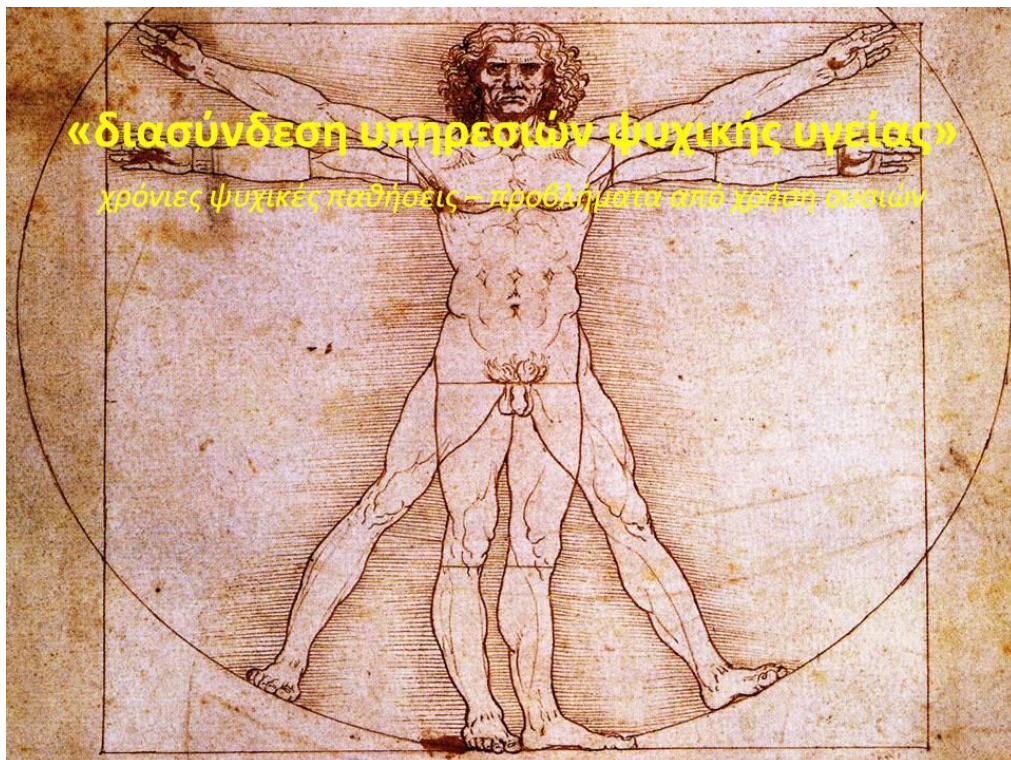


ΓΕΝΙΚΟ ΕΠΙΤΕΛΕΙΟ ΣΤΡΑΤΟΥ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟΥ



ΙΓ' ΕΤΗΣΙΑ ΗΜΕΡΙΔΑ

ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ
ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΤΟΥ ΣΤΡΑΤΟΥ ΞΗΡΑΣ
ΥΠΟ ΤΗΝ ΑΙΓΙΔΑ ΤΗΣ ΕΨΕ



ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 19 ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΥ 2008
ΑΜΦΙΘΕΑΤΡΟ ΠΟΛΕΜΙΚΟΥ ΜΟΥΣΕΙΟΥ
ΑΘΗΝΑ

Αγαπητοί συνάδελφοι,

Ο θεσμός ψυχοκοινωνικής μέριμνας φαίνεται να παίζει ολοένα και πιο σημαντικό ρόλο στις μέρες μας στη πρόληψη και αντιμετώπιση προβλημάτων που αφορούν στην ψυχική υγεία του προσωπικού του Στρατού Ξηράς. Η στατιστική αύξηση των ψυχικών διαταραχών σε επίπεδο πληθυσμού, ο σύγχρονος τρόπος ζωής, η αποδυνάμωση των ηθικών και κοινοτικών αξιών και η μείωση της κοινωνικής συνοχής καθιστούν αναγκαία, όχι μόνο τη στήριξη του θεσμού, αλλά και τη συνεχή βελτίωση και εξέλιξη.

Κάθε ειδικός ψυχικής υγείας στα πλαίσια του στρατού θα πρέπει να επικεντρωθεί στην διεύρυνση της πρόληψης ψυχικής υγείας, εκτός των στρατευμένων, τόσο στα στελέχη και στις οικογένειες τους, όσο και στην κοινωνική προσφορά προς ομάδες που έχουν ανάγκη. Η παρέμβαση από τους ειδικούς, στις ιδιαίτερες συνθήκες του στρατού, πρέπει να γίνεται με κανόνες πολιτισμού και αξιοπρέπειας, γνώση των κινδύνων και πρόληψη αυτών, καθώς και πρόβλεψη αποτελεσματικής συνέχειας στη βοήθεια που ξεκινάμε να δίνουμε, ώστε αυτή να συμβάλει σε γρήγορη αποκατάσταση, πρόληψη αναπηρίας και βελτίωση της ποιότητας ζωής του ανθρώπου που έχει ανάγκη. Τα παραπάνω στοιχεία είναι απαραίτητα για την απόκτηση του ηθικού και της συνοχής ενός σύγχρονου επαγγελματικού στρατού. Θα πρέπει συνεπώς να υιοθετηθούν σύγχρονες προσεγγίσεις και να διαμορφωθούν δομές που θα εξυπηρετούν καλύτερα την πρόληψη και αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών.

Στην προσπάθεια να συμπεριλάβουμε όλα τα ανωτέρω θέματα στη σημερινή ημερίδα θα αναφερθούμε σε διασύνδεση υπηρεσιών ψυχικής υγείας και ιδιαίτερα όσον αφορά τις χρόνιες ψυχικές παθήσεις και τα προβλήματα από χρήση ουσιών, με την επιστημονική καθοδήγηση και τον συντονισμό από εκλεκτούς επιστήμονες από το πανεπιστήμιο και το ΕΣΥ.

Ειδικότερα θα προσπαθήσουμε να ανοίξουμε γέφυρες προς τον ευρύτερο χώρο της υγείας ώστε ο ένστολος να τυγχάνει της καλύτερης δυνατής φροντίδας, ο δε πολίτης που στρατεύεται να τυγχάνει της καλύτερης δυνατής υποδοχής στα θέματα ψυχικής υγείας.

Προσδοκούμε, ότι η συνάντηση αυτή, θα συνεισφέρει στην εξέλιξη και στη βελτίωση της αποτελεσματικότητας του θεσμού προς όφελος του προσωπικού του Στρατού Ξηράς. Με τις σκέψεις αυτές σας καλωσορίζω στην σημερινή ΙΓ΄ Ετήσια Ημερίδα Ψυχοκοινωνικής Μέριμνας.

Με συναδελφικούς χαιρετισμούς

Υποστράτηγος Μπουζόπουλος Γεώργιος
Διευθυντής Υγειονομικού ΓΕΣ

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ
8:00 - 8:45 ΕΓΓΡΑΦΗ ΣΥΝΕΔΡΩΝ

8:45 - 9:00 ΠΡΟΣΦΩΝΗΣΕΙΣ – ΧΑΙΡΕΤΙΣΜΟΙ

Νικόλαος Τζαβάρας, Καθηγητής Ψυχιατρικής του Δημοκρίτειου Πανεπιστημίου Θράκης,
Πρόεδρος Ελληνικής Ψυχιατρικής Εταιρείας

Υποστράτηγος Μπουζόπουλος Γεώργιος
Διευθυντής Υγειονομικού ΓΕΣ

«Προσφώνηση - κήρυξη έναρξης εργασιών»
από το τιμώμενο πρόσωπο

9:00 - 11:30 ΣΥΝΕΔΡΙΑ I «χρόνιες ψυχικές παθήσεις»

ΠΡΟΕΔΡΕΙΟ:

Γεώργιος Παπαδημητρίου, τακτικός καθηγητής Ψυχιατρικής ΕΚΠΑ, Διευθυντής 1ης
Πανεπιστημιακής Ψυχιατρικής Κλινικής, Αιγινήτειο Νοσοκομείο

Κωφίδης Νικόλαος, Διευθυντής Ψυχιατρικής Κλινικής 424 ΓΣΝΕ

ΕΙΣΗΓΗΣΕΙΣ:

«αιτιοπαθογένεια: βιολογικές και ψυχοκοινωνικές παράμετροι των χρονίων ψυχικών
παθήσεων» Τσεμπελίκος Ερρίκος, Διευθυντής Ψυχιατρικής κλινικής Σισμανογλείου
Νοσοκομείου

«Δομές και προγράμματα υποδοχής - αποκατάστασης των ασθενών με χρόνιες ψυχικές
παθήσεις - Αποασυλοποίηση.» Κόντης Κωνσταντίνος, Διευθυντής 4ου Τμήματος Οξέων
Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής

«Ο ρόλος του Στρατού ως χώρος εκδήλωσης και εντοπισμού ψυχικών παθήσεων.
Δυνατότητες διασύνδεσης με την κοινότητα» Γιωτάκος Ορέστης Αρχίατρος Ψυχίατρος,
Υποδιευθυντής Ψυχιατρικής Κλινικής 414 ΣΝΕΝ

«Η συνεργασία ψυχιατρικών υπηρεσιών στον χώρο της ψυχικής υγείας – ιστορική
αναδρομή – πρόσφατες εξελίξεις.» Πλουμπίδης Δημήτριος, Αναπληρωτής καθηγητής
Ψυχιατρικής, 1η Πανεπιστημιακή Ψυχιατρική Κλινική ΕΚΠΑ, Αιγινήτειο Νοσοκομείο,
υπεύθυνος Κέντρου Ψυχικής Υγείας Βύρωνα - Καισαριανής

«Ο ρόλος της οικογένειας των ασθενών με χρόνιες ψυχικές παθήσεις στη διασύνδεση με τις
δομές ψυχικής υγείας». Κουντή Καλλιόπη, Κοινωνική Λειτουργός, 1η Πανεπιστημιακή
Ψυχιατρική Κλινική ΕΚΠΑ, Αιγινήτειο Νοσοκομείο

11:30 - 12:00 ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ – ΚΑΦΕΣ – ΠΟΣΤΕΡΣ

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

12:00 – 14:30 ΣΥΝΕΔΡΙΑ ΙΙ: «Προβλήματα από χρήση ουσιών»

ΠΡΟΕΔΡΕΙΟ:

Λιάππας Ιωάννης, Καθηγητής Ψυχιατρικής, 1η Πανεπιστημιακή Ψυχιατρική Κλινική ΕΚΠΑ, Αιγινήτειο Νοσοκομείο, Υπεύθυνος προγράμματος πρόληψης χρήσης ουσιών «ΑΘΗΝΑ»

Κόκκας Σταύρος, Διευθυντής Ψυχιατρικής Κλινικής 414 ΣΝΕΝ

ΕΙΣΗΓΗΣΕΙΣ:

«αιτιοπαθογένεια ουσιοεξάρτησης – γενικές αρχές αντιμετώπισης»

Λαζαρίδης Παντελής, Ψυχίατρος, Γενικός Αρχίατρος εν αποστρατεία.

«κάνναβη και ψυχική διαταραχή»

Στεφανής Νικόλαος, Επίκουρος Καθηγητής Ψυχιατρικής, 1η Πανεπιστημιακή Ψυχιατρική Κλινική ΕΚΠΑ, Αιγινήτειο νοσοκομείο.

«αλκοολισμός στο γενικό νοσοκομείο – θεραπεία – προοπτικές»

Μουσάς Γεώργιος, Επίκουρος Καθηγητής Ψυχιατρικής, 2η Πανεπιστημιακή Ψυχιατρική Κλινική ΕΚΠΑ, Αττικό Νοσοκομείο

«συνεργασία του ΟΚΑΝΑ με άλλους φορείς και ιδιαίτερα τον στρατό» Σταθακοπούλου Ευγενία, Ψυχολόγος, Επιδημιολόγος Ψυχικής Υγείας, Υπεύθυνη Τμήματος Εφαρμογών Πρόληψης ΟΚΑΝΑ.

«το πρόγραμμα παρακολούθησης χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών της ψυχιατρικής κλινικής του 424 ΓΣΝΕ» Φωτιάδης Πέτρος, Επίατρος – Ψυχίατρος, επιμελητής ψυχιατρικής κλινικής 424 ΓΣΝΕ.

14:30 – 16:00 ΔΕΞΙΩΣΗ

ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Πρόεδρος: Γεν. Άρτρος Κόκκας Σ.

Μέλη:	Αρχίατρος	Γιωτάκος Ο.	Λγος (ΥΙ)	Ρούκας Δ.
	Ανχης (ΥΙ)	Σαλτός Λ.	Λγος (ΥΙ)	Σημαντηράκης Δ.
	Ανχης (ΥΝ)	Ζέρβα Τ.	Λγος (ΥΙ)	Καρύδης Χ.
	Επίατρος	Μπουνταλούδης Η.	Λγος (ΥΝ)	Ραχάνη Μ.
	Επίατρος	Μαμπλέκου Ε.	Λγος (ΥΝ)	Αθανασιαδου Φ.
	Επίατρος	Μουγιάκος Θ.	Υπλγός(ΥΝ)	Θεοδοσιάδης Ν.
	Επίατρος	Χαλεπλής Ι.	Επχίας (ΥΓ)	Χατζάρας Γ.
	Τχης(ΥΝ)	Πλώτα Χ.	Μ.Υ.	Τριανταφύλλου Θ.
	Τχης (ΥΝ)	Οικονομοπούλου Μ.		
	Τχης (ΥΝ)	Σοφού Ο.		

Πληροφορίες: Ψυχιατρική Κλινική 414 ΣΝΕΝ
Τηλ.: 8106671, 8106587, 8106667
FAX: 8042135

ΣΥΝΕΔΡΙΑ I: «ΧΡΟΝΙΕΣ ΨΥΧΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ»

ΠΡΟΕΔΡΕΙΟ:

Γεώργιος Παπαδημητρίου, τακτικός καθηγητής Ψυχιατρικής ΕΚΠΑ, Διευθυντής 1ης Πανεπιστημιακής Ψυχιατρικής Κλινικής, Αιγινήτειο Νοσοκομείο

Κωφίδης Νικόλαος, Διευθυντής Ψυχιατρικής Κλινικής 424 ΓΣΝΕ

ΕΙΣΗΓΗΣΗ 1η

«ΑΙΤΙΟΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ: ΒΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΚΑΙ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΙ ΤΩΝ ΧΡΟΝΙΩΝ ΨΥΧΙΚΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ»

ΕΡΡΙΚΟΣ ΤΖΕΜΠΕΛΙΚΟΣ, ΕΠΙΚΟΥΡΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ, ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

Στο φορτίο νόσων, αν δούμε τις συχνότερες αιτίες αναπηρίας, από τα στοιχεία που δίνουν η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας και άλλες εταιρείες που μετράνε γενικά επιδημιολογικά στοιχεία, θα δούμε ότι περιλαμβάνονται οι εξής ψυχιατρικές διαταραχές όπως είναι η μονοπολική μείζων κατάθλιψη, όπως είναι η χρήση ουσιών και η χρήση οινόπνευματος που είναι και η συχνότερη περίπτωση εξ' αυτών, η διπολική διαταραχή, η σχιζοφρένεια και η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, που είναι χρόνιες ψυχιατρικές παθήσεις.

Αν δούμε στην κοινωνία μας επιδημιολογικά τι γίνεται, υπολογίζεται ότι υποφέρουν από ψυχιατρικές διαταραχές (γενική αναπηρία και πρόωρος θάνατος) 450 εκατομμύρια παγκοσμίως ή αλλιώς το 13% του παγκόσμιου φορτίου νόσου. Αν δούμε τις Ευρωπαϊκές χώρες, είναι σημαντικό το ποσοστό διότι οι ψυχιατρικές διαταραχές αποτελούν το 20% του συνολικού φορτίου νόσου. Σημειώνεται ότι το 7% του προϋπολογισμού για την υγεία δαπανάται για ψυχικές ασθένειες. Για τις αναπτυσσόμενες χώρες, αναφέρονται τα εξής. Στην Ασία οι ψυχικές νόσοι αποτελούν το 12% του φορτίου νόσου ενώ στην Αφρική το 4.6%. Φαίνεται ότι μονάχα το 1% του προϋπολογισμού, ποσοστό αρκετά χαμηλότερο απ' ότι παρατηρείται στις αναπτυγμένες χώρες, δαπανάται για τις ψυχικές ασθένειες. Ο πληθυσμός συχνά εξυπηρετείται με λιγότερο από ένα ψυχίατρο ανά εκατομμύριο.

Το 2002 υπολογίζεται ότι σε χιλιάδες χρόνια ζωής, δηλαδή πολλαπλασιάζοντας τα χρόνια που ταλαιπωρείται ο κάθε ασθενής από μία νόσο της ψυχής βλέπουμε ότι η κατάθλιψη είναι πάρα πολύ συχνή όπως και η διπολική διαταραχή και η σχιζοφρένεια. Συνεπώς οι ψυχιατρικές διαταραχές συνήθως διαδράμουν μία χρόνια πορεία και έχουν πολλαπλές επιπτώσεις στη γενική λειτουργία του ασθενή και κατ' επέκταση στο οικογενειακό, προσωπικό, κοινωνικό και οικονομικό τομέα. Οι χρόνιες παθήσεις ξεκινάνε αργά, διατηρούνται για καιρό, δεν θεραπεύονται εύκολα και ο στόχος της θεραπευτικής προσπάθειας γίνεται για να διατηρηθούν σε ύφεση και όχι για να εξαλειφθούν εφόσον κάτι τέτοιο δεν είναι δυνατό.

Μία ομάδα ψυχιατρικών διαταραχών είναι οι διαταραχές προσωπικότητας, των οποίων η διάγνωση δίνεται αφού ενηλικιωθεί ο ασθενής και έχει δηλαδή δημιουργηθεί η προσωπικότητά του. Συχνά, τέτοιες παθήσεις αποκλείουν τους στρατευσίμους από μία φυσιολογική προσαρμογή και λειτουργικότητα, στοιχεία αναγκαία για το ιδιαίτερο περιβάλλον του στρατού.

Οι νευρώσεις, δηλαδή οι διαταραχές του άγχους είναι επίσης χρόνιες παθήσεις, αποτελούνται από την ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, την διαταραχή πανικού, την αγοραφοβία –που είναι αρκετά ανθεκτική στην θεραπεία-, τις διάφορες φοβίες που μπορεί να είναι απλές στην θεραπεία αλλά ταυτόχρονα να προκαλούν και μεγάλη μείωση στη λειτουργικότητα.

Οι εξαρτήσεις από τις ουσίες –έναν τομέα που είναι πολύ σημαντικός και απαιτεί εκτεταμένη συζήτηση- και οι διαταραχές πρόσληψης τροφής είναι επίσης προβλήματα που τα διατρέχει μία χρονιότητα.

Η δυσθυμική διαταραχή ή αλλιώς νευρωσική κατάθλιψη που είναι μία συναισθηματική διαταραχή διαγιγνώσκεται με προϋπόθεση την διάρκεια δύο χρόνων οπότε από την φύση της είναι μία κατάσταση με χαρακτήρα χρονιότητας.

Η μείζων καταθλιπτική διαταραχή επιβαρύνει σε μεγάλο ποσοστό: τουλάχιστον 75% των ασθενών έχουν και δεύτερο επεισόδιο ενώ μετά από δύο καταθλιπτικά επεισόδια η πιθανότητα για τρίτο είναι πάνω από 60% ενώ μετά από τρία η πιθανότητα εκτοξεύεται στο

90%. Το 15% των ασθενών που πάσχουν από συναισθηματική διαταραχή επιχειρεί να αυτοκτονήσει.

Η διπολική διαταραχή που το ένα κομμάτι είναι η μείζων κατάθλιψη και το άλλο είναι το μανιακό επεισόδιο ή αλλιώς μανία ακολουθεί σε μεγάλο ποσοστό των ασθενών (30%) μία πτωτική πορεία, δηλαδή η λειτουργικότητα του ασθενούς συνεχώς μειώνεται, τα επεισόδια είναι συχνότερα και ουσιαστικά έχει μία χρόνια πορεία. Συνήθως μεσολαβεί σχετικά καλή λειτουργικότητα στα μεσοδιαστήματα των κρίσεων. Η λειτουργικότητα των ασθενών εξαρτάται από τον αριθμό και την βαρύτητα των καταθλιπτικών επεισοδίων.

Οι ψυχιατρικές διαταραχές έχουν κοινούς βιολογικούς παράγοντες, ιδιαίτερα η σχιζοφρένεια και η διπολική διαταραχή. Η έρευνα των τελευταίων 30 χρόνων και οι νέες τεχνολογίες επιτρέπουν περαιτέρω μελέτη στη νευροβιολογία και στις γενετικές συσχετίσεις αυτών των ασθενειών. Παρατηρείται σημαντική επικάλυψη στις παθολογικές νευροχημικές διαδικασίες και τη γενετική σύνδεση μεταξύ διπολικής διαταραχής, σχιζοφρένειας και διαταραχών του συναισθήματος. Αυτό έχει επιπτώσεις στη θεραπεία και δείχνουν την ανάγκη για φάρμακα που θα μπορούν να επηρεάσουν τις κοινές οδούς.

Υπάρχει επικάλυψη των συμπτωμάτων μεταξύ σχιζοφρένειας και διαταραχών του συναισθήματος. Η επικάλυψη αυτή μπορεί να οδηγήσει σε λάθος διάγνωση. Η σχιζοφρένεια είναι μία ομάδα νοσημάτων που μπαίνει σε ένα ευρύτερο πλαίσιο ψυχωτικών διαταραχών που έχουν ειδικά διαγνωστικά κριτήρια. Όταν έχουμε χρόνια σωματικό πρόβλημα όπως κάποια καρδιαγγειακή ή μεταβολική νόσο, μπορεί να υπάρξει μία υποκειμενική ψυχιατρική διαταραχή, όπως άγχος και κατάθλιψη, που θα συμβάλει σε αυτές τις νοσηρότητες. Δημιουργείται ανάγκη για θεραπείες αποτελεσματικές έναντι ευρέος φάσματος συμπτωμάτων και με μικρή επίδραση στις συνοδούς νοσηρότητες.

Τα τελευταία 25 χρόνια έχει αναπτυχθεί μία αυξημένη κατανόηση της βιολογικής βάσης των ψυχιατρικών νόσων. Γενετικές, νευροανατομικές και νευροχημικές μελέτες δείχνουν ότι ορισμένες διαταραχές είναι κοινές στη σχιζοφρένεια και στις διαταραχές του συναισθήματος. Η συνεχιζόμενη έρευνα παρέχει περαιτέρω πληροφορίες σχετικά με τη σχέση μεταξύ αυτών των καταστάσεων.

Η σχιζοφρένεια αποτελεί μία σημαντική αναπηρία μαζί με τη διπολική διαταραχή και είναι δύσκολη η ψυχοκοινωνική τους αποκατάσταση καθώς και η πρόληψή τους.

Πριν από τον Emil Kraepelin, που στην ψυχιατρική είναι γνωστό ότι έκανε μία εκτεταμένη περιγραφή αυτής της νόσου σαν Dementia Praecox, υπήρχε μία παλαιότερη περιγραφή, demence precoce από τον Benedict August Morel, ενός Γάλλου νευρολόγου-ψυχιάτρου. Μία επιπρόσθετη περιγραφή το 1891 ήταν από τον Arnold Pick, που εστίασε σε ένα περιστατικό νεαρού άνδρα με ψυχωτική διαταραχή που ταιριάζει με την περιγραφή της ηβηφρένειας. Η χρονιότητα μπήκε εξαρχής στον ορισμό του Kraepelin για τη σχιζοφρένεια, με την γνωστή ταχεία έκπτωση των πνευματικών λειτουργιών και με έναρξη στην εφηβεία ή την πρώιμη ενήλικη ζωή.

Στα διαγνωστικά κριτήρια της σχιζοφρένειας συναντούμε το παραλήρημα, τις παραισθήσεις, την αποδιοργάνωση του λόγου, την συνολικά διαταραγμένη ή κατατονική συμπεριφορά και τα αρνητικά συμπτώματα. Πρέπει αυτά τα συμπτώματα να διαρκέσουν έξι μήνες για να έχουμε μία τέτοια διάγνωση. Υπάρχει φυσικά κοινωνική και επαγγελματική δυσλειτουργία για σημαντική χρονική περίοδο. Επιβάλλεται μία διαφορική διάγνωση έτσι ώστε να αποκλειστεί η ύπαρξη σχιζοσυναισθηματικής διαταραχής και διαταραχής του συναισθήματος καθώς και η χρήση ουσιών που πολλές φορές είναι υπαίτια για τα συμπτώματα που διαρκούν μικρότερο χρονικό διάστημα.

Η αρχική υποδιαίρεση σε αρνητικά και θετικά συμπτώματα θεσπίστηκε τα τελευταία χρόνια. Στα αρνητικά συναντάμε την αλογία, την άμβλυση του συναισθήματος, την απάθεια και την κοινωνική απόσυρση, την ανηδονία (την έλλειψη της ικανότητας να ευχαριστηθούνε τα γεγονότα της προσωπικής τους ζωής) καθώς και τις διαταραχές προσοχής. Τα θετικά περιλαμβάνουν τις ψευδαισθήσεις, το παραλήρημα, την αποδιοργανωμένη συμπεριφορά και τις διαταραχές της σκέψης. Τα γνωσιακά συμπτώματα

τονίστηκαν πάρα πολύ στην διάγνωση της σχιζοφρένειας και μετά από πολυετείς μελέτες αποφάνθηκε ότι οι άνθρωποι αυτοί υστερούσαν σε κάποιο βαθμό σε νοητική απόδοση και γενική λειτουργικότητα και πριν την εμφάνιση της νόσου. Τα γνωσιακά συμπτώματα αναφέρονται σε ελλείμματα μνήμης, ικανότητα μάθησης και άλλων νευροψυχολογικών λειτουργιών. Τα καταθλιπτικά συμπτώματα μπορούν πάντα να συνοδεύουν την σχιζοφρένεια ενώ αν είναι ξεχωριστά επεισόδια μπορούν να μας οδηγήσουν σε μία διάγνωση σχιζοσυναισθηματικής διαταραχής.

Αυτές οι διαστάσεις της νόσου (θετικά, καταθλιπτικά, αρνητικά και γνωσιακά συμπτώματα) της σχιζοφρένειας φαίνεται να έχουν υποκειμενικούς μηχανισμούς και ανταποκρίνονται με ποικίλους τρόπους σε διάφορες θεραπευτικές αγωγές.

Ο Crow έχει ασχοληθεί πολύ με την παθογένεια της σχιζοφρένειας τα τελευταία 25-30 χρόνια. Την διέκρινε σε δύο κατηγορίες. Είναι ο Τύπος I με οξεία εισβολή που περιλαμβάνει θετικά κυρίως συμπτώματα, έχει καλή ανταπόκριση στα Νευροληπτικά και τα άτυπα αντιψυχωσικά και έχει μία αναστρέψιμη –σε μεγάλο βαθμό- πορεία. Στον Τύπο II κυριαρχούν τα αρνητικά συμπτώματα (αδιαφορία, έλλειψη ενοχικότητας) και τον διακρίνει μία ύπουλη εισβολή, πτωχή ανταπόκριση στη θεραπεία και συνήθως εκπτώτικη πορεία. Είναι αυτή που καλούμε Χρόνια Σχιζοφρένεια. Στην διαίρεση του Crow, η χρονιότητα εμφανίζεται σαν ειδικός τύπος. Είναι μεγάλη η ποικιλία της έκφρασης ενός πρώτου ψυχωσικού επεισοδίου αλλά στη πλειονότητα των ασθενών που η διάγνωση αυτή επιβεβαιώνεται και ακολουθούνε νέα επεισόδια, η πορεία είναι χρόνια.

Ο Liddle έχει προσφέρει μία κατάταξη που αναφέρεται σε τρεις μορφές της χρόνιας σχιζοφρένειας. Η μία μορφή χαρακτηρίζεται από συναισθηματική φτώχεια, αλογία, μειωμένες αυτόματες κινήσεις και ψυχοκινητική ένδρα. Μία άλλη μορφή είναι η αποδιοργανωμένη όπου επικρατούν διαταραχές σκέψης, λόγου και συμπεριφοράς καθώς και απροσφορότητα συναισθήματος. Η τελευταία μορφή συνδέεται κυρίως με παραμόρφωση της πραγματικότητας, από συχνές δηλαδή ψευδαισθήσεις, από επίμονες παραληρητικές δοξασιές. Στην πρώτη μορφή συναντούνται βλάβες στην ραχιαία προμετωπιαία περιοχή, στην δεύτερη στην κογχομετωπιαία και στη τρίτη συναντάται νευροπαθολογία στις έσω κροταφικές δομές.

Στις ψυχώσεις με μεγάλη χρονιότητα και μεγάλη αναπηρία τονίζεται το νευροαναπτυξιακό μοντέλο σκέψης όπου ο κυρίαρχος παράγοντας των εμφανίσεών τους είναι βιολογικής φύσης. Βέβαια είναι επίσης πολύ σημαντικά στην έκφραση επεισοδίων το στρες και τα διάφορα ψυχοπιεστικά γεγονότα της προσωπικής ζωής αλλά σε μεγάλο βαθμό, η βιολογία είναι ήδη διαταραγμένη. Έχουν προταθεί λοιπόν τα νευροαναπτυξιακά μοντέλα όπου οι γενετικοί και άλλοι παράγοντες επηρεάζουν τη φυσιολογική ανάπτυξη του εγκεφάλου κατά τη διάρκεια της προγεννητικής και περιγεννητικής περιόδου. Οι ιογενείς λοιμώξεις in utero έχουν ενοχοποιηθεί και για άλλα αναπτυξιακά προβλήματα, όπως και η ευαισθησία σε ουσίες που κυκλοφορούνε γενικά (π.χ. γλουτένη), οι εγκεφαλικές δυσμορφίες (velocardiofacial syndrome), τυχόν επιπλοκές τοκετού και η έκθεση σε τοξικές ουσίες όπως ο μόλυβδος.

Ο μεγαλύτερος παράγοντας κινδύνου είναι η παρουσία συγγενούς που πάσχει από σχιζοφρένεια. Στη περίπτωση των μονοζυγωτικών διδύμων υπάρχει 48% πιθανότητα να νοσήσει και το άλλο παιδί, στα διζυγωτικά δίδυμα η πιθανότητα πέφτει στο 17%, στο τέκνο ενός γονέα με σχιζοφρένεια στο 13% ενώ αν και οι δύο γονείς πάσχουν από σχιζοφρένεια, το τέκνο έχει 46% πιθανότητα να νοσήσει από την ίδια ασθένεια. Η κληρονομικότητα είναι πολύ έντονη στη σχιζοφρένεια.

Οι μελέτες υιοθεσίας δείχνουν ότι τα ποσοστά παραμένουν σταθερά ακόμη και μετά την απομάκρυνση του τέκνου από το νοσοκομείο γονέα. Φυσικά, και το περιβάλλον επιδρά πολύ στην εμφάνιση ψυχοπαθολογίας, ειδικά τα πρώτα δεκαπέντε χρόνια της ζωής που είναι και τα πιο σημαντικά για την διαμόρφωση της προσωπικότητας και του χαρακτήρα και τα πιο ευαίσθητα καθώς ο εγκέφαλος αλλάζει και αναπτύσσεται. Δραματικές αλλαγές ξαναλαμβάνουν χώρα στη περίοδο της εφηβείας που πια στον ίδιο τον εγκέφαλο

επιδρούνε οι ορμόνες. Δεν έχει εντοπιστεί κάποιο υπεύθυνο γονίδιο όπως στη μεσογειακή αναιμία, παρόλο που η έρευνα επικεντρώνεται σε διάφορα από αυτά (COMT, DISC 1, Dysbindin – dystrobrevin-binding protein 1, Neuregulin-1). Αυτά τα γονίδια συνδέονται με τη διαμόρφωση πρωτεϊνών του εγκεφάλου καθώς όλη η νευροδιαβίβαση του εγκεφάλου κατευθύνεται από πρωτεϊνοσύνθεση που κατευθύνεται από το DNA και το RNA κλπ, οπότε όπως καταλαβαίνουμε, όλη αυτή η αλυσίδα ξεκινάει από κάποιο γονίδιο που μεταφράζεται κατόπιν για να φτιαχτεί κάποια πρωτεΐνη.

Οι πρώιμες μελέτες δείχνουν συνύπαρξη των διαταραχών μέσα σε οικογένειες και υπάρχει αυξημένος κίνδυνος ψυχιατρικής νοσηρότητας σε συγγενείς ασθενών με σχιζοφρένεια. Μελέτες σε δίδυμα, οικογένειες και υιοθετημένα άτομα έδειξαν ότι η γενική συμβολή στην επιρρέπεια στη σχιζοφρένεια και στη διπολική διαταραχή φθάνει στο 50-85% ενώ η εκτίμηση της κληρονομικότητας για τη σχιζοφρένεια, τις σχιζοσυναισθηματικές διαταραχές και τη μανία φθάνει στο 82-85%.

Η νευροεκφυλιστική υπόθεση της σχιζοφρένειας προτείνει την παρουσία μιας συνεχόμενης εκφυλιστικής διεργασίας που ξεκινά από την μήτρα και προχωράει με αποτέλεσμα την έκπτωση της νευρωνικής λειτουργίας κατά τη διάρκεια της πορείας της νόσου. Ταυτόχρονα μπορεί να υπάρξει και κυτταρική εκφύλιση των νευρώνων ως συνέπεια της επίδρασης της αυξημένης γλουταμινεργικής νευροδιαβίβασης (excitotoxic hypothesis – θεωρία «τοξικότητας από διέγερση»).

Η αύξηση του όγκου των κοιλιών του εγκεφάλου είναι ένα συχνό εύρημα στη χρονιότητα καθώς και η απώλεια εγκεφαλικής, φαιάς ουσίας στο μεταίχμιακό σύστημα (limbic system), κυρίως στον ιππόκαμπο (hippocampal formaton) και στην παραϊπποκάμπια έλικα και την έλικα του προσαγωγίου (parahippocampal and cingulated gyri). Και άλλες περιοχές του εγκεφάλου όπως ο θάλαμος (thalamus), ο μετωπιαίος και κροταφικός φλοιός (frontal and temporal cortex) και τα βασικά γάγγλια (basal ganglia) δείχνουν να είναι επηρεασμένες. Αυτά τα ευρήματα τα διαπιστώνουμε με τις αξονικές και τις μαγνητικές τομογραφίες. Αυτές μας επιτρέπουν να δούμε ζωντανούς ανθρώπινους εγκέφαλους σε αντίθεση με το παρελθόν όπου μόνο με τις νεκροτομές μπορούσαν πια να παρατηρηθούν οι βλάβες.

Η λειτουργικότητα σε σχέση με τον αριθμό ψυχωτικών επεισοδίων πέφτει συνέχεια. Ο Faloon είχε επισημάνει το κομμάτι του στρες και της χρονιότητας στη σχιζοφρένεια. Σύμφωνα με αυτόν, υπάρχουν δύο τύποι στρεσογόνων. Υπάρχει το stress περιβάλλοντος (ambient stress), δηλαδή το καθημερινό στρες και το στρες που προκύπτει από μείζονες αλλαγές και γεγονότα, όπως πχ από ένα θάνατο ή ένα διαζύγιο. Αν το καθημερινό στρες είναι χαμηλό, τότε μόνο σοβαρά γεγονότα ξεπερνούν την ουδό της υποτροπής. Αν όμως το καθημερινό στρες, ιδιαίτερα μέσα στην οικογένεια, είναι υψηλό τότε ακόμα και ασήμαντα γεγονότα μπορούν να οδηγήσουν σε πολλαπλές και συχνές υποτροπές των γενετικά ευαίσθητων ατόμων, συντηρώντας έτσι τη χρονιότητα της νόσου.

Οι βιολογικοί και ψυχοκοινωνικοί παράγοντες εξηγούν τη χρόνια πορεία της νόσου. Ενώ διάφοροι βιολογικοί παράγοντες καθιστούν το άτομο ευάλωτο στη νόσο, είναι το στρες που πυροδοτεί την οξεία ψυχωτική αποδόμηση. Η περαιτέρω πορεία της νόσου, από την πλήρη ύφεση, μέχρι την πλήρη λειτουργική έκπτωση, εξαρτάται από διάφορους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες. Η παρουσία λοιπόν σαφών εκλυτικών παραγόντων, το προνοσηρό κοινωνικό, σεξουαλικό και εργασιακό ιστορικό, η συζυγική κατάσταση (έγγαμος vs. άγαμος, διαζευγμένος ή χήρος), τα συστήματα υποστήριξης και το στρες στην καθημερινή ζωή είναι όλοι σημαντικοί ψυχοκοινωνικοί παράγοντες που επηρεάζουν την χρονιότητα.

Το ιστορικό διπολικής διαταραχής και άλλων ψυχιατρικών διαταραχών (συμπεριλαμβανομένης της σχιζοφρένειας και των σχιζοσυναισθηματικών διαταραχών) σε γονείς ή αδέρφια αυξάνει τον κίνδυνο διπολικής συναισθηματικής διαταραχής. Παιδιά με απώλεια της μητέρας προ των πέμπτων γενεθλίων έχουν 4,55 φορές αυξημένο κίνδυνο να εμφανίσουν διπολική διαταραχή ενώ άτομα με συγγενή πρώτου βαθμού με διπολική συναισθηματική διαταραχή είχαν κατά 13,63 φορές αυξημένο κίνδυνο.

ΕΙΣΗΓΗΣΗ 2η

«ΔΟΜΕΣ ΚΑΙ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΥΠΟΔΟΧΗΣ – ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΧΡΟΝΙΕΣ ΨΥΧΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ – ΑΠΟΑΣΥΛΟΠΟΙΗΣΗ»
ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ΚΟΝΤΗΣ, ΝΕΥΡΟΛΟΓΟΣ – ΨΥΧΙΑΤΡΟΣ, ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ 4ΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΟΞΕΩΝ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΑΘΗΝΩΝ

Η πρόληψη αποτελεί τον θεμέλιο λίθο στην ιατρική και όπως έλεγε ο θεμελιωτής της ιατρικής σκέψης, Ιπποκράτης, «κάλλιον το προλαμβάνειν του θεραπεύειν». Η πρόληψη και στην ψυχιατρική παίζει επίσης σημαντικό ρόλο. Η ψυχιατρική σήμερα η οποία έχει ενταχθεί στην ιατρική, υποστηρίζεται από το βιοψυχολογικό μοντέλο. Η πρόληψη χωρίζεται σε τρεις κατηγορίες: στην πρωτογενή ή πρωτοβάθμια που στόχος της είναι να περιορίσουμε τους παράγοντες που βοηθούν στην εμφάνιση της ψυχικής νόσου, στην δευτερογενή ή δευτεροβάθμια πρόληψη που σαν στόχο έχει την θεραπεία της νόσου με αποτελεσματικότητα και ταχύτητα ώστε να περιορίσουμε τα κατάλοιπα που μπορεί να αφήσει και στην τριτογενή ή τριτοβάθμια πρόληψη που σαν στόχο έχει να μειώσει στον χρόνιο ψυχωτικό ασθενή την υπολειμματική του κατάσταση προλαμβάνοντας τις επιπλοκές της νόσου και αναπτύσσοντας προγράμματα αποκατάστασης. Η αποκατάσταση και η θεραπευτική επέμβαση πρέπει να ξεκινήσει από την μέρα που θα εμφανιστεί η νόσος αλλιώς αναπτύσσονται τέτοια δυναμικά μεταξύ του ασθενούς και του περιβάλλοντος ώστε ο ασθενής απομακρύνεται και από τη εργασία του και από την οικογένειά του και από την κοινωνία.

Ο χρόνιος ψυχωτικός ασθενής χαρακτηρίζεται από την μεγάλη βαρύτητα της νόσου, από εκτεταμένη αναπηρία, από το ιστορικό μακράς νοσηλείας και από την κοινωνική απομόνωση. Ο ψυχωτικός ασθενής ζει στον εαυτό του, μόνος του και αν δεν τον βοηθήσουμε εμείς θα εξακολουθεί να ζει μόνος του.

Οι ανάγκες του χρόνιου ψυχωτικού είναι τρεις και είναι αποτέλεσμα των προηγούμενων. Είναι η στέγαση και διαμονή, η εργασία και η κοινωνικοποίηση. Με βάση λοιπόν τις ανάγκες των χρόνιων ψυχωτικών ασθενών δημιουργήθησαν δομές που καλύπτουν αυτές τις ανάγκες. Οι δομές αυτές έγιναν εντός του νοσοκομείου (μοντέλο κέντρου) και εκτός αυτού μέσα στην κοινότητα (μοντέλο διασποράς). Οι πρώτες δομές στοιχίζουν φθηνότερα, αν και αυτό τελευταία αμφισβητείται και έχουν το πλεονέκτημα ότι αποφεύγεται το στρες αποχωρισμού των ασθενών από την καθημερινότητα των ψυχιατρικών νοσοκομείων, εφόσον έχουν διαμείνει χρόνια σε αυτά.

Σήμερα ακολουθείται το μοντέλο της διασποράς, δηλαδή αναπτύσσονται δομές μέσα στην κοινότητα, χώροι με συχνές επαφές με τους φορείς της κοινότητας. Βέβαια, υπάρχει το οικονομικό ζήτημα που δεν επιτρέπει την στέγαση τέτοιων χώρων σε πλούσιες περιοχές, διότι δεν φτάνουν τα χρήματα του κράτους. Οι άρρωστοι είναι αναγκασμένοι να ζούνε κυρίως σε υποβαθμισμένες περιοχές. Αναπτύχθηκαν λοιπόν δομές που αφορούν την στέγαση όπως οι ξενώνες (βραχείας –μέχρι έξι μήνες-, μέσης –μέχρι δεκαοχτώ μήνες-, μακράς διάρκειας –περίπου τριάντα έξι μήνες-, υψηλής -24ώρη παρουσία του προσωπικού-, μέσης –μέχρι 24 ώρες παραμονή- και χαμηλής επιστάσις –τα πρωινά-), τα οικοτροφεία που διαφέρουν από τους ξενώνες μόνο ως προς τον χώρο παραμονής που είναι απεριόριστος, τα διαμερίσματα και τα προστατευόμενα διαμερίσματα όπου οι ασθενείς ζούνε μόνοι τους και μαγειρεύουνε.

Οι δομές που αφορούν την εργασία και την κοινωνική επανένταξη είναι τέσσερις. Είναι τα κέντρα επαγγελματικής και προεπαγγελματικής κατάρτισης, οι κοινωνικοί συνεταιρισμοί, τα κέντρα ημέρας τα οποία προσφέρουν μόνο παρακολούθηση και κοινωνική επαφή και τέλος οι δομές κοινωνικής συναναστροφής όπως λέσχες, σωματεία και οι λοιπές δομές που συμμετέχουν σε κοινοτικά προγράμματα.

Εξωτερικές Στεγαστικές Δομές του ΨΝΑ

1/12/2005	ξεν. 15	οικ. 14	προσ. Διαμ. 49
10/3/2006	ξεν. 16	οικ. 14	προσ. Διαμ. 51
16/10/2007	ξεν. 16	οικ. 18	προσ. Διαμ. 54
16/10/2008	ξεν. 17	οικ. 18	προσ. Διαμ. 54

Παλιότερα ο ψυχωσικός ασθενής δεν αναγνωριζόταν από μακριά λόγω της νόσου του αλλά από τις παρενέργειες των φαρμάκων και ήταν όλοι καθηλωμένοι σα ζόμπι. Τώρα επικρατεί μία τελείως διαφορετική κατάσταση. Πλέον δεν χρειάζεται ο ασθενής να διαμένει σε απαράδεκτες συνθήκες.

Οι εργασιακές δομές του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής αποτελούνται από τα ΚΟΙΣΠΕ (κοινωνικοί συνεταιρισμοί), από τα κέντρα προεπαγγελματικής και επαγγελματικής κατάρτισης, από τα καφενεία, τα σούπερ μάρκετ και τα φαστ φούντ. Στις κοινωνικές δομές και οι κοινωνικές δραστηριότητες συγκαταλέγονται οι ακόλουθες. Η συμμετοχή στις κοινωνικές δομές της κοινότητας (πνευματικά κέντρα, ΚΑΠΗ, εκκλησία κλπ) και η διοργάνωση και συμμετοχή σε εκδρομές, χορούς, συνεστιάσεις, θεατρικές παραστάσεις, κινηματογράφος, καφετέρια κ.α). Αυτές οι δραστηριότητες είναι πολύ συχνές και προκαλεί προβληματισμό η μη έκθεσή τους από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης.

Νοσηλεύόμενοι Ασθενείς στο ΨΝΑ από το 1970 έως το Δεκέμβριο του 2008

1/12/1970	2367						
1/12/1980	2489						
1/12/1990	1881						
1/12/2000	1269	εντός	820	εκτός	196	μετ	253
1/12/2001	1350	εντός	835	εκτός	274	μετ	241
1/12/2002	1336	εντός	795	εκτός	369	μετ	172
1/12/2003	1194	εντός	631	εκτός	403	μετ	160
1/12/2004	1154	εντός	557	εκτός	454	μετ	143
1/12/2005	1064	εντός	536	εκτός	450	μετ	78
1/12/2006	1059	εντός	490	εκτός	481	μετ	78
1/12/2007	1094	εντός	503	εκτός	545	μετ	46
1/12/2008	1037	εντός	428	εκτός	568	μετ	46

Μέχρι το 1980 οι ασθενείς διαμένουν σε άθλιες συνθήκες μέσα στους χώρους του νοσοκομείου. Την δεκαετία του 1980 αναπτύσσονται κάποιες δομές στο γενικό νοσοκομείο με αποτέλεσμα κάποιο ορισμένο αριθμό περιστατικών να διαμένουν εκεί καθώς και ένα άλλο ποσοστό το οποίο γύρισε στα σπίτια τους. Από το 2000 και μετά παρατηρείται μία συνεχής προσπάθεια αποσυλοποίησης καθώς το ποσοστό των ασθενών εντός νοσοκομειακών χώρων συνεχώς μειώνεται ενώ ταυτόχρονα αυξάνεται το ποσοστό που ζει σε εξωτερικές δομές. Λόγω του σεισμού του 1999 κάποιοι ασθενείς μεταφέρθηκαν σε μεταστεγαστικές δομές και με την πάροδο των χρόνων μεταφέρθηκαν σε δομές εκτός του νοσοκομείου και εντός της κοινότητας.

Στο Δρομοκαίτειο είχε 800 νοσηλεύόμενους συνεχώς ενώ το 2008 έχει περίπου 500 εκ των οποίων οι 375 βρίσκονται εντός του νοσοκομείου και οι 125 σε δομές. Όλα τα προγράμματα πρέπει να είναι ανθρωποκεντρικά με μοναδικό στόχο την βελτίωση της νόσου και των συνθηκών διαβίωσης των ασθενών.

ΕΙΣΗΓΗΣΗ 3η

«Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΣΤΡΑΤΟΥ ΩΣ ΧΩΡΟΣ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΚΑΙ ΕΝΤΟΠΙΣΜΟΥ ΨΥΧΙΚΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ. ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΕΣ ΔΙΑΣΥΝΔΕΣΗΣ ΜΕ ΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ»
ΟΡΕΣΤΗΣ ΓΙΩΤΑΚΟΣ, ΑΡΧΙΑΤΡΟΣ – ΨΥΧΙΑΤΡΟΣ, ΥΠΟΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ 414 ΣΝΕΝ

Είναι γνωστό ότι η στρατιωτική ψυχιατρική έχει κάποιες διαφορές από την γενικότερη ψυχιατρική. Οι διαφορές αυτές εντοπίζονται κυρίως στις προσπάθειες που κάνουν οι υπηρεσίες παροχής ψυχικής υγείας του στρατού και φυσικά δεν αναφέρομαι μόνο στους ψυχιάτρους, ώστε το προσωπικό, είτε αυτοί είναι στρατεύσιμοι είτε στελέχη, να έχει μία καλή προσαρμογή. Είναι γνωστό ότι οι στρατεύσιμοι αλλάζουν 3 με 5 μέρη, για να μη μιλήσω για πόστα στους 12 μήνες που υπηρετούν και κατά μέσο όρο 15 μέρη όταν αναφερθούμε στα στελέχη. Ο στόχος λοιπόν είναι να επιτυγχάνεται μία ομαλή προσαρμογή ή να εντοπίζονται τα προβλήματα που προέρχονται από την δυσκολία προσαρμογής και οι συμπεριφορές υψηλού κινδύνου όπως η αυτοκτονικότητα και η χρήση ψυχοδραστικών ουσιών που απαιτούν επείγουσα αντιμετώπιση διότι είναι από τις λίγες ψυχιατρικές περιπτώσεις που μπορούν να αποβούν θανατηφόρες. Πίσω από αυτές τις δύο συμπεριφορές κρύβονται μείζονες ψυχοπαθολογίες τις οποίες πρέπει έγκαιρα να μπορούμε να τις αναγνωρίσουμε, να τις παραπέμπουμε ώστε να αντιμετωπιστούν υπό καταλληλότερες συνθήκες.

Σε δύο έρευνες του 2001 και 2005, από τους 1.098 και 777 νεοσύλλεκτους τριάντα ημερών περίπου που ερωτήθηκαν αντίστοιχα, το 12% έναντι του 24% σε κάθε χρονιά απάντησε ότι είχαν νιώσει ότι η ζωή δεν έχει κανένα νόημα, το 6% έναντι του 9% είχαν ευχηθεί να πεθάνουν, το 6% έναντι του 8% είχαν σκεφτεί να αυτοκτονήσουν και το 2% και 3% αντίστοιχα είχαν προσπαθήσει να αυτοκτονήσουν. Να υπενθυμίσω ότι πριν από περίπου δέκα χρόνια οι επίσημες ανακοινώσεις από τον στρατό υποστήριζαν ότι δεν συναντάται αυτοκτονικότητα στον στρατό. Ψάχνοντας πιο ειδικά στα δύο δείγματα θα διαπιστώσει ότι η ύπαρξη ενός νεοσύλλεκτου στον στρατό αυξάνει πιθανότητα τα επίπεδα αυτοκτονικότητας. Το 11% του πρώτου δείγματος απάντησε ότι και πριν το στρατο είχε νιώσει ότι η ζωή δεν έχει κανένα νόημα ενώ το ποσοστό αυτό διπλασιάζεται στο 24% όταν τα ίδια άτομα βρεθούν στον πλαίσιο του στρατού.

Μία άλλη πονεμένη παράμετρος είναι η χρήση ψυχοδραστικών ουσιών. Βρισκόμαστε συχνά αντιμέτωποι με αυτό το ζήτημα λόγω της πιθανής αυτοκτονικής έκφρασης αλλά και της συνήθως βαριάς ψυχοπαθολογίας που κρύβεται πίσω από την χρήση. Συγκρίνοντας το δείγμα του 2001 με το δείγμα του 2005 βρίσκουμε ότι η χρήση χαπιών ή χασίς κυμαίνεται στα ίδια επίπεδα (7% vs 5%). Στα ίδια περίπου επίπεδα συναντούμε και την χρήση ηρωίνης ή κοκαΐνης (4% vs 3%). Να υπενθυμίσουμε ότι πριν από δέκα περίπου χρόνια οι επίσημες ανακοινώσεις του στρατού υποστήριζαν ότι στο στρατιωτικό περιβάλλον δεν γίνεται χρήση ουσιών άρα και δεν υπάρχει λόγος για συζήτηση. Σήμερα, εδώ και λίγους μήνες, αφού πέρασαν τα πράγματα από διάφορες διαδικασίες, υπάρχει διαταγή η οποία μάλιστα προσβλέπει στην πρόληψη, κάνοντας δειγματοληπτικούς ελέγχους μέσα στον στρατό τόσο στους στρατεύσιμους όσο και στα στελέχη. Θέματα όσο αναφορά την ανακοίνωση τέτοιων αποτελεσμάτων βρίσκονται υπό συζήτηση αλλά δεν θα είναι το αντικείμενο της σημερινής παρουσίασης.

Από την έρευνα του 2001, η χρήση ουσιών πριν το στρατό στους 1098 νεοσύλλεκτους και η χρήση κατά την διάρκεια του στρατού κυμαίνεται στα ίδια επίπεδα (9.4% για χασίς ή/και χάπια πριν το στρατό έναντι 7.2% κατά τη διάρκεια και 4.9% για ηρωίνη ή/και κοκαΐνη πριν το στρατό έναντι 3.9% κατά τη διάρκεια). Δεν πρέπει να παραλείψουμε όμως το γεγονός ότι σε κάθε σειρά που καλείται να παρουσιαστεί υπάρχει ένα περίπου 15% που απαλλάσσεται είναι λόγω της χρήσης ενώ το υπόλοιπο ποσοστό είναι για ψυχιατρικούς λόγους. Οπότε παρόλο που τα ποσοστά χρήσης πριν και κατά την διάρκεια του στρατού παραμένουν τα ίδια, πρέπει να λάβουμε υπ' όψιν την μείωση του

δείγματος που προέρχεται από τις απαλλαγές. Επίσης, στους 30-ημερών νεοσύλλεκτους, υπάρχουν νέα περιστατικά χρήσης χαπιών ή χασίς στο 1.4% του συνόλου τους και 1.2% που αφορά την νέα χρήση ηρωίνης/κοκαΐνης

Σίγουρα υπάρχει ένα συνεχές, δηλαδή αυτός που είναι αυτοκτονικός πριν από το στρατό έχει περισσότερες πιθανότητες να είναι και μετά. Το ίδιο μπορούμε να πούμε και για τους χρήστες ουσιών. Πιο συγκεκριμένα, τα άτομα με προηγούμενη «κατάχρηση αλκοόλ», «χρήση χασίς/χαπιών» ή «χρήση ηρωίνης/κοκαΐνης έχουν αντίστοιχα 20, 120 και 100 φορές περισσότερες πιθανότητες να κάνουν παρόμοια χρήση και στην διάρκεια της θητείας, σε σχέση με τα άτομα που δεν έχουν παρόμοιο ιστορικό χρήσης.

Όταν συνδέσουμε τις δύο αυτές καταστάσεις, δηλαδή την αυτοκτονικότητα και την χρήση ουσιών, θα διαπιστώσουμε ότι η συννοσηρότητα παρούσας αυτοκτονικότητας και χρήσης τοξικών ουσιών βρίσκεται στο 30% με 45%, ανάλογα με το είδος της ουσίας. Τα άτομα που έκαναν τόσο στο παρελθόν όσο και στο παρόν χρήση κάποιας ψυχοδραστικής ουσίας είχαν σημαντικά μεγαλύτερες πιθανότητες να έχουν αυτοκτονικό ιδεασμό, σε σχέση με τα άτομα που δεν ανέφεραν αντίστοιχη παρελθούσα ή παρούσα χρήση.

Είναι γνωστό ότι μείζονες ψυχικές διαταραχές όπως η κατάθλιψη και η σχιζοφρένεια, λόγω της ηλικιακής κατανομής έναρξης, εμφανίζουν τις αρχικές εκδηλώσεις στη διάρκεια της στράτευσης. Αυτό είναι πιο χαρακτηριστικό βέβαια για την σχιζοφρένεια αλλά και η κατάθλιψη κάνει ένα μικρό peak γύρω στα χρόνια της όψιμης εφηβείας.

Σύμφωνα με στατιστικές μελέτες, ένα εκατομμύριο ασθενείς νοσούν ετησίως στην Ελλάδα από κατάθλιψη. Ένας στους δέκα νοσούν τον χρόνο ενώ ένα 17% πάσχουν από κατάθλιψη με διάρκεια ζωής. Είναι γνωστό ότι οι γυναίκες είναι πιο επιβαρημένες από την νόσο και οι άντρες λίγο λιγότερο. Τα ποσοστά είναι τεράστια και ένα μεγάλο ποσοστό αυτών, μοιραία, βρίσκονται στον στρατό.

Η κατάθλιψη είναι η δεύτερη αιτία επίσκεψης στο γενικό ιατρό, μετά τις λοιμώξεις του ανώτερου αναπνευστικού. Η περιπλοκότητα της κατάθλιψης περιλαμβάνει περιπτώσεις συννοσηρότητας με κοινωνικές φοβίες, γενικευμένες αγχώδεις διαταραχές, διαταραχές μετατραυματικού στρες, διαταραχές πανικού και ιδεοψυχαναγκαστικές διαταραχές.

Η σχιζοφρένεια είναι μία νόσος μοντέλο για το θέμα που συζητάμε. Είναι μία νόσος χρόνια, βαριά που απαιτεί καλή αντιμετώπιση από την πρώτη στιγμή και καθ'όλη την διάρκεια της αποκατάστασης. Περίπου το 1% του πληθυσμού αναπτύσσει σχιζοφρένεια κατά τη διάρκεια της ζωής του. 100.000 περίπου Έλληνες θα αναπτύξουν σχιζοφρένεια κατά τη διάρκεια της ζωής τους. Το πρώτο επεισόδιο θα λάβει χώρα συνήθως στην ηλικία μεταξύ 17 και 25. Αυτό σημαίνει ότι οι πιθανότητες το πρώτο αυτό επεισόδιο να συμβεί μέσα στον στρατό είναι αρκετά μεγάλες, ξέχωρα βέβαια και από το στρες του στρατού. Στον Ελληνικό πληθυσμό περιμένουμε ότι 1.200 περίπου άτομα θα εμφανίσουν για πρώτη φορά σχιζοφρένεια. Στη σχιζοφρένεια συναντούμε πολύ μεγάλα ποσοστά υποτροπής. Ανεξαρτήτως αγωγής, το 54% των ασθενών θα υποτροπιάσει μέσα στους επόμενους 24 μήνες, το 82% θα υποτροπιάσει μέσα στα επόμενα 5 έτη ενώ το 72% διατρέχει κίνδυνο να έχει δεύτερη υποτροπή μετά από τα 5 χρόνια. Η διακοπή της αντιψυχωτικής θεραπείας είναι ο ισχυρότερος λόγος υποτροπής. Ο νούμερο ένα λόγος για τη μη συμμόρφωση του ασθενούς με την αγωγή είναι η θεραπευτική σχέση (ενημέρωση για την ασθένεια, επαφή με τους γονείς, προγραμματισμός, πλάνο για τη ζωή τους τα επόμενα χρόνια).

Η θεραπεία της σχιζοφρένειας έχει σαν πρώτη φάση την άμεση ψυχιατρική αποκατάσταση η οποία περιλαμβάνει πιθανότατα την νοσηλεία και σίγουρα την συμμετοχή και την στήριξη της οικογένειας ώστε να προχωρήσει η θεραπεία. Η δεύτερη φάση, ή αλλιώς κύρια, είναι η κοινωνική αποκατάσταση. Η κοινωνική αποκατάσταση περιλαμβάνει κοινοτικά προγράμματα ψυχοκοινωνικής υποστήριξης και διαχείρισης, την κοινωνική λέσχη, τις ομάδες αυτοβοήθειας, την στεγαστική αποκατάσταση, τις προνοιακές υπηρεσίες και τα οικογενειακά προγράμματα υποστήριξης. Τέλος, ή παράλληλα με όλα αυτά, εφόσον η λειτουργικότητα του ασθενούς έχει αλλάξει υπάρχει και ο στόχος της επαγγελματικής

αποκατάστασης δηλαδή η συμμετοχή σε προεπαγγελματικά ή επαγγελματικά εκπαιδευτικά εργαστήρια με σκοπό την προστατευμένη εργασία.

Ως προς την στελέχωση του στρατού ξηράς, αριθμητικά τουλάχιστον φαίνεται ότι είμαστε καλυμμένοι. Ο στρατός ξηράς περιλαμβάνει 40.000 στρατεύσιμους και 40.000 στελέχη. Έχει 30 ψυχιάτρους, 20 ψυχολόγους, 5 κοινωνικούς λειτουργούς και 80 ψυχιατρικές κλίνες. Πρέπει όμως να λάβουμε υπόψη ότι ο στρατός είναι σε όλη την επικράτεια της Ελλάδος και άρα τα νούμερα μερικές φορές απατούν.

Ένα 15% των ανθρώπων που έρχονται για να υπηρετήσουν απαλλάσσονται για λόγους υγείας, η συντριπτική πλειοψηφία αυτών για λόγους ψυχικής υγείας, μετά την αρχική τους εξέταση ως νεοσύλλεκτοι. Εδώ και λίγα χρόνια έχουν αναπτυχθεί οι Ομάδες Ψυχοκοινωνικής Μέριμνας, οι οποίες λειτουργούν ανά μεγάλη μονάδα ή περιφέρεια και απαρτίζονται από τον επικεφαλής ψυχίατρο, από έναν ψυχολόγο και έναν κοινωνικό λειτουργό ή κοινωνιολόγο. Σίγουρα τα προβλήματα στελέχωσης υπάρχουν γενικότερα στο στρατό πόσο μάλλον στην κατηγορία αυτή. Το σημαντικό όμως είναι ότι οι ομάδες ψυχοκοινωνικής μέριμνας είναι μία πραγματικότητα και συντελούν πολύ σημαντικό έργο.

Ένα πρόσφατο όπλο του στρατού είναι η τηλεφωνική γραμμή ψυχολογικής στήριξης η οποία τον τελευταίο καιρό έχει προσθέσει στο έργο της και την ομάδα παρέμβασης στην κρίση. Η τηλεφωνική γραμμή ψυχολογικής στήριξης λειτουργεί εδώ και πέντε χρόνια, από το 2003, έχει λάβει 8.000 κλήσεις και λειτουργεί καθημερινά, σε 24ωρη βάση. Στελεχώνεται από 8 ψυχολόγους και έχει μία 3μελή επιστημονική επιτροπή. Η έδρα της είναι στο 414 Στρατιωτικό Νοσοκομείο Ειδικών Νοσημάτων στην Πεντέλη. Υπεύθυνοι για την γραμμή είναι το Υπουργείο Εθνικής Άμυνας, η Γενική Διεύθυνση Οικονομικού Σχεδιασμού και υποστήριξης, Διεύθυνση Ανθρώπινου Δυναμικού και Περιβάλλοντος, Τμήμα Διαχείρισης Ανθρώπινου Δυναμικού.

Τα περισσότερα αιτήματα έχουν να κάνουν με οικογενειακά θέματα και με θέματα διαβίωσης στο στρατόπεδο. Η διαφαινόμενη ψυχοπαθολογία είναι κυρίως το άγχος ενώ ένας στους τρεις δεν δείχνει ψυχοπαθολογία. Συνήθως η παρέμβαση είναι συμβουλευτική. Όσο αναφορά το κομμάτι παρέμβασης στην κρίση, δηλαδή έξω από την γραμμή, η εμπειρία είναι τριετής με το προσωπικό της Γραμμής να έχει χειριστεί 30 περίπου περιστατικά κρίσεων τα τελευταία τρία χρόνια έχοντας πραγματοποιήσει 38 επισκέψεις στον τόπο που βρίσκονται οι οικείοι των θυμάτων. Όσο περνάει ο καιρός τα περιστατικά αυτά γίνονται. Οι περισσότερες επισκέψεις γίνονται κατά την διάρκεια του καλοκαιριού ενώ η ιδιότητα των θυμάτων είναι κατά 52% στρατιώτες, 19% ΕΠΟΠ, 19% στέλεχος και 10% μέλος. Οι αιτίες είναι κατά 24% αυτοκτονίες, 43% τροχαία, 19% ασθένειες και κατά 14% άλλα δυστυχήματα. Η παρέμβαση δεν έγινε δεκτή στο 14% ενώ έγινε δεκτή στο 86%.

Η αρχή της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης έγινε το 1983, όπου θεσπίζεται το Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ν. 1397/83). Αυτός ο νόμος είναι πολύ σημαντικός διότι προέβλεπε την ίδρυση ψυχιατρικών κλινικών μέσα στα γενικά νοσοκομεία. Το 1984, το περίφημο βιντεάκι από την Λέρο κινητοποίησε την Ελλάδα και την Ευρώπη και πραγματοποιήθηκε μία έκτακτη οικονομική ενίσχυση από την τότε ΕΟΚ με σκοπό την πρώτη διαδικασία αποϊδρυματισμού η οποία διευρύνθηκε οχτώ χρόνια μετά με τον Ν. 2071/92. Το 1995, το υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας εκπόνησε ένα μακροπρόθεσμο σχέδιο με την κωδική ονομασία «Ψυχαργός». Το έργο αυτό παγιώθηκε με τον Ν. 2716/99 με τίτλο 'Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός υπηρεσιών ψυχικής υγείας και άλλες διατάξεις'. Το πρόγραμμα αποτελεί τον υπηρεσιακό βραχίονα της πολιτικής του Ελληνικού κράτους για την ψυχιατρική μεταρρύθμιση, τον αποϊδρυματισμό και τον εκσυγχρονισμό υγείας με τη δημιουργία σύγχρονων υπηρεσιών, κοινοτικά προσανατολισμένων και ενταγμένων σε Τομείς Ψυχικής Υγείας.

Οι στόχοι του «Ψυχαργός» είναι η αποϊδρυματοποίηση, η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και η κοινωνική επανένταξη ασθενών με μακρά παραμονή στα ψυχιατρικά νοσοκομεία της χώρας. Ένας άλλος στόχος είναι η Πρωτοβάθμια φροντίδα, η εξωνοσοκομειακή περίθαλψη και η νοσοκομειακή περίθαλψη στο πλαίσιο του Γενικού Νοσοκομείου.

Τα αποτελέσματα της πρώτης φάσης του «Ψυχαργός» είναι πολλά. Δημιουργήθηκαν 49 ξενώνες και 6 οικοτροφεία, 71 εργαστήρια επαγγελματικής κατάρτισης ψυχικά ασθενών. Πραγματοποιήθηκε η προκατάρτιση και κατάρτιση 973 ασθενών που διέμεναν σε Ψυχιατρικά Νοσοκομεία ενώ επετεύχθη ο αποϊδρυματισμός και η διαμονή σε έξω-νοσοκομειακές δομές (ξενώνες, οικοτροφεία) 769 ασθενών. Επίσης, έγινε δυνατή η πρόσληψη και η εκπαίδευση 630 ατόμων, δηλαδή των στελεχών των νέων δομών και η κατάρτιση 910 ατόμων ως στελεχών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης.

Τα αποτελέσματα της δεύτερης φάσης του «Ψυχαργός», δηλαδή στην φάση που βρισκόμαστε τώρα, είναι και αυτά σημαντικά. Οι κλίνες των δημόσιων ψυχιατρικών έχουν μειωθεί από τις 8.500 του 1984, στις σημερινές 2000 των 8 ψυχιατρικών. Έχουν ήδη κλείσει οριστικά τα άσυλα που λειτουργούσαν σε 5 Ψυχιατρικά νοσοκομεία (Ψ.Ν. Πέτρας Ολύμπου, ΨΠ Κρήτης, ΨΝ Κέρκυρας, ΨΝ Τρίπολης και Παιδοψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής).

Στην παρούσα κατάσταση, το επιχειρησιακό πρόγραμμα του υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας για τα έτη 2000 με 2008 αποσκοπεί σε δύο κατηγορίες αποκατάστασης. Είναι οι μονάδες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, δηλαδή τα προστατευμένα διαμερίσματα, τα οικοτροφεία και οι ξενώνες, οι οποίες έχουν ήδη κάνει εφικτή την αποασυλοποίηση του 50% των χρόνιων ασθενών που χρειάζονται στενή παρακολούθηση και ανέρχονται στις 400 μονάδες, και οι κοινοτικές δομές, όπως τα κέντρα ημέρας, τα ιατροπαιδαγωγικά κέντρα, τα κέντρα ψυχικής υγιεινής και οι κινητές μονάδες ψυχικής υγείας. Αυτές οι δομές αντιμετωπίζουν προβλήματα λιγότερο σοβαρά παρ' όλα αυτά, έχουν σχεδιαστεί 250 κοινοτικές δομές ενώ στην παρούσα φάση υπάρχουν γύρω στις 80. Αυτός ο αριθμός δείχνει ότι το πρόγραμμα «Ψυχαργός» βρίσκεται αρκετά πίσω σε δομές που μπορούν να καλυτερεύσουν τα ελαφρά περιστατικά και άρα τα ελαφρά που δεν καλύπτονται από τις δομές αυτές μπορούν να μετατραπούν σε βάθος χρόνου σε βαριά περιστατικά.

Οι μονάδες ψυχικής υγείας που προβλέπεται να αναπτυχθούν είναι τα ψυχιατρικά τμήματα σε γενικά νοσοκομεία και περιλαμβάνουν το κλασσικό τμήμα νοσηλείας, την μονάδα βραχείας νοσηλείας, το κέντρο παρέμβασης στην κρίση και την μονάδα οξέων. Είναι τα κέντρα ημέρας, τα κέντρα ψυχικής υγείας (για ενήλικες) και τα ιατροπαιδαγωγικά κέντρα (για παιδιά και εφήβους). Τέλος, προβλέπεται να αναπτυχθούν και προγράμματα προκατάρτισης, κατάρτισης και απασχόλησης ασθενών.

Κάποια παραδείγματα υπομονάδων ψυχικής υγείας που προβλέπεται να αναπτυχθούν είναι αυτά που αποσκοπούν στην άμεση παρέμβαση στην κρίση των χρηστών ναρκωτικών ουσιών, στην σωματική απεξάρτηση και ψυχολογική υποστήριξη των αλκοολικών, στην επαγγελματική επανένταξη, στην παροχή υπηρεσιών προς την οικογένεια, στην απεξάρτηση από ουσίες ατόμων φυλακισμένων, στα άτομα με διαταραχές αυτιστικού τύπου και στις κινητές μονάδες ψυχικής υγείας, για περιοχές με ιδιαίτερα προβλήματα πρόσβασης όπως νησιά και απομακρυσμένες ορεινές περιοχές.

Τα δύο τρίτα των φορέων υλοποίησης προέρχονται από τον δημόσιο τομέα ενώ ο ιδιωτικός τομέας περιλαμβάνει 50 φορείς μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα. Ο προϋπολογισμός για τα έτη 2007-2013 ανέρχεται στα 1,4 δισ ευρώ.

Με βάση όλα αυτά που είπαμε πρέπει να τείνουμε να προσαρμοζόμαστε στους στόχους της Ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, δηλαδή στους στόχους του «Ψυχαργός» (Νόμος 2716/99). Πρέπει επίσης να δημιουργηθούν μονάδες πρωτοβάθμιας αντιμετώπισης και πρόληψης στην κοινότητα (π.χ κέντρα ημέρας, κινητές μονάδες), να ενισχυθεί ο θεσμός των ομάδων ψυχοκοινωνικής μέριμνας (ΟΨΜ), να ενισχυθεί ο θεσμός της τηλεφωνικής γραμμής ψυχολογικής στήριξης και ομάδας παρέμβασης στην κρίση καθώς και ο θεσμός τηλε-ψυχιατρικής (Φίλιππος, ΚτΠ ΑΕ). Επίσης πρέπει να υπάρξει αξιοποίηση των προγραμμάτων ΕΣΠΑ.

Για να σχεδιάσει κανείς προτάσεις πρέπει να έχει τα κατάλληλα στοιχεία. Αυτά τα στοιχεία μπορούν να προκύψουν από την ερευνητική παρακολούθηση και καταγραφή των φαινομένων της αυτοκτονικότητας και της χρήσης ουσιών. Πρέπει να υπάρξει κεντρικός

συντονισμός ενεργειών πρόληψης (έρευνα -> σχεδιασμός -> εφαρμογή) καθώς και επαρκής στελέχωση από κοινωνικούς λειτουργούς, ψυχολόγους, ψυχιάτρους, επισκέπτες υγείας και ψυχιατρικούς νοσηλευτές η οποία την παρούσα φάση είναι ελλιπέστατη.

Τέλος, πρέπει να υπάρξει σταθερή ενημέρωση όλων, στελεχών αλλά και στρατιωτών σε θέματα ψυχικής υγιεινής. Η ενημέρωση αποτελεί βασικό άξονα της πρόληψης και εμπεριέχει μέσα την καταπολέμηση του στίγματος. Η ψυχιατρική είναι κλάδος της ιατρικής και δεν θα πρέπει να αντιμετωπίζεται ως κάτι περίεργο ή ξεχωριστό. Σε αυτό το πλαίσιο, θα είχε ευεργετικά αποτελέσματα η μετονομασία του 414 από Στρατιωτικό Νοσοκομείο Ειδικών Νοσημάτων σε κάτι λιγότερο φορτισμένο. Επίσης, από τον πρώτο νόμο της ίδρυσης του ΕΣΥ, πρέπει να δημιουργηθούν ψυχιατρικές κλινικές μέσα στα γενικά νοσοκομεία. Κάποτε το 401 ήταν το μόνο νοσοκομείο στην Ελλάδα που διατηρούσε ψυχιατρική κλινική ενώ τώρα είναι το μοναδικό νοσοκομείο που δεν διατηρεί ψυχιατρική κλινική. Τελειώνοντας, στις προτάσεις πρέπει να συμπεριλάβουμε σαν στόχο να υπάρξει μία συνεχής βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης των στρατιωτών και των στελεχών.

ΕΙΣΗΓΗΣΗ 4η

«Η ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΣΤΟΝ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ – ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ – ΠΡΟΣΦΑΤΕΣ ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ»

ΔΗΜΗΤΡΗΣ Β. ΠΛΟΥΜΠΙΔΗΣ, ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΗΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ, 1η ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΚΠΑ, ΑΙΓΙΝΗΤΕΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ, ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΚΕΝΤΡΟΥ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΒΥΡΩΝΑ - ΚΑΙΣΑΡΙΑΝΗΣ

Στην συνεργασία μεταξύ ατόμων, λειτουργούν συνεκτικά οι σχέσεις δάσκαλου-μαθητή καθώς και οι ανακοινώσεις στα πλαίσια συνεδρίων και επιστημονικών εταιρειών. Στα πλαίσια του παραδείγματος, από το σύνολο των ανακοινώσεων που έγιναν στην ιατρική εταιρεία Αθηνών η οποία ιδρύθηκε πριν από το πανεπιστήμιο, το 1835, οι ανακοινώσεις που σχετίζονται με την νευρολογία – ψυχιατρική είναι 169 και αποτελούν το 5,7% των συνολικών ανακοινώσεων. Αν προσθέσουμε 29 ανακοινώσεις για ψυχιατρικά θέματα που εμφανίστηκαν σε άλλες ενότητες το ποσοστό ανεβαίνει στο 6,7%. Από τις 169, οι 122 αναφέρονται στον κλάδο της νευρολογίας (72,3%) ενώ οι υπόλοιπες 47 (27,7%) αναφέρονται στην ψυχιατρική και την επιληψία. Η νευρολογία και η ψυχιατρική έρχονται όγδοες στην κατάταξη των ανακοινώσεων των ιατρικών τομέων, μετά την παθολογία και την μαιευτική/γυναικολογία και πριν την οφθαλμολογία και αφροδισιολογία.

Η ίδρυση της Ελληνικής Νευρολογικής και Ψυχιατρικής Εταιρείας λαμβάνει χώρα το 1936 και αναφέρεται στην ίδρυση πέντε πανεπιστημιακών κέντρων: του «Αιγινήτειου», του νευρολογικού τμήματος του «Ευαγγελισμού», του νευρολογικού τμήματος του Ερυθρού Σταυρού, του Δημοσίου Ψυχιατρείου Αθηνών και του «Δρομοκαΐτειου» Ιδρύματος. Το 1949, ο Φ. Σκούρας, ο Μ. Στριγγάρης, απόφοιτοι της στρατιωτικής ψυχιατρικής σχολής στη Λυών εκδίδουν με δικά τους έξοδα το περιοδικό «ΕΓΚΕΦΑΛΟΣ», η έκδοση του οποίου διεκόπη μετά τον θάνατο του Φ. Σκούρα το 1953.

Την δεκαετία του '50, οι δύο εταιρείες που συναγωνίζονται και συνεργάζονται, η «Ελληνική Ψυχιατρική Εταιρεία» της Αθήνας και η «Πανελλήνια Ψυχιατρική Εταιρεία» της Θεσσαλονίκης συνενώνονται και το 1960 γίνεται το πρώτο «Πανελλήνιο Συνέδριο» της εταιρείας στην αίθουσα «Παρνασσού» στην Αθήνα. Αποφασίστηκε επίσης η επανέκδοση του «ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ» (1963) ως οργάνου του συνεδρίου.

Η συνεργασία ιδρυμάτων και υπηρεσιών άρχισε να συζητιέται ευρύτερα στη δεκαετία του 1970. Στο τέλος της δεκαετίας 1970 έχουμε τις πρώτες εμπειρίες κοινοτικής ψυχιατρικής ενώ στα μέσα της δεκαετίας του 1980 έχουμε τις πρώτες αποκαταστασιακές εμπειρίες δηλαδή τη συνεργασία του ψυχιατρικού νοσοκομείου με κοινοτικές δομές.

Ο νόμος 1397/1993 του Εθνικού Συστήματος Υγείας θεσμοθετεί την δυνατότητα δικτύου συμπληρωματικών υπηρεσιών χωρίς πάντα να υπάρχουν. Με αυτόν τον τρόπο αρχίζει να γίνεται νοητή η ύπαρξη πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας φροντίδας και επίσης πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας πρόληψης.

Ο νόμος 2716/1999 του ΕΣΥ περιέχει πολλές υπουργικές αποφάσεις και μία ενιαία σημαντική καινοτομία, την τομεοποίηση. Η τομεοποίηση αναφέρεται σε ένα τομέα ανά νομό, τρεις τομείς στην περιοχή Θεσσαλονίκης, 13 τομείς στην περιοχή της Αθήνας. Ο κάθε τομέας δραστηριοποιείται για 250-300 χιλιάδες κατοίκους με δυνατότητα ορισμού υποτομέων.

Τα βασικά προβλήματα που αντιμετωπίζει η τομεοποίηση είναι πέντε. Καταρχήν, ο κάθε τομέας έχει την Τ.Ε.Ψ.Υ. (Τομεατική Επιτροπή Ψυχικής Υγείας) που λειτουργεί με ρόλο καθαρά γνωμοδοτικού οργάνου, παρά το πλήθος των καθηκόντων που τους ανατίθενται με υπουργικές αποφάσεις. Δεύτερον, η διασύνδεση των εξωνοσοκομειακών υπηρεσιών με τις μονάδες νοσηλείας είναι ελλιπής και δεν λειτουργεί. Η παράλληλη διασύνδεση των εξωνοσοκομειακών υπηρεσιών που ανήκουν σε διαφορετικούς τομείς και φορείς εντός των τομέων είναι ελάχιστη. Τέταρτον, οι Τ.Ε.Ψ.Υ. δεν παρεμβαίνουν με κανένα τρόπο στην ρύθμιση των εφημεριών, ευθύνη που ανήκει εξ'ολοκλήρου στο

Σ.Ο.Τ.Υ. (σημερινό Ε.Κ.Ε.Π.Υ.) και τέλος, στα μεγάλα νοσοκομεία όπως το Ψ.Ν.Α. και το Δρομοκαΐτειο δεν έχουν επιμεριστεί οι κλίνες ανά τομέα.

Θα ήθελα να αναφέρω κάποιες νέες μορφές δικτύωσης στην προληπτική ιατρική όπως το Εθνικό Δίκτυο Νοσοκομείων Προαγωγής Υγείας (μέλος του Ευρωπαϊκού δικτύου νοσοκομείων προαγωγής υγείας), το Εθνικό Δίκτυο Δήμων Προαγωγής Υγείας και το Εθνικό Δίκτυο Προαγωγής Υγείας στους Χώρους Εργασίας.

Το Κ.Κ.Ψ.Υ. λειτουργεί από την 1/10/1979 και εξασφαλίζει πολλαπλές λειτουργίες, δηλαδή αποκαταστασιακές μονάδες, κάνει παρεμβάσεις κατοίκων και συνεργάζεται με τα ΚΑΠΗ. Η βασική (εξωνοσοκομειακή) ψυχιατρική φροντίδα είναι ένα μείγμα Πρωτοβάθμιας και Εξειδικευμένης φροντίδας Υγείας και Πρόληψης. Ακρογωνιαίος λίθος της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης είναι ο νόμος 2716/1999 που εκφράζεται ως έξω νοσοκομειακή φροντίδα και δικτύωση.

Το φύλο των εισερχομένων είναι γυναικείο στο μεγαλύτερο ποσοστό (68% το 2005 και 71.5% το 2006). Η μεγάλη πλειοψηφία των ανθρώπων είναι ηλικίας από 30 μέχρι 64 όμως δε θα έπρεπε να υποτιμήσουμε την Τρίτη ηλικία διότι παρόλο τον μικρότερο αριθμό (9-17%) χρειάζεται πολλαπλές και μακροχρόνιες δράσεις. Στα αίτια προσέλευσης, η κυριότερη είναι η κατάθλιψη, το άγχος και η ψυχική ένταση και αμέσως μετά ακολουθούν οι περίεργες συμπεριφορές που παρατηρούνται από τρίτους, δηλαδή οι βαριές ψυχοπαθολογίες όπως οι ψυχώσεις και κάποιες διαταραχές συμπεριφοράς, και τα προβλήματα οικογένειας, ζεύγους/σχέσεων. Στην τελευταία κατηγορία ανήκουν και προληπτικής φύσεως προβληματισμοί, δηλαδή μπορεί να μην υπάρχει συμπτωματολογία αλλά να υπάρχει ανάγκη για πληροφόρηση και συμβουλή.

ΑΙΤΙΑ ΠΡΟΣΕΛΕΥΣΗΣ	ΑΝΔΡΕΣ		ΓΥΝΑΙΚΕΣ	
	2005	2006	2005	2006
ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ-ΑΓΧΟΣ-ΨΥΧΙΚΗ ΕΝΤΑΣΗ	29 (27,1%)	36 (42,9%)	99 (43,6%)	79 (37,4%)
ΠΕΡΙΕΡΓΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ (ΠΑΡΑΤΗΡ. ΑΠΟ ΤΡΙΤΟΥΣ)	19 (17,8%)	17 (20,2%)	16 (7,0%)	21 (12,8%)
ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΑ (ΝΟΗΤ. ΚΑΘ.)	6 (5,6%)	1 (1,2%)	7 (3,1%)	2 (0,9%)
ΠΡΟΒΛ/ΚΕΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΕΣ ΖΕΥΓΟΥΣ/ΣΧΕΣΕΩΝ	15 (14,0%)	11 (13,1%)	68 (30,0%)	63 (29,9%)
ΣΩΜΑΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	9 (8,4%)	4 (4,8%)	7 (3,1%)	2 (0,9%)
ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ (ΕΠΙΔΟΜΑ/ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ)	4 (3,7%)	7 (8,4%)	3 (1,3%)	8 (3,6%)
ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ	3 (2,8%)	-	5 (2,2%)	1 (0,5%)
ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗΣΗ	6 (5,6%)	3 (3,6%)	11 (4,8%)	4 (1,9%)
ΑΛΛΟ	13 (12,1%)	2 (2,4%)	8 (3,5%)	7 (3,3%)
ΑΓΝΩΣΤΟ	3 (2,8%)	3 (3,6%)	3 (1,3%)	19 (9,0%)
ΣΥΝΟΛΟ	107	84	227	211

Η πηγή παραπομπής για μας είναι εξαιρετική θεωρώ, διότι πλέον το 60-65% των εισερχομένων είναι με δική τους πρωτοβουλία, καταναλωτές δηλαδή του κέντρου και συνήθως είναι από την τοπική δυναμική. Επίσης, από τις τοπικές ιατροκοινωνικές υπηρεσίες έχουμε έναν σημαντικό αριθμό, η 24ωρη εφημερία του «Αιγινητείου» ακολουθεί

αμέσως μετά, η παραπομπή από ιδιωτικούς ιατρούς και φαρμακοποιούς και τέλος από το ΚΚΨΥ, κυρίως περιστατικά παιδοψυχιατρικής φύσεως.

Η πλειοψηφία (35-53%) των εισερχομένων είχε ήδη ζητήσει βοήθεια το προηγούμενο εξάμηνο από ψυχίατρος και από γενικούς ιατρούς οπότε μπορούμε να πούμε ότι είχε ήδη λάβει μία εξειδικευμένη πρωτοβάθμια φροντίδα ενώ ένα σημαντικό ποσοστό (14-20%) εισήλθε για πρώτη φορά. Στις περιπτώσεις με βαρύ ψυχωτικό πρόβλημα παρατηρείται ότι σπάνια θα αναζητήσουν την πρωτοβάθμια ψυχική φροντίδα στο κέντρο μας.

Το υποστηρικτικό σύστημα των ασθενών αποτελείται στη μεγαλύτερη πλειοψηφία (75%) από την οικογένεια ενώ επίσης παρατηρείται μία άνοδος στους ασθενείς που ζούνε μόνοι τους.

Η παρεχόμενη φροντίδα είναι συνήθως υποστηρικτική ψυχοθεραπεία και φάρμακα ή συνταγογράφηση καθώς και ατομική ψυχοθεραπεία και ψυχολογική στήριξη. Επίσης, παρέχονται πληροφορίες και πολλές φορές μία ή δύο τέτοιες εκπαιδευτικές συνεδρίες είναι αρκετές για να υποχωρήσουνε κάποια προβλήματα. Η παραπομπή σε άλλη υπηρεσία αφορά τους χρήστες ουσιών τους οποίους το κέντρο δεν μπορεί να τους αναλάβει και να τους ελέγξει.

Η μεγαλύτερη κατηγορία που αφορά την εξέλιξη της αγωγής είναι η κατηγορία ασθενών που διέκοψαν την θεραπεία με δική τους πρωτοβουλία. Αυτό δεν σημαίνει όμως ότι είναι αποτυχίες του κέντρου, αντιθέτως τουλάχιστον οι μισοί από αυτούς πήρανε αυτό που θέλανε από την δομή του κέντρου και αποχωρίσανε. Η κατηγορία που διέκοψε την θεραπεία με πρωτοβουλία του θεραπευτή είναι μία μικρή κατηγορία και τέλος η βραχεία παρέμβαση που αναφέρεται στην πληροφόρηση είναι επίσης μία σημαντική πρωτοβουλία. Περίπου ένα 20% παίρνουν φάρμακα άλλων ειδικοτήτων οπότε και ξεχωρίζει η ανάγκη δικτύων εφόσον δουλεύουμε μέσα στην πόλη.

Σχετικά με τις διαγνώσεις, οι σχιζοφρένιες κυμαίνονται γύρω στο 10% και ένα 6% αποτελούν οι συναισθηματικές διαταραχές. Βλέπουμε δηλαδή ότι ένα 15% πάσχει από βαριά ψυχοπαθολογία. Στα ποσοστά αυτά συμφωνούνε τα περισσότερα κέντρα και παρόλο που δεν είναι μεγάλο νούμερο, απαιτείται συνεχή εργασία για ένα μεγάλο χρονικό διάστημα από ένα μεγάλο αριθμό του προσωπικού και άρα έχει μεγάλη σημασία για το κέντρο.

Εκτός από τις ψυχιατρικές διαγνώσεις συναντούμε και τις περιπτώσεις που αναφέρονται σε προβλήματα σχέσεων, σε οικογενειακά προβλήματα ή ακόμη και σε έλλειψη διάγνωσης. Αυτές οι περιπτώσεις που τα τελευταία χρόνια έχουν αυξηθεί πάρα πολύ σημαντικά αντιμετωπίζονται με συμβουλευτική ψυχοθεραπεία και με την κατάλληλη πληροφόρηση.

Το κέντρο Υγείας Βύρωνα υπάρχει από τις 16/2/2004 και ανήκει στο «Ιπποκράτειο» Γ.Ν. Σε αυτό εργάζονται 5 ειδικευμένοι ιατροί και 10 ειδικευόμενοι ενώ έχει κυρίως εκπαιδευτικό ρόλο, δίνοντας την ειδικότητα του γενικού ιατρού. Το 2007 εξυπηρέτησε 65000 ασθενείς, το 2006 55000, το 2005 25000 και το 2004 εξυπηρέτησε 8700.

ΕΙΣΗΓΗΣΗ 5η

«Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΧΡΟΝΙΕΣ ΨΥΧΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΣΤΗ ΔΙΑΣΥΝΔΕΣΗ ΜΕ ΤΙΣ ΔΟΜΕΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ»
ΚΟΥΝΤΗ ΚΑΛΛΙΟΠΗ, ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ, 1Η ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΚΠΑ, ΑΙΓΙΝΗΤΕΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Η σχιζοφρένεια, αλλά και γενικότερα, η σοβαρή και χρόνια ψυχική διαταραχή, έχει αποδιοργανωτικές συνέπειες στο ίδιο το άτομο, μιας και επηρεάζει όλες τις πτυχές της ψυχοσυναισθηματικής και κοινωνικής του ζωής, έχει όμως διαλυτικές συνέπειες και στην οικογένεια, τις οικογενειακές σχέσεις και την οικογενειακή ατμόσφαιρα.

Στην Ελλάδα 100,000 άνθρωποι πάσχουν από σχιζοφρένεια. 100,000 οικογένειες αντιμετωπίζουν καθημερινά ένα δυσβάσταχτο ψυχολογικό, συναισθηματικό, λειτουργικό και οικονομικό «βάρος».

Το οικογενειακό πλαίσιο αποτελεί βασική πηγή φροντίδας και υποστήριξης του ψυχικού ασθενούς, επηρεάζει καθοριστικά τόσο την πορεία, όσο και την εξέλιξη της νόσου. Όταν η οικογένεια μάθει ότι ένα μέλος της είναι άρρωστο, θα αντιμετωπίσει μια σειρά από συναισθήματα, τα οποία συνήθως δεν θα μπορεί να μοιραστεί με κανέναν. Τα συναισθήματα αυτά ξεκινάνε με άρνηση, δεν αναγνωρίζουν το πρόβλημα, έχουν ενοχές, πολλές φορές νιώθουν ντροπή, στη συνέχεια τα συναισθήματα γίνονται θυμός και φτάνουν μέχρι την απόρριψη.

Η οικογένεια επίσης βιώνει τις συνέπειες της κοινωνικής προκατάληψης. Αδυνατεί να λειτουργήσει αποτελεσματικά ώστε να διεκδικήσει αυτά που δικαιούται για λογαριασμό του αρρώστου.

Η αντιμετώπιση του ζητήματος του αποστιγματισμού είναι επίσης μείζον θέμα. Οι οικογένειες αναγκάζονται όχι μόνο να προσφέρουν υλική και συναισθηματική στήριξη, αλλά και να υποστούν την αρνητική επίπτωση του στίγματος και των διακρίσεων, που υπάρχουν παντού στην κοινωνία. Παρότι το βάρος της φροντίδας για ένα μέλος της οικογένειας με ψυχική διαταραχή δεν έχει μελετηθεί επαρκώς τα διαθέσιμα στοιχεία δείχνουν ότι είναι σημαντικό.

Το βάρος της οικογένειας αφορά οικονομικές δυσκολίες, συναισθηματικές αντιδράσεις ως προς την ασθένεια, το άγχος της αντιμετώπισης της διαταργμένης συμπεριφοράς, την διάλυση της καθημερινότητας της οικογένειας και των περιορισμό των κοινωνικών δραστηριοτήτων.

Οι ανάγκες των οικογενειών, παρά το γεγονός ότι είναι ανεπισήμως γνωστές από χρόνια, σήμερα έχουν γίνει πιο συγκεκριμένες από Ευρωπαϊκές έρευνες, σύμφωνα με τις οποίες τα άτομα με σοβαρή ψυχική νόσο ζουν με την οικογένειά τους σε ποσοστό 21-84%, κυμαινόμενο ανά χώρα. Οι φροντιστές τους είναι κυρίως γονείς ηλικίας 51-70 ετών, με το 70% να είναι μητέρες. Ο χρόνος της φροντίδας κυμαίνεται από 55-61 ώρες της εβδομαδιαίως. Το 50% των οικογενειών στην Ευρώπη δηλώνουν ότι η οικονομική επιβάρυνση είναι πολύ μεγάλη για να μπορούν να την αντιμετωπίσουν.

Διάφοροι παράγοντες του οικογενειακού περιβάλλοντος φαίνεται ότι έχουν ιδιαίτερος μελετηθεί ως συσχετιζόμενοι με την πορεία και την εξέλιξη της ψυχικής διαταραχής. Οι βασικότεροι από αυτούς τους παράγοντες είναι το εκφραζόμενο συναίσθημα (expressed emotion) που εκφράζει τη συναισθηματική ατμόσφαιρα της οικογένειας απέναντι στον ασθενή, και η επιβάρυνση της οικογένειας από τη φροντίδα του ασθενούς (burden).

Το εκφραζόμενο συναίσθημα εκτιμάται βάσει πέντε διαστάσεων, της κριτικής και της εχθρικότατης, περνάει σε συναισθηματική υπερμπλοκή, όπου καταλήγει σε εγκαρδιότητα και θετικά σχόλια, και αποτελεί ένα βασικό προγνωστικό δείκτη των υποτροπών στην εξέλιξη της ψυχικής νόσου.

Η επιβάρυνση της οικογένειας από τη φροντίδα του ασθενούς (burden) εκφράζει το βάρος που βιώνει η οικογένεια από τη συμπεριφορά του ατόμου που ασθενεί και την αντίδραση που εκδηλώνει σε αυτήν τη συμπεριφορά μέσω έντασης, θυμού, άγχους, κ.λπ.

Ο κυρίαρχος λοιπόν αφενός ρόλος που διαδραματίζει η οικογένεια του ψυχικού ασθενούς στη θεραπεία της νόσου και αφετέρου η ύπαρξη των προαναφερθέντων προβλημάτων που συχνά χαρακτηρίζουν τις οικογένειες των ψυχωσικών ασθενών, αποτέλεσαν την αφετηρία δημιουργίας διαφόρων ψυχοεκπαιδευτικών παρεμβάσεων. Οι ψυχοεκπαιδευτικές παρεμβάσεις ανεξάρτητα από το κοινωνικό, οικονομικό και μορφωτικό πλαίσιο της οικογένειας στηρίζονται στον εξής βασικό θεωρητικό καμβά. Σε πρώτη φάση, υπάρχει η παροχή επαρκούς ενημέρωσης για τη φύση της ψυχικής νόσου και τις προαναφερόμενης θεραπείας. Στόχος σε αυτήν τη φάση είναι να επιτευχθεί όσο το δυνατόν ολοκληρωμένη κατανόηση της ψυχικής νόσου, καθώς και τον τρόπων αντιμετώπισης αυτής καταλήγοντας σε διαλεύκανση των παραισθήσεων και των μύθων περί της αιτιολογίας, της θεραπείας και της πορείας της νόσου. Σε δεύτερη φάση υπάρχει η εκπαίδευση για την απόκτηση δεξιοτήτων επίλυσης του άγχους, της δυσλειτουργικής επικοινωνίας, των διαφόρων προβλημάτων (coping skills) κ.α. Τέλος στη τρίτη φάση υπάρχει η παροχή υποστήριξης στα μέλη της οικογένειας του ψυχικά ασθενούς για την αντιμετώπιση των ποικίλων προβλημάτων που προκύπτουν εξαιτίας του φόβου ή της πραγματικής αίσθησης κοινωνικού αποκλεισμού που βιώνουν.

Η οικογένεια εκπαιδεύεται στη χρήση μιας δομημένης μεθόδου συζήτησης-επικοινωνίας για την επίλυση των προβλημάτων και την επίτευξη των στόχων των μελών της. Τα βήματα είναι τα εξής, ο καθορισμός του στόχου, η εύρεση πιθανών λύσεων, αξιολόγηση των πιθανών λύσεων, επιλογή από κοινού της καλύτερης λύσης, και σχεδιασμό και εφαρμογή της λύσης.

Η ψυχοεκπαιδευτική παρέμβαση στη οικογένεια στοχεύει στην υποστήριξη της οικογένειας, στη διερεύνηση οικογενειακών συναισθημάτων και στάσεων στην οικογένεια, στην αναγνώριση των θετικών και των αρνητικών συμπτωμάτων της νόσου, στην ενημέρωση για την πορεία και τη φύση της νόσου, στην αναγνώριση πρόδρομων συμπτωμάτων υποτροπής και τέλος στην ρεαλιστική προσαρμογή προσδοκιών της οικογένειας σχετικά με την κοινωνική λειτουργικότητα του ασθενούς. Υπάρχουν πολλά μοντέλα εφαρμογής της ψυχοεκπαιδευτικής προσέγγισης, ανάλογα με τη συμμετοχή ή μη του ασθενούς και τον ομαδικό ή μη χαρακτήρα των προγραμμάτων. Προγράμματα και δομές όπως ομάδες συγγενών, ομάδες συγγενών παράλληλες ομάδες ασθενών, ομάδες πολλαπλών οικογενειών, και προγράμματα παρέμβασης σε μεμονωμένη οικογένεια του ασθενούς.

Έχουν βρεθεί από πολλές έρευνες που έχουν γίνει ότι οι οικογενειακές παρεμβάσεις αυξάνουν την συναίνεση στην φαρμακοθεραπεία με βελτίωση των συμπτωμάτων, βελτιώνουν την κοινωνική λειτουργικότητα και την εργασιακή λειτουργικότητα, μειώνουν τις υποτροπές, και περιορίζουν τις επανεισαγωγές.

Η Ψυχιατρική φροντίδα θα πρέπει να είναι συνδεδεμένη με έννοιες όπως την ολοκληρωμένη παροχή υπηρεσιών, τη πολυδιάστατη προσέγγιση και τη συνέχεια της φροντίδας. Η πολυδιάστατη προσέγγιση είναι η συμμετοχή επαγγελματιών από διαφορετικούς κλάδους είναι απαραίτητη για την παροχή υπηρεσιών στις εξατομικευμένες και πολύπλοκες ανάγκες ενός ψυχικά αρρώστου και της οικογένειάς του.

Η ολοκληρωμένη παροχή υπηρεσιών έχει στόχο την ενσωμάτωση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην κοινότητα, την επίτευξη της προσβασιμότητας τους από τον πληθυσμό, και τη διασφάλιση ότι σε όλους τους πολίτες θα περιέχεται η κατάλληλη φροντίδα. Όσων αφορά τη συνέχιση της φροντίδας, θα πρέπει να διασφαλίζεται, όπου είναι δυνατή, η συνέχεια της επαγγελματικής ευθύνης για όλες τις παρεμβάσεις οι οποίες υλοποιούνται, για το ίδιο άτομο, από διαφορετικές μονάδες ψυχικής υγείας. Η αποδοχή και η στήριξη των ψυχικά ασθενών και των οικογενειών τους είναι το μεγάλο στοίχημα για μια κοινωνία που θέλει να θεωρείται ευαίσθητη και δίκαιη.

ΣΥΝΕΔΡΙΑ ΙΙ: «ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΠΟ ΧΡΗΣΗ ΟΥΣΙΩΝ»

ΠΡΟΕΔΡΕΙΟ:

ΛΙΑΠΑΣ ΙΩΑΝΝΗΣ, ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ, 1Η ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΚΠΑ, ΑΙΓΙΝΗΤΕΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ, ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΧΡΗΣΗΣ ΟΥΣΙΩΝ «ΑΘΗΝΑ»

ΚΟΚΚΑΣ ΣΤΑΥΡΟΣ, ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ 414 ΣΝΕΝ

Οι διάφορες κατηγορίες των παράνομων εξαρτησιογόνων ουσιών μπορούν να κατηγοριοποιηθούν στις εξής, κάνναβη, οπιούχα, βενζοδιαζεπίνες, αμφεταμίνες, κοκαΐνη, αντιχολινεργικά, και ψυχεδελικά. Ο μηχανισμός δράσης των παράνομων εξαρτησιογόνων ουσιών, ντοπαμινεργική διέγερση ή και γλουταμινική καταστολή επικλινή πυρήνα (nucleus accumbens). Στο ρυθμό αύξησης αιφνιδίων θανάτων από ναρκωτικά, η χώρα μας βρίσκεται σε αύξηση από το 1995 μέχρι και σήμερα.

Όσων αφορά τα αίτια της ουσιοεξάρτησης, θα έλεγε κανείς ότι είναι μια πολυπαραγοντική νόσος, με διάφορους κοινωνικούς, οικογενειακούς και ατομικούς παράγοντες στο κέντρο της. Η αιτιολογία όσων αφορά τους κοινωνικούς παράγοντες, βρίσκεται στην υποβάθμιση των παραδοσιακών θεσμών (οικογένεια, γειτονιά), στον ανταγωνιστικό τρόπο ζωής, στον ατομικισμό και στην ανασφάλεια για το μέλλον. Στα πρότυπα συμπεριφοράς (κινηματογράφος, μουσική, ΜΜΕ) και στη πολυπολιτισμική μεταστροφή της Ελληνικής κοινωνίας. Η αιτιολογία όσων αφορά τους οικογενειακούς παράγοντες, βρίσκεται στην απουσία των γονέων από το σπίτι, στα πρότυπα συμπεριφοράς, στις χαμηλές προσδοκίες και στη υποτίμηση των παιδιών και τέλος στη μη σταθερή στάση στην ανατροφή των παιδιών (διπλά μηνύματα). Τέλος όσων αφορά την αιτιολογία σχετικά με τους ατομικούς παράγοντες, μπορούμε να βρούμε αυτά τα αίτια στα χαρακτηριστικά της εφηβείας, στη γενετική προδιάθεση και στη συνοσηρότητα με άλλες ψυχικές διαταραχές.

Τα χαρακτηριστικά της εφηβείας, η παρορμητικότητα, η συναισθηματική αστάθεια, η μειωμένη αίσθηση του κινδύνου, η αμφισβήτηση, εναντίωση με παραδοσιακούς θεσμούς και αξίες, και στην αναζήτηση της ταυτότητας σε σχέση με την ανασφάλεια. Όσων αφορά τη γενετική προδιάθεση, ο γενετικός παράγοντας παίζει σημαντικό ρόλο στον βαρύ αλκοολισμό (μελέτες υιοθεσίας – μελέτες διδύμων), και στη πιθανή γενετική προδιάθεση στην χρήση οπιούχων και κοκαΐνης. Τέλος σχετικά με τη συνοσηρότητα με άλλες ψυχικές διαταραχές, την αυτοθεραπεία και τη δημιουργία ενός φαύλου κύκλου, μπορούμε να την χωρίσουμε αυτή τη σχέση σε δύο άξονες που περιλαμβάνουν τις διάφορες ψυχικές διαταραχές. Στον πρώτο άξονα βρίσκουμε τις, διπολική διαταραχή, κατάθλιψη, ADHD, PTSD, αγχώδεις διαταραχές και ψυχώσεις. Στον δεύτερο άξονα βρίσκουμε τις διαταραχές που συναντάμε στο Cluster B, αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας, μεθοριακή διαταραχή προσωπικότητας, ναρκισσιστική διαταραχή προσωπικότητας και δραματική διαταραχή προσωπικότητας.

Η θεραπευτική αντιμετώπιση της ουσιοεξάρτησης στηρίζεται στην υπερβολική δόση, στο στερητικό σύνδρομο και στη πρόληψη υποτροπών και συνοσηρότητας. Σχετικά με την υπερβολική δόση, οπιούχα (ναλοξόνη IM ή IV), βενζοδιαζεπίνες (flumazenil IM ή IV), και κοκαΐνη – αμφεταμίνες (προπανολόλη IM ή IV+βενζοδιαζεπίνες), αντιμετωπίζονται με καρδιο-αναπνευστική υποστήριξη, αντιμετώπιση πιθανού αναφλεκτικού σοκ, και με αξιολόγηση και κίνητρα για απεξάρτηση. Σχετικά με το στερητικό σύνδρομο (οπιούχα), τρόποι αντιμετώπισης όπως κλονιδίνη (0,15mg) έως 4 φορές την ημέρα, πιθανή χρήση βενζοδιαζεπίνες, αντικαταθλιπτικά με υπναγωγό δράση, μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη, αντιδιαρροϊκά, και αξιολόγηση και κίνητρα για απεξάρτηση, φαίνεται να λειτουργούν σε μεγάλο θετικά σε μεγάλο βαθμό. Τέλος όσων αφορά τη πρόληψη υποτροπών, η αντιμετώπιση γίνεται με φαρμακευτική και και ψυχοθεραπευτική προσέγγιση. Η φαρμακευτική προσέγγιση, μέσω προγραμμάτων υποκατάστασης (μεθαδόνη, μπουπρενοφρίνη), με χρήση ανταγωνιστών (ναλτρεξόνη), με παρεμβολή στον μεταβολισμό (δυσουλφιράμη), με φαρμακευτική αντιμετώπιση συνοσηρότητας (ψυχικής και σωματικής) και με εμβόλιο (κοκαΐνη, νικοτίνη). Η ψυχοθεραπευτική, με ατομική ψυχοθεραπεία (γνωσιακό – συμπεριφορικό μοντέλο), με υποστήριξη οικογένειας (συστημικό μοντέλο –

ομάδες γονέων), ομαδική ψυχοθεραπεία (μοντέλο θεραπευτικής κοινότητας) και με ομάδες αυτοβοήθειας (AN, AA).

Οι βασικές αρχές των θεραπευτικών κοινοτήτων είναι οι, δημιουργία ομαδικού πνεύματος, πρόγραμμα με συνεχείς δραστηριότητες, σαφή όρια συμπεριφοράς, ιεραρχημένες σχέσεις, απομάκρυνση από χώρους και δραστηριότητες που συνδέονται με την χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών.

ΕΙΣΗΓΗΣΗ 2η

«ΚΑΝΝΑΒΗ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ»

ΝΙΚΟΛΑΟΣ ΣΤΕΦΑΝΗΣ, ΕΠΙΚΟΥΡΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ, 1Η ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΚΠΑ, ΑΙΓΙΝΗΤΕΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Οι παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη ψυχωσικής συνδρομής όπως, σχιζοφρενείς συγγενείς πρώτου βαθμού, νευροαναπτυξιακές αποκλίσεις, διάταση κοιλιών εγκεφάλου, περιγεννητικές επιπλοκές, life events, THC, μέλος μεταναστευτικής ομάδας, αστική κατοικία, και γέννηση τον χειμώνα.

Το γεγονός ότι υπάρχουν ψυχωσικού τύπου εκδηλώσεις μετά από χορήγηση κάνναβης το γνωρίζουμε από τις αρχές του αιώνα. Γνωρίζουμε πως είναι η πιο διαδεδομένη ουσία από τις παράνομες ουσίες που κυκλοφορούν. Γνωρίζουμε ότι από τους χρήστες ινδικής κάνναβης ένα μικρό ποσοστό μόνο θα καταλήξει στα εξωτερικά ιατρεία ενός νοσοκομείου, με ένα ψυχωσικό επεισόδιο, με διαταραχές της αντίληψης. Αυτό συμβαίνει γιατί από τους χιλιάδες χρήστες, μια μειοψηφία από αυτούς καταλήγει να έχει μια σοβαρότατη ψυχική διαταραχή. Ας διευκρινίσουμε καταρχάς αν υπάρχει κάποια σχέση, από διάφορες χώρες ανά τον κόσμο. Από το Ισραήλ, από την Ολλανδία, από την Αμερική, από την Ελλάδα, πάρα πολλές εργασίες συμφωνούν στο εξής: η σταθερή και από πολύ νωρίς στη ζωή χρήση ινδικής κάνναβης αυξάνει το ρίσκο να νοσήσει κανείς από κάποια ψυχική διαταραχή, στο φάσμα των ψυχώσεων, περίπου δύο φορές σε σχέση με τους ανθρώπους που δεν έχουν κάνει χρήση. Σε όλες λοιπόν τις χώρες του κόσμου η διαπίστωση είναι κοινή, ότι δηλαδή η συστηματική χρήση της κάνναβης αυξάνει το ρίσκο.

Ας δούμε όμως τι συμβαίνει στην Ελλάδα. Σύμφωνα με τις μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί, στη χώρα μας μαθαίνουμε πως ένα ποσοστό 9% των αγοριών ηλικίας 17 με 18 χρονών κάνει χρήση κάνναβης. Υποψιάζομαι ότι μέσα στα πλαίσια της στρατιωτικής εκπαίδευσης το ποσοστό αυτό είναι μεγαλύτερο. Μια συσχέτιση όμως στην ιατρική δε μας λέει τίποτα από μόνη της. Η ερώτηση που πρέπει να ρωτήσει κανείς είναι αν αυτή η συσχέτιση μεταξύ χρήσης κάνναβης και ψυχωσικής διαταραχής έχει μια συνδυαζόμενη πορεία; Η απάντηση είναι πως έχει. Οι μελέτες που έχουν γίνει στο σουηδικό στρατό στη δεκαετία του 1980 μας πείθουν πως όσο μεγαλύτερη είναι η χρήση κάνναβης στο στρατό, τόσο πιθανότερο είναι να νοσήσει στη συνέχεια κανείς από διαταραχές του σχιζοφρενικού φάσματος. Υπάρχει επομένως μια σχέση αλληλεξάρτησης. Πολλής κόσμος όμως έχει αναρωτηθεί αν η σχέση αυτή είναι και αμφίδρομη. Με άλλα λόγια, αν η χρήση κάνναβης δεν αυξάνει απλά το ρίσκο να αναπτύξει κανείς ψυχωσική διαταραχή, αλλά ενδεχομένως χρησιμεύει περισσότερο για να καταστείλει κανείς τα πρώτα συμπτώματα των ψυχωσικών διαταραχών. Με άλλα λόγια, η χρησιμοποίηση της κάνναβης ως ένα είδος αυτοθεραπείας. Έχουμε την αίσθηση πως ισχύει μόνο το πρώτο που αναφέρθηκε. Η κάνναβη δεν είναι μια μορφή αυτοθεραπείας ώστε να μειωθούν τα συμπτώματα των ψυχωσικών διαταραχών. Το άλλο ερώτημα είναι εάν οι μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί έχουν λάβει υπόψη τους την προοπτική ότι άτομα υψηλού κινδύνου να αναπτύξουν ψύχωση μπορούν να κάνουν χρήση κάνναβης. Οι μελέτες λοιπόν έχουν λάβει υπόψη τους αυτήν τη μορφή αυτοθεραπείας και την έχουν ελέγξει. Με άλλα λόγια, η σχέση που προαναφέραμε μεταξύ κάνναβης και ψυχωσικών διαταραχών θεωρείται γνήσια. Για παράδειγμα, σε μία εργασία στην Ολλανδία, όσοι έχουν αυξημένη πιθανότητα για ψυχωσική διαταραχή στο γενικό πληθυσμό, σε 7.000 άτομα, έχουν παρακολουθηθεί προοπτικά και το ερώτημα είναι εάν η ψυχωσική προδιάθεση είναι δυνατό να αυξήσει τη χρήση ινδικής κάνναβης. Η απάντηση είναι όχι. Επομένως, η εξήγηση της αυτοθεραπείας μάλλον δεν ισχύει.

Σε αυτό το σημείο θα ήθελα να αναφέρω μία εργασία που έχουμε εκπονήσει, μία πανελλαδική μελέτη για τη χρήση κάνναβης στο μαθητικό πληθυσμό και των ψυχωσιόμορφων εμπειριών που μπορεί τα παιδιά να έχουν μετά από χρήση κάνναβης. Αναζητήσαμε δηλαδή αν στο γενικό πληθυσμό, στην ηλικία 17 έως 18 χρονών, τα παιδιά που κάνουν χρήση κάνναβης έχουν συμπτώματα που είναι συμβατά με αυτά των

ψυχωσικών συνδρομών. Δόθηκε λοιπόν το ερωτηματολόγιο CAPE (αυτο – συμπληρούμενη διαστατική εκτίμηση θετικών, αρνητικών και καταθλιπτικών συμπτωμάτων) , ένα ερωτηματολόγιο που έχουμε κατασκευάσει και το οποίο έχει αναγνωριστεί διεθνώς, το οποίο συμπληρώθηκε από 3.000 παιδιά. Ποια ήταν λοιπόν η σχέση ινδικής κάνναβης και αυτών των συμπτωμάτων του ψυχωσικού φάσματος; Υπήρχε σχέση, καθώς όσο μεγαλύτερη ήταν η αναφερόμενη χρήση που έκανε το νέο άτομο, τόσο περισσότερα ήταν τα θετικά συμπτώματα, τα παρανοϊκά αν θέλετε συμπτώματα του πληθυσμού αυτού. Υπήρχε σχέση με τα αρνητικά συμπτώματα και τη χρήση; Βεβαίως και υπήρχε. Όσο πιο έντονη η χρήση, τόσο πιο έντονα τα συμπτώματα απόσυρσης, κοινωνικής αδιαφορίας των παιδιών αυτών.

Τα αποτελέσματα της μελέτης μας έπεισαν ότι η αυξημένη συχνότητα χρήσης κάνναβης σχετίζεται γραμμικά με την ένταση ψυχωσικών συμπτωμάτων, όπως παράνοιας, διαταραχές της σκέψης και κοινωνικής απόσυρσης στον ελληνικό μαθητικό πληθυσμό. Επίσης, η συσχέτιση αυτή είναι στατιστικά σημαντική όταν η έναρξη της χρήσης γίνεται σε ηλικία μικρότερη των 16 ετών και ατονεί όσο μεγαλύτερη είναι η ηλικία έναρξης της ινδικής κάνναβης. Η συσχέτιση μεταξύ κάνναβης και ψυχωσικών συμπτωμάτων δεν επηρεάζεται από την υποκειμενική ενόχληση εξαιτίας των συμπτωμάτων αυτών, γεγονός που συνηγορεί κατά της υπόθεσης αυτοθεραπείας σύμφωνα με την οποία η χρήση κάνναβης προκαλεί ανακούφιση από τα κλινικά αυτά ψυχωσικά συμπτώματα.

Η μειονότητα συστηματικών χρηστών εκδηλώνει ψύχωση, όπου οι χρήστες από 18 ετών παρουσιάζουν διαταραχές σχιζοφρενικού φάσματος σε ποσοστό 4,7% καθώς οι χρήστες από 15 ετών παρουσιάζουν διαταραχές σχιζοφρενικού φάσματος σε ποσοστό 10,3%.

Στο ερώτημα, κάνναβη και ψύχωση, αιτιολογική ή τυχαία συσχέτιση, οι απαντήσεις βρίσκονται στους εξής παράγοντες, συσχέτιση, αποκλεισμός συγχυτικών παραγόντων, στη χρονική συσχέτιση και στη βιολογική επεξήγηση. Η βιολογική εξήγηση ονομάζεται «ντοπαμινική υπερευαισθησία. Οι ψυχοδραστικές ουσίες που απελευθερώνουν ντοπαμίνη στον εγκέφαλο, και αυξάνουν τον κίνδυνο εμφάνισης ψυχωσικής συμπτωματολογίας είναι οι, κάνναβη, κοκαΐνη και αμφεταμίνη. Η επίδραση κάνναβης στην εμφάνιση ψύχωσης εξαρτάται από γενετική προδιάθεση προς ψύχωση. Έμμεσες ενδείξεις, δεκαπλάσιος κίνδυνος νόσησης από σχιζοφρένεια σε συγγενείς ασθενών που κάνουν χρήση κάνναβης (McGuire et al, 1995), η χρήση κάνναβης σε άτομα με προϋπάρχουσα προδιάθεση για ψύχωση, προβλέπει αυξημένη εμφάνιση ψυχωσικών συμπτωμάτων στο μέλλον (54%), σε σχέση με χρήστες που δεν έχουν προδιάθεση (2,1% εμφάνιση ψυχωσικών συμπτωμάτων) (Henquet et al, 2005). Άμεσες ενδείξεις, δεν νοσούν όλοι με ψυχωσικά προβλήματα από εκείνους που κάνουν χρήση κάνναβης, είναι μικρό το ποσοστό από αυτούς που θα καταλήξουν σε εξωτερικά γραφεία ψυχιατρικής κλινικής. Η απάντηση βρίσκεται στο DNA και στην αλληλεπίδραση ενός παράγοντα όπως η κάνναβη και κάποια προδιάθεση που έχει κάποιος από το DNA του.

Για παράδειγμα, το ένζυμο COMT είναι το ένζυμο που σπάει τη ντοπαμίνη στο νευρικό σύστημα. Αυτό το ένζυμο ελέγχεται γενετικά και αν κάποιος έχει το ένζυμο COMT στη μορφή που ανήκει στο 25% με τη προδιάθεση που προαναφέρθηκε τότε το ένζυμο έχει ένα ιδιαίτερο τρόπο για να κατανομίζει τη ντοπαμίνη στο σύστημα. Πιο σαφές, το COMT κωδικοποιεί ένζυμο που μεταβολίζει τη ντοπαμίνη στον προμετωπιαίο λοβό, δύο αλληλία (val και met) όπου το val συσχετίζεται με χειρότερη προμετωπιαία λειτουργία και υψηλότερη απελευθέρωση ντοπαμίνης στο μεταχιακό σύστημα και μερικές, όχι όλες, μελέτες δείχνουν αυξημένη ευαλωτότητα για σχιζοφρένεια.

Ολοκληρώνοντας καταλήγουμε στα εξής συμπεράσματα, αυξημένη συχνότητα χρήσης κάνναβης συσχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης ψυχωσικών συμπτωμάτων και πιθανώς σχιζοφρένειας, η χρήση ψυχοδραστικών ουσιών δεν είναι ούτε απαραίτητη ούτε ικανή συνθήκη για την εκδήλωση ψύχωσης, οι ψυχοδραστικές ουσίες αυξάνουν κίνδυνο νόσησης εξ αιτίας της επιβαρυντικής τους δράσης κυρίως σε άτομα με γενετική προδιάθεση προς ψύχωση, και τέλος η γενετική επιβάρυνση είναι μια «αθέατη» προδιάθεση

αποσταθεροποίησης του ντοπαμινεργικού συστήματος που γίνεται εμφανής κάτω από συνθήκες επαναληπτικής χρήσης κάνναβης (ντοπαμινεργικής υπερευαισθητοποίησης). Επίσης συμπεραίνουμε την ενίσχυση της ντοπαμινεργικής υπόθεσης της ψυχωσικής συμπερασματολογίας, όχι στη δαιμονοπίωση, όχι στην εφηβεία, όχι σε άτομα με οικογενειακό ιστορικό ψύχωσης, και όχι σε άτομα με σχιζοειδή, σχιζοτυπική διαταραχή προσωπικότητας.

ΕΙΣΗΓΗΣΗ 3η

«Ο ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΣ ΣΤΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ»

ΓΕΩΡΓΙΟΣ Ι. ΜΟΥΣΣΑΣ, ΕΠΙΚ. ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ, 2η

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΚΠΑ, ΑΤΤΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Η εξάρτηση είναι γενική έννοια, μέρος της ανθρώπινης συμπεριφοράς, τμήμα της οποίας είναι και η εξάρτηση από το αλκοόλ. Επίσης εξάρτηση είναι η σχέση κατά την οποία κάποιος βρίσκεται υπό την κυριαρχία του άλλου. Επίσης εξάρτηση είναι και ο παθολογικός εθισμός σε μια ουσία. Σε επίπεδο ορισμού, εξάρτηση ορίζεται η σχέση κατά την οποία κάποιος βρίσκεται υπό την κυριαρχία άλλου. Ταυτόχρονα όμως, μιλάμε και για τον παθολογικό εθισμό σε μια ουσία. Είναι γνωστό πως οι ουσίες από τις οποίες προέρχεται η εξάρτηση, με ένα σχηματικό τρόπο είναι οι εξής: οι νόμιμες ουσίες, όπως το αλκοόλ και η νικοτίνη, οι νόμιμα συνταγογραφούμενες ουσίες όπως οι βενζοδιαζεπίνες, υπνωτικά, βαρβιτουρικά, οι παράνομες ουσίες, δηλαδή χασίς, οπιοειδή, κοκαΐνη, αμφεταμίνες, ψευδαισθησιογόνος και συνθετικά παράγωγα διαφόρων ουσιών, καθώς επίσης και η μεικτή χρήση των ουσιών αυτών.

Τα χαρακτηριστικά της εξάρτησης από το αλκοόλ είναι τρία. Καταρχάς, είναι εκτεταμένο, είναι συγκεκαλυμμένο και είναι και πολυπαραγοντικό. Το εκτεταμένο έχει να κάνει με το γεγονός ότι οι διαταραχές που σχετίζονται με το αλκοόλ, σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, αναφέρονται σαν ένα μεγάλο πρόβλημα υγείας το οποίο σύμφωνα με τις τελευταίες εκτιμήσεις αναλογεί στο 1,4% της συνολικής παγκόσμιας επιβάρυνσης από νοσήματα. Επίσης, στις ΗΠΑ έχει αποδειχθεί πως το αλκοόλ αυξάνει τον κίνδυνο θνησιμότητας έως και 50%, ανεξάρτητα από το επίπεδο κατανάλωσης οινοπνεύματος. Το κόστος της εξάρτησης από το αλκοόλ στο επίπεδο των απωλειών υγείας, του κοινωνικού και οικονομικού κόστους είναι τόσο μεγάλο, που αποτελεί μία σημαντική προτεραιότητα στα προγράμματα δημόσιας υγείας. Συνολικά, σε ευρωπαϊκό επίπεδο στην κατάχρηση και εξάρτηση από το αλκοόλ αποδίδονται το 3,2% του συνόλου των θανάτων. Στη χώρα μας, η επιδημιολογία της χρήσης του αλκοόλ παρουσιάζει μεταβολές του παραδοσιακού τρόπου κατανάλωσης αλκοόλ και σύμφωνα με μελέτη του 2004 παρουσιάζει κατά κεφαλή κατανάλωση 11,39 και καταλαμβάνει τη 10η θέση μεταξύ 26 ευρωπαϊκών χωρών και με δείκτη επιβλαβούς χρήσης 2. Επίσης, τα στοιχεία δείχνουν ότι η κατανάλωση αλκοόλ στην Ελλάδα είναι μια πολύ διαδεδομένη συνήθεια και ότι ο ένας στους τέσσερις πίνει συχνά (τουλάχιστον 10 φορές τον τελευταίο μήνα. Εξάλλου, η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ αφορά ένα στα δέκα άτομα και κυρίως άνδρες, σε πενταπλάσιο αριθμό. Λόγω της σοβαρότητας του προβλήματος και της συσχέτισής του με ένα ευρύ φάσμα ιατρικών, κοινωνικών και ψυχολογικών προβλημάτων είναι πολύ σημαντική η πρόωπη ανίχνευση στην αρχική φάση της κατάχρησης, η οποία απαιτεί εξειδικευμένα διάγνωσης όπως το CAGE Test και το AUDIT.

Η συγκεκαλυμμένη εικόνα για το αλκοόλ έχει να κάνει με τη νομιμότητα της ουσίας, το μεγάλο χρόνο πορείας προς εξάρτηση, τις κοινωνικές αντιστάσεις και την κάλυψη με δραματοποίηση από οπιούχα. Η πολυπαραγοντικότητα των εξαρτήσεων έχει να κάνει με στοιχεία όπως η κληρονομικότητα, καθώς επίσης και οι οικογενειακοί, κοινωνικοί, και ψυχολογικοί παράγοντες.

Ακόμα και στον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, ο τρόπος με τον οποίο περιγράφεται το αλκοόλ χαρακτηρίζεται από μία σχετική αμηχανία. Ορίζεται λοιπόν ως μια χρόνια διαταραχή της συμπεριφοράς, που εκδηλώνεται με επανειλημμένη χρήση αλκοολούχων ποτών, σε ποσότητα ασυμβίβαστη, με τις διαιτητικές συνθήκες που σε κάποιο βαθμό επηρεάζουν την υγεία του χρήστη ή και την επαγγελματική και κοινωνική του λειτουργικότητα. Είναι σαφές πως δεν υπάρχει ένας σαφής ορισμός για την έννοια του αλκοολισμού. Συνολικά, η κατάχρηση και η εξάρτηση από το αλκοόλ είναι το πρώτο πρόβλημα δημόσιας υγείας εάν συνυπολογιστούν και οι επιπτώσεις αυτής της ουσίας από τις έμμεσες επιπλοκές υγείας, όπως τα τροχαία και εργατικά ατυχήματα.

Στο Γενικό Νοσοκομείο, είναι σαφές ότι το ποσοστό των ασθενών που νοσηλεύονται θα είναι υψηλότερο από το γενικό πληθυσμό, λόγω των συνοδών προβλημάτων υγείας που παρακολουθούν την κατάχρηση και την εξάρτηση από το αλκοόλ. Περίπου ένα 20% και σε ακραίες καταστάσεις 40% των νοσηλευομένων στο Γενικό Νοσοκομείο παρουσιάζουν προβλήματα κατάχρησης και εξάρτησης από το αλκοόλ, ανεξάρτητα από το λόγο διακομιδής και νοσηλείας, σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία. Μελέτες που έχουν γίνει στο Γενικό Νοσοκομείο για τις εξαρτητικές συμπεριφορές, σε δείγμα 2.500 περίπου ασθενών και σε εννέα γενικά νοσοκομεία, περίπου ένα 25,5% είχαν κίνδυνο για την ανάπτυξη προβλημάτων που σχετίζονται με το αλκοόλ και περίπου 4,5% των ασθενών αναφέρονται σαν εξαρτημένοι από αυτό.

Σε ποσοστά έχουμε τα εξής αποτελέσματα,

Ασθενείς Γενικού Νοσοκομείου: n = 803

Κατάχρηση – Εξάρτηση Αλκοόλ:

Ναι 130 16,1%

Όχι 673 83,9%

NNΘΑ «ΣΩΤΗΡΙΑ»: n = 254

Αλκοολικοί: 61 24%

Μη Αλκοολικοί: 193 76%

Ασκληπιείων Βούλας: n = 201

Αλκοολικοί: 46 23%

Μη Αλκοολικοί: 155 77%

Αλκοολικοί

Τροχαία: 18%

Μη τροχαία ατυχήματα: 38%

Η Συμβουλευτική Ψυχιατρική παρουσιάζει αυξημένα στοιχεία παρεμβάσεων σε προβλήματα ουσιών, τα οποία κυμαίνονται περίπου στο 10% - 15%, και η όποια παρέμβαση βάσει μελετών θεωρείται σαφές ότι στο συνολικό ποσοστό των περιστατικών δεν είναι ανιχνεύσιμο.

Το αλκοόλ είναι υπεύθυνο για περισσότερα ψυχιατρικά και νευροψυχιατρικά προβλήματα στο Γενικό Νοσοκομείο απ' ό,τι όλες οι άλλες ουσίες μαζί.

Είναι γνωστό ότι πολλοί ασθενείς παρουσιάζονται στα τμήματα επειγόντων περιστατικών των γενικών νοσοκομείων, με προβλήματα ψυχικής ή και σωματικής υγείας, που ενώ σχετίζονται με την χρήση αλκοόλ, στις περισσότερες περιπτώσεις δεν ταυτοποιούνται και δεν αναγνωρίζονται ως οφειλόμενα στην κατάχρηση οινόπνευματος.

Μια μεγάλη σειρά μελετών δε, έχει αποδείξει ότι τα άτομα με διαταραχές οφειλόμενες στο αλκοόλ έχουν μεγάλη συννοσηρότητα ψυχικών διαταραχών που υπερβαίνουν σημαντικά τα αντίστοιχα ποσοστά του γενικού πληθυσμού. Και αντίστροφα τα άτομα με ψυχιατρικές διαταραχές έχουν ποσοστά διαταραχών οφειλόμενα στην χρήση αλκοόλ σημαντικά υψηλότερα του γενικού πληθυσμού (9, 10), γεγονός που πιθανά συμβάλει στην αυξημένη θνησιμότητα αυτής της ομάδας. Τα γενικά αυτά ποσοστά αυτά περικλείουν μια μεγάλη γκάμα κλινικών εικόνων και συμπεριφορών, από τις πιο απλές έως τις πιο σύνθετες και ανάλογα εκτεταμένη γκάμα ψυχικών εκδηλώσεων και συμπτωμάτων, η ποικιλία των οποίων σχετίζεται με τη νοσηλεία των ασθενών αυτών.

Κατάθλιψη, άγχος, αυξημένη πιθανότητα αυτοκαταστροφής, επιδεινώνονται από τη συνύπαρξη σωματικών νόσων. Βίαιη συμπεριφορά, παρορμητικές αντιδράσεις, δύσκολη συνεργασία με το προσωπικό, το οποίο δεν κατανοεί την συνθετότητα του προβλήματος, και δυσκολία του εξαρτημένου, να κατανοήσει τις δυσκολίες που το πλαίσιο του Γενικού Νοσοκομείου επιβάλλει.

Ο κίνδυνος αυτοκαταστροφικής ιδιαίτερα μεταξύ των αλκοολικών είναι αυξημένος και πλέον ενσυνειδητός και έχει συνδεθεί με διάφορους παράγοντες. Ο αυξημένος αυτός κίνδυνος αυτοκαταστροφής για τους εξαρτημένους και τους αλκοολικούς, σχετίζεται με παράγοντες, όπως: κατάθλιψη, διαταραχές προσωπικότητας, άλλες ψυχιατρικές διαταραχές, κατάρρευση των κοινωνικών σχέσεων, και την διάλυση των διαπροσωπικών σχέσεων.

Χρονιότητα της χρήσης έχει να κάνει την βαρύτητα της εξάρτησης, την ύπαρξη προηγούμενης ψυχοπαθολογίας, τον τύπο του αλκοολισμού, και την δομή της προσωπικότητας του πάσχοντος.

Οι εξαρτημένοι από το αλκοόλ αλλά και από άλλες ουσίες ασθενείς παρουσιάζουν μία ευρεία ποικιλία από συμπτώματα και ανάγκες. Για το λόγο αυτό, η υγειονομική φροντίδα που θα απαιτηθεί από τα συστήματα υγείας πρέπει να περιλαμβάνει διαφορετικούς τομείς και να στηρίζεται σε επιμέρους άξονες. Πρέπει να σημειώσουμε εδώ πως σε πολλές περιπτώσεις οι αλκοολικοί γονείς διαμορφώνουν παιδιά τα οποία στην ηλικία της εφηβείας μπλέκονται με τις παράνομες ουσίες, ενώ υπάρχει η πιθανότητα να συμβεί και το αντίστροφο, δηλαδή εξαρτημένοι από παράνομες ουσίες επιστρέφουν στο πεδίο της εξάρτησης μέσω του αλκοόλ, ύστερα από προγράμματα απεξάρτησης.

Ας παρουσιάσουμε τώρα το ερωτηματολόγιο CAGE, το οποίο θα ήταν καλό να χορηγείται στις κατατάξεις. Πρόκειται για ένα εύστοχο ερωτηματολόγιο που περιλαμβάνει τέσσερις ερωτήσεις που μπορούν να χορηγηθούν από προσωπικό για το οποίο δεν απαιτείται ιδιαίτερη εκπαίδευση. Οι ερωτήσεις αυτές είναι οι εξής: α) Έχεις αισθανθεί ποτέ ότι πρέπει να κόψεις το ποτό; β) Έχεις ποτέ ενοχληθεί από την κριτική των άλλων σχετικά με το ποτό; γ) Έχεις νιώσει ποτέ άσχημα ή ένοχος σχετικά με την αδυναμία σου για το ποτό; δ) Έχεις ποτέ ξεκινήσει τη μέρα σου πίνοντας ένα ποτό για να ηρεμήσεις ή να νιώσεις καλύτερα; Όποιος απαντήσει θετικά σε δύο και πάνω ερωτήσεις, τότε παρουσιάζει πρόβλημα κατάχρησης.

Το δεύτερο ερωτηματολόγιο το οποίο έχει σταθμιστεί στην ελληνική πραγματικότητα και θα μπορούσε να χορηγείται στα τμήματα επειγόντων και στις κατατάξεις είναι το AUDIT και επικεντρώνει στην πρόιμη ανίχνευση προβλημάτων της κατάχρησης και εξάρτησης από το αλκοόλ. Το ερωτηματολόγιο αυτό περιλαμβάνει δέκα ερωτήσεις οι οποίες βαθμολογούνται η κάθε μία από 0 έως 4. Βαθμολογία από 11 και πάνω είναι ένδειξη για σοβαρή κατάχρηση ή εξάρτηση. Οι συγκεκριμένες ερωτήσεις έχουν να κάνουν με συχνότητα και ποσότητα.

Οι διάφορες ουσίες και το αλκοόλ προκαλούν διάφορες επιπλοκές όπως είναι η τοξίνωση, στέρση, το ντελίριο, ενώ αυτό συνδέεται με την επιμένουσα άνοια, την αμνησιακή διαταραχή, την ψυχωσική διαταραχή, τη διαταραχή της διάθεσης, την αγχώδη διαταραχή, τη διαταραχή του ύπνου και τη σεξουαλική διαταραχή.

Μεταξύ των ψυχικών διαταραχών, οι οποίες είναι πολύ σημαντικό να αναγνωρίζονται στο πλαίσιο του Γενικού Νοσοκομείου, λόγω των πολλών επιβαρύνσεων και επιπλοκών που μπορεί να επιφέρουν, είναι και οι διαταραχές προσωπικότητας, οι οποίες συνδέονται με τον αλκοολισμό και των οποίων η συννοσηρότητα με τον αλκοολισμό έχει αποδειχθεί σε πολλές μελέτες. Οι συνηθέστερες διαταραχές προσωπικότητας που συνδυάζονται στους εξαρτημένους με συμπεριφορές αρρώστου είναι η αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας, η μεθοριακή και η ναρκισσιστική διαταραχή προσωπικότητας.

Το ερώτημα λοιπόν μετά από όλα αυτά είναι ποιοι νοσηλεύονται στο Γενικό Νοσοκομείο. Μπορεί λοιπόν να νοσηλευτεί ο αλκοολικός ή και ο προβληματικός πότης, κάποιος που έχει ένα πρόβλημα υγείας και αποκαλύπτεται ένας συγκεκριμένος αλκοολικός, ένας πολυτραυματίας που κατέληξε στο νοσοκομείο που κατέληξε στο νοσοκομείο από περιστασιακή χρήση αλκοόλ, καθώς και ένας αλκοολικός υπεύθυνος για ένα σοβαρό ατύχημα. Επίσης, ένας αλκοολικός με συννοσηρότητα σωματικής νόσου, ο αλκοολικός με συννοσηρότητα ψυχικής και σωματικής νόσου, ένας αλκοολικός σε αποχή και ένας που αποφάσισε να διακόψει. Οι ασθενείς με προβλήματα σχετιζόμενα με το αλκοόλ προσέρχονται στο Γενικό Νοσοκομείο με οξεία μέθη, στερητικό σύνδρομο,

σωματική νόσο και πρόβλημα αλκοόλ, ψυχική νόσο και πρόβλημα αλκοόλ, καθώς επίσης σωματική και ψυχική νόσο σε συνδυασμό με πρόβλημα αλκοόλ, που είναι μία από τις πιο δύσκολες καταστάσεις.

Η αίσθηση της ύπαρξης και η αντίληψη τους για τους ίδιους είναι εύθραυστη και με συνεχή αίσθηση κινδύνου απώλειας. Η ψυχικοί μηχανισμοί με τους οποίους οι αλκοολικοί προσέρχονται στο γενικό νοσοκομείο και δυσκολεύουν την κατάσταση είναι ένα μέρος του ψυχικού οργάνου με το οποίο επιχειρούν να τα βγάλουν πέρα με τον κόσμο αυτό, συνολικά θα πω μόνο τίτλους δεν θα μπω στο περιεχόμενο γιατί είναι λίγο δύσκολο, είναι: η άρνηση των πραγμάτων της εξάρτησης, είναι η διάσπαση, η απλοποίηση του κόσμου σε δύο πόλους, το καλό και το κακό, μια παραμόρφωση της εικόνας μέρους ενός ευρύτερου αμυντικού μηχανισμού που βοηθάει τον αλκοολικό, που φέρνει τα πράγματα στα δικά του μέτρα και στη δική του αντίληψη της πραγματικότητας, η αποφυγή, που βοηθά να αποφεύγει αυτό που ο ίδιος θεωρεί ως στρεσογόνο ή ως δύσκολο αντικείμενο, η προβολή, που είναι οι πρώτοι μηχανισμοί άμυνας που χρησιμοποιούνται στις παθολογικές καταστάσεις και η προβλητική ταύτιση. Εάν, λοιπόν, ο αλκοολικός φτάσει στο γενικό νοσοκομείο πρέπει να υπάρχει μία αξιολόγηση του προβλήματος και ένα πρόγραμμα αντιμετώπισής του. Τυπικά, πρέπει να ξεκινήσει κανείς με τα εξής βήματα:

1. Διάγνωση τυπική του προβλήματος του αλκοολικού, δηλαδή πρέπει να μπει σε μια διάγνωση τυπική με βάση τα κριτήρια αξιολόγησης της εξάρτησης.

2. Αξιολόγηση της σοβαρότητας του προβλήματος

3. Προγραμματισμός της θεραπείας

4. Αξιολόγηση των πιθανών προοπτικών

5. Αξιολόγηση της θεραπείας η οποία δίνεται

6. Ψυχιατρική και ψυχολογική εκτίμηση η οποία περιλαμβάνει και ψυχομετρικά τεστ για την πιθανότητα να υποκρύπτουν κ διαταραχές άλλης τάξεως

7. Αξιολόγηση της ανάγκης παρέμβασης κοινωνικών υπηρεσιών, αυτό είναι προφανές, διότι οι αλκοολικοί έχουν διολισθάνουσα κοινωνική πορεία και συχνά οι κοινωνικές υπηρεσίες προσφέρουν αλλαγές.

Η εισαγωγή του ασθενή ο οποίος εξαρτιέται κυρίως από το αλκοόλ και ο οποίος μπαίνει στο νοσοκομείο απαιτεί από την διασυνδεδετική συμβουλευτική υπηρεσία, που σας είπα, η οποία υπάρχει στα γενικά νοσοκομεία, να έχει γνώση των φαρμακολογικών δράσεων του αλκοολικού, γνώση του χρόνου χρήσης και χρόνου κατάχρησης και ύπαρξη κληρονομικότητας. Η υποστήριξη των θεραπόντων των υπολοίπων κλινικών, οι οποίοι επιχειρούν να αντιμετωπίσουν τον άρρωστο είτε στο στερητικό σύνδρομο είτε στην πρωτογενή νόσο που δίνεται γνώση του ψυχιατρικού ιστορικού του ασθενούς, αξιολόγηση της παρούσας ψυχικής εικόνας και υποστήριξη του ασθενούς για να συνεργαστεί με γιατρούς και νοσηλευτές και πολύ συχνά, η διασυνδεδετική συμβουλευτική πρέπει να παίζει τον ρόλο ότι ενδιάμεσου όπως γίνεται με τον ψυχωτικό άρρωστο, τον υπολοιποτικό άρρωστο όπου η ομάδα της διασυνδεδετικής χρησιμοποιείται ως ενδιάμεσος μεταβιβαστής και ερμηνευτής των συμπεριφορών.

Κατά τη νοσηλεία, γνώση της οποιαδήποτε συνοσηρότητας, εξασφάλιση της αποχής του ατόμου κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τουλάχιστον, υποστήριξη του συστήματος για την αποδοχή του πάσχοντος, μείωση πιθανών παραβατικών συμπεριφορών, όπως συνοσηρότητα ψυχικών νόσων ή διαταραχή συμπεριφοράς, αναγνώριση του κοινωνικού περιβάλλοντος του ασθενούς, το οποίο ενδέχεται να μπορεί να βοηθήσει, αν υπάρχει, και προσπάθεια ευαισθητοποίησης του ασθενούς για ένταξη σε προγράμματα απεξάρτησης.

Μετά το εξιτήριο, πρόληψη υποτροπής και σύνδεση με προγράμματα απεξάρτησης από το αλκοόλ. Για την αξιολόγηση των εξαρτημένων από το αλκοόλ είναι σημαντικό ο ψυχίατρος και το προσωπικό του γενικού νοσοκομείου πρέπει να έχουν υπόψη του μία σειρά από δείκτες οι οποίοι συνεισφέρουν στην αξιολόγηση και την πρόγνωση των αλκοολικών ασθενών εκ των οποίων οι αρνητικοί δείκτες είναι η πρώιμη ηλικία έναρξης κάτω των 25 ετών ο οποίος έχει ανάγκη νοσηλευτικών υπηρεσιών ατυχήματα κτλ φέρουν

ένα αρνητικό δείκτη. Οι άντρες είναι συχνότεροι, ο χρόνος λήψης της ουσίας η ύπαρξη σοβαρής ψυχοπαθολογίας η σωματική επιδείνωση η οποία μπορεί να δημιουργήσει και γνωσιακές διαταραχές, κοινωνική απομόνωση, η ποσότητα της ουσίας, οι προηγούμενες προσπάθειες απεξάρτησης και η μεικτή χρήση ουσιών. Ψυχολογικοί δείκτες οι οποίοι επηρεάζουν και είναι αρνητικοί αν υπάρχουν στο MMPI στο ψυχομετρικό σύστημα ψυχοπαθητικοί δείκτες, αν υπάρχουν σοβαρές εξαρτητικές συμπεριφορές εκτός από τις ουσίες που όταν υπάρχει μια χαμηλή αυτοεκτίμηση, όταν υπάρχει ένα αδύνατο και υποβόλιμο εγώ σαφώς και μία συγκεχυμένη ή αδύνατη εικόνα σεξουαλικής ταυτότητας.

Ο αλκοολικός άνθρωπος, ο εξαρτημένος, είναι ένας δύσκολος άρρωστος και στα πλαίσια του γενικού νοσοκομείου πολύ συχνά μέσα στην επιθυμία του να καταρρίψει τα όρια και να χειριστεί τα πράγματα προς όφελος του και να μπορέσει να παραμείνει στο επίπεδο της εξάρτησης με τον έναν ή τον άλλον τρόπο διαμορφώνει ιδιαίτερες δυσκολίες στο προσωπικό το οποίο δεν μπορεί να αντιληφθεί ότι η συναισθηματική κατάσταση και η πίεση του αλκοολικού προέρχεται από τις δυσκολίες του πρόγονου ψυχισμού, από την δυσκολία των πρώιμων μηχανισμών άμυνας.

Τελειώνοντας, η αντιμετώπιση ενός ασθενούς που είναι αλκοολικός και νοσηλεύεται στο γενικό νοσοκομείο κι χρήζει παρέμβασης περισσότερο, χρειάζεται μία ευθεία και καθαρή επικοινωνία με τον άρρωστο και το προσωπικό, μία κατανόηση της ανάγκης του ασθενούς για σταθερότητα και μία διαπραγμάτευση των αιτημάτων του ασθενούς χωρίς διαχείριση των αμυντικών μηχανισμών, σταθερή οριοθέτηση του ασθενούς στους τομείς της εξαρτητικότητας στους διάφορους θεραπευτικούς χειρισμούς, τις εκδηλώσεις θυμού και την αυτοκαταστροφικότητα. Συνολικά θα μπορούσε να πει κανείς αυτό που γίνεται από τον ψυχίατρο για την ομάδα είναι η μη ερμηνευτική παρέμβαση οι οποία ασχολείται με το παρόν του αλκοολικού με την διαχείριση των συμπτωμάτων, των αναγκών και των ζητημάτων, αποφεύγοντας βαθύτερες ερμηνείες που αναστατώνουν τον άρρωστο και μπορεί να αυξήσουν την ακαταστασία του.

ΕΙΣΗΓΗΣΗ 4η

«ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΤΟΥ ΟΚΑΝΑ ΜΕ ΑΛΛΟΥΣ ΦΟΡΕΙΣ ΚΑΙ ΙΔΙΑΙΤΕΡΑ ΤΟΝ ΣΤΡΑΤΟ»
ΕΥΓΕΝΙΑ ΣΤΑΘΑΚΟΠΟΥΛΟΥ, ΨΥΧΟΛΟΓΟΣ, ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΟΣ ΨΥΧΙΚΗΣ
ΥΓΕΙΑΣ, ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΕΦΑΡΜΟΓΩΝ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΟΚΑΝΑ

Σε πρώτο πλάνο θα παρουσιάσω το πρόγραμμα του οργανισμού κατά των ναρκωτικών, με το υπόμνημα που έχει υπογραφεί συνεργασίας, η οποία ξεκινά από το 2002 και συνεχίζεται μέχρι σήμερα. Όπως ειπώθηκε και προηγουμένως είναι πολυπαραγοντικό το θέμα της ουσιοεξάρτησης και για αυτό η πρόληψη πρέπει να στοχεύει ουσιαστικά σε όλους αυτούς τους τομείς. Το μοντέλο της πρόληψης που ακολουθεί ο ΟΚΑΝΑ, είναι πρόληψη συνολικά για την ψυχική υγεία. Δεν στοχεύει μόνο στις ατομικές αιτίες που είναι η μη ανοχή στη ματαιώση, η μη αντίσταση στην πίεση των συνομηλίκων και κάποια χαρακτηριστικά που αναφέρθηκαν για τις οικογένειες που στοχεύουν σε μία καλύτερη υγεία. Είναι μεγάλος στόχος όπως καταλαβαίνετε και ο μόνος φορέας πρόληψης που υπάρχει επίσημα είναι ο ΟΚΑΝΑ και έχουμε πάρει την ταμπέλα πρόληψη για την χρήση ουσιών αλλά δεν μιλάμε για τις ουσίες, κάνουμε άλλη δουλειά. Προσπαθούμε δηλαδή να έρθουμε πριν από την κατάληξη στην χρήση της ουσίας να θεραπεύσουμε, να επικοινωνήσουμε με τους γονείς, τα παιδιά και τους εκπαιδευτικούς τα σημεία που πρέπει να προβλεφτούν ούτως ώστε να μην καταλήξουν τα παιδιά τους στην χρήση.

Η πρόληψη είναι δυο ειδών, η μία είναι επικεντρωμένη σε συγκεκριμένη ομάδα πληθυσμού και η άλλη είναι η καθολική η οποία γίνεται κάθε τριετία από κάθε κέντρο αλλά υπάρχει και βασικός σχεδιασμός από τον ΟΚΑΝΑ σε τακτά χρονικά διαστήματα σε συνεργασία με το ΜCDA που γίνεται για την αναβάθμιση της φιλοσοφίας. Δηλαδή δεν κρατάμε την παλιά που όπως αναφέρεται εδώ, βιολογικά κάρναβη αποτελεί trigger για ψυχωσικά επικήδεια, γιατί πάρα πολύ συχνά στα σχολεία πωλούνται τα μαλακά και τα σκληρά ναρκωτικά και αυτά που δεν πρόκειται να προκαλέσουν τίποτα. Το ίδιο φαντάζομαι ισχύει και στα στρατόπεδα. Έχοντας σαν οπλοστάσιο την γνώση που ακούστηκε μπορούμε να αναπροσαρμόζουμε τις πολιτικές πρόληψης όπου τα κέντρα είναι εβδομήντα ένα και σε λίγο θα είναι σε κάθε νομό. Έχουμε μια αυξητική τάση για να μπορέσουμε να ολοκληρώσουμε. Ο ρόλος του ΟΚΑΝΑ είναι να ευαισθητοποιήσει την κοινωνία, να γίνουν κέντρα και η επιστημονική και διοικητική ευθύνη για την λειτουργία τους σε συνεργασία με διεθνής οργανισμούς. Βάζουμε προδιαγραφές στελέχωσης ώστε να καταρτίζονται επίσημα για να είναι στελέχη πρόληψης σε επαφή με τα διοικητικά συμβούλια, εποπτεία των επιστημονικών ομάδων των κέντρων, παρακολούθηση, συντονισμός και αξιολόγηση της αποδοτικότητας και του έργου όπου υπάρχει πρόβλημα γιατί δεν έχει αξιολογηθεί ο ΟΚΑΝΑ. Ο ΟΚΑΝΑ προαναγγέλλει αξιολόγηση για το 2011 για να δούμε που μπορούμε να βελτιωθούμε και ποιά είναι τα αδύναμα σημεία μας για να ξέρουμε τι παρέχουμε στην κοινότητα. Βέβαια, ποιοτική ανάλυση για τη στάση του πληθυσμού είναι πολύ δύσκολο να γίνει αλλά προσπαθούμε να αξιολογήσουμε τις δράσεις μήπως και τις αλλάξουμε. Δεν την φοβόμαστε την αξιολόγηση, αντίθετα την επιθυμούμε.

Οι παρεμβάσεις είναι αρκετές και όπως συμβαίνει και με τον στρατό όπου πρώτα προσεγγίζουμε τους στρατιωτικούς που θα υποδεχτούν τους νεοσύλλεκτους και μετά αν χρειάζεται ο στρατιώτης. Η έμφαση που δόθηκε σε παρεμβάσεις στις ένοπλες δυνάμεις αυξήθηκε μέσω του μνημονίου που υπογράφηκε το 2002 μεταξύ ΟΚΑΝΑ και ΥΕΑ με στόχο την εκπόνηση και εφαρμογή προγραμμάτων πρόληψης στις ένοπλες δυνάμεις. Αυτός ο στόχος έχει επιτευχθεί. Σε αυτά τα πλαίσια ορίστηκε μία ομάδα εργασίας που πραγματοποιεί συσκέψεις για να ανανεώσουμε το μνημόνιο στους επόμενους τρεις μήνες, επιπλέον πραγματοποιείται μία έρευνα έκθεση με απολογιστικά στοιχεία παρεμβάσεων στις ένοπλες δυνάμεις μία σημαντική ημερίδα με θέμα την πρόληψη ουσιοεξαρτήσεων στις ένοπλες δυνάμεις και περιφερειακές συναντήσεις και στις υγειονομικές περιφέρειες. Μας ενθαρρύνει ότι όλο και περισσότερα κέντρα πρόληψης συνεργάζονται με τις μονάδες και παρέχουν ορθή και έγκαιρη πληροφόρηση για το φαινόμενο των ουσιών και την πρόληψη

του. Καλλιεργούν τις δεξιότητες των στελεχών στην επικοινωνία και κατανοούν τις ανάγκες και τις δυσκολίες που βιώνουν. Ενδεικτικά σας δείχνω κάποιες δράσεις του 2003. Στόχος επίσης των παρεμβάσεων αυτών είναι η υποστήριξη του ρόλου των αξιωματικών προκειμένου να ανταπεξέλθουν στις καθημερινές προκλήσεις της εργασίας τους και να υποστηρίξουν με την σειρά τους, τους στρατευμένους. Επιπλέον είναι σημαντικό να τονιστεί ότι υλοποιούνται παρεμβάσεις στις Ομάδες Ψυχοκοινωνικής Μέριμνας των ενόπλων δυνάμεων με στόχο την ανάπτυξη της συνεργασίας και τους κατάλληλους χειρισμούς όταν παρουσιαστούν περιστατικά κρίσης καθώς και την ενημέρωσή τους για τις ανάλογες παραπομπές σε θεραπευτικές δομές. Εδώ έχουμε να κάνουμε με το τρίπτυχο συνεργασίας που θα πρέπει σιγά σιγά να αναπτυχθεί παραπάνω, εκτός λοιπόν από αυτή την συνεργασία με την πρόληψη και τις κατά τόπους μονάδες αυτό που μπορώ να ανακοινώσω σήμερα είναι ότι σε σχέδιο του ΟΚΑΝΑ έχουμε προβλέψει ένα σαφές πρόγραμμα κατάρτισης των αξιωματικών αλλά και του υγειονομικού ακριβώς σε αυτά τα θέματα το οποίο θα επαναλαμβάνεται. Επίσης έχουμε προβλέψει την εκπόνηση μία επιδημιολογικής μελέτης για την κατάσταση της χρήσης στους στρατευμένους την οποία θα κάνουμε σε συνεργασία με το ΕΚΤΕΠ η οποία θα μας βοηθήσει πάρα πολύ στο να μπορέσουμε να κάνουμε ένα σωστότερο σχεδιασμό στο τι ακριβώς χρειάζεται. Φυσικά αυτό που ήθελα να συμπληρώσω είναι και η χρήση του αλκοόλ και άλλου τύπου που έχουν σήμερα αναφερθεί. Μια μεγάλη αγωνία που εκφράστηκε εχθές είναι πως θα γίνει τα άτομα που πρωτοπαρουσιάζονται στο στρατόπεδο να μην περάσουν στις μονάδες για να γίνει μία έγκαιρη διάγνωση και παρέμβαση στις μονάδες που υποδέχονται τους στρατεύσιμους και να μην περάσουν σε αυτές που είναι πιο ψυχοπιεστικές και δύσκολες.

Συζητήσαμε επίσης πάρα πολύ για το πως να γίνονται οι παραπομπές σε θεραπευτικά προγράμματα. Επίσης έχω πάρα πολλά παραδείγματα νεοσυλλέκτων οι οποίοι πήρανε αναβολή που τους παρέπεμψε το υγειονομικό της μονάδας και είχαμε στην συνέχεια μία επαφή μαζί τους όπου ο ασθενής όταν τελείωσε το πρόγραμμα επέστρεψε στην μονάδα και ολοκλήρωσε τη θητεία του με επιτυχία και αυτό αποτέλεσε πάρα πολύ καλό δείγμα ότι τον βοήθησε στο να μπορέσει να ενταχθεί κοινωνικά. Έτσι σε αυτόν τον τομέα θα χρειαζόταν ένα σχέδιο διατύπωσης. Στην παρούσα φάση θα ήταν σκόπιμη η απενεργοποίηση της ομάδας εργασίας του μνημονίου καθώς και η διεύθυνση της δυνατότητας περαιτέρω συνεργασίας του ΟΚΑΝΑ με τις ένοπλες δυνάμεις με σκοπό την ανάπτυξη εκπαιδευτικών προγραμμάτων πρόληψης για τις στρατιωτικές μονάδες. Εκτιμούμε ότι η σημερινή ημερίδα θα αποτελέσει εφελτήριο για όλα αυτά ούτως ώστε να συνεχίσουμε στο μέλλον.

ΕΙΣΗΓΗΣΗ 5η

«ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ ΧΡΗΣΗΣ ΕΞΑΡΤΗΣΙΟΓΟΝΩΝ ΟΥΣΙΩΝ ΤΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΤΟΥ 424 ΓΣΝΕ»

ΠΕΤΡΟΣ ΦΩΤΙΑΔΗΣ, ΕΠΙΔΡΟΣ – ΨΥΧΙΑΤΡΟΣ, ΕΠΙΜΕΛΗΤΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ 424 ΓΣΝΕ

Σήμερα έτυχε να είμαι ο τελευταίος αυτής της μεγάλης πορείας μας θα προσπαθήσω να είμαι σύντομος παραλείποντας τα στοιχεία που έχουν ήδη αναφερθεί. Θεωρώντας ότι το πρόβλημα των ναρκωτικών στο στρατό είναι ένα πρόβλημα στην ουσία το οποίο αντανακλά ή τουλάχιστον δείχνει ένα κομμάτι της κοινωνίας. Ο στρατός είναι κομμάτι της κοινωνίας και εδώ αναφέρομαι κυρίως στις ναρκωτικές ουσίες του σήμερα όπου δεν υπάρχει καμία διαφορά ανάμεσα στην κοινωνία και τον στρατό, δηλαδή τις ένοπλες δυνάμεις. Τι υπάρχει σήμερα στην ελληνική κοινωνία; Υπάρχει εθνική στρατηγική που ανακοινώθηκε το 2006 και αφορά την περίοδο του 2006-2012 η οποία στηρίζεται σε δύο πυλώνες προκειμένου να αντιμετωπιστεί το πρόβλημα των ναρκωτικών που είναι η μείωση της ζήτησης και η μείωση της προσφοράς των ναρκωτικών ουσιών. Η εθνική στρατηγική ως ένα γενικότερο κείμενο αρχών και αξιών αποτελεί την βάση για τον σχεδιασμό ενός ολοκληρωμένου εθνικού σχεδίου δράσης για τα ναρκωτικά. Οι βασικοί επιχειρησιακοί στόχοι του εθνικού σχεδίου είναι εφτά.

1. Η καθολική εξασφάλιση του δικαιώματος στην θεραπεία και η σταδιακή εξάλειψη της λίστας αναμονής.

2. Η εύκολη πρόσβαση των πολιτών σε υπηρεσίες πρόληψης και ενημέρωσης

3. Η εξασφάλιση οικονομικών πόρων για προληπτική πολιτική.

4. Η καταπολέμηση των κοινωνικών στιγματισμών και η κινητοποίηση της κοινωνίας στην μάχη κατά της εξάρτησης

5. Η δημιουργία σταθερού πλαισίου συνεργασίας με όλους τους συναρμόδιους φορείς, τον κόσμο της παραγωγής και της εργασίας για την κοινωνική επανένταξη των πρώην χρηστών

6. Η συνολική μείωση της ζήτησης των ναρκωτικών

7. Η ανάδειξη της Ελλάδας σε διεθνές περιφερειακό κέντρο καινοτομίας και γνώσης για το ζήτημα της εξάρτησης.

Αυτά είναι στοιχεία του ΕΠΨΥ 2006 που αφορούν στη χρήση στο γενικό πληθυσμό και μιλάνε και για πειραματική χρήση έστω μία φορά στην διάρκεια της ζωής όπου έχουμε ένα ποσοστό 19,4% των ερωτωμένων. Η χρήση αφορά κυρίως τη μαριχουάνα και το χασίς με 19,3%, υψηλότερο ποσοστό στους άνδρες με 24,8 από 14% των γυναικών και υψηλότερο ποσοστό νεαρών ενηλίκων (20-34 ετών, 31,8%) και υψηλότερο ποσοστό χρήσης στο λεκανοπέδιο της Αττικής με 23,6%. Το συγκεκριμένο site που ανέδειξα αναφέρει ότι το 8,6 του ελληνικού πληθυσμού αναφέρει ότι έχει κάνει χρήση μία φορά ή και περισσότερο μία παράνομη ουσία. Το ποσοστό πάλι έναντι των ανδρών είναι μεγαλύτερο και οι ηλικιακές ομάδες οι οποίες είναι πιο ευαίσθητες είναι 25 με 35, ενώ παρατηρείται μία μεγάλη αύξηση στις ηλικίες των 18-24 ετών. Πρόσφατη χρήση δηλώνει ότι έχει κάνει το 4,6 του πληθυσμού της ηλικίας 18-24 και το 2,9 του πληθυσμού της ηλικίας 25-35 ετών.

Στον υπόλοιπο κόσμο, σχετικά με την κάναβη υπολογίζεται ότι έχουν δοκιμάσει 70.000.000 ευρωπαίοι δηλαδή σχεδόν το ¼ των ατόμων ηλικίας 15-64 ετών που ως

ποσοστό είναι πολύ μεγαλύτερο από αυτό που εντοπίζουμε στην ελληνική πραγματικότητα. Η κοκαΐνη έχει εξελιχθεί σε πολλά κράτη της Ευρώπης ως δεύτερη κατά προτίμηση ουσία μετά την κάνναβη και περισσότερο από 12.000.000 ευρωπαίοι πειραματίζονται με την ουσία. Με την αμφεταμίνη ασχολούνται 3.500.000 από τους ενήλικες, 1.500.000 πειραματίζονται με την ουσία έκσταση LSD από το 0,2 ως το 5,5%, ενώ χρήση της ηρωΐνης ένας στους τρεις ανά 1000 κατοίκους. Απ' ότι βλέπουμε τα ναρκωτικά είναι μία έντονη πραγματικότητα αλλά στην Ελλάδα δεν μπορούμε να καταγράψουμε το πρόβλημα σε όλη του την έκταση ενώ τα παγκόσμια δεδομένα μας δίνουν πολύ μεγαλύτερους αριθμούς.

Κάπου εδώ έρχεται ο στρατός να ανακαλύψει αυτό που ήδη υπήρχε. Το ανακαλύπτει όμως λίγο αργά. Ποιό είναι το θεσμικό πλαίσιο στον στρατό; Αυτό στηρίζεται το προεδρικό διάταγμα 133/02 περί κρίσης σωματικής ικανότητας όπου και για τους κληρωτούς αλλά και για το μόνιμο προσωπικό. Για τους μεν κληρωτούς προβλέπει αναβολή στράτευσης ενώ για τις υπόλοιπες περιπτώσεις προβλέπει εξέταση από την στρατιωτική θητεία ή έξοδο από την υπηρεσία. Για πρώτη φορά, τον Αύγουστο του 97' κυρητεται έτος για την καταπολέμηση των ναρκωτικών και για πρώτη φορά βάζει ο στρατός το θέμα πάνω στο τραπέζι. Από το 97' μέχρι τώρα όντως έχουμε ασχοληθεί και προσπαθούμε να βάλουμε τα πράγματα σε μία σειρά, με μία σωστή σειρά: πρόληψη-έλεγχος-αντιμετώπιση. Με το πρόγραμμα παρακολούθησης περιστασιακών χρηστών από την κλινική του 424 συμβαίνει ότι για αυτούς που ονομάζει περιστασιακούς χρήστες, με μία καινοτομία στον όρο προβλέπει να παρακολουθούνται ανά δύο χρόνια από υγειονομική παρακολούθηση και εξέταση με ελέγχους ανά δύο μήνες, ενώ για αυτούς που θεωρεί ότι κάνουν βαριά χρήση ή είναι εξαρτημένοι τους παραπέμπει σε ανάλογες επιτροπές για υγειονομική και διοικητική κρίση.

Η ψυχιατρική κλινική υλοποίησε την διαταγή αυτή, με ανώτερο αξιωματικό ειδικό ψυχίατρο, με συγκεκριμένες αρμοδιότητες και ευθύνες, τηρεί αρχείο των περιστατικών αυτών τα οποία καταγράφονται και παρακολουθούνται, βρίσκεται σε συνεργασία με τους συναρμόδιους εμπλεκόμενους φορείς του προγράμματος, βρίσκεται σε συνεργασία με τις μονάδες των περιστατικών αυτών και ενημερώνει των διευθυντή της κλινικής αυτής. Ακόμα συνεργάζεται και με άλλες κλινικές (μικροβιολογικές, φαρμακείο κτλ.) ώστε να επιτευχθεί ο έλεγχος της διαδικασίας, το αξιόπιστο της δειγματοληψίας αλλά και της μέτρησης. Στατιστικά, από την 5ετή λειτουργία, βλέπουμε το σύνολο τις χρονιές 2004-2008 από το ιατρείο γεωγραφικής υπηρεσίας και τα νούμερα είναι αρκετά μεγάλα, αυξάνουν συνεχώς. Η Ελλάδα συμμετέχει σε ειρηνευτικές αποστολές σε διάφορα σημεία του κόσμου και νέα περιστατικά παρακολούθηθηκαν κάθε χρονιά στο τμήμα παρακολούθησης περιστασιακών χρηστών. Έχουμε 33.103 περιστατικά τα οποία εξετάστηκαν και από αυτά βρέθηκαν 51 να κάνουν περιστασιακή χρήση ουσιών και να μπαίνουν μέσα στο πρόγραμμα παρακολούθησης ένα ποσοστό 0,15%. Θέλησα να βάλω αυτόν τον πίνακα που έχουμε με την ιδιότητα, δηλαδή ποιές ομάδες του προσωπικού μας φαίνεται να είναι πιο ευάλωτες. Βλέπουμε ότι στο σύνολο των ετών είχαμε μόνο έναν ανθυπασπιστή, 12 ΕΜΘ, 37 ΕΠΟΠ, 1 ΟΒΑ πράγμα το οποίο δείχνει ότι η ομάδα που είναι πιο ευαίσθητη είναι οι Επαγγελματίες Οπλίτες με 72,54%. Η πορεία των περιστατικών του προγράμματος μας δείχνει τελικά τι κάνουμε σε αυτό το πρόγραμμα. Ολοκλήρωσαν το πρόγραμμα μέχρι τώρα 19 άτομα. Οι μισοί σχεδόν. Αποστρατεύτηκαν χωρίς να έχουν ολοκληρώσει το πρόγραμμα 10, κρίθηκε η σωματική ικανότητα χωρίς να έχει ολοκληρωθεί το πρόγραμμα σε 10, απεβίωσε 1 και στην ουσία βλέπουμε ότι ενώ ένα πρόγραμμα τρέχει, κάποιιοι το ολοκληρώνουν κάποιιοι όμως το διακόπτουν όχι όμως με την θέληση τους αλλά μέσω άλλων προβλεπομένων διαδικασιών. Παρατηρήσεις, η ψυχιατρική κλινική φαίνεται να ανταποκρίθηκε στις απαιτήσεις της διαταγής και την υλοποίησε στο σύνολο της. Ο συνολικός αριθμός θετικών περιστατικών σε σχέση με τον αριθμό των εξεταζομένων, 51 σε σχέση με τους 33.103, (σε ένα ποσοστό 0.15%) είναι πάρα πολύ μικρός. Αυτό σημαίνει είτε οι ομάδες του προσωπικού οι οποίες εξετάζουμε είναι υγιείς, και αυτό μας κάνει να είμαστε αισιόδοξοι και χαρούμενοι, είτε ότι έχουμε δυστυχώς περιστατικά τα οποία δεν μπορούμε να ανιχνεύσουμε. Παρατηρούμε ότι καθώς το θέμα είναι σύνθετο, με υγειονομική, διοικητική, πειθαρχική και ποινική διάσταση

έχουμε εμπλοκή και άλλων προβλεπόμενων διαδικασιών που επηρεάζουν το τελικό αποτέλεσμα. Συνολικά 19 ολοκλήρωσαν, 17 διέκοψαν μέσω άλλων διαδικασιών. Η ομάδα με περισσότερο ποσοστό επίπτωσης είναι οι ΕΠΟΠ (72,54%), στοιχείο που χρήζει ιδιαίτερης προσοχής καθώς υπάρχουν υψηλές προσδοκίες και απαιτήσεις από τον θεσμό αυτό.

Από την μέχρι τώρα εφαρμογή έχουν προκύψει προβλήματα και προβληματισμοί. Όσον αφορά στη διαδικασία λήψης και μέτρησης δειγμάτων, υπάρχει σαφής ανάγκη περαιτέρω διασφάλισης και αξιοπιστίας στις μεθόδους λήψης των δειγμάτων, σε συνεργασία με το μικροβιολογικό εργαστήριο, η πλήρης μηχανογράφηση που έχει γίνει φαίνεται να μην μπορεί να αντικαταστήσει την φυσική επίβλεψη και έλεγχο των δειγμάτων. Επίσης, δυστυχώς η προσέλευση των περιστατικών δεν είναι έτσι όπως θα θέλαμε ώστε πραγματικά να βρίσκουμε αυτούς που κάνουν χρήση, δηλαδή να έχουμε έναν αιφνιδιαστικό έλεγχο και να βρίσκουμε αποτελέσματα όταν αυτά υπάρχουν. Και αυτό γιατί με διάφορες δικαιολογίες τα περιστατικά καθυστερούνε να προσέλθουνε στον έλεγχο. Με έναν παρόμοιο τρόπο όλη η διαδικασία ανίχνευσης των περιστατικών αυτών, δηλαδή το προσωπικό που εξετάζουμε για τις ειρηνευτικές αποστολές, μας ξεφεύγουν γιατί ξέρουν πότε θα έρθουν, ξέρουν ότι προβλέπεται αυτή η διαδικασία και κρύβονται προσπαθώντας να κάνουν εγκράτεια στον εαυτό τους.

Όσον αφορά στη συνεργασία με τις μονάδες, δυστυχώς οι διοικήσεις των μονάδων στην πλειοψηφία διατηρούν μία αμήχανη στάση απέναντι στη προσωπικό τους, δεν ξέρουν τι ακριβώς να κάνουν, δεν διευκολύνουν την προσέλευση στους ελέγχους και κυρίως δεν μας ενημερώνουνε σχετικά, όταν υπάρχουν μεταβολές, μεταθέσεις, αποστρατείες κτλ. Στο συντονισμό μεταξύ των υγειονομικών μονάδων υπάρχει ένα σαφές κενό το οποίο δημιουργεί ανομοιογένεια και προβλήματα στην παρακολούθηση των περιστατικών. Δεν υπάρχει συντονισμός και ενημέρωση μεταξύ των δύο ψυχιατρικών κλινικών και αυτό αφήνει περιθώρια λαθών. Το θεσμικό πλαίσιο, το πνεύμα και η πρόθεση διαταγής, είναι η επιεικής στάση αλλά δυστυχώς ακυρώνεται από άλλες διοικητικές και πειθαρχικές αποφάσεις που προβλέπονται για το ίδιο θέμα. Ο όρος περιστασιακή χρήση ο οποίος εμφανίζεται στην διαταγή αυτή αποτελεί ένα καινούργιο δεδομένο το οποίο δεν έχει αποσαφηνιστεί ως προς το περιεχόμενό του.

Η τελευταία πάγια διαταγή, βρίσκεται γενικά σε συμφωνία με το προεδρικό διάταγμα κρίσης σωματικής ικανότητας, ταυτόχρονα όμως μιλάει για περιστασιακή χρήση και προβλέπει ειδική μεταχείριση σε αυτά τα άτομα που πηγαίνουν στις ειρηνευτικές αποστολές δημιουργώντας έτσι χρήστες δύο ταχυτήτων. Τέλος, επικέντρωση της προσοχής στην πιο ευάλωτη ομάδα που είναι οι ΕΠΟΠ η οποία παρουσιάζει το μεγαλύτερο ποσοστό παρουσίας θετικών δειγμάτων. Επίσης με στοιχεία τα οποία κάποιοι συνάδελφοι με βοήθησαν από το 1ο επιτελικό γραφείο του ΓΕΣ βλέπουμε ότι υπάρχουν 22 αποστρατείες με διοικητικές πράξεις για θέματα ναρκωτικών, ενώ μέχρι τώρα στο σύνολο των 20.070 ΕΠΟΠ που έχουν καταταγεί έχει απολυθεί ένας σεβαστός αριθμός που δεν αναφέρεται για ευνόητους λόγους. Τα ποσοστά όμως αναφέρουν ένα 79% για ψυχολογικούς λόγους, 12% παθολογικούς λόγους, 6% λόγω ναρκωτικών και 3% λόγω τραυματισμών και μάλιστα αυτο το 3% είναι πρόσφατα μειωμένο και συσχετίζεται με τον έλεγχο που γίνεται στα κέντρα κατάταξης καθώς μέχρι πρόσφατα ήταν 9%. Η συνολική εικόνα του προβλήματος, είναι ανέφικτη καθώς υπάρχει αποσπασματική ενασχόληση χωρίς κοινή βάση δεδομένων.

Συμπεράσματα και προτάσεις: αξιολόγηση του προγράμματος έχοντας σαν στόχο την διασφάλιση της επιχειρησιακής ικανότητας του προσωπικού, την εξοικονόμηση του δυναμικού, την προστασία της υγείας και την δημιουργία ενός ανθρώπου και ταυτόχρονα επαγγελματικού προφίλ είναι σαφές ότι η εφαρμογή του προγράμματος από την ψυχιατρική κλινική του 424 ήταν αποτελεσματική και ουσιαστική. Φυσικά δεν μπορούμε να παραβλέψουμε τον μικρό αριθμό των περιστατικών ως ένα θετικό σημείο παρά το γεγονός ότι πλέον υπάρχουν γνωστές γκρίζες πτυχές που δεν δίνουν την πραγματική εικόνα. Ενίσχυση και εναρμόνιση του θεσμικού πλαισίου. Κύρια σημεία αναφοράς η αποσαφήνιση

επιτέλους του όρου περιστασιακή χρήση, η ενιαία αντιμετώπιση όλων των ανάλογων περιστατικών όπου επικρατεί περιστασιακή χρήση, όταν αυτή οριστεί.

Η συνολική αντιμετώπιση περιστατικών υγειονομικά, διοικητικά και πειθαρχικά, μέσα από τους ξεκάθαρους στόχους: τελικά, τι θέλουμε να κάνουμε με αυτά τα περιστατικά, να τα κρατήσουμε ή όχι; Τυποποίηση και μηχανογράφηση των δεδομένων σε κοινή βάση δεδομένων, ενημέρωση και άμεση εμπλοκή των διοικήσεων των μονάδων με συγκεκριμένες κατευθύνσεις ώστε να οδηγήσουν ουσιαστικά στο ποθητό αποτέλεσμα, και η δημιουργία ενός κεντρικού φορέα οργάνωσης και διαχείρισης του προγράμματος ώστε να συντονίζει αυτές τις υπηρεσίες, να βρίσκεται σε επαφή με τις υπηρεσίες της πολιτείας και τέλος να συνεργάζεται με τις υπηρεσίες του στρατού που προσεγγίζουν το θέμα αυτό από άλλη προοπτική. Τέλος, είναι αναμφισβήτητη η ανάγκη για διαχείριση των προληπτικών διαδικασιών και παρεμβάσεων με στοχευόμενες δράσεις για να διατηρήσουμε το επίπεδο που υπάρχει και θεωρούμε ότι είναι καλό χρειάζεται διαρκής και συντονισμένη προσπάθεια που θα εξελίσσεται ανταποκρινόμενη στις περιστάσεις όπως αυτές διαμορφώνονται στη πορεία του χρόνου.

Σαν επίλογο θα ήθελα εδώ να προβάλλω τις αναφορές που είχε κάνει ο Πρόεδρος της Δημοκρατίας κύριος Κάρολος Παπούλιας και ο Υπουργός Υγείας κύριος Δημήτρης Αβραμόπουλος σχετικά με το θέμα. Λέει ο Πρόεδρος της Δημοκρατίας ότι, «είναι ευθύνη όλων η αντιμετώπιση της μάστιγας των ναρκωτικών και αυτό να το βάλουμε σε κάθε μικρή ομάδα. Με το να εθελουφλούμε, να αποκρύπτουμε ή να δαιμονοποιούμε το πρόβλημα, το μόνο που καταφέρνουμε είναι ο στιγματισμός και η περιθωριοποίηση παιδιών που πρέπει να βρίσκονται στο επίκεντρο της μέριμνας και της φροντίδας μας», ενώ ο Υπουργός Υγείας αναφέρει ότι πρόκειται για μια «υπόθεση εθνικής σημασίας η οποία χρειάζεται συναίνεση και σύνθεση απόψεων».