

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΕΘΝΙΚΗΣ ΠΑΙΔΕΙΑΣ ΚΑΙ ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ  
ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΤΗΣ ΦΟΙΤΗΤΡΙΑΣ:

ΠΑΛΙΟΥΡΑ ΕΥΑΓΓΕΛΙΑ

ΘΕΜΑ:

Η ΧΡΗΣΗ ΟΥΣΙΩΝ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΚΥΗΣΗ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΣΤΗ ΜΗΤΕΡΑ ΣΤΟ  
ΝΕΟΓΝΟ ΚΑΙ ΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ  
ΕΠΟΠΤΕΥΩΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΣ:

Κα ΖΩΗ ΚΟΥΚΟΥ



ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ (2018)

## Περιεχόμενα

Περίληψη.....	σελ 3
Εισαγωγή.....	σελ 4
<b>Κεφάλαιο 1</b>	
Ιστορική αναδρομή.....	σελ 5
<b>Κεφάλαιο 2</b>	
Εξαρτησιογόνες ουσίες	
2.1 Βασικοί ορισμοί.....	σελ 15
2.2 Κατηγορίες εξαρτησιογόνων ουσιών.....	σελ 17
2.2.1 Οπιοειδή.....	σελ 17
2.2.2 Κατασταλτικά του ΚΝΣ.....	σελ 20
2.2.3 Διεγερτικά του ΚΝΣ.....	σελ 23
2.2.4 Ψευδαισθησιογόνα- Παραισθησιογόνα.....	σελ 27
2.2.5 Ινδική κάνναβη.....	σελ 28
<b>Κεφάλαιο 3</b>	
Εγκυμοσύνη και χρήση ουσιών	
3.1 Γυναίκα και ουσιοεξάρτηση.....	σελ 30
3.2 Επιπτώσεις χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών στην κύηση και στο έμβρυο.....	σελ 31
3.2.1 Η επίδραση των οπιοειδών στην κύηση και στο έμβρυο.....	σελ 31
3.2.2 Η επίδραση της αιθυλικής αλκοόλης στην κύηση και στο έμβρυο.....	σελ 33
3.2.3 Η επίδραση των βενζοδιαζεπίνων στην κύηση και στο έμβρυο.....	σελ 33
3.2.4 Η επίδραση της κοκαΐνης στην κύηση και στο έμβρυο.....	σελ 34
3.2.5 Η επίδραση των αμφεταμινών/μεθαμφεταμινών στην κύηση και στο έμβρυο.....	σελ 35
3.2.6 Η επίδραση της νικοτίνης στην κύηση και στο έμβρυο.....	σελ 35
3.2.7 Η επίδραση της ινδικής κάνναβης στην κύηση και στο έμβρυο.....	σελ 36
3.2.8 Η επίδραση του LSD στην κύηση και στο έμβρυο.....	σελ 37
3.3 Επιπτώσεις χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών στο νεογνό.....	σελ 37
3.3.1 Η επίδραση των οπιοειδών στο νεογνό.....	σελ 37
3.3.2 Η επίδραση των βενζοδιαζεπίνων στο νεογνό.....	σελ 38
3.3.3 Η επίδραση της αιθυλικής αλκοόλης στο νεογνό.....	σελ 38
3.3.4 Η επίδραση της κοκαΐνης στο νεογνό.....	σελ 39
3.3.5 Η επίδραση της νικοτίνης στο νεογνό.....	σελ 40
3.3.6 Η επίδραση της ινδικής κάνναβης και των αμφεταμινών στο νεογνό.....	σελ 40
3.4 Η επίδραση των εξαρτησιογόνων ουσιών στην λοχεία και στην οικογένεια.....	σελ 41

## **Κεφάλαιο 4**

- 4.1 Προγεννητική φροντίδα ουσιοεξαρτόμων γυναικών.....σελ 42
- 4.2 Μαιευτική φροντίδα των ουσιοεξαρτόμενων γυναικών κατά τον τοκετό.....σελ 44
- 4.3 Φροντίδα του εκτεθειμένου σε ουσίες νεογνό.....σελ 45
- 4.3.1 Έξοδος από το νοσοκομείο.....σελ 48
- 4.4 Μαιευτική φροντίδα της ουσιοεξαρτόμενης γυναίκας μετά τον τοκετό.....σελ 49
- 4.4.1 Παρακολούθηση μετά τον τοκετό.....σελ 50

## **Κεφάλαιο 5**

Μητρικός θηλασμός και εξαρτησιογόνες ουσίες

- 5.1 Οπιοειδή και θηλασμός.....σελ 51
- 5.2 Αλκοόλ και θηλασμός.....σελ 54
- 5.3 Βενζοδιαζεπίνες και θηλασμός.....σελ 55
- 5.4 Κοκαΐνη και θηλασμός.....σελ 56
- 5.5 Αμφεταμίνες-Μεθαμφεταμίνες και θηλασμός.....σελ 56
- 5.6 Κάπνισμα και θηλασμός.....σελ 57
- 5.7 Ινδική Κάνναβης και θηλασμός.....σελ 58
- 5.8 Έκσταση και θηλασμός.....σελ 59

## **Κεφάλαιο 6**

Απεξάρτηση κατά την διάρκεια της κύησης

- 6.1 Ο ρόλος του κράτους-Πολιτείας: Κέντρα Απεξάρτησης.....σελ 60
- 6.2 Απεξάρτηση κατά την κύηση-Θεραπεία.....σελ 62
- 6.2.1 Απεξάρτηση από τις Βενζοδιαζεπίνες κατά την διάρκεια της κύησης.....σελ 66
- 6.2.2 Απεξάρτηση από το αλκοόλ κατά την διάρκεια της κύησης.....σελ 67
- 6.3 Ειδικά προγράμματα για εξαρτημένες μητέρες.....σελ 67
- 6.4 Διακοπή του καπνίσματος κατά την διάρκεια της κύησης.....σελ 70
- 6.4.1 Συμβουλευτική θεραπεία διακοπής καπνίσματος κατά την διάρκεια της κύησης..σελ 70
- 6.4.2 Θεραπεία με υποκατάστατα νικοτίνης (NRT).....σελ 71
- 6.4.3 Φαρμακοθεραπεία για την διακοπή του καπνίσματος.....σελ 72
- 6.4.4 Ηλεκτρονικό τσιγάρο.....σελ 72

## **Κεφάλαιο 7**

Ο ρόλος της κοινοτικής μαιίας στην περιγεννητική φροντίδα εγκύων γυναικών που κάνουν χρήση ουσιών.....σελ 74

## **Κεφάλαιο 8**

- 8.1 Νομικό πλαίσιο αναφορικά με τις έγκυες γυναίκες και τη χρήση ουσιών.....σελ 78
- 8.2 Φυλακισμένες και εγκυμοσύνη.....σελ 81
- Συμπεράσματα.....σελ 83**
- Βιβλιογραφία.....σελ 85**

## Περίληψη

Η σχέση μητέρας – παιδιού είναι μια σχέση μοναδική η οποία ξεκινάει από την στιγμή της σύλληψης και όπως όλες οι σχέσεις της ζωής έτσι και αυτή διαμορφώνεται συνεχώς. Το έμβρυο δεν είναι παθητικός επιβάτης στη μήτρα της μητέρας του αλλά ένα ον που δέχεται ερεθίσματα και αντιδρά σε αυτά. Επομένως η μητέρα πρέπει να είναι υγιής ψυχοσωματικά ώστε να μπορεί να μεταβιβάζει υγιή ερεθίσματα στο παιδί της. Όταν όμως είναι εξαρτημένη από ουσίες που δεν της επιτρέπουν να βιώσει τη μητρότητα τότε η επικοινωνία με το έμβρυό της κινδυνεύει να καταντήσει μια τραυματική εμπειρία και για τους δύο.

Στην συγκεκριμένη εργασία γίνεται μια προσπάθεια προσέγγισης ενός σύγχρονου φαινομένου κοινωνικής παθογένειας που ταλανίζει χιλιάδες ανθρώπους σ'ολόκληρο τον κόσμο, του φαινομένου των ναρκωτικών. Γίνεται μία μικρή παρουσίαση της ιστορίας και των ειδών των ναρκωτικών ουσιών. Ωστόσο δίνεται ιδιαίτερη έμφαση, στη χρήση των ουσιών αυτών κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης, με σκοπό να μελετήσουμε τις επιπτώσεις της πράξης αυτής στη φυσιολογία της κύησης, στον οργανισμό και την ψυχολογία της μητέρας, και στον οργανισμό του εμβρύου, τους κινδύνους που ενέχονται για την καλή έκβαση της κύησης, αλλά και τις παρενέργειες που παρουσιάζονται στα νεογνά ουσιοεξαρτημένων μητέρων. Ακόμη γίνεται μια αναφορά για τις επιδράσεις που έχουν οι εξαρτησιογόνες ουσίες στο θηλασμό και στα νεογνά που θηλάζουν.

Επιπλέον, μελετώνται οι τρόποι απεξάρτησης κατά την διάρκεια της κύησης καθώς και ο ρόλος των μαιών / μαιευτών όχι μόνο στην προσπάθεια αυτή, αλλά και στην παροχή βοήθειας και υποστήριξης στις χρήστριες εγκύους. Επίσης γίνεται αναφορά στην ελληνική νομοθεσία.

Τελειώνοντας, θεώρησα καλό να παραθέσω τα όργανα που το κράτος έχει θεσμοθετήσει για την αντιμετώπιση της μάστιγας των ναρκωτικών, όπως ο ΟΚΑΝΑ, το ΚΕΘΕΑ, το 18 ΑΝΩ, κ.ά., καθώς και τα προγράμματα που καθένα από αυτά χρησιμοποιεί ανάλογα με το περιστατικό που αντιμετωπίζεται (στεγνά προγράμματα, προγράμματα υποκατάστασης).

## Εισαγωγή

Η εξάρτηση από ουσίες αποτελεί σημαντικό πρόβλημα δημόσιας υγείας τόσο για τις ανεπτυγμένες όσο και για τις αναπτυσσόμενες χώρες. Η χρήση ουσιών αποδείχθηκε ότι έχει καταστρεπτικές συνέπειες για τον οργανισμό, οι οποίες όταν χρησιμοποιούνται κατά την διάρκεια της κύησης, οι κίνδυνοι χειροτερεύουν και επιδρούν καταλυτικά και μόνιμα στην κύηση, στο έμβρυο και στο νεογνό. Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται μια σημαντική αύξηση χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών κατά την διάρκεια της κύησης. Οι έγκυες με εθισμό στις εξαρτησιογόνες ουσίες αντιμετωπίζουν συχνά τις προκλήσεις στιγματισμού, οικονομικές δυσκολίες, κακή κοινωνική στήριξη, φόβο απομάκρυνσης του παιδιού και ενδοοικογενειακή βία που εμποδίζουν την ικανότητά τους να αναζητούν την μαιευτική φροντίδα. Οι περιορισμοί στον τομέα αυτό περιλαμβάνουν την ανεπάρκεια των δεδομένων σχετικά με τους κινδύνους της προγεννητικής χρήσης συγκεκριμένων ουσιών για την μητρική και την εμβρυική χρήση. Παρ' όλο που πολλοί εθνικοί οργανισμοί συστήνουν ότι όλες οι έγκυες γυναίκες θα πρέπει να εξετάζονται για χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών, αυτό πολλές φορές είναι δύσκολο να εφαρμοστεί.

Παρά τις προκλήσεις αυτές, οι πάροχοι της υγειονομικής περίθαλψης είναι στην ιδανική θέση να επιφέρουν διαρκή σημαντική επίδραση στην γενική υγεία και ευτυχία των μητέρων, των μωρών και των οικογενειών τους, συμμετέχοντας αποκλειστικά και παρέχοντας τεκμηριωμένη θεραπεία σε έγκυες γυναίκες που αντιμετωπίζουν προβλήματα με εξαρτησιογόνες ουσίες.

Στην προσπάθεια αντιμετώπισης των ουσιοεξαρτώμενων γυναικών είναι χρήσιμο και αποτελεσματικό να εδραιωθεί μια σχέση εμπιστοσύνης ανάμεσα στην γυναίκα και στον πάροχο υγειονομικής περίθαλψης ώστε οι θεραπευτικοί στόχοι να είναι πιο εύκολα αποδεκτοί από την χρήστρια. Η συμβουλευτική θεραπεία αποτελεί το κλειδί για κάθε θεραπευτική προσπάθεια. Παράλληλα ο πάροχος υγειονομικής περίθαλψης θα πρέπει να είναι άτομο εφοδιασμένο με μεγάλη υπομονή, ενθαρρυντικό, να εμπνέει εμπιστοσύνη, να σέβεται τα ανθρώπινα δικαιώματα της εξαρτημένης να διαθέτει γνώση και δυνατότητα καθοδήγησης και να είναι πληροφορημένος για όλες τις δυνατές κατευθύνσεις που μπορεί να οδηγήσουν στην απεξάρτηση και την απαλλαγή από το πρόβλημα. Επίσης στόχος παραμένει να βοηθήσει τις έγκυες χρήστριες ώστε να μειώσει την έκθεση των κινδύνων τόσο στην ίδια όσο και στο έμβρυο από τις ουσίες.

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

## Ιστορική αναδρομή

Η χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών συναντάται από αρχαίους ακόμη πολιτισμούς. Στην αρχή, τα ναρκωτικά χρησιμοποιήθηκαν για λόγους θρησκευτικούς τελετουργικούς, μαγείας, ιατρικής και επιβίωσης σε αντίξοες περιβαλλοντικές συνθήκες. Η μεταφορά αυτών των ουσιών σε άλλους πολιτισμούς με άλλες κουλτούρες έχασε τον τελετουργικό και κοινωνικό χαρακτήρα και άρχισε να εξυπηρετεί άλλες ανάγκες. Η ανακάλυψη συνθετικών ουσιών, η ιατρική χρήση των εξαρτησιογόνων ουσιών, η ανάπτυξη του παράνομου εμπορίου σε συνδυασμό με τα αυξημένα προβλήματα στην καθημερινή ζωή συνέτειναν την περαιτέρω εξάπλωση των εξαρτησιογόνων ουσιών. Έτσι άρχισαν να εμφανίζονται τα προβλήματα της κατάχρησης των εξαρτησιογόνων ουσιών. Από τον 16ο αιώνα και έπειτα αρχίζουν και εμφανίζονται φαινόμενα μαζικής χρήσης

## Όπιο

Τα οπιούχα που αρχικά προέρχονταν από την παπαρούνα του οπίου, χρησιμοποιούνταν επί χιλιάδες χρόνια τόσο για σκοπούς ψυχαγωγίας όσο και για ιατρικούς σκοπούς (Ίδρυμα για ένα κόσμο χωρίς ναρκωτικά 2009 ). Στην αρχαία Μεσοποταμία οι Σουμέριοι γνώριζαν το όπιο ήδη 4000 με 5000 χρόνια π.Χ. Οι θεραπευτικές ιδιότητες του χυμού της μηκώνου περιγράφονται από τον Ιπποκράτη (460-377 π.Χ.) και τον Γαληνό (200-130 π.Χ.). Οι άραβες γιατροί επίσης χρησιμοποιούσαν το όπιο για τις θεραπευτικές του ιδιότητες. Με τις κατακτήσεις τους μετέφεραν τις γνώσεις τους στην Ινδία (600 μ.Χ.).

Δύο ένοπλες συγκρούσεις, που ονομάζονται πόλεμοι οπίου, ακολούθησαν με τις προσπάθειες της Κίνας να καταστείλει τη χρήση οπίου εντός των συνόρων της και οι βρετανικές προσπάθειες να διατηρήσουν ανοικτές τις οδούς διακίνησης οπιούχων στα μέσα περίπου του 19ου αιώνα, οι οποίοι έληξαν με την ήττα της Κίνας. Στη διάρκεια του 19ου αιώνα, το λάβδανο, διάλυμα οπίου και αιθυλικής αλκοόλης, αποτελούσε φάρμακο εκλογής για τα παιδιά ως προς την καταπολέμηση της διάρροιας και άλλων ασθενειών και για την ηρεμιστική του δράση. Στις αρχές του 19<sup>ου</sup> αιώνα γίνονται οι πρώτες εισαγωγές του οπίου στην Αμερική καθώς πολλοί κινέζοι μετανάστευσαν στην Αμερική και έφεραν μαζί τους την συνήθεια καπνίσματος του οπίου. Μέχρι το 1995 στη Νοτιοανατολική Ασία παράγονταν 2.500 τόνοι οπίου ετησίως (Μισουρίδου 2015).

## **Μορφίνη**

Το 1803 Ο Γερμανός επιστήμονας Friedrich Sertürner απομόνωσε για πρώτη φορά την μορφίνη από το χυμό των σπόρων της παπαρούνας. Η μορφίνη πήρε το όνομα της από το Μορφέα, τον θεό του ύπνου στην αρχαία ελληνική μυθολογία, η οποία χρησιμοποιήθηκε για την ισχυρή αναλγητική δράση της αλλά και για την καταπολέμηση της οπιομανίας. Η εφεύρεση της σύριγγας το 1850 από τον Pravaz κατέστησε δυνατή την υποδόρια ένεση της μορφίνης και τη χρήση της σε ευρεία κλίμακα κατά την διάρκεια του Αμερικάνικου Εμφυλίου πολέμου για την ανακούφιση του πόνου από τα τραύματα με αποτέλεσμα πολλοί στρατιώτες να εθιστούν σε αυτό. Η μορφίνη χρησιμοποιείται ακόμη και σήμερα σε περιπτώσεις όπου απαιτείται ισχυρή αναλγησία, όπως σε καρκινοπαθείς (Μισουρίδου 2015).

## **Ηρωίνη**

Το 1874 ένας Άγγλος χημικός ο Alder Wright συνθέτει για πρώτη φορά την διαμορφίνη ή στην καθημερινή γλώσσα σήμερα γνωστή ως ηρωίνη, η οποία χρησιμοποιήθηκε για την καταπολέμηση του εθισμού της μορφίνης. Το 1898 κυκλοφορεί ελεύθερο στην αγορά από τη φαρμακευτική εταιρεία Μπάγιερν, στη Γερμανία ως υποκατάστατο της μορφίνης και ως αντιβηχικό. Το 1906, η Αμερικανική Ιατρική Εταιρεία ενέκρινε την ηρωίνη για γενική χρήση και συνέστησε να χρησιμοποιηθεί στη θέση της μορφίνης (NARCONON). Από τις αρχές της δεκαετίας του 1900, ο εθισμός στην ηρωίνη στις Ηνωμένες Πολιτείες και στη Δυτική Ευρώπη είχε εκτοξευθεί. Η διαπίστωση ότι η ηρωίνη είναι τρεις φορές περίπου πιο εξαρτησιογόνος από τη μορφίνη, οδήγησε στην απαγόρευση της κυκλοφορίας της (Ίδρυμα για ένα κόσμο χωρίς ναρκωτικά 2009). Το 1914 εγκρίθηκε ο νόμος για τα ναρκωτικά Harrison, που ήταν μια προσπάθεια να σταματήσει η κατάχρηση κοκαΐνης, ηρωίνης και κάνναβης. Σύμφωνα με αυτόν τον νόμο, έγινε παράνομο κάποιος να κατέχει, να χρησιμοποιεί ή να είναι εθισμένος σε παράνομα ναρκωτικά (NARCONON).

Μια αύξηση της εξάρτησης από την μορφίνη και την ηρωίνη παρατηρείται και στις γυναίκες στις αρχές του 19<sup>ου</sup> αιώνα. Εκείνη την εποχή δεν πίστευαν ότι η χρήση αυτών των ουσιών επηρέαζαν και τα έμβρυα, διότι πίστευαν ότι η χρήση αυτών των ουσιών σχετίζεται με την στειρότητα και την απώλεια σεξουαλικής επιθυμίας. Η λανθασμένη ιδέα αποδείχθηκε το 1875, όταν ένα νεογνό εκδήλωσε συμπτώματα στέρησης αμέσως μετά την γέννηση. Στην συνέχεια παρατηρήθηκε αύξηση παρόμοιων γεγονότων και τα εμπλεκόμενα νεογνά πέθαιναν χωρίς να τους προσφερθεί κάποια θεραπεία μέχρι το 1903, όπου εμφανίστηκε μια αναφορά

στην ιατρική βιβλιογραφία που περιγράφει την επιβίωση ενός νεογνού μετά από την θεραπεία του με χορήγηση μορφίνης. Στην συνέχεια οι αυξημένες αναφορές για συγγενή μορφινισμό, της νοσηρότητας και της θνησιμότητας, οδήγησε σε μεγάλη προσοχή τους γυναικολόγους και τους παιδίατρους. Ο συγγενής μορφινισμός ονομάστηκε στην συνέχεια σύνδρομο στέρησης των νεογνών (Kocherlakota 2014).

### **Κωδεΐνη**

Το 1832 παράγεται στη Γαλλία για πρώτη φορά από τον Ζαν Πιερ Ρομπικέ το εκχύλισμα του οπίου το οποίο ονομάστηκε κωδεΐνη και χρησιμοποιήθηκε σαν φάρμακο για τον βήχα, τους πόνους και την εξάρτηση από το όπιο (Ίδρυμα για ένα κόσμο χωρίς ναρκωτικά 2009).

### **Μεθαδόνη**

Το 1937 παράγεται το συνθετικό παράγωγο του οπίου η μεθαδόνη, από τους Γερμανούς επιστήμονες Μαξ Μπόκμυλ και Γκούσταβ Έρχαρτ, της εταιρείας Φάρμπεν. Έκαναν έρευνες για να βρουν ένα παυσίπονο που θα χρησιμοποιούνταν πιο εύκολα κατά τη διάρκεια των χειρουργείων και θα ήταν λιγότερο εθιστικό από τη μορφίνη και την ηρωίνη. Το 1947 εισήχθει στις ΗΠΑ ως ένας τύπος ανακούφισης του σοβαρού πόνου για διάφορες καταστάσεις. Η μεθαδόνη κυκλοφόρησε για πρώτη φορά στο εμπόριο ως «Dolophine» (NARCONON). Αυτό οδήγησε στην πεποίθηση ότι θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί στη θεραπεία του εθισμού στα ναρκωτικά (Ίδρυμα για ένα κόσμο χωρίς ναρκωτικά 2009). Από το 1964 η Αμερική χρησιμοποιεί την μεθαδόνη σε προγράμματα απεξάρτησης. Στην Ελλάδα προγράμματα υποκατάστασης με μεθαδόνη άρχισαν να λειτουργούν από το 1996 (ΟΚΑΝΑ 2012).

### **Βουπρενορφίνη**

Αποτελεί παράγωγο της μορφίνης. Η βουπρενορφίνη εγκρίθηκε ως εναλλακτική λύση στην θεραπεία απεξάρτησης από τα οπιοειδή έναντι της μεθαδόνης στην Ευρώπη το 1996 και στις Ηνωμένες Πολιτίες το 2002.

### **Αλκοόλ**

Ποτά προερχόμενα από ζύμωση υπήρχαν από το 4000 π.Χ στον αιγυπτιακό πολιτισμό. Η παρασκευή ζύθου (μπίρας) ξεκινά από την περιοχή της Αιγύπτου το 6500 π. Χ. Υπάρχουν



ενδείξεις για την ύπαρξη αλκοολούχου ποτού στην Κίνα περίπου το 7000 π.Χ. Στην Ινδία, ένα οινοπνευματώδες ποτό που ονομάζεται σούρα, από απόσταξη ρυζιού, ήταν σε χρήση μεταξύ 3000 και 2000 π.Χ.

Οι Ρωμαίοι έκαναν κρασί από τα άγρια σταφύλια που αναπτύσσονταν. Στην Ελλάδα, ένα από τα πρώτα αλκοολούχα ποτά το οποίο ήταν δημοφιλές ήταν το υδρόμελο, το οποίο προερχόταν από τη ζύμωση μελιού με νερό.

Αρκετοί πολιτισμοί Ερυθρόδερμων παρήγαγαν αλκοολούχα ποτά κατά την προ-Κολομβιανή εποχή. Μια ποικιλία ποτών από την περιοχή των Άνδεων, στη Νότια Αμερική, τα οποία είχαν υποστεί ζύμωση, παράγονταν από καλαμπόκι, σταφύλια ή μήλα και ονομαζόταν «τσίκα».

Το 16ο αιώνα, το αλκοόλ χρησιμοποιούταν ευρέως για ιατρικούς σκοπούς. Ο Μεσαίωνας στην Ευρώπη είδε την εκτεταμένη ανάπτυξη των επιλογών κρασιών, μύρας και μελιού (αλκοολούχο ποτό από μέλι. Τα φθηνά ποτά κατέκλυσαν την αγορά και έφτασαν στο απόγειο κατανάλωσής τους στα μέσα του 18ου αιώνα. Στη Βρετανία, η κατανάλωση τζιν έφτασε τα 81 εκατομμύρια λίτρα και ο αλκοολισμός εξαπλώθηκε ευρέως.

Το 1899, η πρώτη παρατήρηση που συνδέει τα παιδιά αλκοολικών μητέρων με τους σχετικούς κινδύνους παρουσιάστηκε σε μια μελέτη που συνέκρινε αυτά τα παιδιά με παιδιά μη αλκοολικών συγγενών. Ωστόσο, η κατανάλωση αλκοόλ κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης δεν θεωρήθηκε ότι συνιστά κίνδυνο για το έμβρυο μέχρι να συναχθεί επισήμως ως παράγοντας κινδύνου το 1973. Κατά τα τέλη της δεκαετίας του 1960, ομοσπονδιακά χρηματοδοτούμενες μελέτες που διερευνούν αιτίες νοητικής καθυστέρησης και νευρολογικών ανωμαλιών δεν περιλάμβαναν το αλκοόλ ως πιθανό τερατογόνο. Στην πραγματικότητα, ενδοφλέβια στάγδην αλκοόλ χρησιμοποιήθηκαν για να βοηθήσουν στην πρόληψη της πρόωρης γέννησης. Ωστόσο, από τη δεκαετία του 1970, άρχισαν να αυξάνονται οι ανησυχίες σχετικά με τις δυσμενείς επιπτώσεις των τοξικών ουσιών

Το 1920 οι ΗΠΑ θέσπισαν ένα νόμο ο οποίος απαγόρευε την παρασκευή, την πώληση, την εισαγωγή και εξαγωγή των οινοπνευματωδών ποτών. Τότε, το παράνομο εμπόριο αλκοόλ σημείωσε ραγδαία αύξηση και το 1933, άρθηκε η απαγόρευση του αλκοόλ (Ιδρυμα για έναν κόσμο χωρίς ναρκωτικά 2009).

## **Βαρβιτουρικά**

Τον 19ο αιώνα, το βρωμιούχο κάλιο εισήχθη ως ηρεμιστικό και αντιεπιληπτικό φάρμακο και η ένυδρη χλωράλη ως ηρεμιστικό-υπνωτικό. Η ιστορία της ανάπτυξης των

βαρβιτουρικών ξεκινά το 1864 από τον Adolph von Baeyer ο οποίος ανακάλυψε το βαρβιτουρικό οξύ. Στην περίπτωση αυτή, δεν υπήρχαν ενδείξεις θεραπευτικής σημασίας στην ανακάλυψή του. Ωστόσο, το 1903 δύο άλλοι χημικοί ο Josef von Mering και ο Emil Fischer που εργάζονταν στην Baeyer άλλαξαν την ένωση και δημιούργησαν ένα ψυχοδραστικό φάρμακο με το όνομα βαρβιτάλη. Η βαρβιτάλη αποδείχθηκε ότι όταν χορηγούνται σε σκύλους τους προκαλούσε υπνηλία. Το Barbitol κυκλοφόρησε στο εμπόριο το 1903 με το όνομα Veronal και το 1911 εισήχθη η φαινοβαρβιτάλη με την εμπορική ονομασία Luminal, ως ηρεμιστικό-υπνωτικό και αντιεπιληπτικό. Στη συνέχεια εμφανίστηκαν πολλά νέα βαρβιτουρικά περίπου 2.500 αλλά μόνο τα 50 χρησιμοποιούνται (Norn S et al 2015).

### **Βενζοδιαζεπίνες**

Η πρώτη βενζοδιαζεπίνη το γλωροδιαζεποξείδιο (Librium), ανακαλύφθηκε το 1955 από τον χημικό Leo Sternbach ο οποίος τότε εργαζόταν στην εταιρία Hoffmann-La Roche. Η ένωση έδειξε πολύ ισχυρά ηρεμιστικά, αντισπασμωδικά και μυοχαλαρωτικά αποτελέσματα όταν υποβλήθηκαν σε δοκιμές σε ζώα. Αυτά τα ευρήματα οδήγησαν στην ταχεία εισαγωγή του σε όλο τον κόσμο το 1960 με την εμπορική ονομασία Librium. Αυτή ήταν και η πρώτη κλινικά χρήσιμη βενζοδιαζεπίνη στον κόσμο. Μετά την επιτυχία του Librium, ο αγώνας ήταν η δημιουργία περισσότερων βενζοδιαζεπινών στην αγορά. Η δεύτερη επιτυχής ένωση ήταν η διαζεπάμη, η οποία εισήχθη το 1963 με την εμπορική ονομασία Valium. Τα οφέλη των βενζοδιαζεπινών και η εμφανής έλλειψη αποθαρρυντικών παραγόντων οδήγησαν σε ανησυχητική αύξηση των συνταγών βενζοδιαζεπίνης. Στα τέλη της δεκαετίας του 1970 οι βενζοδιαζεπίνες έγιναν τα πιο συχνά συνταγογραφούμενα από όλα τα φάρμακα στον κόσμο. Από το 1980 η χρήση της διαζεπάμης και άλλων βενζοδιαζεπινών έγινε πιο αμφιλεγόμενη. Αν και πολλοί ψυχίατροι συνέχισαν να βλέπουν αυτά τα φάρμακα ως ένα πολύτιμο εργαλείο για τη θεραπεία των αγχωδών διαταραχών, παρατηρήθηκε ότι πολλοί ασθενείς δυσκολεύονταν να σταματήσουν τη λήψη βενζοδιαζεπινών λόγω αντιδράσεων απόσυρσης και πολλοί παραπονέθηκαν ότι είχαν γίνει «εθισμένοι». Αυτές οι ανησυχίες, καθώς και η εισαγωγή νέων γενεών υπνωτικών και αγχολυτικών, οδήγησαν σε μείωση της δημοτικότητας των βενζοδιαζεπινών, ιδιαίτερα της διαζεπάμης (American Addiction Center 2016).

## Κοκαΐνη

Η κόκα είναι ένα από τα παλαιότερα, ισχυρότερα και πιο επικίνδυνα διεγερτικά που προέρχονται από τη φύση. Οι αρχαίοι Ίνκας στις Άνδεις μασούσαν τα φύλλα κόκας για να κάνουν τις καρδιές τους και την αναπνοή τους να λειτουργούν γρηγορότερα ώστε να μην έχουν πρόβλημα καθώς ζούσαν σε μεγάλα υψόμετρα, όπου το οξυγόνο είναι λιγότερο και για λόγους ανταπόκρισης σε ανάγκες αυξημένης εργασίας. Αυτό το ταμπού έσπασε όταν εισέβαλαν οι Ισπανοί στο Περού το 1532. Ανάγκαζαν τους Ινδιάνους να εργάζονται στα Ισπανικά ορυχεία ασημιού και τους προμήθευαν φύλλα κόκας γιατί έκαναν ευκολότερο τον έλεγχο και την εκμετάλλευσή τους (Ίδρυμα για έναν κόσμο χωρίς ναρκωτικά 2009).

Το 1862 ο γερμανός χημικός Albert Niemann αναγνώρισε τις διεγερτικές ιδιότητες του φυτού κόκα και ανακάλυψε την καθαρή υδροχλωρική κοκαΐνη. Στη δεκαετία του 1880 ανακαλύφθηκαν οι αναισθητικές ιδιότητές της και άρχισε να χρησιμοποιείται σε εγχειρήσεις στα μάτια, στη μύτη και στον λαιμό. Καθώς οι γιατροί ανακάλυπταν τις ψυχοδραστικές της ιδιότητες χρησιμοποιήθηκε για την καταπολέμηση του άγχους, της κατάθλιψης αλλά και για την απεξάρτηση από την μορφίνη, αρχίζοντας να γίνεται ένα δημοφιλές φάρμακο για τις θεραπευτικές του ιδιότητες. Έτσι, στις αρχές του 20<sup>ου</sup> αιώνα η κοκαΐνη αποτελούσε το κύριο δραστικό συστατικό σε πολλά φάρμακα, τονωτικά και ελιξίρια (Μισουρίδου 2015).

Η κοκαΐνη έγινε δημοφιλής από τις αρχές του 20<sup>ου</sup> αιώνα λόγω του κινηματογράφου από τα μηνύματα υπέρ της κοκαΐνης που προέρχονταν από το Χόλιγουντ τα οποία επηρέασαν εκατομμύρια ανθρώπους εκείνη την εποχή. Η χρήση της κοκαΐνης αυξήθηκε κατά πολύ και τότε άρχισαν να γίνονται εμφανείς και οι επιπτώσεις (Ίδρυμα για έναν κόσμο χωρίς ναρκωτικά 2009).

Το 1905, ήταν δημοφιλής η συνήθεια να εισπνέεται η κοκαΐνη και μέσα στα επόμενα πέντε χρόνια, τα νοσοκομεία και τα ιατρικά έντυπα είχαν αρχίσει να αναφέρουν περιπτώσεις όπου τα άτομα είχαν υποστεί ρινικές βλάβες λόγω της χρήσης του ναρκωτικού. Το 1912, η κυβέρνηση των ΗΠΑ ανέφερε 5.000 θανάτους σχετιζόμενους με την κοκαΐνη σε ένα χρόνο και μέχρι το 1922, το ναρκωτικό είχε επίσημα απαγορευτεί. Στη δεκαετία του 1970, η κοκαΐνη εμφανίστηκε ως το νέο ναρκωτικό της μόδας για τους ανθρώπους του χώρου της ψυχαγωγίας και τους επιχειρηματίες. Σε μερικά Αμερικάνικα πανεπιστήμια η χρήση της κοκαΐνης δεκαπλασιάστηκε στις δεκαετίες 1970 και 1980. Είχε αποκτήσει τη φήμη του πιο εθιστικού και επικίνδунου ναρκωτικού στην Αμερική και είχε συνδεθεί με τη φτώχεια και το έγκλημα. (Ίδρυμα για έναν κόσμο χωρίς ναρκωτικά 2009).

Το 1970 δημιουργείται το κράκ κοκαΐνης, δηλαδή η κοκαΐνη σε κρυσταλλική μορφή. Σύμφωνα με την Υπηρεσία Δίωξης Ναρκωτικών των ΗΠΑ, μέχρι το τέλος της δεκαετίας του 1970 τεράστιες ποσότητες κοκαΐνης σε σκόνη έμπαιναν λαθραία στις Ηνωμένες Πολιτείες. Ήταν φτηνή, απλή στην παραγωγή της, εύκολη στη χρήση και πάρα πολύ κερδοφόρα για τους εμπόρους. Το μεγαλύτερο κύμα χρήσης του ναρκωτικού ξέσπασε κατά τη διάρκεια της «επιδημίας του κρακ» μεταξύ 1984 και 1990, όταν το ναρκωτικό είχε εξαπλωθεί σε όλες τις πόλεις των ΗΠΑ. Η επιδημία του κρακ αύξησε δραματικά τον αριθμό των εθισμένων στην κοκαΐνη Αμερικανών. Το 1987, το κρακ ήταν διαθέσιμο σε όλες τις πολιτείες των ΗΠΑ, πλην τεσσάρων. Από τότε, η χρήση του ναρκωτικού εξακολουθεί να απλώνεται σε όλο τον κόσμο (Ίδρυμα για έναν κόσμο χωρίς ναρκωτικά 2009).

### **Αμφεταμίνες- Μεθαμφεταμίνες**

Η αμφεταμίνη παρασκευάστηκε το 1887 στη Γερμανία για πρώτη φορά από το ρουμάνο χημικό L. Edeleano ο οποίος την ονόμασε φαινυλινοπροπυλαμίνη και η μεθαμφεταμίνη δημιουργήθηκε στην Ιαπωνία από έναν Ιάπωνα χημικό τον Nagai Nagayoshito 1919. Οι αμφεταμίνες δεν χρησιμοποιήθηκαν για ιατρικούς σκοπούς μέχρι τη δεκαετία του 1920 όπως και η μεθαμφεταμίνη. Όταν έγιναν γνωστές οι ιδιότητες της αμφεταμίνης χρησιμοποιήθηκαν για να θεραπεύσουν μια σειρά ασθενειών όπως το άσθμα, το κοινό κρυολόγημα, τη ναρκοληψία, τη διαταραχή έλλειψης προσοχής και την παχυσαρκία λόγω της ιδιότητάς τους να μειώνουν το αίσθημα της πείνας. Στη δεκαετία του '30 η χρήση των ουσιών αυτών εξαπλώθηκε σημαντικά, μιας και μπορούσαν να αγοραστούν στα φαρμακεία χωρίς συνταγογράφηση. Η μεθαμφεταμίνη χρησιμοποιήθηκε ευρέως κατά τη διάρκεια του Β' Παγκόσμιου πολέμου, καθώς τη χρησιμοποίησαν και οι δύο πλευρές για να κρατήσουν τα στρατεύματα άγρυπνα. Χορηγούνταν υψηλές δόσεις στους Ιάπωνες πιλότους καμικάζι πριν από τις αποστολές αυτοκτονίας. Μετά τον πόλεμο, η ενδοφλέβια χρήση μεθαμφεταμίνης πήρε επιδημικές διαστάσεις, καθώς οι προμήθειες που αποθηκεύτηκαν για στρατιωτική χρήση στην Ιαπωνία διατέθηκαν στο κοινό. Το 1944, η Αμερικανική Υπηρεσία Τροφίμων και Φαρμάκων (FDA) θα εγκρίνει τη χρήση αμφεταμινών για τη θεραπεία της ναρκοληψίας, του αλκοολισμού, της κατάθλιψης και των εποχιακών αλλεργιών. Η αύξηση της χρήσης της μεθαμφεταμίνης έγινε το 1960 με την ανακάλυψη της ενδοφλέβιας έγχυσης. Καθώς ήταν εύκολα διαθέσιμο, χρησιμοποιήθηκε ως παραϊατρικό διεγερτικό από σπουδαστές κολεγίων, οδηγούς φορτηγών και αθλητές και έτσι διαδόθηκε η χρήση του ναρκωτικού. Κατόπιν, το

1970, η Αμερικανική κυβέρνηση ποινικοποίησε τη χρήση της στο μεγαλύτερο μέρος των περιπτώσεων (Ίδρυμα για έναν κόσμο χωρίς ναρκωτικά 2009).

## **Έκσταση**

Το 1912 δημιουργήθηκε το έκσταση από τη φαρμακευτική εταιρεία Merck σε μια προσπάθεια να δημιουργήσει ένα κατασταλτικό της όρεξης, λόγω της σχέσης του με τις αμφεταμίνες αλλά η εταιρία αποφάσισε να μην κυκλοφορήσει. Στα τέλη της δεκαετίας του 1970 και στις αρχές της δεκαετίας του 1980 ορισμένοι ψυχίατροι άρχισαν να χρησιμοποιούν το MDMA ως ψυχοθεραπευτικό εργαλείο παρά το γεγονός ότι το φάρμακο δεν είχε υποβληθεί σε επίσημες κλινικές δοκιμές ούτε έλαβε έγκριση από την Αμερικανική Υπηρεσία Τροφίμων και Φαρμάκων (FDA) για χρήση της στον άνθρωπο. Μερικοί ψυχίατροι πίστευαν ότι ενίσχυσε την επικοινωνία σε συνεδρίες ασθενών και επέτρεψε στους ασθενείς να επιτύχουν πληροφορίες για τα προβλήματά τους. Από τη δεκαετία του 70 και μετά χρησιμοποιήθηκε ως «ναρκωτικό των πάρτι». Το 1985, η DEA κήρυξε απαγόρευση έκτακτης ανάγκης για το MDMA (Ίδρυμα για έναν κόσμο χωρίς ναρκωτικά 2009)

## **Νικοτίνη**

Στην Αμερική ο καπνός χρησιμοποιείται για ιατρικές πρακτικές (παισιότονο, επικαλυπτικό πηλγών, για την ενίσχυση της γονιμότητας), θρησκευτικές τελετές (επικοινωνία με τα πνεύματα) καθώς και σε περιπτώσεις σύναψης ειρήνης (γνωστή ως πίπα της ειρήνης).

Στις 15 Οκτωβρίου του 1492 ο καπνός προσφέρθηκε στον Χριστόφορο Κολόμβο σαν δώρο από τους ιθαγενείς της Αμερικής. Σύντομα μεταφέρθηκε στην Ευρώπη και το φυτό άρχισε να καλλιεργείται σε όλη την ήπειρο, κυρίως λόγω των υποτιθέμενων θεραπευτικών του ικανοτήτων του. Προοδευτικά το κάπνισμα έγινε παγκόσμια κουλτούρα τόσο λόγω των εθιστικών ιδιοτήτων της νικοτίνης όσο και του πολιτιστικού εισοδήματος που αναπτύχθηκε γύρω από αυτό (Shanu Mishra and Mishra 2013).

Η χρήση του καπνού ήταν πολύ δημοφιλής στην Ευρώπη το 18<sup>ο</sup> αιώνα και τον 19<sup>ο</sup> αιώνα. Στα μέσα του 1800, οι Philip Morris, J.E. Liggett και R.J. Reynolds άρχισαν τις καπνοβιομηχανίες τους. Η χρήση του τσιγάρου άρχισε να ανεβαίνει. Κατά τη διάρκεια του Α' Παγκοσμίου Πολέμου, όταν κάτω από το στρες της μάχης, οι στρατιώτες κάπνιζαν όλο και πιο πολύ, με συνέπεια να εθιστούν στη νικοτίνη.

Το κάπνισμα διαδόθηκε ευρέως στους άνδρες κατά τη διάρκεια του 1ου Παγκοσμίου Πολέμου και στις γυναίκες μετά τον 2ο Παγκόσμιο Πόλεμο. Στην εξάπλωση του καπνίσματος συνετέλεσε η βιομηχανική επανάσταση, η διαφήμιση και η απελευθέρωση των γυναικών. Κατά τον Β' Παγκόσμιο Πόλεμο οι πωλήσεις ήταν υψηλές. Κατά την διάρκεια του 1950 όλο και μεγαλύτερος αριθμός ερευνητικών δεδομένων συνδέουν το κάπνισμα με καρκίνο πνεύμονα. Παρόλο που η καπνοβιομηχανία αρνήθηκε τέτοιους κινδύνους για την υγεία, προώθησε νέα προϊόντα «πιο ασφαλή», όπως εκείνα με χαμηλότερη πίσσα και φιλτραρισμένα τσιγάρα. Την δεκαετία του 1960 εμφανίζονται πολλές ανακοινώσεις σχετικά με τους κινδύνους υγείας που κρύβει το κάπνισμα. Από το 1957 έχουν επισημανθεί οι βλαβερές επιπτώσεις του καπνίσματος στα έμβρυα (Musk AW, de Klerk NH 2003).

### **Ινδική κάνναβη**

Η Ινδική κάνναβη την καλλιεργούσαν και τη χρησιμοποιούσαν ως παραισθησιογόνο εδώ και 2.000 χρόνια (ΕΠΨΥ-ΟΚΑΝΑ 2003). Η χρήση της εξαπλώθηκε από την Κίνα στην Ινδία και έπειτα στην Ν Αφρική και έφθασε στην Ευρώπη. Το 1545 οι Ισπανοί έφεραν τη μαριχουάνα στην Αμερική. Η μαριχουάνα έγινε για πρώτη φορά δημοφιλής στις Ηνωμένες Πολιτείες με μεξικανούς μετανάστες τη δεκαετία του 1920 και υιοθετήθηκε γρήγορα από τους ανθρώπους της τζαζ κοινότητας.

Η μαριχουάνα συμπεριλήφθηκε στη φαρμακοβιομηχανία των Ηνωμένων Πολιτειών από το 1850 έως το 1942 και συνταγογραφήθηκε για διάφορες καταστάσεις όπως για ρευματισμούς, την ναυτία, την λύσσα κ.α. Μια εκστρατεία που διεξήχθη στη δεκαετία του 1930 από το Ομοσπονδιακό Γραφείο Ναρκωτικών των ΗΠΑ επεδίωκε να απεικονίσει τη μαριχουάνα ως μια ισχυρή, εθιστική ουσία που θα οδηγούσε τους χρήστες σε εθισμό.

Στις Ηνωμένες Πολιτείες το 1937 εγκρίθηκε ο φορολογικός νόμος μαριχουάνα και απαγόρευσε την παραγωγή κάνναβης. Στη δεκαετία του 1960 χρησιμοποιήθηκε από φοιτητές και από το κίνημα των «χίπις» και έγινε σύμβολο εξέγερσης ενάντια στην εξουσία. Ο νόμος περί ελεγχόμενων ουσιών του 1970 ταξινόμησε τη μαριχουάνα μαζί με την ηρωίνη και το LSD ως φάρμακο του Προγράμματος I, δηλαδή με το σχετικά υψηλότερο δυναμικό κατάχρησης και χωρίς αποδεκτή ιατρική χρήση (NARCONON).

Στην Ελλάδα η χρήση της κάνναβης ήταν συχνή σε περιθωριοποιημένες κοινωνικές ομάδες στις αρχές του 20ού αιώνα, συνδέθηκε με το ρεμπέτικο τραγούδι και απαγορεύτηκε το 1920

(Μισουρίδου 2015). Το 2004 η συνθετική μαριχουάνα εμφανίστηκε στην Ευρώπη, ενώ στην Αμερική το 2008 (Ίδρυμα για έναν κόσμο χωρίς ναρκωτικά 2009).

## **LSD**

Το 1938 ο Άλμπερτ Χόφμαν, ένας χημικός που εργαζόταν για τη φαρμακοβιομηχανία Σαντόζ, συνέθεσε το LSD για πρώτη φορά καθώς αναζητούσε ένα διεγερτικό του αίματος. Οι παραισθησιογόνες παρενέργειές του ήταν άγνωστες μέχρι το 1943 όταν ο Χόφμαν κατανάλωσε κατά λάθος λίγο LSD. Αργότερα ανακαλύφθηκε ότι η χορήγηση από το στόμα μιας μικρής δόσης 25 μικρογραμμαρίων (ίσης με το βάρος μερικών κόκκων αλατιού) μπορεί να δημιουργεί έντονες παραισθήσεις. Λόγω της ομοιότητάς του με ένα χημικό συστατικό που βρίσκεται στον εγκέφαλο και της ομοιότητάς των παρενεργειών του με ορισμένα συμπτώματα της ψύχωσης, το LSD χρησιμοποιήθηκε από τους ψυχιάτρους στις δεκαετίες του 1940, του 1950 και του 1960. Ενώ οι ερευνητές απέτυχαν να ανακαλύψουν κάποια ιατρική χρήση του ναρκωτικού, τα δωρεάν δείγματα που δόθηκαν από τη φαρμακοβιομηχανία Σαντόζ για πειράματα διανεμήθηκαν ευρέως, οδηγώντας έτσι στην ευρεία χρήση αυτής της ουσίας. Το LSD διαδόθηκε τη δεκαετία του 1960 από άτομα όπως ο ψυχολόγος Τίμοθι Λίρι, ο οποίος ενθάρρυνε τους Αμερικανούς φοιτητές «να πάρουν ναρκωτικά, για να αποκτήσουν επίγνωση του κόσμου γύρω τους και να απορρίψουν την κοινωνική κατάσταση». Η χρήση του LSD μειώθηκε τη δεκαετία του 1980, αλλά αυξήθηκε πάλι τη δεκαετία του 1990. (Ίδρυμα για έναν κόσμο χωρίς ναρκωτικά 2009).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

### Εξαρτησιογόνες ουσίες

#### 2.1 Βασικοί ορισμοί

Εξαρτησιογόνος ουσία: Είναι κάθε φυσική, ημισυνθετική ή συνθετική ουσία που επιδρά στο Κ.Ν.Σ και που μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να αλλάξει την διάθεση σε κάποιο άτομο.

- Οι εξαρτησιογόνες ουσίες διακρίνονται σε:
- Νόμιμες όπως ο καπνός και τα οινοπνευματώδη

Παράνομες όπως το χασίς , η ηρωίνη, η κοκαΐνη κ.α. (Μισουρίδου 2015)

Ναρκωτικά: Με τον όρο ναρκωτικά νοείται οποιαδήποτε ουσία (φυσική ή συνθετική) , που επιδρά στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα και αλλάζει την αντίληψη, το συναίσθημα, τη διάθεση, τη συμπεριφορά και τον τρόπο λειτουργίας του σώματος του ατόμου που τα χρησιμοποιεί. Τα ναρκωτικά ανάλογα με το είδος τους, επηρεάζουν τόσο το σώμα όσο και τον ψυχισμό του ανθρώπου και μπορούν να προκαλέσουν σωματική ή/και ψυχική εξάρτηση ποικίλου βαθμού (Υπουργείο Δικαιοσύνης, Διαφάνειας και Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων 2011).

Ο όρος ναρκωτικά χρησιμοποιείται αποκλειστικά για τις παράνομες ουσίες.

Εθισμός: Η επαναλαμβανόμενη χρήση μιας ή περισσότερων ψυχοδραστικών ουσιών σε βαθμό ώστε ο χρήστης να εκδηλώνει καταναγκασμό για λήψη της επιθυμητής ουσίας ή των ουσιών, να έχει μεγάλη δυσκολία στην εκούσια διακοπή ή τροποποίηση της χρήσης της ουσίας και να φαίνεται αποφασισμένος να εξασφαλίσει τις ψυχοδραστικές ουσίες σχεδόν με οποιοδήποτε τρόπο. Ο όρος εθισμός εστιάζει στο φαινόμενο της προοδευτικής ευαισθησίας ενός βιολογικού συστήματος σε μια ουσία που λαμβάνεται κατ' επανάληψη (Μισουρίδου 2015).

Ανοχή: Είναι το φαινόμενο που παρουσιάζεται μετά από κάποιο χρονικό διάστημα συστηματικής χρήσης, ώστε να πρέπει η δόση της ουσίας να αυξάνεται συνεχώς για να επιτυγχάνεται η επιθυμητή δράση στον ίδιο βαθμό και στην ίδια διάρκεια (ΕΠΙΨΥ- ΟΚΑΝΑ 2003)



Εξάρτηση: Είναι η κατάσταση απόλυτου εθισμού ενός ανθρώπου, κατά την οποία κυριαρχείται από την έντονη ανάγκη λήψης της ουσίας. Η εξάρτηση μπορεί να είναι σωματική όταν ο οργανισμός του χρήστη δεν μπορεί να λειτουργήσει φυσιολογικά χωρίς την ουσία, και ψυχική όταν ο άνθρωπος έχει ανάγκη από τη χρήση της ουσίας για να νιώσει καλά, να διώξει το άγχος ή την ψυχική πίεση ή απλά για να νιώθει φυσιολογικός και να αντεπεξέλθει στις απαιτήσεις της καθημερινής ζωής (ΕΠΙΨΥ-ΟΚΑΝΑ 2003). Όλες οι περιπτώσεις σωματικής εξάρτησης εμπεριέχουν και την ψυχική, ενώ δεν συμβαίνει πάντα το αντίθετο. Δε δημιουργούν όλες οι ουσίες και τις δυο μορφές εξάρτησης. Όλες οι ουσίες προκαλούν εξάρτηση. Μερικές σωματική και ψυχική, άλλες μόνο ψυχική. Η ψυχολογική εξάρτηση, σε σύγκριση με τη σωματική, είναι πιο σημαντική και είναι αυτή που απαιτεί πολύ περισσότερο χρόνο για να αντιμετωπιστεί (ΕΠΙΨΥ- ΟΚΑΝΑ 2003)

- Η εξάρτηση υποδηλώνεται με την παρουσία τριών τουλάχιστον από τα παρακάτω συμπτώματα:
- Έντονη επιθυμία χρήσης της ουσίας
- Ανάπτυξη ανοχής στη χρήση της ουσίας
- Παρουσία στερητικού συνδρόμου από την μείωση ή την διακοπή της ουσίας
- Εγκατάλειψη δραστηριοτήτων
- Εμμονή στην χρήση της ουσίας, παρά το γεγονός ότι προκαλεί σοβαρά σωματικά ή ψυχολογικά προβλήματα και δυσλειτουργίες στην ζωή του (ΕΠΙΨΥ- ΟΚΑΝΑ 2003)

Σύνδρομο στέρησης: Είναι μια σειρά σωματικών και ψυχολογικών συμπτωμάτων ή μόνο ψυχολογικών που είναι τα αντίθετα από αυτά που προκαλούσε η ουσία. Για παράδειγμα αν η χρήση της ουσίας προκαλούσε καταστολή και υπνηλία, το στερητικό σύνδρομο μπορεί να έχει την μορφή της υπερδιέγερσης και της αϋπνίας. Τα συμπτώματα εκδηλώνονται εφόσον έχουν εγκατασταθεί η σωματική και η ψυχική εξάρτηση (ΕΠΙΨΥ- ΟΚΑΝΑ 2003)

Τοξίκωση: Είναι μια κατάσταση που ακολουθεί τη λήψη μιας ψυχοδραστικής ουσίας και οδηγεί σε διαταραχές του επιπέδου συνείδησης, γνώσης, αντίληψης, κρίσης, συναισθήματος ή συμπεριφοράς ή άλλων ψυχοφυσιολογικών λειτουργιών και αντιδράσεων (Μισουρίδου 2015).

Υπερβολική δόση: Η χρήση οποιασδήποτε ουσίας σε ποσότητα η οποία προκαλεί οξείες σωματικές ή ψυχικές επιδράσεις. Η υπερβολική δόση μπορεί να οδηγήσει και στον θάνατο (Μισουρίδου 2015).

Αποτοξίνωση: Η σταδιακή υποχώρηση και εξάλειψη των ψυχοφυσιολογικών συμπτωμάτων του συνδρόμου στέρησης. Τα έντονα στερητικά συμπτώματα υποχωρούν μετά από έναν αριθμό ημερών ανάλογα με το είδος της ουσίας. Ηπιότερα συμπτώματα διατηρούνται και για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα (Μισουρίδου 2015).

## **2.2 Κατηγορίες εξαρτησιογόνων ουσιών**

Ανάλογα με την επίδραση που προκαλούν στο ΚΝΣ τα ναρκωτικά ταξινομούνται σε κατηγορίες

### **2.2.1 Οπιοειδή**

Τα οπιοειδή χρησιμοποιούνται συχνά ως φάρμακα επειδή περιέχουν χημικές ουσίες που χαλαρώνουν το σώμα και μπορούν να ανακουφίσουν τον πόνο. Χρησιμοποιούνται κυρίως για τη θεραπεία μέτριου έως σοβαρού πόνου, αν και ορισμένα οπιοειδή μπορούν να χρησιμοποιηθούν για τη θεραπεία του βήχα και της διάρροιας (NIDA 2018). Στην ομάδα των οπιοειδών ουσιών ανήκουν τα:

- φυσικά οπιοειδή (μορφίνη, κωδεΐνη)
- ημισυνθετικά οπιοειδή (ηρωΐνη, οξυκωδόνη, υδροκωδόνη )
- συνθετικά οπιοειδή (πεθιδίνη, μεθαδόνη)

Τα οπιοειδή συνδέονται με ειδικούς υποδοχείς που βρίσκονται στο κεντρικό νευρικό σύστημα καθώς και σε άλλους ιστούς. Όταν τα οπιοειδή συνδέονται με αυτούς τους υποδοχείς, αποκλείουν τα σήματα πόνου που αποστέλλονται από τον εγκέφαλο στο σώμα και απελευθερώνουν μεγάλες ποσότητες ντοπαμίνης σε όλο το σώμα. Αυτή η απελευθέρωση μπορεί να ενισχύσει την επιθυμία της λήψης του φαρμάκου, κάνοντας τον χρήστη να θέλει να επαναλάβει την εμπειρία. Οι επιστήμονες έχουν βρει τρεις τύπους υποδοχέων οπιοειδών  $\mu$ ,  $\delta$  και  $\kappa$ . Κάθε ένας από αυτούς τους υποδοχείς διαδραματίζει διαφορετικό ρόλο. Τα οπιοειδή παυσίπονα που χρησιμοποιούνται ευρέως είναι το oxycotin, vicodin, demerol, dalfon κ.α. Η υπερβολική δόση οπιοειδών μπορεί να προκαλέσει καταστολή της αναπνοής, η οποία μπορεί

να προκαλέσει υποξία. Η υποξία μπορεί να έχει βραχυπρόθεσμες και μακροπρόθεσμες ψυχολογικές και νευρολογικές επιπτώσεις όπως κώμα, μόνιμη εγκεφαλική βλάβη ή και θάνατο (NIDA 2018).

### Ηρωίνη

Παράγεται μετά από επεξεργασία της μορφίνης. Πρόκειται για μια παράνομη και εξαιρετικά εθιστική ουσία με έντονη εφορική δράση. Η ηρωίνη μπορεί να είναι μια λευκή ή καφέ σκόνη ή μια μαύρη κολλώδης ουσία γνωστή ως μαύρη ηρωίνη πίσσας (NIDA 2018). Η χρήση της ηρωίνης προκαλεί έντονη σωματική και ψυχολογική εξάρτηση.

Λαμβάνεται κυρίως με ενέσιμη μορφή και λιγότερο συχνά με εισπνοή ή με κάπνισμα. Η καφέ ηρωίνη θερμαίνεται και διαλύεται με την προσθήκη κιτρικού (ξινό) ή ασκορβικού οξέος. Μπορεί επίσης να καπνιστεί. Σε αυτήν την περίπτωση θερμαίνεται συνήθως σε φύλλο αλουμινόχαρτου και ο χρήστης εισπνέει τους παραγόμενους ατμούς. Η πρακτική αυτή είναι γνωστή ως «chasing the dragon» (Το κυνήγι του δράκου). Η ηρωίνη διακινείται συνήθως αναμεμειγμένη με άλλες ουσίες όπως ζάχαρη, άμυλο, σκόνη γάλακτος, κινίνο, στρυχνίνη κ.ά. Το γεγονός ότι ο χρήστης δεν γνωρίζει την ακριβή ποσότητα ηρωίνης, η οποία περιέχεται στη σκόνη που διαθέτει για χρήση, μπορεί να οδηγήσει σε οξεία τοξίκωση ή και θάνατο. Στην ενδοφλέβια χρήση το 70% της ποσότητας ηρωίνης φθάνει στον εγκέφαλο μέσα σε είκοσι δευτερόλεπτα (Μισουρίδου 2015). Η υπερβολική δόση προκαλεί παράλυση του κέντρου της ανάπνοης η πνευμονικό οίδημα τα οποία μπορεί να οδηγήσουν στο θάνατο (Ίδρυμα για έναν κόσμο χωρίς ναρκωτικά 2009).

### Μορφίνη

Παρασκευάζεται μετά από επεξεργασία του οπίου και έχει 10 φορές ισχυρότερη δράση από αυτό. Έχει μορφή λευκής κρυσταλλικής σκόνης, είναι άοσμη και έχει πικρή γεύση. Στην ιατρική χρησιμοποιείται ως αναισθητικό, αντιβηχικό και ως ισχυρό παυσίπονο. Η μορφίνη χρησιμοποιείται και σε περιπτώσεις που απαιτείται ισχυρή αναλγησία, όπως σε καρκινοπαθείς. Έχει επίσης ισχυρή κατασταλτική επίδραση στο κέντρο της αναπνοής και γι' αυτό το λόγο υπερβολική δόση της ουσίας προκαλεί το θάνατο από άπνοια. Κυκλοφορεί με την μορφή δισκίων και σε αμπούλες. Η μορφίνη, όταν είναι σε στέρεα μορφή, διαλύεται στο νερό και χορηγείται στον οργανισμό υποδόρια, αλλά και ενδοφλέβια (ΕΠΙΨΥ-ΟΚΑΝΑ 2003). Η διάρκεια δράσης της ουσίας στον οργανισμό είναι περίπου 8 ώρες. Η χρήση της προκαλεί

ανοχή και εξάρτηση τόσο σωματική όσο και ψυχολογική (Κέντρο Πρόληψης Κατά Των Ναρκωτικών Νομού Ρεθύμνης 2008).

### Κωδεΐνη

Παρασκευάζεται μετά από επεξεργασία της μορφίνης ή της θηβαΐνης (μιας άλλης ουσίας που περιέχεται στο όπιο). Συνήθως συνδυάζεται με την παρακεταμόλη για ανακούφιση από χαμηλό έως μέτριο πόνο και ως κατασταλτικό του βήχα. Καταστέλλει τον βήχα και τον πόνο αλλά επίσης καταστέλλει την ικανότητα του σώματος να αναπνέει, γεγονός που μπορεί να οδηγήσει σε θάνατο σε περιπτώσεις υπερδοσολογίας (NARCONON). Βρίσκεται σε μικρό ποσοστό σε διάφορα αντιβηχικά σιρόπια, αλλά κυκλοφορεί και σε μορφή δισκίων και σε ενέσιμες αμπούλες (ΕΠΨΥ- ΟΚΑΝΑ 2003).

### Μεθαδόνη

Πρόκειται για συνθετικό παράγωγο του οπίου. Η μεθαδόνη χρησιμοποιείται σήμερα κυρίως ως υποκατάστατο φάρμακο για την ηρωΐνη και άλλους εθισμούς στα οπιοειδή. Οι επιδράσεις της μεθαδόνης είναι πιο μακροχρόνιες από αυτές των φαρμάκων με βάση τη μορφίνη. Τα αποτελέσματα της μεθαδόνης μπορούν να διαρκέσουν έως και 24 ώρες, επιτρέποντας έτσι τη χορήγηση μόνο μία φορά την ημέρα σε προγράμματα συντήρησης εξαρτημένης ηρωΐνης (NARCONON). Προκαλεί έντονη σωματική και ψυχολογική εξάρτηση. Το στερητικό της σύνδρομο είναι ηπιότερο από αυτό της ηρωΐνης αλλά διαρκεί πολύ περισσότερο.

### Βουπρενορφίνη

Αποτελεί παράγωγο της μορφίνης και χρησιμοποιείται ως υποκατάστατο της ηρωΐνης παρότι είναι αρκετά ακριβότερη από τη μεθαδόνη. Δεν ενέχει κινδύνους υπερβολικής δόσης και αναστέλλει τις επιπτώσεις από την παράλληλη χρήση της ηρωΐνης. Αποτελεί αγωνιστή αλλά και ανταγωνιστή των οπιοειδών ουσιών. Αυτό σημαίνει ότι η βουπρενορφίνη διεγείρει τους μ οπιοειδείς υποδοχείς όπως και οι υπόλοιπες οπιοειδείς ουσίες αλλά σε μικρότερο βαθμό από την ηρωΐνη και τη μεθαδόνη. Ως αποτέλεσμα η ευφορία που προκαλεί είναι μικρότερη. Παράλληλα όμως η κατά πολύ μεγαλύτερη ικανότητα πρόσδεσης της βουπρενορφίνης στους οπιοειδείς υποδοχείς σε σύγκριση με τη μορφίνη και την ηρωΐνη ανταγωνίζεται τη δράση των τελευταίων. Έτσι, η κατανάλωση οπιοειδών αμέσως μετά τη λήψη βουπρενορφίνης δεν επιφέρει την αναμενόμενη κλινική επίδραση διότι οι υποδοχείς

των οπιοειδών έχουν αποκλειστεί. Το στερητικό σύνδρομο της βουπρενορφίνης είναι συνήθως μικρότερο σε ένταση απ' ό τι των άλλων οπιοειδών, όμως διαρκεί πολύ περισσότερο καθιστώντας τη διαδικασία της αποτοξίνωσης βασανιστική και πολύ δυσάρεστη για τον ασθενή (Μισουρίδου 2015).

### **2.2.2. Κατασταλτικά του Κ.Ν.Σ**

Τα κατασταλτικά είναι μια ομάδα ουσιών, που «καταστέλλει» ή αμβλύνει τις λειτουργίες του εγκεφάλου και άλλων τμημάτων του κεντρικού νευρικού συστήματος (ΚΝΣ), είτε ηρεμώντας το άτομο είτε κάνοντας το ακόμα και να αποκοιμηθεί (NIDA 2017).

#### Αλκοόλ

Η δραστική ουσία του αλκοόλ είναι η αιθανόλη ή αιθυλική αλκοόλη. Το αλκοόλ προέρχεται από την ανάμιξη φρούτων, λαχανικών και δημητριακών με μαγιά και ζάχαρη. Τότε δημιουργείται μια διαδικασία που λέγεται ζύμωση (Κέντρο Πρόληψης Κατά Των Ναρκωτικών Νομού Ρεθύμνης 2008 ).

Παλαιότερα, η αιθυλική αλκοόλη θεωρείτο τονωτικό του νευρικού συστήματος. Το αλκοόλ χρησιμοποιείται κυρίως για ψυχαγωγικούς σκοπούς, καθώς αρχικά προσφέρει μια αίσθηση ευφορίας, ενώ “ευνοεί” την κοινωνικότητα του ατόμου που το καταναλώνει.

Τα αποτελέσματα του αλκοόλ διαφέρουν από άτομο σε άτομο και είναι ανάλογα με την σωματική διάπλαση του ατόμου, το βάρος του, τον μεταβολισμό του, την ποσότητα του αλκοόλ που καταναλώνει και την περιεκτικότητα του αλκοόλ (ΕΠΨΥ- ΟΚΑΝΑ 2003).

Το αλκοόλ απορροφάται από την κυκλοφορία του αίματος μέσω των τριχοειδών αγγείων στα τοιχώματα του στομάχου και του λεπτού εντέρου. Μέσα σε λίγα λεπτά από την κατανάλωσή του, το αλκοόλ ταξιδεύει από το στομάχι στον εγκέφαλο, όπου εκεί δημιουργεί γρήγορα τις επιπτώσεις του, επιβραδύνοντας την αντίδραση των νευρικών κυττάρων. Περίπου το 20% του αλκοόλ απορροφάται μέσω του στομάχου. Το περισσότερο από το υπόλοιπο 80% απορροφάται διαμέσου του λεπτού εντέρου με διάχυση. Μέγιστα επίπεδα στο αίμα παρατηρούνται μετά από 30-60 λεπτά, από τη λήψη με άδειο στομάχι. Η αιθυλική αλκοόλη κατανέμεται ταχύτερα στους ιστούς με την μεγαλύτερη αιμάτωση και με την κυκλοφορία του αίματος ανακατανέμεται παντού. Φθάνει γρήγορα στον αιματεγκεφαλικό φραγμό (μία δομή του οργανισμού που φιλτράρει το αίμα πριν αυτό περάσει στον εγκέφαλο, συγκρατώντας

διάφορες πιθανά βλαπτικές ουσίες) και τον ξεπερνά χωρίς ιδιαίτερη δυσκολία. Ο μεταβολισμός του γίνεται στο ήπαρ, το οποίο αφαιρεί το αλκοόλ από το αίμα μέσω μιας διαδικασίας που ονομάζεται «μεταβολισμός», η οποία το μετατρέπει σε μια μη τοξική ουσία. Το συκώτι μπορεί να μετατρέψει μόνο μια συγκεκριμένη ποσότητα κάθε φορά, αφήνοντας το υπόλοιπο αλκοόλ να κυκλοφορεί μέσα στο σώμα. Έτσι, η ένταση των συνεπειών του αλκοόλ στο σώμα σχετίζεται ευθέως με την ποσότητα που καταναλώνει ένα άτομο (Γρηγοράκος Λ 2008 ).

Οι βασικοί παράγοντες που επηρεάζουν την απορρόφηση του αλκοόλ είναι η λήψη τροφής ή ζάχαρης, η σωματική διάπλαση/μυϊκή μάζα, το φύλο, η περιεκτικότητα του ποτού σε αλκοόλ και η ψυχική κατάσταση του ατόμου. Το αλκοόλ είναι περισσότερο ευδιάλυτο στο νερό απ' ότι στο λίπος. Έτσι όσο αυξάνεται η συγκέντρωση του νερού στο σώμα μειώνεται η συγκέντρωση του αλκοόλ στο αίμα (Γρηγοράκος Λ 2008). Η μακροχρόνια χρήση προκαλεί ανοχή και εξάρτηση καθώς και επίσης και μια πληθώρα σωματικών και ψυχολογικών επιδράσεων όπως εγκεφαλικά επεισόδια, αλκοολική γαστρίτιδα, κίρρωση του ήπατος, κατάθλιψη, αμνησία, παραισθήσεις, καρδιαγγειακά νοσήματα κ.α. Η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ μπορεί να επιφέρει και τον θάνατο (Μισουρίδου 2015). Επιπλέον το άτομο μπορεί να εκδηλώσει επιθετικότητα, ευερεθιστότητα, αδυναμία συγκέντρωσης και κριτικής σκέψης κ.α.. Εκτός από τις άμεσες επιπτώσεις που προκαλεί το αλκοόλ προκαλεί και έμμεσες που δημιουργούνται τόσο για το ίδιο το άτομο όσο και για τους γύρω του πχ τροχαία ατυχήματα, εργατικά ατυχήματα, κακοποίηση κ.α. (Κέντρο Πρόληψης Κατά Των Ναρκωτικών Νομού Ρεθύμνης 2008 ).

### Βαρβιτουρικά

Τα βαρβιτουρικά είναι ισχυρά παυσίπονα που επιβραδύνουν το Κεντρικό Νευρικό Σύστημα. Συνταγογραφούνται από τους γιατρούς για την θεραπεία της αϋπνίας, ανησυχίας και άγχους. Μερικά από αυτά έχουν ισχυρή αντισπασμωδική ενέργεια και γι' αυτό χρησιμοποιούνται στη θεραπευτική αγωγή των διαφόρων κλινικών μορφών της επιληψίας. Χάρη στην ιδιότητά τους να επιφέρουν νάρκωση, χρησιμοποιούνται ευρύτατα στην αναισθησιολογία και συνήθως χορηγούνται ενδοφλέβια ή με τη μορφή χαπιών, πριν από την κυρίως αναισθησία με σκοπό να προετοιμάσει, να ηρεμήσει δηλαδή ο ασθενής, προτού οδηγηθεί στο χειρουργείο. Η μακροχρόνια χρήση οδηγεί σε ανοχή και εξάρτηση τόσο σωματική όσο και ψυχική (Κέντρο Πρόληψης Κατά Των Ναρκωτικών Νομού Ρεθύμνης 2008).

Προκαλούν παρόμοια επίδραση με εκείνη του αλκοόλ, που διαρκεί γενικά 3-6 ώρες. Μια μικρή δόση (ένα ή δύο χάπια) συνήθως προκαλεί χαλαρότητα, κοινωνικότητα και ευδιαθεσία όπως και η κατανάλωση 1-2 ποτών (ΕΠΨΥ- ΟΚΑΝΑ 2003).

Ανάλογα με τη διάρκεια της δράσης τους διακρίνονται σε:

- Ταχείας δράσης, π.χ. θειοπεντάλη (Penthotal)
- Μέσης δράσης, π.χ. πεντοβαρβιτάλη (Nembutal)
- Μακράς δράσης, π.χ. φαινοβαρβιτάλη (Luminal)

Λόγω των πολλών ανεπιθύμητων παρενεργειών που έχουν αποσύρθηκαν και αντικαταστάθηκαν από τα ηρεμιστικά (Βενζοδιαζεπίνες) (Μισουρίδου 2015).

Σε περίπτωση υπερδοσολογίας, εμφανίζουν διάφορες παρενέργειες όπως καταπληξία- σοκ, ελάττωση της αρτηριακής πίεσης, παράλυση του αναπνευστικού, με αποτέλεσμα να επέλθει ο θάνατος, γενική αναισθησία (με πλήρη απουσία της αισθητικότητας και των αντανακλαστικών), δηλητηρίαση βαριάς μορφής ( το άτομο πέφτει σε κωματώδη κατάσταση και εμφανίζει ταυτόχρονα στραβισμό και επιβράδυνση της αναπνοής), που μπορεί να επιφέρει το θάνατο (Κέντρο Πρόληψης Κατά Των Ναρκωτικών Νομού Ρεθύμνης 2008).

Τα βαρβιτουρικά διατίθενται σε ταμπλέτες, αμπούλες, διαλύματα ή πιο συχνά σε χρωματιστές κάψουλες. Συνήθως χορηγούνται από το στόμα, σε κάποιες όμως εξειδικευμένες ιατρικές περιπτώσεις χορηγούνται με ένεση (NIDA 2018).

### Βενζοδιαζεπίνες

Οι βενζοδιαζεπίνες χρησιμοποιούνται κυρίως για την καταπολέμηση του άγχους, παρά για την αϋπνία. Η κανονική χορήγησή τους προβλέπει χρήση για βραχεία θεραπεία, δηλαδή 1-6 εβδομάδες έως 4 μήνες. Αν και είναι πιο ασφαλείς από τα βαρβιτουρικά, είναι εξαρτησιογόνες ουσίες που προκαλούν ανοχή και σύνδρομο στέρησης. Το σύνδρομο στέρησης μοιάζει με αυτό από βαρβιτουρικά, σε πιο ήπια, όμως, μορφή (Κέντρο Πρόληψης Κατά Των Ναρκωτικών Νομού Ρεθύμνης 2008).

Τα ηρεμιστικά χωρίζονται σε 2 κατηγορίες:

- Τα **μείζοντα ηρεμιστικά**, που χρησιμοποιούνται στην αντιμετώπιση ψυχιατρικών περιπτώσεων

- Τα **ελάσσονα ηρεμιστικά**, που χρησιμοποιούνται για την καταπολέμηση του άγχους, του στρες και της αϋπνίας (ΕΠΨΥ- ΟΚΑΝΑ 2003)

Οι βενζοδιαζεπίνες και τα βαρβιτουρικά, ως κατασταλτικά του ΚΝΣ, επιδρούν στο γ-αμινοβουτιρικό οξύ. Η δράση του GABA είναι κατασταλτική, δηλαδή περιορίζει την εγκεφαλική δραστηριότητα. Οι βενζοδιαζεπίνες και τα βαρβιτουρικά αυξάνουν το GABA προκαλώντας υπνηλία (NIDA 2018).

Εάν ένα άτομο παίρνει μακροχρόνια κατασταλτικά του ΚΝΣ, αυτός ή αυτή μπορεί να χρειαστεί μεγαλύτερες δόσεις για να επιτύχει θεραπευτικά αποτελέσματα. Η συνεχής χρήση μπορεί επίσης να οδηγήσει σε εξάρτηση και απόσυρση όταν η χρήση μειωθεί απότομα ή σταματήσει. Ξαφνικά η διακοπή μπορεί επίσης να οδηγήσει σε βλαβερές συνέπειες όπως επιληπτικές κρίσεις (NIDA 2018).

### **2.2.3 Διεγερτικά του ΚΝΣ**

Τα διεγερτικά είναι χημικές ουσίες που προκαλούν διέγερση του κεντρικού νευρικού συστήματος (αυξάνει την εγκεφαλική δραστηριότητα).

#### Αμφεταμίνες-Μεθαμφεταμίνες

Η αμφεταμίνη και η μεθαμφεταμίνη αποτελούν δύο στενά συνδεδεμένες ουσίες, οι οποίες δρουν ως διεγερτικά του ΚΝΣ, και στη χημική τους δομή μοιάζουν με τα φυσικά διεγερτικά του ανθρώπινου οργανισμού, την αδρεναλίνη και τη νοραδρεναλίνη (Μισουρίδου 2015).

Η αμφεταμίνη είναι μια λεπτή, υπόλευκη σκόνη που συνήθως περιέχει μόνο κατά 6 με 10% καθαρή αμφεταμίνη, ενώ το υπόλοιπο 90 % μπορεί να είναι οτιδήποτε: από μπέικιν-πάουντερ μέχρι καθαρικό (NIDA 2018)

Η μεθαμφεταμίνη είναι μια άσπρη, άοσμη, πικρή, κρυσταλλική σκόνη που διαλύεται εύκολα στο νερό ή στο οινόπνευμα. Η κρυσταλλική μεθαμφεταμίνη είναι μια μορφή μεθαμφεταμίνης που μοιάζει με μικρά κομμάτια γυαλιού ή με λαμπερά ασπρογάλαζα κομμάτια πέτρας. Είναι ένα πολύ δυνατό και εθιστικό συνθετικό διεγερτικό που προκαλεί επιθετική και βίαιη ή ψυχωτική συμπεριφορά. Είναι χημικώς παρόμοια με την αμφεταμίνη (Κέντρο Πρόληψης Κατά Των Ναρκωτικών Νομού Ρεθύμνης 2008).



Η αμφεταμίνη και η μεθαμφεταμίνη αυξάνουν τα επίπεδα της ντοπαμίνης, μιας νευροδιαβιβαστικής ουσίας η οποία βρίσκεται στις περιοχές του εγκεφάλου που ρυθμίζουν την κίνηση, το συναίσθημα, την βούληση και την ευχαρίστηση (NIDA, 2018).

Η αμφεταμίνη λαμβάνεται από το στόμα, εισπνεόμενη από τη μύτη ή και να καπνιστεί αναμειγμένη με καπνό. Όταν διαλύεται σε νερό μπορεί να πάρει ενέσιμη μορφή. Η μεθαμφεταμίνη καπνίζεται, εισπνέεται από τη μύτη, διαλύεται, γίνεται ενέσιμη, ή λαμβάνεται από το στόμα. Όταν καπνίζεται, που είναι και ο πιο κοινός τρόπος χρήσης τα τελευταία χρόνια, η απορρόφησή της από τον εγκέφαλο γίνεται πολύ πιο γρήγορα. Με αυτό τον τρόπο το άτομο εθίζεται πολύ πιο εύκολα στην ουσία και ταυτόχρονα ενισχύονται οι αρνητικές συνέπειες στην υγεία του. Το κάπνισμα της κρυσταλλικής μεθαμφεταμίνης είναι πιο επιβλαβές και πιο εξαρτητικό από τους άλλους τρόπους χρήσης των ουσιών αυτών. Κατά την ενέσιμη χρήση τους, αν δεν έχουν διαλυθεί πολύ καλά, οι ουσίες αυτές μπορεί να προκαλέσουν θρομβώσεις στο καρδιαγγειακό σύστημα και σε κάποιες περιπτώσεις τον θάνατο. Σαν ενέσιμο διάλυμα ή όταν καπνίζονται έχουν άμεση επίδραση, η οποία διαρκεί αρκετές ώρες σε αντίθεση με την κοκαΐνη της οποίας η δράση σταματά πολύ πιο σύντομα (NIDA 2018). Η κατάποση των ουσιών επιδρά μετά από 15-20 λεπτά, ενώ η εισπνοή επιδρά μέσα σε 3-5 λεπτά. Σε γενικές γραμμές, η επήρεια μιας δόσης αμφεταμίνης διαρκεί περίπου 3-6 ώρες και μπορεί να ανιχνευτεί στα ούρα περίπου 4 ημέρες μετά τη χρήση.

### Έκσταση

Η 3,4-μεθυλενοδιοξυ-μεθαμφεταμίνη (MDMA) γνωστή ως έκσταση είναι συνθετική αμφεταμίνη, η οποία έχει τόσο διεγερτική δράση που μεταβάλλει τη διάθεση και την αντίληψη και έχει ψευδαισθησιογόνο δράση γι' αυτό και αρκετές φορές ταξινομείται στις ψευδαισθησιογόνες ουσίες και παρασκευάζεται σε λαθραία εργαστήρια. Όταν όμως συνδυαστούν με τη ζέστη και τον υπερβολικό συνωστισμό, μπορεί να οδηγήσουν σε ακραία αφυδάτωση και σε καρδιακή και νεφρική ανεπάρκεια.

Σε αντίθεση με τις αμφεταμίνες και την κοκαΐνη αυξάνει λιγότερο την απελευθέρωση της ντοπαμίνης, ενώ προκαλεί την μεγαλύτερη απελευθέρωση σεροτονίνης. Αυτή η δράση πιθανότατα να εξηγεί τις χαρακτηριστικές αναφορές εμπειριών συναισθηματικής εγγύτητας, ενσυναίσθησης, ζεστασιάς, μεγάλης επιθυμίας των χρηστών να συνυπάρχουν και να συνομιλούν με άλλους ανθρώπους. Οι επιδράσεις στον οργανισμό ποικίλουν ανάλογα με την ποσότητα που λαμβάνεται, τους ατομικούς παράγοντες όπως σωματικό βάρος και φύλο, εάν

το άτομο έχει ξανακάνει χρήση στο παρελθόν, τον τρόπο λήψης της ουσίας και το περιβάλλον στο οποίο γίνεται η χρήση. Το ecstasy επιδρά 30- 60 λεπτά μετά την λήψη του και διαρκεί 2- 4 ώρες. Προκαλεί οπτικές παραισθήσεις ή ψευδαισθήσεις, ευφορία, αύξηση της αρτηριακής πίεσης, έλλειψη όρεξης για φαγητό, νερό, μείωση των αναστολών κ.α. Λαμβάνεται από το στόμα και η μορφή του είναι δισκία ή κάψουλες διαφόρων σχημάτων, μεγεθών και χρωμάτων.(Κέντρο Πρόληψης Κατά Των Ναρκωτικών Νομού Ρεθύμνης 2008).

### Κοκαΐνη

Η κοκαΐνη παράγεται από τα φύλλα του φυτού της κόκας (*Erythroxylon coca*) που προέρχεται από τη Νότια Αμερική. Πρόκειται για ουσία με βραχεία διεγερτική επίδραση στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα (ΚΝΣ) και με ιδιότητες τοπικού αναισθητικού. Η κοκαΐνη απορροφάται από όλους τους βλεννογόνους του σώματος (στόμα, μύτη, έντερο, κόλπος) (ΕΠΨΥ-ΟΚΑΝΑ 2003). Από τα φύλλα του φυτού κόκα παράγεται με υποτυπώδη κατεργασία μια ομογενοποιημένη μάζα, η οποία ονομάζεται πάστα κοκαΐνης. Από αυτή τη μάζα παράγεται η βάση (base) της κοκαΐνης και με περαιτέρω επεξεργασία η υδροχλωρική κοκαΐνη. Η υδροχλωρική κοκαΐνη είναι ψυχοτρόπος ουσία που διεγείρει το κεντρικό νευρικό σύστημα. Η υδροχλωρική κοκαΐνη παράγεται σε παράνομα εργαστήρια (Μισουρίδου 2015).

Η κοκαΐνη είναι ένα από τα πιο επικίνδυνα ναρκωτικά που υπάρχουν. Μόλις το άτομο αρχίσει να παίρνει το ναρκωτικό, έχει αποδειχθεί ότι είναι σχεδόν αδύνατο να ξεφύγει από τα δίκτυα του, τόσο σωματικά όσο και ψυχικά. Σωματικά, διεγείρει σημαντικούς υποδοχείς μέσα στον εγκέφαλο. Αυτοί οι υποδοχείς, με τη σειρά τους, προκαλούν ένα αίσθημα ευφορίας στο οποίο οι χρήστες αναπτύσσουν γρήγορα ανοχή. Μόνο με μεγαλύτερες δόσεις και συχνότερη χρήση μπορούν να πετύχουν το ίδιο αποτέλεσμα (Ίδρυμα για έναν κόσμο χωρίς ναρκωτικά 2009). Η κοκαΐνη εμφανίζεται ως μια λεπτή, λευκή κρυσταλλική σκόνη. Συνήθως εισπνέεται από την μύτη, αλλά μπορεί να διαλυθεί και να γίνει ενέσιμη. Επίσης από μερικούς χρήστες καπνίζεται (NIDA 2018). Η ένταση και η διάρκεια της επίδρασης της κοκαΐνης εξαρτάται από τον τρόπο λήψης της, την δόση και την συναισθηματική κατάσταση του ατόμου. Η ενέσιμη λήψη της και το κάπνισμα έχουν άμεση και πολύ έντονη επίδραση στον χρήστη, γιατί μεταφέρουν την κοκαΐνη στην κυκλοφορία του αίματος και στον εγκέφαλο στιγμιαία. Έτσι, η συναισθηματική ευφορία που προκαλείται παράγεται πιο σύντομα αλλά διαρκεί λίγο, δηλαδή από πέντε έως δέκα λεπτά. Σε περίπτωση χρήσης από την μύτη, η επίδραση της κοκαΐνης αρχίζει μετά από 3 λεπτά (ΕΠΨΥ- ΟΚΑΝΑ 2003).

### Κρακ

Είναι αποτέλεσμα της επεξεργασίας της υδροχλωρικής κοκαΐνης με κάλλιο και αιθέρα ή με σόδα ή με αμμωνία. Προκαλεί πιο έντονη ευφορία αλλά διαρκεί πολύ λίγο και αυτό το καθιστά εξαιρετικά εθιστικό, εφόσον ο χρήστης αισθάνεται συνεχώς την ανάγκη για επανάληψη της δόσης. Η χρήση του δημιουργεί ταχύτατα ανοχή και εθισμό από την πρώτη κιόλας χρήση. Ακόμα και με βραχυπρόθεσμη χρήση πολλοί άνθρωποι παρουσιάζουν συμπτώματα στέρησης όταν σταματάνε τη χρήση του. Τα συμπτώματα είναι πιο έντονα σε ανθρώπους που το χρησιμοποιούν για μεγάλα διαστήματα και σε μεγάλες δόσεις. Το κρακ είναι αδιάλυτο στο νερό. Γι' αυτό τον λόγο συνήθως καπνίζεται μαζί με μαριχουάνα.. Έτσι, περνά στην κυκλοφορία του αίματος δια μέσου των πνευμόνων (Μισουρίδου 2015). Ένα από τα χαρακτηριστικά του είναι πως επιδρά κατευθείαν στον εγκέφαλο και σχεδόν αμέσως δημιουργούνται οπτικές και ακουστικές παραισθήσεις. Επιφέρει σημαντική και άμεση εφορία η οποία διαρκεί μόνο 15 λεπτά γεγονός που ο χρήστης παρουσιάζει σημάδια στέρησης κάθε τέταρτο. Το κρακ δημιουργεί έντονη ψυχική εξάρτηση. Ένα από τα βασικότερα τη είναι η κατάθλιψη η οποία μπορεί να οδηγήσει και σε αυτοκτονικό ιδεασμό. Η υπερβολική δόση προκαλεί επιθετική-παρανοϊκή συμπεριφορά, παραλήρημα, σπασμούς, κόμα, παράλυση και πιθανόν θάνατο (Κέντρο Πρόληψης Κατά Των Ναρκωτικών Νομού Ρεθύμνης 2008).

### Νικοτίνη

Ο καπνός προέρχεται από τα αποξηραμένα φύλλα του φυτού *nicotiana tabacum* το οποίο φυτεύεται σε πολλά μέρη του κόσμου. Τα φύλλα καπνού περιέχουν μια σειρά από ουσίες από τις οποίες η κύρια είναι η νικοτίνη. Η καθαρή νικοτίνη είναι ισχυρό δηλητήριο (60 χιλιοστά του γραμμαρίου είναι θανατηφόρα για τον άνθρωπο) (ΕΠΨΥ- ΟΚΑΝΑ 2003). Η νικοτίνη είναι εθιστική ουσία και γι' αυτό τόσα άτομα που χρησιμοποιούν καπνό δυσκολεύονται να σταματήσουν. Η ψυχοτρόπος επίδραση της νικοτίνης βιώνεται με διαφορετικό τρόπο από άτομο σε άτομο ή και από το ίδιο το άτομο κάτω από διαφορετικές συνθήκες. Σε γενικές γραμμές, επικρατεί η αντίληψη ότι η νικοτίνη δρα διεγερτικά ή ηρεμιστικά ανάλογα με την προϋπάρχουσα ψυχική διάθεση. Έτσι, οι χρήστες συχνά αναφέρουν ότι η νικοτίνη προκαλεί αίσθημα χαλάρωσης ή ευφορίας, μειώνει το άγχος και βοηθά στην καλύτερη επεξεργασία των πληροφοριών. Παράλληλα αυξάνονται ο σφυγμός και η αρτηριακή πίεση (Μισουρίδου 2015).

#### 2.2.4 Ψευδαισθησιογόνα- Παραισθησιογόνα

Τα παραισθησιογόνα είναι ουσίες που έχουν την ιδιότητα να διαταράσσουν τον ψυχικό κόσμο του ατόμου και να προκαλούν αντιληπτικές διαταραχές όπως οπτικές και ακουστικές παραισθήσεις. Κάποιες απ' αυτές προκαλούν ξαφνικές και έντονες συναισθηματικές εναλλαγές. Οι ουσίες μπορεί να είναι φυσικές ( μαγικά μανιτάρια) ή χημικές ( LSD ).

Σε γενικές γραμμές επιδρούν σε κέντρα του εγκεφάλου στα οποία δρα ο νευροδιαβιβαστής σεροτονίνη προκαλώντας σοβαρές αλλοιώσεις της αντίληψης και ψευδαισθητικά βιώματα όπως: αυξημένη αισθητηριακή αντιληπτικότητα (οι ήχοι ακούγονται πιο έντονοι και τα χρώματα φαίνονται πιο λαμπερά), υποκειμενικό αίσθημα της αύξησης των διανοητικών δραστηριοτήτων, διαφοροποιημένη αντίληψη του σωματικού εγώ, π.χ. σώμα με πολύ μικρό πόδι ή χέρι), ασαφή όρια του εγώ, με αποτέλεσμα το άτομο να μην μπορεί να οριοθετήσει τον εαυτό του από τον περιβάλλοντα χώρο, παραποιημένη αντίληψη του χώρου και του χρόνου (το άτομο αισθάνεται ότι ο χρόνος επιταχύνεται ή κυλάει πολύ αργά), αίσθηση απώλειας ελέγχου της σκέψης, διασταύρωση των αισθήσεων (οι αισθήσεις μπερδεύονται, π.χ. ήχοι ή μουσική γίνονται αντιληπτά με συγκεκριμένο χρώμα ή σχήμα («ηχηρά χρώματα», «χρωματιστοί ήχοι») (NIDA 2018).

#### LSD

Το LSD είναι ένα από τα πιο ισχυρά χημικά ψυχοτρόπα. Παρασκευάζεται από το λυσεργικό οξύ, το οποίο βρίσκεται στην ερυσιβώση ολύρα, έναν μύκητα, που είναι παράσιτο της σίκαλης και άλλων δημητριακών. ( Ίδρυμα για έναν κόσμο χωρίς ναρκωτικά 2009 ). Αυτοί οι κρύσταλλοι μετατρέπονται σε υγρή μορφή προκειμένου να διανεμηθούν. Είναι άοσμο, άχρωμο και έχει ελαφρά πικρή γεύση. Είναι ιδιαίτερα δραστικό (μόλις 0,05-0,1 μικρογραμμάρια αρκούν για να προκαλέσουν παραισθησιογόνα αποτελέσματα), πράγμα που καθιστά απαραίτητη την αραίωση του. Σπάνια, κυκλοφορεί και σε υγρή μορφή. Συνήθως, το «ταξίδι» (*trip*) του LSD ξεκινά μετά από μια ώρα περίπου από τη λήψη της ουσίας και φτάνει στο απόγειό του μετά από 2-3 ώρες, με διάρκεια ως και 12 με 15 ώρες. Οι παρενέργειες που προκαλεί είναι αλλοιώσεις στην αντίληψη της εικόνας του σώματος, αλλά και των αντικειμένων, αλλοιώσεις στην αντίληψη του χώρου και του χρόνου, καθώς και στην ακοή, έντονη αίσθηση των χρωμάτων, αύξηση του καρδιακού ρυθμού και της αρτηριακής πίεσης, διαστολή της κόρης ραγδαία εναλλαγή των συναισθημάτων, παραισθήσεις και

ψευδαισθήσεις, σύγχυση, άγχος, πανικός χωρίς καμία λογική ή συνοχή. Λαμβάνεται συνήθως από το στόμα αλλά μπορεί να ληφθεί και ενδοφλεβίως (Κέντρο Πρόληψης Κατά Των Ναρκωτικών Νομού Ρεθύμνης 2008).

### **2.2.5 Ινδική κάνναβη**

Ο όρος «κάνναβη» αναφέρεται σε όλα τα διάφορα ναρκωτικά τα οποία προέρχονται από την Ινδική κάνναβη, συμπεριλαμβανόμενης της μαριχουάνας και του χασίς. Περιέχει τουλάχιστον 60 συστατικές ουσίες εκ' των οποίων το πιο ψυχοδραστικό της συστατικό είναι η Δ9-τετραϋδροκανναβινόλη (THC). Από την ινδική κάνναβη παρασκευάζονται φάρμακα για ορισμένες ασθένειες όπως το γλαύκωμα, η σκλήρυνση κατά πλάκας, η νευρική ανορεξία, κάποιες μορφές καρκίνου, το AIDS και άλλα (Κέντρο Πρόληψης Κατά Των Ναρκωτικών Νομού Ρεθύμνης 2008).

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

- 1) Η ήμερη κάνναβη (*Cannabis sativa*) η οποία περιέχει ελάχιστη έως καθόλου τετραϋδροκανναβινόλη.
- 2) Η ινδική κάνναβη (*Cannabis indica*) περιέχει λίγη έως πολύ τετραϋδροκανναβινόλη.

Από την ινδική κάνναβη παρασκευάζεται και το γνωστό χασίς (η αποξηραμένη ρητίνη του φυτού), καθώς και φάρμακα για ορισμένες ασθένειες, όπως γλαύκωμα, σκλήρυνση κατά πλάκας, νευρική ανορεξία, κάποιες μορφές καρκίνου, AIDS, κ.λπ. Η καλλιέργεια της ινδικής κάνναβης απαγορεύεται στις περισσότερες χώρες.

Τα είδη της κάνναβης, αν και μοιάζουν μορφολογικά μεταξύ τους, παρουσιάζουν και σημαντικές διαφορές με κυριότερη την περιεκτικότητα του κάθε είδους, σε ορισμένες δραστικές ουσίες, όπως είναι η τετραϋδροκανναβινόλη (THC) η ψυχοδραστική ουσία της κάνναβης (Κέντρο Πρόληψης Κατά Των Ναρκωτικών Νομού Ρεθύμνης 2008).

#### Χασίς-Μαριχουάνα

Η ονομασία «μαριχουάνα» χρησιμοποιείται για να περιγράψει ένα μείγμα από αποξηραμένα άνθη, σπόρους, και φύλλα του φυτού της Ινδικής κάνναβης, ενώ το χασίς είναι μια συγγενική μορφή του ναρκωτικού που φτιάχνεται από τις ρητίνες του φυτού Ινδική κάνναβη και είναι

κατά μέσο όρο έξι φορές πιο δυνατό από τη μαριχουάνα. Η ρητίνη αποξηραίνεται και στη συνέχεια συμπιέζεται σχηματίζοντας σκουρόχρωμες πλάκες χασίς. Υπάρχουν πάνω από 400 χημικές ουσίες στη μαριχουάνα και στο χασίς συμπεριλαμβανομένων των ίδιων καρκινογόνων ουσιών που βρίσκονται και στον καπνό του τσιγάρου. Ο καπνός της μαριχουάνας περιέχει 50% έως 70% περισσότερες καρκινογόνες ουσίες από τον καπνό του τσιγάρου. Η ποσότητα του THC στο φυτό της κάνναβης καθορίζει την ισχύ του ναρκωτικού. Η ποσότητα του THC που περιέχεται στη μαριχουάνα δεν είναι σταθερή, και το επίπεδο του THC παρουσιάζει σταθερή άνοδο. Με τη χρήση σύγχρονων μεθόδων καλλιέργειας, οι καλλιεργητές της κάνναβης έχουν διαμορφώσει ποικιλίες της, οι οποίες περιέχουν πολύ υψηλότερα επίπεδα THC απ' όσο περιείχε η κάνναβη στο παρελθόν. Η μέση ισχύς του φυτού της μαριχουάνας στις ΗΠΑ σήμερα είναι γύρω στο 15-20%. Το υψηλότερο επίπεδο που έχει βρεθεί στο φυτό είναι γύρω στο 32% (Ίδρυμα για έναν κόσμο χωρίς ναρκωτικά 2009). Όταν γίνεται χρήση συνήθως, παρατηρείται ένα έντονο αίσθημα ευεξίας και ευφορίας, το οποίο συνοδεύεται από χαλάρωση και υπνηλία, μειωμένη κίνηση σώματος, αλλοιωμένη αίσθηση του χρόνου κ.α. Όταν η χρήση γίνεται ομαδικά, η υπνηλία είναι λιγότερο έντονη. Σε μεγαλύτερες δόσεις προκαλεί παραισθήσεις, παράνοια, αλλοίωση της αντίληψης, σύγχυση και αποδιοργάνωση της σκέψης. Την ευφορία αντικαθιστά η ανησυχία, που φτάνει τα όρια του πανικού. Η ινδική κάνναβη συνήθως καπνίζεται όπως ένα τσιγάρο. Λιγότερο συχνά, αναμειγνύεται με φαγητό και τρώγεται ή παρασκευάζεται σαν τσάι (NIDA 2018)

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

### Εγκυμοσύνη και χρήση ουσιών

#### 3.1 Γυναίκα και ουσιοεξάρτηση

Για τις περισσότερες γυναίκες η γέννα ενός παιδιού είναι μια χαρμόσυνη είδηση. Στην τοξικοεξάρτηση η κατάσταση είναι αρκετά διαφορετική και περίπλοκη. Στην πραγματικότητα, χρήση και μητρότητα είναι φαινομενικά δύο ασύμβατες συνθήκες. Έτσι στις τοξικοεξαρτημένες γυναίκες η εγκυμοσύνη μπορεί να είναι ένα τυχαίο και ίσως ανεπιθύμητο γεγονός που δεν στέκεται ικανό να ενεργοποιήσει την επιθυμία για απεγκλωβισμό. Σε άλλες περιπτώσεις όμως μια εγκυμοσύνη μπορεί να γίνει το ερέθισμα για το πέρασμα από το σκοτάδι στο φως και η μητρότητα ένα διπλό διαβατήριο για ζωή.

Οι έγκυες που συνήθως κάνουν χρήση ουσιών είναι εκείνες που βρίσκονται στη φτώχεια, έχουν χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, βρίσκονται σε άθλιες συνθήκες διαβίωσης, ο σύντροφός τους κάνει χρήση ουσιών ή έκαναν οι ίδιες χρήση ουσιών πριν την κύηση. Επίσης οι γυναίκες που χρησιμοποιούν ουσίες μπορεί να έχουν άλλα προβλήματα υγείας, όπως προβλήματα ψυχικής υγείας, ιστορικό σωματικής ή σεξουαλικής κακοποίησης και συνήθως έχουν ειδικές ιατρικές ανάγκες, προβλήματα κακής διατροφής και σχέσεων (συμπεριλαμβανομένης της ενδοοικογενειακής βίας) χωρίς ουσιαστική κοινωνική υποστήριξη (Οικονομίδου κ.α. 2012)

Το πρώτο πρόβλημα αυτών των γυναικών είναι ότι η εγκυμοσύνη γίνεται αντιληπτή σε προχωρημένο στάδιο, λόγω της αμνηρόρροιας και της ψευδούς πεποίθησης ότι επειδή κάνουν χρήση ναρκωτικών δεν υπάρχει πιθανότητα να μείνουν έγκυες. Σε αυτήν την περίπτωση η εξαρτημένη μητέρα, πολλές φορές βιώνει την εγκυμοσύνη σαν ατύχημα, σαν απρόβλεπτο γεγονός και μπορεί να επιδιώξει την άμβλωση (Acog 2017).

Οι έγκυες, που κάνουν κατάχρηση ουσιών, αγνοούν συνήθως τους τρόπους με τους οποίους οι ουσίες αυτές βλάπτουν τις ίδιες, την κύηση και το βρέφος τους. Συχνά, οι έγκυες που κάνουν χρήση ουσιών, έχουν αρνητική συμπεριφορά από την κοινωνία, καθώς και από τους επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι όχι μόνο τις κατηγορούν για έκθεση της ζωής του εμβρύου τους σε κίνδυνο, αλλά πιθανόν και να αρνηθούν την υποστήριξή τους.

Ακόμη ο τρόπος ζωής των χρηστών συχνά επιφυλάσσει κινδύνους. Ο εθισμός χωρίς θεραπεία συνδέεται με την εμπλοκή σε δραστηριότητες υψηλού κινδύνου, όπως η πορνεία, οι κλοπές και οι εγκληματικές δραστηριότητες. Τέτοιες συμπεριφορές εκθέτουν τις γυναίκες σε

ΣΜΝ, βία και νομικές συνέπειες, συμπεριλαμβανομένης της απώλειας επιμέλειας τέκνου, ποινικής δίωξης ή φυλάκισης (Acog 2017).

Πολύ συχνά οι έγκυες που κάνουν ενδοφλέβια χρήση ουσιών έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να προσβληθούν από κάποια ασθένεια, η οποία μεταδίδεται μέσω του αίματος (όπως HBV, HCV, HIV), λόγω της συνήθειας να μοιράζονται τις βελόνες τους με άλλους χρήστες ή λόγω της ανεξέλεγκτης σεξουαλικής συμπεριφοράς, και να την μεταδώσουν στο έμβρυο. (Acog 2017). Η χρήση ουσιών προκαλεί απώλεια της όρεξης με αποτέλεσμα οι έγκυες να βρίσκονται υποσιτισμένες και με βαριά αναιμία. Η ανερπакής πρόσληψη βάρους και η βαριά αναμία συνήθως οδηγούν σε πρόωρο τοκετό, σε ενδομήτρια καθυστέρηση της ανάπτυξης, σε ενδομήτριο θάνατο και σε γέννηση ελλιποβαρούς νεογνού (Ariadna Forray 2016)

### **3.2 Επιπτώσεις χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών στην κύηση και στο έμβρυο**

Μελέτες έχουν αποδείξει ότι η χρήση ουσιών έχουν καταστρεπτικές συνέπειες για τον οργανισμό, οι οποίες όταν χρησιμοποιούνται κατά την διάρκεια της κύησης οι κίνδυνοι χειροτερεύουν και επιδρούν μόνιμα και καταστροφικά για την κύηση, το έμβρυο και το νεογνό. Αυτό συμβαίνει διότι, οι εξαρτησιογόνες ουσίες διέρχονται δια μέσου του πλακούντα από τη μητρική στην εμβρυική κυκλοφορία (Sachdeva et al 2009)

Κάθε ουσία επιδρά διαφορετικά και αυτό εξαρτάται από την ουσία, την κατάσταση της υγείας της γυναίκας, την κακή διατροφή, καθώς και στο πόσο συχνή είναι η χρήση της ουσίας.

Οι επιπτώσεις της χρήσης ουσιών στην περίοδο της εγκυμοσύνης είναι δύσκολο να τεκμηριωθούν επειδή οι χρήστες χρησιμοποιούν συνήθως και άλλα παράνομα ναρκωτικά. Επίσης ο τρόπος παρασκευής αυτών των ουσιών είναι άγνωστος καθώς και ο τρόπος ζωής των εγκύων χρηστών είναι ιδιαίτερα επικίνδυνος και έτσι η έρευνα που σχετίζεται με τη χρήση ναρκωτικών κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης παρουσιάζει δυσκολίες.

#### **3.2.1 Η επίδραση των οπιοειδών στην κύηση και στο έμβρυο**

Η χρήση συνταγογραφούμενων οπιοειδών για την αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου έχει αυξηθεί σημαντικά τα τελευταία χρόνια από τις γυναίκες κατά την διάρκεια της κύησης. Ωστόσο η μακροχρόνια χρήση τους είναι επικίνδυνη και προκαλεί σοβαρά προβλήματα στην έκβαση της κύησης και στο έμβρυο.



Οι δυσμενείς επιπτώσεις από τη χρήση οπιοειδών περιλαμβάνουν τις γενετικές ανωμαλίες του εγκεφάλου, της σπονδυλικής στήλης ή του νωτιαίου μυελού, τις συγγενείς καρδιοπάθειες, την ανεπαρκή ανάπτυξη του εμβρύου, τον ενδομήτριο θάνατο, τον πρόωρο τοκετό, την αποβολή, τις ανώμαλες προβολές, την ενδομήτρια καθυστέρηση της ανάπτυξης, την εμβρυική δυσχέρεια, και το χαμηλό βάρος γέννησης (CDC 2017).

Επίσης οι έγκυες γυναίκες που κάνουν χρήση οπιοειδών υποφέρουν συχνά από συνυπάρχουσες συνθήκες ψυχικής υγείας, ιδιαίτερα κατάθλιψη, ιστορικό τραύματος, διαταραχή μετατραυματικού στρες και άγχος. Περισσότερο από το 30% των εγκύων που εντάχθηκαν σε πρόγραμμα θεραπείας ουσιών εξέτασε θετικά τη μέτρια έως σοβαρή κατάθλιψη και περισσότερο από 40% ανέφεραν από συμπτώματα κατάθλιψης μετά τον τοκετό (Acog 2017).

#### Η επίδραση της ηρωίνης στην κύηση και στο έμβρυο

Η ηρωίνη είναι το πιο συχνά κακοποιημένο παράνομο οπιοειδές. διασχίζει εύκολα τον πλακούντα και εισέρχεται στους εμβρυϊκούς ιστούς μέσα σε 1 ώρα από τη χρήση της μητέρας (Keegan et al 2010). Έχει αποδειχθεί ότι οι έγκυες που είναι εξαρτημένες από την ηρωίνη έχουν εξαπλάσια πιθανότητα εμφάνισης επιπλοκών περιγεννητικά σε σύγκριση με τις έγκυες που δεν είναι χρήστες. Επίσης έχουν τριπλάσια πιθανότητα να εμφανίσουν προεκλαμψία και μηκόνιο στο αμνιακό υγρό με αποτέλεσμα αυξημένη πιθανότητα μολύνσεων ενδομητρίως και εισρόφησης μηκωνίου από το έμβρυο. Υπάρχει τετραπλάσια πιθανότητα να εμφανίσουν αιμορραγία από προδρομικό ή επιποματικό πλακούντα και διπλάσια πιθανότητα πρόωρης ρήξης υμένων και πρόωρου τοκετού (Namboodiri et al 2010, Χάρος, Βιβιλάκη 2016).

Ακόμη τα έμβρυα των μητέρων που κάνουν χρήση ηρωίνης είναι πιο πιθανό να υποφέρουν από πολλά συγγενή γενετικά ελαττώματα που αφορούν την καρδιά, τη σπονδυλική στήλη ή τα μάτια και να έχουν ενδομήτρια καθυστέρηση της ανάπτυξης (American Addiction Center 2017).

Η απότομη διακοπή της χρήσης της ηρωίνης και γενικότερα των οπιοειδών μπορεί να προκαλέσει έντονα συμπτώματα απόσυρσης, η οποία μπορεί να είναι επικίνδυνη και για τα έμβρυα. Στην έγκυο εκτός από αυτά εμφανίζεται υπερδραστηριότητα της μήτρας που ίσως οδηγήσει σε υποξία του εμβρύου, εμφάνιση μηκωνίου στο αμνιακό υγρό ή πρόωρη ρήξη υμένων, πρόωρο τοκετό, αιμορραγία και ενδομήτριο θάνατο του εμβρύου (American Addiction Center 2017, Campbell 2016).

### **3.2.2 Η επίδραση της αιθυλικής αλκοόλης στην κύηση και στο έμβρυο**

Όταν η μητέρα καταναλώνει αλκοόλ κατά την διάρκεια της κύησης έχει πολλές πιθανότητες να επηρεάσει αρνητικά την κύηση και το έμβρυο. Η αλκοόλη εκτός το ότι διαπερνά τον αιματοεγκεφαλικό φραγμό της γυναίκας, διαπερνά και τον πλακουντιακό φραγμό. Ως εκ τούτου η αλκοόλη διοχετεύεται στον εμβρυικό εγκέφαλο και στην εμβρυϊκή κυκλοφορία. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα το έμβρυο να λαμβάνει περίπου την ίδια συγκέντρωση αλκοόλης όσο η μητέρα. Επιπλέον, ο εμβρυϊκός μεταβολισμός δεν έχει την ικανότητα να επεξεργάζεται ή να μεταβολίζει το αλκοόλ μέσω του ήπατος ή άλλων οργάνων. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα το έμβρυο να έχει μεγαλύτερη συγκέντρωση αλκοόλης από την μητέρα και με αυτόν τον τρόπο να παραμένει για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα. Δεν έχει σημασία αν το αλκοολούχο ποτό που καταναλώνεται είναι μπίρα, ποτήρι κρασί ή αποσταγμένο αλκοόλ. Η αλκοόλη μπορεί να προκαλέσει προβλήματα σε ένα αναπτυσσόμενο έμβρυο ακόμα και όταν η μητέρα δεν γνωρίζει ότι είναι ακόμα έγκυος. Μελέτες έχουν αποδείξει ότι η αλκοόλη είναι μία τερατογόνος ουσία που προκαλεί βλάβες στο ΚΝΣ και επιφέρει πολλές και μόνιμες επιπλοκές στην κύηση και στην αναπτυξιακή πορεία του εμβρύου όπως χαμηλού βάρους γέννησης, πρόωρο τοκετό, αποβολή ειδικά στο πρώτο τρίμηνο, καθυστέρηση ενδομήτριας ανάπτυξης εμβρύου, γενετικές ανωμαλίες και αναπτυξιακές αναπηρίες, (Payne et al 2014, Bhat et al 2015, CDC 2018, American Addiction center 2017, Bhuvaneshwar et al 2007). Ακόμα και μικρή ποσότητα αλκοόλης μπορεί να επηρεάσει δυσμενώς ένα αναπτυσσόμενο όργανο του εμβρύου, ιδιαίτερα κατά τους πρώτους μήνες αλλά και στους τελευταίους, που χαρακτηρίζονται από τη ραγδαία ανάπτυξη του εγκεφάλου, ενώ δυσχεραίνει εκτός των άλλων, τον μεταβολισμό και την απορρόφηση των θρεπτικών συστατικών (CDC 2016)

Το Αμερικανικό Κολλέγιο Μαιευτήρων-Γυναικολόγων (ACOG) και η Αμερικανική Παιδιατρική Ακαδημία (AAP), συμβουλεύουν ότι καμία ποσότητα αλκοόλης δεν είναι ασφαλής στη διάρκεια της εγκυμοσύνης και δεν υπάρχει ασφαλής τύπος (μπύρα, κρασί κτλ) διότι μπορεί να προκαλέσει προβλήματα στο αναπτυσσόμενο έμβρυο ανά πάσα στιγμή.

### **3.2.3 Η επίδραση των βενζοδιαζεπινών στην κύηση και στο έμβρυο**

Η χρήση των βενζοδιαζεπινών διαπερνούν τον πλακούντα, με αποτέλεσμα τη συσσώρευση των ουσιών στην εμβρυϊκή κυκλοφορία, σε ποσοστό μεγαλύτερο από το αντίστοιχο των μητέρων. Υπάρχουν αντικρουόμενα στοιχεία σχετικά με την τερατογένεση των βενζοδιαζεπινών, με την πιθανότητα πολλαπλών ανωμαλιών, της ενδομήτριας καθυστέρησης

της ανάπτυξης του εμβρύου και του ενδομήτριου εμβρυϊκού θανάτου. Παρόλα αυτά, καμία μελέτη ή μετα-ανάλυση δεν μπόρεσε να συνδέσει οριστικά την κατάχρηση βενζοδιαζεπίνης με ένα συγκεκριμένο νεογνικό σύνδρομο ή με κάποια ανωμαλία (Keegan et al 2010). Μελέτες συσχετίζουν τη συστηματική χρήση βενζοδιαζεπινών κατά την διάρκεια της κύησης με συγγενείς καρδιακές ανωμαλίες (Smolina et al 2015), με πρόωρο τοκετό και χαμηλό βάρος γέννησης (Gopalan et al 2014).

### **3.2.4 Η επίδραση της κοκαΐνης στην κύηση και στο έμβρυο**

Η χρήση μητρικής κοκαΐνης έχει επιπτώσεις στην έκβαση της κύησης και στο έμβρυο. Η κοκαΐνη διασχίζει ταχέως τον πλακούντα και εμφανίζεται υψηλότερη συγκέντρωση στο έμβρυο. Υπάρχουν πολλά αρνητικά αποτελέσματα που σχετίζονται με τη χρήση κοκαΐνης κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Η χρήση κοκαΐνης κατά τους πρώτους μήνες της εγκυμοσύνης μπορεί να προκαλέσει αυθόρμητες εκτρώσεις. Μέχρι το 38% των κυήσεων μπορεί να οδηγήσει σε αποβολή σε μητέρες που κάνουν χρήση κοκαΐνης (Keegan et al 2010). Ξαφνική άνοδος της αρτηριακής πίεσης της εγκύου, απότομες συσπάσεις των μητριάων αγγείων και έντονη ταχυκαρδία, εμφανίζονται μετά τη λήψη της ουσίας. Αυτά είναι αποτέλεσμα λόγω της αγγειοσυσταλτικής δράσης της κοκαΐνης στα αιμοφόρα αγγεία της μητέρας, όπου έχει σαν συνέπεια τη μείωση της αιματικής ροής προς τη μήτρα και τον πλακούντα. Η μειωμένη αιματική ροή σημαίνει μείωση της παροχής οξυγόνου στο έμβρυο προκαλώντας υποξία (American Addiction center 2018, Χάρος, Βιβιλάκη 2016). Η υποξία μπορεί να προκαλέσει ανεπάρκεια οργάνων στο έμβρυο και ενδομήτριο θάνατο. Η κοκαΐνη ευθύνεται και για την ενδομήτρια υπολειπόμενη ανάπτυξη του εμβρύου (I.U.G.R.). Ο σημαντικότερος παράγοντας της εμφάνισης I.U.G.R στο έμβρυο είναι η μειωμένη μεταφορά οξυγόνου και θρεπτικών ουσιών λόγω της ελλειπούς αιμάτωσης του πλακούντα. Ταυτόχρονα η χρόνια έκθεση δημιουργεί ανοχή στους β-αγωνιστές, το φάρμακο εκλογής που χρησιμοποιείται για να ανασταλεί ο πρόωρος τοκετός (Χάρος, Βιβιλάκη 2016).

Η κοκαΐνη κατηγορείται για πολυάριθμες μαιευτικές επιπλοκές, όπως για αποκόλληση πλακούντα η οποία οδηγεί σε αιμορραγία και μπορεί να προκαλέσει αυτόματη αποβολή, πλακουντιακή ανεπάρκεια, πρόωρο τοκετό και πρόωρη ρήξη εμβρυϊκών μεμβρανών (Cressman et al 2014, NIDA 2016). Επιπλέον η χρήση κοκαΐνης προκαλεί τοξικότητα στα όργανα, όπως στη καρδία, το ΚΝΣ, το ουροποιητικό σύστημα και το γαστρεντερικό σύστημα (Meyer et al 2009). Η κοκαΐνη έχει ενοχοποιηθεί και για τερατολογικές επιπτώσεις. Τέλος η

μητέρα μπορεί να εμφανίσει υπέρταση κύησης η οποία μπορεί να προκαλέσει υπερτασικές κρίσεις (εκλαμψία), ανωμαλίες στην καρδιακή λειτουργία, πυρετό ακόμη και αιφνίδιο θάνατο.

### **3.2.5 Η επίδραση των αμφεταμινών και των μεθαμφεταμινών στην κύηση και στο έμβρυο**

Λόγω των απεριόριστων διαδικασιών παραγωγής και των χημικών πρόσθετων που χρησιμοποιούνται από τους αντιπροσώπους για την επέκταση του όγκου των φαρμάκων, ένας πιθανός κίνδυνος παράνομης χρήσης ναρκωτικών είναι η τερατογένεση (Acog 2011). Υπάρχουν αναφορές περιπτώσεων που υποδηλώνουν συσχετισμό αυξημένων συγγενών ανωμαλιών στα έμβρυα που εκτέθηκαν σε αμφεταμίνες κατά τη διάρκεια του πρώτου τριμήνου. Αυτά τα ελαττώματα περιλαμβάνουν καρδιακές βλάβες, γαστροσχιστία, ατρησία του λεπτού εντέρου και λαγόχειλο/ λυκόστομα (Bateman et al 2004). Άλλες μελέτες δεν έχουν δείξει καμία σχέση με αυξημένο κίνδυνο δυσπλασίας του εμβρύου (Smith Lm et al 2006). Επίσης οι αμφεταμίνες έχουν συσχετισθεί με ενδομήτρια καθυστέρηση της ανάπτυξης, πρόωρο τοκετό και πρόωρη αποκόλληση πλακούντα (Wright et al 2015). Υπάρχουν επίσης αναφορές για εμβρυϊκές/νεογνικές εγκεφαλικές αλλοιώσεις σε γυναίκες που χρησιμοποιούσαν αμφεταμίνες κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Αυτό μπορεί να οφείλεται σε υποξική βλάβη που σχετίζεται με αγγειοσυστολή που προκαλείται από αμφεταμίνη (Keegan et al 2010).

### **3.2.6 Η επίδραση της νικοτίνης στην κύηση και στο έμβρυο**

Το κάπνισμα όπως επίσης και το παθητικό κάπνισμα κατά την διάρκεια την κύησης έχει αποδειχθεί ότι προκαλεί σοβαρά προβλήματα στην κύηση, στο έμβρυο και μετέπειτα στο νεογνό. Ο καπνός του τσιγάρου περιέχει περισσότερα από 4.000 χημικά και τουλάχιστον 60 από αυτά προκαλούν καρκίνο. Αν και καμία από αυτές τις 4.000 χημικές ουσίες δεν είναι καλή για το έμβρυο τα κύρια παράγωγα του καπνού που ευθύνονται για τη δυσμενή του επίδραση στην έκβαση της κύησης, είναι το μονοξείδιο του άνθρακα και η νικοτίνη (Ardat et al 2014, Λουκοπούλου κ.α 2010). Όλες οι επιβλαβείς χημικές ουσίες που περιέχονται στον καπνό του τσιγάρου εισέρχονται στην κυκλοφορία της μητέρας και διέρχονται άμεσα στην κυκλοφορία του εμβρύου μέσω του πλακούντα. Η νικοτίνη ανιχνεύεται στην κυκλοφορία του αίματος του εμβρύου σε υψηλότερα επίπεδα από εκείνη που ανιχνεύεται στην μητέρα (Λουκοπούλου κ.α. 2010). Ομοίως το μονοξείδιο του άνθρακα διαπερνά τον πλακούντα και

μπορεί να ανιχνευθεί στην κυκλοφορία του αίματος του εμβρύου σε επίπεδα άνω του 15% των επιπέδων που ανιχνεύονται στις μητέρες, προκαλώντας μείωση του διαθέσιμου οξυγόνου προς το έμβρυο (Λουκοπούλου κ.α. 2010, Keegan et al 2010). Αποτέλεσμα της στέρησης οξυγόνου είναι το έμβρυο να βρίσκεται σε μόνιμη ενδομήτρια υποξία. Το κάπνισμα προκαλεί σύσπαση των αγγείων του πλακούντα με επακόλουθο να μειώνεται η ροή αίματος σε αυτόν, και έτσι στο έμβρυο να μεταφέρονται μειωμένες θρεπτικές ουσίες και οξυγόνο αναστέλλοντας έτσι τις βασικές διαδικασίες ανάπτυξης και ωρίμανσης (Kuntz et al 2016). Η χρήση καπνού στην κύηση αυξάνει την πιθανότητα κατά 40% να δημιουργηθεί καθυστέρηση στην ενδομήτρια ανάπτυξη. Επίσης έχει βρεθεί ότι το κάπνισμα αυξάνει τους κινδύνους της κύησης σε γυναίκες με επιπλέον επιβαρυντικούς παράγοντες, αυξάνει την πιθανότητα για αιμορραγία, αυτόματη αποβολή, προδρομικό πλακούντα, πρόωρη αποκόλληση πλακούντα, πρόωρη ρήξη των εμβρυικών υμένων, έκτοπη κύηση και ενδομήτριο θάνατο (CDC 2017). Τέλος η κατανάλωση καπνού βρέθηκε ότι προκαλεί πρόωρη γήρανση του πλακούντα και ανωμαλίες στην μορφολογία του. Οι αλλοιώσεις αυτές προκαλούν ελάττωση της διάχυσης του οξυγόνου μέσω του πλακούντα με αποτέλεσμα το έμβρυο να αναπτύσσεται σε συνθήκες υποξικού στρες. Εντυπωσιακή είναι η διαπίστωση ότι η παθητική έκθεση της εγκύου στον καπνό των τσιγάρων είχε τα ίδια αποτελέσματα με το ενεργό κάπνισμα στην ανάπτυξη του πλακούντα (Λουκοπούλου κ.α 2010).

### **3.2.7 Η επίδραση της ινδικής κάνναβης στην κύηση και στο έμβρυο**

Η μαριχουάνα είναι το πιο συχνά χρησιμοποιούμενο παράνομο φάρμακο κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Το γεγονός ότι η μαριχουάνα είναι νόμιμη σε πολλά κράτη μπορεί να δώσει την εντύπωση ότι το φάρμακο είναι ακίνδυνο κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Παρόλο που η χρήση μαριχουάνας προβάλλεται ως αποτελεσματική και ασφαλής θεραπεία για τα συμπτώματα της ναυτίας και του εμέτου της εγκυμοσύνης, προς το παρόν δεν υπάρχουν ενδείξεις για τη χρήση της κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης (Acog 2015). Οι συνέπειες που προκαλεί η χρήση μαριχουάνας στην εγκυμοσύνη και στο αναπτυσσόμενο έμβρυο είναι δύσκολο να καθοριστούν επειδή οι χρήστες μαριχουάνας χρησιμοποιούν συχνά άλλα παράνομα ναρκωτικά. Τα διαθέσιμα στοιχεία δεν δείχνουν ότι η μαριχουάνα προκαλεί συγγενείς ανωμαλίες στο έμβρυο (Acog 2017, Keegan et al 2010). Αρκετές μελέτες συσχετίζουν τη χρήση κάνναβης κατά την κύηση με ενδομήτρια καθυστέρηση της ανάπτυξης και πρόωρο τοκετό (Χάρος, Βιβιλάκη 2016). Επίσης διαπιστώνεται πως η κάνναβη επειδή είναι λιποδιαλυτή

ουσία συσσωρεύεται σε μεγάλο βαθμό στους λιπώδης ιστούς και στον εγκέφαλο του εμβρύου με αποτέλεσμα να προκαλεί αλλαγές στη δράση του ενδοκανναβινοειδούς συστήματος του εμβρύου το οποίο μπορεί να προκαλέσει μόνιμες αλλαγές στην εγκεφαλική ανάπτυξη και στη λειτουργία των νευροδιαβιβαστών του εμβρύου. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να επιφέρει μόνιμες επιπτώσεις στην συμπεριφορά και στις γνωστικές λειτουργίες του εγκεφάλου. Επιπλέον, όταν η μαριχουάνα καπνίζεται, οι συγκεντρώσεις μονοξειδίου του άνθρακα στον ορό της εγκύου είναι 5 φορές υψηλότερα από εκείνα του καπνού, με αποτέλεσμα να μειώνεται η ανταλλαγή αερίων και το έμβρυο να βρίσκεται σε συνεχή σοβαρή υποξία.

### **3.2.8 Η επίδραση του LSD στην κύηση και στο έμβρυο**

Υπάρχουν μελέτες που συσχετίζουν τη χρήση του LSD με χρωμοσωματικά προβλήματα και συγγενείς ανωμαλίες. Ωστόσο λόγω της ταυτόχρονης χρήσης άλλων ουσιών η αιτιώδης συσχέτιση αυτών των ανωμαλιών δεν μπορεί να υποστηριχθεί. Επιπλέον, σε έμβρυο που εκτίθεται σε LSD μπορεί να παρατηρηθούν ατέλειες άκρων, παραμορφώσεις άκρων (όπως συνδακτυλία, αδακτυλία), ελαττωματικός σχηματισμός των ποδιών και των αντιβραχίων, δισχιδής ράχη, αιμαγγείωμα, τετραλογία Fallot, συγγενείς καρδιακές παθήσεις, υδροκεφαλία, ανεγκεφαλία και συγγενείς ανωμαλίες (Δελτσίδου, Βρίτσος 2005).

## **3.3 Επιπτώσεις χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών στο νεογνό**

### **3.3.1 Η επίδραση των οπιοειδών στο νεογνό**

Διαπιστώνεται ότι η πλειοψηφία των νεογνών αυτών είναι χαμηλού βάρους γέννησης είναι πρόωρα, έχουν μικρότερη περιφέρεια κεφαλής, είναι μικρά για την ηλικία της κύησης και το Apgarscore τους είναι σχετικά χαμηλό. Μια έρευνα των Vavrinkova και Blinder έδειξε ότι τα νεογνά μητέρων που έκανα χρήση ηρωίνης έχουν στατιστικά χαμηλότερο βάρος γέννησης συγκριτικά με τα νεογνά μητέρων σε θεραπεία υποκατάστασης με βουμπρενορφίνη ή μεθαδόνη. Επίσης το Apgar score των νεογνών μητέρων με μεθαδόνη ήταν υψηλότερο από ό,τι στα νεογνά μητέρων με βουμπρενορφίνη. Επίσης ο δείκτης νεογνικής θνησιμότητας είναι αρκετά υψηλός για αυτά τα νεογνά, ενώ η πιθανότητα να καταλήξουν αιφνίδια (SIDS) είναι 74 φορές μεγαλύτερος σε σύγκριση με τα νεογνά μητέρων που δεν κάνουν χρήση. Ωστόσο η σοβαρότερη συνέπεια που προκαλείται από την χρήση οπιοειδών στα νεογνά είναι το νεογνικό σύνδρομο στέρησης (NAS). Τα συμπτώματα του νεογνικού συνδρόμου στέρησης

αφορούν κυρίως το Κεντρικό Νευρικό Σύστημα και το Γαστρεντερικό. Συνήθως παρατηρείται τρόμος, ταραχή, ευερεθιστότητα, έντονο κλάμα, αυξημένος μυϊκός τόνος, σπασμοί, δυσκολία στον ύπνο, ταχύπνοια, πυρετός, απότομες, νευρικές, τρεμώδης κινήσεις κακή διατροφή, εμετός, διάρροια και στις πιο σοβαρές περιπτώσεις μπορεί να προκαλέσει και θάνατο (NIDA 2017). Το σύνδρομο στέρησης από την ηρωίνη εμφανίζεται στο 50%-70% των νεογνών και τα κλινικά σημάδια του συνδρόμου στέρησης εμφανίζονται συνήθως μέσα στις πρώτες 48-72 ώρες μετά τη γέννηση έως τις πρώτες 2 εβδομάδες (Acog 2017). Η επίπτωση του συνδρόμου στέρησης, καθώς και ο χρόνος έναρξης των συμπτωμάτων εξαρτώνται από πολλούς παράγοντες, όπως η δόση της ηρωίνης, ο χρόνος της τελευταίας λήψης, η διάρκεια της εξάρτησης και η ωριμότητα του νεογνού. Η διάρκειά του εξαρτάται από την σοβαρότητά του.

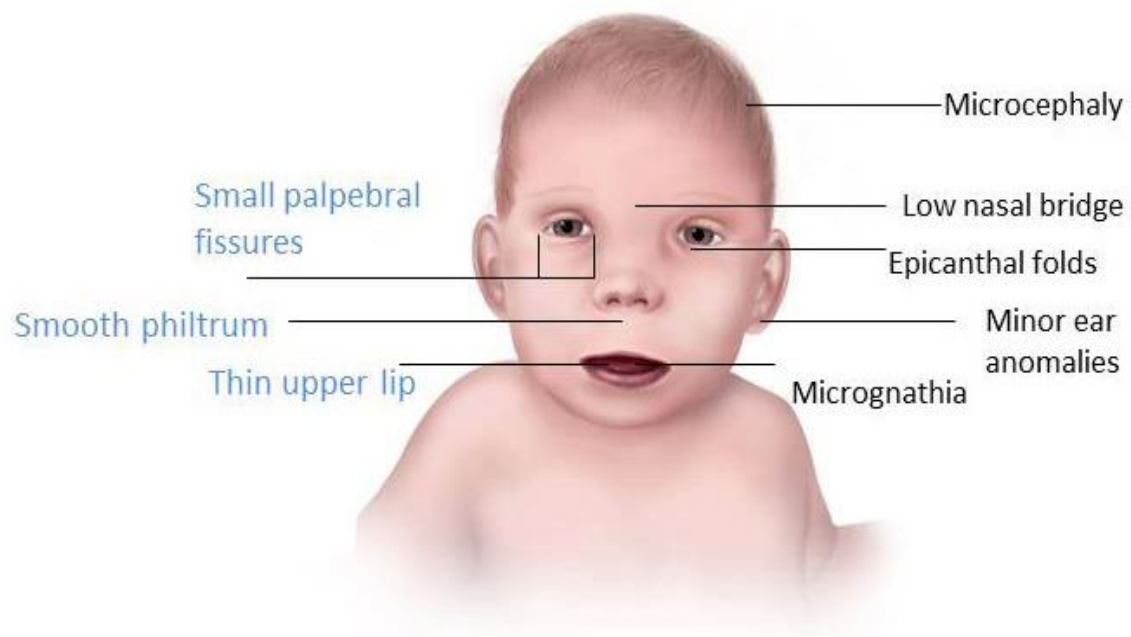
### **3.3.2 Η επίδραση των βενζοδιαζεπίνων στο νεογνό**

Σύχνη χρήση βενζοδιαζεπινών κατά την διάρκεια της κύησης προκαλεί νάρκωση/καταστολή, μυϊκή υποτονία, δυσκαταποσία, άπνοια, κυάνωση και υποθερμία, καθώς και συμπτώματα αποστέρησης στο νεογνό. Σε ορισμένα νεογνά, τα συμπτώματα υποχωρούν μέσα σε ώρες ή ημέρες και δεν απαιτούν ειδική θεραπεία, ενώ άλλα νεογνά χρειάζονται παρατεταμένη νοσηλεία σε μονάδες εναντικής νοσηλείας νεογνών (FDA 2011).

### **3.3.3 Η επίδραση της αιθυλικής αλκοόλης στο νεογνό**

Σε περιπτώσεις κατανάλωσης αλκοόλ στη διάρκεια της εγκυμοσύνης διαπιστώνεται η σοβαρή εκδήλωση του εμβρυικού αλκοολικού συνδρόμου (FAS). Το εμβρυικό αλκοολικό σύνδρομο χαρακτηρίζεται από σημαντικές ανωμαλίες σε ποσοστό 30-50% του συνόλου των νεογνών αλκοολικών μητέρων (Lala et al 2014). Το Εμβρυικό Αλκοολικό Σύνδρομο είναι η κύρια αιτία πρόκλησης γενετικών ανωμαλιών πνευματικών και νευροαναπτυξιακών αναπηριών (AAP 2015). Τα παιδιά που έχουν γεννηθεί με το εμβρυικό αλκοολικό σύνδρομο αναπτύσσουν ανωμαλίες όπως αλλοιωμένα χαρακτηριστικά προσώπου κυρίως μεγάλη απόσταση μεταξύ των δύο ματιών, πεπλατυσμένο πρόσωπο με μικρή μύτη, το άνω χείλος μπορεί να είναι λεπτό και η περιοχή μεταξύ της μύτης και του άνω χείλους μπορεί να είναι ευρεία και επίπεδη χωρίς τις κανονικές κατακόρυφες καμπύλες, μικρογοναθία, οπισθογοναθία, μικροκεφαλία, αγγειακές ανωμαλίες αμφιβληστροειδούς, βλεφαροπτωση, κοντές βλεφαρικές σχισμές όπως φαίνεται και στην εικόνα 1. Έχουν επίσης αναφερθεί ανωμαλίες της καρδιάς

των νεφρών, του γαστρεντερικού και του σκελετικού συστήματος. Ακόμη τα νεογνά εμφανίζουν συμπτώματα στέρησης που μπορεί να επιμένουν για αρκετούς μήνες ή χρόνια. Άπνοια, σπασμοί οπισθότονος, δυσκολία στον ύπνο και προβλήματα ακοής είναι επιπτώσεις που προκαλεί το εμβρυικό αλκοολικό σύνδρομο. Καθυστέρηση της ανάπτυξης εμφανίζεται και μετά την γέννηση. Επιπλέον τα παιδιά που έχουν υποστεί εμβρυικό αλκοολικό σύνδρομο αργότερα εμφανίζουν υπερκινητικότητα, μαθησιακές δυσκολίες, διαταραχή ελλειμματικής προσοχής, χαμηλές επιδόσεις στις δοκιμασίες νοημοσύνης, προβλήματα συμπεριφοράς και κρίσης (CDC 2018).



Εικόνα 1: Τα χαρακτηριστικά ενός νεογνού με FAS

### 3.3.4 Η επίδραση της κοκαΐνης στο νεογνό

Τα νεογνά που εκτέθηκαν στην κοκαΐνη κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι πιθανόν να εμφανίσουν συμπτώματα στέρησης. Επίσης έχουν υψηλότερα ποσοστά μικρότερου μήκους σε σχέση με τα νεογνά μητέρων που δεν έκαναν χρήση, χαμηλή βαθμολογία Apgar και μικρότερη περίμετρο κεφαλής. Ο κίνδυνος του συνδρόμου αιφνίδιου θανάτου βρέφους έχει βρεθεί να είναι αυξημένος στα βρέφη που εκτέθηκαν στην κοκαΐνη εντός της μήτρας. Οι γενετικές ανωμαλίες είναι πιο συχνές στα βρέφη που εκτίθενται σε κοκαΐνη κυρίως του ουρογεννητικού συστήματος, του γαστρεντερικού και του καρδιολογικού. Ακόμη οι



εγκέφαλοι μπορεί να είναι μικρότεροι κατά τη γέννηση και να παραμένουν μικρότεροι από το κανονικό, καθώς επίσης και η ανάπτυξη μετά την γέννηση καθυστερεί (American Addiction Center 2017). Οι επιστήμονες διαπιστώνουν ότι η έκθεση στην κοκαΐνη κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης οδηγεί σε προβλήματα συμπεριφοράς και προσοχής, δυσκολίες μάθησης, χαμηλή απόδοση γνώσεων και ελλείμματα επεξεργασίας πληροφοριών (Ackerman et al 2010).

### **3.3.5 Η επίδραση της νικοτίνης στο νεογνό**

Πολλές μελέτες έχουν αποδείξει ότι το κάπνισμα κατά την διάρκεια της κύησης έχει ενοχοποιηθεί για την γέννηση πρόωρων και λιποβαρών νεογνών (Mund et al 2013, El-Ardatetal 2014, Λιακοπούλου κ.α 2010). Τα νεογνά των οποίων οι μητέρες καπνίζουν κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης έχουν περίπου 30% περισσότερες πιθανότητες να γεννηθούν πρόωρα. Υπάρχει μεγαλύτερη πιθανότητα τα παιδιά τους να γεννιούνται με χαμηλό βάρος γέννησης (λιγότερο από 2.500 γραμμάρια). Αυτά τα νεογνά έχουν κατά μέσο όρο 200 γραμμάρια χαμηλότερο σωματικό βάρος, από ότι τα νεογνά μητέρων που δεν κάπνιζαν κατά την κύηση. Επίσης κινδυνεύουν 2,3 φορές περισσότερο από το Σύνδρομο του Αιφνιδίου Θανάτου, από ότι τα νεογνά των οποίων οι μητέρες δεν καπνίζουν και αυτή πιθανότητα αυξάνεται 3 φορές στα νεογνά των οποίων οι μητέρες συνεχίζουν να καπνίζουν και μετά την εγκυμοσύνη (El-Ardatetal 2014, Λιακοπούλου κ.α. 2010). Ο κίνδυνος εμφάνισης αυτών των επιπλοκών εξαρτάται από τον αριθμό των τσιγάρων που καπνίζει η γυναίκα και κατά την κύηση. Ο κίνδυνος περιγεννητικού θανάτου είναι αυξημένος κατά 20% σε γυναίκες που καπνίζουν λιγότερα από 20 τσιγάρα την ημέρα και κατά 35% σε γυναίκες που καπνίζουν περισσότερα από 20 τσιγάρα την ημέρα (Χάρος, Βιβιλάκη 2016). Τα νεογνά μητέρων που καπνίζουν έχουν αυξημένες πιθανότητες να παρουσιάσουν κολικούς και να εμφανίζουν διαταραχές στον ύπνο. Το κάπνισμα της μητέρας κατά την κύηση μειώνει την αναπνευστική λειτουργία των νεογνών με αποτέλεσμα να είναι πιο ευάλωτα να προσβληθούν από λοιμώξεις του αναπνευστικού συστήματος και μεγαλώνοντας να έχουν αναπνευστικά προβλήματα (άσθμα, βρογχίτιδες κ.α.).

### **3.3.6 Η επίδραση της ινδικής κάνναβης και των αμφεταμινών στο νεογνό**

Μερικές μελέτες έχουν αποδείξει ότι οι γυναίκες που κάνουν χρήση αυτών των ουσιών τακτικά έχουν αυξημένες πιθανότητες τα νεογνά τους να γεννηθούν πρόωρα, να έχουν χαμηλό βάρος γέννησης, μικρότερο μήκος, μικρότερη περίμετρο κεφαλής και αυξημένο

κίνδυνο και περιγεννητική θνησιμότητα. Ακόμη η χρήση αυτών ουσιών φαίνεται να συνδέεται με νεογνικές και παιδικές νευροαναπτυξιακές ανωμαλίες. Επίσης ορισμένα νεογνά που εκτέθηκαν σε αυτές τις ουσίες έχουν αναφερθεί ότι έχουν προσωρινά συμπτώματα στέρησης. Αυτά τα συμπτώματα συνήθως διαφεύγουν μέσα σε λίγες μέρες (Conner et al 2016, Della Grotta S et al 2009, Lynne M. Smith et al 2012, Mehmedic Z et al 2010).

### **3.4 Η επίδραση των εξαρτησιογόνων ουσιών στην λοχεία και στην οικογένεια**

Ένα μεγάλο ποσοστό γυναικών που κάνει χρήση ναρκωτικών ουσιών κατά την διάρκεια της κύησης συνεχίζει τη χρήση και μετά το τέλος της. Η κατανάλωση εξαρτησιογόνων ουσιών μετά τον τοκετό μπορεί να έχει σοβαρές συνέπειες επειδή μπορεί να περιορίσει την ικανότητα της μητέρας να μείνει συναισθηματικά συνδεδεμένη με το βρέφος της, και να μπορέσει να ανταπεξέλθει στην φροντίδα που απαιτείται για την ανάπτυξη του. Επίσης οι γυναίκες που είχαν κάνει παύση της χρήσης ουσιών κατά την διάρκεια της κύησης ή βρίσκονταν σε πρόγραμμα απεξάρτησης συχνά υποτροπιάζουν και ξαναρχίζουν την χρήση μετά τον τοκετό όταν συνειδητοποιούν τις τεράστιες απαιτήσεις του καινούριου τους ρόλου και τη δυσκολία να ανταποκριθούν σε αυτόν. Προβλήματα που αποπνέουν μεγάλη υπευθυνότητα, άγνοια για τη φροντίδα και την περιποίηση του μωρού, έλλειψη στήριξης από το οικογενειακό περιβάλλον και έλλειψης ρυθμίσεων ύπνου είναι οι συνηθέστεροι λόγοι που οι γυναίκες υποκείπτονται ξανά στην χρήση. Συνήθως το βλέπουν, ως ένα μέσο διαφυγής, μιας και η στήριξη από την πλευρά του συντρόφου ή του οικογενειακού περιβάλλοντος είναι μηδαμινή ή δεν υπάρχει. Είναι συνηθισμένο φαινόμενο, άλλωστε, οι γυναίκες αυτές να δέχονται είτε σωματική είτε ψυχολογική κακοποίηση από τον σύντροφο. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα, άλλες φορές να είναι προστατευτική απέναντι στο παιδί, να του προσφέρει αγάπη και γενικά να του καλύπτει τις ανάγκες και την επόμενη στιγμή να έχει αλλάξει τελείως συμπεριφορά. Οι γυναίκες με διαταραχές χρήσης ουσιών διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να αναπτύξουν μια σειρά από συναισθηματικές, ψυχολογικές και σωματικές διαταραχές όπως η κατάθλιψη, το άγχος, η διπολική διαταραχή και η διαταραχή του μετατραυματικού στρες. Σε όλες αυτές τις περιπτώσεις η εγκατάλειψη και η κακοποίηση αυτών των παιδιών είναι πολύ συνηθισμένη πρακτική. Τα παιδιά καταλήγουν στην καλύτερη περίπτωση στη γιαγιά και στη χειρότερη στα αζήτητα των υιοθεσιών στα αρμόδια κρατικά ιδρύματα (Chapman et al 2013, Μισουρίδου 2015).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

### 4.1 Προγεννητική φροντίδα ουσιοεξαρτόμων γυναικών

Οι στόχοι της προγεννητικής φροντίδας είναι η εξασφάλιση μιας προσπάθειας παροχής ειδικών φαρμακολογικών, κοινωνικών, ιατρικών και ψυχολογικών ισορροπιών στα εμπλεκόμενα μέλη. Συγκεκριμένα, η παροχή προγεννητικής φροντίδας σε έγκυες χρήστες έχουν στόχο τη δέσμευση στη θεραπεία και της συνεχούς εποπτείας των εγκύων με απώτερο στόχο τη μείωση των κινδύνων στο έμβρυο (Τσατσαρώνη 2013).

Οι μητέρες οι οποίες είναι εθισμένες σε ουσίες τείνουν να έχουν χαμηλά ποσοστά συμμετοχής στις προγεννητικές επισκέψεις. Συχνά δεν αναζητούν βοήθεια στο πρόβλημα τους φοβούμενες την κριτική που θα ασκήσουν οι επαγγελματίες υγείας ή μήπως χάσουν την κηδεμονία του/των παιδιού/παιδιών τους (Acog 2017)

Η παροχή προγεννητικής φροντίδας σε γυναίκες που κάνουν χρήση ουσιών κατά την διάρκεια της κύησης θα πρέπει να είναι η ίδια με αυτήν που παρέχεται σε όλες τις εγκύους με την διαφορά ότι οι έγκυες χρήστες θα πρέπει να έχουν συχνότερες επισκέψεις παρακολούθησης προκειμένου να αξιολογηθούν οι κίνδυνοι και οι ανάγκες της εγκύου κατά τα πρώτα στάδια της κύησης, να τεθούν στόχοι και να δημιουργηθεί ένα δίκτυο υποστήριξης για την έγκυο (Kranz et al 2015). Η αξιολόγηση των κινδύνων και των αναγκών θα πρέπει να προέρχεται από μια ομάδα ειδικών διαφόρων ειδικοτήτων (π.χ., μαιευτικό προσωπικό, υπηρεσίες αντιμετώπισης της τοξικοεξάρτησης, κοινωνικές υπηρεσίες). Οι υπηρεσίες κρίνεται αναγκαίο να πραγματοποιούν συναντήσεις, προκειμένου να διαμορφώσουν ένα εξατομικευμένο σχέδιο φροντίδας και υποστήριξης στις ανάγκες της κάθε εγκύου, καθώς και να αξιολογούν συνεχώς την ομαλή ή μη πορεία των εμβρύων, ιδιαίτερα εάν διαφαίνονται σημαντικοί κίνδυνοι, τους οποίους θα αντιμετωπίσουν τα νεογνά κατά τη γέννησή τους (Τσατσαρώνη 2013)

Η λήψη ενός πλήρους ιστορικού θα πρέπει να λαμβάνεται ώστε να γίνεται γνωστή και η ουσία, η οδός χορήγησης, η συχνότητα, ο χρόνος χρήσης και αν υπάρχει χρήση ουσιών από το στενό περιβάλλον (Gorman 2014). Οι μελλοντικοί γονείς θα πρέπει να ενημερώνονται για όλες τις συναντήσεις και να προσκαλούνται να συμμετάσχουν σε αυτές, παρέχοντάς τους όλες τις απαραίτητες πληροφορίες. Είναι απαραίτητο να προσφέρονται στην έγκυο πληροφορίες σχετικά με τους πιθανούς κινδύνους για το έμβρυο και το νεογνό από τη χρήση ουσιών, τα οποία μπορεί αντιμετωπίσει μόλις γεννηθεί το μωρό (π.χ., την ανάγκη ιατρικής

παρακολούθησης του νεογνού) και να παραπέμπονται σε ειδικές υπηρεσίες για να ξεκινήσουν προγράμματα υποκατάστασης ουσιών από μια ομάδα ειδικών.

Η εκτέλεση συχνών καρδιοτοκογραφημάτων τουλάχιστον 20 λεπτών είναι σημαντικό να γίνεται σε αυτή την ομάδα εγκύων για να αξιολογείται ο εμβρυϊκός καρδιακός ρυθμός. Και ιδανικότερα όταν υπάρχει ολιγάμνιο ή ανεπάρκεια πλακούντα (Keegan et al 2010)

Λόγω των συνθηκών που μπορεί να ζούνε οι έγκυες χρήστες θα πρέπει να εξετάζονται και για διαταραχές ψυχικής υγείας αλλά και για βία από τον σύντροφό της ή την οικογένειά της (Kranz et al 2015). Εάν εντοπισθεί μια ψυχιατρική διαταραχή θα πρέπει να συμβουλευονται για τα οφέλη και τους κινδύνους των διαφόρων θεραπευτικών επιλογών συμπεριλαμβανομένης και της φαρμακολογικής θεραπείας και να παραπέμπονται σε ειδικούς στον τομέα της ψυχιατρικής υγείας προκειμένου να ξεκινήσουν ειδικό πρόγραμμα θεραπείας. Συγκεκριμένα οι επιλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης μπορούν να χορηγηθούν με ασφάλεια κατά την εγκυμοσύνη για την μέτρια ως σοβαρή κατάθλιψη και είναι συμβατοί με τον θηλασμό (Stephansson et al 2013). Ωστόσο τα νεογνά που εκτίθενται σε αυτά τα φάρμακα κατά την διάρκεια την κύηση μπορεί να παρουσιάσουν ένα σύνδρομο απόσυρσης μετά την γέννηση (Klingerg et al 2008).

Όλες οι γυναίκες που κάνουν χρήση ουσιών θα πρέπει να εξετάζονται για λοιμώδη νοσήματα όπως για HIV, HBV, HCV, RPR κ.α. αλλά και για σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα κατά την αρχική επίσκεψη και να επαναλαμβάνονται κάθε μήνα λόγω των υψηλών ποσοστών πορνείας και ανταλλαγής συριγγών που υπάρχει σε αυτόν τον πληθυσμό (Holbrook et al 2012). Η Ηπατίτιδα C έχει αποδειχθεί ότι υπάρχει σε μεγάλο ποσοστό στις έγκυες που κάνουν χρήση ουσιών με σύριγγα (Latt NC et al 2000). Η προγεννητική παρακολούθηση σε γυναίκες με HCV θα πρέπει να περιλαμβάνει τον προσδιορισμό του γονότυπου, την παρακολούθηση των τρανσαμινάσεων για την εκτίμηση ενδείξεων φλεγμονής και την παραπομπή σε ειδικό γαστρεντερολόγο για να συζητηθεί η κατάσταση της νόσου και οι επιλογές θεραπείας μετά τον τοκετό (Kranz et al 2015).

Η υποστήριξη από κοινωνικούς λειτουργούς και από κοινωνικές οργανώσεις μπορεί να είναι απαραίτητη διότι οι έγκυες γυναίκες που κάνουν χρήση ουσιών διατρέχουν υψηλό κίνδυνο για έλλειψη στέγης, για σεξουαλική βία, πορνεία, φυλάκιση και πολλές γυναίκες δεν έχουν ασφαλή διαβίωση για εκείνες και τα παιδιά τους (Kranz et al 2015). Ο έλεγχος για ένα ασφαλές και υποστηρικτικό περιβάλλον διαβίωσης πρέπει να γίνεται ιδιωτικά από ειδικές υπηρεσίες (Gorman et al 2014). Οι γυναίκες που δεν έχουν ασφαλούς τρόπους διαβίωσης θα

πρέπει να απευθύνονται σε κοινωνικές υπηρεσίες για να βοηθήσουν στην παροχή στέγασης και άλλων αναγκών (Helmberck et al 2008). Η ανοιχτή και η ειλικρινής επικοινωνία και η ανάπτυξη μιας σχέσης εμπιστοσύνης μεταξύ των εγκύων χρηστών και των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης είναι πολύ σημαντική διότι μειώνει τους φόβους και το άγχος των εγκύων και διευκολύνει την προγενενητική παρακολούθηση (Jones HE et al 2014). Τέλος οι επαγγελματίες υγείας, πρέπει να καταλάβουν ότι η κατάχρηση ουσιών είναι ασθένεια και ότι οι γυναίκες αυτές πρέπει να αντιμετωπίζονται με υπομονή, ευγένεια, συνέπεια και σταθερότητα ακόμα και όταν οι γυναίκες συνεχίζουν να κάνουν χρήση ουσιών.

## **4.2 Μαιευτική φροντίδα των ουσιοεξαρτόμενων γυναικών κατά τον τοκετό**

Οι έγκυες τοξικομανείς δεν παρακολουθούνται συνήθως κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Τις περισσότερες φορές, η πρώτη τους επαφή με τον μαιευτήρα ή τη μαία γίνεται την ώρα του τοκετού. Ένας τέτοιος τοκετός χαρακτηρίζεται υψηλού κινδύνου.

Η διαχείριση του τοκετού για τις εγκύους χρήστες είναι παρόμοια με εκείνη οποιασδήποτε γυναίκας. Ωστόσο ο τοκετός θα πρέπει να διεξαχθεί σε τριτοβάθμιο νοσοκομείο που είναι πλήρες εξοπλισμένο, ώστε να μπορεί να παρέχει στη γυναίκα και το νεογνό την οποιαδήποτε ιατρική και μαιευτική φροντίδα. Οι γυναίκες που λαμβάνουν μεθαδόνη ή βουπρενορφίνη πρέπει να συνεχίσουν τη δόση συντήρησης και να λάβουν πρόσθετη ανακούφιση από τον πόνο (Acog 2017). Ως εκ τούτου, οι έγκυες που βρίσκονται σε θεραπεία με μεθαδόνη ή βουπρενορφίνη ή έχουν ιστορικό μακροχρόνιας έκθεσης σε οπιοειδή, πιθανότατα θα χρειαστούν υψηλότερες δόσεις φαρμάκων κατά τη διάρκεια του τοκετού. Είναι βασικό οι γυναίκες χρήστριες να βρίσκονται κάτω από συνεχή καρδιοτοκογραφική παρακολούθηση. Ο βασικός εμβρυϊκός καρδιακός ρυθμός μπορεί να είναι χαμηλότερος στις γυναίκες που υποβάλλονται σε θεραπεία με μεθαδόνη. Ο νεογνολόγος πρέπει να είναι ενημερωμένος και η παρουσία του την ώρα του τοκετού είναι άκρως απαραίτητη (Krans et al 2015). Η Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών πρέπει να είναι προετοιμασμένη για να αντιμετωπίσει οποιασδήποτε βαρύτητας πρόβλημα του νεογνού. Πολύ σημαντική επίσης, είναι η λήψη μέτρων για τη προφύλαξη από πιθανή ηπατίτιδα, ή ακόμα και AIDS που πιθανών να έχει η γυναίκα. Γι' αυτό το λόγο είναι απαραίτητη η χρήση γαντιών, μασκών, κ.τ.λ. Οι περισσότερες από τις γυναίκες αυτές γεννούν με καισαρική τομή διότι συνήθως υπάρχει αυξημένη επίπτωση ανεπάρκειας πλακούντα με αποτέλεσμα την πρόκληση βαριών

αλλοιώσεων των καρδιακών παλμών του εμβρύου, όπως επίσης πολλές φορές έχουμε να αντιμετωπίσουμε έναν πρόωρο τοκετό (Τσατσαρώνη 2013).

### 4.3 Φροντίδα του εκτεθειμένου σε ουσίες νεογνό

Τα νεογνά που γεννιούνται από μητέρες με κατάχρηση ναρκωτικών θεωρούνται υψηλού κινδύνου και χρειάζονται ιδιαίτερη φροντίδα και προσοχή. Το καλύτερο μέρος για την φροντίδα αυτή είναι η μεταφορά σε μονάδες εντατικής νοσηλείας νεογνών προκειμένου να λάβουν την κατάλληλη ιατρική φροντίδα και νοσηλεία (Sanlorenzo et al 2018).

Η America Academy of Pediatrics συνιστά 4 έως 7 ημέρες παρακολούθησης στα νοσοκομεία σε όλα τα νεογνά που γεννιούνται από γυναίκες που χρησιμοποιούν οπιοειδή κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης για να διαπιστωθεί εάν παρουσιάζουν συμπτώματα αρκετά σημαντικά ώστε να απαιτούν θεραπεία. Όλα τα βρέφη που έχουν εκτεθεί σε οπιοειδή θα πρέπει να παρακολουθούνται συνεχώς, μέσω παλμικής οξυμετρίας, λόγω της πιθανότητας αναπνευστικής δυσχέρειας και επιληπτικών κρίσεων.



Εικόνα 2: Νεογνό με σύνδρομο στέρησης στην MENN

Η αρχική φροντίδα όλων των βρεφών που έχουν εκτεθεί σε ουσίες στην μήτρα πρέπει να είναι εξατομικευμένη, υποστηρικτική και μη φαρμακολογική (Philip M. Westgate, Enrique Gomez-Pomar 2017). Η μη φαρμακολογική θεραπεία είναι η πρώτη επιλογή διότι οι ιατρικές παρεμβάσεις μπορούν να παρατείνουν τη νοσηλεία, να διαταράξουν την προσκόλληση των μητέρων-βρέφους και να υποβάλουν το βρέφος σε φάρμακα που μπορεί να μην είναι απαραίτητα (Canadian Pediatric Society 2018).

Η μη φαρμακολογική θεραπεία περιλαμβάνει τη δημιουργία ενός απαλού, καταπραϊντικού περιβάλλοντος με ελάχιστη διέγερση σε μια προσπάθεια να ηρεμήσει και να απαλύνει το

βρέφος (Falletta et al 2017). Επίσης περιλαμβάνει τον περιορισμό της έκθεσης στα φώτα, το θόρυβο, την προσεκτική αποφυγή αφύπνισης του νεογνού που κοιμάται και την υποστηρικτική θεραπεία που περιλαμβάνει την κατάλληλη διατροφή για την ελαχιστοποίηση της απώλειας βάρους αν και πολλά βρέφη θα απαιτήσουν ενδοφλέβια υγρά για να διατηρήσουν επαρκή ενυδάτωση (Khaleel S et al 2018), τον έλεγχο των λοιμώξεων, την εξατομικευμένη αναπτυξιακή φροντίδα και τη φροντίδα του αναπνευστικού συστήματος. Το φάσκωμα, η αγκαλιά, ο περιορισμός των περιβαλλοντικών ενοχλήσεων συμβάλλουν στην ανακούφιση των συμπτωμάτων στέρησης. Πρόσθετες υποστηρικτικές παρεμβάσεις περιλαμβάνουν τη μουσικοθεραπεία, το μασάζ και τη χρήση υδάτινου στρώματος (MacMullen et al 2014). Για τα βρέφη που έχουν ανεπαρκή πρόσληψη βάρους, μπορεί να χρειαστεί να αυξηθεί η συχνότητα των τροφοδοσιών με υψηλή θερμιδική φόρμουλα και συμπυκνωμένες τροφές ώστε να ικανοποιούν τις διατροφικές και μεταβολικές απαιτήσεις. Παράλληλα η μαία, προάγει τη θετική αλληλεπίδραση μητέρας- νεογνού και ενθαρρύνει το θηλασμό, όταν δεν υπάρχει κάποια αντένδειξη διότι μελέτες έχουν δείξει ότι τα βρέφη με το σύνδρομο της νεογνικής αποχής που θηλάζουν τείνουν να έχουν λιγότερο σοβαρά συμπτώματα, απαιτούν μικρότερη φαρμακολογική θεραπεία και έχουν μικρότερη διάρκεια παραμονής στο νοσοκομείο (Welle-Strand et al 2013). Για όλα τα βρέφη που έχουν εκτεθεί σε οπιοειδή, θα πρέπει να χρησιμοποιείται ένα σύστημα βαθμολόγησης για τη μέτρηση της σοβαρότητας των συμπτωμάτων απόσυρσης και να καθορίζεται κατά πόσο απαιτείται πρόσθετη παρακολούθηση, νοσηλεία, ιατρική και φαρμακολογική θεραπεία (Newnam et al 2015). Η πιο ευρέως χρησιμοποιούμενη κλίμακα για την αξιολόγηση των βρεφών για απόσυρση οπιοειδών είναι το σύστημα βαθμολόγησης Finnegan, το οποίο προσδιορίζει τις συμπεριφορές που σχετίζονται με την απόσυρση. Μια αρχική βαθμολογία λαμβάνεται εντός των πρώτων 1-2 ωρών μετά τον τοκετό, και στη συνέχεια επανελέγχονται κάθε 3-4 ώρες μετά, σε συνδυασμό με άλλες αξιολογήσεις νοσηλευτικής (Kolcherlakota 2014). Οι περισσότερες κατευθυντήριες γραμμές υποδηλώνουν ότι η βαθμολόγηση πρέπει να γίνεται για τουλάχιστον 72 ώρες και έως 120 ώρες μετά τον τοκετό. Τα βρέφη που βαθμολογούνται στην κατηγορία 0 (συνολική βαθμολογία NAS μικρότερη από 9) εξακολουθούν να παρακολουθούνται και να λαμβάνουν υποστηρικτική φροντίδα. Κάθε νεογνό που έχει βαθμολογία μεγαλύτερο από 8 επαναλαμβάνεται σε μία ώρα. Βαθμολογία πάνω από 9 ξεκινά η φαρμακολογική θεραπεία. Επίσης η βαθμολόγηση χρησιμοποιείται και για την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της θεραπείας (Asti L et al 2015).

Η φαρμακολογική θεραπεία είναι ένα σημαντικό όταν η μη φαρμακολογική φροντίδα είναι ανεπαρκής για την μείωση των σημείων και συμπτωμάτων του συνδρόμου στέρησης του νεογνού. Περίπου το 60 έως 80% των βρεφών με το σύνδρομο δεν έχουν απάντηση στη μη φαρμακολογική θεραπεία και απαιτούν φαρμακευτική αγωγή (Kocherlakota 2014). Ο κύριος στόχος της φαρμακολογικής θεραπείας είναι η ανακούφιση από μέτρια έως σοβαρά συμπτώματα. Τα συνηθέστερα φάρμακα που χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση του συνδρόμου στέρησης είναι το διάλυμα μορφίνης, η μεθαδόνη και η βουπρενορφίνη. Η μορφίνη είναι η πιο συχνά προτιμώμενη φαρμακευτική αγωγή στις Ηνωμένες Πολιτείες. Μειώνει τη συχνότητα των επιληπτικών κρίσεων, βελτιώνει τη διατροφή, εξαλείφει τη διάρροια και μπορεί να μειώσει τα σοβαρά συμπτώματα (Jansson et al 2009). Ωστόσο, η θεραπεία με μορφίνη παρατείνει επίσης την διάρκεια της νοσηλείας (Backes et al 2012). Επειδή η μορφίνη έχει μικρό χρόνο ημιζωής, πρέπει να παρέχεται κάθε 3 έως 4 ώρες. Το διάλυμα μορφίνης είναι σταθερό και εύκολο στη χορήγηση. Επιπλέον, η θεραπεία με μορφίνη είναι σχετικά πιο ασφαλείς και πιο κατάλληλη για τη διαχείριση του στεριτικού συνδρόμου (StephenW Patrick et al 2016). Τα παλαιότερα υποβοηθητικά φάρμακα, όπως η διαζεπάμη και η χλωροπρομαζίνη, δεν είναι χρήσιμα λόγω ελλειπών ερευνητικών δεδομένων. Σε ότι αφορά τη φαρμακευτική αγωγή, η δοσολογία και η διάρκεια της θεραπείας εξαρτάται από τη κλινική ανταπόκριση. Όταν ένα νεογνό φθάσει σε μια μέγιστη δόση φαρμάκου πρώτης γραμμής και τα συμπτώματα δεν υποχωρούν ή αυξάνονται προστίθεται τυπικά φάρμακο δεύτερης γραμμής (π.χ. φαινοβαρβιτάλη). Ακριβώς όπως τα φάρμακα πρώτης γραμμής και η δοσολογία δεν έχουν μελετηθεί καλά, τα φάρμακα δεύτερης γραμμής έχουν ακόμη λιγότερα δεδομένα για να υποστηρίξουν τη χρήση τους. Σε γενικές γραμμές, η μείωση της φαρμακολογικής θεραπείας ξεκινά μόλις τα συμπτώματα είναι σταθερά για 24-48 ώρες (Logan et al 2013). Η μεθαδόνη είναι η συνηθέστερη ουσία που χορηγείται στα νεογνά με σύνδρομο στέρησης στις περισσότερες χώρες αλλά είναι ιδιαίτερος εθιστική. Η βουπρενορφίνη είναι μια νέα επιλογή για τη θεραπεία του NAS και πρέπει να χορηγείται υπογλώσσια. Σε σύγκριση με τη μορφίνη, η βουπρενορφίνη, έχει συσχετιστεί με σημαντικές μειώσεις στη διάρκεια της θεραπείας (23 ημέρες έναντι 38 ημερών) και της νοσηλείας (32 ημέρες έναντι 42 ημερών) (Kraft et al 2011). Χρειάζεται λοιπόν καθημερινή παρακολούθηση του νεογνού σε όλη τη διάρκεια της θεραπείας, με προσαρμογή της δόσης προς τα πάνω ή προς τα κάτω ανάλογα με την ύφεση ή την αύξηση της έντασης των συμπτωμάτων



Στην Ελλάδα για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων του στερητικού συνδρόμου από οποιοειδή στα νεογνά συνιστάται ο έλεγχος της καρδιακής και αναπνευστικής λειτουργίας του βρέφους, η παρακολούθηση του θερμιδικού και ηλεκτρολυτικού ισοζυγίου, καθώς και γενικές υποστηρικτικές ενέργειες. Ανάλογα με τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων θα πρέπει να χορηγούνται στο νεογνό 2-5 σταγόνες βάμματος οπίου, 0,1-0,5 mg μεθαδόνης, και 8 mg φαινοβαρβιτάλης (Γσατσαρωνη 2013).

#### **4.3.1 Έξοδος από το νοσοκομείο**

Όταν το νεογνό δεν παρουσιάζει σημάδια στέρησης και τρώει καλά, κοιμάται καλά, κερδίζει βάρος το νεογνό μπορεί να πάει με τους γονείς στο σπίτι (υπό τον όρο ότι το περιβάλλον στο σπίτι είναι ασφαλές και σταθερό) ή σε αναδοχή οικογένεια (εάν είναι απαραίτητο). Πριν δοθεί εξιτήριο σε γυναίκα που κάνει χρήση ουσιών, εκτιμάται η οικογενειακή της κατάσταση, για να προσδιορισθεί εάν το περιβάλλον του σπιτιού είναι ασφαλές και εάν υπάρχει κάποιο άτομο που θα μπορεί να καλύπτει τις ανάγκες της φροντίδας του νεογνού, σε περίπτωση που η μητέρα αποδειχθεί μη ικανή να το κάνει. Συνήθως, το τμήμα κοινωνικών υπηρεσιών του νοσοκομείου πραγματοποιεί συνέντευξη με τη μητέρα πριν την έξοδό της, για να διασφαλιστεί η κάλυψη των αναγκών του νεογνού. Μπορεί να ζητηθεί από μία μαία η οποία ασχολείται με τη φροντίδα στο σπίτι, να πραγματοποιεί επισκέψεις, για να εκτιμά την ικανότητα της μητέρας, να φροντίζει το βρέφος της, να της δίνει οδηγίες και να παρέχει υποστήριξη. Εάν υπάρχουν σοβαρές αμφιβολίες σχετικά με την καλή κατάσταση του νεογνού, η περίπτωση μπορεί να παραπεμφθεί σε πολιτειακές υπηρεσίες προστασίας παιδών, για περαιτέρω ενέργειες.

Μετά την έξοδό του από την νεογνική μονάδα, το νεογνό χρειάζεται μακροχρόνια παρακολούθηση προκειμένου να διαγνωσθούν έγκαιρα και να αντιμετωπισθούν τα διάφορα προβλήματα που τυχόν θα προκύψουν. Κατά τη διάρκεια της παρακολούθησης, τα βρέφη που πάσχουν από NAS απαιτούν ιδιαίτερα νευροαναπτυξιακές εκτιμήσεις για τον εντοπισμό κινητικών ελλειμμάτων, γνωστικών καθυστερήσεων ή σχετικής μικροκεφαλίας, ψυχο-συμπεριφορικές εκτιμήσεις για την αναγνώριση της υπερκινητικότητας, της παρορμητικότητας και της έλλειψης προσοχής στα παιδιά ηλικίας προσχολικής ηλικίας, οφθαλμολογική αξιολόγηση για την εντόπιση οφθαλμικών ελλειμμάτων (McGlone et al 2013), παρακολούθηση της ανάπτυξης, παρακολούθηση επαρκούς πρόσληψης τροφής για την αξιολόγηση της ανάπτυξης. Επίσης απαραίτητη είναι και η συνδρομή των κοινωνικών

υπηρεσιών για την αντιμετώπιση των κοινωνικοοικονομικών προβλημάτων της οικογένειας και για τον αποκλεισμό της συνεχιζόμενης κατάχρησης ουσιών από τη μητέρα και της παιδικής κακοποίησης.

#### **4.4 Μαιευτική φροντίδα της ουσιοεξαρτώμενης γυναίκας μετά τον τοκετό**

Η φροντίδα της εγκύου χρήστη και ο ασφαλής τοκετός είναι η αρχή μόνο μιας σειράς ενεργειών, οι οποίες απαιτούνται για την υποστήριξη της εγκύου και του βρέφους. Η μαιευτική φροντίδα δεν σταματάει μετά το τέλος του τοκετού καθώς πρέπει να υπάρχει στενή παρακολούθηση τόσο του νεογνού όσο και της μητέρα. Εάν η επιθυμία της μητέρας είναι η παραμονή της με το παιδί, η μαία θα πρέπει να παρέχει στη μητέρα συνεχής στήριξη, όπως παροχή συμβουλευτικής, εκμάθηση δεξιοτήτων και συμβουλές ψυχικής υγείας και μερικές φορές κρίνεται απαραίτητη η συνεργασία με κοινωνική λειτουργό, με ψυχολόγο ή και με ψυχίατρο (Τσατσαρώνη 2013).

Οι έγκυες γυναίκες που βρίσκονται σε πρόγραμμα απεξάρτησης από τα οπιοειδή θα πρέπει να συνεχίσουν την φαρμακοθεραπεία τους και μετά τον τοκετό (Acog 2017). Η δόση της μεθαδόνης ή της βουπρενορφίνης θα πρέπει να διατηρείται σε χαμηλά επίπεδα (Τσατσαρώνη 2013) και να μένει όσο το δυνατόν γίνεται σταθερή μέχρι την έξοδο από το νοσοκομείο, για την αποφυγή εμφάνισης των συμπτωμάτων στέρησης (Acog 2017). Παρόλα αυτά γυναίκες μετά τον τοκετό θα πρέπει να παρακολουθούνται για συμπτώματα όπως λήθαργο, αναρρόφηση, αναπνευστική καταστολή, διότι οι δόσεις θεραπείας συντήρησης που απαιτούνται κατά τη διάρκεια της κύησης μπορεί να υπερβαίνουν τις θεραπευτικές απαιτήσεις των γυναικών μετά τον τοκετό (Jones HE et al 2008). Οι λεχωίδες μπορεί να απαιτούν περισσότερη αναλγησία αμέσως μετά τον τοκετό λόγω ανεπαρκούς ανοχής στον πόνο που σχετίζεται με τη χρήση χρόνιων οπιοειδών. Αν και τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα είναι συχνά επαρκείς, μπορεί να χρειαστεί αύξηση της δόσης ειδικά σε γυναίκες μετά από καισαρική τομή εκτός αν υπάρχει θεραπεία συντήρησης με μεθαδόνη ή βουπρενορφίνη (Krans et al 2015).

Επίσης όλες οι λεχωίδες θα πρέπει να ενημερώνονται ότι τα βρέφη που ήταν εκτεθειμένα στα οπιούχα βρίσκονται σε κίνδυνο να αναπτύξουν σύνδρομο στέρησης και να εμφανίσουν συμπτώματα οποιαδήποτε στιγμή μέχρι τις πρώτες εβδομάδες μετά τον τοκετό.

Η μαία ενθαρρύνει τις γυναίκες να θηλάσουν όταν δεν υπάρχουν αντενδείξεις διότι εκτός από το ότι ο θηλασμός βοηθάει στην προσκόλληση μητέρας- νεογνού (Acog 2017), μπορεί να καθυστερήσει την εμφάνιση συμπτωμάτων στέρησης και να μειώσει τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων καθώς και να μειώσει την ανάγκη φαρμακολογικής θεραπείας. Γι αυτό τον λόγο οι μαίες ενθαρρύνουν την παραμονή της μητέρα με το νεογνό διότι με αυτόν τον τρόπο βοηθάει να εγκατασταθεί γρήγορα ο θηλασμός (Khaleel S et al 2018). Οι λεχώιδες που επιθυμούν να θηλάσουν μπορεί να χρειάζονται επιπλέον υποστήριξη, καθώς είναι λιγότερο πιθανό να ξεκινήσουν επιτυχώς τον θηλασμό και είναι πιθανότερο να σταματήσουν νωρίς τον θηλασμό (Wachman et al 2010).

#### **4.4.1 Παρακολούθηση μετά τον τοκετό**

Οι εβδομάδες μετά τη γέννηση είναι μια κρίσιμη περίοδος για μια γυναίκα και το βρέφος της. Προκειμένου να βελτιωθεί η υγεία των γυναικών και των βρεφών τους, η φροντίδα που πρέπει να παρέχεται μετά τον τοκετό είναι η συνεχής υποστήριξη τους από ειδικές υπηρεσίες καθώς μπορεί να αποτελεί μια στρεσογόνο περίοδο για τις γυναίκες. Επειδή η μητρική θνησιμότητα και νοσηρότητα παρατηρείται ότι συμβαίνει συχνότερα μετά τον τοκετό συνιστάται όλες οι γυναίκες να έρχονται σε επαφή με τους μαιευτήρες-γυναικολόγους ή άλλους παρόχους μαιευτικής φροντίδας εντός των πρώτων εβδομάδων μετά τον τοκετό. Από εκεί και πέρα οι επόμενες επισκέψεις θα πρέπει να γίνονται πιο συχνά ώστε να υπάρξει μια ολοκληρωμένη αξιολόγηση μέχρι τις 12 εβδομάδες μετά τη γέννηση. Η ολοκληρωμένη επίσκεψη μετά τον τοκετό πρέπει να περιλαμβάνει την πλήρη αξιολόγηση της σωματικής ανάκαμψης, της συναισθηματικής και ψυχολογικής ευεξίας, της διάθεσης, του ύπνου και της κούρασης, την συμβουλευτική και την ύπαρξη της κατάλληλης βρεφικής φροντίδας, την συμβουλευτική και την προαγωγή του μητρικού θηλασμού όταν δεν υπάρχουν αντενδείξεις και την συμβουλευτική σε θέματα αντισύλληψης και σεξουαλικών επαφών (Acog 2017).

Επειδή οι ψυχιατρικές διαταραχές επικρατούν στις γυναίκες με διαταραχή της χρήσης ουσιών η εξέταση για την κατάθλιψη μετά τον τοκετό πρέπει να είναι ρουτίνα και θα πρέπει να εξετάζεται η εκτίμηση για άλλες συννοσηρές συνθήκες ψυχικής υγείας εάν υπάρχει προηγούμενο ιστορικό ή υπάρχει ανησυχία. Γι' αυτό θα πρέπει να διατίθεται πρόσβαση σε επαρκείς υπηρεσίες ψυχοκοινωνικής υποστήριξης μετά τον τοκετό, συμπεριλαμβανομένης της θεραπείας διαταραχής χρήσης ουσιών και προγραμμάτων πρόληψης υποτροπής (Jones HE et al 2014)

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

### Μητρικός θηλασμός και εξαρτησιογόνες ουσίες

Το μητρικό γάλα έχει αποδειχθεί ότι είναι η καλύτερη τροφή για τα νεογνά. Περιέχει κατάλληλες ποσότητες υδατανθράκων, πρωτεϊνών, λιπών, μεταλλικών στοιχείων, βιταμινών καθώς και μητρικών αντισωμάτων. Ωστόσο το ζήτημα του μητρικού θηλασμού στα νεογνά μητέρων που κάνουν χρήση ναρκωτικών ουσιών παρουσιάζει δυσκολίες. Παρά το γεγονός ότι το μητρικό γάλα εξακολουθεί να αποτελεί την καλύτερή πηγή θρέψης γι' αυτά τα νεογνά, πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη προσοχή ώστε να αποφευχθεί η έκθεση του νεογνού σε επιπρόσθετες ουσίες μέσω του γάλακτος.

Ο θηλασμός σε ουσιοεξαρτώμενες μητέρες μπορεί να επιτραπεί υπό ορισμένες προϋποθέσεις όπως: σε γυναίκες που εισάγονται σε πρόγραμμα απεξάρτησης προ του τοκετού και θα πρέπει να έχουν τη δέσμευση να παραμείνουν σε αυτό και μετά τον τοκετό, να έχουν τακτική μαιευτική παρακολούθηση, να μην έχουν κάνει χρήση ουσιών τουλάχιστον 90 ημέρες προ του τοκετού, να έχουν αρνητική τοξικολογική εξέταση ούρων κατά την εισαγωγή για τον τοκετό, να μην είναι οροθετικές και να μην λαμβάνουν ψυχιατρικά φάρμακα που αντενδείκνυνται στον θηλασμό.

Ο θηλασμός είναι καλύτερο να αποφεύγεται σε μητέρες που δεν πληρούν τα παραπάνω κριτήρια ή επανέρχονται στη χρήση ουσιών μετά τον τοκετό. Επίσης οι γυναίκες που εγκατέστησαν το θηλασμό και στην συνέχεια υποτροπίασαν θα πρέπει να αποθαρρύνονται να θηλάσουν (Academy of Breastfeeding Medicine 2009 )

Η Αμερικάνικη Εταιρία Παιδιατρικής συνιστά παρ' όλο που είναι γνωστά τα οφέλη του θηλασμού, να διακόπτεται ο θηλασμός στις γυναίκες που κάνουν χρήση ουσιών, λόγω των επιπτώσεων που προκαλεί στα νεογνά καθώς επίσης και των άγνωστων ουσιών που περιέχουν τα ναρκωτικά του δρόμου (Bencke et al 2013).

#### 5.1 Οπιοειδή και θηλασμός

##### Ηρωίνη

Εκκρίνεται στο γάλα σε επαρκή ποσότητα και μπορεί να δημιουργήσει εθισμό στο νεογνό. Ο θηλασμός από μητέρες που είναι εθισμένες στην ηρωίνη μπορεί να προκαλέσει συμπτώματα σοβαρής αναπνευστικής δυσχέρειας με κυάνωση, λήθαργο, κακή διατροφή ή ευερεθιστότητα στο βρέφος και να αποτρέψει πιθανά συμπτώματα στέρησης στο βρέφος ή να εμφανίσει

συμπτώματα αν διακοπεί απότομα ο θηλασμός. Η χρήση ηρωίνης από θηλάζουσα μητέρα θεωρείται γενικά ως αντένδειξη για το θηλασμό. Η ηρωίνη αυξάνει τα επίπεδα προλακτίνης και μπορεί να προκαλέσει σύνδρομο γαλακτορροίας-αμηνόρροιας (e-lactancia)

### Μορφίνη

Η απέκκριση της στο μητρικό γάλα είναι αρκετά χαμηλή και οι παρενέργειες είναι λιγότερες από τα βρέφη των οποίων οι μητέρες υποβλήθηκαν σε θεραπεία με μορφίνη. Επίσης σε μια μελέτη όπου οι γυναίκες χρησιμοποιούσαν μορφίνη για την απεξάρτηση από τα οπιοειδή και θήλαζαν, τα νεογνά τους είχαν βραχύτερη διάρκεια θεραπείας, μικρότερη παραμονή στο νοσοκομείο και εμφάνιζαν ηπιότερα συμπτώματα στέρησης (LactMed)

### Κωδεΐνη

Αποβάλλεται στο μητρικό γάλα σε μικρές ποσότητες. Η χρήση της όμως κατά την διάρκεια του θηλασμού έχει συνδεθεί με την εμφάνιση της νεογνικής άπνοιας, της νωθρότητας και της καταστολής σε περίπτωση υπερβολικής δόσης και τον θάνατο. Επίσης έχει βρεθεί μια σχέση μεταξύ της χρήσης κωδεΐνης κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και του θηλασμού και του κινδύνου εμφάνισης νευροβλαστώματος στο βρέφος. Εξαιτίας αυτού του γεγονότος και με τα νεογνά που έχουν περιορισμένη ικανότητα για την εξάλειψη οπιοειδών και την ύπαρξη πιο αποτελεσματικών εναλλακτικών μεθόδων, πολλοί υποστηρίζουν την αποθάρρυνση εντελώς της χρήσης τους σε βρέφη και θηλάζουσες μητέρες (FDA 2017, Al-Adhami 2016, Sachs 2013, EMA 2013) ενώ άλλοι συγγραφείς συνηγορούν υπέρ της προσεκτικής χρήσης και όχι περισσότερο από 4 ημέρες με παρακολούθηση για σημάδια καταστολής στο βρέφος (e-lactancia). Στις θηλάζουσες γυναίκες, η υπερβολικά γρήγορη μετατροπή της κωδεΐνης στη μορφίνη μπορεί να οδηγήσει σε υψηλά και μη ασφαλή επίπεδα μορφίνης στο αίμα και στο μητρικό γάλα. Η Αμερικανική Υπηρεσία Τροφίμων και Φαρμάκων ενέτεινε την προειδοποίηση για την επισήμανση ότι δεν συνιστάται θηλασμός κατά τη χρήση φαρμάκων που περιέχουν κωδεΐνη ή τραμαδόλη λόγω της πιθανότητας σοβαρών ανεπιθύμητων ενεργειών στο βρέφος λόγω υπερδοσολογίας οπιοειδών. Ωστόσο, εάν μια φαρμακευτική αγωγή που περιέχει κωδεΐνη θεωρείται η προτιμώμενη επιλογή, ο κίνδυνος και τα οφέλη αυτού του φαρμάκου καθώς και η αιτιολογία πίσω από την προειδοποίηση του FDA θα πρέπει να συζητούνται με κάθε οικογένεια (FDA 2017).

### Μεθαδόνη

Η μεθαδόνη είναι το φάρμακο που χρησιμοποιείται για την θεραπεία της εξάρτησης από οπιοειδή στις έγκυες και θεραπείας της απόσυρσης των νεογνών από οπιοειδή αλλά είναι ιδιαιτέρως εθιστική. Η μεθαδόνη μπορεί να περάσει μέσα στο μητρικό γάλα σε μικρές ποσότητες και για το λόγο αυτό οι μητέρες, στις οποίες χορηγείται μεθαδόνη και επιθυμούν να θηλάσουν, πρέπει να ενθαρρύνονται, όπου αυτό είναι δυνατό, με εξαίρεση τις σπάνιες περιπτώσεις κατά τις οποίες ο θηλασμός μπορεί να προσβάλει το νεογνό με κάποια μεταδιδόμενη ασθένεια της μητέρας, όπως πχ HIV/AIDS ή αν υπάρχει κάποια άλλη αντένδειξη (Reece-Stremtan et al 2015, Kocherlakota 2014)

Η Αμερικανική Ακαδημία Παιδιατρικής συστήνει τον θηλασμό για γυναίκες που λαμβάνουν μεθαδόνη και βουπρενορφίνη ανεξάρτητα από τη μητρική δόση, καθώς η μεταφορά αυτών των φαρμάκων στο μητρικό γάλα είναι ελάχιστη (Sachs HC 2013). Ο θηλασμός μπορεί να μειώσει, αλλά όχι να εξαλείψει τα συμπτώματα απόσυρσης στα νεογνά που έχουν εκτεθεί κατά την διάρκεια της κύησης και γι' αυτό το λόγο χορηγείται και επιπλέον μεθαδόνη στα νεογνά από το στόμα. Επιπλέον ο θηλασμός που παρατείνεται για μεγάλο χρονικό διάστημα σε γυναίκες που λαμβάνουν μεθαδόνη έχει διαπιστωθεί ότι η συγκέντρωση μεθαδόνης στο μητρικό γάλα παραμένει τόσο χαμηλή που δεν επιδρά αρνητικά στο νεογνό. Ορισμένες μελέτες επίσης έχουν διαπιστώσει μικρότερη παραμονή στο νοσοκομείο και μικρότερη διάρκεια θεραπείας στα νεογνά που θηλάζουν. Ο απότομος απογαλακτισμός σε γυναίκες που χορηγείται μεθαδόνη για την θεραπεία απεξάρτησης οδηγεί σε αύξηση των συμπτωμάτων στέρησης στα νεογνά που θηλάζουν γι' αυτό συνιστάται ο σταδιακός απογαλακτισμός (LactMed). Παρ' όλα αυτά υπάρχουν στοιχεία που υποστηρίζουν ότι τα βρέφη που εκτίθενται με μεθαδόνη μπορούν να ωφεληθούν από τον θηλασμό (Jansson et al 2004). Μεταξύ των μητέρων που λαμβάνουν θεραπεία υποκατάστασης, τα ποσοστά θηλασμού παραμένουν χαμηλά (Wachman EM et al 2010) λόγω δυσκολιών με τη διατροφή των βρεφών, διαχωρισμού του νεογέννητου από τη μητέρα, έλλειψη ενθάρρυνσης από τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης που αγνοούν τα οφέλη του θηλασμού κατά τη διάρκεια της θεραπείας αντικατάστασης οπιοειδών, (Balain M et al 2014) και ανησυχίες σχετικά με τη νεογνική καταστολή ή τις ανεπιθύμητες ενέργειες. Τέλος η μεθαδόνη μπορεί να προκαλέσει γαλακτόρροια λόγω αύξησης της προλακτίνης (LactMed).

### Βουπρενορφίνη

Πρόκειται για ένα ημι-συνθετικό οπιοειδές νεότερης γενιάς το οποίο έχει μεγάλη διάρκεια δράσης και χρησιμοποιείται για την θεραπεία ανεξάρτησης από τα οπιοειδή έναντι της μεθαδόνης. Η βουπρενορφίνη απεκκρίνεται σε μικρές ποσότητες τόσο στο μητρικό γάλα όσο και στο πλάσμα των νεογνών που θηλάζουν και δεν φέρει δυσάρεστες παρενέργειες. Γι' αυτό το λόγο η γυναίκες που λαμβάνουν θεραπεία με βουπρενορφίνη ενθαρρύνονται να θηλάσουν εκτός εάν υπάρχει κάποια άλλη αντένδειξη. Επειδή οι ποσότητες βουπρενορφίνης είναι ελάχιστες στο μητρικό γάλα χρειάζεται επιπλέον χορήγησή της στα νεογνά (LactMed).

### Συνταγογραφούμενα οπιοειδή αναλγητικά

Μερικά συνταγογραφούμενα οπιοειδή αναλγητικά όπως η οξυκωδόνη και η υδροκωδόνη αντενδείκνυνται για χρήση κατά την διάρκεια του θηλασμού καθώς περνάνε στο μητρικό γάλα και ακόμα και σε χαμηλές ποσότητες προκαλούν νοθρότητα και σοβαρή καταστολή στο νεογνό (LactMed).

## **5.2 Αλκοόλ και θηλασμός**

Το αλκοόλ που καταναλώνεται από τη μητέρα περνά εύκολα στο μητρικό γάλα σε συγκεντρώσεις παρόμοιες με εκείνες που βρίσκονται στην κυκλοφορία του αίματος. Το αλκοόλ δεν συσσωρεύεται στο μητρικό γάλα, αλλά αποβάλλεται όπως αποβάλλεται και από το αίμα. Άρα, όταν τα επίπεδα στο αίμα πέσουν, το ίδιο συμβαίνει και με τα επίπεδα στο μητρικό γάλα. Τα επίπεδα αλκοόλ είναι συνήθως υψηλότερα στο μητρικό γάλα 30-60 λεπτά μετά την κατανάλωση αλκοολούχου ποτού και μπορούν γενικά να ανιχνευθούν στο μητρικό γάλα για περίπου 2-3 ώρες μετά την κατανάλωσή του. Ωστόσο, το χρονικό διάστημα που μπορεί να ανιχνευθεί το αλκοόλ στο μητρικό γάλα αυξάνεται όταν η μητέρα καταναλώνει περισσότερο αλκοόλ. Για παράδειγμα, το αλκοόλ από 1 ποτό μπορεί να ανιχνευθεί στο μητρικό γάλα για περίπου 2-3 ώρες, από 2 ποτά για περίπου 4-5 ώρες και από 3 ποτά μπορεί να ανιχνευθεί για περίπου 6-8 ώρες. Ωστόσο, τα επίπεδα οινοπνεύματος στο αίμα και το χρονικό διάστημα που μπορεί να ανιχνευθεί το αλκοόλ στο μητρικό γάλα μετά την κατανάλωση θα εξαρτηθεί από διάφορους παράγοντες, συμπεριλαμβανομένης της ποσότητας αλκοόλ που καταναλώνεται, του πόσο γρήγορα καταναλώνεται το αλκοόλ, εάν καταναλώνεται με τροφή και το βάρος της μητέρας (CDC 2018). Γενικά, η μέτρια κατανάλωση αλκοόλ από θηλάζουσα μητέρα (μέχρι 1 ποτό ημερησίως) δεν είναι γνωστό ότι

είναι επιβλαβής για το νεογνό, ειδικά εάν η μητέρα περιμένει τουλάχιστον 2 ώρες για να θηλάσει. Ωστόσο η μακροχρόνια χρήση αλκοόλ ή η έκθεση σε αλκοόλ πάνω από μέτρια επίπεδα μπορεί να προκαλέσει: καταστολή, διαταραχές στην ανάπτυξη, ψυχοκινητική καθυστέρηση στο νεογνό και διαταραχές στον ύπνο αλλά άλλες μελέτες δεν έχουν επιβεβαιώσει αυτά τα ευρήματα. Η βαριά χρήση της μητέρας μπορεί να προκαλέσει κόμα, επιληπτικές κρίσεις και κίνδυνο θανάτου στο νεογνό. Η κατανάλωση αλκοόλ πάνω από μέτρια επίπεδα μπορεί επίσης να επηρεάσει την κρίση και την ικανότητα της μητέρας να φροντίζει με ασφάλεια το παιδί της. Έχει αποδειχθεί ότι η κατανάλωση μετά από 1 ή 2 ποτά (συμπεριλαμβανομένης της μπίρας) μπορεί να μειωθεί η παραγωγή γάλακτος κατά 20 έως 23% (LactMed). Επίσης η κατανάλωση αλκοόλ σε μεγάλες ποσότητες μειώνει την παραγωγή και επομένως και την ποσότητα του μητρικού γάλακτος καθώς το αλκοόλ αναστέλλει την έκκριση οκυτοκίνης (Haastруп MB 2014). Η άντληση του γάλακτος μετά την κατανάλωση αλκοόλ και στη συνέχεια η απόρριψή του δεν μειώνει πιο γρήγορα την ποσότητα αλκοόλ που υπάρχει στο μητρικό γάλα, αλλά καθώς το επίπεδο αλκοόλ της μητέρας μειώνεται με την πάροδο του χρόνου, μειώνεται και το επίπεδο αλκοόλ στο μητρικό γάλα. Η Αμερικανική Ακαδημία Παιδιατρικής και ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας συμβουλεύουν οι μητέρες να περιμένουν 90-120 λεπτά μετά την κατάποση αλκοόλ για τον επόμενο θηλασμό ή να γίνει απόρριψη του γάλακτος εντός αυτού του χρονικού πλαισίου. Τέλος η κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών δεν αποτελεί ένδειξη διακοπής του θηλασμού. Ωστόσο, δεν συνιστάται η κατανάλωση περισσότερων από ένα ποτό ανά ημέρα.

### **5.3 Βενζοδιαζεπίνες και θηλασμός**

Τα αγχολυτικά φάρμακα χαρακτηρίζονται από την Αμερικανική Ακαδημία Παιδιατρικής (AAP) σαν φάρμακα, των οποίων η δράση στα θηλάζοντα βρέφη είναι άγνωστη, αλλά μπορεί να εγείρει επιφυλάξεις. Αυτά τα φάρμακα εμφανίζονται σε χαμηλές συγκεντρώσεις στο γάλα της μητέρας. Επειδή όμως έχουν μακρύ χρόνο ημιζωής (τόσο τα ίδια όσο και κάποιοι μεταβολίτες τους), μπορούν να αθροιστούν στο πλάσμα των θηλαζόντων βρεφών και στους ιστούς τους, όπως ο εγκέφαλος. Αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό στα βρέφη κατά τους πρώτους μήνες ζωής με ανώριμη ηπατική και νεφρική λειτουργία. Επειδή μπορούν να επηρεάσουν τη νευροδιαβιβαστική λειτουργία στον αναπτυσσόμενο εγκέφαλο, δεν είναι δυνατόν να προβλεφθούν μακροχρόνιες επιπτώσεις στην ανάπτυξη του κεντρικού νευρικού συστήματος. Συνιστάται προσεκτική εκτίμηση των κινδύνων και των ωφελειών από τη



συνέχιση του μητρικού θηλασμού κατά περίπτωση, γιατί δε μπορούν να δοθούν απόλυτες οδηγίες. Συνιστάται η αποφυγή κατά το θηλασμό των βενζοδιαζεπινών μακράς δράσης, όπως η Diazepam, διότι προκαλούν καταστολή του νεογνού, λήθαργο και μειωμένο αντανακλαστικό θηλασμού. Τα βραχείας δράσεως, όπως Lorazepam και Midazolam, απεκκρίνονται σε μικρές ποσότητες στο μητρικό γάλα και δεν προκαλούν ανεπιθύμητες ενέργειες στο νεογνό και γι' αυτό μπορούν να χρησιμοποιηθούν με προσοχή και για μικρής διάρκειας θεραπεία (Tripathi et al 2010)

#### **5.4 Κοκαΐνη και θηλασμός**

Η κοκαΐνη απεκκρίνεται στο μητρικό γάλα σε μεγάλες συγκεντρώσεις και είναι πολύ τοξική για τα νεογνά. Δεδομένου ότι η μεταβολική ικανότητα δεν έχει αναπτυχθεί πλήρως στα νεογνά, η έκθεση στην κοκαΐνη ακόμη και σε μικρές δόσεις προκαλεί σημαντική βλάβη (Cressman et al 2012).

Σύμφωνα με έρευνες η κοκαΐνη προκαλεί ευερεθιστότητα, τρέμουλο, σπασμούς έμετο, έντονο κλάμα, διάρροια, διασταλμένες κόρες, ταχυκαρδία και αρτηριακή υπέρταση σε νεογνά που θηλάσαν από μητέρες που είχαν κάνει χρήση κοκαΐνης (LactMed). Για τις εθισμένες μητέρες που επιλέγουν να θηλάσουν αλλά εξακολουθούν να χρησιμοποιούν κοκαΐνη, ο θηλασμός θα πρέπει να καθυστερήσει αρκετά μετά τη χρήση κοκαΐνης για να καταστεί δυνατή η εξάλειψη του φαρμάκου περίπου 24 ώρες (Cressman et al 2012). Η κοκαΐνη μειώνει τα επίπεδα προλακτίνης και μπορεί να προκαλέσει μείωση της παραγωγής του γάλακτος.

#### **5.5 Αμφεταμίνες-Μεθαμφεταμίνες και θηλασμός**

Οι αμφεταμίνες απεκκρίνονται στο μητρικό γάλα. Η συγκέντρωση αμφεταμινών που βρίσκονται στο μητρικό γάλα είναι 2,8-7,5 φορές υψηλότερη από εκείνη που βρίσκεται στο μητρικό πλάσμα. Η χρήση τους κατά την διάρκεια του θηλασμού προκαλούν αυξημένη ευερεθιστότητα, κλάμα, έλλειψη όρεξης και διαταραχές στο ύπνο των νεογνών (Acog 2011) Υπάρχουν λίγα στοιχεία σχετικά με την επίδραση της κατάχρησης των αμφεταμινών στην ανάπτυξη και την υγεία των βρεφών (e-lactancia). Ο θηλασμός αποθαρρύνεται σε γυναίκες που κάνουν κατάχρηση αμφεταμινών. Για τις εθισμένες μητέρες που επιλέγουν να θηλάσουν αλλά εξακολουθούν να χρησιμοποιούν αμφεταμίνες, ο θηλασμός θα πρέπει να καθυστερήσει αρκετά μετά τη χρήση τους για να καταστεί δυνατή η εξάλειψη του φαρμάκου περίπου 48 ώρες (LactMed).

Οι μεθαμφεταμίνες επίσης απεκκρίνονται στο μητρικό γάλα. Υπάρχουν λίγες πληροφορίες σχετικά με τον αντίκτυπο της κατάχρησης των μεθαμφεταμινών στη βρεφική ανάπτυξη και υγεία. Για τις εθισμένες μητέρες που επιλέγουν να θηλάσουν αλλά εξακολουθούν να χρησιμοποιούν αμφεταμίνες, ο θηλασμός θα πρέπει να καθυστερήσει αρκετά μετά τη χρήση τους για να καταστεί δυνατή η εξάλειψη του φαρμάκου περίπου 48 έως 100 ώρες. Ο θηλασμός γενικά αποθαρρύνεται στις μητέρες που κάνουν κατάχρηση των μεθαμφεταμινών (LactMed)

## **5.6 Κάπνισμα και θηλασμός**

Σε παλαιότερες οδηγίες η Αμερικάνικη Επιτροπή Ελέγχου Φαρμάκων (FDA) είχε τοποθετήσει τη νικοτίνη ανάμεσα στις ουσίες που αντενδείκνυνται στον θηλασμό. Η Αμερικανική Ακαδημία Παιδιατρικής (AAP) απέσυρε τη νικοτίνη από τον κατάλογο των "αντενδείκνυων" ουσιών κατά τη διάρκεια του θηλασμού. Μια δήλωση της AAP που εκδόθηκε το 2001 αναφέρει: «Βάσει ερευνών, τα μωρά καπνηστριών μητέρων που όμως θηλάζουν, παρουσιάζουν λιγότερες αναπνευστικές παθήσεις οξείας μορφής από τα μωρά που πέρνουν ξένο γάλα και οι μητέρες τους συνεχίζουν να καπνίζουν. Τα αποτελέσματα αυτά δείχνουν ότι ο συνδυασμός θηλασμού και καπνίσματος είναι λιγότερο βλαβερό για το βρέφος από ότι εκείνος του τυποποιημένου γάλακτος και του καπνίσματος». Επίσης αναφέρεται ότι η ποσότητα της νικοτίνης που μεταφέρεται στο βρέφος είναι πολύ μικρή και ο χρόνος ημίσειας ζωής είναι μεταξύ 60-90 λεπτών (Αλκυόνη 2015). Τα μωρά μητέρων που καπνίζουν έχουν αυξημένες πιθανότητες να παρουσιάσουν κολικούς, να προσβληθούν από λοιμώξεις του αναπνευστικού συστήματος, να εμφανίζουν διαταραχές στον ύπνο και έχουν αυξημένο κίνδυνο για Σύνδρομο του Αιφνίδιου Θανάτου (SIDS). Γενικά όμως, τα βρέφοι που θηλάζουν κινδυνεύουν λιγότερο να παρουσιάσουν αυτές τις παθήσεις, από τα βρέφοι που τρέφονται με τυποποιημένο γάλα και οι μητέρες τους συνεχίζουν να καπνίζουν (la leche league international). Ακόμη βρέθηκε πως τα βρέφη των οποίων οι μητέρες καπνίζουν λίγο πριν τον θηλασμό κοιμούνται 20 λεπτά λιγότερο κατά τις επόμενες τρεισήμισι ώρες, συγκριτικά με μωρά των οποίων οι μητέρες απέχουν του καπνίσματος για αρκετές ώρες. Όσο μεγαλύτερη η δόση νικοτίνης στο γάλα, τόσο μεγαλύτερη η διαταραχή του ύπνου (Sachs 2013). Επίσης το κάπνισμα κατά την διάρκεια του θηλασμού έχει συσχετιστεί με μειωμένη πρόσληψη βάρους και μειωμένη παραγωγή γάλακτος λόγω της επίδρασης της νικοτίνης η οποία μειώνει τα επίπεδα προλακτίνης του ορού (Bencke et al 2013)

Η Αμερικάνικη Παιδιατρική εταιρία προτείνει την περίοδο του θηλασμού να είναι μια ευκαιρία διακοπής καπνίσματος για μητέρες που θηλάζουν, αλλά εφόσον οι μητέρες επιθυμούν τη συνέχιση του καπνίσματος, θα πρέπει να ενθαρρύνονται να θηλάσουν. Τα οφέλη του θηλασμού είναι πολύ περισσότερα για ένα βρέφος μιας μητέρας που καπνίζει σε σχέση με ένα βρέφος που δεν θηλάζει και η μητέρα του καπνίζει (La leche league international)

Όταν μια μητέρα που θηλάζει καπνίζει ένα τσιγάρο, τα επίπεδα νικοτίνης στο αίμα και στο γάλα της αυξάνονται και στη συνέχεια μειώνονται με την πάροδο του χρόνου. Επομένως, αν η μητέρα καπνίσει αμέσως μετά το θηλασμό, η ποσότητα της νικοτίνης που παίρνει το βρέφος μέσα από το μητρικό γάλα μειώνεται. Περίπου 90 λεπτά από την ώρα του καπνίσματος, το επίπεδο της νικοτίνης στο αίμα και στο γάλα μειώνεται περίπου στο μισό. Γι' αυτό το λόγο συνιστάτε στη μητέρα να θηλάσει πριν καπνίσει και εάν είναι δυνατό να μην θηλάσει για τις επόμενες 2,5 ώρες (la leche league international). Επίσης όλοι οι καπνιστές του σπιτιού θα πρέπει να καπνίζουν έξω ή τουλάχιστον σε άλλο δωμάτιο, μακριά από το βρέφος, για να μην αναπνέει τον καπνό και τις βλαβερές ουσίες που περιέχει (Αλκυόνη 2015). Σε αυτές τις περιπτώσεις το βρέφος κινδυνεύει από το λεγόμενο 3<sup>ο</sup> ρεύμα καπνού, δηλαδή στις ουσίες του τσιγάρου που βρίσκονται στα μαλλιά, στο δέρμα και στην αναπνοή της μητέρας. Το Αμερικάνικο κολλέγιο Μαιευτήρων-Γυναικολόγων όπως και η Αμερικάνικη Εταιρία Παιδιατρικής επειδή γνωρίζουν την σπουδαιότητα του μητρικού θηλασμού προτείνουν στις μητέρες να φορούν μαντίλι στα μαλλιά και ένα ρούχο που στην συνέχεια θα αλλάξει ώστε με αυτόν τον τρόπο η έκθεση του βρέφους στις ουσίες του καπνού να ελαχιστοποιούνται. Επιπλέον συνιστάτε στην μητέρα να μειώσει όσο μπορεί το κάπνισμα (Αλκυόνη 2015). Τέλος οι γυναίκες που βρίσκονται σε θεραπεία διακοπής καπνίσματος με υποκατάστατα νικοτίνης μπορούν να θηλάσουν καθώς τα προϊόντα είναι ασφαλή.

## **5.7 Ινδική Κάνναβης και θηλασμός**

Αν και τα δεδομένα είναι περιορισμένα, έχει αποδειχθεί ότι το κύριο ψυχοδραστικό συστατικό της κάνναβης, η τετραϋδροκανναβινόλη (THC), εκκρίνεται στο μητρικό γάλα σε μικρές ποσότητες. Ωστόσο η τετραϋδροκανναβινόλη (THC) είναι ένας λιποδιαλυτός μεταβολίτης που συσσωρεύεται στον λιπώδη ιστό και επειδή αποθηκεύεται απελευθερώνεται αργά, τα επίπεδα THC στο μητρικό γάλα μπορεί να είναι οκτώ φορές υψηλότερα από τα επίπεδα στον ορό του αίματος της μητέρας (e-lactancia). Επίσης συσσωρεύεται και αποθηκεύεται στον εγκέφαλο και στον λιπώδη ιστό του νεογνού για εβδομάδες έως και μήνες

παρατείνοντας έτσι την έκθεση του (ABM 2015). Οι άμεσες επιπτώσεις που προκαλεί η χρήση μαριχουάνας κατά την διάρκεια του θηλασμού είναι η καταστολή, η αδυναμία θηλαστικών κινήσεων και η ψυχοκινητική καθυστέρηση σε παιδιά ηλικίας ενός έτους που εκτέθηκαν σε κάνναβη μέσω του θηλασμού. Μελέτες δείχνουν ότι αυξάνεται ο κίνδυνος για το Σύνδρομο Αιφνιδίου Βρεφικού Θανάτου στα νεογνά των οποίων οι μητέρες τους κάπνιζαν μαριχουάνα. Ωστόσο, τα δεδομένα σχετικά με τις μακροχρόνιες επιπτώσεις της έκθεσης μαριχουάνας στο βρέφος μέσω του θηλασμού είναι περιορισμένα και αντικρουόμενα. Γι' αυτό τον λόγο για να περιοριστεί ο δυνητικός κίνδυνος για το βρέφος, οι μητέρες που θηλάζουν και χρησιμοποιούν μαριχουάνα πρέπει να ενθαρρύνονται να διακόψουν ή να μειώσουν σημαντικά τη χρήση μαριχουάνας.

Ακόμη συνιστάται ότι η μαριχουάνα δεν πρέπει να καπνίζεται από κανέναν κοντά στα βρέφη επειδή ενδέχεται να εκτίθενται με την εισπνοή του καπνού (LactMed). Τέλος έχει αποδειχθεί ότι η μαριχουάνα μειώνει τα επίπεδα προλακτίνης, αλλά δεν έχει παρατηρηθεί μείωση της παραγωγής του γάλακτος.

## **5.8 Έκσταση και θηλασμός**

Η 3,4-μέθυλενοδιοξυμεθαμφεταμίνη γνωστή ως έκσταση περνάει στο μητρικό γάλα. Επειδή είναι συνθετικό της αμφεταμίνης προκαλεί τις ίδιες συνέπειες στο νεογνό που θηλάζει (ευερεθιστότητα, έλλειψη όρεξης και διαταραχές στο ύπνο). Ο θηλασμός θα πρέπει να αποθαρρύνεται σε γυναίκες που κάνουν χρήση έκστασης. Για τις εθισμένες μητέρες που επιλέγουν να θηλάσουν αλλά εξακολουθούν να χρησιμοποιούν έκσταση θα πρέπει να ελαχιστοποιήσουν τουλάχιστον τον κίνδυνο μεταφοράς στο νεογνό. Ο οργανισμός Women and Newborn Drug and Alcohol Service προτείνει για τις γυναίκες που κάνουν χρήση έκστασης ο θηλασμός να αποφεύγεται για τις επόμενες 24 ώρες, ενώ άλλοι οργανισμοί προτείνουν να αποφεύγεται ο θηλασμός για τις επόμενες 24 έως 48 ώρες.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

### Απεξάρτηση κατά την διάρκεια της κήσης

#### 6.1 Ο ρόλος του κράτους-Πολιτείας: Κέντρα Απεξάρτησης

Από τα τέλη της δεκαετίας του '70, σημειώθηκε στη χώρα μας αύξηση του αριθμού των εξαρτημένων, που είχε ήδη παρατηρηθεί στις άλλες ευρωπαϊκές χώρες. Η αύξηση αυτή καταγραφόταν στους διάφορους δείκτες υπολογισμού της έκτασης του προβλήματος (θάνατοι, συλλήψεις, καταδίκες, κατασχέσεις ναρκωτικών κ.λπ.), οι οποίοι -ιδιαίτερα μετά το 1985- παρουσίαζαν αλματώδη άνοδο. Η κατάσταση αυτή επιβαρυνόταν διεθνώς από την εμφάνιση του ιού του AIDS και από την ταχεία εξάπλωσή του στους χρήστες ηρωίνης. Παράλληλα, αυξανόταν και η διάθεση όλων των ναρκωτικών και ιδιαίτερα της ηρωίνης στη χώρα μας. Κάτω από αυτές τις συνθήκες, προέκυψε η ανάγκη για αλλαγή της νομοθεσίας μας, ώστε να καταστεί δυνατή η φαρμακευτική αντιμετώπιση των χρονίως εξαρτημένων από ηρωίνη ατόμων με τη χορήγηση υποκατάστατων ναρκωτικών ουσιών («πρόγραμμα υποκατάστασης»).

Το 1993, με το Νόμο 2161/1993 (ιδρυτικός νόμος του ΟΚΑΝΑ) προβλέπεται η ίδρυση μονάδων υποκατάστασης, ενώ με υπουργική απόφαση (ΓΕΟ/25/6-4-95, ΦΕΚ 254 Β') προσδιορίστηκαν οι προδιαγραφές για την ίδρυση και τη λειτουργία Πειραματικών Προγραμμάτων Υποκατάστασης (ΠΠΥ) για εξαρτημένους χρήστες ηρωίνης. Τον Ιανουάριο του 1996 ο ΟΚΑΝΑ ξεκίνησε το πρώτο στη χώρα μας ΠΠΥ με χορήγηση μεθαδόνης, και ίδρυσε τις δύο πρώτες μονάδες υποκατάστασης, μία στην Αθήνα και μία στη Θεσσαλονίκη. Σήμερα το δίκτυο των Μονάδων Ολοκληρωμένης Θεραπείας της Εξάρτησης του ΟΚΑΝΑ αριθμεί 56 Μονάδες σε όλη την Ελλάδα. Στόχος του ΟΚΑΝΑ είναι δημιουργίας μίας Μονάδας σε κάθε νομό της χώρας (ΟΚΑΝΑ 2012)

#### Προγράμματα απεξάρτησης

Όπως αναφέρθηκε παραπάνω σε κάθε χώρα έχουν δημιουργηθεί κέντρα απεξάρτησης. Στη χώρα μας τα πιο σημαντικά είναι:

- ΟΚΑΝΑ (Οργανισμός Καταπολέμησης Ναρκωτικών) και
- ΚΕΘΕΑ (Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων), τα οποία διαθέτουν κέντρα ενημέρωσης σε διάφορα σημεία της Ελλάδας. Οι οργανισμοί αυτοί παρέχουν διάφορα προγράμματα με σκοπό την απεξάρτηση.

Η θεραπεία της εξάρτησης πραγματοποιείται με τα εξής προγράμματα:

- Τα «στεγνά» θεραπευτικά προγράμματα στηρίζονται στην εντατική ψυχοκοινωνική θεραπεία, χωρίς τη χρήση υποκαταστάτων και έχουν στόχο την απεξάρτηση των χρηστών από όλες τις ουσίες και την πλήρη κοινωνική επανένταξή τους. Η ένταξη και η θεραπεία στα «στεγνά» προγράμματα ενδείκνυται για όλα τα εξαρτημένα άτομα, ακόμα και για αυτά που τελικά θα αποφασίσουν να ζητήσουν βοήθεια στο πρόγραμμα υποκατάστασης.
- Το Πρόγραμμα Υποκατάστασης παρέχεται φαρμακευτική θεραπεία σε συνδυασμό με ψυχοκοινωνική υποστήριξη και θεραπεία της ψυχιατρικής και σωματικής συννοσηρότητας. Μέλημα του προγράμματος είναι η μείωση της χρήσης ναρκωτικών καθώς και των συναφών με τη χρήση προβλημάτων - κοινωνικών και υγείας - καθώς και η διασφάλιση της δημόσιας υγείας από τη μετάδοση μολυσματικών ασθενειών ενώ παράλληλα, στόχος παραμένει να βοηθηθούν τα άτομα, που το επιθυμούν και μπορούν, να πετύχουν επιπρόσθετα της μείωσης της βλάβης, την απεξάρτηση. Κύρια επιδίωξη αποτελεί η σταθεροποίηση σε έναν κανονικό τρόπο ζωής που θα συνοδεύεται από βελτίωση των οικογενειακών και κοινωνικών σχέσεων, καθώς και από ενδιαφέρον για εκπαίδευση/κατάρτιση, για εργασία και για επαγγελματική αποκατάσταση.

Αυτό που διαφοροποιεί τα Θεραπευτικά Προγράμματα Υποκατάστασης από τα υπόλοιπα θεραπευτικά προγράμματα (στεγνά), είναι η χορήγηση οπιοειδών ουσιών, όπως η μεθαδόνη και η βουπρενορφίνη. Η υποκατάσταση εφαρμόζεται σήμερα σε όλα τα κράτη - μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης, στα οποία η θεραπευτική αυτή μέθοδος καλύπτει περίπου τα 2/3 των θέσεων θεραπείας. Σε ευρωπαϊκό επίπεδο υπάρχει ομοφωνία όσον αφορά τα οφέλη της θεραπείας αυτής, καθώς τα επιστημονικά δεδομένα από τις άλλες χώρες και τη δική μας δείχνουν ότι η θεραπεία υποκατάστασης συμβάλλει στη μείωση της εγκληματικότητας, των λοιμωδών νοσημάτων, των θανάτων που συνδέονται με τα ναρκωτικά καθώς και του κοινωνικού αποκλεισμού, ενώ ταυτόχρονα βοηθά στην κοινωνική επανένταξη των θεραπευμένων (OKANA 2012).

## 6.2 Απεξάρτηση κατά την κύηση-Θεραπεία

Πρώτα απ' όλα, είναι ανάγκη οι έγκυες γυναίκες να υποβάλλονται σε ιατρική φροντίδα για την απεξάρτηση από το αλκοόλ και / ή τα ναρκωτικά κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, τόσο για την ασφάλειά τους όσο και για την ασφάλεια του εμβρύου. Η εγκυμοσύνη απαιτεί ένα εξειδικευμένο θεραπευτικό πρόγραμμα σχεδιασμένο για να αντιμετωπίζει τη μητέρα και το παιδί με τον ασφαλέστερο δυνατό τρόπο.

Οι έγκυες γυναίκες με εξάρτηση από οπιοειδή κινδυνεύουν για διάφορες μαιευτικές επιπλοκές. Για να ελαχιστοποιηθούν οι επιπτώσεις αυτών των ιατρικών και μαιευτικών επιπλοκών, η θεραπεία συντήρησης με μεθαδόνη ή βουπρενορφίνη για χρόνιο πόνο και απόσυρση ουσιών είναι σήμερα η αποδεκτή τυποποιημένη θεραπεία για εξαρτώμενες από οπιοειδή έγκυες γυναίκες, όπως συνιστά το Κέντρο για την θεραπεία κατάχρησης ουσιών, τα Εθνικά Ινστιτούτα Υγείας και ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας και το Αμερικάνικο Κολλέγιο Μαιευτήρων-Γυναικολόγων.

Η βουπρενορφίνη και η μεθαδόνη έχουν αποδειχθεί ότι είναι ασφαλείς και αποτελεσματικές θεραπείες για τη διαταραχή της χρήσης οπιοειδών κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και ότι μπορούν αποτελεσματικά να αντιμετωπίσουν τη διαταραχή της χρήσης οπιοειδών κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης (NIDA 2017).

Η πλήρης αποτοξίνωση από τα οπιοειδή κατά την εγκυμοσύνη δεν συνιστάται λόγω εμφάνισης σοβαρών συμπτωμάτων στέρησης της μητέρας το οποίο προκαλεί σοβαρή δυσχέρεια στο έμβρυο, υποτροπής χρήσης παράνομων ναρκωτικών και επανάληψης συμπεριφορών υψηλού κινδύνου όπως ενδοφλέβια χρήση ναρκωτικών, πορνεία και εγκληματική δραστηριότητα (Stewart et al 2013). Σε αντίθεση, η θεραπεία υποκατάστασης κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης ελαχιστοποιεί τα συμπτώματα στέρησης, μειώνει τη συμπεριφορά ανάληψης κινδύνων και μειώνει τον κίνδυνο μετάδοσης μολυσματικών ασθενειών όπως ο ιός της ηπατίτιδας C και του HIV (Krans et al 2016). Η θεραπεία απεξάρτησης είναι πιο αποτελεσματική όταν χρησιμοποιείται σε συνδυασμό με συμβουλευτική.

Στις περισσότερες περιπτώσεις, οι έγκυες γυναίκες αρχίζουν την θεραπεία σε ειδικά κέντρα απεξάρτησης ακολουθώντας ένα ειδικό θεραπευτικό πρόγραμμα. Τα πρωτόκολλα διαφέρουν μεταξύ των θεραπευτικών προγραμμάτων. Μόλις επιτευχθεί η σταθεροποίηση της δόσης, οι έγκυες συνεχίζουν να λαμβάνουν τα φάρμακα από τα ειδικά κέντρα απεξάρτησης και επιστρέφουν καθημερινά για την επίβλεψη χορήγησης της δόσης (Krans et al 2016). Ορισμένες

μειωτικές υπηρεσίες ξεκινούν τη θεραπευτική αγωγή με μεθαδόνη ή βουπρενορφίνη σε νοσοκομειακή περίθαλψη κάτι που επιτρέπει την στενότερη παρακολούθηση της ανταπόκρισης του φαρμάκου (Acog 2017).

Οι γυναίκες, οι οποίες χρησιμοποιούν κοκαΐνη, κάνναβη ή αμφεταμίνες κατά την κύηση, θα πρέπει να καθοδηγηθούν προς το να διακόψουν εντελώς τη χρήση, καθώς δεν υπάρχει κάποιο ασφαλές υποκατάστατο. Σε αυτές θα πρέπει να προσφέρεται πρόσβαση σε ψυχολογική θεραπεία (WHO 2014).

### Θεραπεία με Μεθαδόνη

Η χορήγηση της μεθαδόνης ως υποκατάστατο της χρήσης οπιοειδών είναι ευρέως διαδεδομένη στον ευρωπαϊκό χώρο, αν και σε κάποιες ευρωπαϊκές χώρες είναι πιθανή η χορήγηση βουπρενορφίνης καθώς και της βραδείας αποδέσμευσης από του στόματος μορφίνης

Εκτός από τα ψυχοκοινωνικά οφέλη της, η μεθαδόνη είναι η προτιμώμενη θεραπεία για την εξάρτηση από οπιοειδή λόγω των φαρμακοκινητικών της ιδιοτήτων, ιδιαίτερα της μακράς διάρκειας ημιζωής της (20-35 ώρες), η οποία σχετίζεται με τη συσσώρευση στον ιστό και την επακόλουθη αργή απελευθέρωση στο αίμα (Lugo et al 2005). Αυτή η μακρά ημιζωή επιτρέπει την άπαξ ημερησίως δοσολόγηση η οποία αποτρέπει την εμφάνιση των συμπτωμάτων στέρησης για τουλάχιστον 24 ώρες. Άλλα πλεονεκτήματα είναι ότι η μεθαδόνη είναι δραστική όταν χορηγείται από το στόμα και έτσι μειώνεται ο κίνδυνος μόλυνσης αιματογενώς νοσημάτων (AIDS, HCV), δεν έχει την ευφορική δράση της ηρωίνης, έχει την ιδιότητα να εμποδίζει την έξαρση της ψυχικής διάθεσης που αυτή προκαλεί, ενώ μειώνει σημαντικά και την επιθυμία για χρήση, βοηθά τις έγκυες γυναίκες να διαχειριστούν καλύτερα τον εθισμό τους, μειώνει την έκθεση του εμβρύου σε χρήση παράνομων ναρκωτικών και έτσι μειώνονται και οι αρνητικές συνέπειες που προκαλούν στο έμβρυο και τέλος προκαλεί ηπιότερα συμπτώματα απόσυρσης στο νεογνό (NIDA 2017). Είναι ιδιαίτερα σημαντικό να μη γίνεται χρήση κατασταλτικών ουσιών, όπως είναι το αλκοόλ και τα υπνωτικά χάπια (Vulbegaal, Hipnocedon), μαζί με μεθαδόνη. Τέτοια χρήση μπορεί να οδηγήσει σε υπερδοσολογία (Τσατσαρώνη 2013).

Εάν μια γυναίκα έχει υποβληθεί σε θεραπεία με σταθερή δόση μεθαδόνης πριν από την εγκυμοσύνη, οι φαρμακοκινητικές και φυσιολογικές αλλαγές που εμφανίζονται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης μπορεί να απαιτήσουν προσαρμογές της δόσης, (McCarthy et al



2015). Ο μεταβολισμός της μεθαδόνης μπορεί να αλλάξει σημαντικά κατά την εγκυμοσύνη, οδηγώντας σε χαμηλότερα επίπεδα συγκέντρωσης μεθαδόνης στο αίμα με αποτέλεσμα να εμφανίζονται συμπτώματα στερητικού συνδρόμου. Ωστόσο, οι μεταβολές αυτές μπορεί να ποικίλλουν σημαντικά. Για παράδειγμα, ο μεταβολισμός της μεθαδόνης αυξάνεται κατά το τρίτο τρίμηνο της κύησης και μπορεί να είναι περιστασιακά αναγκαίο να αυξηθεί η δόση του υποκαταστάτου ή να μοιραστεί, από χορήγηση μια φορά την ημέρα σε χορήγηση δύο φορές την ημέρα, ή και τα δύο (Τσατσαρώνη 2013). Δεν χρειάζονται όλες οι γυναίκες αύξηση της δόσης κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και οι προσαρμογές της δοσολογίας πρέπει να γίνονται κλινικά (Acog 2017). Εάν μια γυναίκα ξεκινά θεραπεία με μεθαδόνη ενώ είναι έγκυος, η δόση της πρέπει να προσαρμόζεται σύμφωνα με τα ασφαλή πρωτόκολλα. Μια ανεπαρκής δόση μεθαδόνης στη μητέρα μπορεί να οδηγήσει σε ήπια έως μέτρια συμπτώματα στέρησης οπιοειδών κάτι που μπορεί να προκαλέσει στρες στο έμβρυο, γεγονός που αυξάνει την πιθανότητα υποτροπής και διακοπής της θεραπείας (McCarthy et al 2015). Οι δόσεις της μεθαδόνης θα πρέπει να ελέγχονται τις πρώτες ημέρες και/ή εβδομάδες μετά τον τοκετό, καθώς είναι πιθανό να χρειάζονται αναπροσαρμογή (NZMH 2008). Εάν η έγκυος γυναίκα έχει ήδη λάβει θεραπεία με μεθαδόνη, δεν θα πρέπει να μεταβαίνει στη βουπρενορφίνη λόγω του σημαντικού κινδύνου εμφάνισης συμπτωμάτων στέρησης (Acog 2017).

Αν η έγκυος, στην οποία χορηγείται μεθαδόνη, έχει συχνούς εμετούς, τότε το θεραπευτικό της πλάνο χρήζει διαφοροποίησης και εξατομίκευσης, ώστε να είναι δυνατή η λήψη αντιεμετικής αγωγής με στόχο τη σταθεροποίηση του επιπέδου οπιοειδών στο αίμα. Αν προταθούν μειώσεις της δόσης της μεθαδόνης, αυτό θα πρέπει να γίνει κατά το δεύτερο τρίμηνο, σε μικρές ποσότητες και μόνο όταν η κύηση είναι σταθεροποιημένη, καθώς είναι σημαντικό να αποφεύγονται συμπτώματα στέρησης στην έγκυο, τα οποία μπορούν να διαταράξουν το έμβρυο. Για το λόγο αυτό θα πρέπει να υπάρχει ευελιξία όσον αφορά την ποσότητα και συχνότητα των μειώσεων του υποκαταστάτου και οι μειώσεις αυτές θα πρέπει να ανταποκρίνονται εξατομικευμένα στα συμπτώματα της εγκύου (NZMH, 2008).

Δεν υπάρχουν δεδομένα, τα οποία συνδέουν τη θεραπεία μεθαδόνης με τερατογεννήσεις (NZMH 2008). Ωστόσο, φαίνεται να υπάρχει συνάφεια ανάμεσα στη δόση της μεθαδόνης και στη σοβαρότητα του νεογνικού στερητικού συνδρόμου (Τσατσαρώνη 2013). Αν και η χορήγηση της μεθαδόνης είναι ευρέως διαδεδομένη θεραπεία με υποκατάστατα στην Ευρώπη, μία από τις παρενέργειες αυτής είναι το νεογνικό στερητικό σύνδρομο, αλλά σε ηπιότερη μορφή.

### Θεραπεία με Βουπρενορφίνη

Η βουπρενορφίνη είναι και αυτή ένα οπιοειδές φάρμακο, όπως και η μεθαδόνη. Χρησιμοποιείται στη θεραπευτική αντιμετώπιση της εξάρτησης από ηρωίνη. Η αποτελεσματικότητά της έχει αποδειχθεί τόσο στη θεραπεία υποκατάστασης της ηρωίνης, όσο και στη σωματική αποτοξίνωση από την ηρωίνη, αλλά και από τη μεθαδόνη. Η βουπρενορφίνη, όπως και πολλά άλλα οπιοειδή, έχει χρησιμοποιηθεί και ως ισχυρό αναλγητικό.

Στα θεραπευτικά προγράμματα υποκατάστασης η βουπρενορφίνη χορηγείται υπό τη μορφή υπογλώσσιας ταμπλέτας. Πρόκειται για μια μορφή χαπιού που δεν πρέπει να καταπίνετε ή να το μασάτε, αλλά να αφήνετε να λιώσει στο στόμα (χρειάζονται 15-30 λεπτά). Η δράση της αρχίζει μετά από 30 περίπου λεπτά και διαρκεί, ανάλογα με τη δόση, έως και τρεις ημέρες.

Όταν η βουπρενορφίνη χορηγείται στην κατάλληλη δοσολογία εξαλείφει τα στερητικά συμπτώματα της ηρωίνης και των άλλων οπιοειδών, ενώ μειώνει την επιθυμία που έχει το εξαρτημένο άτομο να κάνει χρήση ηρωίνης. Έχει δηλαδή όμοια αποτελέσματα με την μεθαδόνη.

Επιπλέον αυτών, η βουπρενορφίνη παρουσιάζει και κάποια πλεονεκτήματα σε σχέση με τη μεθαδόνη, όπως ότι έχει μεγαλύτερη διάρκεια δράσης, όχι μόνο από την ηρωίνη, αλλά και από τη μεθαδόνη. Συγκεκριμένα, στην κατάλληλη δόση, μπορεί να είναι αποτελεσματική για έως και 72 ώρες. Έτσι δεν είναι απαραίτητη η καθημερινή προσέλευση στο πρόγραμμα. Η χορήγηση μπορεί να γίνεται τρεις φορές την εβδομάδα. Η βουπρενορφίνη δρα στους ίδιους μ-οπιοειδείς υποδοχείς όπως η ηρωίνη και η μορφίνη αλλά λειτουργεί ως μερικός και όχι ως πλήρης αγωνιστής, καθιστώντας την υπερβολική δόση λιγότερο πιθανή, ακόμη και αν ληφθεί σε αρκετά μεγάλη δόση (Mozurkewich et al 2014). Εμφανίζει πολύ λιγότερα στερητικά συμπτώματα από τη μεθαδόνη και για το λόγο αυτό είναι ευκολότερο να αποτοξινωθεί κανείς από αυτήν. Για τον ίδιο λόγο, μπορεί να χρησιμοποιηθεί για όποιους δυσκολεύονται να αποτοξινωθούν από τη μεθαδόνη (Τσατσαρώνη 2013).

Παρ' όλο που η μεθαδόνη είναι το φάρμακο που συνιστάται για εγκύους εξαρτημένες στα οπιοειδή, η βουπρενορφίνη έχει αποδειχθεί ότι είναι εξίσου αποτελεσματική. Η βουπρενορφίνη είναι ένα πιο πρόσφατα εγκεκριμένο φάρμακο για τη θεραπεία του εθισμού σε οπιοειδή και δεν υπάρχουν επαρκείς δεδομένα για τις επιδράσεις της σε εγκύους και τα μωρά τους ενώ τα διαθέσιμα στοιχεία συγκλίνουν στην άποψη ότι οι κίνδυνοι από τη χορήγηση βουπρενορφίνης είναι πολύ μικρότεροι συγκρινόμενοι με τους κινδύνους που

συνδέονται με την κατάχρηση οπιοειδών από την έγκυο. Επίσης, υπάρχουν ερευνητικά δεδομένα, σύμφωνα με τα οποία η λήψη βουπρενορφίνης κατά την κύηση δεν έχει συσχετισθεί με ανεπιθύμητες ενέργειες (Poon et al 2014). Πολλές μελέτες αναδεικνύουν ότι τα νεογνά μητέρων που έλαβαν ως υποκατάστατο τη βουπρενορφίνη εκδηλώνουν ήπια συμπτώματα απόσυρσης σε σχέση με την μεθαδόνη. Μια έγκυος που χρησιμοποιεί την βουπρενορφίνη ως θεραπεία για την απεξάρτηση από τα οπιοειδή συνιστάται να παραμείνει στην θεραπεία με βουπρενορφίνη παρά να της χορηγηθεί μεθαδόνη για τον κίνδυνο της εμφάνισης του στερητικού συνδρόμου στο νεογνό.

### Suboxone

Το Suboxone είναι φάρμακο που εγκρίνεται από την Αμερικάνικη Υπηρεσία Τροφίμων και Φαρμάκων (FDA) για τη θεραπεία εξάρτησης από τα οπιοειδή (AmericanAddictionCenter 2017). Το Suboxone είναι φάρμακο που περιέχει δύο δραστικές ουσίες, τη βουπρενορφίνη και τη ναλοξόνη. Δεν συνιστάται για την θεραπεία απεξάρτησης από τα οπιοειδή κατά την διάρκεια της κύησης καθώς δεν είναι γνωστές οι επιδράσεις στο έμβryo από τη μακρόχρονη έκθεσή του στη ναλοξόνη. Ωστόσο, οι ερευνητές που διενήργησαν πρόσφατη ανασκόπηση της βουπρενορφίνης και της βουπρενορφίνης / ναλοξόνης κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι δεν υπήρξαν σημαντικές διαφορές στις ανεπιθύμητες μητρικές και εμβρυϊκές εκβάσεις μεταξύ μονοθεραπείας με βουπρενορφίνη και συνδυαστικής θεραπείας με βουπρενορφίνη / ναλοξόνη (Lund et al 2013, Debelak et al 2013, Wiegand SL et al 2015).

### **6.2.1 Απεξάρτηση από τις Βενζοδιαζεπίνες κατά την διάρκεια της κύησης**

Επειδή η συνεχιζόμενη χρήση βενζοδιαζεπίνων στην εγκυμοσύνη συνδέεται με σημαντικό κίνδυνο βλάβης και επειδή η απότομη διακοπή τους μπορεί να οδηγήσει σε σοβαρό σύνδρομο στέρησης που περιλαμβάνει επιληπτικές κρίσεις και ψύχωση που μπορεί να αποβεί μοιραίο και για το έμβryo μέχρι και εμβρυϊκό θάνατο, έχει αποδειχθεί ότι η χρήση βενζοδιαζεπίνης μακράς διάρκειας για μικρό χρονικό διάστημα με την σταδιακή μείωση της δόσης και την ψυχολογική θεραπεία είναι η μοναδική λύση για την απεξάρτηση κατά την διάρκεια της κύησης (WHO 2014).

## **6.2.2 Απεξάρτηση από το αλκοόλ κατά την διάρκεια της κύησης**

Λόγω των σοβαρών συνεπειών της διαρκούς κατανάλωσης αλκοόλ κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, η θεραπεία της απεξάρτησης από το αλκοόλ είναι μια πολύ σημαντική. Οι βενζοδιαζεπίνες έχει θεωρηθεί ως πρώτης γραμμής φαρμακολογική θεραπεία για ασθενείς που δεν είναι έγκυες (Amato L et al 2010). Ωστόσο, δεν υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία κλινικών μελετών σχετικά με τη χρήση βενζοδιαζεπινών για τη θεραπεία της απόσυρσης από το αλκοόλ κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Υπάρχουν κάποιες ενδείξεις που υποδηλώνουν αρνητικές επιδράσεις, ιδιαίτερα κατά το πρώτο τρίμηνο καθώς και κατά τις τελευταίες εβδομάδες της εγκυμοσύνης. Στην πραγματικότητα, η χρήση βενζοδιαζεπινών κατά το πρώτο τρίμηνο έχει συσχετισθεί με αυξημένο κίνδυνο για σχιστίες στόματος και άλλες δυσμορφίες. Επιπλέον, η χρήση βενζοδιαζεπινών στις τελευταίες εβδομάδες της εγκυμοσύνης συνεπάγεται τον κίνδυνο εμφάνισης συνδρόμου στέρησης μετά τη γέννηση. Η κλομεθιαζόλη, η οποία χρησιμοποιείται ευρέως στην Κεντρική Ευρώπη, δεν πρέπει να χρησιμοποιείται σε έγκυες γυναίκες, επειδή δεν μπορεί να αποκλειστεί ο κίνδυνος πιθανών τερατογόνων επιδράσεων. Άλλα φάρμακα που χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία συμπτωμάτων στέρησης από το αλκοόλ, όπως αντισπασμωδικά, σχετίζονται επίσης με υψηλότερο κίνδυνο εμβρυϊκών δυσμορφιών και πρέπει να συνταγογραφούνται μόνο σε ειδικές περιπτώσεις σοβαρής στέρησης. Οι ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις μπορούν να συμβάλουν στη μείωση της κατανάλωσης αλκοόλ ή στην ενίσχυση της αποχής από εγκύους. Μια πρόσφατη μελέτη έδειξε ότι υπάρχει έντονο ενδιαφέρον για φαρμακολογική θεραπεία για τη μείωση της κατανάλωσης οινοπνεύματος μεταξύ των εγκύων (Jones HE et al 2012). Ωστόσο, τα δεδομένα σχετικά με τις τερατογόνες ή τοξικές επιδράσεις αυτών των ενώσεων κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι πολύ περιορισμένα. Ως εκ τούτου, δεν μπορούν να δοθούν οριστικές συστάσεις σχετικά με αυτά τα φάρμακα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Από την άλλη πλευρά, η ναλτρεξόνη παρουσιάζει δυνατότητα χρήσης σε γυναίκες που εξαρτώνται από αλκοόλ κατά την διάρκεια της κύησης αλλά επειδή οι έρευνες για την επίδραση της κατά την διάρκεια της κύησης είναι ελάχιστα δεν συνιστάται.

## **6.3 Ειδικά προγράμματα για εξαρτημένες μητέρες**

### **Ειδικό Θεραπευτικό Πρόγραμμα για Εξαρτημένες Μητέρες**

Το Ειδικό Θεραπευτικό Πρόγραμμα για Εξαρτημένες Μητέρες δημιουργήθηκε από το θεραπευτικό πρόγραμμα ΙΘΑΚΗ το Νοέμβριο του 2001. Προσφέρει υπηρεσίες σε

εξαρτημένες μητέρες παιδιών προσχολικής και σχολικής ηλικίας, καθώς και σε εξαρτημένες εγκύους. Επίσης, το Πρόγραμμα είναι εξωτερικής παρακολούθησης και οι μητέρες μπορούν να συνεχίσουν να εργάζονται και να μένουν στο σπίτι τους. Για εκείνες που δεν μπορούν να διαμένουν σε αυτό, παρέχεται η δυνατότητα διαμονής σε ξενώνα.. Για τις ώρες που είναι απασχολημένοι οι γονείς (εργασία, θεραπευτικές διαδικασίες κ.ά.) και τα παιδιά δεν είναι μαζί με τους γονείς υπάρχει ειδικά διαμορφωμένος χώρος φύλαξης και δημιουργικής απασχόλησης που λειτουργεί με τη φροντίδα βρεφονηπιοκόμου και παιδοψυχολόγου, καθώς και υπαίθριος παιδότοπος. Βασικός στόχος του προγράμματος είναι και η υποστήριξη της σχέσης γονέα-παιδιού και η ενίσχυση στο γονικό τους ρόλο μέσα από την παροχή εκπαίδευσης για θέματα διατροφής, εξελικτικής ανάπτυξης του παιδιού, σχέσεων στην οικογένεια, παιδικών ασθενειών και εμβολιασμών και άλλα. Επίσης παρέχεται ιατρική παρακολούθηση στα παιδιά (ΚΕΘΕΑ).

### **Ειδικό Πρόγραμμα για Εξαρτημένες Μητέρες & τα Παιδιά τους**

Η Μονάδα Απεξάρτησης 18 ΑΝΩ διαμόρφωσε το 2006 το πρώτο Ειδικό Πρόγραμμα για Εξαρτημένες Μητέρες και τα παιδιά τους, που λειτουργεί στην Ελλάδα, στα πλαίσια του ΕΣΥ. Σε αυτό γίνεται η πρώτη επαφή της εξαρτημένης γυναίκας και μητέρας με το θεραπευτικό πρόγραμμα. Συγκεκριμένα:

- Πραγματοποιείται η ευαισθητοποίηση της εξαρτημένης μητέρας στο πρόβλημα της ουσιοεξάρτησης, η σταθεροποίηση της απόφασής της, η εμπλοκή της στη θεραπευτική διαδικασία και η ένταξή της στο Θεραπευτικό Πρόγραμμα μέσα από ατομικές συνεδρίες, ομάδες ψυχοθεραπείας, ομάδες έκφρασης
- Παρέχονται συμβουλευτικές υπηρεσίες και στήριξη ως προς την αντιμετώπιση των πολλαπλών ψυχοκοινωνικών και ιατρικών προβλημάτων της ίδιας και του παιδιού της σε άμεση συνεργασία με φορείς κι υπηρεσίες που σχετίζονται με τη φροντίδα του παιδιού (νομικές εκκρεμότητες, ιατρικές εξετάσεις, εκτίμηση της αναπτυξιακής πορείας του παιδιού) και με ειδική μέριμνα για τις περιπτώσεις απώλειας της επιμέλειας.

Τμήμα ψυχολογικής απεξάρτησης, Ειδικό Πρόγραμμα Εξαρτημένων Γυναικών και Μητέρων (Εσωτερικής διαμονής 30 θέσεων, Αθήνα).

Σε αυτό πραγματοποιείται η Β΄ φάση του προγράμματος, κατά την οποία η εξαρτημένη γυναίκα και μητέρα μέσα από διάφορες θεραπευτικές διαδικασίες (ατομική και ομαδική ψυχοθεραπεία, δραματοθεραπεία, εργοθεραπεία, μουσικοθεραπεία, κ.α.) προσπαθεί να συνειδητοποιήσει τους πραγματικούς λόγους που την οδήγησαν στην εξάρτηση και να αναζητήσει καινούριους τρόπους ζωής, χωρίς ωστόσο να αναγκαστεί να αποχωριστεί το παιδί της για τη συγκεκριμένη χρονική περίοδο. Κατά τη φάση αυτή:

- Οι μητέρες, έγκυες ή με παιδιά μικρότερα των πέντε χρόνων, διαμένουν σε ένα περιβάλλον προστατευμένο και απόλυτα προσαρμοσμένο στις ιδιαίτερες ανάγκες τους.
- Έχουν πλήρη ιατρική παρακολούθηση και κάλυψη.
- Συμμετέχουν σε όλες τις θεραπευτικές δραστηριότητες του προγράμματος.
- Συμμετέχουν σε ειδικές δραστηριότητες, με τη σταθερή στήριξη ψυχολόγων, βρεφονηπιοκόμων και ειδικών θεραπειών, με στόχο την αντίληψη των σωματικών, συναισθηματικών και ψυχοκοινωνικών αναγκών των παιδιών, την ανταπόκριση σε αυτές και την ενδυνάμωση του μεταξύ τους δεσμού.

Τα παιδιά :

- Συμμετέχουν σε δραστηριότητες ομαδικές ή ατομικές, ψυχοπαιδαγωγικού χαρακτήρα και δημιουργικής απασχόλησης.
- Παρακολουθούνται συστηματικά από εξειδικευμένους ψυχολόγους, ενώ λαμβάνεται μέριμνα για την κάλυψη όποιων αναπτυξιακών, ιατρικών ή άλλων αναγκών
- Παρακολουθούν το πρόγραμμα του νηπιαγωγείου ή του παιδικού σταθμού της περιοχής αν αυτό κρίνεται θεμιτό. Στις περιπτώσεις κατά τις οποίες το παιδί μιας θεραπευόμενης είναι άνω των πέντε χρόνων και δεν μπορεί να ακολουθήσει τη μητέρα, εξασφαλίζεται η τακτική επαφή σε όλη τη διάρκεια της κλειστής φάσης. Για το διάστημα αυτό το παιδί παρακολουθείται από εξειδικευμένο ψυχολόγο.

#### Τμήμα κοινωνικής επανένταξης

Πρόκειται για την Γ΄ φάση του προγράμματος, όπου προετοιμάζεται η επάνοδος κι ένταξη στο κοινωνικό σύνολο. Για τις μητέρες που αντιμετωπίζουν πρόβλημα διαμονής λειτουργεί κοινωνικός ξενώνας. Η μητέρα στηρίζεται, ώστε να αναλάβει πλέον την ευθύνη ανατροφής του παιδιού καθώς και την κάλυψη των ψυχοκοινωνικών αναγκών του (φροντίδα,

υγειονομική κάλυψη, συμμετοχή στο εκπαιδευτικό σύστημα, και άλλα). Συνεχίζεται και εδώ η στήριξη του παιδιού και της μητέρας από εξειδικευμένους ψυχολόγους.

#### **6.4 Διακοπή του καπνίσματος κατά την διάρκεια της κύησης**

Το κάπνισμα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης αυξάνει τους κινδύνους των επιπλοκών της μητέρας, του εμβρύου και του νεογνού και παραμένει ένα σημαντικό πρόβλημα υγείας. Παρ' όλο που η εγκυμοσύνη είναι συχνά ένα ισχυρό κίνητρο για την παύση του καπνίσματος, πολλές έγκυες γυναίκες συνεχίζουν να καπνίζουν..Η διακοπή του καπνίσματος πριν ή κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης μπορεί να μειώσει σημαντικά τον κίνδυνο επιπλοκών της εγκυμοσύνης και να μειώσει τις αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία της μητέρας και του παιδιού (Chamberlain C et al 2013). Συνεπώς, είναι αναγκαίες οι στρατηγικές διακοπής του καπνίσματος κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Η συμβουλευτική θεραπεία που παρέχεται από τα προγεννητικά προγράμματα διακοπής του καπνίσματος είναι ασφαλής και αποτελεσματική κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Η θεραπεία υποκατάστασης νικοτίνης (NRT), σε συνδυασμό με την συμβουλευτική θεραπεία, είναι η πιο αποτελεσματική στρατηγική για την επίτευξη διακοπής του καπνίσματος κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης σε γυναίκες που είναι αρκετά εθισμένες και δεν μπορούν να κόψουν το κάπνισμα (Osadchy et al 2009).

##### **6.4.1 Συμβουλευτική θεραπεία διακοπής καπνίσματος κατά την διάρκεια της κύησης**

###### *ΤΑ «5 Α» ΤΗΣ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΣΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ*

Η προσέγγιση των πέντε βημάτων που αναπτύχθηκε από το Εθνικό Αντικαρκινικό Ινστιτούτο (National Cancer Institute), τον Αμερικάνικο Ιατρικό Σύλλογο (American Medical Association) και άλλους φορείς, αποδείχθηκε πολύ αποτελεσματική για εγκύους. Το πρόγραμμα πέντε βημάτων γνωστό και ως 5Α συνιστάται για να βοηθήσει τις εγκύους να διακόψουν το κάπνισμα. Το 2010 το Αμερικανικό Κολέγιο Μαιευτήρων-Γυναικολόγων, προτείνει τα «5Α», ως παρέμβαση εκλογής, ώστε να εφαρμόζονται συστηματικά σε κάθε έγκυο, καθώς θεωρούνται σύντομα και εύχρηστα (ACOG 2017).

Σύμφωνα με τον αλγόριθμο:

**Βήμα 1 (Ask):** Ο πάροχος υγειονομικής περίθαλψης (μαία/μαιεύτριας) στην πρώτη επίσκεψη ρωτά τη γυναίκα και τον σύντροφό της για την καπνιστική τους συμπεριφορά, και

αναγνωρίζει το βαθμό της εξάρτησής τους από το τσιγάρο. Επίσης γίνεται εκτίμηση της αποφασιστικότητάς τους για διακοπή του καπνίσματος. Εάν έχουν ήδη διακόψει το κάπνισμα είτε λίγο πριν την εγκυμοσύνη, είτε αμέσως μετά, αναγνωρίζεται η προσπάθειά τους και ενθαρρύνονται να παραμείνουν μη καπνίστριες. Εάν όμως είναι καπνίστριες δίνονται σύντομες πληροφορίες και συμβουλές για τη διακοπή του καπνίσματος. Εάν η γυναίκα συνεχίζει τη χρήση τσιγάρου ο πάροχος υγειονομικής περίθαλψης περνά στο δεύτερο βήμα των 5Α. **Βήμα 2 (Advise):** Στο βήμα αυτό ο πάροχος υγειονομικής περίθαλψης πρέπει να δώσει ένα ισχυρό κίνητρο στην έγκυο να κόψει το κάπνισμα. Ενημερώνονται για τις επιπτώσεις που προκαλεί το κάπνισμα τόσο στην ίδια, όσο και στο έμβρυο, καθώς επίσης και για τα οφέλη διακοπής του καπνίσματος. Ωστόσο εξίσου σημαντική είναι και η παροχή συμβουλευτικής. **Βήμα 3 (ASSESS):** Αφού γίνει η κατάλληλη παροχή συμβουλών πρέπει να εκτιμηθεί η πρόθεση της γυναίκας να διακόψει το κάπνισμα μέσα σε 30 ημέρες. **Βήμα 4 (ASSIST):** Στην περίπτωση που η γυναίκα δείχνει προθυμία να προχωρήσει σε διακοπή καπνίσματος ο πάροχος υγειονομικής περίθαλψης δηλώνει την ικανοποίησή του από την απόφαση της γυναίκας και πως είναι πρόθυμος να την βοηθήσει. Τους δίνεται ο οδηγός αυτοβοήθειας, ενθαρρύνονται να χρησιμοποιούν τις πρακτικές λύσεις για την αντιμετώπιση διαφόρων δυσκολιών και να ζητήσουν βοήθεια από το οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον τους. **Βήμα 5 (ARRANGE):** Κατά της επόμενες επισκέψεις της εγκύου ο πάροχος υγειονομικής περίθαλψης πρέπει να παρακολουθεί την πρόοδό της, να ενισχύει τα μέτρα για διατήρηση της αντικαπνιστικής συμπεριφοράς και να ενθαρρύνει συνεχώς την γυναίκα να διατηρήσει αυτή την συμπεριφορά (ACOG 2017).

#### **6.4.2 Θεραπεία με υποκατάστατα νικοτίνης (NRT)**

Η συμβουλευτική θεραπεία και η εκπαίδευση των εγκύων θα πρέπει να συνιστώνται ως θεραπεία πρώτης γραμμής για διακοπή του καπνίσματος. Η NRT περιέχει μόνο νικοτίνη και καμία από τις επιβλαβείς χημικές ουσίες που υπάρχουν στα τσιγάρα, γι 'αυτό θεωρείται ότι είναι πολύ καλύτερη επιλογή. Επί του παρόντος υπάρχουν ανεπαρκή στοιχεία για να διαπιστωθεί εάν το NRT είναι ασφαλές και αποτελεσματική κατά την κύηση, αλλά τα διαθέσιμα δεδομένα και η γνώμη των εμπειρογνομόνων υποδεικνύουν ότι είναι λιγότερο επιβλαβές από το να συνεχίζει η έγκυος να καπνίζει. Η NRT συνιστάται ως θεραπεία δεύτερης γραμμής σε περίπτωση που οι έγκυες αποτυγχάνουν να σταματήσουν το κάπνισμα ή δεν ανταποκρίνονται στη συμβουλευτική θεραπεία. (Cressman et al 2012). Λόγω της έλλειψης



δεδομένων ασφάλειας και αποτελεσματικότητας, πολλές κατευθυντήριες γραμμές έχουν προτείνει περιορισμό της διάρκειας χρήσης των επιδερμικών επιθεμάτων (δηλ. 16 ώρες έναντι 24 ωρών) ή χρησιμοποιούνται μορφές NRT με λιγότερη δοσολογία (δηλ. τσιγλες νικοτίνης, παστίλιες, ρινικά σπρέι ή εισπνοή). Δεδομένου ότι κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης μεταβολίζεται η νικοτίνη ταχύτερα, δεν είναι σαφές εάν οι χαμηλότερες και / ή οι διαλείπουσες δόσεις του NRT είναι αποτελεσματικές.

Γενικότερα απαιτούνται περαιτέρω έρευνες σχετικά με την αποτελεσματικότητα και την ασφάλεια της NRT

Το Αμερικανικό Κολέγιο Μαιευτήρων και Γυναικολόγων συνέστησε τη χρήση NRT κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης αλλά να γίνεται μετά από προσεκτική αξιολόγηση και στενή παρακολούθηση υπό τον όρο ότι η έγκυος γυναίκα είναι αποφασισμένη να σταματήσει το κάπνισμα (ACOG 2017).

Στα σκευάσματα υποκατάστασης νικοτίνης περιλαμβάνονται τα από του στόματος υποκατάστατα (τσιγάρα, παστίλιες νικοτίνης), επιθέματα νικοτίνης, η συσκευή εισπνοής νικοτίνης και τα σπρέι ρινικών ψεκασμών νικοτίνης.

#### **6.4.3 Φαρμακοθεραπεία για την διακοπή του καπνίσματος**

Η βαρενικλίνη και η βουπροπιόνη είναι φάρμακα που χρησιμοποιούνται αποτελεσματικά για την διακοπή του καπνίσματος. Δεν υπάρχουν επαρκή στοιχεία για την αξιολόγηση της ασφάλειας και της αποτελεσματικότητας αυτών των θεραπειών κατά την κύηση και τη γαλουχία (ACOG 2017). Παρ' όλα αυτά αποτελούν απόλυτη αντένδειξη τόσο για την κύηση όσο και για τον θηλασμό και δεν πρέπει να χορηγούνται. Ωστόσο, μπορεί να χορηγηθούν στον σύντροφο αν καπνίζει ή σε οποιοδήποτε άλλο άτομο που βρίσκεται στο άμεσο περιβάλλον της εγκύου (Βιβιάκη, Τζέλη 2016, American Pregnancy Association 2017)

#### **6.4.4 Ηλεκτρονικό τσιγάρο**

Τα ηλεκτρονικά τσιγάρα είναι ένα νέο προϊόν που διατίθεται στην αγορά και το οποίο παρουσιάζεται τόσο ως προϊόν υποκατάστασης του τσιγάρου, όσο και ως προϊόν για την διακοπή του καπνίσματος. Οι περισσότεροι τύποι υγρών αναπλήρωσης των ηλεκτρικών τσιγάρων περιέχουν νικοτίνη σε διάφορες δόσεις. Τα ηλεκτρονικά τσιγάρα, έχουν αυξηθεί σημαντικά τα τελευταία χρόνια, αλλά υπάρχουν λίγα στοιχεία σχετικά με τις επιπτώσεις στην υγεία αυτών των παραγόντων, είτε στο γενικό πληθυσμό είτε στις εγκύους συγκεκριμένα.

Υπάρχει η αντίληψη ότι αυτά τα προϊόντα αντιπροσωπεύουν ασφαλέστερη εναλλακτική λύση σε σύγκριση με το κάπνισμα τσιγάρων, επειδή δεν υπάρχουν προϊόντα καύσης του καπνού. Ωστόσο, η νικοτίνη υπό οποιαδήποτε μορφή παρουσιάζει σημαντικούς κινδύνους για την υγεία και έχει γνωστές δυσμενείς επιδράσεις στον εμβρυϊκό ιστό του εγκεφάλου και των πνευμόνων. Επίσης δεν υπάρχει καμία ένδειξη συχνών ή σοβαρών ανεπιθύμητων ενεργειών, αλλά δεν υπάρχει και καμία ένδειξη της αποτελεσματικότητάς του ως προϊόν για την διακοπή του καπνίσματος και γι' αυτό τον λόγο δεν θα πρέπει να συνιστούν αυτό το προϊόν ως μέθοδο διακοπής του καπνίσματος (ACOG 2017).



Εικόνα 3: Διακοπή καπνίσματος στην κύηση

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

### Ο ρόλος της κοινοτικής μαίας στην περιγεννητική φροντίδα εγκύων γυναικών που κάνουν χρήση ουσιών

Η μαία, σε συνεργασία με φορείς υγειονομικής και κοινωνικής περίθαλψης, θα πρέπει να θέσει ως στόχο την υποστήριξη των εθισμένων γυναικών, την παροχή βοήθειας για απεξάρτηση, την πρόληψη των παθολογικών καταστάσεων που μπορεί να προκύψουν κατά τη διάρκεια της κύησης, και τη γέννηση ενός υγιούς νεογνού. Για να επιτευχθεί αυτός ο σκοπός θα πρέπει να υιοθετηθούν νέοι τρόποι εργασίας από την πλευρά των λειτουργών υγείας και με τη βοήθεια των ψυχολόγων και κοινωνικών λειτουργών να αντιμετωπισθεί το θέμα ολιστικά, με σκοπό την καλύτερη και πιο ποιοτική παροχή φροντίδας και τη δημιουργία ενός πλαισίου για την ανάπτυξη ενός αποτελεσματικού και ιατρικά άρτιου συστήματος υποστήριξης. Ακόμη στόχος της είναι να παρέχει ένα ενθαρρυντικό μη επικριτικό περιβάλλον έτσι ώστε να ελαχιστοποιήσει τον κίνδυνο, όχι μόνο κατά την διάρκεια της κύησης και της νεογνικής περιόδου αλλά και μακροπρόθεσμα (Wright et al 2007). Για να επιτύχει αυτό, οι μονάδες φροντίδας θα πρέπει να είναι διεπιστημονικές και ανεκτικές των προβλημάτων της μητέρας. Πρωταρχικό της μέλημα είναι να προσεγγίσει τη γυναίκα να την καθησυχάσει και να την ηρεμήσει, έτσι ώστε να αναπτυχθεί μεταξύ τους μια σχέση εμπιστοσύνης. Σε καμία περίπτωση δεν πρέπει να απομονώνεται και να αντιμετωπίζεται σαν περιθωριακή. Αν η μαία αντιμετωπίσει σωστά τη γυναίκα, τότε θα κερδίσει την εμπιστοσύνη της και η γυναίκα από την πλευρά της θα αισθάνεται ασφαλής. Εξάλλου η χρήση ναρκωτικών ουσιών κάνει τη γυναίκα εξαιρετικά ευάλωτη και ευσυγκίνητη και η μαία ίσως αποτελεί το μοναδικό άνθρωπο που ενδιαφέρθηκε γι' αυτήν. Επίσης η μαία θα πρέπει να προσφέρει στην γυναίκα σιγουριά, ασφάλεια, να της εμπνέει εμπιστοσύνη και να αντιμετωπίζει με υπομονή την οποιαδήποτε χειριστική ή απαιτητική κατάσταση. Έτσι, με την ευγενή και υπομονετική συμπεριφορά της μαίας σε μαιευτικό τμήμα με το σταθερό πρόγραμμα και με τον σωστό σχεδιασμό της μαιευτικής φροντίδας, η γυναίκα θα μπορέσει όχι μόνο να φέρει εις πέρας την κύηση με όσο το δυνατόν λιγότερες δυσάρεστες συνέπειες, αλλά και να ξεφύγει από τον δύσκολο και καταστροφικό δρόμο των ναρκωτικών, αφού θα διαθέτει πλέον ένα πολύ ισχυρό κίνητρο: την γέννηση, την φροντίδα και την ανατροφή του παιδιού της.

Ο ρόλος της μαίας, από την άλλη μεριά, είναι πολύ σημαντικός καθώς μπορεί να είναι ο πρώτος επαγγελματίας υγείας που μπορεί να επισκεφτεί η τοξικομανής έγκυος η οποία αναζητά την μαιευτική φροντίδα. Η πρώτη επίσκεψη είναι και η πιο σημαντική. Αρχικά η

μαία λαμβάνει ένα λεπτομερές ιατρικό, κοινωνικό και μαιευτικό ιστορικό. Οι ερωτήσεις σχετικά με το κάπνισμα, το αλκοόλ και τη χρήση ναρκωτικών πρέπει να συμπεριλαμβάνονται στο γενικό προγεννητικό ιστορικό. Ο τρόπος που θέτονται οι ερωτήσεις, το ύφος, η στάση και η συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας απέναντι στις ερωτώμενες γυναίκες καθορίζει την αλήθεια των απαντήσεων. Η μαία θα πρέπει να αποφεύγει την άσκηση της αρνητικής κριτικής στην έγκυο που κάνει χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών διότι θίγεται με αυτόν τον τρόπο η αξιοπρέπειά της και ενδέχεται να μην προσέρθει ξανά στις επισκέψεις (Doenges et al 2009). Είναι πολύ σημαντικό οι ερωτήσεις να γίνονται με τον σωστό τρόπο ώστε οι γυναίκες να μην νιώθουν ότι απειλούνται προκειμένου να χτιστεί μια σχέση εμπιστοσύνης (Κλήμη, Βιβιάκη, Οικονομίδου 2009). Η λήψη του ιστορικού είναι πολύ σημαντική διαδικασία και πάνω στις απαντήσεις που δίνονται στηρίζεται εν μέρει ο σχεδιασμός της μαιευτικής φροντίδας. Για τον λόγο αυτό, η μαία και γενικότερα οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να έχουν θετική στάση απέναντι στις γυναίκες, να μην είναι επικριτικοί ή απορριπτικοί, ώστε να εκμαιεύσουν επαρκής και σωστές πληροφορίες.

Πέραν του ιστορικού, η μαία μπορεί να υποπτευθεί την χρήση ναρκωτικών ουσιών από την παρουσία δερματικών σημείων από ενδοφλέβιες ενέσεις, την ερυθρότητα της μύτης, τα σημεία θρομβοφλεβίτιδας καθώς και από άλλα ευρήματα, όπως το ιστορικό σεξουαλικών μεταδιδόμενων νοσημάτων, τον εξαρτημένο σύντροφο, η ίδια η γυναίκα μπορεί να ζητήσει βοήθεια στο πρόβλημα της εξάρτησής της, μπορεί να εμφανιστεί μεθυσμένη, με παραισθήσεις ή σε κατάσταση στέρησης, μπορεί να συνοδεύεται από κάποια ιατρική έκθεση άλλου νοσοκομείου στο οποίο μετέβη υπό την επήρεια ουσιών αλλά και γενικότερα από την όλη συμπεριφορά της εγκύου (Χάρος, Βιβιάκη 2016). Από τη στιγμή που η μαία αντιλαμβάνεται ότι η γυναίκα κάνει χρήση επικίνδυνων ουσιών, θα πρέπει να εστιάσει την προσοχή της και το ενδιαφέρον της στην ενημέρωση και στην εκπαίδευση της εγκύου για τους κινδύνους της χρήσης των παράνομων ουσιών και των επιπτώσεων που προκαλούν στο έμβρυο ώστε να καταλάβουν τη σημασία της διακοπής της χρήσης ναρκωτικών ουσιών. Θα πρέπει να εξηγήσει όλο το φάσμα των διαταραχών στο έμβρυο και στην κύηση (WHO 2014) και να την ενημερώσει για την έγκαιρη αναγνώριση συμπτωμάτων ψυχικών διαταραχών, κυρίως της επιλόχειας κατάθλιψης (Doulatram et al 2015). Η μαία ενθαρρύνει την γυναίκα να διακόψει την χρήση των εξαρτησιογόνων ουσιών και παραπέμπει τις γυναίκες για εισαγωγή σε ειδικά πρόγραμμα απεξάρτησης για εγκύους όσο τον δυνατόν γρηγορότερα (WHO 2014). Όλες οι μαίες θα πρέπει να γνωρίζουν τις τοπικές διευκολύνσεις που είναι διαθέσιμες γι

αυτές τις γυναίκες και να τις παραπέμπουν κατάλληλα. Όσο το δυνατόν νωρίτερα παραχθεί η θεραπεία, τόσο θα οδηγήσει σε καλύτερη έκβαση της κύησης και σε λιγότερες επιπλοκές κατά και μετά τον τοκετό. Ακόμη ενθαρρύνουν τις γυναίκες να συμμετέχουν σε ομάδες αυτοβοήθειας για παροχή συνεχούς υποστήριξης και αρωγής για την επίλυση του προβλήματος (Doenges et al 2009).

Στην κοινότητα, οι επισκέψεις του εγκύου χρήστη θα πρέπει να προγραμματίζονται πιο συχνά, ακόμη και εβδομαδιαία, επειδή οι θετικές σχέσεις που διαμορφώνονται μεταξύ των γυναικών και των μαιών παρέχουν την ευκαιρία για καλύτερη διαχείριση των περιπτώσεων στην περίθαλψη (Οικονομου κ.α 2009)

Οι έγκυες που κάνουν χρήση ναρκωτικών παραπέμπονται για προσυμπτωματικό έλεγχο λοιμωδών νοσημάτων όπως HIV/AIDS, HBV, HCV καθώς και για άλλα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα. Εκείνες που πάσχουν από λοίμωξη από τον ιό HIV ενημερώνονται ότι προορίζονται για καισαρική, έτσι ώστε να αποφευχθεί η μετάδοση του ιού στο νεογνό (Prentice 2010).

Επίσης προετοιμάζει την έγκυο για τις ανάγκες του νεογνού, την ενθαρρύνει της δίνει την δύναμη έτσι ώστε να προσαρμοστεί στον γονεϊκό ρόλο καθώς πολλές γυναίκες που βρίσκονται υπό την επήρεια ουσιών έχουν και ψυχιατρικές διαταραχές και δεν είναι σε κατάσταση να διαχειριστούν ομαλά μια κύηση (Χάρος, Βιβιλάκη 2016).

Συνήθως, η χρήση ουσιών κατά την διάρκεια της κύησης, δημιουργεί επιπρόσθετες επιπλοκές και ελλείμματα, όπου διαταράσσει τη συναισθηματική και ψυχική ισορροπία των εγκύων και κλονίζει την συνοχή και την σταθερότητα του γονεϊκού ρόλου. Ως εκ τούτου, τα νεογνά αυτών των γυναικών, βρίσκονται υπό κίνδυνο να μεγαλώσουν σε μια οικογένεια με νοθρά θεμέλια και να έχουν αρνητικές επιδράσεις στην αναπτυξιακή τους πορεία. Η μαιά είναι υπεύθυνη για την έγκαιρη αναγνώριση αυτών των δυσχεριών στον μητρικό ρόλο και να ενημερώσει τις ίδιες ότι η μη συμμόρφωση στους κανόνες που πληρούνται για την υγιή ανάπτυξη του νεογνού, μπορεί να τους στερήσει την επιμέλεια των παιδιών τους (Schilling et al 2004). Επιπλέον η μαιά είναι υπεύθυνη για την νεογνική φροντίδα και την αντιμετώπιση του νεογνικού συνδρόμου στέρησης. Γι' αυτό τον λόγο, για την αποτελεσματική και ασφαλή αντιμετώπιση του συνδρόμου η μαιά παραπέμπει την έγκυο σε εξειδικευμένο μαιευτικό νοσοκομείο που περιέχει ειδική μονάδα εντατικής νοσηλείας για το νεογνό. Σε περίπτωση που ο τοκετός πραγματοποιηθεί στην κοινότητα ή στο Κέντρο υγείας η μαιά δίνει τις

απαραίτητες πρώτες βοήθειες στο νεογνό, ενώ ταυτόχρονα καλείται για την διακομιδή του νεογνού σε εξειδικευμένο νοσοκομείο (Prentice 2010).

Πολύ σημαντική είναι η κατ' οίκον επίσκεψη μετά τον τοκετό έτσι ώστε να παραχθεί η φροντίδα της λεχωίδας και του νεογνού, όπως η ενδυνάμωση της ψυχολογικής διάθεσης, ο έλεγχος τραύματος και λοιμώξεων, η προαγωγή μητρικού θηλασμού, η υποστήριξη των μελών της οικογένειας, η φροντίδα του νεογνού κ.α. (Βιβιλάκη, Χάρος 2016).

Ακόμη η μαία θα πρέπει να αξιολογήσει το οικογενειακό περιβάλλον ώστε να επιτευχθεί η εξασφάλιση των απαραίτητων συνθηκών για την υγιή ανάπτυξη του νεογνού. Τέλος η μαία θα πρέπει να παρέχει ενημέρωση για θέματα οικογενειακού προγραμματισμού για την πρόληψη ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης στο μέλλον.

Για να πραγματοποιηθούν όλα αυτά οι μαίες θα πρέπει να διαθέτουν εξειδικευμένες γνώσεις και δεξιότητες για την διαχείριση των εγκύων χρηστών, να συνεργάζονται με ειδικές κοινωνικές, ιατρικές και παιδιατρικές υπηρεσίες και θα πρέπει να διαθέτουν κατάλληλη κατάρτιση και υλικά (Τσατσαρώνη 2013).

Συμπερασματικά ο ρόλος της/του μαίας/μαιευτή είναι καθοριστικός στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας ειδικά όσον αναφορά τη χρήση ουσιών κατά τη διάρκεια της κύησης διότι με την κατάλληλη υποστήριξη, την επικοινωνία και τα επαγγελματικά εφόδια μπορούν να βοηθήσουν τις γυναίκες να πάρουν τις σωστές αποφάσεις για εκείνες και τα παιδιά τους.



Εικόνα 4: Η φροντίδα της μαίας στην κύηση

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

### 8.1 Νομικό πλαίσιο αναφορικά με τις έγκυες γυναίκες και τη χρήση ουσιών

Είναι αναμφισβήτητο γεγονός ότι τα ναρκωτικά αποτελούν πλέον ένα από τα σημαντικότερα ιατροκοινωνικά προβλήματα στο διεθνή και ελληνικό χώρο, γεγονός το οποίο απαιτεί συνεχή επαγρύπνηση και συμμετοχή όλων των φορέων για την αντιμετώπισή του.

Η πολιτεία οφείλει να παίζει πολλαπλό ρόλο και να αναλάβει μέριμνα, αφενός για τη δραστηριοποίηση της πρόληψης που στηρίζεται στη σωστή και υπεύθυνη ενημέρωση, αφετέρου για τη θεραπευτική αντιμετώπιση και την κοινωνική επανένταξη του χρήστη. Ιδιαίτερη προσπάθεια οφείλει να καταβληθεί από την πλευρά της πολιτείας για τη θεραπευτική αντιμετώπιση και την κοινωνική επανένταξη της εξαρτημένης μητέρας.

Στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες υπάρχει έντονο επιστημονικό αλλά και κοινωνικό ενδιαφέρον για το σχεδιασμό της φροντίδας των εξαρτημένων γυναικών στη διάρκεια της εγκυμοσύνης αλλά και μετά για τη μητέρα και το νεογέννητο. Σε κάποια κράτη μέλη όσον αφορά την νομοθεσία που αφορά τις έγκυες που κάνουν χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών, η εγκυμοσύνη αποτελεί κριτήριο το οποίο μπορεί να διευκολύνει τη διαδικασία για αίτηση θεραπείας υποκατάστασης, στην περίπτωση χρήση οπιοειδών. Σε χώρες όπως η Φινλανδία και η Σουηδία απαιτείται η συναίνεση της για την θεραπεία, αλλά υπάρχουν προτάσεις για αλλαγή της (UNICRI 2013).

Οι ποινές φυλάκισης είναι ιδιαίτερα επώδυνες για τις εξαρτημένες μητέρες. Συχνά τα παιδιά των φυλακισμένων–εξαρτημένων μητέρων ανατίθενται σε ανάδοχες οικογένειες, όμως σε αρκετές χώρες όπως Τσεχία, Ιρλανδία, Ουγγαρία, Σλοβακία, Σουηδία, αναφέρεται ότι δίνεται βοήθεια στο να στηριχθεί ο συναισθηματικός δεσμός μεταξύ μητέρας και παιδιού. Μία φυλακή στο Βέλγιο διαθέτει ειδική μονάδα για τις εξαρτημένες μητέρες και τα παιδιά τους έως 2,5 ετών. Επίσης υπάρχει τουλάχιστον μία φυλακή στην Πορτογαλία με αντίστοιχη μονάδα φιλοξενίας τέκνων έως 4 ετών. Στη Σλοβακία οι εξαρτημένες έγκυες καθώς και όσες έχουν παιδιά έως ενός έτους δεν φυλακίζονται (Σουλή 2013).

Οι πολιτικές αφαίρεσης της επιμέλειας των παιδιών από τις εξαρτημένες μητέρες δεν έχουν ικανοποιητικώς διαμορφωθεί και κωδικοποιηθεί σε νομοθεσίες στις περισσότερες Ευρωπαϊκές χώρες. Στις περισσότερες δομές που υπάρχουν σήμερα στην Ευρωπαϊκή Ένωση αποφεύγονται οι επώδυνες νομικές συνέπειες του αποχωρισμού μητέρας – παιδιού που οδηγούν σε ψυχική εξουθένωση και συναισθηματική επιδείνωση της μητέρας (Σουλή 2013).

Οκτώ χώρες ανέφεραν κατευθυντήριες γραμμές σχετικά με την παροχή υπηρεσιών που απευθύνονται σε έγκυες γυναίκες και τα νεογνά τους, η πλειοψηφία των οποίων αφορούν στη θεραπεία υποκατάστασης. Σε χώρες όπως η Γερμανία, το Ην Βασίλειο, η Ιρλανδία και η Ρουμανία, παρέχονται κατευθυντήριες γραμμές στο γενικότερο πλαίσιο θεραπείας υποκατάστασης όπου οι έγκυες αποτελούν ειδική υποομάδα. (UNICRI 2013).

Είναι γνωστό ότι οι περισσότερες ενεργοί χρήστες αδυνατούν να ανταποκριθούν στο μητρικό ρόλο. Κάποιες από αυτές θα εγκαταλείψουν το νεογέννητο στο νοσοκομείο (ειδικά όταν αυτό παρουσιάζει προβλήματα υγείας), κάποιες άλλες θα δηλώσουν ότι επιθυμούν τη λύση της υιοθεσίας και η υπόθεση θα πάρει τη δικαστική οδό. Όσες όμως αποφασίσουν να πάρουν το βρέφος, είναι σχεδόν βέβαιο ότι θα αντιμετωπίσουν προβλήματα στις σχέσεις τους με το παιδί. Επειδή τις περισσότερες φορές η εξαρτημένη μητέρα είναι χωρίς σύντροφο (είτε γιατί ο βιολογικός πατέρας του τέκνου είναι άγνωστος σε αυτές, είτε γιατί είναι και αυτός χρήστης ή φυλακισμένος) καλείται, να αντιμετωπίσει την φροντίδα και ανατροφή του παιδιού ως μόνο γονέας (Slesnick et al 2014).

Στις περισσότερες περιπτώσεις η εξαρτημένη μητέρα αδυνατεί να ανταποκριθεί στο γονεϊκό της ρόλο και εάν δεν έχει στήριξη (οικονομική, ψυχολογική) από το ευρύτερο οικογενειακό περιβάλλον και συγκεκριμένα από τους γονείς της είναι σχεδόν βέβαιο, ότι με παρέμβαση της πολιτείας, θα απομακρυνθεί το παιδί από αυτήν και εν συνεχεία θα μεταφερθεί σε ίδρυμα και από εκεί σε κάποια ανάδοχη οικογένεια (Σουλή 2013)

Στην Ελλάδα, η Πολιτεία συνήθως δεν παρεμβαίνει χωρίς σοβαρό λόγο, για απομάκρυνση του παιδιού από την εξαρτημένη μητέρα. Όταν θα συμβεί αυτό θα έχει προηγηθεί βάσιμη αναφορά - καταγγελία από τρίτο πρόσωπο (συγγενή, γείτονα, φίλο κ.λ.π) για τις συνθήκες διαβίωσης του τέκνου (Σουλή 2013). Τα θέματα της επιμέλειας και της γονικής μέριμνας της εξαρτημένης μητέρας ρυθμίζονται στην Ελλάδα με τις κοινές διατάξεις του Οικογενειακού Κώδικα. (Κεφάλαιο ενδέκατο – Σχέσεις γονέων και τέκνων, άρθρα 1505 επί του Αστικού Κώδικα.). Ο ν. 3459/2006 ( ΦΕΚ Α'103/25.5.2006 ) με τον οποίο κωδικοποιήθηκε το σύνολο της σχετικής νομοθεσίας για τα ναρκωτικά δεν περιλαμβάνει ειδικές ρυθμίσεις για τα θέματα αυτά (Σουλή 2013)

**Η γονική μέριμνα**(καθήκον και δικαίωμα του γονέα) περιλαμβάνει την επιμέλεια του προσώπου, τη διοίκηση της περιουσίας και την εκπροσώπηση του τέκνου σε κάθε υπόθεση ή δικαιοπραξία ή δίκη, που αφορούν το πρόσωπο ή την περιουσία του (άρθρο 1510 παρ. 1 ΑΚ).



**Η επιμέλεια του προσώπου του τέκνου**, η σπουδαιότερη από τις τρεις λειτουργίες της γονικής μέριμνας, περιλαμβάνει ιδίως την ανατροφή, την επίβλεψη, τη μόρφωση και την εκπαίδευσή του, καθώς και τον προσδιορισμό του τόπου της διαμονής του (άρθρο 1518 παρ. 1 ΑΚ) .

Σύμφωνα με τις διατάξεις των άρθρων 1532 και 1533 ΑΚ, αν ο πατέρας ή η μητέρα παραβούν τα καθήκοντα που τους επιβάλλει το λειτούργημά τους για την επιμέλεια του τέκνου ή τη διοίκηση της περιουσίας του ή αν ασκούν το λειτούργημα αυτό καταχρηστικά ή δεν είναι σε θέση να ανταποκριθούν σε αυτό, το δικαστήριο μπορεί εφόσον το ζητήσει ο άλλος γονέας, οι πλησιέστεροι συγγενείς του τέκνου, ο εισαγγελέας, θα διατάξει οποιοδήποτε πρόσφορο μέτρο. Το δικαστήριο μπορεί να αφαιρέσει από τον ένα γονέα την άσκηση της γονικής μέριμνας ολικά ή μερικά και να την αναθέσει αποκλειστικά στον άλλο ή αν συντρέχουν και στο πρόσωπο αυτού οι προϋποθέσεις της προηγούμενης παραγράφου, να αναθέσει την πραγματική φροντίδα του τέκνου ή, ακόμη, και την επιμέλεια του ολικά ή μερικά σε τρίτον ή ακόμη και να διορίσει επίτροπο (Σουλή 2013)

Η αφαίρεση του συνόλου της επιμέλειας του προσώπου και η ανάθεσή της σε τρίτον διατάσσονται από το δικαστήριο όταν τα άλλα μέτρα έμειναν χωρίς αποτέλεσμα ή κρίνεται ότι δεν επαρκούν για να αποτρέψουν κίνδυνο της σωματικής, πνευματικής ή ψυχικής υγείας του τέκνου. Το δικαστήριο ορίζει την έκταση της γονικής μέριμνας που παραχωρεί στον τρίτο και τους όρους της άσκησής της. Η ανάθεση γίνεται σε κατάλληλη οικογένεια κατά προτίμηση συγγενική και αν αυτό δεν είναι δυνατό σε κατάλληλο ίδρυμα (Σουλή 2013).

Σύμφωνα με τα ανωτέρω, προκύπτει με σαφήνεια ότι για την αφαίρεση, λόγω κακής άσκησης της γονικής μέριμνας, ο νόμος θέτει τις εξής προϋποθέσεις:1) παράβαση καθηκόντων που επιβάλλει το λειτούργημα , 2) καταχρηστική άσκηση του λειτουργήματος και 3) αδυναμία ανταπόκρισης σε αυτό. Οι περιπτώσεις συμπεριφοράς που κρίθηκαν από τη νομολογία ότι συνιστούν κακή άσκηση της γονικής μέριμνας είναι κυρίως ή παραμέληση των ειδικότερων υποχρεώσεων της επιμέλειας, όπως η ένδυση, η μόρφωση, η περίθαλψη του τέκνου, η άσκηση σωματικής βίας, η ανοχή πράξεων κακομεταχείρισης από τρίτα πρόσωπα (συνήθως πατριός, μητριά, ερωτικός σύντροφος) (Σουλή 2013).

Η λήψη οποιοδήποτε μέτρου από το δικαστήριο διαπνέεται από την αρχή της προσφορότητας, δηλαδή της καταλληλότητας του μέτρου για την αποτροπή του κινδύνου που δημιουργεί η κακή άσκηση της γονικής μέριμνας, προς την οποία συνάπτεται η αρχή της

αναλογικότητας, δηλαδή της αναλογίας του μέτρου προς τον επιδιωκόμενο σκοπό και της ελάχιστης δυνατής επέμβασης στη σχέση γονέων και τέκνου (Σουλή 2013)

Η εφαρμογή των ανωτέρω διατάξεων από το δικαστή γίνεται πάντα σύμφωνα με τις διατάξεις των άρθρων 1511 παρ.2 και 1664 εδ. α' του ΑΚ, σύμφωνα με τις οποίες η απόφαση του δικαστηρίου πρέπει να αποβλέπει πρωτίστως στο συμφέρον του τέκνου όταν αποφασίζει την ανάθεση της γονικής μέριμνας ή επιμέλειας ή πραγματικής φροντίδας αυτού σε τρίτο πρόσωπο (Σουλή 2013).

Προϋπόθεση για την αυτοδίκαιη παύση του λειτουργήματος της γονικής μέριμνας για την εξαρτημένη μητέρα είναι η τελεσίδικη καταδίκη της σε φυλάκιση τουλάχιστον ενός μηνός για αδίκημα που διέπραξε με δόλο κατά της ζωής, της υγείας ή των ηθών του παιδιού της. Τέτοια αδικήματα είναι η απόπειρα ανθρωποκτονίας, η έκθεση, οι σωματικές βλάβες κ.λ.π.

Συνέπεια της έκπτωσης, ως ύψιστης αποδοκιμασίας του νομοθέτη προς το γονέα που εγκλημάτησε εναντίον του ίδιου του παιδιού του, είναι η οριστική και πλήρη αποξένωσή του από το σύνολο του περιεχομένου του λειτουργήματος της γονικής μέριμνας (άρθρο 1537 ΑΚ)

## **8.2 Φυλακισμένες και εγκυμοσύνη**

Οι γυναίκες σε αναπαραγωγική ηλικία με πρόσφατο ιστορικό χρήσης ουσιών θα πρέπει να ενθαρρύνονται, κατά την είσοδό τους στη φυλακή, να κάνουν τεστ εγκυμοσύνης, καθώς και ουρολογικές εξετάσεις για να εξακριβωθεί τυχόν χρήση ουσιών. Η κλινική σταθεροποίηση για τις γυναίκες εξαρτημένες από οπιοειδή είναι σκόπιμο να γίνεται σύμφωνα με τις γενικές οδηγίες για τη διαχείριση της χρήσης ουσιών στο πλαίσιο των φυλακών. Οι επιλογές για τις εγκύους, που κάνουν χρήση ουσιών, στη φυλακή, όσον αφορά τη φροντίδα του νεογνού, θα εξαρτηθούν από τις προτάσεις που θα προκύψουν μετά από εξέταση του βρέφους, στην οποία εμπλέκονται και οι κοινωνικές υπηρεσίες. Κατά την περίοδο μετά τον τοκετό θα πρέπει να προσφέρεται στις γυναίκες θεραπεία συντήρησης με υποκατάστατα οπιοειδών ικανής διάρκειας, ώστε να ανταποκρίνεται η θεραπεία στις ατομικές ανάγκες της μητέρας. Εάν η μητέρα και το μωρό φύγουν από τη φυλακή μαζί, είναι αναγκαίο να διασφαλισθεί η επάρκεια της συνταγογραφούμενης συντήρησης, ώστε να προστατευτεί η μητέρα από το να επιστρέψει στη χρήση οπιοειδών μετά την αποφυλάκισή της. Είναι επίσης σημαντικό η συνταγογράφηση να συνεχιστεί και μετά την επιστροφή της μητέρας στην κοινότητα (Τσατσαρώνη 2013).

## Επίλογος

Στην παρούσα εργασία, ιδιαίτερη έμφαση δόθηκε στη χρήση εθιστικών ουσιών κατά την διάρκεια της κύησης και στις συνέπειες που αυτές έχουν τόσο στην ίδια την κύηση και στην έκβασή της όσο στο έμβρυο και στο νεογνό, ενώ παράλληλα, δόθηκε ιδιαίτερη προσοχή στο ρόλο της μαΐας και στις νοσηλευτικές διεργασίες που πρέπει να εφαρμόζει σε ένα τέτοιο περιστατικό.

Μέσα από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας και τα μέχρι τώρα δεδομένα, διαπιστώνεται πόσο επικίνδυνη είναι η χρήση των ουσιών αυτών κατά την διάρκεια της κύησης, πόσο ολέθριες είναι οι συνέπειες της πράξης αυτής στην φυσιολογία της κύησης, στον οργανισμό και στην ψυχολογία της μητέρας, στην καλή έκβαση της κύησης, αλλά και πόσο σοβαρές είναι οι παρενέργειες που παρουσιάζονται στα νεογνά ουσιοεξαρτημένων μητέρων, οι οποίες το συνοδεύουν για το υπόλοιπο της ζωής του αλλά και στα θηλάζοντα νεογνά.

Η πρόληψη και η αντιμετώπιση του φαινομένου αυτού είναι θέματα μεγάλης σημασίας σημασίας, στα οποία εμπλέκονται επαγγελματίες υγείας, από διάφορα επιστημονικά πεδία (ιατρική, μαιευτική, κοινωνικές υπηρεσίες κ.α.). Η κύηση αποτελεί χρονική φάση όπου η μαΐα (στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας) έρχεται σε στενή επαφή με την γυναίκα. Έτσι κερδίζοντας την εμπιστοσύνη της χρήστριας εγκύου, δίνοντας της συμβουλές, στηρίζοντας και όχι επικρίνοντάς την μπορεί να συμβάλλει σημαντικά στην αντιμετώπιση του φαινομένου. Δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στην ατομική προσέγγιση της κάθε ασθενούς, τονίζεται το αίσθημα της ενσυναίσθησης αλλά και η επαγγελματικότητα που πρέπει να κατέχει η μαΐα. Κλείνοντας γίνεται μια αναφορά για την αντιμετώπιση του εθισμού κατά την διάρκεια της κύησης και μερικά από τα προγράμματα απεξάρτησης που υπάρχουν στην Ελλάδα καθώς και για το νομικό πλαίσιο που υπάρχει για αυτές τις γυναίκες.

## Συμπεράσματα

Φαίνεται πως η χρήση των εξαρτισιογόνων ουσιών είχε ξεκινήσει από πολλά χρόνια πριν για να εξυπηρετήσει άλλους σκοπούς όπως θρησκευτικούς, τελετουργικούς, ιατρικούς και επιβίωσης. Με το πέρασμα όμως των χρόνων και με την ανακάλυψη του εμπορίου και των νέων λαών έπαυσε να εξυπηρετεί αυτούς τους σκοπούς και έτσι άρχισε η εξάπλωση του φαινομένου της κατάχρησης ουσιών.

Στις μέρες μας η χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών αποτελεί ένα σύγχρονο κοινωνικό πρόβλημα που μαστίζει ολόκληρο τον κόσμο. Τα ναρκωτικά είναι ουσίες φυσικής και τεχνητής προέλευσης που προκαλούν εθισμό σωματικό και ψυχικό. Τα είδη των ναρκωτικών είναι πολλά και εξίσου πολλές και είναι οι δυσμενείς επιδράσεις τους στον άνθρωπο τόσο σωματικά όσο και σε ψυχοπνευματικό επίπεδο.

Η κατάχρηση των ουσιών αυτών κατά την διάρκεια της κύησης συνδέεται αναμφισβήτητα με την μητρική και την εμβρυική νοσηρότητα. Πέρα από τα πολυάριθμα συμπτώματα που προκαλούν οι ναρκωτικές ουσίες στην ίδια την μητέρα στον οργανισμό και την ψυχολογία της, διαπιστώνεται πόσο επικίνδυνες και πόσο ολέθριες είναι οι συνέπειες της πράξης αυτής στην φυσιολογία της κύησης, στην καλή έκβαση της, αλλά και πόσο σοβαρές είναι οι παρενέργειες που παρουσιάζονται στα νεογνά ουσιοεξαρτημένων μητέρων. Ακόμη διαπιστώνεται και πόσο δυσμενείς είναι η χρήση των ουσιών αυτών και μετά την κύηση όπου επιδρά στον μητρικό θηλασμό, στην μείωση της φροντίδας και της προσκόλλησης της μητέρας με το παιδί με αποτέλεσμα τα περισσότερα νεογνά να εγκαταλείπονται, να κακοποιούνται ή να μεγαλώνουν σε ιδρύματα. Επίσης οι έρευνες και οι μελέτες που διεξάγονται σχετικά με τη χρήση των εθιστικών ουσιών, κατά την διάρκεια της κύησης, χρειάζεται να συνεχιστούν ώστε να προσδιοριστούν επακριβώς οι επιπτώσεις που δημιουργούνται, τόσο στον οργανισμό της μητέρας όσο και στο έμβρυο, που αναπτύσσεται.

Κατά συνέπεια υπάρχει μεγάλη ανάγκη προσέγγισης, υποστήριξης καθώς και ουσιαστικής υγειονομικής περίθαλψης των εξαρτημένων γυναικών σε αυτές τις ιδιαίτερες περιόδους της ζωής τους. Φαίνεται πως η έγκαιρη εξέταση, η σύντομη παρέμβαση και η παραπομπή των εγκύων χρηστών για θεραπεία απεξάρτησης βελτιώνουν τα αποτελέσματα την μητέρων και των βρεφών. Οι επαγγελματίες υγείας είναι πρόθυμοι, ωστόσο, όχι καλά εκπαιδευμένοι στην αντιμετώπιση του εθισμού και ειδικότερα κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης. Προσπάθειες θεραπείας του προβλήματος γίνονται από τις μαιευτικές ομάδες, παρ' όλα αυτά, η χρήση, ο

εθισμός και η απεξάρτηση είναι θέμα καθαρά ατομικό για κάθε γυναίκα, και χρήζει ιδιαίτερης προσοχής για την αντιμετώπισή τους. Παράλληλα οι επαγγελματίες υγείας χρήζουν εξειδικευμένης κατάρτισης και επιμόρφωσης σχετικά με την τοξικομανία και την επικινδυνότητά της για την έγκυο και το έμβryo ώστε να αποτελούν υπόδειγμα συμπεριφοράς και φροντίδας απέναντι στις ουσιοεξαρτώμενες μητέρες. Με την συμβολή της πολιτείας μπορεί να δημιουργηθεί το κατάλληλο πλαίσιο στήριξης με στόχο τη φροντίδα και τη θεραπεία των τοξικομανών γυναικών στην κύηση και στη λοχεία. Η δημιουργία κατάλληλα οργανωμένων κέντρων εξειδικευμένης φροντίδας και στήριξης τοξικομανών εγκύων τα οποία είναι στελεχωμένα από διεπιστημονικές ομάδες κρίνεται αναγκαία.

Τέλος, μελετώντας τους τρόπους και τα επίσημα όργανα που το κράτος έχει θεσμοθετήσει προκειμένου να αντιμετωπίσει τη μάστιγα των ναρκωτικών (Ο.ΚΑ.ΝΑ. κ.ά.), διαπιστώνεται ότι σχετικά με τις έγκυες γυναίκες και την απεξάρτηση υπάρχουν προγραμμάτων στα οποία μπορεί να ενταχθεί και με την βοήθεια των ειδικών να αντιμετωπίσει το πρόβλημα και να μειώσει τους κινδύνους τόσο για την ίδια όσο και για το μωρό της.

## Βιβλιογραφία

ACOG Alcohol abuse and other substance use disorders: ethical issues in obstetric and gynecologic practice. Committee opinion No. 633. *Obstet Gynecol* 2015; 125(6):1529-37

ACOG At-Risk Drinking and Alcohol Dependence: Obstetric and Gynecologic Implications. Committee opinion No. 496. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol* 2011;118:383-8

ACOG Marijuana use during pregnancy and lactation. Committee Opinion No. 722. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol* 2017;130:e205–9.

ACOG Methamphetamine Abuse in Women of Reproductive Age. Committee Opinion No. 479. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol* 2011;117:751-5

ACOG Opioid Use and Opioid Use Disorder in Pregnancy. Committee opinion No 711. *Obstet Gynecol* 2017;130:e81-94

ACOG Optimizing postpartum care. Committee Opinion No. 736. *Obstet Gynecol* 2018;131:e140–50.

ACOG Postpartum pain management. Committee Opinion No. 742. *Obstet Gynecol* 2018;132. DOI: 10.1097/AOG.0000000000002683.

ACOG Smoking cessation during pregnancy. Committee Opinion No. 721. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol* 2017;130:e200–4.

ACOG Substance abuse reporting and pregnancy: the role of the obstetrician-gynecologist. Committee Opinion No. 473. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol* 2011;117:200–1.

Adam Newman, MD, Gregory A. Davies, MD Kimberly Dow, MD, Belinda Holmes, Jessica Macdonald, Sarah McKnight, MD, Lynn Newton, (2015). Implementation and evaluation at a tertiary care hospital. Retrieved December 2015, from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4677958/>

Alex M. Cressman, Anna Pupco, MD, Eunji Kim, MSc, Gideon Koren, MD, Pina Bozzo (2012). Smoking cessation therapy during pregnancy. Retrieved May, 2012 from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3352787/>

Alex M. Cressman, MSc, Gideon Koren, MD, Anna Pupco, MD, Eunji Kim, MScCH, Shinya Ito, MD, Pina Bozzo (2012). Maternal cocaine use during breastfeeding. Retrieved November, 2012 from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3498013/>

Amber M. Holbrook, Ph.D., Jason K. Baxter, M.D., M.S.C.P., Hendrée E. Jones, Ph.D., Sarah H. Heil, Ph.D., Mara G. Coyle, M.D., Peter R. Martin, M.D., Susan M. Stine, M.D., Ph.D., and Karol Kaltenbach, Ph.D. (2015). Infections and obstetrical outcomes in opioid-dependent pregnant women maintained on methadone or buprenorphine. Retrieved March, 2015 from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4368056/>

American Addiction Center. Dangers of Heroin in Pregnancy. Retrieved May, 2017 from <https://americanaddictioncenters.org/heroin-treatment/dangers-pregnancy/>

American Addiction Center. Dangers of Suboxone during Pregnancy. Retrieved May, 2017 from <https://americanaddictioncenters.org/suboxone/dangers-pregnancy>

American Addiction Center. Detoxing while Pregnant. Retrieved September, 2018 from <https://americanaddictioncenters.org/drug-detox/pregnant>

American Pregnancy Association. Fetal Alcohol Syndrome (FAS)- Fetal Alcohol Spectrum Disorders (FASD). Retrieved June 2017 from <http://americanpregnancy.org/pregnancy-complications/fetal-alcohol-syndrome/>

American Pregnancy Association. Smoking During Pregnancy. Retrieved April 2017 from <http://americanpregnancy.org/pregnancy-health/smoking-during-pregnancy/>

American Pregnancy Association. Using illegal Drugs During pregnancy. Retrieved February 2018 from <http://americanpregnancy.org/pregnancy-health/illegal-drugs-during-pregnancy/>

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders Fifth edition (D.S.M-5). Washington, DC: American Psychiatric Association.

Annarosa Floreani (2013) Hepatitis C and pregnancy. Retrieved October 2013 from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3812470/>

Anne Bartu, Leon J Dusci, Kenneth F Ilett (2009). Transfer of methylamphetamine and amphetamine into breast milk following recreational use of methylamphetamine. Retrieved April, 2009 from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2679109/>

Annemarie Heberlein, MD, Lorenzo Leggio, MD, PhD, MSc, Dirk Stichtenoth, MD, Hillemacher Thomas, MD (2012). The treatment of alcohol and opioid dependence in pregnant woman. Retrieved August, 2016 from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4976292/>

APA (2013) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5. Arlington, VA: American Psychiatric Association.

Ariadna Forray (2016). Substance use during pregnancy. Retrieved May 2016 from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4870985/>

Beth A. Logan, M.A., Mark S. Brown, M.D., Marie J. Hayes, Ph.D. (2013). Neonatal Abstinence Syndrome: Treatment and Pediatric Outcomes. Retrieved March, 2013 from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3589586/>

Bhat A, Hadley A, The management of alcohol withdrawal in pregnancy- case report, literature review and preliminary recommendations, *General Hospital Psychiatry* 37 (2015) 273.e1-273.e3.

Binder, T., & Vavrinkova, B. (2008). Prospective randomized comparative study of the effect of buprenorphine, methadone and heroin on the course of pregnancy, birth-weight of newborns, early postpartum adaptation and course of the neonatal abstinence syndrome (NAS) in women followed up in the outpatient department. *Neuroendocrinology Letters*, 29(1), 80-86.

Centers for Disease Control and Prevention. Alcohol and Pregnancy. Retrieved February 2016 from <https://www.cdc.gov/vitalsigns/fasd/infographic.html>



Centers for Disease Control and Prevention. Breastfeeding. Marijuana. Retrieved March 2018 from <https://www.cdc.gov/breastfeeding/breastfeeding-special-circumstances/vaccinations-medications-drugs/marijuana.html>

Centers for Disease Control and Prevention. Fetal Alcohol Spectrum Disorders (FASDs). Retrieved July, 2018 from <https://www.cdc.gov/ncbddd/fasd/alcohol-use.html>

Centers for Disease Control and Prevention. Smoking & Tobacco Use. Smoking During Pregnancy. Retrieved February, 2018 from [https://www.cdc.gov/tobacco/basic\\_information/health\\_effects/pregnancy/index.htm](https://www.cdc.gov/tobacco/basic_information/health_effects/pregnancy/index.htm)

Centers for Disease Control and Prevention. Tobacco Use and Pregnancy. Retrieved June, 2018 from <https://www.cdc.gov/reproductivehealth/MaternalInfantHealth/TobaccoUsePregnancy/index.htm>

Chaya G. Bhuvaneshwar, M.D., Grace Chang, M.D., M.P.H., Lucy A. Epstein, M.D., and Theodore A. Stern, M.D. (2008). Cocaine and Opioid Use During Pregnancy: Prevalence and Management. 2008; 10(1): 59–65. From <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2249829/>

Chaya G. Bhuvaneshwar, M.D., Grace Chang, M.D., M.P.H., Lucy A. Epstein, M.D., and Theodore A. Stern, M.D. (2007). Alcohol Use During Pregnancy: Prevalence and Impact. 2007; 9(6):455–460 from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2139915/>

Conner SN, Bedell V, Lipsey K, Macones GA, Cahill AG, Tuuli MG (2016). Maternal Marijuana Use and Adverse Neonatal Outcomes: A Systematic Review and Meta-analysis. Retrieved October, 2016 from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27607879>

Cressman AM, Natekar A, Kim E, Koren G, Bozzo P (2014). Cocaine abuse during pregnancy. Retrieved July, 2014 from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25184982>

David J Heal, Sharon L. Smith, Jane Gosden, David J Nutt (2013). Amphetamine, past and present – a pharmacological and clinical perspective. Retrieved June, 2013 from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3666194/>

Della Grotta S, LaGasse LL, Arria AM, Derauf C, Grant P, Smith LM, Shah R, Huestis M, Liu J, Lester BM (2009). Patterns of methamphetamine use during pregnancy: results from the Infant

Development, Environment, and Lifestyle (IDEAL) Study. Retrieved June, 2009 from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19565330>

Derek G Moore, John D Turner, Andrew C Parrott, Julia E Goodwin, Sarah E Fulton, Meeyoung O Min, Helen C Fox, Fleur MB Braddick, Emma L Axelsson, Stephanie Lynch, Helena Ribeiro, Caroline J Frostick, Lynn T Singer (2010). During pregnancy, recreational drug-using women stop taking ecstasy (3,4-methylenedioxy-N-methylamphetamine) and reduce alcohol consumption, but continue to smoke tobacco and cannabis: initial findings from the Development and Infancy Study. Retrieved February, 2013 from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3564500/>

Doulatram G, Raj T, and Govindaraj R, *Pregnancy and Substance Abuse*, Springer Science+Business Media New York 2015, DOI 10.1007/978-1-4939-1951-2\_35

Eliot R. Spindel, Cindy T. McEvoy (2016). The Role of Nicotine in the Effects of Maternal Smoking during Pregnancy on Lung Development and Childhood Respiratory Disease. Implications for Dangers of E-Cigarettes. Retrieved March, 2016 from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4824926/>

Eliza M Park, MD, Samantha Meltzer-Brody, MD, Joji Suzuki (2012) Evaluation and Management of Opioid Dependence in Pregnancy. Retrieved August, 2012 from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5298932/>

Elizabeth E. Krans, MD, MSc, Stephen W. Patrick, MD, MPH, MSc (2016). Opioid Use Disorder in Pregnancy: Health Policy and Practice in the Midst of an Epidemic. Retrieved July, 2017 from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4917415/>

Elizabeth E. Krans, MD, MSc, Gerald Cochran, PhD, and Debra L. Bogen, MD (2015). Caring for opioid dependent pregnant women: prenatal and postpartum care considerations. Retrieved June, 2015 from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4607033/>

Gopalan P & Giance J & Azzam p, Managing benzodiazepine withdrawal during pregnancy: case-based guidelines, *Arch Womens Ment Health* (2014) 17:167-170, DOI 10.1007/s00737-013-0388-1

Gopman S. (2014). Prenatal and postpartum care of women with substance use disorders. Retrieved June, 2014 from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24845486>

Haastrup MB, Pottgard A, Damkier P (2013).Alcohol and breastfeeding.Retrieved November, 2013 from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24118767>

Hari Cheryl Sachs, Committee on drugs. The Transfer of Drugs and Therapeutics Into Human Breast Milk: An Update on Selected Topics. Pediatrics 2013;(132):e796.Retrieved August 26, 2013 from <http://pediatrics.aappublications.org/content/132/3/e796>

HE Jones,PR Martin,SH Heil,SM Stine,K. Kaltenbach,P. Selby,MG Coyle,KE O'Grady,AM Arria, G. Fischer (2008). Treatment of Opioid Dependent Pregnant Women: Clinical and Research Issues. Retrieved October, 2009 from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2633026/#R95>

Helmbrecht GD, Thiagarajah S. (2008).Management of addiction disorders in pregnancy.Retrieved March, 2008 from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21768967>

Hendrée E. Jones, Ph.D.,Amelia M. Arria, Ph.D.,Andjela Baewert, M.D.,Sarah H. Heil, Ph.D.,Karol Kaltenbach, Ph.D., Peter R. Martin, M.D.,Mara G. Coyle, M.D.,Peter Selby,Susan M. Stine, M.D., Ph.D., andGabriele Fischer, M.D (2012).Buprenorphine Treatment of Opioid-Dependent Pregnant Women: A Comprehensive Review.Retrieved July, 2015 from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4506646/>

Hussaini, Khaleel S, Garcia Saavedra, Luigi F (2018). Neonatal Abstinence Syndrome (NAS) in Southwestern Border States: Examining Trends, Population Correlates, and Implications for Policy.Retrieved September, 2018 from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29572587>

<http://www.e-lactancia.org/>

<https://toxnet.nlm.nih.gov/newtoxnet/lactmed.htm>

<https://www.narconon.org/>

[http://www.kethea-ithaki.gr/eidiko\\_goneis](http://www.kethea-ithaki.gr/eidiko_goneis)

<http://www.18ano.gr/>

I Guelinckx, R Devlieger, and G Vansant (2011). Alcohol during pregnancy and lactation: recommendations versus real intake. Retrieved February 2011 from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3436706/>

J K L Gunn, C B Rosales, K E Center, A Nuñez, S J Gibson, C Christ, J E Ehiri (2016). Prenatal exposure to cannabis and maternal and child health outcomes: a systematic review and meta-analysis. Retrieved April, 2016 from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4823436/>

James Bell, Lucy Harvey-Dodds (2008) Pregnancy and injecting drug use. Retrieved June, 2008 from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2413389/>

Janet F. Williams, Vincent C. Smith, the Committee on Substance abuse. Fetal Alcohol Spectrum Disorders. *Pediatrics* 2015;136:e1395. Retrieved October 19, 2015 from <http://pediatrics.aappublications.org/content/136/5/e1395>

Jansson LM, Velez M, Harrow C (2004). Methadone maintenance and lactation: a review of the literature and current management guidelines. Retrieved February, 2004 from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14974702/>

Jennifer R Shiu, Mary H H Ensom (2012). Dosing and Monitoring of Methadone in Pregnancy: Literature Review. Retrieved September 2012 from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3477836/>

Jessica R Beatty, Dace S Svikis, and Steven J Ondersma (2012). Prevalence and Perceived Financial Costs of Marijuana versus Tobacco use among Urban Low-Income Pregnant Women. Retrieved September, 2012 from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3709859/>

Jocelynn L. Cook, PhD, Christine M. Lilley, PhD, Sally M. Anderson, PhD, Mary Ellen Baldwin, Albert E Chudley, MD, Julianne A Conry, PhD, Nicole LeBlanc, MD, Christine A. Looch, MD, Jan Lutke, Bernadene F. Mallon, MSW, Audrey A. McFarlane, MBA, Valerie K. Temple, PhD και Ted Rosales, MD, (2016). Fetal alcohol spectrum disorder: a guideline for diagnosis across the lifespan. Retrieved February, 2016 from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4754181/>

John P. Ackerman, PhD, Tracy Riggins, PhD, and Maureen M. Black, PhD (2010). A Review of the Effects of Prenatal Cocaine Exposure Among School-Aged Children abstract. Retrieved August, 2011 from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3150504/>

Johnson R.E., Jones H.E. & Fisher G. (2003). Use of buprenorphine in pregnancy: Patient management and effect of the neonate. *Drug and Alcohol Dependence* 70(2) pages:87-101

Johnson, R. E., Jones, H. E., & Fischer, G. (2003). Use of buprenorphine in pregnancy: Patient management and effects on the neonate. *Drug and Alcohol Dependence*, 70(2), 1;S87-S101.

Jones HE (2013). Treating opioid use disorders during pregnancy: historical, current, and future directions. Retrieved 2013;34(2):89-91 from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23577898>

Jones HE, Finnegan LP, Kaltenbach K (2012). Methadone and buprenorphine for the management of opioid dependence in pregnancy. Retrieved April, 2012 from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22512363/>

Jones HE, Johnson RE, O'Grady KE, Jasinski DR, Tuten M, Milio L. (2008). Dosing adjustments in postpartum patients maintained on buprenorphine or methadone. Retrieved June, 2008 from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21768979/>

Jones HE, Deppen K, Hudak ML, Leffert L, McClelland C, Sahin L, Starer J, Terplan M, Thorp JM Jr, Walsh J, Creanga AA (2013). Clinical care for opioid-using pregnant and postpartum women: the role of obstetric providers. Retrieved October, 2013 from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24120973>

Jones, H. E., O'Grady, K. E. and Tuten, M. (2011). Reinforcement-based treatment improves the maternal treatment and neonatal outcomes of pregnant patients enrolled in comprehensive care treatment', *American Journal on Addictions* 20(3), pp. 196–204.

Julie A. Mennella, PhD, Lauren M. Yourshaw, BA, Lindsay K. Morgan (2007). Breastfeeding and Smoking: Short-term Effects on Infant Feeding and Sleep. Retrieved September, 2007 from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2277470/>

Kale-Çekinmez E, Mutlu B, Yapıcıoğlu H, Ozlü F, Asker H, Mert K, Narlı N, Satar M (2012). Two newborns of heroin-addicted mothers suffering neonatal withdrawal syndrome. Retrieved July, 2012 from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23692726>

Karen J. Farst, Jimmie L. Valentine, R. Whit Hall (2011). Drug Testing for Newborn Exposure to Illicit Substances in Pregnancy: Pitfalls and Pearls. Retrieved July, 2011 from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3139193/>

Keegan J., Rarva M., Finnegan M., Gerson A & Belden M., Addiction in pregnancy, *Journal of Addictive Diseases* 2010, 29:175-191

Krista F Huybrechts, Brian T Bateman, Rishi J Desai, Sonia Hernandez-Diaz, Kathryn Rough, Helen Mogun, Leslie S Kerzner, Jonathan M Davis, Megan Stover, Devan Bartels, Jennifer Cottral, Elisabetta Paterno, (2017). Risk of neonatal drug withdrawal after intrauterine co-exposure to opioids and psychotropic medications: cohort study. Retrieved August 2017 from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5538591/>

Kuczkowski KM. The effects of drug abuse on pregnancy. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2007 , 19:578-85

Kuntz B, Lampert T (2016). Social Disparities in Maternal Smoking during Pregnancy. Retrieved March, 2016 from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4824631/>

Kurt D. Meyer and Lubo Zhang (2009). Short- and long-term adverse effects of cocaine abuse during pregnancy on the heart development. Retrieved February 2009 from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2710813/>

La Leche League International. Alcohol y Lactancia. Retrieved January 3, 2018 from <https://www.llli.org/alcohol-y-lactancia/>

La Leche League International. Smoking and Breastfeeding. Retrieved from <https://www.llli.org/breastfeeding-info/smoking-and-breastfeeding/>

Lala S, Straussner A, *Clinical work with substance abusing clients*, The Guilford Press, New York, 2014

Latt NC, Spencer JD, Beeby PJ, McCaughan GW, Saunders JB, Collins E, Cossart YE (2000). Hepatitis C in injecting drug-using women during and after pregnancy. Retrieved February, 2000 from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10735542>

Laura Lander, Janie Howsare, Marilyn Byrne (2013). The Impact of Substance Use Disorders on Families and Children: From Theory to Practice. Retrieved July, 2013 from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3725219/>

Lauren A. Sanlorenzo, MD, Ann R. Stark, MD, Stephen W. Patrick, MD (2018). Neonatal Abstinence Syndrome: An Update. Retrieved April, 2018 from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5843557/>

Lauren M. Jansson, M.D. (2009). ABM Clinical Protocol #21: Guidelines for Breastfeeding and the Drug-Dependent Woman. Retrieved December, 2009 from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2989871/>

Lauren M. Jansson, MD, Martha Velez, MD, Cheryl Harrow (2009). The Opioid Exposed Newborn: Assessment and Pharmacologic Management. Retrieved August, 2009 from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2729086/>

Lindsey Asti, Jacqueline S. Magers, Erin Keels, Jonathan Wispe, Richard E. McClead Jr. A Quality Improvement Project to Reduce Length of Stay for Neonatal Abstinence Syndrome. *Pediatrics* 2015;(135):e1494. Retrieved May 4, 2015 from <http://pediatrics.aappublications.org/content/135/6/e1494>

Lisa E. Graves, Suzanne Turner, Maya Nader, Sucheta Sinha (2016). Breastfeeding and Opiate Substitution Therapy: Starting to Understand Infant Feeding Choices. Retrieved July, 2016 from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4944830/>

Mark L. Hudak, Rosemarie C. Tan, The Committee on drugs, the Committee on fetus and newborn. Neonatal Drug Withdrawal. *Pediatrics* 2012;(12):e540. Retrieved January 30, 2012 from <http://pediatrics.aappublications.org/content/129/2/e540>

Martha Velez, MD, Lauren M. Jansson, MD (2008). The Opioid dependent mother and newborn dyad: non-pharmacologic care. Retrieved September, 2008 from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2729936/>

Mary Barna Bridgeman, PharmD, BCPS, BCGP, Daniel T. Abazia, PharmD, BCPS, CPE (2017). Medicinal Cannabis: History, Pharmacology, And Implications for the Acute Care

Setting. Retrieved March, 2017 from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5312634/>

Marylou Behnke, Vincent C. Smith, Committee on Substance abuse, Committee on fetus and newborn. Pediatrics 2013;(131):e1009. Retrieved February 25, 2013 from <http://pediatrics.aappublications.org/content/131/3/e1009>

Mathias Mund, Frank Louwen, Doris Klingelhofer, Alexander Gerber (2013). Smoking and Pregnancy — A Review on the First Major Environmental Risk Factor of the Unborn. Retrieved November, 2013 from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3881126/>

McCarthy JJ, Leamon MH, Willits NH, Salo R. (2015). The effect of methadone dose regimen on neonatal abstinence syndrome. Retrieved March, 2015) from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25599433?fbclid=IwAR3S9dhM3GiZlis0ebMYJRubUBfHVujVRAdc47ctKEdnSbW2nAyJth6TNwg>

Megan W. Stover, MD and Jonathan M. Davis, MD (2015). Opioids in Pregnancy and Neonatal Abstinence Syndrome. Retrieved November, 2015 from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4628571/>

Michael E. Charness, M.D., Edward P. Riley, Ph.D., Elizabeth R. Sowell, Ph.D (2016). Drinking During Pregnancy and the Developing Brain: Is Any Amount Safe? Retrieved February, 2017 from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4788102/>

Mirjana Vucinovic, Damir Roje, Zoran Vučnović, Vesna Capkun, Marija Bucat, and Ivo Banović (2008) Maternal and Neonatal Effects of Substance Abuse during Pregnancy: Our Ten-year Experience. Retrieved October 2008 from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2615365/>

Mozurkewich EL, Rayburn WF (2014). Buprenorphine and methadone for opioid addiction during pregnancy. Retrieved April, 2014 from [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24845488?fbclid=IwAR2IjUUVO1Sog5RY9ISM8aGKuT8JyM\\_1\\_ET8vaBvZuiYGawjIQ9HV1eaLY](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24845488?fbclid=IwAR2IjUUVO1Sog5RY9ISM8aGKuT8JyM_1_ET8vaBvZuiYGawjIQ9HV1eaLY)



Musk AW, de Klerk NH. (2003). History of tobacco and health. Retrieved September 2003 from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14528877>

Naana Afua Jumah, MD, Lisa Graves, MD, and Meldon Kahan, MD (2015). The management of opioid dependence during pregnancy in rural and remote settings. Retrieved January, 2015 from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4284191/>

Natasha Slesnick, Xin Feng, Brittany Brakenhoff, Gregory S. Brigham (2014). Parenting Under the Influence: The Effects of Opioids, Alcohol and Cocaine on Mother-Child Interaction. Retrieved May, 2015 from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4012539/>

Nathen J. Murawski, Ph.D. Eileen M. Moore, Ph.D. Jennifer D. Thomas, Ph.D. Edward P. Riley, Ph.D. (2015). Advances in Diagnosis and Treatment of Fetal Alcohol Spectrum Disorders. Retrieved 2015; 37(1): 97–108 from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4476607/>

NIDA (2018). Substance Use While Pregnant and Breastfeeding. US: National Institute for Drug Abuse.

NIDA(2012). Buprenorphine During Pregnancy Reduces Neonate Distress US: National Institute for Drug Abuse. [https://archives.drugabuse.gov/news-events/nida\\_notes/2012/07/buprenorphine-during-pregnancy-reduces-neonate-distress](https://archives.drugabuse.gov/news-events/nida_notes/2012/07/buprenorphine-during-pregnancy-reduces-neonate-distress)

NIDA(2013). What are the risks of methamphetamine abuse during pregnancy. US: National Institute for Drug Abuse.

NIDA(2016). DrugFacts: Hallucinogens US: National Institute for Drug Abuse. <https://www.drugabuse.gov/publications/drugfacts/hallucinogens>

NIDA(2016). Research Reports: What are the effects of maternal cocaine use? US: National Institute for Drug Abuse. <https://www.drugabuse.gov/publications/research-reports/cocaine/what-are-effects-maternal-cocaine-use>

NIDA(2017). Treating Opioid Use Disorder During Pregnancy US: National Institute for Drug Abuse. <https://www.drugabuse.gov/publications/treating-opioid-use-disorder-during-pregnancy/treating-opioid-use-disorder-during-pregnancy>

NIDA(2018). Drug Facts: Prescription Opioids US: National Institute for Drug Abuse. <https://www.drugabuse.gov/publications/drugfacts/prescription-opioids>

NIDA(2018). Principles of Drug Addiction Treatment: A Research-Based Guide (Third Edition).US: National Institute for Drug Abuse.

NIDA(2018). What are the unique needs of pregnant women with substance use disorders? US: National Institute for Drug Abuse. <https://www.drugabuse.gov/publications/principles-drug-addiction-treatment-research-based-guide-second-edition/frequently-asked-questions/what-are-unique-needs-pregnant-women>

NIDA(2018).Drug Facts :Drug Use and Viral Infections (HIV, Hepatitis) US: National Institute for Drug Abuse. <https://www.drugabuse.gov/publications/drugfacts/drug-use-viral-infections-hiv-hepatitis>

NIDA(2018).DrugFacts: Prescription CNS Depressants US: National Institute for Drug Abuse. <https://www.drugabuse.gov/publications/drugfacts/prescription-cns-depressants>

NIDA(2018).DrugFacts: Substance Use in Women US: National Institute for Drug Abuse. <https://www.drugabuse.gov/publications/drugfacts/substance-use-in-women>

NIDA(2018).Medications to Treat Opioid Use Disorder: What treatment is available for pregnant mothers and their babies? US: National Institute for Drug Abuse. <https://www.drugabuse.gov/publications/medications-to-treat-opioid-addiction/what-treatment-available-pregnant-mothers-their-babies>

NIDA(2018).Research Reports: Can marijuana use during and after pregnancy harm the baby?.<https://www.drugabuse.gov/publications/research-reports/marijuana/can-marijuana-use-during-pregnancy-harm-baby>

Norn S,Permin H, Kruse E,Kruse PR. (2015). On the history of barbiturates.Retrieved 2015;43:133-51 from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27086450>

Osadchy A, Kazmin A,Koren G (2009).Nicotine replacement therapy during pregnancy: recommended or not recommended?.Retrieved August, 2009 from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19772709>

Payne J., Watkins R., Jones H., Reibel T., Mutch R., Wilkins A., Whitlock J., Bower C., Midwives' knowledge, attitudes and practice about alcohol exposure and the risk of fetal alcohol spectrum disorder, *BMC Pregnancy and Childbirth* 2014, 14:377 doi:10.1186/s12884-014-0377-z

Petal Petersen Williams, Esmé Jordaan, Catherine Mathews, Carl Lombard, and Charles D. H. Parry (2014). Alcohol and Other Drug Use during Pregnancy among Women Attending Midwife Obstetric Units in the Cape Metropole, South Africa. Retrieved February 2014 from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3930165/>

Poon S, Pupco A, Koren G, Bozzo P, Safety of the newer class of opioid antagonists in pregnancy, Vol 60: J. Juillet 2014 / *Canadian Family Physician*

Prabhakar Kocherlakota. Neonatal Abstinence Syndrome. *Pediatrics*. 2014;(134):e547. Retrieved July 28, 2014 from <http://pediatrics.aappublications.org/content/134/2/e547>

Prentice S., Substance misuse in pregnancy, obstetrics, gynecology and reproductive medicine, 2010, 20:9

Punam Sachdeva, B. G. Patel, and B. K. Patel, (2009). Drug Use in Pregnancy: a Point to Ponder. Retrieved Jan-Feb 2009 from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2810038/>

Reece-Stremtan S, Marinelli KA (2015). ABM clinical protocol #21: guidelines for breastfeeding and substance use or substance use disorder, revised 2015. Retrieved April, 2015 from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25836677>

Rizwan Shah, M.D., Sabrina D. Diaz, M.A., Amelia Arria, Ph.D., Linda L. LaGasse, Ph.D., Chris Derauf, M.D., Elana Newman, Ph.D., Lynne M. Smith, M.D., Marilyn A. Huestis, Ph.D., William Haning, M.D., Arthur Strauss, M.D., Sheri Della Grotta, M.P.H., Lynne M. Dansereau, M.S.P.H., Mary B. Roberts, M.S., Charles Neal, M.D., Barry M. Lester, Ph.D. (2012). Prenatal Methamphetamine Exposure and Short-Term Maternal and Infant Medical Outcomes. Retrieved May, 2012 from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3717348/>

Robert G. Newman, M.D, Susan G. Gevertz, (2013). Comment on “A Comparison of Buprenorphine + Naloxone to Buprenorphine and Methadone in the Treatment of Opioid Dependence During Pregnancy: Maternal and Neonatal Outcomes”. Retrieved May, 2013 from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3668890/?fbclid=IwAR3Ycaxn-3Qdnpwf6bgEmMqDK4aEZvVxH2uxsQLdLaOfJ5XgoPeQqwkeAPE>

Sachs HC, Frattarelli DA, Galinkin JL, Green TP, Johnson T, Neville K, Paul IM, Van den Anker J (2013). The transfer of drugs and therapeutics into human breast milk: an update on selected topics. Retrieved August, 2013 from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23979084?dopt=Abstract>

Sanghamitra Pati, Smrutijit Patnaik, Subhashisa Swain (2014). 5A Tobacco Cessation Strategy and Physician's Practice in Odisha, India: A Cross-Sectional Study. Retrieved March, 2014 from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4018642/>

Schilling R., Mares A., El-Bassel N., Woman in detoxification: loss of guardianship of their children, *Children and Youth Services Review*:26, 2004, 463-468

Shanu Mishra, M. B. Mishra (2013) Tobacco: Its historical, cultural, oral, and periodontal health association. Retrieved January, 2013 from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3894096/>

Sharon Burke, MD, Anna Malia Beckwith, MD (2017). Morphine Versus Methadone Treatment for Neonatal Withdrawal and Impact on Early Infant Development. Retrieved July, 2015 from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5533256/>

Shawna L. Carroll Chapman, Li-Tzy Wu (2013). Postpartum Substance Use and Depressive Symptoms: A Review. Retrieved July, 2014 from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3742364/>

Smith LM, LaGasse LL, Derauf C, Grant P, Shah R, Arria A, Huestis M, Haning W, Strauss A, Della Grotta S, Liu J, Lester BM. (2006). The infant development, environment, and lifestyle study: effects of prenatal methamphetamine exposure, polydrug exposure, and poverty on intrauterine growth. Retrieved September, 2006 from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16951010?dopt=Abstract>

Stacey L. Klamann, MPH, Krystyna Isaacs, PhD, Anne Leopold, MSc, Joseph Perpich, MD, JD, Susan Hayashi, PhD, Jeff Vender, MLIS, Melinda Campopiano, MD, and Hendrée E. Jones, PhD (2017). Treating Women Who Are Pregnant and Parenting for Opioid Use Disorder and the Concurrent

Care of Their Infants and Children: Literature Review to Support National Guidance. Retrieved April, 2017 from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5457836/>

Stephansson O, Kieler H, Haglund B, Artama M, Engeland A, Furu K, Gissler M, Norgaard M, Nielsen RB, Zoega H, Valdimarsdóttir U. (2013). Selective serotonin reuptake inhibitors during pregnancy and risk of stillbirth and infant mortality. Retrieved January, 2013 from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23280224>

Stephen W. Patrick, MD, MPH, MS, Robert E. Schumacher, MD, Jeffrey D. Horbar, MD, Madge E. Buus-Frank, DNP, APRN-BC, FAAN, Erika M. Edwards, PhD, MPH, Kate A. Morrow, MS, Karla R. Ferrelli, BA, Alan P. Picarillo, MD, Munish Gupta, MD, Roger F. Soll, MD (2016). Improving Care for Neonatal Abstinence Syndrome. Retrieved May, 2016 from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4845877/>

Stewart RD, Nelson DB, Adhikari EH, McIntire DD, Roberts SW, Dashe JS, Sheffield JS. (2013). The obstetrical and neonatal impact of maternal opioid detoxification in pregnancy. Retrieved May, 2013 from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23727040/>

Tamara D. Warner, PhD, Dikea Roussos-Ross, MD, Marylou Behnke, MD (2014) It's Not Your Mother's Marijuana: Effects on Maternal-Fetal Health and the Developing Child. Retrieved December, 2014 from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4254522/>

U.A. Pritham, J.A. Paul, M.J. Hayes (2012). Opioid Dependency in Pregnancy and Length of Stay for Neonatal Abstinence Syndrome. Retrieved February, 2012 from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3407283/>

Unicri (2013), Dawn Drugs and Alcohol Women Network: Promoting a Gender Responsive Approach to Addiction, 'The importance of developing a reliable knowledge base in treatment offered : the EU experience', pp.222-244

Vasudevan Namboodiri, Sanju George, Sylvie Boulay, Mandy Fair (2010). Pregnant heroin addict: what about the baby?. Retrieved February, 2010 from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3029977/>

Verena Metz, Birgit Köchl, Gabriele Fischer (2012).Should pregnant women with substance use disorders be managed differently?.Retrieved December, 2012 from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3521595/>

Walter K. Kraft, MD, John N. van den Anker, MD, PhD (2012) Pharmacologic Management of the Opioid Neonatal Abstinence Syndrome.Retrieved August, 2012 from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4709246/>

Wachman EM, Byun J, Philipp BL. (2010). Breastfeeding rates among mothers of infants with neonatal abstinence syndrome.Retrieved from August 2010 from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20658895>

Walter K. Kraft, M.D., Kevin Dysart, M.D., Jay S. Greenspan, M.D., Eric Gibson, M.D., Karol Kaltenbach, Ph.D., and Michelle E. Ehrlich, M.D. (2011). Revised Dose Schema of Sublingual Buprenorphine in the Treatment of the Neonatal Opioid Abstinence Syndrome.Retrieved October, 2012 from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3022999/>

WHO (2014) Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy. Geneva: World Health Organisation.

Wiegand SL, Stringer EM, Stuebe AM, Jones H, Seashore C, Thorp J. (2015). Buprenorphine and naloxone compared with methadone treatment in pregnancy. Retrieved February, 2015 from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25569005?fbclid=IwAR2UdcfK8ES7zbYVo5tdXFLS1CbHCBsEkdDK6y1lBfKvBB4Q3nti82s8WeM>

Winston A. Campbell (2016).Opioid detoxification during pregnancy: the door continues to open.American Journal of Obstetrics and Gynecology Vo 215, No 3, 258–260.Retrieved September, 2016 from [https://www.ajog.org/article/S0002-9378\(16\)30206-X/fulltext](https://www.ajog.org/article/S0002-9378(16)30206-X/fulltext)

Wick JY (2013).The history of benzodiazepines.Retrieved September. 2013 from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24007886>

Wright A,Walker J (2007).Management of women who use drugs during pregnancy.Retrieved February, 2007 from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17336173>

Zeina N. Kiblawi, MD, Lynne M. Smith, MD, Sabrina D. Diaz, MA, Linda L. LaGasse, PhD, Chris Derauf, MD, Elana Newman, PhD, Rizwan Shah, MD, Amelia Arria, PhD, Marilyn Huestis, PhD, William Haning, MD, Arthur Strauss, MD, Sheri DellaGrotta, MPH, Lynne M. Dansereau, MSPH, Charles Neal, MD, Barry Lester, PhD (2014). Prenatal Methamphetamine Exposure and Neonatal and Infant Neurobehavioral Outcome: Results from the IDEAL Study. Retrieved January, 2015 from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3942806/>

Βιβιάκη Β., Τζέλη Μ.(2016). Κοινοτική μαία και Διακοπή του Καπνίσματος στην Περιγεννητική Περίοδο. Πρωτοβάθμια Μαιευτική Φροντίδα, Η μαία στην κοινότητα σσ 556-600. Αθήνα: Εκδόσεις Πασχαλίδης

Βρίτσιος Ι., Δελτσίδου Α., (2005). Amphetamines and LSD Use during pregnancy. Review of clinical Pharmacology and Pharmacokinetics, International edition Vol 19, 99-104. Retrieved April 15 2005, from [http://www.academia.edu/20653693/Amphetamines\\_and\\_LSD\\_use\\_during\\_pregnancy](http://www.academia.edu/20653693/Amphetamines_and_LSD_use_during_pregnancy)

Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων. Πρωτόκολλα ιατρικών πράξεων και φαρμάκων: Εξαρτήσεις. <http://www.eof.gr/web/guest/protocols>. Προσπελάστηκε στις 29/10/2014.

Γρηγοράκος Λ.(2008). Οξεία δηλητηρίαση από αλκοόλ. Δημοσιεύτηκε 11 Απριλίου του 2008 από [https://www.iatronet.gr/narkwtika-alkool/alkool/article/4300/oxeia-dilitiriasi-apo-alkool.html?fbclid=IwAR1kIIPocEo4qtNCFsf5xW5NzqG0SRlZSdc2CD0JaGA7W-\\_xTuPurKIDaP8](https://www.iatronet.gr/narkwtika-alkool/alkool/article/4300/oxeia-dilitiriasi-apo-alkool.html?fbclid=IwAR1kIIPocEo4qtNCFsf5xW5NzqG0SRlZSdc2CD0JaGA7W-_xTuPurKIDaP8)

Εικόνα 1: Πηγή: <https://www.aap.org/en-us/advocacy-and-policy/aap-health-initiatives/fetal-alcohol-spectrum-disorders-toolkit/Pages/Diagnostics-at-a-Glance.aspx>

Εικόνα 2: Πηγή: <https://virginianpc.org/neonatal-abstinence-syndrome-nas/>

Εικόνα 3: Πηγή: <http://www.emory.edu/msacd/news/Podcasts%20explaining%20the%20long-term%20effects%20of%20smoking%20during%20pregnancy%20on%20children.html>

Εικόνα 4: Πηγή: <https://www.dailytrust.com.ng/state-of-midwives-service-scheme-in-kano.html>

ΕΠΨΥ-ΟΚΑΝΑ (2003). Στοιχεία για τις εξαρτησιογόνες ουσίες. Αθήνα: Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής.

Ίδρυμα για έναν κόσμο χωρίς ναρκωτικά (2006-2018).Μάθε την αλήθεια για τα ναρκωτικά.  
<https://www.notodrugs.gr/>

Ιωάννα Αντωνιάδου-Κουμάτου και συν., επιμέλεια:Ιωάννα Αντωνιάδου-Κουμάτου, Αικατερίνη Σοφιανού, Μητρικός Θηλασμός:Οδηγός για επαγγελματίες υγείας. Αθήνα, Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού,2015

Κώσταλος Χ (2005).Νεογέννητο υψηλού κινδύνου.Ιατρικές εκδόσεις Λίτσα, Αθήνα

Λουκοπούλου Α., Ευαγγελοπούλου Β., Μπεχράκης Β., (2010).Κάπνισμα και κύηση. Πνεύμων Vol 23 No2, 160-167.Retrieved April-June, 2010 from <http://www.pneumon.org/april-june-2010-vol-23-issue-2/newsid789/348>

Μισουρίδου, Ε. 2015. Εξάρτηση και μητρότητα. Αθήνα:Σύνδεσμος Ελληνικών Ακαδημαϊκών Βιβλιοθηκών. κεφ 10. Διαθέσιμο στο: <http://hdl.handle.net/11419/3135>

Μισουρίδου, Ε. 2015. Νοσηλευτική εξαρτημένων ατόμων. Αθήνα: Σύνδεσμος Ελληνικών Ακαδημαϊκών Βιβλιοθηκών. Κεφάλαιο 2. Διαθέσιμο στο: <http://hdl.handle.net/11419/3111>

ΟΚΑΝΑ, 2008 Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών. Κέντρο πρόληψης κατά των ναρκωτικών νομού Ρεθύμνης. Κατηγορίες και είδη εξαρτησιογόνων ουσιών. <http://www.prolipsis.gr/index.php?exeidi>

Στεφανία Σούλη (2013). Εξαρτημένη μητέρα. Γονική Μέριμνα και επιμέλεια τέκνου. Δημοσιεύτηκε Απριλιο,2013 από [http://atheativia.psichogios.gr/2013/04/blog-post\\_16.html](http://atheativia.psichogios.gr/2013/04/blog-post_16.html)

Τσατσαρώνη Χ (2013).Κύηση και χρήση ουσιών.Αθήνα:ΟΚΑΝΑ

Χάρος Δ., Βιβιλάκη Β. (2016).Χρήση Τοξικών Ουσιών και Κύηση:Οι Παρεμβάσεις και ο Ρόλος της/του Μαίας/Μαιευτή στην Κοινότητα.Πρωτοβάθμια Μαιευτική Φροντίδα, Η μαία στην κοινότητα σσ 602-638.Αθήνα:Εκδόσης Πασχαλίδη