

**Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Δυτικής Ελλάδας**  
**Σχολή Επαγγελμάτων Υγείας και Πρόνοιας**  
**Τμήμα Νοσηλευτικής**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**ΘΕΜΑ:**

**Οι εξαρτητικές ουσίες και ο ρόλος του  
νοσηλευτή**



**ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ: ΚΥΤΥΚΟΥ ΣΤΕΦΑΝΙΑ**

**ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ: ΣΑΜΑΡΖΗ ΚΥΡΙΑΚΗ**

**ΠΑΤΡΑ 2015**



## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Πρόλογος .....	6
Abstract .....	6
Εισαγωγή .....	7
1. Θεωρητικό Υπόβαθρο .....	8
1.1. Ιστορική αναδρομή .....	8
1.2. Η κατάσταση στην Ελλάδα και την Ευρώπη .....	9
1.3. Βασικοί ορισμοί .....	11
1.4. Διαίρεση ναρκωτικών .....	13
1.1.1. Αλκοόλ – Οινοπνευματώδη .....	14
1.1.2. Κάπνισμα – Καπνός .....	17
1.1.3. Νέες ψυχοδραστικές ουσίες .....	19
1.1.4. Όπιο .....	21
1.1.5. Μορφίνη και ηρωίνη .....	21
1.1.6. Κωδεΐνη .....	24
1.1.7. Μεθαδόνη .....	25
1.1.8. Πεθιδίνη .....	28
1.1.9. Βαρβιτουρικά .....	29
1.1.10. Ηρεμιστικά, υπνωτικά, αγχολυτικά .....	30
1.1.11. Κοκαΐνη .....	31
1.1.12. Αμφεταμίνες .....	33
1.1.13. Κάνναβη .....	37
1.1.14. L.S.D. .....	40
1.1.15. Μεσκαλίνη (Peyote) .....	41
1.1.16. Ψιλοκυβίνη .....	42
2. Αιτίες προβλήματος – Στάση της κοινωνίας – Αναγνώριση .....	43

2.1.	Αιτίες του προβλήματος.....	43
2.2.	Η στάση της κοινωνίας .....	47
2.3.	Αναγνώριση ασθενών .....	47
3.	Μέθοδοι εύρεσης και Απεξάρτησης.....	51
3.1.	Αιματολογικά – Βιοχημικά – Εργαστηριακά ευρήματα.....	51
3.1.1.	Οινοπνευματώδη.....	51
3.1.2.	Οπιοειδή.....	52
3.1.3.	Κάνναβη.....	52
3.1.4.	Βαρβιτουρικά.....	52
3.1.5.	Κοκαΐνη .....	52
3.2.	Μέθοδοι απεξάρτησης .....	53
3.2.1.	Απεξάρτηση από το κάπνισμα.....	53
3.2.2.	Απεξάρτηση από τα οινοπνευματώδη .....	57
3.2.3.	Απεξάρτηση από ναρκωτικές ουσίες.....	58
3.3.	Πρόγνωση – Εξέλιξη.....	60
4.	Νοσήματα ναρκωτικών και η χρήση τους στην ιατρική .....	61
4.1.	Νοσήματα ναρκωτικών .....	61
4.1.1.	AIDS .....	61
4.1.2.	Ηπατίτιδα Β και C.....	62
4.1.3.	Πνευμονικό οίδημα.....	62
4.1.4.	Ενδοκαρδίτιδα.....	62
4.1.5.	Πνευμονικές λοιμώξεις.....	63
4.1.6.	Άλλα προβλήματα υγείας που σχετίζονται με τα ναρκωτικά.....	63
4.2.	Χρησιμοποίηση ναρκωτικών στην ιατρική και την νοσηλευτική.....	63
5.	Νοσηλευτική δράση.....	65
5.1.	Νοσηλευτική εκτίμηση .....	65
5.1.1.	Αναγνώριση δηλητηρίασης από οπιούχα .....	65

5.1.2.	Αναγνώριση δηλητηρίασης από κοκαΐνη .....	66
5.1.3.	Αναγνώριση δηλητηρίασης από αλκοόλ .....	66
5.1.4.	Αναγνώριση δηλητηρίασης από έκσταση .....	66
5.1.5.	Αναγνώριση δηλητηρίασης από αμφεταμίνες .....	67
5.2.	Νοσηλευτική παρέμβαση στην περίπτωση υπερδοσολογίας (overdose).....	67
5.2.1.	Απομάκρυνση της ουσίας .....	67
5.2.2.	Περίπτωση αναίσθητου θύματος .....	67
5.2.3.	Περίπτωση που το θύμα δεν αναπνέει.....	68
5.2.4.	Υποστήριξη της κυκλοφορίας .....	68
5.2.5.	Χορήγηση ναλοξόνης (Naloxone Hydrochloride).....	69
5.3.	Πρόληψη της ουσιοεξάρτησης.....	69
5.3.1.	Παρεμβάσεις πρόληψης στη σχολική κοινότητα.....	71
5.3.2.	Παρεμβάσεις πρόληψης στην οικογένεια.....	73
5.3.3.	Ο ρόλος του νοσηλευτή στην πρωτογενή πρόληψη .....	74
5.3.4.	Ο ρόλος του νοσηλευτή στην δευτεροβάθμια πρόληψη.....	75
5.3.5.	Ο ρόλος του νοσηλευτή στην τριτογενή πρόληψη .....	76
6.	Συμπεράσματα – Συζήτηση .....	79
	Βιβλιογραφία .....	80
	Ελληνική βιβλιογραφία.....	80
	Ξενόγλωσση βιβλιογραφία .....	81
	Διαδικτυακές Πηγές.....	82

## Πρόλογος

Η χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών εμφανίζεται πρώιμα στην ιστορία των ανθρώπινων κοινωνιών. Ωστόσο, η παρουσία και η λειτουργία τους διαφοροποιούνται μεταξύ των κοινωνιών και των ιστορικών περιόδων και καλύπτουν διαφορετικές σε κάθε περίπτωση κοινωνικές και πολιτιστικές συνθήκες και κατ' επέκταση διαφορετικές ατομικές ανάγκες. Σήμερα, η χρήση, η κατάχρηση ουσιών και η εξάρτηση από αυτές (σε διαφορετικό βαθμό και έκταση μεταξύ των κοινωνιών) έχει πάρει μεγάλες διαστάσεις και αποτελεί φαινόμενο επιβαρυντικό και καταστροφικό, τόσο για τις κοινωνίες, όσο και για τα μέλη τους. Στόχος της συγκεκριμένης εργασίας είναι να παρουσιαστεί ο ρόλος της νοσηλευτικής στο πρόβλημα των εξαρτητικών ουσιών.

**Λέξεις κλειδιά:** Ουσιοεξάρτηση, εξαρτησιογόνες ουσίες, νοσηλευτική

## Abstract

The drug use occurs early in the history of human societies. However, the presence and operation differ among societies and historical periods. They cover different social and cultural conditions and thus different individual needs. Today, the use, substance abuse and dependence on them (at different levels and scope among societies) has taken great dimensions and is a phenomenon aggravating and destructive, both for societies and for their members. The aim of this paper is to present the role of nursing in the problem of addictive substances.

**Keywords:** addiction, addictive substances, nursing

## Εισαγωγή

Η ουσιοεξάρτηση είναι μία ιδιαίτερη μορφή εξάρτησης. Είμαστε όλοι λίγο πολύ εξαρτημένοι από ένα πλήθος πραγμάτων: έχουμε ανάγκη να φάμε, να πιούμε, να αναπνεύσουμε, να κοιμηθούμε, να κινηθούμε κλπ. Η ουσιοεξάρτηση δεν έχει να κάνει με τις ζωτικές μας ανάγκες. Είναι μία πλήρης απώλεια ελέγχου. Όταν χάνουμε πλέον τον έλεγχο της χρήσης μίας ουσίας και η ουσία γίνεται αυτοσκοπός, τότε γινόμαστε εξαρτημένοι, είτε πρόκειται για ηρωίνη, χασίς είτε για οινοπνευματώδη, καπνό, ηρεμιστικά.

Η εξάρτηση μπορεί να είναι ψυχική ή/και οργανική. Η ψυχική εξάρτηση εκδηλώνεται κατά τέτοιο τρόπο που δεν μπορούμε πλέον να φανταστούμε τη ζωή δίχως ουσία. Όσον αφορά την οργανική εξάρτηση, οι εξαρτησιογόνες ουσίες αποτελούν, σε τέτοιο βαθμό, μέρος της λειτουργίας του οργανισμού που, αν τις σταματήσουμε, εμφανίζονται σωματικά συμπτώματα –αυτό που ονομάζεται «σύνδρομο στέρησης». Τα συμπτώματα αυτά εξαφανίζονται μόλις το θύμα/ασθενής κάνει πάλι χρήση. Έτσι δημιουργείται ένας φαύλος κύκλος, από τον οποίο δεν μπορούμε να βγούμε χωρίς τη βοήθεια των ειδικών (γιατρών ή νοσηλευτών).

Στην παρούσα εργασία αρχικά (Πρώτο κεφάλαιο) γίνεται μια ανασκόπηση γύρω από το θεωρητικό υπόβαθρο της βιβλιογραφικής μελέτης. Ορίζονται βασικές έννοιες, δίνεται μια εικόνα του προβλήματος της ουσιοεξάρτησης σε Ελλάδα και Ευρώπη και τέλος αναφέρονται οι εξαρτησιογόνες ουσίες με τα βασικά χαρακτηριστικά και τις επιδράσεις τους. Στο δεύτερο κεφάλαιο αναφέρονται οι αιτίες του προβλήματος, η στάση της κοινωνίας στους εξαρτημένους από ουσίες και η αναγνώριση των ασθενών. Στο τρίτο κεφάλαιο παρουσιάζονται οι μέθοδοι εύρεσης εξαρτησιογόνων ουσιών (κυρίως μέσω εργαστηριακών ευρημάτων) και οι μέθοδοι απεξάρτησης. Στο τέταρτο κεφάλαιο παρουσιάζονται τα νοσήματα που προκύπτουν από την χρήση ναρκωτικών ενώ γίνεται και μια αναφορά για την χρήση των ναρκωτικών ουσιών στη συμβολή τους στην ιατρική. Στο πέμπτο κεφάλαιο αναλύεται η νοσηλευτική παρέμβαση στην περίπτωση της υπερδοσολογίας, η οποία αναδυνκύνει και τον ρόλο του νοσηλευτή σε έκτακτες καταστάσεις. Στο έκτο κεφάλαιο γίνεται προσπάθεια να αναδυθούν μέθοδοι για την

αντιμετώπιση της ουσιοεξάρτησης κατά την οποία βασικός πυλώνας για την μείωση του προβλήματος της ουσιοεξάρτησης θεωρείται η πρόληψη για την οποία αναφέρονται κλασσικοί αλλά και σύγχρονοι μέθοδοι. Τέλος, παρουσιάζονται τα συμπεράσματα της εργασίας. Ο βασικός στόχος της εργασίας είναι να αναδείξει την σημαντικότητα του ρόλου του νοσηλευτή στο πρόβλημα των εξαρτησιογόνων ουσιών και στην αντιμετώπισή του.

## **1. Θεωρητικό Υπόβαθρο**

### **1.1. Ιστορική αναδρομή**

Από πολύ νωρίς ο άνθρωπος με έναν απόλυτα ενστικτώδη τρόπο, γνώρισε τις θεραπευτικές ιδιότητες ορισμένων φυτών, όπως της ινδικής κάνναβης, της παπαρούνας κτλ και τα θεώρησε ιερά. (Δαβαρούκας και Σουρέτης, 1991). Αρκετές εξαρτησιογόνες ουσίες χρησιμοποιήθηκαν για αιώνες σε θρησκευτικές και θεραπευτικές τελετουργίες, καθώς και σε κοινωνικές τελετές από πολλούς λαούς της ανθρωπότητας (Χαραλαμπίδης, 2003). Στους Δελφούς φαίνεται πως γινόταν χρήση φαρμακευτικών φυτών, ιδιαίτερα της οικογένειας των σολανιδών (*Datura strathouium*), ίσως και κωδίων μήκωνος αφού βρέθηκαν ομοιώματά τους σε μαντεία. Στον μεσαίωνα η ινδική κάνναβη, η *datura*, το όπιο και ο μανδραγόρας, χρησιμοποιούνταν στις «κανιβαλλιστικές συγκεντρώσεις» και τα «Σάββατα» με σκοπό την επικοινωνία με τον διάβολο (Δαβαρούκας και Σουρέτης, 1991). Με την χρήση τους ο άνθρωπος προσπάθησε να έχει την εμπειρία της ένωσης με το θεό του, να γιατρέψει τις αρρώστιες του, να αποκτήσει δύναμη και κουράγιο απέναντι στις αντίξοες περιβαλλοντικές συνθήκες και τελικά να υπερβεί τον εαυτό του (Χαραλαμπίδης, 2003). Η ανακάλυψη των νέων κόσμων, η πρόοδος στις μεταφορές και η ανάπτυξη της επικοινωνίας και του εμπορίου μεταξύ των ηπείρων συντέλεσαν στη διάδοση των ουσιών αυτών σε λαούς, οι οποίοι πριν αγνοούσαν την ύπαρξή τους. Ταυτόχρονα η χρήση των ουσιών αυτών – μεταφερόμενη από τη μία κουλτούρα στην άλλη – έχασε τον τελετουργικό και κοινωνικό της χαρακτήρα και άρχισε να εξυπηρετεί άλλες ανάγκες. Άρχισαν έτσι να εμφανίζονται τα προβλήματα της κατάχρησης εξαρτησιογόνων ουσιών καθώς και οι πρώτες νομοθετικές προσπάθειες περιορισμού της χρήσης τους. Η ανακάλυψη



συνθετικών ουσιών, η ιατρική χρήση ορισμένων εξαρτησιογόνων ουσιών, η ανάπτυξη του νόμιμου και παράνομου εμπορίου τους – σε συνδιασμό με την αυξανόμενη πολυπλοκότητα των προβλημάτων της καθημερινής ζωής – συνέτειναν στην περαιτέρω εξάπλωση του φαινομένου της κατάχρησης εξαρτησιογόνων ουσιών. Οι πρώτες προσπάθειες αντιμετώπισης του φαινομένου εστιάστηκαν στην θεραπεία των εξαρτημένων ατόμων. Στόχος τους ήταν η διακοπή της χρήσης. Μελετήθηκαν έτσι διεξοδικά οι βιολογικές επιδράσεις και τα ψυχολογικά αποτελέσματα της χρήσης και κατάχρησης των εξαρτησιογόνων ουσιών (Χαραλαμπίδης, 2003).

## **1.2. Η κατάσταση στην Ελλάδα και την Ευρώπη**

Σύμφωνα με προκαταρκτικά στοιχεία της έρευνας HBSC του 2010, που δημοσιεύονται στην ετήσια έκθεση του Ευρωπαϊκού Κέντρου (Ευρωπαϊκό Κέντρο, 2011), η διαγραφόμενη τα τελευταία χρόνια (2006-2010) τάση στη χρήση κάνναβης είναι σταθερή ή και μειούμενη σε αρκετές χώρες, ενώ αύξηση στα ποσοστά καταγράφεται εκτός από την Ελλάδα στη Δημοκρατία της Τσεχίας, στη Λετονία, στη Λιθουανία, στη Ρουμανία και στη Σλοβενία. Σύμφωνα με στοιχεία της έρευνας Ευρωβαρόμετρο, που υλοποιήθηκε σε 27 ευρωπαϊκές χώρες και στην Ελλάδα από τη Metronanalysis την άνοιξη του 2011 σε 504 νέους ηλικίας 15-25 ετών με τηλεφωνική συνέντευξη, χρήση κάνναβης αναφέρεται από το 10% των νέων του δείγματος, με την πλειονότητα αυτών (7%) να αναφέρει χρήση τον τελευταίο χρόνο. Ο ευρωπαϊκός μέσος όρος ήταν 26%, με το 14% να αναφέρει χρήση τον τελευταίο χρόνο. Η Ελλάδα μαζί με την Ουγγαρία, τη Μάλτα και την Κύπρο καταγράφουν τα χαμηλότερα ποσοστά χρήσης κάνναβης (ΕΠΙΨΥα, 2011). Στην Ευρώπη ο αριθμός προβληματικών χρηστών οπιοειδών, κυρίως χρηστών ηρωίνης, εκτιμάται ότι ανέρχεται σε 1,3 εκατομμύρια. Η έκθεση κρούει τον κώδωνα προειδοποιώντας για την αντικατάσταση της ηρωίνης από άλλες ουσίες, όπως τα συνθετικά οπιοειδή. Οι εν λόγω ουσίες, οι οποίες είτε παρασκευάζονται παράνομα είτε παράγονται από εκτροπή από φαρμακευτικές πηγές, περιλαμβάνουν τις υψηλής δραστηρότητας φαιντανύλες και ουσίες που χρησιμοποιούνται στη θεραπεία υποκατάστασης οπιοειδών (OST) (πχ. μεθαδόνη, βουπρενορφίνη). Το 2012, 17 χώρες ανέφεραν ότι ποσοστό άνω του 10% των χρηστών που εισήχθησαν σε θεραπεία για

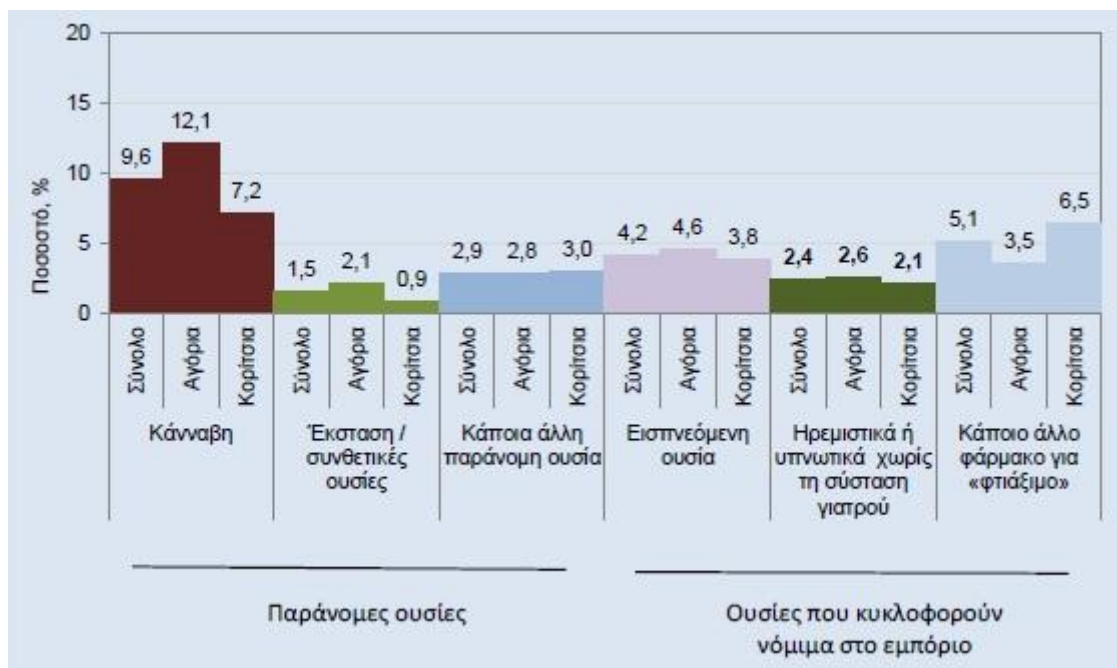
πρώτη φορά σε εξειδικευμένα κέντρα απεξάρτησης έκανε χρήση οπιοειδών πέραν της ηρωίνης (ΕΚΠΙΝΤ, 2014).

**Ποσοστά χρήσης κάνναβης στου μαθητές ηλικίας 15 ετών, ανά συνότητα χρήσης στο σύνολο και ανά φύλο στην Ελλάδα το έτος 2010.**



Πηγή: Ε.Π.Ι.Ψ.Υ., 2011

**Ποσοστό επικράτησης της χρήσης ουσιών (χρήση έστω και μία φορά στη ζωή) στους έφηβους - μαθητές ηλικίας 15 ετών το έτος 2014**



Πηγή: Ε.Π.Ι.Ψ.Υ., 2015

Την τετραετία 2010-2014 συνεχίστηκε η αύξηση του ποσοστού των 15χρονων (ιδιαίτερα στα κορίτσια) που ανέφεραν χρήση κάνναβης (χρήση σε όλη τη ζωή και κατά τους 12 τελευταίους μήνες), η οποία είχε αρχίσει να διαφαίνεται μετά το 2006. Η χρήση ναρκωτικών είναι μία από τις κύριες αιτίες θανάτου στους νέους στην Ευρώπη, τόσο άμεσα λόγω υπερβολικής δόσης (οφειλόμενοι στα ναρκωτικά θάνατοι) όσο και έμμεσα, λόγω συνδεόμενων με τα ναρκωτικά νοσημάτων, ατυχημάτων, βίας και αυτοκτονιών. Συνολικά, το 2012, στην Ευρώπη, αναφέρθηκαν περίπου 6 100 θάνατοι από υπερβολική δόση, οι οποίοι συνδέονται κατά κύριο λόγο με τη χρήση οπιοειδών, σε σύγκριση με το 2011 (6 500 θάνατοι) και το 2009 (7 100 θάνατοι). Η πρόοδος που έχει συντελεστεί στο πεδίο αυτό μπορεί να αποδοθεί εν μέρει στην κλιμάκωση της θεραπείας και στη μείωση της βλάβης (πχ. θεραπεία υποκατάστασης οπιοειδών). Σε αντίθεση, πάντως, με τη συνολική ευρωπαϊκή ενθαρρυντική τάση, ο αριθμός των θανάτων από υπερβολική δόση παραμένει σε σχετικά υψηλά επίπεδα, ή σε ανοδική τάση σε κάποιες χώρες (ΕΚΠΙΝΤ, 2014). Το μέσο ποσοστό θνησιμότητας από υπερβολική δόση στην Ευρώπη υπολογίζεται σε 17 θανάτους ανά εκατομμύριο πληθυσμού (ηλικίας 15–64 ετών), ενώ παρατηρούνται σημαντικές αποκλίσεις στα εθνικά ποσοστά θνησιμότητας. Περισσότεροι από 50 θάνατοι ανά εκατομμύριο αναφέρθηκαν από πέντε χώρες, με τα υψηλότερα ποσοστά να αναφέρονται στην Εσθονία (191 ανά εκατομμύριο) και στη Νορβηγία (76 ανά εκατομμύριο), ενώ ακολουθούν η Ιρλανδία (70 ανά εκατομμύριο), η Σουηδία (63 ανά εκατομμύριο) και η Φινλανδία (58 ανά εκατομμύριο) (ΕΚΠΙΝΤ, 2014).

### 1.3.Βασικοί ορισμοί

Με τον όρο **ναρκωτικά** νοούνται γενικά ουσίες με διαφορετική χημική δομή και δράση στο κεντρικό νευρικό σύστημα (ΚΝΣ), από διεγερτική μέχρι και κατασταλτική αλλά με κοινό γνώρισμα την ιδιότητα να μεταβάλλουν την θυμική κατάσταση του ατόμου και να προκαλούν εξάρτηση (Κοτρώτσου και Παπαθανασίου, 2000).

Με τον όρο **εξάρτηση** νοείται μια κατάσταση ψυχική ή και σωματική που εμφανίζεται ως αποτέλεσμα της επίδρασης σ'ένα ζωντανό οργανισμό ενός φαρμάκου και χαρακτηρίζεται από μια ποικιλία εκδηλώσεων, μεσα στις οποίες περιλαμβάνεται πάντα

η διάθεση για τη συνέχιση της λήψης του φαρμάκου (Κοτρώτσου και Παπαθανασίου, 2000). **Σωματική εξάρτηση:** όταν ο οργανισμός του χρήστη μιας ουσίας δεν μπορεί να λειτουργήσει φυσιολογικά χωρίς την ουσία αυτή. **Ψυχική εξάρτηση:** Όταν ο χρήστης έχει την ανάγκη της ουσίας για να διατηρήσει την ψυχική του συνοχή. Όλες οι περιπτώσεις σωματικής εξάρτησης εμπεριέχουν και την ψυχική, ενώ δεν συμβαίνει πάντα το αντίθετο (Χαραλαμπίδης, 2003). Η εξάρτηση υποδηλώνεται από την παρουσία τριών τουλάχιστον από τα παρακάτω συμπτώματα:

- Έντονη επιθυμία χρήσης της ουσίας
- Ανάπτυξη ανοχής στη χρήση της ουσίας
- Παρουσία στερητικού συνδρόμου με τη μείωση ή τη διακοπή της χρήσης της ουσίας
- Ανάλωση σημαντικού χρόνου γύρω από τη συμπεριφορά χρήσης
- Εγκατάλειψη σημαντικών δραστηριοτήτων κοινωνικών, επαγγελματικών ή ψυχαγωγικών λόγω της χρήσης
- Εμμονή στη χρήση της ουσίας, παρά το γεγονός ότι προκαλεί στο χρήστη σοβαρά σωματικά ή ψυχολογικά προβλήματα και δυσλειτουργίες σε κύριους τομείς της ζωής του.

Επερχόμενο αποτέλεσμα της εξάρτησης είναι η έννοια του εθισμού. **Εθισμός** είναι το φαινόμενο της προοδευτικής μεταβολής, της ευαισθησίας ενός βιολογικού συστήματος σε μια ουσία που λαμβάνεται κατ' επανάληψη με τρόπο ώστε να επιτυγχάνεται το αυτό αποτέλεσμα μόνο μετά από προοδευτική αύξηση της δόσης (Κοτρώτσου και Παπαθανασίου, 2000).

**Σύνδρομο στέρησης** ονομάζεται το σύνολο των συμπτωμάτων τα οποία παρατηρούνται ύστερα από στέρηση του οργανισμού από της ουσία προς την οποία έχει αναπτυχθεί εξάρτηση. Τα συμπτώματα είναι πολύ δυσάρεστα, πολλές φορές επικύνδινα και μπορεί ακόμη και να αποβούν και θανατηφόρα (Κοτρώτσου και Παπαθανασίου, 2000).

**Ανοχή** είναι η κατάσταση η οποία αναπτύσσεται με τις επανειλημμένες δόσεις σε συχνά χρονικά διαστήματα, ώστε να πρέπει η δόση της ουσίας να αυξάνεται συνεχώς για να επιτυγχάνεται η επιθυμητή δράση στον ίδιο βαθμό και σε ίδια διάρκεια (Κοτρώτσου και Παπαθανασίου, 2000).

Τέλος ο όρος **τοξικομανία** υποδηλώνει την κλινική έκφραση της αναπτυχθείσαν εξάρτησης σε κάποια ουσία, ενώ ο όρος τοξικομανής προσδιορίζει το άτομο που έχει αναπτύξει εξάρτηση σε ένα ναρκωτικό (ψυχική ή και σωματική) ανεξαρτήτως βαθμού (Κοτρώτσου και Παπαθανασίου, 2000).

#### 1.4. Διαίρεση ναρκωτικών

Τα ναρκωτικά χωρίζονται σε 4 μεγάλες κατηγορίες (Μπλούκας και Μπουκόρος, 1988):

- **Ναρκωτικά:** Φυσικά οπιούχα, Μορφίνη, Ηρωίνη, Κωδεΐνη, Μεθαδόνη, Πεθιδίνη.
- **Κατασταλτικά ΚΝΣ:** Βαρβιτουρικά, Ηρεμιστικά, Αγχολυτικά.
- **Διεγερτικά ΚΝΣ:** Κοκαΐνη, Αμφεταμίνες.
- **Ψευδαισθησιογόνα – Παραισθησιογόνα:** Κάνναβη (μαριχουάνα, χασίς), LSD (λυσσεργικό οξύ), Peyote, Μεσκαλίνη, Ψιλοκυβίνη.

Επίσης οι εξαρτησιογόνες ουσίες χωρίζονται βάση νομιμότητας, δηλαδή εάν είναι νόμιμες (όπως ο καπνός και τα οινοπνευματώδη) ή εάν είναι παράνομες (πχ χασίς, ηρωίνη κά.) (Χαραλαμπίδης, 2003). Υπάρχει και μια ενδιάμεση κατηγορία ουσιών που αποτελείται από ψυχότροπα φάρμακα (ηρεμιστικά, υπνωτικά κτλ), τα οποία – ενώ διατίθενται για ιατρικούς λόγους – χρησιμοποιούνται πολλές φορές απλώς για να «φτιαχτεί» κάποιος και μάλιστα σε συνδυασμό με άλλες ουσίες όπως αλκοόλ κά. Ο όρος ναρκωτικά χρησιμοποιείται σχεδόν αποκλειστικά για τις παράνομες εξαρτησιογόνες ουσίες. Ο οργανισμός του ατόμου μπορεί να αναπτύξει ανοχή σε μία εξαρτησιογόνα ουσία, ενώ όλες οι ουσίες αυτές προκαλούν – όπως δείχνει ο όρος εξαρτησιογόνες – σωματική και ψυχική εξάρτηση ή μόνο ψυχική (Χαραλαμπίδης, 2003).

### 1.1.1. Αλκοόλ – Οινοπνευματώδη

Το οινόπνευμα (αιθυλική αλκοόλη ή αιθανόλη), αν και είναι το παλαιότερο και πιο διαδεδομένο νόμιμο ναρκωτικό, σε μεγάλες ποσότητες αποτελεί σοβαρό παράγοντα κινδύνου, που σχετίζεται με πολλές παθολογικές καταστάσεις (σωματικές και ψυχικές) και με σοβαρά κοινωνικά προβλήματα (Τούντας, 2007). Η οξεία δηλητηρίαση από αλκοόλ αρχικά οδηγεί σε μια ευφορία όπου στη συνέχεια ακολουθείται από καταθλιπτική διάθεση με νευρολογικές επιπτώσεις όπως γενική έλλειψη συντονισμού, αταξία, διαστολή της κόρης, επιβράνδυση των απαντήσεων και δυσκολία στην επικοινωνία μέσω του λόγου (Graham, 2006). Επίσης το επίπεδο του συνειδητού είναι μειωμένο, παρατηρείται υποξία, υπόταση και υποθερμία, υπάρχει κίνδυνος για πνευμονική αναρρόφηση και συνήθως παρατηρούνται συμπτώματα όπως ναυτία, εμετός και κεφαλαλγία (Graham, 2006). Η χρόνια υπερβολική κατανάλωση οδηγεί σε περαιτέρω προβλήματα συμπεριλαμβανομένης της ανοχής (απαίτηση για υψηλότερες δόσεις αλκοόλης), εμφάνιση λιπώδους ήπατος, καταστροφή των ηπατικών κυττάρων (που οδηγεί σε ηπατική κίρρωση), περιφερική νευροπάθεια, εγκεφαλική ατροφία, κατάσταση υποσιτισμού και σοβαρή έλλειψη βιταμινών (Graham, 2006).

Οι επιπτώσεις από την κατανάλωση οινοπνεύματος δεν επιβαρύνουν μόνο τον πότη, αλλά και το άμεσο κοινωνικό του περιβάλλον. Επίσης, η εξάπλωση των μηχανικών μέσων μεταφοράς (αυτοκίνητα, μοτοσυκλέτες, κ.ά.), καθώς και της αυτοματοποιημένης εργασίας, διευρύνουν το πεδίο των επιπτώσεων που μπορεί να έχουν τα οινοπνευματώδη ποτά. Ένας άλλος επιβαρυντικός παράγοντας είναι η κατανάλωση φαρμάκων, πολλά από τα οποία συνεργούν με τη δράση του οινοπνεύματος. Ορισμένα από αυτά, καθώς και ορισμένες χημικές ουσίες, γίνονται ιδιαίτερα επικίνδυνα όταν καταναλώνονται μαζί με οινόπνευμα (Τούντας, 2007).

Από έρευνες σχετικές με τη θνησιμότητα και την κατανάλωση οινοπνεύματος έχει διαπιστωθεί ότι στους χρόνιους πότες η θνησιμότητα είναι σχεδόν τριπλάσια απ' ό,τι στους μη πότες. Στον Καναδά υπολογίστηκε ότι το 6% του συνόλου των θανάτων για τα άτομα ηλικίας 1-70 ετών οφειλόταν στην αυξημένη κατανάλωση οινοπνεύματος, ενώ στις ΗΠΑ το ποσοστό αυτό εκτιμάται σε 8% (Τούντας, 2007).

Οι τρεις βασικότερες αιτίες θανάτου που σχετίζονται με τα οινοπνευματώδη ποτά είναι τα κακοήθη νεοπλάσματα, τα εγκεφαλικά επεισόδια και η κίρρωση του ήπατος. Από τα

αποτελέσματα 150 περίπου επιδημιολογικών μελετών προκύπτει ότι ο σχετικός κίνδυνος θανάτου (απ' όλα τα αίτια) για όσους πίνουν σε σχέση με αυτούς που δεν πίνουν, είναι 1.1 όταν η κατανάλωση κυμαίνεται από 3-4 ποτά ημερησίως, ενώ αυξάνεται στο 1.4 περίπου, όταν τα ημερήσια ποτά ξεπερνούν τα 6 (Τούντας, 2007).

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός, ότι η μικρή έως μέτρια κατανάλωση οινοπνεύματος (1,5 έως 30 γρ. ημερησίως ) σχετίζεται με μικρότερη θνησιμότητα σε σύγκριση με τους μη πότες (σχετικός κίνδυνος 0.9) (Τούντας, 2007).

Σε ό,τι αφορά τα κοινωνικά προβλήματα που δημιουργεί ή επιδεινώνει η κατανάλωση οινοπνεύματος, πιο συχνά αναφέρονται η διατάραξη των συζυγικών και οικογενειακών σχέσεων, τα προβλήματα στην εργασία (αύξηση των απουσιών από την εργασία, αύξηση των εργατικών ατυχημάτων, μείωση της παραγωγικότητας), καθώς και η επιδείνωση της οικονομικής κατάστασης του ατόμου και ο κοινωνικός στιγματισμός. Στη Μ. Βρετανία η αυξημένη κατανάλωση οινοπνεύματος θεωρείται η αιτία για το 60% των αποπειρών αυτοκτονίας, το 30% των διαζυγίων, το 40% της ενδοοικογενειακής βίας, και το 20% της κακοποίησης παιδιών. Επίσης, έχει διαπιστωθεί ότι το 44% της συνολικής άσκησης βίας οφείλεται στο οινόπνευμα.

Από τα νοσήματα που σχετίζονται με την υπέρμετρη κατανάλωση οινοπνεύματος πιο συχνά εμφανίζονται η αλκοολική γαστρίτιδα, το πεπτικό έλκος και η κίρρωση του ήπατος, ενώ ιδιαίτερη βαρύτητα αποδίδεται στην αύξηση των καρδιαγγειακών νοσημάτων, των κακοηθών νεοπλασμάτων και των ψυχιατρικών διαταραχών (Τούντας, 2007).

Η ποσότητα οινοπνεύματος που μπορεί να βλάψει τον ανθρώπινο οργανισμό διαφέρει από άτομο σε άτομο, ανάλογα με τη φυσική αντοχή, καθώς και με την ύπαρξη ή μη άλλων επιβαρυντικών παραγόντων. Επίσης, για κάθε κατηγορία παθολογικών καταστάσεων μεταβάλλεται και η αντίστοιχη ποσότητα οινοπνεύματος που απαιτείται για την πρόκλησή τους.

Η ελάχιστη ημερήσια ποσότητα χρόνιας κατανάλωσης οινοπνεύματος που θεωρείται βλαβερή δεν έχει καθοριστεί με ακρίβεια. Πάντως, η ποσότητα αυτή είναι αρκετά λιγότερη από 120 γρ., πιθανόν και λιγότερη από 60 γρ. (ορισμένοι ερευνητές, ειδικά για τις ηπατοπάθειες, αναφέρουν ως τοξική δόση τα 35 γρ. Ημερησίως. Ένα ή δύο ποτά αυξάνουν τη συγκέντρωση του οινοπνεύματος στο αίμα σε 50 χιλιοστόγραμμα ανά 100

χιλιοστόλιτρα αίματος (50mg%), που αποτελεί και το νόμιμο). Οι ποσότητες αυτές, μεταφρασμένες σε ποτά, έχουν οδηγήσει στη διατύπωση της άποψης ότι το όριο της εβδομαδιαίας κατανάλωσης δεν πρέπει να ξεπερνάει τα 14 ποτά για τις γυναίκες και τα 21 ποτά για τους άνδρες. Ο κίνδυνος για τις γυναίκες, είναι μεγαλύτερος, γιατί ο γυναικείος οργανισμός περιέχει σημαντικά μικρότερη ποσότητα νερού από τον ανδρικό. Έτσι, όταν οι γυναίκες καταναλώνουν την ίδια ποσότητα, το οινόπνευμα φτάνει σε πολύ υψηλότερη συγκέντρωση στο αίμα τους (Τούντας, 2007).

Βέβαια, υπάρχουν και περιπτώσεις (κυρίως όταν απαιτείται μεγάλη συγκέντρωση και συντονισμός κινήσεων, όπως στην οδήγηση, στο χειρισμό πολύπλοκων μηχανημάτων, στην κολύμβηση, κ.ά) κατά τις οποίες η κατανάλωση οινοπνεύματος πρέπει να αποφεύγεται τελείως. Επίσης, το εβδομαδιαίο όριο είναι σαφώς μικρότερο στις έγκυες γυναίκες, καθώς και στα άτομα που πάσχουν από ορισμένες παθήσεις, ή λαμβάνουν ορισμένα φάρμακα.

Τα άτομα που πίνουν χωρίζονται σε: περιστασιακούς πότες, τακτικούς πότες μικρών ποσοτήτων, τακτικούς πότες μεγάλων ποσοτήτων, και αλκοολικούς.

Ο ορισμός του αλκοολικού παλαιότερα περιλάμβανε τα άτομα που πίνουν συστηματικά μεγάλες ποσότητες και «χάνουν τον έλεγχο». Τα τελευταία χρόνια, ο όρος αναφέρεται στα άτομα εκείνα που καταναλώνουν αρκετό οινόπνευμα ώστε να προκληθούν παθολογικές αλλοιώσεις στον οργανισμό τους. Επίσης, ορισμένοι υποστηρίζουν ότι ο χαρακτηρισμός αλκοολικός θα πρέπει να αποφεύγεται και να προτιμάται ο όρος «άτομο εξαρτημένο από την αιθυλική αλκοόλη». Η εξάρτηση αυτή πιθανότατα επηρεάζεται και από γενετικούς παράγοντες. Άλλα άτομα μπορούν να ελέγχουν την κατανάλωση οινοπνεύματος, ενώ άλλα έχουν την τάση να αυξάνουν την κατανάλωση χωρίς να λαμβάνουν κάποιο προειδοποιητικό σήμα τοξικότητας από τον οργανισμό τους. Σε κάθε περίπτωση όμως, πρόκειται για νόσο του σύγχρονου πολιτισμού. Όπως και με το κάπνισμα, ο μύθος της «ελεύθερης επιλογής» κλονίζεται από τις ισχυρές κοινωνικές και πολιτισμικές επιδράσεις και από τα μεγάλα οικονομικά συμφέροντα που βρίσκονται πίσω από την παραγωγή και διακίνηση των οινοπνευματωδών ποτών στη σύγχρονη εποχή. Εξάλλου, οι περισσότεροι ξεκινούν το ποτό ως κοινωνική συνήθεια που «επιβάλλεται» από τις παρέες, ή από τον κοινωνικό περίγυρο.

Υπάρχουν δύο τουλάχιστον διαφορετικοί τύποι εξάρτησης από την αιθυλική αλκοόλη. Ο τύπος I, που συνήθως τον συναντάμε σε άτομα και των δύο φύλων άνω των 25 ετών,



προκαλεί κυρίως ψυχολογική εξάρτηση και ενοχές. Ο τύπος II, που επικρατεί περισσότερο στους άνδρες άνω των 25 ετών και σπάνια στις γυναίκες, χαρακτηρίζεται από αδυναμία αποχής από το οινόπνευμα, και συχνά από επιθετική και αντικοινωνική συμπεριφορά. Για τα περισσότερα, όμως, νοσήματα που σχετίζονται με το οινόπνευμα, ο τρόπος κατανάλωσης δεν φαίνεται να παίζει ιδιαίτερο ρόλο. Οι κρίσιμοι παράγοντες είναι η χρονική διάρκεια της κατανάλωσης και η συνολική ποσότητα που καταναλώθηκε στο διάστημα αυτό.

Η κατανάλωση οινοπνεύματος είναι ιδιαίτερα διαδεδομένη διεθνώς, με αυξητικές τάσεις τα τελευταία χρόνια, ιδιαίτερα στους νέους. Στις περισσότερες αναπτυγμένες χώρες η κατά κεφαλήν κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών για το 1993 κυμαίνονταν από 6 έως 13 lt. Στην Ευρώπη οι αλκοολικοί υπολογίζονται σε 40 εκατ., ενώ περίπου 320 εκατ. ευρωπαίοι παρουσιάζουν προβλήματα υγείας εξαιτίας του οινοπνεύματος. Σύμφωνα με στοιχεία της Eurostat, η Ελλάδα παρουσίαζε κατά κεφαλήν κατανάλωση 8,7 lt. και καταλάμβανε την 8η θέση μεταξύ των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, με πρώτο το Λουξεμβούργο (14,8 lt.). Η Ελλάδα κατέχει επίσης μια από τις πρώτες θέσεις παγκοσμίως ως προς το ρυθμό αύξησης της κατανάλωσης μπίρας (Τούντας, 2007).

### **1.1.2. Κάπνισμα – Καπνός**

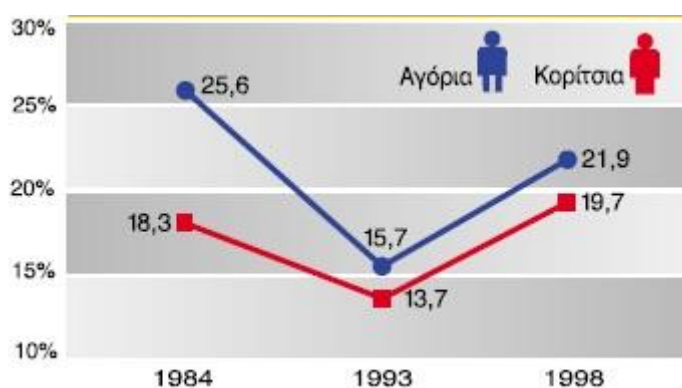
Η συνήθεια του καπνίσματος αποτελεί ένα από τα πιο σοβαρά προβλήματα δημόσιας υγείας στις σύγχρονες ανθρώπινες κοινωνίες (ΚΕΕΛΠΝΟ, 2013). Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO) αλλά και πολλές Επιστημονικές / Ιατρικές Εταιρίες, το κάπνισμα είναι μια σοβαρή χρόνια ασθένεια και ο καπνιστής είναι ασθενής που χρειάζεται συχνή ιατρική παρέμβαση. Η χρήση καπνού συνδέεται με μια ποικιλία ασθενειών και αναπηρίας με αποτέλεσμα τη μείωση της ποιότητας ζωής και το υψηλό κοινωνικό κόστος, συμπεριλαμβανομένου του κόστους της ιατρικής περίθαλψης και τη μείωση της οικονομικής παραγωγικότητας. Το κάπνισμα δεν είναι επιβλαβές μόνο για τους καπνιστές, αλλά είναι επίσης ένας σημαντικός παράγοντας κινδύνου για τους παθητικούς καπνιστές, όπως απέδειξε ήδη από το 1981 ο καθηγητής Δ. Τριχόπουλος (ΚΕΕΛΠΝΟ, 2013).

Σύμφωνα με την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (2012) η χρήση του καπνού είναι η κύρια αιτία θνησιμότητας και νοσηρότητας τόσο στις Ηνωμένες Πολιτείες όσο και σε όλο τον κόσμο (Barbero et al., 2014). Ο έλεγχος της χρήσης καπνού θα πρέπει να λάβει υψηλή προτεραιότητα στην εκπαίδευση, την υγειονομική περίθαλψη, στην έρευνα, και στην ανάπτυξη της πολιτικής των κυβερνήσεων (Barbero et al., 2014). Το εθιστικό κάπνισμα αποτελεί την κύρια αιτία πρόωμης αλλά αποτρεπτής θνησιμότητας στον ανεπτυγμένο κόσμο. Το κάπνισμα αυξάνει τη συχνότητα εμφάνισης σοβαρών νοσημάτων, αλλά αυξάνει και τη θνησιμότητα από τα νοσήματα αυτά. Τα κυριότερα και συχνότερα είναι (ΚΕΕΛΠΝΟ, 2013):

- Στεφανιαία νόσος (εμφράγματα)
- Καρκίνος (του πνεύμονα, του λάρυγγα, της ουροδόχου κύστης κ.λπ.)
- Χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ)
- Αγγειακές παθήσεις εγκεφάλου (εγκεφαλικά)
- Αυξάνει τη βρεφική θνησιμότητα και προκαλεί εμβρυικές επιπλοκές κατά την κύηση.

Το συστηματικό κάπνισμα στο γενικό πληθυσμό δείχνει αυξητικές τάσεις μεταξύ του 1984 και του 1998 (από 34% σε 37%), γεγονός που φαίνεται να οφείλεται στο μεγαλύτερο αριθμό γυναικών που καπνίζει συστηματικά. Τα υψηλότερα ποσοστά συστηματικού καπνίσματος παρατηρούνται στις ηλικίες 25-35 (60% των ανδρών και 38% των γυναικών). Παρόμοιες τάσεις παρατηρούνται και στο μαθητικό πληθυσμό. Ενώ αρχικά υπήρξε μια σημαντική μείωση του συστηματικού καπνίσματος στους μαθητές ανάμεσα στο 1984 (22%) και το 1993 (14,6%), η πορεία αυτή αναστράφηκε το 1998 και ο αριθμός των συστηματικών καπνιστών ανήλθε στο 20,8% (21,9% για τα αγόρια, 19,7% για τα κορίτσια).

### Συστηματικό κάπνισμα στους μαθητές



Πηγή: (Χαραλαμπίδης, 2003)

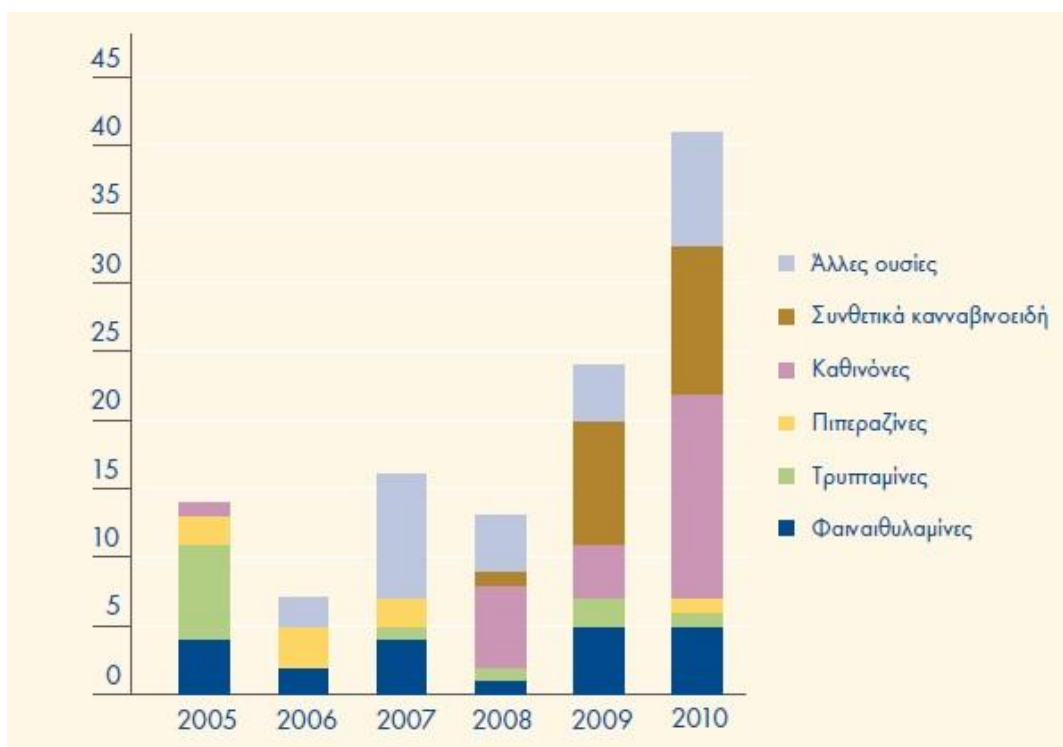
#### 1.1.3. Νέες ψυχοδραστικές ουσίες

Μια νέα ναρκωτική ή ψυχοδραστική ουσία, σε καθαρή μορφή ή σε παρασκεύασμα, η οποία δεν ελέγχεται από την ενιαία σύμβαση των Ηνωμένων Εθνών για τα ναρκωτικά του 1961 ή τη σύμβαση των Ηνωμένων Εθνών για τις ψυχοτρόπους ουσίες του 1971 αλλά ενδέχεται να απειλεί τη δημόσια υγεία εξίσου σοβαρά με τις ουσίες που περιλαμβάνονται στις εν λόγω συμβάσεις (απόφαση 2005/387/ΔΕΥ του Συμβουλίου).

Δεδομένου ότι οι ελεγχόμενες ουσίες επιβάλλεται να ορίζονται σαφώς από την ποινική νομοθεσία, η ανακάλυψη μιας ψυχοδραστικής ουσίας που δεν υπόκειται σε καθεστώς ελέγχου βάσει του νόμου δίνει στους προμηθευτές της τη δυνατότητα να αποκομίσουν κέρδη με άγνωστους κινδύνους για την υγεία των καταναλωτών. Οι εν λόγω ουσίες ενδέχεται στη συνέχεια να ταυτοποιηθούν από τις αρχές και να προστεθούν στον κατάλογο των ελεγχόμενων ουσιών, έως ότου εμφανιστεί μια νέα, και η όλη διαδικασία ξαναρχίσει από την αρχή. Οι πρόσφατες εξελίξεις που επιτρέπουν τη σύνθεση οργανικών χημικών ουσιών με χαμηλό κόστος, σε συνδυασμό με τις δυνατότητες ανταλλαγής πληροφοριών και εμπορίας προϊόντων που προσφέρει το διαδίκτυο, έχουν καταστήσει τις νέες ψυχοδραστικές ουσίες διαθέσιμες σε ένα πρωτοφανώς ευρύ κοινό σε σύγκριση με το παρελθόν. Οι ουσίες αυτές διατίθενται από καταστήματα που ειδικεύονται σε πωλήσεις συνέργων ναρκωτικών σε κεντρικά σημεία των πόλεων και από ιστοσελίδες που στήνονται πολύ εύκολα και μπορούν να διαδώσουν τη χρήση μιας

νέας ουσίας πολύ γρήγορα, τόσο εντός όσο και εκτός των συνόρων μιας χώρας. Η ταχύτητα με την οποία πλέον εμφανίζονται και διακινούνται οι νέες ψυχοδραστικές ουσίες θέτει υπό αμφισβήτηση την καθιερωμένη διαδικασία νομικού ελέγχου των ουσιών στις διάφορες χώρες. Οι προμηθευτές αποκομίζουν σημαντικά κέρδη στη διάρκεια των μηνών που απαιτούνται για την υπαγωγή μιας νέας ουσίας σε καθεστώς ελέγχου βάσει της ποινικής νομοθεσίας και έως ότου προσδιοριστούν οι κίνδυνοι που σχετίζονται με τη χρήση της. Οι αρμόδιοι για τη χάραξη πολιτικής απαιτούν νέους, ταχύτερους και αποτελεσματικότερους τρόπους ελέγχου των ουσιών προκειμένου να προστατευθεί η δημόσια υγεία και να σπάσει ο φαύλος κύκλος της σύνθεσης νέων ουσιών από τους προμηθευτές.

**Νέες ψυχοδραστικές ουσίες που κοινοποιήθηκαν στο ευρωπαϊκό σύστημα έγκαρης προειδοποίησης στο πλαίσιο της απόφασης 2005/387/ΔΕΥ του Συμβουλίου**



Πηγή: Δελτίο 22 του Ευρωπαϊκού Κέντρου Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας, 2011

#### 1.1.4. Όπιο

Όπιο, κοινώς αφιόνι, ονομάζεται ο αποξηραμένος γαλακτώδης χυμός που προέρχεται από ένα είδος παπαρούνας που ονομάζεται μήκων η υπνοφόρος (*Papaver Somniferum*) (Gibson, 2014). Το όπιο περιέχει περίπου 25 αλκαλοειδή, ενώ μεταξύ αυτών έχει περιεκτικότητα περίπου 10~12% σε μορφίνη, από την οποία εξαρτάται η φαρμακολογική επενέργεια του. Η χημική επεξεργασία της μορφίνης παράγει την ηρωίνη που διακινείται στο παράνομο εμπόριο ναρκωτικών. Περιέχει επίσης κωδεΐνη και άλλα μη ναρκωτικά αλκαλοειδή όπως παπαβερίνη, θηβαΐνη και νοσκαπίνη. Το όπιο και τα παράγωγά του αποτελούν ναρκωτικές ουσίες που πάντα προκαλούν σωματική και ψυχολογική εξάρτηση. Σκευάσματα από όπιο (αφέψημα, σκόνη, εκχύλισμα) χρησιμοποιούνται ως αντιδιαρροϊκά και παυσίπινα φάρμακα (Gibson, 2014). Η εξάρτηση από οπιοειδή είναι μια μορφή κατάχρησης ναρκωτικών που αποτελεί πρόκληση για τις αρμόδιες υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης ανά τον κόσμο (Andenaes et Krokmyrdal, 2015). Υπολογίζεται ότι περίπου 15 με 21 εκατομμύρια άνθρωποι είναι χρήστες οπιοειδών (Andenaes et Krokmyrdal, 2015; United Nations Office on Drugs and Crime, UNODC, 2009). Παρά το γεγονός ότι η επικράτηση της χρήσης των παράνομων οπιοειδών στο γενικό πληθυσμό είναι σχετικά χαμηλή, η επιβάρυνση για την κοινωνία από τον εθισμό στα οπιοειδή είναι υψηλή, λόγω των συνδεδεμένων επιβλαβών επιδράσεων στην υγεία (Andenaes et Krokmyrdal, 2015; Popova et al., 2006). Οι χρήστες οπιοειδών συχνά αναπτύσσουν σοβαρές βακτηριακές λοιμώξεις, κακώσεις και τραύματα (Andenaes et Krokmyrdal, 2015; Ford et al., 2008), επώδυνες καταστάσεις που απαιτούν νοσηλεία.

**Σύνδρομο στέρησης:** Παρά το ό,τι η μέτρια χρήση δεν προκαλεί αξιόλογη εξάρτηση, ο οπιομανής δημιουργεί πολύ ισχυρό ψυχολογικό δεσμό με το όπιο και πολύ μεγάλο ψυχαναγκασμό, έτσι η χρήση του οπίου δεν διακόπτεται εύκολα.

#### 1.1.5. Μορφίνη και ηρωίνη

Στις αρχές του 18ου αιώνα στη Γερμανία, ο φαρμακοποιός Friedrich Wilhelm Adam Sertürner κατάφερε να απομονώσει ένα συστατικό του οπίου, που το ονόμασε

«μορφίνη» από τον Μορφέα, θεό των ονείρων στην αρχαία Ελλάδα (<http://www.prolipsis.gr>, 2015). Η χρήση της μορφίνης άρχισε να διαδίδεται το 1853. Το 1952, ο Dr Marshall D. Gates Jr. ήταν ο πρώτος που παρασκεύασε συνθετικά τη μορφίνη. Αρχικά, χρησιμοποιήθηκε ευρέως για την ανακούφιση από τον πόνο και ως «θεραπεία» για τον εθισμό από το όπιο και το οινόπνευμα. Αργότερα όμως, ανακαλύφθηκε ότι η μορφίνη ήταν περισσότερο εθιστική από τις παραπάνω ουσίες, για αυτό και περιορίστηκε η χρήση της. Χαρακτηριστικό είναι το γεγονός, ότι κατά τη διάρκεια του αμερικανικού εμφύλιου πολέμου, περισσότεροι από 400.000 στρατιώτες οδηγήθηκαν στη λεγόμενη «ασθένεια του στρατιώτη», δηλαδή εθίστηκαν στη μορφίνη, καθώς τη χρησιμοποιούσαν ευρέως. Σήμερα, η μορφίνη χρησιμοποιείται στην ιατρική ως ισχυρό παυσίπονο, αναισθητικό και αντιβηχικό. Η μορφίνη ανήκει στην κατηγορία των οπιούχων αναλγητικών εξαρτησιογόνων ουσιών. Στην αρχική της μορφή είναι λευκή (αν και πολλές φορές την παραλλάζουν με διάφορα άλλα χρώματα, κρυσταλλική σκόνη) άοσμη και με πικρή γεύση. Κυκλοφορεί με μορφή δισκίων και σε ενέσιμες αμπούλες. Η μορφίνη, όταν είναι σε στέρεα μορφή, διαλύεται στο νερό και χορηγείται στον οργανισμό υποδόρια, αλλά και ενδοφλέβια (<http://www.prolipsis.gr>, 2015).

**Σύνδρομο στέρησης μορφίνης:** Η χρήση της μορφίνης προκαλεί ανοχή και εξάρτηση, τόσο σωματική, όσο και ψυχολογική. Η εξάρτηση από τη μορφίνη εμφανίζεται μετά από μια περίοδο συχνής χρήσης. Είναι μια περίπλοκη κατάσταση της υγείας, η οποία σχετίζεται με κοινωνικούς, ψυχολογικούς και βιολογικούς παράγοντες και έχει σοβαρές αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία του ατόμου. Τα βασικά στοιχεία της εξάρτησης από τη μορφίνη είναι: η ισχυρή επιθυμία για λήψη της ουσίας, η δυσκολία στον έλεγχο της συμπεριφοράς μετά τη λήψη (ανησυχία, ευερεθιστικότητα κ.ά.) και η επιθυμία για μεγαλύτερες δόσεις για να επιτευχθούν τα αποτελέσματα που προηγουμένως δημιουργούνταν με μικρότερες (ανοχή). Επίσης, το άτομο αδιαφορεί για τις προηγούμενες δραστηριότητές του και τα ενδιαφέροντά του και συνεχίζει να κάνει χρήση, παρά τις εμφανείς βλαβερές επιπτώσεις στην υγεία του (<http://www.prolipsis.gr>, 2015).

Το **στερητικό σύνδρομο** αρχίζει να εμφανίζεται μόλις λίγες ώρες (6- 12) από τη χρήση. Αρχικά, εμφανίζονται κάποια ήπια συμπτώματα όπως δακρύρροια, ρινόρροια, χασμουρητά, εφίδρωση και διαταραχές του ύπνου. Καθώς όμως το σύνδρομο

εξελίσσεται, εμφανίζονται κάποια επιπρόσθετα δυσάρεστα σωματικά συμπτώματα όπως αϋπνία, διάρροια, διεσταλμένες κόρες, ανορεξία, ανατριχίλα, τάση για εμετό, αύξηση της αρτηριακής πίεσης, ταχυπαλμία και πόνοι στο σώμα.

Ταυτόχρονα, εμφανίζονται και ψυχολογικά συμπτώματα όπως:

- έντονο άγχος
- χαμηλή αυτοεκτίμηση
- κατάθλιψη
- παράνοια
- αμνησία

Η αδυναμία λήψης τροφής και υγρών, ο εμετός, η εφίδρωση και η διάρροια, οδηγούν το άτομο σε ελάττωση του βάρους του και αφυδάτωση, βάζοντας έτσι σε κίνδυνο την υγεία του. Επίσης, η υπερβολική δόση, αλλά και ο συνδυασμός της μορφίνης με άλλες ουσίες (όπως αλκοόλ, ηρεμιστικά, αμφεταμίνες κ.ά.), είναι ιδιαίτερα επικίνδυνα, καθώς μπορούν να προκαλέσουν ακόμα και θάνατο. Στις σημαντικές επιπτώσεις που έχει η χρήση μορφίνης στην υγεία, συγκαταλέγονται: ο υψηλός κίνδυνος αιφνίδιων θανάτων (όταν γίνεται ενέσιμη χρήση) και ο αυξημένος κίνδυνος αιματογενών μολύνσεων (όπως ο ιός HIV και η ηπατίτιδα Β και C), που οφείλονται στη χρήση της ίδιας βελόνας και γενικά, στη μη τήρηση των κανόνων υγιεινής (<http://www.prolipsis.gr>, 2015).

Η ηρωίνη (διακετυλομορφίνη) είναι μια ημισυνθετική οπιοειδής ουσία που προέρχεται από επεξεργασία της μορφίνης. Πρόκειται για μια παράνομη και εξαιρετικά εθιστική ουσία με έντονη ευφορική δράση. Σήμερα, η ηρωίνη αποτελεί την πιο διαδεδομένη ουσία κατάχρησης από την ομάδα των οπιούχων.

**Σύνδρομο στέρησης ηρωίνης:** Η στέρηση της ηρωίνης μπορεί να ξεκινήσει μόλις τέσσερις με έξι ώρες μετά την τελευταία ένεση, οπότε ο χρήστης αρχίζει να νιώθει ευερέθιστος, αγχωμένος και νευρικός καθώς παρέρχεται η επήρεια του ναρκωτικού και η ουσία αποβάλλεται από το σώμα. Η σωματική στέρηση μπορεί να διαρκέσει μέχρι και 12 ημέρες, με τη μέγιστη ένταση να παρουσιάζεται κατά μέσο όρο την τέταρτη ημέρα και να εξασθενεί την ένατη. Παρόλο που συνήθως δεν είναι απειλητική για τη ζωή, το

στερητικό σύνδρομο της ηρωίνης είναι μια επώδυνη και και πολύ αγχωτική κατάσταση που παρεμποδίζει πολλούς χρήστες ναρκωτικών να ξεπεράσουν τον εθισμό τους. Συχνά σωματικά στερητικά συμπτώματα είναι τα εξής: διεσταλμένες κόρες, έντονος πόνος στους μύς, τη μέση, τα πόδια και τις αρθρώσεις, ναυτία και έμετος, κοιλιακές κράμπες, διάρροια, ρίγη και ανατριχίλες, εφίδρωση, καταρροή της μύτης, δακρύρροια, χασμουρητό, έντονη ανησυχία και αϋπνία. Οι μυϊκοί σπασμοί κάνουν τα πόδια να κλωτσούν ανεξέλεγκτα. Το ακούσιο κλότσημα των ποδιών είναι πολύ χαρακτηριστικό σύμπτωμα του στερητικού συνδρόμου από τα οπιούχα. Μεταξύ των ψυχολογικών συμπτωμάτων συγκαταλέγονται το άγχος, η δυσφορία, η κατάθλιψη και η ανυπόφορα έντονη επιθυμία για ηρωίνη ([www.heroindetoxeuropa.com](http://www.heroindetoxeuropa.com), 2015). Μέσα σε μία εβδομάδα, καθώς το μεγαλύτερο μέρος των στερητικών συμπτωμάτων αρχίζει να υποχωρεί, ο ασθενής συνήθως νιώθει υπολειμματική αδυναμία και συναισθηματικό πόνο που χαρακτηρίζεται από αίσθημα ενοχής και ντροπής. Συνήθη συμπτώματα είναι οι συχνές εναλλαγές της διάθεσης, η ευερεθιστότητα, οι διαταραχές του ύπνου και η εφίδρωση κατά τη διάρκεια της νύχτας. Η ψυχολογική ή η συναισθηματική στέρηση από την ηρωίνη διαρκεί μερικές εβδομάδες. Η συναισθηματική επιβάρυνση είναι συχνά πολύ μεγάλη και αποτελεί την πιο κοινή αιτία υποτροπής ([www.heroindetoxeuropa.com](http://www.heroindetoxeuropa.com), 2015).

#### 1.1.6. Κωδεΐνη

Η κωδεΐνη είναι μια ουσία που βρίσκεται στο όπιο. Αποτελεί ένα από τα πιο συχνά συνταγογραφούμενα οπιοειδή. Συνήθως συνδυάζεται με την παρακεταμόλη για ανακούφιση από χαμηλό έως μέτριο πόνο. Βρίσκεται στα συστατικά διάφορων αντιβηχικών και αποτελεί συχνά ουσία κατάχρησης, κυρίως από άτομα εξαρτημένα σε άλλα οπιοειδή (π.χ. μορφίνη, ηρωίνη) (<http://www.prolipsis.gr>, 2015).

**Δράσεις και επιδράσεις στον οργανισμό:** Η κωδεΐνη, μετά τη χορήγησή της, μεταβολίζεται σε μορφίνη από το ήπαρ. Η διάρκεια δράσης της είναι περίπου 3-4 ώρες. Τα συμπτώματα που προκαλεί είναι παρόμοια με αυτά της μορφίνης, σε πιο ήπιο βαθμό. Οι βασικές της επιδράσεις είναι αναλγητικές, αλλά και ευφοριογόνες. Λόγω της ευφορίας που προκαλεί, αποτελεί και μία ιδιαίτερα εξαρτησιογόνο ουσία. Μία ακόμη επίδραση της στον οργανισμό είναι και η εμφάνιση ενδογενούς κατάθλιψης. Ενδογενής



κατάθλιψη είναι η μείζων κατάθλιψη που προκαλείται από βιολογικά αίτια και όχι από περιβαλλοντικά, με κύρια σωματικά-βιολογικά συμπτώματα, (π.χ. διαταραχή του ύπνου, ανορεξία), χωρίς κύρια επίδραση στην ψυχική σφαίρα. Φαίνεται ότι συγκεκριμένα αντικαταθλιπτικά εμποδίζουν την αναλγητική της δράση, αλλά όχι και την ευφοριογόνο (δηλαδή, ακόμα και χωρίς τις αναλγητικές δράσεις, η κωδεΐνη συνεχίζει να είναι εξαρτησιογόνος). Η έντονη εξάρτηση που προκαλείται εμφανίζεται και με ψυχικά και με σωματικά συμπτώματα, αντίστοιχα με αυτά που χαρακτηρίζουν την εξάρτηση από μορφίνη. Μετά τη διακοπή λήψης της ουσίας (σε περιπτώσεις εξάρτησης/κατάχρησης) παρουσιάζεται χαρακτηριστικό σύνδρομο στέρησης, παρόμοιο με αυτό της μορφίνης. Κατ' αυτόν τον τρόπο, οι θεραπείες που ακολουθούνται είναι αυτές που χρησιμοποιούνται και για την μορφίνη (<http://www.prolipsis.gr>, 2015).

### 1.1.7. Μεθαδόνη

Η μεθαδόνη ανακαλύφθηκε στη Γερμανία κατά τη διάρκεια του Δεύτερου Παγκοσμίου Πολέμου και χρησιμοποιήθηκε ως αναλγητικό. Στη συνέχεια, ως μέσο «θεραπείας» για χρήστες ηρωίνης, χρησιμοποιήθηκε από τη Σουηδία το 1967, τις Κάτω Χώρες και το Ηνωμένο Βασίλειο το 1968, καθώς και από τη Δανία το 1970. Η χρήση της όμως, παρέμεινε περιορισμένη για πολλά χρόνια (<http://www.prolipsis.gr>, 2015). Μετά τα τέλη της δεκαετίας του 1980, ο ρυθμός με τον οποίο καθιερωνόταν η χρήση της μεθαδόνης ως μορφή «θεραπείας» για τους χρήστες ηρωίνης, επιταχύνθηκε. Έως το 2001 είχε καθιερωθεί σε 24 χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, καθώς και στη Βουλγαρία, τη Ρουμανία και τη Νορβηγία. Στην Ελλάδα, άρχισαν να λειτουργούν πιλοτικά τα προγράμματα υποκατάστασης με μεθαδόνη από το 1996. Το 2001 προστέθηκε η βουπρενορφίνη, ως εναλλακτική ουσία.

**Δράσεις και επιδράσεις στον οργανισμό:** Η μεθαδόνη ανήκει στα οπιοειδή, τα οποία χαρακτηρίζονται ως κατασταλτικές ουσίες, καθώς επιβραδύνουν τις λειτουργίες του νευρικού συστήματος (<http://www.prolipsis.gr>, 2015). Οι ουσίες αυτές χαρακτηρίζονται από παρόμοια χημική δομή και δράση με τη μορφίνη. Η μεθαδόνη παρασκευάζεται συνθετικά και χρησιμοποιείται ως φάρμακο στα προγράμματα υποκατάστασης για άτομα εξαρτημένα από την ηρωίνη ή άλλα οπιοειδή. Η μορφή της μπορεί να είναι είτε σε ταμπλέτες (διαλυτές στο νερό ή μη), είτε σε υγρό (σιρόπι), είτε ενέσιμη. Στα

προγράμματα υποκατάστασης χορηγείται με μορφή πόσιμου διαλύματος (σιρόπι), έχει μεγαλύτερη δράση από την ηρωίνη και μια δόση είναι αποτελεσματική για τουλάχιστον 24 ώρες. Όταν η μεθαδόνη χορηγείται στην κατάλληλη δοσολογία, εξαλείφει τα στερητικά συμπτώματα της ηρωίνης και των άλλων οπιοειδών και δημιουργεί μια μη ευφορική κατάσταση, η οποία μειώνει την επιθυμία που έχει το άτομο να κάνει χρήση ηρωίνης. Επίσης, επαναφέρει στο φυσιολογικό πολλές λειτουργίες του οργανισμού που έχουν διαταραχθεί από τη χρήση ουσιών. Έτσι, δίνεται η ευκαιρία στο άτομο να βελτιώσει τη σωματική και τη ψυχική του κατάσταση και υγεία, αλλά και τις κοινωνικές του λειτουργίες. Παρ'όλα αυτά, η χρήση της μεθαδόνης, μπορεί να προκαλέσει στο άτομο ορισμένες παρενέργειες στον οργανισμό του, όπως:

- μείωση του ρυθμού της αναπνοής (αν γίνει υπερβολικά αδύναμος, μπορεί να επιφέρει και το θάνατο)
- αρνητικές επιπτώσεις στη μνήμη και στις αντιδράσεις του ατόμου (μειώνει τα αντανακλαστικά και την ικανότητα του ατόμου να είναι σε εγρήγορση)
- αίσθημα ανησυχίας, νευρικότητα
- αϋπνία
- ξηροστομία
- ναυτία
- απώλεια όρεξης
- τάση για εμετό
- ανικανότητα

Η χρήση της μεθαδόνης μπορεί να γίνει θανάσιμη για το άτομο αν καταναλωθεί μαζί με αλκοόλ ή άλλα ναρκωτικά. Επίσης, η υπερβολική δόση μεθαδόνης προκαλεί στο άτομο:

- υπνηλία
- σύγχυση
- κρυάδες
- εφίδρωση
- αδύναμο σφυγμό
- τάσεις λιποθυμίας
- διακεκομμένη αναπνοή

Σε κάθε περίπτωση, όταν διαπιστωθεί κάποια ενόχληση ή κάποιο από τα παραπάνω συμπτώματα από το άτομο, θα πρέπει να απευθυνθεί άμεσα στο γιατρό του (<http://www.prolipsis.gr>, 2015).

**Εξάρτηση:** Η χρήση της μεθαδόνης δεν σημαίνει και απεξάρτηση από τα οποιοειδή, καθώς προκαλεί σωματική εξάρτηση και ανοχή. Πολύ πιο σημαντική και πιο δύσκολη στην απεξάρτηση, είναι η ψυχική εξάρτηση από την ουσία, καθώς τα υποκειμενικά προβλήματα εξακολουθούν να υπάρχουν. Ακόμα και αν κάποιος ξεκινήσει το πρόγραμμα υποκατάστασης και για κάποιο διάστημα διακόψει την ηρωίνη, πάντα θα χρειάζεται μια ουσία ως υποκατάστατο για να καλύψει τα «κενά» του. Ακόμη, η μεθαδόνη προκαλεί στερητικό σύνδρομο, το οποίο βέβαια είναι ηπιότερο από αυτό της ηρωίνης, αλλά διαρκεί περισσότερο .

**Προγράμματα υποκατάστασης:** Τα προγράμματα υποκατάστασης απευθύνονται σε άτομα εξαρτημένα από οπιούχα και εφαρμόζονται με τη χορήγηση φαρμακευτικών ουσιών όπως η μεθαδόνη, η βουπρενορφίνη και η λεβο-αλφα-ακεταλ-μεθαδόλη (LAAM). Η υποκατάσταση εφαρμόζεται σήμερα σε όλα τα κράτη-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης, στα οποία η θεραπευτική αυτή μέθοδος καλύπτει περίπου τα 2/3 των θέσεων θεραπείας. Τα προγράμματα μεθαδόνης υποκαθιστούν τη χρήση ουσιών και συνδυάζονται με ψυχολογική παρέμβαση. Βέβαια, για να υπάρξει οριστική θεραπεία δεν αρκεί η μεθαδόνη, καθώς είναι ένα βαρύ ηρεμιστικό φάρμακο και επομένως δύσκολο να αντιμετωπίσει τον εθισμό οριστικά. Η ψυχολογική εξάρτηση θα εξακολουθεί να υπάρχει και χωρίς την κατάλληλη στήριξη και τη βαθύτερη διερεύνηση των αιτιών της χρήσης, δεν θα μπορέσει να απεξαρτηθεί το άτομο από τις ουσίες. Πρωταρχικό μέλημα των προγραμμάτων αυτών είναι:

- η μείωση της χρήσης ουσιών
- η μείωση των προβλημάτων που δημιουργούνται από τη χρήση (προβλήματα υγείας, παραβατική συμπεριφορά, εγκληματικότητα)
- η διασφάλιση της δημόσιας υγείας από τη μετάδοση μολυσματικών ασθενειών (ηπατίτιδα, AIDS)

Παράλληλα, στόχος των προγραμμάτων παραμένει η απεξάρτηση και η βελτίωση των οικογενειακών και κοινωνικών σχέσεων, καθώς και η ενίσχυση του ενδιαφέροντος για εκπαίδευση/ κατάρτιση, για εργασία και για επαγγελματική αποκατάσταση. Τα

προγράμματα υποκατάστασης δεν αποτελούν την ενδεδειγμένη θεραπεία για όλα τα εξαρτημένα από οπιούχες ουσίες άτομα. Για το λόγο αυτό άλλωστε, τίθενται και ορισμένες προϋποθέσεις για να γίνει δεκτό ένα άτομο στη θεραπεία, όπως:

- η ηλικία ( άνω των 20 ετών)
- η προηγούμενη προσπάθεια θεραπείας σε «στεγνό» θεραπευτικό πρόγραμμα (ακόμη όμως κι αν δεν έχει προσπαθήσει το άτομο και είναι άνω των 35 ετών, μπορεί να γίνει δεκτό)

Στα προγράμματα μεθαδόνης θα πρέπει να υπάρχει παράλληλα ψυχολογική παρέμβαση, αν θέλει το άτομο να απεξαρτηθεί από τις ουσίες. Δεν αρκεί η μεθαδόνη για να υπάρξει οριστική θεραπεία (<http://www.prolipsis.gr>, 2015).

#### **1.1.8. Πεθιδίνη**

Η πεθιδίνη ή μεπεριδίνη είναι συνθετικό οπιοειδές, το οποίο χρησιμοποιείται ως αναλγητικό στον μέτριο και έντονο πόνο. Ήταν το πρώτο συνθετικό οπιοειδές που παρασκευάστηκε, το 1932 από το χημικό Όττο Άισλιμπ. Οι αναλγητικές του ιδιότητες ανακαλύφθηκαν από το Όττο Στσάουσμιν, ο οποίος δούλευε για την IG Farben (Michaelis M., Scholkens B., Rudolphi K., 2007). Η πεθιδίνη μπορεί να χορηγηθεί είτε μέσω του στόματος είτε πιο συχνά ενδομυϊκά. Η δράση της διαρκεί 2-4 ώρες και γι' αυτό τον λόγο χρησιμοποιείται για την αντιμετώπιση του πόνου του τοκετού και έχει χρησιμοποιηθεί ως υποκατάστατο της μορφίνης και της ηρωίνης στους εθισμένους. Η μεπεριδίνη επίσης μπορεί να καταστείλει την αναπνοή. Όταν χορηγείται ενδοφλέβια, η μεπεριδίνη προκαλεί διαστολή των αγγείων στην περιφέρεια και στον εγκέφαλο, αύξηση της αιματικής ροής, αύξηση του ENY και μπορεί επίσης να αυξήσει την καρδιακή συχνότητα. Όμως, όταν χορηγείται από το στόμα δεν επιδρά στο καρδιαγγειακό σύστημα. Μεγάλες δόσεις προκαλούν άγχος, τρόμο και μυϊκές συσπάσεις, διαστέλλει την κόρη του ματιού και αυξάνει τα αντανακλαστικά. Προκαλεί εθισμό, αν και είναι λιγότερο εθιστική από τη μορφίνη (Champe et Harvey, 2007).

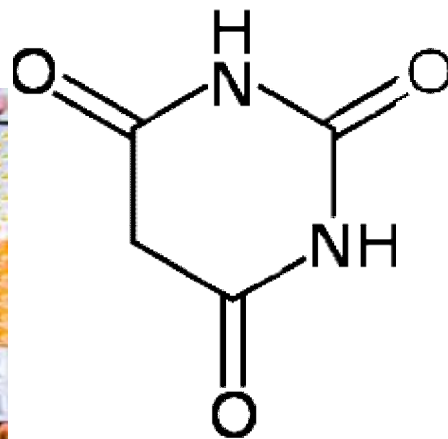
**Σύνδρομο στέρησης:** Μπορεί να προκαλέσει εθισμό και σωματική εξάρτηση και πρέπει να αποφεύγεται η χρήση της σε εμφράγματα μυοκαρδίου, καρδιακή ανεπάρκεια ή πνευμονική υπέρταση.

### 1.1.9. Βαρβιτουρικά

Τα βαρβιτουρικά είναι ισχυρά παυσίπονα που επιβραδύνουν το κεντρικό νευρικό σύστημα, ταξινομούνται ως καταπραϋντικά-υπνωτικά.

Τα βαρβιτουρικά συνταγογραφούνται από τους γιατρούς για τη θεραπεία της αϋπνίας, ανησυχία, το άγχος και την επιληψία. Μερικά βαρβιτουρικά χρησιμοποιήθηκαν ως αναισθητικό σε χειρουργική επέμβαση μικρής διάρκειας. Έχασαν τη δημοτικότητά τους με την έλευση των βενζοδιαζεπινών, αγγολυτικού-υπνωτικού με ένα μεγαλύτερο περιθώριο ασφάλειας.

Οι τοξικομανείς μερικές φορές καταφεύγουν σε αυτές τις ουσίες, όταν δεν μπορούν να πάρουν τα φάρμακά τους ή να αντισταθμίσουν τις επιπτώσεις των υψηλών δόσεων των διεγερτικών, όπως οι αμφεταμίνες ή η κοκαΐνη.



Το βαρβιτουρικό οξύ είναι η βασική δομή όλων των βαρβιτουρικών

**Έξαρτηση:** Μετά από μακροχρόνια λήψη βαρβιτουρικών, ο οργανισμός εθίζεται στην ουσία, δηλαδή το άτομο χρειάζεται δεκαπλάσια δόση από την αρχική. Η χρόνια κατάχρηση βαρβιτουρικών συνοδεύεται από το φαινόμενο της ανοχής και της

εξάρτησης τόσο σωματικής, όσο και ψυχικής, με δυσάρεστα έως και πολύ επικίνδυνα αποτελέσματα για το άτομο, όπως:

- άγχος
- σύγχυση
- πονοκέφαλοι
- αδυναμία ομιλίας
- αστάθεια βαδίσματος
- αυτόνομη υπερδραστηριότητα
- τρόμος των χεριών
- αϋπνία
- ναυτία ή εμετός
- παραισθήσεις ή ψευδαισθήσεις οπτικές – απτικές και ακουστικές
- ψυχοκινητική διέγερση

Μεγάλο ρόλο στην εμφάνιση των παραπάνω συμπτωμάτων παίζει η ψυχική διάθεση και οι συνθήκες κάτω από τις οποίες γίνεται η λήψη της ουσίας. Όταν ένα άτομο έχει εθιστεί στη χρήση βαρβιτουρικών και τα σταματήσει ξαφνικά, τότε παρουσιάζεται το σύνδρομο στέρησης. Τα συμπτώματα είναι πολύ δυσάρεστα και επικίνδυνα και μπορεί ακόμα να αποβούν θανατηφόρα. Το άτομο που έχει εθιστεί στα βαρβιτουρικά βρίσκεται σε συνεχή σχεδόν κατάσταση μέθης. Τέλος, κάθε απότομη διακοπή λήψης των βαρβιτουρικών, μετά από παρατεταμένη και μακροχρόνια χρήση, είναι πιθανό να προκαλέσει στο άτομο ακόμα και το θάνατο. Ιδιαίτερα επικίνδυνα είναι η χρήση βαρβιτουρικών με άλλες ουσίες (αλκοόλ., οπιούχα κλπ.) ( [www.prolipsis.gr](http://www.prolipsis.gr), 2015).

#### **1.1.10. Ηρεμιστικά, υπνωτικά, αγχολυτικά**

Κοινό χαρακτηριστικό αυτών των ουσιών είναι η ιδιότητά τους να προκαλούν κάποιο βαθμό υπνηλίας και ηρεμίας ή ευχάριστης χαλάρωσης όπως και «έλλειψη αναστολών» και απώλεια του ελέγχου της συμπεριφοράς που είναι αποτέλεσμα μάθησης, λόγω της

κατασταλτικής δράσης που ασκούν στα ανώτερα κέντρα του εγκεφάλου. Όλες αυτές οι ουσίες μπορούν να επιφέρουν μεταβολές στο νευρικό σύστημα.

**Σύνδρομο στέρησης:** Οι μεταβολές του νευρικού συστήματος προκαλούν σύνδρομα αποστέρησης τα οποία πρέπει να τονισθεί ότι είναι πιθανόν να είναι πολύ σοβαρά.

### 1.1.11. Κοκαΐνη

Η κοκαΐνη απομονώθηκε από τα φύλλα του θάμνου *Erythroxylon coca*, ο οποίος ευδοκμεί σε μεγάλα υψόμετρα της Νότιας και της Κεντρικής Αμερικής. Οι Ισπανοί κατακτητές το 1530 παρατήρησαν ότι οι Ίνκας, πιθανότατα οι πρώτοι που χρησιμοποίησαν φύλλα κόκας, τα μασούσαν ανάμεικτα με κομματάκια ασβεστόλιθου ή στάχτες για ευχαρίστηση ή για να αντέξουν τις δύσκολες εργασίες, την πείνα και την δίψα. Επίσης, χρησιμοποιήθηκαν σε θρησκευτικές τελετές. Το μάσημα των φύλλων συνεχίζεται ακόμα και σήμερα στην Κολομβία, στο Περού, στον Ισημερινό και στη Βολιβία ακόμη και από τουρίστες, καθώς βοηθά στην αντιμετώπιση της ‘‘Νόσου του Μεγάλου Υψομέτρου’’. Ωστόσο, η συγκεκριμένη ενέργεια δε σχετίζεται με τη χρήση της κοκαΐνης ως ναρκωτική ουσία, αφού τα φύλλα περιέχουν μόνο 0,5-1% κοκαΐνη, που απορροφάται αργά από τον οργανισμό χωρίς να επιφέρει καμία παρενέργεια. Ο πρώτος που απομόνωσε την κοκαΐνη στην κρυσταλλική μορφή της από τα φύλλα του *Erythroxylon coca* ήταν ο Γερμανός χημικός Wohler το 1858, ο οποίος και διαπίστωσε ότι προκαλεί αναισθησία στη βλεννογόνο της γλώσσας. Οι μελέτες που πραγματοποίησε ο Freud σχετικά με την κλινική χρήση της κοκαΐνης χαρακτηρίζουν την αποκαλούμενη «περίοδο της κοκαΐνης» (1884-1887). Η μελέτη του Freud έστρεψε την προσοχή των ιατρών στην κοκαΐνη και ο οφθαλμολόγος Karl Kohler επέκτεινε τη χρήση της, ανακαλύπτοντας πως λειτουργεί αναισθητικά και στο μάτι. Πριν το 1906, εταιρίες παρασκευής αναψυκτικών τύπου cola, χρησιμοποιούσαν την κοκαΐνη με πρόφαση κάποιες αρωματικές ιδιότητες, τις οποίες υποτίθεται πως έχει. Η χρήση της για προσωπική ευχαρίστηση παρατηρήθηκε αργότερα. Από το 1914, η κατανάλωση κοκαΐνης απαγορεύτηκε στα περισσότερα κράτη του κόσμου, ενώ στη σύγχρονη

ιατρική η κοκαΐνη χρησιμοποιείται ως τοπικό αναισθητικό για τις βλεννογόνους και ως ισχυρό παυσίπονο σε ορισμένες περιπτώσεις ([www.prolipsis.gr](http://www.prolipsis.gr), 2015).

**Επιδράσεις στον οργανισμό:** Η κοκαΐνη είναι μία λευκή, άοσμη κρυσταλλική σκόνη που ανήκει στις διεγερτικές εξαρτησιογόνες ουσίες. Το όνομά της προέρχεται από τον θάμνο *Erythroxylon coca*, από τον οποίο και παράγεται. Άλλες ονομασίες της κοκαΐνης είναι : κρυσταλλική σκόνη, coke, C, χιόνι, αναψυκτικό, κοκό, κόκα και blow. Η (υδροχλωρική) κοκαΐνη είναι ψυχοτρόπος ουσία που διεγείρει το κεντρικό νευρικό σύστημα, ενώ έχει και ιδιότητες αναισθητικού. Συνήθως εισπνέεται από τη μύτη, αλλά μπορεί να διαλυθεί και να γίνει ενέσιμη. Επίσης, από κάποιους χρήστες καπνίζεται. Μπορεί να αναμειχθεί με ηρωίνη, ένας συνδυασμός αρκετά επικίνδυνος, που μπορεί να επιφέρει ακόμη και θάνατο. Η διάρκεια και ο χρόνος δράσης της κοκαΐνης εξαρτάται από τη συναισθηματική φόρτιση του ατόμου, από την ποσότητα της ουσίας και τον τρόπο χορήγησης. Παρατηρείται μεγάλη ποικιλία στις σωματικές και ψυχικές εκδηλώσεις, ανάλογα με το χρήστη.

Σωματικές Επιδράσεις: Το άτομο μπορεί στην αρχή να είναι εύθυμο, δραστήριο, να μην νιώθει κούραση, ενώ παράλληλα να εκδηλώνει ανησυχία, νευρικότητα, εριστικότητα και άγχος. Τα συμπτώματα γενικά περιορίζονται στον χρόνο που η κοκαΐνη κυκλοφορεί στο αίμα. Μία άλλη κύρια επίδρασή της στον οργανισμό είναι η ταχυκαρδία και η αύξηση της συστολικής αρτηριακής πίεσης. Η κοκαΐνη συνδέεται και με καρδιακά προβλήματα, ενώ έχουν αναφερθεί και περιπτώσεις θανατηφόρων καρδιακών επεισοδίων. Η μακρά ή εκτεταμένη χρήση μπορεί να έχει ως συνέπεια την ανάπτυξη χρόνιας φλεγμονής, ιστικής νέκρωσης και έλκους της βλεννογόνου της μύτης, με κατάληξη τη διάτρηση του ρινικού διαφράγματος. Καθώς η κοκαΐνη προκαλεί ανορεξία, χρόνιοι χρήστες ίσως αντιμετωπίσουν προβλήματα υγείας που σχετίζονται με την απώλεια βάρους και τον υποσιτισμό.

Ψυχολογικές Επιδράσεις: Μακροχρόνια χρήση ενδέχεται να οδηγήσει σε ψυχωσικά επεισόδια, με συμπτώματα παραληρήματος και παραισθήσεων. Σε επόμενο στάδιο, το άτομο μπορεί να γίνει πολύ επιθετικό και να φθάσει σε σημείο να κάνει κακό στον εαυτό του ή στους άλλους. Η κύρια όμως ψυχολογική επίδραση της κοκαΐνης στο άτομο είναι η κατάθλιψη.



Κοκαΐνη και Εγκυμοσύνη: Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, οι γυναίκες που λαμβάνουν κοκαΐνη είναι πιθανόν να αντιμετωπίσουν σοβαρά προβλήματα, όπως αποβολή, αιμορραγίες, πρόωρος τοκετός και θνησιγονία (γέννηση νεκρού εμβρύου). Ακόμη, το νεογνό μπορεί να γεννηθεί κανονικά, αλλά να παρουσιάσει σωματικές δυσπλασίες.

**Εξάρτηση:** Δεν έχει ακόμη εξακριβωθεί εάν η κοκαΐνη προκαλεί σωματική εξάρτηση, το σίγουρο όμως είναι πως προκαλεί έντονη ψυχική εξάρτηση.

Χαρακτηριστικά εξάρτησης: Ο χρήστης κοκαΐνης βρίσκεται σε μία συνεχή και έντονη αναζήτησή της, επειδή του λείπει το αίσθημα της μεγάλης ευφορίας και υπερδιέγερσης που νιώθει όταν βρίσκεται υπό την επήρειά της. Το κύριο χαρακτηριστικό του συνδρόμου στέρησης από την χρήση κοκαΐνης είναι πως το άτομο πέφτει σε κατάθλιψη, όταν δεν βρίσκεται υπό την επίδρασή της. Σε χρόνια χρήση, αναπτύσσεται και το φαινόμενο της «αντίστροφης ανοχής». Πρόκειται για το φαινόμενο στο οποίο ο οργανισμός καθίσταται ολοένα και πιο ευαίσθητος στη δράση της ουσίας ([www.prolipsis.gr](http://www.prolipsis.gr), 2015).

### 1.1.12. Αμφεταμίνες

Η αμφεταμίνη είναι χημική ουσία που δημιουργήθηκε αρχικά το 1887 από τον Ρουμάνο χημικό Lazar Edeleanu στο πανεπιστήμιο του Βερολίνου, με το όνομα φαινυλισοπροπυλαμίνη. Τη δεκαετία του 1930 χρησιμοποιήθηκε για την αντιμετώπιση της ναρκοληψίας (μια σπάνια διαταραχή του ύπνου) και του συνδρόμου υπερκινητικότητας και διάσπασης της προσοχής. Χρησιμοποιήθηκε ευρέως στους στρατιώτες κατά τη διάρκεια του Β' Παγκοσμίου Πολέμου. Η ιατρική χρήση των αμφεταμινών για την αντιμετώπιση της ήπιας κατάθλιψης ήταν πολύ διαδεδομένη στις δεκαετίες του '50 και του '60. Μεγάλη χρήση έγινε επίσης από παχύσαρκα άτομα, λόγω της ιδιότητας των αμφεταμινών να «κόβουν» την όρεξη. Ωστόσο, από τα τέλη της δεκαετίας του '70 δεν παρασκευάζονται πια φαρμακευτικά - παρά μόνο κάποια παράγωγα τους- λόγω των παρενεργειών και των εθιστικών τους ιδιοτήτων και βρίσκονται μόνο στην παράνομη αγορά. Σήμερα, η θειική αμφεταμίνη, που παρασκευάζεται παράνομα, είναι η πιο διαδεδομένη μεταξύ των εξαρτημένων ατόμων.

**Δράσεις και Τοξικές Επιδράσεις:** Η αμφεταμίνη είναι μια λεπτή, υπόλευκη σκόνη που συνήθως περιέχει μόνο κατά 6 με 10% καθαρή αμφεταμίνη, ενώ το υπόλοιπο 90 % μπορεί να είναι οτιδήποτε: από μπέικιν-πάουντερ μέχρι καθαρτικό. Σήμερα είναι γνωστή στους χρήστες ως «σπιντ», billy whiz, sulfate, fast, uppers, ή «μαύρη καλλονή», «μπλουζ», ή black & white (αν πρόκειται για συνταγογραφούμενη αμφεταμίνη). Κυκλοφορεί συνήθως με μορφή χαπιού ή κάψουλας, αλλά στο παράνομο εμπόριο μπορεί να έχει και τη μορφή άσπρης, κιτρίνης ή ροζ σκόνης. Επίσης εμφανίζεται σε μορφή μικρών, συμπαγών κομματιών, όπου είναι αναμειγμένη με άλλες παρόμοιες σε μορφή ουσίες. Η αμφεταμίνη λαμβάνεται από το στόμα, εισπνεόμενη από τη μύτη ή και να καπνιστεί αναμειγμένη με καπνό. Τέλος, όταν διαλύεται σε νερό μπορεί να πάρει ενέσιμη μορφή. Στην περίπτωση αυτή, αν δεν έχει διαλυθεί πολύ καλά μπορεί να προκαλέσει θρομβώσεις στο καρδιαγγειακό σύστημα και επομένως τον θάνατο. Σαν ενέσιμο διάλυμα επενεργεί ακαριαία, ενώ η κατάποση ή η εισπνοή αμφεταμίνης σε σκόνη φέρνει αποτελέσματα μετά από 10-40 λεπτά. Σε γενικές γραμμές, η επίρεια μιας δόσης αμφεταμίνης διαρκεί περίπου 3-6 ώρες και μπορεί να ανιχνευτεί στα ούρα περίπου 4 ημέρες μετά τη χρήση. Όταν λαμβάνεται σε υπερβολική δόση, μπορεί να προκαλέσει το θάνατο.

**Φαρμακολογία -Ιατρική χρήση:** Γενικότερα, εμφανίζει δράση στο Κεντρικό και στο Περιφερικό Νευρικό σύστημα όπου επάγει την απελευθέρωση ντοπαμίνης, νορεπινεφρίνης και σεροτονίνης. Το αμφεταμινικό παράγωγο μεθυλοφαινιδάτη χρησιμοποιείται για την συμπτωματική αντιμετώπιση του συνδρόμου μειωμένης προσοχής στα παιδιά και της ναρκοληψίας

#### **Ψυχολογικές Επιδράσεις:**

Ερεθίζει το νευρικό σύστημα. Η αμφεταμίνη είναι διεγερτικό του εγκεφάλου, δηλαδή αυξάνει την εγκεφαλική δραστηριότητα

Προκαλεί αίσθηση ενέργειας, διαύγειας και όξυνση της πνευματικής λειτουργίας

Υπό την επίρεια της, οι χρήστες συχνά βιώνουν μια προσωρινή ενίσχυση της αυτοπεποίθησής τους και αισθάνονται ιδιαίτερη ενεργητικότητα, καθώς καταπολεμούν το αίσθημα του ύπνου, της κούρασης και της πείνας. Ωστόσο, δεν εξαφανίζουν την ανάγκη για τροφή και ανάπαυση, απλώς μεταθέτουν την ικανοποίησή τους. Το

αποτέλεσμα είναι ότι οι εθισμένοι στην αμφεταμίνη καταλήγουν στην πλήρη εξάντληση μετά από μία περίοδο παρατεταμένης χρήσης.

Η αμφεταμίνη μπορεί να προκαλέσει ευερεθιστότητα, επιθετικότητα και αίσθημα αδημονίας

### **Σωματικές Επιδράσεις:**

- Ταχυκαρδία, εφίδρωση, ξηροστομία, διαστολή στις κόρες των ματιών.
- Ναυτία και εμετοί.
- Τέντωμα των μυών της σιαγόνας και φθορά των δοντιών.
- Θολή όραση
- Αϋπνία

Όταν η ουσία χορηγείται ενδοφλέβια, το άτομο έχει ένα απότομο και βίαιο αίσθημα ευφορίας και αυτοπεποίθησης. Οι υψηλές δόσεις, ιδίως αν επαναλαμβάνονται συχνά, μπορούν να προκαλέσουν συγκεκριμένο λεξιλόγιο, παραλήρημα, κρίσεις πανικού, ψευδαισθήσεις και παρανοϊκό ιδεασμό. Επίσης, μπορεί να επέλθει συγκοπή ή έντονος πόνος στο στήθος. Μετά το τέλος της επίδρασης των μεγάλων δόσεων ακολουθεί δυσφορία, άγχος, τρέμουλο, αίσθημα κόπωσης και κατάθλιψη.

### **Μακροχρόνιες Επιδράσεις:**

Ψυχολογικές Επιδράσεις: Οι συνηθέστερες σωματικές επιδράσεις είναι οι εξής:

- Διωκτικό παραλήρημα
- Ακουστικές και οπτικές ψευδαισθήσεις
- Παρανοϊκό ιδεασμό
- Υπερκινητικότητα
- Ευερεθιστότητα
- Αλλαγές στην αντίληψη του σώματος

Σωματικές Επιδράσεις: Οι συνηθέστερες σωματικές επιδράσεις είναι οι εξής:

- Η χρόνια χρήση αμφεταμίνης μπορεί να βλάψει τα αιμοφόρα αγγεία και να προκαλέσει καρδιακή προσβολή, ιδίως σε όσους έχουν ήδη υψηλή αρτηριακή πίεση ή καρδιακά προβλήματα
- Απώλεια βάρους και όρεξης
- Πολλές γυναίκες που κάνουν χρήση αμφεταμίνης εμφανίζουν διαταραχές ή και διακοπή της περιόδου.

Ακόμη, μετά από χρόνια χρήση εμφανίζεται ανοχή στην ευφορική δράση της, που από τους χρήστες περιγράφεται ως "χάσιμο της μαγείας". Η χρήση τους ωθεί στη λήψη καταπραϋντικών ουσιών (αλκοόλ, ηρεμιστικά, υπνωτικά) για να εξισορροπεί ο οργανισμός, προκαλώντας έτσι ένα φαύλο κύκλο.

Γενικότερα, η συστηματική χρήση των αμφεταμινών προκαλεί ανοχή, ψυχική εξάρτηση και σωματική εξάρτηση, η οποία δεν είναι ωστόσο τόσο συνηθισμένη.

**Ανοχή:** Οι χρήστες αναπτύσσουν γρήγορα ανοχή και οι συχνοί χρήστες μπορεί να έχουν δυσάρεστες παρενέργειες. Για τη διατήρηση του επιθυμητού αποτελέσματος, οι τακτικοί χρήστες αναγκάζονται να αυξάνουν τις δόσεις τους. Μετά τη διακοπή της χρήσης, παρουσιάζονται συμπτώματα στέρησης.

**Εξάρτηση:** Οι αμφεταμίνες είναι ψυχολογικά εθιστικές. Οι χρήστες συχνά αποκτούν εξάρτηση από το φάρμακο προκειμένου να αποφύγουν τα δυσάρεστα συμπτώματα που συνοδεύουν τη λήξη της επενέργειάς του. Δηλαδή, κατάθλιψη, άγχος, ευερεθιστότητα, ληθαργικότητα, κόπωση, αϋπνία, και ψυχοκινητική διέγερση. Κατά την περίοδο αυτή υπάρχει κίνδυνος για αυτοκτονία. Το αποτέλεσμα είναι ο χρήστης να καταφεύγει σε όλο μεγαλύτερες και συχνότερες δόσεις αμφεταμινών ή να παίρνει άλλα πιο ισχυρά φάρμακα ή ουσίες. Το αποτέλεσμα είναι η πλήρης εξάντληση των χρηστών μετά από μια μακρά περίοδο συνεχούς κατάχρησης ([www.prolipsis.gr](http://www.prolipsis.gr), 2015).

### 1.1.13. Κάνναβη

Κάνναβη είναι ο κοινόχρηστος όρος που αναφέρεται στα διάφορα ψυχοδραστικά σκευάσματα (φύλλα μαριχουάνας, χασίς και χασισέλαιο) του φυτού της κάνναβης. Η κάνναβη είναι ένα θαμνώδες φυτό που διακρίνεται για τη μεγάλη του ικανότητα προσαρμογής σε διαφορετικές κλιματολογικές συνθήκες.

Το γένος της κάνναβης ανήκει στην οικογένεια των κανναβοειδών (Cannabaceae) και περιλαμβάνει διάφορα είδη. Τα δυο συνηθέστερα είναι

1) Η ήμερη κάνναβη (*Cannabis sativa*)

2) Η ινδική κάνναβη (*Cannabis indica*)

Τα είδη της κάνναβης, αν και μοιάζουν μορφολογικά μεταξύ τους, παρουσιάζουν και σημαντικές διαφορές με κυριότερη την περιεκτικότητα του κάθε είδους, σε ορισμένες δραστικές ουσίες, όπως είναι η τετραϋδροκανναβινόλη (THC) – η ψυχοδραστική ουσία της κάνναβης.

Η **ινδική κάνναβη** (*Cannabis indica*) περιέχει λίγη έως πολύ τετραϋδροκανναβινόλη, ανάλογα την ποικιλία, και χρησιμοποιείται κυρίως ως θεραπευτικό και, παράνομα, ως ευφορικό μέσο. Από την ινδική κάνναβη παρασκευάζεται και το γνωστό χασίς (η αποξηραμένη ρητίνη του φυτού), καθώς και φάρμακα για ορισμένες ασθένειες, όπως γλαύκωμα, σκλήρυνση κατά πλάκας, νευρική ανορεξία, κάποιες μορφές καρκίνου, AIDS, κ.λπ. Η καλλιέργεια της ινδικής κάνναβης απαγορεύεται στις περισσότερες χώρες.

Η **ήμερη κάνναβη** (*Cannabis sativa*) περιέχει ελάχιστη έως καθόλου τετραϋδροκανναβινόλη. Στο παρελθόν και μέχρι το 1883, είχε μεγάλη οικονομική αξία και βρήκε πλήθος βιομηχανικών εφαρμογών. Χρησιμοποιείτο κυρίως για την κατασκευή σχοινιών, υφασμάτων, τροφίμων και χαρτιού, αλλά και ως καύσιμη ύλη, μονωτικό υλικό, προσθετικό σε χρώματα και πλαστικά, ως δομικό υλικό, κ.λπ.

Γενικότερα, η κάνναβη ήταν γνωστή στον άνθρωπο από το 8000 π.Χ. και έχει χρησιμοποιηθεί για διατροφή και ένδυση, για παραγωγή ενέργειας, για θεραπευτικούς σκοπούς, αλλά και ως ευφορικό μέσο. Πατρίδα της θεωρείται η κεντρική Ασία απ’

όπου και εξαπλώθηκε σε όλο τον κόσμο. Η απαγόρευση της κάνναβης άρχισε στις ΗΠΑ το 1937 και ίσχυσε πολύ γρήγορα σε όλο σχεδόν τον κόσμο.

### **Επιδράσεις στον οργανισμό:**

Τα αποτελέσματα της χρήσης κάνναβης στη συμπεριφορά του άτομου ποικίλλει ανάλογα με τη δοσολογία, τον τρόπο χορήγησης, το περιβάλλον, την εμπειρία, τις προσδοκίες του ατόμου και την ατομική ευαισθησία έναντι ορισμένων ψυχοτοξικών δράσεων (π.χ. παραισθήσεις και παράνοια). Συνήθως, παρατηρείται ένα έντονο αίσθημα ευεξίας και ευφορίας, το οποίο συνοδεύεται από χαλάρωση και υπνηλία. Όταν η χρήση γίνεται ομαδικά, η υπνηλία είναι λιγότερο έντονη. Πολλές φορές όμως, η χρήση συνοδεύεται και από αρνητικά συναισθήματα. Η ικανότητα του ατόμου να επιτελέσει ενέργειες, που απαιτούν σύνθετη σκέψη, μειώνεται. Η ισορροπία του σώματος μπορεί να επηρεαστεί ακόμα και με χαμηλές δόσεις, ενώ παρατηρείται ελάττωση της μυϊκής δύναμης και της σταθερότητας των άνω άκρων. Το άτομο που καπνίζει μαριχουάνα παρουσιάζει αυξημένη όρεξη και ξηροστομία, ενώ οι αισθήσεις της αφής, της όσφρησης και της γεύσης, ενισχύονται. Σε μεγαλύτερες δόσεις, ο χρήστης μπορεί να παρουσιάσει παραισθήσεις και παρανοειδή αισθήματα, αλλοίωση της αντίληψης, σύγχυση και αποδιοργάνωση της σκέψης. Την ευφορία αντικαθιστά η ανησυχία, που φτάνει τα όρια του πανικού. Μια τέτοια αντίδραση μπορεί να εκδηλωθεί αιφνιδίως ή μετά από μακροχρόνια χρήση.

### **Μακροπρόθεσμες επιδράσεις στον οργανισμό:**

Διάφορες μελέτες δείχνουν ότι η συστηματική και χρόνια χρήση της κάνναβης επιδρά σε διάφορες εγκεφαλικές λειτουργίες, καθώς δημιουργεί παρόμοιες μεταβολές με αυτές της χρήσης ηρωίνης, κοκαΐνης και οινόπνευματος. Χρόνιοι χρήστες παρουσιάζουν απάθεια, αποχαύνωση, εξασθένιση της κρίσης, της συγκέντρωσης, της μνήμης και της αντίληψης, μείωση των αντανακλαστικών, διαταραχή στην αντίληψη του χρόνου και διαταραχή στην προσοχή. Επίσης, παρατηρείται απώλεια κάθε ενδιαφέροντος για την εμφάνισή τους και την κάλυψη τυπικών καθημερινών αναγκών. Το φαινόμενο αυτό είναι γνωστό ως «σύνδρομο έλλειψης κινήτρων».

Η χρήση κάνναβης, σίγουρα αποτελεί έναν μόνο από τους παράγοντες εμφάνισης του φαινομένου αυτού και είναι δύσκολο να προσδιοριστεί η ευθύνη της ουσίας σε κάθε

περίπτωση. Όμως, έρευνες έχουν δείξει ότι η διακοπή της οδηγεί σε σταδιακή βελτίωση. Μελέτες δείχνουν ότι η χρήση μαριχουάνας/χασίς επιδρά και στο καρδιαγγειακό σύστημα του ανθρώπου, προκαλώντας ακανόνιστες μεταβολές στον καρδιακό ρυθμό και στην αρτηριακή συστολική πίεση. Επίσης, η κάνναβη έχει σχετιστεί με κάποια είδη καρκίνου. Έχει αποδειχθεί, από έρευνες, πως κάποιος που κάνει 5 τσιγάρα μαριχουάνας/χασίς την εβδομάδα προσλαμβάνει τόσα καρκινογόνα χημικά συστατικά, όσα κάποιος που καπνίζει 20 τσιγάρα καπνού την ημέρα. Διαταραχές παρατηρούνται και στο αναπνευστικό σύστημα, με τη μορφή της βρογχίτιδας και του άσθματος. Μελέτες σε ζώα έχουν δείξει πως η χρήση της κάνναβης καταστρέφει κύτταρα και ιστούς που σχετίζονται με την άμυνα του οργανισμού απέναντι στις διάφορες ασθένειες, καθιστώντας τους χρήστες πιο ευάλωτους στις λοιμώξεις. Τέλος, η απουσία ωορρηξίας, έχει επίσης συνδεθεί με τη λήψη της ουσίας.

**Εξάρτηση:** Οι επιδράσεις της κάνναβης εμφανίζονται μέσα σε λίγα λεπτά από τη στιγμή που αρχίζει το κάπνισμα. Οι συγκεντρώσεις στο αίμα κορυφώνονται μέσα σε 7 με 10 λεπτά, ενώ τα υποκειμενικά συμπτώματα φτάνουν στον μέγιστο βαθμό σε 30 με 60 λεπτά. Τα συμπτώματα που προκαλούνται από ένα μόνο τσιγάρο δεν διαρκούν πάνω από 3 ώρες και συσχετίζονται άμεσα με τη συγκέντρωση της ουσίας στο αίμα.

Αν και δεν υπάρχει σαφώς τεκμηριωμένη φυσική εξάρτηση από την ουσία, εντούτοις η χρήση της μαριχουάνας και του χασίς δημιουργεί ψυχολογική εξάρτηση, που σε πολλές περιπτώσεις οδηγεί σε μια σχεδόν καταναγκαστικά επαναλαμβανόμενη συχνή χρήση.

Από την κλινική πείρα, έχει φανεί ότι σε νεαρά άτομα με προδιάθεση στην ψυχική διαταραχή, η χρήση της κάνναβης μπορεί να αποτελέσει καθοριστικό παράγοντα στην εκδήλωση ψυχωσικών επεισοδίων, καθώς και αυξημένο κίνδυνο υποτροπής της ψυχικής διαταραχής μετά το τέλος του επεισοδίου.

Τέλος, η χρήση της κάνναβης φέρνει το νέο άτομο σε ευκολότερη επαφή και με άλλες παράνομες ουσίες, αυξάνοντας την πιθανότητα εμπλοκής με αυτές.

**Σύνδρομο στέρησης:** Σε εργαστηριακές συνθήκες, έχει παρατηρηθεί σύνδρομο στέρησης σε άτομα που επιχειρούν τη διακοπή της χρήσης, μετά από επαναλαμβανόμενη λήψη υψηλών δόσεων της ουσίας. Αυτό περιλάμβανε ευερεθιστότητα, ανησυχία, νευρικότητα, ελαττωμένη όρεξη, απώλεια βάρους, αϋπνία, τρόμο, ρίγη και αυξημένη θερμοκρασία του σώματος. Όμως, τα συμπτώματα αυτά είναι

γενικά ήπια. Το σύνδρομο αρχίζει μέσα σε λίγες ώρες από τη διακοπή της χρήσης της ουσίας και διαρκεί 4 με 5 ημέρες.

**Ανοχή:** Η κάνναβη επιφέρει μια μέτρια ανοχή ([www.prolispsis.gr](http://www.prolispsis.gr), 2015).

#### **1.1.14. L.S.D.**

Τα παραισθησιογόνα είναι μια σειρά από ουσίες που έχουν την ιδιότητα να διαταράσσουν τον ψυχικό κόσμο του ατόμου και να προκαλούν αντιληπτικές διαταραχές όπως οπτικές και ακουστικές παραισθήσεις. Οι ουσίες αυτές μπορεί να είναι φυσικές («μαγικά μανιτάρια») ή χημικές (LSD). Τα παραισθησιογόνα πιστευόταν ότι έχουν την ικανότητα να «ανοίγουν τις πόρτες» για την έκφραση του ασυνειδήτου, δηλαδή εκείνου του μέρους του ψυχισμού μας που – παρόλο που δεν γνωρίζουμε το περιεχόμενό του- επηρεάζει τις σκέψεις και τις πράξεις μας. Τα αποτελέσματα είναι πολύ δύσκολο να προβλεφθούν μιας και εξαρτώνται σε μεγάλο βαθμό από την προσωπικότητα του χρήστη, από την εμπειρία του, από τις προσδοκίες του και από το περιβάλλον μέσα στο οποίο γίνεται η χρήση. Προκαλεί αλλοίωση των αντιλήψεων, διαστρεβλωμένες εικόνες, έντονα χρώματα, φαντασιώσεις και συχνά παραισθήσεις. Παρατηρούνται επίσης αλλοιώσεις στην ακοή, καθώς και στην αίσθηση του χρόνου και του χώρου. Οι κόρες των ματιών συστέλλονται και παρατηρείται έντονη εφίδρωση. Η πίεση ανεβαίνει όπως και ο ρυθμός της καρδιάς και η θερμοκρασία του σώματος. Παρατηρούνται έντονα ψυχωσικά συμπτώματα που μπορούν να παρομοιαστούν με αυτά της σχιζοφρένειας, μιας και η εναλλαγή των συναισθημάτων και των αντιλήψεων είναι ραγδαία, και χωρίς καμία λογική ή συνοχή. Έτσι λοιπόν οι χρήστες μιλούν και για «κακά ταξίδια» (bad trips), όταν βιώνουν έντονα τρομακτικά και δυσάρεστα συναισθήματα (<http://www.okana.gr>, 2015).

Το φαινόμενο του flashback, είναι η αναβίωση της εμπειρίας του «ταξιδιού» μετά τη διακοπή της χρήσης του LSD. Συνήθως διαρκεί από λίγα λεπτά ως και μερικές ώρες. Εάν το flashback επιμένει για αρκετές μέρες, υπάρχει πιθανότητα οργανικής βλάβης του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος.



### 1.1.15. Μεσκαλίνη (Peyote)

Το peyote, ή αλλιώς mescal, είναι ένας μικρός, στρογγυλός κάκτος, του οποίου η κύρια ενεργός παραισθησιογόνος ουσία είναι η μεσκαλίνη. Το συγκεκριμένο φυτό ευδοκίμει στο Μεξικό και τις νοτιοδυτικές περιοχές των ΗΠΑ και χρησιμοποιείται ευρέως στις θρησκευτικές τελετές των ιθαγενών.

**Επιδράσεις στον οργανισμό:** Η μεσκαλίνη απομονώθηκε το 1896 και μπορεί επίσης να παρασκευαστεί και συνθετικά. Έχει ομοιότητες με ουσίες που παράγει το σώμα μας, όπως η αδρεναλίνη και η νοραδρεναλίνη. Το επάνω μέρος των κωδέων του κάκτου κόβεται και αποξηραίνεται. Συνήθως λαμβάνεται από το στόμα : τα αποξηραμένα μέρη είτε μασιούνται είτε μουλιάζονται σε νερό για την παράγωγή ενός ιδιαίτερα ψυχοτρόπου αφεψημάτος. Η ποσότητα μεσκαλίνης που μπορεί να προκαλέσει παραισθησιογόνο δράση είναι περίπου 0,3 – 0,5 γραμμάρια και η επίδρασή της έχει διάρκεια έως και 12 ώρες.

#### Άμεσες Σωματικές Συνέπειες:

- αύξηση του καρδιακού ρυθμού
- ναυτία, έμετος
- έντονη εφίδρωση
- αυξημένη θερμοκρασία σώματος, έξαψη
- αταξία ( έλλειψη συντονισμού κινήσεων)

#### Άμεσες Ψυχολογικές Συνέπειες:

- Οπτικές ψευδαισθήσεις (συνήθως χρωματιστών γεωμετρικών σχημάτων)
- Αλλοιωμένη εικόνα του σώματος
- Αυξημένη αισθητηριακή αντίληψη
- Δυσκολία στη συγκέντρωση
- Ευφορία

#### Απώτερες Συνέπειες:

Οι μακροπρόθεσμες συνέπειες της χρήσης μεσκαλίνης δεν έχουν γίνει πλήρως γνωστές. Υπάρχουν ωστόσο ενδείξεις ότι οι χρήστες peyote μπορεί να βιώσουν flashbacks, ενώ η

χρήση κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης σχετίζεται με ανωμαλίες στο έμβρυο. Καθώς πρόκειται για παραισθησιογόνο ουσία, η επίδραση της χρήσης του peyote είναι δύσκολο να προβλεφθεί μιας και εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την ποσότητα που λαμβάνεται, την προσωπικότητα του χρήστη, την εμπειρία του, τη διάθεσή του την ώρα της χρήσης, τις προσδοκίες του, καθώς και από το περιβάλλον μέσα στο οποίο γίνεται η χρήση. Μέσα σ' αυτό το πλαίσιο, η αλόγιστη χρήση του για «ψυχαγωγικούς» σκοπούς μπορεί να αποβεί επικίνδυνη για το άτομο ([www.prolispsis.gr](http://www.prolispsis.gr), 2015).

#### **1.1.16. Ψιλοκυβίνη**

Είναι ένα μικρό μανιτάρι το οποίο αναπτύσσεται στις κοπριές των αγελάδων και τα ελώδη λειβάδια του Μεξικού. Τα αλκαλοειδές παραισθησιογόνο απομονώθηκε το 1958 και ξαναπαράχθηκε χημικά από τον Albert Hofman. Τα χημικά χαρακτηριστικά της ψιλοκυβίνης είναι σχεδόν ίδια με το LSD (Gossop et Grand, 1994).

## 2. Αιτίες προβλήματος – Στάση της κοινωνίας – Αναγνώριση

### 2.1. Αιτίες του προβλήματος

Σύμφωνα με το ΚΕΘΕΑ (2015) η χρήση ναρκωτικών ή η κατάχρησή τους από ένα άτομο ή μια ομάδα ανθρώπων σπάνια είναι αποτέλεσμα ενός μόνο αιτιολογικού παράγοντα. Η εξάρτηση δεν εμφανίζεται ξαφνικά στη ζωή ενός ανθρώπου. Οι παράγοντες που συντελούν και δημιουργούν προϋποθέσεις για την εμφάνισή της αναπτύσσονται τις περισσότερες φορές κατά την παιδική ηλικία. Στην ηλικία αυτή μπαίνουν οι πρώτες βάσεις για τη δημιουργία αξιών, αρχών και στάσεων. Συμβαίνουν ραγδαίες αλλαγές και οι επιδράσεις που δέχεται σ' αυτή την ηλικία το παιδί είναι καθοριστικές για τη μετέπειτα εξέλιξη. Αυτή η περίοδος καθορίζεται άμεσα από την οικογένεια, το σχολείο αλλά και από το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον. Έρευνες δείχνουν ότι για την εμφάνιση της χρήσης, κατάχρησης και εξάρτησης από ουσίες συμβάλλουν πολλοί και σύνθετοι παράγοντες που αλληλεπιδρούν και διακρίνονται σε τρεις βασικές κατηγορίες (ο βαθμός συμμετοχής της καθεμιάς είναι διαφορετικός σε κάθε περίπτωση) (ΚΕΘΕΑ, 2015):

- **Το οικογενειακό, κοινωνικό και πολιτιστικό περιβάλλον στο οποίο ζει το άτομο:** Η οικογένεια αποτελεί την πρώτη κοινωνική ομάδα στην οποία συμμετέχει το άτομο και ασκεί καθοριστικές επιρροές στην ανάπτυξη και την ψυχική του υγεία. Μέσα στη γενικότερη εξασθένηση θεσμών και αξιών στη σύγχρονη κοινωνία, η οικογένεια σήμερα παύει να λειτουργεί για το παιδί σαν ο κύριος πάροχος θετικών προτύπων μίμησης. Η αγωνία των γονέων να ανταπεξέλθουν στις οικογενειακές απαιτήσεις της εποχής, τους απομακρύνει από τον εκπαιδευτικό και κοινωνικοποιητικό ρόλο τους, έτσι ώστε το παιδί να βρίσκεται σε μια "μετέωρη" θέση που του προκαλεί έντονο άγχος, συγκρουόμενα συναισθήματα, ανασφάλεια και δυσκολία να ανταποκριθεί στην κοινωνική του ανάπτυξη και προσαρμογή. Η εξασθένηση των διαπροσωπικών σχέσεων μέσα στην οικογένεια, η έλλειψη παρακολούθησης και εποπτείας του παιδιού, η έλλειψη ενδιαφέροντος για τις δραστηριότητές του, η υπερβολική αυστηρότητα ή η υπερβολική παραχωρητικότητα, λειτουργούν αρνητικά πάνω στην ανάπτυξη του παιδιού και οπωσδήποτε ενθαρρύνουν την απομάκρυνσή του από την οικογένεια και τη δημιουργία δεσμών με συνομηλίκους. Έτσι η σχέση με τους γονείς παύει να είναι

αποτελεσματική και καθοριστικό ρόλο στη συμπεριφορά και τις επιλογές του παιδιού, αποκτούν οι φίλοι και οι συνομήλικοι (Tsintou, 2010).

· **Οι βιολογικοί παράγοντες και η προσωπικότητα του ατόμου:** Η προσπάθεια προσδιορισμού γενετικών προδιαθεσικών παραγόντων, προτείνει μια βιολογική βάση ερμηνείας συμπεριφορών που συνδέονται με υψηλό κίνδυνο εθισμού. Είναι αυτονόητο αλλά και σημαντικό να τονιστεί ότι οι γενετικοί αυτοί παράγοντες δεν αρκούν από μόνοι τους να αιτιολογήσουν την εμπλοκή ενός ατόμου με τη χρήση ναρκωτικών ουσιών. Πειραματικές μελέτες, κυρίως με αρουραίους, έχουν κατορθώσει να προσδιορίσουν με ακρίβεια τα ιδιαίτερα κυκλώματα του εγκεφάλου στα οποία δρουν τα διάφορα ναρκωτικά, τους μοριακούς μηχανισμούς της δράσης τους, όπως και τις διαταραχές που προκαλούνται σε κυτταρικό και μοριακό επίπεδο. Είναι σημαντικό ότι στα ίδια νευρωνικά κυκλώματα που δρουν τα ναρκωτικά, κατά τη διάρκεια της εφηβείας παρατηρούνται αναπτυξιακές μεταβολές που σηματοδοτούν τη μετάβαση του παιδιού στην ενηλικίωση σε επίπεδο συναισθήματος, κριτικής, μνήμης και εμπειρίας. Η παρατήρηση αυτή τοποθετεί την ανάπτυξη του εθισμού σε μια νευρο-αναπτυξιακή βάση αφού η μειωμένη ωριμότητα ενός νευρολογικού συστήματος που αναπτύσσεται, μπορεί να οδηγεί σε μειωμένες αντιστάσεις σε επικίνδυνες συμπεριφορές, στις οποίες συμπεριλαμβάνεται και η χρήση ναρκωτικών. Πρόσφατα πειράματα στο Πανεπιστήμιο του Καίμπριτζ σε αρουραίους, έδειξαν ότι κάποιοι αρουραίοι επέλεξαν τη λήψη του ναρκωτικού με αυξημένες πιθανότητες και κάποιοι άλλοι όχι. Μελέτη του εγκεφάλου των δύο ομάδων, απέδειξε την ύπαρξη διαφορών μεταξύ τους που μάλιστα υπάρχουν χωρίς να προηγηθεί η χορήγηση του ναρκωτικού ούτε για μία φορά. Εάν αυτό συμβαίνει και στον άνθρωπο, τότε πρόκειται για μια συναρπαστική υπόθεση όπου γενετικοί παράγοντες παρεμβαίνουν σε μια νευροαναπτυξιακή διαδικασία με αποτέλεσμα την αυξημένη ευπάθεια στη χρήση ναρκωτικών. Η προδιάθεση αυτή μπορεί να εκδηλωθεί με μείωση του κατώτερου ορίου της έκθεσης στο ναρκωτικό που απαιτείται για να εμφανιστεί εθισμός. Επίσης μπορεί να οδηγεί στην αυξημένη πιθανότητα υποτροπής στους χρήστες που βρίσκονται σε φάση απόσυρσης, δηλαδή αποχής από τη χρήση. Σε κάθε περίπτωση, τονίζεται και πάλι, ότι εάν η γενετική αυτή βάση της προδιάθεσης ισχύει και για τον άνθρωπο, δεν αρκεί για να αιτιολογήσει την εξάρτηση κάποιου από τα ναρκωτικά. Μπορεί όμως να μειώσει την απόσταση από την "πειραματική" χρήση στον εθισμό (Tsintou, 2010).

- **Η δράση της ουσίας:** Σημαντικό ρόλο παίζει και η εκάστοτε εξαρτησιογόνα ουσία. Ανάλογα την δράση σε συνδιασμό με τον οργανισμό τα αποτελέσματα μπορούν να ποικίλουν.

#### **Κάποιοι από τους επιβαρυντικούς παράγοντες:**

- Η ανοχή ως προς τη χρήση ουσιών
- Η διαθεσιμότητα των ουσιών
- Ο κοινωνικός αποκλεισμός
- Η αποξένωση
- Η έλλειψη υποστηρικτικών κοινωνικών δομών
- Ο καταναλωτικός τρόπος ζωής
- Η πίεση, το άγχος
- Η έλλειψη ευκαιριών επαγγελματικής απασχόλησης
- Η παρέα με χρήστες ουσιών
- Το χαοτικό οικογενειακό περιβάλλον
- Η χρήση και κατάχρηση ουσιών από τους γονείς
- Η έλλειψη συναισθηματικών δεσμών στην οικογένεια
- Η βία, η παραμέληση, οι υπέρμετρες οικογενειακές συγκρούσεις
- Η αναποτελεσματική επίβλεψη από τους γονείς
- Οι υπέρμετρες και μη ρεαλιστικές προσδοκίες
- Ο ψυχικός πόνος
- Η μοναξιά
- Η χαμηλή αυτοεκτίμηση
- Η έλλειψη ορίων
- Η αβεβαιότητα ως προς αξίες, στόχους, προτεραιότητες
- Η έλλειψη δεξιοτήτων ζωής (λήψης αποφάσεων, αυτοελέγχου, υπευθυνότητας, αντίστασης, διεκδίκησης κ.α.)
- Η έλλειψη επικοινωνίας
- Η αδυναμία διαχείρισης έντονων συναισθημάτων και ματαιώσεων
- Η ασυγκράτητη παρορμητικότητα
- Η ανία, η πλήξη

- Η αναζήτηση διαρκούς ευτυχίας και ευχαρίστησης
- Η αρχική χρήση ουσιών κατά την προεφηβεία
- Η σχολική αποτυχία σε σταθερή βάση
- Η πρόωρη αντικοινωνική συμπεριφορά

#### **Κάποιοι προστατευτικοί παράγοντες:**

- Προσωπικές δεξιότητες του ατόμου (αυτοπεποίθηση-αυτοεκτίμηση, αυτοέλεγχος, αναγνώριση, έκφραση και διαχείριση έντονων συναισθημάτων, στοχοθέτηση, κλπ)
- Κοινωνικές δεξιότητες του ατόμου (επικοινωνία, συνεργασία, αντίσταση, υπευθυνότητα, επίλυση προβλημάτων, κριτική σκέψη και λήψη αποφάσεων, κοινωνική ευαισθησία κλπ)
- Ασφάλεια και σταθερότητα
- Συναισθηματική σταθερότητα
- Ενήλικες και συνομήλικοι φίλοι: θετικά πρότυπα ζωής
- Σταθεροί οικογενειακοί δεσμοί
- Υποστηρικτικά δίκτυα γύρω από το άτομο και την οικογένεια
- Ύπαρξη στόχων και ιδανικών που δίνουν όραμα για τη ζωή
- Ισχυροί δεσμοί με τους θεσμούς κοινωνικοποίησης, όπως η οικογένεια, το σχολείο
- Δυνατότητες ένταξης και ενσωμάτωσης
- Δέσμευση στο σχολείο
- Σχολική επιτυχία και συμμετοχή στα σχολικά δρώμενα
- Ευκαιρίες για συμμετοχή των νέων σε δραστηριότητες της τοπικής κοινότητας
- Οικονομική και κοινωνική σταθερότητα
- Μειωμένη πρόσβαση στις ουσίες (ΚΕΘΕΑ, 2015)

## **2.2. Η στάση της κοινωνίας**

Ιδιαίτερα ανωφελή και εξαιρετικά επιζήμια είναι η γνώμη που έχουν διαμορφώσει οι περισσότεροι για τα θύματα των ναρκωτικών. Μέχρι τώρα η εικόνα που έχει σχηματίσει ο πολύς κόσμος για τους ναρκομανείς είναι κάπως έτσι: Άτομα με έντονα αντικοινωνικά αισθήματα, με νοοτροπία και συμπεριφορά αλήτη, χωρίς σκοπούς και ενδιαφέροντα, πραγματικά παράσιτα που ζουν σε βάρος των άλλων. Οι σύγχρονοι ναρκομανείς είναι άτομα που ανήκουν σε όλα τα κοινωνικά στρώματα. Πολλοί από αυτούς μάλιστα κινούνται άνετα στο χώρο της μόρφωσης και της τέχνης ή έχουν σταθερό και αξιοπρεπές επάγγελμα, δημιουργούν οικογένεια και συμμετέχουν ενεργά στην κοινωνική ζωή (Μεσημέρης, 1999). Προσπαθούν βέβαια να αποκρύψουν από τον κύκλο των γνωστών τους, το πάθος τους για τα ναρκωτικά, γιατί ξέρουν καλά τι θα του στοίχιζε η ιδιότητα του ναρκομανή ή η εθισμός του σε κάποιο είδος ναρκωτικής ουσίας. Υπάρχει όμως και η άλλη πλευρά. Είναι τα άτομα εκείνα που για διάφορους λόγους δεν κατάφεραν να κρατήσουν κρυφή τη συνηθειά τους αυτή και από εκεί και ύστερα αντιμετωπίζουν ένα σωρό προβλήματα στις σχέσεις τους με τους άλλους. Αλλά αυτή ακριβώς η συμπεριφορά είναι και η «χαριστική» βολή για τον εξαρτημένο από ναρκωτικές ουσίες. Την ερμηνεύει σαν εχθρική στάση της κοινωνίας γενικότερα απέναντί του με αποτέλεσμα να κλείνεται στον εαυτό του, να αποκόβεται από το κοινωνικό σύνολο, να επιζητάει μόνο την παρεά «των συνπαθόντων» νιώθοντας έτσι μια έντονη αντιπάθεια πολλές φορές και μίσος για όλους εκείνους που δεν είναι όμοιοί του (Μεσημέρης, 1999). Αν θέλουμε να βοηθήσουμε τον ναρκομανή πρέπει να αναθεωρήσουμε ριζικά την στάση και τη συμπεριφορά απέναντί του. Είναι ανάγκη να συνειδητοποιούμε την εξής βασική αρχή: Ναι στην καταπολέμηση των ναρκωτικών, όχι όμως στο αμείλικτο «κατηγορώ» κατά των θυμάτων τους (Μεσημέρης, 1999).

## **2.3. Αναγνώριση ασθενών**

Παρακάτω ακολουθούν τέσσερα (4) κριτήρια αναγνώρισης ναρκομανών ή εξαρτημένων ατόμων από εθιστικές ουσίες σύμφωνα με τον Gutland (1985).

- 1) Αλλαγές στην προσωπικότητα: Επιθετική συμπεριφορά που αλλάζει απότομα και γίνεται γοητευτική, ευχάριστη. Μυστικότητα, απομόνωση από την υπόλοιπη οικογένεια, αδιαφορία για τους άλλους, ψέμματα, κλοπές, διάφορα κόλπα για να βρει χρήματα, αδυναμία να συγκεντρωθεί.
- 2) Σωματική εμφάνιση: Χάνει βάρος, έχει ανορεξία, δείχνει έτοιμος να καταρρεύσει, αδιαφορεί για την εμφάνισή του, είναι νυσταλέος με περιόδους υπερδιεγέρσεως. Έχει ιδρωμένο πρόσωπο, χέρια που τρέμουν και ρούφηγμα της μύτης όταν δεν έχει την δόση του, φοράει μακριά μανικια για να καλύψει σημάδια από ενέσεις, αποφεύγει να κοιτάει τον συνομιλητή του στα μάτια. Έχει μικρές κόρες ματιών όταν είναι «φτιαγμένος» και διασταλμένες όταν περνάει από σύνδρομο στέρησης, ενώ είναι χλωμός.
- 3) Αίσθηση του χρόνου: Μένει στο κρεβάτι σχεδόν όλη μέρα, μένει έξω έως αργά ή και όλη την νύχτα, αποφεύγει τις συνηθισμένες οικογενειακές εκδηλώσεις (γεύματα, γιορτές κτλ).
- 4) Ύποπτα αντικείμενα: Λεμόνια (χρησιμεύουν για να διαλύσει την σκόνη της ηρωίνης), αλουμινόχαρτο, σύριγγες και βελόνες.

Όπως αναφέρθηκε παραπάνω η χρήση και η εξάρτηση είναι δύο διαφορετικές έννοιες. Για την αναγνώριση του μεγέθους του προβλήματος ενός χρήστη εξαρτησιογόνας ουσίας χρησιμοποιείται το εγχειρίδιο DSM – IV το οποίο παραθέτει κάποια κριτήρια ανάλογα με το βαθμό κατάχρησης ή εξάρτησης του ατόμου και υποδιαιρείται στο επίπεδο της χρήσης και στο επίπεδο της εξάρτησης. Το παραπάνω εγχειρίδιο παρατίθεται στο Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχικών Διαταραχών από την Αμερικάνικη Ψυχιατρική Ένωση (American Psychiatric Association). Οι κωδικοί του DSM – IV χρησιμοποιούνται από επαγγελματίες ψυχιάτρους ώστε να κατατάσσεται μια συγκεκριμένη ψυχιατρική διαταραχή βάση των χαρακτηριστικών που την περιγράφουν (Gilbert, Schacter, Wegner, 2011) Έτσι τα DSM-IV κριτήρια κατάχρησης και εξάρτησης από ναρκωτικές ουσίες που παρατίθενται αμέσως μετά, δείχνουν τις διαφορές ανάμεσα στο χρήστη και στο εθισμένο άτομο.



<b>DSM-IV Κριτήρια κατάχρησης ουσιών</b>
1. Επαναλαμβανόμενη χρήση ουσιών με αποτέλεσμα την αποτυχία της εκπλήρωσης σημαντικών υποχρεώσεων στην εργασία, στο σχολείο, ή στο οικογενειακό περιβάλλον.
2. Επαναλαμβανόμενη χρήση ουσιών σε καταστάσεις φυσικά επικίνδυνες (π.χ. οδήγηση αυτοκινήτου) παρά το γεγονός ότι το άτομο είναι εξασθενημένο από τη χρήση της ουσίας.
3. Επαναλαμβανόμενες παραβατικές συμπεριφορές και νομικά προβλήματα, λόγω της χρήσης ουσιών.
4. Επαναλαμβανόμενη χρήση παρά τα επίμονα κοινωνικά, εργασιακά και διαπροσωπικά προβλήματα τα οποία συνεχώς επιδεινώνονται.

Πηγή: Tsintou, 2010, Ιδία επεξεργασία

<b>DSM-IV Κριτήρια εξάρτησης ουσιών</b>
1. Ανοχή. Εμφανίζεται είτε σαν ανάγκη συνεχώς αυξανόμενης δόσης ώστε να επιτευχθεί η επιθυμητή επίδραση, είτε σαν εμφανής μειωμένη δράση με τη συνεχή χρήση της ίδιας ουσίας.
2. Απόσυρση. Εμφανίζεται σαν σύνδρομο στέρησης, τα σημεία του οποίου υποχωρούν με τη χορήγηση της ίδιας ή μιας πολύ σχετικής ουσίας.
3. Η ουσία χρησιμοποιείται συχνά σε μεγαλύτερα ποσά.
4. Υπάρχουν ανεπιτυχείς προσπάθειες περικοπής της χρήσης των ουσιών.
5. Αφιερώνεται πολύς χρόνος για τη λήψη και τη χρησιμοποίηση της ουσίας.
6. Συστηματικές κοινωνικές, επαγγελματικές και ψυχαγωγικές δραστηριότητες διακόπτονται λόγω της χρήσης της ουσίας.
7. Η χρήση της ουσίας συνεχίζεται παρά τη γνώση ότι ένα φυσικό ή ψυχολογικό πρόβλημα έχει δημιουργηθεί ή έχει επιδεινωθεί από τη συγκεκριμένη ουσία.

Πηγή: Tsintou, 2010, Ιδία επεξεργασία

Το 2013 το παραπάνω εγχειρίδιο αναβαθμιστήκε στην 5<sup>η</sup> του έκδοση. Σύμφωνα με αυτό υπάρχουν 4 γενικές κατηγορίες όπου στην κάθε μια αναφέρονται κάποια κριτήρια εθισμού από ουσίες (συνολικώς 11 κριτήρια). Οι κατηγορίες είναι 1) Μείωση ελέγχου, 2) Κοινωνική δυσλειτουργία, 3) Επικίνδινη χρήση και 4) Φαρμακολογικά κριτήρια (American Psychiatric Association, 2013).

<b>DSM-V</b>	<b>1<sup>η</sup> Κατηγορία - Μείωση ελέγχου</b>
Κριτήριο 1.	Το άτομο μπορεί να εκφράσει μια επίμονη επιθυμία να μειώσει ή να ρυθμίσει τη χρήση των ουσιών και να αναφερθούν πολλές ανεπιτυχείς προσπάθειες ή και να διακοπεί η χρήση.
Κριτήριο 2.	Το άτομο μπορεί να περάσει ένα μεγάλο μέρος του χρόνου του στην λήψη της ουσίας ή στην ανάρρωση απο τα συμπτώματά της.
Κριτήριο 3.	Το σύνολο των καθημερινών δραστηριοτήτων περιφέρεται γύρω από την ουσία.
Κριτήριο 4.	Εκδηλώνεται ακατάσχετη επιθυμία για εύρεση της ουσίας σε μέρος που το άτομο έχει βρει την ουσία στο παρελθόν. Αδυναμία συγκέντρωσης σε οτιδήποτε άλλο πέραν της εύρεσης της ουσίας.

Πηγή: American Psychiatric Association, 2013

<b>DSM-V</b>	<b>2<sup>η</sup> Κατηγορία – Κοινωνική δυσλειτουργία</b>
Κριτήριο 5.	Η περιοδική χρήση ουσιών μπορεί να οδηγήσει σε αποτυχία εκπλήρωσης υποχρεώσεων στην εργασία, στο σχολείο ή στο σπίτι.
Κριτήριο 6.	Το άτομο συνεχίζει τη λήψη ουσιών παρά το γεγονός επαναλαμβανόμενων κοινωνικών ή διαπροσωπικών προβλημάτων τα οποία προκαλούνται ή επιδεινώνονται από τη χρήση της ουσίας.
Κριτήριο 7.	Σημαντικές κοινωνικές, επαγγελματικές ή ψυχαγωγικές δραστηριότητες μπορεί να σταματήσουν ή να μειωθούν λόγω της χρήσης της ουσίας. Πιθανή διακοπή οικογενειακών δραστηριοτήτων ή και χόμπυ.

Πηγή: American Psychiatric Association, 2013

<b>DSM-V</b>	<b>3<sup>η</sup> Κατηγορία – Επικύνδινη χρήση</b>
Κριτήριο 8.	Επαναλαμβανόμενη χρήση ουσιών σε καταστάσεις που κρίνονται σωματικά επικύνδινες.
Κριτήριο 9.	Το άτομο συνεχίζει την χρήση της ουσίας γνωρίζοντας την πιθανότητα μιας βραχείας ή μακροπρόθεσμης σωματικής ή ψυχολογικής προβληματικής κατάστασης.

Πηγή: American Psychiatric Association, 2013

<b>DSM-V</b>	<b>4<sup>η</sup> Κατηγορία – Φαρμακολογικά κριτήρια</b>
Κριτήριο 10.	Η ανοχή εμφανίζεται είτε σαν ανάγκη συνεχώς αυξανόμενης δόσης ώστε να επιτευχθεί η επιθυμητή επίδραση, είτε σαν εμφανής μειωμένη δράση με τη συνεχή χρήση της ίδιας ουσίας.
Κριτήριο 11.	Η απόσυρση εμφανίζεται σαν σύνδρομο στέρησης, τα σημεία του οποίου υποχωρούν με τη χορήγηση της ίδιας ή μιας πολύ σχετικής ουσίας.

Πηγή: American Psychiatric Association, 2013

### 3. Μέθοδοι εύρεσης και Απεξάρτησης

#### 3.1. Αιματολογικά – Βιοχημικά – Εργαστηριακά ευρήματα

Στις περισσότερες χώρες του κόσμου η κατάχρηση των ουσιών εξάρτησης μαλακών αλλά και σκληρών, παρουσιάζει μεγάλη αύξηση. Έτσι προκλήθηκε και η ανάγκη εφαρμογής μεθόδων ελέγχου για την παρουσία τους στο αίμα ή για τον προσδιορισμό τους των μεταβολιτών τους στα ούρα.

##### 3.1.1. Οινοπνευματώδη

Η επαναλαμβανόμενη λήψη αλκοόλης οδηγεί στην ανάπτυξη ανοχής. Πρέπει όμως να διαχωρίσουμε τα άτομα που έχουν προβλήματα λόγω της λήψης αλκοόλ από τους περιστασιακούς πότες, δηλαδή από όσους έκαναν χρήση αλκοόλης κατά τη διάρκεια των τελευταίων 1-3 μηνών.

Διαγνωστικές Εργαστηριακές εξετάσεις:

$\gamma$ -GT>30

U/LMCV>91 $\mu$ m<sup>3</sup>

Ουρικό οξύ>6,4 mg/dl για τους άνδρες και >5mg/dl για τις γυναίκες

SGOT/AST>45 IU/L

SGPT/ALT>45 IU/L

Τριγλυκερίδια> 160 mg/dl

(ΚΛΙΜΑΚΑ, 2015)

### **3.1.2. Οπιοειδή**

Η χρήση των οπιοειδών μπορεί να μην προκαλεί καμία μεταβολή στις εργαστηριακές εξετάσεις. Η ηρωίνη μπορεί ν'ανιχνευθεί στα ούρα 12-36 ώρες μετά τη χρήση. Τα τεστ ανίχνευσης της ηρωίνης συνήθως ανιχνεύουν τον κύριο μεταβολίτη της, τη μορφίνη. Μία εξέταση ούρων θετική για μορφίνη μπορεί να υποκρύπτει τη λήψη θεραπευτικών δόσεων κωδεΐνης. Η φαιντανύλη μπορεί να μην ανιχνευθεί με τις συνήθεις εξετάσεις ανίχνευσης οπιοειδών (ΚΛΙΜΑΚΑ , 2015).

### **3.1.3. Κάνναβη**

Συνήθως η κάνναβη καπνίζεται αναμειγμένη με καπνό ή σκέτη, αλλά μπορεί επίσης να φαγωθεί προστιθέμενη σε κάποιο φαγητό, συνήθως γλυκό, ή να βραστεί με κάποιο ρόφημα .Η THC είναι λιποδιαλυτή και απορροφάται γρήγορα μετά την πρόσληψη. Οι μεταβολίτες της ανιχνεύονται στα ούρα για διάστημα 2-3 ημερών μετά από περιστασιακή χρήση και έως 4 βδομάδες μετά όταν έχει προηγηθεί έντονη καθημερινή χρήση (ΚΛΙΜΑΚΑ, 2015).

### **3.1.4. Βαρβιτουρικά**

Η παρουσία των μεταβολιτών επισημαίνεται στα ούρα και επί πέντε μέρες μετά τη χρήση τους. Η μακροχρόνια χρήση και σε μεγάλες δόσεις προκαλεί σοβαρές και μόνιμες καταστολές, αμνησία και μεταβολές της προσωπικότητας του ατόμου.

### **3.1.5. Κοκαΐνη**

Ο χρόνος ημιζωής μιας δόσης κοκαΐνης στο αίμα είναι 30-90 λεπτά, ενώ ανιχνεύεται στα ούρα μετά 24-72 ώρες, αν και σε περιπτώσεις παρατεταμένης χρήσης μπορεί

ν' ανιχνευθεί μέχρι και 2 βδομάδες μετά. Ανιχνεύεται επίσης στο αίμα, το σάλιο, τον ιδρώτα και τις τρίχες (ΚΛΙΜΑΚΑ, 2015).

## **3.2. Μέθοδοι απεξάρτησης**

### **3.2.1. Απεξάρτηση από το κάπνισμα**

Η θεραπεία μπορεί να είναι υποστηρικτική ή φαρμακευτική ή συνδυασμός των δύο. Αρχικά γίνεται μια ανασκόπηση στις φαρμακευτικές μεθόδους (<http://www.healthview.gr>, 2015).

#### **A. Θεραπεία Υποκατάστασης με Νικοτίνη.**

Αποτελεί την πιο ευρέως χρησιμοποιούμενη μορφή φαρμακευτικής προσέγγισης για τη θεραπεία της εξάρτησης από τον καπνό. Η φαρμακευτική αγωγή με νικοτίνη βελτιώνει την προσπάθεια διακοπής του καπνίσματος μέσα από έναν ή περισσότερους από τους ακόλουθους μηχανισμούς: 1) Μειώνει τα συμπτώματα που συνοδεύουν την αποχή από το κάπνισμα 2) Μειώνει την έντονη επιθυμία για τσιγάρο 3) Μπορεί να λειτουργήσει ως ανασταλτικός παράγοντας της ψυχολογικής εξάρτησης που δημιουργείται μέσω της τελετουργίας του ανάμματος του τσιγάρου 4) Αποτελεί έναν τρόπο αντιμετώπισης της επιθυμίας σε περιόδους όπου το άτομο μπορεί να αισθανθεί έντονη επιθυμία για τσιγάρο. Υπάρχουν έξι ενδεδειγμένες διαθέσιμες μορφές θεραπείας υποκατάστασης με νικοτίνη:

- η τσίχλα
- το αυτοκόλλητο
- η ρινική και η εισπνεύσιμη μορφή χορήγησης
- η υπογλώσσια μορφή
- οι παστίλιες

Οι διαφορές στην ταχύτητα και στην αποτελεσματικότητα της δράσης της νικοτίνης στον οργανισμό, μέσα από τις διαφορετικές αυτές διαθέσιμες μορφές χορήγησης,

επιτρέπουν στον ασθενή να επιλέγει τη μορφή θεραπείας που είναι πιο κατάλληλη για τις ανάγκες και τις προτιμήσεις του. Η θεραπεία υποκατάστασης με νικοτίνη, σε όλες τις μορφές της, είναι γενικώς καλά ανεκτή από τον οργανισμό. Οι πιο κοινές παρενέργειες από τη χρήση της είναι οι τοπικές αντιδράσεις, ιδιαιτέρως ο ερεθισμός του δέρματος από τη χρήση του αυτοκόλλητου και η ρινική ενόχληση από τη χρήση του σπρέι, οι οποίες συνήθως δεν απαιτούν διακοπή της θεραπείας. Οι διαταραχές του ύπνου, οι οποίες αποτελούν και σύμπτωμα της αποχής από τον καπνό, αναφέρονται επίσης και στην θεραπεία υποκατάστασης με χρήση αυτοκόλλητων νικοτίνης.

## **B. Βουπροπιόνη**

Η βουπροπιόνη (zyban) είναι ένα ήπιο αντικαταθλιπτικό και αρχικά αξιοποιήθηκε ως τέτοιο. Στην πορεία των ερευνών όμως διαπιστώθηκε ότι προκαλεί απέχθεια από το τσιγάρο. Θεωρείται ότι δρα στο κέντρο της απόλαυσης του τσιγάρου στον εγκέφαλο. Πρέπει να χορηγείται υπό ιατρική παρακολούθηση και για συγκεκριμένο χρονικό διάστημα (7-19 εβδομάδες). Υπάρχουν τουλάχιστον δύο λόγοι για τους οποίους η χορήγηση αντικαταθλιπτικών μπορεί να ωφελήσει κατά την προσπάθεια διακοπής του καπνίσματος: α) η καταθλιπτική συμπτωματολογία μπορεί να είναι ένα σύμπτωμα της αποχής από τη νικοτίνη και η διακοπή του καπνίσματος πολύ συχνά έχει ως συνέπεια την εμφάνιση κατάθλιψης β) η νικοτίνη μπορεί να έχει κάποιες αντικαταθλιπτικές ιδιότητες, οι οποίες συντηρούν τη συνέχιση του καπνίσματος. Η χορήγηση αντικαταθλιπτικών μπορεί λοιπόν να αντικαταστήσει την επίδραση αυτή από την νικοτίνη. Η χορήγηση βουπροπιόνης βελτιώνει σε σημαντικό βαθμό τα συμπτώματα που εμφανίζονται εξ' αιτίας της αποχής από το κάπνισμα. Μπορεί επίσης να δράσει ως ανταγωνιστής στον υποδοχέα νικοτίνης μειώνοντας την ανθεκτική δυνητική ενέργειά της. Οι σημαντικότερες παρενέργειες της χορήγησης βουπροπιόνης είναι οι κεφαλαλγίες, η αϋπνία, η ζάλη, η υπέρταση, οι επιληπτικές κρίσεις, η ξηροστομία και τα γαστρεντερικά συμπτώματα. Η βουπροπιόνη δεν μπορεί να λαμβάνεται ανεμπόδιστα από καπνιστές που ακολουθούν ήδη αγωγή για καρδιολογικό ή διαβητολογικό πρόβλημα υγείας. Η λήψη της συνδυάζεται με την ψυχολογική στήριξη του καπνιστή, πιθανώς και με τα υποκατάστατα νικοτίνης.

## Γ. Βαρενικλίνη

Η βαρενικλίνη (champrix) αποτελεί ένα νέο φαρμακευτικό σκεύασμα το οποίο προορίζεται ειδικά για την θεραπεία διακοπής του καπνίσματος. Η βαρενικλίνη δεν είναι αντικαταθλιπτικό, όπως η βουπροπιόνη και δρα στους υποδοχείς της νικοτίνης στο κεντρικό νευρικό σύστημα. Η βαρενικλίνη έχει την ιδιότητα να ανακουφίζει από την έντονη επιθυμία για νικοτίνη και από τα στερητικά συμπτώματα. Παράλληλα λειτουργεί ως ανασταλτικός παράγοντας της ψυχολογικής εξάρτησης από τη νικοτίνη που δημιουργείται μέσω της τελετουργίας του ανάμματος του τσιγάρου. Απαραίτητη προϋπόθεση πριν την έναρξη της λήψης βαρενικλίνης είναι ο καθορισμός της ημερομηνίας διακοπής. Η χορήγηση ξεκινά αφού πρώτα το άτομο έχει αποφασίσει μια ημερομηνία διακοπής μέσα στην δεύτερη εβδομάδα της θεραπείας (μεταξύ της ημέρας 8 και της ημέρας 14). Η θεραπεία έχει διάρκεια 12 εβδομάδων. Από την 1η έως της 3η ημέρα χορηγείται 1 δισκίο 0,5mg ημερησίως, ενώ από την 4η έως την 7η ημέρα χορηγείται 1 δισκίο 0,5mg 2 φορές ημερησίως. Από την 8η έως την 14η ημέρα χορηγείται 1 δισκίο 1mg δύο φορές ημερησίως. Η δοσολογία παραμένει σταθερή από την 3η έως την 12η εβδομάδα της θεραπείας. Εφόσον το άτομο έχει πραγματοποιήσει διακοπή, ο γιατρός μπορεί να προτείνει τη συνέχιση της θεραπείας για 12 ακόμη εβδομάδες σε δοσολογία 1mg δύο φορές ημερησίως. Ο κίνδυνος υποτροπής είναι αυξημένος την περίοδο αμέσως μετά το τέλος της θεραπείας. Ο γιατρός μπορεί να αποφασίσει τη σταδιακή μείωση της δόσης κατά το τέλος της θεραπείας. Η βαρενικλίνη εκτιμάται ότι έχει ήπιες ανεπιθύμητες ενέργειες που βαθμιαία υποχωρούν μέσα στο πρώτο δεκαήμερο της λήψης της. Η βαρενικλίνη έχει αξιολογηθεί ως ασφαλής και καλά ανεκτή από τον οργανισμό, ενώ ως πιθανές παρενέργειες του φαρμακευτικού αυτού σκεύασματος αναφέρονται η ναυτία, οι κεφαλαλγίες, η δυσκοιλιότητα και η βίωση άσχημων ονείρων κατά την διάρκεια της νύχτας. Σε περίπτωση που εμφανισθούν ανεπιθύμητες ενέργειες που το άτομο δεν μπορεί να ανεχθεί ο γιατρός μπορεί να αποφασίσει τη μείωση της δόσης προσωρινά ή μόνιμα σε 0,5mg 2 φορές ημερησίως.

Στην υποστηρικτική μέθοδος διακοπής εξάρτησης από το κάπνισμα, είναι θεμιτό ο εξαρτημένος να παρακολουθήσει και να υποστηριχθεί από κάποιο ιατρείο διακοπής

καπνίσματος. Η συνήθης τακτική προσέγγισης και εκτίμησης του καπνιστή που ακολουθείται είναι η εξής (<http://www.healthview.gr>, 2015):

- Αρχικά, γίνεται αξιολόγηση και καταγραφή των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών της καπνιστικής συνήθειας (αριθμός τσιγάρων, έτη καπνίσματος, βαθμός εξάρτησης με βάση το ερωτηματολόγιο Fagerstrom, καθώς και αξιολόγηση της διάθεσης για διακοπή καπνίσματος με τη βοήθεια ενός ερωτηματολογίου εκτίμησης των κινήτρων.
- Έπειτα, πραγματοποιείται λήψη λεπτομερούς ιατρικού ιστορικού, το οποίο πιθανώς να υπαγορεύει και το είδος της θεραπείας που πρέπει ν' ακολουθηθεί (π.χ. αν υπάρχουν προβλήματα υγείας ή λαμβάνονται φάρμακα που αποτελούν αντένδειξη για τη χορήγηση μιας συγκεκριμένης θεραπείας).
- Αν ο καπνιστής δεν έχει τόσο ισχυρή διάθεση ή ακόμα και αρνητική για να διακόψει το κάπνισμα, καταβάλλεται προσπάθεια ενίσχυσης των κινήτρων με λεπτομερή ενημέρωση για τις βλαπτικές επιδράσεις του καπνίσματος και τα ευεργετικά αποτελέσματα από τη διακοπή του και συστήνεται επανεξέταση μετά από ένα εύλογο χρονικό διάστημα.
- Όταν ο καπνιστής έχει θετική διάθεση για διακοπή αναλύονται οι λόγοι επιθυμίας διακοπής του καπνίσματος, πραγματοποιείται ενημέρωση σχετικά με τις βλαπτικές επιδράσεις του καπνίσματος και τα ευεργετικά αποτελέσματα από τη διακοπή του και καθορίζεται από τον ίδιο τον καπνιστή η ημερομηνία διακοπής του καπνίσματος. Ο καπνιστής δεσμεύεται να σταματήσει το κάπνισμα σε μια συγκεκριμένη ημερομηνία και παροτρύνεται για την κοινοποίηση της συγκεκριμένης ημερομηνίας στο οικείο του περιβάλλον, προκειμένου να του παρασχεθεί υποστήριξη στην υλοποίηση της προσπάθειάς του.
- Ο καπνιστής, έπειτα από ενημέρωση σχετικά με τις καταστάσεις που πιθανώς να αποτελέσουν εμπόδιο ή να τον διευκολύνουν στην προσπάθεια διακοπής, παροτρύνεται για τη συνειδητή προετοιμασία του μέχρι την ημερομηνία διακοπής του καπνίσματος (που ο ίδιος έχει ορίσει). Παράλληλα, παρέχεται στον καπνιστή ενημέρωση σχετικά με τα στερητικά συμπτώματα αποχής από το κάπνισμα, την αναμενόμενη ένταση και τη διάρκειά τους.
- Η παροχή φαρμακευτικής αγωγής πραγματοποιείται με γνώμονα το βαθμό εξάρτησης, τις αντενδείξεις των φαρμάκων και τις προτιμήσεις των καπνιστών. Συνηθέστερα χορηγούνται υποκατάστατα νικοτίνης και υδροχλωρική βουπροπιόνη, ενώ ως προς την απόφαση για το ποια θεραπεία θα χρησιμοποιηθεί λαμβάνεται υπ' όψη η



πρόθεση και η δυνατότητα συμμόρφωσης του καπνιστή, η προηγούμενη χρήση βοηθημάτων για τη διακοπή του καπνίσματος, οι αντενδείξεις, η πιθανότητα παρενεργειών, καθώς επίσης και η προσωπική προτίμηση του καπνιστή.

- Η φαρμακευτική αγωγή μπορεί να συνδυάζεται ανάλογα με την επιθυμία ή και την ανάγκη του καπνιστή, με ψυχολογική υποστήριξη που παρέχεται από εξειδικευμένο ψυχολόγο.
- Τέλος, καθορίζεται ο τρόπος παρακολούθησης και η συχνότητα της επανεξέτασης του καπνιστή, στον οποίο παρέχεται εγχειρίδιο με ενημερωτικό και συμβουλευτικό περιεχόμενο σχετικά με το κάπνισμα και τη διακοπή του.

### **3.2.2. Απεξάρτηση από τα οινόπνευματώδη**

Η θεραπεία του αλκοολισμού είναι πολυεπίπεδη και μακροχρόνια, ενώ σε πολλές περιπτώσεις χρειάζεται σωματική αποτοξίνωση πριν από τη διαδικασία ψυχικής απεξάρτησης. Για την αντιμετώπιση του προβλήματος χρειάζεται να απευθυνθείτε σε ένα εγκεκριμένο θεραπευτικό πρόγραμμα.

Οι μέθοδοι που χρησιμοποιούνται από το ΚΕΘΕΑ (2015) για την αντιμετώπιση της εξάρτησης από το αλκοόλ και οι θεραπευτικές παρεμβάσεις περιλαμβάνουν ατομική και ομαδική συμβουλευτική και θεραπεία οικογένειας ή ζεύγους, εστιάζοντας σε:

- μείωση του στρες
- ανεύρεση μεθόδων για τον περιορισμό του αλκοόλ ή την αποχή
- βελτίωση της ψυχοκοινωνικής λειτουργικότητας του ατόμου.
- εκπαίδευση στη διαχείριση κρίσεων και στην πρόληψη της υποτροπής
- αποκατάσταση των οικογενειακών σχέσεων

### 3.2.3. Απεξάρτηση από ναρκωτικές ουσίες

Ο απώτερος στόχος όλων των προγραμμάτων θεραπείας απεξάρτησης, είναι η επίτευξη διαρκούς αποχής από τη χρήση ναρκωτικών ουσιών. Οι άμεσοι στόχοι περιλαμβάνουν τη μείωση της χρήσης των εθιστικών ουσιών, τη βελτίωση της λειτουργικότητας του ατόμου, την ελαχιστοποίηση των ιατρικών επιπλοκών και κοινωνικών επιπτώσεων που προκύπτουν εξαιτίας της χρήσης ναρκωτικών. Υπάρχουν διάφορες μορφές προγραμμάτων θεραπείας απεξάρτησης. Οι βραχυπρόθεσμες μέθοδοι διαρκούν για λιγότερο από 6 μήνες. Περιλαμβάνουν αγωγή επί εσωτερικής βάσης σε θεραπευτική κοινότητα, φάρμακα και θεραπεία επί εξωτερικής βάσης χωρίς φάρμακα. Η μακροπρόθεσμη θεραπεία, περιλαμβάνει μεθόδους όπως τη χορήγηση μεθαδόνης σε άτομα που είναι εθισμένα στα οποιοειδή επι εξωτερικής βάσης και αγωγή στα πλαίσια θεραπευτικής κοινότητας ([www.medlook.gr](http://www.medlook.gr), 2015).

#### 1) Μεθαδόνη και λεβο-αλφα-ακεταλ-μεθαδόλη (LAAM)

Στη θεραπεία συντήρησης για τους εθισμένους στην ηρωίνη, χορηγείται από το στόμα ένα συνθετικό οπιοειδές φάρμακο, συνήθως η μεθαδόνη και η λεβο-αλφα-ακεταλ-μεθαδόλη (LAAM). Χορηγείται δόση ικανή να καταστέλλει τις επιδράσεις της ηρωίνης, δημιουργώντας μια σταθερή μη ευφορική κατάσταση που απαλλάσσει το χρήστη από την ακατάσχετη επιθυμία για τα οπιοειδή ναρκωτικά. Ο χρήστης με τη βοήθεια των φαρμάκων αυτών, απαλλάσσεται από την ανάγκη αναζήτησης ναρκωτικών και την εγκληματική συμπεριφορά που συνεπάγεται. Με την κατάλληλη συμβουλευτική αγωγή και τη στήριξη των κοινωνικών υπηρεσιών, μπορεί να γίνει παραγωγικό μέλος της κοινωνίας.

#### 2) Η θεραπεία επι εξωτερικής βάσης, χωρίς χορήγηση φαρμάκων

Η θεραπεία επι εξωτερικής βάσης, χωρίς τη χορήγηση φαρμάκων, μπορεί να συμπεριλάβει διάφορα προγράμματα απεξάρτησης για ασθενείς που επισκέπτονται τις εξειδικευμένες κλινικές κατά τακτικά χρονικά διαστήματα. Τα περισσότερα προγράμματα έχουν ατομική ή συλλογική συμβουλευτική αγωγή και στήριξη. Οι ασθενείς που συμμετέχουν στα προγράμματα αυτά, είναι χρήστες ναρκωτικών άλλων εκτός από τα οπιοειδή ή χρήστες οπιοειδών για τους οποίους δεν συστήνεται θεραπεία συντήρησης. Οι τελευταίοι είναι χρήστες που έχουν μια σταθερή, καλά οργανωμένη και

ενταγμένη στην κοινωνία ζωή με ιστορικό εξάρτησης σε ναρκωτικά που είναι μικρής χρονικής διάρκειας.

### **3) Οι θεραπευτικές κοινότητες**

Οι θεραπευτικές κοινότητες, είναι πολύ καλά οργανωμένα προγράμματα αντιμετώπισης στα οποία οι ασθενείς διαμένουν σε οικιστικές μονάδες από 6 έως 12 μήνες. Οι ασθενείς που συμμετέχουν, είναι αυτοί που έχουν ένα σχετικά μακροχρόνιο ιστορικό εξάρτησης από ναρκωτικά ή έχουν εμπλακεί σε εγκληματικές δραστηριότητες λόγω χρήσης ναρκωτικών ή παρουσιάζουν σοβαρά προβλήματα στη λειτουργία τους στην κοινωνία. Ο στόχος στις θεραπευτικές κοινότητες, είναι η επανένταξη των ασθενών στην κοινωνία χωρίς να υπάρχει εξάρτηση από ναρκωτικά και σχέση με παράνομες ή εγκληματικές δραστηριότητες. Τα βραχυπρόθεσμα προγράμματα σε θεραπευτικές κοινότητες, βασίζονται σε εμπειρίες που έχουν αποκτηθεί από προγράμματα απεξάρτησης από το αλκοόλ. Τα προγράμματα αυτά περιλαμβάνουν μια περίοδο 3 έως 6 εβδομάδων θεραπείας επί εσωτερικής βάσης. Στη συνέχεια ακολουθεί θεραπεία επί εξωτερικής βάσης με συμμετοχή σε συμβουλευτικά προγράμματα στήριξης ή ομάδες αλληλοβοήθειας.

Τα προγράμματα συντήρησης με χορήγηση μεθαδόνης, πετυχαίνουν καλύτερα όσον αφορά στην απεξάρτηση από τα οπιοειδή σε σύγκριση με τις θεραπευτικές κοινότητες οι οποίες με τη σειρά τους, είναι αποτελεσματικότερες από τα προγράμματα επί εξωτερικής βάσης που προσφέρουν ψυχοθεραπεία και συμβουλευτική στήριξη. Μεταξύ των προγραμμάτων χορήγησης μεθαδόνης, εκείνα που δίνουν ψηλότερες δόσεις μεθαδόνης (συνήθως τουλάχιστον 60 mg), έχουν καλύτερα ποσοστά συμμετοχής. Επίσης όταν τα προγράμματα μεθαδόνης, συνοδεύονται από άλλες υπηρεσίες όπως συμβουλευτική στήριξη και ιατρική περίθαλψη, έχουν καλύτερα αποτελέσματα από τα προγράμματα που παρέχουν τις ελάχιστες αναγκαίες υπηρεσίες. Τα θεραπευτικά προγράμματα απεξάρτησης με χορήγηση φαρμάκων στις φυλακές, μπορούν να βοηθούν τους κρατούμενους να απαλλάσσονται από την εγκληματική συμπεριφορά. Αυτό επιτυγχάνεται ιδιαίτερα όταν μετά την αποφυλάκιση, η αγωγή απεξάρτησης συνεχίζεται με προγράμματα θεραπευτικής κοινότητας, συμβουλευτικής, κοινωνικής και επαγγελματικής στήριξης.

### 3.3.Πρόγνωση – Εξέλιξη

Ο απεξαρτημένος από ναρκωτικές ουσίες μπορεί να παραμείνει καθαρός αρκεί να βρει το θεραπευτικό πρόγραμμα που του ταιριάζει και να πάρει ο ίδιος την απόφαση να ενταχθεί και να λειτουργήσει ευεργετικά μέσα σε αυτό με πίστη στη φιλοσοφία και τις αρχές του. Η απεξάρτηση δεν μπορεί να περιορίζεται απλώς και μόνο στη διακοπή της χρήσης και στην τροποποίηση της εξαρτητικής συμπεριφοράς. Στόχος της πρέπει να είναι η τροποποίηση πρώτα από όλα της ψυχικής λειτουργίας αυτού του ατόμου. Μέσα απ' αυτήν την αλλαγή θα μπορέσει να ανακουφιστεί από τον ψυχικό του πόνο και να αποχωριστεί οριστικά την ουσία. Δεν μπορεί λοιπόν να νοηθεί θεραπεία απεξάρτησης έξω από έναν διαρκή προβληματισμό και διάλογο από τις αιτίες της τοξικομανίας, γύρω από όλους εκείνους τους λόγους, ατομικούς και κοινωνικούς που ώθησαν το άτομο σε κάποια κρίσιμη στιγμή της ζωής τους να στραφεί στις ουσίες και τελικά να εξαρτηθεί από αυτές. Αυτές τις αιτίες να πρέπει να τις αναζητήσουμε το ιστορικό του συγκεκριμένου ατόμου, στην προσωπική ιστορία του, στον τρόπο που λειτουργεί ψυχολογικά, καθώς και στην ιστορία και τον τρόπο λειτουργίας της οικογένειάς του (Ματσά, 2001).

## **4. Νοσήματα ναρκωτικών και η χρήση τους στην ιατρική**

### **4.1. Νοσήματα ναρκωτικών**

Οι χρήστες ενέσιμων ναρκωτικών (XEN) κινδυνεύουν περισσότερο από οποιονδήποτε άλλο να αντιμετωπίσουν προβλήματα υγείας από τη χρήση ναρκωτικών, όπως λοιμώδη νοσήματα που μεταδίδονται με το αίμα ή θάνατο από υπερβολική δόση. Στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες, η ενέσιμη χρήση συνδέεται συνήθως με τη χρήση οπιοειδών, παρότι σε μικρό αριθμό χωρών σοβαρό πρόβλημα αποτελεί η ενέσιμη χρήση αμφεταμινών ([www.iatronet.gr](http://www.iatronet.gr), 2015). Πολλές φορές οι χρήστες χρησιμοποιούν τα ενέσιμα σκευάσματα των ουσιών με τρόπους αντίθετους προς τους κανόνες υγιεινής. Οι μολυσμένες σύριγγες και βελόνες που μοιράζονται οι χρήστες, οι τρόποι χρήσης, καθώς και οι ουσίες νοθείας που υπάρχουν στις ουσίες, θεωρούνται υπεύθυνοι παράγοντες για την πληθώρα τοπικών και γενικευμένων μολύνσεων στους χρήστες. Υποδόριες σκληρύνεις, θρομβοφλεβίτιδες, αποστήματα, τεντονίτιδες, οστεομυελίτιδες, ενδοκαρδίτιδες και σηψαιμίες μπορούν να εμφανιστούν στους XEN.

#### **4.1.1. AIDS**

Η ενέσιμη χρήση ναρκωτικών εξακολουθεί να αποτελεί σημαντική οδό μετάδοσης λοιμωδών νοσημάτων, μεταξύ άλλων του ιού HIV. Πρόσφατες εκτιμήσεις για την επικράτηση της ενέσιμης χρήσης ναρκωτικών διαθέτουν 13 χώρες, οι οποίες κυμαίνονται από λιγότερους από έναν έως περίπου έξι XEN ανά 1 000 κατοίκους ηλικίας 15–64 ετών. Ενέσιμη χρήση αναφέρει ποσοστό 38% των χρηστών που δηλώνουν τα οπιοειδή και 24% των χρηστών που δηλώνουν την αμφεταμίνη ως πρωτεύουσα αιτία έναρξης της θεραπείας σε εξειδικευμένα κέντρα απεξάρτησης ([www.iatronet.gr](http://www.iatronet.gr), 2015).

#### **4.1.2. Ηπατίτιδα Β και C**

Η ιογενής ηπατίτιδα και ειδικότερα η μόλυνση που προκαλείται από τον ιό της ηπατίτιδας C (HCV) εμφανίζει πολύ υψηλό επιπολασμό στους ΧΕΝ σε ολόκληρη την Ευρώπη. Τα επίπεδα αντισωμάτων κατά του ιού HCV στα εθνικά δείγματα ΧΕΝ κατά το διάστημα 2010–2011 κυμαίνονται από 18% έως 80%, ενώ οκτώ από τις 12 χώρες που διαθέτουν στοιχεία εθνικής εμβέλειας αναφέρουν ποσοστά επιπολασμού άνω του 40% ([www.iatronet.gr](http://www.iatronet.gr), 2015).

#### **4.1.3. Πνευμονικό οίδημα**

Η χρήση οπιοειδών ναρκωτικών μπορεί να προκαλέσει σ' ένα συνηθισμένο χρήστη μια οξεία και συχνότατα θανατηφόρα αντίδραση, της οποίας το κυριότερο χαρακτηριστικό είναι το πνευμονικό οίδημα. Η θανατηφόρα αυτή κατάσταση μπορεί να προκληθεί ξαφνικά, αμέσως μετά από ενδοφλέβια ή μη χρήση. Ο παθογενετικός μηχανισμός του πνευμονικού οιδήματος είναι αρκετά ασαφής και έχουν προταθεί κατά καιρούς διάφορες υποθέσεις για την ερμηνεία του. Πιθανόν η τυχαία υπερδοσολογία να οδηγεί σε κώμα και κεντρικού τύπου καταστολή της αναπνοής, τα οποία στη συνέχεια δημιουργούν υποξία και τελικά πνευμονικό οίδημα, αν και υπάρχουν περιπτώσεις ανάπτυξης πνευμονικού οιδήματος και μετά τη χρήση οπιοειδών σε δόσει στις οποίες ο χρήστης ήταν πολύ καλά προσαρμοσμένος.

#### **4.1.4. Ενδοκαρδίτιδα**

Η κατάσταση αυτή είναι μια άλλη σοβαρή επιπλοκή της ενδοφλέβιας χρήσης ουσιών. Συγκριτικά με αρρώστους μη χρήστες που πάσχουν από την ίδια νόσο, οι ενδοφλέβιοι χρήστες εμφανίζουν λιγότερες προϋπάρχουσες καρδιακές νόσους ρευματικής ή σύμφυτης αιτιολογίας. Οι συχνότερα προσβαλλόμενες βαλβίδες είναι η αορτική και η μιτροειδής, ενώ οι μικροοργανισμοί που συνήθως απομονώνονται είναι η ψευδομονάδα και ο χρυσίζων σταφυλόκοκος.

#### **4.1.5. Πνευμονικές λοιμώξεις**

Οι λοιμώξεις αυτές είναι συνηθισμένες για τους ενδοφλέβιους χρήστες. Πιθανές εξηγήσεις φαίνεται να είναι αφενός μεν οι σηπτικές κάτω από τις οποίες πολλές φορές γίνονται οι ενέσεις, αφετέρου δε οι κακές υγιεινοδιαιτητικές συνθήκες ζωής των χρηστών, καθώς και η μεγάλη κατανάλωση καπνού και οινοπνεύματος που συνοδεύει τη χρήση ουσιών.

#### **4.1.6. Άλλα προβλήματα υγείας που σχετίζονται με τα ναρκωτικά**

- 1.) Φυματίωση
- 2.) Γαστρικό έλκος
- 3.) Καρδιακές αρρυθμίες
- 4.) Αναιμία
- 5.) Νεφρική ανεπάρκεια
- 6.) Παθήσεις των μυών
- 7.) Οφθαλμικές παθήσεις
- 8.) Σηψαιμία
- 9.) Τέτανος
- 10.) Παθήσεις των Περιφερικών Νεύρων

#### **4.2.Χρησιμοποίηση ναρκωτικών στην ιατρική και την νοσηλευτική**

Οι ναρκωτικές ουσίες χρησιμοποιούνται από την ιατρική – νοσηλευτική για διαγνωστικούς και θεραπευτικούς σκοπούς. Στην ψυχιατρική χρησιμοποιούνται για την ναρκοανάλυση. Επίσης χρησιμοποιούνται στις χειρουργικές επεμβάσεις από τους αναισθησιολόγους και στη θεραπευτική ως γενικά αναισθητικά και αναλγητικά. Ο γιατρος και ο φαρμακοποιός έχουν καθήκον να συμβάλλουν στον περιορισμό της εξάπλωσης των ναρκωτικών, ο πρώτος με την απόλυτα αιτιολογημένη χορήγησή τους και ο δεύτερος με τη σχολαστική τήρηση των κανόνων ορθής διακίνησης και

παράδοσης τους (Λιαπιάς, 1992). Τα οπιοειδή έχουν αποδειχθεί χρήσιμα για την θεραπεία του οξέος πόνου (Hojsted et Sjogren, 2006; Shang and Gan, 2003; Quigley, 2004; McQuay et al., 2005; Moore and McQuay, 2005) και του πόνου που οφείλεται στον καρκίνο (Hojsted et Sjogren, 2006; Zech et al., 1995; Portenoy and Lesage, 1999; Carr et al., 2004) αλλά και για μη κακοήγη πόνο, ενώ ιδιαίτερα στις ΗΠΑ η ιατρική χρήση οπιοειδών έχει αυξηθεί από την δεκαετία του 1990. Σε ασθενείς με χρόνιους πόνους είναι ευρέως γνωστό ότι η θεραπεία με οπιοειδή μπορεί αρχικά να είναι ένα μέρος της λύσης αλλά αργότερα να μετατραπεί σε ένα σημαντικό μέρος του προβλήματος (Hojsted et Sjogren, 2006; Eriksen, 2001). Αυτό το πρόβλημα παρουσιάζεται γιατί τα οπιοειδή παρουσιάζουν στο πέρασμα του χρόνου εθιστική δράση με τις ανάλογες συνέπειες (Hojsted et Sjogren, 2006).



## 5. Νοσηλευτική δράση

### 5.1. Νοσηλευτική εκτίμηση

#### 5.1.1. Αναγνώριση δηλητηρίασης από οπιούχα

Οξεία τοξικότητα στα οπιούχα εμφανίζεται με την υπέρβαση της δοσολογίας και η κλινική εικόνα της δηλητηρίασης εμφανίζεται με τη χαρακτηριστική τριάδα κόμα-βραδύπνοια-μύση. Στις περιπτώσεις αυτές μπορεί να επέλθει ακόμα και θάνατος, από τρεις κυρίως αιτίες:

- την καταστολή του αναπνευστικού κέντρου
- την καρδιακή αρρυθμία, που οφείλεται κυρίως στην ανοξαιμία και
- το πνευμονικό οίδημα, που η παθοφυσιολογία του είναι προς το παρόν αδιευκρίνιστη. Αρκετοί ερευνητές πιστεύουν ότι τα αίτια πρέπει να αναζητηθούν στις διάφορες προσμίξεις, ενώ άλλοι υποστηρίζουν ότι αυτό οφείλεται στην εντονότατη υποξαιμία και τις καρδιακές αρρυθμίες που ακολουθούν την δηλητηρίαση με οπιούχα.

Συνυπάρχουν εξάλλου, μικρός βαθμός υπνηλίας, μύση, βραδύπνοια (λόγω καταστολής του αναπνευστικού κέντρου) καθώς και ελάττωση της σεξουαλικής διάθεσης. Τέλος, μπορεί να προκληθεί εμετός (λόγω ερεθισμού της χειμειοαισθητικής ζώνης του προμήκη), δυσκοιλιότητα, κατακράτηση ούρων και δυσουρία, καθώς επίσης ελαφρά πτώση της αρτηριακής και αύξηση της ενδοκρανιακής πίεσης (Μαρσέλος, 2002). Ερευνητικά, οι δυνατότητες των νοσηλευτών για την φροντίδα των ασθενών με εθισμό στα οπιοειδή είναι περιορισμένες. Υπάρχει ανεπαρκής διαχείριση του πόνου όταν οι ασθενείς έχουν πρόβλημα με τον εθισμό στα οπιοειδή (Andenaes et Krokmyrdal, 2015; Morgan, 2006; Kelleher, 2007). Υπάρχει ανάγκη για περαιτέρω έρευνα σχετικά με την ικανότητα των νοσηλευτών να προσφέρουν επαγγελματική θεραπεία του πόνου σε αυτή την ομάδα ασθενών (Andenaes et Krokmyrdal, 2015).

### **5.1.2. Αναγνώριση δηλητηρίασης από κοκαΐνη**

Η υπερβολική δόση κοκαΐνης παρουσιάζει συμπτώματα όπως ρίγη και άγχος. Εκδηλώνεται επιθετικότητα, αϋπνία, αδυναμία και αίσθηση βαρύτητας των μελών του σώματος. Η αναπνοή είναι γρήγορη και επιφανειακή. Αξίζει να υπογραμμιστεί ότι στην περίπτωση δηλητηρίασης από κοκαΐνη τα συμπτώματα υπερβολικής δόσης και χρόνιας δηλητηρίασης συνδέονται τόσο στενά ώστε ο διαχωρισμός τους να είναι σχεδόν αδύνατος (Cazaloti, 1998). Τέλος η κοκαΐνη έχει τοξικότητα σωρευτική. Οι κίνδυνοι, δηλαδή, δηλητηρίασης αυξάνονται και στη περίπτωση που δεν αυξάνεται η δόση ([www.fora.gr](http://www.fora.gr), 2015).

### **5.1.3. Αναγνώριση δηλητηρίασης από αλκοόλ**

Το άτομο μπορεί να εκδηλώσει επιθετικότητα, αδυναμία κριτικής σκέψης, ευερεθιστότητα, άρση των αναστολών, αδυναμία συγκέντρωσης, συναισθηματική αστάθεια και μείωση του άγχους – αν και αρχικά εμφανίζεται πολύ κοινωνικό, υπερκινητικό και με οξυμμένη ικανότητα σκέψης. Δεν θα πρέπει να παραλειφθούν και οι έμμεσες αρνητικές συνέπειες που δημιουργούνται τόσο για το ίδιο το άτομο, όσο και για τους γύρω του, από την υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ, π.χ. τροχαία δυστυχήματα, εργατικά ατυχήματα, κακοποίηση-παραμέληση, κ.ά. ([www.prolipsis.gr](http://www.prolipsis.gr), 2015).

### **5.1.4. Αναγνώριση δηλητηρίασης από έκσταση**

Τα συμπτώματα από υπερβολική δόση έκστασης είναι άγχος, διεσταλμένες κόρες ματιών, ενώ πιο σπάνια παρουσιάζεται παράνοια και ψύχωση. Τα συμπτώματα αυτά ενδέχεται να συνδυαστούν και με εκείνα της θερμοπληξίας, εάν η χρήση της ουσίας έγινε σε κλειστό χώρο και συνδυάστηκε με σωματική κόπωση (πχ από χορό) και υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ. Σε αυτή την περίπτωση ο χρήστης εκδηλώνει

κούραση, ιλλίγγους, κράμπες στα χέρια, στις γάμπες και τους ώμους, η εφίδρωση του είναι αυξημένη και είναι δυνατόν να κάνει εμετό (Cazaloti, 1998).

### **5.1.5. Αναγνώριση δηλητηρίασης από αμφεταμίνες**

Η υπερβολική δόση αμφεταμίνων παρουσιάζουν συμπτώματα όπως αϋπνία, ρίγη και άγχος. Η πίεση είναι υψηλή και ενδέχεται να υπάρξει λιποθυμικό επεισόδιο. Αν η χρήση της ουσίας έγινε με ενδοφλέβια ένεση, κινδυνεύει με θάνατο (Cazaloti, 1998).

## **5.2. Νοσηλευτική παρέμβαση στην περίπτωση υπερδοσολογίας (overdose)**

### **5.2.1. Απομάκρυνση της ουσίας**

Εάν η ουσία που προκάλεσε τη δηλητηρίαση έχει ληφθεί από το στόμα και μόνο αν το θύμα διατηρεί ακόμα τις αισθήσεις του πρέπει να προκληθεί τεχνητός εμετός. Με τη χρήση των δύο δακτύλων βαθιά στο λαρύγγι ή με την κατάποση αλατόνευρου (Καλαμπαλίκη και Παναγιωτοπούλου, 2005).

### **5.2.2. Περίπτωση αναίσθητου θύματος**

Για να εκτιμηθεί η σοβαρότητα της κατάστασης χρησιμοποιείται η εξής τεχνική: Το άτομο πρέπει να είναι ανάσκελα, τα χέρια πρέπει να σηκωθούν ψηλά πάνω από το πρόσωπό του και το αφήνουμε να πέσει. Αν το χέρι χτυπήσει το πρόσωπο σημαίνει ότι η κατάσταση είναι πολύ σοβαρή. Σε μια τέτοια περίπτωση το άτομο πρέπει να μετακινηθεί μπρούμυτα με προσοχή ώστε ο οισοφάγος να είναι ανοιχτός, το κεφάλι να είναι στο πλάι χωρίς μαξιλάρι και γυρισμένο λίγο προς τα κάτω. Εάν ο χώρος είναι

κλειστός πρέπει να ανοιχθούν πόρτες ή παράθυρα. Τελος πρέπει να χαλαρώσουν τυχόν ζώνες ή σφιχτά ρούχα (Καλαμπαλίκη και Παναγιωτοπούλου, 2005)

### **5.2.3. Περίπτωση που το θύμα δεν αναπνέει**

Εάν ο εγκέφαλος παραμείνει περισσότερο από 3,5 sec χωρίς οξυγόνο εμφανίζονται μη αναστρέψιμες βλάβες. Αν η αναπνευστική οδός δεν είναι ελεύθερη πρέπει να καθαριστεί από τυχόν υπολείμματα εμετού. Για να επιτευχθεί το παραπάνω ακολουθείται η εξής τεχνική: Ο νοσηλευτής πρέπει να μετακινήσει το θύμα στο πλάι και τεντώνει το κεφάλι του προς τα πίσω. Βάζει το χέρι του στο μέτωπό του και το άλλο στο πηγούνι και κλείνει έτσι το στόμα του. Στη συνέχεια βάζει το στόμα του στη μύτη του και χρησιμοποιώντας μαντίλι φυσάει δυνατά τέσσερις φορές. Αν το στόμα δεν ξεφουσκώνει πρέπει να φύγει το χέρι από το πηγούνι και να αφηθεί ο αέρας να βγει. Αυτή η διαδικασία πρέπει να επαναληφθεί πέντε φορές στο ρυθμό της αναπνοής του νοσηλευτή. Μετά χρειάζεται διάλειμμα μισού λεπτού και επανάληψη της τεχνικής σε περίπτωση που το θύμα δείχνει να μην αντιδρά (Καλαμπαλίκη και Παναγιωτοπούλου, 2005).

### **5.2.4. Υποστήριξη της κυκλοφορίας**

Όταν δεν υπάρχει καρδιακός παλμός η ο συγγμός είναι πολύ αδύναμος το θύμα πρέπει να μετακινηθεί ανάσκελα. Τα χέρια του νοσηλευτή τοποθετούνται το ένα πάνω στο άλλο στο κέντρο του στήθους και με ρυμό μία ανά δευτερόλεπτο εφαρμόζονται ισχυρές πιέσεις ώστε να αρχίσει ξανά η καρδιακή λειτουργία (Καλαμπαλίκη και Παναγιωτοπούλου, 2005).

### 5.2.5. Χορήγηση ναλοξόνης (Naloxone Hydrochloride)

Η ναλοξόνη χρησιμοποιείται για να ανατάξει το κώμα και την καταστολή του αναπνευστικού που προκαλούνται από υπερβολική δόση οπιούχων. Εκτοπίζει γρήγορα όλα τα μόρια των οπιοειδών που είναι προσδεμένα στους υποδοχείς και έτσι μπορεί να αναστείλει τα φαινόμενα που προκαλούνται από υπερβολική δόση ηρωίνης, μέσα σε 2-4 λεπτά από ενδοφλέβια ένεση ναλοξόνης, την καταστολή της αναπνευστικής λειτουργίας και το κώμα. Χαρακτηριστικά των υψηλών δόσεων ηρωίνης ανατάσσονται με αποτέλεσμα ο ασθενής να συνέρχεται και να βρίσκεται σε εγρήγορση. Επίσης μπορεί να χορηγηθεί Anexate (Flumazenil) ανταγωνιστής βενζοδιαζεπινών χωρίς αραίωση. Συνήθως χορηγείται συνδυασμός των δύο ανταγωνιστών λόγω πολυφαρμακίας (Καλαμπαλίκη και Παναγιωτοπούλου, 2005).

## 5.3. Πρόληψη της ουσιοεξάρτησης

Η έννοια της πρόληψης αναφέρεται στο σύνολο των μέτρων πριν από την εκδήλωση μιας συμπεριφοράς. Η πρόληψη της ουσιοεξάρτησης αφορά την αντιμετώπιση των παραγόντων που κάνουν ευάλωτο το άτομο και την ενίσχυση των παραγόντων που το ενδυναμώνουν και το προστατεύουν, συμβάλλοντας στην αποφυγή ή στην αναβολή της έναρξης της χρήσης ουσιών και της εμφάνισης της εξάρτησης (ΕΠΙΨΥβ, 2011; Botvin et Griffin, 2007; IOM, 1994). Στο πλαίσιο αυτό, η πρόληψη της ουσιοεξάρτησης δεν εξαντλείται στην παροχή πληροφοριών. Αξιοποιεί εκπαιδευτικές διαδικασίες με μεθόδους αλληλεπίδρασης και ενεργού μάθησης με στόχο όχι μόνο τη ν αύξηση των γνώσεων αλλά και την ενδυνάμωση, την υποστήριξη και την εκπαίδευση των ατόμων ώστε να υιοθετήσουν μια θετική στάση ζωής και να αναπτύξουν δεξιότητες που συνδέονται με την πρόληψη. Σύμφωνα με παλαιότερη και πολύ διαδεδομένη τυπολογία, η πρόληψη διακρινόταν σε τρία επίπεδα: πρωτογενής, δευτερογενής και τριτογενής (ΕΠΙΨΥβ, 2011; Cowen 1983). Η **πρωτογενής πρόληψη** αναφέρεται στις παρεμβάσεις πριν από την εκδήλωση ενός προβλήματος ή φαινομένου, που στοχεύουν στο να εμποδίσουν ή να καθυστερήσουν την επαφή των νέων με τις ουσίες. Η **δευτερογενής πρόληψη** αποσκοπεί στη μείωση της επικράτησης του προβλήματος μέσω της έγκαιρης

διάγνωσης των ατόμων που βρίσκονται σε κίνδυνο ή των ατόμων που βρίσκονται σε πειραματική φάση με τις ουσίες. Η **τριτογενής πρόληψη** περιλαμβάνει τις παρεμβάσεις για τη μείωση της σοβαρότητας ενός προβλήματος και των συνεπειών του. Λόγω των δυσκολιών διαχωρισμού των παρεμβάσεων σύμφωνα με αυτή την τυπολογία (ΕΠΨΥΒ, 2011; Offord 2000), οι όροι αυτοί χρησιμοποιούνται πλέον από τη διεθνή επιστημονική κοινότητα όλο και λιγότερο και αντικαταστάθηκαν με πιο λειτουργικές έννοιες. Το 1994 το Institute of Medicine<sup>19</sup> εισηγήθηκε ένα καινούριο πλαίσιο για την ταξινόμηση της πρόληψης σε **καθολική, επικεντρωμένη και ενδεδειγμένη**, έννοιες που είχαν εισαχθεί νωρίτερα (ΕΠΨΥΒ, 2011; Gordon 1987). Ο όρος **παρέμβαση πρόληψης** αναφέρεται σε συστηματικές, δομημένες δράσεις που υλοποιούνται στο πλαίσιο της φιλοσοφίας της αγωγής υγείας με σκοπό την πρόληψη της ουσιοεξάρτησης, στις οποίες συμμετέχει ή εκτίθεται η ομάδα-στόχος. Παρεμβάσεις πρόληψης γίνονται σε διάφορα πλαίσια, με στόχους, με την εφαρμογή διαφόρων μεθόδων και με διαφορετικό περιεχόμενο. Η διάρκειά τους ποικίλλει – μπορεί να είναι μεμονωμένες δράσεις ή μακροχρόνιες παρεμβάσεις που υλοποιούνται για μήνες ή και έτη.

#### Καθολική πρόληψη (universal prevention):

Οι καθολικές παρεμβάσεις πρόληψης στοχεύουν στο νεανικό πληθυσμό. Υλοποιούνται είτε άμεσα σε παιδιά και νέους /-ες (π.χ. μαθητές, στρατευμένους) είτε σε άλλες ομάδες (π.χ. εκπαιδευτικούς, γονείς) που έρχονται σε επαφή με νέους. Στόχος είναι η αποφυγή ή η αναβολή της έναρξης της χρήσης ουσιών με την παροχή των απαραίτητων γνώσεων και δεξιοτήτων. Πρόκειται για παρεμβάσεις ευρείας κλίμακας που πραγματοποιούνται χωρίς προηγουμένως να έχει γίνει έλεγχος για τη συμπεριφορά και το βαθμό επικινδυνότητας των συμμετεχόντων όσον αφορά τη χρήση ουσιών.

#### Επικεντρωμένη πρόληψη (selective prevention):

Οι παρεμβάσεις επικεντρωμένης πρόληψης απευθύνονται σε συγκεκριμένες υποομάδες του νεανικού πληθυσμού για τις οποίες θεωρείται ότι συντρέχουν παράγοντες κινδύνου ως προς την εκδήλωση προβλημάτων που σχετίζονται με τη χρήση ουσιών (π.χ. μαθητές με ψυχοκοινωνικά προβλήματα, μαθητές με προβλήματα χαμηλής σχολικής επίδοσης, νέοι που έχουν εγκαταλείψει το σχολείο, παιδιά των οποίων οι γονείς έχουν προβλήματα χρήσης ουσιών, μετανάστες, άνεργοι κ.ά.). Οι παρεμβάσεις υλοποιούνται

σε επίπεδο ομάδας, χωρίς να λαμβάνονται υπόψη ατομικοί παράγοντες κινδύνου. Πρόκειται για εστιασμένες παρεμβάσεις σε ευάλωτες κοινωνικές ομάδες.

Ενδεδειγμένη πρόληψη (indicated prevention): Οι παρεμβάσεις ενδεδειγμένης πρόληψης εστιάζουν στο άτομο και απευθύνονται μόνο σε άτομα τα οποία έχουν εκδηλώσει πρώιμα σημάδια χρήσης ουσιών (χωρίς να πληρούνται τα κριτήρια για την εξάρτηση διαγνωστικών εγχειριδίων, π.χ. DSM-5), ψυχολογικά προβλήματα ή προβλήματα συμπεριφοράς που σχετίζονται με τη χρήση ουσιών (π.χ. άτομα με διαταραχή ελλειμματικής προσοχής με ή χωρίς υπερκινητικότητα ADHD κ.ά.). Στόχος της είναι η έγκαιρη διάγνωση και η παρέμβαση σε ατομικό επίπεδο.

### **5.3.1. Παρεμβάσεις πρόληψης στη σχολική κοινότητα**

Το σχολείο αποτελεί το βασικό πλαίσιο υλοποίησης παρεμβάσεων πρόληψης, καθώς υπάρχει πρόσβαση σε μεγάλο αριθμό νέων, ενώ παράλληλα αποτελεί ένα παιδαγωγικό και οργανωμένο πλαίσιο που διευκολύνει τέτοιου είδους παρεμβάσεις. Όπως προκύπτει από σχετικές μελέτες, η πρόληψη στη σχολική κοινότητα πρέπει να επικεντρώνεται στην αντιμετώπιση των επιβαρυντικών ως προς τη χρήση ουσιών και την ενίσχυση των προστατευτικών παραγόντων, εστιάζοντας στην ανάπτυξη δεξιοτήτων αντίστασης στην πίεση συνομηλίκων, στην αλλαγή κανονιστικών πεποιθήσεων σχετικά με την επικράτηση της χρήσης ουσιών από συνομηλίκους και στην ευρύτερη ενίσχυση προσωπικών και κοινωνικών δεξιοτήτων (ΕΠΨΥβ, 2011; Botvin & Griffin 2007). Ιδιαίτερη έμφαση όσον αφορά την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων πρόληψης στο σχολικό πλαίσιο δίνεται στην εφαρμογή συγκεκριμένων εκπαιδευτικών υλικών / προγραμμάτων με καθορισμένες δομικές παραμέτρους (π.χ. καθορισμένος αριθμός συναντήσεων με καθορισμένο περιεχόμενο και υλικό για την καθεμία) (EMCDDA 2010). Μερικοί από τους παράγοντες για την εφαρμογή αποτελεσματικών παρεμβάσεων πρόληψης στη σχολική κοινότητα (ΕΠΨΥβ, 2011; Botvin & Griffin, 2007; Ευρωπαϊκό Κέντρο 2004) είναι:

- **η ενσωμάτωση ενός ολοκληρωμένου θεωρητικού πλαισίου** που αναφέρεται αφενός στην αντιμετώπιση των παραγόντων που κάνουν το άτομο ευάλωτο, αφετέρου στην ενίσχυση των παραγόντων το προστατεύουν.
- **η αξιοποίηση μεθόδων αλληλεπίδρασης** (σε αντίθεση με την υλοποίηση διαλέξεων και ομιλιών), προκειμένου να ενισχύεται η συμμετοχή και να προωθείται η ανάπτυξη δεξιοτήτων.
- **η ανάπτυξη κοινωνικών δεξιοτήτων**, σε συνδυασμό με την παροχή ενημέρωσης για τις ουσίες, η οποία πρέπει να είναι ακριβής, επιστημονικά τεκμηριωμένη, ισορροπημένη και συναφής με την κοινωνική πραγματικότητα των νέων.
- **η εφαρμογή και αυστηρή τήρηση εκπαιδευτικών υλικών / προγραμμάτων πρόληψης** από κατάλληλα εκπαιδευμένους εκπαιδευτικούς.
- **η ύπαρξη σαφώς καθορισμένου περιεχομένου** με βάση συγκεκριμένα εκπαιδευτικά υλικά / προγράμματα που περιλαμβάνουν εγχειρίδια και υλικό.
- **σε παιδιά προσχολικής / νηπιακής ηλικίας** την αντιμετώπιση παραγόντων κινδύνου όπως η επιθετική συμπεριφορά, το χαμηλό επίπεδο κοινωνικών δεξιοτήτων, οι δυσκολίες στο σχολικό περιβάλλον.
- **σε παιδιά σχολικής ηλικίας (6-12 ετών)** την ενίσχυση της σχολικής επίδοσης και την κοινωνικο / συναισθηματική εκπαίδευση προκειμένου να αντιμετωπιστούν παράγοντες κινδύνου όπως η πρόωρη επιθετικότητα, η σχολική αποτυχία και η σχολική διαρροή.

Πρέπει να τονιστεί ότι δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στην υλοποίηση παρεμβάσεων σε παιδιά προσχολικής και σχολικής ηλικίας, έτσι ώστε να εντοπίζονται και να αντιμετωπίζονται έγκαιρα οι επιβαρυντικοί παράγοντες που μπορεί να οδηγήσουν στην εμφάνιση προβλημάτων που σχετίζονται με τη χρήση ουσιών:

- **σε παιδιά εφηβικής ηλικίας (12-15 ετών)** την ενίσχυση της σχολικής επίδοσης και σχετικών συνηθειών (π.χ. μελέτη), καθώς και την ανάπτυξη κοινωνικών δεξιοτήτων όπως διεκδικητικότητα, δεξιότητες αντίστασης σε πίεση συνομηλίκων, ενώ σημαντικές



θεωρούνται η διαμόρφωση αντιλήψεων και στάσεων σχετικά με τη χρήση ουσιών και η ενίσχυση προσωπικών δεσμεύσεων και κινήτρων για αποχή από τη χρήση ουσιών.

Παράλληλα, στις παρεμβάσεις πρόληψης σε παιδιά και νέους δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στις βασικές μεταβατικές φάσεις στη ζωή των παιδιών (π.χ. η μετάβαση από το Δημοτικό στο Γυμνάσιο, η είσοδος στη φάση της εφηβείας), καθώς και σημαντικές αλλαγές στη ζωή των παιδιών (π.χ. αλλαγή τόπου κατοικίας, απώλεια γονέα) (ΕΠΨΥΒ, 2011; NIDA 2003).

### **5.3.2. Παρεμβάσεις πρόληψης στην οικογένεια**

Μετά το σχολείο, η πρόληψη της ουσιοεξάρτησης είναι σημαντικό να εστιάζει στην οικογένεια, κυρίως με την υλοποίηση παρεμβάσεων σε γονείς. Σύμφωνα με μελέτες αξιολόγησης, αποτελεσματικές παρεμβάσεις περιλαμβάνουν την ενδυνάμωση των οικογενειακών δεσμών και των σχέσεων μεταξύ των μελών της οικογένειας, την ανάπτυξη δεξιοτήτων που σχετίζονται με το γονεϊκό ρόλο και την ενημέρωση σχετικά με τις εξαρτησιογόνες ουσίες (ΕΠΨΥΒ, 2011; NIDA 2003). Επίσης, σύμφωνα με τους Buehler & Kroeger (2008), μερικοί από τους αποτελεσματικότερους παράγοντες των παρεμβάσεων πρόληψης στην οικογένεια είναι (ΕΠΨΥΒ, 2011):

- η ενίσχυση της σχέσης γονέα-παιδιού.
- η εκπαίδευση με βάση την προσέγγιση της κοινωνικής ενίσχυσης, καθώς και σε θέματα ορίων.
- η αξιοποίηση μεθόδων αλληλεπίδρασης (σε αντίθεση με μεθόδους οι οποίες στηρίζονται σε ομιλίες, διαλέξεις).
- η αξιοποίηση εμπειρικά τεκμηριωμένου θεωρητικού πλαισίου.

- η επεξεργασία θεμάτων ώστε η παρέμβαση να ανταποκρίνεται στα διαφορετικά στάδια ανάπτυξης των παιδιών (προσχολική, σχολική και εφηβική ηλικία).
- η επεξεργασία θεμάτων λαμβάνοντας υπόψη πολιτισμικές και κοινωνικές ιδιαιτερότητες των γονέων.

Τέλος, ιδιαίτερη έμφαση πρέπει να δίνεται σε οικογένειες με ιδιαίτερα χαρακτηριστικά με την υλοποίηση επικεντρωμένων παρεμβάσεων πρόληψης, όπου υπάρχουν θετικές ενδείξεις για την αποτελεσματικότητά τους (ΕΠΨΥβ, 2011; EMCDDA 2010).

### **5.3.3. Ο ρόλος του νοσηλευτή στην πρωτογενή πρόληψη**

Εδώ και πολλά χρόνια η νοσηλευτική έχει ξεφύγει από το στενό ρόλο της παροχής φροντίδας σε αρρώστους μόνο στο χώρο του νοσοκομείου. Σήμερα πολλοί είναι οι νοσηλευτές εκείνοι που έχοντας τις κατάλληλες γνώσεις και δεξιότητες, ασχολούνται με την αγωγή υγείας σε κοινότητες, την πρόληψη και την αποκατάσταση της υγείας. Το έργο αυτών των νοσηλευτών είναι αρκετά σημαντικό αν αναλογιστεί κανείς πόσο δύσκολη είναι η δημιουργία των κατάλληλων συνθηκών για την αποτροπή της εγκατάστασης μιας νοσογόνας κατάστασης. Η αγωγή υγείας από τους νοσηλευτές αρχίζει με τη μετάδοση συγκεκριμένων πληροφοριών στο άτομο, αλλά συγχρόνως περιλαμβάνει επεξήγηση και ενσωμάτωση πληροφοριών με τέτοιο τρόπο ώστε να επιφέρει αλλαγή συμπεριφοράς και συνηθειών οι οποίες οδηγούν σε προαγωγή της υγείας του ατόμου. Η πρωτογενής πρόληψη ενάντια στις εξαρτησιογόνες ουσίες περιλαμβάνει την παροχή πληροφοριών, όχι μόνο για τις ίδιες τις ουσίες, αλλά κυρίως τις συνήθειες της ζωής που προωθούν την καλή λειτουργικότητα σώματος και πνεύματος και ενθαρρύνουν τα άτομα για αυτοέλεγχο και αυτοφροντίδα. Κάθε επικοινωνία του νοσηλευτή με το σύνολο (γονείς, δάσκαλοι, μαθητές, εξαρτημένοι ασθενείς, ευρύτερο κοινό) αποτελεί μια εκπαιδευτική εμπειρία. Επειδή οι γνώσεις που διαθέτει το άτομο δεν είναι πάντοτε σύγχρονες και αποτελεσματικές, κυρίως για τις πολύπλοκες καταστάσεις υγείας, οι υπεύθυνοι επιστήμονες και οι νοσηλευτές που ασχολούνται με την πρόληψη έχουν υποχρέωση να είναι ενημερωμένοι και να παρέχουν πρόσφατες ανανεωμένες και έγκυρες γνώσεις στα άτομα της κοινότητας (Καλαμπαλίκη και Παναγιωτοπούλου, 2005).

#### 5.3.4. Ο ρόλος του νοσηλευτή στην δευτεροβάθμια πρόληψη

Ο νοσηλευτής είναι ο πρώτος που παραλαμβάνει τον ασθενή στο χώρο του νοσοκομείου ή του κέντρου αποκατάστασης. Κατά τη λήψη των προσωπικών δεδομένων:

- Δημιουργεί σχέση εμπιστοσύνης με τον ασθενή για τη διατήρηση της επαφής μαζί του.
- Αξιολογεί τις ανάγκες του με κύριο εργαλείο την παρατήρηση.
- Δίνει κατευθύνσεις και τον παραπέμπει στις ανάλογες υπηρεσίες.
- Συμβουλεύει και δίνει πληροφορίες για τρόπους μείωσης της βλάβης από τη χρήση και για την αποφυγή μετάδοσης λοιμώξεων.
- Χορηγεί έντυπο υλικό (πρώτες βοήθειες, ασφαλή χρήση ενέσιμων ναρκωτικών κλπ)

Είναι σημαντικό ο νοσηλευτής από την πρώτη στιγμή που έρχεται σε επαφή με τον ναρκομανή να τον οριοθετεί, διότι οι χρήστες είναι άτομα με ιδιαιτερότητες.

Για να είναι επιτυχής αυτή η πρώτη επαφή – σχέση, ο νοσηλευτής πρέπει (Καλαμπαλίκη και Παναγιωτοπούλου, 2005):

1. Να είναι προσιτός στους χρήστες.
2. Να έχει ικανότητα μετάδοσης των μηνυμάτων υγείας.
3. Να κατανοεί τα προβλήματα των χρηστών.
4. Να μην είναι κριτικός
5. Να συμπεριφέρεται με σεβασμό.
6. Να ακουεί προσεκτικά.
7. Να δείχνει ενδιαφέρον.
8. Να δίνει προσοχή στα αισθήματα.
9. Να είναι αξιόπιστος και εχέμυθος.
10. Να μην παίρνει την ευθύνη των προβλημάτων των άλλων.

### 5.3.5. Ο ρόλος του νοσηλευτή στην τριτογενή πρόληψη

**Α) Κοινωνική επανένταξη:** Η κοινωνική επανένταξη είναι μια διαδικασία δύσκολη, μακρόχρονη, πολύπλοκη, που ακολουθεί πολύ προσωπικούς ρυθμούς εξέλιξης για κάθε απεξαρτημένο. Δεν υπάρχει ιδανική πορεία επανένταξης. Είναι μια πορεία μακράς διάρκειας, με άλματα καιπισωγυρίσματα, επαναλήψεις, επιτυχίες και αποτυχίες μέχρι να βρει ο καθένας το δικό του δρόμο, τις δικές του λύσεις στα προβλήματα, τη δική του ταυτότητα. Η κοινωνική επανένταξη υποδηλώνει μια διαδικασία επιστροφής στην κοινωνική πραγματικότητα από την οποία είχε φύγει κάποιος/α. Μια διαδικασία κατά την οποία θα μπορεί τώρα πια να έχει αυτά που δεν είχε ποτέ ή είχε και εγκατέλειψε ή στερήθηκε: τη δουλειά, το σπίτι του, την οικογένειά του κα. Αλλά και μια διαδικασία μέσα από την οποία μαθαίνει να προσεγγίζει και να κατανοεί την κοινωνική πραγματικότητα, να τη ζει με καινούριο τρόπο. Μια διαδικασία επανεγγραφής στην κοινωνική πραγματικότητα, αλλά και την προσωπική του πραγματικότητα και την ιστορία του. Μια διαδικασία μετάβασης από το παλιό σε κάτι καινούριο, που δεν του δίνεται έτοιμο αλλά πρέπει ο ίδιος να δημιουργήσει στη σύνθεση της νέας κοινωνικής ταυτότητάς του.

**A1) Κατοικία και εργασία. Νέα κοινωνική ταυτότητα:** Η κοινωνική ένταξη ως διαδικασία συνυφάνεται με τον προσωπικό χώρο στα πλαίσια του κοινωνικού χώρου, με τον προσωπικό χρόνο σαν κομμάτι του κοινωνικού χρόνου και με την νέα κοινωνική ταυτότητα, που πρέπει να δημιουργήσει ο απεξαρτημένος. Μέσα από τη θεραπευτική διαδικασία ο απεξαρτημένος αρχίζει να ενδιαφέρεται για πράγματα που μέχρι τότε δεν είχαν καμία σημασία για αυτόν. Αρχίζει να ενδιαφέρεται για το που θα μείνει, πως θα φτιάξει το σπίτι του. Χρειάζεται τον προσωπικό του χώρο, για να οργανώσει τη ζωή του. Αν αυτό λείπει και με δεδομένη την επικρατούσα ρατσιστική στάση του κοινωνικού συνόλου απέναντί του, αντιμετωπίζει τον κίνδυνο της υποτροπής. Για τον απεξαρτημένο ο χρόνος λειτουργεί τώρα πια διαφορετικά. Μέσα στην εξάρτηση ο χρόνος δεν μετρούσε, παρά μόνο όταν άρχιζε το στερητικό σύνδρομο και έπρεπε να απασχοληθεί βρίσκοντας την δόση του. Τώρα στην καινούρια ζωή του μπορεί να τον προγραμματίζει, να μετρά τις ώρες που δουλεύει, να είναι συνεπής στα ραντεβού του, να ξυπνά το πρωί και να κοιμάται το βράδυ, να αξιοποιεί τον ελεύθερο χρόνο του. Η οργάνωση του χρόνου δεν μπορεί να γίνει χωρίς επαγγελματική απασχόληση. Μέσα από την εργασία του δεν εξασφαλίζει μόνο την ανεξαρτησία του αλλά και την

κοινωνική του αναγνώριση. Δημιουργεί νέες σχέσεις, αναλαμβάνει ευθύνες, εξασφαλίζει τους όρους οργάνωσης της ζωής του στη βάση ενός προγράμματος, που καθορίζεται από το ωράριο και τον τόπο της εργασίας του. Έχει τεράστια σημασία για τον απεξαρτημένο να αναζητήσει και να βρει ο ίδιος μια δουλειά που του ταιριάζει, που τον ικανοποιεί, που του δίνει την χαρά της δημιουργίας, της αναγνώρισης, της προσωπικής αξίας, της δυνατότητας να συνεργασθεί με ανθρώπους που δεν προέρχονται από τον χώρο των ουσιών. Η μάχη ενάντια στον κοινωνικό αποκλεισμό συνεπάγεται την εξασφάλιση των όρων της ισότιμης συμμετοχής στην παραγωγική διαδικασία.

**A2) Η συμμετοχή στο κοινωνικό γίνεσθαι:** Η δύσκολη πορεία της κοινωνικής επανένταξης συνεπάγεται την ενεργητική συμμετοχή του απεξαρτημένου στα κοινωνικά δρώμενα. Η ζωή μέσα στις ουσίες είναι συνυφασμένη με την παθητικότητα, την παραίτηση, την μοχανικότητα, τον ατομισμό, την αδιαφορία απέναντι σε όλους και σε όλα, την εγκατάλειψη, τη σιωπή, τη μιζέρια. Η αλλαγή τρόπου ζωής μέσα από τη θεραπευτική διαδικασία της απεξάρτησης σημαίνει πρωτοβουλίες, διεκδίκηση, κοινωνική αλληλεγγύη, συλλογικότητα, ενδιαφέρον για τους άλλους και για ζητήματα που δεν αφορούν τη στενή προσωπική ζωή του, διάλογο, καθώς και τη δυνατότητα αντιπαράθεσης με όλους εκείνους τους παράγοντες στο κοινωνικό γίνεσθαι που έχουν συμβάλλει γενεσιουργά στην εγκατάσταση της εξάρτησης. Η κοινωνική επανένταξη πρέπει να αποβλέπει κατά κύριο λόγο στο να κάνει ικανό τον απεξαρτημένο να πραγματωθεί καλύτερα σαν άτομο, να γεμίσει τη ζωή του με καινούρια πράγματα, ασχολίες, ενδιαφέροντα, προβληματισμούς, σχέσεις και στόχους.

**A3) Αυτογνωσία και δημιουργία. Διαρκής αλλαγή:** Η επανένταξη προχωρεί με βήματα προοδευτικά, με ρήξεις, με διακοπή της συνέχειας και αποκατάστασής της. Είναι μια διαδικασία αργή, δύσκολη και όχι ευθύγραμμη. Απαιτεί πρώτα από όλα την κινητοποίηση του προσώπου, την εξέλιξη, την προσαρμογή του σε μια νέα πραγματικότητα που περιλαμβάνει τον ιδιωτικό χώρο, την κατοικία, την εργασία, την οικογένεια και τους φίλους. Απαιτεί την ανάπτυξη δεσμών κοινωνικής αλληλεγγύης. Είναι μια διαδικασία συναισθηματικής ωρίμανσης, κατάκτησης μιας ουσιαστικής

σχέσης με τον εαυτό του και τους άλλους στη βάση της αμεσότητας, της ειλικρίνειας και της υπευθυνότητας.

**A4) Αλλαγή σχέσεων με την οικογένεια:** Οι σχέσεις του εξαρτημένου με την οικογένεια του είναι διαταραγμένες. Η οικογένεια ως κλειστό σύστημα δυσλειτουργεί. Η επικοινωνία στα μέλη είναι μπλοκαρισμένη, οι ρόλοι άκαμπτοι. Η κοινωνικοποίηση των παιδιών και η ανεξαρτητοποίησή τους από την οικογένεια προκαλεί άγχος σε όλους και εμποδίζεται με κάθε τρόπο. Η συγκρότηση της προσωπικότητας, η υπευθυνοποίηση του, η συναισθηματική του ωριμότητα υστερούν. Μέσα από τη θεραπεία (ατομική – ομαδική), τη ψυχοθεραπεία, την παρέμβαση της θεραπευτικής ομάδας στην οικογένεια, αυτή αλλάζει. Εκφράζεται συναισθηματικά, τα μέλη της αρχίζουν να επικοινωνούν πιο ελεύθερα η ζωή τους αρχίζει να οργανώνεται σε άλλες βάσεις μέσα από κοινούς σχεδιασμούς, διάλογο και στόχους.

**B) Η πρόληψη της υποτροπής:** Κατά τη διάρκεια της κοινωνικής επανένταξης, ο απεξαρτημένος βρίσκεται αντιμέτωπος με τον κίνδυνο της υποτροπής, της επιστροφής στη χρήση, την εξάρτηση, το παλιό τρόπο ζωής. Οι παράγοντες που παίζουν ρόλο στην υποτροπή σχετίζονται τόσο με το άτομο όσο και με το περιβάλλον του. Κρίσιμη είναι η αρχική περίοδος της επανένταξης και ο πρώτος καιρός μετά την ολοκλήρωση του προγράμματος. Το άτομο είναι επιρρεπές στην υποτροπή όταν η αρχική του απόφαση να παραμείνει καθαρό από ουσίες στη ζωή του έχει εξασθενήσει, όταν δεν έχει φίλους και κάνει παρέα με εξαρτημένους, όταν συχνάζει σε χώρους που η ουσία είναι διαθέσιμη, όταν καταφεύγει εύκολα σε άλλες ουσίες (όπως αλκοόλ) για να αντιμετωπίσει μια δυσκολία, όταν αντιμετωπίζει αρνητικές καταστάσεις, μέσα ή έξω από την οικογένεια. Έχει εξακριβωθεί ότι το 30% των υποτροπών συμβαίνει όταν το άτομο βιώνει μια κατάσταση μεγάλου άγχους (πχ θάνατος) ή πολλά μικρά προβλήματα (κατάθλιψη κτλ). Κίνδυνους υποτροπής δημιουργούν επίσης οι στρεσογόνοι διαπροσωπικές σχέσεις, οι κοινωνικές πιέσεις, οι κάθε είδους παρατεταμένες και σοβαρές οικονομικές δυσκολίες απουσία κοινωνικών στηριγμάτων, η έλλειψη συναισθηματικής υποστήριξης από την οικογένεια και τους φίλους, η παρατεταμένη ανεργία (δίκες –καταδίκες – φυλακή) (Καλαμπαλίκη και Παναγιωτοπούλου, 2005).

## 6. Συμπεράσματα – Συζήτηση

Το πρόβλημα της ουσιοεξάρτησης είναι αναπόσπαστο κομμάτι της σύγχρονης κοινωνίας. Τα ενδοοικογενειακά προβλήματα, οι κρίσιμες ηλικίες, τα οικονομικά και κοινωνικά καθημερινά προβλήματα ωθούν ένα μεγάλο μέρος της κοινωνίας στη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών, από τα λιγότερο άμεσα επιβλαβή όπως είναι το κάπνισμα μέχρι τα αμέσως επιβλαβή όπως η ηρωίνη.

Ο ρόλος του νοσηλευτή είναι μια κομβική αναφορά στην αντιμετώπιση του προβλήματος. Ο νοσηλευτής έχει υποχρέωση να είναι γνώστης του προβλήματος, να γνωρίζει πως αντιμετωπίζεται το θύμα/ασθενής στην κάθε περίπτωση, να έχει άριστη γνώση της νοσηλευτικής των πρώτων βοηθειών σε περίπτωση υπερδοσολογίας από κάποια ουσία αλλά και να μελετά και να επικοινωνεί με άλλους συναδέλφους ή ιατρούς σύγχρονες μεθόδους και πρακτικές απεξάρτησης και πρόληψης της ουσιοεξάρτησης.

Σίγουρα πολύ σημαντικό βήμα για να το καταφέρει – εκτός των γνώσεων – είναι και ο τρόπος της αντιμετώπισης σε κοινωνικό και προσωπικό επίπεδο του κάθε ασθενή, πράγμα το οποίο χρειάζεται και μια σχετική εμπειρία.

Συμπερασματικά το πιο σημαντικό βήμα για την μείωση της ουσιοεξάρτησης ως κοινωνικό πρόβλημα είναι η πρόληψη κατά την οποία ο νοσηλευτής μπορεί και πρέπει να έχει ενεργό συμμετοχή και έναν ουσιαστικό ρόλο.

## Βιβλιογραφία

### Ελληνική βιβλιογραφία

1. Casalotti E. (1998). Χρήση ουσιών. Εκδόσεις Ακτή – Οξύ. Έκδοση 1<sup>η</sup>. Αθήνα. Σελ. 37-47.
2. Champe P, Harvey R (2007). *Φαρμακολογία* (3η έκδοση). Εκδόσεις Παρισιάνου, Σελ. 174-175.
3. Gossop M., Grant M. (1994) Κατάχρηση ουσιών – Πρόληψη και έλεγχος. Εκδόσεις Βήτα. Έκδοση 1<sup>η</sup>. Αθήνα. Σελ 3-7.
4. Gutland E. (1985). Επιστροφή στη ζωή. Εκδόσεις Θετίλη. Έκδοση 1<sup>η</sup>. Αθήνα. Σελ 165-166.
5. Δαβαρούκας Α., Σουρέτης Γ. (1991). Τα ναρκωτικά στην εποχή μας. Έκδοσεις Ni-Co graphics arts. Αθήνα. Σελ 15-17.
6. Δελτίο του Ευρωπαϊκού Κέντρου Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας, (2011) Τα ναρκωτικά στο προσκήνιο. Υπηρεσία Εκδόσεων της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Τεύχος 22. Λισαβόνα.
7. Ε.Κ.Π.Ν.Τ. (2014) Τα ναρκωτικά σε μια μεταβαλλόμενη ευρωπαϊκή αγορά – Ανάλυση για το έτος 2014. Δελτιο τύπου του οργανισμού της Ε.Ε. για τα ναρκωτικά. Λισαβόνα.
8. ΕΠΙΨΥ (2015) Ετήσια Έκθεση για την κατάσταση του προβλήματος των ναρκωτικών και των οιοπνευματωδών στην Ελλάδα. Αθήνα.
9. ΕΠΙΨΥ, ΕΚΤΕΠΝ, ΕΚΤΕΠΝ (α) (2011) Ετήσια Έκθεση για την κατάσταση του προβλήματος των ναρκωτικών και των οιοπνευματωδών στην Ελλάδα. Αθήνα.
10. ΕΠΙΨΥ, ΕΚΤΕΠΝ, ΕΚΤΕΠΝ (β) (2011) Εγχειρίδιο για την πρόληψη της ουσιοεξάρτησης. Κατευθυντήριες γραμμές και σχεδιασμός παρεμβάσεων. Αθήνα. Σελ 25-27.
11. Καλαμπαλίκη Μ., Παναγιωτοπούλου Ε. (2005). Ναρκωτικά – επαγρύπνηση του νοσηλευτικού δυναμικού για την καταπολέμηση της σύγχρονης λαίλαπας. Πτυχιακή εργασία. ΑΤΕΙ Πάτρας. Τμήμα Νοσηλευτικής. Υπεύθυνος καθηγητής: Δετοράκης. Ι., Πάτρα. Σελ 50-51, 54, 76-80.



12. Κοτρώτσου Ε., Παπαθανασίου Ι. (2000). Πρόληψη από εξαρτησιογόνες ουσίες – Ο ρόλος της νοσηλευτικής. Νοσηλευτική 39 (4). Σελ 408-409.
13. Λιαπάς Γ. (1992). Ναρκωτικά (εθιστικές ουσίες – κλινικά προβλήματα – αντιμετώπιση). Εκδόσεις Πατάκη. Έκδοση 1<sup>η</sup>. Αθήνα. Σελ 32-38.
14. Μαρσέλος Μ. (2002). Εξαρτησιογόνες ουσίες. Εκδόσεις Τυπωθήτω. Ανατύπωση 1<sup>η</sup>. Αθήνα. Σελ 45-46.
15. Ματσά Κ. (2001). Ψάξαμε ανθρώπους και βρήκαμε σκιές. Εκδόσεις Άγρα. Έκδοση 1<sup>η</sup>. Αθήνα. Σελ 117-129.
16. Μεσημέρης Σ. (1999) Η ψυχολογία των ναρκομανών. Εκδόσεις Τάμασος. Έκδοση 1<sup>η</sup>. Αθήνα. Σελ 22-25.
17. Μπλούκας Γ., Μπουκόρος Ε. (1988). Ναρκωτικά. Πτυχιακή εργασία. Εισηγητής Δετοράκης Ιωάννης. Πάτρα. Σελ 15-17, 19.
18. Χαραλαμπίδης Ε. (2003). Στοιχεία για τις εξαρτησιογόνες ουσίες. Κέντρο εκπαίδευσης για την πρόληψη της χρήσης ναρκωτικών και την προαγωγή της παιδείας. Αθήνα.

## **Ξενόγλωσση βιβλιογραφία**

1. American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition. New School Library. Washington, DC. London. pp 483-484
2. Andenaes R., Krokmyrdal K. (2015). Nurses' competence in pain management in patients with opioid addiction: A cross-sectional survey study. Nurse Education Today. Vol 35. pp 789-794
3. Arthur C. Gibson. (2014) "The Pernicious Opium Poppy". University of California, Los Angeles. Διαθέσιμο στο: <http://www.botgard.ucla.edu/html/botanytextbooks/economicbotany/Papaver/> [Τελευταία πρόσβαση: 01/09/2015]
4. Barbero E , Vest B., Kane C., DeMarce J., Harmon R., Hawley J., Lehmann L. (2014). Outcomes Following Treatment of Veterans for Substance and Tobacco Addiction. Archives of Psychiatric Nursing. Vol 28. pp 333-338

5. Gilbert, Schacter, Wegner (2011). Psychology. Worth Publishers. 2<sup>nd</sup> Edition pp 552.
6. Graham C. (2006). Alcohol and drug addiction: An emergency department perspective. Clinical Effectiveness in Nursing. Vol 953. pp 260-268
7. Hojsted J., Sjogren P. (2006). Addiction to opioids in chronic pain patients: A literature review. European Journal of Pain Vol 11. pp 490–518
8. Michaelis M., Scholkens B., Rudolphi K. (2007). An anthology from Naunyn-Schmiedeberg's archives of pharmacology. Naunyn-Schmiedeberg's Archives of Pharmacology Vol 375. pp 81-84
9. Tsintou M. (2010). Etiology of Drug Abuse – Key Points for the Identification of Substance Abusers. HelMEDical Journal. Online Edition. Available at: <http://www.helmedica.gr/items-pdf/items-5-4-en.pdf> [Last access: 02/09/2015]

### Διαδικτυακές Πηγές

1. Dr Borobief Νοσοκομείο που ειδικεύεται στη θεραπεία εθισμών. Εθισμός στην ηρωίνη. Διαθέσιμο στο: <http://www.heroindetoxeurope.com/gre/opioid-addiction/%CE%B5%CE%B8%CE%B9%CF%83%CE%BC%CF%8C%CF%82-%CF%83%CF%84%CE%B7%CE%BD%CE%B7%CF%81%CF%89%CE%AF%CE%BD%CE%B7> [Τελευταία πρόσβαση: 01/09/2015]
2. Healthview. Μέθοδοι Διακοπής Καπνίσματος. Διαθέσιμο στο: <http://www.healthview.gr/%CF%80%CE%B5%CF%81%CE%B9%CE%B5%CF%87%CF%8C%CE%BC%CE%B5%CE%BD%CE%BF/%CE%AC%CF%81%CE%B8%CF%81%CE%BF/1175/%CE%BC%CE%AD%CE%B8%CE%BF%CE%B4%CE%BF%CE%B9%CE%B4%CE%B9%CE%B1%CE%BA%CE%BF%CF%80%CE%AE%CF%82%CE%BA%CE%B1%CF%80%CE%BD%CE%AF%CF%83%CE%BC%CE%B1%CF%84%CE%BF%CF%82> [Τελευταία πρόσβαση: 02/09/2015]
3. Iatronet. Ενέσιμη χρήση ναρκωτικών: Λοιμώδη νοσήματα, λοιμώξεις. Διαθέσιμο στο: <http://www.iatronet.gr/eidiseis-nea/epistimi-zwi/news/27589/enesimi-xrиси-narkwtikwn-loimwdi-nosimata-loimwxeis-kroysmata-anthraka.html> [Τελευταία πρόσβαση: 02/09/2015]

4. Medlook. Εθισμός στα ναρκωτικά Μέθοδοι θεραπείας. Διαθέσιμο στο: <https://www.medlook.net/%CE%88%CF%86%CE%B7%CE%B2%CE%BF%CE%B9/1510.html> [Τελευταία πρόσβαση: 02/09/2015]
5. ΚΕΕΛΠΝΟ Κάπνισμα και Δημόσια Υγεία. (2013). Διαθέσιμο στο: <http://www.keelpno.gr/elgr/%CE%BD%CE%BF%CF%83%CE%AE%CE%BC%CE%B1%CF%84%CE%B1%CE%B8%CE%AD%CE%BC%CE%B1%CF%84%CE%B1%CF%85%CE%B3%CE%B5%CE%AF%CE%B1%CF%82/%CE%BA%CE%AC%CF%80%CE%BD%CE%B9%CF%83%CE%BC%CE%B1.aspx> [Τελευταία πρόσβαση: 01/09/2015]
6. ΚΕΘΕΑ. Μέθοδος αντιμετώπισης αλκοολισμού. Διαθέσιμο στο: <http://www.kethea.gr/FAQ/tabid/72/language/elGR/Default.aspx?QuestionID=32&AFMID=524> [Τελευταία πρόσβαση: 02/09/2015]
7. Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων. Οι λόγοι που οδηγούν στην χρήση και την εξάρτηση. Διαθέσιμο στο: <http://www.kethea.gr/FAQ/tabid/72/language/el-GR/Default.aspx?QuestionID=5&AFMID=524> [Τελευταία πρόσβαση: 02/09/2015]
8. Κέντρο Πρόληψης Κατά των Ναρκωτικών Νομού Ρεθύμνης. Βαρβιτουρικά. Διαθέσιμο στο: <http://www.prolipsis.gr/index.php?id=29,110,0,0,1,0> [Τελευταία πρόσβαση: 01/09/2015]
9. Κέντρο Πρόληψης Κατά των Ναρκωτικών Νομού Ρεθύμνης. Κάνναβη. Διαθέσιμο στο: <http://www.prolipsis.gr/index.php?id=29,99,0,0,1,0> [Τελευταία πρόσβαση: 02/09/2015]
10. Κέντρο Πρόληψης Κατά των Ναρκωτικών Νομού Ρεθύμνης. Κοκαΐνη. Διαθέσιμο στο: <http://www.prolipsis.gr/index.php?id=29,32,0,0,1,0> [Τελευταία πρόσβαση: 01/09/2015]
11. Κέντρο Πρόληψης Κατά των Ναρκωτικών Νομού Ρεθύμνης. Κωδεΐνη. Διαθέσιμο στο: <http://www.prolipsis.gr/index.php?id=29,141,0,0,1,0> [Τελευταία πρόσβαση: 01/09/2015]
12. Κέντρο Πρόληψης Κατά των Ναρκωτικών Νομού Ρεθύμνης. Μεθαδόνη. Διαθέσιμο στο: <http://www.prolipsis.gr/index.php?id=29,75,0,0,1,0> [Τελευταία πρόσβαση: 01/09/2015]
13. Κέντρο Πρόληψης Κατά των Ναρκωτικών Νομού Ρεθύμνης. Μεσκαλίνη. Διαθέσιμο στο: <http://www.prolipsis.gr/index.php?id=29,137,0,0,1,0> [Τελευταία πρόσβαση: 02/09/2015]

14. Κέντρο Πρόληψης Κατά των Ναρκωτικών Νομού Ρεθύμνης. Μορφίνη. Διαθέσιμο στο: <http://www.prolipsis.gr/index.php?id=29,98,0,0,1,0> [Τελευταία πρόσβαση: 01/09/2015]
15. Κλίμακα. Φορέας Ανάπτυξης Ανθρώπινου και Κοινωνικού Κεφαλαίου. Διαταραχές Χρήσης Ουσιών. Διαθέσιμο στο: <http://www.klimaka.org.gr/%CE%94%CE%99%CE%91%CE%A4%CE%91%CE%A1%CE%91%CE%A7%CE%95%CE%A3%20%20%CE%A7%CE%A1%CE%97%CE%A3%CE%97%CE%A3%20%20%CE%9F%CE%A5%CE%A3%CE%99%CE%A9%CE%9D.pdf> [Τελευταία πρόσβαση: 02/09/2015]
16. OKANA. Παραισθησιγόνα. Διαθέσιμο στο: <http://www.okana.gr/component/k2/item/181> [Τελευταία πρόσβαση: 01/09/2015]
17. Τούντας Γ. (2007) Αλκοόλ και Υγεία. Ασκληπιακό Πάρκο Ιατρική Σχολής Αθηνών. Διαθέσιμο στο: <http://panacea.med.uoa.gr/topic.aspx?id=13> [Τελευταία πρόσβαση: 01/09/2015]
18. Φορά. Μη κερδοσκοπική εταιρία. Κοκαΐνη. Διαθέσιμο στο: <http://www.fora.gr/gr/info/drugs/cocaine.html> [Τελευταία πρόσβαση: 03/09/2015]