



ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ
ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΕΞΑΡΤΗΣΕΩΝ -
ΕΞΑΡΤΗΣΙΟΛΟΓΙΑ»

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
«Συννοσηρότητα στους ασθενείς που εισάγονται στον
ΟΚΑΝΑ»

ΟΝΟΜΑ ΦΟΙΤΗΤΗ Σερενές Πέτρος
(Α.Μ. 20171011)

ΕΠΟΠΤΗΣ Μελπομένη Μαλλιώρα

28/01/2019

Πέτρος Σερενές

Συννοσηρότητα στους ασθενείς που εισάγονται στον ΟΚΑΝΑ

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ: Μελπομένη Μαλλιώρη, Ιατρική ΕΚΠΑ

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ:

Μελπομένη Μαλλιώρη, Ιατρική ΕΚΠΑ

Ηλίας Τζαβέλλας, Ιατρική ΕΚΠΑ

Θωμάς Παπαρρηγόπουλος, Ιατρική ΕΚΠΑ

ΑΘΗΝΑ 2019

Copyright © , Πέτρος Σερενές, 2019

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Απαγορεύεται η αντιγραφή, αποθήκευση και διανομή της παρούσας εργασίας, εξ ολοκλήρου ή τμήματος αυτής, για εμπορικό σκοπό. Επιτρέπεται η ανατύπωση, αποθήκευση και διανομή για σκοπό μη κερδοσκοπικό, εκπαιδευτικής ή ερευνητικής φύσης, υπό την προϋπόθεση να αναφέρεται η πηγή προέλευσης και να διατηρείται το παρόν μήνυμα.

Οι απόψεις και θέσεις που περιέχονται σε αυτήν την εργασία εκφράζουν τον συγγραφέα και δεν πρέπει να ερμηνευθεί ότι αντιπροσωπεύουν τις επίσημες θέσεις του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Βασικός στόχος της παρούσας μεταπτυχιακής διατριβής, είναι να αναδείξει το φαινόμενο της συννοσηρότητας στον χώρο των εξαρτήσεων και την αναγκαιότητα να συνυπολογίζεται για τη θεραπεία χρηστών. Τα δεδομένα της έρευνάς μας, τα οποία συνελέγησαν από πληθυσμό οκτακοσίων πενήντα τριών (853) ασθενών της ΜΥΑΠ Αθήνας (αρχή 2016 - Φεβρουάριος 2019), οι οποίοι έλαβαν ως θεραπεία υποκατάστασης βουπρενορφίνη, αναδεικνύουν μια αύξουσα τάση στη διάγνωση ασθενών με συννοσηρότητα. Όπως επισημαίνει και η διεθνής βιβλιογραφία, «προβληματικοί» χρήστες πάσχουν από ψυχικές διαταραχές, οι οποίες δεν έχουν διαγνωσθεί και συνεπώς αντιμετωπισθεί, με αποτέλεσμα να μην μπορεί να γίνει σωστή εκτίμηση και, κατά συνέπεια, θεραπεία. Η διαχείριση της συννοσηρότητας, όμως, οφείλει να αποτελεί αντικείμενο ολιστικής αντιμετώπισης του ασθενούς, γιατί μόνο τότε οδηγεί σε καλύτερη παροχή υπηρεσιών υγείας και τελικά σε αποτελεσματικότερη θεραπεία.

ΛΕΞΕΙΣ – ΚΛΕΙΔΙΑ: εξαρτήσεις, συννοσηρότητα, ψυχωτική συνδρομή, μείζων καταθλιπτική συνδρομή, διπολική διαταραχή, βουπρενορφίνη, ολιστική προσέγγιση, πρόληψη, θεραπεία

ABSTRACT

The main objective of this postgraduate dissertation is to highlight the phenomenon of co-morbidity in the field of dependencies and the necessity to be counted towards the treatment of users. Our data, which were collected from a population of eight hundred and fifty-three (853) patients in the Athens Instant Access Unit (MIAP - beginning 2016 - February 2019), who received buprenorphine replacement therapy, show an increasing trend in the diagnosis of patients with co-morbidity. As the international literature points out, "problematic" users suffer from mental disorders, which are not diagnosed and therefore treated, so that proper assessment and hence treatment can not be made. However, co-morbidity management should be object of holistic treatment of the patient, because only then leads to better provision of health services and ultimately to more effective treatment.

KEYWORDS: addictions, co-morbidity, psychotic assistance, major depressive disorder, bipolar disorder, buprenorphine, holistic approach, prevention, treatment

Εισαγωγή

Ως **συννοσηρότητα ή διπλή διάγνωση**, ορίζεται η συνύπαρξη στο ίδιο άτομο μιας διαταραχής οφειλόμενης στη χρήση ψυχοδραστικής ουσίας και μιας άλλης ψυχιατρικής διαταραχής (Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας-ΠΟΥ 1995)

Σε ασθενείς με εξάρτηση από ναρκωτικές ουσίες συνήθως υποεκτιμάται η ψυχιατρική συμπτωματολογία, με αποτέλεσμα όλες τις εκδηλώσεις να αποδίδονται στη χρήση ουσιών. Τα οξέα ψυχιατρικά σύνδρομα ενός ασθενούς που επιζητεί θεραπεία απεξάρτησης ερμηνεύονται συχνά ως συμπτώματα που οφείλονται στη χρήση ουσιών, ή τα φαινόμενα στέρησης ή τοξίκωσης ερμηνεύονται ως ψυχιατρικές νόσοι.

Επίσης πολλοί «προβληματικοί» χρήστες πάσχουν από ψυχικές διαταραχές, οι οποίες δεν έχουν διαγνωσθεί και συνεπώς αντιμετωπισθεί, με αποτέλεσμα, οι εν λόγω ασθενείς που εισάγονται για θεραπεία, συχνά πηγαινοέρχονται ανάμεσα τις υπηρεσίες αντιμετώπισης των ουσιοεξαρτήσεων και στις ψυχιατρικές υπηρεσίες, χωρίς να γίνεται σωστή εκτίμηση ή θεραπεία. Λόγω της εξειδικευμένης κατάρτισης που έχει λάβει το θεραπευτικό προσωπικό συχνά δεν είναι εκπαιδευμένο και για την ολιστική αντιμετώπιση των ασθενών που εμφανίζουν συννοσηρότητα.

Η διαχείριση της συννοσηρότητας, όμως, οφείλει να αποτελεί αντικείμενο ολιστικής αντιμετώπισης, γιατί μόνο τότε οδηγεί σε καλύτερη παροχή υπηρεσιών υγείας και τελικά σε αποτελεσματικότερη θεραπεία.

Στόχος της παρούσας εργασίας, που στην πραγματικότητα αποτελεί μια πρωτογενή περιγραφική μελέτη, είναι να αναδείξει το φαινόμενο της συννοσηρότητας και την αναγκαιότητα να συνυπολογίζεται για τη θεραπεία χρηστών. Τα δεδομένα συνελέγησαν από πληθυσμό οκτακοσίων πενήντα τριών (853) ασθενών που προσήλθαν για θεραπεία στον ΟΚΑΝΑ, από την αρχή της έναρξης λειτουργίας της ΜΥΑΠ Αθήνας, το 2016, έως τον Φεβρουάριο του 2019 και έλαβαν ως θεραπεία υποκατάστασης βουπρενορφίνη.

Οι ειδικότεροι στόχοι της μελέτης διαμορφώνονται ως εξής:

- Υπολογισμός ασθενών που εισάγονται στον ΟΚΑΝΑ πάσχοντες από Ψυχωτική Συνδρομή

- Υπολογισμός ασθενών που εισάγονται στον ΟΚΑΝΑ πάσχοντες από Διπολική Διαταραχή
- Υπολογισμός ασθενών που εισάγονται στον ΟΚΑΝΑ πάσχοντες από Μείζονα Καταθλιπτική Συνδρομή
- Υπολογισμός ασθενών που εισάγονται στον ΟΚΑΝΑ πάσχοντες από άλλα Ψυχιατρικά νοσήματα

Η εργασία θα ακολουθήσει την παρακάτω δομή: Στο 1^ο Κεφάλαιο θα αποσαφηνιστεί η ορολογία που θα αξιοποιηθεί στο πλαίσιο της παρούσας εργασίας. Στο 2^ο Κεφάλαιο θα γίνει συγκεκριμένη αναφορά στη μέθοδο συλλογής και επεξεργασίας των δεδομένων, τα οποία προέκυψαν από την έρευνά μας. Στο 3^ο Κεφάλαιο θα παρουσιαστούν και θα συζητηθούν αναλυτικά τα δεδομένα μας. Στο 4^ο Κεφάλαιο θα συνοψιστούν τα συμπεράσματα και οι προτάσεις μας, αναφορικά με τους στόχους που τέθηκαν στο πλαίσιο της εργασίας.

1^ο Κεφάλαιο: Θεωρητικό Υπόβαθρο - Αποσαφήνιση Ορολογίας

«Όταν βλέπουμε χρήστες ναρκωτικών, τείνουμε να αποδίδουμε τα προβλήματά τους στη χρήση ναρκωτικών. Ωστόσο, τις περισσότερες φορές, οι χρήστες ναρκωτικών παρουσιάζουν διαταραχές στην ψυχική υγεία τους, τις οποίες συχνά δεν είμαστε σε θέση να εντοπίσουμε. Στο πλαίσιο της θεραπείας των χρηστών ναρκωτικών πρέπει να λαμβάνεται υπόψη η συννοσηρότητα».

(Από την ετήσια έκθεση 2004: Η κατάσταση του προβλήματος των ναρκωτικών στην Ευρωπαϊκή Ένωση και τη Νορβηγία)

Στο παρόν κεφάλαιο αφενός θα παρουσιαστεί το φαινόμενο της συννοσηρότητας και αφετέρου θα αποσαφηνιστούν οι όροι Ψυχωτική Συνδρομή, Διπολική Διαταραχή και Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή, προκειμένου να γίνει αντιληπτή η σύνδεση των ψυχικών νόσων με τις εξαρτησιογόνες ουσίες και ως εκ τούτου ο επιπολασμός της συννοσηρότητας.

1.1. Συννοσηρότητα

Ως **συννοσηρότητα** θα μπορούσε εύκολα να εννοηθεί η συνύπαρξη περισσότερων του ενός κλινικών συνδρόμων στο ίδιο άτομο. Ωστόσο, η ετυμολογική ανάλυση του όρου, όπως εύστοχα διαπιστώνει ο Υφαντής (2003) επεκτείνει την έννοια της συνύπαρξης, αφού ως συνύπαρξη κλινικών συνδρόμων θα μπορούσαν να νοηθούν:

- α) δυο νόσοι στον ίδιο ασθενή,
- β) δύο καταστάσεις που έχουν μεταξύ τους κάποια αιτιολογική συνάφεια με παθοφυσιολογική βάση (όπως στην περίπτωση της επίδρασης του Stress στην λειτουργία των διαφόρων συστημάτων),
- γ) καταστάσεις που έχουν μεταξύ τους κάποια αιτιολογική σχέση σε επίπεδο αλληλεπίδρασης (όπως όταν μιλάμε για τις ψυχολογικές και ψυχιατρικές συνέπειες που έχει μια σωματική νόσος),
- δ) καταστάσεις που επηρεάζουν άμεσα ή έμμεσα την πορεία και την πρόγνωση της κάθε νόσου.

Σε ό,τι αφορά τις εξαρτήσεις ως **συννοσηρότητα** ή **διπλή διάγνωση** ορίζεται από την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (ΠΟΥ, 1995) η συνύπαρξη στο ίδιο άτομο μιας διαταραχής οφειλόμενης στη χρήση ψυχοδραστικής ουσίας και μιας άλλης ψυχιατρικής διαταραχής.

Σύμφωνα με το Γραφείο των Ηνωμένων Εθνών για τα Ναρκωτικά και το Έγκλημα (UNODC), άτομο με συννοσηρότητα είναι εκείνο «για το οποίο έγινε διάγνωση προβλήματος κατάχρησης αλκοόλ ή ναρκωτικής ουσίας επιπλέον κάποιας άλλης διάγνωσης, συνήθως ψυχιατρικής ασθένειας, π.χ. μανιοκατάθλιψη, σχιζοφρένεια» (UNODCCP, 2000). Με άλλα λόγια, η συννοσηρότητα στο πλαίσιο αυτό αναφέρεται στην πρόσκαιρη συνύπαρξη δύο ή περισσότερων ψυχιατρικών διαταραχών ή διαταραχών της προσωπικότητας, εκ των οποίων η μία είναι η προβληματική χρήση ουσίας.

Για τις ανάγκες της παρούσας μελέτης θα αξιοποιηθεί ως βασικό θεωρητικό υπόβαθρο η βιβλιογραφική ανασκόπηση για την αποσαφήνιση του όρου **συννοσηρότητα**, όσα αναφέρονται στην ετήσια έκθεση του 2004 για την κατάσταση του προβλήματος των ναρκωτικών στην Ευρωπαϊκή Ένωση και τη Νορβηγία. Επίσης, στην έκθεση αυτή αναδεικνύεται η δυσκολία που αντιμετωπίζει η επιστημονική κοινότητα στην προσπάθεια καθορισμού της αιτιολογίας της συννοσηρότητας.

Συγκεκριμένα, διατυπώνεται η θέση ότι η απόπειρα να αναζητηθεί η αιτία της συννοσηρότητας μοιάζει να οδηγεί σε αδιέξοδο, σχετικά με το ποια από τις διαταραχές εμφανίστηκε πρώτη, αφού η διεθνής βιβλιογραφία φαίνεται πως δεν μπορεί να αποφανθεί με βεβαιότητα για το είδος της συνάφειας που υφίσταται ανάμεσα σε ψυχιατρικές διαταραχές και διαταραχές που οφείλονται στη χρήση ουσιών, αφού τα συμπτώματα της ψυχικής διαταραχής και των προβλημάτων που οφείλονται στην ουσιοεξάρτηση αλληλεπιδρούν και αλληλοεπηρεάζονται.

Σημειώνεται μάλιστα ότι από ερευνητικά στοιχεία προκύπτουν μόνον **ενδείξεις** ότι οι ψυχιατρικές διαταραχές και οι διαταραχές της προσωπικότητας προϋπάρχουν συνήθως των διαταραχών που οφείλονται στη χρήση ουσιών, δηλαδή αυξάνουν την επιρρέπεια των ατόμων σε τέτοια προβλήματα (π.χ. Kessler κ.ά., 2001· Bakken κ.ά., 2003)· ωστόσο, οι ψυχιατρικές διαταραχές ενδέχεται επίσης να επιδεινωθούν λόγω της χρήσης ναρκωτικών (π.χ. για την κατάθλιψη: McIntosh και Ritson, 2001) ή να εκδηλωθούν παράλληλα.

Στην ίδια έκθεση υπογραμμίζεται, επίσης, ότι η χρήση ναρκωτικών μπορεί να εκληφθεί ως στοιχείο ή σύμπτωμα μιας ψυχιατρικής διαταραχής ή μιας διαταραχής της

προσωπικότητας, καθώς και ως προσπάθεια αυτοθεραπείας (π.χ. Williams κ.ά., 1990· Murray κ.ά., 2003). Το γεγονός ότι η χρήση της ουσίας μετριάξει τα ενοχλητικά συμπτώματα ενθαρρύνει την ανάπτυξη της ουσιοεξάρτησης. Όταν σταματήσει η χρήση της ουσίας, π.χ. με την αποτοξίνωση ή τη θεραπεία υποκατάστασης, τα συμπτώματα ενδέχεται να επανεμφανιστούν.

Ο Krausz (1996) προτείνει τέσσερις κατηγορίες διπλής διάγνωσης:

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

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

Ο Morel (1999) διακρίνει τις μη ειδικές ψυχιατρικές διαταραχές που παρατηρούνται σε χρήστες ναρκωτικών από τις επιπλοκές που συνδέονται ειδικά με τη χρήση ναρκωτικών. Στις διαταραχές που παρατηρούνται συχνά σε χρήστες ναρκωτικών περιλαμβάνονται οι εξής:

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

Το «σύστημα ανταμοιβής» είναι καθοριστικό στην ανάπτυξη της ουσιοεξάρτησης, η οποία συνδέεται με δομικές αλλαγές και προσαρμογή του εγκεφάλου σε μικροεπίπεδο και μακροεπίπεδο (Nestler, 2001). Η έκθεση καταλήγει στο συμπέρασμα ότι υπάρχει έντονη σχέση μεταξύ της προβληματικής χρήσης ναρκωτικών, ιδίως οπιούχων και βενζοδιαζεπινών, και των υψηλών ποσοστών κατάθλιψης.

Μελέτη που διενεργήθηκε στη Νορβηγία (n=2.359) διαπίστωσε ότι υψηλό ποσοστό των χρηστών ναρκωτικών αντιμετώπισε σοβαρά οικογενειακά προβλήματα κατά τη διάρκεια της παιδικής και νεανικής του ηλικίας. Συγκεκριμένα, 70% είχε αντιμετωπίσει μαθησιακά και συμπεριφορικά προβλήματα στο σχολείο, 38% υπήρξε θύμα εκφοβισμού και 21% είχε υποβληθεί σε ψυχιατρική θεραπεία κατά την παιδική ηλικία και την εφηβεία (Lauritzen κ.ά., 1997). Οι γυναίκες χρήστες ναρκωτικών που εμφάνιζαν ψυχιατρική συννοσηρότητα υπήρξαν συχνά θύματα τραυματικής σεξουαλικής κακοποίησης (π.χ. Beutel, 1999).

Όπως εύστοχα αναφέρουν οι Szman, Parro-Torres, Didia-Attas & El-Guebaly (2019), η κατανόηση της συννοσηρότητας συνεπάγεται την αναγνώριση ότι ένας εθισμός είναι μια ψυχική ασθένεια και συνεπώς μια νόσος του εγκεφάλου. Υπάρχουν κοινές περιοχές του εγκεφάλου που εμπλέκονται σε εθισμούς και άλλες ψυχικές ασθένειες. Η παρατήρηση αυτή θα μπορούσε να εξηγήσει την υψηλή συννοσηρότητα μεταξύ της χρήσης ναρκωτικών και άλλων ψυχιατρικών διαταραχών. Παράγοντες που αυξάνουν την ευαισθησία για την ανάπτυξη εθισμού περιλαμβάνουν το οικογενειακό ιστορικό, την έγκαιρη έναρξη χρήσης ουσιών, κοινωνικά αγχωτικά περιβάλλοντα.

Επιπροσθέτως, όπως αναφέρεται στην παραπάνω έρευνα, διαπιστώθηκε ότι η διάγνωση διανοητικής πάθησης, οποιασδήποτε ψυχικής ασθένειας συνδέεται με υψηλότερο επιπολασμό της μετάβασης από τη χρήση ουσιών στη διαταραχή της χρήσης ουσιών. Οι κοινωνικές επιρροές είναι κρίσιμοι παράγοντες που προωθούν τον πειραματισμό ή την έναρξη, οι οποίοι, σε συνδυασμό όμως με την ατομική ευπάθεια, μπορούν να οδηγήσουν σε ανάπτυξη διαταραχής της χρήσης ουσιών. Ιστορικά, υπήρξε τεχνητός διαχωρισμός μεταξύ υπηρεσιών που αντιμετωπίζουν διαταραχές εθισμού και υπηρεσιών που θεραπεύουν άλλες ψυχικές ασθένειες. Το νέο πρότυπο του εθισμού, το οποίο υποδηλώνει ότι η συννοσηρότητα είναι νόσος του εγκεφάλου, υπογραμμίζει την ανάγκη επανεξέτασης αυτού του μοντέλου.

Το ζήτημα των εξαρτησιογόνων ουσιών στην Ελλάδα αρχικά δεν αντιμετωπίστηκε ως κοινωνικό ζήτημα που χρήζει κεντρικού κρατικού συντονισμού, αλλά μάλλον περιορίστηκε στην καταστολή των αποτελεσμάτων του, όπως άλλες αξιόποινες πράξεις του ποινικού κώδικα.

Αυτή η στάση, όμως, όπως εύστοχα παρατηρεί η Μαλλιώρη (2002), δεν οδηγούσε στη δημιουργία μιας ολιστικής αντίληψης απέναντι στις εξαρτήσεις. Η αντιμετώπισή τους αφορούσε περισσότερο τις αστυνομικές αρχές παρά την επιστημονική κοινότητα. Οι επιδημιολογικές έρευνες ήταν μηδαμινές, μεγάλη σημασία δινόταν στην καταστολή

των χρηστών, μέσω αστυνομικών μέτρων, σε μια προσπάθεια αποφυγής εμπλοκής τους με τον υγιή πληθυσμό.

Η πρόληψη ως μέτρο αντιμετώπισης των εξαρτησιογόνων ουσιών ενεργοποιήθηκε μόλις στις αρχές τις δεκαετίες του 1980. Τότε, έλαβαν χώρα οι πρώτες οργανωμένες προσπάθειες, που ήταν αφενός πιλοτικά προγράμματα πρόληψης από την Ψυχιατρική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών στο χώρο του σχολείου και στην τοπική κοινωνία, βασισμένα σε αντίστοιχα προγράμματα άλλων χωρών της Ευρώπης και αφετέρου πρωτοβουλίες από διάφορους φορείς και συλλόγους που αποσκοπούσαν στην ενημέρωση δίνοντας έμφαση στους κινδύνους από την χρήση των ναρκωτικών, κυρίως λόγω του μεγάλου αριθμού των χρηστών νεαρής ηλικίας.

Η δημιουργία φορέων, όπως ο ΟΚΑΝΑ το 1995, δημιούργησε τις προϋποθέσεις για μια -αν μη τι άλλο- διαφορετική αντιμετώπιση του προβλήματος των ατόμων που κάνουν χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών, η οποία σε μεγάλο βαθμό εστιάζει όχι στα αποτελέσματα, αλλά στην αναζήτηση των αιτιών που οδηγούν ένα άτομο στην τοξικοεξάρτηση και κατά συνέπεια στην πρόληψη της χρήσης ναρκωτικών.

Συγκεκριμένα, επικεντρώνεται κυρίως στις αιτίες του προβλήματος, επιδιώκοντας την προαγωγή της γενικότερης ψυχοκοινωνικής υγείας των νέων (ενίσχυση της αυτοεκτίμησης, μείωση του συναισθήματος μοναξιάς, ανάπτυξη δεξιοτήτων επικοινωνίας, αντιστάσεων σε αρνητικές επιρροές, ικανότητας λήψης υπεύθυνων αποφάσεων για τον τρόπο ζωής) μέσω μιας αμιγούς εκπαιδευτικής διαδικασίας βασισμένης σε σύγχρονες μεθόδους ενεργητικής μάθησης.

Στην προσέγγιση αυτή στηρίχθηκε και η πρώτη συστηματική προσπάθεια εφαρμογής προγραμμάτων πρόληψης στη χώρα, από τον ΟΚΑΝΑ, με το σχεδιασμό ενός προγράμματος ανάπτυξης Κέντρων Πρόληψης (Κ.Π.) ανά την Ελλάδα. Με το Νόμο 3966, ΦΕΚ Α, τ. 118/24-5-2012, Άρθρο 58, τα Κέντρα Πρόληψης αποκτούν ένα νομοθετημένο θεσμικό πλαίσιο λειτουργίας και μετονομάζονται σε "Κέντρα Πρόληψης των Εξαρτήσεων και Προαγωγής της Ψυχοκοινωνικής Υγείας".

Εστιάζοντας, λοιπόν στην πρόληψη και λαμβάνοντας υπόψη: α) το γεγονός ότι η Πολιτεία αναγνωρίζει την αναγκαιότητα της προαγωγής της ψυχοκοινωνικής υγείας των πολιτών, ως τρόπο πρόληψης της χρήσης ναρκωτικών και β) την πολυπρισματική προσέγγιση που επιδέχεται ο όρος ψυχοκοινωνική υγεία, η παρούσα διπλωματική εργασία αποσκοπεί στην ανάδειξη του φαινομένου της συννοσηρότητας, μέσα από μια εμπειρική μελέτη επεξεργασίας δεδομένων χρηστών που εισήχθησαν στην ΜΥΑΠ

(Μονάδα Άμεσης Πρόσβασης), από την ίδρυσή της το 2016 έως και τους πρώτους μήνες του 2019.

Προκειμένου να αναδειχθεί η σημασία της αναγνώρισης και αντιμετώπισης της συννοσηρότητας στο χώρο των εξαρτησιογόνων ουσιών, παρακάτω θα παρουσιαστεί η Μονάδα Υποκατάστασης άμεσης Πρόσβασης-ΜΥΑΠ από την οποία αντλήθηκαν οι ασθενείς που αξιοποιήθηκαν στην παρούσα μελέτη.

Αυτό καθίσταται ακόμα πιο αναγκαίο, εάν λάβουμε υπόψη ότι, όπως αναφέρεται χαρακτηριστικά ως αντικείμενο στον οικείο ιστοχώρο του OKANA (www.okana.gr) αντικείμενο της ΜΥΑΠ είναι **η ανάπτυξη δράσεων μείωσης της βλάβης με στόχο την ταχύτερη και ορθολογικότερη είσοδο των χρηστών οπιοειδών στα Προγράμματα Υποκατάστασης του OKANA στην Αττική.**

Η Μονάδα Υποκατάστασης Άμεσης Πρόσβασης (ΜΥΑΠ) ξεκίνησε τη λειτουργία της στην Αθήνα τον Ιούνιο 2016, ως Ειδική Μονάδα Εφαρμογών της Διεύθυνσης Εφαρμογής Προγραμμάτων του OKANA, η οποία συνθέτει τις υπηρεσίες Υποδοχής, Ενημέρωσης & Προσανατολισμού με τις υπηρεσίες Φαρμακευτικής Υποκατάστασης με **βουπρενορφίνη**, η οποία διαθέτει αντικαταθλιπτικές, αντι-δυσφορικές και αντιψυχωσικές ιδιότητες σε μικρές ομάδες ψυχιατρικών ασθενών. Σύμφωνα με τους Maremmani, Pacini και Pani (2006), μπορεί να αποδειχθεί ότι είναι το οπιοειδές επιλογής σε άτομα που επηρεάζονται από εθισμό χαμηλότερης σοβαρότητας σε συνδυασμό με δυσθυμικές διαταραχές, διαταραχές άγχους και διαταραχές προσωπικότητας.

Οι υπηρεσίες που παρέχονται στην Μονάδα είναι:

1. Υπηρεσίες Υποδοχής, Ενημέρωσης και Προσανατολισμού, στο πλαίσιο των οποίων προβλέπεται:

- η ιδιαίτερη εξέταση κάθε ατομικής περίπτωσης ασθενούς και η πρώτη διάγνωση της ιδιαίτερης κατάστασης του από ψυχιατρικής, ψυχολογικής, κοινωνικής και οικογενειακής πλευράς καθώς και η αξιολόγηση του κινήτρου για θεραπεία και η διάγνωση του τύπου της θεραπείας που ενδείκνυται και προτείνεται να ακολουθηθεί.

- Η διασύνδεση με τη Μονάδα Άμεσης Βοήθειας και Υποστήριξης και με το Σταθμό Φροντίδας Εξαρτημένων ατόμων και άλλες ειδικές μονάδες του OKANA για την προσφορά των εξειδικευμένων τους υπηρεσιών στους ασθενείς, όταν αυτό κρίνεται αναγκαίο.

- Η συλλογή των στοιχείων των ατόμων που ενδιαφέρονται να συμμετάσχουν σε θεραπευτικά προγράμματα και η τήρηση σειράς προτεραιότητας με βάση συγκεκριμένα κριτήρια.

- Η ένταξη των ασθενών στο πρόγραμμα υποκατάστασης της Μονάδας Άμεσης Πρόσβασης, τηρώντας τη σειρά προτεραιότητας.

- Η μετακίνηση των σταθεροποιημένων ασθενών, βάσει επιθυμίας και κριτηρίων διαμονής, στις Μονάδες Ολοκληρωμένης Θεραπείας του νομού Αττικής.

- Η συλλογή στατιστικών στοιχείων για την προσέλευση και τα χαρακτηριστικά των ενδιαφερομένων, σύμφωνα με τους όρους και περιορισμούς που θέτουν οι ισχύουσες διατάξεις περί προστασίας προσωπικών δεδομένων.

- Η τήρηση του ΑΠ 10413/22.09.2008 Πλαισίου Λειτουργίας του Κέντρου Υποδοχής Ενημέρωσης και Προσανατολισμού

2. Η προσφορά Υπηρεσιών Φαρμακευτικής Υποκατάστασης με βουπρενορφίνη και ειδικότερα:

- Η εισαγωγή και έναρξη θεραπείας υποκατάστασης με βουπρενορφίνη με στόχο την ελαχιστοποίηση των κινδύνων από τη χρήση, τόσο για το χρήστη ουσιών, όσο και για το κοινωνικό σύνολο, σύμφωνα με τις διατάξεις της Υ5γ/Γ.Π.οικ. 100847/14.10.2002 Απόφασης Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, όπως αυτή ισχύει και το Πλαίσιο Λειτουργίας των Θεραπευτικών Μονάδων του ΟΚΑΝΑ

- Η συνέχεια της θεραπείας με καθημερινή (Δευτέρα έως Παρασκευή) επιτηρούμενη χορήγηση βουπρενορφίνης χωρίς δόσεις για το σπίτι και για όσο διάστημα κριθεί αναγκαίο.

- Η παροχή αρωγής προς τον ασθενή προκειμένου να καλύψει τις άμεσες ανάγκες του (σίτισης, στέγασης, καθαριότητας, αποτοξίνωσης κλπ), μέσω υπηρεσιών Συμβουλευτικής και παραπομπών.

- Η ομαλή μετακίνηση των σταθεροποιημένων ασθενών, βάσει επιθυμίας και κριτηρίων διαμονής, στις Μονάδες Ολοκληρωμένης Θεραπείας του νομού Αττικής για να συνεχίσουν εκεί τη θεραπεία τους σύμφωνα με το Πλαίσιο Λειτουργίας των Θεραπευτικών Μονάδων του ΟΚΑΝΑ

Το πεδίο δράσης των υπηρεσιών αφορά σε άτομα εξαρτημένα από ψυχοδραστικές ουσίες με κύρια ουσία χρήσης τα οπιοειδή, τα οποία δεν είναι ήδη ενταγμένα σε άλλα προγράμματα θεραπείας του ΟΚΑΝΑ, έχουν συμπληρώσει το 20ο έτος της ηλικίας τους και πληρούν τις προϋποθέσεις συμμετοχής στο Πρόγραμμα Υποκατάστασης,

όπως ακριβώς ορίζονται από την Υπουργική απόφαση Αριθμ.Υ5γ/Γ.Π.οικ.100847/14/10/2002 και την ΑΠ 2437/12.10.2015 Εγκύκλιο του ΟΚΑΝΑ.

1.2. Ψυχωτική Συνδρομή

Η ψύχωση είναι ένας γενικός όρος και σημαίνει ότι ένα άτομο βιώνει πράγματα που κανείς άλλος δεν αντιλαμβάνεται και έχει πεποιθήσεις που δεν βασίζονται στην πραγματικότητα. Η ψύχωση σχετίζεται με διαταραχές του φάσματος της σχιζοφρένειας, και, παρά το γεγονός ότι υπάρχουν και άλλα συμπτώματα, ένα από τα καθοριστικά κριτήρια για τη σχιζοφρένεια είναι η παρουσία της ψύχωσης.

Οι ψυχωτικές διαταραχές είναι ψυχιατρικές διαταραχές που ως κοινό γνώρισμα έχουν τη δυσλειτουργία της σκέψης ή/και των αισθητηριακών/αντιληπτικών βιωμάτων σε κάποιο στάδιο της πορείας τους.

Οι βασικές κατηγορίες κλινικών εκδηλώσεων που εμφανίζουν οι άνθρωποι που πάσχουν από ψυχωτική διαταραχή είναι α) οι παραληρητικές ιδέες, β) οι ψευδαισθήσεις, γ) η αποδιοργάνωση του λόγου, δ) η αποδιοργάνωση της συμπεριφοράς ή η ψυχοκινητική αναστολή και ε) τα αρνητικά συμπτώματα (πχ. έλλειψη συναισθηματικής έκφρασης, έλλειψη βούλησης, έλλειψη ενδιαφερόντων και δραστηριοτήτων, κοινωνική απόσυρση). Οι βασικές ψυχωτικές διαταραχές είναι α) η σχιζοφρένεια, β) η βραχεία ψυχωτική διαταραχή, γ) η σχιζοφρενικόμορφη διαταραχή, δ) η σχιζοσυναισθηματική διαταραχή και ε) η παραληρητική διαταραχή.

Ένας αριθμός φαρμάκων έχει συνδεθεί με την ανάπτυξη σχιζοφρένειας όπως η κάνναβη, η κοκαΐνη και οι αμφεταμίνες.[16][27] Οι μισοί περίπου ασθενείς με σχιζοφρένεια κάνουν υπερβολική χρήση ναρκωτικών ή και αλκοόλ. Η κάνναβη μπορεί να αποτελεί αιτία της ασθένειας, ενώ άλλα ναρκωτικά μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως μηχανισμοί αντιμετώπισης της κατάθλιψης, του άγχους, της ανίας, και της μοναξιάς.

Η κάνναβη σχετίζεται με δόσοεξαρτώμενη αύξηση του κινδύνου ανάπτυξης ψυχωτικής διαταραχής. Η συχνή χρήση σχετίζεται με διπλάσιο κίνδυνο ψύχωσης και σχιζοφρένειας, ωστόσο αυτή η αιτία τίθεται υπό αμφισβήτηση. Οι αμφεταμίνες, η κοκαΐνη και σε λιγότερο βαθμό το αλκοόλ μπορούν να οδηγήσουν σε ψύχωση, η οποία παρουσιάζει αρκετές ομοιότητες με τη σχιζοφρένεια. Παρόλο που δεν είναι αποδεκτό

ως αίτιο της σχιζοφρένειας τα άτομα που πάσχουν από αυτή παρατηρείται ότι χρησιμοποιούν σε πολύ μεγαλύτερο βαθμό νικοτίνη από ότι ο γενικός πληθυσμός.[28]

Πολλοί ψυχολογικοί μηχανισμοί εμπλέκονται στην ανάπτυξη και τη συντήρηση της σχιζοφρένειας. Γνωστικά ελλείματα προσδιορίστηκαν σε εκείνους που έχουν διαγνωστεί και σε εκείνους που είναι σε κίνδυνο, ειδικότερα όταν βρίσκονται υπό πίεση ή σε καταστάσεις σύγχυσης.[29] Ορισμένα γνωστικά χαρακτηριστικά αντανακλούν γενικές ελλείψεις όπως η απώλεια μνήμης, ενώ άλλα σχετίζονται με συγκεκριμένα θέματα και εμπειρίες.[30][31]

Παρά την αποδεδειγμένη εμφάνιση του «αμβλέος συναισθήματος», πρόσφατα ευρήματα έδειξαν ότι όσοι έχουν διαγνωστεί με σχιζοφρένεια ανταποκρίνονται συναισθηματικά ειδικότερα σε αγχώδη ή αρνητικά ερεθίσματα και ότι αυτή η ευαισθησία τους κάνει ευάλωτους στη διαταραχή.[32][33] Στοιχεία δείχνουν ότι το περιεχόμενο των παραισθήσεων και των ψυχωτικών εμπειριών αντανακλούν τα συναισθηματικά αίτια της διαταραχής και ότι το πώς ένα άτομο ερμηνεύει αυτές τις εμπειρίες μπορεί να επηρεάσει τη συμπτωματολογία.[34][35][36] Οι «συμπεριφορές ασφάλειας» για την αποφυγή φανταστικών απειλών συμβάλλουν στη χρονιότητα των παραισθήσεων.[37] Περισσότερα στοιχεία για το ρόλο των ψυχολογικών μηχανισμών προέρχονται από τις επιδράσεις της ψυχοθεραπείας στα συμπτώματα της σχιζοφρένειας.[38]

1.3. Διπολική Διαταραχή

Η Διπολική Διαταραχή, γνωστή και ως μανιοκατάθλιψη, είναι μια χρόνια ψυχική νόσος της διάθεσης, η οποία χαρακτηρίζεται από εναλλασσόμενα επεισόδια μανιακής και καταθλιπτικής συμπτωματολογίας. Παρά το γεγονός ότι ανάμεσα στα επεισόδια μεσολαβεί μια περίοδος νορμοθυμίας, η διαταραχή επιβαρύνει σημαντικά τους πάσχοντες και τον στενό τους κοινωνικό περίγυρο, καθώς προκαλεί δυσφορικά συναισθήματα και έκπτωση της λειτουργικότητας σε διάφορους τομείς της καθημερινής ζωής. Διαγνωστικά, στο DSM-IV, η διαταραχή εντάσσονταν στην κατηγορία διαταραχών διάθεσης, ενώ στο DSM-5 αποτελεί ξεχωριστή διαγνωστική οντότητα, η οποία ανήκει στο φάσμα Σχιζοφρένεια-Διπολικές Διαταραχές-Καταθλιπικές Διαταραχές. Η σαφής αιτιολογία της διπολικής διαταραχής δεν είναι γνωστή. Ωστόσο, θεωρείται ότι έχει κατά κύριο λόγο βιολογική βάση και για αυτό οι

περισσότερες ερευνητικές προσπάθειες έχουν εστιάσει την προσοχή τους στην ανίχνευση των αλλαγών που συντελούνται στον εγκέφαλο. Μελέτες MRI δείχνουν δομικές αλλαγές στον εγκέφαλο διπολικών ασθενών, κυρίως στην περιοχή του προμετωπιαίου φλοιού.

Η Διαταραχή της Διάθεσης Προκαλούμενη από Ουσίες διακρίνεται από την πρωτοπαθή Διαταραχή της Διάθεσης με βάση το ότι κάποια ουσία θεωρείται υπεύθυνη για τα συμπτώματα. Για να γίνει αυτή η αιτιολογική συσχέτιση πρέπει να ληφθούν υπόψη η έναρξη, η πορεία, το ιστορικό, η σωματική εξέταση και τα εργαστηριακά ευρήματα.

Ουσίες κατάχρησης που μπορούν να προκαλέσουν αυτή την διαταραχή κατά την Τοξίκωση είναι: αλκοόλ, αμφεταμίνες, κοκαΐνη, ψευδαισθησιογόνα, εισπνεόμενες ουσίες, οπιοειδή, καταπραϋντικά.

Ουσίες κατάχρησης που μπορούν να προκαλέσουν αυτή την διαταραχή κατά την διάρκεια του Στερητικού Συνδρόμου είναι: αλκοόλ, καταπραϋντικά και άλλες ή άγνωστες ουσίες.

Φάρμακα που μπορούν να προκαλέσουν την διαταραχή αυτή είναι: αναισθητικά, αναλγητικά, αντιχολινεργικά, αντιεπιληπτικά, αντιυπερτασικά, αντιπαρκινσονικά, αντισυλληπτικά, φάρμακα για το έλκος ή την καρδιά, ψυχοτρόπα, ρεσερπίνη, κορτικοστεροειδή και αναβολικά στεροειδή έχουν μεγάλη πιθανότητα να προκαλέσουν κατάθλιψη.

1.4. Μείζων Καταθλιπτική Συνδρομή

Η κατάθλιψη ως νοσολογική οντότητα είναι γνωστή από την αρχαιότητα, όταν ο Ιπποκράτης, αναφέροντας τους όρους **μελαγχολία** και **μανία** απέδιδε την κατάθλιψη σε βιολογικές μεταβολές. Ο όρος μανία αντιστοιχούσε στις λειτουργικές ψυχώσεις, ενώ ο όρος μελαγχολία στις χρόνιες ψυχικές διαταραχές και όχι στη νοσολογική έννοια της κατάθλιψης, όπως έχει διαμορφωθεί έως σήμερα. Η ονομασία «Κατάθλιψη» δόθηκε για πρώτη φορά το 1660 μ.Χ., ενώ η ευρεία χρήση του όρου «Κατάθλιψη» επικράτησε τον 19ο αιώνα μ.Χ. (Χριστοδούλου, 2005).

Ο όρος κατάθλιψη χρησιμοποιείται πολύ συχνά στην καθημερινότητα όμως πίσω από αυτήν την έννοια υπάρχουν συγκεκριμένα και οριοθετημένα κριτήρια τα οποία ένα άτομο χρειάζεται να πληροί ώστε να διαγνωστεί ότι πάσχει από κατάθλιψη. Σήμερα, η κατάθλιψη αποτελεί την πιο διαδεδομένη, συχνά εμφανιζόμενη ψυχική διαταραχή. Η

καταθλιπτική διάθεση, η έλλειψη του ενδιαφέροντος, η κόπωση, η αϋπνία, τα αισθήματα αναξιοσύνης ή ενοχής, η ψυχοκινητική διέγερση ή επιβράδυνση, ο αυτοκτονικός ιδεασμός, η αδυναμία συγκέντρωσης συνιστούν ορισμένα από τα συμπτώματα που εμφανίζει ένα άτομο όταν αναφέρεται ότι έχει κατάθλιψη (Μάνος 1998).

Η κατάθλιψη ανήκει σε μία κατηγορία διαταραχών που ονομάζονται διαταραχές της διάθεσης ή συναισθηματικές διαταραχές. Σε αυτές υπάρχει διατάραξη του συναισθηματικού στοιχείου του ατόμου καθώς και της αντίληψής του για τον κόσμο γενικότερα. Στις καταθλιπτικές διαταραχές το άτομο παρουσιάζει μια διαφορετική συμπεριφορά από την αναμενόμενη, μια παθολογική διάθεση. Το άτομο που νοσεί μπορεί να επηρεαστεί σε όλες τις πτυχές της συμπεριφοράς του.

Ωστόσο ο ορισμός της κατάθλιψης είναι μία περίπλοκη υπόθεση. Πολλές φορές οι ειδικοί διαφωνούν για τη φύση της κατάθλιψης, όπως και για το αν πρόκειται για ένα βιολογικό ή ψυχολογικό φαινόμενο. Σίγουρα πάντως η κατάθλιψη αποτελεί ένα παγκόσμιο φαινόμενο της ανθρώπινης φύσης από παροδική θλίψη ως βαριά κατάθλιψη. (Κλεφτάρας, 1998).

Η κατάθλιψη είναι μία διαταραχή που επηρεάζει τη διάθεση, τις σκέψεις και συνήθως συνοδεύεται από σωματικές ενοχλήσεις. Επηρεάζει τις διατροφικές συνήθειες του ατόμου, τον ύπνο του, τον τρόπο που βλέπει τον εαυτό του και τον τρόπο με τον οποίο σκέφτεται και αντιλαμβάνεται. Η κατάθλιψη δεν είναι το ίδιο με το φυσιολογικό, καταθλιπτικό συναίσθημα που περνά γρήγορα και έχει μικρότερη ένταση. Στην κατάθλιψη το καταθλιπτικό συναίσθημα έχει μεγάλη ένταση, διαρκεί περισσότερο και οδηγεί σε έκπτωση της λειτουργικότητας του ατόμου σε πολλούς τομείς της ζωής του.

Το διαγνωστικό και στατιστικό εγχειρίδιο ψυχικών διαταραχών, της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρίας (DSM- IV) που δημοσιεύθηκε το 1994, διαχωρίζει τις συναισθηματικές διαταραχές κυρίως στις παρακάτω κατηγορίες:1-6

- Μείζων καταθλιπτική διαταραχή (μοναδικό επεισόδιο ή υποτροπιάζουσα)
- Καταθλιπτικό επεισόδιο διπολικής διαταραχής της διάθεσης (Διπολική διαταραχή τύπου I)
- Δυσθυμική διαταραχή (που χαρακτηρίζεται από συμπτώματα μικρότερης βαρύτητας από τα επεισόδια της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής)
- Κυκλοθυμική διαταραχή (που χαρακτηρίζεται από συμπτώματα μικρότερης βαρύτητας από αυτά της διπολικής διαταραχής τύπου I)

- Διπολική διαταραχή τύπου II (που χαρακτηρίζεται από εναλλαγή μείζονων καταθλιπτικών επεισοδίων με επεισόδια υπομανίας)

- Μη προσδιορισμένη διαφορετικά «άτυπη» καταθλιπτική διαταραχή π.χ. Ελάσσων καταθλιπτική διαταραχή, υποτροπιάζουσα βραχεία καταθλιπτική διαταραχή, μεταψυχωτική καταθλιπτική διαταραχή στη σχιζοφρένεια, μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο επικαθήμενο σε ψυχωτικές διαταραχές, προεμμηνορρυσιακή δυσφορική διαταραχή

- Καταθλιπτική διαταραχή λόγω σωματικής νόσου
- **Καταθλιπτική διαταραχή προκαλούμενη από χρήση ουσιών**
- Διαταραχή προσαρμογής με καταθλιπτική διάθεση.

Η αιτιοπαθογένεια της κατάθλιψης δεν έχει πλήρως κατανοηθεί. Αρχικά, θεωρήθηκε ως αντίδραση σε τραυματικά γεγονότα της ζωής. Όμως κατά τις τελευταίες δεκαετίες, η αλματώδης ανάπτυξης της ψυχοφαρμακολογίας, της νευρογενετικής και των άλλων νευροεπιστημών έφερε στο προσκήνιο άλλους βιολογικούς – εγκεφαλικούς μηχανισμούς που ευθύνονται για την εκδήλωσή της.

Σήμερα, πιστεύεται, ότι η κατάθλιψη αποτελεί πολυπαραγοντική νόσο, που οφείλεται στην αλληλεπίδραση γενετικών, βιολογικών και ψυχοκοινωνικών παραγόντων που συμβάλλουν σε διαφορετικό βαθμό στην εκδήλωσή της. Η κατάθλιψη χαρακτηρίζεται ως «νόσος του εγκεφάλου», ανεξαρτήτως πιθανής συμμετοχής άλλων ποικίλων παραγόντων στην αιτιοπαθογένειά της.

Αναλυτικότερα, η εγκεφαλική λειτουργία σχετίζεται με διαταραχές νευρομεταβιβαστικών συστημάτων (ιδιαίτερος μείωση της σεροτονινεργικής και της νοραδρενεργικής δραστηριότητας) και υπερδραστηριότητα ορισμένων νευρικών ομάδων (του αμυγδαλοειδούς πυρήνος και άλλων περιοχών του μεταιχμιακού συστήματος, του προμετωπιαίου φλοιού και του θαλάμου).

Η ακριβής φύση της διαταραχής της νευρομεταβιβαστικής λειτουργίας δεν είναι γνωστή, θεωρείται όμως ότι στην κατάθλιψη παρατηρείται αύξηση του αριθμού και της λειτουργικής ετοιμότητας των υποδοχέων σεροτονίνης και νοραδρεναλίνης, που οδηγεί σε ελάττωση της διαθεσιμότητας αυτών των νευρομεταβιβαστών. Επίσης, κεντρικό ρόλο στην αιτιοπαθογένεια της κατάθλιψης παίζει η διαταραχή των αυτό- και ετερορρυθμιστικών ομοιοστατικών μηχανισμών της νευρομεταβιβαστικής λειτουργίας.

Όσον αφορά τις περιοχές του εγκεφάλου που σχετίζονται με την κατάθλιψη, θεωρείται ότι υπάρχει ενεργοποίηση του μεταχιακού συστήματος (κυρίως του αμυγδαλοειδούς πυρήνα), του προμετωπιαίου φλοιού, του ραβδωτού σώματος και του θαλάμου. Πιστεύεται ότι, η ενεργοποίηση του αμυγδαλοειδούς πυρήνα σχετίζεται πρωταρχικά με την εμφάνιση της νόσου.

Αναλυτικότερα, ο αμυγδαλοειδής πυρήνας (ή αμυγδαλή) συμμετέχει στην πολύπλοκη εσωτερική διαδικασία παραγωγής των συναισθημάτων όπως η ευχαρίστηση, ο πόνος, η ανταμοιβή και η τιμωρία. Ενεργοποιείται τόσο σε συνειδητά, όσο και σε ασυνείδητα συναισθήματα και μέσω των συνδέσεων της με τον υποθάλαμο και το νευρικό σύστημα εκφράζει τις διάφορες ψυχολογικές καταστάσεις. Η βιολογική/εγκεφαλική συνιστώσα της κατάθλιψης επίσης εκδηλώνεται μέσω της σχέσης της με διαταραχές ορισμένων ενδοκρινών λειτουργιών, κυρίως με την ενεργοποίηση του υποθάλαμο-υποφυσιακού άξονα.

Η συμμετοχή της κληρονομικότητας στην εκδήλωση της κατάθλιψης είναι πάρα πολύ σημαντική. Ωστόσο, παρά τη βέβαιη συμμετοχή γενετικών παραγόντων στην αιτιοπαθογένεια της κατάθλιψης, παρατηρείται αδυναμία ταυτοποίησης γονιδιακής βλάβης, η οποία αποδίδεται στην ετερογένεια της κατάθλιψης. Από τους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες, το πένθος, η μετανάστευση, η ανεργία και η εμφάνιση σοβαρής σωματικής νόσου πολλές φορές προηγούνται της πρώτης εκδήλωσης της κατάθλιψης. Η νόσος αργότερα “αυτονομείται” και δεν χρειάζεται πλέον η παρουσία ψυχοπιεστικών γεγονότων για την εμφάνιση υποτροπών.

Με άλλα λόγια, φαίνεται ότι με την πάροδο του χρόνου ο εγκέφαλος ευαισθητοποιείται όλο και περισσότερο με αποτέλεσμα να εμφανίζονται επεισόδια χωρίς την ύπαρξη ερεθισμάτων. Η πρόωμη απώλεια ενός γονέα ή η ύπαρξη ιστορικού κακής γονεϊκής συμπεριφοράς κατά την παιδική ηλικία του ατόμου, η κοινωνική απομόνωση, το χαμηλό μορφωτικό, κοινωνικό και οικονομικό επίπεδο, οι κακές συζυγικές σχέσεις και η χηρεία σχετίζονται με την εμφάνιση κατάθλιψης. Η ύπαρξη ορισμένων “δυσλειτουργικών” χαρακτηριστικών της προσωπικότητας επίσης προδιαθέτει σε εμφάνιση κατάθλιψης.

Οι βιολογικοί παράγοντες, που ευθύνονται για την εκδήλωση της κατάθλιψης αφορούν μη ψυχιατρικές παθήσεις που σχετίζονται με το Κεντρικό Νευρικό Σύστημα και επηρεάζουν τη λειτουργία των περιοχών του εγκεφάλου που ρυθμίζουν το συναίσθημα, όπως για παράδειγμα η σκλήρυνση κατά πλάκας, κ.ά. Επίσης, για την εκδήλωση της κατάθλιψης είναι δυνατόν να ευθύνονται ενδοκρινολογικές παθήσεις

όπως ο υποθυρεοειδισμός, λοιμώξεις που δρουν στο κεντρικό νευρικό σύστημα, λοιμώδη μονοπυρήνωση και η λήψη διαφόρων φαρμάκων, όπως τα στεροειδή, τα αντιπαρκινσονικά και η ρεσερπίνη.

Τέλος, μια άλλη παράμετρος που σχετίζεται με την εκδήλωση της κατάθλιψης είναι η ευαλωτότητα του νευρικού κυττάρου ως προς το χρόνιο άγχος. Το μοντέλο προδιάθεσης άγχους επιχειρεί να συνδέσει τη γονιδιακή με την περιβαλλοντική επίδραση στην ανάπτυξη αυτής της διαταραχής. **Η μείζων καταθλιπτική διαταραχή χαρακτηρίζεται από ένα ή περισσότερα καταθλιπτικά επεισόδια, τα οποία κυμαίνονται ως προς τη βαρύτητα από ήπια έως σοβαρά και προκαλούν διαφορετική λειτουργική έκπτωση.**

2^ο Κεφάλαιο: Μεθοδολογία και Συλλογή Δεδομένων

Στο κεφάλαιο αυτό θα παρουσιαστεί ο τρόπος με τον οποίο συνελέγησαν, ταξινομήθηκαν και αναλύθηκαν τα δεδομένα της παρούσας περιγραφικής μελέτης. Συγκεκριμένα, τα δεδομένα που αξιοποιήθηκαν στην παρούσα μελέτη προέρχονται από στοιχεία οκτακοσίων πενήντα τριών (853) ασθενών, οι οποίοι επισκέφθηκαν τη ΜΥΑΠ Αθήνας από τις αρχές του 2016, οπότε και λειτούργησε η μονάδα για πρώτη φορά, μέχρι και τον Φεβρουάριο του 2019.

Οι ασθενείς αυτοί είναι κατά βάση πολυτοξικομανείς (παράλληλη χρήση ηρωίνης με βενζοδιαζεπίνες, αμφεταμίνες, κοκαΐνη και κάνναβη), άνδρες και γυναίκες. Να σημειωθεί ότι δεν αναζητήθηκε σταθμισμένο δείγμα (π.χ. ίσος αριθμός ανδρών και γυναικών ή συμπαγείς ηλικιακές ομάδες ή συγκεκριμένη γεωγραφική προέλευση), διότι ο στόχος της παρούσας μελέτης ήταν να αποτυπώσει την εμφάνιση των περιστατικών συννοσηρότητας, όπως αυτή διαγνώσθηκε στους ασθενείς από την έναρξη λειτουργίας της ΜΥΑΠ, συγκριτικά με το γενικό σύνολο των ασθενών που επισκέφθηκαν τη μονάδα.

Τα δεδομένα αντλήθηκαν από τα παραπεμπτικά, τα οποία συνόδευαν τους ασθενείς από τον ΟΚΑΝΑ για την ένταξή τους στη ΜΥΑΠ. Από τα δελτία αυτά αξιοποιήθηκαν αυστηρά μόνο τα δεδομένα που αφορούσαν: α) το φύλο του/ της ασθενούς, β) την ύπαρξη ή μη συννοσηρότητας και γ) το είδος της ψυχικής νόσου με την οποία είχε διαγνωστεί ο ασθενής (αν το β ήταν θετικό). Στον υπό διερεύνηση πληθυσμό αναζητήθηκαν οι χρήστες εκείνοι για τους οποίους ήταν καταγεγραμμένη στο παραπεμπτικό διάγνωση συννοσηρότητας χρήσης εξαρτησιογόνου ουσίας με κάποιο ψυχικό νόσημα..

Ως μέθοδος αξιοποιήθηκε αφενός η ποσοτική ανάλυση των δεδομένων, αναφορικά με τον αριθμό των εισαγομένων ασθενών στη ΜΥΑΠ, την ποσόστωση της συννοσηρότητας ανά νόσο και ανά έτος και τη διαφοροποίηση στα δεδομένα ανδρών και γυναικών. Αφετέρου έγινε ποιοτική ανάλυση, βάσει του αντικειμένου της ΜΥΑΠ, αλλά και των πορισμάτων της διεθνούς βιβλιογραφίας, αναφορικά με την ανάγκη συνυπολογισμού της συννοσηρότητας για την πρόληψη και αντιμετώπιση της χρήσης των εξαρτησιογόνων ουσιών.

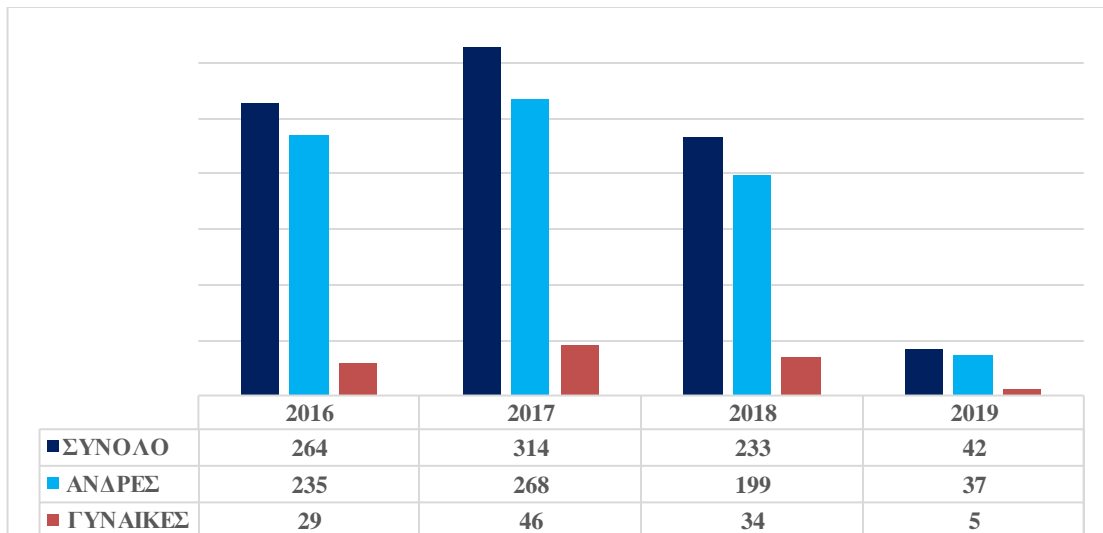
Η συλλογή των δεδομένων διενεργήθηκε σύμφωνα με όσα προβλέπονται σχετικά με την προστασία των προσωπικών δεδομένων κανονισμό (ΕΕ) 2016/679 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου, της 27ης Απριλίου 2016, για την προστασία των φυσικών προσώπων έναντι της επεξεργασίας των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα και για την ελεύθερη κυκλοφορία των δεδομένων αυτών και την κατάργηση της οδηγίας 95/46/ΕΚ (Γενικός Κανονισμός για την Προστασία Δεδομένων) (Επίσημη Εφημερίδα της Ευρωπαϊκής Ένωσης L 119 της 4ης Μαΐου 2016).

Αρχικά, ανά έτος καταχωρίστηκε καθένας από τους 853 ασθενείς, που συμπεριελήφθησαν στην παρούσα μελέτη. Σε κάθε ασθενή δόθηκε ένας τυχαίος κωδικός, ενώ δίπλα σημειώθηκε το φύλο του, η ύπαρξη διάγνωσης συννοσηρότητας και η ψυχική νόσος, με την οποία είχε διαγνωσθεί ο/ η ασθενής - στην περίπτωση που υπήρχε διπλή διάγνωση, όπως φαίνεται στον Πίνακα 1.

ΚΩΔΙΚΟΣ	ΦΥΛΟ	ΣΥΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ	ΨΥΧΙΚΗ ΝΟΣΟΣ
ΑΚ	Α	ΌΧΙ	
ΠΘ	Α	ΌΧΙ	
ΦΧ	Α	ΝΑΙ	ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗ ΣΥΝΔΡΟΜΗ
ΑΝ	Α	ΌΧΙ	
ΜΑ	Α	ΌΧΙ	
ΜΠ	Α	ΌΧΙ	
ΜΑ	Α	ΌΧΙ	
ΣΙ	Α	ΌΧΙ	
ΜΗ	Α	ΌΧΙ	
ΚΤ	Α	ΌΧΙ	
ΠΠ	Α	ΌΧΙ	
ΝΓ	Α	ΌΧΙ	
ΚΑ	Α	ΌΧΙ	
ΜΛ	Α	ΝΑΙ	ΔΙΠΟΛΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ
ΦΧ	Α	ΌΧΙ	

Πίνακας 1: Καταχώριση δεδομένων

Στο Διάγραμμα 1 παρουσιάζεται η κατανομή του αριθμού των 853 ασθενών, που αξιοποιήθηκαν στη μελέτη ανά έτος και ανά φύλο.



Διάγραμμα 1: Κατανομή των 853 ασθενών ανά έτος και φύλο

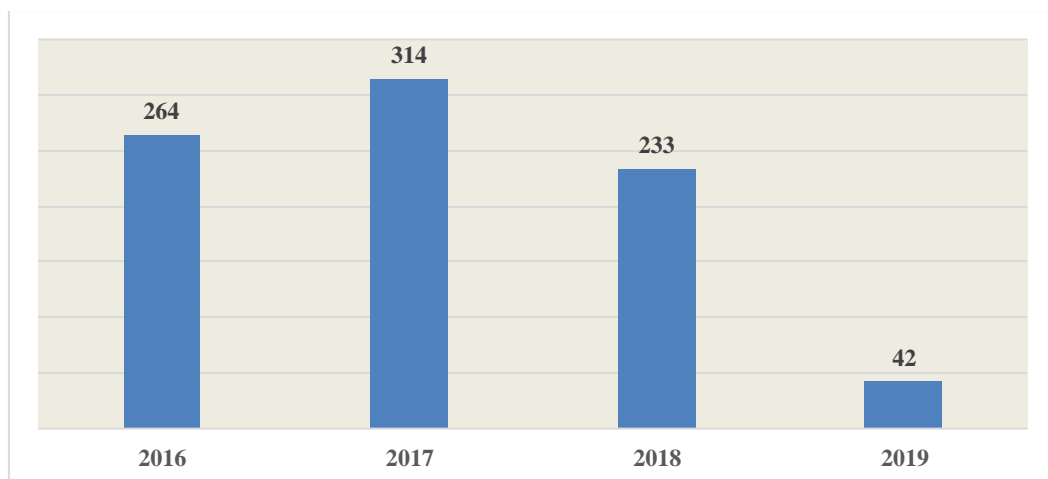
Η επεξεργασία των δεδομένων έγινε μέσω στατιστικής ανάλυσης με τη χρήση του λογισμικού Microsoft Excel, για τον υπολογισμό του πλήθους των ασθενών ανά έτος, τα περιστατικά συννοσηρότητας και την ποσόστωσή τους και του λογισμικού SPSS για τον υπολογισμό των δεικτών συνάφειας r του Pearson, στη συσχέτιση του φύλου με τα περιστατικά συννοσηρότητας.

3^ο Κεφάλαιο: Παρουσίαση και Ανάλυση Δεδομένων

Στο παρόν κεφάλαιο θα παρουσιαστούν και θα αναλυθούν τα δεδομένα που συνελέγησαν στο πλαίσιο της παρούσας μελέτης, αναφορικά με τον κύριο ερευνητικό στόχο που έχουμε θέσει, την ανάδειξη δηλαδή της συννοσηρότητας στη χρήση των ναρκωτικών.

3.1. Οι συμμετέχοντες ασθενείς

Στα Διαγράμματα 2 και 3 παρατίθεται η κατανομή του αριθμού των 853 ασθενών της ΜΥΑΠ Αθήνας, που αξιοποιήθηκαν στη μελέτη, ανά έτος και ανά φύλο αντίστοιχα.

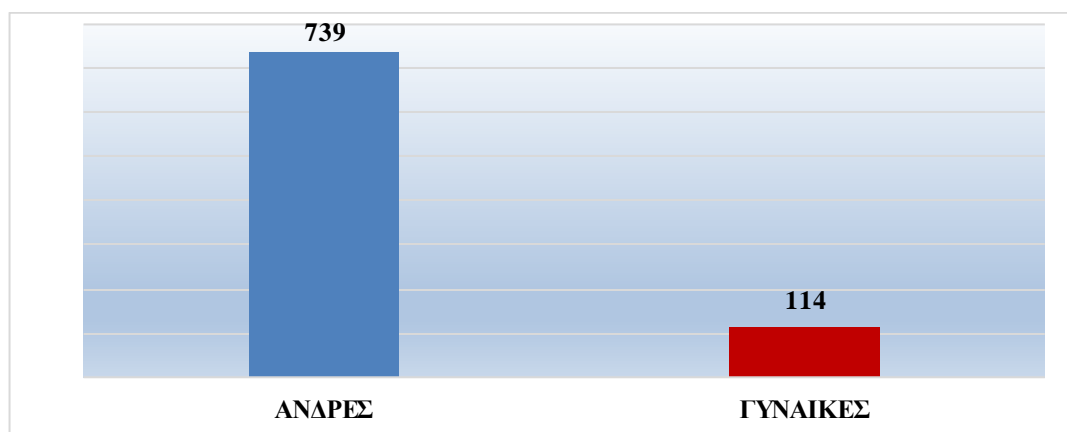


Διάγραμμα 2: Κατανομή των 853 ασθενών ανά έτος

Παρατηρούμε ότι μεταξύ των ετών 2016 και 2017 σημειώνεται αύξηση της εισροής ασθενών στη ΜΥΑΠ κατά 50 ασθενείς, ενώ το έτος 2018 υπάρχει μείωση εισροής όχι μόνο αναφορικά με το έτος 2017 (μείωση κατά 81 ασθενείς), αλλά και αναφορικά με το έτος 2016 (έναρξη λειτουργίας της ΜΥΑΠ) κατά 31 ασθενείς. Η εισροή του έτους

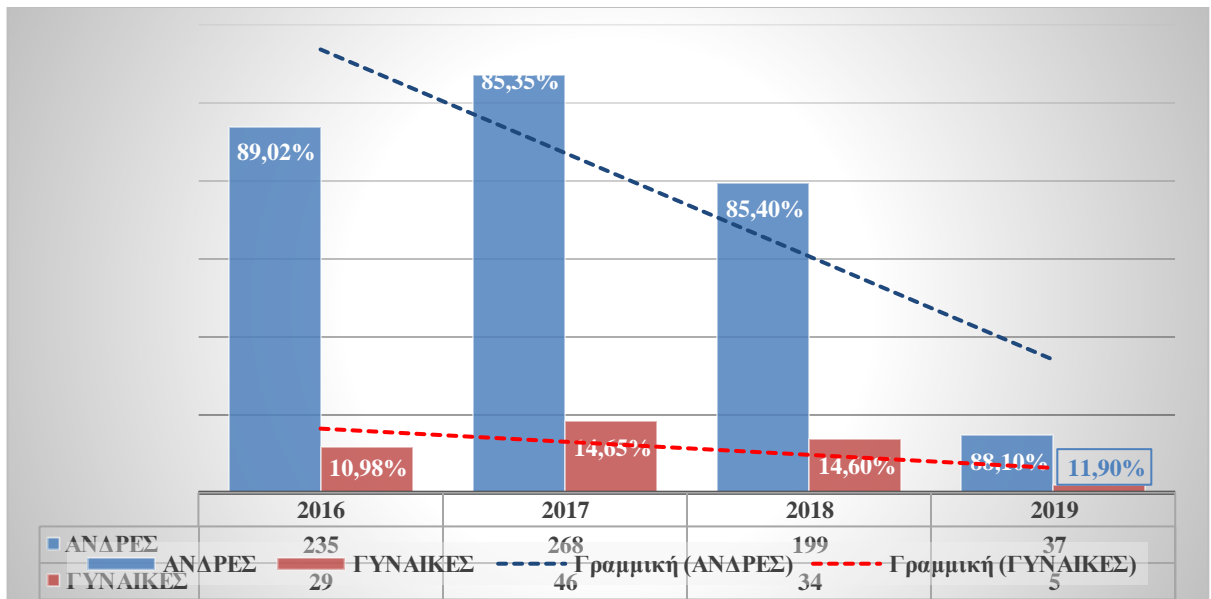
2019 δεν μπορεί να αξιολογηθεί, καθώς δεν υπάρχουν ακόμα ολοκληρωμένα στοιχεία για το έτος αυτό.

Από τους ασθενείς το 86,63% ($n= 739$) ήταν άνδρες και το 13,36% ($n= 114$) γυναίκες.



Διάγραμμα 3: Κατανομή των 853 ασθενών ανά φύλο

Ο αριθμός αυτός ήταν κατανεμημένος ανά έτος ως εξής: Με την έναρξη λειτουργίας της ΜΥΑΠ Αθήνας το 2016 εισήχθησαν 264 ασθενείς εκ των οποίων το 89,02% ($n= 235$) ήταν άνδρες και το 10,98% ($n= 29$) γυναίκες. Η εισροή αυτή το έτος 2017 αυξήθηκε και μάλιστα παρατηρήθηκε αύξηση της εισροής των γυναικών (14,65%, $n= 46$ έναντι 85,35%, $n= 268$ των ανδρών), συγκριτικά με το προηγούμενο έτος. Μάλιστα, η αύξηση του αριθμού των γυναικών για το έτος 2017, όπως έδειξε η ανάλυση των δεικτών συνάφειας r του Pearson, είναι στατιστικά σημαντική ($P. \text{Correll} = -,630, p= ,05$). Η συσχέτιση είναι αρνητική επειδή στα έτη μετά το 2017 ο αριθμός των ασθενών μειώνεται. Συγκεκριμένα το 2018 εισήχθησαν 233 ασθενείς εκ των οποίων το 85,40% ($n= 199$) ήταν άνδρες και το 14,60% ($n= 34$) γυναίκες. Στο Διάγραμμα 4 αποτυπώνεται αναλυτικά η εισροή ασθενών στη ΜΥΑΠ, όπου επισημαίνονται οι αλλαγές εισροής ασθενών στα έτη.

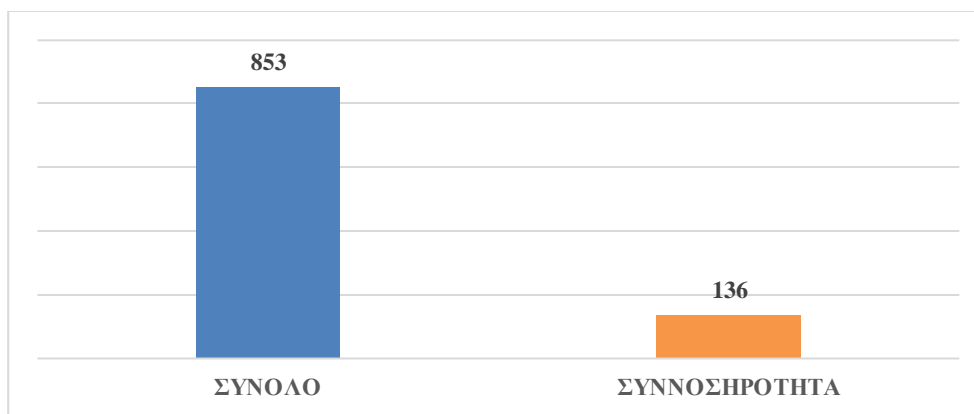


Διάγραμμα 4: Ετήσια κατανομή των 853 ασθενών ανά φύλο, με γραμμική αναπαράσταση της εισροής στη ΜΥΑΠ Αθήνας

3.2. Ασθενείς με συννοσηρότητα

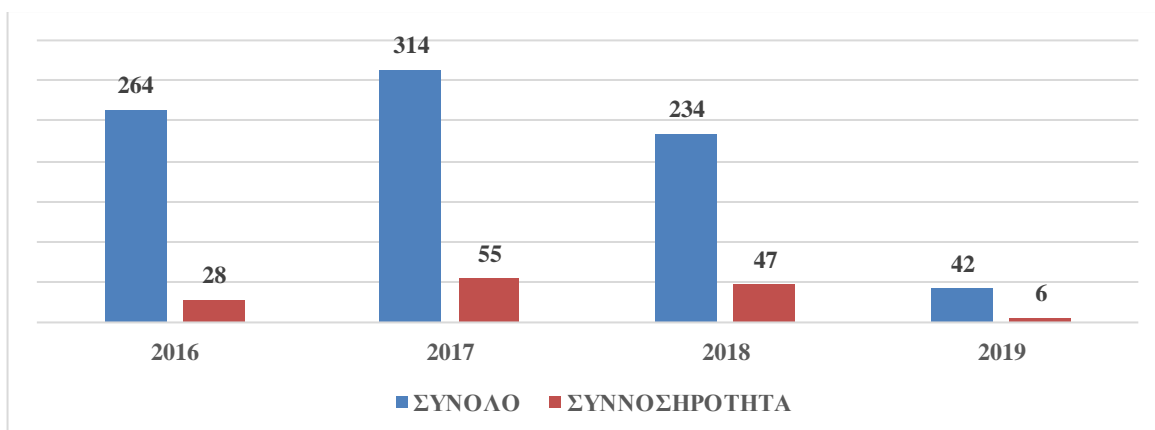
Στη συνέχεια, ακολουθώντας τον βασικό στόχο της παρούσας μελέτης που είναι η ανάδειξη της σημαντικότητας της συννοσηρότητας στην πρόληψη και τη θεραπεία της χρήσης ναρκωτικών, παρουσιάζεται ο αριθμός των ασθενών που έχουν διαγνωσθεί με συννοσηρότητα συνολικά στο δείγμα των 853 ασθενών που συμπεριελήφθησαν στην έρευνα και η κατανομή των ασθενών με διπλή διάγνωση ανά έτος.

Να σημειώσουμε ότι η παρουσίαση θα γίνει συνολικά για τους ασθενείς και όχι ανά φύλο, αφού είδαμε ότι ο αριθμός των γυναικών που εισήχθη στη ΜΥΑΠ Αθήνας, παρά την αύξηση από την αρχή της ίδρυσης της μονάδας παραμένει σημαντικά χαμηλότερος, οπότε δεν προσφέρεται για ασφαλή συμπεράσματα. Να σημειώσουμε, όμως, ότι θα είχε μεγάλο ενδιαφέρον μια επιδημιολογική μελέτη σε μεγάλο αριθμό ασθενών, όπου θα συγκρίνονταν τα περιστατικά της συννοσηρότητας με κριτήριο τον νευροβιολογικό παράγοντα του φύλου και τη συνακόλουθη συσχέτισή του με κοινωνικούς προσδιορισμούς στη χρήση ναρκωτικών.

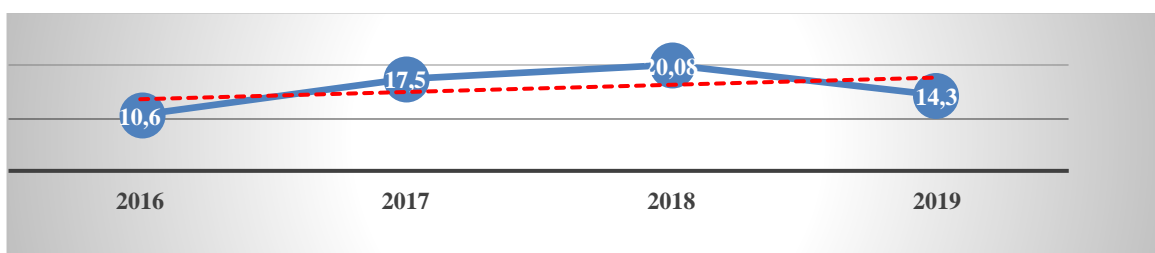


Διάγραμμα 5: Ασθενείς που έχουν διαγνωσθεί με συννοσηρότητα επί του γενικού συνόλου

Όπως παρατηρούμε στο Διάγραμμα 6, οι ασθενείς που έχουν διαγνωσθεί με συννοσηρότητα αποτελούν το 15,94% ($n= 136$) του συνολικού αριθμού ασθενών ($n= 853$). Η κατανομή τους ανά έτος αποτυπώνεται στο Διάγραμμα 6, ενώ στο Διάγραμμα 7 παρουσιάζεται η ποσοστιαία πορεία της εισροής των υπό μελέτη ασθενών.



Διάγραμμα 6: Ασθενείς με συννοσηρότητα ανά έτος συγκριτικά με το γενικό σύνολο των ασθενών που εισήχθησαν στη ΜΥΑΠ Αθήνας



Διάγραμμα 7: Ποσόστωση ασθενών με συννοσηρότητα ανά έτος με γραμμή πρόβλεψης τάσης

Παρατηρούμε ότι τα ποσοστά των ατόμων με συννοσηρότητα ακολουθούν μια σημαντική ανοδική πορεία, η οποία δεν φαίνεται να επηρεάζεται από τον γενικό αριθμό των ασθενών ανά έτος, αλλά σύμφωνα με τη γραμμή πρόβλεψης ακολουθεί ανοδική πορεία. **Η ετήσια αύξηση των περιστατικών συννοσηρότητας μετά από την ανάλυση των δεικτών συνάφειας r του Pearson, αποδεικνύεται στατιστικά σημαντική ($P. \text{Corell} = ,970, p = ,030$). Η συσχέτιση, μάλιστα είναι θετική που σημαίνει ότι ανεξάρτητα από το πόσα άτομα εισήχθησαν ανά έτος στη ΜΥΑΠ Αθήνας τα περιστατικά συννοσηρότητας αυξάνονται σταθερά με στατιστική σημαντικότητα.**

3.3. Συννοσηρότητα και ψυχικές διαταραχές

Εξειδικεύοντας όσα είδαμε στην προηγούμενη υποενότητα, στην παρούσα υποενότητα θα παρουσιάσουμε αναλυτικά τις ψυχικές διαταραχές, με τις οποίες διαγνώστηκαν οι ασθενείς με συννοσηρότητα της ΜΥΑΠ Αθήνας για τα έτη 2016 – 2019.

Συγκεκριμένα, θα παρακολουθήσουμε την κατανομή των παρακάτω ψυχικών διαταραχών: α) Ψυχωσική συνδρομή, β) Μείζων Καταθλιπτική διαταραχή και γ) Διπολική διαταραχή. Να σημειώσουμε, ωστόσο, ότι καταγράφησαν και περιστατικά συννοσηρότητας με άλλες ψυχικές διαταραχές, όπως, για παράδειγμα οι κρίσεις πανικού ή η παρορμητική συμπεριφορά σε συνδυασμό με το Σύνδρομο Turette, επειδή όμως τα περιστατικά αυτά ήταν μεμονωμένα, συμπεριελήφθησαν στην ανάλυσή μας στην ίδια ομάδα με τον τίτλο ΛΟΙΠΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ.

Επίσης, να σημειωθεί ότι τα δεδομένα μας συνάδουν με ανάλογες μελέτες για τη συννοσηρότητα που έχουν διενεργηθεί σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες, όπου επίσης οι παραπάνω ψυχικές διαταραχές είναι οι πιο συχνά εμφανιζόμενες στα περιστατικά συννοσηρότητας, όπως βλέπουμε στο Διάγραμμα 8 Από το Δελτίο του Ευρωπαϊκού Κέντρου Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας (2004).



Διάγραμμα 8: Μερική επικάλυψη των τριών κύριων διαγνωστικών συνδρόμων σε ασθενείς που εμφανίζουν συννοσηρότητα η οποία σχετίζεται με τη χρήση ναρκωτικών (Από το Δελτίο του Ευρωπαϊκού Κέντρου Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας, 3η έκδοση 2004)

Όπως αναφέρεται στο Δελτίο του Ευρωπαϊκού Κέντρου Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας, στην Ευρώπη, στα δείγματα κλινικής επικράτησης των εξαρτημένων από ναρκωτικά ασθενών, οι διαταραχές της προσωπικότητας (50-90 %) αποτελούν τη μορφή συννοσηρότητας με τη μεγαλύτερη επικράτηση, και ακολουθούν οι συναισθηματικές διαταραχές (20-60 %) και οι ψυχωτικές διαταραχές (15-20 %).

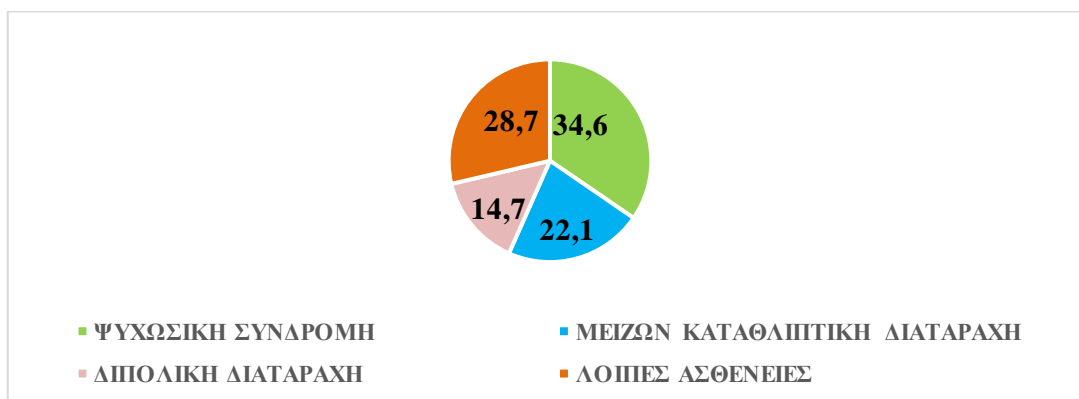
Οι διαταραχές που σχετίζονται με αντικοινωνική προσωπικότητα παρατηρούνται σε ποσοστό 25 % σε αντιπροσωπευτικά κλινικά δείγματα. Οι πρόσφατες έρευνες αναφέρουν ότι η ψυχοπαθολογία συνήθως προηγείται της χρήσης ναρκωτικών. Η πρόγνωση των ψυχιατρικών προβλημάτων επιδεινώνεται στις περιπτώσεις πρώιμης έναρξης χρήσης ναρκωτικών και μακροχρόνιας συνεχούς χρήσης ναρκωτικών.

Υπάρχει αλληλεπίδραση μεταξύ των προαναφερθέντων συνδρόμων και μερική επικάλυψη, γεγονός που σημαίνει ότι το ίδιο πρόσωπο, πέραν των διαταραχών που συνδέονται με τα ναρκωτικά, μπορεί να πάσχει από μία ή περισσότερες από αυτές τις διαταραχές. Τα ευρωπαϊκά δεδομένα που είναι διαθέσιμα παρουσιάζουν μια ετερόκλητη εικόνα. Σύμφωνα με διάφορες κλινικές μελέτες, το 14-96 % των περιπτώσεων παρουσιάζει διαταραχές της προσωπικότητας, με κυρίαρχες μορφές τις αντικοινωνικές και τις οριακές διαταραχές, η κατάθλιψη αφορά το 5-72 % των περιπτώσεων και οι αγχώδεις διαταραχές το 4-32 % των περιπτώσεων.

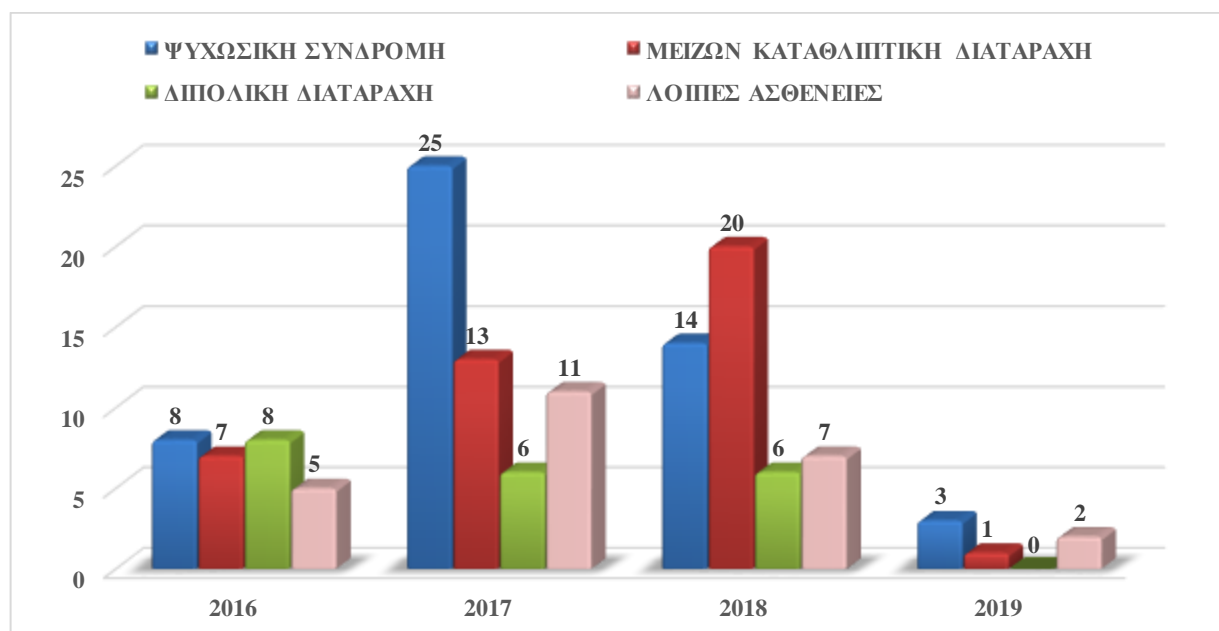
Οι μεγάλες διακυμάνσεις, οι οποίες οφείλονται πιθανώς στη διαφορετική εστίαση της διαγνωστικής αξιολόγησης και στο είδος του επιλεγέντος δείγματος, υπογραμμίζουν την έλλειψη συγκρίσιμων δεδομένων μεταξύ των κρατών μελών της ΕΕ. Οι διακυμάνσεις ως προς το διαγνωστικό επίκεντρο καταδεικνύουν την ανάγκη για

πιο διαρθρωμένες μελέτες με καλά καθορισμένα χαρακτηριστικά δειγμάτων και μέσα αξιολόγησης σε ολόκληρη την ΕΕ.

Στο Διάγραμμα 9 αποτυπώνεται η ποσόστωση των προαναφερθεισών ψυχικών διαταραχών συννοσηρότητας συνολικά για τους ασθενείς που εισήχθησαν στη ΜΥΑΠ Αθήνας την περίοδο 2016 – 2019, ενώ στο Διάγραμμα 10 παρουσιάζεται η κατανομή τους ανά έτος.



Διάγραμμα 9: Ποσόστωση του συνολικού αριθμού ασθενών με συννοσηρότητα ανά ψυχική διαταραχή



Διάγραμμα 10: Κατανομή ψυχικών διαταραχών συννοσηρότητας ανά έτος (αναγράφεται ο αριθμός των ασθενών ανά μπάρα ασθένειας)

Παρατηρούμε ότι και στα δεδομένα της μελέτης μας αποτυπώνεται μια εικόνα για την ποσόστωση των ψυχικών νόσων που εμφανίζουν συννοσηρότητα με τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών, ανάλογη με αυτήν των ευρωπαϊκών δεδομένων που παρουσιάσαμε παραπάνω στο Διάγραμμα 8. Πολύ υψηλή συχνότητα εμφάνισης έχει η ψυχωσική συνδρομή (ποσοστό 34,6% επί του συνόλου των ατόμων που εμφανίζουν συννοσηρότητα), ενώ ακολουθεί η μείζων καταθλιπτική διαταραχή (ποσοστό 22,1% επί του συνόλου των ατόμων που εμφανίζουν συννοσηρότητα). Η διπολική διαταραχή βρίσκεται στην τρίτη θέση (ποσοστό 14,7% επί του συνόλου των ατόμων που εμφανίζουν συννοσηρότητα). Αξιοσημείωτο, όμως, είναι και το ποσοστό των λοιπών ασθενειών (ποσοστό 28,7% επί του συνόλου των ατόμων που εμφανίζουν συννοσηρότητα).

Ενδιαφέρον έχει, επίσης, η αύξηση που παρατηρείται στα περιστατικά της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής κατά το έτος 2018 με παράλληλη μείωση του αριθμού των περιστατικών της ψυχωσικής συνδρομής. Θα ήταν πράγματι πολύ χρήσιμη μια πιο ενδελεχής μελέτη που θα συσχέτιζε σε μεγαλύτερο δείγμα ασθενών το είδος της ψυχικής νόσου με τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών, προκειμένου να φωτιστούν οι παράγοντες εκείνοι που καθιστούν πιο συχνή την εμφάνιση μιας ψυχικής νόσου έναντι κάποιας άλλης.

Συνοψίζοντας, παρατηρούμε ότι ο αριθμός των ασθενών που εμφανίζουν συννοσηρότητα κάποιας ψυχικής νόσου με τη χρήση ναρκωτικών παρουσιάζει αυξητική τάση και μάλιστα τη στιγμή που η εισροή των ασθενών στη ΜΥΑΠ Αθήνας φαίνεται να έχει καθοδική τάση. Στο κεφάλαιο που ακολουθεί θα συζητήσουμε όσα απορρέουν από τις παραπάνω παρατηρήσεις, αναφορικά με την συννοσηρότητα στις εξαρτήσεις.

4^ο Κεφάλαιο: Συμπεράσματα - Συζήτηση

Στο κεφάλαιο αυτό θα συζητηθούν τα συμπεράσματα που προέκυψαν από την παρούσα περιγραφική μελέτη, η οποία είχε ως στόχο μέσα από την αποτύπωση περιστατικών συννοσηρότητας στη ΜΥΑΠ Αθήνας από το 2016-2019, να αναδειχθεί η αναγκαιότητα συνυπολογισμού της συννοσηρότητας στα προγράμματα πρόληψης και θεραπείας των εξαρτησιογόνων ουσιών.

Δεν θεωρούμε σε καμία περίπτωση ότι η παρούσα μελέτη αποτελεί μια εμπειριστατωμένη επιδημιολογική μελέτη. Ο στόχος μας υπήρξε πολύ πιο απλός: Μέσα από την αποτύπωση περιστατικών συννοσηρότητας, όπως αυτά καταγράφονται σε μια μονάδα υποκατάστασης να διαφανεί και να αποτυπωθεί ο αυξανόμενος αριθμός χρηστών με συννοσηρότητα, ώστε να ληφθεί υπόψη στον σχεδιασμό των μελλοντικών προγραμμάτων.

Εξάλλου, ήδη από τα τέλη του 20^{ου} αιώνα η διεθνής επιστημονική κοινότητα επισημαίνει τα οφέλη από τον συνυπολογισμό της συννοσηρότητας στην πρόληψη και τη θεραπεία των εξαρτήσεων. Ενδεικτικά, παραθέτουμε όσα συνοψίζουν για την αναγκαιότητα αυτή οι Teesson and Proudfoot (2003) στην μονογραφία τους «Responding to comorbid mental disorders and substance use disorders» που εξέδωσε το Εθνικό Κέντρο Ερευνών για τα Ναρκωτικά και το Αλκοόλ του Πανεπιστημίου του New South Wales της Αυστραλίας.

«Η συννοσηρότητα παρουσιάζει σημαντικά προβλήματα θεραπείας, οι τυποποιημένες παρεμβάσεις είναι πολύπλοκες ή αποκλείονται ακόμη και σε άτομα με συναισθηματικές διαταραχές. Από τη μία πλευρά, οι συνυπάρχουσες διαταραχές της χρήσης ουσιών μπορεί να δημιουργήσουν δυσκολίες για θεραπείες οι οποίες καθορίζονται στενά για συγκεκριμένα συμπτώματα ή αυτές οι θεραπείες μπορεί να έχουν αναπτυχθεί σε καθαρές διαγνωστικές ομάδες με συνεπώς άγνωστο όφελος για συγκεκριμένα άτομα. Αντίθετα, το άγχος και η κατάθλιψη μπορεί να περιπλέξουν τη θεραπεία μιας διαταραχής της χρήσης ουσιών. Ωστόσο, οι υπηρεσίες θεραπείας πρέπει να αντιμετωπίσουν δυσανάλογο αριθμό ατόμων με συννοσηρότητα σε περιβάλλον θεραπείας. Το προσωπικό εκπαιδεύεται στο πλαίσιο του ενός κλάδου και σπανίως έχει τις δεξιότητες για να αναγνωρίσει, πόσο μάλλον να ασχοληθεί με πιο σύνθετα συμπτώματα.»

Στα ίδια συμπεράσματα καταλήγει και το Δελτίο του Ευρωπαϊκού Κέντρου Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας (2004). Στην προσπάθεια να αναδείξει τη σημασία της συννοσηρότητας, συνοψίζει τα βασικά θέματα που την συνοδεύουν στα εξής:

1. Οι προβληματικοί χρήστες ναρκωτικών συνήθως πάσχουν περισσότερο από τους άλλους από ψυχικές διαταραχές. Οι ψυχιατρικές ομάδες και οι υπηρεσίες αντιμετώπισης των ουσιοεξαρτήσεων συχνά δεν καταφέρνουν να εντοπίσουν τους ασθενείς που εμφανίζουν συννοσηρότητα.

2. Στο πλαίσιο της θεραπείας της συννοσηρότητας, καμία ψυχοκοινωνική παρέμβαση για τις ουσιοεξαρτήσεις δεν υπερέρχει των υπολοίπων.

3. Οι εισαχθέντες για θεραπεία που εμφανίζουν συννοσηρότητα συχνά πηγαionoέρχονται ανάμεσα στις ψυχιατρικές υπηρεσίες και τις υπηρεσίες αντιμετώπισης των ουσιοεξαρτήσεων, χωρίς να γίνεται σωστή εκτίμηση ή θεραπεία.

4. Το θεραπευτικό προσωπικό συχνά δεν είναι εκπαιδευμένο για την αντιμετώπιση των ασθενών που εμφανίζουν συννοσηρότητα, λόγω της εξειδικευμένης κατάρτισης που έχει λάβει (ιατρική, ψυχολογία, κοινωνική εργασία κ.λπ.).

5. Σήμερα, η θεραπεία της συννοσηρότητας συχνά δεν αποτελεί αντικείμενο αποτελεσματικής οργάνωσης και στερείται διαχείρισης της ποιότητας. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την ανεπαρκή θεραπεία και τη συχνή εναλλαγή προσωπικού.

6. Η θεραπεία των ασθενών που εμφανίζουν συννοσηρότητα αφορά διάφορες υπηρεσίες για μεγάλο χρονικό διάστημα.

Εστιάζοντας στα σημεία 3 – 6 διαπιστώνουμε ότι το μεγαλύτερο ίσως πρόβλημα στην ανίχνευση και την αντιμετώπιση της συννοσηρότητας παγκοσμίως, είναι η έλλειψη προσωπικού που θα διαθέτει εφόδια για μια ολιστική αντιμετώπιση των εξαρτημένων ατόμων που προσέρχονται στη ΜΥΑΠ για θεραπεία. Εξάλλου, όλες οι έρευνες υπογραμμίζουν τον διεπιστημονικό χαρακτήρα του φαινομένου της συννοσηρότητας και τονίζουν ότι η εξειδίκευση του προσωπικού μόνο σε έναν τομέα λειτουργεί ανασταλτικά στην επιτυχή αντιμετώπιση του φαινομένου.

Η στελέχωση των μονάδων απεξάρτησης με ψυχιατρικό προσωπικό, που θα διαθέτει όχι μόνον τυπικά (τίτλους σπουδών), αλλά και ουσιαστικά προσόντα (ενσυναίσθηση, ευθικρισία) αποτελεί σύμφωνα τουλάχιστον με τη διεθνή βιβλιογραφία το πρώτο και σημαντικότερο βήμα για την αντιμετώπιση του φαινομένου. Παράλληλα,

η ενίσχυση της έρευνας, προκειμένου να διενεργούνται επιστημονικά άριστες μελέτες, με δυνατότητα κλινικής τεκμηρίωσης θα προάγει σίγουρα τους στόχους μονάδων, όπως η ΜΥΑΠ, που έχουν ως αντικείμενό τους **την ανάπτυξη δράσεων μείωσης της βλάβης με στόχο την ταχύτερη και ορθολογικότερη είσοδο των χρηστών οπιοειδών στα Προγράμματα Υποκατάστασης του ΟΚΑΝΑ στην Αττική.**

Η συννοσηρότητα συχνά υποτιμάται και η διάγνωσή της δεν γίνεται σωστά. Κρίνουμε σκόπιμο να υπενθυμίσουμε όσα αναφέρει σχετικά το Δελτίο του Ευρωπαϊκού Κέντρου Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας (2004):

*Υπάρχουν δύο κύριες ομάδες χρηστών ναρκωτικών που εμφανίζουν συννοσηρότητα, με διαφορετικό προφίλ η καθεμία. Η πρώτη ομάδα περιλαμβάνει κατά κύριο λόγο άτομα με ψυχιατρικές νόσους ενώ η δεύτερη ομάδα χαρακτηρίζεται από την εξάρτηση από ναρκωτικά. Σήμερα, περίπου το 30-50 % των ψυχιατρικών ασθενών στην Ευρώπη πάσχει από ψυχική νόσο καθώς και από διαταραχές λόγω χρήσης ουσιών, κυρίως αλκοόλ, καταπραϊντικών ή κάνναβης. Το προφίλ των εισαχθέντων σε κέντρα θεραπείας των ουσιοεξαρτήσεων οι οποίοι εμφανίζουν συννοσηρότητα διαφέρει· οι διαγνώσεις που επικρατούν είναι η χρήση ηρωίνης, αμφεταμινών ή κοκαΐνης καθώς και μία ή περισσότερες διαταραχές της προσωπικότητας. Ακολουθούν οι διαγνώσεις κατάθλιψης και άγχους και, σε μικρότερο βαθμό, η διάγνωση ψυχωτικών διαταραχών. **Οι διακρίσεις αυτές έχουν επιπτώσεις στην επιλογή των βέλτιστων θεραπευτικών παρεμβάσεων. Και οι δύο ομάδες συχνά χρειάζονται συνδυασμένες αλλά διαφορετικές φαρμακολογικές και ψυχολογικές παρεμβάσεις, παρατεταμένης διάρκειας.***

Τα πορίσματα που συνήχθησαν από την παρούσα μελέτη, κατέδειξαν με έναν πολύ απλό τρόπο αυτό που έχει εδώ και καιρό επισημάνει η διεθνής βιβλιογραφία: Παρατηρήσαμε πως, παρά τον μη σταθερό αριθμό ασθενών που εισήχθησαν στη ΜΥΑΠ, τα περιστατικά συννοσηρότητας αυξάνονται στατιστικά σημαντικά κάθε έτος. Η εξήγηση είναι απλή: Με τις προβλεπόμενες διατάξεις που αφορούν τη λίστα αναμονής και επομένως τον αριθμό εισαγωγής ασθενών στη ΜΥΑΠ και τον ΟΚΑΝΑ διευκολύνθηκε ο εντοπισμός των περιστατικών συννοσηρότητας, που όπως είδαμε ακολουθεί τις ποσοτώσεις των αντίστοιχων ευρωπαϊκών δελτίων. Δεδομένων μάλιστα των όσων καταθέτει η διεθνής βιβλιογραφία, σχετικά με το φαινόμενο της συννοσηρότητας, τα πορίσματά μας υποδεικνύουν ότι όχι απλώς δεν πρέπει να εξαιρούνται οι ασθενείς με διπλή διάγνωση από τα προγράμματα υποκατάστασης, αλλά τουναντίον να εισάγονται πιο γρήγορα.

Μάλιστα, θεωρούμε ότι μελέτες περίπτωσης και μελέτες με ποιοτική ανάλυση δεδομένων θα αποδειχθούν πολύτιμες, μια και η υπόθεση των εξαρτήσεων είναι σημαντική, γιατί συνιστά κοινωνικό διακύβευμα. Μια ολιστική αντίληψη ενάντια στις εξαρτήσεις, όπως την διατυπώνει η Μαλλιώρη (2002) θα πρέπει σίγουρα να ξεκινά από το αξίωμα ότι η κάθε ανθρώπινη ζωή είναι αξιόσεβαστη. Και για να παραφράσουμε τον Γερμανοεβραίο σατιρικό συγγραφέα Kurt Tucholsky¹, στόχος στο σχεδιασμό της πολιτικής για τις εξαρτήσεις θα πρέπει να είναι η αποφυγή της τραγωδίας του θανάτου έστω κι ενός ανθρώπου και όχι η επανάπαυση από τα αποτελέσματα της στατιστικής που προκύπτει από τους θανάτους εκατομμυρίων ανθρώπων.

¹ Ο θάνατος ενός ανθρώπου είναι τραγωδία. Η εξόντωση εκατομμυρίων είναι στατιστική.

Βιβλιογραφία

Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία

- American Psychiatric Association. Task Force on DSM-IV. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR. American Psychiatric Pub. ISBN 978-0-89042-025-6. p. 299, 2000
- Ananth J, Parameswaran S, Gunatilake S, Burgoyne K, Sidhom T (April 2004). «Neuroleptic malignant syndrome and atypical antipsychotic drugs». *Journal of Clinical Psychiatry* 65 (4): 464–70. doi:10.4088/JCP.v65n0403. PMID 15119907.
- Bakken, K., Landheim, S. and Vaglum, P., «Primary and secondary substance misusers: do they differ in substance-induced and substance-independent mental disorders?», *Alcohol and Alcoholism*, τόμος 37, 2003, σσ. 54–59.
- Becker, T. Kilian, R. «Psychiatric services for people with severe mental illness across western Europe: what can be generalized from current knowledge about differences in provision, costs and outcomes of mental health care?». *Acta Psychiatrica Scandinavica Supplement* 113 (429): 9–16. doi:10.1111/j.1600-0447.2005.00711.x. PMID 16445476, 2006.
- Berglund, M., Thelander, S. and Jonson, E. (Eds.), *Treating Alcohol and Drug Abuse — An evidence based review*, Wiley-VCH Verlag GmbH & co. KgaA, Weinheim, 2003.
- Bhugra, D. «The global prevalence of schizophrenia». *PLoS Medicine* 2 (5): 372-373. PMID 15916460, 2006
- Bottas A (15 April 2009). «Comorbidity: Schizophrenia With Obsessive-Compulsive Disorder». *Psychiatric Times* 26 (4).
- Carson VB .Mental health nursing: the nurse-patient journey W.B. Saunders. ISBN 978-0-7216-8053-8. p. 638., 2000.

- Coyle, Joseph (2006). «Chapter 54: The Neurochemistry of Schizophrenia». Στο: Siegal, George J et al., επιμ. *Basic Neurochemistry: Molecular, Cellular and Medical Aspects* (7th έκδοση). Burlington, MA: Elsevier Academic Press, σελ. 876–78. ISBN 0-12-088397-X.
- Cullen KR, Kumra S, Regan J et al. (2008). «Atypical Antipsychotics for Treatment of Schizophrenia Spectrum Disorders». *Psychiatric Times* 25 (3).
- Drake, R., Mercer-McFadden, C., Mueser, K., McHugo, G. and Bond, G., «A review of integrated mental health and substance abuse treatment for patients with dual disorders», *Schizophrenia Bulletin*, τόμος 24(4), 1998, σσ. 589–608.
- Dumaine, M. L., «Meta-analysis of interventions with co-occurring disorders of severe mental illness and substance abuse: implications for social work practice», *Research on Social Work Practice*, τόμος 13(2), 2003, σσ. 142–165.
- Fridell, M., *Institutional Treatment of Drug Abuse — Organization, Ideology and Outcome*. Stockholm, Natur & Kultur, 1996
- Grant, B. F., Stinson, F. S. et al., «Co-occurrence of 12-month alcohol- and drug use disorders and personality disorders in the US: Results from the National Epidemiologic Survey of Alcohol and Related Conditions», *Archives of General Psychiatry*, τόμος 61, 2004, σσ. 361–368.
- Green MF (2006). «Cognitive impairment and functional outcome in schizophrenia and bipolar disorder». *Journal of Clinical Psychiatry* 67 (Suppl 9): 3–8. doi:10.4088/jcp.1006e12. PMID 16965182.
- Hartling L, Abou-Setta AM, Dursun S, et al. (14 August 2012). «Antipsychotics in Adults With Schizophrenia: Comparative Effectiveness of First-generation versus second-generation medications: a systematic review and meta-analysis». *Annals of Internal Medicine* 157 (7): 498–511. doi:10.7326/0003-4819-157-7-201210020-00525. PMID 22893011.
- Horan WP, Blanchard JJ (2003). «Emotional responses to psychosocial stress in schizophrenia: the role of individual differences in affective traits and coping». *Schizophrenia Research* 60 (2–3): 271–83. doi:10.1016/S0920-9964(02)00227-X. PMID 12591589.

- Laruelle M, Abi-Dargham A, van Dyck CH, et al. (August 1996). «Single photon emission computerized tomography imaging of amphetamine-induced dopamine release in drug-free schizophrenic subjects». *Proc. Natl. Acad. Sci. U.S.A.* 93 (17): 9235–40. doi:10.1073/pnas.93.17.9235. PMID 8799184.
- Jones HM, Pilowsky LS (2002). «Dopamine and antipsychotic drug action revisited». *British Journal of Psychiatry* 181: 271–275. doi:10.1192/bjp.181.4.271. PMID 12356650.
- Konradi C, Heckers S (2003). «Molecular aspects of glutamate dysregulation: implications for schizophrenia and its treatment». *Pharmacology and Therapeutics* 97 (2): 153–79. doi:10.1016/S0163-7258(02)00328-5. PMID 12559388.
- Kessler, R. C., Aguilar-Gaxiola, S., Andrade, L. et al., «Mental-substance comorbidities in the ICPE surveys», *Psychiatria Fennica*, τόμος 32, 2001, σσ. 62–79.
- Krausz, M., Verthein, U. and Degkwitz, P., «Psychiatric comorbidity in opiate addicts», *European Addiction Research*, τόμος 5, 1999, σσ. 55–62.
- Lahti AC, Weiler MA, Tamara Michaelidis BA, Parwani A, Tamminga CA (2001). «Effects of ketamine in normal and schizophrenic volunteers». *Neuropsychopharmacology* 25 (4): 455–67. doi:10.1016/S0893-133X(01)00243-3. PMID 11557159.
- Larson, Michael (30 March 2006). «Alcohol-Related Psychosis». eMedicine. WebMD. Ανακτήθηκε στις 27 September 2006.
- Maremmani, Icro & Pacini, Matteo. (2006). Buprenorphine as a psychoactive drug. *Ital. J. Psychopathol.* 12.
- Martinowich, K., Schloesser, R.J., Manji, H.K. (2009). Bipolar disorder: from genes to behavior pathways. *The Journal of Clinical Investigation*, 119, 726-736.
- Mundo, E., Walker, M., Cate, T., Macciardi, F., Kennedy, J.L. (2001). The role of serotonin transporter protein gene in antidepressant-induced mania in bipolar disorder: Preliminary findings. *Archives of General Psychiatry*, 58, 539-544.

- McIntosh, C. and Ritson, B., «Treating depression complicated by substance misuse», *Advances in Psychiatric Treatment*, τόμος 7, 2001, σσ. 357–364.
- McLaren JA, Silins E, Hutchinson D, Mattick RP, Hall W (January 2010). «Assessing evidence for a causal link between cannabis and psychosis: a review of cohort studies». *Int. J. Drug Policy* 21 (1): 10–9. doi:10.1016/j.drugpo.2009.09.001. PMID 19783132.
- Murray ED, Buttner N, Price BH (2012). «Depression and Psychosis in Neurological Practice». Στο: Bradley WG, Daroff RB, Fenichel GM, Jankovic J, επιμ. Bradley's neurology in clinical practice. 1 (6th έκδοση). Philadelphia, PA: Elsevier/Saunders, σελ. 92–111. ISBN 1-4377-0434-4.
- O'Donovan MC, Williams NM, Owen MJ (October 2003). «Recent advances in the genetics of schizophrenia». *Hum. Mol. Genet.* 12 Spec No 2: R125–33. doi:10.1093/hmg/ddg302. PMID 12952866.
- Parnas J, Jorgensen A (1989). «Pre-morbid psychopathology in schizophrenia spectrum». *British Journal of Psychiatry* 115: 623–7. PMID 2611591.
- Sagud M, Mihaljević-Peles A, Mück-Seler D, et al. (September 2009). «Smoking and schizophrenia». *Psychiatr Danub* 21 (3): 371–5. PMID 19794359.
- Selten JP, Cantor-Graae E, Kahn RS (March 2007). «Migration and schizophrenia». *Current Opinion in Psychiatry* 20 (2): 111–115. doi:10.1097/YCO.0b013e328017f68e. PMID 17278906.
- Smith B, Fowler DG, Freeman D, et al. (September 2006). «Emotion and psychosis: links between depression, self-esteem, negative schematic beliefs and delusions and hallucinations». *Schizophr. Res.* 86 (1–3): 181–8.
- Szerman N., Parro-Torres C., Didia-Attas J., El-Guebaly N. (2019) Dual Disorders: Addiction and Other Mental Disorders. Integrating Mental Health. In: Javed A., Fountoulakis K. (eds) *Advances in Psychiatry*. Springer, Cham doi:10.1016/j.schres.2006.06.018. PMID 16857346.

Teesson, M. & Proudfoot, H. (2003). Comorbid Mental Disorders and Substance Use Disorders: Epidemiology, Prevention and Treatment.

Van Os J (2004). «Does the urban environment cause psychosis?». *British Journal of Psychiatry* 184 (4): 287–288. doi:10.1192/bjp.184.4.287. PMID 15056569.

van Os J, Kapur S (2009). «Schizophrenia». *Lancet* 374 (9690): 635–45. doi:10.1016/S0140-6736(09)60995-8. PMID 19700006.

Ελληνόγλωσση Βιβλιογραφία

Δελτίο του Ευρωπαϊκού Κέντρου Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας (2004)

Ευθυμίου, Κ., Μαυροειδή, Αθ., Παυλάτου, Ε. & Καλαντζή -Αζίζι, Α. (2006). Πρώτες Βοήθειες Ψυχικής Υγείας. Ένας οδηγός για τις ψυχικές διαταραχές και την αντιμετώπιση τους. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Μαλλιώρα, Μένη (2002) Ο ρόλος της οικογένειας στην πρόληψη της χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών, Ομιλία στο Διεθνές Συνέδριο: Οικογένεια στην τρίτη χιλιετία, Αθήνα 19-21/09 2002.