ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Προγράμματα μεθαδόνης και ποιότητα ζωής: Μια βιβλιογραφική ανασκόπηση

Μαρία Μαντζάνα[1], Θάλεια Μπελλάλη [2]

1 Ψυχολόγος-Ψυχοθεραπεύτρια
2 Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Τμήμα Νοσηλευτικής, «Αλεξάνδρειο» Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Θεσσαλονίκης

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η διαχείριση της ουσιοεξάρτησης αποτελεί μια πρόκληση για το σύστημα υγείας κάθε σύγχρονης κοινωνίας και καθορίζει σε μεγάλο βαθμό την αποθεραπεία και την κοινωνική επανένταξη των εξαρτημένων ατόμων. Μεταξύ των διαφόρων θεραπευτικών προσεγγίσεων, η θεραπεία της υποκατάστασης οπιοειδών με μεθαδόνη, χρονολογείται διεθνώς από το 1965, αλλά η αποτελεσματικότητά της εγείρει διάφορα ερωτηματικά. Αφενός, οι υπέρμαχοι της υποκατάστασης με μεθαδόνη διατείνονται ότι συμβάλλει τόσο στη μείωση της παράλληλης χρήσης άλλων ουσιών και στο υψηλό ποσοστό παραμονής των ατόμων στη θεραπεία, όσο και στη βελτίωση της υγείας των χρηστών αλλά και στη μείωση των παραβατικών συμπεριφορών τους. Αφετέρου, αρκετοί επαγγελματίες ψυχικής υγείας υποστηρίζουν ότι η μεθαδόνη αποτελεί άλλο ένα «ναρκωτικό», οπότε το άτομο παραμένει διά βίου στην κατάσταση της εξάρτησης, η ποιότητα ζωής του επιδεινώνεται κι έτσι τελικά υποσκάπτεται ο στόχος της πλήρους απεξάρτησής του. Σκοπός του παρόντος άρθρου είναι, μέσα από την ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας, να παρουσιαστεί η συμβολή των προγραμμάτων μεθαδόνης στην ποιότητα ζωής των εξαρτημένων ατόμων. Τα ερευνητικά δεδομένα, όπως αποτυπώνονται στη διεθνή βιβλιογραφία, μπορούν να συμβάλλουν στη χάραξη μιας νέας φιλοσοφίας για τη χρήση της μεθαδόνης με μια διαφορετική στοχοθεσία και με την αναθεώρηση του όρου «χρόνια υποτροπιάζουσα ασθένεια» για τα εξαρτημένα άτομα, η οποία παραβλέπει την προσπάθεια της πλήρους απεξάρτησής τους.

Λέξεις κλειδιά: μεθαδόνη, ουσιοεξάρτηση, ποιότητα ζωής, θεραπεία υποκατάστασης

ΥΠΕΥΘ. ΑΛΛΗΛΟΓΡΑΦΙΑΣ: Μαρία Μαντζάνα
Διεύθυνση: Αγίου Όρους 62, Μαρούσι, Τ.Κ. 15123, Τηλέφωνο: 6974-053093, e- mail: maria_mantzana@hotmail.com

ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ

- **Τα προγράμματα υποκατάστασης μεθαδόνης βασίζονται στο βιοιατρικό μοντέλο προσέγγισης της υγείας και της αρρώστιας**
- **Η ποιότητα ζωής στην απεξάρτηση αποτελεί σημαντική παράμετρο της θεραπείας των εξαρτημένων ατόμων.**
- **Η ποιότητα ζωής των εξαρτημένων ατόμων στα προγράμματα μεθαδόνης υπόκειται σε περιορισμούς, παρά τα οφέλη που τα άτομα αποκομίζουν από τη συγκεκριμένη θεραπεία.**

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το πρόβλημα της ουσιοεξάρτησης συνιστά στις μέρες μας ένα σημαντικό ζήτημα δημόσιας υγείας με πολλαπλές κοινωνικές προεκτάσεις, αλλά και συννοσηρότητα άλλων καταστάσεων. Σύμφωνα με την ετήσια έκθεση του ΟΗΕ για τα ναρκωτικά, έχει πολλαπλασιαστεί η χρήση συνθετικών ναρκωτικών διεθνώς που κατασκευάζονται κυρίως στην Κίνα και στην Ινδία και διακινούνται μέσω του Διαδικτύου (UNODC 2013). Ειδικότερα στην Ευρώπη, από το 2011 έως σήμερα, ο αριθμός των ανακοινώσεων για την εμφάνιση νέων ουσιών έχει δεκαπλασιαστεί και οι ιστοσελίδες που πωλούν τα σχετικά σκευάσματα έχουν υπερτετραπλασιαστεί.

Στην Ελλάδα, η ετήσια έκθεση του Εθνικού Κέντρου Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά (Ε.Κ.Τ.Ε.Π.Ν.) του 2014, αναφέρει ότι για το έτος 2012 οι χρήστες ουσιών με κύρια ουσία την ηρωίνη ανέρχονται σε 20.429 άτομα ηλικίας 15-64 ετών. Την περίοδο 2011-2012, μεταξύ των χρηστών ενδοφλεβίων ουσιών, παρατηρήθηκε αύξηση των κρουσμάτων της HIV λοίμωξης, ένα σημαντικό ποσοστό (21%-24%) των οποίων ήταν άστεγοι. Ταυτόχρονα, από το 2007 έως το 2011 σημειώθηκε αύξηση στη χρήση κάνναβης στους εφήβους ηλικίας 15-19 ετών (από 9,5% σε 13,4%), καθώς και η χρήση ηρεμιστικών ή υπνωτικών χαπιών (από 5% σε 9,3%). Τα παραπάνω ποσοστά δείχνουν την έκταση που καταλαμβάνει η εξάρτηση τόσο στο εξωτερικό, όσο και στη σύγχρονη ελληνική πραγματικότητα, ήδη από την εφηβική ηλικία, καθώς και τη συνθετότητα που παρουσιάζει το κλινικό προφίλ των εξαρτημένων ατόμων, βάσει των διαφόρων κοινωνικο-οικονομικών συνθηκών.

Οι Dole και Nyswander (1965), πρωτεργάτες της θεραπείας υποκατάστασης με μεθαδόνη, βασίστηκαν στην υπόθεση ότι υπάρχει στο εξαρτημένο άτομο από τα οπιοειδή ένα μεταβολικό έλλειμμα, ανάλογο με εκείνο της ινσουλίνης στο διαβητικό ασθενή και έτσι, κατά τη δεκαετία του 1970 το θέμα της εξάρτησης ιατρικοποιήθηκε. Με βάση λοιπόν το βιοιατρικό μοντέλο διαχείρισης των νόσων, αναπτύχθηκε η αντίληψη της γραμμικής αιτιότητας, δηλαδή ότι η ουσία αποτελεί την αιτία και ότι η ασθένεια, δηλαδή η εξάρτηση, είναι αποτέλεσμα της δράσης της στον οργανισμό. Σύμφωνα με αυτή την άποψη, η εξάρτηση θεωρήθηκε ως «χρόνια υποτροπιάζουσα ασθένεια», χωρίς να λαμβάνει υπόψη της την ιδιαιτερότητα του ανθρώπινου ψυχισμού ή την προϋπάρχουσα ψυχοπαθολογία του ατόμου. Στην ουσία, αντιλαμβάνεται την εξάρτηση αποκομμένη από τους κοινωνικο-πολιτιστικούς παράγοντες που επιδρούν στην εμφάνισή της. Για το λόγο αυτό, στόχος της απεξάρτησης, σύμφωνα με αυτή τη θεώρηση, είναι η διακοπή της χρήσης και η τροποποίηση της εξαρτητικής συμπεριφοράς των «ασθενών» ή αλλιώς η μείωση της βλάβης (harm reduction). Ακριβώς στην κατεύθυνση αυτή είναι βασισμένα τα προγράμματα υποκατάστασης, τα οποία συνδέουν την απεξάρτηση και την επιτυχή ολοκλήρωση του προγράμματος με δύο βασικές προϋποθέσεις: την αποχή από τη χρήση ουσιών και έπειτα, τη διακοπή χορήγησης του υποκατάστατου (Verster & Buning 2000).

Τα τελευταία χρόνια, η ποιότητα ζωής (quality of life) και η ευημερία (well-being) μεμονωμένων ατόμων, αλλά και συγκεκριμένων ομάδων του πληθυσμού, βρίσκονται συνεχώς στο επίκεντρο του ενδιαφέροντος της παγκόσμιας επιστημονικής κοινότητας. Ωστόσο, στην ελληνική πραγματικότητα και στο πλαίσιο της απεξάρτησης, η ποιότητα ζωής συχνά αποτελεί μια έννοια παρεξηγημένη, αφού οι εξαρτημένοι στα θεραπευτικά προγράμματα «οφείλουν» να αρκούνται στην επιβίωσή τους και να μη θέτουν μακροπρόθεσμους στόχους που μπορεί να ξεπερνούν ακόμη και το προσδόκιμο της επιβίωσής τους.

Ιδιαίτερα στην περίπτωση των προγραμμάτων υποκατάστασης με μεθαδόνη που υποστηρίζουν ότι η εξάρτηση αποτελεί χρόνια και μάλιστα υποτροπιάζουσα ασθένεια, γίνεται αντιληπτό πόσο το εξαρτημένο άτομο συχνά παραμένει ουσιαστικά εγκλωβισμένο στην αναζήτηση της ουσίας (μεθαδόνη) με κυριολεκτική σημασία και σπάνια μεταβαίνει στην αναζήτηση της «ουσίας», δηλαδή του βαθύτερου νοήματος που αποκτά η ζωή κατά τη διάρκεια της απεξάρτησης. Στην προσπάθεια προσέγγισης αυτής της νοηματοδότησης εμπλέκεται και ο όρος της υποκειμενικής «ποιότητας ζωής» του.

Σκοπός του παρόντος άρθρου είναι, μέσα από την ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας, να παρουσιαστεί η συμβολή των προγραμμάτων μεθαδόνης στην ποιότητα ζωής των εξαρτημένων ατόμων. Τα ερευνητικά δεδομένα, όπως αποτυπώνονται στη διεθνή βιβλιογραφία, μπορούν να βοηθήσουν τους επαγγελματίες υγείας να αναθεωρήσουν τον όρο της χρόνιας υποτροπιάζουσας ασθένειας για τα εξαρτημένα άτομα και να θέσουν διαφορετικούς στόχους στην κλινική τους προσέγγιση.

1.ΤΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΜΕΘΑΔΟΝΗΣ

1.1 Η φιλοσοφία των προγραμμάτων

Η μεθαδόνη είναι ένα σύνθετο οπιοειδές αναλγητικό που αναπτύχθηκε στη Γερμανία στα τέλη της δεκαετίας

του 1930 και απέβλεπε στην αντιμετώπιση ενδεχόμενης έλλειψης σε ακατέργαστο όπιο κατά το δεύτερο παγκόσμιο πόλεμο. Το 1947 μετά την εισαγωγή της μεθαδόνης στις Η.Π.Α., πραγματοποιήθηκαν διάφορες μελέτες στο Πανεπιστήμιο Rockefeller της Νέας Υόρκης από τον καθηγητή Vincent Dole σε συνεργασία με την ψυχίατρο Marie Nyswander και ανακαλύφθηκε η δυνατότητα χρήσης της στη θεραπεία εξαρτημένων ατόμων από την ηρωίνη (Dole & Nyswander 1965). Η μεθαδόνη, δρα ως «αγωνιστής» των οπιοειδών και χρησιμοποιείται τόσο για την αντιμετώπιση του στερητικού συνδρόμου, όσο και για τη σταδιακή απεξάρτηση ή τη συντήρηση των εξαρτημένων από τα οπιοειδή. Τα πλεονεκτήματά της είναι τα εξής: η δυνατότητα στοματικής λήψης και η άμεση απορρόφησή της από τον οργανισμό, η παρατεταμένη δράση της και η σχετικά περιορισμένη ανάπτυξη ανοχής. Μία δόση μεθαδόνης είναι αποτελεσματική τουλάχιστον για 24 ώρες και μπορεί να μειώνει την επιθυμία χρήσης οπιοειδών. Η μεθαδόνη έχει αναλγητική και ηρεμιστική δράση (Γρίβας 1995).

Τα προγράμματα μεθαδόνης, με τη σημερινή τους μορφή, αναπτύσσονται τα τελευταία 50 χρόνια στην Ευρώπη και στις ΗΠΑ. Το πρώτο πειραματικό ευρωπαϊκό πρόγραμμα χρήσης μεθαδόνης λειτούργησε στην Ουψάλα της Σουηδίας το 1965 (Γαζγαλίδης 2003). Η χορήγηση της μεθαδόνης στις χώρες της Ευρώπης διεξάγεται με τρεις τρόπους: α) μέσω συνταγογράφησης από γενικούς γιατρούς (π.χ. Αυστρία, Ιρλανδία), β) μέσω εξειδικευμένων κέντρων και δομών (π.χ. Σουηδία, Ελλάδα) και γ) με ένα συνδυασμό των δύο προηγούμενων τρόπων (π.χ. Ηνωμένο Βασίλειο, Βέλγιο) (Γαζγαλίδης 2003).

Στην Ελλάδα, τα πρώτα προγράμματα μεθαδόνης λειτούργησαν πιλοτικά το 1996 με νόμο που εισήγαγε τη δυνατότητα χορήγησης υποκατάστατων από τον Οργανισμό Κατά των Ναρκωτικών (ΟΚΑΝΑ). Στην πιλοτική φάση προσέφεραν 300 θέσεις θεραπείας. Με τη λήξη της πιλοτικής φάσης, υπήρξε αξιολόγηση των προγραμμάτων από ανεξάρτητη επιτροπή εμπειρογνωμόνων. Τα αποτελέσματα κρίθηκαν θετικά και αποφασίστηκε η περαιτέρω ανάπτυξη των εν λόγω προγραμμάτων, τα οποία αρχικά είχαν προβληθεί ότι στόχευαν στην ουσιαστική απεξάρτηση.

Κεντρική φιλοσοφία των προγραμμάτων του ΟΚΑΝΑ αποτέλεσε ουσιαστικά η έννοια της μείωσης της βλάβης προσπαθώντας να αναδείξει το θέμα της ουσιοεξάρτησης ως εξαιρετικά σημαντικό για τη δημόσια υγεία. Πρωταρχικός στόχος υπήρξε η προσέλκυση και η συγκράτηση των ασθενών στα προγράμματα μεθαδόνης. Ταυτόχρονα στόχευαν και στοχεύουν έως σήμερα στη μείωση της χρήσης παράνομων ουσιών, στην απεμπλοκή των ασθενών από τα κυκλώματα διακίνησής τους, στην απομάκρυνση των ασθενών από τη δευτερογενή εγκληματικότητα και στη βελτίωση της συνολικότερης υγείας τους (Γαζγαλίδης 2005).

Όπως ορίζεται στο άρθρο 48 της Υπουργικής Απόφασης αριθμ.Υ5γ/Γ.Π.οικ.100847-ΦΕΚ 1343/ Β/14.10.2002 και ΦΕΚ Α 191-2007 Κεφάλαιο Ι και στο Πλαίσιο Λειτουργίας των Θεραπευτικών Δομών του ΟΚΑΝΑ (2012a), οι στόχοι των προγραμμάτων υποκατάστασης είναι οι εξής:

α) σε σχέση με την ελαχιστοποίηση των κινδύνων από τη χρήση:

- η συγκράτηση του ασθενούς στο πρόγραμμα με θέσπιση κινήτρων,
- η μείωση της παράλληλης χρήσης,
- η μείωση της παραβατικότητας,
- ο περιορισμός του ενδεχόμενου προσβολής από μολυσματικές ασθένειες και η μετάδοσή τους σε τρίτους,
- η σταθεροποίηση σε έναν κανονικό τρόπο ζωής που συνοδεύεται από βελτίωση των οικογενειακών και κοινωνικών σχέσεων, καθώς και από ενδιαφέρον για εκπαίδευση/ κατάρτιση, με σκοπό την επαγγελματική αποκατάσταση

β) σε σχέση με την απεξάρτηση

- η αποχή από τη χρήση οπιοειδών,
- η αποχή από τη χρήση άλλων ναρκωτικών,
- η αποχή από την κατάχρηση αλκοόλ,
- η μείωση της παραβατικότητας και η διασφάλιση της υγείας,
- η εξεύρεση εργασίας/ παραγωγικής απασχόλησης, η βελτίωση του επιπέδου σπουδών και η επαγγελματική αποκατάσταση».

Καθίσταται λοιπόν σαφές από τα προαναφερθέντα, ότι η στοχοθεσία του προγράμματος είναι πολύπλευρη και καλύπτει τις ανάγκες των ασθενών με βάση το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο προσέγγισης της υγείας και ασθένειας. Ωστόσο, στην κλινική πρακτική, αρκετοί από αυτούς τους στόχους παραμένουν ανεκπλήρωτοι εξαιτίας είτε του μειωμένου κινήτρου των ίδιων των ασθενών, είτε της έλλειψης διασύνδεσης με άλλους δημόσιους φορείς ή με εξειδικευμένα κέντρα ψυχικής υγείας, είτε λόγω της αντίληψης κάποιων εργαζόμενων ότι η εξάρτηση είναι χρόνια υποτροπιάζουσα νόσος και συνεπώς το εξαρτημένο άτομο έχει ανάγκη μόνο την «ουσία».

1.2 Η διαδικασία λειτουργίας των προγραμμάτων μεθαδόνης στην Ελλάδα

Στην Ελλάδα, το 2011 ο ΟΚΑΝΑ με Υπουργική απόφαση (ΔΥΓ6/ΓΠ. 123148 (1)- ΦΕΚ 2773/Β/2.12.2011) ξεκίνησε την ίδρυση, μεταφορά και λειτουργία θεραπευτικών μονάδων του σε παραχωρούμενους χώρους νοσοκομείων. Συνολικά μέχρι σήμερα έχουν δημιουργηθεί 54 μονάδες ολοκληρωμένης θεραπείας (δηλαδή, εξειδικευμένες δομές) ως προς τη χρησιμοποιούμενη ουσία υποκατάστασης, μεθαδόνη ή βουπρενορφίνη, που περιλαμβάνουν έναν κορμό θεραπευτικών υπηρεσιών βασισμένο στο βιοιατρικό μοντέλο προσέγγισης της υγείας και της ασθένειας. Σε αυτές συμμετέχουν συνολικά 7.338 εξαρτημένα άτομα (ΟΚΑΝΑ 2012b). Η συγκεκριμένη υπουργική απόφαση, σε πανελλήνια κλίμακα, δίνει στα άτομα αυτά τη δυνατότητα να παρακολουθούν ένα θεραπευτικό πρόγραμμα κοντά στον τόπο διαμονής τους.

Τα εξαρτημένα άτομα μπορούν να παρακολουθούν το πρόγραμμα καθημερινά, σε εξωτερική βάση, με ωράριο που να καλύπτει τις ανάγκες τους. Το υποκατάστατο, η μεθαδόνη, χορηγείται από το στόμα, είναι υδατοδιαλυτή και για τη μεταφορά της μπαίνει σε ειδικό φιαλίδιο. Κάθε άτομο προσέρχεται για να χορηγηθεί από τον αρμόδιο νοσηλευτή την ημερήσια δοσολογία μεθαδόνης που έχει οριστεί από τον ψυχίατρο και να πάρει μαζί του και τις αντίστοιχες δοσολογίες (take-home) μέχρι την επόμενη φορά που θα επιστρέψει στο πρόγραμμα. Αυτό σημαίνει ότι δεν είναι υποχρεωτικό να προσέρχονται καθημερινά για χορήγηση, γεγονός που τους επιτρέπει να εργαστούν ή να ολοκληρώσουν κάποια εκπαίδευση, ή να εκπληρώσουν κάποιο απαιτούμενο γονεϊκό ρόλο (π.χ. ανύπαντρες μητέρες με παιδί). Εάν τους ζητηθεί, υποχρεούνται να προβούν σε ουροληψία ενδεικτική της οποιαδήποτε χρήσης ουσιών έχουν κάνει κατά το προηγούμενο διάστημα.

Το πρόγραμμα μεθαδόνης υποστηρίζεται από μια διεπιστημονική ομάδα επαγγελματιών υγείας, π.χ. ψυχίατρο (συνήθως είναι ο υπεύθυνος της εκάστοτε μονάδας), παθολόγο, ψυχολόγο, κοινωνικό λειτουργό και νοσηλευτή. Εάν το άτομο έχει την ανάγκη ιατρικής παρακολούθησης ή τη διενέργεια μικροβιολογικών εξετάσεων, τότε παραπέμπεται στον εκάστοτε παθολόγο κι εκείνος μπορεί να συνεργαστεί περαιτέρω με κάποια πιο εξειδικευμένη ιατρική μονάδα. Η παρουσία του παθολόγου στη μονάδα είναι καθοριστικής σημασίας, διότι τα εξαρτημένα άτομα τις περισσότερες φορές δεν προσέρχονται οικειοθελώς και εγκαίρως σε υπηρεσίες υγείας για να εξεταστούν.

Παράλληλα, το εξαρτημένο άτομο μπορεί να παρακολουθεί ατομικές συνεδρίες με τον ψυχίατρο της μονάδας για συνοδές διαταραχές, σχετιζόμενες με τις ουσίες ή για τη συνταγογράφηση αντίστοιχων φαρμάκων (περιπτώσεις διπλής διάγνωσης). Επίσης, μπορεί να έχει ατομικές συνεδρίες με τον προσωπικό ψυχοθεραπευτή του. Υπάρχει ακόμη, η δυνατότητα συνεδριών ζεύγους ή οικογενειακών συνεδριών, εφόσον αυτό κρίνεται απαραίτητο από το επιστημονικό προσωπικό της μονάδας.

2. ΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΤΗΝ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ

Ο Lehman (1983) υποστήριξε ότι η ποιότητα ζωής, αν και επιδέχεται πολλαπλούς ορισμούς, περιλαμβάνει τρεις θεμελιώδεις διαστάσεις: α) τι είναι ικανό το άτομο να κάνει, β) την πρόσβαση σε πόρους και ευκαιρίες ώστε να μπορέσει να τις αξιοποιήσει για την επίτευξη των ενδιαφερόντων του και γ) το αίσθημα ψυχικής ευεξίας που το άτομο βιώνει.

Αργότερα, αναπτύχθηκε και η έννοια της «εσωτερικής ποιότητας ζωής» από τον Naess (1987), σύμφωνα με την οποία η ποιότητα ζωής θεωρείται καλή, όταν το άτομο: α) είναι δραστήριο και ασχολείται με εξωτερικές δραστηριότητες που δίνουν σημασία στη ζωή του, β) έχει καλές διαπροσωπικές σχέσεις που του εξασφαλίζουν την αίσθηση του ανήκειν, γ) νιώθει αυτοεκτίμηση και αυτοπεποίθηση, γνωρίζει τις δεξιότητές του και ικανοποιείται από τις επιτυχίες του δ) είναι χαρούμενο, βρίσκει τη ζωή όμορφη και αισθάνεται ασφαλές.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, έχει δώσει μεγαλύτερη έμφαση στην υποκειμενική διάσταση της ποιότητας ζωής και την ορίζει ως την «υποκειμενική αντίληψη που έχουν οι άνθρωποι για τη θέση τους στη ζωή, μέσα στα πλαίσια των πολιτισμικών χαρακτηριστικών και του συστήματος αξιών της κοινωνίας στην οποία ζουν και σε συνάρτηση με τους προσωπικούς στόχους, τις προσδοκίες, τα πρότυπα και τις ανησυχίες τους» (WHOQOL 1995).

Οι έρευνες που έχουν γίνει διαχρονικά για την ποιότητα ζωής (quality of life) και την ευημερία (well-being) αναδεικνύουν μια σειρά από παραμέτρους που τις προσδιορίζουν. Σε μια έρευνα των Andrews & Whitney (1974), εντοπίστηκαν δώδεκα παράγοντες, αντικειμενικοί και υποκειμενικοί, που παίζουν κύριο ρόλο στην «αντιλαμβανόμενη ποιότητα ζωής»: α) αυτοεκτίμηση, β) οικογενειακή ζωή, γ) οικονομικό επίπεδο, δ) απόλαυση ζωής, ε) στέγη, στ) οικογενειακές δραστηριότητες, ζ) διάθεση χρόνου, η) δραστηριότητες ελεύθερου χρόνου, θ) κυβέρνηση, ι) πρόσβαση σε υπηρεσίες και αγορά, ια) υγεία, ιβ) εργασία και απασχόληση.

Πιο εξειδικευμένα, στον τομέα της κλινικής Ιατρικής έχει αναπτυχθεί ο όρος «η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής» (ΣΥΠΖ) (health-related quality of life) που αναφέρεται στον «τρόπο με τον οποίο οι ασθενείς αντιλαμβάνονται και αντιδρούν στην κατάσταση της υγείας τους και στις άλλες, μη ιατρικές, πλευρές της ζωής τους» σύμφωνα με τους Gill & Feinstein (1994). Λαμβάνοντας υπόψη τον παραπάνω ορισμό, η κλινική Ιατρική έδωσε αρχικά έμφαση στους αρνητικούς δείκτες ποιότητας ζωής (π.χ. θνησιμότητα, νοσηρότητα, βαθμός αναπηρίας, αριθμός ημερών νοσηλείας) και αργότερα στους θετικούς δείκτες (π.χ. επιβίωση, αναμενόμενα χρόνια ζωής) με στόχο την εκτίμηση της γενικής κατάστασης υγείας (health status) και της λειτουργικότητας.

Με μια συνολικότερη οπτική, θα πρέπει να επισημανθεί ότι η ποιότητα ζωής αποτελεί ένα πολυδιάστατο κοινωνικό φαινόμενο, του οποίου, «η λειτουργία διέπεται, τόσο από τις αρχές της καθολικότητας αλλά και της εξατομίκευσης, όσο και από τις αρχές της πραγματικότητας αλλά και της ικανοποίησης των ιδιαίτερων-προσωπικών αναγκών του κάθε ατόμου ξεχωριστά». Οι προσδιοριστικοί παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία και την ποιότητα ζωής των ατόμων κατηγοριοποιούνται ως εξής (Σαρρής 2001):

- κοινωνικο-οικονομική δομή και λειτουργία της κοινωνίας
- οικονομικο-πολιτικοί παράγοντες
- κοινωνικο-οικονομικοί παράγοντες
- ψυχο-κοινωνικοί και πολιτισμικοί παράγοντες

- περιβαλλοντολογικοί παράγοντες
- γεωφυσικοί παράγοντες
- δημογραφικοί παράγοντες
- υγειονομικοί και ιατρικοί παράγοντες

Εξαιτίας της πολυπαραγοντικότητας του φαινομένου, η μελέτη για την ποιότητα ζωής αποτελεί συνάρτηση της υποκειμενικής διάστασης και της αντικειμενικής διάστασης, δηλαδή εξαρτάται τόσο από την εμπειρία ενός ατόμου για τη ζωή του, όσο και από την εκτίμηση εξωτερικών παραγόντων που επηρεάζουν τη ζωή του. Για αυτό και στις σχετικές μελέτες, χρησιμοποιείται ένας συνδυασμός εργαλείων για την εκτίμηση των δύο διαστάσεων, της αντικειμενικής και της υποκειμενικής. Όμως, επειδή ακριβώς η ποιότητα ζωής είναι και πολυσήμαντη και πολυεπίπεδη έννοια, προκύπτουν διάφορες δυσκολίες στη διεξαγωγή ερευνών, όπως η προσωπικότητα και οι προτεραιότητες του ασθενούς, οι αλλαγές στην αυτο-αντίληψη της ποιότητας ζωής και η αλληλεπίδραση των παραγόντων που επηρεάζουν την ίδια την ποιότητα ζωής (Νάκου 2001).

3.ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΑΠΕΞΑΡΤΗΣΗ

Έως το 2000, οι έρευνες για την ποιότητα ζωής αφορούσαν κυρίως σε χρόνιες ασθένειες, όπως ο καρκίνος και τα καρδιαγγειακά νοσήματα (Sanders et al 1998). Στον τομέα των εξαρτήσεων και των θεραπευτικών προγραμμάτων απεξάρτησης υπήρχαν πολύ περιορισμένα ερευνητικά δεδομένα. Αυτό μπορεί πιθανόν να ερμηνευθεί από το γεγονός ότι οι χρήστες ουσιών δε θεωρούνταν ως αξιόπιστες πηγές πληροφόρησης (Montagne 2002, Drumm et al 2003, Kolind 2007). Παράλληλα, οι έρευνες που διεξάγονταν σχετικά με την εξάρτηση, ξεκινούσαν από μια μονομερή εστίαση στις νόρμες και τις αξίες της κοινωνίας, χωρίς να αφουγκράζονται τις προσωπικές εμπειρίες των χρηστών ουσιών (Fischer et al 2001, Stajduhar et al 2009). Κατά συνέπεια, περισσότερη προσοχή έχει δοθεί σε κοινωνικά επιθυμητά αποτελέσματα, όπως είναι η διακοπή της χρήσης ουσιών, η αναζήτηση εργασίας και η απουσία παραβατικότητας (Ward et al 1999, Mattick et al 2003, Fischer et al 2005) καθώς και σε αποτελέσματα σχετικά με την υγεία, όπως είναι η πρόληψη μολυσματικών ασθενειών (Farrell et al 2005, Verrando et al 2005).

Το 1996, οι Ryan & White διεξήγαγαν μια από τις πιο σημαντικές μελέτες για την ποιότητα ζωής των χρηστών ηρωίνης χρησιμοποιώντας την κλίμακα της γενικής επισκόπησης υγείας SF-36, σε δείγμα 100 χρηστών ηρωίνης που βρίσκονταν σε πρόγραμμα μεθαδόνης στην Αυστραλία. Στην έρευνα αυτή, βρέθηκε ότι η ποιότητα ζωής αυτών των εξαρτημένων ατόμων, ήταν σημαντικά χειρότερη από αυτή του γενικού πληθυσμού και περισσότερο συγκρίσιμη με αυτή των ατόμων με ψυχιατρικές διαταραχές. Επίσης, το 1997, οι Torrens et al, σε μια διαχρονική μελέτη με δείγμα 135 ασθενών χρησιμοποιώντας την κλίμακα Nottingham Health Profile, διαπίστωσαν μια σημαντική βελτίωση της ποιότητας ζωής των ατόμων που ακολουθούσαν θεραπεία συντήρησης με μεθαδόνη, ιδιαίτερα κατά τη διάρκεια του πρώτου μήνα της θεραπείας τους.

Επίσης, όπως μπορεί να διαπιστώσει κανείς, έως το 2000 οι έρευνες σε δείγμα εξαρτημένων ατόμων ήταν περιορισμένες, περιελάμβαναν μικρό δείγμα (με διακύμανση από 50 έως 219 άτομα) και χρησιμοποιούσαν διαφορετικά επιστημονικά εργαλεία αξιολόγησης της ποιότητας ζωής, γεγονός που δεν επέτρεπε την εξαγωγή και γενίκευση αξιόπιστων συμπερασμάτων Έκτοτε, το ενδιαφέρον για την ποιότητα ζωής στον τομέα της εξάρτησης έχει αυξηθεί σημαντικά, κυρίως αναφορικά με τους χρήστες οπιοειδών. Αυτό συνάδει με τη διαπίστωση ότι η κατάχρηση ουσιών είναι μια χρόνια, υποτροπιάζουσα διαταραχή, η οποία μπορεί να έχει αρνητικές συνέπειες σε διάφορους τομείς της ζωής (McLellan et al 2000, Rudolf &Watts 2002, Vanderplasschen et al 2004). Η υποτροπή στην απεξάρτηση θεωρείται περισσότερο κανόνας, παρά εξαίρεση, ιδιαίτερα μεταξύ των εξαρτημένων από οπιοειδή (Van den Brink et al 2003, Van den Brink & Haasen 2006, De Maeyer et al 2010).

Σε μια πρόσφατη βιβλιογραφική ανασκόπηση (De Maeyer 2010), παρουσιάστηκαν 38 έρευνες (16 διαχρονικές και 23 συγχρονικές) που δημοσιεύτηκαν σε επιστημονικά περιοδικά από το 1993 έως το 2008 και οι οποίες είχαν χρησιμοποιήσει 15 διαφορετικά εργαλεία που μετρούσαν την ποιότητα ζωής των εξαρτημένων ατόμων. Δεδομένης της ετερογένειας αυτών των ερευνών (διαφορετικό μέγεθος δείγματος, χρήση διαφορετικών εργαλείων, διαφορετική προσέγγιση της ποιότητας ζωής), δεν ήταν δυνατόν να πραγματοποιηθεί μια μετα-ανάλυση των αποτελεσμάτων της ποιότητας ζωής.

4.ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΜΕΘΑΔΟΝΗΣ

Οι έρευνες που μελετούν την ποιότητα ζωής των εξαρτημένων ατόμων στα προγράμματα μεθαδόνης διεθνώς είναι περιορισμένες, παρά τη μακροχρόνια λειτουργίας τους στον τομέα της απεξάρτησης. Οι έρευνες αυτές δείχνουν να συμφωνούν πως τα εξαρτημένα άτομα αντιλαμβάνονται την υγεία τους ως χειρότερη από αυτή του γενικού πληθυσμού ή από αυτή άλλων χρόνιων ασθενών, αλλά όμοια με αυτή των σοβαρά ψυχιατρικών ασθενών (Ryan et al 1996, Stein et al 1998, Millson et al 2004). Πιο συγκεκριμένα, έχει βρεθεί ότι περίπου το 50% των νέων ασθενών που εισάγονται σε προγράμματα μεθαδόνης σε προγράμματα μεθαδόνης εμφανίζουν κάποια διαταραχή της διάθεσης ή διαταραχή προσωπικότητας (Brooner et al 1997, McGovern et al 2006). Επίσης, τα τελευταία χρόνια κάποιες έρευνες υποστηρίζουν ότι δε θα πρέπει να γίνεται διαχωρισμός μεταξύ των προβλημάτων ψυχικής υγείας (π.χ. άγχος, κατάθλιψη, έλεγχος παρορμήσεων) και της ψυχοπαθολογίας της εξάρτησης και κατά συνέπεια δεν αποδέχονται τον όρο «συννοσηρότητα» (εξάρτηση και ψυχική νόσος) (Maremmani et al 2006, 2010 Pani et al 2010).

Σε γενικές γραμμές, οι χρήστες οπιοειδών συχνά αναφέρουν χαμηλή ποιότητα ζωής στη φάση εισαγωγής τους στο πρόγραμμα χρήσης μεθαδόνης, η οποία βελτιώνεται σημαντικά κατά τη διάρκεια των πρώτων μηνών της θεραπείας σχεδόν σε όλους τους τομείς της ζωής τους (Reno &Aiken 1993, Torrens et al 1997). Έτσι, σε κάποιες έρευνες διαφαίνεται ότι η θεραπεία με μεθαδόνη λειτουργεί πιο αποτελεσματικά στην αποχή από την παράνομη χρήση ουσιών και επιμηκύνει χρονικά τη συγκράτηση στη θεραπεία (Amato et al 2005, Bao et al 2009, Mattick et al 2009). Σε άλλες μελέτες ωστόσο, επειδή ο στόχος των προγραμμάτων μεθαδόνης είναι η παραμονή-συγκράτηση στη θεραπεία και η μείωση της βλάβης, τα εξαρτημένα άτομα δεν αποβάλλονται από το πρόγραμμα ακόμη κι εάν συνεχίζουν τη χρήση οπιοειδών ή άλλων εξαρτησιογόνων ουσιών, γεγονός όμως που επιδεινώνει την ποιότητα ζωής τους (Hartgers et al 1992, Finch et al 1995, Van Ameijden et al 1999).

Κατά τη διάρκεια της μακροχρόνιας παραμονής των χρηστών στο πρόγραμμα, παρατηρείται σταθεροποίηση της ποιότητας ζωής τους (Torrens et al 1997, Lawrinson et al 2008) ή παλινδρόμηση, αλλά όχι στο αρχικό στάδιο εισαγωγής τους στο πρόγραμμα (Habrat et al 2002, Giacomuzzi et al 2005). Μπορεί να υπάρχει αρνητική συσχέτιση μεταξύ των αρχικών προσδοκιών για τη ζωή και την ποιότητα ζωής μετά από ένα χρόνο παραμονής στο πρόγραμμα (Dazord et al 1998), αφού τα εξαρτημένα άτομα αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην εκπλήρωση των υψηλών προσδοκιών τους κι αυτό επιδρά αρνητικά στην ποιότητα ζωής τους (Habrat et al 2002).

Τέλος, οι χρήστες αναφέρουν χαμηλή ποιότητα ζωής σε διάφορους τομείς, όπως για παράδειγμα στην οικονομική κατάσταση και στις οικογενειακές τους σχέσεις (De Maeyer et al 2011b) και αναδεικνύουν ως ιδιαίτερο παράγοντα την ψυχική δυσφορία (psychological distress). Η συννοσηρότητα, η λήψη ψυχιατρικών φαρμάκων και η αδυναμία-ανικανότητα να αλλάξουν τις συνθήκες διαβίωσής τους συσχετίζονται με τη χαμηλή ποιότητα ζωής, ενώ η ύπαρξη κοινωνικών σχέσεων και το δομημένο καθημερινό πρόγραμμα έχουν θετική επίδραση (De Maeyer 2011b). Σε μια άλλη έρευνα εντοπίστηκαν πέντε διαφορετικοί παράγοντες να συμβάλλουν στην καλή ποιότητα ζωής των ατόμων που βρίσκονται σε πρόγραμμα χρήσης μεθαδόνης: α) οι κοινωνικές σχέσεις, β) η διατήρηση μιας απασχόλησης, γ) η καλή αίσθηση εαυτού, δ) η ανεξαρτησία και ε) μια ζωή με νόημα (De Maeyer 2011a). Αντίθετα, ο στιγματισμός, οι διακρίσεις, η εξάρτηση από τη μεθαδόνη και η ακινητοποιητική επίδρασή της στα συναισθήματα, αναφέρονται ως οι πιο συχνές αρνητικές συνέπειες παραμονής στο πρόγραμμα (De Maeyer 2011a).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Στα θεραπευτικά προγράμματα μεθαδόνης, η εξάρτηση συχνά θεωρείται ως χρόνια υποτροπιάζουσα ασθένεια και κατά συνέπεια το άτομο λογίζεται ως χρόνιος ασθενής που ποτέ δε θα απεξαρτηθεί. Για το λόγο αυτό δεν υπάρχει πρόβλεψη για το χρονικό διάστημα παραμονής στη θεραπεία, αλλά θεωρείται «δικαίωμα» του ασθενή διά βίου. Επίσης, ενώ τα προγράμματα μεθαδόνης παρέχουν στοιχειωδώς υπηρεσίες ψυχοκοινωνικής υποστήριξης, εντούτοις η φιλοσοφία τους παραμένει εγκλωβισμένη στο βιοιατρικό μοντέλο.

Παρόλο που η μεθαδόνη, ως φαρμακευτική ουσία, βελτιώνει τη σωματική υγεία των εξαρτημένων ατόμων και κατ' επέκταση την ποιότητα ζωής τους κατά την είσοδό τους στο θεραπευτικό πρόγραμμα, καθώς αυξάνεται ο χρόνος παραμονής τους στο πρόγραμμα, η σωματική και ψυχική τους υγεία επιδεινώνονται. Αυτό συμβαίνει καθώς άλλοι παράγοντες στη ζωή τους παραμένουν αμετάβλητοι, όπως είναι η οικονομική και εργασιακή τους κατάσταση, το χαμηλό εκπαιδευτικό τους επίπεδο, η απουσία υποστηρικτικού δικτύου.

Συγκριτικά, ανάμεσα στη σωματική και στην ψυχική υγεία, η ψυχική υγεία των ασθενών στο πρόγραμμα μεθαδόνης επιδεινώνεται περισσότερο και προσομοιάζει με αυτή των ψυχικά ασθενών. Αυτό απαιτεί μεγαλύτερη διερεύνηση αναφορικά με τη συνθετότητα των ψυχοκοινωνικών υπηρεσιών που πρέπει να παρέχονται στα εξαρτημένα άτομα. Επειδή τα θεραπευτικά προγράμματα μεθαδόνης οφείλουν να είναι ανθρωποκεντρικά και να συμβάλλουν στην ποιότητα ζωής, δεν αρκεί να καλύπτουν μόνο κάποιους γενικούς ιατρικούς στόχους, όπως είναι η μακροβιότητα των ασθενών και η μείωση της νοσηρότητας από HIV και ηπατίτιδα C. Θα πρέπει να ανταποκρίνονται στις πολλαπλές και σύνθετες ανάγκες των ασθενών, όπως είναι η εξεύρεση εργασίας, η δημιουργία κοινωνικού υποστηρικτικού δικτύου, η δεύτερη ευκαιρία στην εκπαίδευση και στην επιμόρφωση, κ.α.

Η χάραξη της νέας φιλοσοφίας των προγραμμάτων μεθαδόνης απαιτεί πλέον διαφορετική στοχοθεσία και συγκεκριμένα θα πρέπει να περιλαμβάνει: α) την παραμονή στη θεραπεία για επαρκές χρονικό διάστημα, απαραίτητο για την αποτελεσματικότητά της, β) τη διασύνδεση του θεραπευτικού προγράμματος με φορείς απασχόλησης, εκπαίδευσης και πολιτισμού, γ) τη συνεχή αξιολόγηση του ατομικού πλάνου θεραπείας για το κάθε εξαρτημένο άτομο ξεχωριστά, δ) την ταυτόχρονη και ολοκληρωμένη θεραπεία στις περιπτώσεις συννοσηρότητας (εξάρτηση και ψυχιατρική διαταραχή) και ε) την αναθεώρηση του όρου «χρόνια υποτροπιάζουσα ασθένεια» που παραβλέπει την προσπάθεια πλήρους απεξάρτησης πολλών εξαρτημένων ατόμων στα προγράμματα μεθαδόνης.

Τέλος, απαιτείται η διεξαγωγή αντιπροσωπευτικών ερευνών (ποσοτικής και ποιοτικής μεθοδολογικής προσέγγισης) στον τομέα των θεραπευτικών προγραμμάτων μεθαδόνης στην Ελλάδα, τα οποία επιπλέον δεν έχουν έως σήμερα αξιολογηθεί για την αποτελεσματικότητά τους, σε αντίθεση με τα προγράμματα μεθαδόνης του εξωτερικού, των οποίων η αποτελεσματικότητα έχει καταγραφεί. Πολύ πρόσφατα, από το 2012 και μετά, ξεκί-

νησε μια απόπειρα καταγραφής κάποιων στατιστικών δεδομένων για τη λειτουργία των θεραπευτικών προγραμμάτων μεθαδόνης, προσπάθεια που επιβάλλεται να εντατικοποιηθεί για να επιτευχθεί η αξιολόγησή τους και ενδεχομένως και η αναθεώρησή τους.

Κεντρικό σημείο, ωστόσο, παραμένει η αλλαγή της φιλοσοφίας των επαγγελματιών υγείας, οι οποίοι θα πρέπει να μην θεωρούν την εξάρτηση ως χρόνια υποτροπιάζουσα ασθένεια, όπως υπαγορεύει το βιοιατρικό μοντέλο, αλλά ως μια αέναη προσπάθεια που καταβάλλει το εξαρτημένο άτομο να επαναπροσδιορίσει τη ζωή του, χωρίς να βιώνει την οδύνη που του προκαλεί η χρήση ουσιών.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ahmad B., Mufti K.A. & Farooq S. (2005). Psychiatric comorbidity in substance abuse (opioids), *Substance Use Misuse*. 40:13-14.

Andrews FM & Whitney SB. (1976). Social indicators of well-being: The development of the measurement of perceptual indicators. New York: Plenum Press.

Bao Y., Liu Z., Epstein D.H., Du C., Shi J & Lu L. (2009). A Meta-Analysis of Retention in Methadone Maintenance by Dose and Dosing Strategy. *American Journal of Drug Alcohol Abuse* 35: 28–33.

Brooner, R.K., King, V.L., Kidorf, M., Schmidt, C.W & Bigelow G.E. (1997). Psychiatric and substance use comorbidity among treatment-seeking opioid abusers, *Archives of General Psychiatry*, 54: 71-80.

Dazord, A., Mino, A., Page, D., & Broers, B. (1998). Patients on methadone maintenance treatment in Geneva. *European Psychiatry*, 13: 235-241.

De Maeyer, J., Vanderplasschen, W. & Broekaert, E. (2010). Quality of life among opiate-dependent individuals: A review of the literature. *International Journal of Drug Policy* xxx, 1-17.

De Maeyer, J., Vandreplasschen, W., Camfield, L., Vanheule, S., Sabbe, B., & Broekaert E. (2011a). A good quality of life under the influence of methadone: A qualitative study among opiate-dependent individuals. *International Journal of Nursing Studies*, 48: 1244-1257.

De Maeyer, J., Vanderplasschen, W., Lammertyn, J., Nieuwenhuizen, C., Sabbe, B & Broekaert, E. (2011b). Current quality of life and its determinants among opiate-dependent individuals five years after starting methadone treatment. *Quality Life Research*, 20:139-150.

Dole, V.P & Nyswander, M.E. (1965). A Medical Treatment for Diacetylmorphine (Heroin) *JAMA, 193:646-650.*

Drumm, R., McBride, D., Metsch, L., Page, J., Dickerson, K & Jones, B. (2003). The rock always comes first: drug users' accounts about using formal health care. *Journal of Psychoactive Drugs* 35: 461-469.

Farrell, M., Gowing, L., Marsden, J., Ling, W & Ali, R. (2005). Effectiveness of drug dependence treatment in HIV prevention. *International Journal of Drug Policy*, 16(Suppl.1): 67-75.

Finch, E., Groves, I., Feinmann, C. & Farmer, R. (1995). A low threshold methadone stabilization programme description and first stage evaluation. *Addiction Research*, 3: 63-71.

Fischer, B., Rehm, J., & Kim, G. (2001). Whose quality of life is it, really? *British Medical Journal*, 322: 1357-1360.

Fischer, B., Rehm, J., Kim, G., &Kirst, M. (2005). Eyes wide shut?-A conceptual and empirical critique of methadone maintenance treatment. *European Addiction Research*, 11: 1-9.

Giacomuzzi, S.M., Riemer, Y., Ertl, M., Kemmler, G., Rossler, H., Hinterhuber, H & Kurz, M. (2005). Gender differences in health-related quality of life on admission to a maintenance treatment program. *European Addiction Research*, 11: 69-75.

Gill, TM & Feinstein AR. (1994). A critical appraisal of the quality-of-life measurements. *JAMA*, 272: 619-625.

Habrat, B., Chmielewska, K., Baran-Furga, H., Keszycka, B & Taracha, E. (2002). Subjective quality of life in opiate dependent patients before admission, after six months and one-year participation in methadone program. *Przeglad Lekarski*, 59(4-5): 351-354.

Hartgers, C., van den Hoek, A., Krijnen, P.& Coutinho RA. (1992). HIV prevalence and risk behavior among injecting drug users who participate in "Low-Threshold" methadone programs in Amsterdam. *American Journal of Public Health*, 82: 547-551.

Kolind, T. (2007). Form or content: The application of user perspectives in treatment research. *Drugs-Education Prevention and Policy*, 14: 261-275.

Lawrinson P., Ali R., Buavirat A., Chiamwongpaet S., Dvoryak, S., Habrat, B.,Jie, S., Mardiati, R., Mokri, A., Moskalewicz, J., Newcombe, D., Poznyak, V., Subata, E., Uchtenhagen, A., Utami, D., Vial, R & Zhao, C.(2008). Key findings from the WHO collaborative study on substitution therapy for opioid dependence and HIV/AIDS. *Addiction*, 103:1484-92.

Lehman, AF. (1983). The well-being of chronic mental patients: assessing their quality of life. *Archives of General Psychiatry*, 40: 369-373.

Maremmani, I., Perugi, G., Pacini, M. & Akiskal, H.S. (2006). Toward a unitary perspective on the bipolar spectrum and substance abuse: opiate addiction as a paradigm, *Journal of Affective Disorder*, 93:1-12.

Maremmani, I., Pani, P.P., Pacini, M., Bizzarri, J.V., Trogu, E., Maremmani, A., Gerra, G., Perugi, G & Dell'Osso, L. (2010). Subtyping patients with heroin addiction at treatment entry: factors derived from the SCL-90, *Annals of General Psychiatry*, 9: 15.

Mattick, R.P., Ali, R., White, J.M., O' Brien, S., Wolk, S., & Danz, C. (2003). Buprenorphine versus methadone maintenance therapy: A randomized double-blind trial with 405 opioid-dependent patients. Addiction, 98: 441-452.

Mattick. R. P., Breen, C., Kimber, J.& Davoli, M. (2009). Methadone maintenance therapy versus no opioid replacement therapy for opioid dependence. Cochrane Database of systematic Reviews 3 (CD002209).

McLellan, A. T., Lewis, D.C., O'Brien, C. P., & Kleber, H. D. (2000). Drug dependence, a chronic medical illness. Implications for treatment, insurance and outcomes evaluation. *Journal of the American Medical Association*, 284: 1689-1695.

McGovern, M. P., Xie, H., Segal, S.R., Siembab, L., Drake, RE. (2006). Addiction treatment services and co-occuring disorders: prevalence estimates, treatment practices and barriers, *Journal of Substance Abuse Treatment*, 31: 267-275.

Millson P, Challacombe L, Villeneuve PJ, Fischer B, Strike CJ, Myers T, Shore R, Hopkins S, Raftis S & Pearson M. (2004). Self-perceived health among Canadian opiate users: a comparison

to the general population and to other chronic disease populations. *Canadian Journal of Public Health*, 95: 99-103.

Montagne, M. (2002). Appreciating the user's perspective: listening to the "methadonians". *Substance Use & Misuse* 37: 565-570.

Naess S. (1987). Quality of life research: concepts, methods, and applications. Institute of Applied Social Research. Oslo.

Pani, P.P., Maremmani, I., Trogu, E., Gessa, G.L., Ruiz, P & Akiskal, HS. (2010). Delineating the psychic structure of substance abuse and addictions: should anxiety, mood and impulse-control dysregulation be included? *Journal of Affective Disorder*, 122: 185-197.

Reno, R.R., & Aiken, L.S. (1993). Life activities and life quality of heroin addicts in and out of methadone treatment. The International Journal of the Addictions, 28: 211-232.

Rudolf, H., & Watts, J. (2002). Quality of life in substance abuse and dependency. *International Review of Psychiatry*, 14: 190-197.

Ryan CF & White JM (1996). Health Status at entry to methadone maintenance treatment using the SF 36 health survey questionnaire. *Addiction*, 91: 39-45.

Sanders, C., Egger, M., Donovan, J., Tallon, D & Frankel, S. (1998). Reporting on quality of life in randomized controlled trials: Bibliographic study. *British Medical Journal*, 317: 1191-1194.

Stajduhar, K. I., Funk, L., Shaw, A.L., Bottorff, J.L. & Johnson, J. (2009). Resilience from the perspective of the illicit injection drug user: An exploratory descriptive study. *International Journal and Drug Policy*, 20: 309-316.

Stein MD, Mulvey KP, Plough A. & Samet JH. (1998). The Functioning and well being of persons who seek treatment for drug and alcohol use. *Journal of Substance Abuse*, 10:75-84.

Torrens, M., San, L., Martinez, A., Castillo, C., Domingo-Salvany, A & Alonso, J. (1997). Use of the Nottingham health profile for measuring health status of patients in methadone maintenance treatment. *Addiction*, 92: 707-716.

UNODC (2013). World Drug Report.United Nations Office on Drugs and Crime. New York.

Van Ameijden EJ., Langendam MW & Coutinho RA. (1999). Dose-effect relationship between overdose mortality and prescribed methadone dosage in low threshold maintenance programs. *Addictive Behaviours*, 24: 559-563.

Van den Brink W., Goppel M., & van Ree J. M. (2003). Management of opioid dependence. *Current Opinion in Psychiatry*, 16: 297-304.

Van den Brink W., & Haasen C. (2006). Evidenced-based treatment of opioid dependent patients. *Canadian Journal of Psychiatry*, 51: 635-646.

Vanderplasschen W., Rapp R.C., Wolf J., & Broekaert E. (2004). The development and implementation of case management for substance use disorders in North America and Europe. *Psychiatric Services*, 55: 913-922.

Verrando R., Robaeys G., Mathei C., & Buntinx, F. (2005). Methadone and buprenorphine maintenance therapies for patients with hepatitis C virus infected after intravenous drug use. *Acta Gastro-Enterologica Belgica*, 68: 81-85.

Verster, A & Buning, E. (2000). Methadone Guidelines. EuroMethwork. Amsterdam.

Ward J., Hall W., & Mattick R.P. (1999). Role of maintenance treatment in opioid dependence. *The Lancet*, 353 (9148): 221-226.

Wittchen. H.U., Apelt S.M., Soyka M., Gastpar M., Backmund, M., Golz, J., Kraus, MR., Tretter, F., Schafer, M., Siegert, J., Scherbaum, N., Rehm, J & Buhringer, G.(2008). Feasibility and outcome of substitution treatment of heroin-dependent patients in specialized substitution centers and primary care facilities in Germany: a naturalistic study in 2694 patients. *Drug Alcohol Dependence*, 95: 245-257.

WHOQOL (1995). Position paper from the Health Organization. *Social Science Medicine*, 41: 1403-1409.

Γαζγαλίδης, Κ. (2003). Ηρωίνη, Υποκατάστατα και Ανταγωνιστές. Θεσσαλονίκη: Εκδοτική Θεσσαλονίκης.

Γαζγαλίδης, Κ. (2005). «Ναρκωτικά»: εγχειρίδιο για τη μείωση της βλάβης. Αθήνα: Εκδ. Εξάντας.

Γρίβας, Κ. (1995). Οπιούχα: Μορφίνη, Ηρωίνη, Μεθαδόνη. Αθήνα: Εκδ.Λιβάνη.

Ε.Κ.Τ.Ε.Π.Ν. (2014). Η Κατάσταση του Προβλήματος των Ναρκωτικών και των Οινοπνευματωδών στην Ελλάδα: Ετήσια Έκθεση 2013. Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά. Αθήνα.

Νάκου, Σ. (2001). «Η εκτίμηση της ποιότητας ζωής στο χώρο της υγείας: Εφαρμογές στην Παιδιατρική». *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 18: 254-266.

ΟΚΑΝΑ (2012a). Πλαίσιο Λειτουργίας των Θεραπευτικών Δομών του ΟΚΑΝΑ. Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών. Αθήνα.

ΟΚΑΝΑ (2012b). Απολογισμός Έργου Διετίας 2010-2012. Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών. Αθήνα.

Σαρρής, Μ. (2001). Κοινωνιολογία της Υγείας και Ποιότητα Ζωής. Αθήνα: Εκδ. Παπαζήση.