



**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ
ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ
ΙΔΡΥΜΑ
ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ**

**ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΕΞΑΡΤΗΣΙΟΓΩΝΕΣ ΟΥΣΙΕΣ ΚΑΙ Η
ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥΣ ΣΤΟ ΚΕΝΤΡΙΚΟ
ΝΕΥΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ - Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ**

**ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ: ΣΙΟΥΤΑΛΟΥ ΘΕΟΔΩΡΑ
ΣΠΥΡΟΠΟΥΛΟΥ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ**

ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ: ΚΕΦΑΛΙΑΚΟΣ ΑΝΤΩΝΙΟΣ

ΠΑΤΡΑ – 2016

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η πτυχιακή αυτή εργασία ολοκληρώνει τον κύκλο των σπουδών μας στο Τ.Ε.Ι. Δυτικής Ελλάδας , Σχολή Επαγγελμάτων Υγείας & Πρόνοιας , Τμήμα Νοσηλευτικής. Στην εργασία μας αναφερόμαστε στις εξαρτησιογόνες ουσίες γενικά και πως αυτές επηρεάζουν το Κεντρικό Νευρικό Σύστημα και στον ρόλο του νοσηλευτή στην προκειμένη περίπτωση.

Με την υποστήριξη του καθηγητή μας κ. Αντώνιο Κεφαλιακό τον οποίο ευχαριστούμε πάρα πολύ που μας πρόσφερε την πολύτιμη βοήθεια του και συνεργασία.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Στο σημείο αυτό θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τους γονείς μας, για την βοήθεια και την υποστήριξη που μας πρόσφεραν όλα αυτά τα χρόνια κατά τη διάρκεια των σπουδών μας και που χωρίς αυτούς δεν θα είχαμε καταφέρει τόσα πολλά.

Αλλά και να ευχαριστήσουμε για ακόμη μια φορά τον επιβλέπων καθηγητή μας κ. Αντώνιο Κεφαλιακό που μας εμπιστεύθηκε και συνεργάστηκε μαζί μας , για την αφιέρωση πολύτιμου χρόνου ώστε να μας βοηθήσει να ολοκληρώσουμε την εργασία μας.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ως εξαρτησιογόνες ουσίες ορίζονται όλοι οι χημικοί παράγοντες οι οποίοι επιδρούν στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα και μεταβάλλουν τη φυσιολογική του λειτουργία, επηρεάζοντας τη διάθεση του χρήστη. Ανάλογα με το αποτέλεσμα τους διακρίνονται στα ευφορικά, παραισθησιογόνα, υπνωτικά, μεθυστικά και διεγερτικά και μπορεί να είτε νόμιμα είτε παράνομα.

Η μακροχρόνια χρήση της ουσίας οδηγεί σε ανοχή κι έπειτα σε ψυχική ή/και σωματική εξάρτηση, ενώ η παύση από τη χρήση της οδηγεί στην εμφάνιση στερητικού συνδρόμου. Τα αποτελέσματα από την υπέρμετρη κατανάλωση κάποιας εξαρτησιογόνου ουσίας στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα είναι εμφανή καθώς με τη χρήση απεικονιστικών τεχνικών έχουν εντοπιστεί σημαντικές αλλοιώσεις σε σχέση με τους εγκεφάλους ατόμων που δεν κάνουν χρήση. Οι βλάβες αυτές επηρεάζουν τη μνήμη, τη μάθηση, την ομιλία, την όραση, το συντονισμό των κινήσεων κ.α.

Η αντιμετώπιση των εξαρτημένων χρηστών είναι δυνατό να γίνει τόσο με τη χρήση φαρμακευτικών σκευασμάτων τα οποία περιορίζουν την ανάγκη για την κατανάλωση της ουσίας, αλλά και με τη βοήθεια της ψυχοθεραπείας. Σημαντικό ρόλο στην αποκατάσταση των χρηστών έχει το κοινωνικό σύνολο με τις δομές και τα προγράμματα που παρέχει αλλά και το οικογενειακό περιβάλλον το οποίο δρα ουσιαστικά, ενισχύοντας την ψυχοσύνθεση του χρήστη.

ABSTRACT

The term addictive substances describes all those chemical factors that affect the Central Nervous System and alter its normal function. At the same time they modify the user's mood. Depending on their effect they are divided in euphoric, hallucinogenics, hypnotics, intoxicating and stimulants, and they can be either legal or illegal.

Long-term use of an addictive substance leads to tolerance and furthermore physical and/or psychological dependence. Halting the substance use can cause a withdrawal syndrome. The effects of substance abuse at the Central Nervous System can be detected using imaging techniques that reveal major brain damage. This damage has an adverse effect on memory, learning ability, vision, coordination etc.

Treatment of substance abusers can be achieved either through medicinal products or through psychotherapy. The ability of the user to incorporate again into society depends largely on society itself but also family that can support the user and help him overcome his addiction.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Πρόλογος	2
Ευχαριστίες	3
Περίληψη	4
Εισαγωγή.....	9

ΠΡΩΤΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

1.1 Ορισμός.....	10
1.2 Ιστορική αναδρομή στις εξαρτησιογόνες ουσίες.....	10
1.3 Επιδημιολογικά Δεδομένα.....	15
1.4 Η επίδραση των εξαρτησιογόνων ουσιών στο κεντρικό νευρικό σύστημα.....	29

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

2.1 Διάκριση εξαρτησιογόνων ουσιών.....	35
2.2 Δράση εξαρτησιογόνων ουσιών.....	37
2.3 Οι 10 περισσότερο εθιστικές εξαρτησιογόνες ουσίες.....	38

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

3.1 Διαγνωστικές τεχνικές εθισμού στις εξαρτησιογόνες ουσίες.....	44
3.2 Θεραπεία – Αντιμετώπιση εξάρτησης.....	54

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

4.1 Προγράμματα αποκατάστασης εξαρτημένων χρηστών.....	63
4.2 Προγράμματα πρόληψης εξαρτήσεων.....	66
4.3 Η στάση της κοινωνίας απέναντι στους εξαρτημένους χρήστες....	69

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

5.1 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην φροντίδα του εξαρτημένου ατόμου.....	72
5.2 Ο ρόλος του νοσηλευτή στα κέντρα αποκατάστασης.....	72

ΔΕΥΤΕΡΟ ΜΕΡΟΣ

Νοσηλευτική διεργασία (ορισμός).....	74
Νοσηλευτικό ιστορικό.....	75
Περιστατικό 1^ο	76

Περιστατικό 2^ο	83
Συμπεράσματα.....	87
Βιβλιογραφία.....	88

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παρούσα εργασία με θέμα « Κεντρικό Νευρικό Σύστημα και Εξαρτησιογόνες ουσίες – ο ρόλος του νοσηλευτή », πραγματοποιήθηκε για το Τεχνολογικό Ίδρυμα Δυτικής Ελλάδας , για τη Σχολή Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας, για το Τμήμα Νοσηλευτικής. Σκοπός της εργασίας είναι να ενημερώσει τους αυριανούς συναδέλφους νοσηλευτές για τις εξαρτησιογόνες ουσίες και πως αυτές επιδρούν στο κεντρικό νευρικό σύστημα και σε ποιες ενέργειες πρέπει να προβεί ο νοσηλευτής. Και να τονίσει την θεμελιώδη σημασία του ρόλου τους στην πρόληψη, στην αναγνώριση, στην πορεία, αλλά και στην θεραπεία της νόσου. Η νοσηλευτική αντιμετώπιση αποτελεί επίπονη διαδικασία για το νοσηλευτή. Έτσι ο νοσηλευτής καλείται να εφαρμόσει γνωστικές και συναισθηματικές δεξιότητες προκειμένου να αντιμετωπίσει εξατομικευμένα την περίπτωση κάθε ασθενή. Για την επίτευξη του σκοπού της εργασίας και την διεκπεραίωσή της πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση της ελληνικής αλλά και της διεθνούς βιβλιογραφίας.

Στο 1^ο κεφάλαιο γίνεται εισαγωγή στο θέμα με ιστορική αναδρομή , επιδημιολογικά στοιχεία και την επίδραση των ουσιών στο κεντρικό νευρικό σύστημα. Το 2^ο κεφάλαιο έχει σκοπό να ενημερώσει τον αναγνώστη πιο εμπειριστατώμενα για την δράση των ουσιών στον οργανισμό .Στο 3^ο κεφάλαιο γίνεται μια αναφορά στις τεχνικές που χρησιμοποιούνται για να διαπιστωθεί η εξάρτηση των εθισμένων ατόμων και πώς αυτές θα αντιμετωπιστούν από το νοσηλευτικό προσωπικό. Στο 4^ο και 5^ο κεφάλαιο γίνεται μια προσπάθεια ενημέρωσης σχετικά με το πώς τα εξαρτημένα άτομα μπορούν να βοηθηθούν μέσα από προγράμματα αποκατάστασης και πρόληψης των εξαρτήσεων κάνοντας μια αναφορά στο ρόλο του νοσηλευτή στη φροντίδα αλλά και στην αποκατάσταση του εξαρτημένου ατόμου .Τέλος, στο δεύτερο μέρος της εργασίας παρατίθενται η νοσηλευτική διεργασία.

ΠΡΩΤΟ ΜΕΡΟΣ

1^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ

ΕΞΑΡΤΗΣΙΟΓΟΝΕΣ ΟΥΣΙΕΣ

1.1 Ορισμός

Η χρήση του όρου εξαρτησιογόνες ουσίες γίνεται για την περιγραφή εκείνων των χημικών παραγόντων που μπορεί να είναι φυσικοί, συνθετικοί ή ημισυνθετικοί, οι οποίοι επιδρούν στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα (ΚΝΣ) και επιδρούν στη διάθεση του χρήστη. Συνήθως οι εξαρτησιογόνες ουσίες περιγράφονται με τον όρο ναρκωτικά, που όμως δεν τις περιγράφει με ακρίβεια, καθώς άλλες έχουν διεγερτική και άλλες κατασταλτική δράση. Στη βιβλιογραφία συναντώνται και ορισμοί όπως ψυχοτρόπες και εθιστικές ουσίες.

1.2 Ιστορική αναδρομή στις εξαρτησιογόνες ουσίες

Οι αρχαίοι πρόγονοι μας ζούσαν ως γνωστόν από το κυνήγι των ζώων και τη συλλογή φυτών, από τα οποία και συνέλλεγαν σημαντικές φαρμακολογικές πληροφορίες, έστω κι αν αρχικά τουλάχιστον αυτό γινόταν εν αγνοία τους. Ο Otzi ο οποίος ανακαλύφθηκε το 1991 στις Άλπεις και είχε ζήσει περίπου στα 3000 π.Χ. βρέθηκε να φέρει στις τσέπες του μια μορφή μύκητα με αντιβακτηριδιακές και αιμοστατικές ιδιότητες. Στη συνέχεια με την εξέλιξη του πολιτισμού και την είσοδο των θρησκειών στην κοινωνική ζωή, η χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών εγκαθιδρύθηκε. Σύμφωνα με την παράδοση στην Αιθιοπία οι ιερείς έψηναν κόκκους καφέ για να μπορέσουν να ξαγρυπνήσουν κατά τις ολονύχτιες προσευχές τους. Η πρακτική αυτή φαίνεται να ξεκίνησε μετά την παρατήρηση ενός βοσκού, όταν το κοπάδι του παρουσίασε υπερδιέγερση έπειτα από την κατανάλωση κόκκων καφέ. Η

χρήση εξαρτησιογόνων και ναρκωτικών ουσιών χρησιμοποιήθηκε κατά τις θρησκευτικές τελετές από τους ιερείς, για ιατρικούς σκοπούς, αλλά και ευρέως στην κοινωνία σε καθημερινή βάση, για ουσίες οι οποίες ήταν κοινώς αποδεκτές.

Θρησκευτική χρήση

Οι ιερείς ή σαμάνοι, για άλλους πολιτισμούς, κατανάλωναν κατά κόρον φυτικά προϊόντα τα οποία οδηγούσαν σε κατάσταση trance κατά την οποία αποδεσμεύονταν και αποσπώνταν από τα επίγεια και οδηγούνταν σε μία κατάσταση πλησιέστερα στο θεό ή στους θεούς τους. Για το λόγο αυτό και τέτοιες ουσίες ονομάστηκαν «ενθεογενή» (entheogenic).

Στην Κεντρική Ασία το μανιτάρι *Amanita muscaria* χρησιμοποιείται εδώ και 4000 χρόνια κατά τη διάρκεια θρησκευτικών τελετών και συγκεκριμένα στην Ινδία, όπου αποτελεί βασικό συστατικό ενός ιερού ροφήματος (Soma) [5]. Το μανιτάρι αυτό έχει ψυχοτροπική δράση λόγω του ιβοτενικού οξέος και της μουσκιμόλης που περιέχει, τα οποία αποτελούν ψευδό-νευροδιαβιβαστές του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος [6]. Τα αποτελέσματα από την κατανάλωση του μύκητα είναι ευφορία, αταξία και υπερευαισθησία των αισθήσεων, κυρίως της γεύσης και της όρασης.

Πολύ γνωστή είναι η περίπτωση της Πυθίας, αρχιέρειας του Απόλλωνα, η οποία έδινε χρησμούς στο μαντείο των Δελφών, η οποία έχει απασχολήσει την επιστημονική κοινότητα που προσπαθεί να βρει το πραγματικό αίτιο πίσω από τις εμπνεύσεις της. Η πιο σημαντική εξήγηση φαίνεται να έχει ήδη δοθεί από τον Πλάτωνα, ο οποίος ισχυριζόταν ότι τα οράματα έρχονταν, λόγω της επίδρασης των παραισθησιογόνων ατμών από τα νερά της πηγής Κέρνα. Σύγχρονες μελέτες υποστηρίζουν ότι επρόκειτο για αέρια αιθυλενίου ή μεθανίου τα οποία και οδηγούσαν την Πυθία να επικοινωνεί με τα θεία.

Η αναισθησιολόγος Isabella Herb υποστηρίζει ότι μια δόση αιθυλενίου 20% είναι αρκετή για να προκληθούν παραισθήσεις στο αντικείμενο μελέτης, ενώ υψηλότερη δοσολογία μπορεί να προκαλέσει απώλεια συνείδησης. Με μικρότερη από 20% δοσολογία αιθυλενίου το υπό μελέτη άτομο ναι μεν έρχεται σε μια κατάσταση trance είναι όμως σε θέση να στέκεται όρθιο, να ακούει ερωτήσεις και να απαντάει σε

αυτές λογικά, παρότι ο τόνος της φωνής του μπορεί να αλλάξει και παράλληλα τα χέρια και τα πόδια είναι δυνατό να κινούνται ανεξέλεγκτα. Όταν ο ασθενής απομακρύνεται από το χώρο με το αιθυλένιο, δεν έχει καμία ανάμνηση από όσα έχουν συμβεί κι όσα έχει ο ίδιος κάνει και πει. Όλα αυτά τα συμπτώματα χαρακτηρίζουν την κατάσταση στην οποία βρισκόταν η Πυθία, όπως περιγράφηκαν από τον Πλούταρχο ο οποίος την είχε παρακολουθήσει πολλές φορές να δίνει προφητείες [7].

Άλλες ερευνητικές ομάδες υποστηρίζουν ότι οι παραισθήσεις προέρχονταν από τα φύλλα πικροδάφνης τα οποία η ιέρεια μασούσε και εισέπνεε τον καπνό από την καύση τους. Τα φύλλα του συγκεκριμένου φυτού περιέχουν τις ουσίες ολεανδρίνη και ολεανδριγενίνη και η χρήση αυτών οδηγεί σε συμπτώματα παρόμοια της επιληψίας, που σύμφωνα με το μύθο καταλάμβανε την Πυθία. [8]

Ιατρική χρήση

Πολλές εξαρτησιογόνες ουσίες εμφανίζονται να χρησιμοποιούνται ως φάρμακα ήδη από την εποχή του Ομήρου και περιγράφονται στην Οδύσσεια. Συγκεκριμένα η ωραία Ελένη έλαβε ως δώρο ένα φίλτρο το οποίο προσέθεταν στο ποτό των πολεμιστών για να μειώσουν τόσο το άγχος όσο και τον πόνο τους, αλλά και για να ξεχάσουν κάθε θλίψη. Το φίλτρο αυτό χαρακτηρίστηκε από τον Όμηρο ως «νεπενθές φάρμακον» καθώς όπως περιγράφει κι ο ίδιος ο όρος εξάλειψε το πένθος από την ψυχή των ανθρώπων. Οι ερευνητές του 18^{ου} αιώνα υποστηρίζουν ότι το εν λόγω φίλτρο περιείχε όπιο, το οποίο μπορεί να έχει αγχολυτική ή αντικαταθλιπτική δράση.

Στην ιστορία των Σουμερίων υπάρχουν καταγεγραμμένες αναφορές για την καλλιέργεια παπαρούνων απ' όπου απομόνωναν όπιο, περίπου το 3000 π.Χ. Στον πάπυρο του Ebers (1500 π.Χ.) το πρότυπο ιατρικό έγγραφο της ανθρωπότητας, περιγράφεται μια συνταγή για την παρασκευή ροφήματος το οποίο σταματούσε το κλάμα των μωρών, το οποίο περιείχε σπόρους από το φυτό της παπαρούνας και χορηγούνταν για τέσσερις διαδοχικές μέρες.

Το 16^ο αιώνα ο Παράκελσος εισήγαγε το λαύδανο στη φαρμακευτική αγωγή, το οποίο προσομοίαζε το νεπενθές φάρμακον του Ομήρου και περιείχε όπιο. Το 19^ο αιώνα το λαύδανο χρησιμοποιήθηκε τόσο σε ενήλικες όσο και σε παιδιά για

πολυάριθμες ενδείξεις όπως η αϋπνία, η καρδιοπάθεια αλλά και κάποιες μεταδοτικές ασθένειες. Μάλιστα η εργατική τάξη φαίνεται να προτιμούσε το λαύδανο αντί για αλκοόλ καθώς ήταν φθηνότερο, ενώ μπορούσε να έχει την ίδια μεθυστική-χαλαρωτική επίδραση. Η χρήση του οπίου γινόταν και κατά των ψυχολογικών νοσημάτων, καθώς σύμφωνα με τον Giresinger (1827-1868) υπήρχαν ενδείξεις κατά της μελαγχολίας. [9]

Ψυχαγωγική χρήση

Ορισμένες πιθανά εξαρτησιογόνες ουσίες χρησιμοποιούνται σε καθημερινή βάση από μεγάλο ποσοστό του σύγχρονου πληθυσμού. Το αλκοόλ, η καφεΐνη και η νικοτίνη που έχουν αναγνωρισμένες ήπιες ψυχοτροπικές ιδιότητες αποτελούν χαρακτηριστικά παραδείγματα τέτοιων ουσιών. Ως νόμιμα ναρκωτικά χρησιμοποιούνται από «φυσιολογικούς» ανθρώπους σε αντίθεση με τα βαριά ναρκωτικά τα οποία θεωρούνται χαρακτηριστικά αποκλίνουσας συμπεριφοράς. Με τον ίδιο τρόπο που η καφεΐνη, η νικοτίνη και το αλκοόλ καταναλώνονται ευρέως στον δυτικό κόσμο αποτελώντας χαρακτηριστικό ίσως της κουλτούρας μας, έτσι και στις ισλαμικές χώρες έχει διαδοθεί η χρήση της κάνναβης.

Όλες αυτές οι ουσίες είναι στενά συνυφασμένες με την ιστορία του ανθρώπου, υποδεικνύοντας την προτίμηση και την προδιάθεση του ανθρώπινου είδους για τις ψυχοτρόπες ουσίες. Αναφορές στη Γένεση υποστηρίζουν ότι ο Νώε βγαίνοντας από την Κιβωτό φύτεψε αμπέλι και μέθυσε με το κρασί που παρήγαγε. Από την άλλη ο καφές ξεκίνησε από τις χώρες του Ισλάμ το 15^ο αιώνα και αυτή τη στιγμή η χρήση του έχει κυριεύσει την παγκόσμια κοινότητα, όπως και το τσάι το οποίο ξεκίνησε από την Κίνα τον 3^ο αιώνα π.Χ. και σήμερα είναι ευρέως διαδομένο. Η κατανάλωση τέτοιων προϊόντων είναι τόσο μεγάλη που τα σύγχρονα κράτη, τα αντιμετωπίζουν ως πηγή εσόδων μέσω των φόρων αντί να προσπαθούν να περιορίσουν την εξάπλωση τους.

Εθισμός στις εξαρτησιογόνες ουσίες

Ήδη από την εποχή του Μεγάλου Αλεξάνδρου (323 π.Χ.) έχουν καταγραφεί πρότυπα υπερβολικής χρήσης ουσιών και συγκεκριμένα φαίνεται ο θάνατος του ίδιου του στρατηγού να επισπεύτηκε από την υπέρμετρη κατανάλωση αλκοόλ. Ο Αριστοτέλης είχε παρατηρήσει τις αρνητικές συνέπειες της συνεχούς χρήσης αλκοόλ, τα συμπτώματα που προκαλούνταν από την αποστέρηση αυτού αλλά και τις παρενέργειες που προκαλούνταν στις γυναίκες κατά την εγκυμοσύνη O'Brien JM. Alexander and Dionysus: the invisible enemy. *Ann Scholarship*. 1980;1:83–105.. Ο Ρωμαίος γιατρός Κέλσος υποστήριζε ότι η εξάρτηση από το δηλητηριώδες ποτό ήταν ασθένεια.

Το 18^ο αιώνα εμφανίστηκε στην Κίνα ιδιαίτερη εξάρτηση από το όπιο οδηγώντας την κυβέρνηση της χώρας στο νομικό περιορισμό της διάθεσης του στην αγορά. Την ίδια περίοδο στην Ευρώπη, οι εργατικές τάξεις πλήττονταν από αλκοολισμό, οδηγώντας τον Αμερικανό ιατρό Benjamin Rush να συνδέσει το φαινόμενο με την ψυχολογία και συγκεκριμένα την έλλειψη αυτοελέγχου από τους χρήστες, ενώ όρισε αναγνώρισε τις εθιστικές ιδιότητες του αλκοόλ. Στη Γερμανία το φαινόμενο του αλκοολισμού ήταν τόσο διαδεδομένο που ο Constantin von Bruhl-Cramer εγκατέστησε τον όρο διψομανία για να το περιγράψει. Στα τέλη του 18^{ου} αιώνα μάλιστα δημιουργήθηκαν δύο επιστημονικά περιοδικά, *The Journal of Inebriety* και *British Journal of Addiction*, γεγονός που αποδεικνύει πόσο διαδεδομένο ήταν το φαινόμενο και πόσο απασχολούσε την κοινωνία της εποχής.

Ο ιατρός Εμιλ Kraepelin μάλιστα μελέτησε αλκοολικούς και δημοσίευσε τα αποτελέσματα του σύμφωνα με τα οποία ο χρόνιος αλκοολισμός οδηγούσε σε βλάβες του εγκεφαλικού φλοιού. Ο Freud έδωσε μια ψυχολογική προσέγγιση στον εθισμό υποστηρίζοντας ότι η υπερκατανάλωση οποιασδήποτε ουσίας όπως το αλκοόλ, ο καπνός ή τα οπιοειδή αποτελούν έκφραση ενός προϋπάρχοντος συνδρόμου [9].

Τον 20^ο αιώνα οι απλές παρατηρήσεις ενισχύθηκαν από μοριακά δεδομένα και διαγνωστική ταξινόμηση των «ασθενών». Σημαντικό θεμέλιο αποτέλεσαν οι μελέτες σε πειραματόζωα αλλά και οι απεικονιστικές τεχνικές που χρησιμοποιήθηκαν στον εγκέφαλο. Έτσι βρέθηκε ότι όλες οι εξαρτησιογόνες ουσίες μοιράζονται ένα κοινό

χαρακτηριστικό, καθώς έχουν την ικανότητα να δρουν στο κέντρο ανταμοιβής του εγκεφάλου. Έτσι ο εγκέφαλος μεταφράζει το σήμα από τη λήψη εθιστικών ουσιών ως βιολογικά ανταποδοτικά όπως είναι το φαγητό ή το σεξ. Σήματα που προέρχονται από ναρκωτικά όπως η μορφίνη, η κοκαΐνη αλλά και η νικοτίνη ενεργοποιούν περιοχές του φλοιού και της μεταιχμιακής περιοχής του εγκεφάλου, προσομοιάζοντας τις περιοχές που ενεργοποιούνται από την κατανάλωση τροφών όπως η σοκολάτα. Μελέτη του γενετικού προφίλ ανθρώπων που εμφανίζουν τέτοιου είδους εξαρτήσεις απέδειξαν ότι υπάρχει γενετική συσχέτιση με το πόσο ευάλωτος είναι κάποιος να εθιστεί σε συγκεκριμένη ουσία [10]

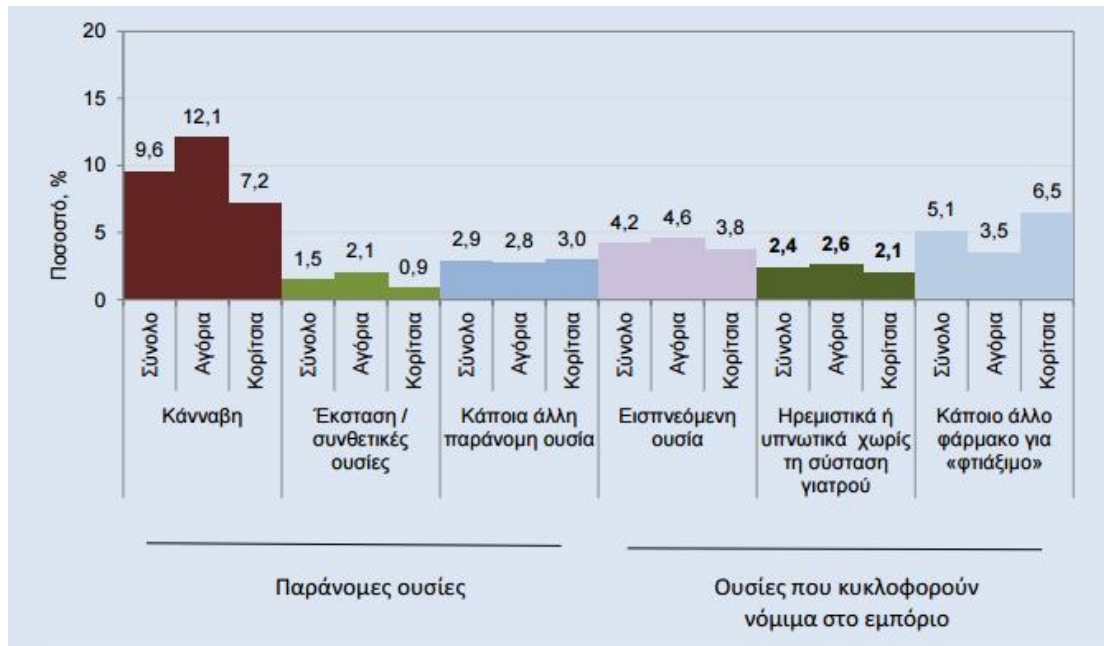
1.3 Επιδημιολογικά Δεδομένα

Η χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών στην Ελλάδα

Το Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά (ΕΚΤΠΝ) κάθε χρόνο δημοσιεύει μια έρευνα σχετικά με την κατάσταση του προβλήματος των ναρκωτικών και των οινόπνευματων στην Ελλάδα. Η έρευνα πραγματοποιείται τόσο επίπεδο γενικού όσο και ειδικού πληθυσμού με σκοπό να μπορέσουν να περιγραφούν οι προτιμήσεις του κοινωνικού συνόλου όσο και συγκεκριμένων ομάδων, όπως οι μαθητές δημοτικών, γυμνασίων και λυκείων. Τα αποτελέσματα της μελέτης περιγράφουν την κατάσταση στη χώρα μας για το έτος 2014.

Χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών στους έφηβους μαθητές

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε 4.141 μαθητές από 245 σχολικές μονάδες της χώρας, που ανήκαν στην ΣΤ' τάξη Δημοτικού, Β' Γυμνασίου και Α' Λυκείου. Οι μαθητές συμπλήρωσαν ερωτηματολόγια σχετικά με τις εξαρτησιογόνες ουσίες, ενώ ερωτηματολόγια που αφορούσαν στη χρήση τους δόθηκαν μόνο σε μαθητές της Α' Λυκείου (15 ετών).

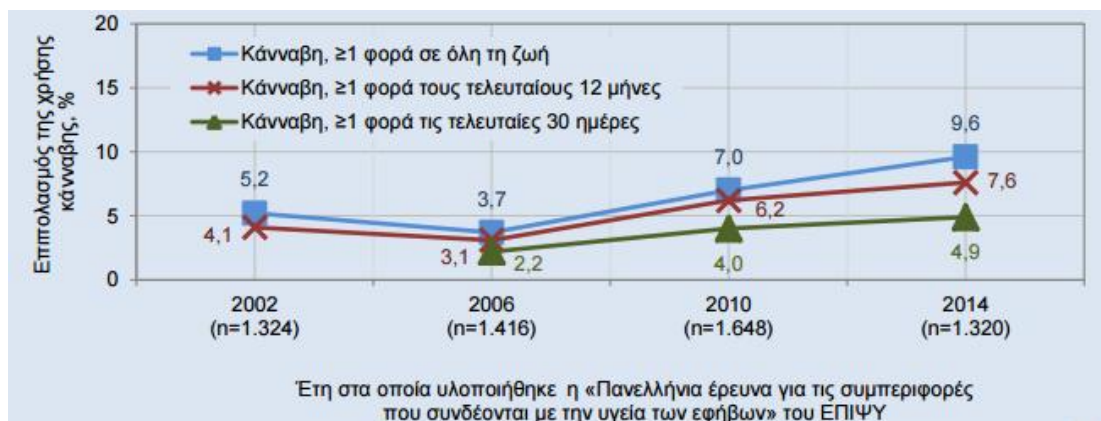


Εικόνα 2: Ποσοστό των μαθητών ηλικίας 15 ετών που είχαν κάνει έστω και μια φορά στη ζωή τους χρήση ουσιών (Addict Behav 51: 88-92)

Όπως φαίνεται από το γράφημα στην Εικόνα 2, η συχνότερη εξαρτησιογόνος ουσία η οποία αναφέρεται ότι έχει χρησιμοποιηθεί από τους μαθητές, είναι η κάνναβη. Συγκεκριμένα, σχεδόν ένας στους δέκα εφήβους ηλικίας 15 ετών (9,6%), υποστηρίζει ότι είχε κάνει χρήση κάνναβης έστω και μια φορά στη ζωή του. Ακολουθεί η χρήση άλλων φαρμάκων για «φτιάξιμο» (5,1%), η εισπνοή ουσιών (κόλλα, διαλύτες κ.α.) (4,2%), η χρήση άλλων παράνομων ουσιών εκτός κάνναβης (2,9%), ηρεμιστικών χαπιών (2,4%) και συνθετικών ουσιών και έκσταση (1,5%).

Ένα άλλο στοιχείο το οποίο μας αποκαλύπτουν τα ραβδογράμματα αποτελεί το υψηλότερο ποσοστό χρήσης κάνναβης από τα αγόρια, ενώ τα κορίτσια δείχνουν προτίμηση σε άλλα φάρμακα, που χρησιμοποιούν για «φτιάξιμο» .

Συνολική εκτίμηση στοιχείων τα οποία είχαν συλλεχθεί από το 2002 έως και το 2014 παρουσιάζεται στο γράφημα της Εικόνας 3.



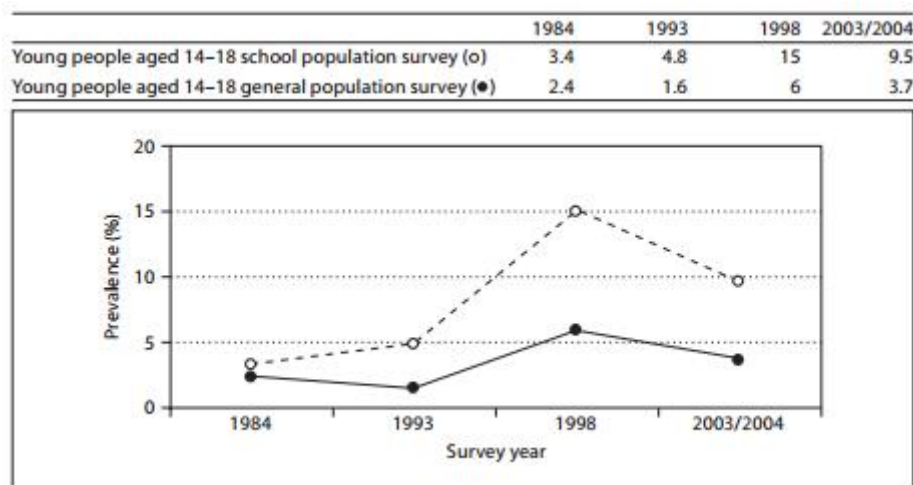
Εικόνα 3: Τάσεις χρήσης κάνναβης στους μαθητές ηλικίας 15 ετών, ανά περίοδο χρήσης (Στοιχεία Πανελλήνιας έρευνας συμπεριφοράς που συνδέονται με την υγεία των εφήβων)

Το ερωτηματολόγιο αφορούσε στη χρήση κάνναβης για περισσότερο από μία φορά σε ολόκληρη τη ζωή των ερωτηθέντων, στον τελευταίο χρόνο και στον τελευταίο μήνα. Φάνηκε ήδη από το 2006 μια αυξητική τάση ως προς τη χρήση της κάνναβης από τους μαθητές, έως το 2014. Παρατηρείται έως και τρεις φορές μεγαλύτερη χρήση της εν λόγω ουσίας στο συγκεκριμένο χρονικό πλαίσιο, αφού το 2006 μόνο το 3,7% των μαθητών είχε χρησιμοποιήσει κάνναβη, ενώ ένα τριπλάσιο ποσοστό (9,6%) για το 2014.

Χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών στο γενικό πληθυσμό

Η «Πανελλήνια έρευνα στο γενικό πληθυσμό για την ψυχοκοινωνική υγεία και τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών» πραγματοποιήθηκε το 2004 με βάση τα ευρωπαϊκά πρότυπα ερωτηματολογίων για τη μέτρηση της χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών στην Ελλάδα. Η μελέτη αφορούσε τόσο μαθητές όσο και το γενικό πληθυσμό 14-18 ετών για τη χρονική περίοδο 1984-2004. Έκτοτε δεν έχει πραγματοποιηθεί μελέτη παρόμοιας εμβέλειας .

Εικόνα 4: Χρήση κάνναβης σε νέους 18-24 ετών στο χρονικό διάστημα 1984-2004.



Όπως φαίνεται και στην εικόνα υπάρχει σημαντική αύξηση στην κατανάλωση κάνναβης μέσα στην εικοσαετία αυτή, με μεγαλύτερη τάση να παρατηρείται στους μαθητές παρά στο γενικό πληθυσμό.

Την περίοδο 2009-2010 υλοποιήθηκε μια έρευνα από το Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, με θέμα την ψυχική υγεία και τις ψυχιατρικές διαταραχές του γενικού πληθυσμού της χώρας. Στις παραμέτρους που εξετάστηκαν συμπεριλήφθηκαν η κατανάλωση αλκοόλ, τα κάπνισμα και η χρήση κάνναβης. Το δείγμα αποτελούνταν από 4894 άτομα ηλικίας από 18-70 ετών και αφορούσε όλη την ηπειρωτική Ελλάδα.

Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι το 12,69% του πληθυσμού κάνει υπερκατανάλωση αλκοόλ σε σημείο που να είναι επικίνδυνη για την υγεία του, το 39,6% είναι συστηματικοί καπνιστές, ενώ το 2,06% κάνει συχνή χρήση κάνναβης (τουλάχιστον μια φορά τον προηγούμενο μήνα). Σε κάθε μια από τις τρεις αυτές παραμέτρους η πλειονότητα των χρηστών αφορούσε άνδρες. Οι χρήστες κάνναβης συναντιόνταν συχνότερα στην ηλικιακή ομάδα 18-29, ενώ η κατανάλωση αλκοόλ και το κάπνισμα ήταν πολύ λιγότερο διαδεδομένα σε ανθρώπους 60-70 ετών [11].

Εικόνα 5. Κατανομή της χρήσης ουσιών ως προς το φύλο σε άτομα ηλικίας 18-70 ετών, στην Ελλάδα (BMC Psychiatry, 2013. 13: p. 163).

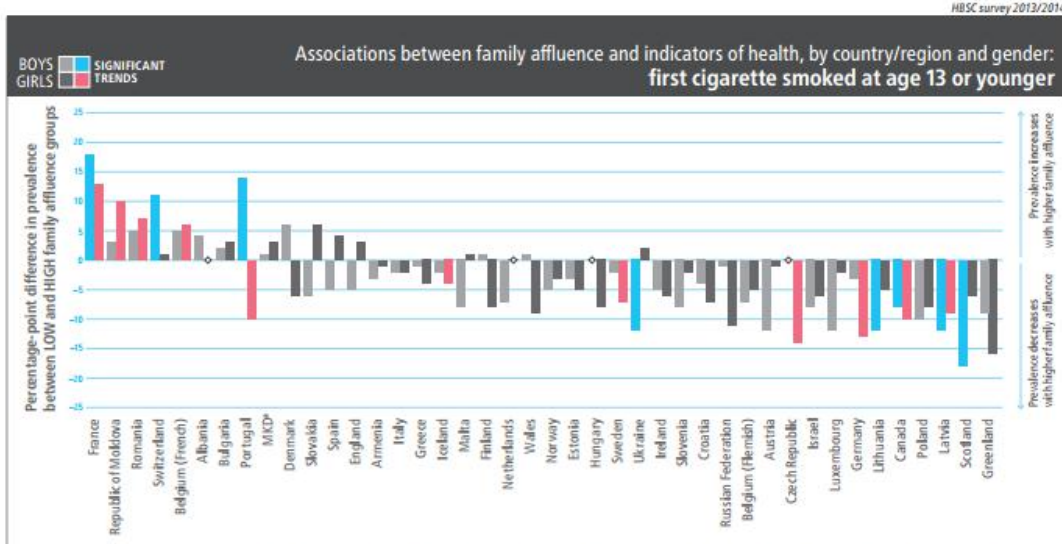
Χρήση ουσιών	Άνδρες	Γυναίκες	p-value	Σύνολο %
Υπερκατανάλωση αλκοόλ	16,95%	8,51%	<0,001	12,69%
Κάπνισμα	49,56%	29,8%	<0,001	39,6%
Χρήση κάνναβης	3,54%	0,61%	<0,001	2,06%

Χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών στην Ευρώπη

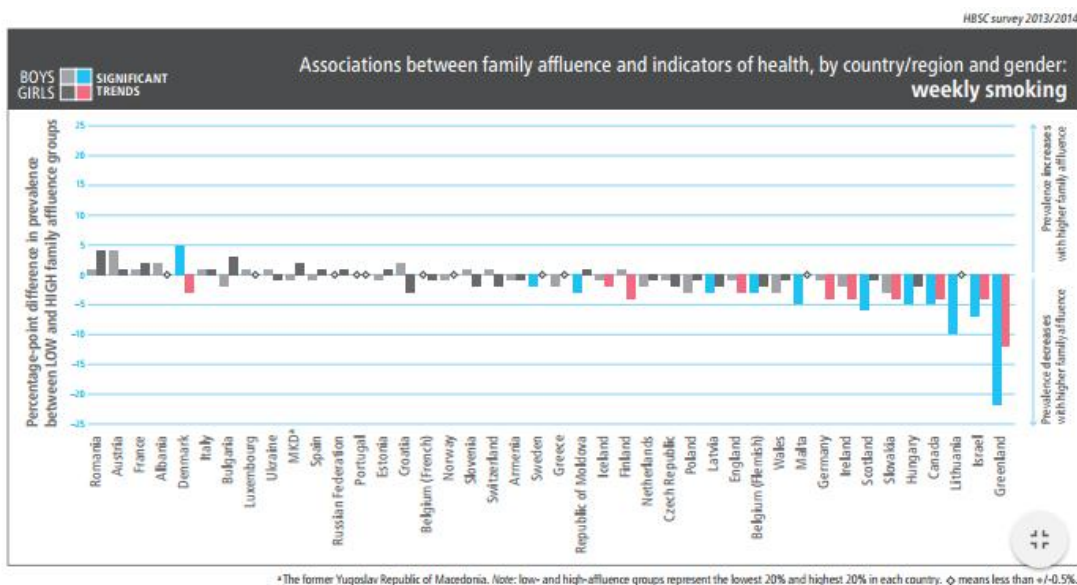
Η μεγαλύτερης κλίμακας έρευνα που έχει πραγματοποιηθεί μέχρι τώρα στην Ευρώπη, είναι αυτή της HBSC (Health Behaviour in School-aged Children) και πραγματοποιήθηκε για το χρονικό διάστημα 2013-2014. Το αντικείμενο μελέτης ήταν ο τρόπος που μπορεί να επηρεάσουν οι κοινωνικές και οικονομικές διαφορές την ανάπτυξη των νέων ανθρώπων. Στα πλαίσια αυτά ερευνήθηκαν και παράγοντες οι οποίοι μπορούν να βλάψουν την υγεία και σε αυτούς ενσωματώθηκαν οι εξαρτησιογόνες ουσίες, όπως το τσιγάρο, το αλκοόλ και η κάνναβη.

Καπνός

Τα μέτρα τα οποία διερευνήθηκαν ήταν η ηλικία που κάποιος κάπνισε για πρώτη φορά, αλλά και πόσοι από όσους έχουν καπνίσει το κάνουν σε εβδομαδιαία βάση. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στα ραβδογράμματα των εικόνων 6 και 7.



Εικόνα 6: Ποσοστό νέων που κάπνισαν για πρώτη φορά στα 13 τους χρόνια ως προς το φύλο και τη χώρα (Ερευνα HBSC 2013/2014).



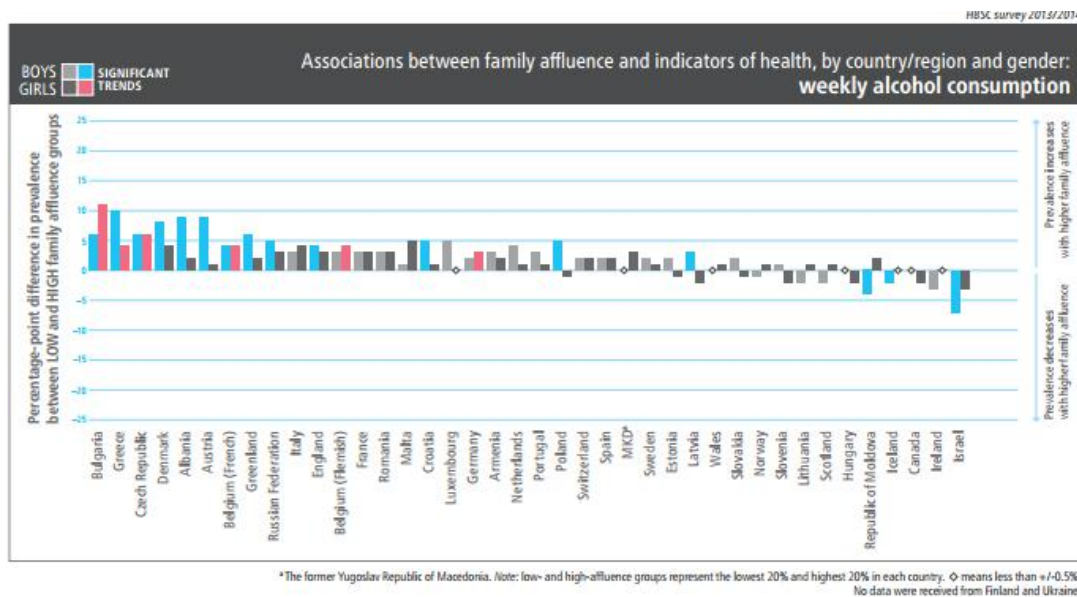
Εικόνα 7: Ποσοστό νέων που καπνίζουν εβδομαδιαία ως προς το φύλο και τη χώρα (Ερευνα HBSC 2013/2014).

Όπως παρατηρείται από τα ανωτέρω ραβδογράμματα παρατηρούνται μεγάλες διακυμάνσεις μεταξύ των χωρών σχετικά με την ηλικία έναρξης καπνίσματος αλλά και τις αναφορές για εβδομαδιαίο κάπνισμα. Σε κάθε περίπτωση όμως τα αγόρια είναι αυτά που εμφανίζονται να καπνίζουν νωρίτερα, σε όλες τις χώρες.

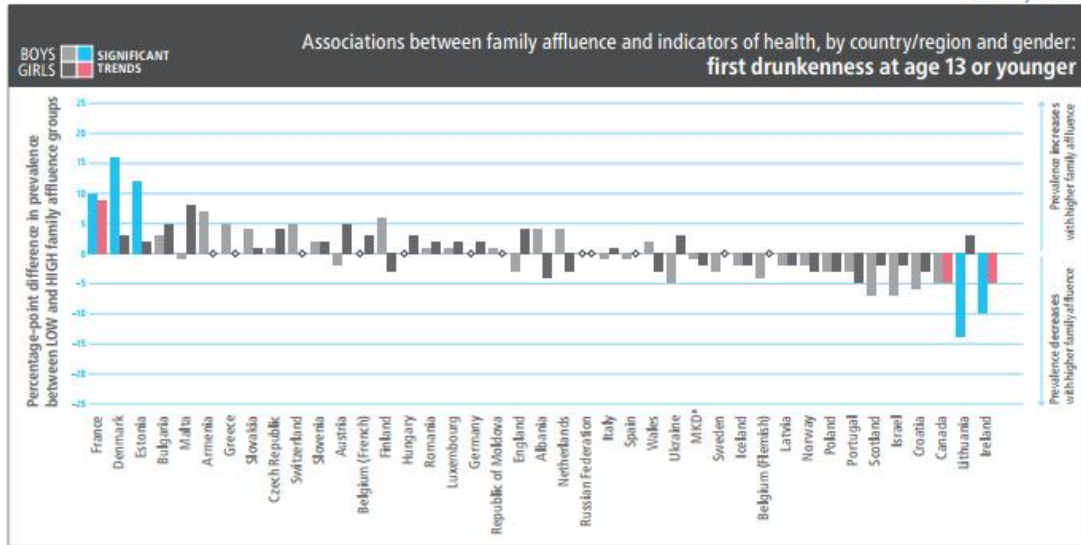
Παρόλα αυτά συγκριτικά με παλαιότερες μελέτες φαίνεται πως το κάπνισμα έχει μειωθεί αρκετά στο σύνολο των χωρών.

Αλκοόλ

Οι παράγοντες οι οποίοι ερευνήθηκαν ήταν πόσες φορές τη βδομάδα οι νέοι καταναλώναν αλκοόλ, πότε μέθυσαν για πρώτη φορά και πόσες φορές έχουν μεθύσει συνολικά.

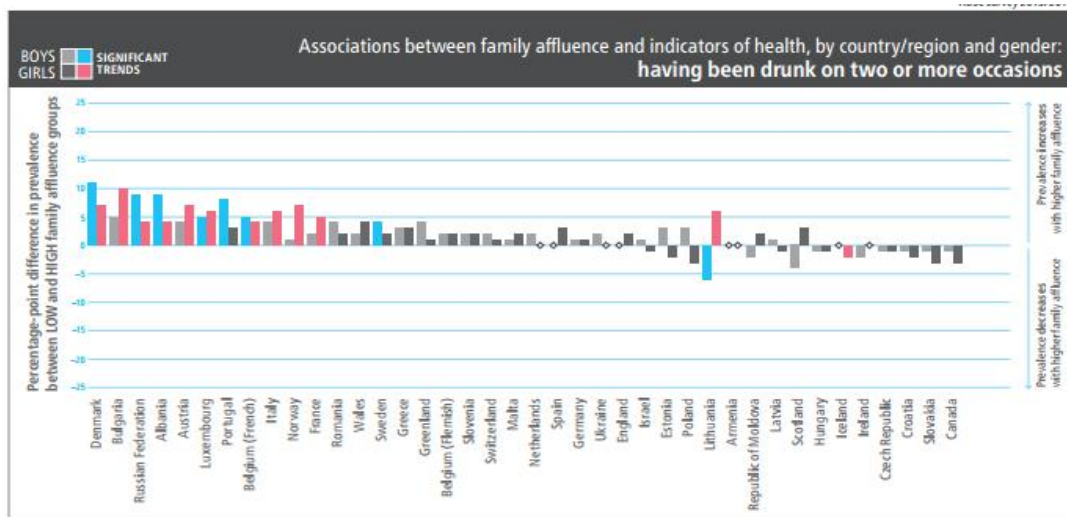


Εικόνα 8: Ποσοστό νέων που καταναλώνουν αλκοόλ εβδομαδιαία ως προς το φύλο και τη χώρα (Έρευνα HBSC 2013/2014).



*The former Yugoslav Republic of Macedonia. Note: low- and high-affluence groups represent the lowest 20% and highest 20% in each country. ◊ means less than +/-0.5%. No data were received from Greenland.

Εικόνα 9: Ποσοστό νέων που μέθυσαν για πρώτη φορά στα 13 τους χρόνια ως προς το φύλο και τη χώρα (Ερευνα HBSC 2013/2014).



Note: low- and high-affluence groups represent the lowest 20% and highest 20% in each country. ◊ means less than +/-0.5%. No data were received from Finland and the former Yugoslav Republic of Macedonia.

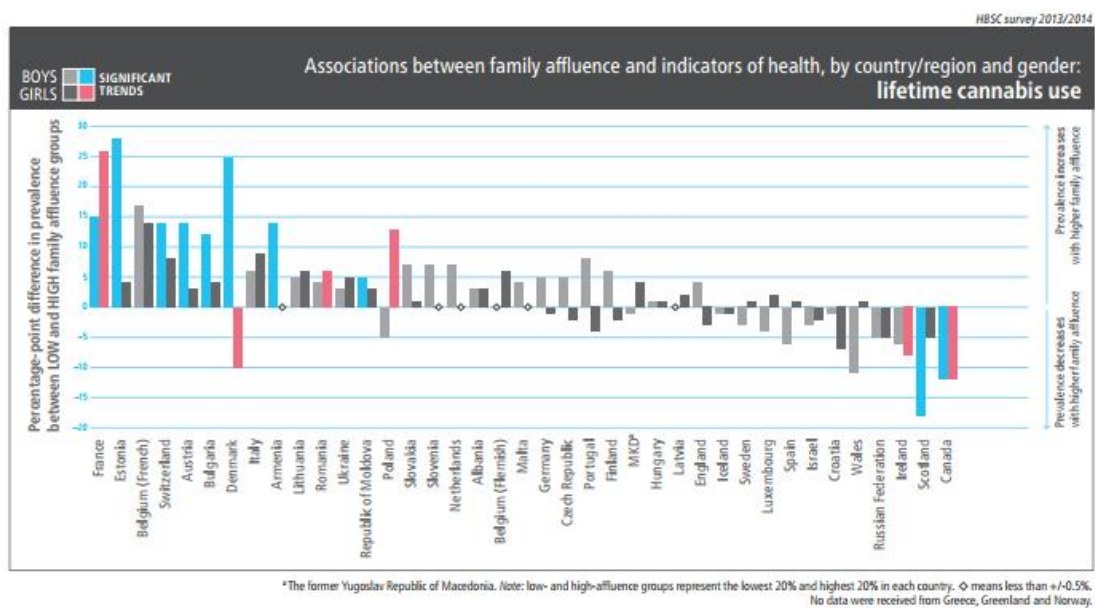
Εικόνα 10: Ποσοστό νέων που έχουν μεθύσει περισσότερες από δύο φορές ως προς το φύλο και τη χώρα (Ερευνα HBSC 2013/2014).

Η έρευνα αποκάλυψε ότι σε σχέση με παλαιότερα δεδομένα η κατανάλωση αλκοόλ στους νέους έχει μειωθεί τόσο στα αγόρια όσο και στα κορίτσια για όλες τις χώρες. Παράλληλα η χρήση αλκοόλ φαίνεται να αυξάνεται παράλληλα με την ηλικία, ενώ είναι περισσότερο διαδεδομένη στα αγόρια. Ωστόσο η έντονη αυτή διαφορά μεταξύ των δύο φύλων σταδιακά μειώνεται. Μάλιστα σε ορισμένες χώρες της

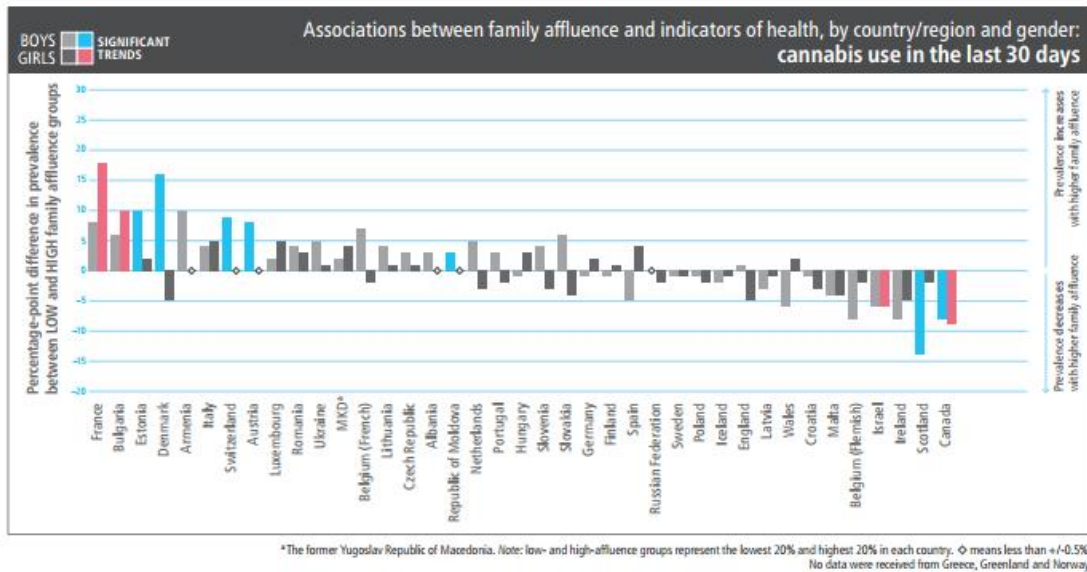
Βόρειας Ευρώπης τα κορίτσια καταναλώνουν περισσότερο αλκοόλ σε σχέση με τα αγόρια.

Κάναβη

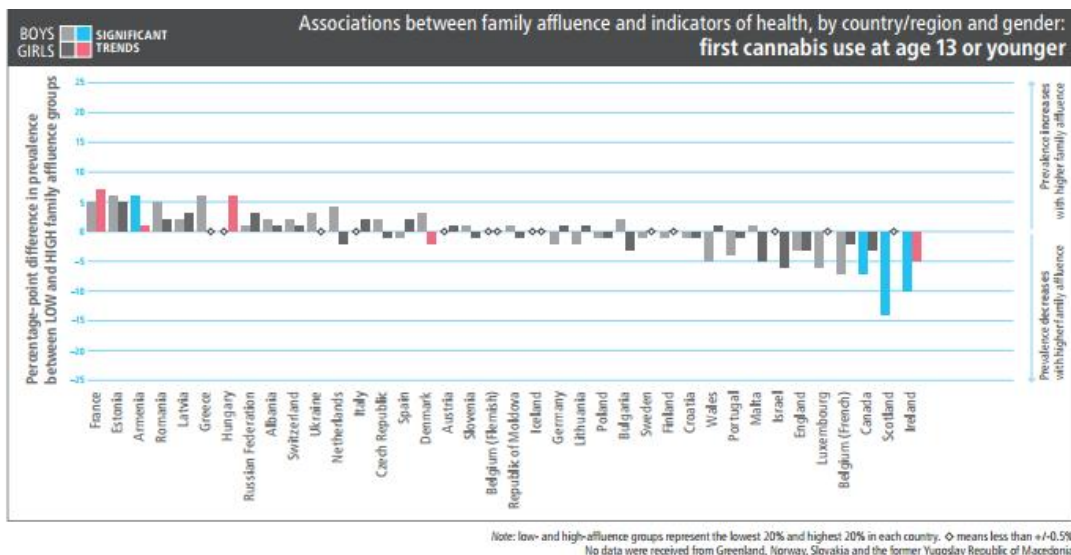
Οι νέοι που συμμετείχαν στην έρευνα ερωτήθηκαν πόσο συχνά είχαν χρησιμοποιήσει κάνναβη στη ζωή τους γενικά, τις τελευταίες 10 ημέρες καθώς και το πόσο ετών ήταν όταν έκαναν χρήση για πρώτη φορά.



Εικόνα 10: Ποσοστό νέων που έχουν κάνει χρήση κάνναβης (Έρευνα HBSC 2013/2014).



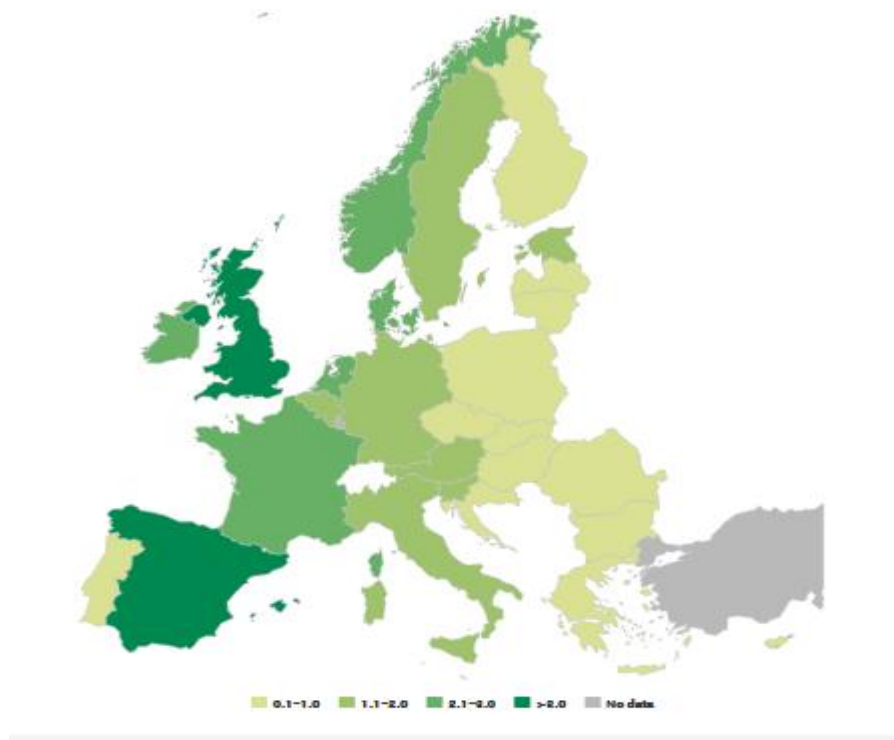
Εικόνα 10: Ποσοστό νέων που έχουν κάνει χρήση κάνναβης τις τελευταίες 30 ημέρες (Ερευνα HBSC 2013/2014).



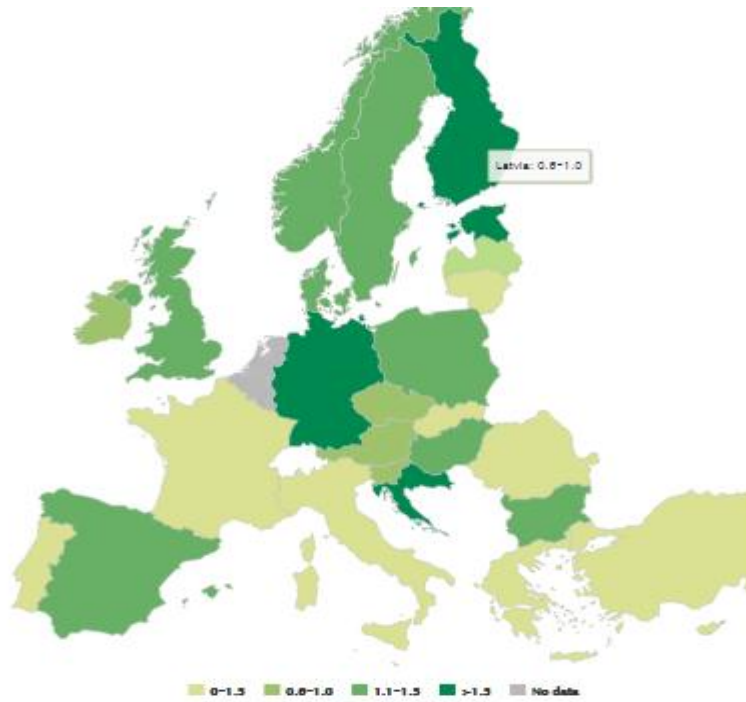
Εικόνα 10: Ποσοστό νέων που έχουν κάνει χρήση κάνναβης σε ηλικία 13 ετών ή και μικρότερη (Ερευνα HBSC 2013/2014).

Τα δεδομένα υποστηρίζουν ότι το εύρος στο ποσοστό των νέων που έχουν κάνει χρήση κάνναβης είναι πολύ μεγάλο μεταξύ των χωρών της Ευρώπης, καθώς σε ορισμένες περιοχές όπως η Μολδαβία και η Σουηδία είναι χαμηλότερο από 2%, ενώ σε άλλες όπως η Γαλλία ξεπερνά το 13%. Τα αγόρια φαίνεται να ξεκινούν τη χρήση της εν λόγω ουσίας τόσο σε μικρότερη ηλικία αλλά και να εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά χρήσης σε σχέση με τα κορίτσια.

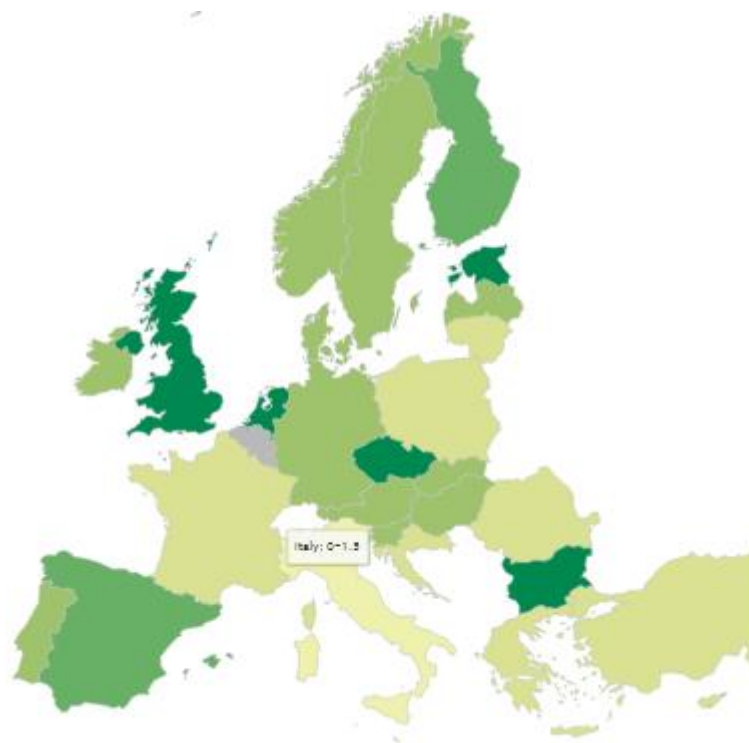
Η EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction) αποτελεί μια οργάνωση η οποία μελετά τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών σε νέους ηλικίας 15-34 ετών και συλλέγει κάθε χρόνο πληροφορίες για την κατανομή τους στις χώρες της Ευρώπης. Τα ποσοστά χρήσης παρουσιάζονται σχηματικά στις παρακάτω εικόνες.



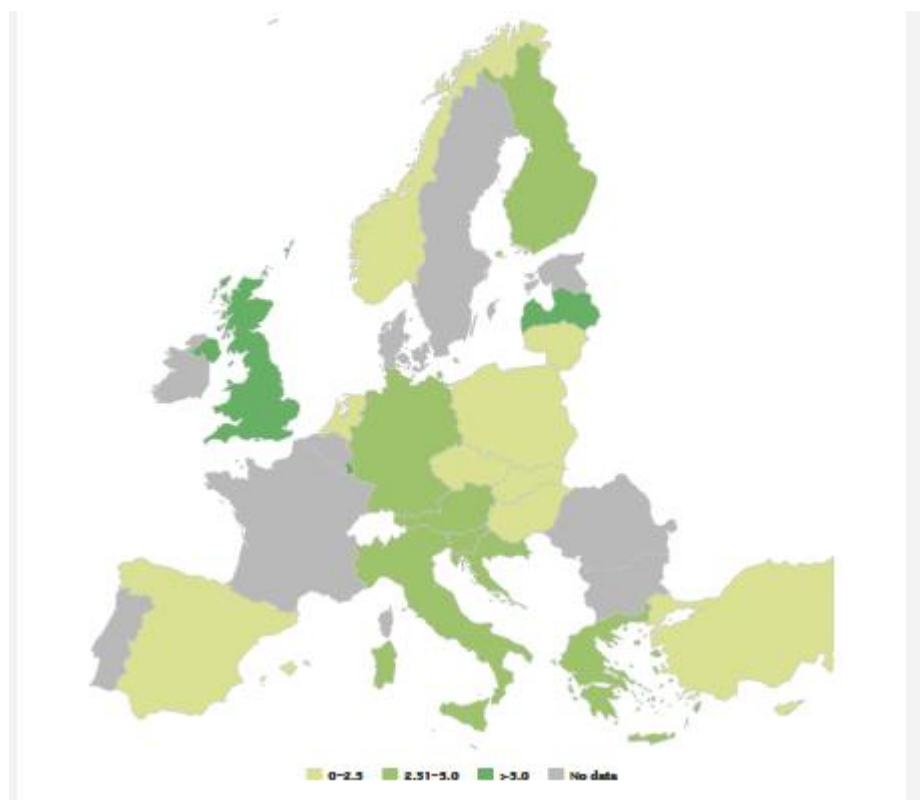
Εικόνα 11: Ποσοστό χρήσης κοκαΐνης στους νέους 15-34 ετών στην Ευρώπη (EMCDDA database).



Εικόνα 12: Ποσοστό χρήσης αμφεταμινών στους νέους 15-34 ετών στην Ευρώπη (EMCDDA database).



Εικόνα 13: Ποσοστό χρήσης ecstasy στους νέους 15-34 ετών στην Ευρώπη (EMCDDA database).



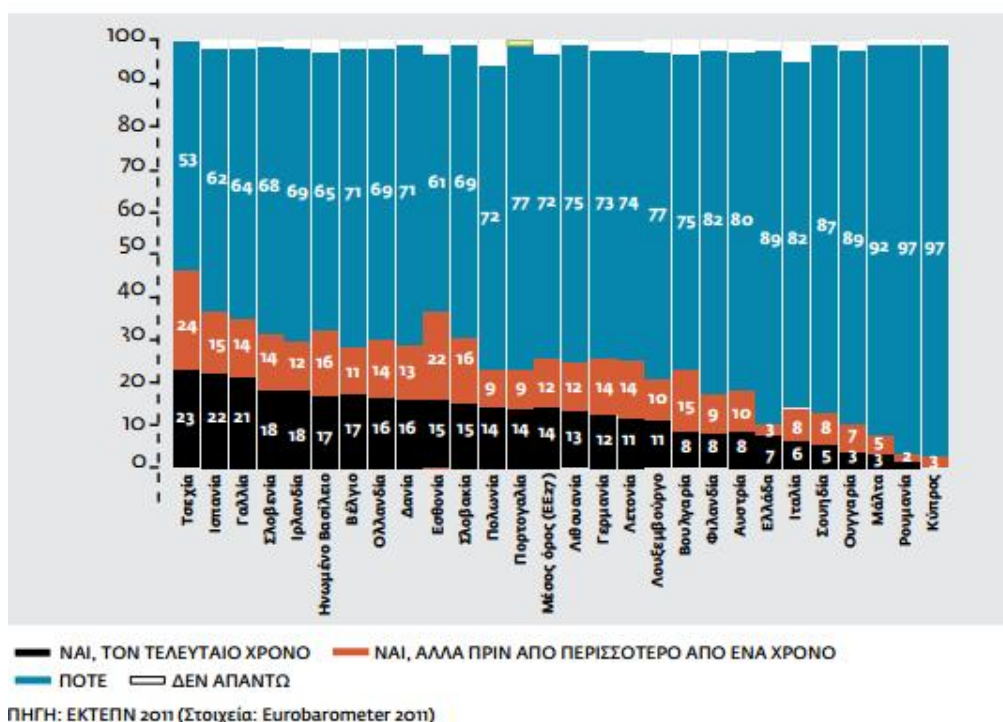
Εικόνα 14: Ποσοστό χρήσης οπιοειδών στους νέους 15-34 ετών στην Ευρώπη (EMCDDA database).

Χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών στην Ελλάδα σε σχέση με άλλες χώρες της Ευρώπης

Σύμφωνα με τα δεδομένα από την HSBC (Health Behaviour in School-aged Children) η τάση για χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών τα τελευταία χρόνια και συγκεκριμένα κάνναβης, παρουσιάζει είτε σταθερή είτε μειούμενη πορεία για τις περισσότερες χώρες. Ωστόσο στη χώρα μας όπως και στην Τσεχία, στη Λετονία, στη Λιθουανία, στη Ρουμανία και στη Σλοβενία, παρατηρείται ιδιαίτερη αύξηση τόσο στο γενικό πληθυσμό, όσο και στους μαθητές. Παρόλα αυτά το ποσοστό χρήσης κάνναβης από τους νέους στην Ελλάδα, βρίσκεται στο χαμηλότερο επίπεδο σε σχέση με τις υπόλοιπες ευρωπαϊκές χώρες.

Η έρευνα Ευρωβαρόμετρο πραγματοποιήθηκε σε 27 ευρωπαϊκές χώρες, συμπεριλαμβανομένης και της Ελλάδας για το 2011 σε 504 νέους από 15-25 ετών. Τα

άτομα αυτά υποβλήθηκαν σε τηλεφωνική συνέντευξη. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το 10% των ερωτηθέντων είχε κάνει χρήση κάνναβης μια φορά τουλάχιστον, ενώ ένα 7% δήλωσε ότι η χρήση είχε γίνει μέσα στον τελευταίο χρόνο. Ο μέσος όρος για τη χρήση κάνναβης στην Ευρώπη ήταν 26%, εκ των οποίων το 14% αναφέρει χρήση τον τελευταίο χρόνο. Στην Ελλάδα, όπως και στη Μάλτα και στην Κύπρο καταγράφηκαν τα χαμηλότερα ποσοστά στη χρήση κάνναβης, όπως φαίνεται και από το γράφημα της εικόνας 15, γεγονός που συμφωνεί με τα δεδομένα της HBSC.



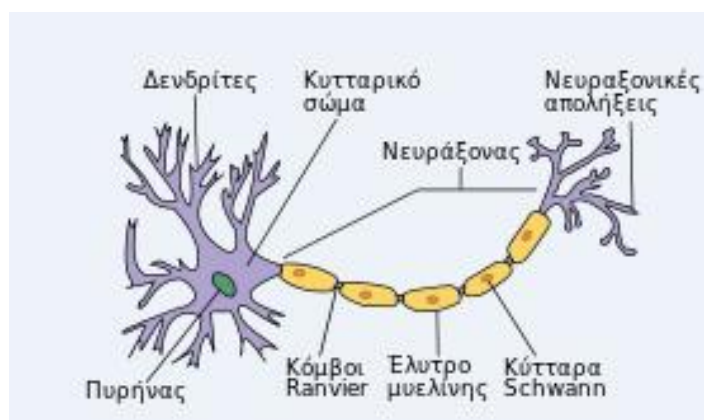
Εικόνα 15: Χρήση κάνναβης στους νέους 15-25 ετών στην Ευρώπη (Ευρωβαρόμετρο).

Από τη βάση δεδομένων EMCDDA όπως παρουσιάζεται και στις εικόνες 11, 12, 13, 14, στην Ελλάδα εμφανίζονται χαμηλά ποσοστά χρήσης κοκαΐνης, αμφεταμινών και ecstasy σε σχέση με την υπόλοιπη Ευρώπη, ενώ ως προς τη χρήση οπιοειδών η Ελλάδα κατατάσσεται στις χώρες με τα υψηλότερα ποσοστά χρηστών.

1.4 Η επίδραση των εξαρτησιογόνων ουσιών στο κεντρικό νευρικό σύστημα

Το Κεντρικό Νευρικό Σύστημα αποτελεί το σύστημα οργάνων που είναι υπεύθυνο για την πρόσληψη, την αποστολή αλλά και την επεξεργασία της πληροφορίας και συνιστάται από τον εγκέφαλο, το νωτιαίο μυελό και ένα περίπλοκο σύστημα νευρώνων. Στο εσωτερικό του ΚΝΣ βρίσκονται πολυάριθμες κοιλότητες οι οποίες λέγονται κοιλίες και φέρουν τον εγκέφαλο και το νωτιαίο μυελό σε επικοινωνία. Στις κοιλίες ρέει το εγκεφαλονωτιαίο υγρό το οποίο έχει προστατευτικό ρόλο, ενώ ταυτόχρονα μεταφέρει και θρεπτικά συστατικά στον εγκέφαλο.

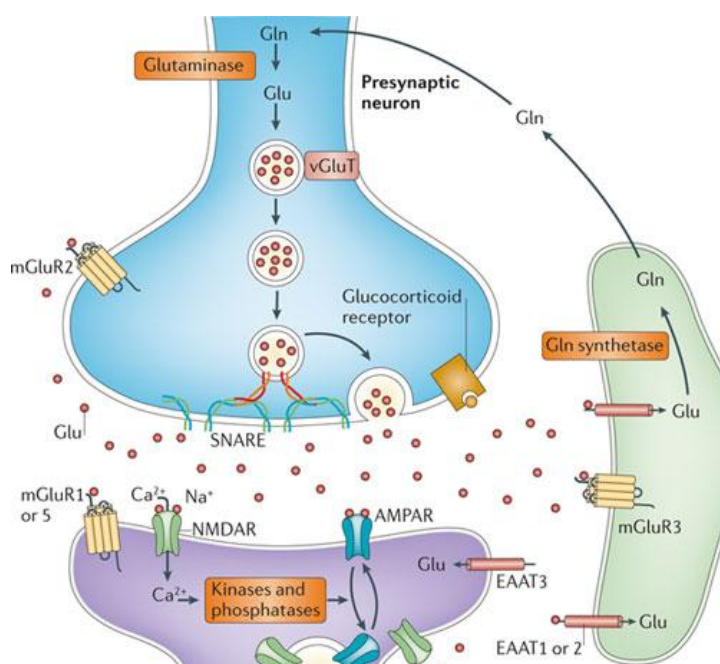
Οι νευρώνες αποτελούν το δομικό λίθο του ΚΝΣ αφού έτσι ορίζονται τα νευρικά κύτταρα του. Ο νευρώνας δομείται από το κυτταρικό σώμα, όπου βρίσκονται ο πυρήνας και τα υποκυτταρικά οργανίδια και από τις αποφυάδες. Οι αποφυάδες αποτελούνται από τους δενδρίτες και από το νευράξονα. Προεκβάλλουν στο περιβάλλον συλλέγοντας ή μεταβιβάζοντας χημικούς αγγελιοφόρους, που ονομάζονται νευροδιαβιβαστές.



Εικόνα 16: Ανατομία ενός νευρώνα (Anatomy and Physiology by the US National Cancer Institute's Surveillance, Epidemiology and End Results Program).

Η επικοινωνία μεταξύ των νευρώνων γίνεται μέσω των συνάψεων, ειδικών δομών δηλαδή που επιτρέπουν τη μεταβίβαση ηλεκτρικών ή χημικών μηνυμάτων. Ένας νευρώνας είναι δυνατόν να συνδέεται με χιλιάδες άλλα νευρικά κύτταρα, καθένα από τα οποία απελευθερώνει ένα ή περισσότερους τύπους νευροδιαβιβαστών. Κάθε νευρώνας αποκρίνεται σε συγκεκριμένο τύπο νευροδιαβιβαστή. Υπάρχουν ανασταλτικοί νευροδιαβιβαστές που παροδικά μειώνουν την απόκριση άλλων

νευρώνων στο ερέθισμα αλλά και διεγερτικοί νευροδιαβιβαστές με ακριβώς το αντίθετο αποτέλεσμα [12].



Εικόνα 17: Νευρική σύναψη. Παρουσιάζονται οι νευροδιαβιβαστές και οι υποδοχείς που ενεργοποιούνται στους δύο νευρώνες (Nat Rev Neurosci, 2012. 13(1): p. 22-37).

Αλκοόλ

Η κατανάλωση αλκοόλ καταστέλλει την εγκεφαλική λειτουργία αλλάζοντας την ισορροπία μεταξύ των διεγερτικών και κατασταλτικών σημάτων. Ο βασικός ανασταλτικός νευροδιαβιβαστής στον εγκέφαλο είναι το γάμμα-αμινοβουτυρικό οξύ (GABA), το οποίο δρα έπειτα από πρόσδεση στον υποδοχέα του GABA_A. Έρευνες έχουν αποδείξει ότι το αλκοόλ δρα αυξάνοντας τη δράση των υποδοχέων και την ευαισθησία τους στους αναστολείς και γι' αυτό έχει αυτή τη χαλαρωτική και κατευναστική επίδραση στους χρήστες [13]. Η γλυκίνη αποτελεί το βασικότερο ανασταλτικό νευροδιαβιβαστή για το νωτιαίο μυελό και το εγκεφαλικό στέλεχος. Το αλκοόλ μπορεί να αυξήσει και τη δράση των υποδοχέων γλυκίνης σε αυτές τις περιοχές του ΚΝΣ, γεγονός που οδηγεί στα χαρακτηριστικά συμπεριφορικά πρότυπα των χρηστών [14].

Στον αντίποδα το αλκοόλ μπορεί να δράσει μειώνοντας τους διεγερτικούς νευροδιαβιβαστές, όπως είναι τα αμινοξέα ασπαρτικό και γλουταμινικό, τα οποία δρουν μέσω των υποδοχέων NMDA και μη-NMDA. Έτσι παροδική έκθεση σε

τοξικές συγκεντρώσεις αλκοόλ μπορεί να αναστείλει τη λειτουργία των υποδοχέων αυτών, προκαλώντας καταστολή [14].

Η μακροχρόνια έκθεση χρηστών στο αλκοόλ φαίνεται να οδηγεί τον εγκέφαλο σε μια κατάσταση για επανεγκατάσταση ισορροπίας. Ενώ για παράδειγμα η παροδική κατανάλωση αλκοόλ αυξάνει τη δράση των GABA_A υποδοχέων, η συνεχής χρήση έχει το αντίθετο αποτέλεσμα. Η μείωση της λειτουργικότητας των υποδοχέων μπορεί να οφείλεται τόσο στη μείωση του αριθμού των υποδοχέων, όσο και σε αλλαγές στην πρωτεϊνική τους σύνθεση, οδηγώντας έτσι σε περιορισμένη ευαισθησία στους νευροδιαβιβαστές. Με τον ίδιο τρόπο οι υποδοχείς γλουταμικού προσαρμόζονται στην ανασταλτική δράση του αλκοόλ, αυξάνοντας τη διεγερτική τους δράση [15].

Νικοτίνη

Η δράση της νικοτίνης του καπνού στο ΚΝΣ φαίνεται να είναι νευρορυθμιστική επιδρώντας τόσο στις φυσιολογικές και βιοχημικές του λειτουργίες, μέσω των νευροδιαβιβαστών με δόσοεξαρτώμενο τρόπο. Η νικοτίνη προσδένεται σε μια ομάδα υποδοχέων που βρίσκονται στον εγκέφαλο, τους υποδοχείς ακέτυλοχολίνης οι οποίοι ενεργοποιούνται από την ενδογενή ακέτυλοχολίνη και διακρίνονται σε δύο μεγάλες ομάδες. Στην πρώτη ομάδα ανήκουν οι μεταβολοτρόποι μουσκαρινικοί υποδοχείς οι οποίοι αλληλεπιδρούν και ενεργοποιούνται από την τοξίνη μουσκαρίνη και αναστέλλονται από την ατροπίνη. Στη δεύτερη ομάδα ανήκουν οι ιοντοτρόποι κατιονικοί υποδοχείς νικοτίνης, οι οποίοι ενεργοποιούνται από τη νικοτίνη με ταχύτατους ρυθμούς.

Μετά από το κάπνισμα ενός και μόνο τσιγάρου παρατηρείται αύξηση των επιπέδων κατεχολαμινών στο αίμα, παράλληλα με αυτά της νικοτίνης. Στις κατεχολαμίνες κατατάσσονται η αδρεναλίνη, η νοραδρεναλίνη και η ντοπαμίνη, οι οποίες δρουν μέσω των αδρενεργικών υποδοχέων, που βρίσκονται μεταξύ άλλων και στον εγκέφαλο. Η συνεχής χρήση νικοτίνης οδηγεί στην υπερέκφραση των νικοτινικών υποδοχέων, ενώ ταυτόχρονα μειώνει τη δράση τους, ενώ η απευαισθητοποίηση τους προκαλεί ανοχή στο χρήστη. Συνέπεια της αύξησης των κατεχολαμινών είναι η υπέρταση, η αυξημένη προσκολλητικότητα των αιμοπεταλίων (κίνδυνος θρόμβωσης), οι αρρυθμίες. [16, 17]

Οπιοειδή

Στον εγκέφαλο βρίσκονται υποδοχείς οπιοειδών, οι οποίοι έπειτα από την αλληλεπίδραση με τον προσδέτη τους μεταβιβάζουν ανασταλτικά σήματα σε νευρώνες, οι οποίοι με τη σειρά τους αναστέλλουν τη μετάδοση του πόνου στο νωτιαίο μυελό. Μέχρι σήμερα έχουν καταγραφεί τέσσερα είδη υποδοχέων οπιοειδών, στους οποίους ανήκουν οι υποδοχείς μ , κ , δ και ORL-1. Τα περισσότερα είδη οπιοειδών προσδέονται στον υποδοχέα μ (σύστημα MOR). Τα οπιούχα δρουν αναλγητικά, αναστέλλοντας δηλαδή το αίσθημα του πόνου στο κεντρικό νευρικό σύστημα, ενώ ταυτόχρονα προκαλούν ευφορία επιδρώντας στο σύστημα ανταμοιβής της ντοπαμίνης [18].

Αναλγησία είναι δυνατό να προκληθεί και χωρίς την πρόσδεση στους προαναφερθέντες υποδοχείς, αλλά μέσω ανταγωνισμού των υποδοχέων NMDA (N-Methyl-D-Aspartate). Έτσι ενεργοποιείται το μονοπάτι της σεροτονίνης και της νοραδρεναλίνης του εγκεφαλικού στελέχους, που αναστέλλουν τη μετάδοση σήματος και προκαλούν αναλγησία. Διαφορετικά οπιούχα σκευάσματα ανταγωνίζονται σε διαφορετικό βαθμό τους NMDA υποδοχείς και έχουν διαφορετική αναλγητική δράση. Εν αντιθέσει όταν τα οπιοειδή δρουν σε συνέργεια με τους NMDA υποδοχείς τότε είναι δυνατόν να προκληθεί χρόνιος νευροπαθής πόνος και ανοχή στις ουσίες αυτές [19].

Οι επιπτώσεις των οπιούχων σκευασμάτων στον εγκέφαλο εμπεριέχουν ιδιαίτερα πολύπλοκους μηχανισμούς, και διακρίνονται σε τρεις επιμέρους κατηγορίες.

1. Προκαλούν μείωση του επιπέδου συνείδησης, υπνηλία, διαταραχές ύπνου και νάρκωση.
2. Επιδρούν στη διαδικασία της σκέψης και στην ικανότητα απόκρισης σε ερέθισμα, προκαλούν παραισθήσεις και εφιάλτες.
3. Προκαλούν επιληπτικές κρίσεις, υπεραλγησία και ανοχή [20].

Κάνναβη

Υπάρχουν περισσότερα από 480 ενεργά συστατικά στην κάνναβη, εκ των οποίων τα τερπένια είναι αυτά που προσφέρουν μείωση του πόνου στους ασθενείς, έπειτα από την είσοδο τους στα κύτταρα και την πρόσδεση τους σε ειδικούς υποδοχείς. Οι υποδοχείς αυτοί είναι μέρος του συστήματος ενδοκανναβινοειδών (ECS) το οποίο συμμετέχει στη ρύθμιση λειτουργιών του οργανισμού, όπως ο ύπνος, η όρεξη, τα επίπεδα άγχους και η γνωστική λειτουργία.

Οι υποδοχείς CB₁ και CB₂ ενεργοποιούνται από την κανναβιδιόλη (CBD) και την τετραϋδροκανναβινόλη (THC), που εισέρχονται στον οργανισμό τόσο από το κάπνισμα όσο και από τη βρώση της κάνναβης. Τόσο η THC όσο και η CBD προσομοιάζουν τα ένδοκανναβινοειδή του οργανισμού, με αποτέλεσμα να αλληλεπιδρούν γρήγορα με τους υποδοχείς τους.

Πολυάριθμοι υποδοχείς CB₁ και CB₂ βρίσκονται στον ιππόκαμπο του εγκεφάλου, όπου ελέγχεται η λειτουργία της μνήμης. Για το λόγο αυτό ένας από τους πρώτους παράγοντες που επηρεάζονται από την κατανάλωση κάνναβης είναι η μνήμη. Ταυτόχρονα η ίδια εγκεφαλική περιοχή είναι υπεύθυνη για την επιθυμία τροφής, η οποία αυξάνεται έπειτα από τη χρήση της ουσίας. Τέλος η αλλαγή στην κυκλοφορία του αίματος στην παρεγκεφαλίδα είναι υπεύθυνη για την απώλεια αίσθησης του χρόνου στους χρήστες [21].

Κοκαΐνη

Η κοκαΐνη επιδρά στο ΚΝΣ ως διεγερτικό αυξάνοντας τα επίπεδα έκκρισης της ντοπαμίνης, η οποία ελέγχει το αίσθημα της ευχαρίστησης και την κινητικότητα. Φυσιολογικά η ντοπαμίνη απελευθερώνεται από τους νευρώνες σε απόκριση σε ευχάριστα ερεθίσματα (όπως η μυρωδιά από κάποιο φαγητό) και στη συνέχεια επιστρέφει πίσω στο νευρώνα από τον οποίο προήλθε, κλείνοντας έτσι την επικοινωνία μεταξύ των νευρικών κυττάρων. Η κοκαΐνη δρα σε αυτό ακριβώς το σημείο, αποτρέποντας την ανακύκλωση της ντοπαμίνης, προκαλώντας τη συσσώρευση της στο χώρο των συνάψεων. Έτσι η σηματοδότηση από το μόριο πολλαπλασιάζεται και δεν επιτρέπεται η φυσιολογική επικοινωνία των διαφόρων περιοχών του εγκεφάλου, με αποτέλεσμα τη γνωστή ευφορία και υπερδιέγερση που εμφανίζουν οι χρήστες.

Η επαναλαμβανόμενη χρήση οδηγεί σε αλλαγές στο σύστημα ανταμοιβής του εγκεφάλου, οι οποίες είναι δυνατόν να προκαλέσουν τον εθισμό του χρήστη. Ακόμα η συνεχής χρήση της ουσίας οδηγεί στην ανάπτυξη ανοχής, οπότε το επίπεδο ευχαρίστησης που προκλήθηκε στο χρήστη την πρώτη φορά να μην μπορεί να επιτευχθεί ξανά, οπότε και οι χρήστες αυξάνουν τη δόση [22].

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

2.1 Διάκριση εξαρτησιογόνων ουσιών

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (World Health Organization, WHO) οι εξαρτησιογόνες ουσίες διακρίνονται σε:

1. **Βαριές:** Προκαλούν σοβαρή επίδραση στο άτομο, όπως το όπιο, η μορφίνη, η κοκαΐνη, η ηρωίνη, οι αμφεταμίνες, η μαριχουάνα, το LSD κ.α.
2. **Ήπιες:** Δεν προκαλούν απαραίτητα εθισμό, όπως είναι τα βαρβιτουρικά και τα «ανώδυνα» ναρκωτικά όπως είναι ο καπνός, ο καφές κ.α.

Μία άλλη διάκριση η οποία εισήχθη το 1928 από το Lewin, διακρίνει τις εξαρτησιογόνες ουσίες ανάλογα με τις συνέπειες τους. Έτσι παρουσιάζονται οι εξής κατηγορίες:

1. Ευφορικά: μορφίνη, όπιο, ηρωίνη
2. Φανταστικά: χασίς, παραισθησιογόνα
3. Υπνωτικά: βαρβιτουρικά
4. Μεθυστικά: αιθέρας, αλκοόλη
5. Διεγερτικά: αμφεταμίνες και κοκαΐνη

Ακόμα με βάση τη νομοθετικό πλαίσιο της εκάστοτε χώρας και την ικανότητα ανεύρεσης των ουσιών αυτών στο εμπόριο, χαρακτηρίζονται ως:

1. Νόμιμες [1]

- i. Οινοπνευματώδη ποτά: περιέχουν αλκοόλ, η περιεκτικότητα του οποίου αυξάνεται όσο περισσότερο διυλίζεται το ποτό.
- ii. Καπνός: προέρχεται από τα αποξηραμένα φύλλα του φυτού *Nicotiana tabacum* που περιέχουν νικοτίνη. Η νικοτίνη αποτελεί μια δηλητηριώδη ουσία, η οποία σε δόση 60 χιλιοστά του γραμμαρίου μπορεί να είναι θανατηφόρα για τον άνθρωπο.

- iii. Καφεΐνη: περιέχεται στον καφέ, το τσάι, τη σοκολάτα κ.α. και αποτελεί μια διεγερτική ουσία, που επιδρά στο κεντρικό νευρικό σύστημα.

2. Παράνομες: Περιγράφονται κυρίως ως ναρκωτικά [2]

- i. **Αμφεταμίνες:** Διεγερτικά που προσομοιάζουν χημικά με την αδρεναλίνη που παράγεται φυσικά από τον οργανισμό.
- ii. **Ινδική κάνναβη:** προέρχεται από ένα φυτό και περιέχει 60 συστατικές ουσίες εκ των οποίων οι περισσότερες είναι βιολογικά ενεργές. Το πιο ψυχοδραστικό συστατικό της είναι η τετραϋδροκανναβινόλη (THC).
- iii. **Κοκαΐνη:** Παράγεται από τα φύλλα του φυτού ερυθρόξυλο κόκα και επιδρά στον κεντρικό σύστημα για μικρό χρονικό διάστημα, ενώ έχει ιδιότητες αναισθητικού.
- iv. **Κρακ:** μορφή κοκαΐνης, πιο οικονομική στην αγορά και με περισσότερα έντονα αποτελέσματα στον οργανισμό.
- v. **Όπιο και παράγωγα:** Αποτελεί το συμπυκνωμένο χυμό του φυτού *Papaver somniferum*. Περιέχει τουλάχιστον 25 συστατικά τα οποία χρησιμοποιούνται ως ηρεμιστικά ή αναλγητικά όπως είναι η μορφίνη και η κωδεΐνη. Από το όπιο παράγεται και η ηρωίνη.
- vi. **Παραισθησιογόνα:** Μεταβάλλουν και διαταράσσουν τις αισθήσεις της όρασης και της ακοής οδηγώντας το χρήστη να έχει παραισθήσεις. Εδώ συγκαταλέγονται το LSD που παρασκευάζεται χημικά από τον μύκητα ερυσιβάδη ολύρα και μπορεί να προκαλέσει ψύχωση, καθώς και τα μαγικά μανιτάρια, τα οποία έχουν ηπιότερη δράση από το LSD.
- vii. **Συνθετικά ναρκωτικά:** Προέρχονται από την επεξεργασία προϋπάρχοντων χημικών ενώσεων. Εδώ ανήκουν τα έκσταση ή MDA, που περιέχουν αμφεταμίνη και η κεταμίνη που χρησιμοποιούνταν ως αναλγητικό.

- 3. **Ενδιάμεσες:** στην περίπτωση που φάρμακα τα οποία διατίθενται νόμιμα για ιατρικούς λόγους, χρησιμοποιούνται ως «ναρκωτικά» και μάλιστα σε συνδυασμό με άλλες ουσίες όπως είναι το αλκοόλ κ.α. Εδώ συγκαταλέγονται και ουσίες καθημερινής χρήσης οι οποίες υπόκεινται σε «λανθασμένη» χρήση, με σκοπό τη διέγερση των χρηστών.

- i. **Ηρεμιστικά:** που διακρίνονται σε μείζονα και ελάσσονα. Τα πρώτα χρησιμοποιούνται στην αντιμετώπιση σοβαρών ψυχιατρικών περιπτώσεων και τα δεύτερα για την καταπολέμηση του άγχους και της αϋπνίας.
- ii. **Εισπνεόμενα:** όπως ουσίες στεγνού καθαρίσματος, διαλυτικά, ασετόν, ουσίες που βρίσκονται σε σπρέι και κόλλες, διορθωτικά υγρά και αέριο για αναπτήρες.

2.2 Δράση εξαρτησιογόνων ουσιών

Όλες οι εξαρτησιογόνες ουσίες προκαλούν ψυχική ή/και σωματική εξάρτηση, ωστόσο ορισμένες φορές ο οργανισμός μπορεί να εμφανίσει ανοχή σε αυτές.

Ανοχή: Εμφανίζεται μετά από μακροχρόνια χρήση της συγκεκριμένης ουσίας, οπότε η δόση που χρησιμοποιούταν μέχρι πρότινος δεν έχει πλέον καμία επίδραση. Έτσι, ο χρήστης εμφανίζει την ανάγκη αύξησης της δόσης και σε περίπτωση που αυτό δε συμβεί ή που δεν είναι εφικτό παρουσιάζονται στερητικά συμπτώματα.

Εξάρτηση ή εθισμός: Έτσι ορίζεται η κατάσταση εκείνη όπου υπάρχει η ανάγκη για συνεχή χρήση μιας εξαρτησιογόνου ουσίας. Η εξάρτηση μπορεί να είναι είτε σωματική είτε ψυχική. Η σωματική εξάρτηση συνυπάρχει με την ψυχική, ενώ το αντίθετο δεν είναι απαραίτητο.

Σωματική εξάρτηση: Όταν ο οργανισμός δεν μπορεί να λειτουργήσει φυσιολογικά χωρίς τη λήψη της ουσίας αυτής.

Ψυχική εξάρτηση: Όταν η απουσία της ουσίας από τον οργανισμό οδηγεί σε απώλεια της ψυχικής συνοχής του ατόμου.

Η σωματική εξάρτηση είναι η πιο εύκολα αντιμετωπίσιμη μορφή, ενώ η ψυχική είναι αυτή η οποία απαιτεί μακροχρόνια θεραπεία και ψυχολογική υποστήριξη. Όλοι οι χρήστες δε χαρακτηρίζονται αυτόματα ως εθισμένοι, καθώς για να επέλθει η εξάρτηση απαιτείται η χρήση για ένα σχετικά μεγάλο χρονικό διάστημα, το οποίο εξαρτάται από τον ίδιο τον οργανισμό αλλά και τη φύση της ουσίας. Για το χαρακτηρισμό ενός ατόμου ως εθισμένου σε κάποια ουσία πρέπει να εμφανίζει τουλάχιστον τρία από τα παρακάτω συμπτώματα:

1. Ισχυρή επιθυμία χρήσης της εξαρτησιογόνου ουσίας

2. Ανοχή στην ουσία αυτή
3. Εμφάνιση συμπτωμάτων στέρησης σε περίπτωση διακοπής της χρήσης ή μείωση της δόσης της ουσίας
4. Κατανάλωση σημαντικού προσωπικού χρόνου σχετικά με τη διαδικασία της χρήσης
5. Απώλεια σωματικών, κοινωνικών κι επαγγελματικών δραστηριοτήτων
6. Αδυναμία παύσης χρήσης της εν λόγω ουσίας, παρά τα καταστροφικά της αποτελέσματα

Πολλοί πιστεύουν ότι υπάρχει διαφορά ανάμεσα στις έννοιες εθισμός και εξάρτηση, υποστηρίζοντας ότι ο όρος εθισμός έχει ισχυρότερη βαρύτητα [3].

Σύνδρομο στέρησης: Στην περίπτωση που η εξαρτησιογόνος ουσία αποσυρθεί από το περιβάλλον του χρήστη απότομα εφόσον υπάρχει εξάρτηση, εμφανίζεται το σύνδρομο στέρησης, με σωματικό και ψυχικό αντίκτυπο. Ο χρόνος εμφάνισης των συμπτωμάτων εξαρτάται από περίοδο ημιζωής της ουσίας αλλά και το ρυθμό μεταβολισμού της από τον οργανισμό. Τα συμπτώματα μπορεί να είναι ψυχολογικά ή/και σωματικά και έχουν αντίθετο χαρακτήρα από αυτόν που προκαλούσε η χρήση της ουσίας.

2.3 Οι 10 περισσότερο εθιστικές εξαρτησιογόνες ουσίες

Μέχρι σήμερα το πεδίο του εθισμού και των ναρκωτικών δεν έχει πλήρως διαφωτιστεί. Η πιο ολοκληρωμένη μελέτη σύμφωνα με το National Institute on Drug Abuse είναι αυτή που παρουσιάστηκε το 2007 από το David Nutt στο επιστημονικό περιοδικό Lancet [4]. Η εν λόγω έρευνα κατέταξε το βαθμό εξάρτησης που προκαλεί μια ουσία, λαμβάνοντας υπόψη τρεις παραμέτρους:

1. Τη σωματική βλάβη που προκαλείται στο χρήστη: αναφέρεται στη βλάβη οργάνων και συστημάτων η οποία μπορεί να είναι άμεση ή να υπάρχει κίνδυνος να προκύψει στο μέλλον λόγω της συστηματικής χρήσης. Σημαντικός παράγοντας αποτελεί και ο τρόπος με τον οποίο ο χρήστης εισάγει την ουσία στο σώμα του, καθώς η ηρωίνη η οποία λαμβάνεται ενδοφλέβια μπορεί να προκαλέσει αναπνευστική δυσλειτουργία και αιφνίδιο θάνατο, γι' αυτό και

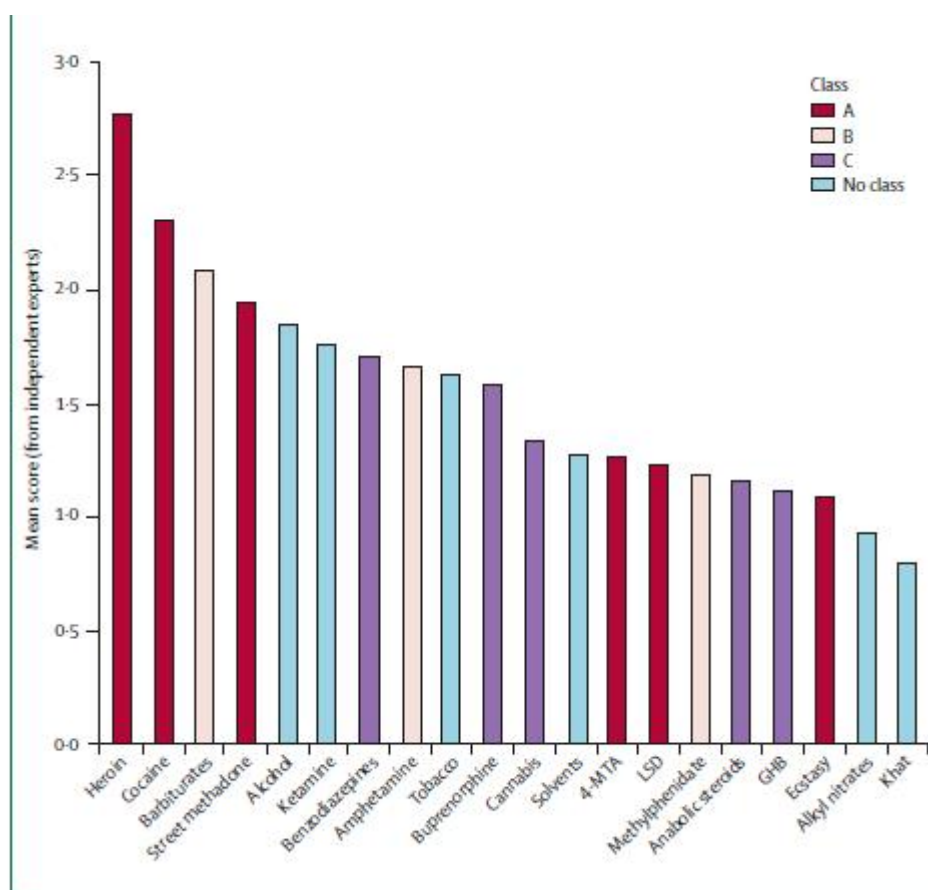
βρίσκεται ψηλά στην κατάταξη. Από την άλλη το αλκοόλ και ο καπνός σχετίζονται με υψηλά ποσοστά θνησιμότητας έπειτα από μακροχρόνια χρήση. Συγκεκριμένα στο Ηνωμένο Βασίλειο, αυτές οι δύο ουσίες ευθύνονται για το 90% των θανάτων που προκλήθηκαν από χρήση ναρκωτικών.

2. Την ικανότητα της ουσίας να επάγει τον εθισμό: αναφέρεται στο πόσο εθιστικά είναι τα στοιχεία που συνθέτουν την εκάστοτε ουσία, αλλά και το βαθμό της ευχαρίστησης που προσφέρει στο χρήστη. Ναρκωτικά που προκαλούν ευφορία είναι τα οπιοειδή και η κοκαΐνη, γι αυτό και η χρήση τους συναντάται ιδιαίτερα συχνά. Η ευχαρίστηση που προκαλούν τα ναρκωτικά εμπεριέχει δύο διαδοχικά στάδια. Σε πρώτη φάση το ναρκωτικό εισέρχεται στο εγκέφαλο και προκαλεί άμεση ευφορία ή αλλιώς έξαψη και σε επόμενη φάση ο χρήστης παραμένει ευδιάθετος, αλλά σε μικρότερη ένταση. Ουσίες οι οποίες εισέρχονται στον οργανισμό μέσω της αναπνευστικής οδού ή της κυκλοφορίας, όπως η νικοτίνη, η κοκαΐνη, το κρακ, η ηρωίνη κ.α. έχουν άμεση επίδραση. Η από του στόματος χρήση των ίδιων ουσιών έχει πολύ πιο βραδεία δράση.
3. Την επίδραση που έχει η χρήση της ουσίας στο περιβάλλον του χρήστη. Η κατάχρηση ουσιών βλάπτει πέρα από τον ίδιο τον οργανισμό του χρήστη και τις σχέσεις με την οικογένεια του και τον κοινωνικό του περίγυρο. Ακόμα για την αντιμετώπιση και τη θεραπεία του, το εκάστοτε κράτος πρέπει να δαπανήσει σημαντικά ποσά που αφορούν στη νοσηλεία του αλλά και στην ενίσχυση σωματών ασφαλείας όπως η αστυνομία, αλλά και κοινωνικών λειτουργών. Για παράδειγμα, το αλκοόλ όπως είναι γνωστό προκαλεί ιδιαίτερα επιθετική συμπεριφορά η οποία απαιτεί την κατάλληλη παροχή ασφάλειας στους πολίτες από την κρατική μηχανή.

Πίνακας 1. Παρουσιάζονται οι παράγοντες που αξιολογούνται για την κατάταξη του βαθμού εθιστικότητας που μπορεί να προκαλέσει μια ουσία. Δίπλα σε κάθε χαρακτηριστικό αναγράφεται και η σχετική τιμή που του αντιστοιχεί και που συνυπολογίζεται για το τελικό αποτέλεσμα.

Παράμετρος		
Σωματική βλάβη	1	Οξεία
	2	Χρόνια
	3	Ενδοφλέβια βλάβη
Εξάρτηση	4	Βαθμός ευχαρίστησης
	5	Ψυχολογική εξάρτηση
	6	Σωματική εξάρτηση
Κοινωνικές βλάβες	7	Μέθη
	8	Άλλες κοινωνικές βλάβες
	9	Κόστη νοσηλείας

Πίνακας 1: Παράμετροι αξιολόγησης του βαθμού εθισμού μιας ουσίας (Lancet, 2007. 369(9566): p. 1047-53.)



Εικόνα 1: Κατάταξη των εξαρτησιογόνων ουσιών με βάση το βαθμό βλάβης που προκαλούν στο χρήστη (Lancet, 2007. 369(9566): p. 1047-53.)

Από τα ραβδογράμματα της Εικόνας 1, η κατάταξη των 10 πιο εθιστικών ουσιών έχει ως εξής:

1. **Ηρωίνη** (Βαθμός εθιστικότητας: 3,0): Προέρχεται από την μορφίνη με την προσθήκη ακετυλομάδων. Στο σώμα μεταβολίζεται σε μορφίνη και προσδίδει έτσι σωματική και ψυχική ευεξία στο χρήστη. Ο λόγος που είναι τόσο εθιστική οφείλεται στο ότι η συχνή χρήση της προκαλεί άμεση ανοχή στο χρήστη, οδηγώντας έτσι στην κατανάλωση μεγαλύτερης δόσης κάθε επόμενη φορά.
2. **Κοκαΐνη** (Βαθμός εθιστικότητας: 2,39): Η κοκαΐνη σε μορφή κρακ καπνίζεται κ έτσι έχει πιο άμεση επίδραση στο χρήστη σε σχέση με τη μορφή στην οποία εισπνέεται. Η χρήση της χαρίζει μια ευεξία, η οποία ναί μεν είναι μικρότερης χρονικής διάρκειας από της ηρωίνης αλλά είναι περισσότερο έντονη και προσδίδει μεγαλύτερη ευχαρίστηση. Η απομάκρυνση της κοκαΐνης από τον οργανισμό από την άλλη καθώς η ώρα περνά κι η επίδραση της μειώνεται, είναι τόσο αφόρητη για το χρήστη που αναζητά άμεσα κι άλλη δόση.
3. **Νικοτίνη** (Βαθμός εθιστικότητας: 2,21): Ο όρος νικοτίνη είναι στενά συνυφασμένος με το τσιγάρο, το οποίο πωλείται νόμιμα στην αγορά. Έτσι έχει απενοχοποιηθεί ενώ στην πραγματικότητα είναι σχεδόν το ίδιο εθιστικό με την κοκαΐνη. Ο τρόπος που επιδρά στο κεντρικό νευρικό σύστημα είναι τέτοιος, ώστε η αποστέρηση της νικοτίνης να ευαισθητοποιεί ιδιαίτερος τον εγκέφαλο με αποτέλεσμα κάποιος να μην μπορεί εύκολα να κόψει το κάπνισμα.
4. **Μεθαδόνη «του δρόμου»** (Βαθμός εθιστικότητας: 2,08): Η μεθαδόνη χρησιμοποιείται κατά τη διαδικασία απεξάρτησης από τα οπιοειδή ή για την αντιμετώπιση πόνου ήπιας μορφής. Συχνότερα χορηγείται σε χρήστες ηρωίνης ώστε τα συμπτώματα από τη στέρηση να μην είναι τόσο έντονα, αλλά σε κάθε περίπτωση φαίνεται ο βαθμός εθισμού που προκαλεί και η ίδια να είναι ιδιαίτερα μεγάλος.
5. **D- Μεθαμφεταμίνη- Crystal Meth** (Βαθμός εθιστικότητας: 2,03): Αποτελεί συνθετικό διεγερτικό, που προκαλεί το αίσθημα της πλασματικής ευφορίας. Σε αντίθεση με τη σκόνη, η μορφή κρυστάλλων είναι περισσότερο ισχυρή και διεγείρει το κεντρικό νευρικό σύστημα. Δίνει την αίσθηση της ασταμάτητης ενέργειας και τα αποτελέσματα της στο χρήστη είναι επιθετικότητα και

υπερκινητικότητα ενώ γίνονται και περισσότερο ευερέθιστοι. Οι μακροχρόνιες επιδράσεις της αφορούν το κυκλοφορικό σύστημα, αφού καταστρέφει τα αγγεία κι έτσι είναι δυνατό να οδηγήσει ακόμα και στο θάνατο.

6. **Βαρβιτουρικά** (Βαθμός εθιστικότητας: 2,01): Καταστέλλουν τη δραστηριότητα του εγκεφάλου, οπότε έχουν αγχολυτική επίδραση ενώ ορισμένες φορές μπορούν να προκαλέσουν ακόμα και απώλεια συνείδησης. Είναι ιδιαίτερος εθιστικά καθώς ο χρήστης αναπτύσσει άμεσα ανοχή κι έτσι εμφανίζει την ανάγκη για αύξηση της δόσης.
7. **Αλκοόλ** (Βαθμός εθιστικότητας: 1,93): Παρότι είναι νόμιμο και χρησιμοποιείται ευρέως μπορεί να αποτελέσει επικίνδυνο παράγοντα για την ανθρώπινη υγεία. Η αποστέρηση του και η διαδικασία αποτοξίνωσης από αυτό, σπάνια επιτυγχάνει και είναι πολλές φορές μοιραία για το χρήστη, κάτι το οποίο δεν παρατηρείται ούτε στους χρήστες οπιοειδών. Το γεγονός ότι προστατεύεται από το νομικό πλαίσιο, έχει οδηγήσει μεγάλο ποσοστό ανθρώπων στον αλκοολισμό. Συγκεκριμένα στις ΗΠΑ περισσότεροι από 17 εκατομμύρια πολίτες φαίνεται να πάσχουν από κάποιας μορφής διαταραχή σχετιζόμενοι με το αλκοόλ.
8. **Βενζοδιαζεπίνες** (Βαθμός εθιστικότητας: 1,83): Αποτελούν υπνωτικά χαλαρωτικά φαρμακευτικά σκευάσματα τα οποία μειώνουν τη λειτουργία του εγκεφάλου. Λόγω της αγχολυτικής τους δράσης χρησιμοποιούνται ως θεραπείες σε περιπτώσεις κρίσεων πανικού. Οι χρήστες εμφανίζουν γρήγορα ανοχή, ενώ σε ορισμένες περιπτώσεις ανάλογα με το γενετικό τους προφίλ μπορεί να είναι ιδιαίτερος εθιστικά. Η υπέρμετρη κατανάλωση τους έχει συσχετιστεί και με την εμφάνιση άνοιας.
9. **Αμφεταμίνες** (Βαθμός εθιστικότητας: 1,67): Αποτελούν διεγερτικά του κεντρικού νευρικού συστήματος και χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία ασθενειών, όπως η ναρκοληψία. Χημικά παράγεται σε δύο στερεοϊσομερή τη levo και τη dextro αμφεταμίνη κι αυτή που συναντάται στο εμπόριο αποτελεί μίγμα αυτών. Η αποστέρηση του οργανισμού από τις αμφεταμίνες προκαλεί υπνηλία, κόπωση. Ακόμα βοηθά στην καλύτερη συγκέντρωση και στην απώλεια βάρους, οπότε πολλές φορές ο εθισμός του χρήστη είναι ψυχολογικός.
10. **Βουπρενορφίνη** (Βαθμός εθιστικότητας: 1,64): Χρησιμοποιείται ιατρικά για το ίδιο σκοπό με τη μεθαδόνη, καθώς και για την αποτοξίνωση από οπιοειδή. Παρότι επίδραση της σταματά μετά από κάποιο σημείο όσο κι αν αυξηθεί η

δόση πολύ παρουσιάζουν εξάρτηση και δεν μπορούν να λειτουργήσουν φυσιολογικά χωρίς τη χρήση της [4].

3^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ

3.1 Διαγνωστικές τεχνικές εθισμού στις εξαρτησιογόνες ουσίες

Ο εθισμός στις εξαρτησιογόνες ουσίες είναι μια κατάσταση η οποία χρίζει άμεσης διάγνωσης, ώστε να ξεκινήσει η θεραπεία του χρήστη, σε όσο το δυνατόν περισσότερο πρώιμο στάδιο. Για να συμβεί αυτό ο ιατρός πρέπει να μελετήσει συγκεκριμένα συμπεριφορικά πρότυπα, τα οποία πιθανά μαρτυρούν την εξάρτηση σε κάποια ουσία και ταυτόχρονα να χρησιμοποιήσει μοριακές τεχνικές για να την εντοπίσει στο αίμα του ασθενούς.

Στις μοριακές αυτές τεχνικές χρησιμοποιούνται αφενός ανοσολογικές μέθοδοι οι οποίες με τη χρήση αντισωμάτων εντοπίζουν την εξαρτησιογόνο ουσία-στόχο και αφετέρου με τη χρήση της αέρια χρωματογραφίας ή της φασματομετρίας μάζας που θεωρείται και περισσότερο ακριβής. Η αέρια χρωματογραφία και η φασματομετρία μάζας μπορούν να ανιχνεύσουν πολύ μικρές ποσότητες της ουσίας στον οργανισμό του χρήστη χωρίς να υπάρχει κίνδυνος ψευδών αποτελεσμάτων. Τα βιολογικά υλικά που χρησιμοποιούνται στις αναλύσεις αυτές είναι αίμα, ούρα, σάλιο, τρίχες, ιδρώτας και νύχια.

Η επίδραση που μπορεί να έχει η χρήση των εν λόγω ουσιών στον εγκέφαλο, μπορεί να ανιχνευθεί με την Αξονική Τομογραφία, το Ηλεκτροεγκεφαλογράφημα και την Μαγνητική Τομογραφία.

Διάγνωση αλκοολισμού

Για τη διάγνωση της εξάρτησης από το αλκοόλ ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας έχει ορίσει συγκεκριμένα κριτήρια, τα οποία περιλαμβάνουν τα εξής:

1. Ανοχή η οποία καθορίζεται από την ανάγκη συνεχούς και αυξανόμενης κατανάλωσης αλκοόλ για την επίτευξη του επιθυμητού αποτελέσματος
2. Στέρηση η οποία εκδηλώνεται με ένα ευρύ φάσμα συμπτωμάτων όπως είναι ο τρόμος, η ναυτία, η κεφαλαλγία κ.α
3. Κατανάλωση μεγάλων ποσοτήτων αλκοόλ για μεγάλα χρονικά διαστήματα

4. Ανεπιτυχείς προσπάθειες διακοπής κατανάλωσης αλκοόλ.
5. Συνεχής προσπάθεια προμήθειας οινοπνευματωδών ποτών
6. Περιορισμός τόσο των επαγγελματικών όσο και των κοινωνικών δραστηριοτήτων που οφείλονται στην κατανάλωση οινοπνεύματος
7. Συνέχιση της χρήσης αλκοόλ παρά τα εμφανή προβλήματα υγείας που αυτό προκαλεί.

Η διάγνωση και ο εντοπισμός των ατόμων που πάσχουν από αλκοολισμό, μπορεί να γίνει από το θεράποντα ιατρό του εκάστοτε ατόμου. Η διαδικασία της διάγνωσης περιλαμβάνει ερωτήσεις σχετικά με τις συνήθειες που έχουν ως προς την κατανάλωση αλκοόλ στην καθημερινότητα τους. Εάν δημιουργηθούν υποψίες αλκοολισμού, τότε ο ιατρός προχωρεί σε περισσότερο ειδικές ερωτήσεις, που αφορούν κυρίως την ποσότητα αλκοόλ που καταναλώνεται από τον ασθενή, ώστε να διερευνηθεί εάν ανήκει στην ομάδα υψηλού κινδύνου. Για την έρευνα αυτή ο ιατρός μπορεί να πάρει άμεσα μια συνέντευξη, ή να δώσει στον ασθενή του ένα ερωτηματολόγιο για να συμπληρώσει. Επειδή οι αλκοολικοί εμφανίζουν συχνά τη συνήθεια να αποκρύπτουν την υπέρμετρη κατανάλωση αλκοόλ, τα ερωτηματολόγια αυτά, διερευνούν κυρίως τα προβλήματα και τα συμπτώματα που μπορεί να προκύψουν από την κατάχρηση αλκοόλ, χωρίς να επιδιώκουν την άμεση παραδοχή του προβλήματος από το χρήστη.

Υπάρχουν πολυάριθμα ερωτηματολόγια τα οποία χρησιμοποιούνται για να βοηθήσουν τους ειδικούς να διαγνώσουν περιπτώσεις αλκοολισμού. Το πιο γνωστό είναι το CAGE τεστ. Η δοκιμή αυτή θέτει τέσσερα ερωτήματα και στην περίπτωση που τέσσερα από αυτά απαντηθούν θετικά, τότε ο ασθενής πιθανά να πάσχει από αλκοολισμό.

1. Η ερώτηση C διερευνά την ανάγκη του ατόμου να κόψει ή να μειώσει το αλκοόλ.
2. Η ερώτηση A διερευνά εάν το υπό μελέτη άτομο νιώθει ενόχληση όταν συζητιέται η συνήθεια του να καταναλώνει μεγάλες ποσότητες αλκοόλ.
3. Η ερώτηση G ρωτά εάν κατά τη διάρκεια χρήσης αλκοόλ το άτομο νιώθει ενοχές.

4. Και η ερώτηση E διερωτά εάν το αλκοόλ αποτελεί απαραίτητο μέσο για να μπορέσει ο ασθενής να σηκωθεί το πρωί από το κρεβάτι του και να συνεχίσει στις υπόλοιπες δραστηριότητες του.

Η διάγνωση ανθρώπων που πάσχουν από αλκοολισμό αλλά βρίσκονται σε μεγαλύτερη ηλικία είναι μια δύσκολη διαδικασία κι αυτό διότι για πολλά συμπτώματα από την κατανάλωση αλκοόλ μπορεί να ενοχοποιηθεί το γήρας. Για παράδειγμα η απώλεια μνήμης ή η αστάθεια είναι δυνατό να συσχετιστούν με την ηλικία του ασθενούς. Στην περίπτωση που εμφανίζονται τέτοια συμπτώματα και ο ιατρός θεωρεί ότι μπορεί να ευθύνεται η υπέρμετρη κατανάλωση αλκοόλ, τότε προχωρεί σε ιατρικές εξετάσεις, όπου ελέγχονται:

1. Τα επίπεδα CDT (Carbohydrate-deficient transferrin). Υψηλά επίπεδα υποδεικνύουν κατανάλωση αλκοόλ σε μεγάλο βαθμό. Ο έλεγχος αυτός είναι ο μοναδικός εγκεκριμένος από τον FDA.
2. Τα επίπεδα γ-GT (Gamma-glutamyltransferase). Υψηλά επίπεδα αυτού του ηπατικού ενζύμου παρατηρούνται στο αίμα αλκοολικών ή μετά από πρόσφατη κατανάλωση οινοπνευματωδών.
3. Τα επίπεδα των AST (Aspartate) και ALT (alanine aminotransaminases) υποδεικνύουν πιθανή βλάβη στο ήπαρ.
4. Τα επίπεδα τεστοστερόνης. Χαμηλά επίπεδα τεστοστερόνης στους άνδρες είναι πιθανός δείκτης αλκοολισμού, καθώς το αλκοόλ μειώνει τα επίπεδα της ορμόνης.

Τέλος το τεστ MCV (Mean corpuscular volume) το οποίο μετρά το μέγεθος των ερυθρών αιμοσφαιρίων, μπορεί να διαγνώσει ελλείψεις βιταμινών στο αίμα των αλκοολικών, οι οποίες οφείλονται άμεσα στην κατανάλωση οινοπνεύματος.

Οι αλλαγές στην εγκεφαλική δραστηριότητα των αλκοολικών μπορούν να ανιχνευθούν με το Ηλεκτροεγκεφαλογράφημα. Η τεχνική αυτή υποδεικνύει ότι σε όλους τους αλκοολικούς η δραστηριότητα του αριστερού πρόσθιου φλοιού ήταν μειωμένη, όπως συμβαίνει και σε ασθενείς που υποφέρουν από κατάθλιψη [23].

Διάγνωση εξάρτησης από τη νικοτίνη

Ο ΠΟΥ έχει κατατάξει το κάπνισμα στις εξαρτήσεις καθώς πληροί το κριτήριο (ICD-10), σύμφωνα με το οποίο η χρήση συνεχίζεται παρά τη γνώση ότι το σωματικό ή ψυχολογικό πρόβλημα δημιουργείται ή επιδεινώνεται από την ίδια την ουσία. Εντυπωσιακό παράδειγμα της εξάρτησης αυτής και του πόσο ισχυρή μπορεί να είναι αποτελεί η συνέχιση του καπνίσματος από το 50% περίπου των ασθενών που εγχειρίστηκαν για καρκίνο του πνεύμονα. Ακόμα φαίνεται ότι το 38% των ασθενών οι οποίοι νοσηλεύτηκαν με καρδιακή προσβολή ξαναρχίζουν το κάπνισμα, ενώ ακόμα βρίσκονται στο νοσοκομείο και το 40% όσων υπέστησαν λαρυγγεκτομή, καπνίζουν πάλι.

Η διάγνωση της εξάρτησης από τη νικοτίνη είναι δυνατό να γίνει με τις ακόλουθες παρατηρήσεις:

1. Οποιαδήποτε προσπάθεια διακοπής το καπνίσματος, χωρίς παρέμβαση συμπεριφοράς ή φαρμακευτική παρέμβαση, παραμένει άκαρπη. Μόνο το 5% των ατόμων αυτών θα παραμείνουν εγκρατείς σε οποιαδήποτε προσπάθεια διακοπής, ενώ οι υπόλοιποι θα υποκύψουν.
2. Οι καπνιστές βιώνουν τα συμπτώματα στέρησης λίγες ώρες μετά τη διακοπή του καπνίσματος και κορυφώνονται σε 24 έως 48 ώρες.

Το διαγνωστικό εργαλείο το οποίο βοηθά στην αξιολόγηση της σοβαρότητας εξάρτησης από τη νικοτίνη είναι το τεστ Fagerstrom, το οποίο αναπτύχθηκε το 1991. Ο βαθμός εξάρτησης ποσοτικοποιείται με βάση των αριθμών των τσιγάρων που καπνίζονται καθημερινά. Περιλαμβάνει έξι στοιχεία τα οποία αξιολογούν την ποσότητα τσιγάρων που καταναλώνονται, την ανάγκη για χρήση και την εξάρτηση.

Η αξιολόγηση γίνεται με ερωτήσεις ΝΑΙ/ΟΧΙ ή πολλαπλών απαντήσεων απ' όπου προκύπτει ένα αποτέλεσμα από 0-10. Όσο υψηλότερο είναι το τελικό αποτέλεσμα, τόσο μεγαλύτερη είναι και η φυσική εξάρτηση του χρήστη [24].

PLEASE TICK (✓) ONE BOX FOR EACH QUESTION			
How soon after waking do you smoke your first cigarette?	Within 5 minutes	<input type="checkbox"/>	3
	5-30 minutes	<input type="checkbox"/>	2
	31-60 minutes	<input type="checkbox"/>	1
Do you find it difficult to refrain from smoking in places where it is forbidden? e.g. Church, Library, etc.	Yes	<input type="checkbox"/>	1
	No	<input type="checkbox"/>	0
Which cigarette would you hate to give up?	The first in the morning	<input type="checkbox"/>	1
	Any other	<input type="checkbox"/>	0
How many cigarettes a day do you smoke?	10 or less	<input type="checkbox"/>	0
	11 – 20	<input type="checkbox"/>	1
	21 – 30	<input type="checkbox"/>	2
	31 or more	<input type="checkbox"/>	3
Do you smoke more frequently in the morning?	Yes	<input type="checkbox"/>	1
	No	<input type="checkbox"/>	0
Do you smoke even if you are sick in bed most of the day?	Yes	<input type="checkbox"/>	1
	No	<input type="checkbox"/>	0
Total Score			
SCORE	1- 2 = low dependence 3-4 = low to mod dependence	5 - 7= moderate dependence 8 + = high dependence	

Εικόνα 24: Το ερωτηματολόγιο του τεστ Fagerstrom για την εξάρτηση στη νικοτίνη (Br J Addict 86:1119-27).

Διάγνωση εξάρτησης από την κάνναβη

Ο εθισμός στην κάνναβη είναι τόσο εύκολο να συμβεί και τόσο άμεσος, σχεδόν όπως συμβαίνει και με τη νικοτίνη του καπνού. Η διάγνωση της εξάρτησης μπορεί να γίνει σχετικά εύκολα εάν υπάρχουν υποψίες για την παρουσία οποιουδήποτε προβλήματος ιατρικού, ψυχιατρικού, κοινωνικού, νομικού, εργασιακού ή οικονομικού, το οποίο βρίσκεται σε άμεση συσχέτιση με τη χρήση της ουσίας.

Τα πιο σημαντικά κριτήρια τα οποία συνιστούν ενδείξεις εξάρτησης είναι:

1. Η απασχόληση μεγάλων χρονικών διαστημάτων σχετικά με τον τρόπο απόκτησης της κάνναβης. Ο χρήστης φαίνεται να ακολουθεί ένα συγκεκριμένο πρότυπο ζωής το οποίο να του επιτρέπει να έχει άμεση πρόσβαση στην ουσία. Η κάνναβη αποτελεί τη σημαντικότερη προτεραιότητα στην καθημερινότητα του χρήστη, παρά τα προβλήματα που είναι δυνατόν να επιφέρει. Ο εξαρτημένος χρήστης μπορεί να ματαιώσει ή να ακυρώσει δραστηριότητες σημαντικές για τη ζωή του ή τη ζωή της οικογένειάς του, προκειμένου να έχει πρόσβαση στην κάνναβη.
2. Η υποχρεωτική-καταναγκαστική χρήση της ουσίας, η οποία γίνεται συνεχώς παρά τις επιπτώσεις στη ζωή του χρήστη. Αυτό δε συνεπάγεται απαραίτητα ότι

η κατανάλωση κάνναβης γίνεται επανειλημμένα, αλλά ότι γίνεται σε ακατάλληλες χρονικές στιγμές. Έτσι είναι δυνατό να εμφανιστεί ο χρήστης σε κάποιο προγραμματισμένο κοινωνικό γεγονός, υπό την επήρεια της ουσίας, χωρίς να μπορεί ωστόσο να φερθεί και να πράξει αναλόγως της περίπτωσης. Ο ασθενής δεν μπορεί να αναλάβει την ευθύνη των πράξεων του και να συνειδητοποιήσει ότι η κάνναβη, αποτελεί το αίτιο της παρακμής του. Προτιμά να μεταφέρει την ευθύνη σε άλλους παράγοντες, όπως είναι προβλήματα οικογενειακά ή επαγγελματικά.

3. Η υποτροπή στη χρήση κάνναβης, η οποία συμβαίνει παρότι ο χρήστης είχε αντιληφθεί τα δυσάρεστα αποτελέσματα από την κατανάλωση της ουσίας και γι' αυτό είχε αρχικά σταματήσει και τη χρήση της.

Ακόμα πριν γίνει η διάγνωση της εξάρτησης υπάρχουν ορισμένα σημεία-κλειδιά τα οποία πρέπει να αναγνωρισθούν. Το πρώτο σημείο είναι η άρνηση τόσο από το χρήστη όσο και από τον κοινωνικό του περίγυρο σχετικά με τη χρήση της ουσίας. Το δεύτερο σημείο είναι η άρνηση και από τις δύο προαναφερθείσες ομάδες ατόμων ότι η χρήση κάνναβης μπορεί να έχει βλαπτικές συνέπειες για το χρήστη. Για τους ανωτέρω λόγους είναι πολλές φορές δύσκολη έως αδύνατη η διάγνωση της εξάρτησης, καθώς αποκρύπτεται τόσο από το χρήστη όσο και από το περιβάλλον του η κατανάλωση της ουσίας.

Από τη στιγμή που θα εμφανιστούν προσωπικές και κοινωνικές διαταραχές από τη χρήση κάνναβης, τότε ο ιατρός έχει αδιαμφισβήτητα στοιχεία για να υποπτευθεί τον εθισμό στην ουσία [25].

Υπάρχουν πολυάριθμες τεχνικές ανίχνευσης της κάνναβης στον οργανισμό του χρήστη. Ουσιαστικά οι εν λόγω τεχνικές ανιχνεύουν το THC που αποτελεί συστατικό της κάνναβης, αλλά και τους μεταβολίτες του. Οι δοκιμασίες που χρησιμοποιούνται είναι οι εξής:

1. Έλεγχος ούρων: Θετικά αποτελέσματα για μη συχνούς χρήστες είναι δυνατό να ληφθούν το πολύ 5 μέρες μετά από την έκθεση στην ουσία, ενώ στους χρόνιους χρήστες η ανίχνευση είναι εφικτή έως και μετά από ένα μήνα. Η τεχνική βασίζεται στην ικανότητα των αντισωμάτων να προσδένουν ειδικά τα ειδικά για αυτά αντιγόνα και εν προκειμένω τα συστατικά της κάνναβης.

2. Έλεγχος τριχών: Είναι δυνατό να ανιχνεύσει τη χρήση κάνναβης έως και πριν από 90 ημέρες.
3. Έλεγχος σάλιου: Εντοπίζει ενεργά συστατικά της ουσίας όπως το Δ9 THC και όχι τους ανενεργούς μεταβολίτες της. Η ανίχνευση της κάνναβης δε μπορεί να γίνει για περισσότερο από 72 ώρες από τη στιγμή που καταναλώθηκε.
4. Αιματολογικός έλεγχος: Σε χρήστες που δεν καταναλώνουν κάνναβη συχνά, η ουσία μπορεί να βρεθεί στο αίμα τους μόλις 12-24 ώρες μετά τη χρήση, ενώ στους χρόνιους χρήστες η ανίχνευση είναι εφικτή έως και 7 μέρες μετά τη χρήση [26].

Οι αλλαγές οι οποίες συμβαίνουν στον εγκέφαλο χρόνιων χρηστών κάνναβης είναι δυνατό να εντοπιστούν με τη χρήση του Ηλεκτροεγκεφαλογραφήματος. Η μελέτη των Herning et al υποστηρίζει ότι τα άτομα τα οποία κάνουν μακροχρόνια χρήση κάνναβης (περισσότερο από 8 χρόνια) έχουν μειωμένη δύναμη ΗΕΓ στις α και β θέσεις, στο οπίσθιο τμήμα του εγκεφάλου. Αυτή η μείωση σχετίζεται με ανεπάρκεια στην αιμάτωση του εγκεφάλου, αλλά και στη λειτουργία του θυρεοειδούς αδένος [27].

Διάγνωση εξάρτησης στα οπιοειδή

Όπως ήδη αναφέρθηκε πέρα από την ηρωίνη η οποία κατατάσσεται στα οπιοειδή, υπάρχουν και θεραπευτικές αγωγές οι οποίες έχουν την ίδια χημική βάση. Είναι δυνατό η κακή χρήση τέτοιων αγωγών να προκαλέσει την ίδια εξάρτηση στα οπιούχα, με την εξάρτηση που προκαλεί η χρήση ηρωίνης. Για να θεωρηθεί ένα άτομο εξαρτημένο πρέπει να εμφανίζει τουλάχιστον δύο από τις παρακάτω συμπεριφορές σε διάστημα 12 μηνών.

1. Τα οπιοειδή χρησιμοποιήθηκαν για πολύ μεγαλύτερο διάστημα από το οποίο είχαν δοθεί συστάσεις
2. Υπάρχει μια διαρκής ανάγκη για περιορισμό κατανάλωσης των εν λόγω ουσιών. Κάθε προσπάθεια όμως παραμένει άκαρπη.

3. Σπαταλώνται μεγάλα χρονικά διαστήματα ώστε να βρεθεί η ουσία στην κατοχή του χρήστη, ώστε να τη χρησιμοποιήσει αλλά και να επανέλθει από τη χρήση αυτής.
4. Υπάρχει πολύ δυνατή επιθυμία για χρήση των οπιοειδών
5. Λόγω της χρήσης της ουσίας ο ασθενής αδυνατεί να εκπληρώσει σημαντικές γι' αυτόν υποχρεώσεις (κοινωνικές, επαγγελματικές, οικογενειακές κ.α.)
6. Παρά τα αρνητικά αποτελέσματα στις κοινωνικές, επαγγελματικές και οικογενειακές εκφάνσεις της ζωής του χρήστη, εκείνος δεν είναι ικανός να σταματήσει τη χρήση.
7. Έτσι φτάνει σε σημείο να σταματήσει όλες τις προαναφερθείσες δραστηριότητες προκειμένου να συνεχίσει τη χρήση των οπιοειδών.
8. Συνεχίζει τη χρήση ακόμα και όταν η υγεία του δε βρίσκεται σε καλή κατάσταση, θέτοντας σε κίνδυνο τη ζωή του.
9. Αναγνωρίζει ότι τα οικογενειακά, κοινωνικά και επαγγελματικά προβλήματα πηγάζουν από τη χρήση της ουσίας και παρόλαυτα αρνείται να σταματήσει.
10. Εμφανίζει ανοχή καθώς αναζητά διαρκώς μεγαλύτερη δόση οπιοειδών και ταυτόχρονα η ίδια δόση έχει μικρότερη επίδραση στο χρήστη.
11. Η αποχή από τη χρήση της ουσίας προκαλεί στερητικό σύνδρομο, οπότε είναι δυνατό ο χρήστης να καταφύγει σε άλλες ουσίες, με την ελπίδα το αποτέλεσμα να είναι το ίδιο.

Η χρήση των οπιοειδών προκαλεί αλλαγές στις εργαστηριακές εξετάσεις. Η ηρωίνη ανιχνεύεται στα ούρα 12-36 ώρες μετά τη χρήση της και ουσιαστικά το μόριο δείκτης, είναι ο μεταβολίτης της, η μορφίνη. Μία εξέταση ούρων θετική για μορφίνη είναι δυνατό να υποκρύψει θεραπευτικές δόσεις κωδεΐνης. Ακόμη η φαιντανύλη, που αποτελεί ένα συνθετικό οπιοειδές μπορεί να μην ανιχνευθεί με τις συνήθεις εξετάσεις ανίχνευσης οπιοειδών.

Οι αλλαγές που προκαλεί η χρήση της ηρωίνης στον εγκέφαλο μπορεί να ανιχνευθούν με τη μέθοδο της Αξονικής τομογραφίας, όπου διαφαίνονται αιμορραγικά επεισόδια, οίδημα, αλλαγές στα βασικά γάγγλια και συχνότερα ισχαιμία [28]. Μελέτες που έχουν γίνει σε χρήστες ηρωίνης πριν και μετά το στάδιο της απεξάρτησης, με τη χρήση του Ηλεκτροεγκεφαλογράφηματος, υποδεικνύουν ότι

αλλάζει το μοτίβο των κορυφών α στους χρήστες σε σχέση με τα άτομα τα οποία δεν κάνουν χρήση της ουσίας [29].

Επειδή μεταξύ των χρηστών ηρωίνης είναι συχνή η χρήση κοινής σύριγγας είναι δυνατόν να έχουν μολυνθεί από ηπατίτιδα Β ή C, οπότε τα ηπατικά ένζυμα θα βρίσκονται αυξημένα. Το ίδιο συμβαίνει και στην περίπτωση που έχουν μολυνθεί από HIV. Ταυτόχρονα οι δοκιμασίες για σύφιλη μπορεί να βρεθούν θετικές ή ψευδώς θετικές. Μια ακτινογραφία θώρακος μπορεί να αναδείξει αλλοιώσεις του τύπου της πνευμονικής ίνωσης (μπορεί να έχει προκληθεί από ταλκ, ίνες βάμβακος κλπ.). Εάν ο χρήστης βρίσκεται σε φάση απόσυρσης τότε είναι δυνατό να βρεθούν ανεβασμένα τόσο τα λευκά αιμοσφαίρια, όσο και τα επίπεδα κορτιζόλης.

Στην περίπτωση που τα οπιοειδή έχουν ληφθεί από το στόμα, δεν ανευρίσκονται σωματικά ευρήματα. Αντιθέτως η εισπνοή της ηρωίνης μπορεί να έχει ερεθίσει τους ρινικούς βλεννογόνους, γεγονός που αποτελεί ένδειξη της χρήσης. Σε ασθενείς οι οποίοι έκαναν ένεση οπιοειδούς, υπάρχουν ενδείξεις ενδοφλέβιας χρήσης, όπως είναι νυγμοί από βελόνες στα χέρια, στα πόδια και ορισμένες φορές στη ραχιαία επιφάνεια της άκρας χειρός και σε άλλα σημεία του σώματος, όπως είναι ο τράχηλος. Σοβαρό οίδημα των άκρων είναι δυνατό να προκληθεί από μολύνσεις και θρομβώσεις των άκρων που προέρχονται από τις συχνές ενέσεις και την επικείμενη παρεμπόδιση της λεμφικής κυκλοφορίας. Ακόμη οι συχνές ενδομυϊκές ενέσεις μεπεριδίνης μπορεί να προκαλέσουν σκληρύνσεις στον υποδόριο ιστό αλλά και στους μύες. Τέλος συχνό φαινόμενο μεταξύ των χρηστών ενδοφλέβιων ουσιών είναι η λοιμώδης ενδοκαρδίτιδα, η οποία προσβάλλει τις καρδιακές βαλβίδες και συχνότερα τις βαλβίδες των δεξιών καρδιακών κοιλοτήτων [30].

Διάγνωση εξάρτησης στην κοκαΐνη

Ο χρόνος ημιζωής μιας δόσης κοκαΐνης στο αίμα είναι 30-90 λεπτά, ενώ στα ούρα είναι δυνατόν να ανιχνευτεί μετά από 24-72 ώρες, αν και σε περιπτώσεις παρατεταμένης χρήσης ανιχνεύεται έως και 2 εβδομάδες μετά. Ανιχνεύεται στα ούρα με χρωματογραφία αερίου, όπου θετικό αποτέλεσμα μπορεί να προέλθει τόσο από την ίδια την κοκαΐνη, όσο και από τους μεταβολίτες της, όπως είναι η βενζοϋλεκογνίνη.

Οι αλλαγές οι οποίες είναι δυνατό να προκαλέσει η χρήση της ουσίας στην καρδιά μπορούν να ανιχνευθούν με Ηλεκτροκαρδιογράφημα, όπου παρατηρούνται μη ειδικές αλλαγές στα κύματα-T, ή διεύρυνση των διαστημάτων QRS/QT, ενώ μπορεί να εμφανίζεται και το πρότυπο Brugada. Ταυτόχρονα μεταβάλλεται η καρδιακή δραστηριότητα γεγονός το οποίο μπορεί να εντοπιστεί τόσο με Αξονική τομογραφία, όσο και με Ηλεκτροεγκεφαλογράφημα. Η Αξονική μπορεί να αναδείξει πιθανό ισχαιμικό συμβάν ή αιμορραγία που πιθανά να σχετίζονται με τοπικές νευρολογικές βλάβες από τη χρήση της ουσίας. Με το Ηλεκτροεγκεφαλογράφημα μπορούν να εντοπιστούν γενικευμένα πρότυπα επιληπτικής κρίσης, τα οποία είναι συχνά στην περίπτωση των χρηστών κοκαΐνης [31].

Διάγνωση εξάρτησης στις αμφεταμίνες

Για να πραγματοποιηθεί η διάγνωση χρήσης αμφεταμινών και εξάρτησης από αυτές, ο θεράπων ιατρός μελετά κυρίως τον τρόπο με τον οποίο ο ασθενής χειρίζεται και χρησιμοποιεί τα εν λόγω φάρμακα. Η συστηματική χρήση τους οδηγεί σε συγκεκριμένα συμπεριφορικά πρότυπα, τα οποία μπορούν να εντοπιστούν από έναν ειδικό, ώστε να διαγνώσει την εξάρτηση από τις ουσίες αυτές.

Στο Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχολογικών Διαταραχών (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition) υπάρχουν καταγεγραμμένα συγκεκριμένα κριτήρια τα οποία μπορούν να χρησιμοποιηθούν για τη διάγνωση της εξάρτησης στη χρήση αμφεταμινών. Έτσι εάν κάποιος πληροί τουλάχιστον τρία από τα παρακάτω κριτήρια, μπορεί να χαρακτηριστεί εθισμένος στην ουσία. Τα κριτήρια είναι τα εξής:

1. Χρήση μεγαλύτερης ποσότητας αμφεταμινών, προκειμένου να επιτευχθεί το αίσθημα ευφορίας
2. Συνεχιζόμενη χρήση της ουσίας παρά τις οικονομικές, επαγγελματικές, συναισθηματικές, νομικές και προσωπικές επιπτώσεις στις οποίες μπορεί να οδηγήσει
3. Η παύση χρήσης αμφεταμινών δημιουργεί αίσθημα κούρασης, αϋπνία, κατάθλιψη και ταραχή

4. Η χρήση της ουσίας έχει αντικαταστήσει σημαντικές πτυχές της κοινωνικής ζωής του χρήστη
5. Η κατανάλωση αμφεταμινών γίνεται για όλο και μεγαλύτερα χρονικά διαστήματα, ενώ σταδιακά αυξάνεται και η δόση της
6. Ο χρήστης αφιερώνει υπερβολικό χρόνο στην προσπάθεια ανεύρεσης αμφεταμινών
7. Όλες οι προσπάθειες παύσης χρήσης της ουσίας έχουν αποδειχτεί άκαρπες

Για την ανίχνευση αμφεταμινών και μεθαμφεταμινών στο αίμα του χρήστη χρησιμοποιούνται διαφορετικές δοκιμασίες οι οποίες ελέγχουν τα ούρα, τις τρίχες και το σάλιο του αντικειμένου μελέτης. Στο σάλιο ανιχνεύεται μόνο η παρουσία μεθαμφεταμινών. Μεταξύ των παραπάνω δοκιμασιών η πιο διαδεδομένη είναι η ανάλυση ούρων η οποία είναι δυνατόν να ανιχνεύσει την παρουσία αμφεταμινών και μεθαμφεταμινών έως και 5 ημέρες μετά τη χρήση. Το αρνητικό με την ανάλυση ούρων είναι ότι διάφορες ουσίες μπορεί να επηρεάσουν το αποτέλεσμα σε μεγάλο βαθμό, οπότε να προκύψει είτε ψευδώς αρνητικό είτε ψευδώς θετικό. Για το λόγο αυτό ο θεράπων ιατρός οφείλει να λάβει ένα εμπειριστατωμένο ιστορικό όλων των φαρμακευτικών και μη σκευασμάτων τα οποία έχει λάβει ο χρήστης [32].

Από την Αξονική Τομογραφία χρηστών που λαμβάνουν αμφεταμίνες συμπεραίνεται ότι προκαλείται εγκεφαλική ατροφία, η οποία είναι χαρακτηριστική της ουσίας όταν γίνεται χρόνια χρήση [33].

3.2 Θεραπεία – Αντιμετώπιση εξάρτησης

Η θεραπεία από τον εθισμό στις εξαρτησιογόνες ουσίες είναι μια εφικτή διαδικασία, ωστόσο η επίλυση του προβλήματος δεν είναι καθόλου απλή. Λόγω του ότι η εξάρτηση είναι μια χρόνια ασθένεια, ο ασθενής δεν μπορεί απλώς να σταματήσει τη χρήση της ουσίας για μερικές μέρες και να θεωρηθεί ότι θεραπεύτηκε. Οι περισσότεροι ασθενείς χρειάζονται μακροχρόνια κι επαναλαμβανόμενη φροντίδα και ειδική μεταχείριση, ώστε όχι μόνο να σταματήσουν να καταναλώνουν την εξαρτησιογόνο ουσία, αλλά να επαναφέρουν και την ποιότητα στη ζωή τους.

Η θεραπεία από τη χρήση των εξαρτησιογόνων ουσιών πρέπει να βοηθήσει τον ασθενή στα ακόλουθα σημεία:

1. Να σταματήσει τη χρήση της ουσίας
2. Να παραμείνει ελεύθερος από την ουσία για το υπόλοιπο της ζωής του
3. Να μπορέσει να είναι παραγωγικός στην οικογενειακή, την επαγγελματική και την κοινωνική του ζωή

Για να είναι επιτυχημένη η θεραπευτική μέθοδος πρέπει να ακολουθηθούν τα εξής βήματα:

1. Να γίνει αποτοξίνωση, ώστε κάθε ίχνος της εξαρτησιογόνου ουσίας να απομακρυνθεί από τον οργανισμό του χρήστη
2. Να υπάρξει ψυχολογική και συναισθηματική υποστήριξη του χρήστη
3. Να χρησιμοποιηθούν φαρμακευτικά παρασκευάσματα
4. Να αξιολογείται συχνά η πρόοδος της θεραπείας και παράλληλα να αντιμετωπίζονται ψυχολογικά προβλήματα που μπορεί να προκύπτουν όπως άγχος και κατάθλιψη
5. Παρακολούθηση μετά τη θεραπεία ώστε να αποφευχθεί η υποτροπή στη χρήση της ουσίας.

Όπως ήδη αναφέρθηκε στη θεραπεία της εξάρτησης σε οποιαδήποτε ουσία χρησιμοποιούνται φαρμακευτικά σκευάσματα που σκοπό έχουν να μετριάσουν τα συμπτώματα από την έλλειψη της εν λόγω ουσίας. Ταυτόχρονα αποσκοπούν στην πρόληψη της υποτροπής στη χρήση της ουσίας, ενώ περιορίζουν τα έμμεσα αποτελέσματα που μπορεί να έχει η παύση αυτή.

Αντιμετώπιση του συνδρόμου στέρησης: Κατά τη διάρκεια της αποτοξίνωσης τα φαρμακευτικά σκευάσματα χρησιμοποιούνται για να περιορίσουν τα συμπτώματα που προκύπτουν από τη στέρηση. Η αποτοξίνωση δεν αποτελεί καθεαυτού την ίαση, παρά μόνο ένα πρώτο βήμα προς αυτή. Οι ασθενείς οι οποίοι δε λαμβάνουν καθόλου θεραπευτική αγωγή μετά την αποτοξίνωση τις περισσότερες φορές υποτροπιάζουν στη χρήση της εξαρτησιογόνου ουσίας. Η μελέτη SAMHSA του 2014 υποστηρίζει ότι φαρμακευτική αντιμετώπιση έλαβε το 80% των χρηστών που ήταν σε φάση απεξάρτησης.

Πρόληψη υποτροπής: Στην περίπτωση αυτή χρήση φαρμακευτικών ουσιών γίνεται με σκοπό την επαναφορά της φυσιολογικής εγκεφαλικής λειτουργίας των χρηστών και τον περιορισμό της παθολογικής επιθυμίας τους για την εξαρτησιογόνο ουσία. Τα διαθέσιμα φάρμακα χρησιμοποιούνται στη θεραπεία της απεξάρτησης από οπιοειδή, νικοτίνη και αλκοόλ. Η ανάπτυξη φαρμακευτικών σκευασμάτων για τους χρήστες κάνναβης και κοκαΐνης που βρίσκονται σε φάση απεξάρτησης είναι το επόμενο βήμα για την επιστημονική κοινότητα.

1. Θεραπεία έναντι οπιοειδών: Εδώ χρησιμοποιείται κατά βάση η Μεθαδόνη (Dolophine, Methadose), η Βουπρονορφίνη (Suboxone, Subutex, Probuaphine) και η Ναλτρεξόνη (Vivitrol). Οι ουσίες αυτές δρουν στα ίδια μόρια-στόχους του εγκεφάλου με την ηρωίνη και τη μορφίνη.

Η Μεθαδόνη είναι ένας αγωνιστής οπιοειδών βραδείας δράσης. Η λήψη γίνεται από του στόματος ώστε να φτάσει στον εγκέφαλο όσο το δυνατόν πιο αργά. Με τον τρόπο αυτό μειώνεται και το αίσθημα ευφορίας το οποίο δημιουργείται με άλλες πιο άμεσες οδούς χορήγησης. Η Μεθαδόνη χρησιμοποιείται για τη θεραπεία της εξάρτησης στην ηρωίνη ήδη από το 1960 και αποτελεί πολύ σημαντική φαρμακευτική προσέγγιση, ιδιαίτερα για όσους δεν ανταποκρίνονται σε άλλα σκευάσματα.

Η Βουπρονορφίνη είναι μερικώς αγωνιστής οπιοειδών. Απαλύνει τα συμπτώματα της στέρησης χωρίς η ίδια να δημιουργεί το γνωστό αίσθημα ευφορίας, όπως συμβαίνει με άλλα σκευάσματα. Το Subuxone αποτελεί μια από τις πιο πρόσφατα παρασκευασμένες μορφές της ουσίας, η οποία χορηγείται είτε στοματικά, είτε υπογλώσσια. Περιέχει τον ανταγωνιστή ναλοξόνη ώστε να αποτρέψει το χρήστη να προσπαθήσει να κάνει ενδοφλέβια χορήγηση της ουσίας. Η ναλοξόνη που εμπεριέχεται στο Subuxone επάγει έντονα συμπτώματα στέρησης όταν λαμβάνεται ενδοφλεβίως, ενώ με τη στοματική λήψη δε δημιουργούνται τέτοια προβλήματα Τα Subutex, και Probuaphine αποτελούν γενόσημα τα οποία εγκρίθηκαν από τον FDA το 2013, οπότε η πρόσβαση στη θεραπεία γίνεται οικονομικά πιο εύκολη. Τόσο η Μεθαδόνη όσο και η Βουπρονορφίνη καταστέλλουν τα συμπτώματα από την αποστέρηση της εξαρτησιογόνου ουσίας και ταυτόχρονα μειώνουν την επιθυμία γι' αυτή.

Η Ναλτρεξόνη είναι ένας ανταγωνιστής οπιοειδών, αναστέλλει την πρόσδεση των οπιοειδών στους υποδοχείς τους στον εγκέφαλο και δεν οδηγεί σε φυσική

εξάρτηση του χρήστη από την ουσία. Η χορήγηση της γίνεται ενδοφλεβίως μια φορά το μήνα, οπότε περιορίζει την ανάγκη των χρηστών για καθημερινή χρήση ηρωίνης και άλλων οπιοειδών. Πρέπει να χρησιμοποιείται μόνο στην περίπτωση ασθενών που έχουν ήδη περάσει από το στάδιο της αποτοξίνωσης επιτυχώς.

Όλα τα φαρμακευτικά αυτά σκευάσματα στοχεύουν στην μείωση της αναζήτησης της εξαρτησιογόνου ουσίας από το χρήστη και ταυτόχρονα στην παραβατική συμπεριφορά που προκαλείται από αυτήν τους την προσπάθεια. Έτσι όχι μόνο μειώνεται η εγκληματικότητα μεταξύ των χρηστών στη φάση της αποτοξίνωσης αλλά ενισχύεται και η θετική συμπεριφορά τους ως προς την αποδοχή βοήθειας [34].

2. Θεραπεία έναντι νικοτίνης: Τα θεραπευτικά σκευάσματα για την απεξάρτηση από τη νικοτίνη έχουν πολλές μορφές, όπως είναι επιθέματα, σπρέυ, τσίχλες και παστίλιες. Ο Οργανισμός Διαχείρισης Τροφίμων και Φαρμάκων των ΗΠΑ (FDA) έχει δώσει έγκριση για δύο συνταγογραφούμενα σκευάσματα που αφορούν στη θεραπεία εξάρτησης από τη νικοτίνη. Το ένα είναι η βουπροπιόνη (Zyban) και το άλλο η βαρενικλίνη (Chantix). Ο τρόπος δράσης τους στον εγκέφαλο είναι διαφορετικός, αλλά και τα δύο προλαμβάνουν την υποτροπή των χρηστών στη νικοτίνη του καπνού. Τα σκευάσματα αυτά έχουν καλύτερα αποτελέσματα όταν συνδυάζονται με συμπεριφορικές θεραπευτικές τεχνικές, όπως είναι η θεραπεία σε ομάδες ατόμων που αντιμετωπίζουν το ίδιο πρόβλημα [35].

3. Θεραπεία έναντι αλκοόλ: Ο FDA έχει εγκρίνει τρία φαρμακευτικά σκευάσματα τα οποία χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση της εξάρτησης από το αλκοόλ. Η Ναλτρεξόνη παρεμποδίζει τους υποδοχείς οπιοειδών οι οποίοι ρυθμίζουν το σύστημα ανταμοιβής του εγκεφάλου, το οποίο και είναι υπεύθυνο για την ευφορία που προκαλεί η κατανάλωση αλκοόλ. Μειώνει σημαντικά την υποτροπή στην υπέρμετρη κατανάλωση οινοπνεύματος και είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικό σε ορισμένους ασθενείς, ανάλογα με το γενετικό τους υπόβαθρο.

Η Ακαμπροσάτη (Campral) μπορεί να περιορίσει τα συμπτώματα που προκαλεί η μακροχρόνια αποχή από την κατανάλωση αλκοόλ, όπως είναι η αϋπνία, το άγχος, η υπερκινητικότητα και η δυσφορία. Τα αποτελέσματα του φαρμάκου είναι περισσότερο ορατά σε άτομα τα οποία πάσχουν από βαριάς μορφής αλκοολισμό.

Η Δισουλφιράνη (Antabuse) αλληλεπιδρά και παρεμποδίζει το σύστημα αποικοδόμησης του αλκοόλ στον οργανισμό. Έτσι η ακεταλδεΐδη συσσωρεύεται

στο σώμα του αλκοολικού, δημιουργώντας ανεπιθύμητες παρενέργειες όπως είναι οι εξάψεις, η ναυτία και οι αρρυθμίες στην περίπτωση που καταναλωθεί αλκοόλ. Για τους λόγους αυτούς οι περισσότεροι αλκοολικοί δεν συμμορφώνονται με τις οδηγίες χρήσης της ουσίας, ωστόσο όταν οι οδηγίες ακολουθούνται επακριβώς τα αποτελέσματα είναι θεαματικά, καθώς ο χρήστης έχει ένα επιπλέον κίνητρο να σταματήσει να πίνει.

Το Topiramate δρα αυξάνοντας τους ανασταλτικούς νευροδιαβιβαστές (GABA) στον εγκέφαλο και μειώνοντας τους διεγερτικούς (γλουταμικό), χωρίς να είναι όμως πλήρως γνωστός ο μηχανισμός δράσης του. Η ουσία δεν έχει εγκριθεί ακόμη από τον FDA αλλά φαίνεται να έχει σημαντικά αποτελέσματα σε σχέση με τη χρήση placebo [36].

4. Θεραπεία έναντι κοκαΐνης: Μέχρι σήμερα ο FDA δεν έχει εγκρίνει κανένα φαρμακευτικό σκεύασμα για την απεξάρτηση από την κοκαΐνη, παρότι πολυάριθμες έρευνες γίνονται με σκοπό την ανεύρεση πιθανών νευροβιολογικών στόχων. Παλαιότερες έρευνες είχαν επικεντρωθεί στη ντοπαμίνη, ωστόσο αργότερα βρέθηκε ότι η χρήση κοκαΐνης επάγει και άλλες αλλαγές στον εγκέφαλο οι οποίες περιλαμβάνουν τους νευροδιαβιβαστές σεροτονίνη, GABA, νορεπινεφρίνη και γλουταμικό. Σήμερα οι ερευνητές επικεντρώνονται σε πιθανά θεραπευτικά μόρια τα οποία αλληλεπιδρούν με τον υποδοχέα ντοπαμίνης D3, ο οποίος εμφανίζεται αυξημένος σε αριθμό στις περιοχές του εγκεφάλου που σχετίζονται με το συναίσθημα και τα κέντρα ανταμοιβής.

Άλλα ερευνητικά κέντρα χρησιμοποιούν μια διαφορετική προσέγγιση προσπαθώντας να βρουν χημικά τα οποία να έχουν τη δυνατότητα να αποκαθιστούν την ισορροπία μεταξύ διεγερτικών (γλουταμικό) και κατασταλτικών (GABA) νευροδιαβιβαστών, η οποία αποσυντονίζεται κατά τη χρήση της κοκαΐνης. Ένα τέτοιο συνθετικό μόριο είναι η N-ακέτυλοκυστεΐνη. Τέλος, ορισμένες ερευνητικές ομάδες στοχεύουν τους υποδοχείς σεροτονίνης, ωστόσο θετικά αποτελέσματα έχουν βρεθεί μέχρι τώρα μόνο στο επίπεδο των πειραματοζώων [37].

Φαρμακευτικά σκευάσματα τα οποία είναι ενδεδειγμένα για άλλες παθήσεις φαίνονται πολλά υποσχόμενα και για την απεξάρτηση από την κοκαΐνη και βρίσκονται στο στάδιο των κλινικών μελετών. Μεταξύ αυτών η Δισουλφιράμη η οποία χρησιμοποιείται για την αντιμετώπιση του αλκοολισμού, φαίνεται πολλά υποσχόμενη. Ο μηχανισμός δράσης του δεν είναι ακόμα γνωστός αλλά

πιθανολογείται ότι αναστέλλει το ένζυμο το οποίο μεταβολίζει τη ντοπαμίνη σε νορεπινεφρίνη. Ωστόσο η Δισουλφιράμη δεν έχει αποτέλεσμα σε όλους, καθώς και στην περίπτωση αυτή το γενετικό προφίλ του χρήστη μπορεί να επηρεάσει την απόκριση του. Η ταυτοποίηση των ισομόρφων DBH του χρήστη είναι δυνατό να δώσει στοιχείο για την απόκριση του ή όχι στο φάρμακο, ως προς τη διακοπή χρήσης της κοκαΐνης [38].

Τελευταία εξέλιξη στην μείωση της υποτροπής στη χρήση κοκαΐνης αποτελεί η σύνθεση ενός εμβολίου. Σκοπός είναι η δημιουργία αντισωμάτων έναντι της κοκαΐνης μέσω του εμβολίου αυτού, ώστε να παρεμποδίζεται η πρόσδεση της ουσίας στους υποδοχείς του εγκεφάλου. Τα αποτελέσματα ωστόσο αν και αρχικά ήταν πολλά υποσχόμενα, φαίνεται ότι δε διαρκούν για περισσότερο από δύο μήνες, καθώς τόση είναι και η διάρκεια ζωής των αντισωμάτων έναντι της κοκαΐνης [39].

5. **Θεραπεία έναντι κάνναβης:** Παρότι μέχρι σήμερα δεν έχουν εντοπιστεί συγκεκριμένα φαρμακευτικά σκευάσματα για την προστασία από την υποτροπή στη χρήση κάνναβης, πολλές ερευνητικές εργασίες κινούνται προς αυτή την κατεύθυνση. Λόγω των προβλημάτων ύπνου που αντιμετωπίζουν οι χρήστες που βρίσκονται σε απεξάρτηση, διάφορες ομάδες ερευνούν την πιθανότητα χρήσης μια φαρμακευτικής ουσίας που αντιμετωπίζει την αϋπνία ως θεραπεία για τη χρήση κάνναβης. Τα σκευάσματα που έχουν δείξει θετικά αποτελέσματα σε επίπεδο κλινικών μελετών είναι το Ambien που βοηθά στην καταπολέμηση της αϋπνίας, το BuSpar που είναι αγχολυτικό, και το Horizant που έχει αντί-επιληπτική δράση.

Άλλοι παράγοντες οι οποίοι μελετώνται ως πιθανή θεραπεία είναι το συμπλήρωμα διατροφής N-ακέτυλοκυστεΐνη και οι αναστολείς FAAH, οι οποίοι μπορούν να μειώσουν τα συμπτώματα αποστέρησης, παρεμποδίζοντας την αποικοδόμηση των ενδογενών κανναβινοειδών.

6. **Θεραπεία έναντι αμφεταμίνης:** Τα μόνα φαρμακευτικά σκευάσματα τα οποία φαίνεται να έχουν δράση ενάντια στα συμπτώματα στέρησης από τις αμφεταμίνες είναι τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα Αμινεπτίνη και Μιρταζαπίνη. Η Αμινεπτίνη φαίνεται να έχει περιορισμένη δράση, καθώς θετικά αποτελέσματα παρατηρήθηκαν σε ένα μικρό αριθμό ατόμων, ανάλογα με το γενετικό τους υπόστρωμα. Η Μιρταζαπίνη από την άλλη δεν έχει ακόμη πλήρως διευκρινιστεί η δράση της, καθώς σε μια τυχαίοποιημένη μελέτη έδειξε θετικά αποτελέσματα έναντι placebo και στην άλλη κανένα απολύτως αποτέλεσμα.

Αντιμετώπιση των έμμεσων επιπτώσεων της αποτοξίνωσης: Για την αντιμετώπιση των ψυχολογικών επιπτώσεων που μπορεί να έχει η παύση χρήσης κάποιας ουσίας χρησιμοποιούνται άλλες εξειδικευμένες θεραπείες.

Πέρα από τη δράση που μπορεί να έχουν τα φαρμακευτικά σκευάσματα στην αντιμετώπιση της εξάρτησης από μια ουσία, αυτό που συμβαίνει συχνά είναι ο χρήστης να καταναλώνει περισσότερες από μια εξαρτησιογόνες ουσίες. Η κάνναβη το πιο συχνό δεύτερο ναρκωτικό στις ομάδες οι οποίες κάνουν χρήση οπιοειδών και κοκαΐνης. Για το λόγο αυτό οι χρήστες που μπορεί να βρίσκονται σε φάση απεξάρτησης για τις εν λόγω ουσίες, ενώ ταυτόχρονα καταναλώνουν κάνναβη βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο υποτροπής.

Φαίνεται πως όσοι αναζητούν βοήθεια ως προς την απεξάρτησή τους από οπιοειδή και κοκαΐνη, δεν αναγνωρίζουν την κάνναβη σαν πραγματικό πρόβλημα, οπότε δεν προσπαθούν να το καταπολεμήσουν. Ακόμα είναι δυνατό να μη θεωρούν την κάνναβη ως εξαρτησιογόνο ουσία και για το λόγο αυτό δεν εμφανίζουν καμία πρόθεση να μειώσουν ή να σταματήσουν τη χρήση της. Έτσι προέκυψαν διάφορες προσεγγίσεις στον τρόπο που μπορεί κάποιος να σταματήσει την παράλληλη χρήση κάνναβης. Μια τέτοια προσέγγιση υλοποιήθηκε το 1997, όταν για να παράσχουν οι κοινωνικές αρχές ειδικά καταλύματα και φροντίδα στους χρήστες ηρωίνης, έπρεπε να μην έχουν κάνει χρήση κάνναβης για τουλάχιστον 6 μήνες. Οι υποψήφιοι ελέγχονταν καθημερινά και όποιος δεν πληρούσε το κριτήριο αυτό, στερούνταν των συγκεκριμένων παροχών [40].

Η προσπάθεια απεξάρτησης από κάποια ουσία επιβάλλει και την ύπαρξη ψυχολογικών και συμπεριφορικών θεραπευτικών προσεγγίσεων. Αυτές οι θεραπευτικές τεχνικές αποσκοπούν:

1. Στην αλλαγή της στάσης και της συμπεριφοράς του ατόμου ως προς τη χρήση της ουσίας
2. Στην υιοθέτηση μιας υγιούς στάσης ζωής
3. Στην ενίσχυση των αποτελεσμάτων που μπορεί να έχει η θεραπεία με χημικά σκευάσματα.

Η θεραπευτική αντιμετώπιση της κακής ψυχολογικής κατάστασης του ασθενούς μπορεί να εμπεριέχει μια πληθώρα προγραμμάτων, κατά τη διάρκεια των οποίων ο ασθενής επισκέπτεται σε καθορισμένα και τακτά χρονικά διαστήματα ένα ειδικό σύμβουλο. Τα προγράμματα αυτά μπορεί να είναι είτε ατομικά είτε ομαδικά. Λόγω της κοινωνικότητας που χαρακτηρίζει την ανθρώπινη φύση οι ειδικοί πιστεύουν ότι η θεραπεία σε ομάδες ανθρώπων που προσπαθούν να απεξαρτηθούν από τη χρήση ουσιών, είναι περισσότερο αποτελεσματική σε σχέση με την ατομική θεραπεία.

Η μορφή ψυχολογικής θεραπείας η οποία παρέχουν είναι η εξής:

1. Γνωστική-ψυχολογική θεραπεία η οποία βοηθά τον ασθενή να αναγνωρίζει, να αποφεύγει και να αντιμετωπίζει καταστάσεις οι οποίες θα μπορούσαν να τον ωθήσουν στη χρήση της εξαρτησιογόνου ουσίας.
2. Πολυδιάστατη οικογενειακή θεραπεία η οποία αφορά κυρίως εφήβους και νέους με προβλήματα εξάρτησης. Η οικογένεια συμβάλει ενεργά και ενισχύει την προσπάθεια του νέου να σταματήσει τη χρήση της ουσίας, ενώ ταυτόχρονα αντιμετωπίζονται και τυχόν οικογενειακά προβλήματα τα οποία έχουν προκύψει από τον εθισμό του μέλους της οικογένειας.
3. Μαθήματα κινητοποίησης τα οποία ωθούν τους χρήστες να αλλάξουν στάση ζωής και να δεχτούν πιο εύκολα τη θεραπεία.
4. Μαθήματα ανάπτυξης δεξιοτήτων όπου καλλιεργούνται προσόντα απαραίτητα για την οριστική απομάκρυνση από τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών.

Τα προτερήματα που εμφανίζει η θεραπεία των χρηστών εξαρτησιογόνων ουσιών σε ομάδες είναι τα εξής:

1. Οι ομάδες υποστηρίζουν και πιέζουν το χρήστη να αποκοπεί από τη χρήση της ουσίας
2. Οι ομάδες περιορίζουν το αίσθημα απομόνωσης που αισθάνονται οι περισσότεροι χρήστες
3. Στο εσωτερικό μιας ομάδας ο χρήστης μπορεί να δει πραγματικά τα θετικά αποτελέσματα που έχουν επέλθει στη ζωή των πρώην χρηστών

4. Οι ομάδες μαθαίνουν τους χρήστες να διαχειρίζονται τα προβλήματα που προκύπτουν από την εξάρτηση τους, παρατηρώντας άλλους χρήστες
5. Οι ομάδες προσφέρουν τη θαλπωρή και το αίσθημα της οικογένειας
6. Βοηθούν το χρήστη να μάθει ή να θυμηθεί τις κοινωνικές δεξιότητες που απαιτούνται για να μπορέσουν να αντιμετωπίσουν την καθημερινότητα τους.
7. Βοηθούν το χρήστη να βάλει τη ζωή του σε μια τάξη, καθώς τις περισσότερες φορές η κατάχρηση ουσιών οδηγεί σε πλήρη αποδιοργάνωση [41]

Για χρήστες οι οποίοι αντιμετωπίζουν πιο σοβαρά προβλήματα απεξάρτησης υπάρχουν ειδικά καταλύματα, όπου παρέχεται διαμονή και όλες οι απαραίτητες ανέσεις για τη θεραπεία του χρήστη. Υπάρχει εικοσιτετράωρη παρακολούθηση από εξειδικευμένο προσωπικό το οποίο προσφέρει εκτός από φαρμακολογική αντιμετώπιση, και ψυχολογική υποστήριξη. Σκοπός των ειδικών αυτών καταλυμάτων είναι όχι μόνο να απαλύνουν τα συμπτώματα που εμφανίζονται στην περίοδο της απεξάρτησης αλλά και να προσφέρουν μια ζωή χωρίς πρόσβαση στις εξαρτησιογόνες ουσίες αλλά και στη βία [42].

4^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ

4.1 Προγράμματα αποκατάστασης εξαρτημένων χρηστών

Στην Ελλάδα ο Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών (ΟΚΑΝΑ) ο οποίος ιδρύθηκε το 1993, (έναρξη λειτουργίας 1995) αποτελεί το βασικό κορμό της χώρας για την αντιμετώπιση και την αποκατάσταση των τοξικομανών. Σύμφωνα με το Νόμο 2161/1993 με βάση τον οποίο ιδρύθηκε ο ΟΚΑΝΑ, σκοπός του είναι:

Ο συντονισμός της κρατικής μηχανής με σκοπό το σχεδιασμό, την προώθηση και την εφαρμογή μιας πολιτικής εθνικού επιπέδου σχετικά με την πρόληψη, τη θεραπεία και την αποκατάσταση των εξαρτημένων χρηστών.

1. Η μελέτη του προβλήματος της εξάρτησης και η παροχή πληροφοριών σε εθνικό επίπεδο σχετικά με τα δημογραφικά στοιχεία. Ταυτόχρονα ανέλαβε την ευαισθητοποίηση του κοινού στο ζήτημα αυτό και την αναζήτηση των αιτιών του προβλήματος.
2. Η ίδρυση και η λειτουργία κέντρων πρόληψης, θεραπείας και αποκατάστασης, καθώς και επανένταξης των χρηστών στο κοινωνικό πλαίσιο.

Στο πλαίσιο δράσης του ΟΚΑΝΑ σχετικά με την θεραπεία των εξαρτημένων χρηστών υπάγονται δύο ειδών προγράμματα. Τα πρώτα είναι αυτά τα οποία λειτουργούν με βάση τη χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής (φαρμακευτική υποκατάσταση) και τα δεύτερα καλούνται «στεγνά» προγράμματα», καθώς δεν προωθούν τη λήψη φαρμακευτικών ουσιών ως θεραπευτικό μέσο.

Θεραπευτικά προγράμματα Υποκατάστασης:

Δέχονται χρήστες άνω των 20 χρονών οι οποίοι κάνουν μακροχρόνια χρήση ηρωίνης και έχουν επανειλημμένα αποτύχει στην προσπάθεια τους για «στεγνή» απεξάρτηση. Ακόμα δεκτοί γίνονται μακροχρόνιοι χρήστες ενδοφλέβιας ηρωίνης ακόμα κι αν δεν έχει γίνει προηγούμενη προσπάθεια απεξάρτησης, φτάνει να ξεπερνούν τα 35 έτη.

Παρέχουν ολοκληρωμένη θεραπεία σε χρήστες εξαρτημένους από οπιοειδή. Εντός αυτού του προγράμματος πραγματοποιείται αποκατάσταση τόσο της σωματικής όσο και της ψυχικής υγείας των εξαρτημένων ατόμων. Ταυτόχρονα προωθείται η ενσωμάτωση τους στο κοινωνικό σύνολο. Ως βάση της λειτουργίας του εν λόγω προγράμματος είναι η χορήγηση μεθαδόνης και βουπρενορφίνης ως υποκατάστατα των οπιοειδών που λάμβανε ο χρήστης μέχρι πρότινος.

Οι ουσίες αυτές λειτουργούν αντιρροπιστικά στην επιθυμία του χρήστη για τη λήψη οποιωνδήποτε οπιοειδών και ταυτόχρονα δεν επιτρέπουν την εμφάνιση του βασανιστικού στερητικού συνδρόμου. Τα φάρμακα αυτά χορηγούνται έπειτα από ιατρική παρακολούθηση και είναι ελεγμένα ώστε να μην περιέχουν τοξικές ουσίες, παρέχονται δωρεάν ώστε να μη χρειάζονται να καταφύγει κάποιος στην παρανομία για να τα εξασφαλίσει και τέλος η χορήγηση γίνεται σε μορφή σιροπιού ή ταμπλέτας ώστε να αποφεύγονται οι κίνδυνοι της ενδοφλέβιας ή ενδομυϊκής λήψης.

Στα πλαίσια των προγραμμάτων αυτών παρέχεται ψυχολογική υποστήριξη από εξειδικευμένο προσωπικό το οποίο στελεχώνεται από ψυχιάτρους, ψυχολόγους και κοινωνικούς λειτουργούς. Ταυτόχρονα αντιμετωπίζονται και συνοδά ιατρικά προβλήματα των χρηστών και συγκεκριμένα κάποια χρόνια νοσήματα όπως είναι το AIDS, η ηπατίτιδα κ.α.

Στεγνά θεραπευτικά προγράμματα:

Γίνονται δεκτοί όλοι οι χρήστες οι οποίοι αποζητούν βοήθεια και αν αποτύχουν στο πρόγραμμα αυτό έχουν τη δυνατότητα να ενταχθούν στο πρόγραμμα Υποκατάστασης.

Τα προγράμματα αυτά αποσκοπούν στην απεξάρτηση των χρηστών από όλων των ειδών τις εξαρτησιογόνες ουσίες, βασιζόμενα στην ψυχοκοινωνική θεραπεία χωρίς τη χρήση υποκατάστατων.

Τα «στεγνά» προγράμματα που λειτουργούν υπό την αιγίδα του OKANA είναι τα εξής:

- 1. Μονάδα Εφήβων/Νέων Αθήνας «Ατραπός»:** Απευθύνεται σε νέους έως 24 ετών που κάνουν συστηματική και μη χρήση παράνομων ή νόμιμων ουσιών, στις οικογένειες τους αλλά και σε κοινωνικούς φορείς οι οποίοι έρχονται σε επαφή με νέους (σχολεία, αθλητικούς συλλόγους). Λειτουργεί συμβουλευτικά ενημερώνοντας

για τις επιπτώσεις της χρήσης και προτείνει τρόπους αντιμετώπισης και υποστηρίζει ψυχολογικά τους ίδιους τους χρήστες αλλά και το περιβάλλον τους.

Διαθέτει θεραπευτικό πρόγραμμα στο οποίο γίνονται τόσο ατομικές όσο και ομαδικές συναντήσεις για ψυχοθεραπεία, αλλά και δημιουργικές δραστηριότητες για την απασχόληση των νέων. Η Ατραπός βοηθά την κοινωνική επανένταξη των νέων εμπυχώνοντας τους για μια νέα πορεία, για την επανασύνδεση τους με τη σχολική ή επαγγελματική τους ζωή και την απεμπλοκή από την παρανομία, δρα συμβουλευτικά στον επαγγελματικό προσανατολισμό και προάγει την επαγγελματική αποκατάσταση.

- 2. Δίκτυο Θεραπευτικών Υπηρεσιών Πάτρας «Γέφυρα»:** Απευθύνεται σε άτομα ηλικία 18-40 ετών και βασίζεται στη θεώρηση ότι στη θεραπευτική διαδικασία πρέπει να συμμετέχουν όλα τα μέλη της οικογένειας και τα σημαντικά πρόσωπα του περιβάλλοντος του χρήστη.

Σε πρώτο στάδιο ο ενδιαφερόμενος έρχεται σε επαφή με το συμβουλευτικό σταθμό και στη συνέχεια προωθείται στο Κέντρο Σωματικής Αποτοξίνωσης το οποία λειτουργεί σε συνεργασία με το Εξωτερικό Ιατρείο Ουσιοεξαρτήσεων του ΠΓΝΠ και με το πρόγραμμα ΚΕ.ΘΕ.Α «Οξυγόνο». Σκοπός του προγράμματος αυτού είναι η αντιμετώπιση του στερητικού συνδρόμου και η εισαγωγή των εξαρτημένων στη Θεραπευτική Κοινότητα. Στο στάδιο αυτό εισέρχονται όσοι έχουν ολοκληρώσει το Συμβουλευτικό Πρόγραμμα και έχουν σταματήσει τη χρήση ψυχοδραστικών ουσιών. Μετά την ολοκλήρωση των προγραμμάτων αυτών η «Γέφυρα» προσφέρει και τριετή παρακολούθηση των χρηστών που έχουν απεξαρτηθεί.

- 3. Πρόγραμμα Πολλαπλής Παρέμβασης Ρεθύμνου:** Απευθύνεται σε εφήβους και ενήλικες χρήστες ναρκωτικών και αλκοόλ, αλλά και στις οικογένειες αυτών. Το πρόγραμμα κινητοποιεί για τη διακοπή χρήσης και δρα συμβουλευτικά ως προς την πρόληψη, προσφέρει ατομική και οικογενειακή θεραπεία καθώς και ψυχιατρική υποστήριξη.

- 4. Δίκτυο Θεραπευτικών Υπηρεσιών Χανίων:** Απευθύνεται σε εφήβους μέσω του Ιατρείου Εφήβων όπου γίνεται τόσο πρόληψη όσο και αντιμετώπιση των εξαρτήσεων. Ταυτόχρονα παρέχει υπηρεσίες πληροφόρησης σχετικά με τους κινδύνους των εξαρτήσεων, ψυχολογική υποστήριξη στους εξαρτημένους αλλά και ψυχοθεραπεία ομαδική των χρηστών με τις οικογένειες τους. Μέσω του

Αλκοολογικού Ιατρείου απευθύνεται σε ανθρώπους άνω των 18 ετών οι οποίοι είναι εξαρτημένοι από το αλκοόλ και στοχεύει στην απεξάρτηση των ανθρώπων αυτών μέσω της ψυχοθεραπείας. Προσεγγίζει και ενισχύει ψυχολογικά τόσο το χρήστη όσο και το οικογενειακό του περιβάλλον.

5. Πρόγραμμα «Αθηνά» (σε συνεργασία με την Ψυχιατρική Κλινική του ΕΚΠΑ): Αποτελεί μετεξέλιξη του Ειδικού Εξωτερικού Ιατρείου για Ουσιοεξαρτημένα Άτομα της Ψυχιατρικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών. Απευθύνεται σε νέους άνω των 18 ετών που είναι εξαρτημένοι από αλκοόλ και ναρκωτικά καθώς και στις οικογένειες τους.

Παρέχει ιατρική φροντίδα η οποία είναι τόσο βασική όσο και ψυχιατρική, ψυχολογικές υπηρεσίες υποστήριξης και πρόληψης των υποτροπών, ψυχοθεραπεία τόσο ατομική όσο και ομαδική. Τέλος προσφέρει επαγγελματική κατάρτιση στους απεξαρτημένους χρήστες ώστε να ξεφύγουν από την παρανομία.

6. Πρόγραμμα Προαγωγής Αυτοβοήθειας (σε συνεργασία με το ΑΠΘ): Απευθύνεται σε ενήλικες οι οποίοι αντιμετωπίζουν προβλήματα εξάρτησης από παράνομες ή νόμιμες ψυχοτρόπες ουσίες. Βασίζεται σε διεθνείς αρχές οι οποίες αφορούν στη μακρόχρονη και εξατομικευμένη υποστήριξη της πορείας απεξάρτησης με άξονα τις αρχές της αλληλοβοήθειας και της αυτοβοήθειας. Το πρόγραμμα δίνει έμφαση στο στόχο της απόκτησης λειτουργικότητας σε όλα τα επίπεδα της ζωής του εξαρτημένου ατόμου [43].

4.2 Προγράμματα πρόληψης εξαρτήσεων

Με την έννοια πρόληψης περιγράφεται το σύνολο των μέτρων που πρέπει να ληφθούν για την αποφυγή της εκδήλωσης μια συμπεριφοράς. Στον τομέα της ουσιοεξάρτησης η πρόληψη αφορά στην αντιμετώπιση οποιουδήποτε παράγοντα μπορεί να κάνει ένα άτομο ευάλωτο και να το ωθήσει στην κατάχρηση ουσιών. Ταυτόχρονα η πρόληψη έχει σκοπό να ενισχύσει όλους εκείνους τους παράγοντες οι οποίοι δρουν προστατευτικά στην ψυχοσύνθεση ενός ατόμου και το αποτρέπουν από την έναρξη χρήσης ουσιών και την εμφάνιση της εξάρτησης [44].

Η πρόληψη διακρίνεται σε τρία επίπεδα:

Πρωτογενής πρόληψη: Περιγράφει όλες τις παρεμβάσεις οι οποίες γίνονται πριν από την εκδήλωση κάποιου φαινομένου αποσκοπούν στην παρεμπόδιση της επαφής των νέων με τις εξαρτησιογόνες ουσίες.

Δευτερογενής πρόληψη: Αποσκοπεί στον άμεσο περιορισμό του προβλήματος μέσω της έγκαιρης διάγνωσης των ατόμων που βρίσκονται σε πειραματική φάση με τη χρήση ουσιών.

Τριτογενής πρόληψη: Γίνεται με σκοπό τη μείωση της σοβαρότητας ενός προβλήματος και των συνεπειών που μπορεί να έχει.

Οι κυριότερες στρατηγικές παρεμβάσεων πρόληψης είναι οι εξής:

1. **Δικτύωση/Κινητοποίηση:** Αποσκοπούν στην ευαισθητοποίηση της τοπικής κοινότητας ως προς την πρόληψη της εξάρτησης από ουσίες νόμιμες ή παράνομες και στην κινητοποίηση τους ώστε να έχουν ενεργό ρόλο στην πρόληψη.
2. **Ενημέρωση/Ευαισθητοποίηση:** Το πρώτο στάδιο της πρόληψης είναι η ενημέρωση του κοινού και η ευαισθητοποίηση του σχετικά με τις επιδράσεις των εξαρτησιογόνων ουσιών και τους τρόπους αντιμετώπισης τους.
3. **Εκπαίδευση:** Γίνονται με σκοπό την παροχή γνώσης μέσω της υλοποίησης σεμιναρίων και ομάδων βιωματικού χαρακτήρα. Διαμορφώνουν σωστή στάση και αντίληψη σχετικά με την αντιμετώπιση της εξάρτησης.
4. **Δημιουργικές δραστηριότητες:** Περιλαμβάνουν την υλοποίηση με δομημένο και οργανωμένο τρόπο δημιουργικών δραστηριοτήτων για παιδιά και εφήβους, ώστε να αξιοποιήσουν τον ελεύθερο χρόνο τους.
5. **Συμβουλευτική:** Παρέχεται συμβουλευτική και υποτήριξη για την αντιμετώπιση ψυχοκοινωνικών προβλημάτων.
6. **Ρυθμιστικά μέτρα:** Αφορούν στην περιβαλλοντική πρόληψη και αναφέρονται στις ρυθμίσεις, τους νόμους και τις πολιτικές για τις νόμιμες ουσίες ως στρατηγικές πρόληψης της ουσιοεξάρτησης.

Σύμφωνα με τις διατάξεις του Ευρωπαϊκού Κέντρου το 2004 για να είναι αποτελεσματική η εφαρμογή των μέτρων πρόληψης στην κοινότητα πρέπει να πληρούνται οι παρακάτω παράγοντες:

1. Η ενσωμάτωση ενός ολοκληρωμένου θεωρητικού πλαισίου το οποίο να αναφέρεται στην αντιμετώπιση των παραγόντων που κάνουν ευάλωτο το άτομο και την κοινότητα και να ενισχύουν παράγοντες που το προστατεύουν
2. Η αξιοποίηση μεθόδων αλληλεπίδρασης ώστε να ενισχύεται το αίσθημα συμμετοχής και να προωθείται η ανάπτυξη δεξιοτήτων.
3. Η ανάπτυξη κοινωνικών δεξιοτήτων.
4. Η παροχή ενημέρωσης σχετικά με τις εξαρτησιογόνες ουσίες, η οποία πρέπει να είναι ακριβής και τεκμηριωμένη επιστημονικά.
5. Η εφαρμογή και τήρηση προγραμμάτων πρόληψης από καταρτισμένο επιστημονικό προσωπικό
6. Η ύπαρξη εκπαιδευτικού υλικού και εγχειριδίων

Η πρώτη οργανωμένη προσπάθεια εφαρμογής προγραμμάτων πρόληψης στη χώρα έγινε από την Ψυχιατρική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών στα πλαίσια του σχολείου και της κοινότητας. Σκοπός ήταν ανεύρεση και η αντιμετώπιση των αιτιών που μπορούν να οδηγήσει στην κατάχρηση νόμιμων και παράνομων ουσιών και στην εξάρτηση από αυτές.

Ο ΟΚΑΝΑ στήριξε τις πρώτες προσπάθειες του στην παραπάνω προσπάθεια με σκοπό την εφαρμογή προγραμμάτων πρόληψης στη χώρα. Έτσι από το 1995 κι έπειτα ιδρύθηκαν Κέντρα Πρόληψης σε διάφορα σημεία στην Ελλάδα. Τα κέντρα αυτά λειτουργούν με συνεργασία του ΟΚΑΝΑ και της Τοπικής Αυτοδιοίκησης και η χρηματοδότηση παρέχεται από το Υπουργείο Υγείας και το Υπουργείο Εσωτερικών.

Τα Κέντρα Πρόληψης επικεντρώνονται στην βελτίωση της ψυχοκοινωνικής υγείας των νέων μέσω ενίσχυσης της αυτοεκτίμησης τους, μείωση του αισθήματος μοναξιάς, ανάπτυξη της ικανότητας επικοινωνίας, λήψης αποφάσεων και αποφυγής αρνητικών επιρροών. Σήμερα υπάρχουν 75 Κέντρα Πρόληψης τα οποία καλύπτουν 50 νομούς της χώρας [44].

Τα προγράμματα που εφαρμόζονται στα Κέντρα Πρόληψης απευθύνονται:

1. Σε γονείς
2. Σε παιδιά
3. Σε στρατευμένους

4. Σε αθλητικούς ομίλους και ομάδες
5. Σε επαγγελματίες οι οποίοι έρχονται σε επαφή με το πρόβλημα, όπως είναι οι εκπαιδευτικοί, οι αστυνομικοί, οι ιατροί, οι στρατιωτικοί κ.α.
6. Σε ειδικές πληθυσμιακές ομάδες οι οποίες πλήττονται περισσότερο και ευκολότερα, όπως οι πρόσφυγες, οι φυλακισμένοι
7. Στην ευρύτερη κοινότητα

Σκοπός των προγραμμάτων που προάγονται από το Κέντρο Πρόληψης είναι:

1. Η ενίσχυση της αυτοβούλησης των νέων ώστε να αναπτύξουν μια στάση ζωής που τους επιτρέπει να αντιστέκονται στη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών αλλά και σε οποιαδήποτε άλλη συμπεριφορά προάγει την εξάρτηση.
2. Η συμβουλευτική στην οικογένεια ώστε να μπορέσει να υποστηρίξει καλύτερα το γονεϊκό ρόλο και να επιτύχει καλύτερη επικοινωνία ανάμεσα στα μέλη της
3. Η προαγωγή της πρόληψης μέσα από το σχολικό περιβάλλον και μέσα από την ευαισθητοποίηση των εκπαιδευτικών και ενίσχυσης της σχέσης τους με τους μαθητές τους.
4. Η πληροφόρηση και ευαισθητοποίηση της ευρύτερης κοινότητας και η πληροφόρηση σχετικά με τα προγράμματα τα οποία υπάρχουν διαθέσιμα.

4.3 Η στάση της κοινωνίας απέναντι στους εξαρτημένους χρήστες

Οι κρατικοί φορείς ορίζουν το νομοθετικό πλαίσιο το οποίο αφορά στην διάδοση και στη χρήση των εξαρτησιογόνων ουσιών και ως προς τα φυσικά πρόσωπα τα οποία εμπλέκονται στο κομμάτι αυτό. Η αντιμετώπιση από τη νομοθεσία είναι διαφορετική ανάλογα με το βαθμό εμπλοκής του χρήστη, αφού υπάρχει διαφορετική αντιμετώπιση για τον απλό χρήστη, τον απλό εξαρτημένο χρήστη, τον απλό χρήστη ή απλό εξαρτημένο χρήστη ο οποίος είναι δράστης αξιόποινων πράξεων και τον έμπορο ουσιών. Σε κάθε μία από αυτές τις περιπτώσεις λαμβάνεται υπόψη κατά πόσο πρόκειται για ενήλικο ή μη άτομο.

Οι περιπτώσεις οι οποίες προβλέπονται από το νόμο είναι οι εξής:

1. Το ενήλικο άτομο το οποίο κάνει απλώς χρήστη και έχει στην κατοχή του τέτοια ποσότητα ώστε να καλύπτει τις δικές του ανάγκες τιμωρείται απλώς με

φυλάκιση. Σε περίπτωση μάλιστα που δεν έχει ποινικό μητρώο είναι δυνατόν να παρακολουθήσει κάποιο συμβουλευτικό θεραπευτικό πρόγραμμα κι έτσι να ανασταλεί η πρόοδος της δίκης κι εάν πληρούνται όλα τα κριτήρια έπειτα από αυτό να κριθεί ο δράστης ατιμώρητος.

2. Σε περίπτωση που πρόκειται για εξαρτημένο χρήστη γεγονός το οποίο τα ελεγχθεί εργαστηριακά και η ποσότητα ουσιών που έχει στην κατοχή του καλύπτουν τις δικές του ανάγκες τότε ο χρήστης παραμένει ατιμώρητος. Ο λόγος είναι ότι ο ίδιος δεν είναι σε θέση να σταματήσει τη χρήση καθότι έχει περάσει στο στάδιο της εξάρτησης και δε θέτει κανέναν σε κίνδυνο πέρα από τον εαυτό του.

3. Όταν ο απλός χρήστης ή ο εξαρτημένος διαπράξουν κάποια αξιόποινη πράξη ενώ βρίσκονταν σε κατάσταση ασυνειδησίας λόγω της χρήσης, είτε δεν επιβάλλεται ποινή, είτε η ποινή αυτή είναι μειωμένη. Στην περίπτωση που ο εξαρτημένος χρήστης καταδικαστεί για οποιαδήποτε αξιόποινη πράξη, τότε το δικαστήριο είναι σε θέση να του διατάξει την εισαγωγή του σε Ειδικό θεραπευτικό Κατάστημα, είτε σε Ειδικό Τμήμα Καταστήματος Κράτησης.

4. Άτομα τα οποία εμπορεύονται, εισάγουν, διακινούν ή διευκολύνουν την εισαγωγή και τη διακίνηση ναρκωτικών τιμωρούνται με δεκαετή κάθειρξη και χρηματική ποινή. Εάν ο δράστης είναι ταυτόχρονα εξαρτημένος τότε η απόφαση είναι ευμενέστερη για την πρώτη μόνο φορά που θα ενοχοποιηθεί.

5. Στην περίπτωση που πρόκειται για ανήλικα άτομα τότε το αναμορφωτήριο επιβάλλει αναμορφωτικά ή θεραπευτικά μέτρα.

Η στάση του κοινωνικού συνόλου λοιπόν θα έπρεπε να διαγράφεται από τους νόμους που αφορούν στις εξαρτησιογόνες ουσίες και στους χρήστες αυτών. Ωστόσο αυτό δε συμβαίνει σε πολλές περιπτώσεις, αφού είναι δυνατόν η κοινωνία να ταυτίζει τους απλούς χρήστες με τους τοξικομανείς, ακόμα και με τους εμπόρους ναρκωτικών. Δημιουργείται έτσι ένας κοινωνικός αποκλεισμός θύμα του οποίου γίνονται οι χρήστες εξαρτησιογόνων ουσιών.

Οι χρήστες εξαρτησιογόνων ουσιών σε μια προσπάθεια διαφυγής από την καθημερινότητα τους επιλέγουν να στραφούν προς νόμιμες ή παράνομες ουσίες. Ωστόσο η επιλογή αυτή δεν είναι εκούσια πλήρως, καθώς το πρόβλημα έχει και κοινωνική διάσταση. Η επιλογή της χρήσης γίνεται στην απόλυτη στιγμή αδυναμίας

και στην προσπάθεια εύρεσης διεξόδου από την περιθωριοποίηση που έχει εγκαθιδρύσει το ίδιο το κοινωνικό σύνολο.

Κοινό χαρακτηριστικό των αποκλεισμένων είναι η περιορισμένη σχέση τους με τους κοινωνικούς μηχανισμούς οι οποίοι διαχειρίζονται τους κρατικούς πόρους, την αγορά εργασίας αλλά και την ίδια την οικογένεια.

Η ύπαρξη ενός εξαρτημένου ατόμου στο εσωτερικό μιας οικογένειας διαταράσσει και πλήττει τις σχέσεις μεταξύ των μελών της καθώς επικρατεί φόβος, αγωνία και ανασφάλεια. Στις περισσότερες περιπτώσεις λόγω των προβλημάτων που μπορεί να δημιουργήσει ο χρήστης στην οικογένεια του, τα οποία μπορεί να είναι κοινωνικά ή οικονομικά, ή ακόμα και καταστάσεις βίας απομακρύνεται και διώχεται από αυτή. Κρατικές δομές όπως ήδη αναφέρθηκε για την υποστήριξη τέτοιων οικογενειών υπάρχουν ωστόσο δεν έχουν όλοι οι άνθρωποι την παιδεία και τη γνώση για να στραφούν σε αυτές.

Η ίδια περιθωριοποίηση και αποστροφή ισχύει και στις περιπτώσεις όπου απεξαρτημένοι χρήστες αναζητούν την εύρεση εργασίες ώστε να μπορέσουν να ζήσουν έντιμα και με κάποια ποιότητα. Ο εργοδότης τους αντιμετωπίζει με αμφιβολία και φόβο και δεν επιτρέπει κανενός είδους συναναστροφές με τέτοια άτομα.

Έτσι το πρόβλημα του ρατσισμού απέναντι στους χρήστες ή πρώην χρήστες διαιωνίζεται. Δεν υπάρχει ούτε οικογένεια να τους δεχτεί αλλά ούτε και προσφερόμενη θέση εργασίας για να μπορέσουν να στήσουν τη ζωή τους από την αρχή. Χωρίς να υπάρχει άλλη διέξοδος καταφεύγουν στην παρανομία και ξανακυλούν στην κατάχρηση ουσιών.

Επομένως κρίνεται επιτακτική ανάγκη για την επιμόρφωση και την εκπαίδευση του κοινωνικού συνόλου ως προς την αντιμετώπιση των εξαρτημένων και πρώην χρηστών, ώστε μετά την επίλυση του προβλήματος τους να μπορούν να στήσουν εκ νέου μια κανονική ζωή [45].

5^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ

5.1 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην φροντίδα του εξαρτημένου ατόμου

Κατά την εισαγωγή ενός εξαρτημένου ατόμου στο νοσοκομείο, απαραίτητη προϋπόθεση είναι η γενική αξιολόγηση του ατόμου η οποία συμπεριλαμβάνει τη λήψη και παρακολούθηση των ζωτικών σημείων και των επιπέδων συνείδησης. Ο νοσηλευτής λαμβάνει το ιστορικό του ασθενούς, το είδος της ουσίας που κάνει χρήση, την ποσότητα και τον τρόπο λήψης καθώς και τοξικολογικός έλεγχος. Αφού τα ευρήματα του προσυμπτωματικού ελέγχου δηλώνουν ότι έχει προηγηθεί χρήση των ουσιών γίνεται εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας για την αντιμετώπιση του προβλήματος. Η θεραπεία ατόμων που κάνουν χρήση διεγερτικών ουσιών του κεντρικού νευρικού συστήματος, περιλαμβάνει συμπτωματική και φαρμακευτική θεραπεία. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να προτρέπει τους ασθενείς να συμμετέχουν σε ατομική, ή ομαδική θεραπεία όπου παρέχει συμβουλευτική και ψυχολογική υποστήριξη. Ομάδες σαν αυτές είναι χρήσιμες για τα άτομα που προσπαθούν να αλλάξουν τον τρόπο ζωής τους και να απεξαρτηθούν από τις ναρκωτικές ουσίες. Οι επαγγελματίες πρέπει να κατανοήσουν ότι η εξάρτηση από ουσίες είναι μια ασθένεια και τα άτομα αυτά πρέπει να αντιμετωπίζονται με υπομονή, επιμονή, συνέπεια και σεβασμό. Επίσης θα πρέπει να αναπτυχθεί ένα πλήρες σχέδιο φροντίδας που να ανταποκρίνεται στα σύγχρονα δεδομένα ώστε να καλύπτει τις ανάγκες του νοσηλευτή και του ασθενή.

5.2 Ο ρόλος του νοσηλευτή στα κέντρα αποκατάστασης

Ο νοσηλευτής οφείλει να προσεγγίσει το εξαρτημένο άτομο με μη επικριτικό τρόπο, να το ενθαρρύνει στην αναζήτηση βοήθειας και να αναγνωρίσει την ανάγκη για παροχή υπηρεσιών. Ο νοσηλευτής για να προσεγγίσει το χρήστη, θα πρέπει να γνωρίζει τα προβλήματα που αντιμετωπίζει ώστε να μπορεί να του παρέχει βοήθεια. Επιπλέον στην ενίσχυση της κινητοποίησης του χρήστη για θεραπεία μπορούν να συνδράμουν η ατομική συμβουλευτική, η ομαδική συμβουλευτική και η οικογενειακή υποστήριξη επίσης ομάδες αυτοβοήθειας, προγράμματα κοινοτικής παρέμβασης και τηλεφωνικές γραμμές βοήθειας. Έτσι το άτομο μπορεί να βρῖσκετε και να

επικοινωνεί, να εκφράζεται και να μπορεί να στηριχθεί σε άλλα άτομα. Να μπορεί να μοιραστεί μαζί τους ιδέες και να λειτουργήσει σε ένα συλλογικό περιβάλλον χωρίς να κάνει χρήση ουσιών.

Ο νοσηλευτής που συμμετέχει σε ένα τέτοιο πρόγραμμα πρέπει να είναι εφοδιασμένος με τις κατάλληλες γνώσεις και εκπαίδευση. Να διαθέτει ένα βαθμό εμπειρίας, να είναι αντικειμενικός στις απόψεις του και να σέβεται τα ανθρώπινα δικαιώματα.

Στόχος του είναι να βοηθήσει τους χρήστες που μπορούν και επιθυμούν να απεξαρτηθούν αλλά και να αποκαταστήσει τις οικογενειακές και κοινωνικές σχέσεις του ατόμου καθώς και την εκπαιδευτική του επαγγελματική του αποκατάσταση

ΔΕΥΤΕΡΟ ΜΕΡΟΣ

Νοσηλευτική Διεργασία

Η νοσηλευτική Διεργασία χρησιμοποιεί συστηματικά επιστημονικές μεθόδους για να αναλύσει και να λύσει τα προβλήματα και τις ανάγκες του αρρώστου, μέσω της επικοινωνίας με το άτομο, της λήψης αποφάσεων και της εφαρμογής των αποφάσεων αυτών. Όλα αυτά γίνονται με την αξιολόγηση της κατάστασης του ατόμου και τέλος την εκτίμηση των αποτελεσμάτων των παρεμβάσεων που έγιναν.

Στόχος της Νοσηλευτικής Διεργασίας είναι η προαγωγή της υγείας του ατόμου και η πρόληψη της νόσου, η φροντίδα για την ανάρρωση όταν υπάρχει νόσος και η αποκατάσταση του ατόμου στην κοινότητα.

Προκειμένου να λυθούν τα προβλήματα του αρρώστου η Νοσηλευτική Διεργασία ακολουθεί 5 βήματα:

1. Την αξιολόγηση των προβλημάτων
2. Την τοποθέτηση αντικειμενικών σκοπών
3. Τον προγραμματισμό για την επίλυσή τους
4. Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας
5. Την εκτίμηση των αποτελεσμάτων της νοσηλευτικής φροντίδας

Το πρώτο στάδιο της Νοσηλευτικής Διεργασίας, δηλαδή, η αξιολόγηση των αναγκών του αρρώστου, διεκπεραιώνεται με την συλλογή στοιχείων που θα καθορίσουν το πρόβλημα. Τα στοιχεία αυτά αναφέρονται τόσο στο ατομικό ιστορικό του αρρώστου όσο και στην επίδραση του περιβάλλοντος πάνω σ' αυτόν. Οι πληροφορίες θα παρθούν πρωταρχικά από τον ίδιο τον ασθενή και δευτερευόντως από το περιβάλλον του και την ιατρική ομάδα. Ο τρόπος συλλογής των πληροφοριών είναι μέσω του ιατρικού και του νοσηλευτικού ιστορικού, της συνέντευξης, της φυσικής εξέτασης και της βιβλιογραφίας.

Νοσηλευτικό Ιστορικό

Το Νοσηλευτικό Ιστορικό του ασθενούς θα πρέπει απαραίτητα να περιλαμβάνει:

1. το κυρίως πρόβλημα του αρρώστου,
2. του προηγούμενο ιστορικό της υγείας του,
3. το οικογενειακό του ιστορικό και
4. την εκτίμηση των συστημάτων του οργανισμού του αρρώστου.

Η κύρια διαφορά από το ιατρικό ιστορικό είναι ότι το νοσηλευτικό ιστορικό ενδιαφέρεται κυρίως για την περιγραφή των :

- i. φυσικών
- ii. διανοητικών και
- iii. συναισθηματικών αντιδράσεων του ασθενούς απέναντι στην ασθένειά του.

Επιπλέον, παρατηρείται η εισαγωγή του σε όλη τη διάρκειά της στο νοσοκομείο και τις συνέπειες αυτής πάνω στις αλλαγές στη ζωή του.

Επίσης, ασχολείται με το πώς εκτελεί ο άρρωστος τις φυσιολογικές του ανάγκες και αναγνωρίζει τα εμπόδια που του δημιουργεί η παρούσα του κατάσταση.

Στην πραγματικότητα το Νοσηλευτικό Ιστορικό είναι ο πρωταρχικός τρόπος εκτίμησης και αντιμετώπισης των αναγκών του αρρώστου, η κύρια πηγή πληροφοριών, η επικοινωνιακή βάση, η καταγραφή της λεκτικής και μη λεκτικής συμπεριφοράς του αρρώστου καθώς και η έκφραση των συναισθημάτων του. Έτσι, παρέχεται ένας γραπτός οδηγός που θα αποτελέσει σημείο αναφοράς των νοσηλευτικών για την αξιολόγηση της κατάστασης του κατά την παραμονή του στο νοσοκομείο.

Το Νοσηλευτικό Ιστορικό μπορεί να έχει τη μορφή ερωτηματολογίου, το οποίο εξοικονομεί χρόνο στον νοσηλευτή αλλά δεν επεκτείνει της απαντήσεις του, ή καλύτερα να είναι περιγραφικό το οποίο αν και χρονοβόρο, παρέχει μία λεπτομερέστερη εικόνα του αρρώστου.

Σε αντίθεση, το ιατρικό ιστορικό ενδιαφέρεται μόνο για τα συμπτώματα που εμφανίζει ο άρρωστος, την παθολογία και την εξέλιξη της νόσου του.

Περιστατικό 1^ο

Ο ασθενής ΣΠ, χρήστης ναρκωτικών ουσιών, εισήλθε το απόγευμα της Παρασκευής στα Εξωτερικά Ιατρεία του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ρίου Πατρών «Παναγία η βοήθεια», ύστερα από πτώση από δίκυκλο στις 2/09/2016. Η ηλικία του ασθενούς είναι 27 χρονών .

Κατά την εισαγωγή του στο νοσοκομείο πραγματοποιήθηκαν λήψη ιστορικού, φυσική εξέταση και οι παρακάτω διαγνωστικές εξετάσεις : εργαστηριακός έλεγχος, γενική εξέταση ούρων και καλλιέργεια, ακτινογραφία θώρακος και δεξιού κάτω άκρου, ύστερα από τραυματισμό. Επιπλέον έγιναν λήψη ΗΚΓ, ΗΕΓ, αξονική και μαγνητική τομογραφία για να ανιχνευθεί η επίδραση των ουσιών στον εγκέφαλο.

Διαπιστώθηκε ότι ο ασθενής είναι χρόνια χρήστης ναρκωτικών ουσιών. Ανευρέθηκαν λοιπόν τα εξής συμπτώματα: μυϊκή αδυναμία άνω και κάτω άκρων, τραυματισμός δεξιού κάτω άκρου. Οι κόρες των ματιών του είναι πολύ μικρές με σχεδόν κλειστά βλέφαρα, απλανές βλέμμα, επιβράδυνση, παθητικότητα, μειωμένη αντίληψη, και αργή αναπνοή.

Ο ασθενής μεταφέρθηκε και νοσηλεύτηκε στην παθολογική κλινική. Κατά την παραμονή του παρουσίασε σύνδρομο στέρησης, επιθετικότητα, ανορεξία, διαταραχές γαστρεντερικού συστήματος, δυσκοιλιότητα λόγω μειωμένης κινητικότητας, έντονη εφίδρωση και σιελόρροια.

Αξιολόγηση Ατόμου	Αντικειμενικοί Σκοποί	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελέσματος
1.Μυϊκή αδυναμία άνω και κάτω άκρων	Ανακούφιση από την μυϊκή δυσκαμψία. Βελτίωση της λειτουργικότητας των άνω και	Εξασφάλιση των κατάλληλων μηχανικών μέσων για την υποβοήθηση της διατήρησης της κινητικότητας του ασθενούς.	Εξασφαλίζονται στον ασθενή τα κατάλληλα μηχανικά μέσα για την υποβοήθηση και διατήρηση	Ο ασθενής κατορθώνει να χρησιμοποιεί τα άνω και κάτω άκρα του με τα κατάλληλα μηχανικά μέσα και το θεραπευτικό σχήμα.

	<p>κάτω άκρων.</p> <p>Πρόληψη επιπλοκών.</p>	<p>Έναρξη φυσιοθεραπείας για διατήρηση εκτέλεσης ενεργητικών κινήσεων.</p> <p>Χορήγηση αναλγητικών και μυοχαλαρωτικών φαρμάκων μετά από ιατρική οδηγία.</p> <p>Διδασκαλία για την εκτέλεση ενεργητικών κινήσεων.</p> <p>Διδασκαλία για την αποφυγή επιπλοκών.</p> <p>Εκτέλεση συχνής περιποίησης του σώματος του ασθενούς.</p>	<p>της έγερσής της.</p> <p>Διδάσκεται ο ασθενής τον σωστό τρόπο για την χρησιμοποίηση αυτών των μέσων.</p> <p>Ενθαρρύνετε να εκτελέσει ενεργητικές κινήσεις.</p> <p>Ενεργητικές και παθητικές ασκήσεις για απαλλαγή του ασθενούς από την σπαστικότητα.</p> <p>Χορηγήθηκαν μυοχαλαρωτικά φάρμακα για την ανακούφιση του ασθενούς από την δυσκαμψία και τον πόνο.</p> <p>Διευκρινίζεται στον ασθενή η σημασία της κίνησης ώστε να διατηρηθεί ο μυϊκός τόνος και η μάζα των μυών και του επεξηγούμε τις επιπλοκές από την παραμονή στο κρεβάτι.</p> <p>Κατά την φυσιοθεραπεία ήμασταν παρών</p>	<p>Απέκτησε ασφάλεια και αυτοπεποίθηση στην εκτέλεση των καθημερινών δραστηριοτήτων του.</p> <p>Προλήφθηκαν επιπλοκές.</p>
--	--	--	--	--

			στην εκτέλεση των ασκήσεων, βοηθήσαμε τον ασθενή και του εξασφαλίσαμε αίσθημα ασφάλειας.	
2.Τραυματισμός δεξιού κάτω άκρου - άλγος	<p>Να ανακουφιστεί ο ασθενής από το άλγος ή να περιοριστεί όσο αυτό είναι εφικτό.</p> <p>Πρόληψη επιπλοκών.</p>	<p>Να δοθεί η κατάλληλη ανακουφιστική και λειτουργική θέση στο σημείο που βρίσκεται το τραύμα</p> <p>Να εφαρμοστούν επισπαστικά επιθέματα προς ανακούφιση του ασθενούς από τη θερμότητα και την ερυθρότητα στην περιοχή του τραύματος.</p> <p>Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής σύμφωνα με την ιατρική οδηγία</p> <p>Φροντίδα – αλλαγή του τραύματος με τήρηση των κανόνων αντισηψίας και ασηψίας.</p> <p>Εκτίμηση και επανεκτίμηση</p>	<p>Ο ασθενής τοποθετήθηκε σε ύπτια θέση με σκοπό τη χάλαση των μυών προκειμένου να ανακουφιστεί από τον πόνο.</p> <p>Έγινε τοποθέτηση επισπαστικών επιθεμάτων για την ανακούφιση του ασθενή σύμφωνα με την ιατρική οδηγία.</p> <p>Χρησιμοποιήθηκε αποστειρωμένο υλικό και πραγματοποιήθηκε περιποίηση του τραύματος σε συνεργασία με το γιατρό.</p> <p>Οι αλλαγές γίνονται μία φορά την ημέρα, τηρήθηκαν οι όροι αντισηψίας και ασηψίας, χρησιμοποιήθηκαν αποστειρωμένες γάζες εμποτισμένες</p>	<p>Ο ασθενής νιώθει ανακούφιση από τον πόνο μετά τη θέση που του δόθηκε και τα επισπαστικά επιθέματα που τοποθετήθηκαν, μετά τη χορήγηση του φαρμάκου ανακουφίστηκε και απαλλάχτηκε πλήρως από τα συμπτώματα του πόνου.</p> <p>Οι γάζες Fucidin περιέχουν τη δραστική ουσία fusidate sodium και υπάγονται στην κατηγορία των αντιβιοτικών. Η θεραπευτική τους αποτελεσματικότητα οφείλεται αφενός στην έντονη αντιμικροβιακή τους δράση σε μικροοργανισμούς θετικών κατά gram που είναι υπεύθυνοι για την εμφάνιση δερματικών λοιμώξεων και αφ' ετέρου στην μοναδική ικανότητα αυτού του αντιβιοτικού να εισχωρεί στο</p>

		της πορείας επούλωσης.	<p>με Betadine (αντισηπτικό διάλυμα) για τον καθαρισμό του τραύματος και τοποθέτηση γαζών fucidine και κλείσιμο του τραύματος με καθαρές γάζες.</p> <p>Ο ασθενής ακολούθησε λήψη τροφής πλούσια σε βιταμίνες, λευκώματα (γαλακτοκομικά, αυτά, φρούτα).</p> <p>Χορηγήθηκαν στον ασθενή υγρά ενδοφλεβίως και το σχήμα ορών είχε ως εξής: Ringer's Lactate (L/R) 1000cc 1x2 & Sodium Chloride (N/S) 1000cc 1x1.</p>	<p>ανέπαφο δέρμα.</p> <p>Το Betadine περιέχει την δραστική ουσία povidone iodine 10% μια χημική ουσία που δρα επιφανειακά και παρουσιάζει τις αντισηπτικές ιδιότητες του ιωδίου,</p> <p>χρησιμοποιείται για την αντισηψία των τραυμάτων, μικροβιακές και δερματικές λοιμώξεις κ.α.</p>
3.Δυσκοιλότητα λόγω μειωμένης κινητικότητας	<p>Να ανακουφιστεί ο ασθενής από τη δυσκοιλιότητα</p> <p>Να αποκατασταθεί η φυσιολογική λειτουργία του εντερικού σωλήνα</p> <p>Πρόληψη</p>	<p>Χορήγηση υδρικής διαίτας (τροφές πλούσιες σε κυτταρίνη)</p> <p>Χορήγηση υγρών</p> <p>Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής σύμφωνα με την ιατρική οδηγία</p>	<p>Στον ασθενή δόθηκε η εξής κυτταρινούχος ελαφριά – υδρική διαίτα</p> <p>Το πρωί γάλα με φρυγανιές</p> <p>Το μεσημέρι ψάρι με χόρτα και πορτοκάλι</p> <p>Το βράδυ βραστό κοτόπουλο σε σούπα με λαχανικά</p>	<p>Ο ασθενής ανακουφίστηκε από τη δυσκοιλιότητα αφού αποκαταστήθηκε η λειτουργία του εντέρου</p> <p>Η κυτταρίνη και άλλοι πολυσακχαρίτες που δεν πέπτονται προσθέτουν όγκο στα κόπρανα λόγω</p>

	επιπλοκών	<p>Δραστηριοποίηση – κινητικότητα του ασθενούς στο βαθμό που είναι εφικτό</p> <p>Εφαρμογή υποκλυσμού εάν χρειαστεί και εκτίμηση αποτελέσματος</p>	<p>Ο ασθενής κατανάλωσε και άφθονα υγρά από το στόμα</p> <p>Τέθηκε υπόθετο Dulcolax sups 10mgr 1 x1 σύμφωνα με την ιατρική οδηγία</p> <p>Ο ασθενής κινητοποιήθηκε και περπάτησε εντός του νοσοκομείου</p> <p>Δε χρειάστηκε να γίνει υποκλυσμός</p>	<p>της ικανότητάς του να κάνουν δεσμούς με το νερό και βοηθούν ιδιαίτερα στη διόδο των προϊόντων που πέπτονται και των προϊόντων που αποβάλλονται μέσω των εντέρων. Με αυτό τον τρόπο βοηθούν στην πρόληψη και τη θεραπεία της δυσκοιλιότητας.</p>
4.Σύνδρομο στέρησης – επιθετικότητα	Να απαλλαγεί ο ασθενής από το άγχος και το φόβο του.	<p>Επικοινωνία – συζήτηση με τον ασθενή ώστε να κατανοήσει τη δυσκολία του προβλήματός του και την έκβαση της πάθησής του ώστε να επανέλθει ηρεμία.</p> <p>Να δοθούν απαντήσεις σε ερωτήσεις και απορίες του ασθενούς.</p> <p>Να έρθει σε επαφή με ασθενείς που έχουν την ίδια εμπειρία με τον ίδιον.</p> <p>Παροχή ψυχολογικής</p>	<p>Έγινε επικοινωνία με λεπτομερή ενημέρωση του ασθενούς για την κατάσταση του και εδόθη ψυχολογική υποστήριξη τονίζοντάς του, ότι το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό κάνει ότι είναι δυνατόν ώστε να επανέλθει στην καθημερινότητά του και να ανακτήσει τις σωματικές και ψυχικές δυνάμεις του και να ξεπεράσει την κατάστασή του.</p> <p>Χορηγήθηκε</p>	<p>Η ψυχολογική υποστήριξη του ασθενούς είχε θετικά αποτελέσματα. Επίσης, στη χαλάρωση – ηρεμία του ασθενούς συνέβαλε και η χορήγηση μεθαδόνης.</p> <p>Η μεθαδόνη καταστέλλει τα συμπτώματα από την αποστέρηση της εξαρτησιογόνου ουσίας και ταυτόχρονα μειώνουν την επιθυμία γι' αυτή.</p> <p>Τα φαρμακευτικά αυτά σκευάσματα στοχεύουν στην μείωση της</p>

		<p>υποστήριξης.</p> <p>Αναζήτηση βοήθειας από ειδικούς (ψυχολόγο – ψυχίατρο) εάν αυτό κριθεί απαραίτητο.</p> <p>Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής σύμφωνα με την ιατρική οδηγία.</p> <p>Συζήτηση με τους οικείους του προς υποστήριξη των ίδιων αλλά και του ασθενούς.</p>	<p>methadone σύμφωνα με την ιατρική οδηγία.</p> <p>Δε χρειάστηκε βοήθεια από ψυχολόγο – ψυχίατρο, διότι αφενός βοήθησε η ψυχολογική υποστήριξη από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό αφετέρου η συνομιλία του ασθενούς που είχε με άλλον ασθενή με το ίδιο πρόβλημα.</p> <p>Έγινε συζήτηση με τους οικείους του ασθενούς, με αποτέλεσμα να βοηθήσουν τον ασθενή τους.</p>	<p>αναζήτησης της εξαρτησιογόνου ουσίας από το χρήστη.</p>
--	--	--	---	--

Περιστατικό 2^ο

Η ασθενής Κ.Χ. 54 ετών εισήλθε στα Τ.Ε.Π. του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Πατρών «Παναγία η Βοήθεια» στις 15/7/2016, ύστερα από υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ.

Κατά την εισαγωγή της εμφάνιζε συμπτώματα όπως ζάλη, αποπροσανατολισμό, θολή όραση, αίσθημα υπνηλίας, κεφαλαλγία, κακή διάθεση, κόπωση, αίσθημα καύσου στο στομάχι, ναυτία, έμετος και διάρροια. Έγινε λήψη ιστορικού από τον

πλησιέστερο συγγενή και με τη βοήθεια ενός ειδικού ερωτηματολογίου, λήψη ζωτικών σημείων, φυσική εξέταση και διαγνωστικές εξετάσεις αίματος, όπου βρέθηκαν τα εξής ευρήματα:

Υψηλά επίπεδα CDT (Carbohydrate-deficient transferrin). υποδεικνύουν κατανάλωση αλκοόλ σε μεγάλο βαθμό. Υψηλά επίπεδα γ-GT (Gamma-glutamyltransferase), αυτού του ηπατικού ενζύμου παρατηρούνται στο αίμα αλκοολικών ή μετά από πρόσφατη κατανάλωση οινοπνευματωδών.

Βρέθηκαν ανεβασμένα τα επίπεδα των AST (Aspartate) και ALT (alanine aminotransaminases) που υποδεικνύουν πιθανή βλάβη στο ήπαρ. Η AST (SGOT) όταν είναι αυξημένη, είναι συνήθως κάτω από 300μονάδες / ml. Η ALT (SGPT) είναι σχεδόν σταθερά χαμηλότερη από την AST. Η αλκαλική φωσφατάση του ορού είναι γενικά αυξημένη, αλλά σπάνια περισσότερο από 3 φορές της φυσιολογικής τιμής. Η χολερυθρίνη του ορού είναι αυξημένη και όταν βρεθούν επίπεδα μεγαλύτερα από 6mg/dl.

Ύστερα από την ανάδειξη των αποτελεσμάτων των παραπάνω ενεργειών εδόθη εντολή από τον θεράποντα ιατρό για περαιτέρω έλεγχο. Έγινε υπερηχογράφημα κοιλίας , ΗΕΓ όπου εμφανίστηκαν αλλαγές στην εγκεφαλική δραστηριότητα , του αριστερού πρόσθιου φλοιού η οποία ήταν μειωμένη. Επίσης έγιναν αξονική και μαγνητική τομογραφία.

Ο ασθενής μεταφέρθηκε και νοσηλεύτηκε στην παθολογική κλινική για να δοθεί ολοκληρωμένη νοσηλευτική και ιατρική φροντίδα και να αποκατασταθεί όσο το δυνατόν πιο γρήγορα η υγεία του.

Αξιολόγηση ατόμου.	Αντικειμενικός σκοπός.	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας.	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας.	Εκτίμηση αποτελέσματος.
1. Κεφαλαλγία	Να ανακουφιστεί ο ασθενής από τον πόνο	Αξιολόγηση του επιπέδου του κάθε 3-4 ώρες πόνου Μέτρηση ζωτικών σημείων και καταγραφή στο διάγραμμα Να δοθούν οδηγίες από τον θεράποντα ιατρό για φαρμακολογικές και μη φαρμακολογικές παρεμβάσεις Να δοθεί αναπαυτική και λειτουργική θέση στον ασθενή για ανακούφιση από τον πόνο	Έγινε λήψη ζωτικών σημείων ΑΠ:160/95mm/hg ΣΦ:95/min Θ:36,8 Χορήγηση αναλγητικών φαρμάκων, σύμφωνα με την ιατρική οδηγία Ο ασθενής τοποθετήθηκε σε ύπτια θέση για ανακούφιση από τον πόνο	Εκτίμηση και συχνή παρακολούθηση των ζωτικών σημείων του ασθενή αλλά και της πορείας της θεραπείας του για τυχόν παρενέργειες μετά την χορήγηση της φαρμακευτικής αγωγής Δίνοντας ανακουφιστική θέση στον ασθενή καταφέραμε να μειώσουμε τον πόνο και την αρτηριακή πίεση σε συνδυασμό με την φαρμακευτική αγωγή
2. Διαταραχές γαστρεντερικού(ναυτία	Να σταματήσουν οι	Χορήγηση αντιεμετικών και χορήγηση	Χορηγήθηκαν τα αντιεμετικά	Πραγματοποιήθηκε ενδομυϊκή

<p>, έμετος, διάρροια)</p>	<p>διάρροια και οι έμετοι μέσα σε 24 ώρες</p> <p>Η ασθενής να είναι σε θέση να σιτίζεται κανονικά πριν την έξοδο της από το νοσοκομείο</p> <p>Η ισορροπία των υγρών θα αποκατασταθεί στις επόμενες 72 ώρες</p>	<p>αντιδιαρροϊκών φαρμάκων αφού σταματήσουν οι εμετοί, σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες</p> <p>Τοποθέτηση του ασθενή ύπτια θέση με την κεφαλή γυρισμένη στο πλάι</p> <p>Έναρξη χορήγησης ενδοφλέβιας αγωγής</p> <p>Παρακολούθηση του σημείου έγχυσης και τις ποσότητας των υγρών κάθε ώρα</p> <p>Έναρξη τεκμηρίωσης προσλαμβανόμενων-αποβαλλόμενων υγρών</p> <p>Διατήρηση της ασθενούς καθαρής και στεγνής</p> <p>Ελάττωση οσμών στο δωμάτιο ώστε να μειωθεί το αίσθημα</p>	<p>τα οποία καταστέλλουν τον έμετο και την ναυτία φάρμακα</p> <p>Με την τοποθέτηση του ασθενή σε αυτή τη θέση προλαμβάνεται πιθανή εισρόφηση</p> <p>Η ενδοφλέβια θεραπεία θα αντικατασταθεί τα υγρά και τους ηλεκτρολύτες του σώματος</p> <p>Η τεκμηρίωση των προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών δίνει στοιχεία για το ισοζύγιο υγρών</p> <p>Ελαττώθηκαν οι οσμές στο δωμάτιο προκαλούν</p>	<p>χορήγηση φαρμάκου σύμφωνα με την ιατρική οδηγία. Ο ασθενής δεν είχε εμετό την τελευταία ώρα.</p> <p>Χορηγήθηκαν ενδοφλέβια υγρά και βελτιώθηκε το ισοζύγιο υγρών και οι ηλεκτρολυτικές διαταραχές</p> <p>Η περιοχή της έγχυσης είναι καθαρή, στεγνή, χωρίς ερυθρότητα και η ροή κανονική</p> <p>Εμφάνισε δυο υδαρείς κενώσεις, παρακολούθηση η αγωγή συνεχίζεται.</p> <p>Απουσία οσμών στο δωμάτιο</p>
-----------------------------------	--	--	---	---

		<p>ναυτίας</p> <p>Όταν σταματήσουν οι έμετοι να χορηγηθούν αντιδιαρροϊκά φάρμακα με σκοπό να μειωθεί η κινητικότητα του εντέρου.</p> <p>Όταν οι ασθενής μπορεί να λάβει υγρά από το στόμα να γίνει χορήγηση διαλύματος ηλεκτρολυτών και υδαρής δίαιτας</p> <p>Φροντίδα υγιεινής του στόματος</p> <p>Παρακολούθηση τιμών ηλεκτρολυτών</p>	<p>ναυτία</p> <p>Η αγωγή θα επιβραδύνει ή θα σταματήσει τη διάρροια</p> <p>Δίνοντας μικρές ποσότητες υγρών είναι πιο εύκολο να διατηρηθούν στο στομάχι</p>	<p>Έλαβε την αγωγή, παρακολουθούμε τις εντερικές συνήθειες του ασθενή και καταγράφου με τον αριθμό των κενώσεων και για ενδεχόμενη αφυδάτωση και πιθανές ηλεκτρολυτικές διαταραχές, καταγράφου με ενδεχόμενη δυσκοιλιότητα για να διακοπή η θεραπεία σταδιακά</p> <p>Συνεχής εκτίμηση της πορείας υγείας του ασθενή μέχρι να βελτιωθεί η κατάστασή του</p> <p>Εκπαίδευση του ατόμου αλλά και της οικογένειας</p>
--	--	--	--	--

3. Διαταραχές της όρασης	Επαναφορά της όρασης όσο το δυνατόν σε φυσιολογικά επίπεδα	Αξιολόγηση της οπτικής λειτουργίας. Καταγραφή των ευρημάτων. Νευρολογική εκτίμηση από νευρολόγο. Οφθαλμολογική εκτίμηση από οφθαλμίατρο. Λήψη μέτρων για την προστασία της σωματικής ακεραιότητας της ασθενούς.	Αξιολογούμε την οπτική λειτουργία της ασθενούς. Γίνετε καταγραφή των ευρημάτων. Εξετάζεται από νευρολόγο και οφθαλμίατρο. Έναρξη χορήγησης στεροειδών φαρμάκων μετά από ιατρική οδηγία. Τοποθέτηση περιορισμών στο κρεβάτι της ασθενούς για αποφυγή πτώσεων. Συχνή παρακολούθηση της ασθενούς για βοήθεια στις μετακινήσεις της για την αποφυγή τραυματισμών.	Εκτίμηση για το εάν η κατάσταση της ασθενούς έχει βελτιωθεί μετά από την λήψη των προστατευτικών μέτρων.

Συμπεράσματα

Η άμεση παροχή φροντίδας υγείας είναι πρωταρχικός στόχος όλων των επαγγελματιών υγείας. Σίγουρα, η συνεχή εκπαίδευση του προσωπικού για την παροχή πρώτων βοηθειών και την νοσηλευτική, ψυχολογική και κοινωνική υποστήριξη είναι πολύ χρήσιμη για τα εξαρτημένα άτομα, παρόλα αυτά κρίνεται αναγκαία και η προσωπική αναζήτηση του καθενός σε διάφορες επιστημονικές πηγές, είτε είναι ελληνικές, είτε του εξωτερικού.

Δια βίου εκπαίδευση για το συγκεκριμένο θέμα πρέπει να λαμβάνουν όλες οι ειδικότητες των ιατρικών και παραϊατρικών επαγγελμάτων. Ο ρόλος του νοσηλευτή, όμως, είναι άμεσος και πολύ σημαντικός καθώς η επιβίωσή του ασθενούς κρίνεται και από τον τρόπο που ο νοσηλευτής θα ενεργήσει.

Το συγκεκριμένο θέμα είναι πολύ σοβαρό και ευαίσθητο καθότι πολλά είναι τα άτομα που κάνουν καθημερινά χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών και ο αριθμός τους όλο και αυξάνετε σε συνδυασμό και με τροχαία ατυχήματα . Για αυτό το λόγο, το προσωπικό υγειονομικής περίθαλψης χρήζει περαιτέρω εκπαίδευσης και βελτίωσης των ικανοτήτων του. Με αυτόν τον τρόπο θα υπάρξει όσο το δυνατόν μεγαλύτερη προστασία και σεβασμός στην ανθρώπινη ζωή, οικονομία από αναπηρίες και μακροχρόνιες νοσηρές καταστάσεις, κάνοντας πιο εποικοδομητικό τον χρόνο και την ποιότητα νοσηλείας στους ασθενείς που το χρειάζονται.

Βασικό εργαλείο για τον νοσηλευτή είναι η νοσηλευτική διεργασία και η εφαρμογή της στη νοσηλευτική φροντίδα. Με αυτόν τον τρόπο τονίζονται οι ανάγκες του ατόμου δίνετε έμφαση στην αξιολόγηση, τη συλλογή δεδομένων για τον καθορισμό των προβλημάτων, την παρακολούθηση των επιπλοκών και την εκτίμηση της πορείας της θεραπείας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Swalve, N., J.R. Smethells, and M.E. Carroll, Sex differences in attenuation of nicotine reinstatement after individual and combined treatments of progesterone and varenicline. *Behav Brain Res*, 2016. **308**: p. 46-52.
2. Gates, P.J., et al., Psychosocial interventions for cannabis use disorder. *Cochrane Database Syst Rev*, 2016. **5**: p. CD005336.
3. Coplan, P.M., et al., The Effect of an Abuse-Deterrent Opioid Formulation on Opioid Abuse-Related Outcomes in the Post-Marketing Setting. *Clin Pharmacol Ther*, 2016.
4. Nutt, D., et al., Development of a rational scale to assess the harm of drugs of potential misuse. *Lancet*, 2007. **369**(9566): p. 1047-53.
5. Wasson, R.G. and D.H. Ingalls, The soma of the Rig Veda: what was it? *J Am Orient Soc*, 1971. **91**: p. 169-87.
6. Bowden, K. and A.C. Drysdale, A Novel Constituent of *Amanita Muscaria*. *Tetrahedron Lett*, 1965. **12**: p. 727-8.
7. Lehoux, D., Observers, objects, and the embedded eye; or, seeing and knowing in Ptolemy and Galen. *Isis*, 2007. **98**(3): p. 447-67.
8. Harissis, H.V., A bittersweet story: the true nature of the laurel of the Oracle of Delphi. *Perspect Biol Med*, 2014. **57**(3): p. 351-60.
9. Crocq, M.A., Historical and cultural aspects of man's relationship with addictive drugs. *Dialogues Clin Neurosci*, 2007. **9**(4): p. 355-61.
10. Gorwood, P., et al., Gene-environment interactions in addictive disorders: epidemiological and methodological aspects. *C R Biol*, 2007. **330**(4): p. 329-38.
11. Skapinakis, P., et al., Prevalence and sociodemographic associations of common mental disorders in a nationally representative sample of the general population of Greece. *BMC Psychiatry*, 2013. **13**: p. 163.

12. Popoli, M., et al., The stressed synapse: the impact of stress and glucocorticoids on glutamate transmission. *Nat Rev Neurosci*, 2012. **13**(1): p. 22-37.
13. Klein, R.L., et al., Regulation of allosteric coupling and function of stably expressed gamma-aminobutyric acid (GABA)_A receptors by chronic treatment with GABA_A and benzodiazepine agonists. *J Pharmacol Exp Ther*, 1995. **274**(3): p. 1484-92.
14. Mihic, S.J., et al., Sites of alcohol and volatile anaesthetic action on GABA(A) and glycine receptors. *Nature*, 1997. **389**(6649): p. 385-9.
15. Hoffman, P.L. and B. Tabakoff, Alcohol dependence: a commentary on mechanisms. *Alcohol Alcohol*, 1996. **31**(4): p. 333-40.
16. Pomerleau, O.F., Nicotine and the central nervous system: biobehavioral effects of cigarette smoking. *Am J Med*, 1992. **93**(1A): p. 2S-7S.
17. Albuquerque, E.X., et al., Mammalian nicotinic acetylcholine receptors: from structure to function. *Physiol Rev*, 2009. **89**(1): p. 73-120.
18. Al-Hasani, R. and M.R. Bruchas, Molecular mechanisms of opioid receptor-dependent signaling and behavior. *Anesthesiology*, 2011. **115**(6): p. 1363-81.
19. Meldrum, M.L., A capsule history of pain management. *JAMA*, 2003. **290**(18): p. 2470-5.
20. Vella-Brincat, J. and A.D. Macleod, Adverse effects of opioids on the central nervous systems of palliative care patients. *J Pain Palliat Care Pharmacother*, 2007. **21**(1): p. 15-25.
21. Heinbockel, T. and Z.J. Wang, Cellular Mechanisms of Action of Drug Abuse on Olfactory Neurons. *Int J Environ Res Public Health*, 2016. **13**(1): p. ijerph13010005.
22. Prakash, A. and G. Das, Cocaine and the nervous system. *Int J Clin Pharmacol Ther Toxicol*, 1993. **31**(12): p. 575-81.
23. Pfefferbaum, A., et al., Brain CT changes in alcoholics: effects of age and alcohol consumption. *Alcohol Clin Exp Res*, 1988. **12**(1): p. 81-7.
24. Heatherton, T.F., et al., The Fagerstrom Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *Br J Addict*, 1991. **86**(9): p. 1119-27.

- 25 Miller, N.S. and M.S. Gold, The diagnosis of marijuana (cannabis) dependence. *J Subst Abuse Treat*, 1989. **6**(3): p. 183-92.
- 26 Coulter, C., et al., Quantitation of tetrahydrocannabinol in hair using immunoassay and liquid chromatography with tandem mass spectrometric detection. *Drug Test Anal*, 2009. **1**(5): p. 234-9.
- 27 Herning, R.I., W. Better, and J.L. Cadet, EEG of chronic marijuana users during abstinence: relationship to years of marijuana use, cerebral blood flow and thyroid function. *Clin Neurophysiol*, 2008. **119**(2): p. 321-31.
- 28 Taheri, M.S., et al., Brain CT-Scan Findings in Unconscious Patients after Poisoning. *Int J Biomed Sci*, 2011. **7**(1): p. 1-5.
- 29 Feinstein, B., EEG findings in heroin addicts during induction and maintenance on methadone. *Electroencephalogr Clin Neurophysiol*, 1975. **39**(1): p. 96-99.
- 30 www.klimaka.org, Διαταραχές χρήσης ουσιών. Φορέας Ανάπτυξης Ανθρώπινου και Κοινωνικού Κεφαλαίου.
- 31 Weddington, W.W., Cocaine. Diagnosis and treatment. *Psychiatr Clin North Am*, 1993. **16**(1): p. 87-95.
- 32 Moeller, K.E., K.C. Lee, and J.C. Kissack, Urine drug screening: practical guide for clinicians. *Mayo Clin Proc*, 2008. **83**(1): p. 66-76.
- 33 Rumbaugh, C.L., et al., Cerebral CT findings in drug abuse: clinical and experimental observations. *J Comput Assist Tomogr*, 1980. **4**(3): p. 330-4.
- 34 Stotts, A.L., C.L. Dodrill, and T.R. Kosten, Opioid dependence treatment: options in pharmacotherapy. *Expert Opin Pharmacother*, 2009. **10**(11): p. 1727-40.
- 35 Mooney, M.E. and M. Sofuoglu, Bupropion for the treatment of nicotine withdrawal and craving. *Expert Rev Neurother*, 2006. **6**(7): p. 965-81.
- 36 Orwat, J., et al., Substance abuse treatment utilization among adults living with HIV/AIDS and alcohol or drug problems. *J Subst Abuse Treat*, 2011. **41**(3): p. 233-42.

37. Kampman, K.M., What's new in the treatment of cocaine addiction? *Curr Psychiatry Rep*, 2010. **12**(5): p. 441-7.
38. Spellicy, C.J., et al., ANKK1 and DRD2 pharmacogenetics of disulfiram treatment for cocaine abuse. *Pharmacogenet Genomics*, 2013. **23**(7): p. 333-40.
39. Kosten, T.R. and C.B. Domingo, Can you vaccinate against substance abuse? *Expert Opin Biol Ther*, 2013. **13**(8): p. 1093-7.
40. Calsyn, D.A. and A.J. Saxon, An innovative approach to reducing cannabis use in a subset of methadone maintenance clients. *Drug Alcohol Depend*, 1999. **53**(2): p. 167-9.
41. in *Substance Abuse Treatment: Group Therapy*. 2005: Rockville (MD).
42. Simpson, D.D., et al., Drug abuse treatment process components that improve retention. *J Subst Abuse Treat*, 1997. **14**(6): p. 565-72.
43. www.okana.org.
44. www.ektepn.org, w.o.o.w.e.o. (2011) Εγχειρίδιο για την πρόληψη της ουσιοεξάρτησης.
45. Κατερίνα, Μ., Κοινωνικός αποκλεισμός και τοξικομανία.