



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ – Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ
ΚΑΙ ΑΠΕΞΑΡΤΗΣΗ»**

ΦΟΙΤΗΤΡΙΕΣ:

ΖΩΗ-ΜΕΛΙΝΑ ΠΑΡΙΣΗ

ΜΑΡΙΑ ΤΣΙΑΡΑ

ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ

ΛΕΥΚΟΘΕΑ ΜΑΤΣΟΥΛΗ

ΙΩΑΝΝΙΝΑ 2020

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	3
ABSTRACT.....	4
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	5
ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ.....	7
ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ	9
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	
ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ.....	13
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	
ΟΡΙΣΜΟΙ	16
2.1 Τοξικοεξάρτηση.....	16
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3	
ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΕΞΑΡΤΗΣΙΟΓΟΝΩΝ ΟΥΣΙΩΝ.....	19
3. 1 Παράνομες εξαρτησιογόνες ουσίες.....	19
3.1.1 Σκληρά η καθαρά ναρκωτικά (οπιούχα και οπιοειδή).....	19
3.1.2 Καταπραϋντικά η κατασταλτικά.....	20
3.1.3 Διεγερτικά.....	21
3.1.4 Παραισθησιογόνα-ψευδαισθησιογόνα.....	22
3.1.5 Προϊόντα Ινδικής κάνναβης (CannabisIndica).....	23
3.2 Νόμιμες εξαρτησιογόνες ουσίες.....	24
3.2.1 Καπνός.....	24
3.2.2. Αλκοόλ.....	25
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4	
ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ ΓΙΑ ΤΑ ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ.....	26
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5	
ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΕΝΑΡΞΗΣ ΚΑΙ ΠΑΡΑΜΟΝΗΣ ΣΤΗ ΧΡΗΣΗ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ ΟΥΣΙΩΝ.....	33
5. 1 Κοινωνικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες.....	34
5.1.1 Η διαθεσιμότητα των ουσιών.....	35
5.1.2 Οικογένεια και χρήση.....	35
5.1.3 Η επιρροή από τους συνομήλικους.....	37
5.2 Ατομικοί παράγοντες	37

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6	
ΠΡΟΛΗΨΗ.....	39
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7	
ΘΕΡΑΠΕΙΑ	41
7.1 Σύντομες παρεμβάσεις.....	45
7.2 Αποτοξίνωση.....	46
7.3 Θεραπεία στο νοσοκομείο.....	47
7.4 Φαρμακοθεραπεία.....	48
7.4.1 Διακοπή κατασταλτικών ουσιών.....	48
7.4.2 Διακοπή διεγερτικών ουσιών	49
7.4.3 Διακοπή οπιοειδών.....	49
7.5 Προγράμματα 12 βημάτων.....	50
7.6 Θεραπευτικές κοινότητες	52
ΜΕΡΟΣ 2^ο	
Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΤΑΧΡΗΣΗ ΨΥΧΟΔΡΑΣΤΙΚΩΝ ΟΥΣΙΩΝ.....	55
ΜΕΡΟΣ 3^ο	
ΝΕΟΤΕΡΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΧΡΗΣΗΣ ΟΠΙΟΕΙΔΩΝ ΜΕ ΤΗΝ ΧΡΗΣΗ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΤΩΝ (ΜΕΘΑΔΟΝΗΣ ΚΑΙ ΒΟΥΠΡΕΝΟΡΦΙΝΗΣ) ΣΤΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ.....	63
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	93
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	95

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Το φαινόμενο της χρήσης παράνομων εξαρτησιογόνων ουσιών αποτελεί ένα σημαντικό πρόβλημα που αντιμετωπίζει η κοινωνία μας τα τελευταία χρόνια το οποίο έχει πάρει μεγάλες διαστάσεις λόγω του καταστροφικού του χαρακτήρα. Οι συνήθειες και οι επιρροές στο χώρο της χρήσης των ουσιών επηρεάζουν τη σωματική και την ψυχοκοινωνική υγεία των νέων προκαλώντας σοβαρές επιπτώσεις σε ατομικό, σε οικογενειακό, σε κοινωνικό αλλά και σε οικονομικό επίπεδο. Ως εκ τούτου, η πρόληψη της χρήσης των ναρκωτικών ουσιών η οποία έχει ως στόχο την προαγωγή της γενικότερης ψυχοκοινωνικής υγείας των νέων είναι μεγίστης σημασίας, αφού η μείωση του αριθμού των ατόμων που αρχίζουν τη χρήση ουσιών μειώνει τουλάχιστον το μέγεθος του προβλήματος των ναρκωτικών. Σκοπός της παρούσας εργασίας αποτελεί η διερεύνηση της σπουδαιότητας της πρόληψης των εφήβων από τις εξαρτησιογόνες ουσίες. Επιπροσθέτως, έχει σκοπό να αναδείξει τον ιδιαίτερο ρόλο των νοσηλευτών στην αντιμετώπιση των εξαρτημένων ατόμων στα ειδικά κέντρα απεξάρτησης ή υποκατάστασης που υπάρχουν στη χώρα μας. Για την εκπόνηση της εργασίας χρησιμοποιήθηκε υλικό από τη διεθνή αλλά και από την ελληνική βιβλιογραφία των τελευταίων χρόνων, ενώ οι μηχανές αναζήτησης οι οποίες χρησιμοποιήθηκαν ήταν για τη διεθνή βιβλιογραφία το «Pubmed» και για την ελληνική το googlescholar. Οι μελέτες οι οποίες αξιοποιήθηκαν για την παρούσα εργασία θα πρέπει να τονιστεί ότι έχουν δημοσιευτεί τα τελευταία 10 χρόνια. Από τη μελέτη της βιβλιογραφίας φαίνεται ότι το γεγονός πως αρκετοί έφηβοι έχουν δοκιμάσει και κάποιοι είναι ήδη χρήστες εξαρτησιογόνων ουσιών αποτελεί τα τελευταία χρόνια μία κοινωνική πραγματικότητα. Οι νοσηλευτές είτε με τη συμμετοχή τους στα προγράμματα πρόληψης, είτε ως εξειδικευμένοι εργαζόμενοι στην αντιμετώπιση της ουσιοεξάρτησης, στα προγράμματα υποκατάστασης οπιοειδών ουσιών, είναι οι επιστήμονες υγείας οι οποίοι μπορούν και πρέπει να συμβάλλουν στην αντιμετώπιση αυτού του φαινομένου.

ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ: πρόληψη, εξαρτησιογόνες ουσίες, νοσηλευτικοί ρόλοι, προγράμματα υποκατάστασης.

ABSTRACT

The phenomenon of the use of illegal addictive substances is a major problem facing our society in recent years which has become widespread due to its destructive nature. Habits and influences in the field of substance use affect the physical and psychosocial health of young people, causing serious effects on an individual, family, social and economic level. Therefore, preventing the use of drugs aimed at promoting the overall psychosocial health of young people is of paramount importance, as reducing the number of people who start using drugs reduces at least the size of the drug problem. The aim of this study is to investigate the importance of adolescent prevention of addictive substances. In addition, it aims to highlight the special role of nurses in the treatment of addicts in the special detoxification or substitution centers that exist in our country. Material from the international and Greek literature of recent years was used for the elaboration of the work, while the search engines that were used were "Pubmed" for the international literature and google scholar for Greek. The studies used for this paper should be noted to have been published over the last 10 years. The study of the literature shows that the fact that many teenagers have tried and some are already addicted to drugs has been a social reality in recent years. Nurses, either by participating in prevention programs or as specialized workers in the treatment of substance abuse, in opioid substitution programs, are health scientists who can and must contribute to tackling this phenomenon.

KEY WORDS:prevention, addictive substances, nursing roles, substitution programs.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η θεραπεία της διαταραχής χρήσης ουσιών αποτελεί τις τελευταίες δεκαετίες μια πρόκληση. Αποτελέσματα ερευνών καταδεικνύουν ότι τα τελευταία χρόνια το πρόβλημα της ουσιοεξάρτησης και ειδικότερα της χρήσης οπιοειδών ουσιών έχει λάβει διαστάσεις επιδημίας (Rosenthal&Faris, 2019). Τις τελευταίες δεκαετίες γίνεται προσπάθεια να αντιμετωπιστεί η διαταραχή αυτή μέσα από ειδικευμένα θεραπευτικά πλαίσια και από κατάλληλα εκπαιδευμένο προσωπικό, με προϋπόθεση επιτυχούς έκβασης τη συναίνεση και τη συμμόρφωση του ασθενούς ως προς την θεραπευτική διαδικασία.

Η παρούσα εργασία ξεκινά με μία ιστορική αναδρομή της χρήσης των ψυχοδραστικών ουσιών (20.000-30.000 χρόνια πριν) και συνεχίζεται με την αναφορά χρήσιμων ορισμών αλλά και των κατηγοριών των εξαρτησιογόνων ουσιών. Στη συνέχεια παρατίθεται η ελληνική νομοθεσία για τα ναρκωτικά στην οποία γίνεται αναφορά στη νομιμοποίηση της κυκλοφορίας φαρμακευτικών σκευασμάτων κάνναβης. Η εργασία συνεχίζεται με την επιδημιολογία της χρήσης ναρκωτικών ουσιών και τους προδιαθεσικούς παράγοντες έναρξης και παραμονής στη χρήση ναρκωτικών ουσιών, ενώ στη συνέχεια αναφέρονται οι κοινωνικοί και οι περιβαλλοντικοί παράγοντες καθώς επίσης και οι ατομικοί παράγοντες που ενοχοποιούνται για τη χρήση, ενώ το πρώτο μέρος της εργασίας ολοκληρώνεται με την αναφορά στα θεραπευτικά προγράμματα που υπάρχουν στη χώρα μας. Στο δεύτερο μέρος της εργασίας τονίζεται η σπουδαιότητα του ρόλου του νοσηλευτή ως επιστήμονα υγείας πρώτης γραμμής στη φροντίδα των ασθενών με κατάχρηση ψυχοδραστικών ουσιών, ειδικότερα στις μονάδες χορήγησης υποκαταστάτων στις οποίες χορηγούνται μεθαδόνη και βουπρενορφίνη. Από έρευνες που μελετήσαμε φάνηκε ότι στην αντιμετώπισή της κατάχρησης ουσιών δεν αρκούν οι ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις, αλλά χρειάζεται η χρήση υποκατάστατων οπιοειδών, ενώ η συνταγογραφούμενη κάνναβη φαίνεται ότι μπορεί να οδηγήσει σε μείωση της χρήσης και των επακόλουθων βλαβών που συνδέονται με οπιοειδή, οινόπνευμα, καπνό και άλλες ουσίες. Ολοκληρώνοντας την έρευνά μας στη διεθνή βιβλιογραφία έγινε αντιληπτό ότι η συνειδητοποίηση της συννοσηρότητας μεταξύ των ψυχικών διαταραχών και των διαταραχών της χρήσης ουσιών βοηθάει πολύ στην πρόληψη της

κατάχρησης, όπως επίσης βοηθάνε και οι παρεμβάσεις στη σχολική κοινότητα, στο οικογενειακό και στο κοινοτικό επίπεδο.

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Το όπιο είναι γνωστό στην ανθρωπότητα από την εποχή του ανθρώπου του Κρο-Μανιόν (20.000-30.000 χρόνια πριν), όπως αποδεικνύεται από τις κάψες της οπιοπαπαρούνας που βρέθηκαν σε λιμναίους οικισμούς της σημερινής Β. Ιταλίας και της περιοχής Ράμπενχαουζεν της σημερινής Ελβετίας. Τα αρχαιότερα ευρήματα για τη χρήση του οπίου προέρχονται από τη Μεσοποταμία, ανάγονται στο 5000 π.Χ. και αφορούν τους Σουμέριους, τους Ασύριους και τους Αιγύπτιους (Schiff, 2002).

Στον ευρωπαϊκό χώρο, τα παλαιότερα ευρήματα χρονολογούνται από το 2500 π.Χ. και αποδεικνύουν τη χρήση των σπόρων της παπαρούνας **μήκων η υπνοφόρος** στις κεντρο-ευρωπαϊκές περιοχές που αντιστοιχούν στη σημερινή Ελβετία και στη συνέχεια στην Ελλάδα κατά την προκλασική περίοδο, την κλασική αρχαιότητα και τη μετακλασική εποχή (Schiff, 2002).

Οι Σουμέριοι γνώριζαν το όπιο από το 5000 π. Χ. και παρασκεύασαν από αυτό διάφορα φίλτρα και ποτά σύμφωνα με στοιχεία που προέκυψαν από αποκρυπτογράφηση μιας πλάκας με σφηνοειδή γραφή του 4000 π. Χ (Schiff, 2002).

Οι Ασύριοι χρησιμοποιούσαν το όπιο για την αντιμετώπιση πολλών ασθενειών, όπως προκύπτει από τους Ασσυριακούς Ιατρικούς Πίνακες του 7^{ου} αι. π.Χ. στους οποίους περιλαμβάνονται τα 115 πιο διαδεδομένα φάρμακα με σημαντικότερο ανάμεσά τους το όπιο. Η γνώση της χρήσης της οπιοπαπαρούνας μεταδόθηκε από τους Ασύριους και τους Βαβυλώνιους στους Πέρσες (History.comEditoros, 2017).

Οι αρχαίοι Αιγύπτιοι χρησιμοποιούσαν το όπιο από τη δεύτερη χιλιετηρίδα π.Χ., και το χρησιμοποιούσαν για θεραπευτικούς αλλά και ευφορικούς λόγους, όπως αποδεικνύεται από το γεγονός ότι συμπεριλαμβάνονται ανάμεσα στα 700 θεραπευτικά μέσα που αναφέρονται στον Πάπυρο Ebers (1550 π.Χ.), στον οποίο δίνονται λεπτομερείς οδηγίες για τη χρήση του οπίου σε ποικίλες καταστάσεις, όπως για παράδειγμα για την καταπράυνση του κλάματος των βρεφών που οφείλεται σε κολικοειδή άλγη και σπασμούς. Στην αρχαία Κίνα η χρήση του οπίου ήταν γνωστή τουλάχιστον από το 2700 π.Χ., κατά τη βασιλεία του αυτοκράτορα Φι (Duarte, 2005).

Στην Ελλάδα η καλλιέργεια της παπαρούνας και η χρήση του οπίου ήταν γνωστή στη μινωική εποχή όπως αποδεικνύεται από την ανακάλυψη του ειδώλου μιας θεάς στην Κρήτη, που έχει στο κεφάλι της χαραγμένους καρπούς παπαρούνας (κωδιές). Οι Έλληνες γνώριζαν τις ιδιότητες του οπίου και καθιέρωσαν την οπιοπαπαρούνα ως σύμβολο του Μορφέα, θεού του ύπνου (Γρίβας, 1995).

Στην προ ομηρική εποχή, το όπιο έφτασε με εμπορικά καράβια από την Αίγυπτο, όπου κατά τον Διόνυσο Σικελιώτη, ήταν γνωστό από αμνημονεύτων χρόνων. Ο Όμηρος (9^{ος}-8^{ος} αι. π.Χ.) αναφέρεται στο νηπενθέξ, ένα ποτό που «σταματούσε το κλάμα και την οργή και έκανε τον άνθρωπο να ξεχνάει τους κόπους, τους μόχθους και τις έννοιες του και εξαφάνιζε τους πόνους» (Duarte, 2005).

Ο Ιπποκράτης (466-357 π.Χ.) γνώριζε τις θεραπευτικές δράσεις της οπιοπαπαρούνας και συνιστούσε τη λήψη του χυμού της ως φαρμάκου για τη λευκόρροια, τις διαταραχές στην ούρηση και την αϋπνία και την περιέγραφε ως «υπνωτικό μηκώνιο» (Γρίβας, 1995).

Ο Γαληνός (130-200 μ.Χ.) σπουδαίος γιατρός ελληνικής καταγωγής συνιστά το όπιο ως φάρμακο για πολλές ασθένειες. Το 1525 ο Παράκελσος θα εισαγάγει στη φαρμακευτική μια ανάμειξη οπίου με οινόπνευμα το «λαύδανο». Το 1792 θα απαγορευτεί για πρώτη φορά η χρήση του στην Κίνα με ποινή για τους παραβάτες το θάνατο. Τον 19^ο αιώνα το μονοπώλιο του εμπορίου του οπίου θα προκαλέσει δύο πολέμους μεταξύ Άγγλων και Κινέζων, που ονομάστηκαν «πόλεμοι του οπίου» (Γρίβας, 1995).

Το 1805 ένας Γερμανός χημικός ο Φ. Σαρτούνερ απομονώνει και περιγράφει την μορφίνη. Το 1832 απομονώνεται η κωδεΐνη, το 1874 η ηρωΐνη. Στο τέλος του 19^{ου} αιώνα το κάπνισμα του οπίου μεταδίδεται στην Αμερική από τους μετανάστες Κινέζους, που έρχονται για να δουλέψουν κατά χιλιάδες στους σιδηροδρόμους. Το 1914 τα οπιούχα διατίθενται μόνο με ιατρική συνταγή στις ΗΠΑ. Το 1920 παρασκευάζεται η πεθιδίνη και στις αρχές της δεκαετίας του '40 παρασκευάζεται στη Γερμανία το συνθετικό οπιοειδές μεθαδόνη, που από το 1962 θα αρχίσει να χρησιμοποιείται ως θεραπεία υποκατάστασης σε εξαρτημένους από ηρωΐνη (Duarte, 2005).

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Επικράτηση και τάσεις της χρήσης ναρκωτικών

Τα τελευταία χρόνια στην Ευρώπη φαίνεται ότι γίνεται χρήση ενός ευρύτερου φάσματος παράνομων ουσιών από ότι γινόταν στο παρελθόν. Η χρήση διαφόρων ουσιών είναι εξαιρετικά διαδεδομένη στον πληθυσμό των χρηστών ναρκωτικών ουσιών, οι οποίοι ξεκινούν από την πειραματική χρήση και καταλήγουν στη συστηματική χρήση έως και την εξάρτηση. Το πιο κοινό ναρκωτικό είναι η κάνναβη η οποία φαίνεται να χρησιμοποιείται έως και πέντε φορές περισσότερο από άλλες ουσίες. Τα οπιοειδή όπως η ηρωίνη παραμένουν σχετικά σπάνια, όμως οι ουσίες αυτές τις περισσότερες φορές συνδέονται με τη χρήση υψηλού κινδύνου όπως είναι η ηενέσιμη χρήση. Η εξάπλωση της χρήσης διεγερτικών και τα πιο δημοφιλή είδη αυτών διαφέρουν από χώρα σε χώρα, ενώ παρατηρείται πιθανή αύξηση της ενέσιμης χρήσης διεγερτικών. Η χρήση ναρκωτικών, ανεξαρτήτως είδους, παραμένει υψηλότερη στον ανδρικό πληθυσμό και ειδικότερα η διαφορά αυτή μεγαλώνει όταν πρόκειται για εντατικότερη ή συστηματικότερη χρήση(EMCDDA, 2019).

Ενήλικες και τοξικοεξάρτηση

Το ποσοστό στην πληθυσμιακή ομάδα των 15-64 ετών που εκτιμάται ότι έχει κάνει χρήση παράνομης ουσίας κατά τη διάρκεια της ζωής του στην Ευρωπαϊκή Ένωση είναι 29%, δηλαδή περίπου 96 εκατομμύρια ενήλικες, ενώ η δοκιμή χρήσης ουσιών αναφέρεται συχνότερα από άνδρες (57,8 εκατομμύρια) από ότι σε γυναίκες (38,3 εκατομμύρια). Η ουσία που χρησιμοποιείται περισσότερο είναι η κάνναβη (55,4 εκατομμύρια άνδρες και 36,1 εκατομμύρια γυναίκες), ενώ σχετικά με τη χρήση άλλων ουσιών τουλάχιστον μία φορά έχουν αναφερθεί τα εξής: 12,4 εκατομμύρια άνδρες και 5,7 εκατομμύρια γυναίκες έκαναν χρήση κοκαΐνης, 9,3 εκατομμύρια άνδρες και 4,6 εκατομμύρια γυναίκες έκαναν χρήση MDMA και 8,3 εκατομμύρια άνδρες και 4,1 εκατομμύρια γυναίκες έκαναν χρήση αμφεταμινών. Τα ποσοστά χρήσης κάνναβης τουλάχιστον μία φορά διαφέρουν σημαντικά μεταξύ των χωρών και κυμαίνονται από περίπου 4% των ενηλίκων στη Μάλτα έως 45% στη Γαλλία.

Η χρήση ουσιών τον τελευταίο χρόνο πριν από την έρευνα αποτελεί δείκτη της πρόσφατης χρήσης και, κατά κανόνα, απαντά συχνότερα στους νεαρούς ενήλικες. Εκτιμάται ότι 19,1 εκατομμύρια νεαροί ενήλικες (ηλικίας 15-34 ετών) έκαναν χρήση

ναρκωτικών τον τελευταίο χρόνο (16%), με τον αριθμό των ανδρών (20%) να είναι σχεδόν διπλάσιος εκείνου των γυναικών (11%)(EMCDDA, 2019).

Χρήση κάνναβης στους νεαρούς ενήλικες

Όταν αναφέρεται χρήση παράνομης ουσίας, ανεξαρτήτως ηλικιακής ομάδας, συνήθως αναφέρεται η χρήση κάνναβης. Η ουσία αυτή συνήθως καπνίζεται, στην Ευρώπη συνήθως αναμεμειγμένη με καπνό. Η κάνναβη μπορεί να χρησιμοποιείται περιστασιακά, συστηματικά ή να έχει προκαλέσει εξάρτηση.

Υπολογίζεται ότι 91,2 εκατομμύρια ενήλικες (ηλικίας 15-64 ετών) στην Ευρωπαϊκή Ένωση, δηλαδή σε ποσοστό 27,4% της πληθυσμιακής αυτής ομάδας, δοκίμασαν κάνναβη κάποια στιγμή στη ζωή τους. Από αυτούς περίπου τα 17,5 εκατομμύρια νεαροί ενήλικες (ηλικίας 15-34 ετών) σε ποσοστό δηλαδή 14,4 % της συγκεκριμένης ηλικιακής ομάδας έκαναν χρήση κάνναβης τον τελευταίο χρόνο. Τα ποσοστά της χρήσης τον τελευταίο χρόνο στους νέους ενήλικες κυμαίνονται από 3,5% στην Ουγγαρία έως 21,8% στη Γαλλία. Σε σχέση με τους νέους που ανέφεραν ότι έκαναν χρήση κάνναβης τον τελευταίο χρόνο, η αναλογία ανδρών/γυναικών είναι 2 προς 1. Στην ηλικιακή ομάδα 15-24 ετών, η επικράτηση της χρήσης κάνναβης είναι υψηλότερη, με ποσοστό 18% (10,1 εκατομμύρια) να αναφέρει χρήση της ουσίας τον τελευταίο χρόνο και 9,3% χρήση τον τελευταίο μήνα (5,2 εκατομμύρια) (EMCDDA, 2019).

Τα ποσοστά χρήσης ουσιών στους εφήβους 11-15 ετών

Το 7,2% των εφήβων ανέφεραν ότι έχουν κάνει χρήση κάνναβης τουλάχιστον μία φορά στη ζωή τους. Τριπλάσιο σχεδόν ποσοστό αγοριών (10,6%) απ' ότι κοριτσιών (3,7%) αναφέρουν χρήση κάνναβης. Δοκιμή κάνναβης 1-2 φορές αναφέρθηκε από ποσοστό 3% (4,3% των αγοριών και 1,6% των κοριτσιών), ενώ το 4,2% (6,1% των αγοριών και 2,1% των κοριτσιών) έχουν κάνει χρήση αυτής της ουσίας τουλάχιστον 3 φορές. Χρήση κάνναβης τουλάχιστον μία φορά τον τελευταίο χρόνο έχουν κάνει το 6,3% των μαθητών και τον τελευταίο μήνα το 4,1% με τα αντίστοιχα ποσοστά να είναι υψηλότερα για τα αγόρια (9,6% και 6% έναντι 2,9% και 2,1% για τα αγόρια και

τα κορίτσια αντίστοιχα). Οι έφηβοι απάντησαν σε ποσοστό 1,2% (1,7% των αγοριών και 0,2% των κοριτσιών) ότι έχουν δοκιμάσει ή έχουν κάνει χρήση έκστασης τουλάχιστον μία φορά και το 3,1% ότι έχουν δοκιμάσει ή έχουν κάνει χρήσης κάποια άλλης παράνομης ουσίας εκτός κάνναβης και έκστασης. Τουλάχιστον μία φορά έχουν δοκιμάσει ή επανέλαβαν τη χρήση εισπνεόμενων ουσιών το 8% των εφήβων, τα αγόρια σε υψηλότερο ποσοστό από τα κορίτσια (9% και 6,9% αντίστοιχα). Η δοκιμή και η χρήση ηρεμιστικών/υπνωτικών φαρμάκων (χωρίς τη σύσταση γιατρού) τουλάχιστον μία φορά στη ζωή τους αναφέρεται από το 3% των εφήβων ενώ δεν παρατηρείται διαφορά ανάμεσα στα φύλα(Κοκκέβη και συν., 2012).

Ποσοστά χρήσης ουσιών σε εφήβους ηλικίας 16 ετών

Υψηλότερο ποσοστό αγοριών απ' ότι κοριτσιών ανέφεραν χρήση οποιασδήποτε παράνομης ουσίας. Η κάνναβη ήταν η πιο συχνά αναφερόμενη ουσία (9,1%), με σχεδόν τους μισούς από όσους είχαν χρησιμοποιήσει κάνναβη (4,1%) να καταγράφουν χρήση της ουσίας κατά τον τελευταίο μήνα. Ποσοστό 2,5% ανέφερε χρήση νέων ψυχοδραστικών ουσιών, κυρίως συνθετικών κανναβινοειδών. Η επικράτηση της χρήσης άλλων παράνομων ουσιών εκτός κάνναβης και νέων ψυχοδραστικών ουσιών δεν υπερέβαινε το 2% (χρήση έστω και μία φορά σε ολόκληρη τη ζωή) (WHO, 2016).

Στην ετήσια έκθεση (2018) του ΕΚΤΕΠΝ (Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά) αναφέρεται ότι τα στοιχεία από δύο διαφορετικές πανελλήνιες έρευνες στο σχολικό πληθυσμό δείχνουν μίαν οριακή αυξητική τάση του επιπολασμού της χρήσης κάνναβης στους μαθητές ηλικίας 16 ετών στη χώρα μας κατά την προηγούμενη 12ετία. Νεότερα αποτελέσματα των ερευνών αυτών, που εκπονήθηκαν το 2018 και το 2019, αναμένονται με ενδιαφέρον προκειμένου να ελεγχθεί εάν υπάρχει συνέχιση ή ανακοπή της ανοδικής τάσης.

Εκτίμηση του αριθμού των χρηστών υψηλού κινδύνου

Σύμφωνα με την ετήσια έκθεση (2018) του ΕΚΤΕΠΝ ο πιθανός αριθμός χρηστών υψηλού κινδύνου στην Ελλάδα για το 2017 έχει υπολογιστεί με την εφαρμογή της διεθνώς προτιμώμενης μεθόδου των πολλαπλών εγγραφών (multiplerecords ή capture-recapture) στα ετήσια δεδομένα του Δείκτη Αίτησης Θεραπείας. Για το έτος

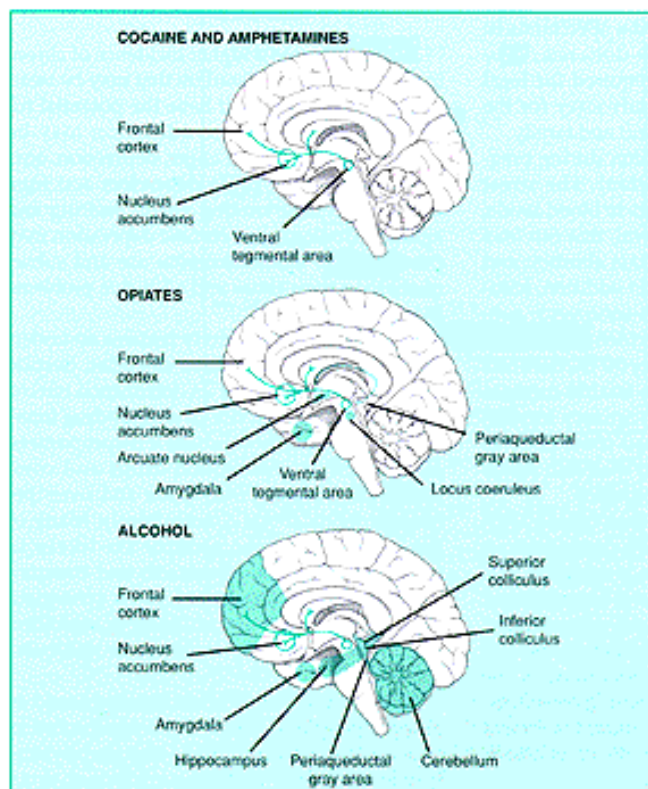
2017, η εκτίμηση του συνολικού αριθμού χρηστών υψηλού κινδύνου ηλικίας 15-64 ετών με κύρια ουσία τα οπιοειδή είναι 14.462 με 95% διάστημα εμπιστοσύνης 12.435-17.023. Η εκτίμηση αυτή είναι χαμηλότερη από την αντίστοιχη εκτίμηση για το 2016 (17.067 με 95% δ.ε. από 14.663 έως 20.103), μετά από μία τετραετία με σχετικά σταθερό συνολικό αριθμό χρηστών. Η συνολική εκτίμηση του αριθμού των χρηστών που κάνουν ενέσιμη χρήση κατά τον τελευταίο μήνα είναι 3.655 άτομα (95% δ.ε. 2.933-4.696), όχι στατιστικά σημαντικά διαφορετική από την αντίστοιχη εκτίμηση της προηγούμενης χρονιάς, η οποία ήταν 4.173 (95% δ.ε. 3.376-5.303).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ

Ο πρωταρχικός παράγοντας στην ανάπτυξη του εθισμού είναι η νευροφυσιολογική ενίσχυση (ανταμοιβή). Μία συγκεκριμένη "οδός ανταμοιβής" έχει εντοπιστεί στον εγκέφαλο ενώ μπορεί να υπάρχουν και άλλες. Αυτή η οδός περιλαμβάνει ντοπαμινεργικούς νευρώνες που προέρχονται από την κοιλιακή τμηματική περιοχή (VTA) οι οποίοι προεξέχουν στον πρόσθιο εγκέφαλο, ιδιαίτερα στον πυρήνα accumbens (βλέπε σχήμα 1 παρακάτω). Οι ντοπαμινεργικοί νευρώνες είναι κατά πάσα πιθανότητα υπό συνεχή αναστολή στην κοιλιακή τμηματική περιοχή VTA, ίσως από το γάμμα-αμινοβουτυρικό οξύ (GABA). Η απελευθέρωση ντοπαμίνης από αυτούς τους νευρώνες στους υποδοχείς ντοπαμίνης στον πυρήνα accumbens παράγει θετική ενίσχυση (NIDA, 2003).

Εικ. 1 Ανταπόκριση του εγκεφάλου στα ναρκωτικά



Μελέτες σε ζώα αποδεικνύουν την ύπαρξη τουλάχιστον ενός κεντρικού μονοπατιού ενισχύσεως της ανταμοιβής για την αυτοχορήγηση φαρμάκου στον άνθρωπο

εγκέφαλο. Το σύστημα διεγέρσεως-ανταμοιβής (επάνω) επηρεάζει άμεσα τους νευρώνες που χρησιμοποιούν ντοπαμίνη και συνδέεται με την κοιλιακή περιοχή (VTA) στον πυρήνα accumbens (NA) και στη συνέχεια στον μετωπικό φλοιό. Το οπιοειδές σύστημα (μεσαίο) εμφανίζεται να περιλαμβάνει δομές όπως η γκρι περιαγγειακή περιοχή, ο τοξοειδής πυρήνας, η αμυγδαλή και ο τόπος της κοιλιάς, που χρησιμοποιούν πεπτίδια τα οποία μιμούνται τη δράση φαρμάκων όπως η ηρωίνη και η μορφίνη και έμμεσα επηρεάζει τον πυρήνα (NA) κατά τρόπο παρόμοιο με αυτόν των διεγερτικών. Το αλκοόλ και άλλα ηρεμιστικά-υπνωτικά επηρεάζουν επίσης έμμεσα το σύστημα επιβράβευσης VTA-NA. Αυτή η επίδραση προκαλείται από τους υποδοχείς GABA, οι οποίοι κατανέμονται ευρέως και επηρεάζουν το κεντρικό σύστημα ντοπαμινεργικής ανταμοιβής μέσω μηχανισμών που περιλαμβάνουν μονοπάτια οπιοειδών(NIDA, 2003).

Τα περισσότερα διεγερτικά - όπως η κοκαΐνη, οι αμφεταμίνες και η νικοτίνη - ασκούν τις ενέργειές τους ανυψώνοντας τα επίπεδα ντοπαμίνης, νορεπινεφρίνης και σεροτονίνης. Η κοκαΐνη αναστέλλει τον μηχανισμό επαναπρόσληψης μονοαμίνης, ο οποίος είναι ο κύριος μηχανισμός για τον τερματισμό της δράσης του πομπού. Η χρόνια ικανοποίηση από την κοκαΐνη φαίνεται να μεταβάλλει τις ευαισθησίες του υποδοχέα στον πυρήνα και σε άλλα μέρη του συστήματος ανταμοιβής / ενίσχυσης. Η αμφεταμίνη διεγείρει την απελευθέρωση της ντοπαμίνης και της νορεπινεφρίνης και εμποδίζει την επαναπρόσληψή τους. Η νικοτίνη εμφανίζεται να παρουσιάζει τα κεντρικά της αποτελέσματα μέσω αλληλεπίδρασης με υποδοχείς νικοτινικής ακετυλοχολίνης που περιέχουν ενσωματωμένο διαμεμβρανικό δίαυλο νατρίου(NIDA, 2003).

Το αλκοόλ και τα ηρεμιστικά όπως οι βενζοδιαζεπίνες και τα βαρβιτουρικά είναι φάρμακα που αλλάζουν τη διάθεση καταστέλλοντας το επίπεδο της διέγερσης του κεντρικού νευρικού συστήματος. Πιστεύεται ότι ενισχύουν τις δράσεις του ανασταλτικού νευροδιαβιβαστή GABA, οι οποίες μεσολαβούν από τον υποδοχέα GABAA. Όταν το GABA απελευθερώνεται στη συναπτική σχισμή, δεσμεύεται με τον υποδοχέα του και ανοίγει τους διαύλους χλωριδίου. Αυτό, με τη σειρά του, υπερπολώνει τις μεμβράνες, μειώνοντας έτσι τη διεγερσιμότητα των κυττάρων. Οι μακροχρόνιες κυτταρικές μεταβολές που προκαλούνται από αυτή την επαναλαμβανόμενη διαδικασία φαίνεται να αλληλεπιδρούν με τις οδούς ενίσχυσης

μέσω μηχανισμών που περιλαμβάνουν τα ενδογενή οπιοειδή συστήματα, καθώς ο πόθος για το αλκοόλ μπορεί να μπλοκαριστεί τουλάχιστον εν μέρει από τον ανταγωνιστή οπιούχων ναλτρεξόνη (Trexan). Οι βενζοδιαζεπίνες και τα βαρβιτουρικά ανοίγουν επίσης τους διαύλους χλωριδίου μέσω των ενεργειών τους σε συγκεκριμένους υποδοχείς. Η αιθανόλη δεν φαίνεται να έχει συγκεκριμένο υποδοχέα, αλλά αλληλεπιδρά επίσης με το σύμπλεγμα υποδοχέα GABAA(NIDA, 2003).

Η αιτιολογία του εθισμού στα οπιοειδή φαίνεται να περιλαμβάνει τουλάχιστον μερικές από τις ίδιες τελικές οδούς (οπιοειδή συστήματα με VTA σε nucleus accumbens). Το σύνδρομο σωματικής εξάρτησης και απόσυρσης διαμεσολαβείται από ξεχωριστές ανατομικές οδούς και τώρα γίνεται αντιληπτό ότι δεν αποτελεί κεντρικό χαρακτηριστικό του εθισμού. Ωστόσο, τα σύνδρομα φυσικής εξάρτησης και απόσυρσης είναι παρόλα αυτά κλινικά σχετικά και σχετίζονται με αλλαγές στην αντιδραστικότητα συστημάτων μετάδοσης όπως η νορεπινεφρίνη υπό τονωτική αναστολή από ενδογενή οπιοειδή πεπτίδια ή εξωγενή οπιούχα. Έτσι, το σύνδρομο απόσυρσης οπιοειδών περιλαμβάνει ένα ισχυρό συστατικό της κεντρικής αδρενεργικής υπερχείλισης. Η σωματική εξάρτηση φαίνεται να είναι λιγότερο πρόβλημα σε ορισμένα φάρμακα κατάχρησης, συμπεριλαμβανομένων των αναβολικών στεροειδών, των κανναβινοειδών, της φανκυκλιδίνης (PCP) και των παραισθησιογόνων (Williams, Christie & Manzoni, 2001).

Η πιθανότητα υποτροπής της τοξικομανίας και της τοξικομανίας φαίνεται ότι παραμένει αόριστη. Ο εθισμένος και ο γιατρός πρέπει να γνωρίζουν αυτόν τον διαρκή κίνδυνο. Η οξεία επιθυμία μπορεί να εξαφανιστεί μετά από μερικές εβδομάδες ή μήνες, αλλά η σκανδάλη υποτροπής μπορεί να εμφανιστεί αυθόρμητα ανά πάσα στιγμή. Οι σκανδαλισμοί μπορεί να είναι καθαρά εσωτερικοί ή περιβαλλοντικοί, όπως ο συνδυασμός πραγμάτων ή ατόμων που σχετίζονται με εθιστική συμπεριφορά στο παρελθόν (Williams, Christie & Manzoni, 2001).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΟΡΙΣΜΟΙ

2.1 Τοξικοεξάρτηση

Συνήθως αναφέρεται ο όρος «**ναρκωτικά**» ο οποίος όμως δεν ανταποκρίνεται με ακρίβεια στις ουσίες αυτές διότι άλλες έχουν κατασταλτική επίδραση (υπνωτικά, αλκοόλ, κ.α.) και άλλες διεγερτική (αμφεταμίνες, κοκαΐνη κ.τ.λ.).(Χαραλαμπίδης, 2003). Έχουν όμως κοινό γνώρισμα να μεταβάλλουν τη σωματική και τη ψυχική κατάσταση του ατόμου και να προκαλούν εξάρτηση, ψυχική ή και σωματική. Έτσι ο σωστός όρος ο οποίος έχει προταθεί από τον Π.Ο.Υ. είναι εξαρτησιογόνος ουσία για λόγους όμως συντομίας έχει επικρατήσει ο όρος ναρκωτικά.(Λιάππας&Πομίνι, 2004).

Γενικά με τον όρο «ναρκωτικά» εννοούμε τις διάφορες φυσικές ή συνθετικές ουσίες, οι οποίες όταν εισαχθούν με οποιοδήποτε τρόπο στον ανθρώπινο οργανισμό προσβάλλουν το κεντρικό νευρικό σύστημα (ΚΝΣ) και προκαλούν ψυχικές διαταραχές στην συμπεριφορά του (Ρούμπας, 2008).

«**Εξαρτησιογόνος ουσία**» είναι κάθε φυσική, ημισυνθετική ή συνθετική ουσία που επιδρά στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα(ΚΝΣ), και που μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να αλλάξει κάποιο άτομο τη διάθεσή του. Αρκετά συχνά αναφέρεται και ο όρος «**ψυχοτρόπος ουσία**» με τον οποίο εννοείται κάθε ουσία η οποία χρησιμοποιείται από οποιαδήποτε οδό του σώματος και μεταβάλλει τη σωματική και τη ψυχική κατάσταση του χρήστη (Λιάππας&Πομίνι, 2004).

Η «**εξάρτηση**» μπορεί να είναι ψυχολογική, σωματική ή και τα δύο.

Ψυχολογική είναι η κατάσταση που συνοδεύει όλες σχεδόν τις περιπτώσεις εξάρτησης και χαρακτηρίζεται από:

- 1.Επιθυμία συνεχούς χρήσης ή κατάχρησης του φαρμάκου, προκειμένου το άτομο να βιώσει κάποια ευχάριστη ενέργεια της ουσίας.
- 2.Συνεχής αύξηση της δόσης για να υπάρξει το επιθυμητό αποτέλεσμα.

Η ένταση της ψυχικής εξάρτησης ποικίλει ανάλογα με τη χρησιμοποιούμενη ουσία και την προσωπικότητα του ατόμου. Πολύ συχνά η επιθυμία για τη χρήση της ουσίας

είναι τόσο ισχυρή, ώστε μπορεί να οδηγήσει το άτομο σε αντικοινωνική συμπεριφορά και αξιόποινες πράξεις.

Σωματική ή αλλιώς φυσική εξάρτηση είναι η κατάσταση εκείνη του οργανισμού κατά την οποία εκδηλώνονται διάφορα σωματικά και ψυχοπαθολογικά συμπτώματα, όταν μειωθεί ή διακοπεί απότομα η δόση της χρονίως λαμβανομένης ψυχοτρόπου ουσίας.

Τα συμπτώματα αυτά είναι χαρακτηριστικά για το κάθε είδος ουσίας και η έκφρασή τους επηρεάζεται από πολύπλοκους μηχανισμούς.

Η σωματική εξάρτηση χαρακτηρίζεται από:

1. Καταναγκαστική επιθυμία για την ανεύρεση και χρήση του φαρμάκου.
2. Έντονη επιθυμία για συνεχή αύξηση της λαμβανόμενης δόσης.
3. Την εμφάνιση των συμπτωμάτων του στερητικού συνδρόμου μετά την απότομη διακοπή της λήψης του φαρμάκου.
4. Δυσπροσαρμοστικές συμπεριφορές σχετικές με τη χρήση της ουσίας, που επηρεάζουν δυσμενώς το χρήστη και το περιβάλλον του (Λιάππας&Πομίνι, 2004).

Ως «**ανοχή**» ορίζεται η ανάγκη αύξησης της δόσης της ουσίας προκειμένου ο χρήστης να έχει τα ίδια αποτελέσματα ή την εμφάνιση στερητικών συμπτωμάτων όταν διατηρείται σταθερή η δόση (πολύ σύνηθες φαινόμενο με τους χρήστες διεγερτικών ουσιών)(Griffiths, Evans-Brown & Sedefov, 2014), ενώ εξάρτηση είναι η συνεχής ανάγκη για τη χρήση μιας ουσίας.

Όταν αναφερόμαστε στον όρο «**στερητικό σύνδρομο**» εννοούμε ένα σύνολο σωματικών και ψυχολογικών συμπτωμάτων τα οποία ποικίλουν σε ένταση και εμφανίζονται όταν η χρήση μιας ουσίας, η οποία έχει προκαλέσει στο άτομο σωματική εξάρτηση, διακόπτεται ή μειώνεται σε σημαντικό βαθμό. Η έντονη συμπτωματολογία υποχωρεί εφόσον το άτομο απέχει μερικές ημέρες από τη χρήση της ουσίας, ενώ η προσωπικότητα, καθώς επίσης η ψυχολογική κατάστασή του αλλά και το περιβάλλον στο οποίο ζει, παίζουν καθοριστικό ρόλο στην πορεία του στερητικού συνδρόμου. Το σύνδρομο αυτό χαρακτηρίζεται από έντονες διαταραχές διαφόρων φυσιολογικών λειτουργιών, που εκδηλώνονται από την ψυχική και τη σωματική σφαίρα και είναι χαρακτηριστικές για κάθε είδος ουσίας.

Ο βαθμός της φυσικής εξάρτησης εκτιμάται από τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων του συνδρόμου στέρησης. Τα συμπτώματα του στερητικού συνδρόμου είναι χαρακτηριστικά για την κάθε ουσία. Η έναρξη και η πορεία του συνδρόμου στέρησης έχουν συγκεκριμένη χρονική διάρκεια η οποία έχει διάρκεια 5-6 ημέρες (Gupta&Attia, 2019).

Το στερητικό σύνδρομο ξεκινάει 6-12 ώρες από την τελευταία λήψη της ουσίας, και εκδηλώνεται με ιδρώτες, χασμουρητά, δακρύρροια, ρινόρροια, αυξημένη νευρικότητα και ευερεθιστότητα που συνοδεύεται από ανήσυχο ή διακεκομμένο ύπνο. Κατά το δεύτερο και τρίτο 24ωρο, εμφανίζονται ρίγη, εξάψεις, μυϊκοί σπασμοί και εκτινάξεις των κάτω άκρων, μυαλγίες, έντονη εφίδρωση, ανορεξία, αϋπνία, μυδρίαση (μεγέθυνση της κόρης των ματιών) και το δέρμα γίνεται τραχύ. Σε αυτή τη φάση το άτομο κινδυνεύει από γενίκευση των σπασμών οι οποίοι μπορεί να οδηγήσουν στο θάνατο από παράλυση του αναπνευστικού κέντρου. Το τέταρτο 24ωρο σιγά-σιγά αποδυναμώνονται τα συμπτώματα τα οποία υποχωρούν την 5^η-6^η μέρα (Gupta&Attia, 2019).

«**Τοξικομανής**» σύμφωνα με τον επίσημο ορισμό, που έχει δοθεί από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, είναι αυτός που βρίσκεται σε κατάσταση φυσικής ή ψυχικής εξάρτησης ή και τα δύο μαζί εξαρτάται από την ναρκωτική ουσία. Η εξάρτηση μπορεί να οφείλεται σε συνεχή ή περιοδική χρήση του ναρκωτικού.

Ο τοξικομανής σε περίπτωση διακοπής της δόσης καταλαμβάνεται από το σύνδρομο της αποστέρησης με τα οδυνηρά επακόλουθα που έχει το σύνδρομο και για να έχει επίδραση το ναρκωτικό, απαιτείται αύξηση της δόσης ή λήψη σκληρότερου κάθε φορά ναρκωτικού (Ρούμπας, 2008).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΕΞΑΡΤΗΣΙΟΓΟΝΩΝ ΟΥΣΙΩΝ

3. 1 Παράνομες εξαρτησιογόνες ουσίες

3.1.1 Σκληρά η καθαρά ναρκωτικά (οπιούχα και οπιοειδή)

Στην κατηγορία αυτή ανήκει το όπιο και τα παράγωγά του (μορφίνη, ηρωίνη, κωδεΐνη, κ.τ.λ.) Το **όπιο** είναι ένα από τα αρχαιότερα φάρμακα που γνώρισε και χρησιμοποίησε ο άνθρωπος. Παράγεται από το χυμό (οπός) του φυτού που λέγεται υπνοφόρος μήκων κοινώς παπαρούνα, η χρήση του οπίου προκαλεί στην αρχή κατάσταση ευφορίας και ψυχικής ευδιαθεσίας και ευχάριστες ονειροπολήσεις. (Ρούμπας, 2008). Τα σημαντικότερα αλκαλοειδή του οπίου είναι η μορφίνη, η κωδεΐνη, η θηβαΐνη, η παπαβερίνη και η νοσκαπίνη (Γρίβας, 1995).

Η **μορφίνη** οφείλει το όνομά της στον Μορφέα, θεό των ονείρων στο αρχαιοελληνικό θρησκευτικό πάνθεον. (Γρίβας, 1995). Είναι μία λευκή σκόνη με πικρή γεύση. Λαμβάνεται από το στόμα αλλά και παρεντερικά. Η κύρια ένδειξη για την οποία συνταγογραφείται σήμερα η μορφίνη είναι ο έντονος πόνος, που δεν αντιμετωπίζεται με άλλα αναλγητικά. Βασικό μειονέκτημα της χρήσης του φαρμάκου είναι η ανάπτυξη εξάρτησης και η εγκατάσταση ανοχής. Η ανοχή εμφανίζεται ταχύτατα όταν η χρήση είναι συνεχής. (Λιάππας & Πομίνι, 2004).

Η **ηρωίνη** είναι ημισυνθετικό παράγωγο του οπίου, το οποίο παρασκεύασε ο χημικός C.R. Wright το 1874. Δεν χρησιμοποιείται για θεραπευτικούς σκοπούς παρά μόνο σε ελάχιστες χώρες του κόσμου π.χ. στο Ηνωμένο Βασίλειο. Στο παράνομο εμπόριο φέρεται με τη μορφή σκόνης, λευκού, καφέ ή μαύρου χρώματος. Η ηρωίνη λαμβάνεται παρεντερικά (ενδοφλεβίως, ενδομυϊκός), με ερρινισμό («μυτιά») ή εισπνοή μετά από εξάχνωση σε αλουμινόχαρτο («καπνιστή»).

Η εξάρτηση από την ηρωίνη θεωρείται σήμερα μία χρόνια υποτροπιάζουσα διαταραχή η οποία προκαλεί στον χρήστη την ανάγκη επιτακτικής αναζήτησης της ουσίας. Έτσι το άτομο προοδευτικά καταναλώνει όλο και περισσότερο χρόνο για την

ανεύρεσή της ώσπου στο τέλος η εξασφάλιση και η χρήση της ουσίας αποτελούν τον κύριο σκοπό της ζωής του.

Το στερητικό σύνδρομο της ηρωίνης σχεδόν ποτέ δεν απειλεί τη ζωή του χρήστη, μπορεί όμως να αποτελέσει αιτία θανάτου για το έμβρυο εξαρτημένης από την ηρωίνη εγκύου (Stone, 2015).

3.1.2 Καταπραϋντικά η κατασταλτικά

Στην κατηγορία αυτή ανήκουν τα διάφορα **βαρβιτουρικά** και **ηρεμιστικά φάρμακα**. Παλαιότερα χρησιμοποιούνταν τα βαρβιτουρικά αλλά λόγω των πολλών ανεπιθύμητων παρενεργειών που είχαν, αποσύρθηκαν και αντικαταστάθηκαν από τα ηρεμιστικά(Χαραλαμπίδης, 2003).

Η θεραπευτική ικανότητα των φαρμάκων αυτών βασίζεται στην κατευναστική επίδραση που έχουν στο κεντρικό νευρικό σύστημα(ΚΝΣ). Χαλαρώνουν τα νεύρα, ανακουφίζουν την ανησυχία, την νευρική υπερένταση. Σε μεγαλύτερες όμως από το κανονικό δόσεις ή όταν γίνεται κατάχρηση αυτών , προκαλούν αντίθετες καταστάσεις με απρόβλεπτες συνέπειες. Ο κίνδυνος από τα φάρμακα αυτά γίνεται μεγαλύτερος και αμεσότερος όταν λαμβάνονται μαζί με άλλα ναρκωτικά ή οινόπνευματώδη ποτά(Ρούμπας, 2008, Bystritsky,etal., 2013).

Τα σύγχρονα ηρεμιστικά (**βενζοδιαζεπίνες**) ανακαλύφθηκαν τη δεκαετία του '50, ανάλογα με τη βασική τους επίδραση κατηγοριοποιούνται σε:

- Υπνωτικά
- Αγχολυτικά

Θεωρείται ότι οι ουσίες αυτές επιδρούν σε όλο σχεδόν το Κεντρικό Νευρικό Σύστημα επηρεάζοντας τη δράση διαφόρων νευροδιαβιβαστών. Οι βενζοδιαζεπίνες ελαττώνουν το REM-ύπνο και η απότομη διακοπή τους προκαλεί έντονη αϋπνία και άγχος. Η δράση τους είναι παρόμοια με τη δράση των βαρβιτουρικών (Λιάππας&Πομίνι., 2004).

Παρά το γεγονός ότι τα ηρεμιστικά αυτά είναι το ίδιο εξαρτησιογόνα με τα βαρβιτουρικά χρειάστηκε να περάσουν 20 χρόνια για να τεθούν περιορισμοί στη συνταγογράφησή τους. Η χρήση ηρεμιστικών προκαλεί ανοχή και εξάρτηση

σωματική και ψυχική. Τα συμπτώματα στέρησης που εμφανίζονται μετά τη διακοπή της χρήσης, εκδηλώνονται με ευερεθιστότητα, νευρικότητα, αϋπνίες, ναυτία, άγχος, ιλίγγους και κατάθλιψη. Συμπτώματα στέρησης μπορούν να εμφανιστούν ακόμα και μετά από συστηματική χρήση τεσσάρων ή έξι εβδομάδων (Guina&Merrill, 2018).

3.1.3 Διεγερτικά

Στην κατηγορία αυτή των ναρκωτικών ανήκουν διάφορες ουσίες (κοκαΐνη, αμφεταμίνες, καφεΐνη κ.α.) οι οποίες αντίθετα με τα καταπραϋντικά που κατευνάζουν και χαλαρώνουν το νευρικό σύστημα, αυτές το διεγείρουν και το εξάπτουν. Χρησιμοποιούνται από την ιατρική επιστήμη για την καταπολέμηση διαφόρων ασθενειών, κατόπιν ειδικής συνταγής. Η παρατεταμένη χρήση τους τα μεταβάλλει σε επικίνδυνα δηλητήρια και προκαλούν σωματική και ψυχική εξάρτηση με έντονες αντιδράσεις όπως: διαστολή της κόρης των οφθαλμών, αύξηση των παλμών της καρδιάς και της πίεσως του αίματος, παραισθήσεις, παρανοϊκές οπτασίες, κατάθλιψη με σοβαρή επίδραση στη λειτουργία της καρδιάς και του αναπνευστικού συστήματος που συχνά οδηγεί στο θάνατο(Ρούμπας, 2008).

Η **κοκαΐνη** είναι το πιο ισχυρό διεγερτικό φυσικής προελεύσεως. Οι χρήστες αναφέρουν ότι με τη χρήση της ουσίας βελτιώνεται πολύ η διάθεσή τους, γίνονται πιο ομιλητικοί με αποτέλεσμα να είναι πιο κοινωνικοί. Η υδροχλωρική κοκαΐνη λαμβάνεται με ερρινισμό «σνιφάρισμα» ή ενδοφλεβίως. Το **crack** είναι μία από τις δύο μορφές της κοκαΐνης καπνίζεται συνήθως σε πίπα και όταν οι κρύσταλλοι θερμαίνονται κάνουν ένα χαρακτηριστικό ήχο «κρακ» γι' αυτό και ονομάστηκε έτσι(Λιάππας&Πομίνι, 2004).

Η διάρκεια και ο χρόνος δράσης εξαρτάται από τον τρόπο χορήγησης αν αυτός είναι ενδοφλέβιος γίνεται άμεση απορρόφηση. Οι απανωτές «μυτιές» μπορούν να οδηγήσουν σε υπερερεθισμό, που με τη σειρά του μπορεί να καταλήξει σε τοξική ψύχωση, σε παράνοια, σύγχυση, υπερευαισθησία και ψευδαισθήσεις. Η κοκαΐνη δεν προκαλεί σωματική εξάρτηση όπως όλα τα διεγερτικά αλλά προκαλεί ισχυρή ψυχική εξάρτηση. Το στερητικό σύνδρομο μοιάζει πολύ με την κατάθλιψη. Τα κύρια συμπτώματα είναι: άγχος, ατονία, ανησυχία, ευερεθιστότητα, έλλειψη σεξουαλικού ενδιαφέροντος. Έντονη είναι επίσης η ανάγκη εξεύρεσης και χρήσης της ουσίας (craving).

Με τη χρήση μεγάλων δόσεων αλλά και τη συνεχή χρήση μετρίων ή μικρών μπορεί να εμφανιστεί παραληρηματική κατάσταση η οποία θα καταλήξει σε ψυχωσική αντίδραση. Η κατάσταση αυτή χαρακτηρίζεται από την παρουσία παραληρήματος και παραισθήσεων. Το επόμενο στάδιο είναι αυτό της ψύχωσης με καταδιωκτικό παραλήρημα και παραισθήσεις(Χαραλαμπίδης, 2003).

Οι **αμφεταμίνες** είναι χημικές ουσίες με διεγερτική επίδραση στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα(ΚΝΣ). Η χαρακτηριστική 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. Η χρήση τους προκαλεί σημαντική εγρήγορση, παρατεταμένη αϋπνία και ανορεξία. Δημιουργούν ένα αίσθημα υπέρμετρης αυτοπεποίθησης με ιδέες μεγαλείου. Συνήθως λαμβάνονται από το στόμα, αλλά μπορούν να ληφθούν και εισπνεόμενες από τη μύτη ή να καπνιστούν αναμειγμένες με καπνό ή να ληφθούν ενδοφλεβίως. Αρχικά υπάρχουν ήπια συμπτώματα με παραισθήσεις, αργότερα όμως γίνονται εντονότερα και συχνά συνοδεύονται από παρανοϊκό ιδεασμό κατάσταση γνωστή ως αμφεταμινική ψύχωση.

Η αμφεταμίνη δημιουργεί έντονη ψυχική εξάρτηση, μολονότι θεωρείται ότι οι αμφεταμίνες δεν προκαλούν σωματική εξάρτηση, η απότομη διακοπή της χρήσης τους προκαλεί λήθαργο και βαριάς μορφής κατάθλιψη. Σήμερα οι αμφεταμίνες δεν χρησιμοποιούνται στη θεραπευτική, εκτός από τις καταστάσεις ναρκοληψίας και το σύνδρομο διαταραχών της προσοχής(Λιάππας&Πομίνι, 2004).

3.1.4 Παραισθησιογόνα-ψευδαισθησιογόνα

Τα παραισθησιογόνα είναι μια σειρά από ουσίες που έχουν την ιδιότητα να διαταράσσουν τον ψυχικό κόσμο του ατόμου και να προκαλούν αντιληπτικές διαταραχές όπως οπτικές και ακουστικές παραισθήσεις. Οι ουσίες αυτές μπορεί να είναι χημικές (LSD) ή φυσικές ινδική κάνναβη (χασίς)(Paparelli, etal., 2011).

Το **LSD** είναι η πιο γνωστή παραισθησιογόνος ουσία. Δεν προκαλεί σωματική εξάρτηση, προκαλεί όμως ταχύτατα ανοχή και οι χρήστες αυξάνουν κατά πολύ τη δόση, γεγονός που δημιουργεί πολλούς κινδύνους, αφού οι εκδηλώσεις από τη δράση της ουσίας είναι απρόβλεπτες. Ο χρήστης δεν αντιλαμβάνεται την αίσθηση του χρόνου και του τόπου που βρίσκεται, νομίζει ότι βρίσκεται εκτός του σώματός του

ενώ «ακούει» χρώματα ή «βλέπει» ήχους. Οι χρήστες την κατάσταση αυτή την ονομάζουν «ταξίδι» (trip) το οποίο διαρκεί περίπου 12 ώρες κατά τη διάρκεια των οποίων το άτομο ενδεχομένως να οδηγηθεί σε βίαιο θάνατο εξαιτίας της κατάστασης αυτής.

Κυκλοφορεί σε σκόνη, ενέσεις και χάπια. Παρασκευάζεται παράνομα, κυρίως στις ΗΠΑ και την Ολλανδία. Είναι μία άσπρη, διαλυτή, κρυσταλλική σκόνη.

Κυρίως προκαλεί:

- Ευφορία
- Οπτικές ψευδαισθήσεις
- Συναισθησία
- Διάσχιση του εγώ (Nichols, 2016).

3.1.5 Προϊόντα Ινδικής κάνναβης (Cannabis Indica)

Από τα θηλυκά δενδρύλλια της ινδικής κάνναβης η οποία φύεται και ευδοκίμει σε όλα σχεδόν τα μέρη του κόσμου δημιουργείται κατά τη ανθοφορία η λεγόμενη «φούντα» η οποία είναι πλούσια σε ρητινέλαια. Αυτά έχουν διεγερτικές και ευφοριστικές ιδιότητες και ύστερα από κατάλληλες επεξεργασίες παρασκευάζεται το χασίς το καφέ χρώμα του οποίου ευθύνεται για την ονομασία του «μαύρο» (Khare, 2007).

Στην Ελλάδα η χρήση του έλαβε μεγάλες διαστάσεις στις αρχές του 20^{ου} αιώνα, πολλοί πιστεύουν ότι αυτό οφείλεται στις κοινωνικές και πολιτικές μεταβολές που συνέβησαν μετά την Μικρασιατική καταστροφή. Θεωρείται η πιο διαδεδομένη εξαρτησιογόνος ουσία (Λιάππας&Πομίνι, 2004).

Η μαριχουάνα είναι από τα αποξηραμένα τμήματα των στελεχών, των φύλλων και των ανθών του φυτού, έχει συνήθως πράσινο χρώμα και γι' αυτό ονομάζεται χόρτο, αναμιγνύεται με φύλλα καπνού και καπνίζεται. Τα προϊόντα της κάνναβης καπνίζονται είτε μέσα σε αυτοσχέδια τσιγάρα, είτε σε ειδικές εστίες (λουλάδες), μπορούν όμως να ληφθούν και από το στόμα, μασώμενα ή μέσα σε γλυκά (Λιάππας&Πομίνι, 2004).

Η αντίδραση στη χρήση της κάνναβης διαφέρει από άτομο σε άτομο. Υπάρχουν άτομα που δεν έχουν σχεδόν καμία αντίδραση τις πρώτες φορές που καπνίζουν κάνναβη, ενώ άλλοι έχουν ψευδαισθήσεις ή κρίσεις πανικού με την πρώτη χρήση. Όταν καπνίζεται, τα αποτελέσματα γίνονται σχεδόν αμέσως αισθητά, κρατούν περίπου μία ώρα και είναι: ιλαρότητα, τάση για πολυλογία, ευφορία και αίσθηση ότι ο χρόνος κυλάει πιο αργά (NIDA, 2019).

Η χρήση της κάνναβης προκαλεί ψυχική εξάρτηση ενώ η μακροχρόνια χρήση της οδηγεί σε ανοχή η οποία εξαφανίζεται γρήγορα μετά τη διακοπή της χρήσης της ουσίας. Ειδική θεραπεία για την απεξάρτηση από την κάνναβη δεν υπάρχει. Σε περίπτωση εμφάνισης κατάθλιψης χορηγείται ειδική φαρμακευτική αγωγή (Hall, Degenhardt & Patton, 2008).

3.2 Νόμιμες εξαρτησιογόνες ουσίες

Οι νόμιμες εξαρτησιογόνες ουσίες είναι ο καπνός και το αλκοόλ.

3.2.1 Καπνός

Η νικοτίνη που περιέχει είναι ένα ναρκωτικό που βρίσκεται από την φύση στον καπνό. Από φυσιολογικής απόψεως είναι ένα από τα ισχυρότερα δηλητήρια και προσβάλλει τόσο το κεντρικό όσο και το περιφερικό νευρικό σύστημα. Είναι ιδιαίτερα εθιστική τόσο εθιστικό όσο η ηρωίνη ή η κοκαΐνη. Κατά τη διάρκεια του χρόνου του καπνίσματος, το σώμα γίνεται και φυσικά και ψυχολογικά εξαρτώμενο από την νικοτίνη. Έτσι οι καπνιστές πρέπει να υπερνικήσουν και τους δύο εθισμούς για να καταφέρουν να διακόψουν το κάπνισμα (Benowitz, 2010).

Όταν ο καπνός εισπνέεται, η νικοτίνη μεταφέρεται βαθιά στους πνεύμονες, όπου απορροφάται γρήγορα στην κυκλοφορία του αίματος και από το αίμα μεταφέρεται σε όλο το σώμα. Η νικοτίνη έχει επιπτώσεις σε πολλά μέρη του σώματος, συμπεριλαμβανομένων των αγγείων, του ορμονικού συστήματος και του εγκεφάλου. Στις μέρες μας και μετά από διάφορες καμπάνιες οι καπνιστές έχουν ελαττωθεί. Παλαιότερα το κάπνισμα θεωρούταν «μαγκιά» ενώ σήμερα απλά κακή συνήθεια (Benowitz, Hukkanen & Jacob, 2009).

3.2.2. Αλκοόλ

Η χημική ονομασία είναι αιθυλική αλκοόλη ή αιθανόλη ή αλκοόλη αιθυλική. Το αλκοόλ συγκαταλέγεται στις κατασταλτικές ουσίες του Κ.Ν.Σ., έτσι επιβραδύνονται οι αντιδράσεις του οργανισμού, αλλάζει η συμπεριφορά, η συναισθηματική κατάσταση, η αντίληψη και η σκέψη. Μπορεί κάποιος να κάνει χρήση αλκοόλ, χωρίς να είναι εξαρτημένος π.χ. να συνοδεύει το φαγητό του με ένα-δύο ποτήρια κρασί (κοινωνικός πότης) (Oscar-Berman&Marinković, 2007).

Όταν το αλκοόλ καταναλώνεται σε μικρές ποσότητες, προκαλεί αίσθημα ευφορίας. Σε μεγαλύτερες ποσότητες διαταράσσει την ομαλή λειτουργία του εγκεφάλου, προκαλώντας την κατάσταση που χαρακτηρίζεται μέθη. Ωστόσο η συχνή χρήση ή και η κατάχρηση βρίσκονται πολύ κοντά στην εξάρτηση (Oscar-Berman&Marinković, 2007).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ ΓΙΑ ΤΑ ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ

Σύμφωνα με το Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης για τα Ναρκωτικά και την Τοξικομανία (ΕΚΠΙΝΤ) (European Monitoring Centre for Drugs and DrugAddiction) (EMCDDA, 2019), η χρήση ναρκωτικών ουσιών ενώ στην Αυστρία, στο Βέλγιο, στη Σλοβακία και στην Πολωνία για παράδειγμα, δεν αποτελεί ποινικό αδίκημα, στην Κύπρο η χρήση αυτών των ουσιών είναι ποινικό αδίκημα και τιμωρείται με φυλάκιση. Στην Ελλάδα, η χρήση ναρκωτικών ουσιών απαγορεύεται από το νόμο και τιμωρείται με φυλάκιση, ενώ η χρήση ναρκωτικών μπορεί να είναι ατιμώρητη αν το δικαστήριο, λαμβάνοντας υπόψη τις περιστάσεις του αδικήματος και την προσωπικότητα του δράστη, πιστεύει ότι η πράξη είναι απίθανο να επαναληφθεί. Στην Πορτογαλία, η χρήση ναρκωτικών ουσιών τιμωρείται με πρόστιμο ή άλλες κυρώσεις (όχι φυλάκιση). Στη Βουλγαρία, η χρήση επικίνδυνων ουσιών απαγορεύεται από το νόμο και τιμωρείται με πρόστιμο από 2000 έως 5000 LEVS, ενώ δεν προβλέπονται μέτρα κράτησης από το νόμο. Στο Ηνωμένο Βασίλειο η χρήση παρασκευασμένου οπίου απαγορεύεται ρητά και τιμωρείται με φυλάκιση από 6 μήνες έως 14 χρόνια φυλάκισης. Στη Νορβηγία, η χρήση ναρκωτικών αποτελεί αδίκημα το οποίο τιμωρείται με φυλάκιση έως 6 μήνες και / ή πρόστιμο. Στην Τουρκία, η χρήση ναρκωτικών ή ψυχοτρόπων ουσιών τιμωρείται με φυλάκιση από δύο έως πέντε έτη. Η δίωξη αναστέλλεται έως πέντε χρόνια υπό όρους, ενώ η παραβίαση των όρων αυτών θα οδηγήσει σε εκ νέου δίωξη. Στη Σουηδία, η χρήση ναρκωτικών απαγορεύεται και τιμωρείται με φυλάκιση έως 3 έτη, ενώ εάν ο τύπος του φαρμάκου, η ποσότητα και τα υπόλοιπα στοιχεία είναι ήσσονος σημασίας, τιμωρείται με πρόστιμο ή φυλάκιση έως 6 μήνες.

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ ΓΙΑ ΤΑ ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ

Σύμφωνα με τον **νόμο 1729/1987** ο οποίος δίνει ιδιαίτερη βαρύτητα στην διάκριση των εξαρτημένων χρηστών από τους εμπόρους έτσι ώστε να αντιμετωπίζονται με ελαφρύτερες ποινές, ιδρύεται νομικό πρόσωπο ιδιωτικού δικαίου με την επωνυμία «Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων» (**ΚΕ.ΘΕ.Α.**) και έδρα τη Θεσσαλονίκη.

Είναι αυτοδιοικούμενο νομικό πρόσωπο ιδιωτικού δικαίου, που τελεί υπό την αιγίδα του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Σκοπός του είναι

τόσο η θεραπεία και η επαγγελματική εκπαίδευση αλλά και η κοινωνική ένταξη των τοξικομανών ,όσο η συνεχής εκπαίδευση εργαζομένων στις σύγχρονες θεραπευτικές τεχνικές.

Έτσι ιδρύονται συμβουλευτικοί σταθμοί, μονάδες σωματικής αποτοξίνωσης – απεξάρτησης, θεραπευτικές κοινότητες, κέντρα κοινωνικής επανένταξης και άλλες μονάδες. Πόροι του ΚΕ.Θ.Ε.Α. είναι η χρηματοδότηση από το Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, δωρεές, κληροδοσίες, επιχορηγήσεις από τρίτους, καθώς επίσης και έσοδα από κάθε είδους επιχειρήσεις, ενώ η διαχείριση των πόρων του ΚΕ.Θ.Ε.Α ελέγχεται από το Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων(νόμος 1729/1987).

Δημιουργήθηκε Επιτροπή Ναρκωτικών (νόμος 1729/1987 άρθρο 2), αποτελούμενη από τον διευθυντή της Διεύθυνσης Φαρμάκων και Φαρμακείων του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, εκπρόσωπο του Επιστημονικού Συμβουλίου του Εθνικού Οργανισμού Φαρμάκων, τέσσερα μέλη του διδακτικού ερευνητικού προσωπικού των Α.Ε.Ι. με ειδίκευση στα γνωστικά αντικείμενα Φαρμακευτικής, Χημείας, Φαρμακολογίας, Τοξικολογίας και Ψυχιατρικής και έναν ανώτερο αξιωματικό της Ελληνικής Αστυνομίας με εμπειρία στον τομέα των ναρκωτικών. Οι αρμοδιότητες της επιτροπής είναι:

- Γνωμοδότηση για θέματα που αφορούν τις κυρωμένες από την Ελλάδα διεθνείς συμβάσεις
- Γνωμοδότηση στον Ε.Ο.Φ. χορήγησης άδειας εισαγωγής αλλά και παραγωγής προϊόντων που περιέχουν ουσίες του άρθρου 4 του νόμου αυτού.
- Γνωμοδότηση για την προσθαφαίρεση ουσιών στους πίνακες του άρθρου 4
- Γνωμοδότηση για το τιμολόγιο των πωλούμενων από το Κρατικό Μονοπώλιο Ναρκωτικών αλλά και για τις ετήσιες ανάγκες της χώρας σε ναρκωτικές ουσίες.

Στον τομέα της πρόληψης (πρωτογενή, δευτερογενή τριτογενή) τη δεκαετία του'90 έγιναν σημαντικά βήματα έτσι ώστε να αντιμετωπιστεί η μάστιγα των ναρκωτικών. Αρχισαν να λειτουργούν Κέντρα Πρόληψης, δημιουργήθηκαν μονάδες χορήγησης υποκατάστατων (μεθαδόνη), ενώ άρχισε η εφαρμογή δράσεων με στόχο την κοινωνική και επαγγελματική αποκατάσταση των απεξαρτημένων ατόμων.Έτσι το 1993, με το **Νόμο 2161/1993** ιδρυτικός νόμος του οργανισμού κατά των ναρκωτικών

(Ο.ΚΑ.ΝΑ.) προβλέπεται η ίδρυση μονάδων υποκατάστασης, ενώ με υπουργική απόφαση (ΓΕΟ/25/6-4-95, ΦΕΚ 254 Β΄) καθορίστηκαν οι προδιαγραφές για την ίδρυση και τη λειτουργία Πειραματικών Προγραμμάτων Υποκατάστασης (ΠΠΥ) για εξαρτημένους χρήστες ηρωίνης. Το πρώτο ΠΠΥ άρχισε να λειτουργεί στη χώρα μας τον Ιανουάριο του 1996 με χορήγηση μεθαδόνης από τον ΟΚΑΝΑ, ο οποίος ίδρυσε τις δύο πρώτες μονάδες υποκατάστασης, μία στην Αθήνα και μία στη Θεσσαλονίκη.

Ο Ο.ΚΑ.ΝΑ. σύμφωνα με το άρθρο 2 του Ν.2161 /1993 αποτελεί τον Εθνικό φορέα Συντονισμού για την αντιμετώπιση του προβλήματος της ουσιοεξάρτησης. Είναι ένα αυτοδιοικούμενο νομικό πρόσωπο ιδιωτικού δικαίου, με έδρα την Αθήνα που τελεί υπό την εποπτεία του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας (Ν.2161/1993,άρθρο1). Έδρα του είναι η Αθήνα.

Σκοποί του Ο.ΚΑ.ΝΑ. οι οποίοι περιγράφονται από το άρθρο 2 του νόμου 2161 /1993είναι οι εξής:

- Ο σχεδιασμός, η προώθηση, ο διυπουργικός συντονισμός αλλά και η εφαρμογή εθνικής πολιτικής σχετικά με την πρόληψη της χρήσης και διάδοσης των ναρκωτικών, τη θεραπεία και την αποκατάσταση αλλά και την επαγγελματική κατάρτιση καθώς επίσης και την κοινωνική επανένταξη των ουσιοεξαρτημένων ατόμων.
- Η μελέτη του προβλήματος της ουσιοεξάρτησης σε εθνικό επίπεδο, ο εντοπισμός των αιτίων που οδηγούν τα άτομα στη λήψη ναρκωτικών
- Η παροχή έγκυρων και εμπειριστατωμένων πληροφοριών και η ευαισθητοποίηση του κοινού επιστημονικά και υπεύθυνα για τις συνέπειες της χρήσης, η ενθάρρυνση και η εποπτεία κάθε ιδιωτικής πρωτοβουλίας για την αντιμετώπιση του προβλήματος των ναρκωτικών.
- Η δημιουργία Εθνικού Κέντρου Πληροφόρησης – Τράπεζας Πληροφοριών ως προς την εκάστοτε κατάσταση.
- Η πρόταση και η προώθηση των απαραίτητων νομοθετικών αλλά και κοινωνικών μέτρων τόσο για την πρόληψη όσο και για την καταστολή του προβλήματος των ναρκωτικών.

- Η συνεργασία με αρμόδιους συντονιστικούς ή ερευνητικούς φορείς σε οργανισμούς και υπηρεσίες της Ε.Ο.Κ. και άλλους διεθνείς οργανισμούς σχετικούς με την αντιμετώπιση της ουσιοεξάρτησης
- Η ίδρυση και η αποτελεσματική λειτουργία κέντρων πρόληψης, θεραπευτικών μονάδων και κέντρων κοινωνικής και επαγγελματικής επανένταξης.
- Η ετήσια σύνταξη έκθεσης για την κατάσταση του προβλήματος σε εθνικό και διεθνές επίπεδο και για την πορεία των σχετικών εθνικών ερευνών και η κατάρτιση στατιστικών πινάκων με ανάλυση και αξιολόγηση αυτών και η υποβολή τους στο Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων μαζί με προτάσεις για την λήψη των απαραίτητων μέτρων.

Ο Ο.ΚΑ.ΝΑ. από την ίδρυσή του έως σήμερα επιδιώκει να ανταποκριθεί στο διττό του ρόλο ως εθνικού συντονιστικού φορέα και ως φορέα ανάπτυξης υπηρεσιών και προγραμμάτων πρόληψης, θεραπείας και επανένταξης (www.okana.gr, 2012). (εσωτερικός κανονισμός λειτουργίας του Ο.ΚΑ.ΝΑ.).

Ο Ο.ΚΑ.ΝΑ. συνεργάζεται με φορείς της χώρας (αρμόδια υπουργεία, θεραπευτικά προγράμματα, τοπική αυτοδιοίκηση, πανεπιστημιακά ιδρύματα κ.ά.) καθώς επίσης και με ευρωπαϊκούς αλλά και διεθνείς οργανισμούς (Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας EMCDDA, Ομάδα Pompidou του Συμβουλίου της Ευρώπης, Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, Οργανισμό Ηνωμένων Εθνών, κ.ά.). Σε εθνικό επίπεδο, συνεργάζεται με το Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά και την Τοξικομανία. (ΕΚΤΕΠΙΝ).

Στον τομέα της **πρόληψης** ο Ο.ΚΑ.ΝΑ. σε συνεργασία με την τοπική αυτοδιοίκηση, έχει αναπτύξει ένα εκτεταμένο δίκτυο Κέντρων Πρόληψης σε όλη την Ελλάδα, ενώ παράλληλα, αναπτύσσει ποικίλα προγράμματα στον τομέα της **θεραπείας** και της κοινωνικής επανένταξης που καλύπτουν τις διαφορετικές ανάγκες των εξαρτημένων ατόμων (www.okana.gr, 2012).

Οι εξελίξεις στη νομοθεσία μέσα στο 1999-2000 είναι περιληπτικά οι ακόλουθες:

Νόμος 2721/1999. Προβλέπονται: α) επιεικέστερη μεταχείριση χρηστών ναρκωτικών σε περίπτωση διάθεσης σε άλλον μικρής ποσότητας ναρκωτικών για προσωπική του

χρήση, β) η εφαρμογή ευεργετικών διατάξεων του νόμου σε περίπτωση εγκλήματος που τελέστηκε από εξαρτημένο χρήστη για να διευκολυνθεί η χρήση ναρκωτικών ουσιών, εφόσον αυτός προσκομίσει βεβαίωση από αναγνωρισμένη από το νόμο θεραπευτική μονάδα που να αποδεικνύει την απεξάρτησή του και αφού έχει παρακολουθήσει για διάστημα έξι τουλάχιστον μηνών κάποιο εγκεκριμένο από το νόμο θεραπευτικό πρόγραμμα σωματικής και ψυχικής απεξάρτησης και γ) η ίδρυση δυο Κέντρων Απεξάρτησης Τοξικομανών Κρατουμένων με έδρα το ένα στη Θήβα και το άλλο στην Κασσάνδρα Χαλκιδικής.

Ο Νόμος 2716/1999 προβλέπει τη χορήγηση ουσιών για υποκατάσταση της εξάρτησης καθώς και ανταγωνιστικών ουσιών που αδρανοποιούν τους υποδοχείς των οπιούχων σε ειδικές δημόσιες μονάδες, στις οποίες χορηγείται η σχετική άδεια με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας μετά από γνώμη του Ο.ΚΑ.ΝΑ., καθώς και στον Ο.ΚΑ.ΝΑ.

Η Υπουργική Απόφαση 149020/2-12-1999 καταρτίζει το θεραπευτικό πρόγραμμα που θα εφαρμοσθεί στα ιδρυθέντα Κέντρα Απεξάρτησης Τοξικομανών Κρατουμένων στα οποία εισάγονται οι κρατούμενοι τοξικομανείς μετά από επιλογή που γίνεται από ειδικό συμβούλιο. Στα Κέντρα Απεξάρτησης θα εφαρμόζονται τρεις τύποι θεραπευτικών προγραμμάτων: α) «στεγνό» πρόγραμμα για άτομα άνω των 21 ετών, β) «στεγνό» πρόγραμμα για άτομα έως 21 ετών και γ) πρόγραμμα υποκατάστασης» με χρήση μεθαδόνης.

Η Υπουργική απόφαση 30278/2000 με την παρούσα απόφαση καταρτίζεται το πρόγραμμα επιδότησης νέων θέσεων εργασίας ατόμων με ειδικές ανάγκες, απεξαρτημένων, αποφυλακισμένων και νεαρών παραβατικών ατόμων. Ως απεξαρτημένα θεωρούνται τα άτομα που προσκομίζουν βεβαιώσεις απεξάρτησης από εγκεκριμένα από το νόμο θεραπευτικά προγράμματα, έχοντας ολοκληρώσει και το στάδιο της κοινωνικής επανένταξης.

Σύμφωνα με την παραπάνω Υπουργική Απόφαση προβλέπεται επιδότηση από τον ΟΑΕΔ προς τους εργοδότες για τα πρώτα τρία χρόνια σε περίπτωση που θα προσλάβουν άτομα που υπάγονται στις παραπάνω κατηγορίες για πλήρη ή μερική απασχόληση τετραετούς διάρκειας. Το πρόγραμμα περιλαμβάνει, επίσης, μια τρίμηνη περίοδο προσαρμογής, διάστημα κατά το οποίο ο εργοδότης έχει την ευθύνη να εκπαιδεύσει τον εργαζόμενο και να τον βοηθήσει να ενταχθεί ομαλά στην

παραγωγική διαδικασία. Για την επιτυχή ολοκλήρωση της περιόδου προσαρμογής προβλέπεται επιπλέον επιδότηση για τον εργοδότη.

Ανάλογη απόφαση εκδόθηκε και για τα προγράμματα του 2001 (Υ.Α. Β110084/2001) με κάποιες τροποποιήσεις, οι κυριότερες από τις οποίες αφορούν τα ποσά της επιδότησης καθώς και τη συμμετοχή, για πρώτη φορά, των ατόμων που παρακολουθούν τα «σταθεροποιητικά» προγράμματα του Ο.ΚΑ.ΝΑ. χωρίς να έχουν προηγουμένως ολοκληρώσει την παρακολούθηση του προγράμματος στη Μονάδα Κοινωνικής Επανένταξης.

Στην Υπουργική απόφαση 3183/12-5-00. Γίνεται αναφορά σε συγκεκριμένο φαρμακευτικό σκεύασμα που περιέχει βουπρενορφίνη. Η παρούσα απόφαση προβλέπει τη χορήγησή της με τη μορφή του συγκεκριμένου σκευάσματος αποκλειστικά σε κέντρα απεξάρτησης που έχουν άδεια για χορήγηση υποκατάστατων.

Νομιμοποίηση της κυκλοφορίας φαρμακευτικών σκευασμάτων κάνναβης.

Το 2017 με την Κοινή Υπουργική Απόφαση Γ5γ οικ. 49690 (1) των Υπουργείων Δικαιοσύνης, Διαφάνειας και Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων και Υγείας μεταφέρεται η κάνναβη και η ρητίνη της, από τον Πίνακα Α στον Πίνακα Β του ν. 3459/2006(από παράνομη σε συνταγογραφούμενη ουσία με ειδικό συνταγολόγιο). «Συμπλήρωση και τροποποίηση των πινάκων ναρκωτικών ουσιών του ν. 3459/2013, όπως τροποποιήθηκε και ισχύει με το ν. 4139/2013» (ΦΕΚ Β' 2238/Β/29-6-2017).

Έτσι, το 2018 κατατέθηκε ο Νόμος 4523 (ΦΕΚ Α' 41/7-3-2018) «Διατάξεις για την παραγωγή τελικών προϊόντων Φαρμακευτικής Κάνναβης και άλλες διατάξεις», από το Υπουργείο Αγροτικής Ανάπτυξης και Τροφίμων. Ειδικότερα, εγκρίνει την παραγωγή, κατοχή, μεταφορά, αποθήκευση, προμήθεια των πρώτων υλών και των ουσιών των ποικιλιών κάνναβης του είδους Cannabis Sativa L περιεκτικότητας σε τετραϋδροκανναβινόλη (THC) άνω του 0,2%, καθώς επίσης και την εγκατάσταση και λειτουργία μεταποιητικής μονάδας επεξεργασίας και παραγωγής τελικών προϊόντων φαρμακευτικής κάνναβης με αποκλειστικό σκοπό την προμήθεια του κρατικού μονοπωλίου, τη διάθεσή τους για ιατρικούς σκοπούς και την εξαγωγή τους. Το ίδιο έτος η Κοινή Υπουργική Απόφαση Αριθμ. οικ. 51483/700/Φ.15 (ΦΕΚ 1692 15/05/2018) (Υπουργεία Εσωτερικών / Οικονομίας και Ανάπτυξης / Δικαιοσύνης,

Διαφάνειας και Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων / Υγείας και Αγροτικής Ανάπτυξης και Τροφίμων) προβλέπει διατάξεις ως προς α) την καλλιεργήσιμη έκταση και τον εξοπλισμό της μονάδας παραγωγής, β) προδιαγραφές για τη φύλαξη και την ασφάλεια του χώρου, και γ) τη μεταφορά του τελικού προϊόντος. Το 2018 και πάλι, η Υπουργική Απόφαση Δ3(γ)52588 (ΦΕΚ 2840 16/7/2018) του Υπουργείου Υγείας ορίζει τους όρους και τις προϋποθέσεις για την παραγωγή και την κυκλοφορία τελικών προϊόντων φαρμακευτικής κάνναβης, όπου «τελικό προϊόν» νοείται το προϊόν που περιέχει ως μόνο ενεργό συστατικό (δραστική ουσία) ουσία των ποικιλιών κάνναβης του είδους CannabisSativa L περιεκτικότητας σε τετραϋδροκανναβινόλη (THC) >0,2% και το οποίο εμπίπτει στο πεδίο εφαρμογής του ν.4523/2018 (ΦΕΚ Α' 41).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΕΝΑΡΞΗΣ ΚΑΙ ΠΑΡΑΜΟΝΗΣ ΣΤΗ ΧΡΗΣΗ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ ΟΥΣΙΩΝ

Η χρήση αλλά και η κατάχρηση ψυχοδραστικών ουσιών είναι ένα φαινόμενο πολυπαραγοντικό. Το πόσο συμμετέχουν οι διάφοροι παράγοντες εξαρτάται από

- το είδος της ουσίας (εάν είναι κοινωνικά αποδεκτή ή όχι)
- το στάδιο της χρήσης (πρώτο στάδιο της δοκιμής ή εξάρτηση)
- τρόπος χρήσης της ουσίας (εισπνεόμενη ή ενδοφλέβια)
- βαρύτητα εξάρτησης
- δυνατότητα διακοπής της χρήσης
- ανταπόκριση στη θεραπεία (Lopes, etal., 2013).

Οι κοινωνικές αντιλήψεις απέναντι στην ουσία παίζουν μεγάλο ρόλο στη στάση αλλά και στην πεποίθηση που υιοθετεί ο έφηβος γι' αυτή. Τα οικογενειακά πρότυπα χρήσης, η επιρροή από τους ομότιμους, η διαθεσιμότητα της ουσίας αποτελούν τους κύριους παράγοντες για την πρώτη δοκιμή των κοινωνικά αποδεκτών ουσιών όπως το τσιγάρο και το αλκοόλ. Η δομή της οικογένειας, η προσωπικότητα αλλά και η ψυχοπαθολογία (ατομικοί παράγοντες) σε συνδυασμό με τη διαθεσιμότητα της ουσίας διαδραματίζουν πρωτεύοντα ρόλο στη χρήση παράνομων ουσιών (Hemovich, Lac&Crano, 2011).

Σε μία προσπάθεια κατηγοριοποίησης των αιτιολογικών παραγόντων που σχετίζονται με τη χρήση παράνομων ουσιών θα λέγαμε ότι στην πρώτη κατηγορία υπάγονται:

- **οι κοινωνικοί-περιβαλλοντικοί παράγοντες** οι οποίοι αναφέρονται στα χαρακτηριστικά της σημερινής κοινωνίας, στη διαθεσιμότητα της ουσίας και στο πόσο εκτεθειμένο είναι το άτομο στις ουσίες αυτές, το πολιτισμικό πλαίσιο χρήσης, η επίδραση της οικογένειας αλλά και των συνομηλίκων
- Στη δεύτερη εντάσσονται **ατομικοί παράγοντες** οι οποίοι αναφέρονται στην προσωπικότητα, τη συμπεριφορά αλλά και τη ψυχοπαθολογία ενδεχομένως του ατόμου (Spooner&Hetherington, 2004).

5. 1 Κοινωνικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες

Χαρακτηριστικά της σύγχρονης κοινωνίας

Τα καθημερινά προβλήματα τα οποία αντιμετωπίζει το άτομο στη σύγχρονη κοινωνία το καθιστούν ευάλωτο με αποτέλεσμα να αναζητά διέξοδο-φυγή από αυτά. Ορισμένοι από τους κοινωνικούς παράγοντες οι οποίοι διαδραματίζουν αιτιολογικό ρόλο στην κατάχρηση ουσιών στους νέους είναι:

- Η απομάκρυνση από τη ευρύτερη οικογένεια δεν επιτρέπει στο άτομο να αισθάνεται ότι ανήκει σε μια κοινωνική ομάδα (π.χ. μετανάστευση)
- Η απουσία των παραδοσιακών αξιών και θεσμών οδηγεί στην εξασθένηση των ιδανικών. Το άτομο είναι πιο ελεύθερο αλλά και περισσότερο μόνο από ποτέ.
- Κατάσταση του εκπαιδευτικού συστήματος. Το εκπαιδευτικό σύστημα έτσι όπως λειτουργεί σήμερα είναι ανταγωνιστικό, απρόσωπο με πολλές απαιτήσεις, χωρίς να παρέχει ευκαιρίες για κοινωνικοποίηση του παιδιού.
- Σύγχρονη οικογένεια. Η δομή της οικογένειας έχει αλλάξει, από ευρεία έχει γίνει πυρηνική, έτσι το παιδί μεγαλώνει σε μια οικογένεια στην οποία εξασθενούν οι συναισθηματικοί δεσμοί, ενώ τα ποσοστά διαζυγίων αυξάνονται δραματικά.
- Ευρεία χρήση φαρμακευτικών σκευασμάτων. Αυξάνονται τα γονεϊκά πρότυπα που με τη χρήση κάποιας ουσίας προσπαθούν να ξεφύγουν από τις δυσχέρειες της καθημερινότητας.
- Καταναλωτισμός. Από τις τεχνικές του σύγχρονου μάρκετινγκ καλλιεργείται στο άτομο η δημιουργία νέων αναγκών και επιθυμιών, ενώ τα μέσα μαζικής ενημέρωσης ενισχύουν τη τάση για άμεση ικανοποίηση όλων των αναγκών αυτών.

Οι νέοι σήμερα ανησυχούν ιδιαίτερα για το επαγγελματικό τους μέλλον. Η παράταση των ετών φοίτησης καθιστά το άτομο οικονομικά εξαρτημένο από την οικογένεια, ενώ καθυστερεί και η ψυχολογική του ωρίμανση. Έτσι ο νέος συναισθηματικά είναι πιο ευαίσθητος και κατά συνέπεια πιο ευάλωτος (Spooner&Hetherington, 2004).

5.1.1 Η διαθεσιμότητα των ουσιών

Η μεγάλη διαθεσιμότητα αλλά και η γεωγραφική τοποθεσία διαδραματίζουν σπουδαίο ρόλο. Η διαθεσιμότητα μιας ουσίας αλλά και το πόσο εκτεθειμένο είναι ένα άτομο στην ουσία αυτή επηρεάζει καθοριστικά την πιθανότητα να τη χρησιμοποιήσει το άτομο. Τα ηρεμιστικά σήμερα χρησιμοποιούνται ευρέως εφόσον πολλά από αυτά χορηγούνται χωρίς ιατρική συνταγή. Αφού αποκτώνται σχετικά εύκολα πιστεύεται ότι δεν βλάπτουν και εύκολα το άτομο μπορεί να οδηγηθεί από τη χρήση στην κατάχρηση(Spooner&Hetherington, 2004).

5.1.2 Οικογένεια και χρήση

Σύμφωνα με επιδημιολογικές μελέτες που έχουν γίνει τόσο στην Ευρώπη όσο και στην Αμερική φαίνεται ότι η χρήση ψυχοτρόπων ουσιών σήμερα ξεκινά σε μικρότερη ηλικία από ότι παλαιότερα. Έτσι η πρώτη επαφή με τις ουσίες γίνεται από τα πρώτα χρόνια της εφηβείας, ενώ το παιδί βρίσκεται στο πλαίσιο οικογενειακού περιβάλλοντος το οποίο παίζει καθοριστικό ρόλο στην συναισθηματική ανάπτυξη των μελών του (UNODC, 2018).

Οι οικογενειακοί προστατευτικοί και επιβαρυντικοί παράγοντες αποτελούν αντικείμενο μελέτης τα τελευταία είκοσι χρόνια. Παράγοντες οι οποίοι καθιστούν την οικογένεια δυσλειτουργική (επιβαρυντικοί) είναι τόσο η αντικοινωνική όσο και η εγκληματική συμπεριφορά των γονιών αλλά και η ακατάλληλη διαπαιδαγώγηση. Έτσι τα παιδιά αναπτύσσουν προβληματική συμπεριφορά η οποία τα οδηγεί στη χρήση ναρκωτικών ουσιών. Η απουσία επίβλεψης και η αδιαφορία για τα ενδιαφέροντα του εφήβου, η ασυνέπεια ή και η έλλειψη ορίων καθώς επίσης και η υπερβολική αυστηρότητα ή αντίθετα η συνεχής υποχωρητικότητα αλλά και οι χαμηλές προσδοκίες για εκπαίδευση των παιδιών τους, αποτελούν παράγοντες που ενοχοποιούνται για τη χρήση παράνομων ουσιών(Spooner&Hetherington, 2004).

Τα πρότυπα που υπάρχουν μέσα στην οικογένεια επιδρούν καθοριστικά στους εφήβους. Γονείς που καπνίζουν, πίνουν, χρησιμοποιούν ναρκωτικά ή υπνωτικά, απαντώνται με μεγαλύτερη συχνότητα στις οικογένειες όσων κάνουν χρήση ναρκωτικών. Η χρήση ουσιών από τους γονείς αποτελεί μεγάλο επιβαρυντικό παράγοντα ο οποίος όχι μόνο αυξάνει τον κίνδυνο για έναρξη και διατήρηση στη χρήση, αλλά οδηγεί στη χρήση σε μικρότερη ηλικία. Ισχυρότεροι ίσως επιβαρυντικοί

παράγοντες χρήσης είναι τόσο η χρήση παράνομων ουσιών από μεγαλύτερο αδελφό/ή όσο και η αντίληψη του παιδιού για την γονική επιτρεπτικότητα ως προς τη χρήση (Gray&Squeglia, 2018).

Ως προς το αν μεταβιβάζεται η χρήση από γενιά σε γενιά, από τα στοιχεία φαίνεται ότι οι οικογένειες από τις οποίες προέρχονται οι γονείς των εξαρτημένων ατόμων ζούσαν στα όρια της φτώχειας, είχαν βιώσει εγκατάλειψη από τους γονείς τους, ή υπήρχαν κακές συζυγικές σχέσεις και δυσκολίες με τα παιδιά τους, ενώ ανέφεραν χρήση αλκοόλ, ηρεμιστικών χαπιών, τυχερά παιχνίδια (SAMHSA, 2009).

Η ύπαρξη σταθερότητας στους συναισθηματικούς δεσμούς αλλά και οι ισορροπημένες διαπροσωπικές σχέσεις ανάμεσα στα μέλη της οικογένειας αποτελούν έναν προστατευτικό μανδύα από τη χρήση ναρκωτικών ουσιών. Η οικογένεια καλείται να παίζει καθοριστικό ρόλο στην συναισθηματική αλλά και στην κοινωνική ανάπτυξη των μελών της, μελέτες σε οικογένειες χρηστών δείχνουν ότι το οικογενειακό τους περιβάλλον είναι άκαμπτο και στερείται συναισθήματος. Έτσι η οικογένεια παίζει σημαντικό ρόλο στην παθογένεση της εξάρτησης αλλά και στην διατήρησή της (Borlonton, etal., 2016).

Στις δυτικές κοινωνίες υπάρχει η τάση να παραμένει το άτομο εξαρτημένο από την οικογένειά του ακόμα και μετά το πέρας της εφηβείας πράγμα που οδηγεί σε μία παράταση της εφηβείας και κατ' επέκταση παράταση της εξάρτησης από την οικογένειά του (Bortolon, etal., 2016).

Το προφίλ των οικογενειών που απευθύνονται σε θεραπευτικά προγράμματα είναι χαρακτηριστικό: ο ένας στους δύο γονείς κάνει συστηματική χρήση αλκοόλ, ο ένας στους δύο έχει ψυχικά προβλήματα, ο ένας στους δύο έχει απομακρυνθεί από την οικογένεια. Η σχέσεις των παιδιών με τους γονείς είναι ιδιαίτερα δύσκολες, ενώ συχνή είναι η ενδοοικογενειακή βία και η κακοποίηση της κόρης από αλκοολικό πατέρα. Η μητέρα για την οποία έχουν γίνει πολλές μελέτες είναι εκείνη που παραμένει κοντά στον εξαρτημένο γιο και συμβιώνει μαζί του, αλλά εκφράζει βία στην εξαρτημένη κόρη (Behere, Basnet&Campbell, 2017).

Σήμερα που οι κοινωνικές συνθήκες έχουν αλλάξει και η οικογένεια έχει απομονωθεί από το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον και προσπαθεί να διαχειρίζεται τα προβλήματά της μόνη. Αυτό την οδηγεί σε μοναξιά και σε συνθήκες στρες που

συμβαίνουν στα πλαίσια του κύκλου της ζωής στον οποίο δεν μπορεί να ανταποκριθεί. Έτσι όταν αντιλαμβάνεται το πρόβλημα της χρήσης συνήθως τυχαία, απομονώνεται ακόμα περισσότερο και δεν ωριμάζει ποτέ

5.1.3 Η επιρροή από τους συνομήλικους

Φαίνεται ότι η επιρροή από τους ομότιμους ιδιαίτερα στον πληθυσμό των εφήβων αποτελεί ένα από τους σπουδαιότερους παράγοντες στην έναρξη χρήσης ουσιών. Η παρέα ειδικότερα οι «κολλητοί» που χρησιμοποιούν την ουσία, η αντίληψη των φίλων απέναντι στις ουσίες αλλά και η αντίληψη που έχει ο ίδιος ο έφηβος, καθώς επίσης και η πίεση για χρήση είναι ανάμεσα στους ισχυρούς παράγοντες επικινδυνότητας οι οποίοι καθορίζουν τη δική του συμπεριφορά όσον αφορά τη δοκιμή της ουσίας. Συγκεκριμένες μελέτες έχουν δείξει ότι οι μεγαλύτεροι σε ηλικία έφηβοι επηρεάζονται από τους ομότιμους πολύ περισσότερο από ότι από την οικογένεια ή το σχολείο, ενώ συνήθως οι έφηβοι που κάνουν που κάνουν χρήση επιλέγουν παρέα στην οποία η χρήση να είναι αποδεκτή. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα την παραμονή του εφήβου στη χρήση και την εγκατάσταση αυτής. Στην κατάχρηση όμως της ουσίας καθοριστικό ρόλο παίζουν παράγοντες που σχετίζονται με την παθολογία της οικογένειας ή την ψυχοπαθολογία του ατόμου (Λιάππας&Πομίνι, 2004).

5.2 Ατομικοί παράγοντες

Η εξάρτηση είναι συνάρτηση της επαφής μιας ελλειμματικής προσωπικότητας με την ουσία σε μία δεδομένη κοινωνικό-πολιτιστική στιγμή. Η ηλικία που αναφέρεται συχνότερα ως ηλικία έναρξης της χρήσης είναι η εφηβεία, ενώ γενετικοί αλλά και οργανικοί παράγοντες ίσως επηρεάζουν τη συμπεριφορά χρήσης κατάχρησης. Οι παράγοντες αυτοί αφορούν δυσλειτουργίες στο επίπεδο εγκεφαλικών νευροδιαβιβαστών και ίσως έτσι δημιουργείται ένα γενετικό προφίλ το οποίο με τη σειρά του προκαλεί επιρρέπεια του ατόμου στη χρήση ουσιών (Mayers&Dick, 2010).

Η κληρονομικότητα θεωρείται ότι αποτελεί αιτιολογικό παράγοντα σε συνδυασμό πάντα με τις συνθήκες περιβάλλοντος στις μεγαλώνει το άτομο, ενώ το ίδιο ισχύει και για την ιδιοσυγκρασία του ατόμου όπως παρορμητικότητα, αδυναμία αυτοελέγχου, αναζήτηση νέων ερεθισμάτων και εμπειριών (Mayers&Dick, 2010).

Μία προσωπικότητα η οποία χαρακτηρίζεται από ανοχή στην αποκλίνουσα συμπεριφορά, αντίσταση στις κλασσικές μορφές εξουσίας, εξέγερση, (τυπικά γνωρίσματα των εφήβων), σε συνδυασμό με χαμηλή αυτοεκτίμηση, μειωμένο ενδιαφέρον για τη σχολική επίδοση αλλά και μειωμένες προσδοκίες για το μέλλον, συνδέεται με την δοκιμή-έναρξη αλλά και την παραμονή στη χρήση ουσιών. Ο έφηβος παύει να επηρεάζεται τόσο από την οικογένεια και δέχεται επιρροή περισσότερο από τους συνομήλικους οι οποίοι θεωρούν τον εαυτό τους άτρωτο ενώ αντίθετα αυτή τους η αντίληψη τελικά τους καθιστά περισσότερο ευάλωτους. Ψυχολογικές διαταραχές όπως η κατάθλιψη, η υπερκινητικότητα, οι μαθησιακές δυσκολίες, αποτελούν επιβαρυντικούς παράγοντες οι οποίοι αυξάνουν τον κίνδυνο εμπλοκής με τις ουσίες (Mayers&Dick, 2010).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΠΡΟΛΗΨΗ

Σύμφωνα με τα ευρωπαϊκά πρότυπα η πρόληψη των ναρκωτικών νοείται ως οποιαδήποτε δραστηριότητα που (τουλάχιστον μερικώς) στοχεύει στην πρόληψη, στην καθυστέρηση ή στη μείωση της χρήσης ναρκωτικών ή / και των αρνητικών συνεπειών της στο γενικό πληθυσμό ή σε υποπληθυσμούς. Αυτό περιλαμβάνει: την πρόληψη ή την καθυστέρηση της έναρξης της χρήσης ναρκωτικών, προωθώντας τη διακοπή της χρήσης, μειώνοντας τη συχνότητα και / ή την ποσότητα χρήσης, αποτρέποντας την πρόοδο σε επικίνδυνα ή επιβλαβή μοντέλα χρήσης και / ή την πρόληψη ή τη μείωση των αρνητικών συνεπειών της χρήσης. Κατά συνέπεια, οι στόχοι της πρόληψης των ναρκωτικών είναι σύμφωνα με εκείνους που περιλαμβάνονται στη στρατηγική της ΕΕ για τα ναρκωτικά 2005-12 «εμποδίζουν την έναρξη χρήσης ουσιών», «αποτρέπουν τη συστηματική χρήση της πειραματικής χρήσης», «κάνουν πρόωπη παρέμβαση για την επικίνδυνη χρήση», ενώ μπορούν επίσης «να επικεντρωθούν στη μείωση των επιβλαβών συνεπειών» (Bühler & Thrul, 2015).

Γύρω στα μέσα της δεκαετίας του '80 εφαρμόστηκαν από την Ψυχιατρική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών τα πρώτα πιλοτικά τότε προγράμματα πρόληψης τόσο στο χώρο του σχολείου όσο και στην περιβάλλουσα κοινότητα, τα οποία ήταν αντίστοιχα προγράμματα άλλων χωρών της Ευρώπης. Η συγκεκριμένη προσέγγιση της πρόληψης της χρήσης ναρκωτικών είχε ως στόχο την προαγωγή της γενικότερης ψυχοκοινωνικής υγείας των νέων (ενίσχυση της αυτοεκτίμησης, μείωση του συναισθήματος μοναξιάς, ανάπτυξη δεξιοτήτων επικοινωνίας, αντιστάσεων σε αρνητικές επιρροές, ικανότητας λήψης υπεύθυνων αποφάσεων για τον τρόπο ζωής) μέσω μιας εκπαιδευτικής διαδικασίας βασισμένης σε σύγχρονες μεθόδους ενεργητικής μάθησης (EMCDDA, 2015).

Έτσι δημιουργήθηκαν στη χώρα μας, από τον ΟΚΑΝΑ το 1995, τα Κέντρα Πρόληψης (Κ.Π.) Τα Κ.Π. λειτουργούν σε συνεργασία του ΟΚΑΝΑ με την Τοπική Αυτοδιοίκηση, με τη συμβολή των τοπικών κοινωνιών στο έργο της πρόληψης με χρηματοδότηση από το Υπουργείο Υγείας και από το Υπουργείο Εσωτερικών. Επιστημονικά εποπτεύονται και αξιολογούνται από το Τμήμα Εφαρμογών Πρόληψης του ΟΚΑΝΑ. Με το Νόμο 3966, ΦΕΚ Α, τ. 118/24-5-2012, Άρθρο 58, τα

Κέντρα Πρόληψης αποκτούν ένα νομοθετημένο θεσμικό πλαίσιο λειτουργίας και μετονομάζονται σε "Κέντρα Πρόληψης των Εξαρτήσεων και Προαγωγής της Ψυχοκοινωνικής Υγείας".

Τα Κέντρα Πρόληψης των Εξαρτήσεων και Προαγωγής της Ψυχοκοινωνικής Υγείας εφαρμόζουν προγράμματα πρόληψης, βασισμένα στη φιλοσοφία της αγωγής και της προαγωγής της υγείας, με σκοπό την ευαισθητοποίηση των φορέων και των πολιτών των τοπικών κοινωνιών.

Τα προγράμματα αυτά απευθύνονται: σε γονείς, σε μαθητές και εφήβους, σε στρατευμένους, σε αθλητικούς συλλόγους και ομάδες, σε επαγγελματίες που έρχονται σε άμεση επαφή με το πρόβλημα (εκπαιδευτικούς, προπονητές, αστυνομικούς, επαγγελματίες υγείας, ιερείς, στρατιωτικούς κ.ά), σε ειδικές πληθυσμιακές ομάδες (παλιννοστούντες, πρόσφυγες, μειονοτικές ομάδες, φυλακισμένους κ.ά), στην ευρύτερη κοινότητα

Οι στόχοι τους, ανάλογα με την ομάδα στην οποία απευθύνονται και τη διάρκεια της παρέμβασης, είναι:

- Η ενδυνάμωση, υποστήριξη και εκπαίδευση των νέων ώστε να αναπτύξουν κοινωνικές δεξιότητες που να αντιστέκονται στη χρήση των εξαρτησιογόνων ουσιών, αλλά και σε άλλες εξαρτητικές συμπεριφορές (τζόγος, διαδίκτυο κ.α).
- Η συμβουλευτική αλλά και η υποστήριξη της οικογένειας με σκοπό την ενίσχυση του γονεϊκού ρόλου και τη βελτίωση της επικοινωνίας.
- Η ευαισθητοποίηση εκπαιδευτικών σε θέματα πρόληψης, η ενίσχυση του παιδαγωγικού τους ρόλου και η ενδυνάμωση των σχέσεων εκπαιδευτικών -μαθητών.
- Η ενημέρωση όλων για τα υπάρχοντα θεραπευτικά προγράμματα
- Η πληροφόρηση, ευαισθητοποίηση και κινητοποίηση της ευρύτερης κοινότητας

Σήμερα υπάρχουν 75 Κέντρα Πρόληψης τα οποία καλύπτουν 50 νομούς της χώρας (okana.gr).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η αποκατάσταση από τον εθισμό στα ναρκωτικά ή / και τον αλκοολισμό είναι μια μακροπρόθεσμη διαδικασία που συχνά απαιτεί πολλαπλές προσπάθειες και πολλές συμπεριφορικές αλλαγές. Οι περισσότεροι άνθρωποι υποτροπιάζουν αρκετές φορές πριν από την επίτευξη μακροχρόνιας αποχής, ανεξάρτητα από το αν το ναρκωτικό είναι η νικοτίνη, η κοκαΐνη, η ηρωίνη ή άλλες εθιστικές ουσίες. Οι άνθρωποι που επιτυγχάνουν μακροχρόνια αποχή μπορεί, σε αγχωτικές καταστάσεις, να υποτροπιάσουν μετά από χρόνια αποχής. Οι μακροχρόνιες σχέσεις μεταξύ οικογενειακών ιατρών και ασθενών και των οικογενειών τους μπορεί να παίξουν σημαντικό ρόλο στην υποστήριξη των προσπαθειών ανάκαμψης του ασθενούς (DHHS, 2016).

Κατά τη συζήτηση επιλογών με τον ασθενή, ο γιατρός θα πρέπει να συστήσει ένα ολοκληρωμένο θεραπευτικό σχέδιο. Μερικοί ασθενείς μπορεί να αντισταθούν σε αυτές τις επιλογές, συχνά προτιμώντας μια λιγότερο εντατική προσέγγιση. Άλλοι μπορούν να αρνηθούν κάθε εξωτερική βοήθεια, επιμένοντας ότι μπορούν να "κλωτήσουν τη συνήθεια" από μόνοι τους - κάτι που αντιπροσωπεύει μια άλλη μορφή άρνησης. Και στις δύο περιπτώσεις, η διαπραγμάτευση με τον ασθενή είναι πιο αποτελεσματική από μια παρατεταμένη συζήτηση. Μερικές φορές, είναι δυνατό να χρησιμοποιηθεί μια σύμβαση στην οποία ο ασθενής συμφωνεί να ακολουθήσει μια πιο εντατική προσέγγιση αν αποτύχει η πρώτη σειρά θεραπευτικών επιλογών - εκείνων που προτιμά ο ασθενής. Ανεξάρτητα από την προσέγγιση που επιλέγει ο ασθενής, ο γιατρός πρέπει να είναι υποστηρικτικός (NIDA, 2003).

Ο ασθενής είναι πιθανότερο να απαντήσει σε ερωτήσεις σχετικά με τη χρήση ναρκωτικών εάν ο γιατρός παραμένει ενθουσιώδης και μη επικριτικός. Όταν χρησιμοποιείται μια άμεση προσέγγιση, ο γιατρός θα πρέπει να ρωτήσει ειδικά για την ποσότητα και τη συχνότητα της χρήσης αλκοόλ και άλλων ναρκωτικών τον τελευταίο μήνα, την εβδομάδα αλλά και την ημέρα. Εάν ο ασθενής αρνείται την πρόσφατη χρήση, είναι σκόπιμο να ρωτηθεί για το προηγούμενο ιστορικό για να διαπιστωθεί αν ο ασθενής έχει κάνει κατάχρηση αλκοόλ ή έχει χρησιμοποιήσει άλλα φάρμακα. Ακόμα και οι ασθενείς που αρνούνται σήμερα τη χρήση μπορεί να είναι

σε θέση να αποκαλύψουν υπερβολική χρήση ουσιών στο μακρινό παρελθόν. Εάν ο ασθενής χρησιμοποιεί επί του παρόντος το αλκοόλ, ο γιατρός θα πρέπει να καθορίσει πόσες μέρες την εβδομάδα, κατά μέσο όρο, ο ασθενής το έπραξε τους τελευταίους τρεις μήνες, πόση κατανάλωση αλκοόλ σε κάθε περίπτωση και ειδικότερα αν ο ασθενής καταναλώνει πέντε περισσότερα ποτά τη φορά. Επιπλέον, ο γιατρός θα πρέπει να ρωτήσει εάν ο ασθενής έχει χρησιμοποιήσει μαριχουάνα περισσότερο από πέντε φορές στη ζωή του. Στατιστικά, η χρήση της μαριχουάνας σε περισσότερες από πέντε περιπτώσεις φαίνεται να συσχετίζεται με αυξημένη πιθανότητα κατάχρησης ουσιών. Η συνταγογράφηση από πολλούς γιατρούς και η χρήση παράνομων ναρκωτικών θα πρέπει να διερευνηθούν ειδικά (NIDA, 2003).

Αν οι απαντήσεις του ασθενούς προκαλούν ανησυχίες, ο γιατρός πρέπει να προσπαθήσει να παράσχει πληροφορίες σχετικά με τις επιδράσεις της χρήσης αλκοόλ ή ναρκωτικών στη ζωή του ασθενούς. Μπορεί να υπάρχουν προβλήματα με την υγεία, την οικογένεια, την εργασία ή την οικονομική κατάστασή του ή με το νομικό σύστημα. Ο ασθενής ίσως παραδεχτεί ιστορικό διακοπών ρεύματος ή σύγκρουσης αυτοκινήτων. Αυτή η γραμμή ερωτήσεων παρέχει στον ιατρό ένα γρήγορο μέσο εκμάθησης της έκτασης και των συνεπειών της χρήσης ναρκωτικών και αλκοόλ του ασθενούς. Το μειονέκτημα είναι ότι ο γιατρός μπορεί να δυσκολεύεται να εκτιμήσει την πραγματική έκταση του προβλήματος αν ο ασθενής δίνει ασαφείς ή παραπλανητικές απαντήσεις (NIDA, 2003).

Μια εναλλακτική προσέγγιση ερωτήσεων είναι οι ακόλουθες τέσσερις ερωτήσεις "CAGE":

1. Έχετε την αίσθηση ότι πρέπει να μειώσετε την κατανάλωση ναρκωτικών ή ναρκωτικών ουσιών;
2. Οι άνθρωποι σας ενοχλούν επικρίνοντας την κατανάλωση ναρκωτικών ή ναρκωτικών;
3. Έχετε αισθανθεί ένοχος για τη χρήση ναρκωτικών ή ναρκωτικών ουσιών;
4. Χρησιμοποιούσατε ποτέ φάρμακα το πρωί (EyeOpener) για να σταθεροποιήσετε τα νεύρα σας, για να απαλλαγείτε από ένα hangover ή για να ξεκινήσετε την ημέρα;

Οποιαδήποτε θετική απάντηση πρέπει να αξιολογηθεί. Για παράδειγμα, εάν ο ασθενής παραδέχεται ότι αισθάνεται ένοχος για κατανάλωση αλκοόλ, πρέπει να γίνει προσπάθεια ανεύρεσης της αιτίας. Θετική απάντηση σε δύο ή περισσότερα ερωτήματα υποδηλώνει την ανάγκη για πρόσθετη εκτίμηση των προβλημάτων των ναρκωτικών ή του οίνοπνεύματος (NIDA, 2003).

Εάν ο γιατρός αντιληφθεί ότι ο ασθενής μπορεί να αισθάνεται απειλή από αυτή την άμεση προσέγγιση, μπορεί να ακολουθήσει ένα λεπτότερο στυλ διερεύνησης. Ο γιατρός μπορεί πρώτα να πάρει ένα γενικό ιστορικό προκειμένου να αξιολογήσει τις πιθανές συνέπειες της χρήσης αλκοόλ ή ναρκωτικών. Είναι χρήσιμο να ξεκινήσει με ανοιχτές ερωτήσεις όπως: "Τι σας έφερε εδώ;" ή "Τι συμβαίνει στη ζωή σας;" Η χρήση τυποποιημένων τεχνικών συνέντευξης, όπως παραφράζοντας τις απαντήσεις του ασθενούς και αναγνωρίζοντας το συναισθηματικό τους περιεχόμενο, θα βοηθήσει στην οικοδόμηση σχέσεων και θα ελαχιστοποιήσει την άμυνα του ασθενούς. Τελικά, ο ασθενής μπορεί να αποκαλύψει προβλήματα όπως οι οικογενειακές δυσκολίες ή νομικά και οικονομικά προβλήματα τα οποία μπορεί να σηματοδοτούν ένα πρόβλημα χρήσης ουσιών. Στη συνέχεια, ο ασθενής μπορεί να δώσει πιο ειλικρινείς απαντήσεις. Το μειονέκτημα αυτής της προσέγγισης είναι ότι μπορεί να είναι σχετικά χρονοβόρα (NIDA, 2003).

Οι πρώιμες διαταραχές κατάχρησης ναρκωτικών ουσιών σπάνια διαγιγνώσκονται στη φυσική εξέταση. Μερικές περιπτώσεις κατάχρησης αλκοόλ σηματοδοτούνται από ασταθή ή ανθεκτική υπέρταση. Ορισμένες περιπτώσεις χρήσης κοκαΐνης μπορούν να αναγνωριστούν από βλάβη του ρινικού βλεννογόνου ενώ περιπτώσεις κατάχρησης οπιοειδών φαρμάκων από σημάδια ενέσιμης χρήσης. Η πιο χρήσιμη εξέταση είναι τα μάτια. Συχνά παρατηρείται νυσταγμός σε χρήστες κατασταλτικών / υπνωτικών ή κάνναβης. Η μυδρίαση παρατηρείται συχνά σε άτομα υπό την επήρεια διεγερτικών ή παραισθησιογόνων ή σε απόσυρση από οπιούχα ενώ η μύση είναι χαρακτηριστική από τη χρήση οπιοειδών. Αποδεικτικά στοιχεία σχετικά με πολλαπλά τραύματα μικρής (ή μείζονος σημασίας) μπορεί επίσης να αποτελούν ένδειξη κατάχρησης ουσιών (NIDA, 2003).

Οι περισσότερες εργαστηριακές εξετάσεις οι οποίες είναι ενδεικτικές της κατάχρησης αλκοόλ φανερώνουν διαταραγμένη ηπατική λειτουργία και άλλες

αιματολογικές διαταραχές. Ωστόσο, μερικές φορές οι άμεσοι έλεγχοι των ούρων ή της αναπνοής μπορεί να αποκαλύψουν την παρουσία αλκοόλ που δεν θα είχε παρατηρηθεί αλλιώς από τον κλινικό ιατρό (Staufers&Yegles, 2016). Ομοίως, τα τεστ ούρων για τις ουσίες κατάχρησης μπορεί να είναι πολύ χρήσιμα όταν είναι θετικά, αλλά η περιορισμένη χρονική περίοδος που ανιχνεύονται οι περισσότερες ουσίες στα ούρα καθιστά τους ελέγχους ούρων σχετικά μη ευαίσθητους. Τα τεστ ανίχνευσης ουσιών στις τρίχες μαλλιών μπορεί τελικά να αποτελέσουν χρήσιμο συμπλήρωμα επειδή η περιεκτικότητα στα μαλλιά αντικατοπτρίζει τη χρήση ναρκωτικών για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα. Ωστόσο, τα ψευδή θετικά αποτελέσματα λόγω περιβαλλοντικής έκθεσης είναι κοινά (Hadland&Levy, 2016).

Εμπόδια στη διάγνωση

Η άρνηση είναι ο κύριος φραγμός στη διάγνωση των εθιστικών διαταραχών. Μερικοί ασθενείς μπορεί να μην αναγνωρίσουν την άρνησή τους, ενώ άλλοι σκόπιμα αρνούνται να αναγνωρίσουν τον εθισμό επειδή ανησυχούν για το γεγονός ότι είναι σε θέση να ικανοποιήσουν την επιθυμία τους για τα ναρκωτικά και φοβούνται τις συνέπειες της ανακάλυψης. Έτσι, το να πειστεί ο ασθενής να αναγνωρίσει την εθιστική διαταραχή μπορεί να είναι δύσκολο. Είναι γενικά ανώφελο για τον ασθενή να ακούσει ότι έχει πρόβλημα, αφού αυτό μπορεί να προκαλέσει αμυντική στάση. Εναλλακτική, μια έκφραση ανησυχίας ότι η χρήση ναρκωτικών μπορεί να προκαλεί κάποιες δυσκολίες ίσως μερικούς ασθενείς τους παροτρύνει να επιβεβαιώσουν τη διάγνωση. Οι γιατροί δεν πρέπει να διαφωνούν με τους ασθενείς που αρνούνται τη χρήση ναρκωτικών. Αντ' αυτού, στο πλαίσιο του ρόλου του επαγγελματία υγείας, μπορούν να τονίσουν τις αρνητικές επιπτώσεις της χρήσης ναρκωτικών στη σωματική, ψυχοκοινωνική και οικονομική ευημερία του ασθενούς. Είναι σημαντικό να διατηρηθούν οι γραμμές επικοινωνίας ανοιχτές έτσι ώστε να μπορούν να συνεχιστούν και άλλες συζητήσεις κατά τις μελλοντικές επισκέψεις. Επειδή η αποδοχή της διάγνωσης της κατάχρησης ουσιών είναι δύσκολη και επώδυνη, οι ασθενείς χρειάζονται συχνά μήνες ή χρόνια πριν το κάνουν (NIDA, 2003).

Τα μέλη της οικογένειας και οι φίλοι μπορεί επίσης να αρνούνται ακόμη και την προφανή κατάχρηση ουσιών σε έναν ασθενή. Επειδή οι εθιστικές διαταραχές αντιμετωπίζονται αρνητικά, οι οικείοι μπορεί να αρνούνται να παραδεχτούν ότι ο

ασθενής μπορεί να έχει πέσει στα δίχτυα της κατάχρησης ουσιών. Αυτή η άρνηση μπορεί να ενισχύσει την άρνηση του ασθενούς να αναγνωρίσει το πρόβλημά του. Ωστόσο, η οικογένεια και οι φίλοι είναι συχνά πρόθυμοι να συζητήσουν τις ανησυχίες τους εάν τους δοθεί η ευκαιρία σε ένα μη επικριτικό περιβάλλον (Barlet, et al., 2013).

Η ταυτοποίηση μιας εθιστικής διαταραχής μπορεί επίσης να επηρεαστεί από τη στάση του ιατρού. Η απαισιοδοξία σχετικά με την πιθανότητα ανάκτησης μπορεί να κάνει έναν γιατρό απρόθυμο να αναλάβει αυτό που μπορεί να αισθανθεί ότι είναι μάταιο (Barlet, et al., 2013).

7.1 Σύντομες παρεμβάσεις

Οι χρήστες παράνομων ναρκωτικών μπορεί μερικές φορές να ανταποκριθούν σε σύντομες παρεμβάσεις όπως αυτές που χρησιμοποιούνται για το κάπνισμα ή την κατάχρηση οινόπνευματος. Σε ορισμένες περιπτώσεις, αυτή η προσέγγιση μπορεί να τροποποιήσει με επιτυχία τη συμπεριφορά του ασθενούς από μόνη της, ενώ η αποτυχία μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως εφελκύριο για να πείσει τον ασθενή για την ανάγκη για μια πιο εκτεταμένη θεραπεία (NIDA, 2019).

Ο στόχος της σύντομης παρέμβασης είναι να παρέχει στον ασθενή πληροφορίες για τη διαταραχή και προτάσεις για να τον βοηθήσει να τροποποιήσει τη συμπεριφορά του / της. Ο γιατρός πρέπει να τονίσει τις πιθανές αρνητικές συνέπειες της χρήσης ναρκωτικών του ασθενούς, τόσο στο παρόν όσο και στο μέλλον. Η παροχή εκπαιδευτικού υλικού στον ασθενή μπορεί να συμβάλει στην ενίσχυση αυτών των σημείων. Στη συνέχεια, ο γιατρός μπορεί να κάνει μια συγκεκριμένη σύσταση για αποχή ή διακοπή. Ο ασθενής μπορεί να επιστρέψει σε ένα μήνα για να αναφέρει την πρόοδο. Εάν ο ασθενής κατάφερε να ελέγξει επαρκώς την συνήθεια και να αντιστρέψει τις αρνητικές συνέπειες, δεν μπορεί να απαιτηθεί περαιτέρω θεραπεία. Ωστόσο, εάν ο ασθενής δεν μπορεί να παραμείνει εντός των συμφωνημένων ορίων, απαιτείται πιο εντατική θεραπευτική στρατηγική, όπως η συμμετοχή σε πρόγραμμα 12 βημάτων ή άλλες ομάδες αυτοβοήθειας (NIDA, 2019).

7.2 Αποτοξίνωση

Πολλοί ασθενείς εξαρτημένοι από τα ναρκωτικά μπορούν ασφαλώς να υποβάλλονται σε αποχή από τις ουσίες ως εξωτερικοί ασθενείς. Αυτή η προσέγγιση είναι λιγότερο δαπανηρή και διαταράσσει λιγότερο τη ζωή του ασθενούς. Επιπλέον, επιτρέπει την ολοκλήρωση της αποχής στο ίδιο περιβάλλον στο οποίο ο ασθενής πρέπει να συνεχίσει να ζει, να εργάζεται και να παραμένει «καθαρός» (NIDA, 2000).

Ο ασθενής πρέπει να συμφωνήσει σαφώς να απέχει από τη χρήση οποιουδήποτε παράγοντα αλλοίωσης της διάθεσης, εκτός από εκείνους που ορίζονται από τον θεράποντα ιατρό. Πρέπει επίσης να συμφωνήσει να συμμετάσχει σε πρόγραμμα θεραπείας. Η επιλογή του προγράμματος εξαρτάται από την προσωπικότητα του ασθενούς. Κατά τη διάρκεια των πρώτων ημερών, ο ασθενής χρειάζεται επίσης ένα νηφάλιο και υπεύθυνο μέλος της οικογένειας ή έναν φίλο που θα ενθαρρύνει τη συμμετοχή του στο πρόγραμμα, θα παρακολουθήσει σοβαρά τα σημάδια απόσυρσης, θα βοηθήσει με τα φάρμακα, θα φέρει τον ασθενή στο γραφείο του γιατρού και θα απομακρύνει οποιοδήποτε αλκοόλ ή άλλα φάρμακα από το σπίτι του ασθενούς (SAMHSA, 2004).

Ο γιατρός θα πρέπει να αξιολογεί τον ασθενή κάθε μέρα μέχρι να ξεκινήσει το πρόγραμμα της θεραπείας του έτσι ώστε και ο κίνδυνος από την απόσυρση να είναι ελάχιστος. Αυτό το διάστημα μπορεί να κυμαίνεται από τρεις ημέρες για κατάχρηση αλκοόλ έως 10 ημέρες για μεθαμφεταμίνες, οπιοειδή και κοκαΐνη. Η παρακολούθηση των ιατρών είναι ουσιαστική το Σαββατοκύριακο, όταν ο κίνδυνος υποτροπής είναι μεγαλύτερος. Σε κάθε επίσκεψη θα πρέπει να γίνεται χορήγηση φαρμάκων δύο έως τριών ημερών ώστε να αποφεύγεται η κατάχρηση φαρμάκων και η ενδεχόμενη υπερδοσολογία (DHHS, 2016).

Εάν δεν πληρούνται τα κριτήρια για τη θεραπεία εξωτερικών ασθενών, μπορεί να ενδείκνυται η θεραπεία σε νοσοκομείο ή στην κατοικία του ασθενούς. Αυτό έχει το πλεονέκτημα ότι τοποθετεί τον ασθενή σε προστατευμένη θέση όπου η πρόσβαση σε ουσίες κατάχρησης είναι περιορισμένη (αν και δεν απαλείφεται απαραίτητως). Η διαδικασία αποτοξίνωσης μπορεί να είναι ταχύτερη και ασφαλέστερη, επειδή ο ασθενής μπορεί να παρακολουθείται στενότερα και η θεραπεία μπορεί να ρυθμιστεί πιο προσεκτικά (DHHS, 2016).

Η νοσοκομειακή περίθαλψη είναι πιο πιθανό να χρειαστεί για διακοπή από τα κατασταλτικά φάρμακα, όπως αλκοόλ, βαρβιτουρικά και βενζοδιαζεπίνες. Η απόσυρση από αυτά τα φάρμακα μπορεί να είναι απειλητική για τη ζωή. Η νοσοκομειακή θεραπεία ενδείκνυται επίσης για ασθενείς που έχουν πολύ υψηλή ανοχή στην ουσία της κατάχρησης ή που ανέπτυξαν επιληπτικές κρίσεις, παραλήρημα ή ψύχωση κατά τη διάρκεια προηγούμενης διακοπής. Οι ιατρικές ενδείξεις για θεραπεία με νοσοκομειακή περίθαλψη περιλαμβάνουν ιστορικό πρόσφατου τραύματος στο κεφάλι ή αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου, οξύ κοιλιακό άλγος, ίκτερο, ηπατική ανεπάρκεια, ανισορροπία ηλεκτρολυτών, πνευμονία, σήψη, αφυδάτωση, AIDS, αρρυθμίες, στηθάγχη, ισχαιμική καρδιακή νόσο, υπέρταση, ηλικία μεγαλύτερη των 65 ετών (Sachdeva, Choudhary&Chandra, 2015).

Η νοσηλεία σχεδόν ποτέ δεν ενδείκνυται για την αποτοξίνωση με οπιοειδή, η οποία επιτυγχάνεται καλύτερα με ένα πρόγραμμα μεθαδόνης σε εξωτερικούς ασθενείς. Σε περιοχές όπου δεν υπάρχουν άλλες υπηρεσίες, ο οικογενειακός γιατρός μπορεί να είναι ο μόνος ειδικευμένος πάροχος και οι τηλεφωνικές διαβουλεύσεις μπορεί να καταστούν ζωτικές. Η οικογένεια και οι φίλοι του ασθενούς μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως θεραπευτικό υποστηρικτικό δίκτυο του ασθενούς.

7.3 Θεραπεία στο νοσοκομείο

Με την εισαγωγή στο νοσοκομείο για διακοπή της χρήσης, ο ασθενής θα πρέπει να υποβληθεί σε αξιολόγηση, για να προσδιοριστεί εάν έχει χρησιμοποιήσει άλλα φάρμακα που δεν έχουν αναφερθεί. Ξεκινάει η αποτοξίνωση προκειμένου να απέχει ο ασθενής από την ουσία της κατάχρησης και να αποκαταστήσει τη γνωστική του ικανότητα (DHHS, 2016).

Στη συνέχεια, ένας βασικός στόχος της θεραπείας είναι να μπορέσει ο ασθενής να προσδιορίσει τις συνέπειες των εμπειριών του και να καταλάβει τους κινδύνους υποτροπής. Ένας άλλος στόχος είναι να αντιμετωπιστούν συναισθηματικά ζητήματα όπως η απελπισία και η θλίψη αλλά και οι τύψεις που σχετίζονται με την κατανόηση της συμπεριφοράς του παρελθόντος. Ανακαλύπτονται εμπόδια στην ανάκαμψη, συμπεριλαμβανομένων εσωτερικών φραγμών όπως η προσωπικότητα ή οι προσωπικοί πόροι του ασθενούς και τα εξωτερικά εμπόδια όπως το περιβάλλον στο

σπίτι ή το εργασιακό περιβάλλον. Ο ασθενής προστατεύεται από αυτοκαταστροφικές ή άλλες βίαιες συμπεριφορές (DHHS, 2016).

Επειδή η ατιμωρησία, η βία και η ανάληψη κινδύνου είναι συμπεριφορές επιβίωσης στον ενεργό εθισμό, αλλά γίνονται αυτοκαταστροφικές στην ανάκαμψη, εισάγονται νέες ομάδες συμπεριφορών. Δώδεκα βήματα και άλλα προγράμματα αποκατάστασης περιγράφουν μια σειρά από νέες συμπεριφορές που επιτρέπουν στον εξαρτημένο να αντιμετωπίσει τις συνέπειες του παρελθόντος και τα προβλήματα του παρόντος. Η συμμετοχή σε ομάδες υποστήριξης συχνά οδηγεί σε αποφυγή της υποτροπής. Η βραχυπρόθεσμη νοσηλεία είναι χρήσιμη ως μέσο διευκόλυνσης της εισόδου σε μακροχρόνια θεραπεία. Από μόνη της, ωστόσο, η νοσηλεία δεν έχει εμφανή επίδραση στη μακροπρόθεσμη ανάκαμψη (DHHS, 2016).

7.4 Φαρμακοθεραπεία

Παραδοσιακά, ο ρόλος του ιατρού στη φαρμακευτική θεραπεία της κατάχρησης ναρκωτικών περιορίστηκε σε μεγάλο βαθμό στη διαχείριση των συμπτωμάτων στέρησης και των ιατρικών επιπλοκών. Ωστόσο, οι κλινικές και οι νευροφαρμακολογικές προόδους παρέχουν μεγαλύτερη ευκαιρία στους οικογενειακούς γιατρούς να χρησιμοποιήσουν τη θεραπευτική τους γνώση στην συνεργατική θεραπεία των εθιστικών διαταραχών (DHHS, 2016).

7.4.1 Διακοπή κατασταλτικών ουσιών

Η αποτοξίνωση των ασθενών που εξαρτώνται από τα ηρεμιστικά θα πρέπει να γίνεται με μεγάλη προσοχή, επειδή η απότομη απομάκρυνση μπορεί να σχετίζεται με δυνητικά επικίνδυνες για τη ζωή συνέπειες. Η αποτοξίνωση περιλαμβάνει είτε ελεγχόμενη σταδιακή μείωση της δόσης είτε υποκατάσταση με άλλα φάρμακα όπως με μια διασταυρούμενη ανθεκτική ουσία μεγαλύτερης διάρκειας όπως είναι η διαζεπάμη ή φαινοβαρβιτάλη που έχει μικρότερο κίνδυνο σοβαρών συμπτωμάτων απόσυρσης (Sachdeva, Choudhary & Chandra, 2015). Το διασταυρούμενο ανεκτό φάρμακο χορηγείται σε σταδιακά μειωμένες δόσεις. Οι στόχοι της θεραπείας είναι η ανακούφιση από τα συμπτώματα, η πρόληψη των επιληπτικών κρίσεων, η ελαχιστοποίηση της πιθανότητας μιας νέας εξάρτησης από το φάρμακο που χρησιμοποιείται για απόσυρση και η ελαχιστοποίηση της τοξικότητας του φαρμάκου.

Θα πρέπει να σημειωθεί ότι οι τριαζολιοβενζοδιαζεπίνες (π.χ., τριαζολάμη [Halcion] και αλπραζολάμη [Xanax]) μπορεί να μην είναι πλήρως διασταυρούμενες με άλλα ηρεμιστικά. Οι ασθενείς που εξαρτώνται από την αλπραζολάμη απαιτούν μια ιδιαίτερα σταδιακή μείωση της αρχικής δοσολογίας τους (NIDA, 2003).

7.4.2 Διακοπή διεγερτικών ουσιών

Το σύνδρομο διέγερσης χαρακτηρίζεται από κατάθλιψη, υπερυπνία, κόπωση, κεφαλαλγία, ευερεθιστότητα, κακή συγκέντρωση, ανησυχία και, σε σοβαρές περιπτώσεις, απόπειρες αυτοκτονίας. Η λαχτάρα είναι παρατεταμένη και έντονη. Μπορεί να εμφανιστούν παράνοια και οξεία ψύχωση. Τις περισσότερες φορές δεν απαιτείται θεραπεία εκτός από την υποστήριξη για την αρχική φάση της απόσυρσης του διεγερτικού (NIDA, 2003).

Η φαρμακοθεραπεία καθορίζεται από τα συμπτώματα. Η αλοπεριδόλη (Haldol) και η θειοριδαζίνη (Mellaril) είναι τα φάρμακα επιλογής για τη θεραπεία ασθενούς με συμπτώματα παρανοειδούς ψύχωσης. Ένα αντικαταθλιπτικό όπως η δεσιπραμίνη (Norpramin) ή η φλουοξετίνη (Prozac) μπορεί να είναι χρήσιμο στη θεραπεία των καταθλιπτικών συμπτωμάτων. αυτή η θεραπεία θα πρέπει να συνεχιστεί για τρεις έως έξι μήνες, αλλά λόγω του κινδύνου ότι το φάρμακο μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε απόπειρα αυτοκτονίας, δεν θα πρέπει να δίνεται στον ασθενή σε μεγάλες δόσεις στο σπίτι. Οι κρίσεις πανικού μπορούν να αντιμετωπιστούν με αντικαταθλιπτικό ή βενζοδιαζεπίνη. Τα φάρμακα που εξετάζονται για τη θεραπεία γενικευμένων συμπτωμάτων στέρησης περιλαμβάνουν αδρενεργικούς αγωνιστές και αναστολείς διαύλων ασβεστίου (NIDA, 2003).

7.4.3 Διακοπή οπιοειδών

Η σοβαρότητα της απόσυρσης από τα οπιοειδή μπορεί να ταξινομηθεί σε τέσσερις κατηγορίες:

Βαθμού0: χαρακτηρίζεται από πόθο για τα ναρκωτικά, άγχος και έντονη συμπεριφορά αναζήτησης ναρκωτικών.

Βαθμού1: χαρακτηρίζεται από χασμουρητό, εφίδρωση, δακρύρροια και ρινόρροια.

Βαθμού2:χαρκτηρίζεται από μυδρίαση, μυϊκές συσπάσεις και ανορεξία.

Βαθμού3:χαρκτηρίζεται από αϋπνία, αυξημένους παλμούς, αναπνευστικό ρυθμό και αρτηριακή πίεση, κοιλιακές κράμπες, έμετο, διάρροια και αδυναμία.

Το προτεινόμενο φάρμακο για τη θεραπεία της απόσυρσης από τα οπιοειδή είναι η μεθαδόνη, εάν πρόκειται να χρησιμοποιηθεί ένας οπιούχος αγωνιστής. Εάν η μεθαδόνη δεν είναι διαθέσιμη, μπορεί να επιτευχθεί κάποια συμπτωματική ανακούφιση με κλονιδίνη (Catapres). Η κλονιδίνη είναι ένας άλφα-αδρενεργικός αγωνιστής που δρα κεντρικά και είναι γνωστός στους περισσότερους γιατρούς ως αντιυπερτασικό μέσο. Ως παράγοντας για την απόσυρση οπιοειδών, η κλονιδίνη καταστέλλει ανησυχία, δακρύρροια, ρινόρροια και εφίδρωση. Λόγω της ευκολίας με την οποία τα δισκία κλονιδίνης μπορούν να πωληθούν στο δρόμο για αυτο-θεραπεία της απόρριψης οπιοειδών, πολλοί γιατροί προτιμούν τη χρήση κλονιδίνης. Επειδή η κλονιδίνη δεν θεραπεύει όλα τα συμπτώματα που σχετίζονται με τη σοβαρή απόσυρση, άλλα μη προγραμματισμένα φάρμακα μπορεί να ενδείκνυνται όταν προσπαθούν να χειριστούν την απόσυρση οπιοειδών χωρίς τη μεθαδόνη. Αυτά περιλαμβάνουν την προμεθαζίνη (Anergan, Phenergan κ.λπ.) ή την υδροξυζίνη (Atarax, Vistaril, κλπ.) Για την ναυτία και τον έμετο, λοπεραμίδη (Imodium, Kaopectate, κλπ.) Για τη διάρροια και για τις μυϊκές κράμπες και τον πόνο στις αρθρώσεις μεθοκαρβαμόλη (Robaxin) (SAMSHA, 2006).

7.5 Προγράμματα 12 βημάτων

Μετά την αποτοξίνωση, σχεδόν κάθε εξαρτημένος θα χρειαστεί ένα συνδυασμό επαγγελματικής (ομαδικής ή ατομικής) συμβουλευτικής και συνάντηση σε μια ομάδα αυτοβοήθειας προκειμένου να διατηρήσει τη νηφαλιότητα του. Η προσέγγιση υποστήριξης αυτοβοήθειας στη θεραπεία της τοξικομανίας άρχισε το 1938 με την ανάπτυξη των Ανώνυμων Αλκοολικών (AA), της πρώτης και μεγαλύτερης ομάδας των 12 βημάτων. Εκατομμύρια άνθρωποι πιστεύουν ότι έχουν διατηρήσει την ψυχραιμία και την υγεία τους μέσω αυτών των προγραμμάτων. Οι Ανώνυμοι Ναρκωμανείς (NA) χρησιμοποιούν το ίδιο μοντέλο 12 βημάτων (NIDA, 2003).

Σε γενικές γραμμές, οποιοσδήποτε ασθενής μπορεί να επωφεληθεί από την προσέγγιση των 12 βημάτων. Το κύριο μήνυμα αυτών των προγραμμάτων είναι ότι ο

εθισμός είναι μια χρόνια υποτροπιάζουσα διαταραχή που δεν θεραπεύεται και η αποκατάσταση είναι μια συνεχής διαδικασία που χρειάζεται συνεχή εργασία. Οι γιατροί θα πρέπει να ενθαρρύνουν τον ασθενή να συμμετάσχει σε αυτές τις ομάδες και θα πρέπει να διευκολύνουν τις προσπάθειες της οικογένειας όχι μόνο να στηρίζει τον ασθενή αλλά και να συμμετάσχει και η ίδια σε ομάδες στήριξης της οικογένειας. Ο γιατρός θα πρέπει επίσης συχνά να εξετάζει την πρόοδο του ασθενούς μαζί του.

Ο γιατρός καθώς και ο ασθενής πρέπει να καταλάβουν ότι τα προγράμματα 12 βημάτων δεν είναι θρησκευτικές οργανώσεις. Οι αναφορές στον Θεό και στην Ανώτερη Δύναμη είναι γενικοί πνευματικοί όροι που δεν αναφέρονται σε μια συγκεκριμένη θρησκεία (NIDA, 2003).

Μια άλλη πτυχή του ρόλου του ιατρού είναι να συνταγογραφεί συμπληρωματική φαρμακοθεραπεία σε συνεργασία με ένα πρόγραμμα θεραπείας εξωτερικών ασθενών ή να συνεχίσει να παρακολουθεί τους ασθενείς σε διαβούλευση με τέτοια προγράμματα. Οι ασθενείς που εξαρτώνται από τα οπιοειδή μπορούν να ωφεληθούν σημαντικά από δομημένα προγράμματα που περιλαμβάνουν τη χρήση αγωνιστών φαρμάκων ή φαρμάκων διασταυρούμενης ανοχής, τα οποία είναι λιγότερο επιβλαβή από το κύριο φάρμακο. Τα Θεραπευτικά Προγράμματα Υποκατάστασης, του OKANA παρέχουν ολοκληρωμένη θεραπεία σε άτομα εξαρτημένα από τα οπιοειδή, η οποία περιλαμβάνει την αποκατάσταση της σωματικής και ψυχικής υγείας των εξαρτημένων ατόμων αλλά και την κοινωνική τους ενσωμάτωση (okana.gr).

Αυτό που διαφοροποιεί τα Θεραπευτικά Προγράμματα Υποκατάστασης από τα υπόλοιπα θεραπευτικά προγράμματα (στεγνά), είναι η χορήγηση οπιοειδών ουσιών, όπως η μεθαδόνη και η βουπρενορφίνη. Ο συνηθέστερα χρησιμοποιούμενος παράγοντας είναι η μεθαδόνη, ένας αγωνιστής των οπιοειδών με επαρκώς μεγάλη διάρκεια δράσης ώστε να μπορεί να χορηγηθεί μία φορά την ημέρα. Οι ασθενείς λαμβάνουν την ημερήσια δόση στα προγράμματα υποκατάστασης του OKANA. Σε ορισμένους ασθενείς μπορεί να χορηγηθούν δόσεις για το σπίτι (takehome) για να αποφευχθεί η διαταραχή που σχετίζεται με την καθημερινή επίσκεψη. Ωστόσο, αυτό δεν ενδείκνυται για όλους τους ασθενείς αφού αποτελεί ένα προνόμιο «εμπιστοσύνης» προκειμένου να μην φτάσει το φάρμακο που τους δίνεται να πουληθεί στη «μαύρη αγορά» (okana.gr).

Η συντήρηση των ασθενών με χρήση μεθαδόνης έχει χρησιμοποιηθεί αποτελεσματικά και με ασφάλεια για τη θεραπεία της τοξικομανίας για περίπου 25 χρόνια. Οι ασθενείς αναπτύσσουν σχεδόν πλήρη ανοχή με τις αναλγητικές και ηρεμιστικές επιδράσεις της μεθαδόνης σε καθορισμένη δόση συντήρησης. Η ποσότητα και η διάρκεια της θεραπείας πρέπει να παρακολουθούνται στενά. Ωστόσο, ορισμένοι ασθενείς θα πρέπει να αναμένουν υψηλότερες δόσεις και μερικές φορές συχνότερα διαστήματα χορήγησης λόγω της μεγάλης ανοχής που προκαλείται από τις καλές πρακτικές χορήγησης της μεθαδόνης (okana.gr).

Η μεθαδόνη μπορεί να χορηγηθεί σε ασθενείς που νοσηλεύονται σε νοσοκομείο εάν είναι ήδη εγγεγραμμένοι στα προγράμματα συντήρησης μεθαδόνης. Οι νοσηλευόμενοι ασθενείς που λαμβάνουν θεραπεία με μεθαδόνη σπάνια πρέπει να αποσυρθούν από τα οπιούχα και στη συνέχεια μόνο σε στενή συνεννόηση με τον ιατρό του προγράμματος. Τα προγράμματα θεραπείας εξωτερικών ασθενών χωρίς φαρμακευτική αγωγή είναι πολύ χρήσιμα για τους ασθενείς που είναι εθισμένοι σε φάρμακα άλλα από τα οπιούχα. Οι οικογενειακοί γιατροί μπορεί να βρουν τη ναλτρεξόνη μακράς δράσης ναλτρεξόνη (Trexan) χρήσιμη για τους ασθενείς με υψηλό κίνητρο που έχουν κάποιον που τις επιτηρεί άμεσα λαμβάνοντας φάρμακα αρκετές ημέρες την εβδομάδα (okana.gr).

7.6 Θεραπευτικές κοινότητες

Για ασθενείς που δεν είναι υποψήφιοι για τα προγράμματα συντήρησης με μεθαδόνη ή που δεν μπορούν να επιτύχουν βραχυπρόθεσμη αποτοξίνωση μια άλλη θεραπευτική επιλογή είναι οι θεραπευτικές κοινότητες. Οι Θεραπευτικές Κοινότητες βασίζονται σε ένα μοντέλο κοινοτικής μάθησης, το οποίο υιοθετεί βιοψυχοκοινωνική οπτική και δεν έχει στόχο μόνο την αποχή. Μέσω μιας διαδικασίας συνεχούς και πολυδιάστατης αλλαγής, επιδιώκεται η επίτευξη μεγαλύτερης λειτουργικότητας και καλύτερης ποιότητας ζωής σε διάφορους τομείς, όπως η ψυχική υγεία, η στέγαση, η απασχόληση, η κοινωνική συμμετοχή ή η φροντίδα για το περιβάλλον (okana.gr).

Αρχικός της στόχος είναι η τροποποίηση της ψυχικής λειτουργίας του ατόμου, καθώς μέσα από αυτό θα μπορέσει να ανακουφιστεί από τον ψυχικό πόνο και να καταφέρει να αποκοπεί οριστικά από την ουσία που είναι εξαρτημένος. Αυτό φυσικά θα μπορέσει να επιτευχθεί μόνο με την αναζήτηση του ιστορικού του ασθενούς, τους

λόγους ατομικούς ή κοινωνικούς καθώς και τις αιτίες που τον οδήγησαν να στραφεί στην χρήση ναρκωτικών ουσιών και την εξάρτηση από αυτές. Το ψυχολογικό κομμάτι παίζει πολύ μεγάλο ρόλο στην εξάρτηση, όπως επίσης και η οικογένεια του χρήστη (SAMSHA, 2004).

Εκτός από τα προγράμματα υποκατάστασης στα πλαίσια της αλλαγής της συμπεριφοράς χρήσης (μείωσης της βλάβης)ο OKANA έχει δημιουργήσει υπηρεσίες μείωσης της βλάβης όπως είναι η Μονάδα Άμεσης Βοήθειας και Υποστήριξης (MABY). Οι υπηρεσίες αυτές στοχεύουν στην προσέγγιση και την παροχή βοήθειας στον ιδιαίτερο αυτό πληθυσμό των χρηστών που βρίσκονται εκτός θεραπευτικών προγραμμάτων, κυρίως είτε γιατί δεν αναγνωρίζουν το πρόβλημά τους είτε δεν έχουν αναπτύξει κίνητρο προκειμένου να ενταχθούν σε αυτά (okana.gr).

Η MABY λειτουργεί από το Σεπτέμβριο του 1997 και παρέχει υπηρεσίες Υγείας και Ψυχοκοινωνικής Φροντίδας σε διάφορους πληθυσμούς ουσιοεξαρτώμενων ατόμων (ενεργοί χρήστες-χρήστες της ‘πιάτσας’, έφηβοι, ενταγμένοι σε προγράμματα υποκατάστασης αλλά και σε στεγνά προγράμματα απεξάρτησης του ΚΕΘΕΑ, 18 ΑΝΩ, Ν.Α, καθώς επίσης και σε πρώην χρήστες, που δεν προσεγγίζουν αλλά και δεν προσεγγίζονται εύκολα από τις συνήθειες Υπηρεσίες Υγείας(Νοσοκομεία, Κλινικές, Κέντρα Υγείας κ.α.).Οι δραστηριότητες των υπηρεσιών του Κέντρου είναι εξαιρετικά σημαντικές, αν αναλογιστεί κανείς ότι οι χρήστες ψυχοδραστικών ουσιών είναι ιδιαίτερα δύσκολοι ασθενείς και πολλές φορές είναι ανεπιθύμητοι στις υπηρεσίες παροχής υγείας. Η υπηρεσία αυτή προσφέρει πρωτοβάθμια περίθαλψη σε χρήστες ψυχοδραστικών ουσιών, οι οποίοι έχουν ανάγκη από εξειδικευμένη περίθαλψη, στοχεύοντας (okana.gr):

α) στη μείωση της βλάβης που δημιουργείται από τη χρήση-κατάχρηση ουσιών, τόσο στους ίδιους τους χρήστες όσο και στο κοινωνικό σύνολο(αλλαγή των συμπεριφορών υψηλού κινδύνου)

β) στην κινητοποίηση του ατόμου για θεραπεία,

γ) στην ενθάρρυνση και στην ενίσχυση της επαφής των χρηστών με το υγειονομικό σύστημα (ευαισθητοποίηση των ατόμων αυτών σε θέματα υγείας). ο ρόλος του νοσηλευτή θα αναφερθεί σε επόμενο κεφάλαιο.

ΜΕΡΟΣ 2^Ο

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΤΑΧΡΗΣΗ ΨΥΧΟΔΡΑΣΤΙΚΩΝ ΟΥΣΙΩΝ

Η κατάχρηση ναρκωτικών ουσιών πρέπει να αποτελεί μέριμνα για όλους τους επαγγελματίες υγείας. Οι νοσηλευτές παρέχουν συχνά φροντίδα σε ασθενείς με κατάχρηση ουσιών, αλλά ο ρόλος τους στην αξιολόγηση και τη διαχείριση των ασθενών αυτών δεν έχει ακόμη καθοριστεί. Η κατάχρηση ουσιών είναι μία από τις πιο επικίνδυνες για τη ζωή ασθένειες παγκοσμίως, η οποία μπορεί να συσχετιστεί με δυσμενείς συνέπειες που σχετίζονται με την επαναλαμβανόμενη χρήση της ουσίας. Η κακή χρήση ουσιών μπορεί να προκαλέσει διαταραχές στις κοινωνικές, επαγγελματικές ή ψυχαγωγικές δραστηριότητες. Επιπλέον, η τοξίκωση και η απόσυρση ενδέχεται να έχουν καταστροφικές επιπτώσεις στην υγεία. Οι νοσηλευτές συμμετέχουν άμεσα στην παροχή φροντίδας σε ασθενείς με διαταραχή κατάχρησης ουσιών. Ως εκ τούτου, βρίσκονται σε καθοριστική θέση για να βοηθήσουν τους ασθενείς που υποφέρουν από κατάχρηση ουσιών (Abram, 2018).

Οι νοσηλευτές πρέπει να προβλέπουν τον εθισμό και να γνωρίζουν τους παράγοντες κινδύνου. Θα πρέπει να αξιολογούν με ακρίβεια τους ασθενείς και να αναφέρουν αμέσως τυχόν σημεία και συμπτώματα εθισμού. Η ξαφνική αλλαγή στις συμπεριφορές και την προσωπικότητα, η κοινωνική απομόνωση, οι κακές εργασιακές επιδόσεις και η ξαφνική απώλεια βάρους συγκαταλέγονται στα συχνά αναφερόμενα συμπτώματα κατάχρησης ουσιών. Είναι σημαντικό για τους νοσηλευτές να έχουν γνώση για τις ουσίες οι οποίες ενοχοποιούνται για κατάχρηση όπως είναι το αλκοόλ, οι αμφεταμίνες, η καφεΐνη, η κάνναβη, η κοκαΐνη, τα παραισθησιογόνα, τα εισπνεόμενα, η νικοτίνη, τα οπιοειδή, τα υπνωτικά ή αγχολυτικά. Αξίζει να σημειωθεί ότι ο εθισμός μπορεί να σχετίζεται και με άλλες συμπεριφορές όπως η υπερβολική χρήση του Διαδικτύου και όχι μόνο η χρήση ουσιών. Για την καλύτερη αξιολόγηση της κατάχρησης ουσιών στους ασθενείς, οι νοσηλευτές πρέπει να χρησιμοποιούν συγκεκριμένα και έγκυρα εργαλεία όπως διάφορα ερωτηματολόγια. Επιπλέον, οι νοσηλευτές θα πρέπει να γνωρίζουν τις τιμές των εργαστηριακών εξετάσεων που χρησιμοποιούνται για την αξιολόγηση των ασθενών με κατάχρηση ουσιών, όπως το επίπεδο αλκοόλ στο αίμα (Abram, 2018).

Στην πραγματικότητα, δεν υπάρχει ενιαία παρέμβαση κατάλληλη για όλα τα άτομα με κατάχρηση ουσιών. Η αποτελεσματική παρέμβαση πρέπει να λαμβάνει υπόψη τις πολλαπλές ανάγκες του ατόμου με κατάχρηση ουσιών, όχι μόνο τη χρήση ναρκωτικών. Οι νοσηλευτές πρέπει να βοηθήσουν τους ασθενείς να ξεπεράσουν πολλά εμπόδια που επηρεάζουν αρνητικά τη στάση απέναντι στην αναζήτηση επαγγελματικής βοήθειας, συμπεριλαμβανομένης της έλλειψης γνώσης, άρνησης, συννοσηρότητας, αμηχανίας και έλλειψης υποστήριξης. Οι νοσηλευτές μπορούν να συμμετέχουν με διάφορους τρόπους στη διαχείριση των ασθενών με διαταραχές που σχετίζονται με την ουσία, οι οποίοι έχουν υψηλά επίπεδα άγχους και ανεπαρκείς μηχανισμούς αντιμετώπισης. Οι νοσηλευτές μπορούν να συζητήσουν με τον ασθενή την πιθανότητα υποτροπής και άρνησης να συνεχίσουν τη θεραπεία. Σε ομαδική θεραπεία, οι νοσηλευτές μπορούν να διευκολύνουν τη συζήτηση για να βελτιώσουν την αυτοπεποίθηση και την προθυμία τους να ανταλλάξουν εμπειρίες. Η επαρκής χρονική περίοδος για τη θεραπεία είναι κρίσιμη για την επίτευξη του καλύτερου αποτελέσματος. Κατά τη διάρκεια της διαδικασίας αποτοξίνωσης ο νοσηλευτής πρέπει να παρέχει ήρεμο και υποστηρικτικό περιβάλλον για τον ασθενή και να χορηγεί την απαραίτητη θεραπεία σύμφωνα με την ιατρική εντολή. Η απότομη διακοπή των ουσιών κατάχρησης συνήθως δεν συνιστάται. Ωστόσο, ορισμένες ουσίες, όπως διεγερτικά και παραισθησιογόνα, μπορεί να διακοπούν χωρίς να αντικατασταθούν με άλλη θεραπεία, καθώς έχουν σπάνια και χαμηλής ποιότητας συμπτώματα στέρησης. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να είναι σε θέση να κατανοεί τα σωματικά συμπτώματα και τον τρόπο αντιμετώπισής τους από την κατάχρηση ουσιών αλλά και να μπορεί να εξηγήσει στον ασθενή τα αίτια της κατάχρησης αυτής. Θα πρέπει επίσης να ενθαρρύνει τη συνεχή συμμετοχή των εξωτερικών ασθενών στην μακροχρόνια θεραπεία. Ο ασθενής θα πρέπει επίσης να ενημερώνεται για τις εναλλακτικές στρατηγικές αντιμετώπισης. Ο ασθενής πρέπει να αναγνωρίσει τη σχέση μεταξύ καθημερινών προβλημάτων και χρήσης ουσιών. Οι νοσηλευτές θα πρέπει να λένε στους ασθενείς ότι η διαταραχή κατάχρησης ουσιών είναι μια ψυχική ασθένεια όπως η σχιζοφρένεια και η κατάθλιψη και μπορεί να σχετίζεται με κακές στρατηγικές αντιμετώπισης. Ενθαρρύνονται παρεμβάσεις που αποσκοπούν στην αύξηση της αυτοεκτίμησης. Είναι πολύ σημαντικό ο ασθενής να καταλάβει και να αναλάβει την ευθύνη για τη συμπεριφορά του αλλά και τη σημασία της αποχής από τη χρήση ουσιών. Τέλος, μετά την απόρριψη συνιστάται μακροπρόθεσμη παρακολούθηση και

ο νοσηλευτής μπορεί να λειτουργήσει ως σύνδεσμος μεταξύ του ασθενούς και των υπηρεσιών της κοινότητας (Abram, 2018).

Ο ρόλος του Νοσηλευτή στις Μονάδες Άμεσης Βοήθειας και Υποστήριξης του OKANA

- Λήψη προσωπικών δεδομένων(προσωπική συνέντευξη)
- Παθολογικό ιατρείο
- Οδοντιατρείο
- Πρόγραμμα ανταλλαγής συριγγών (γίνεται συμβουλευτική προσέγγιση και ενημέρωση για τους κινδύνους που διατρέχουν από τη χρήση), με στόχο:
 1. την αλλαγή των συμπεριφορών υψηλού κινδύνου (περιορισμός της διασποράς των λοιμώξεων HIV, HBV, HCVμεταξύ των χρηστών και στο κοινωνικό σύνολο(περιφρούρηση δημόσιας υγείας)
 - 2.την κινητοποίηση των χρηστών για θεραπεία
- Σεμινάρια χρηστών
- Ενεργή συμμετοχή και διοργάνωση σε εκδηλώσεις(π.χ. Παγκόσμια Ημέρα κατά των Ναρκωτικών, Χριστουγεννιάτικες εκδηλώσεις) (okana.gr).

Είναι ο πρώτος επαγγελματίας υγείας που έρχεται σε ουσιαστική επαφή με τον ουσιοεξαρτώμενο και είναι αυτός που παίρνει το ιστορικό.

Δυσκολίες κατά τη λήψη ιστορικού σε χρήστες τοξικών ουσιών

Είναι πολύ δύσκολο να πάρεις ιστορικό από ένα χρήστη τοξικών ουσιών γιατί (okana.gr):

- Είναι υπό την επήρεια ψυχοδραστικών ουσιών με συνέπεια να είναι πιο ευάλωτοι, με μειωμένη αντίληψη, να μην μας ‘ακούν’(αναξιόπιστες απαντήσεις).
- Ενδεχομένως να βρίσκονται σε στερητικό σύνδρομο και να ζητούν τη βοήθεια μας μόνο για να αντιμετωπίσουν τη συμπτωματολογία που το ακολουθεί.
- Είναι άτομα με συννοσηρότητα (συνύπαρξη μιας ψυχιατρικής διαταραχής με τη διαταραχή τη συνδεόμενη με την ουσιοεξάρτηση, η οποία μπορεί να προηγείται της χρήσης ουσιών ή και να εμφανιστεί μετά από αυτή).

- Είναι άνθρωποι περιθωριοποιημένοι (διωγμένοι από την οικογένειά τους, πρώην φυλακισμένοι, εκδιδόμενες γυναίκες κ.α.).
- Πιθανόν να μην έχουν έρθει με τη θέλησή τους αλλά με την παρότρυνση τρίτων π.χ. οικογένεια ,συντρόφου, γι'αυτό το λόγο να είναι επιθετικοί και καθόλου πρόθυμοι να συνεργαστούν.
- Αρκετοί είναι αλλοδαποί (δυσχέρεια στην επικοινωνία).
- Ενδεχομένως να είναι χρήστες με πολλά χρόνια χρήσης (μεγάλοι σε ηλικία 'κουρασμένοι'από τη χρήση) οι οποίοι έχουν μια άρνηση να συνεργαστούν με τη δικαιολογία ότι δεν θέλουν να είναι άλλο ένα νούμερο στις έρευνές μας.
- Πιθανόν να έχουν περάσει κι από άλλα κέντρα απεξάρτησης- αμφισβήτηση απέναντι σε μας και σ'αυτό που αντιπροσωπεύουμε.
- Μπορεί να έρχονται με συγκεκριμένο αίτημα π.χ. να δουν γιατρό ή να κάνουν αίτηση στο Π.Υ. (πρόγραμμα υποκατάστασης) και να μην θέλουν να μάθουν ή ν'ακούσουν για τίποτε άλλο.
- Να μην εμπιστεύονται το απόρρητο της συνέντευξης και να μη θέλουν ν'απαντήσουν.
- Δύσκολα εκμαιοεύεις την αλήθεια, διότι βρίσκονται σε μια διαρκή πλάνη(συνέπεια της χρήσης).
- Είναι χειριστικοί.

Για μια επιτυχημένη προσέγγιση με τον ειδικό πληθυσμό των χρηστών κατά τη διάρκεια λήψεως του ιστορικού, ο νοσηλευτής γνωρίζοντας τα χαρακτηριστικά-ψυχολογία του χρήστη, τα οποία είναι (okana.gr):

- Αδυναμία κατανόησης των επιπτώσεων από τη χρήση.
- Χαμηλή αυτοεκτίμηση.
- Σωματική και ψυχολογική εξάρτηση.
- Κοινωνική περιθωριοποίηση (ανεργία, παραβατικότητα).
- Υποτροπή (φαινόμενο περιστρεφόμενης πόρτας).
- Επικίνδυνη συμπεριφορά για τον ίδιο και το κοινωνικό σύνολο (ενέσιμη χρήση).

Χρησιμοποιείται γενικές αρχές προσέγγισης του σιωπηλού ατόμου (okana.gr):

- Διαβεβαίωση ότι ο χρήστης είναι ασφαλής (απόρρητο της συνέντευξης, το δικαίωμά του στην ανωνυμία γίνεται σεβαστό).
- Αντικειμενική παρακολούθηση της όλης συμπεριφοράς του.
- Σεβασμός στην προσωπικότητά του με δικαιώματα και προνόμια (αξιίζει αυτό που του προσφέρεται).
- Προσφορά προτύπου (σωστή συμπεριφορά, καλή διάθεση).
- Διάθεση χρόνου κοντά στον χρήστη (η στάση του προσωπικού πρέπει να είναι μη κριτική).
- Αξιολόγηση των αναγκών του πελάτη με κύριο εργαλείο την παρατήρηση.
- Επικέντρωση στις υγιείς δυνάμεις του ώστε να κινητοποιηθεί και να μην αισθάνεται παθητικός δέκτης (αυτενέργεια-υποστήριξη, αυτοαποτελεσματικότητα).

Δημιουργία άνετου φυσικού περιβάλλοντος (okana.gr):

- Εξασφάλιση «ψυχολογικής ατομικότητας» και ησυχίας, χωρίς διακοπές από πρόσωπα ή τηλεφωνήματα.
- Εξασφάλιση «χωροταξικής ατομικότητας». Κατά τη διάρκεια λήψης των προσωπικών δεδομένων θα υπάρχουν μόνο ο πελάτης και ο συνεντευκτής και οι πόρτες θα είναι κλειστές.
- Εξασφάλισης φυσικής άνεσης του πελάτη. Ο πελάτης και ο συνεντευκτής θα πρέπει να κάθονται άνετα και ξεκούραστα και σε θέση που να εξασφαλίζεται η προσωπική επαφή μεταξύ τους (χωρίς να καταβάλλουν ιδιαίτερη προσπάθεια).

Δημιουργία άνετου ψυχοκοινωνικού περιβάλλοντος.

Ο συνεντευκτής θα πρέπει να χειριστεί έτσι τη διαδικασία ώστε να μην δοθεί η εντύπωση της εύκολης εξυπηρέτησης (η μη γνήσια ανταπόκριση γίνεται εύκολα αντιληπτή) (okana.gr).

- Δίνει το όνομα και την ιδιότητά του στον πελάτη

- Ακούει τον πελάτη προσεκτικά, χωρίς να τον κρίνει και δεν προβάλλει τις προσωπικές του πεποιθήσεις σε οποιοδήποτε θέμα.
- Δημιουργεί σχέση εμπιστοσύνης έτσι ώστε ο πελάτης να θέλει να επικοινωνήσει (η προσποίηση δεν «δουλεύει», είναι διάφανη και ο άλλος τη νιώθει).

Χρήση κατανοητού λεξιλογίου (okana.gr):

- Διατυπώνει ερωτήσεις με απλά λόγια, με σαφήνεια και ακρίβεια (ενισχύεται η διεργασία της επικοινωνίας αν χρησιμοποιεί τη γλώσσα του χρήστη και όχι ξένη προς αυτόν «επαγγελματική» γλώσσα).
- Χρησιμοποιεί καθαρή, αργή και συγκεκριμένη ομιλία.
- Απευθύνει μία ερώτηση κάθε φορά και δίνει στον πελάτη χρόνο να απαντήσει, πριν προχωρήσει σε άλλη.
- Διατηρεί τη συζήτηση στα απαιτούμενα πλαίσια (τα άτομα αυτά έχουν την τάση να ‘πλατιάζουν’ και να αναφέρονται σε αλλότρια θέματα).
- Ενημερώνει τον πελάτη για τις υπηρεσίες που προσφέρει η μονάδα και τον προτρέπει να τις χρησιμοποιήσει.
- Δίνει πληροφορίες, απαντά σε τυχόν ερωτήσεις και συμβουλεύει για τρόπους μείωσης της βλάβης από τη χρήση.

Ο ρόλος του Νοσηλευτή στα προγράμματα Υποκατάστασης του OKANA

- ✓ οι νοσηλευτές έχουν την τακτικότερη επαφή με τους χρήστες και οι αξιολογήσεις τους χρησιμεύουν ιδιαίτερα στο υπόλοιπο θεραπευτικό προσωπικό
- ✓ πραγματοποιούν τη χορήγηση του υποκατάστατου δύο τουλάχιστον Νοσηλευτές, οι οποίοι κατά κύριο λόγο διεκπεραιώνουν την χορήγηση των φαρμάκων υποκατάστασης (μεθαδόνη ή βουπρενορφίνη) (επιτηρούμενη ή με την μορφή δόσεων για το σπίτι-takehome
- ✓ διεξάγουν τοξικολογικό έλεγχο σε δείγματα ούρων
- ✓ οι νοσηλευτές συμμετέχουν ενεργά στη Διεπιστημονική Ομάδα
- ✓ είναι KeyWorker (πρόσωπο αναφοράς).

Επιπροσθέτως συμμετέχουν

- ✓ στην πρόληψη των επικίνδυνων συμπεριφορών
- ✓ στην παροχή προφυλακτικών (προς αποφυγή μετάδοσης λοιμωδών νοσημάτων)
- ✓ στην χορήγηση υποκατάστατων εκτός Μ.Ο.Θ.Ε.
- ✓ στην παροχή πρώτων βοηθειών
- ✓ πραγματοποιούν εμβολιασμούς, καθαρισμός αποστημάτων, συριγγίωνκ.α (okana.gr).

ΜΕΡΟΣ 3^ο

ΝΕΟΤΕΡΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΧΡΗΣΗΣ ΟΠΙΟΕΙΔΩΝ ΜΕ ΤΗΝ ΧΡΗΣΗ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΤΩΝ (ΜΕΘΑΔΟΝΗΣ ΚΑΙ ΒΟΥΠΡΕΝΟΡΦΙΝΗΣ) ΣΤΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ.

Novel Formulations of Buprenorphine for Treatment of Opioid Use Disorder

Abstract

Opioid use disorder (OUD) is epidemic in the United States. In addition to medical, economic, and social impairments, risk of overdose fatality is high. In 2017, there were 14,958 deaths from natural or semisynthetic opioids, 15,958 from heroin, and 29,406 from synthetic opioids, such as fentanyl. Psychosocial interventions do not add substantial efficacy to medical OUD treatments, and thus making evidence-based OUD treatments more accessible is urgent. However, considerable diversion of oral and transmucosal opioid maintenance medications has been documented. Delivery systems that reduce risks of nonadherence through diversion or altered self-administration may increase buprenorphine's effectiveness for clinical stabilization via increased treatment exposure. The article presents findings from multisite efficacy studies of two subcutaneous depot buprenorphine formulations and a long-acting implant. Novel delivery systems show promise in providing improved outcomes through intermediate- and long-acting exposure to medication while reducing the risk of medication nonadherence, diversion, and accidental exposure (Rosenthal, 2019).

Περίληψη

Η διαταραχή της χρήσης οπιοειδών (OUD) έχει διαστάσεις επιδημίας στις Ηνωμένες Πολιτείες. Εκτός από τις ιατρικές, οικονομικές και κοινωνικές αναπηρίες, ο κίνδυνος θανάτου από υπερβολική δόση είναι υψηλός. Το 2017, υπήρχαν 14.958 θάνατοι από φυσικά ή ημισυνθετικά οπιοειδή, 15.958 από την ηρωίνη και 29.406 από συνθετικά οπιοειδή, όπως η φαιντανύλη. Οι ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις δεν προσθέτουν ουσιαστική αποτελεσματικότητα στις ιατρικές θεραπευτικές αγωγές. Ωστόσο, έχει τεκμηριωθεί σημαντικό ποσοστό διακοπής της θεραπείας με συντήρηση οπιοειδών όταν αυτή γίνεται από το στόμα. Τα συστήματα χορήγησης που μειώνουν τους

κινδύνους μη συμμόρφωσης στη θεραπεία μπορεί να αυξήσουν την αποτελεσματικότητα της βουπρενορφίνης για κλινική σταθεροποίηση μέσω αυξημένης έκθεσης στη θεραπεία. Το άρθρο παρουσιάζει ευρήματα από μελέτες πολλαπλών αποτελεσμάτων δύο σκευασμάτων υποδόριας αποθήκης βουπρενορφίνης και ενός εμφυτεύματος μακράς δράσης. Τα νέα αυτά συστήματα δείχνουν υπόσχεση στην παροχή βελτιωμένων αποτελεσμάτων μέσω της έκθεσης σε φάρμακα με ενδιάμεση ή μακρά δράση, μειώνοντας ταυτόχρονα τον κίνδυνο μη συμμόρφωσης με φάρμακα.

Treatment outcomes in patients with opioid use disorder initiated by prescription: a systematic review protocol

Abstract

Background: In North America, opioid use has become a public health crisis with policy makers declaring it a state of emergency. Opioid substitution therapy (OST) is a harm-reduction method used in treating opioid use disorder. While OST has shown to be successful in improving treatment outcomes, there is still a great degree of variability among patients. This cohort of patients has shifted from young males using heroin to a greater number of older people and women using prescription opioids. The primary objective of this review is to examine the literature on the association between the first exposure to opioids through prescription versus illicit use and OST treatment outcomes.

Method: An electronic search will be conducted on the EMBASE, MEDLINE, PsycINFO, and Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) databases. Two independent reviewers will conduct the initial title and abstract screenings using predetermined criteria for inclusion and exclusion. Reviewers will then conduct full-text data extraction using a pilot-tested data extraction form in duplicate. A third author will resolve disagreements if consensus cannot be reached. Quality and risk of bias assessment will be conducted along with a sensitivity analysis for all included studies. Qualitative summary of the evidence will be provided, and when possible, a meta-analysis will be conducted, along with heterogeneity calculation. The reporting of this protocol follows the PRISMA-P.

Discussion: We expect that this review will help determine whether patients that were initially exposed to opioids through a prescription differ in OST treatment outcomes

in comparison to people who used opioids through illicit means. We hope that this review will provide evidence related to prescription opioids exposure and future treatment outcomes, which will aid clinicians in their decisions to prescribe opioids or not for specific populations at risk (Sanger, et al., 2018).

Περίληψη

Ιστορικό: Στη Βόρεια Αμερική, η χρήση οπιοειδών έχει γίνει αιτία κρίσης της δημόσιας υγείας με τους υπεύθυνους χάραξης πολιτικής να δηλώνουν ότι η χώρα είναι σε κατάσταση έκτακτης ανάγκης. Η θεραπεία υποκατάστασης με οπιοειδή (OST) είναι μια μέθοδος μείωσης της βλάβης που χρησιμοποιείται στη θεραπεία της διαταραχής της χρήσης οπιοειδών. Ενώ η θεραπεία υποκατάστασης με οπιοειδή έχει αποδειχθεί ότι έχει επιτυχία στη βελτίωση των θεραπευτικών αποτελεσμάτων, εξακολουθεί να υπάρχει μεγάλος βαθμός μεταβλητότητας μεταξύ των ασθενών. Αυτή η ομάδα ασθενών έχει μετατοπιστεί από νέους άνδρες που χρησιμοποιούν ηρωίνη σε μεγαλύτερο αριθμό ηλικιωμένων και γυναίκες που χρησιμοποιούν συνταγογραφούμενα οπιοειδή. Ο πρωταρχικός στόχος αυτής της ανασκόπησης είναι να εξετάσει τη βιβλιογραφία μεταξύ της πρώτης έκθεσης σε οπιοειδή μέσω της συνταγογράφησης έναντι της παράνομης χρήσης και των αποτελεσμάτων της θεραπείας με OST.

Μέθοδος: Θα διεξαχθεί ηλεκτρονική αναζήτηση στις βάσεις δεδομένων EMBASE, MEDLINE, PsycINFO για τη βιβλιογραφία των νοσηλευτών και των υγειονομικών βιβλιοθηκών (CINAHL). Δύο ανεξάρτητοι αξιολογητές θα διεξάγουν τον αρχικό τίτλο και τις αφηρημένες προβολές χρησιμοποιώντας προκαθορισμένα κριτήρια για συμπερίληψη και αποκλεισμό. Ένας τρίτος συγγραφέας θα επιλύσει διαφωνίες εάν δεν είναι δυνατή η επίτευξη συναίνεσης. Θα παρασχεθεί ποιοτική περίληψη των στοιχείων και, όταν είναι δυνατόν, θα πραγματοποιηθεί μετα-ανάλυση μαζί με τον υπολογισμό ετερογένειας. Η αναφορά αυτού του πρωτοκόλλου ακολουθεί το PRISMA-P.

Συζήτηση: Αναμένεται ότι αυτή η ανασκόπηση θα βοηθήσει να καθοριστεί εάν οι ασθενείς που είχαν αρχικά εκτεθεί σε οπιοειδή μέσω συνταγής διαφέρουν σε αποτελέσματα θεραπείας OST σε σύγκριση με άτομα που χρησιμοποίησαν οπιοειδή μέσω παράνομων μέσων. Ελπίζουμε ότι αυτή η επανεξέταση θα παράσχει αποδείξεις σχετικά με την έκθεση σε συνταγογραφούμενα οπιοειδή και τα μελλοντικά

αποτελέσματα θεραπείας, οι οποίες θα βοηθήσουν τους κλινικούς ιατρούς στις αποφάσεις τους να συνταγογραφούν οπιοειδή ή όχι για συγκεκριμένους πληθυσμούς που διατρέχουν κίνδυνο.

Sex differences in outcomes of methadone maintenance treatment for opioid addiction: a systematic review protocol

Abstract

Background: Use of methadone for the treatment of opioid addiction is an effective harm-reduction approach, although variability in treatment outcomes among individuals has been reported. Men and women with opioid addiction have been known to differ in factors such as opioid use patterns and characteristics at treatment entry; however, little has been reported about differences in methadone treatment outcomes between men and women. Therefore, we present a protocol for a systematic review which aims to provide a summary of existing literature on sex differences in outcomes of methadone treatment for opioid addiction.

Methods: Electronic search of PubMed/MEDLINE, EMBASE, PsycINFO, and CINAHL databases will be conducted using *a priori* defined search strategy. Two authors (MB and BBD) will independently screen potential articles for eligibility using pre-determined inclusion and exclusion criteria and extract key information using a data extraction form designed for this study. Discrepancies will be resolved using a third party (ZS). The primary outcome will be sex differences in response to treatment defined as abstinence from illicit opioid use. We will also assess sex differences in treatment outcomes including treatment retention, remission status post-treatment, polysubstance abuse, methadone dose, drug-related adverse events, health status, psychological status, mortality, criminal activity, high risk sexual behavior, social support/relations, and employment. A meta-analysis will be conducted if possible; risk of bias and overall quality of evidence will be assessed to determine confidence in the estimates.

Discussion: We anticipate that this review will highlight how men and women differ in methadone treatment outcomes and allow us to generate conclusions that can be applied to treatment in a clinical setting (Bawor, et al., 2014).

Περίληψη

Ιστορικό: Η χρήση μεθαδόνης για τη θεραπεία του εθισμού με οπιοειδή είναι μια αποτελεσματική προσέγγιση μείωσης της βλάβης, αν και έχει αναφερθεί μεταβλητότητα στα αποτελέσματα της θεραπείας μεταξύ ατόμων. Οι άνδρες και οι γυναίκες με εθισμό στα οπιοειδή είναι γνωστό ότι διαφέρουν σε παράγοντες όπως τα μοτίβα και τα χαρακτηριστικά χρήσης οπιοειδών κατά την είσοδο στη θεραπεία. Ωστόσο, λίγα έχουν αναφερθεί σχετικά με τις διαφορές στα αποτελέσματα θεραπείας με μεθαδόνη μεταξύ ανδρών και γυναικών. Ως εκ τούτου, παρουσιάζουμε ένα πρωτόκολλο για μια συστηματική ανασκόπηση που αποσκοπεί στο να παράσχει μια περίληψη της υπάρχουσας βιβλιογραφίας σχετικά με τις διαφορές φύλου στα αποτελέσματα της θεραπείας με μεθαδόνη για τον εθισμό στα οπιοειδή.

Μέθοδοι : Η ηλεκτρονική αναζήτηση των βάσεων δεδομένων PubMed / MEDLINE, EMBASE, PsycINFO και CINAHL θα διεξαχθεί χρησιμοποιώντας μια προκαθορισμένη στρατηγική αναζήτησης. Δύο συγγραφείς (MB και BBD) θα προβάλλουν ανεξάρτητα άρθρα σχετικά με την επιλεξιμότητα χρησιμοποιώντας προκαθορισμένα κριτήρια συμπερίληψης και αποκλεισμού και θα εξαγάγουν βασικές πληροφορίες χρησιμοποιώντας μια φόρμα εξαγωγής δεδομένων που έχει σχεδιαστεί για αυτή τη μελέτη. Οι διαφορές θα επιλυθούν με χρήση τρίτου μέρους (ZS). Το κύριο αποτέλεσμα θα είναι οι διαφορές φύλου ως απάντηση σε θεραπεία που ορίζεται ως αποχή από την χρήση παράνομων οπιοειδών. Θα αξιολογήσουμε επίσης τις διαφορές φύλου στα αποτελέσματα της θεραπείας, συμπεριλαμβανομένης της διατήρησης της θεραπείας, της κατάστασης της ύφεσης μετά την αγωγή, της κατάχρησης πολυσύνδετων ουσιών, της δόσης μεθαδόνης, των ανεπιθύμητων ενεργειών που σχετίζονται με τα ναρκωτικά, της κατάστασης της υγείας, της ψυχολογικής κατάστασης, της θνησιμότητας, της εγκληματικής δραστηριότητας, τις σχέσεις και την απασχόληση. Μια μετα-ανάλυση θα διεξαχθεί εάν είναι δυνατόν. Ο κίνδυνος μεροληψίας και η συνολική ποιότητα των αποδεικτικών στοιχείων θα αξιολογηθούν για να προσδιοριστεί η εμπιστοσύνη στις εκτιμήσεις.

Συζήτηση: Αναμένεται ότι αυτή η ανασκόπηση θα υπογραμμίσει τον τρόπο με τον οποίο οι άνδρες και οι γυναίκες διαφέρουν από τα αποτελέσματα θεραπείας με μεθαδόνη και θα μας επιτρέψουν να καταλήξουμε σε συμπεράσματα που μπορούν να εφαρμοστούν στη θεραπεία σε κλινικό περιβάλλον.

Association between cannabis use and treatment outcomes in patients receiving methadone maintenance treatment: a systematic review protocol.

Abstract

Background: With the non-medical use of prescription opioids increasingly becoming a method of abuse in Canada, the number of patients requiring methadone maintenance treatment (MMT) for opioid use disorder has increased dramatically. The rate of cannabis use in this population is disproportionately high (~50 %). Because its use is generally perceived as harmless, cannabis use is often not monitored during MMT. Current literature regarding the effects of cannabis use on MMT is conflicting, and the presence and nature of an association has not been clearly established. The primary objective of this review will be to conduct a systematic review of the literature and, if appropriate, a meta-analysis to determine whether there is an association between cannabis use and MMT outcomes. A secondary objective will be to perform subgroup analyses (by age, sex, method of cannabis measurement, and country) to determine whether cannabis use differentially influences MMT outcomes within these subgroups.

Methods: The search will be conducted on the following electronic databases using a predefined search strategy: MEDLINE, EMBASE, PsycINFO, and Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL). Two authors (LZ and MB) will independently screen articles using predetermined inclusion/exclusion criteria and will extract data from included articles using a pilot-tested data extraction form. Disagreements at all stages of the screening process will be settled through discussion, and when consensus cannot be reached, a third author (ZS) will be consulted. An assessment of quality and risk of bias will be conducted on all included articles, and a sensitivity analysis will be used to compare results of studies with high and low risk of bias. We will perform random- and fixed-effects meta-analyses, if appropriate, with heterogeneity calculated using the I^2 -statistic and formal evaluation of publication bias.

Discussion: Results of this systematic review will elucidate the association between cannabis use and methadone maintenance treatment outcomes. We will provide evidence that will be useful to clinicians regarding whether monitoring cannabis use during MMT is advantageous for optimizing MMT outcomes (Zielinski, et al., 2016).

Περίληψη

Ιστορικό: Με τη μη ιατρική χρήση συνταγογραφούμενων οπιοειδών όλο και περισσότερο να γίνεται μέθοδος κατάχρησης στον Καναδά, ο αριθμός των ασθενών που χρειάζονται θεραπεία υποκατάστασης με μεθαδόνη (MMT) για διαταραχή της χρήσης οπιοειδών έχει αυξηθεί δραματικά. Το ποσοστό χρήσης κάνναβης σε αυτόν τον πληθυσμό είναι υψηλό (50%). Επειδή η χρήση της είναι γενικά αντιληπτή ως αβλαβής, η χρήση κάνναβης συχνά δεν παρακολουθείται κατά τη διάρκεια της MMT. Η τρέχουσα βιβλιογραφία σχετικά με τις επιπτώσεις της χρήσης κάνναβης στο MMT είναι αντικρουόμενη. Ο πρωταρχικός στόχος αυτής της αναθεώρησης θα είναι η συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας και, ενδεχομένως, η μετα-ανάλυση για να καθοριστεί εάν υπάρχει σχέση μεταξύ της χρήσης κάνναβης και των αποτελεσμάτων MMT. Ο δευτερεύων στόχος θα είναι η διεξαγωγή αναλύσεων υποομάδων (ανά ηλικία, φύλο, μέθοδο μέτρησης κάνναβης και χώρα) για να καθοριστεί εάν η χρήση κάνναβης επηρεάζει διαφορετικά τα αποτελέσματα του MMT σε αυτές τις υποομάδες.

Μέθοδοι: Η αναζήτηση θα διεξαχθεί στις ακόλουθες ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων χρησιμοποιώντας μια προκαθορισμένη στρατηγική αναζήτησης: MEDLINE, EMBASE, PsycINFO και (CINAHL). Δύο συγγραφείς θα προβάλλουν ανεξάρτητα άρθρα χρησιμοποιώντας προκαθορισμένα κριτήρια συμπερίληψης / εξαίρεσης και θα εξαγάγουν δεδομένα από τα περιεχόμενα άρθρα χρησιμοποιώντας μια πιλοτική δοκιμαστική φόρμα εξαγωγής δεδομένων. Οι διαφωνίες σε όλα τα στάδια της διαδικασίας επιλογής θα διευθετηθούν μέσω συζήτησης και όταν δεν είναι δυνατή η επίτευξη συναίνεσης, θα ζητηθεί η γνώμη ενός τρίτου συγγραφέα. Μια εκτίμηση της ποιότητας και του κινδύνου μεροληψίας θα διεξαχθεί σε όλα τα άρθρα που περιλαμβάνονται και θα χρησιμοποιηθεί ανάλυση ευαισθησίας για τη σύγκριση των αποτελεσμάτων των μελετών με υψηλό και χαμηλό κίνδυνο μεροληψίας. Θα εκτελέσουμε μετα-αναλύσεις τυχαίων και σταθερών αποτελεσμάτων, εάν είναι απαραίτητο.

Συζήτηση: Τα αποτελέσματα αυτής της συστηματικής ανασκόπησης θα διασαφηνίσουν τη σχέση μεταξύ της χρήσης κάνναβης και των αποτελεσμάτων της θεραπείας συντήρησης μεθαδόνης. Θα προσκομιστούν αποδείξεις που θα είναι χρήσιμες για τους κλινικούς γιατρούς σχετικά με το εάν η παρακολούθηση της

χρήσης κάνναβης κατά τη διάρκεια της MMT είναι επωφελής για τη βελτιστοποίηση των αποτελεσμάτων της MMT.

Medical cannabis patterns of use and substitution for opioids & other pharmaceutical drugs, alcohol, tobacco, and illicit substances; results from a cross-sectional survey of authorized patients.

Abstract

Background: A 239-question cross-sectional survey was sent out via email in January 2017 to gather comprehensive information on cannabis use from Canadian medical cannabis patients registered with a federally authorized licensed cannabis producer, resulting in 2032 complete surveys.

Methods: The survey gathered detailed demographic data and comprehensive information on patient patterns of medical cannabis use, including questions assessing the self-reported impact of cannabis on the use of prescription drugs, illicit substances, alcohol, and tobacco.

Results: Participants were 62.6% male ($n = 1271$) and 91% Caucasian ($n = 1839$). The mean age was 40 years old, and pain and mental health conditions accounted for 83.7% of all respondents ($n = 1700$). Then, 74.6% of respondents reported daily cannabis use ($n = 1515$) and mean amount used per day was 1.5 g. The most commonly cited substitution was for prescription drugs (69.1%, $n = 953$), followed by alcohol (44.5%, $n = 515$), tobacco (31.1%, $n = 406$), and illicit substances (26.6%, $n = 136$). Opioid medications accounted for 35.3% of all prescription drug substitution ($n = 610$), followed by antidepressants (21.5%, $n = 371$). Of the 610 mentions of specific opioid medications, patients report total cessation of use of 59.3% ($n = 362$).

Conclusions: This study offers a unique perspective by focusing on the use of a standardized, government-regulated source of medical cannabis by patients registered in Canada's federal medical cannabis program. The findings provide a granular view of patient patterns of medical cannabis use, and the subsequent self-reported impacts on the use of opioids, alcohol, and other substances, adding to a growing body of academic research suggesting that increased regulated access to medical and recreational cannabis can result in a reduction in the use of and subsequent harms associated with opioids, alcohol, tobacco, and other substances (Lucas, Baron & Jikomes, 2019).

Περίληψη

Ιστορικό: Μια διασταυρούμενη έρευνα 239 ερωτήσεων εστάλη μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου τον Ιανουάριο του 2017 για τη συλλογή πληροφοριών σχετικά με τη χρήση κάνναβης από Καναδούς ασθενείς με συνταγογραφούμενη ιατρική κάνναβη από έναν εγκεκριμένο από την ΕΕ παραγωγό κάνναβης.

Μέθοδοι: Η έρευνα συγκέντρωσε λεπτομερή δημογραφικά δεδομένα και πληροφορίες σχετικά με τα μοντέλα ασθενών που χρησιμοποιούν την ιατρική κάνναβη, συμπεριλαμβανομένων ερωτήσεων που αξιολογούν τον αυτοαναφερόμενο αντίκτυπο της κάνναβης στη χρήση συνταγογραφούμενων φαρμάκων, παράνομων ουσιών, αλκοόλ και καπνού.

Αποτελέσματα: Οι συμμετέχοντες ήταν 62,6% άνδρες ($n = 1271$) και 91% καυκάσιοι ($n = 1839$). Η μέση ηλικία ήταν 40 ετών, ενώ οι συνθήκες πόνου και ψυχικής υγείας αντιστοιχούσαν στο 83,7% όλων των ερωτηθέντων ($n = 1700$). Στη συνέχεια, το 74,6% των ερωτηθέντων ανέφερε την καθημερινή χρήση κάνναβης ($n = 1515$) ενώ η μέση ποσότητα που χρησιμοποιήθηκε ανά ημέρα ήταν 1,5 g. Η πιο συχνά αναφερόμενη υποκατάσταση αφορά τα συνταγογραφούμενα φάρμακα (69,1%, $n = 953$), ακολουθούμενη από το αλκοόλ (44,5%, $n = 515$), τον καπνό (31,1%, $n = 406$) και τις παράνομες ουσίες (26.6%). Τα αντισπασμωδικά φάρμακα αντιπροσώπευαν το 35,3% όλων των υποκατάστατων συνταγογραφούμενων φαρμάκων ($n = 610$), ακολουθούμενα από αντικαταθλιπτικά (21,5%, $n = 371$). Από τις 610 αναφορές συγκεκριμένων φαρμάκων για οπιοειδή, οι ασθενείς αναφέρουν συνολική διακοπή της χρήσης 59,3% ($n = 362$).

Συμπεράσματα: Η μελέτη αυτή προσφέρει μια μοναδική προοπτική εστιάζοντας στη χρήση μιας τυποποιημένης, κυβερνητικά ρυθμιζόμενης πηγής ιατρικής κάνναβης από ασθενείς που είναι εγγεγραμμένοι στο ομοσπονδιακό πρόγραμμα καναδικής ιατρικής του Καναδά. Τα ευρήματα παρέχουν μια λεπτομερή εικόνα των ασθενών που χρησιμοποιούν ιατρική κάνναβη και των επακόλουθων αυτοαναφερόμενων επιπτώσεων στη χρήση οπιοειδών, αλκοόλ και άλλων ουσιών προσθέτοντας ένα αυξανόμενο σύνολο ακαδημαϊκών ερευνών που υποδηλώνουν ότι η αυξημένη ρυθμιζόμενη πρόσβαση σε ιατρική και ψυχαγωγική κάνναβη μπορεί να οδηγήσει σε μείωση της χρήσης και των επακόλουθων βλαβών που συνδέονται με οπιοειδή, οινόπνευμα, καπνό και άλλες ουσίες.

Utilization of buprenorphine and methadone among opioid users who inject drugs

Abstract

Background: there has been a rise in opioid abuse and related injection drug use in the united states, and treatment for opioid use disorders may be underutilized. the study aim was to describe utilization of opioid agonist therapy (oat), and assess factors associated with utilization of oat, among persons who inject drugs (pwid) in the seattle metropolitan area.

Methods: data were obtained from the 2015 national hiv behavioral surveillance (nhbs) system among pwid in the seattle area. persons aged ≥ 18 years who injected drugs in the past year were recruited using respondent-driven sampling. Local supplemental questions assessed whether participants had received methadone or buprenorphine treatment in the past year. The analysis was restricted to participants who reported use of any opioids in the past year. Analyses compared the demographic, health insurance status, duration of injection drug use, prior history of overdose, prior receipt of hepatitis C virus/human immunodeficiency virus (HCV/HIV) testing (self-report), and screening positive for HCV/HIV via study testing between methadone- or buprenorphine-treated and untreated PWID. Multivariate logistic models were performed to assess adjusted associations with receipt of any OAT.

Results: the sample included 487 pwid who used opioids in the past year, of whom 27.1% (95% confidence interval [ci]: 23.1-31.1) reported past-year treatment with methadone and 4.7% (95% ci: 2.8-6.6) reported treatment with buprenorphine. there were no significant differences in demographics among participants who did and did not report past-year oat; however, participants who were treated with methadone were more likely to be insured and have hepatitis c. after adjustment for other covariates, having health insurance was strongly associated with receipt of oat (adjusted odds ratio [aor] = 18.6; 95% ci: 2.5-138.7).

conclusions: oat, in particular buprenorphine, has been underutilized by opioid-using pwid in the seattle area. health insurance is a critical factor for enabling pwid to utilize oat treatment for opioid use disorders (Tsui, et al., 2018).

Περίληψη

Ιστορικό: παρά το γεγονός της αύξησης της κατάχρησης των οπιοειδών και της χρήσης ενέσιμων ναρκωτικών ουσιών στις Ηνωμένες Πολιτείες η θεραπεία για τις διαταραχές της χρήσης οπιοειδών δεν ην χρησιμοποιείται επαρκώς. Σκοπός της μελέτης ήταν να περιγραφεί η χρήση της θεραπείας αγωνιστή οπιοειδών (OAT) και να αξιολογηθούν οι παράγοντες που σχετίζονται με τη χρήση της OAT μεταξύ των χρηστών ενδοφλέβιων ουσιών (PWID) στη μητροπολιτική περιοχή του Σιάτλ.

Μέθοδοι: Τα στοιχεία ελήφθησαν από το Εθνικό Σύστημα Παρακολούθησης και παρατήρησης HIV του 2015 μεταξύ των χρηστών ενδοφλέβιων ουσιών (PWID) στην περιοχή του Σιάτλ. Συμπεριελήφθησαν χρήστες ενδοφλέβιων ουσιών ηλικίας ≥ 18 ετών. Συμπληρωματικές ερωτήσεις αξιολόγησαν κατά πόσο οι συμμετέχοντες έλαβαν θεραπεία με μεθαδόνη ή βουπρενορφίνη το προηγούμενο έτος. Η ανάλυση περιορίστηκε σε συμμετέχοντες που ανέφεραν χρήση οποιονδήποτε οπιοειδών κατά το προηγούμενο έτος. Οι αναλύσεις συνέκριναν τη δημογραφική κατάσταση, την κατάσταση της ασφάλισης υγείας, τη διάρκεια της ενέσιμης χρήσης ναρκωτικών, το προγενέστερο ιστορικό υπερδοσολογίας, την προηγούμενη εξέταση για τον ιό της ηπατίτιδας C / ανθρώπινη ανοσοανεπάρκεια (HCV / HIV).

Αποτελέσματα: Το δείγμα περιελάμβανε 487 χρήστες ενδοφλέβιων ουσιών που χρησιμοποίησαν οπιοειδή κατά το παρελθόν, εκ των οποίων το 27,1% (95% διάστημα εμπιστοσύνης) ανέφερεστο παρελθόν χρήση με μεθαδόνη και 4,7% (95%) θεραπεία με βουπρενορφίνη. Δεν υπήρξαν σημαντικές διαφορές στα δημογραφικά στοιχεία μεταξύ των συμμετεχόντων. Ωστόσο, οι συμμετέχοντες που υποβλήθηκαν σε θεραπεία με μεθαδόνη ήταν πιθανότερο να είναι ασφαλισμένοι και να έχουν ηπατίτιδα C. Μετά από προσαρμογή για άλλες ομοιοπαθητικές παραμέτρους, η ασφάλιση υγείας συνδέθηκε έντονα με τη λήψη των ανταγωνιστών των οπιοειδών OAT (95%).

Συμπεράσματα: Η ασφάλιση υγείας είναι ένας κρίσιμος παράγοντας που επιτρέπει στους χρήστες ενδοφλέβιων ουσιών να χρησιμοποιούν τη θεραπεία OAT για διαταραχές της χρήσης οπιοειδών.

Opioid agonist treatment for pharmaceutical opioid dependent people

Background: There are increasing concerns regarding pharmaceutical opioid harms including overdose and dependence, with an associated increase in treatment demand.

People dependent on pharmaceutical opioids appear to differ in important ways from people who use heroin, yet most opioid agonist treatment research has been conducted in people who use heroin.

Objectives: To assess the effects of maintenance agonist pharmacotherapy for the treatment of pharmaceutical opioid dependence.

Methods : The search included the Cochrane Drugs and Alcohol Group's Specialised Register of Trials; the Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL, 2015, Issue 5); PubMed (January 1966 to May 2015); EMBASE (Ovid) (January 1974 to May 2015); CINAHL (EBSCOhost) (1982 to May 2015); ISI Web of Science (to May 2014); and PsycINFO (Ovid) (1806 to May 2014).

Selection criteria: We included randomised controlled trials examining maintenance opioid agonist treatments that made the following two comparisons:

1. full opioid agonists (methadone, morphine, oxycodone, levoalphacetylmethadol (LAAM), or codeine) versus different full opioid agonists or partial opioid agonists (buprenorphine) for maintenance treatment and
2. full or partial opioid agonist maintenance versus placebo, detoxification only, or psychological treatment (without opioid agonist treatment).

Data collection and analysis: We used standard Cochrane methodological procedures.

Main results: We identified six randomised controlled trials that met inclusion criteria (607 participants). We found moderate quality evidence from two studies of no difference between methadone and buprenorphine in self reported opioid use (risk ratio (RR) 0.37, 95% confidence interval (CI) 0.08 to 1.63) or opioid positive urine drug tests (RR 0.81, 95% CI 0.56 to 1.18). There was low quality evidence from three studies of no difference in retention between buprenorphine and methadone maintenance treatment (RR 0.69, 95% CI 0.39 to 1.22). There was moderate quality evidence from two studies of no difference between methadone and buprenorphine on adverse events (RR 1.10, 95% CI 0.64 to 1.91).

We found low quality evidence from three studies favouring maintenance buprenorphine treatment over detoxification or psychological treatment in terms of fewer opioid positive urine drug tests (RR 0.63, 95% CI 0.43 to 0.91) and self reported opioid use in the past 30 days (RR 0.54, 95% CI 0.31 to 0.93). There was no

difference on days of unsanctioned opioid use (standardised mean difference (SMD) (0.31, 95% CI, 0.66 to 0.04). There was moderate quality evidence favouring buprenorphine maintenance over detoxification or psychological treatment on retention in treatment (RR 0.33, 95% CI 0.23 to 0.47). There was moderate quality evidence favouring buprenorphine maintenance over detoxification or psychological treatment on adverse events (RR 0.19, 95% CI 0.06 to 0.57).

The main weaknesses in the quality of the data was the use of open-label study design

Conclusions : There was low to moderate quality evidence supporting the use of maintenance agonist pharmacotherapy for pharmaceutical opioid dependence. Methadone or buprenorphine appeared equally effective. Maintenance treatment with buprenorphine appeared more effective than detoxification or psychological treatments.

Due to the overall low to moderate quality of the evidence and small sample sizes, there is the possibility that the further research may change these findings (Nielsen, et al., 2016).

Περίληψη

Υπάρχουν αυξανόμενες ανησυχίες σχετικά με τις φαρμακευτικές βλάβες των οπιοειδών, συμπεριλαμβανομένης της υπερδοσολογίας και της εξάρτησης, με μια σχετική αύξηση της ζήτησης για θεραπεία. Οι άνθρωποι που εξαρτώνται από τα φαρμακευτικά οπιοειδή φαίνεται να διαφέρουν σημαντικά από τους ανθρώπους που χρησιμοποιούν ηρωίνη, ωστόσο η μεγαλύτερη έρευνα για θεραπεία αγωνιστών με οπιοειδή έχει διεξαχθεί σε άτομα που χρησιμοποιούν ηρωίνη.

Στόχοι: Αξιολόγηση των αποτελεσμάτων φαρμακοθεραπείας με αγωνιστές οπιοειδών για τη θεραπεία της φαρμακευτικής εξάρτησης από οπιοειδή.

Μέθοδοι : Η έρευνα περιελάμβανε το εξειδικευμένο μητρώο δοκιμών του CochraneDrugsandAlcoholGroup. το κεντρικό μητρώο ελεγχόμενων δοκιμών του Cochrane (CENTRAL, 2015, τεύχος 5). PubMed (Ιανουάριος 1966 έως Μάιος 2015). EMBASE (Ovid) (Ιανουάριος 1974 έως Μάιος 2015). CINAHL (EBSCOhost) (1982 έως Μάιος 2015). ISI Web of Science (Μάιος 2014). και PsycINFO (Ovid) (1806 έως Μάιος 2014).

Κριτήρια επιλογής: Συμπεριελήφθησαν τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες δοκιμές εξετάζοντας θεραπείες αγωγής με αγωνιστές οπιοειδών που πραγματοποίησαν τις ακόλουθες δύο συγκρίσεις:

1. πλήρεις αγωνιστές οπιοειδών (μεθαδόνη, μορφίνη, οξυκωδόνη, λεβο-άλφα-ακετυλομεθαδόλη (LAAM) ή κωδεΐνη) έναντι διαφορετικών πλήρων αγωνιστών οπιοειδών ή μερικών αγωνιστών οπιοειδών (βουπρενορφίνη)
2. πλήρης ή μερική συντήρηση οπιοειδών αγωνιστών έναντι εικονικού φαρμάκου, μόνο αποτοξίνωση ή ψυχολογική θεραπεία (χωρίς αγωγή με αγωνιστή οπιοειδών).

Συλλογή και ανάλυση δεδομένων: Χρησιμοποιήσαμε τις τυποποιημένες μεθοδολογικές μεθόδους της Cochrane.

Κύρια αποτελέσματα: Εντοπίσαμε έξι τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες δοκιμές που πληρούσαν τα κριτήρια ένταξης (607 συμμετέχοντες).

Βρήκαμε συγκρατημένα ποιοτικά στοιχεία από δύο μελέτες για τη μη διαφορά μεταξύ μεθαδόνης και βουπρενορφίνης σε αυτοαναφερόμενη χρήση οπιοειδών (αναλογία κινδύνου (RR) 0,37, 95% διάστημα εμπιστοσύνης (CI) 0,08 έως 1,63) % CI 0,56 έως 1,18). Υπήρξαν στοιχεία χαμηλής ποιότητας από τρεις μελέτες χωρίς διαφορά στη διατήρηση μεταξύ της θεραπείας συντήρησης βουπρενορφίνης και μεθαδόνης (RR 0,69, 95% CI 0,39 έως 1,22). Υπήρξαν μέτρια αποδεικτικά στοιχεία ποιότητας από δύο μελέτες χωρίς διαφορά μεταξύ μεθαδόνης και βουπρενορφίνης (RR 1,10, 95% CI 0,64 έως 1,91).

Βρήκαμε στοιχεία χαμηλής ποιότητας από τρεις μελέτες που ευνοούσαν τη θεραπεία της θεραπείας με βουπρενορφίνη κατά τη διάρκεια της αποτοξίνωσης ή της ψυχολογικής θεραπείας όσον αφορά τα αποτελέσματα από εξετάσεις στα ούρα (RR 0,63, 95% CI 0,43-0,91) και αυτοαναφερόμενη χρήση οπιοειδών τις τελευταίες 30 ημέρες (RR 0,54 , 95% CI 0,31 έως 0,93). Υπήρχαν μέτρια αποδεικτικά στοιχεία ποιότητας που ευνοούσαν τη διατήρηση της βουπρενορφίνης κατά τη διάρκεια της αποτοξίνωσης ή της ψυχολογικής θεραπείας κατά τη συγκράτηση στη θεραπεία (RR 0,33, 95% CI 0,23 έως 0,47).

Συμπεράσματα: Υπήρχαν χαμηλά έως μέτρια αποδεικτικά στοιχεία ποιότητας που υποστηρίζουν τη χρήση φαρμακοθεραπείας αγωνιστή συντήρησης για φαρμακευτική εξάρτηση από οπιοειδή. Η μεθαδόνη ή η βουπρενορφίνη εμφανίστηκαν εξίσου

αποτελεσματικές. Η θεραπεία συντήρησης με βουπρενορφίνη εμφανίστηκε πιο αποτελεσματική από την αποτοξίνωση ή τις ψυχολογικές θεραπείες.

Λόγω της συνολικής χαμηλής έως μέτριας ποιότητας αποδεικτικών στοιχείων και μικρών μεγεθών δείγματος, υπάρχει η πιθανότητα η περαιτέρω έρευνα να μεταβάλει αυτά τα ευρήματα.

Supervised dosing with a long-acting opioid medication in the management of opioid dependence

Background: Opioid dependence (OD) is an increasing clinical and public health problem worldwide. International guidelines recommend opioid substitution treatment (OST), such as methadone and buprenorphine, as first-line medication treatment for OD. A negative aspect of OST is that the medication used can be diverted both through sale on the black market, and the unsanctioned use of medications. Daily supervised administration of medications used in OST has the advantage of reducing the risk of diversion, and may promote therapeutic engagement, potentially enhancing the psychosocial aspect of OST, but costs more and is more restrictive on the client than dispensing for offsite consumption.

Objectives: The objective of this systematic review is to compare the effectiveness of OST with supervised dosing relative to dispensing of medication for off site consumption.

Search methods: We searched in Cochrane Drugs and Alcohol Group Specialised Register and Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL), MEDLINE, Embase, CINAHL, Web of Science from inception up to April 2016. Ongoing and unpublished studies were searched via ClinicalTrials.gov (www.clinicaltrials.gov) and World Health Organization (WHO) International Clinical Trials Registry Platform (ICTRP).

All searches included non English language literature. We handsearched references on topic related systematic reviews.

Selection criteria: Randomised controlled trials (RCTs), controlled clinical trials (CCTs), and prospective controlled cohort studies, involving people who are receiving OST (methadone, buprenorphine) and comparing supervised dosing with dispensing of medication to be consumed away from the dispensing point, usually without supervision.

Data collection and analysis: We used the standard methodological procedures expected by Cochrane.

Main results: Six studies (four RCTs and two prospective observational cohort studies), involving 7999 participants comparing supervised OST treatment with unsupervised treatment, met the inclusion criteria. The risk of bias was generally moderate across trials, but the results reported on outcomes that we planned to consider were limited. Overall, we judged the quality of the evidence from very low to low for all the outcomes.

We found no difference in retention at any duration with supervised compared to unsupervised dosing (RR 0.99, 95% CI 0.88 to 1.12, 716 participants, four trials, *low quality evidence*) or in retention in the shortest follow-up period, three months (RR 0.94; 95% CI 0.84 to 1.05; 472 participants, three trials, *low-quality evidence*). Additional data at 12 months from one observational study found no difference in retention between groups (RR 0.94, 95% CI 0.77 to 1.14; n = 300). There was no difference in abstinence at the end of treatment (self reported drug use) (67% versus 60%, P = 0.33, 293 participants, one trial, *very low-quality evidence*); and in diversion of medication (5% versus 2%, 293 participants, one trial, *very low quality evidence*).

Regarding our secondary outcomes, we did not find a difference in the incidence of adverse effects in the supervised compared to unsupervised control group (RR 0.63; 96% CI 0.10 to 3.86; 363 participants, two trials, *very low quality evidence*). Data on severity of dependence were very limited (244 participants, one trial) and showed no difference between the two approaches. Data on deaths were reported in two studies. One trial reported two deaths in the supervised group (*low quality evidence*), while in the cohort study all cause mortality was found lower in regular supervision group (crude mortality rate 0.60 versus 0.81 per 100 person/years), although after adjustment insufficient evidence existed to suggest that regular supervision was protective (mortality rate ratio = 1.23, 95% CI = 0.67 to 2.27).

No studies reported pain symptoms, drug craving, aberrant opioid related behaviours, days of unsanctioned opioid use and overdose.

Conclusions: Take home medication strategies are attractive to treatment services due to lower costs, and place less restrictions on clients, but it is unknown whether they may be associated with increased risk of diversion and unsanctioned use of

medication. There is uncertainty about the effects of supervised dosing compared with unsupervised medication due to the low and very low quality of the evidence for the primary outcomes of interest for this review. Data on defined secondary outcomes were similarly limited. More research comparing supervised and take home medication strategies is needed to support decisions on the relative effectiveness of these strategies. The trials should be designed and conducted with high quality and over a longer follow up period to support comparison of strategies at different stages of treatment. In particular, there is a need for studies assessing in more detail the risk of diversion and safety outcomes of using supervised OST to manage opioid dependence (Saulle, Vecchi&Gowing, 2017).

Περίληψη

Η εξάρτηση από τα οπιοειδή (ΟΠ) είναι ένα αυξανόμενο πρόβλημα δημόσιας υγείας παγκοσμίως. Οι διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες συνιστούν τη θεραπεία υποκατάστασης με οπιοειδή (OST), όπως η μεθαδόνη και η βουπρενορφίνη, ως θεραπεία πρώτης γραμμής με φάρμακα. Μια αρνητική πτυχή του OST είναι ότι το φάρμακο που χρησιμοποιείται μπορεί να εκτραπεί τόσο μέσω της πώλησης στη μαύρη αγορά όσο και της μη αναστολής χρήσης φαρμάκων. Η καθημερινή εποπτευόμενη χορήγηση φαρμάκων που χρησιμοποιούνται στην OST έχει το πλεονέκτημα της μείωσης του κινδύνου εκτροπής και μπορεί να προωθήσει τη θεραπευτική δέσμευση, ενισχύοντας ενδεχομένως την ψυχοκοινωνική πτυχή του OST, αλλά κοστίζει περισσότερο και είναι πιο περιοριστική για τον πελάτη από τη διάθεση για κατανάλωση εκτός του χώρου.

Στόχοι: Στόχος αυτής της συστηματικής ανασκόπησης είναι η σύγκριση της αποτελεσματικότητας του OST με την εποπτευόμενη δοσολογία σε σχέση με τη χορήγηση φαρμάκων για κατανάλωση εκτός του χώρου.

Μέθοδοι αναζήτησης: Ερευνήσαμε το CochraneDrugsandAlcoholGroupSpecializedRegister και το κεντρικό μητρώο ελεγχόμενων δοκιμών Cochrane (CENTRAL), MEDLINE, Embase, CINAHL, WebofScience από την αρχή μέχρι τον Απρίλιο του 2016. Οι τρέχουσες και μη δημοσιευμένες μελέτες εξετάστηκαν μέσω του ClinicalTrials.gov (www.clinicaltrials.gov) και την πλατφόρμα μητρώου Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHO) για τις διεθνείς κλινικές δοκιμές (ICTRP) (<http://www.who.int/ictip/en/>).

Όλες οι αναζητήσεις περιελάμβαναν βιβλιογραφία μη αγγλικής γλώσσας. Αναλύσαμε τις αναφορές σε συστηματικές αναθεωρήσεις που σχετίζονται με το θέμα.

Κριτήρια επιλογής: Οι τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες μελέτες (RCTs), οι ελεγχόμενες κλινικές δοκιμές (CCTs) και οι προοπτικές ελεγχόμενες μελέτες κοόρτης, που περιλαμβάνουν άτομα που λαμβάνουν OST (μεθαδόνη, βουπρενορφίνη). Έγινε σύγκριση της εποπτευόμενης χορήγησης φαρμάκων με την χορήγηση χωρίς εποπτεία.

Συλλογή και ανάλυση δεδομένων: Χρησιμοποιήσαμε τις τυποποιημένες μεθοδολογικές διαδικασίες που αναφέρονται από την Cochrane.

Κύρια αποτελέσματα: Έξι μελέτες πληρούσαν τα κριτήρια ένταξης (τέσσερις μελέτες RCT και δύο προοπτικές μελέτες κοόρτης με παρατηρήσεις), στις οποίες συμμετείχαν 7999 συμμετέχοντες συνέκριναν την εποπτευόμενη θεραπεία με OST με τη μη επιτηρούμενη θεραπεία.

Δεν διαπιστώθηκε διαφορά στη διατήρηση στη θεραπεία σε καμία χρονική περίοδο της επιβλεπόμενης χορήγησης σε σύγκριση με τη μη επιτηρούμενη χορήγηση, ή στη συγκράτηση στη θεραπεία μέσα σε διάστημα τριών μηνών. Πρόσθετα δεδομένα σε 12 μήνες από μια μελέτη παρατήρησης δεν διαπίστωσαν διαφορά στη διατήρηση μεταξύ των ομάδων (RR 0,94, 95% CI 0,77 έως 1,14, $n = 300$). Δεν υπήρχε διαφορά στην αποχή προς το τέλος της θεραπείας και στην εκτροπή φαρμάκων (5% έναντι 2%, 293 συμμετέχοντες, μία δοκιμή, αποδεικτικά πολύ χαμηλής ποιότητας).

Όσον αφορά τα δευτερογενή αποτελέσματα, δεν διαπιστώσαμε διαφορά στην επίπτωση των ανεπιθύμητων ενεργειών στην εποπτευόμενη ομάδα συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου χωρίς παρακολούθηση. Τα δεδομένα σχετικά με τη σοβαρότητα της εξάρτησης ήταν πολύ περιορισμένα (244 συμμετέχοντες) και δεν εμφάνισαν διαφορά μεταξύ των δύο προσεγγίσεων. Τα στοιχεία για τους θανάτους αναφέρθηκαν σε δύο μελέτες. Σε μια μελέτη αναφέρθηκαν δύο θάνατοι στην εποπτευόμενη ομάδα (στοιχεία χαμηλής ποιότητας), ενώ στη μελέτη κοόρτης η θνησιμότητα από όλες τις αιτίες βρέθηκε χαμηλότερη στην ομάδα τακτικής παρακολούθησης (ποσοστό θνησιμότητας 0,60 έναντι 0,81 ανά 100 άτομα-έτη), αν και μετά την προσαρμογή ανεπαρκής υπήρχαν στοιχεία που υποδηλώνουν ότι η τακτική εποπτεία ήταν προστατευτική (λόγος θνησιμότητας = 1,23, 95% CI = 0,67 έως 2,27).

Δεν υπάρχουν μελέτες που ανέφεραν συμπτώματα πόνου, πόθο για ναρκωτικά, ανώμαλη συμπεριφορά που σχετίζεται με οπιοειδή, ημέρες μη χρησιμοποιούμενης χρήσης οπιοειδών και υπερδοσολογία.

Συμπεράσματα: Οι στρατηγικές φαρμακευτικής αγωγής είναι ελκυστικές για τις υπηρεσίες θεραπείας λόγω του χαμηλότερου κόστους και θέτουν λιγότερους περιορισμούς στους πελάτες, αλλά είναι άγνωστο αν μπορεί να σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο εκτροπής και μη επιτρεπόμενης χρήσης φαρμάκων. Υπάρχει αβεβαιότητα σχετικά με τις επιδράσεις της εποπτευόμενης δοσολογίας σε σύγκριση με τη μη επιτηρούμενη φαρμακευτική αγωγή λόγω της χαμηλής και πολύ χαμηλής ποιότητας των στοιχείων για τα πρωτογενή αποτελέσματα που παρουσιάζουν ενδιαφέρον για αυτήν την ανασκόπηση. Τα δεδομένα για τα καθορισμένα δευτερεύοντα αποτελέσματα ήταν παρόμοια περιορισμένα. Απαιτείται περισσότερη έρευνα για τη σύγκριση των στρατηγικών εποπτευόμενης χορήγησης και χορήγησης δόσεων takehome (δηλαδή χορήγηση στο σπίτι) για τη στήριξη αποφάσεων σχετικά με την αποτελεσματικότητα αυτών των στρατηγικών. Οι δοκιμές θα πρέπει να σχεδιάζονται και να διεξάγονται με υψηλή ποιότητα και σε μεγαλύτερη περίοδο παρακολούθησης, ώστε να υποστηρίζεται η σύγκριση των στρατηγικών σε διάφορα στάδια της θεραπείας. Ειδικότερα, είναι αναγκαία η εκπόνηση μελετών που θα εξετάζουν λεπτομερέστερα τον κίνδυνο εκτροπής και τα αποτελέσματα της ασφάλειας από τη χρήση του εποπτευόμενου OST.

Web-Based Prescription Opioid Abuse Prevention for Adolescents: Program Development and Formative Evaluation

Background: The unprecedented number of youths engaged in nonmedical use of prescription opioids (POs), as well as the myriad negative consequences of such misuse, emphasizes the importance of prevention efforts targeting this public health crisis. Although there are several science-based, interactive drug abuse prevention programs focused on preventing the use of nonprescription drugs in youths, to our knowledge, there are no science-based interactive programs that focus on the prevention of PO abuse among adolescents.

Objective: The aim of this study was to develop and conduct a formative evaluation of a science-based interactive Web-based program focused on the prevention of PO abuse among adolescents aged 12 to 17 years (Pop4Teens). This study was conducted

to prepare for a randomized controlled trial designed to evaluate the effectiveness of Pop4Teens compared with an active control website, JustThinkTwice.com (Drug Enforcement Administration), in impacting knowledge and attitudes about POs and perceptions of risk associated with the abuse of POs, as well as intentions to use and actual use of POs.

Methods: We conducted 6 focus groups with 30 youths (a mean of 5 per group: the eligibility being aged 12-19 years) along a continuum of exposure to POs (in treatment for opioid use disorder, in general treatment for other substance use disorder, prescribed an opioid, and opioid-naïve) and writing sessions with 30 youths in treatment for opioid use disorder (12-19 years) to inform the development of the Web-based prevention tool. Feasibility and acceptability of a prototype of the Web-based intervention were then assessed through individual feedback sessions with 57 youths (drawn from the same populations as the focus groups).

Results: We successfully completed the development of a Web-based PO abuse prevention program (Pop4Teens). Analyses of focus group transcripts informed the development of the program (eg, quiz content/format, script writing, and story editing). Selected writing session narratives anchored the planned scientific content by lending credibility and informing the development of compelling storylines intended to motivate the youth to engage with the program. Feedback session data indicated that the Web-based tool could be potentially useful and acceptable. In addition, feedback session participants demonstrated significant increases in their knowledge of key topics related to the prevention of PO abuse after the exposure to sections of the Web-based program.

Conclusions: The opioid crisis is predicted to get worse before it gets better. An effective response will likely require a multipronged strategy inclusive of effective evidence-based prevention programs acceptable to, and accessible by, a majority of youths (Moore, et al., 2019).

Περίληψη

Οπρωτοφανής αριθμός των χρηστών ο οποίος κάνουν κατάχρηση οπιοειδών ουσιών (ΟΠ), καθώς και οι μυριάδες αρνητικές συνέπειες αυτής της κατάχρησης, καταδεικνύουν την αναγκαιότητα των προσπάθειών πρόληψης που στοχεύουν στην αντιμετώπιση του προβλήματος που αφορά στη δημόσια υγεία. Παρόλο που υπάρχουν πολλά διαδραστικά προγράμματα επιστημονικά βασισμένα κατά των ναρκωτικών, τα οποία

επικεντρώνονται στην παρεμπόδιση της χρήσης μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων στους νέους, εξ όσων γνωρίζουμε, δεν υπάρχουν διαδραστικά προγράμματα επιστημονικά βασισμένα που να επικεντρώνονται στην πρόληψη της κατάχρησης των ΟΠ σε εφήβους.

Σκοπός: Σκοπός αυτής της μελέτης ήταν η ανάπτυξη και η διεξαγωγή μιας αξιολόγησης ενός επιστημονικού διαδραστικού διαδικτυακού προγράμματος επικεντρωμένου στην πρόληψη της κατάχρησης των ΡΟ σε εφήβους ηλικίας 12 έως 17 ετών (Pop4Teens). Αυτή η μελέτη διεξήχθη για την προετοιμασία μιας τυχαιοποιημένης ελεγχόμενης δοκιμής που σχεδιάστηκε για να αξιολογήσει την αποτελεσματικότητα του Pop4Teens σε σύγκριση με έναν ιστότοπο ενεργού ελέγχου JustThinkTwice.com (DrugEnforcement Administration), επηρεάζοντας τις γνώσεις και τις συμπεριφορές σχετικά με τις ΟΠ και τις αντιλήψεις για τον κίνδυνο που σχετίζεται με την κατάχρηση των οπιοειδών ουσιών, καθώς και τις προθέσεις για χρήση και πραγματική χρήση των ΟΠ.

Μέθοδοι: Δημιουργήθηκαν 6 ομάδες εστίασης με 30 νεαρούς (5 ανά ομάδα, ηλικίας 12-19 ετών) κατά μήκος μιας συνεχούς έκθεσης σε ΟΠ (σε θεραπεία για διαταραχή χρήσης οπιοειδών, θεραπεία και για διαταραχή χρήσης άλλων ουσιών, οπιοειδών και μη οπιοειδών) με γραπτές συνεδρίες με 30 νέους που αντιμετωπίζουν διαταραχή χρήσης οπιοειδών (12-19 ετών) για να ενημερώσουν την ανάπτυξη του εργαλείου πρόληψης που βασίζεται στο Web. Η σκοπιμότητα και η αποδοχή ενός προτύπου της διαδικτυακής παρέμβασης αξιολογήθηκαν έπειτα από μεμονωμένες συνεδρίες ανατροφοδότησης με 57 νέους (που προέρχονται από τους ίδιους πληθυσμούς με τις ομάδες εστίασης).

Αποτελέσματα: Ολοκληρώθηκε με επιτυχία η ανάπτυξη ενός προγράμματος πρόληψης κατάχρησης ουσιών μέσω διαδικτύου (Pop4Teens). Τα δεδομένα αναφέρουν ότι το εργαλείο που βασίζεται στο Web θα μπορούσε να είναι ενδεχομένως χρήσιμο και αποδεκτό. Επιπλέον, οι συμμετέχοντες στις συνεδρίες ανατροφοδότησης παρουσίασαν σημαντική αύξηση των γνώσεών τους σε βασικά θέματα που σχετίζονται με την πρόληψη της κατάχρησης μετά την έκθεση σε τμήματα του προγράμματος που βασίζεται στο Web.

Συμπεράσματα: Η κατάχρηση των οπιοειδών ουσιών προβλέπεται να επιδεινωθεί προτού βελτιωθεί. Απαιτείται πιθανώς μια πολυετής στρατηγική, η οποία θα

περιλαμβάνει και αποτελεσματικά προγράμματα πρόληψης που βασίζονται σε τεκμήρια και θα είναι αποδεκτά αλλά και προσβάσιμα από την πλειοψηφία των νέων.

Family predictors of parent participation in an adolescent drug abuse prevention program

Abstract

Low participation rates constitute a serious problem faced by family drug abuse prevention programs. In this study we analyse the factors related to participation in a Life Skills Training program implemented in three schools in Spain. Participants in the study were 485 pupils aged 12 – 14 years and their respective parents. The variables that predicted participation in the program were: number of children and educational level of parents, children's drug use, family conflict, parental rearing style, relationships between parents and children and family communication. The results from Spain are similar to those found in international studies, and indicate that the families most at risk of drug use are those least likely to participate in prevention programs. There is a need for strategies to increase participation in prevention programs of the families most at risk (Al-Halabi Díaz, et al., 2006).

Περίληψη

Τα χαμηλά ποσοστά συμμετοχής αποτελούν σοβαρό πρόβλημα που αντιμετωπίζουν τα προγράμματα πρόληψης της χρήσης ναρκωτικών. Αυτή η μελέτη αναλύει τους παράγοντες που σχετίζονται με τη συμμετοχή σε πρόγραμμα Εκπαίδευσης Δεξιοτήτων Ζωής που υλοποιείται σε τρία σχολεία στην Ισπανία. Οι συμμετέχοντες στη μελέτη ήταν 485 μαθητές ηλικίας 12-14 ετών και οι γονείς τους. Οι μεταβλητές που προέβλεπαν συμμετοχή στο πρόγραμμα ήταν: ο αριθμός των παιδιών και το επίπεδο εκπαίδευσης των γονέων, η χρήση ναρκωτικών από παιδιά, οι οικογενειακές συγκρούσεις, το στυλ γονικής διαπαιδαγώγησης, οι σχέσεις μεταξύ γονέων και παιδιών και η οικογενειακή επικοινωνία. Τα αποτελέσματα στην Ισπανία είναι παρόμοια με εκείνα που εντοπίστηκαν σε διεθνείς μελέτες και δείχνουν ότι οι οικογένειες που κινδυνεύουν περισσότερο από τη χρήση ναρκωτικών είναι οι λιγότερο πιθανό να συμμετάσχουν σε προγράμματα πρόληψης. Απαιτούνται στρατηγικές για την αύξηση της συμμετοχής στα προγράμματα πρόληψης των οικογενειών που κινδυνεύουν περισσότερο.

Prevention of substance abuse: a brief overview

Abstract

Recent advances in psychosocial research and neurosciences have provided new avenues for prevention of substance abuse at the individual and community level. A series of risk and protective factors affecting the likelihood of using and abusing substances have been identified. The scope of prevention has been broadened, allowing the prescription of different interventions for individuals according to their varying degrees of vulnerability to substance experimentation, continuous use and dependence. An increased awareness of comorbidity between mental and substance use disorders provides an arena for prevention within psychiatry and related disciplines. Emphasis on program evaluation has helped identify cost effective programs and policies. The integration of prevention within healthy life style policies and programs, including interventions at the school, family and community levels, is more likely to produce the desired outcomes (Medina-Mora, 2005).

Περίληψη

Οι πρόσφατες εξελίξεις στην ψυχοκοινωνική έρευνα και τις νευροεπιστήμες έχουν δώσει νέες κατευθύνσεις για την πρόληψη της κατάχρησης ουσιών σε ατομικό και κοινωνικό επίπεδο. Έχουν εντοπιστεί αρκετοί παράγοντες κινδύνου αλλά και πρόληψης που επηρεάζουν την πιθανότητα χρήσης και κατάχρησης ουσιών. Το εύρος της πρόληψης έχει διευρυνθεί, επιτρέποντας πλέον τη συνταγογράφηση διαφορετικών σκευασμάτων για τα άτομα ανάλογα με τους βαθμούς ευαισθησίας τους σε πειραματισμούς ουσιών, συνεχή χρήση και εξάρτηση. Η αυξημένη συνειδητοποίηση της συννοσηρότητας μεταξύ των ψυχικών διαταραχών και των διαταραχών της χρήσης ουσιών βοηθάει πολύ στην πρόληψη της κατάχρησης. Η έμφαση στην αξιολόγηση των προγραμμάτων πρόληψης και αντιμετώπισης αυτής της μάστιγας βοήθησε να εντοπιστούν αποδοτικά προγράμματα αλλά και πολιτικές. Η ενσωμάτωση της πρόληψης και οι παρεμβάσεις στη σχολική κοινότητα, στο οικογενειακό και στο κοινοτικό επίπεδο, είναι πιο πιθανό να παράγουν τα επιθυμητά αποτελέσματα.

The changing opioid crisis: development, challenges and opportunities

Abstract

The current opioid epidemic is one of the most severe public health crisis in US history. Responding to it has been difficult due to its rapidly changing nature and the severity of its associated outcomes. This review examines the origin and evolution of the crisis, the pharmacological properties of opioids, the neurobiology of opioid use and opioid use disorder (OUD), medications for opioid use disorder (MOUD), and existing and promising approaches to prevention. The results of the review indicate that the opioid epidemic is a complex, evolving phenomenon that involves neurobiological vulnerabilities and social determinants of health. Successfully addressing the epidemic will require advances in basic science, development of more acceptable and effective treatments, and implementation of public health approaches, including prevention. The advances achieved in addressing the current crisis should also serve to advance the science and treatment of other substance use disorders (Volkow & Blanco, 2020).

Περίληψη

Η σημερινή επιδημία της χρήσης οπιοειδών ουσιών είναι μία από τις σοβαρότερες κρίσεις δημόσιας υγείας στην ιστορία των ΗΠΑ. Η αντιμετώπισή της ήταν δύσκολη λόγω της ταχέως μεταβαλλόμενης φύσης των ουσιών και της σοβαρότητας των συναφών αποτελεσμάτων της. Η παρούσα ανασκόπηση εξετάζει την προέλευση και την εξέλιξη της κρίσης, τις φαρμακολογικές ιδιότητες των οπιοειδών, τη νευροβιολογία της χρήσης οπιοειδών και τη διαταραχή της χρήσης οπιοειδών (OUD), τα φάρμακα για την αντιμετώπιση της και τις υφιστάμενες και ελπιδοφόρες προσεγγίσεις πρόληψης. Τα αποτελέσματα της ανασκόπησης δείχνουν ότι η επιδημία οπιοειδών είναι ένα περίπλοκο και εξελισσόμενο φαινόμενο που σχετίζεται με νευροβιολογικές ευπάθειες και κοινωνικούς καθοριστικούς παράγοντες της υγείας. Η επιτυχή αντιμετώπιση της επιδημίας αυτής απαιτεί ανάπτυξη πιο αποδεκτών και αποτελεσματικών θεραπειών και εφαρμογή προσεγγίσεων προστασίας της δημόσιας υγείας, συμπεριλαμβανομένης της πρόληψης.

Opioid use disorder and treatment: challenges and opportunities

Abstract

BACKGROUND:Addiction health service researchers have focused efforts on opioid use disorder (OUD) and strategies to address the emerging public health threats associated with the epidemics of opioid use and opioid overdose. The increase in OUD is associated with widespread access to prescription opioid analgesics, enhanced purity of heroin, the introduction of potent illicit fentanyl compounds, and a rising tide of opioid overdose fatalities. These deaths have become the face of the opioid epidemic.

MAIN TEXT:OUD is a chronic disorder that usually requires both medications for opioid use disorder (MOUD) and psychosocial treatment and support. Research has found that MOUD with an opioid receptor agonist (methadone), partial agonist (buprenorphine), or opioid antagonist (extended-release naltrexone) can support recovery. Despite compelling evidence that MOUD are effective, they remain underutilized. More research is needed on these therapies to understand the feasibility of implementation in clinic settings.

CONCLUSION:This special issue focuses on how health services research has emerged as an important contributor to efforts to control the opioid epidemic in North America and Europe (Hofman, Terashima&Maccarty, 2019).

Περίληψη

Ιστορικό: Οι ερευνητές των υπηρεσιών υγείας για την τοξικομανία έχουν επικεντρώσει τις προσπάθειές τους στη διαταραχή της χρήσης οπιοειδών και στις στρατηγικές για την αντιμετώπιση των αναδυόμενων απειλών της δημόσιας υγείας που συνδέονται με τις επιδημίες της χρήσης οπιοειδών και της υπερβολικής δόσης οπιοειδών. Η επιδημία που αφορά στη χρήση οπιοειδών συνδέεται με την ευρεία πρόσβαση στα αναλγητικά οπιοειδή με συνταγή, την αυξημένη καθαρότητα της ηρωίνης, την εισαγωγή ισχυρών παράνομων ενώσεων φεντανύλης και την αυξανόμενη παλίνρροια των θανάτων από υπερβολική δόση οπιοειδών. Αυτοί οι θάνατοι έχουν γίνει το πρόσωπο της επιδημίας οπιοειδών.

Κύριο κείμενο: Η διαταραχή της χρήσης οπιοειδών είναι μια χρόνια διαταραχή που συνήθως απαιτεί δύο παρεμβάσεις για τη αντιμετώπισή της: φαρμακευτική θεραπεία και ψυχοκοινωνική υποστήριξη. Η έρευνα έδειξε ότι η θεραπεία της χρήσης οπιοειδών με έναν αγωνιστή υποδοχέα οπιοειδών (μεθαδόνη), μερικό αγωνιστή

(βουπρενορφίνη) ή ανταγωνιστή οπιοειδών (ναλτρεξόνη εκτεταμένης αποδέσμευσης) μπορεί να φέρει αποτελέσματα. Παρά τα επιτακτικά αποδεικτικά στοιχεία ότι η θεραπεία με υποκατάστατα οπιοειδών είναι αποτελεσματική, παραμένουν ανεπαρκή τα αποτελέσματα. Απαιτούνται περισσότερες έρευνες για αυτές τις θεραπείες για να κατανοηθεί η σκοπιμότητα αλλά και η αποτελεσματικότητα της εφαρμογής τους.

Συμπέρασμα : Η έρευνα για τις υπηρεσίες υγείας αντιμετώπισης της διαταραχής οπιοειδών ουσιών έχει αναδειχθεί ως ένας σημαντικός συντελεστής στις προσπάθειες για τον έλεγχο της επιδημίας οπιοειδών στη Βόρεια Αμερική και την Ευρώπη.

Comparative Effectiveness of Different Treatment Pathways for Opioid Use Disorder

Abstract

Importance: Although clinical trials demonstrate the superior effectiveness of medication for opioid use disorder (MOUD) compared with nonpharmacologic treatment, national data on the comparative effectiveness of real-world treatment pathways are lacking.

Objective: To examine associations between opioid use disorder (OUD) treatment pathways and overdose and opioid-related acute care use as proxies for OUD recurrence.

Design, setting, and participants: This retrospective comparative effectiveness research study assessed deidentified claims from the OptumLabs Data Warehouse from individuals aged 16 years or older with OUD and commercial or Medicare Advantage coverage. Opioid use disorder was identified based on 1 or more inpatient or 2 or more outpatient claims for OUD diagnosis codes within 3 months of each other; 1 or more claims for OUD plus diagnosis codes for opioid-related overdose, injection-related infection, or inpatient detoxification or residential services; or MOUD claims between January 1, 2015, and September 30, 2017. Data analysis was performed from April 1, 2018, to June 30, 2019.

Results : A total of 40 885 individuals with OUD (mean [SD] age, 47.73 [17.25] years; 22 172 [54.2%] male; 30 332 [74.2%] white) were identified. For OUD treatment, 24 258 (59.3%) received nonintensive behavioral health, 6455 (15.8%) received inpatient detoxification or residential services, 5123 (12.5%) received

MOUD treatment with buprenorphine or methadone, 1970 (4.8%) received intensive behavioral health, and 963 (2.4%) received MOUD treatment with naltrexone. During 3-month follow-up, 707 participants (1.7%) experienced an overdose, and 773 (1.9%) had serious opioid-related acute care use. Only treatment with buprenorphine or methadone was associated with a reduced risk of overdose during 3-month (adjusted hazard ratio [AHR], 0.24; 95% CI, 0.14-0.41) and 12-month (AHR, 0.41; 95% CI, 0.31-0.55) follow-up. Treatment with buprenorphine or methadone was also associated with reduction in serious opioid-related acute care use during 3-month (AHR, 0.68; 95% CI, 0.47-0.99) and 12-month (AHR, 0.74; 95% CI, 0.58-0.95) follow-up.

Conclusions and relevance: Treatment with buprenorphine or methadone was associated with reductions in overdose and serious opioid-related acute care use compared with other treatments. Strategies to address the underuse of MOUD are needed (Wakeman, et al., 2013. .

Περίληψη

Αν και οι κλινικές δοκιμές αποδεικνύουν την αποτελεσματικότητα της χορήγησης φαρμάκου για την αντιμετώπιση της διαταραχής της χρήσης οπιοειδών (MOUD) σε σύγκριση με τη μη φαρμακευτική θεραπεία, δεν υπάρχουν εθνικά δεδομένα που να συγκρίνουν την αποτελεσματικότητα της χρήσης φαρμάκου ή όχι.

ΣΚΟΠΟΣ: Να εξεταστούν οι συσχετίσεις μεταξύ των θεραπειών που αφορούν στην αντιμετώπιση της διαταραχής χρήσης οπιοειδών (OUD) και της υπερδοσολογίας αυτών.

ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ: Αυτή η μελέτη αναδρομικής συγκριτικής αποτελεσματικότητας έδωσε αξιόπιστα αποτελέσματα από την δεξαμενή δεδομένων OptumLabs για άτομα ηλικίας 16 ετών και άνω με διαταραχή χρήσης ουσιών (OUD). Η διαταραχή χρήσης οπιοειδών εντοπίστηκε με βάση 1 ή περισσότερες εσωτερικές ή 2 ή περισσότερες αιτήσεις εξωτερικών ασθενών για κωδικούς διάγνωσης OUD εντός 3 μηνών ο ένας από τον άλλο. Η ανάλυση δεδομένων πραγματοποιήθηκε από την 1η Απριλίου 2018 έως τις 30 Ιουνίου 2019.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Συνολικά 40885 άτομα με διαταραχή ουσιών (μέση ηλικία 47,73 και 1 7,25 έτη, άντρες σε ποσοστό 54,2% . Σε ποσοστό 59,3% έλαβαν μη εντατική θεραπεία συμπεριφοράς, σε ποσοστό 15,8% έλαβαν αποτοξίνωση σε νοσοκομείου ή στο σπίτι ενώ σε ποσοστό 12,5% έλαβαν θεραπεία με βουπρενορφίνη

ή μεθαδόνη, σε ποσοστό 2,4% έλαβαν θεραπεία με ναλτρεξόνη. Κατά τη διάρκεια παρακολούθησης 3 μηνών, 707 συμμετέχοντες (1,7%) έκαναν χρήση με υπερβολική δόση και 773 (1,9%) έλαβαν οξεία φροντίδα που σχετίζεται με τα οπιοειδή. Μόνο η θεραπεία με βουπρενορφίνη ή μεθαδόνη συσχετίστηκε με μειωμένο κίνδυνο υπερδοσολογίας κατά τη διάρκεια 3 μηνών και 12 μηνών παρακολούθηση. Η θεραπεία με βουπρενορφίνη ή μεθαδόνη συσχετίστηκε επίσης με τη μείωση της σοβαρής χρήσης που απαιτούσε οξεία περίθαλψη.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΤΗΤΑ Η θεραπεία με βουπρενορφίνη ή μεθαδόνη συσχετίστηκε με μείωση της υπερδοσολογίας και της σοβαρής χρήσης που απαιτεί οξεία φροντίδα σε σύγκριση με άλλες θεραπείες. Απαιτείται ανάπτυξη στρατηγικών για την αντιμετώπιση της διαταραχής της χρήσης οπιοειδών ουσιών.

Medications for management of opioid use disorder

Abstract

PURPOSE: The use of buprenorphine, methadone, and long-acting naltrexone for treatment of opioid use disorder (OUD) is discussed, including a review of current literature detailing treatment approaches and action steps to optimize treatment in acute care and office-based settings.

SUMMARY: The U.S. epidemic of opioid-related deaths has been driven by misuse of prescription opioids and, increasingly, illicit drugs such as heroin, fentanyl, and fentanyl analogs, necessitating a refocusing of treatment efforts on expanding access to life-saving, evidence-based OUD pharmacotherapy. Inpatient treatment of opioid withdrawal includes acute symptom control through a combination of nonopioid medications and long-term pharmacotherapy to lessen opioid craving and facilitate stabilization and recovery. Methadone and buprenorphine reduce opioid craving, increase treatment retention, reduce illicit opioid use, and increase overall survival. Buprenorphine has logistical advantages over methadone, such as greater flexibility of treatment setting and less risk of adverse effects. Studies have shown the efficacy of long-acting injectable naltrexone to be comparable to that of buprenorphine if patients are detoxified prior to initiation of therapy; however, patients with active OUD are often not able to complete the week-long period of opioid abstinence needed prior to initiation of naltrexone injections. Although buprenorphine is preferred by many

patients and can be prescribed in office-based settings, there remains a paucity of physicians certified to prescribe it.

CONCLUSION: Buprenorphine has become the medication of choice for many patients with OUD, but its use is limited by the low number of physicians certified to prescribe the agent. Other agents studied for treatment of OUD include methadone and naltrexone (Koehle, Zimmerman & Bridgeman, 2019).

Περίληψη

ΣΚΟΠΟΣ: Η χρήση της βουπρενορφίνης, της μεθαδόνης και της ναλτρεξόνης μακράς δράσης για τη θεραπεία της διαταραχής της χρήσης οπιοειδών (OUD) συζητείται, συμπεριλαμβανομένης μίας ανασκόπησης της τρέχουσας βιβλιογραφίας με λεπτομερείς προσεγγίσεις στη θεραπεία αυτή.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ: Η επιδημία θανάτων από οπιοειδή στην Αμερική έχει οδηγήσει σε κατάχρηση συνταγογραφούμενων οπιοειδών και, όλο και περισσότερο, παράνομων ναρκωτικών όπως ηρωίνη, φεντανύλη και ανάλογα φαιντανύλης, γεγονός που απαιτεί επανεστίαση των προσπαθειών θεραπείας. Η θεραπεία ασθενών με απόσυρση οπιοειδών περιλαμβάνει έντονο έλεγχο των συμπτωμάτων μέσω συνδυασμού μη-οπιούχων φαρμάκων και μακροχρόνιας φαρμακοθεραπείας για τη μείωση της επιθυμίας για οπιοειδή και τη διευκόλυνση της σταθεροποίησης. Η μεθαδόνη και η βουπρενορφίνη μειώνουν τη λαχτάρα των οπιοειδών, αυξάνουν τη συγκράτηση στη θεραπεία, μειώνουν τη χρήση παράνομων οπιοειδών και αυξάνουν τη συνολική επιβίωση. Η βουπρενορφίνη έχει πλεονεκτήματα έναντι της μεθαδόνης, όπως μεγαλύτερη ευελιξία στη ρύθμιση της θεραπείας και μικρότερο κίνδυνο ανεπιθύμητων ενεργειών. Μελέτες έχουν δείξει ότι η αποτελεσματικότητα της μακράς δράσης ενέσιμης ναλτρεξόνης είναι συγκρίσιμη με εκείνη της βουπρενορφίνης εάν οι ασθενείς αποτοξινώνονται πριν την έναρξη της θεραπείας. Ωστόσο, οι ασθενείς με ενεργή διαταραχή οπιοειδών ουσιών συχνά δεν είναι σε θέση να ολοκληρώσουν την εβδομαδιαία περίοδο αποχής από οπιοειδή που απαιτείται πριν από την έναρξη των εγχύσεων ναλτρεξόνης. Παρόλο που η βουπρενορφίνη προτιμάται από πολλούς ασθενείς και μπορεί να συνταγογραφηθεί σε περιβάλλον γραφείου, παραμένει η προϋπόθεση των πιστοποιημένων ιατρών για τη συνταγογράφηση.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Η βουπρενορφίνη έχει γίνει το φάρμακο επιλογής για πολλούς ασθενείς με διαταραχή οπιοειδών ουσιών αλλά η χρήση της περιορίζεται από τον μικρό αριθμό των ιατρών που έχουν πιστοποιηθεί για να συνταγογραφούν. Άλλοι παράγοντες που μελετήθηκαν για τη θεραπεία της διαταραχή οπιοειδών ουσιών περιλαμβάνουν τη μεθαδόνη και τη ναλτρεξόνη.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Από την μέχρι τώρα εμπειρία μας πάνω στο μεγάλο κοινωνικό πρόβλημα της οισιοεξάρτησης, διαφαίνεται επιτακτική η ανάγκη συμμετοχής των νοσηλευτών στην αντιμετώπιση της διαταραχής που αφορά στην κατάχρηση των οπιοειδών αλλά και άλλων ψυχοδραστικών ουσιών με στόχο την καλύτερη προσέγγιση του ειδικού αυτού πληθυσμού. Οι νοσηλευτές είναι οι επιστήμονες υγείας πρώτης γραμμής όπως αναφέρθηκε και παραπάνω στις μονάδες χορήγησης υποκαταστάτων. Σε εργασία των Richard και Rosenthal που πραγματοποιήθηκε το 2019 στις Ηνωμένες Πολιτείες φάνηκε ότι η διαταραχή της χρήσης οπιοειδών (OUD) έχει λάβει διαστάσεις επιδημίας. Στην αντιμετώπισή της δεν αρκούν οι ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις, αλλά χρειάζεται η χρήση υποκατάστατων οπιοειδών. Μελετήθηκε η αποτελεσματικότητα της βουπρενορφίνης με τη χρήση δύο σκευασμάτων υποδόριας βουπρενορφίνης και ενός εμφυτεύματος μακράς δράσης. Τα νέα αυτά συστήματα υπόσχονται βελτιωμένα αποτελέσματα μειώνοντας τον κίνδυνο της μη συμμόρφωσης στη θεραπεία. Σε εργασία η οποία δημοσιεύτηκε το 2018 από τον Nitika και τους συνεργάτες του στη Βόρεια Αμερική, φάνηκε επίσης ότι η χρήση οπιοειδών αποτελεί μείζον πρόβλημα της δημόσιας υγείας. Ο πρωταρχικός στόχος αυτής της ανασκόπησης ήταν να εξετάσει τη βιβλιογραφία σχετικά με τη αποτελεσματικότητα της συνταγογράφησης βουπρενορφίνης και των αποτελεσμάτων αυτής, έτσι ώστε να βοηθηθούν οι κλινικοί ιατροί στις αποφάσεις τους να συνταγογραφούν οπιοειδή ή όχι για συγκεκριμένους πληθυσμούς που διατρέχουν κίνδυνο. Το 2016 η Zielinski και οι συνεργάτες της στον Καναδά πραγματοποίησαν έρευνα για τη χρήση της κάνναβης η οποία είναι γενικά αντιληπτή ως αβλαβής, και δεν παρακολουθείται συχνά στα προγράμματα υποκατάστασης. Θα προσκομιστούν αποδείξεις που θα είναι χρήσιμες για τους κλινικούς γιατρούς σχετικά με το εάν η παρακολούθηση της χρήσης κάνναβης κατά τη διάρκεια της χορήγησης υποκαταστάτων είναι επωφελής για τη βελτιστοποίηση των αποτελεσμάτων της MMT. Το 2019 σε έρευνα που έγινε από τους Loukas, Baron και Jikomes στον Καναδά για τα οφέλη της συνταγογραφούμενης κάνναβης φάνηκε ότι η χρήση αυτή της κάνναβης μπορεί να οδηγήσει σε μείωση της χρήσης και των επακόλουθων βλαβών που συνδέονται με οπιοειδή, οινόπνευμα, καπνό και άλλες ουσίες. Σε έρευνα η οποία δημοσιεύτηκε από τον Tsui και τους συνεργάτες του το 2018 στο Σιάτλ ανάμεσα σε ενδοφλέβιους χρήστες οπιοειδών ουσιών, για τα οφέλη της ένταξης των ατόμων αυτών στα προγράμματα

υποκατάστασης με βουπρενορφίνη– μεθαδόνη φάνηκε ότι όσοι υποβλήθηκαν σε θεραπεία υποκατάστασης ήταν πιθανότερο να είναι ασφαλισμένοι και να γνωρίζουν ότι έχουν ηπατίτιδα C. Το 2016 η Nielsen και οι συνεργάτες της ερεύνησαν την αποτελεσματικότητα των υποκαταστάτων. Φάνηκε ότι ενώ η μεθαδόνη και η βουπρενορφίνη εμφανίστηκαν εξίσου αποτελεσματικές, η θεραπεία συντήρησης με βουπρενορφίνη εμφανίζεται πιο αποτελεσματική για την αποτοξίνωση αλλά και από άλλες ψυχολογικές θεραπείες. Το 2017 ο Saulle και οι συνεργάτες του προσπάθησαν να συγκρίνουν την αποτελεσματικότητα της θεραπείας υποκατάστασης με οποιοδήποτε αυτή γίνεται στους χώρους χορήγησης υπό εποπτεία με τη χορήγηση του φαρμάκου με δόσεις για το σπίτι (takehome). Διαπιστώθηκε ότι απαιτείται περισσότερη έρευνα για τη σύγκριση των στρατηγικών εποπτευόμενης χορήγησης και χορήγησης δόσεων takehome (δηλαδή χορήγηση στο σπίτι) για τη στήριξη αποφάσεων σχετικά με την αποτελεσματικότητα αυτών των στρατηγικών. Δύο χρόνια αργότερα, το 2019 η Moore και οι συνεργάτες της στις ΗΠΑ μελέτησαν την αποτελεσματικότητα ενός διαδικτυακού προγράμματος πρόληψης κατάχρησης ουσιών για εφήβους. Φάνηκε ότι το εργαλείο που βασίζεται στο Web θα μπορούσε να είναι ενδεχομένως χρήσιμο και αποδεκτό. Απαιτείται όμως πολυετής στρατηγική με αποτελεσματικά προγράμματα πρόληψης που βασίζονται σε τεκμήρια και θα είναι αποδεκτά αλλά και προσβάσιμα από την πλειοψηφία των νέων. Η María Elena Medina-Mora σε έρευνα που έκανε στον πλυθυσμό των χρηστών οπιοειδών ουσιών στην Νέα Υόρκη ανέφερε ότι η συνειδητοποίηση της συννοσηρότητας μεταξύ των ψυχικών διαταραχών και των διαταραχών της χρήσης ουσιών βοηθάει πολύ στην πρόληψη της κατάχρησης, όπως επίσης βοηθάνε και οι παρεμβάσεις στη σχολική κοινότητα, στο οικογενειακό και στο κοινοτικό επίπεδο. Φέτος, το 2020 οι Volkow & Blanco δημοσίευσαν τα αποτελέσματα ανασκόπησης που έκαναν στις ΗΠΑ σύμφωνα με τα οποία η επιδημία οπιοειδών σχετίζεται με νευροβιολογικές ευπάθειες και η επιτυχής αντιμετώπιση της απαιτεί ανάπτυξη προσεγγίσεων προστασίας της δημόσιας υγείας, συμπεριλαμβανομένης της πρόληψης. Το 2019 ο Hoffman με τον Terashima και τον McCarty στις ΗΠΑ συμφώνησαν με τους προηγούμενους ερευνητές ότι η αντιμετώπιση της διαταραχής οπιοειδών ουσιών έχει αναδειχθεί ως ένας σημαντικός συντελεστής στις προσπάθειες για τον έλεγχο της επιδημίας οπιοειδών στη Βόρεια Αμερική και την Ευρώπη, ενώ πριν ένα μήνα ο Wakeman και οι συνεργάτες του ανέφεραν στα αποτελέσματα έρευνάς τους ότι η θεραπεία με

βουπρενορφίνη ή μεθαδόνη συσχετίστηκε με μείωση της υπερδοσολογίας και της σοβαρής χρήσης που απαιτεί οξεία φροντίδα σε σύγκριση με άλλες θεραπείες. Τέλος, το 2019 οι Koehl, Zimmerman και Bridgeman ανέφεραν ότι η βουπρενορφίνη έχει γίνει το φάρμακο επιλογής για πολλούς ασθενείς με διαταραχή οπιοειδών ουσιών αλλά η χρήση της όσον αφορά τη συνταγογράφηση περιορίζεται από τον μικρό αριθμό των ιατρών που έχουν πιστοποιηθεί για να συνταγογραφούν.

Συμπερασματικά, διαφαίνεται ότι οι νοσηλευτές όχι σαν γενικοί νοσηλευτές, αλλά σαν ειδικοί νοσηλευτές/τριες στα πλαίσια μιας ομάδας ειδικών στη χρήση-κατάχρηση ψυχοδραστικών ουσιών θα πρέπει να μην θεωρούν την εξάρτηση ως χρόνια υποτροπιάζουσα ασθένεια, όπως υπαγορεύει το βιοιατρικό μοντέλο, αλλά ως μια αέναη προσπάθεια που καταβάλλει το εξαρτημένο άτομο μέσα από τα προγράμματα απεξάρτησης να επαναπροσδιορίσει τη ζωή του, χωρίς να βιώνει την οδύνη που του προκαλεί η χρήση ουσιών.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Γρίβας, Κ., 1995. *Ψυχότροπες ουσίες 2 - Οπιούχα Μορφίνη – Ηρωίνη - Μεθαδόνη*. Εκδόσεις Λιβάνη, Αθήνα
- Λιάππας, Α., Πομίνι, Β., 2004. *Ουσιοεξάρτηση-Σύγχρονα Θέματα*. Εκδόσεις, ΙΤΑΚΑ Ελληνικό τμήμα, Αθήνα

Χαραλαμπίδης, Ε., 2003. *Στοιχεία για τις εξαρτησιογόνες ουσίες*. Κέντρο εκπαίδευσης για την Πρόληψη της Χρήσης Ναρκωτικών και την Προαγωγή της Υγείας. Ε.ΠΙ.Ψ.Υ.-Ο.ΚΑ.ΝΑ.

Νόμος 1729/1987 Καταπολέμηση της διάδοσης των ναρκωτικών, προστασία των νέων και άλλες διατάξεις

Νόμος 2161/1993 Τροποποίηση και συμπλήρωση των διατάξεων του ν. 1729/1987 «Καταπολέμηση της διάδοσης των ναρκωτικών, προστασία των νέων και άλλες διατάξεις» ΦΕΚ 144 Α΄»

Νόμος 2716/1999 : Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και άλλες διατάξεις

Νόμος 3459/2006 - ΦΕΚ 103/Α/25-5-2006 (Μερική Κατάργηση) Νόμος 3459/2006 Κώδικας Νόμων για τα Ναρκωτικά (Κ.Ν.Ν.)

Κοινή Υπουργική Απόφαση Δ3(γ)οικ. 49037/2019 ΦΕΚ 2711/Β/2-7-2019 Συμπλήρωση και τροποποίηση των πινάκων ναρκωτικών ουσιών του ν. 3459/2013, όπως τροποποιήθηκε και ισχύει με το ν. 4139/2013

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Abram, DM., 2018. The Role of the Registered Nurse Working in Substance Use Disorder Treatment: A Hermeneutic Study. *Issues Ment Health Nurs*, 39(6): p490-498

Al-HalabiDíaz ,S., et al., 2006. Family predictors of parent participation in an adolescent drug abuse prevention program. *Drug Alcohol Rev*, 25(4): p327-31

Barlet, R., 2013. Harm Reduction: Compassionate Care Of Persons with Addictions. *Medsurg Nurs*. 22(6): p349–358

Bawor, M., et al., 2014. Sex differences in outcomes of methadone maintenance treatment for opioid addiction: a systematic review protocol. *Syst Rev*, 3:45

- Behere, AP., Basnet, P., Campbell, P., 2017. Effects of Family Structure on Mental Health of Children: A Preliminary Study. *Indian J Psychol Med*, 39(4): p457-463
- Benowitz, NL., Hukkanen, J., Jacob, P 3rd., 2009. Nicotine chemistry, metabolism, kinetics and biomarkers. *Handb Exp Pharmacol*, (192): p29-6
- Benowitz, NL., 2010. Nicotine addiction. *The New England Journal of Medicine*, 362 (24): p 2295–303
- Bortolon, CB., et al., 2016. Family functioning and health issues associated with codependency in families of drug users. *Cien Saude Colet*, 21(1): p101-7
- Bühler, A., Thrul, J., (2015). Prevention of addictive behaviours. Updated and expanded edition of Prevention of substance abuse. Διαθέσιμο στο http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/1813/TDXD15018ENN_1.pdf. Ανακτήθηκε 18/04/2020
- Bystritsky, A., et al., 2013. Current diagnosis and treatment of anxiety disorders. *P T*, 38(1): p30-57
- Duarte, DF., 2005. Opium and opioids: a brief history. *Rev Bras Anesthesiol*, 55(1): p135-46
- Gray, MK., Sqeglia, ML., 2018. Research Review: What Have We Learned About Adolescent Substance Use?. *J Child Psychol Psychiatry*, 59(6): p618–627
- Griffiths, P., Evans-Brown, M., Sedefov, R., 2014. The (mis)use of psychoactive medicines: getting the balance right in complex systems. *Addiction*. 109(2): p182-3
- Guina, J., Merrill, B., 2018. Benzodiazepines I: Upping the Care on Downers: The Evidence of Risks, Benefits and Alternatives. *J Clin Med*, 7(2): p17
- Gupta, M., Attia, IF., 2019. *Withdrawal Syndromes*. StatPearls. Διαθέσιμο στο <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459239/>. Ανακτήθηκε 17/03/2020
- Hadland, ES., Levy, S., 2016. OBJECTIVE TESTING – URINE AND OTHER DRUG TESTS. *Child Adolesc Psychiatry Clin N Am*, 25(3): p549–565
- Hall, W., Degenhardt, L., Paton, G., 2008. *Cannabis abuse and dependence. Adolescent addiction*. Academic press. Διαθέσιμο στο <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780123736253500061>. Ανακτήθηκε 17/03/2020

Hemovich, V., Lac, A., Crano, WD., 2011. Understanding early-onset drug and alcohol outcomes among youth: the role of family structure, social factors, and interpersonal perceptions of use. *Psychol Health Med*, 16(3): p249-67

Hoffman, KA., Ponce Terashima, J., McCarty, D., Opioid use disorder and treatment: challenges and opportunities. *BMC Health Serv Res*, 19(1): p884

- Khare, C.P., 2007. *Indian Medicinal Plants An Illustrated Dictionary*. Springer.

Διαθέσιμο

στο

http://gbpihedenviis.nic.in/PDFs/Glossary_Medicinal_Plants_Springer.pdf

Ανακτήθηκε 16/03/2020

Koehl, JL., Zimmerman, DE., Bridgeman, PJ., 2019. Medications for management of opioid use disorder. *Am J Health Syst Pharm*, 76(15): p1097-1103

Lopes, GM., et al., 2013. Use of psychoactive substances by adolescents: current panorama. *Braz J Psychiatry*, 35(1): pS51-61

Lucas, P., Baron, EP., Jikomes, N., 2019. Medical cannabis patterns of use and substitution for opioids & other pharmaceutical drugs, alcohol, tobacco, and illicit substances; results from a cross-sectional survey of authorized patients. *Harm Reduct J*, 16(1): p9

Mayers, LJ., Dick, MD., 2010. Genetic and Environmental Risk Factors for Adolescent-Onset Substance Use Disorders. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*, 19(3): p465-477

Medina-Mora, ME., 2005. Prevention of substance abuse: a brief overview. *World Psychiatry*, 4(1): p25-30

Moore, SK., et al., 2019. Web-Based Prescription Opioid Abuse Prevention for Adolescents: Program Development and Formative Evaluation. *JMIR Form Res*, 3(3): e12389

Nichols, ED., 2016. Psychedelics. *Pharmacol Rev*, 68(2): p264-355

Oscar-Berman, M., Marinković, K., 2007. Alcohol: Effects on Neurobehavioral Functions and the Brain. *Neuropsychol Rev*, 17(3): p239-257

Nielsen, S., et al., 2016. Opioid agonist treatment for pharmaceutical opioid dependent people. *Cochrane Database Syst Rev*, 9(5): CD011117

- Paparelli, et al., 2011. Drug-Induced Psychosis: How to Avoid Star Gazing in Schizophrenia Research by Looking at More Obvious Sources of Light. *Front BehavNeurosci*, 5:1
- Rosenthal, R., 2019. Novel Formulations of Buprenorphine for Treatment of Opioid Use Disorder. *Focus (Am PsychiatrPubl)*, 17(2): p104-109
- Rosenthal, R., Faris, S., 2019. The etymology and early history of ‘addiction’. *Addiction Research & Theory*, 27(5): p 437-449
- Sachdeva, A., Choudhary, M., Chandra, M., 2015. AlcoholWithdrawal SyndromeBenzodiazepines and Beyond.*J Clin Diagn Res*, 9(9): pVE01-VE07
- Sanger, N., et al., 2018. Treatmentoutcomes in patients with opioid use disorderinitiated by prescription: a systematicreviewprotocol.*Syst Rev*, 7(1): p16
- Saulle, R., Vecchi, S., Gowing, L., 2017. Superviseddosing with a long-actingopioidmedication in the management of opioiddependence.*Cochrane Database Syst Rev*, 4:CD011983
- Schiff, P., 2002.*Opium and its alkaloids"*. American Journal of Pharmaceutical Education.
- Διαθέσιμοστοhttps://web.archive.org/web/20071021021327/http://findarticles.com/p/articles/mi_qa3833/is_200207/ai_n9107282/print. Ανακτήθηκε 15/03/2020
- Spooner, C., Hetherington, K., 2004. Social Determinants of Drug Use. Διαθέσιμο στο <https://ndarc.med.unsw.edu.au/sites/default/files/ndarc/resources/TR.228.pdf>. Ανακτήθηκε 20/03/2020
- Stauffer, K., Yegles, M., 2016. Biomarkers for detection of alcoholconsumption in livertransplantation.*World J Gastroenterol*, 22(14): p3725-34
- Stone, R., 2015. Pregnant women and substance use: fear, stigma, and barriers to care. *Health Justice*, 3:2 p 1-16
- Tsui, JI., et al., 2018. Utilization of buprenorphine and methadone among opioiduserswhoinjectdrugs.*SubstAbus.*, 39(1): p83-88
- Volkow ,ND., Blanco ,C., 2020. The changingopioidcrisis: development, challenges and opportunities.*Mol Psychiatry*,doi: 10.1038/s41380-020-0661-4. [Epub ahead of print]
- Wakeman, SE., et al.,2020.ComparativeEffectiveness of DifferentTreatmentPathways for Opioid Use Disorder.*JAMA Netw Open*, 3(2):e1920622

Williams, JT., Christie, MJ., Manzoni, O., 2001. Cellular and synaptic adaptations mediating opioid dependence. *Physiol Rev*, 81(1): p299-343

Zielinski, L., et al., 2016. Association between cannabis use and treatment outcomes in patients receiving methadone maintenance treatment: a systematic review protocol. *Syst Rev*, 5(1): p139.

ΠΗΓΕΣ ΑΠΟ ΤΟ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ

History.com Editors, 2017. Heroin, Morphine and Opiates. Διαθέσιμο στο <https://www.history.com/topics/crime/history-of-heroin-morphine-and-opiates>. Ανακτήθηκε 15/03/2020

Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας (2016), Ευρωπαϊκή έκθεση για τα ναρκωτικά 2016: Τάσεις και εξελίξεις, Υπηρεσία Εκδόσεων της Ευρωπαϊκής Ένωσης, Λουξεμβούργο

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), 2019. European Drug Report. 2019: Trends and Developments, Publications Office of the European Union, Luxembourg. Διαθέσιμο στο http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/11364/20191724_TDAT19001ENN_PDF.pdf. Ανακτήθηκε 15/03/2020

EMCDDA, 2015. Prevention of addictive behaviours. Διαθέσιμο στο http://www.emcdda.europa.eu/publications/insights/preventing-addictive-behaviours_en. Ανακτήθηκε 14/03/2020

National Institute on Drug Abuse, (NIDA), 2000. Approaches to drug abuse counseling. Διαθέσιμο στο <https://archives.drugabuse.gov/sites/default/files/approaches-to-drug-abuse-counseling.pdf>. Ανακτήθηκε 15/03/2020

NIDA, 2003. Diagnosis and Treatment of Drug Abuse in Family Practice - American Family Physician Monograph. Διαθέσιμο στο <https://archives.drugabuse.gov/publications/diagnosis-treatment-drug-abuse-in-family-practice-american-family-physician-monograph> . Ανακτήθηκε 16/03/2020

NIDA, 2019. DragFact: Marijuana. Διαθέσιμο στο <https://www.drugabuse.gov/publications/drugfacts/marijuana>. Ανακτήθηκε 16/03/2020

NIDA, 2019. Treatment Approaches for Drug Addiction. Διαθέσιμο στο <https://www.drugabuse.gov/publications/drugfacts/treatment-approaches-drug-addiction>. Ανακτήθηκε 14/04/2020

<https://www.okana.gr/2012-02-03-13-07-06/politikiokanatherapeia>. Ανακτήθηκε 15/03/2020

Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA), 2004. *Substance Abuse Treatment and Family Therapy*. Διαθέσιμο στο <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK64265/>. Ανακτήθηκε 20/03/2020

SAMSHA, 2006. *Detoxification and Substance Abuse Treatment*. 4 Physical Detoxification Services for Withdrawal From Specific Substances. Διαθέσιμο στο <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK64116/>. Ανακτήθηκε 20/03/2020

SAMHSA, 2009. *Substance Abuse Treatment: Addressing the Specific Needs of Women. Treatment Improvement Protocol*. Διαθέσιμο στο https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK83252/pdf/Bookshelf_NBK83252.pdf. Ανακτήθηκε 20/03/2020

United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), 2018. DRUGS AND AGE Drugs and associated issues among young people and older people. Διαθέσιμο στο https://www.unodc.org/wdr2018/prelaunch/WDR18_Booklet_4_YOUTH.pdf. Ανακτήθηκε 20/03/2020

US Department of Health and Human Services, 2016. *Facing Addiction in America: The Surgeon General's Report on Alcohol, Drugs, and Health [Internet]*. CHAPTER 4 EARLY INTERVENTION, TREATMENT, AND MANAGEMENT OF SUBSTANCE USE DISORDERS. Διαθέσιμο στο <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK424859/>. Πρόσβαση 20/04/2020

US Department of Health and Human Services, 2016. *Facing Addiction in America: The Surgeon General's Report on Alcohol, Drugs, and Health [Internet]*. CHAPTER 6 HEALTH CARE SYSTEMS AND SUBSTANCE USE DISORDERS. Διαθέσιμο στο <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK424848/>. Πρόσβαση 20/04/2020

WHO, 2016. The health and social effects of nonmedical cannabis use. Διαθέσιμο στο https://www.who.int/substance_abuse/publications/msb_cannabis_report.pdf. Ανακτήθηκε 18/03/2020

ΕΚΤΕΠΝ, 2018. “Η Κατάσταση του Προβλήματος των Ναρκωτικών και των Οινοπνευματωδών στην Ελλάδα”. Διαθέσιμο στο <https://positivevoice.gr/7069>. Ανακτήθηκε 16/03/2020