Η ιατρικά υποβοηθούμενη αποτοξίνωση είναι μόνο το πρώτο στάδιο της θεραπείας.
- Η θεραπεία δεν χρειάζεται να είναι εθελοντική για να είναι αποτελεσματική.
- Η χρήση φαρμάκων κατά τη διάρκεια της θεραπείας πρέπει να παρακολουθείται συνεχώς.
- Τα προγράμματα θεραπείας θα πρέπει να δοκιμάζουν τους ασθενείς για HIV/AIDS, ηπατίτιδα Β και C, φυματίωση και άλλες μολυσματικές ασθένειες, καθώς και να τους

διδάσκουν για τα βήματα που μπορούν να λάβουν για να μειώσουν τον κίνδυνο αυτών των ασθενειών (Mericle & Grella, 2016).

Υπάρχουν πολλές επιλογές για την αντιμετώπιση των ανησυχιών που σχετίζονται με τη χρήση ουσιών και τον εθισμό και κάθε άτομο θα έχει το δικό του σύνολο στόχων όταν συμμετέχει στη θεραπεία. Η εμπειρία κάθε ατόμου είναι διαφορετική και αυτό που ήταν αποτελεσματικό για μερικούς ανθρώπους μπορεί να μην είναι αποτελεσματικό για άλλους. Για παράδειγμα, ορισμένοι μπορεί να επιλέξουν να απέχουν εντελώς από την ουσία της επιλογής τους, ενώ άλλοι μπορεί να θέλουν να εργαστούν για τη διαχείριση ή τη μείωση της κατανάλωσής τους και άλλοι μπορεί να εργαστούν για την υιοθέτηση μιας προσέγγισης μείωσης της βλάβης για τη μείωση των πιθανών βλαβών που σχετίζονται με τη χρήση ουσιών. Άλλοι μπορεί να θέλουν να εργαστούν για την αντιμετώπιση των υποκείμενων συναισθηματικών ανησυχιών που μπορεί να συμβάλλουν στον εθισμό ή τη χρήση ουσιών και να βρουν εναλλακτικές στρατηγικές αντιμετώπισης που δεν περιλαμβάνουν ουσίες (McGovern et al., 2013).

Η αξιολόγηση, η διάγνωση και το σχέδιο θεραπείας που προκύπτει πρέπει να αναπτυχθεί από καταρτισμένους, έμπειρους επαγγελματίες στον τομέα του εθισμού και πρέπει να αντιμετωπίζει τις πολλαπλές πτυχές της νόσου. Αν και ο πάροχος θεραπείας ανεξάρτητης δεν χρειάζεται να παρέχει όλες τις υπηρεσίες άμεσα, η ποιοτική φροντίδα απαιτεί στη συνέχεια να προγραμματιστούν και να παρέχονται υπηρεσίες μέσω συνδέσμων παραπομπής με άλλους κατάλληλα καταρτισμένους παρόχους (Livingston et al., 2018).

Η διαδικασία παροχής θεραπείας διασφαλίζει ότι παρέχονται όλες οι απαραίτητες και διαθέσιμες υπηρεσίες για την αντιμετώπιση των αναγκών των ατόμων που σχετίζονται με τον εθισμό. Άλλα ζητήματα που μπορούν να αντιμετωπιστούν σε μια ολοκληρωμένη θεραπευτική διαδικασία, εκτός από τη διαχείριση του εθισμού, περιλαμβάνουν τη σωματική υγεία, την ψυχική υγεία, την ενίσχυση της οικογένειας, νομική, οικονομική, παιδική μέριμνα, στέγαση, γονική μέριμνα, μεταφορές, εκπαίδευση, προεπαγγελματική και επαγγελματική ετοιμότητα. Μια ποιοτική διαδικασία πρέπει να περιλαμβάνει τη διαθεσιμότητα μακροπρόθεσμων υποστηρικτικών για τη διατήρηση της ανάκαμψης και την πρόληψη της υποτροπής. Η ποιοτική θεραπεία αντιμετωπίζει επίσης προβλήματα δημόσιας υγείας που συνδέονται συνήθως με την κατάχρηση αλκοόλ και ουσιών, συμπεριλαμβανομένων των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων (ΣΜΝ), της ηπατίτιδας, του HIV/AIDS και της φυματίωσης. Επιπλέον, πολλοί πάροχοι ενσωματώνουν πλέον τη θεραπεία για την εξάρτηση από τη νικοτίνη σε προγράμματα χημικής εξάρτησης (McGovern et al., 2013).

Στη διαδικασία της θεραπείας η ενίσχυση κινήτρων μπορεί να είναι το πρώτο βήμα, καθώς πολλοί ασθενείς μπορεί να μην αποδεχτούν ότι ο εθισμός τους δεν είναι φυσιολογικός. Η εκπαίδευση του ατόμου να αναγνωρίζει τα αίτια της υποτροπής και να χρησιμοποιεί προληπτικές απαντήσεις σε αυτούς τους παράγοντες είναι κρίσιμη κατά τη διάρκεια της θεραπευτικής διαδικασίας (Livingston et al., 2018).

4.3.2 Μέθοδοι Θεραπείας

Οι επιλογές που υπάρχουν για τη θεραπεία του εθισμού σχετίζονται με τη συμπεριφορική θεραπεία, τη φαρμακευτική αγωγή, την αξιολόγηση και θεραπεία για συνυπάρχοντα ζητήματα ψυχικής υγείας όπως η κατάθλιψη και το άγχος και τη μακροχρόνια παρακολούθηση για την πρόληψη της υποτροπής.

Οι συμπεριφορικές θεραπείες βοηθούν τους ασθενείς:

- να τροποποιήσουν τις στάσεις και τις συμπεριφορές τους που σχετίζονται με τη χρήση ναρκωτικών
- να αυξήσουν τις δεξιότητες υγιεινής ζωής
- να επιμένουν με άλλες μορφές θεραπείας, όπως φαρμακευτική αγωγή (Satel & Lilienfeld, 2017).

Οι ασθενείς μπορούν να λάβουν θεραπεία σε πολλά διαφορετικά περιβάλλοντα με διάφορες προσεγγίσεις (Satel & Lilienfeld, 2017).

Η θεραπεία συμπεριφοράς στα εξωτερικά ιατρεία περιλαμβάνει μια μεγάλη ποικιλία προγραμμάτων για ασθενείς που επισκέπτονται έναν σύμβουλο συμπεριφορικής υγείας σε τακτικό πρόγραμμα. Τα περισσότερα από τα προγράμματα περιλαμβάνουν ατομική ή ομαδική συμβουλευτική για τα ναρκωτικά ή και τα δύο (Livingston et al., 2018).

Αυτά τα προγράμματα προσφέρουν συνήθως μορφές συμπεριφορικής θεραπείας όπως:

- γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία, η οποία βοηθά τους ασθενείς να αναγνωρίσουν, να αποφύγουν και να αντιμετωπίσουν τις καταστάσεις στις οποίες είναι πιο πιθανό να κάνουν χρήση ναρκωτικών
- πολυδιάστατη οικογενειακή θεραπεία —που αναπτύχθηκε για εφήβους με προβλήματα κατάχρησης ναρκωτικών καθώς και για τις οικογένειές τους—η οποία αντιμετωπίζει μια σειρά επιρροών στα πρότυπα χρήσης ναρκωτικών και έχει σχεδιαστεί για να βελτιώσει τη συνολική οικογενειακή λειτουργία

- παρακινητική συνέντευξη, η οποία αξιοποιεί στο έπακρο την ετοιμότητα των ανθρώπων να αλλάξουν τη συμπεριφορά τους και να ξεκινήσουν θεραπεία
- κίνητρα (διαχείριση έκτακτης ανάγκης), η οποία χρησιμοποιεί θετική ενίσχυση για να ενθαρρύνει την αποχή από τα ναρκωτικά (Livingston et al., 2018).

Η θεραπεία είναι μερικές φορές εντατική στην αρχή, όπου οι ασθενείς παρακολουθούν πολλαπλές συνεδρίες εξωτερικών ασθενών κάθε εβδομάδα. Μετά την ολοκλήρωση της εντατικής θεραπείας, οι ασθενείς μεταβαίνουν σε τακτική εξωτερική θεραπεία, η οποία συνεδριάζει λιγότερο συχνά και για λιγότερες ώρες την εβδομάδα για να βοηθήσει στη διατήρηση της ανάρρωσής τους (NIDA, 2019).

Τον Σεπτέμβριο του 2017, ο FDA επέτρεψε την εμπορία της πρώτης εφαρμογής για κινητά, το reSET[®], για να βοηθήσει στη θεραπεία διαταραχών χρήσης ουσιών. Αυτή η εφαρμογή προορίζεται να χρησιμοποιηθεί με θεραπεία εξωτερικών ασθενών για τη θεραπεία διαταραχών χρήσης αλκοόλ, κοκαΐνης, μαριχουάνας και διεγερτικών ουσιών. Τον Δεκέμβριο του 2018, ο FDA εκκαθάρισε μια ιατρική εφαρμογή για φορητές συσκευές, το reSET[®], για να βοηθήσει στη θεραπεία διαταραχών χρήσης οπιοειδών. Αυτή η εφαρμογή είναι μια συνταγογραφούμενη γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία και θα πρέπει να χρησιμοποιείται σε συνδυασμό με θεραπεία που περιλαμβάνει βουπρενορφίνη και διαχείριση έκτακτης ανάγκης (NIDA, 2019).

Η ενδονοσοκομειακή ή κατ' οίκον θεραπεία μπορεί επίσης να είναι πολύ αποτελεσματική, ειδικά για εκείνους με πιο σοβαρά προβλήματα (συμπεριλαμβανομένων συνυπάρχουσες διαταραχές). Οι αδειοδοτημένες εγκαταστάσεις οικιακής θεραπείας προσφέρουν 24ωρη δομημένη και εντατική φροντίδα, συμπεριλαμβανομένης της ασφαλούς στέγασης και της ιατρικής φροντίδας (Satel & Lilienfeld, 2017).

Οι οικιακές εγκαταστάσεις θεραπείας μπορούν να χρησιμοποιούν μια ποικιλία θεραπευτικών προσεγγίσεων και γενικά στοχεύουν στο να βοηθήσουν τον ασθενή να ζήσει έναν τρόπο ζωής χωρίς ναρκωτικά, χωρίς εγκλήματα μετά τη θεραπεία. Παραδείγματα περιλαμβάνουν:

Θεραπευτικές κοινότητες, οι οποίες είναι εξαιρετικά δομημένα προγράμματα στα οποία οι ασθενείς παραμένουν σε μια κατοικία, συνήθως για 6 έως 12 μήνες. Ολόκληρη η κοινότητα, συμπεριλαμβανομένου του προσωπικού θεραπείας και εκείνων που βρίσκονται σε φάση ανάρρωσης, ενεργούν ως βασικοί παράγοντες αλλαγής, επηρεάζοντας τη στάση, την κατανόηση και τις συμπεριφορές του ασθενούς που σχετίζονται με τη χρήση ναρκωτικών. Βραχυπρόθεσμη οικιακή θεραπεία, η οποία συνήθως επικεντρώνεται στην αποτοξίνωση

καθώς και στην παροχή αρχικής εντατικής συμβουλευτικής και προετοιμασίας για θεραπεία σε ένα περιβάλλον που βασίζεται στην κοινότητα (Livingston et al., 2018).

Στέγαση στην αποκατάσταση η οποία παρέχει επίβλεψη, βραχυπρόθεσμη στέγαση για ασθενείς, συχνά μετά από άλλους τύπους ενδονοσοκομειακής ή οικιακής θεραπείας. Η στέγαση μπορεί να βοηθήσει τους ανθρώπους να κάνουν τη μετάβαση σε μια ανεξάρτητη ζωή—για παράδειγμα, βοηθώντας τους να μάθουν πώς να διαχειρίζονται τα οικονομικά ή να αναζητούν εργασία, καθώς και να τους συνδέουν με υπηρεσίες υποστήριξης στην κοινότητα (Satel & Lilienfeld, 2017).

4.3.3 Φαρμακευτική αγωγή

Τα φάρμακα και οι συσκευές μπορούν να χρησιμοποιηθούν για τη διαχείριση των συμπτωμάτων στέρησης, την πρόληψη της υποτροπής και τη θεραπεία συνεπαγόμενων καταστάσεων (Livingston et al., 2018).

Στέρηση

Τα φάρμακα και οι συσκευές μπορούν να βοηθήσουν στην καταστολή των συμπτωμάτων στέρησης κατά τη διάρκεια της αποτοξίνωσης. Η αποτοξίνωση δεν είναι από μόνη της «θεραπεία», αλλά μόνο το πρώτο βήμα στη διαδικασία. Οι ασθενείς που δεν λαμβάνουν περαιτέρω θεραπεία μετά την αποτοξίνωση, συνήθως επαναλαμβάνουν τη χρήση ναρκωτικών. Μια μελέτη σε εγκαταστάσεις θεραπείας διαπίστωσε ότι τα φάρμακα χρησιμοποιήθηκαν στο 80% σχεδόν των αποτοξινώσεων (SAMHSA, 2014). Τον Νοέμβριο του 2017, ο Οργανισμός Τροφίμων και Φαρμάκων (FDA) χορήγησε μια νέα ένδειξη σε μια ηλεκτρονική συσκευή διέγερσης, το NSS-2 Bridge, για χρήση στη μείωση των συμπτωμάτων στέρησης οπιοειδών. Αυτή η συσκευή τοποθετείται πίσω από το αυτί και στέλνει ηλεκτρικούς παλμούς για να διεγείρει ορισμένα εγκεφαλικά νεύρα. Επίσης, τον Μάιο του 2018, ο FDA ενέκρινε τη λοφεξιδίνη, ένα μη οπιοειδές φάρμακο που έχει σχεδιαστεί για τη μείωση των συμπτωμάτων στέρησης οπιοειδών (NIDA, 2019).

Πρόληψη υποτροπών

Οι ασθενείς μπορούν να χρησιμοποιήσουν φάρμακα για να βοηθήσουν στην αποκατάσταση της φυσιολογικής εγκεφαλικής λειτουργίας. Υπάρχουν διαθέσιμα φάρμακα για τη θεραπεία των οπιοειδών (ηρωίνη, συνταγογραφούμενα αναλγητικά), του καπνού (νικοτίνη) και του

εθισμού στο αλκοόλ. Οι επιστήμονες αναπτύσσουν άλλα φάρμακα για τη θεραπεία του εθισμού στα διεγερτικά (κοκαΐνη, μεθαμφεταμίνη) και στην κάνναβη (μαριχουάνα). Τα άτομα που χρησιμοποιούν περισσότερα από ένα φάρμακα, κάτι που είναι πολύ κοινό, χρειάζονται θεραπεία για όλες τις ουσίες που χρησιμοποιούν (NIDA, 2019).

Οπιοειδή: Μεθαδόνη (Dolophine® , Methadose®), βουπρενορφίνη (Suboxone® , Subutex® , Probuphine® , Sublocade™) και ναλτρεξόνη (Vivitrol®) χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία του εθισμού στα οπιοειδή. Δρώντας στους ίδιους στόχους στον εγκέφαλο με την ηρωίνη και τη μορφίνη, η μεθαδόνη και η βουπρενορφίνη καταστέλλουν τα συμπτώματα στέρησης και ανακουφίζουν από την επιθυμία. Η ναλτρεξόνη αναστέλλει τις επιδράσεις των οπιοειδών στις θέσεις των υποδοχέων τους στον εγκέφαλο και θα πρέπει να χρησιμοποιείται μόνο σε ασθενείς που έχουν ήδη αποτοξινωθεί. Όλα τα φάρμακα βοηθούν τους ασθενείς να μειώσουν την αναζήτηση ναρκωτικών και τη σχετική εγκληματική συμπεριφορά και τους βοηθούν να γίνουν πιο ανοιχτοί σε συμπεριφορικές θεραπείες. Μελέτη διαπίστωσε ότι μόλις ξεκινήσει η θεραπεία, τόσο ένας συνδυασμός βουπρενορφίνης/ναλοξόνης όσο και ένα σκεύασμα ναλτρεξόνης παρατεταμένης αποδέσμευσης είναι εξίσου αποτελεσματικά στη θεραπεία του εθισμού στα οπιοειδή (NIDA, 2019).

Καπνός: Οι θεραπείες υποκατάστασης νικοτίνης έχουν διάφορες μορφές, όπως το έμπλαστρο, το σπρέι, η τσίχλα και οι παστίλιες. Αυτά τα προϊόντα διατίθενται χωρίς πάγκο. Ο Οργανισμός Τροφίμων και Φαρμάκων των ΗΠΑ (FDA) ενέκρινε δύο συνταγογραφούμενα φάρμακα για τον εθισμό στη νικοτίνη: τη βουπροπιόνη (Zyban®) και τη βαρενικλίνη (Chantix®). Λειτουργούν διαφορετικά στον εγκέφαλο, αλλά και τα δύο βοηθούν στην πρόληψη της υποτροπής σε άτομα που προσπαθούν να σταματήσουν το κάπνισμα. Τα φάρμακα είναι πιο αποτελεσματικά όταν συνδυάζονται με θεραπείες συμπεριφοράς, όπως ομαδική και ατομική θεραπεία καθώς και τηλεφωνικές γραμμές διακοπής.

Αλκοόλ: Τρία φάρμακα έχουν εγκριθεί από τον FDA για τη θεραπεία του εθισμού στο αλκοόλ και ένα τέταρτο, η τοπιραμάτη, έχει δείξει πολλά υποσχόμενα σε κλινικές δοκιμές (μελέτες μεγάλης κλίμακας με ανθρώπους). Τα τρία εγκεκριμένα φάρμακα είναι τα εξής:

Η ναλτρεξόνη μπλοκάρει τους υποδοχείς οπιοειδών που εμπλέκονται στις ανταποδοτικές επιδράσεις του ποτού και στην επιθυμία για αλκοόλ. Μειώνει την υποτροπή σε υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ και είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικό σε ορισμένους ασθενείς. Οι γενετικές διαφορές μπορεί να επηρεάσουν το πόσο καλά λειτουργεί το φάρμακο σε ορισμένους ασθενείς.

Το Acamprosate (Campral ®) μπορεί να μειώσει τα συμπτώματα μακροχρόνιας στέρησης, όπως αϋπνία, άγχος, ανησυχία και δυσφορία (γενικά αίσθημα αδιαθεσίας ή δυστυχίας). Μπορεί να είναι πιο αποτελεσματικό σε ασθενείς με σοβαρό εθισμό (Livingston et al., 2018).

Η δισουλφιράμη (Antabuse ®) παρεμβαίνει στη διάσπαση του αλκοόλ. Η ακεταλδεΐδη συσσωρεύεται στο σώμα, οδηγώντας σε δυσάρεστες αντιδράσεις που περιλαμβάνουν έξαψη (ζέστη και ερυθρότητα στο πρόσωπο), ναυτία και ακανόνιστο καρδιακό παλμό εάν ο ασθενής πει αλκοόλ. Η συμμόρφωση (η λήψη του φαρμάκου όπως συνταγογραφείται) μπορεί να είναι πρόβλημα, αλλά μπορεί να βοηθήσει ασθενείς που έχουν μεγάλο κίνητρο να σταματήσουν το ποτό (NIDA, 2019).

4.4 Ανακεφαλαίωση

Ένας ορισμένος βαθμός ανάληψης κινδύνων είναι ένα φυσιολογικό μέρος της ανάπτυξης του νέου. Η επιθυμία να δοκιμάσουν νέα πράγματα και να γίνουν πιο ανεξάρτητοι είναι υγιής, αλλά μπορεί επίσης να αυξήσει τις τάσεις τους να πειραματίζονται με ναρκωτικά. Μέσα από τα προγράμματα πρόληψης επιχειρείται η αποτροπή των νέων από τη χρήση ουσιών και κατ επέκταση και η εξάλειψη του φαινομένου. Η διαδικασία της θεραπείας ξεκινά με την εκπαίδευση του ατόμου και της οικογένειάς του σχετικά με την ασθένεια του εθισμού και τη διασφάλιση ότι κάθε άτομο αναγνωρίζει τα σημεία και τα συμπτώματα της νόσου στη ζωή του.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 : Κύριες θεραπευτικές προσεγγίσεις

5.1 Εισαγωγή

Οι κύριες θεραπευτικές προσεγγίσεις που παρουσιάζονται στο παρόν κεφάλαιο σχετίζονται με τα βασικότερα προγράμματα απεξάρτησης που υπάρχουν στην Ελλάδα και βοηθούν τους νέους να αντιμετωπίσουν το πρόβλημα της ουσιοεξάρτησης. Πιο συγκεκριμένα αυτά είναι το Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων (ΚΕΘΕΑ), Οργανισμός κατά των ναρκωτικών (ΟΚΑΝΑ) και το 18 ΑΝΩ. Τα προγράμματα που αναφέρονται έχει το καθένα τη δική του προσέγγιση και στόχους κατά τη διάρκεια της θεραπείας.

5.2 Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων (ΚΕΘΕΑ)

Το ΚΕΘΕΑ είναι το μεγαλύτερο δίκτυο υπηρεσιών απεξάρτησης και κοινωνικής επανένταξης στη χώρα μας. Συγκαταλέγεται στους βασικούς φορείς του εθνικού σχεδιασμού εναντίον των εξαρτήσεων και είναι σύμβουλος οργανισμός του Οικονομικού και Κοινωνικού Συμβουλίου (ECOSOC) του ΟΗΕ σε θέματα ναρκωτικών (ΚΕΘΕΑ, 2022).

Με πρόδρομο την ΙΘΑΚΗ, την πρώτη ελληνική θεραπευτική κοινότητα (1983), το ΚΕΘΕΑ από το 1987, ως νομικό πρόσωπο ιδιωτικού δικαίου, δημιουργεί θεραπευτικά προγράμματα ψυχοκοινωνικής προσέγγισης για διαφορετικές ομάδες-στόχους. Τα προγράμματά του αντιμετωπίζουν ολοκληρωμένα και χωρίς τη χορήγηση υποκαταστάτων το πρόβλημα της χρήσης και της εξάρτησης, με τη συμμετοχή της οικογένειας και της κοινωνίας (ΚΕΘΕΑ, 2022).

Σήμερα το ΚΕΘΕΑ διαθέτει περισσότερες από 100 μονάδες πανελλαδικά, σε 31 πόλεις και 20 σωφρονιστικά καταστήματα. Σε ετήσια βάση προσφέρει υπηρεσίες σε 15.000 αποδέκτες/τριες με διαφορετικές μορφές εξάρτησης (ναρκωτικά, αλκοόλ, τζόγο και διαδίκτυο) και τις οικογένειές τους. Έρευνες τεκμηριώνουν την αποτελεσματικότητα και οικονομική ανταποδοτικότητα των υπηρεσιών του ΚΕΘΕΑ. Όλα τα προγράμματα προσφέρονται δωρεάν, με σεβασμό στο απόρρητο και τις αρχές δεοντολογίας (ΚΕΘΕΑ, 2022).

Το ΚΕΘΕΑ είναι επίσης ένας από τους κύριους ελληνικούς φορείς πρόληψης, εκπαίδευσης επαγγελματιών και έρευνας στον τομέα των εξαρτήσεων. Σχεδιάζει και εφαρμόζει προγράμματα πρόληψης και αγωγής υγείας σε εκπαιδευτικές κοινότητες όλων των βαθμίδων, σε ομάδες με συμπεριφορά υψηλού κινδύνου και στις τοπικές κοινωνίες, στα οποία μετέχουν

20.000 άτομα ετησίως. Μέσα από εκπαιδευτικά και ερευνητικά προγράμματα, εθνικές και διεθνείς συνεργασίες συμβάλλει στην καλύτερη κατανόηση του φαινομένου των εξαρτήσεων, προωθεί την επιστημονική γνώση και τις καλές πρακτικές, στηρίζει τα στελέχη του χώρου και βελτιώνει τις υπηρεσίες που προσφέρονται στα εξαρτημένα άτομα και τις οικογένειές τους (ΚΕΘΕΑ, 2022).

Σε όλη την Ελλάδα το ΚΕΘΕΑ προσφέρει δωρεάν, με σεβασμό στο απόρρητο ολοκληρωμένες υπηρεσίες για την αντιμετώπιση της εξάρτησης τόσο στους/στις άμεσα ενδιαφερόμενους/ες όσο και στους ανθρώπους του συγγενικού τους περιβάλλοντος (ΚΕΘΕΑ, 2022). Οι 14 Σύλλογοι Οικογένειας και Φίλων των θεραπευτικών προγραμμάτων του ΚΕΘΕΑ σε όλη την Ελλάδα αποτελούν εθελοντικά, μη κερδοσκοπικά σωματεία με οικονομική και λειτουργική αυτοτέλεια. Απαρτίζονται κυρίως από άτομα που έχουν αντιμετωπίσει πρόβλημα εξάρτησης στο οικείο περιβάλλον τους (ΚΕΘΕΑ, 2022).

Σε στενή συνεργασία με τα θεραπευτικά προγράμματα, οι Σύλλογοι προσφέρουν εθελοντική εργασία, προβάλλουν το έργο του ΚΕΘΕΑ και το υποστηρίζουν με την εξεύρεση πόρων. Ενημερώνουν, επίσης, τις οικογένειες και την κοινή γνώμη και συμβάλλουν στη διαμόρφωση της πολιτικής για τα ναρκωτικά με τη δημόσια τοποθέτησή τους σε σημαντικά θέματα (ΚΕΘΕΑ, 2022).

Το ΚΕΘΕΑ είναι το μεγαλύτερο δίκτυο υπηρεσιών απεξάρτησης και κοινωνικής επανένταξης στη χώρα μας. Απευθύνεται σε ανθρώπους με πρόβλημα χρήσης νόμιμων ή παράνομων ουσιών ή άλλες μορφές εξάρτησης, όπως τα τυχερά παιχνίδια και το διαδίκτυο/gaming. Τα προγράμματά τους προσφέρονται δωρεάν και χωρίς λίστες αναμονής: στο δρόμο, στα σωφρονιστικά καταστήματα και σε μονάδες σε όλη την Ελλάδα (ΚΕΘΕΑ, 2022).

5.3 Οργανισμός κατά των ναρκωτικών (ΟΚΑΝΑ)

Ο Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών (ΟΚΑΝΑ) ιδρύθηκε με το Νόμο 2161/1993 και ξεκίνησε τη λειτουργία του το 1995. Είναι νομικό πρόσωπο ιδιωτικού δικαίου υπό την εποπτεία του Υπουργείου Υγείας. Ο ΟΚΑΝΑ είναι ο μεγαλύτερος φορέας παροχής υπηρεσιών στον τομέα των εν γένει εξαρτήσεων, των εξαρτητικών συμπεριφορών και του εθισμού στην Ελλάδα και αναλαμβάνει κομβικό ρόλο στη διαδικασία διαμόρφωσης και

εισήγησης προτάσεων για τη χάραξη της Εθνικής Στρατηγικής κατά των Ναρκωτικών (ΟΚΑΝΑ, 2022).

Ο Οργανισμός συμβάλλει στο σχεδιασμό, στην προώθηση και στην εφαρμογή της εθνικής πολιτικής κατά των ναρκωτικών. Κύριοι πυλώνες δραστηριοποίησης του ΟΚΑΝΑ είναι η πρόληψη, η θεραπεία, η μείωση της βλάβης – άμεση πρόσβαση και η κοινωνική επανένταξη των ωφελούμενων. Παράλληλα ο ΟΚΑΝΑ στοχεύει στην ευαισθητοποίηση της κοινής γνώμης και την αποστιγματοποίηση των ουσιοεξαρτημένων (ΟΚΑΝΑ, 2022).

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

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

β) τη μελέτη του προβλήματος των ουσιοεξαρτήσεων σε εθνικό επίπεδο, την παροχή έγκυρων και εμπειριστατωμένων πληροφοριών και την ευαισθητοποίηση του κοινού,

γ) την ίδρυση και την αποτελεσματική λειτουργία κέντρων πρόληψης, θεραπευτικών μονάδων και κέντρων κοινωνικής- επαγγελματικής επανένταξης (ΟΚΑΝΑ, 2022).

Ο ΟΚΑΝΑ από την ίδρυσή του, έως τον Μάρτιο του 2013, προσπάθησε να ανταποκριθεί στο διττό του ρόλο, ως εθνικού συντονιστικού φορέα και ως φορέα ανάπτυξης υπηρεσιών και προγραμμάτων πρόληψης, θεραπείας και επανένταξης (ΟΚΑΝΑ, 2022). Το Μάρτιο του 2013 με το Νόμο 4139/2013 «περί εξαρτησιογόνων ουσιών και άλλες διατάξεις» οι σκοποί του Οργανισμού άλλαξαν (άρθρο 53), λόγω της θεσμοθέτησης του Εθνικού Συντονιστή (άρθρο 49). Τον Οκτώβριο του 2020 διευρύνθηκε ο σκοπός του ΟΚΑΝΑ, με το Νόμο 4737/2020, εμπεριέχοντας πλέον, όλες τις εν γένει εξαρτήσεις, τις εξαρτητικές συμπεριφορές καθώς και τον εθισμό. (ΟΚΑΝΑ, 2022).

Σύμφωνα με τον νέο Νόμο οι σκοποί του ΟΚΑΝΑ είναι:

α) η συμβολή στο σχεδιασμό, την προώθηση, την εφαρμογή εθνικής πολιτικής και προγραμμάτων σχετικά με την πρόληψη της χρήσης και διάδοσης των ναρκωτικών, τη μείωση της βλάβης και τη θεραπεία, την επαγγελματική κατάρτιση και κοινωνική επανένταξη των εξαρτημένων ατόμων,

β) η συμβολή στη μελέτη σε εθνικό επίπεδο του όλου προβλήματος των ναρκωτικών, του εθισμού και των εν γένει εξαρτήσεων για τον εντοπισμό των συγκεκριμένων αιτίων που

οδηγούν τα άτομα και ιδίως τους νέους, στη λήψη ναρκωτικών, καθώς επίσης και η συνεργασία με το Εθνικό Κέντρο Πληροφόρησης-Τράπεζας Πληροφοριών ως προς την εκάστοτε κατάσταση και έκταση του προβλήματος των ναρκωτικών στη χώρα,

γ) η ενημέρωση και ευαισθητοποίηση της κοινής γνώμης, κατά τρόπο ενιαίο και επιστημονικά υπεύθυνο, για τις συνέπειες από τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών, καθώς και η ενθάρρυνση, ο συντονισμός και η εποπτεία κάθε ιδιωτικής πρωτοβουλίας που έχει σκοπό τη συμμετοχή στην αντιμετώπιση του προβλήματος, καθώς και της αντιμετώπισης των φαινομένων του εθισμού και των εν γένει εξαρτήσεων,

δ) η πρόταση και προώθηση αναγκαίων νομοθετικών, κοινωνικών και άλλων μέτρων για την πρόληψη και καταστολή του προβλήματος των ναρκωτικών,

ε) η συνεργασία με αντίστοιχους συντονιστικούς ή ερευνητικούς φορείς σε οργανισμούς και υπηρεσίες της Ευρωπαϊκής Ένωσης και άλλους διεθνείς οργανισμούς, η μεταξύ τους ανταλλαγή πληροφοριών και η ενεργός συμμετοχή στις συναντήσεις που αυτοί οργανώνουν, με στόχο την εναρμόνιση της εθνικής πολιτικής προς εκείνη των ενωσιακών και διεθνών φορέων και (OKANA, 2022).

στ) η σύνταξη εκθέσεων για την κατάσταση του προβλήματος σε εθνικό και διεθνές επίπεδο και για την πορεία των σχετικών εθνικών ερευνών και η κατάρτιση στατιστικών πινάκων με ανάλυση και αξιολόγηση αυτών και η υποβολή τους στο Υπουργείο Υγείας μαζί με προτάσεις για τη λήψη των αναγκαίων μέτρων (OKANA, 2022).

Για τη χάραξη της εθνικής πολιτικής για τα ναρκωτικά, ο OKANA συνεργάζεται με φορείς της χώρας, συναρμόδια υπουργεία, θεραπευτικά προγράμματα, τοπική αυτοδιοίκηση, πανεπιστημιακά ιδρύματα κ.ά., καθώς και με ευρωπαϊκούς και διεθνείς οργανισμούς όπως το Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας EMCDDA, την Ομάδα Rompidou του Συμβουλίου της Ευρώπης, τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, τον Οργανισμό Ηνωμένων Εθνών, κ.ά., ενώ για τη μελέτη του προβλήματος των ναρκωτικών σε εθνικό επίπεδο, συνεργάζεται με το Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά και την Τοξικομανία (ΕΚΤΕΠΝ) (OKANA, 2022).

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

Το δίκτυο υπηρεσιών του OKANA περιλαμβάνει:

- Προγράμματα πρόληψης των εξαρτήσεων
- Θεραπεία εξαρτημένων ατόμων
- Υπηρεσίες μείωσης της βλάβης
- Μονάδα κοινωνικής επανένταξης
- Προγράμματα
- Δομές ΟΚΑΝΑ

Ο ΟΚΑΝΑ, από την ίδρυσή του, αποτελεί το μεγαλύτερο φορέα αντιμετώπισης των εξαρτήσεων και εξαρτητικών συμπεριφορών στη χώρα. Ο Οργανισμός με τις υπηρεσίες του στοχεύει στην ολιστική αντιμετώπιση του φαινομένου της εξάρτησης, εστιάζοντας στους πυλώνες της πρόληψης, της μείωσης της βλάβης, της θεραπείας και της κοινωνικής επανένταξης. Παράλληλα, ο ΟΚΑΝΑ αναλαμβάνει δράση για την ευαισθητοποίηση της κοινής γνώμης και την αποστιγματοποίηση των εξαρτημένων ατόμων (ΟΚΑΝΑ, 2022).

Με τις δράσεις και τις υπηρεσίες του επιτυγχάνει να καλύψει ολόκληρο το φάσμα των αναγκών των εξαρτημένων ατόμων, των οικογενειών τους και του ευρύτερου κοινωνικού συνόλου. Το δίκτυο Δομών και παροχής Υπηρεσιών του Οργανισμού αποτελείται από 67 Μονάδες Υποκατάστασης, 9 «Στεγνά» Προγράμματα, 4 Μονάδες Άμεσης Πρόσβασης, 2 Μονάδες Υποκατάστασης σε Φυλακές, ενώ στον τομέα της πρόληψης ο ΟΚΑΝΑ έχει την επιστημονική εποπτεία για 75 Κέντρα Πρόληψης σε όλη την Ελλάδα. (ΟΚΑΝΑ, 2022).

5.4 18 ΑΝΩ

Η Μονάδα Απεξάρτησης 18 Άνω ανήκει διοικητικά στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής, το οποίο από της ίδρυσής του και για πολλά χρόνια νοσήλευε εξαρτημένους από ουσίες και αλκοόλ. Η πρώτη εισαγωγή εξαρτημένου καταγράφεται το 1926, ενώ στα χρόνια που ακολούθησαν παρατηρήθηκε μεγάλη αύξηση εισαγωγών εξαρτημένων ιδιαίτερα στις περιόδους 1928-1933 και 1942-1945 (18 Άνω, 2022).

Το 1961 με ενέργειες του ψυχιάτρου Ραπίδη δημιουργείται κλινική τοξικομανών – αλκοολικών και το 1972 εγκαθίσταται στο περίπτερο (κτήριο) Νο 18 Άνω (επάνω όροφος). Το 1987 με πρωτοβουλία της τότε ομάδας θεραπευτών, η Μονάδα έπαυσε να δέχεται περιστατικά κατόπιν εισαγγελικής παραγγελίας και ταυτοχρόνως υιοθέτησε ως μέθοδο θεραπευτικής αντιμετώπισης της εξάρτησης, την ψυχοθεραπεία και την τέχνη-θεραπεία. Το

1993 ξεκίνησε η λειτουργία του 10ου Περιπτέρου ως τμήμα Σωματικής Αποτοξίνωσης, το οποίο λειτούργησε έως το 1997. Το 1995 το 18 Άνω χωρίστηκε σε δύο ανεξάρτητες Μονάδες αυτές των Τοξικομανών και των Αλκοολικών. Η Μονάδα απεξάρτησης 18 Άνω το 1987 διέθετε δύο Τμήματα (υποδοχής και ψυχολογικής απεξάρτησης), έκτοτε αναπτύχθηκε και σήμερα λειτουργεί 33 Τμήματα και Προγράμματα (18 Άνω, 2022).

Το πρόγραμμα της Μονάδας Απεξάρτησης του Ψ.Ν.Α. είναι εθελοντικό, δηλαδή απευθύνεται σε όλους τους χρήστες – ανεξάρτητα από ηλικία, που έχουν θετικό κίνητρο και διατυπώνουν το αίτημα της ένταξής του σε αυτό υπογράφοντας σχετικό συμβόλαιο. Το πρόγραμμα είναι στελεχωμένο από εκπαιδευμένους θεραπευτές (ψυχιάτρους, ψυχολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς, επισκέπτες υγείας, πρώην χρήστες κ.λ.π.) και διαρκεί ενάμιση χρόνο περίπου (18 Άνω, 2022).

Βασικές αρχές και στόχοι του 18 ΑΝΩ

Από τις βασικές αρχές είναι η Δωρεάν παροχή υπηρεσιών, η ελεύθερη πρόσβαση σε όσους έχουν ανάγκη των προσφερόμενων υπηρεσιών (χρήστες ουσιών, οικογένειες κ.λ.π.), η παροχή υπηρεσιών χωρίς διακρίσεις, ανεξάρτητα από φυλή, δόγμα, θρησκεία, φύλο, εθνικότητα, σεξουαλικό προσανατολισμό, ηλικία, σωματική κατάσταση, πολιτικές πεποιθήσεις, ποινικό μητρώο, οικονομική κατάσταση κ.λ.π. Η οικειοθελής προσέλευση του εξαρτημένου στις υπηρεσίες του Προγράμματος. Η υποχρεωτική θεραπεία είναι αναποτελεσματική και παραβιάζει το θεμελιώδες δικαίωμα του εξαρτημένου ατόμου να αναθεωρήσει τη στάση του και να αιτηθεί θεραπείας (18 Άνω, 2022).

Η βάση λειτουργίας του 18 Άνω είναι ο ανθρωποκεντισμός, η ισοτιμία και η συλλογικότητα. Το 18 ΑΝΩ λειτουργεί ως πλαίσιο θεραπείας, ως πλαίσιο διεκδίκησης κοινωνικής και πολιτισμικής, ως χώρος αυτογνωσίας, ελευθερίας, πολιτισμού, δημιουργικότητας και αυτονομίας. Όλα τα παραπάνω του προσδίδουν κινηματικό χαρακτήρα (18 Άνω, 2022).

Η διαδικασία της απεξάρτησης, έχει καθαρά πολιτισμική διάσταση, η οποία ταυτοχρόνως είναι θεραπευτική. Δεν υιοθετούνται θεραπευτικά μοντέλα, ακολουθείται η αρχή της «θεραπευτικής πολυφωνίας», με την εφαρμογή πολλών τύπων Προγραμμάτων θεραπείας απεξάρτησης. Στο 18 ΑΝΩ η θεραπευτική προσέγγιση είναι ψυχοκοινωνική και διαλεκτική χωρίς τη χρησιμοποίηση υποκατάστατων. Ο εξαρτημένος δεν αντιμετωπίζεται ως «ασθενής», ούτε ως παθητικό αντικείμενο νοσηλευτικών φροντίδων αλλά ως υποκείμενο και πρωταγωνιστής της θεραπευτικής διαδικασίας, στην οποία συμμετέχει ενεργά και επιδιώκει

την αλλαγή τρόπου ζωής, με αξίες, στόχους, χωρίς ουσίες και φυγές οποιουδήποτε τύπου (18 Άνω, 2022).

Το θεραπευτικό δεν ταυτίζεται με το ιατρικό, όπως τείνει να επικρατήσει στην εποχή μας. Η λέξη θεραπεία χρησιμοποιείται με την έννοια της ίασης της διαταραγμένης σχέσης του εξαρτημένου με το σώμα του, το χώρο, το χρόνο, τον κόσμο και τον εαυτό του μέσα σ' αυτόν. Ο ιατρικός λόγος είναι ένας από τους λόγους που ακούγονται, μαζί με το λόγο της ψυχοθεραπείας, της κοινωνιολογίας, της φιλοσοφίας, της ψυχανάλυσης, της τέχνης κ.λπ. Η θεραπεία απεξάρτησης δεν μπορεί να ανάγεται στην ατομική παρακολούθηση σε ιδιωτικό γραφείο κάποιου ειδικού. Δεν μπορεί επίσης να συντελείται σε ψυχιατρείο, δημόσιο ή ιδιωτικό. Απαιτεί ειδικό πλαίσιο, ειδική δομή, με το δικό της πρόγραμμα και τις δικές της υπηρεσίες (18 Άνω, 2022).

Σημαντικά εργαλεία της θεραπείας είναι η ψυχοθεραπεία, ατομική και ομαδική, η τέχνη και η συμμετοχή στο κοινωνικό γίνεσθαι. Η απεξάρτηση στηρίζεται στην αρχή του θεραπευτικού συνεχούς, δηλαδή το εξαρτημένο άτομο εμπλέκεται σε μία ψυχοθεραπευτική σχέση, η οποία αποτελεί το βασικό εργαλείο – όχημα με το οποίο θα ολοκληρώσει αυτό το «ταξίδι στη γνώση και την αλλαγή». Η απεξάρτηση επίσης στηρίζεται στη βάση της ομάδας θεραπειών («θεραπευτικής ομάδας»), η οποία αποτελείται από έμπειρο και εκπαιδευμένο προσωπικό, διαφορετικών ειδικοτήτων αλλά με κοινή γλώσσα και φιλοσοφία (18 Άνω, 2022).

Οι περιπτώσεις «διπλής διάγνωσης» αντιμετωπίζονται και στα δύο επίπεδα (της ψυχιατρικής συμπτωματολογίας και της εξάρτησης) σε στενή συνεργασία με ψυχίατρο της Μονάδας, που χορηγεί και φαρμακευτική αγωγή, εφόσον κριθεί αναγκαία και για όσο διάστημα χρειασθεί.

Γενικός στόχος των Προγραμμάτων είναι η πλήρης απεξάρτηση του ατόμου από τις ουσίες μέσα από τη ριζική αλλαγή του τρόπου ζωής και η αυτονόμησή του σε όλα τα επίπεδα. Στους ειδικούς στόχους περιλαμβάνονται: Η συνειδητοποίηση από το υποκείμενο, των αιτιών της εξάρτησης μέσα από την ατομική και την ομαδική ψυχοθεραπεία, σε διαλεκτική σχέση με την τέχνη, μέσα στο ειδικό πλαίσιο της απεξάρτησης με τις αρχές και τους κανόνες λειτουργίας του. Η αναδόμηση της προσωπικότητας του εξαρτημένου ατόμου. Η δημιουργία μιας νέας ταυτότητας. Η ισότιμη ένταξη ή επανένταξη του στο κοινωνικό σύνολο με πλήρη δικαιώματα (ατομικά, κοινωνικά, πολιτικά, εργασιακά κ.α.) (18 Άνω, 2022).

Φάσεις του προγράμματος

α) Φάση Εμφύχωσης – Ευαισθητοποίησης (εξωτερική παρακολούθηση). Διάρκεια 3 περίπου μήνες

β) Φάση Ψυχολογικής Απεξάρτησης (εσωτερικής ή εξωτερικής παρακολούθησης). Διάρκεια 7 μήνες περίπου.

γ) Φάση Κοινωνικής Επανάταξης (εξωτερικής παρακολούθησης). Διάρκεια περίπου 1 χρόνος (18 Άνω, 2022).

Θεραπευτικό πλαίσιο

Το θεραπευτικό πλαίσιο είναι η ταυτότητα του Προγράμματος. Είναι το όλον των θεωρητικών και λειτουργικών αρχών, κανόνων, αξιών και πρακτικών, που κατά γενική αποδοχή των θεραπειών του Προγράμματος, ορίζουν τι είναι θεραπευτικό και τι όχι. Το θεραπευτικό πλαίσιο ορίζει την εσωτερική ζωή της Μονάδας όπως και τη σχέση της με το «έξω». Το θεραπευτικό πλαίσιο ορίζει μια στάση ζωής και μια «φιλοσοφία», είναι δυναμικό, ευέλικτο και με σχετική αυτονομία, λόγω του ψυχοθεραπευτικού χαρακτήρα του. Μέσα σ' αυτό αναπτύσσεται μία μορφή κοινωνικής ζωής και μια κουλτούρα, στην οποία εισάγεται ο θεραπευόμενος, μέσα από τη συμμετοχή του στις συλλογικές δραστηριότητες που αναπτύσσονται (18 Άνω, 2022).

Βασική προϋπόθεση της λειτουργίας του είναι η πλήρης αποχή των θεραπευόμενων από όλες τις ουσίες, από όλες τις εκφάνσεις της βίας και από τις μεταξύ τους σεξουαλικές σχέσεις. Το θεραπευτικό πλαίσιο λειτουργεί στη βάση της ισοτιμίας (δεν υπάρχουν παλαιοί και καινούργιοι θεραπευόμενοι), όλοι έχουν τις ίδιες υποχρεώσεις και τα ίδια δικαιώματα απέναντι στους εαυτούς τους και το πλαίσιο. Ο κάθε θεραπευόμενος εντάσσεται στο Πρόγραμμα ψυχολογικής απεξάρτησης ως μέλος μιας ψυχοθεραπευτικής ομάδας και όχι ατομικά (18 Άνω, 2022).

3. Ομάδα θεραπειών («Θεραπευτική ομάδα»)

Η «Θεραπευτική ομάδα» απαρτίζεται από όλους όσους προσφέρουν έργο στο θεραπευτικό πλαίσιο. Τα μέλη της «Θεραπευτικής ομάδας» είναι ισότιμα, με συμπληρωματικούς μεταξύ τους ρόλους. Η θεραπευτική ομάδα επεξεργάζεται συλλογικά τις θεραπευτικές στρατηγικές κατά τις εβδομαδιαίες τακτικές συναντήσεις της. Επίσης, όλα τα ζητήματα που σχετίζονται με τη ζωή και την πολιτική της κάθε δομής και γενικότερα της Μονάδας, συζητούνται διεξοδικά στις συναντήσεις της θεραπευτικής ομάδας (18 Άνω, 2022).

Θεραπευτικά μέσα

1. Ατομική και ομαδική ψυχοθεραπεία, τέχνη-θεραπεία, δραματοθεραπεία, χοροθεραπεία, μουσική, φωτογραφία κ.λπ.
2. Ομάδα κλινικής με τη συμμετοχή της θεραπευτικής ομάδας και όλων των θεραπευόμενων, που ασχολείται με θέματα σχέσεων και συμβίωσης στο χώρο.
3. Ψυχοεκπαιδευτικές ομάδες (κοινωνικού προβληματισμού, αγωγής υγείας – για ζητήματα ηπατίτιδας AIDS, στοματικής υγιεινής κ.λ.π.)
4. Ομάδες εργοθεραπείας
5. Ομάδες γυμναστικής και αθλητισμού (ποδόσφαιρο, μπάσκετ, κολύμβηση)
6. Ομάδες αυτοοργάνωσης της ζωής μέσα στο θεραπευτικό πλαίσιο α). Ομάδα απογραφής, συντονίζεται από του θεραπευόμενους και συζητά θέματα της καθημερινής δραστηριότητας. β). Ομάδα κοινού ταμείου, συντονίζεται από τους θεραπευόμενους και συζητά θέματα που αφορούν στη διαχείριση των χρημάτων τους, σχετικά με είδη πρώτης ανάγκης που δεν καλύπτονται από το Πρόγραμμα.
7. Ομάδες κοινωνικών δράσεων (αφορά κυρίως στην Κοινωνική Επανάταξη) (18 Άνω, 2022).

Θεραπευτικός- Κλινικός Σχεδιασμός

Συλλογική επεξεργασία των αναγκών του εξαρτημένου, με βάση την κλινική εικόνα, τη στάση του, τις αλλαγές του, τη συμμετοχή του στη θεραπευτική διαδικασία, καθ' όλη τη θεραπευτική του πορεία από τη θεραπευτική ομάδα στις σταθερές εβδομαδιαίες συναντήσεις. Στενή συνεργασία ατομικών θεραπειών και συντονιστών των ομάδων, τόσο της ψυχοθεραπείας στην οποία ανήκει ο συγκεκριμένος θεραπευόμενος, όσο και όλων των υπολοίπων ομάδων. Συζήτηση , όλων των περιπτώσεων σε εβδομαδιαία βάση, στην ομάδα εποπτείας (18 Άνω, 2022).

Θεραπευτικές παρεμβάσεις

Οι θεραπευτικές παρεμβάσεις πραγματοποιούνται από τα μέλη της «θεραπευτικής ομάδας», στην οποία συμμετέχουν ισότιμα όλοι όσοι

προσφέρουν υπηρεσίες, αναλόγως του ρόλου τους. Εφ' όσον υπάρχουν ψυχοπαθολογικές εκδηλώσεις, χορηγείται η αναγκαία φαρμακευτική αγωγή υπό την επίβλεψη ψυχιάτρου.

Οι θεραπευτικές παρεμβάσεις, ατομικές και ομαδικές (πολλών τύπων και σε πολλά επίπεδα) έχουν στόχο τη συνειδητοποίηση των αιτιών της εξάρτησης του ατόμου (πως και γιατί έγινε η εμπλοκή με τις ουσίες), την αλλαγή βασικών ψυχολογικών λειτουργιών του, καθώς και την ανάπτυξη ικανοτήτων και δεξιοτήτων μέσα από την οργάνωση των πρακτικών δραστηριοτήτων του σε νέες συλλογικές βάσεις. Με τη συμβολή της τέχνης, κατακτάται η ικανότητα συναισθηματικής έκφρασης, καλλιτεχνικής δημιουργίας και διεύρυνσης των πνευματικών του οριζόντων (18 Άνω, 2022).

Το ημερήσιο και εβδομαδιαίο πρόγραμμα

Το πρόγραμμα που καθορίζει τις δραστηριότητες και τη λειτουργία της κάθε δομής σε καθημερινή βάση, δεν αποτελεί ένα στατικό σύνολο αλλά συζητιέται και επαναπροσδιορίζεται από τη θεραπευτική ομάδα, στη βάση των αναγκών των θεραπευομένων και σε σχέση με το κλίμα που επικρατεί στον χώρο. Το πρόγραμμα καταρτίζεται σε ημερήσια και εβδομαδιαία βάση. Οι θεραπευόμενοι έχουν την υποχρέωση να συμμετέχουν σε όλες τις δραστηριότητες, οι οποίες και αποτελούν το μέσο για την επίτευξη των θεραπευτικών στόχων. Η εκούσια επιλογή που έχουν κάνει, με την υπογραφή συμβολαίου, αφορά στο πρόγραμμα της δομής συνολικά και όχι στις επιμέρους θεραπευτικές δραστηριότητες (18 Άνω, 2022).

Εποπτεία

Η εποπτεία των θεραπειών είναι εξωτερική, πραγματοποιείται σε τακτική εβδομαδιαία βάση και εξασφαλίζεται από το πλαίσιο της Μονάδας. Ο χαρακτήρας της εποπτείας ορίζεται από τις ανάγκες κάθε δομής (18 Άνω, 2022).

Συμβόλαιο θεραπείας

Υπογράφεται από τον θεραπευόμενο και τον ατομικό του θεραπευτή κατά την είσοδο στη φάση της ψυχολογικής απεξάρτησης. Ο εξαρτημένος εντάσσεται στο πρόγραμμα υπογράφοντας το συμβόλαιο του πλαισίου. Κατά τη διάρκεια της θεραπείας γίνονται τοξικολογικές εξετάσεις ούρων δύο φορές την εβδομάδα. Η διαδικασία αυτή έχει θεραπευτικό χαρακτήρα (18 Άνω, 2022).

Η συμμετοχή της οικογένειας

Η οικογένεια συμμετέχει στη θεραπεία του εξαρτημένου μέλους της, είτε εντασσόμενη στα εξειδικευμένα Προγράμματα της Μονάδας, είτε παίρνοντας μέρος σε ομάδες οικογενειών, οικογενειακές συναντήσεις κ.λπ., ανά τακτά χρονικά διαστήματα καθ' όλη τη διάρκεια του Προγράμματος, με τους θεραπευτές της Μονάδας. Οι παραπάνω αρχές λειτουργίας βρίσκονται σε πλήρη αντιστοιχία με το θεωρητικό πλαίσιο που έχει υιοθετήσει η Μονάδα τον κανονισμό εσωτερικής λειτουργίας της κάθε δομής και τον κώδικα δεοντολογίας (18 Άνω, 2022).

Φάσεις προγράμματος

Ευαισθητοποίηση

Ψυχολογική απεξάρτηση

Κοινωνική επανένταξη

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

Στην αρχή αυτής της φάσης το εξαρτημένο άτομο έχει ατομικές συναντήσεις με την ομάδα υποδοχής και δίνει ούρα για τοξικολογικό έλεγχο δύο φορές την εβδομάδα. Κατά τη διάρκεια αυτής της φάσης η οποία διαρκεί περί τους τρεις μήνες ο θεραπευόμενος παρακολουθείται από τον ατομικό του θεραπευτή και συμμετέχει σε ομάδες εμπύχωσης, ευαισθητοποίησης, έκφρασης και τέχνης, δημιουργικής ενασχόλησης, πηλού, γυμναστικής, δραματοθεραπείας, κολάζ. Είναι πολύ σημαντική η ύπαρξη της ομάδας σε αυτή τη δύσκολη φάση, διότι το εξαρτημένο άτομο είναι πολύ κοντά στην ουσία ακόμα και συγχρόνως αρκετά εκτεθειμένο σε αυτή, αφού η φάση της ευαισθητοποίησης είναι ανοικτή, δηλαδή ζει και κινείται στους ίδιους χώρους (18 Άνω, 2022).

Η ομάδα, λοιπόν, είναι αυτή που στηρίζει, πιθανόν και να προστατεύει πολλές φορές, σε αυτή τη φάση που διαρκεί περίπου δύο μήνες. Παράλληλα οι γονείς συμμετέχουν στο πρόγραμμα του Τμήματος Οικογένειας (με ατομικές και ομαδικές συναντήσεις με τους ειδικούς θεραπευτές καθώς και ομάδες δραματοθεραπείας ειδικά για οικογένειες) (18 Άνω, 2022).

5.5 Ανακεφαλαίωση

Η λύση του συγκεκριμένου ζητήματος επέρχεται μέσα από την αποδοχή του εξαρτημένου ατόμου ότι έχει πρόβλημα. Με βάση αυτό λειτουργούν οι κύριες θεραπευτικές προσεγγίσεις. Το άτομο προκειμένου να θεραπευτεί θα πρέπει να αποφασίσει ο ίδιος τον τρόπο που θα το κάνει και το θεραπευτικό πρόγραμμα που θα ακολουθήσει. Η πορεία προς τη θεραπεία του εξαρτημένου ατόμου σηματοδοτείται από διαφορετικά στάδια με βάση την κύρια θεραπευτική προσέγγιση του προγράμματος.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: Ανακεφαλαίωση και συμπεράσματα

Η χρήση ουσιών είναι ένα παγκόσμιο πρόβλημα. Το 5,6% του παγκόσμιου πληθυσμού ηλικίας 15–64 ετών έκανε χρήση ναρκωτικών τουλάχιστον μία φορά κατά τη διάρκεια του 2016. Η χρήση ουσιών μεταξύ των νεότερων ατόμων έχει αποδειχθεί ότι είναι υψηλότερη από αυτή μεταξύ των ηλικιωμένων για τα περισσότερα ναρκωτικά. Οι έφηβοι είναι η ομάδα των ανθρώπων που είναι πιο επιρρεπείς στον εθισμό. Η κρίσιμη ηλικία έναρξης της χρήσης ναρκωτικών ξεκινά κατά την εφηβική περίοδο και η μέγιστη χρήση ναρκωτικών εμφανίζεται στους νέους ηλικίας 18-25 ετών.

Οι νέοι βρίσκονται σε μια κρίσιμη αναπτυξιακή φάση που περιλαμβάνει σημαντικές σωματικές, γνωστικές, συναισθηματικές, κοινωνικές και συμπεριφορικές αλλαγές. Οι νευροβιολογικές αλλοιώσεις που διέπουν αυτές τις πολύπλοκες αναπτυξιακές διαδικασίες μπορεί να προδιαθέσουν τους εφήβους να ξεκινήσουν τη χρήση ουσιών, να αναπτύξουν διαταραχές χρήσης ουσιών και να βιώσουν δυνητικά σοβαρές και μακροχρόνιες δυσμενείς συνέπειες που σχετίζονται με την ουσία. Δεδομένου του υψηλού επιπολασμού της προβληματικής χρήσης ουσιών σε αυτό το ηλικιακό εύρος και δεδομένου του μοναδικού βιοψυχοκοινωνικού πλαισίου, η έρευνα επικεντρώνεται όλο και περισσότερο στον χαρακτηρισμό των διαταραχών χρήσης ουσιών στους νέους, με ιδιαίτερη έμφαση στη βελτιστοποίηση και τη διάδοση τεκμηριωμένων παρεμβάσεων πρόληψης, αξιολόγησης και θεραπείας.

Η απουσία προστατευτικών παραγόντων και η παρουσία παραγόντων κινδύνου προδιαθέτουν τους νέους σε κατάχρηση ουσιών. Μερικοί από τους παράγοντες κινδύνου είναι η παρουσία πρώιμων προβλημάτων ψυχικής και συμπεριφορικής υγείας, η πίεση των συνομηλίκων, τα κακώς εξοπλισμένα σχολεία, η φτώχεια, η κακή γονική επίβλεψη και οι σχέσεις, η κακή οικογενειακή δομή, η έλλειψη ευκαιριών, η απομόνωση, το φύλο και η πρόσβαση στα ναρκωτικά.

Οι παράγοντες κινδύνου και προστασίας συσχετίζονται και αθροίζονται με την πάροδο του χρόνου. Για παράδειγμα, η γονική κατάχρηση ουσιών σχετίζεται με δυσλειτουργική ανατροφή των παιδιών και συναισθηματικό τραύμα, το οποίο με τη σειρά του μπορεί να οδηγήσει σε κακές ακαδημαϊκές επιδόσεις και χαμηλότερη κοινωνικοοικονομική κατάσταση. Για το λόγο αυτό, οι προσπάθειες πρόληψης που στοχεύουν σε έναν συγκεκριμένο κίνδυνο ή προστατευτικό παράγοντα συχνά οδηγούν σε θετικά αποτελέσματα

σε πολλούς τομείς. Όλα τα αποτελεσματικά προγράμματα πρόληψης παράγουν πολλαπλά θετικά αποτελέσματα, που κυμαίνονται από βελτιωμένες ακαδημαϊκές επιδόσεις έως μειωμένες βίαιες συμπεριφορές και σε κάποιες περιπτώσεις μειώσεις στη χρήση ουσιών.

Οι τρέχουσες συστάσεις που βασίζονται σε στοιχεία για την αντιμετώπιση ζητημάτων χρήσης ουσιών μεταξύ των νέων περιλαμβάνουν μια σειρά από ολοκληρωμένες υπηρεσίες, συμπεριλαμβανομένων θεραπειών με γνώμονα την οικογένεια, συμπεριφορικής θεραπείας, υπηρεσιών μείωσης βλάβης, φαρμακολογικές θεραπείες και υπηρεσίες μακροχρόνιας ανάκαμψης. Όπως και με τους ενήλικες, αυτές οι υπηρεσίες θα πρέπει να προσαρμόζονται με βάση τις ατομικές ανάγκες και τις περιστάσεις των νέων και θα πρέπει να λαμβάνουν υπόψη τις ταυτόχρονες διαταραχές ψυχικής υγείας που είναι κοινές μεταξύ των νέων που κάνουν χρήση ουσιών. Ανεξάρτητα από το προβάδισμα, η ψυχική υγεία μπορεί να έχει επιδεινωτικές επιπτώσεις εάν δεν αντιμετωπιστεί υπογραμμίζοντας τη σημασία της έγκαιρης διάγνωσης και της έγκαιρης πρόσβασης στη φροντίδα.

Η βιβλιογραφία υποδηλώνει ότι υπάρχουν διαφορές μεταξύ του τρόπου με τον οποίο οι νέοι και οι ενήλικες αντιλαμβάνονται και παρουσιάζουν τα ζητήματα χρήσης ουσιών, υποδηλώνοντας ότι ενδέχεται να χρειαστούν διαφορετικές προσεγγίσεις για την αντιμετώπιση των ανησυχιών σχετικά με τη χρήση ουσιών. Για παράδειγμα, οι νέοι έχουν μικρότερο ιστορικό χρήσης ουσιών και επομένως συχνά εκφράζουν λιγότερες αρνητικές συνέπειες που σχετίζονται με τη χρήση ουσιών, γεγονός που μπορεί να μειώσει την αντιληπτή ανάγκη τους για υπηρεσίες.

Επιπλέον, η ομαλοποίηση της χρήσης ουσιών μεταξύ των νεότερων πληθυσμών και η επιρροή των συνομηλίκων και των μελών της οικογένειας μπορεί επίσης να διαδραματίσει έναν παράγοντα μείωσης της ικανότητας των νέων να αναγνωρίζουν προβλήματα που προκύπτουν λόγω της χρήσης ουσιών. Οι ανησυχίες σχετικά με την εμπιστευτικότητα ενδέχεται επίσης να εμποδίσουν τους νέους να έχουν πρόσβαση σε υπηρεσίες όταν χρειάζεται. Ως εκ τούτου, οι νέοι είναι απίθανο να έχουν πρόσβαση σε υπηρεσίες χρήσης ουσιών πριν βρεθούν σε κρίση.

Μέσα από τη βιβλιογραφία παρατηρείται ότι υπάρχει σημαντική βελτίωση στην κατανόηση της χρήσης ουσιών των νέων. Επιδημιολογικές μελέτες που βασίζονται σε έρευνες έχουν εντοπίσει τάσεις στις στάσεις και τα ποσοστά χρήσης διαφόρων ουσιών που σχετίζονται με ουσίες, ενώ οι αναδυόμενες διαχρονικές μελέτες έχουν αποσαφηνίσει τη νευροβιολογία που

κρύβεται πίσω από την τάση των νέων για έναρξη και εξέλιξη σε διαταραχές χρήσης ουσιών, με δυνητικά μόνιμες δυσμενείς συνέπειες.

Η ανάπτυξη θεραπείας για τις διαταραχές χρήσης ουσιών στους εφήβους έχει επικεντρωθεί κυρίως σε ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις, που καλύπτουν ατομικές, ομαδικές και οικογενειακές μεθόδους. Η ένταση και η διάρκεια των θεραπειών που διερευνήθηκαν ποικίλλει από σύντομες (ακόμη και μίας συνεδρίας) παρεμβάσεις έως εκτεταμένες πολυτροπικές στρατηγικές. Η πλειονότητα των μελετών έχει αξιολογήσει τις παρεμβάσεις εξωτερικών ασθενών στο ιατρείο, πολλές από τις οποίες προσαρμόστηκαν αναπτυξιακά από καθιερωμένες θεραπείες στοχευμένες σε ενήλικες.

Μια ποικιλία προγραμμάτων πρόληψης έχουν εφαρμοστεί σε διάφορες ρυθμίσεις με διάφορους βαθμούς επιτυχίας. Έχουν αναπτυχθεί νέα όργανα προσυμπτωματικού ελέγχου και αξιολόγησης για τον αποτελεσματικό εντοπισμό των νέων με ιδιαίτερο κίνδυνο για σοβαρά προβλήματα που σχετίζονται με ουσίες, και μια σειρά από θεραπευτικές προσεγγίσεις που βασίζονται σε στοιχεία έχει αποδειχθεί ότι είναι αποτελεσματικές στη μείωση της χρήσης ουσιών και των προβλημάτων που σχετίζονται με την ουσία. Δυστυχώς, οι νέοι με διαταραχές χρήσης ουσιών σπάνια επιτυγχάνουν μακροχρόνια αποχή, ακόμη και με τις πιο ισχυρές θεραπείες που βασίζονται σε στοιχεία, υποδεικνύοντας ότι απαιτείται περαιτέρω εργασία για τη βελτιστοποίηση των μεθόδων κατανόησης και αντιμετώπισης αυτού του σημαντικού ζητήματος της δημόσιας υγείας.

Οι χρήστες ουσιών πρώιμης έναρξης έχουν πιο προβληματικές συμπεριφορές χρήσης ουσιών και κινδυνεύουν για περισσότερα ψυχοκοινωνικά προβλήματα σε διάφορους τομείς της ζωής, όπως το πρότυπο συμπεριφοράς, η ψυχιατρική διαταραχή, το οικογενειακό σύστημα, η σχέση με τους συνομηλίκους, η προσαρμογή στην εργασία και ο ελεύθερος χρόνος/αναψυχή. Η παρούσα εργασία προτείνει ότι η πρόληψη και οι εκπαιδευτικές προσπάθειες πρέπει να ξεκινήσουν στην πρώιμη εφηβεία και θα πρέπει να στοχεύουν στην πρόληψη της έναρξης χρήσης νόμιμων και παράνομων ουσιών που είναι νόμιμες και χρησιμοποιούνται συνήθως από την εφηβεία. Δεδομένου ότι η πρώιμη ηλικία έναρξης της χρήσης ουσιών σχετίζεται με τον μελλοντικό κίνδυνο, την ένταση, την πολυπλοκότητα των διαταραχών χρήσης ουσιών και τα σχετικά προβλήματα ζωής, υπογραμμίζει την ανάγκη για έγκαιρη πρόληψη, έλεγχο και έγκαιρη παρέμβαση μεταξύ αυτών των ατόμων.

Αυτή η μελέτη υπογραμμίζει τις πολλές προκλήσεις που αντιμετωπίζουν οι νέοι όταν ασχολούνται με υπηρεσίες χρήσης ουσιών και τονίζει την ανάγκη για μια πιο προληπτική

προσέγγιση. Οι προσπάθειες έρευνας, υπηρεσιών υγείας και πολιτικής πρέπει να επικεντρωθούν στην πρόληψη της χρήσης ουσιών και στις πρώιμες παρεμβάσεις για την αντιμετώπιση των ανησυχιών των νέων πριν βρεθούν σε κρίση και να αυξήσουν την ικανότητά τους να αντιλαμβάνονται την ανάγκη να αναζητήσουν υποστήριξη.

Προχωρώντας προς τα εμπρός, είναι σημαντικό να συμμετέχουν διαφορετικοί νέοι και συνομήλικοι με βιωμένη ή/και ζωντανή εμπειρία σε αυτές τις προσπάθειες, συμπεριλαμβανομένου του συν-σχεδιασμού νέων υπηρεσιών και της αξιολόγησης του αντίκτυπου των υπηρεσιών πρόληψης και έγκαιρης παρέμβασης, συμπεριλαμβανομένων των προσπαθειών βελτίωσης της ποιότητας. Η σκόπιμη, διαρκής επένδυση σε υπηρεσίες χρήσης ουσιών για τους νέους θα βελτιστοποιήσει τα αποτελέσματα και τις εμπειρίες για την υγεία των νέων.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Agrawal, A. & Lynskey, MT. (2008). Are there genetic influences on addiction: evidence from family, adoption and twin studies?, *Addiction*, 103, 1069–81. DOI: [10.1111/j.1360-0443.2008.02213.x](https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2008.02213.x)

Ali, M.M., Dean Jr., D. & Hedden, S.L. (2016) The Relationship between Parental Mental Illness and/or Substance Use Disorder on Adolescent Substance Use Disorder: Results from a Nationally Representative Survey, *Addictive Behaviors*, 59, 35-41. DOI: [10.1016/j.addbeh.2016.03.019](https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2016.03.019)

Ayala, EE, Roseman D, Winseman JS, et al. (2017). Prevalence, perceptions, and consequences of substance use in medical students. *Med Educ Online*. 22(1), 1392824. DOI: [10.1080/10872981.2017.1392824](https://doi.org/10.1080/10872981.2017.1392824)

Biederman, J, Faraone SV, Monuteaux MC. & Feighner JA. (2000). Patterns of alcohol and drug use in adolescents can be predicted by parental substance use disorders. *Pediatrics*, 106(4), 792-797. DOI: [10.1542/peds.106.4.792](https://doi.org/10.1542/peds.106.4.792)

Botticelli, M.P. & Koh, H.K. (2016) Changing the language of addiction. *JAMA*, 316, 1361–2. DOI: [10.1001/jama.2016.11874](https://doi.org/10.1001/jama.2016.11874)

Calvo, F, Carbonell, X, Rived, M. & Giralt, C. (2021). When people who inject drugs speak: Qualitative thematic analysis of the perception of a mobile app for needle exchange programs. *Adicciones*, 01;33(3), 217-234. DOI: [10.20882/adicciones.1334](https://doi.org/10.20882/adicciones.1334)

Chadi, N., Bagley, S.M. & Hadland, S.E. (2018). Addressing Adolescents’ and Young Adults’ Substance Use Disorders. *Medical Clinics of North America*, 102, 603-620. DOI: [10.1016/j.mcna.2018.02.015](https://doi.org/10.1016/j.mcna.2018.02.015)

Chen, C-Y, Storr, CL. & Anthony, JC. (2009). Early-onset drug use and risk for drug dependence problems. *Addict Behav.*, 34(3), 319- 322. DOI: [10.1016/j.addbeh.2008.10.021](https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2008.10.021)

Dawson, D. A., Goldstein, R. B., Chou, S. P., Ruan, W. J., & Grant, B. F. (2008). Age at first

drink and the first incidence of adult-onset DSM-IV alcohol use disorders. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 32(12), 2149–2160. DOI: [10.1111/j.1530-0277.2008.00806.x](https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.2008.00806.x)

Degenhardt, L., Bharat, C., Meyer, D., et al. (2019). The epidemiology of drug use disorders cross-nationally: Findings from the WHO's World Mental Health Surveys. *Physiol Behav.*, 74, 103–112. DOI: [10.1016/j.drugpo.2019.03.002](https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2019.03.002)

Derringer, J., Krueger, R.F., Iacono, W.G. & McGue M. (2010). Modeling the impact of age and sex on a dimension of poly-substance use in adolescence: a longitudinal study from 11- to 17-years-old. *Drug Alcohol Depend.*, 110, 193–199. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2010.01.023>

Deveci, S.E., Açıık, Y., Oguzöncül, A. F., & Deveci, F. (2010). Prevalence and factors affecting the use of tobacco, alcohol and addictive substance among university students in eastern turkey. *The Southeast Asian Journal of Tropical Medicine and Public Health*, 41(4), 996–1007 PMID: 21073076.

Durant, R., & Thakker, J. (2003). *Substance use and abuse: Cultural and historical perspectives*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Enoch, M. (2011). The role of early life stress as a predictor for alcohol and drug dependence. *Psychopharmacology*, 214(1), 17–31. DOI: [10.1007/s00213-010-1916-6](https://doi.org/10.1007/s00213-010-1916-6)

Escobotado, A. (2010). *The general history of drugs* (G. W. Robinette, Trans.). Valparasio, Chile: Graffiti Milante Press.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2022) *European drug report 2022: trends and developments*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.

Faupel, C. E., Horowitz, A. M., & Weaver., G. S. (2010). *The sociology of American drug use*. New York, NY: Oxford University Press.

Goldstein, RZ, Volkow, ND. (2011). Dysfunction of the prefrontal cortex in addiction: neuroimaging findings and clinical implications. *Nat Rev Neurosci.*, 12(11), 652-669. DOI: [10.1038/nrn3119](https://doi.org/10.1038/nrn3119)

Goodman, J., Sherratt, A., & Lovejoy, P. E. (Eds.). (2007). *Consuming habits: Drugs in*

history and anthropology (2nd ed.). New York, NY: Routledge.

Grant, B.S., Stinson, F, Harford, T., Grant, BF., Stinson, FS. & Harford, TC. (2001). Age at onset of alcohol use and DSM-IV alcohol abuse and dependence: a 12-year follow-up. *J Subst Abuse.*, 13, 493-504. DOI: [10.1016/s0899-3289\(01\)00096-7](https://doi.org/10.1016/s0899-3289(01)00096-7)

Hasan, D. S., & Grant, B. F. (2015). The National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC) Waves 1 and 2: Review and summary of findings. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 50, 1609-1640. DOI: [10.1007/s00127-015-1088-0](https://doi.org/10.1007/s00127-015-1088-0)

Heslop, K, Ross, C, Osmond, B, et al. (2013). The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) in an Acute Mental Health Setting. *Int J Ment Health Addiction.*, 11, 583–600. DOI: [10.1007/s11469-013-9428-3](https://doi.org/10.1007/s11469-013-9428-3)

Jadidi, N. & Nakhaee, N. (2014). Etiology of drug abuse: a narrative analysis. *J Addict*, 352835. <https://doi.org/10.1155/2014/352835>

Johnston, L. D., Miech, R. A., O'Malley, P. M., Bachman, J. G., Schulenberg, J. E., & Patrick, M. E. (2019). *Monitoring the Future national survey results on drug use 1975-2018: Overview, key findings on adolescent drug use*. Ann Arbor, MI: University of Michigan, Institute for Social Research.

Kamdern, JP, Duarte AE, Rodrigues Lima KR, Teixeira Rocha JB, Hassan W, Barros LM, et al. (2019). Research trends in food chemistry: a bibliometric review of its 40 years anniversary (1976-2016). *Food Chem.* 294:448–57. DOI: [10.1016/j.foodchem.2019.05.021](https://doi.org/10.1016/j.foodchem.2019.05.021)

Kelly, TM. & Daley, DC. (2013). Integrated treatment of substance use and psychiatric disorders. *Soc Work Public Health.*, 28(0), 388-406. DOI: [10.1080/19371918.2013.774673](https://doi.org/10.1080/19371918.2013.774673)

Kendler, KS, Myers, J. & Prescott CA. (2007). Specificity of genetic and environmental risk factors for symptoms of cannabis, cocaine, alcohol, caffeine, and nicotine dependence. *Arch Gen Psychiatry*, 64, 1313–1320. DOI: [10.1001/archpsyc.64.11.1313](https://doi.org/10.1001/archpsyc.64.11.1313)

Kleiman, M. A. R., Caulkins, J. P., & Hawken, A. (2011). *Drugs and drug policy: What everyone needs to know*. New York, NY: Oxford University Press.

Lalayants, M. and Prince, J.D. (2016) Child Neglect and Onset of Substance Use Disorders among Child Welfare-Involved Adolescents. *Child Abuse Review*, 25, 469-478.

<https://doi.org/10.1002/car.2372>

Lipari, R.N. and Van Horn, S.L. (2017). *Trends in substance use disorders among adults aged 18 or older*. Center for Behavioral Health Statistics and Quality, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Rockville, MD.

Livingston, J.D., Adams E., Jordan, M., MacMillan Z. & Hering, R. (2018). Primary care physicians' views about prescribing methadone to treat opioid use disorder. *Subst. Use Misuse*, 53 , 344-353. DOI: [10.1080/10826084.2017.1325376](https://doi.org/10.1080/10826084.2017.1325376)

Lynskey, MT, Heath, AC, Bucholz, KK, Slutske, WS, Madden, PAF, Nelson, EC, Statham, DJ. & Martin, NG. (2003). Escalation of drug use in early onset cannabis users vs co-twin controls. *JAMA*, 289, 427-33. DOI: [10.1016/j.addbeh.2008.10.021](https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2008.10.021)

Martins, C, Godycki-Cwirko, M, Heleno, B. & Brodersen, J. (2018). Quaternary prevention: reviewing the concept. *Eur J Gen Pract.*, 24(1), 106-111. DOI: [10.1080/13814788.2017.1422177](https://doi.org/10.1080/13814788.2017.1422177)

McGovern, M.P. , Saunders, E.C. & Kim, E. (2013). Substance abuse treatment implementation research. *J. Subst. Abuse Treat.*, 44 , 1-3. DOI: [10.1016/j.jsat.2012.09.006](https://doi.org/10.1016/j.jsat.2012.09.006)

Mericle, A.A., Grella, C.E. (2016). Integrating housing and recovery support services: introduction to the special section. *J. Dual Diagn.*, 12, 150-152. <https://doi.org/10.1080/15504263.2016.1176408>

Naqavi, MR, Mohammadi, M, Salari, V. & Nakhaee, N. (2011). The relationship between childhood maltreatment and opiate dependency in adolescence and middle age. *Addiction and Health.*, 3, 92–96. PMID: [24494122](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24494122/)

Naqavi, MR, Mohammadi, M, Salari, V. & Nakhaee, N. (2011). The relationship between childhood maltreatment and opiate dependency in adolescence and middle age. *Addiction and Health*, 3, 92–96. PMID: [24494122](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24494122/)

Padwa, H, Urada, D, Antonini, VP, Ober, A, Crèvecoeur-MacPhail, DA. & Rawson, RA. (2012). Integrating substance use disorder services with primary care: the experience in California. *J Psychoactive Drugs*, 44(4), 299–306. DOI: [10.1080/02791072.2012.718643](https://doi.org/10.1080/02791072.2012.718643)

Page, B., & Singer, M. (2010). *Comprehending drug use: Ethnographic Research at the social margins*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.

Park, TW, Cheng, DM, Samet, J, Winter, M. & Saitz, R. (2015). Chronic care management for substance dependence in primary care among patients with co-occurring mental disorders. *Psychiatr Serv.*, 66(1), 72–79. DOI: [10.1176/appi.ps.201300414](https://doi.org/10.1176/appi.ps.201300414)

Rhodes, T., Lilly, R., Fernández, C., et al. (2003). Risk factors associated with drug use: the importance of 'risk environment'. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 10(4), 303–329. <https://doi.org/10.1080/0968763031000077733>

Ross, LE., Vigod, S., Wishart, J. et al. (2015). Barriers and facilitators to primary care for people with mental health and/or substance use issues: A qualitative study. *BMC Fam Pract.*, 16(1), 1–13. <https://doi.org/10.1186/s12875-015-0353-3>

Ross, S. & Peselow, E. (2012). Co-occurring psychotic and addictive disorders: neurobiology and diagnosis. *Clin Neuropharmacol.*, 35(5), 235-243. DOI: [10.1097/WNF.0b013e318261e193](https://doi.org/10.1097/WNF.0b013e318261e193)

Saban, A, Flisher, AJ, Grimsrud, A. et al. (2014). The association between substance use and common mental disorders in young adults: results from the South African Stress and Health (SASH) Survey. *Pan Afr Med J.*, 17(Supp 1), 11. DOI: [10.11694/pamj.suppl.2014.17.1.3328](https://doi.org/10.11694/pamj.suppl.2014.17.1.3328)

Sambo, DO., Lebowitz, JJ. & Khoshbouei, H. (2018). The sigma-1 receptor as a regulator of dopamine neurotransmission: A Potential therapeutic target for methamphetamine addiction. *Pharmacol Ther.*, 186, 152–67. DOI: [10.1016/j.pharmthera.2018.01.009](https://doi.org/10.1016/j.pharmthera.2018.01.009)

Samet, JH, Friedmann, P. & Saitz, R. (2001). Benefits of linking primary medical care and substance abuse services: patient, provider, and societal perspectives. *Arch Intern Med.*, 161(1), 85–91. DOI: [10.1001/archinte.161.1.85](https://doi.org/10.1001/archinte.161.1.85)

Satel, SL. & Lilienfeld, SO. (2017). If addiction is not best conceptualized a brain disease, then what kind of disease is it? *Neuroethics*, 10, 19–24. <https://doi.org/10.1007/s12152-016-9287-2>.

Sharma, A. & Morrow, J.D. (2016) Neurobiology of Adolescent Substance Use Disorders. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 25, 367-375. DOI: [10.1016/j.chc.2016.02.001](https://doi.org/10.1016/j.chc.2016.02.001)

Squeglia, LM, Jacobus, J. & Tapert, SF. (2009). The influence of substance use on adolescent brain development. *Clin Neurosci Soc ENCS.*, 40(1), 31-38. DOI: [10.1177/155005940904000110](https://doi.org/10.1177/155005940904000110)

Tsuang, MT, Bar, JL, Harley, RM. & Lyons, MJ. (2001) The harvard twin study of substance abuse: what we have learned. *Harv Rev Psychiatry*, 9, 267–79. PMID: 11600486.

Whitesell, M, Bachand, A. & Brown, M. (2013). Familial, social, and individual factors contributing to risk for adolescent substance use. *Journal of Addiction*, 579310. DOI: [10.1155/2013/579310](https://doi.org/10.1155/2013/579310)

Διαδικτυακές πηγές

Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων (ΚΕΘΕΑ). (2022).

Διαθέσιμο στο <https://www.kethea.gr/>

Μονάδα Απεξάρτησης 18 Άνω (2022).

Διαθέσιμο στο: <https://www.18ano.gov.gr/profil-18ano/>

Προσπελάστηκε τον Σεπτέμβριο 2022

Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών (ΟΚΑΝΑ). (2022).

Διαθέσιμο στο: <https://www.okana.gr/el>

Προσπελάστηκε τον Σεπτέμβριο 2022

NIDA. (2019). Treatment Approaches for Drug Addiction DrugFacts. Διαθέσιμο στο: <https://nida.nih.gov/publications/drugfacts/treatment-approaches-drug-addiction>.

Προσπελάστηκε τον Νοέμβριο 2022

Κέντρο Πρόληψης των Εξαρτήσεων & Προαγωγής της Ψυχοκοινωνικής Υγείας “Άρηξίς”, 2021). Διαθέσιμο στο: <https://agiavarvara.gr/kinoniki-politiki/kentro-prolipsis-ton-exartiseon-proagogis-tis-psychokinonikis-ygias-arixis/?print=print>

Προσπελάστηκε τον Δεκέμβριο 2022

Κέντρο Πρόληψης των Εξαρτήσεων και Προαγωγής της Ψυχοκοινωνικής Υγείας της Περιφερειακής Ενότητας Λέσβου «Πινόη». (2015). Διαθέσιμο στο: <https://www.pnoimyt.gr/>

Προσπελάστηκε τον Δεκέμβριο 2022