

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΡΗΤΗΣ
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΣΗΤΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΚΑΙ ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΑΣ

Αλκοόλ και Ναρκωτικά κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης



Διπλωματική εργασία

Γεωργαδάκης
Στέφανος

Πελαγίδου
Μαρία Σοφία

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘ : κα ΑΥΓΟΥΣΤΙΝΑΚΗ ΚΑΛΛΙΟΠΗ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Κεφάλαιο 1

σελίδα

- Εισαγωγή στην ασθένεια (αλκοολικές και ναρκομανείς εγκυμονούσες)... 1
- Ορισμοί.....2
- Βασικές έννοιες.....2
- Ανατομία γεννητικού συστήματος της γυναίκας.....5

Κεφάλαιο 2

- Ανωμαλίες κυήσεως λόγω λήψης αλκοολούχων ποτών και ναρκωτικών...18
- Παρουσίαση βλαβών λόγω λήψης αλκοολούχων ποτών και ναρκωτικών..22
- Μηχανισμοί.....27
- Δράση ανοσοποιητικού.....27

Κεφάλαιο 3

- Μετάδοση ψυχογενετικών, ψυχονευρωτικών, ψυχοκινητικών προβλημάτων λόγω χρήσης ναρκωτικών και κατανάλωσης αλκοόλ.....32
- Κυριότερες κλινικές μορφές.....34
- Διάγνωση - Ιατροφαρμακευτική αντιμετώπιση - Συντηρητική θεραπεία....50

- Ψυχολογική
υποστήριξη.....64

Κεφάλαιο 4

- Η σημασία της διατροφής σε κυοφορούσες και μητέρες ναρκομανείς
και
αλκοολικές.....
76
- Ο ρόλος του διαιτολόγου
.....94

Κεφάλαιο 5

- Κατάσταση που επικρατεί στην Ελλάδα (ποσοστά ναρκομανών και
αλκοολικών
εγκύων).....96
- Διατροφικά σκευάσματα για τη συμπλήρωση των θρεπτικών
συστατικών στα οποία παρουσιάζουν έλλειψη λόγω της χρήσης
ναρκωτικών και κατανάλωσης αλκοόλ
.....103

Συμπεράσματα.....1
13

Περίληψη.....
115

Abstract.....
117

Βιβλιογραφία.....
118

Εισαγωγή στην ασθένεια της ναρκομανούς – τοξικομανούς και αλκοολικής εγκύου

Εγκυμοσύνη είναι η διαδικασία κατά την οποία μία γυναίκα φέρει ένα γονιμοποιημένο ωάριο, το οποίο αναπτύσσεται κι εξελίσσεται μέσα της και διαρκεί μέχρι και τη γέννηση του βρέφους. Ο ιατρικός όρος για την κυοφορούσα γυναίκα είναι "έγκυος" και για το μωρό πριν τη γέννησή του "έμβρυο". Αποτελεί μία από τις πιο όμορφες και σημαντικές στιγμές στη ζωή μιας γυναίκας. Σαράντα εβδομάδες κύησης που σε κάθε μια μέρα από αυτές βιώνει το θαύμα της αγάπης του Δημιουργού Θεού. Ένα θαύμα που δύσκολα μπορεί να το συλλάβει ο ανθρώπινος νους.

Η έγκυος βρίσκεται σε μια ιδιαίτερη κατάσταση, όπου ολόκληρο το σώμα της αλλά και ο ψυχισμός της έχουν πια προσανατολιστεί προς ένα συγκεκριμένο σκοπό, την φιλοξενία, για εννέα περίπου μήνες, μίας καινούργιας αλλά και εύθραυστης ύπαρξης. Από ένστικτο, η κοπέλα γνωρίζει ότι τώρα χρειάζεται να είναι ιδιαίτερα προσεκτική στις κινήσεις της, στη διατροφή της, ακόμη και στα συναισθήματα της, μιας και όλα αυτά έχουν άμεσο αντίκτυπο στην ευημερία του αναπτυσσόμενου παιδιού. Σύμφωνα με αυτό αντιλαμβανόμαστε ότι ο τρόπος ζωής της γυναίκας κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης παίζει καθοριστικό ρόλο όχι μόνο για την ίδια αλλά και για το μέλλον του παιδιού της. Είναι σημαντικό η γυναίκα να γνωρίζει τη σημασία της σωματικής άσκησης, του ύπνου και του φαγητού όπως επίσης τους σοβαρούς κινδύνους που δημιουργεί η έκθεση της στο κάπνισμα, στο αλκοόλ και στα ναρκωτικά καθώς οι ουσίες αυτές επιδρούν στον εγκέφαλο και για το λόγο αυτό προκαλούν εθισμό. Συνεπώς αντιλαμβανόμαστε ότι τόσο το αλκοόλ αλλά και τα ναρκωτικά σε μεγαλύτερο βαθμό επηρεάζουν αρνητικά τόσο το έμβρυο, όσο και την ίδια την γυναίκα δυσχεραίνοντας με τον τρόπο αυτό την ομαλή εξέλιξη της εγκυμοσύνης.

Το αλκοόλ με τη σειρά του είναι τοξικό για το παιδί, προκαλώντας σωματικές και ψυχικές εκ γενετής ανωμαλίες. Η έγκυος καλύτερα να

αποφεύγει πλήρως τα αλκοολούχα ποτά διότι δεν υπάρχει όριο ποσότητας αλκοόλ που θεωρείται ασφαλής για το παιδί. Παρομοίως έγκυες οι οποίες κάνουν χρήση ναρκωτικών θέτουν το παιδί τους σε μεγάλους κινδύνους. Μεταξύ των κινδύνων αυτών είναι η μη φυσιολογική ανάπτυξη του εμβρύου, οι εκ γενετής ανωμαλίες, ο πρόωρος τοκετός, τα προβλήματα συμπεριφοράς και μάθησης, καθώς και η εξάρτηση που αποκτά το νεογνό στις απαγορευμένες ουσίες.

Συμπερασματικά η περίοδος της εγκυμοσύνης για μία γυναίκα είναι πολύ σημαντική για την μετέπειτα πορεία και ανάπτυξη του εμβρύου – παιδιού, καθώς η λανθασμένη διαχείριση της περιόδου αυτής μπορεί να προκαλέσει ανεπιθύμητες συνέπειες. Κανένας δεν είναι άξιος να στερήσει ή να στιγματίσει αρνητικά τη ζωή ενός παιδιού πριν ακόμα έρθει στο κόσμο

Βασικές έννοιες-Ορισμοί

Αλκοόλ

Το "αλκοόλ" αποκαλούμενο επιστημονικά αιθανόλη ή αιθυλική αλκοόλη ή καθαρό οινόπνευμα ή οινόπνευμα σιτηρών ή οινόπνευμα κατανάλωσης είναι ένα πτητικό, εύφλεκτο, άχρωμο υγρό. Σύμφωνα με την Χημεία, είναι μια οργανική ένωση αποτελούμενη από δύο άτομα άνθρακα, υδρογόνο και μια ομάδα υδροξυλίου (ομάδα OH). Ο χημικός τύπος είναι $\text{CH}_3\text{-CH}_2\text{-OH}$ και ανήκει στην ομόλογη σειρά των κορεσμένων μονοσθενών αλκοολών ($\text{C}_v\text{H}_{2v+1}\text{O}$). (<http://en.wikipedia.org/wiki/Ethanol>).

Η αιθυλική αλκοόλη γεωργικής προέλευσης, αποτελεί χαρακτηριστικό της σύνθεσης των "αλκοολούχων ποτών" στα οποία περιέχεται σε οποιοδήποτε ποσοστό που έχει προέλθει είτε από φυσική ζύμωση, είτε από προσθήκη κατά την επεξεργασία.

Η αιθυλική αλκοόλη και τα αλκοολούχα προϊόντα διέπονται από ειδική (κάθετη) νομοθεσία (N 2969/2001, Φ.Ε.Κ. 281/A/18-12-2001).

Τύποι αλκοολούχων ουσιών: Τα αλκοολούχα ποτά διακρίνονται σε τρεις γενικές κατηγορίες:

Ζυμούμενα

Παρασκευάζονται με αλκοολική ζύμωση αμυλούχου ή σακχαρούχου πρώτης ύλης. Τυπικοί εκπρόσωποι αυτού του τύπου ποτών είναι το κρασί και ο ζύθος.

Αποσταζόμενα

Σε αυτό τον τύπο ποτών η αλκοολική ζύμωση της πρώτης ύλης ακολουθείται από απόσταξη. Χαρακτηριστικοί εκπρόσωποι τέτοιων ποτών είναι το τσίπουρο, το ούζο, η βότκα, το ουίσκι κ.ά.

Ηδύποτα

Τα ποτά αυτού του τύπου είναι εξ ολοκλήρου τεχνητής παρασκευής: Αναμιγνύονται προϋπολογισμένες ποσότητες αιθυλικής αλκοόλης, νερού, αρωματικών και χρωστικών υλών (τις περισσότερες φορές μη φυσικής προέλευσης) και γλυκαντικών ουσιών. Χαρακτηριστικός εκπρόσωπος αυτού του τύπου ποτών είναι τα διάφορων τύπων λικέρ.

(http://en.wikipedia.org/wiki/Alcoholic_beverage)

✚ Ναρκωτικά

Τα ναρκωτικά είναι ουσίες που επιδρούν κυρίως στον εγκέφαλο και προκαλούν τροποποίηση του ψυχισμού. Υπάρχουν ουσίες που ναρκώνουν και άλλες που διεγείρουν το νευρικό σύστημα. Αναμφισβήτητα όμως, όλες προκαλούν την ύπνωση της συνείδησης και τη διέγερση του υποσυνείδητου. Με τον όρο **συνείδηση** αναφερόμαστε στην ικανότητα προσοχής και αντίληψης, το μέρος του εαυτού μας που μας επιτρέπει να ζούμε το κάθε τι. Υποσυνείδητο είναι ένα σύνολο μνήμες, συμπλέγματα, φόβοι, αρχέτυπα... Με τα ναρκωτικά το υποσυνείδητο διεγείρεται και κατακλύζει τη συνείδηση η οποία πέφτει σε κωματώδη κατάσταση, όμοια με εκείνη του υπνωτισμένου ή του λιπόθυμου. Η προσωπικότητα διασπάται κάτω από τις έντονες προβολές του υποσυνείδητου και της ύπνωσης του συνειδητού. Ο χρήστης αυτοϋποβάλλεται και απατηλές καταστάσεις γίνονται έντονα πιστευτές σαν πραγματικότητα.

Ο όρος **εθισμός** χρησιμοποιείται για να περιγράψουμε την επαναλαμβανόμενη χρήση απαγορευμένων ουσιών σε τέτοιο βαθμό που ο

χρήστης βρίσκεται σε κατάσταση περιοδικής ή χρόνιας τοξικότητας. Η αδυναμία εύρεσης των απαγορευμένων ουσιών οδηγεί το χρήστη στην εκδήλωση ανάρμοστης συμπεριφοράς, που πολλές φορές αγγίζουν τα όρια της εγκληματικότητας. Τέτοιου είδους συμπεριφορές χαρακτηρίζουν το **στερητικό σύνδρομο**.

Τύποι ναρκωτικών ουσιών

1. **Οπιούχα ή αλκαλοειδή του οπίου.** Η κατηγορία των ουσιών αυτών υποδιαιρείται στα φυσικά, τα ημισυνθετικά και τα συνθετικά οπιούχα. Ενδεικτικά αναφέρουμε πως στα φυσικά οπιούχα ανήκει η μορφίνη και η κωδεΐνη, στα ημισυνθετικά η ηρωΐνη και η διυδρομορφινόνη και στα συνθετικά οπιούχα η πεθιδΐνη, η πενταζοκΐνη, η ναλορφΐνη κ.α.
2. **Κατασταλτικά του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος (Κ.Ν.Σ.).** Τα φάρμακα της κατηγορίας αυτής επιδρούν περιοριστικά στο επίπεδο λειτουργΐας των νευρικών κυττάρων του εγκεφάλου και κατασταλτικά στο Κ.Ν.Σ. Η χημική τους σύσταση διαφέρει από φάρμακο σε φάρμακο και πολλά από αυτά χρησιμοποιούνται ευρύτατα για ποικίλους θεραπευτικούς σκοπούς. Οι κυριότερες ουσΐες της κατηγορίας αυτής είναι η αιθυλική αλκοόλη (το γνωστό μας οινόπνευμα), τα βαρβιτουρικά, οι βενζοδιαζεπΐνες κ.α.
3. **Ψυχοδιεργητικά.** Χαρακτηριστικό των ουσιών που ανήκουν στην κατηγορία αυτή είναι πως προκαλούν αΐσθημα ευεξΐας και διαύγειας. Οι κυριότερες ουσΐες της κατηγορίας αυτής είναι η κοκαΐνη, οι αμφεταμΐνες και τα παράγωγά τους.
4. **Δΐαφορες άλλες εξαρτησιογόνες ουσΐες.** Στην κατηγορία αυτή ανήκουν ουσΐες που η χημική τους σύσταση, το πεδΐο δράσης και τα συμπτώματά τους παρουσιάζουν μεγάλη ποικιλΐα. Άλλο χαρακτηριστικό των ουσιών αυτών είναι πως μερικές από αυτές έχουν ευρύτατη χρήση, όπως η νικοτΐνη και το χασΐς. Στην κατηγορία αυτή ανήκει και το LSD. ([Παπαγεωργΐου Κ, 1993](#)).

✚ Εγκυμοσύνη

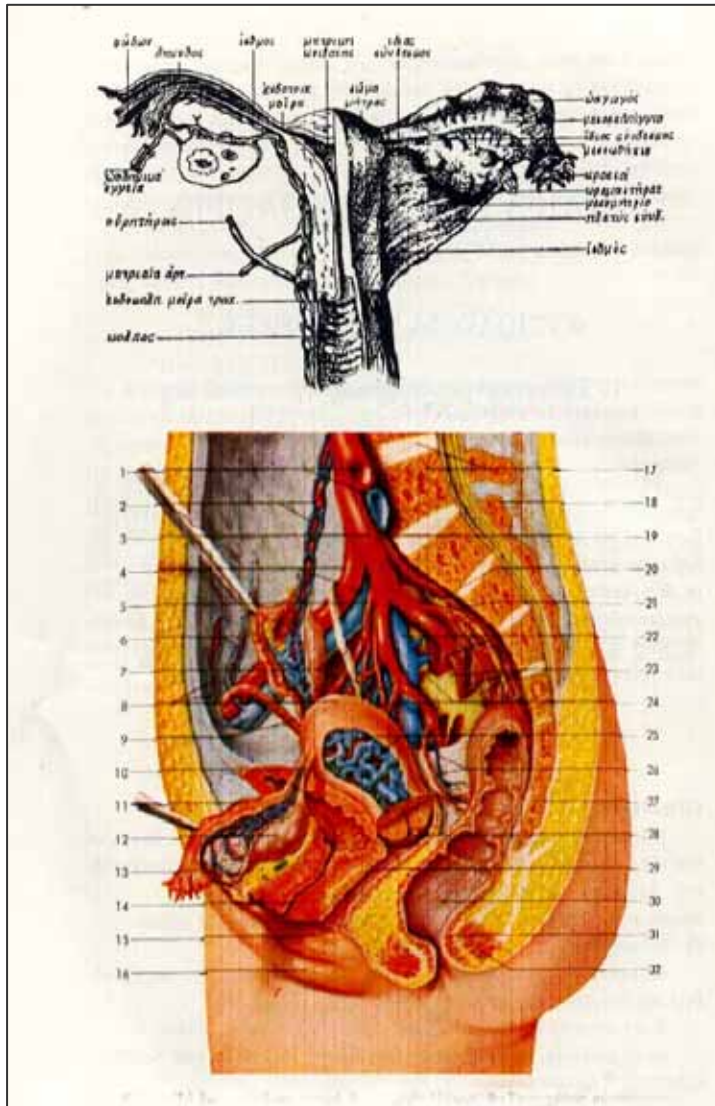
Είναι η διαδικασία κατά την οποία μια γυναίκα φέρει ένα γονιμοποιημένο ωάριο, το οποίο αναπτύσσεται και εξελίσσεται μέσα της και διαρκεί μέχρι και τη γέννηση του βρέφους. Ο ιατρικός όρος για την κυοφορούσα γυναίκα είναι "έγκυος" και για το μωρό πριν τη γέννησή του "έμβρυο". Μία φυσιολογική εγκυμοσύνη διαρκεί περίπου 40 εβδομάδες από τον τελευταίο γυναικείο κύκλο (ή 38 εβδομάδες μετά τη γονιμοποίηση του ωαρίου). Το πρώτο τρίμηνο εγκυμονεί για τη μέλλουσα μητέρα και τους μεγαλύτερους κίνδυνους για μία ενδεχόμενη *αποβολή* - ονομάζεται έτσι ο θάνατος από φυσιολογική αιτία ενός εμβρύου. Αυτό μπορεί να οφείλεται σε προβλήματα υγείας του εμβρύου, της μητέρας ή σε κάποια ζημιά που προκλήθηκε μετά τη σύλληψη. (<http://el.wikipedia.org>)

Η εγκυμοσύνη είναι για μία γυναίκα ίσως η σημαντικότερη και ομορφότερη περίοδος της ζωής της και μία εκπληκτική εμπειρία πρωταρχικά για την ίδια και σε μικρότερο βαθμό για τους οικείους της. Οι αλλαγές δε που συντελούνται τόσο σε σωματικό επίπεδο όσο και στο ψυχικό και συναισθηματικό κόσμο της μέλλουσας μητέρας είναι τεράστιες.

Το γεννητικό σύστημα της γυναίκας

Το γεννητικό σύστημα της γυναίκας αποτελείται από διάφορα όργανα, τα οποία αν και εκτελούν διαφορετική λειτουργία το κάθε ένα, συνεργάζονται στενά μεταξύ τους ώστε να εξυπηρετούν την αποστολή τους, δηλαδή την αναπαραγωγή. Τα γεννητικά όργανα της γυναίκας διακρίνονται σε δύο ομάδες, στα εσωτερικά και τα εξωτερικά που χωρίζονται από τον παρθενικό υμένα. Στα εσωτερικά γεννητικά όργανα ανήκουν οι ωθήκες, οι σάλπιγγες, η μήτρα και ο κόλπος, ενώ τα εξωτερικά γεννητικά όργανα αποτελούν το αιδοίο. (Γεωργακόπουλος, 1982 – Παναγιώτου, 1974)

Εσωτερικά γεννητικά όργανα



Εικόνα 1 Τα εσωτερικά γεννητικά όργανα.

8=μήτρα, 9=στρογγυλός σύνδεσμος, 10=ωθητικός σύνδεσμος, ουροδόχος κύστη, 11=σάλπιγγα, 12=ωθήκη, 13=κλειτορίδα, 14=ουρήθρα, 15=μικρό χείλος, 16=μεγάλο χείλος, 25=ωθητική αρτηρία και φλέβα, 26=μέση αιμορροϊδική αρτηρία, 26=μέση αιμορροϊδική αρτηρία 27= κόκκυγας, 28=τράχηλος, 29=κόλπος, 30=ορθό, 31 και 32=σφιγκτήρας. (Προσαρμογή από Γεωργακόπουλο, 1982)

Αποτελούν τους γεννητικούς αδένες της γυναίκας και αντιστοιχούν στους όρχεις του άντρα. Είναι δύο σε σχήμα και μέγεθος αμυγδαλού και κρέμονται εκατέρωθεν της μήτρας από το οπίσθιο πέταλο του πλατέος συνδέσμου (μεσοωθήκιο). Στη θέση τους στηρίζονται ακόμη με δύο συνδέσμους, τον μητροωθητικό ή ίδιο σύνδεσμο της ωθήκης προς την μήτρα και τον κρεμαστήρα προς το πυελικό τοίχωμα. Επίσης κάθε ωθήκη αποτελείται από δύο ουσίες, τη μυελώδη, που βρίσκεται στο κέντρο και γύρω από τις πύλες (μέρος εισόδου των αγγείων στο όργανο) και τη φλοιώδη, η οποία βρίσκεται στην περιφέρεια και καλύπτεται από κυλινδρικό επιθήλιο, το βλαστικό. Η ουσία αυτή είναι υψίστης σημασίας καθώς σε αυτήν αναπτύσσονται τα

ωοθυλάκια. Τέλος η ωοθήκη παρουσιάζει διπλή λειτουργία. Παραγωγή ωαρίων για την αναπαραγωγή και έκκριση ορμονών (ωοθυλακίνης και ωχρίνης) στο αίμα για τη ρύθμιση του κύκλου. (Γεωργακόπουλος, 1982 – Παναγιώτου, 1974)

2. Οι σάλπιγγες ή ωαγωγοί

Αποτελούν δύο σωλήνες (12 – 14 cm) εκατέρωθεν της μήτρας. Αρχίζουν από το άνω μέρος της και στην πορεία τους προς τα πλάγια της πυέλου παρουσιάζουν τέσσερις μοίρες :

- ✚ Ενδοτοιχική, δηλαδή το αρχικό τμήμα μέσα στο τοίχωμα της μήτρας
- ✚ Τον ισθμό, δηλαδή το επόμενο στενότερο τμήμα
- ✚ Τη λήκυθο, δηλαδή το διευρυμένο τμήμα που ακολουθεί. Εκεί γίνεται η γονιμοποίηση του ωαρίου.
- ✚ Τον κώδωνα, δηλαδή το τελικό τμήμα του ωαγωγού που περιβάλλεται από κροσσούς και ακουμπά στην ωοθήκη. Με τους κροσσούς παραλαμβάνεται το ωάριο από την ωοθήκη και οδηγείται στους ωαγωγούς.

Ο αυλός του ωαγωγού εκβάλλει προς το μέσον στην κοιλότητα της μήτρας και προς τα άκρα στην ελεύθερη περιτοναϊκή κοιλότητα.

Εσωτερικά ο ωαγωγός καλύπτεται από κροσσωτό επιθήλιο. Το τοίχωμα του αποτελείται από λείες μυϊκές ίνες, στις οποίες οφείλεται η ικανότητα του ωαγωγού να κάνει περισταλτικές κινήσεις. Η λειτουργία του ωαγωγού είναι να παραλαμβάνει το ωάριο μετά την ωοθυλακιορρηξία από την ωοθήκη και με τις περισταλτικές του κινήσεις το οδηγεί προς τη μήτρα. Στη λήκυθο γίνεται η γονιμοποίηση. (Γεωργακόπουλος, 1982 – Παναγιώτου , 1974)

3. Η μήτρα

Αποτελεί το μεγαλύτερο από τα εσωτερικά γεννητικά όργανα και βρίσκεται μεταξύ της ουροδόχου κύστεως και του ορθού. Είναι κοίλο μυώδες όργανο σε σχήμα αχλαδιού και έχει μήκος 6 – 7,5 εκ. και βάρος 50 – 60 γρ. Στην κύηση

οι διαστάσεις της μήτρας αυξάνουν υπερβολικά, επανέρχονται όμως στο φυσιολογικό μετά τον τοκετό.

Η μήτρα διακρίνεται σε τρία μέρη:

~> τον πυθμένα, δηλαδή το επάνω κυκλικό τμήμα

~> το σώμα, δηλαδή το μέσο, κύριο μέρος και

~> τον τράχηλο, δηλαδή το κατώτερο λεπτό μέρος που χωρίζεται από το σώμα με τον ισθμό. Ο τράχηλος εισέρχεται κατά ένα μέρος μέσα στον κόλπο και έτσι χωρίζεται στην υπερκολπική και στην ενδοκολπική μοίρα. Παρουσιάζει δύο χείλη, το πρόσθιο και το οπίσθιο που αφορίζουν το εξωτερικό στόμιο της μήτρας. (Symonds and Symonds, 2000)

Η μητρική κοιλότητα : Εσωτερικά η μήτρα παρουσιάζει τριγωνική κοιλότητα, της οποίας η βάση στρέφεται στον πυθμένα προς τα αγωγικά στόμια εκατέρωθεν, δηλαδή προς τα κέρατα της μήτρας.

Η κορυφή της οδηγεί προς τον τράχηλο, από την κοιλότητα του οποίου χωρίζεται με μία στενότερη παρυφή το εσωτερικό στόμιο της μήτρας. Το στόμιο αυτό αντιστοιχεί εξωτερικά στον ισθμό της μήτρας.

Η μήτρα βρίσκεται φυσιολογικά σε πρόσθια κάμψη, δηλαδή το σώμα της κάμπτεται πάνω στον τράχηλο προς τα εμπρός και σε πρόσθια κλίση, δηλαδή ο οβελιαίος άξονας της μήτρας μετακινείται ώστε τα άκρα του μετατοπίζονται σε αντίθεση κατεύθυνση από τα κοιλιακά τοιχώματα. Η πληρότητα των γειτονικών οργάνων, δηλαδή της ουροδόχου κύστεως και του ορθού, καθώς και η στάση του σώματος μετατοπίζουν την μήτρα ανάλογα. Οποσδήποτε παραλλαγή της θέσεως της μήτρας από τη συνήθη δεν συνεπάγεται υποχρεωτικά νόσημα για τη γυναίκα . (Symonds and Symonds, 2000)

Παράλληλα η μήτρα δεν στηρίζεται σε οποιοδήποτε μέρος του σκελετού αλλά « αιωρείται » κατά κάποιο τρόπο στη θέση της από διάφορους συνδέσμους. Στη στήριξη της υποβοηθά και το πυελικό έδαφος. Οι σύνδεσμοι της μήτρας είναι

- ✚ οι στρογγύλοι οι οποίοι εκφύονται από τα κέρατα της μήτρας και διαμέσου των πετάλων του πλατέως συνδέσμου και του βουβωνικού πόρου φέρονται και καταφύονται στα μεγάλα χείλη.

- ✚ ο πλατύς που αποτελεί πτυχή του περισπλάχιου πετάλου του περιτοναίου, στην οποία είναι κλεισμένη η μήτρα. Εκφύεται από τα πλάγια του σώματος της μήτρας, φέρεται προς τα πλάγια της πυέλου και καταλήγει στο τυχωματικό περιτόναιο. Από το οπίσθιο πέταλο κρέμεται με το μεσωθήκιο ή ωθήκη. Μεταξύ των δύο πετάλων βρίσκεται άφθονος συνδετικός ιστός, το παραμήτριο. Το περισπλάχινο πέταλο του περιτοναίου καλύπτει την πρόσθια και οπίσθια επιφάνεια του πυθμένα και του σώματος της μήτρας και αποτελεί τον ορογόνο της. Ανακάμπει εμπρός αντίστοιχα προς την ουροδόχο κύστη και σχηματίζει την κυστεομητρική πτυχή (κόλπωμα),
- ✚ ενώ πίσω αντίστοιχα προς το ορθό σχηματίζει τον ορθομητρική πτυχή ή το δουγλάσειο χώρο.
- ✚ Οι εγκάρσιοι που λέγονται και κύριοι σύνδεσμοι. Αποτελούνται από συνδετικό ιστό του παραμητρίου, που πυκνώνει αντίστοιχα προς τον τράχηλο. Οι εγκάρσιοι σύνδεσμοι απλώνουν προς τα τοιχώματα της πυέλου και έχουν μεγάλη σημασία για τη στήριξη της μήτρας.
- ✚ Οι ιερομητρικοί οι οποίοι σχηματίζονται από πύκνωση του συνδετικού ιστού του παραμητρίου και εκτείνονται από την οπίσθια επιφάνεια της μήτρας αντίστοιχα προς τον ισθμό και τον τράχηλο μέχρι το ιερό οστούν

Το παραμήτριο : Είναι συνδετικός ιστός που βρίσκεται στα πλάγια του σώματος του ισθμού και του τραχήλου της μήτρας και περιέχεται μεταξύ των δύο πετάλων του πλατέως συνδέσμου. Η πύκνωση του προς τα πλάγια σχηματίζει τους εγκαρσίους και προς τα πίσω τους ιερομητρικούς συνδέσμους. Μέσα στο παραμήτριο περνούν οι ουρητήρες και τα μητριάια αγγεία.

Κατασκευή : Το τοίχωμα της μήτρας αποτελούν τρεις χιτώνες :

- ✚ Ο ορογόνος αποτελεί το περισπλάχινο πέταλο του περιτοναίου που καλύπτει εξωτερικά το σώμα της μήτρας.
- ✚ Ο μυϊκός χιτώνας (μυομήτριο). Αποτελείται από τρεις στιβάδες : την εξωτερική με επιμήκεις ίνες, τη μέση με επιμήκεις, εγκάρσιες και λοξές ίνες που διαπλέκονται μεταξύ τους και την εσωτερική από

εγκάρσιες και κυκλοτερείς ίνες κυρίως γύρω από τα μητρικά στόμια των ωαγωγών και στο εσωτερικό στόμιο της μήτρας. Κατά τον τοκετό οι μυικές ίνες συστέλλονται με αποτέλεσμα τη διαστολή του τραχήλου, την εξώθηση του εμβρύου και των εξαρτημάτων του και εν συνεχεία τον έλεγχο της αιμορραγίας από τη θέση προσφύσεως του πλακούντα στο φθαρό.

🚩 Το ενδομήτριο (βλεννογόνο). Αποτελείται από επιθήλιο με κροσσωτά κύτταρα, χόριο και αδένες που εκκρίνουν βλενώδες έκκριμα με γλυκογόνο. Το μονόστιβο κροσσωτό επιθήλιο του ενδομητρίου μεταπίπτει στο εξωτερικό μητρικό στόμιο σε πολύστιβο πλακώδες όμοιο με αυτό που καλύπτει τον κόλπο. Οι αδένες του εξωτερικού στομίου της μήτρας αποφράσσονται κάποτε και σχηματίζουν κυστίδια, τα ωάρια του Naboth.

Αγγεία : Η μήτρα αγγειώνεται από τη μητριάια αρτηρία που είναι κλάδος της έσω λαγονίου. Φέρεται μεταξύ των πετάλων του πλατέως συνδέσμου. Αντίστοιχα προς τον ισθμό ακολουθεί διεύθυνση παράλληλη προς τα πλάγια τοιχώματα της μήτρας και διασταυρώνεται με τον ουρητήρα.

Η ωοθήκη αγγειώνεται από την ωοθηκική αρτηρία, που είναι κλάδος της κοιλιακής αορτής και εισέρχεται από τον κρεμαστήρα σύνδεσμο της ωοθήκης στις πύλες του.

Πολλοί κλάδοι από τα δύο αυτά αγγειακά στελέχη αναστομώνονται μεταξύ τους μέσα στον πλατύ σύνδεσμο και αντίστοιχα προς τα κέρατα της μήτρας, έτσι ώστε τα εσωτερικά γεννητικά όργανα δέχονται τελικά αίμα και από τις δύο αρτηρίες.

Νεύρα : Τα νεύρα της μήτρας προέρχονται από το κεντρικό νευρικό σύστημα, το συμπαθητικό και το παρασυμπαθητικό. Είναι κλάδοι του πρόσθιου ιερού πλέγματος και πολλά στελέχη τους ανερχόμενα προς τη μήτρα περνούν από τα πλάγια του άνω μέρους του τραχήλου. Εκεί όταν διηθηθούν με τοπικό αναισθητικό προκαλείται αναισθησία στα γεννητικά όργανα.

Λειτουργία : Η μήτρα προετοιμάζεται σε κάθε κύκλο για να υποδεχτεί το κύημα, το προφυλάσσει, το αναπτύσσει για σαράντα εβδομάδες και μετά το εκβάλλει στον τοκετό προς τον εξωτερικό κόσμο. (Γεωργακόπουλος, 1982 – Παναγιώτου , 1974)

4. Ο κόλπος

Έχει μορφή σωλήνα με μήκος 8 – 9 εκ. Το κάτω στόμιο εκβάλλει στον πρόδομο του αιδοίου, από τον οποίο χωρίζεται με τον παρθενικό υμένα. Το άνω στόμιο προσφύεται κυκλικά γύρω από τον τραχήλο, η ενδοκολπική μοίρα του οποίου σχηματίζει με τον κόλπο μία κυκλική αύλακα, τον θόλο. Ο θόλος διακρίνεται στον πρόσθιο, τον οπίσθιο που είναι και ο βαθύτερος και στους πλάγιους.

Πληροφοριακά ο κόλπος αποτελείται από τρεις χιτώνες: τον ινώδη εξωτερικά που ξεχωρίζει τον κόλπο από την ουροδόχο κύστη μπροστά και το ορθό πίσω, το μυϊκό και το βλεννογόνο. Ο βλεννογόνος παρουσιάζει πτυχές που τεντώνουν στον τοκετό και αυξάνουν την χωρητικότητα του κόλπου. Το επιθήλιο του είναι πολύστιβο πλακώδες και καλύπτει επί πλέον και την ενδοκολπική μοίρα του τραχήλου μέχρι το έξω μητρικό στόμιο. Ο βλεννογόνος του κόλπου δεν έχει αδένες. Το έκκριμα που προέρχεται από τους τραχηλικούς και τους βαρθολίνειους αδένες καθώς και από διήθηση λέμφου από το κολπικό τοίχωμα. Έχει όξινη αντίδραση.

Τέλος όσο αναφορά τη λειτουργία του κόλπου, αυτός αποτελεί το όργανο της συνουσίας στη γυναίκα. Στον τοκετό συμμετέχει στο σχηματισμό του γεννητικού σωλήνα, από τον οποίο εξέρχεται το έμβρυο. Το έκκριμα του είναι όξινο λόγω διασπάσεως του γλυκογόνου του κολπικού επιθηλίου προς γαλακτικό οξύ από τα κολποβακτηρίδια του Doderlein που κατοικούν φυσιολογικά στον κόλπο. Επίσης στο κολπικό έκκριμα βρίσκονται και διάφορα άλλα μικρόβια που σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να προκαλέσουν λοίμωξη των γεννητικών οργάνων. (Γεωργακόπουλος, 1982 – Παναγιώτου , 1974)

5. Ο παρθενικός υμένας

Αποτελεί πτυχή του βλεννογόνου. Περιβάλλει και αποφράσσει εν μέρει το στόμιο του κόλπου που εκβάλλει στον πρόδομο του αιδοίου. Παριστάνει το

όριο των εσωτερικών και εξωτερικών γεννητικών οργάνων και χωρίζεται από τα μικρά χείλη με τη νυμφουμενική αύλακα. Το άνοιγμα του έχει ποικίλη μορφή, ανάλογα με την οποία διακρίνεται σε μηνοειδή, κροσσωτό, δακτυλιοειδή, δίθυρο, καλυκοειδή, παρθενικό υμένα και κάποτε και άτρητο.

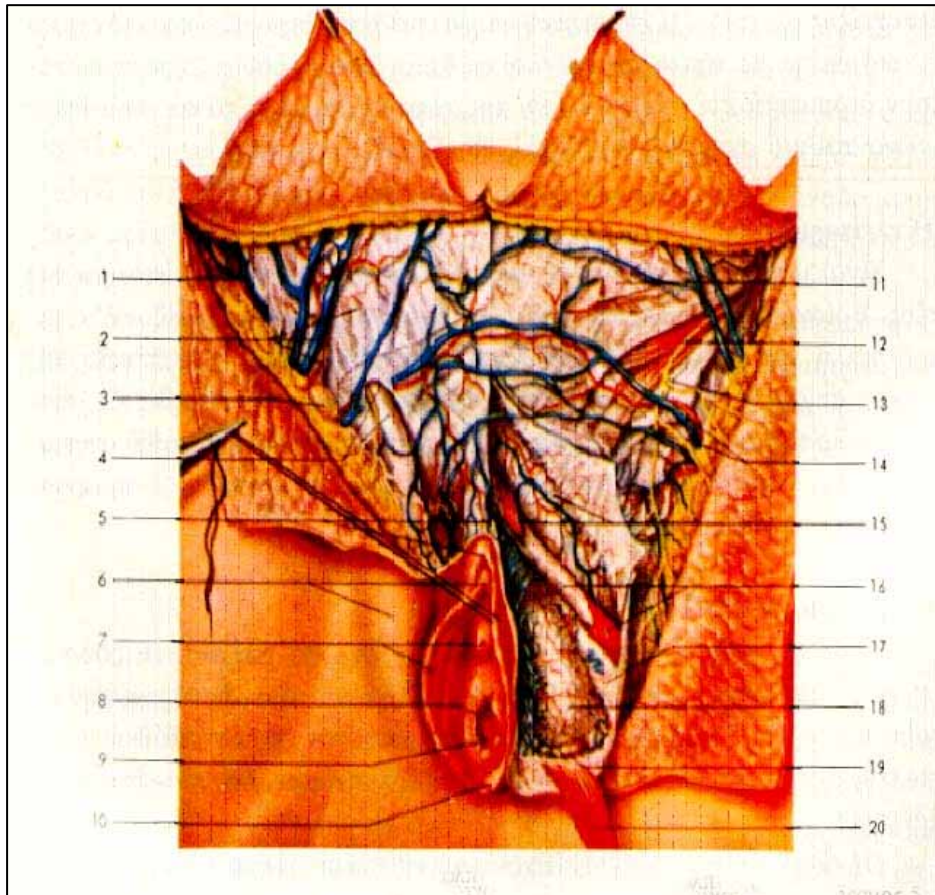
Μετά τη ρήξη του παρθενικού υμένα καταλείπονται χωριστά τμήματα βλεννογόνου, οι παρθενικοί λοβοί δεδομένου ότι οι ρήξεις δεν επουλώνονται. Ο υμένας αυτός λέγεται απανθήσας ή εκπάρθενος. Στον τοκετό οι λοβοί καταστρέφονται και στη συνέχεια συρρικνώνονται, υποπλάσσονται και σχηματίζονται τα μήτρα

Ο παρθενικός υμένας αποτελείται από βλεννογόνο και υπόστρωμα πλούσιο συνήθως σε αιμοφόρα αγγεία που αιμορραγούν κατά τη ρήξη του. Άλλοτε όμως το υπόστρωμα είναι λεπτό και φτωχό σε αγγείωση, ώστε δεν αιμορραγεί καθόλου κατά τη ρήξη του (αραχνοειδής υμένας)

Λειτουργία : Ο σκοπός που εξυπηρέτησε η Φύση με τη τοποθέτηση του παρθενικού υμένα στην είσοδο του κόλπου είναι άγνωστος. Υπάρχουν διάφορες θεωρίες, όπως η παρεμπόδιση της εκροής του σπέρματος μετά τη συνουσία ή τη βίαιη συνουσία. Πάντως σε ορισμένες χώρες προκαλεί κοινωνικά προβλήματα, δεδομένου ότι η ακεραιότητα του θεωρείται ταυτόσημος με τη παρθενία. Έτσι η έλλειψη αιμορραγίας στην πρώτη συνουσία ανακύπτουν αμφιβολίες για την ακεραιότητα του και επομένως για την ύπαρξη παρθενίας. Εν τούτοις κάποτε ο υμένας δεν αιμορραγεί στη ρήξη του είτε γιατί είναι αραχνώδης, είτε γιατί είναι ελαστικός και υποχωρεί χωρίς να σπάζει, είτε γιατί η μορφή του επιτρέπει την είσοδο του πέος (καλυκοειδής υμένας). (Γεωργακόπουλος, 1982 – Παναγιώτου , 1974)

Εξωτερικά γεννητικά όργανα

Τα εξωτερικά γεννητικά όργανα της γυναίκας σχηματίζουν το αιδοίο. Αποτελούνται από το εφηβαίο, τα μεγάλα και τα μικρά χείλη, την κλειτορίδα και τον πρόδομο του αιδοίου. Όλα τα όργανα μαζί συμμετέχουν στη λειτουργία της συνουσίας.



Εικόνα 2. Τα εξωτερικά γεννητικά όργανα.

4 = στρογγυλός σύνδεσμος 5 = πόνθη κλειτορίδας 6 = κλειτορίδα και μεγάλο χείλος 7 = έξω στόμιο 8 = παρθενικός υμένας 9 = στόμιο κόλπου 10 = σκαφοειδής βόθρος 12 = λοξός κοιλιακός μυς 15 = βολβοσηραγγώδης μυς 16 = ισχιοσηραγγώδης μυς 17 = ουρογεννητικό διάφραγμα 18 = βολβοί του προδόμου 19 = Bartholin's αδένες 20 = βολβοσηρογγώδης μυς (Προσαρμογή από Γεωργακόπουλο, 1982)

1. Το εφηβαίο

Λέγεται και όρος της Αφροδίτης και αφορίζεται εκατέρωθεν από τη αιδοιομηρική αύλακα. Είναι επηρμένο αντίστοιχα προς την ηβική σύμφυση και καλύπτεται από τρίχωμα. Η ανάπτυξη του εφηβαίου γίνεται κατά την ήβη και αποτελεί έναν από τους δευτερογενείς χαρακτήρες του φύλου. (Γεωργακόπουλος, 1982 – Παναγιώτου , 1974)

2. Τα μεγάλα χείλη

Είναι δύο δερματικές πτυχές που εκτείνονται από το εφηβαίο μέχρι το περίνεο (οπίσθιος σύνδεσμος). Αφορίζουν την αιδοϊκή σχισμή που οδηγεί στον πρόδομο του αιδοίου. Η εξωτερική επιφάνεια είναι τριχωτή και έχει άφθονους σμηγματογόνους αδένες. Τα μεγάλα χείλη αντιστοιχούν στο όσχεο του άνδρα και πάνω σε αυτά αναπτύσσονται συχνά κισσοί στην κύηση. (Γεωργακόπουλος, 1982 – Παναγιώτου , 1974)

3. Τα μικρά χείλη

Βρίσκονται μέσα από τα μεγάλα χείλη και ξεχωρίζουν από αυτά με τη μεσοχείλια αύλακα. Η εσωτερική επιφάνεια τους ξεχωρίζει από τον παρθενικό υμένα με την νυμφουμενική αύλακα. Στο πρόσθιο άκρο σχηματίζουν δερματική πτυχή, την πρόσθη της κλειτορίδας, ενώ τα οπίσθια άκρα ενώνονται και σχηματίζουν το χαλινό. (Γεωργακόπουλος, 1982 – Παναγιώτου , 1974)

4. Η κλειτορίδα

Είναι μικρό σπαραγγώδες όργανο που αντιστοιχεί σε ένα υποτυπώδες πέος. Βρίσκεται στην επάνω γωνία του τριγώνου που σχηματίζουν τα μικρά χείλη και καλύπτει ολόκληρη από την πρόσθη, στις πτυχές της οποίας συγκρατείται συχνά άφθονο σμήγμα. Είναι νευροβριθές όργανο, σημαντικό για το αίσθημα της ηδονής κατά τη συνουσία και πολύ αγγειβριθές. Για το λόγω αυτό οι ρήξεις της στον τοκετό είναι επώδυνες και αιμορραγούν άφθονα. (Γεωργακόπουλος, 1982 – Παναγιώτου , 1974)

5. Ο πρόδομος του αιδοίου

Είναι τριγωνική εμβάθυνση των μικρών χειλών. Παρουσιάζει κάτω από την κλειτορίδα στη σειρά το στόμιο της ουρήθρας, την είσοδο του κόλπου που φράσσεται εν μέρει από τον παρθενικό υμένα και εκατέρωθεν στη νυμφουμενική αύλακα τα στόμια των βαρθολινείων αδένων.

Οι βαρθολίνειοι αδένες έχουν μέγεθος και σχήμα φακής και βρίσκονται στο βάθος των μικρών χειλών. Το έκκριμα τους χρησιμεύει για την διολίσθηση του πέους κατά τη διάρκεια της συνουσίας. Μολύνονται συχνά από γονόκοκκο και άλλα μικρόβια και σχηματίζουν αποστήματα (βαρθολινίτιδα). Επίσης συχνά αποφράσσεται ο εκφορητικός τους πόρος και σχηματίζουν κύστες σε ποικίλο μέγεθος.

Τέλος οι βολβοί του προδόμου είναι δύο σφραγγώδη σώματα σε μέγεθος αμυγδαλού που βρίσκονται εκατέρωθεν της εισόδου του κόλπου. Κατά τη σεξουαλική διέγερση γεμίζουν αίμα, διογκώνονται και στενεύουν την είσοδο του κόλπου. Έτσι κατά τη συνουσία έλκονται τα μικρά χείλη και με αυτά η κλειτορίδα, προστρίβονται στο πέος και αναπτύσσεται το αίσθημα της ηδονής. (Γεωργακόπουλος, 1982 – Παναγιώτου , 1974)

6. Ουρήθρα και ουροδόχος κύστη

Εξετάζονται μαζί με το γεννητικό σύστημα λόγω της τοπογραφικής σχέσεως τους με αυτό. Αποτελούν το τελευταίο τμήμα του ουροποιητικού συστήματος

Η ουρήθρα έχει μήκος περίπου 4 εκ. και βρίσκεται μπροστά από τον κόλπο. Συγκλείεται από ένα ασθενή σφιγκτήρα αντίστοιχα προς το μέσο της, κυρίως όμως από μυϊκές ίνες που βρίσκονται στο σημείο συνενώσεως της με την ουροδόχο κύστη (ουρηθροκυστική γωνία). Αν η γωνία αυτή είναι ανεπαρκής, όπως μετά από τοκετούς, τραυματισμούς κλπ. περνούν μερικές σταγόνες ούρα κάθε φορά που αυξάνει η κοιλιακή πίεση (ακράτεια). Ούτως ή άλλως η βραχεία ουρήθρα διευκολύνει την άνοδο μικροβίων προς την κύστη και για το λόγω αυτό οι φλεγμονές του ουροποιητικού συστήματος είναι συχνές στις γυναίκες.

Η ουροδόχος κύστη βρίσκεται πίσω από την ηβική σύμφυση και μπροστά από το άνω τμήμα του κόλπου, τον τράχηλο και τη μήτρα. Χωρά 500 ml

ούρα. Λόγω της θέσης της (βρίσκεται δίπλα στην μήτρα), η θέση και η χωρητικότητα της κύστεως μεταβάλλεται στην κύηση (συχνουρία). (Γεωργακόπουλος, 1982 – Παναγιώτου, 1974)

6. Μαστοί

Εξετάζονται μαζί με τα γεννητικά όργανα λόγω της φυσιολογικής αποστολής τους αμέσως μετά τον τοκετό και της στενής νευροορμονικής τους συνδέσεως με το γεννητικό σύστημα. Ανήκουν στους μεγάλους ιδρωτοποιούς ή οσμογόνους αδένες. Είναι δύο ημισφαιρικοί εκατέρωθεν του στέρνου και εκτείνονται από την 3^η μέχρι την 7^η πλευρά. Περιβάλλονται από λεπτό δέρμα που αφήνει να διαφαίνονται τα υποδόρια αγγεία ιδίως στην κύηση

Κάθε μαστός παρουσιάζει στη κεντρική του μοίρα μία σκοτεινή περιοχή, τη θηλαία άλω, που φέρει μικρά επάρματα, τα φυμάτια του Montgomery. Στην κύηση τα φυμάτια διογκώνονται πρώιμα και αποτελούν ένα από τα διαγνωστικά της σημεία, ενώ η άλλως αυξάνει και γίνεται σκοτεινότερη. Στο κέντρο υπάρχει ένα έπαρμα, η θηλή, που φέρει 10 – 20 τρήματα, δηλαδή τις εκβολές εκφορητικών πόρων του μαζικού αδένος (Εικόνα 3).

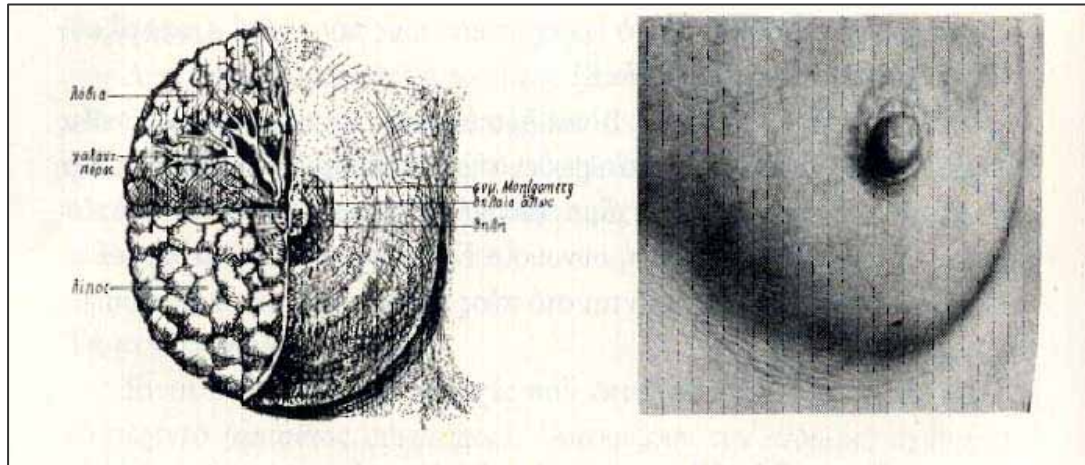
Το υπόστρωμα της θηλής αποτελείται από στυτικό ιστό. Έτσι με τον ερεθισμό η θηλή διογκώνεται και συλλαμβάνεται εύκολα από το νεογνό.

Ο μαζικός ή μαστικός αδένος έχει σχήμα δίσκου και βρίσκεται πάνω στη θωρακική περιτονία. Περιβάλλεται από άφθονο λίπος το περιμαστικό, που καθορίζει το σχήμα και το μέγεθος του μαστού. Ο αδένος αποτελείται από 15 – 20 λοβούς που υποδιαιρούνται σε λοβία. Γαλακτοφόροι πόροι διαπερνούν το κέντρο του αδένος, δηλαδή οι εκφορητικοί αγωγοί κάθε λοβού που φέρονται στη βάση της θηλής, αναστομώνονται και σχηματίζουν ανεύρυσμα, τον γαλακτοφόρο κόλπο. Από αυτόν οι πόροι φέρονται κατευθείαν στα τρήματα της θηλής. Στην κύηση και κυρίως στο θηλασμό ο αδένος διογκώνεται και έτσι αυξάνει το μέγεθος του μαστού (Εικόνα 3).

Τα λεμφικά αγγεία του μαστού εκβάλλουν στα μασχαλιαία και τα θωρακικά λεμφογάγγλια.

Η λειτουργία των μαστών είναι να εκκρίνουν γάλα, την τροφή του νεογνού όλων των θηλαστικών. Η λειτουργία τους, δηλαδή αποτελεί συνέχεια της

αποστολής των γεννητικών οργάνων για τη διαιώνιση του είδους.
(Γεωργακόπουλος, 1982 – Παναγιώτου , 1974)



Εικόνα 3. Ο μαστός. Δεξιά : η θηλή με την άλω και τα φυμάτια του Montgomery. Αριστερά : η τομή του μαστού (Γεωργακόπουλος, 1982)

2.1. Ανωμαλίες κυήσεως και βλάβες λόγω λήψης αλκοολούχων ποτών ή ναρκωτικών

Η παράνομη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών, ειδικότερα ναρκωτικών ουσιών, αυξάνεται δραματικά παγκοσμίως. Τα ποικίλα κέντρα απεξάρτησης είναι προσανατολισμένα στη διαδικασία απεξάρτησης κυρίως των ανδρών, ωστόσο, διαφαίνεται μια γενικότερη τάση αύξησης του αριθμού των εξαρτημένων, από ναρκωτικές ουσίες, γυναικών. Το κοινωνικό στίγμα σχετικά με την χρήση ναρκωτικών ουσιών είναι ίσως, πιο έντονο για τις γυναίκες, συγκριτικά με τους άνδρες, καθώς συνδέεται άμεσα με το ρόλο της γυναίκας ως τροφός, και την αντίληψη ότι η γυναίκα πρέπει να είναι περισσότερη υπεύθυνη από τον άνδρα. Τόσο η χρήση αλκοόλ, όσο και η χρήση ναρκωτικών ουσιών είναι καταστάσεις για τις γυναίκες που περιβάλλονται με μυστικοπάθεια και παραμένουν «μυστικές» καταστάσεις. Οι γυναίκες βιώνουν έντονες ενοχές και φόβο για τις συνέπειες, εφόσον παραδεχθούν ότι κάνουν χρήση ναρκωτικών ουσιών. Ο φόβος αυτός αντίστοιχα επεκτείνεται και στο φόβο σχετικά με τα παιδιά, όταν πρόκειται για εξαρτημένες μητέρες. Για το λόγο αυτό, είναι καλό οι επαγγελματίες της υγείας να δίνουν πολύ μεγάλη προσοχή στα θέματα των γυναικών σε περιπτώσεις χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών, καθώς επίσης πρέπει να δίνεται ανάλογη έμφαση στις υπηρεσίες που παρέχονται, λαμβάνοντας πάντα υπόψιν τις ανάγκες και τους φόβους της εκάστοτε γυναίκας ή μητέρας. Στόχος της όλης διαδικασίας είναι πάντα να δοθεί η δέουσα προσοχή και φροντίδα στη γυναίκα, μακριά από φαινόμενα προκατάληψης και κριτικής.

Δεδομένα για την κατάσταση της εγκυμοσύνης σε γυναίκες εξαρτημένες από ναρκωτικές ουσίες, υπάρχουν εδώ και 20 χρόνια στο χώρο της ιατρικής. Πάντοτε, κάθε εγκυμοσύνη που εντάσσεται σε αυτήν την κατηγορία, αναφέρεται ως «εγκυμοσύνη υψηλού κινδύνου», τόσο από την άποψη της μαιευτικής και της γυναικολογίας, όσο και από την άποψη της παιδιατρικής. Ωστόσο, θα πρέπει να επισημανθεί ότι τα περισσότερα δεδομένα προέρχονται από έρευνες και μελέτες που έχουν γίνει στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής, όπου οι κοινωνικές ομάδες που βρίσκονται σε μεγαλύτερη ανάγκη, σε σχέση με άλλες ομάδες, όπως και οι λιγότερο ωφελημένες κοινωνικές ομάδες, έχουν τη λιγότερη πρόσβαση σε υπηρεσίες

υγείας. Υπάρχουν πολλά δεδομένα που αιτιολογούν και επεξηγούν την διασύνδεση μεταξύ θνησιμότητας νεογνών, θνησιμότητας μητέρων και φτώχειας, κακής ατομικής υγείας και κακής διατροφής. Όπως επίσης, υποστηρίζεται επαρκώς ότι όλα τα προβλήματα της κατάχρησης και της εξάρτησης από ναρκωτικές ουσίες, είναι συνδεδεμένα με φαινόμενα κοινωνικού αποκλεισμού και κοινωνικής ανισότητας. Η αντιμετώπιση της χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών από τις κυοφορούσες γυναίκες πρέπει να αντιμετωπίζεται πολυπαραγοντικά, με προσεγγίσεις από διάφορους επαγγελματίες της υγείας. Πολύ συχνά, το πρόβλημα της χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών είναι μόνο το «σύμπτωμα» και απλώς συνυπάρχει με άλλα συναισθηματικά, κοινωνικά, οικονομικά προβλήματα, καθώς και με χαμηλή αυτοαντίληψη και αυτοεκτίμηση. (Παπαγεωργίου, 1993)

Σε γενικές γραμμές, τα κυριότερα προβλήματα που προκύπτουν από τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών και έχουν επιπτώσεις στο έμβρυο είναι 1) καθυστέρηση στην ενδομήτρια ανάπτυξη του, 2) κίνδυνος πρόωρης ωρίμανσης (μη ολοκληρωμένη ωρίμανση), και σε περιπτώσεις, όπου η μητέρα έχει εξάρτηση σε οπιούχα ναρκωτικά, τότε εμφανίζονται πιθανότητες αποβολής του εμβρύου. Ωστόσο, αμιγής αποβολή του εμβρύου σε περιπτώσεις εξάρτησης της μητέρας από οπιούχα, μπορεί να συμβεί όταν εμφανίζεται υψηλού βαθμού στρες στο έμβρυο, με αποτέλεσμα άμεση αποβολή ή ενδομήτριος ξαφνικός θάνατος. Εκτός από την περίπτωση της εξάρτησης από οπιούχα, υψηλός κίνδυνος για την υγεία του εμβρύου και της μητέρας εμφανίζονται και στις περιπτώσεις εξάρτησης από βενζοδιαζεπίνες και βαρβιτουρικά. Για το λόγο αυτό, γίνεται ιδιαίτερως σημαντική η σημασία του προγεννητικού ελέγχου και της φροντίδας της εγκύου, ώστε να δίνεται η δυνατότητα στην κυοφορούσα να σταματήσει σταδιακά την εξάρτηση από τις προαναφερθείσες ουσίες. (Παπαγεωργίου, 1993)

Με τα χρόνια, έχει γίνει μεγάλη προσπάθεια και δίνεται μεγάλη έμφαση στην περίοδο της εγκυμοσύνης ως καταλύτης για να σταματήσουν οι γυναίκες-μητέρες τη χρήση / κατάχρηση ναρκωτικών ουσιών, χωρίς αυτές οι προσπάθειες να έχουν πάντα το επιθυμητό αποτέλεσμα. Ωστόσο, παρατηρείται σε αρκετές περιπτώσεις, ότι μητέρες που είχαν έναν χαοτικό τρόπο ζωής ως προς τη χρήση ναρκωτικών ουσιών, άρχισαν να βελτιώνουν την ποιότητα της υγείας τους με αποτέλεσμα πολλές γυναίκες έχουν ήδη

ενταχθεί σε κάποιο πρόγραμμα θεραπείας και έχουν ήδη μειώσει την ποσότητα μεθαδόνης που λαμβάνουν ή έχουν μειώσει ή σταματήσει την ποσότητα των παράνομων ναρκωτικών που ελάμβαναν κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης τους. Είναι πολύ σημαντικό, όλοι οι επαγγελματίες υγείας να γνωρίζουν, ότι οι πληροφορίες σχετικά με τους πιθανούς κινδύνους για το έμβryo και για την ίδια τη μητέρα είναι αρκετά χρήσιμες, αλλά πρέπει ταυτόχρονα αυτές οι γυναίκες να υποστηρίζονται στις προσπάθειές τους να βελτιώσουν την ποιότητα της ατομικής τους υγείας. Επιπλέον, είναι ιδιαίτερα σημαντικό οι επαγγελματίες υγείας να βρίσκονται σε συνεχή επαφή με την έγκυο εξαρτημένη μητέρα για να παρακολουθούν και να τη συμβουλεύουν όταν θα επιστρέψει στο σπίτι της, μετά τη νοσηλεία στο νοσοκομείο.

Η χρήση ναρκωτικών ουσιών, και ειδικά των ενέσιμων ουσιών, ενέχει υψηλό ποσοστό θνησιμότητας και αυτοκτονίας. Συχνά οι χρήστες, άνδρες και γυναίκες, αποκρύπτουν τα τυχόν προβλήματα που ενδεχομένως αντιμετωπίζουν, με σκοπό να μην αποκτήσουν την ταμπέλα του «χρήστη». Επιπλέον, η επικριτική στάση των επαγγελματιών υγείας «προλαμβάνει» τους χρήστες από το να έχουν πρόσβαση σε υπηρεσίες φροντίδας και παροχής βοήθειας. Όλα αυτά τείνουν να κάνουν τα εκάστοτε προβλήματα πιο σοβαρά, ενώ με μια έγκαιρη προσέλευση σε υπηρεσίες φροντίδας θα μπορούσαν να αντιμετωπιστούν πιο εύκολα.

Τα σχετιζόμενα με την κατάχρηση ουσιών προβλήματα υγείας, επηρεάζουν το ίδιο άνδρες και γυναίκες. Ωστόσο, όταν μια γυναίκα είναι έγκυος, συνήθως γίνεται πιο συναισθηματική, επιρρεπής και επιπλέον, δεν είναι δυνατόν να αντιμετωπιστεί ως ένα άτομο, το οποίο έχει τη δυνατότητα να διάγει τη ζωή του με το ιδιαίτερο δικό του στυλ, αλλά αντιμετωπίζεται περισσότερο ως μια «μηχανή», με προβλήματα τα οποία σχετίζονται άμεσα με την υγεία του βρέφους και αποβαίνουν επικίνδυνα για την εγκυμοσύνη καθεαυτή. Τα προβλήματα αυτά και οι συνέπειές του, ξεκινούν κατά κύριο λόγο από τον παράνομο χαρακτήρα της χρήσης ναρκωτικών ουσιών, καθώς και από την περιορισμένη πρόσβαση των χρηστών σε καθαρές σύριγγες και βελόνες. Η πρόσβαση των χρηστών σε καθαρές βελόνες και σύριγγες και η λήψη κατάλληλων συμβουλών από αρμόδια κέντρα απεξάρτησης, μέσα στο πλαίσιο της σταδιακής ελάττωσης, μπορεί να οδηγήσει στη μείωση της

κατάχρησης ουσιών. Παρόλα αυτά, ακόμη ελοχεύουν διάφοροι κίνδυνοι, όπως ατυχής λήψη υπερβολικής δόσης, συμπτώματα παραίτησης, προβλήματα στοματικής υγιεινής, καρδιακά προβλήματα, ηπατίτιδα, διάφορες μολύνσεις και λοιμώξεις, ο ιός του AIDS κ.ά. Επιπλέον, επικίνδυνες είναι και οι νοθευμένες ναρκωτικές ουσίες, οι οποίες εξυπηρετούν κερδοσκοπικά συμφέροντα των προμηθευτών. (Παπαγεωργίου, 1993)

Οι τοπικές δερματικές μολύνσεις και λοιμώξεις είναι οι πιο προφανείς και συχνές επιπτώσεις της χρήσης ενέσιμων ναρκωτικών ουσιών. Οι γυναίκες λόγω του γεγονότος ότι δεν έχουν τόσο καλά ανεπτυγμένες φλέβες στο περιφερικό τους σύστημα, αντιμετωπίζουν αρκετές δυσκολίες στην ενέσιμη χρήση, γι'αυτό και πολύ συχνά καταφεύγουν στο τρύπημα του δέρματός τους. Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, οι φλέβες στις γυναίκες, λόγω υψηλότερων επιπέδων ορμονών, γίνονται πιο ορατές και προεξέχουν, με πιο έντονη τη συνθήκη στις φλέβες του στήθους. Σε αυτήν την περίπτωση, οι φλέβες αποκτούν μεγάλη ευαισθησία και αδυνατούν να ανεκτούν τα τρυπήματα, οπότε είναι επιρρεπής στις μολύνσεις, ή τα τρυπημένα νεύρα νεκρώνουν. Τέτοια προβλήματα είναι δυνατόν να οδηγήσουν σε πολύ σοβαρές υποδόριες λοιμώξεις και μολύνσεις. Πολύ σοβαρές μολύνσεις απαιτούν νοσηλεία, ώστε να γίνουν σειρά από εξετάσεις και καλλιέργειες στα νεύρα της μολυσμένης περιοχής. Επιπλέον, πριν από την χορήγηση οποιουδήποτε αντιβιοτικού, επιβάλλεται η διενέργεια εξετάσεων αίματος. (Gossop, Grant 1990)

Ένα ακόμη πρόβλημα των ενέσιμων ναρκωτικών είναι η σηψαιμία, η οποία προκαλείται στο 40% των χρηστών ναρκωτικών ουσιών. Στο μεγαλύτερο ποσοστό εμφανίζεται ως αποτέλεσμα ελαφριάς μόλυνσης ιστού στην βουβωνική χώρα γύρω από τη μηριαία φλέβα, το πιο κοινό τμήμα πρωταρχικών μολύνσεων. Λιγότερο κοινές επιπτώσεις είναι το πυώδες ανεύρυσμα, η σηπτική αρθρίτιδα, η θρομβοφλεβίτιδα, η πνευμονία και η οστεομυελίτιδα. Τα βακτήρια που προκαλούν τις μολύνσεις αυτές, είναι ο σταφυλόκοκκος και ο στρεπτόκοκκος. Οι χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών πρέπει να είναι σίγουροι ότι λαμβάνουν κατάλληλη αντιτετανική προστασία, καθώς οι σύριγγες και οι βελόνες είναι δυνατόν να μολυνθούν από περιβάλλοντα με άσχημες συνθήκες υγιεινής. Η χρήση ενέσιμων ναρκωτικών αφήνει στους χρήστες κλασικά σημάδια κατά μήκος του αντιβράχιου.

Ωστόσο, χρήστες οι οποίοι λόγω θρομβοφλεβίτιδος έχουν καταστρέψει αυτές τις φλέβες, καταφεύγουν σε ενέσεις στη μηριαία φλέβα, στην βουβωνική χώρα. Τα σημάδια στα χέρια είναι δυνατόν να επουλωθούν με το χρόνο και μέσα από ιατρική εξέταση μπορεί να φανεί εύκολα ότι ο χρήστης δεν έκανε χρήση ενέσιμων ναρκωτικών. Κοιτάζοντας πιο προσεκτικά τη μηριαία φλέβα, μπορεί να φανεί κοκκοποίηση των ιστών, εφόσον ο χρήστης μόλις έχει ξεκινήσει την ενέσιμη μορφή, κάτι που ενδεχομένως να αφήσει ένα κοίλωμα στην επικοινωνία με την μηριαία φλέβα. Συνεχής χρήση αυτής της περιοχής για ενέσεις, μπορεί να προκαλέσει τη δημιουργία βαθιάς θρόμβωσης στη φλέβα. (Gossop, Grant, 1990)

Ηπατίτιδα, εγκυμοσύνη και χρήση ναρκωτικών ουσιών

Ο ιός της ηπατίτιδας Β είναι ένα παγκόσμιο φαινόμενο και υπολογίζεται ότι περίπου 400- 500 εκατομμύρια άνθρωποι είναι χρονίως μολυσμένοι. Στις αναπτυσσόμενες χώρες βασικοί παράγοντες διάδοσης του ιού κατά την εγκυμοσύνη είναι, η μητέρα να μεταφέρει τον ιό στο έμβρυο, μέσα από τις οικογένειες, και μεταξύ νέων ανθρώπων και παιδιών στα σχολεία. Σε πολλές ανεπτυγμένες χώρες ο ιός της ηπατίτιδας διαδίδεται κυρίως μεταξύ ενηλίκων.

Τα άτομα που είναι μολυσμένα με τον ιό της ηπατίτιδας είναι δυνατόν να έχουν τον ιό σε διάφορα υγρά του σώματός τους, όπως αίμα, σπερματικά υγρά, κολπικά υγρά, σάλιο. Το χρονικό διάστημα επώασης της νόσου από τη στιγμή της απόκτησής της είναι 3 μήνες. Πολλές μολύνσεις του ιού ωστόσο, δεν εμφανίζουν συμπτώματα, κυρίως στα παιδιά. Αμιγής μόλυνση ενός βρέφους κατά τη διάρκεια του δεύτερου μέρους της εγκυμοσύνης, δηλαδή στο τρίτο τρίμηνο, μπορεί να οδηγήσει σε ενδομήτρια λοίμωξη. Μια μητέρα φορέας του ιού της ηπατίτιδας μπορεί να μολύνει το μωρό της είτε μέσω μετάγγισης αίματος είτε μέσω άμεσης επαφής με μολυσμένο αίμα. Το θήλασμα δεν θεωρείται σημαντικός παράγοντας στη μεταφορά του ιού. Αντίθετα, μεταφορά του ιού στο βρέφος μπορεί να συμβεί όταν η μητέρα μασάει την τροφή του παιδιού. Ένα μεγάλο ποσοστό των εξαρτημένων μητέρων εμφανίζει τον ιό της ηπατίτιδας. Θεωρείται ότι η δράση του ιού είναι ίδια τόσο για τις εγκύους, όσο και για τις υπόλοιπες γυναίκες. Η θεραπεία του ιού μπορεί να γίνει και στο σπίτι, εκτός κι αν συνυπάρχουν σοβαροί

παράγοντες, όπως ανορεξία, συνεχής αποβολή τροφής και υγρών. Συνιστώνται περίοδοι ξεκούρασης, χωρίς ιδιαίτερα κοπιαστική σωματική άσκηση. Παράλληλα, τα άτομα παροτρύνονται να αποφεύγουν την χρήση αλκοόλ, γιατί ελοχεύει ο κίνδυνος δυσλειτουργίας του συκωτιού. Επιπλέον, είναι αναγκαία η διακοπή της χρήσης περιττών ναρκωτικών ουσιών. Τέτοιες συμβουλές, ειδικά σε χρήστες ναρκωτικών ουσιών, είναι δυνατόν να οδηγήσουν σε αυξημένες πιθανότητες παραίτησης από την προσπάθεια. Γι' αυτό το λόγο, είναι καλό να γίνεται πάντα ένας «διακανονισμός» με την ασθενή, το νοσοκομείο και το εκάστοτε κέντρο απεξάρτησης ή το εκάστοτε συνοδό άτομο. Η σημαντικότερη επιπλοκή που είναι δυνατόν να συμβεί είναι η ανάπτυξη βροντώδους ηπατίτιδας, ασθένεια που αναπτύσσεται ταχύτατα και οδηγεί σε νεφρική ανεπάρκεια και σε θάνατο σε ποσοστό 70-95% των ασθενών. Άλλες επιπλοκές είναι η αιμορραγία, μπορεί να εμφανιστεί δευτερευόντως, όπως επίσης το σύνδρομο αναπνευστικού στρες και η σηψαιμία.

Με βάση έρευνες υποστηρίζεται ότι σε γυναίκες εγκύους φορείς του ιού της ηπατίτιδας εμφανίζονται μεγαλύτερα ποσοστά πρόωρου τοκετού, σε σύγκριση με φυσιολογικές εγκύους και ανεξάρτητα από την αιτία πρόκλησης του ιού. Μητέρες που έχουν μολυνθεί από τον ιό της ηπατίτιδας και είναι θετικές στο ένα στέλεχος του ιού, εμφανίζουν ποσοστά 85% να μεταδώσουν στο έμβρυο τον ιό, σε αντίθεση με όσες είναι αρνητικές στο εν λόγω στέλεχος του ιού (31%). Σε ποσοστό περίπου 90% αυτών των βρεφών θα αναπτυχθεί η μόλυνση από την ιό της ηπατίτιδας και θα βιώσουν ασυμπτωματικές μολύνσεις, με μόνο μικρές «ποσότητες» σοβαρών συμπτωμάτων ηπατίτιδας. (Siney, 1995)

Ναρκωτικές ουσίες

Οπιούχα

Η πιο συνηθισμένη οπιούχος ουσία είναι η ηρωίνη, ωστόσο υπάρχει και η μεθαδόνη. Η ηρωίνη διαφέρει από τη μορφίνη, ένα φυσικό οπιούχο το οποίο υπάρχει στο φυτό παπαρούνα, ενώ αντίθετα η μεθαδόνη είναι ένα συνθετικό οπιούχο. Η ηρωίνη είναι πιο εύκολα διαλυτό οπιούχο, γι' αυτό και απορροφάται πιο γρήγορα από το κεντρικό νευρικό σύστημα, παρέχοντας στον χρήστη πιο άμεσα και γρήγορα το αίσθημα της «ευφορίας». Από την άλλη μεριά, η μεθαδόνη απορροφάται πιο δύσκολα και πιο αργά, για τον λόγο αυτό χρησιμοποιείται ως υποκατάστατο στη διαδικασία απεξάρτησης των χρηστών. Στις γυναίκες που κάνουν χρήση οπιούχων εμφανίζεται συχνά αμηνόρροια, πιθανώς λόγω μειωμένης έκκρισης γονανδορφινών. Η διατροφή είναι ένα σημαντικό ζήτημα στους χρήστες ουσιών, μιας και συνήθως είναι πολύ φτωχή και προκαλούνται συνεπώς, αναιμία, σημαντικές αβιταμινώσεις, όπως έλλειψη της βιταμίνης Β6, της θιαμίνης κ.ά. Χρήστες οπιούχων, που κάνουν χρήση της ενέσιμης μορφής της ουσίας, βρίσκονται σε μεγάλο κίνδυνο να εμφανίσουν βακτηριακή ενδοκαρδίτιδα, θρομβοφλεβίτιδα, πνευμονία, βρογχίτιδα και εφόσον μοιράζονται σύριγγες και βελόνες, είναι πιθανόν να εμφανίσουν τον ιό της ηπατίτιδας Β και τον ιό του AIDS. (Παπαγεωργίου, 2004)

Οι επιπτώσεις της χρήσης οπιούχων από τη μητέρα στο βρέφος πρέπει να λαμβάνονται πολύ σοβαρά υπόψιν. Εκτός από τις επιπλοκές ενός πρόωρου τοκετού και του ελλειπούς βάρους του βρέφους, υπάρχει ο κίνδυνος εμφάνισης του συνδρόμου βρεφικής αποχής (Neonatal Abstinence Syndrome, NAS) ή στερητικών συμπτωμάτων. Η πλειονότητα των συμπτωμάτων εμφανίζεται σε διάστημα 24 έως 48 ωρών από τη στιγμή της γέννησης, αλλά έχουν αναφερθεί τα συμπτώματα και μέχρι και 6 ημέρες μετά το πέρας της γέννας. Το αν η σοβαρότητα και η διάρκεια του συνδρόμου σχετίζεται με τη δοσολογία των οπιούχων που γίνονται χρήση ή όχι, δεν είναι ακόμη τεκμηριωμένο επιστημονικά, καθώς δεδομένα υποστηρίζουν, από τη μια μεριά ότι υπάρχει μεγάλη συνάφεια, ενώ άλλα δεδομένα υποστηρίζουν το ακριβώς αντίθετο. (Παπαγεωργίου, 2004)

Η χρήση μεθαδόνης είναι δυνατόν να προκαλέσει ακόμη πιο σοβαρά στερητικά συμπτώματα και οι καθυστερημένες αντιδράσεις είναι πιο κοινές ως σύμπτωμα σε αυτήν την περίπτωση. Ο κίνδυνος εμφάνισης του συνδρόμου του ξαφνικού θανάτου είναι 5 φορές μεγαλύτερος σε αυτήν την κατηγορία

βρεφών. Καθυστέρηση στην ανάπτυξη μπορεί να είναι ένα ακόμη κοινό σύμπτωμα, όπως επίσης και ο κίνδυνος το βρέφος να μείνει ορφανό, λόγω θανάτου της μητέρας από τυχαία ή ηθελημένη λήψη υπερβολικής δόσης, από μόλυνση του ιού του AIDS ή από κάποιο τραύμα.

Κοκαΐνη

Η κοκαΐνη είναι ένα ναρκωτικό αλκαλοειδές. Είναι ένας ισχυρότατος αγγειοκινητικός σφυγκκτήρας και έχει αναφερθεί συσχέτισή του με υπερένταση στη μητέρα, αυθόρμητη αποβολή και αποκόλληση του πλακούντα. Επιπλέον, έχει συνδεθεί η χρήση της κοκαΐνης με μικρή περίοδο κύησης και μικρή ηλικία γέννησης ενός βρέφους, επιπλοκή η οποία επηρεάζεται από το φαινόμενο μείωσης της όρεξης, το οποίο προκαλεί περιορισμένη διατροφική πρόσληψη και χαμηλό βάρος σώματος στη μητέρα. Τόσο η αυθόρμητη αποβολή όσο και η τεχνητή παρουσιάζουν αυξημένα ποσοστά στις περιπτώσεις μητέρων εξαρτημένων από την εν λόγω ναρκωτική ουσία. Οι ενδείξεις της αποβολής εμφανίζουν την τάση να αυξάνονται, όπως και οι περιπτώσεις νεκρών μωρών λόγω της αποβολής δεκαπλασιάζονται, πιθανώς εξαιτίας καταστροφών στον πλακούντα ή στην ενδομήτρια περιοχή νωρίς κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης.

Μελέτες σε ζώα αναφέρουν ποικίλες δυσπλασίες, ευρήματα που επιβεβαιώνονται και με μελέτες σε ανθρώπους.

Πιστεύεται ότι, οι οποιοσδήποτε τεχνητές ανωμαλίες δεν περιορίζονται μόνο στη φάση της οργανογένεσης, αλλά εκτείνονται και περαιτέρω κατά τη ζωή του εμβρύου. Το πιο συχνό εύρημα σχεδόν όλων των ερευνών, των σχετικών με τη χρήση του εν λόγω ναρκωτικού, είναι καθυστέρηση στην ενδομήτρια ανάπτυξη. [\(Παπαγεωργίου, 2004\)](#)

Βενζοδιαζεπίνες

Οι βενζοδιαζεπίνες είναι η πλέον διαδεδομένη ναρκωτική ουσία στην Μεγάλη Βρετανία που συνταγογραφείται. Οι επιπτώσεις της ουσίας αυτής κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης δεν είναι βέβαιες, ωστόσο η χρήση βενζοδιαζεπινών νωρίς κατά την εγκυμοσύνη συνδέεται με αυξημένες πιθανότητες υπερωιοσχιστίας, και δόσεις άνω των 30 मिलीग्राम μπορεί να επιφέρουν στερητικά συμπτώματα στο βρέφος. [\(Παπαγεωργίου, 2004\)](#)

Αμφεταμίνες

Υπάρχουν ελάχιστες ενδείξεις σχετικά με συγκεκριμένες επιπτώσεις από τη χρήση αμφεταμινών κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Ωστόσο, φαίνεται να υπάρχουν ανωμαλίες στο έμβρυο, όπως και πιθανότητες μικρής περιόδου εγκυμοσύνης και μικρής ηλικίας του εμβρύου.

Μαριχουάνα

Οι επιπτώσεις της μαριχουάνας στην εγκυμοσύνη είναι αδιευκρίνιστες. Συνήθως γίνεται χρήση μαριχουάνας μαζί με καπνό και αλκοόλ, και γι' αυτόν τον λόγο είναι δύσκολο να ταυτοποιηθούν οι επιπτώσεις της χρήσης μαριχουάνας.

2.2. Μηχανισμοί και Δράση ανοσοποιητικού συστήματος και κατάχρηση αλκοόλ

Η χρήση αλκοόλ είναι γνωστό ότι επιφέρει ανωμαλίες στην ενδοκρινική λειτουργία και στη ρύθμιση των ενδοκρινικών νευρολογικών αδένων. Αναφέρεται ότι, η αιθανόλη μπορεί να επηρεάσει τόσο άμεσα όσο και έμμεσα το ορμονικά συστήματα, συμπεριλαμβανομένων της αδρεναλίνης, του θυρεοειδούς, των ορμονών ανάπτυξης, της ινσουλίνης και άλλων. Επιπρόσθετα, επιφέρει αλλαγές στο μεταβολισμό των περιφερικών ορμονών. Παρατηρούνται διαφορετικές επιπτώσεις μακρόχρονης και βραχύχρονης κατάχρησης αλκοόλ, όπως επίσης η απεξάρτηση από το αλκοόλ είναι δυνατόν να επηρεάσει την ενδοκρινική λειτουργία. Δευτερεύουσες επιπτώσεις εμφανίζονται συνοδευτικά, όπως παθήσεις του ήπατος, φτωχή διατροφή και άλλες ιατρικές παθήσεις. Αυτό που πρέπει να τονιστεί στην παρούσα φάση είναι το γεγονός, ότι τα περισσότερα δεδομένα σχετικά με την κατάχρηση

αλκοόλ, προέρχονται από μελέτες κυρίως στον ανδρικό πληθυσμό και από μελέτες αρσενικών ζώων. Κατά συνέπεια, τα σχετικά με το θέμα δεδομένα για τον πληθυσμό των εγκύων γυναικών είναι αρκετά περιορισμένα. Μόνο, πολύ πρόσφατα έρευνες επιχείρησαν να μελετήσουν το φαινόμενο σε πληθυσμούς γυναικών και συγκεκριμένα σε εγκύους γυναίκες.

Οι επιπτώσεις της χρήσης αλκοόλ κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι πολύπλοκες και αφορούν άμεσα και έμμεσα, τόσο τη μητέρα όσο και το έμβρυο. Η αιθανόλη διαπερνά τον πλακούντα, και εισέρχεται στην κυκλοφορία του εμβρύου σε σύντομο χρονικό διάστημα (30 λεπτά της ώρας) επηρεάζοντας άμεσα την ανάπτυξη των ιστών και των κυττάρων του εμβρύου, συμπεριλαμβανομένης και της ενδοκρινικής λειτουργίας. Η αιθανόλη ενδέχεται να επηρεάζει την πρωτεϊνική σύνθεση ή την δημιουργία νευροδιαβιβαστών. Η ουσία εκείνη η οποία ενοχοποιείται για τις περισσότερες ανωμαλίες είναι η ακεταλδεϋδη (Ouelette, 1982). Οι διαφοροποιήσεις στην ισορροπία του ορμονικού συστήματος της μητέρας επιδρούν έμμεσα στην ανάπτυξη της μεταβολικής, φυσιολογικής και ενδοκρινικής λειτουργίας του εμβρύου. Τα επίπεδα της αιθανόλης στο αίμα του εμβρύου γίνονται ίδια με αυτά του μητρικού αίματος, αποτοξικοποιούνται όμως με μικρότερο ρυθμό. Η αιθανόλη παραμένει στο αμνιακό υγρό. Τα προαναφερθέντα στοιχεία είναι χαρακτηριστικά του εμβρυϊκού αλκοολικού συνδρόμου (Fetal Alcohol Syndrome). Επιπλέον, αλλαγές στη μεταβολική λειτουργία της μητέρας και / ή στην ενδοκρινική λειτουργία μπορούν να επηρεάσουν τη δυνατότητα διατήρησης μιας επιτυχημένης εγκυμοσύνης, οδηγώντας έτσι σε πιθανή αποβολή ή σε εκγενετής ανωμαλίες του εμβρύου.

Αρκετές μορφολογικές ανωμαλίες που παρουσιάζει το έμβρυο μετά την γέννηση του οφείλονται στο εμβρυϊκό αλκοολικό σύνδρομο (Fetal Alcohol Syndrome). Σε αυτές τις ανωμαλίες περιλαμβάνονται οι εγκεφαλικές ανωμαλίες, καθυστερημένη και μη φυσιολογική ανάπτυξη και μορφολογικές αλλαγές στην δομή του προσώπου. Το κεφάλι του εμβρύου είναι μικρό, η γέφυρα της μύτης είναι πλατιά, μειωμένο ύψος και βάρος, νοητική καθυστέρηση και αδυναμία συντονισμού των κινήσεων. (Zeman, 1991)

Ιδιαίτερη έμφαση αποδίδεται στη λειτουργία του άξονα υποθάλαμος, - υπόφυση - επινεφρίδια, καθώς σχετίζεται άμεσα αυτή η δέσμη αξόνων με το ανοσοποιητικό σύστημα και την ενδοκρινική λειτουργία, τόσο της μητέρας όσο

και του εμβρύου. Δεδομένα διαφόρων ερευνών φανερώνουν ότι, η κατανάλωση αλκοόλ από τις έγκυες μητέρες αυξάνει τα ποσοστά της αδρεναλίνης στον οργανισμό τους, τα βασικά επίπεδα κορτικοστερόνης, την κορτικοστεροειδή αντίδραση στο στρες και το κορτικοστεροειδές στρες, σε αντίθεση με εγκύους που δεν καταναλώνουν αλκοόλ. (Schiff et al, 1999)

Αυτές οι μεταβολές συμβαίνουν από την ενδέκατη ημέρα της εγκυμοσύνης, είναι παρούσες καθόλη της διάρκεια της κύησης, είναι δυνατόν να γίνουν πιο έντονες καθώς η κύηση εξελίσσεται και επιπλέον, μπορούν να συμβούν ακόμη και με ελάχιστη κατανάλωση αλκοόλ, δηλαδή ακόμη και με χαμηλή πρόσληψη αιθανόλης. Σημαντική παρατήρηση στο σημείο αυτό είναι η διαπίστωση, ότι οι διατροφικές συνήθειες, η φτωχή διατροφή συγκεκριμένα της μητέρας, κατά τη φάση αυτή της εγκυμοσύνης και με τις παρούσες συνυπάρχουσες μεταβολές δεν επηρεάζει την εν λόγω κατάσταση αρνητικά, γεγονός που σημαίνει ότι τυχόν αυξητικές μεταβολές στην λειτουργία των κορτικοειδών δεν οφείλεται σε διατροφικούς παράγοντες.

Η έγκυος μητέρα και το έμβρυο βρίσκονται σε μια διαρκή λειτουργική αλληλεπίδραση μεταξύ τους. Κατά συνέπεια, μεταβολές στην λειτουργία του άξονα υποθάλαμος – υπόφυση - επινεφρίδια στη μητέρα, επιφέρουν μεταβολές στην ανάπτυξη του ίδιου άξονα του εμβρύου. Όπως ήδη αναφέρθηκε, καθώς το αλκοόλ διαπερνά τον πλακούντα επηρεάζει τις βασικές λειτουργίες ανάπτυξης του εμβρύου. Συνοδευτικά, ενεργοποιείται ο άξονας υποθάλαμος – υπόφυση - επινεφρίδια και επηρεάζεται η ανάπτυξή του. Οι επιπτώσεις για το έμβρυο είναι έμμεσες, ωστόσο μπορεί να υπάρξουν μόνιμες οργανικές μεταβολές σε νευρολογικές δομές, οι οποίες ρυθμίζουν τη λειτουργία των τριών αυτών συστημάτων, καθώς και τη μεταξύ τους λειτουργία καθόλη τη διάρκεια της ζωής. Ευρήματα ερευνών υποστηρίζουν ότι, αυξημένα επίπεδα κορτικοστεροειδών στη μητέρα δεν αποτελούν τον πρωταρχικό διαμεσολαβητικό παράγοντα για την αυξημένη στρεσογόνο αντίδραση ενός νεογνού στην έκθεση στην αιθανόλη. Γι' αυτό το λόγο, είναι επιβεβλημένη η μελέτη του πιθανού ρόλου των κορτικοειδών γλυκόζης στην υπεραντίδραση του άξονα υποθάλαμος – υπόφυση - επινεφρίδια στην έκθεση στην αιθανόλη στο νεογνό. Είναι πιθανό να υπάρχει μια σύνθετη αλληλεπίδραση μεταξύ άμεσων και έμμεσων επιπτώσεων της έκθεσης σε

αιθανόλη, και αυτό πιθανόν να επηρεάζει τις επιδράσεις της αιθανόλης στη δραστηριότητα των τριών συστημάτων στο νεογνό.

Οι πολύπλοκες επιδράσεις της αιθανόλης και της λειτουργίας του άξονα υποθάλαμος – υπόφυση - επινεφρίδια της μητέρας στον αντίστοιχο άξονα του νεογνού φαίνεται να επηρεάζονται και να λειτουργούν συνοδευτικά με μέσες διατροφικές συνήθειες. Κατά τη 19η ημέρα της κύησης φαίνεται ότι τα έμβρυα που εκτίθενται σε αιθανόλη εμφανίζουν υπερβολικά χαμηλά επίπεδα κορτικοστεροειδών, σε σύγκριση με έμβρυα που δεν υποβάλλονται σε ανάλογη έκθεση. Σε αντίθεση, κατά τη γέννα τα νεογνά που εκτίθενται σε αιθανόλη παρουσιάζουν αυξημένα πλάσμα και αυξημένα επίπεδα κορτικοστεροειδών στον εγκέφαλο, αλλά χαμηλά επίπεδα λειτουργίας της υπόφυσης και της έκκρισης ενδορφινών.

Μόλις πρόσφατα άρχισαν να μελετώνται οι μηχανισμοί που ευθύνονται για την υπερδραστηριότητα του άξονα υποθάλαμος – υπόφυση - επινεφρίδια και που αντανακλανούν αλλαγές σε διάφορα επίπεδα του άξονα αυτού. Αυξημένη δραστηριότητα των τριών αυτών συστημάτων είναι δυνατόν να προκληθεί ακόμη και λόγω αυξημένης έκκρισης διαφόρων εκκριμάτων του οργανισμού, λόγω αυξημένης αντίδρασης της υπόφυσης σε διάφορα εκκρίματα, λόγω αυξημένης κινητικότητας προς τον υποθάλαμο, λόγω ελλειμμάτων στην ανταποδοτική ρύθμιση της δραστηριότητας του άξονα αυτού, και/ ή λόγω διαφοροποιήσεων σε κεντρικούς νευροδιαβιβαστές, που ρυθμίζουν τον άξονα υποθάλαμος – υπόφυση - επινεφρίδια.

Διάφορα δεδομένα παρουσιάζουν ότι, πολύπλοκοι μηχανισμοί πιθανώς να διαδραματίζουν κάποιο ρόλο. Έρευνες δείχνουν ότι, τρεις είναι οι σημαντικότεροι μηχανισμοί, που μπορεί να διαδραματίζουν κάποιο ρόλο στη ρύθμιση της υπερδραστηριότητας του άξονα υποθάλαμος – υπόφυση - επινεφρίδια: διαφοροποιήσεις στην κινητικότητα του άξονα αυτού, διαφοροποιήσεις στην ανταποδοτική λειτουργία του άξονα, και αλληλεπιδράσεις μεταξύ του άξονα της αδρεναλίνης και του άξονα των γεννητικών αδένων. Υπάρχουν σημαντικές ενδείξεις ότι, η έκθεση στην αιθανόλη αυξάνει την εισροή ενισχυμένων ερεθισμάτων στον παρακοιλιακό πυρήνα του υποθαλάμου. Ωστόσο, είναι αναγκαίο να σημειωθεί ότι οι περισσότερες έρευνες που έχουν διεξαχθεί σχετικά, έχουν ως πληθυσμό

κυρίως αρσενικά ζώα, επομένως τα οποιαδήποτε συμπεράσματα σχετικά με τις επιδράσεις του μηχανισμού στις εγκύους, πρέπει να γίνονται με τη δέουσα προσοχή. Πρόσφατες έρευνες καταδεικνύουν την ύπαρξη του τρίτου μηχανισμού στην υπερδραστηριότητα του άξονα. Συγκεκριμένα, μελετάται ο ρόλος των διαφοροποιήσεων στις εισαγόμενες ποσότητες αιθανόλης στις αλληλεπιδράσεις μεταξύ του άξονα της αδρεναλίνης και του άξονα των γεννητικών αδένων, ρυθμίζοντας τις σεξουαλικά δίμορφες επιδράσεις της αιθανόλης σε αρσενικά και θηλυκά νεογνά.

Από όσα παρουσιάστηκαν παραπάνω, προκύπτει το συμπέρασμα ότι, έκθεση του εμβρύου σε αιθανόλη, και κατεπέκταση του νεογνού και μέλλοντα ενήλικα, είναι τόσο άμεσες όσο και έμμεσες και επηρεάζουν το ανοσοποιητικό του σύστημα και την ανάπτυξή του εν γένει. Κλείνοντας, αναφέρεται επιγραμματικά και η επίδραση της αιθανόλης στην ανάπτυξη του θυρεοειδούς αδένου. Η αιθανόλη είναι δυνατόν να διαταράξει την ανάπτυξη του θυρεοειδούς αδένου. Υπερβολική έκθεση σε αιθανόλη κατά τη διάρκεια της ανάπτυξης του αδένου αυτού, μπορεί να εμποδίσει την ανάπτυξη των επιθηλάκων του θυρεοειδούς και να διαταράξει το μικρο - περιβάλλον της ανάπτυξης των T- κυττάρων, γεγονός που μπορεί να οδηγήσει σε εξασθένηση του πληθυσμού των T- κυττάρων. (Schiff et al, 1999)

3. Μετάδοση ψυχογεννητικών, ψυχονευρωτικών, ψυχοκινητικών προβλημάτων λόγω χρήσης ναρκωτικών και κατανάλωσης αλκοόλ

Η αμφίδρομη σχέση μεταξύ του κοινωνικού, πολιτιστικού περιβάλλοντος και των προβλημάτων της υγείας βρίσκει την πιο χαρακτηριστική του έκφραση στην περίπτωση των νόσων της εξάρτησης από ουσίες.

Ως εξάρτηση από ουσίες θεωρούμε: 1) τη φυσική (σωματική) εξάρτηση που είναι μια κατάσταση κατά την οποία το σώμα έχει προσαρμοστεί με την ύπαρξη σ' αυτό μιας ουσίας, έτσι ώστε, όταν αυτή πάψει να υπάρχει, να εμφανίζονται σωματικά συμπτώματα από τη στέρηση της ουσίας αυτής που συνήθως περιλαμβάνουν τη δυσθυμία και τον πόνο και 2) την ψυχολογική εξάρτηση που είναι μια κατάσταση που χαρακτηρίζεται από συναισθηματική και ψυχική ενασχόληση με τις δράσεις της ουσίας και, επίσης, με την έντονη επιθυμία για τη λήψη της από το εξαρτημένο άτομο. (Παπαγεωργίου, 1993)

Είναι γνωστό ότι οι κοινωνικές συνθήκες δημιουργούν κοινωνικά προβλήματα ή καταστάσεις που οι παλαιότεροι κοινωνιολόγοι τις αποκαλούσαν κοινωνική παθολογία, όπως είναι ο αλκοολισμός, η εξάρτηση από φαρμακευτικές ουσίες, μέσα από αμοιβαίους μηχανισμούς. Η αναγνώριση αυτής της σχέσης αποτελεί την ουσιαστική προϋπόθεση για το σχεδιασμό και την οργάνωση προληπτικών και θεραπευτικών μέτρων. Στο ένα σκέλος της σχέσης αυτής βρίσκεται το εξαρτημένο άτομο, ως βιοψυχοκοινωνική μονάδα, και στο άλλο τοποθετείται το κοινωνικο-πολιτιστικό - οικονομικό και γεω - πολιτικό περιβάλλον. Η ύπαρξη τάσεων μεταβλητών που υπεισέρχονται στο φαινόμενο της εξάρτησης δικαιολογεί την πολυπλοκότητά του. Επομένως, για να μιλήσουμε για την πρόληψη του φαινομένου, πρέπει να γνωρίζουμε την προέλευση, τις διαστάσεις και τις τυχόν φαρμακολογικές ιδιαιτερότητες που υπάρχουν. Οι φαρμακευτικές ουσίες ορίζονται από τον τρόπο δράσης τους στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα ως: 1) κατευναστικές- υπνωτικές ουσίες (αιθυλική αλκοόλη, βαρβιτουρικά), 2) ελάσσονα ηρεμιστικά (βενζοδιαζεπίνες), 3) ψευδαισθησιογόνα (κάνναβη, μεσκαλίνη, κ.ά.), 4) τροποποιητικά του συναισθήματος (μείζονα ηρεμιστικά και αντικαταθλιπτικά), 5) ναρκωτικά- αναλγητικά (ηρωίνη, κοδεΐνη, όπιο, μορφίνη, μεθαδόνη, κ.ά.) και 6) διεργετικά, όπως είναι οι αμφεταμίνες, η κοκαΐνη, η καφεΐνη, κ.ά (Μαδιανός, 2000).

Η εξάρτηση περιλαμβάνει μια απώλεια ελέγχου εκ μέρους του ατόμου όσον αφορά την ποσότητα και τη διάρκεια λήψης της ψυχοδραστικής ουσίας, που τείνει να λαμβάνεται σε μεγαλύτερη ποσότητα και επί μακρότερο χρονικό διάστημα απ'ότι είχε υπολογιστεί αρχικά από το άτομο και αυτό παρά την ενδεχομένη επιθυμία ή ανεπιτυχείς προσπάθειες του να αναλάβει τον έλεγχο της καταστάσης. Η συνειδητοποίηση εκ μέρους του ατόμου της βλαπτικότητας της ουσίας δεν αρκεί για την επιτυχή προσπάθεια διακοπής της λήψης. Η εξάρτηση οδηγεί τον χρήστη σε μια υπερβολική κατανάλωση δυνάμεων και χρόνου για να επιτύχει την προμήθεια της ψυχοδραστικής ουσίας κάτι το οποίο, συνεπικουρούμενο από τις άμεσες επιπτώσεις της λήψης της ουσίας πάνω στην ψυχική και σωματική ισορροπία του ατόμου, οδηγεί σε προβλήματα διατήρησης της κοινωνικής, επαγγελματικής και οικογενειακής ένταξης.

Το σύνδρομο της στέρησης είναι ένα άλλο χαρακτηριστικό που συνθέτει την οντότητα της εξάρτησης στη μεγάλη πλειοψηφία των περιπτώσεων. Περιλαμβάνει εκδηλώσεις ή συμπτώματα σωματικής και ψυχικής φύσεως που εμφανίζονται, όταν το άτομο δεν πάρει σε μια συγκεκριμένη δοσολογία την ουσία απέναντι στην οποία εμφανίζει εξάρτηση ή εμφανίσει ανοχή απέναντι στη συγκεκριμένη δόση ή στην συγκεκριμένη ουσία. Οι εκδηλώσεις του συνδρόμου στέρησης εξαρτώνται από την προσλαμβανόμενη ουσία, αλλά κατά κανόνα η ένταση και σοβαρότητά τους είναι συνάρτηση της ποσότητας που καταναλώνεται.

Η κατάχρηση ουσίας είναι μια διακριτή έννοια, που αντιπροσωπεύει μια υπερβολική κατανάλωση κάποιας ουσίας και που οδηγεί σε κλινικά συμπτώματα ή/ και σε επώδυνη για το άτομο κατάσταση. Η κατάχρηση οδηγεί σε προβλήματα στην εργασία και στην οικογένεια, σε ποινική φύσεως επιπλοκές και δημιουργεί κινδύνους τόσο για το ίδιο το άτομο, όσο και για τους γύρω του. (Παπαγεωργίου , 1993)

Κυριότερες κλινικές μορφές

☛ **Αλκοολισμός.** Πρόκειται για εξάρτηση απέναντι στο οινόπνευμα, η οποία συνοδεύεται από δυσμενείς συνέπειες σε ψυχικό και σωματικό επίπεδο αλλά

επίσης συχνά και στον οικογενειακό, επαγγελματικό και κοινωνικό τομέα της ζωής του ατόμου. Αποτελεί μια πολύ συχνά συναντόμενη διαταραχή στις δυτικές κοινωνίες δεδομένου ότι το οινόπνευμα, μαζί με την καφεΐνη και την νικοτίνη, αποτελούν τις τρεις περισσότερο χρησιμοποιούμενες ψυχοδραστικές ουσίες στον κόσμο. Ο αλκοολισμός συνοδεύεται από διάφορες παθολογικές εκδηλώσεις.

Τα επεισόδια μέθης, έπειτα από υπερβολική κατανάλωση οινοπνεύματος, αποτελούν συνηθισμένες και συχνές εκδηλώσεις του αλκοολισμού, οριζόμενες σε πολλές χώρες από έναν βαθμό αλκοολαιμίας που υπερβαίνει τα 0,80 g/l. Χαρακτηρίζονται από αφύσικη συμπεριφορά (συχνά αργή, σπάνια διεγερτική, μερικές φορές επιθετική) που δεν είναι προσαρμοσμένη στις περιστάσεις, άρση των αναστολών (αστεϊσμοί, ενδεχομένως απρέπειες), θυμικές διακυμάνσεις (συχνά ευφορία, σπάνια κατάθλιψη), δυσκολίες στην ομιλία και στον συντονισμό των κινήσεων, ελαττωμένες ικανότητες μνημονικής εγγραφής. Σε σοβαρές περιπτώσεις η μέθη μπορεί να οδηγήσει σε κώμα ή ακόμη και σε θάνατο.

Το σύνδρομο στέρησης εκδηλώνεται προοδευτικά όχι μόνο επ'ευκαιρία μιας μακροχρόνιας αποχής από την κατανάλωση οινοπνεύματος αλλά ακόμη και μετά από ένα χρονικό διάστημα οκτώ μόνο ωρών από την τελευταία λήψη οινοπνεύματος, στην περίπτωση που ο αλκοολισμός είναι σοβαρού βαθμού. Χαρακτηρίζεται από τρόμο των χεριών, εφίδρωση και ταχυκαρδία, αϋπνία, ναυτία ή εμετούς, άγχος και διέγερση, ενδεχομένως σύγχυση, ψευδαισθήσεις ή παραισθήσεις, παραλήρημα και κρίσεις επιληψίας. Στην περίπτωση της εμφάνισης διέγερσης, σύγχυσης, παραληρήματος και ψευδαισθήσεων, μιλάμε τότε για παραλήρημα στέρησης. Αμνηστικού τύπου διαταραχές μπορούν να προκύψουν μεσοπρόθεσμα ή μακροπρόθεσμα, ως αποτελέσμα έλλειψης στον οργανισμό της βιταμίνης B1 (θειαμίνη). Το σύνδρομο ή εγκεφαλοπάθεια του Wernicke χαρακτηρίζεται από αταξικές διαταραχές, αμφοτερόπλευρη πόρευση της 6^{ης} εγκεφαλικής συζυγίας, διαταραχές της συνείδησης, νευροφυτικές διαταραχές και πολυνευρίτιδα. Το σύνδρομο του Korsakoff περιλαμβάνει έντονη προσθιοδρομική και αναδρομική αμνησία, μυθοπλασία και ανοσογνωσία, αποπροσανατολισμό και αδυναμία ενσωμάτωσης κυρίως αφηρημένων και οπτικών πληροφοριών που αφορούν το χώρο. (Παπαγεωργίου, 1993)

Αγχώδεις διαταραχές, θυμικές διαταραχές, ψυχωσικές διαταραχές και άνοια είναι άλλες συχνές επιπλοκές του χρόνιου αλκοολισμού.

• **Παράγωγα της ινδικής κάνναβης.** Η κάνναβη αποτελεί την περισσότερο χρησιμοποιούμενη παράνομη ουσία στον κόσμο. Από το φυτό *Cannabis sativa* προέρχονται η μαριχουάνα, το χασίς και διάφορα άλλα μίγματα φύλλων και ρητίνης. Η δράση αυτών των παρασκευασμάτων οφείλεται σε ουσίες που περιέχουν και που ονομάζονται κανναβινοϊδή, εκ των οποίων το πιο δραστικό είναι η Δ-9-τετραϋδροκανναβινόλη.

Η λήψη των παραγώγων της ινδικής κάνναβης (σύμφωνα με το DSM-IV) αυξάνει την ευαισθησία του ατόμου απέναντι στα εξωτερικά ερεθίσματα, δίνοντας την εντύπωση πιο έντονων χρωμάτων και κάνοντας το άτομο να παρατηρεί λεπτομέρειες που δεν διέκρινε πριν. Αυξημένες δόσεις μπορεί να οδηγήσουν σε απροσωποποίηση και αποπραγματοποίηση. Συχνά παρατηρείται κακός συντονισμός των κινήσεων, πτώση της ικανότητας προσοχής, ευφορία αν και μερικές φορές μπορεί να παρατηρηθεί άγχος, παραμόρφωση της κρίσης του ατόμου, επιβράδυνση του χρόνου όπως τον βιώνει το άτομο. Σε σωματικό επίπεδο συχνά προκύπτει υπέραιμία των επιπεφυκώτων, ξηροστομία, ταχυκαρδία και αύξηση της όρεξης. Η χρόνια χρήση της ινδικής κάνναβης δεν έχει αποδειχθεί ότι επηρεάζει δυσμενώς τις εγκεφαλικές λειτουργίες αν και υπάρχουν μερικά δεδομένα που υποδεικνύουν κάποιες λεπτές επιπτώσεις επάνω σε αυτές τις λειτουργίες μακροχρόνια.

Υψηλές δόσεις των παραγώγων της ινδικής κάνναβης ή αυξημένη ευαισθησία ενός ατόμου σε αυτήν την ουσία μπορεί να οδηγήσουν στην πρόκληση τοξικού παραληρήματος (πτώση της συνείδησης και της προσοχής, διαταραχές της αντίληψης και γνωσιακή απορρύθμιση, αποπροσανατολισμό, διαταραχές της μνήμης, δυσκολίες στην ομιλία), πρόκληση οξέος ψυχωσικού επεισοδίου ή κρίσης άγχους, στην εμφάνιση παράδοξων ψυχολογικών καταστάσεων, όπως της έντονης ανάδυσης αισθήσεων και αντιλήψεων ακόμη και σε περίοδο αποχής από την ινδική κάνναβη, όπως επίσης και στη χρόνια εκδήλωση απάθειας, τάσεων απόσυρσης και μειωμένης ικανότητας πνευματικής συγκέντρωσης. Σε σωματικό επίπεδο, τα παράγωγα της ινδικής κάνναβης φαίνεται ότι μπορούν να προκαλέσουν καρδιαγγειακά προβλήματα, πνευμονικές λοιμώξεις,

ορμονικές διαταραχές, ενδεχομένως καρκινογένεση μέσω αναστολής κάποιων ανοσοβιολογικών μηχανισμών. (Παπαγεωργίου, 1993)

Ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα που σχετίζονται με τη χρήση των παραγώγων της ινδικής κάνναβης βρίσκεται στο γεγονός ότι αυτά προκαλούν συχνά πέρασμα για τη χρήση πιο «σκληρών» ναρκωτικών, στο πλαίσιο ενός πνεύματος αναζήτησης εντονότερων αισθήσεων.

✦ **Οπιοειδή.** Στην κατηγορία αυτή υπάγονται περισσότερες από 20 ουσίες αλλά την πιο σημαντική θέση, με μεγάλη διαφορά από τις υπόλοιπες, κατέχει η ηρωίνη. Πρόκειται για ένα αλκαλοειδές το οποίο συνήθως λαμβάνεται σε ενέσιμη μορφή, αφού αναμιχθεί με άλλες ουσίες, και το οποίο προκαλεί ταχύτατα μια πολύ έντονη εξάρτηση. Η τοξικότητα του προϊόντος συχνά οφείλεται στην κυμαινόμενη περιεκτικότητα του μείγματος που διατίθεται και που μπορεί να οδηγήσει, στην περίπτωση που ο χρήστης πάρει κάποια δόση υψηλότερης καθαρότητας σε ηρωίνη απ'ότι συνήθως, σε τοξικά αποτελέσματα. Έχει διαπιστωθεί τελευταία ότι η εξάρτηση από την ηρωίνη συχνά συνυπάρχει με άλλου τύπου ψυχικές διαταραχές, όπως κατάθλιψη, αλκοολισμό, αντικοινωνική συμπεριφορά, αγχώδεις διαταραχές, κ.ά. Δεν μπορεί όμως να διευκρινιστεί με βεβαιότητα η αιτιολογική σχέση που συνδέει αυτές τις διαταραχές και η κατεύθυνση της χρονικής αλληλουχίας στην εμφάνισή τους.

Η λήψη της ηρωίνης οδηγεί σε μια ευφορική διάθεση, η οποία όμως σύντομα μετατρέπεται σε απάθεια ή σε δυσθυμία, σε ψυχοκινητική επιβράδυνση ή διέγερση, που συνοδεύεται από αλλοίωση των ανώτερων ψυχικών λειτουργιών, πτώση του επιπέδου συνείδησης, προσοχής, μνήμης και κρίσης και αφύσικη συμπεριφορά. Σε σωματικό επίπεδο παρατηρείται μύση και υπεραιμία των επιπεφυκότων. Η μύση μετατρέπεται σε μυδρίαση στην περίπτωση της υπερδοσολογίας και συνοδεύεται από κώμα, αναπνευστικές δυσλειτουργίες και στις πιο σοβαρές καταστάσεις, από πνευμονικό οίδημα.

Το σύνδρομο στέρησης απέναντι στην ηρωίνη είναι ιδιαίτερα έντονο, εμφανιζόμενο 8 με 10 ώρες μετά την τελευταία χρήση, περιλαμβάνοντας έντονο άγχος και αϋπνία, ευερεθιστότητα, ναυτία και εμετούς, κράμπες, δακρύρροια και ρινόρροια, μυδρίαση, εφίδρωση, διάρροια, πυρετό, σε

σοβαρές καταστάσεις διέγερση. Οι λοιμώδεις επιπλοκές είναι ιδιαίτερα συχνές, όπως ιογενής ηπατίτιδα Β και C, και τα τελευταία χρόνια το σύνδρομο επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας (AIDS). (Παπαγεωργίου, 1993)

☛ **Κοκαΐνη, Αμφεταμίνες.** Είναι αλκαλοειδή των οποίων η χρήση και η τοξικότητα μοιάζουν πολύ, αν και διαφέρουν ελαφρώς όσον αφορά τη χημική τους σύσταση. Η λήψη τους προκαλεί αφύσικη συμπεριφορά, ευφορία, αυξημένη κοινωνικότητα και διαπροσωπική επαφή, υπερδραστηριότητα, μερικές φορές ψυχική ένταση, άγχος και θυμό. Σε σωματικό επίπεδο παρατηρείται ταχυκαρδία ή βαδρυκαρδία, μυδρίαση, αυξομειώσεις της αρτηριακής πίεσης, ναυτία ή έμετοι, ρίγη, ψυχοκινητική επιτάχυνση ή επιβράδυνση, σε σοβαρές καταστάσεις διέγερση, απώλεια της επαφής με την πραγματικότητα, παραλήρημα, παρανοειδούς μορφής, ψευδαισθήσεις, σύγχυση και κώμα που μπορεί να οδηγήσει και στο θάνατο. Το σύνδρομο στέρησης περιλαμβάνει (σύμφωνα με το DSM-IV) δυσφορικό συναίσθημα, κόπωση, έντονα δυσάρεστα όνειρα, αϋπνία ή υπερυπνία, αυξημένη όρεξη, ψυχοκινητική επιβράδυνση ή διέγερση. (Παπαγεωργίου, 1993)

☛ **Ψευδαισθησιογόνα.** Περιλαμβάνονται ουσίες όπως το L.S.D., η μεσκαλίνη, το S.T.P., η ψιλοκυβίνη, η έκσταση ή MDMA κ.ά. Η κύρια αναζητούμενη δράση τους από το χρήστη είναι η αλλοίωση της αντίληψης του εξωτερικού και εσωτερικού κόσμου, ενώ το άτομο βρίσκεται σε κατάσταση πλήρους εγρήγορσης, όπως επίσης και η φρενετική διέγερση του σώματος και των ικανοτήτων του. Τα χρώματα γίνονται αντληπτά ως πλέον έντονα και ανεξαρτητοποιούνται από τα αντικείμενα από τα οποία προέρχονται, οι μορφές των αντικειμένων παραμορφώνονται, επέρχονται παραισθήσεις, αποπροσωποποίηση και αποπραγματοποίηση. Μερικές φορές μπορεί να παρατηρηθούν και συναισθησίες, δηλαδή μια αισθητηριακή αντίληψη, πραγματική ή ψευδαισθητική, βιώνεται στο πλαίσιο μιας άλλης αίσθησης (για παράδειγμα να βιωθεί ως οπτική εικόνα ή μια οπτική αντίληψη να γίνει αντιληπτή ως ήχος). Η ως κάποιο βαθμό «ευχάριστα» ψυχεδελική παραμόρφωση της πραγματικότητας μπορεί να συνοδευτεί από έντονο άγχος ή κατάθλιψη, παραληρητική, παρανοειδή σκέψη, αγωνιώδη αίσθηση του ατόμου ότι χάνει τα λογικά του, διέγερση και ενδεχομένως επιθετική ή αυτοκτονική συμπεριφορά. Προκύπτουν επίσης σωματικά συμπτώματα όπως ταχυκαρδία, εφίδρωση, τρόμος των χεριών και έλλειψη συντονισμού στις

κινήσεις. Ιδιαίτερα ανησυχητικά για το άτομο συμπτώματα μπορεί να προκύψουν με τη μορφή αυτόματης επανεμφάνισης αισθητηριακών παραμορφώσεων μια έως δύο ημέρες μετά το τέλος του επεισοδίου της χρήσης της ψευδαισθησιογόνου ουσίας, με αποτέλεσμα το άτομο να πανικοβάλλεται πιστεύοντας ότι χάνει τα λογικά του, αφού δεν μπορεί να συνδέσει τις αισθητηριακές διαταραχές με μια πρόσφατη λήψη της ουσίας.

Οξεία προβλήματα που μπορούν να οδηγήσουν στο θάνατο, έχουν παρατηρηθεί σε νεαρούς χρήστες με ουσίες όπως η έκσταση, αφού κάτω από συνθήκες εξαντλητικής διέγερσης του σώματος (για παράδειγμα μέσω παρατεταμένων χορευτικών επιδόσεων) αυτά μπορούν να προκαλέσουν υπερπυρεξία, κώμα, διάχυτη αγγειακή πήξη του αίματος και οξεία νεφρική ανεπάρκεια. Το σύνδρομο φαίνεται ότι οφείλεται σε διαταραχή στην ομοιοστασία της σεροτονίνης στο κεντρικό νευρικό σύστημα. (Παπαγεωργίου, 1993)

3.1. Μετάδοση ψυχογενετικών, ψυχονευρωτικών, ψυχοκινητικών προβλημάτων λόγω κατάχρησης αλκοόλ

Νευρολογικά επακόλουθα του αλκοολισμού

Η οξεία δηλητηρίαση με οινόπνευμα μπορεί να προκαλέσει κώμα και θάνατο. Τα όρια τοποθετούνται ανάλογα με τη γενικότερη σωματική κατάσταση, μεταξύ 4 – 6 mg%. Οι περισσότερες οξείες δηλητηριάσεις με οινόπνευμα παρέρχονται συνήθως χωρίς ιδιαίτερα επακόλουθα. Καμιά φορά χρειάζεται ιατρική βοήθεια για την αντιμετώπιση τυχόν αναπνευστικής παράλυσης, πνευμονικής εισρόφησης κ.α.

Η χρόνια δηλητηρίαση όμως του νευρικού συστήματος από το οινόπνευμα μπορεί να προκαλέσει βαριές και μη αναστρέψιμες βλάβες του νευρικού ιστού. Συχνότερες είναι:

Αλκοολική – πολύ νευροπάθεια: κυρίως έχουμε συμπτώματα από την περιφέρεια και ιδιαίτερα τα πόδια. Σαν υποκειμενικά συμπτώματα συνήθως παρουσιάζονται κυρίως άλγη στη γάμπα του ποδιού (συχνά αίτιο λανθασμένης διάγνωσης κυκλοφορικών διαταραχών), αίσθημα βαδίσματος πάνω σε βαμβάκι, και μυικοί σπασμοί των μυών της κίνησης.

Επιληπτικά επεισόδια: Σαν επιληπτικά επεισόδια οφειλόμενα στην κατάχρηση οινοπνευματωδών ποτών μπορούν να θεωρηθούν αυτά, που εμφανίζονται α) είτε στο σύνδρομο στέρησης, β) είτε σε χρόνιους αλκοολικούς, που πριν δεν είχαν εμφανίσει τέτοιου είδους συμπτώματα και στους οποίους δε βρίσκεται καμιά άλλη οργανική διαταραχή. Χαρακτηριστικό είναι, ότι εμφανίζονται ακόμη και μετά την παραίτηση από τη χρήση οινοπνευματωδών ποτών και έχουν συνήθως γενικευμένο χαρακτήρα.

Αλκοολική ατροφία της παρεγκεφαλίδας: με ατακτικό βάδισμα, δυσαρθρία και τρέμουλο των χεριών, κ.α.

Εγκεφαλίτιδα Wernicke: που έχει βαρύ παθολογικό χαρακτήρα και μπορεί να οδηγήσει μέχρι και σε μόνιμη βλάβη πολλαπλών εγκεφαλικών λειτουργιών. (Παπαγεωργίου , 1993)

Ψυχολογικά επακόλουθα του αλκοολισμού

Σε όλους όσους έχουν δοκιμάσει κάποιο οινοπνευματώδες ποτό είναι γνωστή η δράση της αιθανόλης στον ψυχικό τους κόσμο. Φυσικό είναι, ότι όσο μεγαλύτερη γίνεται η ποσότητα του οινοπνεύματος που καταναλώνει ένα άτομο, τόσο θα αυξάνει και η δράση του πάνω στις διάφορες ψυχικές λειτουργίες. Στην περίπτωση μάλιστα όπου γίνεται χρόνια χρήση σχετικά μεγάλων ποσοτήτων οινοπνευματωδών ποτών, έχουμε τέτοιες ψυχικές διαταραχές που καμιά φορά δεν είναι πια επανορθώσιμες.

Οι ψυχικές αυτές διαταραχές, ανάλογα με τη συμπτωματολογία που παρουσιάζουν, μπορούν να ξεχωριστούν σε αυτοτελείς ψυχικές ασθένειες ώστε να είναι ευκολότερη, τόσο η διάγνωσή τους όσο και η θεραπεία τους.

Σαν πλέον απλή και επανορθώσιμη διαταραχή της ψυχικής λειτουργίας είναι η κατάσταση μέθης. Η μέθη, δεν συνδέεται απαραίτητα με εξάρτηση από το οινόπνευμα, μπορεί όμως να έχει δυσάρεστα επακόλουθα, τόσο σε σωματικό όσο και σε κοινωνικό επίπεδο. Η επανόρθωση των ψυχικών λειτουργιών γίνεται αυτόματα μετά την παύση της δράσης του οινοπνεύματος στον εγκεφαλικό ιστό. Από καθαρά ψυχιατρική σκοπιά η μέθη μπορεί να

χαρακτηριστεί ως «εξωγενής ψυχωτική κατάσταση με συμπτωματολογία ενός περαστικού οργανοψυχικού συνδρόμου». Κύρια συμπτώματα της «περαστικής» αυτής «ψυχωτικής κατάστασης» είναι η εύθυμη διάθεση, η ψυχοκινητική ανησυχία, η «διευκόλυνση» της επικοινωνίας, η ελάττωση της κριτικής σκέψης, η ασυμβίβαστη συμπεριφορά, η «όρεξη για καβγά», μεγαλοιδέες, κ.α. Με την παράταση του χρόνου δηλητηρίασης, εμφανίζεται η ναρκωτική δράση του οινόπνεύματος, συνοδευόμενη συνήθως από κατάθλιψη και ελαφρά παράλυση κεντρικών νευρικών λειτουργιών (δυσκολίες στο βάδισμα, στην ομιλία, κ.α.).

Εκτός από την κατάσταση της απλής μέθης, σε πολλά άτομα παρουσιάζεται μια παράδοξη δράση του οινόπνεύματος, που θα μπορούσε να θεωρηθεί ως «παθολογική μέθη», με την έννοια της ιδιαίτερης αυτής, ασυνήθιστης δράσης του οινόπνεύματος πάνω στα άτομα. Η «παθολογική μέθη» χαρακτηρίζεται τόσο από ποιοτικές όσο και από ποσοτικές διαφορές των παρουσιαζόμενων συμπτωμάτων. Η ψυχοκινητική ανησυχία εμφανίζεται με πολύ εντονότερη μορφή, το άτομο δεν είναι σε θέση όχι μόνο να ελέγξει τις ψυχοκινητικές του λειτουργίες, αλλά και παραγνωρίζει την πραγματικότητα, συχνά παρουσιάζονται φανταστικές ιδέες και οπτικοακουστικό παραλήρημα. Όλα αυτά συνοδεύονται συνήθως από υπέρμετρο θυμό, άγχος και επιθετικότητα. Τις περισσότερες φορές καταλήγει η «παθολογική μέθη» σε έναν βαθύ ύπνο και απόλυτη αμνησία, που περιλαμβάνει σχεδόν ολόκληρα τα χρονικά όρια της μέθης. (Παπαγεωργίου, 1993)

Ο διαχωρισμός της «παθολογικής μέθης» από τη συνήθη, έχει ιδιαίτερη σημασία εκεί που τίθενται ιατροδικαστικά ερωτήματα σχετικά με συμπεριφορά ενός ατόμου κατά τη διάρκεια της μέθης του. Θεωρείται ότι πίσω από μια παθολογική μέθη, κρύβεται ένα είδος ψυχοπαθητικής προσωπικότητας, που λόγω της δηλητηρίασης με το οινόπνευμα και της απώλειας των ελεγκτικών μηχανισμών, εμφανίζεται στην επιφάνεια. Άλλες ψυχοπαθολογικές καταστάσεις που εμφανίζονται κυρίως μετά από χρόνια κατάχρηση οινόπνευματων ποτών είναι:

Παράφρονη ζήλια: παρουσιάζεται κυρίως σε άνδρες και έχει σαν αντικείμενο τη σύζυγο ή φίλη. Χαρακτηρίζεται από εντονότερες ιδέες ζήλιας, που παίρνουν παράλογο χαρακτήρα. Ο αλκοολικός ασθενής κατηγορεί συνεχώς τη σύζυγο ή φίλη ότι τον απατά, προσπαθεί να ελέγξει κάθε της κίνηση.

Ολόκληρη η σκέψη του καταλαμβάνεται από τις ζηλόφθονες αυτές ιδέες, δεν μπορεί να συγκεντρωθεί και εάν βρίσκεται σε θεραπεία, δεν είναι ικανός να τη συνεχίσει, γιατί θα πρέπει να επιστρέψει κοντά στη σύντροφό του για να την ελέγχει. Από τη σκοπιά της ψυχαναλυτικής θεώρησης, έχουμε μια κατάσταση προβολικής σκέψης, κατά την οποία ο αλκοολικός προσπαθεί να απελευθερωθεί από τις δικές του τύψεις, μιας και δεν μπορεί να ανταποκριθεί στα συζυγικά του καθήκοντα, φορτώνοντας έτσι τη σύντροφό του.

Αλκοολική παρανοϊκή κατάσταση: Εμφανίζεται κυρίως σε υστερικά ή σχιζοειδικά άτομα. Ο αλκοολικός προβάλλει όλα πάνω στον εαυτό του, νομίζει ότι όλοι ασχολούνται μαζί του, έχει το συναίσθημα ότι τον παρακολουθούν και καμιά φορά «παράγει» οπτικοακουστικό παραλήρημα, που ενισχύει περισσότερο την παρανοϊκή του κατάσταση.

Αλκοολικό παραλήρημα: Η διαφορά του από την αλκοολική παρανοϊκή κατάσταση είναι οι έντονες οπτικοακουστικές παραληρηματικές καταστάσεις του ασθενή. Εμφανίζεται κυρίως ακουστικό παραλήρημα, ο ασθενής ακούει φωνές γνωστών ή αγνώστων προσώπων, που ασχολούνται με αυτόν, τον κριτικάρουν, και τον κατηγορούν. Μια τέτοια κατάσταση συνοδεύεται όπως είναι φυσικό, από άγχος, κατάθλιψη, και ιδέες αυτοκτονίας. Το παραλήρημα αυτό διαρκεί συνήθως μερικές εβδομάδες, μέχρι και μήνες, καμιά φορά όμως καταλήγει σε χρόνιες ψυχωσικές καταστάσεις.

Ψύχωση Korsakow: Εμφανίζεται σε 3 – 5% των χρόνιων αλκοολικών ασθενών, κυρίως μεταξύ πεντηκοστού και εξηκοστού έτους. Παρουσιάζεται αρχικά με μια ασθενική ψυχική κατάσταση, ένα είδος ψυχικής κούρασης και απώλειας του ενδιαφέροντος για πρακτικές πλευρές της ζωής, όπως η δουλειά κτλ. Με τον καιρό παρατηρούνται διάφορες ελαφρές διαταραχές της νόησης, της ικανότητας για πνευματική συγκέντρωση και του θυμητικού. Σε προχωρημένα στάδια, εφόσον συνεχιστεί η κατάχρηση οινοπνευματοδών ποτών, εμφανίζονται έντονες θυμητικές διαταραχές, με ιδιαίτερο χαρακτήρα, διαταραχές του προσανατολισμού, ελάττωση της ικανότητας για αυθόρμητη συμπεριφορά, απώλεια της κρίσης και ολοκληρωτική αποβλάκωση της προσωπικότητας. Τα χαρακτηριστικά των θυμητικών διαταραχών είναι ότι ο ασθενής θυμάται το μακρινό παρελθόν, δεν είναι σε θέση όμως να θυμηθεί τι έκανε πριν από λίγα λεπτά. Έτσι, περιφέρεται άσκοπα ή περνάει τον καιρό του σε ένα δωμάτιο, αφού δεν είναι σε θέση καν να οργανώσει την παραμικρή

του κίνηση ή πράξη, δεδομένου ότι του λείπει η σύνδεση με το άμεσο παρελθόν.

Delirium Tremens: Είναι η πιο συχνή αλκοολική ψυχωτική κατάσταση (84%). Εμφανίζεται μετά από χρόνια κατάχρηση οινοπνευματωδών ποτών, κυρίως μετά το 30^ο έτος της ηλικίας. Συχνότερα παρουσιάζεται μετά από απότομη διακοπή της χρήσης οινοπνεύματος (στεγνό), αλλά είναι δυνατόν να παρουσιαστεί και κατά τη διάρκεια της χρήσης οινοπνεύματος (υγρό). Στη δεύτερη περίπτωση συνήθως υπάρχει και ένας ακόμη λόγος κατάπτωσης του οργανισμού, όπως πνευμονία, κλπ. Αρχικά, εμφανίζεται ελαφρύ τρέμουλο των χεριών, διαταραχές του ύπνου, αγχώδη όνειρα, έντονη νευρική κατάσταση, ψυχοκινητική ανησυχία και ιδρώτες. Συχνά έχουμε σαν πρώτο σύμπτωμα επιληπτικές κρίσεις. Εάν δεν γίνει ιατρική αντιμετώπιση των πρόδρομων αυτών συμπτωμάτων ή δεν καταφύγει ο ασθενής στο ποτό, παρουσιάζεται μια ιδιαίτερα ταχεία επιβράδυνση της γενικής κατάστασης του αλκοολικού ασθενή, με ελαφρά κυάνωση του προσώπου, έντονο άγχος θανάτου, διαταραχή της βάρδιας και γενικότερα της κινητικότητας των άκρων, τρέμουλο της φωνής και δυσαρθρία. Ο ασθενής ψάχνει άσκοπα γύρω του, είναι πλήρως αποπροσανατολισμένος και δεν μπορεί να κοιμηθεί. Το οπτικό παραλήρημα εμφανίζεται κυρίως με μορφή μικρών ζώων (ποντίκια, αράχνες) που φοβίζουν τον ασθενή, ενώ προσπαθεί να τα αποφύγει. Το οπτικό παραλήρημα έχει το χαρακτηριστικό ότι επηρεάζεται από το εξωτερικό περιβάλλον. Εάν δεν γίνει έγκυρη αντιμετώπιση της κατάστασης αυτής, και ιδιαίτερα των καρδιο - κυκλοφορικών διαταραχών, μπορεί ο ασθενής να υποκύψει σε αυτές. Η διάρκεια της κατάστασης αυτής, κάτω από φαρμακευτική περίθαλψη, διαρκεί 4 – 5 ημέρες. Το ποσοστό θνησιμότητας κυμαίνεται μεταξύ 1 – 4%. (Παπαγεωργίου, 1993)

Εκτός από τα ψυχολογικά επακόλουθα που μόλις αναφέρθηκαν, υπάρχουν επιπλέον ψυχολογικά συμπτώματα του αλκοολισμού, και τα οποία είναι χρήσιμο να αναφερθούν. Το ιδιαίτερο με τα συμπτώματα αυτά είναι η παραγνώριση και δικαιολόγησή τους με το απλό επιχείρημα του περάσματος των χρόνων, που βέβαια μπορεί να ισχύει, αλλά στην περίπτωσή μας, βρίσκει λάθος εφαρμογή. Τα συμπτώματα αυτά είναι:

- Διαταραχές της μνήμης και της ικανότητας για πνευματική συγκέντρωση
- Μείωση της ικανότητας για νέα μάθηση και της προσοχής

- Σωματοψυχική κόπωση
 - Μείωση της ικανότητας κρίσης και ιδιαίτερα για ότι αφορά στο ίδιο το άτομο (δικαιολογίες για τα πάντα)
- Ελάττωση της φαντασίας και της συνθετικής σκέψης
- Ελάττωση της εμπιστοσύνης, τόσο απέναντι στον ίδιο τον εαυτό, όσο και των άλλων απέναντι στο ίδιο το άτομο
 - Συναισθηματική αστάθεια
 - Ελάττωση της ικανότητας για παραγωγική εργασία
 - Πνευματική ηλιθιότητα

3.2 Μετάδοση ψυχογενετικών, ψυχονευρωτικών, ψυχοκινητικών προβλημάτων λόγω της κατάχρησης απαγορευμένων ναρκωτικών ουσιών

Χασίς και Ψύχωση

Ήδη από το 1933 παρουσιάστηκε η πρώτη εμπειριστατωμένη μελέτη σχετικά με τις χασισικές ψυχώσεις από τον καθηγητή Μ. Στριγγάρη. Σύμφωνα με τις μελέτες του, το χασίς κατανέμει τις ψυχώσεις σε: α) επεισοδιακές συγχυτικές καταστάσεις, και β) χρόνιες ή παρατεταμένες χασισικές ψυχώσεις. Ο καταμερισμός αυτός γίνεται ανάλογα με τη διάρκειά του, την πορεία και τα ψυχοπαθολογικά φαινόμενα, τα οποία παρουσιάζονται. Με την πάροδο των χρόνων, και καθώς οι έρευνες σχετικά με τις χασισικές ψυχώσεις γίνονται επισταμένα, προέκυψαν και άλλες παρατηρήσεις, που διαφοροποιούν ακόμη περισσότερο τις οποιοσδήποτε ψυχοπαθολογικές καταστάσεις μεταξύ τους.

Λίγα χρόνια μετά τις παρατηρήσεις του καθηγητή Στριγγάρη σχετικά με τις χασισικές ψυχώσεις, έρχεται στην επιφάνεια η μελέτη του Skliar στο Αστραχάν, περιγράφει περιπτώσεις ψυχωτικών καταστάσεων, που παρατήρησε μέσα σε 80 περιστατικά χρόνιας χασισοποσίας. Επίσης, οι παρατηρήσεις του Bromberg στις Η.Π.Α., έρχονται να προσθέσουν στη φιλολογία γύρω από τις χασισικές ψυχώσεις. Ο Bromberg ξεχωρίζει τις ψυχωτικές καταστάσεις σε τρεις κατηγορίες: στην κατηγορία των δηλητηριάσεων από μαριχουάνα, στις αντιδραστικές καταστάσεις (στη δηλητηρίαση με την έννοια μιας νευρωτικής επεξεργασίας) και στην τοξική

ψύχωση, που αποτελείται από ένα μίγμα της δράσης της τοξικής ουσίας αυτής καθαυτής και από ένα σύνολο συμπτωμάτων σαν αυτό της μανιοκαταθλιπτικής ψύχωσης ή της σχιζοφρένειας. (Παπαγεωργίου, 1993)

Από τη σύγχρονη βιβλιογραφία, άξια αναφοράς είναι τα δεδομένα που παραθέτει το 1967 ο Keup. Ξεχωρίζει τις ψυχωτικές εκδηλώσεις ως εξής:

Οξεία δηλητηρίαση (ψυχωτικό μοντέλο)

α. Πρώτου Βαθμού

αίσθημα ευτυχίας, κλπ.

αίσθημα άγχους, αντιδράσεις πανικού, κλπ.

β. Δεύτερου Βαθμού

φαντασιώσεις, παραλήρημα

διαταραχές του προσανατολισμού, διαταραχές ταυτότητας,

σύγχυση, ανησυχία, επιθετικότητα, παρανοϊκές ιδέες, κλπ.

γ. Τρίτου Βαθμού

κούραση, υπνηλία, «hang over»

δ. Μετακαταθλιπτική κατάσταση

Παρατενόμενη δηλητηρίαση

Αντανακλαστική αντίδραση αυτόματη ή μετά από χρήση του ναρκωτικού

Ψυχώσεις

α. Ιδιοπαθείς χασισικές ψυχώσεις: τοξικές ψυχώσεις, ψυχο - οργανικής φύσης, που φαίνονται να οφείλονται στη χρήση των κανναβικών παραγώγων

β. Ψυχώσεις κατηγοριοποιούμενες από τη χρήση κανναβικών παραγώγων, θεωρείται δηλαδή ότι ήδη προϋπάρχει μια ψυχωτική ασθένεια σε λανθάνον στάδιο που εκδηλώνεται με τη χρήση του χασίς

γ. Μεγιστοποίηση ψυχωτικών καταστάσεων. Όταν δηλαδή έχουμε χειροτέρευση, μιας ήδη γνωστής ψυχωτικής κατάστασης, λόγω της χρήσης χασίς.

1. Η χρήση χασίς γίνεται ταυτόχρονα με την εμφάνιση των ψυχωτικών συμπτωμάτων.

2. Η χρήση χασίς φαίνεται να είναι σύμπτωμα της ψύχωσης.

Ψυχώσεις που εκδηλώνονται μετά τη στέρηση των κανναβικών παραγώγων.

Χρόνιες διαταραχές

α. Κοινωνική εξαθλίωση

β. Ψυχο - οργανικές διαταραχές

γ. Πνευματική αποδιοργάνωση σε συνδυασμό με αλλαγές του χαρακτήρα

Στο διαχωρισμό αυτό των ψυχικών επιδράσεων των κανναβικών παραγώγων, διευκρινίζει ο Keur, ότι οι τοξικές κανναβικές ψυχώσεις φαίνονται να έχουν μια σχετικά καλή πρόγνωση, σε αντίθεση με τις «κίνητοποιούμενες» ή «μεγιστοποιούμενες» ψυχωτικές καταστάσεις που παρουσιάζονται στην εξέλιξή τους, όμοιες με τις σχιζοφρενικές ψυχώσεις, με την ανάλογη βαρύτητα.

Τέλος, σημαντικές είναι οι ανακοινώσεις του αμερικανικού συνεδρίου περί της δράσης των κανναβικών παραγώγων και της υγείας (1974). Τα αποτελέσματα, που πρόκειται να παρουσιαστούν εδώ, αποτελούν κομμάτι μιας ανακοίνωσης στο συνέδριο, στην οποία αρχικά, γίνεται αναφορά στη σύγχυση που επικρατεί όσον αφορά τη διάγνωση και ταξινόμηση των χασισικών ψυχώσεων. Στη συνέχεια, προτείνεται ο διαχωρισμός των χασισικών ψυχώσεων με έναν ιδιαίτερο τρόπο, που είναι ο ακόλουθος:

1. *Σοβαρές δηλητηριάσεις*: Αυτές οδηγούν σε ένα είδος ελαφρού «ντελίριου», με διαταραχές του προσανατολισμού, δυσκολία στην άρθρωση, ελαφρά αστάθεια στο βάδισμα, όπως και διαταραχές στην ικανότητα υποδοχής διαφόρων ερεθισμάτων του περιβάλλοντος. Ταυτόχρονα παρουσιάζονται διαταραχές ποιότητας, οπτικό ή ακουστικό παραλήρημα κλπ. Με την εξαφάνιση της δραστικής ουσίας από τον οργανισμό επανέρχεται το άτομο αυτόματα στη φυσιολογική του κατάσταση.

2. *Παθολογικές δηλητηριάσεις*: Δεν θεωρούνται σοβαρές δηλητηριάσεις, αλλά περισσότερο καταλυτικές καταστάσεις εμφάνισης διαφόρων παθολογικών συμπτωμάτων. Η εικόνα που παρουσιάζεται, χαρακτηρίζεται από βραχείας διάρκειας παρανοϊκές εμπειρίες, που συνοδεύονται από άγχος, φόβο θανάτου, συναίσθημα απώλειας του λόγου, ακόμη και από οξείες καταθλιπτικές καταστάσεις, έντονες διαταραχές ταυτότητας και ρεαλιστικής αντιμετώπισης της πραγματικότητας, όπως και αντιδράσεις πανικού. Οι «παθολογικές» αυτές δηλητηριάσεις διαρκούν μερικές ώρες και υποχωρούν αυτόματα.

3. *Οξείες κανναβικές ψυχώσεις*: Αυτή η κατηγορία περιλαμβάνει όλες τις παραληρητικές και γενικότερα ψυχωτικές καταστάσεις που ακολουθούν τη χρήση χασίς. Παρουσιάζονται συνήθως μετά από μια δηλητηρίαση με

κανναβικά παράγωγα. Η διάρκειά τους φθάνει τις κάποιες ημέρες, θεωρείται ότι πρόκειται για συμπτωματολογία που εκδηλώνεται λόγω μιας ήδη προϋπάρχουσας προδιατεθειμένης προσωπικότητας.

4. *Μέσης διάρκειας και χρόνιες κανναβικές ψυχώσεις*: Περιγράφονται κυρίως σε χώρες, όπως οι Ινδίες ή η Βόρεια Αφρική. Για την εκδήλωσή τους αποφασιστική είναι η χρόνια κατάχρηση κανναβικών παραγώγων, που οδηγεί σε αποδιοργάνωση υψηλών διανοητικών λειτουργιών. Η συμπτωματολογία μοιάζει με αυτή των χρόνιων σχιζοφρενικών ψυχώσεων. Μέχρι στιγμής δεν έχει αποδειχθεί ότι, η εμφάνιση τέτοιου είδους ψυχώσεων οφείλεται αποκλειστικά στη δράση των κανναβικών παραγώγων και δεν πρόκειται απλά για σχιζοφρενικές ασθένειες.

5. *Μόνιμες καταστάσεις*: Εδώ εντάσσονται η χασισική άνοια και οι flash-back ψυχωτικές καταστάσεις.

Κοκαΐνη

Κίνδυνοι από τη χρήση κοκαΐνης

Οι πιο συχνές επικίνδυνες καταστάσεις από τη χρήση της κοκαΐνης είναι αυτές που οφείλονται στη διαταραχή των αισθήσεων και της βίωσης της πραγματικότητας κατά τη διάρκεια της κοκαϊνικής μέθης. Ιδιαίτερα προβληματικός είναι ο καθορισμός ορίων, πάνω από τα οποία η δράση της ουσίας μπορεί να έχει άμεσα επακόλουθα στη γενική υγεία του χρήστη, ανεξάρτητα φυσικά από τα επακόλουθα της χρόνιας χρήσης των εξαρτημένων κοκαϊνομανών.

Έχει παρατηρηθεί ότι πολλά άτομα, παρουσιάζουν μια υπερευαίσθησία απέναντι ακόμα και σε μικρές θεραπευτικές- δόσεις κοκαΐνης. Έτσι, μπορεί να παρουσιαστεί ακόμη και μετά από χρήση λίγων σταγόνων στο βλεννογόνο του οφθαλμού, έντονη κυκλοφορική διαταραχή με όλα τα συμπτώματα του καρδιο - κυκλοφορικού σοκ. Η παρουσιαζόμενη διαταραχή μπορεί να φθάσει σε απώλεια της συνείδησης, πτώση της πίεσης και δύσπνοια, που εάν δεν αντιμετωπιστούν εγκαίρως, μπορούν να οδηγήσουν σε θάνατο. Η κατάσταση αυτή είναι γνωστή ως «κοκαϊνικό σοκ». (Gossop, Grant, 1990)

Η οξεία κοκαϊνική δηλητηρίαση, σαν αποτέλεσμα ξεπεράσματος της δόσης ανοχής για το συγκεκριμένο άτομο είναι επίσης μια κατάσταση που χρειάζεται άμεση ιατρική αντιμετώπιση. Τα συμπτώματα, τα οποία

εμφανίζονται είναι η αύξηση του μεγέθους της κόρης των οφθαλμών, ταχυκαρδία, ερυθρότητα του προσώπου, έντονος ιδρώτας, αύξηση της θερμοκρασίας, υπέρταση, ταχύπνοια και γενικά συμπτώματα από τη δράση του συμπαθητικού. Συχνά, παρουσιάζονται επιληπτικά επεισόδια και παραληρητικά φαινόμενα. Ιδιαίτερα επικίνδυνες για τη ζωή του ατόμου είναι οι διαταραχές από το κυκλοφορικό, που μπορούν να φθάσουν σε οξεία καρδιακή ανεπάρκεια, όπως και από το αναπνευστικό σύστημα.

(Gossop, Grant, 1990)

Η χρόνια κοκαϊνική δηλητηρίαση είναι το αποτέλεσμα της εξάρτησης από την κοκαΐνη. Όσο περισσότερο βυθίζεται ο κοκαΐνομανής στην εξάρτησή του, τόσο χλωμότερος εμφανίζεται στο πρόσωπο, καχεκτικός από την απώλεια σωματικού βάρους, με τη χαρακτηριστική παραμόρφωση από τον χρόνιο ερεθισμό του ρινικού βλεννογόνου, που φθάνει μέχρι και σε παραμόρφωση του σχήματος της μύτης. Η διαρκής ξηροστομία προκαλεί με τον καιρό αυτόματες κινήσεις καταπόσεως. Η σωματική αλλαγή συνοδεύεται φυσικά από την ψυχική παραμόρφωση του εξαρτημένου, που συνιστά και την εξάρτηση από την κοκαΐνη. Σωματική εξάρτηση, με την έννοια καθαρά οργανικών συμπτωμάτων, με τη μορφή συνδρόμου αποστέρησης δεν εμφανίζεται ακόμα και σε χρόνιους κοκαΐνομανείς. (Gossop, Grant, 1990)

Η εξάρτηση από την κοκαΐνη είναι απόλυτα ψυχικής μορφής, όπως και η εξάρτηση από κανναβικά παράγωγα.

Ψυχώσεις που εμφανίστηκαν μετά τη χρήση κοκαΐνης περιγράφηκαν για πρώτη φορά το 1887 από τον Thomsen. Χαρακτηριστικό των ψυχώσεων αυτών ήταν οι παρανοϊκές ιδέες και τρόποι βιώσεως του περιβάλλοντος. Η παρανοϊκή αυτή κατάσταση συμπληρωνόταν από ακουστικό παραλήρημα, συναίσθημα άγχους, διαταραχές της σεξουαλικής συμπεριφοράς και καταναγκαστική συμπεριφορά. Ο Bonhoeffer αναφέρεται σε ένα χαρακτηριστικό των ψυχώσεων αυτών στο οπτικό - αισθητικό παραλήρημα μικρών ζώων (με τη μορφή εντόμων, μικρών μαύρων κηλίδων, κλπ.) τα οποία ο κοκαΐνομανής όχι μόνο τα αισθάνεται μέσα στη επιδερμίδα του, αλλά και τα βλέπει.

Η κλινική εικόνα των ψυχωτικών αυτών καταστάσεων ελάχιστα διαφέρει από την εικόνα της κοκαϊνικής μέθης, που μπορεί να ιδωθεί, κάτω από το πρίσμα αυτό, σαν παροδική εξωγενής ψυχωτική κατάσταση. Ο Maier,

στηριζόμενος στην παρατήρηση 100 περιπτώσεων κοκαϊνικής ψύχωσης διαχωρίζει τις κοκαϊνικές ψυχώσεις σε:

- α. Οξύ κοκαϊνισμό, με τη μορφή οξείας δηλητηρίασης
- β. Χρόνια κοκαϊνική δράση
- γ. Υποξύ κοκαϊνικό ντελίριο
- δ. Κοκαϊνική παραφρένεια
- ε. Κοκαϊνική ψύχωση
- στ. Κοκαϊνική παράλυση

Όπως ήδη αναφέρθηκε, η εξάρτηση από την κοκαΐνη είναι ψυχικού χαρακτήρα. Ιδιαίτερο χαρακτηριστικό αυτής της εξάρτησης είναι η ανάγκη για ταχεία αύξηση της προσλαμβανόμενης δόσης και της συχνότητας λήψης της ουσίας. Παρά το γεγονός ότι λείπουν τα στοιχεία της σωματικής εξάρτησης, η σύνδεση της κοκαΐνης με τον χρήστη μπορεί μόνο με τη σύνδεση της ηρωΐνης με τον ηρωινομανή να συγκριθεί. Τα ψυχικά συμπτώματα στέρησης είναι τόσο έντονα και δυσβάσταχτα για τον χρήστη, ώστε πολλές φορές οδηγούν στην αυτοκτονία. Χαρακτηριστικό είναι επίσης ότι η κοκαΐνη, αποδομείται ιδιαίτερα αργά στον ανθρώπινο οργανισμό, έτσι ώστε η δράση της να διαρκεί περισσότερο από αυτή των οπιούχων. Η τυπική εξάρτηση από την κοκαΐνη είναι το καλύτερο παράδειγμα για την απόδειξη του κινδύνου που μπορεί να περικλείει μια ουσία, άσχετα από το εάν προκαλεί σωματική εξάρτηση ή όχι. Η «απελευθέρωση» από την ουσία αυτή είναι το ίδιο δύσκολη, όπως και στην περίπτωση των οπιούχων. Έτσι, μόνο μακροχρόνιες θεραπείες υπόσχονται ένα κάποιο αποτέλεσμα. (Gossop, Grant, 1990)

Διάγνωση-Ιατροφαρμακευτική αντιμετώπιση-Συντηρητική θεραπεία

Οι παράγοντες οι οποίοι επιδρούν στην ανάπτυξη κάποιας εξάρτησης φαίνεται ότι είναι πολλοί κάθε φορά, επεμβαίνοντας είτε ταυτόχρονα είτε σε διαφορετικές φάσεις της διαδικασίας που καταλήγει στην εξάρτηση.

Έρευνες σε οικογένειες αλκοολικών, σε διδύμους και κυρίως σε υιοθετημένα παιδιά υπέδειξαν τη συμμετοχή γενετικών παραγόντων στην ανάπτυξη μιας εξάρτησης. Έτσι, αν και το 1/3 των αλκοολικών δεν έχουν προηγούμενο αλκοολισμού στην οικογένειά τους, απεδείχθη ότι η ύπαρξη αλκοολισμού στο οικογενειακό ιστορικό ενός ατόμου προδιαθέτει (χωρίς να

καθιστά αναπόφευκτη) την ανάπτυξη αλκοολισμού ή εξάρτησης σε άλλου είδους ουσίες, και η οποία λαμβάνει χώρα αν υπάρξουν κι άλλοι παράγοντες. Η γενετική ιδιαιτερότητα, που φαίνεται να καθορίζει κάποια γενική ευπάθεια απέναντι σε διαφόρων μορφών εξαρτήσεις, πιθανολογείται ότι υφίσταται σε γονίδια που σχετίζονται με την ανάπτυξη των υποδοχέων της ντοπαμίνης ή με τη δραστηριότητα ενζύμων που σχετίζονται με το μεταβολισμό του οινόπνεύματος, αν και οι υποθέσεις αυτές δεν έχουν στοιχειοθετηθεί επαρκώς. Παρόλα αυτά, το θέμα της γενετικής επίδρασης στην ανάπτυξη της εξάρτησης, είναι ιδιαίτερα πολύπλοκο, αφού ενδέχεται να εμπλέκονται διάφορα γονίδια σε μερικές περιπτώσεις, ενώ σε άλλες απουσιάζουν στοιχεία που να ενισχύουν την γενετική υπόθεση και το περιβάλλον μόνο φαίνεται να παίζει καθοριστικό ρόλο.

Μελέτες πάνω σε βιολογικούς παράγοντες που ενδεχομένως συνδέονται με κάποια ευπάθεια απέναντι σε προβλήματα εξάρτησης, οδήγησαν στη διατύπωση υποθέσεων, μη επιβεβαιωμένων ακόμη, που εμπλέκουν τον μεταβολισμό του οινόπνεύματος, την ευαισθησία του ατόμου απέναντι σε αυτό και ορμόνες όπως η κορτιζόλη και προλακτίνη. Οι ντοπαμινεργικές και σεροτονινικές οδοί του κεντρικού νευρικού συστήματος θεωρείται ότι ενέχονται στη διαδικασία εγκατάστασης της εξάρτησης. (Gossop, Grant, 1990)

Η διερεύνηση των χαρακτηριστικών του χρήστη, σε ένα γνωσιακό και συμπεριφοριστικό επίπεδο οδήγησε στη διατύπωση ορισμένων υποθέσεων. Έτσι, ηλεκτροφυσιολογικά δεδομένα υποδεικνύουν προβλήματα στην αναγνώριση και στην ερμηνεία πολύπλοκων περιβαλλοντικών ερεθισμάτων εκ μέρους ατόμων υψηλού κινδύνου για την ανάπτυξη εξάρτησης. Ταυτόχρονα, συνδέεται η εξάρτηση με ορισμένα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, όπως αντικοινωνικότητα, παρορμητικότητα, έλξη για περιπέτεια και αναζήτηση έντονων αισθήσεων.

Σύγχρονα συμπεριφοριστικά και γνωσιακά σχήματα εστιάζουν την προσοχή τους κυρίως στην αναζήτηση από τον χρήστη κάποιας ορισμένης κατευναστικής ή αναισθητικής, ευφορικής, ευχάριστα διεγερτικής ή εκστασιακής επίδρασης, σε συνδυασμούς που ποικίλλουν ανάλογα με την προσλαμβανόμενη ουσία, τη δόση και το άτομο. Η φαρμακολογική αυτή δράση, συνδυαζόμενη με την επικρότηση της χρήσης από ένα ορισμένο

περιβάλλον ή με την ανάγκη κατευνασμού της ενοχής ή της αίσθησης απομόνωσης από τον χρήστη, συγκροτούν ένα θετικό ενισχυτή, που ευνοεί τη συνέχεια της χρήσης των ψυχοδραστικών ουσιών. Σε μια πρώτη φάση, η επίδραση του περιβάλλοντος φαίνεται να είναι καθοριστική, με την έννοια ότι προτείνει ή υποβάλλει στον μέλλοντα χρήστη την ιδέα της λήψης της ουσίας. Τα κατευναστικά ή ευφορικά αποτελέσματα που η τελευταία μπορεί να προκαλέσει, σε ένα άτομο βιολογικά προδιαθετημένο ή με προβλήματα άγχους και κατάθλιψης, σε αναζήτηση ταυτότητας και κοινωνικού χώρου ένταξης, μπορούν να οδηγήσουν στην επανάληψη της εμπειρίας και έτσι στην εγκατάσταση εξάρτησης μέσω αυτού του είδους θετικής ενίσχυσης. Συνήθειες και συμπεριφορές που συνδέονται με τη χρήση της ουσίας (η διαδικασία της προετοιμασίας της ηρωίνης στον ηρωινομανή, το άγγιγμα και το άναμα του τσιγάρου στον καπνιστή, η ατμόσφαιρα γύρω από ένα ποτό στον αλκοολικό) εγκαθιστούν έναν τρόπο και έναν ρυθμό ζωής που λειτουργεί επίσης ως ένα ιδιαίτερος ισχυρός θετικής ενισχυτής.

Τα ίδια ερμηνευτικά σχήματα αναγνωρίζουν την ύπαρξη αρνητικών ενισχυτών που αποτρέπουν τη διακοπή της χρήσης και οι οποίοι εντοπίζονται κυρίως στις επώδυνες και δυσάρεστες εκδηλώσεις της στέρησης, όταν το άτομο επιχειρήσει να διακόψει τη λήψη της ουσίας ή να μειώσει τη προσλαμβανόμενη δόση. Όταν το άτομο ξαναβρίσκει και μάλιστα σε εντονότερο βαθμό το άγχος και τις επώδυνες αισθήσεις, τις οποίες προσπάθησε να καταπολεμήσει μέσα από τη χρήση κάποιας ουσίας, αποθαρρύνεται στην προσπάθειά του να διακόψει τη χρήση.

Προϋπάρχουσες ψυχικές παθήσεις ενδέχεται να ευνοήσουν την εγκατάσταση εξάρτησης απέναντι σε μια ή περισσότερες ουσίας με την έννοια, ότι το άτομο φαίνεται να αναζητά μια ουσία ικανή να το ανακουφίσει από τα συμπτώματά του ή ικανή να απαλύνει τις σκληρές επιπτώσεις που η πάθηση αυτή έχει επάνω στη ζωή του. Μπορεί να αφορά ένα μεγάλο φάσμα διαταραχών, όπως την κατάθλιψη, τη φοβική, την ιδεοψυχαναγκαστική και την αγχώδη διαταραχή, τη σχιζοφρένεια ή τις διάφορες παθολογικές προσωπικότητες με προεξάρχουσα την αντικοινωνική.

Η ψυχαναλυτική προσέγγιση έχει επεξεργαστεί έναν ορισμένο αριθμό ερμηνευτικών σχημάτων, αρχής γενομένης από τον Freud και τους μαθητές του, οι οποίοι διατύπωσαν θεωρητικές υποθέσεις όσο αφορά τον αλκοολισμό,

που στηριζόταν στην καθήλωση σε στοματικό στάδιο και τη λανθάνουσα ομοφυλοφιλία. Νεώτερες υποθέσεις όσον αφορά τους ψυχοπαθολογικούς μηχανισμούς, που ευνοούν τη χρήση ουσιών, επικεντρώνονται περισσότερο επάνω σε μια υποτιθέμενη ανεπαρκή λειτουργικότητα του Εγώ, το οποίο δεν δύναται να ελέγξει επώδυνα συναισθήματα, όπως ο θυμός, το άγχος και η κατάθλιψη. Ο έλεγχος αυτός κάτω από φυσιολογικές καταστάσεις θεωρείται ότι γίνεται μέσα από συμβολικές διεργασίες, που σχετίζονται με το Εγώ και οι οποίες καταλήγουν στην έκκριση «φυσιολογικών ηρεμιστικών» που διαθέτει ο οργανισμός. Πρόκειται δηλαδή για ένα συμβολο - χημικό σύστημα που ήδη έχει φανταστεί ο Freud. Η αδυναμία ψυχικής επεξεργασίας των συναισθημάτων και των συγκρούσεων που προκύπτουν στον χρήστη πιστεύεται ότι, οφείλεται μερικές φορές και στην δυσκολία του να συνειδητοποιήσει και να περιγράψει αυτό που αισθάνεται, κάτι που μεταφράζεται με τον όρο αλεξιθυμία. Στην περίπτωση της έλλειψης αυτού του εσωτερικού συμβολικού - χημικού συστήματος που καταλήγει φυσιολογικά στην αδρανοποίηση του επώδυνου βιώματος, η ουσία που χρησιμοποιεί ο χρήστης είναι μια εξωτερική φαρμακολογική βοήθεια που επιτρέπει στο άτομο να καταπραΰνει αυτά τα οδυνηρά συναισθήματα.

Τέλος, κοινωνικοί και οικογενειακοί παράγοντες έχουν ταυτοποιηθεί και ενοχοποιηθεί ως συνεισφέροντες στην ανάπτυξη προβλημάτων εξάρτησης. Η νομοθεσία, κοινωνικοί και ιδεολογικοί παράγοντες, η ενημέρωση, η διάθεση ή όχι κάποιας ουσίας σε ένα κοινό, η τιμή της, είναι στοιχεία που επηρεάζουν, το αν κάποιο άτομο θα δοκιμάσει αυτήν την ουσία, αλλά επίσης και το να θα συνεχίσει να τη χρησιμοποιήσει. Θα επέμβουν βέβαια ενδιάμεσα παράγοντες που σχετίζονται με τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά, σωματικά και ψυχολογικά, του συγκεκριμένου ατόμου. Η χρήση ουσιών από κάποιο άτομο ή κάποια μέλη μιας οικογένειας φαίνεται ότι τείνει να ευνοήσει ανάλογες συμπεριφορές, που αφορούν την ίδια ή κάποια άλλη ουσία, από άλλα μέλη της οικογένειας. Έχουν διατυπωθεί επίσης υποθέσεις για την μετάθεση ενός οικογενειακού προβλήματος, επάνω στη χρήση ουσιών ενός μέλους της, το οποίο επιτρέπει τη διατήρηση μιας παθολογικής ισορροπίας μέσα στην οικογένεια, για την ύπαρξη διάσπασης στην οικογένεια εξαιτίας θανάτου, χωρισμού ή προβληματικών συμπεριφορών, για υπερπροστατευτικό πατέρα ή υπερπροστατευτική μητέρα και άλλα.

Η θεραπευτική τακτική πρέπει να περιλαμβάνει τρία στάδια: αυτό της αναγνώρισης του προβλήματος (συχνά το ίδιο το άτομο το συνειδητοποιεί μόνο του), αυτό της αποτοξίνωσης/ απεξάρτησης, και αυτό της κοινωνικής επανένταξης (στην περίπτωση που η εξάρτηση ή η κατάχρησή της έχει προκαλέσει κοινωνική περιθωριοποίηση).

Η φαρμακοθεραπεία είναι χρήσιμη για να αντιμετωπιστεί το σύνδρομο στέρησης ή για να βοηθηθεί μακροχρόνια το άτομο στην αντιμετώπιση της συνύπαρξης άλλων ψυχοπαθολογικών προβλημάτων. Η φαρμακοθεραπεία στη φάση της στέρησης μπορεί να περιλάβει βενζοδιαζεπίνες, βιταμίνες του συμπλέγματος Β (αλκοολισμός), ενδεχομένως κατευναστικά νευροληπτικά. Η μεθαδόνη χρησιμοποιείται όλο και περισσότερο στην περίπτωση των οπιοειδών, στο πλαίσιο μιας απεξάρτησης μακροχρόνιας λογικής.

Η ψυχοθεραπεία μόνη της ή σε συνδυασμό με άλλου τύπου θεραπευτική προσέγγιση μπορεί να βοηθήσει το χρήστη. Μπορεί να είναι συμπεριφοριστικής, γνωσιακής ή ψυχαναλυτικής προσέγγισης. Η ομαδική ψυχοθεραπεία μπορεί να ενδείκνυται για άτομα που δεν μπορούν να λειτουργήσουν στο πλαίσιο μιας ατομικής ψυχοθεραπείας. Η οικογενειακή ψυχοθεραπεία έχει χρησιμότητα στην περίπτωση της συνύπαρξης οικογενειακού τύπου προβλημάτων που συμβάλλουν στην συντήρηση της εξάρτησης.

Οι θεραπευτικές κοινότητες είναι ένα ιδιαίτερο σχήμα που αναπτύχθηκε με σκοπό να προσφέρει στον χρήστη ένα θεραπευτικό πλαίσιο που θα τον περιβάλλει σε πολλά επίπεδα και θα τον συνοδεύσει υποστηρικτικά κατά τη διάρκεια της προσπάθειάς του για απεξάρτηση και επανένταξη.

Στη θεραπεία της εξάρτησης δεν υπάρχει μια συγκεκριμένη αιτία για να αντιμετωπιστεί, όπως συμβαίνει στη θεραπεία διαφόρων άλλων ασθενειών, όπου συνήθως υπάρχει ένα συγκεκριμένο θεραπευτικό πλάνο και το οποίο βοηθάει να αντιμετωπιστεί η ασθένεια με τις καλύτερες δυνατότητες. Η εμφάνιση της εξάρτησης είναι η συγκυρία όλων εκείνων των παραγόντων, που συνθέτουν την ύπαρξη του ίδιου του ατόμου ή επιδρούν πάνω στην προσωπικότητά του. Τόσο ο ίδιος, όσο και το περιβάλλον του ή η κοινωνία γενικότερα, είναι μπλεγμένοι σε έναν φαύλο κύκλο μιας λανθασμένης επικοινωνίας, καταλύτης της οποίας είναι η τοξική ουσία. Αν η εξάρτηση θεωρεί ως σύμπτωμα μιας εξελικτικής διαδικασίας, που ξεκίνησε στην

νηπιακή ηλικία του ασθενή, ή τουλάχιστον περιέχει στοιχεία της προσωπικότητας του ατόμου που συντέθηκαν πριν πολλά χρόνια, όπως συμβαίνει στις περισσότερες ψυχικές ασθένειες, καταλαβαίνει κανείς ότι η θεραπευτική πορεία όχι μόνο επίπονη πρέπει να είναι, αλλά και σχετικά μακρόχρονη. Τη διαδικασία αυτή δυσκολεύουν και παράγοντες που συνετέλεσαν στην εμφάνιση της εξάρτησης (π.χ. ανεργία, κοινωνικές απογοητεύσεις, κ.α.), είναι όμως πολύ δύσκολο να επηρεαστούν από την καθεαυτή θεραπευτική διαδικασία. Ακόμα και το απλό «ξερίζωμα» του ασθενή από το κοινωνικό του περιβάλλον και η τοποθέτησή του σε κάποιο άλλο, με λιγότερους κινδύνους επιστροφής στην εξάρτηση, είναι κάτι το εξαιρετικά δύσκολο, καθώς προϋποθέτει τουλάχιστον την απόκτηση της ικανότητας του ατόμου να λειτουργήσει σε ένα περιβάλλον, που μέχρι χθες του ήταν, αν όχι ξένο, τουλάχιστον σίγουρα όχι επιθυμητό.

Μια άλλη σοβαρή ιδιομορφία της θεραπείας της εξάρτησης από τοξικές ουσίες είναι η ίδια η έννοια της λέξης θεραπεία, η οποία δεν θα πρέπει να συγχέεται με την πλήρη ίαση. Σε όλες τις παθολογικές εξαρτήσεις από τοξικές ουσίες (αλκοολισμός, τοξικομανία, κλπ.) η λέξη θεραπεία έχει την έννοια της πλήρους αποχής από τη χρήση της ουσίας και όχι τη «φυσιολογική» της χρήση. Επιστροφή στην ελεγχόμενη χρήση οποιασδήποτε ουσίας δεν υπάρχει. Ο εξαρτημένος παραμένει με αυτή την έννοια για όλη του τη ζωή σε σχέση εξάρτησης με την τοξική ουσία, και θεραπεία σημαίνει ικανότητα αποφυγής της χρήσης της ουσίας μέσα από μια διαδικασία ωρίμανσης της προσωπικότητας, ώστε η χρήση της να μην είναι πια αναγκαία.

Απαραίτητη προϋπόθεση για οποιαδήποτε θεραπευτική διαδικασία, είτε κλινικής μορφής, είτε μορφής εβδομαδιαίας ψυχοθεραπείας, είναι η αποχή από τη χρήση των ουσιών, τουλάχιστον για μερικές εβδομάδες πριν από την αρχή της θεραπείας. Αν ο ασθενής δεν είναι σε θέση να διακόψει τη χρήση της ουσίας, έστω και λίγο καιρό από μόνος του, τότε θα πρέπει να προχωρήσει αρχικά σε σωματική αποτοξίνωση σε κάποιο νοσοκομείο. Θεραπευτική διαδικασία, δεν έχει κανένα νόημα όσο ο ασθενής κάνει έστω και μειωμένη χρήση της τοξικής ουσίας.

Η πολυπλοκότητα του φαινομένου της εξάρτησης από τοξικές ουσίες οδήγησε στην προσπάθεια ανακάλυψης όλο και νεώτερων θεραπευτικών μεθόδων με στόχο φυσικά τα όσο το δυνατόν καλύτερα αποτελέσματα.

Παράλληλα, οδήγησε στο σχηματισμό δεκάδων μορφών ομάδων αυτοβοήθειας με διαφορετικό για την κάθε μια ομάδα ιδεολογικό υπόβαθρο. Οι διαφορές των θεραπευτικών μεθόδων ποικίλλουν από την χωρίς προϋποθέσεις εισαγωγή του ασθενή σε θεραπευτική διαδικασία μέχρι την δίχως όρια αντιπαράθεσή του με τους θεραπευτές της θεραπευτικής μονάδας, με σκοπό την εξακρίβωση της πραγματικής επιθυμίας του ασθενή για θεραπεία.

Στη βάση της παθολογικής εξάρτησης έχουμε να κάνουμε με ένα ψυχοσωματικό φαινόμενο «όδευσης» που αναπτύσσεται στα πλαίσια μιας τριαδικής αλληλεπίδρασης ανάμεσα στο Εγώ, την τοξική ουσία και στην ηθικο - κοινωνική περιβαλλοντική πραγματικότητα, στη διάρκεια μεγάλου χρονικού διαστήματος. Σημαντικοί παράγοντες που ευνοούν το μέγεθος της εξάρτησης είναι η ανεπάρκεια στην ωριμότητα της προσωπικότητας και η χρονική διάρκεια για την εξέλιξη και την εγκατάστασή της.

Το σκιαγράφημα αυτό που δείχνει την πολύπλοκη και σύνθετη αιτιολογία της αλληλεξάρτησης στο συσχετισμό Εγώ - τοξική ουσία - περιβάλλον, με τελικό αποτέλεσμα την εμφάνιση νοσηρής ψυχοσωματικής κατάστασης, επιβάλλει σε κάθε θεραπευτική προσπάθεια να υπολογίζονται, εκτός των άλλων, οι ακόλουθοι παράγοντες: η βαρύτητα της διαταραχής, η πολυμορφία της διαταραχής στα σωματικά, ψυχικά, και κοινωνικά επίπεδα, η ατομική ιδιαιτερότητα του ασθενή, η ηλικία του, τα ακόμα υπάρχοντα υγιή στοιχεία στην προσωπικότητά του, οι κοινωνικοί δεσμοί και οι σχέσεις του, η ιδιαιτερότητα που έχει η επίδραση της τοξικής ουσίας στο συγκεκριμένο άτομο.

Στη θεραπεία των εξαρτήσεων από τοξικές ουσίες υπάρχει ένας βασικός διαχωρισμός των ατόμων που εμφανίζουν εξάρτηση από ουσίες. Ο διαχωρισμός αυτός έχει ως αποτέλεσμα την ακριβέστερη διάγνωση του προβλήματος και την εφαρμογή της καταλληλότερης μορφής θεραπείας σε κάθε μια ομάδα ξεχωριστά και είναι ο εξής: ομάδα εφήβων και νεαρών εξαρτημένων, ομάδα ενηλίκων εξαρτημένων, και ομάδα των «κατ'εξοχήν» εξαρτημένων που προέρχονται από τις δύο άλλες ομάδες, με έντονα όμως χαρακτηριστικά σωματοψυχικά και κοινωνικά κατάλοιπα της μακροχρόνιας χρήσης τοξικών ουσιών.

Στην πρώτη ομάδα, αυτή των εφήβων και νεαρών εξαρτημένων, κατατάσσονται νέα παιδιά, τις περισσότερες φορές αβέβαια, αγχώδη, καταθλιπτικά, αποξενωμένα, και αδιάφορα, στα οποία η χρήση της τοξικής ουσίας, για τη λύση των ενδοψυχικών τους προβλημάτων, εμπόδισε τη φυσιολογική ωρίμανση της προσωπικότητάς τους. Αυτά τα νέα παιδιά δεν κατόρθωσαν να φθάσουν σε μια ώριμη ενήλικη συμπεριφορά, στην οποία θα μπορούσαν να επιστρέψουν μετά τη θεραπευτική διαδικασία. Αυτή η ικανότητα, της ώριμης αντιπαράθεσης με τη ζωή, θα πρέπει να αποκτηθεί στη διάρκεια της θεραπευτικής διαδικασίας.

Στη δεύτερη ομάδα, των ενηλίκων εξαρτημένων, συμπεριλαμβάνονται «φυσιολογικά» άτομα, που κάνουν «ελεγχόμενη» χρήση διαφόρων τοξικών ουσιών, τα οποία περνάνε στη φάση της εξάρτησης από τις ουσίες αυτές, κάτω από την επίδραση δύσκολων καταστάσεων, τις οποίες δεν μπορούν να ξεπεράσουν με τις δυνάμεις τους. Κατά τη θεραπευτική διαδικασία πρέπει να ιχνηλατηθεί και να αναλυθεί λεπτομερειακά τόσο η εξελικτική πορεία της εξάρτησης διαχρονικά, όσο και προβλήματα που έδρασαν σαν εκλυτικοί παράγοντες για την εμφάνιση της εξάρτησης. Στόχος της θεραπείας είναι η αντιπαράθεση με τους τρόπους συμπεριφοράς και επίλυσης προβλημάτων, που οδήγησαν στην εξάρτηση και η οικοδόμηση νέων αποτελεσματικών τρόπων, που θα βοηθήσουν το άτομο να απελευθερωθεί από την εξάρτηση.

Στην τρίτη ομάδα ανήκουν εξαρτημένοι ασθενείς, που εμφανίζουν παράλληλα με τις σωματικές βλάβες, έντονες διαταραχές και σημεία διανοητικής έκπτωσης, χαρακτηρίζονται δε από απόλυτη αδυναμία υπεύθυνης και ελεγχόμενης συμπεριφοράς. Η διαφοροποιημένη πνευματική ικανότητα και η ικανότητα συναισθηματικής αντίδρασης έχουν σχεδόν εξαφανιστεί. Οι κοινωνικές δομές, όπως η εργασία, η οικογένεια και άλλες μορφές κοινωνικής προσαρμογής έχουν απόλυτα αποσυντεθεί και διαλυθεί. Εδώ πρέπει να ενταχθούν και οι διάφορες ψυχωτικές καταστάσεις οφειλόμενες στη χρήση τοξικών ουσιών. (Gossop, Grant, 1990)

Κύρια θεραπευτική διαδικασία

Γενικά, η θεραπευτική διαδικασία για τις ασθένειες εξάρτησης μπορεί να χωρισθεί σε 4 φάσεις:

Τη φάση της επαφής και προετοιμασίας: Σε αυτή πρέπει να δημιουργηθεί η πρώτη θεραπευτική σχέση με τον ασθενή και να αρχίσει η προετοιμασία του για τη θεραπεία.

Τη φάση της αποτοξίνωσης: Σε αυτήν την ολιγοήμερη μέχρι 4-5 εβδομάδες φάση, θα καταπολεμηθούν τα συμπτώματα του στερητικού συνδρόμου, στα πλαίσια της σωματικής εξάρτησης, όπως φυσικά και οι τυχόν υπάρχουσες σωματικές βλάβες.

Τη φάση του απεθισμού: Κατά την οποία γίνεται η επεξεργασία της ψυχικής εξάρτησης, μέσα από την αντιπαράθεση με την εξαρτημένη συμπεριφορά και τους λανθασμένους τρόπους επίλυσης προβλημάτων, και θα ξεκινήσει η οικοδόμηση νέων. Αυτή η φάση διαρκεί ανάλογα με το βαθμό και το είδος της εξάρτησης το λιγότερο 6-12 μήνες.

Τη μεταθεραπευτική φάση ή φάση αποκατάστασης ή κοινωνικής επανένταξης: Σε αυτήν γίνεται σταθεροποίηση και ενσωμάτωση των νέων τρόπων συμπεριφοράς, όπως και δοκιμασία τους στην καθημερινή ζωή και πράξη, με τελικό στόχο την επανακοινωνικοποίηση του ασθενή. Η φάση αυτή μπορεί να διαρκέσει ακόμη και χρόνια.

Μοντέλο θεραπείας αλκοολικών

Ο αλκοολικός ασθενής είναι συνήθως μεγαλύτερος σε ηλικία – αφού η εγκατάσταση της ασθένειας διαρκεί αρκετά χρόνια – έχει δημιουργήσει σταθερές δομές στη ζωή του (εργάζεται, έχει οικογένεια, κλπ.), που προσπαθεί με κάθε τρόπο να μην τις χάσει, και σε καμιά σχεδόν περίπτωση δεν είναι «περήφανος» για την εξάρτησή του, την οποία προσπαθεί να διατηρήσει, όσο του είναι δυνατόν κρυφή. Ενώ δηλαδή, ο βασικός προβληματισμός του τοξικομανή είναι ο διαχωρισμός του από το κοινωνικό σύνολο και τις γενικότερα παραδεκτές κοινωνικές παραμέτρους, σαν μια μορφή αντίθεσης σε αυτές, ο αλκοολικός ασθενής δεν τα βγάζει πέρα στην προσπάθεια του να ταυτιστεί με τον κοινωνικό του περίγυρο και να ικανοποιήσει τις ανάγκες και τις επιθυμίες του μέσα σε αυτόν. Με άλλα λόγια, ενώ η κριτική κοινωνική τοποθέτηση του τοξικομανή είναι η άρνηση και η απόρριψη της κοινωνίας, η κριτική κοινωνική τοποθέτηση του αλκοολικού χαρακτηρίζεται από το παράπονο της απόρριψης του από αυτήν.

Εξ' άλλου, στις περισσότερες περιπτώσεις αλκοολικών έχουμε μια περίοδο στη ζωή τους, στην οποία οι μηχανισμοί άμυνας τους λειτουργούσαν φυσιολογικά και στην οποία θα μπορούσαν να «επιστρέψουν» μετά τη θεραπεία, ενώ στην περίπτωση των τοξικομανών ασθενών υπάρχει ένα κενό ωρίμασης στην προσωπικότητά τους, που πρέπει να αποκτηθεί εκ των υστέρων, μέσα στη θεραπευτική διαδικασία.

Προϋποθέσεις εισαγωγής στη θεραπεία

Ο ασθενής πρέπει να είναι προετοιμασμένος (π.χ. από το συμβουλευτικό σταθμό) για τη θεραπεία, να ξέρει δηλαδή περί τίνος πρόκειται και πού αποσκοπεί. Τόσο αυτός, όσο και ο/ η σύζυγος του θα πρέπει να έχουν επαφή με κάποια ομάδα αυτοβοήθειας πριν ξεκινήσει η θεραπεία. Αποκλείονται φυσικά ασθενείς με μεταδοτικές νόσους.

Στόχοι της θεραπείας

Η επίτευξη ενός τρόπου ζωής χωρίς εξάρτηση από διάφορες χημικές ουσίες. Καταπολέμηση των διαφόρων σωματικών συμπτωμάτων, επακόλουθα του αλκοολισμού.

Καταπολέμηση των διαφόρων προβλημάτων στην οικογένεια, τον τρόπο εργασίας κλπ., που οφείλονται στην εξαρτημένη συμπεριφορά του ασθενή. Σκοπός είναι η αυτονομία του ασθενή μέσα σε ένα όσο το δυνατόν περισσότερο σταθερό κοινωνικό περιβάλλον.

Ανάπτυξη της ικανότητας σωστών σχέσεων με άλλα άτομα. Καλύτερη κατανόηση των ατομικών δυνατοτήτων ή αδυναμιών, καλύτερευση της ικανότητας έκφρασης των συναισθημάτων και του τρόπου αντιμετώπισης των δυσάρεστων από αυτά, περαιτέρω ωρίμανση της προσωπικότητας.

Ανάπτυξη της ικανότητας τοποθέτησης αρχών μέσα στις οποίες θέλει να κινηθεί ο ασθενής, ως αποτέλεσμα δικής του απόφασης.

Απόλυτη απελευθέρωση από ουσίες εξάρτησης μέσα σε έναν ευχάριστο για τον ασθενή νέο τρόπο ζωής.

Θεραπευτική προσφορά

Διάγνωση:

Σωματική εξέταση

Νευρολογική – ψυχιατρική διάγνωση
Εργαστηρικές εξετάσεις (ΕΚΓ, ΕΕΓ, κλπ.)
Ψυχολογική διάγνωση

Ιατρική θεραπεία:

Περίθαλψη σωματικών ενοχλημάτων ή ασθενειών
Διάφορες φυσιοθεραπευτικές δυνατότητες (μπάνια, μασάζ, κλπ.)
Υγειονομική εκπαίδευση με πληροφορίες γενικής υγιεινής (διατροφής, κλπ.)
Κινησιοθεραπεία, σπορ, πρωινή γυμναστική, ασκήσεις χαλάρωσης

Ψυχοθεραπεία και Κοινωνιοθεραπεία:

Ψυχοθεραπευτική περίθαλψη με τη μορφή ομαδικής και ατομικής ψυχοθεραπείας. Εδώ βρίσκουν εφαρμογή διάφορες ψυχοθεραπευτικές μέθοδοι ανάλογα με την εκπαίδευση των θεραπειών. Βασικοί μοχλοί της θεραπείας, η ψυχοαναλυτική θεώρηση και η συμπεριφορολογία.

Οικογενειακή θεραπεία με τη μορφή μεμονομένων οικογενειακών συνεδριών ή σεμιναρίων στις οικογένειες των ασθενών.

Εργασιοθεραπεία στις δομές της μονάδας.

Απασχολησιοθεραπεία με πηλό, ζωγραφική, φωτογραφία, κλπ.

Μουσικοθεραπεία.

Κοινωνική αποκατάσταση

Εξάσκηση παραγωγικού σχεδιασμού του ελεύθερου χρόνου (διάφορα χόμπι, διοργάνωση εκδηλώσεων, κλπ.)

Εξάσκηση της υπευθυνότητας μέσα από την ατομική επίδραση στην ομάδα, την ανάληψη καθηκόντων, κλπ.

Διοργάνωση των επονομαζόμενων «στρατηγικών σεμιναρίων», στα οποία καλούνται να λάβουν μέρος φιλικά πρόσωπα, συνεργάτες, γείτονες, κλπ.

Προετοιμασία επανένταξης στον παραγωγικό τομέα, με ξεκαθάρισμα των δυνατοτήτων εργασίας, ανεύρεση θέσεως εργασίας ή επαφής με πρώην αφεντικό, κλπ.

Προετοιμασία επανένταξης στην οικογένεια μέσα από οικογενειακές επαφές, με πληροφόρηση των μελών της οικογένειας ή την κοινή συμμετοχή στις ομάδες αυτοβοήθειας.

Προετοιμασία της απόλυσης μέσα από τη σύσφιξη της σχέσης με το συμβουλευτικό σταθμό ή την ομάδα αυτοβοήθειας.

Ατομική επίδραση στην κοινωνική αποκατάσταση άλλων ασθενών μέσα από τη συμμετοχή και τη διοργάνωση εκδηλώσεων για άλλους ασθενείς.

Ολόκληρη η θεραπευτική διαδικασία είναι χωρισμένη σε τρεις φάσεις με ιδιαίτερο περιεχόμενο στόχων σε καθεμιά από αυτές.

Φάση 1^η: Είναι η φάση προσανατολισμού, περιγραφής του προβλήματος και παραδοχής της εξάρτησης. Οι στόχοι της πρώτης φάσης είναι η πλήρης σωματική και ψυχική διάγνωση, η δημιουργία του κοινού συναισθήματος με την ομάδα και η περαιτέρω ανάπτυξη της ανάγκης για μια θεραπεία που θα οδηγήσει στην απόλυτη αποχή από τις ουσίες εξαρτήσης. Η δουλειά σε αυτήν τη φάση είναι προσανατολισμένη στην αντιπαράθεση του ατόμου με την πορεία της εξάρτησής του, όπως και γενικότερα με το μέχρι τώρα παρελθόν του, σαν ένα είδος «συμπεράσματος» της ζωής του. Το «συμπέρασμα» αυτό τελειώνει με την αναγνώριση της ήττας από την ουσία εξάρτησης.

Το πέρας στη δεύτερη φάση γίνεται με την αναδρομή και «αξιολόγηση» της μέχρι τώρα θεραπευτικής αγωγής.

Φάση 2^η: Είναι η φάση της επεξεργασίας των προβλημάτων και της προσπάθειας ενός νέου προσωπικού προσανατολισμού. Οι στόχοι της δεύτερης φάσης είναι αρχικά, η αντιπαράθεση με τις ατομικές αδυναμίες ή δυνατότητες, η εμβάθυνση στα εσωτερικά ψυχικά προβλήματα και τον τρόπο βίωσης των συναισθημάτων του ασθενή, όπως και η σχέση όλων αυτών με την ανάπτυξη της εξαρτημένης συμπεριφοράς. Ταυτόχρονα, γίνεται η προσπάθεια αλλαγής λανθασμένων τρόπων συμπεριφοράς και ο σχεδιασμός νέων τρόπων συμπεριφοράς.

Φάση 3^η: Είναι η φάση του νέου κοινωνικού προσανατολισμού και της σταθεροποίησης μια νέας συμπεριφοράς. Στόχοι της τρίτης φάσης είναι η δοκιμή και σταθεροποίηση νέων τρόπων συμπεριφοράς που βασίζονται πάνω σε έναν νέο ιδεολογικό και ψυχολογικό προσανατολισμό, σε μια νέα θεώρηση των προβλημάτων, που έχει να αντιμετωπίσει ο ασθενής. Στη φάση αυτή, αυξάνονται οι επαφές με το κοινωνικό περιβάλλον του ασθενή με σκοπό την προετοιμασία της επιστροφής σε αυτό. Ταυτόχρονα, γίνεται επεξεργασία

του χωρισμού από το ασφαλές κλίμα της κλινικής και σταθεροποιείται η σχέση με την ομάδα αυτοβοήθειας ή το συμβουλευτικό σταθμό.

Ομάδες αυτοβοήθειας («Αυτόνομες»)

Ο σχηματισμός ομάδων, με σκοπό το ξεπέραςμα ενός κοινού προβλήματος ή μιας δύσκολης κατάστασης από άτομα που είχαν το πρόβλημα ή που βρίσκονταν στη δύσκολη κατάσταση, χάνεται ίσως στα ίχνη της ιστορίας. Στο βιβλίο του Projt Alexejewitch Kropotkin, το 1904 βρίσκουμε την πρώτη επιστημονική μελέτη πάνω στις ομάδες αυτές, που αρχίζει με παραδείγματα από το ζωικό βασίλειο για να φθάσει μέσα από την ανθρώπινη ιστορική εξέλιξη, στην εργατική τάξη της εποχής του. Παράδειγμα ομάδας αυτοβοήθειας αλκοολικών είναι οι γνωστοί πλέον, Ανώνυμοι, Αλκοολικοί (AA).

Η δημιουργία των AA οφείλεται σε μια τυχαία συνάντηση δυο αλκοολικών, του χειρουργού Bob H. και του εμπόρου Bill W., το 1935 στις Η.Π.Α. Και οι δυο, χρόνια αλκοολικοί με δεκάδες προσπαθειών θεραπείας στο ιστορικό τους ανακάλυψαν ξαφνικά πόσο “απελευθερωτικά” δρούσε η ειλικρινής συζήτηση του κοινού προβλήματος και πόσο τους ανακούφιζε η κατανόηση που μπορούσε να δείξει ο ένας για τον άλλον. Έτσι, αποφάσισαν να συνεχίσουν τις συναντήσεις του αυτές. Για τη διαμόρφωση της ιδεολογίας των AA έπαιξαν διάφοροι παράγοντες καθοριστικό ρόλο. Χαρακτηριστικό είναι το γεγονός ότι, το ιδεολογικό σύστημα των AA βασίζεται πάνω στην απόλυτη ειλικρίνεια. Η αναζήτηση αιτίων και αφορμών για την κατανάλωση οινοπνεύματος σταμάτησε με τους AA και επικράτησε η αρχή “πίνω επειδή πίνω”, “αιτίες και αφορμές μπορώ να βρίσκω πάντα..., υπάρχει μόνο ένας τρόπος να θεραπευτώ, να αφήσω το πρώτο ποτήρι χωρίς να το δοκιμάσω”. Σε αυτήν την τοποθέτηση στηρίζεται λοιπόν, η όλη φιλοσοφία τους, καθώς οι AA ξεκινούν την ημέρα τους με την παραδοχή - υπόσχεση “είμαι αλκοολικός, σήμερα δεν θα πιώ”. (Gossop, Grant, 1990)

Στοιχεία ομαδικής ψυχοθεραπείας για τη θεραπεία τοξικομανών ασθενών

Θεραπευτικό πλαίσιο

Όπως κάθε κλινική μονάδα, έτσι και μια μονάδα τοξικομανών έχει την ιδιαιτερότητά της, που επιδρά φυσικά πάνω στους ασθενείς που νοσηλεύονται σε αυτή. Ιδιαίτερα όμως οι μονάδες θεραπείας τέτοιων ασθενών παρουσιάζουν ορισμένα χαρακτηριστικά, που τις κάνουν να διαφέρουν από άλλες ψυχοθεραπευτικές μονάδες.

Τα χαρακτηριστικά αυτά είναι κυρίως:

- ο εσωτερικός κανονισμός της μονάδας,
- η ομάδα των θεραπευτών
- η “ποιότητα” της ομάδας των ασθενών
- η “υποχρεωτική” θεραπεία

Ο εσωτερικός κανονισμός αυτών των μονάδων δεν είναι μόνο για να διευκολύνει τη διαβίωση πολλών ατόμων μέσα σε ένα δοσμένο περιβάλλον, αλλά εμπεριέχει την απαίτηση θεραπευτικής επίδρασης. Είναι “αυστηρός” και αποτελείται από πολλές και καμιά φορά δυσκολονόητες παραγράφους, που τουλάχιστον στην πρώτη φάση της θεραπείας κανονίζουν σχεδόν με λεπτομέρεια τη διαβίωση και τη διάθεση του χρόνου των ασθενών. Όχι μόνο οι ώρες θεραπείας, αλλά και η χρησιμοποίηση του “ελεύθερου” χρόνου υπόκειται στον κανονισμό αυτό. Χαρακτηριστικά αναφέρονται τα παρακάτω: επισκέψεις δεν επιτρέπονται, τηλεφωνήματα γίνονται μόνο με την άδεια του θεραπευτή, η έξοδος από την μονάδα δεν είναι δυνατή, η χρησιμοποίηση περιπτερου για αγορά διαφόρων ειδών γίνεται μόνο μια φορά την εβδομάδα από τον “αρχηγό” της ομάδας και μόνο για ορισμένη ποσότητα ειδών, κλπ.

Έτσι, ο ασθενής που ελεύθερα αποφάσισε να κάνει κάτι για την ασθένειά του, βρίσκεται από την πρώτη μέρα αντιμέτωπος με μια κατάσταση που από την πρώτη ματιά, φαίνεται να του περιορίζει αισθητά την ελευθερία του. Αρχίζει να αναρωτιέται τον σκοπό και τη σημασία της θεραπείας και αν δεν αποφασίσει να τη διακόψει, πράγμα που συμβαίνει συχνά σε απροετοίμαστους ασθενείς, αντιδρά με επιθετικότητα ή εσωτερική ένταση, που την εκδηλώνει φυσικά με διαφορετικούς τρόπους. Όλα αυτά τα

συναισθήματα που εκλύονται από αυτήν την κατάσταση, δεν μπορεί παρά να εκδηλωθούν και μέσα στην θεραπευτική ομάδα, που οπωσδήποτε αποτελεί και το σωστό τόπο επεξεργασίας.

Το δεύτερο σημαντικό χαρακτηριστικό είναι η ομάδα των θεραπευτών. Σε μια μονάδα για θεραπεία τοξικομανών απασχολούνται συνήθως γιατροί-ψυχολόγοι - κοινωνικοί λειτουργοί – εργασιοθεραπευτές – φυσιοθεραπευτές - μουσικοθεραπευτές και νοσοκόμοι. Ο ασθενής βρίσκεται ουσιαστικά αντιμέτωπος με όλους αυτούς, από τους οποίους ο κάθε ένας δρα σε διαφορετικό βαθμό, πάνω στο συγκεκριμένο άτομο. Αν η επίδραση του κάθε θεραπευτή μείνει ξεκομμένη από την επίδραση των άλλων, δεν μπορεί παρά να προκαλέσει σύγχυση στον ασθενή. Αυτό οφείλεται τόσο στο ότι πρόκειται για άτομα με διαφορετική εκπαίδευση, άρα και διαφορετική θεώρηση των πραγμάτων, όσο και στη διαφορά αντίληψης, σαν αποτέλεσμα της διαφορετικής προσωπικότητας του κάθε ατόμου. Έτσι, η αναγκαιότητα μιας “κοινής γλώσσας” και η κατά το δυνατόν “κοινή θεώρηση” των πραγμάτων, φαίνονται απαραίτητες προϋποθέσεις για την ομαλή λειτουργία μιας τέτοιας μονάδας. Αυτό δεν σημαίνει ταυτοποίηση αποψεών και θεωριών, κάτι φυσιολογικά αδύνατο, αλλά προσπάθεια για κοινή και αποδεκτή λύση των προβλημάτων. Άλλος δρόμος να επιτευχθεί κάτι τέτοιο δεν υπάρχει, εκτός της συχνής συγκέντρωσης των θεραπευτών και της από κοινού συζήτησης και λύσης των διαφόρων προβλημάτων (teams). Όσο απλό και αυτονόητο και αν φαίνεται κάτι τέτοιο, τόσο δύσκολο είναι στην πράξη. Όχι μόνο η γνώση, αλλά και η ωριμότητα των θεραπευτών τίθεται συνεχώς σε δοκιμασία. Σε θεραπευτικές μονάδες, που για οποιονδήποτε λόγο δεν μπορούν να λειτουργήσουν ομαλά, η λύση του «εξωτερικού παρατηρητή» - έμπειρου θεραπευτή που δεν βρίσκεται σε καμιά διασύνδεση με τη θεραπευτική ομάδα, προσφέρει δυνατότητες αποφυγής μιας κρίσεως που θα μπορούσε να οδηγήσει στη διάλυσή της.

Επόμενο χαρακτηριστικό που επηρεάζει αναμφίβολα την εργασία στην ομάδα των ασθενών, είναι η συνήθως παρατηρούμενη πλήρης έλλειψη ή μηδαμινή παρουσία γυναικών μεταξύ αυτών. Έτσι, οι ομάδες που σε ιδεώδη κατάσταση θα αποτελούνταν από ίσο αριθμό ανδρών και γυναικών, αποτελούνται συνήθως κατά 80% και όχι σπάνια κατά 100% από άνδρες. Σε αυτήν την κατάσταση που περιορίζει τη δυνατότητα «ανάπτυξης

διαπροσωπικών βιωμάτων» με το άλλο φύλο, προστίθεται και η κοινή προβληματική των ασθενών αυτών. Έτσι, η δυνατότητα ανταλλαγής εμπειριών, διαπροσωπικών σχέσεων, προβολής και αντιπροβολής συναισθημάτων, κλπ., είναι εκ δεδομένου περιορισμένη. Από διαφορετική όψη των πραγμάτων όμως, είναι δυνατόν τα στοιχεία αυτά να προστεθούν στα προτερήματα της ομαδικής θεραπείας. Η αλληλοταυτοποίηση των μελών και η κοινή ανάπτυξη «κανόνων και αρχών» μπορεί να γίνει ευκολότερα, αν χρησιμοποιηθεί σωστά η «ομοιογένεια» των ομάδων αυτών.

Τέλος, μια ακόμη ιδιαιτερότητα παρουσιάζεται από τη μορφή που παίρνει η συμμετοχή στη θεραπεία στα γενικότερα πλαίσια της μονάδας. Οι ασθενείς βιώνουν τη συμμετοχή αυτή σαν καθήκον, που αν δεν εκπληρωθεί, θα επισύρει συνέπειες για την περαιτέρω παραμονή τους στη μονάδα. Αυτό φυσικά ισχύει και για τη συμμετοχή τους σε κάθε άλλη θεραπευτική εκδήλωση. Το συναίσθημα της «θεραπείας με το ζόρι» είναι πολύ συχνό.

Οι δυσκολίες που παρουσιάζουν αυτοί οι ασθενείς να προσαρμοστούν στην ομάδα, αποτελούν συχνά το κύριο μοτίβο πολλών ωρών θεραπείας. Αυτό είναι φυσικό να συμβαίνει, καθώς ένα από τα βασικά προβλήματα των ατόμων αυτών είναι η αδυναμία τους για ανθρώπινη επικοινωνία και η βίωση των συναισθημάτων τους. Το «καθήκον» για συμμετοχή στη θεραπεία όσο κι αν φαίνεται παράδοξο, είναι κάτι που μπορεί – όσον αφορά τη θεραπεία τοξικομανών – να υποστηριχθεί χωρίς ενδοιασμούς. Μπορεί να παρουσιάζεται σαν παράγοντας δυσχέρειας, πρέπει όμως να ιδωθεί μέσα στα γενικότερα θεραπευτικά πλαίσια και την ιδιαιτερότητά τους. Καθήκον του θεραπευτή είναι να μην παραβλέπει τα στοιχεία αυτά, αλλά να προσπαθεί να τα εισαγάγει στη θεραπευτική διαδικασία. Η επιτυχία προσαρμογής των στοιχείων αυτών στη θεραπευτική διαδικασία εξαρτάται από την ικανότητα και ευαισθησία του θεραπευτή να «μπει» στη θέση του ασθενή του (ενσυναίσθηση). (Gossop, Grant, 1990)

Τοποθέτηση των ασθενών απέναντι στη θεραπεία

Παρακάτω αναφέρονται κάποια γενικά κοινά σημεία της τοποθέτησης των τοξικομανών ασθενών απέναντι στη θεραπεία.

Η ελεύθερη συμμετοχή του ασθενή στη θεραπεία. Από νομική άποψη, όλοι οι ασθενείς στη θεραπευτική μονάδα έχουν «ελεύθερα» αποφασίσει για τη

συμμετοχή τους στη θεραπεία και για αυτόν τον λόγο έχουν υπογράψει μια σχετική βεβαίωση, ότι συμφωνούν και αποδέχονται το θεραπευτικό πλαίσιο και τις προϋποθέσεις του. Ωστόσο, η απόφαση αυτή δεν παίρνεται πάντα υπό καθεστώς απόλυτης ελευθερίας. Ποιος αποφασίζει ελεύθερα να αυτοπεριορίσει την ελευθερία του για 6 έως και 18 μήνες, χωρίς να υποχρεώνεται για κάτι από όλα αυτά;

Ο δρόμος που οδηγεί τους τοξικομανείς σε ένα θεραπευτικό πρόγραμμα απεξάρτησης είναι συνήθως και μακρύς, αλλά και πολύπλοκος. Η απόφαση τις περισσότερες φορές, να «μπουν» σε ένα θεραπευτικό πρόγραμμα συνδέεται άμεσα με το αίσθημα της ήττας, στο οποίο τους οδήγησε η ασθένειά τους. Αλλά και το πέρασμα στο κατώφλι της θεραπευτικής μονάδας πολύ σπάνια γίνεται με την απόλυτη θέληση των ασθενών. Συγγενείς ή φίλοι, ίσως ο εργοδότης ή ένα δικαστήριο, οργανικά ή ψυχικά συμπτώματα (παραληρηματικές καταστάσεις, δηλητηριάσεις, κλπ.), οικονομικά προβλήματα ή και συνειδητή ή ασυνείδητη επιθυμία για «σωματικό δυνάμωμα» είναι μερικοί από τους παράγοντες που δίνουν την τελευταία ώθηση για το πέρασμα της πόρτας της θεραπευτικής μονάδας.

Στο πρόβλημα της όχι και τόσο «ελεύθερης απόφασης» για θεραπεία και δίπλα στους συνηθισμένους νευρωτικούς μηχανισμούς άμυνας, που συνήθως στην περίπτωση των τοξικομανών παρουσιάζονται σε παθολογικά δυναμικά, έρχεται να προστεθεί και άλλη μια αντίσταση, «οι ειδικές αντιστάσεις ενάντια στον χωρισμό από την τοξική ουσία» (Fox, 1966). Οι αντιστάσεις αυτές παρουσιάζονται σε δυο επίπεδα: στο σωματικό και στο ψυχικό. Οι περιπτώσεις όμως που οι ασθενείς εγκαταλείπουν τη θεραπεία στη φάση των σωματικών συμπτωμάτων είναι σπάνιες. Η εξαφάνιση όμως των σωματικών συμπτωμάτων, τους οδηγεί συχνά στο δυνάμωμα του μηχανισμού απώθησης και στη συχνή «διαπίστωση», «δεν νιώθω καμιά επιθυμία επιστροφής στην εξάρτηση», κλπ. Η ψυχική εξάρτηση που παραμένει έτσι κι αλλιώς, στο ασυνείδητο του ασθενή, είναι αυτή που παρουσιάζομενη καμιά φορά αναπάντεχα στην επιφάνεια – με διαφορετική μορφή – οδηγεί στην ξαφνική διακοπή της θεραπείας και στην αναζήτηση του «γνώριμου απολυτρωτικού συναισθήματος». Ο μηχανισμός της απώθησης ενισχυμένος από την παντελή έλλειψη σωματικών συμπτωμάτων χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή μέσα στη θεραπευτική ομάδα. Μόνο η ατμόσφαιρα μιας ανοικτής, χωρίς το αίσθημα του

φόβου, θεραπευτικής ομάδας, όπου μπορεί ο καθένας να εμπιστευθεί και τα πιο σκοτεινά στοιχεία για τον εαυτό του, μπορεί να ρίξει τις αντιστάσεις και να φέρει έγκαιρα στην επιφάνεια το ψυχικό πρόβλημα που πηγάζει από την «ασυνείδητη αναζήτηση της τοξικής ουσίας», πριν αυτό παρουσιαστεί ξαφνικά, ξαφνιάζοντας έτσι θεραπευτή και θεραπευόμενο.

Ένα ακόμη πρόβλημα που απασχολεί τους ασθενείς και επηρεάζει τη θεραπευτική διαδικασία είναι το συναίσθημα των ασθενών, σαν ανθρώπων «δεύτερης κατηγορίας». Από τη στιγμή που θα περάσουν το κατώφλι της θεραπευτικής μονάδας, δεν έχουν άλλη δυνατότητα παρά να παραδεχθούν την αρρώστια τους, έστω και μόνο στο λεκτικό επίπεδο. Μαζί με την αναγνώριση όμως του «είμαι τοξικομανής», είναι υποχρεωμένοι να αντιμετωπίσουν και όλες τις άλλες προκαταλήψεις, που όχι μόνο η κοινωνία αλλά και οι ίδιοι συνέδεαν με τη χρήση τοξικών ουσιών. Το συναίσθημα αυτό τους σπρώχνει σε τάσεις απομόνωσης – που έτσι κι αλλιώς είχαν – προσπαθούν να αντισταθούν τόσο στην πίεση της θεραπείας όσο και στην εσωτερική τους αβεβαιότητα με σκέψεις όπως «καθένας πρέπει να λύνει μόνος του τα προβλήματά του» κλπ. Στην ομάδα ενδέχεται να πάρουν αρνητική στάση και να προσπαθήσουν με διάφορους αμυντικούς μηχανισμούς να σώσουν ότι έχει περισσέψει από την «προσωπική τους υπερηφάνεια» και από τον «εγωισμό».

Η μακροχρόνια χρήση των διαφόρων τοξικών ουσιών, που συχνά έχουν σαν αποτέλεσμα το γκρέμισμα κάθε κοινωνικής δομής, στερεί πολύ συχνά τους ασθενείς από τη δυνατότητα σχεδιασμού για το μέλλον. Η έλλειψη κοινωνικών στόχων αποτελεί πολλές φορές ανασταλτικό παράγοντα στην ανάπτυξη ενδιαφέροντος για τη θεραπεία. Οι ασθενείς παρουσιάζουν στην περίπτωση αυτή παθητική στάση, «αφήνονται στην αγκαλιά του θεραπευτή και της ομάδας» που καλούνται να δώσουν νόημα στη ζωή τους, να δημιουργήσουν για αυτούς στόχους, ενώ αυτοί περιμένουν παθητικά και κρίνουν τις προσφορές.

Με την εισαγωγή στη μονάδα θεραπείας, ένα μεγάλο μέρος από την πίεση που δέχεται ο ασθενής έξω, εξαφανίζεται. Επανέρχεται σε μορφές συμπεριφοράς που πριν δεν είχε το περιθώριο να προβάλλει. Πιο συγκεκριμένα, απαιτεί, δυσανασχετεί, κρίνει, αγριεύει, γίνεται επιθετικός και

συνειδητά ή συνείδητα, ζητάει ανταλλάγματα για όλα αυτά που στερήθηκε.
(Gossop, Grant, 1990)

Κύριοι παράγοντες που οδηγούν στην εμφάνιση της τοξικομανίας είναι μεταξύ άλλων οι ακόλουθοι: α) σωματικοί, β) κοινωνικοί, και γ) ψυχολογικοί. Δηλαδή, οι ίδιοι παράγοντες που λίγο πολύ, είναι υπεύθυνοι για την ανάπτυξη της προσωπικότητας. Παρατηρώντας την προσωπικότητα και τους τρόπους έκφρασής της, όπως και γενικά τη συμπεριφορά των τοξικομανών, κατέληξαν πολλοί ερευνητές στο άθροισμα ορισμένων στοιχείων, που παρόλο που δεν είναι σε θέση να μας δώσουν «την προσωπικότητα» του τοξικομανή, καλύπτουν όμως πολλές πτυχές της.

Έτσι, οι Hobi και Ladewig προσδιόρισαν τα εξής στοιχεία προσωπικότητας:

Υψηλή συναισθηματική αστάθεια.

Περιορισμένη δυνατότητα συναισθηματικής προσαρμογής που εμφανίζεται σαν συναισθηματική άμυνα και αυθόρμητη εγωκεντρική συμπεριφορά.

Αδυναμία ανάπτυξης ώριμων διαπροσωπικών σχέσεων.

Μόνιμη δυσφορία και αγχώδης συναισθηματική κατάσταση.

Υποχονδριακά και νευρωτικά σωματικά συμπτώματα.

Καταθλιπτικές τάσεις.

Μεγαλοιδέες και μεγαλοαπαιτήσεις από τον εαυτό τους και από τους άλλους

Τα στοιχεία αυτά, απαντώνται σχεδόν σε όλες τις προσπάθειες περιγραφής της προσωπικότητας των τοξικομανών, ίσως σε διαφορετικό βαθμό κατά περίπτωση. Η πλέον διαδεδομένη θεώρηση της τοξικομανίας είναι αυτής ως διαταραχή της λειτουργίας του Εγώ. Λόγω της διαταραχής αυτής, το Εγώ δεν είναι σε θέση να τα βγάλει πέρα με τα ερεθίσματα που δέχεται, τόσο από το περιβάλλον όσο και από το Εκείνο, έτσι ώστε η τοξική ουσία χρησιμοποιείται ως μέσο αποκατάστασης της ισορροπίας, αφού λείπουν άλλοι φυσιολογικοί μηχανισμοί άμυνας.

Λόγω της έλλειψης άλλων μηχανισμών άμυνας, η διακίνηση των ενορμήσεων από το Εκείνο προς το Εγώ γίνεται ανεμπόδιστα με αποτέλεσμα τη μεταφορά της κατάστασης από το επίπεδο του Υπερεγώ στο επίπεδο του Εγώ. Στο Εκείνο, όμως, επικρατεί αυτό που ονομάζεται πρωτοπαθής

διαδικασία, δεν υπάρχει δηλαδή σύνθεση ιδεών, τα συναισθήματα επιδέχονται μετάθεση, τα αντίθετα δεν αλληλοαποκλείονται, μπορεί μάλιστα και να συνυπάρχουν, ενώ η συμπύκνωση πραγματοποιείται σε μόνιμη βάση. Η βασική αρχή που διέπει τις ψυχικές διαδικασίες είναι η «αρχή της ηδονής». Η εξάρτηση βιώνεται σαν κάτι το καταστρεπτικό και αταίριαστο με το φυσιολογικό, έτσι στερείται κάθε ψυχολογικού νοήματος. Η δυνατότητα να δει κανείς μέσα στην εξάρτηση, τη χωρίς ελπίδες προσπάθεια του ασθενή να υποκαταστήσει την ψυχική του ισορροπία – δηλαδή να επαναφέρει τη διαταραχή του Εγώ – έστω και παροδικά, δίνει στην πράξη μια πιθανότητα προσέγγισης του τοξικομανή και επικοινωνίας μαζί του.

Από τις λειτουργίες του Εγώ, τρεις είναι αυτές που διαταράσσονται περισσότερο:

Στο επίπεδο της σχέσης του με το περιβάλλον, θεωρείται ότι στους τοξικομανείς γενικά, υπάρχει κάποιος πρώιμος τραυματισμός στη σχέση του Εγώ με το περιβάλλον του. Συνήθως πρόκειται για διαταραχή στη σχέση με το «πρωτοπαθές αντικείμενο Αγάπης» στη φάση της «πρωταρχικής διαδικασίας». Ο ασθενής δεν μπόρεσε να «ξεκαθαρίσει» τα συναισθήματά του απέναντι σε αυτό και παρέμεινε έτσι «διχασμένος». Λόγω του διχασμού του δεν είναι σε θέση να το εσωτερικεύσει και επομένως να το προβάλλει προς τα έξω. Το ίδιο κάνει και με το Υπερεγώ.

Η ουσία της εξάρτησης χρησιμοποιείται σαν αντικαταστάτης του «χαμένου αντικειμένου αγάπης» και ότι αυτό συμβολίζει, όποτε αυτό είναι αναγκαίο, για να διατηρηθεί η ισορροπία του Εγώ. Αυτός ο τρόπος λύσεως του προβλήματος εξασθενεί το Εγώ όλο και περισσότερο, ώστε η ουσία εξάρτησης να αναζητείται όλο και συχνότερα. «Ο τοξικομανής βιώνει τον εαυτό του με τον καιρό σαν απόλυτα ασθενικό και χωρίς ελπίδα, κακό, και χωρίς οποιαδήποτε αξία» (Fox- Preuss).

Στο συναισθηματικό επίπεδο λείπει η δυνατότητα να αντέξει και να ελέγξει έντονα συναισθήματα και ιδιαίτερα συναισθήματα άγχους, κατάθλιψης και επιθετικότητας. Υπάρχει μια τάση “οπισθοδρόμησης” στην αντιμετώπιση των συναισθημάτων αυτών, σε πρώιμους μηχανισμούς άμυνας (π.χ. σωματοποίηση). Τα συναισθήματα που δεν μπορεί να ελέγξει, δημιουργούν φυσικά αγχώδεις καταστάσεις. Η τοξική ουσία χρησιμοποιείται στις περιπτώσεις αυτές, για να αυξήσει τον “οδό ερεθισμού”.

Στο συνειδητό επίπεδο επιτρέπει η χρήση των ουσιών αυτών μια έστω και προσωρινή απελεύθερωση από την υποχρέωση να αντιμετωπίσει ο τοξικομανής την “πραγματικότητά” του με τους γενικά παραδεκτούς τρόπους συμπεριφοράς. Η άρνηση της υποχρέωσης αυτής, βιώνεται σαν “απελεύθερωση” από τα κοινωνικά ή ατομικά “δεσμά” του.

Παρόλο που το θεωρητικό αυτό μοντέλο της διαταραχής των λειτουργιών του Εγώ πιστοποιείται καθημερινά, από τη συμπεριφορά των ίδιων των τοξικομανών, στην πράξη πολλοί από αυτούς δεν αισθάνονται να βρίσκουν κατανόηση από το θεραπευτή, που ξεκινώντας από την «ψυχογενετική» αυτή θεώρηση προσπαθεί να «επικοινωνήσει» μαζί τους. Αυτό συμβαίνει συνήθως, γιατί το πρόβλημα είναι τόσο πολύπλοκο και προσφέρει τόσο πολλές δυνατότητες προσέγγισής του, που ο μονόδρομος του ενός και μοναδικού θεωρητικού μοντέλου, βιώνεται από τον ασθενή σαν αδυναμία του θεραπευτή, με αποτέλεσμα τη συνειδητή ή ασυνείδητη απόρριψή του. Αλλά και για ένα ακόμη λόγο: υπάρχει διαφορά μεταξύ μιας πρωτοπαθούς και μιας δευτεροπαθούς διαταραχής των λειτουργιών του Εγώ.

Πρωτοπαθής διαταραχή σημαίνει διαταραχή των ανάλογων λειτουργιών του Εγώ στην πιο πρώιμη παιδική ηλικία. Η εξάρτηση από μια ουσία έχει τότε, από την αρχική της φάση, το χαρακτήρα μιας προσπάθειας «αυτοθεραπείας» που σκοπό έχει την αποκατάσταση της ψυχικής ισορροπίας του τοξικομανή. Αποτέλεσμα η περαιτέρω αποδυναμώση του Εγώ μέχρι την ολοσχέρη ψυχική και σωματική εξάρτηση με όλα τα ατομικά και κοινωνικά επακόλουθα. Στην περίπτωση της δευτεροπαθούς διαταραχής, δεν έχουμε ενδείξεις για διαταραχή των λειτουργιών του Εγώ στην παιδική ηλικία. Μια τέτοια βλέπουμε όμως να αναπτύσσεται και να συγκεκριμενοποιείται κατά την εξέλιξη της τοξικομανίας. Παρουσιάζεται δηλαδή σαν αποτέλεσμα της «συνήθειας» και είναι κυρίως χαρακτηριστική για εξαρτημένους από το χασίς και αλκοολικούς, που επί μεγάλο χρονικό διάστημα μπορούσαν και «ισορροπούσαν» τη χρήση των ουσιών χωρίς να παρουσιάζουν οποιαδήποτε συμπτώματα εξάρτησης από αυτές.

Η διαφοροποίηση αυτή στην ανάπτυξη της διαταραχής των λειτουργιών του Εγώ είναι απαραίτητη, όχι μόνο γιατί μας γλυτώνει από το να ψάχνουμε για κάτι που δεν υπάρχει, αλλά και γιατί στην πράξη, οι ασθενείς με πρώιμη διαταραχή είναι δυσκολότεροι στην προσέγγισή τους και κατά κανόνα

χρειάζονται περισσότερο χρόνο θεραπείας, απ'ότι οι ασθενείς της άλλης κατηγορίας. Αυτό, γιατί στην εξέλιξη της θεραπείας, θα πρέπει να επιτευχθεί και ένας βαθμός ωρίμανσης της προσωπικότητας που έχει προσκολληθεί στις περιπτώσεις αυτές, σε πολύ πρώιμες φάσεις της παιδικής ηλικίας.

Ο Matusek (1972) αναφέρεται σε έναν συντονισμό μεταξύ του Εγώ και του Υπερεγώ και βλέπει το τυπικό πρόβλημα των τοξικομανών σαν διαταραχή της επικοινωνίας μεταξύ Εγώ και Εκείνο από τη μια μεριά και Υπερεγώ από την άλλη.

Ο Fenickel συμβολικά αναφέρει για τους αλκοολικούς, ότι «το Υπερεγώ τους είναι διαλυτό στο οινόπνευμα». Χαρακτηριστική είναι η εικόνα του τοξικομανή, που μεταξύ των άλλων «πνίγει» τη φωνή της «κακής» του συνείδησης μέσα στη δράση της τοξικής ουσίας, περιστρεφόμενη διαρκώς στον ίδιο κύκλο.

Ο Freud περιγράφοντας το Υπερεγώ, περιλαμβάνει σ'αυτό «το σύνολο όλων των περιορισμών και αναστολών των ορμών που καλείται να εκπληρώσει το Εγώ». «Γενετικά ιδωμένο είναι η σωματοποίηση της γονεϊκής κριτικής: η φωνή των γονέων γίνεται φωνή της συνείδησης».

Με βάση αυτές τις θεωρητικές σκέψεις παρατηρεί κανείς, πως ένα διαπροσωπικό πρόβλημα (παιδί – γονείς) μετατρέπεται σε ψυχολογικό (Εγώ – Υπερεγώ). Στην περίπτωση της εξαρτημένης συμπεριφοράς παρατηρείται μια ιδιαίτερη επεξεργασία του προβλήματος αυτού. Πραγματοποιείται ένα είδος ταύτισης του Εγώ με το Εκείνο (συντονισμός), το Υπερεγώ εξωτερικεύεται, δηλαδή βιώνεται σαν κάτι έξω από την προσωπικότητα και αντιπροσωπεύεται από αντικείμενα (πρόσωπα, καταστάσεις, κλπ.) του περιβάλλοντος. Το Εγώ «παραδίδεται» στις ενορμήσεις του Εκείνο και λειτουργεί μόνο στο επίπεδο της «ηδονής», χωρίς να είναι σε θέση να αντέξει και τον παραμικρό τραυματισμό. Στην περίπτωση που οι ενορμήσεις του Εκείνο έρχονται σε σύγκρουση με τις αρχές του Υπερεγώ, καλείται η τοξική ουσία να λύσει το πρόβλημα που, για το Εγώ του τοξικομανή φαίνεται δυσβάσταχο. Η εξωτερίκευση του Υπερεγώ και το «φόρτωμά» του σε αντιπροσώπους του περιβάλλοντος, συντείνει περαιτέρω στο «ξαλάφρωμα» του Εγώ από το ατομικό πρόβλημα. Ο τοξικομανής «δυσφορεί», «διαμαρτύρεται», «καταγγέλει», «αγριεύει» και «απειλεί», γιατί η κοινωνία δεν ταιριάζει στα μέτρα του.

Πρακτική σημασία έχει ότι ο τοξικομανής, μη έχοντας άλλη δυνατότητα, δεν μπορεί παρά να «βλέπει» το θεραπευτή του, τουλάχιστον στην αρχική φάση της θεραπείας, σαν αντιπρόσωπο του Υπερεγώ. Και πραγματικά, αυτός είναι ο ρόλος που θα πρέπει αρχικά να παίξει ο θεραπευτής, όπως επίσης και η θεραπευτική μονάδα στο σύνολό της, με τον εσωτερικό κανονισμό και γενικά με τη δομή της. Τα καθορισμένα αυτά πλαίσια μέσα στα οποία «επιτρέπεται» να κινείται ο ασθενής, είναι απαραίτητα για να τον απομονώσουν από την τοξική ουσία.

Η κατάσταση αυτή και οι αντιδράσεις των ασθενών συνθέτουν και το αντικείμενο επεξεργασίας στην ψυχοθεραπευτική μονάδα, στην πρώτη φάση της θεραπείας. Τις περισσότερες φορές μπορεί κανείς να παρατηρήσει στη φάση αυτή, σχεδόν το σύνολο των «προβλημάτων συμπεριφοράς» που οδηγούν στην ανάπτυξη της εξάρτησης. Η κατάσταση αυτή όμως, αποτελεί συχνά παγίδα για τον άπειρο θεραπευτή, που συνήθως αντιδρά με δυο τρόπους:

Αναλαμβάνει απόλυτα το ρόλο του Υπερεγώ. Ο ρόλος αυτός με το συναίσθημα δύναμης που παρέχει, παρασύρει καμιά φορά στην ανάπτυξη κυριαρχικών τάσεων από μέρους του θεραπευτή πάνω στην ομάδα. Αυτό μπορεί να οφείλεται τόσο σε προσωπικό πρόβλημα του θεραπευτή όσο και στο ότι, ίσως και αυτός ασπάζεται κοινωνικές προκαταλήψεις σχετικά με τους τοξικομανείς. Με αυτόν τον τρόπο, φυσικά, περιορίζονται στο ελάχιστο οι θεραπευτικές δυνατότητες.

Αρνείται απόλυτα το ρόλο του Υπερεγώ, ίσως γιατί και ο ίδιος δεν είναι σε θέση να αντέξει έντονες συναισθηματικές καταστάσεις ή δε θέλει να παίξει κάποιο κυριαρχικό ρόλο στην ομάδα. Συμπεριφέρεται παθητικά, υποχωρεί όπου μπορεί και όπου δεν μπορεί, φορτώνει την ευθύνη στην ομάδα των θεραπευτών γενικά ή στην «κατάσταση» της θεραπευτικής μονάδας, μιμούμενος με τον τρόπο αυτό τη συμπεριφορά των ασθενών του.

Αυτή την αδυναμία της «αποφυγής του προβλήματος», θα την καταλάβει αμέσως ο ασθενής, και εάν δεν την μεταχειριστεί ανάλογα, θα νιώσει κι ο ίδιος αβέβαιος, όσο και στην υπόλοιπη ζωή του, έξω από τα θεραπευτικά πλαίσια. Συμπερασματικά, τόσο ο ρόλος του αυστηρού Υπερεγώ όσο και ο ρόλος του «συντρόφου» που δείχνει μόνο κατανόηση για τα

προβλήματα του ασθενή, είναι δυο τρόποι συμπεριφοράς που θα πρέπει να αποφεύγονται, γιατί δεν έχουν κανένα ουσιαστικά αποτέλεσμα.

Το ιδανικό για το θεραπευτή και για τον ασθενή, είναι να αναλάβει συνειδητά το ρόλο ενός «ανθρώπινου» Υπερεγώ. Όσο μάλιστα, ο ασθενής ή η ομάδα αναπτύσσουν την ικανότητα να μοιραστούν το ρόλο αυτό, τόσο ο θεραπευτής πρέπει να είναι σε θέση να παραιτείται από τμήματα αυτού. Ταυτόχρονα, θα πρέπει να προσπαθήσει μέσα από μια κατανοητή, για τον ασθενή, προσέγγιση των παρουσιαζόμενων προβλημάτων, να μειώσει την ένταση μεταξύ του Υπερεγώ και του Εγώ του ασθενή, συντείνοντας στη «συμφιλίωσή» τους. Η σταθερή συμπεριφορά και τοποθέτηση του θεραπευτή απέναντι στα παρουσιαζόμενα προβλήματα, η ικανότητά του να δράσει τόσο «αποδεκτικά» όσο και «αντιθετικά», τόσο «ταυτιζόμενος» όσο και δείχνοντας διαρκώς συγκεκριμένα όρια, εκλύει στον ασθενή μεταβιβαστικά τόσο θετικά, όσο και αρνητικά συναισθήματα.

Οι ασθενείς με τάσεις διχασμού, όσον αφορά τη μεταβίβαση συναισθημάτων, θετικά σε καλά αντικείμενα, αρνητικά σε κακά, έχουν την ευκαιρία να βιώσουν στο πρόσωπο του θεραπευτή και τις δύο αυτές ποιότητες συναισθημάτων ταυτόχρονα, έτσι που με τον καιρό να είναι σε θέση να τα συνδέσουν μεταξύ τους. Μέσα από αυτήν τη διαδικασία θα γίνει δυνατό στους ασθενείς να αναπτύξουν τα δικά τους πλαίσια, να δυναμώσουν τους μηχανισμούς του Εγώ, ώστε να μην χρειάζονται πια την τοξική ουσία γαι να τα βγάλουν πέρα με τον εαυτό τους και το εξωτερικευμένο Υπερεγώ, το περιβάλλον τους. (Gossop, Grant, 1990)

Η σημασία της διατροφής σε αλκοολικές και ναρκομανείς έγκυες

Αναμφίβολα η **διατροφή** παίζει πολύ σημαντικό ρόλο στη ζωή αλλά και στην εξέλιξη του κάθε ανθρώπου, ειδικά όσον αφορά τις **έγκυες γυναίκες**, για τις οποίες η σωστή διατροφή αποτελεί πολύ σημαντικό *περιβαλλοντικό παράγοντα* της σωστής και υγιούς εγκυμοσύνης. Θεωρείται δεδομένο ότι η διατροφή είναι εξέχουσας σημασίας στην περίοδο της εγκυμοσύνης και κυρίως για τις γυναίκες που ανήκουν σε ειδικές ομάδες, όπως είναι οι χρήστες αλκοόλ και ναρκωτικών ουσιών. Αυτές οι γυναίκες απαιτούν μεγαλύτερη προσοχή στην διατροφική τους αντιμετώπιση συγκριτικά με τις φυσιολογικές έγκυες.

Πρώτο μας μέλημα είναι να εστιάσουμε την προσοχή μας στις *διατροφικές επιπλοκές* που μπορεί να προκαλέσουν η χρήση ναρκωτικών ουσιών και η κατανάλωση αλκοόλ, καθώς αυτές θα είναι ο γνώμονας μας για τη σχεδίαση της διατροφής της εγκύου.

Οι **ναρκωτικές ουσίες**, ευθύνονται για μία σειρά από σοβαρές επιπτώσεις στην κυοφορούσα, όπως για παράδειγμα η μειωμένη όρεξη, με αποτέλεσμα να υποσιτίζονται και να γίνονται καχεκτικοί. Γενικότερα η λήψη φαρμακευτικών σκευασμάτων, πόσο μάλλον οι ναρκωτικές ουσίες, επηρεάζουν την απορρόφηση των θρεπτικών συστατικών από τον οργανισμό. Για παράδειγμα εμποδίζουν τον μεταβολισμό της βιταμίνης D, οδηγώντας σε δυσαπορρόφηση ασβεστίου. Παράλληλα επηρεάζουν τη μεταφορά, το μεταβολισμό και το καταβολισμό των ουσιών. Οι ναρκομανείς κυοφορούσες είναι πιθανόν να παρουσιάζουν έλλειψη σε πρωτεΐνη τόσο ζωικής όσο και φυτικής προέλευσης, που μπορεί να διαπιστωθεί με τα μειωμένα επίπεδα αλβουμίνης στο αίμα. Η μακροχρόνια χρήση ναρκωτικών ουσιών ίσως να οδηγεί σε πρωτεϊνική υποθρεψία και καχεξία λόγω του μακρόχρονου υποσιτισμού και ελάττωση των σπλαχνικών και μυϊκών πρωτεϊνικών ιστών. Έρευνες έχουν δείξει ότι οι ναρκωτικές ουσίες εμπλέκονται στον μεταβολισμό των πρωτεϊνών και των αμινοξέων. Ορισμένες από αυτές ενισχύουν την πρωτεϊνοσύνθεση, αλλά οι περισσότερες έχουν αντίθετα αποτελέσματα. Επίσης η χρήση ναρκωτικών ουσιών σε συνδυασμό με τη μειωμένη πρόσληψη τροφής ελαττώνει κατά πολύ των βασικό

μεταβολικό ρυθμό των χρηστών λόγω μείωσης της μυϊκής μάζας. Τα επίπεδα γλυκόζης στο αίμα είτε αυξάνονται, είτε μειώνονται ανάλογα με το είδος της ουσίας και έτσι εμφανίζεται κίνδυνος για την ανάπτυξη διαβήτη. Όλες αυτές οι εκδηλώσεις της μακροχρόνιας υποθρεψίας μπορεί να αποβούν κρίσιμες για την ομαλή έκβαση της εγκυμοσύνης. Άλλα πιθανά προβλήματα που μπορεί να εμφανιστούν στην εγκυμονούσα χρήστρια είναι η μείωση των επιπέδων αιμοσφαιρίνης και η σιδηροπενική αναιμία. Αυτό μπορεί να έχει σαν αποτέλεσμα την μειωμένη οξυγόνωση των ιστών και του εμβρύου. Έρευνες έδειξαν ότι η εμφάνιση αναιμίας κυρίως στο πρώτο τρίμηνο της κύησης, αυξάνει τον κίνδυνο ανεπιθύμητων εκβάσεων όπως για παράδειγμα, πρόωρο τοκετό και μειωμένο βάρος νεογνού. (Cogswell et al., 2003) Συνεπώς αντιλαμβανόμαστε ότι η ναρκομανής έγκυος χρειάζεται διατροφική υποστήριξη σε σίδηρο (Fe) και φυλλικό οξύ με ισορροπημένο διατροφικό πρόγραμμα σε συνδυασμό και με φαρμακευτικά συμπληρώματα. Επιπλέον, η χρήση ναρκωτικών ουσιών έχει επιπτώσεις και στην στοματική υγιεινή γιατί η χρόνια κατάχρηση προκαλεί αλλοίωση και εν τέλει καταστροφή της οδοντοστοιχίας. Αυτή η κατάσταση σαφέστατα μπορεί να συμβάλει στη μείωση της προσλαμβανόμενης τροφής και να επιδεινώσει την προϋπάρχουσα υποθρεψία. (Islam et.al., 2002, Zeman, 1983)

Στη συνέχεια ας δούμε τις διατροφικές επιπλοκές που προκαλεί η αλόγιστη κατανάλωση **αλκοόλ**. Η αιθανόλη παρέχει στον οργανισμό 7 Kcal/g, δηλαδή μία φιάλη κρασί του μισού λίτρου 11,5 βαθμών έχει περίπου 400 θερμίδες. Ο οργανισμός αυτή την περίσσεια προσλαμβανόμενης ενέργειας που προέρχεται από το αλκοόλ, την αποθηκεύει με μορφή λίπους. Αυτοί που συνήθως πίνουν πάνω από δύο ποτήρια κρασί την ημέρα και παίρνουν αρκετή από την ενέργεια που χρειάζονται από την αιθανόλη είναι δυνατό να παρουσιάσουν μειωμένη όρεξη, με αποτέλεσμα να μην καταναλώνουν αρκετά από τα τρόφιμα υψηλής θρεπτικής αξίας. Το ίδιο συμβαίνει και στις εγκυμονούσες που κάνουν κατάχρηση αλκοόλ. Αυτό οδηγεί σε έλλειψη βιταμινών, μεταλλικών αλάτων και άλλων απαραίτητων θρεπτικών στοιχείων. Ο αλκοολισμός είναι μία σημαντική αιτία υποσιτισμού. Οι λόγοι που οδηγούν σε αυτόν είναι τρεις. Κατ'αρχάς, το οινόπνευμα παρεμποδίζει τους κεντρικούς μηχανισμούς που ρυθμίζουν την εισαγωγή τροφίμων. Δεύτερον, τα τοξικά αποτελέσματα της αιθανόλης παρεμποδίζουν την απορρόφηση, το

μεταβολισμό, ή την αποθήκευση των θρεπτικών ουσιών. Τα διάφορα όργανα, πρώτιστα το συκώτι και ο εγκέφαλος μπορούν να επηρεαστούν από αυτή τη διαδικασία, το καρδιαγγειακό, το άνοσο και το αιματολογικό σύστημα μπορούν επίσης να επηρεαστούν. Τρίτον, η περιεκτικότητα της διατροφής σε θρεπτικά συστατικά είναι περιορισμένη, ακόμα κι αν η συνολική λήψη ενέργειας είναι επαρκής. Επιπλέον, η λήψη ενέργειας είναι συχνά υπό μορφή καθαρού υδατάνθρακα και λίγες άλλες θρεπτικές ουσίες παρέχονται. Η υπερβολική εισαγωγή αιθανόλης μπορεί να παρέχει τη λιγότερη ενέργεια από ένα ποσό υδατάνθρακα ίσης θερμιδικής αξίας. Εκτός από τη μειωμένη πρόσληψη τροφής μπορεί να παρουσιαστούν ελλείψεις που να οφείλονται και σε ανωμαλίες κατά την απορρόφηση και χρησιμοποίηση των θρεπτικών αυτών στοιχείων από το έντερο. Η κατανάλωση φτηνών κρασιών από αλκοολικά άτομα οδηγεί σε αυξημένη συγκέντρωση σιδήρου στον οργανισμό και αυτό λόγω της μεγάλης περιεκτικότητας σε σίδηρο που περιέχουν. (Ζερφυρίδη, 1998, Zeman, 1983)

Παράλληλα η **αιθανόλη** δυσχεραίνει την αξιοποίηση της βιταμίνης C των τροφών, όπως εξάλλου συμβαίνει και με το κάπνισμα, τον καφέ, την κόκα κόλα και τα άλλα βιομηχανικά ροφήματα. Επομένως άνθρωποι επιρρεπείς σε αυτές τις διατροφικές παρεκτροπές θα πρέπει να φροντίσουν για αυξημένη πρόσληψη βιταμίνης C στο διαιτολόγιο τους ή να μετριάσουν τις αδυναμίες τους. Οι έγκυες γυναίκες ελάχιστα μόνο επιτρέπεται να καταναλώνουν αλκοόλ και σε αραιά χρονικά διαστήματα ή καλύτερα να μη καταναλώνουν αλκοολούχα ποτά, διότι το έμβρυο διατρέχει άμεσο κίνδυνο από την αιθανόλη που κυκλοφορεί στο αίμα της εγκύου γυναίκας.

Η βαριά κατανάλωση αιθανόλης έχει καταστρεπτική επίδραση στο γαστρεντερικό σύστημα, στο ήπαρ και στο πάγκρεας. Τα μεγάλα ποσά αιθανόλης έχουν τοξική επίδραση στο γαστρεντερικό βλεννογόνο, καθώς επίσης και μη φυσιολογικά απορρόφηση του φυλλικού οξέος, της θειαμίνης, της βιταμίνης B₁₂, του ασβεστίου, του μαγνησίου, των λιπαρών οξέων και των αμινοξέων. Πιο συγκεκριμένα μειώνει την πρωτεϊνική σύνθεση, ειδικά στο πάγκρεας και τη λήψη γλυκόζης και γλυκογόνου στους μύες. Η έκκριση του υδροχλωρικού οξέος αυξάνεται, οδηγώντας στην αύξηση των ασθενών με έλκος στομάχου. Η χρήση συμπληρωμάτων θειαμίνης από αλκοολικά άτομα και χρήστες ναρκωτικών είναι αναποτελεσματικά διότι η αιθανόλη και οι

ναρκωτικές ουσίες παρεμποδίζουν τον μεταβολισμό της θειαμίνης. Ανεπάρκεια της θειαμίνης οδηγεί σε **εγκεφαλοπάθεια Wernicke**, που χαρακτηρίζεται από ανωμαλία του οπτικού συστήματος, σύγχυση και κόμμα. Έλλειψη φυλλικού οξέος εμφανίζεται συχνά στους χρόνιους αλκοολικούς και ευθύνεται για τα σημαντικά αιματολογικά προβλήματα. Η αιθανόλη παρεμποδίζει την απορρόφηση του φυλλικού οξέος, την αποθήκευση και τη μετατροπή του στην ενεργό μορφή, το μεταβολισμό βιταμινών, όπως οι βιταμίνες A και B₆ και μειώνει την εντερική απορρόφηση των λιποδιαλυτών βιταμινών. Η αιθανόλη μπορεί να μειώσει το σάκχαρο του αίματος σε συνδυασμό με νηστεία ή υποσιτισμό, εμποδίζοντας την παραγωγή γλυκόζης από το ήπαρ λόγω αναστολής της γλυκονεογένεσης, (σύνθεση γλυκογόνου από μη υδατανθρακούχες ενώσεις: αμινοξέα, γλυκερόλη, γαλακτικό οξύ), σε βαθμό που να είναι πιθανό να προκληθεί σοβαρή υπογλυκαιμία. Η κατανάλωση αλκοόλ προσφέρει μόνο « κενές » θερμίδες και όχι άλλες θρεπτικές ουσίες. Η αύξηση βάρους με αυτόν τον τρόπο στις εγκυμονούσες μόνο αρνητικές επιπτώσεις έχει στην εξέλιξη της εγκυμοσύνης. ([Peadon et.al., 2007](#) , [Zeman, 1983](#))

Η διατροφή της εγκύου

Πριν μια γυναίκα αποφασίσει να μείνει έγκυος πρέπει να έχει ήδη φροντίσει για την καλή διατροφική της κατάσταση, μέσα από ένα ισορροπημένο διατροφικό πρόγραμμα, για τον έλεγχο του σωστού σωματικού της βάρους και για την καλή ψυχική και πνευματική της κατάσταση. Η καλή διατροφική της κατάσταση είναι σημαντική προϋπόθεση για την ύπαρξη αποθεμάτων στον οργανισμό σε θρεπτικά στοιχεία που θα αξιοποιηθούν κατά την κύηση και κυρίως τους πρώτους κρίσιμους μήνες της οργανογένεσης στο έμβρυο.

Είναι απόλυτα τεκμηριωμένο ότι η σωστή διατροφή σε μια εγκυμονούσα γυναίκα είναι πολύ σημαντική για την ομαλή έκβαση της κύησης κυρίως κατά τις πρώτες εβδομάδες της κύησης ([Blades, 1998](#)). Έτσι, θα πρέπει να μην της προσδώσει παραπάνω σωματικό βάρος από το επιτρεπόμενο. Το βάρος της κατά το διάστημα της εγκυμοσύνης είναι ασφαλές να αυξηθεί κατά 9,5 – 11

κιλά, σε φυσιολογικές καταστάσεις. Προϋπόθεση, σαφέστατα, αποτελεί ότι η έγκυος θα ακολουθεί ρητά το διατροφικό πλάνο της, το οποίο θα συντάξει ειδικευμένο άτομο π.χ. διαιτολόγος που θα λάβει υπόψη του όλες τις εξατομικευμένες διατροφικές ανάγκες και ιδιαιτερότητες της εγκυμονούσας με σκοπό την ασφαλή αύξηση του σωματικού της βάρους, για την αποφυγή δυσχερειών στην πορεία της εγκυμοσύνης, αλλά παράλληλα να εξασφαλιστεί και η άριστη διατροφική της κατάσταση.

Οι εγκυμονούσες γυναίκες ανεξάρτητα από το αν κάνουν ή όχι χρήση ουσιών ή αιθανόλη είναι «υποχρεωμένες» κατά την διάρκεια της κύησης να ακολουθούν ένα προσεγμένο διατροφικό πλάνο, σύμφωνα με το οποίο ορισμένα τρόφιμα πρέπει να καταναλώνονται και κάποια άλλα να αποφεύγονται..

Διατροφικές συμβουλές πριν την εγκυμοσύνη

Σύμφωνα με το ADA Reports (2002), οι γυναίκες πρέπει να εφαρμόζουν μια σωστή, πλήρης διατροφή, με επάρκεια θρεπτικών συστατικών πριν και κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης για να βελτιστοποιήσουν την κατάσταση της υγείας τους και να μειώσουν τους κινδύνους για επιπλοκές κατά τη κυοφορία και τον τοκετό αλλά και για χρόνιες ασθένειες μεταγεννητικά στα παιδιά τους. Ενθαρρύνεται η κατανάλωση τροφών όπως :

- ✿ Φρούτα, λαχανικά, δημητριακά και χαμηλών λιπαρών ή ελεύθερα λίπους γάλατα και γαλακτοκομικά προϊόντα
- ✿ Ψάρια, κοτόπουλο, φασόλια, αυγά, σπόροι (π.χ. ξηροί καρποί), άπαχα κρέατα
- ✿ Τρόφιμα, φαγητά και έλαια χαμηλά σε κορεσμένα και τρανς λιπαρά, χοληστερόλη, αλάτι και προστιθέμενα ζάχαρα (π.χ. όσπρια, φασολάκια, μπάμιες, τραχανά, πλιγούρι, κουσκούς, χούμους, μέλι, ταχίνι, έξτρα παρθένο ελαιόλαδο, κραμβέλαιο). Προς αυτή την κατεύθυνση καλό είναι επίσης να αποφεύγεται η κατανάλωση φαγητών από ταχυφαγεία που είναι πλούσια σε θερμίδες, κορεσμένο λίπος και αλάτι. Η κατανάλωση αναψυκτικών καλό θα ήταν να αντικατασταθεί από φρεσκοστιμένους

χυμούς φρούτων.

Το συνολικό ποσό θερμίδων που χρειάζεται η κάθε μητέρα εξαρτάται από την ηλικία της, το ύψος της, το μέγεθος του σκελετού της, τη δραστηριότητά της και από τη σωματική αναλογία μυϊκής μάζας και λιπώδους ιστού. Ως γενική κατεύθυνση θα μπορούσαν να θεωρηθούν οι 1600 με 2200 θερμίδες ανά ημέρα.

Διατροφικές συμβουλές κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης

Κατά τη διάρκεια του πρώτου τριμήνου της εγκυμοσύνης, η μητέρα μπορεί να παραμείνει στο ίδιο υγιεινό διατροφικό σχήμα. Μετά όμως το πρώτο τρίμηνο οι μητέρες θα πρέπει να προσθέσουν 300 θερμίδες την ημέρα στο διαιτολόγιό τους, φτάνοντας έτσι τις 1900 με 2500 καθημερινά. Επιπρόσθετα, κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, καλό θα ήταν οι μητέρες να αποφεύγουν την κατανάλωση αλκοόλ, ωμών ή ελαφρά ψημένων ψαριών, ελαφρών τυριών και μεγάλων ποσοτήτων καφεΐνης.

Αν η εγκυμονούσα βρίσκεται ήδη στο ιδανικό βάρος πριν την εγκυμοσύνη τότε μια συνολική αύξηση του βάρους της τάξης των 12 με 15 κιλών θεωρείται λογική. Οι γυναίκες που είναι πολύ αδύνατες ίσως χρειαστεί να πάρουν περισσότερα κιλά, ενώ αυτές που είναι υπέρβαρες ή παχύσαρκες θα ήταν συνετό να πάρουν συνολικά περίπου 7,5 κιλά. Το περιττό βάρος κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης ίσως αυξήσει τον κίνδυνο για μεταβίβαση στα νεογνά προβλημάτων υγείας που σχετίζονται με το βάρος. Τα αποτελέσματα αυτής της μεταβίβασης ίσως φανούν αργότερα στην ενήλικη ζωή του απογόνου ως παχυσαρκία, υπέρταση, ινσουλινοαντοχή και ίσως σακχαρώδης διαβήτης.

Μετά το πρώτο τρίμηνο η πρόσληψη φυλλικού οξέος θα πρέπει να αυξηθεί καθημερινά στα 600 μικρογραμμάρια (μgr), ενώ η πρόσληψη σιδήρου και πρωτεΐνης θα πρέπει να διπλασιασθούν. Οι εγκυμονούσες, πολύ συχνά παρουσιάζουν 'εκρήξεις όρεξης' προς τα γαλακτοκομικά και τα γλυκά και απέχθεια προς το κρέας. Άλλες καλές εναλλακτικές πηγές πρωτεΐνης αποτελούν τα αυγά.

Συνήθως συστήνεται ένα πολυβιταμινούχο σκεύασμα που περιέχει

εκτός των άλλων βιταμίνες A, B6 και B12, για να βοηθήσει τις μητέρες να καλύψουν τις επιπρόσθετες ανάγκες σε θρεπτικά συστατικά. Η απορρόφηση ασβεστίου γίνεται καλύτερα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, αλλά οι γυναίκες θα πρέπει να συνεχίσουν να λαμβάνουν από τη διατροφή 1000 μικρογραμμάρια καθημερινά για τη διατήρηση γερών οστών γι' αυτές και το παιδί τους. Ο σίδηρος εμπλέκεται και επηρεάζει την απορρόφηση άλλων μετάλλων, οπότε η λήψη συμπληρώματος που περιέχει 15 μικρογραμμάρια (μg) ψευδαργύρου και 2 μικρογραμμάρια χαλκού (μg) κρίνεται απαραίτητη.

Η μητέρα καθώς και το έμβρυο έχουν ανάγκη από τα απαραίτητα λιπαρά οξέα τα οποία ανήκουν στην κατηγορία των ω-3 και ω-6 λιπαρών οξέων. Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης τα ω-3 λιπαρά οξέα, είναι απαραίτητα για την καλή σωματική αλλά και ψυχική υγεία της μητέρας. Έρευνες έχουν δείξει ότι η κατάθλιψη που δημιουργείται σε πολλές μητέρες μετά τη γέννα, συνδυάζεται με χαμηλά επίπεδα ω-3 λιπαρών οξέων. Τα απαραίτητα λιπαρά οξέα βρίσκονται στα ψάρια, στους ξηρούς καρπούς, στους σπόρους αλλά και στα δημητριακά ολικής άλεσης, ενώ απουσιάζουν από το απλό άσπρο αλεύρι και τα περισσότερα προϊόντα αρτοποιίας.

Διατροφικές συμβουλές μετά την λήξη της εγκυμοσύνης

Μετά τον τοκετό η μητέρα θα επανέλθει και το βάρος της θα αποκατασταθεί στα κανονικά επίπεδα. Η προσπάθεια προς αυτή την κατεύθυνση θα πρέπει να γίνει βαθμιαία και όχι απότομα. Η κατεύθυνση θα πρέπει να είναι περίπου μισό κιλό απώλειας ανά εβδομάδα, με παράλληλη απόλαυση του νέου πλέον τρόπου ζωής με τη χαρά και την ευτυχία που προσφέρει το καινούριο μέλος της οικογένειας. (www.latronet.gr)

Διατροφικές συμβουλές για αλκοολικές εγκύους και χρήστες ναρκωτικών ουσιών

Η υγιεινή διατροφή της μητέρας είναι ένα από τα πιο σημαντικά πράγματα που μια μητέρα μπορεί να κάνει για το μωρό της. Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, το αναπτυσσόμενο έμβρυο διπλασιάζει μερικές από τις ανάγκες της μητέρας σε θρεπτικά συστατικά. Κατ'επέκταση κατά την

εγκυμοσύνη υπάρχουν ορισμένες συγκεκριμένες ανάγκες σε ενέργεια και θρεπτικά συστατικά τα οποία ο οργανισμός προσλαμβάνει από τις τροφές και τα αξιοποιεί εξασφαλίζοντας ομαλή ανάπτυξη στο έμβρυο και υγεία στη μητέρα. (Ζερφυρίδης, 1998)

Οι ανάγκες σε **ενέργεια** αρχίζουν να αυξάνονται μετά τον τρίτο μήνα της εγκυμοσύνης. Φαίνεται πως η λήψη 350 kcal/ημέρα επιπλέον του κανονικού, καλύπτουν τις ανάγκες σε ενέργεια που χρειάζεται η έγκυος. Η ενέργεια αυτή εύκολα μπορεί να καλυφθεί από μικρή αύξηση της καθημερινής διατροφικής πρόσληψης από όλες τις ομάδες τροφίμων επιπλέον του κανονικού διαιτολογίου π.χ. 1600 Kcal σε 1950 Kcal.

Στις περιπτώσεις όπου η εγκυμονούσα κάνει χρήση απαγορευμένων ουσιών ή είναι αλκοολική, πριν τη συγκρότηση διατροφικού πλάνου συνίσταται ένας πλήρης εργαστηριακός έλεγχος ώστε να διαπιστώσουμε την πληρότητα των θρεπτικών συστατικών (π.χ. βιταμινών, πρωτεΐνης, σιδήρου, φυλλικού οξέος) της. Ανάλογα με τις εργαστηριακές τιμές και τις τυχόν ελλείψεις που παρουσιάζουν προτείνονται τροφές ή διατροφικά συμπληρώματα.

Οι **πρωτεΐνες** είναι απαραίτητες για την ανάπτυξη του εμβρύου και για να καλυφθούν οι ανάγκες για την σύνθεση των ιστών του εμβρύου (Picciano, 2003). Τις πρωτεΐνες αυτές μπορεί να τις προσλάβει με μικρή ενίσχυση του διατροφικού προγράμματος της μητέρας σε ζωικές αλλά και σε φυτικές πρωτεΐνες. Η προτεινόμενη πρωτεϊνική πρόσληψη κατά την κύηση ανέρχεται στο 1,1 ως 1,2 γρ. / kg σωματικού βάρους/ ημέρα. Όπως αναφέραμε παραπάνω οι χρήστες ναρκωτικών ουσιών συνήθως παρουσιάζουν μειωμένα επίπεδα πρωτεϊνών. Σε αυτές τις περιπτώσεις συνίσταται η κατανάλωση τροφών πλούσιων σε πρωτεΐνη, όπως για παράδειγμα το κρέας, το κοτόπουλο, το γάλα και τα προϊόντα του και το αυγό. (Ζερφυρίδης 1998 , DRIs 2004)

Υδατάνθρακες : Το 45% - 65% (Institute of Medicine, 2002/2005) της καθημερινής ενεργειακής πρόσληψης πρέπει να προέρχονται από υδατάνθρακες. Τροφές που περιέχουν υδατάνθρακες είναι το ψωμί, τα

δημητριακά, τα αμυλώδη λαχανικά όπως η πατάτα, ο αρακάς, το καλαμπόκι, το ρύζι, τα ζυμαρικά, τα φρούτα, τα γαλακτοκομικά προϊόντα κ.α. Η έγκυος θα πρέπει να φροντίζει έτσι ώστε να μη μένει νηστική για παραπάνω από 6 – 8 ώρες. Η επαρκής κατανάλωση υδατανθράκων και τα συχνά γεύματα είναι αναγκαία για να εξασφαλιστεί μέρος της απαιτούμενης ενέργειας, να παραμείνουν τα επίπεδα της γλυκόζης σταθερά στο αίμα και να αποφευχθεί η αύξηση των κετονικών σωμάτων. (Mahan et al, 2004)

Επιπλέον, η καθημερινή πρόσληψη φυτικών ινών κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης υπολογίζεται γύρω στα 28 gr (Intitute of Medicine, 2002/2005). Η καθημερινή κατανάλωση δημητριακών ολικής άλεσης, φρούτων και λαχανικών παρέχουν στην έγκυο βιταμίνες, ανόργανα συστατικά και φυτικές ίνες και αποτελεί ένα τρόπο αποφυγής της δυσκοιλιότητας.

Λιπίδια : Δεν υπάρχουν συστάσεις για την καθημερινή πρόσληψη λίπους κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης (Institute of Medicine, 2002/2005). Εντούτοις, αποδεκτό εύρος πρόσληψης συνολικού λίπους κυμαίνεται από 20% - 30% της συνολικής καθημερινής ενεργειακής πρόσληψης. Υπάρχουν συστάσεις για κάποια απαραίτητα λιπαρά οξέα. Το λινελαϊκό και το αραχιδονικό οξύ ($\omega-6$ λιπαρά οξέα), το $\alpha-3$ λινολεϊκό και το παράγωγό του, το δοκοσαεξαενοϊκό οξύ ($\omega-3$ λιπαρά οξέα) (Blades, 1998, Ζαμπέλας et al, 2003) παίζουν σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη του εμβρύου καθώς και στην ανάπτυξη του εγκεφάλου και του κεντρικού νευρικού συστήματος του. Επιπλέον το δοκοσαεξαενοϊκό οξύ εμπλέκεται στη λειτουργία της όρασης και τη νευρική λειτουργία της όρασης και τη νευρική λειτουργία. Σύμφωνα με το Institute of Medicine (2002/2003), η επαρκής ποσότητα για τα $\omega-6$ λιπαρά οξέα είναι 13 gr την ημέρα και για τα $\omega-3$ λιπαρά οξέα είναι 1,4 gr την ημέρα.

Η έγκυος δεν χρειάζεται να αυξήσει την κατανάλωση των καθαρά λιπαρών τροφίμων όπως το λάδι, το βούτυρο και οι μαργαρίνες. Μια ισορροπημένη διατροφή, η οποία περιλαμβάνει ψάρια και θαλασσινά μπορεί να εξασφαλίσει στην έγκυο τις ποσότητες των απαραίτητων λιπαρών οξέων που χρειάζεται.

Μικροθρεπτικά συστατικά : Τα τελευταία χρόνια το ενδιαφέρον έχει αρχίσει να εστιάζεται στα μικροθρεπτικά συστατικά που προσλαμβάνει μέσω των τροφών η έγκυος γυναίκα και πως αυτά μπορούν να επηρεάσουν, θετικά ή

αρνητικά, την ανάπτυξη του εμβρύου. Μερικά μικροθρεπτικά αποτελούν δομικά συστατικά των ιστών του σώματος (Villar et al, 2003). Κάποια άλλα είναι απαραίτητα για τις διαδικασίες της ανάπτυξης, συμπεριλαμβανομένων το μεταβολισμό της ενέργειας και των πρωτεϊνών, τη μεταγραφή των γονιδίων, τη ρύθμιση της λειτουργίας των ενδοκρινών αδένων και τη μεταφορά των θρεπτικών συστατικών.

Σε ότι αφορά τα **μεταλλικά άλατα**, υπάρχει ανάγκη για αυξημένη πρόσληψη **ασβεστίου** καθημερινά, διαφορετικά ανασύρονται αποθέματα ασβεστίου από τα οστά της μητέρας, τα οποία μετατρέπονται σε εύθραυστα και υπάρχει κίνδυνος σε μεγάλη ηλικία να εκδηλώσει οστεοπόρωση ή να συμβεί απασβέστωση και άρα καταστροφή των δοντιών. Οι ορμόνες που εκκρίνονται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης (Mahan et al, 2004) παίζουν σημαντικό ρόλο στο μεταβολισμό του ασβεστίου. Ο μεταβολισμός του ασβεστίου (Lenders et al, 2000) αλλάζει αισθητά, καθώς αυξάνεται η βιοδιαθεσιμότητα του, η απορρόφηση του δηλαδή από τις τροφές, όπως ομοίως αυξάνεται και η απέκκριση του από τα ούρα, καθώς επίσης αυξάνεται και ο ρυθμός σύνθεσης και αποδόμησης των οστών. Στις εγκυμονούσες που κάνουν χρήση ναρκωτικών ουσιών ή υπερκαταναλώνουν αλκοόλ, οι ανάγκες σε ασβέστιο είναι ακόμα μεγαλύτερες λόγω των ποικίλων δυσκολιών που αναφέρθηκαν παραπάνω. Ανεπαρκής πρόσληψη ασβεστίου κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης έχει σχετιστεί με αυξημένη πίεση αίματος τόσο στη μητέρα, όσο και στο νεογνό αργότερα, με μειωμένη επιμετάλλωση των οστών και με μειωμένη συγκέντρωση ασβεστίου στο μητρικό γάλα (Lenders et al, 2000).

Για το λόγω αυτό και η χορήγηση συμπληρωμάτων ασβεστίου προτείνεται από διατροφολόγους, καθώς και η κατανάλωση γάλακτος και γαλακτοκομικών προϊόντων, σολομού, σαρδέλας με το κόκαλο, οστρακοειδών, μπρόκολου οσπρίων και αποξηραμένων φρούτων. Η προτεινόμενη πρόσληψη ασβεστίου κατά την κύηση είναι 1000-1200 mg ασβεστίου / ημέρα. (Ζερφυρίδης 1998, DRIs 2004)

Ο **φωσφόρος** είναι ένα στοιχείο, το οποίο είναι το δεύτερο πιο άφθονο στον οργανισμό, μετά το ασβέστιο. Στον ανθρώπινο οργανισμό ο φωσφόρος βρίσκεται υπό μορφή φωσφορικών αλάτων. Τα φωσφορικά άλατα είναι σημαντικά για τον ανθρώπινο μεταβολισμό. Το 80–90 % περίπου του

φωσφόρου στον οργανισμό ενώνεται με ασβέστιο και σχηματίζει φωσφορικό ασβέστιο, που χρησιμοποιείται για το σχηματισμό οστών και δοντιών (Συντώσης et al, 2003). Άλλα φωσφορικά άλατα, όπως το φωσφορικό νάτριο, συμβάλλουν στη ρύθμιση της οξεοβασικής ισορροπίας. Άλλα πάλι φωσφορικά άλατα όπως τα φωσφολιπίδια παίζουν ρόλο στη δομή των κυτταρικών μεμβρανών και του DNA. Τροφές πλούσιες σε φώσφορο είναι τα γαλακτοκομικά προϊόντα, τα ψάρια και τα θαλασσινά. Η ημερήσια πρόσληψη φωσφόρου πρέπει να ανέρχεται στα 700 mg. (Williams 2003, DRIs 2004)

Ο **σίδηρος** είναι ιχνοστοιχείο που αποθηκεύεται στο ήπαρ του εμβρύου για τις ανάγκες του σε αίμα αργότερα μέχρι και 6 μήνες μετά τη γέννηση του. Οι εγκυμονούσες χρήστριες απαγορευμένων ουσιών πάσχουν από σιδηροπενική αναιμία, ενώ οι αλκοολικές έχουν συνήθως υψηλό αιματοκρίτη. Η επάρκεια σιδήρου κατά την εγκυμοσύνη σχετίζεται άμεσα με την ανάπτυξη του εμβρύου (Hautvast, 1997). Αντίθετα, η ανεπάρκεια σιδήρου κατά την εγκυμοσύνη έχει σχετιστεί με πρόωρους τοκετούς και άλλα προβλήματα στην έκβαση της εγκυμοσύνης (Allen, 2000). Η προτεινόμενη ημερήσια πρόσληψη σιδήρου (Fe) ανέρχεται στα 27 mg. Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δοθεί στην επαρκή πρόσληψη ζωικών πρωτεϊνούχων τροφίμων έτσι ώστε να είναι μεγαλύτερη η βιοδιαθεσιμότητα του σιδήρου από αυτές τις τροφές. Στις εγκυμονούσες που κάνουν χρήση ουσιών συνιστάται η κατανάλωση κόκκινου κρέατος, πράσινων φυλλωδών λαχανικών, συκωτιού και ξηρών καρπών. Τρόφιμο ιδιαίτερα πλούσιο σε σίδηρο είναι το συκώτι το οποίο όμως πρέπει να αποφεύγεται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης λόγω της υψηλής του περιεκτικότητας σε βιταμίνη A (Ζερφυρίδης 1998, DRIs 2004)

Μαγνήσιο : Το μαγνήσιο βρίσκεται κατά το μεγαλύτερο μέρος του (60%) στα οστά. Το μαγνήσιο έχει και άλλες σημαντικές λειτουργίες όπως: αποτελεί συστατικό των μεμβρανών και του ATP, προσθετική ομάδα ενζύμων, καθώς επίσης παίρνει μέρος και σε πολλές αντιδράσεις π.χ. κατά την πρωτεϊνοσύνθεση. (Συντώσης et al, 2003)

Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης οι απαιτήσεις σε μαγνήσιο αυξάνονται και η συνιστώμενη πρόσληψη είναι 350 mg – 360 mg την ημέρα (Institute of Medicine 1997). Το μαγνήσιο βρίσκεται σε μεγάλη ποικιλία τροφίμων.

Πλούσιες πηγές μαγνησίου είναι τα δημητριακά, οι ξηροί καρποί, τα όσπρια, τα περισσότερα φρούτα, τα πράσινα φυλλώδη λαχανικά, ο αρακάς και το καλαμπόκι, τα καρότα, ο μαϊντανός, τα θαλασσινά και η σοκολάτα.

Χαλκός : Η σπουδαιότητα του χαλκού οφείλεται στη συμμετοχή του ως συμπράγοντας σε πολλά ενζυμικά συστήματα. Οι ανάγκες σε χαλκό αυξάνονται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και η συνιστώμενη πρόσληψη ανέρχεται στα 1000 µg την ημέρα (Institute of Medicine, 2001). Πλούσιες πηγές χαλκού θεωρούνται τα οστρακοειδή, οι ξηροί καρποί, οι σπόροι, τα όσπρια, τα αποξηραμένα φρούτα και κάποια λαχανικά (Συντώσης et al, 2003)

Ψευδάργυρος : Ο ψευδάργυρος αποτελεί ένα σημαντικό ιχνοστοιχείο, συστατικό πολλών μεταλλοενζύμων και τμήμα περισσότερων ενζυμικών συστημάτων από ότι όλα τα υπόλοιπα ιχνοστοιχεία μαζί. Επηρεάζει πολλές θεμελιώδεις διαδικασίες της ζωής. Οι φυσιολογικές λειτουργίες του ψευδαργύρου περιλαμβάνουν την ανάπτυξη των ιστών, τον κυτταρικό διπλασιασμό, το σχηματισμό οστών, την ακεραιότητα του δέρματος και την άμυνα κατά των ξενιστών.

Οι ανάγκες σε ψευδάργυρος αυξάνονται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και η συνιστώμενη ημερήσια πρόσληψη ανέρχεται στα 11 mg (institute of Medicine, 2001, DRIs, 2004)

Σοβαρή μορφή ανεπάρκειας ψευδαργύρου μπορεί να προκαλέσει τερατογένεση στο νεογνό (Ζαμπέλας et al, 2003). Περισσότερες από 40 έρευνες έχουν ασχοληθεί με τα επίπεδα ψευδαργύρου στην έγκυο και οι μισές από αυτές έδειξαν συσχέτιση ανάμεσα στη μειωμένη πρόσληψη ψευδαργύρου και στο χαμηλό βάρος γέννησης του νεογνού (Fall et al, 2003). Σε μεγάλη έρευνα στην (Goldenberg et al, 1995) Αμερική γυναίκες με χαμηλή συγκέντρωση ψευδαργύρου στο πλάσμα είχαν θετικές εκβάσεις εγκυμοσύνης, με αύξηση του βάρους γέννησης του νεογνού, περιφέρεια κεφαλής και μήκος κάτω άκρου ύστερα από αύξηση της πρόσληψης ψευδαργύρου μέσω συμπληρώματος.

Υπερβολική πρόσληψη ψευδαργύρου (>45 mg την ημέρα) μπορεί να προκαλέσει μείωση του μεταβολισμού του χαλκού και του σιδήρου, μειωμένη

ανταπόκριση του ανοσοποιητικού συστήματος και ενδεχομένως πρόωρο τοκετό (Ζαμπέλας et al, 2003)

Πολύ καλές πηγές ψευδαργύρου είναι το κόκκινο κρέας, τα θαλασσινά και κυρίως τα στρείδια και τα μαλάκια, τα πουλερικά, το χοιρινό κρέας, τα γαλακτοκομικά. Καλές φυτικές πηγές ψευδαργύρου είναι τα δημητριακά ολικής άλεσης και τα λαχανικά.

Ιώδιο : Η κύρια λειτουργία του ιωδίου είναι η σύνθεση των θυροειδικών ορμονών από το θυροειδή αδέν. Οι ορμόνες αυτές είναι απαραίτητες για τη φυσιολογική ανάπτυξη και την καλή λειτουργία του μεταβολισμού (Συντώσης et al, 2003)

Η κύρια αλλαγή στη λειτουργία του θυροειδή αδέν που οφείλεται στην εγκυμοσύνη είναι η ανάγκη αυξημένης παραγωγής θυροειδικών ορμονών που απαιτούν επαρκή διαθεσιμότητα και πρόσληψη διαιτητικού ιωδίου (Glineor, 2004). Οι ανάγκες σε ιώδιο λοιπόν κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι αυξημένες και η συνιστώμενη ημερήσια πρόσληψη έχει οριστεί στα 220 mg (Institute of Medicine, 2001, DRIs, 2004)

Η ανεπάρκεια ιωδίου έχει σημαντικές επιπτώσεις στην έγκυο και στο έμβryo (Glineor, 2004). Οδηγεί σε παρατεταμένη διέγερση του θυροειδή αδέν, υποθυροξιναιμία και δημιουργία όζων θυροειδή, Σοβαρή μορφή ανεπάρκειας ιωδίου μπορεί να οδηγήσει σε βλάβη της ψυχικής, νευρολογικής και διανοητικής κατάστασης του εμβρύου και αρνητική έκβαση.

Πηγές ιωδίου είναι τα θαλασσινά, το μαγειρικό αλάτι, τα λαχανικά καλλιεργημένα σε εδάφη υψηλής περιεκτικότητας σε ιώδιο, το ψωμί και τα ψάρια κυρίως του αλμυρού νερού.

Νάτριο : Το νάτριο παίζει σημαντικό ρόλο στη διατήρηση τα ισορροπίας των υγρών του σώματος. (Brown, 2002) Ο μεταβολισμός του νατρίου μεταβάλλεται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Οι απαιτήσεις σε νάτριο αυξάνονται αυτή την περίοδο, λόγω της αύξησης του όγκου του πλάσματος αλλά κατά πόσο αυτό σημαίνει και αύξηση της διαιτητικής πρόσληψης νατρίου δεν είναι απολύτως διευκρινισμένο. Παλαιότερα συστηνόταν περιορισμός

νατρίου για μείωση του οιδήματος και της αυξημένης πίεσης, μεταβολές που οφείλονταν στην εγκυμοσύνη, αλλά είναι πλέον αποδεδειγμένο ότι αυτό δεν είναι ορθό (Knuist et al, 1998). Ο περιορισμός νατρίου κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης μπορεί να εξαντλήσει το αποθηκευμένο νάτριο κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης μπορεί να εξαντλήσει το αποθηκευμένο νάτριο και αυτό να οδηγήσει σε υπερβολική απώλεια νατρίου. Ανεπαρκής πρόσληψη νατρίου μπορεί να προκαλέσει επιπλοκές κατά την πορεία και την έκβαση της εγκυμοσύνης. Έτσι, ο περιορισμός νατρίου δεν ενδείκνυται σε φυσιολογικές εγκυμοσύνες για τον περιορισμό του οιδήματος ή την μείωση της πίεσης. Δεν χρειάζονται αλλαγές στις συνήθειες της εγκύου και η πρόσληψη δεν πρέπει να είναι μικρότερη των 2 – 3 gr την ημέρα (Ζαμπέλας et al, 2003)

Στον παρακάτω πίνακα 1 αναφέρονται οι συνιστώμενες ημερήσιες προσλήψεις ανόργανων συστατικών για τις γυναίκες ηλικίας 19 – 50 ετών και οι ανάγκες κατά την εγκυμοσύνη

Πίνακας 1 : Συνιστώμενες ημερήσιες προσλήψεις ανόργανων συστατικών
(Institute of Medicine, 2002)

<u>Ανόργανα</u> <u>Στοιχεία</u>	<u>Γυναίκες</u> <u>19 – 50 ετών</u>	<u>Εγκυμοσύνη</u>
Ασβέστιο	1000 mg	1000 mg
Σίδηρος	18 mg	27 mg
Ψευδάργυρος	8 mg	11 mg
Φώσφορος	700 μg	700μg
Μαγνήσιο	310 mg – 320 mg*	350 mg – 360 mg*
Ιώδιο	150 μg	220μg
Χαλκός	900 μg	1000μg
Νάτριο	–	>2 – 3 gr

*: Γυναίκες και έγκυες 19 – 30 ετών 310 mg και 350 mg αντίστοιχα

Γυναίκες και έγκυες 32 – 50 ετών 320 mg και 360 mg αντίστοιχα

Οι **βιταμίνες** θεωρούνται απαραίτητες για τη διατροφή της εγκύου. Αυξημένη πρόσληψη **βιταμίνης Α** είναι απαραίτητη περισσότερο κατά το θηλασμό παρά κατά την εγκυμοσύνη, επειδή το γάλα, που είναι η μοναδική τροφή του βρέφους, πρέπει να είναι πλούσιο στη βιταμίνη αυτή. Οι κύριες λειτουργίες της βιταμίνης Α, είναι ότι διατηρεί τον επιθηλιακό ιστό σε καλή κατάσταση και σχηματίζει την χρωστική των ματιών (ροδοψίνη) που είναι απαραίτητη για την λειτουργία της όρασης. Αποτελεί βασικό συστατικό στην ανάπτυξη των οστών και του ανοσοποιητικού συστήματος του εμβρύου (Συντώσης et al., 2003). Η ανεπάρκεια στην εγκυμοσύνη μπορεί να δημιουργήσει δυσμορφίες κατά το σχηματισμό των πνευμόνων, της καρδιάς και του ουροποιητικού συστήματος του εμβρύου ([Radhika et al., 2002-Brown 2002](#)). Η προτεινόμενη ημερήσια πρόσληψη βιταμίνης Α πρέπει να είναι 770 mg / d. ([Ζερφυρίδης 1998](#), [Williams 2003](#), [DRIs 2004](#))

Η **βιταμίνη D**, την οποία συνήθως την προσλαμβάνουμε από τα γαλακτοκομικά προϊόντα, τις μαργαρίνες, και την συνθέτουμε με τη δράση της ηλιακής ακτινοβολίας στο δέρμα, είναι πολύ σημαντική καθώς δρα ως ορμόνη, αυξάνοντας την εντερική απορρόφηση ασβεστίου και προάγει τον σχηματισμό των οστών και των δοντιών. Ανεπάρκεια βιταμίνης D έχει ως αποτέλεσμα εμβρυϊκή υποασβεσταιμία και γέννηση νεογνών μικρού μεγέθους, με αδύναμα οστά και δυσμορφίες στα δόντια ([Anatoliotaki et al., 2003](#)) Μία εγκυμονούσα πρέπει να προσλαμβάνει 5 mg ημερησίως βιταμίνης D. ([Williams 2003](#), [DRIs 2004](#)) Καλές πηγές αυτής είναι τα γαλακτοκομικά προϊόντα, η σαρδέλα, η ρέγκα, ο τόνο και τα δημητριακά.

Η **βιταμίνη Ε (τοκοφερόλη)** λειτουργεί ως αντιοξειδωτικό προστατεύοντας τις κυτταρικές μεμβράνες από κυτταρική οξειδωση. Χαμηλά επίπεδα βιταμίνης Ε από τη μέση έως το τέλος της εγκυμοσύνης έχουν σχετιστεί με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης προεκλαμψίας και υπέρτασης της κύησης ([Rumbold et al., 2005](#)). Η βιταμίνη Ε είναι διαδεδομένη στα τρόφιμα. Πλούσιες πηγές αυτής είναι οι σαλάτες, το ελαιόλαδο, ξηροί καρποί, ο τόνος, το φυστικοβούτυρο, το φύτρο του σιταριού και σε δημητριακά ολικής αλέσεως. Η προτεινόμενη πρόσληψη βιταμίνης Ε είναι 15 mg ημερησίως. ([Williams 2003](#), [DRIs 2004](#))

Η **βιταμίνη C** της οποίας η αξιοποίηση είναι δύσκολη σε αλκοολικές

κυοφορούσες, βοηθά σημαντικά στην πρόσληψη σιδήρου και στην άμυνα του οργανισμού κατά των προσβολών από ιούς και παθογόνα βακτήρια. Το ασκορβικό οξύ (όπως ονομάζεται η βιταμίνη C) είναι σημαντικό στην παρεμπόδιση της οξειδωσης των λιπιδίων, που προκαλείται από διαφορετικούς τύπους stress συμπεριλαμβανομένων της διέγερσης των ουδετερόφιλων, του καπνίσματος, των ενζυματικά ενεργοποιημένων ριζών υπεροξειδίων και υπεροξειδίου του υδρογόνου και του οξειδοαναγωγικά ενεργού σιδήρου. Έρευνες έδειξαν ότι πρόσληψη χαμηλότερης ποσότητας βιταμίνης C στην εγκυμοσύνη σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο προεκλαμψίας (Zhang et al., 2002). Η προτεινόμενη πρόσληψη βιταμίνης C για μία εγκυμονούσα γυναίκα είναι 85 mg ημερησίως. (Williams 2003, DRIs 2004) Η βασική πηγή αυτής είναι τα εσπεριδοειδή. Άλλα τρόφιμα είναι το μπρόκολο, οι κόκκινες και πράσινες πιπεριές, οι ντομάτες, το σπανάκι.

Η **βιταμίνη Κ**, η οποία είναι απαραίτητη για τη διαδικασία πήξης του αίματος, περιέχεται στο χοιρινό κρέας, στο συκώτι, στα αυγά και στο κουνουπίδι. Σημαντικό μέρος των αναγκών σε αυτή τη βιταμίνη καλύπτεται με τη σύνθεσή της στο έντερο με τη δράση της εντερικής βακτηριακής χλωρίδας. Λήψη αντιβιοτικών ή άλλων ουσιών που καταστρέφουν την εντερική χλωρίδα προκαλεί μειωμένη σύνθεση της βιταμίνης Κ. Πιθανή έλλειψη της βιταμίνης αυτής προκαλεί αυξημένες αιμορραγίες. Μία εγκυμονούσα γυναίκα πρέπει να προσλαμβάνει 15 mg ημερησίως βιταμίνη Κ. (Williams 2003, DRIs 2004)

Οι **βιταμίνες του συμπλέγματος Β**, όπως **νιασίνη, ριβοφλαβίνη, θειαμίνη, Β₆, Β₁₂** είναι σημαντικά τόσο για την εγκυμοσύνη όσο και κυρίως για το θηλασμό επειδή ρυθμίζουν το μεταβολισμό, την παραγωγή ενέργειας, τη δημιουργία μυών και είναι απαραίτητες για την υγεία του δέρματος. Επίσης η Β₁₂ είναι απαραίτητη στη γλυκογονόλυση και τη νεογλυκογένεση, ενώ η Β₆ εμποδίζει την απελευθέρωση ελεύθερων λιπαρών οξέων. Η προτεινόμενη πρόσληψη για τις βιταμίνες του συμπλέγματος Β είναι η ακόλουθη: νιασίνη 18 mg ημερησίως, ριβοφλαβίνη 1,4 mg ημερησίως, Β₆ 1,9 mg ημερησίως και Β₁₂ 2,6 mg ημερησίως. (Ζερφυρίδης 1998, Williams 2003, DRIs 2004)

Και στις δύο ειδικές ομάδες γυναικών οι εργαστηριακές τιμές των βιταμινών θα καθορίσουν κατά πόσο το διατροφικό πλάνο θα πρέπει να εμπλουτιστεί με τρόφιμα πλούσια σε συγκεκριμένες βιταμίνες.

Το **φυλλικό οξύ** είναι απαραίτητο για τη διαίρεση των κυττάρων, στη σύνθεση του DNA και την ανάπτυξη και τη δημιουργία αιμοσφαιρίνης (Συντώσης et al., 2003). Έλλειψη του μπορεί να προκαλέσει μεγαλοβλαστική αναιμία και μειωμένη ανάπτυξη του εμβρύου (Luke et al., 1997). Και στις δύο ειδικές ομάδες εγκύων γυναικών παρατηρείται έλλειψη φυλλικού οξέος, το οποίο αποτελεί ένα σημαντικό στοιχείο για την διεξαγωγή μίας υγιούς κύησης. Έρευνες έδειξαν ότι η μειωμένη πρόσληψη φυλλικού οξέος αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης ελλειμμάτων του νευρικού σωλήνα, της καρδιάς και του εγκεφάλου και ανεπάρκεια κατά το δεύτερο τρίμηνο της εγκυμοσύνης σχετίζεται με πρόωρους τοκετούς (Siega-Riz et al., 2004). Καλές πηγές φυλλικού οξέος είναι τα πράσινα φυλλώδη λαχανικά, το σπανάκι, δημητριακά, το σπαράγγι, τα μανιτάρια, και οι φακές. Η προτεινόμενη πρόσληψη φυλλικού οξέος για τις εγκύους γυναίκες είναι 2,6 mg ημερησίως (Williams 2003, DRIs 2004)

Το **αντιοξειδωτικό συνένζυμο Q10** βρίσκεται σε αρκετά ψάρια όπως η σαρδέλα. Το συνένζυμο Q10 είναι ένα πολύ σημαντικό διατροφικό συστατικό, υψηλής βιολογικής αξίας, γιατί μετατρέπει μέσα στον ανθρώπινο οργανισμό την ενέργεια των συστατικών των τροφών σε βιολογική. Δηλαδή, είναι ένα στοιχείο που καθορίζει το μέγεθος της ενεργειακής απόδοσης των κυττάρων του σώματος μας. Είναι απαραίτητο για την σωστή λειτουργία του καρδιαγγειακού συστήματος.

Άλλη σημαντική δράση του συνενζύμου Q10 είναι ότι έχει ισχυρές αντιοξειδωτικές ιδιότητες, δηλαδή ενισχύει το αμυντικό μας σύστημα εναντίον των ελεύθερων ριζών.

Ο ανθρώπινος οργανισμός έχει την ικανότητα να συνθέτει αυτό το συνένζυμο, αλλά με την πάροδο του χρόνου, με τον τρόπο ζωής μας, με τη λήψη φαρμάκων και την κατανάλωση αλκοόλ η ποσότητα αυτού του συνενζύμου, μέσα μας, μειώνεται σημαντικά. (Ψαρουδάκη, 2007)

Υπάρχουν αρκετά διατροφικά συμπληρώματα στο εμπόριο που περιέχουν ασβέστιο ή σίδηρο, με ή χωρίς βιταμίνες, για τις έγκυες και θηλάζουσες, τα οποία θα πρέπει να χορηγούνται ύστερα από ιατρική συμβουλή και εφόσον υπάρχει ειδικός λόγος να συστήνονται στη μητέρα από τον γιατρό της ή το διαιτολόγο της. Ένα σωστό διατροφικό πλάνο θα πρέπει

να περιλαμβάνει τροφές από όλες τις ομάδες τροφίμων. Θα πρέπει να προσεχθεί ώστε η μητέρα να μην ξεπεράσει τα όρια ασφαλούς και υγιεινής πρόσληψης τροφής γιατί δημιουργούνται περίπλοκα προβλήματα τόσο στην έγκυο όσο και στο έμβρυο.

Η εγκυμονούσα θα πρέπει να τηρεί με προσοχή το διατροφικό της πρόγραμμα ώστε να μην παρουσιαστεί έλλειψη σε κάποιο διατροφικό στοιχείο, αλλά και να μην οδηγηθεί σε υπερσιτισμό που μπορεί να προκαλέσει την εμφάνιση παχυσαρκίας κατά τη διάρκεια της κύησης.

Από όλα αυτά γίνεται αντιληπτό ότι η σωστή διατροφή κατά την εγκυμοσύνη είναι ο σημαντικότερος περιβαλλοντικός παράγοντας για μία αίσια κύηση. Η διατροφή για μία γυναίκα που κάνει καταχρήσεις θα πρέπει να είναι προσεγμένη τόσο πριν την εγκυμοσύνη, όσο και κατά τη διάρκεια αυτής, αλλά και μετά από αυτή.

Η κατανάλωση επαρκούς ποσότητας νερού (2 – 3 lt ημερησίως) είναι υψίστης σημασίας για την σωστή ρύθμιση του μεταβολισμού και κυρίως για την αποτοξικοποίηση στις περιπτώσεις των αλκοολικών και ναρκομανών γυναικών. (Ζερφυρίδης, 1998)

Ο ρόλος του διαιτολόγου - Συμπεράσματα

Η θέση του American Dietetic Association είναι ότι ένας ειδικευμένος διαιτολόγος είναι απαραίτητος για την εκτίμηση και την αποκατάσταση των διατροφικών αναγκών και για το σχεδιασμό προτύπων υγιεινού τρόπου ζωής. Ο χρόνιος διατροφικός υποσιτισμός διαιωνίζει τον εθισμό μια και ενισχύει την ακαταμάχητη επιθυμία για την λήψη τροφής. Η σωστή διατροφή βοηθά στην πιο γρήγορη ανάρρωση και ένα βελτιωμένο διατροφικό επίπεδο κάνει τη θεραπεία πιο αποτελεσματική μια και έτσι μειώνεται η επιθυμία για λήψη ουσιών. Οι ειδικοί διατροφολόγοι πρέπει να βεβαιώνουν την αναγκαιότητα τους στα θρεπτικά προγράμματα και πρέπει να ενθαρρύνονται να συμμετέχουν στην έρευνα έτσι ώστε να μεγαλώσει το εύρος των γνώσεων σε αυτόν τον τομέα. (Journal of the American Dietetic Association 1990). Συνεπώς, ένας ειδικευμένος διαιτολόγος είναι απαραίτητος για την εκτίμηση και την αποκατάσταση των διατροφικών αναγκών και για το σχεδιασμό πρότυπου υγιεινού τρόπου ζωής μίας εγκύου η οποία ανήκει σε μία από τις

δύο αυτές ειδικές κατηγορίες γυναικών. Ο διατροφικός υποσιτισμός διαιωνίζει τον εθισμό και ενισχύει την ακαταμάχητη επιθυμία για τη λήψη ουσιών. Ενθαρρύνεται η κατανάλωση τροφίμων πλούσιων σε όλα τα θρεπτικά συστατικά, τα οποία είναι απαραίτητα για την εγκυμονούσα, αλλά και για την υγεία του εμβρύου, με απώτερο σκοπό την ομαλή διεξαγωγή της κύησης. Συνίσταται η κατανάλωση τροφών με υψηλή περιεκτικότητα σε:

- ✿ Σίδηρο (κόκκινο κρέας, συκώτι, πράσινα φυλλώδη λαχανικά, βρώμη σόγια, φακές, ξηροί καρποί)
- ✿ Πρωτεΐνες (αυγό, κοτόπουλο, κόκκινο κρέας, όσπρια με ζυμαρικά)
- ✿ Ιχνοστοιχεία
- ✿ Βιταμίνες (υδατοδιαλυτές και λιποδιαλυτές) (περιέχονται σε όλα τα τρόφιμα, συνεπώς θα πρέπει να καταναλώνονται τρόφιμα από όλες τις ομάδες τροφίμων)
- ✿ Ασβέστιο (γάλα και γαλακτοκομικά προϊόντα, πράσινα φασόλια, ξερά σύκα)
- ✿ Φώσφορο (ψάρια και θαλασσινά, γαλακτοκομικά προϊόντα)
- ✿ Ψευδάργυρο (συκώτι μοσχαριού, γαρίδες, στρείδια)
- ✿ Φυλλικό οξύ (συκώτι, δημητριακά, λαχανικά)
- ✿ Μαγνήσιο (ξηροί καρποί, σπανάκι, ψωμί ολικής άλεσης, ηλιόσποροι)

Στοιχεία για την κατανάλωση αλκοόλ στο γενικό πληθυσμό της Ελλάδας

Ιστορική αναδρομή

Η ιστορία του ποτού, ξεκινά στην κλασική Ελλάδα όπου η χρήση του οίνου είχε συνδεθεί με τις δημοφιλείς θρησκευτικές τελετές των Διονυσίων. Επίσης ο Αθήναιος περιγράφει τα έθιμα σχετικά με την κατανάλωση του ποτού αναφερόμενος στους Μακεδόνες, λέγοντας πως ήταν γεροί πότες και αυτό είχε αποτέλεσμα να μην μπορούν να φάνε.

Για πρώτη φορά ο αλκοολισμός αναλύθηκε σε νόσο το 1972 από τον γιατρό John Coakley Lettson. Οι δεκαετίες που ακολούθησαν με την πρόοδο της Ιατρικής έδωσαν μελέτες για τις τοξικές επιπτώσεις του οινοπνεύματος. (www.sakopetra.com)

Ποια είναι άραγε τα όρια ασφαλούς κατανάλωσης οινοπνεύματος;

Για να το καθορίσουμε αυτό χρησιμοποιούμε σαν μέτρο την ΜΟΝΑΔΑ του οινοπνεύματος που αντιστοιχεί σε 8 gr Αιθυλικής Αλκοόλης, όσο δηλαδή περιέχει ένα μεγάλο ποτήρι μπίρας 600 cc, ή ένα συνηθισμένο ποτήρι κρασιού ή μια κλασική μερίδα δυνατού ποτού. Με βάση αυτά θεωρούμε ασφαλή κατανάλωση οινοπνεύματος για τους άντρες 21 μονάδες την εβδομάδα και για τις γυναίκες 14. Τα επικίνδυνα επίπεδα κατανάλωσης είναι πάνω από 50 μονάδες για τους άντρες και 35 για τις γυναίκες. Σε χώρες όπου η κατανάλωση του οινοπνεύματος είναι αυξημένη είναι μεγάλη και η συχνότητα θανάτων από κίρρωση του ήπατος. Η κατανάλωση οινοπνεύματος έχει αυξηθεί τελευταία στις νεαρές γυναίκες εξ' αιτίας της αλλαγής του κοινωνικού ρόλου τους.

Ο αλκοολισμός αποτελεί για πολλές χώρες πραγματική μάστιγα εξ' αιτίας της μεγάλης διαδόσεως του γι' αυτό γίνονται πολλές προσπάθειες καταπολέμησής του. Στον αγώνα κατά του αλκοολισμού ιδιαίτερη θέση κατέχει η περίφημη «ποτοαπαγόρευση» που ξεκίνησε το 1871 και τελείωσε το

1933 στις ΗΠΑ και αποτέλεσε πηγή έμπνευσης πολλών γκανγκστερικών σεναρίων του κινηματογράφου. Γι' αυτό το λόγο πρώτη η πολιτεία Μείν εξέδωσε νόμο που απέβλεπε στην απαγόρευση της πωλήσεως και της κατανάλωσης οινοπνευματωδών ποτών. Αργότερα ακολούθησαν το παράδειγμα της και άλλες πολιτείες. Στην Ελλάδα, το πρόβλημα το αλκοολισμού δεν παρουσιάζει ιδιαίτερη σημασία, γιατί ως επί το πλείστον καταναλώνεται κρασί, που έχει χαμηλή περιεκτικότητα σε αλκοόλ, συγκρινόμενο με τα άλλα οινοπνευματώδη ποτά. (www.sakopetra.com)

Στοιχεία από σχετικά πρόσφατες διακρατικές έρευνες υποστηρίζουν ότι η κατανάλωση οινοπνευματωδών αποτελεί παγκοσμίως σοβαρό πρόβλημα, που αφορά ηλικιακές ομάδες νεαρών ανθρώπων στις πιο παραγωγικές ηλικίες. Η Ευρώπη καταναλώνει τη μισή ποσότητα αλκοόλ από αυτήν που καταναλώνει ο πληθυσμός ολόκληρου του πλανήτη και περίπου 84 εκατομμύρια Ευρωπαίοι υποφέρουν από τις επιπτώσεις της κατάχρησης αλκοόλ. Στην Ελλάδα αναφέρεται ότι περίπου 250.000 άνθρωποι είναι εξαρτημένοι από το οινόπνευμα, ενώ 1.200.000 έχουν προβληματική σχέση με το ποτό και ότι σε ποσοστό 40% των θανάτων από τροχαία εμπλέκεται η αλκοολική χρήση. Επίσης, επιδημιολογικά στοιχεία της χώρας μας επισημαίνουν ότι σημαντικός αριθμός ανήλικων ατόμων του γενικού πληθυσμού εμφανίζει εμπλοκή σε κατάχρηση οινοπνεύματος και το 10-15% των αλκοολικών είναι ανήλικοι. Συγκεκριμένα, από έρευνα ESPAD (European Survey Project on Alcohol and other Drugs) που πραγματοποίησε το ΕΠΙΨΥ (Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγείας) στο μαθητικό πληθυσμό, προκύπτει ότι η κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών από τους Έλληνες μαθητές αυξήθηκε την πενταετία 1998-2003 και το ίδιο συνέβη και στα περιστατικά μέθης. Από την ίδια έρευνα προκύπτει επίσης ότι η κατανάλωση ξεκινά στην ηλικία 13 ετών, ορισμένες φορές και των 11 (7% των παιδιών της ηλικίας αυτής πίνουν συστηματικά μπίρα και 14% κρασί!), ενώ το πρώτο περιστατικό μέθης συμβαίνει στα 14 χρόνια. Τα στοιχεία αυτά μάς κάθε λόγο να ανησυχούμε τόσο για τον αριθμό των ατόμων που θα αποκτήσουν μελλοντικά προβλήματα όσο και για τον αριθμό των εφήβων που ήδη εκθέτουν τον εαυτό τους σε άμεσο κίνδυνο. Όσον αφορά τις γυναίκες, το ποσοστό αλκοολικών γυναικών στην Ελλάδα ήταν μόλις 8% το 1966, ενώ το

2000 υπολογίζεται ότι το ποσοστό αυτό είχε ανέβει στο 35% (από το αρχείο της εφημερίδας Ελευθεροτυπίας). (www.enet.gr/online)

Χρόνο με το χρόνο αυξάνεται η κατανάλωση αλκοόλ και στην Ελλάδα. Μάλιστα, η Ελλάδα βρίσκεται στη 18η θέση μεγαλύτερης κατανάλωσης αλκοόλ μεταξύ 50 χωρών, ενώ στην Ευρώπη στη 10η. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας το ποσοστό εβδομαδιαίας κατανάλωσης στην Ουαλία ανέρχεται στο 50%, στη Δανία στο 43%, στην Ελλάδα στο υψηλό 42% και στην Αγγλία φτάνει το 40%. Τα τελευταία 30 χρόνια η κατανάλωση αλκοόλ σε λίτρα καθαρής αλκοόλης έχει αυξηθεί κατά 51% στη χώρα μας, ενώ την ίδια χρονική περίοδο η κατανάλωση έχει μειωθεί κατά 14% στην Ισπανία, 35% στη Γαλλία και 45% στην Ιταλία. Επίσης, στην Ελλάδα αναλογικά με τον πληθυσμό της Γερμανίας εκτιμάται ότι 880.000 Έλληνες ανήκουν στην ομάδα των εξαρτημένων από το αλκοόλ ενώ με τον ίδιο τρόπο υπολογισμού, οι προβληματικοί πότες στην Ελλάδα είναι 1.200.000, σύμφωνα με στοιχεία των Νηφάλιων. Συγκεκριμένα, το 2000, το 35% των αλκοολικών στη χώρα μας ήταν γυναίκες, ενώ το 1966 ήταν μόλις το 8%. Επιπλέον, ποσοστό ύψους 17% με 25% των εγκύων καταναλώνουν αλκοόλ, γεγονός που μπορεί να προκαλέσει αποβολή, σύμφωνα με το Εθνικό Ινστιτούτο Υγείας και Κλινικής Αριστείας, NICE ή ακόμα να προκαλέσει σοβαρές ασθένειες στο έμβρυο. Ένας ακόμη μύθος που καταρρίπτεται είναι ότι ο αλκοολισμός δεν συνδέεται με την ανεργία, καθώς 50% με 70% ανδρών και γυναικών που αντιμετωπίζουν πρόβλημα εξάρτισης ή κατάχρησης έχουν σταθερή απασχόληση ενώ μόλις το 15% με 30% εξ' αυτών είναι άνεργοι.

Έρευνα που διεξήχθη κατά τους μήνες Οκτώβριο - Νοέμβριο το 2001 σε 31 μπαρ της Αθήνας από το Κέντρο Αντιμετώπισης Προβλημάτων Σχέσεων και Σεξουαλικότητας έδειξε ότι περισσότεροι από τους μισούς ερωτηθέντες, δηλαδή το 55% αυτών, πηγαίνουν σε μπαρ τουλάχιστον 2 φορές την εβδομάδα, το 43% δύο με τέσσερις φορές εβδομαδιαίως, ενώ σχεδόν καθημερινά δήλωσαν ότι πηγαίνουν στα μπαρ το 12%. Παράλληλα σύμφωνα με την έρευνα, το 42% προτιμά να πίνει αλκοόλ πριν κάνει σεξ. Σημειώνεται ότι ρωτήθηκαν 1000 άτομα ηλικίας 18 έως 58 ετών με το 75% των ερωτηθέντων να βρίσκονται κάτω των 35 ετών.

Από διάφορες κατά καιρούς έρευνες σύμφωνα με το Σύνδεσμο Ελληνικών Αποσταγμάτων και Οινοπνευματωδών Ποτών (Σ.Ε.Α.Ο.Π) προέκυψε ότι κάθε Έλληνας πίνει κάθε χρόνο 56,3 λίτρα οινοπνεύματος υψηλής περιεκτικότητας, όπως ουίσκι, βότκα, ούζο κ.α., γύρω στα 35 λίτρα κρασί και 40 λίτρα μπίρα. (portal.kathimerini.gr)

Οι νέοι πίνουν όλο και περισσότερο

Την τελευταία πενταετία στην Ελλάδα η συχνότητα κατανάλωσης οινοπνευματωδών ποτών στις ηλικίες 18 έως 25 ετών, αυξήθηκε από 27,8% στο 35,6%. Μάλιστα, ένα ποσοστό 10-15% των αλκοολικών είναι ανήλικοι, σύμφωνα με Πανελλήνια Έρευνα στο Μαθητικό Πληθυσμό ESPAD το 2003. (portal.kathimerini.gr)

Στην Ελλάδα, τα αγόρια αρχίζουν να πίνουν από 12 ετών και τα κορίτσια έναν χρόνο αργότερα

Το 34% των εφήβων δηλώνουν ότι έχουν μεθύσει τουλάχιστον 3 φορές στη ζωή τους ενώ το 16% τρεις φορές τον τελευταίο μήνα. Το ποσοστό των μαθητών που δηλώνουν στην έρευνα ότι ήπιαν πάνω από 40 φορές τις τελευταίες 40 ημέρες είναι 4,2% και έχει υπερδιπλασιαστεί κατά τη διάρκεια της τελευταίας πενταετίας. Ένας στους τρεις εφήβους το μήνα καταναλώνει πέντε ποτά τουλάχιστον δυο φορές, που αντιστοιχεί σε ποσοστό της τάξεως του 28,3%.



Σύμφωνα με την ετήσια έκθεση του Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν. (Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά) για το 2004 η κατανάλωση οινοπνευματωδών από τους μαθητές εμφανίζεται αυξημένη την τελευταία πενταετία. Τα στοιχεία επιδημιολογικής έρευνας του Ε.Π.Ι.Ψ.Υ.

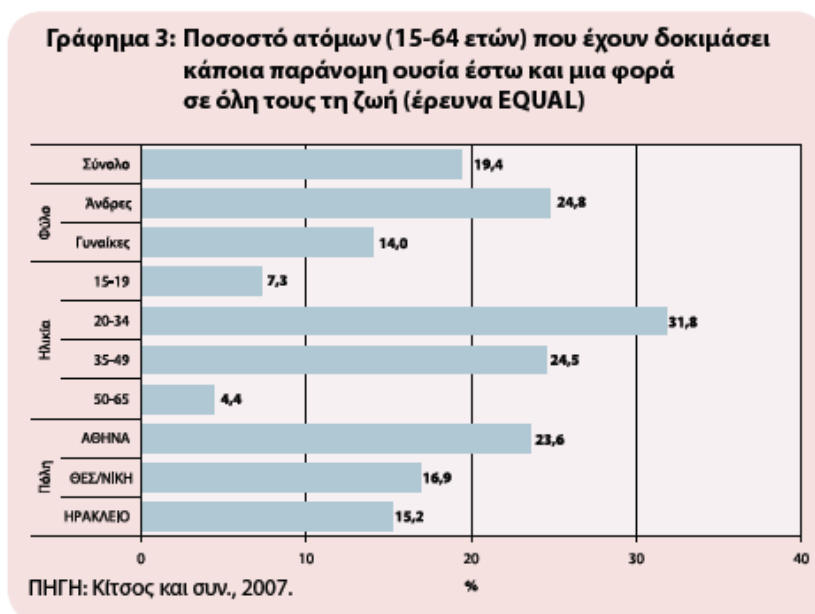
δείχνουν ότι το 28,2 % των μαθητών το 2003 -σε σύγκριση με 24,8 % το 1988- ανέφεραν συχνότητα κατανάλωσης έξι ή και περισσότερες φορές κατά τον προηγούμενο μήνα της έρευνας. Αυξητική τάση εμφανίζουν και τα αυτοαναφερόμενα περιστατικά μέθης. Παρόλα αυτά, θετικό είναι ότι αυξάνεται -σε σχέση με το 1988- το ποσοστό των μαθητών που θεωρούν τη χρήση οινόπνευματος επικίνδυνη. (portal.katimerini.gr)

Δεν υπάρχουν καταγεγραμμένες ή δημοσιευμένες έρευνες που να σχετίζονται με τη κατανάλωση αλκοόλ στις γυναίκες κατά την περίοδο της κύησης. Όλες οι έρευνες αναφέρονται στο γενικό πληθυσμό και διαχωρίζονται σύμφωνα με την ηλικία.

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΙΑ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ ΟΥΣΙΩΝ ΣΤΟ ΓΕΝΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ

Το 2006 υλοποιήθηκε από το ΕΚΤΕΠΝ / ΕΠΙΨΥ, σε συνεργασία με το Εργαστήριο Ψυχολογικής Συμβουλευτικής Φοιτητών του Εθνικού Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, έρευνα σχετικά με τις στάσεις του γενικού πληθυσμού τριών ελληνικών πόλεων (Αθήνα, Θεσσαλονίκη, Ηράκλειο Κρήτης) όσον αφορά τη χρήση και την απεξάρτηση από τις ναρκωτικές ουσίες (εφεξής Έρευνα EQUAL). Η έρευνα αποτελεί δράση της ΑΣ «ΕΝΤΑΞΗ» του β' κύκλου της Κοινοτικής Πρωτοβουλίας EQUAL του ΟΚΑΝΑ. Η έρευνα έγινε με τη μέθοδο της προσωπικής συνέντευξης, και συμμετείχαν συνολικά σε αυτήν 702 άτομα ηλικίας 15-64 ετών του γενικού πληθυσμού των τριών πόλεων στη βάση τυχαίας πολυσταδιακής δειγματοληψίας (Κίτσος et.al., 2007). Το ερωτηματολόγιο της έρευνας το οποίο σχεδιάστηκε αποκλειστικά για να μετρήσει το βαθμό κοινωνικής αποδοχής των εξαρτημένων ή απεξαρτημένων ατόμων, περιελάμβανε μόνο μία ερώτηση σχετικά με τη χρήση ουσιών. Σύμφωνα με τα στοιχεία από την ερώτηση αυτή (Γράφημα 3), πειραματική χρήση ή και χρήση έστω και μία φορά σε όλη τη ζωή κάποιας ναρκωτικής ουσίας αναφέρει το 19,4% των ερωτημένων. Η χρήση αφορά κυρίως την εξάρτηση από μαριχουάνα / χασίς (19,3%). Χρήση και κάποιας άλλης ναρκωτικής ουσίας (εκτός μαριχουάνας) αναφέρει το 3,2% των ερωτημένων. Υψηλότερο ποσοστό ανδρών (24,8%) από ό,τι γυναικών (14%),

και υψηλότερο ποσοστό νεαρών ενηλίκων (20-34 ετών, 31,8%) από ό,τι των άλλων ηλικιακών ομάδων αναφέρουν χρήση έστω και μία φορά σε όλη τη ζωή. Οι κάτοικοι της περιοχής των Αθηνών (23,6%) εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα χρήσης (οριακά στατιστικά σημαντική διαφορά) σε σύγκριση με τους κατοίκους της Θεσσαλονίκης (16,9%) και του Ηρακλείου Κρήτης (15,2%) .



Εικόνα 4 : Στατιστική έρευνα του 2006 σχετικά με τη χρήση ναρκωτικών ουσιών στην Ελλάδα.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της επαναλαμβανόμενης τα τελευταία είκοσι τρία χρόνια πανελλήνιας έρευνας του ΕΠΙΨΥ στο γενικό πληθυσμό το 2004 (πανελλήνιο αντιπροσωπευτικό δείγμα, 4.774 άτομα, 12-64 ετών, προσωπική συνέντευξη, ανώνυμο ερωτηματολόγιο προσαρμογή του ερωτηματολογίου του Ευρωπαϊκού Κέντρου, χρηματοδότηση ΟΚΑΝΑ), το 8,6% του ελληνικού πληθυσμού ηλικίας 12-64 ετών αναφέρουν ότι έχουν χρησιμοποιήσει μία ή περισσότερες φορές στη ζωή τους κάποια παράνομη ουσία (το 3,8% έχει δοκιμάσει κάποια παράνομη ουσία 1-2 φορές σε όλη τη ζωή, ενώ το 4,8% έχει χρησιμοποιήσει 3 ή και περισσότερες φορές). Υψηλότερο ποσοστό εμπειρίας με παράνομες ουσίες παρουσιάζεται στους άνδρες (13,3%, έναντι 3,9% των γυναικών) και στις ηλικιακές ομάδες 25-35 ετών (12,4%) και 18-24 ετών (12%). Πρόσφατη χρήση (δηλαδή χρήση μέσα

στους 12 τελευταίους μήνες) δηλώνει ότι έχει κάνει το 4,6% του πληθυσμού ηλικίας 18-24 ετών και το 2,9% του πληθυσμού ηλικίας 25-35 ετών (Kokkevi et al. 2007). (www.ektepn.gr)

Θα πρέπει να σημειωθεί το γεγονός ότι στην Ελλάδα το ποσοστό των ατόμων που κάνουν χρήση ναρκωτικών είναι από τα χαμηλότερα στην Ευρώπη, ωστόσο, το ποσοστό των αιφνίδιων θανάτων που σχετίζονται με τα ναρκωτικά είναι από τα υψηλότερα.

Σύμφωνα με τις εκτιμήσεις του Κέντρου, περισσότεροι από 23 εκατομμύρια Ευρωπαίοι ενήλικες έκαναν χρήση κάνναβης το 2007, αριθμός που αντιστοιχεί σε 7% περίπου των ατόμων ηλικίας 15-64 ετών κατά μέσο όρο, ενώ παράλληλα υπολογίζεται ότι περίπου 3 εκατομμύρια άτομα κάνουν χρήση κάνναβης σε καθημερινή ή σχεδόν καθημερινή βάση. Στην Ελλάδα χρήση κάνναβης κάνει το 2% των ατόμων ηλικίας 15-64 ετών, σύμφωνα με το Κέντρο Παρακολούθησης, ποσοστό το οποίο είναι το χαμηλότερο στην Ευρώπη, μετά τη Βουλγαρία. Τα υψηλότερα ποσοστά χρήσης κάνναβης στην Ευρώπη καταγράφονται στην Ιταλία και την Ισπανία (11,2%), στην Τσεχία (9,3%) και στη Μ. Βρετανία (8,7%). Παράλληλα, αύξηση σημειώνεται σε ό,τι αφορά τη χρήση κοκαΐνης στην Ευρώπη, σύμφωνα με το Κέντρο Παρακολούθησης. Το 2005 καταγράφεται ένα ρεκόρ κατασχέσεων κοκαΐνης στην Ευρώπη, ενώ περίπου 4,5 εκατομμύρια Ευρωπαίοι αναφέρουν ότι έκαναν χρήση κοκαΐνης τον τελευταίο χρόνο. Αντιθέτως, το Κέντρο παρατηρεί μείωση των χρηστών κοκαΐνης στην Ελλάδα, από το 1998 έως σήμερα. Επίσης, σχετικά με τη χρήση αμφεταμινών και έκστασης, στην Ελλάδα καταγράφεται το χαμηλότερο ποσοστό στην Ευρώπη, ενώ το υψηλότερο καταγράφεται στην Εσθονία, στη Μ. Βρετανία και στην Ουγγαρία. Σε ό,τι αφορά την ενέσιμη χρήση ναρκωτικών (ηρωίνη κ.α.), το Κέντρο Παρακολούθησης αναφέρει ότι η Ελλάδα κατέχει τα χαμηλότερα ποσοστά μαζί με την Ολλανδία, την Ουγγαρία και την Κύπρο. (www.greekinsight.com)

Δεν υπάρχουν καταγεγραμμένες ή δημοσιευμένες έρευνες που να σχετίζονται με τη χρήση απαγορευμένων ουσιών στις γυναίκες κατά την

περίοδο της κύησης. Όλες οι έρευνες αναφέρονται στο γενικό πληθυσμό και διαχωρίζονται σύμφωνα με την ηλικία.

Διατροφικά συμπληρώματα για εγκυμονούσες αλκοολικές και χρήστριες απαγορευμένων ουσιών

Όπως έχουμε είδη αναφέρει και σε προηγούμενο κεφάλαιο η διατροφή αποτελεί έναν περιβαλλοντικό παράγοντα υψίστης σημασίας για την ομαλή εξέλιξη κάθε εγκυμοσύνης. Συνεπώς οι γυναίκες οι οποίες κατά τη διάρκεια της κύησης ή ακόμα και πριν από αυτή προβαίνουν σε χρήση τοξικών ουσιών, επιβάλλεται να απευθυνθούν στους ειδικούς διατροφολόγους, να ακολουθήσουν μία διατροφή προσαρμοσμένη στις ανάγκες του οργανισμού τους. Συχνά δε σε αυτές τις περιπτώσεις παρατηρείται έλλειψη βασικών θρεπτικών ουσιών από τον οργανισμό τους. Συνακόλουθα τα συμπληρώματα διατροφής σε συνδυασμό με την κατάλληλη διατροφή βασιζόμενη στις ελλείψεις τους αποτελούν την ιδανική λύση για την ενίσχυση του οργανισμού, έχοντας ως απώτερο στόχο τη εξέλιξη μιας υγιούς κύησης.

Ας δούμε όμως αρχικά τι εννοούμε όταν αναφερόμαστε σε διατροφικά συμπληρώματα – σκευάσματα. Ο όρος "συμπλήρωμα " χρησιμοποιείται για να περιγράψει ένα διατροφικό στοιχείο ή συνδυασμούς στοιχείων, χωρίς φαρμακευτικές προσθήκες. Σύμφωνα με την αμερικάνικη νομοθεσία (DSHEA 1994, Dietary Supplement Health and Education Act of 1994) ως διαιτητικά συμπληρώματα ορίζονται: βιταμίνες, μέταλλα, βότανα, αμινοξέα, διατροφικές ουσίες που αυξάνουν τη συνολική θερμιδική πρόσληψη καθώς και κάθε μίγμα, συνδυασμός ή εκχύλισμα των παραπάνω συστατικών. Η διαφορά τους με φαρμακευτικές ουσίες που χρησιμοποιούνται για την αύξηση της απόδοσης είναι ότι δεν απαιτείται ιατρική συνταγή για την προμήθειά τους και ότι σε γενικές γραμμές η χρήση τους θεωρείται ασφαλής. (www.bodybuilders.gr)

Πρώτο μας μέλημα είναι να εστιάσουμε την προσοχή μας στις διατροφικές ελλείψεις ή τυχόν επιπλοκές που προκαλούν η χρήση ναρκωτικών και η

κατανάλωση αλκοόλ, αφού με γνώμονα αυτές θα προτείνουμε τα κατάλληλα συμπληρώματα – σκευάσματα

Όσο αφορά τις εγκυμονούσες οι οποίες κάνουν χρήση ναρκωτικών παρουσιάζουν σοβαρές ελλείψεις πρώτον σε **σίδηρο** με αποτέλεσμα να πάσχουν από σιδηροπενική αναιμία και να παρουσιάζουν χαμηλά επίπεδα αιμοσφαιρίνης στο αίμα. Επίσης κατά τη διάρκεια της κύησης παρουσιάζεται αυξημένη χρήση σιδήρου από το αναπτυσσόμενο έμβρυο και τον πλακούντα, καθώς και η σημαντική αύξηση του όγκου του αίματος, αυξάνει τις απαιτήσεις σε σίδηρο κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Παράλληλα οι γυναίκες αυτές χρειάζονται διατροφική ενίσχυση σε **πρωτεΐνες** τόσο φυτικής, όσο και ζωικής προελεύσεως και κατά κύριο λόγο σε **αλβουμίνη** καθώς συχνά εντοπίζεται έλλειψη. Συμπληρωματικά ιδιαίτερη προσοχή θα πρέπει να δώσουμε και στην αποκατάσταση της όρεξης αφού οι χρήστες πάσχουν από καχεξία η οποία με τη πάροδο του χρόνου μπορεί να εξελιχθεί σε κρούσμα νευρικής ανορεξίας.

(Islam et al. , 2002)

Αντιστοίχως και οι εγκυμονούσες οι οποίες καταναλώνουν αλκοολούχα ποτά παρουσιάζουν ελλείψεις σε θρεπτικά συστατικά ή επιπλοκές στην αξιοποίηση των συστατικών αυτών που λαμβάνουν από τα τρόφιμα. Καταρχάς οι αλκοολικές κυοφορούσες παρουσιάζουν ελλείψεις σε **βιταμίνες** και πιο έντονα σε **βιταμίνη C** της οποίας την απορρόφηση από τον οργανισμό δυσχεραίνει σημαντικά η κατανάλωση αλκοόλ. Η περίσσεια **σιδήρου** που παρουσιάζεται ύστερα από κατανάλωση φτηνών κρασιών μας αναγκάζει να μειώσουμε την ποσότητα σιδήρου από το διαιτολόγιο των γυναικών αυτών. Τέλος το αλκοόλ εκτός από τις κενές θερμίδες που προσδίδει με μορφή λίπους και τρυγλικεριδίων, αυξάνει και το ουρικό οξύ, με αποτέλεσμα στις κυοφορούσες της κατηγορίας αυτής να χορηγούνται αντιουρική φάρμακα. (Peadon et al. , 2007)

ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΑ – ΣΚΕΥΑΣΜΑΤΑ

Fe : Ο σίδηρος ένα από τα αφθονότερα μέταλλα στη γη, ο οποίος τυγχάνει μα είναι και αναπόσπαστο τμήμα των πρωτεϊνών και των ενζύμων που διατηρούν την καλή υγεία, βρίσκεται κατά το μεγαλύτερο μέρος του στην αιμογλοβίνη, την πρωτεΐνη των κόκκινων κυττάρων του αίματος που μεταφέρει ο οξυγόνο στους ιστούς. Μικρότερα ποσά σιδήρου βρίσκονται στη μυογλοβίνη, μια πρωτεΐνη που βοηθά στο να παραχθεί το οξυγόνο στους μύες και στα ένζυμα που βοηθούν τις βιοχημικές αντιδράσεις. Ο σίδηρος βρίσκεται επίσης στις πρωτεΐνες που αποθηκεύουν σίδηρο για τις μελλοντικές ανάγκες και που μεταφέρουν σίδηρο στο αίμα. Τον σίδηρο τον αντλούμε κυρίως από τροφές όπως κόκκινο κρέας και πουλερικά, όπως και από τροφές όπως φρούτα, λαχανικά και ορισμένα όσπρια.

Μερικές σημαντικές πηγές τροφίμων για σίδηρο (επάνω σειρά αιμοσιδήρου, κάτω σειρά μη αιμοσιδήρου):


				
Συκώτι	Κοτόπουλο	Κρέας	Όστρακα	Λουκάνικα
				
Φακές	Σπόροι σουσαμιού	Σόγια	Βρώμη/Σταρένιο πίτουρο	Ξερά βερίκοκα

Σημείωση : Αιμοσίδηρος - ο αιμοσίδηρος προέρχεται κυρίως από την αιμογλοβίνη και τη μυογλοβίνη στο κρέας, τα πουλερικά και τα ψάρια. Αν και ο αιμοσίδηρος αποτελεί μόνο το 10-15% του σιδήρου που βρίσκεται στη διατροφή, μπορεί να παρέχει μέχρι το ένα τρίτο του συνολικού απορροφούμενου διαιτητικού σιδήρου. Η απορρόφηση του αιμοσιδήρου

επηρεάζεται λιγότερο από άλλους διατροφικούς παράγοντες από αυτήν του μη-αιμοσιδήρου.

Ο αιμοσίδηρος απορροφάται καλύτερα από τον μη αιμοσίδηρο, αλλά ο περισσότερος διατροφικός σίδηρος είναι μη αιμοσίδηρος


Μη αιμοσίδηρος - ο σίδηρος στα φυτικά τρόφιμα όπως οι φακές και τα φασόλια βρίσκεται σε μια χημική δομή αποκαλούμενη μη αιμοσίδηρος. Τα μεταλλικά στοιχεία από φυτικές πηγές, εντούτοις, μπορούν να ποικίλουν από μέρος σε μέρος επειδή περιεκτικότητα του εδάφους σε ορυκτά ποικίλλει γεωγραφικά.

 **Πρωτεΐνες** : Οι πρωτεΐνες αποτελούν το 75% του στερεού υπολείμματος των μαλακών ιστών του ανθρωπίνου σώματος. Το μόριο τους αποτελείται από άνθρακα, οξυγόνο, υδρογόνο και άζωτο. Οι περισσότερες πρωτεΐνες περιέχουν επίσης θείο και φώσφορος. Ο ανθρώπινος οργανισμός δεν μπορεί να συνθέσει πρωτεΐνες από λίπη και σάκχαρα επομένως πρέπει να καταναλώνει πρωτεϊνούχες τροφές.

Η χρησιμότητά τους είναι αναμφίβολα σημαντικά, καθώς παρέχουν τα απαραίτητα αμινοξέα για τη σύνθεση ιστών και τη συντήρηση του οργανισμού αντικαθιστώντας γενικά φθορές τους όπως επίσης και την πρώτη ύλη για τη δημιουργία πεπτικών υγρών, ορμονών, πλάσματος, αιμογλοβίνης και ενζύμων. Παράλληλα αποτελούν βασικό και απαραίτητο συστατικό για την υγιή ανάπτυξη του οργανισμού. Συνεπώς όπως γίνεται αντιληπτό, οι πρωτεΐνες θεωρούνται απαραίτητο συστατικό για την ανάπτυξη του οργανισμού και για το λόγο αυτό όταν παρατηρείται έλλειψη της θα πρέπει να καλύπτεται με σωστή διατροφή και με τα κατάλληλα συμπληρώματα πρωτεΐνης. ([Ζερφυρίδης, 1998](#))

Πηγές υψηλής ποιότητας πρωτεϊνών είναι τα αυγά, το γάλα, το κρέας, το ψάρι και τα πουλερικά. Επιμέρους τροφικές πηγές πρωτεϊνών μέσης ποιότητας είναι η σόγια, τα γαλακτοκομικά, το ρύζι, τα δημητριακά, τα όσπρια, το ψωμί, η πατάτα κ.α. Αυτές οι πηγές με κατάλληλους συνδυασμούς

μπορούν να αποδώσουν πρωτεΐνη υψηλής ποιότητας. Παραδείγματα τέτοιων συνδυασμών είναι τα φασόλια με το ρύζι, ο αρακάς με το καλαμπόκι, το ψωμί με τις φακές, οι πατάτες με το γάλα, τα δημητριακά με το γάλα. (www.iatronet.gr)

 **Βιταμίνες** : Αποτελούν ένα εξίσου απαραίτητο συστατικό της διατροφής του ανθρώπου με τις πρωτεΐνες και τους υδατάνθρακες. Ο ρόλος πολλών από αυτές είναι να ρυθμίζουν τις λειτουργίες όπως απορρόφηση, χώνευση και μεταβολισμό των θρεπτικών ουσιών των τροφών και τη δημιουργία των ιστών του σώματος. Στις ουσίες αυτές δόθηκε η ονομασία αυτή στις αρχές του 20^{ου} αιώνα από το λατινικό **vita** (ζωή) και τη λέξη **αμίνες** ίσως διότι νομίστηκε ότι έχουν σχέση με τις αμίνες. Προτού καθοριστούν χημικώς οι ουσίες αυτές ονομάστηκαν με τα γράμματα της αλφαβήτου, τώρα όμως προστέθηκαν οι χημικές καθώς και άλλες ονομασίες τους. Οι βιταμίνες διαχωρίζονται σε δύο ομάδες, τις λιποδιαλυτές (A ,D, E, K) και τις υδατοδιαλυτές που περιλαμβάνουν τις βιταμίνες B (θειαμίνη, ριβοφλαβίνη, νιασίνη, φιλικό οξύ, βιοτίνη) καθώς και τη βιταμίνη C (ασκορβικό οξύ). Πολλές από τις βιταμίνες υπάρχουν σε περισσότερες από μία ([Ζερφυρίδης, 1998](#))

Προσοχή *Σκευάσματα βιταμίνης A δεν πρέπει να λαμβάνονται κατά την εγκυμοσύνη σε υπερβολικές ποσότητες καθώς αυτά οδηγούν σε τερατογενέσεις. Για αυτό και γυναίκες που χρησιμοποιούν φάρμακα που περιέχουν βιταμίνη A κυρίως για δερματολογικά προβλήματα δεν συνιστάτε να μένουν έγκυες.* (www.mednutrition.gr)

Ελλείψεις σε σημαντικά στοιχεία

Όπως προλογίσαμε και στην αρχή αυτού του κεφαλαίου, τόσο οι κυοφορούσες που κάνουν χρήση ναρκωτικών όσο και αυτές που καταναλώνουν αλκοόλ, αν μύτη άλλο θα έχουν ελλείψεις σε σημαντικά

θρεπτικά συστατικά, καθώς δεν τρέφονται σωστά, με αποτέλεσμα το βάρος τους να είναι μικρότερο του αναμενόμενου και να χαρακτηρίζονται ως καχεκτικοί. Τα σημαντικότερα από αυτά τα στοιχεία είναι το Ca, ο P, το Mg και ο Zn.

Φώσφορος (P)

Ο φώσφορος είναι ένα απαραίτητο αμέταλλο στοιχείο το οποίο απαιτείται από κάθε κύτταρο στο σώμα για να λειτουργήσει σωστά. Το μεγαλύτερο μέρος του φωσφόρου στο σώμα βρίσκεται με τη μορφή φωσφορικών ιόντων (PO₄)³⁻. Περίπου το 85% του φωσφόρου στο σώμα βρίσκεται στα οστά.

Ο φώσφορος βρίσκεται σχεδόν σε όλα τα τρόφιμα γιατί είναι απαραίτητο συστατικό για κάθε ζωντανό οργανισμό. Τα γαλακτοκομικά προϊόντα και τα ψάρια είναι ιδιαίτερα πλούσια σε φώσφορο. Ο φώσφορος είναι επίσης συστατικό πολλών πολυφωσφορικών πρόσθετων των τροφίμων και μπορεί να βρίσκεται σε πολλά αναψυκτικά με τη μορφή του φωσφορικού οξέος.

Επίσης τον συναντάμε σε όλους τους σπόρους (φασόλια, μπιζέλια, δημητριακά και καρύδια) βρίσκεται με τη μορφή του φυτικού οξέος. Μόνο περίπου το 50% του φωσφόρου του φυτικού οξέος είναι διαθέσιμο στον άνθρωπο λόγω της έλλειψης του ενζύμου **φυτάση** το οποίο τον απελευθερώνει από το φυτικό οξύ. Οι ζύμες περιέχουν φυτάσες, επομένως τα ζυμωμένα ψωμιά από ολόκληρους σπόρους σιταριού έχουν περισσότερο βιολογικά διαθέσιμο φώσφορο από τα μη ζυμωμένα. Το περιεχόμενο του φωσφόρου στις φυτικές πηγές μπορούν να ποικίλουν από μέρος σε μέρος επειδή η περιεκτικότητα του εδάφους σε μέταλλα ποικίλλει ανάλογα με τη γεωγραφία. (www.feedinfo-max.blogspot.com)

Ψευδάργυρος (Zn)

Ο ψευδάργυρος είναι ένα στοιχείο απαραίτητο για κάθε οργανισμό καθώς δημιουργεί σύμπλοκα με αμινοξέα, πεπτιδία, πρωτεΐνες και νουκλεϊκά οξέα. Πολύ καλές πηγές ψευδαργύρου είναι τα στρείδια και τα οστρακοειδή. Ο

ψευδάργυρος δημιουργεί σύμπλεκα με αμινοξέα, πεπτίδια, πρωτεΐνες και νουκλεϊκά οξέα. Πολύ καλές πηγές ψευδαργύρου είναι τα στρείδια και τα οστρακοειδή, το κόκκινο κρέας, τα φιστίκια, το συκώτι του μοσχαριού, το αυγό, η λεκιθίνη της σόγιας, τα καρύδια, το κοτόπουλο, ο μαϊντανός, το ψωμί ολικής αλέσεως, τα φασόλια και το καλαμπόκι.

Πίνακας 2: Περιεκτικότητα κάποιων τροφών σε Ψευδάργυρο (Zn)
(προσαρμογή από www.mednutrition.gr)

<u>Τροφές</u>	<u>Zn (mg)</u>
Στρείδια 90g	8,0
Καβουρόψυχα 90g	3,8
Γαρίδες 90g	1,8
Συκώτι μοσχαριού 90g	4,3
Πουλερικά 90g	2,4
Μοσχάρι 90g	3,8
Χοιρινό 90g	3,4
Γάλα 1.5% 250ml	0,9
Φασόλια Ξερά ½ φλιτζάνι	0,9
Ψωμί ολικής 30g	0,5
Ψωμί λευκό 30g	0,2
Αυγά (1)	0,6

Προσοχή Υψηλές δόσεις ψευδαργύρου μπορούν να επηρεάσουν δυσμενώς τα επίπεδα χαλκού (και αντίστροφα). Παρόλο που οι επιστημονικές απόψεις σχετικά με την ιδανική αναλογία χαλκού-ψευδαργύρου δίστανται, για παρατεταμένες περιόδους χρήσης η αναλογία 1:7.5 και 1:10 χαλκού προς ψευδάργυρο είναι πιθανόν απαραίτητη. ([www.pharmacy 4u.gr](http://www.pharmacy4u.gr))

Ασβέστιο (Ca)

Το ασβέστιο είναι το πιο κοινό μεταλλικό στοιχείο στο ανθρώπινο σώμα. Περίπου το 99% του ασβεστίου στο σώμα βρίσκεται στα οστά και τα δόντια, ενώ το άλλο 1% βρίσκεται στο αίμα και στον ιστό. Οι επαρκείς προσλήψεις ασβεστίου είναι σημαντικός και ταυτόχρονα καθοριστικός παράγοντας της υγείας των οστών και του κινδύνου για οστεοπόρωση. Κατά συνέπεια, το

επαρκές ασβέστιο στη διατροφή είναι ένας κρίσιμος παράγοντας στη διατήρηση ενός υγιούς σκελετού.

Οι κυριότερες πηγές ασβεστίου είναι τα τρόφιμα. Είναι προτιμότερο να παίρνουμε το καθημερινό ασβέστιο που χρειαζόμαστε από τη διατροφή μας και να μην καταφεύγουμε σε φαρμακευτικά σκευάσματα ή συμπληρώματα παρά μόνο σε ιδιάζουσες περιπτώσεις. Τα γαλακτοκομικά προϊόντα, το γάλα, το γιαούρτι, τα τυριά είναι πλούσια σε ασβέστιο.

Μερικές σημαντικές πηγές τροφίμων για το ασβέστιο (mg /100 g)

				
Τυρί Ένταμ (770)	Τυρί Τσένταρ (720)	Σπόροι σουσαμιού (670)	Σαρδέλες (550)	Τοφού (510)
				
Ξερά σύκα (250)	Γιαούρτι με φρούτα (150)	Πλήρες γάλα (115)	Μούσλι (110)	Πράσινα φασόλια (33)

(www.food-info.gr/net, www.mednutrition.gr)

Μαγνήσιο (Mg)

Το μαγνήσιο είναι ένα από τα άλατα που υπάρχει στον οργανισμό του ανθρώπου σε μεγάλες ποσότητες. Αν και είναι αναγκαίο για τη σωστή λειτουργία του, συχνά η διατροφή δεν το περιέχει σε ικανοποιητικές ποσότητες. Αποτελεί το τέταρτο αφθονότερο μεταλλικό στοιχείο στο σώμα και είναι σημαντικό για την καλή υγεία. Περίπου το 50% του συνολικού μαγνησίου του σώματος βρίσκεται στα οστά. Το άλλο μισό βρίσκεται κυρίως μέσα στα κύτταρα των ιστών και των οργάνων. Μόνο το 1% του μαγνησίου βρίσκεται στο αίμα, αλλά το σώμα εργάζεται πολύ σκληρά για να διατηρήσει τα επίπεδα μαγνησίου του αίματος σταθερά. Παράλληλα συμμετέχει στη διατήρηση η κανονικής λειτουργίας μυών και νεύρων, κρατά τον καρδιακό

παλμό σταθερό, υποστηρίζει ένα υγιές ανοσοποιητικό σύστημα και διατηρεί τα οστά γερά. Το μαγνήσιο συμμετέχει επίσης στη ρύθμιση των επιπέδων γλυκόζης του αίματος, διατηρεί την πίεση αίματος σε φυσιολογικά επίπεδα και είναι γνωστό ότι εμπλέκεται στον ενεργειακό μεταβολισμό και την πρωτεϊνική σύνθεση. Υπάρχει ένα αυξανόμενο ενδιαφέρον για το ρόλο του μαγνησίου στην παρεμπόδιση και τη διαχείριση αναταραχών όπως η υπέρταση, η καρδιαγγειακή πάθηση και ο διαβήτης. Το διατροφικό μαγνήσιο απορροφάται στο λεπτό έντερο. Το μαγνήσιο εκκρίνεται μέσω των νεφρών. (www.mbike.gr, www.food-info.gr)

Σε μία έρευνα, η οποία πραγματοποιήθηκε στο πανεπιστήμιο της Οξφόρδης διαπιστώθηκε ότι το θειικό μαγνήσιο μπορεί να δράσει προστατευτικά τόσο για τη μητέρα όσο και για το αναπτυσσόμενο μέσα στη μήτρα της έμβρυο. Οι έγκυες οι οποίες υποβλήθηκαν σε χορήγηση θειικού μαγνησίου βρέθηκε να έχουν **58% λιγότερες πιθανότητες** να εμφανίσουν **εκλαμψία**, μια βαρύτατη επιπλοκή της κύησης, που θεωρείται η συνηθέστερη αιτία θανάτου των επιτόκων στον αναπτυσσόμενο και αναπτυγμένο κόσμο.

Σε μία ομιλία η οποία πραγματοποιήθηκε στο Πανεπιστήμιο του Λίβερπουλ, επισημάνθηκε ότι το θειικό μαγνήσιο χορηγείται ήδη σε εγκύους με προ-εκλαμψία, χωρίς να παρατηρούνται παρενέργειες από τη χρήση του. Μετά τη δημοσίευση των αποτελεσμάτων της έρευνας του προτείνεται να καταστεί ευρύτερη η χρήση του, σε παγκόσμιο επίπεδο, ειδικά σε υπανάπτυκτες χώρες, όπως το Πακιστάν, η Ουγκάντα, η Γκάνα και η Ζιμπάμπουε. Αξίζει να σημειωθεί ότι περισσότερες από 50.000 γυναίκες πεθαίνουν ετησίως στις χώρες αυτές εξαιτίας της εκλαμψίας. (www.healthin.gr)

Μερικές σημαντικές πηγές τροφίμων για μαγνήσιο :

				
Σκόνη κακάο	Ηλιόσποροι	Σπόροι κολοκύθας	Πίτουρο	Ξηροί καρποί
				
Φυστικοβούτυρο	Νιφάδες σταριού	Ποπκόρν	Σπανάκι	Ψωμί με ολόκληρους σπόρους

([www.food – info.net/gr](http://www.food-info.net/gr))

Προσοχή: Για τη λήψη μεμονωμένων μετάλλων ή συνδυασμού μετάλλων άτομα με προβλήματα νεφρών ή παθήσεων του ήπατος θα πρέπει να λαμβάνουν την άδεια θεράποντος ιατρού. Συμπληρώματα ασβεστίου να μη λαμβάνονται από άτομα πάσχοντα από υπερθυρεοειδισμό, λίθους στα νεφρά, νεφρική ανεπάρκεια, σαρκοείδωση ή υπό χορήγηση αναστολέων των διαύλων του ασβεστίου. Επίσης συμπληρώματα μαγνησίου να μη λαμβάνονται από άτομα που πάσχουν από νεφρική ανεπάρκεια. ([www.ygeas – harin.gr](http://www.ygeas-harin.gr))

Συμπεράσματα

Στις μέρες μας τόσο τα ναρκωτικά, όσο και η κατανάλωση αλκοόλ αποτελούν ένα μείζον πρόβλημα, το οποίο συνεχώς επιδεινώνεται, χωρίς να γίνονται ουσιαστικές προσπάθειες για την αντιμετώπισή του και τα ερωτήματα που εστιάζουν στην αιτία του « κακού » παραμένουν μονίμως αναπάντητα.

Σύμφωνα με στατιστικές μελέτες τόσο στην Ελλάδα, όσο και στο εξωτερικό τα ποσοστά ατόμων που καταναλώνουν αλκοόλ και κάνουν χρήση ναρκωτικών ουσιών συνεχώς αυξάνονται, χωρίς όμως να γνωρίζουμε κάποιο ποσοστό αλκοολικών και ναρκομανών εγκύων λόγω του ιατρικού απορρήτου.

Το σύνδρομο της στέρησης είναι ένα άλλο χαρακτηριστικό που συνθέτει την οντότητα της εξάρτησης στη μεγάλη πλειοψηφία των περιπτώσεων. Περιλαμβάνει εκδηλώσεις ή συμπτώματα σωματικής και ψυχικής φύσεως που εμφανίζονται, όταν το άτομο δεν πάρει σε μια συγκεκριμένη δοσολογία την ουσία απέναντι στην οποία εμφανίζει εξάρτηση ή εμφανίσει ανοχή απέναντι στη συγκεκριμένη δόση ή στην συγκεκριμένη ουσία. Οι εκδηλώσεις του συνδρόμου στέρησης εξαρτώνται από την προσλαμβανόμενη ουσία, αλλά κατά κανόνα η ένταση και σοβαρότητά τους είναι συνάρτηση της ποσότητας που καταναλώνεται.

Η κατάχρηση ουσίας είναι μια διακριτή έννοια, που αντιπροσωπεύει μια υπερβολική κατανάλωση κάποιας ουσίας και που οδηγεί σε κλινικά συμπτώματα ή/ και σε επώδυνη για το άτομο κατάσταση. Η κατάχρηση οδηγεί σε προβλήματα στην εργασία και στην οικογένεια, σε ποινικής φύσεως επιπλοκές και δημιουργεί κινδύνους τόσο για το ίδιο το άτομο, όσο και για τους γύρω του.

Τα κυριότερα προβλήματα, λόγω κατάχρησης εξαρτησιογόνων ουσιών από τη μητέρα, για ένα βρέφος είναι η καθυστέρηση στην ανάπτυξή του ενδομήτρια, ο κίνδυνος πρόωρης ωρίμανσης (μη ολοκληρωμένη ωρίμανση), και σε περιπτώσεις όπου η μητέρα έχει εξάρτηση σε οπιούχα ναρκωτικά, τότε εμφανίζονται αυξημένες πιθανότητες αποβολής του εμβρύου. Ωστόσο, αμιγής αποβολή του εμβρύου σε περιπτώσεις εξάρτησης είναι η έκθεση σε αιθανόλη του εμβρύου, και κατ επέκταση του νεογνού και μέλλοντα ενήλικα και επηρεάζουν το ανοσοποιητικό του σύστημα και την ανάπτυξή του εν γένει.

Παράλληλα η διατροφή παίζει αναμφίβολα πολύ σημαντικό ρόλο στην ζωή αλλά και στην περαιτέρω εξέλιξη ενός ανθρώπου. Συνεπώς η διατροφή αποτελεί σημαντικό παράγοντα στην ομαλή ροή της εγκυμοσύνης ειδικά όταν αναφερόμαστε στην ειδική κατηγορία των εγκύων οι οποίες καταναλώνουν αλκοόλ και προβαίνουν σε χρήση τοξικών – ναρκωτικών ουσιών. Ουσιαστικά αυτές οι γυναίκες θα πρέπει εκτός των άλλων να καλύπτουν τις ελλείψεις σε θρεπτικά συστατικά, οι οποίες προκαλούνται λόγω της χρήσης ναρκωτικών ουσιών και κατανάλωσης αλκοόλ. Η κατηγορία αυτή των εγκύων γυναικών παρουσιάζει έλλειψη σε σίδηρο, σε φυλλικό οξύ, σε ασκορβικό οξύ (βιταμίνη C), ενώ ταυτόχρονα παρουσιάζεται είτε σημαντική αύξηση βάρους, είτε μείωση αυτού λόγω καχεξίας. Παράλληλα εμφανίζεται μείωση του σακχάρου στο αίμα, λόγω αναστολής της γλυκονεογένεσης, αλλά επίσης και σοβαρές επιπτώσεις στη στοματική υγεία των γυναικών αυτών. Συμπερασματικά, οι κυοφορούσες αυτές θα πρέπει να ακολουθούν κατά γράμμα το διατροφικό πλάνο τους, το οποίο θα έχει συνταχθεί από έναν ειδικό διαιτολόγο, και όπου χρειάζεται να εμπλουτίζουν τη διατροφή τους με ειδικά συμπληρώματα σε στοιχεία που παρουσιάζουν έλλειψη προσέχοντας πάντα αν το κάθε ένα συμπλήρωμα από αυτά είναι δυνατόν να καταναλωθεί από έγκυο γυναίκα χωρίς να υπάρχει κίνδυνος επιπλοκής.

Περίληψη

Μια υγιεινή και ποικίλη διατροφή είναι σημαντική στη ζωή και κυρίως κατά τη περίοδο της εγκυμοσύνης. Η διατροφή της μητέρας πρέπει να παρέχει επαρκή ενέργεια και θρεπτικά συστατικά για να καλύψει τις ανάγκες της ίδιας, αλλά και τις ανάγκες ανάπτυξης του εμβρύου καθώς επίσης να κρατήσει αποθέματα θρεπτικών συστατικών απαραίτητα για την εμβρυϊκή ανάπτυξη και τον θηλασμό.

Η χρήση απαγορευμένων ουσιών και η κατανάλωση αλκοόλ έχουν αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία της εγκύου αλλά και του εμβρύου. Επηρεάζουν τη γονιμότητα της γυναίκας, επιβαρύνουν όργανα όπως το ήπαρ, προκαλούν νευρωτικές διαταραχές και επηρεάζουν το έμβρυο διαμέσου της μητροπλακουντιακής κυκλοφορίας, οδηγώντας σε αποβολές και πρόωρους τοκετούς. Το νεογνό είναι εξαρτημένο από τις ουσίες αυτές. Εκτός από τα ψυχολογικά προβλήματα τα οποία η μητέρα θα μεταδώσει στο παιδί, αυτό κινδυνεύει και από ηπατίτιδα, AIDs και άλλες ασθένειες που είναι κληρονομήσιμες ή μεταδίδονται από τη μητέρα στο έμβρυο μέσω του πλακούντα.

Αναμφίβολα η διατροφή αποτελεί έναν περιβαλλοντικό παράγοντα υψίστης σημασίας για τη ζωή αλλά και για την εξέλιξη του κάθε ανθρώπου, και ειδικά μιας εγκύου γυναίκας. Συνεπώς οι κυοφορούσες γυναίκες οι οποίες προβαίνουν σε χρήση τοξικών ουσιών ή σε κατανάλωση αλκοόλ πρέπει να ακολουθούν κατά γράμμα τη διατροφή τους, την οποία πρέπει να ορίζει κάποιος ειδικός διαιτολόγος.

Η χρήση ναρκωτικών ουσιών σε συνδυασμό με τη μειωμένη πρόσληψη τροφής ελαττώνει αρκετά το βασικό μεταβολικό ρυθμό των χρηστών λόγω μείωσης της μυϊκής μάζας με αποτέλεσμα να υποσιτίζονται και να γίνονται καχεκτικοί. Όλες αυτές οι εκδηλώσεις της μακροχρόνιας υποθρεψίας μπορεί να αποβούν κρίσιμες για την ομαλή έκβαση της εγκυμοσύνης.

Η κατανάλωση αιθανόλης δυσχεραίνει την αξιοποίηση της βιταμίνης C από τις τροφές, όπως εξάλλου συμβαίνει και με το κάπνισμα, τον καφέ, την κόκα κόλα και τα άλλα βιομηχανικά ροφήματα. Η αιθανόλη μειώνει τα επίπεδα σακχάρου στο αίμα, εμποδίζοντας την παραγωγή γλυκόζης από το ήπαρ λόγω αναστολής της γλυκονεογέννεσης, σε τέτοιο βαθμό να προκληθεί σοβαρή υπογλυκαιμία.

Σκοπός της παρούσης εργασίας είναι η μελέτη της διατροφικής κατάστασης των κυοφορούσων γυναικών με ιστορικό χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών και κατανάλωση αλκοόλ. Εστιάζουμε την προσοχή μας στις διατροφικές επιπλοκές που προκαλεί η χρήση ναρκωτικών και η κατανάλωση αλκοόλ, καθώς αυτές θα αποτελέσουν τον κύριο γνώμονα για τη σχεδίαση του διατροφικού προγράμματος της εγκύου.

ABSTRACT

It is known that both the use of drugs and alcohol cause undesirable consequences in one's health and especially in pregnant women. The aim of our study is to outline the negative consequences of drug and alcohol consumption during pregnancy in the mother and in the foetus as well. Determination of the psychological consequences deriving from the misuse of alcohol and drugs will be mentioned in the current study.

Drug and alcohol consumption influence woman's fertility, damage vital organs such as the liver, cause nerve damage and have adverse side effects in the foetus through the placenta. The above may lead to miscarriages and premature labors. Hepatitis, AIDs and other genetic disorders can be transmitted by the mother to the foetus via the placenta. This results in mental retardation problems, learning difficulties and anatomic malformations in the baby.

A well balanced diet is of high importance for a healthy life and especially for an alcoholic or a drug addict pregnant woman.

The consumption of alcohol impedes the exploitation of vitamin C from the food. The same happens with smoking, coffee, coca cola and other industrial drinks. The alcohol decreases the sugar levels in blood preventing glucose release from the liver due to suspension of gluconeogenesis. This results in hypoglucaemia.

In the present study, we focus on the *alimentary complications* deriving from the use of drugs and alcohol. The needs in energy and nutritious components are enhanced during pregnancy. The use of drugs in combination with the decreased engagement of food, decreases the basal metabolic rate, because of the muscular mass reduction. This leads to malnutrition.

Anatoliotaki M., Tsilimigaki A., Tsekoura T., Schinaki A., Stefanaki S., Nikolaidou P., (2003), “Congenital rickets due to maternal vitamin D deficiency in a sunny island of Grece Acta Paediatr 92 (3) : 389 – 391.

Allen L. H., (2000), “Anemia and iron deficiency: effects on pregnancy outcome.” Am J Clin Nutr 71 : 1280S – 1284S.

Blades, M. (1998), “Nutrition before and during pregnancy “, Nutrition and food science 2 : 99 – 101

Brown J. E., (2002), Nutrition through the life circle.

Γεωργακόπουλος, Π. Α., (1982), β έκδοση, Στοιχεία Μαιευτικής και Γυναικολογίας, Εκδόσεις Παρισιάνου Α. Ε Αθήνα

Cogswell M. E, Parvanta I, Ickes L, Yip R, Brittenham, (2003), “Iron supplementation during pregnancy, anemia, and birth weight:: a randomized controlled trial. Am J Clin Nutr 78 : 773 – 781.

Glineor D., (2004), “The regulation of thyroid function during normal pregnancy : importance of the iodine nutrition status.”Best Practice and Research Clinical Endocrinology and Metabolism 18 (2) : 133 – 152.

Goldenberg R. L., Tamura T., Neggers Y. H., Copper R. L., Johnston K.E., DuBard M. B., Hauth M.D., (1995),“ Effect of zinc supplementation on pregnancy outcome.’ JAMA 274 : 483 – 468.

Gossop M, Grant M, (1990), Preventing and Controlling Drug Abuse, World Health Organization Geneva, Switzerland

Fall C., Yajnik C., Rao S., Davies A., Brown N., Farrant H., (2003),“ Micronutrients and fetal growth.” J Nutrition 133 : 1747S – 1756S.

Ζαμπέλας Α., Βασιλάκου Τ, Βιτωράτος Ν, Γιαννακούλια Μ, Δοντάς Α, Ρίσβας Γ, et.al., (2003), “Η διατροφή στα στάδια της ζωής.“ Ιατρικές εκδόσεις Πασχαλίδης.

Ζερφυρίδης Γ., (1998), “Διατροφή του ανθρώπου.“ Εκδόσεις Γιαχούδη. Θεσσαλονίκη

Zhang C., Williams M.A, King I.B, Dashow E. E, Sorensen T.K, Frederick I.O, (2002), “Vitamin C and the risk of preeclampsia – results from dietary questionnaire and plasma assay.” Epidimiology 13 (4) : 382 – 383.

Zeman F. J. and Davis, 2th edition, Clinical Nutrition and Dietetics, with contributions by Robert J. Hansen, Denise M. Ney, R.D., Robert B, Rucker, and Bruce M. Wolfe,

Hautvast, J., (1997), "Adequate nutrition in pregnancy does matter." European Journal of Obstetrics and Gynaecology and Reproductive Biology : 33 - 35

Knuist M., Bonsel G. J., Zondervan H.A., Treffers P.E., (1998), "Low sodium diet did and pregnancy – included hypertension :a multi – centre randomized controlled trial", British Journal of Obstetrics and Gynaecology 105 :430 – 434.

Kokkevi A, Fotiou A, Richardson C., (2007), " Drug use general population of Greece over the last 20 years: results from nationwide household surveys. Eur Addict Res. 13 (30): 167 - 176

Lenders, C., McElarth T.F, School T.O, (2000), "Nutrition in adolescent pregnancy ", Curr Opin Pediatr 12 : 291 - 296

Luke B., Gillespie B, Min S.J, et.al., (1997), "Critical periods of maternal weight gain : effects of twin birth weight." Am J Obstet Gynaecol 177 : 1055 – 1062.

Μαδιανός Μ. (2000), Εισαγωγή στην Κοινωνική Ψυχιατρική. Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα

Mahan, L.K., Escott – Stump S., (2004), Krause´s food, nutrition and diet therapy

Melvin H. Williams, (2003), "Διατροφή και Υγεία, Ευρωστία Αθλητική Απόδοση." Επιστημονική επιμέλεια Λάμπρος Συντώσης. Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα 2003.

Nazrul Islam, Jahangir Hossain, Afsaruddin Ahmed and Monira Ahsan (2002), Institute of Nutrition and Food Science and Department of Pharmacy, University of Dhaka, Dhaka-1000, Bangladesh

Ouelette, E. (1982), The Fetal Alcohol Syndrome, In J. J. Vitale and S. A. Broitman, Eds, Advances in Human Clinical Nutrition, Boston, John Wright – PSG,

Παναγιώτου Π. Π., (1965), Πρακτική Μαιευτική, Εκδόσεις Παρισιάνου Α. Ε. Αθήνα

Παναγιώτου Π. Π., (1974), Σύγχρονος Γυναικολογία, Εκδόσεις Παρισιάνου Α. Ε. Αθήνα

Παπαγεωργίου Κ. , (1993), Τόμος β, Νευρολογία, Εκδόσεις Παρισιάνου Α. Ε. Αθήνα

Παπαγεωργίου Ε., (2004), β έκδοση, Εξαρτήσεις στη ζωή μας, Εκδόσεις Παρισιάνου Α. Ε. Αθήνα

Peadon E, O'Leary C, Bower C, Elliott E, (2007) Impacts of alcohol use in pregnancy The role of the GP, Australian Family Physician Vol. 36, No. 11, November

Picciano, M. F., (2003), "Pregnancy and lactation : physiological adjustment, nutritional requirements and the role of dietary supplements ". J Nutrition 133 : 1997S – 2002S

Radhika M.S., Bhaskaram P., Balakrisna N., Ramalakshimi B.A., Devi S., Siva – Kumar B., (2002), "Effects of vitamin A deficiency during pregnancy on maternal and child health", British Journal of Obstetrics and Gynaecology 109 : 689 – 693.

Rumbold A., Maarts F., Crowther C., (2005), "Dietary intake of vitamin C and vitamin E and the development of hypertensive disorders of pregnancy." European Journal of Obstetrics and Gynaecology and Reproductive Biology 119 : 67 – 71.

Συντώσης, Λ. et. al., (2003), Διατροφή και μεταβολισμός

Schiff R. Eugene, Sorell F. Michel, Maddley C. Nillis, (1999), Schiff's diseases of the liver, 8th edition, volume 2, Lippincott Williams & Wilkins

Siney Cathrine, (1995), The pregnant drug addict, Butterworth – Heinemann

Symonds M. And Symonds I: *Essential Obstetrics and Gynaecology*, (2000) Churchill Livingstone

Villar, J., Merialdi M., Gulmezoglu. M., Abalos E., Carroli G., Kulier R., Oni M., (2003), "Nutritional interventions during pregnancy for the prevention or treatment of maternal morbidity and preterm delivery: an overview of randomized controlled trial." J Nutrition 133 : 1606S – 1625S.

Siega – Riz A.M., Savitz D, Zeisel S.H., Thorp J.M., Herring A., (2004), "Second trimester folate status and preterm birth." American Journal of Obstetrics and Gynaecology 191 : 1851 – 1857.

Ψαρουδάκη Α., (2007), "Διατροφικές Συνήθειες – Διατροφική Αγωγή". Σητεία Κρήτης, Τμήμα Διατροφής Διαιτολογίας.

Journal of the American Dietetic Association, (1990), Sep; 90 : 1274 – 7. Position of the American Dietetic Association: Nutrition intervention in treatment and recovery from chemical dependency

Institute of Medicine, (2001), Dietary Reference Intake for vitamin A, vitamin K, arsenic, boron, chromium, copper, iodine, iron, manganese, molybdenum, nickel, silicon, vanadium, zinc, National Academy of Science.

DRIs, Dietary Reference Intake, (2004).

Ιστοσελίδες / Internet

(<http://en.wikipedia.org/wiki/Ethanol>).

(http://en.wikipedia.org/wiki/Alcoholic_beverage)

(www.sakopetra.com)

(www.enet.gr/online)

(www.portal.kathimerini.gr)

(www.ektepn.gr)

(www.greekinsight.com)

(www.greekinsight.com)

(www.mednutrition.gr)

(www.feedinfo-max.blogspot.com)

(www.iatronet.gr)

(www.pharmacy4u.gr)

(www.food-info.gr/net,

www.mednutrition.gr)

(www.mbike.gr, www.food-info.gr)

(www.healthin.gr)

(www.food-info.net/gr)

(www.ygeas-harin.gr)

