

ΕΘΙΣΤΙΚΕΣ ΟΥΣΙΕΣ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗ:

Αβραμικά Μαρία. Καθηγήτρια Εφαρμογών (Επιβλέπτουσα)

Δημητριάδου Αλεξάνδρα. Καθηγήτρια Εφαρμογών

Γκέλιου Ελένη. Καθηγήτρια Εφαρμογών

**Σε όλους τους νέους
που δίνουν τον αγώνα τους καθημερινά,
αναζητώντας στο αύριο μια ζωή χωρίς εξαρτήσεις.**

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	8
1. Εθισμός.....	10
1.1 Τι είναι ο εθισμός	10
1.2 Ο ρόλος του νοσηλευτή στη θεραπεία εθισμού	12
2. Αιτιοπαθογένεια της ουσιοεξάρτησης.....	15
2.1 Ατομικοί παράγοντες	15
2.2 Περιβαλλοντικοί παράγοντες	16
3. ΟΠΙΟΥΧΑ	18
3.1.Ιστορία και προέλευση.....	18
3.2.Φαρμακοκινητική	18
3.3 Επιδράσεις στα συστήματα.....	20
3.3.1 Καρδιαγγειακό	20
3.3.2 Αναπνευστικό	20
3.3.3 εγκέφαλος.....	21
3.4 Χαρακτηριστικά της εξάρτησης	21
3.5. Τοξικότητα και παρεμβάσεις στα οπιοειδή.....	22
3.6. Οδοί χορήγησης οπιοειδών αναλγητικών	23
3.7. Ο φόβος του εθισμού στα οπιοειδή.....	23
3.8 Η χορήγηση οπιοειδών και ο ρόλος του νοσηλευτή στο χρόνιο μη καρκινικό πόνο	26
3.9 Μορφίνη.....	27
3.10. Ηρωίνη.....	28
3.10.1 Ιστορία-Προέλευση	28
3.10.2 Φαρμακολογικές ιδιότητες.....	28
3.10.3 Ανοχή και εξάρτηση	30
3.10.4 Ηρωίνη και εγκυμοσύνη	30
3.12.1 Ιστορία προέλευση.....	33
3.12.2 Φαρμακοκινητική	33
3.12.3 Φαρμακολογικές ιδιότητες.....	34
3.13 Οξυμορφώνη	35
3.14 Πεθιδίνη	35
3.15 Αλφεντανίλη.....	35
3.16 Σουφεντανίλη.....	35
3.17 Ρεμιφεντανίλη	35
3.18 Βουτορφανόλη	36
4. Κανναβινοειδή.....	37
4.1 Ιστορία-Προέλευση-Επιδημιολογία	37
4.2 Χημεία.....	38
4.3 Κατάχρηση-Εξάρτηση.....	39
4.4 Φαρμακολογικές ιδιότητες.....	40
4.5 Τοξικότητα	40
4.6 Ψυχικές διαταραχές	41

4.7 Θεραπευτική προσέγγιση και ο ρόλος του Νοσηλευτή	43
5. Κατασταλτικά κεντρικού νευρικού συστήματος	45
5.1 Βαρβιτουρικά	45
5.2 Βενζοδιαζεπίνες	45
5.2.1 Αλληλεπιδράσεις φαρμάκων:.....	46
5.2.2 Παρενέργειες	47
5.2.3 Βενζοδιαζεπίνες με μακρό χρόνο δράσης.....	47
5.2.4 βενζοδιαζεπίνες με πολύ σύντομο χρόνο δράσης	48
5.2.5 Θεραπευτικές ενδείξεις και ανεπιθύμητες ενέργειες	48
5.3 Βουσπιρόνη	49
5.4 Εισπνεόμενα-Πτητικά.....	49
5.4.1 Μπορείς να εξαρτηθείς από τα εισπνεόμενα;.....	50
6. Ψυχοδιεγερτικά φάρμακα	52
6.1 Κοκαΐνη.....	52
6.1.2 Χημεία.....	53
6.1.3 Φαρμακικινητική.....	53
6.1.4 Φαρμακολογικές ιδιότητες.....	55
6.1.5 Τοξικότητα	56
6.1.6 Χαρακτηριστικά εξάρτησης	58
6.1.7 Νοσηλευτικές παρεμβάσεις στην αντιμετώπιση συμπτωμάτων	59
6.2 Μία νέα μορφή ναρκωτικού το «κρακ».....	59
6.2.1 Προέλευση-Χημεία.....	60
6.2.2 Φαρμακολογικές ιδιότητες.....	60
6.2.3 Τοξικότητα	61
6.2.4 Χαρακτηριστικά εξάρτησης	61
6.2.5 Αντιμετώπιση εξάρτησης	62
6.3 Αμφεταμίνη και παράγωγα	62
6.3.1 Ιστορία	63
6.3.2 Χημεία.....	63
6.3.3 Φαρμακολογικές Ιδιότητες	64
6.3.4 Τοξικότητα	66
6.3.5 Χαρακτηριστικά της Εξάρτησης	67
6.3.6 Αντιμετώπιση της εξάρτησης και ο ρόλος του Νοσηλευτή	68
6.4 Μεθυλοξανθίνες.....	69
6.4.1 Ιστορία και Προέλευση.....	69
6.4.2 Χημεία.....	70
6.4.3 Φαρμακοκινητική	70
6.4.4 Φαρμακολογικές ιδιότητες.....	71
6.4.5 Τοξικότητα	72
6.4.6 Χαρακτηριστικά της Εξάρτησης	72
7. Ψευδαισθησιογόνα φάρμακα	74
7.1 Ταξινόμηση	74
A. Ινδόλες	74
7.2 Διαιθυλαμίδιο του λυσεργικού οξέως (LSD).....	74
7.2.1 Ιστορία	74
7.2.2 Φαρμακοκινητική	75
7.2.3 Φαρμακολογικές Ιδιότητες	75
7.2.4 Οξεία Τοξικότητα.....	77
7.2.5 Χρόνια Τοξικότητα	78
7.2.6 Χαρακτηριστικά της Εξάρτησης	78

7.3 Φυσικά αλκαλοειδή της ερουσιβώδους ολύρας	79
7.4 Χαρμαλίνη-Χαρμίνη-Ιβογαΐνη	80
7.5 Ψιλοκυβίνη-Ψιλοκίνη -DET- DPT	80
Γ. Ψυχωσεομιμητικές Αμφεταμίνες	83
7.7 MDMA - «Έκσταση»	83
7.7.1 Ιστορία	83
7.7.2 Φαρμακολογικές ιδιότητες	83
7.7.3. Τοξικότητα	84
7.8 DOM	84
7.9 MDA	85
7.10 PAM	85
Δ. Αντιχολινεργικά αλκαλοειδή του προπανίου	85
7.11 Ατροπίνη -Σκοπολαμίνη	85
Ε. Κυκλοεξυλαμίνες	86
7.12 "PCP" Φαινοκυκλιδίνη-Κεταμίνη	86
7.12.1 Ιστορία	86
7.12.2 Φαρμακοκινητική	87
7.12.3 Φαρμακολογικές ιδιότητες	87
7.12.4 Τοξικότητα	88
7.12.5 Χαρακτηριστικά εξάρτησης	88
8. Νόμιμες εθιστικές ουσίες	90
8.1 Νικοτίνη	90
8.1.1 Ιστορία	90
8.1.2 Προέλευση και Χημεία	90
8.1.3. Φαρμακοκινητική	92
8.1.4 Φαρμακολογικές Ιδιότητες	94
8.1.5 Τοξικότητα της Νικοτίνης	94
8.1.6. Συνέπειες του καπνίσματος	95
8.1.7 Χαρακτηριστικά της Εξάρτησης	96
8.1.8 Αντιμετώπιση εξάρτησης	98
8.2 Καφεΐνη	98
8.2.1 Η ταυτότητα της καφεΐνης	98
8.2.2 Η επίδραση της καφεΐνης στο ανθρώπινο σώμα	99
8.3 Αλκοόλ	102
8.3.1 Ιστορία και προέλευση	102
8.3.2. Χημεία	103
8.3.3. Φαρμακοκινητική	103
8.3.4 Ο αλκοολισμός στην Ελλάδα στην Ευρώπη και στον κόσμο	104
8.3.5 Χαρακτηριστικά εξάρτησης- αλκοολισμός	109
Ψυχολογικές θεωρίες εξάρτησης από το αλκοόλ	109
Συμπεριφοριστικές θεωρίες	110
Κοινωνικο-πολιτιστικές θεωρίες	111
Χαρακτηριστικά του αλκοολισμού	111
8.3.6 Προβλήματα που σχετίζονται με την κατανάλωση και κατάχρηση του αλκοόλ	114
Ασθένειες και αλκοόλ	114
8.3.7 Νοσηρότητα	114
Καρδιαγγειακά προβλήματα	115
Κακοήθη νεοπλασμάτα	115
8.3.9 Φαρμακευτική θεραπεία του στερητικού συνδρόμου από αλκοόλ	118
Δοσολογία θεραπευτικού σχήματος	119

8.3.10 Ένεση ελπίδα για τους αλκοολικούς	119
Αποτελέσματα.....	120
9. Ο ρόλος του κοινοτικού νοσηλευτή στην πρόληψη χρήσης εθιστικών ουσιών.....	122
9.1 Πρωτοβάθμια πρόληψη	122
9.2 Ο ρόλος του κοινοτικού νοσηλευτή ψυχικής υγείας στη δευτεροβάθμια πρόληψη	129
Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις στην ανεξαρτητοποίηση των εθισμένων από κάποια ουσία ατόμων.	132
9.2.1 Νοσηλευτικές παρεμβάσεις στην αντιμετώπιση των σωματικών νοσημάτων μέσα σε μια θεραπευτική κοινότητα.	135
Οι θεραπευτικές κοινότητες στη δευτεροβάθμια πρόληψη.....	137
Τα θεραπευτικά προγράμματα για απεξάρτηση από εθιστικές ουσίες.....	138
Υπάρχουν διάφορες μορφές προγραμμάτων θεραπείας απεξάρτησης.....	138
9.3 Τριτοβάθμια πρόληψη	141
9.3.2 Κέντρα Ημέρας	145
9.3.3 Μονάδα Εργασιακής Αποκατάστασης (Μ.Ε.Ρ.Α).....	146
9.3.4 Μονάδες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης ψυχιατρικών ασθενών	146
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	148
1. Πού μπορούν να απευθυνθούν άτομα με πρόβλημα αλκοολισμού.....	150
Μαρτυρία πρώην αλκοολικού	153
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	156

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ενσωματωμένες στην κουλτούρα των κοινωνιών του παρελθόντος, οι διάφορες φυσικές ψυχοτρόπες ουσίες δεν αποτελούσαν πρόβλημα και συνεπώς, δεν θεωρούνταν επικίνδυνες για το κοινωνικό σύνολο, γιατί η ενσωμάτωσή τους στην κοινωνική ζωή είχε ως αποτέλεσμα τη δημιουργία και τη λειτουργία διαφόρων μηχανισμών αυτορύθμισης της χρήσης τους, με τρόπο που δεν υπονόμει αλλά αντίθετα ενδυνάμωνε την κοινωνική συνοχή. Αυτός είναι ο λόγος της μαζικής τελετουργικής χρησιμοποίησης τους στα θρησκευτικά μυστήρια όλων σχεδόν των λαών. Οι διάφορες φυσικές ψυχοτρόπες ουσίες αποτελούν μια από τις εν χρήση δυνατότητες για την ικανοποίηση της θεμελιώδους ανάγκης του ανθρώπου να υπερβαίνει τα όρια της ύπαρξης του ή να ξεφεύγει από διάφορες καταστάσεις δυσαρέσκειας και πόνου ή απλώς να βιώνει καινούργιες εμπειρίες.

Με το πέρασμα στο βιομηχανικό πολιτισμό ο οποίος χαρακτηρίζεται από μια μονοδιάστατη παραγωγική λογική, σημειώνεται μια μεγάλη ρήξη με την παραδοσιακή αντιμετώπιση των διαφόρων φυσικών ψυχοτρόπων ουσιών. Έτσι ταυτόχρονα με την εμφάνιση στο ιστορικό προσκήνιο των βασικών στοιχείων που συνθέτουν την ανταγωνιστική κοινωνία, οι φυσικές ψυχοτρόπες ουσίες γίνονται για πρώτη φορά αντικείμενα συστηματικών διώξεων. Οι ουσίες αυτές αφού μελετήθηκε η δράση τους στον ανθρώπινο οργανισμό και από την γνώση των χρόνων χρήσης τους στην πορεία της ιστορίας, επεξεργάστηκαν φαρμακολογικά και χρησιμοποιήθηκαν από την ιατρική για ποικίλους σκοπούς. Η χρήση τους στη σωστή δοσολογία, για συγκεκριμένες περιπτώσεις ασθενών και μέσα στα πλαίσια συγκεκριμένων θεραπειών έχουν ικανοποιητικά αποτελέσματα. Η υπερδοσολογία όμως αυτών και η χρόνια χρήση τους μπορεί να επιφέρει ψυχική και σωματική εξάρτηση. Αν και οι περισσότερες από αυτές τις ουσίες θεωρούνται σήμερα παράνομες, η χρήση τους από τους ανθρώπους χωρίς ιατρικό λόγο αλλά με στόχο να πετύχουν την ψυχική και σωματική ευεξία και το αίσθημα ευφορίας, δεν έχει σταματήσει. Η χρήση ναρκωτικών και ο εθισμός είναι ένα πρόβλημα της δημόσιας υγείας που επηρεάζει πολλούς ανθρώπους και έχει ευρείες κοινωνικές επιπτώσεις. Οι εθιστικές ουσίες που χρησιμοποιούνται σήμερα για ιατρικούς και μη σκοπούς είναι πάρα πολλές, τη δράση τους αλλά και τα χαρακτηριστικά εξάρτησης τους θα εξετάσουμε παρακάτω.

Σκοπός της εργασίας αυτής είναι η διερεύνηση των εθιστικών ουσιών που υπάρχουν σήμερα, η ανάλυση της εθιστικής τους δράσης στον άνθρωπο της σημερινής κοινωνίας και η κατά το ύψιστο δυνατό προσπάθεια της παράθεσης κάποιων παρεμβάσεων που αφορούν στην αποθεραπεία τους. Στην παρούσα μελέτη διερευνώνται επίσης η αξιολόγηση της έκτασης του προβλήματος της τοξικομανίας που δείχνει ότι το πρόβλημα διογκώνεται με ανησυχητικούς ρυθμούς που επιβάλλουν την άμεση λήψη ριζικών μέτρων για την πρόληψη και την αντιμετώπισή του. Έχει γίνει μια προσπάθεια συλλογής όλων των μέτρων αποθεραπείας και κοινωνικής επανένταξης που υλοποιούνται με πρωτοβουλία και ευθύνη της πολιτείας για να αντιμετωπιστούν στοιχειωδώς οι θεραπευτικές αναγκαιότητες που θέτει η τοξικομανία.

Στην εργασία αυτή εξετάζονται πολλές κατηγορίες ουσιών όπως πολλές κατηγορίες φαρμάκων, όπως είναι τα ναρκωτικά αναλγητικά, η κοκαΐνη, τα φάρμακα που ασκούν κατασταλτική επίδραση στο κεντρικό νευρικό σύστημα, τα φάρμακα που ασκούν διεγερτική επίδραση στο κεντρικό νευρικό σύστημα, τα παραισθησιογόνα ή ψευδαισθησιογόνα φάρμακα και τέλος το αλκοόλ όπου η χρήση τους προκαλεί ποικίλες ενέργειες στο κεντρικό νευρικό σύστημα και με την επαναληπτική χρήση τους εθισμό. Η εργασία έγινε με τη χρήση βιβλιογραφικών αναφορών, στατιστικών και συμπεράσματα ερευνών.

1. Εθισμός

1.1 Τι είναι ο εθισμός

Ο εθισμός αποτελεί μια πολύπλοκη ασθένεια. Αφορά τόσο το σώμα όσο και το μυαλό. Ο εθισμός έχει παρερμηνευτεί πολύ από εμάς που εργαζόμαστε στον τομέα της υγείας, καθώς και από τους ασθενείς αλλά και την κοινωνία στο σύνολό της.

Υπάρχουν πολλοί μύθοι και εσφαλμένες αντιλήψεις σχετικά με τον εθισμό οι οποίες προκαλούν φόβο και άγχος σε μεγάλο βαθμό, κάτι που εν μέρει δικαιολογείται, κατά κύριο λόγο όμως όχι. Ο εθισμός ορίζεται διαφορετικά από πολλούς διαφορετικούς ιατρικούς, θρησκευτικούς και κοινωνικούς οργανισμούς που προσπαθούν να δώσουν έναν ορισμό. Ένα από τα σημαντικότερα χαρακτηριστικά το οποίο γνωρίζουμε ξεκάθαρα ότι προσδιορίζει τον εθισμό, είναι το γεγονός ότι αποτελεί ένα βιολογικό, ψυχολογικό και κοινωνικό φαινόμενο. Αυτό που σημαίνει το φαινόμενο αυτό είναι ότι ο εθισμός αφορά το σώμα, το μυαλό, το περιβάλλον κάποιου, τη γενετική του συγκρότηση και την κοινωνική κατάσταση του ατόμου. Όταν οι γιατροί ορίζουν τον εθισμό σε κάποιο φάρμακο, αυτό σημαίνει ότι ο ασθενής χρησιμοποιεί κάποιο φάρμακο αναγκαστικά. Αυτή η αναγκαστική χρήση του φαρμάκου προκαλεί δυσλειτουργίες στη ζωή του ασθενούς και ο ασθενής επιλέγει να συνεχίσει την αναγκαστική χρήση του φαρμάκου, παρά τη δυσλειτουργία αυτή. Η συνεχιζόμενη λήψη της ουσίας στην οποία εθίζεται κανείς, «ξεφεύγει από τον έλεγχο» του ατόμου και προκαλεί βλάβες. Αυτό είναι το αντίθετο από αυτό που προσπαθούν να πετύχουν οι γιατροί για τη θεραπεία του χρόνιου πόνου με φάρμακα τα οποία μπορεί να είναι «εθιστικά». Με αυτό εννοούμε ότι όταν προσπαθούμε να θεραπεύσουμε κάποιον με χρόνια πόνο, με ένα οπιοειδές φάρμακο όπως η μορφίνη ή κάποιο παράγωγο της μορφίνης, προσπαθούμε να βελτιώσουμε τη λειτουργία του ασθενούς συνεπεία της χορήγησης του φαρμάκου. (Βασσάρα Μ.2006)

Ο πόνος είναι πάντα υποκειμενικός γι' αυτό εμείς αναζητούμε έναν αντικειμενικό δείκτη βελτίωσης, όταν χορηγούμε συνταγή για οποιοδήποτε φάρμακο. Αυτός ο δείκτης ή ορόσημο, αποτελεί συνήθως έναν τρόπο μέτρησης της αυξημένης ποιότητας ζωής για τον ασθενή, η οποία συνήθως θεωρείται ως αυξημένη λειτουργία. Όταν κάποιος ασθενής δεν μπορεί να φέρει σε πέρας τις βασικές δραστηριότητες της καθημερινής του ζωής επειδή υποφέρει από τους πόνους και έτσι αρχίζει να λαμβάνει κάποιο φάρμακο το οποίο του επιτρέπει να φέρει σε πέρας τις δραστηριότητες αυτές, και τότε το φάρμακο θεωρείται

επιτυχημένο. Γι' αυτό ο δείκτης για τον προσδιορισμό του κατά πόσο ένα φάρμακο είναι όντως αποτελεσματικό υπολογίζεται με βάση το εάν οι ασθενείς καταφέρνουν να βελτιώσουν τις δραστηριότητές τους και την ποιότητα ζωής τους. Γι' αυτό συχνά ζητούμε από τους ασθενείς να προσκομίζουν στο ιατρείο γραπτές σημειώσεις των καθημερινών τους δραστηριοτήτων και να φέρνουν μαζί τους ένα μέλος της οικογένειάς τους, να μιλήσει για το ποια πράγματα δεν μπορούσε να κάνει ο ασθενής πριν από τη θεραπεία και για τις δραστηριότητες που μπορούν να φέρουν σε πέρας μετά την έναρξη της θεραπείας. Υπάρχουν πράγματα τα οποία ο γιατρός και ο νοσηλευτής μπορεί να υπολογίσει και να αξιολογήσει αντικειμενικά, προκειμένου να προσδιορίσει το κατά πόσον το φάρμακο είναι αποτελεσματικό. Όταν κάποιος είναι εθισμένος σε κάποιο φάρμακο, συνήθως δεν βελτιώνεται η απόδοσή του, ενώ συχνά μειώνεται κιόλας. (Κοκκέβη Α.1988)

Επικρατεί επίσης μεγάλη σύγχυση όσον αφορά τους όρους οι οποίοι σχετίζονται με τον εθισμό. Σε πολλούς ιατρικούς κύκλους οι όροι αυτοί τους οποίους συγχέουμε, δε συνδέονται ουσιαστικά με το πραγματικό φαινόμενο του εθισμού. Ένα τέτοιο χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί ο όρος "σωματική εξάρτηση". Η σωματική εξάρτηση συχνά χρησιμοποιείται ως συνώνυμο του εθισμού, ενώ στην πραγματικότητα δεν είναι καθόλου έτσι. Σωματική εξάρτηση σημαίνει ότι το σώμα κάποιου είναι εξαρτημένο από κάποια ουσία. Εάν η ουσία αυτή αφαιρεθεί, τότε θα υπάρξει η αντίδραση που ονομάζεται «στέρηση». Ορισμένες φορές η στέρηση μπορεί να αποβεί και επικίνδυνη για τη ζωή του ασθενούς. (Μάτσα Κ. 1992)

Υπάρχουν πολλά φάρμακα τα οποία μπορούν να προκαλέσουν σωματική εξάρτηση. Η σωματική εξάρτηση αποτελεί μια εγγενής φαρμακολογική ιδιότητα του φαρμάκου και πολλά από τα φάρμακα τα οποία προκαλούν σωματική εξάρτηση δεν είναι εθιστικά. Ένα καλό παράδειγμα αποτελεί η κλονιδίνη, ένα φάρμακο για την αντιμετώπιση της υψηλής πίεσης. Εάν η χορήγηση της κλονιδίνης διακοπεί απότομα, μπορεί να προκληθεί στερητικό σύνδρομο που να θέσει σε κίνδυνο τη ζωή του ασθενούς. Αυτό που προκαλεί εντύπωση είναι το γεγονός ότι φάρμακα όπως η μορφίνη ή άλλα οπιοειδή φάρμακα, τα οποία επίσης μπορούν να προκαλέσουν σωματική εξάρτηση, συνήθως δεν προκαλούν επικίνδυνο για τη ζωή του ασθενούς στερητικό σύνδρομο. Μια γνωστή ουσία η οποία συχνά προκαλεί σωματική εξάρτηση είναι η καφεΐνη. Το στερητικό σύνδρομο αυτής της ουσίας εκδηλώνεται συνήθως με τη μορφή πονοκεφάλου και μπορεί να προκύψει στην περίπτωση που κάποιος ο οποίος έχει συνηθίσει στην κατανάλωση καφέ ξαφνικά την διακόψει. Άλλος ένας συνήθης όρος ο οποίος συνδέεται με τον εθισμό αλλά στην πραγματικότητα σχετίζεται

περισσότερο με τις φαρμακολογικές ιδιότητες του φάρμακο είναι η «ανθεκτικότητα». Ανθεκτικότητα σημαίνει ότι ένα φάρμακο εξασθενεί στο σώμα του ασθενούς με το πέρασμα του χρόνου. Οι ασθενείς οι οποίοι έχουν αποκτήσει ανθεκτικότητα σε κάποια φαρμακευτική αγωγή, χρειάζονται ολοένα και μεγαλύτερη ποσότητα του φαρμάκου προκειμένου να επιτευχθούν τα ίδια αποτελέσματα. Με άλλα λόγια, η ίδια ποσότητα του φαρμάκου στο πέρασμα του χρόνου φαίνεται να παρέχει ολοένα και λιγότερα αποτελέσματα. Και αυτό το στοιχείο αποτελεί μια φαρμακολογική ιδιότητα του φαρμάκου και παρουσιάζεται σε πολλά φάρμακα, ενώ δεν οδηγεί απαραίτητα σε εθισμό. Δυστυχώς πολλοί ασθενείς ανησυχούν πολύ για τον εθισμό, όταν είναι πιθανό να συμβούν ή συμβαίνουν φαινόμενα όπως η σωματική εξάρτηση ή η ανθεκτικότητα. Δυστυχώς πολλοί ασθενείς αρνούνται να λάβουν φάρμακα τα οποία μπορεί να τους βοηθήσουν ακριβώς γιατί εξισώνουν τη λανθασμένη αντίληψη της σωματικής εξάρτησης ή της ανθεκτικότητας με τον εθισμό, κάτι που δεν ισχύει. (Δαρδαβέσης Θ. 1993)

Γνωρίζουμε ότι πολλά από τα φάρμακα που χορηγούν οι γιατροί μπορούν να προκαλέσουν εθισμό. Σε αυτήν την περίπτωση θα πρέπει οι γιατροί να δώσουν ιδιαίτερη προσοχή στα σημάδια του εθισμού και αν αυτά παρουσιαστούν να μειώσουν σταδιακά τη χορήγηση του φαρμάκου. Αυτό δεν διαφέρει από οποιαδήποτε άλλη παρενέργεια οποιουδήποτε φαρμάκου. Παραδείγματος χάρη, όταν χορηγείται κάποιο αντιβιοτικό, υφίσταται πάντα ο κίνδυνος κάποιας αλλεργικής αντίδρασης και σε περίπτωση που συμβεί κάτι τέτοιο, ο γιατρός διακόπτει απλώς τη χορήγηση του φαρμάκου. Στην περίπτωση χρήσης φαρμάκων τα οποία προκαλούν εθισμό, για την αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου, το προσωπικό της Μονάδας έχει το πλεονέκτημα ότι γνωρίζει πως τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα του εθισμού είναι αντίθετα από τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα της αποτελεσματικής αντιμετώπισης του χρόνιου πόνου. Το κλειδί για την επιτυχή αντιμετώπιση του πόνου είναι η αντιμετώπιση του πόνου με σκοπό να βελτιωθούν οι λειτουργίες και η ποιότητα ζωής του ασθενούς. (Μελισσά-Χαλικιοπούλου Χ. 1998)

1.2 Ο ρόλος του νοσηλευτή στη θεραπεία εθισμού

Η κοινοτική ψυχιατρική στηρίζει την αποτελεσματικότητα των μονάδων της στην ύπαρξη και την σωστή λειτουργία της ομάδας επαγγελματιών ψυχικής υγείας μέλος της οποίας είναι και ο νοσηλευτής.

Το καθένα από τα μέλη της ομάδας και κατά συνέπεια όλη η ομάδα διέπεται από την φιλοσοφία του σεβασμού της αξίας της αξιοπρέπειας και της μοναδικότητας κάθε ασθενή με βάση την προσωπική του ιστορία και το περιβάλλον που έζησε και ζει. (Σαρρής Μ. 2001)

Ο ρόλος του νοσηλευτή είναι καθοριστικός στην θεραπεία του εθισμού. Αναπτύσσει μια σχέση συνεργασίας καθόλη την διάρκεια της θεραπείας ώστε να ανακαλύπτει συνεχώς τις μεταβολές των αναγκών του ασθενούς αλλά και των δυνατοτήτων του να τις αξιολογεί και να προσαρμόζεται η θεραπεία του ιδιαίτερες ανάγκες.

Η θεραπευτική αγωγή, τους επιτρέπει να αντιμετωπίζουν το πρόβλημα τους και να μπορούν να έχουν μια κανονική και παραγωγική ζωή. Όπως οι ασθενείς που πάσχουν από καρδιακά προβλήματα ή διαβήτη, έτσι και οι εθισμένοι στα ναρκωτικά μπορούν να πετύχουν αλλαγές της συμπεριφοράς τους και να παίρνουν φάρμακα ως μέρος της θεραπευτικής τους αγωγής. Οι συμπεριφορικές θεραπείες περιλαμβάνουν την παροχή συμβουλών, ψυχοθεραπεία, ομάδες αλληλοβοήθειας και οικογενειακή θεραπεία.

Τα φάρμακα βοηθούν στην καταστολή του συνδρόμου στέρησης, της ακατάσχετης επιθυμίας λήψης ναρκωτικών και στην εξουδετέρωση των δράσεων των ναρκωτικών στον οργανισμό. Οι έρευνες δείχνουν ότι η θεραπεία για τον εθισμό στην ηρωίνη με τη βοήθεια μεθαδόνης σε κατάλληλες δόσεις ταυτόχρονα με συμπεριφορική θεραπεία, μειώνουν τη συχνότητα θανάτων και πολλών άλλων προβλημάτων υγείας που σχετίζονται με τη χρήση ηρωίνης. (Ζαφειρίδης Φ. 1998)

Γενικά μπορούμε να πούμε ότι όσο περισσότερη θεραπεία δίνεται, τόσο καλύτερα τα αποτελέσματα. Οι ασθενείς που λαμβάνουν θεραπεία για περισσότερο από 3 μήνες, έχουν συνήθως καλύτερα αποτελέσματα και εξέλιξη σε σύγκριση με αυτούς που λαμβάνουν θεραπεία για μικρότερο χρονικό διάστημα. Πολλοί ασθενείς εκτός από τις θεραπείες απεξάρτησης, χρειάζονται και άλλη φροντίδα από υπηρεσίες σωματικής και ψυχικής υγείας όπως επίσης και συμβουλές για πρόληψη του AIDS.

Οι ασθενείς που παίρνουν φάρμακα για να τους βοηθήσουν να ανταπεξέλθουν με επιτυχία στο σύνδρομο στέρησης και οι οποίοι δεν λαμβάνουν περαιτέρω στήριξη, δυστυχώς έχουν τα ίδια αποτελέσματα όσον αφορά στη χρήση ναρκωτικών όπως οι χρήστες που δεν έτυχαν ποτέ καμίας θεραπείας.

Οι έρευνες κατά τα τελευταία 25 χρόνια, έδειξαν ότι η θεραπευτική αγωγή πετυχαίνει την απεξάρτηση από τα ναρκωτικά και μειώνει την εγκληματικότητα που παρουσιάζεται σε εθισμένους στα ναρκωτικά. Επίσης οι χρήστες που έλαβαν θεραπείες, έχουν περισσότερες πιθανότητες να βρουν μια δουλειά.

Ο απώτερος στόχος όλων των προγραμμάτων θεραπείας απεξάρτησης, είναι η επίτευξη διαρκούς αποχής από τη χρήση ναρκωτικών ουσιών. Οι άμεσοι στόχοι περιλαμβάνουν τη μείωση της χρήσης των εθιστικών ουσιών, τη βελτίωση της λειτουργικότητας του ατόμου, την ελαχιστοποίηση των ιατρικών επιπλοκών και κοινωνικών επιπτώσεων που προκύπτουν εξαιτίας της χρήσης ναρκωτικών.(Κοκκέβη Α.1988)

Υπάρχουν διάφορες μορφές προγραμμάτων θεραπείας απεξάρτησης:

-Οι βραχυπρόθεσμες μέθοδοι διαρκούν για λιγότερο από 6 μήνες. Περιλαμβάνουν αγωγή επί εσωτερικής βάσης σε θεραπευτική κοινότητα, φάρμακα και θεραπεία επί εξωτερικής βάσης χωρίς φάρμακα.

- Η μακροπρόθεσμη θεραπεία, περιλαμβάνει μεθόδους όπως τη χορήγηση μεθαδόνης σε άτομα που είναι εθισμένα στα οποιοσδήποτε επί εξωτερικής βάσης και αγωγή στα πλαίσια θεραπευτικής κοινότητας.

Η κοινοτική ψυχιατρική στηρίζει την αποτελεσματικότητα των μονάδων της στην ύπαρξη και την σωστή λειτουργία της ομάδας επαγγελματιών ψυχικής υγείας μέλος της οποίας είναι και ο νοσηλευτής.

Το καθένα από τα μέλη της ομάδας και κατά συνέπεια όλη η ομάδα διέπεται από την φιλοσοφία του σεβασμού της αξίας της αξιοπρέπειας και της μοναδικότητας κάθε ασθενή με βάση την προσωπική του ιστορία και το περιβάλλον που έζησε και ζει.

Ο ρόλος του νοσηλευτή είναι καθοριστικός στην θεραπεία του εθισμού. Αναπτύσσει μια σχέση συνεργασίας καθόλη την διάρκεια της θεραπείας ώστε να ανακαλύπτει συνεχώς τις μεταβολές των αναγκών του ασθενούς αλλά και των δυνατοτήτων του να τις αξιολογεί και να προσαρμόζεται η θεραπεία του ιδιαίτερες ανάγκες.(Μάτσα Κ.1992)

ΣΥΝΟΨΗ ΚΕΦΑΛΑΙΟΥ:

Ο εθισμός αποτελεί βιολογικό, ψυχολογικό, κοινωνικό φαινόμενο. Είναι η αδυναμία διακοπής της χρήσης κάποιας ουσίας, παρόλο που προκαλεί δυσλειτουργίες σωματικές, εγκεφαλικές, στο περιβάλλον και στην κοινωνική κατάσταση του ατόμου. Το εθισμένο άτομο θεωρείται ασθενής και χρήζει ιατρικής και ψυχιατρικής βοήθειας.

2. Αιτιοπαθογένεια της ουσιοεξάρτησης

Ο δρόμος που οδηγεί στην εξάρτηση φαίνεται να είναι μία μακροχρόνια δυναμική διαδικασία αρκετά εξατομικευμένη για τον κάθε χρήστη. Οι παράγοντες που επιδρούν κατά τη διάρκεια της πορείας ενός ατόμου προς την ουσιοκατάχρηση είναι πολλοί και διαμορφώνουν σε διαφορετικές στιγμές τις προϋποθέσεις για το τελικό αποτέλεσμα. Θα μπορούσαμε να πούμε ότι η πορεία που οδηγεί στην ουσιοεξάρτηση είναι μία διαδικασία όπου ατομικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες παίζουν εξίσου σημαντικό ρόλο. (Μαρσέλος Γ. 1997)

2.1 Ατομικοί παράγοντες

Γενετικοί παράγοντες

Σχετικά με το ρόλο της κληρονομικότητας πάνω στην ουσιοεξάρτηση, τα επιστημονικά δεδομένα που προέκυψαν από πειράματα σε ζώα, έρευνες στην οικογένεια, μελέτες διδύμων και υιοθετημένων παιδιών, πάνω σε γενετικά κληρονομούμενα σωματικά χαρακτηριστικά και μελέτες νευροφυσιολογικών παραμέτρων, ήταν τις περισσότερες φορές δυσερμήνευτα και αλληλοαντικρουόμενα.

Μαθησιακοί παράγοντες

Οι απόψεις των θεωρητικών της κοινωνικής μάθησης συγκλίνουν στην αρχή ότι το σύνδρομο της ουσιοκατάχρησης είναι ένα μαθησιακό μοντέλο συμπεριφοράς που διαμορφώνεται από πολλαπλές διαδικασίες κλασικής και ενεργητικής μάθησης καθώς και η συμμετοχή γνωστικού τύπου λειτουργιών.

Σημαντικό ρόλο στη συνέχιση της χρήσης παίζουν οι φυσιολογικές επιδράσεις της ουσίας στον οργανισμό κατά την πρώτη χρήση. Εάν η εμπειρία είναι θετική η συμπεριφορά τείνει να επαναληφθεί. Ένας σωματικά εθισμένος χρήστης μαθαίνει να χρησιμοποιεί την ουσία στην προσπάθειά του να αποφύγει το σύνδρομο στέρησης και η ανακούφιση που επιφέρει η χρήση της ουσίας γίνεται θετικός ενισχυτικός παράγοντας ο οποίος διατηρεί τη συμπεριφορά χρήσης

Η υπόθεση της αυτοθεραπείας

Η χρήση ουσιών έχει σχέση με την αιτιολογία και την πρόγνωση διαφόρων ψυχιατρικών διαταραχών όπως συναισθηματικές διαταραχές, δυσκολίες προσοχής, διαταραχές τύπου υπερδραστηριότητας, αντικοινωνική συμπεριφορά, αγχώδεις διαταραχές, δυσθυμικές καταστάσεις, φοβικά σύνδρομα, σχιζοφρενικόμορφα συμπτώματα και αυτοκτονικό ιδεαλισμό. Οι χρήστες ίσως δεν επιλέγουν τυχαία τις διάφορες ουσίες. Τα οποιοσδήποτε επιλέγονται για τη σημαντική κατασταλακτική τους επίδραση στα αποδιοργανωτικά και απειλητικά συναισθήματα οργής και επιθετικότητας που βιώνει ο χρήστης ενώ τα διεγερτικά προτιμώνται για την ικανότητά τους να ανακουφίζουν από διάφορες διαταραχές σχετικές με κατάθλιψη, υπομανία και υπερδραστηριότητα. (Λιάππας Γ. 1995)

2.2 Περιβαλλοντικοί παράγοντες

Οικογένεια

Ο ρόλος της οικογένειας φαίνεται να είναι σημαντικός στο πεδίο της ουσιοεξάρτησης. Η δυσλειτουργία μέσα στην οικογένεια και η λανθασμένη διαπαιδαγώγηση συνδέονται με την ανάπτυξη αντικοινωνικής συμπεριφοράς στα παιδιά, μέσα στο πλαίσιο της οποίας εμφανίζεται συχνά και η χρήση ουσιών.

Οι συμπεριφορές και οι απόψεις του γονικού περιβάλλοντος σχετικά με τη χρήση φαίνεται ότι επηρεάζουν και διαμορφώνουν ανάλογες μελλοντικές συμπεριφορές των παιδιών τους. Σωστές και οι σταθεροί συναισθηματικοί δεσμοί στην οικογένεια, φαίνεται να προστατεύουν το παιδί από τις ουσίες ενώ η έλλειψη σωστής εποπτείας και η παραμέλησή του συσχετίζονται θετικά με την χρήση ουσιών.

Προσωπικότητα

Υπάρχει πληθώρα αναφορών που υποστηρίζουν ότι στοιχεία όπως οι ψυχοποθολογικές διαταραχές των χρηστών, η χαμηλή τους αυτοεκτίμηση, η κακά σχολική επίδοση, η παραπρωματική - αντικοινωνική συμπεριφορά και ιδιαίτερα η κατάθλιψη παίζουν σημαντικό ρόλο στο θέμα της ουσιοεξάρτησης.

Χρήσιμη φαίνεται η μελέτη ορισμένων κοινών χαρακτηριστικών της προσωπικότητας που απαντώνται συχνά στους χρήστες, παρά η προσπάθεια να καθοριστεί ένας ειδικός τύπος προσωπικότητας που να προδικάζει μελλοντική χρήση. Τέτοια κοινά χαρακτηριστικά προσωπικότητας είναι το άγχος, η κατάθλιψη, η ανάγκη για εξάρτηση, η μη τάση για συμμόρφωση, η συναισθηματική αστάθεια, η υποχονδρίαση, η επιφυλακτικότητα, η δυσκολία ελέγχου των παρορμήσεων και η δυσκολία ανοχής στη ματαίωση.

Ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον-συναναστροφές

Οι έφηβοι στην περίοδο αυτή της ζωής τους συχνά πειραματίζονται με τη χρήση ουσιών, τις περισσότερες φορές αυτό γίνεται κάτω από τις πιέσεις και τις προτροπές φίλων.

Η περιέργεια, η διαθεσιμότητα των ουσιών και η επίδραση των συναναστροφών φαίνεται να επιδρούν σημαντικά στην έναρξη του πειραματισμού ενός νέου ατόμου με ουσίες. Η στάση των φίλων απέναντι στις ουσίες και η αντίληψη που διαμορφώνει ο νέος χρήστης για τις ουσίες από το συντροφικό του περιβάλλον, συνιστούν καθοριστικούς διαμορφωτικούς παράγοντες της δικής του μελλοντικής συμπεριφοράς.

Κοινωνικοπολιτισμικές επιδράσεις

Οι θέσεις και οι τοποθετήσεις που κάθε άτομο διαμορφώνει ως μέλος ενός κοινωνικού συνόλου καθώς και οι κανόνες που θεσπίζονται από το σύνολο, φαίνεται ότι έχουν ικανή διαμορφωτική επίδραση ως προς την τελική έκφραση της συμπεριφοράς των μελών του συνόλου. Η ιστορία είναι γεμάτη με παραδείγματα που αποδεικνύουν ότι σε όποια κοινωνία υπήρξαν εθιστικές ουσίες κοινωνικά αποδεκτές και διαθέσιμες, ουσίες αυτές υπήρξαν ευρέως χρησιμοποιούμενες και η χρήση τους ήταν συνδεδεμένη με προβλήματα που προκαλούσαν σε ατομικό και κοινωνικό επίπεδο. (Λιάππας Γ. 1995)

ΣΥΝΟΨΗ ΚΕΦΑΛΑΙΟΥ:

Η προδιάθεση ενός ατόμου στην ουσιοεξάρτηση εξαρτάται από περιβαλλοντικούς και ατομικούς παράγοντες. Τέτοιοι είναι οι γενετικοί, μαθησιακοί, οικογενειακοί, ιδιοσυγκρασιακοί, κοινωνικοί και κοινωνικοπολιτισμικοί. Αυτοί οι παράγοντες είναι ικανοί να ωθήσουν ένα άτομο στην ουσιοεξάρτηση, χωρίς όμως αυτό να αποτελεί το γενικό κανόνα.

3. ΟΠΙΟΥΧΑ

3.1. Ιστορία και προέλευση

Το όπιο περιέχεται στον αποξηραμένο και συμπυκνωμένο χυμό που εκρέει μετά τη διατομή του καρπού της μύκωνος της υπνοφόρου (*papaver somniferum*) μιας παπαρούνας που καλλιεργείται σε διάφορες χώρες κυρίως της Ασίας. Ο χυμός αυτός έχει πικρή γεύση και χαρακτηριστικά έντονη μυρωδιά αλλά με την παραμονή του στον αέρα γίνεται καφετί και φέρεται στο εμπόριο σε πλάκες ή στρογγυλά τεμάχια. Η ηρωίνη είναι σκόνη λευκή κρυσταλλική, ξινόπικρη στη γεύση της ενώ τα υπόλοιπα οπιούχα φέρονται σε μορφή δισκίων. Η παπαρούνα του οπίου περιέχει τουλάχιστον 25 ουσίες που χρησιμοποιήθηκαν ως ισχυρά αναλγητικά και αντιβηχικά. Αυτό περιέχει μεγάλο αριθμό αλκαλοειδών μεταξύ των οποίων τα σημαντικότερα είναι η μορφίνη, η κωδεΐνη, η παπαβερίνη, η ναρκεΐνη, η ναρκωτίνη, η θηβαΐνη και η απομορφίνη. (Αναστασίου Ε. 1993)

3.2. Φαρμακοκινητική

Τα οπιούχα λαμβάνονται από το στόμα, τη μύτη, με το κάπνισμα, και (παρεντερικά ενδοφλέβια, υποδόρια). Τα ημισυνθετικά παράγωγα, τα συνθετικά παράγωγα καθώς και ουσίες με διαφορετική χημική δομή-βενζομορφάνες, φαινυλπιπεριδίνες, μεθαδόνης-προκαλούν αναλγησία, καταστολή του αναπνευστικού κέντρου, γαστρεντερικό σπασμό και φυσική εξάρτηση.

Οι περιοχές που ασκούν κυρίως τη δράση τους είναι το Κ.Ν.Σ και ο εντερικός σωλήνας. Με τους υποδοχείς συνδέονται ενδογενή ολιγοπεπτίδια που καλούνται ενδογενή οπιούχα (ενδορφίνες, εγκεφαλίνες). Η ημιπερίοδος ζωής στο πλάσμα των περισσότερων οπιούχων είναι 3-6 ώρες, εκτός της μεθαδόνης και της προποξυφαΐνης που φτάνει τις 50 ή και τις 15 ώρες. Η μέγιστη δραστηριότητα εμφανίζεται 15,30-90min μετά από ενδοφλέβια, ενδομυϊκή ή από το στόμα αντίστοιχα.

Οι φαρμακοδυναμικές ιδιότητες κάθε οπιοειδούς εξαρτώνται από το είδος των υποδοχέων που δεσμεύει, από τη χημική συγγένεια και από το αν ενεργοποιείται ο υποδοχέας. Αν και συνδέονται με τους ίδιους υποδοχείς και ανταγωνιστές, μόνο οι αγωνιστές είναι ικανοί να τους ενεργοποιήσουν. Οι ισχυροί αγωνιστές οπιοειδών

υποδοχέων είναι η μορφίνη, ηρωίνη, μεπεριδίνη, φεντανίλη, μεθαδόνη. Λιγότερο ισχυροί είναι η κωδεΐνη, η προποξιφαΐνη, και η λοπεραμίδη. Ανταγωνιστές είναι η ναλοξόνη και η ναλτρεξόνη.

Ταχεία και πλήρης απορρόφηση ακολουθεί την ενδομυϊκή χορήγηση μορφίνης και πεθιδίνης με μέγιστη συγκέντρωση στο πλάσμα 20-60 λεπτά. Η χορήγηση κιτρικής φαιντανύλης από το βλεννογόνο του στόματος είναι μια αποτελεσματική μέθοδος πρόκλησης αναλγησίας και καταστολής.

Το χαμηλό μοριακό βάρος και η υψηλή λιποδιαλυτότητα της φαιντανύλης επιτρέπει τη διαδερμική απορρόφησης της. Το ποσό της φαιντανύλης που αποδεσμεύεται ποικίλει αναλόγως τον τύπο του δέρματος και το μέγεθος της επιφάνειας του αυτοκόλλητου. Δημιουργώντας ένα απόθεμα φαιντανύλης στο πάνω μέρος του δέρματος καθυστερεί η απορρόφηση για τις πρώτες ώρες. Η συγκέντρωση της φαιντανύλης φτάνει σε επίπεδο ισορροπίας σε 14-24ώρες από την εφαρμογή της και παραμένει σταθερή για πάνω από 72ώρες. Η παρατεινόμενη απορρόφηση από το δερματικό απόθεμα ευθύνεται για την παρατεταμένη πτώση στις συγκεντρώσεις του ορού, αφού αφαιρεθεί το αυτοκόλλητο. Ανοχή (tolerance) μπορεί να εκδηλωθεί με την ανάγκη για αύξηση της δοσολογίας, προκειμένου το φάρμακο να διατηρήσει την ίδια αποτελεσματικότητα. Η ανοχή στα οπιοειδή διακρίνεται σε ανοχή στην αναλγησία, η οποία συχνά αποτελεί εκδήλωση επιδείνωσης της κύριας νόσου και σε ανοχή στις παρενέργειες, η οποία είναι επιθυμητή. Όταν αυτή αφορά και ουσίες της ίδιας ή συγγενούς κατηγορίας, ονομάζεται διασταυρούμενη ανοχή, ενώ ανάστροφη ανοχή είναι το φαινόμενο κατά το οποίο το άτομο με μια μικρή δόση νιώθει τα ίδια συμπτώματα που θα ένιωθε ένα άλλο με πολύ μεγαλύτερες δόσεις.

Τα τελικά προϊόντα από τη βιομετατροπή της μορφίνης και της πεθιδίνης αποβάλλονται από τους νεφρούς και λιγότερο από 10% αποβάλλονται με χολική απέκκριση. Επειδή 5-10% της μορφίνης απεκκρίνεται αμετάβλητη από τα ούρα, η νεφρική ανεπάρκεια παρατείνει τη διάρκεια δράσης της. Η συσσώρευση των μεταβολιτών της μορφίνης (3-γλουκουρονίδιο και 6-γλουκουρονίδιο μορφίνης) σε ασθενείς με νεφρική ανεπάρκεια έχει συνδυαστεί με νάρκωση και αναπνευστική καταστολή που διαρκεί αρκετές ημέρες. Μια καθυστερημένη δευτερεύουσα αιχμή της συγκέντρωσης της φαιντανύλης στο πλάσμα παρουσιάζεται μετά 4ώρες από τη χορήγηση της τελευταίας ενδοφλέβιας δόσης και εξηγείται από την εντεροηπατική επανακυκλοφορία και την κινητοποίηση αποθηκευμένου

φαρμάκου. Οι μεταβολίτες της σουφεντανύλης απεκκρίνονται με τα ούρα και τη χολή.(Ζαφειρίδης Φ.1984)

3.3 Επιδράσεις στα συστήματα

3.3.1 Καρδιαγγειακό

Καταστέλλει το αγγειοκινητικό κέντρο μπορεί να προκληθεί αγγειοδιαστολή με αποτέλεσμα υπόταση είναι σημαντικό όπως σε περιπτώσεις επιστροφής αίματος στην καρδιά και στους πνεύμονες όπως το πνευμονικό οίδημα.

Γενικά τα οπιοειδή δεν επηρεάζουν την καρδιαγγειακή λειτουργία. Η πεθιδίνη τείνει να αυξήσει την καρδιακή συχνότητα(έχει παρόμοια χημική δομή με την ατροπίνη)ενώ μεγάλες δόσεις φαιτανύλης, μορφίνης, σουφεντανίλης και αλφεντανίλης συνοδεύονται από μέτριου βαθμού βαγοτονική βραδυκαρδία. Με εξαίρεση την πεθιδίνη, τα οπιοειδή δεν προκαλούν καταστολή της συσταλτικότητας του μυοκαρδίου. Παρόλα αυτά η αρτηριακή πίεση συχνά μειώνεται λόγω της βραδυκαρδίας, της διαστολής των φλεβών και της ελάττωσης των συμπαθητικών αντανακλαστικών. Επιπλέον η πεθιδίνη και η μορφίνη προκαλούν απελευθέρωση ισταμίνης σε μερικά άτομα και μπορεί να οδηγήσουν σε μεγάλη ελάττωση της αρτηριακής πίεσης και των συστηματικών αγγειακών αντιστάσεων. Οι επιδράσεις της έκλυσης ισταμίνης μπορούν να ελαχιστοποιηθούν στους ασθενείς με προδιάθεση με την αργήν στάγδην έγχυση του οπιοειδούς, με επαρκή ενδοφλέβιο όγκο ή με την προεγχειρική χορήγηση H1 H2 ισταμινικών ανταγωνιστών. Ο συνδυασμός των οπιοειδών με αλλά φάρμακα αναισθησίας όπως υποξειδιο του αζώτου, βενζοδιαζεπίνες, βαρβιτουρικά, πτητικά, μπορεί να οδηγήσει σε σημαντικό βαθμό καταστολής του μυοκαρδίου.(Ζαραλίδου Α.2003)

3.3.2 Αναπνευστικό

Τα οπιοειδή καταστέλλουν τον αερισμό και ιδιαίτερα την αναπνευστική συχνότητα. Η μέγιστη τιμή CO₂ κατά την οποία ο ασθενής παραμένει απνοϊκός είναι αυξημένη και η απάντηση στο υποξικό ερέθισμα ελαττωμένη. Η μορφίνη και η πεθιδίνη μπορεί να προκαλέσουν έκλυση ισταμίνης προκαλώντας βρογχόσπασμο σε ασθενείς με προδιάθεση. Τα οπιοειδή μπορεί να οδηγήσουν σε τόσο έντονη ακαμψία του θωρακικού τοιχώματος ώστε να σταματήσει ο αερισμός. Αυτή η κεντρικά προκαλούμενη μυϊκή σύσπαση είναι η

πιο συχνή μετά από ενδοφλέβιες δόσεις οπιοειδών και αντιμετωπίζεται με την χορήγηση μυοχαλαρωτικών. Τα οπιοειδή μπορεί να εξαλείψουν τη βρογχοσπαστική απάντηση στον ερεθισμό των αεροφόρων οδών, όπως κατά τη διάρκεια της διασωλήνωσης. (Μαρσέλος Μ.1997)

3.3.3 εγκέφαλος

Τα οπιοειδή ελαττώνουν την κατανάλωση οξυγόνου από τον εγκέφαλο, την εγκεφαλική αιματική ροή και την ενδοκράνια πίεση αλλά σε πολύ μικρότερο βαθμό από τα βαρβιτουρικά και τις βενζοδιαζεπίνες. Αυτές οι επιδράσεις προϋποθέτουν διατήρηση της νορμοκαπνίας με ελεγχόμενο αερισμό. Τα οπιούχα συμπεριλαμβανομένης της μορφίνης και της κωδεΐνης, καθώς και των συνθετικών οπιοειδών όπως το Demerol και η φαιντανύλη ενεργούν μιμούμενα τα ενδογενή οπιοειδή πεπτίδια, τα αναλγητικά χημικά που παράγονται μέσα στο ανθρώπινο σώμα. Αυτά τα πεπτίδια προσδένονται χημικά στους υποδοχείς οπιοειδών, οι οποίοι ενεργοποιούν τα αναλγητικά συστήματα του εγκεφάλου και της σπονδυλικής στήλης. Ωστόσο τα οπιοειδή μπορεί να προκαλέσουν ανεπιθύμητες παρενέργειες όπως ναυτία, νάρκωση, σύγχυση και δυσκοιλιότητα. (Μαρσέλος Μ.1997)

3.4 Χαρακτηριστικά της εξάρτησης

Η παρατεταμένη χρήση οπιούχων και οπιοειδών προκαλεί ανοχή στο φάρμακο, αναγκαιότητα για μεγαλύτερες δόσεις και μπορεί να προκαλέσει σωματική εξάρτηση από το φάρμακο. Οι έρευνες των τελευταίων ετών έχουν δείξει ότι οι φόβοι των γιατρών για εθισμό του ασθενούς από τα αναλγητικά, γνωστός και ως «οπιοφοβία» είναι τελείως αβάσιμοι. Οι μελέτες δείχνουν ότι η πλειονότητα των ασθενών οι οποίοι λαμβάνουν οπιοειδή για την αντιμετώπιση του πόνου, ακόμα και εκείνοι οι οποίοι λαμβάνουν μακροχρόνια θεραπεία, δεν εθίζονται στα φάρμακα αυτά. Οι ελάχιστοι ασθενείς οι οποίοι αναπτύσσουν ραγδαία και έκδηλη ανθεκτικότητα καθώς και εθισμό στα οπιοειδή, είναι συνήθως εκείνοι οι οποίοι έχουν ιστορικό ψυχολογικών προβλημάτων ή προηγούμενης κατάχρησης ουσιών.

Σύμφωνα με μια μελέτη, μόλις τέσσερις από τους 12.000 ασθενείς οι οποίοι λάμβαναν οπιοειδή για την αντιμετώπιση του οξέως πόνου, εθίστηκαν στα φάρμακα αυτά. Ακόμα και στην περίπτωση μακροχρόνιας θεραπείας υπάρχουν περιορισμένες πιθανότητες εθισμού. Σε μια μελέτη με τη συμμετοχή 38 ασθενών με χρόνια πόνο, η πλειονότητα των οποίων

λάμβανε οπιοειδή επί 4 με 7 χρόνια, μόλις 2 ασθενείς εθίστηκαν, ενώ και οι δυο είχαν ιστορικό κατάχρησης φαρμάκων.(Αναστασίου Ε.1993)

3.5. Τοξικότητα και παρεμβάσεις στα οπιοειδή

Πρέπει να δίνεται προσοχή για την σταθεροποίηση των αεραγωγών, της αναπνοής και της κυκλοφορίας. Η θεραπεία με ναλοξόνη (Narcan) αναστρέφει την άπνοια και το κώμα που προκαλούνται από την οξεία δηλητηρίαση με ηρωίνη, μορφίνη, κωδεΐνη και με συνθετικά ναρκωτικά αναλγητικά (η πενταζοσίνη μπορεί να αποτελεί εξαίρεση). Η ναλοξόνη δεν αναστρέφει το πνευμονικό οίδημα. Η αρχική ενδοφλέβια ή ενδομυϊκή δόση των 0.4 έως 2.0 mg ναλοξόνης μπορεί να επαναλαμβάνεται με μεσοδιαστήματα 2- ή 3- λεπτών, μέχρι να επιτευχθεί ικανοποιητική κλινική απάντηση. Η ναλοξόνη αρχίζει να χάνει τη δράση της 2 με 3 ώρες μετά τη χορήγηση. Για το λόγο αυτό στη δηλητηρίαση με ηρωίνη συνεχίστε την παρακολούθηση για 24 ώρες και με μεθαδόνη για 72 ώρες. Τιτλοποιήστε τη δόση προσεκτικά, περίπου κάθε 2 με 3 ώρες. Η μεγάλη δόση μπορεί να προκαλέσει αιφνίδιο σύνδρομο στέρησης σε ασθενείς εξαρτημένους από οπιοειδή. Η στέρηση, αν και ιδιαίτερα δυσάρεστη, είναι γενικά επικίνδυνη για τη ζωή μόνο στα νεογέννητα. Έτσι, οι έγκυες γυναίκες θα πρέπει να διακόπτουν τα οπιοειδή αργά, στη διάρκεια του πρώτου ή δεύτερου τριμήνου ή να παραμένουν σε μεθαδόνη στη διάρκεια του τρίτου τριμήνου, ώστε να αποφύγουν την ανεξέλεγκτη στέρηση του εμβρύου στη μήτρα. Οι περισσότεροι εξαρτημένοι από οπιοειδή ασθενείς μπορούν να αντιμετωπιστούν με μεθαδόνη από το στόμα. Πρώτα, επιβεβαιώστε τις αρχικές απαιτήσεις με βάση το ιστορικό και τις αντικειμενικές ενδείξεις της πρόσφατης χρήσης και στη συνέχεια προσαρμόστε τη δόση εμπειρικά, ανάλογα με τα αντικειμενικά σημεία στέρησης (και όχι τις υποκειμενικές ενοχλήσεις). Εάν η αρχική δόση δεν μπορεί να υπολογιστεί, μπορείτε να δώσετε 15 με 20 mg μεθαδόνης, ως δοκιμαστική δόση και να παρακολουθήσετε την κατάσταση του ασθενούς.

Το πρόβλημα της αποφυγής συνταγογράφησης οπιούχων και οπιοειδών και η επακόλουθη ανώφελη ταλαιπωρία εκατομμυρίων ασθενών έχει προκαλέσει αντιδράσεις από επίσημους φορείς. Το 1992, το Federal Agency for Health Care Policy and Research εξέδωσε οδηγίες για τη θεραπεία του πόνου . Οι συστάσεις ενθαρρύνουν τους επαγγελματίες στο χώρο της υγείας να αγνοήσουν τους σχετικούς με τον εθισμό σε αναλγητικά μύθους και να σταματήσουν τους αβάσιμους περιορισμούς στη χορήγηση οπιοειδών αναλγητικών. Οι οδηγίες συνέστησαν επίσης και μεγαλύτερη χρήση της

ελεγχόμενης αναλγησίας με ειδική αντλία που επιτρέπει στους νοσοκόμους ή και στους ίδιους τους ασθενείς να ελέγχουν τον κατάλληλο χρόνο και τη δόση του φαρμάκου. Σύμφωνα με τον Οργανισμό αυτό, η τήρηση των οδηγιών, όχι μόνο θα βοηθήσει στην αποφυγή της ανωφελούς ταλαιπωρίας αλλά θα επιταχύνει και την ανάρρωση του ασθενούς ενώ θα μειώσει και το χρόνο παραμονής στο νοσοκομείο και τα έξοδα που αυτό συνεπάγεται. (Διακογιάννης.Ι 1993)

3.6. Οδοί χορήγησης οπιοειδών αναλγητικών

Η οδός χορήγησης οπιοειδών αναλγητικών παραγόντων, παίζει καθοριστικό ρόλο στην ταχύτητα έναρξης δράσης, στην αποτελεσματικότητα αλλά και στην διάρκεια δράσης του αναλγητικού παράγοντα.

1^η οδός: ένδομυϊκή, είναι η προτιμώμενη οδός αλλά δεν επιτυγχάνει επαρκή ρύθμιση πόνου. Μειονεκτήματα α)αργή έναρξη δράσης β)μη προβλέψιμο αποτέλεσμα γ)αδυναμία τιτλοποίησης δ)δεν είναι αποτελεσματική στην επείγουσα ιατρική ε) μεγαλύτερες δόσεις το οποίο συνεπάγεται περισσότερες ανεπιθύμητες ενέργειες

2^η οδός: υποδόρια έχει προβλήματα παρόμοια με την ενδομυϊκή χορήγηση

3^η οδός: ενδοφλέβια χορήγηση: α) Η έναρξη δράσης είναι ταχεία β)εύκολη τιτλοποίηση γ)άμεσα αποτελέσματα δ)άμεσες ανεπιθύμητες ενέργειες

4^η οδός: ενδοφλέβια PCA:ενδοφλέβια αναλγησία ελεγχόμενη από τον ασθενή. Ο ασθενής λαμβάνει μικρές δόσεις αναλγητικού οι οποίες έχουν προκαθοριστεί όπως και τα μεσοδιαστήματα, με αποτέλεσμα ο ασθενής να βρίσκεται πάντα σε αναλγητική ζώνη.

5^η οδός: επισκληρίδιος χορήγηση: Χρησιμοποιείται σε επείγουσες καταστάσεις, είναι μια επεμβατική μέθοδος και δεν μπορεί να εφαρμοσθεί προνοσοκομειακά.

6^η οδός: αποκλεισμοί νεύρων: οι συχνότεροι αποκλεισμοί είναι των μεσοπλευρίων νεύρων, βραχιονίου και του μηριαίου.

7^η οδός: ενδουπεζωκοτική χορήγηση τοπικών αναισθητικών: Γίνεται δια μέσου καθετήρα ή από τον σωλήνα θωρακικής παροχέτευσης μπορεί να επιτύχει ικανοποιητική αναλγησία σε κακώσεις θώρακα. (Ζαραλίδου Α.2003)

3.7. Ο φόβος του εθισμού στα οπιοειδή

Ο αδικαιολόγητος φόβος του εθισμού στα οπιοειδή, θεωρείται το σημαντικότερο εμπόδιο στην ευρεία χρήση τους για την καλύτερη αντιμετώπιση του χρόνιου μη

καρκινικού αλλά και του καρκινικού πόνου. Ο φόβος αυτός οφείλεται κυρίως στην ελλιπή γνώση της φυσιολογίας του πόνου και της φαρμακολογίας των οπιοειδών, στην σύγχυση της σχετικής ορολογίας και στις περιστασιακές αναφορές σε περιπτώσεις ασθενών που, λανθασμένα συνήθως ,αναφέρονται σαν (ιατρογενείς) εθισμοί. Κατάπληξη προκαλεί το γεγονός ότι συχνά εμφανίζονται ασθενείς σε τελικό στάδιο καρκίνου ,με μικρό προσδόκιμο επιβίωσης και με αφόρητους πόνους στους οποίους οι συγγενείς και οι θεράποντες ιατροί μειώνουν τη δόση των οπιοειδών για να μη τα συνηθίσουν. Για να υπάρξει πρόοδος στον τομέα της αντιμετώπισης του πόνου ,πρέπει να ξεπεράσουν τους φόβους τους, πρώτοι από όλους οι λειτουργοί της υγείας και στην συνέχεια αυτήν την πεποίθηση τους να μπορέσουν να τη μεταβιβάσουν στους ασθενείς και στις οικογένειες τους.

*Σωματική εξάρτηση(physical dependence):*Είναι μια φυσιολογική προσαρμογή του οργανισμού στη συνεχή παρουσία του οπιοειδούς. Χαρακτηρίζεται από την εμφάνιση στερητικού συνδρόμου εάν το οπιοειδές,διακοπεί, ελαττωθεί απότομα η δοσολογία του ή χορηγηθεί ένας ανταγωνιστής του.

Ψευδοεθισμός (pseudoadiction): Είναι ένα ιατρογενές φαινόμενο το οποίο χαρακτηρίζεται από την εμφάνιση συμπεριφοράς αναζήτησης του φαρμάκου ,που εμφανίζουν οι ασθενείς που πονούν ,αλλά δεν παίρνουν επαρκή αναλγητική θεραπεία.

*Θεραπευτική εξάρτηση(therapeutic dependence):*Είναι το αντίθετο από τον ψευδοεθισμό φαινόμενο. Χαρακτηρίζεται από την εμφάνιση συμπεριφοράς αναζήτησης και αποθήκευσης του φαρμάκου, που εμφανίζεται σε ασθενείς οι οποίοι γνωρίζουν και βιώνουν τα ευεργετικά αποτελέσματα του και φοβούνται ενδεχόμενη έλλειψη ή διακοπή του.

Κατάχρηση ουσίας(substance abuse): Είναι η εκσεσημασμένη χρήση μιας ουσίας ή φαρμάκου για μη θεραπευτικούς σκοπούς ή για σκοπούς άλλους από αυτούς για τους οποίους συνταγογραφείται.

*Εξάπλωση(diversion):*Είναι η ανεξέλεγκτη διάδοση και διακίνηση ενός φαρμάκου ,το οποίο κανονικά πρέπει να είναι ελεγχόμενο. Ο κίνδυνος της εξάπλωσης είναι πλέον σημαντικός λόγος για την περιοριστική νομοθεσία που χαρακτηρίζει την συνταγογράφηση των οπιοειδών.

*Εθισμός ή ψυχολογική εξάρτηση(addiction):*Είναι μια παρεκκλίνουσα διαταραχή της συμπεριφοράς, η οποία χαρακτηρίζεται από την ανεξέλεγκτη και καταναγκαστική χρήση ουσιών που προκαλούν βλάβη στο χρήστη, ο οποίος όμως συνεχίζει τη χρήση

τους ,παρά την προκαλούμενη βλάβη. Το ψυχολογικά εξαρτημένο άτομο έχει τελείως διαφορετική συμπεριφορά απο τον ασθενή που πονάει και παίρνει οπιοειδή για να μειώσει τον πόνο και να βελτιώσει συγχρόνως την ποιότητα της ζωής του. (Δαρδαβέσης Θ.1993)

3.8 Η χορήγηση οπιοειδών και ο ρόλος του νοσηλευτή στο χρόνιο μη καρκινικό πόνο

Σημαντικός είναι ο ρόλος του Νοσηλευτή ως μέλος της ομάδας ψυχικής υγείας στην χορήγηση οπιοειδών η οποία αφορά αρχικά στην αξιολόγηση του ασθενή και στον σχεδιασμό της θεραπείας.

A. Αξιολόγηση του ασθενούς.

1. Λεπτομερές ιστορικό του πόνου και εκτίμηση της επίδρασης του στη σωματική και ψυχολογική κατάσταση του ασθενούς.
2. Φυσική εξέταση και εκτίμηση συνυπαρχουσών νόσων.
3. Ανασκόπηση του προηγηθέντος διαγνωστικού ελέγχου και των προηγουμένων αναλγητικών θεραπειών.
4. Ιστορικό κατάχρησης ουσιών.

Εκτός από τον ασθενή, κρίνεται σκόπιμο να λαμβάνονται πληροφορίες και από άλλο μέλος της οικογένειας.

Η θεραπευτική δοκιμή με οπιοειδή επιχειρείται όταν οι άλλες διαθέσιμες αναλγητικές μέθοδοι έχουν αποτύχει. Σχετικές αντενδείξεις θα πρέπει να θεωρούνται:

- α) Ιστορικό προηγούμενης κατάχρησης ουσιών, φαρμάκων ή οινόπνεύματος
- β) Σοβαρές διαταραχές της προσωπικότητας
- γ) Διαταραγμένο οικογενειακό περιβάλλον

B. Σχεδιασμός της θεραπείας

1. Η ανάληψη ευθύνης για τον ασθενή και τη συνταγογραφία των οπιοειδών πρέπει να γίνεται από ένα ιατρό ή μια συγκεκριμένη μικρή ομάδα πόνου.
2. Οι ασθενείς θα πρέπει να ενημερώνονται και να συγκατατίθενται για τη θεραπεία.
3. Συνιστάται η χρήση οπιοειδών μακράς διάρκειας δράσης και σε μορφή σκευασμάτων ελεγχόμενης αποδέσμευσης.
4. Οι δόσεις θα πρέπει να χορηγούνται με το ρολόι.
5. Η χρήση οπιοειδούς ελεγχόμενης αποδέσμευσης έχει πολλά πλεονεκτήματα στην αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου γιατί διευκολύνει τον ασθενή να συμμορφώνεται με τις ανάγκες της δοσολογίας προσφέρει σταθερά επίπεδα φαρμάκου στο αίμα και επιτρέπει καλύτερη ανοχή στις παρενέργειες.

6. Κατα την διάρκεια της τιτλοποίησης πρέπει να χορηγούνται δόσεις <<διάσωσης>> ενός οπιοειδούς. Ο στόχος της καλύτερης τιτλοποίησης είναι να ελαττωθεί η συχνότητα των «δόσεων διάσωσης» στο ελάχιστο.

7. Ακολουθούνται οι οδηγίες της παγκόσμιας οργάνωσης υγείας (Π.Ο.Υ) δηλαδή απλές μη επεμβατικές μέθοδοι όταν η κατάσταση του ασθενούς το επιτρέπει.

8. Η θεραπεία με οπιοειδή θεωρείται συμπληρωματική των αναλγητικών μεθόδων και των μεθόδων αποκατάστασης.

9. Θα πρέπει να επιτρέπεται στους ασθενείς επιπρόσθετα στην ημερήσια δόση να αυξάνουν τη δόση περιστασιακά, τις μέρες που αισθάνονται μεγαλύτερο πόνο.

10. Ενδείξεις ότι οι ασθενείς αποθηκεύουν το φάρμακο ζητούν συνταγές από άλλους γιατρούς ή αυξάνουν ανεξέλεγκτα τη δόση, πρέπει να εκτιμώνται προσεκτικά.

Απαραίτητη η αξιολόγηση της θεραπείας με συχνές επανεξετάσεις και η τεκμηρίωση της.

Μελέτες που αφορούν στη χορήγηση οπιοειδών στο χρόνιο μη καρκινικό πόνο έδειξαν ότι τα οπιοειδή είναι αποτελεσματικά σε διάφορα σύνδρομα χρόνιου πόνου, οι σοβαρές επιπλοκές είναι σπάνιες, επίσης οι δόσεις παραμένουν σε γενικές γραμμές σταθερές και ο εθισμός είναι σπανιότατος. Βέβαια απαιτείται μεγαλύτερης διάρκειας έρευνα που να εστιάζεται στην αποτελεσματικότητα και τον κίνδυνο του εθισμού.

Η θεραπεία μπορεί να δοκιμαστεί μετά από προσεκτική επιλογή των ασθενών όπως προσεκτική πρέπει να είναι η επιλογή και των λειτουργιών υγείας και των νοσηλευτών οι οποίοι χρειάζονται ειδική εκπαίδευση για την αντιμετώπιση μιας ομάδας τοξικομανών και αλκοολικών. (Διακογιάννης Ι. 1993)

3.9 Μορφίνη

Είναι ένα οπιοειδές ελάχιστα λιποδιαλυτό, με χρόνο $T_{1/2}$ 1-2 ώρες απουσία ηπατικής βλάβης. Σε ασθενείς με σοβαρή ηπατική ανεπάρκεια επηρεάζεται ο μεταβολισμός της μορφίνης. Σε ασθενείς με μεταμόσχευση ήπατος παρατηρήθηκε μεγαλύτερος όγκος κατανομής (αντανεκλά μεγαλύτερο χρόνο απομάκρυνσης από το πλάσμα) όταν για την ανίχνευση της μορφίνης χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος της υψηλής απόδοσης υγρής χρωματογραφίας (HPLC) η οποία είναι η περισσότερο ευαίσθητη μέθοδος για την ανίχνευση της μορφίνης. Με την μέθοδο (HPLC), δεν παρατηρήθηκε η δευτερογενής αύξηση της συγκέντρωσης της μορφίνης στο αίμα που έχει αναφερθεί με τη ραδιοάνωση μέθοδο (RTA), η οποία δεν διακρίνει την μορφίνη από τους μεταβολίτες της. Σε ποσοστό 5-10% απεκκρίνεται αναλλοίωτη στα ούρα. Από τους μεταβολίτες της, η 6-γλυκουρονική

μορφίνη έχει αναλγητικές ιδιότητες(σε επίμυες έχει δειχθεί ότι το αναλγητικό αποτέλεσμα είναι 4πλάσιο και η διάρκεια δράσης 2πλάσια της μορφίνης).Επειδή οι μεταβολίτες της μορφίνης απεκκρίνονται από τους νεφρούς, σε ασθενείς με νεφρική ανεπάρκεια λόγω της αυξημένης συγκέντρωσης 6-γλυκουρονικής μορφίνης, παρατηρείται καταστολή του Κ.Ν.Σ για αρκετές ημέρες μετά από παρατεταμένη χορήγηση μορφίνης.(Ζαραλίδου Α.2003)

3.10. Ηρωίνη

3.10.1 Ιστορία-Προέλευση

Τα οπιούχα ναρκωτικά κωδεΐνη και μορφίνη, προέρχονται μετά από επεξεργασία του οπίου. Η δε ηρωίνη, εν συνεχεία, κατασκευάζεται μέσα από μια χημική διαδικασία της κωδεΐνης και της μορφίνης. Η ηρωίνη παρουσιάστηκε στην αγορά το 1898 για γενική ιατρική χρήση και αναγνωρίστηκε στις αρχές σαν ένα καταπραϋντικό του βήχα και αποτελεσματικό αναλγητικό. Στην συνέχεια, θεωρήθηκε ότι η ηρωίνη θα μπορούσε να θεραπεύσει την μορφινομανία, όμως αποδείχτηκε ότι έχει μεγαλύτερες εξαρτησιογόνες ιδιότητες από τα τότε γνωστά ναρκωτικά. Οι χημικοί και οι γιατροί προσπαθούν εδώ και πολλά χρόνια να παράγουν ένα συνθετικό αναλγητικό, που να είναι το ίδιο δυνατό όπως τα ναρκωτικά αναλγητικά, αλλά να μην προκαλεί εξάρτηση. Μέχρι στιγμής, δεν το έχουν καταφέρει και όλα αυτά τα ναρκωτικά, συνθετικά ή μη, προκαλούν εξάρτηση. Μόνο η μορφίνη, η κωδεΐνη, η πεθιδίνη και η μεθαδόνη χρησιμοποιούνται ευρέως για θεραπευτικούς σκοπούς, και αυτά κάτω από αυστηρό έλεγχο.

Οι επιδράσεις της ηρωίνης σ' ένα ανθρώπινο οργανισμό ποικίλουν σύμφωνα με :

- την ποσότητα και το σθένος της ηρωίνης που έχει χρησιμοποιηθεί
- τον τρόπο που έχει γίνει η χρήση
- την σωματική κατάσταση του ατόμου και την ανοχή του στην ουσία
- την εμπειρία του όσον αφορά την χρήση του ναρκωτικού την διάθεση του ατόμου(Διακογιάννης Ι.2003)

3.10.2 Φαρμακολογικές ιδιότητες

1.Άμεσες επιδράσεις: Η ηρωίνη προκαλεί μια σειρά άμεσων επιδράσεων που ποικίλουν μεταξύ χρηστών :

- αναλγησία (ανακούφιση από τον πόνο)

- ευφορία (ένα συναίσθημα ευημερίας)
- ναυτία και εμετό
- αναστολή αναπνοής
- δυσκοιλιότητα
- συστολή της κόρης των ματιών

Αρχικά, η ηρωίνη επιδρά αμέσως στον ανθρώπινο μυαλό, ώστε ο χρήστης να αισθάνεται μια τονωτική γρήγορη. Έπειτα, καταστέλλονται οι λειτουργίες του κεντρικού νευρικού συστήματος, ώστε το άτομο δύσκολα αισθάνεται πόνο, πείνα ή σεξουαλική παρότρυνση. Με μια μέτρια δόση, το άτομο αισθάνεται ζεστό, νυσταλέο και διψασμένο, καθώς η αναπνοή του αναστέλλεται. Με μια υψηλή δόση, η αναπνοή του χρήστη γίνεται πιο στενάχωρη, οι κόρες των ματιών συστέλλονται στο μέγεθος της κεφαλής μιας καρφίτσας, το δέρμα κρυώνει, ιδρώνει και γίνεται μπλε. Οι μεγαλύτερες ποσότητες μπορούν να δυσκολέψουν ακόμη περισσότερο την αναπνοή και την δραστηριότητα του κεντρικού νευρικού συστήματος, με αποτέλεσμα ο χρήστης να πέσει σε κόμμα ή ακόμη και να πεθάνει.

2. επιδράσεις σύντομης χρήσης: Όσον αφορά την σύντομη χρήση ηρωίνης, τα προβλήματα συνδέονται με τον τρόπο διαχείρισης της. Καταρχήν η παράνομη προμήθεια αυτής της ουσίας συνεπάγεται την άγνωστη προέλευση – σύσταση της.. Συχνά, ο πωλητής αραιώνει την ουσία με άλλες προσμίξεις, όπως στρυχνίνη, λιωμένα χάπια, που αποτελούν ενεργά φάρμακα, καθώς και με πούδρα ή γλυκόζη, με μικρότερη επίδραση. Τέλος, η ενδοφλέβια εισαγωγή της ουσίας στον οργανισμό, ενδέχεται να προκαλέσει δερματικές, καρδιακές και πνευμονικές παθήσεις. Το γεγονός, επίσης, ότι οι χρήστες μοιράζονται συνήθως σύριγγες, αυξάνει τον κίνδυνο μόλυνσης τους από την ηπατίτιδα και τον ιό του AIDS.

3 επιδράσεις μακροχρόνιας χρήσης: Τα ναρκωτικά αναλγητικά, αν χρησιμοποιούνται ανόθευτα και με καθαριότητα, προξενούν μικρή βλάβη στα όργανα του ανθρώπινου σώματος και στους ιστούς. Σε περίπτωση, όμως, που δεν συμβαίνει κάτι τέτοιο και χρησιμοποιούνται για μεγάλο χρονικό διάστημα, το άτομο ενδέχεται να αναπτύξει μερικά προβλήματα υγείας, όπως στον εγκέφαλο και στην καρδιά. Οι χρήστες, επιπλέον, μπορεί να έχουν ανορεξία, ανικανότητα (οι άνδρες) και στειρότητα (οι γυναίκες). Οι τοξικομανείς, λόγω της «δίψας» τους για ηρωίνη ξοδεύουν όλα τους τα χρήματα προκειμένου να την αποκτήσουν, με αποτέλεσμα να βάζουν τη διατροφή τους σε δεύτερη μοίρα και να αμελούν τις άλλες προσωπικές τους ανάγκες. Σε συνδυασμό με την αυξανόμενη ανορεξία,

αυτό μπορεί να τους οδηγήσει στον υποσιτισμό, στην διακοπή της εμμηνόρροιας στις γυναίκες και σε μεγάλη ευαισθησία στις μολύνσεις και επιδημίες. Όμως, το κυριότερο πρόβλημα υγείας που προκαλείται από την συνεχή χρήση της ηρωίνης είναι η αύξηση της ανοχής και της εξάρτησης.(Επιβατιανού Θ.1993)

3.10.3 Ανοχή και εξάρτηση

Ανοχή στην ηρωίνη ή οποιοδήποτε άλλο αναλγητικό ναρκωτικό σημαίνει ότι, ένα πρόσωπο χρειάζεται όλο και μεγαλύτερη δόση από την ουσία, προκειμένου να επιτύχει τα ίδια αποτελέσματα, όπως γινόταν παλιότερα, με μικρότερες ποσότητες. Εξάρτηση σημαίνει ότι, το ναρκωτικό γίνεται κεντρικό σημείο στις σκέψεις, τα συναισθήματα και τις δραστηριότητες ενός ατόμου. Ένα εξαρτημένο άτομο θεωρεί πολύ δύσκολο το να σταματήσει την χρήση του ναρκωτικού ή να μειώσει την δόση. Φυσική εξάρτηση σημαίνει ότι, το σώμα ενός ανθρώπου έχει προσαρμοστεί στην ουσία και την αναζητά προκειμένου να λειτουργήσει «φυσιολογικά», και έχει στερητικά συμπτώματα. Όσον αφορά το σύνδρομο στέρησης, αυτό εμφανίζεται όταν ένα εξαρτημένο άτομο σταματάει να κάνει χρήση ή μειώνει σταδιακά την ποσότητα χρήσης. Συγκεκριμένα, τα συμπτώματα ξεκινούν λίγες ώρες μετά από την τελευταία δόση, κορυφώνονται το δεύτερο με τρίτο εικοσιτετράωρο, και υποχωρούν μέσα σε μία εβδομάδα. Οι αντιδράσεις στην στέρηση της ηρωίνης είναι οι εξής : ανησυχία, χασμουρητό, τρέχουσα μύτη, δάκρυα, διάρροια, κοιλιακοί σπασμοί, ανατριχιάσματα, κράμπες στα πόδια και χαμηλή πίεση. Μερικές, βέβαια, λειτουργίες του σώματος μπορεί και να μην επανέλθουν στα φυσιολογικά τους επίπεδα για έξι περίπου μήνες. Η απότομη αποχώρηση από την ηρωίνη μπορεί ακόμη να προκαλέσει και τον θάνατο, στην περίπτωση που ο χρήστης κάνει παράλληλα χρήση και άλλων ουσιών ή βρίσκεται σε κακή κατάσταση υγείας.(Ζαραλίδου Α.2003)

3.10.4 Ηρωίνη και εγκυμοσύνη

Τα περισσότερα ναρκωτικά μπορούν να επηρεάσουν ένα αγέννητο παιδί. Η ηρωίνη και τα άλλα οπιούχα διασχίζουν τον πλακούντα και το αγέννητο παιδί θα γίνει εξαρτημένο από τα ναρκωτικά. Τα μωρά που κυοφορούνται από ναρκομανείς μητέρες υποαναπτύσσονται και υποφέρουν από πολλές μολύνσεις. Μπορεί, ακόμη, να γεννηθούν νεκρά ή να

πεθάνουν τις πρώτες ώρες. Η κακή υγεία αυτών των μωρών οφείλεται στην κακή υγεία και διατροφή των μητέρων τους.(Αναστασίου Ε.1993)

3.11 Μεθαδόνη

3.11.1 Ιστορία-Προέλευση

Η μεθαδόνη ανήκει σε μια κατηγορία φαρμάκων, γνωστή με το όνομα οπιοειδή. Τα φάρμακα αυτά χαρακτηρίζονται από παρόμοια χημική δομή και δράση με τη μορφίνη. Στα οπιοειδή ανήκουν επίσης φυσικά και ημισυνθετικά παράγωγα του οπίου (οπιούχα, όπως η κωδεΐνη, η μορφίνη και η ηρωίνη). Τα οπιοειδή χαρακτηρίζονται ως κατασταλτικά φάρμακα, καθώς επιβραδύνουν τις λειτουργίες του νευρικού συστήματος. Άλλες κατασταλτικές ουσίες είναι το αλκοόλ, η κάνναβη και οι βενζοδιαζεπίνες (όπως το Stedon, το Hipnosedon και το Vulbegal).

Η μεθαδόνη παρασκευάζεται συνθετικά και χρησιμοποιείται στη θεραπεία υποκατάστασης για άτομα εξαρτημένα από την ηρωίνη, ή άλλα οπιοειδή. Η δράση της διαρκεί πολύ περισσότερο από της ηρωίνης. Μία δόση είναι αποτελεσματική για τουλάχιστον 24 ώρες, ενώ η ηρωίνη μπορεί να διαρκεί λίγες μόνο ώρες. Στα Θεραπευτικά Προγράμματα Υποκατάστασης η μεθαδόνη χορηγείται υπό τη μορφή πόσιμου διαλύματος (σιρόπι).

Η ημερήσια δοσολογία κυμαίνεται συνήθως μεταξύ 60 και 120mg, κατά την αρχική φάση. Η δόση αυτή μπορεί κατόπιν να μειώνεται σταδιακά, με αργό ρυθμό, χωρίς τον κίνδυνο εμφάνισης στερητικών φαινομένων.

(Αναστασίου Ε.1993)

3.11.2 Φαρμακολογικές ιδιότητες

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

Πέραν αυτών, επαναφέρει στο φυσιολογικό πολλές λειτουργίες του οργανισμού που έχουν διαταραχθεί από την κατάχρηση ουσιών. Έτσι δίνεται η ευκαιρία να βελτιωθεί η σωματική κατάσταση, η ψυχική υγεία, αλλά και οι κοινωνικές λειτουργίες του ατόμου.

- Η μεθαδόνη δεν αρκεί για να αλλάξει η ζωή ενός ατόμου εξαρτημένου από τα ναρκωτικά. Για το λόγο αυτό είναι απαραίτητες η επαγγελματική συμβουλευτική, η ιατρική παρακολούθηση και η ψυχοκοινωνική στήριξη που προσφέρουν τα Θεραπευτικά Προγράμματα Υποκατάστασης.

- Όσο διάστημα χρησιμοποιεί κάποιος μεθαδόνη διατηρεί τη σωματική του εξάρτηση στα οπιοειδή.
- Η μεθαδόνη δεν προκαλεί αισθήματα ευφορίας (μαστούρα, high).
- Όπως συμβαίνει με κάθε φάρμακο, έτσι και με τη μεθαδόνη μπορεί να υπάρχουν παρενέργειες.
- Η μεθαδόνη, όπως και η ηρωίνη, είναι ένα ισχυρό φάρμακο και μπορεί να γίνει πολύ επικίνδυνη αν δεν χρησιμοποιηθεί σωστά.

Είναι ιδιαίτερα σημαντικό να μη γίνεται χρήση κατασταλτικών ουσιών, όπως είναι το αλκοόλ και τα υπνωτικά χάπια (Vulbegal, Hipnocedon), μαζί με μεθαδόνη. Τέτοια χρήση μπορεί να οδηγήσει σε υπερδοσολογία (overdose).

(Χουρδάκης Κ.2004)

3.12 Βουπρενορφίνη

3.12.1 Ιστορία προέλευση

Η βουπρενορφίνη είναι και αυτή ένα οπιοειδές φάρμακο, όπως και η μεθαδόνη. Χρησιμοποιείται στη θεραπευτική αντιμετώπιση της εξάρτησης από ηρωίνη. Η αποτελεσματικότητά της έχει αποδειχθεί τόσο στη θεραπεία υποκατάστασης της ηρωίνης, όσο και στη σωματική αποτοξίνωση από την ηρωίνη, αλλά και από τη μεθαδόνη. (Δαρδαβέσης Θ.1993)

3.12.2 Φαρμακοκινητική

Η βουπρενορφίνη, όπως και πολλά άλλα οπιοειδή, έχει χρησιμοποιηθεί και ως ισχυρό αναλγητικό.

Στα Θεραπευτικά Προγράμματα Υποκατάστασης η βουπρενορφίνη χορηγείται υπό τη μορφή υπογλώσσιας ταμπλέτας. Πρόκειται για μια μορφή χαπιού που δεν πρέπει να το καταπίνουμε ή να το μασούμε, αλλά να το αφήνουμε να λιώσει στο στόμα (χρειάζονται 15-30 λεπτά). Η δράση της αρχίζει μετά από 30 περίπου λεπτά και διαρκεί, ανάλογα με τη δόση, έως και τρεις ημέρες. Η ημερήσια δοσολογία κυμαίνεται συνήθως μεταξύ 4 και 16mg. (Ζαραλίδου Α.2003)

3.12.3 Φαρμακολογικές ιδιότητες

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

Επιπλέον, η βουπρενορφίνη παρουσιάζει και κάποια πλεονεκτήματα σε σχέση με τη μεθαδόνη, όπως:

- Ανταγωνίζεται τη δράση της ηρωίνης. Όταν κάποιος χρησιμοποιήσει ηρωίνη δε θα νιώσει το ευφορικό της αποτέλεσμα. Έτσι, με τη βουπρενορφίνη καταπολεμάται ένας από τους κύριους λόγους για τους οποίους γίνεται η χρήση της ηρωίνης.
- Έχει μεγαλύτερη διάρκεια δράσης, όχι μόνο από την ηρωίνη, αλλά και από τη μεθαδόνη. Συγκεκριμένα, στην κατάλληλη δόση, μπορεί να είναι αποτελεσματική για έως και 72 ώρες. Έτσι δεν είναι απαραίτητη η καθημερινή προσέλευση στο πρόγραμμα. Η χορήγηση μπορεί να γίνεται τρεις φορές την εβδομάδα και τα Σαββατοκύριακα να είναι ελεύθερα.
- Αν χρησιμοποιεί κάποιος μόνο βουπρενορφίνη, είναι απίθανο να εμφανίσει υπερδοσολογία (overdose), ακόμη και αν λάβει αρκετά μεγάλη δόση.
- Εμφανίζει πολύ λιγότερα στερητικά συμπτώματα από τη μεθαδόνη και για το λόγο αυτό είναι ευκολότερο να αποτοξινωθεί κανείς από αυτήν. Για τον ίδιο λόγο, μπορεί να χρησιμοποιηθεί για όποιους δυσκολεύονται να αποτοξινωθούν από τη μεθαδόνη.
- Η βουπρενορφίνη δεν αρκεί για να αλλάξει η ζωή ενός ατόμου εξαρτημένου από τα ναρκωτικά. Για το λόγο αυτό είναι απαραίτητες η επαγγελματική συμβουλευτική, η ιατρική παρακολούθηση και η ψυχοκοινωνική στήριξη που προσφέρουν τα ΘΠΥ.
- Όσο διάστημα κάποιος χρησιμοποιεί βουπρενορφίνη διατηρεί τη σωματική του εξάρτηση στα οπιοειδή.
- Η βουπρενορφίνη δεν προκαλεί αισθήματα ευφορίας (μαστούρα,high)
- Όπως συμβαίνει με κάθε φάρμακο, έτσι και με τη βουπρενορφίνη μπορεί να υπάρχουν παρενέργειες.

- Η βουπρενορφίνη, όπως και η ηρωίνη, είναι ένα ισχυρό φάρμακο και μπορεί να γίνει πολύ επικίνδυνη αν δεν χρησιμοποιηθεί σωστά.

Είναι ιδιαίτερα σημαντικό να μη γίνεται χρήση κατασταλτικών ουσιών, όπως είναι το αλκοόλ και τα υπνωτικά χάπια(Vulbegal, Hipnocedon), μαζί με βουπρενορφίνη. Τέτοια χρήση μπορεί να οδηγήσει σε υπερδοσολογία (overdose).(Μαρσέλος Μ.1997)

3.13 Οξυμορφώνη

Είναι μ-αγωνιστής. Δεν προκαλεί έκλυση ισταμίνης και έμετο. Έχει ισχυρότερη ηρεμιστική δράση από άλλα οπιοειδή, και έτσι, όταν χορηγείται μετεγχειρητικά, μπορεί να προκαλέσει καθυστέρηση στην ανάνηψη. (Μαρσέλος Μ.1997)

3.14 Πεθιδίνη

Οπιοειδές που διεγείρει τους μ υποδοχείς, λιγότερο ισχυρή από τη μορφίνη. Η διάρκεια δράσης της είναι 2-3 ώρες. Χρησιμοποιείται συχνά στην προαναισθητική αγωγή, καθώς δεν προκαλεί έμετο. Η δράση της επέρχεται γρήγορα και έτσι, ενδείκνυται σε οξύ μετατραυματικό πόνο και σε κοιλιακό πόνο.

3.15 Αλφεντανίλη

Συνθετικό οπιοειδές. Χορηγείται μόνο ενδοφλεβίως, εφάπαξ ή, συχνότερα, με συνεχή έγχυση. Η διάρκεια δράσης της είναι πολύ μικρή (2-5 min). Προκαλεί ισχυρή καταστολή του αναπνευστικού και βραδυκαρδία (ενδείκνυται η χορήγηση ατροπίνης προληπτικά). Χρησιμοποιείται συνήθως διεγχειρητικά.

3.16 Σουφεντανίλη

Οπιοειδές με παρόμοιες ιδιότητες με αυτές της φεντανύλης, αλλά 5-10 φορές ισχυρότερη. Δεν καταστέλλει τόσο πολύ το κυκλοφορικό και το αναπνευστικό και έχει μικρότερο χρόνο έναρξης και διάρκεια δράσης από τη φεντανύλη.

3.17 Ρεμιφεντανίλη

Συνθετικό οπιοειδές, που διεγείρει τους μ υποδοχείς. Έχει πολύ μικρή διάρκεια δράσης, καθώς υδρολύεται από εστεράσες του πλάσματος. Μπορεί να βρει εφαρμογή σε ζώα με ηπατική ανεπάρκεια, αφού ο μεταβολισμός του δεν εξαρτάται από το ήπαρ.

3.18 Βουτορφανόλη

Είναι μ-ανταγωνιστής και κ-αγωνιστής των υποδοχέων των οπιοειδών. Αν και αρχικά παρασκευάστηκε για ανθρώπινη χρήση, γρήγορα αποσύρθηκε, γιατί η διέγερση των κ υποδοχέων στον άνθρωπο προκαλεί δυσφορία. Η διάρκεια δράσης της είναι 1-2,5 ώρες. Η βουτορφανόλη ενισχύει την ηρεμιστική δράση των ηρεμιστικών και για αυτό το λόγο ο συνδυασμός τους χρησιμοποιείται συχνά στην προαναισθητική αγωγή. (Μαρσέλος Μ.1997)

ΣΥΝΟΨΗ ΚΕΦΑΛΑΙΟΥ:

Όλα τα οπιούχα, προέρχονται από την επεξεργασία, της παπαρούνας του οπίου. Ι κυριότεροι αντιπρόσωποι είναι: η ηρωίνη, μορφίνη, κωδεΐνη, μεθαδόνη. Χρησιμοποιούνται ως ισχυρά αναλγητικά του καρκινικού και μη πόνου και αντιβηχικά. Λόγω όμως της ανεξέλεγκτης διάδοσης και διακίνησής τους η χρήση τους επεκτάθηκε πέρα από ιατρικούς σκοπούς και από τους τοξικομανείς. Το φαινόμενο έχει λάβει μεγάλες διαστάσεις στη σημερινή κοινωνία καθώς η απεξάρτηση από τα οπιούχα είναι εξαιρετικά δύσκολη λόγω της έντονης σωματικής και ψυχολογικής εξάρτησης που προκαλούν. Οι μεγαλύτερες ποσότητες μπορεί να οδηγήσουν το χρήστη σε κόμμα ή σε θάνατο λόγω των ισχυρών επιδράσεων που ασκούν στο καρδιαγγειακό, αναπνευστικό και Κεντρικό Νευρικό Σύστημα.

4. Κανναβινοειδή

4.1 Ιστορία-Προέλευση-Επιδημιολογία

Ψυχοδραστικές ουσίες που προέρχονται από το φυτό της κάνναβης και ιδιαίτερα από την ποικιλία κάνναβης η ινδική. Χρήση του φυτού της κάνναβης για διατροφή, για κλωστικές ίνες αλλά και για τις ιατρικές του ιδιότητες αναφέρεται στη Νοτιοανατολική Ασία και την Κίνα από τη νεολιθική εποχή, δηλαδή γύρω στο 6.000 π.Χ. Γινόταν χρήση του επίσης ως ευφορική-διεγερτική ουσία σε θρησκευτικές τελετουργίες. Η κάνναβης έχει χρησιμοποιηθεί ως θεραπευτική ουσία για ποικίλες ασθένειες όπως ρευματισμούς, επιληψία, βρογχικό άσθμα, ψυχογενή ανορεξία, υστερία, πόνους, γλαύκωμα, ναυτία. Λαμβανομένων υπόψη των ενδεχομένων ανεπιθύμητων παρενεργειών (συμπτώματα τοξίκωσης με την επανάληψη της χορήγησης) και της απουσίας επαρκούς επιστημονικής τεκμηρίωσης έως σήμερα της θεραπευτικής υπεροχής της μαριχουάνας έναντι φαρμακευτικών παρασκευασμάτων για τη θεραπεία των ίδιων καταστάσεων, το θέμα της κλινικής χρησιμότητας της χορήγησης της κάνναβης για θεραπευτικούς σκοπούς παραμένει προς το παρόν ανοιχτό. Η κάνναβης είναι σήμερα η περισσότερο διαδεδομένη παράνομη ουσία που χρησιμοποιείται στο δυτικό κόσμο. (Ψαρούλης Δ.1992)

Στις ΗΠΑ διαδόθηκε από τους Μεξικανούς εργάτες στις αρχές του αιώνα μας με τη μορφή της μαριχουάνας. Η χρήση της μέχρι το 1960 περιοριζόταν ως επί το πλείστον στο κατώτερο κοινωνικοοικονομικό στρώμα και διατηρούσε μια φυλετική χροιά. Το κίνημα των χίπις υιοθέτησε την μαριχουάνα επηρεάζοντας τους νέους της μέσης και ανώτερης αστικής τάξης και η χρήση της μαριχουάνας διαδόθηκε στους νέους συμβολίζοντας ως ένα μεγάλο βαθμό τη διαμαρτυρία τους κατά του κατεστημένου της αμερικάνικης κοινωνίας. Η ανοδική πορεία στη χρήση της κάνναβης στις ΗΠΑ κορυφώθηκε γύρω στα τέλη της δεκαετίας του 1970 όπου το 60% των μαθητών λυκείου ανέφεραν δοκιμή ή συχνότερη χρήση της, ενώ 10.7% ανέφεραν καθημερινή της χρήση. Ακολούθησε μια σημαντική κάμψη της χρήσης μαριχουάνας έως το 1993 αφότου παρατηρείται μια νέα ανοδική πορεία έως σήμερα. Στο σύνολο του γενικού πληθυσμού άνω των 12 ετών, το 1/3 αναφέρει ότι έχει κάνει χρήση μαριχουάνας μια ή περισσότερες φορές στη ζωή ενώ το ποσοστό αυτό ανεβαίνει στο 60% στην ηλικιακή ομάδα 26-34 ετών. Χρήση στον τελευταίο χρόνο αναφέρεται από το 10% και μέσα στον τελευταίο μήνα από το 5% ενώ η χρήση είναι επικρατέστερη στους άνδρες από ότι στις γυναίκες σε αναλογία 2 προς 1.

Στην Ευρώπη η χρήση της κάνναβης εμφανίστηκε σαν σημαντικό κοινωνικό φαινόμενο στους νέους στα τέλη της δεκαετίας του 60 με αρχές του 70. Η χρήση της φαίνεται να σταθεροποιήθηκε στη δεκαετία του 80 ή σε ορισμένες χώρες να μειώθηκε και κάτω από τα επίπεδα του 70, αλλά μετά το 90 αυτή η φάση φαίνεται να αναστρέφεται και αρκετές χώρες αναφέρουν αύξηση της χρήσης. Η αναφερόμενη από το γενικό πληθυσμό χρήση της έστω και μια φορά στη διάρκεια της ζωής στις διάφορες Ευρωπαϊκές χώρες κυμαίνεται κατά μέσο όρο γύρω στο 12% και η χρήση στους 12 τελευταίους μήνες στο 3%. Στο μαθητικό πληθυσμό εφηβικής ηλικίας η χρήση έστω και μια φορά βρίσκεται στα επίπεδα περίπου του 15%.

Στην Ελλάδα η χρήση του χασίς χρονολογείται από τα τέλη του 19 αιώνα και η εμφάνιση του συνδέεται καθοριστικά με τη δημιουργία του πρώτου προλεταριάτου. Λιμενεργάτες δηλαδή στον Πειραιά που ήρθαν από τη Σύρο μεταφέροντας τις συνήθειες που απέκτησαν από τη συχνή επαφή τους στο λιμάνι της Ερμούπολης με γειτονικούς λαούς-Τούρκους, Αιγύπτιους και Άραβες. Η επιστροφή στρατιωτών από το Μικρασιατικό μέτωπο καθώς και η εγκατάσταση των προσφύγων στην Ελλάδα κάτω από αντίξοες συνθήκες συνέβαλαν στην περαιτέρω διάδοση της συνήθειας καπνίσματος της κάνναβης. Η χρήση του χασίς έως το 1960 περιοριζόταν σχεδόν αποκλειστικά στην εργατική τάξη ή σε καλλιτέχνες. Η διάδοση της σύγχρονης επιδημίας στους νέους παρατηρείται κατά κύριο λόγο από τα τέλη της δεκαετίας του 1970.

Στις επιδημιολογικές έρευνες που έγιναν στη χώρα μας το 1993 φαίνεται ότι υπάρχει διπλασιασμός μέσα στην τελευταία δεκαετία του αριθμού αυτών που έχουν χρησιμοποιήσει κάνναβη. Η χρήση της κάνναβης, έστω και μια φορά, αναφέρεται από το 4,6% των μαθητών εφηβικής ηλικίας σε όλη την Ελλάδα και από το 9,4% του γενικού πληθυσμού 12-65 ετών της Αθήνας. Το ποσοστό αυτό ανεβαίνει στο 15% για τα άτομα 25-35 ετών. (Κυστάλλης Α.1980)

4.2 Χημεία

Η χημική ουσία στην οποία κυρίως οφείλεται η ψυχοτρόπος ιδιότητα της κάνναβης είναι η Δ-9-τετραϋδροκανναβινόλη (Δ-9-THC). Η Δ-9-THC περιέχεται στη ρητίνη την οποία εκκρίνουν τα θηλυκά άνθη και διαποτίζει τους γειτονικούς στο άνθος μίσχους και τα ανώτερα φύλλα. Παρασκευάσματα του φυτού της κάνναβης με ψυχοδραστικές ιδιότητες συναντώνται με διαφορετικές ονομασίες όπως

«μαριχουάνα» (προέρχεται από τα άνθη, τα φύλλα του επάνω τμήματος και το μίσχο του φυτού), ή το «χασίς» (προέρχεται από τα διαποτισμένα από τη ρητίνη φύλλα), ενώ το «χασισέλαιο» αποτελεί το συμπυκνωμένο απόσταγμα του χασίς. Η περιεκτικότητα σε Δ-9-THC ποικίλει ανάλογα με το τμήμα του φυτού από το οποίο προέρχεται το παρασκεύασμα, την ποικιλία του φυτού ή τη γεωγραφική του προέλευση. Οι δόσεις Δ-9-THC στην κάνναβη που κυκλοφορεί στην παράνομη αγορά είναι συνήθως 1-5% για τη μαριχουάνα, γύρω στο 10% για το χασίς και περίπου 15-30% για το χασισέλαιο. Ο συνηθέστερος τρόπος χρήσης της κάνναβης είναι το κάπνισμα σε μορφή τσιγάρου. Η λήψη της μπορεί να γίνει και από το στόμα υπό μορφή γλυκισμάτων ή ροφημάτων. Ενδεικτικά αναφέρουμε ότι ως ελάχιστη δόση που μπορεί να δημιουργήσει τοξίκωση είναι για το κάπνισμα μαριχουάνας η περιεκτικότητα ενός τσιγάρου σε 0.5-2% Δ-9-THC, ενώ για τη λήψη από το στόμα απαιτείται τρεις φορές μεγαλύτερη δόση.

Η χρήση της κάνναβης διαπιστώνεται με την ανίχνευση κανναβινοειδών μεταβολιτών στα ούρα για χρονικό διάστημα 7-10 ημερών στις περιπτώσεις συνήθους χρήσης και για 2-4 εβδομάδες στις περιπτώσεις βαριάς χρήσης της ουσίας. (Λιάππας Α.1992)

4.3 Κατάχρηση-Εξάρτηση

Η κατάχρηση της κάνναβης χαρακτηρίζεται από την επαναλαμβανόμενη ή περιοδική χρήση της ουσίας με συνέπεια την αδυναμία να ανταποκριθεί το άτομο σε οικογενειακές, ακαδημαϊκές, εργασιακές και άλλες κοινωνικές υποχρεώσεις, την επαναλαμβανόμενη χρήση σε καταστάσεις που αυτή θέτει σε κίνδυνο το άτομο (π.χ. οδήγηση), τις επανειλημμένες εμπλοκές με το νόμο εξαιτίας της χρήσης και τη συνέχιση της χρήσης παρά την επίγνωση των επιπτώσεων στη διαπροσωπική και κοινωνική ζωή του ατόμου. Η απλώς «ψυχαγωγική χρήση» της κάνναβης είναι δύσκολο να διαχωριστή από την εξάρτηση ή την κατάχρησή της λόγω της δυσκολίας να αποδοθούν στην κάνναβη προβλήματα ψυχολογικά, κοινωνικά και συμπεριφοράς, ιδιαίτερα όταν συνυπάρχει χρήση και άλλων ουσιών.

Μελέτες δείχνουν ότι η εξάρτηση από την κάνναβη δεν είναι ισχυρή και φαίνεται να περιορίζεται σε μάλλον ήπια ψυχολογική εξάρτηση. Η βιολογική εξάρτηση δεν τεκμηριώνεται εφόσον δεν έχει βεβαιωθεί η παρουσία στερεοτικών συμπτωμάτων κλινικής σημασίας αν και αναφέρονται ήπια συμπτώματα (ευερεθιστότητα, άγχος, διαταραχή ύπνου, ανορεξία, απώλεια βάρους, εφίδρωση, τρεμούλες, διάρροια, ναυτία, εμετός, μυϊκά άλγη και

αυξημένη θερμοκρασία σώματος) μετά από χρόνια χρήση υψηλών δόσεων της ουσίας. Έχει διαπιστωθεί επίσης το φαινόμενο της ανοχής μετά από μακροχρόνια χρήση.

Η εξάρτηση από την κάνναβη, σύμφωνα με τα κριτήρια του DSM-IV χαρακτηρίζεται από την επιτακτική ανάγκη για λήψη της ουσίας, από την απασχόληση για την ανεύρεσή της κατά τη διάρκεια μεγάλου μέρους της ημέρας, από τις επιπτώσεις της χρήσης της στον οικογενειακό, ακαδημαϊκό, εργασιακό ή ψυχαγωγικό τομέα της ζωής του ατόμου και από την επιμονή στη χρήση της παρά την επίγνωση ότι προκαλεί στο άτομο προβλήματα σωματικά (π.χ. χρόνιο βήχα ως αποτέλεσμα του καπνίσματος) ή ψυχολογικά (π.χ. υπερβολική χαλάρωση ή αδράνεια ως αποτέλεσμα της χρόνιας χρήσης). (Μάτσα Κ.1992)

4.4 Φαρμακολογικές ιδιότητες

Η Δ-9-THC είναι ουσία λιποδιαλυτή και απορροφάται ταχύτατα μετά από τη λήψη της. Οι επιδράσεις της στο καρδιαγγειακό (αύξηση της αρτηριακής πίεσης, ταχυκαρδία) και το κεντρικό νευρικό σύστημα (νευροψυχολογικές και συναισθηματικές μεταβολές) κορυφώνονται στα 20 περίπου λεπτά μετά το κάπνισμα και διατηρούνται για 2 έως 3 ώρες. Λόγω της λιποδιαλυτότητας της χημικής ουσίας παρατηρείται επιβράδυνση στην αποδέσμευση των ψυχοδραστικών συστατικών από τους λιπώδεις ιστούς ή από την εντεροηπατική κυκλοφορία με ενδεχόμενο αποτέλεσμα την παράταση των επιδράσεων ή την επανεμφάνιση τους μετά από 12-24 ώρες από τη λήψη της ουσίας. (Γκιουζέπας Ι.1988)

4.5 Τοξικότητα

Μεταβολές στη συναισθηματική σφαίρα εκδηλώνονται στη φάση της οξείας μέθης με αίσθημα ευεξίας (high) και ακολουθούν συμπτώματα ευφορίας που συνοδεύονται από γέλιο και υπερβολική αυτοπεποίθηση, χαλάρωση ή και αταραξία. Σε ορισμένες περιπτώσεις εμφανίζεται άγχος, δυσφορία, κοινωνική απόσυρση, παρανοϊκή σκέψη. Στο φυσιολογικό επίπεδο διαπιστώνονται μυδρίαση, αύξηση της όρεξης, ξηροστομία και ταχυκαρδία. Ακόμα η τοξίκωση από κάνναβη αυξάνει την ευαισθησία στην πρόσληψη των αισθητηριακών ερεθισμάτων (φωτεινότερη αντίληψη των χρωμάτων, αντίληψη λεπτομερειών, αίσθημα ότι ο χρόνος διαρκεί περισσότερο). Σε υψηλές δόσεις είναι δυνατό να παρατηρηθούν συμπτώματα αποπροσωποποίησης και αποπραγματοποίησης, αντιληπτικές και αισθητηριακές διαταραχές.

Η τοξίκωση από κάνναβη προκαλεί νευροψυχολογικές διαταραχές στις λειτουργίες της άμεσης μνήμης, στις ικανότητες συγκέντρωσης και προσοχής, στην ικανότητα εκτέλεσης συνθετικών νοητικών διεργασιών, στην αντίληψη της διάρκειας του χρόνου, στις κινητικές δεξιότητες. Παρατηρούνται επίσης νευροφυσιολογικές διαταραχές όπως καταστολή του σταδίου REM του ύπνου και διάχυτη επιβράδυνση του βασικού ρυθμού στο ηλεκτροεγκεφαλογράφημα.

Η ένταση και η διάρκεια των επιδράσεων εξαρτάται από τη δόση, τον τρόπο λήψης, την ατομική αντίδραση και από τις ψυχοκοινωνικές προσδοκίες που συνδέονται με το συγκεκριμένο περιβάλλον όπου γίνεται η χρήση.

Η κλινική και κοινωνική σημασία των παραπάνω διαταραχών όπως π.χ. η επίπτωση στα αυτοκινητιστικά ατυχήματα ή στην ικανότητα οδήγησης αεροπλάνου αποτελούν αντικείμενο μελέτης και συζητήσεων. Αν και συχνά στα υπάρχοντα στοιχεία εμπλέκονται συγχυτικοί παράγοντες λόγω της παράλληλης χρήσης οινόπνευματων ή άλλων ουσιών, εντούτοις φαίνεται ότι οι κίνδυνοι από τις συνέπειες της χρήσης κάνναβης είναι υπαρκτοί και συσχετίζονται με τον βαθμό πολυπλοκότητας της δραστηριότητας.

Σωματικές βλάβες αναφέρονται από το χρόνιο κάπνισμα κάνναβης στο αναπνευστικό και πνευμονικό σύστημα λόγω της μεγαλύτερης ποσότητας πίσσας και άλλων ερεθιστικών για το αναπνευστικό σύστημα ουσιών που υπάρχουν στα τσιγάρα της κάνναβης σε σύγκριση με αυτά του καπνού, καθώς και της μακρύτερης διάρκειας και βαθύτερης εισπνοής κατά το κάπνισμα τσιγάρου μαριχουάνας σε σύγκριση με αυτό του καπνού. Τα κανναβινοειδή ενοχοποιούνται επίσης για καταστολή του ανοσοποιητικού συστήματος, για καρκινογόνο δράση και για επίδραση στο αναπαραγωγικό σύστημα μέσω της ανασταλτικής επίδρασης στην έκκριση ορμονών (τεστοστερόνης και λουτεΐνης) και της σπερματογένεσης. Οι διαταραχές αυτές θεωρούνται αναστρέψιμες. (Γκιουζέπας Ι.1988)

4.6 Ψυχικές διαταραχές

Η χρήση της κάνναβης μπορεί να προκαλέσει ψυχικές διαταραχές που προσομοιάζουν με τις πρωτογενείς ψυχικές διαταραχές όπως οι αγχώδεις, οι συναισθηματικές ή οι ψυχωτικές διαταραχές. Στη διαφορική διάγνωση μεταξύ των ψυχικών διαταραχών που προκαλούνται από τη χρήση της κάνναβης και των πρωτογενών ψυχικών διαταραχών ο κλινικός λαμβάνει υπόψη, εκτός από τα απαραίτητα τεκμήρια για χρήση της ουσίας, την χρονική σχέση ανάμεσα στην έναρξη και τη λήξη της χρήσης και την έναρξη και τη λήξη των ψυχιατρικών συμπτωμάτων. Εφόσον τα συμπτώματα προηγούνται της έναρξης

χρήσης της ουσίας ή επιμένουν επί μακρό μετά το πέρας της οξείας τοξίκωσης (περισσότερο από 4 εβδομάδες) και ενώ το άτομο απέχει της ουσίας, τότε η διαταραχή θεωρείται ως μη προκληθείσα από τη χρήση της ουσίας ή ως επιμένουσα διαταραχή. Ένα πρόσθετο διαφοροδιαγνωστικό στοιχείο αποτελεί η παρουσία μη τυπικών της πρωτογενούς διαταραχής χαρακτηριστικών όπως για παράδειγμα η άτυπη ηλικία έναρξης. Η διαφοροδιάγνωση ανάμεσα στην ψυχική διαταραχή που προκαλείται από την ουσία και την κατάσταση της οξείας τοξίκωσης τεκμηριώνεται από την παρουσία συμπτωμάτων που υπερβαίνουν τα αναμενόμενα από την απλή τοξίκωση και που η σοβαρότητά τους απαιτεί την κλινική προσοχή και παρέμβαση.

Θα πρέπει ακόμα να σημειωθεί ότι τίθεται πάντα το ερώτημα κατά πόσον η χρήση της κάνναβης συμμετέχει στην εκδήλωση των ψυχικών διαταραχών ως πρωτογενής αιτιολογικός παράγων ή ως εκλυτικός επί προϋπάρχουσας ευάλωτης προσωπικότητας, ψυχοπαθολογικής επιρρέπειας ή λανθάνουσας ψυχικής διαταραχής.

Οι αναφερόμενες από το DSM-IV ψυχικές διαταραχές που συνδέονται με τη χρήση της κάνναβης είναι:

Παραληρηματική διαταραχή τοξίκωσης: Πέρα από τις διαταραχές στις γνωστικές λειτουργίες και την αντίληψη που οφείλονται στην τοξίκωση από την κάνναβη και που είναι δυνατό να εμφανιστούν ακόμα και μετά από μικρές δόσεις κάνναβης, η τοξίκωση μπορεί να προκαλέσει και μακρύτερης διάρκειας (έως και 10 ημερών) οργανικού τύπου διαταραχές όπως σύγχυση, αποδιοργάνωση της σκέψης, συναισθηματική αστάθεια, παραλήρημα και ψευδαισθήσεις.

Ψυχωτική διαταραχή: Υψηλές δόσεις κάνναβης μπορεί να προκαλέσουν παροδικές παρανοειδείς διαταραχές ή σε σπάνιες περιπτώσεις τυπικές ψυχωτικές διαταραχές ή να λειτουργήσουν ως ευοδωτικός/ επιταχυντικός παράγοντας στην εκδήλωση σχιζοφρενικής διαταραχής.

Αγχώδης διαταραχή: Έντονο άγχος αλλά και κρίσεις πανικού αποτελούν ένα αρκετά συνηθισμένο φαινόμενο της τοξίκωσης από κάνναβη. Η εμφάνισή τους σχετίζεται με τη δόση, έχει σύντομη διάρκεια και εμφανίζεται συχνότερα στους μη έμπειρους χρήστες. Οι αντιδράσεις αυτές τροφοδοτούνται από παρανοειδείς σκέψεις που δημιουργούν περίεργους και υπερβολικούς φόβους.

Μη οριζόμενες αλλιώς διαταραχές: Εδώ κατατάσσονται άλλα συμπτώματα που είναι δυνατόν να προκαλέσει η τοξίκωση όπως κατάθλιψη, υπομανία, διαταραχές ύπνου,

συμπτώματα σεξουαλικής δυσλειτουργίας. Οι διαταραχές αυτές είναι συνήθως αναστρέψιμες μετά από σχετικά σύντομο χρονικό διάστημα μετά τη διακοπή της χρήσης.

Τέλος υποστηρίζεται, χωρίς να έχει επιβεβαιωθεί, ότι η χρόνια χρήση της κάνναβης προκαλεί το σύνδρομο απουσίας κινήτρων (amotivational syndrome) που χαρακτηρίζεται από απώλεια ενδιαφέροντος και επιδιώξεων, απάθεια, δυσκολία στη συγκέντρωση και κοινωνική απόσυρση. Και εδώ πάλι είναι δύσκολο να εκτιμηθεί αν η χρήση της κάνναβης αποτελεί πρωτογενή αιτιολογικό παράγοντα στο σύνδρομο ή αν τα συγκεκριμένα ψυχοκοινωνικά χαρακτηριστικά του ατόμου προδιαθέτουν για τη χρήση της. Δεν θα πρέπει να υποτιμάται παρ' όλα αυτά η ενδεχόμενη επίδραση στη διαμόρφωση της προσωπικότητας του ανθρώπου, καθώς μελέτες σε ζώα αποδεικνύουν ότι η παρατεταμένη χορήγηση Δ-9-THC φαίνεται να προκαλεί δομικές και λειτουργικές μεταβολές στους νευρώνες του ιππόκαμπου.

Η χρήση της κάνναβης συνδέεται με ιστορικό διαταραχής της συμπεριφοράς, διαταραχής αντικοινωνικού τύπου καθώς και διαταραχής του συναισθήματος κατά την παιδική και εφηβική ηλικία. Η επιδημιολογική εικόνα της χρήσης της κάνναβης σχετίζεται με τη σημασία των παραπάνω προδιαθεσικών παραγόντων. Όπως δείχνουν μελέτες στον μαθητικό πληθυσμό στη χώρα μας όπου η χρήση είναι συγκριτικά με άλλες χώρες λιγότερο εκτεταμένη, οι προαναφερθέντες παράγοντες διαταραχής συμπεριφοράς και συναισθήματος φαίνονται να παίζουν, μεταξύ άλλων, αποφασιστικό ρόλο στην έναρξη ή και στη συνέχιση και διατήρηση της χρήσης της κάνναβης. (Γκιουζέπας Ι. 1988)

4.7 Θεραπευτική προσέγγιση και ο ρόλος του Νοσηλευτή

Ο χρήστης κάνναβης αρνείται συνήθως να αποδεχθεί ότι κάνει βαριά χρήση της ουσίας, γεγονός που αποτελεί ανασταλτικό παράγοντα στην αναζήτηση θεραπείας. Συχνά η αναζήτηση θεραπείας προκύπτει από προβλήματα που εμφανίζονται λόγω της παράλληλης χρήσης οιοπνευματωδών ή άλλων ουσιών.

Οι συνηθέστερες μέθοδοι που εφαρμόζονται στη θεραπεία της κατάχρησης και εξάρτησης από κάνναβη είναι οι ψυχοκοινωνικές, σε «στεγνά» προγράμματα. Η ψυχιατρική αξιολόγηση από την ομάδα ψυχικής υγείας και τον νοσηλευτή, μπορεί να βοηθήσει στην ανίχνευση υποβόσκουσας ψυχοπαθολογίας και η αντιμετώπισή της να συμβάλλει σημαντικά στη θεραπεία της εξάρτησης και στην πρόληψη της υποτροπής.

Τέλος η θεραπεία ψυχικών διαταραχών που προκαλούνται από τη χρήση κάνναβης αντιμετωπίζονται κατά κύριο λόγο με υποστηρικτικές παρεμβάσεις, ιδιαίτερα στις αγχώδεις

διαταραχές. Στις πιο σοβαρές αγχώδεις ή άλλες ψυχιατρικές διαταραχές εφαρμόζεται συμπτωματική και βραχεία φαρμακευτική αγωγή παράλληλα με τις υποστηρικτικές παρεμβάσεις.(Κοκκέβη Α. 1988)

ΣΥΝΟΨΗ ΚΕΦΑΛΑΙΟΥ:

Η χρήση της ινδικής κάνναβης έχει σαν αποτέλεσμα την αδυναμία ανταπόκρισης του ατόμου στις κοινωνικές, οικογενειακές, εργασιακές υποχρεώσεις του. Χρόνια χρήση της προκαλεί νευροψυχολογικές διαταραχές καθώς και σωματικές βλάβες στο αναπνευστικό και το πνευμονικό σύστημα. Η εξάρτηση που προκαλεί είναι καθαρά ψυχολογική και η υποστηρικτική θεραπεία απεξάρτησης γίνεται από την ομάδα ψυχικής υγείας και το Νοσηλευτή.

5. Κατασταλτικά κεντρικού νευρικού συστήματος

5.1 Βαρβιτουρικά

Τα βαρβιτουρικά φάρμακα παραγόμενα από το βαρβιτουρικό οξύ είναι καταπραϋντικά και "υπνωτικά", που ασκούν ηρεμιστική επίδραση στο άτομο, καθώς καταπιέζουν συγκεκριμένα κέντρα του Νευρικού Συστήματος. Αντίθετα από τις αμφetaμίνες τα βαρβιτουρικά μπορούν να προκαλέσουν εθισμό, συνεπώς "ναρκομανία", δεδομένου ότι η συνεχής χρήση τους δημιουργεί την ανάγκη αύξησης των δόσεων για την επιτυχία των επιθυμητών καταστάσεων "ηρεμίας". Η συνεχής χρήση και οι αυξανόμενες δόσεις βαρβιτουρικών οδηγούν το άτομο σε έντονη νευρική κατάσταση, χάσιμο βάρους και ακόμη πιθανές ανεπανόρθωτες βλάβες του εγκεφάλου και του Νευρικού Συστήματος. Τα συμπτώματα του "συνδρόμου αποστέρησης" είναι τόσο οδυνηρά και επικίνδυνα, που κατά περίπτωση ξεπερνούν και εκείνα της ηρωίνης και συμπεριλαμβάνουν σπασμούς και ντελίριουμ. Στη γλώσσα των ναρκομανών τα διάφορα βαρβιτουρικά, όπως και άλλα φάρμακα έχουν δικά τους ονόματα (συνήθως από το χρώμα των χαπιών) και είναι γνωστά ως "μπάρμπς", "χαζόμπαλες", "κόκκινοι διάβολοι", "σφήκες", "μπλού μπέρντς" κ.λπ. Και τα βαρβιτουρικά, όπως οι αμφetaμίνες βρίσκονται σε κάθε σπιτικό φαρμακείο και αποτελούν εύκολη λεία και οξύτατη πρόκληση για νεαρούς "επίδοξους" ναρκομανείς.(Δαρδαβέσης Θ.1993)

5.2 Βενζοδιαζεπίνες

Τα φάρμακα της ομάδας αυτής είναι τα πλέον συχνά χρησιμοποιούμενα στη θεραπεία του άγχους. Έχουν επίσης ηρεμιστικές, υπνωτικές, αντισπασμωδικές, και μυοχαλαρωτικές ιδιότητες. Σε χαμηλότερες δόσεις έχουν αγχολυτική δράση, ενώ σε υψηλότερες, κατασταλτικές-υπνωτικές δράσεις. Οι βενζοδιαζεπίνες δρουν στο GABA νευρομεταβιβαστικό σύστημα. Οι κλινικοί θα πρέπει να είναι εξοικειωμένοι με τη φαρμακολογία των ουσιών αυτών, ώστε όταν τα συνταγογραφούν να εξασφαλίζεται η ασφάλεια και η αποτελεσματικότητα και να αποφεύγεται η κατάχρηση. Με τις βενζοδιαζεπίνες ενδέχεται να επέλθει εξάρτηση, κυρίως μετά από μακροχρόνια χρήση εκείνων που είναι υψηλής ισχύος και βραχείας δράσης, όπως η αλπραζολάμη (Xanax) και η λοραζεπάμη (Tavor). Όμως, η εξάρτηση (dependence) από την ουσία που εμφανίζεται

με σωματικά συμπτώματα απόσυρσης μετά τη διακοπή, δεν είναι η ίδια με τον εθισμό (addiction) που συνίσταται σε συναισθηματική κυρίως εξάρτηση από την ουσία. Οι βενζοδιαζεπίνες παρουσιάζουν επίσης διασταυρούμενη ανοχή με το αλκοόλ. Για τους λόγους αυτούς οι βενζοδιαζεπίνες μάλλον δεν θα πρέπει να συνταγογραφούνται σε ασθενείς με ιστορικό κατάχρησης ή εθισμού από αλκοόλ ή άλλες εθιστικές ουσίες. Οι περισσότερες βενζοδιαζεπίνες απορροφώνται όταν ληφθούν στοματικά, με άδειο στομάχι. Πολλές φτάνουν τα υψηλότερα επίπεδα πλάσματος σε 1-3 ώρες, αλλά το εύρος μπορεί να ποικίλει περισσότερο. Η ταχύτητα έναρξης της δράσης του φαρμάκου επηρεάζει επίσης την εμπειρία του ασθενή. Μερικοί περιγράφουν την ταχεία έναρξη δράσης σαν πολύ ευχάριστη και νιώθουν ότι η αγωγή είναι θεραπευτική επειδή αισθάνονται τη δράση της γρήγορα. Άλλοι ασθενείς βιώνουν την ταχεία έναρξη δράσης σαν αρνητική, επειδή δυσφορούν στην καταστολή που παράγεται. Πέρα από τη διαφορετική ισχύ, όλες οι βενζοδιαζεπίνες έχουν τα ίδια μέγιστα αποτελέσματα (Πίνακας 10). Η διάρκεια του αποτελέσματος εξαρτάται από την κατανομή και το χρόνο ημισείας ζωής κάθε φαρμάκου. Ο χρόνος απορρόφησης μας ενδιαφέρει όταν έχουμε σκοπό να συνταγογραφήσουμε βραχυπρόθεσμα ή μία μόνο δόση, ενώ για τη χρόνια χορήγηση ο χρόνος απέκκρισης του φαρμάκου είναι περισσότερο καθοριστικός για την επιλογή του πλέον κατάλληλου. Θα πρέπει επίσης να έχουμε υπόψη ότι αντιδραστικό (rebound) άγχος και τα προβλήματα από απόσυρση μπορεί πιο συχνά να συμβούν με βενζοδιαζεπίνες που έχουν μικρό χρόνο ημιζωής. Με μερικές βενζοδιαζεπίνες μπορούμε να χρησιμοποιήσουμε και άλλες οδούς χορήγησης (Πίνακας 11). Εκτός από τη λοραζεπάμη (Tavor), οξαζεπάμη (Serax), και τεμαζεπάμη (Restoril), που μεταβολίζονται από τα νεφρά, οι άλλες βενζοδιαζεπίνες μεταβολίζονται από το ήπαρ. Αυτό είναι πολύ σημαντικό για ασθενείς που πάσχουν από νεφρική ή ηπατική νόσο. (Διακογιάννης Ι. 1993)

5.2.1 Αλληλεπιδράσεις φαρμάκων:

Τα αντιόξινα μειώνουν την απορρόφηση των βενζοδιαζεπινών. Οι βενζοδιαζεπίνες δρουν συνεργικά με άλλα κατασταλτικά του ΚΝΣ, όπως αλκοόλ, αντιισταμινικά, βαρβιτουρικά, και κυκλικά αντικαταθλιπτικά, προκαλώντας καταστολή. Τα επίπεδα όλων των βενζοδιαζεπινών, εκτός αυτών που δεν αποδομούνται στο ήπαρ (όπως, η λοραζεπάμη, η οξαζεπάμη, και η τεμαζεπάμη), αυξάνονται όταν συγχρηγούνται με άλλα φάρμακα που μεταβολίζονται επίσης στο ήπαρ, όπως η δισουλφιράμη (Antabuse), η σιμετιδίνη, η ερυθρομυκίνη, τα οιστρογόνα (όπως το Premarin), η ισονιαζίδη, και οι

αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης (SSRIs). Τα αντιεπιληπτικά και το κάπνισμα τείνουν να μειώσουν τα επίπεδα βενζοδιαζεπινών. Επίσης, τα επίπεδα της φαινυτοΐνης (Dilantin) και διγοξίνης (Lanoxin) μπορεί να αυξηθούν με την παράλληλη χρήση βενζοδιαζεπινών. Διακοπή θεραπείας: Επειδή στους περισσότερους ασθενείς αναπτύσσεται εξάρτηση μετά από μακροχρόνια θεραπεία με βενζοδιαζεπίνες και πιθανότατα να εμφανιστούν σημεία απόσυρσης κατά τη φάση διακοπής, η αγωγή θα πρέπει να μειωθεί αργά, περίπου κατά 25% κάθε εβδομάδα. Το σύνδρομο απόσυρσης από βενζοδιαζεπίνες περιλαμβάνει άγχος, ανησυχία, εφίδρωση, νευρική κούραση, κόπωση, φωτοφοβία, τρόμο, αϋπνία, και αδυναμία. Επιληπτοειδείς κρίσεις μπορεί να συμβούν εάν γίνει απότομη διακοπή υψηλών δόσεων βενζοδιαζεπινών. (Διακογιάννης Ι.1993)

5.2.2 Παρενέργειες

Οι παρενέργειες περιλαμβάνουν καταστολή και διαταραχές στη μνήμη, στον κινητικό συγχρονισμό και στη γνωστική ικανότητα. Οξείες δόσεις βενζοδιαζεπινών μπορεί επίσης να προκαλέσουν παλίνδρομη αμνησία, ειδικότερα με παράλληλη χρήση αλκοόλ. Συμπεριφορά με έλλειψη ικανότητας αναστολής, όπως εκρήξεις θυμού, επιθετικότητα, αυξημένος παρορμητισμός και ευφορία μπορεί να παρουσιαστεί, ειδικότερα σε ασθενείς με συνυπάρχοντα ιατρικά προβλήματα, καθώς και σε ασθενείς με διαταραχές προσωπικότητας με ιστορικό έλλειψης ικανότητας ελέγχου. Με τη χρήση βενζοδιαζεπινών μπορεί να προκληθούν καταθλιπτικά συμπτώματα που συνήθως μπορούν να αντιμετωπιστούν αποτελεσματικά με αντικαταθλιπτικά. Αλλεργικές αντιδράσεις είναι σπάνιες. Ηπατοπαθείς και ηλικιωμένοι είναι ιδιαίτερα ευπαθείς στην ανάπτυξη παρενεργειών. Επίσης, η αναπνοή ενδέχεται να διαταραχθεί σε ευπαθείς ασθενείς με χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια. Κάποια δεδομένα υποδεικνύουν ότι οι βενζοδιαζεπίνες μπορεί να προκαλέσουν τερατογένεση, και συνεπώς θα πρέπει να αποφεύγονται κατά την εγκυμοσύνη. Τα φάρμακα αυτά εκκρίνονται επίσης στο γάλα θηλασμού, και συνεπώς θα πρέπει να αποφεύγεται η χρήση τους κατά την περίοδο θηλασμού. (Αναστασίου Ε.1993)

5.2.3 Βενζοδιαζεπίνες με μακρό χρόνο δράσης

Ημιζωή μεγαλύτερη των 30ωρών:

- Αλαζεπάμη(raxipam)
- Διαζεπάμη(valium, ansiolin, tranquirit)
- Δελοραζεπάμη(En)
- Εσταζολάμη (prosom)
- Κλοβαζάμη (Frisium)
- Κουαζεπάμη (Doral, quazium)
- Μεδαζεπάμη (Nobrium)
- Νορδραζεπάμη (Madar, Stilny)
- Πραζεπάμη (centrax, lysanxia, prazene, trepidan)
- Φλουραζεπάμη (dalmadorm, flunox)
- Χλωραζεπάτη ή κλοραζεπάτη(tranxene)

5.2.4 βενζοδιαζεπίνες με πολύ σύντομο χρόνο δράσης

Ημιζωή απο 1 εως 7ώρες:

- Βρωτιζολάμη(Lendormin)
- Δοξεφαζεπάμη(Doxans)
- Ετιζολάμη(Depas)
- Μιδαζολάμη(Hypnovel, Dormicum)
- Τριαζολάμη(Halcion, Songar)

5.2.5 Θεραπευτικές ενδείξεις και ανεπιθύμητες ενέργειες

Οι βενζοδιαζεπίνες παρουσιάζουν διάφορες κοινές θεραπευτικές ενδείξεις:

- αγχολυτικές(μείωση άγχους)
- υπνωτικές ή ηρεμιστικές(προκαλούν ύπνο)
- μυοχαλαρωτικές (χαλαρώνουν το σκελετικό μυθικό σύστημα)
- αντισπασμωδικές(χρησιμοποιούνται για την επιληψία)

Οι θεραπευτικές ενδείξεις οφείλονται στην ικανότητα των βενζοδιαζεπινών να αυξάνουν τη μετάδοση του GABA. Όλες οι βενζοδιαζεπίνες προκαλούν όλες αυτές τις θεραπευτικές ενέργειες, αν και μεταξύ των μορίων των βενζοδιαζεπινών υπάρχουν διαφορές στο βαθμό που επιδρούν. Επομένως, δεν υπάρχουν μόρια με επίδραση μόνο μυοχαλαρωτική, αλλά και μόρια με επίδραση κυρίως μυοχαλαρωτική σε κάπως μικρότερο βαθμό με τις υπόλοιπες επιδράσεις. Οι ανεπιθύμητες ενέργειες παρουσιάζονται συνήθως ως μια

ενίσχυση των θεραπευτικών ενεργειών. Οι πιο συχνές ανεπιθύμητες ενέργειες που έχουν αναφερθεί είναι οι εξής:

- καταστολή
- εξασθένηση, κόπωση
- υπνηλία
- μειωμένη γνωσιακή και ψυχοκινητική απόδοση
- αταξία
- ίλιγγος
- κεφαλαλγία (Διακογιάννης Ι.1993)

5.3 Βουσπιρόνη

Η βουσπιρόνη (Bespar) δρα στο σεροτονεργικό σύστημα σαν σεροτονεργικός αγωνιστής, μειώνοντας το σεροτονικό turnover. Η δράση της δε διασταυρώνεται με τις βενζοδιαζεπίνες. Η βουσπιρόνη έχει γίνει αποδεκτή για την αντιμετώπιση της γενικευμένης αγχώδους διαταραχής, αλλά χρησιμοποιείται επίσης συχνά σαν ενισχυτικός παράγοντας άλλων αγωγών, όπως των SSRIs.

Η βουσπιρόνη είναι διαθέσιμη σε tabl 5,10, 15, 30 mg. Το κυριότερο μειονέκτημά της είναι η αργή έναρξη της αγχολυτικής δράσης, συνήθως 1 έως 2 εβδομάδες. Το μέγιστο αποτέλεσμα συντελείται σε 4 έως 6 εβδομάδες. Μεταβολίζεται ηπατικά, και ο χρόνος ημιζωής είναι 2 έως 12 ώρες. Η αρχική δόση είναι 5 mg τρεις φορές την ημέρα. Δόσεις 10 mg τρεις φορές την ημέρα είναι αποτελεσματικές και θα μπορούσαν να αυξηθούν μέχρι 20 mg τρεις φορές την ημέρα.

Παρενέργειες περιλαμβάνουν ανησυχία και, λιγότερο συχνά, κεφαλαλγία, γαστρεντερική δυσφορία, και ζάλη. Τα πλεονεκτήματά της είναι η έλλειψη καταστολής και η μικρή πιθανότητα για κατάχρηση ή συμπτώματα απόσυρσης, σε σχέση με τις βενζοδιαζεπίνες. Η βουσπιρόνη θα μπορούσε επίσης να χρησιμοποιηθεί για την αντιμετώπιση της σεξουαλικής δυσλειτουργίας και του τριγμού των δοντιών κατά τη νύχτα (βρουξισμός), που προέρχονται από λήψη SSRIs. (Ποταμιανός Γ.1995)

5.4 Εισπνεόμενα-Πτητικά

Τα εισπνεόμενα είναι ουσίες που περιέχονται σε προϊόντα καθημερινής χρήσης και μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την αλλαγή της ψυχικής διάθεσης του ατόμου. Οι ουσίες

αυτές χρησιμοποιούνται αν εισπνεύσουμε τα αέρια που δημιουργούν. Πρόκειται για πτητικούς υδρογονάνθρακες δηλαδή ενώσεις υδρογόνου και άνθρακα, που παράγονται από το πετρέλαιο, το κάρβουνο και τη ζύμωση φυτικών υλών.

Χρησιμοποιούνται συνήθως ως διαλύτες σε προϊόντα που στερεοποιούνται πολύ εύκολα. Οι πιο συχνά εισπνεόμενες ουσίες είναι το τολουένιο, η ακετόνη και το βουτάνιο. Οι ουσίες αυτές περιέχονται σε πάρα πολλά είδη καθημερινής χρήσης όπως:

- ουσίες στεγνού καθαρίσματος
- διαλυτικά (ασετόν, νέφτι κ .α)
- ουσίες που περιέχονται σε προϊόντα υπό μορφή σπρέϋ
- ουσίες που περιέχονται σε κόλλες
- διορθωτικά υγρά
- αέριο σε αναπτήρες

Ένα μέσο σπίτι περιέχει παραπάνω από τριάντα ουσίες, που μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως εισπνεόμενα. Τα αέρια που αναδύονται από τις ουσίες αυτές απορροφώνται από τους πνεύμονες και φθάνουν γρήγορα στον εγκέφαλο. Μερικά από τα άμεσα αποτελέσματα της εισπνοής είναι ευφορία, φυσική χαλάρωση και σύγχυση, ενώ κάποια άλλα οφείλονται στη μείωση του οξυγόνου που προκαλείται με αυτόν τον τρόπο. Καταστέλλονται επίσης η αναπνοή και ο σφυγμός. Η εμπειρία που προκύπτει είναι παρόμοια με την αλκοολική μέθη. Πονοκέφαλος και εμετός είναι πολύ συχνά συμπτώματα, ειδικά στους πρωτόπειρους. Η συνέχιση των εισπνοών οδηγεί σε αποπροσανατολισμό, υπνηλία, μούδιασμα και απώλεια των αισθήσεων. Αυτό είναι πολύ επικίνδυνο ειδικά σε περιπτώσεις που ο χρήστης έχει κλείσει το κεφάλι του μέσα σε σακούλα χωρίς να βρίσκεται κοντά του κάποιος άλλος. Μερικές φορές αναφέρονται και ψευδαισθήσεις. (Παπαζήσης Γ.2005)

5.4.1 Μπορείς να εξαρτηθείς από τα εισπνεόμενα;

Το φαινόμενο της χρήσης των εισπνεόμενων είναι σχετικά νέο και έτσι υπάρχουν λίγες πληροφορίες για τα αποτελέσματα που δημιουργεί η χρόνια χρήση. Έρευνες σε βιομηχανικούς εργάτες, που είναι συνεχώς εκτεθειμένοι σε αέρια διαλυτών, δείχνουν ότι υπάρχουν κίνδυνοι για το συκώτι, τα νεφρά και τον εγκέφαλο. Παρόλο που δεν υπάρχουν σίγουρα ιατρικά συμπεράσματα, παρόμοια προβλήματα έχουν παρατηρηθεί σε χρόνιους χρήστες εισπνεόμενων.

Εξάλλου, επειδή τα εισπνεόμενα όπως και το οινόπνευμα έχουν επίδραση στην κριτική ικανότητα του ατόμου και στον αυτοέλεγχο του, πολλές φορές η χρήση τους απελευθερώνει την επιθετικότητα προκαλώντας προβλήματα παραβατικότητας και βίαιης συμπεριφοράς. Η επιθετικότητα αυτή μπορεί να προκαλέσει προβλήματα στην οικογένεια και το σχολείο (απουσίες, επιθετικότητα στο σχολείο, κ .α). Σχεδόν όλοι οι ερευνητές συμφωνούν ότι η χρήση τολουένιου και ακετόνης (ουσίες που περιέχονται σε πολλές κόλλες), εφόσον γίνεται για μικρό χρονικό διάστημα, δεν φαίνεται να προκαλούν χρόνιες βλάβες στον οργανισμό. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι έχουν αναφερθεί αιφνίδιοι θάνατοι από εισπνοές βουτανίου.(Ποταμιανός Γ.1995)

ΣΥΝΟΨΗ ΚΕΦΑΛΑΙΟΥ:

Στα κατασταλτικά κεντρικού νευρικού συστήματος ανήκουν τα Βαρβιτουρικά, οι Βενζοδιαζεπίνες, η Βουσπιρόνη και τα Εισπνεόμενα-Πτητικά. Χρησιμοποιούνται σαν υπνωτικά και αγχολυτικά. Ο φόβος του εθισμού όσον αφορά τις ουσίες αυτές είναι αρκετά περιορισμένος λόγω της ελεγχόμενης ιατρικής τους διάθεσης

6. Ψυχοδιεγερικά φάρμακα

6.1 Κοκαΐνη

6.1.1 Ιστορία και προέλευση

Την τελευταία δεκαετία, έχει αρχίσει ένας νέος πόλεμος ναρκωτικών στην Νότια Αμερική, ο πόλεμος της κοκαΐνης. Αιτία η παραγωγή και η διοχέτευση σε όλον τον κόσμο, και ιδιαίτερα στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής, μίας νέας μορφής του εξαρτησιογόνου φαρμάκου, της κοκαΐνης.

Ο θάμνος της κόκας (=Erythroxylon coca) είναι ξυλώδης θάμνος ύψους 2 μέτρων που καλλιεργείται στην ορεινή περιοχή της Νότιας Αμερικής και ιδιαίτερα στις χώρες Βολιβία, Περού, Κολομβία και Βραζιλία. Τα φυτά πολλαπλασιάζονται με σπόρο ή με μόσχευμα και είναι έτοιμα να δώσουν ικανοποιητική σοδειά μετά από ενάμιση χρόνο. Τα φύλλα ξεραίνονται στον ήλιο ή σε ρεύμα θερμού αέρα, και κατόπιν υποβάλλονται σε επεξεργασία εκχύλισης του αλκαλοειδούς.(Κουτσελίνης Α.2002)

Οι λαοί του Περού και της Βολιβίας μασούν τα φύλλα της κόκας για να καταπολεμήσουν το αίσθημα της πείνας και να ξεπεράσουν την κούραση και την εξάντληση που προκαλεί το υψόμετρο στο οποίο ζουν. Η αρχή αυτής της συνήθειας των ιθαγενών χάνεται στα βάθη των αιώνων. Το έθιμο του μασήματος των φύλλων της κόκας είναι άρρηκτα δεμένο με τους κοινωνικούς και οικονομικούς παράγοντες της περιοχής.

Υπολογίζεται, σήμερα, ότι κάθε χρόνο καταναλίσκονται 9 εκατομμύρια χιλιόγραμμων φύλλων κόκας από 2 εκατομμύρια κατοίκων των υψιπέδων του Περού.

Το κύριο δραστικό συστατικό των φύλλων της κόκας είναι το αλκαλοειδές κοκαΐνη που εκχειλίζεται από τα φύλλα του θάμνου αυτού με μία πολύ απλή χημική μέθοδο.

Το αλκαλοειδές αυτό απομονώθηκε για πρώτη φορά από τον Niemann, ο οποίος παρατήρησε ότι έχει πικρή γεύση, και προκάλεσε στην γλώσσα μία ιδιόμορφη ενέργεια που την έκανε «μουδιασμένη» και σχεδόν «αναισθητή». Η κλινική χρήση της κοκαΐνης έγινε πραγματικότητα από δύο νεαρούς Βιεννέζους γιατρούς, τον Sigmund Freud (1856-1939) και τον Karl Koller (1857-1944).Ο Koller γρήγορα εκτίμησε ότι οι αναισθητικές ιδιότητες της κοκαΐνης είχαν μεγάλη πρακτική σημασία και συνέστησε την χρήση της ως τοπικό αναισθητικό φάρμακο στην οφθαλμολογία.

Σε σύντομο χρονικό διάστημα, ο Hall, το 1884, εισήγαγε την τοπική αναισθησία στην οδοντιατρική, και τον επόμενο χρόνο στην Βαλτιμόρη ο William Stewart Halset (1852-1922), με την ανακοίνωση της διαπίστωσης του ότι η κοκαΐνη μπορεί να αποκλείσει την μεταβίβαση της διέγερσης κατά μήκος του νεύρου, θεμελίωσε την αναισθησία του νευρικού αποκλεισμού στην χειρουργική.(Μάρσελος Μ.1997)

Σήμερα, στα τροπικά δάση πολλών χωρών της Νότιας Αμερικής υπάρχουν αμέτρητα πρόχειρα χημικά εργαστήρια που επεξεργάζονται τα φύλλα της κόκας και παράγουν την υδροχλωρική κοκαΐνη, που στην συνέχεια διοχετεύεται με ιδιωτικά αεροπλάνα και διάφορα άλλα μεταφορικά μέσα κυρίως στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής, αλλά και στην Ευρώπη. Τα κέρδη από το παράνομο εμπόριο της κοκαΐνης δεν είναι δυνατόν να υπολογιστούν επακριβώς· είναι όμως γενικά παραδεκτό ότι ανέρχονται σε αστρονομικά ποσά. Για τον λόγο αυτόν οι παραγωγοί (= έμποροι) της κοκαΐνης ονομάζονται βαρώνοι της κοκαΐνης! (Κουτσελίνης Α.2002)

6.1.2 Χημεία

Από χημική άποψη, η κοκαΐνη είναι βενζυλο-μεθυλο-εκγονίνη, με χαρακτηριστική δομή, όμοια σε όλα σχεδόν τα τοπικά αναισθητικά. Περιέχει αρωματικό δακτύλιο, ενδιάμεση αλυσίδα και αμινική ομάδα. Όπως και τα άλλα τοπικά αναισθητικά έτσι και η κοκαΐνη παρεμποδίζει τη δημιουργία και την αγωγή ερεθισμάτων κατά μήκος των νευρικών ινών.(Μάρσελος Μ.1997)

6.1.3 Φαρμακινητική

Η κοκαΐνη είναι υδατοδιαλυτή και λιποδιαλυτή ένωση, με αποτέλεσμα να απορροφάται σχετικά εύκολα, επειδή διαπερνά όλα τα εμπόδια που παρεμβάλλουν οι βιολογικές μεμβράνες. Η κοκαΐνη είναι δυνατόν να ληφθεί από του στόματος, με προορισμό την απορρόφηση από το στοματικό βλεννογόνο, ή από το γαστρικό και τον εντερικό βλεννογόνο, μετά από κατάποση. Συχνότερα λαμβάνεται, όμως, από το ρινικό βλεννογόνο με ερρινισμό (σνιφάρισμα). Άλλοι τρόποι χορήγησης είναι η ένεση (ενδοφλέβια, υποδόρια ή ενδομυϊκή) και το κάπνισμα σε κοινό τσιγάρο ή πίπα.

Η από του στόματος λήψη του φαρμάκου, αντίθετα με ό,τι πιστεύεται γενικώς, είναι αρκετά αποτελεσματική. Η κινητική της ουσίας, είτε ληφθεί με μάσημα είτε καταποθεί, είναι παρόμοια. Στις περιπτώσεις αυτές η τελική απορρόφηση κοκαΐνης θα ανέλθει περίπου στο

30-40% της δόσης. Η δράση του φαρμάκου αρχίζει σε 5 λεπτά και κορυφώνεται στα 15 λεπτά, χρονικό σημείο που συμπίπτει άλλωστε με τη μέγιστη τιμή στο πλάσμα. Αντίστοιχη είναι η κινητική και μετά από ερρινισμό, όπου η μέγιστη τιμή παρατηρείται συνήθως μετά από 15-20 λεπτά. Υπάρχει, ωστόσο, ουσιαστική διαφορά στην έναρξη της φαρμακολογικής δράσης, που στον ερρινισμό απαιτεί μόνον 1-2 λεπτά και έχει διάρκεια μέχρι 2 ώρες. Αξίζει να αναφερθεί, εδώ, ότι ακόμη και μετά από παρέλευση 3 ωρών διαπιστώνεται παρουσία κρυστάλλων κοκαΐνης στο ρινικό βλεννογόνο. (Κουτσελίνης Α.2002)

Η λήψη της κοκαΐνης με εισρόφηση από την μύτη (sniffing) προκαλεί καταστροφή του ρινικού επιθηλίου έως νέκρωση.

Η ένεση της κοκαΐνης γίνεται συνήθως ενδοφλεβίως, επειδή η υποδόρια και ενδομυϊκή χορήγηση απαιτεί μακρύ χρόνο απορρόφησης, λόγω της ισχυρής αγγειοσύσπασης. Μετά από ενδοφλέβια χορήγηση, η δράση του φαρμάκου εκδηλώνεται ήδη σε διάστημα 30 δευτερολέπτων και διαρκεί περίπου 30 λεπτά. Ο χρόνος ημιζωής, για μία δόση 0.6 mg/kg, υπολογίζεται ότι διαρκεί 1 περίπου ώρα. Κατά την ενδοφλέβια λήψη του φαρμάκου έχει διαπιστωθεί ότι το αποτέλεσμα της κεντρικής δράσης εξαρτάται και από την ταχύτητα με την οποία γίνεται η ένεση. Το κάπνισμα προτιμάται από αρκετούς καταναλωτές κοκαΐνης ως τρόπος λήψης, επειδή ένα σχετικά μεγάλο ποσό του φαρμάκου επενεργεί ταχύτατα στον εγκέφαλο. Έχει υπολογιστεί ότι για να φθάσει η κοκαΐνη από τους πνεύμονες έως τον εγκέφαλο απαιτούνται μόνον 7-8 δευτερόλεπτα.

Ο μεταβολισμός της κοκαΐνης, που είναι ένας εστέρας, γίνεται από μία ποικιλία υδρολυτικών ενζύμων, τα οποία είναι γνωστά ως εστεράσες. Τα ένζυμα αυτά απαντούν σχεδόν σε όλους τους ιστούς, αλλά ιδιαίτερη σημασία για το μεταβολισμό του φαρμάκου έχουν τα ισοένζυμα του πλάσματος, του ήπατος και του εγκεφάλου. Ειδικά για τις εστεράσες έχει διαπιστωθεί ότι υπάρχει μία ποικιλία ενζυμικής δραστηριότητας η οποία είναι μάλλον γενετικώς προκαθορισμένη.

Η εκτίμηση της δραστηριότητας για καθαρώς θεραπευτικούς λόγους γίνεται με το δείκτη διβουκαΐνης, μία παρακλινική εξέταση που είναι αναγκαία προκειμένου να χορηγηθεί σε ένα άτομο σουκινυλοχολίνη, κατά τη διάρκεια γενικής αναισθησίας. Η μέτρηση του δείκτη διβουκαΐνης σε τυχαίο δείγμα πληθυσμού δείχνει ότι ορισμένα άτομα εμφανίζουν μεγαλύτερη δραστηριότητα της εστεράσης του πλάσματος και του ήπατος, σε σύγκριση με άλλα.

Οι εστεράσες υδρολύουν σχεδόν το σύνολο της κοκαΐνης, με αποτέλεσμα ένα πολύ μικρό μέρος να απεκκρίνεται αναλλοίωτο. Ορισμένοι από τους μεταβολίτες της κοκαΐνης, όπως η νορ-κοκαΐνη, διαθέτουν φαρμακολογική ενέργεια παρόμοια της μητρικής ουσίας. (Μάρσελος Μ. 1997)

6.1.4 Φαρμακολογικές ιδιότητες

Η κοκαΐνη αναστέλλει την επαναπρόσληψη από τα συναπτοσωμάτια της νοραδρεναλίνης, της ντοπαμίνης και της σεροτονίνης, κατά τρόπο παρόμοιο με το μηχανισμό δράσης των αμφεταμινών. Μεγάλη σημασία αποδίδεται στην αναστολή της επαναρρόφησης νοραδρεναλίνης και ντοπαμίνης από τη συνοπτική σχισμή, η οποία φαίνεται ότι προκαλεί μία παροδική αύξηση της δραστηριότητας των αδρενεργικών και των ντοπαμινεργικών νευρωνικών κυκλωμάτων του εγκεφάλου. Ανεξάρτητα από τον ακριβή μηχανισμό δράσης, η κοκαΐνη εμφανίζει πλειάδα φαρμακολογικών ενεργειών που σε γενικές γραμμές είναι όμοιες με των αμφεταμινών.

Η κυριότερη ενέργεια της κοκαΐνης στο ΚΝΣ αφορά τα φλοιώδη κέντρα και χαρακτηρίζεται από ευφορία, ευεξία, αίσθημα υπέρμετρης αυτοπεποίθησης και σωματικής ρώμης. Χαρακτηριστικό της δράσης της κοκαΐνης είναι η ταχεία παρέλευση αυτών των υποκειμενικών αισθημάτων, σε διάστημα 10-30 λεπτών, που οδηγεί τον καταναλωτή στην αναζήτηση νέας δόσης ή στο συνδυασμό της λήψης κοκαΐνης με ηρωίνη, επειδή το ευφορικό αυτό φάρμακο παρουσιάζει μακρύτερο χρόνο δράσης. Η αρχική διεγερτική επίδραση της κοκαΐνης στο φλοιό του εγκεφάλου συνοδεύεται από διέγερση και κατωτέρων κέντρων, όπως του αναπνευστικού και της χημειοαισθητικής ζώνης του προμήκη. Το αρχικό αυτό διεγερτικό κύμα είναι δυνατόν να συνοδεύεται από ένα δεύτερο κύμα, με την ίδια διαδοχική σειρά επίδρασης σε διαφορετικά επίπεδα του εγκεφάλου, το οποίο όμως χαρακτηρίζεται κυρίως από καταστολή. (Κουτσελίνης Α. 2002)

Η επίδραση της κοκαΐνης στο κυκλοφορικό σύστημα είναι συνάρτηση της δόσης. Μικρές δόσεις (μέχρι 10 mg) οδηγούν κατά κανόνα σε βραδυκαρδία. Μεγαλύτερες δόσεις (20-30 mg) είναι δυνατόν να προκαλέσουν ταχυκαρδία. Υπέρμετρα μεγάλες δόσεις, οι οποίες αγγίζουν τα όρια της τοξικότητας (μεγαλύτερες των 100 mg), οδηγούν συνήθως σε καταστολή της λειτουργίας του μυοκαρδίου και μπορεί να αποβούν και μοιραίες για τη ζωή του ατόμου. Τα υποκειμενικά συμπτώματα της ευεξίας οδήγησαν τους πρώτους ερευνητές στην εσφαλμένη εντύπωση ότι η κοκαΐνη αυξάνει την ισχύ της μυϊκής συστολής, μία

υπόθεση της οποίας η αλήθεια δεν αποδείχθηκε ποτέ. Η χορήγηση κοκαΐνης ανεβάζει τη θερμοκρασία του σώματος, γεγονός που αποδίδεται σε αύξηση του μυϊκού έργου (παραγωγή περισσότερης θερμότητας), σε αγγειοσύσπαση (μείωση της απώλειας θερμότητας από το δέρμα) και σε απευθείας επίδραση στο θερμορρυθμιστικό κέντρο. Κατά το στάδιο εισβολής της χαρακτηριστικής υπερπυρεξίας από κοκαΐνη παρουσιάζονται εντονότατα, ρίγη, δηλωτικά της προσαρμογής του θερμορρυθμιστικού κέντρου σε υψηλότερα επίπεδα θερμοκρασίας του οργανισμού. Όταν το φάρμακο χορηγείται από του στόματος, ακόμη και σε σχετικά μεγάλες δόσεις (30-200 mg την ημέρα), δεν παρουσιάζονται ιδιαίτερα φαινόμενα από το κυκλοφορικό σύστημα, την αρτηριακή πίεση, το ρυθμό της αναπνοής και τη θερμοκρασία. Τόσο η ενδοφλέβια χορήγηση, όσο και η από του στόματος λήψη του φαρμάκου, εμφανίζουν χαρακτηριστική επίδραση στις ονειρικές φάσεις του ύπνου, που βραχύνονται, όπως ακριβώς συμβαίνει και με τις αμφεταμίνες. Η ανατριχίλα που ακολουθεί την ενδοφλέβια χορήγηση κοκαΐνης βιώνεται ως ένα οργασμικό κύμα ηδονής.

Η χρήση κοκαΐνης δεν συνοδεύεται από ανάπτυξη αντοχής με την έννοια που τη συναντά κανείς στην περίπτωση των οπιούχων. Ωστόσο, αναπτύσσεται ταχυφυλαξία, όπως και με τις αμφεταμίνες. Όπως συμβαίνει και με τις αμφεταμίνες, η εγκατάσταση ταχυφυλαξίας ευνοεί σημαντικά την καταχρηστική λήψη του φαρμάκου, επειδή καταργεί πολλά από τα δυσάρεστα περιφερικά συμπτώματα. (Μάρσελος Μ. 1997)

6.1.5 Τοξικότητα

Η κοκαΐνη είναι θανατηφόρα σε δόσεις 1 ή 2 g, ενώ η μέση θανατηφόρα δόση (LD50) εκτιμάται για τον άνθρωπο περίπου στα 500 mg. Ο ακριβής προσδιορισμός των τοξικών επιπέδων του φαρμάκου δεν είναι δυνατός, επειδή η διάσπαση του συνεχίζεται ακόμη και μετά θάνατον, από τις εστεράσες των ιστών.

Όπως συμβαίνει με πολλά φάρμακα, η τοξικότητα της κοκαΐνης δεν είναι πάντοτε απόλυτη συνάρτηση της δόσης. Πιστεύεται ότι 100-300 mg συνολική διαιρεμένη ημερήσια δόση είναι αρκετά ασφαλές μέγιστο όριο. Έχουν, όμως, παρατηρηθεί οξύτατα τοξικά επεισόδια ακόμη και με δόσεις 30 mg, πιθανότατα λόγω ατομικής ευαισθησίας. Είναι γενικά αποδεκτό ότι η ασφαλέστερη οδός χορήγησης είναι από του στόματος. Αμέσως μετά, από άποψη ασφάλειας, έρχεται ο ερρινισμός. Η ενδοφλέβια χορήγηση και το κάπνισμα θεωρούνται αρκετά επικίνδυνοι τρόποι χρήσης.

Τα οξεία συμπτώματα από υπερβολική λήψη κοκαΐνης είναι δυνατόν να διακριθούν σε τρεις μεγάλες κατηγορίες:

- Ψυχική διέγερση, με αισθήματα πανικού, ναυτία και εμετούς.
- Υπερκινητικότητα, με τρεμούλα, μυϊκές συσπάσεις, γενικευμένους επιληπτοειδείς σπασμούς, ταχυκαρδία, αύξηση της αρτηριακής πίεσης και άρρυθμη αναπνοή.
- Γενικά κατασταλτικά φαινόμενα, με απώλεια των αντανακλαστικών, αναισθησία, κυκλοφορική και αναπνευστική ανεπάρκεια και θάνατο.

Τα συμπτώματα αυτά εμφανίζουν προϊούσα βαρύτητα, ανάλογα με την ευαισθησία του ατόμου και τη δόση. Είναι προφανής η ομοιότητα που παρουσιάζει η οξεία δηλητηρίαση από την κοκαΐνη με τη δηλητηρίαση από αμφεταμίνες. Χαρακτηριστικό της κλινικής συμπτωματολογίας είναι η ταχύτητα εγκατάστασης. Αρκεί να αναφερθεί ότι έχουν παρατηρηθεί θάνατοι μέσα σε 3 μόνο λεπτά. Η χρόνια τοξικότητα της κοκαΐνης μοιάζει με των αμφεταμινών, με κύρια εκδήλωση την τοξική ψύχωση. Ο χρόνιος καταναλωτής μεγάλων δόσεων αναπτύσσει παράλογη συμπεριφορά, με παρανοϊκές τάσεις, αυξημένη επιθετικότητα, ανεξέλεγκτη λήψη κοκαΐνης και χαρακτηριστικές οπτικές ψευδαισθήσεις. Εκτός από τις οπτικές και ακουστικές ψευδαισθήσεις, ο κοκαΐνομανής αισθάνεται ότι διάφορα ζώδια περπατούν μέσα στο δέρμα του και κάνει προσπάθεια να τα απομακρύνει.(Μάρσελος Μ.1997)

Παρά το γεγονός ότι δεν έχουν γίνει επαρκείς πειραματικές μελέτες για τον τρόπο εμφάνισης τοξικής ψύχωσης από κοκαΐνη, επικρατεί γενικώς η άποψη ότι μπορεί να παρουσιαστεί σε οποιονδήποτε καταναλωτή του φαρμάκου, ανεξάρτητα από τυχόν ψυχιατρικό ιστορικό. Η μόνη διαφορά ανάμεσα στην τοξική ψύχωση της κοκαΐνης και εκείνη των αμφεταμινών αφορά τη συχνότητα εμφάνισης τους. Οι τοξικές ψυχώσεις από αμφεταμίνες είναι συχνότερο κλινικό εύρημα, ίσως επειδή τα φάρμακα αυτά έχουν μακρύτερο χρόνο υποδιπλασιασμού από την κοκαΐνη. Παρόλ' αυτά, και η συχνή ιδεοληπτική ενδοφλέβια ένεση κοκαΐνης μπορεί επίσης να προκαλέσει κλινική εικόνα τοξικής ψύχωσης. Η χρόνια λήψη κοκαΐνης από το ρινικό βλεννογόνο είναι δυνατόν να οδηγήσει σε σταδιακή τοπική νέκρωση, λόγω του ισχυρού αγγειόσπασμου. Τελική κατάληξη αυτής της τοξικής ενέργειας είναι η διάτρηση του ρινικού διαφράγματος.(Κουτσελίνης Α.2002)

6.1.6 Χαρακτηριστικά εξάρτησης

Είναι γενικώς αποδεκτό ότι η κοκαΐνη δημιουργεί σημαντική ψυχολογική εξάρτηση, ενώ δεν υπάρχει ομοφωνία όσον αφορά τη σωματική εξάρτηση. Είναι γεγονός, επίσης, ότι παρατηρούνται σαφή συμπτώματα μετά από διακοπή της μακροχρόνιας λήψης κοκαΐνης. Όμως ο χαρακτηρισμός, από την άλλη, αυτών των συμπτωμάτων ως «συνδρόμου στέρησης» είναι δυνατόν να οδηγήσει σε παρανοήσεις και σε συγχύσεις, δεδομένου ότι χρησιμοποιείται κυρίως για τα δριμέα στερητικά συμπτώματα των κατασταλτικών και των οπιούχων. Η απότομη διακοπή της κοκαΐνης χαρακτηρίζεται από εντονότατη ψυχολογική επιθυμία για το φάρμακο, μυϊκή αταξία, μυϊκούς πόνους, υπερβολική όρεξη και ορισμένες τυπικές μεταβολές στο ΗΕΓ. Το άτομο παρουσιάζει τάσεις για κοινωνική απόσυρση. Σημαντικά μεταβάλλεται επίσης και η φυσιολογία του ύπνου, η οποία δεν επανέρχεται στο φυσιολογικό, από άποψη διάρκειας και ποιότητας, παρά μόνο μετά από αρκετές ημέρες διακοπής. . (Παραδέλλης Α.1993)

Οι κοκαΐνομανείς περιγράφουν την ένταση αυτών των συμπτωμάτων με ιδιαίτερα μελανά χρώματα. Η εντονότατη δυσφορία η οποία δημιουργείται από την έλλειψη του φαρμάκου λειτουργεί ως αρνητικός ενισχυτής, με την έννοια της έντονης τάσης για επανάληψη της χρήσης. Η λήψη της ουσίας δεν γίνεται μόνο σε αναζήτηση του φαρμακολογικού ευφορικού αποτελέσματος (*θετική ενίσχυση*), αλλά και με την επίγνωση που έχει το άτομο ότι τυχόν διακοπή θα οδηγήσει σε ιδιαίτερα δυσάρεστα συμπτώματα (*αρνητική ενίσχυση*). Η θετική ενισχυτική δράση της κοκαΐνης είναι ιδιαίτερα έντονη, όπως έχει αποδειχθεί σε μελέτες με πειραματόζωα. Πειραματικές διατάξεις, που επέτρεπαν στο πειραματόζωο την επαναληπτική αυτοχορήγηση κοκαΐνης, οδηγούσαν συνήθως σε ανεξέλεγκτη συνεχή λήψη, με τελικό αποτέλεσμα τη σωματική εξάντληση και το θάνατο του πειραματόζωου.

Παρόμοια συμπεριφορά, τηρουμένων των αναλογιών, εμφανίζεται και στους καταναλωτές κοκαΐνης, οι οποίοι, εφόσον έχουν ελεύθερη πρόσβαση στο φάρμακο, κάνουν επαναληπτικές ενέσεις με μεσοδιαστήματα 20 λεπτών ή λιγότερο. Σύμφωνα με τη γνώμη πολλών ερευνητών, η κοκαΐνη ανήκει στους ισχυρότερους ενισχυτές εξαρτημένης συμπεριφοράς. Αυτό ίσως εξηγεί και την τεράστια εξάπλωση που έχει η χρήση της ουσίας αυτής τα τελευταία χρόνια.

Περιοριστικοί παράγοντες για την εξάπλωση της κοκαΐνης είναι τα διεθνή κατασταλτικά μέτρα, καθώς και η τιμή της ουσίας στην παράνομη αγορά. Από τη σημερινή εμπειρία, όμως, προκύπτει ότι παρά τις συντονισμένες προσπάθειες και την καλή θέληση διεθνών

οργανισμών, τα κατασταλτικά μέτρα δεν έχουν αποδώσει τα αποτελέσματα που ενδεχομένως θα περίμενε κανείς. Επομένως, καθοριστικός παράγοντας εξακολουθεί να είναι η τιμή στην οποία πουλιέται η κοκαΐνη, ιδιαίτερα μάλιστα όταν υπάρχουν διαθέσιμες άλλες παρόμοιες ψυχοτρόπες ουσίες, όπως οι αμφεταμίνες, που πουλιούνται σε πολύ χαμηλότερες τιμές. (Μαρσέλος Μ.1997)

6.1.7 Νοσηλευτικές παρεμβάσεις στην αντιμετώπιση συμπτωμάτων

Τα διεγερτικά συμπτώματα αντιμετωπίζονται με φαινοθειαζίνες (χλωροπρομαζίνη), επειδή τα φάρμακα αυτά διαθέτουν αδρενολυτική, κατασταλτική και υποθερμική ενέργεια. Επίσης χρήσιμη είναι η ενδοφλέβια χορήγηση διαζεπάμης, η οποία ασκεί αντισπασμογόνο και γενική κατασταλτική δράση. Εκτός από τα φάρμακα αυτά, έχουν δοκιμαστεί β-αδρενεργικοί αναστολείς για τις ανεπιθύμητες ενέργειες από το κυκλοφορικό σύστημα, αλλά τα αποτελέσματα τους είναι πενιχρά όταν έχουν ληφθεί μεγάλες δόσεις κοκαΐνης. Είναι αυτονόητο ότι πρέπει να γίνει παράλληλη συμπτωματική αντιμετώπιση της καταστολής του κυκλοφορικού και του αναπνευστικού κέντρου, από την οποία άλλωστε κινδυνεύει η ζωή του καταναλωτή.

Κατά την αντιμετώπιση των τοξικών συμπτωμάτων του κοκαΐνομανή, δεν πρέπει κανείς να ξεχνά ότι συχνότατα συνυπάρχουν εκδηλώσεις από παράλληλη χρήση κατασταλτικών και οπιούχων φαρμάκων. Βαρβιτουρικά, οινόπνευμα ή ηρωίνη χρησιμοποιούνται για να απαλύνουν τη νευρική και την αϋπνία που δημιουργεί η κατάχρηση ενός ισχυρού ψυχοδιεγερτικού, όπως η κοκαΐνη. Τα στερητικά συμπτώματα αντιμετωπίζονται με χορήγηση κοκαΐνης ή αμφεταμινών. Οι αρχικές δόσεις υποκατάστασης θα μειωθούν προοδευτικά, μέχρις ότου καταπραυνθεί η οξεία φάση της στέρησης. Η αγωγή απόσυρσης και απεξάρτησης καλό είναι να συνοδεύεται από υποστηρικτικά ψυχοθεραπευτικά μέτρα που επιμελείται η ομάδα ψυχικής υγείας.

(Μάρσελος Μ.1997)

6.2 Μία νέα μορφή ναρκωτικού το «κρακ»

6.2.1 Προέλευση-Χημεία

Μία νέα μορφή του ηδονιστικού αυτού φαρμάκου έκανε την εμφάνιση της και πουλιέται σε πολλές χώρες του κόσμου, ιδιαίτερα στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής. Η μορφή αυτή, που είναι η «ελεύθερη βάση» του αλκαλοειδούς κοκαΐνης, είναι κατάλληλη για κάπνισμα και ονομάζεται στην γλώσσα των τοξικομανών «κρακ», εξαιτίας του ήχου που παράγεται, όταν καίγονται οι κρύσταλλοι της ουσίας.

Το «κρακ» παρασκευάζεται από το υδατικό διάλυμα του υδροχλωρικού άλατος με την προσθήκη αμμωνίας και διττανθρακικού νατρίου (κοινή σόδα), για την αλκαλοποίηση του διαλύματος και την κατακρήμνιση της καθαρής βάσης της κοκαΐνης.

Η βάση της κοκαΐνης δεν καταστρέφεται σε μικρές θερμοκρασίες, υγροποιείται στους 98° Κελσίου, ενώ σε υψηλότερες θερμοκρασίες εξαερώνεται, γεγονός που την κάνει κατάλληλη για κάπνισμα με ειδική καπνοσύριγγα (= πίπα). Ακόμη, οι κρύσταλλοι της κοκαΐνης αναμιγνύονται με τον καπνό και καπνίζονται με τα κοινά τσιγάρα.

Η επιδημική χρήση του καπνίσματος της κοκαΐνης έχει λάβει τρομακτικές διαστάσεις. Στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής υπολογίζεται ότι περισσότερα από 5.000 άτομα, κάθε μέρα γίνονται χρήστες της κοκαΐνης με την μέθοδο του καπνίσματος. (Παραδέλλης Α. 1993)

6.2.2 Φαρμακολογικές ιδιότητες

Από την διέγερση του κεντρικού νευρικού συστήματος, εκτός από την ευφορία, παρουσιάζονται και τα παρακάτω συμπτώματα:

- αύξηση της συχνότητας του καρδιακού ρυθμού (= ταχυκαρδία),
- αύξηση της αρτηριακής πίεσης (= υπέρταση),
- αύξηση της θερμοκρασίας του σώματος (= υπερθερμία),
- καρδιακές αρρυθμίες και σπασμοί, που μοιάζουν με επιληπτικές κρίσεις.

Οι καπνιστές του «κρακ» για να ελαττώσουν την διεγερτική ενέργεια της κοκαΐνης στο κεντρικό νευρικό σύστημα και να αποφύγουν τους σπασμούς, την συνδυάζουν με την ινδική κάνναβη (= χασίς) ή με οπιούχα, όπως την μορφίνη, την ηρωίνη κ.ά. Εξαιτίας της σύσπασης των στεφανιαίων αρτηριών της καρδιάς, που προκαλεί η κοκαΐνη, παρατηρούνται συχνά στηθαγχικές κρίσεις που προξενούν στον καπνιστή του «κρακ» έμφραγμα του μυοκαρδίου το οποίο, πολλές φορές, τον οδηγεί στον θάνατο.

Οι περισσότεροι όμως θάνατοι που συμβαίνουν στους καπνιστές της κοκαΐνης οφείλονται στους σπασμούς και στην ανοξαιμία που δημιουργείται, εξαιτίας της σύσπασης των αναπνευστικών μυών (μεσοπλευρίων και διαφράγματος) και της κατάργησης της αναπνοής.

Οι καπνιστές της κοκαΐνης παρουσιάζουν υπερβολική ανησυχία, ψευδαισθήσεις, απώλεια της συνείδησης και πνευμονία. Ακόμη, τα άτομα αυτά παρουσιάζουν κατάθλιψη, παρανοϊκές ψυχώσεις και μεγάλη απίσχναση, εξαιτίας της αποστροφής τους στις τροφές. Τέλος, από το μακροχρόνιο κάπνισμα της κοκαΐνης δημιουργούνται σοβαρές βλάβες των πνευμόνων, που γρήγορα οδηγούν το άτομο σε αναπνευστική ανεπάρκεια.

(Παραδέλλης Α.1993)

6.2.3 Τοξικότητα

Από την νέα αυτή χρήση της κοκαΐνης εμφανίζονται σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες, που απειλούν την ζωή των ατόμων. Οι θάνατοι των τοξικομανών είναι συχνοί και ένας πολύ μεγάλος αριθμός ατόμων υφίσταται καθημερινά εξάρτηση από την μορφή αυτή του ναρκωτικού. Με το κάπνισμα της νέας αυτής μορφής της κοκαΐνης, μία μεγάλη ποσότητα του ναρκωτικού φθάνει στις κυψελίδες των πνευμόνων, όπου απορροφάται πολύ γρήγορα από το αγγειακό δίκτυο με αποτέλεσμα την ταχεία εμφάνιση των φαρμακολογικών ενεργειών της από το κεντρικό νευρικό σύστημα. Με το κάπνισμα της κοκαΐνης εμφανίζεται γρήγορα η κατάσταση ευφορίας, την οποίαν όμως, μέσα σε λίγα λεπτά της ώρας, την διαδέχεται μία κατάσταση δυσφορίας.

Η έντονη επιθυμία για απαλλαγή από αυτήν την τελευταία κατάσταση οδηγεί τον χρήστη στην επανάληψη των δόσεων της κοκαΐνης, σε σύντομο χρονικό διάστημα, με αποτέλεσμα την γρήγορη ανάπτυξη εξάρτησης (εθισμού) από την βάση της κοκαΐνης. (Παραδέλλης Α.1993)

6.2.4 Χαρακτηριστικά εξάρτησης

Το κάπνισμα της κοκαΐνης είναι μία νέα μορφή τοξικομανίας που σήμερα έχει λάβει τεράστιες διαστάσεις σε όλο σχεδόν τον κόσμο. Η φθηνή τιμή, στην οποία προσφέρεται το ναρκωτικό αυτό στο παράνομο εμπόριο, έχει συμβάλει πολύ στην ευρεία διάδοση του.

Εξάρτηση, από την βάση της κοκαΐνης, δημιουργείται πολύ γρήγορα, εξ αιτίας της συχνής και μέσα σε λίγα λεπτά της ώρας επανάληψης της δόσης (καπνίσματος). Η συχνή

επανάληψη του καπνίσματος της κοκαΐνης και η αδυναμία ελέγχου των δόσεων από τον χρήστη έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση της συχνότητας εμφάνισης θανατηφόρων δηλητηριάσεων των τοξικομανών.

Για την αντιμετώπιση των δηλητηριάσεων από το «κρακ» δεν υπάρχει ειδικό αντίδοτο. Η συμπτωματική θεραπεία που εφαρμόζεται, όταν ο τοξικομανής μεταφερθεί στο νοσοκομείο έγκαιρα, πολλές φορές δεν είναι αποτελεσματική.

Τέλος, η αποτοξίνωση του χρήστη του «κρακ» είναι πολύ δύσκολη αν όχι αδύνατη. (Παραδέλλης Α. 1993)

6.2.5 Αντιμετώπιση εξάρτησης

Η αντιμετώπιση της εξάρτησης από το κάπνισμα της κοκαΐνης είναι πολύ δύσκολη. Η συζήτηση, η πειθώ και οι συνηθισμένες ψυχοθεραπευτικές μέθοδοι μπορούν, μερικές φορές, να φέρουν αποτέλεσμα. Όταν όμως η εξωτερική θεραπεία δεν αποφέρει αποτέλεσμα συνιστάται η εισαγωγή του τοξικομανή σε ειδικές ιατρικές μονάδες, που διαθέτουν κατάλληλα εξειδικευμένο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό για την αντιμετώπιση αυτής της μορφής της τοξικομανίας. (Γκιουζέπας Ι. 1988)

Η θεραπεία που εφαρμόζεται για την αντιμετώπιση της δηλητηρίασης από το κάπνισμα της κοκαΐνης είναι συμπτωματική, επειδή δεν υπάρχει ειδικό αντίδοτο.

Για την αντιμετώπιση των σπασμών χορηγείται η διαζεπάμη, της παρανοϊκής ψύχωσης η αλοπεριδόλη και, τέλος, για την υπέρταση και την φλεβοκομβική ταχυκαρδία ένας β-αποκλειστής. Σε μερικές χώρες της Νότιας Αμερικής, όπως για παράδειγμα στην Κολομβία, εφαρμόζεται ειδική επέμβαση στον εγκέφαλο του τοξικομανή (=νευροχειρουργική μέθοδος) για την καταστροφή των νευρικών κέντρων που είναι υπεύθυνα για την εξάρτηση του ατόμου από το ναρκωτικό. Εκτός όμως από την βαριά επέμβαση και τα ανεπιθύμητα μετεγχειρητικά νευρολογικά σύνδρομα που θα παρουσιάσει ο ασθενής, η αποτελεσματικότητα της μεθόδου αυτής θεωρείται αμφίβολη.

(Παραδέλλης Α.1993)

6.3 Αμφεταμίνη και παράγωγα

6.3.1 Ιστορία

Η αμφεταμίνη είναι χαρακτηριστικό παράδειγμα φαρμακευτικής ουσίας, η οποία έγινε αντικείμενο κατάχρησης μετά από σύντομη διάρκεια χρήσης από την επίσημη Ιατρική. Η εφαρμογή της στη θεραπευτική ήταν αποτέλεσμα της προσπάθειας εξεύρεσης αποτελεσματικών αντιασθματικών φαρμάκων. Με τις πρώτες κλινικές εφαρμογές της αμφεταμίνης, διαπιστώθηκε ότι πρόκειται για ουσία με κεντρικές διεγερτικές ιδιότητες, που προκαλεί σημαντική εγρήγορση και παρατεταμένη αϋπνία ενώ ταυτόχρονα, διαπιστώνεται ότι η ουσία αυτή καταστέλλει το κέντρο της όρεξης και γίνεται προσπάθεια εφαρμογής της στην καταπολέμηση της παχυσαρκίας.

Η αμφεταμίνη και η μεθαμφεταμίνη (N-μεθυλαμφεταμίνη) χρησιμοποιήθηκαν κατά τη διάρκεια του Β' Παγκοσμίου Πολέμου ως ψυχοδιεγερτικά καθημερινής χρήσης, για την αντιμετώπιση της κούρασης των στρατιωτών και την επέκταση των ορίων αντοχής τους πέρα από το φυσιολογικό. Αποτέλεσμα αυτής της κατάχρησης είναι πιθανώς η μεγάλη μεταπολεμική εξάπλωση των αμφεταμινών στην Αμερική, την Ευρώπη και την Ιαπωνία. Η σημερινή θεραπευτική δεν δίνει πλέον μεγάλο ρόλο στις αμφεταμίνες. Οι μόνες αποδεκτές εφαρμογές τους περιλαμβάνουν τη ναρκοληψία (κατάσταση που χαρακτηρίζεται από υπνηλία), το συνδυασμό με βαρβιτουρικά σε άτομα που παίρνουν χρονίως τέτοια φάρμακα (επιληπτικοί), και το καλούμενο «σύνδρομο ελάχιστης εγκεφαλικής βλάβης» (*MBO, minimal brain damage*). (Μάρσελος Μ.1997)

6.3.2 Χημεία

Μητρική ένωση των αμφεταμινών είναι η dl-α-μεθυλ-φαινυλαιθυλαμίνη. Το δεξιόστροφο ισομερές είναι δραστικότερο και έχει χρησιμοποιηθεί περισσότερο στη φαρμακοβιομηχανία με το όνομα δεξτροαμφεταμίνη η δεξτραμφεταμίνη. Μεγάλη χημική συγγένεια παρουσιάζει και η μεθαμφεταμίνη. (Ακριβούδης Σ.1993)

Ο ενθουσιασμός με τον οποίο υποδέχθηκε ο ιατρικός κόσμος τις αμφεταμίνες οδήγησε στη σύνθεση πολλών παραγώγων και υποκατάστατων της μητρικής ένωσης. Μερικές φορές τα νέα παράγωγα δεν είχαν πλέον προφανείς ομοιότητες με την αρχική ουσία, όπως συμβαίνει με τη φαινομετραζίνη, τη μεθυλοφαινιδάτη, την πιπραδρόλη, τη μεφαιντερμίνη και τη μαζινδόλη. Οι ενώσεις αυτές έχουν χρησιμοποιηθεί κυρίως ως απισχναντικά ανορεξιογόνα φάρμακα και ορισμένες από αυτές εξακολουθούν ακόμη να

χρησιμοποιούνται για το σκοπό αυτό. Η μεθυλοφαινιδάτη έχει ως κύρια κλινική εφαρμογή τα υπερκινητικά παιδιά που εμφανίζουν σύνδρομο MBD.

Η μεγάλη ομοιότητα των ουσιών αυτών, από φαρμακολογική άποψη, επιτρέπει τη συνολική θεώρηση τους. Επομένως, στο εξής θα αναφέρονται με το όνομα «αμφεταμίνες».

Η από του στόματος χορήγηση αμφεταμίνης συνοδεύεται από σχετικά απρόσκοπτη απορρόφηση του φαρμάκου από το πεπτικό σύστημα, ενώ η μέγιστη τιμή πλάσματος επιτυγχάνεται μέσα σε 30 περίπου λεπτά. Οι αμφεταμίνες διέρχονται με σχετική ευκολία τον αιματοεγκεφαλικό φραγμό. Παράγωγα τα οποία έχουν το βασικό χημικό τύπο της φαινυλαιθυλαμίνης υφίστανται υδροξυλίωση στο ήπαρ και απεκκρίνονται ως π-ΟΗ-αμφεταμίνη. Η απέκκριση των αμφεταμινών γίνεται αποκλειστικά από τους νεφρούς. Αρχίζει σε διάστημα 3 ωρών από τη λήψη και είναι δυνατόν να συνεχιστεί για αρκετές ημέρες. Η ταχύτητα απέκκρισης εξαρτάται από το μέγεθος της δόσης και από το pH των ούρων. Σε όξινα ούρα το μόριο των αμφεταμινών βρίσκεται σε διάσταση, γεγονός που δεν διευκολύνει την επαναρρόφηση από τα νεφρικά σωληνάκια στο αίμα. Το αντίθετο ακριβώς θα συμβεί όταν τα ούρα έχουν αλκαλοποιηθεί, επειδή μέσα στο αλκαλικό περιβάλλον το μόριο δεν είναι ιονισμένο και συνεπώς επαναρροφάται με μεγάλη ευκολία.

Πολλοί αθλητές που κάνουν χρήση αμφεταμινών, και ιδιαίτερα οι δρομείς μεγάλων αποστάσεων, παρουσιάζουν συμπτώματα σχετικής οξέωσης, από την καταπόνηση του οργανισμού και τη νηστεία, με αποτέλεσμα να έχουν όξινα ούρα. Τα άτομα αυτά απεκκρίνουν πολύ ταχύτερα τις αμφεταμίνες, δηλαδή αντέχουν πολύ μεγαλύτερες δόσεις από κάποιο άτομο με φυσιολογικό pH ούρων. Συνήθως οι αμφεταμίνες λαμβάνονται από του στόματος σε δόσεις 5-10 mg, που αργότερα είναι δυνατόν να φτάσουν τα 150-250 mg εξαιτίας της ανάπτυξης αντοχής. (Μάρσελος Μ. 1997)

6.3.3 Φαρμακολογικές Ιδιότητες

Γενικότερα αποτελέσματα από τη λήψη αμφεταμινών είναι η αύξηση της αρτηριακής πίεσης, που συνοδεύεται από ταχυκαρδία. Επίσης παρατηρείται μυδρίαση, που οδηγεί σε ελαφρά αμβλυωπία. Η ανορεξία συνοδεύεται συνήθως από ξηρότητα του στόματος και δυσκολία στην κατάποση. Χαρακτηριστικό σύμπτωμα από την ψυχική σφαίρα είναι η υπέρμετρη αυτοπεποίθηση, με ιδέες μεγαλείου και ανωτερότητας, και τα έντονα ναρκισσιστικά στοιχεία αυτοθαυμασμού.

(Γκιουζέπας Ι. 1988)

Τα άτομα που κάνουν ενδοφλέβιες ενέσεις εμφανίζουν χαρακτηριστική συμπτωματολογία με την πάροδο της χρήσης. Αρχικά υπάρχουν ορισμένα ήπια συμπτώματα παραισθήσεων, όπως, για παράδειγμα, κάποια σκιά μπορεί να θεωρηθεί ως αστυνομικός που ακολουθεί. Αργότερα τα συμπτώματα αυτά γίνονται συχνότερα και εντονότερα, αποκτώντας καθαρά παρανοϊκό περιεχόμενο, και χαρακτηρίζονται ως *αμφεταμινική ψύχωση*. Εάν διακοπούν τα φάρμακα για διάστημα μιας περίπου εβδομάδας, η ψυχωσική συμπτωματολογία υποχωρεί. Η μακροχρόνια ενδοφλέβια λήψη αμφεταμινών εγκαθιστά ποικίλες στερεοτυπίες ιδεοληπτικού χαρακτήρα. Μετά από την ένεση, το άτομο ασχολείται επίμονα και σχολαστικά με τον καθαρισμό της σύριγγας και της βελόνας, γυαλίζει τα παπούτσια του κατά τρόπο επαναληπτικό και άσκοπο κλπ.(Κουτσελίνης Α.2002)

Όσον αφορά το μηχανισμό δράσης των αμφεταμινών, οι περισσότεροι ερευνητές συμφωνούν ότι προεξάρχοντα ρόλο φαίνεται να διαδραματίζει η αθρόα έκλυση και η αναστολή της επαναπρόσληψης των κατεχολαμινών. Το φαινόμενο της ταχυφυλαξίας (ταχύτατα εγκαθιστάμενη αντοχή στη δράση των αμφεταμινών) ενισχύει αυτή την άποψη. Με την έκλυση κατεχολαμινών στη συνοπτική σχισμή και τη συνακόλουθη διέγερση ενός συγκεκριμένου νευρωνικού κυκλώματος, εξαντλούνται τα αποθέματα αυτών των νευρομεταβιβαστών, για χρονικό διάστημα που ποικίλλει, ανάλογα με το νευρικό ιστό, για 1-2 ώρες. Εάν στο διάστημα αυτό χορηγηθεί άλλη ενδοφλέβια δόση αμφεταμίνης, το αποτέλεσμα θα είναι πολύ ασθενέστερο.(Μαρσέλος Μ.1997)

6.3.4 Τοξικότητα

Οι αμφεταμίνες εμφανίζουν ουσιαστικά προβλήματα τοξικότητας, κυρίως όταν χορηγούνται ενδοφλεβίως. Οι αρχικές ενδοφλέβιες δόσεις των 20-40 mg (3-4 φορές την ημέρα) παρουσιάζουν γρήγορη ανοδική πορεία, παράλληλη με την εγκατάσταση ανοχής. Στο τέλος, είναι δυνατόν να ενίεται 1 g κάθε 2 ώρες. Η αλληπάλληλη λήψη θα τερματιστεί όταν η νηστεία και η αγρύπνια έχουν οδηγήσει σε σωματική και ψυχική εξάντληση. Ακολουθεί βαθύτατος ύπνος, για μία ή δύο ημέρες, που διακόπτεται μόνο από σύντομα διαλείμματα φαγητού. Κατόπιν το άτομο παραμένει επί ημέρες ληθαργικό, με καταθλιπτικές τάσεις. Προκειμένου να απαλυνθεί η δυσάρεστη αυτή ψυχολογική κατάσταση, αρχίζει ένας νέος κύκλος με ενδοφλέβιες ενέσεις αμφεταμίνης. (Μαρσέλος Μ. 1997)

Η δηλητηρίαση από αμφεταμίνες σπάνια οδηγεί στο μοιραίο. Αυτό εξηγείται από τη σχετικώς μεγάλη απόσταση ανάμεσα στην αποτελεσματική και τη θανατηφόρα δόση. Η ενδοφλέβια ένεση αμφεταμινών παρουσιάζει επιπλοκές εξαιτίας κακών συνθηκών υγιεινής, όπως είναι η σηψαιμία, η μικροβιακή ενδοκαρδίτις, η λοιμώδης ηπατίτις, η ελονοσία ή και ο τέτανος ακόμη. Η *οξεία τοξικότητα* από υπέρβαση της δοσολογίας έχει τη χαρακτηριστική κλινική εικόνα συμπαθητικομιμητικού φαρμάκου, με θόλωση της διανοίας, ανησυχία, ευερεθιστότητα, επίταση των αντανακλαστικών και τρεμούλες. Συνυπάρχουν έντονες ψυχικές διαταραχές, κυρίως παρανοϊκού περιεχομένου, με παραληρηματική συμπεριφορά, πανικό, μανία, παραισθήσεις και τάσεις αυτοκαταστροφής. Τα περιφερικά συμπτώματα δηλητηρίασης περιλαμβάνουν εντονότατη ταχυκαρδία με υπέρταση, έξαψη και υπεραιμία του προσώπου, επίμονες εφιδρώσεις, κεφαλαλγία, πόνο στο στήθος και καρδιακές αρρυθμίες. Εάν η δόση του φαρμάκου είναι τόσο μεγάλη, ώστε να αποβεί μοιραία, ο θάνατος επέρχεται από κυκλοφορική καταπληξία εν μέσω υπερπυρεξίας. Η χρόνια τοξικότητα των αμφεταμινών παρουσιάζει περίπου τα ίδια συμπτώματα με την οξεία τοξικότητα, αλλά έχει ορισμένα επιπρόσθετα χαρακτηριστικά. Η ανορεξία που προκαλούν οι αμφεταμίνες μετά από μακροχρόνια λήψη προσλαμβάνει τέτοιες διαστάσεις που καθιστά προβληματική ακόμη και την κατάποση. Συχνό σύμπτωμα αυτών των ατόμων είναι ο τρισμός (ακούσιο τρίξιμο των δοντιών). (Κυστάλλης Α. 1980)

Επίσης, παρατηρούνται στοιχεία επαναληπτικής συμπεριφοράς, με χαρακτηριστικότερη τη *στερεοτυπία αναζήτησης*, που συνίσταται σε συνεχές ψάξιμο του περιβάλλοντος. Το άτομο είναι φαινομενικά προσεκτικό, αλλά στην πραγματικότητα πλησιάζει, πιάνει και περιεργάζεται διάφορα αντικείμενα με τρόπο μηχανικό και αφηρημένο.

Η αμφεταμινική ψύχωση έχει ορισμένα τυπικά συμπτώματα, τα οποία βοηθούν στη διαφοροδιάγνωση από άλλες τοξικές ψυχώσεις και από τη γνήσια σχιζοφρένεια. Ψυχωσική συμπτωματολογία μπορεί να εμφανισθεί μετά από οξεία λήψη τεραστίων δόσεων αμφεταμινών, συνήθως όμως είναι αποτέλεσμα κατάχρησης για διάστημα αρκετών μηνών, σε δόσεις που ξεπερνούν τα 500 mg την ημέρα. Η ψύχωση περιλαμβάνει ιδεοληπτική παράνοια διωκτικού περιεχομένου (μανία καταδίωξης), υπερδραστηριότητα, μεταβολές στην αντικειμενική εκτίμηση της πραγματικότητας και του Εγώ, υπερσεξουαλικότητα και υπερδραστηριότητα που δεν συνοδεύονται από προβλήματα προσανατολισμού ή κενά μνήμης. . (Κυστάλλης Α.1980)

6.3.5 Χαρακτηριστικά της Εξάρτησης

Η κατάχρηση αμφεταμινών έχει όλα τα στοιχεία της ισχυρής ψυχολογικής εξάρτησης. Τα άτομα που διακόπτουν απότομα τη χρήση αμφεταμινών, μετά από πολύμηνη λήψη μεγάλων δόσεων, παρουσιάζουν αντιρροπιστική αύξηση στη διάρκεια των ονειρικών φάσεων του ύπνου (φάσεις REM), τρομακτική όρεξη, ληθαργικότητα και οξεία κατάθλιψη. Τα συμπτώματα αυτά μπορούν να θεωρηθούν ως τυπική εικόνα συνδρόμου στέρησης, η οποία όμως δεν είναι απειλητική για τη ζωή του ατόμου, παρά μόνο στις περιπτώσεις που η κατάθλιψη φτάνει τα όρια της αυτοκαταστροφής. (Κυστάλλης Α.1980)

Οι αμφεταμίνες έχουν ισχυρή εξαρτησιογόνο δράση, επειδή η αρχική τους λήψη σε μικρές δόσεις δημιουργεί χαρακτηριστική ευφορία και ευεξία, που καθιστά την επανάληψη της χρήσης του φαρμάκου ιδιαίτερα επιθυμητή. Η ανάπτυξη ανοχής στη δράση των αμφεταμινών θεωρείται ταχυφυλαξία μάλλον, παρά απλή ανοχή. Το φαινόμενο αυτό ευνοεί τελικώς την κατάχρηση των αμφεταμινών, και μάλιστα την επαναληπτική ενδοφλέβια χορήγηση μεγάλων δόσεων, επειδή για ένα διάστημα 2-3 ωρών το άτομο καλύπτεται πλήρως από τις ανεπιθύμητες συμπαθητικομιμητικές περιφερικές ενέργειες (ταχυκαρδία, υπέρμετρη αύξηση της αρτηριακής πίεσης, αγγειακή κεφαλαλγία κ.ά.). Με άλλα λόγια όσο διαρκεί η ταχυφυλαξία δεν εκδηλώνονται οι σοβαρές ανεπιθύμητες περιφερικές ενέργειες, ενώ παραμένει ανεπηρέαστη η κεντρική ευφορική δράση, για την οποία άλλωστε γίνεται και η επαναληπτική ένεση αμφεταμινών. Στην ευφορική δράση και στην ευεξία δεν αναπτύσσεται ανοχή του οργανισμού. Η διαπιστωμένη τάση για συνεχή αύξηση των δόσεων αποδίδεται σε ψυχολογικούς παράγοντες, και συγκεκριμένα στην αναζήτηση υπέρμετρης ηδονής από τις ενέργειες του φαρμάκου.

Η ταχυφυλαξία στις αμφεταμίνες έχει πραγματικά θεαματικές διαστάσεις. Αρκεί να σκεφτεί κανείς ότι ένα φυσιολογικό άτομο αναπτύσσει εντονότατα συμπτώματα από το κυκλοφορικό σύστημα με 5 mg δεξτραμφεταμίνης, ενώ ο χρόνιος καταναλωτής είναι σε θέση να πάρει περίπου 100 δισκία των 5 mg, χωρίς να εμφανίσει σημαντικές εκδηλώσεις από το κυκλοφορικό σύστημα. Στην κακή χρήση αμφεταμινών υπάγεται και η περιστασιακή χρήση από φοιτητές, αθλητές, ηθοποιούς, πιλότους αεροπλάνων, αστροναύτες, οδηγούς φορτηγών αυτοκινήτων κ.ά. Οι ομάδες αυτές του πληθυσμού παίρνουν κανονικές δόσεις αμφεταμινών με σκοπό την καλύτερη επίδοση, την ενάργεια και την παράταση της αντοχής πέραν των φυσικών ορίων του οργανισμού. Εκτός από τις όποιες επιφυλάξεις μπορεί να έχει κανείς για τους κινδύνους μετάπτωσης σε γνήσια κατάχρηση, η περιστασιακή χρήση μπορεί επίσης να οδηγήσει σε απότομη κατάρρευση του οργανισμού. Αυτό θα συμβεί κατά τρόπο απρογραμμάτιστο και απροκαθόριστο, από άποψη βαρύτητας συμπτωμάτων, και έχει εντελώς αντίθετες συνέπειες από εκείνες για τις οποίες το άτομο παίρνει τις αμφεταμίνες. Έτσι, ο οδηγός μπορεί να κοιμηθεί στο τιμόνι ή ο φοιτητής πάνω στο έδρανο στο οποίο γράφει εξετάσεις. (Μαρσέλος Μ.1997)

6.3.6 Αντιμετώπιση της εξάρτησης και ο ρόλος του Νοσηλευτή

Η σχιζοφρένεια αποτελεί μεγαλύτερο διαγνωστικό πρόβλημα. Η αμφεταμινική ψύχωση συνοδεύεται συνήθως από ψευδαισθήσεις οπτικού περιεχομένου, και όχι ακουστικού, που αποτελεί τον κανόνα για τη σχιζοφρένεια. Η διάγνωση καθίσταται σχεδόν αδύνατη, όταν η τοξική ψύχωση από αμφεταμίνες αναπτυχθεί επί εδάφους προψυχωσικής συμπεριφοράς. Ο ρόλος του Νοσηλευτή στην παρούσα κατάσταση είναι η λήψη του ιστορικού που προσφέρει ουσιαστική βοήθεια στη διάγνωση της τοξικής ψύχωσης, στο οποίο συνήθως αναφέρεται πολύμηνη ενδοφλέβια λήψη μεγάλων δόσεων αμφεταμινών. (Κυστάλλης Α.1980)

Η καταχρηστική λήψη διαδράμει σε κύκλους, ανάλογα με τη γενικότερη κατάσταση του οργανισμού. Συχνά απαιτείται η εναλλαγή αμφεταμινών και κατασταλτικών φαρμάκων, προκειμένου να επιτευχθεί παρατεταμένη ανάπαυση και ηρεμία. Τα στερητικά συμπτώματα εμποδίζουν το άτομο να αποδεσμευθεί από αυτόν το φαύλο κύκλο. Το σύνδρομο στέρησης από αμφεταμίνες δεν συγκρίνεται, από άποψη έντασης, με το σύνδρομο στέρησης από τα κατασταλτικά ή τα οπιούχα φάρμακα. Είναι, ωστόσο, αναμφισβήτητο γεγονός ότι και στην περίπτωση των αμφεταμινών απαιτείται κάποια

ιατρική αντιμετώπιση, με τη μορφή της υποστηρικτικής ψυχοθεραπείας ή της φαρμακευτικής αγωγής. Πράγματι, η χορήγηση αμφεταμινών βοηθά το εξαρτημένο άτομο να αποκαταστήσει τη λειτουργία του ύπνου, διότι όπως διαπιστώθηκε οι μέτριες δόσεις επαναφέρουν τις ονειρικές φάσεις στη φυσιολογική τους διάρκεια. Κατόπιν ακολουθεί προοδευτική μείωση των δόσεων, μέχρι την πλήρη απόσυρση. (Γκιουζέπας Ι. 1988)

6.4 Μεθυλοξανθίνες

Οι μεθυλοξανθίνες είναι φυσικά συστατικά διαφόρων φυτικής προέλευσης προϊόντων τα οποία καταναλώνονται σε τεράστιες ποσότητες. Στην κατηγορία αυτή ανήκουν η καφεΐνη, η θεοβρωμίνη και η αμινοφυλλίνη, ουσίες που απαντούν σε δημοφιλή ροφήματα όπως ο καφές, το κακάο, το τσάι κ.ά. Επειδή η φαρμακολογία και η τοξικολογία αυτών των ουσιών είναι παρόμοια, θα εξεταστεί αναλυτικά μόνον η καφεΐνη, ως χαρακτηριστικός εκπρόσωπος της ομάδας. (Κυστάλλης Α. 1980)

6.4.1 Ιστορία και Προέλευση

Η συστηματική καλλιέργεια του φυτού αρχίζει τον 9ο μ.Χ. αιώνα στην Υεμένη, όπου τελειοποιείται η τεχνική της επεξεργασίας των σπόρων (καβούρντισμα) και αρχίζει η μεγάλη διάδοση του στις γειτονικές περιοχές. Ο καφές γίνεται δημοφιλής στην Ευρώπη τον 16ο αιώνα. Η ζήτηση του καφέ είναι τόσο μεγάλη, ώστε δημιουργούνται νέες φυτείες, που κυρίως βρίσκονται στις αποικίες των τότε Μεγάλων Δυνάμεων.

Το φυτό του καφέ (*Καφέα η αραβική*) είναι αειθαλές δενδρύλλιο, που φτάνει σε ύψος αρκετών μέτρων. Τα φύλλα του είναι βαθυπράσινα, μεγάλα και ωοειδή (μήκους περίπου 15 cm). Στις μασχάλες των φύλλων βγαίνουν οι ταξιανθίες των λουλουδιών και οι βότρες των καρπών. Οι καρποί είναι κόκκινοι και μοιάζουν ελαφρώς με κεράσια. Κάτω από το περικάρπιο βρίσκονται αντικρυστά τα δύο σπέρματα, από τα οποία γίνεται ο καφές. (Μάρσελος Μ. 1997)

Μεγάλο εμπορικό ενδιαφέρον παρουσιάζουν τα φυτά *Cola acuminata* και *Cola nitida*, τα οποία ανήκουν στην ίδια οικογένεια με το φυτό *Theobroma cacao*. Ο καρπός τους, που μοιάζει σε μέγεθος και σχήμα με το κοινό καρύδι, είναι ιδιαίτερα πλούσιος σε καφεΐνη και περιέχει επίσης διάφορες άλλες ενώσεις με χαρακτηριστική αρωματική γεύση. Εκχυλίσματα των φυτών κόλα χρησιμοποιούνται στη σύγχρονη βιομηχανία αναψυκτικών, ως βελτιωτικά της γεύσης και ως πηγή καφεΐνης (Coca-Cola, Pepsi-Cola κ.ά.).

Σήμερα υπολογίζεται ότι σε παγκόσμια κλίμακα η ημερήσια κατανάλωση καφεΐνης πλησιάζει το 1 g κατά κεφαλή. Περίπου 500 mg καλύπτονται με τον καφέ και το τσάι, ενώ τα υπόλοιπα 500 mg προέρχονται από το κακάο (κυρίως με τη μορφή σοκολάτας) και τα καφεϊνούχα αναψυκτικά. (Μάρσελος Μ. 1997)

6.4.2 Χημεία

Οι ξανθίνες αποτελούνται από το σκελετό της βάσης της πουρίνης. Από αυτές η καφεΐνη είναι 1,3,7-τριμεθυλοξανθίνη και απαντά κυρίως στο τσάι και τον καφέ. Η θεοβρωμίνη είναι 3,7-διμεθυλοξανθίνη και αποτελεί βασικό συστατικό του κακάου. Η θεοφυλλίνη, από την οποία προέρχεται και η αμινοφυλλίνη, είναι 1,3-διμεθυλοξανθίνη. Η καθαρή μορφή των ουσιών αυτών δεν απομονώνεται πλέον από τα φυτά, αλλά παρασκευάζεται συνθετικώς στο εργαστήριο. Από τις τρεις ουσίες, θεραπευτική εφαρμογή έχουν μόνον η καφεΐνη και η θεοφυλλίνη (ως αμινοφυλλίνη). (Μαρσέλος Μ. 1997)

6.4.3 Φαρμακοκινητική

Οι μεθυλοξανθίνες έχουν ευρύτατη κατανάλωση, με τη μορφή των εμπορικών προϊόντων που προαναφέρθηκαν. Από του στόματος χρησιμοποιούνται, με τη μορφή ποικίλων ιδιοσκευασμάτων, η καφεΐνη και η θεοφυλλίνη. Μερικές φορές η καφεΐνη εξακολουθεί να ενίεται ενδομυϊκώς, ως ήπιο ψυχοδιεγερτικό φάρμακο. Συχνότερη είναι η παρεντερική χορήγηση της θεοφυλλίνης, η οποία έχει σημαντικές θεραπευτικές εφαρμογές ως βρογχοδιασταλτικό φάρμακο. Ο χρόνος ημιζωής αυτών των ουσιών είναι 4 περίπου ώρες. Οι μεθυλοξανθίνες μεταβολίζονται σχεδόν εξολοκλήρου, με αποτέλεσμα ένα πολύ μικρό ποσοστό να απεκκρίνεται αναλλοίωτο στα ούρα. Κύρια οδός μεταβολισμού είναι η απομεθυλίωση, η οποία γίνεται στο ήπαρ.

Η καφεΐνη και η θεοφυλλίνη (αμινοφυλλίνη) παρουσιάζουν μεγάλη φαρμακολογική ομοιότητα. Αντίθετα, η θεοβρωμίνη εμφανίζει κυρίως περιφερικές δράσεις, δηλαδή δεν επιδρά στο ΚΝΣ. Στο κείμενο που ακολουθεί περιγράφεται διεξοδικότερα η φαρμακολογία της καφεΐνης, που είναι ο εκπρόσωπος αυτής της ομάδας με τη μεγαλύτερη κατανάλωση. (Μαρσέλος Μ. 1997)

6.4.4 Φαρμακολογικές ιδιότητες

Η καφεΐνη ασκεί σαφή δράση στο ΚΝΣ, η οποία εκδηλώνεται με βελτίωση της όλης ψυχοκινητικής δραστηριότητας του ατόμου. Επίσης, επιδρά σε κατώτερα κέντρα του εγκεφάλου και ιδιαίτερα του προμήκη, όπου διεγείρει το κέντρο της αναπνοής και το αγγειοκινητικό κέντρο. Μεγάλες δόσεις οδηγούν σε επίταση των αναπνευστικών κινήσεων, καθώς και σε κεντρική αύξηση της αντίστασης των αγγείων. Η επίδραση στο αγγειοκινητικό κέντρο, παρόλα αυτά, υπερκαλύπτεται από την περιφερική δράση της καφεΐνης στο μυοκάρδιο. (Κουτσελίνης Α.2002)

Στην περιφέρεια, η καφεΐνη επιδρά, εκτός από το μυοκάρδιο, στις λείες μυϊκές ίνες των σπλάχνων, στις γαστρικές εκκρίσεις και στη νεφρική λειτουργία. Μικρές δόσεις αυξάνουν την καρδιακή συχνότητα, ως αποτέλεσμα της διέγερσης του φλεβόκομβου. Μεγάλες δόσεις, εκτός από την ταχυκαρδία, είναι δυνατόν να οδηγήσουν σε εκτακτοσυστολία, με την ενεργοποίηση έκτοπων κέντρων. Δρώντας απευθείας στα αγγεία, προκαλεί αγγειοδιαστολή, ενώ η αρτηριακή πίεση παραμένει σταθερή εξαιτίας της αύξησης της έντασης της καρδιακής συστολής. Αγγειοδιαστολή προκαλεί και στα στεφανιαία αγγεία, χωρίς να είναι ακριβώς γνωστό εάν πρόκειται για πρωτογενή δράση ή για δευτερογενές αποτέλεσμα της αύξησης του καρδιακού έργου. Εκτός από τις λείες μυϊκές ίνες των αγγείων, δημιουργεί χαλάρωση και στις λείες μυϊκές ίνες άλλων οργάνων, όπως των βρόγχων, με τελικό αποτέλεσμα τη βρογχοδιαστολή. Η λήψη καφέ οδηγεί σε αύξηση των γαστρικών εκκρίσεων, η οποία, ως προς ένα μέρος τουλάχιστον, αποδίδεται στη δράση της καφεΐνης. Από τους νεφρούς η καφεΐνη επιτείνει τη διούρηση, φαινόμενο ιδιαίτερα έντονο όταν συνδυάζεται με λήψη οιοπνεύματος. Η καθημερινή χρήση διαφόρων αφεψημάτων και αναψυκτικών που περιέχουν καφεΐνη παρέχει στον οργανισμό ικανές ποσότητες αυτής της ουσίας. Με άλλα λόγια, ενδεχόμενη υπερκατανάλωση μπορεί να οδηγήσει σε ορισμένες ανεπιθύμητες ενέργειες.

Έχει υπολογιστεί ότι ένα φλιτζάνι καφέ περιέχει περίπου 100 mg καφεΐνης, ενώ ένα φλιτζάνι τσάι περιέχει μικρότερο ποσό. Αναψυκτικά ποτά με καφεΐνη, του τύπου της Coca-Cola, αποδίδουν συνήθως 50 mg καφεΐνης. Έχει παρατηρηθεί ότι ακόμη και η μέτρια κατανάλωση καφέ είναι δυνατόν να αυξήσει σημαντικά τον καρδιακό ρυθμό, καθώς και την αρτηριακή πίεση. (Μαρσέλος Μ.1997)

6.4.5 Τοξικότητα

Μεγάλες δόσεις καφεΐνης (300-600 mg) οδηγούν σε αύπνία, ανησυχία, άγχος, θόλωση της διανοίας, προκάρδιους παλμούς, ελαφρά τρεμούλα, ιλίγγους, πονοκεφάλους και διαταραχές στην όραση και την ακοή. Οι τοξικές αυτές εκδηλώσεις είναι εντονότερες σε άτομα τα οποία γενικώς δεν καταναλώνουν καφέ σε μεγάλες ποσότητες, οπότε μπορεί να προκύψουν ακόμη και με ένα φλιτζάνι. Επιδημιολογικές μελέτες σε μεγάλα δείγματα πληθυσμού προσπάθησαν να ερευνήσουν τη σχέση ανάμεσα στην κατανάλωση καφέ και την εμφάνιση εμφράγματος του μυοκαρδίου. Η εξαίρεση της καφεΐνης από τα παθογόνα αίτια του εμφράγματος βασίστηκε κυρίως στη λογική άποψη ότι η κατανάλωση τσαγιού δεν σχετίζεται με το έμφραγμα του μυοκαρδίου, παρά το γεγονός ότι το τσάι έχει καφεΐνη σε ίση περιεκτικότητα με τον καφέ.

Σε πειράματα *in vitro*, έχει αποδειχθεί ότι η καφεΐνη δρα ως μεταλλαξιγόνο ουσία. Άλλωστε, σε πειραματόζωα, μεγάλες δόσεις οδηγούν σε τερατογένεση. Εντούτοις, οι δόσεις που χρησιμοποιήθηκαν θα αναλογούσαν σε ημερήσια κατανάλωση για τον άνθρωπο 50 φλιτζανιών καφέ, γεγονός που σταμάτησε κάθε σοβαρό προβληματισμό γύρω από το θέμα της τερατογόνου δράσης της ουσίας. Επίσης από μελέτες σε πειραματόζωα, η μέση θανατηφόρα δόση καφεΐνης υπολογίζεται σε περίπου 100 mg/kg, που σημαίνει ότι για ένα άτομο μέσου σωματικού βάρους απαιτούνται 7-8 g, σε εφάπαξ δόση. (Μαρσέλος Μ.1997)

6.4.6 Χαρακτηριστικά της Εξάρτησης

Η κατανάλωση καφέ έχει σημαντικές κοινωνικές διαστάσεις, με την έννοια της καθημερινής συναναστροφής. Η εξάρτηση από την καφεΐνη είναι κυρίως ψυχολογική, αλλά έχει και αρκετά στοιχεία ελαφράς σωματικής εξάρτησης. Αυτό επιβεβαιώνεται από την εμφάνιση χαρακτηριστικών στερητικών φαινομένων, σε περίπτωση που το άτομο απέχει από την κατανάλωση καφέ. Χαρακτηριστικά συμπτώματα είναι η αδυναμία συγκέντρωσης της προσοχής, η ευερεθιστότητα, κάποια γενικότερη ανησυχία και νευρικότητα, καθώς και οι ημικρανίες.

Αξίζει να σημειωθεί ότι ακριβώς τα ίδια συμπτώματα εμφανίζονται σε άτομα που δεν πίνουν καφέ, αν τους χορηγήσει κανείς την αντίστοιχη δόση καφεΐνης (200-300 mg). Η μόνη ερμηνεία αυτών των αποτελεσμάτων, που διαπιστώθηκαν σε διπλό τυφλό πείραμα, είναι ότι τα άτομα που δεν πίνουν έχουν μεγαλύτερη ευαισθησία στην καφεΐνη, σε

σύγκριση με τους καταναλωτές καφέ. Επίσης, τα αποτελέσματα δείχνουν ότι οι καταναλωτές αναπτύσσουν ένα βαθμό αντοχής στην επίδραση της καφεΐνης. Επομένως, η συνήθεια του καφέ δεν έχει το χαρακτήρα της αμιγούς ψυχολογικής εξάρτησης.

Μερικές φορές η εξάρτηση από την καφεΐνη εγκαθίσταται με αναψυκτικά του τύπου της Coca-Cola. Επίσης, έχει παρατηρηθεί ανάπτυξη εξάρτησης με διάφορα φαρμακευτικά προϊόντα που περιέχουν καφεΐνη ως «τονωτικό» ή «ορεκτικό» συστατικό. (Μαρσέλος.Μ 1997)

Η καφεΐνη, όσο περίεργο κι αν φαίνεται, μπορεί να αποτελέσει πύλη εισόδου για την κατανάλωση και την κατάχρηση άλλων περισσότερο επικίνδυνων ψυχοτρόπων ουσιών. Αυτό οφείλεται κυρίως στο γεγονός ότι η ανησυχία, η νευρικότητα και η αϋπνία, που προκαλεί η υπέρμετρη κατανάλωση καφέ, προδιαθέτουν στη χρήση υπνωτικών και κατασταλτικών φαρμάκων γενικότερα. Για παράδειγμα, η εναλλαγή ανάμεσα σε υπερβολική λήψη οιοπνεύματος και καφέ είναι κάτι που παρατηρείται συχνά. (Γκιουζέπας Ι.1988)

ΣΥΝΟΨΗ ΚΕΦΑΛΑΙΟΥ:

Κυριότερος αντιπρόσωπος των ψυχοδιεγερτικών είναι η κοκαΐνη. Στην κατηγορία ανήκουν οι αμφεταμίνες, το κρακ και η καφεΐνη. Τα ψυχοδιεγερτικά προκαλούν γρήγορα ψυχολογικό κυρίως εθισμό. Η χρήση τους είναι διαδεδομένη λόγω της ισχυρής διεγερτικής τους δράσης και προκαλεί παρανοϊκές ψυχώσεις και έντονη αϋπνία. Η δηλητηρίαση από κοκαΐνη μπορεί να οδηγήσει στο θάνατο ανεξάρτητα από τη ληφθείσα ποσότητα. Ενώ στο κρακ και στις αμφεταμίνες είναι πάντα σε συνάρτηση της ληφθείσας δόσης.

7. Ψευδαισθησιογόνα φάρμακα

7.1 Ταξινόμηση

Τα ψευδαισθησιογόνα (ψυχωσεομιμητικά, παραισθησιογόνα) φάρμακα, συγκρινόμενα με άλλες ψυχοτρόπες ουσίες χαρακτηρίζονται από κάποια εκλεκτική δράση στις λειτουργίες απαρτίωσης του κεντρικού νευρικού συστήματος, η οποία εξηγεί και τα φαρμακολογικά τους αποτελέσματα. Προκαλούν παροδικές ψυχωσικές αντιδράσεις (τοξικές ψυχώσεις), με μεταβολές στο επίπεδο της συνείδησης, του συναισθήματος και της βούλησης. (Ακριβούδη Σ. 1993)

Στα ψευδαισθησιογόνα υπάγεται μία μεγάλη ποικιλία χημικών ουσιών, που παρουσιάζουν σημαντικές διαφορές στις φαρμακολογικές τους ιδιότητες. Λόγω της μεγάλης χημικής ετερογένειας αυτής της ομάδας, κάθε κατηγορία φαρμάκων θα εξεταστεί χωριστά. Τα ψευδαισθησιογόνα είναι δυνατόν να καταταγούν στις ακόλουθες ομάδες:

- Ινδόλες (φυσικά αλκαλοειδή της ερυσιβώδους όλυρας, LSD, χαρμαλίνη, ιβογαΐνη, ψιλοκυβίνη, ψιλοκίνη, DET, DPT).
- Φαινυλαιθυλαμίνες (πεϋότ, μεσκαλίνη).
- Ψυχωσεομιμητικές αμφεταμίνες (έκσταση, DOM, MDA, PAM).
- Αντιχολινεργικά αλκαλοειδή του τροπανίου (ατροπίνη, σκοπολαμίνη).
- Κυκλοεξυλαμίνες (φαινοκυκλιδίνη, κεταμίνη). (Μαρσέλος Μ. 1997)

A. Ινδόλες

7.2 Διαιθυλαμίδιο του λυσεργικού οξέως (LSD)

7.2.1 Ιστορία

Το 1937 ο Hofmann συνέθεσε για πρώτη φορά το διαιθυλαμίδιο του λυσεργικού οξέως, κατά την αναζήτηση νέων παραγώγων των αλκαλοειδών της ερυσιβώδους όλυρας, τα οποία προορίζονταν για διάφορες θεραπευτικές εφαρμογές. Ο ίδιος επιστήμονας ανα-

κάλυψε το 1943 τις ψυχοτρόπες ιδιότητες αυτής της ουσίας, κατά τρόπο εντελώς τυχαίο. Στη δεκαετία του '50 γράφτηκαν εκατοντάδες επιστημονικές εργασίες για τις επιδράσεις του LSD. Τελικά μέσα σε μικρό χρονικό διάστημα η χρήση του LSD συμπεριλαμβάνονταν στην ίδια κατηγορία με την ηρωίνη. Το 1988 με βάση μια στατιστική που έγινε στις Η.Π.Α. βρέθηκε ότι μόνο το 14% των εφήβων είχε κάποτε κάνει χρήση LSD ή παρόμοιων ουσιών ενώ ποσοστό μικρότερο από 2% τις είχαν χρησιμοποιήσει κατά τη διάρκεια του τελευταίου μήνα πριν τη στατιστική.

Ιδιαίτερα έχει τονισθεί η *ψυχοδιευρυντική επίδραση* του LSD και των άλλων ψευδαισθησιογόνων, δηλαδή η επίταση της δημιουργικότητας και η διευκόλυνση της καλλιτεχνικής έμπνευσης του χρήστη. Άλλωστε, ο όρος *psychedelic*, που χρησιμοποιήθηκε στη δεκαετία του '60 για να εκφράσει τις αισθητικές αναζητήσεις του «ψυχεδελικού κινήματος» των hippies, είναι ελληνογενές κατασκευάσμα από τις λέξεις «ψυχή» και «δηλώ», που υποσημαίνει τον ψυχοδηλωτικό (αποκαλυπτικό της ψυχής) χαρακτήρα αυτών των ουσιών. Το LSD, που παρασκευάζεται σχετικά εύκολα, διατίθεται και χρησιμοποιείται ακόμη και σήμερα, όμως η συχνότητα της χρήσης του έχει πέσει. (Ακριβούδη Σ.1993)

7.2.2 Φαρμακοκινητική

Το LSD απορροφάται ταχύτατα, μετά από κατάποση, και παρουσιάζει χρόνο ημιζωής περίπου 4 ώρες. Εκτός από τον πεπτικό βλεννογόνο, το LSD απορροφάται από τον ρινικό βλεννογόνο, επομένως μπορεί να ληφθεί και με ερρινισμό. Μελέτες σε πειραματόζωα απέδειξαν ότι, μετά από χορήγηση ραδιοσημασμένου LSD, μεγάλη συγκέντρωση παρουσιάζεται σε παρεγχυματικά όργανα. Στον εγκέφαλο παρατηρείται ειδική καθήλωση στο θάλαμο, τον υποθάλαμο και την υπόφυση. (Μαρσέλος Μ.1997)

7.2.3 Φαρμακολογικές Ιδιότητες

Το LSD παρουσιάζει ήδη φαρμακολογικά αποτελέσματα σε επίπεδο δόσεων 20-25 mg, αλλά συνήθως οι ψευδαισθήσεις απαιτούν μεγαλύτερες δόσεις (100-500 mg). Τα κυριότερα συμπτώματα αφορούν το αυτόνομο νευρικό σύστημα, όπως ταχυκαρδία, ελαφρά υπέρταση και μυδρίαση. Επίσης, το LSD διαθέτει ήπιες μητροσυσπαστικές ιδιότητες. Επίσης δρά ως ανταγωνιστής της σεροτονίνης αυξάνοντας την διέγερση των αισθήσεων με καταστροφή της αίσθησης του χρόνου και ψευδαισθήσεις οι οποίες μπορεί να τρομοκρατούν τον χρήστη. (Ακριβούδη Σ.1993)

Στο ΚΝΣ, ο πιθανότερος μηχανισμός δράσης του LSD είναι η αναστολή της λειτουργίας του πυρήνα της ραφής, ο οποίος ασκεί μία συνεχή κατασταλτική επίδραση στα εισερχόμενα οπτικά και άλλα αισθητηριακά ερεθίσματα.

Η επανειλημμένη χορήγηση μεγάλων δόσεων LSD, για χρονικό διάστημα 4-5 ημερών, οδηγεί σε εγκατάσταση ανοχής. Η εξοικείωση με τη χρήση του φαρμάκου, και με τις ψυχικές μεταβολές που επιφέρει, ίσως δικαιολογεί ως προς ένα βαθμό την ανοχή στις φαρμακολογικές του δράσεις.

Μετά τη διακοπή του LSD, σε διάστημα μίας εβδομάδας εξαφανίζεται και η ανοχή. Το LSD αποτελεί αξιοσημείωτη εξαίρεση ψυχοτρόπου φαρμάκου που εγκαθιστά ανοχή, αλλά δε δημιουργεί σωματική εξάρτηση, δηλαδή η διακοπή του δε συνοδεύεται από στερητικά φαινόμενα. (Μαρσέλος Μ. 1997)

Η επίδραση του LSD στην ψυχική σφαίρα είναι απροκαθόριστη, επειδή εξαρτάται από ατομικούς παράγοντες συμπεριφοράς, από τυχόν προηγούμενες εμπειρίες, από τη γενικότερη στάση, τις προσδοκίες και τα κίνητρα που οδήγησαν στη λήψη του φαρμάκου. Έχει παρατηρηθεί ότι τα συμπτώματα που προκαλεί το LSD δεν εξαρτώνται τόσο από τη δόση, όσο από όλους τους παραπάνω παράγοντες. Η δόση καθορίζει απλώς τη διάρκεια δράσης της ψευδαισθησιογόνου ουσίας. Το αποτέλεσμα μίας συνηθισμένης δόσης (250 μg) διαρκεί συνήθως 8-10 ώρες.

Τα ψυχικά συμπτώματα αναφέρονται συχνά σαν «ταξίδι» (trip) που, ανάλογα με την τελική εμπειρία, μπορεί να είναι «καλό» ή «άσχημο». Οι διαταραχές της αντίληψης αποτελούν την προεξάρχουσα συμπτωματολογία όλων του L.S.D. Εκτός από τις διαταραχές της αντίληψης, συνυπάρχουν σαφείς εκδηλώσεις από την ψυχική σφαίρα, με αίσθημα γενικής χαλάρωσης και ευφορίας ή υπερέντασης και δυσφορίας. Συνήθως, η φαρμακολογική δράση περιγράφεται ως μία ευχάριστη εμπειρία, ακόμη και όταν υπεισέρχονται στοιχεία δυσφορίας. Προκύπτουν παραισθήσεις και ψευδαισθήσεις, μεταβολές στη σωματισθησία, καθώς και επίταση διαφόρων ερεθισμάτων, τα οποία μάλιστα μπορεί να παρουσιάσουν χαρακτηριστική εφίππευση, γνωστή ως συναισθησία. Οι ψευδαισθήσεις είναι συνήθως οπτικού περιεχομένου και, σε πολύ μικρότερο βαθμό, ακουστικού. Το LSD δεν οδηγεί σε απώλεια της συνείδησης, παραβλάπτει όμως ουσιαστικά τη φυσιολογική συνειρμική λειτουργία, με αποτέλεσμα την κατάργηση της λογικής. Οι σκέψεις κινούνται με ιλιγγιώδη ταχύτητα και με άλματα στον ειρμό, που έχουν το χαρακτήρα της ιδεοφυγής. Επέρχεται απώλεια της αίσθησης του χρόνου, όπως και απώλεια του περιεχομένου πολλών λέξεων, ιδιαίτερα όταν πρόκειται για αντίθετες έννοιες.

Έτσι, η διαφορά ανάμεσα στις λέξεις καλός-κακός ή άσπρος-μαύρος δεν είναι πλέον εφικτή. Όπως είναι αναμενόμενο, η διαπροσωπική επικοινωνία μεταβάλλεται σημαντικά με την επίδραση του LSD. Από την κινητική σφαίρα, το LSD επιτείνει τα τενόντια αντανακλαστικά και περιορίζει την ικανότητα συντονισμού των σκελετικών μυών. (Ακριβούδη Σ.1993)

7.2.4 Οξεία Τοξικότητα

Συνήθης τοξική εκδήλωση από LSD είναι το καλούμενο «άσχημο ταξίδι», που περιλαμβάνει οξεία αγχώδη αντίδραση, με έντονα τα στοιχεία του πανικού και της απόγνωσης. Το άτομο δεν είναι σε θέση να αντιληφθεί και να εκτιμήσει με ψυχραιμία τις κατακλυσμιαίες μεταβολές που συμβαίνουν σε συναισθηματικό και νοητικό επίπεδο. Συχνό σύμπτωμα είναι το συναίσθημα της απώλειας της ταυτότητας, ιδιαίτερα σημαντικό σε νεαρά άτομα. Οι οξείες τοξικές εκδηλώσεις του LSD καταλείπουν έντονη συναισθηματική αναταραχή, που αποκαθίσταται μετά από παρέλευση αρκετών ημερών. Έχει παρατηρηθεί ότι τα «άσχημα ταξίδια» είναι συνηθέστερα σε άτομα κάπως προχωρημένης ηλικίας (μεγαλύτερα των 35 ετών). Τα σοβαρότερα περιστατικά χαρακτηρίζονται από οξεία ψυχωσική αντίδραση κατατονικής μορφής, με απώλεια του συναισθηματικού ελέγχου και συχνές απρόβλεπτες αντιδράσεις πανικού, που μπορεί να αποβούν επικίνδυνες για τη ζωή του ίδιου του ατόμου ή κάποιου από την παρέα.

Παρόλα αυτά, η παραφιλολογία γύρω από το θέμα της επικινδυνότητας των καταναλωτών LSD οφείλεται, κυρίως, σε διάφορες περιπτώσεις δικαστικών αγώνων όπου η χρήση LSD είχε τονισθεί ιδιαίτερα στο δικαστήριο, ως ελαφρυντικό. Τα περιστατικά αυτά έχουν οδηγήσει στην εσφαλμένη γενίκευση ότι η ουσία αυτή προδιαθέτει ή εξωθεί σε πολύ επικίνδυνες αντιδράσεις μανιακού τύπου, χωρίς αυτό να ανταποκρίνεται στην πραγματικότητα.

Στην οξεία τοξικότητα των ψευδαισθησιογόνων φαρμάκων βασίζεται και η προσπάθεια αξιοποίησής τους ως χημικών όπλων, επειδή δημιουργούν διαταραχές στην αντίληψη και το συναίσθημα, εξουδετερώνοντας έτσι την ικανότητα χειρισμού πολύπλοκων συσκευών και όπλων. Οι οξείες αντιδράσεις στο LSD αντιμετωπίζονται επιτυχώς με χορήγηση χλωροπρομαζίνης ή άλλων νευροληπτικών φαρμάκων.

7.2.5 Χρόνια Τοξικότητα

Οι πλέον αναγνωρισμένες χρόνιες τοξικές εκδηλώσεις από τη συστηματική λήψη LSD αναφέρονται σε ψυχικά προβλήματα, καθώς και σε εμβρυοτοξικές επιπτώσεις. Η μακροχρόνια κατάχρηση δημιουργεί σαφείς ψυχιατρικές διαταραχές, που εκδηλώνονται με απάθεια, κατάθλιψη, ευερεθιστότητα, απώλεια της μνήμης και επιδείνωση των νοητικών λειτουργιών. Πολλοί πιστεύουν ότι στις περιπτώσεις αυτές δεν υπάρχει κάποια οργανική εγκεφαλική βλάβη, δεδομένου ότι η εμφάνιση παρόμοιων εκδηλώσεων σπάνια ακολουθείται από πλήρη αποκατάσταση, παρά τη μακροχρόνια διακοπή του LSD. Η χαρακτηριστική αναλαμπή συμπτωμάτων παρουσιάζεται, επίσης, πολύ συχνότερα σε άτομα που έχουν κάνει στο παρελθόν κατάχρηση LSD. Μετά από κάποιο εξωτερικό ερέθισμα, όπως νευρική υπερένταση ή κούραση, μπορεί να εκλυθούν συμπτώματα τοξικής ψευδαισθήτωσης, παρά το γεγονός ότι δεν έχει ληφθεί κάποια ψευδαισθησιογόνος ουσία για μήνες ή και χρόνια. Τα συμπτώματα αναλαμπής, σε αντίθεση με την πιθανή οργανική βλάβη που αναφέρθηκε, αποδίδονται περισσότερο σε κάποια λειτουργική διαταραχή. (Ακριβούδη Σ.1993)

Τα επιδημιολογικά δεδομένα δεν αποδεικνύουν ότι το LSD είναι τερατογόνο για τον άνθρωπο. Ενδεικτικά μπορούν να αναφερθούν οι αβιταμινώσεις από κακή διατροφή, το υπερβολικό κάπνισμα, καθώς και η παράλληλη χρήση πολλών ακόμη ψυχοτρόπων ουσιών. (Μαρσέλος Μ.1997)

7.2.6 Χαρακτηριστικά της Εξάρτησης

Αντίθετα, όμως, με τους καταναλωτές των περισσότερων άλλων ψυχοτρόπων ουσιών, οι καταναλωτές LSD δεν επιδιώκουν τη συντροφική χρήση. Η φαρμακευτική εμπειρία βιώνεται από κάθε άτομο ξεχωριστά μέσα σε έναν προσωπικό κόσμο φαντασίας και ονείρου. Με τα τρέχοντα κοινωνικά κριτήρια, τέτοιου είδους συμπεριφορά θα εθεωρείτο μάλλον απορριπτέα, ως εγωκεντρική. Το ίδιο άλλωστε συμβαίνει, τηρουμένων των αναλογιών, με τον μοναχικό πότη.

Η εξάρτηση από το LSD δεν είναι σωματική, αν και συνυπάρχει σημαντικού βαθμού ανοτοχή. Αρκετοί μελετητές αμφισβητούν ακόμη και την εγκατάσταση ψυχικής εξάρτησης από το LSD. Ο λόγος πρέπει να αναζητηθεί σ'αυτά που ήδη αναφέρθηκαν σχετικά με την «ψυχεδελική κίνηση» και τις συνέπειες της στην εξάπλωση της ουσίας αυτής. Αν δεχτούμε την εγκατάσταση ψυχικής εξάρτησης, το φαινόμενο αυτό θα έπρεπε να περιορίζεται μόνο

στα άτομα που είχαν κάποια ευχάριστη ή έστω αδιάφορη αρχική εμπειρία από το LSD. Στα πλαίσια, όμως, της «ψυχεδελικής κίνησης» υπήρξαν άτομα που, ενώ συνήθως είχαν δυσάρεστα συμπτώματα, συνέχιζαν τη χρήση, ως έκφραση κάποιας αφοσίωσης στα ιδανικά και στους κανόνες της ομάδας. Γενικά, η χρήση LSD έχει δυσφημιστεί και έχει συνδεθεί με ποικίλα αντικοινωνικά στοιχεία συμπεριφοράς, επειδή κεντρική φιλοσοφία των «παιδιών των λουλουδιών» ήταν η αμφισβήτηση της τότε κοινωνικής δομής και των εκφραστών της. (Ακριβούδη Σ.1993)

7.3 Φυσικά αλκαλοειδή της ερουσιβώδους ολύρας

Η ΠΡΟΣΒΟΛΗ των δημητριακών, και ειδικότερα της σίκαλης, από το *μύκητα γομφόμορφον το πορφυρόν (Claviceps purpurea)* αναφέρεται ήδη στην Παλαιά Διαθήκη με το όνομα *ερυσίβη*. Η προσβεβλημένη σίκαλη (ερυσιβώδης όλυρα) ήταν γνωστό ότι οδηγεί σε σοβαρές τοξικές εκδηλώσεις, όπως γάγγραινες των άκρων. Η ερυσίβη περιέχει διάφορα παράγωγα του λυσεργικού οξέος, που χαρακτηρίζονται με το συλλογικό όνομα αλκαλοειδή της ερουσιβώδους ολύρας. Τα σπουδαιότερα απ' αυτά είναι η εργοταμίνη, η εργονοβίνη και η εργοτοξίνη. Περιέχονται, επίσης, τα αμίδια του λυσεργικού και του ισολυσεργικού οξέος. Έχει διαπιστωθεί ότι η εργονοβίνη και τα φυσικά αμίδια του λυσεργικού οξέος διαθέτουν ψυχοτρόπες ιδιότητες παρόμοιες με του LSD.

Εκτός από τη σίκαλη, άλλα δημητριακά που προσβάλλονται από το μύκητα, είναι το σιτάρι, το κριθάρι και η ήρα. Για τα είδη αυτών των δημητριακών η ερυσίβη αποτελεί σπανιότατη φυτική ασθένεια. Μελετήθηκαν τα γένη των φυτών *Argyreia (Αργύρειος)*, *Ipomoea (Ιπομοία)* και *Cuscuta (Επίθυμον)*. Τα φυτά αυτά έχουν ενδιαφέρον για τη χώρα μας, επειδή ευδοκιμούν και καλλιεργούνται σε αυλές ως διακοσμητικά. Αρκεί να αναφερθεί ότι η Ιπομοία είναι το γνωστό σε όλους χωνάκι. Τα δραστικά συστατικά των σπόρων αυτών των φυτών είναι τα αλκαλοειδή της ερουσιβώδους ολύρας και συγκεκριμένα οι σπόροι από χωνάκι περιέχουν αμίδια του λυσεργικού και του ισολυσεργικού οξέος, καθώς και διάφορα άλλα αλκαλοειδή, που δημιουργούν υπνηλία, κακουχία, θόλωση της διανοίας και ψευδαισθήσεις.

Σε γενικές γραμμές τα αποτελέσματα είναι όμοια με του LSD, με χαρακτηριστική εναλλαγή αισθημάτων ευφορίας, πανικού και άγχους. Η κατάποση μεγάλης ποσότητας σπόρων είναι απαραίτητη για την εμφάνιση αποτελέσματος, αλλά παράλληλα μπορεί να προκαλέσει εμετούς από γαστρικό ερεθισμό. Ίσως γι' αυτό το λόγο τα συγκεκριμένα

βότανα δεν έχουν γίνει πολύ, δημοφιλή, αλλά έχουν χρησιμοποιηθεί μόνο στις θεραπευτικές τελετές συγκεκριμένων μυημένων ατόμων.(Μαρσέλος Μ.1997)

7.4 Χαρμαλίνη-Χαρμίνη-Ιβογαΐνη

Η χαρμαλίνη και η χαρμίνη είναι τα κυριότερα αλκαλοειδή των σπόρων του απήγανου (*Peganum harmala*) που αυτοφύεται στα παράλια της Μεσογείου. Επίσης, απαντά σε διάφορα φυτά της κεντρικής Αμερικής. Οι ουσίες αυτές παρουσιάζουν παρόμοιες φαρμακολογικές και χημικές ιδιότητες με την ιβογαΐνη, που αποτελεί το δραστικό συστατικό της φλούδας και της ρίζας ορισμένων φυτών της δυτικής Αφρικής. Από χημική άποψη, η χαρμαλίνη και η χαρμίνη είναι τρικυκλικές ινδόλες (καρβολίνια) και η ιβογαΐνη τρυπταμινικό παράγωγο.

Η χαρμαλίνη, η χαρμίνη και η ιβογαΐνη ασκούν ψυχοδιεγερτική επίδραση, η οποία σε μεγάλες δόσεις μεταπίπτει σε οξεία ψευδαισθήτωση, διαφορετικής φύσης από τις ψευδαισθήσεις που προκαλεί το LSD. Αρκούν 4-5 mg/kg για να προκύψουν φαντασιώσεις, με έντονο ονειρικό περιεχόμενο, παρά το γεγονός ότι το άτομο παραμένει στην πραγματικότητα ξύπνιο. Τα συμπτώματα διαρκούν περίπου 6 ώρες. Επειδή οι ουσίες αυτές παρουσιάζουν τη συγκεκριμένη ιδιόμορφη φαρμακολογική δράση, έχουν ονομαστεί *ονειροφρενικά φάρμακα*.

Ως ανεπιθύμητες ενέργειες αναφέρονται συνήθως ναυτία και εμετοί, καθώς και άτακτες κινήσεις. Ειδικά η χαρμαλίνη, προκαλεί ελαφρά βραδυκαρδία και πτώση της αρτηριακής πίεσης. Αν και ο απήγανος αφθονεί στην Ελλάδα, δεν έχουν αναφερθεί περιστατικά χρήσης των σπόρων του.(Μαρσέλος Μ.1997)

7.5 Ψιλοκυβίνη-Ψιλοκίνη -DET- DPT

Η ψιλοκυβίνη και η ψιλοκίνη είναι παράγωγα της ινδόλης. Η λήψη ψιλοκυβίνης ή ψιλοκίνης οδηγεί σε ψευδαισθήσεις, οι οποίες εκδηλώνονται με αλλοιώσεις στα χρώματα που παρατηρεί ο χρήστης, μυοχάλαση, έντονη ευφορία, ιλαρότητα, μυδρίαση, ιδεοφυγή, μεταβολές στην αντίληψη του τόπου και του χρόνου, καθώς και με ένα αίσθημα αποπροσωποποίησης. Τα συμπτώματα αυτά διαρκούν δύο περίπου ώρες. Σύμφωνα με ορισμένες εκτιμήσεις, η μέση θανατηφόρα δόση για την ψιλοκυβίνη και την ψιλοκίνη είναι

περίπου 300 mg/kg. Η δηλητηρίαση εκδηλώνεται με υπερπυρεξία και γενικευμένους τονικοκλονικούς σπασμούς, που καταλήγουν σε τετανικό οπισθότονο.

Παρόμοια φαρμακολογικά και τοξικολογικά αποτελέσματα έχουν οι ενώσεις διαιθυλο-τρυπταμίνη και διπροπυλο-τρυπταμίνη (DET και DPT). Χαρακτηριστικό αυτών των παραγώγων της τρυπταμίνης, και αξιοσημείωτη διαφορά από το LSD, είναι η ταχύτητα εγκατάστασης και αποδρομής των συμπτωμάτων. Οι ενώσεις αυτές έχουν κεντρική αδρενεργική δράση, που πιθανώς ευθύνεται και για τις ψυχωσεομιμητικές ιδιότητες τους. Δεν παρουσιάζουν ομοιότητες, από άποψη μηχανισμού δράσης, με το LSD. Αυτό αποδεικνύεται από την παρατήρηση ότι οι ουσίες αυτές δεν εμφανίζουν διασταυρούμενη αντοχή με το LSD. (Μαρσέλος Μ. 1997)

B. Φαινυλαιθυλαμίνες

7.6 Πεϋότ–μεσκαλίνη

Οι φαρμακολογικές ιδιότητες του πεϋότ και της μεσκαλίνης είναι σχεδόν πανομοιότυπες. Το πεϋότ και η μεσκαλίνη λαμβάνονται από του στόματος και οδηγούν σε παροδικά δυσάρεστα συμπτώματα, όπως ναυτία, εμετούς, τρεμούλα των άκρων και έντονη εφίδρωση. Μετά παρέλευση περίπου μίας ώρας, τα συμπτώματα μεταπίπτουν προοδευτικά σε γνήσιες ψευδαισθήσεις, που χαρακτηρίζονται από έντονα φωτεινά χρώματα και γεωμετρικά σχήματα (εικόνες καλειδοσκοπίου). Όπως συμβαίνει και με το LSD, η μεσκαλίνη δεν προκαλεί απώλεια της συνείδησης, ούτε ακουστικές και οπτικές ψευδαισθήσεις. Μετά την ψευδαισθησιογόνο φάση, το άτομο πέφτει σε βαθύ ύπνο. Η συνολική διάρκεια της εμπειρίας είναι περίπου 12 ώρες. Ως δυσάρεστα και ανεπιθύμητα συμπτώματα αναφέρονται το αίσθημα άγχους, η τρεμούλα, η έντονη εφίδρωση και η επίταση των αντανακλαστικών. Η μεσκαλίνη λαμβάνεται από του στόματος σε δόση 300-500 mg, γεγονός που αποδεικνύει ότι είναι περίπου χίλιες φορές ασθενέστερο ψευδαισθησιογόνο σε σύγκριση με το LSD. Εξάλλου, μεγάλη ποσότητα απαιτείται και για τη δράση του κάκτου πεϋότ (περίπου 12 «κουμπιά»). Η ανάπτυξη αντοχής προς τη μεσκαλίνη είναι δυνατή, όταν το άτομο παίρνει μεγάλες ποσότητες για διάστημα 10-15 ημερών.

Στη χρόνια τοξικότητα του πεϋότ συγκαταλέγεται η εκδήλωση συμπτωμάτων οριακής ψύχωσης, δηλαδή υποκλινικής μορφής σχιζοφρένειας. Η μέση θανατηφόρα δόση της μεσκαλίνης υπολογίζεται ότι είναι 60 έως 70 φορές μεγαλύτερη από τη μέση

αποτελεσματική δόση (370 mg/kg). Η τυχόν υπέρβαση της δοσολογίας θα οδηγήσει στο μοιραίο, από παράλυση του αναπνευστικού κέντρου και καρδιακή ανακοπή.(Μαρσέλος Μ.1997)

Γ. Ψυχωσεομιμητικές Αμφεταμίνες

7.7 MDMA - «Έκσταση»

7.7.1 Ιστορία

Από τα τέλη της δεκαετίας του '80 η πλέον δημοφιλής ψευδαισθησιογόνος αμφεταμίνη είναι η MDMA(3,4-μεθυλενο-διοξυ-μεθαμφεταμίνη), η οποία έγινε ευρύτερα γνωστή ως Ecstasy. Είναι το ναρκωτικό με τη μεγαλύτερη διάδοση τα τελευταία χρόνια. Ιδιαίτερα δημοφιλές στους νέους και στενά συνδεδεμένο με τη δημοφιλή μουσική «Rave»: Οι 100 χτύποι ανά λεπτό της μουσικής αντικατοπτρίζουν τους γρήγορους χτύπους της καρδιάς που προκαλεί η «έκσταση».

Σε κάποια μέρη του κόσμου το MDMA χρησιμοποιήθηκε κλινικά στην ψυχοθεραπεία επειδή επιδρούσε σε συναισθηματικά φράγματα, γεγονός που βοηθούσε την επικοινωνία μεταξύ ψυχοθεραπευτή και ασθενούς. (Παραδέλλης Α.1993)

7.7.2 Φαρμακολογικές ιδιότητες

Μια από τις κύριες νευροχημικές δράσεις του MDMA είναι αυτή του «εμμέσως δρώντος αγωνιστή» ("indirect agonist") της 5-HT (σεροτονίνης). Το MDMA συνδέεται με το μεταφορέα της 5-HT λόγω χημικής συγγένειας και πιστεύεται πως παρεμποδίζει την επαναρρόφηση της εκλυόμενης 5-HT. Η δράση αυτή μοιάζει με αυτήν της κοκαΐνης και της d-αμφεταμίνης, που παρεμποδίζουν την δοπαμίνη μπλοκάροντας το μεταφορέα της. Η απελευθέρωση της 5-HT σε πολλά σημεία του εγκεφάλου συμβάλλει στη μεταβολή της ψυχικής διάθεσης και στην άνοδο της θερμοκρασίας.

Άλλες επιδράσεις του MDMA είναι:

- Ευφορικές μεταβολές της ψυχικής διάθεσης και μεταβολής της αντίληψης που μοιάζουν μ' αυτές που προκαλούν άλλα παραισθησιογόνα, όπως το LSD.
- Ακόμη, προκαλεί μία σειρά δυσμενών παρενεργειών όπως πυρετό, αφυδάτωση, αύξηση του ΚΛΟΑ, αρρυθμία και υπέρταση.

-Ο θάνατος μπορεί να επέλθει ως συνέπεια του πυρετού και της αφυδάτωσης, από αιμορραγία, ενδοαγγειακές θρομβώσεις και ραβδομυόλυση.

(Ακριβούδη.Σ. 1993)

7.7.3. Τοξικότητα

Δεν είναι ξεκάθαρο αν το MDMA προκαλεί εθισμό, με βάση παρατηρήσεις σε πειραματόζωα. Δεν είναι επίσης ξεκάθαρο αν οι άνθρωποι εθίζονται στο MDMA. Αλλά μ' έναν παρόμοιο τρόπο με την κοκαΐνη και τις αμφεταμίνες, η «διαπύση» του χρήστη από την ουσία οδηγεί μάλλον σε εξάντληση των αποθεμάτων της 5-HT στον εγκέφαλο, που μπορεί να οδηγήσει σε κατάθλιψη και αίσθημα ανικανοποίητου αυτά τα αισθήματα μπορεί να οδηγήσουν στη συχνότερη κατανάλωση της ουσίας.

Το συστατικό μέρος του MDMA που είναι υπεύθυνο για τη νευροτοξικότητά του παραμένει άγνωστο. Πιθανόν το MDMA εισέρχεται στις νευρικές απολήξεις των νευρώνων της 5-HT και μεταβολίζεται σε κινουιδές ή άλλη ουσία η οποία παράγει ελεύθερη ρίζα που μπορεί να καταστρέψει την υδροξυλάση της τρυπτοφάνης (καταστροφή των νευρώνων της 5-HT).

Σύμφωνα με άλλες ενδείξεις η νευροτοξίνη του MDMA μπορεί να είναι ένας μεταβολίτης της δοπαμίνης. Το ποια είναι η νευροτοξίνη που δημιουργείται είναι ένα ενδιαφέρον ερώτημα αφού η γνώση του μεταβολισμού του MDMA που προκαλεί νευροτοξικότητα μπορεί να βοηθήσει στη διαλεύκανση των μηχανισμών που προκαλούν τη νέκρωση των 5-HT νευρώνων στο ΚΝΣ.

(Ακριβούδη Σ. 1993)

7.8 DOM

Η χημική σύνθεση της DOM (2,5-διμεθοξυ-4-μεθυλαμφεταμίνη) δημοσιεύθηκε για πρώτη φορά το 1964. Το 1967 παρατηρήθηκε μεγάλη διάδοση και παράνομη διακίνηση του ψευδαισθησιογόνου STP (από τα αρχικά των λέξεων *Serenity, Tranquility, Peace*) που, όπως αποδείχθηκε, είχε ως κύριο δραστικό συστατικό τη DOM. Η DOM είναι μάλλον το ατοξικότερο φάρμακο αυτής της ομάδας και διαθέτει παρόμοιες φαρμακολογικές ιδιότητες με το LSD.(Ακριβούδη Σ.1993)

7.9 MDA

Ανάλογης χημικής δομής και δράσης με την DOM είναι η MDA (3,4-μεθυλενο-διοξυ-αμφεταμίνη). Πρόκειται για αμφεταμινικό παράγωγο εμπειρικής και αυτοσχέδιας σύνθεσης, που έχει γνωρίσει μεγάλη δημοτικότητα με το ελκυστικό όνομα «φάρμακο της αγάπης». Η MDA δεν είναι αφροδισιακή ουσία, αλλά δημιουργεί χαρακτηριστική ευδαιμονία, με προεξάρχοντα τα «συναισθήματα αγάπης προς όλους τους ανθρώπους».

Η φαρμακολογική δράση της MDA είναι παραπλήσια της αμφεταμίνης, με μόνη ίσως διαφορά την εντονότερη κεντρική διέγερση. Η συνήθης δόση είναι περίπου 150 mg, σε αντίθεση με τα 10 mg της DOM, δηλαδή πρόκειται για ασθενές ψυχοδιεγερτικό και ψευδαισθησιογόνο φάρμακο. Ψευδαισθήσεις εμφανίζονται με πολύ μεγαλύτερες δόσεις, που συνήθως είναι ιδιαίτερα τοξικές και μπορεί να οδηγήσουν στο μοιραίο.

Για την ακρίβεια, η MDA ανήκει στα τοξικότερα ψευδαισθησιογόνα φάρμακα. Ο θάνατος επέρχεται, με γενικευμένους επιληπτοειδείς σπασμούς, από παράλυση του αναπνευστικού και του αγγειοκινητικού κέντρου. (Ακριβούδη Σ.1993)

7.10 PAM

Εξίσου επικίνδυνη είναι η ουσία PAM (π-μεθοξυ-αμφεταμίνη), η χρήση της οποίας συνοδεύεται από άνοδο της αρτηριακής πίεσης, υπερπυρεξία, δυσφορία, μεγάλη νευρική κατάσταση, διαταραχές της όρασης και αναπνευστική καταστολή. Παρατηρήσεις σε πειραματόζωα δείχνουν ότι ο θάνατος, εκτός από την οξεία παράλυση της αναπνοής, μπορεί να επέλθει οψίμως, μετά από διάστημα 2-3 εβδομάδων. Ο μηχανισμός αυτής της επιβραδυνόμενης τοξικής αντίδρασης δεν είναι γνωστός. (Ακριβούδη Σ.1993)

Δ. Αντιχολινεργικά αλκαλοειδή του προπανίου

7.11 Ατροπίνη -Σκοπολαμίνη

Είναι γνωστά και ως *αλκαλοειδή τη Belladonna*, επειδή απαντούν με σχετικά μεγάλη πυκνότητα στα φύλλα και τους καρπούς του φυτού *Atropa belladonna* (*ευθάλεια*).

Στη θεραπευτική, η ατροπίνη και η σκοπολαμίνη χορηγούνται σε δόσεις μικρότερες από 1 mg, κυρίως ως σπασμολυτικά φάρμακα. Οι ουσίες αυτές αναστέλλουν τους υποδοχείς

ακετυλοχολίνης στο ΚΝΣ και στην περιφέρεια, και χαρακτηρίζονται από παρατεταμένη διάρκεια δράσης. Η ατροπίνη εμφανίζει μάλλον μεγαλύτερη περιφερική εντόπιση, ενώ η σκοπολαμίνη διέρχεται με ευχέρεια τον αιματεγκεφαλικό φραγμό και ασκεί σημαντικές κεντρικές επιδράσεις.

Μετά από χορήγηση 10 mg ατροπίνης, προκύπτει χαρακτηριστική τοξική αντίδραση, με διαταραχές του προσανατολισμού, απώλεια της πρόσφατης μνήμης, ψευδαισθήσεις και μανιακό παραλήρημα. Συνήθως συνυπάρχουν στοιχεία υπερδιέγερσης, σύγχυσης και έντονης ανησυχίας. Η μεγάλη ξηροστομία που προκαλούν τα αλκαλοειδή της *belladonna* δημιουργεί δυσκολία στην κατάποση, καθώς και δυσαρθρία, με αποτέλεσμα να γίνεται ακατάληπτη η ομιλία του ατόμου. Ακόμη μεγαλύτερες δόσεις θα προκαλέσουν το μοιραίο, επειδή ρίχνουν την αρτηριακή πίεση και μειώνουν τον αερισμό των πνευμόνων, οδηγώντας σε κωματώδη κατάσταση και παράλυση της αναπνοής. Η χαρακτηριστική εικόνα του ήπιου ατροπινισμού σπανίως οδηγεί σε θάνατο, δημιουργεί όμως σοβαρά διαγνωστικά προβλήματα, όταν πρέπει να γίνει διάκριση από ψυχιατρικές νόσους του τύπου της οξείας ψύχωσης ή του τρομώδους παραληρήματος των αλκοολικών.

Ανάλογα με την ηλικία του ατόμου και τη δόση που έχει ληφθεί, τα συμπτώματα του ατροπινισμού παραμένουν για σχετικά μεγάλο χρονικό διάστημα. Ο ατροπινισμός αντιμετωπίζεται με τη χορήγηση φυσοστιγμίνης, που δρα ως εκλεκτικό κεντρικό χολινεργικό, δεδομένου ότι διέρχεται τον αιματεγκεφαλικό φραγμό. Επίσης, πρέπει να υποστηριχθεί η αναπνευστική λειτουργία, να διατηρηθεί η αρτηριακή πίεση και να καταπολεμηθεί η υπερπυρεξία. (Μαρσέλος Μ.1997)

E. Κυκλοεξυλαμίνες

7.12 "PCP" Φαινοκυκλιδίνη-Κεταμίνη

7.12.1 Ιστορία

Η φαινοκυκλιδίνη και η κεταμίνη είναι κυκλοεξοζαμίνες που εισήχθησαν στη θεραπευτική το 1950 για την πρόκληση «διαχωριστικής αναισθησίας». Η φαινοκυκλιδίνη

εγκαταλείφθηκε γρήγορα επειδή παρουσίασε ισχυρή τοξικότητα ενώ η κεταμίνη χρησιμοποιείται ακόμη ως αναισθητικό.(Σ.Ακριβούδη)

Η σχετικά εύκολη χημική σύνθεση της φαινοκυκλιδίνης οδήγησε στην ευρεία διάδοση της ιδιαίτερα στις αρχές της δεκαετίας του '70 που κυκλοφορούσε ως ναρκωτικό που μπορούσε κανείς να το καπνίσει ή να το «σνιφάρει».

Η φαινοκυκλιδίνη είναι γνωστή στους χρήστες μ' έναν ποικίλο αριθμό «ονομάτων του δρόμου» (street names) όπως «αγγελόσκονη», «crystal», «PCP», «embalming fluid», «killer weed», «peace pill», «monkey dust» κ.ά. Παράγεται σε παράνομα εργαστήρια και ποικίλει ευρέως σε καθαρότητα. Μπορεί να πουληθεί ως LSD, μεσκαλίνη ή Δ⁹-THC.(Ακριβούδη Σ. 1993)

7.12.2 Φαρμακοκινητική

Η φαινοκυκλιδίνη απορροφάται εύκολα σχεδόν από όλες τις οδούς χορήγησης. Το μεγαλύτερο μέρος της υφίσταται υδροξυλίωση και γλυκουρονιδοποίηση, πριν απεκκριθεί στα ούρα. Η νεφρική απέκκριση επιταχύνεται εάν οξυνισθούν τα ούρα με χλωριούχο αμμώνιο, έτσι ώστε το pH να παραμένει μικρότερο του 5. Μικρό μέρος του φαρμάκου απεκκρίνεται στη χολή και παρουσιάζει εντεροηπατική κυκλοφορία, γεγονός που ίσως ερμηνεύει και το μεγάλο χρόνο ημιζωής (περίπου 3 ημέρες).Το «άσχημο ταξίδι» χαρακτηρίζεται από θόλωση της διανοίας, διαταραχές του προσανατολισμού, έντονη ανησυχία και άγχος. Οι συνηθισμένες δόσεις της παράνομης αγοράς είναι μικρές και επιδρούν για 4-6 ώρες. (Μαρσέλος Μ.1997)

7.12.3 Φαρμακολογικές ιδιότητες

Η φαινοκυκλιδίνη (PCP) είναι μη συναγωνιστικός ανταγωνιστής των NMDA υποδοχέων των διεγερτικών αμινοξέων. Επίσης εμποδίζει την πρόσληψη δοπαμίνης και νοραδρεναλίνης. Η φαινοκυκλιδίνη προκαλεί ψυχωσεομιμητικές ενέργειες παρόμοιες με αυτές της σχιζοφρένειας: ψυχώσεις με συμπτώματα σχιζοφρένειας, τυπική θόλωση διάνοιας και νευροψυχολογικά ελλείματα όμοια με της σχιζοφρένειας.

Η πρόκληση αναισθησίας απαιτεί μεγαλύτερες δόσεις, που οδηγούν σε βραχύτατο χρονικό διάστημα από την αρχική ψυχοδιέγερση σε αναλγησία και βαθιά αναισθησία, παρά το γεγονός ότι τα μάτια παραμένουν ανοιχτά. Ο όρος διαχωριστική αναισθησία οφείλεται στο γεγονός ότι τα αισθητικά ερεθίσματα φτάνουν στο ΚΝΣ από την περιφέρεια,

αλλά αφήνουν αδιάφορο το άτομο. Παρατηρείται γενικευμένη συμπαθητικοτονία, που ανεβάζει την αρτηριακή πίεση και τη συχνότητα του καρδιακού ρυθμού. Έντονες εφιδρώσεις και υπερπυρεξία προκύπτουν από την αύξηση του μυϊκού τόνου. Ακόμη μεγαλύτερες δόσεις, εκτός από την εγκατάσταση κώματος και κατατονίας, μπορεί να προκαλέσουν γενικευμένους σπασμούς. Κλινικές παρατηρήσεις αποδεικνύουν ότι η φαινοκυκλιδίνη εγκαθιστά ταχύτατα αντοχή, δεδομένου ότι τις αρχικές δόσεις 1-100 mg διαδέχονται άλλες μεγαλύτερες (1 g) μέσα σε χρόνο 24 ωρών. Παρά την ταχεία εγκατάσταση αυτής της ισχυρής αντοχής, τα συμπτώματα στέρησης είναι ήπια, όπως συμβαίνει με τις αμφεταμίνες (κατάπτωση και μελαγχολία). (Ακριβούδη Σ.1993)

7.12.4 Τοξικότητα

Ειδικά οι ψυχωσικές αντιδράσεις από δηλητηρίαση με φαινοκυκλιδίνη διαρκούν για μεγάλο διάστημα. Άλλωστε, παρατηρείται και αναλαμπή συμπτωμάτων, με την εμφάνιση τοξικής φαρμακευτικής ψύχωσης ακόμη και με απουσία του φαρμάκου.

Η σχιζοφρενικόμορφη τοξική αντίδραση αντιμετωπίζεται με φαινοθειαζίνες και βουτυροφαινόνες. Κατά την οξεία φάση της δηλητηρίασης προεξάρχουν οι κίνδυνοι της μεγάλης υπότασης και της μανιακής υπερκινητικότητας. Εκτός από τη διατήρηση της αρτηριακής πίεσης και της αναπνοής, πρέπει να μειωθεί η αυξημένη θερμοκρασία του σώματος με ψυχρά επιθέματα. Για την τυχόν εμφάνιση σπασμών, καλά αποτελέσματα δίνουν οι βενζοδιαζεπίνες και ιδιαίτερα η διαζεπάμη. Η έντονη μυϊκή δυσκαμψία και οι μυϊκοί σπασμοί απαιτούν ακινητοποίηση του ασθενούς, επειδή μπορεί να καταλήξουν σε ραβδομυόλυση και μυοσφαιρινουρία. Η παράνοια και η επιθετικότητα του ατόμου πρέπει να ληφθούν υπόψη, επειδή δυσχεραίνουν την περίθαλψη. Εκτός από την υπέρβαση της δοσολογίας, θάνατοι μπορεί να προκληθούν από την ασυνάρτητη και παρορμητική συμπεριφορά του ατόμου, που οδηγεί σε βίαιες πράξεις και ατυχήματα. Πολλοί κλινικοί συνιστούν ψυχική ηρεμία και εφησυχασμό του ασθενούς, χωρίς ιδιαίτερες παρεμβάσεις, που μπορεί να τον εξαγριώσουν. (Μαρσέλος Μ.1997)

7.12.5 Χαρακτηριστικά εξάρτησης

Η φαινοκυκλιδίνη έχει γνωρίσει μεγάλη δημοτικότητα, ως φθηνό υποκατάστατο άλλων ψευδαισθησιογόνων. Τα χαρακτηριστικά της κατάχρησης είναι όμοια με των αμφεταμινών, δηλαδή παρατηρείται τάση για συνεχή επαναληπτική χρήση, στο τέλος της οποίας ο

οργανισμός εξαντλημένος πέφτει σε βαθύ ληθαργικό ύπνο. Η φαινοκυκλιδίνη συχνά καπνίζεται, με τη βοήθεια ενός κοινού τσιγάρου που έχει προηγουμένως εμποτισθεί με διάλυμα της. Το κάπνισμα μοιάζει με το συντροφικό κάπνισμα της κάνναβης, δηλαδή δεν γίνεται με την ιδεοληπτική αλληλοδιαδοχή που παρατηρείται με τις ενέσεις φαινοκυκλιδίνης. .

Ακόμη και έμπειροι καταναλωτές πέφτουν θύματα της μεγάλης τοξικότητας του φαρμάκου. Εκτός από τη χαμηλή τιμή και την ευκολία παράνομης σύνθεσης, η εξάπλωση της φαινοκυκλιδίνης οφείλεται και στη φαρμακολογική της δράση. Πρόκειται για ουσία με έντονη ενίσχυση της συμπεριφοράς αυτοχορήγησης, όπως δείχνουν παρατηρήσεις σε πειραματόζωα, τα οποία μάλιστα προτιμούν τη φαινοκυκλιδίνη από το LSD. Τα συμπτώματα που ενισχύουν τη συμπεριφορά λήψης οφείλονται μάλλον στη ευφορική και μεθυστική δράση του φαρμάκου, καθώς και στις φαρμακοκινητικές του ιδιότητες.(Ακριβούδη Σ.1993)

ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΚΕΦΑΛΑΙΟΥ:

Στα ψευδαισθησιογόνα ανήκουν μια μεγάλη ποικιλία χημικών ουσιών που παρουσιάζουν σημαντικές διαφορές στις φαρμακολογικές τους ιδιότητες.Οι γνωστότεροι αντιπρόσωποι είναι το LSD και το ecstasy.Τα ψευδαισθησιογόνα δρουν σε συναισθηματικό και νοητικό επίπεδο,προκαλλόντας ψευδαισθήσεις,κατάργηση της λογικής,μεταβολές αντίληψης και καταρρίπτουν τους συναισθηματικούς φραγμούς.Ο εθισμός που μπορεί να προκαλέσουν είναι ψυχολογικός.Η ένταση των επιθυμητών αποτελεσμάτων από τους χρήστες εξαρτάται από την ποσότητα της δόσης.

8. Νόμιμες εθιστικές ουσίες

8.1 Νικοτίνη

8.1.1 Ιστορία

Η περιγραφή του καπνίσματος γίνεται για πρώτη φορά από τον Κολόμβο στο ημερολόγιο καταστρώματος, στις 6 Νοεμβρίου του 1492, όταν το πλοίο είχε ελλιμενισθεί στην Κουβά. Το δια περιφοράς, μάλιστα, κάπνισμα της πίπας είναι γνωστή χειρονομία καλής θέλησης και φιλίας. Εκτός από τις κοινωνικές συναναστροφές, το φυτό φαίνεται ότι έπαιζε ιδιαίτερο ρόλο στις θρησκευτικές τελετές και στη βοτανοθεραπευτική των Ινδιάνων, διότι του απέδιδαν διάφορες υπερφυσικές ιδιότητες, όπως τον εξορκισμό των κακών πνευμάτων.

Η εισαγωγή αποξηραμένων φύλλων και σπόρων του φυτού στην Ευρώπη έγινε στις αρχές του 16^{ου} αιώνα, από διάφορους εξερευνητές ή ιεραποστόλους. Στα τέλη του 18^{ου} αιώνα, ο Λινναίος ονομάζει το φυτό *Nicotiana*, από το όνομα του Jean Nicot. Στην αρχή αναγνωρίστηκαν και ταξινομήθηκαν περίπου 10 είδη του φυτού, με προεξάρχοντα τα *Nicotiana tabacum* και *Nicotiana Rustica*. Ο καπνός δεν άργησε να εξαπλωθεί σε ολόκληρο τον κόσμο με τη βοήθεια των ναυτικών, οι οποίοι, έχοντας αποκτήσει τη συνήθεια του καπνίσματος και του ερρινισμού, ήταν αδύνατο να ταξιδέψουν χωρίς να έχουν μαζί τους φύλλα. Από τον Rouquerville (*voyage en Greece*, 1825), γνωρίζουμε ότι στα περικόρημα της Θεσσαλονίκης υπήρχαν από πολύ νωρίς συστηματικές καπνοκαλλιέργειες. Από εκεί η καλλιέργεια του καπνού εξαπλώθηκε προς την υπόλοιπη Ελλάδα και ιδιαίτερα στα γόνιμα εδάφη του Θεσσαλικού κάμπου, κυρίως μετά το 1880. Με την προσάρτηση της ανατολικής Μακεδονίας και της Θράκης (1914), τα καπνά έγιναν μία από τις σπουδαιότερες πηγές πλούτου για τον αγροτικό πληθυσμό της χώρας, γεγονός που εξακολουθεί να ισχύει μέχρι σήμερα. (Μαρσέλος Μ. 1997)

8.1.2 Προέλευση και Χημεία

Η νικοτιανή είναι μονοετές φυτό της οικογενείας των σολανωδών, με ευθυτενές στέλεχος που φτάνει σε ύψος 1-2 μέτρα, ανάλογα με την ποικιλία. Τα φύλλα του είναι πλατύμισχα,

ελλειπτικά και ελαφρώς χνωώδη, με επιμήκη άξονα 10-30 cm. Κατά την ανάπτυξη του φυτού τα φύλλα εναλλάσσονται γύρω από το στέλεχος. Τα άνθη είναι κιτρινόφαια ή ροδόχροα σε τελική κορυφαία ταξιανθία. Με την ανθοφορία του φυτού αρχίζει και η συγκομιδή των φύλλων, η οποία γίνεται με τη σειρά ωρίμανσης από τα κατώτερα προς τα ανώτερα. Τα φύλλα αρμαθιάζονται και ξεραινόνται σε φυσικό σκιερό περιβάλλον ή με ποικίλα τεχνητά μέσα. Ο χρόνος ξήρανσης παίζει σημαντικό ρόλο στην περιεκτικότητα και την αναλογία των συστατικών του καπνού. Τα κύρια δραστικά συστατικά της νικοτιανής είναι τα αλκαλοειδή νικοτίνη και νικοτυρίνη. Η νικοτίνη προεξάρχει από άποψη περιεκτικότητας μέσα στα αποξηραμένα φύλλα του καπνού (0.05-8%, ανάλογα με την επεξεργασία).

Από χημική άποψη, η νικοτίνη είναι 1-μεθυλο-2(3-πυριδυλο)-πυρρολιδίνη. Πρόκειται για άχρωμο υγρό αλκαλοειδές, το οποίο διαλύεται με ευκολία στο νερό και αναδύει τη χαρακτηριστική μυρωδιά του καπνού. Η νικοτυρίνη έχει παρόμοια χημική δομή, αλλά απαντά σε ελάχιστα ποσά, σε σύγκριση με τη νικοτίνη, και παρουσιάζει πολύ ασθενέστερη φαρμακολογική δράση. Υπολογίζεται ότι ο καπνός αποδίδει κατά την καύση περί τα 4.000 συστατικά, που κατανέμονται σε αέρια και στερεή φάση. Η ακριβής σύσταση του εξαρτάται από την ποικιλία και την επεξεργασία των φύλλων, την πυκνότητα συσκευασίας μέσα στο τσιγάρο, την τυχόν παρουσία φίλτρου, το χαρτί και τη θερμοκρασία καύσης. Συνήθως, το βαθύ και παρατεταμένο ρούφηγμα αυξάνει το μέγεθος και τη θερμοκρασία της κάφτρας, οπότε αυξάνονται και τα πυρολυτικά προϊόντα. Στην εργαστηριακή έρευνα χρησιμοποιούνται τυποποιημένες συνθήκες «καπνίσματος», με τη βοήθεια ειδικών συσκευών που απομιμούν τον τρόπο καύσης του τσιγάρου από ένα μέσο καπνιστή.

Η αέριος φάση αποτελείται από μονοξειδίο και διοξειδίο του άνθρακα, οξειδία του αζώτου, αμμωνία, πτητικές νιτροσαμίνες, υδροκυάνιο, πτητικά θειοπαράγωγα, νιτρίλια και άλλα αζωτοπαράγωγα, πτητικούς υδρογονάνθρακες, αλκοόλες, κετόνες, ακεταλδεΐδη, φορμαλδεΐδη και ακρολεΐνη.

Η στερεά φάση απαρτίζεται από τα αιωρούμενα σωματίδια του καπνού, που αποτελούνται από νικοτίνη, νερό και πίσσα. Με τον όρο πίσσα αναφέρονται όλα τα μη πτητικά συστατικά του καπνού, εκτός από τη νικοτίνη. Ανάμεσα σ' αυτά συγκαταλέγονται πολυκυκλικοί υδρογονάνθρακες, νιτροσαμίνες, αρωματικές αμίνες και διάφορα ιχνοστοιχεία, όπως μόλυβδος, αρσενικό, κάδμιο, σελήνιο, ραδιενεργό πολώνιο κ.ά. Επίσης ανιχνεύονται και διάφορα φυτοφάρμακα, τα οποία δεν διασπώνται εύκολα στο βιολογικό περιβάλλον, όπως το χλωροφαινοθάνιο (DDT) και η φουρφουράλη. (Μαρσέλος Μ. 1997)

8.1.3. Φαρμακοκινητική

Ένα τσιγάρο περιέχει 1 g φύλλων καπνού, από τα οποία αποδίδονται στους πνεύμονες ποσότητες νικοτίνης κατά μέσον όρο 1 mg. Ανάλογα με την επεξεργασία του καπνού, οι ποσότητες αυτές ποικίλλουν από 0.05 mg μέχρι 2.5 mg για κάθε τσιγάρο. Εκτός από το βράσιμο, που αφαιρεί μεγάλο μέρος της νικοτίνης, σημαντικό ρόλο παίζει η όξινη ή αλκαλική αντίδραση του καπνού που εισπνέεται (pH). Ο καπνός των τσιγάρων τείνει προς το όξινο (pH 4,5-6), ενώ της πίπας και των πούρων προς το αλκαλικό (pH 7-9). Οι αλκαλικοί καπνοί έχουν χαρακτηριστική γεύση και ονομάζονται «γλυκόπιστοι». Όταν επέρχεται ισορροπία προς κάποια υδάτινη φάση, οι καπνοί αυτοί αποδίδουν περισσότερη νικοτίνη. Το κάπνισμα πούρων ή πίπας αποδίδει πολλή νικοτίνη ήδη μέσα στη στοματική κοιλότητα, όπου το αλκαλοειδές «παγιδεύεται» στην υδάτινη φάση του σιέλου. Η νικοτίνη φτάνει έτσι στο στομάχι με την κατάποση, γεγονός που επιβραδύνει την απορρόφηση της και επίσης προκαλεί γαστρικό ερεθισμό. Η νικοτίνη απορροφάται και από το βλεννογόνο του πεπτικού συστήματος, αλλά σκοπός του καπνίσματος είναι η ταχεία είσοδος της στο αίμα από τους πνεύμονες. Πράγματι, η νικοτίνη απορροφάται ταχύτατα από τις κυψελίδες και φτάνει στον εγκέφαλο σε διάστημα 7-8 δευτερολέπτων. (Μαρσέλος Μ.1997)

Η μέγιστη τιμή στο αίμα είναι 25-50 ng/ml και επιτυγχάνεται σε διάστημα 10 λεπτών, δηλαδή όσο διαρκεί το κάπνισμα ενός τσιγάρου. Από το αίμα η νικοτίνη απομακρύνεται αρχικά με εκθετικό τρόπο και παρουσιάζει χρόνο ημιζωής 10-20 λεπτά. Αργότερα η απομάκρυνση γίνεται με γραμμικό τρόπο, δηλαδή ένα σταθερό ποσό (5 ng/ml) απομακρύνεται κάθε μία ώρα.

Οι φαρμακοκινητικές αυτές λεπτομέρειες δείχνουν ότι ο οργανισμός είναι «καλυμμένος» με νικοτίνη για περίπου μία ώρα. Κατά συνέπεια, συχνότερο κάπνισμα δεν έχει νόημα, τουλάχιστον από φαρμακολογική άποψη.

Η νικοτίνη μεταβολίζεται από ενζυμικά συστήματα που εμφανίζουν επαγωγή μετά από συστηματικό κάπνισμα. Ωστόσο, η ανάπτυξη αντοχής δεν μπορεί να δικαιολογηθεί απλώς από την επιτάχυνση του μεταβολισμού της. Ο κύριος μεταβολίτης της νικοτίνης είναι η κοτινίνη, η οποία μεταπίπτει σε παράγωγα του

γ-πυριδυλο-αμινοβουτυρικού οξέος. Η νικοτίνη και οι μεταβολίτες της απεκκρίνονται τελικώς στα ούρα, η οξινοποίηση των οποίων επιταχύνει τη νεφρική κάθαρση.(Μαρσέλος Μ.1997)

8.1.4 Φαρμακολογικές Ιδιότητες

Μικρές δόσεις νικοτίνης διεγείρουν τα γάγγλια του αυτόνομου νευρικού συστήματος και προκαλούν έκκριση αδρεναλίνης και νοραδρεναλίνης από το μυελό των επινεφριδίων. Η νικοτίνη διεγείρει τους τασεΰποδοχείς διαφόρων οργάνων (δέρμα, πνεύμονες, πεπτικό σύστημα), τους χημειούποδοχείς των αρτηκών σωματίων, τους υποδοχείς του θερμού στο δέρμα και τη γλώσσα, και τους υποδοχείς του πόνου. Η νικοτίνη προκαλεί διέγερση του ΚΝΣ, η οποία μπορεί να πάρει διαστάσεις τρόμου, ή και σπασμών όταν χορηγούνται μεγάλες δόσεις. Στα πλαίσια της κεντρικής διέγερσης αναφέρεται ταχύπνοια. Επίσης παρατηρούνται αγγειοσπασση, ταχυκαρδία και άνοδος της αρτηριακής πίεσης, φαινόμενα που αποδίδονται σε διέγερση των συμπαθητικών γαγγλίων, των επινεφριδίων και των συμπαθητικών νευρικών απολήξεων, προς έκλυση κατεχολαμινών. (Καργόπουλος Β. 1977)

Η νικοτίνη αυξάνει την κινητικότητα του πεπτικού σωλήνα και είναι δυνατόν να οδηγήσει τον καπνιστή ακόμη και σε διάρροια. Σε αντίθεση δηλαδή με το κυκλοφορικό σύστημα, εδώ προεξάρχει η διέγερση του παρασυμπαθητικού (γάγγλια και χολινεργικές απολήξεις). Η αρχική διέγερση για την παραγωγή σιέλου και βρογχικών εκκρίσεων ακολουθείται από αναστολή. Η σιελόρροια που δυνατόν να συνοδεύει το κάπνισμα αποδίδεται σε ερεθισμό του στοματικού βλεννογόνου. Η νικοτίνη ευθύνεται, πιθανότατα, για τις μεταβολές της ψυχικής σφαίρας που προκαλεί το κάπνισμα. Οι περισσότεροι καπνιστές περιγράφουν την επίδραση αυτή ως ηρεμιστική. Άλλοι πάλι βιώνουν το κάπνισμα ως μία διεγερτική εμπειρία, που βοηθά στη συγκέντρωση της προσοχής και στην αντιμετώπιση έντονων συγκινήσεων. (Μαρσέλος Μ. 1997)

8.1.5 Τοξικότητα της Νικοτίνης

Η νικοτίνη είναι τοξική ένωση, με μέση θανατηφόρα δόση (LD₅₀) 10-60 mg/kg, ανάλογα με το είδος του πειραματόζωου. Άτομα χωρίς προηγούμενη εξοικείωση με το κάπνισμα εμφανίζουν ελαφρύ νικοτινισμό, που εκδηλώνεται με ζάλη, εμετούς, σιελόρροια και μυϊκή αδυναμία. Όπως ήδη αναφέρθηκε, η λήψη πολύ μεγάλων δόσεων νικοτίνης είναι δυνατόν να οδηγήσει σε κλονικούς σπασμούς και σε θάνατο από παράλυση του αναπνευστικού κέντρου. (Μαρσέλος Μ. 1997)

Η ποσότητα της νικοτίνης που προσλαμβάνει ένας μέσος καπνιστής είναι τόσο μικρή (0.05-2.5 mg) που δεν μπορεί να ενοχοποιηθεί για ουσιαστικές τοξικές επιδράσεις. Η μόνη

ίσως αξιοσημείωτη βλαπτική επίδραση είναι η αύξηση της καρδιακής συχνότητας και της μέσης αρτηριακής πίεσης, καθώς και η επιδείνωση τυχόν προϋπάρχουσας περιφερικής αγγειοπάθειας. Η τοξικότητα του καπνίσματος είναι ευθέως ανάλογη προς την κατανάλωση τσιγάρων και τη διάρκεια της συνήθειας. Ο δείκτης θνησιμότητας για όλους τους καπνιστές είναι 1.7, σε σύγκριση με τους μη καπνιστές. Ειδικά γι' αυτούς που καπνίζουν πάνω από 2 πακέτα την ημέρα, ο δείκτης είναι 2.0. Η διακοπή του καπνίσματος, για χρονική περίοδο 5-10 ετών, επαναφέρει το προσδόκιμο επιβίωσης σχεδόν στα επίπεδα των μη καπνιστών. Οι καπνιστές πούρων έχουν μικρότερου βαθμού αύξηση της θνησιμότητας αν και στην περίπτωση αυτή παρατηρείται επίσης συσχέτιση προς τον αριθμό των πούρων. Πολύ μικρή αύξηση της θνησιμότητας εμφανίζουν οι καπνιστές πίπας, εφόσον δεν κάνουν παράλληλη χρήση τσιγάρων. Οι διαφορές αυτές οφείλονται, πιθανώς, σε περιορισμένη εισπνοή καπνού από τους καπνιστές πούρων ή πίπας.

Η σημαντικότερη ανεπιθύμητη ενέργεια της νικοτίνης είναι η εξάρτηση την οποία εγκαθιστά στον οργανισμό. Οι περισσότεροι καπνιστές έχουν προσπαθήσει να απαλλαγούν από τη συνήθεια του καπνίσματος, αλλά μόνο ένα ποσοστό 25% το κατορθώνει για διάστημα μεγαλύτερο από 2 χρόνια. Η εξάρτηση από το κάπνισμα έχει διπλό χαρακτήρα δηλαδή είναι και ψυχολογική και σωματική. Η απότομη διακοπή του καπνίσματος ακολουθείται από νευρική, ευερεθιστότητα και επιθετικότητα, καθώς επίσης και από σαφείς αλλοιώσεις του ΗΕΓ και μεταβολές της λειτουργίας του αυτόνομου νευρικού συστήματος (δυσκοιλιότητα, βραδυκαρδία κ.ά) (Κουτσελίνης Α.2002)

8.1.6. Συνέπειες του καπνίσματος

Η χρήση καπνού συνοδεύεται με μεγάλη συχνότητα από πολλές σοβαρές παθήσεις, όπως είναι η στεφανιαία νόσος, η χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, ο καρκίνος του πνεύμονα και ο καρκίνος της ουροδόχου κύστης. Οι αγγειοπάθειες οφείλονται κυρίως στο μονοξείδιο του άνθρακα και τη νικοτίνη, η οποία μεταβάλλει τον καρδιακό ρυθμό, τα ελεύθερα λιπαρά οξέα του πλάσματος, τις λιποπρωτεΐνες και την πήκτικότητα του αίματος. Η ανάπτυξη νεοπλασμάτων είναι αποτέλεσμα των διαφόρων καρκινογόνων ουσιών που περιέχονται στον καπνό, όπως οι πολυκυκλικοί υδρογονάνθρακες και οι νιτροσαμίνες. Επίσης, πιθανολογείται η παρουσία άλλων καρκινογόνων και συγκαρκινογόνων ουσιών, οι οποίες δεν έχουν ακόμη απομονωθεί. (Μαρσέλος Μ.1997)

Η αποφρακτικού τύπου πνευμονοπάθεια και το εμφύσημα είναι συνέπεια μείωσης της κινητικότητας των κροσσών του αναπνευστικού επιθηλίου, της δράσης πρωτεολυτικών ενζύμων και της μειωμένης αποτελεσματικότητας των μηχανισμών ανοσίας. Ειδικά η επίδραση στο κροσσωτό επιθήλιο ευθύνεται και για την ιδιαίτερα τοξική συνεργεία του καπνού με διάφορα περιβαλλοντικά καρκινογόνα, όπως ο αμίαντος. Πιθανώς, η προοδευτική καταστροφή του πνευμονικού παρεγχύματος και η εγκατάσταση εμφυσήματος οφείλεται στη δράση των πρωτεολυτικών αυτών ενζύμων.

Έχουν παρατηρηθεί διαταραχές στην κύηση και αυξημένη περιγεννητική θνησιμότητα, των οποίων η παθογένεια παραμένει ασαφής. Πιθανώς, ευθύνεται η υποξαιμία, η αυξημένη αρτηριακή πίεση και οι ορμονικές διαταραχές των εγκύων γυναικών που καπνίζουν. Στις γυναίκες καπνίστριες δεν αναφέρονται σαφή ευρήματα τερατογόνου δράσης, αλλά παρόλα αυτά η εκλαμψία της κύησης, οι πρόωροι τοκετοί και η περιγεννητική θνησιμότητα παρουσιάζουν μεγαλύτερη συχνότητα. Επίσης, τα νεογνά από καπνίστριες είναι αρκετά συχνά ελλειποβαρή. Στα πλαίσια της χρόνιας τοξικότητας του καπνίσματος αναφέρεται επίσης και η κακή υγιεινή της στοματικής κοιλότητας, με αυξημένο ποσοστό διαφόρων παθήσεων των δοντιών. Επίσης, οι καπνιστές εμφανίζουν σε μεγαλύτερη συχνότητα πεπτικό έλκος, για το οποίο έχει ενοχοποιηθεί η παρουσία νικοτίνης στα γαστρικά υγρά.

Ψυχοκινητικά πειράματα έχουν αποδείξει ότι η χρόνια κατάχρηση καπνού οδηγεί τελικώς σε εξασθένηση της μνήμης, σε αντίθεση προς την αυξημένη συγκέντρωση της προσοχής την οποία αναφέρουν οι μέτριοι καπνιστές.

Τέλος, στις τοξικές επιδράσεις του καπνίσματος συγκαταλέγονται και μείωση της οπτικής οξύτητας (αμβλυωπία των καπνιστών), καθώς και πρόωμη εμφάνιση ρυτίδων. (Κουτσελίνης Α.2002)

8.1.7 Χαρακτηριστικά της Εξάρτησης

Η ψυχοτρόπος επίδραση του καπνίσματος βιώνεται διαφορετικά από άτομο σε άτομο, ή και από το ίδιο άτομο κάτω από διαφορετικές συνθήκες. Γενικώς, έχει επικρατήσει η αντίληψη ότι το τσιγάρο δρα διεγερτικά ή ηρεμιστικά ανάλογα με την προϋπάρχουσα ψυχική διάθεση.

(Κουτσελίνης Α.2002)

Η εγκατάσταση εξάρτησης από τη νικοτίνη διαδράμει σε δύο φάσεις. Η αρχική είναι το στάδιο της εξοικείωσης του οργανισμού με τη νικοτίνη, που συνοδεύεται κατά κανόνα από

τα δυσάρεστα συμπτώματα της ναυτίας και του εμετού. Το στάδιο αυτό είναι σύντομο και μεταπίπτει προοδευτικά στη δεύτερη φάση, που χαρακτηρίζεται από αυτή καθεαυτή την εξάρτηση. Δεν είναι επακριβώς γνωστή η διάρκεια του καπνίσματος και ο αριθμός των τσιγάρων που απαιτούνται για την εγκατάσταση εξάρτησης, θεωρείται όμως βέβαιο ότι η εξάρτηση καθορίζεται από τη νικοτίνη. Όσοι που προτιμούν τα νεότερα τσιγάρα με λιγότερη νικοτίνη έχουν την τάση να καπνίζουν πιο πολύ (συχνότερες ρουφηξιές, μεγαλύτερη ποσότητα εισπνεόμενου καπνού, περισσότερα τσιγάρα). Φαίνεται πως η αναζήτηση της νικοτίνης είναι συγκεκριμένη και ο καπνιστής δεν σταματά παρά μόνο όταν έχει επιτύχει τα επιθυμητά επίπεδα του αλκαλοειδούς στο αίμα.

Παράλληλα με την ψυχολογική και σωματική εξάρτηση, η νικοτίνη εγκαθιστά και μικρού βαθμού αντοχή στον οργανισμό. Η αντοχή στη νικοτίνη είναι ατελής, δηλαδή δεν αφορά όλες τις φαρμακολογικές της ενέργειες. Ενώ μετά τις πρώτες δοκιμές ο καπνιστής δεν έχει πλέον τη δυσάρεστη ναυτία και τους εμετούς, σε κάθε τσιγάρο παρατηρείται ελαφρά ταχυκαρδία και αύξηση της αρτηριακής πίεσης, ανεξάρτητα από τον αριθμό των τσιγάρων και τη διάρκεια της συνήθειας. Χαρακτηριστικό της νικοτίνης είναι οι αυτορρυθμιζόμενες δόσεις, δεδομένου ότι και σε μανιώδεις ακόμη καπνιστές υπάρχει ένα μέγιστο ανεκτό ποσό, η υπέρβαση του οποίου θα προκαλέσει νικοτινισμό. Το γεγονός αυτό έχει καθορίσει το μέγεθος των τσιγάρων και τον αριθμό των τσιγάρων ενός πακέτου, δηλαδή τη συνολική «ημερήσια δόση» της νικοτίνης.

Η ψυχολογική εξάρτηση από τη νικοτίνη είναι πολύ ισχυρή, όπως δείχνει η μεγάλη δυσκολία για τη διακοπή του καπνίσματος. Η ένταση της εξάρτησης από νικοτίνη μπορεί να παραβληθεί με την εξάρτηση από τα οπιούχα, στα πλαίσια της ιδεοψυχαναγκαστικής αναζήτησης της ουσίας που χαρακτηρίζει την ισχυρή ψυχολογική εξάρτηση.

Παρόλα αυτά, η νικοτίνη δεν επηρεάζει την κοινωνική συμπεριφορά του ατόμου, όπως συμβαίνει με την ηρωίνη. Αυτός είναι ο λόγος, άλλωστε, για τον οποίο το τσιγάρο είναι κοινωνικά αποδεκτό, και μάλιστα σε επίπεδο πλουτοπαραγωγικής πηγής, σε πολλές χώρες. Πέρα όμως απ' αυτή τη φαινομενική διαφορά, ουσιαστική ομοιότητα της νικοτίνης και των οπιούχων είναι η μεγάλη τοξικότητα αυτών των ουσιών, όταν γίνονται αντικείμενο κατάχρησης. (Μαρσέλος Μ.1997)

8.1.8 Αντιμετώπιση εξάρτησης

Η χορήγηση μικρών δόσεων καθαρής νικοτίνης έχει δοκιμαστεί ως υποκατάστατο, το οποίο θα μπορούσε να διευκολύνει την οριστική διακοπή της συνήθειας του καπνίσματος. Η προσέγγιση αυτή βασίζεται στην υπόθεση ότι, πέραν της ανάγκης του οργανισμού για νικοτίνη, σημαντική παράμετρος της εξάρτησης αποτελεί η «ιεροτελεστία» των κινήσεων του καπνίσματος. Πράγματι, φαίνεται ότι κάποιο ρόλο παίζουν το άναμμα και το κράτημα του τσιγάρου, το αίσθημα του ζεστού καπνού καθώς εισπνέεται κατά μήκος της τραχείας, η απόλαυση ενός τσιγάρου μαζί με καφέ κ.ά. Η προσπάθεια στρέφεται καταρχήν στην υποκατάσταση του τσιγάρου με κάποια άλλη «φαρμακοτεχνική μορφή» νικοτίνης (τσίχλα, εμποτισμένα αυτοκόλλητα, ψεκασμοί στο ρινικό βλεννογόνο κλπ.), έτσι ώστε να επιτευχθεί η κατάργηση της συμπεριφερσιολογικής διάστασης.

Απώτερος στόχος είναι η σταδιακή διακοπή της χορήγησης των σκευασμάτων νικοτίνης. Το μικρό ποσοστό επιτυχούς απεξάρτησης μ' αυτή την προσέγγιση δεν έχει αφήσει πολλά περιθώρια αισιοδοξίας. Πιθανότατα, το κάπνισμα του τσιγάρου αποτελεί αναντικατάστατο τρόπο λήψης του αλκαλοειδούς, τόσο από φαρμακοκινητική και φαρμακοδυναμική άποψη, όσο και από άποψη «τελετουργικής διαδικασίας». (Κουσελίνης Α.2002)

8.2 Καφεΐνη

Οι περισσότεροι από μας δεν μπορούμε να φανταστούμε το πρωινό μας ή την μέρα μας χωρίς καφεΐνη. Πολλές μελέτες έχουν διενεργηθεί για τη 'μαγική' αυτή ουσία και τα αποτελέσματα είναι αντικρουόμενα. Ποια είναι όμως η καφεΐνη και γιατί μας είναι τόσο απαραίτητη; Μας κάνει καλό ή κακό; Υπάρχει τρόπος απεξάρτησης;

8.2.1 Η ταυτότητα της καφεΐνης

Η τριμεθυλοξανθίνη, όπως είναι γνωστή επιστημονικά η καφεΐνη, αν απομονωθεί σε εργαστηριακό περιβάλλον έχει τη μορφή λευκής κρυσταλλικής σκόνης με πολύ πικρή γεύση. Η κύρια πηγή καθαρής καφεΐνης είναι η διαδικασία αφαίρεσης της καφεΐνης από τον καφέ και το τσάι. Η καφεΐνη λειτουργεί ως καρδιοτονωτικό και ως ήπιο διουρητικό και για την πλειοψηφία των ανθρώπων αποτελεί ένα μέσο ψυχικής και σωματικής εγρήγορσης. Ωστόσο προκαλεί εξάρτηση, καθώς λειτουργεί χρησιμοποιώντας τους ίδιους μηχανισμούς με τις αμφεταμίνες και την κοκαΐνη. Βέβαια τα αποτελέσματα της είναι πιο

ήπια, αλλά δεν παύει να <χειραγωγεί> τα ίδια νευρικά κέντρα του εγκεφάλου. Και δεν είναι καθόλου δύσκολο να διαπιστωθούν οι παραπάνω ισχυρισμοί, μια μέρα χωρίς καφεϊνούχα σκευάσματα σίγουρα θα είναι διαφορετική, αυτό δηλώνει την εξάρτηση από την καφεΐνη. Η καφεΐνη είναι παρούσα σε περισσότερα από 2.000 φαρμακευτικά σκευάσματα και 63 φυτά περιλαμβανομένων των καφεόδεντρων, του τσαγιού, των κακαόδεντρων. Επιπλέον αν παρατηρηθεί με προσοχή της ετικέτες των τροφίμων θα διαπιστωθεί ότι εμπεριέχεται σε μια ευρεία γκάμα προϊόντων διατροφής είτε φυσικά είτε τεχνητά όπως παραδείγματος χάρη στα αναψυκτικά. Στο πίνακα που ακολουθεί αναγράφεται η περιεκτικότητα των πιο γνωστών προϊόντων.

Προϊόν	mg καφεΐνης (κατά μέσο όρο)
Καφές φίλτρου	63 mg
Καφές στιγμής	90 mg
Ντεκαφεϊνέ	3 mg
Ντεκαφεϊνέ στιγμής	2 mg
Τσάι	42 mg
Τσάι στιγμής	30 mg
Παγωμένο τσάι	70 mg
Κακάο ρόφημα	4 mg
Σοκολατούχο γάλα	5 mg
Coca-cola	16 mg
Σοκολάτα γάλακτος	6 mg
Μαύρη ημίγλυκη	20 mg
Σοκολάτα ζαχαροπλαστικής	26 mg
Σιρόπι με γεύση σοκολάτας	4 mg

8.2.2 Η επίδραση της καφεΐνης στο ανθρώπινο σώμα

Η καφεΐνη είναι για τα νευρικά κύτταρα ότι και η αδενosίνη, μια ουσία που παράγεται στον εγκέφαλο και προσδένεται στους υποδοχείς αδενosίνης. Αυτή η διαδικασία προκαλεί 'νωθρότητα' μειώνοντας την δραστηριότητα των νευρικών κυττάρων. Επίσης η αδενosίνη προκαλεί τη διαστολή των αιμοφόρων αγγείων επιτρέποντας την απελευθέρωση

περισσότερου οξυγόνου κατά τη διάρκεια του ύπνου. Έτσι λοιπόν και η καφεΐνη προσδένεται στους υποδοχείς αδρεοσίνης. Ωστόσο δεν επιβραδύνει τη δραστηριότητα των κυττάρων, με αποτέλεσμα αυτά να μην μπορούν να 'δουν' την αδρεοσίνη διότι οι υποδοχείς έχουν καλυφθεί από την καφεΐνη. Έτσι αντί να επιβραδύνουν τη δραστηριότητά τους, τα νευρικά κύτταρα επιταχύνουν. Επίσης η καφεΐνη προκαλεί συστολή των αιμοφόρων αγγείων, μπλοκάροντας τη δράση της αδρεοσίνης που τα διαστέλλει. Αποτέλεσμα αυτής της διαδικασίας είναι η πυροδότηση των νευρικών κυττάρων. Η υπόφυση αντιλαμβάνεται αυτή τη δραστηριότητα ως κατάσταση 'έκτακτης ανάγκης' και έτσι απελευθερώνει ορμόνες που υποχρεώνουν τα επινεφρίδια να παράγουν αδρεναλίνη (επινεφρίνη). (Μαρσέλος Μ. 1993)

Η αδρεναλίνη έχει τις ακόλουθες επιπτώσεις στον οργανισμό:

- Οι κόρες των οφθαλμών διαστέλλονται.
- Οι βρόγχοι διαστέλλονται.
- Οι σφυγμοί της καρδιάς αυξάνονται.
- Τα επιφανειακά αγγεία συστέλλονται για να μειώσουν τη ροή στην επιφάνεια του δέρματος και να αυξηθεί η ροή προς τους μυς.
- Η αρτηριακή πίεση του αίματος αυξάνεται.
- Η ροή του αίματος προς το στομάχι μειώνεται.
- Το ήπαρ απελευθερώνει γλυκόζη στο κυκλοφορικό σύστημα για περισσότερη ενέργεια.
- Αυξάνεται η συσταλτικότητα των μυών.

Έτσι εξηγείται λοιπόν, γιατί μετά από την κατανάλωση ενός φλιτζανιού καφέ, πολλοί από εμάς αισθάνονται την καρδιά τους να χτυπά πιο έντονα, τις παλάμες των χεριών τους να ιδρώνουν και να βιώνουν μια ελαφρά αναστάτωση. Η καφεΐνη αυξάνει επίσης και τα επίπεδα της ντοπαμίνης κατά τον ίδιο τρόπο με τις αμφεταμίνες (η ηρωίνη και η κοκαΐνη επίσης χειραγωγούν τα επίπεδα της ντοπαμίνης μειώνοντας το ρυθμό που η ντοπαμίνη επαναπροσλαμβάνεται). Η ντοπαμίνη είναι ένα νευροδιαβιβαστής, που σε συγκεκριμένα σημεία του εγκεφάλου, ενεργοποιεί το κέντρο της ευχαρίστησης. Προφανώς, η επίδραση της καφεΐνης είναι πολύ πιο μικρή από της ηρωίνης, αλλά ουσιαστικά πρόκειται για τον ίδιο μηχανισμό. Οι επιστήμονες υποψιάζονται ότι η σύνδεση με τη ντοπαμίνη συμβάλλει στον εθισμό στην καφεΐνη. Το πρόβλημα με την καφεΐνη είναι με τα μακροπρόθεσμα αποτελέσματά της. Για παράδειγμα, μόλις η επίδραση της αδρεναλίνης περάσει, εμφανίζεται ένα αίσθημα κόπωσης και γενικά έλλειψη διάθεσης. (Παπαγεωργίου Γ. 1999)

Για την αντιμετώπιση αυτής της κατάστασης καταναλώνετε μεγαλύτερες ποσότητες καφεΐνης, με στόχο την αύξηση της παραγωγής αδρεναλίνης από τον οργανισμό. Το να είναι διαρκώς ένας οργανισμός σε εγρήγορση δεν είναι και τόσο υγιεινό, ενώ σας κάνει ευερέθιστους.

Το σημαντικότερο μακροπρόθεσμο πρόβλημα είναι η επίδραση που έχει η καφεΐνη στη διαδικασία του ύπνου. Οι υποδοχείς της αδρεναλίνης είναι σημαντικό να ηρεμούν δηλαδή να 'κοιμούνται' και μάλιστα βαθιά. Η ημιπερίοδος ζωής της καφεΐνης είναι περίπου έξι ώρες. Με την έλλειψη καφεΐνης μίας μέρας υπάρχει το αίσθημα της κόπωσης με αποτέλεσμα την εκ νέου κατανάλωση καφεϊνούχων σκευασμάτων. Και ο κύκλος θα επαναλαμβάνετε καθημερινά. με αποτέλεσμα την κατανάλωση καθημερινά μεγάλες ποσότητες καφεΐνης. Το χειρότερο βέβαια θα συμβεί με την προσπάθεια αλλαγής του κύκλου, δηλαδή την στέρηση της καφεΐνης έστω και για μια ημέρα. Το αίσθημα της κόπωσης είναι εντονότερο, ο πονοκέφαλος είναι ανυπόφορος καθώς τα αιμοφόρα αγγεία τους εγκεφάλου διαστέλλονται. Τα συμπτώματα αυτά είναι που υποχρεώνουν τη συνέχεια της κατανάλωσης καφεΐνης. Το μέτρο είναι η απάντηση στο ερώτημα που απασχολεί μεγάλη μερίδα του κόσμου πόση ποσότητα καφεΐνης είναι ασφαλής για τον οργανισμό. (www.medlook.net/eurofreight/childnarco.asp)

Οι περισσότεροι επιστήμονες συμφωνούν με την άποψη ότι 200 mg καφεΐνης ημερησίως (ποσότητα ίση με αυτή που περιέχεται σε τρία φλιτζάνια) είναι μια ασφαλής ποσότητα. Φυσικά τα άτομα που υποφέρουν από κάποιο χρόνιο νόσημα και ακολουθούν συγκεκριμένη φαρμακευτική αγωγή θα πρέπει να συμβουλευονται τον θεράποντα ιατρό τους σχετικά με την ημερήσια ποσότητα κατανάλωσης καφεΐνης. Θα πρέπει φυσικά να αποσαφινιστεί ότι παρά τους αρχικούς φόβους που είχαν εκφραστεί στο παρελθόν, η μέτρια κατανάλωση καφεΐνης δεν ενοχοποιείται για την πρόκληση καρδιαγγειακών παθήσεων, υπέρτασης, οστεοπόρωσης ή αύξηση των τιμών της χοληστερόλης. Φυσικά η επιστημονική έρευνα είναι διαρκής και ενδεχομένως στο μέλλον τα δεδομένα να αλλάξουν. Βέβαια θα πρέπει να σημειωθεί ότι υπάρχουν καταστάσεις όπως η εγκυμοσύνη και η γήρανση του οργανισμού που επηρεάζουν την ευαισθησία του οργανισμού στην καφεΐνη.

Τέλος δεν έχει τεκμηριωθεί επιστημονικά ότι η ποσότητα καφεΐνης που εμπεριέχεται στα αναψυκτικά μπορεί να προκαλέσει αφυδάτωση λόγω της διουρητικής της δράσης. Η δράσης της εξισορροπείται από την αναλογία υγρών του αναψυκτικού. Σε περίπτωση που η πηγή πρόσληψης καφεΐνης είναι τα energy drinks και τα διάφορα φαρμακευτικά

σκευάσματα, πρέπει να καταναλώνονται μεγάλες ποσότητες υγρών για την επαρκή ενυδάτωση.(Δαρδαβέσης Θ.1993)

8.3 Αλκοόλ

8.3.1 Ιστορία και προέλευση

Το οινόπνευμα έγινε γνωστό στον άνθρωπο σχεδόν από την αρχή της ιστορίας του όταν τυχαία ανακάλυψε τη δράση διάφορων χυμών φρούτων που είχαν υποστεί ζύμωση. Ιστορικές πηγές αναφέρουν την καλλιέργεια αμπελιών στη Μεσόγειο από το 3500 π.Χ., επίσης υπάρχει καταγραφή σε Αιγυπτιακούς παπύρους καθώς και σε επιγραφές ναών για την φαρμακολογική επίδραση του κρασιού με συγκεκριμένη αναφορά στη μέθη. Οι Αιγύπτιοι είχαν συνδέσει την μέθη με την διασκέδαση όπως προκύπτει από τις περιγραφές όπως επίσης και στην κλασική Ελλάδα η χρήση του οίνου αναφέρεται συχνότατα σε ιστορικές πηγές με χαρακτηριστικότερο παράδειγμα το συμπόσιο του Πλάτωνα και τις δημοφιλείς θρησκευτικές τελετές των Διονυσίων.(Μαρσέλος Μ. 1997)

Διαμέσου των αιώνων το αλκοόλ έχει χρησιμοποιηθεί ως ουσία με αναλγητικές ιδιότητες και ως αναισθητικό στη χειρουργική. Έκτος αυτών το αλκοόλ μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως τροφή ως καύσιμη ύλη και πάνω από όλα ουσία με ανασταλτικές ιδιότητες που διευκολύνουν τις διαπροσωπικές και κοινωνικές διαδικασίες. Η δημιουργία κοινωνικών προβλημάτων από την κατάχρηση οινόπνευματος αρχίζει το 12^ο αιώνα με την επινόηση της τεχνικής της απόσταξης από τους Αραβες η οποία αναπτύχθηκε και βελτιώθηκε με την άνθιση της αλχημίας. Με την τεχνική της απόσταξης διαπιστώνεται η απόσταξη καθαρού οινόπνευματος και από χυλό δημητριακών και έτσι την δημιουργία και άλλων αλκοολούχων ποτών εκτός από το κρασί που ήταν γνωστό μέχρι τότε. Με μοναδική εξαίρεση τις μουσουλμανικές κοινωνίες το αλκοόλ είναι γενικά αποδεκτό σαν νόμιμο κοινωνικό ψυχοτρόπο για χρήση από τους ενήλικες. Είναι αυτοχορηγούμενη ουσία που καταναλώνεται κυρίως από υγιή άτομα για τις ιδιότητες του να αλκοιώνει την ψυχική διάθεση. Η χρήση του αλκοόλ με τη μορφή της κοινωνικής κατανάλωσης είναι ένα από τα κύρια χαρακτηριστικά της σύγχρονης ανθρώπινης συναλλαγής. Ωστόσο η μετάβαση από την κοινωνική στην προβληματική χρήση δεν είναι καθόλου σπάνια.(κωνσταντίνου Α. Χατζηχρήστου Ε. 1989)

8.3.2. Χημεία

Το αλκοόλ το οποίο βρίσκεται στα αλκοολούχα ποτά ονομάζεται αιθυλική αλκοόλη ή αιθανόλη και έχει το χημικό τύπο C_2H_5OH . Η αιθυλική αλκοόλη είναι το μόνο είδος αλκοόλης που είναι ασφαλές για την ανθρώπινη κατανάλωση. Η αιθυλική αλκοόλη ταξινομείται φαρμακολογικά ως γενικό κατασταλτικό το οποίο έχει τη δυνατότητα να προκαλέσει μια γενική, μη επιλεκτική και αναστρέψιμη καταστολή του κεντρικού νευρικού συστήματος.

(Κωνσταντίνου Α. Χατζηχρήστου.Ε. 1989)

8.3.3. Φαρμακοκινητική

Το αλκοόλ απορροφάται ταχέως από ολόκληρο το γαστρεντερικό σωλήνα και επειδή είναι ήδη σε υγρά μορφή δεν έχει την ανάγκη να διαλυθεί στο στομάχι. Εξάλλου επειδή είναι ένα μικρό λιποδιαλυτό μόριο διεισδύει εύκολα στις μεμβράνες του σώματος, αν εξατμιστεί μπορεί να απορροφηθεί σχεδόν αμέσως από τους πνεύμονες άρα και απο τον εγκέφαλο και να προκαλέσει αιφνίδια καταστολή των κέντρων ελέγχου του αναπνευστικού συστήματος.

Ο ρυθμός απορρόφησης της αιθυλικής αλκοόλης από τον οργανισμό είναι μεταβλητός από άτομο σε άτομο και ανάλογα με τις συνθήκες κατανάλωσης (άδειο ή γεμάτο στομάχι, κ.α.). Επειδή το αλκοόλ είναι ένα μικρό μόριο ευδιάλυτο στο νερό και στο λίπος, γι αυτό παρουσιάζει ίση κατανομή σε όλα τα υγρά του σώματος και σε όλους τους ιστούς συμπεριλαμβανομένων και αυτών του εγκεφάλου. Η αλκοόλη επίσης διαχέεται σε όλους τους μύες του σώματος. Είναι χαρακτηριστικό ότι ένα παχύ και μυώδες άτομο παρουσιάζει συνήθως χαμηλότερα επίπεδα αλκοόλης στο αίμα από ένα αδύνατο άτομο. Επίσης ενδιαφέρον είναι ότι όσο μεγαλύτερος ο όγκος του σώματος τόσο μεγαλύτερη είναι η διάρκεια της τοξικότητας από την κατανάλωση της αλκοόλης. Τέλος πρέπει να σημειωθεί ότι το αλκοόλ κατανέμεται και στο έμβρυο και μπορεί να δημιουργήσει το αλκοολικό εμβρυακό σύνδρομο.

Η μελέτη του μεταβολισμού της αιθανόλης είναι άκρως σημαντική για την κατανόηση των βιοχημικών, κλινικών και παθολογικών παραμέτρων του αλκοολισμού. Από την ποσότητα της αλκοόλης που καταναλώνει το άτομο το 80% μεταβολίζεται στο ήπαρ, 10% αποβάλλεται από την εκπνοή και την ούρηση και το υπόλοιπο μεταβολίζεται σε άλλα σημεία του σώματος.

(Ποταμιανός Γ. 1995)

8.3.4 Ο αλκοολισμός στην Ελλάδα στην Ευρώπη και στον κόσμο

«Σιωπηλός δολοφόνος» θεωρείται το αλκοόλ από τους ειδικούς και από όσους βιώνουν καθημερινώς προβλήματα στην οικογένεια τα οποία οφείλονται στην κατάχρησή του. Στην Ελλάδα, σύμφωνα με επίσημα στοιχεία (Ετήσια Έκθεση του Ερευνητικού Πανεπιστημιακού Ινστιτούτου Ψυχικής Υγιεινής), οι εξαρτημένοι από το αλκοόλ ανέρχονται σε 200.000. Όπως τονίζουν όμως οι ειδικοί αλλά και αλκοολικοί οι οποίοι έχουν ενταχθεί σε προγράμματα απεξάρτησης, στην πραγματικότητα το πρόβλημα είναι πολύ μεγαλύτερο αφού ο φόβος του κοινωνικού στιγματισμού αναγκάζει πολλές οικογένειες να κρατούν μυστικό τον αλκοολισμό ενός μέλους τους ή ακόμη δεν παραδέχονται ότι πίσω από την ακραία και βίαιη πολλές φορές συμπεριφορά κρύβεται το αλκοόλ. (Μαρσέλος Μ. 1997)

Οι μισοί σχεδόν θάνατοι από τροχαία ατυχήματα (40% ή περίπου 1.100 άτομα) οφείλονται σε υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ ενώ υπολογίζεται ότι 32.000 άνθρωποι τραυματίζονται, πολλοί εκ των οποίων μένουν ανάπηροι - πρόκειται κυρίως για νέους ηλικίας 16-25 ετών. Σύμφωνα με πανελλήνια έρευνα του Τμήματος Υγιεινής και Επιδημιολογίας της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών σε δείγμα 15.000 ατόμων, ηλικίας 20 -63 ετών, με τίτλο «Κοινωνικο-δημογραφικοί συσχετισμοί της αποχής και της κατάχρησης αλκοόλ στον ελληνικό πληθυσμό», οι Έλληνες πίνουν πολύ και η χώρα μας κατέχει μία από τις πρώτες θέσεις στη λίστα της κατανάλωσης οινοπνευματωδών ποτών. Μερικά από τα πιο ενδιαφέροντα στοιχεία της έρευνας αναφέρουν:

- Ένας στους πέντε νεαρούς και ενήλικους ή μεσηλικούς Έλληνες πίνει περισσότερα από τρία ποτήρια αλκοόλ την ημέρα.
- Ένας στους πέντε νεαρούς και ενήλικους ή μεσηλικούς Έλληνες πίνει περισσότερα από τρία ποτήρια αλκοόλ την ημέρα.
- Πάνω από επτά στους 10 άνδρες στην Ελλάδα, ηλικίας 20-59 ετών, πίνουν καθημερινώς τρία ή λιγότερα ποτήρια αλκοόλ.
- Στις γυναίκες βρέθηκε ότι περισσότερες από επτά στις 10, ηλικίας 20-49 ετών, πίνουν δύο ή λιγότερα ποτήρια αλκοόλ την ημέρα.
- Μόνο το 4,3% των Ελληνίδων ηλικίας 20-40 ετών και το 3% των Ελληνίδων 40-59 χρόνων πίνουν περισσότερα από δύο ποτήρια την ημέρα.
- Σε όλες τις ηλικιακές ομάδες το ποσοστό των γυναικών που απέχουν από το αλκοόλ ήταν υψηλότερο από το αντίστοιχο των ανδρών.

- Τόσο για τους άνδρες όσο και για τις γυναίκες, το ποσοστό όσων δεν έπιναν αυξανόταν όσο προχωρούσε η ηλικία των ερωτωμένων ενώ το ποσοστό όσων έκαναν κατάχρηση αλκοόλ παρουσίαζε μείωση.
- Όσοι έπιναν κρασί βρέθηκε ότι έχουν λιγότερες πιθανότητες να γίνουν «σκληροί» πότες συγκριτικά με όσους έπιναν άλλα οινοπνευματώδη ποτά.
- Οι Έλληνες που ζουν μόνοι τους απέχουν σε μεγαλύτερο ποσοστό από το αλκοόλ συγκριτικά με όσους ζουν με σύντροφο.

Αν και το αλκοόλ δεν θεωρείται - τουλάχιστον ανοικτά - ένα επικίνδυνο ναρκωτικό που δημιουργεί πολύ σοβαρή εξάρτηση, τα στοιχεία αποδεικνύουν ότι και στην περίπτωση του, όπως γίνεται με άλλες εξαρτησιογόνες ουσίες, η μετάβαση από το «μαλακό» αλκοόλ (όπως θεωρούνται η μπίρα και το κρασί) στο «σκληρό» (ουίσκι, βότκα κτλ.) είναι γρήγορη, ακόμη και σε μικρές ηλικίες. Στις ηλικίες 14-18 ετών το πιο δημοφιλές ποτό είναι η μπίρα που ως γνωστόν μπορεί ο κάθε ανήλικος να προμηθευτεί ακόμη και από τα περίπτερα. Στις ηλικίες 18-25 δημοφιλέστερα ποτά φαίνεται να είναι το ουίσκι και η βότκα, ενώ ακολουθούν η μπίρα, το κρασί και τα κοκτέιλ. Είναι σημαντικό να αναφέρουμε και τη νέα μόδα που επικρατεί μεταξύ των νέων: τα «αναψυκτικά νέας γενιάς» τα οποία περιέχουν μικρή μεν ποσότητα αλκοόλ, αρκετή όμως για να «εισαγάγει» τους νεαρούς καταναλωτές στον επικίνδυνο κόσμο του. Υπολογίζεται ότι το 40% από όσους πίνουν, αργά ή γρήγορα στρέφεται προς τα «σκληρά» ποτά. *Οι νέοι μεθούν ανενόχλητοι...*

Στη χώρα μας είναι σύνηθες φαινόμενο παιδιά μικρής ηλικίας να αγοράζουν αλκοόλ «για το σπίτι» εκμεταλλευόμενα την ανοχή που υπάρχει στα καταστήματα πώλησης, ενώ πολλοί νέοι κάτω των 18 ετών καταναλώνουν ανενόχλητοι αλκοόλ στα κέντρα διασκέδασης όπου, κατά γενικό κανόνα, οι υπάλληλοι ουδέποτε ζητούν ταυτότητα από τους νεαρούς πελάτες τους. Σε επιτόπια ρεπορτάζ που έγιναν σε κέντρα διασκέδασης δεν κατεγράφη ούτε ένα περιστατικό στο οποίο υπάλληλος αρνήθηκε να σερβίρει ποτό σε - εμφανώς - πολύ νεαρής ηλικίας πελάτες. Ωστόσο σε σύγκριση με τα στοιχεία της προηγούμενης έρευνας του Εθνικού Κέντρου Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά και την Τοξικομανία (ΕΚΤΕΠΝ) που έγινε το 1998 παρατηρείται σημαντική μείωση του ποσοστού των μαθητών που δηλώνουν κατανάλωση οινοπνευματωδών κατά τη διάρκεια του 2002, σε όλες τις περιόδους αναφοράς. Σύμφωνα λοιπόν με τα νέα στοιχεία, η μεγαλύτερη μείωση παρατηρείται στη μηνιαία κατανάλωση ενώ εξαίρεση αποτελεί η εβδομαδιαία κατανάλωση «άλλων οινοπνευματωδών» (ουίσκι, βότκα, μπακάρντι κτλ.). Η μείωση ισχύει τόσο για τα αγόρια όσο και για τα κορίτσια. Διαφορετική

όμως φαίνεται να είναι η εμπειρία της μέθης ανάμεσα στα δύο φύλα. Μεθυσμένα τουλάχιστον μία φορά στη ζωή τους σε ποσοστό 29,5% δηλώνουν τα αγόρια (25,8% το 1998). Στα κορίτσια παρατηρείται ελαφρά μείωση του αντίστοιχου ποσοστού (από 22,6% το 1998 σε 20,8% το 2002). Τα αγόρια εμφανίζονται με μεγαλύτερα ποσοστά όσον αφορά τη συχνότητα περιστατικών μέθης (4+ φορές), ενώ στιγμή η χώρα μας κινείται στο αρκετά υψηλό επίπεδο της κατά κεφαλήν κατανάλωσης 9 λίτρων καθαρής αιθανόλης του οιοπνεύματος», αναφέρει ο Γιώργος Μουσάς, επίκουρος καθηγητής Ψυχιατρικής Πανεπιστημίου Αθηνών, αναπληρωτής διευθυντής Ψυχιατρικού τομέα στο νοσοκομείο «Σωτηρία».

Η κατανάλωση οιοπνεύματος είναι ιδιαίτερα διαδεδομένη διεθνώς, με αυξητικές τάσεις τα τελευταία χρόνια -ιδιαίτερα στους νέους. Στις περισσότερες αναπτυγμένες χώρες η κατά κεφαλήν κατανάλωση οιοπνευματωδών ποτών για το 1993 κυμαινόταν από 6-13 lt. Στην Ευρώπη οι αλκοολικοί υπολογίζονται σε 40 εκατομμύρια, ενώ περίπου 320 εκατομμύρια Ευρωπαίοι έχουν προβλήματα υγείας εξαιτίας του οιοπνεύματος. Σύμφωνα με στοιχεία της Eurostat, το 1997 η Ελλάδα παρουσίαζε κατά κεφαλήν κατανάλωση 8,7 lt και καταλάμβανε την 8η θέση μεταξύ των χωρών της Ε.Ε. Η Ελλάδα κατέχει επίσης μία από τις πρώτες θέσεις παγκοσμίως ως προς το ρυθμό αύξησης της κατανάλωσης μπίρας.

Από τη σύγκριση των αποτελεσμάτων δύο ερευνών 1999 και 2003, του ΕΠΙΨΥ/ΕΚΤΕΠΝ το ποσοστό των μαθητών που δηλώνουν πολύ συχνή κατανάλωση οιοπνευματωδών (40 ή και περισσότερες φορές) εμφανίζεται υψηλότερο το 2003 σε σχέση με το 1999. Στην ερώτηση αν καταναλώσατε οιοπνευματώδη τις 30 τελευταίες ημέρες, παρ' όλο που και το 2003 το ποσοστό είναι σχετικά χαμηλό (4,2%), είναι υπερδιπλάσιο του ποσοστού του 1999(1,8%). (Ποταμιανός Γ.1995)

Πάντως, περισσότερα αγόρια από κορίτσια καταναλώνουν συχνότερα οιοπνευματώδη ποτά. Ωστόσο μεταξύ των δύο περιόδων της έρευνας, το ποσοστό κατανάλωσης για τα κορίτσια εμφάνισε μεγαλύτερο ρυθμό αύξησης σε σχέση με τα αγόρια (13,6% για τα αγόρια 17,9% για τα κορίτσια).

Μεταξύ αυτών που δήλωσαν ότι ήπιαν τουλάχιστον 3 φορές κάποιο οιοπνευματώδες ποτό τις τελευταίες 30 ημέρες, το μεγαλύτερο ποσοστό (44%) προτίμησε ποτά με υψηλή περιεκτικότητα σε οινόπνευμα (ουίσκι, βότκα, κοκτέιλ με αναψυκτικό).

Ένα από τα θέματα στη συμπεριφορά των εφήβων σχετικά με τα οιοπνευματώδη το οποίο προβληματίζει τους επιστήμονες είναι η υπερβολική ανά περίπτωση κατανάλωση οιοπνευματωδών ποτών. Στην ερώτηση για το πόσο συχνά καταναλώνουν 5 ή και

περισσότερα οινοπνευματώδη ποτά στην καθισιά τους, σχεδόν ένας στους 3 έφηβους (28,3) απαντάει το 2003 ότι το έκανε τουλάχιστον 2 φορές τις τελευταίες 30 ημέρες, ποσοστό αυξημένο σε σχέση με το 1993 (18,3%) με τα αγόρια να εμφανίζονται πιο επιρρεπή.

Η Ελλάδα συμμετείχε το 2002 στην παγκόσμια έρευνα του μαθητικού πληθυσμού που διεξήγαγε ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας. Από τις απαντήσεις των 15χρονων μαθητών όλων των κρατών προκύπτει ότι ο μέσος όρος ηλικίας έναρξης του αλκοόλ και για τα δύο φύλα είναι τα 12,7 έτη. Τα αγόρια παρουσιάζουν μικρότερη ηλικία έναρξης (12,3 έτη) σε σχέση με τα κορίτσια (12,9 έτη). Στην Ελλάδα ο μέσος όρος ηλικίας έναρξης είναι ίδιος με τον γενικό (12,7 έτη) ενώ και οι ηλικίες που αφορούν το κάθε φύλο είναι πολύ κοντά στις αντίστοιχες ηλικίες που ισχύουν για το σύνολο των κρατών (12,2 ετών τα αγόρια 13,2 ετών τα κορίτσια). Το 5,1% των 11χρονων μαθητών όλων των κρατών δηλώνει πως την τελευταία περίοδο καταναλώνει τουλάχιστον ένα οινοπνευματώδες ποτό σε εβδομαδιαία βάση. Το ποσοστό των αγοριών που κάνει τέτοια κατανάλωση είναι υπερδιπλάσιο των κοριτσιών (7,3% και 3% αντίστοιχα). Το ποσοστό των Ελλήνων μαθητών που δηλώνει κατανάλωση τουλάχιστον ενός οινοπνευματώδους σε εβδομαδιαία βάση είναι 7%. Και στην Ελλάδα, όπως συμβαίνει σε όλα τα συμμετέχοντα κράτη, το ποσοστό των αγοριών είναι μεγαλύτερο από αυτό των κοριτσιών.

Από τα στοιχεία προκύπτει ότι το ποσοστό των ανδρών είναι σταθερά μεγαλύτερο από το ποσοστό των γυναικών. Επιπλέον ότι η πλειονότητα των ατόμων ανήκει κατά κανόνα στην ηλικιακή ομάδα 36-50 ετών και στις περισσότερες περιπτώσεις ακολουθεί η ηλικιακή ομάδα 51 και άνω. Το ποσοστό των εξαρτημένων από οινοπνευματώδη που έχουν σταθερή απασχόληση είναι υψηλό και κυμαίνεται από 31,7% έως 55,7%. Αντίθετα, το ποσοστό των ανέργων κυμαίνεται από 17% έως 33%. Η εργασιακή κατάσταση των ατόμων αυτών διαφέρει σημαντικά από εκείνη των εξαρτημένων από ναρκωτικά, όπου το 60% των χρηστών είναι άνεργοι. Το γεγονός αυτό πιθανόν να αντικατοπτρίζει την ανοχή της κοινής γνώμης στα άτομα που αντιμετωπίζουν προβλήματα με τη χρήση οινοπνευματωδών.

Σαφής είναι η στροφή τους σε ποτά με υψηλή περιεκτικότητα οινοπνεύματος, αφού το μεγαλύτερο ποσοστό (44%) προτίμησε τέτοιο ποτό, έναντι του 30,1% το 1999, τα οποία παίρνουν τα πρωτεία από την μπύρα, που ήταν το ποτό προτίμησης το 1999 για το 35% έναντι του 31,3% το 2003. Η προτίμηση στα «βαριά» οινοπνευματώδη σχετίζεται από τους ερευνητές με την είσοδο στην αγορά έτοιμων παρασκευασμάτων, που συνδυάζουν

οινοπνευματώδη με αναψυκτικό. Η πλειονότητα των εφήβων φαίνεται να αντιλαμβάνεται τους κινδύνους από τη συχνή χρήση οινοπνευματωδών ωστόσο σε μικρότερο βαθμό απ' ό,τι το 1999.

Ανάμεσα στους λόγους για τους οποίους δεν θα έπρεπε να πίνει κανείς, αναφέρουν το 2003 ότι η κατανάλωση αλκοόλ: σχετίζεται με τα σοβαρά -αυτοκινητιστικά- ατυχήματα (92,9%), βλάπτει την οικογενειακή ζωή (88,1%), αλλά και την υγεία (85,7%). Ενδιαφέρον παρουσιάζει ότι σε σύγκριση με το 1999 απασχολεί περισσότερο τους εφήβους το υψηλό κόστος αγοράς οινοπνευματωδών, αλλά και οι επιπτώσεις του αλκοόλ στο πάχος-βάρους. Πράγματι, το οινόπνευμα καταναλώνεται πάρα πολύ και όλο και από νεαρότερες ηλικιακές ομάδες, μας λέει ο καθηγητής και υπεύθυνος του θεραπευτικού προγράμματος «Αθηνά» Γιάννης Λιάππας.

Ενώ πριν από 15 χρόνια η εξάρτηση από το αλκοόλ ως πρόβλημα ήταν σχεδόν ανύπαρκτο, σήμερα το 47% των εργασιών του θεραπευτικού προγράμματος «Αθηνά», απασχολούν αλκοολικοί και το 53% εξαρτημένοι χρήστες από άλλες ουσίες, με την τάση μεταξύ των δύο ομάδων θεραπευομένων να εξισώνεται. Άλλωστε τα αιτήματα για θεραπεία από το αλκοόλ είναι αρκετά περισσότερα από αυτά που καταφέρνει τελικά να καλύψει το πρόγραμμα, δείκτης και αυτό της έντασης του προβλήματος. Επίσης έχει μειωθεί η ηλικιακή ομάδα όσων ζητούν βοήθεια, κοντεύοντας να πέσει κάτω από τα 40 χρόνια, από τα 50 έτη που ήταν παλιότερα: «και μιλώντας για αλκοολικούς που απαιτείται μια «καριέρα», δηλαδή χρήση αλκοόλ για έξι με επτά χρόνια, σημαίνει ότι η έναρξη έγινε στη δεκαετία των 20. Να φανταστείτε ότι υπάρχουν αλκοολικοί στα 22 τους χρόνια, που σημαίνει ότι ξεκίνησαν τη χρήση από την εφηβεία, στα 14-15 τους», παρατηρεί ο καθηγητής.

Όσο για το τι μπορεί να φταίει; «Κάτι που πιστεύω ότι φταίει είναι η διαφήμιση ενός τρόπου διασκέδασης, που δεν είναι και ο καλύτερος: αποτελεί πλέον "πρέπει" να πας σε κάποιο κέντρο ή κλαμπ μετά τη μιάμιση τη νύχτα, να πεις πολλά σφηνάκια, που σημαίνει σκληρό ποτό 40% περιεκτικότητας σε αλκοόλ, σε αντιδιαστολή με παλαιότερους τρόπους διασκέδασης, που δεν ήταν το ποτό ο τρόπος διασκέδασης και έπιναν το κρασάκι τους ή καμιά μπύρα, που η περιεκτικότητά τους σε αλκοόλ είναι γύρω στο 4%. Το πρόβλημα δεν είναι άσχετο με τη νομοθεσία: η διαθεσιμότητα του οινοπνεύματος είναι μεγάλη, πολύ εύκολα το προμηθεύεται κανείς, ακόμη και από τα περίπτερα, χώρια του ότι είναι σχετικά φτηνό», επισημαίνει ο συνομιλητής μας.

8.3.5 Χαρακτηριστικά εξάρτησης- αλκοολισμός

Αλκοολισμός: είναι η χρήση-κατάχρηση οινόπνευματων ποτών με σωματικά ψυχολογικά ή κοινωνικά επακόλουθα για τον χρήστη ή με πρόδρομα σημεία μίας τέτοιας εξέλιξης. Γεννιέται με την προδιάθεση ή τον σπρώχνουν στο πιό τα βάσανα της ζωής; Η Ψυχιατρική έχει πολλά να πεί σχετικά με την εξάρτηση από το αλκοόλ. Πολλοί παράγοντες έχουν επιπτώσεις στην απόφαση να αρχίσει κάποιος να πίνει, στην ανάπτυξη των προσωρινών προβλημάτων με το αλκοόλ στα εφηβικά έτη και στη δεκαετία των 20 ετών, και στην ανάπτυξη τελικά της εξάρτησης από το αλκοόλ. Η έναρξη της κατανάλωσης οινόπνευματος εξαρτάται κατά ένα μεγάλο μέρος από κοινωνικούς, θρησκευτικούς, και ψυχολογικούς παράγοντες, αν και τα γενετικά χαρακτηριστικά φαίνεται επίσης ότι συμβάλουν. Αλλά οι παράγοντες που επηρεάζουν την απόφαση να συνεχίσει κανείς να πίνει μέχρι το στάδιο της εξάρτησης από το αλκοόλ είναι μάλλον διαφορετικοί. (Παπαζήσης Γ. 2005)

Ψυχολογικές θεωρίες εξάρτησης από το αλκοόλ

Ποικίλες θεωρίες συσχετίζουν τη χρήση του αλκοόλ σαν αντίμετρο για να μειώσει την ένταση και το άγχος, να αυξήσει τα υποκειμενικά συναισθήματα δύναμης, και να μειώσει τον ψυχολογικό πόνο. Ίσως το μέγιστο ενδιαφέρον έχει αποδοθεί στην παρατήρηση ότι οι αλκοολικοί συχνά αναφέρουν ότι το οινόπνευμα μειώνει τα συναισθήματα νευρικότητάς τους και ότι τους βοηθά να αντιμετωπίσουν τις καθημερινές πιέσεις της ζωής και να χαλαρώσουν.

Οι ψυχολογικές θεωρίες στηρίζονται, εν μέρει, στην παρατήρηση μεταξύ των μη αλκοολικών ανθρώπων, ότι η χρήση χαμηλών δόσεων αλκοόλ σε μια τεταμένη κοινωνική κατάσταση ή μετά από μια δύσκολη ημέρα, μπορεί να συνδεθεί με ένα ενισχυμένο συναίσθημα ευημερίας και μια βελτιωμένη ευκολία των κοινωνικών σχέσεων. Σε υψηλές δόσεις εντούτοις, ειδικά όταν πέφτει το επίπεδο του αλκοόλ στο αίμα, η ένταση των μυών και τα ψυχολογικά συναισθήματα της νευρικότητας και της ταραχής αυξάνονται. Κατά συνέπεια, τα χαλαρωτικά αποτελέσματα του αλκοόλ, μπορεί να ασκούν επίδραση σε μικρές ή το πολύ μέτριες δόσεις στους περιστασιακούς πότες ή να ανακουφίζουν από τα συμπτώματα στέρησης τους εξαρτημένους αλκοολικούς πότες, αλλά πάντως διαδραματίζουν έναν δευτερεύοντα ρόλο στην πρόκληση, στην αιτιολογία δηλαδή του αλκοολισμού.

Οι θεωρίες ότι η δυνατότητα του αλκοόλ να ενισχύει τα συναισθήματα της ύπαρξης ισχυρής και σεξουαλικά ελκυστικής εικόνας του εαυτού και να μειώνει τα αποτελέσματα του ψυχολογικού πόνου είναι δύσκολο να αξιολογηθούν οριστικά. (Ποταμιανός Γ. 1995)

Συμπεριφοριστικές θεωρίες

Οι προσδοκίες για τα αποτελέσματα ανταμοιβής (rewarding effects) του ποτού, η γνωστική στάση απέναντι στην ευθύνη για τη συμπεριφορά κάποιου, και η συνεπαγόμενη ενίσχυση μετά από την κατανάλωση αλκοόλ, όλες συμβάλλουν στην απόφαση των ατόμων να πιούν πάλι μετά από την πρώτη εμπειρία με το αλκοόλ και να συνεχίζουν το ποτό, παρά τα προβλήματα υγείας. Αυτά τα ζητήματα είναι σημαντικά στις προσπάθειες να τροποποιηθούν οι συμπεριφορές κατανάλωσης αλκοόλ στο γενικό πληθυσμό, και συμβάλλουν σε μερικές σημαντικές πτυχές της απεξάρτησης.

(Παπαζήσης. Γ 2005)

Κοινωνικο-πολιτιστικές θεωρίες

Οι κοινωνικοπολιτιστικές θεωρίες είναι συχνά βασισμένες σε προεκτάσεις παρατηρήσεων από τις κοινωνικές ομάδες που έχουν υψηλά και χαμηλά ποσοστά αλκοολισμού. Οι θεωρητικοί υποθέτουν ότι εθνικές ομάδες, όπως οι Εβραίοι, που εισάγουν τα παιδιά στα μέτρια επίπεδα κατανάλωσης αλκοόλ σε μια οικογενειακή ατμόσφαιρα και αποφεύγουν τη μέθη, έχουν τα χαμηλά ποσοστά αλκοολισμού. Μερικές άλλες ομάδες, όπως οι Ιρλανδοί άτομα ή μερικές αμερικανικές ινδικές φυλές με υψηλά ποσοστά αποχής αλλά μιας παράδοσης κατανάλωσης στο σημείο της μέθης, θεωρούνται ότι έχουν υψηλά ποσοστά αλκοολισμού. Αυτές οι θεωρίες, εντούτοις, εξαρτώνται συχνά από στερεότυπα που τείνουν να είναι λανθασμένα, και οι προεξέχουσες εξαιρέσεις σε αυτούς τους κανόνες υπάρχουν. Παραδείγματος χάριν, μερικές θεωρίες βασισμένες στις παρατηρήσεις των Ιρλανδών και των Γάλλων, έχουν προβλέψει εσφαλμένα υψηλά ποσοστά αλκοολισμού μεταξύ των Ιταλών.

Ακόμα περιβαλλοντικά γεγονότα, πιθανώς συμπεριλαμβανομένων των πολιτιστικών παραγόντων, ευθύνονται για τουλάχιστον 40% του κινδύνου αλκοολισμού. Κατά συνέπεια, αν και αυτοί είναι δύσκολο να μελετηθούν, είναι πιθανό ότι η πολιτιστική στάση απέναντι στην κατανάλωση αλκοόλ, στη μέθη, και στην προσωπική ευθύνη για τις σχετικές συνέπειες, είναι σημαντικοί συνεισφέροντες παράγοντες στα ποσοστά προβλημάτων αλκοολισμού σε μια κοινωνία. (Μαρσέλος Μ. 1997)

Χαρακτηριστικά του αλκοολισμού

Η αδυναμία ελέγχου της ποσότητας ή συχνότητας χρήσης οινοπνευματωδών ποτών η αδυναμία, διακοπής της χρήσης οινοπνευματωδών ποτών για κάποιο χρονικό διάστημα η χρήση οινοπνευματωδών ποτών με στόχο την αλλαγή της ψυχολογικής διάθεσης η χρήση οινοπνευματωδών ποτών σε καταστάσεις που κάτι τέτοιο θα μπορούσε να δημιουργήσει άμεσα προβλήματα (π.χ. πριν την οδήγηση, στην εργασία κ.τ.λ.). Αλκοολικός όμως δεν γίνεται κανένας από την μια μέρα στην άλλη. Η χρονική διάρκεια από την απλή χρήση στην κατάχρηση τον εθισμό και την εξάρτηση ποικίλλει από μερικά χρόνια μέχρι και δεκαετίες. Εξαρτάται μάλιστα από 3 ομάδες παραγόντων, την προσωπικότητα, το κοινωνικό περιβάλλον και φυσικά το είδος, την συχνότητα, την ποσότητα κ.τ.λ. του οινοπνεύματος. Η πορεία αυτή διακρίνεται σε φάσεις με ιδιαίτερα χαρακτηριστικά για κάθε μια, φάσεις που μας επιτρέπουν να κατατάξουμε καλύτερα έναν χρήστη και να μην

περιμένουμε την χρόνια εξάρτηση για να καταλάβουμε ότι κάτι τρέχει. Είναι αυτό που λέγαμε στον ορισμό πρόδρομα σημεία μίας τέτοιας εξέλιξης. Η χρονική διάρκεια των φάσεων αυτών ποικίλλει από 3-5 χρόνια έως και δεκαετίες.

Κάθε φάση εμφανίζει ιδιαίτερα χαρακτηριστικά τα βασικότερα των οποίων είναι:

- *Προαλκοολική φάση.* Είναι η "κοινωνικά αποδεκτή" χρήση του οινοπνεύματος που "επιτρέπει" την ελαφρά μέθη στις κατάλληλες περιστάσεις και περιβάλλον
- *Η αρχική φάση.* Χαρακτηρίζεται από την συνειδητοποίηση της κατάχρησης και από την αποτυχημένη προσπάθεια επανόδου σε παλαιότερες συνήθειες. Αναζητούνται όλο και συχνότερα ευκαιρίες για "ένα ποτηράκι".
- *Η κρίσιμη φάση.* Χαρακτηρίζεται από την απώλεια του ελέγχου στη χρήση οινοπνευματωδών ποτών. Το άτομο δεν μπορεί να σταματήσει πριν φθάσει σε κάποιο σημείο μέθης, είτε μεθάει σε άλλοτε άλλα χρονικά διαστήματα με χαρακτηριστικά κενά μνήμης της προηγούμενης ημέρας.
- *Η χρόνια φάση.* Η χρήση του οινοπνεύματος είναι καθημερινή και αποτελεί τον βασικό άξονα γύρω από τον οποίο περιστρέφεται ή συμπεριφορά του ατόμου. Οι σωματικές ψυχολογικές και κοινωνικές επιπτώσεις που έχουν αρχίσει ήδη στην προηγούμενη φάση τώρα μεγιστοποιούνται και γίνονται εμφανείς στο περιβάλλον. (Ποταμιανός Γ. 1995)

Παρατηρήθηκε όμως ότι εκτός από τα χαρακτηριστικά αυτά που θα διέκριναν αυτές της τέσσερις φάσεις στη πορεία ενός ατόμου από την απλή χρήση οινοπνεύματος, στη κατάχρηση, τον εθισμό και την εξάρτηση, υπήρχε και άλλη μία βασική διαφορά ανάμεσα στους χρήστες, το κίνητρο, διότι δηλαδή έπινε κάθε ένας από αυτούς. Έτσι διακρίνουμε και διαφορετικούς τύπους αλκοολικού, ανάλογα με το κίνητρο του καθ' ενός.

Οι τύποι αυτοί είναι :

- τύπος -α:** Είναι αυτός που πίνει συνειδητά με κίνητρο την καλύτερευση της ψυχικής του διάθεσης την απαλλαγή από δυσάρεστα συναισθήματα ή την μείωση ενδοψυχικών συγκρούσεων, ελέγχει όμως την ποσότητα του οινοπνεύματος και η χρήση δεν είναι καθημερινή.
- τύπος -β:** Πίνει μόνο στο κατάλληλο περιβάλλον και μόνο ευκαιριακά. Έχει σαν κίνητρο την ταύτιση ή προσαρμογή με το περιβάλλον αυτό και την παρέα.
- τύπος -γ:** Αποτελεί την παθολογική εξέλιξη του τύπου - α. Είναι αυτός που πίνει για να "πνίξει" τα δυσάρεστα συναισθήματα ή τις ενδοψυχικές του συγκρούσεις.

Χαρακτηρίζεται από την συνεχή απώλεια του ελέγχου (μέθη). Εδώ ανήκει η πλειονότητα των νέων αλκοολικών. Η εξάρτηση είναι ψυχολογική.

-τύπος -δ: Αποτελεί την παθολογική εξέλιξη του τύπου -β. Η ταύτιση και προσαρμογή στο περιβάλλον παρεμποδίζει τις προστριβές με αυτό. Η συχνή χρήση οινόπνευματος, οδηγεί σταδιακά σε μια κατ' αρχήν σωματική εξάρτηση από αυτό. Χαρακτηρίζεται από την καθημερινή χρήση οινόπνευματος, ακόμα και τις πρωινές ώρες (σε προχωρημένα στάδια) προς αποφυγή στερητικών συμπτωμάτων. Μόδες, συνήθειες, ήθη και έθιμα και άλλοι περιβαντολλογικοί παράγοντες παίζουν εδώ καθοριστικό ρόλο.

-τύπος -ε: Χαρακτηρίζεται από περιοδική απώλεια του ελέγχου ενώ στα μεσοδιαστήματα απέχει της χρήσεως οινόπνευματων.

Από τους τύπους αυτούς σαν εξαρτημένοι παθολογικά θεωρούνται οι τύποι 3,4 και 5.

Αλκοολικός είναι λοιπόν κάποιος, που σε ορισμένα χρονικά διαστήματα η κάτω από ορισμένες καταστάσεις καταναλίσκει ασυνήθιστες γι' αυτόν ποσότητες οινόπνευματων ποτών, χωρίς να μπορεί να σταματήσει, πριν νιώσει την ιδιαίτερη αυτή δράση του οινόπνευματος στον ψυχικό του κόσμο. Αποτέλεσμα της συμπεριφοράς αυτής είναι σωματικές και ψυχικές βλάβες, όπως και διαταραχές στη σχέση του ατόμου με το περιβάλλον του. Η εξάρτηση από το οινόπνευμα είναι "ψυχική" και "σωματική". Αλκοολικός όμως μπορεί να είναι και κάποιος που δεν παρουσιάζει φαινόμενα σωματικής εξάρτησης από το οινόπνευμα.

Ψυχική εξάρτηση έχουμε στη περίπτωση όπου κάποιος χρησιμοποιεί συχνά οινόπνευματώδη ποτά με σκοπό την καλύτερευση της γενικής ψυχικής του κατάστασης, στη μείωση επώδυνων γι' αυτόν καταστάσεων ή χαλάρωση από ενδοψυχικές εντάσεις, χωρίς να είναι σε θέση να παραιτηθεί από τη "λύση" αυτή.

Η ψυχική εξάρτηση εκφράζεται κυρίως με δύο χαρακτηριστικά στοιχεία:

- Αδυναμία παραίτησης από τη συχνή χρήση του οινόπνευματος και συνέχισης αυτής με διάφορες δικαιολογίες.
- Επιθυμίες για όλο και μεγαλύτερες ποσότητες οινόπνευματος μέχρι απώλειας του ελέγχου πάνω σ'αυτό. Με την απώλεια του ελέγχου εννοούμε όχι απαραίτητα την κατάσταση μέθης, αλλά ότι ο αλκοολικός δεν είναι σε θέση να μας πει σίγουρα, αν μπορεί μετά από 1-2 ποτηράκια να σταματήσει ή πρέπει να συνεχίσει να πίνει μέχρι να νιώσει την επιθυμητή δράση του οινόπνευματος στον οργανισμό του.

Αυτά τα δυο χαρακτηριστικά στοιχεία της ψυχικής εξάρτησης εμφανίζονται συχνά το ένα μετά το άλλο στον ίδιο ασθενή και παραμένουν για πάντα, εκτός και αν ο ασθενής

κατορθώσει, μετά από ειδική θεραπεία, να παραιτηθεί τελείως από τη χρήση οιοπνευματώδων ποτών. Εδώ θα πρέπει παρενθετικά να τονιστεί ότι στην περίπτωση εξάρτησης από οιοπνευματώδη ποτά, δεν υπάρχει θεραπεία με την έννοια ότι ο ασθενής μπορεί να επανακτήσει την ικανότητα του να πίνει με "μέτρο". Μόνη λύση είναι η απόλυτη αποφυγή, έστω και απλής δοκιμής, ενός οιοπνευματώδους σκευάσματος.

Η σωματική εξάρτηση χαρακτηρίζεται από τα συμπτώματα του "συνδρόμου αποστέρησης" που εκδηλώνονται σε άλλοτε άλλο βαθμό και είναι συνήθως διαταραχές του ύπνου, αίσθημα δυσφορίας, ελαφρό τρέμουλο των χεριών, ιδρώτες, ανησυχία. (Μαρσέλος Μ. 1997)

8.3.6 Προβλήματα που σχετίζονται με την κατανάλωση και κατάχρηση του αλκοόλ

Ασθένειες και αλκοόλ

Οι τρεις βασικότερες αιτίες θανάτου που σχετίζονται με τα οιοπνευματώδη ποτά είναι τα κακοήγη νεοπλασμάτα, τα εγκεφαλικά επεισόδια και η κίρρωση του ήπατος. Από τα αποτελέσματα 150 επιδημιολογικών ερευνών προκύπτει ότι ο σχετικός κίνδυνος θανάτου (από όλα τα αίτια) για όσους πίνουν σε σχέση με αυτούς που δεν πίνουν είναι 1,1 όταν η κατανάλωση κυμαίνεται σε 3-4 ποτά ημερησίως, ενώ αυξάνεται στο 1,4 περίπου, όταν τα ημερήσια ποτά ξεπερνούν τα 6.

Από τα νοσήματα που σχετίζονται με την υπέρμετρη κατανάλωση οιοπνεύματος, πιο συχνά εμφανίζονται η αλκοολική γαστρίτιδα, το πεπτικό έλκος και η κίρρωση του ήπατος, ενώ ιδιαίτερη βαρύτητα αποδίδεται στην αύξηση των καρδιαγγειακών νοσημάτων, των καρδιαγγειακών νοσημάτων, των κακοηθών νεοπλασιών και των ψυχιατρικών διαταραχών. (Ποταμιανός Γ. 1995)

8.3.7 Νοσηρότητα

Καρδιαγγειακά προβλήματα

Η αυξημένη κατανάλωση οινοπνεύματος σχετίζεται με την ισχαιμική νόσο του μυοκαρδίου, την υπέρταση, τη μυοκαρδιοπάθεια, τον αιφνίδιο θάνατο και το ανεύρυσμα της κοιλιακής αορτής. Στη Γαλλία πρόσθεσε που έχει την υψηλότερη κατά κεφαλήν κατανάλωση στον κόσμο, το 19,1% των πρόωρων θανάτων στους άνδρες και το 13% στις γυναίκες αποδίδεται στην κατανάλωση οινοπνεύματος. (Ποταμιανός Γ. 1995)

Κακοήθη νεοπλασμάτα

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) συγκαταλέγει το οινόπνευμα στις καρκινογόνες ουσίες. Οι Doll και Peto το 1981 εκτιμούσαν ότι το 3% όλων των κακοήθων νεοπλασιών οφείλονταν στο οινόπνευμα. Οι περισσότερες έρευνες έχουν διαπιστώσει μικρή θετική συσχέτιση αναμεσα στην κατανάλωση οινοπνεύματος και την πρόκληση ορισμένων νεοπλασμάτων -κυρίως καρκίνου του στόματος, του φάρυγγα, του λάρυγγα, του οισοφάγου και του ήπατος και λιγότερο του παγκρέατος, χωρίς όμως να έχει αποσαφηνιστεί ο μηχανισμός της καρκινογένεσης. (Ποταμιανός Γ. 1995)

Ηπατοπάθειες

Η δράση του οινοπνεύματος στο ήπαρ οδηγεί στην ανάπτυξη όχι μόνο καρκίνου του ήπατος αλλά και άλλων παθολογικών καταστάσεων, όπως είναι το λιπώδες ήπαρ, η αλκοολική ηπατίτιδα και η αλκοολική κίρρωση. Από το σύνολο των θανάτων που προκαλούν οι παθήσεις του ήπατος, το 80% οφείλεται στην κατάχρηση οινοπνευματωδών ποτών.

Η αρχική βλάβη που δημιουργείται στο ήπαρ από την κατανάλωση οινοπνεύματος είναι η αυξημένη συγκέντρωση λίπους στο ήπαρ. Η συγκέντρωση αυτή κυμαίνεται από μικρές εναποθέσεις λίπους σε ορισμένα ηπατοκύτταρα μέχρι τη μαζική λιπώδη εκφύλιση του ήπατος. Αν διακοπεί η κατανάλωση οινοπνεύματος, το λιπώδες ήπαρ μπορεί να επανέλθει στη φυσιολογική του κατάσταση. Το 10-30% περίπου των ασθενών με λιπώδες ήπαρ θα εμφανίσουν κάποια στιγμή κίρρωση του ήπατος. (Ποταμιανός Γ. 1995)

Ψυχικά νοσήματα

Μία από τις πιο χαρακτηριστικές επιπτώσεις της αυξημένης κατανάλωσης οινοπνεύματος στον άνθρωπο είναι οι διαταραχές που προκαλούνται άμεσα στη συμπεριφορά του και μακροπρόθεσμα στην ψυχική του υγεία. Άτομα που ξεπερνούν τα 10 ποτά την ημέρα -τονίζει ο αναπληρωτής καθηγητής Κοινωνικής Ιατρικής- εμφανίζουν συχνά κατάθλιψη, καθώς και καταστροφική ή αυτοκαταστροφική συμπεριφορά. Επίσης, αυξάνεται η επίπτωση των σεξουαλικών προβλημάτων, των διαταραχών της προσωπικότητας, της αμνησίας, της νοητικής έκπτωσης, των παραισθήσεων, του τρόμου.(Παπαζήσης Γ. 2005)

Πνευμονία

Όσα άτομα αναφέρουν ιστορικό χρόνιας κατανάλωσης οινοπνεύματος παρουσιάζουν μεγαλύτερη συχνότητα επιπλοκών, μεγαλύτερο χρόνο νοσηλείας και μεγαλύτερη θνησιμότητα. Τα αποτελέσματα αυτά οφείλονται τόσο στις άμεσες όσο και στις μακροπρόθεσμες συνέπειες της τοξικής δράσης του οινοπνεύματος. Στις άμεσες συνέπειες περιλαμβάνεται και μια χαρακτηριστική μορφή πνευμονίας, που τη συναντάμε συχνά σε αλκοολικούς. Όταν μάλιστα οι ξένες ουσίες περιέχουν οινόπνευμα, οι πνευμονίες αυτές είναι ιδιαίτερα βαριές. Οι μακροπρόθεσμες συνέπειες συνίστανται κυρίως στην εξασθένηση της άμυνας του οργανισμού στις λοιμώξεις, εξαιτίας ανοσολογικών μεταβολών, όπως είναι η μείωση του αριθμού και της κινητικότητας των λευκών αιμοσφαιρίων. (Ποταμιανός Γ. 1995)

Αλκοολική γαστρίτιδα

Η πρόσληψη μεγάλων ποσοτήτων οινοπνεύματος σε μικρό χρονικό διάστημα οδηγεί στην ανάπτυξη οξείας γαστρίτιδας, η οποία υποχωρεί μετά τη διακοπή της κατανάλωσης οινοπνεύματος.

Αλκοολική παγκρεατίτιδα

Η κατανάλωση οινοπνεύματος είναι μία από τις αιτίες για την ανάπτυξη παγκρεατίτιδας. Αρκετές έρευνες έχουν διαπιστώσει στατιστικά σημαντική συσχέτιση του οινοπνεύματος με την παγκρεατίτιδα. Το πάγκρεας των γυναικών είναι πιο ευαίσθητο στο οινόπνευμα από ό,τι των ανδρών. Ο σχετικός κίνδυνος για την ανάπτυξη παγκρεατίτιδας στους πότες ενισχύεται με την αύξηση της συνολικής χρονικής διάρκειας της κατανάλωσης

οινοπνεύματος, ενώ το είδος του ποτού και ο τρόπος της κατανάλωσης δεν φαίνεται να επηρεάζουν τον σχετικό κίνδυνο.

Άλλα νοσήματα

Περισσότερο από 2 ποτά την ημέρα κατά την εγκυμοσύνη αυξάνουν τον κίνδυνο να μειωθεί το σωματικό βάρος του εμβρύου, καθώς και τον κίνδυνο δυσμορφιών και βλαβών του κεντρικού νευρικού συστήματος του εμβρύου, που συνιστούν το Εμβρυϊκό Σύνδρομο Αλκοόλης (FAS, Fetal Alcohol Syndrome).

Σε ό,τι αφορά τα νοσήματα του οφθαλμού, ο κίνδυνος είναι μεγαλύτερος ως προς την πρόκληση καταρράκτη. Ο σχετικός κίνδυνος για τους πότες είναι 1,31 σε σύγκριση με τους μη πότες. Η κατανάλωση οινοπνεύματος, ακόμα και σε μέτριες ποσότητες, αποτελεί παράγοντα κινδύνου για ανάπτυξη παχυσαρκίας. Η χρόνια κατανάλωση οινοπνεύματος εξασθενεί το ανοσοποιητικό σύστημα και αυξάνει τη συχνότητα και τη σοβαρότητα των λοιμώξεων. Το οινόπνευμα μειώνει τον αριθμό και τη δράση κυρίως των λευκοκυττάρων και λεμφοκυττάρων. Το οινόπνευμα όπως και ορισμένα παράνομα ναρκωτικά αυξάνει τη σεξουαλική επιθυμία αλλά ελαττώνει την επίδοση. (Ποταμιανός Γ. 1995)

Ατυχήματα

Τα ατυχήματα που προκαλούνται εξαιτίας του οινοπνεύματος είναι κυρίως τροχαία, εργατικά, δηλητηριάσεις, πυρκαγιές, πτώσεις και πνιγμοί. Τουλάχιστον το 1/3 των οικιακών ατυχημάτων και το 60% περίπου των θανάτων από πυρκαγιές αποδίδονται στην υπέρμετρη κατανάλωση οινοπνεύματος. Σχετικά με τα τροχαία ατυχήματα, έχει εκτιμηθεί ότι με 80mg% αιθανόλης στο αίμα ο κίνδυνος σύγκρουσης είναι διπλάσιος, με 150mg% ο κίνδυνος είναι δέκα φορές μεγαλύτερος και με 200mg% ο κίνδυνος γίνεται είκοσι φορές μεγαλύτερος.

Στην Ε.Ε. το 1990 560.000 άτομα τραυματίστηκαν και 17.000 έχασαν τη ζωή τους σε τροχαία ατυχήματα λόγω κατανάλωσης οινοπνεύματος. Στην Ελλάδα έχει εκτιμηθεί ότι τα ποσοστά τροχαίων ατυχημάτων που προκαλούνται από αυξημένη κατανάλωση οινοπνεύματος είναι ιδιαίτερα υψηλά. Σε έρευνα που έγινε στην Κρήτη, διαπιστώθηκε ότι το 60% των θανατηφόρων τροχαίων ατυχημάτων οφειλόταν στο οινόπνευμα και ότι το 7% του πληθυσμού οδηγεί με μεγαλύτερη του επιτρεπτού συγκέντρωση οινοπνεύματος στο αίμα. Το πρόβλημα είναι πρώτα της οικογένειας και μετά του ατόμου που κάνει κατάχρηση ή έχει εξάρτηση από το αλκοόλ.

8.3.8 Θεραπευτική αγωγή και ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις

Η θεραπευτική αντιμετώπιση του αλκοολικού ξεκινά με την οργανική αποτοξίνωση σε κάποιο κέντρο ή κλινική την ίδια ώρα που παρέχονται ψυχοφάρμακα υποστήριξης των οργανικών και ψυχικών συστημάτων. Δυστυχώς μόνη η αποτοξίνωση δεν δίνει σχεδόν κανένα μακρόχρονο αξιόλογο αποτέλεσμα όσο και αν σε βραχύχρονη θεώρηση το άτομο φαίνεται να ανακτά τις δυνάμεις του και να λειτουργεί. Πιο αποτελεσματική είναι:

- η μικτή θεραπευτική αγωγή δηλαδή οργανική αποτοξίνωση_(με παροχή συγγενών ψυχοφαρμάκων)
- με αναλυτικο-υποστηρικτική ψυχοθεραπεία.

Παράλληλα ενημερώνεται το οικογενειακό περιβάλλον ώστε να εξαλειφθούν τα παθογενή στοιχεία στην οικογένεια με εφαρμογή "οικογενειακής θεραπείας". Εντυπωσιακά είναι τα αποτελέσματα της οργάνωσης "Ανώνυμοι Αλκοολικοί" που ξεκίνησε το 1934, σήμερα έχει εκατοντάδες τοπικά και εθνικά παραρτήματα σε δεκάδες χώρες και στηρίζεται στη αρχή της βοήθειας του αλκοολικού από άλλους άνδρες και γυναίκες που είχαν το ίδιο πρόβλημα και το ξεπέρασαν με επιτυχία. Η οργάνωση "Ανώνυμοι Αλκοολικοί" θεωρεί το πρόβλημα σαν προσωπική ασθένεια και κοινωνική παθολογία.(Ποταμιανός Γ. 1995, Παπαζήσης Γ. 2005)

8.3.9 Φαρμακευτική θεραπεία του στερητικού συνδρόμου από αλκοόλ

Η θεραπεία της οξείας σωματικής φάσης απεξάρτησης από το αλκοόλ, συνίσταται στην χορήγηση βενζοδιαζεπινών με μεγάλο χρόνο ημιζωής και την προοδευτική διακοπή τους σε διάστημα ημερών. Μπορούν να χρησιμοποιηθούν:

- Διαζεπάμη (Stedon)
- Χλωροδιαζεποξίδη (Librium)
- Κλοναζεπάμη (Rivotril). Προτιμάται σε εξάρτηση από Αλπραζολάμη ή Τριαζολάμη
- Χλωραζεπάτη (Tranxene)
- Λοραζεπάμη (Tavor). Μπορεί να προτιμάται επί βαρείας ηπατικής βλάβης καθώς **δεν μεταβολίζεται στο ήπαρ**, ή για υπογλώσσια χορήγηση όταν υπάρχουν ναυτία και έμετος. (Robinson R. Stott R. 1988)

Δοσολογία θεραπευτικού σχήματος

- Δίνουμε 10-20 mg διαζεπάμης ή 50-100 mg χλωροδιαζεποξίδης ανά 1-2 ώρες μέχρι την υποχώρηση των συμπτωμάτων
- Παρακολουθούμε για 1-2 ώρες από την τελευταία δόση
- Αν χρειαστεί δόση για το σπίτι δεν δίνουμε πάνω από 2-3 ταμπλέτες διαζεπάμης, των 10 mg
- Αν υπάρχει ιστορικό επιληπτικών σπασμών ξεκινάμε με 20 mg διαζεπάμης ανά ώρα, τουλάχιστον για τρεις δόσεις
- Αν ο ασθενής δεν ανέχεται την διαζεπάμη per. os δίνουμε λοραζεπάμη υπογλωσσίως
- Αν υπάρχει ηπατική δυσλειτουργία δίνουμε λοραζεπάμη υπογλωσσίως, 1-2 mg ανά 1-4 ώρες (λόγω μικρότερου χρόνου ημιζωής η θεραπεία πρέπει να συνεχιστεί για 2-3 ημέρες)

Αν υπάρχει ψευδαισθήτωση χορηγούνται αντιψυχωτικά (παλιπεριδόνη που δεν μεταβολίζεται στο ήπαρ, ολανζαπίνη ή αλοπεριδόλη). Ο ασθενής πρέπει να εισαχθεί σε Νοσοκομείο αν:

1. Συνεχίζει να παρουσιάζει συμπτώματα παρά την χορήγηση 80 mg διαζεπάμης.
2. Εμφανίζει Τρομώδες Παραλήρημα, υποτροπιάζουσες καρδιακές αρρυθμίες ή σπασμούς.
3. Συνυπάρχει άλλη ιατρική διαταραχή ή νόσος.

(Robinson R. Stott R. 1988)

8.3.10 Ένεση ελπίδα για τους αλκοολικούς

Ελπίδα σε εκατομμύρια αλκοολικούς μπορεί να δώσει μία ένεση, που δημιούργησαν Αμερικάνοι επιστήμονες. Η ένεση, που θα γίνεται μία φορά το...μήνα, περιέχει... την ουσία ναλξετρόνη, η οποία μειώνει τα αισθήματα ευφορίας, που σχετίζονται με την κατανάλωση αλκοόλ, καθώς "μπλοκάρει" τους σχετικούς υποδοχείς στον εγκέφαλο. Η συγκεκριμένη ουσία χρησιμοποιείται και ως βοηθητική στην απεξάρτηση από τα ναρκωτικά, καθώς εμποδίζει τη δράση των οπιούχων με τη μορφή εμφυτεύματος, ή σαν χάπι. Τα αποτελέσματα της έρευνας δημοσιεύονται στην Επιθεώρηση του Αμερικανικού Ιατρικού Συνδέσμου (Journal of the American Medical Association), όπου οι επιστήμονες μελέτησαν τις περιπτώσεις 627 ανθρώπων εξαρτημένων από το αλκοόλ. Σύμφωνα με τα

αποτελέσματα της έρευνας, η ναλξετρόνη σε ενέσιμη μορφή, είναι πιο αποτελεσματική από τα χάπια, γιατί η θεραπεία είναι μηνιαία, άρα ο ασθενής δε χρειάζεται κάθε μέρα να θυμάται να παίρνει το χάπι. Πάντως, όπως τονίζουν οι επιστήμονες εξίσου σημαντική είναι η ψυχολογική υποστήριξη, που θα ωθήσει τους ασθενείς να αρχίσουν, αλλά και να συνεχίσουν τη θεραπεία.

Αποτελέσματα

Σύμφωνα με την επικεφαλής της Επιθεώρησης του Αμερικανικού Ιατρικού Συνδέσμου Δρ. Έλεν Πετινάτι, η έρευνα έδειξε, ότι έχει μακρόχρονη δράση και ελάχιστες ανεπιθύμητες ενέργειες.

Όπως τόνισε και ο Δρ. Κόλιν Μπρούερ, από το κέντρο απεξάρτησης Στάπλφορντ στο Λονδίνο, η ένεση είναι πιο εύκολη από το χάπι, γιατί και δε χρειάζεται να χορηγείται κάθε μέρα. Μάλιστα, επεσήμανε, ότι πολλές φορές οι ασθενείς αρχίζουν τη θεραπεία με το χάπι, αλλά συχνά αντιδρούν να αρνούνται να τη συνεχίσουν.

Για αυτό υπογραμμίζει, πως το πιο σημαντικό κομμάτι είναι να δοθούν τα κατάλληλα κίνητρα και η σωστή ψυχολογική υποστήριξη, που θα κάνουν έναν αλκοολικό να πηγαίνει στο γιατρό του κάθε μήνα. Επίσης, και η χορήγησή της ναλξετρόνης σε μορφή εμφυτεύματος είναι αποτρεπτική, γιατί χρειάζεται μικρή επέμβαση. "Δεν υπάρχουν θαυματουργά φάρμακα, για αυτό είναι πολύ σημαντικό η συγκεκριμένη θεραπεία να συνδυαστεί με σωστή ψυχολογική υποστήριξη" λέει και η Δρ. Αν Λίνγκφορντ-Χιούς καθηγήτρια βιολογικής ψυχιατρικής και εθισμού, στο Πανεπιστήμιο του Μπρίστολ.

Για την ώρα, η ναλτρεξόνη δε χορηγείται σαν θεραπεία για τους αλκοολικούς σε όλες τις χώρες. Πχ στη Βρετανία για την αντιμετώπιση του αλκοολισμού χορηγείται μόνο από ορισμένες κλινικές, αλλά δίνεται σε όσους θέλουν να απεξαρτητοποιηθούν από τα οπιούχα, όπως την ηρωίνη.

ΣΥΝΟΨΗ ΚΕΦΑΛΑΙΟΥ:

Στις νόμιμες εθιστικές ουσίες εντάσσονται οι νικοτίνη, το αλκοόλ, και η καφεΐνη. Η χρήση τους είναι η πιο διαδεδομένη από όλες τις ουσίες λόγω της εύκολης πρόσβασης τους και προκαλούν εξάρτηση σωματική και ψυχολογική. Η κατάχρησή τους αποτελεί έντονο κοινωνικό φαινόμενο που έχει κινητοποιήσει το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον, την πολιτική ηγεσία κάθε χώρας καθώς και ένα μεγάλο αριθμό των επιστημονικών ομάδων

στη διευθέτηση αλλαγών και τη δημιουργία νέων δομών για τη πρόληψη και την αντιμετώπιση του προβλήματος αυτού.

9. Ο ρόλος του κοινοτικού νοσηλευτή στην πρόληψη χρήσης εθιστικών ουσιών

Ο όρος «πρόληψη» αναφέρεται στα μέτρα που λαμβάνονται για την αποφυγή χρήσης των εθιστικών ουσιών, αλλά και των συνεπειών τους, οι οποίες θα μπορούσαν να επηρεάσουν οργανικά και να αποδιοργανώσουν ψυχικά ένα άτομο ή μια κοινωνία. Ο ρόλος της ομάδας ψυχικής υγείας και του νοσηλευτή ως μέλος αυτής είναι η διερεύνηση και η αντιμετώπιση των αιτιών και των γενεσιουργών παραγόντων που προκαλούν κάποιο μη επιθυμητό φαινόμενο αποτελεί τη λυδία λίθο για την αποτροπή της εκδήλωσής τους. Ως εκ τούτου η πρόληψη έχει διαστάσεις κοινωνιολογικές, φιλοσοφικές, επιστημονολογικές και ιατρικές, είναι πολυπαραγοντική και πολυεπίπεδη και αναπτύσσεται στη βάση μιας συνολικής στρατηγικής, με αιχμή του δόρατος την επιστημονική έρευνα και την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της.

9.1 Πρωτοβάθμια πρόληψη

Η πρωτοβάθμια πρόληψη έχει σαν κύριο στόχο της να δώσει στο άτομο αλλά και στο κοινωνικό σύνολο την δυνατότητα να αποκτήσει συνείδηση των κινδύνων που οδηγούν στην αδυναμία οριοθέτησης απέναντι στις ουσίες, που η κοινωνία παράγει διαθέτει και προβάλλει σαν πηγή ευφορίας ή σαν μέσο ανακούφισης από τα δεινά της ζωής. Πρόληψη λοιπόν σημαίνει απάντηση στην πρόκληση. Η εξάρτηση από νόμιμες ή παράνομες ουσίες είναι ένα σύνθετο ψυχοκοινωνικό πρόβλημα στο οποίο συμβάλουν εξίσου η προσωπικότητα του ατόμου, η οικογένεια και το ευρύτερο κοινωνικοπολιτισμικό πλαίσιο στο οποίο ζει ένα άτομο.

Έχουν περάσει 20 χρόνια από τότε που συνειδητοποιήθηκε η ανάγκη εφαρμογής προγραμμάτων πρόληψης για το πρόβλημα της εξάπλωσης της χρήσης ναρκωτικών ουσιών. Μέχρι σήμερα άλλοι προσδιορίζουν ως πρόληψη την ενημέρωση άλλοι τον εκφοβισμό και άλλοι την επιδερμική προσέγγιση ζητημάτων που σχετίζονται με την κατανάλωση των εθιστικών ουσιών. Από την πλευρά της κοινωνίας οι προσπάθειες πρόληψης για τη μείωση της ζήτησης των εθιστικών ουσιών περιορίστηκαν στα νομικά μέτρα και τον κοινωνικό έλεγχο. Όλες αυτές οι προσπάθειες δεν έχουν φέρει μέχρι σήμερα ικανοποιητικά αποτελέσματα. Το γεγονός αυτό μας οδηγεί στο συμπέρασμα ότι η

πρόληψη της χρήσης εθιστικών ουσιών πρέπει να εξεταστεί από διαφορετική σκοπιά. (Ζαφειρίδης 1998)

Η χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών αποτελεί ένα πολύπλοκο και πολυδιάστατο φαινόμενο που αφορά όλα τα κοινωνικοοικονομικά στρώματα, αγγίζοντας νεαρές ηλικίες. Η συνειδητοποίηση του γεγονότος ότι η εξάρτηση εμφανίζεται ως σύμπτωμα μιας γενικότερης δυσλειτουργίας του ατόμου, ένδειξη αδυναμίας να απαλύνει τον ψυχικό πόνο και ως τρόπο διαφυγής από πραγματικά και φανταστικά αδιέξοδα, ώθησε τους επαγγελματίες υγείας στην προσαρμογή των προγραμμάτων πρόληψης σε προγράμματα που εστιάζουν στη βοήθεια και στην ενίσχυση των προστατευτικών παραγόντων της ψυχικής υγείας του ατόμου και που απευθύνονται σε όλους τους πολίτες και κυρίως στον πληθυσμό που δεν έχει μπει στο πρόβλημα της χρήσης με στόχο τη μείωση της ζήτησης και τη διαμόρφωση μιας υγιούς προσωπικότητας, με θετική στάση απέναντι στη ζωή. (Βασσάρα 2006)

Σύγχρονες μελέτες καταλήγουν στην ανάγκη να εστιάζεται η πρόληψη όχι μόνο στους νέους αλλά και σε ολόκληρο τον πληθυσμό. Ειδικός πληθυσμιακός στόχος της πρωτοβάθμιας πρόληψης είναι τα άτομα που έχουν την ευθύνη ανατροφής, διαπαιδαγώγησης και εκπαίδευσης των παιδιών, δηλαδή γονείς εκπαιδευτικοί κ.λπ.

Η ύπαρξη και λειτουργία επιτροπής ψυχικής υγείας σε μία μονάδα κοινωνικής ψυχιατρικής και της αντίστοιχης κοινότητας που εξυπηρετεί, είναι έκφραση της πρακτικής εφαρμογής της πρωτοβάθμιας πρόληψης στην κοινότητα. Ο κοινοτικός νοσηλευτής ως μέλος της ομάδας αυτής μπορεί να παίξει σημαντικό ρόλο εστιάζοντας και παρεμβαίνοντας σε καίρια σημεία.

Πρωταρχικό ρόλο για την πρόληψη παίζει η ενημέρωση. Ο κοινοτικός νοσηλευτής ως μέλος της ομάδας ψυχικής υγείας σχεδιάζει εκπαιδευτικά προγράμματα με βάση την ενημέρωση. Είναι γνωστό από έρευνες ότι τα προγράμματα πρωτοβάθμιας πρόληψης που βασίστηκαν στην πληροφόρηση και στη διαφώτιση δεν είχαν πάντα τα επιθυμητά αποτελέσματα. Το μεταδιδόμενο μήνυμα έδινε έμφαση στους κινδύνους και στις ολέθριες επιπτώσεις από τη χρήση και στόχευε στη δημιουργία συναισθηματικών αντιδράσεων, φόβου. Οι πληροφορίες που περιελάμβαναν τα μηνύματα του τύπου αυτού ήταν τις περισσότερες φορές υπερβολικές, γεγονός που έχει ως συνέπεια την αμφισβήτηση της εγκυρότητας και της αξιοπιστίας τους, ιδιαίτερα από τα νεαρά άτομα που βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο.

Διαπιστώθηκε ακόμα ότι μόνη της η πληροφόρηση μπορούσε να ανεβάσει το επίπεδο των γνώσεων του ατόμου χωρίς απαραίτητα να επηρεάσει τη συμπεριφορά του προς την επιθυμητή κατεύθυνση. Επίσης οι πληροφορίες που διοχετεύονται με επιλεκτικό τρόπο που δεν παίρνουν δηλαδή υπ' όψη τα χαρακτηριστικά της ομάδας στην οποία ανήκουν οι δέκτες, κινδυνεύουν να οδηγήσουν σε αντίθετα από τα επιδιωκόμενα αποτελέσματα όπως για παράδειγμα προκαλώντας την περιέργεια των νέων και την επιθυμία τους για δοκιμή.

Στις στρατηγικές πρόληψης η πληροφόρηση για να είναι εκπαιδευτική πρέπει να βασίζονται στο ότι είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με τη διαπαιδαγώγηση του ατόμου. Πρέπει να δίνουν έμφαση στην ανάγκη προσαρμογής της πληροφορίας και των μηνυμάτων στο επίπεδο της ικανότητας αφομοίωσης του πληθυσμού στον οποίο απευθύνονται ανάλογα με το αναπτυξιακό του στάδιο. Τοποθετούν το πρόβλημα των ναρκωτικών μέσα σε ένα γενικότερο πλαίσιο μορφών συμπεριφοράς υψηλού κινδύνου, αποφάσεων που παίρνει το άτομο και διασαφήνισης αξιών. Η προσέγγιση αυτή που αποκαλείται «συναισθηματική προσέγγιση» δίνει έμφαση στους παράγοντες εκείνους που συνδέονται με την τοξικομανία και όχι στην συμπεριφορά του τοξικομανούς αυτή καθαυτή. Η πρληπτική προσπάθεια πρέπει να στοχεύει στην ανάπτυξη των απαραίτητων γνώσεων στάσεων και δεξιοτήτων στο άτομο που θα το διεκολύνουν να αντισταθεί στην προσφορά. Ταυτόχρονα επιχειρείται η δημιουργία μέσα στο περιβάλλον του ατόμου (οικογένεια, κοινότητα) του κατάλληλου κλίματος που θα του δώσει θετική υποστήριξη. (Κοκκέβη 1988)

Η πρόληψη πρέπει να ενταχθεί μέσα από ειδικά προγράμματα στο όλο εκπαιδευτικό σύστημα και να αποτελεί μέρος της αγωγής υγείας. Το σχολείο αντιπροσωπεύει χωρίς αμφιβολία το καταλληλότερο πλαίσιο για την εφαρμογή ενός προγράμματος πρωτογενούς πρόληψης γιατί στα σχολεία βρίσκεται η πλειοψηφία του πληθυσμού των νέων .

Οι νεαροί μαθητές αντιπροσωπεύουν τον πληθυσμό όπου οι αρνητικές συνήθειες στη συμπεριφορά δεν έχουν ακόμα εγκατασταθεί και παγαιωθεί και είναι επομένως κατάλληλοι δέκτες μηνυμάτων που στοχεύουν στην πρωτογενή πρόληψη. Το σχολείο προσφέρει το πλαίσιο για μια συστηματοποιημένη και διαρκή εκπαίδευση για την υγεία. Ένας σημαντικός ρόλος που καλείται να παίξει ο κοινοτικός νοσηλευτής είναι η παροχή βοήθειας ώστε οι τοπικές υπηρεσίες υγείας και οι κοινωνικές υπηρεσίες να ενωθούν με το σχολικό σύστημα.

Τα κύρια χαρακτηριστικά της μεθοδολογίας που ακολουθείται στα σχολεία είναι τα εξής:

- Να δώσουν την δυνατότητα στα άτομα να βελτιώσουν την ψυχική τους υγεία, τις κοινωνικές τους δεξιότητες και τις διαπροσωπικές τους σχέσεις.

- Να ενισχύσουν την εκτίμηση του εαυτού και να μειώσουν τα πιθανά σημεία αποξένωσης.
- Να δώσουν στα άτομα τη δυνατότητα να διευκρινίσουν τις αξίες, υποδεικνύοντας τους τον τρόπο με τον οποίο αναπτύσσονται συγκρούσεις ανάμεσα στις αξίες αυτές και στην πραγματικότητα.
- Να ενθαρρύνουν τη λήψη αποφάσεων, την ενεργητική μάθηση και την ελευθερία επιλογής ενός υγιούς τρόπου ζωής. (Κοκκέβη 1988)

Η εκπαίδευση, με στόχο την πρόληψη στα πλαίσια του σχολείου, αποτελεί μια αναγκαία αλλά όχι επαρκή συνθήκη. Κι αυτό γιατί έξω από το σχολείο ο μαθητής δέχεται ισχυρές επιδράσεις στις οποίες το σχολείο μόνο του δε θα μπορούσε να αμυνθεί. Για παράδειγμα η χρήση ουσιών από μέλη της οικογένειας του μαθητή ή από φίλους του, έχουν αποδειχθεί από έρευνες ως εξαιρετικά σημαντικοί παράγοντες κινδύνου.

Ο κοινοτικός νοσηλευτής αποτελεί τον συνδετικό κρίκο ανάμεσα στην κοινότητα και την οικογένεια. Αυτός είναι που γνωρίζει τις ιδιαιτερότητες κάθε οικογένειας και ότι ο ρόλος της, ειδικότερα ο τρόπος με τον οποίο οι γονείς διαπαιδαγωγούν τα παιδιά τους, μέσα από την ποιότητα των συναισθηματικών σχέσεων, την οριοθέτηση και την θέσπιση κανόνων, καθώς και την ενίσχυση της υπευθυνότητας και της αυτονομίας συνδέεται άμεσα με την πρόληψη της χρήσης των εθιστικών ουσιών.

Ιδιαίτερη βοήθεια λοιπόν πρέπει να δοθεί στους γονείς, με συντονισμένη παρέμβαση στην οικογένεια, για να γίνουν ικανοί να κάνουν ένα ειλικρινή και ανοιχτό διάλογο με τα παιδιά τους, μέσα από τη δημιουργία μιας σχέσης εμπιστοσύνης. Συνήθως σοβαρές δυσλειτουργίες του οικογενειακού συστήματος υπάρχουν σε πολλές περιπτώσεις ατόμων που έχουν εξαρτηθεί από ουσίες. Επιδημιολογικές έρευνες έχουν δείξει ότι η προσωπικότητα των νέων είναι ελλειματική, ανώριμη γιατί οι γονείς δεν παρουσιάζουν ένα πρότυπο με το οποίο να μπορούν τα παιδιά να ταυτισθούν. Είναι συνήθως ανώριμοι, καταθληπτικοί, παθητικοί, απόντες συναισθηματικά διαψευμένοι, απογοητευμένοι, παραιτημένοι, αλλοτριωμένοι. Συχνά καταφεύγουν στο αλκοόλ ή τα ηρεμιστικά για να αντιμετωπίσουν τις δυσκολίες ή να επικοινωνήσουν με τους άλλους. (Κοκκέβη 1988)

Σκοπός του κοινοτικού νοσηλευτή μέσα από προγράμματα πρόληψης που απευθύνονται σε άτομα που έχουν την ευθύνη ανατροφής και διαπαιδαγώγησης, είναι να διδάξει τρόπους και συμπεριφορές που θα βοηθήσουν τα παιδιά να πούν όχι στις εξαρτησιογόνες ουσίες.

Τα παιδιά μαθαίνουν από τους γονείς πότε από που και πως να παίρνουν τέτοιες ουσίες όπως το αλκοόλ, τα φάρμακα. Η σωστή αλλά και με μέτρο χρησιμοποίηση στο σπίτι μειώνει τον κίνδυνο χρήσης ουσιών από τα παιδιά. Διδάσκοντας λοιπόν τους γονείς πως να δίνουν το καλό παράδειγμα στα παιδιά τα προστατεύουν γιατί πολλές φορές μιμούνται συμπεριφορές κοντινών αγαπημένων ανθρώπων. Τα παιδιά και ειδικά οι έφηβοι νιώθουν συχνά αβέβαιοι για το άτομό τους. Το να γνωρίζουν ότι οι γονείς τους τους έχουν εμπιστοσύνη και αναγνωρίζουν την αξία τους ενδυναμώνει την προσωπικότητά τους και τα βοηθάει να αντιμετωπίζουν τις δυσκολίες και τα προβλήματα της ζωής. Είναι σημαντικό οι γονείς να δίνουν στα παιδιά την ενθάρρυνση και τον έπαινο για τις προσπάθειες που κάνουν ακόμη και αν τα αποτελέσματα δεν είναι τέλεια.

Το να μιλάνε οι γονείς στα παιδιά δεν είναι πάντα αρκετό. Το να ακούνε αυτό που έχουν να πούν είναι το πιο δύσκολο. Πρέπει να επισημανθεί στους γονείς το πόσο σημαντικό είναι να δίνουν χρόνο στα παιδιά τους να εκφράσουν αυτό που σκέφτονται, δείχνοντας προσοχή και ενδιαφέρον σε αυτά που λένε γιατί συχνά τα παιδιά δεν εκφράζουν τις σκέψεις τους με άμεσο τρόπο. Η συζήτηση των γονέων με τα παιδιά για το αλκοόλ και τις άλλες ουσίες βοηθάν τους γονείς να βεβαιωθούν ότι τα παιδιά έχουν καταλάβει τους κινδύνους που σχετίζονται με τη χρήση τους. Το μεγαλύτερο λάθος που κάνουν οι γονείς στην προσπάθειά τους να προστατέψουν τα παιδιά τους από τη χρήση ουσιών είναι να τα απομονώνουν από τους φίλους και τις παρέες τους. Η επιρροή από φίλους είναι από τις πιο ισχυρές πιέσεις που δέχεται ένας νέος ειδικά στην εφηβεία. Η απαγόρευση της εξόδου και της συναναστροφής με συνομιλήκους μπορεί να αποφέρει αντίθετα αποτελέσματα από τα επιθυμητά. Το προτιμότερο είναι να διδάξουν στα παιδιά τρόπους για το πως να αντιστέκονται στην επιρροή των φίλων που κάνουν χρήση του αλκοόλ και ουσιών. Η πίεση που δέχονται οι νέοι από τις απαιτήσεις της σημερινής κοινωνίας είναι μεγάλη και δημιουργεί την ανάγκη να ξεφύγουν από την καθημερινότητα. Οι γονείς πρέπει να μάθουν πως να προστατεύουν τα παιδιά σε υγιείς και δημιουργικές δραστηριότητες. Με το να δίνουμε στα παιδιά την ευκαιρία να λάβουν μέρος σε ασχολίες που τα ευχαριστούν όπως σπορ, σχολικά προγράμματα, κοινοτικά προγράμματα, εκπαιδευτικά, καλλιτεχνικά κ.λπ. τους δίνουμε την δυνατότητα διαφυγής από τις δυσκολίες της ζωής μέσα από δημιουργικές διεξόδους. (Κοκκέβη 1988)

Οι γονείς είναι αυτοί που πρώτοι πρέπει να αντιληφθούν την ύπαρξη κάποιου προβλήματος από την ανεξήγητη αλλαγή συμπεριφοράς. Ο κοινοτικός νοσηλευτής

ενημερώνει τους γονείς για το ποιές συμπεριφορές πρέπει να τους ανησυχήσουν. Τέτοιες είναι:

- Αλλαγή στη συνολική νοοτροπία, στάση και στην προσωπικότητα του παιδιού χωρίς να υπάρχει άλλη αναγνωρίσιμη αιτία.
- Αλλαγές στους φίλους, νέοι χώροι στους οποίους συχνάζει το παιδί, απόφυγή των παλιών φίλων.
- Αλλαγή δραστηριοτήτων.
- Πτώση των βαθμών στο σχολείο ή της απόδοσης στην εργασία.
- Απώλεια ενδιαφέροντος για την οικογένεια.
- Δυσκολία στη συγκέντρωση, μνήμη.
- Απώλεια κινήτρων, ενέργειας και αυτοεκτίμησης, αδιαφορία για όλα.
- Ξαφνικές εξάρσεις υπερευαισθησίας, θυμού.
- Κακοκεφία, ευερεθιστότητα ή νευρικότητα.
- Παρανοοικές σκέψεις .
- Υπερβολική ανάγκη για απομόνωση, παιδί που γίνεται απρόσιτο.
- Μυστικοπάθεια ή ύποπτη συμπεριφορά.
- Εμπλοκή σε αυτοκινητιστικά δυστηχήματα.
- Χρόνια ανειλικρίνεια, ατιμία.
- Ανεξήγητη ανάγκη χρημάτων, κλοπή.
- Κατοχή σχετικών για χρήση φαρμάκων και ουσιών.

Τέτοιες αλλαγές δεν πρέπει να περνούν απαρατήρητες ή να αγνοούνται, ο κάθε γονιός πρέπει να γνωρίζει που να απευθυνθεί, σε περίπτωση που αντιληφθεί κάποιο πρόβλημα, για να βοηθηθεί και να βοηθήσει το παιδί του.

Συνοπτικά ο κοινοτικός νοσηλευτής όταν καλείται να συμμετέχει στην εφαρμογή προγραμμάτων πρωτοβάθμιας πρόληψης ως μέλος της επαγγελματικής ομάδας ψυχικής υγείας πρέπει να γνωρίζει κάποιες βασικές αρχές σχεδιασμού και εφαρμογής συστηματικών προγραμμάτων πρόληψης που είναι:

- Η γνώση για τις συνέπειες της χρήσης δεν αποτελεί αναγκαία συνθήκη για την αποφυγή της.
- Η πρόληψη είναι μια σύνθετη και μακρόχρονη διαδικασία που στοχεύει στην ανάδειξη και συνειδητοποίηση των αιτιολογικών παραγόντων της χρήσης.

- Η πρόληψη δεν είναι υπόθεση μόνο των ειδικών αλλά απαιτεί την εμπλοκή όλων των θεσμών που συμβάλλουν στην κοινωνικοποίηση των νέων (οικογένεια, σχολείο, ευρύτερη κοινότητα).
- Το περιεχόμενο και η μεθοδολογία εφαρμογής των προγραμμάτων πρόληψης πρέπει να είναι προσαρμοσμένα στις ιδιαιτερότητες των πληθυσμιακών ομάδων στις οποίες απευθύνονται, λαμβάνοντας υπόψη τις ανάγκες τους και τα αιτήματα τους όπως αυτά εκφράζονται.
- Η εφαρμογή παρεμβάσεων πρόληψης μπορεί να έχει αποτελέσματα μόνο στο βαθμό που εντάσσεται σε ένα πλαίσιο μακρόπνοης πολιτικής της τοπικής κοινότητας αλλά και γενικότερα της χώρας.

Η εργασία του κοινοτικού νοσηλευτή στην πρωτοβάθμια πρόληψη αποβλέπει στη δημιουργία και εγκατάσταση αμφίδρομων σχέσεων μεταξύ της κοινότητας και της ομάδας ψυχικής υγείας, με σκοπό την εκπόνηση και προώθηση προληπτικών προγραμμάτων, επιζητώντας με κάθε τρόπο την ενεργό συμμετοχή του μεγαλύτερου δυνατού μέρους των κατοίκων. Ενεργώντας σε αυτή την κατεύθυνση πρέπει να είναι άριστος γνώστης της κοινότητας τόσο γεωγραφικά όσο και κοινωνιολογικά, δηλαδή να γνωρίζει το κοινωνικό προφίλ της κοινότητας, το μορφωτικό επίπεδο της, ιστορικά στοιχεία και τη σύνθεση του πληθυσμού. Είναι προφανές ότι η προσπάθεια αντιγραφής μοντέλων από άλλες περιοχές δεν μπορεί να δώσει ιδιαίτερες κατευθύνσεις, ίσως να είναι ελάχιστα αποτελεσματική και πιθανόν να προκαλέσει περισσότερα προβλήματα από αυτά που θα επιλύσει. Επίσης η εργασία του κοινοτικού νοσηλευτή αποσκοπεί στη ευαισθητοποίηση των φυσικών ηγετών της κοινότητας και μέσω αυτών των κατοίκων της περιοχής για θέματα πρόληψης και στην εφαρμογή της πρωτοβάθμιας πρόληψης μέσα από τη συνεργασία όλων των οργανισμών της κοινότητας.

Όσο περισσότεροι στόχοι της πρωτοβάθμιας πρόληψης για τις εθιστικές ουσίες επιτυγχάνονται τόσο μειώνεται ο αριθμός των ατόμων που έχουν ανάγκη απεξάρτησης από αυτές, γεγονός που σημαίνει ότι η πρωτοβάθμια πρόληψη εκπληρώνει το σκοπό της. (Παπαγεωργίου-Βασιλοπούλου Α.2005)

9.2 Ο ρόλος του κοινοτικού νοσηλευτή ψυχικής υγείας στη δευτεροβάθμια πρόληψη

Η δευτεροβάθμια πρόληψη αφορά κυρίως σε άτομα που είναι ήδη χρήστες εθιστικών ουσιών ή σε άτομα με οξεία έναρξη μιας κατάχρησης ή σε άτομα που νοσηλεύονται για κάποια σωματική πάθηση και εμφανίζουν συμπτωματολογία εξαρτημένου ατόμου ώστε να βοηθηθούν έγκαιρα.

Ο στόχος της δευτεροβάθμιας πρόληψης είναι ουσιαστικά η ανίχνευση των χρηστών, η έγκαιρη διάγνωση, η αποτελεσματική θεραπεία στον ελάχιστο δυνατό χρόνο νοσηλείας και η προσπάθεια αποφυγής περαιτέρω παθολογικών επιπτώσεων. Η δευτεροβάθμια πρόληψη απασχολεί κατά κύριο λόγο τις αποκεντρωμένες υπηρεσίες κοινοτικής ψυχικής υγιεινής με στόχο τη συνεχή και αποτελεσματική φροντίδα για όλους όσους έχουν ανάγκη και ο βασικός αρωγός της προσπάθειας αυτής είναι ο κοινοτικός νοσηλευτής ψυχικής υγείας. Μέσα στο πλαίσιο των νέων αυτών τομέων προσφοράς υπηρεσιών, οι κοινοτικοί νοσηλευτές, είναι συχνά αυτοί οι οποίοι είναι περισσότερο ενήμεροι για την κατάσταση των χρηστών, για οποιαδήποτε εμπόδια αυτοί αντιμετωπίζουν σε ότι αφορά την παροχή της απαιτούμενης περίθαλψης και για άλλους παράγοντες που μπορεί να επηρεάσουν αρνητικά την υγεία τους. Οπλισμένοι με αυτές τις πληροφορίες και τις γνώσεις που διαθέτουν και λαμβάνοντας πάντα υπόψη τους διαθέσιμους πόρους της εκάστοτε κοινότητας, λειτουργούν ως συνήγοροι σχετικά με τις ανάγκες των εξαρτημένων αυτών ατόμων καθώς και των οικογενειών τους και αποτελούν τον συνδετικό κρίκο με το υπόλοιπο σύστημα της υγειονομικής περίθαλψης.

Ο κοινοτικός νοσηλευτής ψυχικής υγείας, μπορεί να διαθέτει λιγότερη ισχύ και εξουσία από τους ιατρούς, εντούτοις η εργασία του με τον άνθρωπο που έχει εισέλθει στο ρόλο του εξαρτημένου ατόμου χαρακτηρίζεται από τον προσανατολισμό και την επικέντρωση γύρω από το άτομο αυτό. (Σαρρής Μ. 2001)

Ο νοσηλευτής οφείλει πρώτα απ' όλα να παρέχει εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα όντας εκ των προτέρων ενημερωμένος σχετικά με την υποκειμενική και συναισθηματική εμπειρία της εξάρτησης και των επιπλοκών της από το ίδιο το άτομο που φροντίζει. Οι νοσηλευτές αισθάνονται συχνά πως ασκούν το ρόλο του μεσολαβητή μεταξύ του ιατρού και του εξαρτημένου ατόμου καθώς χρησιμοποιούν αφενώς την ιατρική ορολογία και έκφραση και αφετέρου την υποκειμενική και προσωπική έκφραση και εμπειρία του χρήστη. Η συνεχής προσπάθεια για την διατήρηση του θεραπευτικού αποτελέσματος είναι ένας εκ των σπουδαιότερων σκοπών που έχει αναλάβει ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας και

επιτυγχάνεται με προσωπικό κόπο και θέληση και από τις δύο πλευρές. Στα πλαίσια της προσπάθειας αυτής, η δημιουργία υποστηρικτικής διαπροσωπικής σχέσης, αποτελεί έναν επιπλέον σκοπό του νοσηλευτή για την ενθάρυνση του χρήστη να εκφράσει τις δυσκολίες του.

Οι άριστες τεχνικές προσέγγισης που διαθέτει πρέπει να χρησιμοποιηθούν κατάλληλα για να τον βοηθήσουν στην αξιολόγηση των ψυχικών και σωματικών δυσκολιών και δυνατοτήτων του χρήστη ώστε να καθορισθούν ρεαλιστικοί και πραγματοποιήσιμοι στόχοι ανάλογα με τις ανάγκες του. Η ηλικία του εξαρτημένου ατομου, ο βαθμός ωριμότητας των ψυχολογικών του ικανοτήτων, οι κοινωνικές συνθήκες κάθε ηλικίας, η κοινωνικο-οικονομική του κατάσταση και οι οικογενειακές του σχέσεις πρέπει να εξεταστούν παράλληλα με την οργανική του κατάσταση. Η εκτίμηση αυτών των παραμέτρων θα ευνοήσει την συνεργασία με τον χρήστη για να καταστρωθεί πρόγραμμα προσαρμογής του με βάση την κατάσταση που βιώνει. (www.medlook.com)

Σκοπός του προγράμματος αυτού είναι η από κοινού αντιμετώπιση των δυσκολιών που δύναται να υπάρχουν, όπως επιθετικότητα, λύπη, αρνητισμός, απόσυρση, τάσεις αυτοκαταστροφής, δύσκολη όψη των στερητικών συνδρόμων, απογοήτευση, επιθυμία για χρήση. Ο ρόλος του κοινοτικού νοσηλευτή είναι να «συμπάσχει» όσο μπορεί με τον εξαρτημένο και αυτό να γίνει αντιληπτό έτσι ώστε να μπορέσει να τον εκπαιδεύσει στους ρόλους και τις ευθύνες του. (Παπαγεωργίου-Βασιλοπούλου Α.2005)

Η θεραπευτική νοσηλευτική επικοινωνία είναι ένα από τα ισχυρότερα μέσα που χρησιμοποιεί ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας για την προσέγγιση και νοσηλευτική φροντίδα των εξαρτημένων ατόμων. Δια μέσω αυτής επιτυγχάνεται από την πλευρά του χρήστη η κατανόηση και παραδοχή της κατάστασης που βιώνει και η ενεργητική του προσαρμογή σε αυτή με όσες δυνάμεις διαθέτει. Τα άτομα που είναι εξαρτημένα από κάποια εθιστική ουσία έχουν συνήθως μειωμένη κοινωνική υποστήριξη, είτε επειδή δεν έχουν στενούς συγγενείς είτε επειδή έχουν απομονωθεί από τις οικογένειες και τους φίλους τους αλλά κατά κύριο λόγο στην ύπαρξη του κοινωνικού στίγματος, στην άγνοια, αλλά και στην παράδοση συμπεριφορά των ιδίων τους.

Από τους βασικούς ρόλους των κοινοτικών νοσηλευτών είναι η διερεύνηση για την ύπαρξη ή όχι οικογενειακών και κοινωνικών σχέσεων και στην περίπτωση ύπαρξής τους, στη διατήρηση και συσφιξή τους. Στην ολιστική νοσηλευτική αντιμετώπιση του χρήστη εθιστικών ουσιών, επιτάσσεται να υπάρχει επικοινωνία με ευγένεια, με διάθεση συνεργασίας, με προσπάθεια για συζήτηση, με γνήσιο ενδιαφέρον και πάνω απ' όλα με

ένδειξη ειλικρίνειας προς τον χρήστη για να υπάρξει και από την αντίθετη πλευρά η ίδια ειλικρινής στάση. Η συνείδηση από πλευράς του κοινοτικού νοσηλευτή ότι αντιμετωπίζει έναν άνθρωπο και όχι ένα ασθενές όν, τον καθιστά αρτιότερο επαγγελματία και αποτελεσματικότερο στις προσπάθειές του.

Έτσι γίνεται ευκολότερο και το πρακτικό μέρος της νοσηλείας καθώς ανιχνεύονται έγκαιρα τα πρόδρομα σημεία-συμπτώματα πιθανών υποτροπών, δεδομένου ότι ο νοσηλευτής λόγω της συνεχούς επαφής με το άτομο αναγνωρίζει κάθε φάση της κατάστασής του. Οι κανόνες δεοντολογίας του επαγγέλματος δεν χωρούν επιπλέον ρατσιστικές τάσεις και συμπεριφορές και επιβάλουν ισότιμη αντιμετώπιση ανεξάρτητα από το φύλο, την καταγωγή, τις πεποιθήσεις, τη θρησκεία του κ.ο.κ. Αυτό ενισχύει την συνεχή παροχή φροντίδας (κλινικής, νοσηλευτικής, θεραπευτικής και αποκαταστασιακής) στον εξαρτημένο είτε στο νοσοκομείο είτε στην κοινότητα.

(Παπαγεωργίου-Βασιλοπούλου Α.2005)

Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις στην ανεξαρτητοποίηση των εθισμένων από κάποια ουσία ατόμων.

Το να ενταχθεί κάποιος στο ρόλο του χρήστη μιας εθιστικής ουσίας είναι μια σύνθετη και επίπονη διαδικασία προσαρμογής αφενός στην προσωπική του κατάσταση και αφετέρου στο περιβάλλον. Η προσπάθεια αποδοχής της εξάρτησης από μέρους του χρήστη και η συμφιλίωση του με αυτή συνοδεύεται από μια εσωτερική πάλη, η οποία εξωτερικεύεται με πληθώρα συναισθηματικών εκδηλώσεων και καθιστά την προσπάθεια μείωσης της έντασης των εκδηλώσεων αυτών από την πλευρά του κοινοτικού νοσηλευτή ως ένα ιδιαίτερα δύσκολο και πολύπλοκο έργο. Το είδος της εξάρτησης και η γενική κατάσταση της υγείας του ατόμου επιδρά σημαντικά στην διαμόρφωση ενός ορισμένου τύπου σχέσης μεταξύ του νοσηλευτή και του εθισμένου ατόμου. (Παπαγεωργίου-Βασιλοπούλου Α.2005)

Όταν για παράδειγμα, η εξάρτηση ταλαιπωρεί τα άτομα για μεγάλο χρονικό διάστημα και έχουν γίνει πολλές προσπάθειες απεξάρτησης στο παρελθόν, το άτομο, έχει την ευκαιρία να δημιουργήσει ευκολότερα μηχανισμούς ψυχο-συναισθηματικής προσαρμογής στην παρούσα κατάσταση που βιώνει. Όταν αντίθετα η εξάρτηση εμφανίζεται αιφνίδια και το άτομο μπαίνει για πρώτη φορά στην διαδικασία της απεξάρτησης, η εκδήλωση των συμπτωμάτων και των επιπλοκών εκφράζεται με οξύτητα και ένταση και ο εξαρτημένος προκαταλαμβάνεται και αδυνατεί να προσαρμοστεί σε αυτήν στον ελάχιστο δυνατό χρόνο.

Είτε στην μία είτε στην άλλη περίπτωση η νοσηλευτική φροντίδα επικεντρώνεται σε μια σειρά παρεμβάσεων που σαν βασικό σκοπό έχουν την ανεξαρτητοποίηση του εθισμένου ατόμου και την καλή λειτουργικότητα του (σωματική και ψυχική), τόσο στην οργάνωση της καθημερινότητας του όσο και στην ένταξη του στην ζωή μέσα στην κοινότητα.

Με την βοήθεια του κοινοτικού νοσηλευτή πρέπει να ενισχυθεί ο γενικός ρόλος του ατόμου μέσα από το στάδιο της συμμόρφωσης που αναφέρεται στην αρχική συναίνεση του χρήστη να ακολουθήσει τις οδηγίες που θα του δοθούν, στο στάδιο της τήρησης τους όσον αφορά την τήρηση της αρχικής συμφωνίας κάτω από την επίβλεψη του προσωπικού υγείας και στο στάδιο της συντήρησης που στηρίζεται στην ενσωμάτωση των ιατρο-νοσηλευτικών οδηγιών, στον τρόπο της ζωής του, προκειμένου να διατηρήσει την υγεία του ακόμη και όταν πάψει η παρακολούθηση του από τους επαγγελματίες υγείας. (Μελισσά Χαλικιοπούλου Χ. 1998)

Ο κοινοτικός νοσηλευτής ψυχικής υγείας οφείλει να παρέμβει κατά το ύψιστο δυνατό στη διαδικασία της αυτοφροντίδας της σωματικής υγιεινής του εθισμένου (στοματική, σωματική υγιεινή, οφθαλμολογικός έλεγχος κ.α.) και της καθαριότητας. Η προσπάθεια έναρξης της αυτοφροντίδας με οποιοδήποτε τρόπο είναι μεγάλης σημασίας καθότι το εξαρτημένο από κάποια ουσία άτομο αντικειμενικά έχει παγιδευτεί στο φαύλο κύκλο του εθισμού που δεν αφήνει χρόνο και περιθώρια για οτιδήποτε άλλο πέραν της επαναληπτικής διαδικασίας ανεύρεσης της απαιτούμενης δόσης. Είναι γενικά παραδεκτό πως οι χρήστες εθιστικών ουσιών έχουν σταματήσει να νοιάζονται ουσιαστικά για την ποιότητα της ζωής τους και έχουν ξεχάσει πλήρως τους κανόνες υγιεινής που πρέπει να διέπουν τη ζωή τους για να προασπίζεται η υγεία τους.

Εξίσου σημαντικό μέλημα από την πλευρά του νοσηλευτή, είναι η αυξημένη παρατηρητικότητα που πρέπει να τον διακατέχει σε ότι αφορά τα φάρμακα που χειρίζεται. Η ασφαλής αποθήκευση και διατήρηση των φαρμάκων πρέπει να απασχολεί όλους τους επαγγελματίες υγείας με τους οποίους έρχεται σε επαφή ένα εξαρτημένο από εθιστικές ουσίες άτομο. Για την σωστή διασφάλιση των φαρμάκων η συνεχής αφύπνιση των νοσηλευτών είναι πρωταρχικής σημασίας διότι έτσι προστατεύεται και φρουρείται κατά ένα μεγάλο βαθμό η υγεία των ατόμων μέσα στις θεραπευτικές κοινότητες. Επιπλέον, όσον αφορά το μέρος των φαρμάκων ο κοινοτικός νοσηλευτής ψυχικής υγείας πρέπει να παρεμβαίνει στην τήρηση της φαρμακευτικής αγωγής του κάθε ατόμου και να φροντίζει για τη σωστή λήψη της. Η λανθασμένη λήψη, οι περικοπές ή ακόμα χειρότερα η διακοπή της λήψης των φαρμάκων που πρέπει να δίνονται μπορεί να οδηγήσει σε υποτροπές και σε οξεία επεισόδια κρίσεων.(Σαρρής Μ.2001)

Επιβάλλεται επομένως τόσο η δέσμευση του ατόμου ότι θα λαμβάνει την φαρμακευτική αγωγή, όπως αυτή έχει οριστεί όσο και η συνεχής παρακολούθηση για την σωστή εφαρμογή της και η επαγρύπνηση τυχόν ανεπιθύμητων ενεργειών και φαρμάκων.

Μέσα στα πλαίσια του χώρου θεραπείας και φροντίδας του ασθενούς υπάρχουν πολλοί παράγοντες που επηρεάζουν κριτικά και με δραστικό τρόπο την ενεργητικότητα / παθητικότητα, την καθοδήγηση / συνεργασία και την αμοιβαία συμμετοχή του ατόμου στην θεραπευτική διαδικασία. Η δράση του κοινοτικού νοσηλευτή σε αυτή την περίπτωση έγκειται αρχικά στο να προσπαθήσει να ανακαλύψει το σύνολο των δεξιοτήτων που χαρακτηρίζουν το άτομο. Έπειτα ο κοινοτικός νοσηλευτής θα παρέμβει, στο να καλλιεργήσει και να αναπτύξει τις δεξιότητες αυτές, δίνοντας πάντα μεγάλη σημασία στις

προτεραιότητες που θέτει κάθε φορά ο χρήστης και που μεταβάλλονται διαρκώς ανάλογα με την βελτίωση ή την επιδείνωση της κατάστασης του. (Σαρρής Μ. 2001)

Η ενίσχυση και βελτίωση των δεξιοτήτων του εθισμένου ατόμου θα βελτιώσουν την γενική λειτουργική του κατάσταση, θα θέσουν τις κατάλληλες ισορροπίες και θα βοηθήσουν τελικά μέσα από τις απλές καθημερινές δραστηριότητες, όπως διαχείριση χρημάτων, ατομική φροντίδα, διατροφή, διαβίωση, την ανεξαρτητοποίηση του. Ο κοινοτικός νοσηλευτής ψυχικής υγείας είναι ο κατεξοχήν συμπαραστάτης τουατόμου σε αυτήν την δύσκολη προσπάθεια που κάνει, αλλά δεν θα μπορούσε να πετύχει ποτέ μια τέτοια δύσκολη σειρά πραγμάτων από μόνος του. Η συναισθηματική υποστήριξη μέσα από την παρουσία συγγενών, φίλων, και άλλων ειδικών της ομάδας επαγγελματιών ψυχικής υγείας αναμφίβολα ανακουφίζουν και εμπυχώνουν το άτομο και σε αυτήν την σύνδεση των σχέσεων, οφείλει να παρεμβαίνει ο κοινοτικός νοσηλευτής. Η ηθική συμπάρασταση του ατόμου και η τόνωση της αυτοεκτίμησης του είναι πολύτιμο να έρθει κυρίως από οικεία για αυτόν άτομα, άτομα που γνωρίζει και που εμπιστεύεται για να του δώσουν και αυτά την ευκαιρία να προσπαθήσει και να νικήσει σε αυτό τον δύσκολο αγώνα της ανεξαρτητοποίησης του από μια εθιστική ουσία. (Δαρδαβέσης Θ.1993)

Ο αγώνας αυτός είναι σκληρός και επίπονος, για αυτό το λόγο οποιαδήποτε θετική προσπάθεια γίνεται από την πλευρά του ατόμου είναι πολύ βασικό να επιβραβεύεται. Οι παρεμβάσεις του νοσηλευτή έχουν σαν άξονα την επιβράβευση του «αγωνιστή», διότι μόνο έτσι θα μπορέσει να έχει αποτέλεσμα η θεραπευτική διαδικασία. Μέσα στα πλαίσια της νοσηλευτικής φροντίδας επομένως πρέπει να γίνεται παραχώρηση ευθυνών και πρωτοβουλιών στο άτομο για να κερδίζεται ολοένα και περισσότερο η εμπιστοσύνη του. Σίγουρα θα υπάρχουν και στιγμές αποτυχίας αλλά ο κοινοτικός νοσηλευτής μέσα από την εμπειρία του δεν πρέπει να αφήσει να καταβληθεί το άτομο αλλά να γίνει ακόμα πιο δυνατό.

Η ανοικτή συζήτηση, η ανάληψη της πρωτοβουλίας για την οργάνωση ενός περιπάτου με το άτομο, η ανάληψη ευθύνης για την οργάνωση εξόδων στο πλαίσιο της κοινωνικοποίησης και της εξοικίωσης του, με το κοινωνικό και φυσικό περιβάλλον, χωρίς να νιώθει ότι εκτίθεται είναι κάτι που το έχει πραγματικά ανάγκη. Όσο θα υπάρχει αυτή η υποστηρικτική σχέση θα αρχίσει να επανακτάται ευκολότερα η προσαρμοστικότητα, καθώς θα κατανοήσει τα προβλήματα που δημιουργήθηκαν με την εξάρτηση και θα είναι πια έτοιμος να σκεφτεί μαζί του δημιουργικές λύσεις. (Παπαγεωργίου-Βασιλοπούλου Α.2005)

9.2.1 Νοσηλευτικές παρεμβάσεις στην αντιμετώπιση των σωματικών νοσημάτων μέσα σε μια θεραπευτική κοινότητα.

Το μεγαλύτερο ποσοστό των χρηστών που εισέρχεται στα προγράμματα απεξάρτησης από εθιστικές ουσίες παρουσιάζει συμπτώματα ψυχοκινητικής ανησυχίας και αυπνίας που είναι άλλωστε και χαρακτηριστικά του συνδρόμου στέρησης από εθιστικές ουσίες. Τα στερεητικά συμπτώματα υποχωρούν με αποχή ημερών από τη χρήση της ουσίας ενώ ηπιότερου τύπου συμπτωματολογία, ένα μείγμα από σωματικές και ψυχολογικές διαταραχές, παραμένει για αρκετές εβδομάδες. Το μεγαλύτερο ποσοστό των χρηστών έχει προβλήματα υγείας που προήλθαν από τη χρήση και προυπήρχαν προυπήρχαν πριν εισέλθουν στην θεραπευτική κοινότητα. Νεοδημιουργηθέντα προβλήματα παρουσιάζονται εξαιτίας της αποχής τους από τις εθιστικές ουσίες, από τη στιγμή που ο οργανισμός άρχισε να καθαρίζει από τις τοξίνες. Στην πρώτη κατηγορία νοσημάτων ανήκουν το AIDS, οι ηπατίτιδες, οι θρομβοφλεβίτιδες, οι πνευμονικές λοιμώξεις, επιληπτικές κρίσεις σαν αποτέλεσμα της κατάχρησης, οι παθήσεις της στοματικής κοιλότητας, τα γαστρικά έλκη, τα οιδήματα και τα αποστήματα.(www.medlook.com)

Ιδιαίτερα συχνά συναντάμε περιπτώσεις ατόμων που στο παρελθόν παρουσίασαν σοβαρές πνευμονικές λοιμώξεις (πνευμονία) από τη χρήση κοκαΐνης. Στις περιπτώσεις αυτές ο νοσηλευτής παρεμβαίνει χορηγώντας φαρμακευτική αγωγή με RIJINAH σε καθημερινή βάση και προσέχοντας πάντα για τη σωστή λήψη του φαρμάκου διότι η λανθασμένη λήψη του προκαλεί σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες.

Η παρουσία οιδημάτων και σκληρύνσεων κατά μήκος των φλεβών καθώς και τα αποστήματα στο δέρμα είναι προυπάρχον πρόβλημα που προήλθε από την πολ'θωρονη χρήση ενέσιμων ουσιών. Ο κοινοτικός νοσηλευτής κάνει την περιποίηση των αποστημάτων με ειδικές αλοιφές και χρησιμοποιεί επιδέσμους στα σημεία που υπάρχουν τα οιδήματα.

Οι πάσχοντες από ηπατίτιδα Β και C έχουν προβλήματα με το ήπαρ και με το αμυντικό σύστημα του οργανισμού τους ενώ εξαιτίας της χρήσης ουσιών και φαρμάκων παρουσιάζονται συχνά σε μέλη της θεραπευτικής κοινότητας συμπτώματα φαρμακευτικής ηπατίτιδας. Σε ανάλογα ιστορικά με τη βοήθεια του νοσηλευτή γίνεται ηλεκτροεγκεφαλικός έλεγχος και όλες οι απαραίτητες αιματολογικές και βιοχημικές εξετάσεις.(Μελισσά-Χαλκιοπούλου Χ.1998)

Στις περιπτώσεις θρομβοφλεβίτιδας δίνονται οι κατάλληλες αλοιφές για επανάληψη καθώς και οδηγίες για περπάτημα, ξεκούραση και ανάλογη γυμναστική. Επιπλέον ο νοσηλευτής παρεμβαίνει καθοδηγώντας το μέλος να ανυψώνει τα σκέλη όταν βρίσκεται ξαπλωμένο και να χρησιμοποιεί ελαστικές περικνημίδες (κάλτσες) όταν βρίσκεται όρθιο.

Σε ότι έχει να κάνει με νοσήματα του πεπτικούπου είναι συνηθισμένα λόγω της χρήσης αλκοόλ, της κακής διατροφής το άγχος και τα άτακτα γεύματα, ο κοινοτικός νοσηλευτής βοηθάει το μέλος της κοινότητας να τηρεί μία ισορροπημένη διατροφή, συνιστώντας του μικρά συχνά γεύματα, χορηγώντας του αντιόξινα φάρμακα και επιβλέποντας ανελλιπώς τη διαίτα του.

Μία επιπλέον σημαντική κατηγορία προβλημάτων που έχουν να αντιμετωπίσουν οι κοινοτικοί νοσηλευτές είναι αυτή που σχετίζεται με τη στοματική υγιεινή. Εξαιτίας της χρήσης εθιστικών ουσιών δημιουργείται στα δόντια χημική απασβεστώση (τερηδόνα) οφειλόμενη στη δράση ορισμένων οξεοπαραγωγών μικροβίων που αναπτύχθηκαν στο στόμα. Δίνεται επομένως έμφαση σε ότι αφορά τη στοματική υγιεινή μέσα από σειρά τακτικών προγραμματισμένων συνεδριών σε οδοντογιατρό κάτι που είναι αποκλειστικό μέλημα το νοσηλευτικού προσωπικού. Ακόμη δίνονται οι κατάλληλες οδηγίες για σωστό διαιτολόγιο με σωστές ποσότητες ιόντων και βιταμινών, αουγή των γλυκισμάτων, σωστή περιποίηση και βούρτσισμα μετά από κάθε γεύμα.

Στη δεύτερη κατηγορία νοσημάτων ανήκουν όλα εκείν τα νοσήματα που προυπήρχαν βέβαια αλλά που άρχισαν να εμφανίζουν έντονα τα συμπτώματα τους στα μέλη από τη στιγμή που σταμάτησαν την χρήση ουσιών. Τότε πια το αμυντικό σύστημα του οργανισμού έδειξε τις αδυναμίες του και το άτομο άρχισε να ενδιαφέρεται για τη σωματική του υγεία και την εξωτερική του εμφάνιση. Μυαλγίες, κράμπες και ημικρανίες συναντώνται αρκετά συχνά στα άτομα που σταμάτησαν τη χρήση τοξικών ουσιών. Ο κοινοτικός νοσηλευτής παρεμβαίνει κυρίως με τρόπους και μεθόδους μείωσης των συμπτωμάτων του STRESS. Χορηγεί δηλαδή αναλγητικά, συνιστά ανάπαυση και προσπαθεί με κάθε εφικτό τρόπο να περιορίσει τον πόνο.

Παρουσιάζονται επίσης αρκετές περιπτώσεις δερματοπάθειας οι οποίες χρήζουν ιδιαίτερης προσοχής για τον περιορισμό της εξαπλώσής τους και την πλήρη εξαφάνισή τους. Με τη βοήθεια του νοσηλευτικού προσωπικού, εφαρμόζεται αυστηρή καθαριότητα, γίνεται βρασμός των κλινοσεπασμάτων καθώς και ο κλιβανισμός τους και χρησιμοποιούνται ειδικά φαρμακευτικά σκευάσματα. (Μυξάκη Α. 1993)

Οι θεραπευτικές κοινότητες στη δευτεροβάθμια πρόληψη

Οι θεραπευτικές κοινότητες, είναι πολύ καλά οργανωμένα προγράμματα αντιμετώπισης στα οποία οι ασθενείς διαμένουν σε οικιστικές μονάδες από 6 έως 12 μήνες. Οι ασθενείς που συμμετέχουν, είναι αυτοί που έχουν ένα σχετικά μακροχρόνιο ιστορικό εξάρτησης από εθιστικές ουσίες ή έχουν εμπλακεί σε εγκληματικές δραστηριότητες λόγω της χρήσης τους ή παρουσιάζουν σοβαρά προβλήματα στη λειτουργία τους στην κοινωνία.

Ο στόχος στις θεραπευτικές κοινότητες, είναι η επανένταξη των ασθενών στην κοινωνία χωρίς να υπάρχει εξάρτηση και σχέση με παράνομες ή εγκληματικές δραστηριότητες.(Σαρρής Μ.2001)

Τα βραχυπρόθεσμα προγράμματα σε θεραπευτικές κοινότητες, βασίζονται σε εμπειρίες που έχουν αποκτηθεί από προγράμματα απεξάρτησης από το αλκοόλ. Τα προγράμματα αυτά περιλαμβάνουν μια περίοδο 3 έως 6 εβδομάδων θεραπείας επί εσωτερικής βάσης. Στη συνέχεια ακολουθεί θεραπεία επί εξωτερικής βάσης με συμμετοχή σε συμβουλευτικά προγράμματα στήριξης ή ομάδες αλληλοβοήθειας. Τα προγράμματα συντήρησης με χορήγηση μεθαδόνης, πετυχαίνουν καλύτερα όσον αφορά στην απεξάρτηση από τα οπιοειδή σε σύγκριση με τις θεραπευτικές κοινότητες οι οποίες με τη σειρά τους, είναι αποτελεσματικότερες από τα προγράμματα επί εξωτερικής βάσης που προσφέρουν ψυχοθεραπεία και συμβουλευτική στήριξη. Μεταξύ των προγραμμάτων χορήγησης μεθαδόνης, εκείνα που δίνουν ψηλότερες δόσεις μεθαδόνης (συνήθως τουλάχιστον 60 mg), έχουν καλύτερα ποσοστά συμμετοχής. Επίσης όταν τα προγράμματα μεθαδόνης, συνοδεύονται από άλλες υπηρεσίες όπως συμβουλευτική στήριξη και ιατρική περίθαλψη, έχουν καλύτερα αποτελέσματα από τα προγράμματα που παρέχουν τις ελάχιστες αναγκαίες υπηρεσίες.(www.medlook.com)

Τα θεραπευτικά προγράμματα απεξάρτησης με χορήγηση φαρμάκων στις φυλακές, μπορούν να βοηθούν τους κρατούμενους να απαλλάσσονται από την εγκληματική συμπεριφορά. Αυτό επιτυγχάνεται ιδιαίτερα όταν μετά την αποφυλάκιση, η αγωγή απεξάρτησης συνεχίζεται με προγράμματα θεραπευτικής κοινότητας, συμβουλευτικής, κοινωνικής και επαγγελματικής στήριξης. Η χρήση εθιστικών ουσιών έχει τεράστιες κοινωνικές και οικονομικές επιπτώσεις. Η θεραπεία απεξάρτησης μπορεί να προσφέρει τα μέγιστα στο χρήστη, στην οικογένεια του και στην κοινωνία. Οι ασθενείς είναι δυνατόν να λάβουν θεραπεία η οποία να είναι προσαρμοσμένη στις δικές τους ιδιαίτερες ανάγκες. Η θεραπευτική αγωγή, τους επιτρέπει να αντιμετωπίζουν το πρόβλημα τους και να μπορούν να έχουν μια κανονική και παραγωγική ζωή. Οι συμπεριφορικές θεραπείες περιλαμβάνουν

την παροχή συμβουλών, ψυχοθεραπεία, ομάδες αλληλοβοήθειας και οικογενειακή θεραπεία.

Τα φάρμακα βοηθούν στην καταστολή του συνδρόμου στέρησης, της ακατάσχετης επιθυμίας λήψης ναρκωτικών και στην εξουδετέρωση των δράσεων των ναρκωτικών στον οργανισμό. Οι έρευνες δείχνουν ότι η θεραπεία για τον εθισμό στην ηρωίνη με τη βοήθεια μεθαδόνης σε κατάλληλες δόσεις ταυτόχρονα με συμπεριφορική θεραπεία, μειώνουν τη συχνότητα θανάτων και πολλών άλλων προβλημάτων υγείας που σχετίζονται με τη χρήση ηρωίνης.(Κοκκέβη Α.1988)

Γενικά μπορούμε να πούμε ότι όσο περισσότερη θεραπεία δίνεται, τόσο καλύτερα τα αποτελέσματα. Οι ασθενείς που λαμβάνουν θεραπεία για περισσότερο από 3 μήνες, έχουν συνήθως καλύτερα αποτελέσματα και εξέλιξη σε σύγκριση με αυτούς που λαμβάνουν θεραπεία για μικρότερο χρονικό διάστημα. Πολλοί ασθενείς εκτός από τις θεραπείες απεξάρτησης, χρειάζονται και άλλη φροντίδα από υπηρεσίες σωματικής και ψυχικής υγείας όπως επίσης και συμβουλές για πρόληψη του AIDS.

Οι έρευνες κατά τα τελευταία 25 χρόνια, έδειξαν ότι η θεραπευτική αγωγή πετυχαίνει την απεξάρτηση από τις εθιστικές ουσίες και μειώνει την εγκληματικότητα που παρουσιάζεται σε εθισμένους στα ναρκωτικά. Επίσης οι χρήστες που έλαβαν θεραπείες, έχουν περισσότερες πιθανότητες να βρουν μια δουλειά.(Παπαγεωργίου-Βασιλοπούλου Α.2005)

Τα θεραπευτικά προγράμματα για απεξάρτηση από εθιστικές ουσίες

Ο απώτερος στόχος όλων των προγραμμάτων θεραπείας απεξάρτησης, είναι η επίτευξη διαρκούς αποχής από τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών. Οι άμεσοι στόχοι περιλαμβάνουν τη μείωση της χρήσης των εθιστικών ουσιών, τη βελτίωση της λειτουργικότητας του ατόμου, την ελαχιστοποίηση των ιατρικών επιπλοκών και κοινωνικών επιπτώσεων που προκύπτουν εξαιτίας της χρήσης ναρκωτικών.

Υπάρχουν διάφορες μορφές προγραμμάτων θεραπείας απεξάρτησης.

Οι βραχυπρόθεσμες μέθοδοι διαρκούν για λιγότερο από 6 μήνες. Περιλαμβάνουν αγωγή επί εσωτερικής βάσης σε θεραπευτική κοινότητα, φάρμακα και θεραπεία επί εξωτερικής βάσης χωρίς φάρμακα. Φάρμακα όπως η μεθαδόνη ή το LAAM (levo-alpha-acetyl-methadol), είναι αποτελεσματικά στην καταστολή των συμπτωμάτων στέρησης και ακατάσχετης επιθυμίας για λήψη ναρκωτικού που χαρακτηρίζουν τον εθισμό στις

εξαρτησιογόνες ουσίες. Έτσι τα εν λόγω φάρμακα μειώνουν τη χρήση παράνομων ουσιών και βελτιώνουν τις πιθανότητες του εθισμένου ατόμου να ακολουθήσει τη θεραπεία απεξάρτησης. Ο πρωταρχικός στόχος της θεραπείας απεξάρτησης με τη χρήση φαρμάκων, είναι να δίνεται στον ασθενή μια ανάλογη ουσία η οποία όμως να δημιουργεί λιγότερο έντονα συμπτώματα στέρησης. Μετά σταδιακά, αποσύρεται και το φάρμακο υποκατάστασης που χρησιμοποιείται.

Το φάρμακο που χρησιμοποιείται συχνότερα σε περιπτώσεις εξάρτησης από ναρκωτικά, είναι η μεθαδόνη που λαμβάνεται από το στόμα μια φορά την ημέρα. Η χορήγηση αρχίζει με την χαμηλότερη δόση που είναι σε θέση να προλαμβάνει τα συμπτώματα στέρησης και μετά η δόση σταδιακά μειώνεται.

Υποκατάστατα φάρμακα μπορούν να χρησιμοποιηθούν και για την απεξάρτηση από ηρεμιστικά φάρμακα. Στους ασθενείς μπορεί να χορηγηθούν ηρεμιστικά φάρμακα με μακρά χρονική δράση όπως η διαζεπάμη ή η φαινοβαρβιτόνη, τα οποία μετά μπορούν να μειωθούν σταδιακά.

Διεξάγονται πολλές έρευνες που στόχο έχουν τη δημιουργία φαρμάκων που να μπορούν να σταματούν την ακατάσχετη επιθυμία για τα ναρκωτικά και να θεραπεύουν άλλους παράγοντες που προκαλούν την επιστροφή στη χρήση των εξαρτησιογόνων ουσιών. (Βασσάρα.Μ 2006)

Σε ασθενείς που αδυνατούν να απέχουν από τη χρήση των οπιοειδών, χορηγείται θεραπεία συντήρησης συνήθως με μεθαδόνη. Η δόση συντήρησης για τη μεθαδόνη, είναι συνήθως ψηλότερη από εκείνη που χρησιμοποιείται για τη θεραπεία απεξάρτησης και μπορεί να προλαμβάνει τα συμπτώματα στέρησης και ακατάσχετης επιθυμίας για την ηρωίνη. Επίσης αποτρέπει τους ασθενείς από του να βιώνουν την κατάσταση ευφορίας που η ηρωίνη προκαλεί, σχεδόν αμέσως μετά τη λήψη της («ανέβασμα») και που ακολουθείται σε σύντομο χρονικό διάστημα από μετάπτωση («κατέβασμα»).

Με τον τρόπο αυτό η θεραπεία υποκατάστασης, συντήρησης με τη μεθαδόνη, βοηθά τους ασθενείς ναρκομανείς να απέχουν από τη χρήση της ηρωίνης, μειώνει το κίνδυνο διάδοσης του AIDS μεταξύ των ναρκομανών και συνολικά μειώνει το ποσοστό των θανάτων λόγω ναρκωτικών. Ακόμη ένα φάρμακο υποκατάστασης που εγκρίθηκε πρόσφατα για τη θεραπεία συντήρησης, είναι το LAAM το οποίο χορηγείται 3 φορές την εβδομάδα παρά 1 φορά ημερησίως όπως γίνεται με τη μεθαδόνη.

Προς το παρόν δεν υπάρχουν φάρμακα που έχουν εγκριθεί από τη Διεύθυνση Τροφίμων και Φαρμάκων (FDA Ηνωμένων Πολιτειών) για τη θεραπεία λόγω εξάρτησης σε κοκαΐνη,

LCD, PCP, μαριχουάνα, μεταμφεταμίνη ή άλλα διεγερτικά, εισπνεόμενες εξαρτησιογόνες ουσίες ή κορτικοστεροειδή. Υπάρχουν όμως φάρμακα ικανά να αντιμετωπίσουν τις παρενέργειες των εν λόγω ουσιών όπως σπασμούς, ψυχωτικές αντιδράσεις και για την αντιμετώπιση των υπερβολικών δόσεων οπιοειδών. Μεταξύ των σημαντικότερων προτεραιοτήτων των ερευνητών στον τομέα αυτό, περιλαμβάνεται η δημιουργία φαρμάκων για τη θεραπεία εξάρτησης στην κοκαΐνη.(www.medlook.com)

Ο ρόλος του νοσηλευτή ψυχικής υγείας στη ψυχολογική προσέγγιση των οικείων του εθισμένου ατόμου.

Θεμελιώδους σημασίας καθήκον του νοσηλευτή είναι η εκπαίδευση και η ευαισθητοποίηση εκτός από τον ίδιο τον εθισμένο και της οικογένειας και του ευρύτερου κοινωνικού και εργασιακού του περιβάλλοντος σε ζητήματα πρόληψης και υγιεινής. Ως συνδετικός κρίκος μεταξύ της οικογένειας και της θεραπευτικής ομάδας, οφείλει να τους πληροφορεί αμφίδρομα και προς τις δύο κατευθύνσεις. Οικογένεια και φιλικό περιβάλλον παίζουν σπουδαίο ρόλο στην κινητοποίηση του χρήστη. Οι οικείοι συμμετέχουν στο παιχνίδι της εξάρτησης, συμπεριφέρονται όπως το εξαρτημένο άτομο, χρειάζονται αυτοί πρώτα βοήθεια για να βοηθήσουν τον άνθρωπο τους. Η σωστή πληροφόρηση είναι σημαντική, τους βοηθά να πληγώνονται λιγότερο από την συμπεριφορά του εξαρτημένου γιατί παραδέχονται την παθολογική του κατάσταση.(Παπαγεωργίου-Βασιλοπούλου Α.2005)

Δυστυχώς μόνο με την αγάπη και «συννενοχή» των οικείων, δεν είναι δυνατόν να θεραπευτεί η εξάρτηση. Πολύ αργά έρχεται η οδυνηρή διαπίστωση πως η αγάπη και «συννενοχή» τους καθυστέρησαν μόνο την απόφαση για τον δρόμο προς την θεραπεία ή στην χειρότερη περίπτωση τον δρόμο προς τον θάνατο. Το χειρότερο όμως σ'αυτήν την κατάσταση είναι ότι κάθε οικείος πιστεύει, πως δεν είναι πλέον δυνατόν να τους βοηθήσει κανείς. Γι' αυτό σ' αυτή την δύσκολη κατάσταση, σαν μοναδική λύση απομένει η απόκρυψη και η διάψευση τηςπραγματικότητας. Στενοί συγγενείς και φίλοι που τολμούν να θίξουν το πρόβλημα, αντιμετωπίζονται με εκνευρισμό και επιθετικότητα, που συνοδεύονται από σωρεία δικαιολογιών. Συγχρόνως, όμως, οι οικείοι υποφέρουν και από συναισθήματα ενοχής. Η απελπισία και το αδιέξοδο στους οικείους μεγαλώνει όλο και περισσότερο. Οι οικείοι δηλαδή συμπεριφέρονται, όπως το εξαρτημένο άτομο με την διαφορά πως η όλη ψυχική τους επιβάρυνση δεν «απαλύνεται», δεν «ναρκώνεται» με το ποτό, το χάπι ή

οποιαδήποτε άλλη εξαρτησιογόνο ουσία. Αν ο οργανισμός τους δεν καταστρέφεται από την εξαρτησιογόνο ουσία, δεν μένει ανέπαφος ο ψυχικός τους κόσμος.

Οι οικείοι θα απογοητευθούν αργά ή γρήγορα, όταν στο τέλος διαπιστώσουν ότι εκείνος αντιδρά ελάχιστα παρ'όλη την αγάπη και την φροντίδα που του δείχνουν, δεν κρατά υποσχέσεις και είναι ανάξιος κάθε εμπιστοσύνης. Χρειάζονται επομένως, πρώτα αυτοί βοήθεια, και πως τότε μόνον θα είναι ικανοί να βοηθήσουν τον άνθρωπο τους.

Ο κοινοτικός νοσηλευτής ψυχικής υγείας είναι αυτός που θα τους βοηθήσει να κατανοήσουν αρκετά πράγματα για το τι είναι εξάρτηση. Συχνά οι οικείοι νομίζουν πως η «κατάντια» του ανθρώπου τους είναι «αδυναμία του», «ελάττωμα», «κουσούρι» που θα μπορούσε να το «κόψει» αν το ήθελε, αν τους αγαπούσε λίγο ή περισσότερο. Κύριο μέλημα του νοσηλευτή είναι η σωστή πληροφόρηση, ώστε να τους βοηθήσει να πληγώνονται λιγότερο από την συμπεριφορά του εξαρτημένου, όταν γνωρίζουν και έτσι παραδεχτούν την παθολογική του κατάσταση. Η γνώση ότι το εξαρτημένο άτομο είναι σωματικά, ψυχικά και εν μέρει πνευματικά άρρωστο θα τους βοηθήσει να καταλάβουν τι ακριβώς συμβαίνει, χωρίς να πληγώνονται τόσο πολύ.

Εξίσου σημαντική είναι και η προσπάθεια του νοσηλευτικού προσωπικού να παρέχει συναισθηματική στήριξη στην οικογένεια, προτρέποντας την να λάβει βοήθεια από ειδικές ομάδες στήριξης και να έρθει σε επαφή με άλλες οικογένειες που αντιμετωπίζουν το ίδιο πρόβλημα ή το αντιμετώπιζαν και κατάφεραν να το ξεπεράσουν. Αν η οικογένεια κατορθώσει να στηριχθεί ικανοποιητικά τότε μόνο θα στηριχθεί και το εξαρτημένο άτομο. Η σωστή πληροφόρηση και παροχή πληροφοριών, καθώς και η παροχή συναισθηματικής στήριξης από τους κοινοτικούς νοσηλευτές θα βοηθήσουν το εξαρτημένο άτομο και την οικογένεια του, διαμέσου της υποστηρικτικής τους σχέσης, να αναζητήσουν νέους τρόπους αντιμετώπισης των προβλημάτων της ζωής τους και να σκεφτούν μαζί δημιουργικές λύσεις για τα προβλήματα αυτά. (Χαριτάντης Α. 1995 – Μελισσά Χαλικιοπούλου Χ. 1998)

9.3 Τριτοβάθμια πρόληψη

Οι Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας, για να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις της σύγχρονης προσέγγισης, έχουν αναθεωρήσει τις θεραπευτικές μεθόδους τους και άρχισαν να προωθούν τη συγκρότηση διεπαγγελματικών ομάδων, όπου ο κάθε επαγγελματίας προσφέρει τις γνώσεις και την εμπειρία του και έχει την κοινή ευθύνη για την περίθαλψη και αποκατάσταση του ασθενούς. Παράλληλα ο ασθενής αναγνωρίζεται ως μια ξεχωριστή βιοψυχοκοινωνική οντότητα, μέσα στο περιβάλλον του, την συμπεριφορά του, τα προβλήματά

του και τις δυνατότητές του και όχι ως μια ψυχιατρική και προβληματική ύπαρξη, που πρέπει άλλοι να την χειρίζονται. (Δαρδαβέσης Θ. 1993)

Ο θεσμός των θεραπευτικών διεπιστημονικών ομάδων, που άρχισαν να σχηματίζονται τα τελευταία χρόνια συνέβαλε σε πολύ καλύτερα θεραπευτικά αποτελέσματα και στην καλύτερη συνεργασία μεταξύ των λειτουργών των διάφορων επαγγελματιών και μεταξύ προσωπικού και ασθενούς.

Η φαρμακοθεραπεία εξακολουθεί να είναι βασικό στοιχείο αντιμετώπισης της ψυχικής ασθένειας. Μέσα στα πλαίσια του βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου έχει υιοθετηθεί η άποψη ότι τα καλύτερα θεραπευτικά αποτελέσματα επιτυγχάνονται με το συνδυασμό φαρμάκων-ψυχοθεραπευτικής αγωγής και παρεμβάσεων στο οικογενειακό κοινωνικό περιβάλλον. (Μελισσά-Χαλκιοπούλου Χ. 1998)

Στα πλαίσια των αρχών της Κοινοτικής Ψυχιατρικής, δημιουργήθηκε το 1977 ο πυρήνας της κοινοτικής ψυχιατρικής νοσηλευτικής υπηρεσίας, η οποία συνεχώς αναβαθμίζεται και επεκτείνεται. Το δίκτυο της υπηρεσίας αυτής καλύπτει σήμερα σχεδόν όλες τις περιοχές της Ελλάδας και της Κύπρου.

Οι παρεμβάσεις και η εν γένει φροντίδα παρέχονται στα εξωτερικά ιατρεία, σε συμβουλευτικά κέντρα, και κυρίως με κατ'οίκον επισκέψεις. Το δίκτυο εξωτερικών ιατρείων επεκτείνεται και αναβαθμίζεται συνεχώς, αφενός για να καταστεί δυνατή η εύκολη και έγκαιρη πρόσβαση των ψυχικά ασθενών σ'αυτά και αφετέρου για να διευκολύνεται η παροχή ολοκληρωμένης ψυχιατρικής φροντίδας και να μειωθεί η ανάγκη για νοσοκομειακή φροντίδα. Δεν είναι μόνο η παρακολούθηση ασθενών κατά τις ημέρες λειτουργίας των εξωτερικών ιατρείων, που δίνει το στίγμα της παροχής υπηρεσίας, αλλά και η συνέχεια αυτής της παρακολούθησης με τη σύνδεση των ασθενών με τα κοινοτικά κέντρα ψυχικής υγείας και την κοινοτική νοσηλευτική και την ευκολία επικοινωνίας τους με αυτά τα κέντρα. (Παπαγεωργίου-Βασιλοπούλου Α. 2005)

Τα εξωτερικά ιατρεία και η Κοινοτική Ψυχιατρική Νοσηλευτική είναι οι κύριοι άξονες πρόσβασης των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας προς την κοινότητα και της δικτύωσης των στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.

Κατά το 2004 λειτούργησαν 2 επιπλέον εξωτερικά ιατρεία στα Κέντρα Υγείας της ΠΦΥ των Λάτσειων και Δάλιου.

Οι κυριότερες δραστηριότητες των λειτουργών Κοινοτικής Νοσηλευτικής είναι :

- Σταθερή και συνεχής παρακολούθηση και στήριξη των ασθενών στον τόπο διαμονής και εργασίας με επακόλουθο την αποτροπή της υποτροπής της ψυχικής τους κατάστασης και επανεισδοχής τους σε νοσοκομειακές δομές.
- Παρακολούθηση και άλλων ασθενών για λίγους μήνες με παρεμβάσεις ψυχοεκπαιδευτικού κυρίως τύπου και στήριξης.
- Ψυχοεκπαίδευση ασθενών και των οικογενειών τους ως και άλλων παροχέων φροντίδας σε θέματα σχετιζόμενα με τη νόσο,τη φαρμακευτική αγωγή,το χειρισμό επίλυσης προβλημάτων.
- Υποστηρικτική - συμβουλευτική καθοδήγηση ασθενών
- Διαφώτιση του κοινού σε θέματα πρόληψης της τοξικομανίας
- Ενημέρωση, καθοδήγηση και συμβουλευτική μέσω της τηλεφωνικής γραμμής των κοινοτικών κέντρων
- Συνεργασία με άλλους λειτουργούς υγείας (και κυρίως την ομάδα της ΠΦΥ), κοινοτικές αρχές, αστυνομία, σχολεία, υπηρεσίες ευημερίας, τοπικούς παράγοντες, εκπροσώπους της Εκκλησίας, εθελοντικούς οργανισμούς
- Επιμόρφωση και εκπαίδευση φοιτητών νοσηλευτικής.(www.medlook.com)

Οι ψυχικά ασθενείς,τοξικομανείς αντιπροσωπεύουν τα 2/3 των αναπήρων παγκοσμίως αλλά και στην χώρα μας.Η τριτοβάθμια πρόληψη στοχεύει στην αποκατάσταση αυτών των ατόμων.

Η ενεργητική και συνεχής συμμετοχή του ατόμου θεωρείται πρωταρχικής σημασίας(σύμφωνα με τον ορισμό του Συμβουλίου της Ευρώπης του 1958)

Στο πλαίσιο της τριτοβάθμιας πρόληψης,ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας ασχολείται με την «εκπαίδευση» του ασθενούς σε ζητήματα καθημερινής ζωής που αποτελεί το πρώτο στάδιο αποκατάστασης,και τη σωστή «εκπαίδευση» των φορέων της κοινότητας, η οποία με τη σειρά της συμβάλλει με τα μέσα που διαθέτει,στην κοινωνική και επαγγελματική αποκατάσταση των ψυχικά ασθενών.

Ο κοινοτικός νοσηλευτής ψυχικής υγείας οφείλει να γνωρίζει τις συνέπειες της χρονιότητας της χρήσης, οτι οδηγείται το άτομο σε σύνθετη έκπτωση, ψυχολογική, σωματική, κοινωνική, οικονομική και επαγγελματική.Είναι επομένως φανερό ότι για να επιτευχθεί η αποκατάσταση και επανένταξη του ασθενούς χρειάζεται η αντιμετώπιση όλων αυτών των ζητημάτων.Η αντικειμενική καταγραφή και ο προγραμματισμός των στόχων και των παρεμβάσεων της κοινωνικής και επαγγελματικής ένταξης του βοηθούν αδιαμφισβήτητα στη βελτίωση της γενικότερης κατάστασης του αρρώστου.

Ένα πρόγραμμα αποκατάστασης υλοποιείται απο διεπιστημονική ομάδα.Τα μέλη της οποίας είναι ψυχολόγοι,νοσηλεύτες,ψυχίατροι και διάφοροι επαγγελματίες με κύριο έργο τους την αποκατάσταση, όπως εργοθεραπευτές, κοινωνικοί λειτουργοί,επισκέπτες υγείας, επαγγελματικοί σύμβουλοι, εθελοντές.

Οι βασικές αρχές που πρέπει να διέπουν τις κατευθύνσεις της ομάδας αποκατάστασης είναι:

- Ο συντονισμός με άλλες υπηρεσίες
- Η επιδίωξη αμοιβαίας ισότιμης συνεργασίας
- Η εξατομικευμένη προσέγγιση του προβλήματος του ασθενούς
- Η θεώρηση της σημασίας της οικογένειας και της κοινότητας ως εν δυνάμει υποστηρικτικών συστημάτων
- Ο σχεδιασμός εναλλακτικών προτάσεων-λύσεων
- Ο σχεδιασμός ρεαλιστικών στόχων
- Η διακριτικότητα
- Η συνεχής ενίσχυση κάθε προσπάθειας του ασθενούς και των θετικών στοιχείων του.
- Η ενημέρωση και η υποστήριξη της οικογένειας,η ευαισθητοποίηση των φορέων σε θέματα τριτοβάθμιας πρόληψης.

(Παπαγεωργίου-Βασιλοπούλου Α. 2005)

Οι στόχοι είναι μακροπρόθεσμοι, βραχυπρόθεσμοι, μεσοπρόθεσμοι. Η διαδικασία περιλαμβάνει:

- Την αρχική εκτίμηση των δεξιοτήτων
- Τον σχεδιασμό των στόχων
- Την πραγματοποίηση των στόχων
- Την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων
- Την τελική εργασιακή αποκατάσταση του ατόμου

Οι βασικές αρχές που καθορίζουν την οργάνωση της φροντίδας προσδιορίζονται απο τον G.Carlan ως ενα σύνολο απο κατάλληλες ενέργειες και παροχές,οι οποίες προορίζονται τόσο για την θεραπεία όσο και για την αποκατάσταση των ψυχωσικών ασθενών,όπως:

- Αποτελεσματικές υπηρεσίες εξωνοσοκομειακής παρακολούθησης
- Χορήγηση φαρμάκων και εξωνοσοκομειακή παρακολούθηση ασθενών
- Στενή συνεργασία ανάμεσα στις νοσοκομειακές και στις κοινοτικές υπηρεσίες
- Έναρξη της αποκατάστασης αμέσως μετα τη διάγνωση

- Αντίδραση σε κάθε μορφής προκατάληψη και συνεχής επικοινωνία με τα υποστηρικτικά συστήματα της κοινότητας
- Αποφυγή ενδονοσοκομειακής νοσηλείας
- Συνέχιση της υπευθυνότητας των επαγγελματιών απέναντι στους ασθενείς και εκτός νοσοκομείου

Η εργασιακή απασχόληση των ψυχικά ασθενών δεν είναι «πανάκεια» αλλά αποτελεί μέρος της αποκατάστασης, επειδή αυτό που ενδιαφέρει ιδιαίτερα είναι η ποιότητα της ζωής των ασθενών μέσα στην κοινωνία. Η αποκατάσταση στη ψυχιατρική είναι μια ατελείωτη αλλά απαραίτητη διαδικασία και μπορεί να περιλαμβάνει διαλείμματα (λόγω υποτροπών του ασθενούς) αλλά και αρκετές φάσεις συστηματικής και τακτικής αποκατάστασης. (Βασσάρα Μ. 2006)

Η ύπαρξη της ανεργίας σε παγκόσμιο επίπεδο επηρεάζει σοβαρά τους πάσχοντες, για τον λόγο του αποκλεισμού που υφίστανται από την αγορά εργασίας. Στον αναπτυγμένο κόσμο έχουν δημιουργηθεί οι κοινωνικές επιχειρήσεις συνεταιριστικού χαρακτήρα. Οι υπηρεσίες αυτές παράγουν προϊόντα για την ελεύθερη αγορά, αλλά σε πραγματικές συνθήκες εργασίας, λαμβάνοντας υπόψη τις ικανότητες και τις δυνατότητες των εργαζομένων, οι οποίες είναι ιδιαίτερες όπως και οι ανάγκες τους.

9.3.1 Οι εργοθεραπευτικές παρεμβάσεις

Οι εργοθεραπευτικές παρεμβάσεις γίνονται μετά από αξιολόγηση και σχεδιασμό εξατομικευμένων προγραμμάτων που να ανταποκρίνονται στις ανάγκες του κάθε ατόμου. Οι κύριοι τομείς δραστηριότητας του εργοθεραπευτή είναι:

- Παροχή υπηρεσιών πρόληψης μέσα από πρόγραμμα παρέμβασης στην κοινότητα.
- Παροχή θεραπευτικής αντιμετώπισης-συμβουλευτικής υποστήριξης.
- Προγράμματα ομαδικής θεραπείας.
- Παροχή υπηρεσιών στο χώρο εργασίας και στο χώρο διαμονής των ασθενών.
- Παροχή υπηρεσιών στον τομέα της ψυχοκοινωνικής και εργασιακής αποκατάστασης.
- Παροχή συστηματικής εκπαίδευσης φοιτητών Εργοθεραπείας.

9.3.2 Κέντρα Ημέρας

Στόχος των Κέντρων Ημέρας είναι η ψυχοκοινωνική στήριξη χρονίων ασθενών ούτως ώστε να βελτιωθεί η προσαρμοστικότητα και η λειτουργικότητα των, στο κοινωνικό σύνολο.

Η θεραπεία επι εξωτερικής βάσης, χωρίς τη χορήγηση φαρμάκων, μπορεί να συμπεριλάβει διαφορα προγράμματα απεξάρτησης για ασθενείς που επισκέπτονται τις εξειδικευμένες κλινικές κατα τακτικά χρονικά διαστήματα. Τα περισσότερα προγράμματα έχουν ατομική ή συλλογική συμβουλευτική αγωγή και στήριξη. Οι ασθενείς που συμμετέχουν στα προγράμματα αυτά, είναι χρήστες ναρκωτικών άλλων εκτός από τα οπιοειδή ή χρήστες οπιοειδών για τους οποίους δεν συστήνεται θεραπεία συντήρησης. Οι τελευταίοι είναι χρήστες που έχουν μια σταθερή, καλά οργανωμένη και ενταγμένη στην κοινωνία ζωή με ιστορικό εξάρτησης σε ναρκωτικά που είναι μικρής χρονικής διάρκειας. (www.medlook.com)

9.3.3 Μονάδα Εργασιακής Αποκατάστασης (Μ.Ε.Ρ.Α)

Λειτουργεί με συνεταιριστική μορφή, με κύριους συντελεστές τις Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας και το Σύνδεσμο Προστασίας Ψυχικής Υγείας. Αποστολή της μονάδας είναι η επανένταξη στην αγορά εργασίας των ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας. (www.medlook.com)

9.3.4 Μονάδες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης ψυχιατρικών ασθενών

Οι μονάδες αυτές είναι εξωνοσοκομειακές δομές που στόχο έχουν την προαγωγή της ψυχοκοινωνικής επανένταξης ατόμων με χρόνια προβλήματα ψυχικής υγείας τοξικομανίας και αλκοολισμού. Προσφέρουν ευκαιρίες επαγγελματικής κατάρτισης και εργοδότησης ή όπου αυτό δεν είναι δυνατό προάγουν την ανάπτυξη δεξιοτήτων αυτομέριμνας, απασχόλησης και κοινωνικών δεξιοτήτων. Οι δομές αυτές είναι αποτέλεσμα συνεργασίας των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας, οι οποίες έχουν την επιστημονική ευθύνη όπως είναι:

- Συμβουλευτικά Κέντρα
- Κινητές μονάδες
- Μονάδα Εργασιακής Αποκατάστασης (Μ.Ε.Ρ.Α)
- Τμήμα παιδικής και εφηβικής ψυχιατρικής
- Κέντρα Ημέρας για παιδιά και εφήβους
- Κέντρα πρόληψης και συμβουλευτικής στον τομέα των τοξικοεξαρτήσεων
- Συμβουλευτικά κέντρα
- Ψυχιατρική κλινική
- Μονάδα απεξάρτησης
- Κοινωνική ψυχιατρική Νοσηλευτική

- Εξωτερικά Ιατρεία.(www.medlook.com)

ΣΥΝΟΨΗ ΚΕΦΑΛΑΙΟΥ:

Ο ρόλος του κοινοτικού Νοσηλευτή ψυχικής υγείας είναι εξίσου σημαντικός τόσο στην πρωτογενή όσο και στην δευτερογενή και τριτογενή πρόληψη, παρεμβαίνει σε καίρια σημεία που αφορούν την πρόληψη εκπαίδευση και απεξάρτηση του πληθυσμού και η εργασία του αποβλέπει στη δημιουργία εγκατάστασης αμφίδρομων σχέσεων μεταξύ ομάδας ψυχικής υγείας,κοινότητας και οργανισμών.Σκοπός του Κοινοτικού Νοσηλευτή είναι η δημιουργία υποστηρικτικής διαπροσωπικής με τον χρήστη για την ορθή αξιολόγηση των δυσκολιών και των δυνατοτήτων του έτσι ώστε να γίνει ο καθορισμός των στόχων σύμφωνα με τις ανάγκες του.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

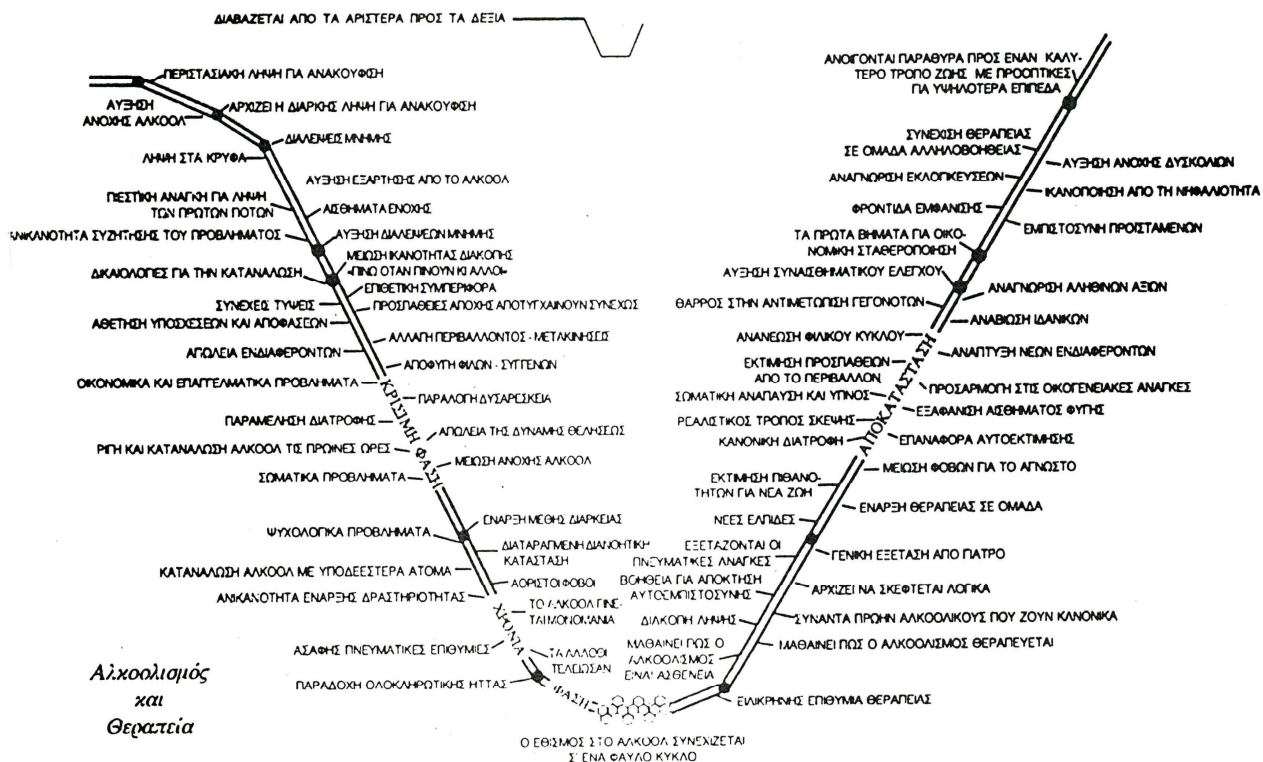
Σκοπός της εργασίας είναι η ενημέρωση για το μεγαλύτερο κοινωνικοοικονομικό πρόβλημα της εποχής, τον εθισμό στις νόμιμες και μη ουσίες, την πρόληψη, αντιμετώπιση και απεξάρτησή του με τη στήριξη της επιστημονικής ομάδας ψυχικής υγείας και του νοσηλευτή.

Η μελέτη αυτή επιχειρεί να καταδείξει με βάση το υπάρχον βιβλιογραφικό υλικό το κακό της σωματικής υγείας των εξαρτημένων ως αποτέλεσμα της χρόνιας χρήσης οξικών ουσιών

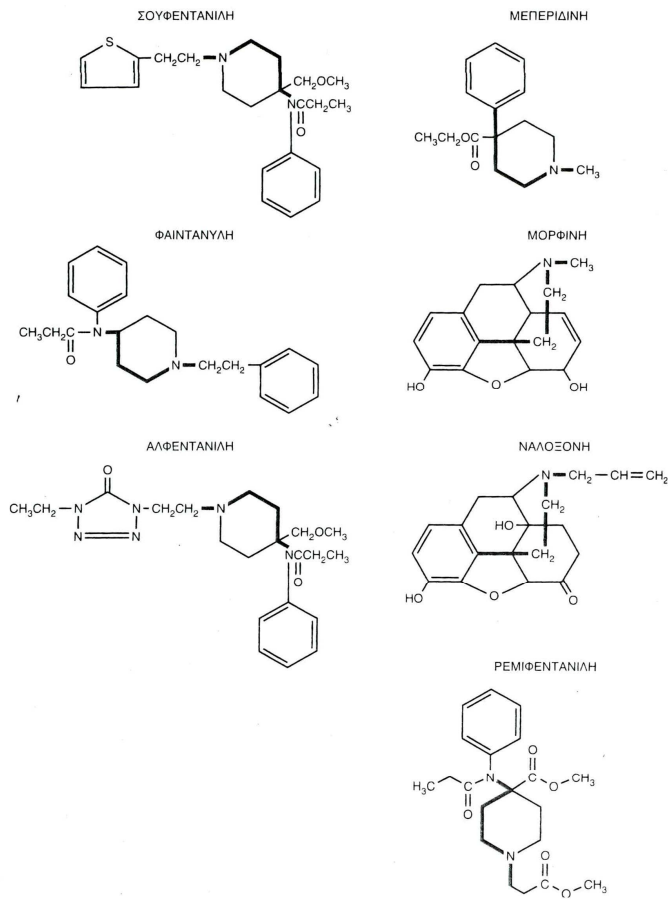
Στην εργασία επιχειρήται να αποδοθεί η παράθεση δομένων που αφορούν στη χημική σύσταση, φαρμακοκινητική, τις φαρμακολογικές ιδιότητες και τα χαρακτηριστικά εξάρτησης των εθιστικών αυτών ουσιών

Ο κοινοτικός νοσηλευτής και η ομάδα ψυχικής υγείας συμβάλουν ενεργά στην πρόληψη με τη βοήθεια των κέντρων πρόληψης, στην απεξάρτηση μέσω των προγραμμάτων μεθαδόνης και στην επανένταξη με τη βοήθεια της εργοθεραπείας.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ



Αλκοολισμός και Θεραπεία



Εικόνα 8-6. Οι αγωνιστές και οι ανταγωνιστές των οπιοειδών υποδοχέων φέρουν κοινά στοιχεία χημική τους δομή, τα οποία εμφανίζονται με έντονο περίγραμμα.

1. Πού μπορούν να απευθυνθούν άτομα με πρόβλημα αλκοολισμού

1. Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων- προγράμματα (<http://www.kethea.gr/pub/Category.asp?lang=gr&catid=15>)
2. Συμβουλευτικός Σταθμός Απεξάρτησης Αλκοολικών και Τοξικομανών (18 και άνω) του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αθηνών, Ασκληπιού 19, τηλ. 2103617089. Μέρες και Ώρες Λειτουργίας: Δευτέρα - Παρασκευή, 10.00- 20.00. (<http://www.psyhat.gr/pages.asp?pageid=26&langid=1>)
3. Ανώνυμοι Αλκοολικοί (Α.Α.) (Α.Α. Αθηνών, Ιπποκράτους 156 (ισόγειο), τηλ. 2106452972, Α.Α. Πειραιά, Αλιπέδου 4, τηλ. 2104311437, Α.Α. Θεσσαλονίκης, τηλ. 2310307417). (http://aa-hellas.tripod.com/pages/omades_a_a_athinwn.htm)
4. Θεραπευτική Κοινότητα "Στροφή", Φυλής 148, Αθήνα (<http://www.strofi.net.gr/contact.htm>)
5. Εναλλακτική Κοινότητα "Παρέμβαση", Λ. Ραφήνας 190, Αθήνα (<http://www.paremvasi-kethea.gr/>)
6. Θεραπευτική Κοινότητα "Ιθάκη" (<http://www.kethea-ithaki.gr/>)

Άλλες υπηρεσίες που μπορείτε να προσεγγίσετε στην Αθήνα, τον Πειραιά και την υπόλοιπη Ελλάδα είναι:

α) Ψυχιατρικά ιδρύματα, β) Κέντρα Ψυχικής Υγείας, γ) Γενικά Νοσοκομεία- Κέντρα Υγείας

2) ΑΝΩΝΥΜΟΙ ΝΑΡΚΟΜΑΝΕΙΣ (Ν.Α.)

Διεύθυνση: Τ.Θ. 750 64, Καλλιθέα, Αθήνα, 176 10

Τηλέφωνο επικοινωνίας για όλες τις ομάδες: 210-3474777 (Καθημερινά 18.30 ? 20.00)

Url: www.na-greece.gr

E-mail: infona@na-greece.gr

2. ΜΙΚΡΗ ΑΡΚΤΟΣ

Κέντρο πρωτογενούς πρόληψης της χρήσης ουσιών εξάρτησης

Διεύθυνση Ναυπλίου 20 3025 Λεμεσός

Τηλέφωνο +35725443078/79

Φαξ +35725829055

E-mail mkriarktos@youthboard.org.cy

3. Σείριος

Κέντρο πρόληψης και ενημέρωσης για τις εξαρτισιογόνες ουσίες

Διεύθυνση Αγ. Σοφίας 28 Θεσσαλονίκη 54622

Τηλέφωνο Φαξ 2310260715

E-mail seirioskentrikos@kp-seirios.gr

4. Ναύτιλος

Μονάδα εφήβων ΟΚΑΝΑ Θεσσαλονίκης

Διεύθυνση Δαναϊδών 9 και Δωδεκανήσου 54626 Θεσσαλονίκη

Τηλέφωνο 2310 566134

Φαξ 2310 525348

5.Γ ' ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης Γ.Παπανικολάου-ΟΚΑΝΑ

ΕΔΡΑ: Θεσσαλονίκη

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ: Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης Γ.Παπανικολάου, Εξοχή Θεσσαλονίκης,
(είσοδος δίπλα στην πύλη), 57010, Θεσσαλονίκη

ΤΗΛ.: 2310-357109

FAX: 2310-359147

6. Δ ' ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

ΕΔΡΑ: Θεσσαλονίκη

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ: 26ης Οκτωβρίου, Περιοχή Λιμένος ΤΜΚΘ ΟΣΕ, 54627, Θεσσαλονίκη

ΤΗΛ.: 2310- 500299

FAX: 2310- 531402

7. Ανοικτό Θεραπευτικό Πρόγραμμα Εφήβων ΑΝΑΔΥΣΗ - Μακεδονία, Θεσσαλονίκη-

Διεύθυνση

Ρεμπέλου 7, 546 31 Θεσσαλονίκη

Τηλ.: 2310 253534, 2310 253537, 2310 253538

Fax: 2310 260847

8.Θεραπευτική Κοινότητα ΙΘΑΚΗ

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

9. ΑΡΓΩ

πρόγραμμα εναλλακτικής θεραπείας εξαρτημένων ατόμων

Διεύθυνση Λαγκαδά 196

Τηλέφωνο 2310 647651

Μαρτυρία πρώην αλκοολικού

«Υπήρχα μόνο για το ποτό»

Έπειτα από 17 χρόνια «ξέφρενου», όπως λέει ο ίδιος, ποτού αποφάσισε να σταματήσει. Πέντε χρόνια διήρκεσε το εγχείρημα αυτό, κατά τη διάρκεια των οποίων σκουντούφλησε πολλές φορές μέχρι να καταφέρει να σταθεί όρθιος. Ο Φίλιππος Κ. σήμερα είναι 58 χρονών. Μένει μαζί με τη γυναίκα του και τις δύο κόρες του, 24 και 27 ετών, σε πρωτεύουσα της περιφέρειας, όπου εργάζεται σε μεγάλο νοσοκομείο ως νοσηλεύτης. «Εγώ αντέχω το ποτό», έλεγα. «Μπορώ να πιω και δύο και δέκα και έντεκα μπουκάλια μπίρα και ένα και δύο μπουκάλια κρασί και να μη με πειράξει», επέμενα. Δεν έμενα εκεί όμως, το έκανα κιόλας. Και τότε δεν ένιωθα μεθυσμένος, ένιωθα καλά. Έπινα πολλά χρόνια -11- όλο και περισσότερο, όλο και πιο άχαρα. Έφευγα από δουλειές ή με απέλυαν. Έντεκα χρόνια δεν κατάφερα να μείνω κάπου σταθερά. Το μόνο σταθερό στη ζωή μου ήταν η οικογένειά μου, η γυναίκα μου και τα δύο παιδιά μου. Κι αυτό το διέλυα μέρα με τη μέρα με τη συμπεριφορά μου. Τις ώρες που ήμουν σπίτι και δεν ήμουν σε κάποιο ταβερνάκι με φίλους, στο καφενείο, στο σουβλατζίδικο της γειτονιάς, ακόμη και στο περίπτερο να συζητώ για ώρες με διαφόρους της γειτονιάς, ήμουν απών. Έπινα, έπινα και έπινα όλη μέρα σχεδόν.

Μετά από 11 χρόνια ξέφρενου ποτού άρχισα να βλέπω διαφορές στις συμπεριφορές της οικογένειάς μου. Η γυναίκα μου και τα παιδιά με κοιτούσαν περίεργα. Ένιωθα ξένος στο σπίτι μου. Ήθελα να τους μιλήσω, αλλά το ανέβαλλα κάθε φορά. Όταν το πήρα απόφαση, τους είδα διστακτικούς, σχεδόν φοβισμένους απέναντί μου. Δεν μου απαντούσαν. Μου έλεγαν ότι όλα είναι καλά, δεν υπάρχει κανένα πρόβλημα. Τους ρώτησα πολλές φορές από εκείνη τη φορά αν τους ενοχλεί κάτι που κάνω. Τίποτα. Η γυναίκα μου μια μέρα, αφού πέρασαν ακόμη 2-3 χρόνια, μου μίλησε μόνη της. «Νομίζω ότι πίνεις πολύ περισσότερο απ' ό,τι παλαιότερα. Κάνεις κακό στην υγεία σου. Δεν θέλω να αρρωστήσεις. Σ' αγαπάω». «Δεν υπάρχει πρόβλημα», της απάντησα. «Δεν θα πάθω τίποτα».

Πέρασε ένας χρόνος και στο μυαλό μου συχνά παιζόταν ο διάλογος με τη γυναίκα μου. Κάθε φορά με άφηνε έκπληκτο η επιλογή των λέξεων από εκείνη: «Πίνεις πολύ περισσότερο απ' ό,τι παλιότερα», αντί του «το 'χεις παρακάνει», «πίνεις πάσαρα πολύ», «είσαι μπεκρής», «αλκοολικός». «Κάνεις κακό στην υγεία σου» αντί να μου πει «θα πάθεις

τίποτα», «δεν είσαι καλά», «είσαι άρρωστος», «έχεις πρόβλημα». «Δεν θέλω να αρρωστήσεις» αντί του "δεν σε αντέχω άλλο", "μας έχεις διαλύσει", "δεν σε θέλω πια", και "σ'αγαπάω" αντί του "άντε παράτα με", "σήκω φύγε", "δεν σ'αγαπάω". Αποφάσισα να προσπαθήσω να ελαττώσω το ποτό. Ταλαιπωρήθηκα πολύ δύο χρόνια, δεν τα κατάφερα τελικά. Έκανα συμφωνίες με τον εαυτό μου να πιω ένα ποτήρι και τις έσπαγα κάθε φορά. Έχανα τον έλεγχο. Έβρισκα δικαιολογίες ότι "θα ξεκινήσω από αύριο την προσπάθεια να το κόψω, σήμερα δεν είναι καλή μέρα" ή "μπορεί να έχω ξεφύγει, αλλά δεν είναι εύκολο το εγχείρημα".

Πέρασε άλλος ένας χρόνος και αυτό που κατάφερα ήταν ένα τίποτα. Στον εαυτό μου όμως το έλεγα συνέχεια μετά τη συζήτηση που προανέφερα. Αποφάσισα να κόψω μαχαίρι το ποτό. Για πέντε χρόνια παιδευόμουν πότε μόνος μου, πότε ζητώντας βοήθεια από ειδικούς, πότε από τη γυναίκα μου. Στο διάστημα αυτό, εκτός από πολλά νεύρα νοσηλεύτηκα με συμπτώματα στέρησης 19 φορές. Γινόμουν παρανοϊκός όταν δεν έπινα και ακόμη περισσότερο παρανοϊκός όταν ξανάπεφτα στο ποτό. Ζεσταινόμουν και κρύωνα σε απρόβλεπτες στιγμές. Άλλες φορές με έπιανε πανικός, υπερευαισθησία, νόμιζα ότι όλοι -ακόμη και οι διαβάτες στο δρόμο- με συζητούσαν, με σχολίαζαν. Ήμουν πολύ θυμωμένος με όλους γιατί ήμουν θυμωμένος με τον εαυτό μου. Πέντε χρόνια ταλανίστηκα από μια ιστορία που ο ίδιος είχα προκαλέσει και προσπαθούσα να διαγράψω. Ταλαιπωρήθηκα και ταλαιπώρησα τους γύρω μου.

Σήμερα είμαι στον 4ο χρόνο χωρίς αλκοόλ. Ούτε που σκέφτομαι να πιω γουλιά. Δεν μου έχω εμπιστοσύνη ότι θα αρκεστώ σε λίγο. Και δεν έχω την πολυτέλεια να ξαναχάσω αυτά που ταλανίστηκα να ξαναβρώ: την οικογένεια μου, τη δουλειά μου, τους φίλους και συγγενείς, τα χόμπι μου.

Στα πέντε χρόνια αποτοξίνωσής μου, ψυχικής και σωματικής, από το ποτό ξαναέρχονταν στη μνήμη μου οι ικανότητές μου, τα ταλέντα μου, όπως και αυτά των δικών μου ανθρώπων. Θυμήθηκα ότι είχα τελειώσει με άριστα τη Νοσηλευτική στο Πανεπιστήμιο Αθηνών, ότι είχα καταφέρει να προσληφθώ σε μεγάλο νοσοκομείο της πρωτεύουσας μέσω εξετάσεων, όπου εργάστηκα για 11 χρόνια. Θυμήθηκα πώς γνώρισα τη γυναίκα μου, πόσο ερωτευμένος ήμουν μαζί της, πόσο ήθελα να ζήσουμε μαζί και να κάνουμε οικογένεια. Θυμήθηκα πόσο ευτυχισμένος ήμουν όταν γέννησε την κόρη μας και μετά 3 χρόνια τη δεύτερη κόρη μας. Θυμήθηκα πόσο μου άρεσε να διαβάζω βιβλία επιστημονικής φαντασίας και να βλέπω έργα ανάλογου χαρακτήρα στον κινηματογράφο. Ακόμη, πόσο διασκεδάζα με τις οικογενειακές συννευρέσεις που κατέληγαν πάντα σε τσακωμό για την

πολιτική και το ποδόσφαιρο, αλλά και τις φιλικές με τα πειράγματα, τις πλάκες και την ανταλλαγή απόψεων σε διάφορα θέματα. Τα θυμήθηκα όλα αυτά, γιατί τα είχα ξεχάσει.



ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- 1)Ακριβούδη Σ. LSD και νεότερα συνθετικά παραισθησιογόνα. Πρακτικά 1^{ου} Πανελληνίου Συνεδρίου Μελέτης Τοξικομανιογόνων ουσιών Μάιος 1993: 601-607
- 2)Αναστασίου Ε. Η χρήση των οπιοειδών αναλγητικών στην Μ.Ε.Θ. Πρακτικά του 1^{ου} Πανελληνίου Συνεδρίου Μελέτης Τοξικομανιογόνων Ουσιών Θεσσαλονίκη 1993:215-217
- 3)Βασσάρα Μ. Δελτίο τύπου θέμα Πυξίδα 8χρόνια πρόληψης Θεσσαλονίκη 2006 :123-126
- 4)Γκιουζέπας Ι. Εξαρτήσεις από ψυχοδραστικές ουσίες Στο Ιεροδιακόνου Χ. Φωτιάδης Χ. Δημητρίου Ε. Εκδόσεις Μαστορίδη 1988 :94-182
- 5)Δαρδαβέσης Θ. Η ηλικίες έναρξης χρήσης συχνότητα και είδη χρησιμοποιούμενων τοξικομανιογόνων ουσιών. Πρακτικά 1^{ου} Πανελληνίου Συνεδρίου Μελέτης Τοξικομανιογόνων Ουσιών Θεσσαλονίκη 1993 :245-260
- 6)Δαρδαβέσης Θ. Η τοξικομανία στην Ελλάδα. Πρακτικά 1^{ου} Πανελληνίου Συνεδρίου Μελέτης Τοξικομανιογόνων Ουσιών Θεσσαλονίκη 1993 :227-252
- 7)Διακογιάννης Ι. Ιεροδιακόνου Χ. Σωματική απεξάρτηση από οπιοειδή με κλονιδίνη. Πρακτικά 1^{ου} Πανελληνίου Συνεδρίου Μελέτης Τοξικομανιογόνων Ουσιών Θεσσαλονίκη 1993 :468-479
- 8) Διακογιάννης Ι. Ιεροδιακόνου Χ. Σωματική απεξάρτηση από Βενζοδιαζεπίνες. .Πρακτικά 1^{ου} Πανελληνίου Συνεδρίου Μελέτης Τοξικομανιογόνων Ουσιών Θεσσαλονίκη 1993 :476-481
- 9)Επιβατιανού Π. Ιατροδικαστική και Τοξικολογία 1^η έκδοση. Εκδόσεις University studio Press Θεσσαλονίκη 1988:272-287
- 10)Ε.ΠΙ.ΨΥ-Ο.ΚΑ.ΝΑ. Στοιχεία για τις εξαρτησιογόνες ουσίες. Εκδόσεις Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής Αθήνα 2003.
- 11)Ζαραλίδου Α.10^ο Μετεκπαιδευτικό Σεμινάριο Αναισθησιολογίας και Εντατικής Θεραπείας Εκδόσεις Μαυρογένης Α.Ε Δεκέμβριος 2005:17-19,25-29,89-98
- 12)Ζαφειρίδης Φ.Τοξικομανία ή σωστότερα εξάρτηση από φαρμακευτικές ουσίες. Εισήγηση στο Πανευρωπαϊκό Συνέδριο Αγωγής Υγείας Οκτώβριος 1984
- 13) Ζαφειρίδης Φ. Πρόληψη των Ναρκωτικών. Οι αθέατες όψεις του προβλήματος. Περιοδικό Ιατρικά θέματα Τόμος 1 Τεύχος 4 1988

- 14)Καργόπουλος Β.,Αντωνιάδου-Μελισσά Α.,Βλούτης Α., Έρευνα επί του καπνίσματος της εφηβικής ηλικίας. Παιδιατρική 1977:96-184
- 15)Κόκκοι Α.,Στεφανής Κ., Το κάπνισμα και οι ψυχοκοινωνικοί συντελεστές τους .Ιατρική 54 1988:65-72
- 16)Κοκκέβη Α. Η πρόληψη της τοξικομανίας, μύθος ή πραγματικότητα. Περιοδικό Ψυχολογικά θέματα. Τόμος 1 Τεύχος 4 1988 :55-68
- 17)ΚουτσελίνηςΑ. Εξαρτησιογόνες ουσίες: ναρκωτικά, φαρμακολογία,τοξικολογία το πρόβλημα και η αντιμετώπισή του. Εκδόσεις Παρισιάνος,2002 :50-72
- 18)Κυστάλλης Α. Τοξικομανία: Παράγοντες εκδηλώσεως και αναστολής. Διδακτορική διατριβή. Αθήνα 1980
- 19)Κωνσταντίνου Α. Χατζηχρήστου Ε. Κλινική φαρμακολογία ΙΙ 1998 Εκδόσεις λύχνος:24-25,65-83
- 20)Λιάππας Γ.CASUAL INFLUENCE OF DRUG ABUSE Εισήγηση 1995
- 21) Λιάππας Γ.Ναρκωτικά εθιστικές ουσίες ,κλινικά προβλήματα, αντιμετώπιση. Εκδόσεις Πατάκη Αθήνα 1992
- 22)Λυρατζόπουλος Ν. Ρωμανίδης Κ. Βαγγελακούδη Ε. Βαργεμέζης Β. Τριανταφυλλίδης Κ. Μανώλας Κ.Η σημασία της αρχικής νοσηλείας σε Μ.Ε.Θ Ασθενών με δηλητηρίαση από φαρμακοτοξικές ουσίες. Πρακτικά 1^{ου} Πανελληνίου Συνεδρίου Μελέτης Τοξικομανιογόνων Ουσιών Θεσσαλονίκη 1993 145-158
- 23)Μαρσέλος Μ.Φραγκίδης Χ.Μιχαλόπουλος Β Διαχρονική μελέτη του μαθητικού καπνίσματος Ι Συχνότητα Ιατρική 1993:140-146
- 24) Μαρσέλος Μ.Ηρωίνη. Εξαρτησιογόνες ουσίες. Εκδόσεις Τυπωθήτω-Δάρδανος 1997 85-100
- 25)Μάτσα Κ.Κρασανάκης Σ,Παπάδη Μ,Σφηκάκη Μ.Πρόληψη της τοξικομανίας.Η απομυθοποίηση ενός φαινομένου.<<2^ο Συνέδριο Προληπτικής Ψυχιατρικής>> Απρίλιος 1992 123-129
- 26)Μελισσά,Χαλκιοπούλου Χ.Ψυχολογία της υγείας Θεσσαλονίκη 1998. 95-143
- 27)Μυξάκη Α.Σωματικά νοσήματα και προβλήματα αντιμετώπισης τους με μια θεραπευτική κοινότητα Πρακτικά 1^{ου} Πανελληνίου Συνεδρίου Μελέτης Τοξιομανιογόνων ουσιών Μάιος 1993:559-562
- 28)Παπαγεωργίου-Βασιλοπούλου Α.Κοινωνική Νοσηλευτική ψυχικής υγείας.Εκδόσεις Βήτα 2005 :99-110

- 29) Παπαγεωργίου Γ. Αλκοολισμός Εξαρτήσεις στη ζωή μας 2^η Έκδοση Εκδόσεις Παρισιάνος Αθήνα 1999 :38-73
- 30) Παραδάλλης Α. Μια νέα μορφή ναρκωτικού το κρακ. Πρακτικά 1^{ου} Πανελληνίου Συνεδρίου Μελέτης τοξικομανιογόνων ουσιών Θεσσαλονίκη 1993 :84-87
- 31) Παπαζήσης Γ. Ψυχιατρική Θεσσαλονίκη 2005 :73-85
- 32) Ποταμιανός Γ Νόμιμες ουσίες εξάρτησης ,Αλκοόλ. Εκδόσεις Παπαζήση 1995 :17-24,27-29,51-59,67-68
- 33) Σαρρής Μ. Κοινωνιολογία της υγείας και ποιότητα ζωής Εκδόσεις Παπαζήση 2001:244-247
- 34) Χουρδάκης Κ. Τοξικολογία του ανθρώπου 2^η έκδοση Εκδόσεις University studio press Θεσσαλονίκη 2004 :199-226
- 35) Ψαρούλης Δ. Η σημασία της ινδικής κάνναβης στον εθισμό άλλων ναρκωτικών ουσιών. Μελέτη 1400 περιπτώσεων 7^ο Βορειοελλαδικό συνέδριο Θεσσαλονίκης 1992
- 36) www.medlook.com
- 37) RICHARD ROBINSON, ROBIN STOTT Επείγουσα διαγνωστική θεραπευτική. Εκδόσεις Λίτσας 1988 245-248