

Α.Τ.Ε.Ι ΠΑΤΡΑΣ

ΤΜΗΜΑ:ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

ΕΞΑΡΤΗΣΙΟΓΟΝΕΣ ΟΥΣΙΕΣ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ



ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ:

Στεφανοπουλός Νίκος

ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ

ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ:

Ζάφειρας Χρήστος

Καββαθάς Ευάγγελος

ΣΠΟΥΔΑΣΤΕΣ

ΠΑΤΡΑ 2012

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

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Πρόλογος.....	7
Εισαγωγή.....	8

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1:ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

1.1	Επιδημιολογια παγκοσμίως.....	11
1.2	Επιδημιολογία Ευρώπης.....	12
1.3	Επιδημιολογικά στοιχεία από την Ελλάδα.....	13

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2:ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΟΔΗΓΟΥΝ ΣΤΗ ΛΗΨΗ ΟΥΣΙΩΝ

2.1	Ατομικοί παράγοντες.....	17
2.2	Περιβαλλοντικοί παράγοντες.....	18

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3:ΕΙΔΗ ΟΥΣΙΩΝ

3.1	Αλκοόλ(Αιθανόλη).....	21
3.1.1	Ορισμός.....	21
3.1.2	Ιστορία.....	21
3.1.3	Οι βλαπτικές επιδράσεις του αλκοόλ.....	23
3.1.4	Εξάρτηση και αλκοολισμός.....	25

3.1.5	Κατανάλωση αλκοόλ και ατυχήματα.....	25
3.1.6	Κοινωνικές επιπτώσεις.....	26
3.1.7	Μέτρα και πολιτικές για την αντιμετώπιση του αλκοόλ στην Ελλάδα.....	26
3.1.8	Στρατηγική του παγκόσμιου οργανισμού υγείας για το αλκοόλ.....	28
3.2	Καφεΐνη, μια ψυχοδιεγερτική ουσία.....	30
3.2.1	Καφεΐνη.....	30
3.2.2	Ιστορία της καφεΐνης.....	30
3.2.3	Δράσεις της καφεΐνης.....	30
3.2.4	Ανάπτυξη ανοχής στην καφεΐνη-Στερητικά συμπτώματα.....	31
3.2.5	Καφεΐνη και καρδιαγγειακές παθήσεις.....	31
3.2.6	Κατανάλωση καφέ και κακοηθείς νεοπλασίες.....	32
3.2.7	Καφές, καφεΐνη και οφέλη για την υγεία.....	33
3.3	Τσιγάρο(Νικοτίνη).....	33
3.3.1	Η ιστορία του καπνίσματος.....	33
3.3.2	Προέλευση νικοτίνης.....	34
3.3.3	Φαρμακολογικές ιδιότητες.....	34
3.3.4	Τοξικότητα της νικοτίνης.....	35
3.3.5	Συνέπειες του καπνίσματος.....	36
3.3.6	Χαρακτηριστικά της εξάρτησης.....	37
3.3.7	Αντιμετώπιση εξάρτησης.....	38
3.4	Οπιούχα.....	39
3.4.1	Ιστορία και προέλευση.....	39
3.4.1.1	Φαρμακολογικές ιδιότητες.....	39
3.4.1.2	Χαρακτηριστικά της εξάρτησης.....	41

3.4.1.3 Τοξικότητα και παρεμβάσεις στα οπιοείδη.....	41
3.4.1.4 Ο φόβος του εθισμού στα οπιοειδή.....	42
3.4.1.5 Η χορήγηση οπιοειδών και ο ρόλος του νοσηλευτή στο χρόνια καρκινικό πόνο.....	44
3.4.2 Μορφίνη.....	46
3.4.3 Ηρωίνη.....	46
3.4.3.1 Ιστορία και προέλευση.....	46
3.4.3.2 Φαρμακολογικές ιδιότητες.....	47
3.4.3.3 Ανοχή και εξάρτηση.....	48
3.4.3.4 Ηρωίνη και εγκυμοσύνη.....	49
3.4.4 Μεθαδόνη.....	49
3.4.4.1 Ιστορία-Προέλευση.....	49
3.4.4.2 Φαρμακολογικές ιδιότητες.....	50
3.4.5 Βουπρενορφίνη.....	51
3.4.5.1 Ιστορία-Προέλευση.....	51
3.4.5.2 Φαρμακοκινητική.....	51
3.4.5.3 Φαρμακολογικές ιδιότητες.....	51
3.5 Κανναβινοείδη.....	52
3.5.1 Ιστορία-Προέλευση και επιδημιολογία.....	52
3.5.2 Φαρμακολογικές ιδιότητες.....	54
3.5.3 Τοξικότητα.....	54
3.5.4 Κατάχρηση και εξάρτηση.....	55
3.5.5 Θεραπευτική προσέγγιση και ο ρόλος του νοσηλευτή.....	56
3.6 Κατασταλτικά κεντρικού νευρικού συστήματος.....	56
3.6.1 Βαρβιτουρικά.....	56

3.6.2	Βενζοδιαζεπίνες.....	57
3.6.3	Βουσπιρόνη.....	58
3.6.4	Εισπνεόμενα πτητικά.....	59
3.7	Ψυχοδιεγερτικά φάρμακα.....	60
3.7.1	Κοκαΐνη.....	60
3.7.1.1	Ιστορία και προέλευση.....	60
3.7.1.2	Φαρμακολογικές ιδιότητες.....	61
3.7.1.3	Χαρακτηριστικά εξάρτησης.....	62
3.7.1.4	Νοσηλευτικές παρεμβάσεις στην αντιμετώπιση συμπτωμάτων.....	64
3.7.2	Μια νέα μορφή ναρκωτικού το <<κραχ>>.....	64
3.7.2.1	Προέλευση-Χημεία.....	64
3.7.2.2	Φαρμακολογικές ιδιότητες.....	65
3.7.2.3	Χαρακτηριστικά εξάρτησης.....	65
3.7.2.4	Αντιμετώπιση εξάρτησης.....	66
3.7.3	Αμφεταμίνη και παράγωγα.....	67
3.7.3.1	Ιστορία.....	67
3.7.3.2	Φαρμακολογικές ιδιότητες.....	67
3.7.3.3	Χαρακτηριστικά της εξάρτησης.....	68
3.7.3.4	Αντιμετώπιση της εξάρτησης και ο ρόλος του νοσηλευτή.....	69
3.7.4	Μεθυλοξανθίνες.....	69
3.7.4.1	Ιστορία και προέλευση.....	70
3.7.4.2	Φαρμακολογικές ιδιότητες.....	70
3.7.4.3	Χαρακτηριστικά της εξάρτησης.....	71
3.8	Ψευδαισθησιογόνα φάρμακα.....	72
3.8.1	Ταξινόμηση.....	72

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΨΗ

4.1	Πρωτοβάθμια πρόληψη.....	74
4.1.1	Νοσηλευτική παρέμβαση.....	75
4.2	Δευτεροβάθμια πρόληψη.....	78
4.2.1	Νοσηλευτική παρέμβαση.....	79
4.3	Τριτοβάθμια πρόληψη.....	81
4.3.1	Νοσηλευτική παρέμβαση.....	81

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	83
ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	85
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	86
SUMMARY.....	87
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	88
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	90

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Πολλά ευφραντικά προϊόντα είναι στενά συνδεδεμένα με την εξελικτική πορεία της ανθρωπότητας, στην οποία μάλιστα έχουν ασκήσει ποικίλες και σημαντικές επιρροές. Η Εθνοφαρμακολογία αποτελεί επιστημονικό κλάδο που ασχολείται με την πολιτιστική, ανθρωπολογική και ιστορική πλευρά της χρήσης διαφόρων φυσικών προϊόντων με ψυχότροπες ή άλλες ιδιότητες. Με αντίστοιχο τρόπο, η κοινωνική φαρμακολογία εξετάζει ανάμεσα στα άλλα τη χρήση και την κατάχρηση ουσιών μέσα στα δεδομένα του σύγχρονου πολιτισμού.

Το φαινόμενο, το πρόβλημα ή η αυξανόμενη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών δίνει λαβή για πολύπλευρη επιστημονική ενασχόληση. Είναι το πεδίο σύντηξης διαφορετικής προέλευσης γνώσεων από τις βιολογικές, τις νομικές και τις κοινωνικές επιστήμες. Η ανάμιξη τόσο ποικίλων επιστημονικών θεωρήσεων, όπως είναι αναμενόμενο απαιτεί μακροχρόνια μελέτη για την εξαγωγή διαυγών και χρήσιμων συμπερασμάτων.

Φιλοδοξία αυτής της εργασίας είναι η παρουσίαση των σημερινών ιατρικών και νοσηλευτικών γνώσεων για τις εξαρτησιογόνες ούσιες (ναρκωτικά, αλκοόλ, νικοτίνη, ψυχοδιεγερτικά φάρμακα) με τρόπο συστηματικό και σαφή, ώστε να αποτελέσουν βάση ορθού προβληματισμού.

Τα τελευταία χρόνια διακρίνονται από ιδιαίτερη άνθηση της ανεύθυνης και λανθασμένης παραπληροφόρησης για τα ναρκωτικά. Το γεγονός αυτό θέτει ανυπέρβλητα εμπόδια σε όλους εκείνους που θα θελήσουν να καταλάβουν το τυχόν ατομικό τους πρόβλημα ή το κοινωνικό φαινόμενο της χρήσης φαρμάκων.

Από καθαρά κοινωνιολογική άποψη, ενδιαφέρον παρουσιάζει η παρατήρηση ότι τα άτομα που ζουν σε αυστηρά ελεγχόμενες κοινωνικές ομάδες, είτε ως αυτούσιο έθνος είτε ως κάποια εθνική μειονότητα ή άλλη περιχαρακωμένη ομάδα (π.χ. θρησκευτική) μέσα σε ένα κοινωνικό σύνολο, παρουσιάζουν πολύ περιορισμένες τάσεις για κατάχρηση και γενικώς κακή χρήση φαρμακευτικών ουσιών. Αντίθετα, άτομα που ζουν σε πολλές από τις σύγχρονες κοινωνίες βρίσκονται σε μια φανερή αντίφαση. Από τη μια μεριά υπάρχει ρευστότητα στις κοινωνικές δομές που επιτρέπει σε κάθε είδους δοκιμές και πειραματικές χρήσεις. Ταυτόχρονα, από την άλλη μεριά υπάρχουν αρκετά αυστηροί νομικοί περιορισμοί που απαγορεύουν με την οποιαδήποτε κρατική παρέμβαση, την παραϊατρική χρήση φαρμακευτικών ουσιών. Κυριότερα επιχειρήματα είναι η επιδείνωση της υγείας του ατόμου και η μείωση της παραγωγικότητας και της γενικότερης ευημερίας του κοινωνικού συνόλου. Τα στοιχεία αυτά ποικίλλουν τόσο ανάλογα με τις γενικότερες κοινωνικο-οικονομικές συγκυρίες που επικρατούν, όπως επίσης ανάλογα και με την πολιτιστική κληρονομιά κάθε κοινωνίας. (Μαρσέλος Μ, 2007)

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών δεν είναι ένα καινούργιο φαινόμενο.Ο άνθρωπος,από την αρχή της ιστορίας του κόσμου,πριν ακόμα οργανωθεί σε κοινότητες,ένιωσε την ανάγκη να επέμβει και να τροποποιήσει τον ψυχικό και συναισθηματικό του κόσμο.Να επέμβει ώστε να αλλάξει την συναισθηματική του κατάσταση και την διάθεση του με αποτέλεσμα αρκετές φορές να αλλάξει και την φυσική του κατάσταση.

Αρκετές εξαρτησιογόνες ουσίες,κυρίως φυσικές,χρησιμοποιήθηκαν για αιώνες ολόκληρους σε θρησκευτικές,ιατρικές και κοινωνικές τελετές από διάφορους λαούς και φυλές στον κόσμο.Με τη χρήση τους γινόταν προσπάθεια να γιατρευτεί ο πόνος,ψυχικός και σωματικός,να αποκτηθεί δύναμη και κουράγιο απέναντι στις φυσικές και συναισθηματικές δυσκολίες της ζωής,να αντιμετωπισθούν οι περιβαλλοντικές αντιξοότητες,να υπάρξει ένωση με το <<Θείο>>,ώστε να υπερβεί ο άνθρωπος τον εαυτό του.

Η προόδος των μέσων μετακίνησης,η ανάπτυξη των διαπολιτιστικών ταξιδιών και η επικοινωνία των διαφόρων λαών συντελεσαν στη διάδοση των ουσιών και του τρόπου χρήσης τους.Μέσω αυτής της μεταφοράς από κουλτούρα σε κουλτούρα η χρήση των ουσιών έχασε τόσο το τελετουργικό κομμάτι που είχε,όσο και το αντικειμενικά ή υποκειμενικά χρηστικό.Έτσι άρχισε το φαινόμενο της κατάχρησης αυτών των ουσιών,η εμφάνιση νέων συνθετικών ουσιών καθώς και οι πρώτες μελέτες και αναλύσεις γι' αυτές,που αφορούσαν στους τρόπους χρήσης,στα συμπτώματα,στις παρενέργειες.

Από τις αρχές του 1800 και προοδευτικά,με κορύφωση γύρω στα μέσα του 20^{ου} αιώνα,αυξάνεται η χρήση των διαφόρων εξαρτησιογόνων ουσιών ενώ παράλληλα κατασκευάζονται και διαδίδονται νέες.Με την πρόοδο της ιατρικής,της χημείας και της φαρμακολογίας τόσο η κατασκευή όσο και η πρόσβαση σε αυτές γίνεται ολοένα και πιο εύκολη.Γύρω στη δεκαετία του '20 φτάνουμε να μιλάμε για προβλήματα αλκοολισμού και τοξικομανίας σε διεθνές και εθνικό επίπεδο.Σε περιόδους μεγάλων κρίσεων(πολέμων,φυσικών καταστροφών)παρουσιάζεται πρόσκαιρη μείωση,αλλά γενικά το φαινόμενο έχει ανοδική τάση.

Σήμερα,η χρήση,η κατάχρηση ουσιών και η εξάρτηση από αυτές(σε διαφορετικό βαθμό και έκταση μεταξύ των κοινωνιών)έχει πάρει μεγάλες διαστάσεις και αποτελεί φαινόμενο επιβαρυντικό και καταστροφικό,τόσο για τις κοινωνίες,όσο και για τα μέλη τους.Παρατηρείται σε όλα τα κοινωνικοοικονομικά στρώματα,αγγίζοντας πολύ νεαρές ηλικίες.Εμφανίζεται σαν σύμπτωμα μιας δυσλειτουργίας του ατόμου,σαν ένδειξη αδυναμίας να απαλύνει τον ψυχικό πόνο ακόμα και σαν τρόπος διαφυγής από τα πραγματικά ή φανταστικά αδιέξοδα.Η

δημιουργία και υλοποίηση προγραμμάτων πρόληψης θα μπορούσαν να βοηθήσουν στην ενίσχυση των προστατευτικών παραγόντων της ψυχικής υγείας του ατόμου.

Το μέλλον προβλέπεται δισοίωνα. Η όλο και μεγαλύτερη αυξανόμενη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών, κυρίως από τους νέους, δεν αφήνει πολλά περιθώρια εφουσιχασμού. Η πρόληψη αποτελεί ισχυρό όπλο και μπορεί να αποδειχθεί σωτήριος παράγοντας. Ας πολεμήσουμε λοιπόν όλοι μαζί για ένα καλύτερο αύριο, για μια ζωή χωρίς εξαρτήσεις! .(Δαρδαβέσης Θ, 2007)



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1:ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1:ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

1.1 Επιδημιολογία παγκοσμίως

Επιδημιολογία είναι η επιστήμη που μελετά τη συχνότητα των νόσων στους ανθρώπινους πληθυσμούς.Η συχνότητα των νόσων μετράται και σχετίζεται με διάφορα χαρακτηριστικά των ατόμων ή με το περιβάλλον τους.Η διερεύνηση της συχνότητας των νόσων δεν είναι ένα καινούργιο φαινόμενο.Ωστόσο,η ανάπτυξη της επιδημιολογικής θεωρίας και μεθόδου τις τελευταίες δεκαετίες παγκοσμίως έχει ανοίξει νέες δυνατότητες και έχει διεγείρει το ενδιαφέρον μέσα σε πολλά πεδία εφαρμογών.(Anders Ahlbom,Staffan Norell,2006)

Στις Η.Π.Α,από τα τέλη της δεκαετίας του '70,τα ευρήματα των επιδημιολογικών ερευνών αξιοποιούνται για τη διαμόρφωση θεωρητικής βάσης στην πρόληψη.Ξεκινά,τότε,μια νέα περίοδος προώθησης της έρευνας με στοιχεία,όπως ο εντοπισμός των κρίσιμων ηλικιών έναρξης της χρήσης και η διαπίστωση συσχέτισης μεταξύ κατάχρησης νομίμων ουσιών και χρήσης παράνομων ουσιών.

Για την πρόληψη αυτό σημαίνει ότι οι παρεμβάσεις πρέπει να σχεδιάζονται έγκαιρα και να στοχεύουν σε μικρές ηλικιακές ομάδες,με επικέντρωση στην αποχή ή στην καθυστέρηση της έναρξης χρήσης νομίμων ουσιών.Έρευνες στο μαθητικό πληθυσμό με σκοπό τη διερεύνηση της συμπεριφοράς σε σχέση με τη χρήση ουσιών αποτυπώνουν την έκταση της χρήσης ουσιών και την εξελικτική της πορεία διαχρονικά.Η πρόκληση για την πρόληψη είναι η επιβράδυνση της εξελικτικής πορείας της χρήσης,ενώ οι επιδημιολόγοι καλούνται να εξηγήσουν τους λόγους της αυξητικής πορείας του φαινομένου.

Έρευνες για την αιτιολογία της χρήσης και κατάχρησης ουσιών δείχνουν ότι η διαδικασία μύησης στη χρήση και το πέρασμα από τη δοκιμή στη συστηματική χρήση,είναι ιδιαίτερα σύνθετη και σχετίζεται με διάφορους παράγοντες(γενετικοί,συναισθηματικοί,ψυχολογικοί,κοινωνικοί).Ωστόσο,τη μεγαλύτερη επίδραση στην έναρξη της χρήσης έχουν οι διαπροσωπικές σχέσεις,η οικογένεια και οι συνομήλικοι.

Διαπιστώνεται πως οι γονείς έχουν επιρροή από τις πρώτες ηλικίες στην εξελικτική πορεία της χρήσης ουσιών.Ενώ διάφορα αιτιολογικά μοντέλα χαρακτηρίζουν την επιρροή των συνομηλίκων βασικό πρόδρομο παράγοντα για την καταφυγή στη χρήση,η αρνητική στάση των γονιών χαρακτηρίζεται βασικός παράγοντας αποτροπής.Ο γονεϊκός έλεγχος παρεμβάλλεται στην επιρροή των συνομηλίκων.Οι παραπάνω αιτιολογικές έρευνες επισημαίνουν ότι οι παρεμβάσεις στην οικογένεια που στοχεύουν στην απάλυνση των συγκρούσεων,την εμπλοκή της

οικογένειας και την καθοδήγηση,δρουν προληπτικά μειώνοντας προβλήματα συμπεριφοράς και ειδικότερα στην κατάχρηση ουσιών.Οι πλέον επικίνδυνες περίοδοι στη ζωή του ατόμου είναι η μετάβαση από το ένα εξελικτικό στάδιο στο επόμενο,για παράδειγμα,από την παιδική στην εφηβική ηλικία ή από την υποχρεωτική εκπαίδευση στην ακαδημαϊκή εκπαίδευση.Το συμπέρασμα που προκύπτει για την πρόληψη είναι η ανάγκη σχεδιασμού παρεμβάσεων που δρουν υποστηρικτικά στο άτομο ιδιαίτερα όταν βρίσκεται σε μεταβατικό εξελικτικό στάδιο.

Παράλληλα,στην Ευρώπη και ιδιαίτερα σε χώρες της δυτικής Ευρώπης,από τα τέλη της δεκαετίας του '70,διεξάγονται αντίστοιχες επιδημιολογικές έρευνες οι οποίες επιβεβαιώνουν τα αποτελέσματα των Αμερικανικών μελετών.Συστηματικές προσπάθειες γίνονται από τη δεκαετία του '90.Εντοπίζονται ομάδες υψηλού κινδύνου,εξακριβώνονται παράγοντες επικινδυνότητας που συνδέονται με τη χρήση,καθώς και παράγοντες που μπορεί να αποτρέψουν το άτομο να καταφύγει στις ουσίες.Σ' αυτούς διακρίνονται περιβαλλοντικοί και ατομικοί παράγοντες.Η ιδιαίτερη έμφαση που δίνεται στους ατομικούς παράγοντες οδηγεί σε παρεμβάσεις με στόχο την ενδυνάμωση του ατόμου ώστε να αναλαμβάνει την ευθύνη της περιφρούρησης της υγείας του και διερευνάται η μεθοδολογία προσέγγισης. (Anders Ahlbom,Staffan Norell,2006)

1.2 Επιδημιολογία Ευρώπης

Οι διαφορές που υπάρχουν ανάμεσα στις Ευρωπαϊκές χώρες,δεν επιτρέπουν το σχεδιασμό μιας ενιαίας Ευρωπαϊκής προσέγγισης στην πρόληψη.Κάτι τέτοιο θα απαιτούσε συστηματική συλλογή στοιχείων από την κάθε χώρα,τα οποία,επιπλέον,θα πρέπει να είναι και μεταξύ τους συγκρίσιμα.Το συντονιστικό ρόλο για όλες τις σχετικές επιδημιολογικές μελέτες, ανέλαβε το ΕΚΠΙΝΤ (Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας),το οποίο άρχισε να λειτουργεί ως Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο από το 1995.Έκτοτε,η κατάσταση του προβλήματος των ναρκωτικών στην Ευρωπαϊκή Ένωση αποτυπώνεται αναλυτικά σε ετήσιες εκθέσεις.Στην έκθεση του 2000 συμπεριλαμβάνονται για πρώτη φορά στοιχεία σχετικά με το πρόβλημα των ναρκωτικών στις χώρες της Κεντρικής και Ανατολικής Ευρώπης.Για τη συλλογή των στοιχείων και την ανάλυση τους ,το ΕΚΠΙΝΤ συνεργάζεται με εθνικά εστιακά σημεία.Στην Ελλάδα η λειτουργία του Εθνικού Κέντρου Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα ναρκωτικά έχει ανατεθεί στο Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής(ΕΠΙΨΥ).(Σαρρής Μ,2001)

Σημαντική συνεισφορά έχουν και οι έρευνες του ESPAD(European Research Project on Alcohol and other Drugs)που ανήκει στο Συμβούλιο της Ευρώπης.Σ' αυτό συμμετέχουν τριάντα ευρωπαϊκές χώρες,με στόχο τη διεξαγωγή εθνικών

επιδημιολογικών ερευνών στο μαθητικό πληθυσμό για τη χρήση νόμιμων και παράνομων ουσιών.Βασικός σκοπός των ερευνών είναι η συλλογή συγκρίσιμων στοιχείων για τη χρήση οινοπνευματωδών,καπνού και ναρκωτικών,από μαθητές ηλικίας 15-16 χρόνων.Η πρώτη έρευνα πραγματοποιήθηκε το 1995 και επαναλήφθηκε το 1999.Από τα αποτελέσματα του EPSAD αναδεικνύονται στοιχεία που μπορούν να αξιοποιηθούν στις παρεμβάσεις πρόληψης,όπως:

- Η καταγραφή των γενικών τάσεων σχετικά με τη χρήση ναρκωτικών και των προτύπων χρήσης για το σχεδιασμό αντίστοιχων προληπτικών παρεμβάσεων.

- Η διαπίστωση των πραγματικών διαστάσεων της επικράτησης της χρήσης και κατάχρησης για να αποφευχθεί υπερεκτίμηση της κατανάλωσης ουσιών που διαμορφώνει στάσεις ανοχής στη χρήση.

- Η περιορισμένη απήχηση της κινδυνολογίας και των εκφοβιστικών μεθόδων για την αποφυγή της χρήσης

Η ευκολία πρόσβασης στα ναρκωτικά αποτελεί σημαντικό προγνωστικό παράγοντα για τον πειραματισμό των νέων ανθρώπων με τις παράνομες ουσίες.Στις περισσότερες Ευρωπαϊκές χώρες,η πλειοψηφία των μαθητών δηλώνουν ότι μπορούν εύκολα να προμηθευτούν κάνναβη ακόμα και στο χώρο του σχολείου.Στη χώρα μας το 65% των μαθητών θεωρούν ότι η πρόσβαση στην κάνναβη είναι εύκολη σε οποιοδήποτε μέρος,ένω το 18% δηλώνουν το ίδιο για το χώρο του σχολείου. (Anders Ahlbom,Staffan Norell,2006)

1.3 Επιδημιολογικά στοιχεία από την Ελλάδα

Στο πλαίσιο του ευρύτερου επιδημιολογικού και ψυχοκοινωνικού προγράμματος της Ψυχιατρικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών για την χρήση ναρκωτικών στην Ελλάδα,διεξήχθησαν πανελλαδικές επιδημιολογικές έρευνες στο μαθητικό και στο γενικό πληθυσμό της χώρας μας.Οι πρώτες έρευνες,το 1984,είχαν ως στόχο την αντικειμενική καταγραφή της έκτασης της χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών,νομίμων και παράνομων,καθώς και τη διερεύνηση των ψυχοκοινωνικών αιτιών που συνδέονται με τη χρήση ουσιών.

Η πρώτη πανελλαδική έρευνα στο μαθητικό πληθυσμό πραγματοποιήθηκε το 1984 σε δείγμα περίπου έντεκα χιλιάδων(11.000)μαθητών ηλικίας 13-18 ετών.Επαναλήφθηκε το 1993 και το 1998 σε αντίστοιχο δείγμα.Από τα στοιχεία της έρευνας του 1984 επιβεβαιώνονται ευρήματα ερευνών άλλων χωρών πως το φαινόμενο της χρήσης και κατάχρησης ουσιών είναι ένα φαινόμενο με πολυαιτιολογική προέλευση.Παράγοντες κοινωνικοί(όπως κοινωνικές αξίες και στάσεις,διαθεσιμότητα ουσιών,επίδραση της διαφήμισης και των μέσων μαζικής

ενημέρωσης), περιβαλλοντικοί (χρήση ουσιών από φίλους ή μέλη της οικογένειας), οικογενειακοί (επικοινωνία μέσα στην οικογένεια, διαπαιδαγώγηση, οικογενειακή ψυχοπαθολογία) διαπλέκονται με άλλοτε άλλη βαρύτητα, καθορίζοντας τη δοκιμή, συνέχιση, κατάχρηση ή διακοπή της χρήσης ψυχότροπων ουσιών. (Anders Ahlbom, Staffan Norell, 2006)

Για τον καθορισμό των παραγόντων κινδύνου που συνδέονται με τη χρήση και κατάχρηση νομίμων και παράνομων ουσιών, τα δεδομένα της έρευνας αναλύθηκαν με στατιστικές μεθόδους, για να καθοριστούν οι στατιστικά σημαντικοί προγνωστικοί παράγοντες που διαχωρίζουν τους χρήστες από τους μη-χρήστες. Ως κοινοί προγνωστικοί παράγοντες για τη χρήση νομίμων και παράνομων ψυχότροπων ουσιών εμφανίζονται τα προβλήματα συμπεριφοράς (αντικοινωνική συμπεριφορά, φυγές από το σπίτι), τα συναισθηματικά προβλήματα (απόπειρες αυτοκτονίας, ψυχοσωματικά συμπτώματα, χρήση ψυχοφαρμάκων), τα εκπαιδευτικά (απόδοση στο σχολείο) η χρήση και κατάχρηση ουσιών, νομίμων ή μη, η στάση απέναντι στη χρήση ουσιών (μειωμένη αντίληψη κινδύνου) και η χρήση ουσιών από γονείς. Περισσότερο καθοριστικοί παράγοντες στη χρήση ναρκωτικών αποδεικνύονται οι ατομικοί (χαρακτηριστικά προσωπικότητας, ψυχοπαθολογία) και λιγότερο οι περιβαλλοντικοί-διαπροσωπικοί παράγοντες.

Ο εντοπισμός χαρακτηριστικών προγνωστικών παραγόντων για τη χρήση παράνομων ουσιών επιτρέπει τη διαπίστωση πως η χρήση ναρκωτικών έχει να κάνει με αιτιολογικούς παράγοντες που, ανάλογα με τις συνθήκες που διαμορφώνονται για κάθε άτομο, μπορούν να οδηγήσουν και σε άλλες μορφές καταστρεπτικής συμπεριφοράς, όπως η παραπτοματικότητα, η βία, η αυτοκτονία. Οποιαδήποτε προσπάθεια πρόληψης απευθύνεται στους εφηβούς, πρέπει να λάβει υπόψη της τη σχέση που υπάρχει ανάμεσα στους διαφόρους τύπους αποκλίνουσας συμπεριφοράς. (Σαρρής Μ, 2001)

Η έρευνα στο γενικό πληθυσμό διεξήχθη σε αντιπροσωπευτικό δείγμα του πληθυσμού ηλικίας 12-64 ετών. Η πρώτη έρευνα το 1984 πανελλαδικά, επαναλήφθηκε με την ίδια μεθοδολογία το 1993 στην ευρύτερη περιοχή της Αθήνας και το 1998, πανελλαδικά.

Η πανελλαδική έρευνα στο γενικό πληθυσμό είχε ως στόχο τη διερεύνηση των διαστάσεων του φαινομένου της χρήσης νόμιμων και παράνομων ουσιών ιδιαίτερα στο χώρο της νεολαίας (μαθητικός και μη μαθητικός πληθυσμός, φοιτητές-σπουδαστές και εργαζόμενοι νέοι), καθώς και των αιτιολογικών παραγόντων και άλλων κοινωνικών, ψυχολογικών ή οικογενειακών παραγόντων που συνδέονται με το φαινόμενο αυτό. Η έρευνα αποτελεί την πρώτη στην Ευρώπη εθνικού επιπέδου επιτόπια έρευνα σε γενικό πληθυσμό. Το δείγμα κάλυπτε όλο σχεδόν το γεωγραφικό χώρο της Ελλάδας για το ηλικιακό φάσμα 12-64 ετών. Το 57% του συνολικού δείγματος αποτέλεσαν νέοι 12-24 ετών.

Από την έρευνα των ανωτέρω παραμέτρων οι έρευνες στο γενικό πληθυσμό αποτυπώθηκαν ατοιχεία:

- Για τη συνολική έκταση του προβλήματος της χρήσης ουσιών(νόμιμων και παράνομων)σε μεγάλες γεωγραφικές περιοχές,καθώς και των παραγόντων που πιθανόν συσχετίζονται με τη χρήση αυτών των ουσιών

- Για τα χαρακτηριστικά των χρηστών(κοινωνικά,πολιτιστικά,ψυχολογικά,δημογραφικά)σε σύγκριση με τους μη-χρήστες

- Για την αποκάλυψη πιθανών αιτιολογικών παραγόντων που ενοχοποιούνται για την εμπλοκή των ατόμων στη χρήση των ουσιών. (Anders Ahlbom,Staffan Norell,2006)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2:
ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ
ΟΔΗΓΟΥΝ ΣΤΗ ΛΗΨΗ ΟΥΣΙΩΝ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 :ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΟΔΗΓΟΥΝ ΣΤΗ ΛΗΨΗ ΟΥΣΙΩΝ

Ο δρόμος που οδηγεί στην εξάρτηση φαίνεται να είναι μια 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 οι η πορεία που οδηγεί στην ουσιοεξάρτηση είναι μία διαδικασία όπου ατομικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες παίζουν εξίσου σημαντικό ρόλο.

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 προσπάθεια 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 οποιοειδή επιλέγονται για τη σημαντική κατασταλτική τους επίδραση στα αποδιοργανωτικά και απειλητικά συναισθήματα οργής και επιθετικότητας που βιώνει ο χρήστης ενώ τα διεγερτικά προτιμώνται για την ικανότητα τους να ανακουφίζουν από διάφορες διαταραχές σχετικές με κατάθλιψη, υπομανία και υπερδραστηριότητα. (Χαραλαμπίδης Ε, 2003)

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. Οι σταθεροί συναισθηματικοί δεσμοί στην οικογένεια, φαίνεται να προστατεύουν το παιδί από τις ουσίες ενώ η έλλειψη σωστής εποπτείας και η παραμέληση σχετίζονται θετικά με τη χρήση ουσιών.

Προσωπικότητα

Υπάρχει πληθώρα αναφορών που υποστηρίζουν ότι στοιχεία όπως οι ψυχοπαθολογικές διαταραχές των χρηστών, η χαμηλή τους αυτοεκτίμηση, η άσχημη σχολική επίδοση, η παραπτωματική-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 την 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,ήταν ευρέως χρησιμοποιούμενες και η χρήση τους ήταν συνδεδεμένη με προβλήματα που προκαλούσαν σε ατομικό και κοινωνικό επίπεδο. (Χαραλαμπίδης Ε,2003)



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3:ΕΙΔΗ ΟΥΣΙΩΝ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3:ΕΙΔΗ ΟΥΣΙΩΝ

3.1 ΑΛΚΟΟΛ(ΑΙΘΑΝΟΛΗ)

3.1.1 Ορισμός

Ο όρος αλκοόλ προέρχεται από την αραβική λέξη “al kohl”.Το αλκοόλ που βρίσκεται στα αλκοολούχα ποτά ονομάζεται αιθυλική αλκοόλη και έχει το χημικό τύπο C_2H_5OH .Ο άνθρακας,το υδρογόνο και το οξυγόνο αποτελούν τα μόνα στοιχεία της αιθυλικής αλκοόλης.Αυτή είναι το μόνο είδος αλκοόλης που είναι ασφαλές για ανθρώπινη κατανάλωση,ταξινομείται φαρμακολογικά και μπορεί να προκαλέσει καταστολή του κεντρικού νευρικού συστήματος.

3.1.2 Ιστορία

Δεν έχει εξακριβωθεί ποτέ αρχίζει στην ανθρώπινη ιστορία η χρήση του αλκοόλ,ούτε η εμφάνιση του μπορεί να συσχετισθεί με την ύπαρξη ορισμένων ιστορικών και κοινωνικών συνθηκών.Η παραγωγή και πώληση οινοπνευματωδών ποτών είναι διαδικασίες ρυθμισμένες με νόμους από τους πρώτους κιόλας πολιτισμούς.Ο κώδικας του Χαμουραπί περιείχε διατάξεις που ρίθμιζαν τον κανονισμό λειτουργίας των “οίκων οινοποσίας”.Οι Σουμέριοι και οι Αιγύπτιοι ιατροί χρησιμοποιούσαν την μύρα και το κρασί σαν συστατικό στοιχείο των ιατρικών συνταγών.Το νερό που στους πρώτους πολιτισμούς ήταν από τα πολυτιμότερα αγαθά,το χρησιμοποιούσαν αρχικά και για να κάνουν σπονδές στις διάφορες λατρευτικές τελετουργίες.Αργότερα όμως αντικαταστάθηκε από το γάλα,το μέλι,το κρασί ή την μύρα.

Η εισαγωγή των οινοπνευματωδών ποτών στο τυπικό πολλών θρησκειών συνδέεται με την ιδιότητα τους να φέρνουν τους ιερείς σε μια επιθυμητή κατάσταση έκστασης.Η ιδιότητα αυτή θεωρούνταν αποτέλεσμα της παρουσίας υπερφυσικών πνευμάτων και θεών.Το κόκκινο κρασί στα πλαίσια των θρησκευτικών του χρήσεων,ταυτίστηκε από την αρχή με το σύμβολο του αίματος της ζωής και με αυτή την πνευματική σημασία πέρασε ως συστατικό στοιχείο στο χριστιανικό μυστήριο της Θείας Ευχαριστίας.

Ως ποτό η μύρα ήταν γνωστή από τους προϊστορικούς χρόνους. Παρασκευαζόταν από αλεύρι ή σπόρους δημητριακών στην Ασσυρία, τη Βαβυλωνία και την Αίγυπτο. Στην Αίγυπτο η βιομηχανία της προστατεύεται από τους ίδιους τους φαραώ. Οι κινέζοι απέσταξαν ένα ποτό από μύρα ριζιού γύρω στα 800π.χ, ενώ το αράκ αποσταζόταν στις Ανατολικές Ινδίες από καλαμοσάκχαρο και ρύζι. Οι άραβες ανέπτυξαν μια μέθοδο απόσταξης για την παραγωγή ποτού από το κρασί. Όμως το οινόπνευμα (αιθυλική αλκοόλη ή αιθανόλη) αν και είναι το παλαιότερο και πιο διαδεδομένο νόμιμο ναρκωτικό, σε μεγάλες ποσότητες αποτελεί σοβαρό παράγοντα κινδύνου, που σχετίζεται με πολλές παθολογικές καταστάσεις (σωματικές και ψυχικές) και με σοβαρά κοινωνικά προβλήματα. Η νομιμότητα βέβαια του οινόπνευματος δεν είναι δεδομένη. (Παπαγεωργίου Γ, 1999)

3.1.3 Οι βλαπτικές επιδράσεις του αλκοόλ

Το αλκοόλ στον οργανισμό ασκεί πολύπλευρη φαρμακολογική και τοξική δράση και επηρεάζει τη λειτουργία πολλών συστημάτων. Οι δράσεις του εξαρτώνται από την πυκνότητα του αλκοόλ στο αίμα και περιλαμβάνουν:

- α) επιδράσεις στο κεντρικό νευρικό σύστημα και πρόκληση συνακόλουθων διαταραχών
- β) εξάρτηση και αλκοολισμό
- γ) επιδράσεις στο ήπαρ και στο πεπτικό σύστημα
- δ) επιδράσεις στο νευρικό σύστημα
- ε) επιδράσεις στο καρδιαγγειακό και κυκλοφορικό σύστημα
- ζ) επιδράσεις στην κύηση (π.χ αλκοολικό εμβρυικό σύνδρομο)
- η) αύξηση στα ατυχήματα και στις εξωτερικές αιτίες κακώσεων και τραυματισμών

Η κύρια δράση του αλκοόλ αφορά στο κεντρικό νευρικό σύστημα (Κ.Ν.Σ). Η φαρμακολογική δράση του αλκοόλ στο Κ.Ν.Σ είναι κατασταλτική και όχι διεγερτική. Σε μεγάλες μάλιστα συγκεντρώσεις, το κατασταλτικό αποτέλεσμα της δράσης του αλκοόλ είναι ιδιαίτερα εμφανές και μοιάζει με εκείνο των αναισθητικών φαρμάκων.

Τα πρώτα συμπτώματα από το Κ.Ν.Σ εκδηλώνονται μόλις η συγκέντρωση του αλκοόλ στο αίμα ξεπερνάει τα 40mg% και περιλαμβάνουν εξασθένηση της μνήμης και της προσοχής, ήπιες διαταραχές του λόγου, διαταραχές στην εκτέλεση λεπτών

χειρισμών και ελάττωση της αντίδρασης σε αισθητηριακά ερεθίσματα.Στις συγκεντρώσεις αυτές,διατηρείται η πνευματική διαύγεια και το άτομο δεν έχει την αίσθηση της επίδρασης που ασκεί το αλκοόλ στον οργανισμό του.

Αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό κατά την οδήγηση καθώς ενώ ο οδηγός δεν έχει την αίσθηση της επίδρασης της αλκοόλης ώστε να ακολουθήσει περισσότερο συντηρητική οδήγηση,έχει εντούτοις βραδύτερη αντίδραση στα διάφορα ερεθίσματα,γεγονός που μπορεί να αποβεί μοιραίο.Η πυκνότητα των 40gr% μπορεί να επιτευχθεί πολύ εύκολα στον οργανισμό π.χ με την κατανάλωση 60 γραμμαρίων ούισκι ή 200 γραμμαρίων κρασιού.Σε μεγαλύτερες συγκεντρώσεις ,παρατηρείται θόλωση της διάνοιας(μέθη),κεφαλαλγίες και λοιπα συμπτώματα που εμφανίζονται όταν η συγκέντρωση στο αίμα φτάσει τα 150-200mg%.Σε υψηλότερες συγκεντρώσεις εμφανίζεται η εικόνα της βαριάς μέθης και της δηλητηρίασης με σύγχυση,λήθαργο και κόμα.Ο θάνατος είναι σπάνιος από οξεία δηλητηρίαση και μπορεί να επέλθει από παράλυση του κέντρου της αναπνοής όταν η συγκέντρωση του αλκοόλ ξεπεράσει τα 450-500mg%.

Εντούτοις,ο όρος αλκοολισμός δεν πρέπει να θεωρείται συνώνυμος με την εμφάνιση σωματικής εξάρτησης από το αλκοόλ.Ο αλκοολισμός είναι μια κατάσταση κατά την οποία δημιουργούνται στο άτομο προβλήματα υγείας,εργασίας και κοινωνικά προβλήματα με ενδεχόμενες νομικές προεκτάσεις,ανεξάρτητα από το κατά πόσον έχει αναπτυχθεί σωματική εξάρτηση στο αλκοόλ ή όχι.

Η γνωστότερη και σημαντικότερη επίδραση της χρόνιας,πέραν της συνήθους μέτριας κατανάλωσης αλκοόλ,είναι η κίρρωση του ήπατος.Οι χρόνιοι χρήστες αλκοόλης έχουν κατά μέσο όρο 7.5 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να εκδηλώσουν ηπατική κίρρωση από ότι οι μη χρήστες,ενώ ειδικά οι άνδρες που κάνουν υψηλή κατανάλωση έχουν μέχρι και 13 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα.Η κίρρωση του ήπατος είναι το τελικό στάδιο μιας χρόνιας και συνήθως ασυμπτωματικής ηπατικής βλάβης της καλούμενης αλκοολικής ηπατίτιδας.

Η ευαισθησία των ατόμων στην ανάπτυξη κίρρωσης ποικίλλει σημαντικά.Σε δόσεις 60-80 γραμμαρίων αλκοόλ την ημέρα,μετά από 5 χρόνια,περίπου το 10-15% θα παρουσιάσει ηπατικό πρόβλημα.Η αύξηση της ποσότητας επιφέρει ταχύτερα την ηπατική βλάβη και σε μεγαλύτερο ποσοστό χρηστών.Επιπλέον η χρήση αλκοόλ οδηγεί σε λιπώδη διήθηση του ήπατος και σε αύξηση της συχνότητας εμφάνισης πρωτοπαθούς καρκίνου του ήπατος.Στο πεπτικό σύστημα,η χρόνια υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ μπορεί να οδηγήσει σε χρόνια παγκρεατίτιδα,έλκος στομάχου και δωδεκαδακτύλου,χρόνια γαστρίτιδα,ατροφική γαστρίτιδα,δυσασπορρόφηση βιταμινών,ασβεστίου,μαγνησίου κ.τ.λ(Ποταμιανός Γ,1995)

Η κατανάλωση αλκοόλ οδηγεί στην ανάπτυξη διαφόρων τύπων καρκίνων του πεπτικού συστήματος όπως του στόματος, του φάρυγγα, του οισοφάγου, του ήπατος, του παγκρέατος κ.τ.λ. Ο κίνδυνος ανάπτυξης καρκίνου του πεπτικού συστήματος είναι συνολικά τετραπλάσιος σε σχέση με τους μη χρήστες αλκοόλ.

Στο νευρικό σύστημα, η υπερβολική και παρατεταμένη κατανάλωση αλκοόλ προκαλεί ποικίλες βλάβες του εγκεφάλου και των περιφερικών νεύρων. Οι βλάβες αυτές μπορούν να οδηγήσουν σε σημαντικές αναπηρίες διαφόρων μορφών. Επιπλέον, μπορεί να εμφανιστούν επιληψία, περιφερική πολυνευροπάθεια και σύνδρομο Wernicke-Korsakoff. Ο σχετικός κίνδυνος για την επιληψία, ήδη από την μεσαία κατανάλωση αλκοόλ είναι μέχρι και 7.5 φορές μεγαλύτερος σε σύγκριση με αυτούς που δεν κάνουν χρήση αλκοόλ. Επίσης η κατανάλωση αλκοόλ αυξάνει την συχνότητα εκδήλωσης θανατηφόρων ή μη θανατηφόρων αγγειακών επεισοδίων του εγκεφάλου, με ένα σχετικό κίνδυνο που μπορεί να φτάσει στους άνδρες το 2.38 αλλά στις γυναίκες να προσεγγίζει το 8 (ο κίνδυνος δηλαδή είναι 8 φορές μεγαλύτερος).

Είναι διαπιστωμένο ότι η μικρή ως μέτρια κατανάλωση αλκοόλ έχει θετικό προστατευτικό αποτέλεσμα στην πιθανότητα εμφάνισης ισχαιμικής καρδιοπάθειας, καθώς και σακχαρώδη διαβήτη. Εντούτοις, το θετικό αποτέλεσμα αντιστρέφεται όταν η κατανάλωση ξεπεράσει κατά μέσο όρο τα 40 γραμμάρια αλκοόλης την ημέρα για τις γυναίκες και τα 60 γραμμάρια για τους άνδρες. Στην υψηλότερη κατανάλωση οινοπνεύματος παρατηρείται αύξηση του σχετικού κινδύνου για ισχαιμική καρδιοπάθεια η οποία στους άνδρες μπορεί να φτάσει μέχρι 65%. Παράλληλα, σε υψηλή κατανάλωση το αλκοόλ προκαλεί ταχυκαρδία, υπέρταση, καρδιακές αρρυθμίες και αλκοολική μυοκαρδιοπάθεια.

Η χρόνια χρήση αλκοόλ στο αναπνευστικό σύστημα μπορεί να προκαλέσει κρίσεις άπνοιας κατά τον ύπνο, χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια από χημικό ερεθισμό των πνευμόνων, πνευμονία και καρκίνο του λάρυγγα και των πνευμόνων.

Κατά την κύηση, η συστηματική κατανάλωση αλκοόλ προκαλεί στο έμβρυο σοβαρές βλάβες. Μπορούν να προκληθούν αυτόματη αποβολή, χαμηλό βάρος γέννησης, συγγενείς ανωμαλίες, νευρολογικές αναπηρίες, διανοητική καθυστέρηση, ηπατικές βλάβες κ.α. Οι βλάβες είναι συχνότερες όταν η κατανάλωση του αλκοόλ γίνεται κατά το πρώτο τρίμηνο της κύησης κατά το οποίο, ακόμη και μια μέτρια κατανάλωση (1,2 ποτά την ημέρα) μπορεί να οδηγήσει σε εμβρυικές βλάβες.

Μεταξύ των άλλων επιδράσεων του αλκοόλ στον οργανισμό περιλαμβάνονται:

α) Η εμφάνιση αιματολογικών διαταραχών (αναίμια ή θρομβοπενία)

β) Οι μυοσκελετικές διαταραχές (μυοπάθειες, οστεοπόρωση)

γ) Οι διαταραχές της αναπαραγωγικής λειτουργίας (διαταραχές στύσης, μείωση του όγκου και ποιότητας του σπέρματος)

3.1.4 Εξάρτηση και αλκοολισμός

Όταν υπάρχει χρόνια κατανάλωση αλκοόλ, αναπτύσσεται σταδιακά στον οργανισμό ένας βαθμός ανοχής. Αυτό σημαίνει ότι για να επιτευχθεί το ίδιο φαρμακολογικό αποτέλεσμα στον οργανισμό, απαιτούνται όλο και υψηλότερες συγκεντρώσεις αλκοόλ στο αίμα. Δεδομένου ότι ο σκοπός της κατανάλωσης αλκοόλ είναι ακριβώς η πρόκληση αυτού του φαρμακολογικού αποτελέσματος (ευθυμία ή μέθη) η επίτευξή του προϋποθέτει όλο και μεγαλύτερες καταναλώσεις αλκοολούχων ποτών.

Η συνεχόμενη αύξηση του βαθμού ανοχής οδηγεί σταδιακά σε <<σωματική εξάρτηση>>, δηλαδή σε εκδηλώσεις δυσάρεστων συμπτωμάτων, που ονομάζονται <<στερητικά συμπτώματα>>, τα οποία εκδηλώνονται όταν δεν υπάρχουν επαρκή επίπεδα αλκοόλης στο αίμα. Καθώς ο οργανισμός έχει ανάγκη όλο και υψηλότερων επιπέδων αλκοόλης, είναι δυνατόν τα στερητικά συμπτώματα σε μερικές περιπτώσεις να εκδηλωθούν ακόμη και όταν η αλκοόλη βρίσκεται σε επίπεδα 100mg%.

3.1.5 Κατανάλωση αλκοόλ και ατυχήματα

Η κατανάλωση αλκοόλ αποτελεί την αιτία ενός μεγάλου αριθμού τροχαίων, εργατικών και άλλων ατυχημάτων. Η τοξίκωση από αλκοόλη αποτελεί έναν ισχυρό παράγοντα πρόκλησης τροχαίων ατυχημάτων, τραυματισμών ή εγκληματικών πράξεων, ενδοοικογενειακής βίας, πτώσεων και δηλητηριάσεων. Στην Ελλάδα, ο αριθμός των τροχαίων ατυχημάτων που σχετίζεται με την κατανάλωση αλκοολούχων ποτών, ήταν 216.1 ανά 100.000 κατοίκους το έτος 2000 και 185.5 το 2001. Σε ελληνικές έρευνες διαπιστώθηκε ότι η χρήση αλκοόλ αυξάνει σημαντικά τον κίνδυνο πρόκλησης τροχαίου ατυχήματος.

3.1.6 Κοινωνικές επιπτώσεις

Η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ συνδέεται με επιβλαβείς καταστάσεις για τον ίδιο τον χρήστη, το άμεσο περιβάλλον του και το κοινωνικό σύνολο. Τα τελευταία χρόνια, δίνεται ιδιαίτερη βαρύτητα στις κοινωνικές επιπτώσεις της χρήσης αλκοόλ, όπως είναι τα τροχαία ατυχήματα, τα εργασιακά και οικογενειακά προβλήματα και η διαπροσωπική βία. Οι κοινωνικές επιπτώσεις δεν αφορούν όμως μόνο στον χρήστη, αλλά και σε άλλους ανθρώπους: επιβάτες τυχαία εμπλεκόμενους σε τροχαία ατυχήματα, μέλη της οικογένειας του χρήστη που επηρεάζονται από την ανικανότητα του να εκπληρώσει τις κοινωνικές και οικογενειακές του υποχρεώσεις ή που υφίσταται τις συνέπειες της βίας στην οικογένεια, εργοδότες, συνάδελφοι κ.τ.λ

3.1.7 Μέτρα και πολιτικές για την αντιμετώπιση του αλκοόλ στην Ελλάδα

Οι βασικές πολιτικές πρόληψης που εφαρμόζονται στην Ελλάδα αφορούν σε τρεις τομείς:

- α) στον ποιοτικό έλεγχο της παραγωγής αλκοολούχων ποτών
- β) στην απαγόρευση πώλησης αλκοολούχων ποτών σε νέους
- γ) στην απαγόρευση της οδήγησης υπό την επήρεια αλκοόλ

Ο έλεγχος και αδειοδότηση της παραγωγής αλκοολούχων ποτών υλοποιείται με τη θέσπιση άδειας για την παραγωγή αλκοολούχων ποτών. Εντούτοις, ο προσανατολισμός του μέτρου σχετίζεται περισσότερο με τη διασφάλιση των φορολογικών εσόδων του κράτους και όχι με την προστασία της δημόσιας υγείας.

Η απαγόρευση της πώλησης ποτών σε νέους αφορά στην πώληση σε άτομα ηλικίας κάτω των 17 ετών. Παρ' όλα αυτά, η εφαρμογή του υφισταμένου νόμου δεν επιτηρείται καθόλου, με αποτέλεσμα το μέτρο να είναι ουσιαστικά ανενεργό.

Η απαγόρευση της οδήγησης υπό την επήρεια αλκοόλ, με ανώτατη επιτρεπτή συγκέντρωση αλκοόλης στο αίμα το 0,5%, είναι ένα μέτρο η τήρηση του οποίου κατά περιόδους εποπτεύεται ικανοποιητικά, ενώ σε άλλες περιόδους υστερεί. Παρ' όλα αυτά, η Ελλάδα έχει την υψηλότερη στη Δυτική Ευρώπη θνησιμότητα από τροχαία ατυχήματα, γεγονός που υποδηλώνει ολη τη σημασία της αυστηρής εφαρμογής του μέτρου.

Αντίθετα με τα παραπάνω, υπάρχει μια ολόκληρη σειρά τομέων και πολιτικών πρόληψης, στους οποίους η χώρα μας δεν έχει αναπτύξει καμία δραστηριότητα. Καταρχήν η Ελλάδα είναι μια από τις ελάχιστες χώρες της Ευρώπης στις οποίες δεν υπάρχει νομοθετικός προσδιορισμός της έννοιας <<αλκοολούχο ποτό>>. Η έλλειψη αυτή δυσχεραίνει τη λήψη μέτρων και την εφαρμογή πολιτικών πρόληψης. Επίσης είναι μια από τις λίγες ευρωπαϊκές χώρες η οποία δε διαθέτει πολιτικές σχετικά με:

α) τη θέσπιση περιορισμών στα καταστήματα πώλησης και στο σερβίρισμα

β) τη θέσπιση περιορισμών στην κατανάλωση αλκοόλ στους χώρους εργασίας

γ) την οργάνωση εθνικής καμπάνιας ενημέρωσης (με εξαίρεση τους κινδύνους στην οδήγηση)

Τα παραπάνω συματοδοτούν τις κύριες ανεπάρκειες που παρατηρούνται στις πολιτικές πρόληψης που εφαρμόζονται στην Ελλάδα. Τα σημαντικότερα προβλήματα και ανεπάρκειες που διαπιστώνονται στην πολιτική κατά του αλκοόλ συνοψίζονται στα εξής:

- Η απουσία στρατηγικού σχεδιασμού και στοχευμένων δράσεων οδηγεί σε αποσπασματικές ενέργειες και βασικές οργανωτικές αδυναμίες.
- Δε διαθέτουμε ολιστικό σχεδιασμό για την καταπολέμηση των συνεπειών του αλκοόλ.
- Η δραστηριότητα του δημοσίου εξαντλήται συνήθως σε αποσπασματικές ενέργειες ή δράσεις περιορισμένης κλίμακας και δεν επενδύεται σε συνολικές στρατηγικές.
- Δε διαθέτουμε αρμόδιο φορέα για την πρόληψη.
- Δε διαθέτουμε εκπαιδευτικά προγράμματα και δράσεις για την ταυτόχρονη προαγωγή θετικών προτύπων και συμπεριφορών.
- Δε διαθέτουμε εκπαιδευτικά προγράμματα για τα παιδιά και τους νέους.
- Δε διαθέτουμε προγράμματα επιμόρφωσης των εργοδοτών και του προσωπικού για την κατανάλωση αλκοόλ στους χώρους εργασίας.
- Δε διαθέτουμε ειδικά συμβουλευτικά κέντρα και συμβουλευτικές υπηρεσίες.
- Δε διαθέτουμε στοχευμένη επικοινωνιακή πολιτική και εκστρατεία ενημέρωσης.
- Δε διαθέτουμε σύστημα ποιότητας και αξιολόγησης των προγραμμάτων.
- Δε διαθέτουμε πολιτική για την αξιοποίηση και την ανάπτυξη του εθελοντισμού.

3.1.8 Στρατηγική του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας για το αλκοόλ

Ο Π.Ο.Υ έχει υπάρξει η πιο ενεργή σε θέματα αλκοόλ υπηρεσία. Το ευρωπαϊκό σκέλος του Π.Ο.Υ έχει αναλάβει διάφορες πρωτοβουλίες για τη μείωση των αρνητικών επιπτώσεων του αλκοόλ στα κράτη μέλη του. Σε αυτές περιλαμβάνονται το δίκτυο για την πολιτική κατά του αλκοόλ στην Ευρώπη, ο Ευρωπαϊκός Καταστατικός Χάρτης για το αλκοόλ και δυο διυπουργικές συνδιασκέψεις που επιβεβαίωσαν την ανάγκη ανάπτυξης μιας πολιτικής κατά του αλκοόλ (και μιας πολιτικής για τη Δημόσια υγεία γενικότερα) χωρίς την παρέμβαση εμπορικών και οικονομικών συμφερόντων.

Συγκεκριμένα οι κατευθύνσεις για την πολιτική του Π.Ο.Υ στον τομέα του αλκοόλ υπήρξαν αντικείμενο ειδικής συνόδου το 1995 στο Παρίσι, όπου από όλα τα κράτη μέλη του ευρωπαϊκού τμήματος του Π.Ο.Υ, υιοθετήθηκε ο Ευρωπαϊκός Καταστατικός Χάρτης του Π.Ο.Υ για το αλκοόλ.

Επιπλέον το 2001, εκδόθηκε από τον Π.Ο.Υ η <<Διακήρυξη για την υγεία των νέων σε σχέση με το αλκοόλ>>, που αποβλέπει στην προστασία των νέων από αυτό. Στο πλαίσιο του Ευρωπαϊκού Καταστατικού Χάρτη για το αλκοόλ, ο Π.Ο.Υ έχει αναπτύξει μια στρατηγική, η οποία περιλαμβάνει:

- Μέτρα για τη μείωση της διαθεσιμότητας του αλκοόλ
- Περιορισμούς στην πώληση του αλκοόλ
- Περιορισμό της ζήτησης μέσω μιας πολιτικής τιμών και φόρων επί του αλκοόλ.
- Εκπαίδευση και ευαισθητοποίηση της κοινότητας.
- Προστασία των νέων από το αλκοόλ.
- Μέτρα για τον καθορισμό χώρων, όπου απαγορεύεται η κατανάλωση αλκοολούχων.
- Περιορισμούς στη διαφήμιση του αλκοόλ.
- Αυστηρά μέτρα για οδήγηση υπό την επήρεια αλκοόλ.
- Έγκαιρη παρέμβαση με θεραπευτικές δομές και προγράμματα υποστήριξης.

Αναφορικά με την προώθηση αλκοολούχων ποτών, το σχέδιο δράσης του Π.Ο.Υ για το αλκοόλ 2000-2005 προέβλεπε ότι μέχρι το έτος 2005, όλες οι ευρωπαϊκές χώρες πρέπει να υιοθετήσουν μέτρα για την προστασία των παιδιών και των νέων από την έκθεση τους στο αλκοόλ. Στις προτεινόμενες δράσεις για την επίτευξη του στόχου περιλαμβάνονται:

- Περιορισμός της διαφήμισης στις πληροφορίες του προϊόντος και της εμφάνισης του σε έντυπα μέσα που απευθύνονται σε ενήλικες.
- Ανάπτυξη ενός κώδικα διαφήμισης, όπου οι επιτρεπόμενες διαφημίσεις θα αποφεύγουν την υπερπροβολή των επιδράσεων του αλκοόλ και την εμπλοκή νέων παιδιών στις διαφημίσεις αλκοόλ.
- Ανάπτυξη ενός κώδικα πρακτικής με τον σκοπό την αποφυγή προώθησης και διαφήμισης αλκοολούχων προϊόντων που απευθύνονται κυρίως σε ανηλίκους.
- Απαγόρευση της χορηγίας δραστηριοτήτων που σχετίζονται με τον ελεύθερο χρόνο των νέων, από εταιρίες παραγωγής αλκοολούχων ποτών.
- Περιορισμοί στη χορηγία αθλητικών διοργανώσεων από την βιομηχανία ποτών.
- Αυστηρό κανονιστικό πλαίσιο στη διοργάνωση εκδηλώσεων που προβάλλουν την κατανάλωση αλκοόλ, όπως για παράδειγμα της <<γιορτής κρασιού>> του <<φεστιβάλ μπίρας>> ή διαγωνισμών κατανάλωσης ποτού.

Ο Π.Ο.Υ θεωρεί ότι κάθε κοινωνία έχει ιδιαίτερα χαρακτηριστικά και για να είναι αποτελεσματικά τα μέτρα που λαμβάνονται για την αντιμετώπιση της κατανάλωσης αλκοόλ και των επιπτώσεων από αυτό, πρέπει να είναι κατάλληλα για τη συγκεκριμένη κοινωνία που απευθύνονται. Παράλληλα, στο πλαίσιο της στρατηγικής <<ΥΓΕΙΑ 21>> του ευρωπαϊκού τμήματος του Π.Ο.Υ, έχει τεθεί για την Ευρώπη ο ακόλουθος στόχος: Μέχρι το έτος 2015, σε όλες τις χώρες, η κατά κεφαλή κατανάλωση αλκοόλ, δε θα πρέπει να υπερβαίνει τα 6 λίτρα ετησίως και θα πρέπει να είναι κοντά στο 0 στις ηλικίες κάτω των 15 ετών.

3.2 ΚΑΦΕΪΝΗ,ΜΙΑ ΨΥΧΟΔΙΕΓΕΡΤΙΚΗ ΟΥΣΙΑ

3.2.1 Καφεΐνη

Το δραστικό συστατικό του καφέ στο οποίο οφείλονται οι ψυχοδιεγερτικές ιδιότητες του είναι η καφεΐνη(caffeine).Η καφεΐνη είναι μια λευκή κρυσταλλική ουσία με έντονη πικρή γεύση,που από χημική άποψη υπάγεται στα αλκαλοειδή της ξανθίνης.Βρίσκεται σε πολλές φυτικές ουσίες της διατροφής,αφεψήματα και αναψυκτικά.Επίσης περιέχεται σε πολλά φυτά.

3.2.2 Ιστορία της καφεΐνης

Η καφεΐνη απομονώθηκε από τον καφέ το 1819 από τον Γερμανό χημικό Friedrich Ferdinand Runge.Από φυτά που περιείχαν αφεψήματα με ανάλογες ψυχοδιεγερτικές ιδιότητες με εκείνες του καφέ απομονώθηκαν ουσίες όπως η τείνη από το τσάι,η γουαρανίνη από καρπούς γκουαρανά και η ματεΐνη από το τσάι "ματε".Παρ'όλο που είχε διαπιστωθεί μια διαφοροποίηση στη δραστηρότητα των ουσιών αυτών,όλες οι ουσίες αποδείχτηκαν πως δεν ήταν παρά καφεΐνη και οι διαφορές οφείλονταν σε προσμίξεις άλλων παραγώγων ξανθίνης.

3.2.3 Δράσεις της καφεΐνης

Η καφεΐνη βρίσκεται σε μικρές ποσότητες στα φύλλα φυτών και φαίνεται πως ο βιολογικός της ρόλος είναι να δρα ως φυσικό εντομοκτόνο,αφού παραλύει και θανατώνει ορισμένα ζώα και έντομα.Επίσης δρα ως ψυχοδιεγερτικό φάρμακο και συγχρόνως διαθέτει ήπιες καρδιοτονωτικές και διουρητικές ιδιότητες.Ο άνθρωπος χρησιμοποιεί το αφέψημα του καφέ γιατί η καφεΐνη ενισχύει το κεντρικό νευρικό σύστημα,καταπολεμά την υπνηλία και την κόπωση και ενισχύει την ικανότητα εγρήγορσης.Τα αφεψήματα και τα αναψυκτικά που περιέχουν καφεΐνη είναι τα πλέον δημοφιλή και η καφεΐνη είναι η πρώτη σε κατανάλωση ψυχοδιεγερτική ουσία σε όλο τον κόσμο.

3.2.4 Ανάπτυξη ανοχής στην καφεΐνη-Στερητικά συμπτώματα

Η συχνή πρόσληψη σχετικά μεγάλων ποσοτήτων καφεΐνης οδηγεί σύντομα σε ανοχή του οργανισμού απέναντι της. Με πρόσληψη 400mg καφεΐνης τρεις φορές την ημέρα και για 7 συνεχόμενες μέρες, παύει πλέον η καφεΐνη να προκαλεί προβλήματα στον ύπνο (μείωση χρόνου ύπνου, αϋπνίες). Στερητικά συμπτώματα μπορεί να εμφανιστούν μόνο σε όσους καταναλώνουν μεγάλες ποσότητες καφέ με ημερήσια πρόσληψη καφεΐνης που ξεπερνάει τα 500mg (5 φλιτζάνια καφέ ή και περισσότερα). Όπως προαναφέρθηκε, ένας από τους ρόλους της αδενosίνης στον οργανισμό είναι η ρύθμιση της πίεσης του αίματος προκαλώντας αγγειοδιαστολή. Η στέρηση της καφεΐνης επανενεργοποιεί τους υποδοχείς της αδενosίνης προκαλώντας διαστολή των αγγείων. Η υπερβολική ροή αίματος προς τον εγκέφαλο προκαλεί πονοκέφαλους και ναυτίες. Ακόμη η μείωση των επιπέδων σεροτονίνης προκαλεί άγχος, νευρικότητα, αδυναμία συγκέντρωσης και μείωση της διάθεσης για αποτελεσματική εργασία.

Συνοψίζοντας τα κυριότερα στερητικά συμπτώματα είναι η πονοκέφαλοι, απώλεια προσόχης και έντονοι καρδιακοί παλμοί. Ακολουθούν υπνηλία, χασμουρητά, μειωμένη ενεργητικότητα και προσοχή, δυσκολία στην εργασία, κόπωση, μείωση αυτοπεποίθησης, ευερεθιστότητα και μειωμένη κοινωνικότητα. Σε βαρύτερες περιπτώσεις εμφανίζονται μυικοί πόνοι, ακαμψία μυών, εξάψεις, θόλωση της όρασης, έντονο άγχος και κατάθλιψη.

3.2.5 Καφεΐνη και καρδιαγγειακές παθήσεις

Η κατανάλωση καφεϊνούχων ροφημάτων και κυρίως του καφέ σε κάθε μορφή του, έχει βρεθεί στο επίκεντρο του επιστημονικού ενδιαφέροντος ως προς το κατά πόσο συσχετίζεται με μεταβολές της σύστασης των λιπιδίων του αίματος, αυξημένη πίεση του αίματος, αρρυθμίες και άλλα καρδιαγγειακά προβλήματα. Οι έρευνες στρέφονται βασικά ως προς την επίδραση της καφεΐνης αλλά συχνά συνεξετάζεται και η επίδραση και άλλων δευτερευόντων συστατικών. Η μέτρια κατανάλωση καφέ είναι βέβαιο ότι δεν εμπλέκεται, αλλά οι ερευνητές δεν αποκλείουν προβλήματα σε περιπτώσεις υψηλής κατανάλωσης και ιδιαίτερα αν η κατανάλωση καφέ συνδυάζεται με κάπνισμα, έλλειψη άσκησης, κατανάλωση ζωικών κορεσμένων λιπών, αλατισμένων τροφών και με κατάχρηση αλκοολούχων ποτών. Πρόσφατες κλινικές έρευνες δεν κατέδειξαν αύξηση της πίεσης του αίματος για μέτρια κατανάλωση, αλλά αυτό μπορεί

να συμβεί σε άτομα που δεν έχουν συνηθίσει τη μεγάλη κατανάλωση καφέ και ιδιαίτερα σε άτομα με προϋπάρχοντα προβλήματα υπέρτασης.

Ο καφές μπορεί να αυξήσει τα επίπεδα στο αίμα της ολικής και της LDL-χοληστερόλης(“της λεγόμενης κακής χοληστερόλης”)που είναι γνώστος παράγοντας κινδύνου για καρδιακές παθήσεις.Ο καφές που είναι φιλτραρισμένος(καφές φίλτρου)δεν αυξάνει τη χοληστερόλη στο αίμα.Οι έρευνες έδειξαν ότι η αύξηση της LDL οφείλεται σε κάποια διτερπέρνια(καχεόλη),τα οποία είναι αυξημένα σε ορισμένες ποικιλίες καφέ,αλλά απομακρύνονται κατά το φιλτράρισμα.

Μέτρια κατανάλωση καφέ δε συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο για στεφανιαία νόσο.Μια μεγάλη επιδημιολογική έρευνα(ΗΠΑ 2006)δεν έδειξε αυξημένο κίνδυνο για υψηλή κατανάλωση καφέ,αλλά δυο πρόσφατες έρευνες(2007)δείχνουν ότι σε περιστασιακούς καταναλωτές καφέ μπορεί να αυξηθεί ο κίνδυνος,όπως και σε άτομα με αργό μεταβολισμό καφεΐνης.Στα άτομα αυτά,ένα φλιτζάνι καφέ μπορεί να αντιστοιχεί με 4 φλιτζάνια για άτομα με κανονικό μεταβολισμό.Αντίθετα μικρή ή μέτρια κατανάλωση βελτιώνει το πρόβλημα και μειώνει τον κίνδυνο λόγω των αντιοξειδωτικών ουσιών που περιέχει ο καφές.

3.2.6 Κατανάλωση καφέ και κακοήθεις νεοπλασίες

Η συσχέτιση κατανάλωσης καφέ και της πιθανότητας ανάπτυξης καρκίνου είναι ένα “καυτό θέμα” και αντικείμενο πλήθους επιστημονικών μελετών.Η πρόσφατη επιστημονική βιβλιογραφία στα πιο σημαντικά ιατρικά και επιστημονικά περιοδικά δείχνει το τεράστιο επιστημονικό ενδιαφέρον που υπάρχει για τον καφέ ως τμήμα της διατροφής του ανθρώπου.

Είναι γεγονός ότι πολλά από τα συστατικά του καφέ αποδείχτηκαν καρκινογόνα και μεταλλαξιγόνα.Αυτό είναι κάτι ουσιαστικά αναμενόμενο,αφού από μόνο του το “καβούρδισμα” του καφέ είναι φυσικό να δημιουργεί καρκινογόνες ουσίες στο φρηγμένο τμήμα του,όπως ακριβώς δημιουργούνται και σε όλες τις τηγανιτές και ψημένες τροφές.Οι ουσίες αυτές βρίσκονται σε χαμηλές ποσότητες.

Τυπικές μεταλλαξιγόνες ουσίες του καφέ είναι η μεθυλογλυοξάλη και το υπεροξειδίο του υδρογόνου(σε συνδυασμό με σίδηρο).Ο καφές και η καφεΐνη είναι μεταλλαξιγόνα σε βακτήρια και μήκυτες,ενώ σε υψηλές συγκεντρώσεις είναι μεταλλαξιγόνα σε κύτταρα θηλαστικών,όπως αποδείχτηκε με την κοινή δοκιμασία AMES.Ωστόσο ο καφές περιέχει και γνωστές αντικαρκινογόνες ουσίες,όπως η καφεστόλη και η καχεόλη,που είναι διτερπέρνια με εξακριβωμένα αντικαρκινογόνα

δράση(σε πειραματόζωα).Ατυχώς,τα ίδια διτερπέρνια θεωρούνται υπεύθυνα για την αύξηση της LDL-χοληστερόλης

Με βάση ορισμένα επιδημιολογικά δεδομένα η υψηλή κατανάλωση καφέ ενοχοποιήθηκε για αύξηση του κινδύνου για διάφορα ήδη κακοηθών νεοπλασιών.Ωστόσο νεότερα δεδομένα καθώς και περισσότερες και μακροχρόνιες έρευνες δεν επιβεβαίωσαν τον αυξημένο κίνδυνο για διάφορους τύπους κακοηθών νεοπλασιών(εκτός από την περίπτωση συνδυασμού με το κάπνισμα και την κατανάλωση αλκοολούχων ποτών).

3.2.7 Καφές,καφεΐνη και οφέλη για την υγεία

Ο καφές μπορεί να έχει ευεργετική επίδραση στην υγεία του ανθρώπου,εφόσον καταναλώνεται με μέτρο.Σύμφωνα με έρευνες έχει θετική επίδραση έναντι του διαβήτη τύπου 2(διαβήτης σε μεγάλες ηλικίες,ενώ ο νεανικός είναι ο διαβήτης τύπου 1)αν και ο ακριβής μηχανισμός δεν έχει διευκρινισθεί,την ασθένεια Parkinson και τις ηπατικές ασθένειες(κίρρωση και ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα).Η κατανάλωση καφέ ευνοεί τη διατήρηση των γνωσιακών λειτουργιών κατά την γύρανση.Η καφεΐνη και τα φλαβονοειδή που περιέχονται στον καφέ είναι αντιοξειδωτικές ουσίες και συμβάλλουν στην αντιοξειδωτική προστασία των κυτταρικών λειτουργιών.

3.3 ΤΣΙΓΑΡΟ(ΝΙΚΟΤΙΝΗ)

3.3.1 Η Ιστορία του καπνίσματος

Η περιγραφή του καπνίσματος γίνεται για πρώτη φορά στο ημερολόγιο του καταστρώματος στις 6 Νοεμβρίου του 1492,όταν το πλοίο είχε ελλιμενισθεί στην Κούβα .Το δια περιφοράς ,μάλιστα κάπνισμα της πίπας είναι γνωστή χειρονομία καλής θέλησης και φιλίας . Εκτός από τις κοινωνικές συναναστροφές , το φυτό αυτό φαίνεται ότι έπαιξε ιδιαίτερο ρόλο στις κοινωνικές τελετές και στη βοτανοθεραπευτική των ινδιανων,διοτι του απέδιδαν διάφορες υπερφυσικές ιδιοτητες,όπως τον ζορκισμό των κακών πνευμάτων.

Η εισαγωγή αποξηραμένων φύλλων και σπόρων του φυτού στην Ευρώπη έγινε στις αρχές του 16^{ου} αιώνα από διαφόρους ερευνητές ή ιεραποστόλους . Στα τέλη του 16^{ου} αιώνα ο Λινναίος ονομάζει το φυτό Nicotina , από το όνομα του Jean Nicot. Στην αρχή αναγνωρίστηκαν και ταξινομηθήκαν περίπου 10 είδη του φυτού με προεξέχοντα 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 και του ερρινισμού ήταν αδύνατο να ταξιδέψουν χωρίς να έχουν μαζί τους το φύλλο . Στα περίχωρα 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 μια από τις σπουδαιότερες πηγές πλούτου για τον αγροτικό πληθυσμό της χώρας γεγονός που εξακολουθεί να ισχύει μέχρι σήμερα . (Μαρσέλος Μ.1997)

3.3.2 Προέλευση Νικοτίνης

Η νικοτιάνη είναι μονοετές φυτό της οικογένειας των σολανωδών , με ευθυτενές στέλεχος που φθάνει σε ύψος 1-2 μέτρα, ανάλογα με την ποικιλία . Τα φύλλα του είναι πλατύμισχα ,ελλειπτικά και ελαφρώς χνοώδη , με επιμήκη άξονα 10-30 cm .Κατά την ανάπτυξη του φυτού τα φύλλα εναλλάσσονται γύρω από το στέλεχος . Τα άνθη είναι κιτρινόφαια ή ραδόχροα σε τελική κορυφαία ταξιανθία . Με την ανθοφορία του φυτού αρχίζει συγκομιδή των φύλλων , η οποία γίνεται με τη σειρά ωρίμανσης από τα κατώτερα προς τα ανώτερα .Τα φύλλα αρμαθιάζονται και ξεραίνονται σε φυσικό σκιερό περιβάλλον ή με ποικίλα τεχνητά μέσα . Ο χρόνος ξήρανσης παίζει σημαντικό ρόλο στην περιεκτικότητα και στην 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.

3.3.3 Φαρμακολογικές Ιδιότητες

Μικρές δόσεις νικοτίνης διεγείρουν τα γάγγλια του αυτόνομου νευρικού συστήματος και προκαλούν έκκριση αδρεναλίνης και νοραδρεναλίνης από τον μυελό των επινεφριδίων . Η νικοτίνη διεγείρει τους τασσευποδοχείς διαφόρων οργάνων (δέρμα , πνεύμονες πεπτικό σύστημα) τους χημειοποδοχείς των οπτικών σωματίων , τους υποδοχείς του θερμού στο δέρμα και στη γλωσσά και

τους υποδοχείς του πόνου . Η νικοτίνη προκαλεί διέγερση του ΚΝΣ , η οποία μπορεί να πάρει διαστάσεις τρόμου , η και σπασμών όταν χορηγούνται μεγάλες δόσεις . Στα πλαίσια της κεντρικής διέγερσης αναφέρεται ταχύπνοια . Επίσης παρατηρούνται αγγειοσυσπασση , ταχυκαρδία και άνοδος της αρτηριακής πίεσης γεγονός που αποδίδεται σε διέγερση των συμπαθητικών γαγγλίων , των επινεφριδίων και των συμπαθητικών νευρικών απολήξεων , προς έκλυση κατεχολαμινών .

Η νικοτίνη αυξάνει την κινητικότητα του πεπτικού σωλήνα και είναι δυνατόν να οδηγήσει τον καπνιστή ακόμα 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 μια διεγερτική εμπειρία που βοηθά στη συγκέντρωση της προσοχής και στην αντιμετώπιση εντόνων συγκινήσεων.(Μαρσέλλος Μ. 1997)

3.3.4 Τοξικότητα της Νικοτίνης

Η νικοτίνη είναι τοξική ένωση , με θανατηφόρα δόση 10-60mg/kg , ανάλογα με το είδος του πειραματόζωου . άτομα χωρίς προηγούμενη εξοικείωση με το κάπνισμα εμφανίζουν ελαφρύ νοτισμό , που εκδηλώνεται με ζάλη , εμετούς , σιελόρροια και μυική αδυναμία . Όπως ήδη αναφέρθηκε η λήψη πολύ μεγάλων δόσεων νικοτίνης είναι δυνατόν να οδηγήσει σε κλινικούς σπασμούς και σε θάνατο από παράλυση του αναπνευστικού κέντρου. (Μαρσελος 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 δραστικές τοξικές επιδράσεις . Η μοναδική ίσως βλαπτική τοξική 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 συνηθείας . Ο δείκτης θνησιμότητας για όλους τους καπνιστές είναι 1.7 σε σύγκριση με τους μη καπνιστές . Ειδικά για αυτούς που καπνίζουν πάνω από δυο 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 πουρών έχουν μικρότερου βαθμού

αύξηση της θνησιμότητας αν και στην περίπτωση αυτή παρατηρείται απλή συσχέτιση προς τον αριθμό των πουρών . Πολύ μικρή αύξηση της θνησιμότητας μας παρουσιάζουν οι καπνιστές πίπας , εφόσον δεν κάνουν παράλληλη χρήση τσιγάρων . Πιθανώς , οι διαφορές αυτές να οφείλονται , σε περιορισμένη εισπνοή καπνού από τους καπνιστές πουρών η πίπας .

Η πιο σημαντική ανεπιθύμητη ενεργεία της νικοτίνης είναι η εξάρτηση την οποία εγκαθιστά στον οργανισμό . Οι πιο πολλοί καπνιστές έχουν κάνει προσπάθεια για να απαγάγουν από το κάπνισμα , αλλά ένα μικρό ποσοστό του 25 % τα καταφέρνει τελικά , σε διάστημα μεγαλύτερο από δυο χρόνια . Η εξάρτηση από το κάπνισμα έχει διττό χαρακτήρα , δηλαδή είναι και ψυχολογική και σωματική . Η απότομη διακοπή του καπνίσματος ακολουθείται από νευρική κατάσταση , ευερεθιστότητα και επιθετικότητα καθώς επίσης και από σαφείς αλλοιώσεις του ΙΕ και μεταβολές της λειτουργίας του αυτόνομου νευρικού συστήματος (δυσκοιλιότητα , βραδυκαρδία Κέα) (Κουτσελίνης Α.2002)

3.3.5 Συνέπειες του καπνίσματος

Η χρήση καπνού συνοδεύεται με μεγάλη συχνότητα από πολλές σοβαρές παθήσεις , όπως 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 πικτικότητα του αίματος . Η ανάπτυξη των νεοπλασμάτων είναι το αποτέλεσμα των διαφόρων καρκινογόνων ουσιών που περιέχονται μέσα στον καπνό , όπως οι πολυκυκλικοί υδρογονάνθρακες και οι νιτροσαμίνες . Επίσης πιθανολογείται η παρουσία άλλων καρκινογόνων και συγκαρκινογόνων ουσιών , οι οποίες δεν έχουν ακόμα απομονωθεί . (Μαρσέλος Μ. 1997)

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

Έχουν παρατηρηθεί διαταραχές στην κύηση και αυξημένη περιγεννητική θνησιμότητα , των οποίων η παθογένεια παραμένει ασαφής . Πιθανώς οφείλεται

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 κυήσεως , οι πρόωροι τοκετοί και η περιγεννητική θνησιμότητα παρουσιάζουν μεγαλύτερη συχνότητα . Επίσης τα νεογνά από καπνίστριες είναι αρκετά συχνά λιπόβαρη . Στα πλαίσια της χρόνιας τοξικότητας του καπνίσματος , αναφέρεται επίσης η κακή υγιεινή της στοματικής κοιλότητας , με αυξημένο ποσοστό παθήσεων των δοντιών . Επίσης οι καπνιστές εμφανίζουν με μεγαλύτερη συχνότητα πεπτικό έλκος , για το οποίο έχει ενοχοποιηθεί η παρουσία νικοτίνης στα γαστρικά υγρά .

Ψυχοκινητικά πειράματα έχουν αποδείξει ότι η χρονιά κατάχρηση καπνού οδηγεί τελικώς σε εξασθένηση της μνήμης , σε αντίθεση προς αυξημένη συγκέντρωση 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 .

3.3.6 Χαρακτηριστικά της εξάρτησης

Η ψυχοτρόπος επίδραση του καπνίσματος βιώνεται διαφορετικά από άτομο σε άτομο , η και από το ίδιο το άτομο κάτω από διαφορετικές συνθήκες . Γενικώς έχει επικρατήσει η αντίληψη ότι το τσιγάρο δρα διεγερτικά η ηρεμιστικά ανάλογα με την προϋπάρχουσα ψυχική διάθεση .(Κουτσελίνης Α. 2002)

Η εγκατάσταση εξάρτησης από την νικοτίνη διαδραμει σε δυο φάσεις . Η αρχική είναι η φάση της εξοικείωσης του οργανισμού με την 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 καθαυτή την εξάρτηση . Δεν είναι επακριβώς γνωστή η διάρκεια του καπνίσματος και ο αριθμός των τσιγάρων που απαιτούνται για την εγκατάσταση της εξάρτησης , όμως είναι βέβαιο ότι η εξάρτηση καθορίζεται από την νικοτίνη . Όσοι έχουν την τάση να καπνίζουν τα πιο σύγχρονα τσιγάρα , τα οποία περιέχουν και λιγότερη νικοτίνη , παρατηρούμε ότι καπνίζουν πιο πολλά τσιγάρα . Φαίνεται πως η αναζήτηση της νικοτίνης είναι συγκεκριμένη και ο καπνιστής δεν σταματάει παρά μονό όταν έχουν επιτευχθεί τα επιθυμητά επίπεδα του αλκαλόδους στο αίμα .

Παράλληλα με την σωματική και την ψυχική εξάρτηση , η νικοτίνη εγκαθιστά και μικρού βαθμού ανοχή στον οργανισμό . Η ανοχή στη νικοτίνη είναι ατελής , δηλαδή δεν αφορά όλες τις φαρμακολογικές τις ενέργειες . Ενώ μετά τις πρώτες δοκιμές ο καπνιστής δεν έχει πια την δυσάρεστη ναυτία και τους εμετούς , σε κάθε τσιγάρο παρατηρείται ελαφρά ταχυκαρδία και αύξηση της αρτηριακής πίεσης , ανεξάρτητα από τον αριθμό των τσιγάρων κατά την διάρκεια της συνηθείας . Χαρακτηριστικό της νικοτίνης είναι οι αυτορρυθμιζόμενες δόσεις , δεδομένου ότι και σε μανιόδεις ακόμη καπνιστές υπάρχει ένα μέγιστο ανεκτό ποσό , η υπέρβαση του οποίου θα προκαλέσει νοτισμό . 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 την 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 και ο λόγος άλλωστε γόβα τον οποίο το τσιγάρο είναι κοινωνικά αποδεκτό , και μάλιστα σε επίπεδο πλουτοπαραγωγικής πηγής , σε πολλές χώρες . Πέρα όμως από αυτή τη φαινομενική διαφορά , ουσιαστική ομοιότητα της νικοτίνης και των οπιούχων είναι η μεγάλη τοξικότητα των ουσιών αυτών , όταν γίνονται αντικείμενο κατάχρησης . (Μαρσέλος Μ. 1997)

3.3.7 Αντιμετώπιση εξάρτησης

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

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

3.4 ΟΠΙΟΥΧΑ

3.4.1 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 ναρκείνη, η ναρκωτίνη, η θηβαΐνη και η απομορφίνη.

3.4.1.1 Φαρμακολογικές ιδιότητες

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, φαινυλπυπεριδίνες, μεθαδόνες: 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 Μεθώνης 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 απορρόφηση της. Το ποσό της φαιντανύλης που αποδεδεσμεύεται ποικίλει αναλόγως τον τύπο του δέρματος και το μέγεθος της επιφάνειας του αυτοκόλλητου.

Μη 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 14:24 ώρες από την εφαρμογή της και παραμένει σταθερή για πάνω από 72 ώρες. Η παρατεταμένη 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 αντίστροφη 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 4 ώρες 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)

3.4.1.2 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)

3.4.1.3 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)

3.4.1.4 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 τελειώς 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)

3.4.1.5 Η χορήγηση οπιοειδών και ο ρόλος του νοσηλευτή στο χρόνιο 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. Κατά 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 λειτουργών υγείας και των νοσηλευτών οι οποίοι χρειάζονται ειδική εκπαίδευση για την αντιμετώπιση μιας ομάδας τοξικομανών και αλκοολικών.(Διακογιάννης Ι.1993)

3.4.2 Μορφίνη

Είναι ένα οπιοειδές ελάχιστα λιποδιαλυτό, με χρόνο $T_{1/2}$ 1:2ώρες απουσία ηπατικής βλάβης. Σε ασθενείς με σοβαρή ηπατική ανεπάρκεια επηρεάζεται ο μεταβολισμός της μορφίνης. Σε ασθενείς με μεταμόσχευση ήπατος παρατηρήθηκε μεγαλύτερος όγκος κατανομής (αντανακλά 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)

3.4.3 Ηρωίνη

3.4.3.1 Ιστορία και 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)

3.4.3.2 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 άμέσως 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 εμμηνορροίας 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 Π.1988)

3.4.3.3 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)

3.4.3.4 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)

3.4.4 Μεθαδόνη

3.4.4.1 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 Hipnocedon 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)

3.4.4.2 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).

3.4.5 Βουπρενορφίνη

3.4.5.1 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)

3.4.5.2 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)

3.4.5.3 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:

- Όσο διάστημα κάποιος χρησιμοποιεί βουπρενορφίνη διατηρεί τη σωματική του εξάρτηση στα οπιοειδή.
- Η βουπρενορφίνη δεν προκαλεί αισθήματα ευφορίας (μαστούρας,high)
- Όπως συμβαίνει με κάθε φάρμακο, έτσι και με τη βουπρενορφίνη μπορεί να υπάρχουν παρενέργειες
- 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.
- Εμφανίζει πολύ λιγότερα στερητικά συμπτώματα από τη μεθαδόνη .

Η βουπρενορφίνη δεν αρκεί για να αλλάξει η ζωή ενός από ου εξαρτημένου από τα ναρκωτικά. Για το λόγο αυτό είναι απαραίτητες η επαγγελματική συμβουλευτική, η ιατρική παρακολούθηση και η ψυχοκοινωνική στήριξη που προσφέρουν τα ΘΠΥ

3.5 Κανναβινοειδή

3.5.1 Ιστορία Προέλευση και 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 Ε.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)

3.5.2 Φαρμακολογικές ιδιότητες

Η E-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)

3.5.3 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 οινοπνευματωδών ή άλλων ουσιών, εντούτοις φαίνεται ότι οι κίνδυνοι από τις συνέπειες της χρήσης κάνναβης είναι υπαρκτοί και συσχετίζονται με τον βαθμό πολυπλοκότητας της δραστηριότητας

3.5.4 Κατάχρηση και 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 στερητικών 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.

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)

3.5.5 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 οινοπνευματωδών 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. (Πουλόπουλος Χ,2005)

3.6 Κατασταλτικά κεντρικού νευρικού συστήματος

3.6.1 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 αμφεταμίνες 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 "μπάρμπος", "χαζόμπαλες", "κόκκινοι διάβολοι", "σφήκες", "μπλού μέρντζ" κ.λπ. Και τα βαρβιτουρικά, όπως οι αμφεταμίνες βρίσκονται σε κάθε σπιτικό φαρμακείο και αποτελούν εύκολη λεία και οξυτάτη πρόκληση για νεαρούς "επίδοξους" ναρκομανείς. (Δαρδαβέσης Θ.1993)

3.6.2 Βενζοδιαζεπίνες

Τα φάρμακα της ομάδας αυτής είναι τα πλέον συχνά χρησιμοποιούμενα στη θεραπεία του άγχους. Έχουν επίσης ηρεμιστικές, υπνωτικές, αντιεπιληπτικές, 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)

3.6.3 Βουσπιρόνη

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)

3.6.4 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.

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. 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. 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. (Κοκκέβη Α. 1988)

3.7 Ψυχοδιεγερικά φάρμακα

3.7.1 Κοκαΐνη

3.7.1.1 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 «αναίσθητη». 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)

3.7.1.2 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 υπερττυρεξίας 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)

3.7.1.3 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 κοκαϊνομανείς 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. (Κωνσταντίνου Α.-Χατζηχρήστου Ε.1998)

3.7.1.4 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 κοκαϊνομανή, 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)

3.7.2 Μία νέα μορφή ναρκωτικού το «κρακ»

3.7.2.1 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 κοκαΐνη, 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 ενώνονται 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)

3.7.2.2 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 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.

3.7.2.3 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 συμβάλλει 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)

3.7.2.4 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.

3.7.3 Αμφεταμίνη και Παράγωγα

3.7.3.1 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

3.7.3.2 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 I.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.

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 (ταχύτητα εγκαθιστάμενη αντοχή στη δράση των αμφεταμινών) ενισχύει αυτή την άποψη.

3.7.3.3 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 αντοχής στη δράση των αμφεταμινών θεωρείται ταχυφυλαξία μάλλον, παρά απλή αντοχή. 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 αντοχή 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.

3.7.3.4 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)

3.7.4 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)

3.7.4.1 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.α)

3.7.4.2 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 οινοπνεύματος. Η καθημερινή χρήση διαφόρων αφεινημάτων 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.

3.7.4.3 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 ανοχής 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 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.

3.8 Ψευδαισθησιογόνα φάρμακα

3.8.1 Ταξινόμηση

Τα ψευδαισθησιογόνα (ψυχοσεομιμητικά, 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.

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).
- Ψυχοσεομιμητικές αμφεταμίνες (έκσταση, DOM, MDA, PAM).
- Αντιχολινεργικά αλκαλοειδή του τροπανίου (ατροπίνη, σκοπολαμίνη).
- Κυκλοεξυλαμίνες (φαινοκυκλιδίνη, κεταμίνη). (Μαρσέλος Μ.1997)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ
ΚΟΙΝΟΤΙΚΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ
ΠΡΟΛΗΨΗ ΧΡΗΣΗΣ
ΕΞΑΡΤΗΣΙΟΓΟΝΩΝ ΟΥΣΙΩΝ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΟΤΙΚΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΧΡΗΣΗΣ ΕΞΑΡΤΗΣΙΟΓΟΝΩΝ ΟΥΣΙΩΝ

4.1 Πρωτογενής πρόληψη

Ως πρωτογενή πρόληψη νοείται το σύνολο των διαδικασιών που κινητοποιούν και ενισχύουν τις υγιείς ψυχικές και κοινωνικές δυνάμεις του ατόμου, ώστε να μπορέσει να προσαρμοσθεί και να συναλλαγεί με το περιβάλλον του.

Η ουσιαστική πρόληψη επιτυγχάνεται μέσα από τη σωστή διαπαιδαγώγηση του ατόμου, με την ανάπτυξη μιας ώριμης ισορροπημένης και αυτοδύναμης προσωπικότητας, ώστε να μπορεί το ίδιο το άτομο να αντιμετωπίσει τα καθημερινά του προβλήματα στηριζόμενο στον ίδιο του τον εαυτό. Είναι μια διαδικασία που έχει σχέση με την ψυχοκοινωνική εξέλιξη του κάθε ανθρώπου, στην οικογένεια, στο σχολείο, στην κοινότητα.

Έτσι λοιπόν, καταλήγουμε ότι για να υιοθετήσει ένα νεαρό άτομο μια συμπεριφορά προστασίας του εαυτού του από διάφορους κινδύνους, σωματικούς και ψυχικούς, θα πρέπει από μικρή ηλικία (που δέχεται ευκολότερα μηνύματα και διαμορφώνει στάσεις) να έχει λάβει τέτοια εμπειρία από το περιβάλλον του. Επίσης για να ξεπεράσει τις φυσικές και αναμενόμενες ψυχο-σωματικές αλλά και σωματικές αλλαγές που προκαλούν δυσκολίες και έχουν σαν συνέπεια τη δημιουργία ευαλωτότητας κατά τη διάρκεια της εφηβείας, θα πρέπει να υπάρχει ένα υποστηρικτικό πλαίσιο ενηλίκων, οικογένεια, σχολείο και κοινότητα.

Το άτομο και κυρίως το νεαρό άτομο έχει ανάγκη να δημιουργεί σχέσεις, να εντάσσεται σε ομάδες, να δημιουργεί δεσμούς με το περιβάλλον του αλλά να διαφοροποιείται και από αυτό. Έχει όμως ανάγκη από πρότυπα, από εμπειρίες αλλά και όρια για να νοιώθει ασφάλεια, ώστε να προχωράει προς την ωρίμανση.

Τα προγράμματα πρόληψης, μετά από ειδική και μακροχρόνια εκπαίδευση προσπαθούν:

1. να ενδυναμώσουν και να καλλιεργήσουν ισχυρές προσωπικότητες οι οποίες δεν θα χρειάζονται τα ναρκωτικά ως δεκανίκια στη ζωή τους

2. να βοηθούν στην ενίσχυση και αναδόμηση των βασικών κοινωνικών θεσμών του σχολείου και της οικογένειας έτσι ώστε να μπορούν να συμβάλλουν ουσιαστικά στην καλλιέργεια ισχυρών προσωπικοτήτων

3.να δημιουργήσουν ή να υποστηρίξουν τους θετικούς πυρήνες που υπάρχουν στην τοπική κοινωνία έτσι ώστε να προωθηθούν αξίες,στάσεις συμπεριφοράς ενάντια στην κουλτούρα εξάρτησης και παθητικοποίησης που έχει ήδη καλλιεργηθεί.

4.να συμβάλλουν πληθυσμού για τις διαστάσεις του προβλήματος των ναρκωτικών και για τις δυσάρεστες συνέπειες τους τόσο σε ατομικό,όσο και σε κοινωνικό επίπεδο ενεργά στη σωστή,έγκαιρη και αντικειμενική ενημέρωση και πληροφόρηση του ευρύτερου.

Ο μεγαλύτερος όγκος των δραστηριοτήτων πρόληψης αφορούν στην εκπαίδευση και υποστήριξη των νέων και των ενηλίκων.(Βασσάρα Μ,2006)

4.1.1 Νοσηλευτική παρέμβαση

Η πρωτοβάθμια πρόληψη έχει σαν κύριο στόχο της να δώσει στο άτομο αλλά και στο κοινωνικό σύνολο τη 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 εξαρτησιογόνων 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 εξαρτησιογόνων 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.Επίσης αυτά τα προγράμματα 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)

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 την συμπεριφορά του προς την επιθυμητή κατεύθυνση.Επίσης οι πληροφορίες που διοχετεύονται με επιλεκτικό τρόπο που δεν παίρνουν δηλαδή υπόψη 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 στο 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 στη συμπεριφορά του τοξικομανούς αυτή καθαυτή.Η προληπτική προσπάθεια πρέπει να στοχεύει στην ανάπτυξη των απαραίτητων γνώσεων,στάσεων και δεξιοτήτων στο άτομο που θα διευκολύνουν 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 1998)

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 μνημάτων 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.

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 τη θέσπιση κανόνων,καθώς και την ενίσχυση της υπευθυνότητας και της αυτονομίας συνδέεται άμεσα με την πρόληψη της χρήσης των εξαρτησιογόνων 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 ελλειμματική,ανώριμη γιατί οι γονείς δεν παρουσιάζουν ένα πρότυπο με το οποίο να μπορούν τα παιδιά να ταυτισθούν.Συχνά καταφεύγουν στο αλκοόλ ή τα ηρεμιστικά για να αντιμετωπίσουν τις δυσκολίες ή να επικοινωνήσουν με τους άλλους.(Κοκκέβη 1998)

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 πουν όχι στις εξαρτησιογόνες ουσίες.

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.Επίσης η εργασία του κοινοτικού νοσηλευτή αποσκοπεί στην 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)

4.2 Δευτερογενής πρόληψη

Η δευτερογενής πρόληψη στοχεύει στον πληθυσμό που παρουσιάζει προάγγελους κάποιας δυσλειτουργίας ή εμφανίζει δυσλειτουργία εξαιτίας της χρήσης ουσιών. Μέσω της έγκαιρης ανύχνευσης και παρέμβασης μπορεί να διακοπεί μία συνεχιζόμενη διαδικασία, αυτή της ολοένα αυξανόμενης εμπλοκής με τη χρήση.

Ο στόχος της παρέμβασης είναι η πρόωμη αντιμετώπιση των προβλημάτων που σχετίζονται με τη χρήση ουσιών σε μια ευαίσθητη περίοδο της ζωής, όπως είναι η εφηβεία, έτσι ώστε να αποφευχθεί η εξάρτηση από τις ουσίες. Μιλάμε για έναν πληθυσμό που είναι ήδη μπλεγμένος με τη χρήση και πολλές φορές με την κατάχρηση ουσιών αλλά ταυτόχρονα διαθέτει ένα ικανοποιητικό επίπεδο λειτουργικότητας.

Έτσι γίνεται προσπάθεια υποστήριξης των εφήβων για τη διαχείριση και αντιμετώπιση των προβλημάτων που τους κάνουν ευάλωτους απέναντι στη χρήση αλλά και ενδυνάμωσης των χαρακτηριστικών και των παραγόντων που αφορούν στην προσωπική τους ανάπτυξη και που λειτουργούν ενισχυτικά στην αποχή τους από την χρήση.

Θα μπορούσε, ίσως, κάποιος να αναρωτηθεί για την αναγκαιότητα της δευτερογενούς πρόληψης. Μήπως οι έφηβοι που πειραματίζονται με τις ουσίες ούτως ή άλλως θα σταματήσουν πριν προχωρήσουν σε επίπεδα εξάρτησης και άρα δεν χρειάζονται τη βοήθεια κανενός. Κάποιοι έφηβοι καταφέρνουν, πράγματι, να ξεπεράσουν το πρόβλημα της χρήσης χωρίς να δεχτούν κάποια παρέμβαση. Κάποιοι όμως, απλά, δεν θα το ξεπεράσουν. Ή θα το ξεπεράσουν πληρώνοντας ένα βαρύ προσωπικό τίμημα, καθώς θα το έχουν κάνει μέσα από ένα δύσκολο μονοπάτι. Κι έτσι, στην πορεία τους προς την ενηλικίωση θα βιώσουν δυσμενείς και μακροχρόνιες συνέπειες στην ανάπτυξη, την κοινωνική λειτουργικότητα και την οικογενειακή τους ζωή.

Τέλος, είναι και αυτοί που δεν θα έχουν την ευκαιρία να ξεπεράσουν το πρόβλημα της χρήσης, καθώς θα πεθάνουν εξαιτίας της. Επεισόδια υπερβολικής δόσης, ασθένειες, σωματικές δυσλειτουργίες και ατυχήματα είναι ανάμεσα στις συνηθισμένες αιτίες θανάτου κάθε χρόνο για πολλούς νέους που κάνουν χρήση.

Στην ετήσια έκθεση του Ευρωπαϊκού κέντρου παρακολούθησης ναρκωτικών και τοξικομανίας που δόθηκε στη δημοσιότητα στα μέσα του Οκτωβρίου, αναφέρεται ότι η χρήση κάνναβης αυξήθηκε σημαντικά μέσα στη δεκαετία που μας πέρασε σε όλες

σχεδόν τις χώρες της Ευρωπαϊκής ένωσης και αποτελεί την ευρύτερα χρησιμοποιούμενη παράνομη ουσία μεταξύ των νέων ατόμων.

Επομένως, η έγκαιρη ή πρόωπη παρέμβαση στους νέους που βρίσκονται στο ξεκίνημα της χρήσης, δηλαδή η παρέμβαση δευτερογενούς πρόληψης, μπορεί να διακόψει αυτό το ταξίδι με τον αβέβαιο προορισμό και να προλάβει την απώλεια της λειτουργικότητας του ατόμου, πολλές φορές πριν αυτό προχωρήσει στην ενήλικη ζωή. (Μάτσα Κ, 2002)

4.2.1 Νοσηλευτική παρέμβαση

Η δευτεροβάθμια πρόληψη αφορά σε άτομα που είναι ήδη χρήστες εξαρτησιογόνων ουσιών, 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 ανύχνευση των χρηστών, η έγκαιρη διάγνωση, η αποτελεσματική θεραπεία στον ελάχιστο 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 φροντιδά 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 γεία 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 φροντιδά 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 τη διατήρηση του θεραπευτικού αποτελέσματος είναι ένας εκ'των σπουδαιότερων σκοπών που έχει αναλάβει ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας και επιτυγχάνεται με προσωπικό κοπό και θέληση και από τις δυο 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.

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 στήγματος,στην άγνοια αλλά και στην παράδοξη 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 ύπαρξης τους,στη διατήρηση και σύσφιξη τους.Στην ολιστική νοσηλευτική αντιμετώπιση του χρήστη,επιτάσσεται αν υπάρχει επικοινωνία με ευγένια,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 ον,τον καθιστά αρτιότερο επαγγελματία και αποτελεσματικότερο στις προσπάθειες του.

Έτσι γίνεται ευκολότερο και το πρακτικό μέρος της νοσηλείας καθώς ανυχνεύονται έγκαιρα τα πρόδρομα σημεία-συμπτώματα πιθανόν υποτροπών,δεδομένου ότι ο νοσηλευτής λόγω της συνεχούς επαφής με το άτομο αναγνωρίζει κάθε φάση της κατάστασης του.Οι κανόνες δεοντολογίας του επαγγέλματος δεν χωρούν επιπλέον ρατσιστικές τάσεις και συμπεριφορές και επιβάλλουν ισότιμη αντιμετώπιση ανεξάρτητα από το φύλο,την καταγωγή,τις πεποιθήσεις,τη θρησκεία του κ.α.Αυτό ενισχύει τη συνεχή παροχή φροντίδας(κλινικής,νοσηλευτικής,θεραπευτικής,αποκαταστασιακής)στον εξαρτημένο είτε στο νοσοκομείο,είτε στην κοινότητα.(Παπαγεωργίου-Βασιλοπούλου.Α 2005)

4.3 Τριτογενής πρόληψη

Ως τριτογενή πρόληψη εννοείται η πρόληψη της υποτροπής μιας ασθένειας ή ο περιορισμός των επιπτώσεων των υπολειμματικών συμπτωμάτων στην περίπτωση της κλινικά εμφανούς ασθένειας ή του προβλήματος συμπεριφοράς στα πρώτα του στάδια. Αυτό το επίπεδο πρόληψης συνδέεται συνήθως στενά με την θεραπεία και την κοινωνική επανένταξη.

Οι παρεμβάσεις τριτογενούς πρόληψης υλοποιούνται συνήθως από τα θεραπευτικά προγράμματα και αποτελούν συνέχεια της θεραπευτικής διαδικασίας. Εστιάζονται στην επανένταξη των ατόμων που έχουν διακόψει την χρήση των ουσιών. Συχνά περιλαμβάνουν την ψυχοσυναισθηματική στήριξη, την κοινωνική και επαγγελματική αποκατάσταση, ως πρόληψη της υποτροπής. Τα προγράμματα αυτά τίθενται σε ενέργεια, προκειμένου να μην καταστεί χρόνιο το πρόβλημα της εξάρτησης, αλλά και για να ελαττωθούν οι επιπτώσεις που δεν αποτράπηκαν. Στο επίπεδο αυτό λειτουργούν και η θεραπεία και η επανένταξη των ατόμων. (Ζαφειρίδης Φ, 1988)

4.3.1 Νοσηλευτική παρέμβαση

Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας για να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις της σύγχρονης προσέγγισης, έχουν αναθεωρήσει τις θεραπευτικές μεθόδους τους και άρχισαν να προωθούν την 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, τη συμπεριφορά του, τα προβλήματα του και τις δυνατότητες 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 διαφόρων επαγγελμάτων 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 και κοινωνικό περιβάλλον. (Μελισσά-Χαλκιοπούλου, Χ 1988)

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)

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, ότι 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 από τη διεπιστημονική ομάδα. Τα μέλη αυτής της ομάδας είναι ψυχολόγοι, νοσηλευτές, 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 συμασίας της οικογένειας και της κοινότητας ως εν δυνάμει υποστηρικτικών συστημάτων
- Ο σχεδιασμός εναλλακτικών προτάσεων-λύσεων. (Παπαγεωργίου-Βασιλοπούλου.Α 2005)

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

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

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

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

4:Η χρήση της ινδικής κάναβης έχει σαν αποτέλεσμα την αδυναμία ανταπόκρισης του ατόμου στις κοινωνικές,οικογενειακές και 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:Στα κατασταλτικά του κεντρικού νευρικού συστήματος ανήκουν τα Βαρβιτουρικά,οι Βενζοδιαζεπίνες,η Βουσπιρόνη και τα Εισπνεόμενα-Πτητικά.Χρησιμοποιούνται σαν υπνωτικά και αγχολυτικά.Ο φόβος του εθισμού όσο αφορά τις ουσίες αυτές είναι αρκετά περιορισμένος λόγω της ελεγχόμενης ιατρικής τους διάθεσης.

6:Κυριότερος αντιπρόσωπος των ψυχοδιεγερτικών είναι η κοκαΐνη.Στην κατηγορία ανήκουν οι αμφεταμίνες,το κρακ και η καφεΐνη.Η χρήση τους είναι διαδεδομένη λόγω της ισχυρής διεγερτικής τους δράσης και προκαλεί παρανοϊκές ψυχώσεις και έντονη αυπνία.Η δηλητηρίαση από κοκαΐνη μπορεί να οδηγήσει στο θάνατο

ανεξάρτητα από τη ληφθείσα ποσότητα. Αντίθετα στο κρακ και στις αμφεταμίνες είναι πάντα σε συνάρτηση της ληφθείσας δόσης.

7: Στα ψευδαισθησιογόνα ανήκει μια μεγάλη ποικιλία χημικών ουσιών που παρουσιάζουν σημαντικές διαφορές στις φαρμακολογικές τους ιδιότητες. Οι γνωστότεροι αντιπρόσωποι είναι το LSD και το EXTASY. Τα ψευδαισθησιογόνα δρουν σε συναισθηματικό και νοητικό επίπεδο, προκαλώντας ψευδαισθήσεις, κατάχρηση 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: Στις νόμιμες εθιστικές ουσίες εντάσσονται η νικοτίνη, το αλκοόλ και η καφεΐνη. Η χρήση τους είναι η πιο διαδεδομένη από όλες τις ουσίες λόγω της εύκολης πρόσβασης τους και προκαλούν ψυχολογική και σωματική εξάρτηση. Η κατάχρησή τους αποτελεί έντονο κοινωνικό φαινόμενο που έχει κινητοποιήσει το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον, την πολιτική ηγεσία κάθε χώρας καθώς και ένα μεγάλο αριθμό επιστημονικών ομάδων στη διευθέτηση αλλαγών και τη δημιουργία νέων δομών για την πρόληψη και την αντιμετώπιση του προβλήματος αυτού.

9: Ο ρόλος του κοινοτικού νοσηλευτή ψυχικής υγείας είναι εξίσου σημαντικός τόσο στην πρωτογενή όσο και στη δευτερογενή, τριτογενή πρόληψη, παρεμβαίνει σε καίρια σημεία που αφορούν την πρόληψη, εκπαίδευση και απεξάρτηση του πληθυσμού. 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 τη χρήση για την ορθή αξιολόγηση των δυσκολιών και των δυνατοτήτων του έτσι ώστε να γίνει ο καθορισμός των στόχων ανάλογα με τις ανάγκες του.

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

1.Ο γιατρός σας ή ορισμένοι σύλλογοι γονέων τοξικομανών μπορούν να σας συστήσουν κέντρα επανένταξης. Με τον περιορισμό της δοσολογίας για αρκετές εβδομάδες, υπό ιατρική παρακολούθηση, μπορείτε να μειώσετε τα συμπτώματα στέρησης. Ο εθισμός στην ηρωίνη θεραπεύεται μερικές φορές με απότομη διακοπή της λήψης, και με τη χρήση μεθαδόνης.

2.Ορισμένες υπηρεσίες στις οποίες μπορείται να απευθυνθήται εάν πάσχετε από προβλήματα εξάρτησης είναι οι εξής:

•ΑΝΩΝΥΜΟΙ ΝΑΡΚΩΜΑΝΕΙΣ

•ΜΙΚΡΗ ΑΡΚΤΟΣ→Κέντρο πρωτογενούς πρόληψης της χρήσης ουσιών εξάρτησης

•ΣΕΙΠΙΟΣ→Κέντρο πρόληψης και ενημέρωσης για τις εξαρτησιογόνες ουσίες

•ΝΑΥΤΙΛΟΣ→Μονάδα εφήβων ΟΚΑΝΑ Θεσσαλονίκης

•ΑΡΓΩ→Πρόγραμμα εναλλακτικής θεραπείας εξαρτημένων ατόμων



ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η χρήση και ο εθισμός στις εξαρτησιογόνες ουσίες αποτελεί μείζων πρόβλημα της εποχής μας. Η κοινωνική αστάθεια και το αβέβαιο αύριο οδηγούν όλο και περισσότερα άτομα στη λύση της χρήσης μιας ή περισσότερων εξαρτησιογόνων ουσιών ώστε να αντιμετωπίσουν τα διάφορα προβλήματα που τους παρουσιάζονται και τις δύσκολες καταστάσεις της ζωής.

Σκοπός της εργασίας είναι η ενημέρωση για τον εθισμό και την εξάρτηση στις νόμιμες και μη ουσίες, την πρόληψη, αντιμετώπιση και απεξάρτηση του ατόμου από αυτές με την βοήθεια και 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 τοξικών ουσιών. Το αλκοόλ, η νικοτίνη, τα ναρκωτικά, η καφεΐνη καθώς και ορισμένα τοξικά παράγωγα αυτών αποτελούν τοξικές ουσίες η οποίες μπορούν να οδηγήσουν ακόμα και στο θάνατο. Επίσης τονίζεται ο πολύ σημαντικός ρόλος που παίζει η πρόληψη στην αποφυγή της χρήσης των ουσιών αυτών καθώς και της έγκαιρης αντιμετώπισης των συναιπιών που αυτές προκαλούν. Η απεξάρτηση είναι δύσκολη, μακρόχρονη και οι θυσίες που απαιτούνται πολλές. Ο κοινοτικός νοσηλευτής και η ομάδα ψυχικής υγείας συμβάλλουν ενεργά στην πρόληψη με τη βοήθεια των κέντρων πρόληψης, στην απεξάρτηση μέσω των προγραμμάτων μεθαδόνης και στην επανένταξη με την βοήθεια της εργοθεραπείας.

Συμπερασματικά η εξάρτηση σε διαφόρου τύπου εξαρτησιογόνες ουσίες είναι καθημερινό φαινόμενο στην σημερινή κοινωνία και οδηγεί όλο και πιο πολλούς συνανθρώπους μας στο θάνατο. Οι προσπάθειες που γίνονται από τους νοσηλευτές είναι φιλότιμες όμως χωρίς τη συμπαράσταση και την κοινή συμμετοχή όλων εμάς, τα πράγματα είναι και θα παραμείνουν δύσκολα.

SUMMARY

Introduction:The usage and the addiction in the addictive substances constitute a major problem of our area.The social instability and the uncertain tomorrow lead more and more individuals to the solution of using one or more addictive substances so that they can face not only the various problems that present to them but also the difficult situations of life.

The aim of this document is the briefing on the addiction and the dependence in the legal and not substance,the prevention,confrontation and purgation of drug-addicted individuals from them with the help and the support of the scientific team of mental health and nurse.

This study attempts to show the villain of bodily health of drug-addicted people based on the existing bibliographic material as a result of the chronic usage of toxic substances.The alcohol,nicotine,narcotics and coffee as well as certain toxic derivatives of the above constitute toxic substances which can lead even to death.Also it is stressed the very important role that the prevention plays in the rejection of usage of these substances as well as the early confrontation of the results that they cause.The purgation of drug-addicted people is difficult,long-lasting and the sacrifices that are required are to many.The community nurse and the team of mental health contribute actively in the prevention with the help of centres of prevention,in the purgation of drug-addiction via the programs of methadone and in the rehabilitation with the help of ergotherapy.

In conclusion,the dependence in various types of addictive substances is a daily phenomenon in the current society which lead more and more fellow-people to death.The efforts which are being done by the nurses are conscientious however without the support and the common attendance of all of us,things are bad and will also remain bad.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

•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 60 χρονών.Μένει μαζί με τη γυναίκα του και τις 2 κόρες του,24 και 27 ετών,σε πρωτεύουσα της περιφέρειας,όπου εργάζεται σε μεγάλο νοσοκομείο ως νοσηλεύτης.<<Εγώ αντέχω το ποτό>>έλεγα.<<Μπορώ να πιάω 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 οικογένεια 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 διάφορους 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 απέναντι μου.Δεν μου απαντούσαν.Μου έλεγαν ότι όλα είναι καλά,δεν υπάρχει κανένα πρόβλημα.Τους ρώτησα πολλές φορές από εκείνη την 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 από ότι 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 από ότι παλαιότερα>>,αντί του <<το'χεις παρακάνει>>,<<πίνεις πάααρα 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 αντέχω άλλο>>, <<μας έχεις διαλύσει>>, <<δεν σε θέλω πια>>και <<σ'αγαπάω>>αντί του <<άντε παράτα με>>, <<σήκω φύγε>>, <<δεν σε αγαπάω>>. Αποφάσισα να προσπαθήσω να ελαττώσω το ποτό. Ταλαιπωρήθηκα πολύ δύο χρόνια, δεν τα κατάφερα τελικά. Έκανα συμφωνίες με τον εαυτό μου να πιά ένα ποτήρι και τις έσπαγα κάθε φορά. Έχανα τον έλεγχο. Έβρισκα δικαιολογίες οτι <<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, νοσηλεύτικα 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 οτι 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 4^ο χρόνο χωρίς αλκοόλ. Ούτε που σκέφτομαι να πιω γουλιά. Δεν μου έχω εμπιστοσύνη οτι θα αρκεστώ σε λίγο. Και δεν έχω την πολυτέλεια να ξαναχάσω αυτά που ταλανίστηκα να ξαναβρώ: την οικογένεια μου, τη δουλεία μου, τους φίλους και συγγενείς, τα χόμπι μου.

Στα πέντε χρόνια αποτοξίνωσής μου, ψυχικής και σωματικής, από το ποτό ξαναέρχονταν στη μνήμη μου οι ικανότητες μου, τα ταλέντα μου, όπως και αυτά των δικών μου ανθρώπων. Θυμήθηκα οτι είχα τελειώσει με άριστα τη νοσηλευτική στο Πανεπιστήμιο Αθηνών, οτι είχα καταφέρει να προσληφθώ σε μεγάλο νοσοκομείο της πρωτεύουσας μέσω εξετάσεων, όπου εργάστηκα για έντεκα χρόνια. Θυμήθηκα πως 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 από 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 συνενυρέσεις που κατέληγαν πάντα σε τσακωμό για την πολιτική και το ποδόσφαιρο, αλλά και τις πλάκες, τα πειράγματα και την ανταλλαγή απόψεων σε διάφορα θέματα. Τα θυμήθηκα όλα αυτά γιατί τα είχα ξεχάσει.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Αβραμίδης Α,Η απομυθοποίηση των ναρκωτικών...και με ελπίδα!,Β΄έκδοση, Εκδόσεις Ακρίτας,Αθήνα 1991
- Anders Ahlbom-Staffan Norell,Εισαγωγή στη σύγχρονη επιδημιολογία,Μετάφραση-Επιμέλεια Δημολάτης Γ-Χουλιάρα Σ-Αναστασόπουλος Π,Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας,δεύτερη έκδοση,Αθήνα 2006
- Βασσάρα Μ,Πυξίδα 8 χρόνια πρόληψης,Αθήνα 2006
- Γεωργάκας Π,Εξάρτηση-Μια ατομική επιλογή.Απεξάρτηση-Μια συλλογική διαδικασία,Επίκεντρο,Θεσσαλονίκη 2007
- Γκιουζέπας Ι,Εξαρτήσεις από ψυχοδραστικές ουσίες,Εκδόσεις Μαστορίδη,Αθήνα 1988
- Δαρδαβέσης Θ,Η τοξικομανία στην Ελλάδα,Εκδόσεις Λύχνος,Αθήνα 2007
- Διακογιάννης Ι,Σωματική απεξάρτηση από Βενζοδιαζεπίνες,Εκδόσεις Βήτα,Β΄έκδοση,Αθήνα 2003
- Επιβατιανού Π,Ιατροδικαστική και Τοξικολογία,Έκδοση 1^η,Εκδόσεις University studio press,Θεσσαλονίκη 1988
- Ζαραλίδου Α,Πρόληψη και Αναισθησιολογία,Εκδόσεις Μαυρογένης,Αθήνα 2003
- Ζαφειρίδης Φ,Πρόληψη των Ναρκωτικών-Οι αθέατες όψεις του προβλήματος,Περιοδικό Ιατρικά Θέματα,Τόμος 1,Τεύχος 4,1988
- Kalarritis G,The secondary prevention of stofi,proceedings from the third European conference of Rehabilitation and drug policy''Europe against drug abuse'',Norway,Oslo,1997,p.p 155-161
- Κοκκέβη Α,Η πρόληψη της τοξικομανίας-Μύθος ή πραγματικότητα,Περιοδικό Ψυχολογικά Θέματα,Τόμος 1,Τεύχος 4,1998
- Κυστάλλης Α,Τοξικομανία:Παράγοντες εκδηλώσεως και αναστολής,Διδακτορική Διατριβή,Αθήνα 1990
- Κωνσταντίνου Α-Χατζηχρήστου Ε,Κλινική Φαρμακολογία ΙΙ,Εκδόσεις Λύχνος 1998
- Λιάππας Γ,Χασίς-ο άγνωστος της διπλανής πόρτας,Εκδόσεις Πατάκη,Αθήνα 2001
- Μαρσέλος Μ,Εξαρτησιογόνες ουσίες,Εκδόσεις Τυπωθήτω-Δάρδανος ,Β΄Ανατύπωση,Αθήνα 1997

- Μάτσα Κ,Πρόληψη της τοξικομανίας,Εκδόσεις Παπαζήση,Αθήνα 2002
- Μελισσά-Χαλκιοπούλου.Χ,Ψυχολογία της υγείας,Εκδόσεις Παπαζήση,Θεσσαλονίκη 1998
- Muisener P.P,Understanding and treating adolescent substance abuse,Sage Publications,London,1994
- Παπαγεωργίου-Βασιλοπούλου Α,Κοινωνική Νοσηλευτική ψυχικής υγείας,Εκδόσεις Βήτα,Αθήνα 2005
- Παπαγεωργίου Γ,Αλκοολισμός-Εξαρτήσεις στη ζωή μας, Β΄έκδοση,Εκδόσεις Παρισιάνος, Αθήνα 1999
- Παραδέλλης Α,Μια νέα μορφή ναρκωτικού,το Κρακ,Εκδόσεις Λύχνος,Θεσσαλονίκη 1997
- Ποταμιανός Γ,Νόμιμες ουσίες εξάρτησης,Εκδόσεις Παπαζήση,Αθήνα 1995
- Πουλόπουλος Χ,Εξαρτήσεις:Οι θεραπευτικές κοινότητες,Εκδόσεις Παρισιάνος,Αθήνα,2005
- Σαρρής Μ,Κοινωνιολογία της υγείας και ποιότητα ζωής,Εκδόσεις Παπαζήση,Αθήνα 2001
- Χαραλαμπίδης Ε,Στοιχεία για τις εξαρτησιογόνες ουσίες(Γρ.Λεκάκης & Ι.Λιάππας,2^η έκδοση)Κέντρο Εκπαίδευσης για την πρόληψη της χρήσης Ναρκωτικών και την Προαγωγή της Υγείας(Ε.Π.Ι.Ψ.Η-Ο.Κ.Α.Ν.Α),Αθήνα 2003
- Χουρδάκη Μ,Ναρκωτικά.Πρωτογενής Τομέας(3^η έκδοση),Leader Books,Αθήμα 2000
- Χουρδάκη Μ,Οικογενειακή ψυχολογία(4^η έκδοση),Leader Books,Αθήνα 2000
- Χουρδάκης Κ,Τοξικολογία του ανθρώπου, Έκδοση 2^η,Εκδόσεις University studio press, Θεσσαλονίκη 2004
- Ψαρούλης Ε,Η σημασία της ινδικής κάνναβης στον εθισμό άλλων ναρκωτικών ουσιών,Εκδόσεις Παπαζήση,Αθήνα 2002
- Ανδρουλάκη Δήμητρα,<<Όρια πρωτογενούς-δευτερογενούς πρόληψης>>,2000 www.kethea-plefsi.gr/deuterogeni.htm
- Παπατριανταφύλλου Σπύρος,Εξάρτηση-Συνεξάρτηση-Ουσιοεξαρτήσεις,2011 www.el-politismos.gr/?p=956