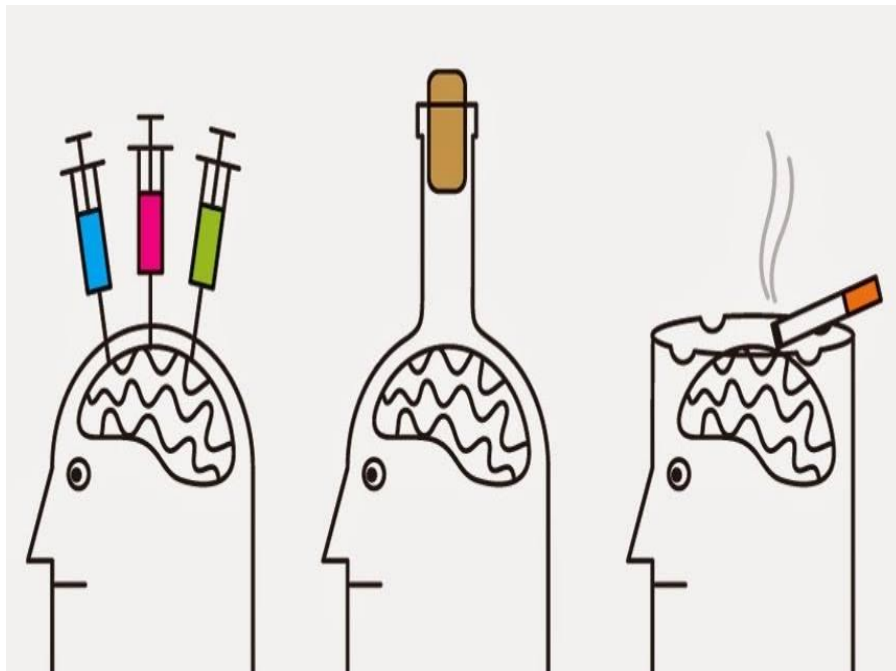




ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΑΤΡΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Τίτλος εργασίας:

**"ΕΞΑΡΤΗΣΙΟΓΟΝΕΣ ΟΥΣΙΕΣ, ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΗ
ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ"**



Πτυχιακή Εργασία των:
Τζελίλαϊ Χριστίνα (Α.Μ. 9530)
Νάστα Σοφία (Α.Μ. 9561)

Επιβλέπων καθηγητής: Αναστάσιος Τζεναλής

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα εργασία αναφέρεται στις εξαρτησιογόνες ουσίες, ποιές είναι αυτές, πως επηρεάζουν σωματικά και ψυχικά ένα άτομο καθώς και το ρόλο του νοσηλευτή στην διαδικασία αντιμετώπισής τους. Οι εξαρτησιογόνες ουσίες είναι φυσικές η χημικές ουσίες οι οποίες επηρεάζουν το κεντρικό νευρικό σύστημα και δημιουργούν ένα αίσθημα μεγάλης ανάγκης για αλόγιστη χρήση, με αποτέλεσμα τη κατάρρευση της ψυχοκοινωνικής και σωματικής λειτουργίας.

Οι κατηγορίες είναι 6: οι διεγερτικές, οι κατασταλτικές, τα οπιούχα, οι νέες ψυχοδραστικές, τα κανναβινοειδή και τα παραισθησιογόνα.

Οι εξαρτησιογόνες ουσίες προκαλούν πολλά σωματικά προβλήματα όπως: Η επιρροή του κεντρικού νευρικού συστήματος, η εξαναγκαστική διέγερση η καταστολή του εγκεφάλου, η κατάρρευση του αναπνευστικού συστήματος, η κακή καρδιαγγειακή λειτουργία.

Οι εξαρτησιογόνες ουσίες προκαλούν και πολλά ψυχικά προβλήματα πέρα από τη κοινωνική αποστροφή και απομόνωση, όπως κατάθλιψη, θυμό και άλλα.

Η θεραπεία για την απεξάρτηση ατόμων είναι πολύπλευρη καθώς περιλαμβάνει τη γνωσιακή εμπειρία και φαρμακευτικά όπως η μεθαδόνη και η ναλτρεξόνη.

Ο ρόλος του νοσηλευτή γεφυρώνει τις σχέσεις μεταξύ του θεράποντα και του ασθενούς μέσω της επικοινωνίας και της κατανόησης χωρίς να υπάρχει φόβος, με σκοπό την επαναφορά του ασθενούς στην κοινωνία.

Τέλος, η πρόληψη ως το μεγαλύτερο και πιο σημαντικό κομμάτι της αντιμετώπισης της εξάρτησης των εξαρτησιογόνων ουσιών είναι η άμεση ενημέρωση από όλους τους φορείς.

ABSTRACT

The present work refers to the addictive substances, what they are, how they affect a person physically and mentally as well as the role of the nurse in the process of dealing with them. Addictive substances are natural or chemical substances that affect the central nervous system and create a feeling of great need for reckless use, resulting in the collapse of psychosocial and physical function.

There are 6 categories: stimulants, sedatives, opiates, new psychoactive substances, cannabinoids and hallucinogens.

Addictive substances cause many physical problems such as: The influence of the central nervous system, forced stimulation, suppression of the brain, collapse of the respiratory system, poor cardiovascular function.

Addictive substances cause many mental problems in addition to social disgust and isolation, such as depression, anger and more.

Treatment for addiction is multifaceted as it includes cognitive experience and medications such as methadone and naltrexone.

The role of the nurse bridges the relationship between the therapist and the patient through communication and understanding without fear, in order to return the patient to society.

Finally, prevention as the biggest and most important part of tackling addictive addiction is immediate information from all actors.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι εξαρτησιογόνες ουσίες η όπως πολλοί αποκαλούν ναρκωτικά εμφανίστηκαν από τα πρώτα χρόνια ύπαρξης του ανθρώπινου γένους. Οι εξαρτησιογόνες ουσίες δεν ανακαλύφθηκαν συνολικά όπως τις γνωρίζουμε σήμερα, βρέθηκαν ανά τακτά χρονικά διαστήματα μέσα στην ιστορία καθώς κάποια είναι και χημικώς τροποποιημένα. Οι εξαρτησιογόνες ουσίες διακρίνονται σε: διεγερτικές, κατασταλτικές, κανναβινοειδή, οπιούχα, παραισθησιογόνα και σε νέες ψυχοδραστικές. Η κάθε κατηγορία δρά σε διάφορα σημεία του σώματος αλλά κυρίως αλληλεπιδρά με χημικές ουσίες που παράγει ο ανθρώπινος εγκέφαλος. Οι εξαρτησιογόνες ουσίες στη σημερινή κοινωνία παρέχονται και νόμιμα και παράνομα. Οι παράνομες είναι αυτές, οι οποίες προκαλούν και τις πιο βλαβερές συνέπειες και χρησιμοποιούνται κυρίως για ψυχαγωγία η για ανακούφιση μεγάλης κλίμακας πόνου. Οι νόμιμες είναι αυτές, οι οποίες χρησιμοποιούνται σε μικρότερες ποσότητες είτε για ανακούφιση πόνου είτε για θέματα ψυχικής υγείας.

Παρόλα αυτά είναι το πιο φλέγον ζήτημα της κοινωνίας λόγω των τρομερών συνεπειών που προκαλούν σωματικά και ψυχικά κυρίως σε εφήβους και νέους. Σύμφωνα με τη Παγκόσμια έκθεση για τα ναρκωτικά, κάθε χρόνο αυξάνεται ο αριθμός των ατόμων που πεθαίνουν, και πιο συγκεκριμένα το 2019 το 5,5% του πληθυσμού παγκοσμίως, δηλαδή 271 εκατομμύρια άνθρωποι. Ο ρόλος των μονάδων υγείας και κυρίως των νοσηλευτών είναι η επικοινωνία, η κατανόηση, ο σεβασμός και η στήριξη των πασχόντων καθώς και παρακολούθηση τους με τη βοήθεια της οικογένειας, ως προς τη συμμόρφωση οδηγίων, με αποτέλεσμα την επανένταξη στη κοινωνία.

Πολύ σημαντικό κομμάτι είναι και η πρόληψη. Οι γραμμές υποστήριξης, τα κέντρα αποκατάστασης και οι κλινικές είναι απαραίτητες και αναγκαίες, αλλά το κυριότερο είναι η ενημέρωση και οι γνώσεις πάνω σε αυτές τις ουσίες και των συνεπειών που προκαλούν μέχρι και το θάνατο. Η πρόληψη μπορεί να γίνει είτε μέσω σχολικού περιβάλλοντος, είτε μέσω οικογενειών είτε μέσω των ΜΜΕ, είτε και από επαγγελματίες υγείας. Οι εξαρτησιογόνες ουσίες και ο εθισμός είναι δυο πολύ σοβαρά θέματα της κοινωνίας και της σωματικής και ψυχικής υγείας, για αυτό η πρόληψη και η ενημέρωση όλων των πολιτών είναι απαραίτητη και σοβαρή.

ΠΕΡΙΟΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	2
ABSTRACT	3
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	4
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	8
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο	8
ΕΞΑΡΤΗΣΙΟΓΟΝΕΣ ΟΥΣΙΕΣ	8
1.1 Ιστορικά δεδομένα	8
1.2 Θρησκευτική χρήση	9
1.3 Φαρμακευτική χρήση	10
1.4 Ψυχαγωγική χρήση	10
1.5 Ορισμοί βασικών εννοιών	11
1.6 Κατηγορίες εξαρτησιογόνων ουσιών.....	12
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο	13
ΑΝΑΛΥΣΗ ΕΞΑΡΤΗΣΙΟΓΟΝΩΝ ΟΥΣΙΩΝ	13
2.1 ΔΙΕΓΕΡΤΙΚΕΣ ΟΥΣΙΕΣ	13
2.1.1 Καφεΐνη.....	13
2.1.2 Νικοτίνη	14

2.1.3 Κοκαΐνη.....	14
2.1.4 Αμφεταμίνη	15
2.1.5 Μεθαμφεταμίνες.....	15
2.2 ΚΑΤΑΣΤΑΛΤΙΚΕΣ ΟΥΣΙΕΣ	15
2.2.1 Οινόπνευμα (Αλκοόλ).....	16
2.2.2 Βαρβιτουρικά	16
2.2.3 Βενζοδιαζεπίνες.....	16
2.2.4 GHB	17
2.3 Κανναβινοειδή	17
2.4 Οπιούχα/Οπιοειδή.....	18
2.4.1 Μεθαδόνη.....	18
2.4.2 Μορφίνη.....	18
2.4.3 Κωδεΐνη.....	18
2.4.4 Οξυτοκίνη.....	19
2.4.5 Ηρωίνη	19
2.4.6 Όπιο	20
2.5 ΠΑΡΑΙΣΘΗΣΙΟΓΟΝΑ/ΨΥΧΕΔΕΛΙΚΑ	20
2.5.1 LSD.....	20
2.5.2 Ψιλοκυβίνη.....	20
2.6 Νέες ψυχοδραστικές ουσίες.....	21
2.6.1 Συνθετικές καθιόνες.....	21
2.6.2 Συνθετικά κανναβινοειδή.....	21
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο	23
ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑ	23
3.1 ΔΙΕΓΕΡΤΙΚΕΣ ΟΥΣΙΕΣ	23
3.1.1 Καφεΐνη.....	24
3.1.2 Νικοτίνη	25

3.2 Κατασταλτικές ουσίες.....	29
3.3 Κανναβινοειδή	30
3.4 Οπιούχα	33
3.5 Ψυχεδελικά ναρκωτικά.....	38
3.5.1 LSD.....	38
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο	40
4.1 Η Συνθήκη της εξάρτησης	40
4.2 Θεωρίες χρήσης και εξάρτησης.....	47
4.2.1 Θεωρία ευαισθητοποίησης κινήτρων και η θεωρία εκμάθησης	47
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο	50
Αντιμετώπιση και θεραπεία εθισμού.....	50
5.1 Επίπεδα φροντίδας.....	50
5.2 Διαθέσιμες θεραπευτικές προσεγγίσεις.....	51
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο	57
6.1 Οι στάσεις των νοσηλευτών απέναντι στους χρήστες ψυχοδραστικών ουσιών.....	57
6.2 Η αναγκαιότητα της εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας σε προπτυχιακό και μεταπτυχιακό επίπεδο	58
6.3 Πλαίσιο άσκησης της νοσηλευτικής εξαρτημένων ατόμων.....	60
6.4 Πρόληψη.....	64
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	66
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο	66
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ	66
7.1 Ορισμός νοσηλευτικής διεργασίας.....	66
7.2 Περιστατικό Α.....	66
7.3 Περιστατικό Β.....	69
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	72
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	73

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

ΕΞΑΡΤΗΣΙΟΓΟΝΕΣ ΟΥΣΙΕΣ

1.1 ΙΣΤΟΡΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

Από την ύπαρξη του ανθρώπου μέχρι και σήμερα, η τάση και η έντονη επιθυμία χρήσης εξαρτησιογόνων ή ψυχοδραστικών ουσιών είναι πανομοιότυπη. Από την θρησκεία ως την ιατρική μέχρι τη διασκέδαση και την κοινωνική αποδοχή (όπως είναι η νικοτίνη ή το αλκοόλ). Οι προγενέστεροί μας ανακάλυψαν μέσω της χημείας, ενώσεις που αργότερα τους οδήγησε σε ταχύτερη χορήγηση των ουσιών αυτών, όπου παρατηρήθηκε η διαφορετική ανταπόκριση του οργανισμού από άνθρωπο σε άνθρωπο. Οι ίδιοι όντας κυνηγοί-συλλέκτες εξερεύνησαν όλες τις κοινωνικές ομάδες και συνθήκες στις οποίες ζούσαν καθώς και διάφορα φυτά και φάρμακα. Κάποιοι από αυτούς ήταν οι Αυστραλιανοί, οι Αφρικανοί και οι Ινδοί του Αμαζονίου ή όπως τότε ονομάζονταν Καλαχάρι ή ερημίτες Bushmen. Στην αρχαιότητα, πιο συγκεκριμένα, το 3300 π.Χ., ένας τέτοιου είδους εξερευνητής, ονόματι Otzi, θάφτηκε κατά τη διάρκεια παγετού και ανακαλύφθηκε αργότερα το 1991 με ένα αντικείμενο συλλογής, όπου μέσα του βρισκόταν ένας πολυμορφικός μύκητας με αντιβακτηριδιακές και αιμοστατικές ιδιότητες, αποδεικνύοντας έτσι την αναζήτηση των ανθρώπων για ψυχοδραστικές ουσίες και την αποτελεσματικότητά τους στον ανθρώπινο οργανισμό (Vetulani 2001 & Crocq 2007).

Ταυτόχρονα στην Αιθιοπία, οι ιερείς ανακαλύπτουν τον καφέ ψήνοντας κόκκους του φυτού για να παραμείνουν ενεργητικοί ώστε να πραγματοποιήσουν τις προσευχές τους. Από την Αιθιοπία μέχρι και σήμερα ο καφές (καφεΐνη), θεωρείται ως η πιο κοινή συνήθεια όλου του πληθυσμού. Λίγο αργότερα, τον 17 αιώνα π.Χ., δημιουργήθηκε και η έννοια του εθισμού, ως μια ανεξέλεγκτη τάση χρήσης της ουσίας, η οποία δημιούργησε πολλές συζητήσεις και ερωτήματα μεταξύ των ανθρώπων όπως : Τι είναι εθισμός; Πώς αντιμετωπίζεται και από ποιόν; Πώς προκαλείται; Βασίζεται στην ψυχολογία του ανθρώπου ή στην αδυναμία του; Παίζουν ρόλο οι κοινωνικές, οι οικογενειακές ή οι ταξικές συνθήκες; Πρέπει οι

εξαρτησιογόνες ουσίες να είναι νόμιμες ή παράνομες; Πρέπει να είναι διαθέσιμες για όλους τους ανθρώπους; Αυτά ήταν κάποια από τα βασικότερα ερωτήματα που τέθηκαν ώστε να ερευνηθεί ποια είναι η έννοια του εθισμού και τι αντίκτυπο θα έχει στις κοινωνίες μας (Vetulani 2001 & Crocq 2007).

1.2 ΘΡΗΣΚΕΥΤΙΚΗ ΧΡΗΣΗ

Στην αρχαιότητα οι κληρικοί και οι οραματιστές εκείνης της εποχής έκαναν κατανάλωση των φυτών τους για χιλιάδες χρόνια με σκοπό να δημιουργήσουν μια εκτεταμένη αίσθηση αγαλλίασης. Αυτές οι ουσίες αποκαλούνται “ενθεγενείς” (από τις ελληνικές ρίζες “en”, “theo” (θεός) και “gen” (δημιουργώ)). Το *Amanita muscaria*, το οποίο θεωρείται ένα από τα επικινδυνότερα μανιτάρια της σύγχρονης εποχής γνωστό και ως μυγοκτόνος, είχε θρησκευτική σημασία στην αρχαία Ινδία αλλά και στην βορειοανατολική Σιβηρία τον 18^ο αιώνα όπου καταγράφηκε η χρήση της. Εδώ και αρκετά χρόνια θεωρείται ότι μια χολινεργική ουσία, ονόματι μουσκαρίνη, η οποία δημιουργούσε παραισθήσεις ανιχνεύτηκε το 1869 στο *Amanita muscaria* (Stille 1994, Stille 2004, Crocq 2007).

Άλλο ένα μανιτάρι, που χρησιμοποιήθηκε για την ανάπτυξη ευχάριστων συναισθημάτων ήταν το *psilocybe*, όπου έκανε την εμφάνισή του στην Κεντρική Αμερική. Όπως έγινε γνωστό, οι κατηγορίες αυτών των μανιταριών περιλάμβαναν ψυχοδραστικές ουσίες όπως η ψιλοβυκίνη και η ψιλοκίνη. Οι πρωτόγονοι λαοί του προκολομβιανού Μεξικού και του Navajo στις νοτιοδυτικές Η.Π.Α, για να επιφέρουν καταστάσεις πνευματικής και εσωτερικής αναζήτησης, έκαναν χρήση ενός κάκτου πεγιότ (*peyote Lophophora williamsi*), το οποίο περιέχει ψυχοδραστικά αλκαλοειδή κυρίως μεσκαλίνη (Stille 1994, Stille 2004, Crocq, 2007).

1.3 ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΧΡΗΣΗ

Η χρήση των εξαρτησιογόνων ουσιών δεν ανταποκρίνεται πάντα αρνητικά στον ανθρώπινο οργανισμό, καθώς έχει αποδειχθεί ότι έχουν φαρμακευτικά αποτελέσματα, όπως το όπιο (κοινώς αφιόνι, αποξηραμένος γαλακτώδης χυμός που παράγει η παπαρούνα). Σύμφωνα με την Οδύσσεια του Ομήρου τον 9^ο αιώνα π.Χ., το όπιο αναφέρεται ως *Nepenthes pharmakon*, το οποίο η Ωραία Ελένη έψαξε και πήρε από μια αρχαία Αιγυπτιακή βασίλισσα σε υγρή μορφή και το χρησιμοποιούσε θεραπευτικά απέναντι στους Έλληνες πολεμιστές κατά τη

διάρκεια του Τρωικού πολέμου. Το *Nerpenthes pharmakon* ετυμολογικά αναλύεται ως : (ne=όχι και renthes=θλίψη), όπου σήμερα θα το παρείχαμε ως φαρμακευτική αγωγή σε περιπτώσεις άγχους και κατάθλιψης (Jackson 1986, Brownstein 1993, Crocq 2007).

Το όπιο εμφανίζεται και σε άλλα ιστορικά γεγονότα και έγγραφα, όπως ο πάπυρος του Ebers, ένα από τα παγκόσμια ιατρικά κείμενα του 1500 π.Χ., όπου περιγράφεται ως θεραπεία στο κλάμα των μικρών παιδιών και προσφερόταν σε μορφή πολτού από τους σπόρους της παπαρούνας. Επιπλέον, το όπιο ορίστηκε ως «gil=χαρά» και «huh gil=το φυτό της χαράς» λίγο αργότερα στην Μεσοποταμία (σημερινό Αφγανιστάν) το 6000 π.Χ., από έναν αρχαίο λαό που ονομάζονταν Σουμέριοι, οι οποίοι είχαν ως χαρακτηριστικό τους γνώρισμα την ανάπτυξη της γεωργίας περιλαμβανομένου του φυτού της παπαρούνας, όπου παρήγαγαν και το όπιο. Πολύ αργότερα, τον 20^ο αιώνα, στην Ευρώπη, οι επιστήμες ανέφεραν ότι το όπιο ανταποκρίνεται σταθερά όπως κάθε φάρμακο στον ανθρώπινο οργανισμό, εφόσον ο άνθρωπος πληρεί κάποια κριτήρια όπως δηλαδή να είναι υγιής σωματικά και ψυχικά, ώστε να μην λειτουργεί ως εξάρτηση, ενώ ο Γερμανός ιδρυτής της ψυχιατρικής Griesinger συνέστησε το όπιο ως φάρμακο κατά της μελαγχολίας (Jackson 1986, Brownstein 1993, Crocq 2007).

1.4 ΨΥΧΑΓΩΓΙΚΗ ΧΡΗΣΗ

Ο πολιτισμός των ανθρώπων ανεξαρτήτου φυλής, φύλου ή θρησκείας μας έχει αποδείξει ότι σε όλα τα χρόνια της ύπαρξης του δεν μπορεί να αποβάλλει τις εξαρτησιογόνες ουσίες από συνήθεια. Παρόλο που ορισμένες εξαρτησιογόνες ουσίες έχουν καταστεί ως φάρμακα απαραίτητα στον ανθρώπινο οργανισμό ώστε να ζήσει περισσότερο, οι άνθρωποι εκμεταλλεύονται αυτά τα αγαθά και κάνουν κατάχρηση αυτών, με αποτέλεσμα και τον θάνατό τους. Οι πιο γνωστές και νόμιμες ουσίες που χρησιμοποιούνται και στην σύγχρονη εποχή είναι η καφεΐνη, η νικοτίνη και το αλκοόλ, όπου εδώ και αρκετά χρόνια έχουν αρνητικές επιπτώσεις στον οργανισμό (Austin 1985, Johnson 1989, Booth 2003, Crocq 2007).

Στα τέλη του 15^{ου} αιώνα ο καφές παρόλο που ήταν περισσότερο γνωστός στις Ανατολικές χώρες, αρχίζει να αναπτύσσεται το εμπόριο του με την καλλιέργεια των φυτών του, και στην Ευρώπη με τεράστια ανταπόκριση, καθώς το αλκοόλ και η υπερβολική χρήση του αρχίζει να μειώνεται στις αρχές του 20^{ου} αιώνα, όπου στις Σκανδιναβικές χώρες και στις ΗΠΑ γίνεται η γνωστή «ποτοαπαγόρευση» (1920-1923). Πέρα από τις προηγούμενες ουσίες υπήρχαν και άλλες πιο ήπιες ουσίες όπως το τσάι, που ανακαλύφθηκε παλαιότερα τον 3^ο αιώνα στα

εργοστάσια της Ασίας, κυρίως της Κίνας. Ενώ, το χασίς ή η κάνναβη όπως ορίζεται, όπου η χρήση του ήταν γνωστή περισσότερο σε Ανατολικούς πολιτισμούς και λαούς για λόγους διασκέδασης, απαγορεύτηκε το 1378 από τον Οθωμανικό εμίρη της Αιγύπτου, ο οποίος εξέθεσε νόμο απαγόρευσης της ουσίας με μέγιστη τιμωρία τον βασανισμό της περιοχής του στόματος σε όποιον την κατανάλωνε παράνομα (Austin 1985, Johnson 1989, Booth 2003, Crocq 2007).

1.5 ΟΡΙΣΜΟΙ ΒΑΣΙΚΩΝ ΕΝΝΟΙΩΝ

- **Εξάρτηση :** Με τον όρο εξάρτηση νοείται μια κατάσταση απόλυτου εθισμού, η οποία έχει την ικανότητα να προκαλεί φυσιολογικές αλλαγές στο ΚΝΣ και σε άλλα συστήματα λόγω της νευροπροσαρμοστικής ιδιότητας της ουσίας. Η εξάρτηση δημιουργεί στον χρήστη συνεχή επιθυμία και ανάγκη λήψης ουσιών. Διακρίνεται σε σωματική και ψυχική. Σωματική, διότι παρατηρείται στο άτομο δυσλειτουργία του οργανισμού στη μη συστηματική χρήση της ουσίας και ψυχική, όπου ο χρήστης για να διαφυλάξει την ψυχική του σταθερότητα έχει ανάγκη την λήψη ουσιών (Mathre, 2016, ΚΕΘΕΑ, 2018).
- **Εθισμός :** Εθισμός είναι μια πολυσύνθετη κατάσταση, μια νευροψυχιατρική διαταραχή που χαρακτηρίζεται από απαραίτητη επιθυμία εθιστικών ουσιών, επαναλαμβανόμενη χρήση, ανεξαρτήτως των βλαβερών συνεπειών και μακροχρόνιων αλλαγών στο ΚΝΣ. Ο εθισμός οδηγεί σε υπέρμετρη ψύχωση για τη χρήση πυροδοτώντας στον χρήστη άγχος σε περιπτώσεις ανικανότητας λήψης της ουσίας (Kranzler & Li 2008, Grant et al. 2010).
- **Εξαρτησιογόνες ουσίες :** Είναι φυσικές ή χημικές ουσίες, οι οποίες έχουν την ικανότητα να επηρεάζουν το ΚΝΣ και να προξενούν αλλαγές στην διάθεση του ανθρώπου. Οι εξαρτησιογόνες ουσίες προκαλούν μια κατάσταση εθισμού, όπου ο χρήστης διατρέχεται από μια ανεξέλεγκτη ανάγκη λήψης αυτών των ουσιών με αποτέλεσμα την ψυχική και σωματική του κατάρρευση (Mathre, 2016).
- **Ανοχή :** Είναι το φαινόμενο που εμφανίζεται μετά από συνεχή αύξηση της χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών λόγω της μειωμένης ανταπόκρισης στην δόση με σκοπό την επίτευξη ενός επιθυμητού αποτελέσματος. Οι παράγοντες που επηρεάζουν την ανοχή είναι φυσιολογικοί, ψυχολογικοί και κοινωνικοί. Η ανοχή διακρίνεται σε σωματική, ψυχολογική και συμπεριφοριστική (Μαλλιώρα, 2010).
- **Στερητικό σύνδρομο :** Είναι η διακοπή ή η μείωση χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών σε σύγκριση με προηγούμενη συνεχή αυξημένη χρήση ουσιών, όπου η διακοπή αυτή

προκαλεί διάφορα συμπτώματα και οδηγεί σε επικίνδυνες καταστάσεις για τη ζωή (Rehmi et al. 2013, Μαλλιώρη, 2010).

- Για να χαρακτηριστεί ένα άτομο εξαρτημένο από μια ουσία θα πρέπει να πληρεί τουλάχιστον τρία από τα παρακάτω κριτήρια :
- Ανοχή (όσο αυξάνεται η ανοχή τόσο αυξάνεται η επιθυμία για μεγαλύτερες δόσεις).
- Ψυχολογική εξάρτηση.
- Στερητικό σύνδρομο.
- Έντονη ανάγκη για χρήση ουσιών.
- Μειωμένη αποδοτικότητα λόγω της λήψης ουσιών.
- Άκαρπες προσπάθειες του χρήστη στον έλεγχο της χρήσης και του εαυτού του.
- Παρόλο που ο χρήστης γνωρίζει τα καταστροφικά αποτελέσματα της χρήσης, παρουσιάζει εμμονή να συνεχίσει την χρήση ουσιών (Kaye et al. 2017).

1.6 ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΕΞΑΡΤΗΣΙΟΓΟΝΩΝ ΟΥΣΙΩΝ

- Διεγερτικές ουσίες : κοκαΐνη, αμφεταμίνη, μεθαμφεταμίνες, καφεΐνη, νικοτίνη.
- Κατασταλτικές ουσίες : οινόπνευμα (αλκοόλ), βαρβιτουρικά, βενζοδιαζεπίνες, ναρκωτικά που συνδέονται με την σεξουαλική κακοποίηση.
- Κανναβινοειδή : χασίς, μαριγουάνα.
- Οπιούχα/Οποιοειδή : μεθαδόνη, μορφίνη, όπιο, κωδεΐνη, ηρωΐνη, οξυτοκίνη.
- Παραισθησιογόνα ή ψυχεδελικά : LSD, ψιλοκυβίνη.
- Νέες ψυχοδραστικές ουσίες : συνθετικά κανναβινοειδή, συνθετικές καθιόνες (Rehmi 2013, Μισαυρίδου, 2015).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

ΑΝΑΛΥΣΗ ΕΞΑΡΤΗΣΙΟΓΟΝΩΝ ΟΥΣΙΩΝ

2.1 ΔΙΕΓΕΡΤΙΚΕΣ ΟΥΣΙΕΣ

Όταν αναφερόμαστε στις διεγερτικές ουσίες εννοούμε οποιαδήποτε εξαρτησιογόνο ουσία που κινητοποιεί και δραστηριοποιεί το κεντρικό νευρικό σύστημα (ΚΝΣ). Οι διεγερτικές ουσίες διακρίνονται σε νόμιμες και παράνομες. Μία από τις διεγερτικές ουσίες, η οποία είναι ευρέως γνωστή και χρησιμοποιείται από το μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού παγκοσμίως είναι η καφεΐνη, η οποία συγκαταλέγεται στις νόμιμες ουσίες και εμπεριέχεται στον καφέ, στο τσάι και την σοκολάτα. Επίσης, μία άλλη διεγερτική ουσία που θεωρείται νόμιμη και χρησιμοποιείται και αυτή από τον ευρύ πληθυσμό είναι η νικοτίνη. Ωστόσο, σύμφωνα με έρευνες μια μεγάλη μερίδα ανθρώπων κάνει χρήση παράνομων διεγερτικών ναρκωτικών όπως είναι η κοκαΐνη, η αμφεταμίνη και οι μεθαμφεταμίνες. Τα κύρια συμπτώματα που εμφανίζονται με την χρήση διεγερτικών ουσιών είναι η ταχυκαρδία, η υπέρταση, η εφίδρωση, η ναυτία, ο έμετος και το ρίγος (Heal 2013, Cornelis 2019, Μαλλιώρη 2010).

2.1.1 Καφεΐνη

Η καφεΐνη ανήκει στην κατηγορία των ξανθινών και είναι φυσικό και ελαφρύ διεγερτικό του κεντρικού νευρικού συστήματος (ΚΝΣ). Η καφεΐνη είναι νόμιμη διεγερτική ουσία και εμπεριέχεται σε προϊόντα που καταναλώνουμε καθημερινά όπως ο καφές, η σοκολάτα, τα αναψυκτικά και το τσάι. Ο κύριος ρόλος της καφεΐνης είναι να περιορίσει την υπνηλία και την κόπωση. Η καθημερινή κατανάλωση άνω των 500mg οδηγεί σε εξάρτηση, η οποία ονομάζεται καφεϊνισμός. Τα κύρια συμπτώματα που εμφανίζονται με την υπερκατανάλωση καφεΐνης είναι η ταχυκαρδία, η αϋπνία, η νευρικότητα, οι γαστρεντερικές διαταραχές, η κατάθλιψη και η σχιζοφρένεια (Nehlig 1992, Μαλλιώρη 2010).

2.1.2 Νικοτίνη

Η νικοτίνη είναι ένα φυσικό, διεγερτικό και χαλαρωτικό αλκαλοειδές του κεντρικού νευρικού συστήματος (ΚΝΣ) και αποτελεί σημαντικό συστατικό των τσιγάρων. Συγκαταλέγεται στις νόμιμες ουσίες και έχει την ικανότητα να αυξάνει σε μερικά άτομα την συγκέντρωση και την προσοχή, ενώ σε κάποια άλλα έχει την ικανότητα να μειώνει την νευρική και το άγχος. Η νικοτίνη κυκλοφορεί ως εισπνεόμενος καπνός, ως τσίγλα νικοτίνης, ως άκαπνος καπνός και με εισρόφηση από τη μύτη. Για κάθε εισπνοή καπνού εισέρχεται στον οργανισμό νικοτίνη, η οποία απορροφάται από τους πνεύμονες και μεταφέρεται στον εγκέφαλο εντός ολίγων δευτερολέπτων. Επιπλέον, ο καπνιστής εντός 30-45 λεπτών διακατέχεται από έντονη επιθυμία να καπνίσει και άλλο τσιγάρο, λόγω του γρήγορου μεταβολισμού της νικοτίνης στον εγκέφαλο. Η νικοτίνη, δηλαδή, μπορεί να προκαλέσει ανοχή και σωματική εξάρτηση και να παρουσιάσει στερητικό σύνδρομο μετά από την τελευταία δόση εντός ολίγων ωρών. Τα συμπτώματα τα οποία μπορούν να εκδηλωθούν με το στερητικό σύνδρομο είναι η ακαταμάχητη επιθυμία για κάπνισμα, νευρική, άγχος, οργή, αύξηση της όρεξης, μειωμένη συγκέντρωση και μείωση του καρδιακού ρυθμού, πονοκέφαλοι και αϋπνίες. (Μαλλιώρη, 2010)

2.1.3 Κοκαΐνη

Είναι ένα φυσικό αλκαλοειδές και λαμβάνεται από τα φύλλα του φυτού της κόκας. Η κοκαΐνη είναι μια κρυσταλλική άσπρη σκόνη, η οποία απορροφάται από τους βλεννογόνους του σώματος (μύτη, στόμα, κόλπος, έντερο) και έχει ως αποτέλεσμα την διέγερση και την τόνωση του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος (ΚΝΣ). Η κατάσταση ευφορίας υπό την επίρεια κοκαΐνης διαρκεί περίπου 15-30 λεπτά. Λειτουργεί, επίσης, και ως τοπικό αναισθητικό. Η υδροχλωρική κοκαΐνη δημιουργείται από επεξεργασμένα φύλλα κόκας σε άνομες εγκαταστάσεις και η ψυχαγωγική χρήση της κοκαΐνης είναι παράνομη. Συγκεκριμένα, η κοκαΐνη αυξάνει τα επίπεδα ντοπαμίνης στα εγκεφαλικά κύτταρα μέσω του περιορισμού της πρωτεΐνης μεταφορέα ντοπαμίνης. (Farzam & Lakhar 2019, Iatronet 2008)

2.1.4 Αμφεταμίνη

Η αμφεταμίνη ως εξαρτησιογόνος ουσία προκαλεί αρκετές σοβαρές επιδράσεις στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα (ΚΝΣ) του ανθρώπινου οργανισμού. Συγκεκριμένα, η αμφεταμίνη συμμετέχει στην απελευθέρωση κατεχολαμινικών διαβιβαστών, ειδικότερα της επινεφρίνης, της νορεπινεφρίνης και της ντοπαμίνης μέσω των νευροδιαβιβαστών. Αυτές οι κατεχολαμίνες έχουν ως αποτέλεσμα να δημιουργούν υπέρμετρη λίμπινο και αυξημένη ενέργεια και ευφορία. Τα κύρια συμπτώματα που εκδηλώνονται με την χρήση αμφεταμινών είναι η ταχυκαρδία, η υπέρταση, η εφίδρωση, η ανορεξία, η αϋπνία, η διαστολή της κόρης, η ναυτία ή ο έμετος και η επιθετική συμπεριφορά (Calipari 2013, Μαλλιώρη 2010).

2.1.5 Μεθαμφεταμίνες

Οι μεθαμφεταμίνες ανήκουν στις αμφεταμίνες, χρησιμοποιούνται για ψυχαγωγική χρήση και δημιουργούνται σε παράνομες εγκαταστάσεις αναμειγνύοντας ποικίλα διεγερτικά φάρμακα. Επίσης, κυκλοφορούν στο εμπόριο με την μορφή σκόνης, κρυστάλλου ή χαπιού και μπορούν να ληφθούν με την εισπνοή, την κατάποση, να αναμειχθούν στο νερό ή να καπνιστούν. Η αμφεταμίνη δρα εντός 15-30 λεπτών και διαρκεί για 6-8 ώρες. Τα κύρια συμπτώματα που προκαλούνται με την χρήση αμφεταμινών είναι η ταχυκαρδία, ο πονοκέφαλος, η αρτηριακή πίεση, η απώλεια όρεξης, ο πυρετός, η βίαιη συμπεριφορά, η παράνοια και οι παραισθήσεις. (Ottawa 2018, Iatronet 2008)

2.2 ΚΑΤΑΣΤΑΛΤΙΚΕΣ ΟΥΣΙΕΣ

Οι κατασταλτικές ουσίες είναι φάρμακα που επηρεάζουν το κεντρικό νευρικό σύστημα (ΚΝΣ) και γενικά τη λειτουργία του εγκεφάλου. Πιο συγκεκριμένα αυτές οι ουσίες αλληλεπιδρούν με το νευροδιαβιβαστή GABA, ο οποίος εμποδίζει το ερέθισμα των νευρώνων. Οι κατασταλτικές ουσίες παρουσιάζουν κάποιες παρενέργειες, όπως μειωμένη αναστολή, χαλάρωση και υπνηλία (Μισαυρίδου 2015).

2.2.1 Οινόπνευμα (Αλκοόλ)

Το αλκοόλ έχει ως επίσημη ονομασία την αιθανόλη ή αιθυλική αλκοόλη, όπως συναντάται στη χημεία. Η αιθανόλη είναι μια οργανική ουσία που δημιουργείται όταν σε μια ομάδα υδροξυλίου παίρνει θέση ένα άτομο υδρογόνου σε έναν υδρογονάνθρακα. Το αλκοόλ δημιουργείται ως αιθανόλη με δύο χημικές διαδικασίες: Την ενυδάτωση του αιθυλενίου και την ζύμωση των υδατανθράκων. Η αιθανόλη που συναντάται στα αλκοολούχα ποτά δημιουργείται από τη χημική διαδικασία της ζύμωσης. Η ζύμωση πραγματοποιείται με μαγιά και ζάχαρη. Όταν εισέρχεται στον οργανισμό η ζάχαρη αναλαμβάνει το ρόλο του καυσίμου και έπειτα η αιθανόλη καταπαύει το κεντρικό νευρικό σύστημα, με αποτέλεσμα την τροποποίηση της ακεταλδεΐδης σε νερό και διοξείδιο του άνθρακα (Roehrs & Roth 2001 Μαλλιώρη 2010)

2.2.2 Βαρβιτουρικά

Τα βαρβιτουρικά είναι φάρμακα που καταστέλλουν το κεντρικό νευρικό σύστημα (ΚΝΣ), τους μύες, την αναπνοή, την αρτηριακή πίεση και τους καρδιακούς παλμούς. Όπως και άλλα κατασταλτικά φάρμακα έτσι και τα βαρβιτουρικά αλληλεπιδρούν με το GABA που θεωρείται ως νευροδιαβιβαστής του κεντρικού νευρικού συστήματος (ΚΝΣ). Η κυκλοφορία τους γίνεται το 1881, καθώς μόνο δύο τύποι βαρβιτουρικών επιβεβαιώθηκαν ως φαρμακευτικά σκευάσματα, την βαρβιτάλη η Barbitol (1903) και η φαινοβαρβιτάλη (1912). Σήμερα υπάρχουν πάνω από 2500 είδη βαρβιτουρικών. Χρησιμοποιούνται ως αναισθητικά, υπνωτικά, ηρεμιστικά ή αγχολυτικά και συναντώνται σε μορφή χαπιών η ενέσιμα (Μαλλιώρη, 2010).

2.2.3 Βενζοδιαζεπίνες

Οι Βενζοδιαζεπίνες ανήκουν στη κατηγορία των κατασταλτικών φαρμάκων καθώς δρουν ως ηρεμιστικά, αγχολυτικά ή αντιεπιληπτικά και άλλα. Οι Βενζοδιαζεπίνες λειτουργούν ως ρυθμιστές του GABA. Το GABA είναι νευροδιαβιβαστής του κεντρικού νευρικού συστήματος (ΚΝΣ) και συναντάται στο φλοιό του εγκεφάλου και στο λεμφικό σύστημα. Λόγω της ανασταλτικότητας που παρουσιάζει, το GABA εμποδίζει το ερέθισμα των νευρώνων. Έτσι μέσω της παραγωγής των βενζοδιαζεπινών επιτυγχάνεται η ηρεμιστική δράση του εγκεφάλου (Cascade & Kalali 2008, Fox et al. 2011).

2.2.4 GHB

Το GHB, Gamma-OH ή Gamma Hydroxybutyrate είναι ένα φάρμακο που δεν χρησιμοποιείται για ιατρικούς σκοπούς και στο εμπόριο δεν υφίσταται νόμιμα. Το GHB κάνει την εμφάνισή του κυρίως στην Ευρώπη την δεκαετία του 1990 καθώς θεωρείται ως «το χάπι βιασμού» και έχει καταγραφεί ως αιτία πολλών σεξουαλικών επιθέσεων. Εμφανίζεται ως ουσία μέσω των ούρων για 3-10 ώρες σε μια δόση 1, 5 ml. Το GHB θεωρείται το πιο δυνατό στη κατηγορία των κατασταλτικών ουσιών στο κεντρικό νευρικό σύστημα (ΚΝΣ), καθώς αναστέλλει την παραγωγή ντοπαμίνης και το νευροδιαβιβαστή GABA. Το GHB χρησιμοποιείται σε υγρή μορφή ή σε σκόνη (Nicholson & Balster 2001, Couper & Marinetti 2002).

2.3 KANNABINOΕΙΔΗ

Η κάνναβη ανήκει στα θαμνώδη φυτά, έχει ψυχοτρόπο δράση και διαφέρει λόγω της ικανότητας της να αντέχει στις διάφορες μεταβολές του κλίματος. Η δραστική ένωση της φυτικής κάνναβης είναι η τετραϋδροκανναβινόλη (THC). Έχει αποδειχθεί ότι η μαριχουάνα/χασίς ασκεί μεγάλη επιρροή στη μνήμη, στην κρίση και στην αντίληψη και η συχνή και συνεχής χρήση της έχει πολλές επιπτώσεις στις λειτουργίες του εγκεφάλου. Η επήρεια από κάνναβη δημιουργεί αίσθημα αγαλλίασης και συχνά κοινωνική αποστροφή. Επίσης, σύμφωνα με έρευνες που έχουν διεξαχθεί η συστηματική χρήση της κάνναβης μπορεί να προκαλέσει αντίστοιχες αλλαγές με εκείνες που προξενεί η χρήση του αλκοόλ, της ηρωίνης και της κοκαΐνης. Ενώ, εκτιμάται πως ορισμένες ασθένειες που αφορούν το αναπνευστικό, το ανοσοποιητικό και το γεννητικό σύστημα, καθώς και κάποιοι νόσοι καρκίνου έχουν συνδεθεί με την χρήση της κάνναβης. Ωστόσο, μια μεγάλη μερίδα του πληθυσμού αμφισβητεί την επικινδυνότητα της κάνναβης, ενώ οι περισσότερες μελέτες αποδεικνύουν πως η χρήση της κάνναβης προκαλεί ψυχολογική εξάρτηση, οδηγώντας στη συνεχή συστηματική χρήση της, αποτελώντας σημαντικό παράγοντα στην εκδήλωση σχιζοφρένειας, καθώς και καταστάσεις άγχους, πανικού και ψευδαισθήσεων (Μαλλιώρα 2010, Iatronet 2008).

2.4 ΟΠΙΟΥΧΑ/ΟΠΙΟΕΙΔΗ

Τα οπιοειδή ή οπιούχα ονομάζονται τα μόρια τα οποία αντικαθιστούν κάποια άλλα σηματοδοτικά μόρια, όπου η τοποθεσία τους βρίσκεται υπό φυσιολογικές συνθήκες στο κεντρικό νευρικό και στο γαστρεντερικό σύστημα. Χρησιμοποιούνται νόμιμα, σε κλινικές ιατρικές έρευνες, αλλά η κατανάλωση τους γίνεται και για ψυχαγωγικούς σκοπούς παρανόμως. Τα οπιοειδή εμφανίζουν διαφορά συμπτώματα όπως σύγχυση, απάθεια, ζάλη, λήθαργο καθώς σε μεγαλύτερες δοσολογίες και με αλόγιστη χρήση, εμφανίζουν σοβαρότερα συμπτώματα, όπως υπνηλία και βαθύ κώμα (Launer, 2013).

2.4.1 Μεθαδόνη

Η μεθαδόνη είναι οπιούχο, δηλαδή παράγεται από το φυτό της παπαρούνας. Στην Ιατρική χρησιμοποιήθηκε ως αναλγητικό στο Β' Παγκόσμιο πόλεμο έως ότου γίνει έρευνα και αποδειχθεί πως έχει αποτελέσματα στη θεραπεία κατά του εθισμού και της τοξικομανίας. Η μεθαδόνη κυκλοφορεί νόμιμα στη φαρμακευτική αγορά παρόλο που θεωρείται αναπλήρωση της ηρωίνης (Brill 1971, Kreek 1973).

2.4.2 Μορφίνη

Η μορφίνη συγκαταλέγεται στα οπιοειδή και θεωρείται το πιο ανθεκτικό ναρκωτικό λόγω της δράσης της στον πόνο. Όπως και τα υπόλοιπα οπιοειδή έτσι και η μορφίνη δημιουργείται από το φυτό της παπαρούνας. Ιατρικά, θεωρείται ως το πιο δραστικό παυσίπονο, για αυτό και χορηγείται με βάση τη κλίμακα πόνου, καθώς θα πρέπει να είναι μέτριου η υψηλού βαθμού πόνος. Η μορφίνη χορηγείται σε κάψουλα, δισκίο, υπόθετο ή σε ενέσιμη μορφή. Στο εμπόριο έχει την ονομασία ως MS-Contin, MSiR και άλλα (Christrup, 2008).

2.4.3 Κωδεΐνη

Η κωδεΐνη είναι γνωστή για τη κατάπαυση του βήχα, όμως θεωρείται παυσίπονο αλλά και ναρκωτικό όπως η μορφίνη και η υδροκοδόνη. Η FDA τη γνωστοποίησε το 1950. Στο εμπόριο συναντάται σε μορφή υγρού ή χαπιού και προκαλεί υπνηλία καθώς καταβάλλει και την αναπνευστική λειτουργία του οργανισμού. Η κωδεΐνη όταν χορηγείται σε μικρή

ποσότητα μετατρέπεται σε μορφίνη αλλά δεν είναι ακόμα αποδεδειγμένο γιατί η πωσ ακριβώς συμβαίνει. Όμως η κωδεΐνη με τη βοήθεια κάποιων υποδοχέων του εγκεφάλου, μεταδίδει μέσω ερεθισμάτων την αίσθηση του πόνου στο υπόλοιπο σώμα. Έτσι βοηθά τον ασθενή να νιώθει λιγότερο πόνο και μεγαλύτερη αντοχή, για αυτό χορηγείται σε συνδυασμό με ακεταμινοφαΐνη ή με ασπιρίνη, για μεγαλύτερη καταπράυνση του πόνου (Joseph et al., 2016).

2.4.4 Οξυτοκίνη

Η Οξυτοκίνη είναι μια πρωτεΐνη που παράγεται στα θηλαστικά, όπως και στον άνθρωπο. Πιο συγκεκριμένα, παράγεται στην υπόφυση του εγκεφάλου και δρα αυξάνοντας τα ποσοστά ασβεστίου μέσα στα μυϊκά κύτταρα της μήτρας, με αποτέλεσμα τη συστολή της. Όσο περισσότερο ασβέστιο παράγεται, τόσο μεγαλύτερη και η συστολή της μήτρας. Η FDA επιβεβαίωσε τη παραγωγή της οξυτοκίνης στην αγορά, τον Νοέμβριο του 1980. Στο εμπόριο ονομάζεται ως Pitocin και χορηγείται σε ενέσιμη μορφή. Με βάση ιατρικών οδηγιών, η οξυτοκίνη δίνεται για την έναρξη συστολών της μήτρας και αποφυγή αιμορραγίας μετά τον τοκετό, καθώς μπορεί να χρησιμοποιηθεί και σε διαδικασία τερματισμού της κύησης (Lars-Lennart & Wolfgang, 2017).

2.4.5 Ηρωΐνη

Το 1874 έγινε έρευνα και τυχαία εισήλθε στη ζωή του ανθρώπου η ηρωΐνη, ένα ημισυνθετικό φάρμακο. Στη Γερμανία 1898 έγινε έλεγχος και επιβεβαίωση της ηρωΐνης στη φαρμακευτική αγορά. Ως το πιο ισχυρό ναρκωτικό παραμένει ακόμα και σήμερα για αυτό και η ονομασία της στα γερμανικά μεταφράζεται ως ισχυρή, δυνατή, δραστική. Η ηρωΐνη χορηγείται ενδοφλέβια, ενδομυϊκά και ενδοδερμικά. Η επεξεργασία της δεν δίνει πάντα ως αποτέλεσμα τη γνωστή υγρή σύσταση, καθώς βρίσκεται και σε μορφή σκόνης και πάντα σε συνδυασμό με τη μορφίνη. Στο εμπόριο δεν κυκλοφορεί νόμιμα καθώς δεν χρησιμοποιείται για κανέναν ιατρικό σκοπό (Shiel 2018, Ackermann et al. 2019).

2.4.6 Όπιο

Το όπιο ανήκει στη κατηγορία των οπιούχων ή οπιοειδών. Το όπιο δημιουργείται από ενώσεις αλκαλοειδών, τα οποία παράγονται στο φυτό παπαρούνας. Το 3400 π.Χ γίνεται γνωστό στην Ιατρική. Μέχρι και σήμερα το όπιο χρησιμοποιείται για πολλούς ιατρικούς λόγους όπως αναισθησία πριν το χειρουργείο ή για θεραπεία κατά του πόνου και για θεραπεία κατά της διάρροιας (Μαλλιώρα, 2010).

2.5 ΠΑΡΑΙΣΘΗΣΙΟΓΟΝΑ/ΨΥΧΕΔΕΛΙΚΑ

Τα παραισθησιογόνα είναι παράνομα ναρκωτικά που προκαλούν παραισθήσεις και έχουν την ικανότητα να επηρεάζουν τον ψυχικό κόσμο του ατόμου. Πιο συγκεκριμένα, αλλοιώνουν την αντίληψη του ατόμου με αποτέλεσμα να του δημιουργούν οπτικές και ακουστικές μη πραγματικές αντιλήψεις (Iatronet, 2008).

2.5.1 LSD

Το LSD είναι συντομογραφία του διαιθυλαμιδίου του λυσεργικού οξέος και ανήκει στην κατηγορία της λυσεργαμίδης, δημιουργώντας σημαντικές παραισθήσεις στο άτομο. Το LSD προήλθε από τον Albert Hofmann το 1938 και κατασκευάστηκε αρχικά για να διεγείρει το κεντρικό νευρικό σύστημα (ΚΝΣ). Το LSD χρησιμοποιείται με την μορφή κάψουλας, χαπιών, κύβων ζάχαρης και στυπόχαρτου και διαρκεί 12-15 ώρες, ενώ ο χρήστης φτάνει στο αποκορύφωμα μετά από 2-3 ώρες. Οι επιπτώσεις που δημιουργούνται με την χρήση του LSD είναι η υψηλή θερμοκρασία του σώματος, η υπέρταση, η ταχυκαρδία, η εναλλαγή συναισθημάτων, καθώς και η εμφάνιση σχιζοφρένειας (Johnson et al. 2019, Preller et al. 2019, Preuss et al. 2019, Iatronet 2008).

2.5.2 ΨΙΛΟΚΥΒΙΝΗ

Η ψιλοκυβίνη είναι ένα φυσικό παραισθησιογόνο και βρίσκεται σε 75 κατηγορίες μανιταριών όπως το *Copocybe*, το *Panaeolus* και το *Psilocybe*, τα οποία παράγονται σε όλο τον κόσμο. Η ψιλοκυβίνη αποτελεί το κυριότερο συστατικό των μανιταριών και εμπεριέχεται σε μεγαλύτερες ποσότητες, ενώ σε μικρότερες ποσότητες εμπεριέχεται η ψιλοκίνη. Η ψιλοκίνη

δρα 1,4 φορές περισσότερο από την ψιλοκυβίνη, αφού η ψιλοκύβινη τροποποιείται σε ψιλοκίνη λόγω ενός ενζύμου που ονομάζεται αλκαλική φωσφατάση (ALP) (Μαλλιώρα, 2010).

2.6 ΝΕΕΣ ΨΥΧΟΔΡΑΣΤΙΚΕΣ ΟΥΣΙΕΣ

Οι νέες ψυχοδραστικές ουσίες ονομάζονται και NPS, είναι φάρμακα, τα οποία συναντώνται σε καθαρή μορφή ή χημικώς τροποποιημένα. Οι ουσίες αυτές δεν έχουν ελεγχθεί από παγκόσμιους φορείς, λόγω της παράνομης κυκλοφορίας και παραγωγής τους. Τα NPS διακρίνονται κατά χημική δομή, από βιολογικούς τρόπους (φυτά, συνθετικά κ.α.), ή από ψυχοδραστικές ιδιότητες. Τα NPS, όταν καταναλώνονται, παρουσιάζουν τα εξής συμπτώματα: δηλητηρίαση (σπασμοί, οξέωση, πνευμονικό οίδημα), ερεθισμό του δέρματος και έλκη με αποχρώσεις του γκρι και του πρασίνου (Michael & Roumen, 2018).

2.6.1 Συνθετικές καθινόνες

Οι καθινόνες η «Catha Edulis» παίρνουν θέση στην Υεμένη τον 18 ο αιώνα. Οι καθινόνες είναι συνθετικές ουσίες και δρουν ως απομιμήσεις άλλων ναρκωτικών, όπως κοκαΐνη, μεθαμφεταμίνη, MDMA, έκσταση και άλλα. Παρόλο που κάποιες από αυτές τις ουσίες που υπάρχουν στις συνθετικές καθινόνες θεωρούνται παράνομες, στις ΗΠΑ κυκλοφορούν νόμιμα, με εμπορική ονομασία «άλατα μπάνιου» ή ως φυτοφάρμακα. Οι συνθετικές καθινόνες δεν έχουν καμία χρήση στην Ιατρική. Συναντώνται σε λευκή σκόνη, σε κάψουλα ή δισκίο, και σε ποσότητα 200-500 mg, καθώς πωλούνται σε μέρη όπου εμπορεύεται και η συνθετική μαριχουάνα (Karila et al. 2015).

2.6.2 Συνθετικά κανναβινοειδή

Τα SCBs ή αλλιώς συνθετικά κανναβινοειδή, είναι ουσίες χημικώς τροποποιημένες. Τα SCB επηρεάζουν το THC (Δ-τετραϋδροκανναβινόλη) και τους υποδοχείς κανναβινοειδών, οι οποίοι ονομάζονται CB1 και CB2. Στο εμπόριο συναντώνται ως «Spice, K2, Cloud» και άλλες ονομασίες. Όπως όλες οι συνθετικές ουσίες έτσι και τα συνθετικά κανναβινοειδή

αντιγράφουν τα συστατικά της μαριγουάνας 100 φορές περισσότερο. Παρόλο που θεωρούνται παράνομα αφού δεν υφίσταται ιατρικής χρήσεως, κυκλοφορούν ως φιαλίδια υγρού, σε είδη καπνού (ηλεκτρονικό τσιγάρο) ή σε συντηρητικά τροφίμων και ποτών (Karila et al. 2015).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

3.1 ΔΙΕΓΕΡΤΙΚΕΣ ΟΥΣΙΕΣ

Οι διεγερτικές ουσίες είναι υπεύθυνες για την εκδήλωση πολύ σοβαρών παρενεργειών. Ο βαθμός των ανεπιθύμητων ενεργειών που προκαλείται από τις διεγερτικές ουσίες, εξαρτάται από το σωματικό βάρος του ατόμου, το είδος της ουσίας, την δόση που λαμβάνεται, την ποσότητα κατανάλωσης φαγητού αλλά και από την ανάπτυξη ανοχής. Τα κύρια συμπτώματα που εκδηλώνονται με την χρήση διεγερτικών ουσιών είναι: αϋπνία, νευρικότητα, ανησυχία, απώλεια βάρους, κνησμός, πονοκέφαλοι, δύσπνοια, εφίδρωση, ταχυκαρδία, υπέρταση, αρρυθμίες, επιληπτικές κρίσεις, πόνος στο στήθος, κοιλιακή μαρμαρυγή, κοιλιακή μαρμαρυγή ακόμα και θάνατος. Επίσης, υπάρχουν αρκετές περιπτώσεις όπου δεν ενδείκνυται η χρήση διεγερτικών ουσιών. Για παράδειγμα, τα άτομα που νοσούν από αρτηριοσκλήρωση, υπέρταση, έμφραγμα μυοκαρδίου, υπερθυρεοειδισμό, γλαύκωμα και εγκεφαλικό επεισόδιο (Bruening et al. 2018, Farzam & Richards 2019, Farzam & Tivakaran 2019, Lo et al. 2019).

Άλλα άτομα στα οποία είναι επιβλαβής για την σωματική υγεία η χρήση διεγερτικών ουσιών είναι οι έγκυες και οι ανήλικοι, ιδίως κάτω των 12 ετών, οι οποίοι πρέπει να σταματήσουν ή να ελαχιστοποιήσουν τη χρήση διεγερτικών ουσιών. Οι μέθοδοι αντιμετώπισης που μπορούν να χρησιμοποιηθούν έναντι της διεγερτικής τοξικότητας είναι οι βενζοδιαζεπίνες, τα αντιαρρυθμικά φάρμακα, τα αντιυπερτασικά φάρμακα και οι β-αποκλειστές. Οι βενζοδιαζεπίνες χρησιμοποιούνται κατά κύριο λόγο για την μείωση του άγχους, για την βελτίωση των ζωτικών σημείων του ασθενή καθώς και για τις επιληπτικές κρίσεις, αφού θεωρείται η καλύτερη επιλογή για την αντιμετώπιση τους. Τα αντιαρρυθμικά φάρμακα χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση κοιλιακών αρρυθμιών, ενώ οι β- αποκλειστές βοηθούν στην μείωση του καρδιακού ρυθμού αλλά και στην βελτίωση της υπερτασικής κατάστασης του ασθενή (Bruening et al. 2018, Farzam & Richards 2019, Farzam & Tivakaran 2019, Lo et al. 2019).

3.1.1 ΚΑΦΕΪΝΗ

Η καφεΐνη αποτελεί το φθηνότερο και το πιο διαδεδομένο διεγερτικό του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος (ΚΝΣ) και η συνεχής κατανάλωσή της έχει ως αποτέλεσμα την δημιουργία σωματικής εξάρτησης και την εμφάνιση ενός συνδρόμου που ονομάζεται σύνδρομο απόσυρσης καφεΐνης, το οποίο εμφανίζεται μετά την απότομη διακοπή κατανάλωσης της καφεΐνης. Επίσης, η κατανάλωση καφεΐνης προκαλεί την τόνωση του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος (ΚΝΣ) και την ανακούφιση από την υπνηλία και την κόπωση. Αναφέρονται τρεις κύριοι μηχανισμοί δράσης της καφεΐνης στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα (ΚΝΣ) (Stringer & Watson 1987, Nehlig et.al 1992, Silverman et.al 1992, Evans & Griffiths 1999, Neglig 1999, Juliano & Griffiths 2004, Meredith et.al 2013, Harstad et al. 2016, O'Callaghan et.al 2018).

Αρχικά, οι μηχανισμοί αναφέρουν την ενεργοποίηση του ενδοκυτταρικού ασβεστίου και την καταστολή φωσφοδιεστερασών σε ασυνήθιστες ποσότητες καφεΐνης. Η καφεΐνη αυξάνει και ενεργοποιεί τον μεταβολισμό και μειώνει την ροή του αίματος στον εγκέφαλο, έτσι ώστε αυτό να έχει ως αποτέλεσμα την πρόκληση εγκεφαλικής υποδιάχυσης. Είναι επίσης γνωστό πως η καφεΐνη περνάει από τον πλακούντα, προκαλώντας μειωμένη αιματική ροή στον πλακούντα. Επιπλέον, ένα άλλο χαρακτηριστικό της καφεΐνης είναι η κινητοποίηση νευρώνων νοραδρεναλίνης με σκοπό την απελευθέρωση ντοπαμίνης στον προμετωπιαίο φλοιό και όχι στον πυρήνα. Η συστηματική χρήση της καφεΐνης επηρεάζει την διαδικασία της μάθησης, την μνήμη, την απόδοση, τον ύπνο και τον συντονισμό. Συγκεκριμένα, η καφεΐνη μεταβολίζεται στο ήπαρ και εκκρίνεται από τα νεφρά με την μορφή ούρων εντός 4-6 ωρών (Stringer & Watson 1987, Nehlig et.al 1992, Silverman et.al 1992, Evans & Griffiths 1999, Neglig 1999, Juliano & Griffiths 2004, Meredith et al. 2013, Harstad et al. 2016, O'Callaghan et al. 2018).

Τα κύρια συμπτώματα που εκδηλώνονται με την κατανάλωση καφεΐνης είναι ο πονοκέφαλος, ναυτία ή έμετος, οι γαστρεντερικές διαταραχές και η χρόνια κόπωση. Ο πονοκέφαλος μπορεί να αντιμετωπιστεί χωρίς ιατρική οδηγία το ίδιο η ναυτία και ο έμετος. Άλλα θεραπευτικά μέσα για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων είναι η κατανάλωση φυτικών ιών, η ενυδάτωση, η ξεκούραση και η χορήγηση φαρμάκων, χωρίς να συνιστάται ιατρική οδηγία (Stringer & Watson 1987, Nehlig et al. 1992, Silverman et al. 1992, Evans & Griffiths 1999, Neglig 1999, Juliano & Griffiths 2004, Meredith et al. 2013, Harstad et al. 2016, O'Callaghan et al. 2018).

1. ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΑΠΟΣΥΡΣΗΣ ΚΑΦΕΪΝΗΣ

Η χρόνια υπέρμετρη κατανάλωση καφεΐνης μετά την απότομη διακοπή της προκαλεί το λεγόμενο σύνδρομο απόσυρσης καφεΐνης. Τα συμπτώματα που εκδηλώνονται με την εμφάνιση του συνδρόμου είναι: πονοκέφαλος, κόπωση, αϋπνίες, αύξηση της θερμοκρασίας του σώματος, ταχύπνοια, ταχυκαρδία, άγχος, ναυτία ή έμετος. Η κατάλληλη θεραπεία για την καλύτερη αντιμετώπιση των συμπτωμάτων είναι η σταδιακή μείωση κατανάλωσης καφεΐνης, η συχνή και καλή ενυδάτωση του οργανισμού, ο καλός ύπνος και η σωματική άσκηση. Ωστόσο, τα άτομα που καταναλώνουν υπερβολικές δόσεις καφεΐνης μπορεί να χρειαστούν ιατρική θεραπεία π.χ. ενδοφλέβια χορήγηση υγρών, συμπληρώματα ή ενεργό άνθρακα (Stringer & Watson 1987, Silverman et al. 1992, Lee & Balick 2006, Hastard et al. 2010).

2. ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Η συστηματική κατανάλωση καφεΐνης έχει πολλές επιπτώσεις στο γαστρεντερικό σύστημα. Το κύριο σύμπτωμα που εκδηλώνεται με την χορήγηση καφέ στην γαστρεντερική λειτουργία είναι η καούρα. Επίσης, η καφεΐνη είναι υπαίτια για την εμφάνιση γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης. Επιπλέον, ενεργοποιεί την απελευθέρωση της γαστρίνης και του γαστρικού οξέος, μειώνοντας την μείωση του οισοφαγικού σφιγκτήρα. Η καφεΐνη δεν συνιστάται σε όσους νοσούν από χολόλιθους, διότι εκκρίνεται χοληστοκυνίνη με αποτέλεσμα εκδήλωσης χοληδόχου κύστης αλλά και κινεί την δραστηριότητα του παχέος εντέρου (Boekema et al. 2009).

3.1.2 ΝΙΚΟΤΙΝΗ

Όταν ένα άτομο εισπνέει νικοτίνη μέσω του καπνίσματος τσιγάρων, εγχέεται μέσω των πνευμόνων στην κυκλοφορία του αίματος καταλήγοντας στον εγκέφαλο. Η διαδικασία αυτή ολοκληρώνεται εντός 2-8 δευτερολέπτων. Η νικοτίνη ως διεγερτική ουσία απελευθερώνει ντοπαμίνη μέσω των νευροδιαβιβαστών, οι οποίοι προκαλούν διάφορες αποκρίσεις και συμπεριφορές ύστερα από την λήψη νικοτίνης. Το ήπαρ μεταβολίζει την νικοτίνη μέσω ενός ενζύμου μετατρέποντας την νικοτίνη σε κοτινίνη. Η χρόνια και υπερβολική δόση εισπνοής

καπνού νικοτίνης είναι υπαίτια για την εκδήλωση σοβαρών νόσων όπως: καρκίνος του πνεύμονα, περιφερική αγγειακή νόσος, εμφύσημα, βρογχίτιδα, χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ), καρκίνος κεφαλής και λαιμού. Επίσης, η νικοτίνη δημιουργεί επιπλέον επιπλοκές στις εγκύους, προκαλώντας προβλήματα στην ανάπτυξη του εμβρύου, απόφραξη του πλακούντα, πρόωρους τοκετούς, ακόμα και σύνδρομο ξαφνικού βρεφικού θανάτου (França et al. 2015, Hassens et al. 2017, Selby et al. 2017, Derefinko et al. 2018, Kalkhoran et al. 2018, Rao et al. 2018, Rezk-Hanna et al. 2018, Selby et al. 2018).

Ωστόσο, για την διακοπή του καπνίσματος υπάρχουν φάρμακα που λειτουργούν ως υποκατάστατα νικοτίνης, ώστε να επιτευχθεί το εγχείρημα διακοπής της χρήσης νικοτίνης. Τα κύρια φάρμακα που χρησιμοποιούνται για την διακοπή του καπνίσματος είναι η βουπροπιόνη και η βαρενικλίνη σε πρώτη φάση, ενώ σε δεύτερη φάση χρησιμοποιούνται η νορτριπτυλίνη και η κλονιδίνη. Αυτά τα φάρμακα έχουν ως στόχο να ανακουφίσουν τον καπνιστή από τα συμπτώματα στρεπτικού συνδρόμου, να μετριάσουν το άγχος και να αναισθητοποιήσει του υποδοχείς νικοτίνης (França et al. 2015, Hassens et al. 2017, Selby et al. 2017, Derefinko et al. 2018, Kalkhoran et al. 2018, Rao et al. 2018, Rezk-Hanna et al. 2018, Selby et al. 2018).

3.1.2.1 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΝΙΚΟΤΙΝΗΣ ΣΤΟΝ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟ

➤ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ

Ο καρκίνος του πνεύμονα εμφανίζεται όταν τα κύτταρα μέσα σε έναν οργανισμό υφίστανται μεταλλάξεις που προκαλούν το κύτταρο να μην εκτελεί τα κανονικά καθήκοντά του. Στη συνέχεια, το καρκινογόνο κύτταρο περνά από τη διαδικασία της μίτωσης και παράγει έναν όγκο στον ιστό. Τα καρκινογόνα κύτταρα αναπαράγονται πολύ γρήγορα, σε αντίθεση με τα υγιή κύτταρα που «διατηρούν ένα σύστημα ελέγχων και ισορροπιών στην ανάπτυξη των κυττάρων, έτσι ώστε τα κύτταρα να διαιρούνται για να παράγουν νέα κύτταρα μόνο όταν χρειάζονται νέα κύτταρα».

Σύμφωνα με το Cancerhelp.net, μερικά από τα συμπτώματα που μπορεί να υποδηλώνουν καρκίνο του πνεύμονα είναι:

- δύσπνοια
- αιμόπτυση (βήχα στο αίμα)
- χρόνιος βήχας ή αλλαγή στο κανονικό πρότυπο βήχα
- συριγμός
- πόνος στο στήθος ή πόνος στην κοιλιά
- καχεξία (απώλεια βάρους),
- κόπωση και απώλεια όρεξης
- δυσφωνία (βραχνή φωνή)
- κτύπημα των νυχιών (ασυνήθιστο)
- δυσφαγία (δυσκολία στην κατάποση) (Sun, et al., 2017).

Ο καρκίνος του πνεύμονα είναι πιθανώς ο πιο συχνά διαγνωσμένος καρκίνος στον κόσμο. Στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής, ο καρκίνος του πνεύμονα είναι ο δεύτερος πιο κοινός καρκίνος και η νούμερο ένα αιτία θανάτου από καρκίνο τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες. Οι άνδρες έχουν περισσότερες πιθανότητες να πάθουν καρκίνο του πνεύμονα επειδή, όπως δείχνουν μελέτες από την ένωση καπνιστών, «οι άνδρες καπνίζουν περισσότερο από ό, τι οι γυναίκες, αλλά από τότε που οι γυναίκες άρχισαν να καπνίζουν σε μεγαλύτερο ποσοστό, περισσότερες γυναίκες έχουν καρκίνο του πνεύμονα (Sun, et al., 2017).

Οι επιπτώσεις από το κάπνισμα διαφέρουν από άτομο σε άτομο ανάλογα με την έκθεση σε χημικές ουσίες του τσιγάρου. Η χρήση της νικοτίνης μπορεί εύκολα να κάνει ένα σώμα αδύναμο και να προκαλέσει αργό και σταθερό θάνατο. Υπάρχουν πολλά στοιχεία που σχετίζονται με το κάπνισμα και τους θανάτους, στις Ηνωμένες Πολιτείες υπήρχαν περίπου 443.000 περιπτώσεις θανάτου από τη νικοτίνη, δηλαδή περίπου ένας στους πέντε θανάτους κάθε χρόνο. Πιστεύεται επίσης ότι κάθε χρόνο περισσότεροι θάνατοι συμβαίνουν λόγω του καπνίσματος σε σύγκριση με το συνδυασμό των θανάτων από τον Ιό Ανθρώπινης Ανοσοανεπάρκειας (HIV), το αλκοόλ, τις αυτοκτονίες, τα παράνομα ναρκωτικά, τον φόνο και τους τραυματισμούς από οχήματα. Λόγω του καπνίσματος προκαλείται το ενενήντα τοις εκατό του συνόλου του καρκίνου του πνεύμονα στους άνδρες και το ογδόντα τοις εκατό όλων των θανάτων από καρκίνο του πνεύμονα στις γυναίκες. Εκτιμάται επίσης ότι οι θάνατοι ενενήντα τοις εκατό όλων των θανάτων από χρόνιες αποφρακτικές πνευμονοπάθειες προκαλούνται από τη νικοτίνη (Djordjevic, et al., 1997).

Το ανθρώπινο σώμα είναι πολύ ευάλωτο σε βλαβερές συνέπειες της νικοτίνης και μπορεί να βλάψει την καρδιά, τους πνεύμονες, την κυκλοφορία του αίματος, τα οστά, το στομάχι, το στόμα, τα μάτια, το δέρμα, την αναπαραγωγή και τη γονιμότητα. Το κάπνισμα επηρεάζει την καρδιά και τους πνεύμονες με πολύ σοβαρό τρόπο, σε περίπτωση που η νικοτίνη φτάσει στη καρδιά αυξάνει την αρτηριακή πίεση και το αίμα παίρνει εύκολα θρόμβους. Το μονοξείδιο του άνθρακα εισβάλλει στο αίμα του οξυγόνου και προκαλεί ανάπτυξη αποθέσεων χοληστερόλης στα τοιχώματα της αρτηρίας. Στην περίπτωση των πνευμόνων το κάπνισμα προκαλεί χρόνια αποφρακτική πνευμονική νόσο (ΧΑΠ), η οποία είναι μια ομάδα ασθενειών που περιλαμβάνει ασθματική βρογχίτιδα και εμφύσημα. Οι χρόνιες αποφρακτικές πνευμονικές ασθένειες (ΧΑΠ) είναι γνωστές ως σιωπηλές ασθένειες. Οι περισσότεροι καπνιστές δεν γνωρίζουν ότι επηρεάζονται από αυτό έως ότου είναι πολύ αργά για να τους σώσουν (Djordjevic, et al., 1997).

➤ **Άλλες Σωματικές Επιπτώσεις**

Η κυκλοφορία του αίματος στο αίμα ξεκινά από το κάπνισμα και οι φλέβες και οι αρτηρίες γίνονται σκληρές, στενές και επίσης επικαλύπτονται από αποθέσεις λίπους. Αυτό μπορεί στη συνέχεια να οδηγήσει σε προβλήματα όπως κρύο δέρμα, έλκος, κράμπες, πόνο και θρομβώσεις στις φλέβες που μπορεί να προκαλέσουν εγκεφαλικό επεισόδιο και καρδιακή προσβολή. Το κάπνισμα καθιστά τα οστά αδύναμα και εύθραυστα και οι γυναίκες πρέπει να είναι προσεκτικές επειδή είναι πιο πιθανό να υποφέρουν από οστεοπόρωση από ότι οι μη καπνιστές. Το κάπνισμα μπορεί να βλάψει το στομάχι, τα μάτια και το δέρμα (Levin, et al., 2006).

Οι στομαχικές βλάβες μπορούν να επηρεάσουν ζωτικά όργανα του σώματος και να αυξήσουν την πιθανότητα καρκίνου του στομάχου. Υπάρχουν ακόμη περισσότεροι κίνδυνοι για τα μάτια, όπως ασθένειες των ματιών που σχετίζονται με την οφθαλμοπάθεια του Graves, το γλαύκωμα και τον καταρράκτη. Το χειρότερο πράγμα που μπορεί να προκληθεί από τη νικοτίνη είναι η μόνιμη τύφλωση. Το κάπνισμα μειώνει την ποσότητα οξυγόνου για το δέρμα. Αυτό μπορεί να σημαίνει ότι το δέρμα αρχίζει να γερνάει πιο γρήγορα και να μοιάζει πιο θαμπό. Η επίδραση του καπνίσματος στην αναπαραγωγή και τη γονιμότητα είναι πολύ σοβαρή. Το κάπνισμα μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο αδυναμίας και μπορεί να βλάψει το

σπέρμα μειώνοντας τον αριθμό των σπερματοζωαρίων και περιπλέκοντας τον καρκίνο των όρχεων (Levin, et al., 2006).

3.2 Κατασταλτικές ουσίες

Υπάρχει μια σχετικά μικρή διαφορά μεταξύ της επιθυμητής δόσης και της υπερδοσολογίας. Ένας μικρός λανθασμένος υπολογισμός, μπορεί να οδηγήσει σε κώμα, αναπνευστική δυσχέρεια (επιβράδυνση της αναπνοής ή στάσεις) και θάνατο. Η απόσυρση από βαρβιτουρικά είναι παρόμοια με, και μερικές φορές πιο σοβαρή από την απόσυρση αλκοόλ. Οι επιληπτικές κρίσεις είναι πιθανές και μπορούν επίσης να οδηγήσουν σε θάνατο. Σε σύγκριση με τα βαρβιτουρικά, οι βενζοδιαζεπίνες είναι πολύ πιο ασφαλείς. Προκαλούν καταστολή αλλά σπάνια παρεμβαίνουν στην αναπνοή ενός ατόμου ή προκαλούν θάνατο. Έχουν τη δυνατότητα να είναι ψυχολογικά επιβλαβείς προκαλώντας υπερβολική καταστολή, εξασθένηση της μνήμης, κακή κινητικότητα συντονισμού και σύγχυση. Οι αντιδράσεις απόσυρσης μπορεί να είναι εξαιρετικά δυσάρεστες, αν και συνήθως δεν είναι θανατηφόρες. Ο συνδυασμός οποιουδήποτε από αυτά τα φάρμακα ή η χρήση τους με αλκοόλ μπορεί να οδηγήσει σε επικίνδυνες επιπτώσεις. Οι άνθρωποι παίρνουν συχνά αυτούς τους συνδυασμούς για να προσπαθήσουν να ενισχύσουν το αίσθημα της δηλητηρίασης ή να αντιμετωπίσουν τις δυσάρεστες επιπτώσεις άλλων φαρμάκων του δρόμου (Sanders & Maze, 2011).

Εάν το άτομο σταματήσει ξαφνικά να παίρνει το φάρμακο, το συνηθισμένο εσωτερικό περιβάλλον του σώματος αλλάζει δραστικά, προκαλώντας συμπτώματα απόσυρσης: άγχος, τρόμος, εφιάλτες, αϋπνία, κακή όρεξη, γρήγορος παλμός, γρήγορη αναπνοή, ανωμαλίες της αρτηριακής πίεσης, επικίνδυνα υψηλός πυρετός και επιληπτικές κρίσεις. Με φάρμακα βραχείας δράσης - πεντοβαρβιτάλη (Nembutal), secobarbital (Seconal), alprazolam (Xanax), meprobamate (Miltown, Equanil), methaqualone (Quaalude) - τα συμπτώματα στέρησης ξεκινούν 12 έως 24 ώρες μετά την τελευταία δόση και κορυφώνονται στα 24 έως 72 ώρες. Με φάρμακα μεγαλύτερης διάρκειας - φαινοβαρβιτάλη, διαζεπάμη (Valium) ή χλωροδιαζεποξείδιο (Librium) - τα συμπτώματα στέρησης ξεκινούν 24 έως 48 ώρες μετά την τελευταία δόση και κορυφώνονται εντός 5 έως 8 ημερών. Όπως και με το αλκοόλ, ηρεμιστικά, υπνωτικά ή αγχολυτικά φάρμακα μπορούν να προκαλέσουν συμπτώματα κατά τη διάρκεια της δηλητηρίασης. Αυτά τα συμπτώματα μπορεί να περιλαμβάνουν ομιλία,

προβλήματα συντονισμού ή περπατήματος, απροσεξία και δυσκολίες στη μνήμη. Σε ακραίες περιπτώσεις, το άτομο μπορεί να πέσει σε κόμα (Sanders & Maze, 2011).

3.3 Κανναβινοειδή

Η τετραϋδροκανναβινόλη (THC), το κύριο, δραστικό συστατικό της μαριχουάνας, μεταβάλλει προσωρινά τη λειτουργία του εγκεφάλου που επηρεάζει την αισθητηριακή αντίληψη, τα αντανακλαστικά και τον συντονισμό. Εάν ένα φάρμακο παρεμβαίνει στην παραγωγή του και προκαλεί υπερβολική παραγωγή, το αποτέλεσμα είναι εξαιρετικά ευχάριστο και μπορεί να οδηγήσει σε σοβαρή κατάχρηση και εθισμό. Το μέσο φυτό μαριχουάνας περιέχει πάνω από 400 χημικές ουσίες και όταν το εργοστάσιο καπνίζεται ή εξατμίζεται, η θερμότητα παράγει πολλά περισσότερα χημικά. Ωστόσο, λέγεται ότι η μαριχουάνα είναι ένα παράνομο φάρμακο που έχει πολλές ωφέλιμες χρήσεις. Η μαριχουάνα είναι συχνά ευεργετική για τη θεραπεία του AIDS, του καρκίνου, του γλαυκώματος, της σκλήρυνσης κατά πλάκας και του χρόνιου πόνου. Ωστόσο, οι ερευνητές εργάζονται για να εξηγήσουν πώς η μαριχουάνα έχει επιβλαβείς επιπτώσεις στις λειτουργίες του κεντρικού νευρικού συστήματος και εμποδίζει τη μνήμη και την κίνηση του εγκεφάλου του χρήστη (Reiman, 2009).

«Η μαριχουάνα προσκρούει στο κεντρικό νευρικό σύστημα προσκολλώντας στους νευρώνες του εγκεφάλου και παρεμβαίνοντας στην κανονική επικοινωνία μεταξύ των νευρώνων. Αυτά τα νεύρα αποκρίνονται αλλάζοντας την αρχική τους συμπεριφορά. Για παράδειγμα, εάν ένα νεύρο υποτίθεται ότι βοηθάει στην ανάκτηση βραχυπρόθεσμης μνήμης, οι υποδοχείς κανναβινοειδών τους κάνουν να λειτουργούν με το αντίθετο πρόσημο (Reiman, 2009).

Η πιο κοινή επίδραση που έχει η μαριχουάνα στον εγκέφαλο είναι η απώλεια μνήμης βραχυπρόθεσμα. Αν και λέγεται ότι η μαριχουάνα έχει πάρα πολλές επιδράσεις όπως υπνηλία, αυξημένη πείνα, αλλοιωμένη αίσθηση του χρόνου, μειωμένη ικανότητα εκτέλεσης εργασιών που απαιτούν συγκέντρωση και συντονισμό, όπως οδήγηση ή μελέτη για εξετάσεις, μάτια με εμφάνιση αιμορραγίας και κίνδυνος παράνοιας, παραισθήσεις, έντονο άγχος, κρίσεις πανικού, βραχυπρόθεσμη απώλεια μνήμης είναι συμπτώματα που σχετίζεται συνήθως με τη χρήση μαριχουάνας. Πολλοί επιστήμονες έψαχναν να βρουν την απάντηση σε αυτήν την ερώτηση. Το δραστικό συστατικό της μαριχουάνας, THC, είναι γνωστό ότι επηρεάζει τη

μνήμη και συνδέεται με περιοχές του εγκεφάλου που συνδέονται με τη μνήμη (Reiman, 2009).

Σύμφωνα με έρευνα, σε ένα τεστ μνήμης, οι μακροχρόνιοι χρήστες μαριχουάνας θυμήθηκαν κατά μέσο όρο επτά από τις 15 λέξεις. Οι μη χρήστες θυμήθηκαν 12 από 15. Σε ένα τεστ λήψης αποφάσεων, εκείνοι που είχαν σπάνια χρήση είχαν μειωμένη απόδοση 8 τοις εκατό του χρόνου, ενώ οι μακροχρόνιοι καπνιστές είχαν 70 τοις εκατό εξασθένηση. Παρόλο που όλες αυτές οι θέσεις μπορεί να είναι αλήθεια, υπάρχει ακόμη η πιθανότητα η μαριχουάνα να είναι η θεραπεία ασθενειών που επηρεάζουν τη μνήμη, όπως η νόσος του Άλτσχάιμερ (Carroon, et al., 2017).

Μια άλλη επίδραση που έχει η μαριχουάνα στον εγκέφαλο είναι η συγκέντρωση. Λέγεται ότι όταν ένα άτομο καπνίζει μαριχουάνα δεν είναι σε θέση να εκτελέσει εργασίες που συνεπάγονται σοβαρή συγκέντρωση όπως σπουδές, οδήγηση κ.λπ. Ωστόσο, η βιβλιογραφία βρήκε περίεργο το γεγονός ότι οι περισσότεροι μαθητές που καπνίζουν πριν από μια δοκιμή τεστ σκοράρουν καλύτερα από εκείνους που δεν το κάνουν. Ο λόγος για αυτό δεν είναι επειδή η μαριχουάνα βοηθά στη συγκέντρωση, αλλά επειδή η μαριχουάνα είναι ο τύπος φαρμάκου που θα ηρεμήσει τους μαθητές, επειδή οι περισσότεροι μαθητές υποφέρουν από άγχος πριν από τη δοκιμή. Αυτό δεν σημαίνει ότι οι μαθητές πρέπει να καπνίζουν πριν από κάθε τεστ ή εξέταση. Η μαριχουάνα μειώνει την προσοχή και τη συγκέντρωση. Μια μελέτη έδειξε ότι οι νέοι που ανέφεραν ότι συχνά οδηγούσαν έπειτα της χρήσης μαριχουάνα είχαν διπλάσιες πιθανότητες να εμπλακούν σε ατυχήματα. Η μαριχουάνα επηρεάζει όλες τις δεξιότητες που είναι απαραίτητες για την ασφαλή οδήγηση. Οι επιδράσεις περιλαμβάνουν μειωμένη ικανότητα να κρίνουν με ακρίβεια τις αποστάσεις, τα πιο αργά αντανακλαστικά και τις παραμορφωμένες αντιλήψεις για το πόσο γρήγορα πηγαίνει το όχημα (Carroon, et al., 2017).

Πολλές σημαντικές λειτουργίες του εγκεφάλου που επηρεάζουν την ανθρώπινη συμπεριφορά περιλαμβάνουν τη ντοπαμίνη του νευροδιαβιβαστή. Σοβαρά ναρκωτικά κατάχρησης, όπως η ηρωίνη και η κοκαΐνη, επηρεάζουν τη χρήση ντοπαμίνης στον εγκέφαλο με τρόπους που μπορούν να αλλάξουν σοβαρά τη συμπεριφορά ενός ατόμου. Η ικανότητα να επηρεάζει τα νευρικά συστήματα που σχετίζονται με την παραγωγή ντοπαμίνης έχει πλέον γίνει το καθοριστικό χαρακτηριστικό των ναρκωτικών με σοβαρή πιθανότητα κατάχρησης. Σύμφωνα με την έρευνα τα τελευταία 10 χρόνια έχει αποδειχθεί ότι η μαριχουάνα δεν έχει καμία

επίδραση στα εγκεφαλικά συστήματα που σχετίζονται με τη ντοπαμίνη. Ο κυρίαρχος φόβος για τη μαριχουάνα τον 20ο αιώνα ήταν ότι τα αποτελέσματά της ήταν κάπως παρόμοια με τα επικίνδυνα εθιστικά αποτελέσματα των οπιούχων όπως η μορφίνη και η ηρωίνη. Η μαριχουάνα επηρεάζει επίσης τους υποδοχείς στις περιοχές του εγκεφάλου και τις δομές που είναι υπεύθυνες για την αισθητηριακή αντίληψη. Η μαριχουάνα παρεμβαίνει στη λήψη αισθητηριακών μηνυμάτων (για παράδειγμα, αφή, όραση, ακοή, γεύση και μυρωδιά) στον εγκεφαλικό φλοιό. Πρόσφατη έρευνα σε ζώα έχει επίσης δείξει ότι η μακροχρόνια χρήση μαριχουάνας (THC) προκαλεί αλλαγές στη σωματική διάπλαση που είναι παρόμοιες με αυτές που συμβαίνουν μετά από μακροχρόνια χρήση άλλων σημαντικών ναρκωτικών κατάχρησης, όπως κοκαΐνης, ηρωίνης και αλκοόλ (Lachenmeier & Rehm, 2015).

Αυτές οι αλλαγές είναι πιο εμφανείς κατά την αποτοξίνωση από την THC. Κατά τη διάρκεια της αποτοξίνωσης, υπάρχουν αυξήσεις τόσο στα επίπεδα μιας χημικής ουσίας του εγκεφάλου που εμπλέκονται στο στρες όσο και σε ορισμένα συναισθήματα. Αυτά τα ίδια είδη αλλαγών εμφανίζονται επίσης κατά την απόσυρση από άλλα ναρκωτικά κατάχρησης, υποδηλώνοντας ότι μπορεί να υπάρχει ένας κοινός παράγοντας στην ανάπτυξη της εξάρτησης από τα ναρκωτικά. Είναι προφανές ότι η μαριχουάνα είναι ένα παράνομο φάρμακο που έχει επιπτώσεις στον εγκέφαλο. Όπως και ο καπνός και η νικοτίνη, ο καπνός μαριχουάνας αποτελείται από μια ποικιλία τοξικών χημικών ουσιών, συμπεριλαμβανομένης της αμμωνίας και του υδροκυανίου, τα οποία μπορούν να ερεθίσουν τα βρογχικά περάσματα και τους πνεύμονες. Η μαριχουάνα μπορεί να επιδεινώσει τις υπάρχουσες αναπνευστικές ασθένειες, όπως το άσθμα και η κυστική ίνωση. Ο καπνός μαριχουάνας περιέχει καρκινογόνες ουσίες, οπότε μπορεί να αυξήσει και τον κίνδυνο καρκίνου του πνεύμονα. Ωστόσο, μελέτες για το θέμα είχαν ανάμεικτα αποτελέσματα. Σύμφωνα με το Εθνικό Ινστιτούτο κατάχρησης ναρκωτικών (NIDA), δεν υπάρχουν αποδεικτικά στοιχεία ότι ο καπνός μαριχουάνας προκαλεί καρκίνο του πνεύμονα. Απαιτείται περισσότερη έρευνα (Lachenmeier & Rehm, 2015).

Το THC κινείται από τους πνεύμονές σας στην κυκλοφορία του αίματος και σε όλο το σώμα. Μέσα σε λίγα λεπτά, ο καρδιακός ρυθμός μπορεί να αυξηθεί κατά 20 έως 50 παλμούς ανά λεπτό. Αυτός ο γρήγορος καρδιακός παλμός μπορεί να συνεχιστεί για έως και τρεις ώρες. Εάν υπάρχει προϋπάρχουσα καρδιακή νόσος, αυτό θα μπορούσε να αυξήσει τον κίνδυνο καρδιακής προσβολής. Ένα από τα ενδεικτικά σημάδια της πρόσφατης χρήσης μαριχουάνας είναι τα μάτια. Τα μάτια φαίνονται κόκκινα επειδή η μαριχουάνα προκαλεί την επέκταση των αιμοφόρων αγγείων στα μάτια. Το THC μπορεί επίσης να μειώσει την πίεση στα μάτια,

γεγονός που μπορεί να μειώσει τα συμπτώματα του γλαυκώματος για μερικές ώρες. Απαιτείται περισσότερη έρευνα για να κατανοήσουμε τα δραστικά συστατικά της μαριχουάνας και εάν είναι μια καλή θεραπεία για το γλαύκωμα (Pudney, 2010).

Τα αποτελέσματα της μαριχουάνας εκτείνονται σε όλο το κεντρικό νευρικό σύστημα (ΚΝΣ). Η μαριχουάνα θεωρείται ότι μειώνει τον πόνο και τη φλεγμονή και βοηθά στον έλεγχο των σπασμών. Ωστόσο, υπάρχουν ορισμένες μακροπρόθεσμες αρνητικές επιπτώσεις στο ΚΝΣ που πρέπει να λαμβάνονται υπόψη. Το THC ενεργοποιεί τον εγκέφαλο να απελευθερώσει μεγάλες ποσότητες ντοπαμίνης, μια φυσική χημική ουσία «αισθάνονται καλά». Είναι αυτό που σας δίνει ένα ευχάριστο υψηλό. Μπορεί να αυξήσει την αισθητηριακή αντίληψη και την αντίληψή για το χρόνο. Στον υπόκαμπο, η THC αλλάζει τον τρόπο επεξεργασίας των πληροφοριών, οπότε η κρίση μπορεί να μειωθεί. Ο υπόκαμπος είναι υπεύθυνος για τη μνήμη, οπότε μπορεί επίσης να είναι δύσκολο να σχηματίσετε νέες αναμνήσεις όταν είστε υψηλοί. Αλλαγές πραγματοποιούνται επίσης στα παρεγκεφαλικά και τα βασικά γάγγλια, περιοχές του εγκεφάλου που παίζουν ρόλο στην κίνηση και την ισορροπία. Η μαριχουάνα μπορεί να αλλάξει την ισορροπία, τον συντονισμό και την αντανακλαστική ανταπόκριση. Πολύ μεγάλες δόσεις μαριχουάνας ή υψηλές συγκεντρώσεις THC μπορούν να προκαλέσουν ψευδαισθήσεις ή αυταπάτες. Σύμφωνα με το NIDA, μπορεί να υπάρχει σχέση μεταξύ της χρήσης μαριχουάνας και ορισμένων διαταραχών ψυχικής υγείας, όπως κατάθλιψη και άγχος. Απαιτείται περισσότερη έρευνα για την κατανόηση της σύνδεσης (Pudney, 2010).

Μελέτες έχουν δείξει ότι σε σπάνιες περιπτώσεις, η χρόνια χρήση μαριχουάνας μπορεί να οδηγήσει σε σύνδρομο υπερευαισθησίας Cannabinoid - μια κατάσταση που χαρακτηρίζεται από επαναλαμβανόμενες περιόδους σοβαρής ναυτίας, εμέτου και αφυδάτωσης. Αυτό το σύνδρομο έχει βρεθεί να εμφανίζεται σε άτομα κάτω των 50 ετών και με μακρύ ιστορικό χρήσης μαριχουάνας. Το σύνδρομο υπερίμεσης κανναβινοειδών μπορεί να οδηγήσει τους πάσχοντες να κάνουν συχνά ταξίδια στο δωμάτιο έκτακτης ανάγκης, αλλά μπορεί να επιλυθεί όταν ένα άτομο σταματήσει να χρησιμοποιεί μαριχουάνα (Pudney, 2010).

3.4 Οπιούχα

Ορισμένα φάρμακα (π.χ. μαριχουάνα και ηρωίνη) έχουν παρόμοια αποτελέσματα με τους νευροδιαβιβαστές (χημικοί αγγελιοφόροι) που παράγονται φυσικά από τον εγκέφαλο. Άλλα

φάρμακα, όπως η κοκαΐνη ή η μεθαμφεταμίνη, μπορούν να προκαλέσουν στα νευρικά κύτταρα να απελευθερώσουν μεγάλες ποσότητες φυσικών νευροδιαβιβαστών κυρίως ντοπαμίνης ή να αποτρέψουν την αναγέννηση αυτών των φυσικών νευροδιαβιβαστών, η οποία χρησιμοποιείται για να σταματήσει η σύνδεση μεταξύ των νευρώνων. Η ντοπαμίνη είναι υπεύθυνη για τον έλεγχο της κίνησης, των κινήτρων, των συναισθημάτων και των συναισθημάτων. Η απελευθέρωση της μεγάλης ποσότητας ντοπαμίνης παράγει ευφορικά αποτελέσματα (όπως χαλάρωση, ανακούφιση από το άγχος, ανακούφιση από το άγχος, αύξηση της διάθεσης κ.λπ.). Η επίδραση αυτής της ουσίας ή το συναίσθημα μετά τη λήψη αυτής της ουσίας θέτει ένα σήμα στον εγκέφαλο που κάνει τους ανθρώπους να θέλουν να επαναλάβουν την συμπεριφορά της χρήσης προς όφελος του αισθήματος ανταμοιβής. Εάν το άτομο συνεχίσει να χρησιμοποιεί τα φάρμακα, ο εγκέφαλος προσαρμόζεται στη μεγάλη ποσότητα ντοπαμίνης και προσπαθεί να ξεπεράσει το συντριπτικό αποτέλεσμα παράγοντας λιγότερη ντοπαμίνη ή μειώνοντας τον αριθμό των υποδοχέων ντοπαμίνης στον εγκέφαλο. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα τη μείωση της επίδρασης της ντοπαμίνης στο κύκλωμα ανταμοιβής και αυτό μειώνει το άτομο που κάνει κατάχρηση της ικανότητας να απολαμβάνει το φάρμακο και το αποτέλεσμα που προήλθε προηγουμένως από το φάρμακο. Αυτό κάνει το άτομο να συνεχίσει να κάνει κατάχρηση του φαρμάκου για να πάρει το αποτέλεσμα της ντοπαμίνης πίσω, αλλά θα χρειαστεί μεγάλη ποσότητα του φαρμάκου για να επιτευχθεί το ίδιο προηγούμενο αποτέλεσμα της ντοπαμίνης και αυτό είναι γνωστό ως το φαινόμενο ανοχής (Savage, 1996).

Η μακροχρόνια κατάχρηση προκαλεί αλλαγές σε άλλα χημικά συστήματα του εγκεφάλου και κυκλώματα ανταμοιβής. Το γλουταμινικό είναι ένας νευροδιαβιβαστής που επηρεάζει το κύκλωμα ανταμοιβής της ικανότητας ενός ατόμου να μάθει. Όταν η μέγιστη συγκέντρωση γλουταμινικού επιτυγχάνεται με κατάχρηση ναρκωτικών, ο εγκέφαλος προσπαθεί να το αλλάξει, γεγονός που μπορεί να βλάψει την ψυχική λειτουργία του χρήστη. Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε αλλαγές σε περιοχές του εγκεφάλου που έχουν σχεδιαστεί για τη λήψη αποφάσεων, τη μάθηση, τον έλεγχο της μνήμης και τον έλεγχο της συμπεριφοράς. Αυτές οι αλλαγές μπορούν να κάνουν τον κακοποιό να συνεχίσει να παίρνει τα ναρκωτικά λόγω των ψυχολογικών επιπτώσεων παρά τις αρνητικές επιπτώσεις που έχει ο χρήστης (Savage, 1996).

Τόσο οι συνταγογραφούμενες όσο και οι παράνομες οπιούχες ουσίες έχουν τη δυνατότητα να ασκήσουν πολλές οξείες και χρόνιες αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία του χρήστη. Έχει μελετηθεί και αναφερθεί νευρολογική παρακμή, αλλαγές στην όραση, καρδιακές ανωμαλίες,

αγγειακές επιπλοκές, πνευμονικές διαταραχές και θνησιμότητα. Η χρήση ηρωίνης και άλλων φαρμάκων με ένεση με μη αποστειρωμένες ή επαναχρησιμοποιούμενες βελόνες μπορεί να παράγει ισχυρές τοξίνες στην κυκλοφορία του αίματος οδηγώντας σε ενδοκαρδίτιδα, αιμορραγία της αριστερής κοιλίας και θάνατο. Ερευνητές στην Ιρλανδία εξέτασαν τα ευρήματα της αυτοψίας από οκτώ περιπτώσεις χρηστών ηρωίνης και διαπίστωσαν ταχεία θανατηφόρα ασθένεια που προκλήθηκε από την ενδοτοξίνη *Clostridium novyi* η οποία προκάλεσε θανατηφόρα υποενδοκαρδιακή αιμορραγία, διεύρυνση της σπλήνας και πνευμονικό οίδημα σε όλα τα θέματα που μελετήθηκαν (Krishnan & Koo, 2005).

Η ηρωίνη μπορεί να προκαλέσει σημαντικές οξείες επιπλοκές του περιφερειακού και του κεντρικού νευρικού συστήματος, όπως η νευροπάθεια και η απώλεια ακοής. Σε μια μελέτη έξι χρήστες ενδοφλέβιας και ενδορινικής ηρωίνης που εισήχθησαν στο νοσοκομείο για οξεία ασθένεια, πέντε είχαν παρουσιάσει ραβδομυόλυση μεταξύ τριών και 36 ωρών μετά τη χορήγηση του φαρμάκου. Σε καθεμία από τις πέντε περιπτώσεις, δεν υπήρχε τεκμηριωμένο τραύμα. Συνήθως η ραβδομυόλυση συμβαίνει μετά από τραυματισμό τύπου συμπίεσης όπου τα ένζυμα χύνονται στο μυϊκό σύστημα και προκαλούν ταχεία νευρολογική παρακμή, απώλεια μυϊκού τόνου και κόμα. Σε καθένα από τα θέματα που μελετήθηκαν, δεν σημειώθηκε τραύμα ή τραυματισμός συμπίεσης. Σε μια ομάδα ασθενών με αναφερόμενο ιστορικό "speedballing" (ή ανάμειξη ηρωίνης και κοκαΐνης) 2 από τους 16 που μελετήθηκαν παρουσίασαν ξαφνική, αισθητηριακή απώλεια ακοής τέσσερις ώρες μετά το "speedballing" που υποχώρησε εντός τριών ημερών. Ένας επιπλέον συμμετέχων παρουσίασε ξαφνική απώλεια ακοής μετά το "speedballing" αλλά μονομερώς. Ο μηχανισμός με τον οποίο συνέβη η απώλεια ακοής περιγράφεται ως πιθανή κοχλιακή τοξικότητα ή αυτοάνοση αντίδραση που σχετίζεται άμεσα με τα φάρμακα (Krishnan & Koo, 2005).

Η ένεση φαρμάκων οποιουδήποτε τύπου μπορεί να προκαλέσει αγγειακές επιπλοκές, λοιμώξεις του δέρματος και των μαλακών μορίων και μολυσματικές ασθένειες όπως η ηπατίτιδα και ο HIV. Στις πιο σοβαρές περιπτώσεις, η κατάχρηση οπιούχων μπορεί να οδηγήσει σε θάνατο, γενικά από υπερβολική δόση. Ερευνητές στο Ηνωμένο Βασίλειο διερεύνησαν περαιτέρω τους θανάτους από ηρωίνη και κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η υπερβολική δόση που σχετίζεται με την ηρωίνη σπάνια εμφανίζεται μετά τη χρήση ηρωίνης μόνο - στο 50% των περιπτώσεων που εξέτασαν, συμμετείχε επίσης αλκοόλ (Steyaert & Lavand'homme, 2013).

Παρόλο που έχουν δημοσιευτεί μελέτες σχετικά με τις συνέπειες της κατάχρησης στην υγεία, μια ανασκόπηση της νοσηλευτικής, ιατρικής και συναφούς βιβλιογραφίας για την υγεία δείχνει σημαντική έλλειψη μελετών σχετικά με τις συνέπειες της απόσυρσης (απότομη διακοπή) στην υγεία. Έχουν βρεθεί αρκετές μελέτες σχετικά με τη χρήση φαρμακοθεραπείας για τη θεραπεία του εθισμού στα οπιούχα (όπως η μεθαδόνη και παρόμοια προγράμματα), αλλά καμία μελέτη δεν έχει διερευνήσει τις φυσιολογικές επιδράσεις της απόσυρσης χωρίς φαρμακευτική βοήθεια. Η αναζήτηση διαδικτυακών βάσεων δεδομένων για σχετικά άρθρα σχετικά με την απόσυρση οπιούχων δεν αποφέρει μελέτες εκτός από εκείνες που χρησιμοποιούν θεραπείες απόσυρσης με φαρμακευτική αγωγή (όπως μεθαδόνη και βουπρενορφίνη). Αυτό είναι σημαντικό για τους πληθυσμούς, όπως οι τρόφιμοι σε μια διορθωτική εγκατάσταση, όπου η φαρμακοθεραπεία δεν χρησιμοποιείται γενικά κατά την αποτοξίνωση και απαιτεί περαιτέρω προσοχή. Εν ολίγοις, οι πιθανές συνέπειες της κατάχρησης οπιούχων που σχετίζονται με την υγεία μπορούν να επηρεάσουν αρνητικά μια πληθώρα σωμάτων. Ο κίνδυνος δυνητικά θανατηφόρων μολυσματικών ασθενειών, νευρολογικών και καρδιαγγειακών επιπλοκών και θανάτου από υπερβολική δόση δημιουργεί πρόβλημα δημόσιας υγείας που απαιτεί προσοχή. Οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης σε όλους τους χώρους πρέπει να είναι σε θέση να εντοπίζουν ταχέως και κατάλληλα αυτούς που κινδυνεύουν (Steyaert & Lavand'homme, 2013).

Η επαναλαμβανόμενη χρήση ηρωίνης αλλάζει τη φυσική δομή και τη φυσιολογία του εγκεφάλου, δημιουργώντας μακροπρόθεσμες ανισορροπίες στα νευρωνικά και ορμονικά συστήματα που δεν αναστρέφονται εύκολα. Μελέτες έχουν δείξει κάποια επιδείνωση της λευκής ουσίας του εγκεφάλου λόγω της χρήσης ηρωίνης, η οποία μπορεί να επηρεάσει τις ικανότητες λήψης αποφάσεων, την ικανότητα ρύθμισης της συμπεριφοράς και τις αντιδράσεις σε καταστάσεις άγχους. Η ηρωίνη παράγει επίσης βαθμούς ανοχής και σωματικής εξάρτησης. Η ανοχή εμφανίζεται όταν όλο και περισσότερο από το φάρμακο απαιτείται για να επιτευχθούν τα ίδια αποτελέσματα. Με σωματική εξάρτηση, το σώμα προσαρμόζεται στην παρουσία του φαρμάκου και τα συμπτώματα στέρησης εμφανίζονται εάν η χρήση μειωθεί απότομα (Raffaelli & Salmosky-Dekel, 2005).

Η αποτοξίνωση μπορεί να συμβεί εντός λίγων ωρών μετά την τελευταία φορά που το φάρμακο λαμβάνεται. Τα συμπτώματα στέρησης περιλαμβάνουν ανησυχία, πόνο στους μυς και στα οστά, αϋπνία, διάρροια, έμετο, κρυολογήματα και κινήσεις των ποδιών. Τα μεγάλα συμπτώματα στέρησης κορυφώνονται μεταξύ 24-48 ωρών μετά την τελευταία δόση ηρωίνης

και υποχωρούν μετά από περίπου μία εβδομάδα. Ωστόσο, ορισμένοι άνθρωποι έχουν δείξει επίμονα σημάδια στέρησης για πολλούς μήνες. Τέλος, η επαναλαμβανόμενη χρήση ηρωίνης συχνά οδηγεί σε διαταραχή χρήσης ηρωίνης - μια χρόνια υποτροπιάζουσα ασθένεια που υπερβαίνει τη φυσική εξάρτηση και χαρακτηρίζεται από ανεξέλεγκτη αναζήτηση ναρκωτικών, ανεξάρτητα από τις συνέπειες. Η ηρωίνη είναι εξαιρετικά εθιστική ανεξάρτητα από το πώς χορηγείται, η χορήγηση που του επιτρέπει να φτάσει στον εγκέφαλο το γρηγορότερο (δηλ. ένεση και κάπνισμα) αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης διαταραχής χρήσης ηρωίνης. Μόλις ένα άτομο έχει διαταραχή χρήσης ηρωίνης, η αναζήτηση και η χρήση του ναρκωτικού γίνεται ο πρωταρχικός σκοπός τους στη ζωή (Raffaelli & Salmosky-Dekel, 2005).

Ανεξάρτητα από το πώς καταναλώνουν το φάρμακο, οι χρόνιοι χρήστες ηρωίνης αντιμετωπίζουν μια ποικιλία ιατρικών επιπλοκών, όπως αϋπνία και δυσκοιλιότητα. Οι πνευμονικές επιπλοκές (συμπεριλαμβανομένων διαφόρων τύπων πνευμονίας και φυματίωσης) μπορεί να προκύψουν από την κακή υγεία του χρήστη καθώς και από την επίδραση της ηρωίνης στην καταθλιπτική αναπνοή. Πολλοί βιώνουν ψυχικές διαταραχές, όπως κατάθλιψη και αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας. Οι άνδρες συχνά βιώνουν σεξουαλική δυσλειτουργία και οι εμμηνορροϊκοί κύκλοι των γυναικών συχνά γίνονται ακανόνιστοι. (Raffaelli & Salmosky-Dekel, 2005).

Οι ιατρικές συνέπειες της χρόνιας ένεσης περιλαμβάνουν ουλές και / ή καταρρέουσες φλέβες, βακτηριακές λοιμώξεις των αιμοφόρων αγγείων και των καρδιακών βαλβίδων, αποστήματα (βρασμοί) και άλλες λοιμώξεις από μαλακό ιστό. Πολλά από τα πρόσθετα στην ηρωίνη μπορεί να περιλαμβάνουν ουσίες που δεν διαλύονται εύκολα και οδηγούν σε απόφραξη των αιμοφόρων αγγείων που οδηγούν στους πνεύμονες, το ήπαρ, τα νεφρά ή τον εγκέφαλο. Αυτό μπορεί να προκαλέσει μόλυνση ή ακόμη και θάνατο μικρών κυττάρων σε ζωτικά όργανα. Οι ανοσολογικές αντιδράσεις σε αυτά ή σε άλλους μολυσματικούς παράγοντες μπορεί να προκαλέσουν αρθρίτιδα ή άλλα ρευματολογικά προβλήματα (Webster, 2013).

Η χρήση ηρωίνης αυξάνει τον κίνδυνο έκθεσης σε HIV, ιογενή ηπατίτιδα και άλλους μολυσματικούς παράγοντες μέσω της επαφής με μολυσμένο αίμα ή σωματικά υγρά (π.χ. σπέρμα, σάλιο) που προκύπτει από την κοινή χρήση συρίγγων και ενέσεων που έχουν χρησιμοποιηθεί από μολυσμένα άτομα ή μέσω σεξουαλικής επαφής χωρίς προστασία με μολυσμένο άτομο. Το ρουθούνισμα ή το κάπνισμα δεν εξαλείφει τον κίνδυνο μολυσματικών ασθενειών όπως η ηπατίτιδα και το HIV / AIDS, επειδή τα άτομα υπό την επήρεια

ναρκωτικών εξακολουθούν να εμπλέκονται σε επικίνδυνες σεξουαλικές και άλλες συμπεριφορές που μπορούν να τους εκθέσουν σε αυτές τις ασθένειες (Webster, 2013).

3.5 Ψυχεδελικά ναρκωτικά

3.5.1 LSD

Το LSD (λυσεργικό οξύ διαιθυλαμίδιο) είναι ένα φάρμακο που ακόμη και όταν λαμβάνεται σε πολύ μικρές ποσότητες προκαλεί πολύ ισχυρές αλλαγές στη διάθεση και έντονες οπτικές ψευδαισθήσεις. Τις περισσότερες φορές, άτομα που λαμβάνουν LSD βιώνουν ευφορία. Ωστόσο, τρία μπορεί να είναι μια σειρά από συμπτώματα που περιλαμβάνουν ακραία ευεξία σε συναισθήματα σοβαρού άγχους και ακόμη και απόλυτης απελπισίας και αίσθημα αδυναμίας διαχείρισης της πραγματικότητας (Rucker, et al., 2018).

Οι τυπικές δόσεις που χρησιμοποιούν LSD είναι πολύ μικρές, μεταξύ 100 και 200 μικρογραμμάρια και παράγουν μακροχρόνιες επιδράσεις που μπορούν να διαρκέσουν έως και 12 ώρες. Φαίνεται ότι δεν έχουν καταγραφεί θάνατοι από υπερδοσολογία μόνο σε LSD και οι αναφορές στη βιβλιογραφία για υπερδοσολογίες LSD συχνά περιλαμβάνουν τη χρήση LSD με άλλα δυνητικά επικίνδυνα φάρμακα. Μελέτες περιπτώσεων που αναφέρουν τις αντιδράσεις ατόμων από πολύ υψηλές δόσεις LSD δείχνουν ότι δεν εμφανίστηκαν σημαντικές μακροπρόθεσμες επιδράσεις σε αυτούς τους ανθρώπους.

Τα τυπικά συμπτώματα που σχετίζονται με την υπερδοσολογία είναι:

- Εξαιρετικά αργή αναπνοή ή δυσκολία στην αναπνοή
- Αύξηση της θερμοκρασίας του σώματος
- Ναυτία
- Έμετος και
- Ελαφριά αιμορραγία στο στομάχι ή στο έντερο (σε ορισμένες περιπτώσεις) (Rucker, et al., 2018).

Υπάρχουν ορισμένα πιθανά συναισθηματικά ζητήματα που φαίνεται να σχετίζονται με τη μακροχρόνια χρήση του LSD. Ορισμένες έρευνες αναφέρουν ότι ορισμένοι μακροχρόνιοι χρήστες του LSD μπορεί να έχουν υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης, άγχους και ζητήματα με κίνητρα να συμμετάσχουν σε τυπικές καθημερινές εργασίες. Τα άτομα που υφίστανται

αρνητικές εμπειρίες (κακά ταξίδια) μπορούν δυνητικά να αναπτύξουν σοβαρά συναισθηματικά ζητήματα (Rucker, et al., 2018).

Υπάρχουν πάνω από 100 είδη μανιταριών που περιέχουν την ψυχοδραστική ουσία ψιλοκυβίνη. Πολλά από αυτά περιέχουν επίσης άλλες ψυχοδραστικές ουσίες που δρουν με παρόμοιο τρόπο με την ψιλοκυβίνη. Τρώγονται συνήθως μαγικά μανιτάρια που περιέχουν ψιλοκυβίνη (4-φωσφορυλοξυ-N, N-διμεθυλτρυπταμίνη).

Οι κοινές απαντήσεις περιλαμβάνουν:

- Καρδιαγγειακές αλλαγές, όπως αυξημένος καρδιακός ρυθμός, υπέρταση ή υπόταση
- Τρόμοι
- Προβλήματα με μυϊκό συντονισμό και αυξημένα αντανακλαστικά
- Ευφορία
- Σοβαρές μεταβολές στην έννοια του χρόνου, καθώς ο χρόνος φαίνεται να κινείται σημαντικά πιο αργά
- Αποσύνδεση (π.χ., να αισθάνεσαι ότι τα πράγματα δεν είναι αληθινά ή ότι κάποιος αποσπάται από το σώμα του ατόμου)
- Έντονες αισθησιακές εμπειρίες, όπως ζωντανές ψευδαισθήσεις
- Άγχος, αντιδράσεις πανικού
- Παράνοια σε ορισμένους χρόνιους χρήστες
- Μειωμένες αντιδράσεις φόβου (Montagne, 2008).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

4.1 Η Συνθήκη της εξάρτησης

Η συνεχής χρήση ουσιών οδηγεί σε εξάρτηση. Ο χρήστης θα συνεχίσει να χρησιμοποιεί την ουσία παρά τη σωματική και ψυχολογική βλάβη που μπορεί να προκύψει από αυτήν. Το φυσιολογικό ή βιοχημικό συστατικό της εξάρτησης από την ουσία συνήθως, αλλά όχι πάντα, συνίσταται στην ανάπτυξη ανοχής στην ουσία, δηλαδή αυξάνονται οι ποσότητες που απαιτούνται για να έχουν το απαιτούμενο αποτέλεσμα και μπορεί να εμφανιστούν συμπτώματα στέρησης για διάφορους λόγους. Η διαδικασία της εξάρτησης από ουσίες είναι πολύπλοκη, που περιλαμβάνει αλληλεπίδραση βιογενετικών, νευροχημικών και ψυχολογικών παραγόντων. Για τους λόγους αυτούς, η εκδήλωσή της είναι απρόβλεπτη και επομένως κανείς που χρησιμοποιεί και κατά καιρούς κάνει κατάχρηση ψυχοδραστικών ουσιών, συμπεριλαμβανομένου του αλκοόλ, δεν μπορεί ποτέ να πει, «αυτό δεν μπορεί να συμβεί σε μένα» (Volkow, 2005).

Η διαδικασία εξάρτησης συνεπάγεται μια ανεξέλεγκτη ώθηση για ικανοποίηση μιας ανάγκης και μπορεί να θεωρηθεί ότι υπάρχει, εάν, ως αποτέλεσμα της επαναλαμβανόμενης χρήσης μιας ουσίας, υπάρχει βλάβη της λειτουργίας, δηλαδή σωματική, συναισθηματική και κοινωνική του προσβεβλημένου ατόμου. Το φυσιολογικό ή βιοχημικό συστατικό της εξάρτησης από την ουσία συνήθως, συνίσταται στην ανάπτυξη ανοχής για την ουσία. Δηλαδή, απαιτούνται μεγαλύτεροι όγκοι για να βιώσουν την απαιτούμενη επίδραση και απόσυρση, για παράδειγμα σημάδια σοκ και φυσιολογική στέρηση, συμβαίνει όταν παρακρατείται η ουσία της εξάρτησης (Volkow, 2005).

Το πρότυπο εξάρτησης από ουσίες που παρατηρείται συνήθως σε εξαρτώμενα από ουσία άτομα περιλαμβάνει τα ακόλουθα:

- πειραματισμός και χρήση για πρώτη φορά,
- περιστασιακή ή κοινωνική χρήση,
- τακτική χρήση και

➤ εξάρτηση (Matsumoto, 2009).

Ο πειραματισμός και η πρώτη χρήση συνήθως συμβαίνουν μεταξύ 12 και 16 ετών. Οι έφηβοι πιστεύουν συχνά ότι ο πειραματισμός με ουσίες είναι ασφαλής και ακόμη και φυσιολογικός. Περιστασιακή ή κοινωνική χρήση συμβαίνει όταν το άτομο δεν αναζητά ενεργά την ουσία, αλλά την αποδέχεται παθητικά όταν προσφέρεται από φίλους ως μέρος της «αποδεκτής συμπεριφοράς ομότιμων ομάδων». Η τακτική χρήση συμβαίνει όταν ένας χρήστης που κάνει χρήση ουσιών αναζητά ενεργά την ουσία του και διασφαλίζει ότι μπορεί να διατηρήσει έτοιμες προμήθειες. Η χρήση είναι συνήθως τακτική μία ή δύο φορές την εβδομάδα. Εξάρτηση: Σε αυτό το στάδιο, η ουσία ή οι ουσίες θα αποτελούν το πρωταρχικό μέρος της ζωής του ατόμου και κάθε προσπάθεια διαχωρισμού από την ουσία ή τις ουσίες θα αντιμετωπιστεί με σημαντική αντίσταση. Κατά τη διάρκεια αυτού του σταδίου τα άτομα που χρησιμοποιούν ουσίες, όχι μόνο υποφέρουν προοδευτική σωματική και ψυχολογική επιδείνωση, αλλά επίσης χάνουν την ψυχολογική, κοινωνική, ακόμη και οικονομική ικανότητα να ξεφύγουν από τον κύκλο (Matsumoto, 2009).

Η εξάρτηση από οποιαδήποτε ουσία είναι επιζήμια τόσο για το άτομο όσο και για την κοινωνία. Η κατάχρηση ουσιών δεν επηρεάζει μόνο το άτομο, αλλά και την οικογένεια, τους φίλους, τους δασκάλους στο σχολείο και άλλα μέλη της κοινότητας. Οι έφηβοι που κάνουν κατάχρηση ουσιών μπορεί να αποσυρθούν, να είναι ευμετάβλητοι, ευερέθιστοι ή επιθετικοί. Αυτό συχνά οδηγεί σε επιδείνωση των οικογενειακών, και ομάδων συνομηλίκων και των σχολικών σχέσεων. Η ακαδημαϊκή απόδοση αυτών των εφήβων μειώνεται και καταλήγουν να αποβληθούν από το σχολείο λόγω της συμπεριφοράς τους. Επιπλέον, τα παιδιά σχολικής ηλικίας που χρησιμοποιούν ουσίες συχνά υποφέρουν από εξασθένηση της βραχυπρόθεσμης μνήμης και άλλων πνευματικών ικανοτήτων, μειωμένη ικανότητα παρακολούθησης σε αισθητηριακές και αντιληπτικές λειτουργίες, ανησυχία με την απόκτηση ουσιών, δυσμενή συναισθηματική και κοινωνική ανάπτυξη και, επομένως, γενικά μειωμένη απόδοση στην τάξη. Η μειωμένη γνωστική αποτελεσματικότητα οδηγεί σε κακή ακαδημαϊκή απόδοση, με αποτέλεσμα τη μείωση της αυτοεκτίμησης και ο έφηβος μπορεί τελικά να εγκαταλείψει εντελώς. Αυτό συμβάλλει στην αστάθεια με την έννοια της ταυτότητας ενός ατόμου που, με τη σειρά του, είναι πιθανό να συμβάλλει στην περαιτέρω κατανάλωση ουσιών, δημιουργώντας έτσι έναν φαύλο κύκλο (Proudfoot, 2017).

Επιπλέον, οι έφηβοι που κάνουν κατάχρηση ουσιών μπορεί να παραμελήσουν τη σχολική τους εργασία και ακόμη και να απουσιάζουν από το σχολείο. Είναι λιγότερο πιθανό να

εκτιμήσουν τα ακαδημαϊκά επιτεύγματα. Αναμένουν λιγότερη ακαδημαϊκή επιτυχία και, στην πραγματικότητα, αποκτούν χαμηλότερους βαθμούς. Εκτός από αυτό, γίνονται επίσης επιθετικοί απέναντι στους εκπαιδευτικούς και άλλους μαθητές. Ορισμένες ουσίες είναι δαπανηρές, επομένως η ανάγκη να διατηρηθεί η εξάρτηση μπορεί να οδηγήσει σε κλοπή, εμπλοκή στη βία και τελικά ακόμη και στο οργανωμένο έγκλημα που σχετίζεται με τα ναρκωτικά. Μερικοί έφηβοι εγκαταλείπουν το σχολείο και στραφούν σε άλλα εγκλήματα, όπως ληστείες και δραστηριότητες που σχετίζονται με συμμορίες για να υποστηρίξουν τη συνήθεια τους. Προηγούμενες μελέτες επιβεβαιώνουν ότι υπάρχει σχέση μεταξύ κατάχρησης ουσιών και εγκληματικών δραστηριοτήτων (Proudfoot, 2017).

Οι νέοι συχνά κλέβουν χρήματα για να αγοράσουν ουσίες. Η ουσία, και η απόκτησή της, γίνεται το κέντρο της ύπαρξης του κακοποιητή, που διέπει όλες τις δραστηριότητες και τις κοινωνικές σχέσεις. Η επίδραση αυτών των ουσιών στη γενική αναστολή των παρορμήσεων, η κοινωνική κρίση συχνά παραμορφώνεται. Συμμετοχή σε άλλα κοινωνικά προβλήματα όπως παρορμητική βία. Μπορεί να προκληθεί σεξουαλική, φυλετική και άλλες μορφές μισαλλοδοξίας ή κακοποίησης. Τα ναρκωτικά μπορούν να προκαλέσουν βίαιες αντιδράσεις και οι χρήστες μπορούν να βλάψουν τον εαυτό τους ή τους άλλους. Επιπλέον, αντιμετωπίζονται ζητήματα κατάχρησης ουσιών σε κάθε επίπεδο του συστήματος ποινικής δικαιοσύνης, από το διεθνές εμπόριο ουσιών και τη χρήση των εσόδων αυτού του εμπορίου για διεφθαρμένους σκοπούς έως την οδήγηση υπό την επήρεια αλκοόλ ή άλλων ουσιών. Το υψηλό κόστος των ουσιών σημαίνει ότι τα εξαρτώμενα άτομα πρέπει είτε να έχουν μεγάλο πλούτο είτε να αποκτήσουν χρήματα μέσω παράνομων δραστηριοτήτων, όπως κλοπή, πορνεία ή πώληση προϊόντων (Oviedo-Joekes, et al., 2006).

Ο συσχετισμός μεταξύ της εξάρτησης από οπιούχα και των εγκληματικών δραστηριοτήτων είναι επομένως αρκετά υψηλός, συμβάλλοντας αναμφίβολα στη λαϊκή αντίληψη ότι η εξάρτηση από την ουσία προκαλεί από μόνη της το έγκλημα. Η χρήση ουσιών επηρεάζει το σύστημα ποινικής δικαιοσύνης, με αποδείξεις ότι συνδέονται μεταξύ της κατανάλωσης αλκοόλ σε επικίνδυνα επίπεδα, της διάπραξης εγκλήματος ή του θύματος εγκλήματος. Ωστόσο, τα περισσότερα εγκλήματα που σχετίζονται με την ουσία είναι το αποκορύφωμα διαφόρων παραγόντων. Δηλαδή, προσωπική, καταστατική, πολιτιστική και οικονομική (Oviedo-Joekes, et al., 2006).

Όταν οι έφηβοι εξαρτώνται από το αλκοόλ και άλλες ουσίες για να αντιμετωπίσουν τα καθημερινά στρες, αποτυγχάνουν να μάθουν υπεύθυνες δεξιότητες λήψης αποφάσεων και

εναλλακτικούς μηχανισμούς αντιμετώπισης. Αυτοί οι νέοι παρουσιάζουν σοβαρά προβλήματα προσαρμογής, όπως χρόνιο άγχος, κατάθλιψη και αντικοινωνική συμπεριφορά, που είναι και η αιτία και οι συνέπειες της λήψης ναρκωτικών. Συχνά μπαίνουν πρόωρα σε γάμο, τεκνοποίηση και στον κόσμο της εργασίας και αποτυγχάνουν σε αυτούς. Αυτά είναι οδυνηρά αποτελέσματα που ενθαρρύνουν περαιτέρω εθιστική συμπεριφορά. Έτσι, η χρήση ουσιών δεν έχει μόνο επίδραση στους εφήβους που τα χρησιμοποιούν, αλλά έχει επίσης αρνητική επίδραση στη ζωή άλλων ανθρώπων (Vasters & Pillon, 2011).

Προηγούμενα στοιχεία δείχνουν ότι περίπου το 64% έως 88% των ατόμων με διαταραχές χρήσης ουσιών (SUDs) έχουν τουλάχιστον ένα (συχνά περισσότερα) συννοσηρό πρόβλημα ψυχικής υγείας. Τα άτομα με διπλή διάγνωση (DD) βιώνουν υπερβολικές συμπεριφορές χρήσης ουσιών, συμπεριλαμβανομένης της πρώιμης ηλικίας έναρξης, της βαρύτερης και συχνότερης χρήσης και υψηλότερων ποσοστών εξάρτησης. Επιπλέον, οι έφηβοι με DD αντιμετωπίζουν συνήθως οικογενειακά, σχολικά και νομικά προβλήματα, και ακόμη και με θεραπεία είναι πιο πιθανό να παρουσιάσουν υποτροπή. Συγκριτικά, οι έφηβοι με SUD που δεν έχουν προβλήματα ψυχικής υγείας ανταποκρίνονται καλύτερα στη θεραπεία (Vasters & Pillon, 2011).

Οι εσωτερικευμένες διαταραχές ομαδοποιούνται σε δύο υποκατηγορίες «αγωνία»: κατάθλιψη, άγχος, δυσθυμία και «φόβος»: διαταραχή πανικού, κοινωνική φοβία και συγκεκριμένη φοβία. Μια πρόσφατη ανασκόπηση υπολόγισε ότι ο επιπολασμός της συννοσηρής κατάθλιψης και των SUD σε κοινοτικά δείγματα κυμάνθηκε από 11,1% έως 32% με συννοσηρό άγχος και SUD κυμαινόταν από 7% έως 40%. Τα ποσοστά συννοσηρότητας μπορεί επιπλέον να ποικίλλουν ανάλογα με το φύλο, με υψηλότερα ποσοστά κοριτσιών που έχουν διαγνωστεί με συννοσηρή κατάθλιψη ή άγχος και SUD στην ηλικία των 16 ετών (Compton & Volkow, 2006).

Οι εξωτερικές διαταραχές χαρακτηρίζονται από επιθετικές, παρορμητικές, υπερκινητικές και διαταραχές. Αυτές περιλαμβάνουν διαταραχή υπερκινητικότητας έλλειψης προσοχής (ADHD), διαταραχή αντίθετης αντίθεσης (ODD), διαταραχή συμπεριφοράς (CD) και διαταραχή προσωπικότητας αντικοινωνικής συμπεριφοράς (ASPD). Μια ανασκόπηση της βιβλιογραφίας διαπίστωσε υψηλότερα ποσοστά εξωτερικότητας των συννοσηρών και διαγνώσεων SUD (η επικράτηση ADHD κυμαινόταν από 3% έως 38%, η επικράτηση CD κυμαινόταν από 24% έως 82%, η επικράτηση ADHD-CD που κυμαινόταν από 27% έως 30%) σε σύγκριση με την εσωτερική και άλλες διαταραχές της διάθεσης, με υψηλότερα

ποσοστά διάγνωσης για τους άνδρες. Οι ψυχωτικές διαταραχές χαρακτηρίζονται από παραισθήσεις, ψευδαισθήσεις και αποδιοργανωμένη σκέψη και γνώση παράλληλα με αρνητικά ή μανιακά συμπτώματα. Αυτά περιλαμβάνουν σχιζοφρένεια, σχιζοτυπική διαταραχή προσωπικότητας, σχιζοσυναισθηματική διαταραχή, διπολική διαταραχή και παραληρητική διαταραχή. Ατομα στις Ηνωμένες Πολιτείες με διάγνωση σχιζοφρένειας είναι 4,6 φορές πιο πιθανό να χρησιμοποιήσουν ουσίες σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό (Compton & Volkow, 2006).

Η κοινωνική γνώση αναφέρεται στις ψυχολογικές διεργασίες που εμπλέκονται στην κοινωνική αλληλεπίδραση, που περιλαμβάνουν την αυτογνωσία, την αντίληψη των άλλων και την κινητήρια κατανόηση. Σε μεγάλο βαθμό, η μελέτη της κοινωνικής γνώσης επικεντρώνεται στην παιδική ηλικία, συγκεκριμένα στη διάγνωση του αυτισμού, καθώς τα αυτιστικά άτομα χαρακτηρίζονται από μέτρια έως σοβαρά κοινωνικά γνωστικά ελλείμματα πρώιμης έναρξης. Ωστόσο, άλλες περίοδοι ζωής, αν και λιγότερο μελετημένες, είναι επιπρόσθετες σχετικές με την κατανόηση της κοινωνικής γνωστικής λειτουργίας. Ειδικότερα, η εφηβεία, η οποία είναι μια βιολογική και νευροαναπτυξιακή φάση. Η εφηβεία είναι μια περίοδος που τα άτομα αρχίζουν να κατανοούν τον εαυτό τους, συμπεριλαμβανομένων των συναισθημάτων, των επιθυμιών τους, των αντιδράσεων σε καταστάσεις και των τρόπων συλλογιστικής και της ανάγκης για έλεγχο. Επιπλέον, λίγες μελέτες εξετάζουν την πιθανή μείωση της κοινωνικής γνωστικής ικανότητας κατά την παιδική ηλικία έως την πρώιμη ενηλικίωση (Substance, 2016).

Η κακή κοινωνική γνωστική ικανότητα συνδέεται ανεξάρτητα τόσο με τη χρήση ουσιών όσο και με προβλήματα ψυχικής υγείας, τα οποία μπορεί να δώσουν μια εικόνα μιας προηγουμένως μη μελετημένης μεταβλητής στη σχέση της ψυχικής υγείας και της χρήσης ουσιών. Ενώ υπάρχει μια σειρά από κοινωνικές γνωστικές ικανότητες, αυτή η εργασία διερευνά τα ακόλουθα τρία: μη λεκτική επικοινωνία, κοινωνική επικοινωνία και θεωρία του νου / κοινωνική αμοιβαιότητα (Substance, 2016).

Μη λεκτική επικοινωνία. Η επικοινωνία και η κοινωνική αλληλεπίδραση δεν συμβαίνουν αποκλειστικά μέσω της ομιλούμενης γλώσσας. Τα άτομα μπορούν να χρησιμοποιούν τη γλώσσα του σώματος για τη μετάδοση μηνυμάτων μεταξύ τους, προσθέτοντας ένα επιπλέον επίπεδο επικοινωνίας κατά την παράδοση των προφορικών μηνυμάτων. Μια σημαντική πτυχή της κοινωνικής επικοινωνίας είναι ο κατάλληλος εντοπισμός αυτών των μη λεκτικών σημάτων και η επιστροφή τους επαρκώς παράλληλα με τη λεκτική συνομιλία. Αυτά τα

σήματα μπορεί να περιλαμβάνουν στάση, χειρονομίες ή εκφράσεις του προσώπου. Εδώ, οι χειρονομίες ή οι εκφράσεις του προσώπου θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν για να ενισχύσουν τα λεκτικά μηνύματα (συμπεριφορά που αντηχεί τη συνομιλία) ή να τα αντικρούσουν (δηλώνοντας «Είμαι καλά», αλλά εκφράζοντας ερεθισμό ή απογοήτευση) (Jane-Llopis & Matytsina, 2006).

Η μη λεκτική επικοινωνία μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως υποκατάστατο (κουνώντας αντί για «ναι») ή για να ολοκληρωθεί η συζήτηση (χαμογελώντας παράλληλα με καλές ειδήσεις). Αυτό μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να τονίσει ένα σημείο (κουνώντας το κεφάλι ενώ δηλώνει «Όχι») ή ρυθμίζοντας τη συνομιλία (χειρονομίες για να επιταχύνει τη συνομιλία). Επιπλέον, η ακριβής αναγνώριση των συναισθημάτων του προσώπου βοηθά στον εντοπισμό άλλων εσωτερικών καταστάσεων. Ενώ μια ολόκληρη σειρά συναισθημάτων μπορεί να εκφραστεί με ψεύτικο τρόπο, ένας αριθμός φαίνεται να είναι καθολικά κοινός, συμπεριλαμβανομένης της ευτυχίας, της περιφρόνησης, της θλίψης, της έκπληξης, της αηδίας, του φόβου και του θυμού (Jane-Llopis & Matytsina, 2006).

Επιπλέον, η εκφραστική ένταση αυτών των συναισθημάτων μπορεί να ποικίλλει από την πλήρη συναισθηματική έκφραση σε μια πιο αδύναμη συναισθηματικά διαφορούμενη εκδοχή ή μείγμα δύο συναισθημάτων (δηλ. φόβος και αηδία). Άτομα που μπορούν να ερμηνεύσουν με επιτυχία και να ανταποδώσουν μη λεκτικά στοιχεία παράλληλα με τη λεκτική επικοινωνία θα είναι πιο επιτυχημένα σε κοινωνικές καταστάσεις και θα κατανοήσουν τις προθέσεις των άλλων. Η κοινωνική επικοινωνία ή η πραγματιστική γλώσσα είναι μια άλλη πτυχή της κοινωνικής γνώσης που επιτρέπει στα άτομα να μεταδίδουν προφορικά τις σκέψεις και τα συναισθήματά τους το ένα στο άλλο. Αυτές οι λεκτικές δεξιότητες που βασίζονται στη γλώσσα περιλαμβάνουν κατάλληλη χρήση δομής, γραμματικής και λεξιλογίου. Επιπλέον, ο λόγος, ο τόνος και η χροιά χρησιμοποιούνται για την αποτελεσματική απεικόνιση ενός μηνύματος από το ένα άτομο στο άλλο. Η ομιλία θα πρέπει να είναι καθαρή, αρθρωτή και ρευστή, ενώ παράγει παραγωγή σωστών ήχων με γραμματικά σωστή σειρά (Jane-Llopis & Matytsina, 2006).

Η συνομιλία πρέπει να ρέει αβίαστα μεταξύ ατόμων χωρίς να διακόπτεται και να είναι συνεκτική και κατανοητή. Το πλαίσιο των συνομιλιών πρέπει γενικά να υπάρχει γύρω από το ενδιαφέρον για τον ακροατή και οι απαντήσεις πρέπει να βασίζονται και να προσαρμόζονται κατάλληλα στα στοιχεία του άλλου (δηλαδή αντίδραση στον σαρκασμό). Αυτό διευκολύνει την κοινωνική αμοιβαιότητα, ή τη ροή συνομιλιών που δύο μεμονωμένα μπορούν να

επιηρεάσουν αβίαστα τη συμπεριφορά του επόμενου. Άτομα με κακές δεξιότητες κοινωνικής επικοινωνίας μπορεί να έχουν δυσκολίες στην κατανόηση του σχηματισμού ισχυρών κοινωνικών δεσμών ανάλογα με τη σοβαρότητα των βλαβών τους (Jane-Lloris & Matytsina, 2006).

Η χρήση ουσιών σχετίζεται με μειωμένη κοινωνική γνωστική απόδοση. Μελέτες δείχνουν ότι το αλκοόλ, ο καπνός και η κάνναβη ενδέχεται να διαταράξουν τη μη λεκτική επικοινωνία. Η οξεία δηλητηρίαση από το αλκοόλ σχετίζεται με μειωμένη αντιδραστικότητα σε απειλές, και τα άτομα που εξαρτώνται από το αλκοόλ εμφανίζουν μειωμένη ακρίβεια στην κρίση της θλίψης και της αηδίας και απαιτούν μεγαλύτερη συναισθηματική ένταση για την ανίχνευση του φόβου και του θυμού. Αυτές οι διαταραχές επιμένουν όταν τα άτομα που εξαρτώνται από το αλκοόλ αποτοξινώνονται και μπορούν να διατηρηθούν έως και δύο μήνες σε ηρεμία. Στους καθημερινούς καπνιστές, τα ελλείμματα γίνονται εμφανή όταν τα άτομα στερούνται καπνού. Η οξεία απόσυρση σε καπνιστές σχετίζεται με μειωμένη επεξεργασία χαρούμενων προσώπων σε σχέση με ουδέτερα πρόσωπα και διαταραχή της προσοχής στα ερεθίσματα του προσώπου. Η χρόνια χρήση κάνναβης σχετίζεται με μειωμένη ικανότητα αναγνώρισης συναισθημάτων, συγκεκριμένα αρνητικών συναισθημάτων (Volkow & Li, 2005).

Η κατάχρηση ουσιών έχει αρνητικό αντίκτυπο στην οικονομία της χώρας. Αυτό περιλαμβάνει μια σειρά προβλημάτων όπως αναποτελεσματικότητα, μειωμένη απόδοση εργασίας, ατυχήματα και απουσίες με σημαντικό κόστος τόσο για τη βιομηχανία όσο και για την κοινωνία. Η παραγωγικότητα της εργασίας μειώνεται. Για παράδειγμα, χάνονται 2,5 εκατομμύρια εργάσιμες ημέρες λόγω απουσίας από ασθένειες που σχετίζονται με ουσίες. Επιπλέον, η χρήση ουσιών έχει αρνητικό αντίκτυπο στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης, συμπεριλαμβανομένης της εξάντλησης των σπάνιων πόρων που διατίθενται για τη βελτίωση της υγείας των ανθρώπων. Οι ιατρικοί πόροι σπαταλούνται και χάνονται ζωές σε ατυχήματα που σχετίζονται με τις ουσίες. Υψηλά χρηματικά ποσά δαπανώνται σε νοσοκομεία, σε εκστρατείες πρόληψης και σε κέντρα θεραπείας για άτομα εξαρτημένα από ουσίες. Αν και οι περισσότεροι άνθρωποι που κάνουν κατάχρηση ουσιών δεν αναζητούν επαγγελματική βοήθεια, τα άτομα που κάνουν κατάχρηση αλκοόλ αποτελούν μεγάλο ποσοστό νέων εισαγωγών σε ψυχιατρικά νοσοκομεία και γενικά νοσοκομεία. Άλλες δαπάνες περιλαμβάνουν επισκευές σε ακίνητα που έχουν υποστεί ζημιές από εθισμένους, φαγητό και διαμονή σε φυλακές, μεταφορά εθισμένων σε δικαστήρια σε σχέση με αυτούς που εξακολουθούν να αναμένουν δίκη (Volkow & Li, 2005).

Η φαρμακευτική αγωγή για τη θεραπεία ουσιών είναι επίσης ακριβή. Η χρήση αλκοόλ και άλλων ουσιών παρουσιάζει επίσης προβλήματα επιβολής του νόμου. Επομένως, η εξάρτηση από ουσίες αποτελεί οικονομική επιβάρυνση για τη χώρα. Το άτομο όχι μόνο υφίσταται προοδευτική σωματική και ψυχολογική επιδείνωση, αλλά επίσης χάνει την ικανότητα ψυχολογικά, κοινωνικά και συχνά οικονομικά να ξεφύγει από τον κύκλο της κατάχρησης ουσιών. Η υγεία και οι κοινωνικοοικονομικές συνέπειες της χρήσης ουσιών και της κατάχρησης υπονομεύουν τη δημοκρατία, τη χρηστή διακυβέρνηση και έχουν αρνητικό αντίκτυπο στη χώρα. Όπως με το αλκοόλ, το κοινωνικοοικονομικό κόστος του καπνίσματος είναι συγκλονιστικό. Κάθε χρόνο, οι καπνιστές συγκεντρώνουν πάνω από 80 εκατομμύρια χαμένες ημέρες και 145 εκατομμύρια ημέρες αναπηρίας, πολύ περισσότερο από τους μη καπνιστές (Compton & Volkow, 2006).

4.2 Θεωρίες χρήσης και εξάρτησης

Έχουν προταθεί πολλές θεωρίες για την αντιμετώπιση του τρόπου με τον οποίο η χρήση ναρκωτικών μεταβαίνει σε εθισμό, με αποτέλεσμα την καταναγκαστική αναζήτηση ναρκωτικών, στην οποία ένας εθισμένος συνεχίζει να χρησιμοποιεί από το αίσθημα της αναγκαιότητας, παρά την πιθανότητα σοβαρών αρνητικών συνεπειών και μειωμένης απόλαυσης που προκύπτει από τη λήψη του ναρκωτικού. Μερικοί έχουν επικεντρωθεί στη ρύθμιση των μετωπικών-ραβδωτών περιοχών του εγκεφάλου που προκαλείται από χρόνια χρήση ναρκωτικών που οδηγεί σε υπερβολικές αποκρίσεις στα φάρμακα και τις ενδείξεις που σχετίζονται με τα ναρκωτικά και σε μειωμένο εκτελεστικό έλεγχο, με αυτόν τον μειωμένο ανασταλτικό έλεγχο να είναι υπεύθυνος για την καταναγκαστική λήψη ναρκωτικών. Άλλοι έχουν θεωρήσει ότι η χρόνια χρήση ναρκωτικών μειώνει την ηδονική απόκριση στο φάρμακο ενώ χρησιμοποιεί κυκλώματα που σχετίζονται με το στρες, αλλάζοντας την κανονική τιμή ανταμοιβής και παράγοντας την κατάσταση «ηδονικής-αλλοστατικής», που σημαίνει ότι η χρήση ναρκωτικών συνεχίζεται με εθισμό για να εξουδετερώσει το άγχος και να προκαλέσει ένα αίσθημα ομαλότητας. Έχουν προταθεί δύο άλλες εξέχουσες θεωρίες. τη θεωρία ευαισθητοποίησης κινήτρων και τη θεωρία εκμάθησης (Ouzir & Errami, 2016).

4.2.1 Θεωρία ευαισθητοποίησης κινήτρων και η θεωρία εκμάθησης

Η κεντρική διατριβή της θεωρίας ευαισθητοποίησης κινήτρων για τον εθισμό είναι ότι η επαναλαμβανόμενη έκθεση σε εθιστικά φάρμακα μπορεί να προκαλέσει επίμονες μεταβολές στα νευρικά συστήματα (δηλ. Μεσοεγκεφαλικά φαινόμενα κυκλώματα ντοπαμίνης) που

ρυθμίζουν την απόδοση του κινήτρου σε ερεθίσματα και παρακινούν τη συμπεριφορά. Έτσι, η συνεχιζόμενη χρήση ναρκωτικών κατάχρησης παράγει νευροπροσδιορισμούς σε αυτό το νευρικό σύστημα, καθιστώντας το υπερευαίσθητο στα ναρκωτικά και τα ερεθίσματα που σχετίζονται με τα ναρκωτικά, οδηγώντας σε πόθο και υποτροπή ναρκωτικών. Παρόλο που μια ποικιλία πειραματικών ευρημάτων υποδηλώνουν ότι οι ενδείξεις που σχετίζονται με τα ναρκωτικά μπορούν να παρακινήσουν την αναζήτηση αυτών. Προκειμένου να μελετηθεί η αναζωογονητική επίδραση των ενδείξεων που συνδέονται με το φάρμακο στη συμπεριφορά που αναζητά φάρμακα, Δεδομένου ότι η χορήγηση φαρμάκων θα πρέπει να προκαλεί νευροπροσδιορισμούς που αυξάνουν την έμπνευση κινήτρων των σχετιζόμενων με τα ναρκωτικά ερεθισμάτων, θα μπορούσε κανείς να προβλέψει ότι οι ενδείξεις που συνδυάζονται με φάρμακα θα ενισχύσουν τις ενέργειες αναζήτησης φαρμάκων (Ouzir & Errami, 2016).

Όπως αναφέρθηκε προηγουμένως, η συνήθης αναζήτηση τροφής επιτυγχάνεται συνήθως μέσω εκτεταμένης οργανικής εκπαίδευσης, πολύ πέρα από αυτό που απαιτείται για την επίτευξη και τη διατήρηση της προκαθορισμένης απαίτησης απόκρισης. Η θεωρία της εκμάθησης συνήθειας υποδηλώνει ότι η ψυχοδιεγερτική προ-έκθεση μπορεί να διευκολύνει αυτή τη διαδικασία, οδηγώντας σε συνηθισμένη συμπεριφορά χωρίς εκτεταμένη εκπαίδευση. Κατά συνέπεια, καθώς αυξάνεται η κατανάλωση ναρκωτικών, η επιλογή αναζήτησης και χρήσης ναρκωτικών θα πρέπει να εξαρτάται ολοένα και περισσότερο από περιβαλλοντικά στοιχεία και, ταυτόχρονα, σχετικά λιγότερο ευαίσθητη στις ανεπιθύμητες συνέπειες αυτής της συμπεριφοράς. Μελέτες έχουν δείξει ότι οι αρουραίοι θα συνεχίσουν να αναζητούν κοκαΐνη παρά την τιμωρία (δηλ. Σοκ) (Ouzir & Errami, 2016).

Τόσο η θεωρία ευαισθητοποίησης κινήτρων όσο και η θεωρία εκμάθησης συνήθειας προτείνουν ότι αυτές οι αλλαγές στο σύστημα ντοπαμίνης, το οποίο εμπλέκεται επίσης στην κανονική επεξεργασία ανταμοιβής, έχουν ως αποτέλεσμα την παθολογική αναζήτηση ναρκωτικών που χαρακτηρίζει τον εθισμό. Είναι ενδιαφέρον, δεδομένου ότι τα κυκλώματα που ευαισθητοποιούνται από τα ναρκωτικά κατάχρησης είναι τα ίδια κυκλώματα που αποδίδουν το κίνητρο υπό φυσιολογικές συνθήκες. Η θεωρία ευαισθητοποίησης των κινήτρων προβλέπει ότι η έκθεση στα ναρκωτικά θα μπορούσε να επηρεάσει το γενικό κίνητρο για απόκτηση άλλων φαρμάκων και φυσικών ανταμοιβών, τα οποία έχουν λάβει σημαντική υποστήριξη. Ορισμένες ενδείξεις για αυτήν την πολλαπλή ευαισθητοποίηση μεταξύ ναρκωτικών και τροφικών ανταμοιβών έχουν αποδειχθεί με τη χρήση προ-έκθεσης αμφεταμίνης για την αναζήτηση σακχαρόζης. Αυτή η διασταυρούμενη ευαισθητοποίηση θα

μας επέτρεπε όχι μόνο να ελέγξουμε την ποσότητα της κοκαΐνης που παραδόθηκε, αλλά και να διερευνήσουμε τις επιπτώσεις της ευαισθητοποίησης της κοκαΐνης ανεξάρτητα από την εκπαιδευμένη συμπεριφορά με ένα αποτέλεσμα τροφής, μελετώντας έτσι πώς η ευαισθητοποίηση με την κοκαΐνη αλλάζει το κίνητρο για την απόκτηση ανταμοιβών (Nordenfelt, 2010).

Ομοίως, για τη θεωρία της εκμάθησης συνήθειας, η έκθεση σε φάρμακα προτείνεται να ανατρέψει τις φυσιολογικές, εξαρτώμενες από ντοπαμίνη διαδικασίες εκμάθησης ανταμοιβής για να οδηγήσει σε καταναγκαστική αναζήτηση ναρκωτικών. Αυτή η αλλαγή της εκμάθησης ανταμοιβής που προκαλείται από την έκθεση σε ναρκωτικά μπορεί να γενικευτεί σε άλλα ναρκωτικά κατάχρησης και φυσικών ανταμοιβών, προκαλώντας συνήθη επιλογή δράσης για άλλες ανταμοιβές σε καταστάσεις που διαφορετικά θα προκαλούσαν συμπεριφορά με στόχο. Για άλλη μια φορά, αυτή η ικανότητα των ναρκωτικών να μεταβάλλουν τη συμπεριφορά που βασίζεται στη φυσική ανταμοιβή θα μας επιτρέψει να εξετάσουμε τις επιπτώσεις της θεραπείας με κοκαΐνη στην ανάπτυξη του συνηθισμένου ελέγχου. Τα πειράματα που έχω κάνει διερευνούν την ικανότητα της έκθεσης σε κοκαΐνη είτε να μεταβάλει το κίνητρο για ανταμοιβές τροφίμων είτε να αλλάζει τον έλεγχο συμπεριφοράς των δράσεων που βασίζονται σε τρόφιμα (Nordenfelt, 2010)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

Αντιμετώπιση και θεραπεία εθισμού

5.1 Επίπεδα φροντίδας

Οι ειδικευμένοι επαγγελματίες ακολουθούν διαδοχικά βήματα για να καθορίσουν την πορεία θεραπείας του πελάτη. Πρώτον, ο επαγγελματίας καθορίζει εάν ο πελάτης είναι επιλέξιμος για υπηρεσίες θεραπείας χρήσης ουσιών. Ο προσδιορισμός της καταλληλότητας βασίζεται σε μεγάλο βαθμό στις οικονομικές ικανότητες, την ηλικία και τους πληθυσμούς προτεραιότητας (δηλαδή, έγκυες γυναίκες). Στη συνέχεια, ο επαγγελματίας εξετάζει τον πελάτη για να προσδιορίσει εάν ο πελάτης έχει πράγματι ανάγκη υπηρεσιών θεραπείας χρήσης ουσιών και, εάν αποφασιστεί, ο επαγγελματίας πρέπει να καθορίσει το καταλληλότερο επίπεδο φροντίδας για τον πελάτη, συμπεριλαμβανομένου του πού να παραπέμψει τον πελάτη για θεραπεία. Τέλος, ο επαγγελματίας προτείνει υπηρεσίες θεραπείας στον πελάτη, συμπεριλαμβανομένων συγκεκριμένων τύπων υπηρεσιών και έντασης των υπηρεσιών θεραπείας (Volkow, et al., 2004).

Ο καθορισμός του κατάλληλου επιπέδου φροντίδας είναι ίσως το πιο δύσκολο μέρος του καθορισμού της πορείας της θεραπείας του πελάτη. Η Διοίκηση Υπηρεσιών Κατάχρησης Ουσίας και Ψυχικής Υγείας - Κέντρο Θεραπείας Κατάχρησης Ουσίας (2009) έχει θεσπίσει Ομοιόμορφα Κριτήρια Τοποθέτησης Ασθενών (UPPC) σε προσπάθειες «να οδηγήσει σε αποτελεσματική τοποθέτηση πελατών σε κατάλληλα επίπεδα φροντίδας» (σελ. 1). Το UPPC αναπτύχθηκε για να καθορίσει «ομοιόμορφα κριτήρια για την καθοδήγηση της σωστής τοποθέτησης των ασθενών, οδηγίες πρακτικής για την προώθηση της καθιέρωσης αποτελεσματικών εξατομικευμένων τρόπων θεραπείας και δεδομένων αποτελεσμάτων για τη συνεχή βελτίωση τόσο των κριτηρίων όσο και των οδηγιών» (Volkow, et al., 2004).

Η Διοίκηση Υπηρεσιών κατάχρησης ουσιών και ψυχικής υγείας υιοθέτησε τα κριτήρια τοποθέτησης της Αμερικανικής Εταιρείας Εθιστικής Ιατρικής (ASAM) για τη βάση του μοντέλου τους. Το κριτήριο τοποθέτησης του ASAM αποτελείται από τέσσερα επίπεδα φροντίδας που ποικίλλουν ως προς την ένταση και τη διάρκεια της θεραπείας. Το πρώτο επίπεδο είναι η παραδοσιακή θεραπεία εξωτερικών ασθενών που αποτελείται από υπηρεσίες θεραπείας συνολικής διάρκειας κάτω των εννέα ωρών την εβδομάδα. Το δεύτερο επίπεδο περιλαμβάνει εντατικούς εξωτερικούς ασθενείς (ή μερική νοσηλεία), ο οποίος αποτελείται

από τουλάχιστον εννέα ώρες υπηρεσιών θεραπείας την εβδομάδα σε ένα δομημένο πρόγραμμα. Το δεύτερο επίπεδο επιτρέπει στους πελάτες να λαμβάνουν εντατική θεραπεία ενώ παραμένουν στο δικό τους περιβάλλον. Το τρίτο επίπεδο, εντατικά ενδονοσοκομειακά / ιατρικά ελεγχόμενα ιατρικά, περιλαμβάνει «θεραπεία εσωτερικών ασθενών σε ένα προγραμματισμένο σχήμα 24ωρης παρατήρησης, παρακολούθησης και θεραπείας, χρησιμοποιεί ένα πολυεπιστημονικό προσωπικό για ασθενείς των οποίων τα βιοϊατρικά, συναισθηματικά και / ή συμπεριφορικά προβλήματα είναι αρκετά σοβαρά ώστε να απαιτούν υπηρεσίες εσωτερικού ασθενή ». Τέλος, το υψηλότερο επίπεδο φροντίδας, επίπεδο 4, διαχειρίζεται ενδονοσοκομειακά ενδονοσοκομειακά εντατικά ιατρικά, το οποίο περιλαμβάνει 24ωρες ιατρικές και νοσηλευτικές υπηρεσίες και πραγματοποιείται σε νοσοκομείο (McGregor & Bowen, 2012).

Αφού συλλέξει βιοψυχοκοινωνικές πληροφορίες, αξιολογεί τα προβλήματα χρήσης ουσιών του πελάτη και τις ανάγκες θεραπείας και διατυπώνει μια διάγνωση, ο σύμβουλος καθορίζει το καταλληλότερο επίπεδο φροντίδας και προτείνει μία ή περισσότερες συγκεκριμένες υπηρεσίες θεραπείας στον πελάτη. Η τοποθέτηση και το επίπεδο φροντίδας του πελάτη καθορίζονται συνήθως με βάση τη σοβαρότητα του προβλήματος της χρήσης ουσιών του πελάτη, τη διάγνωση και τις ιατρικές, ψυχολογικές και κοινωνικές ανάγκες. Τα επίπεδα φροντίδας δεν πρέπει να θεωρούνται ξεχωριστά ή αποσυνδεδεμένα, αλλά ως συνέχεια των υπηρεσιών θεραπείας στις οποίες μετακινούνται οι πελάτες (McGregor & Bowen, 2012).

5.2 Διαθέσιμες θεραπευτικές προσεγγίσεις

Υπάρχουν διάφοροι τρόποι θεραπείας χρήσης ουσιών, όπως και οι απόψεις των επαγγελματιών σχετικά με το ποιος τρόπος είναι αποτελεσματικότερος. Ένας τρόπος, όπως ορίζεται από το Ινστιτούτο Ιατρικής (1990) είναι «οι συγκεκριμένες δραστηριότητες που χρησιμοποιούνται για την ανακούφιση των συμπτωμάτων ή για την πρόκληση αλλαγής συμπεριφοράς» (σελ. 90). Η πλειονότητα των τρόπων θεραπείας χρήσης ουσιών μπορεί να χωριστεί σε μία από τις τρεις κατηγορίες: βιοϊατρικές μεθόδους, ψυχολογικές μεθόδους και κοινωνικοπολιτισμικές μεθόδους. Βιοϊατρικές μέθοδοι για χρήση ουσιών Θεραπεία Οι βιοϊατρικές μέθοδοι επικεντρώνονται στη φυσική αποτοξίνωση ουσιών και χρησιμοποιούν συνταγογραφούμενα φάρμακα, όπως μεθαδόνη, ανταγωνιστικά φάρμακα και άλλες ψυχοφαρμακολογικές παρεμβάσεις για τη μείωση της επιθυμίας (McLellan, 2002).

Φάρμακα όπως το acamprosate, buprenorphine, disulfiram, methadone και naltrexone έχουν ερευνηθεί εκτενώς και συχνά συνταγογραφούνται ως φαρμακολογικές θεραπείες για ορισμένους χρήστες ουσιών. Αν και τα φάρμακα μπορεί να είναι επωφελή βοηθώντας τα άτομα να επιτύχουν ή να διατηρήσουν την ηρεμία, ένας βασικός περιορισμός είναι η κακή συμμόρφωση, ειδικά σε άτομα που αυτοχορηγούνται. Μία από τις πιο γνωστές φαρμακολογικές θεραπείες για τον εθισμό στα οπιοειδή είναι η μεθαδόνη. Η μεθαδόνη είναι ένα «μακροχρόνιο συνθετικό φάρμακο οπιοειδών που μπορεί να αποτρέψει τα συμπτώματα στέρησης και να μειώσει την επιθυμία για άτομα με εθισμό στα οπιοειδή». Υπάρχει πληθώρα ερευνών που αξιολογούν την αποτελεσματικότητα της μεθαδόνης ως θεραπεία για τον εθισμό, με πολλές μελέτες να βρίσκουν ευνοϊκά αποτελέσματα. Πιο συγκεκριμένα, η μεθαδόνη έχει βρεθεί ότι μειώνει τη χρήση ναρκωτικών και τις συμπεριφορές υψηλού κινδύνου (McLellan, 2002).

Αν και μόνο η μεθαδόνη έχει αναγνωριστεί ως αποτελεσματική στη μείωση της χρήσης ουσιών, τα αποτελέσματα βελτιώνονται όταν η μεθαδόνη συνδυάζεται με συμπεριφορική θεραπεία, συμπεριλαμβανομένης ατομικής ή / και ομαδικής θεραπείας (National Institute on Drug Abuse, 2012b). Η ναλτρεξόνη, ένας ανταγωνιστής οπιοειδών, το acamprosate, ένα ανάλογο γάμμα-αμινοβουτυρικού οξέος (GABA) και η δισουλφιράμη, ένας αναστολέας της αφυδρογονάσης της αλδεϋδης, είναι όλοι εγκεκριμένοι από την Υπηρεσία Τροφίμων και Φαρμάκων των Ηνωμένων Πολιτειών για τη θεραπεία της εξάρτησης από το αλκοόλ (McLellan, 2002).

Η έρευνα σχετικά με την αποτελεσματικότητα αυτών των φαρμάκων απέδωσε μικτά αποτελέσματα. Μια μελέτη διαπίστωσε ότι η ναλτρεξόνη μείωσε σημαντικά τον κίνδυνο υποτροπής κατά τους πρώτους τρεις μήνες της αποχής από το αλκοόλ κατά περίπου 36%. Τα αποτελέσματα της έρευνας που είναι ευνοϊκά για το acamprosate αμφισβητήθηκαν αφού δύο σημαντικές μελέτες απέτυχαν να επιβεβαιώσουν προηγούμενα αποτελέσματα. Ωστόσο, σε αντίθεση με τις φαρμακολογικές θεραπείες για άτομα που εξαρτώνται από οπιοειδή, μελέτες απέτυχαν να βρουν συνεργιστική επίδραση όταν τα φάρμακα αλκοεξάρτησης συνδυάζονται με συμπεριφορική θεραπεία (Smith, 2010).

Οι κοινωνικοπολιτισμικοί τρόποι περιλαμβάνουν την προσέγγιση ενίσχυσης της κοινότητας, την οικογενειακή θεραπεία, τις θεραπευτικές κοινότητες, διάφορες τεχνικές κινητοποίησης και πολιτισμικά ειδικές παρεμβάσεις. Οι κοινωνικοπολιτισμικές προσεγγίσεις εξετάζουν πώς οι κοινωνικοί και πολιτισμικοί στρεσογόνοι παράγοντες επηρεάζουν ένα άτομο και την

επιρροή που έχουν στη χρήση ουσιών. Οι θεωρητικοί με κοινωνικοπολιτισμικό προσανατολισμό πιστεύουν ότι «οι περιβαλλοντικές επιδράσεις όπως η κοινωνικοοικονομική κατάσταση, η απασχόληση, το επίπεδο της καλλιέργειας, οι νομικές κυρώσεις, οι οικογενειακοί κανόνες και οι προσδοκίες των συνομηλίκων μπορούν να επηρεάσουν σημαντικά τη χρήση ουσιών και την κατάχρηση ενός ατόμου» (Smith, 2010).

Βλέποντας τη χρήση ουσιών μέσω κοινωνικοπολιτισμικής προοπτικής, η θεραπεία θα ενσωματώσει θετικές αλλαγές στο φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον κάποιου και μπορεί να περιλαμβάνει επαγγελματική κατάρτιση, συμμετοχή σε δραστηριότητες που βασίζονται στην πίστη ή εκπαίδευση κοινωνικών δεξιοτήτων. Παραδείγματα κοινωνικοπολιτισμικών θεραπειών που χρησιμοποιούνται σε προγράμματα θεραπείας χρήσης ουσιών περιλαμβάνουν σύντομη στρατηγική οικογενειακή θεραπεία και πολυδιάστατη οικογενειακή θεραπεία. Η σύντομη στρατηγική οικογενειακή θεραπεία συνδυάζει πρακτικές και εστιασμένες στο πρόβλημα παρεμβάσεις και η έρευνα υποστηρίζει την αποτελεσματικότητά της, ειδικά μεταξύ των νέων με προβλήματα συμπεριφοράς. Επιπλέον, η έρευνα έχει συνδέσει τη σύντομη στρατηγική οικογενειακή θεραπεία με υψηλότερα ποσοστά ολοκλήρωσης της θεραπείας (Smith, 2010).

Οι ψυχολογικοί τρόποι συμπεριλαμβάνουν ένα πλήθος θεραπευτικών προσεγγίσεων, συμπεριλαμβανομένων συνηθέστερα, της γνωστικής-συμπεριφορικής θεραπείας, της σύντομης θεραπείας με επίκεντρο τη λύση, της θεραπείας με κίνητρα και της συμπεριφοράς. Οι λιγότερο συνηθισμένες προσεγγίσεις στη θεραπεία χρήσης ουσιών περιλαμβάνουν τη θεραπεία πραγματικότητας, τη θεραπεία αποστροφής και τη θεραπεία gestalt. Οι θεραπείες με βάση τη συμπεριφορά είναι μερικές από τις πιο καθολικές και διαδεδομένες εκτιμήσεις θεραπείας στη χρήση ουσιών και στοχεύουν να «βοηθήσουν να εμπλακούν τα άτομα στη θεραπεία κατάχρησης ναρκωτικών, να δώσουν κίνητρα για να παραμείνουν σε αποχή, να τροποποιήσουν τη στάση και τις συμπεριφορές τους που σχετίζονται με την κατάχρηση ναρκωτικών και να αυξήσουν τις δεξιότητές τους για να χειριστούν αγχωτικές συνθήκες και περιβαλλοντικές ενδείξεις που μπορεί να προκαλέσουν έντονη λαχτάρα για ναρκωτικά και να προκαλέσουν έναν άλλο κύκλο καταναγκαστικής κατάχρησης» (Murphy & McKay, 2004).

Από τις θεραπείες που βασίζονται στη συμπεριφορά που χρησιμοποιούνται για τη χρήση ουσιών, η γνωστική-συμπεριφορική θεραπεία (CBT) είναι η πιο εξέχουσα. «Οι στρατηγικές γνωστικής συμπεριφοράς βασίζονται στη θεωρία ότι κατά την ανάπτυξη κακής προσαρμογής συμπεριφορών όπως η κατάχρηση ουσιών, οι μαθησιακές διαδικασίες παίζουν κρίσιμο

ρόλο». Στον πυρήνα της, η φιλοσοφία της CBT θεωρεί τα αποτελέσματα της κατάποσης ουσιών (ευφορία, αυξημένη εμπιστοσύνη, μειωμένη κατάθλιψη ή άγχος κ.λπ.) ως ισχυρό και επίμονο ενισχυτή της συμπεριφοράς. Η θεραπεία γνωστικής συμπεριφοράς στοχεύει να μετριάσει αυτές τις ενισχύσεις μέσω της διαχείρισης έκτακτης ανάγκης ή ενισχύοντας τις ικανότητες, τις γνώσεις και τις ικανότητες ενός ατόμου για να διευκολύνει τη μείωση ή την αποχή από ουσίες. Τα άτομα που ασχολούνται με τη γνωστική-συμπεριφορική θεραπεία εκπαιδεύονται σχετικά με τον τρόπο αναγνώρισης και διόρθωσης κακής προσαρμογής συμπεριφορών χρησιμοποιώντας διάφορες δεξιότητες, τεχνικές και παρεμβάσεις (Murphy & McKay, 2004).

Η θεραπεία γνωσιακής συμπεριφοράς χρησιμοποιείται συχνά τόσο στις ατομικές όσο και στις ομαδικές ρυθμίσεις θεραπείας και μπορεί να περιλαμβάνει παρακινητικές παρεμβάσεις, διαχείριση έκτακτης ανάγκης και πρόληψη υποτροπών. Τα στοιχεία που υποστηρίζουν την αποτελεσματικότητα της CBT για τη θεραπεία χρήσης ουσιών είναι καλά τεκμηριωμένα. Μια μετα-αναλυτική ανασκόπηση 34 δοκιμών αποτελούμενων από 2.340 συμμετέχοντες διαπίστωσε ότι η CBT ήταν μια αποτελεσματική θεραπεία για χρήση ουσιών, με μέτριο συνολικό μέγεθος επίδρασης. Περαιτέρω ανάλυση αποκάλυψε ότι το μέγεθος της επίδρασης ποικίλλει με βάση το φάρμακο, με την κάνναβη να έχει το μεγαλύτερο μέγεθος επίδρασης, ακολουθούμενη από την κοκαΐνη, τα οπιοειδή και την εξάρτηση από την ουσία. Οι Magill και Ray (2009) ενίσχυσαν προηγούμενα ευρήματα σχετικά με την αποτελεσματικότητα της CBT για τη χρήση ουσιών σε μια μετα-ανάλυση που εξέτασε 53 δοκιμές για ενήλικες που κάνουν κατάχρηση ουσιών (Murphy & McKay, 2004).

Η μελέτη απέδωσε στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα και ένα μικρό συνολικό μέγεθος επίδρασης, με την κάνναβη να έχει το μεγαλύτερο μεμονωμένο μέγεθος επίδρασης. Πρόσθετη έρευνα ευνοϊκή για την CBT ανακάλυψε ότι τα άτομα διατήρησαν τις δεξιότητες και τις τεχνικές μετά την έξοδο. Αποτέλεσμα της εκτεταμένης έρευνας και των θετικών αποτελεσμάτων της CBT, πολλά προγράμματα θεραπείας με χρήση ουσιών και χειροκίνητα καθοδηγούμενα προγράμματα θεραπείας αναπτύσσονται χρησιμοποιώντας ή ενσωματώνοντας αρχές CBT, με το Matrix Model να είναι ένα από τα πιο διαδεδομένα προγράμματα (Murphy & McKay, 2004).

Το μοντέλο Matrix είναι ένα πρόγραμμα θεραπείας εξωτερικών ασθενών που αναπτύχθηκε από το Ινστιτούτο Matrix για τους εθισμούς στη δεκαετία του 1980 ως απάντηση στην απαίτηση για θεραπεία κατάχρησης κοκαΐνης και κατασκευάστηκε με βάση μια προσέγγιση

CBT χρησιμοποιώντας εμπειρικά υποστηριζόμενα ευρήματα. Από τότε επεκτάθηκε ως θεραπεία για διάφορα φάρμακα και αλκοόλ. Ο στόχος του μοντέλου Matrix ήταν να παράσχει ένα πλαίσιο εντός του οποίου οι χρήστες μπορούν να επιτύχουν τα εξής:

- να παύσουν της χρήσης ναρκωτικών,
- να παραμένουν σε διαδικασία θεραπείας για 12 μήνες,
- να μάθουν για ζητήματα κρίσιμα για τον εθισμό και την υποτροπή,
- να λαμβάνουν καθοδήγηση και υποστήριξη από εκπαιδευμένο θεραπευτή,
- να λαμβάνουν εκπαίδευση για μέλη της οικογένειας που πλήττονται από τον εθισμό,
- να εξοικειωθούν με τα προγράμματα αυτοβοήθειας, και
- να λαμβάνουν παρακολούθηση με δοκιμή ούρων (Obert, et al., 2002).

Το Matrix Model είναι ένα πολύ δομημένο πρόγραμμα θεραπείας που αποτελείται από 16 εβδομάδες θεραπείας εξωτερικών ασθενών που περιλαμβάνει συνεδρίες ομαδικής, ατομικής και οικογενειακής εκπαίδευσης. Ο πυρήνας του μοντέλου Matrix αποτελείται από 12 μεμονωμένες συνεδρίες, οκτώ συνεδρίες ομάδας δεξιοτήτων πρώιμης αποκατάστασης, 32 συνεδρίες ομάδας πρόληψης υποτροπών και 12 συνεδρίες ομάδας οικογενειακής εκπαίδευσης. Κάθε συνεδρία στοχεύει συγκεκριμένους στόχους και θέματα και συνοδεύεται από φυλλάδια που περιέχουν πληροφορίες και ερωτήσεις σχετικά με το θέμα της συνεδρίας. Άλλα στοιχεία του προγράμματος περιλαμβάνουν συμμετοχή 12 βημάτων, ομάδες κοινωνικής υποστήριξης, τυχαίο έλεγχο αλκοόλ και ναρκωτικών, διαχείριση έκτακτης ανάγκης, παρακινητικές συνεντεύξεις και εκπαίδευση σχετικά με τη θεραπεία με φαρμακευτική αγωγή. Οι συνεδρίες θεραπείας διευθύνονται από εκπαιδευμένο επαγγελματία Matrix Model που «λειτουργεί ταυτόχρονα ως δάσκαλος και προπονητής, προωθώντας μια θετική, ενθαρρυντική σχέση με τον ασθενή και χρησιμοποιώντας αυτήν τη σχέση για να ενισχύσει τη θετική αλλαγή συμπεριφοράς» (Obert, et al., 2002).

Το Matrix Model τονίζει τη σημασία της σχέσης συμβούλου-πελάτη και τονίζει τη σημασία των αυθεντικών αλληλεπιδράσεων μεταξύ του συμβούλου και του πελάτη. Πολλαπλές αξιολογήσεις του μοντέλου Matrix έχουν δείξει ευνοϊκά αποτελέσματα που σχετίζονται με τη μείωση της χρήσης ουσιών. Η αρχική αξιολόγηση του μοντέλου Matrix εξέτασε τα αποτελέσματα της θεραπείας από 83 χρήστες κοκαΐνης, οκτώ μήνες μετά τη θεραπεία. Οι συμμετέχοντες στη μελέτη αυτο-επιλέχθηκαν για να λάβουν επίσημη θεραπεία (παρακολούθηστε μόνο τους Ανώνυμους Αλκοολικούς, Ανώνυμους Κοκαΐνης ή Ανώνυμους

Ναρκωτικούς), 28 ημέρες οικιακής θεραπείας ή θεραπεία εξωτερικών ασθενών χρησιμοποιώντας το Matrix Model (Obert, et al., 2002).

Μετά από οκτώ μήνες, οι συμμετέχοντες ήρθαν σε επαφή και έλαβαν μέρος σε συνέντευξη για να σχολιάσουν τη χρήση κοκαΐνης μετά τη θεραπεία. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι συμμετέχοντες στην ομάδα Matrix Model είχαν σημαντικά λιγότερα ποσοστά χρήσης κοκαΐνης κατά την παρακολούθηση από ό, τι οι συμμετέχοντες που έλαβαν οικιακή θεραπεία ή καμία επίσημη θεραπεία. Μια δεύτερη αξιολόγηση του Matrix Model υποστήριξε τα προκαταρκτικά ευρήματα, στα οποία 100 εξαρτώμενοι από κοκαΐνη συμμετέχοντες είχαν τυχαία αντισταθμιστεί είτε σε έξι μήνες θεραπείας χρησιμοποιώντας το Matrix Model είτε σε έξι μήνες θεραπείας από άλλους διαθέσιμους κοινοτικούς πόρους (Obert, et al., 2002).

Οι επακόλουθες συνεντεύξεις διεξήχθησαν σε τρεις, έξι και 12 μήνες και αποκάλυψαν μεγαλύτερο αριθμό συμμετεχόντων στην ομάδα Matrix Model ανέφεραν βελτίωση των προβλημάτων απασχόλησης, οικογένειας και κατάθλιψης από εκείνους στην ομάδα πόρων της κοινότητας. Ως αποτέλεσμα των πολλαπλών θετικών αξιολογήσεων του Matrix Model, μαζί με τις πρόσφατες προσαρμογές για την κάλυψη συγκεκριμένων υποπληθυσμών, χρησιμοποιείται εκτενώς σε εγκαταστάσεις θεραπείας στις Ηνωμένες Πολιτείες και σε άλλες χώρες.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο

6.1 Οι στάσεις των νοσηλευτών απέναντι στους χρήστες ψυχοδραστικών ουσιών

Ο τομέας των εξαρτησιογόνων ουσιών έχει απασχολήσει τους νοσηλευτές παγκοσμίως πάνω από 50 χρόνια. Κατά τη διάρκεια των χρόνων αυτών, η δυνατότητα, η ευθύνη και ο ρόλος του νοσηλευτή έχουν αλλάξει σε μεγάλο βαθμό (Μισουρίδου, 2015).

Τα τελευταία χρόνια μέσα από έρευνες που έχουν διεξαχθεί, οι νοσηλευτές παίζουν σημαντικό ρόλο απέναντι σε άτομα εθισμένα που έχουν υποκύψει είτε σε νόμιμες είτε σε παράνομες ουσίες. Ο νοσηλευτής υποστηρίζει, εκπαιδεύει και την οικογένεια κάθε ατόμου κατά τη διαδικασία της αποτοξίνωσης. Η περίθαλψη των ατόμων αυτών είναι το πιο ψυχοφθόρο και δύσκολο κομμάτι της εργασίας ενός νοσηλευτή λόγω της στάσης των ασθενών, το οποίο πηγάζει μια αρνητικότητα και μια σύγχυση στους ίδιους. Ένας ακόμη λόγος είναι η έλλειψη προσωπικού σε μονάδες υγείας και η προτεραιότητα ασθενών που πάσχουν σωματικά. Η εικόνα των τελευταίων ετών δείχνει να βελτιώνεται λόγω ερευνών που εστιάζουν στη συμπεριφορά και στη ψυχολογία των νοσηλευτών, δηλαδή, το πόσο και πως επηρεάζονται κατά τη διάρκεια της εργασίας τους (Μισουρίδου, 2015).

Πολλές φορές οι νοσηλευτές μπορεί να δείχνουν αδιαφορία ή να μην εμπιστεύονται καθόλου τους ασθενείς λόγω της κατάστασης τους με αποτέλεσμα το χάσμα επικοινωνίας, τον ανταγωνισμό και την αποτυχημένη θεραπεία. Η έλλειψη κατανόησης δημιουργεί θυμό και απογοήτευση στους νοσηλευτές, οι οποίοι δεν αντέχουν για μεγάλο χρονικό διάστημα και δημιουργούν εντάσεις με τους ασθενείς, στους οποίους προκαλούν επιθετικά συναισθήματα και δίνουν όλη την ευθύνη στους ασθενείς, με πρόφαση κάποια ψυχική ασθένεια. Οι ασθενείς λόγω της φοβίας πόνου και του στερητικού συνδρόμου που βιώνουν, αποφεύγουν κάθε επαφή με νοσοκομεία, κέντρα απεξαρτήσεων κ.α. Η διαφορετικότητα των ρόλων ανάμεσα σε νοσηλευτές και ασθενείς μπορεί να δημιουργεί φόβο η και κοινωνική απομόνωση χωρίς να γίνεται σκοπίμως. Η δεοντολογία της νοσηλευτικής δεν διδάσκει την αποφυγή, το φόβο, και το άγχος επιθετικής στάσης από τους ασθενείς παρόλο που οι νοσηλευτές αντιλαμβάνονται το λάθος αυτό. Η ιδανική σχέση ασθενούς-νοσηλευτή πρέπει να βασίζεται στη κατανόηση, ο ασθενής να μην αντιμετωπίζεται ως ασθενής αλλά ως άνθρωπος και πρόσωπο (Μισουρίδου 2015, Τερζίδου 2015).

6.2 Η αναγκαιότητα της εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας σε προπτυχιακό και μεταπτυχιακό επίπεδο

Η δημόσια υγεία έχει υποστεί μεγάλες και άσχημες συνέπειες από τις αυξανόμενες περιπτώσεις ατόμων με εξάρτηση στις εξαρτησιογόνες ουσίες, δημιουργώντας έτσι μια τεράστια συζήτηση και θεωρείται πλέον από τα πιο σοβαρά και σημαντικά θέματα. Ο ετήσιος αριθμός των θανάτων από χρήση ανέρχεται στις 187.000, συνήθως από υπερβολική χρήση παρότι οι θάνατοι αυτοί θα μπορούσαν να αποφευχθούν μέσω της πρόληψης. Σύμφωνα με το Γραφείο των Ηνωμένων Εθνών για τον Έλεγχο των Ναρκωτικών, μόνο ένας στους έξι χρήστες ναρκωτικών ουσιών έχει πρόσβαση σε θεραπεία (στην Ευρώπη ένας στους πέντε), καθώς οι υπηρεσίες και οι γραμμές υποστήριξης, οι οποίες απευθύνονται σε εξαρτημένα άτομα απειλούνται λόγω περικοπών της χρηματοδότησής τους, με αποτέλεσμα ολοένα μεγαλύτερος αριθμός εξαρτημένων ατόμων να έρχεται σε επαφή με γενικά νοσοκομεία και δομές πρωτοβάθμιας περίθαλψης για τα προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζει. Σοβαρά ατυχήματα και τραύματα, αποστήματα, κυτταρίτιδα, εν τω βάθη φλεβική θρόμβωση, δηλητηρίαση από υπερβολική χρήση, απόπειρα αυτοκτονίας και αυτοτραυματισμοί είναι κάποιες από τις επιπτώσεις της κατάχρησης, οι οποίες φέρνουν τους χρήστες παράνομων ψυχοδραστικών ουσιών κοντά τους επαγγελματίες υγείας. Εγκεφαλικά επεισόδια, καρδιαγγειακά νοσήματα, κακοήθη νεοπλάσματα, ηπατοπάθειες, πνευμονοπάθειες, κατάθλιψη, τροχαία ατυχήματα και απόπειρες αυτοκαταστροφής, είναι μόνο κάποια από τα σοβαρά προβλήματα τα οποία οδηγούν άτομα που κάνουν κατάχρηση νόμιμων ψυχοδραστικών ουσιών, όπως το οινόπνευμα και ο καπνός, να αναζητήσουν βοήθεια από επαγγελματίες υγείας (Μισουρίδου 2015, Τερζίδου 2015).

Οι επαγγελματίες υγείας όμως νιώθουν ανεπαρκείς ή ανεκπαιδευτοί για την προσέγγιση και βοήθεια των ατόμων όπου κάνουν χρήση ψυχοδραστικών ουσιών. Συνήθως, δεν έχουν τις ικανότητες και τις γνώσεις που απαιτούνται για να κάνουν μια σωστή διάγνωση ή να δώσουν μια κατάλληλη συμβουλή. Οι αρνητικές στάσεις και οι κοινωνικές προκαταλήψεις προς τις ψυχοδραστικές ουσίες οδηγούν στην άρνηση του ίδιου του ασθενή, ο οποίος φοβάται ότι αν ομολογήσει τα προβλήματά του, μπορεί να περιθωριοποιηθεί ή να απορριφθεί από τον επαγγελματία υγείας και μετέπειτα στη κοινωνία. Επιπλέον, πολλοί επαγγελματίες αντιμετωπίζουν δικά τους προβλήματα, τα οποία δεν αναγνωρίζονται και επηρεάζουν το κλινικό τους έργο (Μισουρίδου 2015, Τερζίδου 2015).

Ο ΠΟΥ (ΠΑΓΚΟΣΜΙΟΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΥΓΕΙΑΣ) ασκεί κριτική σε προγράμματα επαγγελματιών υγείας, τα οποία θίγουν τα προβλήματα και την εξάρτηση ως το αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης ατόμου- ψυχοδραστικής ουσίας. Συχνά η εκπαίδευση σε θέματα εξαρτήσεων εστιάζει στους μηχανισμούς δράσης αυτών των ουσιών στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα (ΚΝΣ), στις βραχυπρόθεσμες και μακροπρόθεσμες επιπτώσεις της χρήσης και στο σύνδρομο εξάρτησης στο οποίο οδηγεί η επαναλαμβανόμενη χρήση. Με αυτό τον τρόπο αγνοούνται οι περιβαλλοντικοί παράγοντες, η επίδραση των πολιτικών που εφαρμόζονται, οι στάσεις απέναντι στους χρήστες, η περιθωριοποίηση, ο ρόλος της πρόληψης και η ανάγκη για αποτελεσματική θεραπεία (Μισουρίδου 2015, Τερζίδου 2015).

Επιπλέον οι επαγγελματίες υγείας δεν προετοιμάζονται κατάλληλα, ώστε να έχουν εμπιστοσύνη στις ικανότητές τους και να μπορέσουν να διαγνώσουν έγκαιρα και να κινητοποιήσουν τους ασθενείς, που αντιμετωπίζουν προβλήματα με τη χρήση ουσιών, προς την αλλαγή. Τις τελευταίες δύο δεκαετίες πολλές έρευνες αποδεικνύουν την αποτελεσματικότητα της έγκαιρης παρέμβασης από τους επαγγελματίες υγείας στα γενικά νοσοκομεία και στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (Μισουρίδου 2015, Τερζίδου 2015).

Κατά τον ίδιο τρόπο με τον οποίο ο έλεγχος της πίεσης του ασθενή μπορεί να αποκαλύψει προβλήματα υγείας και να οδηγήσει σε συστάσεις για έναν πιο υγιεινό τρόπο ζωής, η αξιολόγηση της χρήσης ουσιών μπορεί να βοηθήσει τους επαγγελματίες υγείας να αναγνωρίσουν ένα δυνητικό πρόβλημα υγείας ή να αντιμετωπίσουν ένα υπάρχον πρόβλημα προτού επιδεινωθεί και θέσει σε κίνδυνο ακόμη και τη ζωή του ασθενή. Οι σύντομες παρεμβάσεις για τη μείωση της χρήσης, αποτελούν εργαλεία μείωσης της βλάβης, πρόληψης της κλιμάκωσης της χρήσης αλλά και κινητοποίησης για θεραπεία. Απευθύνονται σε όλα τα άτομα που κάνουν χρήση κάποιας ψυχοδραστικής ουσίας, η οποία έχει επιπτώσεις σε διάφορους τομείς της ζωής τους, χωρίς να είναι απαραίτητα εξαρτημένα από τη συγκεκριμένη ουσία. Η χρονική διάρκειά τους κυμαίνεται από 3 έως 15 λεπτά και αφορούν όλες τις ψυχοδραστικές ουσίες συμπεριλαμβανομένου του καπνού. Παρά όμως τη βασισμένη σε ενδείξεις αποτελεσματικότητα των σύντομων παρεμβάσεων, η εφαρμογή τους στην πράξη εμποδίζεται από διάφορους παράγοντες, όπως η έλλειψη κατάλληλης εκπαίδευσης, οι στερεότυπες, απαισιόδοξες και αρνητικές στάσεις απέναντι στα άτομα που κάνουν κατάχρηση αλκοόλ και ναρκωτικών, η πεποίθηση ότι οι συγκεκριμένες παρεμβάσεις δεν συμπεριλαμβάνονται στον ρόλο και στα καθήκοντά τους, ο φόρτος εργασίας κ.ά (Μισουρίδου 2015).

Συχνά οι γιατροί είναι απρόθυμοι να εμπλακούν στην κινητοποίηση των συγκεκριμένων ασθενών προς την αλλαγή τρόπου ζωής σε αντίθεση με τόσα άλλα χρόνια προβλήματα υγείας στα οποία προτείνουν αλλαγές σε συμπεριφορές και καθημερινές συνήθειες. Μάλιστα, οι νοσηλευτές αποδεικνύονται ακόμη περισσότερο απρόθυμοι στην εμπλοκή τους στην αξιολόγηση της χρήσης ψυχοδραστικών ουσιών και στις απαιτούμενες σύντομες παρεμβάσεις (Μισουρίδου 2015).

6.3 Πλαίσιο άσκησης της νοσηλευτικής εξαρτημένων ατόμων

Οι νοσηλευτές εργάζονται στον τομέα των εξαρτήσεων για περισσότερες από πέντε δεκαετίες. Κατά τη διάρκεια των χρόνων και δεδομένης της ανάπτυξης των υπηρεσιών εξάρτησης αλλά και της προτεραιότητας που λαμβάνει η αντιμετώπιση του προβλήματος των εξαρτήσεων σε παγκόσμιο επίπεδο, οι ρόλοι, οι υπευθυνότητες αλλά και οι δυνατότητες για απασχόληση έχουν αλλάξει σε μεγάλο βαθμό. Παρότι η προσπάθεια του Π.Ο.Υ./Δ.Σ.Ν. ήταν ιδιαίτερα βοηθητική, αποτελεί μόνο ένα πρώτο βήμα στον καθορισμό του ρόλου του νοσηλευτή εξαρτήσεων. Σε έρευνα σχετικά με την ενσωμάτωση των διαστάσεων αυτών στον ρόλο του νοσηλευτή σε οκτώ χώρες της Ευρώπης διαπίστωσαν σημαντικούς περιορισμούς στην άσκηση του ρόλου του ερευνητή, του επόπτη και του σύμβουλου ειδικότητας. Η ενσωμάτωση των διαστάσεων που έθεσαν οι Π.Ο.Υ./Δ.Σ.Ν. στον ρόλο του νοσηλευτή στις διάφορες δομές εξάρτησης καθορίζεται τόσο από το ίδιο το πλαίσιο εργασίας όσο και από τα εφόδια των νοσηλευτών (προπτυχιακή- μεταπτυχιακή εκπαίδευση, εποπτεία κ.λπ.). Επιπλέον, η εμπειρία και οι γνώσεις των νοσηλευτών εκτιμούνται στο πλαίσιο εργασίας, αλλά δεν παρατηρείται η ίδια αναγνώριση εκτός του θεραπευτικού πλαισίου (Μισουρίδου 2015).

Χαρακτηριστική είναι η έλλειψη εκτίμησης και σεβασμού νοσηλευτών σε γενικά νοσοκομεία προς την ειδικότητα της νοσηλευτικής εξαρτήσεων, η οποία προκαλεί ματαιώση στους νοσηλευτές που εργάζονται με άτομα τα οποία αντιμετωπίζουν προβλήματα εξάρτησης. Αυτή η έλλειψη αναγνώρισης αποδίδεται στην έλλειψη γνώσης σχετικά με τον ρόλο του νοσηλευτή εξαρτήσεων και τον σκοπό αυτής της ειδικότητας, ενώ φαίνεται να σχετίζεται με τις αρνητικές στάσεις απέναντι στα άτομα που αντιμετωπίζουν προβλήματα κατάχρησης ουσιών. Σε έρευνα των νοσηλευτών γενικού νοσοκομείου αναφέρουν ότι οι νοσηλευτές εξάρτησης «δεν κάνουν τίποτα» (σε αντίθεση με τη φροντίδα των σωματικών προβλημάτων η

οποία μπορεί να εκφραστεί, είναι πιο συγκεκριμένη και ορατή) ή ότι «είναι ευκολότερη» και γι' αυτό δεν είναι «πραγματική» νοσηλευτική. Αντίθετα, νοσηλευτές εξάρτησης αναφέρουν ότι, σε σύγκριση με την εργασία σε άλλα τμήματα, έχουν μεγαλύτερη δυνατότητα για επαφή με τον ασθενή και για προσωποκεντρική, ολιστική φροντίδα, η οποία δεν εστιάζει απαραίτητα στις σωματικές του ανάγκες (Μισουρίδου 2015).

Σε γενικές γραμμές και ανάλογα με τη δομή του προγράμματος, οι αρμοδιότητες των νοσηλευτών εξάρτησης περιλαμβάνουν:

- Αξιολόγηση
- Συνεργασία με τη διεπαγγελματική ομάδα
- Σχεδιασμό θεραπευτικού πλάνου
- Αξιολόγηση και αναθεώρηση θεραπευτικού πλάνου σε τακτά χρονικά διαστήματα
- Διαχείριση φαρμακοθεραπείας
- Ψυχοεκπαίδευση του ατόμου
- Συντονισμό ομάδων (ομάδες στήριξης, ευαισθητοποίησης/κινητοποίησης, αγωγής υγείας, πρόληψης και διαχείρισης της υποτροπής, αυτοβοήθειας, επανένταξης)
- Ψυχοεκπαίδευση της οικογένειας- ανάπτυξη δεξιοτήτων
- Διασυνδεδετική εργασία
- Πρόληψη και αγωγή υγείας στην κοινότητα σχετικά με τα προβλήματα εξάρτησης
- Υποστήριξη νοσηλευτών στα γενικά νοσοκομεία σχετικά με τη διαχείριση ασθενών που αντιμετωπίζουν προβλήματα εξάρτησης
- Ανοιχτή γραμμή επικοινωνίας

Επίσης, ο ρόλος είναι λιγότερο επικεντρωμένος σε συγκεκριμένα καθήκοντα από ό,τι στο γενικό νοσοκομείο.

Από τη στιγμή της εισαγωγής προγραμματίζεται η πορεία προς το εξιτήριο. Ο ασθενής πρέπει να βγει στην κοινότητα με δεξιότητες και εφόδια που θα τον βοηθήσουν να αντιμετωπίσει τις αντιξοότητες. Στην Ελλάδα οι νοσηλευτές εξάρτησης εργάζονται σε διάφορα σημεία, όπως:

- Μονάδες απεξάρτησης σε Δημόσια Νοσοκομεία

- Προγράμματα εσωτερικής διαμονής (π.χ. Μονάδα Απεξάρτησης Ναρκωτικών και Αλκοόλ «18 ΑΝΩ» Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής, Μονάδα Απεξάρτησης του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης)
- Θεραπευτικές κοινότητες (π.χ. ΚΕΘΕΑ)
- Συμβουλευτικούς Σταθμούς (π.χ. ΚΕΘΕΑ, Μονάδα Απεξάρτησης ΨΝΑ, Αιγινήτειο)
- Προγράμματα εξωτερικής παρακολούθησης (π.χ. Μονάδα Απεξάρτησης «18 ΑΝΩ», Αιγινήτειο Νοσοκομείο, ΚΕΘΕΑ)
- Θεραπευτικές μονάδες φαρμακευτικής αντιμετώπισης της εξάρτησης (ΘΜΦΑΕ ΟΚΑΝΑ)
- Κέντρα Πρόληψης των Εξαρτήσεων και Προαγωγής της Ψυχοκοινωνικής Υγείας
- Προγράμματα εφήβων
- Μονάδες μείωσης της βλάβης
- Μονάδες σωματικής αποτοξίνωσης (Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης) (Μισουρίδου 2015).

Η έμφαση βέβαια στον ρόλο, ο οποίος εστιάζει στο «τι κάνουν οι νοσηλευτές εξαρτημένων ατόμων», αποσπά αρκετές φορές την προσοχή από το «πώς το κάνουν», τις ικανότητες δηλαδή που απαιτούνται για να επιτευχθούν οι θεραπευτικοί στόχοι. Οι προκλήσεις, οι οποίες αντιμετωπίζει ο νοσηλευτής εξαρτήσεων στην κλινική πράξη, απαιτούν αυξημένες ικανότητες στις διαπροσωπικές σχέσεις, στην εκτίμηση κινδύνου και στη διαχείριση αντιπαραθέσεων. Επίσης απαιτούν ικανότητα ενσυναίσθησης αλλά και διάκρισης των περιστάσεων στις οποίες καλούνται να εκφράσουν συμπάθεια προς τα άτομα που αντιμετωπίζουν προβλήματα κατάχρησης ουσιών. Στην ουσία υιοθετούν μια στάση φιλικής ουδετερότητας και άνευ όρων αποδοχής του ατόμου, η οποία είναι επιτεύξιμη μόνο όταν ο νοσηλευτής κατανοεί τη φύση της εξάρτησης και τα προβλήματα του χρήστη (Μισουρίδου, 2015).

Σε έρευνα που διεξήχθη για νοσηλευτές εξάρτησης δυσκολεύτηκαν να εκφράσουν τις ικανότητες που χρησιμοποιούν στη φροντίδα των ασθενών τους. Μίλησαν για διαφορετικές συνθήκες κι όχι τόσο για διαφορετικές ικανότητες σε σύγκριση με την εργασία σε γενικό νοσοκομείο. Η σχέση ασθενή- νοσηλευτή διέπεται από μια φιλοσοφία αυτονομίας, η οποία δεν συναντάται στη γενική νοσηλευτική. Στο γενικό νοσοκομείο οι νοσηλευτές έχουν σε μεγαλύτερο βαθμό τον έλεγχο της φροντίδας, ενώ στη νοσηλευτική εξαρτήσεων

προσπαθούν να βοηθήσουν τον ασθενή να αποκτήσει τον έλεγχο της ζωής του (Μισουρίδου, 2015).

Συνολικά, οι κατηγορίες ικανοτήτων που αναφέρθηκαν ήταν οι εξής:

- Ικανότητες φροντίδας σωματικών προβλημάτων (αποτοξίνωση, χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής και σχετική παρακολούθηση, ιατρικά προβλήματα).
- Ικανότητες αξιολόγησης του ατόμου και της οικογένειας (η αξιολόγηση είναι λεπτομερής, ολιστική, απαιτεί το αναπτυξιακό ιστορικό του ασθενή).
- Ικανότητες διαχείρισης ασθενών (οι ασθενείς συμμετέχουν στις αποφάσεις σε ένα δημοκρατικό περιβάλλον, μιας και θέτουν συχνά θέματα εξουσίας, βλέποντας το νοσοκομείο και τους επαγγελματίες υγείας σαν «κατεστημένο» και έχοντας έντονο φόβο απώλειας της ελευθερίας και αυτενέργειας. Τα όρια είναι σαφή και συμφωνούνται από την αρχή της ένταξης στο θεραπευτικό πλαίσιο. Η συνέπεια βοηθά στην αποφυγή χειριστικότητας, επιθετικότητας και βίας και στη δημιουργία κλίματος ασφάλειας και δικαιοσύνης).
- Ικανότητες συντονισμού ομάδων (ο νοσηλευτής διευκολύνει την διαντίδραση των μελών με στόχο την απόκτηση αυτογνωσίας σε διάφορους τομείς).
- Ικανότητες επικοινωνίας (σε γενικές γραμμές ο νοσηλευτής ενθαρρύνει τον ασθενή να μιλήσει, να εκφράσει τα συναισθήματά του και τον ακούει διατηρώντας μια μη κριτική στάση. Συναισθάνεται και υποστηρίζει τον ασθενή χωρίς να δίνει συμβουλές, να έχει τον έλεγχο, να γίνεται υπερπροστατευτικός και να παίρνει τον «ρόλο του σωτήρα» (Burns 2012, Μισουρίδου 2015).

Η μη κριτική στάση είναι πολύ σημαντική σε σχέση με τις ειδικές γνώσεις για την αντιμετώπιση του συγκεκριμένου πληθυσμού. Οι ασθενείς αποκρύπτουν σημαντικές πληροφορίες σχετικά με τη χρήση, όταν νιώθουν ότι ο επαγγελματίας υγείας έχει κριτική στάση απέναντί τους). Η απόκτηση αυτών των ικανοτήτων φαίνεται ότι αποτελεί πρόκληση για τους νοσηλευτές οι οποίοι ξεκινούν να εργάζονται στο χώρο των εξαρτήσεων. Η πλειοψηφία των νοσηλευτών εξάρτησης στη Σκωτία ξεκίνησε να εργάζεται στον χώρο αυτό εξαιτίας του ενδιαφέροντος, που τους προξενούσε ο συγκεκριμένος πληθυσμός ή της αναζήτησης μιας νέας πρόκλησης. Στην επιλογή του αντικειμένου επίσης συμβάλλουν οι επαγγελματικές προοπτικές καθώς και η δυνατότητα άσκησης επιρροής σε σχέση με το σχεδιασμό της φροντίδας (Μισουρίδου, 2015).

Οι όποιες διαφορές, βέβαια, παρατηρούνται στους λόγους προσέλκυσης νοσηλευτών στον τομέα των εξαρτήσεων, οι οποίοι σχετίζονται και με τη μεγάλη επίδραση του κοινωνικού, πολιτικού και οικονομικού πλαισίου στη διαμόρφωση του ρόλου του νοσηλευτή. Η επίδραση αυτή ασκείται μέσα από προτεραιότητες και καθήκοντα που ρυθμίζουν την εργασία των νοσηλευτών. Η νοσηλευτική φροντίδα συχνά «αόρατη» εξυπηρετεί την κοινωνική δικαιοσύνη και συμβάλλει στην επίλυση ανισοτήτων στην υγεία την οποία υφίστανται περιθωριοποιημένοι πληθυσμοί στην κοινωνία (Μισουρίδου, 2015).

6.4 Πρόληψη

Η πρόληψη της εξάρτησης αφορά σε παρεμβάσεις που αποσκοπούν στον εντοπισμό, περιορισμό και εξάλειψη των αιτιών που συμβάλουν στη γένεση της χρήσης και εξάρτησης από νόμιμες και παράνομες εξαρτησιογόνες ουσίες, καθώς και σε άλλες συμπεριφορές εξάρτησης, ο οποίος προτείνει ένα σύνολο κατευθυντηρίων γραμμών, βέλτιστων πρακτικών και κριτηρίων λειτουργίας προγραμμάτων πρόληψης στην Κύπρο, προκειμένου να διευκολύνει και τη διαδικασία έγκρισης από την ΑΑΕ (Μισουρίδου, 2015).

Τα προγράμματα πρόληψης επιδιώκουν:

- Να ενισχύσουν τα άτομα που δεν κάνουν χρήση να μην δοκιμάσουν εξαρτησιογόνες ουσίες,
- Να βοηθήσουν όσους δοκίμασαν (πρώτη φορά ή χρησιμοποιούν περιστασιακά) εξαρτησιογόνες ουσίες να διακόψουν τη χρήση και να μην την επαναλάβουν,
- Να αποτρέψουν την έναρξη ή την εξάρτηση από άλλες συμπεριφορές, όπως ο τζόγος ή η εξάρτηση από το διαδίκτυο (Μισουρίδου, 2015).

Για την αντιμετώπιση της χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών αλλά και άλλων παραβατικών συμπεριφορών, εφαρμόζονται διάφορες στρατηγικές πρόληψης. Οι προσεγγίσεις περιβαλλοντικής και καθολικής πρόληψης απευθύνονται στο σύνολο του πληθυσμού, η επικεντρωμένη πρόληψη απευθύνεται σε ευάλωτες ομάδες του πληθυσμού οι οποίες ενδέχεται να είναι πιο επιρρεπείς στην προβληματική χρήση ουσιών, ενώ η ενδεδειγμένη πρόληψη επικεντρώνεται σε άτομα υψηλού κινδύνου. Για την αντιμετώπιση της χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών αλλά και άλλων παραβατικών συμπεριφορών, εφαρμόζονται

διάφορες στρατηγικές πρόληψης. Η σημαντικότερη πρόκληση για τις πολιτικές πρόληψης συνίσταται στο να συνδυάσουν τα διάφορα επίπεδα πρόληψης με το βαθμό τρωτότητας κάθε ομάδας-στόχου και να διασφαλίσουν την επιστημονική τεκμηρίωση των παρεμβάσεων, καθώς και την επαρκή κάλυψη του πληθυσμού (Μισουρίδου, 2015).

Όσον αφορά το θέμα της πρόληψης, στήριξης και βοήθειας, σε ανθρώπους που έχουν εθιστεί σε οποιαδήποτε ουσία και οποιαδήποτε κατάσταση θεωρείται εξάρτηση και εθισμός και ζητάει βοήθεια υπάρχουν διάφορες τηλεφωνικές γραμμές υποστήριξης, και κέντρα αποκατάστασης όπως:

- Τηλεφωνικές γραμμές βοήθειας για τις εξαρτήσεις Γραμμή βοήθειας για τις εξαρτήσεις του Κέντρου Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων (ΚΕ.Θ.Ε.Α.) 1145
- Γραμμή Βοήθειας για τον τζόγο του Κέντρου Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων (ΚΕ.Θ.Ε.Α.)
- 1114 Ανοιχτή Τηλεφωνική Γραμμή SOS Του Οργανισμού Κατά των Ναρκωτικών (Ο.ΚΑ.ΝΑ.) 1031
- Ανοιχτή Γραμμή Μονάδα Απεξάρτησης 18 Άνω του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής (Ψ.Ν.Α.) 210-3617089 (Υπουργείο Υγείας, 2018).

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^Ο

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

7.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ

Ως νοσηλευτική διεργασία μπορούμε να ορίσουμε μια συνεχή διαδικασία με μεγάλη δυναμική ή ένα σύνολο ενεργειών, οι οποίες εστιάζουν σε στόχους και δραστηριότητες τις οποίες οργανώνει ο νοσηλευτής, έτσι ώστε να μπορέσει να εφαρμόσει εξειδικευμένη νοσηλευτική φροντίδα στον κάθε ασθενή ξεχωριστά.

Τα βασικά στάδια της νοσηλευτικής διεργασίας είναι:

1. Η αξιολόγηση των αναγκών και των προβλημάτων για την έναρξη της νοσηλευτικής διεργασίας.
2. Η διάγνωση που επιτυγχάνει ο νοσηλευτής.
3. Ο προγραμματισμός για την εφαρμογή της νοσηλευτικής φροντίδας
4. Η εφαρμογή της νοσηλευτικής φροντίδας
5. Η αξιολόγηση και η εκτίμηση των αποτελεσμάτων που προέκυψαν από την νοσηλευτική φροντίδα (Μπακάλης, 2015).

7.2 ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ Α

Ατομικό ιστορικό ασθενούς

Άνδρας ασθενής Π.Κ., άγαμος ηλικίας 25 ετών, εισήχθη στις 15/7/2020 στην παθολογική κλινική του Γενικού Νοσοκομείου Χαλκίδας με διάγνωση Οξείας Δηλητηρίασης με οινόπνευμα (μέθη). Ο ασθενής παρουσιάζει τα εξής συμπτώματα : εμέτους, επιληπτικές κρίσεις, βραδύπνοια και υποθερμία.

Κατά την λήψη του ιστορικού, ο ασθενής αναφέρει ότι στο παρελθόν είχε νοσηλευτεί στην παθολογική κλινική άλλες δύο (2) φορές λόγω λιποθυμικών επεισοδίων και εμέτων σε διάστημα δύο (2) ετών (2017-2018). Η κατάχρηση αλκοόλ αιτιολογήθηκε ως προσωπική απογοήτευση και απόγνωση λόγω οικονομικών και οικογενειακών δυσχερειών.

1° ΣΤΑΔΙΟ Προβλήματα ασθενούς	2° ΣΤΑΔΙΟ Αντικειμενικοί Σκοποί	3° ΣΤΑΔΙΟ Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	4° ΣΤΑΔΙΟ Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	5° ΣΤΑΔΙΟ Εκτίμηση
Έμετος	Αποφυγή τάσεων εμέτου	Χορήγηση αντιεμετικών φαρμάκων, σωστή ενυδάτωση για την αποφυγή αφυδάτωσης και ειδική δίαιτα	Εφαρμογή αντιεμετικών φαρμάκων (π.χ primperan), ορών και υγρών για ενυδάτωση	Μειωμένη επιθυμία για έμετο
Επιληπτικές κρίσεις	Αντιμετώπιση επιληπτικών κρίσεων και προστασία του ασθενή από τραυματισμό	Χορήγηση βενζοδιαζεπινών, σωστή θέση ασθενούς για την αποφυγή τραυματισμού	Χορήγηση βενζοδιαζεπινών από το στόμα (peros), απομάκρυνση σκληρών αντικειμένων από τον χώρο	Υποχώρηση επιληπτικών κρίσεων
Βραδύπνοια	Εκτίμηση και αντιμετώπιση βραδύπνοιας	Υποβοήθηση της αναπνοής με την βοήθεια συσκευής μάσκας-ασκού	Εφαρμογή μάσκας venturi 31%	Βελτίωση της βραδύπνοιας
Υποθερμία	Αντιμετώπιση υποθερμίας και επαναφορά της θερμοκρασίας σε φυσιολογικές τιμές	Χρήση ζεστών ενδυμάτων/κουβερτών και ροφημάτων, καθώς και ζεστών ή ξηρών κομπρέσων	Κάλυψη του ασθενή με κλινოსκεπάσματα, πόση ζεστών ροφημάτων (π.χ τσάι, χαμομήλι), 3ωρη θερμομέτρηση, εφαρμογή ζεστών κομπρέσων	Επαναφορά της θερμοκρασίας του σώματος σε φυσιολογικές τιμές (36,6° C)

7.3 ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ Β

Ατομικό ιστορικό ασθενούς

Γυναίκα ασθενής Μ.Α., άγαμη, ηλικίας 27 ετών, εισήχθη στις 08/5/2020 στην ψυχιατρική κλινική του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Πατρών «Παναγία η Βοήθεια» με διάγνωση Αγχώδης Διαταραχή. Η ασθενής αναφέρει τα εξής συμπτώματα : φόβος, έντονο άγχος, ανησυχία και προβλήματα στον ύπνο.

Κατά την λήψη του ιστορικού, αναφέρει ότι κάνει χρήση ναρκωτικών ουσιών κυρίως μαριχουάνα και ότι εμφανίζει σε τακτικά διαστήματα τα παραπάνω συμπτώματα τον τελευταίο ένα (1) χρόνο (2020). Η κατάχρηση ναρκωτικών ουσιών αποδίδεται στην χαμηλή αυτοεκτίμηση της ασθενούς και στην κακή παιδική ηλικία που έχει βιώσει.

1° ΣΤΑΔΙΟ Προβλήματα ασθενούς	2° ΣΤΑΔΙΟ Αντικειμενικοί Σκοποί	3° ΣΤΑΔΙΟ Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	4° ΣΤΑΔΙΟ Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	5° ΣΤΑΔΙΟ Εκτίμηση
Φόβος	Απομάκρυνση το αίσθημα του φόβου και ενίσχυση το αίσθημα της ασφάλειας	Απόκτηση σχέση εμπιστοσύνης ασθενή-νοσηλεύτη, ώστε να διαμορφωθεί μια ατμόσφαιρα ασφάλειας	Συχνή επικοινωνία με την ασθενή για τα προβλήματα που την απασχολούν	Αποκτήθηκε σχέση εμπιστοσύνης μεταξύ ασθενούς- νοσηλεύτη και το αίσθημα του φόβου μειώθηκε σε σημαντικό βαθμό
Έντονο άγχος	Ψυχολογική υποστήριξη και ενίσχυση της αυτοεκτίμησης	Συμμετοχή σε δραστηριότητες για την αποφυγή του άγχους και την ενίσχυση της αυτοεκτίμησης	Συμμετοχή σε διάφορες δραστηριότητες (όπως : προβολή ταινιών, σωματική δραστηριότητα κ.α)	Υπήρξε συμμετοχή της ασθενούς σε διάφορες δραστηριότητες
Ανησυχία	Εφησυχασμός του ασθενή	Υποστήριξη ενθαρρύνοντας την πάσχουσα να συμμετάσχει σε ψυχοθεραπείες	Κοινωνικοποίηση της ασθενούς με ομαδικές ψυχοθεραπείες	Υπήρξε δυσκολία στην συναναστροφή της με άλλα άτομα που συμμετείχαν στις ψυχοθεραπείες, όμως έχει υπάρξει μια βελτίωση καθώς δεν υπάρχει σε τόσο έντονο βαθμό το αίσθημα ανησυχίας

Προβλήματα στον ύπνο	Αποκατάσταση των προβλημάτων του ύπνου	Χορήγηση αντικαταθλιπτικών και ηρεμιστικών φαρμάκων	Εκτέλεση χορήγησης βενζοδιαζεπινών και αντικαταθλιπτικών φαρμάκων για την αποκατάσταση του ύπνου	Επιτεύχθηκε η αποκατάσταση του ύπνου
----------------------	--	---	--	--------------------------------------

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Οι εξαρτησιογόνες ουσίες κατα τη διάρκεια της ιστορίας δημιούργησαν και δημιουργούν ακόμα και σήμερα τρομερές συνέπειες και σωματικά και ψυχικά, κυρίως όμως δημιουργούν τεράστιες πιθανότητες θνησιμότητας. Το ανθρώπινο γένος χρησιμοποίησε για πολλούς λόγους τις ουσίες αυτές όπως για θρησκευτικούς σκοπούς με την έννοια της ιερότητας και της κοντινότερης επαφής με τα θεία, για λόγους φαρμακευτικούς όπως ανακούφιση από πόνους και για ιατρικούς σκοπούς. Επίσης για λόγους ψυχαγωγίας όπως και σήμερα με τη διαφορά ότι σήμερα δεν παρέχονται νομίμως.

Στις εξαρτησιογόνες ουσίες υπάρχουν διάφορα στάδια για να θεωρηθεί ένα άτομο ότι βρίσκεται σε κατάσταση βοήθειας. Η έννοια της εξάρτησης, του εθισμού, της ανοχής και του στερητικού συνδρόμου διαφέρουν διότι δείχνουν τα διαφορετικά στάδια ενός ατόμου και τη σοβαρότητα της κατάστασης του. Οι 6 κατηγορίες περιλαμβάνουν ουσίες, οι οποίες δημιουργούν σε χρόνια χρήση σοβαρά προβλήματα υγείας με κυριότερο τον εγκέφαλο, το γαστρεντερικό, νευρικό και αναπνευστικό σύστημα. Επιπλέον, δημιουργούν και ψυχοκοινωνικά προβλήματα όπως η κοινωνική απομόνωση, η μη λεκτική επικοινωνία, η έλλειψη συγκέντρωση, ο θυμός, η κατάθλιψη και πολλά άλλα.

Η θεραπεία απεξάρτησης των εθισμένων ατόμων περιλαμβάνει τρόπους φαρμακευτικούς όπως η μεθαδόνη, η ναλτρεξόνη και το μοντέλο Matrix αλλά και ψυχολογικούς όπως η γνωσιακή συμπεριφορά.

Ο ρόλος του νοσηλευτή έχει μια πολύ σημαντική θέση- κλειδί, όχι μόνο όσον αφορά τη φαρμακευτική αγωγή αλλά και ως καταλύτης στη ψυχική στήριξη και βοήθεια στα ίδια τα άτομα και στην οικογένεια τους. Η επικοινωνία και το αίσθημα της εμπιστοσύνης μεταξύ νοσηλευτή και ασθενούς δημιουργεί συνθήκες με πολύ μεγαλύτερα ποσοστά επιτυχίας επίτευξης του στόχου, δηλαδή της επανένταξης του ατόμου στη κοινωνία.

Η λύση σε ένα τόσο μείζον θέμα είναι η πρόληψη, η οποία θα ενημερώσει για όλους τους κινδύνους και τις συνέπειες κάθε ουσίας είτε δίδεται νόμιμα είτε όχι. Οι πολίτες πρέπει να ενημερώνονται συχνά με αποτέλεσμα τη μείωση ποσοστών θνησιμότητας και τη βελτίωση των κοινωνικών συνθηκών αλλά και της ψυχικής και σωματικής υγείας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΞΕΝΗ

Addicott MA. (2014). Caffeine Use Disorder: A Review of the Evidence and future Implications. *Curr Addict Rep*, 1(3), 186-192.

Astrid Nehlig, Jean-Luc Daval, Gerard Debry. (1992). Caffeine and the central nervous system: mechanisms of action, biochemical, metabolic and pshycostimulant effects, 139-170.

Austin GA. Alcohol in Western Society from Antiquity to 1800. A Chronological History. Santa Barbara, Calif: ABC-Clio, 1985.

Boekema P.J, Samson M, van Berge Henegouwen, Smout A.J.P.M. (2009). Coffee and Gastrointestinal function: Facts and Fiction. A Review. *Scand J Gastroenterol Suppl.(Scandinavian Journal of Gastroenterology)*, 35-39.

Booth M. (2003). Cannabis, A History. London, UK: Doubleday.

Brandt SD, King LA, Evans-Brown M. (2014). The new drug phenomenon. *Drug Test Anal*, 6, 587–597.

Brill H. (1971). Methadone maintenance: a problem in delivery of service. *JAMA*, 215(7), 1148–1150.

Brownstein MJ. (1993). A brief history of opiates, opioid peptides, and opioid receptors. *Proc Natl Acad Sci U S A.*, 90, 5391–5393.

Bruening AB, Perez M, Ohrt TK. (2018). Exploring weight control as motivation for illicit stimulant use. *Eat Behav*, 30, 72-75.

Burns H, Puskar K, Flaherty M, Mitchell A, Hagle H, Braxter B, et al. (2012). Addiction training for undergraduate nurses using screening, brief intervention, and referral to treatment. *Journal of Nursing Education and Practice*, 2 (4).

Calipari ES, Ferris MJ. (2013). Amphetamine mechanisms and actions at the dopamine terminal revisited. *J. Neurosci*, 33(21), 8923-8925.

- Carroon J., Mischley L., Sexton M. (2017). Cannabis as a substitute for prescription drugs—a cross-sectional study. *Journal of pain research*.
- Cascade E, Kalali AH. (2008). Use of benzodiazepines in the treatment of anxiety. *Psychiatry (Edgmont)*, 5(9), 21–22.
- Christrup L.L. (2008). Morphine metabolites. *An international journal of anesthesiology, intensive care, pain, and critical emergency medicine*. 41(1), 116-122.
- Compton W., Volkow N. (2006). Abuse of prescription drugs and the risk of addiction. *Drug and alcohol dependence*.
- Cornelis MC. (2019). The impact of caffeine and coffee on Human Health. *Nutrients*, 11(2).
- Couper F.J, Marinetti L.J. (2002). Gamma-hydroxybutyrate - effects on human performance and behavior. *Forensic Sci. Rev*, 14, 101–121.
- Crosq M.A. (2007). Historical and cultural aspects of man’s relationship with addictive drugs. *Dialogues Clin. Neurosci*, 9(4), 355-361.
- Derefinko KJ, Salgado Carcia FL, Sumrok DD. (2018). Smoking Cessation of Those Pursuing Recovery from Substance Use Disorders. *Med.Clin.North Am*, 102(4), 781-796.
- Djordjevic, M., Hoffmann, D., & Hoffmann, I. (1997). Nicotine regulates smoking patterns. *Preventive medicine*.
- Evans SM, Griffiths RR. Caffeine withdrawal: a parametric analysis of caffeine dosing conditions. *J. Pharmacol. Exp. Ther*, 289(1), 285-294.
- Farzam K, Lakhar AD. (2019). Adrenergic Drugs. *StatPearls [internet]*. Stat Pearling Publishing; Treasure Island (FL).
- Farzam K, Richards JR. (2019). Premature Ventricular Contraction (PVC). *Stat Pearling Publishing*; Treasure Island (FL).
- Farzam K, Tivakaran VS. (2019). QT Prolonging Drugs. *StatPearls[internet]*. StatPearls Publishing; Treasure Island.

- Fox C, Liu H, Kaye AD, Manchikanti L, Trescot AM, Christo PJ, et al, eds. (2011). *Clinical Aspects of Pain Medicine and Interventional Pain Management: A Comprehensive Review*. Paducah, KY: ASIP Publishing; Antianxiety agents, 543–552.
- Franca SA, Neves AL, Sonza TA, Martins NC, Carneiro SR, Sarges Edo S, Souza Mde F. Factors associated with smoking cessation. *Rev Saude Publica*, 49, 10.
- Grant JE, Potenza MN, Weinstein A, Gorelick DA. (2010). Introduction to behavioral addictions. *AM J Drug Alcohol Abuse*, 36(5), 233-241.
- Harstad E, Sideridis G, Sherritt L, Shrier LA, Ziemnik R, Lery S. (2016). Concurrent Validity of Caffeine Problems and Diagnostic Criteria for Substance Use Disorders. *J Caffeine Res*, 6(4), 141-147.
- Hassens L, Lustygier V, Ansseau M, Thiebaut I, Thimpont J. (2017). [The Motivational week: A new approach in studying cessation]. *Rev Mal Respir*, 34(3), 188-193.
- Hastard E, Sideridis G, Shrier LA, Ziemnik R, Levy S. (2010). Concurrent validity of Caffeine Problems and Diagnostic Criteria for Substance Use Disorders. *J Caffeine Res*, 6(4), 141-147.
- Heal DJ, Smith SL, Gosden J, Nutt DJ. (2013). Amphetamine, past and present—a pharmacological and clinical perspective. *J. Psychopharmacol.*, 27(6), 479-496.
- Henry R Kranzler, Ting-Kai Li. (2008). What is Addiction. *Alcohol Res Health*, 31(2), 93-95.
- Jackson SW. (1986). *Melancholia and Depression, From Hippocratic Times to Modern Times*. New Haven Conn: Yale University Press.
- Jane-Llopis E., Matytsina I. (2006). Mental health and alcohol, drugs and tobacco: a review of the comorbidity between mental disorders and the use of alcohol, tobacco and illicit drugs. *Drug and alcohol review*.
- Jackson SW. (1986). *Melancholia and Depression, From Hippocratic Times to Modern Times*. New Haven Conn: Yale University Press.
- Johnson H. (1989). *The Story of Wine*. London, UK: Octopus Publishing Group.

Johnson MW, Hendricks PS, Barrett FS, Griffiths RR. (2019). Classic psychedelics: An negative review of epidemiology, therapeutics, mystical experience, and brain network function. *Pharmacol. Ther.*, 197, 83-102.

Joseph D. Tobias, Thomas P. Green, Charles J. (2016). Côté, SECTION ON ANESTHESIOLOGY AND PAIN MEDICINE and COMMITTEE ON DRUGS. *Pediatrics*, 138(4), e20151648.

Juliano LM, Griffiths RR. (2004). A critical review of caffeine withdrawal: empirical validation of symptoms and signs, incidence, severity, and associated features. *Psychopharmacology(Berl)*, 176(1), 1-29.

Kalkhoran S, Bemowitz NL, Rigotti NA. (2018). Prevention and Treatment of Tobacco Use: JACC Health Promotion Series. *J. Am. Coll. Cardiol*, 72(9), 1030-1045.

Karila L, Benyamina A, Blecha L, Cottencin O, Billieux J. (2015). Synthetic Cathinones: A New Public Health Problem. *Current Neuropharmacology*, 13(1), 12-20.

Karila L., Megarbane B., Cottencin O., Lejoyeux M. (2015). Synthetic Cathinones: A New Public Health Problem. *Current Neuropharmacology*, 13(1), 12-20.

Kaye AD, Jones MR, Kaye AM, Ripoll JG, Galan V, Beakley BD, Galixto F, Bolden JL, Urman RD, Manchikonti L. (2017). Prescription Opioid Abuse Predictors and Strategies to Curb Opioid Abuse: Part 1. *Pain Physician*, 20(25), 593-5109.

Kreek MJ. (1973). Medical safety and side effects of methadone in tolerant individuals. *JAMA.*, 223(6):665–668.

Krishnan A., Koo J. (2005). Psyche, opioids, and itch: therapeutic consequences. *Dermatologic Therapy*.

Lachenmeier D., Rehm J. (2015). Comparative risk assessment of alcohol, tobacco, cannabis and other illicit drugs using the margin of exposure approach. *Scientific reports*.

Lars-Lennart Oettl, Wolfgang Kelsch. (2017). Oxytocin and Olfaction. *Behavioral Pharmacology of Neuropeptides*, 55-75.

Launer J. (2013). Opium. *Postgraduate Medical Journal*, 89, 491-492.

Launer J. (2013). Opium. *Postgraduate Medical Journal*, 89, 491-492.

- Lee R.A, Balick M.J. RX. (2006). Caffeine. *Explore (NY)*, 2(1), 55-59.
- Levin E., Wilson W., Rose J., McEvoy J. (2006). Nicotine-haloperidol interactions and cognitive performance in schizophrenics. *Neuropsychopharmacology*.
- Lo KB, Virk HUH, Lakther V, Ram P, Gongora C, Pressman G, Figuerdo V. (2019). Clinical Outcomes After Treatment of Cocaine-Induced Chest Pain with Beta-Blockers: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Am.J.Med*, 132(4), 505-509.
- Madras B.K. (2016) The Growing Problem of New Psychoactive Substances (NPS). *Neuropharmacology of New Psychoactive Substances (NPS). Current Topics in Behavioral Neurosciences*, 32, 1-18.
- Matsumoto R. (2009). Targeting sigma receptors: novel medication development for drug abuse and addiction. *Expert review of clinical pharmacology*.
- McGregor I., Bowen M. (2012). Breaking the loop: oxytocin as a potential treatment for drug addiction. *Hormones and behavior*.
- McLellan A. (2002). Have we evaluated addiction treatment correctly? Implications from a chronic care perspective. *Addiction*.
- Mercy Mumba. (2017). Nursing Roles in Addiction Care. *Journal of Addictions Nursing*, 28(3), 166-168.
- Meredith SE, Juliano LM, Hughes JR, Griffiths RR. (2013). Caffeine Use Disorder: A Comprehensive Review and Research Agenda. *J Caffeine Res*, 3(3), 114-130.
- Michael Evans-Brown, Roumen Sedefov. (2018). Responding to New Psychoactive Substances in the European Union: Early Warning, Risk Assessment, and Control Measures. *New Psychoactive Substances*, 3-49.
- Montagne M. (2008). Drugs on the internet. I: Introduction and web sites on psychedelic drugs. *Substance use & misuse*.
- Moosavizadeha A, Ghaffari F, Mosavat SH, Zargaran A, Mokri A, Faghihzadeh S, Naseri M. (2018). The medieval Persian manuscript of Afyunieh: the first individual treatise on the opium and addiction in history. *Journal of Integrative Medicine*, 16(2), 77-83.
- Murphy S., McKay J. (2004). Adaptive treatment strategies: An emerging approach for improving treatment effectiveness. *Clinical Science*.

- Nehlig A, Daval JL, Debry G. (1992). Caffeine and the central nervous system: mechanisms of action biochemical metabolic and phsycostimulant effects. *Brain Res. Brain Res. Rev*, 17(2), 139-170.
- Nehlig A. (1999). Are we dependent upon coffee and caffeine ? A review on human and animal data. *Neurosci Biobehav Rev*, 23(4), 563-576.
- Nicholson K.L, Balster R.L. (2001). GHB: a new and novel drug of abuse. *Drug Alcohol Depend*, 63(1), 1–22.
- Nordenfelt, L. (2010). On concepts and theories of addiction. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*.
- O' Callaghan F, Muurlink O, Reid N. (2018). Effects of caffeine on sleep quality and daytime functioning. *Risk Manay Health Policy*, 11, 263-271.
- Obert J., London E., Pawson R. (2002). Incorporating brain research findings into standard treatment: An example using the Matrix Model. *Journal of Substance Abuse Treatment*.
- Ouzir M., Errami M. (2016). Etiological theories of addiction: A comprehensive update on neurobiological, genetic and behavioural vulnerability. *Pharmacology Biochemistry and Behavior*.
- Oviedo-Joekes E., Marsh J., Romero M. (2006). Drugs and social exclusion in ten European cities. *European addiction research*.
- Preller KH, Razi A, Zeidman P, Stampfli P, Friston KJ, Vollenweider FX. (2019). Effective connectivity changes in LSD-included altered states of consiousness in humans. *Proc.Natl.Acad.Sci.U.S.A.*, 116(7), 2743-2748.
- Preuss CV, Kalava A, King KC. (2019). Prescription of Controlled Substances: Benefits and Risks. *StatPearls*[internet]. StatPearls Publishing. Treasure Island (FL).
- Proudfoot J. (2017). Drugs, addiction, and the social bond. *Geography Compass*.
- Pudney S. (2010). Drugs policy: what should we do about cannabis? *Economic policy*.
- Raffaelli W., Salmosky-Dekel B. (2005). Biological consequences of long-term intrathecal administration of opioids. *Minerva anesthesiologica*.

- Rao PSS, O' Connelli K, Finnerty TK. (2018). Potential Role of Extracellular Vesicles in the Pathophysiology of Drug Addiction. *Mol. Neurobiol*, 55(8), 6906-6913.
- Rehmi Ak, Jaggi AS, Singh N. (2013). Opioid withdrawal syndrome: emerging concepts and novel therapeutic targets. *CNS Neurol Disord Drug Targets*, 12(1), 112-125.
- Reiman A. (2009). Cannabis as a substitute for alcohol and other drugs. *Harm Reduction Journal*.
- Rezk-Hanna M, Sarna L, Petersen AB, Wells M, Nohavola I, Bialous S. (2018). Attitudes, barriers and facilitators to smoking cessation among Central and Eastern European nurses: A focus group study: *Eur J Oncol Nurs*, 35, 39-46.
- Roehrs T., Roth T. (2001). Sleep, sleepiness, and alcohol use. *Alcohol Research & Health*, 25(2), 101–109.
- Rucker J., Lliff J., Nutt D. (2018). Psychiatry & the psychedelic drugs. Past, present & future. *Neuropharmacology*.
- Sanders R., Maze M. (2011). Contribution of sedative-hypnotic agents to delirium via modulation of the sleep pathway. *Canadian Journal of Anesthesia*.
- Savage S. (1996). Long-term opioid therapy: assessment of consequences and risks. *Journal of pain and symptom management*.
- Selby P, Hunter K, Rogers J, Lang-Robertson K, Soklaridis S, Chow V, Tremblay M, Koubanioudakis D, Dragonetti R, Hussain S, Zawertailo L. (2017). How to adapt existing evidence-based clinical practice guidelines: a case example with smoking cessation guidelines in Canada. *BMJ Open*, 7(11), e016124.
- Selby P, Voci S, Sawertailo L, Baliunas D, Dragonetti R, Hussain S. (2018). Public health impact of a novel smoking cessation outreach program in Ontario, Canada. *BMC Public Health*, 18(1), 1117.
- Silverman K, Evans SM, Strain EC, Griffiths RR. (1992). Withdrawal syndrome after the double-blind cessation of caffeine consumption. *N. Engl. Med*, 327(16), 1109-1114.

- Smith C. (2010). Socio-spatial stigmatization and the contested space of addiction treatment: remapping strategies of opposition to the disorder of drugs. *Social Science & Medicine*.
- Steyaert A., Lavand'homme P. (2013). Postoperative opioids: let us take responsibility for the possible consequences. *The European Journal of Neurology*.
- Stille G. (1994). *Krankheit, und Arznei Die Geschichte der Medikamente*. Berlin, Germany: Springer Verlag.
- Stille G. (2004). *Kräuter, Geister, Rezepturen Eine Kulturgeschichte der Arznei*. Stuttgart, Germany: Theiss Verlag.
- Stringer KA, Watson WA. (1987). Caffeine withdrawal symptoms. *Am J Emerg Med*, 5(5), 469.
- Substance A. (2016). Facing addiction in America: The Surgeon General's report on alcohol, drugs, and health. HSAUS.
- Sun H., Jia Y., Ma X. (2017). Alpha5 nicotinic acetylcholine receptor contributes to nicotine-induced lung cancer development and progression. *Frontiers in pharmacology*.
- Vasters G., Pillon S. (2011). Drugs use by adolescents and their perceptions about specialized treatment adherence and dropout. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*.
- Vetulani J. (2001). Drug addiction. Part I. Psychoactive substances in the past and present. *Pol J Pharmacol.*, 53, 201–214.
- Volkow N. (2005). Prescription drugs: Abuse and addiction. National Institute on Drug Abuse.
- Volkow N., Li T. (2005). Drugs and alcohol: treating and preventing abuse, addiction and their medical consequences. *Pharmacology & therapeutics*.
- Volkow N., Fowler J., Wang G., Swanson J. (2004). Dopamine in drug abuse and addiction: results from imaging studies and treatment implications. *Molecular psychiatry*.
- Webster L. (2013). Pills, polices, and predicaments: the unintended consequences of a health care system's policy toward opioids. *Pain Medicine*.

ΕΛΛΗΝΙΚΗ

Mathre M.L. (2016). Αλκοόλ, Καπνός και Άλλα Προβλήματα Σχετιζόμενα με Χρήση Ουσιών στη Κοινότητα. Ανδρουλάκη Ζ., Κούτα-Νικολάου Χ., Κριτσωτάκης Γ., Λαχανά Ε., Παραλίκος Θ., Σαράφης Π., Σιαμάγκα Ε., Στεφανόπουλος Ν., Τζιαφέρη Σ., Φούκα Γ. Κοινοτική Νοσηλευτική (2^{ος} τόμος). Π.Χ Πασχαλίδης, Νικοσία-Κύπρος, 670-696.

Μαλλιώρα Μ.Μ. (2010). ΛΕΞΙΚΟ ΓΙΑ ΤΟ ΑΛΚΟΟΛ ΚΑΙ ΤΙΣ ΛΟΙΠΕΣ ΨΥΧΟΔΡΑΣΤΙΚΕΣ ΟΥΣΙΕΣ. ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις ΜΕΠΕ, Αθήνα.

Μισαυρίδου Ε. (2015). Εξαρτησιογόνες Ουσίες. Εκδόσεις Κάλλιπος Ιατρικές Επιστήμες και Επιστήμες της Ζωής, Αθήνα.

Μισαυρίδου Ε. (2015). ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΕΞΑΡΤΗΣΕΙΣ ΚΑΤΑΧΡΗΣΗ ΟΥΣΙΩΝ. Εκδόσεις Κάλλιπος Ιατρικές Επιστήμες και Επιστήμες της Ζωής, Αθήνα.

Μπακάλης Ν. (2015). Εισαγωγικές Έννοιες στη Νοσηλευτική Διεργασία. Βιβιλάκη Β., Γιαννακοπούλου Μ., Γκοβίνα Ο., Ζωγραφάκης-Σφακιανάκης Μ., Θεοδοσοπούλου Ε., Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου Α. και συν. Εισαγωγή στη Νοσηλευτική Επιστήμη και τη Φροντίδα Υγείας. Π.Χ ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ, Νικοσία-Κύπρος, 379-392.

Τερζίδου Μ. (2015). Η κατάσταση του προβλήματος των ναρκωτικών και των οινόπνευματων στην Ελλάδα. Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (ΕΠΙΨΥ).

INTERNET

- Canadian Centre on Substance Use and Addiction. Web Page.

<https://www.ccsa.ca/methamphetamine>. Τελευταία προσπέλαση Ιούλιος 17, 2020.

- MedicineNet. Web Page.

https://www.medicinenet.com/drug_abuse_pictures_slideshow_otc_prescription/article.html. Τελευταία προσπέλαση Ιούνιος 08, 2020.

- Iatronet. Web Page.

<https://www.iatronet.gr/narkwtika-alkool/eidi-narkwtikwn/article/4582/03-kokani.html>. Τελευταία προσπέλαση Ιούνιος 10, 2020.

- Iatronet. Web Page.

<https://www.iatronet.gr/narkwtika-alkool/eidi-narkwtikwn/article/4586/06-methamfetamini-speed.html>. Τελευταία προσπέλαση Ιούνιος 15, 2020.

- ΚΕΘΕΑ. Web Page.

<https://www.kethea.gr/faq/einai-eksartisi/>. Τελευταία προσπέλαση Ιούλιος 25, 2020.

- ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ. Web Page.

https://www.moh.gov.gr/articles/health/domes-kai-druseis-gia-thn-ygeia/antimetwpish-eksarthsewn/eksarthsiogones-oysies/plhrofories-gia-prolhpshe-ndash-antimetwpish-ths-eksarthshs-apo-eksarthsiogones-oysies/5270-thlefwnikes-grammes-bohtheias-gia-tis-eksarthseis?fbclid=IwAR0Kni16LPtmbTEyPR7SeJsptzBILbz8dF5eomHMDWNakz6_UUoqab9KV4o. Τελευταία προσπέλαση Αύγουστος 26, 2020.