

ΤΕΙ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

Σχολή ΣΕΥΠ

Τμήμα Νοσηλευτικής

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«Εξαρτησιογόνες ουσίες ένα σύγχρονο βιοψυχοκοινωνικό πρόβλημα, ο ρόλος του νοσηλευτή σε μια μονάδα απεξάρτησης».



Φοιτήτρια: Βlloku Anxhela

Επιβλέπων καθηγητής: κ. Μαρνέρας Χρήστος

ΠΑΤΡΑ 2015

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ.....	σελ.2
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	σελ.9
SUMMARY (ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΣΤΑ ΑΓΓΛΙΚΑ).....	σελ.10
ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	σελ.11
ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ – ΑΦΙΕΡΩΜΑ.....	σελ.12
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	σελ. 13

ΜΕΡΟΣ 1^ο

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο: ΕΘΙΣΜΟΣ

1.1.	Τι είναι εθισμός.....	σελ.14
1.2.	Ορισμός εξαρτησιογόνων ουσιών.....	σελ.15
1.3.	Θεραπεία εθισμού.....	σελ.16
1.4.	Ο ρόλος του νοσηλευτή στην θεραπεία του εθισμού.....	σελ.17

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο: ΑΙΤΙΟΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ ΤΗΣ ΟΥΣΙΟΕΞΑΡΤΗΣΗΣ

2.1.	Γενικότητες.....	σελ.19
2.2.	Ατομικοί παράγοντες.....	σελ.19
2.2.1.	Γενετικοί παράγοντες.....	σελ.19
2.2.2.	Μαθησιακοί παράγοντες.....	σελ.19
2.3.	Περιβαλλοντικοί παράγοντες.....	σελ.20
2.3.1.	Οικογένεια.....	σελ.20
2.3.2.	Ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον - συναναστροφές.....	σελ.20
2.3.3.	Κοινωνικοπολιτισμικές επιδράσεις.....	σελ.20

2.4. Θεωρίες σχετικές με την ανάπτυξη εξαρτημένης συμπεριφοράς..... σελ.21

2.5. Εφηβεία και εξάρτηση..... σελ.21

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο: ΝΟΜΙΜΕΣ ΕΞΑΡΤΗΣΙΟΓΟΝΕΣ ΟΥΣΙΕΣ

- 3.1. Κάπνισμα..... σελ.23
- 3.1.1. Ιστορία του καπνού..... σελ.23
 - 3.1.2. Κάπνισμα και δημογραφικά χαρακτηριστικά στην Ελλάδα..... σελ.23
 - 3.1.3. Οι κυριότερες βλαπτικές ουσίες και η φαρμακολογική τους δράση..... σελ.23
 - 3.1.4. Φαρμακοκινητική και μεταβολισμός της νικοτίνης..... σελ.24
 - 3.1.5. Τοξικότητα από νικοτίνη..... σελ.24
 - 3.1.6. Χαρακτηριστικά της εξάρτησης..... σελ.25
 - 3.1.7. Αντιμετώπιση της εξάρτησης..... σελ.26
- 3.2. Αλκοόλ..... σελ.26
- 3.2.1. Ιστορία της αιθυλικής αλκοόλης..... σελ.26
 - 3.2.2. Χρήση οινοπνευματωδών ποτών και δημογραφικά χαρακτηριστικά στην Ελλάδα..... σελ.26
 - 3.2.3. Φαρμακοκινητική..... σελ.27
 - 3.2.4. Παράγοντες που επηρεάζουν την ταχύτητα εμφάνιση των φαρμακολογικών ενεργειών του αλκοόλ..... σελ.27
 - 3.2.5. Φάσεις εξέλιξης του αλκοολισμού..... σελ.28
 - 3.2.6. Στοιχεία και κριτήρια εξάρτησης από το οινόπνευμα..... σελ.28
 - 3.2.7. Επακόλουθα του αλκοολισμού..... σελ.29
- 3.3. Καφεΐνη..... σελ.29
- 3.3.1. Ιστορία και προέλευση της καφεΐνης..... σελ.29
 - 3.3.2. Η επίδραση της καφεΐνης στο ανθρώπινο σώμα. σελ.30
 - 3.3.3. Καφεΐνη και εξάρτηση..... σελ.31
 - 3.3.4. Τρόποι απεξάρτησης από την καφεΐνη..... σελ.31

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο: ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ ΑΝΑΛΓΗΤΙΚΑ ΦΑΡΜΑΚΑ

4.1. Οπιοειδή.....	σελ.32
4.1.1. Ποια είναι τα οπιοειδή.....	σελ.32
4.1.2. Φαρμακοκινητική.....	σελ.33
4.1.3. Οδοί χορήγησης οπιοειδών αναλγητικών.....	σελ.33
4.1.4. Συχνά παρατηρούμενες ανεπιθύμητες ενέργειες οπιοειδών.....	σελ. 34
4.1.5. Ανάπτυξη ανοχής.....	σελ.34
4.1.6. Χαρακτηριστικά της εξάρτησης.....	σελ.35
4.1.7. Επιπτώσεις χρόνιας χρήσης οπιοειδών.....	σελ.35
4.1.8. Διάγνωση της χρήσης οπιοειδών.....	σελ.35
4.1.9. Παθολογικού τύπου καταστάσεις συνδεόμενες με την κατάχρηση οπιοειδών ουσιών.....	σελ.36
4.2. Μορφίνη.....	σελ.36
4.2.1. Τι είναι η μορφίνη.....	σελ.36
4.2.2. Φαρμακοκινητική.....	σελ.36
4.2.3. Δράσεις.....	σελ.37
4.2.4. Θεραπευτικές χρήσεις.....	σελ.38
4.2.5. Τοξικότητα.....	σελ.38
4.2.6. Στερητικό σύνδρομο.....	σελ.39
4.3. Ηρωίνη.....	σελ.39
4.3.1. Φαρμακολογικές ιδιότητες.....	σελ.40
4.3.2. Τοξικότητα.....	σελ.40
4.3.3. Θεραπεία οξείας δηλητηρίασης με ηρωίνη.....	σελ.40
4.3.4. Ανοχή- εξάρτηση.....	σελ.40
4.3.5. Σύνδρομο στέρησης.....	σελ.41
4.4. Μεθαδόνη.....	σελ.41
4.4.1. Φαρμακολογικές ιδιότητες.....	σελ.41
4.4.2. Η μεθαδόνη ως θεραπεία υποκατάστασης για το σύνδρομο στέρησης.....	σελ.42
4.5. Βουπρενορφίνη.....	σελ.43
4.5.1. Φαρμακολογικές ιδιότητες.....	σελ.43
4.5.2. Ανεπιθύμητες ενέργειες.....	σελ.43
4.5.3. Η βουπρενορφίνη ως θεραπεία αποτοξίνωσης από τα οπιούχα.....	σελ. 43
4.6. Οξυμορφώνη.....	σελ.44

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο: ΚΑΝΝΑΒΙΝΟΕΙΔΗ

5.1.	Κανναβινοειδή.....	σελ.45
5.1.1.	Δράσεις	σελ.45
5.1.2.	Κατάχρηση- εξάρτηση	σελ.45
5.1.3.	Ψυχολογικές διαταραχές	σελ.46
5.1.4.	Τοξικότητα	σελ.47

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο: ΟΥΣΙΕΣ ΔΡΩΣΕΣ ΣΤΟ ΚΝΣ

6.1.	Κατασταλτικά ΚΝΣ.....	σελ.48
6.1.1.	Βαρβιτουρικά	σελ.48
6.1.2.	Βενζοδιαζεπίνες	σελ.49
6.1.3.	Βουσπιρόνη	σελ.49
6.1.4.	Εισπνεόμενα- Πτητικά	σελ.50
6.2.	Ψυχοδιεγερτικά φάρμακα.....	σελ.51
6.2.1.	Κοκαΐνη	σελ.51
6.2.1.1.	Μέθοδοι λήψης.....	σελ.51
6.2.1.2.	Φαρμακοκινητική.....	σελ.51
6.2.1.3.	Μηχανισμός δράσης- κοκαϊνική μέθη.....	σελ.52
6.2.1.4.	Δράσεις.....	σελ.52
6.2.1.5.	Τοξικότητα.....	σελ.53
6.2.1.6.	Χαρακτηριστικά της εξάρτησης.....	σελ.54
6.2.1.7.	Θεραπεία απεξάρτησης.....	σελ.54
6.2.2.	Μια νέα μορφή ναρκωτικού το «κράκ»	σελ.55
6.2.2.1.	Τι είναι.....	σελ.55
6.2.2.2.	Φαρμακολογικές ιδιότητες- μηχανισμός δράσης.....	σελ.55
6.2.2.3.	Τοξικότητα.....	σελ.56
6.2.2.4.	Εξάρτηση.....	σελ.56

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο: ΨΕΥΔΑΙΣΘΗΣΙΟΓΟΝΑ ΦΑΡΜΑΚΑ

7.1.	Ινδιόλες.....	σελ.57
7.1.1.	Διαιθυλαμίδιο του λυσεργικού οξέως(L.S.D.)	σελ.57
7.1.1.1.	Φαρμακοκινητική.....	σελ.57
7.1.1.2.	Δράσεις.....	σελ.57
7.1.1.3.	Τοξικότητα.....	σελ.58
7.1.1.4.	Ανοχή- εξάρτηση.....	σελ.59

7.2.	Φαινυλαιθυλαμίνες.....	σελ.59
7.2.1.	Μεσκαλίνη (Peyote)	σελ.59
7.2.1.1.	Τι είναι.....	σελ.59
7.2.1.2.	Φαρμακοκινητική.....	σελ.60
7.2.1.3.	Τοξικότητα.....	σελ.60
7.3.	Παράγωγα της αμφεταμίνης.....	σελ.60
7.3.1.	MDMA – « Έκσταση »	σελ.60
7.3.1.1.	Τι είναι.....	σελ.60
7.3.1.2.	Δράσεις- Τοξικότητα.....	σελ.61
7.4.	Αντιχολερικά αλκαλοειδή του προπανίου.....	σελ.62
7.4.1.	Ατροπίνη – Σκοπολαμίνη	σελ.62
7.4.1.1.	Φαρμακολογικές ιδιότητες.....	σελ.62
7.4.1.2.	Δηλητηρίαση από ατροπίνη.....	σελ.62
7.5.	Κυκλοεξυλαμίνες.....	σελ.63
7.5.1.	« PCP » Φαινσυκλιδίνη – Κεταμίνη	σελ.63
7.5.1.1.	Τι είναι- τρόπος λήψης.....	σελ.63
7.5.1.2.	Δράσεις.....	σελ.64
7.5.1.3.	Τοξικότητα.....	σελ.64

ΜΕΡΟΣ 2ο

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8^ο: Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΧΡΗΣΗΣ ΕΘΙΣΤΙΚΩΝ ΟΥΣΙΩΝ

8.1.	Πρωτοβάθμια Πρόληψη.....	σελ.66
8.2.	Δευτεροβάθμια Πρόληψη.....	σελ.71
8.2.1.	Ο ρόλος του κοινοτικού νοσηλευτή ψυχικής υγείας στη Δευτεροβάθμια Πρόληψη	σελ.71
8.2.2.	Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις στην ανεξαρτητοποίηση των εθισμένων από κάποια ουσία	σελ.72
8.2.3.	Οι θεραπευτικές κοινότητες στην δευτεροβάθμια πρόληψη	σελ.73
8.3.	Τριτοβάθμια πρόληψη.....	σελ.75

- 8.3.1. Ο ρόλος του κοινοτικού νοσηλευτή ψυχικής υγείας στην Τριτοβάθμια πρόληψη..... σελ.75
- 8.3.2. Τα θεραπευτικά προγράμματα για απεξάρτηση από εθιστικές ουσίες..... σελ.75
- 8.3.3. Κέντρα Ημέρας..... σελ.77
- 8.3.4. Μονάδα Εργασιακής Αποκατάστασης(Μ.Ε.Ρ.Α)..... σελ.78
- 8.3.5. Μονάδα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης Ψυχιατρικών Ασθενών..... σελ.79

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9^ο: ΚΕΝΤΡΑ ΑΠΕΞΑΡΤΗΣΗΣ ΕΞΑΡΤΗΣΙΟΓΟΝΩΝ ΟΥΣΙΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

- 9.1. ΟΚΑΝΑ..... σελ.81
 - 9.1.1. Τι είναι ο ΟΚΑΝΑ..... σελ.81
 - 9.1.2. Υπηρεσίες..... σελ.82
- 9.2. ΜΑΖΙ..... σελ.83
 - 9.2.1. Τι είναι το ΜΑΖΙ..... σελ.83
 - 9.2.2. Στόχοι του σωματείου..... σελ.83
- 9.3. ΚΕΘΕΑ..... σελ.84
 - 9.3.1. Τι είναι το ΚΕΘΕΑ..... σελ.84
 - 9.3.2. Θεραπευτικά προγράμματα..... σελ.85

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10^ο: Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΩΣ ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

- 10.1. Ο ρόλος του νοσηλευτή ως συντονιστή στην αντιμετώπιση περίπτωσης..... σελ.87

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11^ο: Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΑ ΚΕΝΤΡΑ ΑΠΕΞΑΡΤΗΣΗΣ ΚΑΙ Η «ΑΝΑΡΡΩΣΗ 12 ΒΗΜΑΤΩΝ»

- 11.1. Μέθοδος « Ανάρρωση 12 βημάτων»..... σελ.89
- 11.2. Σχέδιο Νοσηλευτικής Φροντίδας..... σελ.90
 - 10.2.1 Ο ρόλος του νοσηλευτή..... σελ.90
 - 10.2.2 Στάδια Σχεδίου Νοσηλευτικής Φροντίδας..... σελ.91

ΜΕΡΟΣ 3ο

ΣΚΟΠΟΣ.....	σελ. 94
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	σελ. 95
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	σελ.96
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	σελ.98

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα εργασία αναφέρεται στις ουσιοεξαρτήσεις και στο ρόλο του νοσηλευτή στην καταπολέμησή τους. Η ουσιοεξάρτηση, είναι μια πολύπλοκη οντότητα που επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό τον ψυχισμό του ατόμου και τις σωματικές του λειτουργίες. Το εθισμένο άτομο, καταπονείται ψυχικά και σωματικά κατά τη διάρκεια της χρήσης, απομονώνεται από τον κοινωνικό του περίγυρο και βυθίζεται σε έναν κυκεώνα κατάθλιψης και υπέρμετρης ευφορίας χωρίς να μπορεί να ξεφύγει.

Υπάρχουν πλήθος παραγόντων που επηρεάζουν την τάση του ατόμου για εθισμό σε εξαρτησιογόνες ουσίες. Παράγοντες ατομικοί και περιβαλλοντικοί που διαμορφώνουν την προσωπικότητα του ατόμου το καθιστούν περισσότερο ή λιγότερο επιρρεπές στην ουσιοεξάρτηση. Συχνά, ο συνδυασμός αυτών των παραγόντων οδηγούν στο φαινόμενο του εθισμού.

Το άτομο μπορεί να εθιστεί σε μια ποικιλία από εξαρτησιογόνες ουσίες, νόμιμες ή μη. Συχνά, υποτιμά τις τοξικές επιδράσεις των νόμιμων εξαρτησιογόνων ουσιών θεωρώντας τις «απολαύσεις της ζωής» ή κάνοντας κατάχρηση χορηγηθείσας φαρμακευτικής αγωγής. Σχετικά με τις παράνομες εξαρτησιογόνες ουσίες, ο χρήστης έχει πλήρη επίγνωση των ανεπιθύμητων επιδράσεών τους, όμως δεν μπορεί να αντισταθεί στις ευφορικές επιδράσεις των ουσιών.

Σ' αυτό το μείζον πρόβλημα, σημαντικός είναι ο ρόλος του νοσηλευτή και των κέντρων απεξάρτησης. Ο νοσηλευτής είναι ο σύμβουλος, ο «φίλος» που θα συμπαρασταθεί στο χρήστη και θα τον καθοδηγήσει να ξεφύγει από τη «φυλακή» των ναρκωτικών και να μην «ξαναπέσει στην παγίδα». Θα αποδεχτεί το εξαρτημένο άτομο και θα διαθέσει προσωπικό και επαγγελματικό χρόνο για την ανάρρωσή του. Οι νοσηλευτικές δράσεις μπορούν να ασκηθούν είτε στο νοσοκομείο, είτε στα εξειδικευμένα κέντρα απεξάρτησης, τα οποία δραστηριοποιούνται εξαιρετικά ενεργά τα τελευταία χρόνια στη χώρα μας.

SUMMARY (ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΣΤΑ ΑΓΓΛΙΚΑ)

This paper, refers to drug addiction and the nursing role in detoxication. Drug addiction is a complex entity that greatly affects one's psyche and body. The addict suffers both bodily and psychologically during drug abuse, desolates from his beloved ones and drowns into a circle of rise and fall without any chance to escape.

There are many factors that affect one's tendency to addiction. Personal and environmental factors that formulate one's personality make them more or less susceptible to drug addiction. It's not rare the combination of personal and environmental factors to lead to drug addiction.

One can be addicted to a variety of addictive substances, legal or illegal. Sometimes, people underestimate the toxic effects of legal addiction, referring to it as "guilty pleasures". Other times, people tend to abuse medicine prescribed to them for other causes. As for illegal addictive substances, the addict has full awareness of their toxic effects, but can't resist their euphoric effects.

In that major problem, nurses and detox centers are of a great significance. Nurse is the counselor, the "friend" that will stand by the addict and lead him away from the "prison" of drugs and the "trap". The nurse will accept the addict and will spend personal and professional time for his recovery. Nursing practice can be performed either in a hospital, or in specialised detox centers, which are extremely active currently in our country.

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η εργασία αυτή αποτελεί την κορύφωση των σπουδών μου στο ΤΕΙ Πάτρας στο τμήμα Νοσηλευτικής και αποτελεί εργασία καταγραφής που περιγράφει αναλυτικά τις εξαρτησιογόνες ουσίες και το ρόλο του νοσηλευτή σε μια μονάδα απεξάρτησης και όχι μόνο.

Η εργασία αυτή χωρίζεται σε 3 μέρη. Το 1^ο μέρος αποτελείται από τις εξαρτησιογόνες ουσίες και τις δράσεις τους, ενώ το 2^ο μέρος αναφέρεται στο ρόλο του νοσηλευτή στη θεραπεία του εθισμού, στην Πρωτοβάθμια, Δευτεροβάθμια και Τριτοβάθμια πρόληψη και στα κέντρα αποκατάστασης. Το 3^ο μέρος περιλαμβάνει την περίληψη της εργασίας, τον σκοπό της και βιβλιογραφική ανασκόπηση και ένα παράρτημα σχετικό με την ουσιοεξάρτηση.

Ο λόγος που επέλεξα το συγκεκριμένο θέμα είναι για να αναλύσουμε αυτό το σπουδαίο βιοψυχοκοινωνικό πρόβλημα το οποίο ολοένα και αυξάνεται στις μέρες μας και να τονίσουμε και να το ρόλο του νοσηλευτή σε αυτή την ομάδα ατόμων.

Σε μακροπρόθεσμο ωστόσο επίπεδο, θεωρώ πως είναι ένα θέμα το οποίο πρέπει να αφορά τη κοινωνική πολιτική κάθε χώρας η οποία είναι καλό να οργανώνει και να σχεδιάζει τη πολιτική της γύρω από τέτοια θέματα.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ- ΑΦΙΕΡΩΜΑ

Αισθάνομαι την ανάγκη να επισημάνω την απέραντη ευγνωμοσύνη μου στην οικογένεια μου για όλα όσα μου έχουν προσφέρει στη διάρκεια των φοιτητικών μου χρόνων και την αμέριστη υποστήριξη τους σε κάθε μου επιλογή.

Ιδιαίτερες ευχαριστίες εκφράζω σε όλους τους καθηγητές μου, για τον σημαντικό χρόνο που μου αφιέρωσαν και τις πολύτιμες γνώσεις και πληροφορίες που μου μετέδωσαν καθ' όλη τη διάρκεια των σπουδών μου.

Τέλος, σε αυτό το σημείο θα ήθελα να ευχαριστήσω για ακόμη μια φορά τον επιβλέποντα καθηγητή μου κύριο Χ. Μαρνέρα για την αφιέρωση πολύτιμου χρόνου ώστε να προχωρήσει και να ολοκληρωθεί η εργασία αυτή.

Η Εργασία αυτή είναι αφιερωμένη στην αγαπημένη μου μητέρα που είναι δίπλα μου σε όλα!!

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι εξαρτησιογόνες ουσίες ένα σύγχρονο βιοψυχοκοινωνικό πρόβλημα των σύγχρονων ανθρώπινων κοινωνιών. Η χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών εμφανίζεται πρώιμα στην ιστορία των ανθρώπινων κοινωνιών. Ωστόσο η παρουσία και η λειτουργία τους διαφοροποιούνται μεταξύ των κοινωνιών και των ιστορικών περιόδων και καλύπτουν διαφορετικές σε κάθε περίπτωση κοινωνίες και πολιτιστικές συνθήκες και κατ' επέκταση διαφορετικές ατομικές ανάγκες.

Σήμερα, η χρήση, η κατάχρηση και η εξάρτηση από αυτές έχει πάρει μεγάλες διαστάσεις και αποτελεί φαινόμενο επιβαρυντικό και καταστροφικό, τόσο για τις κοινωνίες, όσο και για τα μέλη τους.

Ως εξάρτηση ορίζεται η συνεχής ανάγκη για χρήση ψυχοδραστικών ουσιών, που γίνονται με στόχο την αλλαγή της διάθεσης, παρά την ύπαρξη σημαντικών προβλημάτων που σχετίζονται με τη λήψη τους. Η εξάρτηση από ουσίες συνοδεύεται από ένα σύνολο συμπτωμάτων (διάθεσης συμπεριφοράς κ.λπ.) που οδηγούν σε δυσπροσαρμοστικές συμπεριφορές.

Η εξάρτηση μπορεί να είναι σωματική ή ψυχολογική. Επίσης διαφοροποιείται από τη χρήση και τη κατάχρηση παρά το ότι σε κάποιες περιπτώσεις μπορεί να συμπίπτουν.

Εξαρτησιογόνες ουσίες είναι κάθε φυσική ή χημική ουσία, η οποία μεταβάλλει τον τρόπο λειτουργίας του ανθρώπινου σώματος που επιδρά στο Κ.Ν.Σ και χρησιμοποιείται για να αλλάξει την διάθεση. Η επίδραση στο Κ.Ν.Σ φέρνει αλλαγές στη συμπεριφορά, στη συναισθηματική του κατάσταση, στην αντίληψη και τη σκέψη του σώματος.

Οι εξαρτησιογόνες ουσίες μπορεί να είναι ουσίες νόμιμες (καπνός, οινόπνευμα, ποτά κ.α.) ή παράνομες (χασις, ηρωίνη κ.α.).

Στην εργασία αυτή εξετάζονται πολλές κατηγορίες ουσιών όπως πολλές κατηγορίες φαρμάκων, όπως είναι τα ναρκωτικά αναλγητικά, η κοκαΐνη, τα φάρμακα που ασκούν κατασταλτική επίδραση στο Κ.Ν.Σ, τα φάρμακα που ασκούν διεγερτική επίδραση στο Κ.Ν.Σ, τα παραισθησιογόνα ή ψευδαισθησιογόνα φάρμακα και τέλος το αλκοόλ όπου η χρήση του προκαλεί ποικίλες ενέργειες στο Κ.Ν.Σ και με την επαναληπτική χρήση τους εθισμό.

Έχει γίνει επίσης μια προσπάθεια συλλογής όλων των μέτρων αποθεραπείας και κοινωνικής επανένταξης που υλοποιούνται με πρωτοβουλία και ευθύνη της πολιτείας για να αντιμετωπιστούν στοιχειωδώς οι θεραπευτικές αναγκαιότητες που θέτει η τοξικομανία.

Τέλος δίνονται επίσης σύντομες πληροφορίες για τα προγράμματα που λειτουργούν στην χώρα μας και που έχουν σκοπό την πρόληψη, τη θεραπεία και την αποκατάσταση των εξαρτησιογόνων ατόμων. Μαζί μ' αυτό το κομμάτι καταγράφεται και ο ρόλος του νοσηλευτή σ' αυτά τα προγράμματα που λειτουργούν στην χώρα μας. Ποιος είναι ο ρόλος του νοσηλευτή σε πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια πρόληψη.

Η εργασία έγινε με τη χρήση βιβλιογραφικών αναφορών, στατιστικών και συμπεράσματα ερευνών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο: ΕΘΙΣΜΟΣ

1.1. Τι είναι ο εθισμός

Ο εθισμός αποτελεί μια πολύπλοκη ασθένεια. Αφορά τόσο το σώμα όσο και το μυαλό. Ο εθισμός έχει παρερμηνευτεί πολύ από εμάς που είμαστε στο τομέα της υγείας, καθώς και από τους ασθενείς αλλά και την κοινωνία στο σύνολο τους.

Υπάρχουν πολλοί μύθοι και εσφαλμένες αντιλήψεις σχετικά με τον εθισμό οι οποίες προκαλούν φόβο και άγχος σε μεγάλο βαθμό, κάτι που εν μέρει δικαιολογείται κατά κύριο λόγο όμως όχι. Ο εθισμός ορίζεται διαφορετικά από πολλούς διαφορετικούς ιατρούς θρησκευτικούς και κοινωνικούς οργανισμούς που προσπαθούν να δώσουν έναν ορισμό.

Ένα από τα σημαντικότερα χαρακτηριστικά το οποίο γνωρίζουμε ξεκάθαρα ότι προσδιορίζει τον εθισμό είναι το γεγονός ότι αποτελεί ένα βιολογικό, ψυχολογικό και κοινωνικό φαινόμενο. Αυτό που σημαίνει το φαινόμενο αυτό είναι ότι ο εθισμός αφορά το σώμα, το μυαλό, το περιβάλλον κάποιου, τη γενετική του συγκρότηση και την κοινωνική κατάσταση του άτομου. Όταν οι γιατροί ορίζουν τον εθισμό σε κάποιο φάρμακο, αυτό σημαίνει ότι ο ασθενείς χρησιμοποιεί κάποιο φάρμακο αναγκαστικά. Αυτή η αναγκαστική χρήση του φαρμάκου προκαλεί δυσλειτουργία στη ζωή του ασθενούς και ο ασθενείς επιλέγει να συνεχίσει στην αναγκαστική χρήση του φαρμάκου, παρά τη δυσλειτουργία αυτή. Η συνεχιζόμενη λήψη της ουσίας στην οποία εθίζεται κανείς, «ξεφεύγει από τον έλεγχο» του ατόμου και προκαλεί βλάβες. Αυτό είναι το αντίθετο από αυτό που προσπαθούν να πετύχουν οι γιατροί για τη θεραπεία του χρόνιου πόνου με φάρμακα τα οποία μπορεί να είναι «εθιστικά». Με αυτό εννοούμε ότι όταν προσπαθούμε να θεραπεύσουμε κάποιον με το χρόνιο πόνο, με ένα οπιοειδές φάρμακο όπως η μορφίνη ή κάποιο παράγωγο της μορφίνης, προσπαθούμε να βελτιώσουμε τη λειτουργία του ασθενούς συνέπεια της χορήγησης του φαρμάκου.

Ο πόνος είναι πάντα υποκειμενικός γι' αυτό εμείς αναζητούμε έναν αντικειμενικό δείκτη βελτίωσης όταν χορηγούμε συνταγή για οποιοδήποτε φάρμακο. Αυτός ο δείκτης ή ορόσημο, αποτελεί συνήθως έναν τρόπο μέτρησης της αυξημένης ποιότητας ζωής για τον ασθενή, η οποία συνήθως θεωρείτε ως αυξημένη λειτουργία. Όταν κάποιος ασθενής δεν μπορεί να φέρει σε πέρας τις βασικές δραστηριότητες της καθημερινής του ζωής επειδή υποφέρει από τους πόνους και έτσι αρχίζει να λαμβάνει κάποιο φάρμακο το οποίο του επιτρέπει να φέρει σε πέρας τις δραστηριότητες αυτές και τότε το φάρμακο θεωρείτε επιτυχημένο. Γι' αυτό ο δείκτης για τον προορισμό του κατά πόσο ένα φάρμακο είναι όντως αποτελεσματικό υπολογίζεται με βάση το εάν οι ασθενείς καταφέρνουν να βελτιώσουν τις δραστηριότητες τους και την ποιότητα ζωής. Υπάρχουν πράγματα τα οποία ο γιατρός και ο νοσηλευτής μπορεί να υπολογίσει και να αξιολογήσει αντικείμενα, προκειμένου να προσδιορίσει το κατά πόσον το φάρμακο είναι αποτελεσματικό. Όταν κάποιος είναι εθισμένος σε κάποιο, συνήθως δεν βελτιώνει η απόδοση του, ενώ συχνά μειώνεται κιόλας.

Επικρατεί επίσης μεγάλη σύγχυση όσον αφορά τους όρους οι οποίοι σχετίζονται με τον εθισμό, Σε πολλούς ιατρικούς κύκλους οι όροι αυτοί τους οποίους συγχέουμε, δεν συνδέονται ουσιαστικά με το πραγματικό φαινόμενο του εθισμού. Ένα τέτοιο χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί ο όρος «σωματική εξάρτηση». Σωματική εξάρτηση σημαίνει ότι το σώμα κάποιου είναι εξαρτημένο από κάποια ουσία. Εάν η ουσία αυτή

αφαιρεθεί, τότε θα υπάρξει η αντίδραση του ονομάζετε «στέρηση». Ορισμένες φορές η στέρηση μπορεί να αποβεί επικίνδυνη για τη ζωή του ασθενή.

Υπάρχουν πολλά φάρμακα τα οποία μπορούν να προκαλέσουν σωματική εξάρτηση. Η σωματική εξάρτηση αποτελεί μια εγγενής φαρμακολογική ιδιότητα του φαρμάκου και πολλά από τα φάρμακα προκαλούν σωματική εξάρτηση αλλά δεν είναι εθιστικά. Ένα καλό παράδειγμα αποτελεί η κλονιδίνη, ένα φάρμακο για την αντιμετώπιση της υψηλής πίεσης. Εάν η χορήγηση της κλονιδίνης διακοπεί απότομα μπορεί να προκληθεί στερητικό σύνδρομο που να θέσει σε κίνδυνο τη ζωή του ασθενούς. Αυτό που προκαλεί εντύπωση είναι το γεγονός ότι φάρμακα όπως η μορφίνη ή άλλα απιοειδή φάρμακα, τα οποία επίσης μπορούν να προκαλέσουν σωματική εξάρτηση συνήθως δεν προκαλούν επικίνδυνο για τη ζωή του ασθενούς στερητικό σύνδρομο. Μια γνώστη ουσία η οποία συχνά προκαλεί σωματική εξάρτηση είναι η καφεΐνη. Το στερητικό σύνδρομο αυτής της ουσίας εκδηλώνεται συνήθως με τη μορφή πονοκεφάλου και μπορεί να προκύψει στην περίπτωση που κάποιος ο οποίος έχει συνηθίσει στην κατανάλωση καφέ ξαφνικά την διακόψει. Άλλος ένας συνήθης όρος ο οποίος συνδέεται με τον εθισμό αλλά στην πραγματικότητα σχετίζεται περισσότερο με τις φαρμακολογικές ιδιότητες του φαρμάκου είναι η ανθεκτικότητα. Ανθεκτικότητα σημαίνει ότι ένα φάρμακο εξασθενεί στο σώμα του ασθενούς με το πέρασμα του χρόνου. Με άλλα λόγια, η ίδια ποσότητα του φαρμάκου στο πέρασμα του χρόνου φαίνεται να παρέχει ολοένα και λιγότερα αποτελέσματα. Και γι' αυτό το στοιχείο αποτελεί μια φαρμακολογική ιδιότητα του φαρμάκου και παρουσιάζεται σε πολλά φάρμακα, ενώ δεν οδηγεί απαραίτητο εθισμό. Δυστυχώς πολλοί ασθενείς ανησυχούν πολύ για τον εθισμό όταν είναι πιθανό να συμβούν ή συμβαίνουν φαινόμενα όπως η σωματική εξάρτηση ή η ανθεκτικότητα.

Γνωρίζουμε ότι πολλά από τα φάρμακα που χορηγούν οι γιατροί μπορούν να προκαλέσουν εθισμό. Σε αυτήν την περίπτωση θα πρέπει οι γιατροί να δώσουν ιδιαίτερη προσοχή στα σημάδια του εθισμού και αν αυτά παρουσιαστούν να μειώσουν σταδιακά τη χορήγηση του φαρμάκου. Αυτό δεν διαφέρει από οποιαδήποτε άλλη παρενέργεια φαρμάκου. Π.χ., όταν χορηγείται κάποιο αντιβιοτικό, υφίσταται πάντα ο κίνδυνος κάποιας αλλεργικής αντίδρασης και σε περίπτωση που συμβεί κάτι τέτοιο, ο γιατρός διακόπτει απλώς τη χορήγηση του φαρμάκου.

Στην περίπτωση χρήση φαρμάκων τα οποία προκαλούν εθισμό, για την αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου, το προσωπικό της Μονάδας έχει το πλεονέκτημα ότι γνωρίζει πως τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα του εθισμού είναι αντίθετα από τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα της αποτελεσματικότητας αντιμετώπισης του χρόνιου πόνου. Το κλειδί για την επιτύχει αντιμετώπιση του πόνου με σκοπό να βελτιωθούν οι λειτουργίες και η ποιότητα ζωή του ασθενούς. [24]

1.2. Ορισμός εξαρτησιογόνων ουσιών

Οι εξαρτησιογόνες ουσίες είναι χημικές ή φυσικές ουσίες που προκαλούν εθισμό, μια κατάσταση δηλαδή, όπου ο χρήστης διακατέχεται από μια μη ελεγχόμενη επιθυμία χρησιμοποίησής των ουσιών αυτών που οδηγεί σε μια ψυχική και σωματική κατάπτωση και συνοδεύεται από πολύπλοκα συμπτώματα δυσφορίας πόνου και εξαθλίωσης.

Στις εξαρτησιογόνες ουσίες, συγκαταλέγονται το αλκοόλ, η νικοτίνη, η καφεΐνη, η χασίς, το όπιο, η μορφίνη, η ηρωίνη, οι αμφεταμίνες, το LSD, οι βενζοδιαζεπίνες, τα βαρβιτουρικά κ.α. [25]

1.3. Θεραπεία εθισμού

Ο εθισμός είναι πάθηση που μπορεί να θεραπευτεί. Οι ασθενείς είναι δυνατόν να λάβουν θεραπεία η οποία να είναι προσαρμοσμένη στις δικές τους ιδιαίτερες ανάγκες. Η θεραπευτική αγωγή, τους επιτρέπει να αντιμετωπίσουν το πρόβλημα τους και να μπορούν να έχουν μια κανονική και παραγωγική ζωή.

Όπως οι ασθενείς που πάσχουν από καρδιακά προβλήματα ή διαβήτη, έτσι και οι εθισμοί στα ναρκωτικά μπορούν να πετύχουν αλλαγές της συμπεριφοράς τους και να παίρνουν φάρμακα ως μέρος της θεραπευτικής τους αγωγής,

Οι συμπεριφορικές θεραπείες περιλαμβάνουν την παροχή συμβούλων, ψυχοθεραπεία, ομάδες αλληλοβοήθειας και οικογενειακή θεραπεία.

Τα φάρμακα βοηθούν στην καταστολή του συνδρόμου της ακατάσχετης επιθυμίας λήψης ναρκωτικών και στην εξουδετέρωση των δράσεων των ναρκωτικών στον οργανισμό. Οι έρευνες δείχνουν ότι η θεραπεία για τον εθισμό στην ηρωίνη με τη βοήθεια μεθαδόνης σε κατάλληλες δόσεις ταυτόχρονα με συμπεριφορική θεραπεία, μειώνουν τη συχνότητα θανάτων και πολλών άλλων προβλημάτων υγείας που σχετίζονται με τη χρήση ηρωίνης.

Οι ασθενείς που παίρνουν φάρμακα για να τους βοηθήσουν να ανταπεξέλθουν με επιτυχία στο σύνδρομο στέρησης και οι οποίοι δεν λαμβάνουν περαιτέρω στήριξη, δυστυχώς έχουν τα ίδια αποτελέσματα όσον αφορά στη χρήση ναρκωτικών όπως οι χρήστες που δεν έτυχαν ποτέ καμίας θεραπείας.

Υπάρχουν και τα θεραπευτικά προγράμματα για απεξάρτηση από τα ναρκωτικά. Ο απώτερος στόχος όλων των προγραμμάτων θεραπείας απεξάρτησης, είναι η επίτευξη διαρκούς αποχής από τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών. Οι άμεσοι στόχοι περιλαμβάνουν τη μείωση της χρήσης των εθιστικών ουσιών, τη βελτίωση της λειτουργικότητας του ατόμου, την ελαχιστοποίηση των ιατρικών επιπλοκών και κοινωνικών επιπτώσεων που προκύπτουν εξαιτίας της χρήσης ναρκωτικών.

Υπάρχουν διάφορες μορφές προγραμμάτων θεραπείας απεξάρτησης. Οι βραχυπρόθεσμες μέθοδοι διαρκούν για λιγότερο από 6 μήνες. Περιλαμβάνουν αγωγή επί εσωτερικής βάσης σε θεραπευτική κοινότητα και θεραπεία επί εξωτερικής βάσης χωρίς φάρμακα.

Η μακροπρόθεσμη θεραπεία, περιλαμβάνει μεθόδους όπως τη χορήγηση μεθαδόνης σε άτομα που είναι εθισμένα στα οπιοειδή επί εξωτερικής βάσης και αγωγή στα πλαίσια θεραπευτικής κοινότητας.

Η θεραπεία επί εξωτερικής βάσης, χωρίς χορήγηση φαρμάκων μπορεί να συμπεριλάβει διάφορα προγράμματα απεξάρτησης για ασθενείς που επισκέπτονται τις εξειδικευμένες κλινικές κατά τακτικά χρονικά διαστήματα. Τα περισσότερα έχουν ατομική ή συλλογική συμβουλευτική αγωγή και στήριξη.

Οι ασθενείς που συμμετέχουν στα προγράμματα αυτά, είναι χρήστες ναρκωτικών εκτός από τα οπιοειδή ή χρήστες που έχουν μια σταθερή καλά οργανωμένη και ενταγμένη στην κοινωνία ζωή με ιστορικό εξάρτησης σε ναρκωτικά που είναι μικρής χρονικής διάρκειας.

Οι θεραπευτικές κοινότητες είναι πολύ καλά οργανωμένα προγράμματα αντιμετώπισης στα οποία οι ασθενείς διαμένουν σε οικιστικές μονάδες από 6 έως 12 μήνες. Οι ασθενείς που συμμετέχουν, είναι αυτοί που έχουν ένα σχετικό μακροχρόνιο ιστορικό εξάρτησης από ναρκωτικά ή έχουν εμπλακεί σε εγκληματικές δραστηριότητες λόγω χρήσης ναρκωτικών ή παρουσιάζουν σοβαρά προβλήματα στη λειτουργία τους στην κοινωνία.

Ο στόχος στις θεραπευτικές κοινότητες, είναι η επανένταξη των ασθενών στην κοινωνία χωρίς να υπάρχει εξάρτηση από ναρκωτικά και σχέση με παράνομες ή εγκληματικές δραστηριότητες.

Τα βραχυπρόθεσμα προγράμματα σε θεραπευτικές κοινότητες, βασίζονται σε εμπειρίες που έχουν αποκτηθεί από προγράμματα απεξάρτησης από το αλκοόλ. Τα προγράμματα αυτά περιλαμβάνουν μια περίοδο 3 έως 6 εβδομάδων θεραπείας επί εσωτερικής βάσης. Στην συνέχεια ακολουθεί θεραπεία εξωτερικής βάσης με συμμετοχή σε συμβουλευτικά προγράμματα στήριξης ή ομάδες αλληλοβοήθειας. [21]

1.4. Ο ρόλος του νοσηλευτή στην θεραπεία εθισμού

Η κοινοτική ψυχιατρική στηρίζει την αποτελεσματικότητα των μονάδων της στην ύπαρξη και την σωστή λειτουργία της ομάδας επαγγελματιών ψυχικής υγείας μέλος της οποίας είναι και ο νοσηλευτής.

Το καθένα από τα μέλη της ομάδας και κατά συνέπεια όλη η ομάδα διέπεται από την φιλοσοφία του σεβασμού της αξίας της αξιοπρέπειας και της μοναδικότητας κάθε ασθενή με βάση την προσωπική του ιστορία και το περιβάλλον που έζησε και ζει.

Ο ρόλος του νοσηλευτή είναι καθοριστικός στην θεραπεία του εθισμού. Αναπτύσσει μια σχέση συνεργασίας καθ' όλη την διάρκεια της θεραπείας ώστε να ανακαλύπτει συνεχώς τις μεταβολές των αναγκών του ασθενούς αλλά και των δυνατοτήτων του, να τις αξιολογεί και να προσαρμόζεται η θεραπεία του ασθενή στις ιδιαίτερες ανάγκες του.

Η θεραπευτική αγωγή επιτρέπει στους ασθενείς να αντιμετωπίζουν το πρόβλημα τους και να μπορούν να έχουν μια κανονική και παραγωγική ζωή. Όπως οι ασθενείς που πάσχουν από καρδιακά προβλήματα ή διαβήτη, έτσι και ο εθισμός στα ναρκωτικά μπορεί να πετύχει αλλαγές της συμπεριφοράς του ατόμου και να παίρνουν φάρμακα ως μέρος της θεραπευτικής τους αγωγής. Οι συμπεριφορικές θεραπείες περιλαμβάνουν την παροχή συμβουλών, ψυχοθεραπεία, ομάδες αλληλοβοήθειας και οικογενειακή θεραπεία.

Τα φάρμακα βοηθούν στη καταστολή του συνδρόμου στέρησης, της ακατάσχετης επιθυμίας λήψης ναρκωτικών και στην εξουδετέρωση των δράσεων των ναρκωτικών στον οργανισμό. Οι έρευνες δείχνουν ότι η θεραπεία για τον εθισμό στην ηρωίνη, με την βοήθεια μεθαδόνης σε κατάλληλες δόσεις, ταυτόχρονα με συμπεριφορική θεραπεία, μειώνουν την συχνότητα θανάτων και πολλών άλλων προβλημάτων υγείας που σχετίζονται με την χρήση ηρωίνης.

Γενικά μπορούμε να πούμε ότι όσο περισσότερη θεραπεία δίνεται, τόσο καλύτερα τα αποτελέσματα. Οι ασθενείς που λαμβάνουν θεραπεία για περισσότερο από 3 μήνες, έχουν συνήθως καλύτερα αποτελέσματα και εξέλιξη σε σύγκριση με αυτούς που λαμβάνουν θεραπεία για μικρότερο χρονικό διάστημα. Πολλοί ασθενείς εκτός από τις θεραπείες απεξάρτησης, χρειάζονται και άλλη φροντίδα όπως υπηρεσίες σωματικής και ψυχικής υγείας, όπως επίσης και συμβουλές για πρόληψη του AIDS.

Οι ασθενείς που παίρνουν φάρμακα για να τους βοηθήσουν να ανταπεξέλθουν με επιτυχία στο σύνδρομο στέρησης και οι οποίοι δεν λαμβάνουν περαιτέρω στήριξη, δυστυχώς έχουν τα ίδια αποτελέσματα όσον αφορά στην χρήση ναρκωτικών όπως οι χρήστες που δεν έτυχαν ποτέ καμίας θεραπείας.

Οι έρευνες κατά τα τελευταία 25 χρόνια, έδειξαν ότι η θεραπευτική αγωγή πετυχαίνει την απεξάρτηση από ναρκωτικά και μειώνει την εγκληματικότητα που παρουσιάζεται σε εθισμένους στα ναρκωτικά. Επίσης οι χρήστες που έλαβαν θεραπείες έχουν περισσότερη πιθανότητα να βρουν δουλειά.

Ο απώτερος στόχος όλων των προγραμμάτων θεραπείας απεξάρτησης, είναι η επίτευξη διαρκούς αποχής από τη χρήση ναρκωτικών ουσιών. Οι άμεσοι στόχοι περιλαμβάνουν: τη μείωση της χρήσης των εθιστικών ουσιών, τη βελτίωση της λειτουργικότητας του ατόμου, την ελαχιστοποίηση των ιατρικών επιπλοκών και κοινωνικών επιπτώσεων που προκύπτουν εξαιτίας της χρήσης ναρκωτικών.

2.1. Γενικότητες

Ο δρόμος που οδηγεί στην εξάρτηση φαίνεται να είναι μία μακροχρόνια δυναμική διαδικασία αρκετά εξατομικευμένη για τον κάθε χρήστη. Οι παράγοντες που επιδρούν κατά τη διάρκεια της πορείας ενός ατόμου προς την ουσιοκατάχρηση είναι πολλοί και διαμορφώνουν σε διαφορετικές στιγμές τις προϋποθέσεις για το τελικό αποτέλεσμα. Θα μπορούσαμε να πούμε ότι η πορεία που οδηγεί στην ουσιοεξάρτηση είναι μία διαδικασία όπου ατομικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες παίζουν εξίσου σημαντικό ρόλο.

Η προδιάθεση ενός ατόμου στην ουσιοεξάρτηση εξαρτάται από περιβαλλοντικούς και ατομικούς παράγοντες. Τέτοιοι είναι οι γενετικοί, μαθησιακοί, οικογενειακοί, ιδιοσυγκρασιακοί, κοινωνικοί και κοινωνικοπολιτισμικοί. Αυτοί οι παράγοντες είναι ικανοί να ωθήσουν ένα άτομο στην ουσιοεξάρτηση, χωρίς όμως αυτό να αποτελεί το γενικό κανόνα.

2.2. Ατομικοί παράγοντες

2.2.1. Γενετικοί παράγοντες

Σχετικά με το ρόλο της κληρονομικότητας πάνω στην ουσιοεξάρτηση, τα επιστημονικά δεδομένα που προέκυψαν από πειράματα σε ζώα, έρευνες στην οικογένεια, μελέτες διδύμων και υιοθετημένων παιδιών, πάνω σε γενετικά κληρονομούμενα σωματικά χαρακτηριστικά και μελέτες νευροφυσιολογικών παραμέτρων, ήταν τις περισσότερες φορές δυσερμήνευτα και αλληλοαντικρουόμενα. [1]

2.2.2. Μαθησιακοί παράγοντες

Οι απόψεις των θεωρητικών της κοινωνικής μάθησης συγκλίνουν στην αρχή ότι το σύνδρομο της ουσιοκατάχρησης είναι ένα μαθησιακό μοντέλο συμπεριφοράς που διαμορφώνεται από πολλαπλές διαδικασίες κλασικής και ενεργητικής μάθησης καθώς και συμμετοχή γνωστικού τύπου λειτουργιών. Σημαντικό ρόλο στη συνέχιση της χρήσης παίζουν οι φυσιολογικές επιδράσεις της ουσίας στον οργανισμό κατά την πρώτη χρήση. Εάν η εμπειρία είναι θετική η συμπεριφορά τείνει να επαναληφθεί. Ένας σωματικά εθισμένος χρήστης μαθαίνει να χρησιμοποιεί την ουσία στην προσπάθειά του να αποφύγει το σύνδρομο στέρησης και η ανακούφιση που επιφέρει η χρήση της ουσίας γίνεται θετικός ενισχυτικός παράγοντας ο οποίος διατηρεί τη συμπεριφορά χρήσης.

Η χρήση ουσιών έχει σχέση με την αιτιολογία και την πρόγνωση διαφόρων ψυχιατρικών διαταραχών όπως συναισθηματικές διαταραχές, δυσκολίες προσοχής, διαταραχές τύπου υπερδραστηριότητας, αντικοινωνική συμπεριφορά αγχώδεις διαταραχές, δυσθυμικές καταστάσεις, φοβικά σύνδρομα, σχιζοφρενικόμορφα συμπτώματα και αυτοκτονικό ιδεαλισμό. Οι χρήστες ίσως δεν επιλέγουν τυχαία τις διάφορες ουσίες. Τα οπιοειδή επιλέγονται για τη σημαντική κατασταλτική τους επίδραση στα αποδιοργανωτικά και απειλητικά συναισθήματα οργής και επιθετικότητας που βιώνει ο χρήστης ενώ τα

διεγερτικά προτιμώνται για την ικανότητά τους να ανακουφίζουν από διάφορες διαταραχές σχετικές με κατάθλιψη, υπομανία και υπερδραστηριότητα. [1]

2.3. Περιβαλλοντικοί παράγοντες

2.3.1. Οικογένεια

Ο ρόλος της οικογένειας φαίνεται να είναι σημαντικός στο πεδίο της ουσιοεξάρτησης. Η δυσλειτουργία μέσα στην οικογένεια και η λανθασμένη διαπαιδαγώγηση συνδέονται με την ανάπτυξη αντικοινωνικής συμπεριφοράς στα παιδιά, μέσα στο πλαίσιο της οποίας εμφανίζεται συχνά και η χρήση ουσιών.

Οι συμπεριφορές και οι απόψεις του γονικού περιβάλλοντος σχετικά με τη χρήση φαίνεται ότι επηρεάζουν και διαμορφώνουν ανάλογες μελλοντικές συμπεριφορές των παιδιών τους. Σωστοί και οι σταθεροί συναισθηματικοί δεσμοί στην οικογένεια, φαίνεται να προστατεύουν το παιδί από τις ουσίες ενώ η έλλειψη σωστής εποπτείας και η παραμέλησή του συσχετίζονται θετικά με την χρήση ουσιών. Προσωπικότητα Υπάρχει πληθώρα αναφορών που υποστηρίζουν ότι στοιχεία όπως οι ψυχοπαθολογικές διαταραχές των χρηστών, η χαμηλή τους αυτοεκτίμηση, η κακή σχολική επίδοση, η παραπτωματική - αντικοινωνική συμπεριφορά και ιδιαίτερα η κατάθλιψη παίζουν σημαντικό ρόλο στο θέμα της ουσιοεξάρτησης.

Χρήσιμη φαίνεται η μελέτη ορισμένων κοινών χαρακτηριστικών της προσωπικότητας που απαντώνται συχνά στους χρήστες, παρά η προσπάθεια να καθοριστεί ένας ειδικός τύπος προσωπικότητας που να προδικάζει μελλοντική χρήση. Τέτοια κοινά χαρακτηριστικά προσωπικότητας είναι το άγχος, η κατάθλιψη, η ανάγκη για εξάρτηση, η μη τάση για συμμόρφωση, η συναισθηματική αστάθεια, η υποχονδρίαση, η επιφυλακτικότητα, η δυσκολία ελέγχου των παρορμήσεων και η δυσκολία ανοχής στη ματαίωση. [1]

2.3.2. Ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον – συναναστροφές

Οι έφηβοι στην περίοδο αυτή της ζωής τους συχνά πειραματίζονται με τη χρήση ουσιών, τις περισσότερες φορές αυτό γίνεται κάτω από τις πιέσεις και τις προτροπές φίλων.

Η περιέργεια, η διαθεσιμότητα των ουσιών και η επίδραση των συναναστροφών φαίνεται να επιδρούν σημαντικά στην έναρξη του πειραματισμού ενός νέου ατόμου με ουσίες. Η στάση των φίλων απέναντι στις ουσίες και η αντίληψη που διαμορφώνει ο νέος χρήστης για τις ουσίες από το συντροφικό του περιβάλλον, συνιστούν καθοριστικούς διαμορφωτικούς παράγοντες της δικής του μελλοντικής συμπεριφοράς. [1]

2.3.3. Κοινωνικοπολιτισμικές επιδράσεις

Οι θέσεις και οι τοποθετήσεις που κάθε άτομο διαμορφώνει ως μέλος ενός κοινωνικού συνόλου καθώς και οι κανόνες που θεσπίζονται από το σύνολο, φαίνεται ότι έχουν ικανή διαμορφωτική επίδραση ως προς την τελική έκφραση της συμπεριφοράς των μελών του συνόλου. Η ιστορία είναι γεμάτη με παραδείγματα που αποδεικνύουν ότι σε όποια κοινωνία υπήρξαν εθιστικές ουσίες κοινωνικά αποδεκτές και διαθέσιμες, ουσίες

αυτές υπήρξαν ευρέως χρησιμοποιούμενες και η χρήση τους ήταν συνδεδεμένη με προβλήματα που προκαλούσαν σε ατομικό και κοινωνικό επίπεδο. [1]

2.4. Θεωρίες σχετικές με την ανάπτυξη εξαρτημένης συμπεριφοράς

- Ψυχαναλυτική θεώρηση:

Βασικός θεωρητικός πυρήνας τη θεώρησης αυτής είναι ότι η εξαρτημένη συμπεριφορά αναπτύσσεται πάνω στον κανόνα της αποφυγής δυσάρεστων και προσπάθειας βίωσης μόνο ευχάριστων καταστάσεων. Με τη χρήση της τοξικής ουσίας συνειδητοποιεί η εξαρτημένη προσωπικότητα, ότι με αυτή ανακάλυψε ένα βοηθητικό μέσο για να ανταπεξέρχεται στις δύσκολες στιγμές είτε αυτές είναι συγκρούσεις του ψυχικού του κόσμου, είτε είναι δυσάρεστα ερεθίσματα του περιβάλλοντος. Ο τοξικομανής, πια, ασθενής ξέρει ότι η τοξική ουσία του είναι απαραίτητη και φυσικά τη χρησιμοποιεί ανάλογα. Μπορεί τώρα να ελέγξει τα συναισθήματά του, να λειτουργήσει σαν φυσιολογικός, γνωρίζοντας ότι όταν χρειαστεί βοήθεια, αυτή θα του δοθεί. [2]

- Συμπεριφεριολογική θεώρηση:

Ο θεωρητικός πυρήνας, όπου στηρίζεται αυτή η θεώρηση είναι ότι η εξαρτημένη συμπεριφορά είναι αυτό το ίδιο το σύμπτωμα και ότι το σύμπτωμα αυτό προήλθε μέσα από μια διαδικασία μάθησης. Μέσα από μια άλλη διαδικασία μάθησης, θα μπορούσε το σύμπτωμα αυτό να «ξεμαθευτεί» και ταυτόχρονα να δημιουργηθεί κάποιος άλλος τρόπος αντιμετώπισης των πραγμάτων. Το άτομο αντιμετωπίζεται σαν ένας μηχανισμός, που λειτουργεί σύμφωνα με την αρχή δράσης-αντίδρασης. [2]

- Θεωρία της επικοινωνίας:

Σύμφωνα με αυτή τη θεωρία, η ανάπτυξη της εξάρτησης από κάτι οφείλεται κυρίως στην αλληλοεπίδραση και τρόπο επικοινωνίας αυτού του κάτι με το συγκεκριμένο άτομο. [2]

2.5. Εφηβεία και εξάρτηση

Η εφηβεία είναι η περίοδος της μετάβασης από την παιδική στην ώριμη ηλικία κι έχει για κέντρο της την ήβη. Αφορά στο σύνολο των ψυχικών λειτουργιών που συντελούνται επί της ήβης για να μπορέσει το άτομο να ενσωματώσει ψυχικά τις μεγάλες αλλαγές που προκύπτουν απ' αυτήν. [3] Σ' αυτήν την μεταβατική περίοδο ο έφηβος αντιμετωπίζει ποικίλες προκλήσεις που έχουν να κάνουν με την αυτοαντίληψή του και την αντίληψη του περιβάλλοντός του. [4]

Συχνά την περίοδο της εφηβείας γίνεται η έναρξη της χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών με πρώτες ουσίες δοκιμής το αλκοόλ και τον καπνό. Η πρώιμη έναρξη των ουσιών αυτών σηματοδοτεί τη συνέχει του πειραματισμού με τις παράνομες ουσίες, κυρίως την κάνναβη. Παράγοντες όπως το υποστηρικτικό οικογενειακό πλαίσιο, η ομαλή σχολική προσαρμογή, οι φιλικές σχέσεις και η ενασχόληση με αθλητικές δραστηριότητες μπορούν

να καθυστερήσουν ή ακόμα και να αποτρέψουν την έναρξη χρήσης ουσιών στην εφηβεία. Η χρήση ουσιών στην εφηβεία επηρεάζει την ψυχοκοινωνική ανάπτυξη των νέων και συνδέεται με τη μετέπειτα χρήση και εξάρτηση από ουσίες στην ενήλικη ζωή. Έτσι η έγκαιρη διαπίστωση της έκτασης της χρήσης καθώς και των συνηθειών που χαρακτηρίζουν τους χρήστες δίνουν πολύτιμες πληροφορίες για την έγκαιρη εφαρμογή προληπτικών παρεμβάσεων. [4]

Οι προσπάθειες πρόληψης της χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών από εφήβους εστιάζει:

- Στο νομοθετικό έλεγχο
- Στην κοινωνική αποδοκimasία της χρήσης ουσιών
- Στην καλλιέργεια ηθικών προτύπων
- Στη στοχοθέτηση των παραγόντων κινδύνου
- Στις τακτικές εκφοβισμού
- Στην επιμόρφωση/βελτίωση συμπεριφοράς
- Στη βελτίωση της ικανότητας λήψης αποφάσεων και ενθάρρυνση των ηθικών αξιών
- Στη βελτίωση των κοινωνικών δεξιοτήτων
- Στην επικεντρωμένη στην οικογένεια ψυχοθεραπεία
- Στις κοινωνικά επικεντρωμένες παρεμβάσεις
- Στην πρώιμη ψυχιατρική παρέμβαση [5]

3.1. Κάπνισμα

3.1.1. Ιστορία του καπνού

Ο καπνός είναι είδος του φυτού «Νικοτινιανή» που οφείλει το όνομά της στον Γάλλο πρεσβευτή Ιωάννη Νικότ, ο οποίος την εισήγαγε και τη διέδωσε στη Γαλλία το 1560. Ο καπνός κατάγεται από την Αμερική και ειδικότερα από περιοχές νοτιότερα από το Μεξικό. Στην Ευρώπη, ο καπνός μεταφέρθηκε από Ισπανούς και Πορτογάλους εξερευνητές που γύρισαν πίσω στις πατρίδες τους από το νέο Κόσμο στις αρχές του 16^{ου} αιώνα (1516) και λίγο αργότερα (1558) στην Αγγλία από άγγλους ναυτικούς. Στην Ελλάδα, η καλλιέργεια του καπνού, η εμπορία και βέβαια το κάπνισμα, αρχίζει από τα μέσα του 17^{ου} αιώνα. [6]

3.1.2. Κάπνισμα και δημογραφικά χαρακτηριστικά στην Ελλάδα

Οι δημογραφικοί παράγοντες που παίζουν ρόλο στην καπνιστική συνήθεια είναι:

- Το φύλο: Το συστηματικό κάπνισμα είναι περισσότερο διαδεδομένο στους άντρες.
- Η ηλικία: Το συστηματικό κάπνισμα αυξάνεται με την ηλικία.
- Το γεωγραφικό στρώμα: Η περιοχή της πρωτεύουσας και τα άλλα μεγάλα αστικά κέντρα (εκτός της Θεσσαλονίκης) εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά συστηματικών καπνιστών.
- Το εκπαιδευτικό επίπεδο (ηλικίες 18-64 ετών): Οι ενήλικες με μέσο εκπαιδευτικό επίπεδο εμφανίζουν το υψηλότερο ποσοστό συστηματικού καπνίσματος. [7]

3.1.3. Οι κυριότερες βλαπτικές ουσίες και η φαρμακολογική τους δράση

Μεταξύ των πολλών βλαπτικών ουσιών που εισπνέει ο καπνιστής, οι κυριότερες είναι:

- Η νικοτίνη η οποία έχει μια ευρεία φαρμακολογική δράση μέσω των εγκεφαλικών κέντρων των επινεφριδίων.
- Το μονοξείδιο του άνθρακα που σχηματίζει με την αιμοσφαιρίνη ανθρακυλαιμοσφαιρίνη και εμποδίζει, σ' ένα σημαντικό ποσοστό, τη μεταφορά του οξυγόνου στους ιστούς.
- Οι τοξικές και ερεθιστικές ουσίες, όπως είναι κυρίως το υδροκυάνιο, η ακρολεΐνη, τα οξειδία του αζώτου και οι φαινόλες που ερεθίζουν τους βρόγχους και καταστρέφουν το κροσσωτό επιθήλιο.

- Οι καρκινογόνες ουσίες, όπως οι πολυκυκλικοί αρωματικοί υδρογονάνθρακες κυρίως το βενζο-απυρένιο αλλά και οι νιτροζαμίνες.

Η νικοτίνη και το μονοξείδιο του άνθρακα, προκαλούν βλάβες κυρίως στο καρδιαγγειακό σύστημα, οι ερεθιστικές και τοξικές ουσίες χρόνιες πνευμονοπάθειες (χρόνια βρογχίτιδα και εμφύσημα), ενώ οι καρκινογόνες ουσίες και άλλες ουσίες την ανάπτυξη του καρκίνου του πνεύμονα. [6]

3.1.4. Φαρμακοκινητική και μεταβολισμός της νικοτίνης

Το κάπνισμα είναι μια μοναδική μορφή συστηματικής πρόσληψης ουσιών στην οποία η νικοτίνη εισέρχεται στην κυκλοφορία μέσω του αναπνευστικού συστήματος παρά μέσα από τη συστηματική φλεβική κυκλοφορία. Χρειάζονται 10-19 δευτερόλεπτα για να περάσει τον εγκεφαλικό φραγμό. Η χρονοκαθυστέρηση καπνίσματος και εισόδου της νικοτίνης στον εγκέφαλο είναι μικρότερη όταν η νικοτίνη εγχύεται ενδοφλέβια. Η νικοτίνη εισέρχεται γρήγορα στον εγκέφαλο, αλλά τα εγκεφαλικά της επίπεδα σημειώνουν γρήγορα πτώση καθώς η ουσία κατανέμεται στους υπόλοιπους ιστούς του σώματος. [8]

Τα εγκεφαλικά επίπεδα της νικοτίνης μειώνονται καθώς προσλαμβάνεται από περιφερικούς ιστούς, και κατά δεύτερο λόγο καθώς αποβάλλεται από τον οργανισμό. Η αρτηριοφλεβική διαφορά κατά τη διάρκεια του καπνίσματος τσιγάρου είναι σημαντική, με τα αρτηριακά επίπεδα να υπερβαίνουν τα φλεβικά κατά 6-10 επίπεδα. Τα εγκεφαλικά επίπεδα νικοτίνης μειώνονται μεταξύ των τσιγάρων, δίνοντας τη δυνατότητα της επανευαισθητοποίησης των νικοτινικών υποδοχέων έτσι ώστε θετική ενίσχυση να μπορεί μέχρι ενός σημείου να προκύψει με περισσότερα τσιγάρα παρά την ανάπτυξη ανοχής. [8]

Η νικοτίνη μεταβολίζεται γρήγορα και σε μεγάλο ποσοστό στο ήπαρ καθώς και σε μικρότερο ποσοστό στους πνεύμονες. Ο χρόνος ημίσειας ζωής της είναι περίπου 2 ώρες, αν και υπάρχει σημαντική ποικιλομορφία μεταξύ των ατόμων. [8]

Απεκκρίνεται στα ούρα. Η νικοτίνη είναι ο κύριος δείκτης της συμμόρφωσης στη θεραπεία του καπνίσματος. Υψηλά επίπεδα νικοτίνης στο αίμα, αποδεικνύουν διακοπή της θεραπείας πριν την ολοκλήρωσή της. Τα επίπεδα της νικοτίνης στο αίμα και στο σίελο αποτελούν επίσης καλούς δείκτες και για τους παθητικούς καπνιστές. [9]

3.1.5. Τοξικότητα από νικοτίνη

Η τοξική και περισσότερο συγκεκριμένα η θανατηφόρα δόση της νικοτινιανής είναι ακαθόριστη, δεδομένου ότι εξαρτάται τόσο από τον «εθισμό», την ατομική ευαισθησία, την ηλικία κλπ του ατόμου, όσο και το κυριότερο από την αναλογία της περιεχόμενης σ' αυτή νικοτίνης. Ασχέτως όμως του ακαθόριστου της τοξικής δόσεως της νικοτινιανής μπορεί να

υποστηριχθεί ότι δόση 15-20 g λαμβανόμενη εσωτερικώς ανεξαρτήτως είδους, κατηγορίας και προελεύσεως του φυτού, είναι λίαν επικίνδυνος και συνηθέστατα θανατηφόρος. [9]

Η τοξική δόση της καθαρής νικοτίνης είναι ελάχιστη. Αναφέρεται ότι δόσεις 1- 2,5 mg νικοτίνης μπορεί να προκαλέσουν σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες, σε μη εθισμένα άτομα, ενώ δόση 10 mg είναι δυνατό να αποβεί θανατηφόρος σε παιδιά και 65 mg σε ενήλικους. [9]

Οι τοξικές δράσεις του καπνίσματος στα οργανικά συστήματα περιλαμβάνουν:

- Στο κεντρικό νευρικό σύστημα: Διέγερση και ακολούθως παράλυση. Η νικοτίνη δρα στους γραμμωτούς μυς προκαλώντας ινδιακές συστολές σε μικρές δόσεις.
- Στο κυκλοφορικό σύστημα: Αρχικά εμφανίζεται βραδυκαρδία και στη συνέχεια ταχυκαρδία. Σε μικρές δόσεις η νικοτίνη οδηγεί σε αύξηση της πίεσεως του αίματος που συνεπάγεται αυξημένη έκκριση κατεχολαμινών. Μακροπρόθεσμα, μπορεί να αναπτυχθεί αρτηριοσκληρυνση, εγκεφαλική αγγειοπάθεια, περιφερική αρτηριοσκληρυντική αγγειοπάθεια, αορτικό ανεύρυσμα, στηθάγχη και έμφραγμα του μυοκαρδίου.
- Στο αναπνευστικό σύστημα: Σε μικρές δόσεις προκαλεί ταχύπνοια, ενώ σε μεγάλες δόσεις η αναπνοή αναστέλλεται τελείως λόγω παραλυτικής δράσης στο διάφραγμα. Μακροπρόθεσμα μπορεί να προκαλέσει χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια και καρκίνο του πνεύμονα, του λάρυγγα, της στοματικής κοιλότητας.
- Στο γαστρεντερικό σύστημα: Το κάπνισμα μπορεί μακροπρόθεσμα να οδηγήσει σε πεπτικό έλκος, καρκίνο ήπατος και παγκρέατος και καρκίνο οισοφάγου.
- Στο ανοσοποιητικό σύστημα: Το κάπνισμα οδηγεί σε ελαττωμένη παραγωγή ανοσοσφαιρινών IgG και IgA. [9]

3.1.6. Χαρακτηριστικά της εξάρτησης

Η ψυχολογική εξάρτηση από το κάπνισμα είναι πολύπλοκο φαινόμενο και ένα δυσεπίλυτο πρόβλημα για πολλούς καπνιστές. [9] Στον εξαρτημένο καπνιστή βρίσκουμε σε αναλογία όλα τα συμπτώματα τα οποία εμφανίζονται και στις εξαρτήσεις από διάφορες άλλες τοξικές ουσίες. Βρίσκουμε, δηλαδή, την τάση για αύξηση της συχνότητας καπνίσματος (αύξηση της δόσης), απώλεια του ελέγχου, συμπτώματα στέρησης σε απότομη διακοπή του καπνίσματος όπως και ατομικά ή κοινωνικά επακόλουθα. Ο εξαρτημένος καπνιστής καπνίζει σχεδόν πάντοτε τσιγάρα, δεν είναι σε θέση ούτε καν να μειώσει την καθημερινή ποσότητα ακόμα και για μικρό χρονικό διάστημα. Σε περίπτωση αναγκαστικής διακοπής του καπνίσματος έχουμε εμφάνιση συμπτωμάτων στέρησης. [2]

Τα συνηθέστερα συμπτώματα είναι ότι ο καπνιστής γίνεται ευερέθιστος, αισθάνεται κατάπτωση, έχει διαταραχές στον ύπνο, γαστρεντερικές ανωμαλίες, άγχος, δυσκολία στη συγκέντρωση και ψυχοκινητικές ανωμαλίες. Σ' αυτά τα συμπτώματα μπορεί να προστεθούν επιβράδυνση του καρδιακού ρυθμού, πτώση της διαστολικής πίεσεως, ελάττωση της εκκρίσεως κατεχολαμινών και αύξηση του βάρους σώματος. [6]

3.1.7. Αντιμετώπιση της εξάρτησης

Υπάρχουν εμπορικά σκευάσματα που χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία του καπνίσματος, ωστόσο είναι οριακής ή/ και αμφιλεγόμενης σημασίας και αξίας. Η αντιμετώπιση του προβλήματος με χορήγηση κορτικοτροπίνης φαίνεται να μειώνει τα συμπτώματα από τη διακοπή του καπνίσματος. Η χορήγηση τσίχλας νικοτίνης, όπως και η διαδερμική χορήγηση, τείνουν να μειώσουν την επιθυμία του καπνίσματος. [9]

3.2. Αλκοόλ

3.2.1. Ιστορία της αιθυλικής αλκοόλης

Η ιστορία της αλκοόλης είναι μέρος της ιστορίας του πολιτισμού, ακόμη από τότε που ο Νώε έκανε την κοσμοϊστορική του ανακάλυψη. Η εξέταση των αρχαίων φυτικών καταλοίπων εντάσσει την αρχή της αμπελοκαλλιέργειας και της οινοποίησης στην Ελλάδα στην 3^η χιλιετία π.Χ. Το κρασί όμως χρησιμοποιούνταν και για ιατρικούς σκοπούς όπως καταγράφεται στα Ιπποκρατικά κείμενα και στις καταγραφές του Διοσκουρίδη. Αξίζει να αναφερθεί ότι η κυριότερη χρήση της αλκοόλης στη θεραπευτική –εκτός από διαλύτης φαρμάκων- ήταν αυτή του αναλγητικού (16^{ος} αιών) και του χειρουργικού αναισθητικού πριν την εισαγωγή του αιθέρα. [10]

3.2.2. Χρήση οινοπνευματωδών ποτών και δημογραφικά χαρακτηριστικά στην Ελλάδα

Οι δημογραφικοί παράγοντες που παίζουν ρόλο στην κατανάλωση αλκοόλ περιλαμβάνουν:

- Το φύλο: Οι άνδρες επικρατούν των γυναικών στην κατανάλωση οινοπνευματωδών.
- Η ηλικία: Με την ηλικία, αυξάνεται σταθερά η συχνότητα κατανάλωσης οινοπνευματωδών ποτών στους άνδρες. [7]

3.2.3. Φαρμακοκινητική

Η αιθυλική αλκοόλη απορροφάται από το γαστρεντερικό σωλήνα (κυρίως από το έντερο). Ελάχιστα απορροφάται από το δέρμα και τους πνεύμονες, με αποτέλεσμα οι συγκεντρώσεις στο αίμα να παραμένουν χαμηλές μετά από εισπνοή ατμών στους οποίους

περιέχεται ακόμη και σε υψηλές συγκεντρώσεις και εισπνέονται για μεγάλο χρονικό διάστημα. [9]

Η απορρόφηση του οινοπνεύματος ολοκληρώνεται συνήθως σε χρόνο από 45 λεπτά έως 3 ώρες, όσο δε ο χρόνος αυτός είναι μεγαλύτερος, τόσο χαμηλότερες είναι οι συγκεντρώσεις στο αίμα. Οι μέγιστες συγκεντρώσεις αλκοόλ στο αίμα ανιχνεύονται 45-90 λεπτά μετά την κατανάλωση του ποτού, στην πλειονότητα δε των ατόμων σε 1 ώρα. [9]

Η αιθυλική αλκοόλη μετά την απορρόφηση της κατανέμεται σε όλους τους ιστούς, ανάλογα με την περιεκτικότητά τους σε ύδωρ. Κατά την περίοδο της απορρόφησης η διαφορά μεταξύ φλεβικού και αρτηριακού αίματος είναι μέγιστη, μειώνεται όμως σταδιακά όσο προχωρεί η κατανομή της αλκοόλης στους ιστούς. [9]

Η βιομετατροπή της αιθανόλης πραγματοποιείται στο ήπαρ σε ποσοστό 90-98 % και εξαρτάται από το βαθμό της αλκοολαιμίας. Το υπόλοιπο απομακρύνεται αμετάβλητο, από τους νεφρούς, τους πνεύμονες, τους ιδρωτοποιούς αδένες και ελάχιστα από το έντερο. Ο ρυθμός μεταβολισμού της αλκοόλης υπολογίζεται σε 0,1 g/kg/h. Η απομάκρυνση της ολικής ποσότητας αλκοόλης που έχει καταναλωθεί συντελείται τελείως σε 24 ώρες και μέσα στις πρώτες 12 ώρες, το 70 % περίπου της ληφθείσης δόσης έχει πλέον μεταβολιστεί. [9]

3.2.4. Παράγοντες που επηρεάζουν την ταχύτητα εμφάνισης των φαρμακολογικών ενεργειών του αλκοόλ

Η ταχύτητα απορρόφησης και κατά συνέπεια η ταχύτητα εμφάνισης των φαρμακολογικών ενεργειών του αλκοόλ εξαρτάται από πολλούς παράγοντες, μεταξύ των οποίων ιδιαίτερη σημασία έχουν:

- Η πληρότητα ή η κενότητα του στομάχου.
- Το είδος της τροφής που έχει ληφθεί (λιπαρές τροφές επιβραδύνουν την απορρόφηση).
- Το είδος του ποτού (η «συνταγή» κατασκευής κάθε ποτού και η περιεκτικότητά του σε οινόπνευμα) που έχει καταναλωθεί.
- Διάφοροι ατομικοί παράγοντες (ιδιαιτερότητα γαστρικού και εντερικού βλεννογόνου, διάθεση, εξάρτηση από το οινόπνευμα κλπ). [9]

3.2.5. Φάσεις εξέλιξης του αλκοολισμού

- α) Προαλκοολική φάση: Αυτή η φάση χαρακτηρίζεται από τη «συνήθη» χρήση του οινοπνεύματος όπως π.χ. στο φαί, παίξιμο χαρτιών, διαφόρων γιορτών κ.λπ. Ακόμα και πολλοί, που συνειδητά «πίνουν ένα ποτηράκι» για να νιώσουν λίγο καλύτερα, για να «χαλαρώσουν», ανήκουν στη φάση αυτή. Η ποσότητα του οινοπνεύματος

αυξάνει βαθμιαία και αυτό που αναζητιέται στη χρήση του, δεν είναι πια αυτή καθαυτή η γεύση, αλλά η δράση του στον ψυχικό τους κόσμο.

- b) Η πρόδρομη ή αρχική φάση της εξάρτησης: Όλο και συχνότερα παρατηρούνται διαταραχές του θυμητικού. Παρ' όλο που η ποσότητα του οινοπνεύματος δεν είναι ιδιαίτερα μεγάλη και παρόλο που ο αλκοολικός ήταν σε θέση να συμμετάσχει στη διασκέδαση, την άλλη μέρα δεν είναι σε θέση να θυμηθεί τις λεπτομέρειες του χθεσινού απογεύματος. Αρχίζει η κρυφή χρήση του οινοπνεύματος και ο αλκοολικός αρχίζει να σκέφτεται συνεχώς το οινόπνευμα. Πλέον, δεν αισθάνεται σίγουρος με τον εαυτό του, όμως μη έχοντας τη δυνατότητα να ξεφύγει πίνει και γι' αυτό. Η ποσότητα του οινοπνεύματος αυξάνει και σιγά σιγά απομονώνεται από τον κοινωνικό του περίγυρο.
- c) Η κρίσιμη φάση: Χαρακτηριστική είναι η απώλεια του ελέγχου πάνω στο οινόπνευμα. Πριν απ' αυτήν, ο αλκοολικός προσπαθεί να αντισταθεί με κάθε μέσο, χωρίς να τα καταφέρνει. Αρχίζουν να εμφανίζονται τα αποτελέσματα- οργανικές διαταραχές από την κακή διατροφή και δηλητηρίαση με το οινόπνευμα, δυσκολίες στη δουλειά, τσακωμοί στο σπίτι. Εμφανίζονται συμπτώματα στέρσης στις τελευταίες προσπάθειες του αλκοολικού να ξεφύγει από την εξάρτησή του. Εάν σ' αυτή τη φάση δεν ξεκινήσει προσπάθεια θεραπείας, μέσα σε λίγα χρόνια αναπτύσσεται η χρόνια φάση του αλκοολισμού.
- d) Χρόνια φάση: Η διάρκεια της σχετικής «μέθης» μπορεί να διαρκεί μέρες. Συχνές διαταραχές σωματικών λειτουργιών εμφανίζονται, διαταραχές του ψυχισμού, της σκέψης και εγκαθίσταται ένα νέο είδος συμπεριφοράς. Το ήπαρ αρχίζει να υπολειπουργεί και ο αλκοολικός χρειάζεται τώρα όλο και μικρότερες ποσότητες αλκοόλ για να νιώσει την ψυχική δράση του οινοπνεύματος, γεγονός που τους δίνει την ψευδαίσθηση ότι «τα κατάφεραν» να απελευθερωθούν από την εξάρτηση. Ωστόσο, σ' αυτή τη φάση αν δεν κατορθώσουν να απομακρυνθούν τελείως από το οινόπνευμα είναι καταδικασμένοι να τελειώσουν τη ζωή τους με ένα από τα επακόλουθα της ασθένειάς τους. [2]

3.2.6. Στοιχεία και κριτήρια εξάρτησης από το οινόπνευμα

Στοιχεία εξάρτησης από το οινόπνευμα είναι:

- Κατανάλωση οινοπνεύματος σε «κοινωνικά» παραδεκτά όρια. Μπορεί να αναπτύξει εξάρτηση ελεγχόμενη.
- Κατανάλωση μεγάλων ποσοτήτων οινοπνεύματος. Μπορεί να προκαλέσει βλάβη (κίρρωση, μυοκαρδιοπάθεια, βλάβη του εγκεφάλου), αλλά χωρίς να επηρεάσει την εργασιακή σχέση ή/και την κοινωνική δραστηριότητα του ατόμου (αρχικώς τουλάχιστον)
- Αλκοολικός όταν παρά τις οργανικές βλάβες και τις ψυχολογικές και κοινωνικές καταστρεπτικές επιπτώσεις εξακολουθεί να πίνει. Δεν είναι δυνατό να σταματήσει από μόνος του. [9]

Κριτήρια εξάρτησης από το οινόπνευμα:

- Κατανάλωση: > 80 g ημερησίως
- Ανοχή: Επίπεδα αλκοόλης στο αίμα > 150 mg/dl
- Σύνδρομο αποστέρησης

- Συνέχιση κατανάλωσης παρά τη σαφή συμπτωματολογία από τα διάφορα όργανα, καθώς και τα ψυχολογικά και κοινωνικά προβλήματα
- Δοκιμασίες στο αίμα παθολογικές [9]

3.2.7. Επακόλουθα του αλκοολισμού

- Σωματικά:
 - Από το γαστρεντερικό σύστημα : Λιπώδες ήπαρ, χρόνια αλκοολική ηπατοπάθεια, κίρρωση του ήπατος, οξεία ή χρόνια παγκρεατίτιδα, οξεία γαστρίτιδα και έλκος
 - Από το καρδιαγγειακό σύστημα: αλκοολική μυοκαρδιοπάθεια, λιπώδης εκφύλιση
 - Από το ουροποιητικό σύστημα: βλάβες τύπου νεφροσκλήρυνσης [2]
- Νευρολογικά:
 - Αλκοολική πολυνευροπάθεια
 - Επιληπτικά επεισόδια
 - Αλκοολική ατροφία της παρεγκεφαλίδας
 - Εγκεφαλίτιδα Wernicke [2]
- Ψυχικά:
 - Κατάσταση μέθης
 - Παράφρονη ζήλια
 - Αλκοολική παρανοϊκή κατάσταση
 - Αλκοολικό παραλήρημα
 - Ψύχωση Korsakow
 - Delirium Tremens [2]

3.3. Καφεΐνη

3.3.1. Ιστορία και προέλευση της καφεΐνης

Το καφεόδεντρο πέρασε από την Αιθιοπία στην Αραβία κάπου μεταξύ του 575 μ.Χ. και 850 μ.Χ. Το πώς έφτασε εκεί είναι ασαφές, μια πιθανή εκδοχή λέει ότι μεταφέρθηκαν σπόροι από αφρικανικές φυλές που μετανάστευαν βόρεια, από την Κένυα και την Αιθιοπία προς την Αραβική Χερσόνησο. Οι φυλές αυτές τελικά αναγκάστηκαν να οπισθοχωρήσουν, αφού έπεσαν πάνω σε Πέρσες που τους πετούσαν δώρατα, άφησαν, όμως, πίσω τους καφεόδεντρα στην περιοχή που σήμερα είναι γνωστή ως Υεμένη. [11]

Σε κάποια πολύ παλιά αρχεία από την Αραβία αναφέρεται ότι από τον βρασμένο ζωμό των ώριμων καρπών του καφέ παρασκευαζόταν ένα είδος κρασιού. Το κρασί αυτό ονομαζόταν qahwah, που σημαίνει «αυτό που διεγείρει και ξεσηκώνει τα πνεύματα», όρος που τελικά κατέληξε να χρησιμοποιείται τόσο για το κρασί όσο και για τον καφέ. Επειδή

όμως το κρασί απαγορεύεται από τον Μωάμεθ, ο καφές ονομάστηκε «το κρασί της Αραβίας». [11]

3.3.2. Η επίδραση της καφεΐνης στο ανθρώπινο σώμα

Η καφεΐνη είναι για τα νευρικά κύτταρα ότι και η αδενosίνη, μια ουσία που παράγεται στον εγκέφαλο και προσδένεται στους υποδοχείς αδενosίνης. Αυτή η διαδικασία προκαλεί «νωθρότητα» μειώνοντας την δραστηριότητα των νευρικών κυττάρων. Επίσης η αδενosίνη προκαλεί τη διαστολή των αιμοφόρων αγγείων επιτρέποντας την απελευθέρωση περισσότερου οξυγόνου κατά τη διάρκεια του ύπνου. [12]

Έτσι λοιπόν και η καφεΐνη προσδένεται στους υποδοχείς αδενosίνης. Ωστόσο δεν επιβραδύνει τη δραστηριότητα των κυττάρων, με αποτέλεσμα αυτά να μην μπορούν να «δουν» την αδενosίνη διότι οι υποδοχείς έχουν καλυφθεί από την καφεΐνη. Έτσι αντί να επιβραδύνουν τη δραστηριότητα τους, τα νευρικά κύτταρα επιταχύνουν. Επίσης η καφεΐνη προκαλεί συστολή των αιμοφόρων αγγείων, μπλοκάροντας τη δράση της αδενosίνης που τα διαστέλλει. [12]

Αποτέλεσμα αυτής της διαδικασίας είναι η πυροδότηση των νευρικών κυττάρων. Η υπόφυση αντιλαμβάνεται αυτή τη δραστηριότητα ως κατάσταση «έκτακτης ανάγκης» και έτσι απελευθερώνει ορμόνες που υποχρεώνουν τα επινεφρίδια να παράγουν αδρεναλίνη. [12]

Η αδρεναλίνη έχει τις ακόλουθες επιπτώσεις στον οργανισμό:

- Οι κόρες των οφθαλμών διαστέλλονται
- Οι βρόγχοι διαστέλλονται
- Οι σφυγμοί της καρδιάς αυξάνονται
- Τα επιφανειακά αγγεία συστέλλονται για να μειώσουν τη ροή στην επιφάνεια του δέρματος και να αυξηθεί η ροή προς τους μυς
- Η αρτηριακή πίεση του αίματος αυξάνεται
- Η ροή του αίματος προς το στομάχι μειώνεται
- Το ήπαρ απελευθερώνει γλυκόζη στο κυκλοφορικό σύστημα για περισσότερη ενέργεια
- Αυξάνεται η συσταλτικότητα των μυών [12]

Η καφεΐνη αυξάνει επίσης και τα επίπεδα της ντοπαμίνης κατά τον ίδιο τρόπο με τις αμφεταμίνες (η ηρωίνη και η κοκαΐνη επίσης χειραγωγούν τα επίπεδα της ντοπαμίνης μειώνοντας το ρυθμό που η ντοπαμίνη επαναπροσλαμβάνεται). [12]

Η ντοπαμίνη είναι ένας νευροδιαβιβαστής, που σε συγκεκριμένα σημεία του εγκεφάλου, ενεργοποιεί το κέντρο ευχαρίστησης. Προφανώς η επίδραση της καφεΐνης είναι πολύ πιο μικρή από της ηρωίνης, αλλά ουσιαστικά πρόκειται για τον ίδιο μηχανισμό. Οι επιστήμονες υποψιάζονται ότι η σύνδεση με τη ντοπαμίνη συμβάλλει στον εθισμό στην καφεΐνη. [12]

3.3.3. Καφεΐνη και εξάρτηση

Η καφεΐνη διεγείρει το νευρικό σύστημα και σε μικρές ποσότητες προκαλεί αύξηση της ενεργητικότητας, μείωση της κόπωσης και αναστέλλει την ανάγκη για ύπνο. [13]

Η καφεΐνη προκαλεί ανοχή και εξάρτηση, ενώ η τοξίκωση προκαλεί ανησυχία, νευρικότητα, αϋπνία, πολυουρία, ταχυκαρδία και ψυχοκινητική διέγερση.[13]

Συμπτώματα στέρησης παρουσιάζονται μετά από συχνή κατανάλωση (περίπου 4 φλιτζάνια) για μεγάλο διάστημα, ενώ συμπτώματα όπως κόπωση και ευερεθιστότητα μπορούν να εμφανιστούν σε άτομο που δεν ήπια τον πρωινό καφέ του. Χαρακτηριστική είναι η κεφαλαλγία σε περιπτώσεις στέρησης, η οποία μπορεί να διαρκέσει και 4 ημέρες. [13]

Με ένα φλιτζάνι καφέ τα συμπτώματα εξαφανίζονται αμέσως. Τα προβλήματα στέρησης αρχίζουν συνήθως 12 με 14 ώρες μετά το τελευταίο φλιτζάνι. Ευτυχώς όμως το στερητικό σύνδρομο υποχωρεί σιγά σιγά για να εξαφανιστεί τελείως μετά από μια εβδομάδα. Δεν υπάρχει κάποια συγκεκριμένη ποσότητα κατανάλωσης καφέ, για να δημιουργηθεί η εξάρτηση στην καφεΐνη. [14]

Ακόμα και ένα φλιτζάνι δυνατού καφέ ή τρία κουτάκια coca cola, αρκούν για να προκαλέσουν εθισμό σε ευαίσθητα άτομα. Ακόμα και τα νεογέννητα, των οποίων η μητέρα έπινε μεγάλες ποσότητες καφέ κατά την κύηση, παρουσιάζουν συμπτώματα στέρησης (εκνευρισμό, κινητικότητα, εμέτους) που εξαφανίζονται μετά από μερικές μέρες. [14]

3.3.4. Τρόποι απεξάρτησης από την καφεΐνη

Προτείνονται οχτώ τρόποι απεξάρτησης:

- Αντικαταστήστε τον καφέ στο πρωινό σας με χυμό φρούτων ή γάλα.
- Ετοιμάστε μόνο ένα φλιτζάνι καφέ να πιείτε αντί για δύο, ώστε να μην μπειτε σε πειρασμό να καταναλώσετε μεγαλύτερη ποσότητα από αυτή που πραγματικά θέλετε.
- Πιείτε τον καφέ σας σε φλιτζάνι αντί σε κούπα.
- Αλλάξτε τον τρόπο παρασκευής του καφέ ή τη μάρκα που αγοράζετε.
- Προτιμήστε ροφήματα χωρίς καφεΐνη.
- Αν καταναλώνεται καφεϊνούχα σκευάσματα ως ήπια καθαρτικά, αυξήστε την κατανάλωση τροφίμων πλούσιων σε φυτικές ίνες και αθληθείτε.
- Υιοθετήστε ένα υγιεινό διαιτολόγιο και μην παραλείπετε τα γεύματά σας.
- Διακόψτε το κάπνισμα, έτσι δεν θα σας δημιουργείται η επιθυμία να πιείτε καφέ. [12]

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο: ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ ΑΝΑΛΓΗΤΙΚΑ ΦΑΡΜΑΚΑ

4.1. Οπιοειδή

4.1.1. Ποια είναι τα οπιοειδή

Ο όρος «οπιοειδή» περιλαμβάνει όλες τις φυσικές ή συνθετικές ουσίες, οι οποίες προκαλούν φαρμακολογικές δράσεις παρόμοιες με εκείνες της μορφίνης και των οποίων τη δράση ανταγωνίζεται η ναλοξόνη. Τα οπιοειδή φάρμακα κατατάσσονται σε τρεις κατηγορίες:

- Τα οπιοειδή φυσικά, τα οποία περιέχονται στο χυμό του οπίου. Το όπιο, προϊόν της παπαρούνας *Papaver somniferum*, περιέχει περισσότερες από 20 αλκαλοείδεις ουσίες, οι οποίες ταξινομούνται ως παράγωγα του φαινανθρενίου (μορφίνη, κωδεΐνη, θηβαΐνη) ή του βενζυλισκοκινολινίου (παπαβερίνη, νοσκαπίνη)
- Τα οπιοειδή ημισυνθετικά που προέρχονται από τροποποιήσεις των φυσικών οπιοειδών, όπως η υδρομορφόνη, η οξυμορφόνη και η υδροκωδόνη.
- Τα οπιοειδή συνθετικά, όπως η φεντανύλη, που είναι εξ ολοκλήρου συνθετικά. [15]

4.1.2. Φαρμακοκινητική

Τα ναρκωτικά αναλγητικά απορροφώνται ευχερώς από το γαστρεντερικό, καθώς επίσης και από το ρινικό βλεννογόνο, τους πνεύμονες, όπως και μετά από το υποδόριο ή ενδομυϊκή χορήγηση. Το αποτέλεσμα όμως μιας συγκεκριμένης δόσης είναι ηπιότερο μετά τη λήψη από του στόματος, από τη ρινική οδό ή από τους πνεύμονες σε σύγκριση με την παρεντερική χορήγηση, λόγω του σημαντικού «μεταβολισμού πρώτης διόδου», ο οποίος έχει ως συνέπεια το μεταβολισμό πολύ διαφορετικών ποσοτήτων του φαρμάκου από το ήπαρ, αμέσως μετά την απορρόφηση. [9]

Η κατανομή των ναρκωτικών αναλγητικών είναι παρόμοια με αυτή των οργανικών βάσεων γενικώς. Αμέσως μετά την απορρόφηση, συγκεντρώνονται στους ιστούς και ειδικότερα στους νεφρούς, στο ήπαρ, στους σκελετικούς μυς, στους πνεύμονες και στο σπλήνα, οι συγκεντρώσεις δε στα σημεία αυτά υπερβαίνουν ταχύτατα τις αντίστοιχες του αίματος. [9]

Τα ναρκωτικά αναλγητικά μεταβολίζονται αρχικά στο ήπαρ και κυρίως στο μικροσωματικό κλάσμα του ενδοπλασματικού δικτύου. Μεταβολίζονται επίσης στο ΚΝΣ, στους νεφρούς, στους πνεύμονες και στον πλακούντα υφιστάμενα σύνδεση με

γλυκουρονικό οξύ, υδρόλυση, οξείδωση και/η ναπαλκυλίωση. Απεκκρίνονται κυρίως από τα ούρα αναλλοίωτα ή με τη μορφή των μεταβολιτών τους. Μικρές ποσότητες απεκκρίνονται επίσης στα κόπρανα. [9]

4.1.3. Οδοί χορήγησης οπιοειδών αναλγητικών

Οι οδοί χορήγησης των οπιοειδών αναλγητικών περιλαμβάνουν:

- Από του στόματος: Είναι η πιο απλή οδός χορήγησης. Εκτός αν αντενδείκνυται, προτιμάται στην πλειοψηφία των ασθενών.
- Από το ορθό: Αποτελεσματική και εύκολη οδός χορήγησης, αλλά ενδέχεται να μην είναι αποδεκτή από τον ασθενή και την οικογένειά του.
- Διαδερμική: Η χορήγηση φαρμάκου διαδερμικά με τη μορφή «αυτοκόλλητου» είναι μια απλή και ανώδυνη μέθοδος που εξασφαλίζει τη συνεχή απελευθέρωση μιας σταθερής ποσότητας φαρμάκου.
- Ενδομυϊκή: Στο παρελθόν ήταν η συχνότερα χρησιμοποιούμενη οδός χορήγησης, πλέον δεν χρησιμοποιείται παρά σε λίγες περιπτώσεις.
- Υποδόρια: Χρησιμοποιείται όταν απαιτείται η συνεχόμενη χορήγηση αναλγητικών ενδομυϊκά.
- Ενδοφλέβια: Επιτυγχάνει την ταχύτερη έναρξη δράσης του φαρμάκου, συνήθως εντός 1 έως 15 λεπτών. Το φάρμακο είναι δυνατό να χορηγηθεί στάγδην, σε εφάπαξ δόση ή με συσκευή PCA (ελεγχόμενη από τον ασθενή αναλγησία με τη χρήση αντλίας έγχυσης).
- Ενδοραχιαία: Αποτελεί επεμβατική πράξη. Σε μερικούς ασθενείς παρέχει καλύτερο επίπεδο αναλγησίας και μετεγχειρητικής ανάρρωσης από ότι η ενδοφλέβια μέθοδος. Ο κίνδυνος αναπνευστικής καταστολής και ανακοπής είναι χαμηλότερος στην επισκληρίδια αναλγησία από ότι στη χορήγηση αναλγητικών με παρεντερικές μεθόδους. [16]

4.1.4. Συχνά παρατηρούμενες ανεπιθύμητες ενέργειες οπιοειδών

Συχνά παρατηρούμενες ανεπιθύμητες ενέργειες αποτελούν:

- Η καταστολή
- Η δυσκοιλιότητα
- Η ναυτία και ο έμετος
- Η κατακράτηση ούρων
- Η πιθανότητα εθισμού
- Η αναπνευστική καταστολή [17]

4.1.5. Ανάπτυξη ανοχής

Επαναλαμβανόμενη χρήση οπιοειδών κάνει το άτομο λιγότερο ευαίσθητο στην επίδρασή τους και το οδηγεί στη λήψη συνεχώς αυξανόμενων δόσεων, με σκοπό να επιτύχει το επιθυμητό αποτέλεσμα. Η ανοχή δεν αναπτύσσεται με τον ίδιο τρόπο για όλες τις ιδιότητες της ουσίας. Η εγκατάσταση ανοχής εξαρτάται μάλλον από την προσαρμογή των διαφόρων ιστών παρά από την ταχύτερη αδρανοποίηση της ουσίας. Η ανοχή στα οπιοειδή εγκαθίσταται ευκολότερα συγκριτικά με την ανοχή στα κατασταλτικά φάρμακα ή στο οινόπνευμα. [1]

Ανάπτυξη ανοχής αναφορικά με μια οπιοειδή ουσία έχει ως συνεπακόλουθο την ανάπτυξη ανοχής και στις υπόλοιπες οπιοειδείς ουσίες (διασταυρούμενη ανοχή). [1]

4.1.6. Χαρακτηριστικά της εξάρτησης

Λόγω της ανάπτυξης ανοχής του οργανισμού απέναντι στις οπιούχες ουσίες απαιτείται, σε μικρό χρονικό διάστημα, αύξηση της δόσης σε ποσότητες, που θα ήταν ικανές να προκαλέσουν θάνατο ενός υγιούς ατόμου. [2]

Η χρόνια δηλητηρίαση από οπιούχες ουσίες εκδηλώνεται τόσο με σωματικά, όσο και με ψυχικά συμπτώματα. Ο ρυθμός της καρδιάς επιβραδύνεται, οι κόρες των οφθαλμών μικραίνουν, η πίεση πέφτει σε χαμηλά επίπεδα. Εμφανίζεται μια αλλαγή στο χρώμα του δέρματος που παίρνει μια ωχρή-γκρίζα χροιά. Διάρροια εναλλάσσεται με δυσκοιλιότητα, η σεξουαλική ικανότητα ελαττώνεται, ο ύπνος είναι ελαφρύς και δεν «ξεκουράζει», η ελάττωση του σωματικού βάρους μπορεί να φθάσει τα όρια της καχεξίας. [2]

Ταυτόχρονα εξελίσσεται μια αλλαγή στην προσωπικότητα του τοξικομανή, που όμως στα αρχικά στάδια πολύ δύσκολα γίνεται αντιληπτή. Η αλλαγή αυτή αρχίζει με μια υπερευαίσθησία, εύκολη σωματική και ψυχική κόπωση, απροσδιόριστη δυσφορική διάθεση και έλλειψη εμπιστοσύνης για όλους και σε όλα. Ιδιαίτερα χαρακτηριστική είναι η απότομη εναλλαγή της ψυχικής διάθεσης, από μια αδιάφορη τοποθέτηση σε μια «ερεθισμένη» νευρικότητα που εκδηλώνεται με κριτικές και επιθετικές τάσεις. [2]

Με το χρόνο παρατηρούμε μια έντονη ελάττωση των συνειδησιακών λειτουργιών, μείωση των ενδιαφερόντων, εξαφάνιση του συναισθήματος υποχρέωσης απέναντι στο κοινωνικό περιβάλλον και προσκόλληση μόνο στην προσωπική ικανοποίηση. Παρ' όλο ότι οι πνευματικές λειτουργίες δεν διαταράσσονται, τουλάχιστον επιφανειακά, έχουμε απώλεια της ικανότητας για αυτοκριτική. Συνειδησιακές τύψεις εξαφανίζονται, η θέληση παραλύει και μόνο ενδιαφέρον παραμένει η χρήση της τοξικής ουσίας. [2]

4.1.7. Επιπτώσεις χρόνιας χρήσης οπιοειδών

Μερικές από τις επιπτώσεις χρόνιας χρήσης οπιοειδών είναι:

- Μείωση σεξουαλικής επιθυμίας σε άντρες και γυναίκες
- Αμηνόρροια
- Ελάττωση της γονιμότητας
- Υπεργλυκαιμία
- Οξεία ή χρόνια νεφρικά σύνδρομα [1]

4.1.8. Διάγνωση της χρήσης οπιοειδών

Για τη διάγνωση της χρήσης οπιοειδών είτε σ' ένα «χρήστη των δρόμων» είτε σ' έναν «ιατρικό» άρρωστο, απαιτείται αρχικά η λήψη ενός καλού ιστορικού και η αποδοχή της υπόθεσης ότι κάθε άτομο μπορεί να είναι χρήστης τοξικών ουσιών. [1]

Επιπροσθέτως, υπάρχει μια σειρά φυσικών σημείων, συμπτωμάτων και τρόπων συμπεριφοράς τα οποία ο εξεταστής θα πρέπει να ελέγξει προσεκτικά. Αυτά περιλαμβάνουν:

- Οιδήματα και σκληρύνσεις κατά μήκος των φλεβών
- Θρομβωμένες φλέβες
- Άλλες κακώσεις, έλκη και αποστήματα στο δέρμα, και ιδιαίτερα κατά μήκος των φλεβών ή των αρτηριών.
- Μικρές (μυωτικές) κόρες ματιών
- Οιδηματώδης ρινικός βλεννογόνος (σε περιπτώσεις χρήσης από τη μύτη)
- Οιδηματώδεις λεμφαδένες
- Διογκωμένο συκώτι
- Βιοχημικές ανωμαλίες, όπως ελάττωση γλομπουλινών, διαταραγμένες ηπατικές εξετάσεις και σχετική λεμφοκυττάρωση
- Ενδείξεις συχνών επισκέψεων σε παθολόγους (πιθανόν για λήψη συνταγών), περιπεπλεγμένο και ασαφές παθολογικό ιστορικό ή συχνές επισκέψεις σε γιατρούς εξαιτίας «πολύ δυνατών και ανυπόφορων πόνων» (κολικοί, οσφυαλγίες, κεφαλαλγίες ή πόνοι κατά την εμμηνόρροια)
- Συχνή χρήση αναλγητικών σκευασμάτων
- Επαγγελματική ιδιότητα που να κάνει εύκολη την προμήθεια ή τη χρήση ουσιών [1]

4.1.9. Παθολογικού τύπου καταστάσεις συνδεδεμένες με την κατάχρηση οπιοειδών ουσιών

- Μολύνσεις: Λόγω της ύπαρξης μολυσμένων συριγγών και βελόνων που οι χρήστες μοιράζονται μεταξύ τους, του τρόπου χρήσης, των ουσιών νοθείας που υπάρχουν στις ουσίες
- Ηπατίτιδα: Πολύ συχνές στους χρήστες είναι η ηπατίτιδα Β, η συνύπαρξη ηπατίτιδας Β και Δ και γενικά η ανωμαλία της ηθπατικής λειτουργίας λόγω των παραπάνω νόσων, των ουσιών νοθείας και της παράλληλης κατάχρησης άλλων ουσιών, ιδιαίτερα του οινόπνεύματος.
- Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας: Η μετάδοση γίνεται μέσω μολυσμένων βελονών και συρίγγων κατά την ενδοφλέβια χρήση.
- Πνευμονικό οίδημα: Η κατάσταση αυτή μπορεί να προκληθεί αμέσως μετά από ενδοφλέβια ή μη χρήση. Πιθανόν η τυχαία υπερδοσολογία να οδηγεί σε κώμα και κεντρικού τύπου καταστολή της αναπνοής, τα οποία στη συνέχεια δημιουργούν υποξία και τελικά πνευμονικό οίδημα, αν και υπάρχουν περιπτώσεις ανάπτυξης πνευμονικού οιδήματος και μετά από χρήση οπιοειδών, σε δόσεις στις οποίες ο χρήστης ήταν πολύ καλά προσαρμοσμένος.
- Ενδοκαρδίτιδα: Είναι σοβαρή επιπλοκή της ενδοφλέβιας χρήσης ουσιών.
- Πνευμονικές λοιμώξεις: Ευθύνονται οι σηπτικές συνθήκες κάτω από τις οποίες πολλές φορές γίνονται οι ενέσεις, οι κακές υγιεινοδιαιτητικές συνθήκες ζωής των χρηστών και η μεγάλη κατανάλωση καπνού και οινόπνεύματος που συνήθως συνοδεύει τη χρήση ουσιών. [1]

4.2. Μορφίνη

4.2.1. Τι είναι η μορφίνη

Η μορφίνη είναι λευκή, κρυσταλλική σκόνη, χωρίς οσμή, με πικρή γεύση. Στη θεραπευτική χρησιμοποιείται η υδροχλωρική μορφίνη η οποία είναι κόνις λευκή, κρυσταλλική. [9]

4.2.2. Φαρμακοκινητική

Η μορφίνη απορροφάται ταχέως από το γαστρεντερικό σωλήνα και μετά από παρεντερική χορήγηση, εγκαταλείπει δε στη συνέχεια ταχέως το αίμα και εναποτίθεται σε

όλα τα παρεγχυματώδη όργανα, όπως τους νεφρούς, το σπλήνα, το ήπαρ κλπ. Οι σκελετικοί μύες εμφανίζουν χαμηλή συγκέντρωση μορφίνης. Κύριος αποτοξινωτικός μηχανισμός είναι η σύνδεση της ουσίας με γλυκουρονικό οξύ. Στα ούρα ανευρίσκονται μικρά ποσά ελευθέρως και μεγάλα ποσά συζευγμένης με τη μορφή γλυκουρονίδιου μορφίνης, τα 90 % δε της ληφθείσης δόσεως αποβάλλονται εντός των πρώτων 24 ωρών. Περίπου 7-10 % της ληφθείσης μορφίνης απεκκρίνονται και δια των κοπράνων, το ποσόν δε τούτο προέρχεται σχεδόν εξ ολοκλήρου από τη χολή εντός της οποίας ανευρίσκεται ικανή ποσότητα αλκαλοειδούς με τη συζευγμένη κυρίως μορφή. [9]

4.2.3. Δράσεις

Οι δράσεις της μορφίνης περιλαμβάνουν:

- Αναλγησία: Η μορφίνη προκαλεί αναλγησία (ανακούφιση από τον πόνο χωρίς απώλεια συνείδησης). Οι ασθενείς που βρίσκονται σε θεραπεία με μορφίνη εξακολουθούν να αντιλαμβάνονται την ύπαρξη του πόνου, αλλά η αίσθηση αυτή δεν είναι δυσάρεστη.
- Ευφορία: Η μορφίνη προκαλεί ένα ισχυρό αίσθημα ευχαρίστησης και ευεξίας. Η ευφορία μπορεί να προκαλείται από διέγερση της κοιλιακής περιοχής της μεσεγκεφαλικής καλύπτρας.
- Αναπνοή: Η μορφίνη προκαλεί αναπνευστική καταστολή, μειώνοντας την ευαισθησία των νευρώνων του αναπνευστικού κέντρου στο διοξείδιο του άνθρακα. Αυτό λαμβάνει χώρα σε κανονικές δόσεις μορφίνης και επιτείνεται όσο η δόση αυξάνει ώπου, τελικά, να σταματήσει η αναπνοή. Η καταστολή της αναπνευστικής λειτουργίας αποτελεί την πιο συχνή αιτία θανάτου σε περίπτωση οξείας υπερδοσολογίας οπιοειδών.
- Καταστολή του αντανακλαστικού του βήχα: Η μορφίνη έχει αντιβηχικές ιδιότητες. Γενικά, η ικανότητα καταστολής του βήχα δεν είναι ανάλογη με τις αναλγητικές ιδιότητες και τις ιδιότητες καταστολής της αναπνευστικής λειτουργίας.
- Μύση: Η «κόρη σαν τη μύτη καρφίτσας» είναι χαρακτηριστική σε όσους χρησιμοποιούν μορφίνη.
- Έμετος: Η μορφίνη διεγείρει άμεσα την εκλυτική ζώνη των χημειοϋποδοχέων στην οπισθότατη περιοχή, με αποτέλεσμα την πρόκληση εμέτου.
- Γαστρεντερικός σωλήνας: Η μορφίνη ανακουφίζει από τη διάρροια και τη δυσεντερία μειώνοντας την κινητικότητα και αυξάνοντας τον τόνο των λείων μυών του εντέρου. Αυξάνει επίσης τον τόνο του σφιγκτήρα του πρωκτού. Γενικά προκαλεί δυσκοιλιότητα με μικρή ανάπτυξη ανοχής. Επιπλέον, μπορεί να αυξήσει την πίεση στη χοληφόρο οδό λόγω σύσπασης της χοληδόχου κύστης και σύσφιξης του χολικού σφιγκτήρα.
- Καρδιαγγειακό σύστημα: Η μορφίνη δεν έχει σημαντικές επιδράσεις στην πίεση του αίματος και στην καρδιακή συχνότητα, εκτός αν χορηγηθούν υψηλές δόσεις, οπότε μπορεί να εκδηλωθεί υπόταση και βραδυκαρδία. Εξαιτίας της καταστολής της

αναπνευστικής λειτουργίας και της κατακράτησης διοξειδίου του άνθρακα, τα εγκεφαλικά αγγεία διαστέλλονται και αυξάνουν την πίεση του εγκεφαλονωτιαίου υγρού. Επομένως, η μορφίνη συνήθως αντενδείκνυται σε άτομα με σοβαρή εγκεφαλική βλάβη.

- Απελευθέρωση ισταμίνης: Η μορφίνη προκαλεί απελευθέρωση ισταμίνης με αποτέλεσμα την εμφάνιση κνίδωσης, εφίδρωσης και αγγειοδιαστολής. Δεν πρέπει να χορηγείται σε ασθματικούς, επειδή μπορεί να προκαλέσει βρογχόσπασμο.
- Ορμονικές δράσεις: Η μορφίνη αναστέλλει την απελευθέρωση της ορμόνης απελευθέρωσης γοναδοτροπινών και της ορμόνης απελευθέρωσης κορτικοτροπίνης και μειώνει τη συγκέντρωση της ωχρινοποιητικής ορμόνης, της θυλακιοτρόπου ορμόνης, της αδρενοκροτικοτρόπου ορμόνης και της β-ενδορφίνης. Τα επίπεδα της τεστοστερόνης και της κορτιζόλης μειώνονται. Η μορφίνη αυξάνει την απελευθέρωση της προλακτίνης και της αυξητικής ορμόνης, μειώνοντας έτσι τη δοπαμινεργική αναστολή. Επίσης, αυξάνει την αντιδιουρητική ορμόνη και έτσι οδηγεί σε κατακράτηση ούρων. [17]

4.2.4. Θεραπευτικές χρήσεις

Οι θεραπευτικές χρήσεις της μορφίνης περιλαμβάνουν:

- Αναλγησία: Πολύ αποτελεσματική. Σε κλινικές καταστάσεις όπου υπάρχει πόνος και ο ύπνος είναι απαραίτητος, τα οπιούχα μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να συμπληρώσουν τις υπνωτικές ιδιότητες των βενζοδιαζεπινών.
- Θεραπεία της διάρροιας: Η μορφίνη μειώνει την κινητικότητα των λείων μυών και αυξάνει τον τόνο τους.
- Ανακούφιση από τον βήχα: Η μορφίνη καταστέλλει το αντανακλαστικό του βήχα, αλλά η κωδεΐνη και η δεξτρομεθορφάνη χρησιμοποιούνται σε ευρύτερη κλίμακα γι' αυτόν το σκοπό.
- Θεραπεία του οξέος πνευμονικού οιδήματος: Η ενδοφλέβια μορφίνη ανακουφίζει δραματικά τη δύσπνοια του οξέος πνευμονικού οιδήματος που σχετίζεται με αριστερή καρδιακή ανεπάρκεια- πιθανώς λόγω της αγγειοδιασταλτικής δράσης της. [17]

4.2.5. Τοξικότητα

Η τοξική δόση της μορφίνης είναι σχεδόν αυτή από οποιαδήποτε οδό και αν εισέλθει στον οργανισμό, διαφορά όμως υφίσταται ως προς το χρόνο επελεύσεως των συμπτωμάτων. Εμφανίζονται ταχύτερα μετά από υποδόριο χορήγηση παρά μετά από λήψη της ουσίας από του στόματος. [9]

Για τους ενήλικες, η τοξική δόση της μορφίνης υπολογίζεται, για τους μη εθισμένους και έχοντες κάποια ευαισθησία, σε 50-60 mg, θανατηφόρα δε η των 100-200 mg. Για τα παιδιά, η δόση είναι κατά πολύ μικρότερη, αφού με 10 mg ή και ακόμη μικρότερη δόση είναι δυνατό να προκληθεί θανατηφόρα δηλητηρίαση. [9]

4.2.6. Στερητικό σύνδρομο

Το στερητικό σύνδρομο μορφίνης αρχικά εκδηλώνεται με αδιαθεσία, ανησυχία, αγωνία, πλήρη ανικανότητα για εργασία, κνησμό του δέρματος, επανειλημμένα πταρνίσματα, άφθονη ενίοτε ρινόρροια, άφθονοι ιδρώτες, διάρροια, ανωμαλίες του σφυγμού, μυδρίαση κλπ. Σε βαριά εξάρτηση, ενδέχεται να εκδηλωθούν ψευδαισθήσεις οπτικές, γευστικές ή οσφρητικές ή εκρήγνυνται αληθινοί μανιακοί παροξυσμοί ή και τρομώδες παραλήρημα. Ακολουθεί μεγάλη καταβολή των δυνάμεων που δεν επιτρέπουν στον άρρωστο να περπατήσει. Άλλοτε εμφανίζονται έμετος, τρόμος καθολικός, άλγη κυρίως στα κάτω άκρα, κεφαλαλγίες, κολικοί του ήπατος, χολεροειδείς κενώσεις, και κυκλοφορικές και αναπνευστικές διαταραχές. Τα στερητικά συμπτώματα υποχωρούν με τη λήψη μορφίνης. [9]

4.3. Ηρωίνη

4.3.1. Φαρμακολογικές ιδιότητες

Η ηρωίνη αποτελεί το διακυλεστέρα της μορφίνης, είναι δε σκόνη λευκή, κρυσταλλική, άοσμη, διαλυτή στο νερό. Η φαρμακολογική της δράση είναι παρόμοια με αυτή της μορφίνης, θεωρείται όμως περισσότερο τοξική απ' αυτήν και προκαλεί ευκολότερα εθισμό. [9]

Κατανέμεται ραγδαία στον εγκέφαλο, στους νεφρούς, στο ήπαρ και στον πνεύμονα. Προσλαμβάνεται από τους χρήστες κυρίως εισπνεόμενη πάνω σε μια θερμή μεταλλική επιφάνεια ή με ενδοφλέβια ένεση. Είναι δραστική ακόμη κι όταν λαμβάνεται από το στόμα, μέσω του γαστρεντερικού συστήματος, για' αυτό και οι λεγόμενοι "Bodypackers" διατρέχουν μεγάλο κίνδυνο. Ο χρόνος υποδιπλασιασμού της ηρωίνης στον ορό του αίματος είναι μικρότερος των 20 λεπτών. Με την ανίχνευση του μεταβολίτη 6-μονοακετυλ-μορφίνης αποδεικνύεται η δηλητηρίαση με ηρωίνη. [18]

4.3.2. Τοξικότητα

Η δηλητηρίαση με ηρωίνη αναγνωρίζεται από τον συνδυασμό των εξής συμπτωμάτων:

- Μύση
- Καταστολή της αναπνοής
- Κυάνωση
- Πτώση της αρτηριακής πίεσης
- Βραδυκαρδία [18]

Κατά την εξέταση ενός τέτοιου ασθενούς βρίσκουμε συνήθως θρομβώσεις φλεβών στα χέρια, που οφείλονται στις πολλαπλές αλλεπάλληλες φλεβοκεντήσεις. [18]

Γνωστές απειλητικές, ανεπιθύμητες, αλλά από τον «χρήστη», αποτολμούμενες δράσεις, είναι οι νευρολογικές βλάβες με επιληπτοειδείς κρίσεις, μεταύποξαιμικές εγκεφαλικές βλάβες, το πνευμονικό οίδημα, η ραβδομύλυση, τα αποστήματα, οι ενδοκαρδίτιδες και οι νεφρίτιδες. [18]

4.3.3. Θεραπεία οξείας δηλητηρίασης με ηρωίνη

Η θεραπεία περιλαμβάνει διασωλήνωση και τεχνητή αναπνοή του ασθενούς. Η χορήγηση υγρών κατεχολαμινών μπορεί αν είναι απαραίτητα για την σταθεροποίηση της κυκλοφορίας. Η οπιούχος δράση μπορεί να αντιμετωπιστεί με τη χορήγηση ναλοξόνης. Επίσης, χρειάζεται προσοχή ώστε η δόση ναλοξόνης να χορηγείται αργά (μεταξύ 0,2 και 0,8 mg) για να μην προκληθούν ανεπιθύμητες παρενέργειες, όπως ναυτία, έμετος και σύνδρομο στέρησης οπιούχων. [18]

4.3.4. Ανοχή- εξάρτηση

Η ηρωίνη συνήθως λαμβάνεται ενδοφλέβια. Αρχικά προκαλεί ένα ιδιαίτερος έντονο ευχάριστο αίσθημα ("kick") που διαρκεί λιγότερο από ένα λεπτό και ακολουθείται από ένα αίσθημα ευφορίας που κρατά περισσότερο. Ανοχή αναπτύσσεται στην ευφορία, στην καταστολή του αναπνευστικού συστήματος και στη ναυτία, όχι ωστόσο και στη δυσκοιλιότητα και στη μύση. Η μακροχρόνια χρήση των οπιούχων οδηγεί σε φυσική εξάρτηση. [16]

4.3.5. Σύνδρομο στέρησης

Τα αρχικά στερητικά συμπτώματα λόγω διακοπής της χρήσης περιλαμβάνουν:

- Έντονη επιθυμία για την ουσία
- Δακρύρροια
- Ρινόρροια
- Χασμουρητά
- Εφίδρωση [16]

Διαρκούν 10 μέρες και ακολουθούνται από τη δεύτερη φάση των συμπτωμάτων στέρησης που διαρκούν επί μήνες:

- Αϋπνία
- Ευερεθιστότητα
- Κόπωση
- Πιθανή υπερδραστηριότητα του γαστρεντερικού συστήματος
- Πρώιμη εκσπερμάτιση [16]

Υποστηρικτικό μέσο για το σύνδρομο στέρησης οπιοειδών είναι η μεθαδόνη. [16]

4.4. Μεθαδόνη

4.4.1. Φαρμακολογικές ιδιότητες

Η μεθαδόνη έχει φαρμακολογικές ιδιότητες ποιοτικά ανάλογες της μορφίνης. Έχει αναλγητική και αντιβηχική δράση, προκαλεί μύση και καταστολή της αναπνοής, δρα στην κινητικότητα του εντέρου, στον τόνο της χοληδόχου κύστεως κ.ά. [9]

Απορροφάται ικανοποιητικά από το γαστρεντερικό και η ανίχνευσή της στο πλάσμα επιτυγχάνεται 30 λεπτά μετά τη χορήγηση, ενώ οι μέγιστες συγκεντρώσεις σημειώνονται 4 ώρες μετά τη λήψη. Ποσοστό μέχρι και 90% του απορροφηθέντος φαρμάκου είναι συνδεδεμένο με τις πρωτεΐνες του πλάσματος, μετά δε την κατανομή, σημαντικό μέρος του φαρμάκου εναποθηκεύεται, συνδεδεμένο πάντοτε με τις πρωτεΐνες των διαφόρων ιστών συμπεριλαμβανομένου και του εγκεφάλου. [9]

Η βιομετατροπή της γίνεται στο ήπαρ και οι μεταβολίτες της αποβάλλονται με τα ούρα και τη χολή. Μετά από υποδόριο ή ενδομυϊκή χορήγηση οι μέγιστες συγκεντρώσεις στον εγκέφαλο ανιχνεύονται 1-2 ώρες αργότερα, στοιχείο που συνδυάζεται ευθέως με την αναλγητική δράση της σε αγωγή υποκατάστασης. Χρησιμοποιείται ως θεραπεία

υποκατάστασης ατόμων εξαρτημένων από ηρωίνη ή μορφίνη, έτσι ώστε να αποφεύγονται τα στερητικά συμπτώματα. [9]

4.4.2. Η μεθαδόνη ως θεραπεία υποκατάστασης για το σύνδρομο στέρησης

Αν και το σύνδρομο αποστέρησης στα οπιοειδή δεν είναι θανατηφόρο, πλην ελαχίστων περιπτώσεων στις οποίες συνυπάρχει και βαρεία διαταραχή του ισοζυγίου ύδατος και ηλεκτρολυτών, η έντονη κλινική του εικόνα και η δραματική συμπτωματολογία των στερητικών αυτών φαινομένων αποτελεί έναν ικανοποιητικό λόγο χορήγησης υποκατάστατων. [9]

Το πρόγραμμα συντήρησης με μεθαδόνη στοχεύει με ιδιαίτερη έμφαση στην κοινωνική επανένταξη, ως βασικό δε στοιχείο θεωρείται η χορήγηση μεγάλων δόσεων του υποκατάστατου, δόσεων που εξατομικεύονται αναλόγως της αντιμετωπιζόμενης κατάστασης. Ο ασθενής που θα παρακολουθήσει το πρόγραμμα συντήρησης σταθεροποιείται σε μια δόση, η οποία είναι επαρκής για να καταστείλει το σύνδρομο αποστέρησης από την ηρωίνη ή άλλα παρόμοιας δράσης εξαρτησιογόνα φάρμακα, για 12-24 ώρες, χωρίς να προκαλεί ευφορικά αποτελέσματα ή το “nodding high” που εμφανίζεται με τα ναρκωτικά αναλγητικά. [9]

Το σημαντικότερο είναι ο καθορισμός της αποτελεσματικής δόσης υποκατάστασης. Στους ασθενείς χορηγούνται αρχικά περί τα 30-50 mg ημερησίως και στη συνέχεια, μετά την κατάλληλη κλινική αξιολόγηση, αυξάνεται η δόση ανά 5-10 mg, μέχρι τα 60 mg. Στη συνέχεια, γίνεται πάλι εκτίμηση της κλινικής κατάστασης του ασθενούς και επαναπροσδιορίζεται η δόση έως ότου κατασταλεί η επιθυμία για λήψη της ηρωίνης και σταματήσει η εμφάνιση των συμπτωμάτων του στερητικού συνδρόμου. [9]

Το πρόγραμμα μεθαδόνης μπορεί να γίνει μόνο σε νοσοκομεία ή σε ειδικά κέντρα όπου υπάρχει δυνατότητα ψυχιατρικής υποστήριξης των ασθενών, αλλά και δυνατότητες για συχνό και αξιόπιστο έλεγχο των βιολογικών υλικών για την παρουσία και άλλων ναρκωτικών αναλγητικών και οινόπνευματος. [9]

4.5. Βουπρενορφίνη

4.5.1. Φαρμακολογικές ιδιότητες

Η βουπρενορφίνη χορηγείται υπογλωσσίως ή παρεντερικώς και έχει μακρά διάρκεια δράσης λόγω της ισχυρής πρόσδεσής της στους υποδοχείς. Μεταβολίζεται στο ήπαρ και απεκκρίνεται στη χολή και στα ούρα. [17]

Δεν προκαλεί σημαντική καταστολή της αναπνευστικής λειτουργίας ακόμα και σε υψηλές δόσεις. Επίσης, αποδεσμεύεται με πιο αργό ρυθμό από τους υποδοχείς οπιοειδών και κατά συνέπεια εμφανίζει πολύ μεγαλύτερη διάρκεια δράσης σε σχέση με άλλα οπιοειδή, όπως η μεθαδόνη. Ακόμη, η απότομη διακοπή του φαρμάκου προκαλεί ηπιότερο στερητικό σύνδρομο από τα άλλα οπιοειδή. [9]

Επιπλέον, ασκεί ισχυρότερη κατασταλτική ενέργεια της πενταζοκίνης και μπορεί να προκαλέσει έμετο. Σε αντίθεση με τα άλλα οπιοειδή, οι αναλγητικές και κατασταλτικές στην αναπνοή ενέργειες της βουπρενορφίνης αντιστρέφονται, μερικώς μόνο, αν όχι στο σύνολό τους, από τη ναλορφίνη. [9]

Σε περιπτώσεις καταστολής της αναπνοής μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως διεγερτικό δοξαπράμη, μονολότι σε ορισμένες άλλες επιβάλλεται και η μηχανική αναζωογόνηση. [9]

4.5.2. Ανεπιθύμητες ενέργειες

Οι ανεπιθύμητες ενέργειες της βουπρενορφίνης περιλαμβάνουν:

- Καταστολή της αναπνευστικής λειτουργίας που δεν αναστρέφεται με τη ναλοξόνη
- Ελάττωση (ή σπάνια αύξηση) της αρτηριακής πίεσης
- Ναυτία
- Ζάλη [17]

4.5.3. Η βουπρενορφίνη ως θεραπεία αποτοξίνωσης από τα οπιούχα

Η βουπρενορφίνη ενεργεί όπως η μορφίνη σε ασθενείς που δεν έχουν εθιστεί σ' αυτή, αλλά μπορεί επίσης να επισπεύσει το σύνδρομο στέρησης σε χρήστες μορφίνης.

Η κύρια χρήση της είναι στην αποτοξίνωση από τα οπιούχα, καθώς έχει λιγότερο έντονα και μικρότερης διάρκειας συμπτώματα στέρησης συγκριτικά με τη μεθαδόνη. Προκαλεί ελάχιστη καταστολή, αναπνευστική δυσλειτουργία ή υπόταση, ακόμα και σε μεγάλες δόσεις. Σε αντίθεση με τη μεθαδόνη, η οποία διατίθεται μόνο σε εξειδικευμένες κλινικές, η βουπρενορφίνη είναι εγκεκριμένη για αποτοξίνωση στη βάση ιατρείου και για συντήρηση. [17]

Οι ιδιότητες της βουπρενορφίνης και ειδικά του συνδυασμού με ναλοξόνη, υπόσχονται πολλά στη θεραπεία υποκατάστασης των εξαρτημένων ατόμων. [9]

4.6. Οξυμορφώνη

Η οξυμορφώνη είναι μ- αγωνιστής των υποδοχέων των οπιοειδών. Δεν προκαλεί έκλυση ισταμίνης και έμετο. Έχει ισχυρότερη ηρεμιστική δράση από άλλα οπιοειδή και έτσι όταν χορηγείται μετεγχειρητικά, μπορεί να προκαλέσει καθυστέρηση στην ανάνηψη. [19]

5.1. Κανναβινοειδή

5.1.1. Δράσεις

Είκοσι λεπτά μετά από την κατανάλωση της κάνναβης το άτομο αρχίζει να αισθάνεται ευφορία, αύξηση του καρδιακού ρυθμού, ληθαργικότητα, κόπωση, εξάντληση και μεταβολή της αντίληψης του χρόνου. Κάποιοι χρήστες αναφέρουν πως τα εξωτερικά ερεθίσματα, όπως το φως ή τα χρώματα και ο ήχος γίνονται αντιληπτά με περισσότερη ευκρίνεια και καθαρότητα. Κάποιοι περιγράφουν την κατάσταση αυτή όμοια με εκείνη που προκαλεί το LSD όμως με λιγότερη ένταση. Ψυχώσεις σπάνια εμφανίζονται και δεν υπάρχει αύξηση της επιθετικότητας. Οι συνειδησιακές και κινητικές λειτουργίες μειώνονται κατά τη διάρκεια της χρήσης. Η κατανάλωση της κάνναβης προκαλεί διαστολή των αρτηριών στο σκληρό χιτώνα και στον αμφιβληστροειδή, δημιουργώντας «κόκκινα μάτια». Η χρήση της κάνναβης, θεωρείται πλέον, επιβαρυντικός παράγοντας στην πρόκληση νοητικής νόσου. Η ανοχή στις ευφορικές επιδράσεις εμφανίζεται πολύ γρήγορα. [20]

5.1.2. Κατάχρηση- εξάρτηση

Η κατάχρηση της κάνναβης χαρακτηρίζεται από την επαναλαμβανόμενη ή περιοδική χρήση της ουσίας με συνέπεια την αδυναμία να ανταποκριθεί το άτομο σε οικογενειακές, ακαδημαϊκές, εργασιακές και άλλες κοινωνικές υποχρεώσεις, την επαναλαμβανόμενη χρήση σε καταστάσεις που αυτή θέτει σε κίνδυνο το άτομο (π.χ. οδήγηση), τις επανειλημμένες εμπλοκές με το νόμο εξαιτίας της χρήσης και τη συνέχιση της χρήσης παρά την επίγνωση των επιπτώσεων στη διαπροσωπική και κοινωνική ζωή του ατόμου. Η απλώς «ψυχαγωγική χρήση» της κάνναβης είναι δύσκολο να διαχωριστεί από την εξάρτηση ή την κατάχρησή της λόγω της δυσκολίας να αποδοθούν στην κάνναβη προβλήματα ψυχολογικά, κοινωνικά και συμπεριφοράς, ιδιαίτερα όταν συνυπάρχει χρήση και άλλων ουσιών. [21]

Μελέτες δείχνουν ότι η εξάρτηση από την κάνναβη δεν είναι ισχυρή και φαίνεται να περιορίζεται σε μάλλον ήπια ψυχολογική εξάρτηση. Η βιολογική εξάρτηση δεν τεκμηριώνεται εφόσον δεν έχει βεβαιωθεί η παρουσία στερητικών συμπτωμάτων κλινικής σημασίας αν και αναφέρονται ήπια συμπτώματα (ευερεθιστότητα, άγχος, διαταραχή ύπνου, ανορεξία, απώλεια βάρους, εφίδρωση, τρεμούλες, διάρροια, ναυτία, έμετος, μυϊκά άλγη και αυξημένη θερμοκρασία σώματος) μετά από χρόνια χρήση υψηλών δόσεων της

ουσίας. Έχει διαπιστωθεί επίσης το φαινόμενο της ανοχής μετά από μακροχρόνια χρήση. [21]

Η εξάρτηση από την κάνναβη, σύμφωνα με τα κριτήρια του DSM-IV χαρακτηρίζεται από την επιτακτική ανάγκη για λήψη της ουσίας, από την απασχόληση για την ανεύρεσή της κατά τη διάρκεια μεγάλου μέρους της ημέρας, από τις επιπτώσεις της χρήσης της στον οικογενειακό, ακαδημαϊκό, εργασιακό ή ψυχαγωγικό τομέα της ζωής του ατόμου και από την επιμονή στη χρήση της παρά την επίγνωση ότι προκαλεί στο άτομο προβλήματα σωματικά (π.χ. χρόνιο βήχα ως αποτέλεσμα του καπνίσματος) ή ψυχολογικά (π.χ. υπερβολική χαλάρωση ή αδράνεια ως αποτέλεσμα της χρόνιας χρήσης). [21]

5.1.3. Ψυχολογικές διαταραχές

Οι ψυχολογικές διαταραχές που μπορεί να προκληθούν μετά από χρήση χασίς περιλαμβάνουν:

- Τη χασισική μέθη: Οι ενέργειες που εμφανίζονται γενικά κατά τη διάρκεια της μέθης με χασίς μπορεί να προσλάβουν το χαρακτήρα του ονειρικού παραληρήματος κατά το οποίο κυριαρχεί αίσθημα ευφορίας ή σπανιότερα της αντιδράσεως πανικού. Η χρήση εξάλλου του χασίς για μεγάλο χρονικό διάστημα και σε μεγάλες δόσεις, μπορεί σε ορισμένες περιπτώσεις να προκαλέσει την εμφάνιση χασισικών ψυχώσεων. [9]
 - Ø Αντίδραση πανικού: Η κλινική εικόνα δεν είναι τίποτε περισσότερο από την επίταση των συνηθισμένων επιδράσεων της ουσίας, οι οποίες εκλαμβάνονται από τον άπειρο συνήθως χρήστη ως απειλητικές για την υγεία του. Κύρια συμπτώματα είναι το άγχος, το αίσθημα απώλειας του ελέγχου της σκέψης και ο φόβος του χρήστη για ανεπανόρθωτες βλάβες της σωματικής του υγείας. [1] Ο χρήστης αισθάνεται ζάλη, ναυτία, έμετο, ανησυχία και ψευδαισθησιακό παραλήρημα δυσάρεστου περιεχομένου. [9]
 - Ø Ονειρικό παραλήρημα: Ο χρήστης μπορεί να απολέσει τελείως τη συνείδηση του περιβάλλοντος. Εγκαθίστανται προοδευτικά αίσθημα αυξανόμενης ευδαιμονίας, κάποια ανοδική τάση και διάθεση για πανανθρώπινη σχέση και επικοινωνία, αυξημένη φαντασία, χιούμορ, ασυνήθιστος γνωστικισμός και ιδεατές σχέσεις με κάποια αίσθηση εξωπραγματικισμού. Εκδηλώνονται επίσης τάσεις προσήλωσης σε λεπτομέρειες του περιβάλλοντος, μεταβολή στην αίσθηση του χώρου, παραισθήσεις, εμπλουτισμός των αισθητικών εμπειριών, ήπια έξαψη και ενεργητικότητα ή ακριβώς το αντίθετο. [9]
- Αναδρομική εμπύωση (Flashback): Η κλινική εικόνα χαρακτηρίζεται από την αυτόματη επανεμφάνιση βιωμάτων και συναισθημάτων που ο χρήστης είχε ζήσει σε παλιότερη εμπειρία μέθης με χασίς. Μπορεί να συμβεί και σε άπειρους και σε χρόνιους χρήστες. Εμφανίζονται διαταραχές στην αίσθηση του

χρόνου, αίσθημα βραδύτητας της σκέψης και αίσθηση μειωμένης έντασης των αντιληπτικών ερεθισμάτων. Διαρκεί λίγα λεπτά, σπάνια γίνεται επίμονο και «χρόνιο» σύμπτωμα, οπότε και χρειάζεται να ερευνησουμε συνύπαρξη νευρολογικής ή ψυχιατρικής νόσου. [1]

- Ψυχωσικού τύπου συνδρομή: Δεν έχει αποδειχθεί αν υπάρχει ξεκάθαρη αιτιολογική σχέση μεταξύ χασίς και ψυχωσικής νόσου με διάρκεια και εξακολουθεί να υφίσταται το ερώτημα εάν η ψυχοπαθολογία προϋπάρχει ή αποτελεί συνέπεια ή απλώς συμπίπτει με τη χρήση. Ωστόσο, φαίνεται ότι η εκσεσημασμένη χρήση της ουσίας σχετίζεται με την εμφάνιση παροδικής ψυχωσικόμορφης κατάστασης, η οποία χαρακτηρίζεται από συναισθηματικές διαταραχές, παρανοϊκού τύπου παραληρηματικές ιδέες, οπτικές ψευδαισθήσεις, πανικό, επιθετική και καταστροφική συμπεριφορά και απουσία διαταραχών του επιπέδου συνείδησης. [1]
- Μη ψυχωσικές, χρόνιες ανεπιθύμητες αντιδράσεις: Η χρόνια συστηματική κατάχρηση προϊόντων ινδικής κάνναβης μπορεί να προκαλέσει μια κατάσταση που χαρακτηρίζεται από απάθεια, συναισθηματική αστάθεια, δυσκολία συγκέντρωσης, έλλειψη κινήτρων, κοινωνική απόσυρση και αδιαφορία για τις συμβατικές κοινωνικές αξίες. [1]

5.1.4. Τοξικότητα

Η κάνναβη μειώνει την πρόσφατη μνήμη. Σε υψηλές δόσεις μπορεί να παρατηρούνται ζάλες, αίσθηση φόβου, παράνοια και οξείες εξωγενείς ψυχώσεις με παραισθήσεις. Η χειρότερη μορφή είναι το σύνδρομο αδιαφορίας. Η χρήση της κάνναβης μειώνει τη γονιμότητα και οδηγεί σε διαμαρτίες στο έμβρυο. Η κάνναβη είναι η δρόγη εισόδου στα σκληρά ναρκωτικά, δηλαδή η αρχική δρόγη που οδηγεί στην χρήση των «σκληρών ναρκωτικών». Περίπου 1-5 % των χρηστών κάνναβης προχωρούν σε σκληρότερες δρόγες. Το 99% των εξαρτημένων από οπιούχα είχαν καπνίσει προηγουμένως χασίς. Επίσης και κατά τη χρήση της κάνναβης, είναι γνωστά τα "Flashbacks". [18]

6.1. Κατασταλτικά ΚΝΣ

6.1.1. Βαρβιτουρικά

Η θειοπεντάλη και η μεθοεξιτάλη είναι τα συχνότερα χορηγούμενα βαρβιτουρικά ως αναισθητικά. Είναι ασθενή οξέα και φέρονται ως νατριούχα άλατα εντός υδατικών διαλυμάτων με pH μεγαλύτερο του 10. Η υψηλή αλκαλικότητα ευνοεί τη διαλυτότητα σε υδατικά διαλύματα, επειδή αυξάνει το ιονισμένο κλάσμα του φαρμάκου, μπορεί όμως να προκαλέσει σημαντικό βαθμό βλάβη των ιστών σε περίπτωση εξωαγγειακής έγχυσης ή ενδαρτηριακής χορήγησης. Η πρόσμιξη με άλλα ενέσιμα φάρμακα (π.χ. νευρομυϊκούς αποκλειστές) σχηματίζει ίζημα. [15]

Τα βαρβιτουρικά αναισθητικά σε υγιείς ελαττώνουν την καρδιακή παροχή. Προκαλούν αναπνευστική καταστολή και ελαττώνουν την εγκεφαλική αιματική ροή, την κατανάλωση οξυγόνου, την ενδοκράνια και ενδοφθάλμια πίεση. Επίσης, η θειοπεντάλη καταστέλλει την επιληπτική δραστηριότητα ενώ η μεθοεξιτάλη μπορεί να προκαλέσει επιληπτοειδή δραστηριότητα. [15]

Τα βαρβιτουρικά προκαλούν γενικευμένη καταστολή της νευρωνικής δραστηριότητας σε όλο το ΚΝΣ. Τα αποτελέσματα της δράσης τους είναι η ήπια εξασθένηση της προσοχής και της συγκέντρωσης, καθώς και η μείωση του άγχους και της καταθλιπτικής διάθεσης. Η διανοητική και σωματική ικανότητα του χρήστη μειώνονται γενικά, η ομιλία γίνεται δυσarthρική και η συναισθηματική απαντητικότητα του εξασθενεί. Σε μικρές δόσεις βοηθούν στον ύπνο και σε μεγάλες οδηγούν σε καταστολή της αναπνοής, πτώση της πίεσης και τελικά σε κώμα, το οποίο μπορεί να έχει θανατηφόρα έκβαση. [1] Ο κίνδυνος ακούσιας υπερδοσολογίας και θανάτου από βαρβιτουρικά οδήγησε στη μειωμένη χρήση τους. Ωστόσο, χρησιμοποιούνται στην κλινική πράξη για την αντιμετώπιση των επιληπτικών διαταραχών και το σύνδρομο στέρσης αλκοόλ. [16]

Είναι δυνατόν να προκαλέσουν στερητικού τύπου συμπτωματολογία μετά από μερικές εβδομάδες συστηματικής χρήσης τους ή σε εξαρτημένα άτομα μετά το πρώτο 24ωρο από την απότομη διακοπή της ουσίας. Τα στερητικά συμπτώματα περιλαμβάνουν λεπτό τρόμο των άκρων, ανορεξία, ναυτία, εμέτους, μυϊκούς πόνους και διαταραχές του αυτόνομου νευρικού συστήματος. [1]

6.1.2. Βενζοδιαζεπίνες

Οι βενζοδιαζεπίνες αντικατέστησαν τα βαρβιτουρικά ως φάρμακα επιλογής για την αντιμετώπιση της αγχώδους διαταραχής. [16] Οι δράσεις τους περιλαμβάνουν την καταστολή, την αγχομείωση, την υπνωτική δράση, τη μυοχάλαση και την αντισπασμωδική ενέργεια. Η κατάχρησή τους για μεγάλο χρονικό διάστημα προκαλεί δυσαρθρία, αταξία, νυσταγμό, συναισθηματική ευμεταβλητότητα και επιθετικού τύπου συμπεριφορά. Σε υψηλές δόσεις η ουσία προκαλεί μεγάλη καταστολή του ύπνου και στη συνέχεια κώμα. Η επίδραση των βενζοδιαζεπινών στη λειτουργία της αναπνοής και του καρδιαγγειακού είναι σχετικά ασθενείς. Σε επαρκείς δόσεις όλες οι βενζοδιαζεπίνες ελαττώνουν την ψυχοκινητική συνεργία και τους γνωστικούς μηχανισμούς. [1]

Η κλινική εικόνα που προκύπτει από λήψη υπερβολικής δόσης βενζοδιαζεπινών ποικίλλει από ελαφρού τύπου συμπτώματα, όπως σύγχυση, δυσκολία κινητικής συνέργειας και ελαφρά δυσαρθρία, έως το κώμα. [1] Η υπερβολική δόση των βενζοδιαζεπινών που λαμβάνονται από το στόμα σπάνια οδηγεί στο θάνατο. [16] Η ενδοφλέβια χορήγηση διαζεπάμης προκαλεί μεγαλύτερη τοξικότητα από την περίπτωση λήψης από το στόματος. Ακόμη, η ταχεία χορήγηση της μπορεί να προκαλέσει άπνοια και υπόταση, συμπτώματα όμως τα οποία πιθανώς να οφείλονται στο μέσο της διασποράς του φαρμάκου, δηλαδή στην προπυλενογλυκόλη. [9] Ωστόσο, σε περίπτωση συνδυασμένης λήψης κατασταλτικών του ΚΝΣ (π.χ. αλκοόλ και βενζοδιαζεπινών) είναι δυνατόν να επέλθει ο θάνατος. [16]

Ψυχολογική και σωματική εξάρτηση από τις βενζοδιαζεπίνες μπορεί να αναπτυχθεί αν χορηγηθούν υψηλές δόσεις του φαρμάκου για μεγάλη χρονική περίοδο. Η απότομη διακοπή των βενζοδιαζεπινών έχει ως αποτέλεσμα συμπτώματα στέρησης, όπως σύγχυση, άγχος, ευερεθιστότητα, ανησυχία, αϋπνία και ένταση. Εξαιτίας του μεγάλου χρόνου ημίσειας ζωής ορισμένων βενζοδιαζεπινών, τα συμπτώματα στέρησης μπορεί να μην εμφανιστούν παρά μόνον μερικές ημέρες μετά τη διακοπή της θεραπείας. [17]

6.1.3. Βουσπιρόνη

Η βουσπιρόνη είναι χρήσιμη για τη θεραπεία των διαταραχών γενικευμένου άγχους και έχει αποτελεσματικότητα που μπορεί να συγκριθεί με αυτή των βενζοδιαζεπινών. Οι δράσεις της φαίνεται ότι ασκούνται μέσω των υποδοχέων της σεροτονίνης, αν και μπορεί να συμμετέχουν και άλλοι υποδοχείς. Επομένως, ο τρόπος δράσης της διαφέρει απ' αυτόν των βενζοδιαζεπινών. [17]

Επιπλέον, η βουσπιρόνη δεν διαθέτει τις αντισπασμωδικές και μυοχαλαρωτικές ιδιότητες των βενζοδιαζεπινών και προκαλεί μικρή μόνο καταστολή. Ωστόσο, προκαλεί υποθερμία και αυξήσεις στην προλακτίνη και στην αυξητική ορμόνη. [17]

Η συχνότητα των ανεπιθύμητων ενεργειών είναι μικρή, με συχνότερες παρενέργειες την κεφαλαλγία, τον ίλιγγο, τη νευρική και τη ζάλη. Η καταστολή καθώς και οι ψυχοκινητικές και γνωσιακές δυσλειτουργίες είναι ελάχιστη και η εξάρτηση δεν είναι πιθανή. Η βουσπιρόνη έχει το μειονέκτημα της βραδείας έναρξης δράσης. [17]

6.1.4. Εισπνεόμενα- Πτητικά

Ο όρος αναφέρεται στις πτητικές εκείνες ουσίες οι ατμοί των οποίων εισπνέονται προκειμένου να προκαλέσουν μια ψυχοδραστική ενέργεια ή καλύτερα μια μεταβολή της θυμικής καταστάσεως του ατόμου. Διακρίνονται σε:

- Πτητικούς διαλύτες: Υγρά τα οποία εξατμίζονται στη θερμοκρασία του δωματίου και απαντώνται σε προϊόντα που χρησιμοποιούνται στη βιομηχανία και το οικιακό περιβάλλον (π.χ. διαλυτικά χρωμάτων, υγρά καθαρισμού, κόλλες, μαρκαδόροι κλπ)
- Αερολύματα: Προϊόντα που περιέχουν προωθητικές ουσίες (πχ φρεόν) και διαλύτες χρωμάτων, φυτικών ελαίων, εντομοκτόνων, προστατευτικών υλικών κλπ
- Αέρια: Ανασθητικά φάρμακα που χρησιμοποιούνται στη βιομηχανία και το οικιακό περιβάλλον (π.χ. αιθέρας, χλωροφόρμιο, υποξείδιο του αζώτου, αλοθάνιο)
- Νιτρώδη: Χρησιμοποιούνται κυρίως για σεξουαλική ενεργοποίηση (νιτρώδες κυκλοεξύλιο, νιτρώδες αμύλιο) [9]

Από αυτές τις ουσίες, το υποξείδιο του αζώτου και ο αιθέρας είναι τα αναισθητικά όπου υπόκεινται συχνότερα σε κατάχρηση. Το νιτρώδες αμύλιο, το νιτρώδες βουτύλιο και το νιτρώδες ισοβουτύλιο είναι πτητικά νιτρώδη που χρησιμοποιούνται συνήθως από άντρες ομοφυλόφιλους προκειμένου να επιτύχουν φλεβοδιαστολή και χαλάρωση του σφιγκτήρα του πρωκτού. Άλλες ονομασίες για το νιτρώδες αμύλιο είναι "poppers" ή "snappers". [16]

Οι πτητικές ουσίες επιδρούν άμεσα στο ΚΝΣ, με εξαίρεση τα νιτρώδη που δρουν πρωταρχικά στην περιφέρεια προκαλώντας αγγειοδιαστολή και μυοχάλαση. [9] Υπάρχει κίνδυνος να επέλθει εγκεφαλική βλάβη ή αιφνίδιος θάνατος την πρώτη, δέκατη ή εκατοστή φορά που εισπνέεται μια ουσία. [16] Το σύνδρομο αυτό, γνωστό ως «σύνδρομο αιφνίδιου θανάτου εξ εισπνοής» εμφανίζεται αρχικά με προβλήματα του κυκλοφορικού και ειδικότερα σοβαρή επιβάρυνση του καρδιακού έργου (ταχυκαρδία, αρρυθμία) και μπορεί να οδηγήσει σε καρδιακή κάμψη και θάνατο κατά τη διάρκεια μιας παρατεταμένης εισπνοής. Ακόμη, ανεπιθύμητες ενέργειες των νιτρωδών περιλαμβάνουν τη βλάβη κέντρων του εγκεφάλου σχετιζόμενων με την αντίληψη, την κίνηση, την όραση και την ακοή, βλάβες στα υπόλοιπα οργανικά συστήματα και βλάβες στο κύημα ορισμένες από τις οποίες φαίνεται να είναι αναστρέψιμες με τη διακοπή λήψης της ουσίας. [9]

Παθολογικά προβλήματα που μπορεί να προκληθούν από τη χρήση πτητικών-εισπνεόμενων ουσιών περιλαμβάνουν:

- Ανωμαλίες της καρδιακής λειτουργίας
- Τοξική ηπατίτιδα και πιθανή ηπατική ανεπάρκεια

- Βλάβες νεφρών και νεφρική ανεπάρκεια
- Πνευμονικά προβλήματα και ελάττωση της αιμοποιητικής λειτουργίας, με αποτέλεσμα απλαστική αναιμία
- Βλάβες των μυών και παροδικές γαστρεντερικές διαταραχές
- Νευροψυχιατρικά προβλήματα [1]

Ανοχή αναπτύσσεται σχετικά γρήγορα, αλλά δεν υπάρχουν ενδείξεις για διασταυρούμενη ανοχή μεταξύ διαφορετικών ουσιών. Η εξάρτηση είναι ψυχολογική και δεν εμφανίζονται στερητικά συμπτώματα, ακόμη και μετά από μεγάλη και παρατεταμένη κατάχρηση ουσιών αυτού του τύπου. [1]

6.2. Ψυχοδιεγερτικά φάρμακα

6.2.1. Κοκαΐνη

6.2.1.1. Μέθοδοι λήψης

Η σκόνη κοκαΐνης εισπνεόταν μέσω των ρωθώνων για χιλιάδες έτη, ωστόσο το κάπνισμα της κοκαΐνης είναι πιο επικίνδυνη μέθοδος. Η βάση της κοκαΐνης είναι σταθερή στη θερμότητα, παρασκευάζεται σε διάλυμα σόδας και συνήθως καπνίζεται (crack). Η υδροχλωρική κοκαΐνη νοθεύεται πριν από την πώληση και η καθαρή μορφή της (rocks) λαμβάνεται ενδορρινικά ή ενίοτε ενδοφλέβια. Η διαδερμική χορήγηση είναι μια μέθοδος την οποία χρησιμοποιούν πολλοί χρήστες ουσιών με πιθανότητα δημιουργίας υποδόριων αποστημάτων. [16]

6.2.1.2. Φαρμακοκινητική

Η υδροχλωρική κοκαΐνη συνήθως εισπνέεται από τη μύτη. Η δράση της αρχίζει μετά την εισπνοή, εντός 20 λεπτών και διαρκεί έως και 3 ώρες. Το κάπνισμα των πτητικών ελευθέρων βάσεων οδηγεί μέσω της γρήγορης συσσώρευσής του δια των πνευμόνων, σε μια ιδιαίτερα γρήγορη έναρξη της δράσης και έτσι αυτές είναι πολύ ισχυρά εθιστικά. Η κοκαΐνη διαπερνά εύκολα τον αιματοεγκεφαλικό φραγμό. Τα υψηλότερα επίπεδα, όσον αφορά τις συγκεντρώσεις της, βρίσκονται στον εγκέφαλο. [18]

Η κοκαΐνη μεταβολίζεται στο πλάσμα και στο ήπαρ μέσω χοληνεστερασών στους υδατοδιαλυτούς μεταβολίτες, μεθυλεστέρα της εκγονίνης και μέσω μιας μη ενζυματικής

υδρόλυσης σε βενζοϋλοεκγονίνη. Και οι δυο μεταβολίτες εμφανίζονται κατά 40 %, το υπόλοιπο 60 % σαν αμετάβλητη κοκαΐνη στα ούρα. [18]

6.2.1.3. Μηχανισμός δράσης- κοκαϊνική μέθη

Βασίζεται στον αποκλεισμό της επαναπρόσληψης των νευροδιαβιβαστών νοραδρεναλίνη και ντοπαμίνης στις συνάψεις των νευρώνων, οπότε προκαλείται υπερβολικός ερεθισμός των μετασυναπτικών υποδοχέων. Η επιθυμητή δράση της κοκαΐνης συνίσταται σε μια έντονη ευφορία. Η κοκαΐνη δρα διεγερτικά, απομακρύνει την κόπωση, αυξάνει την κοινωνικότητα και τη δυνατότητα αυτοσυγκέντρωσης και προκαλεί ήπιες και ευχάριστες παραισθήσεις. [18]

Το φαινόμενο αυτό αναφέρεται ως «κοκαϊνική μέθη» και συνίσταται αρχικά σε ένα έντονο συναίσθημα ευφορίας και ευτυχίας, που έχει γι' αυτούς εξωπραγματικές διαστάσεις και συνοδεύεται από αύξηση των αισθητικών ικανοτήτων, αίσθημα «ένωσης του ατόμου με τον κόσμο», απώλεια της ικανότητας κριτικής σκέψης και κατ' ακολουθία εξαφάνιση των προβλημάτων, πτώση των συναισθημάτων συστολής, αύξηση της ικανότητας επικοινωνίας με τους άλλους, σεξουαλική διέγερση και φαντασιώσεις, που πολύ συχνά είναι και η αφορμή για τη χρήση της. Αυτά τα συμπτώματα αποτελούν το πρώτο στάδιο δράσης. [2]

Το επόμενο στάδιο, το «στάδιο της κυρίως κοκαϊνικής μέθης περιλαμβάνει παραληρητικά φαινόμενα, οπτασίες, διαταραχές των αισθήσεων με παραμόρφωση του περιβάλλοντος, παρανοϊκές ιδέες, ακουστικό παραλήρημα κλπ. Μπορεί να εμφανιστεί το φαινόμενο του διχασμού της προσωπικότητας του χρήστη, που μπορεί να «προβάλλει» το παραλήρημά του πχ σε έναν καθρέφτη και να το κοιτάζει με τις ώρες. Συνήθως εμφανίζονται οπτασίες στη μορφή μικρών ζώων ή αντικειμένων, τα οποία ο χρήστης αισθάνεται πάνω στο δέρμα του. [2]

Στο τρίτο ή «καταθλιπτικό στάδιο», εμφανίζεται μια γενική σωματοψυχική κόπωση, που συνοδεύεται από αίσθημα παθητικότητας και αδιαφορίας για οτιδήποτε συμβαίνει γύρω τους. Τύψεις συνειδήσεως πολλές φορές εκδηλώνονται με σκέψεις ή τάσεις αυτοκτονίας. Επειδή αυτό το στάδιο είναι ιδιαίτερα δυσάρεστο για το χρήστη, οδηγεί σε νέα χρήση κοκαΐνης. [2]

6.2.1.4. Δράσεις

Οι δράσεις της ανά οργανικό σύστημα περιλαμβάνουν:

- Στο ΚΝΣ: Η κοκαΐνη αυξάνει απότομα τη διανοητική εγρήγορση και προκαλεί αίσθημα ευφορίας και καλής διάθεσης. Μπορεί να προκαλέσει ψευδαισθήσεις, παραισθήσεις και παράνοια. Αυξάνει τη σωματική δραστηριότητα και σε υψηλές

δόσεις προκαλεί τρόμο και σπασμούς που ακολουθούνται από αναπνευστική και αγγειοκινητική καταστολή.

- Στο Συμπαθητικό νευρικό σύστημα: Περιφερικά, η κοκαΐνη ενισχύει τη δράση της νορεπινεφρίνης και προκαλεί το σύνδρομο «πάλης ή φυγής», χαρακτηριστικό της αδρενεργικής διέγερσης. Το σύνδρομο αυτό χαρακτηρίζεται από ταχυκαρδία, υπέρταση, μυδρίαση και περιφερική αγγειοσύσπαση. Πιθανώς μειώνεται η ικανότητα των αντανακλαστικών των τασεοϋποδοχέων να αποσβάνουν τις υπερτασικές δράσεις.
- Υπερθερμία: Ο θάνατος από κοκαΐνη μπορεί να προκληθεί όχι μόνο ως συνάρτηση της δόσης, αλλά επίσης από την τάση του φαρμάκου να προκαλεί υπερθερμία. Ακόμα και μικρή δόση ενδορρινικά, αναστέλλει την εφίδρωση και τη δερματική αγγειοδιαστολή. Ελαττώνεται επίσης η δυσανεξία στη ζεστή. [17]

6.2.1.5. Τοξικότητα

Η τοξική δόση της κοκαΐνης ανέρχεται σε 0,30-0,40 g, του θανάτου επερχόμενου οπωσδήποτε επί λήψεως 0,5-1 g. Σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες είναι δυνατό να εκδηλωθούν και σε λήψη μικρότερων δόσεων. [9]

Οι γέροντες και τα παιδιά παρουσιάζουν ιδιαίτερη ευαισθησία ως προς την κοκαΐνη, ελάχιστες δε δόσεις είναι αρκετές για την πρόκληση σοβαρών ανεπιθύμητων ενεργειών. [9]

Ένας άλλος παράγοντας που επηρεάζει την τοξικότητα της κοκαΐνης είναι η οδός χορήγησης και η πυκνότητα των χρησιμοποιούμενων διαλυμάτων. Έτσι, για από του στόματος λήψη η τοξική δόση ανέρχεται σε 1-1,5 g, ενώ σε παρεντερική χορήγηση είναι πολύ μικρότερη. [9]

Άτομα αναιμικά ή αρτηριοσκληρωτικά ή πάσχοντα από άλλες καρδιακές ή πνευμονικές παθήσεις είναι περισσότερο ευαίσθητα, όπως επίσης και άτομα εμφανίζονται νευροφυτικές διαταραχές. Σ' αυτά τα άτομα υπάρχει κίνδυνος εμφάνισης σπασμών. [9]

Δηλητηριάσεις προκαλούνται μετά τη λήψη υψηλών ενδοφλέβιων δόσεων ή μετά από αδιάκοπη επανειλημμένη χρήση στη διάρκεια πολλών ημερών. Τα συμπτώματα δηλητηρίασης εμφανίζονται με τη μορφή καρδιαγγειακών, νευρολογικών και πνευμονικών συμπτωμάτων. Παρατηρούνται υπερτασικές κρίσεις, βαριά στηθάγχη, διαταραχές του καρδιακού ρυθμού και εμφράγματα του μυοκαρδίου, ακόμη και σε νέους ασθενείς. Στο ΚΝΣ εκδηλώνεται η δηλητηρίαση με τη μορφή ισχυρών κεφαλαλγιών, επιληπτικών κρίσεων, ισχαιμικών αγγειακών εμφράκτων, υπαραχνοειδών ή ενδοεγκεφαλικών αιμορραγιών. [18]

6.2.1.6. Χαρακτηριστικά της εξάρτησης

Η εξάρτηση από την κοκαΐνης είναι καθαρά ψυχικού χαρακτήρα. Ιδιαίτερο χαρακτηριστικό της εξάρτησης αυτής είναι η ανάγκη για ταχεία αύξηση τόσο της δόσης, όσο και της συχνότητας χρήσης. Παρ' όλο ότι λείπουν τα στοιχεία της σωματικής εξάρτησης, η σύνδεση της κοκαΐνης με τον κοκαΐνομανή μπορεί μόνο με τη σύνδεση της ηρωΐνης με τον ηρωΐνομανή να συγκριθεί. Τα ψυχικά συμπτώματα στέρησης είναι τόσο έντονα και δυσβάστακτα για τον κοκαΐνομανή, ώστε πολλές φορές να οδηγούν στην αυτοκτονία. Χαρακτηριστικό επίσης είναι το ότι η κοκαΐνη, αποδομείται ιδιαίτερα αργά στον ανθρώπινο οργανισμό, έτσι ώστε η δράση της να διαρκεί περισσότερο από αυτή των οπιούχων. [2]

Η τυπική εξάρτηση από την κοκαΐνη είναι το καλύτερο παράδειγμα για την απόδειξη του κινδύνου που μπορεί να περικλείει μια ουσία, άσχετα από το εάν προκαλεί σωματική εξάρτηση ή όχι. Η «απελευθέρωση» του ατόμου από την ουσία αυτή είναι το ίδιο δύσκολη όπως και στην περίπτωση των οπιούχων. Έτσι μόνο μακρές χρονικά θεραπείες υπόσχονται ένα κάποιο αποτέλεσμα. [2]

Η αποκλειστική χρήση της κοκαΐνης αιώνια σχετικά σπάνια. Συνήθως αποτελεί ευκαιριακή λύση ή ευχαρίστηση διαφόρων πολυτοξικομανών. [2]

6.2.1.7. Θεραπεία απεξάρτησης

Τα συμπτώματα του στερητικού συνδρόμου από την κοκαΐνη είναι ήπια και γενικά δεν απαιτείται κάποια ιδιαίτερη θεραπεία μετά την απότομη διακοπή της λήψης της ουσίας. Βασικός σκοπός της θεραπείας στη φάση αυτή, είναι να αποτραπεί ο χρήστης από την επανάληψη της λήψης της κοκαΐνης, τόσο με θεραπευτικά μέσα (ως τοπικό αναισθητικό) όσο και με την κατάλληλη ψυχοκοινωνική υποστήριξη. [9]

Ένα από τα φάρμακα που έχουν χρησιμοποιηθεί είναι το αντικαταθλιπτικό δεσιπραμίνη. Το φάρμακο ανακουφίζει από τα συμπτώματα του στερητικού συνδρόμου και μειώνει την επιθυμία για συνέχιση λήψης της ουσίας. Ωστόσο, δεν έχει ακόμη καταξιωθεί ως ειδικό φάρμακο για την απεξάρτηση. Άλλα φάρμακα που έχουν χρησιμοποιηθεί, χωρίς σημαντικά αποτελέσματα, είναι η αμανταδίνη, η καρβαμαζεπίνη και η φλουοξετίνη. [9]

6.2.2. Μια νέα μορφή ναρκωτικού, το «κρακ»

6.2.2.1. Τι είναι

Ως crack ορίζονται τα μικροκρυσταλλικά τεμάχια ή οι «λίθοι» της ελεύθερης βάσης της κοκαΐνης που καπνίζονται με ειδική γυάλινη πίπα ή υπό μορφή σιγαρέτων. Η λέξη Crack σημαίνει τριγμό και στη συγκεκριμένη περίπτωση δηλώνει το χαρακτηριστικό θόρυβο «τριξίματος» που δημιουργείται, όταν η σκόνη της υδροχλωρικής κοκαΐνης αναμιγνύεται με το διττανθρακικό νάτριο «εν θερμώ» για την παραλαβή της ελεύθερης βάσης. Η τεχνική είναι πολύ απλή και σε ειδικά καταστήματα (στις ΗΠΑ) πωλούν την ανάλογη ποσότητα σε πολύ χαμηλή τιμή. [9]

Το crack καπνίζεται, συνήθως, με γυάλινη πίπα που αντί για νερό πολλές φορές έχει ρούμι. Το δοχείο καλύπτεται εσωτερικά με ασάλι καθορισμένου πάχους, ώστε η υδροχλωρική κοκαΐνη που τυχόν επικάθεται στα τοιχώματα του δοχείου, να τήκεται πλήρως. Σαν πηγή θέρμανσης μπορεί να χρησιμοποιηθεί βουτάνιο ή απλώς αναπτήρας ή σπέρτα. [9]

Το crack είναι άχρωμη, άοσμη, κρυσταλλική ουσία, σχεδόν αδιάλυτη στο νερό και ευδιάλυτη στην αλκοόλη, την ακετόνη, τα άλατα και τον αιθέρα. Εξατμίζεται σε υψηλές θερμοκρασίες, χωρίς να καταστρέφεται, γεγονός που επιτρέπει το κάπνισμα με την ειδική γυάλινη πίπα. [9]

6.2.2.2. Φαρμακολογικές ιδιότητες- μηχανισμός δράσης

Το crack απορροφάται ταχύτατα από τους πνεύμονες με αποτέλεσμα η ευφορία να εμφανίζεται μέσα σε 8-12 sec, ενώ η συγκέντρωση της κοκαΐνης στο αίμα βαίνει συνεχώς αυξανόμενη. Η ευφορική αυτή διάθεση διαρκεί μόνο 10-20 λεπτά, όταν καπνίζεται ως σιγαρέτο, ενώ με τη μέθοδο της γυάλινης πίπας παρατείνεται μέχρι 1-1,5 ώρα και χαρακτηρίζεται από έντονη διέγερση μετά την οποία ακολουθεί ένα στάδιο βαθιάς κατάθλιψης, με αποτέλεσμα το άτομο να αναζητά και πάλι απεγνωσμένα μια νέα δόση. [9]

Η δράση του είναι παρόμοια με αυτή της κοκαΐνης, «αποφράσσει» δηλαδή τους νευροδιαβιβαστές ντοπαμίνη και νοραδρεναλίνη, που διεγείρουν τα φλοιώδη κύτταρα του εγκεφάλου. Επιδρά στο ΚΝΣ με συμπτώματα ευφορίας, ευεξίας, αισθήματα υπέρμετρης αυτοπεποίθησης και σωματικής ρώμης. Επηρεάζει, ακόμα τις ονειρικές φάσεις του ύπνου. [9]

6.2.2.3. Τοξικότητα

Το χρόνιο κάπνισμα του crack προκαλεί καταστροφή των πνευμονικών κυψελίδων και πνευμονικό οίδημα. Χαρακτηριστική είναι μια έντονη δύσπνοια που παρατηρείται στους χρήστες. Πολλά άτομα παρουσιάζουν μια κάποια δυσανεξία στο φαγητό και χάνουν συνέχεια βάρος. Αναφέρεται επίσης, μια ποικιλία ψυχιατρικών εκδηλώσεων, όπως ευφορία, δυσφορία, παρανοϊκές ιδέες και οξεία κατάθλιψη. Σπανιότερα περιγράφονται περιστατικά εγκεφαλικής αιμορραγίας και απόπτωση των βλεφάρων από τους ατμούς της ελεύθερης κοκαΐνης. Ακόμη, είναι δυνατό να παρουσιαστεί χρόνια ρινίτιδα, ρινόρροια, εξέλκωση και διάτρηση του ρινικού διαφράγματος. [9]

Σε χρόνια δηλητηρίαση εμφανίζονται ευφορία, ελάττωση της όρεξης, διαταραχές του ύπνου, αυξημένη επιθετικότητα, παρανοϊκές ιδέες, τρόμος, κόπωση και υπερθερμία. Μπορεί, ακόμη, να εμφανιστούν αναπνευστικές διαταραχές, οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου, καρδιακή αρρυθμία καθώς και μαιευτικές επιπλοκές που οδηγούν σε αιφνίδιες εκτρώσεις και θάνατο. [9]

6.2.2.4. Εξάρτηση

Το crack προκαλεί έντονη και ταχέως εγκαθιστάμενη εξάρτηση, που δεν έχει το χαρακτηριστικό της απλής συνήθειας αλλά του γνήσιου εθισμού. [9]

7.1. Ινδιόλες

7.1.1. Διαιθυλαμίδιο του λυσεργικού οξέος (LSD)

7.1.1.1. Φαρμακοκινητική

Το LSD λαμβάνεται από το στόμα και απορροφάται καλώς από το γαστρεντερικό. Ο χρόνος υποδιπλασιασμού του στον ορό του αίματος είναι 3 ώρες. Το LSD υδρολύεται κυρίως και μετά γλυκουρονοποιείται και κατόπιν αποβάλλεται με τη χολή και σε μικρή ποσότητα με τα ούρα. Το LSD συγκεντρώνεται στο φλοιό του εγκεφάλου, στον ιππόκαμπο, στο ραβδωτό σώμα και σε μικρότερη ποσότητα στην παρεγκεφαλίδα. Συνδέεται με τον μετασυναπτικό υποδοχέα της σεροτονίνης. Εντός 60 λεπτών μετά τη λήψη μπορούν να εμφανιστούν: σπασμοί, ταχυκαρδία, υπέρταση, ενίσχυση των αντανακλαστικών, ερυθρότητα προσώπου και πάντοτε μυδρίαση. [18]

7.1.1.2. Δράσεις

Η κύρια δράση του LSD απευθύνεται στο ΚΝΣ, συνοδεύεται δε από διαταραχές του θυμικού και της συμπεριφοράς. Οι ψυχικές εκδηλώσεις διαρκούν 6-12 ώρες μετά από τη λήψη μιας μέσης δόσης που επηρεάζει επιπλέον και το πυραμιδικό αλλά και το εξωπυραμιδικό σύστημα. [9] Εμφανίζονται παραισθήσεις αντικειμένων, χρωμάτων και χώρου, συχνές ψευδαισθήσεις, κυρίως οπτικές, συνοδευόμενες από συναισθήματα άλλοτε φόβου και άλλοτε ευχαρίστησης, συναισθησίες όπως «ηχηρά χρώματα» ή «χρωματιστοί ήχοι» και διαταραχές της σωματικής εικόνας. [1]

Οι συναισθηματικές διαταραχές είναι έντονες και ποικίλες: Έκσταση ή ευθυμία, κατάθλιψη, ευφορία, άγχος και συναισθηματική μεταβλητότητα. [1] Το LSD επηρεάζει άμεσα όλα τα αισθητήρια. Τα χρώματα γίνονται εντονότερα, οι επίπεδες επιφάνειες αποκτούν βάθος, τα σταθερά αντικείμενα αρχίζουν να «κυματίζουν». Το LSD προκαλεί ακόμη διάσταση του «εγώ» και φόβο αυτοκαταστροφής, ο χρήστης αισθάνεται ότι τα μέλη του σώματός του ομοιάζουν με μη φυσικά ή με ξένα. [9]

Το LSD επηρεάζει και το ANS με προεξάρχουσα δράση στο συμπαθητικό. Παρατηρούνται εκσεσημασμένη μυδρίαση, υπερθερμία, ανόρθωση των τριχών, υπεργλυκαιμία, ταχυκαρδία και υπέρταση. [9]

Η συχνή χρήση του μπορεί να προκαλέσει διαταραχές στη λειτουργία της αφηρημένης σκέψης, γεγονός που μπορεί να οφείλεται είτε σε μια ψυχωσικόμορφη διαδικασία είτε σε οργανικού τύπου διαταραχές. [1]

7.1.1.3. Τοξικότητα

Το LSD δεν οδηγεί σε βαριές δηλητηριάσεις. Οι ψυχικές διαταραχές που διαρκούν 2-12 ώρες, εκδηλώνονται με ευφορία, αργότερα κατάθλιψη, αποπροσωποποίηση, αυταπάτη. Ιδιαίτερα επίφοβα είναι τα «Horrortrips» (ψυχεδελικές εμπειρίες: οπτασιασμοί) που εκδηλώνονται σαν κρίσεις πανικού. Περαιτέρω ανεπιθύμητες δράσεις είναι τα «Flashbacks» (αναδρομές- αναβιώσεις μιας ψυχεδελικής εμπειρίας) χωρίς νέα πρόσληψη, ακόμη και μισό χρόνο μετά τη χρήση. [18] Συγκεκριμένα, τοξικές εκδηλώσεις του LSD είναι:

- Κρίσεις πανικού: Ο χρήστης αισθάνεται ότι χάνει τον έλεγχο. Δεν μπορεί να σκεφτεί πλέον λογικά και επιπλέον νομίζει ότι δεν μπορεί να στηριχτεί στον εαυτό του. Χρειάζεται συνεχής επιβεβαίωση ότι είναι ένα πραγματικό άτομο και να υπενθυμίζεται ότι το «δυσάρεστο ταξίδι» δεν θα διαρκέσει για πολύ. [9]
- Flashback ψυχώσεις: Έχουμε επανεμφάνιση των συμπτωμάτων και διαταραχών που είχε το άτομο κατά τη χρήση του LSD πριν από άλλοτε άλλο χρόνο, χωρίς να επαναληφθεί η χρήση αυτή. Ανάλογα με τη διάρκεια των καταστάσεων αυτών διακρίνουμε τις ψυχωτικές καταστάσεις (μικρής διάρκειας) και τις ψυχώσεις που μπορούν να διαρκέσουν ημέρες ή εβδομάδες ή και να πάρουν τη μορφή χρόνιας ενδογενούς ψυχωτικής ασθένειας. [2]
- Horrortrips: Είναι ψυχοπαθολογικές καταστάσεις, που διαρκούν συνήθως όσο και η δράση της ουσίας, μπορούν όμως να εμφανιστούν και με τη μορφή flashback ψυχωτικών καταστάσεων. Η διαφορά με τις απλές ψυχωτικές καταστάσεις που προκαλούν οι διάφορες ψυχεδελικές ουσίες είναι η συμπτωματολογία που χαρακτηρίζεται από έντονα δυσάρεστα συναισθήματα, όπως έντονες αγχωτικές καταστάσεις και φοβίες, ιδίως άγχος τρέλας, θανάτου ή σωματικής αποσύνθεσης, παρανοϊκές σκέψεις καταδίωξης, διαταραχές ταυτότητας και καταθλιπτικές τάσεις με έντονες επιθυμίες αυτοκτονίας. [2]

Άλλες ανεπιθύμητες ενέργειες περιλαμβάνουν αυξημένα αντανακλαστικά, ναυτία και μυϊκή αδυναμία. [17] Επίσης, παρατηρείται χωρίς αναστολές σεξουαλική συμπεριφορά σε γυναίκες που έλαβαν το φάρμακο χωρίς να το γνωρίζουν. [16]

7.1.1.4. Ανοχή- Εξάρτηση

Έχει παρατηρηθεί ανοχή και σωματική εξάρτηση, αλλά η πραγματική εξάρτηση είναι σπάνια. [17]

Ανοχή σε μεγάλες δόσεις αναπτύσσεται ταχύτατα μετά από τέσσερις περίπου καθημερινές λήψεις LSD και χάνεται εξίσου γρήγορα μετά από 4-7 μέρες πλήρους διακοπής της ουσίας. Μετά από 5-6 συνεχείς χρήσεις για διάστημα 10-12 ημερών ο χρήστης χρειάζεται δόσεις μεγαλύτερες από 800 µg για να επιτύχει το επιθυμητό αποτέλεσμα. Διασταυρούμενη ανοχή φαίνεται να υπάρχει στις περισσότερες ουσίες αυτής της κατηγορίας. Η ανοχή δεν αναπτύσσεται ομοιόμορφα για όλες τις ιδιότητες της ουσίας και οι συμπαθητικομιμητικού τύπου ιδιότητες των ψευδαισθησιογόνων ανθίστανται ιδιαίτερα στο φαινόμενο της ανοχής. Η ανοχή ποικίλει μεταξύ των διαφόρων ψευδαισθησιογόνων ουσιών. [1]

Σωματική εξάρτηση δε φαίνεται να προκαλείται, ο βαθμός δε της ψυχικής εξάρτησης ποικίλλει μεταξύ των διαφόρων μελών της κατηγορίας των ψυχωσιομιμητικών. [1]

7.2. Φαινυλαιθυλαμίνες

7.2.1. Μεσκαλίνη (Peyote)

7.2.1.1. Τι είναι

Η ουσία περιέχεται στους σπόρους του κάκτου Peyote και είναι η δεύτερη σε συχνότητα κατάχρησης παραισθησιογόνος ουσία. [1]

Η μεσκαλίνη είναι παράγωγο της φαινυλαιθυλαμίνης που ανήκει στην κατηγορία των αλκαλοειδών της τετραϋδροϊσοκινολίνης, διαφέρει δε από πλευράς δομής από το LSD, την ψιλοσυμβίνη και τα άλλα ψευδαισθησιογόνα. Από χημικής απόψεως μοιάζει με την επινεφρίνη και την νορεπινεφρίνη. [9]

7.2.1.2. Φαρμακοκινητική

Απορροφάται εύκολα από το έντερο και συγκεντρώνεται στους νεφρούς, στο ήπαρ και στο σπλήνα. Στον άνθρωπο, ποσοστό 60-90 % της δόσης απεκκρίνεται αμετάβλητο, ενώ το υπόλοιπο αποβάλλεται με τη μορφή αδρανών μεταβολιτών. Τα μέγιστα επίπεδα της μεσκαλίνης στο αίμα επιτυγχάνονται περίπου 2 ώρες μετά τη λήψη και διαρκούν περίπου 12 ώρες. Ο χρόνος ημίσειας ζωής της έχει υπολογιστεί σε 6 ώρες. [9]

7.2.1.3. Τοξικότητα

Στον άνθρωπο δεν έχουν αναφερθεί θάνατοι που σχετίζονται με λήψη μεγάλων δόσεων. Μερικά φάρμακα όπως η ινσουλίνη, τα βαρβιτουρικά και η φυσοστιμίνη, αυξάνουν την τοξικότητα της μεσκαλίνης. [9]

Όταν λαμβάνεται από του στόματος σε δόση 5 mg/kg προκαλεί ασυνήθεις ψυχικές εκδηλώσεις και διαταραχές των αισθητηρίων παρόμοιες με εκείνες που προκαλούνται από μικρές δόσεις LSD ή ψιλοσυμβίνης. Η δόση μεσκαλίνης που απαιτείται είναι περίπου 4000-5000 φορές υψηλότερη από εκείνη του LSD. [9]

Παρατηρείται μυδρίαση, ο σφυγμός επιταχύνεται και η πίεση του αίματος αυξάνεται, ενώ ο ουδός των εν τω βάθει τενόντιων αντανακλαστικών μειώνεται. Οι ψευδαισθήσεις συνήθως είναι οπτικές, περιλαμβάνουν δε φωταψίες με φωτεινά χρώματα, γεωμετρικά σχέδια, ζώα κλπ. [9] Συχνά συνοδεύεται από ναυτία και έμετο. [1]

Έχει ήπιες εθιστικές ιδιότητες και η ανοχή στην ουσία αναπτύσσεται πολύ γρήγορα. [1]

7.3. Παράγωγα της αμφεταμίνης

7.3.1. MDMA- «Έκσταση»

7.3.1.1. Τι είναι

Πρόκειται για παράγωγο της αμφεταμίνης και λαμβάνεται σε δόσεις 100-150 mg. Αποτελεί το κυριότερο δραστικό συστατικό των δισκίων «Έκσταση» και για πολλούς

θεωρείται συνώνυμο τους. Παράγεται εύκολα σε παράνομα εργαστήρια, χρησιμοποιώντας ως πρώτη ύλη τη σαφρόλη. [9]

Ήταν ιδιαίτερα δημοφιλές τη δεκαετία του 1980, στα πλαίσια της κουλτούρας των «ρειβ πάρτι» και επανήλθε στο προσκήνιο ως ναρκωτικό των ραντεβού και των βιασμών. Τα πάρτι στα οποία διατίθενται ναρκωτικές ουσίες, όπως η μαριχουάνα ή το αλκοόλ, παρέχουν εύκολη πρόσβαση ή διαθεσιμότητα στην Έκσταση, αυξάνοντας κατά συνέπεια τον αριθμό των ατόμων που θα δοκιμάσουν την ουσία αυτή για πρώτη φορά. [16]

7.3.1.2. Δράσεις-τοξικότητα

Έχει συμπαθητικομιμητική δράση όπως όλες οι αμφεταμίνες. Με τη λήψη της δημιουργείται στους χρήστες το αίσθημα ότι «το σώμα διαχωρίζεται από το μυαλό». Πολλοί χρήστες επίσης κάνουν χρήση προκειμένου να βιώσουν το αίσθημα «αυξημένης κοινωνικότητας» που προκαλεί η ουσία. Αυξάνει την ικανότητα αντίληψης και τη σωματική αντοχή, μειώνει το στρες και προκαλεί έξαρση των συναισθημάτων. Σε δόσεις όμως μεγαλύτερες των 200 mg προκαλεί ένα δυσάρεστο συναίσθημα και σύγχυση, αδυναμία συγκέντρωσης, ναυτία κλπ. [9]

Τα τελευταία χρόνια έχουν αναφερθεί σε χρήστες περιπτώσεις ηπατικών βλαβών, για την αιτιολογία των οποίων, από πολλούς υποστηρίζεται ότι είναι το αποτέλεσμα μια ιδιοσυγκρασιακής αντίδρασης στην ουσία ή σε νοθείες και προσμίξεις των δισκίων «Έκσταση». [9]

Τέλος, μπορεί να προκαλέσει, ακόμη και σε συνήθεις δόσεις, υπερπυρεξία, ιδιαίτερα όταν ο χρήστης χορεύει συνεχώς, μέσα σε κλειστούς και θερμούς χώρους. Για να προλάβουν την κατάσταση αυτή, οι χρήστες καταναλώνουν πολλά υγρά, αλλά όχι οινοπνευματώδη ποτά. Ο θάνατος επέρχεται εν μέσω συμπτωμάτων ζωικής εξάντλησης. Σημειώνεται ιδιαίτερος ότι η MDMA μπορεί να προκαλέσει ψυχική εξάρτηση. [9]

7.4. Αντιχολινεργικά αλκαλοειδή του προπανίου

7.4.1. Ατροπίνη- Σκοπολαμίνη

7.4.1.1. Φαρμακολογικές ιδιότητες

Η ατροπίνη, αλκαλοειδές του φυτού άτροπος (μπελαντόνα), έχει υψηλή συγγένεια για τους μουσκαρινικούς υποδοχείς και συνδέεται συναγωνιστικά μαζί τους, εμποδίζοντας την πρόσδεση της ακετυλοχολίνης. Οι γενικές δράσεις της διαρκούν περίπου 4 ώρες. Όταν όμως εφαρμοστεί τοπικά στον οφθαλμό, η δράση της μπορεί να διαρκέσει μέρες. Οι δράσεις της περιλαμβάνουν:

- Οφθαλμός: Προκαλεί μυδρίαση, κατάργηση της αντίδρασης στο φως και κυκλοπληγία (αδυναμία εστίασης σε κοντινά αντικείμενα).
- Γαστρεντερικό: Προκαλεί ελάττωση της δραστηριότητας του γαστρεντερικού. Μαζί με τη σκοπολαμίνη, είναι τα πιο δραστικά φάρμακα που υπάρχουν μ' αυτή τη δράση.
- Ουροποιητικό: Χρησιμοποιείται για την αντιμετώπιση καταστάσεων υπερκινητικότητας της ουροδόχου κύστης.
- Καρδιαγγειακό: Σε χαμηλές δόσεις προκαλεί βραδυκαρδία. Με υψηλότερες δόσεις, αποκλείονται οι καρδιακοί υποδοχείς του φλεβόκομβου, οπότε η καρδιακή συχνότητα εμφανίζει μέτρια αύξηση. Σε τοξικές συγκεντρώσεις προκαλεί διαστολή των αγγείων του δέρματος.
- Εκκρίσεις: Καταστέλλει τους σιελογόνους αδένες και προκαλεί ξηροστομία. Επίσης, επηρεάζει τους ιδρωτοποιούς και δακρυικούς αδένες. [17]

Η σκοπολαμίνη, είναι κι αυτή αλκαλοειδές της *atropa belladonna* και έχει παρόμοια δράση στην περιφέρεια με την ατροπίνη. Εντούτοις, επιδρά περισσότερο στο ΚΝΣ και έχει μεγαλύτερη διάρκεια δράσης από την ατροπίνη. Είναι από τα πιο αποτελεσματικά φάρμακα για την καταπολέμηση της ταξιδιωτικής ναυτίας και αναστέλλει την πρόσφατη μνήμη. Αντίθετα από την ατροπίνη, προκαλεί καταπράυνση, σε υψηλότερες όμως δόσεις μπορεί να προκαλέσει διέγερση. [17]

7.4.1.2. Δηλητηρίαση από ατροπίνη

Τυπικά συμπτώματα δηλητηρίασης εκδηλώνονται ανάλογα με τη ληφθείσα δόση ως περιφερικά ή κεντρικά φαινόμενα καταστολής του παρασυμπαθητικού συστήματος. Με λήψη 0,5-1 mg παρατηρούνται ελαφρά βραδυκαρδία, ξηροστομία και ξηροδερμία καθώς

και ελαφρά μυδρίαση. Με δόσεις άνω των 2 mg ακολουθούν ταχυκαρδία, ταχυσφυγμία, έντονο αίσθημα δίψας, μυδρίαση και διαταραχές της προσαρμογής. Με δόσεις ενώ των 5 mg τα παραπάνω συμπτώματα γίνονται ακόμα εντονότερα και λόγω της αναστολής αδενικών εκκρίσεων εμφανίζονται επίσης βράγχος της φωνής, δυσκολία στην κατάποση και διαταραχές της ομιλίας και επιπλέον ανησυχία και κεφαλαλγία. Λόγω της αναστολής έκκρισης του ιδρώτα είναι δυνατόν να εμφανισθεί υπερθερμία. Σε συνδυασμό με κεντρικές διαταραχές της θερμορύθμισης το δέρμα, ιδίως του προσώπου μπορεί να εμφανίζεται ξηρό, θερμό και ζωηρά ερυθρό. Η δράση της ατροπίνης στις λείες μυϊκές ίνες του εντέρου μπορεί να εκδηλωθεί ως ελάττωση του περισταλτισμού (δυσκοιλιότητα) μέχρι ατονίας, ενώ από το ουροποιητικό να προκύψει δυσχέρεια στην ούρηση μέχρι πλήρους κατακράτησης των ούρων. Δόσεις άνω των 10 mg προκαλούν επιπλέον διαταραχές του ΚΝΣ όπως διέγερση, κλονικούς σπασμούς, επιθετικότητα, σύγχυση, παραλήρημα και ψευδαισθήσεις. Η διεγερτική αυτή φάση μπορεί να μεταπέσει σε κατάσταση εξάντλησης με βαθιά απώλεια της συνείδησης. Ο θάνατος επέρχεται λόγω κεντρικής παράλυσης της αναπνευστικής λειτουργίας. Μετά από λήψη 100 mg ατροπίνης από το στόμα, υπάρχει για τους ενήλικες πραγματικός κίνδυνος θανάτου. [18]

10-20 mg/kg σωματικού βάρους θεωρούνται θανατηφόρα για ενήλικες, ενώ η θανατηφόρος δόση για παιδιά ανέρχεται σε 1-10 mg. [18]

7.5. Κυκλοεξυλαμίνες

7.5.1. «PCP» Φαινουκλιδίνη – Κεταμίνη

7.5.1.1. Τι είναι-τρόπος λήψης

Η κεταμίνη είναι αναισθητικό βραχείας δράσης που προκαλεί μια «κατάσταση διαχωρισμού» κατά την οποία ο ασθενής φαίνεται ξύπνιος αλλά δεν έχει συνείδηση και δεν αισθάνεται πόνο. Αυτή η διαχωριστική αναισθησία προκαλεί καταστολή, αμνησία και ακινησία. [17]

Το PCP (αλλιώς γνωστό και ως αγγελόσκονη και χάπι ειρήνης) παρασκευάστηκε το 1950 ως αναισθητικό με δράση παρόμοια της κεταμίνης. Ωστόσο, λόγω των σοβαρών ανεπιθύμητων ενεργειών του, η παρασκευή του για ανθρώπινη χρήση διεκόπη. Το PCP είναι γνωστό για την επαγωγή βίαιης συμπεριφοράς καθώς και αρνητικών σωματικών επιδράσεων όπως επιληπτικοί σπασμοί, κώμα και θάνατο. [16]

Η πιο κοινή οδός χορήγησης είναι το κάπνισμα, η μαριχουάνα ή τα φυτικά τσιγάρα με σκόνη PCP ή με υγρή μορφή PCP. [16] Ακόμη λαμβάνεται από του στόματος ή με εισρόφηση από τη μύτη και μερικές φορές ενδοφλεβίως. Η ποσότητα δια της ρινός είναι

1,5-3.5 mg. Η δόση της σκόνης και του δισκίου είναι 2-6 mg. Η έναρξη των συμπτωμάτων μετά από τη λήψη αρχίζει μέσα σε 1-5 λεπτά και διαρκεί 4-6 ώρες, ενώ εφόσον η σκόνη χορηγηθεί με εμφύσηση είναι ταχύτερη και αρχίζει μέσα σε 30 δευτερόλεπτα- 1 λεπτό. [9]

7.5.1.2. Δράσεις

Η κεταμίνη προκαλεί κεντρική συμπαθητική δράση που οδηγεί σε διέγερση της καρδιάς και αυξημένη αρτηριακή πίεση και όγκο παλμού. Χρησιμοποιείται, επομένως, όταν δεν είναι επιθυμητή η καταστολή της κυκλοφορίας. Χορηγείται κυρίως σε παιδιά και νεαρούς ενήλικες για μικρής διάρκειας εγχειρήσεις, αλλά δεν χρησιμοποιείται ευρέως, γιατί αυξάνει την εγκεφαλική αιματική ροή και προκαλεί μετεγχειρητικές ψευδαισθήσεις, ιδιαίτερα στους ενήλικες. [17]

Το PCP έχει διεγερτική, κατασταλτική, με ψευδαισθησιογόνο και αναισθητική δράση στον εγκέφαλο. Τα σωματικά συμπτώματα που προκαλεί είναι κυρίως συμπαθητικομιμητικού τύπου και περιλαμβάνουν αύξηση της αρτηριακής πίεσης, του καρδιακού ρυθμού, της αναπνοής και των τενόντιων αντανάκλασεων. Η αύξηση των τελευταίων έχει ως αποτέλεσμα την έντονη γενική μυϊκή σύσπαση. [1]

Επίσης, προκαλεί χολινεργικά συμπτώματα όπως ιδρώτα, ερυθρότητα προσώπου, σιελόρροια και μύση. Κεντρικού τύπου συμπτώματα είναι η ζάλη, η κακή μυϊκή συνεργία, η κολλώδης ομιλία και ο νυσταγμός. Σε σχετικά χαμηλές δόσεις (1-5mg) η ουσία προκαλεί συνήθως ευφορία και ευσυγκινησία, σε μεγαλύτερες ποσότητες (γύρω στα 10 mg) εμφανίζονται κατάσταση μέθης, παραισθήσεις ή ψευδαισθήσεις, εξτρεμιστικού τύπου συμπεριφορά και βίαιες πράξεις. [1]

7.5.1.3. Τοξικότητα

Η τοξικότητα του PCP εκδηλώνεται με μια ληθαργική, κωματώδη κατάσταση, κατά την οποία ο ασθενής αντιδρά μόνο στο έντονο άλγος. Εφάπαξ λήψη από του στόματος 1 g του προϊόντος που πωλείται στο δρόμο (street grade PCP) έχει προκαλέσει περιόδους λήθαργου και κώματος, συμπτώματα τα οποία διαρκούν από μερικές ώρες μέχρι και 5 μέρες. Επίσης, είναι δυνατό να προκληθούν επιβράδυνση και παράταση της αναπνοής και άπνοια. Η δηλητηρίαση χαρακτηρίζεται ακόμη και από επίμονη υπέρταση, ταχυκαρδία και γενικευμένους επιληπτοειδείς σπασμούς που εμφανίζονται μετά από τρόπο των μυών και ακαμψία. [9]

Ακόμη, μπορεί να προκληθεί ψύχωση από PCP που περιγράφεται ως μια βίαιη, επιθετική ή και αποδιοργανωμένη συμπεριφορά με ή χωρίς παράνοια, κατάσταση που διαρκεί από 4 ώρες μέχρι αρκετές ημέρες. Η ανήσυχη και επιθετική συμπεριφορά

παρέχεται μετά από μια εβδομάδα, αλλά σε βαρύτερες περιπτώσεις πιθανόν τα άτομα αυτά να χρειαστούν 12-18 μήνες για να επανέλθουν στην κατάσταση που βρισκόταν πριν τη χρήση του φαρμάκου. [9]

Τέλος, σε αυξημένη δοσολογία επέρχεται αναισθησία, εμβροντησία ή κώμα, αλλά περιέργως τα μάτια παραμένουν ανοιχτά. Υπάρχει αυξημένη ευαισθησία στα εξωτερικά ερεθίσματα και οι δράσεις στο ΚΝΣ μπορεί να επιμείνουν για μια εβδομάδα. Με την επανειλημμένη χρήση συχνά αναπτύσσεται ανοχή. [17]

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8^ο: Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΧΡΗΣΗΣ ΕΘΙΣΤΙΚΩΝ ΟΥΣΙΩΝ

8.1. Πρωτοβάθμια πρόληψη

Η πρωτοβάθμια πρόληψη έχει σαν κύριο στόχο της να δώσει στο άτομο αλλά και στο κοινωνικό σύνολο τη δυνατότητα να αποκτήσει συνείδηση των κινδύνων που οδηγούν στην αδυναμία οριοθέτησης απέναντι στις ουσίες,, που η κοινωνία παράγει, διαθέτει και προβάλλει σαν πηγή ευφορίας ή σαν μέσο ανακούφισης από τα δεινά της ζωής. Πρόληψη λοιπόν, σημαίνει απάντηση στην πρόκληση. Η εξάρτηση από νόμιμες ή παράνομες ουσίες είναι ένα σύνθετο ψυχοκοινωνικό πρόβλημα στο οποίο συμβάλλουν εξίσου η προσωπικότητα του ατόμου, η οικογένεια και το ευρύτερο κοινωνικοπολιτισμικό πλαίσιο στο οποίο ζει ένα άτομο. [22]

Έχουν περάσει 20 χρόνια από τότε που συνειδητοποιήθηκε η ανάγκη εφαρμογής προγραμμάτων πρόληψης για το πρόβλημα της εξάπλωσης της χρήσης ναρκωτικών ουσιών. Μέχρι σήμερα, άλλοι προσδιορίζουν ως πρόληψη την ενημέρωση, άλλοι τον εκφοβισμό και άλλοι την επιδερμική προσέγγιση ζητημάτων που σχετίζονται με την κατανάλωση των εθιστικών ουσιών. Από την πλευρά της κοινωνίας, οι προσπάθειες πρόληψης για την μείωση της ζήτησης των εθιστικών ουσιών περιορίστηκαν στα νομικά μέτρα και τον κοινωνικό έλεγχο. Όλες αυτές οι προσπάθειες δεν έχουν φέρει μέχρι σήμερα ικανοποιητικά αποτελέσματα. Το γεγονός αυτό μας οδηγεί στο συμπέρασμα ότι η πρόληψη της χρήσης εθιστικών ουσιών πρέπει αν εξεταστεί από διαφορετική σκοπιά. [22]

Η χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών αποτελεί ένα πολύπλοκο και πολυδιάστατο φαινόμενο που αφορά όλα τα κοινωνικοοικονομικά στρώματα, αγγίζοντας νεαρές ηλικίες. Η συνειδητοποίηση του γεγονότος ότι η εξάρτηση εμφανίζεται ως σύμπτωμα μιας γενικότερης δυσλειτουργίας του ατόμου, ένδειξη αδυναμίας να απαλύνει τον ψυχικό πόνο και ως τρόπο διαφυγής από πραγματικά και φανταστικά αδιέξοδα, ώθησε τους επαγγελματίες υγείας στην προσαρμογή των προγραμμάτων πρόληψης σε προγράμματα που εστιάζουν στη βοήθεια και στην ενίσχυση των προστατευτικών παραγόντων της ψυχικής υγείας του ατόμου και που απευθύνονται σε όλους τους πολίτες και κυρίως στον πληθυσμό που δεν έχει μπει στο πρόβλημα της χρήσης με στόχο τη μείωση της ζήτησης και τη διαμόρφωση μιας υγιούς στάσης απέναντι στη ζωή. [23]

Σύγχρονες μελέτες καταλήγουν στην ανάγκη να εστιάζεται η πρόληψη όχι μόνο στους νέους αλλά και σε ολόκληρο τον πληθυσμό. Ειδικός πληθυσμιακός στόχος της

πρωτοβάθμιας πρόληψης είναι τα άτομα που έχουν την ευθύνη ανατροφής, διαπαιδαγώγησης και εκπαίδευσης των παιδιών, δηλαδή γονείς, εκπαιδευτικοί κλπ. [24]

Η ύπαρξη και λειτουργία επιτροπής ψυχικής υγείας σε μια μονάδα κοινωνικής ψυχιατρικής και της αντίστοιχης κοινότητας που εξυπηρετεί, είναι έκφραση της πρακτικής εφαρμογής της πρωτοβάθμιας πρόληψης στην κοινότητα. Ο κοινοτικός νοσηλευτής ως μέλος της ομάδας αυτής μπορεί να παίξει σημαντικό ρόλο εστιάζοντας και παρεμβαίνοντας σε κρίρια σημεία. [24]

Πρωταρχικό ρόλο για την πρόληψη παίζει η ενημέρωση. Ο κοινοτικός νοσηλευτής ως μέλος της ομάδας ψυχικής υγείας σχεδιάζει εκπαιδευτικά προγράμματα με βάση την ενημέρωση. Είναι γνωστό από έρευνες ότι τα προγράμματα πρωτοβάθμιας πρόληψης που βασίστηκαν στην πληροφόρηση και στη διαφώτιση δεν είχαν πάντα τα επιθυμητά αποτελέσματα. Το μεταδιδόμενο μήνυμα έδινε έμφαση στους κινδύνους και στις ολέθριες επιπτώσεις από τη χρήση και στόχευε στη δημιουργία συναισθηματικών αντιδράσεων φόβου. Οι πληροφορίες που περιελάμβαναν τα μηνύματα του τύπου αυτού ήταν τις περισσότερες φορές υπερβολικές, γεγονός που έχει ως συνέπεια την αμφισβήτηση της εγκυρότητας και της αξιοπιστίας τους, ιδιαίτερα από τα νεαρά άτομα που βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο. [24]

Διαπιστώθηκε ακόμα ότι μόνη της η πληροφόρηση μπορούσε να ανεβάσει το επίπεδο των γνώσεων του ατόμου χωρίς απαραίτητα να επηρεάσει τη συμπεριφορά του προς την επιθυμητή κατεύθυνση. Επίσης, οι πληροφορίες που διοχετεύονται με επιλεκτικό τρόπο που δεν παίρνουν δηλαδή υπόψη τα χαρακτηριστικά της ομάδας στην οποία ανήκουν οι δέκτες, κινδυνεύουν να οδηγήσουν σε αντίθετα από τα επιδιωκόμενα αποτελέσματα όπως για παράδειγμα προκαλώντας την περιέργεια νέων και την επιθυμία τους για δοκιμή. [24]

Στις στρατηγικές πρόληψης η πληροφόρηση για να είναι εκπαιδευτική πρέπει να βασίζονται στο ότι είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με τη διαπαιδαγώγηση του ατόμου. Πρέπει να δίνουν έμφαση στην ανάγκη προσαρμογής της πληροφορίας και των μηνυμάτων στο επίπεδο της ικανότητας αφομοίωσης του πληθυσμού στον οποίο απευθύνονται ανάλογα με το αναπτυξιακό του στάδιο. Τοποθετούν το πρόβλημα των ναρκωτικών μέσα σε ένα γενικότερο πλαίσιο μορφών συμπεριφοράς υψηλού κινδύνου, αποφάσεων που παίρνει το άτομο και διασαφήνισης αξιών. Η προσέγγιση αυτή που αποκαλείται «συναισθηματική προσέγγιση» δίνει έμφαση στους παράγοντες εκείνους που συνδέονται με την τοξικομανία και όχι στην συμπεριφορά του τοξικομανούς αυτή καθαυτή. Η προληπτική προσπάθεια πρέπει να στοχεύει στην ανάπτυξη των απαραίτητων γνώσεων, στάσεων και δεξιοτήτων στο άτομο που θα το διευκολύνουν να αντισταθεί στην προσφορά. Ταυτόχρονα επιχειρείται η δημιουργία μέσα στο περιβάλλον του ατόμου (οικογένεια, κοινότητα) του κατάλληλου κλίματος που θα του δώσει θετική υποστήριξη. [24]

Η πρόληψη πρέπει να ενταχθεί μέσα από ειδικά προγράμματα στο όλο εκπαιδευτικό σύστημα και να αποτελεί μέρος της αγωγής υγείας. Το σχολείο αντιπροσωπεύει χωρίς αμφιβολία το καταλληλότερο πλαίσιο για την εφαρμογή ενός προγράμματος πρωτογενούς πρόληψης γιατί στα σχολεία βρίσκεται η πλειοψηφία του πληθυσμού των νέων. [24]

Οι νεαροί μαθητές αντιπροσωπεύουν τον πληθυσμό όπου οι αρνητικές συνήθειες στη συμπεριφορά δεν έχουν ακόμα εγκατασταθεί και παγιωθεί και είναι επομένως κατάλληλοι δέκτες μηνυμάτων που στοχεύουν στην πρωτογενή πρόληψη. Το σχολείο προσφέρει το πλαίσιο για μια συστηματοποιημένη και διαρκή εκπαίδευση για την υγεία. Ένας σημαντικός ρόλος που καλείται να παίξει ο κοινοτικός νοσηλευτής είναι η παροχή βοήθειας ώστε οι τοπικές υπηρεσίες υγείας και οι κοινωνικές υπηρεσίες να ενωθούν με το σχολικό σύστημα. Τα κύρια χαρακτηριστικά της μεθοδολογίας που ακολουθείται στα σχολεία είναι τα εξής:

- Να δώσουν τη δυνατότητα στα άτομα να βελτιώσουν την ψυχική τους υγεία, τις κοινωνικές τους δεξιότητες και τις διαπροσωπικές τους σχέσεις.
- Να ενισχύσουν την εκτίμηση του εαυτού και να μειώσουν τα πιθανά σημεία αποξένωσης.
- Να δώσουν στα άτομα τη δυνατότητα να διευκρινίσουν τις αξίες, υποδεικνύοντας τους τον τρόπο με τον οποίο αναπτύσσονται συγκρούσεις ανάμεσα στις αξίες αυτές και στην πραγματικότητα.
- Να ενθαρρύνουν τη λήψη αποφάσεων, την ενεργητική μάθηση και την ελευθερία επιλογής ενός υγιούς τρόπου ζωής. [24]

Η εκπαίδευση με στόχο την πρόληψη στα πλαίσια του σχολείου, αποτελεί μια αναγκαία αλλά όχι επαρκή συνθήκη. Κι αυτό γιατί, έξω από το σχολείο ο μαθητής δέχεται ισχυρές επιδράσεις στις οποίες το σχολείο μόνο του δε θα μπορούσε να αμυνθεί. Για παράδειγμα, η χρήση ουσιών από μέλη της οικογένειας του μαθητή ή από φίλους του, έχουν αποδειχθεί από έρευνες ως εξαιρετικά σημαντικοί παράγοντες κινδύνου. [24]

Ο κοινοτικός νοσηλευτής αποτελεί τον συνδετικό κρίκο ανάμεσα στην κοινότητα και την οικογένεια. Αυτός είναι που γνωρίζει τις ιδιαιτερότητες κάθε οικογένεια και ότι ο ρόλος της, ειδικότερα ο τρόπος με τον οποίο οι γονείς διαπαιδαγωγούν τα παιδιά τους, μέσα από την ποιότητα των συναισθηματικών σχέσεων, την οριοθέτηση και την θέσπιση κανόνων, καθώς και την ενίσχυση της υπευθυνότητας και της αυτονομίας συνδέεται άμεσα με την πρόληψη της χρήσης των εθιστικών ουσιών. [24]

Ιδιαίτερη βοήθεια λοιπόν πρέπει να δοθεί στους γονείς με συντονισμένη παρέμβαση στην οικογένεια, γι να γίνουν ικανοί να κάνουν ένα ειλικρινή και ανοιχτό διάλογο με τα παιδιά τους, μέσα από τη δημιουργία μιας σχέσης εμπιστοσύνης. Συνήθως σοβαρές δυσλειτουργίες του οικογενειακού συστήματος υπάρχουν σε πολλές περιπτώσεις ατόμων που έχουν εξαρτηθεί από ουσίες. Επιδημιολογικές έρευνες έχουν δείξει ότι η προσωπικότητα των νέων είναι ελλειμματική, ανώριμη γιατί οι γονείς δεν παρουσιάζουν ένα πρότυπο με το οποίο να μπορούν τα παιδιά να ταυτιστούν. Είναι συνήθως ανώριμοι, καταθλιπτικοί, παθητικοί, απόντες συναισθηματικά, διαψευσμένοι, απογοητευμένοι, παραιτημένοι, αλλοτριωμένοι. Συχνά καταφεύγουν στο αλκοόλ ή τα ηρεμιστικά για να αντιμετωπίσουν τις δυσκολίες ή να επικοινωνήσουν με τους άλλους. [24]

Σκοπός του κοινοτικού νοσηλευτή μέσα από προγράμματα πρόληψης που απευθύνονται σε άτομα που έχουν την ευθύνη ανατροφής και διαπαιδαγώγησης, είναι α

διδάξει τρόπους και συμπεριφορές που θα βοηθήσουν τα παιδιά να πουν όχι στις εξαρτησιογόνες ουσίες. [24]

Τα παιδιά μαθαίνουν από τους γονείς πότε και από πού και πώς να παίρνουν τέτοιες ουσίες όπως το αλκοόλ, τα φάρμακα. Η σωστή αλλά και με μέτρο χρησιμοποίηση στο σπίτι, μειώνει τον κίνδυνο χρήσης ουσιών από τα παιδιά. Διδάσκοντας λοιπόν τους γονείς πώς να δίνουν το καλό παράδειγμα στα παιδιά, τα προστατεύουν γιατί πολλές φορές μιμούνται συμπεριφορές κοντινών αγαπημένων ανθρώπων. Τα παιδιά και ειδικά οι έφηβοι νιώθουν συχνά αβέβαιο για το άτομό τους. Το να γνωρίζουν ότι οι γονείς τους τους έχουν εμπιστοσύνη και αναγνωρίζουν την αξία τους ενδυναμώνει την προσωπικότητα τους και τα βοηθάει να αντιμετωπίσουν τις δυσκολίες και τα προβλήματα της ζωής. Είναι σημαντικό οι γονείς να δίνουν στα παιδιά την ενθάρρυνση και το ν έπαινο για τις προσπάθειες που κάνουν ακόμη και αν τα αποτελέσματα δεν είναι τέλεια. [24]

Το να μιλάνε οι γονείς στα παιδιά δεν είναι πάντα αρκετό. Το να ακούνε αυτό που έχουν να πουν είναι το πιο δύσκολο. Πρέπει να επισημανθεί στους γονείς το πόσο σημαντικό είναι να δίνουν χρόνο στα παιδιά τους να εκφράσουν αυτό που σκέφτονται, δείχνοντας προσοχή και ενδιαφέρον σε αυτά που λένε γιατί συχνά τα παιδιά δεν εκφράζουν τις σκέψεις τους με άμεσο τρόπο. Η συζήτηση των γονέων με τα παιδιά για το αλκοόλ και τις άλλες ουσίες βοηθούν τους γονείς να βεβαιωθούν ότι τα παιδιά έχουν καταλάβει τους κινδύνους που σχετίζονται με τη χρήση τους. Το μεγαλύτερο λάθος που κάνουν οι γονείς στην προσπάθεια τους να προστατέψουν τα παιδιά τους από τη χρήση ουσιών είναι να τα απομονώνουν από τους φίλους και τις παρέες τους. Η επιρροή από φίλους είναι από τις πιο ισχυρές πιέσεις που δέχεται ένας νέος ειδικά στην εφηβεία. Η απαγόρευση της εξόδου και της συναναστροφής με συνομηλίκους μπορεί να αποφέρει αντίθετα αποτελέσματα από τα επιθυμητά. Το προτιμότερο είναι να διδάξουν στα παιδιά τρόπους για το πώς να αντιστέκονται στην επιρροή των φίλων που κάνουν χρήση του αλκοόλ και ουσιών. Η πίεση που δέχονται οι νέοι από τις απαιτήσεις της σημερινής κοινωνίας είναι μεγάλη και δημιουργεί την ανάγκη να ξεφύγουν από την καθημερινότητα. Οι γονείς πρέπει να μάθουν πώς να προστατεύουν τα παιδιά σε υγιείς και δημιουργικές δραστηριότητες. Με το να δίνουμε στα παιδιά την ευκαιρία να λάβουν μέρος σε ασχολίες που τα ευχαριστούν όπως σπορ, σχολικά προγράμματα, κοινοτικά προγράμματα, εκπολιτιστικά, καλλιτεχνικά κλπ τους δίνουμε τη δυνατότητα διαφυγής από τις δυσκολίες της ζωής μέσα από δημιουργικές διεξόδους. [24]

Οι γονείς είναι αυτοί που πρώτοι πρέπει να αντιληφθούν την ύπαρξη κάποιου προβλήματος από την ανεξήγητη αλλαγή συμπεριφοράς. Ο κοινοτικός νοσηλευτής ενημερώνει τους γονείς για το ποιες συμπεριφορές πρέπει να τους ανησυχίσουν. Τέτοιες είναι:

- Αλλαγή στη συνολική νοοτροπία, στάση και στην προσωπικότητα του παιδιού χωρίς να υπάρχει άλλη αναγνωρίσιμη αιτία.
- Αλλαγές στους φίλους, νέοι χώροι στους οποίους συχνάζει το παιδί, αποφυγή των παλιών φίλων.
- Αλλαγή δραστηριοτήτων.
- Πτώση των βαθμών στο σχολείο ή της απόδοσης στην εργασία.

- Απώλεια ενδιαφέροντος για την οικογένεια.
- Δυσκολία στη συγκέντρωση, μνήμη.
- Απώλεια κινήτρων, ενέργειας και αυτοεκτίμησης, αδιαφορία για όλα.
- Ξαφνικές εξάρσεις υπερευαισθησίας, θυμού.
- Κακοκεφιά, ευερεθιστότητα ή νευρικότητα.
- Παρανοϊκές σκέψεις.
- Υπερβολική ανάγκη για απομόνωση, παιδί που γίνεται απρόσιτο.
- Μυστικοπάθεια ή ύποπτη συμπεριφορά.
- Εμπλοκή σε αυτοκινητιστικά δυστυχήματα.
- Χρόνια ανειλικρίνεια, ατιμία.
- Ανεξήγητη ανάγκη χρημάτων, κλοπή.
- Κατοχή σχετικών για χρήση φαρμάκων και ουσιών. [25]

Τέτοιες αλλαγές δεν πρέπει να περνούν απαρατήρητες ή να αγνοούνται, ο κάθε γονιός πρέπει να γνωρίζει που να απευθυνθεί, σε περίπτωση που αντιληφθεί κάποιο πρόβλημα, για να βοηθηθεί και να βοηθήσει το παιδί του. [25]

Συνοπτικά, ο κοινοτικός νοσηλευτής όταν καλείται να συμμετέχει στην εφαρμογή προγραμμάτων πρωτοβάθμιας πρόληψης ως μέλος της επαγγελματικής ομάδας ψυχικής υγείας πρέπει να γνωρίζει κάποιες βασικές αρχές σχεδιασμού και εφαρμογής συστηματικών προγραμμάτων πρόληψης που είναι:

- Η γνώση για τις συνέπειες της χρήσης δεν αποτελεί αναγκαία συνθήκη για την αποφυγή της.
- Η πρόληψη είναι μια σύνθετη και μακρόχρονη διαδικασία που στοχεύει στην ανάδειξη και συνειδητοποίηση των αιτιολογικών παραγόντων της χρήσης.
- Η πρόληψη δεν είναι υπόθεση μόνο των ειδικών αλλά απαιτεί την εμπλοκή όλων των θεσμών που συμβάλλουν στην κοινωνικοποίηση των νέων (οικογένεια, σχολείο, ευρύτερη κοινότητα).
- Το περιεχόμενο και η μεθοδολογία εφαρμογής των προγραμμάτων πρόληψης πρέπει να είναι προσαρμοσμένα στις ιδιαιτερότητες των πληθυσμιακών ομάδων στις οποίες απευθύνονται, λαμβάνοντας υπόψη τις ανάγκες τους και τα αιτήματά τους όπως αυτά εκφράζονται.
- Η εφαρμογή παρεμβάσεων πρόληψης μπορεί να έχει αποτελέσματα μόνο στο βαθμό που εντάσσεται σε ένα πλαίσιο μακρόπνοης πολιτικής της τοπικής κοινότητας αλλά και γενικότερα της χώρας. [25]

Η εργασία του κοινοτικού νοσηλευτή στην πρωτοβάθμια πρόληψη αποβλέπει στην δημιουργία και εγκατάσταση αμφίδρομων σχέσεων μεταξύ της κοινότητας και της ομάδας ψυχικής υγείας, με σκοπό την εκπόνηση και προώθηση προληπτικών προγραμμάτων, επιζητώντας με κάθε τρόπο την ενεργό συμμετοχή του μεγαλύτερου δυνατού μέρους των κατοίκων. Ενεργώντας σε αυτή την κατεύθυνση πρέπει να είναι άριστος γνώστης της κοινότητας, του μορφωτικού επιπέδου της, ιστορικών στοιχείων και της σύνθεσης του πληθυσμού. Είναι προφανές ότι η προσπάθεια αντιγραφής μοντέλων από άλλες περιοχές δεν μπορεί να δώσει ιδιαίτερες κατευθύνσεις, ίσως να είναι ελάχιστα αποτελεσματική και πιθανόν να προκαλέσει περισσότερα προβλήματα από αυτά που θα επιλύσει. Επίσης, η

εργασία του κοινοτικού νοσηλευτή αποσκοπεί στην ευαισθητοποίηση των φυσικών ηγετών της κοινότητας και μέσω των κατοίκων της περιοχής για θέματα πρόληψης και στην εφαρμογή της πρωτοβάθμιας πρόληψης μέσα από τη συνεργασία όλων των οργανισμών της κοινότητας. [25]

Όσο περισσότεροι στόχοι της πρωτοβάθμιας πρόληψης για τις εθιστικές ουσίες επιτυγχάνονται, τόσο μειώνεται ο αριθμός των ατόμων που έχουν ανάγκη απεξάρτησης από αυτές, γεγονός που σημαίνει ότι η πρωτοβάθμια πρόληψη εκπληρώνει το σκοπό της. [25]

8.2. Δευτεροβάθμια πρόληψη

8.2.1. Ο ρόλος του κοινοτικού νοσηλευτή ψυχικής υγείας στη Δευτεροβάθμια πρόληψη

Η δευτερογενής πρόληψη στοχεύει σε άτομα που ήδη νοσούν ψυχικά ή σε άτομα με οξεία έναρξη ψυχικής νόσου ή σε άτομα που νοσηλεύονται για σωματική πάθηση και παρουσιάζουν ψυχιατρική συμπτωματολογία, ώστε να βοηθηθούν έγκαιρα. [25]

Η δευτεροβάθμια πρόληψη απασχολεί κατά κύριο λόγο τις αποκεντρωμένες υπηρεσίες κοινοτικής ψυχικής υγιεινής και στοχεύει:

- Στην ανίχνευση ψυχικά ασθενών
- Στην έγκαιρη διάγνωση
- Στην αποτελεσματική θεραπεία
- Στην ελαχιστοποίηση του χρόνου νοσηλείας
- Στην αποφυγή περαιτέρω παθολογικών επιπτώσεων [25]

Γενικά, η δευτερογενής πρόληψη αφορά κυρίως στη φαρμακευτική, συμβουλευτική και ψυχοθεραπευτική παρακολούθηση του εξαρτημένου ατόμου και της οικογένειάς του. Επίσης, στην αποφυγή παραπτωματικής συμπεριφοράς. Στόχος είναι αφού έχει ολοκληρωθεί η σωματική και η ψυχολογική απεξάρτηση του ατόμου σε προγράμματα θεραπευτικής κοινότητας, το άτομο να παραμείνει στην κοινότητα. [26]

Η θεραπευτική νοσηλευτική επικοινωνία είναι ένα από τα ισχυρότερα μέσα που χρησιμοποιεί ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας για την προσέγγιση και νοσηλευτική φροντίδα των εξαρτημένων ατόμων. Δια μέσω αυτής επιτυγχάνεται από την πλευρά του χρήστη η κατανόηση και παραδοχή της κατάστασης που βιώνει και η ενεργητική του προσαρμογή σε αυτή με όσες δυνάμεις διαθέτει. Τα άτομα που είναι εξαρτημένα από κάποια εθιστική ουσία έχουν συνήθως μειωμένη κοινωνική υποστήριξη, είτε επειδή δεν έχουν στενούς συγγενείς είτε επειδή έχουν απομονωθεί από τις οικογένειες και τους φίλους τους αλλά

κατά κύριο λόγο εξαιτίας του κοινωνικού στίγματος, της άγνοιας αλλά και της παράδοξης συμπεριφοράς τους. [25]

Από τους βασικούς ρόλους των κοινοτικών νοσηλευτών είναι η διερεύνηση για την ύπαρξη ή όχι οικογενειακών και κοινωνικών σχέσεων και στην περίπτωση ύπαρξής τους, στη διατήρηση και σύσφιξή τους. Στην ολιστική νοσηλευτική αντιμετώπιση του χρήστη εθιστικών ουσιών, επιτάσσεται να υπάρχει επικοινωνία με ευγένεια, με διάθεση συνεργασίας, με προσπάθεια για συζήτηση, με γνήσιο ενδιαφέρον και πάνω απ' όλα με ένδειξη ειλικρίνειας προς το χρήστη για να υπάρξει και από την αντίθετη πλευρά η ίδια ειλικρινής στάση. Η συνείδηση από πλευράς του κοινοτικού νοσηλευτή ότι αντιμετωπίζει έναν άνθρωπο και όχι ένα ασθενές ον, τον καθιστά αρτιότερο επαγγελματία και αποτελεσματικότερο στις προσπάθειές του. [25]

Έτσι γίνεται ευκολότερο και το πρακτικό μέρος της νοσηλείας καθώς ανιχνεύονται έγκαιρα τα πρόδρομα σημεία- συμπτώματα πιθανών υποτροπών, δεδομένου ότι ο νοσηλευτής λόγω της συνεχούς επαφής με το άτομο αναγνωρίζει κάθε φάση της κατάστασής του. Οι κανόνες δεοντολογίας του επαγγέλματος δεν χωρούν επιπλέον ρατσιστικές τάσεις και συμπεριφορές και επιβάλλουν ισότιμη αντιμετώπιση ανεξάρτητα από το φύλο, την καταγωγή, τις πεποιθήσεις, τη θρησκεία του κοκ. Αυτό ενισχύει την συνεχή παροχή φροντίδας (κλινικής, νοσηλευτικής, θεραπευτικής και αποκαταστασιακής) στον εξαρτημένο είτε στο νοσοκομείο είτε στην κοινότητα. [25]

8.2.2. Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις στην ανεξαρτητοποίηση των εθισμένων από κάποια ουσία

Ο κοινοτικός νοσηλευτής ψυχικής υγείας οφείλει να παρέμβει κατά το ύψιστο δυνατό στη διαδικασία της αυτοφροντίδας της σωματικής υγιεινής του εθισμένου (στοματική, σωματική υγιεινή, οφθαλμολογικός έλεγχος κα) και της καθαριότητας. Η προσπάθεια έναρξης της αυτοφροντίδας με οποιοδήποτε τρόπο είναι μεγάλης σημασίας καθότι το εξαρτημένο από κάποια ουσία άτομο αντικειμενικά έχει παγιδευτεί στο φαύλο κύκλο του εθισμού που δεν αφήνει χρόνο και περιθώρια για οτιδήποτε άλλο πέραν της επαναληπτικής διαδικασίας ανεύρεσης της απαιτούμενης δόσης. Είναι γενικά παραδεκτό πως οι χρήστες εθιστικών ουσιών έχουν σταματήσει να νοιάζονται ουσιαστικά για την ποιότητα της ζωής τους και έχουν ξεχάσει πλήρως τους κανόνες υγιεινής που πρέπει να διέπουν τη ζωή τους για να προασπίζεται η υγεία τους. [27]

Εξίσου σημαντικό μέλημα από την πλευρά του νοσηλευτή, είναι η αυξημένη παρατηρητικότητα που πρέπει να το ν διακατέχει σε ότι αφορά τα φάρμακα που χειρίζεται. Η ασφαλής αποθήκευση και διατήρηση των φαρμάκων πρέπει να απασχολεί όλους τους επαγγελματίες υγείας με τους οποίους έρχεται σε επαφή ένα εξαρτημένο από εθιστικές ουσίες άτομο. Για την σωστή διασφάλιση των φαρμάκων η συνεχής αφύπνιση των νοσηλευτών είναι πρωταρχικής σημασίας διότι έτσι προστατεύεται και φρουρείται κατά ένα μεγάλο βαθμό η υγεία των ατόμων μέσα στις θεραπευτικές κοινότητες. Επιπλέον, όσον αφορά το μέρος των φαρμάκων, ο κοινοτικός νοσηλευτής ψυχικής υγείας πρέπει να παρεμβαίνει στην τήρηση της φαρμακευτικής αγωγής του κάθε ατόμου και να φροντίζει για

τη σωστή λήψη της. Η λανθασμένη λήψη, οι περικοπές ή ακόμα χειρότερα η διακοπή της λήψης των φαρμάκων που πρέπει να δίνονται μπορεί να οδηγήσει σε υποτροπές και σε οξέα επεισόδια κρίσεων. [27]

Επιβάλλεται επομένως τόσο η δέσμευση του ατόμου ότι θα λαμβάνει την φαρμακευτική αγωγή, όπως αυτή έχει οριστεί, όσο και η συνεχής παρακολούθηση για τη σωστή εφαρμογή της και η επαγρύπνηση τυχόν ανεπιθύμητων ενεργειών και φαρμάκων. [27]

Μέσα στα πλαίσια του χώρου θεραπείας και φροντίδας του ασθενούς υπάρχουν πολλοί παράγοντες που επηρεάζουν κριτικά και με δραστικό τρόπο την ενεργητικότητα/παθητικότητα, την καθοδήγηση/συνεργασία και την αμοιβαία συμμετοχή του ατόμου στην θεραπευτική διαδικασία. Η δράση του κοινοτικού νοσηλευτή σε αυτή την περίπτωση έγκειται αρχικά στο να προσπαθήσει να ανακαλύψει το σύνολο των δεξιοτήτων που χαρακτηρίζουν το άτομο. Έπειτα, ο κοινοτικός νοσηλευτής θα παρέμβει στο να καλλιεργήσει και να αναπτύξει τις δεξιότητες αυτές, δίνοντας πάντα μεγάλη σημασία στις προτεραιότητες που θέτει κάθε φορά ο χρήστης και που μεταβάλλονται διαρκώς ανάλογα με τη βελτίωση ή την επιδείνωση της κατάστασής του. [27]

Ο αγώνας για την ανεξαρτητοποίηση από τις εθιστικές ουσίες είναι σκληρός και επίπονος, γι' αυτό οποιαδήποτε θετική προσπάθεια γίνεται από την πλευρά του ατόμου είναι πολύ βασικό να επιβραβεύεται. Οι παρεμβάσεις του νοσηλευτή έχουν σαν άξονα την επιβράβευση του «αγωνιστή», διότι μόνο έτσι θα μπορέσει να έχει αποτέλεσμα η θεραπευτική διαδικασία. Μέσα στα πλαίσια της νοσηλευτικής φροντίδας, επομένως, πρέπει να γίνεται παραχώρηση ευθυνών και πρωτοβουλιών στο άτομο για να κερδίζεται ολοένα και περισσότερο η εμπιστοσύνη του. Σίγουρα θα υπάρχουν και στιγμές αποτυχίας αλλά ο κοινοτικός νοσηλευτής μέσα από την εμπειρία του δεν πρέπει να αφήσει να καταβληθεί το άτομο, αλλά να γίνει ακόμα πιο δυνατό. [25]

Η ανοικτή συζήτηση, η ανάληψη της πρωτοβουλίας για την οργάνωση περιπάτου με το άτομο, η ανάληψη ευθύνης για την οργάνωση εξόδων στο πλαίσιο της κοινωνικοποίησης και της εξοικείωσης του με το κοινωνικό και φυσικό περιβάλλον, χωρίς να νιώθει ότι εκτίθεται, είναι κάτι που το έχει πραγματικά ανάγκη. Όσο θα υπάρχει αυτή η υποστηρικτική σχέση, θα αρχίσει να επανακτάται ευκολότερα η προσαρμοστικότητα, καθώς θα κατανοήσει τα προβλήματα που δημιουργήθηκαν με την εξάρτηση και θα είναι πια έτοιμος να σκεφτεί μαζί του δημιουργικές λύσεις. [25]

8.2.3. Οι θεραπευτικές κοινότητες στη δευτεροβάθμια πρόληψη

Οι θεραπευτικές κοινότητες είναι πολύ καλά οργανωμένα προγράμματα αντιμετώπισης, στα οποία οι ασθενείς διαμένουν σε οικιστικές μονάδες από 6 έως 12 μήνες. Οι ασθενείς που συμμετέχουν, είναι αυτοί που έχουν ένα σχετικά μακροχρόνιο ιστορικό εξάρτησης από εθιστικές ουσίες ή έχουν εμπλακεί σε εγκληματικές δραστηριότητες λόγω της χρήσης τους ή παρουσιάζουν σοβαρά προβλήματα στη λειτουργία τους στην κοινωνία. [27]

Ο στόχος στις θεραπευτικές κοινότητες είναι η επανένταξη των ασθενών στην κοινωνία χωρίς να υπάρχει εξάρτηση και σχέση με παράνομες ή εγκληματικές δραστηριότητες. [27]

Τα χαρακτηριστικά των θεραπευτικών κοινοτήτων είναι:

- Δεν χρησιμοποιούν υποκατάστατες ουσίες (μεθαδόνη ή βουπρενορφίνη)
- Στόχος τους είναι η ψυχολογική απεξάρτηση
- Εκούσια συμμετοχή του θεραπευόμενου (όχι αναγκαστική θεραπεία)
- Κοινωνική μορφή οργάνωσης
- Αυξημένη προσωπική και κοινωνική ευθύνη- ανάληψη ρόλου
- Δομημένη καθημερινή δραστηριότητα- ομαδικές και ατομικές ασχολίες
- Τα προγράμματα εκπαίδευσης, επαγγελματικής κατάρτισης ή και την εργασία
- Ενεργή συμμετοχή της οικογένειας του χρήστη (γονείς και αδέρφια) [28]

Στην Ελλάδα, λειτουργούν τα εξής προγράμματα δευτερογενούς πρόληψης:

- Κέντρα πρόληψης Ο.Κ.Α.Ν.Α. : Εφαρμόζουν προγράμματα πρόληψης, βασισμένα στη φιλοσοφία της αγωγής και της προαγωγής υγείας με σκοπό την ευαισθητοποίηση των φορέων και των πολιτών των τοπικών κοινωνιών και την ενεργοποίησή τους στον αγώνα της πρόληψης. Οι στόχοι τους είναι η ενδυνάμωση, υποστήριξη και εκπαίδευση των νέων ώστε να υιοθετήσουν μια θετική στάση ζωής και να αναπτύξουν δεξιότητες που να αντιστέκονται στη χρήση των εξαρτησιογόνων ουσιών, αλλά και σε άλλες εξαρτητικές συμπεριφορές (τζόγος, διαδίκτυο κα), η συμβουλευτική και υποστήριξη της οικογένειας με σκοπό την ενίσχυση του γονεϊκού ρόλου και τη βελτίωση της επικοινωνίας, η ευαισθητοποίηση καθηγητών και δασκάλων σε θέματα πρόληψης, η ενίσχυση του παιδαγωγικού τους ρόλου και η ενδυνάμωση των σχέσεων εκπαιδευτικών- μαθητών, η ενημέρωση των ενδιαφερόμενων για τα υπάρχοντα θεραπευτικά προγράμματα και η πληροφόρηση, ευαισθητοποίηση και κινητοποίηση της ευρύτερης κοινότητας.
- Προγράμματα πρόληψης του ΚΕ.Θ.Ε.Α. : Ο τομέας πρόληψης του ΚΕΘΕΑ παρέχει υπηρεσίες πρωτογενούς και δευτερογενούς πρόληψης της χρήσης ψυχοδραστικών ουσιών με δράσεις που απευθύνονται στο γενικό πληθυσμό αλλά και σε επιλεγμένες ομάδες (πχ νέοι υψηλού κινδύνου, μετανάστες κλπ). Παράλληλα, παρέχει εκπαίδευση επαγγελματιών για την προαγωγή της πρόληψης σε όλη την Ελλάδα και βελτιώνει συνεχώς τη μεθοδολογία παρέμβασής του, ώστε να την αξιοποιεί στην εκπαίδευση και στη δημιουργία εκπαιδευτικού υλικού. Σκοπός των δράσεών του είναι να παρέμβει στους αιτιολογικούς παράγοντες που οδηγούν στην χρήση και κατάχρηση των ψυχοδραστικών ουσιών. Τα προγράμματα πρόληψης του ΚΕΘΕΑ περιλαμβάνουν τα Τμήματα Πρόληψης στην Πρωτοβάθμια και Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση, την Κινητή Μονάδα Ενημέρωσης ΠΗΓΑΣΟΣ και τη Μονάδα Πρόληψης ΙΚΑΡΟΣ για παρεμβάσεις σε ομάδες υψηλού κινδύνου.
- Τομέας Πρόληψης του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής «18 ΑΝΩ» : Ο 6^{ος} τομέας πρόληψης του «18 ΑΝΩ» επεξεργάζεται και υλοποιεί ανάλογα προγράμματα στο πλαίσιο όλων των τομέων του «18 ΑΝΩ». [29]

8.3. Τριτοβάθμια πρόληψη

8.3.1. Ο ρόλος του κοινοτικού νοσηλευτή ψυχικής υγείας στην Τριτοβάθμια πρόληψη

Μετά την επίτευξη της απεξάρτησης επιδιώκεται η αποκατάσταση του ατόμου και η συμμετοχή του στις κοινοτικές διαδικασίες καθώς και η ομαλή κατά το δυνατόν συνέχιση της ακαδημαϊκής και επαγγελματικής του πορείας. [26]

Στη διαδικασία αυτή, η ενεργητική και συνεχής συμμετοχή του ατόμου θεωρείται πρωταρχικής σημασίας. Η επαγγελματική εκπαίδευση και αποκατάσταση του χρόνιου ψυχωσικού ασθενούς αποτελεί σημαντικό παράγοντα και προϋπόθεση της επιτυχούς κοινωνικής του ένταξης και αυτόνομης διαβίωσης. Η εργασιακή αποκατάσταση δεν αποτελεί αποκλειστικό στόχο για οικονομική αυτοδυναμία, αλλά στοχεύει και στην επαγγελματική κατοχύρωση του ασθενούς και συνιστά βασικό στοιχείο της ευρύτερης θεραπευτικής διαδικασίας και της κοινωνικής του επανένταξης. Η επαγγελματική εκπαίδευση αρχίζει με την αξιολόγηση των λειτουργικών και επαγγελματικών δυνατοτήτων του ασθενούς. [25]

Ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας ασχολείται με την «εκπαίδευση» του ασθενούς σε ζητήματα καθημερινής ζωής, που αποτελεί το πρώτο στάδιο αποκατάστασης και τη σωστή «εκπαίδευση» των φορέων της κοινότητας, η οποία –με τη σειρά της- συμβάλλει, με τα μέσα που διαθέτει, στην κοινωνική και επαγγελματική αποκατάσταση των ψυχικά ασθενών. [25]

Οφείλει να γνωρίζει ότι οι συνέπειες της χρονιότητας της ψυχικής νόσου οδηγούν το άτομο σε σύνθετη έκπτωση, ψυχολογική, σωματική, κοινωνική, οικονομική και επαγγελματική. Είναι επομένως φανερό ότι για να επιτευχθεί η αποκατάσταση και επανένταξη του ασθενούς χρειάζεται η αντιμετώπιση όλων αυτών των ζητημάτων. Η αντικειμενική καταγραφή και ο προγραμματισμός των στόχων και των παρεμβάσεων της κοινωνικής και επαγγελματικής ένταξης του βοηθούν αδιαμφισβήτητα στη βελτίωση της γενικότερης κατάστασης του αρρώστου. [25]

8.3.2. Τα θεραπευτικά προγράμματα για απεξάρτηση από εθιστικές ουσίες

Ο τοξικομανής πρέπει να εντάσσεται σε σύγχρονα, ολοκληρωμένα προγράμματα σωματικής και ψυχικής απεξάρτησης. Απαιτείται η ίδρυση από την Πολιτεία πολλών Κέντρων αποτοξίνωσης με σωστές προδιαγραφές που να μπορούν να λειτουργήσουν έξω από κάθε άλλο «σύστημα» υγείας. Τα κέντρα αυτά πρέπει να λειτουργούν με συγκεκριμένα θεραπευτικά προγράμματα, υλοποιούμενα από επιστήμονες που έχουν ειδικά εκπαιδευτεί

και γνωρίζουν το πρόβλημα. Η επιλογή του καταλληλότερου προγράμματος ανήκει στον ψυχίατρο που αποφασίζει με βάση το ψυχοδιαγνωστικό προφίλ του αρρώστου. [9]

Στην Ελλάδα, υπάρχουν πολλά στεγνά προγράμματα, αυτή τη στιγμή από το ΚΕΘΕΑ και διάφορες κοινότητες. Είναι το πρόγραμμα του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αθηνών, του «18 ΑΝΩ» και το πρόγραμμα του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης και υπάρχουν διάφορες θεραπευτικές κινήσεις που έχουν γίνει από τον ΟΚΑΝΑ, διάφορες μονάδες εφήβων και θεραπείες υποκατάστασης που γίνονται με μεθαδόνη, αυτή τη στιγμή και είναι οι μόνες νόμιμες. Στην Ελλάδα απαγορεύεται να υπάρξουν ιδιωτικές θεραπείες απεξάρτησης. [30]

Σε αυτά τα προγράμματα, αφού χορηγηθεί η απαραίτητη ιατρική βοήθεια για τα στερητικά συμπτώματα, στη συνέχεια δίνεται μεγάλη έμφαση στην ψυχοθεραπεία. Το ΚΕΘΕΑ έχει τη δική του φιλοσοφία, το «18 ΑΝΩ» τη δική του, αλλά σίγουρα προσπαθεί να δοθεί έμφαση μέσα από διάφορες ομάδες και θεραπευτικές δραστηριότητες στο να ανακαλύψει ο νέος ή ο ενήλικας τους λόγους που τον έχουν ωθήσει. [30]

Είναι πολύπλοκο το ζήτημα, είναι θεραπείες που κρατούν από 1, 1.5 έως και 2 χρόνια ή και παραπάνω καμιά φορά, γιατί στην ουσία το άτομο καλείται να κάνει μια ουσιαστική αναδόμηση και αναθεώρηση του εαυτού του, επομένως διαρκεί μεγάλο χρονικό διάστημα. [30]

Θα πρέπει να έχει και υπομονή το άτομο που κάνει μια θεραπεία απεξάρτησης, που είναι θεραπεία που θα κάνει για να σώσει τη ζωή του. [30]

Τα προγράμματα μεθαδόνης βασίζονται στη φιλοσοφία της τριτογενούς πρόληψης, δηλαδή είναι προγράμματα που υποκαθιστούν τη χρήση με κάτι άλλο αλλά και πάλι θα πρέπει να υπάρχει ψυχολογική παρέμβαση αν θέλει το άτομο να απαλλαγεί από τα ναρκωτικά. [30]

Η θεραπεία υποκατάστασης με μεθαδόνη δε θεωρεί την πλήρη και μόνιμη αποχή ως πρωταρχικό θεραπευτικό στόχο. Αντίθετα, από την πρώτη στιγμή προσφέρεται η δυνατότητα στο χρήστη να χρησιμοποιεί μια ουσία χρονίως, εάν θεωρεί ότι αυτό τον βοηθά να μένει μακριά από μη προσαρμοστικές συνήθειες και συμπεριφορές της προηγούμενης ζωής του. [1]

Τα θεραπευτικά προγράμματα απεξάρτησης με χορήγηση φαρμάκων στις φυλακές, μπορούν να βοηθούν τους κρατούμενους να απαλλάσσονται από την εγκληματική συμπεριφορά. Αυτό επιτυγχάνεται ιδιαίτερα όταν μετά την αποφυλάκιση, η αγωγή απεξάρτησης συνεχίζεται με προγράμματα θεραπευτικής κοινότητας, συμβουλευτικής, κοινωνικής και επαγγελματικής στήριξης. [24]

Γενικά, για πολλούς χρήστες το βασικό αίτημα όταν απευθύνονται για θεραπεία στις διάφορες υπηρεσίες είναι η μόνιμη αποχή από τις ουσίες και η κατάκτηση ενός νέου τρόπου ζωής. Το ερώτημα εάν η ολική και συνεχής αποχή είναι εφικτή ή και αναγκαία για όλους τους χρήστες έχει αποτελέσει αντικείμενο διαφωνιών για πολλά χρόνια. Για πολλούς θεραπευτές η πλήρης και μόνιμη αποχή είναι η μόνη αποδεκτή θεραπεία, ενώ άλλη μερίδα επιστημόνων υποστηρίζει την άποψη της ελεγχόμενης χρήσης, χρησιμοποιώντας μεθόδους όπως η θεραπεία υποκατάστασης με μεθαδόνη και η ελεγχόμενη κατανάλωση οινόπνευματος από τους χρόνιους πότες. [1]

8.3.3. Κέντρα ημέρας

Το Κέντρο Ημέρας αποτελεί την κομβική δομή ενός ολοκληρωμένου συστήματος παροχής ψυχιατρικών υπηρεσιών και υπηρεσιών ψυχοκοινωνικής στήριξης στην κοινότητα για ασθενείς που πάσχουν από κάποια σοβαρή και χρόνια ψυχική διαταραχή. Η λειτουργία του βασίζεται στην αρχή του θεραπευτικού συνεχούς και περιλαμβάνει πολυδιάστατη παροχή υπηρεσιών από μια πολυκλαδική, διεπιστημονική ομάδα. [31]

Απευθύνεται σε άτομα με χρόνιες ψυχικές διαταραχές και σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα, που διαβιούν στην κοινότητα, είτε με τις οικογένειές τους είτε σε δομές στεγαστικής αποκατάστασης (ξενώνες, οικοτροφεία, προστατευμένα διαμερίσματα). Απευθύνεται επίσης στις οικογένειες των άμεσα επωφελούμενων, τις οποίες εντάσσει στις παρεμβάσεις του είτε ως αποδέκτες των υπηρεσιών του, είτε ως συμμάχους στη θεραπευτική και αποκαταστασιακή διαδικασία. [31]

Οι δύο βασικοί στόχοι του Κέντρου Ημέρας είναι η κοινωνική επανένταξη και η λειτουργική αυτονομία των μελών του. Για την επίτευξη αυτών των στόχων οι δραστηριότητες και οι παρεμβάσεις του κέντρου ημέρας επικεντρώνονται τόσο στο άτομο-μέλος όσο και στην κοινότητα. [31]

Οι στόχοι του Κέντρου Ημέρας σε επίπεδο ατόμου- μέλους είναι η διασφάλιση της μετανοσοκομειακής φροντίδας και η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση, η αύξηση της αποτελεσματικότητας της υπάρχουσας θεραπείας και η αποφυγή υποτροπών, η ανάκτηση της λειτουργικότητας και των κοινωνικών δεξιοτήτων, καθώς και η ψυχολογική στήριξη τόσο του ασθενή όσο και της οικογένειάς του. [31]

Οι στόχοι του Κέντρου Ημέρας σε επίπεδο κοινότητας περιλαμβάνουν την ανοιχτή και δημιουργική επικοινωνία των μελών του κέντρου ημέρας με την κοινότητα με σκοπό την ενημέρωση και την ευαισθητοποίηση της τοπικής κοινωνίας σε θέματα ψυχικής υγείας, την εθελοντική συμμετοχή των μελών της κοινότητας στη λειτουργία του κέντρου ημέρας, την προστασία των δικαιωμάτων των ασθενών, την αντιμετώπιση του κοινωνικού στίγματος και την καταγραφή των τοπικών αναγκών σε θέματα ψυχικής υγείας. [31]

Αναλυτικότερα οι επιμέρους θεραπευτικοί στόχοι είναι:

- Η αποτελεσματική διαχείριση της νόσου, η πρόληψη των υποτροπών και η αποτροπή των επανεισαγωγών σε ψυχιατρικό νοσοκομείο.
- Η ενίσχυση της αυτοπεποίθησης, αυτοεκτίμησης και η καλλιέργεια θετικής εικόνας εαυτού.
- Η επανεκπαίδευση των μελών στο «εδώ και τώρα» και ο προσδιορισμός ρεαλιστικών στόχων και σχεδίου ζωής.
- Η απόκτηση και επανάκτηση κοινωνικών δεξιοτήτων.
- Η ανάπτυξη διαπροσωπικών σχέσεων και η εκπαίδευση στην αντιμετώπιση του στρες που εμφανίζεται κατά την κοινωνική αλληλεπίδραση.
- Η ενίσχυση των ικανοτήτων για τη λήψη αποφάσεων.

- Η εμπύχωση και η ενθάρρυνση για τη διεκδίκηση και την κατοχύρωση δικαιωμάτων.
- Η προαγωγή της αυτοφροντίδας και της αυτομέριμνας.
- Η ανάπτυξη κοινωνικού υποστηρικτικού δικτύου.
- Η ανακούφιση της οικογένειας από την επιβάρυνση και η βελτίωση της ενδοοικογενειακής επικοινωνίας.
- Η καταπολέμηση του κοινωνικού στίγματος που περιβάλλει τις ψυχικές διαταραχές με παρεμβάσεις στην κοινότητα.
- Η προώθηση του εθελοντισμού στον τομέα της ψυχικής υγείας. [31]

8.3.4. Μονάδα Εργασιακής Αποκατάστασης (Μ.ΕΡ.Α.)

Η εργασία και η απόκτηση ενός επαγγέλματος αυξάνει την ικανοποίηση και την αυτοεκτίμηση του πάσχοντα και βοηθά στον απεγκλωβισμό του από τη μιζέρια, τη φτώχεια, την εξάρτηση, δίνοντας συγχρόνως τη δυνατότητα κοινωνικοποίησης και επικοινωνίας. Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση αποτελεί μέρος της θεραπείας τόσο της ψυχικής νόσου, όσο και των κοινωνικών στερεοτύπων και προκαταλήψεων. [32]

Μια από τις πιο οργανωμένες Μονάδες Εργασιακής Αποκατάστασης βρίσκεται στη Λεμεσό της Κύπρου. Η Μονάδα αυτή, υιοθετώντας τη θέση του ΠΟΥ ότι η ψυχική υγεία είναι αποτέλεσμα βιολογικών, ψυχικών και κοινωνικών παραγόντων, επιδιώκει να βοηθήσει τα άτομα, έτσι ώστε να διατηρήσουν ένα όσο το δυνατό καλύτερο επίπεδο ανεξάρτητης λειτουργίας στην κοινότητα. Προσφέρει σε άτομα με ψυχικές διαταραχές την ευκαιρία να συνεχίσουν τη ζωή τους, προάγοντας έτσι την κοινωνική ενσωμάτωση, τον αποστιγματισμό και τη μείωση του κοινωνικού αποκλεισμού. [32]

Οι στόχοι της Μ.ΕΡ.Α. είναι:

- Η προετοιμασία των ατόμων για εργασία, τόσο σε ψυχικό επίπεδο, όσο και σε επίπεδο κοινωνικών και εργασιακών δεξιοτήτων.
- Η δημιουργία κοινωνικών δικτύων για υποστήριξη της επαγγελματικής επανένταξης, μέσα από τη συνεργασία με ιδιωτικούς, κρατικούς και κοινοτικούς φορείς.
- Η τελική επανένταξη και κοινωνική ενσωμάτωση. [32]

Το προσωπικό της Μ.ΕΡ.Α. αποτελείται από εργοθεραπευτές, ψυχολόγο, καθοδηγητή εργασίας, εθελοντές και εξωτερικούς συνεργάτες εξειδικευμένους σε συγκεκριμένους τομείς και οι παρεχόμενες υπηρεσίες περιλαμβάνουν:

- Την αξιολόγηση των ψυχικών, κοινωνικών, λειτουργικών και εργασιακών δεξιοτήτων και αναγκών του ατόμου.
- Την προετοιμασία και εκπαίδευση του ατόμου.
- Την επαγγελματική αποκατάσταση του ατόμου. [32]

8.3.5. Μονάδα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης Ψυχιατρικών Ασθενών

Οι Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης (σύμφωνα με το Νόμο υπ' αριθ. 2716/99 περί « Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμό των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και άλλες διατάξεις») είναι Μονάδες Ψυχικής Υγείας που έχουν σκοπό την τοποθέτηση και ψυχιατρική παρακολούθηση, σε χώρους διαβίωσης, θεραπείας και υποστήριξης, για μακρόχρονη ή βραχεία παραμονή ατόμων με ψυχικές διαταραχές και σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα, όταν δεν έχουν στέγη ή κατάλληλο οικογενειακό περιβάλλον, μετά από αίτησή τους, με σύμφωνη γνώμη του θεράποντος ψυχιάτρου ή της θεραπευτικής ψυχιατρικής ομάδας. [33]

Υπάγονται στην εποπτεία του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης ως προς τον τρόπο παροχής ψυχιατρικών και ψυχοκοινωνικών υπηρεσιών, στον τρόπο άσκηση του ιατρικού, νοσηλευτικού, επιστημονικού και εκπαιδευτικού έργου και γενικά στον τρόπο λειτουργίας τους. [33]

Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας που παρέχονται στις Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης διαρθρώνονται, οργανώνονται, αναπτύσσονται και λειτουργούν σύμφωνα με τις διατάξεις του Νόμου 2716/99, με βάση τις αρχές της τομεοποίησης και της κοινοτικής ψυχιατρικής, της προτεραιότητας της πρωτοβάθμιας φροντίδας, της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης, της αποϊδρυματοποίησης, της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και κοινωνικής επανένταξης, της συνέχειας της ψυχιατρικής φροντίδας, καθώς και της πληροφόρησης και εθελοντικής αρωγής της κοινότητας στην προαγωγή της ψυχικής υγείας. [33]

Οι Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης λειτουργούν με βάση τις αρχές και τους στόχους της Συναινετικής Διακήρυξης για την Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση του ΠΟΥ και της Παγκόσμιας Εταιρείας Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης. [33]

Είναι ουσιαστικά μονάδες που διασφαλίζουν το βασικό δικαίωμα του κάθε ανθρώπου στην αξιοπρεπή διαβίωση στην κοινότητα. [33]

Ως στεγαστικές δομές, ανάλογα με τις ανάγκες και τις δυνατότητες των ατόμων που φιλοξενούνται σε αυτές, διακρίνονται σε:

- Ξενώνες: Είναι μια Μονάδα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης που φιλοξενεί άτομα με ψυχικές διαταραχές και σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα για διαβίωση, θεραπεία και υποστήριξη με σκοπό την επίτευξη ικανοποιητικού βαθμού ανεξάρτητης λειτουργίας τους στην κοινότητα. Σε ένα ξενώνα φιλοξενούνται άτομα που δεν έχουν οικογενειακό περιβάλλον ή άτομα για τα οποία κρίνεται ότι είναι θεραπευτική η προσωρινή απομάκρυνσή τους από το περιβάλλον της οικογένειάς του ή που χρειάζονται μια περίοδο προσαρμογής και επανεκπαίδευσης για τη ζωή στην κοινότητα. Η δυναμικότητα ενός ξενώνα δεν μπορεί να υπερβαίνει τα 15 άτομα. Διακρίνονται σε βραχείας, μέσης και μακράς διάρκειας παραμονής. Η

υποστήριξη των ξενώνων διακρίνεται σε υψηλού βαθμού (24ωρη παρουσία προσωπικού), μέσου βαθμού (κατώτερη του 24ωρου παρουσία προσωπικού) και χαμηλού βαθμού (περιοδική παρακολούθηση και υποστήριξη ενοίκων. Οι ξενώνες είναι ανοιχτοί στην κοινωνία και προσομοιάζουν το οικογενειακό περιβάλλον γι' αυτό επιβάλλεται η παρουσία τους σε περιοχές κατοικίας.

- Οικοτροφεία: Είναι Μονάδα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης υψηλού βαθμού προστασίας στο οποίο φιλοξενούνται για διαβίωση, υποστήριξη, θεραπεία, άτομα με ψυχικές διαταραχές με σκοπό να διασφαλιστεί η παραμονή τους στην κοινότητα και η συνέχιση των σχέσεων αυτών των ατόμων με τη ζωή και τη δράση της τοπικής κοινωνίας. Ο αριθμός των ατόμων που φιλοξενούνται σε ένα Οικοτροφείο δεν μπορεί να ξεπερνά τα 25 και μπορούν να είναι είτε άτομα που χρειάζονται ψυχογηριατρική φροντίδα είτε άτομα με νοητική υστέρηση και δευτερογενείς ψυχικές διαταραχές είτε, τέλος, άτομα που μπορούν να ζουν στην κοινότητα αλλά επειδή έχουν χαμηλό βαθμό αυτοδυναμίας έχουν ανάγκη από μια στεγαστική δομή υψηλής προστασίας.
- Προστατευμένα διαμερίσματα: Είναι χώροι στέγασης – σε πολυκατοικίες ή μονοκατοικίες – ατόμων με ψυχικές διαταραχές ή νοητική υστέρηση με δευτερογενείς ψυχικές διαταραχές τα οποία έχουν αυξημένες αλλά όχι πλήρεις ικανότητες αυτοφροντίδας και αυτοεξυπηρέτησης. Σε ένα προστατευμένο διαμέρισμα δεν μπορούν να διαμένουν περισσότερα από 6 άτομα. Η ψυχοκοινωνική φροντίδα που παρέχεται σε αυτά τα άτομα έχει σκοπό την επίτευξη της μεγαλύτερης δυνατής ανεξαρτησίας, αυτονομίας και αποτελεσματικότητάς τους, ώστε να λειτουργήσουν στην κοινότητα με επιτυχία και στόχο την πλήρη αυτόνομη διαβίωση. [33]

9.1. ΟΚΑΝΑ

9.1.1. Τι είναι ο ΟΚΑΝΑ

Ο Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών (ΟΚΑΝΑ) ιδρύθηκε με το Νόμο 2161/1993 (έναρξη λειτουργίας το 1995) και είναι αυτοδιοικούμενο νομικό πρόσωπο ιδιωτικού δικαίου υπό την εποπτεία του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Σύμφωνα με τον ιδρυτικό του νόμο, ο ΟΚΑΝΑ είχε ως κύριους σκοπούς:

- Το διυπουργικό συντονισμό, το σχεδιασμό, την προώθηση και την εφαρμογή εθνικής πολιτικής σχετικά με την πρόληψη, τη θεραπεία και την αποκατάσταση των ουσιοεξαρτημένων ατόμων.
 - Τη μελέτη του προβλήματος των ουσιοεξαρτήσεων σε εθνικό επίπεδο, την παροχή έγκυρων και εμπειριστατωμένων πληροφοριών και την ευαισθητοποίηση του κοινού.
 - Την ίδρυση και την αποτελεσματική λειτουργία των κέντρων πρόληψης, θεραπευτικών μονάδων και κέντρων κοινωνικής – επαγγελματικής επανένταξης.
- [34]

Ο ΟΚΑΝΑ από την ίδρυσή του έως τον Μάρτιο του 2013 προσπάθησε να ανταποκριθεί στο διττό του ρόλο ως εθνικού συντονιστικού φορέα και ως φορέα ανάπτυξης υπηρεσιών και προγραμμάτων πρόληψης, θεραπείας και επανένταξης. Τον Μάρτιο του 2013 με το Νόμο 4139/2013 «περί εξαρτησιογόνων ουσιών και άλλες διατάξεις» οι σκοποί του Οργανισμού άλλαξαν (Άρθρο 53), λόγω της θεσμοθέτησης του Εθνικού Συντονιστή (Άρθρο 49). Σύμφωνα με το νέο Νόμο οι σκοποί του ΟΚΑΝΑ είναι:

- Η συμβολή στο σχεδιασμό, στην προώθηση, στην εφαρμογή εθνικής πολιτικής και προγραμμάτων σχετικά με την πρόληψη της χρήσης και διάδοσης των ναρκωτικών και τη θεραπεία, την επαγγελματική κατάρτιση και κοινωνική επανένταξη των εξαρτημένων από φαρμακευτικές ουσίες ατόμων.
- Η συμβολή στη μελέτη σε εθνικό επίπεδο του όλου προβλήματος των ναρκωτικών για τον εντοπισμό των συγκεκριμένων αιτιών που οδηγούν τα άτομα και ιδίως τους νέους, στη λήψη ναρκωτικών, καθώς επίσης και η συνεργασία με το Εθνικό Κέντρο Πληροφόρησης- Τράπεζας Πληροφοριών ως προς την εκάστοτε κατάσταση και έκταση του προβλήματος των ναρκωτικών στη χώρα.
- Η ενημέρωση και ευαισθητοποίηση της κοινής γνώμης, κατά τρόπο ενιαίο και επιστημονικά υπεύθυνο, για τις συνέπειες από τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών, καθώς και η ενθάρρυνση, ο συντονισμός και η εποπτεία κάθε ιδιωτικής πρωτοβουλίας που έχει σκοπό τη συμμετοχή στην αντιμετώπιση του προβλήματος.

- Η πρόταση και προώθηση αναγκαίων νομοθετικών, κοινωνικών και άλλων μέτρων για την πρόληψη και καταστολή του προβλήματος των ναρκωτικών.
- Η συνεργασία με αντίστοιχους συντονιστικούς ή ερευνητικούς φορείς σε οργανισμούς και υπηρεσίες της Ευρωπαϊκής Ένωσης και άλλους διεθνείς οργανισμούς, η μεταξύ τους ανταλλαγή πληροφοριών και η ενεργός συμμετοχή στις συναντήσεις που αυτοί οργανώνουν, με στόχο την εναρμόνιση της εθνικής πολιτικής προς εκείνη των κοινοτικών και διεθνών φορέων.
- Η σύνταξη εκθέσεων για την κατάσταση του προβλήματος σε εθνικό και διεθνές επίπεδο και για την πορεία των σχετικών εθνικών ερευνών και η κατάρτιση στατιστικών πινάκων με ανάλυση και αξιολόγηση αυτών και η υποβολή τους στο Υπουργείο Υγείας μαζί με προτάσεις για τη λήψη των αναγκαίων μέτρων. [34]

Για τη χάραξη της εθνικής πολιτικής για τα ναρκωτικά, ο ΟΚΑΝΑ συνεργάζεται με φορείς της χώρας (συναρμόδια υπουργεία, θεραπευτικά προγράμματα, τοπική αυτοδιοίκηση, πανεπιστημιακά ιδρύματα κα) καθώς και με ευρωπαϊκούς και διεθνείς οργανισμούς ενώ για την μελέτη του προβλήματος των ναρκωτικών σε εθνικό επίπεδο, συνεργάζεται στενά με το Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά και την Τοξικομανία (ΕΚΤΕΠΝ). [34]

Στον τομέα της πρόληψης ο ΟΚΑΝΑ, σε συνεργασία με την τοπική αυτοδιοίκηση, έχει αναπτύξει ένα εκτεταμένο δίκτυο Κέντρων Πρόληψης σε όλη την Ελλάδα, ενώ παράλληλα, αναπτύσσει ποικίλα προγράμματα στον τομέα της θεραπείας και της κοινωνικής επανένταξης που καλύπτουν τις διαφορετικές ανάγκες των εξαρτημένων ατόμων. [34]

9.1.2. Υπηρεσίες

Ο ΟΚΑΝΑ έχει αναπτύξει ένα δίκτυο υπηρεσιών το οποίο διευρύνεται συνεχώς ώστε να καλυφθούν με τον καλύτερο δυνατό τρόπο οι πολύπλευρες ανάγκες σε θέματα πρόληψης, θεραπείας, κοινωνικής και επαγγελματικής ενσωμάτωσης και μείωσης της βλάβης. [34]

Το δίκτυο υπηρεσιών του ΟΚΑΝΑ περιλαμβάνει:

- Πρόληψη: Λειτουργούν σήμερα 75 Κέντρα Πρόληψης σε 50 νομούς της χώρας, σε συνεργασία με την Τοπική Αυτοδιοίκηση.
- Θεραπεία: Λειτουργούν σήμερα σε όλη την Ελλάδα 54 Θεραπευτικές Μονάδες Φαρμακευτικής Αντιμετώπισης της Εξάρτησης, 4 «Στεγνά» Θεραπευτικά Προγράμματα και 1 Θεραπευτική Μονάδα στις φυλακές Αγ. Στεφάνου στην Πάτρα.
- Κοινωνική επανένταξη: Λειτουργεί 1 Μονάδα Κοινωνικής Επανένταξης στην Αθήνα και 1 Εξειδικευμένο Κέντρο Κοινωνικής και Επαγγελματικής Ένταξης με έδρα την Αθήνα και παράρτημα στη Θεσσαλονίκη.

- Υπηρεσίες Μείωσης της Βλάβης: Λειτουργούν 1 Μονάδα Άμεσης Βοήθειας και Υποστήριξης στην Αθήνα, 1 Σταθμός Φροντίδας Εξαρτημένων Ατόμων στην Αθήνα και 1 Τηλεφωνική Γραμμή SOS (1031). [34]

9.2. MAZI

9.2.1. Τι είναι το MAZI

Το MAZI είναι ένα μη κερδοσκοπικό σωματείο που συγκροτείται κατά πλειονότητα από άτομα με προσωπική εμπειρία (ασθενείς και συγγενείς) με τις Διαταραχές της Διάθεσης (Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή, Δυσθυμική Διαταραχή, Διπολική Διαταραχή I και II και Κυκλοθυμική Διαταραχή), από φίλους ατόμων αυτών και από ειδικούς επαγγελματίες με ειδικό ενδιαφέρον να συμμετέχουν στην προσπάθεια του σωματείου. [35]

9.2.2. Στόχοι του σωματείου

Σκοπός του Σωματείου είναι η στήριξη, η ενδυνάμωση, και η ενημέρωση των ατόμων που πάσχουν από Διαταραχή Διάθεσης καθώς και των οικογενειών και φίλων των ατόμων αυτών. [35]

Το βασικό όχημα για την επίτευξη αυτού του στόχου είναι η δημιουργία και η υποστήριξη ομάδων αυτοβοήθειας των ατόμων με Διαταραχή Διάθεσης, των φίλων και των οικογενειών τους. Σε διάφορες χώρες του εξωτερικού οι ομάδες αυτού του είδους (self-help ή support groups) μετρούν ήδη αρκετά χρόνια εμπειρίας και έχουν αποδείξει τη σημασία τους για την αποτελεσματικότερη αυτοδιαχείριση των Διαταραχών Διάθεσης (συμπληρωματικά με την όποια θεραπευτική αντιμετώπιση). Το MAZI φιλοδοξεί να αναπληρώσει αυτό το κενό στην Ελλάδα, δημιουργώντας ομάδες αυτοβοήθειας, αρχικά σε Αθήνα και Θεσσαλονίκη και προοδευτικά και σε άλλες πόλεις της Ελλάδας. Ο τελικός στόχος είναι η δημιουργία και η υποστήριξη ενός πανελλαδικού δικτύου περιφερειακών παραρτημάτων ενδυνάμωσης των ατόμων με Διαταραχή Διάθεσης και προαγωγής της Ψυχικής Υγείας. [35]

Άλλοι στόχοι του MAZI είναι:

- Η δημιουργία προγραμμάτων και δραστηριοτήτων ψυχοεκπαίδευσης ή/ και ενημέρωσης σχετικά με την πρόληψη, τη διάγνωση, την αυτοδιαχείριση και την θεραπεία των Διαταραχών Διάθεσης. Τα προγράμματα θα αποβλέπουν στην

υπεύθυνη πληροφόρηση των πασχόντων, των οικογενειών τους, των επαγγελματιών ψυχικής υγείας αλλά και της κοινωνίας στο σύνολό της.

- Συγγραφή και μετάφραση πληροφοριακού υλικού σχετικό με τις Διαταραχές της Διάθεσης. Η συγγραφή έχει ήδη αρχίσει, το υλικό είναι ελεύθερα προσβάσιμο μέσα από τον ιστότοπο μας σε οποιονδήποτε ενδιαφέρεται. Προοδευτικά θα εμπλουτίζεται και θα εξελίσσεται.
- Στήριξη, προαγωγή και εκπόνηση επιστημονικής έρευνας σχετικά με τις Διαταραχές Διάθεσης.
- Προάσπιση και διεκδίκηση των δικαιωμάτων των ατόμων με Διαταραχή Διάθεσης και καταπολέμηση της προκατάληψης, των στερεοτύπων και του στίγματος της ψυχικής ασθένειας.
- Ανάπτυξη συνεργασίας και αλληλεγγύης με συναφείς ελληνικές και διεθνείς ενώσεις και οργανώσεις καθώς και με επιστημονικά και πανεπιστημιακά ιδρύματα.
- Συνεργασία με εθελοντές καταρτισμένους επαγγελματίες ψυχικής και γενικής υγείας για την πραγματοποίηση ενημερωτικών ημερίδων και τον εμπλουτισμό της πληροφοριακής βάσης του ιστότοπου. [35]

Το MAZI δεν έχει κλινικό ρόλο, δεν προσφέρει κλινικές υπηρεσίες (ψυχιατρικές, φαρμακευτικές, ψυχοθεραπευτικές) και δεν τις υποκαθιστά. [35]

9.3. ΚΕΘΕΑ

9.3.1. Τι είναι το ΚΕΘΕΑ

Το Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων είναι το μεγαλύτερο δίκτυο υπηρεσιών απεξάρτησης και κοινωνικής επανένταξης στη χώρα μας. Βρίσκεται δίπλα στους χρήστες ουσιών και τις οικογένειές τους από την ίδρυση της ΙΘΑΚΗΣ, της πρώτης ελληνικής Θεραπευτικής Κοινότητας, το 1983. Όλες οι υπηρεσίες του παρέχονται δωρεάν και χωρίς λίστες αναμονής: Στο δρόμο, στα σωφρονιστικά καταστήματα, σε μονάδες σε όλη την Ελλάδα. Το ΚΕΘΕΑ απευθύνεται επίσης σε όσους αντιμετωπίζουν πρόβλημα με άλλες μορφές εξάρτησης, όπως το αλκοόλ, ο τζόγος και το διαδίκτυο. [36]

9.3.2. Θεραπευτικά προγράμματα

Τα προγράμματα του ΚΕΘΕΑ αντιμετωπίζουν ολοκληρωμένα την εξάρτηση και τα προβλήματα που τη συνοδεύουν, παρέχοντας συμβουλευτική και θεραπεία απεξάρτησης, υποστήριξη της οικογένειας, φροντίδα για θέματα υγείας και νομικές εκκρεμότητες, εκπαίδευση και κατάρτιση, επανένταξη στην κοινωνία και τον κόσμο της εργασίας. Κατά τη

διάρκεια της θεραπείας δεν χορηγούνται υποκατάστατα ή φάρμακα. Στόχος είναι η πλήρης και σταθερή αποχή από τις ουσίες και η ισότιμη επανένταξη του ατόμου στην κοινωνία. [36]

Το ΚΕΘΕΑ εφαρμόζει επίσης προγράμματα πρόληψης και αγωγής υγείας σε εκπαιδευτικές κοινότητες όλων των βαθμίδων, ομάδες υψηλού κινδύνου για χρήση ουσιών και τις τοπικές κοινωνίες. Αποτελεί δραστήριο οργανισμό εκπαίδευσης και έρευνας στον τομέα των εξαρτήσεων με προγράμματα και δραστηριότητες που αποσκοπούν στην καλύτερη κατανόηση του φαινομένου, στην προώθηση της επιστημονικής γνώσης και στη διαρκή βελτίωση των υπηρεσιών που παρέχονται στα εξαρτημένα άτομα και τις οικογένειές τους. [36]

Τα θεραπευτικά προγράμματα που περιλαμβάνει το ΚΕΘΕΑ είναι:

- Γραμμή βοήθειας 1114: Γραμμή βοήθειας για τον τζόγο
- Γραμμή βοήθειας 1145: Γραμμή βοήθειας για τις εξαρτήσεις από ψυχοτρόπες ουσίες
- ΚΕΘΕΑ Mosaic: Διαπολιτισμικό μεταβατικό πρόγραμμα ημερήσιας φροντίδας για εξαρτημένους μετανάστες/πρόσφυγες
- ΚΕΘΕΑ ΑΛΦΑ: Πρόγραμμα απεξάρτησης από το αλκοόλ και τα τυχερά παιχνίδια
- ΚΕΘΕΑ ΑΝΑΔΥΣΗ: Θεραπευτικό πρόγραμμα εξωτερικής παρακολούθησης εφήβων (13-21 χρονών) που κάνουν περιστασιακή ή συστηματική χρήση ψυχοτρόπων ουσιών
- ΚΕΘΕΑ ΑΡΙΑΔΝΗ: Θεραπευτικό πρόγραμμα εξωτερικής παρακολούθησης ενηλίκων για διάφορες μορφές εθισμού και διαφορετικές ομάδες- στόχους (ενήλικοι, έφηβοι, εργαζόμενοι, φυλακισμένοι, αποφυλακισμένοι)
- ΚΕΘΕΑ ΔΙΑΒΑΣΗ: Θεραπευτικό πρόγραμμα εξωτερικής παρακολούθησης ενηλίκων χρηστών ουσιών
- ΚΕΘΕΑ Ειδικό Πρόγραμμα Εξαρτημένων Γονέων: Για γονείς παιδιών προσχολικής και σχολικής ηλικίας
- ΚΕΘΕΑ ΕΝ ΔΡΑΣΕΙ: Θεραπευτικό πρόγραμμα στο πλαίσιο του σωφρονιστικού συστήματος για συμβουλευτική, θεραπεία και κοινωνική επανένταξη σε κρατούμενους και αποφυλακισμένους χρήστες εξαρτησιογόνων ουσιών
- ΚΕΘΕΑ ΕΞΑΝΤΑΣ: Μονάδα έγκαιρης και κοινοτικής παρέμβασης για τη θεραπεία και πρόληψη της εξάρτησης
- ΚΕΘΕΑ ΕΞΕΛΙΞΙΣ: Πρόγραμμα άμεσης πρόσβασης σε χρήστες που δεν επιθυμούν να ενταχθούν σε διαδικασία απεξάρτησης και κοινωνικής επανένταξης ή είναι περιθωριοποιημένοι και αποκομμένοι από τις κοινωνικές υπηρεσίες
- ΚΕΘΕΑ ΕΞΟΔΟΣ: Θεραπευτικό πρόγραμμα διαμονής ενηλίκων
- ΚΕΘΕΑ ΗΠΕΙΡΟΣ: Θεραπευτικό πρόγραμμα εξωτερικής παρακολούθησης ενηλίκων που δραστηριοποιείται στην περιοχή της Ηπείρου
- ΚΕΘΕΑ ΙΘΑΚΗ: Θεραπευτικό πρόγραμμα διαμονής ενηλίκων χρηστών ουσιών και των γονέων τους
- ΚΕΘΕΑ ΙΘΑΚΗ Ανοιχτό Πρόγραμμα: Θεραπευτικό πρόγραμμα εξωτερικής παρακολούθησης ενηλίκων που επιθυμούν να αντιμετωπίσουν το πρόβλημα της

εξάρτησης χωρίς να απομακρυνθούν από το εργασιακό ή από το οικογενειακό/κοινωνικό τους περιβάλλον

- ΚΕΘΕΑ ΚΙΒΩΤΟΣ: Θεραπευτικό πρόγραμμα εξωτερικής παρακολούθησης ενηλίκων χρηστών ουσιών στις πόλεις Καβάλα, Κομοτηνή και Αλεξανδρούπολη
- ΚΕΘΕΑ ΚΥΤΤΑΡΟ: Θεραπευτικό πρόγραμμα διαμονής ενηλίκων χρηστών ναρκωτικών και των οικογενειών τους στη νότια Πελοπόννησο
- ΚΕΘΕΑ ΜΥΤΙΛΗΝΗ: Μονάδα Συμβουλευτικής και Επανάταξης του ΚΕΘΕΑ στη Μυτιλήνη για χρήστες ναρκωτικών και τις οικογένειές τους
- ΚΕΘΕΑ ΝΟΣΤΟΣ- ΕΞΑΝΤΑΣ: Θεραπευτικό πρόγραμμα για ενήλικες και εφήβους για τη θεραπεία, έγκαιρη παρέμβαση και πρόληψη της εξάρτησης στον Πειραιά, την Ελευσίνα και τη Μυτιλήνη
- ΚΕΘΕΑ ΟΞΥΓΟΝΟ: Θεραπευτικό πρόγραμμα εξωτερικής παρακολούθησης εφήβων και νεαρών ενηλίκων χρηστών ψυχοτρόπων ουσιών στην Πάτρα
- ΚΕΘΕΑ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ: Θεραπευτικό πρόγραμμα διαμονής ενηλίκων χρηστών ναρκωτικών άνω των 21 ετών και τις οικογένειές τους
- ΚΕΘΕΑ ΠΙΛΟΤΟΣ: Θεραπευτικό πρόγραμμα εξωτερικής παρακολούθησης εφήβων και ενηλίκων χρηστών ψυχοτρόπων ουσιών και τις οικογένειές τους στο Βόλο
- ΚΕΘΕΑ ΠΛΕΥΣΗ: Πρόγραμμα έγκαιρης παρέμβασης για εφήβους που κάνουν πειραματική, περιστασιακή ή συστηματικότερη χρήση ναρκωτικών ουσιών
- ΚΕΘΕΑ ΠΡΟΜΗΘΕΑΣ: Θεραπευτικό πρόγραμμα στο πλαίσιο του σωφρονιστικού συστήματος για συμβουλευτική, ψυχολογική υποστήριξη και επανένταξη σε φυλακισμένους και αποφυλακισμένους χρήστες ουσιών στη Βόρεια Ελλάδα
- ΚΕΘΕΑ ΣΤΡΟΦΗ: Θεραπευτικό πρόγραμμα εξωτερικής παρακολούθησης εφήβων χρηστών ναρκωτικών ουσιών ηλικίας 13- 21 ετών και τις οικογένειές τους
- ΚΕΘΕΑ ΣΧΗΜΑ & ΧΡΩΜΑ: Παραγωγική μονάδα γραφικών τεχνών για την ενίσχυση της αυτοχρηματοδότησης του ΚΕΘΕΑ και επαγγελματική εκπαίδευση και εξειδίκευση απεξαρτημένων ατόμων στο στάδιο της κοινωνικής επανένταξης
- Πολυδύναμα Ψυχοδιαγνωστικά Κέντρα: Αντιμετώπιση της διπλής διάγνωσης για εφήβους και ενήλικες που αντιμετωπίζουν συγχρόνως πρόβλημα με τα ναρκωτικά ή το αλκοόλ και κάποιου είδους ψυχιατρική διαταραχή. [36]

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10^ο: Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΩΣ ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

10.1. Ο ρόλος του νοσηλευτή ως συντονιστή στην αντιμετώπιση περίπτωσης

Ο νοσηλευτής Ψυχικής Υγείας- Νοσηλευτής Σύμβουλος μετά την πρώτη αξιολόγηση του ατόμου και την ένταξή του, αναλαμβάνει:

- Το σχεδιασμό του θεραπευτικού πλάνου: σε ποιες ομάδες θα συμμετέχει το άτομο, τον χρόνο θεραπείας του, τον αριθμό των ατομικών συναντήσεων, την πιθανή παραπομπή του κ.ά.
- Συντονίζει τη θεραπευτική προσπάθεια και οργανώνει τις παρεμβάσεις από τους νοσηλευτές και τις άλλες ειδικότητες.
- Επαναξιολογεί και αναθεωρεί σε τακτικά χρονικά διαστήματα τον θεραπευτικό σχεδιασμό του ατόμου: Παρακολουθεί τη βελτίωση της θεραπευτικής του προσπάθειας και ενημερώνει τη Διεπαγγελματική Ομάδα.
- Έχει την ευθύνη της καταγραφής της κλινικής πορείας στον ατομικό φάκελο.
- Κινητοποιεί το άτομο στην εξεύρεση εργασίας και στην εξεύρεση χώρου διαμονής όπου είναι αναγκαίο. Ενισχύει το άτομο για ανάπτυξη σχέσεων με το στενό του οικογενειακό περιβάλλον.
- Εκπαιδεύει το άτομο και την οικογένειά του.
- Συνοδεύει το άτομο σε αθλητικές και ψυχαγωγικές δραστηριότητες όπως θέατρο, bowling, ποδόσφαιρο κ.ά. δημιουργώντας τις συνθήκες ανάπτυξης ενός υγιούς τρόπου ζωής με τεχνικές εκπαίδευσης σε κοινωνικές δεξιότητες. [32]

Οι ιδιότητες του νοσηλευτή συμβούλου είναι:

- Αποδοχή χωρίς όρους: Το άτομο λαμβάνεται υπόψη με αξιοπρέπεια και εκτιμάται σαν οποιοδήποτε άλλο άτομο και χωρίς προϋποθέσεις. Η χωρίς όρους θετική αντιμετώπιση περικλείει ένα βαθύ και θετικό συναίσθημα για τον άνθρωπο. Ο Σύμβουλος εργαζόμενος με τον άρρωστο δείχνει το σεβασμό του και την εμπιστοσύνη του προς αυτόν.
- Κατανόηση δια συναισθηματικής συμμετοχής: Είναι η ικανότητα να αντιλαμβάνεται κάποιος τα συναισθήματα κάποιου άλλου και να μπορεί να μεταδίδει αυτό στο άτομο. «Φροντίδα για έναν άλλο άνθρωπο σημαίνει να αντιλαμβάνομαι τον κόσμο όπως αυτός».
- Εγκαρδιότητα και αυθεντικότητα: Η εγκαρδιότητα στη συμβουλευτική αναφέρεται σε μια ειδική ικανότητα προσέγγισης και στην επιθυμία μιας «ανοιχτής» επικοινωνίας με τον άρρωστο. Πρέπει να προσφέρεται από τον σύμβουλο αλλά δεν είναι απαραίτητο να ανταποδίδεται το συναίσθημα. Η αυθεντικότητα είναι

απαραίτητη προϋπόθεση στη Συμβουλευτική. Το ενδιαφέρον για τον άνθρωπο είτε υπάρχει είτε δεν υπάρχει.

- Σαφήνεια και το συγκεκριμένο: Ο σύμβουλος πρέπει να είναι ξεκάθαρος και σαφής στη συνεργασία του με τον ασθενή. Παράλληλα πρέπει να βοηθά τον πελάτη να εκφράζεται καθαρά και συγκεκριμένα. Επιπρόσθετα, η αμεσότητα είναι ακόμα ένα απαραίτητο στοιχείο. [37]

11.1. Μέθοδος «Ανάρρωση 12 βημάτων»

Το πρόγραμμα αυτό αναπτύχθηκε απευθείας από άτομα που είχαν σοβαρά προβλήματα εξάρτησης και συγκρότησαν την κοινότητα των Ανώνυμων Ναρκομανών που είναι εθελοντικές ομάδες αλληλοβοήθειας. Το πρόγραμμα των 12 βημάτων εστιάζεται στον εθισμό και στη διαδικασία απεξάρτησης και αποτελεί ένα σύνολο απλά διατυπωμένων αρχών. Το πρόγραμμα επικεντρώνεται στην πλήρη αποχή από το αλκοόλ και από όλων των ειδών τις ψυχοτρόπες ουσίες: τόσο τα σκληρά (ηρωίνη, κοκαΐνη κλπ) όσο και τα μαλακά (χασίς). Η εμπειρία έχει δείξει ότι υπάρχει μια σαφέστατη υπεροχή – όσον αφορά στην αποτελεσματικότητα – εκείνων των θεραπευτικών προτάσεων που υιοθετούν και προσπαθούν να εφαρμόζουν τις βασικές αρχές και τις τεχνικές αυτοβοήθειας, έναντι αυτών που βασίζονται αποκλειστικά σε παραδοσιακές θεραπευτικές προσεγγίσεις. Η διαπίστωση αυτή ενισχύεται και από το γεγονός ότι όλο και περισσότερες θεραπευτικές προσεγγίσεις στηρίζονται πλέον αποκλειστικά στη φιλοσοφία των 12 βημάτων των Ανώνυμων Ναρκομανών. [38]

Οι ομάδες 12 βημάτων αποτελούνται αποκλειστικά από εξαρτημένα άτομα που βρίσκονται σε ανάρρωση. Δεν επιτρέπεται καθοδήγηση από επαγγελματία. Τις ομάδες οδηγούν εξαρτημένα άτομα που βρίσκονται σε ανάρρωση και έχουν παραμείνει νηφάλιοι για μεγάλο διάστημα. Οποιοδήποτε εξαρτημένο άτομο με ειλικρινή επιθυμία να αναρρώσει είναι ευπρόσδεκτο να συμμετέχει στην ομάδα. Τα μέλη δεν πληρώνουν αμοιβή αλλά ενθαρρύνονται οι δωρεές. Στις συναντήσεις, μπορεί τα μέλη να καταθέτουν τις εμπειρίες τους με την εξάρτηση ή να διαβάζονται κείμενα που εξηγούν τα δώδεκα βήματα. [39]

Όπως υπονοεί και ο τίτλος «Ανώνυμοι», αυτές οι ομάδες κρατούν σε ανωνυμία και την ταυτότητα των μελών τους και αυτά που λένε. Ο κανόνας είναι ότι «αυτό που λέγεται στα δωμάτια, μένει στα δωμάτια». Το ιδανικό μιας ομάδας δώδεκα βημάτων είναι καθένα από τα μέλη της να πιστέψει στα δώδεκα βήματα και να τα βιώσει μέσα από πράξεις. [39]

Τα 12 βήματα στα οποία βασίζονται τα προγράμματα απεξάρτησης είναι:

1. Παραδεχτήκαμε ότι είμαστε ανίσχυροι απέναντι στο αλκοόλ (στα ναρκωτικά, στο φαγητό κοκ) και ότι δεν ελέγχουμε πια τη ζωή μας.
2. Καταλήξαμε να πιστέψουμε ότι μια δύναμη μεγαλύτερη από μας μπορούσε να μας επαναφέρει στη λογική.
3. Αποφασίσαμε να παραδώσουμε τη ζωή μας και τη θέλησή μας στη φρονίδα του Θεού, όπως εμείς τον αντιλαμβανόμαστε.
4. Κάναμε μια άφοβη και διερευνητική απογραφή του εαυτού μας.

5. Παραδεχτήκαμε στο Θεό, στον εαυτό μας και σ' έναν άλλο άνθρωπο την ακριβή φύση των σφαλμάτων μας.
6. Είμαστε απολύτως έτοιμοι να αφήσουμε το Θεό να εξαλείψει όλα τα ελαττώματα του χαρακτήρα μας.
7. Ταπεινά Τον παρακαλέσαμε να μας απαλλάξει από αυτά τα ελαττώματα.
8. Κάναμε έναν κατάλογο όλων των ανθρώπων που είχαμε βλάψει και γίναμε πρόθυμοι να επανορθώσουμε τα λάθη μας.
9. Κάναμε άμεσες επανορθώσεις σε όσους ανθρώπους ήταν δυνατό, εκτός από τις περιπτώσεις που αυτό θα έκανε ζημιά σ' αυτούς ή σε άλλους.
10. Συνεχίζουμε να κάνουμε την προσωπική μας απογραφή και όταν σφάλουμε το παραδεχόμαστε αμέσως.
11. Ζητήσαμε μέσω της προσευχής και του διαλογισμού να βελτιώσουμε τη συνειδητή επαφή μας με το Θεό, όπως εμείς τον αντιλαμβανόμαστε, προσευχόμενοι μόνο να μας γνωρίσει τη θέλησή Του για μας και να μας δώσει τη δύναμη να εκπληρώσουμε το θέλημά Του.
12. Έχοντας μια πνευματική αφύπνιση –ως αποτέλεσμα αυτών των βημάτων- προσπαθήσαμε να μεταφέρουμε αυτό το μήνυμα και σε άλλους αλκοολικούς (ναρκομανείς, ψυχαναγκαστικούς υπερφάγους κοκ) και να εφαρμόσουμε αυτές τις αρχές σε όλες τις υποθέσεις της ζωής μας. [39]

11.2. Σχέδιο Νοσηλευτικής Φροντίδας

11.2.1. Ο ρόλος του νοσηλευτή

Οι νοσηλευτές είναι πιθανό να αλληλεπιδράσουν με ασθενείς με προβλήματα κατάχρησης ή εξάρτησης από ουσίες, ανεξάρτητα από το χώρο στον οποίο παρέχουν τις υπηρεσίες τους. Συνήθως, οι υπηρεσίες αυτές παρέχονται σε ασθενείς που υποβάλλονται σε θεραπευτικά προγράμματα κατάχρησης αλκοόλ και ουσιών, οι οποίοι νοσηλεύονται για διάστημα 20 έως 30 ημερών με σκοπό την αποτοξίνωση. Ωστόσο, οι ασθενείς με προβλήματα κατάχρησης ουσιών και συνοδά προβλήματα υγείας ή σσονος σημασίας που προκύπτουν από την κατάχρηση ενδέχεται να εμφανισθούν και σε άλλες εγκαταστάσεις παροχής φροντίδας υγείας, όπως η μονάδα επείγουσας φροντίδας, τα ιατρεία πόνου, καθώς και τα εξωτερικά ιατρεία. [16]

Σημαντική είναι η προαγωγή της υγείας για την αποφυγή της ουσιοεξάρτησης. Οι νοσηλευτές πρέπει να πληροφορούν τους ενηλίκους για τους σωστούς τρόπους αντιμετώπισης των δυσκολιών, χαλάρωσης και ελάττωσης του στρες, ώστε να μειωθεί ο κίνδυνος κατάχρησης ουσιών. Οι νοσηλευτές είναι υπεύθυνοι για την ενημέρωση των ατόμων σε ό, τι αφορά τις δράσεις των ουσιών στον οργανισμό, καθώς και για τους τρόπους ελέγχου του στρες και της ανησυχίας. Επίσης, θα πρέπει να ενθαρρύνουν και να στηρίζουν τα άτομα σε περιόδους αποχής, ενώ παράλληλα θα τους βοηθούν στην αλλαγή

του τρόπου ζωής, των συνηθειών, των σχέσεων, καθώς και των μηχανισμών άμυνας απέναντι στις δυσκολίες της ζωής. [16]

11.2.2. Στάδια Σχεδίου Νοσηλευτικής Φροντίδας

Το Σχέδιο Νοσηλευτικής Φροντίδας ασθενή με πρόβλημα κατάχρησης ουσιών περιλαμβάνει:

1. Τη Συλλογή των Δεδομένων (Νοσηλευτική εκτίμηση): Κατά την εκτίμηση ασθενούς με πρόβλημα κατάχρησης ουσιών είναι σημαντικό να λάβουμε υπόψη το ιστορικό χρήσης ουσιών στο παρελθόν (εκτίμηση πιθανής ανοχής, φυσικής εξάρτησης ή συνδρόμου στέρησης), το ιατρικό και ψυχιατρικό ιστορικό (πχ. HIV, ηπατίτιδα, κίρρωση, παγκρεατίτιδα, κατάθλιψη, διαταραχές προσωπικότητας κλπ. , τα συνταγογραφούμενα ή μη φάρμακα που λαμβάνει ο ασθενής, πιθανές αλλεργίες ή ευαισθησία σε φάρμακα) και την ύπαρξη ψυχοκοινωνικών επιδράσεων (πχ. Στρες, ικανότητα για εργασία, σχέσεις με κοινωνικό περιβάλλον κλπ.). Οι ερωτήσεις πρέπει να υποβάλλονται σε τόνο ουδέτερο και όχι απειλητικό ή επικριτικό και να είναι ανοιχτές, δηλαδή να επιτρέπουν απαντήσεις πιο ευρείες από ένα απλό «ναι» ή «όχι». Υπάρχουν εξειδικευμένα ερωτηματολόγια για κάποιους τύπους καταχρήσεων και για την εκτίμηση της ύπαρξης συνδρόμου στέρησης που καθοδηγούν τη φάση της διάγνωσης. [16]
2. Την Ανάλυση των Δεδομένων (Νοσηλευτικές διαγνώσεις): Οι νοσηλευτικές διαγνώσεις για ασθενείς με πρόβλημα κατάχρησης ουσιών περιληπτικά είναι:
 - a. Κίνδυνος τραυματισμού
 - b. Αναποτελεσματική άρνηση
 - c. Αναποτελεσματική ατομική αντιμετώπιση της κατάστασης
 - d. Διαταραχές θρέψης: Διατροφική πρόσληψη μικρότερη από τις ανάγκες του οργανισμού
 - e. Χαμηλή αυτοεκτίμηση (Χρόνια ή Περιστασιακή)
 - f. Έλλειμμα γνώσεων
 - g. Διαταραχές της αντίληψης των αισθήσεων
 - h. Διαταραχή της διεργασίας σκέψης [16]
3. Οι επιθυμητές εκβάσεις: Δίνουν κατεύθυνση αλλά και εκτιμούν τη φροντίδα που παρέχεται. Στην προκειμένη περίπτωση μια επιθυμητή έκβαση για κάθε διάγνωση από τις παραπάνω είναι:
 - a. Ο ασθενής θα αναγνωρίζει και θα διορθώνει τους πιθανούς παράγοντες κινδύνου στο περιβάλλον.
 - b. Ο ασθενής θα αναγνωρίζει την πραγματικότητα της κατάστασης/ ασθένειας.
 - c. Το άτομο θα αναγνωρίζει αναποτελεσματικές συμπεριφορές αντιμετώπισης και τις συνέπειές τους.

- d. Ο ασθενής θα επιδεικνύει συμπεριφορές, αλλαγές του τρόπου ζωής για την ανάκτηση και/ή τη διατήρηση του κατάλληλου βάρους.
 - e. Ο ασθενής θα αναγνωρίζει αισθήματα και τις υποκείμενες αιτίες για την αρνητική αντίληψη του εαυτού του.
 - f. Ο ασθενής θα επιδεικνύει αυξημένο ενδιαφέρον/ αναλαμβάνει την ευθύνη για προσωπική εκπαίδευση, με την έναρξη αναζήτησης πληροφοριών και τη διενέργεια ερωτήσεων.
 - g. Ο ασθενής θα εκφράζει λεκτικά την επίγνωση των αισθητηριακών αναγκών και την παρουσία υπερβολικών και/ ή την έλλειψη ερεθισμάτων.
 - h. Ο ασθενής θα εκφράζει λεκτικά την κατανόηση των αιτιολογικών παραγόντων, όταν είναι γνωστοί/ υπαρκτοί. [40]
4. Οι Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις: Είναι οι δραστηριότητες που γίνονται για την επίτευξη των επιθυμητών εκβάσεων. [40] Για κάθε διάγνωση από τις παραπάνω οι αντίστοιχες νοσηλευτικές παρεμβάσεις είναι:
- a. Κίνδυνος τραυματισμού: Εκτιμήστε το επίπεδο αποπροσανατολισμού του ασθενούς, προβείτε σε λήψη ιστορικού κατάχρησης ουσιών και δειγμάτων αίματος και ούρων για εργαστηριακή ανάλυση, τοποθετήστε τον ασθενή σε ήσυχο δωμάτιο αλλά μην τον αφήνετε μόνο σε έντονη διέγερση ή αυτοκτονικό ιδεασμό, προσανατολίζεται συχνά τον ασθενή στην πραγματικότητα και το περιβάλλον και βεβαιωθείτε ότι δεν έχει πρόσβαση σε δυνητικά επικίνδυνα αντικείμενα και τέλος παρακολουθείτε τα ζωτικά σημεία κάθε 15 λεπτά μέχρι να σταθεροποιηθεί ο ασθενής και εκτιμήστε αν υπάρχουν σημεία δηλητηρίασης ή στέρησης.
 - b. Αναποτελεσματική άρνηση: Να είστε ειλικρινείς και να προσεγγίζετε τον ασθενή με σεβασμό και αποδοχή, να αναγνωρίζετε τις δυσπροσαρμοστικές συμπεριφορές ή καταστάσεις που έχουν επηρεάσει τη ζωή του ασθενούς και συζητήστε τον τρόπο με τον οποίο η χρήση ουσιών ενδέχεται να συνετέλεσε στον τρόπο ζωής του, να αποδέχεστε τη χρήση αμυντικών μηχανισμών και τέλος να ενθαρρύνετε τη συμμετοχή του ασθενούς σε δραστηριότητες θεραπευτικών ομάδων.
 - c. Αναποτελεσματική ατομική αντιμετώπιση της κατάστασης: Οικοδομήστε σχέση εμπιστοσύνης με τον ασθενή, αντισταθείτε στις προσπάθειες χειραγώγησης του ασθενή, ενθαρρύνετε τον ασθενή να εκφράζει τα συναισθήματα και τους φόβους ή ανησυχίες του και τέλος διερευνήστε μεθόδους αντιμετώπισης στρεσογόνων καταστάσεων.
 - d. Διαταραχές θρέψης: Διατροφική πρόσληψη μικρότερη από τις ανάγκες του οργανισμού: Χορηγήστε βιταμίνες και συμπληρώματα διατροφής κατά τις οδηγίες του γιατρού, παρακολουθήστε τα εργαστηριακά ευρήματα και ενημερώστε τον γιατρό για αξιόλογες μεταβολές, συνεργαστείτε με διαιτολόγο για τον καθορισμό του απαιτούμενου αριθμού θερμίδων και τέλος ενημερώστε τον ασθενή για τη σπουδαιότητα της επαρκούς διατροφικής πρόσληψης.
 - e. Χαμηλή αυτοεκτίμηση (Χρόνια ή Περιστασιακή): Αφιερώστε χρόνο και επιδείξτε συμπεριφορά αποδοχής, ενθαρρύνετε τον ασθενή να επικεντρώνει τις σκέψεις του στις ικανότητες και τις επιτυχίες, ενθαρρύνετε

τη συμμετοχή σε δραστηριότητες θεραπευτικών ομάδων και τέλος διδάξετε στον ασθενή τεχνικές αποτελεσματικής επικοινωνίας.

- f. Έλλειμμα γνώσεων: Εκτιμήστε το επίπεδο γνώσεων του ασθενούς και την επιθυμία του να ενημερωθεί, καταρτίστε ένα σχέδιο μαθημάτων το οποίο να περιλαμβάνει μετρήσιμες παραμέτρους και τέλος ξεκινήστε με απλές έννοιες και συνεχίστε προοδευτικά με πιο σύνθετα θέματα.
 - g. Διαταραχές της αντίληψης των αισθήσεων: Παρατηρήστε για τυχόν εμφάνιση στερητικών συμπτωμάτων, παρακολουθήστε τα ζωτικά σημεία, εκτιμήστε συχνά το επίπεδο προσανατολισμού, εξηγήστε όλες τις παρεμβάσεις στις οποίες θα προβείτε προτού προσεγγίσετε τον ασθενή και τέλος χορηγήστε φάρμακα στον ασθενή σύμφωνα με το πρόγραμμα αποτοξίνωσης.
 - h. Διαταραχή της διεργασίας σκέψης: Ενισχύστε θετικά τον ασθενή όταν ή σκέψη και η συμπεριφορά του είναι κατάλληλες ή όταν αναγνωρίζει ότι οι παραισθήσεις του δεν βασίζονται στην πραγματικότητα, χρησιμοποιείστε απλές οδηγίες και να είστε στο οπτικό του πεδίο όταν επικοινωνείτε μαζί του, εκφράστε λογικές αντιρρήσεις εάν ο ασθενής επιμένει σε παρανοϊκές σκέψεις, μη λογομαχήσετε με τον ασθενή σχετικά με τις ψευδαισθήσεις ή τις παραισθήσεις του και τέλος συζητήστε με τον ασθενή για πραγματικά γεγονότα και πραγματικούς ανθρώπους. [16]
5. Η Εκτίμηση των Αποτελεσμάτων: Το τελευταίο στάδιο ελέγχει αν η εφαρμογή των νοσηλευτικών παρεμβάσεων έχει οδηγήσει σε εκπλήρωση των επιθυμητών εκβάσεων.

ΣΚΟΠΟΣ

Ο σκοπός της εργασίας είναι να εκθέσει το μείζον πρόβλημα της ουσιοεξάρτησης και να επισημάνει τη σημασία του ρόλου του νοσηλευτή στην καταπολέμησή της. Ο σκοπός αυτός επιτυγχάνεται με την παράθεση εμπειριστατωμένων δεδομένων για τις δράσεις των επιμέρους εξαρτησιογόνων ουσιών και των παθοφυσιολογικών μεταβολών που προκαλεί το φαινόμενο του εθισμού και με την αποσαφήνιση του ρόλου του νοσηλευτή στην πρόληψη των εξαρτήσεων, στην καταπολέμησή τους και στη δράση των εξειδικευμένων κέντρων απεξάρτησης.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Το πρόβλημα της ουσιοεξάρτησης είναι ένα μείζον θέμα αυτή την εποχή. Ολοένα και περισσότεροι άνθρωποι καταφεύγουν στην κατάχρηση ουσιών ορμώμενοι από διάφορους παράγοντες. Οι νόμιμες εξαρτήσεις είναι πιο συχνές, όμως δεν σπανίζουν και οι περιπτώσεις ανθρώπων που κάνουν κατάχρηση παράνομων ουσιών.

Ο νοσηλευτής, παίζει ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο στην απεξάρτηση και επανένταξη των εξαρτημένων ατόμων. Εργάζεται μέσα από συντονισμένες δράσεις σε ειδικά κέντρα αποτοξίνωσης ή διαθέτοντας προσωπικό και επαγγελματικό χρόνο στα πλαίσια της ολιστικής νοσηλευτικής φροντίδας στο νοσοκομείο.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Λιάππας Γ., Ναρκωτικά: Εθιστικές ουσίες, Κλινικά προβλήματα, Αντιμετώπιση, Εκδόσεις Πατάκη, 2009
2. Παπαγεωργίου Ε., Εξαρτήσεις στη ζωή μας, Εκδόσεις Παρισιάνου, 2^η Έκδοση, 2004
3. Μιχαλοπούλου Χ., Η εφηβεία ως μεταβατική περίοδος, ΓΝΑ Ερυθρός Σταυρός: Τμήμα Ενδοκρινολογίας, 2003
<http://www.iatronet.gr/ygeia/psychiki-ygeia/article/587/i-efiveia-ws-metavatiki-periodos.html>
4. Κοκκέβη Α. & Φωτίου Α. & Ξανθάκη Μ. & Καναβού Ε., Εξαρτησιογόνες ουσίες στην εφηβεία, Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής, 2010
5. Bukstein O., Adolescent Substance Abuse- Assessment, Prevention and Treatment, Wiley- Interscience Publication, 1995
6. Ποντίφκας Γ., Μάθετε για το κάπνισμα- Η άγνοια σκοτώνει, Εκδόσεις Παρισιάνου, 1988
7. Κοκκέβη Α. & Κίτσος Γ. & Φωτίου Α., Καπνός- Οιοπνευματώδη- Ναρκωτικά: Η πορεία χρήσης από τη δεκαετία του '80 έως σήμερα, Εκδόσεις Βήτα , 2007
8. Benowitz N., Nicotine Safety and Toxicity, Oxford University Press , 1998
9. Κουτσελίνης Α., Εξαρτησιογόνες ουσίες, Εκδόσεις Παρισιάνου, 2002
10. Μυρωνίδου - Τζουβελέκη Μ., Φαρμακολογία της Αιθυλικής Αλκοόλης, Εκδόσεις Παρισιάνου , 2007
11. Banks M. & McFadden C. & Atkinson C., The World Encyclopedia of Coffee, Επαγγελματικές εκδόσεις μαγειρικής Τσιτσιλώνης, 2005
12. Μπιμπή Μ., Καφεΐνη: Εθισμός και απεξάρτηση , 2007
<http://archivehealth.in.gr/news/article.asp?lngArticleID=49259>
13. Βενέτης Χ., Εξάρτηση από καφεΐνη και νικοτίνη, 2013
http://venetismd.blogspot.gr/2013/02/blog-post_5321.html
14. Σπαντιδέας Α., Ο καφές & η μυθολογία του, 2003
<http://www.iatronet.gr/diatrofi/trofima-rofimata/article/929/o-kafes-i-mythologia-toy.html>
15. Φασουλάκη Α., Αναισθησιολογία, Εκδόσεις Πασχαλίδης , 2005
16. LeMone P. & Burke K. & Bauldoff G., Παθολογική Χειρουργική Νοσηλευτική, Εκδόσεις Λαγός Δημήτριος , 2014
17. Howland R. & Mycek M., Φαρμακολογία, Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιάνου, 2006
18. Reichl F., Γενική Τοξικολογία: Ουσίες, Δράσεις, Περιβάλλον, Εκδόσεις Πασχαλίδης , 2004
19. Μαρσέλος Μ., Ηρωίνη. Εξαρτησιογόνες ουσίες, Εκδόσεις Τυπωθήτω, 1997
20. Simonsen T. & Aarbakke J. & Kay I. & Coleman I. & Sinnott P. & Lysaa R., Νοσηλευτική Φαρμακολογία, Εκδόσεις Πασχαλίδης, 2009
21. Μάτσα Κ. & Κρατσανάκης Σ. & Παπάδη Μ. & Σφηκάκη Μ., Πρόληψη της τοξικομανίας: Η απομυθοποίηση ενός φαινομένου, 2^ο Συνέδριο Πρόληπτικής Ψυχιατρικής, 1992
22. Ζαφειρίδης Φ., Πρόληψη των ναρκωτικών: Οι αθέατες όψεις του προβλήματος, Περιοδικό Ιατρικά Θέματα, τόμος 1, τεύχος 4, 1988
23. Βασσάρα Μ., 8 χρόνια πρόληψης, Δελτίου τύπου- θέμα Πυξίδα, Θεσσαλονίκη, 2006

24. Κοκκέβη Α., Η πρόληψη της τοξικομανίας: Μύθος ή πραγματικότητα, Περιοδικό Ψυχολογικά Θέματα, τόμος 1, τεύχος 4, 1988
25. Παπαγεωργίου- Βασιλοπούλου Α., Κοινωνική Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας, Εκδόσεις Βήτα, 2005
26. Κούκια Ε, Ψυχιατρική Νοσηλευτική- Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας, Εκδόσεις Βήτα, 2014
27. Σαρρής Μ., Κοινωνιολογία της Υγείας και Ποιότητα Ζωής, Εκδόσεις Παπαζήση, 2001
28. Incardi J., A corrections- based continuum of effective drug abuse treatment, NIJ Research Preview, Washington, DC: U.S Department of Justice, 1996
29. Πρασσάς Σ., Η αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων πρόληψης της ουσιοεξάρτησης, Μεταπτυχιακό πρόγραμμα: Προαγωγή Ψυχικής Υγείας- Πρόληψη Ψυχιατρικών Διαταραχών, 2012
30. Τάκης Ν., Ναρκωτικά: Θεραπευτικά Προγράμματα, 2008
<http://www.iatronet.gr/narkwtika-alkool/therapeia/article/4646/narkwtika-therapeftika-programmata.html>
31. Πανελλήνιος Σύλλογος Οικογενειών για την Ψυχική Υγεία, Κέντρο Ημέρας, 2015
<http://www.iatronet.gr/sopsi/content.asp?pid=4>
32. Κυπριακή Δημοκρατία: Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας, Μονάδα Εργασιακής Αποκατάστασης Λεμεσού, 2015
<http://www.moh.gov.cy/Moh/MHS/mhs.nsf/All/9FF3B49C3F77C9F2C2257B35002254B4?OpenDocument>
33. Κλίμακα – Φορέας Ανάπτυξης Ανθρώπινου & Κοινωνικού Κεφαλαίου για την Αντιμετώπιση του Κοινωνικού Αποκλεισμού, Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης, 2015
<http://www.klimaka.org.gr/js/index.php/h-klimaka/domes-klimaka/monades-psychok-apokatast>
34. ΟΚΑΝΑ: Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών, 2012
<http://www.okana.gr/>
35. ΜΑΖΙ: Ελληνική Εταιρεία Διαταραχών Διάθεσης , 2015
<http://www.mazi.org.gr/>
36. ΚΕΘΕΑ: Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων, 2011 <http://www.kethea.gr/>
37. Παυλάκης Α., Οι νοσηλευτές Ψυχικής Υγείας & η φροντίδα των αλκοολικών: Καταγραφή ευθυνών, εκτίμηση στάσεων και αξιολόγηση θεραπευτικού προγράμματος στην Κύπρο, Διδακτορική Διατριβή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Τμήμα Νοσηλευτικής, Τομέας Κοινωνικής Ιατρικής, 1991
38. Πνοή στη ζωή, Το πρόγραμμα των 12 Βημάτων, 2014
<http://www.pnoistizoi.gr/>
39. Κυπραίου Π., Ομάδες απεξάρτησης 12 βημάτων, 2015
<http://www.psychotherapeia.net.gr/articles-psycholegoi-marousi-psychotherapeftes-marousi/exartiseis/11-genika-gia-tis-exarthseis/72-omades-apexarthshs-12-vimatwn>
40. Doenges M. & Moorhouse M. & Murr A., Οδηγός Ανάπτυξης Σχεδίου Νοσηλευτικής Φροντίδας: Διαγνώσεις, Παρεμβάσεις και Αιτιολογήσεις, Εκδόσεις Πασχαλίδης, 2009
41. Κωνσταντάτου Ε., Μαρτυρία: «Δεν άντεχα άλλο τη μοναξιά των ναρκωτικών», Εφημερίδα «Το Βήμα», 2014 <http://www.tovima.gr/society/article/?aid=609563>

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

«Δεν άντεχα άλλο τη μοναξιά των ναρκωτικών»

«Δεν άντεχα άλλο τη μοναξιά των ναρκωτικών. Ήθελα να είμαι ανάμεσα στον κόσμο και το κατάφερα». Με αυτά τα λόγια περιγράφει την πορεία του στο «Βήμα» μέλος της θεραπευτικής κοινότητας του ΚΕΘΕΑ «Εν Δράσει» ο οποίο επιθυμεί να διατηρήσει την ανωνυμία του. Άλλωστε στη μάλιστα των ναρκωτικών και των εξαρτησιογόνων ουσιών σημασία δεν έχουν τα ονόματα αλλά οι καταστάσεις.

Ήταν στην τρυφερή ηλικία των 12 ετών όταν το 24χρονο σήμερα μέλος του ΚΕΘΕΑ ξεκίνησε μαζί με την παρέα του «έτσι για δοκιμή» τη χρήση ουσιών- είχε ήδη προηγηθεί βέβαια το κάπνισμα. «Ξεκίνησα σιγά- σιγά από την παρέα αλλά η δοκιμή έφτασε κάποια στιγμή στο αποκορύφωμα», περιγράφει.

Εδώ και επτά μήνες συμμετέχει στο θεραπευτικό πρόγραμμα του ΚΕΘΕΑ «Εν Δράσει». Ήδη βρίσκεται στη δεύτερη φάση του, δηλαδή έχει περάσει το στάδιο της απεξάρτησης και αρχίζει το στάδιο της κοινωνικής επανένταξης. «Είναι η πρώτη φορά που έχω φοβηθεί τη χρήση. Φοβάμαι να κοιτάξω πίσω. Η οικογένειά μου έχει να με δει έτσι καλά από τα 11 μου». «Πλέον βρίσκομαι κοντά στους ανθρώπους. Τελικά είναι θέμα θέλησης. Δεν χρειάζεται να σε σπρώξει η οικογένεια. Αν κάποιος θέλει να ξεφύγει από τα ναρκωτικά, μπορεί να το καταφέρει», αναφέρει. Με αφορμή μάλιστα την Παγκόσμια Ημέρα Κατά των Ναρκωτικών που γιορτάζεται στις 26 Ιουνίου, ο 24χρονος δίνει το δικό του μήνυμα: «Πρέπει να ακούνε τα μηνύματα για τη χρήση, να συμβουλευονται, γιατί στο τέλος κάτι θα τους μείνει». [41]



26 ΙΟΥΝΙΟΥ
ΠΑΓΚΟΣΜΙΑ ΗΜΕΡΑ
ΚΑΤΑ ΤΩΝ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ

ΌΧΙ
στα ναρκωτικά

[http://www.google.gr/imgres?imgurl=http: 1](http://www.google.gr/imgres?imgurl=http:)