

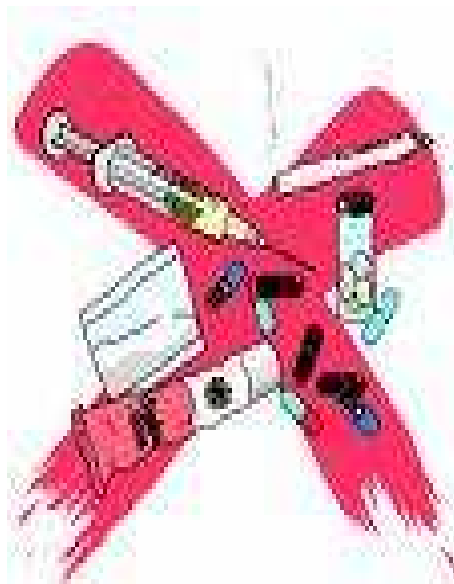
ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

ΣΧΟΛΗ Σ.Ε.Υ.Π

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ: ΕΞΑΡΤΗΣΗ ΑΠΟ ΤΑ ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ



ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ:

ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ ΣΟΦΙΑ

ΜΑΝΤΖΑΝΑΡΗ ΚΑΤΕΡΙΝΑ

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ:

κ. ΠΑΠΑΖΗΣΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ 2008

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ	ΣΕΛΙΔΕΣ
1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ	- 3 -
2. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΧΡΗΣΗΣ ΤΟΞΙΚΩΝ ΟΥΣΙΩΝ	- 4 -
• Η ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΧΡΗΣΤΗ	- 5 -
• ΗΛΙΚΙΑ	-10 -
• ΦΥΛΟ	- 11 -
• ΠΙΕΣΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΟΜΑΔΑ	-12 -
• Η ΠΡΟΣΠΑΘΕΙΑ ΤΗΣ ΑΥΤΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	- 13 -
• Η ΔΙΑΛΥΣΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ	- 13 -
• ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ	- 15 -
3. ΟΡΙΣΜΟΙ	- 17 -
• ΚΑΤΑΧΡΗΣΗ	- 17 -
• ΕΞΑΡΤΗΣΗ	- 17 -
• ΑΝΟΧΗ	- 17 -
• ΤΟΞΙΚΩΣΗ	- 18 -
• ΣΤΕΡΗΤΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ	- 18 -
4. ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΟΥΣΙΩΝ	- 20 -
α)ΟΠΙΟ	- 23 -
β)ΜΟΡΦΙΝΗ	- 29 -
γ)ΗΡΩΙΝΗ	- 31 -
δ)ΒΕΝΖΟΔΙΑΖΕΠΙΝΕΣ	- 38 -
ε)ΚΑΝΝΑΒΗ	- 40 -
στ)ΔΙΕΓΕΡΤΙΚΑ ΤΟΥ Κ.Ν.Σ	- 45 -
ζ)ΠΑΡΑΙΣΘΗΣΙΟΓΟΝΑ- ΨΕΥΔΕΣΙΟΓΟΝΑ	- 57 -

5. ΜΕΘΟΔΟΙ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ	- 61 -
α) ΑΠΕΞΑΡΤΗΣΗ	- 61 -
β) ΘΕΡΑΠΕΙΑ	- 62 -
γ) ΠΡΟΛΗΨΗ ΥΠΟΤΡΟΠΩΝ	- 64 -
δ) ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	- 65 -
ε) ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ	- 65 -
δ) ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΕΣ	- 71 -
6. ΕΘΝΙΚΕΣ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΓΙΑ ΤΑ ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ	- 76 -
7. ΣΤΟΧΟΙ ΠΡΟΛΗΨΗΣ	- 84 -
8. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	- 91 -
9. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	- 100 -

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Μέσα στα πλαίσια της φοίτησής μας στην σχολή Νοσηλευτικής του Τεχνικού Ιδρύματος Θεσσαλονίκης επιλέξαμε σε συνεργασία πάντα με τον επιβλέποντα καθηγητή μας κ. Παπαζήση να παρουσιάσουμε το θέμα που αφορά την εξάρτηση του ανθρώπου από ναρκωτικές ουσίες. Ο λόγος που επιλέξαμε το προαναφερθέν θέμα είναι επειδή, πρόκειται για ένα κοινωνικό ζήτημα που, ειδικά, τις τελευταίες δεκαετίες παρουσιάζει έξαρση και επειδή κατά την κρίση μας αποτελεί πρόκληση, αφού τόσο σε επιστημονικό, όσο και σε κοινωνικό επίπεδο η εμπλοκή των φορέων σε θέματα όπως είναι η κοινωνική ευαισθησία, η πρόληψη και η σωστή αντιμετώπιση σχετικά με την χρήση ναρκωτικών ουσιών ουσιαστικά αναπτύχθηκαν συστηματικά και οργανωμένα μόλις τα τελευταία 15 χρόνια.

Η ενασχόλησή μας με το θέμα της εξάρτησης από τα ναρκωτικά μας έδωσε την δυνατότητα και την ευκαιρία να εξετάσουμε σε βάθος πολλές από τις πτυχές της προαναφερθείσας κοινωνικής μάστιγας. Θεωρούμε ιδιαίτερα σημαντική την εμπλοκή κάθε μελλοντικής νοσηλεύτριας με κοινωνικά θέματα που χρίζουν ιατρικής παρακολούθησης και αντιμετώπισης και αυτό διότι πολλά από τα περιστατικά που φθάνουν στα νοσοκομεία, σύμφωνα με σχετικές έρευνες, αποτελούν, τελικά «προϊόντα» κοινωνικής απομόνωσης. Δίχως να υποτιμούμε την κλινική και φαρμακευτική προσέγγιση των ασθενών, με την παρούσα εργασία συνειδητοποιήσαμε ότι και η σωστή ψυχολογική αντιμετώπισή τους αποτελεί εξίσου σημαντικό παράγοντα που συνδράμει σημαντικά και καταλυτικά στην θεραπεία. Τέλος επιθυμούμε να

ευχαριστήσουμε θερμά τον καθηγητή μας κ. Παπαζήση για την αμέριστη βοήθεια και συμπαράσταση του.

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΧΡΗΣΗΣ ΤΟΞΙΚΩΝ ΟΥΣΙΩΝ

Οι απόψεις για τα αίτια της χρήσης και της κατάχρησης των ναρκωτικών είναι ποικίλες. Πολλές θεωρίες έχουν προταθεί, οι περισσότερες από τις οποίες συμφωνούν με τα χαρακτηριστικά και τη συμπεριφορά συγκεκριμένων υποομάδων χρηστών. Τα ακόλουθα βασικά συμπεράσματα έχουν γίνει δεκτά: (1) ποιοτικώς, οι διαθέσιμες αποδείξεις είναι εξαιρετικά άνισες και συχνά συγχέονται η χρήση ναρκωτικών με τα αίτιά της και (2) η χρήση ναρκωτικών και τα προβλήματα από τα ναρκωτικά φαίνεται να επηρεάζονται από ένα πλήθος παραγόντων έτσι, ώστε καμία θεωρία δεν φαίνεται επαρκής.

Για διαφορετικούς τύπους συμπεριφοράς που σχετίζονται με τα ναρκωτικά έχουν αναφερθεί διαφορετικά αίτια. Η αρχική ή πειραματική χρήση ναρκωτικών μπορεί να είναι αποτέλεσμα ενός συνδυασμού πίεσεως από μέλη της ίδιας ομάδας, περιέργειας, τιμής και διαθεσιμότητας. Η εξέλιξη προς μεγαλύτερη εμπλοκή ή εξάρτηση ενδεχομένως οφείλεται σε άλλους παράγοντες, όπως στα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας ή στην κοινωνική απομόνωση. Επιπλέον, άλλοι παράγοντες θα μπορούσαν να εξηγήσουν γιατί μερικοί χρόνιοι ή εξαρτημένοι χρήστες συνεχίζουν να παίρνει ναρκωτικά με τρόπο που προξενεί βλάβη, ενώ άλλοι όχι (Gossop, 1994).

Οι κύριοι παράγοντες που αποδεδειγμένως συμβάλλουν στη χρήση και κατάχρηση ναρκωτικών εξετάζονται στη συνέχεια.

α. Η προσωπικότητα του χρήστη

Κάθε άτομο στην πορεία προς την ενηλικίωση του υφίσταται μια διαρκή επίδραση εξωγενών και ενδογενών ερεθισμάτων, τα οποία επενεργούν καταλυτικά στη διαμόρφωση της προσωπικότητας και στην επιλογή της συμπεριφοράς του. Κληρονομούμενοι τρόποι συμπεριφοράς, οικογενειακές αξίες, γονεϊκά πρότυπα, κοινωνικά ήθη, μαθησιακές δραστηριότητες έχουν τη συμμετοχή τους στη διαμόρφωση μίας προσωπικότητας. Σε κάποια άτομα οι διεργασίες αυτές είναι ελλιπείς και προβληματικές, με αποτέλεσμα να αναπτύσσεται ένας χαρακτήρας ανίκανος να αντιμετωπίσει τις δυσκολίες και τις απαιτήσεις των διαφόρων φάσεων της ζωής του.

Πολλοί συγγραφείς θεωρούν ότι μεγάλο ποσοστό των χρηστών που βρίσκονται σε ιδρύματα έχουν προβλήματα προσωπικότητας. Τα αποτελέσματα διαφόρων ερευνών είναι στην πραγματικότητα κάπως αντιφατικά και ασυνεπή ακόμα και αν αυτή η θέση έχει κάποια ισχύ όσον αφορά τον κλινικό πληθυσμό των χρηστών οπιούχων, όλοι αυτοί που παίρνουν ουσίες από τη μύτη ή ακόμη όλοι οι χρήστες ηρωίνης έχουν διαταραγμένες προσωπικότητες. Ίσως υπάρχει κάποια αλήθεια στην ερμηνεία των «δύο παραγόντων»: όσο ευρύτερα διαδεδομένη και κοινωνικώς καθορισμένη είναι η χρήση ενός συγκεκριμένου ναρκωτικού τόσο λιγότερο είναι αναγκαία η θεώρηση της διαταραχής της προσωπικότητας ως αιτιολογικής ερμηνείας. Χαρακτηριστικά της προσωπικότητας που ερμηνεύονται ως αίτια της χρήσης ναρκωτικών, συχνά μπορεί να είναι συνέπειες της (Μάτσα, 1997).

Η εξαρτησιογόνος προσωπικότητα

Το ερώτημα που τίθεται συχνά σε κάθε προσπάθεια διερεύνησης της βαθύτερης ψυχικής οικονομίας, είναι αν υπάρχει ή όχι μία «ειδική» προσωπικότητα με εξαρτητικές τάσεις, της οποίας ο τρόπος λειτουργίας καθορίζεται από ιδιαίτερες διεργασίες, ανεξάρτητες και διαφορετικές από αυτές που συναντάμε στους συνηθισμένους τύπους δομής του χαρακτήρα. Μια καταφατική απάντηση σε αυτό το ερώτημα θα ανταποκρινόταν στην επιθυμία της κοινής γνώμης για τον ορισμό από τους «ειδικούς» μίας «εξαρτητικής» προσωπικότητας, ριζικά διαφορετικής από την υποτιθέμενη «φυσιολογική», η οποία γίνεται αποδεκτή από την επικρατούσα κοινωνική ηθική και υιοθετείται από κάθε ευυπόληπτο πολίτη. Η νοοτροπία ένταξης των εξαρτημένων σε ένα κόσμο «διαφορετικό» από τον δικό μας είναι επιστημονικά αστήρικτη και κοινωνικά επικίνδυνη. Έρευνες και στατιστικές μελέτες αποδεικνύουν το αντίθετο (Μάτσα, 1997).

Η κοινωνική προέλευση των εξαρτημένων ατόμων επίσης διαφοροποιήθηκε στην πορεία του χρόνου. Παλαιότερα οι εξαρτημένοι προέρχονταν από συγκεκριμένα κοινωνικά περιβάλλοντα. Ήταν συνήθως ευκατάστατοι πολίτες, καλλιτέχνες, γόννοι εύπορων οικογενειών, διανοούμενοι που έψαχναν για μία ιδιαίτερη απόλαυση. Ο «κοσμικός» λεγόμενος αλκοολισμός ήταν συχνά συνδεδεμένος με σχέσεις εξάρτησης και από άλλες ουσίες. Οι χειρώνακτες εργαζόμενοι και τα νεαρά άτομα είχαν ελάχιστη συμμετοχή σε τέτοιες δραστηριότητες (Gossop, 1994).

Σήμερα οι συνθήκες έχουν μεταβληθεί. Η χρεοκοπία των κυρίαρχων κοσμοθεωριών και ιδεολογικών απόψεων, δημιούργησε μία ατομική αλλά και

συλλογική «κατάθλιψη» η οποία προσβάλλει όλο και περισσότερα άτομα, ιδιαίτερα κοινωνικοπολιτικές τάξεις, αλλά επεκτείνεται σε όλο τον πληθυσμό.

Ταυτόχρονα οι εξαρτήσεις τα τελευταία είκοσι χρόνια αποκτούν όλο και περισσότερες μορφές. Οι εξαρτημένοι ανακαλύπτουν συνεχώς νέες μορφές εξαρτητικών ερεθισμάτων.

Όσο δύσκολο -μέχρι αδύνατο- είναι το εγχείρημα να οριοθετηθούν τα χαρακτηριστικά μίας προσωπικότητας, η οποία μπορεί να θεωρηθεί ότι ρέπει προς τις εξαρτήσεις, τόσο εύκολο είναι να καταγραφούν μια σειρά από συνήθη στοιχεία της προσωπικότητας των εξαρτημένων. Ενώ η στήριξη της ύπαρξης μίας σειράς χαρακτηριστικών της προσωπικότητας, τα οποία θα δημιουργούσαν υποψίες για πιθανή ανάπτυξη μιας εξαρτητικής συμπεριφοράς είναι επιστημονικά ατεκμηρίωτη. Η επισήμανση χαρακτηριστικών στοιχείων που εμφανίζουν συνηθέστερα οι εξαρτημένοι απεκάλυψε δεδομένα ευρέως αποδεκτά και βοηθητικά για την κατανόηση του τρόπου λειτουργίας τους.

Βασικά χαρακτηριστικά της προσωπικότητας των εξαρτημένων

Μία αρχική προσέγγιση της προσωπικότητας των εξαρτημένων αποκαλύπτει δυο βασικές ομάδες χαρακτηριστικών της (Bergeret, 1999).

- Τα στοιχεία του χαρακτήρα τους που οικοδομήθηκαν σταδιακά στη διάρκεια της εξέλιξης τους ως άτομα και πριν από την ένταξη τους στον κόσμο των εξαρτήσεων.

Τα περισσότερα προβλήματα που ανακαλύπτονται με την προσεκτική μελέτη της προσωπικότητας των εξαρτημένων, έχουν σχέση με δυσκολίες

των «πρωταρχικών σχέσεων» που συνήθως οφείλονται σε αρνητικά βιώματα της παιδικής και της εφηβικής ηλικίας.

- Τα επίκτητα συστατικά της προσωπικότητας τους. Προϊόντα της εξάρτησης, της παράνομης δραστηριότητας τους και των συνεπειών της. Δυστυχώς τα ορατά και αναγνωρίσιμα στοιχεία της προσωπικότητας του εξαρτημένου είναι αυτά που οικοδομήθηκαν κυρίως κατά τη σταδιοδρομία του στην εξάρτηση, με αποτέλεσμα να επικαλύπτονται εκείνα που τον οδήγησαν σε αυτή.

Κοινά χαρακτηριστικά προσωπικότητας που συχνά συναντούμε στους εξαρτημένους είναι το άγχος, η κατάθλιψη, η ανάγκη για συναισθηματική εξάρτηση, η μειωμένη διάθεση αποδοχής κανόνων, η συναισθηματική αστάθεια, η υποχονδρία, η αμυντικότητα ή η επιθετικότητα, η δυσκολία ελέγχου των παρορμήσεων και η δυσχέρεια να αναχθούν τη ματαίωση τους.

Η συναισθηματική αστάθεια, η αδυναμία διαμόρφωσης ικανοποιητικών διαπροσωπικών σχέσεων, η ανικανότητα αποδοχής ορίων και η έλλειψη αυτοσεβασμού είναι διακριτικά στοιχεία της συμπεριφοράς ενός εξαρτημένου ατόμου. Ταυτόχρονα τα στοιχεία αυτά αποτελούν ανασταλτικούς παράγοντες, ώστε το άτομο να αναλάβει με επιτυχία το ρόλο του γονέα και του οικογενειάρχη.

Το τεράστιο ποσοστό των ατόμων που οδηγήθηκαν ή κινδυνεύουν να οδηγηθούν σε κάποια μορφή εξάρτησης χαρακτηρίζονται από ανασφάλεια, αποθάρρυνση, αδυναμία αναγνώρισης των ικανοτήτων τους και δυσχέρεια διαχείρισης ή αντιμετώπισης αρνητικών συγκυριών και συναισθημάτων.

Ο εξαρτημένος αδυνατεί να εγκαταστήσει σταθερές σχέσεις. Μοιραία του δημιουργείται ένα συναισθηματικό κενό που του προκαλεί την ανάγκη να

διακόπτει τις σχέσεις του, μετά να τις ανανεώνει, για να τις διακόψει και πάλι προχωρώντας σε έναν φιλικό κύκλο.

Είναι άτομα τα οποία πιστεύουν ότι δε μπορούν να προσελκύσουν το ενδιαφέρον με θετικό τρόπο και έτσι επιλέγουν μια αρνητική συμπεριφορά.

Τα άτομα αυτά αδυνατώντας να βιώσουν την καθημερινή πραγματικότητα προσπαθούν να διαμορφώσουν μία άλλη κι όταν αντιληφθούν ότι αυτό είναι αδύνατο, καταφεύγουν στην «πλαστή πραγματικότητα» των εξαρτήσεων. Ένας αριθμός ατόμων «δημιουργεί σχέσεις» με διάφορες ψυχότροπες ουσίες ή άλλες εξαρτητικές δραστηριότητες, στα πλαίσια μιας γενικότερης παραβατικής συμπεριφοράς. Το άτομο υποφέρει αδυνατώντας να ανταποκριθεί στις πραγματικές ανάγκες και επιθυμίες του. Απογοητεύεται από την ανικανότητα του να δώσει λύσεις στα προβλήματα του ή να διαχειρισθεί τα επώδυνα συναισθήματα που τον κατακλύζουν λόγω των αποτυχιών να τα αποφύγει. Μια επιλογή που αποτελεί το εναρκτήριο βήμα της πορείας προς την εξάρτηση.

Η αποφυγή των προβλημάτων πάλι, τον απομακρύνει από τις αναγκαίες διαδικασίες εξοικείωσης και αντιμετώπισης των προβλημάτων της ζωής, συμβάλλοντας μοιραία στην ανωριμότητα του.

Ο εξαρτημένος από νεαρή ηλικία και πριν ακόμη συμφιλιωθεί με την εξαρτητική του συμπεριφορά, αρκείται στη μίμηση ελπίζοντας ότι έτσι θα καλύψει την έλλειψη του σε πρότυπα συμπεριφοράς. Καταντά έτσι ευάλωτος σε υποβολές, σε επιρροές, σε κομφορμιστικές προτάσεις παρά το ότι προβάλλεται σαν αντικομφοριστής και επαναστάτης.

Η έλλειψη προτύπων μίμησης σε μία πρώιμη ηλικία μπορεί να προκαλέσει πλήρη ανικανότητα αποδοχής προτύπων σε οποιαδήποτε ηλικία και να

οδηγήσει σε μία συνεχή επανάληψη της παραβατικής συμπεριφοράς, χωρίς την δυνατότητα του εξαρτημένου να ξεφύγει από αυτήν.

Θέλοντας να αναπτύξει έναν τρόπο όσο πιο επιτυχημένης γίνεται διεκδίκησης αιτημάτων και διαμόρφωσης διαπροσωπικών σχέσεων, οδηγείται στην καλλιέργεια της χειριστικότητας ως τρόπου επικοινωνίας. Προσπαθεί με κάθε τρόπο να έλκει τον άλλον στο δικό του τρόπο σκέψης και δράσης, χρησιμοποιώντας όλα τα δυνατά τεχνάσματα και επινοήσεις.

Οι απογοητεύσεις και ματαιώσεις που συσσωρεύτηκαν στον ψυχικό του κόσμο. Η έλλειψη εμπιστοσύνης για πρόσωπα και θεσμούς. Η αναγωγή της χειριστικότητας σε κυρίαρχο τρόπο λειτουργίας τον οδηγούν σε σταδιακή απώλεια της δυνατότητας για ειλικρινή έκφραση των συναισθημάτων του.

Διακόπτοντας τις σχέσεις του με το κοινωνικό περίγυρο και ορθώνοντας εμπόδια στην επαφή του με το άμεσο περιβάλλον του, οδηγείται σε μία στέρηση άμεσης και υγιούς επικοινωνίας, της οποίας κατάληξη είναι η ανειλικρίνεια (Γεωργάκας, 2002).

β. Ηλικία

Η σχέση ανάμεσα στην ηλικία και τη λήψη των ναρκωτικών υπογραμμίζει τον κίνδυνο της αποδοχής στερεότυπων ερμηνειών. Η λαϊκή σοφία συνήθως θεωρεί τα ναρκωτικά σαν «πρόβλημα της νεότητας» και σε πολλές χώρες αυτό, μέχρι κάποιου σημείου μπορεί να είναι σωστό. Η νεότητα είναι περίοδος πειραματισμών, συχνά και με τα ναρκωτικά. Η πρώτη χρήση καννάβης μπορεί να αποτελεί μια τελετή ενηλικίωσης, όπως και η πρώτη σεξουαλική εμπειρία. Σε μια χώρα, ενδέχεται να έχουν προβλεφθεί κάποια σχετικά στενά όρια ηλικίας για την πρώτη χρήση καπνού, οινόπνευματων, και

καννάβεως, αμφεταμινών και ηρωίνης. Με αυτή την έννοια, η έφεση προς τα ναρκωτικά, στο βαθμό που σχετίζονται με την ηλικία, μπορεί να έχει σημασία και με την πρόληψη των ναρκωτικών και για τον καθορισμό κατάλληλων στρατηγικών και στόχων. Ωστόσο, προκειμένου να εκτιμηθεί δεόντως η σημασία της ηλικίας, πρέπει επίσης να υπενθυμίζεται ότι σε ορισμένους πολιτισμούς η πίπα του οπίου ήταν η παραδοσιακή ενασχόληση των ατόμων μέσης ηλικίας, ενώ σήμερα η κατάχρηση ψυχοτρόπων ναρκωτικών αφορά οποιαδήποτε ομάδα ηλικιών (Μανωλόπουλος ,1987).

γ. Φύλο

Μερικές μορφές χρήσης και κατάχρησης ναρκωτικών εμφανίζονται πιο κοινές μεταξύ των ανδρών, παρά μεταξύ των γυναικών. Οι λόγοι δεν είναι σαφείς. Πιθανόν, να ενέχονται κοινωνικές πιέσεις και συμβάσεις, όπως και η ύπαρξη ευκαιριών : σε πολλές κοινωνίες, τα αγόρια και οι νέοι άνδρες αναμένεται να είναι πιο τολμηροί, να αναλαμβάνουν κινδύνους και να μη τηρούν τους κανόνες, σε σχέση με τα κορίτσια και τις νέες γυναίκες. Βάσει αυτού, υποστηρίζεται ότι υφίσταται σχέση μεταξύ φύλου, προβλημάτων που σχετίζονται με τη χρήση οιοπνευματωδών και εγκληματικότητας. Το εύρημα ότι σε πολλές χώρες η χρήση βενζοδιαζεπινών είναι συχνότερη μεταξύ των γυναικών, δείχνει, εντούτοις, πόσο επικίνδυνο είναι να γίνονται αποδεκτές άκαμπτες και στερεότυπες ερμηνείες. Το μόνο συμπεριφορά που φαίνεται ασφαλές είναι ότι ο «ανδρικός ρόλος» και ο «γυναικείος ρόλος» μπορούν να επηρεάσουν τη συμπεριφορά λήψης ναρκωτικών, με διαφορετικούς τρόπους σε διαφορετικά κοινωνικοπολιτικά περιβάλλοντα.

δ. Πίεση από την ομάδα

Η πίεση που ασκούν μέλη της ίδιας ομάδας έχει συχνά διαπιστωθεί ότι είναι το αίτιο της χρήσης ναρκωτικών για πρώτη φορά. Είναι ευρέως γνωστό ότι η χρήση ψυχοδραστικών ουσιών αποτελεί γενικά μια όψη του τρόπου ζωής των ανθρώπων. Αυτοί που έχουν ανάγκη να συνάπτουν σχέση με άλλα άτομα, είναι πολύ πιθανόν να επηρεάζονται από την παρότρυνση των φίλων και των συντρόφων τους και να αποκτήσουν τη συνήθεια να παίρνουν ναρκωτικά. Η παρότρυνση αυτή φαίνεται συχνά να έχει μεγάλη σημασία ως πρόδρομος της χρήσης ναρκωτικών, επειδή το άτομο χρειάζεται να πειστεί ότι αυτή η συνήθεια είναι ελκυστική, ασφαλής, ευεργετική ή ενισχύει το γόητρό του, πριν εξετάσει την πιθανότητα να ασχοληθεί με αυτήν. Αυτή η πορεία επανακαθορισμού αποκλίνει σαφώς από τις «αντι-ναρκωτικές» απόψεις που συνήθως προέρχονται από τους γονείς και από άλλα πρόσωπα που ασκούν εξουσία.

Αυτές οι έννοιες οδηγούν στην έννοια της «υποκουλτούρας». Ως υποκουλτούρα ορίζεται συνήθως ένα σύστημα κοινών πεποιθήσεων, στάσεων και συμβόλων που διαφοροποιούν, ολικά ή μερικά, μια ιδιαίτερη ομάδα από το ευρύτερο πολιτισμικό περιβάλλον. Ένα ναρκωτικό (ή η χρήση των ναρκωτικών γενικά) μπορεί από αυτήν την άποψη να γίνει ένα σύμβολο μιας ομάδας, αλλά η χρήση ναρκωτικών πιθανόν να αποτελεί μόνο ένα τμήμα του συστήματος αξιών της υποκουλτούρας π.χ. η χρήση καννάβεως μπορεί να εντάσσεται στις γενικές στάσεις, τη χειραφέτηση και την ήπια ανυπακοή, ενώ η κοκαΐνη μπορεί να υιοθετείται συμβολικά από μια επιτυχημένη και πλούσια μεσοαστική ελίτ. Οι υποκουλτούρες παρέχουν υποστήριξη και δικαιωνίζουν τη χρήση ναρκωτικών, συχνά δημιουργούν δίκτυα διανομής

ναρκωτικών καθώς και υποστήριξη μέσω της στάσεως που τηρούν (Γεωργάκας, 2002).

ε. Η προσπάθεια της «αυτοθεραπείας»

Πολλά ψυχοτρόπα φάρμακα χρησιμοποιούνται, για να μετριάσουν, έστω και βραχυπρόθεσμα, το άγχος και τη κατάθλιψη. Τα οπιούχα παρέχουν άμεση ανακούφιση από τον πόνο. Ανεξάρτητα από το αν η λειτουργική χρήση των ναρκωτικών για τέτοιους σκοπούς είναι απολύτως σκόπιμη, είτε κατά ένα μέρος τυχαία, πρόκειται δηλαδή για αυτοθεραπεία είτε με παράνομα ναρκωτικά είτε με συνταγή γιατρού, σε αυτήν οφείλεται χωρίς αμφιβολία, ένα μέρος από τα προβλήματα των ναρκωτικών. Ένας χωρικός της Ταϊλάνδης μπορεί να παίρνει όπιο, επειδή δεν έχει άλλο φάρμακο για τον βήχα, τη διάρροια ή την κατάθλιψη. Η νεαρή μητέρα στο αστικό νοικοκυριό παίρνει πότε- πότε καταπραϋντικά και ελάσσονα ηρεμιστικά, επειδή υποφέρει από ήπια κατάθλιψη και δυσφορία, μια κατάσταση για την οποία δεν υπάρχει σαφής ψυχιατρική ονομασία (Γεωργάκας, 2002).

στ. Διάλυση της οικογένειας

Η χρήση ναρκωτικών έχει αποδοθεί σε οικογενειακά προβλήματα, ιδιαίτερα στον πρόωρο χωρισμό από τον ένα ή και τους δύο γονείς. Ωστόσο, ενώ υπάρχουν ορισμένες αποδείξεις ότι τα εξαρτημένα άτομα που ζουν σε ιδρύματα προέρχονται συχνά από διαλυμένες οικογένειες θα πρέπει να είναι κανείς επιφυλακτικός πριν γίνει αποδεκτή κάποια απλή γενική ερμηνεία :οι νέοι άνθρωποι από διαλυμένες οικογένειες δεν στρέφονται καταρχήν στην χρήση ναρκωτικών, ενώ έφηβοι από φαινομενικώς σταθερές οικογένειες

μπορεί να συλληφθούν για χρήση ναρκωτικών. Ό,τι θεωρείται ως «σταθερότητα», συχνά περιλαμβάνει πολύ περισσότερα από ό,τι φαίνεται στην επιφάνεια (Μουζακίτης, 1987).

στ. Προδιάθεση

Κάποια στοιχεία, υποδηλώνουν ότι κάποιος γενετικός παράγοντας μπορεί να παίζει ρόλο σε μερικές μορφές κατάχρησης ναρκωτικών. Είναι πολύ λιγότερο σαφές, το τι κληρονομείται (Lingford-Hughes, 2003).

ζ. Διαθεσιμότητα

Ένα από τα κύρια αίτια της χρήσης και κατάχρησης ναρκωτικών είναι η άμεση διαθεσιμότητα των ψυχοδραστικών ουσιών. Σχετικά με τα οινόπνευματώδη, τον καπνό και τα συνταγογραφούμενα ναρκωτικά, είναι προφανές ότι, όπως ποικίλλουν τα επίπεδα «κανονικής» χρήσης αυτών των ουσιών, έτσι ποικίλλουν και οι βλάβες που προκαλούν. Επιπροσθέτως, φαίνεται πως όσο διαδίδεται κάποια συγκεκριμένη μορφή χρήσης ναρκωτικών, τόσο αυξάνονται τα σχετιζόμενα με αυτή προβλήματα. Η διαθεσιμότητα είναι μια πολύ περίπλοκη έννοια: περιλαμβάνει τόσο την πλήρη σωματική διαθεσιμότητα- αν είναι ή δεν είναι «εντάξει» η λήψη του ναρκωτικού. Το φαινόμενο της επιρρέπειας εγκατάστασης εξάρτησης στους καλλιεργητές οπίου ή των γιατρών που είναι επιρρεπείς προς εξάρτηση από τις ουσίες που χορηγούν, δείχνει σαφώς τη σπουδαιότητα της σωματικής πλευράς της διαθεσιμότητας.

η. Κοινωνικοί και οικονομικοί παράγοντες

Οι κοινωνικοί επιστήμονες έχουν ερμηνεύσει τη χρήση ναρκωτικών μερικώς ως αντίδραση στην «αποξένωση» ή την «ανομία». Τα άτομα που δεν λαμβάνουν ανταμοιβή στο γενικότερο πλαίσιο της κοινωνίας, αποσύρονται από αυτήν και αναζητούν εναλλακτικές ικανοποιήσεις, όπως τα ναρκωτικά. Γενικότερα, τέτοιες θεωρίες υποθέτουν ότι, ακόμα και αν η χρήση ναρκωτικών δεν είναι μια αντίδραση στην εκπαιδευτική αποτυχία ή την οικονομική στέρηση, μπορεί να προκληθεί από άλλες κοινωνικές πιέσεις και αλλαγές. Για το τελευταίο, υποστηρίζεται ότι δεν περιορίζεται στα φτωχά κοινωνικά στρώματα. Δεν υπάρχει αμφιβολία ότι σε κοινωνίες και τμήματα της κοινωνίας, στα οποία ο συνηθισμένος κοινωνικός ιστός έχει ραγίσει από τη φτώχεια, τη μετανάστευση ή την ταχεία κοινωνικοοικονομική αλλαγή, αναφύονται εντονότερα τα προβλήματα που προκαλεί η χρήση των ναρκωτικών.

Μια άλλη ενδιαφέρουσα κοινωνιολογική θεωρία είναι ότι η ποινική αντίδραση στην παράνομη χρήση ναρκωτικών, κάνει τους χρήστες να απομονώνεται ακόμη περισσότερο από την κοινωνία. Αυτό μπορεί να εξηγήσει τη δυσκολία απόσπασσης των χρηστών από τον τρόπο ζωής που έχουν υιοθετήσει. Ωστόσο, αυτό δεν παίζει ρόλο στην έναρξη της χρήσης ναρκωτικών (Γεωργάκας, 2002).

Επίσης, είναι προφανές ότι η παραγωγή ναρκωτικών, μπορεί να είναι στέρεα εδραιωμένη στην οικονομική ζωή μιας κοινότητας η ακόμη και μιας ολόκληρης χώρας. η παραγωγή κοκαΐνης σε ορισμένες χώρες της νότιας Αμερικής και η παραγωγή οπίου σε ορισμένες ασιατικές χώρες είναι παραδείγματα που έρχονται αμέσως στο νου, αλλά και οι μαζικές οικονομικές

επιπτώσεις της νομικής βιομηχανίας ναρκωτικών δεν πρέπει να παραβλέπονται (Gossop, 1994).



ΟΡΙΣΜΟΙ

ΚΑΤΑΧΡΗΣΗ

Το βασικό χαρακτηριστικό της Κατάχρησης είναι ένας δυσπροσαρμοστικός τύπος χρήσης ουσιών, που εκδηλώνεται με υποτροπιάζουσες και σημαντικά αρνητικές συνέπειες, που προέρχονται από την επανειλημμένη χρήση ουσιών. Τα διαγνωστικά κριτήρια δεν περιλαμβάνουν ανοχή, στερητικό σύνδρομο ή καταναγκαστική χρήση, αλλά μόνον τις βλαβερές συνέπειες της επανειλημμένης χρήσης (Μάνος, 1997)

ΕΞΑΡΤΗΣΗ

Βασικό χαρακτηριστικό της εξάρτησης είναι ένα σύμπλεγμα γνωστικών, συμπεριφορικών και φυσιολογικών συμπτωμάτων, που δείχνουν ότι το άτομο συνεχίζει τη χρήση της ουσίας παρά την ύπαρξη σημαντικών προβλημάτων που σχετίζονται με την λήψη της.

Τα διαγνωστικά κριτήρια για την εξάρτηση από ουσίες είναι κατά πόσο αναπτύσσεται ή όχι ανοχή, στερητικό σύνδρομο ή καταναγκαστική συμπεριφορά για την λήψη της ουσίας (Μάνος, 1997)

ΑΝΟΧΗ

Είναι η ανάγκη για έντονα αυξημένες ποσότητες της ουσίας για να επιτευχθεί τοξίκωση ή επιθυμητό αποτέλεσμα. Ο βαθμός της ανοχής ποικίλλει από ουσία σε ουσία. Άτομα που κάνουν βαριά χρήση οπιοειδών και διεγερτικών μπορεί να αναπτύξουν σημαντική ανοχή.

ΤΟΞΙΚΩΣΗ

Χαρακτηρίζεται από δυσπροσαρμοστικές συμπεριφορικές ή ψυχολογικές μεταβολές όπως ευφορία που διαρκεί 10 ως 30 λεπτά και μετά απάθεια ή δυσφορία, ψυχοκινητική διέγερση ή επιβράδυνση, έκπτωση της κρίσης, έκπτωση της κοινωνικής ή επαγγελματικής λειτουργικότητας, από μύση, υπνηλία, δυσarthρική ομιλία, έκπτωση της προσοχής ή της μνήμης, δυσκοιλιότητα.

ΣΤΕΡΗΤΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ

Είναι μια δυσπροσαρμοστική μεταβολή της συμπεριφοράς με γνωστικά και φυσιολογικά στοιχεία, που συμβαίνει όταν ελαττωθούν τα επίπεδα της ουσίας στο αίμα, σε ένα άτομο που έκανε μακρόχρονη βαριά χρήση κάποιας ουσίας. Τα στερητικά συμπτώματα διαφέρουν πολύ ανάμεσα στις διάφορες ουσίες, γι' αυτό υπάρχουν διαφορετικά διαγνωστικά κριτήρια για το στερητικό σύνδρομο της καθεμίας. Έντονα και γενικά εύκολα αναγνωρίσιμα στερητικά φυσιολογικά σημεία παρατηρούνται μετά την παύση ή ελάττωση της χρήσης των οπιοειδών, των καταπραϋντικών, υπνωτικών ή αγχολυτικών. Στερητικά συμπτώματα και σημεία συχνά υπάρχουν αλλά μπορεί να είναι λιγότερο εμφανή στα διεγερτικά όπως αμφεταμίνες και κοκαΐνη. Στα ψευδαισθησιογόνα δεν έχει εμφανιστεί σημαντικό στερητικό σύνδρομο ακόμα και μετά επανειλημμένη χρήση τους (Τούντας, 2000).

Σύμφωνα με το DSM-IV τα διαγνωστικά κριτήρια της Στερητικής Διαταραχής (Στερητικό Σύνδρομο) από ουσίες είναι:

A. Η ανάπτυξη ενός συνδρόμου ειδικού για την συγκεκριμένη ουσία που οφείλεται στην παύση της χρήσης της ουσίας που υπήρξε βαριά και παρατεταμένη.

B. Το ειδικό για την συγκεκριμένη ουσία σύνδρομο προκαλεί κλινικά σημαντική υποκειμενική ενόχληση ή έκπτωση στον κοινωνικό, επαγγελματικό ή άλλους σημαντικούς τομείς της λειτουργικότητας.

Γ. Τα συμπτώματα δεν οφείλονται σε κάποια γενική ιατρική κατάσταση και δεν εξηγούνται καλύτερα ως κάποια άλλη ψυχική διαταραχή (Μάνος, 1997).



ΚΑΤΗΓΟΡΙΟΠΟΙΗΣΗ ΟΥΣΙΩΝ

Ηρωίνη και άλλα οπιοειδή ναρκωτικά

Αγνώστου τύπου οπιοειδείς ουσίες

Ηρωίνη

Παράγωγα οπίου και μορφίνης

Κωδεΐνη και κωδεϊνούχα (χρήση πεζοδρομίου, μη θεραπευτική)

Κωδεϊνούχα υγρά/ σιρόπια (code-vix, neo-bronchoton, sivalet, sival, codiprod, caimovix, cetalgin, chrovix, codefar, extrolen, zactuss, peragon)

Υδροκωδεΐνη (dicovix, dolcodin, cardiazoi)

Διυδροκωδεΐνη (DHC)

Άλλοι συγκεκριμένοι τύποι κωδεΐνης ή κωδεϊνούχων

(isoptine, lonarid-n, lonalgal, medamol, medialgin, senodin, spasma- cibalgine, compositum, tussidrin)

Συνθετικά οπιοειδή (χρήση πεζοδρομίου, μη θεραπευτική)

Οπιοειδείς ανταγωνιστές

Υποκατάστατα οπιοειδή που δίνονται με συνταγή γιατρού για
θεραπευτικούς σκοπούς)

Άλλοι τύπου οπιοειδή

Διεγερτικά κεντρικού νευρικού συστήματος

Αγνώστου τύπου διεγερτικά

Κοκαΐνη

Αμφεταμίνες

Διεγερτικά αμφεταμίνες τύπου

MDMA (ΕΚΣΤΑΣΗ)

Άλλου τύπου διεγερτικά

Υπνωτικά και κατασταλτικά

Αγνώστου τύπου υπνωτικά και κατασταλτικά

Βαρβιτουρικά και άλλα υπνωτικά εκτός από βενζοδιαζεπίνες

Βενζοδιαζεπίνες

Μείζονα ηρεμιστικά νευροληπτικά

Άλλα τύπου διεγερτικά

Παραισθησιογόνα

Αγνώστου τύπου παραισθησιογόνα

Συνθετικά ψευδαισθησιογόνα

Μανιτάρια και άλλα παράγωγα φυτών

Άλλες παραισθησιογόνες ουσίες

Εισπνεόμενες- Πτητικές ουσίες

Αγνώστου τύπου εισπνεόμενες- πτητικές ουσίες

Συγκεκριμένοι τύποι ινδικής καννάβης

Κάναβις

Αγνώστου τύπου παράγωγα ινδικής καννάβης

Συγκεκριμένοι τύποι ινδικής καννάβης

Άλλες ψυχοτρόπες ουσίες

Σπιντ-μπολ (κοκτέιλ ηρωίνης και κοκαΐνης)

Αντιπαρκινσονικά φάρμακα

Αντικαταθλιπτικά φάρμακα

Άλλα αγνώστου τύπου ναρκωτικά/ ουσίες



ΟΠΙΟ ΚΑΙ ΟΠΙΟΕΙΔΗ

Το όπιο είναι ένα από τα αρχαιότερα φάρμακα που γνώρισε και χρησιμοποίησε ο άνθρωπος. Η μήκων η υπνοφόρος είναι φυτό, που φύεται κυρίως στην Ασία και στη νοτιοανατολική Ευρώπη. Το 1803 ο Serturmer απομόνωσε από το όπιο τη μορφίνη, που πήρε το όνομά της από τον θεό του ύπνου Μορφέα. Στα μέσα του 19^{ου} αιώνα ανακαλύφθηκε η βελόνα και η σύριγγα για την υποδερμική χορήγηση. Ο αριθμός των μορφινομανών στην Ευρώπη έγινε τότε πραγματικά τεράστιος.

Το 1899 η Γερμανική εταιρεία Bayer ανακοινώνει την ανακάλυψη ενός νέου φαρμάκου το οποίο «θα υποκαθιστούσε τη μορφίνη και είχε το πλεονέκτημα ότι δεν προκαλούσε εξάρτηση». Το φάρμακο ονομάστηκε ηρωίνη και κυκλοφόρησε σαν αναλγητικό και αντιβηχικό. Τελικώς, στην πράξη αποδείχθηκε το ίδιο, αν όχι περισσότερο, επικίνδυνη από τη μορφίνη, ως προς τις εξαρτησιογόνες ιδιότητές της (Λιάππας, 1991).

Το όπιο προέρχεται από μια ειδική παπαρούνα (Papaver Somniferir), που ευδοκimeί σε πάρα πολλές χώρες. Οι περισσότερες γνωστές οπιοκαλλιέργειες βρίσκονται στην γειτονική Τουρκία, σε χώρες της Μέσης Ανατολής και σε χώρες της νοτιο-ανατολικής Ασίας γνωστές ως το "χρυσό τρίγωνο" και της νότιας Αμερικής.

Σε όλες τις χώρες του κόσμου υπάρχουν πάντοτε οπιομανείς και καθώς στην Κίνα και σε άλλες ασιατικές χώρες η χρήση του οποίου είναι ευρύτατη. Στο επίσημο εμπόριο οι οπιοκαλλιεργητές προμηθεύουν χημικά και φαρμακευτικά εργαστήρια με όπιο, για την παρασκευή διαφόρων φαρμάκων που τα έχουν σαν βάση τους. Όπως θα περίμενε κανείς η νόμιμη πώληση οπίου σε αναγνωρισμένα φαρμακευτικά και χημικά εργαστήρια προσφέρει

πολύ ασήμαντα κέρδη σε σύγκριση με την διάθεση του οπίου σε λαθρεμπορικές αγορές. Αυτός είναι ο μόνος λόγος, για τον οποίο πάμπολλες από τις καλλιέργειες οπίου χρησιμοποιούνται όχι για την τροφοδότηση των φαρμακοβιομηχανικών αλλά για το διεθνές λαθρεμπόριο.

Οπιομανείς συνεχίζουν να υπάρχουν και να ικανοποιούν το πάθος τους καπνίζοντας τους ειδικούς "ναργιλέδες" ή πίπες ή ακόμα τρώγοντας το όπιο. Αλλά οι οπιομανείς είναι ελάχιστοι σε σύγκριση με τους ηρωινομανείς που προτιμούν την ηρωίνη (Πιπερόπουλος, 2005)

Μορφές και τρόποι χρήσης

Το όπιο περιέχει 25 αλκαλοειδή τα οποία διαιρούνται σε δύο χημικές ομάδες"

- Τα παράγωγα του φαινανθρενίου και
- Τα παράγωγα της βενζυλισοκινόλης

Αν στο μόριο της μορφίνης γίνει ακετυλίωση δημιουργείται η διακετυλομορφίνη (ηρωίνη). Η ηρωίνη αποτελεί ένα ημισυνθετικό παράγωγο του οπίου. Οπιούχα ονομάζονται τα φυσικά αλκαλοειδή του οπίου όπως είναι η μορφίνη και η κωδεΐνη. Εκτός από αυτά υπάρχουν ημισυνθετικά παράγωγά τους όπως η ηρωίνη, η υδρομορφόνη και η οξυμορφόνη, καθώς και καθαρά συνθετικά οπιοειδή όπως η μεπεριδίνη, η μεθαδόνη, η φαιναζοκίνη, η πενταζοκίνη, η κυκλαζοκίνη (Λιάππας, 1991).

Κοινό χαρακτηριστικό όλων αυτών των ουσιών είναι ότι δεσμεύουν και εξασκούν τη δράση τους σε υποδοχείς στον εγκέφαλο, τους υποδοχείς οπιοειδών, είναι ίσως προτιμότερο να αναφερόμαστε τόσο στα αλκαλοειδή όσο και στις συνθετικές και ημισυνθετικές ουσίες με το γενικό όρο οπιοειδή και

όχι οπιούχα. Όλα αυτά τα φάρμακα είναι κατευναστικά, αλλά το σημαντικότερο είναι ότι αποτελούν τα δυνατότερα παυσίπονα που υπάρχουν. Γι' αυτό και η σημασία τους για την ιατρική είναι ανυπολόγιστη. Δυστυχώς, όμως, προκαλούν και εξάρτηση. Τα οπιοειδή λαμβάνονται από το στόμα, ενδοφλέβια ή από την μύτη (Πιπερόπουλος, 2005).

Παράγωγα του οπίου

Φυσικά παράγωγα του οπίου	Μορφίνη Κωδεΐνη Θηβαΐνη Παπαβερΐνη
Ημισυνθετικά παράγωγα	Ηρωΐνη Διυδροκωδεΐνη Διυδροκωδεΐνη
Συνθετικά παράγωγα	Πεθιδΐνη Μεθαδΐνη Δεξτρομοραμΐδη

(Λιάππας, 1997)

Πορεία και Επιπλοκές

Η εξάρτηση από οπιοειδή συνήθως προηγείται μια περίοδος χρήσης πολλών άλλων ουσιών όπως, καπνού, αλκοόλ, μαριχουάνας, καταπραϋντικών, υπνωτικών ή αγχολυτικών, σιροπιών για βήχα, ψευδαισθησιογόνων ή αμφεταμινών. Η χρήση των ουσιών αυτών συνήθως συνεχίζει και μετά την εγκατάσταση της χρήσης των οπιοειδών. Μπορεί όμως ένα άτομο να πάρει κατευθείαν οπιοειδή ή να εξαρτηθεί από αυτά μετά από ιατρική χρήση. Σημαντικό είναι να αναφερθεί τι τα άτομα με εξάρτηση αν απομακρυνθούν από το πλαίσιο της εξάρτησής τους (πόλη, φίλοι, προσιότητα) μπορούν να αποφύγουν την χρήση οπιοειδών, ενώ ξαναγυρνούν σε αυτήν μόλις ξαναβρεθούν στο ίδιο περιβάλλον. Η εξάρτηση από οπιοειδή μπορούν να αρχίσουν σε οποιαδήποτε ηλικία αλλά συνήθως τα προβλήματα σχετικά με αυτήν εμφανίζονται έντονα στην ηλικία των 18-25 ετών.

Οι επιπλοκές από την παθολογική χρήση των οπιοειδών είναι πολλές και επικίνδυνες. Διακρίνονται στις:

Σωματικές, ανήκουν ξηροστομία και ξηρότητα της μύτης, δυσκοιλιότητα, η ελάττωση της οπτικής οξύτητας, η απόφραξη των φλεβών, κυτταρίτιδα και τα αποστήματα, διαταραχές της εμμηνορρυσίας, διαταραχές της σύσης, λοίμωξη από HIV, φυματίωση και ηπατίτιδα.

Ψυχολογικές, ανήκουν η έκπτωση της λειτουργίας του ατόμου στην εργασία, στην οικογένεια, στις διαπροσωπικές σχέσεις οδηγεί σε επαγγελματικές καταστροφές, σε χωρισμούς και διαζύγια, σε ανεργία. Ακόμα, ένας μεγάλος αριθμός αξιόποινων πράξεων και εγκλημάτων συνδέονται με τη χρήση των ουσιών αυτών.

Ο θάνατος είναι η χειρότερη αλλά και δυστυχώς η πιο συχνή επιπλοκή και μπορεί να προέλθει από υπερβολική δόση, από ατυχήματα, από λοιμώξεις, από ανθρωποκτονία ή από αυτοκτονία.

Τοξίκωση από Οπιοειδή

Χαρακτηρίζεται από δυσπροσαρμοστικές συμπεριφορικές ή ψυχολογικές μεταβολές, όπως ευφορία που διαρκεί από 10 ως 30 λεπτά και μετά απάθεια ή δυσφορία, ψυχοκινητική διέγερση ή επιβράδυνση, έκπτωση της κρίσης, έκπτωση της κοινωνικής ή επαγγελματικής λειτουργικότητας, υπνηλία, έκπτωση της προσοχής ή της μνήμης. Τα συμπτώματα κορυφώνονται σε 5' από την ενδοφλέβια χορήγηση, διαρκούν 4-6 ώρες και ακολουθούνται από δυσθυμία. Τα διαγνωστικά κριτήρια της Τοξίκωσης από οπιοειδή παρουσιάζονται στον πίνακα 15-6.

Υπερβολική δόση ή Δηλητηρίαση από οπιοειδή

Συχνά ο χρήστης από οπιοειδή δεν γνωρίζει την καθαρότητα, άρα και την δύναμη των οπιοειδών που πήρε. Η ανοχή του μπορεί να κυμαίνεται ανάλογα με την πρόσφατη δόση που έχει κάνει. Το αποτέλεσμα είναι η δηλητηρίαση που είναι και συχνή αιτία θανάτου.

Τα σημεία και συμπτώματα της δηλητηρίασης είναι: η μύση ή μυδρίαση, βραδυκαρδία, καταστολή της αναπνοής, πνευμονικό οίδημα και κώμα. Φυσικά η λήψη υπερβολικής δόσης απαιτεί επείγουσα θεραπευτική παρέμβαση που συνίσταται σε υποστήριξη των ζωτικών λειτουργιών του ατόμου, ενδοφλέβια χορήγηση γλυκόζης και χρήση ενός ανταγωνιστή οπιοειδών, δηλαδή ενός φαρμάκου που δεσμεύει τη δράση των οπιοειδών

Από τους διάφορους ανταγωνιστές το φάρμακο επιλογής είναι η ναλοξόνη, γιατί σε απουσία οπιοειδών είναι φαρμακολογικά αδρανής. Η αρχική δόση είναι συνήθως 0,4mg ενδοφλεβίως, μπορεί όμως να χρειαστεί και 1,2mg για να αντιστραφεί η αναπνευστική καταστολή και το κώμα. Η δράση της ναλοξόνη αρχίζει σε λίγα λεπτά και υποχωρεί ύστερα από 30-120, οπότε επανεμφανίζονται τα συμπτώματα της υπερβολικής δόσης. Γι' αυτό για τουλάχιστον 8 ώρες ο ασθενής θα πρέπει να κρατηθεί στο νοσοκομείο και να επαναληφθεί η χορήγηση της ναλοξόνη (Μάνος, 1997).



ΜΟΡΦΙΝΗ

Η μορφίνη υπό τη μορφή του υδροχλωρικού ή θειικού άλατος, είναι μία λευκή μικροκρυσταλλική σκόνη με πικρή γεύση, λαμβάνεται από το στόμα αλλά και παρεντερικός. Μετά την ενδοφλέβια χορήγηση εμφανίζει την μέγιστη δράση της έπειτα από 20', ενώ κατά την ενδομυϊκή ή υποδόρια χορήγηση εμφανίζει τη δράση της μετά από 30' έως 1 ώρα. Η διάρκεια της δράσης της είναι 4-7 ώρες. Το 50% της ποσότητας που χρησιμοποιήθηκε απεκκρίνεται μέσα στις πρώτες 8 ώρες και το 90% αποβάλλεται μέσα στο πρώτο 24ωρο από τη χορήγηση του φαρμάκου.

Φαρμακολογική δράση

Η βασική φαρμακολογική δράση της μορφίνης είναι η πρόκληση ισχυρής αναλγησίας, η οποία συνοδεύεται από έντονη ευφορία. Παράλληλα προκαλεί καταστολή του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος, με αποτέλεσμα υπνηλία, βραδύπνοια, μύση και μείωση της σεξουαλικής επιθυμίας. Ο ακριβής μηχανισμός της μορφίνης στον εγκέφαλο φαίνεται ότι οφείλεται στη σύνδεση του φαρμάκου με ειδικούς υποδοχείς. Οι μέχρι σήμερα γνωστοί υποδοχείς των οπιοειδών ουσιών έχουν χαρακτηριστεί με τα ελληνικά γράμματα μ, κ, σ, δ και ε.

Υπάρχουν ουσίες με μερική αγωνιστική ή και ανταγωνιστική δράση, όπως και ουσίες με ανταγωνιστική μόνο δράση στους υποδοχείς. Οι κυριότεροι ανταγωνιστές των οπιοειδών είναι: η ναλοξόνη, η ναλτρεξόνη, η ναλορφίνη, η λεβαλορφίνη και η βουπρενορφίνη.

Η κύρια ένδειξη για την οποία συνταγογραφείται σήμερα η μορφίνη είναι ο έντονος πόνος, ποικίλης αιτιολογίας, που δεν αντιμετωπίζεται με άλλα

αναλγητικά. Οι ανεπιθύμητες ενέργειες από τη χρήση της μορφίνης είναι ζάλη, η ναυτία, ο εμετός, η υπνηλία, η δυσκοιλιότητα, η κατακράτηση ούρων, η ξηροστομία, η ορθοστατική υπόταση, η βραδυκαρδία και η αύξηση της ενδοκρανιακής πίεσης. Βασικό μειονέκτημα της χρήσης του φαρμάκου είναι η ανάπτυξη εξάρτησης και η εγκατάσταση ανοχής.

Η ελάχιστη θανατηφόρος δόση για μη εθισμένους ενήλικες είναι περίπου 200mg. Οι χρήστες μπορούν να λάβουν μέχρι και 10πλάσιες δόσεις. Η κλινική εικόνα της οξείας δηλητηρίασης είναι βραδυκαρδία, μύση και πνευμονικό οίδημα. Τελικώς ο θάνατος επέρχεται από καταστολή του αναπνευστικού κέντρου. Ως ειδικό αντίδοτο χορηγείται η ναλοξόνη (ανταγωνιστής των οπιοειδών). Η συνεχής χρήση μορφίνης οδηγεί στην ταχεία εμφάνιση ανοχής, η οποία συμβαδίζει με την προοδευτική εγκατάσταση σωματικής εξάρτησης. Η χρόνια παρεντερική χορήγηση του φαρμάκου δημιουργεί σοβαρές τοπικές βλάβες στους ιστούς (Λιάππας, 1997).

ΗΡΩΙΝΗ

Η ηρωίνη δεν χρησιμοποιείται για θεραπευτικούς παρά μόνο σε ελάχιστες χώρες του κόσμου (π.χ. στο Ηνωμένο Βασίλειο) (Λιάππας, 1991). Είναι γνωστή στους κύκλους των ναρκομανών, για ευνόητους λόγους ασφαλείας ως "Η", "άλογο", "άσπρη σκόνη", "σκόνη της χαράς". Οι λαθρέμποροι «του λευκού θανάτου», όπως χαρακτηρίζονται οι προμηθευτές της ηρωίνης τη διαθέτουν σε "σκονάκια" ή "σακούλακια" και συνήθως σε περιεκτικότητα 5-7% ηρωίνη και το υπόλοιπο ζάχαρη ή σκόνη γάλακτος.

Ο τοξικομανής «παίρνει» τη δόση του συνήθως κάνοντας ενδοφλέβια ένεση με υποδόρια σύριγγα, αφού διαλύσει το περιεχόμενο της "σακούλας" σε νερό που σιγοβράζει. Όταν δεν υπάρχει υποδόρια σύριγγα η ένεση γίνεται και με πρόχειρα μέσα όπως ένα σταγονόμετρο. Αυτονόητο είναι η επίδραση της ηρωίνης όταν παίρνεται ενδοφλέβια είναι άμεση. Οι ναρκομανείς άλλες φορές εισπνέουν την σκόνη της ηρωίνης ή την καταπίνουν καθυστερώντας έτσι την επίδραση του ναρκωτικού.

Το γεωγραφικό ταξίδι που διαγράφει η ηρωίνη πριν γράψει την ολέθρια πορεία της στο σώμα του τοξικομανή είναι η ακόλουθη: Ξεκινά από οπιοκαλλιέργεια της Τουρκίας, της Μέσης Ανατολής ή της Νοτιοανατολικής Ασίας. Από εκεί караβάνια λαθρεμπόρων μεταφέρουν το ακατέργαστο όπιο σε λιμάνια ή αεροδρόμια από όπου αποστέλλεται σε ειδικά εργαστήρια της Ευρώπης ή της Αμερικής (Πιπερόπουλος, 2005). Το ραφινάρισμα του ρετσινιού του οπίου με σκοπό να μετατροπή σε ηρωίνη είναι μια κοπιαστική διαδικασία με πολλά στάδια. Από την στιγμή που το ρετσίνι μεταφέρεται σε διυλιστήριο μετατρέπεται αρχικά σε μορφίνη, η οποία είναι ένα ενδιάμεσο προϊόν. Αυτή η μετατροπή επιτυγχάνεται αρχικά με χημική διαδικασία και

απαιτεί μερικά βασικά συστατικά και σκεύη. Για την ρευστοποίηση της ρητίνης του οπίου χρησιμοποιείται ζεστό νερό και σάκοι από λινάτσα χρησιμοποιούνται για φιλτράρισμα και στράγγισμα. Αφού στεγνώσει, η μορφίνη που παράγεται στο αρχικό στάδιο είναι πιεσμένη σε τούβλα. Η μετατροπή της μορφίνης σε ηρωίνη είναι επίσης αποτέλεσμα χημικής κυρίως διαδικασίας. Τα κύρια χημικά που χρησιμοποιούνται οξικός ανυδρίτης μαζί με ανθρακούχο νάτριο, ενεργό άνθρακα, χλωροφόρμιο, αιθυλική αλκοόλη, αιθέρα και ακετόνη. Οι δύο πιο κοινές παραγόμενες ποικιλίες είναι η ηρωίνη No. 3 ή καπνιστική ηρωίνη, και η ηρωίνη No.4 ή εναίσιμη ηρωίνη. Η διαδικασία της διύλισης τελειοποιείται στο σημείο που τα επίπεδα καθαρότητας της ηρωίνης είναι πάνω από 90% και το προϊόν φεύγει από το διυλιστήριο. Έτσι μετατρέπεται το ραφινάρισμα του ρετσινιού του οπίου σε ηρωίνη σε ένα παράνομο διυλιστήριο στην νοτιοανατολική Ασία. (www.valentine.gr/opium.gr.htm)

Η ηρωίνη επιδρά σαν ελιξίριο ή και σαν ηρεμιστικό στο νευρικό σύστημα του τοξικομανή δίνοντάς του μια αίσθηση ευεξίας και εξαφανίζοντας οποιοδήποτε συναίσθημα πόνου, ενώ ταυτόχρονα συντείνει στην απώλεια της ισορροπίας κίνησης. Η εμφάνιση του τοξικομανή μετά τη δόση του θυμίζει σχεδόν έναν μεθυσμένο που κατανάλωσε ικανές ποσότητες αλκοόλ. Οι ναρκομανείς εξηγούν ότι μαζί με τα "ευεργετικά" της η ηρωίνη εντείνει και τις σεξουαλικές τους δραστηριότητες και ικανότητες. Αυτό που συνήθως ξεχνούν να αναφέρουν οι ηρωινομανείς είναι ότι μετά από σύντομο χρονικό διάστημα η ευεξία υποχωρεί, αρχίζουν οι πόνοι και σταδιακά χάνουν κάθε έλεγχο της συμπεριφοράς τους, καθώς και κάθε επιθυμία για κοινωνική συναναστροφή, ακόμα δε και αυτής της σεξουαλικής επιθυμίας.

Η γενική επίδραση της ηρωίνης μοιάζει με εκείνη του οπίου και της μορφίνης αλλά είναι κατά γενική παραδοχή πιο έντονη και πιο έμμεση. Η συνεχής χρήση ηρωίνης επιφέρει απώλεια σωματικού βάρους και πάντοτε υπάρχουν οι κίνδυνοι του τετάνου και της ηπατίτιδας και του AIDS από τη χρήση μη αποστειρωμένης υποδερμικής σύριγγας.

Τα κοινωνικο-ψυχολογικά και οικονομικά προβλήματα, που δημιουργεί στους ναρκομανείς η εξάρτηση από την ηρωίνη είναι πραγματικά ολέθρια. Η συνεχής χρήσης της –καθώς και των άλλων οπιοειδών- καθιστά το άτομο έρμαιο του φαρμάκου και του λαθρέμπορου προμηθευτή του. Ολόκληρος ο κόσμος των ναρκομανών στρέφεται γύρω από την στιγμή που θα “πάρουν την δόση τους”. Χάνουν κάθε ενδιαφέρον για την οικογένεια, εργασία, συνανθρώπους και οικογενειακές υποχρεώσεις και όταν εξαντληθούν οι δικοί τους οικονομικοί πόροι ή εκείνοι της οικογένειάς τους στρέφονται στην κλοπή, τον εκβιασμό, τη μαστροπεία και την πορνεία.

Αν υπολογίσει κανείς ότι ένα γραμμάριο ηρωίνης κοστίζει στην Ελλάδα στην αγορά του πεζοδρομίου από 60 έως 80 Ευρω ανάλογα με την ποιότητά της και με τους νόμους της προσφοράς και ζήτησης και εφ’ όσον ένας μέσος τοξικομανής απαιτεί τη δόση του σε καθημερινή βάση 7 μέρες την βδομάδα και 365 μέρες το χρόνο τότε γίνεται εύκολα αντιληπτό το μέγεθος του οικονομικού προβλήματος που αντιμετωπίζει ο τοξικομανής και η οικογένειά του (Πιπερόπουλος, 2005).

Μορφές και τρόποι χρήσης

Στο παράνομο εμπόριο φέρεται με τη μορφή σκόνης, λευκού, καφέ ή μαύρου χρώματος. Το χρώμα της το παίρνει από διάφορες ουσίες νοθείας,

άλλες από τις οποίες είναι αδρανείς φαρμακολογικός (ζάχαρη, αλεύρι, τάλκης, σκόνη γάλακτος) άλλες όμως είναι τοξικές² ουσίες (κινίνη, στρυχνίνη). Μια δόση των 100mg είναι συνήθως καθαρότητας περίπου 5%. Η ηρωίνη λαμβάνεται παρεντερικός (ενδοφλεβίως, ενδομυϊκός) ,με ερρινισμό («μυτιά») ή εισπνοή μετά από εξάχνωση σε αλουμινόχαρτο («καπνιστή»). Η δράση της μετά την ενδοφλέβια χρήση αρχίζει σε λίγα δευτερόλεπτα, μετά από ενδομυϊκή σε 5'-8' με ερρινισμό και με κάπνισμα σε 10'-15'. Η παρεντερική λήψη εξακολουθεί να είναι η κύρια οδός χρήσης της ουσίας, ειδικά σε βαρείς χρήστες.

Φαρμακοκινητική

Η ηρωίνη αμέσως μετά την λήψη της, ως λιποδιαλυτική ουσία που είναι, διαπερνά εύκολα τον αιματοεγκεφαλικό φραγμό και φτάνει στον εγκέφαλο. Το 60% της λαμβανόμενης δόσης απεκκρίνεται από τα ούρα εντός 24 ωρών. Απεκκρίνεται επίσης μέρος της ουσίας και από την χολή.

Φαρμακολογικές ιδιότητες

Η ηρωίνη θεωρείται ότι είναι 2-3 φορές πιο δραστική από την μορφίνη. Στον εγκέφαλο συνδέεται με τους οπιοειδείς υποδοχείς. Χρησιμοποιώντας την ουσία ενδοφλεβίως οι χρήστες βιώνουν ένα ευχάριστο «κάψιμο» (rush), η ένταση του οποίου εξαρτάται από την δόση και από το πόσο γρήγορα φτάνει η ουσία στον εγκέφαλο. Αυτό διαρκεί όμως μερικά δευτερόλεπτα έως μερικά λεπτά και μετά ακολουθεί μια περίοδος ηρεμίας και καταστολής, που διαρκεί από 3'-5' ώρες ανάλογα με την ποσότητα που χρησιμοποιήθηκε. Επίσης, παρουσιάζεται ξηροστομία, αίσθημα βάρους στα άκρα, ναυτία, εμετός και

«χήναιο» δέρμα. Η λειτουργία της καρδιάς, του εγκεφάλου και της αναπνοής καταστέλλονται, κατάσταση που συχνά μπορεί να οδηγήσει στον θάνατο. Μετά την αποδρομή αυτών των συμπτωμάτων θα αρχίσει η εμφάνιση των συμπτωμάτων του στερητικού συνδρόμου. Συνήθως οι χρήστες λαμβάνουν 2 έως 4 δόσεις ημερησίως.

Οξεία δηλητηρίαση

Η ελάχιστη θανατηφόρος δόση για τους μη εθισμένους ενήλικες είναι 200mg καθαρής ουσίας. Έχουν αναφερθεί θάνατοι και με πολύ μικρότερες δόσεις, της τάξεως των 10mg. Οι χρόνιοι χρήστες φθάνουν τελικώς να χρησιμοποιούν πολύ μεγαλύτερες δόσεις της ουσίας.

Η οξεία δηλητηρίαση με ηρωίνη προκαλείται από υπέρβαση της δοσολογίας εθισμού, η οποία συνήθως δεν συμβαίνει σκόπιμα, αλλά είναι αποτέλεσμα του κακού υπολογισμού και της νόθευσης που κάνει ο έμπορος. Επίσης πολλοί θάνατοι συμβαίνουν από την ταυτόχρονη χρήση ηρωίνης και οιοπνεύματος, βενζοδιαζεπινών ή άλλων κατασταλτικών του Κ.Ν.Σ.

Η κλινική εικόνα της οξείας δηλητηρίασης από ηρωίνη συνίσταται από την κλασική τριάδα: κώμα, μύση και καταστολή της αναπνοής. Ο ασθενής εμφανίζει βραδυκαρδία και πνευμονικό οίδημα. Βασικό βήμα στην αντιμετώπιση του συνδρόμου είναι η εξασφάλιση της οξυγόνωσης. Ως αντίδοτο χορηγείται η υδροχλωρική ναλοξόνη.(ανταγωνιστής των οπιοειδών).

Χρόνια δηλητηρίαση

Οι χρόνιες επιπλοκές της χρήσης οπιοειδών είναι πολλές και αφορούν σχεδόν όλα τα συστήματα.

- Από το δέρμα. Αποστήματα, έλκη, ουλές, σκληρίες, οιδήματα, εξανθήματα
- Από το αναπνευστικό. Πνευμονικό απόστημα ή έμφρακτα, πνευμονία, φυματίωση, πνευμονική υπέρταση, κοκκιωμάτωση.
- Από το κυκλοφορικό. Ενδοκαρδίτιδες, φλεβίτιδες, θρομβοφλεβίτιδες, αρτηριακά έμφρακτα, αγγείτιδες
- Από το νευρικό. Μηνιγγίτιδα, βλάβες των περιφερειακών νεύρων
- Από το ουροποιητικό. Νεφρωσικό σύνδρομο
- Από το μυοσκελετικό. Οστεομυελίτιδα, σηπτική αρθρίτιδα
- Από το ενδοκρινολογικό. Οι μεν γυναίκες εμφανίζουν διαταραχές του εμμήνου κύκλου, τοξιναιμία της κυήσεως και πρόωρο τοκετό, ενώ οι άνδρες διαταραχές της libido και πρόωρη εκσπερμάτωση.
- Λοιμώξεις. Συχνότερες θεωρούνται οι ιογενείς λοιμώξεις (ηπατίτιδα, AIDS)

Χαρακτηριστικά της εξάρτησης

Η εξάρτηση από την ηρωίνη θεωρείται σήμερα μια χρόνια, υποτροπιάζουσα διαταραχή, που χαρακτηρίζεται από επιτακτική αναζήτηση της ουσίας και από νευροχημικές και μοριακές διαταραχές στον εγκέφαλο. Οι χρήστες σταδιακά καταναλώνουν όλο και περισσότερο χρόνο και ενέργεια για την αναζήτηση της δόσης τους, τελικώς κύριος σκοπός της ζωής τους γίνεται η εξασφάλιση και η χρήση της ουσίας. Η ηρωίνη προκαλεί σημαντική ανοχή και σωματική εξάρτηση. Ο χρήστης αρχίζει σταδιακά να αυξάνει τη δόση και φτάνει να λαμβάνει τεράστιες ποσότητες ημερησίως. Το στερητικό σύνδρομο εμφανίζεται 6-12 ώρες μετά την χρήση της τελευταίας δόσης, ανάλογα με το

βαθμό της φυσικής εξάρτησης που έχει εγκατασταθεί. Το άτομο εμφανίζει άγχος, ανησυχία, κατάθλιψη, ρινόρροια, δακρύρροια, σιελόρροια, ρίγος, μυαλγία και αρθραλγίες, κοιλιακούς κολικούς, αϋπνία, δακρύρροια και εμετό. Τα συμπτώματα επιτείνονται σε 2-8 ώρες και διαρκούν από μερικές μέρες έως μία βδομάδα περίπου (Λιάππας, 1997).

BENZODΙΑΖΕΠΙΝΕΣ

Στην κατηγορία αυτή υπάγονται ουσίες που έχουν σαν κοινό χαρακτηριστικό ότι καταστέλλουν το Κεντρικό Νευρικό Σύστημα. Οι ουσίες μολονότι διαφέρουν τόσο φαρμακολογικά όσο και στον τύπο της απορρόφησης, του μεταβολισμού και της κατανομής τους στο σώμα , προκαλούν παρόμοια σύνδρομα τοξίκωσης και στέρησης. Οι ουσίες αυτές παίρνονται συνήθως από το στόμα με την μορφή χαπιού ή κάψουλας. Τα πιο κοινά αγχολυτικά είναι οι βενζοδιαζεπίνες π.χ. διαζεπάμη, η οξαζεπάνη. Τα πιο κοινά υπνωτικά είναι βενζοδιαζεπίνες π.χ. νιτραζεπάμη, φλουραζεπάμη. Οι κατασταλτικές ουσίες αυτής της κατηγορίας πρωτοεισάγονται στη θεραπευτική στις αρχές της δεκαετίας του 1960 ως φάρμακο για την ανακούφιση από το άγχος και την αντιμετώπιση της αϋπνίας (Πιπερόπουλος, 2005).

Τρόπος δράσης

Οι ουσίες αυτές επιδρούν σε όλο σχεδόν το Κεντρικό Νευρικό Σύστημα επηρεάζοντας τη δράση διάφορων νευροδιαβιβαστών. Οι Βενζοδιαζεπίνες ελαττώνουν τον REM- ύπνο και η απότομη διακοπή τους προκαλεί έντονη αϋπνία και άγχος.

Κλινικές επιδράσεις

Τα αποτελέσματα της δράσης των βενζοδιαζεπινών στον άνθρωπο είναι κυρίως η καταστολή, η αγχομείωση, η υπναγωγική δράση, μυοχαλάση και η αντισπασμωδική ενέργεια. Η κατάχρησή τους για αρκετό χρονικό διάστημα προκαλεί δυσαρθρία, αταξία, νυσταγμό, συναισθηματική

ευμεταβλητότητα και συχνά επιθετικού τύπου συμπεριφορά. Σε υψηλές δόσεις επέρχεται βαθύς ύπνος και στην συνέχεια κώμα. Γενικά μειώνουν την επιθετικότητα αν και σε ορισμένες περιπτώσεις είναι δυνατόν να εμφανιστεί παράδοξη αύξησή της. Σε μεγάλες δόσεις οι ουσίες αυτές ελαττώνουν την ψυχοκινητική συνέργεια και τους γνωστικούς μηχανισμούς.

Εξάρτηση- Ανοχή

Στις περιπτώσεις συνεχούς χρήσης 30-40mg διαζεπάμης ή ισοδύναμης ποσότητας άλλης βενζοδιαζεπίνης την ημέρα, η απότομη διακοπή προκαλεί ήπια, στερητικού τύπου συμπτωματολογία, ενώ σε περιπτώσεις σωματικά εξαρτημένων χρηστών από δόσεις 100-600mg διαζεπάμης ή ισοδύναμης ποσότητας άλλης βενζοδιαζεπίνης την ημέρα, η απότομη διακοπή της προκαλεί έντονο στερητικό σύνδρομο, το οποίο ακόμα μπορεί να θέσει σε σοβαρό κίνδυνο τη ζωή του χρήστη. Οι Βενζοδιαζεπίνες είναι ιδιαίτερα δημοφιλείς ουσίες μεταξύ των ουσιοεξαρτημένων ατόμων. Οι χρήστες χρησιμοποιούν τις ουσίες είτε για να «φτιαχτούν» είτε για να αντιμετωπίσουν τα δυσάρεστα συμπτώματα που προκαλεί η στέρηση της ηρωίνης.

Τοξίκωση από Καταπραϋντικά, Υπνωτικά ή Αγχολυτικά

Τα σημεία και συμπτώματα της Τοξίκωσης είναι: δυσπροσαρμοστικές συμπεριφορές ή ψυχολογικές μεταβολές- απρόσφορη σεξουαλική ή επιθετική συμπεριφορά, ευμετάβλητη διάθεση, έκπτωση της κρίσης, έκπτωση της κοινωνικής ή επαγγελματικής λειτουργικότητας, αστάθεια στο βάδισμα, διαταραχή του συντονισμού των κινήσεων, νυσταγμός.

Υπερβολική δόση ή Δηλητηρίαση από Καταπραϋντικά

Καθώς η απαιτούμενη δόση για την πρόκληση τοξίκωσης προοδευτικά αυξάνει, η απόστασή της από τη θανατηφόρα δόση προοδευτικά μειώνεται. Ο θάνατος από Καταπραϋντικά είναι πιο συχνός ως επιπλοκή, γιατί το άτομο μπορεί να πάρει αρκετά μεγάλη δόση της ουσίας που να του προκαλέσει καταστολή της λειτουργίας του Κ.Ν.Σ. σε σύντομο χρονικό διάστημα. Τα σημεία και συμπτώματα από την υπερβολική δόση βενζοδιαζεπίνης είναι σύγχυση, δυσκολία στην κίνηση, αταξία, ελάττωση του μυϊκού συντονισμού των κινήσεων, απρόσφορο συναίσθημα, συνέργεια, δυσαρθρία και συχνά κώμα, ειδικά όταν η ουσία χρησιμοποιείται με άλλες ουσίες ή οινόπνευμα

Στερητικό σύνδρομο

Τα συμπτώματα του στερητικού συνδρόμου είναι: άγχος, δυσφορία, αϋπνία και διαταραχές ύπνου, γαστρεντερικές διαταραχές, αίσθημα πανικού, ίλιγγοι, δυσκολία συγκέντρωσης, ιδρώτας, ταχυκαρδία, ανορεξία, πονοκέφαλοι, τρεμούλες, μυϊκοί σπασμοί, φωτοφοβία. Τα συμπτώματα αρχίζουν τις 3-4 πρώτες ημέρες από την διακοπή της ουσίας κορυφώνονται μεταξύ της 5^{ης} και 9^{ης} ημέρας και συνήθως υποχωρούν τελείως 3-4 εβδομάδες (Λιάππας, 1997).

KANNABH

Η Κάνναβη η ήμερη (*Cannabis sativa*) και υπάρχει στην φύση σε περισσότερες από εκατό παραλλαγές. Η καταγωγή της Κάνναβης τοποθετείται στις ορεινές περιοχές της Βόρειας Ινδίας(Πακιστάν) αλλά η προσαρμοστικότητα του φυτού σε όλες σχεδόν τις συνθήκες την διέδωσε

εύκολα σε όλο τον κόσμο. Υπάρχει ένα αρχικό είδος η *cannabis sativa*, από το οποίο προέκυψαν πολλές παραλλαγές (*cannabis indica*, *cannabis ruderalis*) που διαφέρουν μεταξύ τους κυρίως ως προς την περιεκτικότητά τους σε ορισμένες δραστικές ουσίες.

Οι δραστικές ουσίες της κάνναβης εμπεριέχονται σε ένα ιδιαίτερο ρητινώδες εκχύλισμα που εκκρίνει με φυσικό τρόπο το φυτό όταν αναπτύσσεται σε θερμό κλίμα. Το ρετσίνι αυτό περιέχει ένα αλκαλοειδές την κανναβίνη, η οποία δημιουργεί τα ναρκωτικά αποτελέσματα. Η κάνναβη έχει φυτά αρσενικού και θηλυκού γένους. Και τα δύο γένει παράγουν άνθη και βλαστούς που περιέχουν ρετσίνι με τα θηλυκά να υπερτερούν σε ποσότητα. Το ρετσίνι αυτό επικάθεται με την εφίδρωση του φυτού στην επιφάνεια των φύλλων, των λεπτών κλαδιών και των λουλουδιών.

Η ινδική κάνναβη περιέχει το παραισθησιογόνο T.H.C. σε λιγότερη ποσότητα στα φύλλα και κλαριά του θάμνου (αυτά καπνίζουν οι ναρκομανείς) και σε μεγαλύτερη ποσότητα σαν ρετσίνι που είναι γνωστή και σαν χασίς ή χασισέλαιο. Από την Ινδική Κάνναβη προέρχονται διάφορες ουσίες όπως είναι η μαριχουάνα και το χασίς που είτε καπνίζονται είτε λαμβάνονται από το στόμα με διάφορους τρόπους ακόμα και με τροφή.

Το χασίς είναι το πιο γνωστό παράγωγο από την συλλογή της κάνναβης. Στη γλώσσα των τοξικομανών λέγεται και μαύρο. Σχηματίζεται από τις κορυφές των μικρών βλασταριών των ταξιανθιών (φούντες) και το οποίο συλλέγεται προσεχτικά και αποξηραίνεται (Πιπερόπουλος, 2005)

Η Μαριχουάνα είναι ένα πρασινωπό μείγμα αποξηραμένων θρυμμάτων από όλα τα μέρη του φυτού (φύλλα, λουλούδια και στελέχη). Η μαριχουάνα συνήθως παράγεται από παραλλαγή κάνναβης την *Ganja* και ανήκει στην ίδια

κατηγορία με το χασίς. Οι διαφορές που έχει με την κοινή κάνναβη είναι, η κοινή κάνναβη είναι ένα φυτό με 5 φύλλα, αντίθετα με την μαριχουάνα που έχει 7, η μαριχουάνα δεν έχει επεξεργασία όπως το χασίς. Από την μείξη του χασίς με το οινόπνευμα παράγεται το χασισέλαιο. Έχει πολύ μεγάλη περιεκτικότητα σε δραστικές ουσίες. Το χασίς περιέχει 10% τετραυδροκανναβινόλη, ενώ το χασισέλαιο περιέχει 66,5%. Είναι σε μορφή παχύρρευστη όπως το μέλι με χρώμα σκούρο καφέ. (www.valentine.gr/cannabis2-gr.htm)

Πορεία και επιπλοκές

Η κάνναβη συνήθως χρησιμοποιείται μαζί με άλλες ουσίες, όπως νικοτίνη, αλκοόλ και κοκαΐνη ή αναμειγνύεται και καπνίζεται με οπιοειδή, PCP και ψευδαισθησιογόνα. Τα άτομα που αναπτύσσουν εξάρτηση και κατάχρηση εγκαθιστούν έναν τύπο χρόνιας χρήσης που προοδευτικά αυξάνει σε συχνότητα και ποσότητα. Σε άτομα που κάνουν χρήση για πολλά χρόνια, θεωρείται ότι μπορεί να εμφανιστεί μια κατάσταση απώλειας των ενδιαφερόντων και ελάττωσης της στοχοκατευθυνόμενης συμπεριφοράς. Π.χ. να πάει στην δουλειά του ακόμα και όταν έχει να πάρει την ουσία για πολύ καιρό. Το ίδιο παρατηρείται και σε χρόνιους χρήστες ψευδαισθησιογόνων και PCP.

Επιπλοκές της χρόνιας λήψης μπορεί να είναι κατάθλιψη, άγχος, ευερεθιστότητα, ανηδονία. Σε λήψη υψηλών δόσεων η κάνναβη λειτουργεί σαν ψευδαισθησιογόνο και το άτομο μπορεί να έχει ένα κακό ταξίδι με έντονο άγχος μέχρι πανικό, με παρανοειδή ιδεασμό, με παραληρητικές ιδέες ή ψευδαισθήσεις με αποπροσωποποίηση. Τροχαία ατυχήματα, συχνά θανατηφόρα μπορούν να συμβούν.

Όσον αφορά τις σωματικές επιπλοκές, η χρόνια χρήση κάνναβης μπορεί να προκαλέσει παραρρινική κολπίτιδα, φαρυγγίτιδα, βρογχίτιδα με έντονο και επίμονο βήχα, εμφύσημα.

Τοξίκωση

Η τοξίκωση αρχίζει σχεδόν αμέσως με τη λήψη, κορυφώνεται μέσα σε μια ώρα και διαρκεί συνήθως περίπου 3 ώρες. Τα συμπτώματα και σημεία:

1. Ψυχολογικά όπως ευφορία, υποκειμενική επίταση των αισθήσεων, αίσθημα επιβράδυνσης της ροής του χρόνου, αίσθημα ευεξίας και χαλάρωσης ή απάθεια
2. Σωματικά όπως ένταση των επιπεφυκώτων, αύξηση της όρεξης, ξηροστομία, ταχυκαρδία
3. Δυσπροσαρμοστικά συμπεριφορικά αποτελέσματα όπως άγχος ή πανικό, καχυποψία ή παρανοειδής ιδεασμούς, έκπτωση της κρίσης, έκπτωση της κοινωνικής ή επαγγελματικής λειτουργικότητας (Μάνος, 1997).

Στερητική Διαταραχή από οπιοειδή

Το στερητικό σύνδρομο από οπιοειδή είναι αρκετά δυσάρεστο εντούτοις είναι πολύ λιγότερο δυσφορικό και ιατρικά επικίνδυνο απ' ό,τι του αλκοόλ ή των βαρβιτουρικών και ουσιαστικά όχι επικίνδυνο για την ζωή του ατόμου εφόσον είναι σωματικά υγιές. Τα σημεία και συμπτώματα του στερητικού συνδρόμου της μορφίνης και ηρωίνης αρχίζουν λίγες ώρες (6-8) από την τελευταία δόση, φθάνουν στην μεγαλύτερή τους ένταση την δεύτερη με τρίτη μέρα και υποχωρούν μέσα σε επτά με δέκα μέρες.

Τα σημεία και συμπτώματα του συνδρόμου είναι τα εξής:

- Δυσφορική διάθεση

- Ναυτία ή εμετός
- Μυϊκοί πόνοι
- Δακρύρροια ή ρινόρροια
- Μυδρίαση, ανόρθωση τριχών ή εφίδρωση
- Διάρροια
- Χασμουρητό
- Πυρετός
- Αϋπνία
- Ιδρώτας
- Υπέρταση
- Ανορεξία

(Μέλλος, 1998).

ΔΙΕΓΕΡΤΙΚΑ ΤΟΥ Κ.Ν.Σ.

ΚΟΚΑΪΝΗ

Η κοκαΐνη είναι ένα αλκαλοειδές το οποίο λαμβάνεται από τα φύλλα του θάμνου *Erythroxylon Coca*, που φύεται στις Άνδεις. Στη μορφή που την χρησιμοποιούν οι ναρκομανείς η κοκαΐνη είναι άοσμη, κρυσταλλική σκόνη με έντονα πικρή γεύση και η επαφή της ναρκώνει άμεσα την γλώσσα.

Η κοκαΐνη απομονώθηκε για πρώτη φορά από τον γερμανό χημικό Albert Neiman γύρω στο 1860. Υπήρξαν εποχές στις οποίες η κοκαΐνη χρησιμοποιήθηκε ευρύτατα σαν τοπικό αναισθητικό. Οι διεγερτικές ιδιότητες της συνίσταται στην θεαματική άνοδο του ψυχισμού, της ψυχικής διάθεσης του χρήστη, που δείχνει διανοητική οξυδέρκεια, φλυαρία, φοβερές ικανότητες στην αποχή πόνου και σημαντική έλλειψη κόπωσης. Συχνά η χρήση της δημιουργεί πέρα από την ευφορία, αύξηση των μυϊκών δυνάμεων, αλλά επίσης άγχος και σε μερικά άτομα παραισθήσεις και φοβικές αντιδράσεις. Η κυκλοφορία του φαρμάκου στον οργανισμό επιταχύνει τους παλμούς της καρδιάς ανεβάζει την πίεση και δημιουργεί διαστολή στις κόρες των ματιών. Τα γενικά συναισθήματα διέγερσης και ευφορίας υποχωρούν μετά από ορισμένες ώρες απολήγοντας σε έντονες καταστάσεις κατάθλιψης (πράγμα που υποχρεώνει το χρήστη να ξαναπάρει τη δόση του). Η υπερβολική δόση κοκαΐνης επιφέρει τον θάνατο από ανακοπή καρδιάς ή εκτεταμένη άπνοια στο αναπνευστικό σύστημα. Ο Sigmund Freud μελέτησε επισταμένως, στο πλαίσιο της διδακτορικής του διατριβής, την επίδραση της κοκαΐνης στις ψυχικές και σωματικές ικανότητες του ανθρώπου.

Οι ναρκομανείς σε χώρες της Λατινικής Αμερικής «μασάνε» τα φύλλα του θάμνου. Στη βόρεια Αμερική (Η.Π.Α.-Καναδάς) σε Ευρωπαϊκές και άλλες χώρες οι ναρκομανείς εισπνέουν τη σκόνη κοκαΐνης ή κάνουν ενέσεις.

Οι φοβερές διεγερτικές ικανότητες της κοκαΐνης αναγκάζουν πολλούς χρήστες να τη συνδυάζουν με κάποιο ηρεμιστικό φάρμακο (την ηρωίνη ή ηρεμιστικά χάπια). Ο συνδυασμός αυτός απολήγει στη δημιουργία ενός υποκειμενικά κυκλοθυμικού συναισθήματος ελεγχόμενης διέγερσης-χαλάρωσης (Μέλλος, 1998).

Σε ορισμένα άτομα η κοκαΐνη δημιουργεί όχι μόνο ευερεθιστικότητα αλλά έντονα βίαιη συμπεριφορά. Η έλλειψη της οδηγεί το χρήστη σε χρόνια κατάθλιψη αλλά δεν έχει ακόμα τεκμηριωθεί οργανική έξη ίση με την ακατανίκητη ψυχολογική έξη που δημιουργεί η χρήση κοκαΐνης.

Η χρήση της κοκαΐνης διαδόθηκε γρήγορα στην Ευρώπη και στην Αμερική και πολλοί επιστήμονες εκθείασαν τις ιδιότητες της. Στις Η.Π.Α. το 1914 η Πράξη του Harrison για τα ναρκωτικά απαγόρευσε τη χρήση της κοκαΐνης ως φάρμακο και την κατέταξε στην Κατηγορία 2 των ελεγχόμενων ουσιών. Από τότε η χρήση της περιορίστηκε σημαντικά, μέχρι τη δεκαετία του 1970, οπότε ξεκίνησε μια πραγματική επιδημία. Σε μελέτη του 1991 από το NIDA, αναφέρεται ότι 23 εκατομμύρια Αμερικανοί έχουν χρησιμοποιήσει, κάποια στιγμή της ζωής τους, κοκαΐνη (van den Brink, 2003).

Μορφές και τρόποι χρήσης

Η κοκαΐνη φέρεται με δύο μορφές, το υδροχλωρικό άλας, μία λευκή κρυσταλλική σκόνη και την (ελεύθερη) βάση της κοκαΐνης, που είναι διαφανείς κρύσταλλοι και ονομάζονται crack ή freebase cocaine.

Η υδροχλωρική κοκαΐνη λαμβάνεται με ερρινισμό («σφινάρισμα») ή ενδοφλεβίως. Το crack καπνίζεται συνήθως σε πίπα και όταν οι κρύσταλλοι θερμαίνονται κάνουν ένα χαρακτηριστικό ήχο («κρακ») γι' αυτό και ονομάστηκε έτσι. Με το κάπνισμα δημιουργούνται μέσα σε λίγα λεπτά υψηλές συγκεντρώσεις της ουσίας στο αίμα, όπως και με την ενδοφλέβια χρήση. Το crack είναι πολύ φθινό, αφού κοστίζει 3-5 δολάρια το φιαλίδιο.

Η κοκαΐνη χρησιμοποιείται συχνά σε συνδυασμό με άλλα φάρμακα, κυρίως κατασταλτικά του Κ.Ν.Σ. Η δε ταυτόχρονη λήψη κοκαΐνης και ηρωΐνης ονομάζεται speedball. Λαμβάνεται επίσης μαζί με οινόπνευμα, οπότε δημιουργείται μία πολύ σημαντική αλληλεπίδραση. Η ένωση που παράγεται ονομάζεται cocaethelene, η οποία φαίνεται ότι έχει σοβαρή εξαρτησιογόνο δύναμη.

Φαρμακοκινητική

Η κοκαΐνη απορροφάται γρήγορα επειδή διαπερνά εύκολα τις μεμβράνες των κυττάρων. Όταν λαμβάνεται από τη μύτη τα μέγιστα επίπεδα στο πλάσμα εμφανίζονται μετά από 30', ο δε χρόνος ημίσειας ζωής είναι περίπου 60'. Όταν λαμβάνεται ενδοφλεβίως, η δράση της είναι άμεση, εμφανίζεται εντός 1'-2' και τα επίπεδα στο αίμα είναι πολύ υψηλότερα.

Φαρμακολογική δράση

Η κοκαΐνη δρα με δύο τρόπους:

1. Έχει τοπική αναισθητική δράση.
2. Έχει διεγερτική δράση στο Κ.Ν.Σ.

Η κοκαΐνη αυξάνει την ένταση όλων σχεδόν των ευχάριστων αισθημάτων.

Οι χρήστες αναφέρουν ότι με τη χρήση κοκαΐνης βελτιώνεται σημαντικά η διάθεση τους, γίνονται πιο ομιλητικοί, πιο κοινωνικοί και οξύνονται οι αισθήσεις τους, ειδικά η όραση, η ακοή και η αφή, αποκτούν δε μεγαλύτερη ενέργεια.

Οξεία δηλητηρίαση

Η ελάχιστη θανατηφόρος δόση είναι 1,2 gr. Έχουν αναφερθεί θάνατοι και με δόσεις της τάξεως των 30 mg. Τα εξαρτημένα άτομα μπορεί να λαμβάνουν μέχρι και 5 gr ημερησίως.

Τα συμπτώματα της οξείας δηλητηρίασης είναι κυρίως :

- Μυδρίαση.
- Αύξηση της θερμοκρασίας του σώματος.
- Διαταραχές του ρυθμού (ταχυκαρδία) και αύξηση της αρτηριακής πίεσης.
- Επιληπτικοί σπασμοί.

Για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων αυτών μπορούν να χορηγηθούν διαζεπάμη και προπρανολόλη. Η συχνότητα εμφάνισης εμφράγματος του μυοκαρδίου σε χρήστες κοκαΐνης είναι ανεξάρτητη της δόσης, της διάρκειας χρήσης ή της οδού χορήγησης. Θάνατος μπορεί να εμφανιστεί ακόμη και με τη λήψη της πρώτης δόσης ή και λίγη ώρα αργότερα. Προκαλείται καρδιακή ανακοπή ή σπασμοί και, τέλος, καταστολή της αναπνοής.

Χρόνια δηλητηρίαση

Η χρόνια χρήση κοκαΐνης προκαλεί βλάβες σχεδόν σε όλα τα φυσιολογικά συστήματα του οργανισμού, οι δε χρήστες που χρησιμοποιούν την ουσία ενδοφλεβίως εμφανίζουν υποδόριες αιμορραγικές διηθήσεις στα

σημεία των ενέσεων. Οι χρήστες εμφανίζουν ενίοτε αλλεργικές αντιδράσεις, είτε λόγω της ίδιας της κοκαΐνης είτε λόγω της νοθείας της, οι οποίες μπορούν να αποβούν μοιραίες για τη ζωή.

Σε βαρείς χρήστες που λαμβάνουν μεγάλες δόσεις και για μεγάλο χρονικό διάστημα, μπορεί να εμφανιστεί τοξική αντίδραση με παρανοϊκές ιδέες, στερεοτυπική συμπεριφορά, ευερεθιστότητα και βίαιες εκρήξεις. Οι γυναίκες που λαμβάνουν την ουσία κατά την κύηση, εμφανίζουν σε μεγαλύτερη συχνότητα πρόωρο τοκετό και αποκόλληση του πλακούντα.

Σύστημα	Επιπλοκές χρόνιας χρήσης
Από το αναπνευστικό	Πόνοι στο στήθος Βρογχολίτις Κρίσεις άσθματος Αναπνευστική ανεπάρκεια ("crack lung", σε χρήστες crack)
Από τη μύτη	Χρόνια ρινίτις Απώλεια όσφρησης Κοκκιώματα του ρινικού διαφράγματος Διατήρηση του ρινικού διαφράγματος Οστεολυτική ιγμορίτις
Από το καρδιαγγειακό	Διαταραχές του καρδιακού ρυθμού Ισχαιμικά επεισόδια Έμφραγμα του μυοκαρδίου Μυοκαρδιοπάθεια και μυοκαρδίτιδα
Από το γαστρεντερικό	Απώλεια όρεξης και απώλεια βάρους Κοιλιακά άλγη Ναυτία Ισχαιμία-νέκρωση του εντέρου (σε περιπτώσεις χρήσης από το στόμα)

Χαρακτηριστικά της εξάρτησης

Ορισμένα άτομα μπορεί να κάνουν περιστασιακή χρήση, οι περισσότεροι όμως καταλήγουν να χρησιμοποιούν την κοκαΐνη όλο και συχνότερα. Σε μελέτη του NIDA αναφέρεται γενικά, ότι το 10%-15% αυτών που κάνουν χρήση κοκαΐνης από τη μύτη, θα γίνουν τελικώς εξαρτημένοι χρήστες. Το

crack έχει ισχυρότερη εξαρτησιογόνο ισχύ και δημιουργεί εξάρτηση σε διάστημα ολίγων ημερών ή εβδομάδων.

Με την πάροδο του χρόνου οι χρήστες χρειάζονται μεγαλύτερη δόση για να βιώσουν το ίδιο αίσθημα ευφορίας, εμφανίζεται δηλαδή ανοχή στην ουσία. Τα άτομα που λαμβάνουν την ουσία ενδοφλεβίως μπορεί να καταλήξουν να κάνουν χρήση κάθε 30'.

Το στερητικό σύνδρομο είναι κυρίως ψυχολογικό και εξελίσσεται σε τρεις φάσεις. Στην πρώτη φάση τα κύρια συμπτώματα είναι κατάθλιψη, άγχος, μεγάλη επιθυμία για χρήση, αίσθημα κόπωσης και μεγάλη όρεξη. Στην δεύτερη φάση το άτομο εμφανίζει ανηδονία, άγχος και έντονο αίσθημα στέρησης του φαρμάκου. Στην Τρίτη φάση, μετά από 1-10 εβδομάδες η επιθυμία για χρήση της ουσίας εμφανίζεται περιοδικά, κατά ώσεις. Στο DSM-IV περιλαμβάνονται πέντε συμπτώματα :αίσθημα κόπωσης, δυσάρεστα όνειρα, διαταραχές του ύπνου, αύξηση της όρεξης και ψυχοκινητική διέγερση ή καταστολή (Μέλλος, 1998).

Θεραπεία της στέρησης

Τα αποτελέσματα των μελετών είναι αντικρουόμενα. Σήμερα η επικρατούσα αντίληψη αναφορικά με τη θεραπεία είναι ότι η εξάρτηση από την κοκαΐνη είναι μία κατάσταση η οποία απαιτεί μακροχρόνια αντιμετώπιση διάρκειας τουλάχιστον δύο ετών. Οι βραχυχρόνιες θεραπείες ή η φαρμακευτική προσέγγιση θεωρούνται αναποτελεσματικές.

Τα συμπτώματα του στερητικού συνδρόμου είναι ήπια και γενικά δεν απαιτείται κάποια ειδική θεραπευτική αγωγή μετά την απότομη διακοπή της

χρήσης της ουσίας. Βασικός σκοπός της θεραπείας στη φάση αυτή είναι να αποτραπεί ο χρήστης από την επανάληψη της χρήσης της κοκαΐνης, κάτι που για να επιτευχθεί απαιτείται περισσότερο ψυχοκοινωνική παρά φαρμακευτική υποστήριξη.

Φάρμακα που έχουν χρησιμοποιηθεί σε πειραματικό στάδιο στην απεξάρτηση από κοκαΐνη, χωρίς όμως σημαντικά αποτελέσματα, είναι η αμανταδίνη, η καρβαμαζεπίνη και η φλουοξετίνη.

ΑΜΦΕΤΑΜΙΝΕΣ

Η αμφεταμίνη συντετέθη το 1887 από τον Edeleano. Το 1927 ο Alles εισηγήθηκε τη χρήση της στην αντιμετώπιση του βρογχικού άσθματος. Με τις πρώτες κλινικές εφαρμογές της αμφεταμίνης διαπιστώθηκε ότι αυτή έχει κεντρικές διεγερτικές ιδιότητες, προκαλεί σημαντική εγρήγορση, παρατεταμένη αϋπνία και ανορεξογόνο δράση. Αμέσως μετά τον πόλεμο άρχισε η κατάχρηση της αμφεταμίνης στην Ευρώπη, στην Αμερική και την Ιαπωνία. Οι φαρμακευτικές βιομηχανίες συνέχισαν να παράγουν μεγάλες ποσότητες έως τις αρχές της δεκαετίας του 1970, οπότε άρχισε η κατάχρηση να παίρνει διαστάσεις επιδημίας.

Σήμερα οι αμφεταμίνες δεν χρησιμοποιούνται στην θεραπευτική, εκτός από τις καταστάσεις ναρκοληψίας και το σύνδρομο διαταραχών της προσοχής.

Οι αμφεταμίνες κυκλοφορούν με διάφορα εμπορικά ονόματα και χρησιμοποιούνται σαν διεγερτικά και από πολλά άτομα, σαν υποβοηθήματα δίαιτας για τη μείωση του σωματικού βάρους.

Επειδή, μεταξύ των άλλων επιδράσεων τους οι αμφεταμίνες δημιουργούν και μια σημαντική αίσθηση ενεργητικότητας και “ευεξίας” στο άτομο χρησιμοποιούνται από τους πειραματιζόμενους νέους σαν μέσα φυγής από την οδυνηρή τους καθημερινή πραγματικότητα. Οι ναρκομανείς, όπως και τα άτομα που παίρνουν αμφεταμίνες με ιατρική συνταγή, τις χρησιμοποιούν ως χάπια ή κάνουν ενέσεις με υποδερμική σύριγγα αφού τις διαλύσουν σε βραστό νερό.

Αποτελεί πραγματικότητα γνωστή στους ειδικούς και τις Αρχές, ότι όταν παρατηρηθεί έλλειψη ηρωίνης στο λαθρεμπόριο πολλοί ναρκομανείς

καταφεύγουν στις αμφεταμίνες τις οποίες παίρνουν σε ισχυρότατες δόσεις. Στην “αργκώ” τη διάλεκτο της υποκουλτούρας των ναρκομανών, για λόγους ασφαλείας οι αμφεταμίνες δεν αναφέρονται με τα εμπορικά τους ονόματα αλλά με ειδικούς όρους όπως «μπένης», «ταχύτητα», «πέπ πιλ», «κρύσταλλα», «μεθ» κ.λ.π.

Εφόσον οι αμφεταμίνες χρησιμοποιούνται ευρύτατα με ιατρικές συνταγές σ’ όλες τις χώρες του κόσμου και στην Ελλάδα υπάρχουν σε κάθε σπιτικό φαρμακείο και αποτελούν εύκολη λεία για τα νεαρά άτομα που πειραματίζονται με φάρμακα.

Μορφές και τρόποι χορήγησης

Η δομή της αμφεταμίνης μοιάζει με των φυσικών νευροδιαβιβαστών. Από το βασικό μόριο με τις αντίστοιχες τροποποιήσεις και υποκαταστάσεις προκύπτει μια σειρά παραγώγων. Άλλα από αυτά προκαλούν ψυχοκινητική διέγερση, άλλα παραισθησιογόνα δράση και άλλα την αυξάνουν την ψυχοσυναλλαγή.

Στην παράνομη αγορά, οι μορφές με τις οποίες κυκλοφορούν τα παράγωγα της αμφεταμίνης είναι σκόνες, υγρά, κρύσταλλοι, δισκία και καψάκια. Η πιο συνήθης μορφή αμφεταμίνης που κυκλοφορεί στην παράνομη αγορά είναι το θειικό άλας. Η θειική αμφεταμίνη λαμβάνεται από τη μύτη ή ενδοφλεβίως. Ορισμένοι χρήστες την καπνίζουν.

Φαρμακοκινητική

Η αμφεταμίνη χρησιμοποιούμενη από το στόμα απορροφάται ευχερώς από το έντερο και η μέγιστη συγκέντρωση της στο πλάσμα εμφανίζεται μετά

από 30' περίπου. Το φάρμακο αρχίζει να απεκκρίνεται τρεις ώρες μετά τη λήψη και μπορεί να συνεχισθεί για αρκετές ημέρες ανιχνευόμενη στα ούρα του χρήστη.

Φαρμακολογική δράση

Η δράση των αμφεταμινών είναι παρόμοια με την ενέργεια των κατεχολαμινών όσον αφορά στο καρδιαγγειακό και γενικώς σε όλες τις λειτουργίες που ελέγχονται από το κεντρικό νευρικό σύστημα. Η χαρακτηριστική όμως ιδιότητα των αμφεταμινών, η οποία και ευθύνεται για την κατάχρησή τους, είναι η κεντρική διεγερτική δράση, που εκδηλώνεται με αίσθημα ευφορίας, εξάλειψη του συναισθήματος και του κάματος και η πνευματική διαύγεια. Από την ψυχική σφαίρα δημιουργεί ένα αίσθημα υπέρμετρης αυτοπεποίθησης, με ιδέες μεγαλείου και έντονη υπερεκτίμηση του «εγώ».

Οι αμφεταμίνες μπορούν να ληφθούν και ενδοφλεβίως. Αρχικά υπάρχουν ήπια συμπτώματα με παραισθήσεις, αργότερα όμως τα συμπτώματα γίνονται εντονότερα και συχνά συνοδεύονται από παρανοϊκό ιδεασμό, κατάσταση γνωστή ως αμφεταμινική ψύχωση. Η μακροχρόνια ενδοφλέβια χρήση της ουσίας προκαλεί ποικίλες στερεοτυπίες και ιδεοληψίες.

Η δράση της θειικής αμφεταμίνης διαρκεί από 4-6 ώρες. Στο διάστημα αυτό, ο χρήστης εμφανίζει αϋπνία, ταχύπνοια, ταχυκαρδία, μυδρίαση και ανορεξία. Η ανορεξία συνοδεύεται από ξηροστομία και δυσκολία κατά την κατάποση. Από την άλλη πλευρά βελτιώνεται η διάθεση του, βιώνει ένα αίσθημα αυξημένης αυτοπεποίθησης και είναι πιο κοινωνικός.

Οξεία δηλητηρίαση

Η ελάχιστη θανατηφόρος δόση για μη εθισμένους ενήλικες είναι της τάξεως των 200 mg. Λόγω της ανοχής που ταχύτατα εγκαθίσταται δεν είναι δυνατόν να ορισθεί τοξική δόση για τους χρόνιους χρήστες αμφεταμινών.

Στην κλινική εικόνα κυριαρχούν σύγχυση, ανησυχία, ευερεθιστότητα, αύξηση των αντανεκλαστικών και τρόμος. Επίσης, εμφανίζονται σοβαρές ψυχικές διαταραχές, όπως παραισθήσεις, παραλήρημα, πανικός και αυτοκαταστροφική συμπεριφορά. Ο ασθενής εμφανίζει επίσης έντονη εφίδρωση, ταχυκαρδία, αυξημένη αρτηριακή πίεση, κεφαλαλγία και πόνο στο στήθος. Η θερμοκρασία του σώματος αυξάνεται και ο θάνατος επέρχεται εν μέσω κυκλοφορικής καταπληξίας.

Επίσης η χρήση μεγάλων δόσεων μπορεί να προκαλέσει ενδοκρανιακή αιμορραγία από τη σημαντική αύξηση της αρτηριακής πίεσης που προκαλεί.

Για την αντιμετώπιση της οξείας δηλητηρίασης εκτός των γενικών μέτρων για την βελτίωση της αναπνοής μπορούν να χορηγηθούν βενζοδιαζεπίνες και φαινοθειαζίνες.

Χρόνια δηλητηρίαση

Η χρόνια λήψη αμφεταμινών συχνά προκαλεί αφενός μεν την εμφάνιση ψυχώσεων αφετέρου δε μυοκαρδιοπάθεια.

Κατά τη χρόνια ενδοφλέβια χρήση αμφεταμινών μπορεί επίσης να εμφανισθεί ένα σύνδρομο που περιλαμβάνει πυρετό, λευχαιμοειδή αντίδραση, διάχυτη ενδοαγγειακή πήξη και ραβδομύλυση. Έτσι εξηγείται και η οξεία νεφρική ανεπάρκεια, που εμφανίζεται ορισμένες φορές στους χρήστες αυτούς.

Χαρακτηριστικά της εξάρτησης

Η αμφεταμίνη δημιουργεί έντονη ψυχική εξάρτηση. Επίσης εμφανίζεται ανοχή σε βαθμό που μερικοί χρήστες μεθαμφεταμίνης μπορεί να χρησιμοποιούν έως και 10 gr της ουσίας την ημέρα. Η ανοχή δεν εμφανίζεται σε όλες τις δράσεις του Κ.Ν.Σ. Μολονότι θεωρείται ότι οι αμφεταμίνες δεν προκαλούν σωματική εξάρτηση, η απότομη διακοπή της χρήσης τους προκαλεί λήθαργο και βαριάς μορφής κατάθλιψη (Μέλλος, 1998).



ΠΑΡΑΙΣΘΗΣΙΟΓΟΝΑ – ΨΕΥΔΑΙΣΘΗΣΙΟΓΟΝΑ

ΔΙΑΙΘΥΛΑΜΙΔΗ ΤΟΥ ΛΥΣΕΡΓΙΚΟΥ ΟΞΕΟΣ (LSD)

Το LSD είναι ο κύριος εκπρόσωπος των ψυχεδελικών ουσιών. Παρασκευάζεται από το λυσεργικό οξύ, συνετέθη για πρώτη φορά το 1938 στα εργαστήρια της Sandoz και τις ισχυρές ψευδεσθησιογόνες ιδιότητες του ανακάλυψε το 1947 ο Hoffman.

Κατά την δεκαετία του 1950 επιχειρήθηκε πειραματικά η χρήση του στην ψυχιατρική για την κατανόηση και την αντιμετώπιση των ψυχώσεων. Το LSD, παρά τις αρχικές προσδοκίες, τελικά ποτέ δεν χρησιμοποιήθηκε επισήμως στη θεραπευτική.

Μορφές και τρόποι χρήσης

Συχνά το LSD φέρεται με την ονομασία οξύ (acid) και πωλείται σε δισκία, καψάκια και ενίοτε σε υγρή μορφή. Είναι μια ουσία άοσμη, άχρωμη, με ελαφρώς πικρή γεύση. Λαμβάνεται από του στόμα σε πολύ μικρές δόσεις της τάξεως των 50-300mg. Επίσης διάλυμα του LSD ενσταλλάσσεται σε κύβους ζάχαρης ή σε διηθητικό χαρτί και η κάθε κηλίδα αντιπροσωπεύει μία δόση που τοποθετείται υπογλώσσια. Αυτές οι σταγόνες έχουν πάνω τους τυπωμένες διάφορες εικόνες και λογότυπους, ονομάζονται δε trips (τρυπάκια).

Φαρμακοκινητική

Το LSD απορροφάται γρήγορα από το πεπτικό σύστημα. Ο χρόνος ημίσειας ζωής της ουσίας είναι περίπου 3 ώρες. Συνήθως η δράση του εκδηλώνεται σε 30'-90' μετά τη λήψη και εμφανίζει τη μέγιστη ένταση σε 2-6

ώρες, ανάλογα με τη δόση που έχει χρησιμοποιηθεί. Τα συμπτώματα μπορεί να διαρκέσουν 12 ή και περισσότερες ώρες.

Φαρμακολογική δράση

Ο ακριβής μηχανισμός της δράσης του δεν είναι γνωστός. Το LSD δρα σε διάφορες περιοχές του Κ.Ν.Σ. εξαρτάται από τη λαμβανόμενη ποσότητα, την προσωπικότητα του χρήστη, τη συναισθηματική του κατάσταση κατά τη στιγμή της χρήσης και τις προσδοκίες του από τη χρήση της ουσίας.

Κυρίως προκαλεί:

- Ευφορία
- Οπτικές ψευδαισθήσεις
- Συναισθησία
- «Διάσχιση του εγώ»

Ο χρήστης χάνει την αίσθηση του χρόνου και του τόπου που βρίσκεται, νομίζει πως ο χρόνος επιταχύνεται ή αντίθετα «κυλάει» πάρα πολύ αργά, αισθάνεται να βρίσκεται «έξω από το σώμα του» και δεν μπορεί να οριοθετήσει τον εαυτό του σε σχέση με το περιβάλλον. Οι αισθήσεις του μπλέκονται με αποτέλεσμα να ακούει χρώματα και να βλέπει ήχους (συναισθησία).

Οι συναισθηματικές διαταραχές είναι έντονες, ευμετάβλητες και ποικίλες και ποικίλλουν από την έκταση και την ευθυμία έως το άγχος και την κατάθλιψη. Όλη αυτή την κατάσταση οι χρήστες την ονομάζουν "ταξίδι", το οποίο μπορεί να είναι «καλό» ή «κακό» ανάλογα με το είδος των εμπειριών που βιώνουν. Τα συμπτώματα διαρκούν περίπου 12 ώρες. Ορισμένοι βίαιη θάνατοι από ατυχήματα συμβαίνουν όταν το άτομο βρίσκεται σ' αυτήν

ακριβώς την κατάσταση. Είναι χαρακτηριστικό ακόμη ότι μπορεί να εμφανισθούν σοβαρές διαταραχές του τύπου της αναδρομής σε εμπειρίες του χρήστη (flashbacks) αρκετό χρόνο, πολλές ημέρες ή και χρόνια μετά την τελευταία χρήση LSD. Η χρήση του LSD προκαλεί τα παρακάτω σωματικά συμπτώματα:

- Μυδρίαση
- Αύξηση της θερμοκρασίας του σώματος, ερυθρότητα του προσώπου, ιδρώτες
- Ταχυκαρδία και αύξηση της αρτηριακής πίεσεως
- Ανορεξία, ναυτία, ξηροστομία
- Ζάλη, υπνηλία, μυϊκή αδυναμία, τρόμος

Οξεία δηλητηρίαση

Γενικά είναι εξαιρετικά σπάνιο να εμφανισθεί οξεία δηλητηρίαση από LSD και δεν έχει προσδιοριστεί η θανατηφόρος δόση του για τον άνθρωπο. Όμως το LSD ευθύνεται για πολλούς θανάτους από ατυχήματα, αυτοτραυματισμούς και αυτοκτονίες (κυρίως πτώσεις από ύψος).

Σε χρήστες που βιώνουν ένα «δυσάρεστο ταξίδι» χορηγούνται αγχολυτικά και υπνωτικά φάρμακα.

Χρόνια δηλητηρίαση

Ο κυριότερος κίνδυνος είναι οι προκαλούμενες ψυχιατρικές διαταραχές. Σε άτομα χωρίς ψυχιατρικό ιστορικό, όπως ήδη αναφέρθηκε, προκαλεί διαταραχές μνήμης και περιστατικά επεισόδια πανικού, τα ονομαζόμενο

«κακό ταξίδι». Σε άτομα με υποκλινικά ψυχιατρικά προβλήματα μπορεί να προκαλέσει την εμφάνιση ψυχωσικών επεισοδίων ή σοβαρή κατάθλιψη.

Χαρακτηριστικά της εξάρτησης

Το LSD δεν προκαλεί φυσική (σωματική) εξάρτηση και κατά την απότομη διακοπή της λήψης του δεν εμφανίζονται σωματικά συμπτώματα. Παρ' όλα αυτά εμφανίζεται ταχύτατα ανοχή και οι χρήστες αυξάνουν κατά πολύ τη δόση, γεγονός που δημιουργεί πολλούς κινδύνους, αφού οι εκδηλώσεις από τη δράση της ουσίας είναι γενικώς απρόβλεπτες. Το LSD δημιουργεί διασταυρούμενη ανοχή με τις περισσότερες από τις ουσίες της κατηγορίας αυτής.

ΜΕΘΟΔΟΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Κατά τις τελευταίες τέσσερις δεκαετίες, σε χώρες τις Ευρώπης στην Αμερική και του Καναδά μαζί με την εκρηκτική διόγκωση του προβλήματος της ναρκομανίας και εξάλειψης του κοινωνικού προβλήματος. Οι διάφορες θεραπείες μπορούν να καταταχθούν στις εξής ενότητες:

- **Απεξάρτηση (αποτοξίνωση)**

Η διαδικασία της αποτοξίνωσης πραγματοποιείται μέσα σε ειδικές κλινικές ή ακόμα και σε πτέρυγες γενικών δημόσιων νοσοκομείων ή και ψυχοθεραπευτικών ιδρυμάτων. Ανάλογα με την περίπτωση ο τοξικομανής έρχεται σε αποτοξίνωση σε αυτά τα κέντρα είτε εθελοντικά, είτε κατά σύσταση και παραπομπή δικαστικών αρχών.

Όπως δηλώνει φυσικά και ο όρος, η διαδικασία της αποτοξίνωσης αποτελεί προσπάθεια απαλλαγής του τοξικομανή από την οργανική του έξη (με ελάχιστη ή και καμία ψυχολογική θεραπεία). Καθώς απέδειξαν εμπειρίες αποτοξίνωσης χιλιάδων ναρκομανών η διαδικασία αυτή είναι καταδικασμένη σε αποτυχία, εφ' όσον μετά την οργανική θεραπεία ο τοξικομανής επιστρέφει στο περιβάλλον του χωρίς καμία ουσιαστικά αλλαγή στην προσωπικότητα ή στον χαρακτήρα του και- κατά κανόνα- μετά από ελάχιστο χρονικό διάστημα είναι και πάλι μπλεγμένος με τα ναρκωτικά.

Πριν μερικά χρόνια άρχισε η εφαρμογή ενός πιο ολοκληρωμένου προγράμματος αποτοξίνωσης σύμφωνα με το οποίο ενώ με τη βοήθεια χημειοθεραπείας και ιατρικής παρακολούθησης επιλύεται το πρόβλημα της οργανικής έλξης, ταυτόχρονα ειδικευμένοι ψυχολόγοι και κοινωνιολόγοι

υποβοηθούν το άτομα να αντιπαρέλθει τα ψυχολογικά του προβλήματα και να επαναπροσαρμοστεί στο κοινωνικό-ψυχολογικό του περιβάλλον.

- **Θεραπεία Σωματικής Απεξάρτησης**

Η θεραπεία σωματικής αποτοξίνωσης στοχεύει κυρίως στην πρόληψη ή ανακούφιση του στερητικού συνδρόμου που εμφανίζεται κατά την απόσυρση των ουσιών κατάχρησης και δεν αποτελεί μια ολοκληρωμένη θεραπευτική παρέμβαση καθώς δεν επιδρά σε άλλα στοιχεία της εξάρτησης πέραν του βιολογικού (σωματική ή φυσική εξάρτηση) .Τα ποσοστά υποτροπών στην κατάχρηση οπιοειδών είναι εξαιρετικά υψηλά μετά από κάθε σωματική αποτοξίνωση. Πριν από κάθε διαδικασία σωματικής αποτοξίνωσης πρέπει να εξασφαλίζεται η ανενδοίαστη συγκατάθεση του ασθενούς, να γίνεται πλήρης αξιολόγησης της ιατρικής και ψυχολογικής κατάστασης και να καταστρώνεται θεραπευτικά πλάνα στο οποίο θα περιλαμβάνεται η πρόληψη των υποτροπών.

Φαρμακευτική θεραπεία του στερητικού συνδρόμου από οπιοειδή- Σωματική αποτοξίνωση

Υπάρχουν τρεις φαρμακευτικές ουσίες στην αντιμετώπιση του στερητικού συνδρόμου η κλονιδίνη και η ναλτρεξόνη (Leri, 2003).

Κλονιδίνη

Παραμένει το αποτελεσματικότερο μη οπιοειδή φάρμακο για την συμπτωματική αντιμετώπιση του στερητικού συνδρόμου, πιθανότατα μέσω της καταστολής της νοραδρενεργίνης υπερδραστηριότητας που φαίνεται ότι διαμεσολαβεί τη στερητική αντίδραση. Δεν προκαλεί ευφορία ούτε εξάρτηση. Η χρήση της δεν περιορίζεται σε πρωτόκολλα σωματικής αποτοξίνωσης, έχει

θέση σε κάθε σύνδρομο από στέρηση οπιοειδών (ηρωίνη, μορφίνη, κωδεΐνη μεθαδόνη και άλλων αναλγητικών) και χρησιμοποιείται τόσο στο πλαίσιο προγραμματισμένης διακοπής αυτών όσο και σαν συμπτωματική ανακούφιση ή επικουρικά στις θεραπείες με ανταγωνιστές.

- Δίνεται δοκιμαστική δόση 0,075mg για ΒΣ<100kg ή 0,15mg για ΒΣ>100KG
- Μετριέται η αρτηριακή πίεση μετά από 45 λεπτά, σε καθιστή και όρθια θέση.
- Τις επόμενες μέρες η δόση ρυθμίζεται αναλόγως της ανταπόκρισης του ασθενούς
- Αν χρειαστεί, δίδεται παράλληλα συμπτωματική θεραπεία
- Η θεραπεία διακόπτεται μετά την υποχώρηση των στερητικών σημείων και συμπτωμάτων
- Αντενδείξεις, Υπερευαισθησία στο φάρμακο, ορθοστατική υπόταση, δυσλειτουργία φλεβόκομβου

Ναλτρεξόνη

Είναι ένας ανταγωνιστής των οπιοειδών που δεσμεύει τους υποδοχείς οπιοειδών και έτσι αποτρέπει το ανέβασμα που δίνει η Τοξίκωση από τα οπιοειδή. Η ιδιότητά της αυτή χρησιμοποιείται ως θεραπεία συντήρησης γιατί αποτρέπει την αναζήτηση του οπιοειδούς, καθώς η χρήση του δεν προκαλεί πια ευχαρίστηση.

Μπορεί να χρησιμοποιηθεί στο πλαίσιο ταχείας ή και υπερταχείας αποτοξίνωσης με τη χρήση ανταγωνιστή, είτε σαν προφυλαχτική αγωγή, είτε μετά την υποχώρηση του στερητικού συνδρόμου.

- 1) Ταχεία αποτοξίνωση με τη χρήση ανταγωνιστή

Η θεραπεία συνίσταται στην άμεση χορήγηση ναλτρεξόνης σε νοσηλευόμενους ασθενείς, με παράλληλη ανακούφιση του επαγόμενου συνδρόμου στέρησης με τη χρήση κλονιδίνης, αντιφλεγμονωδών και βενζοδιαζεπινών. Η θεραπεία αυτή προκαλεί μεγάλη δυσφορία στον ασθενή και πρέπει να γίνεται από κατάλληλο εκπαιδευμένο προσωπικό

- **Πρόληψη υποτροπών**

Πραγματοποιείται μετά την ολοκλήρωση της σωματικής αποτοξίνωσης. Εξασφαλίζεται πως ο ασθενής απείχε από την χρήση οπιοειδών τουλάχιστον για 5-10 ημέρες και έχουν υφεθεί τα στερητικά σημεία και συμπτώματα. Για την επαλήθευση της αποχής μπορεί να χρησιμοποιηθεί: τοξιολογική εξέταση ούρων για οπιοειδή και μεθαδόνη ή και δοκιμασία πρόκλησης με Ναλοξόνη

- Εάν ανευρίσκονται ίχνη οπιοειδών στα ούρα, ή εμφανίζονται σημεία στέρησης μετά την δοκιμασία πρόκλησης δεν πρέπει να προχωρήσουμε στην χορήγηση ναλτρεξόνης και κλείνουμε νέο ραντεβού με τον ασθενή μετά από 24 ώρες ή και περισσότερες.

- Όταν εξασφαλιστούν οι συνθήκες αποχής δίνουμε 25mg Ναλτρεξόνη και παρακολουθούμε τον ασθενή για εμφάνιση στερητικών σημείων επί 30-45 λεπτά.

- Από την επόμενη μέρα η δοσολογία καθορίζεται στα 50mg άπαξ ημερησίως για 5 μέρες τουλάχιστον.

- Προκειμένου να ενισχυθεί η συμμόρφωση, η χορήγηση της ναλτρεξόνης μπορεί να γίνεται στη συνέχεια τρεις φορές την εβδομάδα με χορήγηση 100mg τη Δευτέρα, 100mg την Τετάρτη και 150mg την Παρασκευή

Λόγω του υψηλού κινδύνου υποτροπής θα πρέπει να διατηρείται η αγωγή για ένα έτος τουλάχιστον και παράλληλα ο ασθενής να παραπέμπεται σε κάποιο ειδικευμένο πρόγραμμα πρόληψης υποτροπών (Λιάππας, 1991).

- **Η ψυχοθεραπεία**

Η ψυχοθεραπεία από την κλασική Φροϋδική "ψυχανάλυση" μέχρι και την "νεοφροϋδική αγωγή" και οι νεώτερες θεωρίες αποσκοπεί τόσο στην κατανόηση του δυναμισμού των δομών και υποδομών της προσωπικότητας του ατόμου που συμβάλλουν στη ροπή του προς την ναρκομανία, όσο και στην επούλωση και πιθανή εξάλειψη των υποσυνειδητών ψυχικών τραυμάτων και ελλείψεων που οδηγεί το άτομο σε αντικοινωνικές ή ακόμα και αξιόποινες πράξεις και απαράδεκτο γενικά τρόπο ζωής.

Η ψυχοθεραπευτική αγωγή από την πολυδάπανη και μακροχρόνια "ψυχανάλυση" μέχρι και τις νεώτερες "σύντομες", καθώς χαρακτηρίζονται θεραπείες παρουσιάζει αρκετά θετικά αποτελέσματα. Αλλά η έλλειψη άρτια εκπαιδευμένου επιστημονικού δυναμικού (ψυχιάτρων, ψυχολόγων, κοινωνιολόγων και κοινωνικών λειτουργών) περιορίζει σημαντικά την αποτελεσματικότητα της "ψυχοθεραπείας" αν μέσου επίλυσης του προβλήματος της ναρκομανίας, όταν αυτό παίρνει μεγάλες διαστάσεις.

- **Θεραπεία υποκατάστασης**

Η θεραπευτική αγωγή με "υποκατάστατα" δηλαδή με φάρμακα που υποκαθιστούν το κύριο φάρμακο στο οποίο συνήθισε ο τοξικομανής παρουσιάζεται σαν επίτευγμα των τελευταίων δύο δεκαετιών. Εδώ και μερικά χρόνια η μεθαδόνη παρέχεται σε ευρύτατη κλίμακα στους ναρκομανείς. Στα

τέλη της δεκαετίας του 1960 και τις αρχές του 1970, οι ερευνητές, Dr. Νύσγουάντερ και Ντόυλ αντιλήφθηκαν σε σχετικές εργασίες αποτοξίνωσης ηρωινομανών, ότι η μεθαδόνη είχε την ιδιότητα να ενεργεί σαν καλό υποκατάστατο της ηρωίνης, και επιπρόσθετα δεν ακινητοποιούσε τον τοξικομανή μετά την χρήση της. Συγκεκριμένα, ο ηρωινομανής μπορούσε να παίρνει την δόση του πρωί και να ασχολείται με τις καθημερινές του δουλειές απρόσκοπτα και παραγωγικά, χωρίς να αισθάνεται την ακατανίκητη ανάγκη να χρησιμοποιήσει ηρωίνη. Αρχικά, το συνθετικό φάρμακο μεθαδόνη προσφερόταν στους ναρκομανείς σε δισκία (χαπάκια) τα οποία μπορούσαν να τα πάρουν το πρωί από την ειδική κλινική τους και να συνεχίζουν κανονικά τις ασχολίες της ημέρας τους. Σύντομα αυτή η μέθοδος εγκαταλείφθηκε, όταν ανακαλύφθηκε ότι πολλοί ηρωινομανείς πουλούσαν τα χαπάκια μεθαδόνης σε τρίτους και τις εισπράξεις ξαναπρομηθεύονταν το φάρμακο της προτίμησής τους, την καθιερωμένη ηρωίνη τους. Τώρα, η μεθαδόνη προσφέρεται σαν διάλυμα σε κάποιο ποτό, χυμό, όπως την πορτοκαλάδα την οποία και υποχρεωτικά πίνει ο τοξικομανής παρουσία του ειδικευμένου προσωπικού.

Η εισαγωγή της μεθαδόνης σαν αποτελεσματικού υποκατάστατου για τους ηρωινομανείς έχει φέρει ικανοποιητικά αποτελέσματα. Ταυτόχρονα όμως δημιουργεί και μια νέα κατηγορία ναρκομανών τους μεθαδομανείς Η πλούσια εμπειρία προγραμμάτων χορήγησης μεθαδόνης κατά τις τελευταίες δύο δεκαετίες οδήγησε τα Ιδρύματα που ασχολούνται με τα Ναρκωτικά να καθιερώσουν το ολοκληρωτικό πρόγραμμα θεραπείας στο οποίο, ενώ ο τοξικομανής παίρνοντας την μεθαδόνη προσπαθώντας να αποτινάξει τη φοβερή εξάρτηση από την ηρωίνη, ειδικευμένο προσωπικό, του παρέχει τις

απαιτούμενες ψυχολογικές, κοινωνιολογικές και επαγγελματικές βοήθειες επανένταξής του στην κοινωνία.

Είναι συνθετικό οπιοειδές αποτελεσματικό στην θεραπεία του στερητικού συνδρόμου οπιοειδών γιατί έχει δράση μακράς διάρκειας και προκαλεί λίγη ευφορία. Χρησιμοποιείται κυρίως ενδονοσοκομειακά αλλά και εξωνοσοκομειακά σε ειδικές κλινικές. Ενδονοσοκομειακά δίνεται από το στόμα σε δόση 10mg κάθε 4-6 ώρες ανάλογα με την ένταση των συμπτωμάτων και γενικά όχι περισσότερο από 40mg σε μια μέρα. Η δόση ρυθμίζεται στην μικρότερη δυνατή που μπορεί να καταστείλει τα συμπτώματα και μετά μειώνεται κατά 5mg κάθε μέρα έως ότου διακοπεί. Η κατάσταση του ασθενή ελέγχεται με τα αντικειμενικά σημεία- πίεση, θερμοκρασία, καρδιακός ρυθμός και όχι με τα υποκειμενικά συμπτώματα. Η εξωνοσοκομειακή θεραπεία συντήρησης με μεθαδόνη είναι μία θεραπευτική προσέγγιση, όπου σε ειδικές κλινικές μεθαδόνης χορηγείται στους χρήστες μεθαδόνη από το στόμα σε δόσεις μέχρι 120mg την ημέρα και ελέγχονται τα επίπεδα της στα ούρα ή και στο αίμα σε τακτά διαστήματα. (Πιπερόπολος)

Η βουπρενορφίνη, ένα παράγωγο της θηβαΐνης, είναι μερικώς αγωνιστής των μ-οπιοειδών με μοναδικό φαρμακολογικό προφίλ που την καθιστά ελκυστική ως φαρμακοθεραπεία για την αντιμετώπιση της εξάρτησης από τα οπιοειδή.

Οι φαρμακολογικές ιδιότητες της βουπρενορφίνης την καθιστούν υποσχόμενο φάρμακο για την θεραπεία της εξάρτησης από τα οπιοειδή. Οι ίδιες αυτές ιδιότητες καθιστούν επίσης το φάρμακο αυτό καλή επίλογη για την θεραπεία της εξάρτησης από τα οπιοειδή από περιβάλλον με βάση το ιατρείο. Για παράδειγμα, τα εθισμένα στα οπιοειδή άτομα διατρέχουν

σημαντικό κίνδυνο υποτροπής στην κατάχρηση οπιοειδών, ιδιαίτερα στα πρώιμα στάδια της θεραπείας. Η επίδραση μερικού αγωνιστή του φαρμάκου αυτού, σε συνδυασμό με την υψηλή του συγγένεια προς τον μ-υποδοχέα μπορεί να αποκλείει ή να εξασθενεί τις προσδοκώμενες θετικές επιδράσεις της χρήσης των οπιοειδών, μειώνοντας έτσι τα ποσοστά υποτροπής και συμβάλλοντας στην ταχύτερη σταθεροποίηση του ασθενούς όσον αφορά τη διακοπή της κατάχρησης των οπιοειδών. Η επίδραση πλαφόν που παρατηρείται καθιστά το φάρμακο αυτό ασφαλέστερο από τους πλήρεις αγωνιστές των μ-οπιοειδών, που μπορούν να είναι θανατηφόροι σε περίπτωση υπερβολικής δόσης (George, 2007, Mattick 2008).



ΒΟΥΠΡΕΝΟΡΦΙΝΗ-ΜΕΘΑΔΟΝΗ (ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ)

ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ	ΒΟΥΠΡΕΝΟΡΦΙΝΗ	ΜΕΘΑΔΟΝΗ
ΦΑΡΜΑΚΟΛΟΓΙΚΗ ΔΡΑΣΗ	Μερικός αγωνιστής των μ-οπιοειδών υποδοχέων και μερικός ανταγωνιστής των κ-υποδοχέων.	Πλήρης αγωνιστής των μ-οπιοειδών υποδοχέων.
ΦΑΡΜΑΚΟΚΙΝΗΤΙΚΗ	<ul style="list-style-type: none">-Βιοδιαθεσιμότητα 35-55% μετά από υπογλώσσια κατάποση.-Μέγιστα επίπεδα στο πλάσμα σε 90 λεπτά.-Γρήγορη κατανομή με χρόνο ημιζωής στο πλάσμα 2-5 ώρες.-Μεταβολίζεται σε απαλκυκιωμένα και γλυκουρονικά παράγωγα που έχουν μόνο ασθενή δράση.-Αποβολή των μεταβολιτών από τα κόπρανα (80%) και τα ούρα.-Χρόνος αποβολής 20-25 ώρες .	<ul style="list-style-type: none">-Απορροφάται γρήγορα από το γαστρεντερικό.-Μέγιστα επίπεδα στο πλάσμα σε 1-5 ώρες.-Μεταβολίζεται στο ήπαρ σε δύο αδρανείς μεταβολίτες.-Αποβάλλεται από τα κόπρανα και τα ούρα με τη μορφή των μεταβολιτών αλλά και σαν αναλλοίωτη μεθαδόνη.-Ο τελικός χρόνος ημιζωής είναι περίπου 19 ώρες .-Ο χρόνος αποβολής μπορεί να κυμαίνεται από 15 έως 60 ώρες.
ΕΞΑΡΤΗΣΗ	Προκαλεί πολύ μικρή εξάρτηση και μικρή ανοχή	Προκαλεί σημαντική εξάρτηση και ανοχή, με πιθανότητα ανάγκης για αύξηση των δόσεων.
ΧΡΗΣΗ ΣΕ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ	Μελέτες σε πειραματόζωα δεν έδειξαν καμία εμβρυοτοξικότητα ή τερατογένεση. Έχει χορηγηθεί σε εγκύους χωρίς να έχουν αναφερθεί προβλήματα στα νεογέννητα (αναπνευστικά ή συνδρόμου στέρησης). Δεν έχει επίσημη ένδειξη λόγω μη επαρκών	Μπορεί να προκαλέσει σύνδρομο στέρησης στα νεογέννητα ή αναπνευστικά προβλήματα.

	στοιχείων.	
ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΜΟΡΦΗ	Υπογλώσσια δισκία	Υγρό διάλυμα.
ΤΡΟΠΟΣ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ	Υπογλώσσια, διαλύονται σε 5-10 λεπτά Καθημερινή χορήγηση ή μέρα-παρα-μέρα ή αραιότερα (μέχρι 4 ημέρες)	Κατάποση αραιωμένου διαλύματος. Οπωσδήποτε μια δόση καθημερινά.
ΣΥΝΤΗΡΗΣΗ	Τα δισκία διατηρούνται σε θερμοκρασία δωματίου για 18-24 μήνες	_____
ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΣΤΕΡΗΣΗΣ	Τα συμπτώματα στέρησης με την βουπρενορφίνη είναι πολύ ήπια και εμφανίζονται αργά.	Εμφανίζονται συμπτώματα στέρησης μέσα σε 24 ώρες.
ΑΣΦΑΛΕΙΑ	<ul style="list-style-type: none"> • Η βουπρενορφίνη είναι καλά ανεκτή μέχρι δόση 32mg/ημέρα. • Παρουσιάζει το φαινόμενο ανώτατου επιπέδου ("ceiling" effect), οπότε ακόμη και σε υπερδοσολογία είναι δύσκολο να εμφανισθεί αναπνευστική κατάπτωση. • Δεν έχει βρεθεί να έχει καρκινογόνο ή μεταλλαξιογόνο δράση. 	<ul style="list-style-type: none"> • Η μεθαδόνη προκαλεί εύκολα αναπνευστική κατάπτωση, σε περίπτωση υπερδοσολογίας ή παράλληλης λήψης άλλων ουσιών.

(George, 2007)

- **Οι Θεραπευτικές Κοινότητες**

Στην θεραπευτική κοινότητα εφαρμόζονται κατά κανόνα, η μέθοδος της αυτοβοήθειας δηλαδή, ιδρύονται κοινόβια στα οποία δρουν και εργάζονται τοξικομανείς υπό την επίβλεψη, βέβαια, ειδικών επιστημόνων. Σήμερα στην χώρα μας λειτουργούν συνολικά 22 θεραπευτικές μονάδες εσωτερικής ή εξωτερικής παραμονής. Οι περισσότερες από τις μονάδες αυτές παρέχουν ψυχο-κοινωνικού τύπου θεραπευτική βοήθεια και δεν χρησιμοποιούν φαρμακευτική υποκατάσταση και διαθέτουν περίπου 600 θέσεις, υπάρχουν 4 μονάδες που χορηγούν φαρμακευτική θεραπεία υποκατάστασης με μεθαδόνη και διαθέτουν 650 περίπου θέσεις.

Στην Ελλάδα το ΚΕΘΕΑ (Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων) είναι νομικό πρόσωπο ιδιωτικού δικαίου και μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα που δημιουργήθηκε με τον νόμο 1729 του 1987 τέσσερα χρόνια μετά την έναρξη λειτουργίας της πρώτης ελληνικής θεραπευτικής κοινότητας ΙΘΑΚΗ της Σίνδου Θεσσαλονίκης.

Η βάση των προγραμμάτων της αυτοβοήθειας είναι η ακόλουθη, η προσωπική ευθύνη του κάθε εξαρτημένου (τοξικομανή) αποτελεί δυναμικό στοιχείο της όλης θεραπευτικής αγωγής. Η κοινωνικο-ψυχολογική θεωρία της Θεραπευτικής Κοινότητας αποδέχεται ότι το άτομο έχει υιοθετήσει ένα σύστημα αξιών από το οποίο λείπει η έννοια της προσωπικής ευθύνης και συνέπειας και έτσι η συμπεριφορά του παρουσιάζεται ανεύθυνη προς την οικογένειά του, προς τους συνανθρώπους του και ολέθρια για το ίδιο το άτομο. Η έλλειψη ευθύνης και συνέπειας οδηγεί το άτομο στην ανακάλυψη εύκολων τρόπων συμβιβασμού τόσο με την υποκειμενική, προσωπική όσο και με την αντικειμενική πραγματικότητα. Αποφεύγοντας την πλήρωση του

κοινωνικού ρόλου του με συνέπεια και την υπεύθυνη ικανοποίηση των προσωπικών του αναγκών, το άτομο επιλέγει το δρόμο της φυγής από όλες τις ευθύνες του, αφετηρία του οποίου είναι αρχικά ο πειραματισμός με τα ναρκωτικά και με άλλα φάρμακα και τέρμα η εμπλοκή στο αδυσώπητο σύμπλεγμα της οργανικής έξης και ψυχολογικής εξάρτησης από τα φάρμακα.

Ευνόητο είναι συνεπώς ότι τα προγράμματα αυτοβοήθειας των θεραπευτικών κοινοτήτων θεωρούν την εξάρτηση από ουσίες σαν σύμπτωμα σοβαρότερων προβλημάτων κοινωνικο-ψυχολογικής προσαρμογής του ατόμου, τα οποία έχουν σαν επίκεντρο την ανικανότητα του ατόμου να ζήσει την πραγματικότητα και να αποδεχθεί τα δεδομένα προσπαθώντας να αλλάξει μόνο εκείνα τα πράγματα και τις καταστάσεις που επιδέχονται αλλαγές.

Θεωρητική υποδομή, επίσης της φιλοσοφίας της Θεραπευτικής Κοινότητας είναι η αναγνώριση του γεγονότος ότι το εξαρτημένο άτομο- τοξικομανής είναι ουσιαστικά ένας ασθενής, ένα άτομο δηλαδή που χρειάζεται εξειδικευμένη βοήθεια και όχι ένας παράνομος τύπος η συμπεριφορά του οποίου απαιτεί αποκλειστικά και μόνο τιμωρία, πρόστιμο και φυλάκιση (Πιπερόπουλος, 2005).

Τεχνικές (επανα...) Κοινωνικοποίησης

Ο όρος «κοινωνικοποίηση» σημαίνει την κοινωνική-ψυχολογική διαδικασία με την οποία ο άνθρωπος από βιολογικό γίνεται κοινωνικό όν. Σε κάθε κοινωνικό σύστημα, τη διαδικασία της κοινωνικοποίησης την εφαρμόζουν αρχικά η οικογένεια, αργότερα το σχολείο και παράλληλα η εκκλησία, οι παρέες ή οι κλίκες, καθώς και οι συγκεκριμένες απαιτήσεις του συνόλου που εκφράζει το σύστημα αξιών της κοινωνίας.

Κοινωνικο-ψυχολογικά η διαδικασία της κοινωνικοποίησης δεν είναι ταυτόσημη με εκείνη της «κοινότητας» και ως σημειωθεί, ότι για μια μερίδα κοινωνιολόγων και ψυχολόγων η κοινωνικοποίηση αποτελεί το επίκεντρο του θεωρητικού προβληματισμού και των εμπειρικών ερευνών τους.

Ουσιαστικά η ζωή στην «Θ.Κ.» δεν αποβλέπει στο να κοινωνικοποιήσει τον ναρκομανή, αλλά συγκεκριμένα να τον βοηθήσει να καλύψει τα κενά που ήδη υπάρχουν στην πρότερη διαδικασία κοινωνικοποίησης του, κενά τα οποία εκδηλώνονται σαφέστατα με τη ροπή του στη ναρκομανία και την αλληλένδετη αντικοινωνική του συμπεριφορά. Γι' αυτό το λόγο και γίνεται αναφορά στην «επανακοινωνικοποίηση» του ατόμου.

Η διαβίωση στην «Θ.Κ.» αποσκοπεί στη δημιουργία ισχυρότερου χαρακτήρα και στοχεύει να εδραιώσει μια υγιή προσωπικότητα με έντονα τα χαρακτηριστικά της προσωπικής ευθύνης του ατόμου και τη συνειδητοποίηση των συνεπειών των πράξεων του.

Η «τυπική» ημέρα ζωής στην «Θ.Κ.» αρχίζει με την ομαδική προσευχή και την ανακοίνωση του ημερήσιου προγράμματος εργασίας και ψυχαγωγίας, κατά την ώρα του «πρωινού γεύματος». Στη συνέχεια ακολουθεί λίγος χρόνος αφιερωμένος στη διήγηση ανέκδοτων και σε τραγούδια με σκοπό τη δημιουργία μιας ψυχολογικής κατάστασης ευδιαθεσίας και ομαδικής ενότητας, που τείνει να δώσει σε κάθε άτομο το συναίσθημα ότι η μέρα «θα πάει καλά». Ακολουθεί η εκτέλεση διαφόρων εργασιών καθάρισμα, περιποίηση οικιών, αυλής, μαγείρεμα (ως σημειωθεί ότι τα γεύματα τα παρουσιάζουν οι ίδιοι οι ναρκομανείς) κ.ο.κ.

Η μεσημβρινή ανάπαυλα συμπεριλαμβάνει το γεύμα και τη συνέχεια μια ή δυο ώρες «σεμιναρίων» σε διάφορα θέματα για την επιμόρφωση των

ναρκομανών. Δεδομένου ότι οι Δυτικο-Ευρωπαϊκές χώρες, η Αμερική και ο Καναδάς «εργάζονται με συνεχές «ωράριο» δε δημιουργείται θέμα «μεσημβρινού» ύπνου όπως θα περίμενε κανείς στη χώρα μας ή άλλες μεσογειακές χώρες.

Μετά τη μεσημβρινή ανάπαυλα συνεχίζεται η εργασία ως την ώρα του δείπνου μετά το οποίο τα άτομα επιδίδονται σε προσωπικές απασχολήσεις (χόμπι) ή ομαδικά παιχνίδια. Κατά κανόνα, η «Θ.Κ.» ησυχάζει στις 11μ.μ.

Κάθε βράδυ συνέρχεται το «ειδικό πειθαρχικό συμβούλιο» το οποίο εξετάζει τα παράπονα των ναρκομανών, αναλύει τη στάση του καθένα κατά τη διάρκεια της ημέρας, αξιολογεί τις πιθανές διενέξεις μεταξύ των συγκατοίκων και επιβάλλει, όπου χρειάζεται, κυρώσεις. Τρεις φορές την εβδομάδα οι ναρκομανείς υποχρεωτικά παίρνουν μέρος σε δίωρη ψυχολογική θεραπεία (ομαδική ψυχοθεραπεία) που ακολουθεί τις γενικές προδιαγραφές της «θεραπείας της πραγματικότητας» (Reality Therapy) και γίνεται με τη μέθοδο της «δυναμικής αντιμετώπισης» (Dynamic Encounter).

Κατά τη διάρκεια της θεραπείας κατά ομάδα, ανάλογα με τις περιστάσεις και την κρίση του αρχηγού της ομάδας, (εκπαιδευόμενου ψυχοθεραπευτή) εξετάζεται –με το νυστέρι της ψυχολογίας- ο δυναμισμός της συμπεριφοράς κάθε ατόμου και γίνονται εθελοντικές εξομολογήσεις προσωπικών τραυματικών εμπειριών από άλλα μέλη της ομάδας. Επιπρόσθετα κάθε ναρκομανής έχει τον προσωπικό του ψυχο- σύμβουλο που μπορεί να είναι εκπαιδευόμενος ψυχολόγος ή κοινωνιολόγος ή ακόμη ένας από τους θεραπευμένους ναρκομανείς που διαθέτει εξαιρετικά προσόντα στις διαπροσωπικές σχέσεις και την απαραίτητη προσωπικότητα για να βοηθά άλλους «ομοιοπαθείς».

Κάθε μήνα συνέρχεται ολόκληρός ο πληθυσμός της «Θ.Κ.» για μια ολόκληρη νύχτα ψυχολογικής ενδοσκόπησης, ανάλυσης και εξομολογητικής. Επιπρόσθετα, κάθε 6-8 μήνες τα μέλη της κοινότητας καλούνται για συμμετοχή στην ειδική ομαδική θεραπεία που από τη χρονική διάρκεια της (40 περίπου ώρες χωρίς ύπνο) χαρακτηρίζεται σαν «μαραθώνια ανάλυση» (Marathon group, Πιπερόπουλος, 2005).



ΕΘΝΙΚΕΣ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΓΙΑ ΤΑ ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ

Στις αρχές του 2007 όλα τα κράτη μέλη της Ε.Ε. εκτός της Ιταλίας, της Μάλτας και της Αυστρίας διέθεταν εθνική στρατηγική για τα ναρκωτικά, συνοδευόμενη μερικές φορές από σχέδιο δράσης. Αξιοσημείωτη ήταν τα τελευταία χρόνια η μεταστροφή από την ύπαρξη ενός και μοναδικού εγγράφου εθνικού σχεδιασμού στην υιοθέτηση δύο συμπληρωματικών πράξεων: ενός στρατηγικού πλαισίου και ενός σχεδίου δράσης. Η πολιτική του σχεδιασμού μιας στρατηγικής για τα ναρκωτικά με σχέδιο δράσης διευκολύνει το λεπτομερέστερο προσδιορισμό στόχων, δράσεων, αρμοδιοτήτων και προθεσμιών.

Περιεχόμενο

Η μείωση της χρήσης ναρκωτικών εν γένει και ειδικότερα της προβληματικής χρήσης ναρκωτικών αποτελεί βασικό στόχο των εθνικών στρατηγικών και σχεδίων δράσης για τα ναρκωτικά όλων των κρατών μελών της Ε.Ε., των υποψηφίων χωρών. Ο στόχος της πρόληψης και της μείωσης των επιβλαβών συνεπειών της χρήσης των ναρκωτικών σε ατομικό και συλλογικό επίπεδο είναι επίσης κοινός σε όλες τις χώρες. Ένα άλλο κοινό χαρακτηριστικό είναι η «συνολική» προσέγγιση, βάσει της οποίας οι παρεμβάσεις που στοχεύουν στην μείωση της προσφοράς των ναρκωτικών και εκείνες που στοχεύουν στην μείωση των ναρκωτικών αλληλοσυνδέονται . Εξίσου ευρέως διαδεδομένη είναι η «ισόρροπη» προσέγγιση. Η οποία στοχεύει στο να δοθεί προτεραιότητα τόσο στη μείωση της προσφοράς όσο και της ζήτησης. Το εύρος των διαφόρων παρεμβάσεων και η βαρύτητα που δίνεται σε καθεμία από αυτές ποικίλλουν από χώρα σε χώρα. Το φαινόμενο

αυτό εξηγείται από τις διαφορές που υπάρχουν ως προς το μέγεθος και τα χαρακτηριστικά του προβλήματος των ναρκωτικών αλλά και από την ποικιλομορφία των κοινωνικών πολιτικών και των πολιτικών στον τομέα της υγείας στην Ευρώπη.

Αξιολόγηση

Η ύπαρξη στην Ε.Ε. ποικιλόμορφων εθνικών στρατηγικών για τα ναρκωτικά με κοινούς ωστόσο στόχους μπορεί να θεωρηθεί ως πλεονέκτημα καθώς επιτρέπει την συγκριτική ανάλυση διαφορετικών προσεγγίσεων. Η αξιολόγηση των εθνικών στρατηγικών για τα ναρκωτικά και των σχεδίων δράσεων είναι κατά συνέπεια σημαντική όχι μόνο για την εκτίμηση των προσπαθειών σε εθνικό επίπεδο αλλά και για την βελτίωση της συνολικής κατανόησης της αποτελεσματικότητας των στρατηγικών για τα ναρκωτικά. Όλες σχεδόν οι ευρωπαϊκές χώρες αναφέρουν το στόχο της αξιολόγησης της εθνικής πολιτικής για τα ναρκωτικά. Οι κυβερνήσεις θέλουν να γνωρίζουν εάν οι πολιτικές τους εφαρμόζονται και εάν επιτυγχάνονται τα προσδοκώμενα αποτελέσματα.

Μηχανισμοί συντονισμού

Αν και σε όλα σχεδόν τα κράτη μέλη της Ε.Ε. υπάρχουν πλέον θεσμοθετημένοι μηχανισμοί συντονισμού για τα ναρκωτικά, τα υφιστάμενα συστήματα παρουσιάζουν σημαντική ποικιλομορφία, η οποία οφείλεται σε διαφορές στις πολιτικές δομές των χωρών. Οι περισσότερες χώρες διαθέτουν μηχανισμούς συντονισμού για τα ναρκωτικά τόσο σε εθνικό όσο και σε τοπικό, περιφερικό επίπεδο. Σε εθνικό επίπεδο υπάρχει συνήθως μια διυπουργική

επιτροπή για τα ναρκωτικά, η οποία συχνά συνεπικουρείται από μια εθνική υπηρεσία συντονισμού για τα ναρκωτικά ή/ και έναν εθνικό συντονιστή για τα ναρκωτικά, ο οποίος είναι υπεύθυνος για τις καθημερινές δραστηριότητες συντονισμού. Σε περιφερειακό ή τοπικό επίπεδο, στις περισσότερες χώρες υπάρχουν υπηρεσίες συντονισμού για τα ναρκωτικά.

Το κόστος της χρήσης ναρκωτικών

Το κόστος που συνοδεύεται με τα ναρκωτικά μπορεί να χωριστεί σε δύο κατηγορίες: άμεσο και έμμεσο. Το άμεσο κόστος αφορά τις δαπάνες για την πρόληψη, τη θεραπεία, τη μείωση των επιβλαβών συνεπειών και την επιβολή του νόμου. Ως έμμεσο κόστος νοείται η αξία των παραγωγικών δραστηριοτήτων που δεν ασκούνται λόγω της χρήσης ναρκωτικών και συνήθως συνίσταται στη χαμένη παραγωγικότητα λόγω της νοσηρότητας και της θνησιμότητας που συνδέονται με τα ναρκωτικά. Το κόστος της χρήσης ναρκωτικών μπορεί να περιλαμβάνει το άυλο κόστος του παρεπόμενου πόνου και οδύνης, που συνήθως είναι το κόστος των μέτρων βελτίωσης της ποιότητας ζωής, αλλά αυτή η κατηγορία κόστους παραλείπεται λόγω της δύσκολης ποσοτικοποίησής της σε χρηματικούς όρους.

Το κόστος των ναρκωτικών για την κοινωνία είναι το σύνολο του άμεσου και έμμεσου κόστους χρήσης ναρκωτικών. Ο προσδιορισμός του έχει πολλαπλά οφέλη, πρώτον αποκαλύπτει πόσα χρήματα δαπανά η κοινωνία για θέματα που σχετίζονται με τα ναρκωτικά και, εμμέσως, τα ποσά που θα εξοικονομούσαν αν καταργούνταν πλήρως η χρήση των ναρκωτικών, δεύτερον, επιτρέπει τον προσδιορισμό των διαφόρων συνιστωσών του κόστους και τη συμβολή κάθε τομέα της κοινωνίας (Baca, 2005).

Οι δημόσιες δαπάνες αναφέρεται στην αξία των αγαθών και των υπηρεσιών που προμηθεύονται οι κρατικοί φορείς για την εκτέλεση των λειτουργιών τους. Ο πρωταρχικός στόχος των υπολογισμών του κόστους είναι η εκτίμηση της επιβάρυνσης που συνιστούν για την κοινωνία τα προβλήματα που σχετίζονται με τα ναρκωτικά έναντι του κόστους της αντιμετώπισης αυτών των προβλημάτων. Οι δημόσιες δαπάνες για την αντιμετώπιση του προβλήματος των ναρκωτικών που αναφέρεται από ευρωπαϊκές χώρες κυμαίνεται από 200.000 έως 2.290 Ευρώ (www.emcdda.europa.eu).

Το σύνθετο πρόβλημα των ναρκωτικών αντιμετωπίζεται σε διεθνή κλίμακα και σε πρώτη φάση με μέτρα καταστολής και ποινικής δίωξης τόσο του χρήστη όσο και του εμπόρου των ναρκωτικών ουσιών. Η τελευταία μακάβρια καταμέτρηση επισημαίνει ότι οι θάνατοι από υπερβολική δόση σημειώνουν δραματική αύξηση τα τελευταία χρόνια σε όλες τις χώρες εκτός από την Ολλανδία. Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται στοιχεία αναφορικά με την σύλληψη και φυλάκιση ατόμων που έχουν εμπλακεί ως χρήστες ή ως έμποροι.

Αυστραλία

Η συντριπτική πλειοψηφία των συλληφθέντων για ναρκωτικά στην Αυστραλία, αφορούσε την κάνναβη. Στις περασμένες δύο δεκαετίες αυξήθηκε ο μέσος όρος του χρόνου της ποινής στις καταδίκες για ναρκωτικά σχεδόν στο διπλάσιο ενώ στην ίδια περίοδο πενταπλασιάστηκε σχεδόν ο αριθμός των τοξικομανών που εισήχθησαν σε πρόγραμμα μεθαδόνης.

Αυστρία

Οι τρεις στους τέσσερις κατηγορούμενους για ναρκωτικά κατηγορούνται για χρήση. Ο αριθμός των συλλήψεων δείχνει έντονα αυξητικές τάσεις τις τελευταίες δύο δεκαετίες και από τους κατηγορούμενους για χρήση οι τρεις στους τέσσερις κατηγορούνται για χρήση ινδικής κάνναβης. Συνολικά οι μισοί από τους κατηγορούμενους είχαν προηγουμένως καθαρό ποινικό μητρώο ενώ οι άλλοι μισοί ήταν υπότροποι και οι πλειονότητά τους το 85% των κατηγορουμένων ανήκαν στις παραγωγικές ηλικίες 18-25 ετών δηλαδή ποσοστό 44%. Οι θάνατοι τις δύο τελευταίες δεκαετίες πολλαπλασιάστηκαν.

Βέλγιο

Τις δύο τελευταίες δεκαετίες υπήρξε μια εντυπωσιακή κατακόρυφη αύξηση των κατηγορούμενων για ναρκωτικά που ξεπέρασε κάποιες χρονιές το χίλια τοις εκατό ενώ οι περισσότεροι από τους κατηγορούμενους σε ποσοστό από 58-67% αφορούν αυτά που κάποιιοι χαρακτηρίζουν μαλακά ναρκωτικά.

Γερμανία

Οι εξαρτημένοι χρήστες ξεπερνούν τις 100,000 άτομα. Οι θάνατοι από υπερβολική δόση σημείωσαν δραματική αύξηση και έτσι από τους 400 περίπου στις αρχές της δεκαετίας του 1980 ξεπερνούν 383 το 1982 έφτασαν τους 2099 το 1992.

Ιταλία

Στις δεκαετίες του '80 και του '90 διαπιστώθηκε μια δραματική αύξηση σε επίπεδο σχεδόν τριπλασιασμού τόσο για άτομα που κατηγορήθηκαν για κατοχή και χρήση ναρκωτικών όσο και για άτομα που κατηγορήθηκαν για εμπορία και διακίνηση. Από αυτούς που συνελήφθησαν για διακίνηση σε ποσοστό 53% το αδίκημα σχετιζόταν με την ηρωίνη και σε ποσοστό 33% με μαλακά ναρκωτικά. Οι κρατούμενοι ναρκομανείς τετραπλασιάστηκαν στο ίδιο χρονικό διάστημα με αποτέλεσμα να αντιπροσωπεύουν αντί του κλασικού 10% τουλάχιστον το 40% του συνόλου των κρατουμένων και σε μερικές περιοχές ακόμη περισσότερους από τους έγκλειστους στις Ιταλικές φυλακές

Ολλανδία

Ο συνολικός αριθμός των ατόμων που έχουν κατηγορηθεί για παράβαση περί ναρκωτικών στην χώρα αυτή, παραμένει σταθερός που εκπροσωπεί το 3,5% των αδικημάτων που αναφέρονται. Σε ετήσια βάση πολύ περισσότεροι από 1,5 εκατομμύρια σύριγγες διατίθενται δωρεάν σε εξαρτημένα άτομα και ο αριθμός των ατόμων που είναι εγγεγραμμένοι σε πρόγραμμα μεθαδόνης είναι αρκετές χιλιάδες. Στο Άμστερνταμ οι εξαρτημένοι που αντιπροσωπεύουν τα τέσσερα στα δέκα φυλακισμένα άτομα μειώθηκαν την περασμένη δεκαετία σε λιγότερα από τρία στα δέκα άτομα ενώ η συντριπτική πλειοψηφία όσων φυλακίζονται υποβάλλονται σε κάποια μορφή ψυχοκοινωνικής θεραπείας.

Πορτογαλία

Οι κατηγορούμενοι για ναρκωτικά τετραπλασιάσθηκαν στις περασμένες δύο δεκαετίες ενώ παραπάνω από τους μισούς ποσοστό 55% κατηγορούνται για χρήση, ένας στους τέσσερις για χρήση και διακίνηση και ένας στους πέντε ποσοστό 20% για εμπορία. Οι θάνατοι από υπερβολική δόση στις τελευταίες δύο δεκαετίες έδειξαν μια δραματική άνοδο που ξεπέρασε το 700 και 800% ενώ παράλληλα ο αριθμός των εξαρτημένων που είναι φορείς του AIDS αυξάνεται συνεχώς

Ελβετία

Περισσότερα από τα τρία τέταρτα των κατηγοριών για ναρκωτικά την περασμένη δεκαετία αφορούσε την χρήση τους. Η συντριπτική πλειοψηφία των κατηγορουμένων δεν είχε αγγίξει την ηλικία των 30 ετών ενώ οι μισοί ήταν κάτω των 24 ετών. Στην Ζυρίχη μόνο αναφέρεται ενδεικτικά ότι αρκετές χιλιάδες άτομα είναι εγγεγραμμένα στα προγράμματα χορήγησης μεθαδόνης ενώ η προσφορά δωρεάν σύριγγας ξεπερνά τα 10000 τεμάχια την ημέρα.

Μ. Βρετανία

Οι καταδίκες για αδικήματα σχετικά με ναρκωτικά σχεδόν διπλασιάσθηκαν ανάμεσα στις δεκαετίες του '80 και του '90. Από τις καταδίκες που σημειώθηκαν στο χρονικό αυτό διάστημα μόνο το 5% αφορούσε ηρωίνη και κοκαΐνη ενώ το 90% αφορούσε την κάνναβη. Οι θάνατοι από ναρκωτικά παρουσιάζουν αύξηση αλλά οι απόλυτοι αριθμοί σε ποσοστιαία αναλογία κάνουν την ελληνική πραγματικότητα δραματικότερη από την αγγλική.

ΗΠΑ

Τα τρία τέταρτα των συλλήψεων για ναρκωτικά αφορούν συνήθως την κατοχή τους ενώ μερικοί υπολογίζουν ότι οι συλλήψεις για κατοχή αγγίζουν το ποσοστό του 80% επί των συλλήψεων και οι περισσότεροι από αυτούς που συλλαμβάνονται είναι νέοι κάτω των 30 ετών (Brown, 2004).



ΣΤΟΧΟΙ ΤΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ

Ο απώτατος στόχος της πρόληψης στο πεδίο των προβλημάτων που σχετίζονται με τα ναρκωτικά είναι, με την ευρεία έννοια, να εξασφαλισθεί ότι τα μέλη ενός δεδομένου πληθυσμού δεν κάνουν κατάχρηση ναρκωτικών και συνεπώς δεν υπόκεινται σε κίνδυνο ατομικής ή κοινωνικής βλάβης. Ωστόσο, η αντίσταση των οργανωμένων συμφερόντων που κερδίζουν από την διάθεση των ναρκωτικών και η περιορισμένη συμμόρφωση των χρηστών, οι οποίοι δεν είναι προετοιμασμένοι για να αποβάλλουν τις συνήθειες τους, αποτελούν τα κύρια εμπόδια σε κάθε προσπάθεια για την εξάλειψη της χρήσης. Στην πραγματικότητα, η εξάλειψη σπανίως είναι ρεαλιστικός στόχος. Στις περισσότερες ανθρώπινες κοινωνίες, η τακτική χρήση μερικών ψυχοδραστικών ουσιών όχι μόνον γίνεται ανεκτή, αλλά είναι και πολιτισμικά καθορισμένη. Επιπλέον, μερικές συνήθειες χρήσης αποφέρουν σημαντικά κοινωνικά οφέλη, τα οποία ενδέχεται να υπερτερούν των επιβλαβών αποτελεσμάτων, ιδιαίτερα όταν τα τελευταία αφορούν μόνο μια μειονότητα χρηστών. Η εξάλειψη της συνήθειας της χρήσης μπορεί να είναι τόσο ανεπιθύμητη όσο και ανέφικτη.

Στην περίπτωση των παραδοσιακών ή κοινωνικώς καθιερωμένων συνηθειών χρήσης, ο σκοπός της πρόληψης μπορεί να μην είναι η αποχή, αλλά ο έλεγχος των τρόπων χρήσης, οι οποίοι συνδέονται σαφώς με ανεπιθύμητες επιπλοκές.

Ένας άλλος σκοπός της πρόληψης μπορεί να είναι ο έλεγχος συγκεκριμένων συνεπειών, παρά η χρήση των ναρκωτικών καθ' αυτών με άλλα λόγια, ο σκοπός μπορεί να είναι να ελαττωθεί η συχνότητα, με την οποία συμβαίνουν κάποια φαινόμενα, χωρίς απαραίτητως να γίνεται προσπάθεια

αλλαγής της συνολικής συμπεριφοράς των χρηστών. Ένα παράδειγμα αυτής της επιλογής προσανατολισμού στο πρόβλημα είναι τα προγράμματα «για οδηγούς-χρήστες», με τα οποία αποθαρρύνεται το άτομο να οδηγεί σε κατάσταση μέθης και με τα οποία επιχειρείται η μείωση της συχνότητας των τροχαίων ατυχημάτων, παρά της συνολικής ποσότητας οινοπνευματωδών που καταναλώνεται. Βεβαίως, η τελευταία μπορεί να επηρεασθεί ευνοϊκά ως έμμεσο αποτέλεσμα τέτοιων προγραμμάτων, ιδιαίτερα σε ανθρώπους που δεν έχουν άλλη εναλλακτική επιλογή, εκτός από το να οδηγούν τα οχήματα τους. Ένα άλλο παράδειγμα είναι ο έλεγχος των αναπνευστικών νοσημάτων στους καπνιστές, όχι με τη μείωση του αριθμού των τσιγάρων που καπνίζουν, αλλά με τη μείωση της πίσσας που εισπνέουν, ή, εναλλακτικά, με την αντικατάσταση των τσιγάρων με άλλα σκευάσματα νικοτίνης, τα οποία δεν χρειάζεται καν να καπνίζονται.

Γενικά, οι σκοποί της πρόληψης στο πεδίο των προβλημάτων που σχετίζονται με τα ναρκωτικά επιλέγονται βάσει των τριών παραγόντων που εξετάζονται στη συνέχεια.

Επιθυμητότητα

Αν οι περιορισμοί της χρήσης δεν γίνονται αντιληπτοί ως ευεργετικοί, ούτε οι αρχές ούτε ο πληθυσμός θα τείνουν να δεχθούν ότι αποτελούν κατάλληλο σκοπό πρόληψης. Εξίσου, μια αρνητική κοινωνική αντίληψη, ακόμη και όταν είναι δυσανάλογη σε σχέση με την πραγματική βλαπτικότητα της συνήθειας που εξετάζεται, θα ήταν δυνατόν να αποτελέσει το αίτιο, ώστε μια δεδομένη κοινότητα να υποστηρίξει την οριστική εξάλειψη της χρήσης. Δραστικές μειώσεις στη συχνότητα της χρήσης συμβάλλουν επίσης, ώστε να μειωθεί η

συχνότητα των προβλημάτων που σχετίζονται με τα ναρκωτικά. Εντούτοις, πριν αποφασισθεί η έναρξη τέτοιων «εκτριζωτικών» εκστρατειών, πρέπει να μελετηθεί προσεκτικά η πιθανότητα να αντικατασταθούν οι συνήθειες, των οποίων θα επιχειρηθεί η εξάλειψη, από άλλες που πιθανόν να είναι λιγότερο επιθυμητές. Κοινωνίες, στις οποίες συγκεκριμένα προβλήματα ναρκωτικών έχουν σχετικά μικρή σημασία, θα μπορούσαν να εξετάσουν την επιλογή να προσπαθήσουν να διατηρήσουν την υφιστάμενη ισορροπία, παρά να προωθήσουν αλλαγές, με τις οποίες θα διακινδύνευαν να χειροτερέψουν την κατάσταση.

Το εφικτό της προσπάθειας

Ο σκοπός μιας κοινωνίας «ελεύθερης ναρκωτικών» γενικά είναι ακατόρθωτος. Το μέγεθος των προσπαθειών και των πόρων που χρειάζονται για την επιδίωξη του θα ήταν τέτοιο, ώστε να θεωρηθεί όχι μόνο ως εξωπραγματικός, αλλά και ως δυσβάσταχτος. Η πρόληψη που στοχεύει σε πρότυπα μειωμένης και ελεγχόμενης χρήσης ή στον έλεγχο των επιπλοκών που σχετίζονται με τα ναρκωτικά μπορεί να είναι πιο κατάλληλη. Η επιλογή πραγματοποιήσιμων σκοπών δεν είναι μόνο μια ορθή διοικητική αρχή, αλλά και ένας τρόπος για να επιβεβαιωθεί ότι οι δραστηριότητες πρόληψης πράγματι θα βελτιώσουν την κατάσταση.

Η φύση του προβλήματος

Όσο πιο εμφανώς επιζήμιο είναι το ναρκωτικό που λαμβάνεται, τόσο λιγότερες είναι οι επιλογές σε σχέση με τις δραστηριότητες που αφορούν στην πρόληψή του. Σχετικά με τα πρότυπα χρήσης ναρκωτικών που γενικά

προξενούν βλάβη στο μεμονωμένο χρήστη ή και στην κοινότητα, υπάρχει η τάση να αντιμετωπίζονται με προγράμματα που αποσκοπούν στην εξάλειψη των ναρκωτικών που λαμβάνονται(όπως με τα οπιούχα, τις μεθαμφεταμίνες, τους εισπνεόμενους διαλύτες και την πάστα κοκαΐνης). Γι' αυτά που προξενούν ηπιότερη τοξίκωση και χρόνιες επιπλοκές μόνον ως συνέπεια υπερβολικής χρήσης, υπάρχει η δυνατότητα να τεθούν εναλλακτικοί σκοποί, όπως η ενίσχυση της χρήσης μέτριων ή πολύ μικρών ποσοτήτων (όπως με το μπαγκ ή το κατ).

ΕΠΙΠΕΔΑ ΠΡΟΛΗΨΗΣ

Πρωτοβάθμια πρόληψη

Οι στρατηγικές πρόληψης, που έχουν ως σκοπό την αποφυγή της εμφάνισης των προβλημάτων-στόχων, δηλαδή τη μείωση της επίπτωσης τους, απαρτίζουν αυτό που είναι γνωστό ως πρωτοβάθμια πρόληψη. Αυτός ο τύπος αντιμετώπισης προϋποθέτει επαρκή γνώση των αιτιολογικών μηχανισμών, καθώς και την ανάπτυξη τεχνικών ικανών να τους επηρεάσουν σε πρώιμο στάδιο. Εντούτοις, η πρωτοβάθμια πρόληψη είναι επίσης δυνατή σε περίπτωση προβλημάτων, των οποίων η αιτιολογία δεν είναι πλήρως κατανοητή, υπό τον όρο ότι θα μπορούσαν να προσδιορισθούν κάποιοι σημαντικοί παρεμβατικοί παράγοντες, επιδεκτικοί διορθώσεως. Επιτυχείς προληπτικές παρεμβάσεις έχουν γίνει χωρίς ακριβή γνώση του πραγματικού αιτίου των καταστάσεων που αντιμετωπίζονται, όπως π.χ. ο πρώιμος εμβολιασμός για την ευλογία και ο αποτελεσματικός έλεγχος του σκορβούτου στα βρετανικά πλοία, πριν από την ανακάλυψη του ασκορβικού οξέος. Πολλά προγράμματα πρόληψης στο πεδίο των ναρκωτικών είναι ανάλογα τέτοιων πρωτοποριακών παρεμβάσεων.

Η πρωτοβάθμια πρόληψη είναι αποτελεσματική με τους ακόλουθους τρόπους:

- μέσω της εξάλειψης των παθογενετικών παραγόντων,
- μέσω του ελέγχου των συμβαλλουσών περιβαλλοντικών συνθηκών και
- μέσω της ενίσχυσης της αντιστάσεως του ξενιστή

Και οι τρεις τρόποι σχετίζονται με τα προβλήματα που συνδέονται με τα ναρκωτικά, αλλά η επιλογή προσέγγισης επηρεάζεται σε σημαντικό βαθμό

από τις κοινωνικές αντιλήψεις και στάσεις, καθώς και από το είδος του δημόσιου φορέα που εφαρμόζει το συγκεκριμένο πρόγραμμα.

Δευτεροβάθμια πρόληψη

Η δευτεροβάθμια πρόληψη αποσκοπεί στη μείωση της επικράτησης της καταστάσεως-στόχου στα πλαίσια της κοινότητας. Απευθύνεται σε άτομα που υποφέρουν ήδη από το πρόβλημα και ονομάζεται παρέμβαση, θεραπεία ή αποκατάσταση, ανάλογα με τη φύση και το ειδικό πλαίσιο αναφοράς του προγράμματος που εξετάζεται. Οι σκοποί της είναι η μείωση της διάρκειας του προβλήματος που επιλέχθηκε και ο περιορισμός της έκτασης της ατομικής και κοινωνικής βλάβης που προκαλεί. Η δευτεροβάθμια πρόληψη σχετίζεται, σε μεγάλο βαθμό, με τον έλεγχο της κατάστασης των ναρκωτικών.

Ο επιτυχημένος έλεγχος των υπαρχουσών περιπτώσεων στα πλαίσια της κοινότητας προϋποθέτει την ύπαρξη αξιόπιστων συστημάτων πρώιμου προσδιορισμού και τη διαθεσιμότητα ταχείας και αποτελεσματικής θεραπείας. Δυστυχώς, στο βαθμό που αφορά τα προβλήματα που προκαλούνται από τα ναρκωτικά, συνήθως δεν πληρούνται καμία από αυτές τις καταστάσεις. Όλα τα προγράμματα παρέμβασης πρέπει να είναι ευαίσθητα στις μεταβολές των συνθηκών και να υπάρχει η δυνατότητα προσαρμογής και τροποποίησης της δράσης τους σύμφωνα με τις τοπικές ανάγκες. Γι' αυτό το σκοπό, οι υπηρεσίες θεραπείας χρειάζονται να γνωρίζουν καλά τις κοινωνικές συνθήκες που επικρατούν στις κοινότητες τους.

Η δευτεροβάθμια πρόληψη τείνει να αποτελέσει την ευρύτερα προτιμώμενη μέθοδο για την αντιμετώπιση των προβλημάτων που σχετίζονται με τα ναρκωτικά. Αυτό μπορεί να οφείλεται κατά ένα μέρος τόσο

στην αβεβαιότητα της προσέγγισης της πρωτοβάθμιας πρόληψης όσο και στην αυξανόμενη πίεση για δράση, η οποία ανακύπτει, όταν αυξάνεται ο αριθμός των χρηστών σε μια κοινότητα.

Τριτοβάθμια πρόληψη

Στο τριτοβάθμιο επίπεδο, ο στόχος της πρόληψης είναι η επίτευξη και διατήρηση βελτιωμένου επιπέδου ατομικής λειτουργικότητας, όπως και η αποκατάσταση. Η επιτυχία της εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την κατάλληλη παρέμβαση στο δευτεροβάθμιο επίπεδο. Η διατήρηση ή η πρώιμη αποκατάσταση της κοινωνικής επικοινωνίας και των δικτύων υποστήριξης του ατόμου, καθώς και η οργάνωση αποτελεσματικών προγραμμάτων παρακολούθησης, αποτελούν παραδείγματα αντικειμενικών στόχων, που αφορούν και τα δυο επίπεδα πρόληψης. Άλλα είναι η αποφυγή των αρνητικών αποτελεσμάτων της ιδρυματοποίησης, του χαρακτηρισμού και της προκατάληψης. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί καλύτερα με τον έγκαιρο χειρισμό των περιπτώσεων με προβλήματα ναρκωτικών. Ειδικότερα, η τριτοβάθμια πρόληψη μπορεί να περιλαμβάνει την οργάνωση μεταβατικών προγραμμάτων, προγραμμάτων επαγγελματικής αποκατάστασης, καθώς και ποικιλία προγραμμάτων που λειτουργούν στο επίπεδο της κοινότητας.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Ναρκωτικό που αφορούν συχνότερα τα αναφερόμενα αδικήματα περί τα ναρκωτικά στις χώρες της ΕΕ και στη Νορβηγία

Χώρα	Σημειώσεις	Έτος	Ποσοστό (%)		
			Κάναβη	Ηρωίνη	Κοκαΐνη
Βέλγιο		2002	67	8	7
Τσεχία	(2)	2002	37	8	1
Δανία		–	μ.δ.	μ.δ.	μ.δ.
Γερμανία	(2) (3)	2002	56	17	9
Εσθονία		–	μ.δ.	μ.δ.	μ.δ.
Ελλάδα		–	μ.δ.	μ.δ.	μ.δ.
Ισπανία	(1) (4)	2002	52	7	33
Ιρλανδία	(2)	2002	65	9	6
Ιταλία	(1) (4)	2002	42	27	28
Κύπρος		–	μ.δ.	μ.δ.	μ.δ.
Λεττονία		–	μ.δ.	μ.δ.	μ.δ.
Λιθουανία	(1)	2002	10	15	1
Λουξεμβούργο	(1)	2002	28	51	21
Ουγγαρία	(2)	2002	66	16	2
Μάλτα		–	μ.δ.	μ.δ.	μ.δ.
Κάτω Χώρες	(2) (5)	2002	37	58	
Αυστρία	(1)	2002	58	11	11
Πολωνία		–	μ.δ.	μ.δ.	μ.δ.
Πορτογαλία	(3) (4) (6)	2002	36	17	8
Σλοβενία	(1)	2002	82	10	2
Σλοβακία		–	μ.δ.	μ.δ.	μ.δ.
Φινλανδία		–	μ.δ.	μ.δ.	μ.δ.
Σουηδία	(1) (7)	2001	34	7	2
Ηνωμένο Βασίλειο	(1)	2000	69	12	5
Νορβηγία		–	μ.δ.	μ.δ.	μ.δ.

Σημειώσεις

Για τον ακριβή ορισμό που ισχύει για κάθε χώρα, βλέπε τις [μεθοδολογικές σημειώσεις](#) σχετικά με τους ορισμούς των

«αναφερόμενων» αδικημάτων περί ναρκωτικών στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2004.

μ.δ.: μη διαθέσιμα στοιχεία.

(1) Επί του συνόλου των αναφερόμενων ναρκωτικών (μεμονωμένα ή μη).

(2) Επί των κύριων ναρκωτικών.

(3) Επί του συνόλου των αδικημάτων ανά ναρκωτικό (για ορισμένα αδικήματα δεν υπάρχει διαχωρισμός ανά ναρκωτικό).

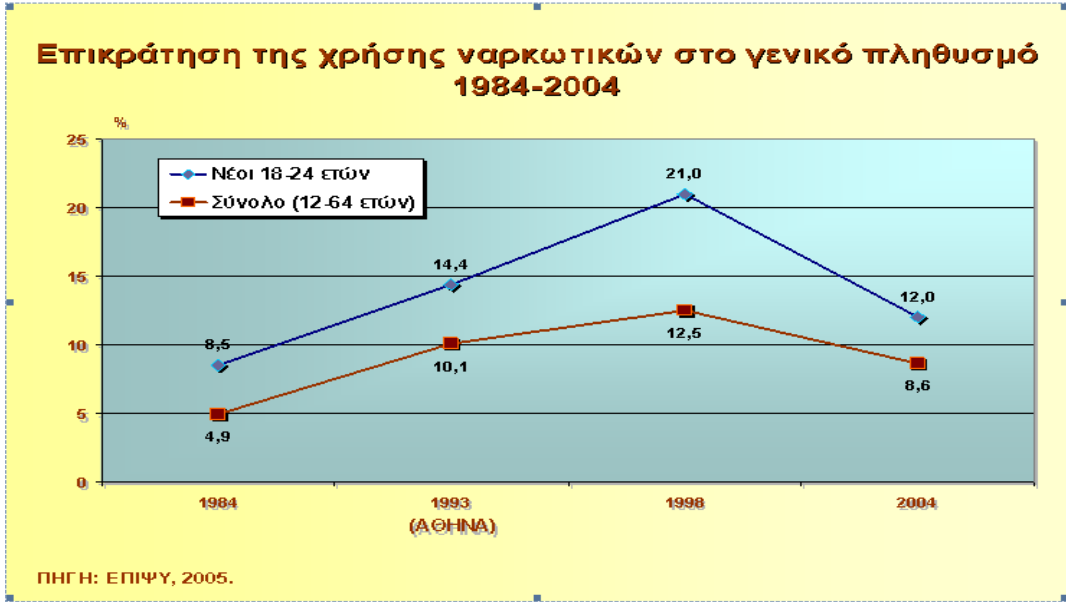
(4) Επί του συνόλου των αδικημάτων για εμπόριο/διακίνηση ναρκωτικών (εφόσον τα αδικήματα για χρήση/κατοχή για χρήση ναρκωτικών δεν ποινικοποιούνται).

(5) Τα στοιχεία του πίνακα για την ηρωίνη αφορούν τα «σκληρά ναρκωτικά» (οριζόμενα ως ναρκωτικά τα οποία εγκυμονούν απaráδεκτους κινδύνους για τη δημόσια υγεία, όπως η ηρωίνη, η κοκαΐνη, η έκσταση, το LSD). Ορισμένα αδικήματα έχουν σχέση και με κάνναβη και με σκληρά ναρκωτικά και δεν συμπεριλήφθηκαν στον πίνακα αυτόν. Έτσι εξηγείται το γεγονός ότι το συνολικό ποσοστό είναι μικρότερο του 100 %.

(6) Το ποσοστό αυτό είναι υποεκτιμημένο καθώς αντιπροσωπεύει αδικήματα που αφορούν κάθε ναρκωτικό χωριστά, π.χ. που αφορούν μόνον την κάνναβη (δεν περιλαμβάνει αδικήματα για «κάνναβη συν άλλα ναρκωτικά»).

(7) Επί του συνόλου των ατόμων που τους έχει επιβληθεί ποινή από τον εισαγγελέα στο πλαίσιο συνοπτικής διαδικασίας ή έχουν καταδικαστεί από δικαστήριο.

Πηγή: [Εθνικά εστιακά σημεία](#).



Θάνατοι από ναρκωτικά στην Ελλάδα κατά έτος

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
ΑΝΑΦΕΡΘΕΝΤΕΣ ΘΑΝΑΤΟΙ	94	86	83	164	190	241	241	255	277	312	334	269
ΒΕΒΑΙΩΘΕΝΤΕΣ ΘΑΝΑΤΟΙ	79	79	78	146	176	222	232	245	265	304	321	259
1 Ηλικία												
α) μέχρι 20 ετών	2	1	4	8	7	14	24	33	47	51	46	28
β) από 21-30 ετών	44	47	49	71	90	98	102	112	122	130	158	140
γ) από 31 και άνω	33	31	25	67	79	110	106	100	96	123	117	91
2 Φύλο												
α) Άνδρες	74	70	70	135	162	202	209	216	245	285	300	242
β) Γυναίκες	5	9	8	11	14	20	23	29	20	19	21	17
3 Υπηκοότητα												
α) Έλληνες	76	76	74	141	168	212	227	240	251	292	307	247
β) Αλλοδαποί	3	3	4	5	8	10	5	5	14	12	14	12
4 Περιοχή												
α) Αττική	61	61	69	105	136	166	166	170	186	200	211	161
β) Θεσσαλονίκη	12	9	4	21	18	25	38	39	30	49	54	50
γ) Λοιπή Χώρα	6	9	5	20	22	31	28	36	49	55	56	48
5 Οικογενειακή Κατάσταση												
α) Άγαμοι	67	75	74	129	157	184	195	227	245	289	298	243
β) Έγγαμοι	11	2	3	13	15	32	28	16	16	12	15	12
γ) Διαζευγμένοι	1	2	1	4	4	6	9	2	4	3	8	4
6 Γραμματικές Γνώσεις												
α) Στοιχειώδους Εκπαίδευσης	33	27	28	31	73	78	85	87	65	111	108	109
β) Μέσης Εκπαίδευσης	39	27	38	23	30	106	135	143	169	178	194	133
γ) Ανώτατης Εκπαίδευσης	3	6	2	1	6	4	4	3	3	4	2	3
δ) Α γ ν ω σ τ η	4	19	10	91	66	34	8	12	28	11	17	14
ε) Αγράμματοι	.....	.....	.....	.....	1	.....	.....	.....	...	...	...	...
7 Επάγγελμα												
α) Α ε ρ γ ο ι	51	47	50	81	99	144	144	175	197	232	258	224
β) Τεχνίτες-Εργάτες-Οικοδόμοι	9	15	9	24	29	21	25	31	18	28	11	11
γ) Ιδιωτικοί Υπάλληλοι	10	10	5	16	20	9	21	14	11	15	17	8
δ) Μουσικοί	.....	.....	.....	.....	3	2	.....	....	...	...	...	1
ε) Ναυτικοί	4	4	1	1	4	7	1	...	1	2	...	...
στ) Σπουδαστές-Μαθητές	.....	.....	.....	.....	.....	3	7	4	6	6	1	6
ζ) Ιερόδουλες	3	.....	1	.....	4	1	3	...	1	1	1	...
η) Δημόσιοι Υπάλληλοι	.....	2	2	3	1	.....	.....	....	...	...	...	...
θ) Δημοσιογράφοι	.....	.....	.....	2	.....	.....	.....	....	...	...	...	...
ι) Λοιποί	2	1	10	19	16	35	31	21	31	20	33	9
8 Είδος Ναρκωτικού												
α) Ηρωΐνη	74	73	77	134	157	213	222	243	263	300	318	256
β) Μορφίνη	3	3	.....	8	3	1	.....	....	...	...	...	...
γ) Ψυχότροπες Ουσίες	2	2	1	4	13	7	6	1	1	3	1	1
δ) Κοκαΐνη	.....	1	.....	.....	1	.....	3	1	1	1	2	2
ε) Χασίς-Αλκοόλ	.....	.....	.....	.....	2	1	1	....	...	...	...	...

Πίνακας με τους θανάτους από ναρκωτικά στην Ελλάδα, κατά κατηγορίες (1991 - 2002)

ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Όνομασία προγράμματος Ανοικτό Θεραπευτικό Πρόγραμμα "ΑΡΙΑΔΝΗ": Θεραπευτική Κοινότητα

Υπεύθυνος οργανισμός Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων (ΚΕΘΕΑ)

Όνομασία προγράμματος Θεραπευτικό Πρόγραμμα "ΙΘΑΚΗ": Πρόγραμμα Οικογενειακής Υποστήριξης

Υπεύθυνος οργανισμός Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων (ΚΕΘΕΑ)

Όνομασία προγράμματος Δίκτυο Έγκαιρης Παρέμβασης "ΠΛΕΥΣΗ" για έφηβους χρήστες ουσιών και τις οικογένειές τους: Κοινότητα Έγκαιρης Παρέμβασης

Υπεύθυνος οργανισμός Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων (ΚΕΘΕΑ)

Όνομασία προγράμματος Θεραπευτικό Πρόγραμμα "ΕΞΟΔΟΣ": Συμβουλευτικό Κέντρο Ν. Ιωνίας Βόλου

Υπεύθυνος οργανισμός Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων (ΚΕΘΕΑ)

Όνομασία προγράμματος Β' Μονάδα Προγράμματος Υποκατάστασης Αθήνας (Πρόγραμμα Υποκατάστασης με Μεθαδόνη)

Υπεύθυνος οργανισμός Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών (ΟΚΑΝΑ)

Όνομασία προγράμματος ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΑΘΗΝΑ: Στεγνή Ανοικτή Ψυχοθεραπευτική Μονάδα Απεξάρτησης

Υπεύθυνος οργανισμός Αιγινήτειο Νοσοκομείο, Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών (ΟΚΑΝΑ)

Όνομασία προγράμματος Πολυφασικό Θεραπευτικό Πρόγραμμα "ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ": Θεραπευτική Κοινότητα

Υπεύθυνος οργανισμός Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων (ΚΕΘΕΑ)

Όνομασία προγράμματος Μονάδα Απεξάρτησης Τοξικομανών και Αλκοολικών "18 ΑΝΩ": Πρόγραμμα Ψυχολογικής Απεξάρτησης

Υπεύθυνος οργανισμός Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής (ΨΝΑ)

Όνομασία προγράμματος Μονάδα Απεξάρτησης Τοξικομανών και Αλκοολικών "18 ΑΝΩ": Τμήμα Εφήβων και Νέων

Υπεύθυνος οργανισμός Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής (ΨΝΑ)

Όνομασία προγράμματος Ανοικτό Θεραπευτικό Πρόγραμμα "ΔΙΑΒΑΣΗ":

Ανοικτή Θεραπευτική Κοινότητα

**Υπεύθυνος
οργανισμός** Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων (ΚΕΘΕΑ)

**Όνομασία προγράμματος Θεραπευτικό Πρόγραμμα για εφήβους χρήστες
ψυχοτρόπων ουσιών και τις οικογένειές τους "ΣΤΡΟΦΗ"**

**Υπεύθυνος
οργανισμός** Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων (ΚΕΘΕΑ)

Όνομασία προγράμματος Α' Μονάδα Υποκατάστασης με Μεθαδόνη Αθήνας

**Υπεύθυνος
οργανισμός** Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών (ΟΚΑΝΑ)

**Όνομασία προγράμματος Θεραπευτικό Πρόγραμμα "ΕΞΟΔΟΣ":
Θεραπευτική Κοινότητα**

**Υπεύθυνος
οργανισμός** Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων (ΚΕΘΕΑ)

**Όνομασία προγράμματος Θεραπευτικό Πρόγραμμα "ΙΘΑΚΗ": Θεραπευτική
Κοινότητα**

**Υπεύθυνος
οργανισμός** Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων (ΚΕΘΕΑ)

**Όνομασία προγράμματος Πολυφασικό Θεραπευτικό Πρόγραμμα
"ΝΟΣΤΟΣ": Θεραπευτική Κοινότητα**

**Υπεύθυνος
οργανισμός** Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων (ΚΕΘΕΑ)

**Όνομασία προγράμματος Α' Μονάδα Υποκατάστασης με Μεθαδόνη
Θεσσαλονίκης**

**Υπεύθυνος
οργανισμός** Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών (ΟΚΑΝΑ)

**Όνομασία προγράμματος Θεραπευτικό Πρόγραμμα "ΕΝ ΔΡΑΣΕΙ":
Θεραπευτική Κοινότητα στις Γυναικείες Φυλακές Κορυδαλλού**

**Υπεύθυνος
οργανισμός** Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων (ΚΕΘΕΑ)

ΔΙΕΥΘΥΝΣΕΙΣ ΤΩΝ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΣΤΗΝ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ

- ΜΟΝΑΔΑ ΕΦΗΒΩΝ "ΝΑΥΤΙΛΟΣ" (Στεγνό Πρόγραμμα)
ΕΔΡΑ: Θεσσαλονίκη
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ: Δαναΐδων 9, 54626, Θεσσαλονίκη
ΤΗΛ.: 2310- 566134-5
FAX: 2310- 525348
e-mail: adolesthes@okana.gr
- Α ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ
ΕΔΡΑ: Θεσσαλονίκη
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ: Ευζώνων 34, 54640, Θεσσαλονίκη
ΤΗΛ.: 2310- 868896-97
FAX: 2310- 888858
- Β ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ
ΕΔΡΑ: Σταυρούπολη
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ: Λαγκαδά 196Α, 56430, Σταυρούπολη
ΤΗΛ.: 2310- 601101-2
FAX: 2310- 602666
- Γ ' ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ
Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης Γ.Παπανικολάου-ΟΚΑΝΑ
ΕΔΡΑ: Θεσσαλονίκη
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ: Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης Γ.Παπανικολάου,
Εξοχή Θεσσαλονίκης, (είσοδος δίπλα στην πύλη), 57010, Θεσσαλονίκη
ΤΗΛ.: 2310-357109
FAX: 2310-359147
- Δ ' ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ
ΕΔΡΑ: Θεσσαλονίκη
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ: 26ης Οκτωβρίου, Περιοχή Λιμένος ΤΜΚΘ ΟΣΕ, 54627,
Θεσσαλονίκη
ΤΗΛ.: 2310- 500299
FAX: 2310- 531402
- Ανοικτό Θεραπευτικό Πρόγραμμα Εφήβων ΑΝΑΔΥΣΗ - Μακεδονία,
Θεσσαλονίκη-Διεύθυνση
Ρεμπέλου 7, 546 31 Θεσσαλονίκη
Τηλ.: 2310 253534, 2310 253537, 2310 253538
Fax: 2310 260847
- Μονάδα Συμβουλευτικής Κρατουμένων Θεσσαλονίκης
Κέντρο Υποδοχής και Επανάταξης Αποφυλακισμένων Θεσσαλονίκης
Ειδική Ομάδα Πρόληψης της Υποτροπής
Ρεμπέλου 7, 546 31 Θεσσαλονίκη
Τηλ.: 2310 544939
Fax: 2310 544939

- Θεραπευτική Κοινότητα ΙΘΑΚΗ
574 00 Σίνδος, Θεσσαλονίκη,
τηλ.: 2310-798139, 2310-798694,
fax: 2310-723309

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Γεωργάκας Π. (2002). Εξαρτήσεις. Η έκφραση μιας κοινωνικής, οικογενειακής και ατομικής δυσλειτουργίας. Εκδόσεις Παρατηρητής
- Λιάππας Ι. (1991). Ναρκωτικά. Εθιστικές ουσίες, προβλήματα, αντιμετώπιση.
- Λιάππας ΙΑ, Λιάππας ΑΙ, Μέλλος Ε. (1997) Εξαρτήσεις – ναρκωτικά και βιολογία. Τετράδια Ψυχιατρικής Νο 93, Ιανουάριος – Φεβρουάριος – Μάρτιος.
- Λογοθέτης Ι. (1976) Εισαγωγή στην ψυχιατρική. Εκδόσεις University studio press.
- Μάνος Ν. (1997) Στοιχεία Ψυχιατρικής. Εκδόσεις Παρισιανού, Θεσσαλονίκη
- Μέλλος Ε, Λιάππας Ι. (1998) Εξαρτήσεις. Ναρκωτικά και Ψυχοπαθολογία. Τετράδια Ψυχιατρικής Νο 93, Ιανουάριος – Φεβρουάριος – Μάρτιος.
- Μανωλόπουλος Σ (1987). Η ψυχοσυναισθηματική ανάπτυξη του εφήβου.
- Μάτσα Κ. (1997) Ο τοξικομανής και η οικογένειά του. Διδακτορική διατριβή
- Μουζακίτης Χ. (1987). Η κακοποίηση των παιδιών- Γενική θεώρηση και διεθνής προοπτική
- Πιπερόπουλος Γ. (2005). Αλκοολισμός και Ναρκωτικά. Αιώνιες μάστιγες της ανθρωπότητας.
- Τούντας Γ. (2000) Κοινωνία και Υγεία (Δ΄ Έκδοση). Εκδόσεις Οδυσσέας/Νέα Υγεία, Αθήνα.

- Baca CT, Grant KJ. Take-home naloxone to reduce heroin death. *Addiction*. 2005 Dec;100(12):1823-31. Review
- Bergeret J. (1999) Τοξικοεξάρτηση και προσωπικότητα. Εκδόσεις Ελληνικά γράμματα
- Brown R. Heroin dependence. *WMJ*. 2004;103(4):20-6.
- Darke S, Hall W. Heroin overdose: research and evidence-based intervention. *J Urban Health*. 2003 Jun;80(2):189-200. Review
- George S, Day E. Buprenorphine in the treatment of opioid dependence. *Br J Hosp Med (Lond)*. 2007 Nov;68(11):594-7. Review.
- Gossop M, Grant M. (1994). Κατάχρηση ουσιών. Πρόληψη και έλεγχος. Εκδόσεις Βήτα
- Kleber HD. Pharmacologic treatments for heroin and cocaine dependence. *Am J Addict*. 2003;12 Suppl 2:S5-S18. Review.
- Lingford-Hughes A, Nutt D. Neurobiology of addiction and implications for treatment. *Br J Psychiatry*. 2003 Feb;182:97-100
- Leri F, Bruneau J, Stewart J. Understanding polydrug use: review of heroin and cocaine co-use. *Addiction*. 2003 Jan;98(1):7-22.
- Lintzeris N, Lee S, Scopelliti L, Mabbutt J, Haber PS. Unplanned admissions to two Sydney public hospitals after naltrexone implants. *Med J Aust*. 2008 Apr 21;188(8):441-4.
- Mattick R, Kimber J, Breen C, Davoli M. Buprenorphine maintenance versus placebo or methadone maintenance for opioid dependence. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008 Apr 16;(2):CD002207
- McMahon G. Complications of heroin abuse. *Eur J Emerg Med*. 2008 Apr;15(2):104-6

- Minozzi S, Amato L, Davoli M, Farrell M, Lima Reisser A, Pani P, Silva de Lima M, Soares B, Vecchi S. Anticonvulsants for cocaine dependence. *Cochrane Database Syst Rev.* 2008 Apr 16;(2):CD006754.
- Nikolaou K., Papazisis G., Katsigiannopoulos K., Kazantzidou E., Kefalas A., Papadopoulou V., Kesidis G., Apektorides P., Theodorides N., Dyntsikou D., Rogotis C. Minorities in a detoxification unit in Greece: II. Clinical characteristics. *European Psychiatry* 2007; 22:196
- Mattick RP, Breen C, Kimber J, Davoli M. Methadone maintenance therapy versus no opioid replacement therapy for opioid dependence. *Cochrane Database Syst Rev.* 2003;(2):CD002209. Review.
- Woody GE. Research findings on psychotherapy of addictive disorders. *Am J Addict.* 2003;12 Suppl 2:S19-26. Review.
- Papazisis G., Katsigiannopoulos K., Nikolaou K. Theodorides N., Kazantzidou E., Kefalas A., Papadopoulou V, Kesidis G., Danana E., Dyntsikou D, Rogotis C. Minorities in a detoxification unit in Greece: I. Socio-demographic characteristics. *European Psychiatry* 2007; 22:195-196
- van den Brink W, van Ree JM. Pharmacological treatments for heroin and cocaine addiction. *Eur Neuropsychopharmacol.* 2003 Dec;13(6):476-87. Review
- www.emcdda.europa.eu
- [www.google.gr/Health News](http://www.google.gr/Health%20News). Τοξικοεξάρτηση
- www.nosokomia.gr. Ναρκωτικά

- www.pyxida.org.gr και www.inout.gr Φαρμακευτική θεραπεία του στερητικού συνδρόμου από ηρωίνη.
- www.medlook.net. Ναρκωτικά
- www.valentine.gr/opium.gr.htm

