

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΤΗΣ ΤΟΞΙΚΟΕΞΑΡΤΗΣΗΣ: ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΚΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ

Thomas McLellan, PhD

*Καθηγητής Ψυχιατρικής, Επιστημονικός Διευθυντής του Ινστιτούτου Έρευνας της τοξικοεξάρτησης,
Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Πενσυλβάνια*

Περίληψη

Το θέμα για το οποίο θα ήθελα να μιλήσω αφορά ένα ερώτημα που τίθεται από πολλούς στις Η.Π.Α: είναι αποτελεσματική η θεραπεία της τοξικοεξάρτησης; Θα μπορούσα να πω ότι το ερώτημα είναι διατυπωμένο λάθος. Το πραγματικό ερώτημα είναι: είναι αποτελεσματική η θεραπεία σχετικά με τι; Τι θα έπρεπε να κάνει η θεραπεία της τοξικοεξάρτησης; Εάν πρόκειται να αξιολογήσουμε τη θεραπεία της τοξικοεξάρτησης, υπάρχουν πολλοί που θα ήθελαν απαντήσεις σ' αυτό το ερώτημα. Δεν υπάρχει μονάχα μία απάντηση και μονάχα ένα κοινό. Θα εξετάσουμε τουλάχιστον τρία είδη συγκρίσεων: το πρώτο είναι τι περιμένει η κοινωνία από τη θεραπεία της τοξικοεξάρτησης, και μετά έχοντας τις προσδοκίες της κοινωνίας για βάση μας θα εξετάσουμε διάφορες συγκριτικές μελέτες, τέλος θα εξετάσουμε ένα άλλο πολυσυζητημένο θέμα: γιατί δεν είναι και η τοξικοεξάρτηση σαν τις άλλες τις πραγματικά ιατρικές διαταραχές;

Τι περιμένει η κοινωνία ότι θα κάνει η αποτελεσματική θεραπεία της τοξικοεξάρτησης; Εάν ρωτήσουμε τους θεραπευτές και τους συμβούλους θ' απαντήσουν αμέσως: να μην επιστρέψει το άτομο στη χρήση, αποχή, ολική αποχή για πάντα. Εάν ρωτήσουμε τις ασφαλιστικές εταιρίες στις Η.Π.Α ποια νομίζουν ότι θα ήταν η αποτελεσματική θεραπεία, θ' απαντούσαν η μείωση των ιατρικών υπηρεσιών. Γιατί όμως είναι τόσο σημαντικό εάν το επιθυμούν οι ασφαλιστικές εταιρίες, ή όχι; Η απάντηση είναι επειδή στις Η.Π.Α οι ασφαλιστικές εταιρίες πληρώνουν για την θεραπεία της τοξικοεξάρτησης. Έτσι έχουν το δικαίωμα να περιμένουν κάτι. Και ο λόγος που οι μειωμένες ιατρικές υπηρεσίες είναι τόσο σημαντικές, είναι ότι οι αλκοολικοί στις Η.Π.Α απασχολούν δέκα φορές τον αριθμό των ιατρικών υπηρεσιών που απασχολούν οι μη αλκοολικοί, και οι οικογένειες των αλκοολικών απασχολούν πέντε φορές παραπάνω τις υπηρεσίες αυτές. Έτσι αποτελεσματική θεραπεία στα μάτια μιας ασφαλιστικής εταιρίας είναι οι μειωμένες ιατρικές υπηρεσίες.

Όλοι γνωρίζουμε ότι η εξάρτηση, είτε από αλκοόλ είτε από ουσίες, συνδέεται με την εγκληματικότητα. Εάν κατοικείς σε μια πόλη ή είσαι μέλος του δικαστικού συστήματος, αποτελεσματική θεραπεία της τοξικοεξάρτησης θα είναι η μείωση της εγκληματικότητας. Εάν είσαι εργοδότης, αυτό

που επιθυμείς από τη θεραπεία της τοξικοεξάρτησης είναι ο εργαζόμενός σου να επιστρέψει στη δουλειά. Τέλος αν είσαι μέλος της οικογένειας γνωρίζεις καλά τη ντροπή και τον κίνδυνο, που συνδέονται με τη διαβίωση με ένα εξαρτημένο άτομο. Έτσι αποτελεσματική θεραπεία της τοξικοεξάρτησης θα ήταν το τέλος της ρήξης και της ντροπής. Όλα αυτά που ζητάμε είναι πολλά για την τοξικοεξάρτηση. Είναι περισσότερα από ότι ζητάμε από οποιαδήποτε άλλη θεραπεία. Και έτσι καθίσταται και το έργο των αξιολογητών ακόμη δυσκολότερο.

Για τη μελέτη του φαινομένου, αναπτύξαμε ένα όργανο που ονομάζεται ASI (addiction severity index). Αυτό λέει ότι εάν ο κόσμος θέλει να ξέρει για την εργασιακή κατάσταση, τη χρησιμοποίηση των ιατρικών υπηρεσιών, την εγκληματικότητα και για άλλα θέματα, ας ρωτήσουμε τα μέλη των θεραπευτικών προγραμμάτων για τη φύση των προβλημάτων τους, για τη χρήση ουσιών και αλκοόλ καθώς και για τα προβλήματα τους σε αυτούς τους τομείς. Η αξιολόγηση όλου του εύρους και της σοβαρότητας των προβλημάτων τους είναι πολύ σημαντική, όπως μπορούμε να δούμε από τα παρακάτω παραδείγματα. Ας πάρουμε το παράδειγμα ενός γιατρού, που ήταν αναισθησιολόγος και έκλεβε οπιοειδή από τους ασθενείς του. Έκανε ενδοφλέβια χρήση των οπιοειδών πολλές φορές την ημέρα. Άρα η κατάσταση της χρήσης ουσιών είναι πολύ σοβαρή, με πολύ μικρή όμως χρήση αλκοόλ, ελάχιστα ιατρικά προβλήματα και πολύ καλή δουλειά, άρα χωρίς να υπάρχει καν εργασιακό πρόβλημα. Η γυναίκα του ωστόσο ήταν πολύ θυμωμένη μαζί του. Οπότε έχουμε ένα μικρό πρόβλημα εδώ (οικογένεια) και εκτός αυτού ντρεπόταν και ο ίδιος για τον εαυτό του. Εάν λοιπόν ερχόταν αυτό το άτομο για θεραπεία τι θα κάνατε, ο στόχος μας θα ήταν να επικεντρωθούμε στη χρήση ουσιών και να προσφέρουμε θεραπεία οικογένειας και ζευγαριών. Δεν υπάρχει σε αυτή τη περίπτωση ανάγκη για συμβουλευτική στην αντιμετώπιση των εργασιακών του προβλημάτων ή των νομικών του εκκρεμοτήτων γιατί είχε δουλειά και δεν διέπραττε εγκλήματα.

Ας δούμε έναν άλλο ασθενή, πρόκειται για μια έφηβη, έγκυο κοπέλα. Ήρθε στο θεραπευτικό μας πρόγραμμα από τα επείγοντα περιστατικά, επειδή έκανε χρήση κοκαΐνης. Δεν έκανε ενδοφλέβια χρήση, δεν έκανε καθημερινή χρήση, κάπνιζε σε μη τακτά χρονικά διαστήματα. Θα μπορούσε κανείς να υποθέσει ότι αυτή η περίπτωση είναι ευκολότερη για θεραπεία απ' ότι ο γιατρός. Ωστόσο, αυτή είναι μια λάθος υπόθεση, γιατί υπάρχουν ένα σωρό άλλα προβλήματα. Έχει πρόβλημα με τη χρήση αλκοόλ, σχεδόν στο ίδιο επίπεδο με το πρόβλημα με τις ουσίες. Έχει σοβαρές επιπλοκές, γιατί δεν έλαβε κανενός είδους φροντίδα κατά τη διάρκεια της κύησης. Έχει πολύ λίγα εργασιακά προσόντα, αντιμετωπίζει σοβαρά νομικά προβλήματα –κλοπές-, η οικογένειά της την έχει διώξει από το σπίτι και είναι πολύ στεναχωρημένη και θυμωμένη. Επομένως η ίδια θεραπεία δεν θα έχει αποτελέσματα με αυτή τη νεαρή κοπέλα, γιατί ακόμη και αν μειωθεί ή απαλειφθεί η εξάρτηση από την κοκαΐνη, όλα τα υπόλοιπα προβλήματά της δε θα εξαφανιστούν και οι απαιτήσεις της κοινωνίας δεν θα ικανοποιηθούν. Η αξιολόγηση επομένως είναι ιδιαίτερα πολύπλοκη. Πως μπορούμε κατά συνέπεια να συγκρίνουμε τη θεραπεία; Πόσο αποτελεσματική είναι η θεραπεία της τοξικοεξάρτησης συγκρινόμενη με κάτι άλλο.

Ας δούμε τη θεραπεία της τοξικοεξάρτησης σε σύγκριση με τη μη θεραπεία. Υπάρχει μια μελέτη για την αποτελεσματικότητα της μεθαδόνης στη θεραπεία του HIV, σαν μέτρο πρόληψης για τον ιό HIV ή AIDS. Σε ένα ποσοστό από μέλη που ήταν οροθετικοί, πραγματοποιήθηκε εξέταση αίματος κατά την αρχή της εισαγωγής τους στο πρόγραμμα συντήρησης με μεθαδόνη και εξετάζονταν κάθε έξι μήνες για έξι χρόνια. Όταν πρωτοεξετάστηκαν αυτά τα άτομα 13% ήταν ήδη οροθετικοί. Αν υποθέσουμε ότι η μεθαδόνη είναι αποτελεσματικό μέτρο πρόληψης για τον ιό, τότε δεν θα πρέπει

να υπάρξουν νέοι φορείς μέσα στην πάροδο του χρόνου. Το ποσοστό όμως ανέβηκε από 13% σε 21%. Προφανώς η μεθαδόνη είναι αναποτελεσματική δεν έχει αποτελέσματα. Θα πρέπει όμως να σκεφτούμε: συγκρίνοντάς την με τι; Όταν τη συγκρίνουμε με μια άλλη ομάδα ατόμων που έκαναν ενδοφλέβια χρήση οπιοειδών και είναι της ίδιας ηλικίας, φυλής, φύλου, και προέρχονται από τους ίδιους κοινωνικούς κύκλους με τα άτομα που είναι στο πρόγραμμα μεθαδόνης, υπάρχει διαφορά. Αυτοί που δεν είχαν λάβει κανενός είδους βοήθεια για την εξάρτηση από τα οπιοειδή για τουλάχιστον ένα χρόνο και δεν είχαν σκοπό να μπουν σε πρόγραμμα θεραπείας της τοξικοεξάρτησης, ενώ από την αρχή κιόλας υπήρχε διαφορά και 21% από αυτούς ήταν οροθετικοί, μέσα στην πορεία των έξι χρόνων το ποσοστό ανέβηκε στο 51%. Με μία ομάδα λοιπόν καταλήξαμε στο συμπέρασμα ότι η μεθαδόνη ήταν τελείως αναποτελεσματική. Τώρα που είδαμε μια ομάδα που δεν έλαβε καμία θεραπεία, η μεθαδόνη δείχνει εξαιρετικά αποτελεσματική. Αυτό αποτελεί όμως ένδειξη ότι η μεθαδόνη προκάλεσε αυτή τη διαφορά; Ίσως, ίσως κι όχι. Ίσως είναι απλά κίνητρα, τα άτομα που πήγαν στο πρόγραμμα μεθαδόνης ίσως ήταν από την αρχή πιο κινητοποιημένα.

Γιατί δεν συγκρίνουμε ή τουλάχιστον ας δούμε τι συμβαίνει με μέλη που έχουν κίνητρο αλλά δεν παίρνουν καμία θεραπεία. Υπάρχει μια μελέτη που πραγματοποιήσαμε εμείς στη Φιλαδέλφεια, με άντρες, εξαρτημένους από την κοκαΐνη, που ήρθαν στη μονάδα μας, ζήτησαν θεραπεία, περίμεναν ολόκληρη την ημέρα, έδωσαν πολλές συνεντεύξεις μόνο και μόνο για να τους πούμε ότι δεν υπήρχε θέση και όλα τα κρεβάτια ήταν κατειλημμένα. Είχαν κίνητρο, το εξέφρασαν αλλά δεν πήραν καμία βοήθεια. Τα άτομα αυτά, ρωτήθηκαν εάν θα μπορούσαμε να τους παρακολουθήσουμε ολόκληρο τον επόμενο μήνα για δούμε εάν τελικά πήραν κάποιου είδους θεραπεία και εάν το κίνητρο από μόνο του μπορούσε να οδηγήσει στη μείωση της χρήσης. Στην πραγματικότητα μόνο το 16% από αυτά τα πολύ φτωχά άτομα έλαβαν κάποιο είδος θεραπείας της τοξικοεξάρτησης. Και στις περισσότερες περιπτώσεις αυτό ήταν μόνο αποτοξίνωση. Και αυτά ήταν όντως τα μόνα άτομα που παρουσίασαν μείωση στα προβλήματα με το αλκοόλ και τις ουσίες. Άτομα που είχαν κίνητρο, τουλάχιστον σε κάποια χρονική στιγμή αλλά δεν έλαβαν καμία θεραπεία, στην πραγματικότητα παρουσίασαν αύξηση στα ιατρικά, εργασιακά, ψυχιατρικά και οικογενειακά τους προβλήματα. Ίσως λοιπόν το κίνητρο από μόνο του να μην αρκεί για την αλλαγή. Ας δούμε μια δυο μελέτες ακόμη. Έχουμε δει άτομα με κίνητρο που δεν έλαβαν θεραπεία, ας δούμε τώρα άτομα χωρίς κίνητρο που έλαβαν κάποια θεραπεία.

Πολύ ενδιαφέρουσα είναι μια μελέτη που πραγματοποίησε ο Bob Booth στο πανεπιστήμιο του Denver. Εξέτασε 4000 άτομα που έκαναν ενδοφλέβια χρήση ουσιών, οι οποίοι δεν επιθυμούσαν θεραπεία απλά ήθελαν να εξεταστούν για τον ιό HIV. Ήθελαν απλά να ξέρουν εάν ήταν οροθετικοί ή όχι. Έγινε τυχαίος διαχωρισμός αυτών των ατόμων για να τους παρασχεθούν οι υπηρεσίες που επιθυμούσαν, είτε μόνο εξέταση HIV, είτε εξέταση HIV συν μία μορφή συμβουλευτικής συνεδρίας, που ονομάζεται Motivational Enhancement Therapy (MET), μία μόνο συνάντηση. Μετά από έξι μήνες κοίταξαν ξανά τα αποτελέσματα για να δουν αν όντως είχε γίνει τίποτα. Όσον αφορά στην ενδοφλέβια χρήση ουσιών, η ομάδα που δέχτηκε μια μόνο εξέταση, μετά από έξι μήνες, 45% από αυτούς δήλωσαν ότι κάνουν ακόμη ενδοφλέβια χρήση. Στην ομάδα που έκανε την εξέταση και είχε και μια συμβουλευτική συνεδρία μόνο το 20% εξακολουθούσε να κάνει χρήση και στατιστικά αυτή είναι μεγάλη διαφορά. Ας δούμε την αποχή στους έξι μήνες. Από τα άτομα που έκαναν μόνο την εξέταση μόνο το 11% παρέμενε καθαρό, από τα άτομα που έκαναν την εξέταση και είχαν και μία συνεδρία 42% παρέμενε καθαρό. Οι απαντήσεις επιβεβαιώθηκαν

από εξέταση ούρων. Όταν κοιτάζουμε τα ποσοστά των συλλήψεων, από τα άτομα που έκαναν μόνο την εξέταση 24% συνελήφθησαν μέσα στους έξι μήνες, σε σύγκριση με το 14% αυτών που είχαν τη μία συμβουλευτική συνεδρία. Επομένως δεν συγκρίνουμε και αξιολογούμε ένα πρόγραμμα μόνο σε σχέση με τη χρήση ουσιών, αλλά προσπαθούμε να το αξιολογήσουμε σε αρκετά θέματα που θεωρούνται σημαντικά τουλάχιστον στην αμερικανική κοινωνία. Ακόμη και μια πολύ σύντομη συμβουλευτική σε άτομα που δεν είχαν κίνητρο, φαίνεται ότι έχει κάποιο θετικό αποτέλεσμα.

Ας πάρουμε ένα ακόμη παράδειγμα ατόμων χωρίς κίνητρο, εγκύους εξαρτημένες από την κοκαΐνη. Αυτή η μελέτη πραγματοποιήθηκε από την D.Svikis και τους συναδέλφους της στο ιατρικό κέντρο Johns Hopkins με 146 εγκύους που έκαναν χρήση κοκαΐνης. Όλες αυτές οι γυναίκες έλαβαν φροντίδα κατά τη διάρκεια της κύησης. Δεν έπαιρναν θεραπεία και μέσα στο πλαίσιο της φροντίδας που έλαβαν ήταν και μία εξέταση ούρων. Εντοπίστηκαν αυτές που τα αποτελέσματα της εξέτασης ούρων βρέθηκαν θετικά στην κοκαΐνη. Εκατό από αυτές ρωτήθηκαν εάν δέχονταν μία εβδομάδα φροντίδας σε θεραπευτική κοινότητα διαμονής. Ακόμη 46 εντοπίστηκαν με τον ίδιο τρόπο, έλαβαν ακριβώς την ίδια θεραπεία κατά τη διάρκεια της κύησης, αλλά δεν τους προσφέρθηκε η θεραπεία. Σαν αξιολόγηση κοιτάξαμε το κόστος και τις επιπτώσεις στη γέννηση του παιδιού. Αυτή επίσης είναι πολύ σημαντική μελέτη, δείχνει τη σημασία που έχει μια ομάδα σύγκρισης. Πόσες βρέθηκαν θετικές στη χρήση κοκαΐνης κατά τη στιγμή της γέννησης του παιδιού; Από τις 100 γυναίκες που έλαβαν θεραπεία 37% βρέθηκαν θετικές στη χρήση κοκαΐνης την εποχή που γεννήθηκε το παιδί. Από τις γυναίκες όμως που έλαβαν την ίδια προγεννητική φροντίδα, αλλά δεν έλαβαν καθόλου θεραπεία 63% βρέθηκαν θετικές στην κοκαΐνη. Όσον αφορά στο βάρος και την ηλικία του μωρού, όταν κοιτάζουμε τις μισές πληροφορίες και πάλι δεν είναι φυσιολογικά τα αποτελέσματα. Ένα μωρό τη στιγμή της γέννησής του ζυγίζει κατά μέσο όρο 3-3,5 κιλά, και είναι περίπου 40-41 εβδομάδων. Αυτά λοιπόν τα μωρά ζύγιζαν λιγότερο και ήταν λίγο μικρότερα σε ηλικία. Εάν όμως τα συγκρίνουμε με τα μωρά των γυναικών που δεν έλαβαν καμία θεραπεία θα δούμε ότι τα δεύτερα ζυγίζουν περίπου 400gr λιγότερο και είναι σχεδόν ένα μήνα πιο μικρά (για 100 γυναίκες που έλαβαν θεραπεία, βάρος και ηλικία μωρού: 2939gr και 39 εβδομάδων. - για 46 γυναίκες που δεν έλαβαν καμία θεραπεία, 2534gr 34 εβδομάδων.). Ας δούμε τώρα το κόστος. Αυτό αφορά τη περίοδο παραμονής των μωρών στη εντατική μονάδα θεραπείας για παιδιά. Ένα φυσιολογικό μωρό δεν μένει καθόλου στην εντατική μονάδα θεραπείας. Άρα αυτά τα παιδιά δεν ήταν φυσιολογικά. Παρέμειναν 7 ημέρες το οποίο κόστισε περίπου \$14.500, σε σύγκριση με 39 ημέρες και \$46.700 των άλλων γυναικών. Επομένως, υπήρξαν σημαντικές βελτιώσεις στα αποτελέσματα των γυναικών που έλαβαν θεραπεία. Φαίνεται επίσης ότι και το κίνητρο είναι σημαντικό, δεν είναι όμως το σημαντικότερο στοιχείο για την επιτυχία της θεραπείας. Τέλος δεν αρκεί να πούμε ότι πειστήκαμε ότι η θεραπεία είναι σημαντική. Ακόμη κι αν η θεραπεία είναι αποτελεσματική ίσως να μην είναι η καλύτερη επιλογή. Ίσως υπάρχει καλύτερη και πιο αποδοτική οικονομικά λύση από το να θεραπεύσουμε κάποιον. Ας συγκρίνουμε λοιπόν θεραπευμένους ασθενείς με μια άλλη πιθανότητα, που δυστυχώς είναι πολύ συνηθισμένη στις Η.Π.Α: τη φυλακή. Στις Η.Π.Α αυτός είναι ο προτεινόμενος τρόπος αντιμετώπισης των εξαρτημένων ατόμων. Θα δούμε απλά μία μελέτη όπου αντιπαραθέσαμε τη θεραπεία και τη φυλακή. Αυτή η μελέτη πραγματοποιήθηκε από τον καθηγητή James Inciardi στο Delaware στις αρχές της δεκαετίας του '70 και στο τέλος της δεκαετίας του '80, όπου παρακολούθησαμε έναν αριθμό ατόμων που πήγαν στη φυλακή, και μετά τη φυλακή επέ-

στρεψαν στην εξάρτηση. Τα στοιχεία δείχνουν ότι αυτό συμβαίνει σε ποσοστό που φτάνει στο 70%-90% των ατόμων.

Αρκετά από τα εξαρτημένα άτομα δεν επιστρέφουν στην εξάρτηση αλλά και στη φυλακή. Πολλές μελέτες που έχουν γίνει έδειξαν ότι το 50% επιστρέφει στη φυλακή μέσα στον πρώτο χρόνο. Η μελέτη που πραγματοποιήθηκε από τον Dr Inciardi είναι η εξής: πήρε τρεις ομάδες ατόμων χωρισμένες τυχαία. Ήταν όλοι βαρυποινίτες με εγκλήματα σχετικά με τις ουσίες. Αυτό σημαίνει εγκλήματα που διαπράχθηκαν με σκοπό την απόκτηση, συνήθως οπιοειδών. Η μία ομάδα εξέτισε την ποινή χωρίς κανενός είδους θεραπεία. Η δεύτερη ομάδα δέχθηκε κάποια θεραπεία της τοξικοεξάρτησης μέσα στη φυλακή, χωρίς όμως συνέχεια μετά την αποφυλάκιση. Και η τελευταία ομάδα έλαβε θεραπεία της τοξικοεξάρτησης στη φυλακή καθώς και έξι μήνες θεραπείας μετά την αποφυλάκιση, σε ειδική μονάδα. Ας δούμε τώρα το ποσοστό των ατόμων που ήταν καθαροί, ελεγχόμενο με εξετάσεις. Τα ποσοστά των ατόμων που εξέτισαν απλά την ποινή τους είναι τα χειρότερα, ακολουθούν τα άτομα που έλαβαν κάποια θεραπεία στη φυλακή αλλά μετά τίποτα άλλο, και τέλος τα καλύτερα αποτελέσματα είχαν τα άτομα που έλαβαν θεραπεία συν την θεραπεία μετά την αποφυλάκιση. Ας δούμε ακολούθως τα ποσοστά επανασύλληψης. Από την πρώτη ομάδα περισσότερο από το 60% συνελήφθη ξανά μέσα σε 18 μήνες, σε αυτή την περίπτωση δεν υπάρχει διαφορά με την ομάδα που έλαβε θεραπεία τοξικοεξάρτησης στη φυλακή, τα ποσοστά της τρίτης ομάδας ήταν 23% που συνελήφθη μέσα σε 18 μήνες. Εάν ανακεφαλαίωνα σε αυτό το σημείο θα παρατηρούσα ότι η θεραπεία όχι μόνο δείχνει να είναι ωφέλιμη σε σύγκριση με τη μη θεραπεία. Αλλά δείχνει να είναι αποτελεσματική ακόμη και σε συνδυασμό με άλλες μορφές κοινωνικής πολιτικής.

Τι καθιστά αποτελεσματική τη θεραπεία της τοξικοεξάρτησης; Τι είδους υπηρεσίες μπορεί να είναι αποτελεσματικές; Θα σας δείξω μια μελέτη που πραγματοποιήσαμε πριν από λίγα χρόνια σχετικά με την αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων συντήρησης με μεθαδόνη. Πολλοί πίστευαν ότι αυτό που είναι καλό με τη μεθαδόνη είναι η ίδια η μεθαδόνη, ότι δεν υπήρχε ανάγκη για συμβουλευτική, για άλλες υπηρεσίες, αρκούσε η μεθαδόνη. Κοιτάξαμε λοιπόν μια μελέτη με τυχαίο πάλι διαχωρισμό. Τρεις ομάδες ατόμων τυχαία διαχωρισμένες κατά τη στιγμή της προσέλευσής τους στα προγράμματα συντήρησης με μεθαδόνη. Η πρώτη ομάδα έλαβε μόνο μεθαδόνη, 65-70mlgr μεθαδόνη την εβδομάδα, εβδομαδιαία εξέταση ούρων αλλά κανενός είδους άλλη υπηρεσία ή συμβουλευτική. Η δεύτερη ομάδα έλαβε την ίδια ποσότητα μεθαδόνης και τακτικές συμβουλευτικές συνεδρίες αλλά καμιά άλλη υπηρεσία. Και η τρίτη ομάδα έλαβε την ίδια ποσότητα μεθαδόνης, την ίδια συμβουλευτική και υπηρεσίες σχετικά με εργασιακά, οικογενειακά και ψυχιατρικά προβλήματα. Εάν το μοναδικό αποτελεσματικό στοιχείο είναι η μεθαδόνη, τότε τα αποτελέσματα πρέπει να είναι για όλους τα ίδια, αφού όλοι έλαβαν την ίδια ποσότητα μεθαδόνης. Τα στοιχεία όμως δείχνουν ότι η ομάδα που έλαβε μόνο μεθαδόνη αύξησε τη χρήση οπιοειδών σε σύγκριση με την ομάδα που έλαβε την ίδια ποσότητα μεθαδόνης και συμβουλευτική και με την ομάδα που έλαβε την ίδια πάλι ποσότητα μεθαδόνης, συμβουλευτική και άλλες υπηρεσίες. Πρέπει να λάβουμε υπόψη μας ότι τα δύο τρίτα αυτών που λάμβαναν μόνο μεθαδόνη υποχρεώθηκαν να σταματήσουν στη μέση της μελέτης λόγω των συχνών θετικών αναλύσεων ούρων. Πιστεύαμε ότι δεν ήταν ασφαλές να συνεχιστεί η παρέμβαση κάτω από αυτές τις συνθήκες. Βλέπουμε λοιπόν μια κατάσταση πολύ όμοια με αυτή που θα αντιμετωπίζαμε φυσιολογικά σε μια μελέτη σχετικά με τα φάρμακα. Σε μια τέτοια μελέτη θα πραγματοποιούσαμε μια έρευνα ανταπόκρισης των ατόμων στη δόση, όπου μια ομάδα θα λάμβανε μικρή δόση, η δεύτερη ομάδα μεγαλύτερη και η τρίτη ομάδα

ακόμη μεγαλύτερη δόση από κάποιο νέο φάρμακο. Εάν το φάρμακο ήταν αποτελεσματικό, όσο μεγαλύτερη ήταν η δόση θα βλέπαμε και καλύτερα αποτελέσματα. Εδώ όμως όλοι έλαβαν ακριβώς την ίδια ποσότητα μεθαδόνης, άρα πρόκειται για τις υπηρεσίες που κάνουν τη διαφορά. Αναρωτιέμαι εάν αυτό συμβαίνει μόνο με τη μεθαδόνη. Αναρωτιέμαι εάν η επιπλέον υπηρεσίες θα επέφεραν διαφορετικό αποτέλεσμα σε άλλη μορφή θεραπείας. Ας δούμε την θεραπεία σε μονάδες εξωτερικής διαμονής σε ένα τυπικό αστικό περιβάλλον όπως η Φιλαδέλφεια. Πραγματοποιήθηκε μια μελέτη σε 12 προγράμματα εξωτερικής διαμονής, τα οποία διαχωρίστηκαν τυχαία σε δύο ομάδες. Όλα αυτά τα προγράμματα therapευαν πολύ φτωχά μέλη που βασίζονταν σε δημόσιους πόρους, και τα κυριότερά τους προβλήματα ήταν με την κοκαΐνη και το αλκοόλ. Τέσσερα από αυτά τα προγράμματα παρέμειναν ως το τέλος της εργασίας, όπως ήταν κατά την έναρξη. Παρείχαν ατομική και ομαδική συμβουλευτική, πρόληψη της υποτροπής, και βήματα των Α.Α. Οκτώ άλλα προγράμματα επιλέχθηκαν να προσφέρουν επιπλέον υπηρεσίες. Θα ήταν πολύ ακριβό να ξεκινούσαμε εργασιακές, ιατρικές και ψυχιατρικές υπηρεσίες σε όλα αυτά τα προγράμματα. Έτσι στην πολιτεία της Φιλαδέλφεια σκέφτηκαν ότι ίσως αυτό που πρέπει να κάνουν είναι να βάλουν ένα κοινωνικό λειτουργό και να συμφωνήσουμε για επιπλέον υπηρεσίες μέσω των προγραμμάτων των κοινοτήτων. Ο κοινωνικός λειτουργός θα βοηθούσε κάθε μέλος να πάρει αυτές τις υπηρεσίες έτσι στο τέλος θα λάβουν “αυξημένες” υπηρεσίες. Κάποιες από τις υπηρεσίες που προσφέρθηκαν ήταν μαθήματα για γονείς, διασκέδαση, συμβουλευτική για διατροφή, και προετοιμασία για το απολυτήριο λυκείου. Μέχρι τα τελικά στάδια της εργασίας καταφέραμε να τους δώσουμε επίσης ιατρική φροντίδα, κάποια νομική βοήθεια, πολύ περιορισμένο αριθμό σπιτιών καθαρών από ουσίες και λίγη θεραπεία για οικογένεια και ζευγάρια. Η ομάδα που έλαβε τις ενισχυμένες υπηρεσίες είναι καλύτερη σχεδόν σε όλους τους τομείς. Αυτό όμως συνέβη μόνο αργά στο πρόγραμμα. Αυτό δίνει και την εικόνα γιατί κάποιες από αυτές τις μελέτες είναι τόσο δύσκολο να πραγματοποιηθούν. Για ένα μεγάλο χρονικό διάστημα, αν και οι κοινωνικοί λειτουργοί βρισκόντουσαν στα προγράμματα, δεν παρέχονταν έξτρα υπηρεσίες στα μέλη. Γιατί; Υπήρχαν πολλά κοινωνικά προβλήματα. Οι σύμβουλοι πίστευαν ότι οι κοινωνικοί λειτουργοί είχαν έρθει για να τους πάρουν τη δουλειά. Έτσι δεν συνεργάζονταν με τους κοινωνικούς λειτουργούς. Υπήρχαν φυλετικά προβλήματα. Οι περισσότεροι κοινωνικοί λειτουργοί ήταν λευκοί, οι περισσότεροι από τους συμβούλους ήταν μαύροι. Δεν μπορούσαν να διανοηθούν ότι ένας λευκός θα μπορούσε να κατανοήσει μια μαύρη οικογένεια και αντιστρόφως. Έτσι επειδή συνέχισαν να προσφέρονται περιορισμένες υπηρεσίες συνεχίσαμε την αξιολόγηση και για δεύτερο χρόνο. Τον δεύτερο χρόνο, που εγκαθιδρύθηκαν οι υπηρεσίες αρχίσαμε να παρατηρούμε πραγματικά σημαντικές διαφορές, ανάμεσα στα ενισχυμένα και μη προγράμματα. Όσον αφορά στα αποτελέσματα για τις ημέρες χρήσης αλκοόλ, σε έρευνα παρακολούθησης έξι μηνών, τα σπάνια προγράμματα σε σύγκριση με τα ενισχυμένα, μετά από ένα χρόνο είχαν πολύ μικρές διαφορές και τελικά μετά από δύο χρόνια βλέπουμε μια σημαντική διαφορά με μείωση της χρήσης αλκοόλ. Όσον αφορά στις ημέρες χρήσης κοκαΐνης δεν υπήρχε καμία διαφορά ανάμεσα στα δύο είδη προγραμμάτων πριν τις επιπλέον υπηρεσίες, ένα χρόνο αργότερα υπήρχε μικρή διαφορά και μονάχα μετά το δεύτερο χρόνο υπήρξε σημαντική διαφορά. Όσον αφορά στις ημέρες χρήσης οπιοειδών έχουμε περίπου τα ίδια αποτελέσματα και στις ημέρες εργασίας πάλι δεν υπάρχει μεγάλη διαφορά μέχρι τον δεύτερο χρόνο μετά την εγκαθίδρυση των υπηρεσιών, και στις ημέρες εγκληματικότητας ισχύουν τα ίδια αποτελέσματα.

Κοιτάξαμε λοιπόν τη θεραπεία της τοξικοεξάρτησης σε σύγκριση με τη μη θεραπεία, κοιτάξαμε τη θεραπεία της τοξικοεξάρτησης σε άτομα χωρίς κίνητρο που έλαβαν υπηρεσίες, κοιτάξαμε άτομα με κίνητρο που δεν έλαβαν υπηρεσίες, συγκρίναμε τη θεραπεία με τη φυλακή κοιτάξαμε ακόμη και τα είδη υπηρεσιών που μπορεί να είναι αποτελεσματικά.

Οι περισσότεροι άνθρωποι στις Η.Π.Α ακόμη αναρωτιούνται γιατί εφαρμόζουμε το ιατρικό μοντέλο στην τοξικοεξάρτηση. Η τοξικοεξάρτηση δεν είναι ασθένεια, είναι απλά μια κακιά συνήθεια. Δεν έχει καμία ομοιότητα με τις πραγματικές ιατρικές διαταραχές όπως η υπέρταση, ο διαβήτης ή το άσθμα. Έτσι οι συνάδελφοί μου κι εγώ αρχίσαμε να εξετάζουμε αυτές τις διαταραχές από διάφορες πλευρές, για να δούμε που διέφεραν από την τοξικοεξάρτηση και επιλέξαμε αυτές τις διαταραχές γιατί είναι όλες χρόνιες καταστάσεις. Η έναρξη και η πορεία τους επηρεάζονται από γενετικούς, βιολογικούς και ψυχο-κοινωνικούς παράγοντες, καθώς και από τη συμπεριφορά του ατόμου. Παρόλα αυτά όποιος έχει το γονίδιο για το διαβήτη δεν είναι απαραίτητο ότι θα παρουσιάσει διαβήτη. Πολλά εξαρτώνται από τη συμπεριφορά των ατόμων. Τέλος επιλέξαμε αυτές τις ασθένειες γιατί δεν υπάρχει γιατρούς, ο περισσότερος κόσμος όμως πιστεύει ότι υπάρχει αποτελεσματική θεραπεία.

Πρώτα απ' όλα ας μιλήσουμε για την κληρονομικότητα. Εάν λοιπόν σας έλεγα ότι έχω ένα δίδυμο αδερφό και ότι ο αδερφός μου έχει μπλε μάτια, τι πιθανότητες υπάρχουν να είναι και τα δικά μου μάτια μπλε; Εκατό τοις εκατό. Το χρώμα των ματιών καθορίζεται από τα γονίδια. Ισχύει το ίδιο και για αυτές τις ασθένειες; Εάν σας έλεγα ότι ο δίδυμος αδερφός μου έχει άσθμα, οι πιθανότητες να έχω κι εγώ άσθμα είναι μόνο 35-70%. Εάν σας έλεγα ότι ο δίδυμος αδερφός μου έχει διαβήτη τύπου Α ή αλλιώς διαβήτη που εξαρτάται από την χορήγηση ινσουλίνης, οι πιθανότητες να έπασχα κι εγώ από διαβήτη θα ήταν 70-95%. Και εάν σας έλεγα ότι ο αδερφός μου έχει υπέρταση οι πιθανότητές μου θα ήταν μόνο 25-50%. Αυτό είναι ενδιαφέρον γιατί μας δείχνει ότι ακόμη και για αυτές τις ασθένειες που καθορίζονται γενετικά, οι πιθανότητες δεν είναι 100%, δεν είναι σαν το χρώμα των ματιών. Υπάρχει και κάποιος άλλος παράγοντας που επηρεάζει την έκφραση αυτών των ασθενειών, πέρα από τα γονίδια.

Αναρωτιέμαι τι συμβαίνει με την εξάρτηση από το αλκοόλ και τα οπιοειδή. Έρευνες με δίδυμους που έχουν γίνει, δείχνουν ότι η κληρονομικότητα και η γονιδιακή σχέση κυμαίνεται στο 40-60%, και σχετικά με την εξάρτηση από τα οπιοειδή στο 35-50% για τους άντρες. Τα στοιχεία είναι παρόμοια και δεν φτάνουν επίσης στο 100%. Υπάρχουν άλλοι παράγοντες πέρα του γενετικού που τα επηρεάζουν, όπως είναι οι θεραπευτικοί. Τι είναι αυτό στη θεραπεία αυτών των διαταραχών που την κάνει να δείχνει τόσο αποτελεσματική. Ας δούμε λίγο εάν οι ασθματικοί, υπέρταστικοί και διαβητικοί ασθενείς ακολουθούν τις συμβουλές του γιατρού τους, ή όχι σχετικά με τα φάρμακα. Εάν κάνουν ότι τους πει ο γιατρός σχετικά με την αλλαγή στη συμπεριφορά τους, διατροφή και άσκηση. Και ας κοιτάξουμε και ποια είναι τα ποσοστά υποτροπής. Πρώτα από όλα στην υπέρταση, λιγότεροι από το 60% των ασθενών ακολουθούν τις συμβουλές του γιατρού για τα φάρμακα, και λιγότεροι από το 30% ακολουθούν τη δίαιτα και άσκηση που τους προτείνεται. Πρέπει να σας εξηγήσω ότι υπάρχουν πολύ σοβαρές επιπλοκές εάν δεν ακολουθείς τις συμβουλές σε αυτή την περίπτωση. Το εγκεφαλικό για παράδειγμα, είναι πάρα πολύ πιθανή συνέπεια όταν δεν πάρεις τα κατάλληλα φάρμακα για την υπέρταση. Ας δούμε λίγο τα ποσοστά υποτροπής και ας προσπαθήσουμε να την ορίσουμε. Εάν μιλούσαμε για ουσίες, υποτροπή θα ήταν η χρήση ουσιών μετά τη θεραπεία. Στην υπέρταση όμως δεν ισχύει αυτό. Υποτροπή ονομάζεται εάν μέσα σε ένα χρόνο η

υπέρταση φτάσει σε τέτοια επίπεδα που πρέπει να αντιμετωπιστεί από γιατρό σε εντατική μονάδα ή στο νοσοκομείο. Το 50-60% επανέρχονται για θεραπεία. Παρεμπιπτόντως, στη θεραπεία της χρήσης οπιοειδών, αλκοόλ και κοκαΐνης τα ποσοστά υποτροπής μέσα στον πρώτο χρόνο είναι 40-60%. Όσον αφορά στον διαβήτη στους ενήλικες, λιγότεροι από το 50% των ατόμων κάνουν ότι τους λείει ο γιατρός, και λιγότεροι από 30% ακολουθούν τις συμβουλές για τη διατροφή και τη φροντίδα για τα πόδια τους. Αυτό οδηγεί στο 50% των ακρωτηριάσεων και στο 50% των τυφλώσεων, στις Η.Π.Α. Τα ποσοστά υποτροπής είναι 30-50% επίσης. Ας δούμε τέλος το άσθμα, λιγότεροι από το 30% των ατόμων παίρνουν τα φάρμακά τους όπως προτείνεται, και το 60-80% επιστρέφουν για θεραπεία. Προφανώς περισσότεροι από το 50% όσων πανε στο γιατρό λένε ψέματα για το ότι παίρνουν τα φάρμακά τους και ότι κάνουν ότι τους έχει πει ο γιατρός. Ο σημαντικότερος παράγοντας υποτροπής όσον αφορά στην υπέρταση, στο άσθμα και στο διαβήτη είναι να μην ακολουθούμε τις συμβουλές του γιατρού, να μην ακολουθούμε τις διατροφικές και φαρμακευτικές συστάσεις. Οι επόμενοι τρεις παράγοντες είναι η φτώχεια, η χαμηλή υποστήριξη από την οικογένεια για αλλαγή στη συμπεριφορά και η ψυχιατρική πάθηση. Αυτοί είναι ακριβώς οι ίδιοι παράγοντες που εντοπίζονται και στην τοξικοεξάρτηση.

Θα έκλεινα διερωτώμενος τι ακριβώς σημαίνουν όλα αυτά; Παρά το γεγονός της παρόμοιας γενετικής συμβολής, παρά τα παρόμοια ποσοστά υποτροπής, παρά το γεγονός ότι η συμπεριφορά παίζει ένα εξαιρετικά σημαντικό ρόλο, το κοινό στις Η.Π.Α, αντιμετωπίζει αυτές τις ασθένειες διαφορετικά. Για παράδειγμα δεν υπάρχει όριο στον αριθμό των υποτροπών για τους διαβητικούς ασθενείς, η ασφάλεια σε καλύπτει συνέχεια. Αυτό όμως δεν ισχύει για την τοξικοεξάρτηση. Συνήθως περιοριζόμαστε στις τρεις φορές καθώς και η αποτελεσματικότητα στη θεραπεία αυτών των διαταραχών αντιμετωπίζεται διαφορετικά από το κοινό σε σύγκριση με την τοξικοεξάρτηση. Η πολυπλοκότητα που υπάρχει, καθώς και η προσοχή που απαιτείται κατά την αξιολόγηση όλων των ειδών παρέμβασης, αλλά ιδιαίτερα όσον αφορά στις παρεμβάσεις που σχετίζονται με την τοξικοεξάρτηση, χρειάζεται ιδιαίτερη εκτίμηση.



«ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ ΓΙΑ ΠΑΙΔΙΑ ΤΟΥ ΔΗΜΟΤΙΚΟΥ»

Εκπαιδευτικό Υλικό Πρόληψης

Το Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων (ΚΕ.Θ.Ε.Α), συνεχίζοντας τις συστηματικές του προσπάθειες για τη πρόληψη της χρήσης ψυχοδραστικών ουσιών, προχώρησε στην έκδοση τους εγχειριδίου πρόληψης “Δεξιότητες για Παιδιά του Δημοτικού”. Το εγχειρίδιο είναι μετάφραση και προσαρμογή στα ελληνικά δεδομένα αντίστοιχου εκπαιδευτικού υλικού του αγγλικού εκπαιδευτικού οργανισμού TACADE με το οποίο το ΚΕΘΕΑ έχει μακροχρόνια συνεργασία. Η θεματολογία και οι τεχνικές που περιλαμβάνονται στο εγχειρίδιο εφαρμόζονται στα προγράμματα πρόληψης του ΚΕΘΕΑ στη πρωτοβάθμια εκπαίδευση.

Το εκπαιδευτικό υλικό “Δεξιότητες για παιδιά του Δημοτικού” απευθύνεται σε παιδιά ηλικίας 4-11 ετών και στοχεύει να υποστηρίξει τους εκπαιδευτικούς και τους γονείς στην υλοποίηση προγραμμάτων πρόληψης και ανάπτυξης δεξιοτήτων ζωής. Το εκπαιδευτικό υλικό αποτελείται από:

“Το εγχειρίδιο” που περιλαμβάνει το θεωρητικό υπόβαθρο και τις οδηγίες για προσωπική και κοινωνική εκπαίδευση του παιδιού,

“Εργαστήρια για το Σχολείο”, που περιλαμβάνει 10 εργαστήρια για το προσωπικό του σχολείου και τη σχολική κοινότητα

“Εργαστήρια για γονείς” που περιλαμβάνει 6 εργαστήρια που απευ-

θύνονται στους γονείς και στην οικογένεια του παιδιού και

“Διδακτικές κάρτες” που περιλαμβάνει 33 κάρτες με δραστηριότητες που μπορούν να χρησιμοποιήσουν οι δάσκαλοι με τα παιδιά. Οι δραστηριότητες αυτές βασίζονται στην ομαδική δουλειά και στη συνεργατική μάθηση.

Το εγχειρίδιο διατίθεται σε δασκάλους, σε στελέχη και φορείς πρόληψης. Βασική προϋπόθεση για τη χορήγηση του εγχειριδίου είναι η συμμετοχή σε αντίστοιχο εκπαιδευτικό πρόγραμμα που υλοποιεί ο Τομέας Πρόληψης του ΚΕ.Θ.Ε.Α.



«Συμβουλευτική στη Τοξικοεξάρτηση: Η γνώση, οι δεξιότητες και η στάση στην επαγγελματική πρακτική».

Απευθύνεται σε στελέχη θεραπείας και πρόληψης και περιγράφει το σύνολο των δεξιοτήτων, γνώσεων και στάσεων που είναι απαραίτητες για την εργασία σε αντίστοιχους φορείς. Το εγχειρίδιο θέτει τις διεπιστημονικές βάσεις στις οποίες θα πρέπει να στηρίζεται η πρακτική των επαγγελματιών του χώρου. Το εγχειρίδιο συντάχθηκε με την υποστήριξη του Υπουργείου Υγείας των Η.Π.Α και εκδόθηκε στα Ελληνικά τον Γενάρη του 2000 από το ΚΕ.Θ.Ε.Α.

Υπό έκδοση:

Εκπαίδευση εφήβων με παραβατική συμπεριφορά

Το εγχειρίδιο αυτό απευθύνεται σε επιμελητές ανηλίκων και σε όσους εργάζονται με εφήβους που βρίσκονται υπό επιμέλεια. Σκοπός του εγχειριδίου είναι να προσφέρει μια σειρά δραστηριοτήτων που μπορούν να αξιοποιήσουν οι επιμελητές ανηλίκων ή αλλά στελέχη στη δουλειά τους με εφήβους και με στόχο τη μείωση ή αποχή από τη χρήση ουσιών. Το εγχειρίδιο συντάχθηκε με την υποστήριξη και χρηματοδότηση του Βρετανικού Υπουργείου Εσωτερικών και θα εκδοθεί την άνοιξη του 2000 στα Ελληνικά από το ΚΕ.Θ.Ε.Α.