

**ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ  
ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΡΗΤΗΣ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ  
ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**ΘΕΜΑ:  
«ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΣ, ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ  
ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΥ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ»**

**ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ  
ΚΡΗΤΙΚΟΥ ΕΥΔΟΚΙΑ  
ΝΕΥΡΑΔΑΚΗ ΜΑΡΙΑ**

**ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ  
Ε. ΧΑΡΑΛΑΜΠΑΚΗ**

**Ηράκλειο, Μάρτιος 2003**



*Ευχαριστούμε την υπεύθυνη καθηγήτρια μας Ε. Χαραλαμπίκη, για τη συνεργασία που είχαμε, την πολύτιμη βοήθεια για την εκπόνηση της πτυχιακής εργασίας. Παράλληλα ευχαριστούμε την Σχολή μας ΣΕΥΠ, τμήμα νοσηλευτικής που μας έδωσε την δυνατότητα να ασχοληθούμε και να παρουσιάσουμε το συγκεκριμένο θέμα. Πιστεύουμε ότι με την πτυχιακή μας εργασία συμβάλουμε στο να ενημερώσουμε το κοινό γύρω από το αλκοόλ και τις επιπτώσεις στην υγεία και να ους προβληματίσουμε*

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ	1
ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ : ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	
ΓΕΝΙΚΑ ΓΙΑ ΤΟ ΑΛΚΟΟΛ	
1.1 Εισαγωγή	2
1.2 Ιστορική ανάδρομη	3
1.3 Χημική σύσταση –ιδιότητες	5
1.4 Αιθυλική αλκοόλη και οινοπνευματώδη ποτά	8
1.4.1 Απορρόφηση και μεταβολισμός αιθυλικής αλκοόλης	9
1.4.2 Επίδραση αιθυλικής αλκοόλης στον οργανισμό	10
1.4.3 Εξάρτηση από την αλκοόλη και αλκοολισμός	11
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2.	
ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΤΟΥ ΑΤΟΜΟΥ	
2.1 Ορισμός αλκοολισμού	12
2.2 Αιτιοπαθογένεια	13
2.2.1 Βιολογικοί και γενετικοί παράγοντες	14
2.2.2 Ψυχολογικοί παράγοντες	15
2.2.3 Περιβαλλοντικοί παράγοντες	17
2.3 Ανοχή Εθισμός εξάρτηση	19
2.3.1 Το τρίγωνο της εξάρτησης	22
2.4 Οξεία αλκοολική δηλητηρίαση	26
2.4.1 Κοινή μέθη	26
2.4.2 Παθολογική μέθη	27

<b>2.5 Χρόνια αλκοολική συμπεριφορά</b>	28
<b>2.6 Επιπτώσεις του αλκοολισμού στην ποιότητα ζωής του ατόμου</b>	30
<b>2.7 Οι κυριότερες κλινικές μορφές αλκοολισμού</b>	33
<b>2.8 Αλκοόλη και ήπαρ</b>	37
<b>2.9 Καρδιαγγειακό σύστημα</b>	45
<b>2.10 Νευρικό σύστημα</b>	48
<b>2.11 Άλλα συστήματα</b>	49
<b>2.12 Οστεοπενία σε αλκοολικούς</b>	51
<b>2.13 Αλκοόλ και κρανιοεγκεφαλική κάκωση</b>	53

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3**

#### **ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΔΙΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΥ**

<b>3.1 Κοινωνικό κόστος</b>	61
<b>3.2 Αλκοολισμός και οικογένεια</b>	63
<i>3.2.1 Πως βιώνουν τα παιδιά την συμπεριφορά του αλκοολικού γονέα</i>	66
<b>3.3 Αλκοολισμός και γυναίκα</b>	68
<i>3.3.1 Επιπτώσεις στο γυναικείο ενδοκρινές σύστημα</i>	70
<i>3.3.2 Αλκοολισμός και μητρότητα</i>	70
<i>3.3.3 Αλκοολισμός και εγκυμοσύνη</i>	71
<i>3.3.4 Η επίδραση της αλκοόλης στο έμβρυο</i>	71
<i>3.3.5 Εμβρυϊκό σύνδρομο αλκοολικής μητέρας (F.A.S.)</i>	72
<b>3.4 Ο έφηβος και το αλκοόλ</b>	75
<i>3.4.1 Για ποιους λόγους οι σημερινοί νέοι κάνουν χρήση αλκοόλ</i>	77
<i>3.4.2 Η επιθυμία γίνεται ανάγκη</i>	79
<i>3.4.3 Χάνεται ο έλεγχος</i>	80

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4****ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΥ**

<b>4.1</b>	<b>Εισαγωγή</b>	<b>82</b>
<b>4.2</b>	<b>Πορεία και επιπλοκές</b>	<b>82</b>
	<i>4.2.1 Η εγκεφαλοπάθεια του Wernicke</i>	<i>84</i>
	<i>4.2.2 Το σύνδρομο Korsakoff</i>	<i>84</i>
<b>4.3</b>	<b>Αλκοολική τοξίκωση</b>	<b>86</b>
<b>4.4</b>	<b>Οξύ τρομώδες παραλήρημα</b>	<b>87</b>
<b>4.5</b>	<b>Χρόνια αλκοολικά παραληρήματα</b>	<b>91</b>
<b>4.6</b>	<b>Στερητική διαταραχή από αλκοόλ</b>	<b>91</b>
<b>4.7</b>	<b>Αλκοολικές άνοιες</b>	<b>92</b>
<b>4.8</b>	<b>Διαταραχές προκαλούμενες από αλκοόλ</b>	<b>93</b>
	<i>4.8.1 Ψυχωτική διαταραχή</i>	<i>93</i>
	<i>4.8.2 Διαταραχή της διάθεσης</i>	<i>94</i>
	<i>4.8.3 Αγχώδης διαταραχή</i>	<i>94</i>
	<i>4.8.4 Σεξουαλική δυσλειτουργία</i>	<i>94</i>
	<i>4.8.5 Διαταραχή ύπνου</i>	<i>94</i>
<b>4.9</b>	<b>Διαφορική διάγνωση</b>	<b>95</b>

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5****Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ ΤΟΥ ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΥ**

<b>5.1</b>	<b>Ο ρόλος του ψυχιατρικού νοσηλευτή στη σωματική απεξάρτηση</b>	<b>96</b>
<b>5.2</b>	<b>Ο ρόλος του ψυχιατρικού νοσηλευτή στην μακροχρόνια θεραπεία</b>	<b>98</b>
<b>5.3</b>	<b>Ο ρόλος του ψυχιατρικού νοσηλευτή στις ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις</b>	<b>101</b>

<b>5.4 Αγωγή υγείας</b>	102
<b>5.5 Εκπαίδευση</b>	105
<b>5.6 Αντιμετώπιση και θεραπεία</b>	108
<b>5.6.1 Ψυχοθεραπεία</b>	111
<b>5.6.2 Δισουλφιδράμη</b>	112
<b>5.6.3 Ανώνυμος (σύνδεσμος) αλκοολικών</b>	113
<b>5.7 Αποτελέσματα θεραπείας</b>	113
<b>5.8 Επίλογος</b>	114

## **ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ :ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ**

– Ερωτηματολόγιο	117
– Παράθεση των στατιστικών στοιχείων που έχουν συγκεντρωθεί από το ερωτηματολόγιο	123
– Συμπεράσματα	143
– Παλιότερες έρευνες	161
– Σύγκριση με παλαιότερες έρευνες	171
– Προτάσεις	172
– Επίλογος	175
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ</b>	177

## **ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Ο σύγχρονος άνθρωπος καθημερινά ζει και κινείται μέσα σε μια καταγίδα αδιάκοπης περιστροφής και παράφορου άγχους γύρω από πρόσωπα και καταστάσεις. Αυτό έχει σαν συνέπεια να προσπαθεί διαρκώς να ανακαλύψει τρόπους και μεθόδους μέσα από τις οποίες θα μπορεί, έστω για λίγο, να αποδράσει από την πεζή καθημερινότητα του και να ζήσει σε έναν κόσμο ονειρικό και απαλλαγμένο από συμβιβασμούς και πίεση. Η χρήση ως και η κατάχρηση του αλκοόλ έχει γίνει το μέσο που θα μας οδηγήσει σε άλλους κόσμους και τείνει να θεωρηθεί από πολλούς η μοναδική διέξοδος και απόδραση από το απέραντο κενό μας. Ο σκοπός αυτής της εργασίας είναι να μελετηθούν οι επιδράσεις του οινοπνεύματος στην υγεία του ανθρώπου, ο αλκοολισμός και να αναπτυχθεί ο ρόλος του νοσηλευτή στην αντιμετώπιση του αλκοολικού ασθενούς και των προβλημάτων που προέρχονται από την κατάχρηση οινοπνεύματος.

Στην χώρα μας τόσο οι προσπάθειες της πολιτείας και των κοινωνικών φορέων, όσο και η σχετική επιστημονική βιβλιογραφία έχει μέχρι σήμερα περιοριστεί στη μελέτη και στην αντιμετώπιση των «παράνομων» ουσιών εξάρτησης (ναρκωτικά), ενώ ελάχιστη έως ανύπαρκτη είναι η αντίστοιχη ενασχόληση με τις «νόμιμες» ουσίες εξάρτησης, το αλκοόλ, τη νικοτίνη κτλ. Τα δεδομένα αυτά αποτέλεσαν για μας σημαντικά κίνητρα, ώστε να ασχοληθούμε με το θέμα του αλκοολισμού.

Η διαφώτιση και ευαισθητοποίηση του κοινού πάνω σε αυτό το θέμα είναι το πρώτο βήμα προς την πρόληψη. Λαμβάνοντας αυτό το στοιχείο υπόψη μας προσπαθήσαμε να εξετάσουμε το πρόβλημα του αλκοολισμού σφαιρικά και να αναπτύξουμε όλες τις επιβλαβείς επιδράσεις του αλκοόλ στο σώμα του ανθρώπου με την μικρή ελπίδα ότι αυτή η εργασία θα συμβάλει έστω και ελάχιστα στην πληροφόρησει πάνω σ' αυτό το φλέγον ζήτημα.



# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

## ΓΕΝΙΚΑ ΓΙΑ ΤΟ ΑΛΚΟΟΛ

### 1.1 Εισαγωγή

Είναι γνωστή σε όλους και διαχρονική η ρήση της Παλαιάς διαθήκης «οίνος ευφραίνει καρδίαν ανθρώπων». Πράγματι το αλκοόλ υπήρξε και συνεχίζει να είναι σύντροφος του ανθρώπου και στις διάφορες μορφές αποτελεί απαραίτητο συμπλήρωμα για ένα καλό φαγητό, για ένα καλό γλέντι, για μια φιλική κουβέντα αλλά και για κάποιες στιγμές προσωπικής χαλάρωσης, ακόμα αποτελεί μια από τις μεγάλες βιομηχανίες που προσφέρει δουλεία σε εκατομμύρια ανθρώπους.

Όμως από την απλή χρήση αλκοόλ μέχρι την κατάχρηση και την εξάρτηση υπάρχει μια διαχωριστική γραμμή τα όρια της οποίας δεν είναι σαφή. Οι προγονοί μας έλεγαν «Μέτρον άριστον». Διότι ενώ η χρήση προάγει την κοινωνικότητα η κατάχρηση του το καθιστά μέσο αντικοινωνικής συμπεριφοράς.

Η παραβίαση λοιπόν του «μέτρου» φαίνεται να συνιστά την παθολογική χρήση η οποία ακολουθεί μια εξελικτική πορεία και περιγράφεται στην αρχή ως κατάχρηση με σημαντικότερη διαταραχή την εξάρτηση, η οποία αποτελεί ένα σύμπλοκο ψυχο-βιολογικό φαινόμενο.

Το άτομο αρχίζει από μια πρώτη επαφή με το αλκοόλ με σκοπό την ευθυμία και την φυγή από το άγχος και της καθημερινότητας. Στην συνέχεια

«πειραματίζεται» στην αντοχή του με αυτό, στη φάση αυτή ανακαλύπτει με κάποιο δέος ότι πάσχει από «κενά μνήμης» καθώς ξεχνά τις δραστηριότητες του σε συγκεκριμένα χρονικά διαστήματα κατανάλωσης μεγάλης ποσότητας αλκοόλ. Κατόπιν -αν δεν διακόψει-περνά σε ένα τρίτο στάδιο όπου το άτομο ανακαλύπτει την ακατανίκητη ανάγκη του για αλκοόλ και αρχίζει το δράμα του πασχίζοντας κατά καιρούς να περιορίσει αισθητά την κατανάλωση σε επίπεδα σχετικής κοινωνικής αποδοχής. Κάποιοι θα περάσουν στο επόμενο στάδιο. Είναι αυτοί που δεν επέστρεψαν στα προηγούμενα ή δεν σταθεροποιήθηκαν στο τρίτο. Στη φάση αυτή το άτομο ζει ουσιαστικά πια για το επόμενο ποτό εγκαταλείποντας κοινωνικές και οικονομικές δραστηριότητες, παραμελώντας ταυτόχρονα τον εαυτό του και την οικογένεια του.

Παράγοντες που ενοχοποιούνται στην εμφάνιση του αλκοολισμού μπορεί να είναι κατά περίπτωση βιολογικοί-γενετικοί, ψυχολογικοί, περιβαλλοντικοί (κοινωνικοί - πολιτισμικοί - οικονομικοί) καθώς επίσης υπαρξιακοί, οι οποίοι δυνητικά μπορεί να οδηγήσουν το άτομο στην κατάχρηση με συνέπεια την εμφάνιση ποικίλων και σοβαρότατων σωματικών και ψυχικών επιπλοκών. Τα συμπτώματα αυτών των διαταραχών επηρεάζουν αρνητικά την λειτουργικότητα του ατόμου και την ποιότητα της ζωής του.

## **1.2 Ιστορική ανάδρομη**

Στα βάθη της ιστορίας χάνονται τα πρώτα ίχνη χρήσης αλκοολούχων ποτών. Συγκεκριμένες οι αναφορές στα Ομηρικά Έπη. Σύμβολο χαράς, εορταστικό, απαραίτητο συμπλήρωμα κάθε σημαντικού γεύματος και μάλιστα από τότε διαχωρισμένο σε υψηλές και μέτριες ποιότητες με έναν δικό του θεό τον Διόνυσο και αμέτρητους, θεραπευτές. Ακόμα και στα πνευματικά συμπτώσια

της Αρχαίας Αθηνάς η μέτρια κατανάλωση οίνων θεωρείτο ότι βοηθούσε στην ανταλλαγή σκέψεων και απόψεων. Επικίνδυνο παιχνίδι όμως για τον άμαθο, αυτόν που δεν μπορούσε να κρατήσει το «μετρον», χλευασμός ήδη στα αρχαία κείμενα για τον μέθυσο, γι' αυτόν που το οινόπνευμα του πήρε την κρίση τον ζάλισε και τον τύφλωσε, όπως φρόντισε να κάνει και ο πολυμήχανος Οδυσσέας στον κύκλωπα Πολύφημο.

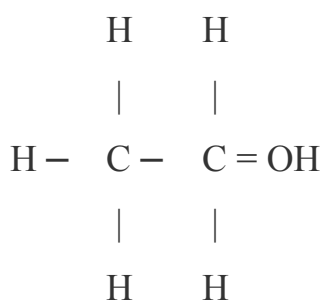
Οι αρχαίοι Έλληνες πίστευαν πως την παρασκευή του κρασιού διδάχθηκαν από τον Διόνυσο. Συγκεκριμένα όταν μεγάλωσε ο Διόνυσος ανακάλυψε το αμπέλι και το κρασί και περιπλανήθηκε στον κόσμο διδάσκοντας στους ανθρώπους την καλλιέργεια του αμπελιού. Από το 6000 π.Χ. παράγονται μύρτες και κρασιά από τη ζυμωτική δράση των μυκήτων της μαγιάς πάνω σε ορισμένα σάκχαρα. Όμως, μόνο το 800 μ.Χ. παρήγαν για πρώτη φορά την αιθυλική αλκοόλη, το δραστικό συστατικό των οινοπνευματωδών, σε πιο συμπυκνωμένη μορφή. Εικάζεται ότι κάποιος Άραβας, που ήταν γνωστός με το όνομα Τζαχρ Ιμπν Χαιυαν, ανακάλυψε τη διαδικασία της απόσταξης και ήταν ο πρώτος που έφτιαξε ένα πιο δυνατό ποτό που είχε παρόμοια δράση με του κονιάκ ή της βότκας. Ήδη ο Πλάτων συστήνει στην επιστολή του προς τους νέους πλήρη αποχή από την χρήση οίνου μέχρι 18 ετών, μέχρι τα 25 μόνο με τη σύγχρονη παρουσία κάποιου αλλού μεγαλύτερου σε ηλικία ενήλικα, ενώ την συμμετοχή στα Ελευσίνια Μυστήρια τον συμβουλεύει μόνο εάν κάποιος έχει κλείσει τα 30 χρόνια της ζωής του. Από τότε όμως πέρασαν χιλιάδες χρόνια. Αυτά όμως που ίσχυαν τότε φαίνεται να ισχύουν και σήμερα. Εκατομμύρια άνθρωποι σε όλο τον κόσμο κάνουν συχνή χρήση οινοπνευματωδών ποτών, το γιορτάζουν, χαίρονται, διασκεδάζουν, κλείνουν δουλείες και καταπίνουν ίσως και κανά φαρμάκι με κανένα ποτηράκι. Εκατομμύρια είναι όμως και αυτοί που έχασαν τον έλεγχο, που τους «πήρε από κάτω», τους διέλυσε την οικογένεια, τους σταμάτησε από δουλεία, τους

κατέστρεψε την ψυχή και το σώμα τους οδήγησε νωρίς στο θάνατο. «Νερό της φωτιάς» το ονόμασαν οι Ινδιάνοι (άμαθοι μέχρι την αποικιοποίηση της Αμερικής στο οινόπνευμα), γιατί πράγματι κάηκαν με αυτό.

Σήμερα, η από πολλών ετών βιομηχανοποίηση και εμπορευματοποίηση των οινοπνευματωδών ποτών κατήργησε σταδιακά τις παραδοσιακές σχέσεις με αυτό και οπωσδήποτε ζούμε σε μια κατάσταση, τουλάχιστον στον ελληνικό χώρο αρκετά διαφορετική από τι πριν 25-30 χρόνια. Τα αμερικανό-ευρωπαϊκά ήθη και έθιμα εισήλθαν τις τελευταίες μια-δυο δεκαετίες και στον ελληνικό χώρο αλλάζοντας σταδιακά τον αλκοολικό χάρτη της πατρίδας μας. Εδώ βέβαια θα πρέπει να κάνουμε μια παρένθεση και να πούμε ότι ο αλκοολισμός (λόγω ίσως έλλειψης άλλων ψυχοτρόπων ουσιών) ήταν και είναι το υπ» αριθμόν ένα πρόβλημα των πρώην ανατολικών κρατών, στην ελληνική όμως κοινωνία καθοριστικό ρόλο έπαιξαν οι εκ δυτικών εισαγόμενες συνήθειες. Τελικά όλοι πίνουν ή σχεδόν όλοι.

### 1.3 Χημική Σύσταση –Ιδιότητες

Ο όρος αλκοόλ προέρχεται από την αραβική «al Kohl». Το αλκοόλ το οποίο βρίσκεται στα αλκοολούχα ποτά ονομάζεται αιθυλική αλκοόλη ή αιθανόλη και έχει τον χημικό τύπο  $C_2H_5OH$ .



Όπως δείχνει και το παραπάνω διάγραμμα, ο άνθρακας, το υδρογόνο και το οξυγόνο αποτελούν τα μόνα στοιχεία της αιθυλικής αλκοόλης. Άλλα είδη

αλκοόλης μπορούν να παραχθούν προσθέτοντας ή αφαιρώντας άτομα άνθρακα και υδρογόνου. Η αιθυλική αλκοόλη όμως, είναι το μόνο είδος αλκοόλης που είναι ασφαλές για ανθρώπινη κατανάλωση.

Η κοινή αλκοόλη ή αιθυλική αλκοόλη ή οινόπνευμα προέρχεται από την ζύμωση σακχαρούχων ποτών με την επίδραση του ζυμώματος της ζύμης του ζύθου. Κατά τη ζύμωση αυτή το σάκχαρο διασπάται σε 2 άτομα οινόπνευματος και 2 άτομα ανθρακικού οξέος. Από την απόσταξη της ουσίας η οποία υπέστη τη ζύμωση λαμβάνεται η αλκοόλη αραιωμένη σε πολύ νερό, με αλλεπάλληλες αποστάξεις λαμβάνεται καθαρή (χωρίς νερό). Τελείως άνυδρη αλκοόλη δεν είναι δυνατόν να ληφθεί μόνο με αποστάξεις, γι' αυτό δε χρησιμοποιούνται και ουσίες που απορροφούν το νερό (κάλιο, ασβέστιο). Επιπλέον κατά τη ζύμωση των σακχαρούχων παράγονται κι άλλες ουσίες, όπως γλυκερίνη και ηλεκτρικό οξύ. Αλκοόλη κατά τον παραπάνω τρόπο εξάγεται και από το κρασί, απ' όπου και το όνομα αυτής «οινόπνευμα» (Esprit de vin).

Όσον λιγότερο νερό περιέχει το οινόπνευμα τόσο ελαφρύτερο ειδικά είναι και τόσο ταχύτερα ζέει (βράζει). Ανάλογα με την περιεκτικότητα σε νερό η αλκοόλη διακρίνεται σε :

- *Απόλυτη αλκοόλη* (Alcohol absolutus) που περιέχει 1% ως 5% νερό.
- *Αλκοόλη τελείως καθαρή* (Spiritus) που περιέχει 9% ως 10% νερό (αλκοόλη 90 ή 91 βαθμών).
- *Αλκοόλη καθαρή* (Spiritus Dilutus) που περιέχει 31% ως 35% νερό (αλκοόλη 65 ως 69 βαθμών).

Έρχονται κατόπιν τα οινοπνευματώδη ποτά τα οποία έχουν την εξής σειρά ανάλογα με την περιεκτικότητα αυτών σε αλκοόλη:

Είδος	Παραδείγματα συγκεκριμένων ποτών	Περιεκτικότητα σε αλκοόλ % U/U	Μέθοδος παραγωγής
<u>Μπύρες</u>	Ξανθές	3-6	Ζύθος πριν τη βράση ζυμωμένος με μαγιά και χούμελη για άρωμα.
	Μαύρες	4-6	
<u>Επιτραπέζια κρασιά</u>	Κόκκινα, άσπρα και ροζέ	8-14	Ζύμωση πατημένων σταφυλιών ή χυμού σταφυλιού.
	Σαμπανιζέ: σαμπάνια	12	Δεύτερη ζύμωση με κατακράτηση του διοξειδίου του άνθρακα.
<u>Γλυκά κρασιά και κοκτέιλ</u>	Τσέρι, Πορτό, Μαδέρα, Βερμούτ	15-20	Κοινά κρασιά με προσθήκη κονιάκ ή οινοπνεύματος υψηλής πυκνότητας και απόσταγμα φυτών για άρωμα
<u>Αποσταγμένα κρασιά</u>	Ούισκι	40	Άμεση απόσταξη του σταφυλόζουμου μετά τη ζύμωση
	Κονιάκ	37-40	Διπλή απόσταξη από τη ζύμωση πολτοποιημένου κριθαριού ή καλαμποκιού
	Ρούμι	40	Απόσταξη από ζύμωση μολλασών
	Τζίν	37-40	Άγευστα αποστάγματα εμπλουτισμένα σε δεύτερη απόσταξη με μούρα κ. λ. π.
	Βότκα	37, 5	Απόσταξη σιταριού
<u>Λικέρ</u>	Βενεδικτίνη Σαρτρέζ, Κιρς	20-55	Ουδέτερα οινοπνεύματα με προσθήκη αρωματικών ουσιών

Η αιθυλική αλκοόλη συνοδεύεται συνήθως και από μικρές ποσότητες διάφορων άλλων αλκοολών όπως μεθυλικής, αμυλικής, βουτυρικής, προπυλικής.

Η απόλυτη αλκοόλη έχει βάρος 100° στο ακοόμετρο σε θερμοκρασία +15° και ζέει σε 78°. Είναι υγρή, άχρωμη, ευκίνητη, με ευχάριστη οσμή και γεύση καυτική. Στη φαρμακευτική χρησιμοποιείται αλκοόλη 95° (που περιέχει 6.19 νερό).

#### **1.4 Αιθυλική αλκοόλη και οινοπνευματώδη ποτά**

Το βασικό συστατικό όλων των οινοπνευματωδών ποτών είναι η αιθυλική αλκοόλη που αποτελεί προϊόν αλκοολικής ζυμώσεως των υδατανθράκων. Η χρήση οινοπνευματούχων ποτών αποτελεί προϊόν αλκοολικής ζυμώσεως των υδατανθράκων. Η χρήση οινοπνευματούχων ποτών αποτελεί παραδεκτή κοινωνική συνήθεια που η έναρξη της συμπίπτει με την αρχή της ιστορίας του ανθρώπου. Τα πρωτόγονα όμως οινοπνευματώδη παρασκευάσματα είχαν χαμηλή περιεκτικότητα σε αιθυλική αλκοόλη (οινόπνευμα) και με πολύ καλή θέληση θα συγκρίνονταν με το σημερινό κρασί και την μύρα. Η μεγάλη «πρόοδος» έγινε από τους Αλχημιστές που με την απόσταξη παρασκεύασαν συμπυκνωμένα διαλύματα αιθυλικής αλκοόλης. Στους προγονούς αυτούς των σημερινών οινοπνευματωδών ποτών αποδόθηκαν σημαντικές ιδιότητες που απευθύνονταν σε πολύ ευαίσθητες περιοχές της ανθρώπινης ματαιοδοξίας. Έτσι το ούισκι που σημαίνει νερό της ζωής υποστηρίχθηκε πως προκαλεί «μακροζωία, όξυνση του νου και διέγερση της σεξουαλικής δραστηριότητας». Οι ιδιότητες αυτές εγγυήθηκαν την αυξανόμενη ζήτηση και προσοδοφόρα εμπορία. Έκτοτε η παρασκευή οινοπνευματωδών ποτών εξελίχθηκε σε ιδιαίτερη επιστήμη με ανεξέλεγκτη παραγωγή και κατανάλωση.

Με βάση τις τρέχουσες διατάξεις στον τόπο μας, οινοπνευματώδη ποτά ορίζονται «αυτά που περιέχουν σαν βασικό συστατικό την αιθυλική αλκοόλη

«ποτοποιίας» με εξαίρεση το κρασί και τη μύρα». Η περιεκτικότητα αιθυλικής αλκοόλης (βαθμός) ποικίλει στα διάφορα ποτά, ενώ οι προσμίξεις και οι χρωστικές δίνουν τους ιδιαίτερους ποιοτικούς χαρακτήρες. Η περιεκτικότητα οينوπνεύματος στα πιο συνηθισμένα ποτά του τόπου μας είναι: μύρα = 3, 6 gr%, ηδύποτα διάφορα = 20 gr%, κρασί = 9-13 gr%, τσίπουρο = 30 gr%, ούισκι, τζιν = 40 gr%. Η χρήση αυτών των προϊόντων προσφέρει 7 θερμίδες για κάθε γραμμάριο αιθυλικής αλκοόλης και προκαλεί «διαταραχές» ως αποτέλεσμα της φαρμακολογικής δράσεως του οينوπνεύματος.

#### ***1.4.1 Απορρόφηση και μεταβολισμός της αιθυλικής αλκοόλης***

Η αιθυλική αλκοόλη απορροφάται εύκολα απ'όλα τα τμήματα του πεπτικού συστήματος (ταχύτερη απορρόφηση στο λεπτό έντερο). Η ταχύτητα της απορροφήσεως εξαρτάται από την περιεκτικότητα οينوπνεύματος στο οينوπνευματώδες ποτό, από το περιεχόμενο του στομάχου και από την ταχύτητα διαβάσεως στο έντερο. Μετά την απορρόφηση διαχέεται μέσω του αίματος σε όλους τους ιστούς και τα βιολογικά υγρά. Έτσι ανιχνεύεται στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό, στον εμπνεόμενο αέρα, στα ούρα, και σε περίπτωση εγκυμοσύνης στη κυκλοφορία του εμβρύου. Η ταχύτητα με την οποία η αλκοόλη περνάει από το αίμα στους ιστούς εξαρτάται από την αιματώδη των οργάνων.

Ο μεταβολισμός της αλκοόλης γίνεται κατά 80% στο συκώτι. Η μέγιστη όμως μεταβολική ικανότητα δεν ξεπερνάει τα 200 ως 240 gr το 24ωρο, γεγονός που σημαίνει πως σε μεγαλύτερες παροχές αυξάνει συνεχώς η συγκέντρωση αλκοόλης στο αίμα και στους ιστούς. Υπογραμμίζεται επίσης πως η παρουσία αλκοόλης «θέτει» απόλυτη προτεραιότητα στο μεταβολισμό



της σε βάρος όλων των άλλων μεταβολικών λειτουργιών του ήπατος, γεγονός που συνεπάγεται διαταραχές της θρέψεως.

#### ***1.4.2 επίδραση της αιθυλικής αλκοόλης στον οργανισμό***

Η αιθυλική αλκοόλη ανάλογα με την πυκνότητα της στο αίμα εξασκεί φαρμακολογική δράση και επηρεάζει τη λειτουργία πολλών συστημάτων και οργάνων. Αν και η κύρια δράση της αφορά το κεντρικό νευρικό σύστημα (ΚΝΣ) προκαλεί επίσης ταχυκαρδία, πτώση της πίεσεως, πολυουρία, γαστρίτιδα, και δυσαπορρόφηση πολλών σημαντικών θρεπτικών συστατικών (βιταμίνες, ασβέστιο, ψευδάργυρος, μαγνήσιο κ.α.) που είναι σημαντικά για πολλές λειτουργίες διάφορων οργάνων.

Η δράση της αιθυλικής αλκοόλης στο ΚΝΣ εξαρτάται απόλυτα από το επίπεδο της στο αίμα (βαθμός δηλητηριάσεως). Τα πρώτα συμπτώματα εμφανίζονται όταν η συγκέντρωση στο αίμα ξεπεράσει τα 40 mg%. Σε μια πρώτη φάση εξασθενεί η μνήμη και η προσοχή, ο λόγος γίνεται φλύαρος (σπάνια και έξυπνος), ενώ η αυτοπεποίθηση περισσεύει. Προοδευτικά παρατηρούνται διαταραχές στο συναίσθημα που «αιωρείται» και δεν είναι σπάνιες οι συναισθηματικές εκρήξεις. Η εκτέλεση λεπτών χειρισμών και η αντίδραση σε ερεθίσματα παραβλάπτονται σοβαρά. Σε μεγαλύτερες αυξήσεις της συγκεντρώσεως η συνείδηση προοδευτικά «θολούται» και τελικά επέρχεται κώμα (απώλεια συνειδήσεως). Ο θάνατος είναι σπάνιος σε οξεία δηλητηρίαση, αλλά μπορεί να συμβεί από παράλυση του κέντρου της αναπνοής, όταν η πυκνότητα στο αίμα υπερβεί τα 450-500 mg%. Το «ευφορικό αποτέλεσμα της ελαφριάς δηλητηριάσεως δίνει την εντύπωση πως η δράση της αλκοόλης στο κεντρικό νευρικό σύστημα είναι ερεθιστική.

### ***1.4.3 Εξάρτηση από την αλκοόλη και αλκοολισμός***

Έχει παρατηρηθεί πως μετά από χρόνια χρήση αλκοόλης για να επιτευχθεί το ίδιο φαρμακολογικό αποτέλεσμα χρειάζονται πιο υψηλά επίπεδα στο αίμα (ανοχή). Η κατάσταση αυτή οδηγεί σε προοδευτική αύξηση της ποσότητας αφού η «επίτευξη κάποιου βαθμού δηλητηρίασεως είναι ο στόχος και το μέτρο της καταναλώσεως». Η κατάσταση αυτή με το χρόνο οδηγεί σε φυσική εξάρτηση, που σημαίνει πως η διακοπή της αλκοόλης προκαλεί δυσάρεστα συμπτώματα που «εξαναγκάζουν» στη συνέχιση της χρήσεως της. Ο φαύλος αυτός κύκλος οδηγεί σε μεγαλύτερη εξάρτηση, με την έννοια πως τα συμπτώματα εκλύονται όχι μόνο όταν μηδενισθεί η αλκοόλη του αίματος, αλλά και όταν πέσει κάτω από «κάποιο επίπεδο» που συνεχία γίνεται πιο υψηλό. Μπορεί δηλαδή να έχουμε στερητικά φαινόμενα. Το είδος και η βαρύτητα των συμπτωμάτων στερήσεως εξαρτώνται από το «βαθμό» της εξαρτήσεως. Έτσι σε μια πρώτη φάση η κεφαλαλγία, η νευρικότητα και ο ελαφρός τρόμος αποτελούν τα μόνα συμπτώματα. Σε μεγαλύτερες εξαρτήσεις παρουσιάζονται ναυτία, εμετοί, πυρετός ψευδαισθήσεις, επιληπτικές κρίσεις, ιδρώτες και τέλος συγχυτικο-διεγερτική κατάσταση (Delirium tremens) που καταλήγει πολύ συχνά σε θάνατο.

Στην κοινή αντίληψη η φυσικοί εξάρτηση οποιουδήποτε βαθμού είναι συνώνυμη με τον αλκοολισμό. Στην πραγματικότητα, όμως ο αλκοολισμός είναι με ιατρικές, νομικές και κοινωνικές επεκτάσεις. Έτσι, σήμερα αλκοολικός χαρακτηρίζεται εκείνος που λόγω της χρονιάς χρήσεως αλκοόλης δημιουργεί προβλήματα σε επίπεδο υγείας, εργασίας και κοινωνικού περιβάλλοντος. Η δημιουργία αυτών των προβλημάτων δεν προϋποθέτει την ανάπτυξη φυσικής εξαρτήσεως, που από το άλλο μέρος δεν είναι δυνατόν να αναγνωρισθεί με αντικειμενικά κριτήρια ιδιαίτερα στα αρχικά στάδια.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2**

### **ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΤΟΥ ΑΤΟΜΟΥ**

#### **2.1 Ορισμός Αλκοολισμού**

Δεν υπάρχει ακριβής ορισμός του αλκοολισμού. Αποτελεί μια περιληπτική έννοια για τις διάφορες οξείες και χρόνιες καταστάσεις δηλητηρίασης απ' το αλκοόλ, όπως παθολογική μέθη, αλκοολομανία, χρόνιο αλκοολισμό, delirium tremens, αλκοολικές ψευδαισθήσεις.

Σύμφωνα με τον παγκόσμιο οργανισμό υγείας, σαν αλκοολισμός χαρακτηρίζονται «καταστάσεις κατά τις οποίες γίνεται υπερβολική χρήση αλκοόλ για μεγάλο χρονικό διάστημα και προς ζημία της σωματικής υγείας ή και της κοινωνικής θέσης του καταναλωτή»

Αυτό που έχει σημασία είναι ότι ο αλκοολισμός διαφεύγει συχνά την διάγνωση του γιατρού. Κι αυτό γιατί ο αλκοολικός αρνείται τις περισσότερες φορές ότι έχει πρόβλημα με το αλκοόλ και μόνο συγγενείς, φίλοι και άνθρωποι από την εργασία του μπορούν να δώσουν ακριβείς πληροφορίες.

Επίσης ο αλκοολικός συχνά εκλογικεύει τις κοινωνικές και επαγγελματικές του δυσκολίες σαν αιτίες κι όχι σαν αποτέλεσμα του ότι πίνει.

Ο αλκοολικός δεν έρχεται εύκολα για θεραπεία. Τις πιο πολλές φορές θα πρέπει να εξαναγκασθεί από τους στενούς συγγενείς ή τους φίλους ή τους προϊστάμενους του ή κυριολεκτικά να εκβιαστεί ότι θα χάσει την γυναίκα του, τα παιδιά του ή τη δουλειά του, αν δεν δεχθεί θεραπεία.

## 2.2 Αιτιοπαθογένεια

Αν και η αιτιολογία του αλκοολισμού είναι βασικά άγνωστη, εντούτοις έχουν ενοχοποιηθεί διάφοροι βιολογικοί και ψυχοκοινωνικοί παράγοντες. Απ' αυτούς σημαντικότεροι είναι οι γενετικοί, οι οποίοι κυρίως ευθύνονται για οικογενή εμφάνιση του αλκοολισμού. Θεωρίες για την γενετική θεωρία του αλκοολισμού προτείνουν μια κληρονομούμενη ευαλωτότητα στο αλκοόλ, που μπορεί να διαμεσολαβείται με αυξημένη δραστηριότητα των ενδορφινών, με αυξημένη χαλάρωση των ευαίσθητων ατόμων από το αλκοόλ ή προδιάθεση για ανάπτυξη μεγάλης ανοχής κ.α.

Η οικογενής φύση του αλκοολισμού, βέβαια, στοιχειοθετείται από μελέτες που βρήκαν ότι ο κίνδυνος για εξάρτηση από αλκοόλ είναι τρεις έως τέσσερις φορές μεγαλύτερος σε στενούς συγγενείς αλκοολικών, καθώς και σε υιοθετημένα παιδιά αλκοολικών και επίσης ότι είναι μεγαλύτερος σε μονοζυγώτες από ότι σε δυζυγώτες δίδυμους.

Οπωσδήποτε, όμως, οι γενετικοί παράγοντες μπορούν να εξηγήσουν μόνο ένα μέρος του κίνδυνου ανάπτυξης αλκοολισμού, καθώς ένα άλλο μέρος προέρχεται από περιβαλλοντικούς ή διαπροσωπικούς δηλαδή ψυχοκοινωνικούς παράγοντες. Σαν τέτοιους αναφέρουμε την επικρατούσα πολιτισμική στάση απέναντι στο αλκοόλ, τις προσδοκίες για τα αποτελέσματα του αλκοόλ πάνω στην διάθεση και την συμπεριφορά, το στρες, την ταυτοποίηση των παιδιών με τις συνήθειες χρήσης αλκοόλ με των γονιών τους, την ψυχοδυναμική ενοχοποίηση υπερπροστατευτικών μητέρων (που προάγουν την καθήλωση στο στοματικό στάδιο, η οποία πιθανολογείται ότι οδηγεί σε αλκοολισμό) κ.α.

Θα πρέπει επίσης να σημειώσουμε ότι ένας μεγάλος αριθμός αλκοολικών έχει ταυτόχρονα και άλλες ψυχικές διαταραχές, που μπορεί να συμβάλουν και

αυτές στην παθολογική χρήση του αλκοόλ, όπως διαταραχές της διάθεσης (π.χ. κατάθλιψη), αγχώδεις διαταραχές (π.χ. διαταραχή πανικού), σχιζοφρένεια. Ακόμα, συχνά βρίσκουμε σε αλκοολικούς διαταραχή της διαγωγής (στην εφηβεία), αντικοινωνική διαγωγή ή αντικοινωνική διαταραχή της προσωπικότητας.

### ***2.2.1 Βιολογικοί και γενετικοί παράγοντες***

Από τα μέσα περίπου του 19<sup>ου</sup> αιώνα, η περί «εκφυλισμού» θεωρία - εκφυλισμός ως προς ένα ιδεατό τύπο ανθρώπου ή σε σχέση προς τους γεννήτορες – συνδύαζε τις τότε επικρατούσες για την κληρονομικότητα ιδέες με τις τότε γενικότερες κοινωνικό-πολιτισμικές αντιλήψεις, για να εξηγηθεί η ψυχική αρρώστια. Καίρια θέση εντός του ερμηνευτικού αυτού σχήματος κατείχε ο αλκοολισμός: ο κοινωνικός εκφυλισμός δημιουργεί ποτές και αυτοί με την σειρά τους τίκτουν και γεννούν βιολογικά και κοινωνικά εκφυλισμένους, διαιωνίζοντας έτσι ένα φαύλο κύκλο. Οι ιδέες αυτές παρέμειναν επί πολλές δεκαετίες κυρίαρχες και άρχισαν να κλονίζονται κυρίως από το δεύτερο ήμισυ του 20<sup>ου</sup> αιώνα και μετά.

Κατά το τελευταίο τέταρτο του αιώνα μας ο πυρήνας του προβληματισμού αυτού ο βιολογικός και γενετικός καθορισμός δεν έχει εγκαταλειφθεί. Αν και σε διαφορετικό τώρα επίπεδο, εικάζεται και συζητείται ευρέως η πιθανότητα του γενετικού παράγοντα στην αιτιοπαθογένεια του αλκοολισμού. Η πρόσφορα στατιστικών δεδομένων που συνηγορούν υπέρ ενός οικογενειακού χαρακτήρα του όλου φαινομένου, είναι μεν άφθονη, αλλά η επισήμανση πολλαπλών και σύνθετων μεθοδολογικών προβλημάτων στις σχετικές έρευνες-κυρίως δίδυμων και υιοθετημένων παιδιών-περιορίζει ασφαλώς την εμβέλεια ενός γενετικού ντετερμινισμού στον αλκοολισμό. Άλλωστε, μέχρι σήμερα δεν έχει διατυπωθεί καμία απόλυτος βέβαια πρόταση για τον τρόπο

με τον οποίο μεταβιβάζεται η πολυγενετική φύση της διαταραχής, η οποία δύναται να εκδηλωθεί απρόβλεπτα και με ποικίλους τρόπους.

Πολλαπλές επίσης φαίνεται να είναι, κατά τους υποστηρικτές, και οι συνέπειες αυτής της δυνητικής κληρονομικότητας: α) Ιδιαίτεροι ευφορική απάντηση στην οξεία χρήση αλκοόλ, β) Ταχεία ανάπτυξη κυτταρικής ή μεταβολικής ανοχής, γ) Ιδιαίτεροι ευαισθησία -μετά από χρόνια χρήση- στην ανάπτυξη εγκεφαλοπαθειών, δ) Εκδήλωση ατομικών διαφορών στο μεταβολισμό της αιθανόλης, ε) ανάπτυξη ψυχολογικών χαρακτηριστικών (π.χ. επίπεδο άγχους) που ευνοούν την ανάπτυξη μιας προδιαθεσικής προς τον αλκοολισμό προσωπικότητας.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζουν πρόσφατες σχετικές έρευνες που υποστηρίζουν ότι οι λαοί της Ανατολής, κατά ένα σημαντικό, ποσοστό παρουσιάζουν μια άμεση αντίδραση υπερευαισθησίας (γενική δυσφορία, σωματικά κακουχία) στο αλκοόλ. Η ιδιομορφία αυτή δρα προστατευτικά (αποφυγή αλκοόλ) θεωρείται πιθανώς γενετικά προσδιορισμένη. Εξηγούνται έτσι, εν μέρη τουλάχιστον, διάφορες που διαπιστώνονται μεταξύ εθνών, αλλά και ατόμων, στη στάση τους (και στις αντιδράσεις) έναντι του αλκοόλ.

Πάντως, κατά τον Goodwin, οι γενετικοί παράγοντες δεν εύνουν με βεβαιότητα, παρά μόνο μερικές ιδιαίτερες μορφές αλκοολισμού με σύνδρομο εξάρτησης.

### **2.2.2 Ψυχολογικοί παράγοντες**

**α) Το πρόβλημα της αλκοολικής προσωπικότητας.** Καθώς δύσκολα μπορεί να αποδοθεί η αλκοολική συμπεριφορά σε μια ενιαία, αυτόνομη ψυχοπαθολογική δομή, δύσκολα γίνεται δεκτή και ύπαρξη της ονομαζόμενης «αλκοολικής προσωπικότητας». Εντούτοις, εύκολα διαπιστώνει ότι αρκετοί μεταξύ των αλκοολικών παρουσιάζουν κάποια κοινά χαρακτηριστικά, ώστε –

παρά τις κριτικές- ο G. Barnes πρότεινε τον όρο «κλινική αλκοολική προσωπικότητα» για να εκφράσει παρατηρήσιμες ψυχολογικές παραμέτρους που αναπτύσσονται, κατόπιν καταχρήσεως αλκοόλ, σε μια ορισμένη προαλκοολική οργάνωση της προσωπικότητας. Οι σχετικές με την αναζήτηση αυτής της βασικής προσωπικότητας έρευνες δεν έχουν μέχρι στιγμής καταλήξει σε κανένα γενικώς αποδεκτό συμπέρασμα. Το πρόβλημα περιπλέκεται βεβαίως, αν ληφθεί υπόψη και ο «δευτερογενής αλκοολισμός», η εκδήλωση δηλαδή αλκοολικής συμπεριφοράς στα πλαίσια διάφορων ψυχικών νοσημάτων, με ψυχοπαθολογικά στοιχεία ευνοϊκά στην προδιάθεση για αλκοολισμό (π.χ. η παρορμητικότητα).

Συνήθης μέθοδος διερεύνησης της κλινικής αλκοολικής προσωπικότητας είναι η δια ψυχομετρικών και προβληματικών δοκιμασιών (MMPI, Rorschach, TAT κ.λ.π.), οι οποίες φαίνεται να αποσπούν μερικές ενδιαφέρουσες, για τον κλινικό, παρατηρήσεις. Κατά τον G. Barnes η παρορμητικότητα, το άγχος, η κατάθλιψη, οι δυσκολίες στη σεξουαλική ταυτοποίηση, η αδυναμία του Εγώ, αποτελούν στοιχεία από τα πλέον συχνά απαντώμενα στους αλκοολικούς. Έτσι, το αλκοόλ δύναται να χρησιμοποιείται από ένα άτομο με σκοπό να μειωθεί η υποκειμενική κακουχία που αισθάνεται λόγω ιδιαίτερα οξυμένων εσωτερικών και εξωτερικών ερεθισμών που δεν αντιμετωπίζονται επαρκώς εξ αιτίας της βασικής αδυναμίας του Εγώ.

**β) Ψυχαναλυτικές απόψεις.** Η ψυχαναλυτική προσέγγιση του αλκοολισμού προσκρούει στο ίδιο εμπόδιο που συναντά και η ψυχομετρική αξιολόγηση της προσωπικότητας του αλκοολικού, δηλαδή στην αδυναμία ομογενοποιήσεις του φαινομένου σε μια ενιαία νοσογραφική οντότητα. Εντούτοις, η ψυχαναλυτική προσέγγιση παρουσιάζει μέγιστο θεωρητικό αλλά και πρακτικό θεραπευτικό ενδιαφέρον.

Ο αλκοολικός έχει ισχυρή την ανάγκη «να πει» και τούτο αντιστοιχεί σε αλλά βασική ανάγκη που προκύπτει από την παλινδρόμηση στο στοματικό στάδιο ανάπτυξης και προσωπικότητας. Στο στάδιο αυτό η λήψη τροφής και η λιμπιντική δραστηριότητα παραμένουν συνδεδεμένες ως προς την ικανοποίηση που προσδίδουν, η δε σχέση του υποκείμενου με τον άλλο είναι σχέση εξάρτησης. Ο αλκοολικός, παλινδρομώντας, βρίσκεται σε εξάρτηση με το αντικείμενο εντός μιας συναισθηματικής ανωριμότητας. Αδυνατεί έτσι να αναπτύξει την ταυτοποίηση του, το πέρασμα του στην ανεξάρτητη αυτόνομη ζωή του ενήλικος και την εγκατάσταση ώριμων σχέσεων με τους άλλους.

Με την ευφορία της μέθης πραγματοποιεί επιθυμίες και φαντασιώσεις με παντοδυναμία και δίχως άγχος. Η κυριαρχούσα ομοφυλοφιλική δομή της επιθυμίας στον αλκοολικό αντιστοιχεί σε μια ναρκισσιστικοί παθολογική οργάνωση της προσωπικότητας, ενώ η καταθλιπτική διάσταση της αλκοολικής συμπεριφοράς συνάγεται από την τεχνητή μανία που επιζητείται στο αλκοόλ, με τίμημα βεβαίως την (μαζοχιστική) αυτοκαταστροφικότητα. από κλινικούς, κυρίως, συγγραφείς τονίζεται η παρανοειδής διάθεση και καταφυγή στον αλκοολισμό ως άμυνα στην ψύχωση.

### ***2.2.3 Περιβαλλοντικοί παράγοντες (κοινωνικό-πολιτισμικοί και οικονομικοί)***

Η χρήση του αλκοόλ συνδέεται στενός με πρωτόγονες μυθικές και θρησκευτικές τελετουργίες, απόηχος των οποίων θα μπορούσε να θεωρηθεί η παραδοσιακή χρήση του στις σύγχρονες ιδιωτικές ή δημόσιες τελετουργικές συναθροίσεις (οικογενειακές, φιλικές, δημόσιες συγκεντρώσεις, κ.λ.π.). Στα σύγχρονα ήθη, εξακολουθεί να είναι κοινότατη η ομαδική κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών που «απελευθερώνει, τονώνει, ζεσταίνει». Στην «κατά μονάς» χρήση του συνήθως δεν επιτρέπονται εύκολα τέτοιες



απαιτήσεις ή άλλοθι. Ακόμη, σε λεκές δοξασίες αξιολογούνται ιδιαίτερα οι δυναμογόνες ιδιότητες του αλκοόλ.

Στην εξάπλωση, περιορισμό ή απαγόρευση της χρήσης του αλκοόλ καθοριστικός ήταν και ο ρόλος των κοινωνικό-πολιτισμικών παραγόντων. Γύρω από την λεκάνη της Μεσόγειου, η χρήση του αλκοόλ συμβαδίζει με την εξάπλωση του ελληνορωμαϊκού πολιτισμού (του ιουδαίο-χριστιανικού στη συνέχεια) ενώ η κατανάλωση καννάβηως εξαπλώθηκε στις ισλαμικές κυρίως χώρες όπου το αλκοόλ ήταν απαγορευμένο από τη θρησκεία.

Η κατακόρυφη αύξηση του αλκοολισμού των τελευταίων δεκαετιών στις αναπτυγμένες κυρίως κοινωνίες –ιδιαίτερα μεταξύ των νέων και των γυναικών- δεν είναι δυνατόν να εξηγηθεί μόνο με βάση την ψυχοπαθολογία.

Η κακή κοινωνικό-οικονομική πραγματικότητα, οι δυσκολίες στην επαγγελματική κατάσταση, αλλά και η ευμάρεια που υποτιμά τις συναισθηματικές ανάγκες, η μόνωση, η εξαφάνιση του ατόμου μέσα στη συλλογικότητα, αλλά και ο άκρατος ατομικισμός, ο φετιχισμός των αντικειμένων και των Αγάθων, είναι μερικοί μόνο πειστικοί παράγοντες της καθημερινότητας σε τεχνοκρατικές, διευθυντικές κοινωνίες που επένδυσαν υπερβολικά στον ορθολογισμό, εξορίζοντας κάθε φαντασία. Η καταφυγή ατόμων ή ομάδων στο αλκοόλ εκφράζει κατά άλλους μια ορισμένη «στάση ζωής», κατά άλλους μια ορισμένη «μυθολογία απόδρασης» από επιβαλλόμενους, προκατασκευασμένους τρόπους ζωής. Παρά το γεγονός της νόμιμης διακίνησης των αλκοολούχων ποτών, το αλκοόλ γίνεται μερικές φορές σύμβολο αμφισβήτησης ή εξέγερσης, αν και σε μικρότερο βαθμό από άλλες ουσίες.

Η διάκριση της επιμέρους αμιγούς επιδράσεως, είτε των κοινωνικών, είτε των επαγγελματικών ή οικονομικών παραγόντων, στην ανάπτυξη αλκοολικής συμπεριφοράς δεν είναι ευχερής. Η χαμηλή τιμή πωλήσεως των

οινοπνευματωδών ποτών, η σχετική διαφήμιση, ιδιαίτερα αυτή που εντάσσει το ποτό ως στοιχείο αναπόσπαστο μέσα σε «ελκυστικά» πρότυπα ζωής, τα πολιτισμικά στερεότυπα, το υποβιβασμένο είδος εργασίας, η εργασία που «εκθέτει στον κίνδυνο» (ταβέρνα, καφενείο κ.λ.π.), είναι μερικοί παράγοντες που δύνανται να δράσουν ανεξάρτητα ένας-ένας ή συνεργικά, μόνοι τους ή και σε συνδυασμό με του πιθανούς βιολογικούς ή ψυχολογικούς παράγοντες.

### **2.3 Ανοχή, Εθισμός, Εξάρτηση**

Οι αντιδράσεις ενός ατόμου στο αλκοόλ καθορίζονται από καταστάσεις που σχετίζονται μεταξύ τους και περιγράφονται με τους όρους : ανοχή, εθισμός, εξάρτηση.

Η ανοχή εδράζει τη σχέση μεταξύ συγκέντρωσης αλκοόλ στον οργανισμό και του βαθμού των, επιθυμητών ή όχι, εκδηλώσεων που αυτό προκαλεί (π.χ. μέθη). Ποικίλει στα διάφορα άτομα, πιθανολογείται ο γενετικός καθορισμός του βαθμού της και επηρεάζεται από τις συνθήκες διατροφής, καθώς και την σωματική και ψυχική κατάσταση του ατόμου. Εξαρτάται από την ηλικία και αυξάνει με την χρονιότητα της πρόληψης αλκοόλ, επιτρέποντας έτσι την αύξηση της κατανάλωσης χωρίς «συνέπειες». Με την περαιτέρω εξέλιξη της χρονιότητας αρχίζει να μειώνεται αισθητά τότε και η κατανάλωση αλκοόλ περιορίζεται, η μέθη επέρχεται γρήγορα και χωρίς τα «θετικά», κατά την έναρξη της αλκοολικής συμπεριφοράς, στοιχεία της.

Ο εθισμός περιγράφει την νεοεγκατασταθείσα ισορροπία του διαταραγμένου μεταβολισμού που επιβάλλει την αναγκαία πλέον συμμετοχή του αλκοόλ στη διατροφή, και εκφράζει την επίκτητη ανύψωση της ανοχής.

Η εξάρτηση εγκαθίσταται συνήθως βραδέως μετά την παρέλευση αρκετού χρόνου από την έναρξη της αλκοολικής συμπεριφοράς και σχετίζεται, κατά ένα τουλάχιστον μέρος, με τα ανωτέρω.

Σύμφωνα με το ICD-9 (ΠΟΥ 1975), το σύνδρομο της αλκοολικής εξάρτησης ορίζεται και ως εξής: «ψυχική και συνήθως σωματική επίσης κατάσταση, αποτέλεσμα της πρόσληψης αλκοόλ, που χαρακτηρίζεται από αντιδράσεις της συμπεριφοράς και άλλες, οι οποίες συμπεριλαμβάνουν πάντοτε μια παρορμητική ανάγκη για λήψη αλκοόλ με συνεχή ή περιοδικό τρόπο με σκοπό να αισθανθεί (το άτομο) τα ψυχικά τα ψυχικά αποτελέσματα και μερικές φορές να εξαλείψει την απορρέουσα από την αποχή κακουχία μπορεί, ή όχι, να υπάρχει εθισμός».

Η έναρξη της εξάρτησης εκδηλώνεται αρχικά:

-ως απώλεια του έλεγχου με υπερβολική κατά περιόδους χρήση αλκοόλ. Σιγά-Σιγά, τα κενά καταχρήσεως διαστήματα περιορίζονται και εμφανίζονται στερνικά φαινόμενα, δηλαδή σωματικά και ψυχικά συμπτώματα όπως: τρόμος των Χείρων, ναυτία, εμετοί, ταχυκαρδία, εφίδρωση, άγχος, ευερεθιστότητα, κατάθλιψη.

-ως αδυναμία αποχής από το αλκοόλ, δηλαδή ως συνεχής, καθημερινή κατανάλωση. Στερητικά φαινόμενα, ως τα ανωτέρω, ενισχύουν αυτή τη συμπεριφορά και ωθούν στην «κάλυψη» τους –και στην κυριολεξία- με μικρές δόσεις αλκοόλ, καθώς η ανοχή έχει στο μεταξύ μειωθεί.

Η εξάρτηση, κατά την ΠΟΥ (1978), πιστοποιείται από: α) την εμφάνιση στερητικών συμπτωμάτων όταν μειώνεται η αλκοολαιμία, β) την έκδηλη και ομολογημένη από τον τάση «να πιει» για να μειώσει αυτά τα συμπτώματα, γ) την εντός 30'-60' ανακούφιση εκ των συμπτωμάτων μετά την λήψη της δόσης αλκοόλ που καθόρισε ο ίδιος ως επαρκή.

Χαρακτηριστική είναι η πρωινή λήψη της δόσης, μετά τη μεγαλύτερη σε χρόνο «υποχρεωτική» αποχή της νύχτας που προηγήθηκε.

Ο G. Gervin αναφερόμενος στη συχνά υποτιμούμενη ψυχολογική εξάρτηση (σε μια τοξικομανία), επιστρά την προσοχή στους κίνδυνους που υποκρύπτει η ελαχιστοποίηση αυτής της ψυχολογικής πλευράς και προβάλλει την αλληλοδιαπλοκή που πράγματι υπάρχει μεταξύ «ψυχοκοινωνικών» μηχανισμών» και «τοξικοεξάρτησης».

Κατά τον Seevers μια πρώτη χρήση τοξικής ουσίας δύναται, είτε να ανταμείψει ή όχι, είτε να προκαλέσει αποστροφή. Στην πρώτη περίπτωση μόνο η ανταμοιβή οδηγεί, μέσω θετικής ενίσχυσης, στην εγκατάσταση μιας πρωτογενούς ψυχολογικής εξάρτησης, η οποία καταλήγει στη χρόνια κατάχρηση. Με μερικές τοξικές ουσίες αναπτύσσεται μια δευτερογενής ψυχική εξάρτηση που οφείλεται σε αρνητική τώρα ενίσχυση λόγω της ανοχής.

Χωρίς να έχει απαντηθεί οριστικά και αναντίρρητα το βασικό ερώτημα της πρωταρχικότητας της βιολογικής ή της ψυχολογικής εξάρτησης στον αλκοολισμό, η πλειοψηφία των συγγραφέων τείνει σήμερα να αποδεχθεί ότι η ψυχολογική εξάρτηση είναι δευτερογενής, εν ΄Ιδη «αυτό-συντηρήσεις» της βιολογικής εξάρτησης.

Οι βιομηχανικοί μηχανισμοί που ενέχονται στην ανάπτυξη της βιολογικής ανοχής και εξάρτησης, αλλά και της μεταξύ τους σχέσης, βρίσκονται στο στάδιο γόνιμων πολλαπλών ερευνητικών υποθέσεων και εργασιών: επίδραση, άμεση ή έμμεση δια βιοσυνθέσεως της ακεταλδεύδης (παράγωγο του μεταβολισμού της αιθανόλης) σε κύτταρα και νευροδιαβιβαστές επίδραση του αλκοόλ στις νευρωνικές μεμβράνες και τροποποίηση τους ώστε να «αντέξουν» στην αιθανόλη η επαναχορήγηση αλκοόλ σε στερητικό σύνδρομο

επαναφέρει τις κυτταρικές μεμβράνες σε συνθήκες έναντι των οποίων είχαν προσαρμοσθεί.

### 2.3.1 Το τρίγωνο της εξάρτησης



*Ουσία εξάρτησης, κοινωνικό περιβάλλον*

Η πορεία αυτή διακρίνεται σε φάσεις με ιδιαίτερα χαρακτηριστικά για κάθε μια, φάσεις που μας επιτρέπουν να κατατάξουμε καλύτερα έναν χρήστη και να μην περιμένουμε την εξάρτηση για καταλάβουμε ότι κάτι τρέχει. Είναι αυτό που λέγαμε στον ορισμό πρόδρομα σημεία μιας τέτοιας εξέλιξης. Χρονική διάρκεια των φάσεων αυτών ποικίλλει από 3-5 χρόνια έως και δεκαετίες. κάθε φάση εμφανίζει ιδιαίτερα χαρακτηριστικά τα βασικότερα των οποίων είναι:

1. Προαλκοολική φάση. Είναι η «κοινωνικά αποδεκτή» χρήση του οινοπνεύματος που «επιτρέπει» την ελαφρά μέθη στις κατάλληλες περιστάσεις και περιβάλλον.

2. Η αρχική φάση. Χαρακτηρίζεται από την συνειδητοποίηση της κατάχρησης και από την αποτυχημένη προσπάθεια επανόδου σε παλαιότερες συνήθειες. Αναζητούνται όλο και συχνότερα ευκαιρίες για «ένα ποτηράκι».
3. Η κρίσιμη φάση. Χαρακτηρίζεται από την απώλεια του έλεγχου στη χρήση οινοπνευματωδών ποτών. Το άτομο δεν μπορεί να σταματήσει πριν φθάσει σε κάποιο σημείο μέθης, είτε μεθάει σε άλλοτε αλλά χρονικά διαστήματα με χαρακτηρίσθηκα κενά μνήμης της προηγούμενης ημέρας.
4. Η χρόνια φάση. Η χρήση του οινοπνεύματος Είναι καθημερινή αλλά αποτελεί τον βασικό άξονα γύρω από τον οποίο περιστρέφεται η συμπεριφορά του ατόμου. Οι σωματικές ψυχολογικές και κοινωνικές που έχουν αρχίσει ήδη στην προηγούμενη φάση τώρα μεγιστοποιούνται και γίνονται εμφανείς στο περιβάλλον.

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

Οι τύποι αυτοί είναι:

1. **τύπος -α:** Είναι αυτός που πίνει συνειδητά με κίνητρο την καλύτερευση της ψυχικής του διάθεσης την απαλλαγή από δυσάρεστα συναισθήματα ή την μείωση ενδοψυχικών συγκρούσεων, ελέγχει όμως την ποσότητα του οινοπνεύματος και η χρήση δεν Είναι καθημερινή.

2. **τύπος -β:** πίνει μόνο στο κατάλληλο περιβάλλον και μόνο ευκαιριακά. Έχει σαν κίνητρο την ταύτιση ή προσαρμογή με το περιβάλλον αυτό και την παρέα.
3. **τύπος -γ:** αποτελεί την παθολογική εξέλιξη του τύπου -α. Είναι αυτός που πίνει για «πνίξει» τα δυσάρεστα συναισθήματα ή τις ενδόμυχες του συγκρούσεις. Χαρακτηρίζεται από την συνεχή απώλεια του έλεγχου (μέθη). Εδώ ανήκει η πλειονότητα των νέων αλκοολικών. Η Εξάρτηση Είναι ψυχολογική.
4. **τύπος -δ:** Αποτελεί την παθολογική εξέλιξη του τύπου -β. Η ταύτιση και προσαρμογή στο περιβάλλον παρεμποδίζει τις προστριβές με αυτό. Η συχνή χρήση οινοπνεύματος, οδηγεί σταδιακά σε μια κατ' αρχήν σωματική εξάρτηση από αυτό. Χαρακτηρίζεται από την καθημερινή χρήση οινοπνεύματος, ακόμα και τις πρωινές ώρες (σε προχωρημένα στάδια) προς αποφυγή στερητικών συμπτωμάτων. Μόδες, συνήθειες, ήθη και έθιμα και άλλοι περιβαντολλογικοί παράγοντες παίζουν εδώ καθοριστικό ρόλο.
5. **τύπος -ε:** Χαρακτηρίζεται από περιοδική απώλεια του ελέγχου ενώ στα μεσοδιαστήματα απέχει της χρήσεως οινοπνευματωδών.

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

Αλκοολικός είναι λοιπόν κάποιος, που σε ορισμένα χρονικά διαστήματα η κάτω από ορισμένες καταστάσεις καταναλίσκει ασυνήθιστες γι' αυτόν ποσότητες οινοπνευματωδών ποτών, χωρίς να μπορεί να σταματήσει, πριν νιώσει την ιδιαίτερη αυτή δράση του οινοπνεύματος στον ψυχικό του κόσμο. Αποτέλεσμα της συμπεριφοράς αυτής είναι σωματικές και ψυχικές βλάβες, όπως και διαταραχές στη σχέση του ατόμου με το περιβάλλον του. Η

εξάρτηση από το οινόπνευμα είναι «ψυχική» και «σωματική»~ Αλκοολικός όμως μπορεί να είναι και κάποιος που δεν παρουσιάζει φαινόμενα σωματικής εξάρτησης από το οινόπνευμα. ψυχική εξάρτηση έχουμε στη περίπτωση όπου κάποιος χρησιμοποιεί συχνά οινοπνευματώδη ποτά με σκοπό την καλύτερευση της γενικής ψυχικής του κατάστασης, στη μείωση επώδυνων γι» αυτόν καταστάσεων ή χαλάρωση από ενδοψυχικές εντάσεις, χωρίς να είναι σε θέση να παραιτηθεί από τη «λύση» αυτή. Η ψυχική εξάρτηση εκφράζεται κυρίως με δύο χαρακτηριστικά στοιχεία:

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

Αυτά τα δυο χαρακτηριστικά στοιχεία της ψυχικής εξάρτησης εμφανίζονται συχνά το ένα μετά το άλλο στον ίδιο ασθενή και παραμένουν για πάντα, εκτός και αν ο ασθενής κατορθώσει, μετά από ειδική Θεραπεία, να παραιτηθεί τελείως από τη χρήση οινοπνευματωδών ποτών. Εδώ Θα πρέπει παρενθετικά να τονιστεί ότι στην περίπτωση εξάρτησης από οινοπνευματώδη ποτά, δεν υπάρχει θεραπεία με την έννοια ότι ο ασθενής μπορεί να επανακτήσει την ικανότητα του να πίνει με «μέτρο». Μόνη λύση είναι η απόλυτη αποφυγή, έστω και απλής δοκιμής, ενός οινοπνευματώδους σκευάσματος.

**Η σωματική εξάρτηση** χαρακτηρίζεται από τα συμπτώματα του «συνδρόμου αποστέρησης» που εκδηλώνονται σε άλλοτε άλλο βαθμό και είναι συνήθως



διαταραχές του ύπνου, αίσθημα δυσφορίας, ελαφρό τρέμουλο των χεριών, ιδρώτες, ανησυχία κ.τ.λ

## **2.4 Οξεία αλκοολική δηλητηρίαση (μέθη)**

«Δηλητηρίαση» όχι εκ λάθους, αλλά συνήθως «σκόπιμη» ή «μη ελεγχόμενου βαθμού», η μέθη αποτελεί εμπειρία σχετικά κοινή και όχι κατά ανάγκη πάντοτε παθολογική.

Μερικές φορές η καταφυγή στη μέθη, (αψηφώντας τις συνέπειες) εκδηλώνει μια τάση αυτοκαταστροφικότητας άλλοτε επιτρέπει απλώς την άρση των εσωτερικών αναστολών, τη βίωση μιας έκτασης.

Δεν Είναι τυχαίο ότι η λέξη μέθη δεν χρησιμοποιείται στη γλώσσα μόνο κατά κυριολεξία (: Μεθύστε με το αθάνατο κρασί του «21).

### **2.4.1 Κοινή μέθη (αλκοολική τοξίκωση κατά DSM –III)**

Παρά τις ατομικές διαφορές στην ανοχή του αλκοόλ, η περί τα 0.8 gr/l αλκοολαιμία θεωρείται ως όριο πέραν του οποίου αρχίζει το πρώτο στάδιο της οξείας δηλητηρίασης με αλκοόλ.

Κατ' αυτό τροποποιούνται: το θυμικό (γίνεται ευφορικό, διαχυτικό ή και καταθλιπτικό) και η συμπεριφορά (αίρονται οι αναστολές, μειώνεται ο έλεγχος του εαυτού, εκδηλώνεται η ευφορία, η παντοδυναμία ή/ και ευερεθιστότητα, επιθετικότητα).

Υψηλότερη ακόμη αλκοολαιμία (περί τα 2 gr/l) εισάγει στο δεύτερο στάδιο. Προστίθενται κινητικές διαταραχές (αταξικό χαρακτηριστικό βάδισμα, χονδροειδής τρόμος των άκρων, δυσarthρία, ασυνεργία κινήσεων), οι διαταραχές του θυμικού και της συμπεριφοράς οξύνονται (ψυχοκινητική έξαρση), ο λόγος γίνεται ασυνάρτητος και η κριτική ικανότητα εξασθενεί.

Εν μέσω λαβυρινθικών διαταραχών, ναυτίας και εμετών, αισθητηριακής και αισθητικής υπαισθησίας, υπέρπνοιας, ταχυκαρδίας, η εγρήγορση αρχίζει να προσβάλλεται, οδηγώντας σε νοητική σύγχυση, υπνηλία, λήθαργο.

Με αλκοολαιμία πέραν των 3 gr/l. Το άτομο πέφτει σε βαθύ κώμα. Παρατηρείται μυδρίαση, υποτονία, κατάργηση των αντανακλάσεων, υποθερμία, εξασθένηση του σφυγμού, υπόταση. Η όλη εικόνα παρέρχεται μετά από μερικές ώρες, δυνατόν όμως να οδηγήσει σε καρδιοαγγειακό collapsus ακόμη και θανατηφόρο, όταν δεν ληφθούν κατάλληλα θεραπευτικά μέτρα.

#### **2.4.2 Παθολογική μέθη**

(Παθολογική μέθη κατά ICD-9, τοποθετείται μεταξύ των αλκοολικών ψυχώσεων. Ιδιοσυγκρασιακή τοξίκωση κατά DSM-III).

Παρατηρείται κυρίως σε περιπτώσεις όπου συνυπάρχει σοβαρή διαταραχή της προσωπικότητας, χρόνια ψύχωση ή οργανική εγκεφαλική βλάβη. Στην εκδήλωσή της μικρό ρόλο φαίνεται να παίζει η ποσότητα αλκοόλ που καταναλώθηκε.

Κλινικώς εμφανίζεται ως:

- διεγερτική μέθη: παροξυσμική έκρηξη οργής (και με ασήμαντες αφορμές), βίαιες
- λόγω και έργω - έτερο- ή αυτό-επιθετικές πράξεις, διάρκειας μέχρι μερικών ωρών που καταλήγει σε ύπνο ή σπανιότερα σε κώμα.
- ιμευδαισθητική μέθη: αναπτύσσεται ονειρισμός, όπου η παραισθητικώς παραποιημένη πραγματικότητα αναμειγνύεται με, πλούσια σε απειλητικό, διωκτικό περιεχόμενο, οπτική και ακουστική ψευδαισθητική παραγωγή.
- παραληρητική μέθη: ηπιότερη κλινική εικόνα» κυριαρχεί το παραλήρημα με ποικίλα θέματα: ζηλοτυπίας, διώξεως, μεγαλομανιακό,

αυτοκαταγγελίας μυθοπλαστικών παραβάσεων ή εγκλημάτων.

- μέθη με «σπασμούς»: εμφάνιση επιληπτικής κρίσης σε προδιατεθειμένα άτομα ή γνωστούς επιληπτικούς.

## 2.5 Χρόνια αλκοολική συμπεριφορά

Η παρατεταμένη κατάχρηση αλκοόλ συνιστά το χρόνια αλκοολικό σύνδρομο με χαρακτηριστική, πέραν της εξάρτησης, σημειολογία. Εκδηλώνεται είτε ως πρωτογενής, είτε ως δευτερογενής δηλαδή ως συνακόλουθο (όχι απολύτως ως αποτέλεσμα) μιας ψυχικής νόσου ή διαταραχής της προσωπικότητας που προϋπάρχουν της αλκοολικής συμπεριφοράς. Κατά την Πρώτη και συχνότερη μορφή, η κατανάλωση αλκοόλ γίνεται συνήθως εκτός της οικίας, δεν οδηγεί πάντοτε σε μέθη και είναι καθημερινή. Δυνατόν όμως να εκδηλώνεται και με παροξυντικό τρόπο: «κρίσεις» δηλαδή έντονης κατάχρησης αλκοόλ με ελεύθερα μεγάλα μεσοδιαστήματα. Στην περίπτωση αυτή οι διαταραχές συμπεριφοράς κατά τη μέθη είναι βαρύτερες. Συν τω χρόνω, τα ελεύθερα καταχρήσεως μεσοδιαστήματα σμικρύνονται και οι διαταραχές της συμπεριφοράς γίνονται ηπιότερες, (διαλείπουσα εκδήλωση). Ακραία μορφή παροξυντικής αλκοολικής συμπεριφοράς περιγραφόταν από τον Magnan ως διψομανία.

Η δευτερογενής αλκοολική συμπεριφορά (καθημερινή ή παροξυσμική) μπορεί να εμφανισθεί σε:

- μανιο-καταθλιπτική ψύχωση ή αντιδραστική κατάθλιψη
- διαταραχές προσωπικότητας (πιθανή συνύπαρξη με τοξικομανία)
- σχιζοφρενικές ψυχώσεις
- μεταιχμιακές (border-line) καταστάσεις
- νευρώσεις

Η **εμφάνιση** ενός χρόνιου αλκοολικού είναι χαρακτηριστική και γνωστότατη: εξέρυθρα το πρόσωπο και οι βλεννογόνοι, απόπνοια αλκοόλης κατά την εκπνοή, υπερλίπωση ή αντίθετα απίσχνανση, λεπτός τρόμος στα χέρια, πιθανώς πελαγρικά εξανθήματα, λόγω αβιταμίνωσης, στο δέρμα.

Τα **σωματικά** συμπτώματα είναι: τρόμος των χειρών και της γλώσσας, σημεία πολυνευροπάθειας (πόνος στην πίεση των μυϊκών μαζών, συσπάσεις – κράμπες – των γαστροκνημίων κλπ.), οπτική πολυνευρίτις. Επίσης συμπτώματα εκ της διαταραχής της ηπατικής λειτουργίας, γαστρίτις, πρωινοί χολώδεις εμετοί, πιθανώς καρδιακή ανεπάρκεια. Ο μεταβολισμός είναι διαταραγμένος και δυνατόν να αναπτυχθούν ενδοκρινικές διαταραχές (κυρίως εκ της ατροφίας όρχεων ή ωοθηκών).

Τα **ψυχικά** συμπτώματα, πέραν της βασικής ψυχοπαθολογίας του ατόμου, προσδίδουν μαζί με τα σωματικά, σημειολογική ενότητα και αφορούν τη συναισθηματική ζωή, το χαρακτήρα και τις ανώτερες ψυχονοητικές λειτουργίες:

Η συναισθηματική παλινδρόμηση εκδηλώνεται συνήθως με επιφανειακή και υπερβολική συναισθηματικότητα, με παιδαριώδεις αιτήσεις «συγνώμης», που εναλλάσσονται με κυνική αδιαφορία ή βίαιες ενέργειες κατά της οικογένειάς του. Οι σχέσεις με το κοινωνικό περιβάλλον είναι εξίσου επιφανειακές και μη αυθεντικές. Η συναισθηματική και σεξουαλική ανασφάλεια, το γεγονός ότι ο αλκοολικός συναντά συχνά και αναπότρεπτα την αποστροφή που εκδηλώνει ο σεξουαλικός του σύντροφος, συμβάλλουν στη δημιουργία εδάφους ευνοϊκού για την ανάπτυξη παθολογικής ζηλοτυπίας. Μια δευτερογενής καταθλιπτική κατάσταση δεν είναι σπάνια, ενώ το άγχος είναι συχνότερο το πρωί και το απόγευμα.

Στο χαρακτήρα παρατηρείται αστάθεια (ευσυγκινησία, ευερεθιστότητα) που επιβαρύνει τις διαταραγμένες διαπροσωπικές και επαγγελματικές σχέσεις,

ωθώντας τον αλκοολικό σε περαιτέρω συναισθηματική και κοινωνική απομόνωση. Την κατάσταση αυτή επιτείνει η γενικώς απορριπτική έως εχθρική, εναντίον του, κοινωνική στάση.

Τα κενά της μνήμης είναι από τα πρωιμότερα και εμφανέστερα συμπτώματα διαταραχής των ανώτερων ψυχονοητικών λειτουργιών· συνήθως παραμένουν υποκλινικά (και αναστρεπτά) αν δεν ενταθεί και συνεχισθεί η αλκοολική – βλαπτική επί των κυττάρων του εγκεφάλου– δράση. Η νοητική έκπτωση εκφράζει μια εγκεφαλική δυσλειτουργία (πρώιμη αρχόμενη εγκεφαλική ατροφία) και αφορά την κριτική ικανότητα και τις πολύπλοκες αντιληπτικές και κινητικές δεξιότητες.

Χαρακτηριστικό σημείο της συνολικής αλκοολικής συμπεριφοράς, άμεσα διαπιστούμενο ήδη από την πρώτη ψυχιατρική συνέντευξη, είναι η συνήθης άρνηση ή ελαχιστοποίηση από τον άρρωστο του αλκοολισμού του και των συνεπειών, («πίνω όπως όλος ο κόσμος, το σταματώ όποτε θέλω»).

## **2.6 Επιπτώσεις του αλκοολισμού στην ποιότητα ζωής του ατόμου**

Ο αλκοολισμός ως μία κοινωνικο-ιατρική ασθένεια καταβάλλει όλα τα όργανα, όλα τα συστήματα και όλες τις περιοχές της ανθρώπινης λειτουργίας. Όσον αφορά τις σωματικές επιπλοκές μπορεί να προσβληθεί κάθε σύστημα οργάνων του σώματος όπως: το γαστρεντερικό, το καρδιαγγειακό και το νευρικό (κεντρικό-περιφερειακό) με συνέπεια την εμφάνιση γαστρίτιδας, ηπατίτιδας, κίρρωσης ήπατος, καρκίνου οισοφάγου ή στομάχου, αγγειοκαρδιοπάθεια, περιφερειακή νευροπάθεια, ενώ η προσβολή του κεντρικού νευρικού συστήματος μπορεί να οδηγήσει στην εγκεφαλοπάθεια wernicke και το σύνδρομο korsakof που συνιστούν επείγουσα ιατρική κατάσταση.

Εξάλλου πολύ σημαντικές είναι οι επιπλοκές στις έγκυες γυναίκες που μπορεί να οδηγήσουν στην αποβολή ή στην ανάπτυξη αλκοολικού εμβρυϊκού συνδρόμου.

Όσον αφορά τις οργανικές ψυχικές διαταραχές κυριότερες είναι: η αλκοολική τοξίκωση (αλκοολική μέθη), η στερητική διαταραχή από αλκοόλ (αλκοολικό στερητικό σύνδρομο), το αλκοολικό στερητικό παραλήρημα (τρομώδες παραλήρημα), η άνοια συνδεδεμένη με τον αλκοολισμό, παραληρητικές διαταραχές, συναισθηματικές διαταραχές, και άλλες ψυχικές διαταραχές.

Τα ποικίλα συμπτώματα αυτών των διαταραχών επηρεάζουν το άτομο το οποίο απαντάει σε όλα αυτά ως ενιαία βιο-ψυχο-κοινωνική οντότητα.

Η χρόνια κατάχρηση αλκοόλ προσδίδει στο άτομο χαρακτηριστική εξωτερική εμφάνιση. Είναι γνωστή σε όλους μας η εικόνα του αλκοολικού με το εξέρυθρο πρόσωπο, την απόπνοια αλκοόλης κατά την εκπνοή, την υπερλίπωση ή αντίθετα απίσχνανση, τον λεπτό τρόμο στα χέρια και τα πιθανά πελαγρικά εξανθήματα, λόγω αβιταμίνωσης, στο δέρμα.

Στα σωματικά συμπτώματα τα οποία έχουν αναφερθεί πιο πάνω θα πρέπει να προσθέσουμε τις μεταβολικές διαταραχές καθώς επίσης και την εμφάνιση ενδοκρινικών διαταραχών προερχόμενες κυρίως από την ατροφία των όρχεων ή των ωοθηκών.

Από την άλλη πλευρά τα ψυχικά συμπτώματα όπως, η συναισθηματική παλινδρόμηση, οι επιφανειακές σχέσεις με το κοινωνικό περιβάλλον, η αστάθεια του χαρακτήρα, η συναισθηματική και κοινωνική απομόνωση, η νοητική έκπτωση, τα κενά της μνήμης, το άγχος και η επιθετική συμπεριφορά συμπληρώνουν την κλινική εικόνα του χρόνιου αλκοολικού και επηρεάζουν καθοριστικά την ποιότητα της ζωής του.

Συγκεκριμένα, η συναισθηματική ζωή του αλκοολικού χαρακτηρίζεται από παλινδρόμηση η οποία εκδηλώνεται με επιφανειακή και υπερβολική

συναισθηματικότητα, συχνές είναι οι παιδαριώδεις αιτήσεις «συγνώμης» που εναλλάσσονται με κυνική αδιαφορία ή βίαιες ενέργειες κατά της οικογένειάς του. Η αγάπη και η συντροφικότητα απουσιάζουν, ενώ οι σεξουαλικές σχέσεις είναι ανύπαρκτες. Συνέπεια όλων αυτών είναι η συναισθηματική και σεξουαλική ανασφάλεια που βιώνει ο αλκοολικός -και η οποία εκδηλώνεται με ξεσπάσματα ζηλοτυπίας προς την ερωτική του σύντροφο. Οικογένειες με κάποιον αλκοολικό υφίστανται βίαια, στιγματίζονται και αντιμετωπίζονται από την κοινωνία μας μάλλον ρατσιστικά. Τα παιδιά των αλκοολικών διατρέχουν τον κίνδυνο να γίνουν και τα ίδια αλκοολικά, ενώ οι γυναίκες αλκοολικών ανδρών είναι γενικά πιο διαταραγμένες από τον υπόλοιπο πληθυσμό. Οι προστριβές συχνά οδηγούν σε διαζύγιο, αυτοκτονίες ή εγκλήματα.

Βίαη συμπεριφορά εκδηλώνεται και προς το φιλικό και το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον. Διαταράσσονται οι διαπροσωπικές σχέσεις, φιλίες σβήνουν, εκμηδενίζονται οι κοινωνικές επαφές, διαλύεται η κοινωνική συνοχή.

Ο αλκοολικός, με ελάχιστες εξαιρέσεις, δεν μπορεί να ασκήσει με σταθερότητα και αποδοτικότητα ένα επάγγελμα, όταν αυτό μάλιστα έχει πολλές απαιτήσεις. Το πάθος του για το ποτό μειώνει την σωματική δύναμη και αντοχή, τη διάθεση για εργασία και κυρίως την απόδοση σε ποσότητα, ποιότητα και φυσικά την ικανοποίηση της δημιουργίας ή της επιτυχίας. Η υπνηλία ή η υπερδιέγερση, η λήψη ή η στέρηση μειώνουν τις δυνατότητες για εργασία. Ο εργοδότης, όταν πρόκειται για υπάλληλο, λόγω της ασυνέπειάς του και της μειωμένης απόδοσης αλλά και της κακής συμπεριφοράς ή των απουσιών θα τον απολύσει. Αν είναι ελεύθερος επαγγελματίας δεν μπορεί να ανταγωνιστεί αυτούς που ασκούν το ίδιο επάγγελμα, σε ποιότητα, ταχύτητα, συνέπεια και αναγκάζεται να αλλάζει συχνά εργασία και επαγγέλματα τα

οποία πολλές φορές είναι κατώτερα των προσόντων του, πέφτοντας θύμα εκμετάλλευσης γεγονός που συχνά οδηγεί στην ανεργία. Ο οικονομικός μαρασμός στερεί όχι μόνο τα απαραίτητα για τον εαυτό του αλλά και για την οικογένειά του, τα παιδιά του και ταυτόχρονα προσφέρει άλλη μία «δικαιολογία» για ακόμη ένα ποτηράκι.

Εξάλλου ένα μεγάλο μέρος των θανάτων από ατυχήματα οφείλεται την υπερβολική κατανάλωση αλκοόλης.

Τέλος η ανυπαρξία δραστηριοτήτων στον ελεύθερο χρόνο, η απουσία ενδιαφερόντων δίνουν την αίσθηση ότι η ζωή δεν έχει κανένα νόημα. Τις μικροχαρές διαδέχονται τα μεγάλα προβλήματα αλλά και δευτερεύοντα, επιμέρους οδηγώντας στην κοινωνική απομόνωση, την παραίτηση, την κατάθλιψη και την καταστροφή. Θα μπορούσαμε να πούμε ότι αλκοολικός μπαίνει στην. . . . κόλαση από την πύλη. . . . του παραδείσου.

## 2.7 Οι κυριότερες κλινικές μορφές αλκοολισμού

Υιοθετούμε την ταξινόμηση ΠΟΥ πρότεινε ο Fouquet το 1951. Η ταξινόμηση αυτή αξιολογεί διάφορους παράγοντες: την ανοχή, τον τρόπο χρήσης της τοξικής ουσίας, τον ψυχολογικό παράγοντα και ενδεχομένως τον κοινωνικό παράγοντα.

**Οι αλκοολίτιδες** (alcoholites) αντιπροσωπεύουν στη Γαλλία το 45 έως 50 % του ανδρικού αλκοολισμού και το 5 % του γυναικείου αλκοολισμού. Έχουν τα εξής χαρακτηριστικά: η προνοσηρή προσωπικότητα είναι φυσιολογική ή σχεδόν φυσιολογική, η τοξίκωση προκαλείται κυρίως με κρασί ή μπίρα, καταναλώνονται καθημερινά και συνεχώς σημαντικές ποσότητες συνήθως με παρέα, σπάνια προκαλείται κατάσταση μέθης, υπάρχει μια γενική προτίμηση για τα οινοπνευματώδη ποτά και τέλος δε γεννάται αίσθημα ενοχής,



δεδομένου ότι τα άτομα αυτά έβλεπαν ανέκαθεν τους άλλους να πίνουν στην οικογένειά τους ή στη δουλειά τους. Επίσης τα άτομα αυτά έχουν την τάση να εμφανίσουν εξάρτηση και ζηλοτυπία απέναντι στο/στη σύζυγο. Η σεξουαλικότητα τους είναι φυσιολογική για μεγάλο χρονικό διάστημα.

Η έναρξη της διαταραχής τοποθετείται στο τέλος της εφηβείας, η ανοχή είναι υψηλή, οι τοξικές συνέπειες σημαντικές, η διάρκεια είκοσι έως σαράντα χρόνια. Η εξέλιξη μπορεί να περιλαμβάνει είτε την αυθόρμητη ελάττωση της κατανάλωσης στην αρχή της γεροντικής ηλικίας είτε την εμφάνιση επιπλοκών: α) ηπατοπεπτικές ή πολυνευριτιδικές προσβολές, β) επιπλοκές της στέρησης κατά τη διακοπή της τοξίκωσης, και γ) εξέλιξη προς αλκοολική νεύρωση.

**Οι αλκοολώσεις ή αλκοολικές νευρώσεις** (alcooles ou nevroses alcooliques) αφορούν στη Γαλλία το 40 έως 45% του ανδρικού αλκοολισμού και το 88 έως 85% του γυναικείου αλκοολισμού. Υπάρχουν: α) Προτίμηση για τα απεριτίφ και τα ισχυρά ποτά, κατανάλωση ασυνεχής, συχνά μοναχική και κρυφή. β) Μέθη συχνή και άτυπη. γ) Περιορισμένη έλξη και μερικές φορές απέχθεια για το οινόπνευμα. δ) Αίσθημα ενοχής και προσπάθεια αντίστασης στην τάση για κατάχρηση.

Η ηλικία έναρξης τοποθετείται πιο αργά και η σωματοψυχική αποδιοργάνωση είναι πιο γρήγορη από ό,τι στην αλκοολίτιδα.

Παρατηρούνται σοβαρές και πρώιμες διαταραχές της σεξουαλικότητας και της κοινωνικής συμπεριφοράς, τα ελεύθερα μεσοδιαστήματα είναι όλο και πιο σπάνια και βραχυχρόνια, οι ψυχιατρικές επιπλοκές είναι συχνές.

**Οι συνοπτικές αλκοολώσεις** (somalcooles), **διψομανία** (dipsomanie). Αφορούν το 5% του ανδρικού αλκοολισμού και το 15% του γυναικείου αλκοολισμού. Η κατανάλωση είναι αποκλειστικά διαλείπουσα με μορφή σύντομων κρίσεων διάρκειας μερικών ωρών ή ημερών, κατά τις οποίες το

άτομο πίνει κρυφά και χωρίς επιλογή όποιο οινοπνευματώδες ποτό βρει (μερικές φορές φωτιστικό οινόπνευμα ή κολόνια). Η κρίση καταλήγει σε κωματώδη μέθη. Όταν το άτομο δεν είναι σε κρίση, παρατηρείται απέχθεια για το οινόπνευμα. Η ενοχή είναι πολύ έντονη. Η έναρξη τοποθετείται μετά την ηλικία των 30 ετών, η διάρκεια ποικίλλει και η εξέλιξη προς αλκοολική νεύρωση είναι πιθανή.

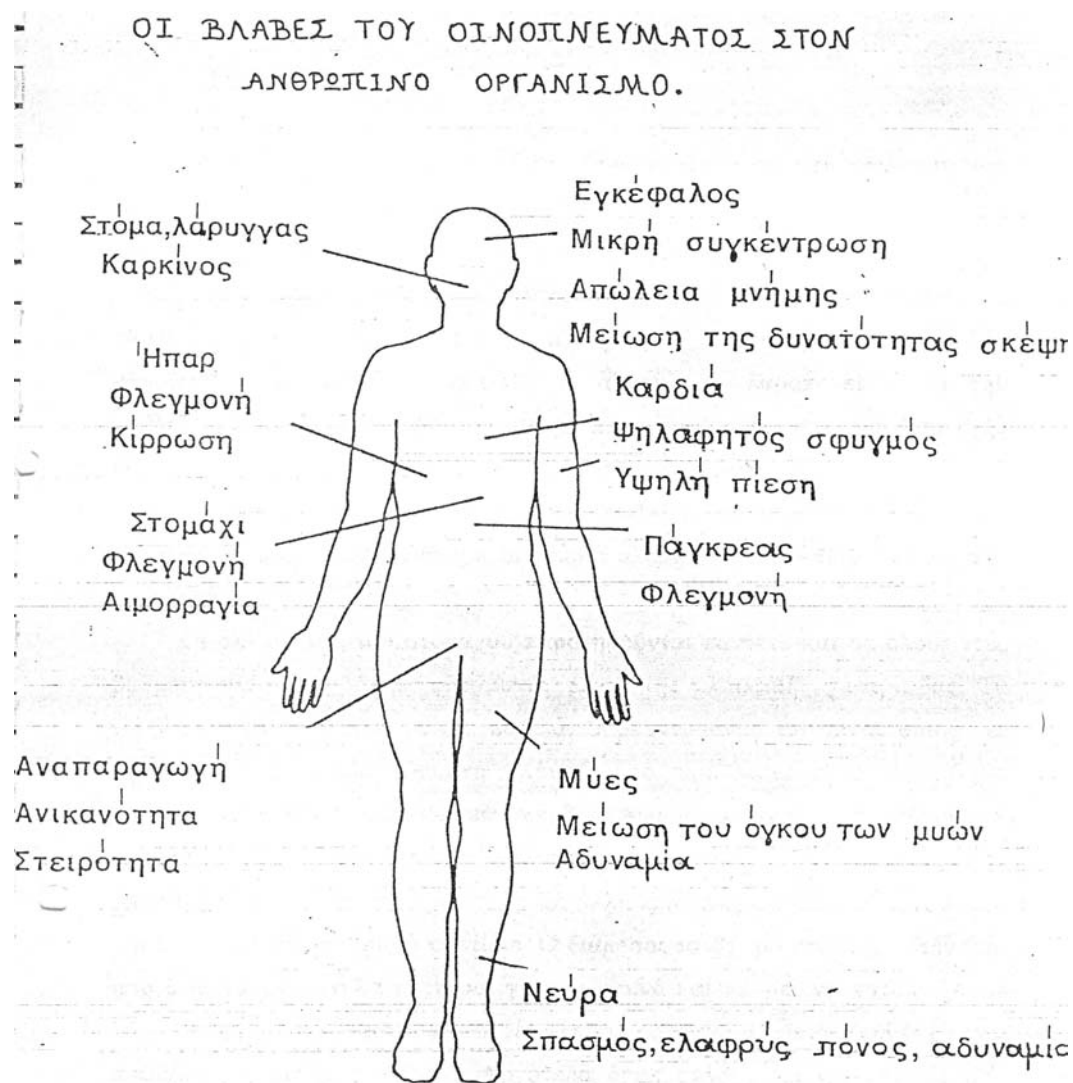
**Ο αλκοολισμός ως σύμπτωμα** άλλης διαταραχής πρέπει να εξετασθεί χωριστά. Εδώ η εξάρτηση είναι καθαρά ψυχολογική, το οινόπνευμα χρησιμοποιείται ως καταπραϋντικό από άτομα που υποφέρουν ψυχικά και σωματικά. Η λανθάνουσα ψυχιατρική πάθηση (αγχώδης ή φοβική διαταραχή, σχιζοφρένεια, μανιοκαταθλιπτική ψύχωση, οργανική εγκεφαλική διαταραχή) μπορεί να συγκαλυφθεί για πολύ καιρό από την αλκοολική συμπεριφορά. Η διακοπή της χρήσης συμβαδίζει με τη βελτίωση της ψυχικής διαταραχής, σε μερικές περιπτώσεις όμως η αλκοολική συμπεριφορά παραμένει και εξελίσσεται προς αλκοολική νεύρωση.

### ***Κλινική εικόνα του χρόνιου αλκοολικού εμποτισμού***

Όλες οι κλινικές μορφές καταλήγουν σε χρόνιο αλκοολικό εμποτισμό (*impregnation alcoolique chronique*), που παρουσιάζει τα ακόλουθα γνωρίσματα:

- **Χαρακτηριστική εμφάνιση:** ζοηρόχρωμο προσωπείο, δύσοσμα χνώτα, εφιδρώσεις, τρόμος.
- **Σωματικά συμπτώματα** από το ήπαρ, το νευρικό ή το καρδιαγγειακό σύστημα, τα οποία πρέπει να αξιολογηθούν με πλήρη κλινικό και εργαστηριακό έλεγχο.
- **Σταθερά παραμένουσες ψυχικές μεταβολές:** διαταραχές του χαρακτήρα (ευερεθιστότητα, οξυθυμία, αστάθεια του θυμικού),

συναισθηματικές διαταραχές (εγωκεντρισμός, ανεύθυνη συμπεριφορά, ελάττωση των ηθικών αναστολών), διανοητικές διαταραχές, ιδίως «κενά μνήμης» (παλίμψηστος μνήμη, palimpseste). Ολόκληρη η ύπαρξη του ασθενούς οργανώνεται γύρω από το ποτό με ένα σύστημα δικαιολογιών και εκλογικεύσεων, με εναλλαγές επιθετικότητας και ενοχής και με άκαρπες προσπάθειες να σταματήσει να πίνει από μόνος του.



## 2.8 Αλκοόλη και ήπαρ

### *Επιδημιολογία*

Από το τέλος του Β' Παγκοσμίου Πολέμου μέχρι τη δεκαετία του '70 η κατανάλωση αλκοόλ στο Δυτικό κόσμο παρουσίασε σημαντική αύξηση. Αντιθέτως τα τελευταία 15 χρόνια παρατηρείται σταδιακή μείωση της κατανάλωσης, η οποία αποδίδεται στην κατάλληλη πληροφόρηση, όσον αφορά στις επιπτώσεις του αλκοολισμού στην υγεία και την κοινωνική συμπεριφορά του ατόμου.

Τα περισσότερα άτομα που καταναλώνουν μεγάλη ποσότητα αλκοόλ έχουν διόγκωση και λιπώδη διήθηση του ήπατος. Κίρρωση ήπατος διαπιστώθηκε μόνο στο 15% σε σειρά αυτοψιών, που έγιναν σε αλκοολικούς. Ο συνολικός χρόνος και η ημερήσια κατανάλωση αλκοόλ σχετίζονται άμεσα με την ηπατοτοξικότητα της αιθανόλης, χωρίς όμως να έχει καθορισθεί με ασφάλεια η μεγαλύτερη δυνατή ποσότητα που άφοβα επιτρέπεται να καταναλώνουμε επί μακρόν. Στους αλκοολικούς ιδιαίτερη σημασία φαίνεται ότι έχει το κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο και συνεπώς η διατροφή. Η ικανοποιητική διαίτα πιθανότατα προστατεύει μέχρι κάποιο επίπεδο κατανάλωσης αιθανόλης, Πέραν του οποίου η ηπατοτοξική της δράση δεν φαίνεται να επηρεάζεται. Σε μελέτη ατόμων με υπερβολική κατανάλωση οινοπνεύματος για χρονικό διάστημα 21 ετών κατά μέσον όρο, διαπιστώθηκε ανάπτυξη κίρρωσης σε ποσοστό 50%. Αυξημένος κίνδυνος για ανάπτυξη κίρρωσης σε σχέση με το γενικό πληθυσμό φαίνεται ότι υπάρχει ακόμα και σε ημερήσια κατανάλωση 45 g οινοπνεύματος, ενώ στις γυναίκες, οι οποίες εμφανίζονται περισσότερο ευαίσθητες στην ηπατοτοξικότητα του αλκοόλ, αυξημένος κίνδυνος για κίρρωση παρουσιάζεται και σε ημερήσια κατανάλωση 30 g. Είναι πιθανό ότι γενετικά προκαθορισμένη υπερευαισθησία προς την

αιθανόλη ή διάφοροι περιβαλλοντικοί παράγοντες συμβάλλουν στην «επιλογή» των ατόμων που τελικά θα αναπτύξουν κίρρωση μεταξύ αυτών που καταναλώνουν «δυσνητικά» ηπατοτοξική ποσότητα οινοπνεύματος.

### ***Παθογένεια της βλάβης***

Το αλκοόλ δεν αποθηκεύεται στον οργανισμό. Μεταβολίζεται κυρίως στο ήπαρ και σε ποσοστό μικρότερο του 10% αποβάλλεται αναλλοίωτο από τους νεφρούς, τους πνεύμονες και τον ιδρώτα. Η Οξειδωση αιθανόλης στο ηπατοκύτταρο καταλύεται από το σύστημα της αλκοολικής αφυδρογονάσης (ADH), που βρίσκεται στο κυτταρόπλασμα και τα μιτοχόνδρια και από το μικροσωμιακό οξειδωτικό σύστημα (ΜΕΟΣ), που βρίσκεται στο ενδοπλασματικό δίκτυο. Ενδιάμεσο προϊόν της οξειδωσης της αιθανόλης στο ηπατοκύτταρο είναι η ακεταλδεύδη, η οποία είναι ιδιαίτερα τοξική, προκαλεί αποπολυμερισμό των πρωτεϊνών και παραγωγή τροποποιημένων αντιγόνων στην επιφάνεια των ηπατοκυττάρων με συνέπεια να επηρεάζει τη μορφή και τη λειτουργία της κυτταροπλασματικής μεμβράνης.

Η Παραγωγή ακεταλδεύδης συνοδεύεται από παραγωγή υδρογόνου, το οποίο προσλαμβάνεται από το νικοτινο-αμινο-δινουκλεοτιδιο (NAD), με συνέπεια αναγωγή του NAD, σταθερή αύξηση του λόγου  $NADH/NAD^+$  και κατ' επέκταση αλλαγή του, οξειδοαναγωγικού δυναμικού του ήπατος. Το, νεοπαραγόμενο υδρογόνο τείνει να αντικαταστήσει τα λιπαρά οξέα, ως καύσιμη ύλη, με αποτέλεσμα συσσώρευση τριγλυκεριδίων και τελικώς ανάπτυξη λιπώδους ήπατος. Επίσης λόγω υπερπαραγωγής γαλακτικού οξέος δημιουργείται γαλακτική οξέωση, η οποία οδηγεί σε ελάττωση της απέκκρισης ουρικών αλάτων από το νεφρό και υπερουριχαιμία. Στο ήπαρ των ατόμων με χρόνια λήψη αλκοόλ υπάρχει επιτακτική ανάγκη για επανοξείδωση του NADH, η οποία οδηγεί σε αυξημένη απαίτηση για

κατανάλωση οξυγόνου. Έτσι προκαλείται σημαντικά μεγαλύτερη διαφορά στη συγκέντρωση του οξυγόνου κατά μήκος των κολποειδών με μεγαλύτερη ένδεια οξυγόνου στη ζώνη 3, όπου και παρατηρείται νέκρωση. Η νέκρωση των ηπατοκυττάρων κατά κύριο λόγο, αλλά και η αύξηση της πίεσης εντός αυτών λόγω αυξημένης συγκέντρωσης λίπους και Πρωτεϊνών, ενοχοποιούνται για την ανάπτυξη ίνωσης στην αλκοολική ηπατοπάθεια.

### ***Κλινική εικόνα***

Η κλινική εικόνα δεν αποτελεί αξιόπιστο δείκτη της βαρύτητας της αλκοολικής ηπατοπάθειας. Πιθανόν ο ασθενής να παρουσιάζεται με ασυμπτωματική ηπατομεγαλία ή ακόμα και με εκδηλώσεις ηπατικής ανεπάρκειας με ασκίτη, ίκτερο και πυλαία υπέρταση.

Ο ασθενής πολύ συχνά ζητεί ιατρική βοήθεια για προβλήματα που προέρχονται από την κατάχρηση αλκοόλ, όπως επιθετική συμπεριφορά, κατάθλιψη, κακή απόδοση στη δουλειά, τρόμος κ.α. Κατά την κλινική εξέταση παρατηρούνται σημεία ενδεικτικά κατάχρησης αλκοόλ, όπως χαρακτηριστική οσμή, τρόμος, διέγερση και υπεραιμία επιπεφυκότων. Στο δέρμα παρατηρούνται αγγειωματώδεις σπίλοι, ροδόχρους ακμή, ερυθρότης παλαμών, ενώ μπορεί να συνυπάρχει ατροφία όρχεων, διόγκωση παρωτίδων ή γυναικομαστία. Τα ανωτέρω σημεία δεν προϋποθέτουν βαριά ηπατοπάθεια και είναι δυνατόν να υποστρέψουν μετά μακρά αποχή από το αλκοόλ.

Τα κλινικά σύνδρομα της αλκοολικής ηπατοπάθειας είναι το λιπώδες ήπαρ, η οξεία αλκοολική ηπατίτιδα και η κίρρωση.

### ***Λιπώδες ήπαρ***

Συνήθως δεν προκαλεί συμπτώματα. Στην κλινική εξέταση το ήπαρ είναι διογκωμένο με ομαλό χείλος. Ο βιοχημικός έλεγχος συχνά είναι φυσιολο-

γικός. Δυνατόν να είναι ελαφρά αυξημένες οι τρανσαμινάσες και η αλκαλική φωσφατάση. Σοβαρού βαθμού λιπώδης διήθηση είναι πιθανό να εκδηλωθεί με ανορεξία, ναυτία και άλγος επιγαστρίου ή δεξιού υποχονδρίου.

Ιστολογικά το λίπος φαίνεται ως καλά αφοριζόμενο κενοτόπιο. Εάν καταλαμβάνει το μεγαλύτερο τμήμα του ηπατοκυττάρου (macrovesicular) απωθεί τον πυρήνα και το πρωτόπλασμα του ηπατοκυττάρου στην περιφέρεια (εικόνα δίκην σφραγιστήρος δακτυλίου). Εάν το λίπος αποθηκεύεται υπό μορφήν πολλαπλών μικρών σταγονιδίων (microvesicular), τα ηπατοκύτταρα λαμβάνουν αφρώδη εμφάνιση, ιδιαίτερα γύρω από τις τελικές ηπατικές φλέβες.

### ***Οξεία αλκοολική ηπατίτιδα***

Σε ασυμπτωματικούς αρρώστους που υποβλήθηκαν σε βιοψία ήπατος λόγω διαταραχής των ενζύμων διαπιστώθηκαν αρκετές περιπτώσεις οξείας αλκοολικής ηπατίτιδας. Συνήθως όμως, οι ασθενείς έχουν ανορεξία, αδυναμία, πυρετό, διόγκωση ήπατος και ευαισθησία κατά την ψηλάφηση. Στις σοβαρότερες μορφές οξείας αλκοολικής ηπατίτιδας πρόκειται συνήθως για βαρύ πότη, που δεν σιτίζεται επαρκώς, αναφέρει διάρροιες, εμέτους και έντονη ανορεξία και είναι επιρρεπής σε λοιμώξεις του ουροποιητικού και αναπνευστικού συστήματος. Η βαρύτερη μορφή της νόσου εκδηλώνεται με ίκτερο και επανειλημμένους εμέτους, ενώ αντικειμενικά παρατηρούνται πολλαπλοί αγγειωματώδεις σπίλοι και πολύ μεγάλο και ευαίσθητο ήπαρ. Κατά την ακρόαση του ήπατος διαπιστούται αρτηριακό φύσημα σε ποσοστό 50%. Ενίοτε συνυπάρχει ασκίτης και εγκεφαλοπάθεια. Μείωση της έκκρισης χολικών αλάτων, παγκρεατική ανεπάρκεια και τοξική δράση της αιθανόλης στο βλεννογόνο του λεπτού εντέρου συμβάλλουν στην ανάπτυξη στεατόρροιας.

Η ιστολογική εικόνα της οξείας αλκοολικής ηπατίτιδας χαρακτηρίζεται από εξοίδηση του πρωτοπλάσματος των ηπατοκυττάρων, λιπώδη διήθηση και νέκρωση, έντονη φλεγμονώδη διήθηση του παρεγχύματος από πολυμορφοπύρρηνα και αυξημένη εναπόθεση κολλαγόνου ενδολοβιακά. Σε μεγάλο αριθμό ηπατοκυττάρων παρατηρούνται πυκνές πρωτεϊνικές συσσωρεύσεις εντός του πρωτοπλάσματος, ηωσινόφιλες στη χρώση αιματοξυλίνης ηωσίνης (υαλίνη του Mallory), οι οποίες εμφανίζονται σε ολόκληρο το λόβιο και κυρίως γύρω από την τελική ηπατική φλέβα. Ύφεση των πολυμορφοπυρηνικών διηθήσεων και της υαλίνης εκφύλισης των ηπατοκυττάρων επέρχεται μετά άλλοτε άλλο χρόνο και ακολουθείται από ίνωση γύρω από τα πυλαία διαστήματα και τις τελικές ηπατικές φλέβες. Επανεπιλημμένες προσβολές οξείας αλκοολικής ηπατίτιδας δυνατόν να καταλήξουν σε διαταραχή της λοβιακής αρχιτεκτονικής και πυλαία υπέρταση.

### ***Κίρρωση***

Η διάγνωση της αλκοολικής ηπατοπάθειας πολύ συχνά τίθεται στο στάδιο της κίρρωσης. Δεν είναι απαραίτητο να προηγηθεί κλινικά ή ιστολογικά το στάδιο της αλκοολικής ηπατίτιδας.

Το αλκοόλ ως αιτία ανάπτυξης της κίρρωσης πιθανολογείται από το ιστορικό, την παρουσία ηπατομεγαλίας και από σημεία ενδεικτικά αλκοολισμού, όπως η σύσπαση της παλαμιαίας απονεύρωσης (Dupuytren), ή απώλεια μνήμης, δυσχέρεια συγκέντρωσης, αϋπνία, ψευδαισθήσεις, σπασμοί κ.λ.π. Είναι σημαντικό να μη συγχέονται τα κλινικά σημεία του αλκοολισμού με το πρώιμο στάδιο της ηπατικής εγκεφαλοπάθειας.

Η μετάπτωση σε μη αντιρροπούμενη κίρρωση συνήθως εκδηλώνεται αρχικά με την ανάπτυξη ασκίτικου υγρού. Πίεση του τελικού χοληδόχου πόρου λόγω



φλεγμονής της κεφαλής του παγκρέατος στα πλαίσια χρόνιας παγκρεατίτιδας μπορεί να προκαλέσει αποφρακτικό ίκτερο. Γυναίκομαστία εκδηλώνεται ως επιπλοκή της θεραπείας με σπειρονολακτόνη.

Το ηπατονεφρικό σύνδρομο είναι πολύ συχνό στην αλκοολική κίρρωση. Η αύξηση του μεγέθους του σπληνός δεν είναι πάντοτε εμφανής. Ρήξη κιστών οισοφάγου ή θόλου στομάχου, διαβρώσεις στη γαστροοισοφαγική συμβολή μετά από επανειλημμένους εμέτους (σύνδρομο Mallory-Weiss), ή έλκη στομάχου και δωδεκαδακτύλου, αποτελούν συνήθεις αιτίες αιμορραγίας.

Οι αλκοολικοί έχουν μεγαλύτερη συχνότητα δεικτών ηπατίτιδας Β και C από το γενικό πληθυσμό. Εντύπωση κάνει το γεγονός, ότι σε ηπατοκυτταρικό καρκίνο, επί εδάφους αλκοολικής κίρρωσης, ανιχνεύθηκε το DNA του ιού Β ενσωματωμένο σταγονίδιο των νεόπλαστων ηπατοκυττάρων. Επίσης, πολύ συχνά, τα ιστολογικά ευρήματα δεν είναι τυπικά αλκοολικής νόσου του ήπατος, όταν συνυπάρχουν δείκτες των ιών της ηπατίτιδας Β και C. Ίσως η αρχική αιτία της ηπατοτοξικότητας είναι ο ιός, ενώ το αλκοόλ πιθανότατα επιταχύνει την εγκατάσταση και επιτείνει τη βαρύτητα της ηπατικής βλάβης.

Η αλκοολική κίρρωση είναι τυπικά μικροοζώδης. Ο σχηματισμός όζων δεν γίνεται με Ταχύ ρυθμό, διότι το αλκοόλ αναστέλλει την αναγεννητική ικανότητα των ηπατοκυττάρων. Η παρουσία λιπώδους διήθησης και αλκοολικής ηπατίτιδας σε εγκατεστημένη κίρρωση υποδηλώνει κατάχρηση αλκοόλ. Μετά μακρά αποχή από το αλκοόλ δεν αναγνωρίζονται πλέον από την ιστολογική εικόνα σημεία ενδεικτικά αλκοολικής ηπατοπάθειας. Η φυσιολογική αναγεννητική δραστηριότητα των ηπατοκυττάρων αποκαθίσταται με συνέπεια να μεταπίπτει η μικροοζώδης κίρρωση σε μεγαλοοζώδη. Ηπατοκυτταρικός καρκίνος εμφανίζεται στο 5-15% των περιπτώσεων, συνήθως όταν έχει εγκατασταθεί μεγαλοοζώδης κίρρωση.

### *Διάγνωση*

Η διάγνωση της αλκοολικής ηπατοπάθειας πολύ συχνά τίθεται τυχαία σε προγραμματισμένο εργαστηριακό έλεγχο, όπου διαπιστούται μακροκυττάρωση ή ήπια αύξηση της οξαλοξικής τρανσαμινάσης. Δυνατόν ο ασθενής να προσέλθει λόγω εκδηλώσεων από άλλα συστήματα του οργανισμού, όπως, π.χ., τρομώδες παραλήρημα, περιφερική νευρίτιδα, συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια κ.λ.π.

Στους αλκοολικούς η γ-γλουταμυλ-τρανσπεπτιδάση (γGT) είναι πάντοτε αυξημένη. Οι τρανσαμινάσες είναι μετρίως αυξημένες με την οξαλοξική (SGOT) να υπερισχύει, τόσο ώστε ο λόγος SGOT:SGPT να ξεπερνάει συνήθως το 2, ενώ η αλκαλική φωσφατάση εμφανίζεται με συνήθεις τιμές τετραπλάσιες και πλέον των φυσιολογικών, ιδίως αν συνυπάρχει χολόσταση.

Η μακροκυττάρωση είναι σταθερό εύρημα στην αλκοολική ηπατοπάθεια. Οφείλεται σε άμεση δράση της αιθανόλης στο μυελό των οστών. Επί υποθρεψίας του ασθενούς συμμετέχει στην ανάπτυξη της μακροκυττάρωσης η ανεπάρκεια βιταμίνης B<sub>12</sub> και φυλλικού οξέος.

Ουρικό οξύ, γαλακτικό οξύ και τριγλυκερίδια ανευρίσκονται σε υψηλότερες τιμές του φυσιολογικού στον ορό. Η συγκέντρωση τριωδοθυρονίνης (T<sub>3</sub>) στον ορό ελαττώνεται αντιστρόφως ανάλογα προς τη βαρύτητα της ηπατοπάθειας λόγω δυσχέρειας μετατροπής της T<sub>3</sub> σε θυροξίνη στο ήπαρ.

Στους αλκοολικούς παρατηρείται σπανίως υποφωσφαταιμία, η οποία όμως δεν εξαρτάται από την ηπατική λειτουργία, αλλά οφείλεται σε βλάβη των νεφρικών σωληναρίων.

Ο παράγοντας νέκρωσης όγκου (TNF) είναι πεπτίδιο που παράγεται από τα λεμφοκύτταρα και τα μακροφάγα. Αυξάνεται ιδιαίτερα σε σοβαρού βαθμού αλκοολική ηπατίτιδα, ενώ δεν παρατηρείται το ίδιο σε αλκοολικούς με ήπιες βλάβες ή φυσιολογικό ηπατικό παρέγχυμα.

### ***Αντιμετώπιση***

Η αντιμετώπιση της λιπώδους διήθησης του ήπατος δεν απαιτεί ιδιαίτερη θεραπευτική προσέγγιση. Συνιστάται αποχή από το αλκοόλ και πλήρης διαίτα. Η θεραπεία στην αλκοολική κίρρωση δεν διαφέρει από την αντιμετώπιση που ενδείκνυται σε άλλες μορφές κίρρωσης. Η αποχή από το αλκοόλ είναι το σημαντικότερο μέτρο για την αντιμετώπιση της ηπατοπάθειας. Ασθενείς με διαταραχές προσωπικότητας ή προβληματικό ψυχολογικό υπόβαθρο είναι εξαιρετικά δύσκολο να πειθαρχήσουν.

Στην αντιμετώπιση του συνδρόμου στέρησης χρησιμοποιούνται οι βενζοδιαζεπίνες, κυρίως το χλωροδιαζεποξείδιο, ενώ σε άτομα με βαριά αλκοολική ηπατίτιδα ή κίρρωση συνιστάται η χορήγηση σκευασμάτων με μικρό χρόνο ημιζωής, όπως η οζαζεπάμη.

Η κατάκλιση και η καλή διατροφή με ταυτόχρονη διακοπή του αλκοόλ βελτιώνει θεαματικά, σε μικρό χρονικό διάστημα, τη γενική κατάσταση των αλκοολικών, εφόσον δεν έχουν μη αντιρροπούμενη κίρρωση. Η διαίτα σε περίοδο αποχής μετά από μακρόχρονη κατάχρηση αλκοόλ πρέπει να είναι εμπλουτισμένη με βιταμίνες Β, C και Κ σε μεγάλες δόσεις. Επίσης χορηγούνται συμπληρωματικά κάλιο, μαγνήσιο και ψευδάργυρος. Η περιεκτικότητα σε πρωτεΐνες αρχικά συνιστάται να είναι 0,5 g/kg και σε δεύτερο χρόνο 1 g/kg εφόσον δεν υπάρχουν σημεία ηπατικής εγκεφαλοπάθειας.

Στην αντιμετώπιση της ήπιας ή μέτριας βαρύτητας οξείας αλκοολικής ηπατίτιδας χρησιμοποιήθηκαν τα κορτικοειδή με αντιφατικά αποτελέσματα. Σε παλαιότερες μελέτες δεν είχε διαπιστωθεί βελτίωση κλινικά, βιοχημικά ή ιστολογικά. Σε νεότερη πολυκεντρική μελέτη χορηγήθηκε μεθυλπρεδνιζολόνη σε δόση 30 mg/ημερησίως ή placebo για 28 ημέρες. Η

θεραπεία μειώθηκε προοδευτικά με διακοπή αυτής στο τέλος της δεύτερης εβδομάδας. Η θνητότητα στην ομάδα του placebo ήταν 35% και στην ομάδα κορτικοειδών 6%. Ιδιαίτερα ωφελήθηκαν ασθενείς με εγκεφαλοπάθεια. Ο αποκλεισμός ατόμων με αιμορραγία, νεφρική ανεπάρκεια ή σηψαιμία και η πιθανότητα οι δύο ομάδες των ασθενών να μην ήσαν απόλυτα συγκρίσιμες, ίσως δικαιολογεί τη σημαντική διαφορά των αποτελεσμάτων της μελέτης σε σχέση με άλλες μελέτες από τη διεθνή βιβλιογραφία.

Στόχος της θεραπείας σε μη αντιρροπούμενη αλκοολική κίρρωση είναι η αντιμετώπιση των επιπλοκών, όπως ο ασκίτης, η εγκεφαλοπάθεια και η πυλαία υπέρταση. Πυλαιοσυστηματικές αναστομώσεις δεν συνιστάται να επιχειρούνται, ιδίως σε όσους συνεχίζουν την κατάχρηση αλκοόλ.

Η μεταμόσχευση ήπατος επιχειρείται σε ασθενείς που έχουν αποδεσμευθεί από το αλκοόλ, έχουν σταθερό κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο, με εργασία στην οποία μελλοντικά υπάρχει δυνατότητα να επιστρέψουν και εφόσον δεν παρουσιάζουν επιπλοκές από το νευρικό σύστημα. Σε σειρά 73 ασθενών, 25 μήνες μετά τη μεταμόσχευση η επιβίωση ήταν

71%, ενώ η ανικανότητα για εργασία δεν ξεπερνούσε το 21%. Σε άλλη σειρά μεταμοσχευθέντων σημειώθηκε ετήσια επιβίωση 66%. Συνεπώς δεν δικαιολογείται ο αποκλεισμός ασθενών με αλκοολική κίρρωση από τη σειρά της αναμονής για μεταμόσχευση ήπατος.

## **2.9 Καρδιαγγειακό Σύστημα.**

Η συσχέτιση μεταξύ αλκοολισμού και συμφορητικής μυοκαρδιοπάθειας αναγνωρίστηκε για πρώτη φορά το 1873. Ακολούθησαν οι ανακοινώσεις των Bollinger και Steel που αναφέρονταν επίσης στην συσχέτιση των δύο καταστάσεων. Η συσχέτιση όμως αυτή αποδόθηκε σε συνυπάρχουσα

θρεπτική ανεπάρκεια (έλλειψη θειαμίνης και πρωτεΐνης) ή σε τοξικές πρόσθετες ουσίες. Οι Aalsmer και Weuckebach υπέθεσαν ότι η καρδιοπάθεια που οφείλεται σε νόσο beri - beri και η αλκοολική μυοκαρδιοπάθεια σε υποσιτιζόμενα άτομα έχουν κοινή αιτιολογική βάση. Τα κοινά κλινικά χαρακτηριστικά αυτών των δύο καταστάσεων είναι η διάταση των καρδιακών κοιλοτήτων, η ταχυκαρδία, η αυξημένη φλεβική πίεση και το περιφερικό οίδημα.

Η μείωση όμως της καρδιακής παροχής και της συσταλτικότητας του μυοκαρδίου, που παρατηρούνται στην αλκοολική μυοκαρδιοπάθεια προκαλούν εντελώς διαφορετική αιμοδυναμική εικόνα από αυτή που παρουσιάζεται με υψηλή καρδιακή παροχή και θερμά άκρα στην έλλειψη θειαμίνης.

Η ποικιλία των κλινικών εκδηλώσεων από την κατάχρηση οινοπνεύματος οφείλεται σε διάφορους παράγοντες ή πρόσθετες ουσίες. Η καρδιοπάθεια της μύρας του Μονάχου, που χαρακτηριζόταν από εκτεταμένα περιφερικά οιδήματα, αποδόθηκε στη μεγάλη λήψη υγρών από την υπερβολική κατανάλωση μύρας. Στα μέσα της δεκαετίας του 1960 μερικοί καταναλωτές μύρας στις δυτικές ΗΠΑ και στο Βέλγιο πέθαναν από οξεία προσβολή μυοκαρδιοπάθειας, που προήλθε από το χλωριούχο κοβάλτιο που χρησιμοποιήθηκε για τη σταθεροποίηση του αφρού της μύρας. Εκτεταμένη νέκρωση του μυοκαρδίου εκδηλώθηκε σε ποντίκια και σε ανθρώπους και στο ηλεκτρονικό μικροσκόπιο τα μιτοχόνδρια ήταν διογκωμένα, το σαρκοπλασματικό δίκτυο διατεταμένο και τα μυοϊνίδια παρουσίαζαν εκφύλιση. Κατακρημνίσεις κοβαλτίου και ασβεστίου παρατηρούνται μέσα στα μιτοχόνδρια, πράγμα που σημαίνει ότι πιθανόν η απομάκρυνση του ασβεστίου από τους ιστούς και την κυκλοφορία είναι υπεύθυνη για τη σοβαρή καρδιακή ανεπάρκεια.

Άλλα χαρακτηριστικά τοξικότητας των αλάτων κοβαλτίου είναι η εκδήλωση πολυκυτταραιμίας και υγράς περικαρδίτιδας. Αν και τα άλατα κοβαλτίου χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία μερικών μορφών αναιμίας, η εμφάνιση μυοκαρδιοπάθειας στα άτομα αυτά είναι σπανιότατη. Υπάρχουν όμως μερικές ανακοινώσεις για άτομα που παρουσίασαν καρδιακή ανεπάρκεια μετά από ιατρογενή ή επαγγελματική έκθεση (σε βιομηχανίες) σε κοβάλτιο. Οι πότες οίνου στη Σκωτία έχουν εμφανίσει στο παρελθόν μυοκαρδιοπάθεια μαζί με χαρακτηριστικά χρόνιας δηλητηρίασης από αρσενικό εξαιτίας της ύπαρξης μικρών ποσοτήτων αλάτων αρσενικού σ' αυτά τα κρασιά.

Αν και οι διαταραχές της θρέψης και οι τοξικές ουσίες μπορεί να αυξήσουν ή να τροποποιήσουν τα κλινικά χαρακτηριστικά της αλκοολικής μυοκαρδιοπάθειας, η ύπαρξη απευθείας συσχέτισης μεταξύ οينوπνεύματος και καρδιακής βλάβης έχει επιβεβαιωθεί. Σκύλοι που τρέφονται κανονικά και χορηγόταν σ' αυτούς αλκοόλη, που αποτελούσε το 36% της ενέργειας που λάμβαναν, εμφάνισαν δυσλειτουργία της αριστεράς κοιλίας μετά από 18 μήνες.

Άνθρωποι που τρέφονταν ικανοποιητικά αλλά που ήταν πότες οينوπνευματωδών, εμφάνισαν καρδιακή ανεπάρκεια μετά την κατανάλωση 336 - 448 gr ούισκι την ημέρα για μερικούς μήνες. Η καρδιακή ανεπάρκεια ήταν ανατρέψιμη και η καρδιακή λειτουργία επανήλθε στα φυσιολογικά επίπεδα μερικές εβδομάδες μετά την παύση της λήψης των οينوπνευματωδών. Μελέτες σε ποντίκια επίσης, που τρέφονταν κανονικά, έχουν επιβεβαιώσει την πρόκληση των βιοχημικών και αιμοδυναμικών διαταραχών που προήλθαν από τη χορήγηση αλκοόλης, καθώς και το ανατρέψιμό τους μετά την παύση της χορήγησής της.

## 2.10 Νευρικό Σύστημα.

Στο χρόνιο αλκοολισμό παρατηρούνται βαριές εκφυλιστικές αλλοιώσεις τόσο στο περιφερικό όσο και στο κεντρικό νευρικό σύστημα. Ο χαρακτήρας που κυριαρχεί στην προσβολή στο περιφερικό νευρικό σύστημα είναι η αλκοολική πολυνευροπάθεια (πολυνευρίτιδα).

Η αλλοίωση αυτή χαρακτηρίζεται από κατά τμήματα προσβολή των νεύρων με προοδευτική εξέλιξη βαρέων εκφυλιστικών αλλοιώσεων των νευραξόνων που αρχίζουν με μια κατά τμήματα κατάτμηση του αντίστοιχου ελύτρου της μυελίνης που οφείλεται πιθανώς σε μια προηγηθείσα εκφύλιση των κυττάρων του Schwann ή σε εκφύλιση ολόκληρου του νευρώνα, κατά την οποία τα κύτταρα που βρίσκονται στο κέντρο καταστρέφονται. Κλινικά η αλκοολική πολυνευροπάθεια εκδηλώνεται με πόνους στις περιοχές των προσβληθέντων.

**Εργαστηριακά ευρήματα:** Παρατηρείται αύξηση του πυροσταφυλικού οξέος στο αίμα. Σήμερα ιδιαίτερη αξία έχει η μέτρηση των επιπέδων της τρανσκετολάσεως στο αίμα η οποία βρίσκεται ελαττωμένη (φ.τ. 100-160 mg). Το ΗΕΓ παρουσιάζει βραδείς ρυθμούς και πτώση του δυναμικού. Στο οξύ στάδιο παρατηρείται ελάττωση της ροής του αίματος του εγκεφάλου και της ολικής κατανάλωσης οξυγόνου σε αυτόν.

**Νευροπαθολογικά ευρήματα:** Νευρωνική εκφύλιση και νευρωνοφαγία παρατηρούνται συμμετρικά στο θάλαμο, υποθάλαμο, μαστία, φαιά ουσία, πυρήνες και στο σκώληκα της παρεγκεφαλίδας. Στικτές αιμορραγίες παρατηρούνται στο 20%. Στην παρεγκεφαλίδα επέρχεται καταστροφή κυρίως των κυττάρων του Purkinje.

**Θεραπεία:** Η χορήγηση θειαμίνης 50 - 100 mg IV ή IM για 3 - 4 ημέρες δίνει θεαματικά αποτελέσματα. Αρχικά αποκαθίστανται τα οφθαλμοκινητικά φαινόμενα, στη συνέχεια τα ψυχοκινητικά και τελευταία τα παρεγκεφαλιδικά

και πολυνευριδικά. Πλήρης αποκατάσταση όλων των κλινικών φαινομένων παρατηρείται στο 20%. Η θνησιμότητα ανέρχεται σε 17% και οφείλεται σε υπατική βλάβη και λοιμώξεις του αναπνευστικού ή ουροποιητικού συστήματος. Η χορήγηση γλυκόζης πριν από την χορήγηση της θειαμίνης μπορεί να έχει ολέθρια αποτελέσματα.

Η εμφάνιση διαταραχών των ψυχοκινητικών και οφθαλμοκινητικών λειτουργιών σε συνδυασμό με ιστορικό αλκοολισμού ή πλημμελούς διατροφής, πάντοτε πρέπει να δημιουργεί την υπόνοια της εγκλεφαλοπάθειας Wernicke.

Η χορήγηση θειαμίνης και μάλιστα πριν την χορήγηση γλυκόζης δίνει θεαματικά αποτελέσματα. Σε κωματώδεις καταστάσεις άγνωστης αιτιολογίας κρίνεται σκόπιμη η χορήγηση B1 σαν ρουτίνα σε συνδυασμό βέβαια με τη χορήγηση γλυκόζης ναλομόνης (Narcan) και φλουμαζελίνης (Anexate).

### **2.11 Άλλα συστήματα.**

Το αλκοόλ, επίσης, προκαλεί βλάβες και σε άλλα συστήματα. Βαριές εκφυλιστικές αλλοιώσεις παρατηρούνται στους όρχεις στον χρόνιο αλκοολισμό, οι οποίες αποδίδονται στην άμεση επίδραση του οινοπνεύματος στους όρχεις επιφέροντας πρωτοπαθή αλκοολική ατροφία των όρχεων. Προσβάλλονται τόσο τα κύτταρα των ορχικών σωληναρίων, δηλαδή το γεννητικό επιθήλιο, όσο και τα διάμεσα κύτταρα, εμφανίζοντας όλα εκφυλιστικές αλλοιώσεις, ούτως ώστε η παραγωγή κυττάρων εντός των ορχικών σωληναρίων και η περαιτέρω διαφοροποίηση αυτών εμφανίζει βαριά διαταραχή ή αίρεται τελείως, τα διάμεσα κύτταρα προοδευτικά εξαφανίζονται.

Επιπλέον η αλκοολική ηπατοπάθεια μπορεί επίσης να επιφέρει εκφυλιστικές



αλλοιώσεις και ατροφία των όρχεων όπως αυτή απαντά στην ηπατική κίρρωση (δευτεροπαθής αλκοολική ατροφία των όρχεων).

Ο χρόνιος αλκοολισμός θεωρείται ότι αποτελεί την αιτία διαφόρων συγγενών νόσων και διαμαρτιών στη διάπλαση. Ιδιαίτερος ο αλκοολισμός της μητέρας έχει επικίνδυνες συνέπειες για το παιδί, δεδομένου ότι το οινόπνευμα διέρχεται από τον πλακούντα και επενεργεί βλαπτικά με άμεσο τρόπο στο έμβρυο.

Βαριές εκφυλιστικές αλλοιώσεις του γεννητικού επιθηλίου ενδέχεται επίσης να είναι αιτία συγγενών διαμαρτιών.

Βαριές διαταραχές ενδέχεται επίσης να παρατηρηθούν και στο αιμοποιητικό σύστημα, ιδιαίτερα όμως στο μυελό των οστών στο χρόνια αλκοολισμό.

Οι διαταραχές αυτές ενδέχεται να είναι πρωτοπαθείς, προκαλούμενες από άμεση επίδραση του οινόπνευματος στο μυελό των οστών, ή δευτεροπαθείς οφειλόμενες σε διαιτητικές διαταραχές και στην Κακή διατροφή καθώς και ανεπάρκεια βιταμινών, ειδικά δε του φυλικού οξέος. Ενδέχεται ως εκ τούτου, να εμφανισθεί αναιμία διαφόρων τύπων (απλαστική, υπόχρωμη, μεγαλοβλαστική) λευκοπενία και ακοκκιοκυτταραιμία.

Νεφρικές αλλοιώσεις στο χρόνια αλκοολισμό αναπτύσσονται ως επί το πλείστον υπό τη μορφή αρτηριο- και αρτηριολο - σκληρύνσεως. Πρωτοπαθής ή δευτεροπαθής καρδιακή ανεπάρκεια μπορούν να επιφέρουν νεφρική ανεπάρκεια λόγω των κυκλοφορικών διαταραχών και της στάσεως στους νεφρούς. Σπάνια παρατηρείται αμυλοειδής εκφύλιση των νεφρών.

Μεταξύ των βαρειών βλαβερών επιδράσεων που προκαλούνται από το οινόπνευμα, περιλαμβάνεται επίσης και η οστεοπενία.

## 2.12 Οστεοπενία σε αλκοολικούς.

Οι χρόνιοι αλκοολικοί έχουν αυξημένη συχνότητα καταγμάτων όχι μόνο γιατί παρουσιάζουν μειωμένη οστική μάζα αλλά και γιατί περιπλέκονται συχνά σε ατυχήματα, φιλονικίες κ.λ.π.

Η οστική μάζα στους αλκοολικούς βρέθηκε ελαττωμένη σε βιοψίες οστών από νεκροτομές καθώς και σε μετρήσεις της οστικής πυκνότητας σε ζώντες αλκοολικούς με τη χρήση της φασματοφωτομετρίας. Πειραματικά δεδομένα από τους Saville και Lieber (1965) δείχνουν ότι η χρόνια χορήγηση οινοπνεύματος σε επίμυς ελαττώνει την οστική πυκνότητα και το μέγεθος της κνήμης σε συσχετισμό με ελάττωση του μεγέθους του πειραματόζωου. Οι Mezey et al (1979) δεν διαπίστωσαν ελάττωση της οστικής πυκνότητας χορηγώντας οινόπνευμα σε πειραματόζωα, παρατήρησαν όμως ότι πολλά από τα ζώα αυτά ανέπτυξαν οστεομαλακία. Οι Dalen και Lamke (1976) μέτρησαν το περιεχόμενο σε ανόργανα άλατα των οστών σε διάφορα μέρη του σκελετού 7 αλκοολικών ασθενών. Υπολόγισαν ότι η ετήσια λεία ανόργανης μάζας στους αλκοολικούς είναι κατά το 2% μεγαλύτερη από εκείνη των μετεμμηνοπαυσιακών γυναικών. Έτσι θεώρησαν ότι το οινόπνευμα έχει άμεση τοξική επίδραση στα οστά όσον αφορά την ανάπτυξή τους.

Παραπέρα αποδείξεις της αιτιολογικής συσχέτισης μεταξύ οινοπνεύματος και οστεοπενίας παρασχέθηκαν από τον Nilson (1970), ο οποίος βρήκε ότι σε ασθενείς με κατάγματα των ισχύων υπάρχει υψηλή συχνότητα κατάχρησης οινοπνεύματος. Ο συγγραφέας αυτός βρήκε σημαντική διαφορά στην οστική μάζα μεταξύ αλκοολικών και μη αλκοολικών (μετρώντας την οστική πυκνότητα στο αντιβράχιο). Η διαφορά στους αλκοολικούς δεν είναι αμέσως εμφανής σε νέα άτομα, αλλά γίνεται καταφανής και υπερβαίνει το 25% έναντι του υγιούς πληθυσμού σε αλκοολικούς άνω των 70 ετών. Ο

συγγραφέας θεωρεί ως υπεύθυνους τους διαιτητικούς παράγοντες και φέρει σαν επιχείρημα το γεγονός ότι οι αλκοολικοί έχουν μικρότερο βάρος σώματος από τους αντίστοιχους μάρτυρες τουλάχιστον κατά 5 kg (λιγότερη λήψη τροφής, λιγότερη άσκηση) και η περίμετρος του δεξιού τους βραχίονα είναι μικρότερη κατά 1 cm. Σε χειρότερη μοίρα βρίσκονται οι αλκοολικοί που είχαν προηγουμένως υποβληθεί σε γαστρεκτομή.

Η ισχυρότερη πάντως μαρτυρία για ύπαρξη οστεοπενίας στους αλκοολικούς προσκομίσθηκε από τον Saville (1965) την κλασική του μελέτη από νεκροτομές αλκοολικών στην πόλη της Νέας Υόρκης. Το καθαρό βάρος της μετά την αφαίρεση του λίπους οστικής τέφρας των αλκοολικών ήταν 111 mg σε σύγκριση με 142 mg των μη αλκοολικών ανδρών. Η ίδια διαφορά σημειώθηκε και στις γυναίκες. Η οστική μάζα ενός άρρενος αλκοολικού ηλικίας 40 - 50 ετών ήταν ίδια με εκείνη μιας γυναίκας 70 ετών. Υπήρχε επίσης ελάττωση του βάρους του σώματος στους αλκοολικούς όπως και στις γυναίκες μετά την εμμηνόπαυση. Οι Seeman et al (1983) αξιολόγησαν τους παράγοντες κινδύνου σε ασθενείς με κατάγματα σπονδύλων. Ο σχετικός κίνδυνος για την ανάπτυξη κατάγματος σπονδύλου ήταν 2,3 για το κάπνισμα και 2,4 για τη χρήση οινοπνεύματος. Η τοξική αυτή επίδραση στο σκελετό δεν ήταν εμφανής σε νεότερες ηλικίες, γιατί απαιτείται αρκετός καιρός πριν οι παράγοντες αυτοοδηγήσουν σε ικανή απώλεια οστικής μάζας και σε κατάγματα. Σε αντίθεση με το κάπνισμα και με τη λήψη οινοπνεύματος, η παχυσαρκία ήταν προστατευτική για την οστική μάζα, λόγω της αυξημένης μετατροπής οιστρογόνων στο λιπώδη ιστό.

### **Αίτια οστεοπενίας στον αλκοολισμό.**

Έλλειψη ασβεστίου: Αυξημένη απέκκριση.

Ελαττωμένη απορρόφηση.

Έλλειψη Βιταμίνης D: Ελαττωμένη απορρόφηση.

Ελαττωμένη σύνθεση 25 (OH) CC.

Πτωχές διαιτητικές συνήθειες.

Ενδοκρινικά αίτια: Υπερκορτιζολαιμία.

Χαμηλά επίπεδα τεστοστερόνης.

Δίαιτες παραγγελλόμενες από τους ιατρούς: Πτωχές σε νάτριο

Πτωχές σε πρωτεΐνες.

Απώλειες πρωτεϊνών: Παρακεντήσεις.

Αιμορραγία κισσών οισοφάγου.

### **2.13 Αλκοόλ και κρανιοεγκεφαλική κάκωση**

Έτσι, ένα μεγάλο ποσοστό τροχαίων ατυχημάτων, που έχουν σαν αποτέλεσμα Κ.Ε.Κ. έρχεται σαν συνέπεια της λήψης αλκοόλ, χωρίς να μπορούμε συνήθως να χαρακτηρίσουμε κάποια ποσότητα υπερβολική ή όχι, γιατί αυτό έχει άμεση σχέση με την ανοχή που παρουσιάζει το άτομο στο αλκοόλ.

Οι κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις αποτελούν μεγάλη μάστιγα στις ημέρες μας, κατέχοντας τη πρώτη θέση στα θανατηφόρα ατυχήματα. Σύμφωνα με τις υπάρχουσες στατιστικές, ο αριθμός τους ετησίως ανέρχεται, στην Ευρώπη σε

3.000.000 και στις Η.Π.Α. σε 10.000.000. Το 70-80% των περιστατικών οφείλεται σε τροχαία ατυχήματα και μόνο το υπόλοιπο 20-30% σε κάποια άλλα αίτια.

## **ΑΛΚΟΟΛ ΚΑΙ ΤΡΟΧΑΙΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ**

Τα περισσότερα περιστατικά τροχαίων ατυχημάτων, έχει αποδειχθεί ότι συμβαίνουν σε συγκεκριμένες περιστάσεις, όπως:

1. τους καλοκαιρινούς μήνες
2. τα σαββατοκύριακα
3. όταν ο καιρός επιτρέπει την έξοδο.

Τα θύματα είναι συνήθως ηλικίας 16-21 ετών (Ε.Σ.Υ.Ε. 1997) και τα ατυχήματα συμβαίνουν κυρίως σε αστικές περιοχές, αλλά και σε εθνικές οδούς. Η κύρια αιτία, που προκαλεί τα ατυχήματα, είναι η λήψη alcohol και η ανάπτυξη υπερβολικής ταχύτητας. Οι λόγοι που οδηγούν τα άτομα να καταφύγουν στη λήψη αλκοόλ είναι η επιθυμία τους:

1. να καταφέρουν να χαλαρώσουν
2. να μειώσουν το άγχος και τη νευρικότητα τους
3. να τονίσει τον ανδρισμό στους άνδρες
4. να ενταχθούν οι νέοι σε ένα ευρύτερα αποδεκτό κοινωνικό σύνολο, γιατί έτσι απαιτεί η μόδα
5. να οπλιστούν με θάρρος και κουράγιο, προκειμένου να αντιμετωπίσουν δύσκολες καταστάσεις
6. να καταφέρουν να ξεφύγουν, έστω και για λίγο, από τη πραγματικότητα

Σύμφωνα με στατιστικές που υπάρχουν, το 40% των αλκοολικών παθαίνει κάποια στιγμή της ζωής του ατύχημα. Επίσης, το 60% των οδηγών και το 25% των πεζών, που παθαίνει ατύχημα είναι κάτω από την επήρεια αλκοόλ.

Από το μέτρο του αλκοτέστ που εφαρμόζεται σύμφωνα με τα στοιχεία και τα αποτελέσματα που δόθηκαν στον τύπο για το 1997 16 και αφορούν την περιοχή της Αττικής, έχουμε ότι:

#### **Αποτελέσματα αλκοτέστ**

Έλεγχοι	45.022	
Μεθυσμένοι οδηγοί	4.944	(ποσοστό 11%)
Αυτόφωρο	444	(ποσοστό 9%)
Κατασχέσεις	413	(ποσοστό 8,4%)

Επίσης άλλα στοιχεία που αφορούν παλαιότερα έτη και αφορούν όλη τη χώρα, έχουν ως εξής:

#### **1993**

Σύνολο τροχαίων	22.165	
Μεθυσμένοι οδηγοί	1.674	(ποσοστό 7,56%)
Νεκροί	794	(ποσοστό 47,5%)
Βαριά τραυματίες	559	(ποσοστό 33,4%)
Ελαφρά τραυματίες	321	(ποσοστό 19, 18%)

#### **1994**

Σύνολο τροχαίων	22.222	
Μεθυσμένοι οδηγοί	1.825	(ποσοστό 8. 3%)
Νεκροί	863	(ποσοστό 47. 3%)
Βαριά τραυματίες	649	(ποσοστό 35. 6%)
Ελαφρά τραυματίες	313	(ποσοστό 17. 2%)

Στο ίδιο διάστημα και αναφορικά με τα περιστατικά που δέχθηκε η Μ.Ε.Θ. του νοσοκομείου Κοργιαλένειο-Μπενάκειο, από Ιουνίου 1997 μέχρι και

Ιανουαρίου 1998, ήταν 24 ασθενείς, ενώ το ίδιο διάστημα το προηγούμενο έτος είχε δεχθεί 36. Τα περισσότερα περιστατικά, σχεδόν το 75% νοσηλεύτηκαν κατά τους καλοκαιρινούς μήνες. Το δείγμα είναι πολύ μικρό, αλλά σαφώς ενδεικτικό της ανάγκης που υπάρχει να ληφθούν από τους ειδικούς κάποια συγκεκριμένα μέτρα.

Τη πρώτη θέση στα ατυχήματα εξαιτίας λήψης αλκοόλ κατέχουν οι κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις. Τα αυτοκινητιστικά ατυχήματα αποτελούν τη κυριότερη αιτία, καλύπτοντας τις μισές περιπτώσεις των ατυχημάτων που συμβαίνουν στους ενήλικες και το ένα τρίτο των παιδικών.

Για κάθε δέκα ασθενείς που θα υποστούν ΚΕΚ από αυτοκινητιστικό, οι επτά (7) θα παραμείνουν με βαριά κάκωση και οι τρεις θα πεθάνουν από αυτή. Το 70% αυτών των περιπτώσεων θα καταλήξει μέσα στις 24 πρώτες ώρες. Αυτό δείχνει ότι, ο εγκέφαλος παραμένει από τα πιο δύσκολα, να αντιμετωπιστούν, όργανα.

Οι βλάβες που υφίσταται ο εγκέφαλος είναι:

1. αιμάτωμα, αποτελεί τη σοβαρότερη κατάσταση
2. μώλωπας
3. διάσειση

και έχουν σαν αποτέλεσμα την ανάπτυξη οιδήματος, το οποίο χαρακτηρίζεται σαν τοπικό ή γενικευμένο. Καθώς παρουσιάζεται αύξηση του οιδήματος, παρατηρείται ταυτόχρονη αύξηση της ενδοκράνιας πίεσης (φυσιολογική τιμή 0-15 mmHg). Επειδή η παραμικρή εγκεφαλική βλάβη οδηγεί σε αύξηση της ενδοκράνιας πίεσης, εξαιτίας ανάπτυξης οιδήματος, θεωρείται αποτελεσματικό η επιθετική επέμβαση να αρχίσει, όταν η τιμή της ενδοκράνιας πίεσης θα έχει φτάσει στο 25 mmHg.

Στατιστικά στοιχεία αναφέρουν ότι στις Η.Π.Α. κάθε 15 sec συμβαίνει μια κρανιοεγκεφαλική κάκωση, ανεξαρτήτου αιτιολογίας και κάθε 12 sec

κάποιος καταλήγει εξαιτίας της.

Επίσης σε έρευνα που έγινε στις Η.Π.Α., μεταξύ δύο κατηγοριών ασθενών-οδηγών, που η μία είχε κάνει χρήση αλκοόλ, ενώ η άλλη δεν είχε κάνει, αλλά και οι δύο κατηγορίες είχαν υποστεί κρανιοεγκεφαλική κάκωση, τα αποτελέσματα έδειξαν, ότι εκείνοι που είχαν πάρει αλκοόλ:

1. είχαν υποστεί εγκεφαλική βλάβη σοβαρότερης μορφής
2. παρουσίασαν βλάβες σε πολλά συστήματα
3. είχαν αυξημένο ποσοστό θνησιμότητας

Αποδείχθηκε γενικά ότι αυτοί που χρησιμοποιούν αλκοόλ:

1. σε μεγάλο ποσοστό δεν φέρουν ζώνη
2. παρουσιάζουν μεγάλα ποσοστά εμφάνισης άπνοιας και μεταβολικών διαταραχών
3. παρεμποδίζουν την έγκαιρη εξακρίβωση νευρολογικών διαταραχών, μειώνοντας τις πιθανότητες ασφαλούς διάγνωσης. Όλα αυτά έχουν σαν αποτέλεσμα την καθυστέρηση στην έναρξη της θεραπείας.

**Άλλες κατηγορίες που παθαίνουν συνήθως τροχαίο ατύχημα, με συνέπεια Κ.Ε.Κ. είναι:**

1. Οι ευρισκόμενοι σε κατάσταση stress
2. Που δεν λαμβάνουν κανένα μέτρο προφύλαξης
3. Οι υπερβαίνοντες το όριο ταχύτητας
4. Οι αναλφάβητοι
5. Οι ηλικιωμένοι
6. Οι έχοντες πρόβλημα όρασης
7. Οι λαμβάνοντες φάρμακα, που επιδρούν στον νευρομυϊκό έλεγχο

Στα άτομα που κάνουν χρήση αλκοόλ και έχουν υποστεί κρανιοεγκεφαλική κάκωση μια φορά, οι πιθανότητες πρόκλησης δεύτερης είναι τριπλάσιες, ενώ



σε εκείνους που έχουν πάθει δύο φορές Κ.Ε.Κ οι πιθανότητες να πάθουν και τρίτη φορά είναι δπλάσιες σε σχέση με τον υπόλοιπο πληθυσμό. Είναι φανερό ότι, Οι επαναλαμβανόμενες κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις, έχουν άμεση σχέση με τη συμπεριφορά που συνηθίζει να έχει το άτομο και συνήθως αυτό έχει άμεση σχέση με τη χρήση αλκοόλ.

### *Γενικά*

Η αντιμετώπιση του ασθενή με Κ.Ε.Κ. περιλαμβάνει τρία στάδια:

**1ο στάδιο:** Το οποίο ακολουθεί την οξεία φάση της κάκωσης, κατά την οποία ο ασθενής παραμένει για ημέρες, εβδομάδες ή ακόμα και για μήνες σε Μ.Ε.Θ., χρονικό διάστημα κατά το οποίο το νευρικά σύστημα μπορεί να παρουσιάσει παροδικές ή μη βελτιώσεις.

**2ο στάδιο:** Διαφόρου χρονικής διάρκειας και αυτό, κατά το οποίο ο ασθενής εγκαταλείπει τη Μ.Ε.Θ., μεταβαίνει σε νευροχειρουργική κλινική. Το επίπεδο συνείδησης γίνεται συνήθως φυσιολογικό και τις περισσότερες φορές βελτιώνονται τα διάφορα μετατραυματικά κατάλοιπα.

**3ο στάδιο:** Αρχίζει από την ημέρα που ο ασθενής εγκαταλείπει τη Ν/Χ κλινική, διατηρώντας τα διάφορα νευρολογικά ή ψυχικά προβλήματα και πηγαίνει ανάλογα με την κατάσταση του στο σπίτι ή σε κάποιο άλλο εξειδικευμένο κέντρο αποκατάστασης

Οι προσπάθειες για αποκατάσταση του ασθενή έχουν αρχίσει από το πρώτο στάδιο, κατά το οποίο του γίνεται ενεργητική και παθητική αναπνευστική φυσικοθεραπεία, παθητικές κινήσεις των αρθρώσεων, χειρομαλάξεις των μυών, ακρόαση μουσικής, συνομιλία μαζί του για τη βελτίωση του επιπέδου συνείδησης. Η αποκατάσταση γίνεται ακόμα πιο έντονη όταν ο ασθενής εγκαταλείψει τη Μ.Ε.Θ.

Από τα διάφορα στοιχεία αποδεικνύεται ότι, οι κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις είναι απόλυτα συνυφασμένες με τον κακό και άστατο τρόπο ζωής, τον οποίον βιώνουν κάποια άτομα. Αυτό δεν σημαίνει ότι άλλες ομάδες του πληθυσμού δεν έχουν πιθανότητες να υποστούν κάποια στιγμή κάποιο ατύχημα, αλλά τα ποσοστά και οι πιθανότητες για να συμβεί κάτι τέτοιο είναι σαφώς μειωμένα. Μια από τις βασικές αιτίες όπως αποδείχθηκε είναι και η συνήθεια πολλών ατόμων να καταφεύγουν στη λήψη αλκοόλ. Το αλκοόλ για αυτούς τους ανθρώπους αποτελεί το μέσον που θα τους οδηγήσει στους επτά ουραμούς. Θα τους κάνει να ξεφύγουν από τη πραγματικότητα και ελπίζουν ότι μετά από αυτό θα δουν τις καταστάσεις με άλλο μάτι και θα αποκτήσουν τη ενέργεια ψυχής που τους χρειάζεται για να συνεχίσουν τον δρόμο τους.

Γίνεται σαφές, ότι αυτός ο τρόπος ζωής επιβαρύνει σημαντικά τα έξοδα του κράτους. Από τη μια πλευρά, γίνεται εκροή συναλλάγματος προς άλλες χώρες για την εισαγωγή αλκοόλ και από την άλλη, το κράτος καλείται με τα διάφορα ταμεία, να καλύψει οικονομικά την μακροχρόνια νοσηλεία και παραμονή σε ειδικές μονάδες των ατόμων που υφίστανται κάποιο ατύχημα. Και μιλάμε για καταστάσεις από την απλή διάσειση μέχρι τον πολύ βαρύ τραυματισμό.

Κατά καιρούς, καταβάλλεται από τους ειδικούς προσπάθεια να ληφθούν κάποια μέτρα (πρόστιμο για την μη χρήση των ζωνών ασφαλείας, για παραβίαση του ορίου ταχύτητας), αλλά τα μέτρα αυτά συνήθως ξεθυμαίνουν γρήγορα και έτσι δεν μπορούμε να δούμε αν πραγματικά θα επέφεραν κάποιο σημαντικό αποτέλεσμα.

Η αναγκαιότητα της κατάστασης επιβάλλει την λειτουργία επιτροπής, στην οποία θα συμμετέχει και εκπρόσωπος του νοσηλευτικού κλάδου και θα έχει σαν κύριο και μοναδικό σκοπό της, την εξεύρεση μέτρων και μεθόδων (ενημέρωσης του πληθυσμού σε θέματα που αφορούν τους κινδύνους που

εγκυμονεί η χρήση του αλκοόλ, των συνεπειών που έχουν τα τροχαία ατυχήματα, της καλύτερης σήμανσης και φωτισμού των οδών και άλλα παρόμοια μέτρα παρέμβασης), που θα μειώσουν αυτή τη σύγχρονη μάστιγα, η οποία καθημερινά οδηγεί στον θάνατο πολλά άτομα, εξαιτίας ανευθυνότητας ή έλλειψης αυτοελέγχου τις περισσότερες φορές.

Πρέπει επιτέλους να γίνει κατανοητό από όλους ότι η ζωή μας σε καμία περίπτωση δεν είναι μιας χρήσης, αλλά πολλαπλών και συνεχών χρήσεων τόσων, όσων να καταφέρουμε να εκπληρώσουμε τον ρόλο που έχουμε κληθεί να παίζουμε, χρεώνοντας μας με τον λιγότερο δυνατό κόστος όσον αφορά τη ποιότητα ζωής. Άλλωστε ένας ακόμα θάνατος για πολλούς δεν αποτελεί τίποτα άλλο παρά μόνο μια είδηση σε κάποιο «παράθυρο» ή στοιχείο σε κάποιο ποσοστό, αλλά για το άτομο που τον βιώνει και την οικογένεια του σαφώς αναδεικνύεται μια και μοναδική πραγματικότητα.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

### ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΔΙΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΥ

#### 3.1 Κοινωνικό κόστος

Η χρήση αλκοόλης προκαλεί βασικά «κοινωνική νόσο με ιατρικές διαστάσεις». Το συνολικό πρόβλημα της αλκοόλης δεν μπορεί να εκτιμηθεί μόνο μέσα στα όρια των «καταγραμμένων» αλκοολικών αφού οι ζημιές που συσχετίζονται, έμμεσα ή άμεσα, με τη χρήση της επεκτείνονται πολύ ευρύτερα από τα «προσωπικά όρια» του αλκοολικού. Έτσι τροχαία ατυχήματα, αυτοκτονίες, εγκληματικότητα, διάλυση οικογενειών, απόδοση στη δουλειά συσχετίζονται σημαντικά με την κατανάλωση αλκοόλης στη συγκεκριμένη κοινωνική ομάδα. Από το άλλο μέρος το κόστος της θεραπείας των προβλημάτων και ζημιών της αλκοόλης στις σημερινές κοινωνίες απορροφάται από το δημόσιο προϋπολογισμό που σημαίνει πως όλοι συμμετέχουμε στη ζημιά. Το ζήτημα αυτό έχει πάρει επικίνδυνες διαστάσεις σε πολλά σύγχρονα κράτη. Μερικά μεγέθη είναι ενδεικτικά της σοβαρότητας του προβλήματος σ' αυτές τις κοινωνίες. Στην Αγγλία η «θεραπεία» των βλαβών της αλκοόλης απορροφά μεγάλο μέρος του κρατικού προϋπολογισμού, ενώ στην Αμερική ξοδεύονται για τον ίδιο λόγο πάνω από 50 δισεκατομμύρια δολάρια τον χρόνο. Από το άλλο μέρος, πάνω από 25.000 θάνατοι το χρόνο στην Αμερική οφείλονται στην αλκοολική κίρρωση. Έχει βρεθεί πως τα προβλήματα που προκαλεί η χρήση αλκοόλης σε μια

κοινωνία παρουσιάζουν στενή σχέση με την «κατά κεφαλή κατανάλωση» καθαρής αλκοόλης. Οι «καταναλωτικές συνήθειες» καθορίζουν σε σημαντικό βαθμό το χαρακτήρα των προβλημάτων στη συγκεκριμένη κοινωνία. Έτσι, όταν η κατανάλωση έχει «αιχμές» τα σαββατοκύριακα, τότε η αντικοινωνική συμπεριφορά, το έγκλημα και τα τροχαία ατυχήματα είναι οι προεξάρχουσες «επιπλοκές». Αντίθετα, όταν η κατανάλωση είναι πιο ισότιμη χρονικά, τότε η κίρρωση του ήπατος, οι βλάβες του εγκεφάλου κλπ. είναι τα πιο συχνά προβλήματα.

Είναι αξιοσημείωτο πως, ενώ οι συνέπειες της αλκοόλης έχουν αναγνωρισθεί από πολλά χρόνια, η κατανάλωση παρουσιάζει ανοδική πορεία σε πολλές χώρες και κοινωνικές ομάδες. Οι λόγοι αυτού του φαινομένου δεν έχουν απόλυτα διευκρινισθεί και αποτελούν «θερμή» περιοχή έρευνας από κοινωνιολόγους, ψυχολόγους, βιολόγους, ψυχιάτρους κλπ. Η απλοϊκή θέση πως πίνουμε για να απαλλαγούμε από το άγχος δεν ελέγχεται ορθή, αφού η χρόνια χρήση δημιουργεί άγχος. Έτσι η αντιμετώπιση του προβλήματος δεν είναι δυνατό να έχει «αιτιολογική προσπέλαση». Η μόνη, κατά συνέπεια, λύση είναι ο περιορισμός της καταναλώσεως μέσω της εκπαίδευσέως αλλά, κατά κύριο λόγο, μέσω πολιτικών πράξεων. Στη χώρα μας ο κίνδυνος είναι «επί θύραις». Προ 10 χρόνων, από την άποψη καταναλώσεως η Ελλάδα βρισκόταν στην 20ή θέση ανάμεσα στις Ευρωπαϊκές χώρες, ενώ σήμερα κατέχει την 8η Θέση. Εξάλλου αποτελεί καθημερινή εμπειρία πως τα προβλήματα της αλκοόλης πολλαπλασιάζονται και εδώ επικίνδυνα.

Η εγκατάλειψη του κρασιού και η ολοένα αυξανόμενη προτίμηση στα «σκληρά ποτά», ιδιαίτερα στους νέους καταναλωτές, οδηγεί σε σοβαρά ιατροκοινωνικά προβλήματα. Έτσι η εγρήγορση των υπευθύνων, σε όλα τα επίπεδα, παρουσιάζεται σαν επιτακτική ανάγκη.

### 3.2 Αλκοολισμός και οικογένεια

Η οικογένεια αποτελεί το πιο καθοριστικό κοινωνικό σύστημα για τη μετέπειτα εξέλιξη του ατόμου. Στην οικογένεια υπάρχουν κατάλληλα οργανωμένες σχέσεις έτσι ώστε να αποτελεί ένα χώρο οικειότητας υποστήριξης και προστασίας ένα χώρο για τη συναισθηματική, νοητική, σωματική, κοινωνική ύπαρξη και εξέλιξη για τα μέλη της.

Η απότομη μεταβολή που παρατηρήθηκε στην Ελληνική οικογένεια που από αγροτική έγινε αστική χωρίς την ανάλογη προσαρμογή της, δημιούργησε πολλά προβλήματα στα μέλη της και στις μεταξύ τους σχέσεις.

Η πυρηνική πλέον σύγχρονη ελληνική οικογένεια έχει αντικαταστήσει την παραδοσιακή χωρίς όμως να απορρίψει τις παραδοσιακές αξίες της αγροτικής. Έτσι η αναπροσαρμογή των ρόλων στις διαπροσωπικές σχέσεις μεταξύ συζύγων, γονέων και παιδιών δημιουργεί εντάσεις που δυσκολεύουν την επικοινωνία και πολλές φορές οδηγούν στην άσκηση βίας, στη διάσπαση της οικογένειας και το διαζύγιο.

Οι επιπτώσεις της βίαιης συμπεριφοράς είναι δραματικές κυρίως για τα παιδιά που αισθάνονται απόρριψη και ενοχές και εκδηλώνουν ψυχολογικές διαταραχές και διαταραχές στις προσωπικές τους σχέσεις. Ο ψυχολογικός τραυματισμός που υφίστανται τα ωθεί να επιζητούν την παρέα συνομηλίκων τους εκτός της οικογένειας, να διαπράττουν αξιόποινες πράξεις και να είναι επιρρεπή στη χρήση τοξικών ουσιών και αλκοόλ.

Όταν στην οικογένεια υπάρχει ένα μέλος της αλκοολικό τα παιδιά τα οποία μεγαλώνουν χωρίς να έχουν αποκτήσει ταυτότητα και συναισθηματική ωριμότητα στις σχέσεις τους, τείνουν να επαναλαμβάνουν τα λάθη των γονιών τους ακόμη και όταν συνειδητά λένε ότι δεν θα κάνουν αυτά τα λάθη.

Για παράδειγμα η κόρη μπορεί να παντρευτεί έναν αλκοολικό όπως ακριβώς

και η μητέρα της, ή ο γιος ο οποίος κατέκρινε τον αλκοολικό πατέρα του, αρχίζει να πίνει κάτω από συνθήκες στρες.

Η οικογένεια είναι ένα δυναμικό σύστημα που συνεξελίσσεται μαζί με το περιβάλλον της. Από τα έξω η οικογένεια υπόκειται στην επίδραση του περιβάλλοντος, του πολιτισμού, της κοινωνίας και άλλων συστημάτων από τα οποία κυβερνούνται από κανόνες και αλλάζουν συνεχώς. Από τα μέσα η οικογένεια επηρεάζεται από την ανάπτυξη των μελών της οικογένειας και των σχέσεων τους με τους άλλους. Η οικογένεια έχει πλέον εμπειρίες από συνεχόμενες ταλαντεύσεις καθώς κινείται μέσα στον κύκλο ζωής της. Αυτές οι ταλαντεύσεις μπορούν να απαιτούν αναδιοργάνωση και προσαρμογή από την οικογένεια.

Το σύμπτωμα πιστεύεται ότι έχει εμφανιστεί όταν η οικογένεια δεν έχει κανονικά προσαρμοστεί στις αναταραχές ή στα μεταβατικά σημεία του κύκλου ζωής της. Αυτά περιλαμβάνουν αλλαγές στη σύνθεση: όπως η γέννηση ενός παιδιού - διαζύγιο- θάνατος, στην ανάπτυξη των ατόμων: όπως μετανάστευση αλλαγή κατοικίας, αλλαγή εργασίας, συνταξιοδότηση και απρόσμενες αλλαγές: όπως αρρώστια, ατύχημα, οικονομικές δυσκολίες κ.α.

Τέτοιες αλλαγές μπορεί να απαιτούν διαπραγματεύσεις των νέων κανόνων ή των δομών της οικογένειας. Οι αλλαγές σε οποιοδήποτε μέλος της οικογένειας επηρεάζουν όλα τα άλλα μέλη τα οποία ανταποκρινόμενα κάνουν επίσης αλλαγές σε μια προσπάθεια να διατηρήσουν την ισορροπία της οικογένειας. Υπάρχει δηλ. αλληλεξάρτηση μεταξύ τους.

Στην περίπτωση του αλκοολισμού το άτομο αρχίζει να διαταράσσει την οικογένεια και ο καθένας προσπαθεί να κάνει αντισταθμιστικές κινήσεις με σκοπό την αποκατάσταση της οικογενειακής ισορροπίας. Οι περισσότερες οικογένειες έχοντας προσαρμοστεί στο πρόβλημα θα πρέπει να κάνουν σημαντικές αναπροσαρμογές για να μπορέσει το αλκοολικό μέλος να

αναζητήσει θεραπεία. Επίσης παρατηρείται ότι η συμπεριφορά των μελών επιτρέπει τη συνέχιση του προβλήματος. Αυτό συμβαίνει όταν οι πράξεις της οικογένειας προστατεύουν το αλκοολικό μέλος από τις συνέπειες του αλκοολισμού του. Με αυτό τον τρόπο η οικογένεια εξαφανίζει κάθε κίνητρο για αλλαγή. Η οικογένεια είναι εκείνη που πρέπει να καταλάβει ότι ο αλκοολισμός είναι ασθένεια και να ζητήσει βοήθεια για την αντιμετώπιση του προβλήματος. Ο αλκοολισμός συχνά αποκαλείται οικογενειακή ασθένεια. Οι περισσότερες διαταραχές που προκαλεί η εξάρτηση από το αλκοόλ αφορούν την συμπεριφορά. Τα μέλη της οικογένειας έρχονται αντιμέτωπα με τη συμπεριφορά που είναι σύμπτωμα του αλκοολισμού.

Στην αρχή της εξέλιξης του αλκοολισμού η δικαιολογία της κατανάλωσης γίνεται πιστευτή και δεν αποτελεί πρόβλημα γιατί ακολουθεί τις κοινωνικές - τοπικές συνήθειες της κάθε κοινωνίας (γάμοι γιορτές κ.α). Όταν όμως ο σύζυγος ή η σύζυγος του αλκοολικού αναγνωρίζει ότι η κατανάλωση δεν είναι φυσιολογική προσπαθεί να τον πείσει να το ελαττώσει ή να το ελέγξει. Συγχρόνως ο /η σύζυγος προσπαθεί να κρύψει το πρόβλημα από τους τρίτους και να κρατήσει τα προσχήματα. Παράλληλα ο/ η αλκοολικός σύζυγος φέρνει κρυφά αλκοόλ στο σπίτι ή πίνει έξω προσπαθώντας να κρύψει την ποσότητα. Είναι πιθανόν τα παιδιά της οικογένειας να αρχίσουν να έχουν προβλήματα ως αντίδραση στο οικογενειακό στρες. Η οικογένεια αποδιοργανώνεται. Η μια κρίση διαδέχεται την άλλη. Τα οικονομικά προβλήματα είναι συχνά και συνήθως ο μη αλκοολικός σύζυγος αναζητά βοήθεια ή στον ιερέα ή τον οικογενειακό γιατρό ή ακόμα καλύτερα σε ειδικευμένους επιστήμονες. ο/η μη αλκοολικός σύζυγος αναλαμβάνει μεγαλύτερη ευθύνη στην οικογένεια. Μπορεί να υπάρξει χωρισμός ή διαζύγιο. Σε περίπτωση χωρισμού η οικογένεια αναδιοργανώνεται χωρίς τον αλκοολικό σύζυγο και γονιό. Αν ο αλκοολικός αποτοξινωθεί μπορεί το ζευγάρι να συμφιλιωθεί. Η αλκοολική



γυναίκα είναι πιο συχνά διαζευγμένη απ όσο ο αλκοολικός άνδρας. Ένας μεγάλος αριθμός μη αλκοολικών γυναικών παραμένουν παντρεμένες με τον αλκοολικό σύζυγο τους γιατί το στρες τις αδρανοποιεί.

Κλινικές παρατηρήσεις από αναρίθμητες συνεντεύξεις δείχνουν ότι:

- Πολλές γυναίκες παντρεύονται αλκοολικούς με κίνητρο να τους βοηθήσουν ενώ άλλες απλά είχαν άγνοια του προβλήματος.
- Συχνά η σύζυγος έχει την ευθύνη όλων των υποθέσεων της οικογένειας και επιφανειακά φαίνεται να μην έχει την ανάγκη ενός ικανού συντρόφου. Αναλαμβάνει και τον πατρικό ρόλο. Η ανάληψη των ευθυνών της οικογένειας συχνά μειώνει τον σύντροφο της και του τονίζει την αίσθηση της ανικανότητας του.
- Η γυναίκα του αλκοολικού είναι μπερδεμένη. Πολλές φορές αναρωτιέται αν είναι η ίδια υπεύθυνη για την κατάσταση του άντρα της. Δεν ξέρει πώς να του συμπεριφερθεί και από ποιόν να ζητήσει βοήθεια. Δεν μπορεί να αποφασίσει αν θέλει να τον εγκαταλείψει ή να μείνει μαζί του.

Όσον αφορά τα παιδιά αλκοολικών έρευνες έδειξαν ότι στη σχολική ηλικία τα παιδιά παρουσιάζουν προβλήματα κοινωνικής προσαρμογής και μάθησης. Συνήθως εκδηλώνουν υπερκινητικότητα-επιθετικότητα και αυτοκαταστροφικές τάσεις. Στον τομέα της κοινωνικότητας έχουν δυσκολίες στο να κάνουν φίλιες και υπάρχει η πιθανότητα να γίνουν αλκοολικοί όταν ενηλικιωθούν. Δεν υπάρχει αμφιβολία ότι η οικογένεια του αλκοολικού υποφέρει.

### ***3.2.1 Πως βιώνουν τα παιδιά την συμπεριφορά του αλκοολικού γονέα***

Οι θεραπευτές αλκοολικών οικογενειών εντόπισαν ορισμένους συγκεκριμένους τρόπους που υιοθετούν τα παιδιά.

- **Είναι ο υπεύθυνος:** Ο ρόλος αυτός πέφτει συνήθως στο μοναχοπαιδί ή

στο μεγαλύτερο παιδί. Το παιδί επωμίζεται πολλές ευθύνες γίνεται το γονεϊκό παιδί, φροντίζει τα μικρότερα αδέρφια. Αντισταθμίζει την αστάθεια και την συνέπεια του αλκοολικού γονιού. Ο υπεύθυνος μπορεί να γίνει ένας ενήλικας που θα πρέπει να ελέγχει τις καταστάσεις και να έχει το άγχος της υποχρεωτικής επιτυχίας.

- **Μετά είναι ο προσαρμοστικός:** Εδώ το παιδί δεν αναλαμβάνει ευθύνες αλλά ακολουθεί οδηγίες και προσαρμόζεται εύκολα σε ότι συμβαίνει. Μπορεί να ανέχεται. Ως ενήλικας μπορεί να είναι πολύ διστακτικός, ανίκανος να εμπιστευτεί τους άλλους και ανίκανος για τις μακροπρόθεσμες δεσμεύσεις που απαιτούνται για μια επιτυχή σταδιοδρομία ή μια στενή σχέση.
- **Ο τρίτος τρόπος είναι ο κατευναστικός:** Εδώ το παιδί αναλαμβάνει τις συναισθηματικές υποθέσεις. Είναι πάντοτε ευαίσθητο προς στους άλλους και συμπονάει τον αλκοολικό γονέα ή τον μη αλκοολικό γονέα. Προσπαθεί πάντα να εξομαλύνει τις καταστάσεις. Ως ενήλικας συνεχώς φροντίζει τους άλλους αγνοώντας τις δικές του ανάγκες.
- Υπάρχει και ο αποδιοπομπαίος τράγος που συγκεντρώνει τις περισσότερες πιθανότητες να έχει προβλήματα στο σχολείο ή με τις αρχές. Έχει συνήθως επιθετική συμπεριφορά και θεωρείται προβληματικό παιδί. Αν το παιδί είναι έφηβος το πρόβλημα μπορεί να πάρει τη μορφή κατάχρησης τοξικών ουσιών ή αλκοόλ. Με το να γίνεται επίκεντρο προσοχής των άλλων ή της οικογένειας έρχεται και στη επιφάνεια για πρώτη φορά και το πρόβλημα του αλκοολισμού των γονιών.

**Τα ενήλικα παιδιά των αλκοολικών παρουσιάζουν χαρακτηριστικά όπως:**

Φόβο απώλειας του ελέγχου, φόβο προς τα συναισθήματα, φόβο

συγκρούσεων, υπέρ ανεπτυγμένη αίσθηση ευθύνης, αίσθημα ενοχής όταν δεν υποχωρούν, ανικανότητα να χαλαρώσουν και να διασκεδάσουν, αυστηρή αυτοκριτική, έχουν δυσκολίες στις διαπροσωπικές σχέσεις, αισθάνονται θύματα, έχουν την τάση να νιώθουν πιο άνετα με το χάος παρά με την ασφάλεια, τάση να συγχέουν την αγάπη με τον οίκτο.

### **3.3 Αλκοολισμός και γυναίκα**

Η συμπεριφορά του εξαρτημένου χρηστή από το αλκοόλ δεν έχει πολλές διαφορές μεταξύ των δυο φύλλων άντρα ή γυναίκας. Οι περιορισμοί οι οποίοι έχουν σχέση με τις διαφορές στον τρόπο ζωής ήταν ο βασικός λόγος ο οποίος μέχρι σήμερα καθόριζε τις διαφορές στις ομάδες των αλκοολικών γυναικών και αντρών.

Η γυναίκα έως τώρα έπινε βασικά μόνη καθώς, ένας άντρας ήταν αποδεκτό να γυρίσει μεθυσμένος από ένα μπαρ αλλά ποτέ μια γυναίκα. Το ίδιο βεβαίως συμβαίνει και σε όλες τις κοινωνικές εκδηλώσεις που είναι απαράδεκτο να μεθύσει μια γυναίκα σε αντίθεση με έναν άντρα.

Σχετικά με το μέγεθος του προβλήματος δεν είναι δυνατόν να εκτιμηθεί καθώς η χρήση αλκοόλ είναι συνυφασμένη με την πολιτισμική παράδοση και ιδιοσυγκρασία του Έλληνα που διατηρεί καλυμμένο το πρόβλημα έως ότου αναγκαστικά θα συμβεί η κοινωνικοποίηση του.

Από ότι φαίνεται σημαντικός λόγος που μια γυναίκα κάνει χρήση αλκοόλ είναι η πεποίθηση ότι τη βοήθα στην αντιμετώπιση των αισθηματικών ή άλλων προβλημάτων και στην άρση πάσης φύσεως αναστολών (ντροπή, δειλία, φοβίες, ανασφάλειες κ.τ.λ.). Από μελέτες προκύπτει ότι μεγάλο ποσοστό αλκοολικών γυναικών αναφέρει προϋπάρχοντα οικογενειακά προβλήματα με τον σύντροφο τους.

Πιστεύεται ότι η άγνοια για τους πραγματικούς κίνδυνους που μπορεί να δημιουργήσει η κατάχρηση ή η εξάρτηση του αλκοόλ είναι ο βασικός λόγος της μικρής εκδήλωσης ενδιαφέροντος για να ζητήσουν βοήθεια τα άτομα που αντιμετωπίζουν πρόβλημα. Αρκετές είναι οι γυναίκες που απευθύνονται μέσω τηλεφώνου σε συλλόγους απεξάρτησης και σε ειδικούς οι οποίες αντιμετωπίζουν προβλήματα εξάρτησης. Από το αλκοόλ αλλά ελάχιστες είναι εκείνες οι οποίες εμφανίζονται για να μπορέσουν μέσα Από κάποιο πρόγραμμα να βοηθήσουν.

Σε ένα πρώτο στάδιο οι σύλλογοι απεξάρτησης μπορούν να τις βοηθήσουν για να διαπιστώσουν υπεύθυνα εάν έχουν πρόβλημα εξάρτησης και τι πρέπει να κάνουν ώστε να μην υπάρξει δυσάρεστη και επώδυνη εξέλιξη. Η επίπτωση του αλκοολισμού ανάμεσα στις γυναίκες αυξάνει εξ» αιτίας των επαγγελματικών οικονομικών και οικογενειακών αλλαγών του ρόλου της γυναίκας στο κοινωνικό σύνολο και της ευκολότερης πρόσβασης στο αλκοόλ, το οποίο διατίθεται πλέον στα καταστήματα πώλησης τροφίμων. Η αναλογία γυναικών/ανδρών αλκοολικών, που πρότινος ήταν μία στους 4 σήμερα έχει γίνει σχεδόν μία στους 2.

Άλλα αίτια και προδιαθεσικοί παράγοντες κοινοί και στα δύο φύλα αποτελούν, το στρες της καθημερινότητας, τα συναισθηματικά προβλήματα και η μοναξιά, η ανάγκη μεγαλύτερης και ευκολότερης κοινωνικότητας, ψυχολογικά προβλήματα, ο τρόπος προβολής της κατανάλωσης αλκοόλ στα μέσα μαζικής ενημέρωσης, η επαγγελματική έκθεση ατόμων που εργάζονται στην βιομηχανία παρασκευής οينوπνευματωδών ή στον χώρο της διασκέδασης.

Παρ' όλα αυτά ο γυναικείος αλκοολισμός στιγματίζει το άτομο περισσότερο από εκείνον του αντίθετου φύλου, και ιδιαίτερα στην επαρχία παλεύει να παραμένει καλά κρυμμένος πίσω από την ερμητικά κλειστή πόρτα ενός

οικογενειακού περιβάλλοντος πληγωμένου και γεμάτου προβλήματα.

Η γυναίκα είναι περισσότερο ευπαθής στην αλκοολική ηπατική νόσο απ' ό τι ο άνδρας. Αυτό έχει να κάνει με την ιδιαιτερότητα των ενζύμων που μεταβολίζουν την αιθανόλη (την τοξική ουσία του αλκοόλ). Καταναλώνοντας την ίδια ποσότητα αλκοόλ με έναν άνδρα, η γυναίκα θα παρουσιάσει μεγαλύτερη ποσότητα αιθανόλης στο αίμα της. Οι γυναίκες έχουν περισσότερες πιθανότητες να παρουσιάσουν αλκοολική κίρρωση μετά από αλκοολική ηπατίτιδα, ακόμα και εάν διακόψουν το ποτό. Με την εμφάνιση αλκοολικής κίρρωσης επιζούν λιγότερο από τους άνδρες. Χρειάζεται λιγότερος χρόνος απ' ό τι στους άνδρες για την εμφάνιση αλκοολικής ηπατικής νόσου, καθώς και μικρότερη ημερήσια κατανάλωση αιθανόλης.

### ***3.3.1 το γυναικείο ενδοκρινές σύστημα.***

Εμφάνιση σημείων υπογοναδισμού με σταδιακή μείωση των γυναικείων χαρακτηριστικών, διαταραχές της εμμήνου ρύσεως έως πλήρη αμενόρροια, στειρότητα, μείωση της libido.

*Επίσης:* Διόγκωση των παρωτίδων, εμφάνιση σημείου Dupuytren πληκτροδακτυλία.

### ***3.3.2 Αλκοολισμός και μητρότητα.***

Τα παιδιά με αλκοολική μητέρα μεγαλώνουν σε μια ατμόσφαιρα έντασης, αβεβαιότητας και σύγκρουσης. Οι ανάγκες τους για σωματική φροντίδα, ζεστασιά, και ασφάλεια δεν καλύπτονται επαρκώς, ενώ λείπει και το κατάλληλο μοντέλο για να σχηματίσουν τη δική τους προσωπικότητα. Είναι συνήθως υπερκινητικά, εσωστρεφή κι ολιγόλογα. Δεν εκφράζουν τα συναισθήματα τους και είναι ανασφαλή και με πολύ άγχος. Από μελέτες προκύπτει ό τι τα παιδιά με αλκοολικούς γονείς στην ενήλική τους ζωή

παρουσιάζουν: υψηλότερα ποσοστά διαζυγίου, περισσότερα συναισθηματικά και ψυχολογικά προβλήματα συχνότερα περιστατικά σωματικής και σεξουαλικής κακοποίησης στη παιδική τους ηλικία, μεγαλύτερα ποσοστά αλκοολισμού ή γάμου με αλκοολικούς, σε σύγκριση με τους ενήλικες που μεγάλωσαν σε οικογένειες χωρίς αλκοολικούς γονείς

### ***3.3.3 Αλκοολισμός και εγκυμοσύνη***

Η κατανάλωση αλκοόλ κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης, με την κακή διατροφή, τους σωματικούς τραυματισμούς από πτώσεις, την κακή συναισθηματική κατάσταση και το στρες της εγκύου, επηρεάζουν την ανάπτυξη του εμβρύου. Το νεογνό γεννιέται με μικρότερο για την ηλικία του βάρος, συχνά πρόωρο, με κωλικούς. Μπορεί να παρουσιάζει εξάρτηση και δύναται να χρήζει φαρμακευτικής αγωγής. Σε ακραίες περιπτώσεις το νεογνό παρουσιάζει και συγγενείς ανωμαλίες που κατατάσσονται στο λεγόμενο «Σύνδρομο εμβρυϊκού αλκοολισμού».

### ***3.3.4 Η επίδραση της αλκοόλης στο έμβρυο***

Παρατηρήσεις από αρχαιοτάτων χρόνων έδιναν ενδείξεις ότι το οινόπνευμα μπορεί να έχει βλαπτική επίδραση στο έμβρυο.

Η σημασία της αλκοόλης ως τερατογόνου αιτίου είναι μεγάλη, διότι έχει αποδειχθεί ότι όπως και άλλες ουσίες με ανάλογο μοριακό βάρος περνάει ελεύθερα μέσω του πλακούντα.

Οι ενδείξεις για βλαπτική επίδραση του οινόπνευματος στο έμβρυο προέρχονται από

- α) Κλινικές παρατηρήσεις προσβεβλημένων νεογνών που γεννήθηκαν από μητέρες που έκαναν χρήση αλκοόλ κατά την κύηση
- β) Έρευνες στα παιδιά αλκοολικών μητέρων και

γ) Ανάλογες έρευνες σε πειραματόζωα.

### ***3.3.5 Εμβρυϊκό σύνδρομο αλκοολικής μητέρας (FAS).***

Τα Τελευταία χρόνια μετά από ένα μεγάλο αριθμό μελετών έχει διαπιστωθεί ότι η κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών κατά το διάστημα της κύησης επιδρά καταστροφικά στο έμβρυο. Το 1973 οι Jones και Smith παρατήρησαν χαρακτηριστικές δυσμορφίες στα νεογέννητα των χρόνια αλκοολικών γυναικών και θέλοντας να αποδώσουν έναν όρο σ' αυτήν την οντότητα, την κάλεσαν Fas (Fetal Alcohol Syndrome). Φυσικά το νεογέννητο της αλκοολικής μητέρας δεν είναι απαραίτητο να έχει τα τυπικά χαρακτηριστικά του συνδρόμου, αλλά μπορεί να παρουσιάζει ηπιότερου βαθμού ανωμαλίες όπως κινησιακά προβλήματα και δυσκολίες αντίληψης και μάθησης.

Κάνοντας μια σύντομη ιστορική ανασκόπηση, βρίσκουμε ότι στην αρχαία Ελλάδα πίστευαν ότι το αλκοόλ επηρέαζε αρνητικά το έμβρυο. Στην αρχαία Καρχηδόνα εξάλλου απαγορευόταν αυστηρά, η κατανάλωση κρασιού από το ζευγάρι την πρώτη νύχτα του γάμου, ακριβώς για να προλάβουν τη σύλληψη ενός προβληματικού εμβρύου. Το 1725 στην Αγγλία, το ιατρικό συμβούλιο ανέφερε στο κοινοβούλιο ότι η κατανάλωση οινοπνεύματος από την μητέρα ήταν «η αιτία της ύπαρξης αδύνατων, αδύναμων και καχεκτικών παιδιών». Τα τελευταία χρόνια όπου το ποσοστό των αλκοολικών γυναικών είναι ψηλό, η εμφάνιση νεογέννητων με FAS είναι μεγάλη. Η αιθανόλη είναι γνωστό ότι περνά τον πλακούντα και ανευρίσκεται στο μητρικό γάλα, δρα κατά δύο τρόπους. Πρώτον, απ' ευθείας στο έμβρυο κατά το χρονικό διάστημα της κύησης και δεύτερον, έμμεσα μετά τη γέννηση, λόγω του ότι η αιθανόλη ελαττώνει την απελευθέρωση της οξυτοκίνης με αποτέλεσμα να εμφανίζονται προβλήματα λόγω κακής διατροφής. Έχει αποδειχθεί ότι η αιθανόλη σε δόσεις μεγαλύτερες του 1 gr/kgr ελαττώνει την έκκριση γάλακτος. Είναι

επίσης δυνατό, δόσεις μεγαλύτερες των 2 gr\Kgr να σταματήσουν το θηλασμό, ανακόπτοντας την έκκριση της οξυτοκίνης εντελώς. Το πρόβλημα όμως της κακής διατροφής είναι μικρότερης σημασίας συγκρινόμενο με αυτό που προκαλείται από την άμεση επίδραση του οινοπνεύματος στο έμβρυο. Η αιθανόλη περνώντας τον πλακούντα ανευρίσκεται σ' όλα τα μόρια του σώματος του εμβρύου. Υπάρχουν περιγραφές παιδιών με FAS των οποίων η αναπνοή είχε οσμή οινοπνεύματος.

### **Κλινικά χαρακτηριστικά.**

Η αιθανόλη επιδρώντας απ' ευθείας στο έμβρυο, προκαλεί ελάττωση της ανάπτυξης του, η οποία είναι σοβαρή και αναφέρεται σε ελάττωση μήκους και όχι βάρους εύρημα που έρχεται σε αντίθεση με τα ευρήματα της γενικά υποσιτιζόμενης μητέρας, όπου το νεογέννητο παρουσιάζει ελαττωμένο βάρος και όχι μήκος. Μετά από 1 χρόνο ικανοποιητικής χορήγησης τροφής το νήπιο αποκτά το 65% της κανονικής ανάπτυξης του και μόνο το 30% του κανονικού βάρους. Η πλέον εξεσημασμένη μορφή αναπτυξιακής ανεπάρκειας παρουσιάστηκε σ' ένα νεογέννητο της φυλής των Ινδιάνων, το οποίο στους 7 μήνες είχε το 50% του ύψους και του βάρους των 35 εβδομάδων κύησης.

Προσπαθώντας να εξηγήσουν την καθυστέρηση της ανάπτυξης των παιδιών που έπασχαν από FAS, οι επιστήμονες υπέθεσαν ότι η αναπτυξιακή ορμόνη (GH) δεν εκκρίνεται επαρκώς. Ήταν όμως πραγματικά αναπάντεχο το γεγονός ότι ανακάλυψαν φυσιολογικά ή ελαφρά ψηλότερα τα επίπεδα της ορμόνης αυτής, στα παιδιά με FAS.

Είναι πράγματι ενδιαφέρον να τονιστεί ότι η έκκριση της αυξητικής ορμόνης, ήταν φυσιολογική και η σωματική ορμόνη που παράγεται από την επίδραση της αυξητικής ήταν ενεργός. Εξήγηση δεν έχει δοθεί ακόμα, πιστεύεται όμως ότι το οινόπνευμα καταστρέφει τους υποδοχείς των κυττάρων στους οποίους



η αυξητική ορμόνη δρα, καθιστώντας αυτή αδρανή.

Ένα άλλο κλινικό χαρακτηριστικό αυτού του συνδρόμου σχετιζόμενο με την αναπτυξιακή ελάττωση, είναι η μικροκεφαλία. Η περίμετρος του κεφαλιού είναι μικρότερη του 113 της φυσιολογικής. Άλλα κλινικά χαρακτηριστικά είναι, κοντή βλεφαρική σχισμή, επίκανθος (κάλυψη του έσω κανθού από μνηοειδή πτυχή του δέρματος του βλεφάρου), υποπλασία της άνω γνάθου, υπερωισχιστία και μικρογναθία. Περιπτώσεις ανεγκεφαλίας έχουν επίσης αναφερθεί σε παιδιά των οποίων οι μητέρες κατά το διάστημα της κύησης κατανάλωσαν αλκοόλ. Ανωμαλίες στις αρθρώσεις έχουν περιγραφεί, οι οποίες είναι διάφορες και σχετίζονται με συγγενή εξάρθρωση της κατ' ισχύου διάρθρωσης, αδυναμίας έκτασης των αναγκών εντελώς, καμμποδαχτυλία των κάτω άκρων και αδυναμία κίνησης των φαλάγγων του ποδιού, έχουν ακόμα περιγραφεί καρδιακές ανωμαλίες καθώς και δυσπλασίες των έξω γεννητικών Οργάνων στα κορίτσια.

Τα κινησιακά προβλήματα είναι από τα πλέον συνηθισμένα χαρακτηριστικά των παιδιών με FAS και σχετίζονται με υπερβολική αδυναμία λαβής, χαμηλή κινησιακή συνεργασία ματιού - χεριού και τρομώδη φαινόμενα κατά τη νεογνική περίοδο. Το σημαντικότερο όμως κλινικό χαρακτηριστικό αυτού του συνδρόμου είναι η αναπτυξιακή ανωμαλία του εγκεφάλου και η πνευματική καθυστέρηση κι είναι πλέον ευρύτατα παραδεκτό, ότι οι περισσότερες ανωμαλίες που αναφέρθηκαν προηγούμενα είναι δευτερογενείς, και σχετίζονται άμεσα με τις ανωμαλίες του εγκεφάλου. Αποτελεί ευτύχημα για την επιστήμη, δυστύχημα όμως για τους γονείς, η γέννηση ενός παιδιού, το οποίο πέθανε 5 μέρες μετά τη γέννησή του και το οποίο έπασχε από FAS. Από την αυτοψία που έγινε εντοπίστηκε ακριβώς το είδος των ανωμαλιών του εγκεφάλου. Οι ανωμαλίες αυτές ήταν: ένωση των προσθίων - μειζόνων ελίκων, ατελής ανάπτυξη του εγκεφαλικού φλοιού, αγενεσία του μέσου

λοβού και συνύπαρξη αιματομάτων.

Ο δείκτης νοημοσύνης κυμαίνεται μεταξύ των IQ65 - 108. Το IQ των παιδιών με FAS είναι ανάλογο του βαθμού της δυσμορφογέννησης. Στα βαρύτερα πάσχοντα παιδιά του IQ είναι μέσο όρο 55, στα μέτρια πάσχοντα είναι 68, ενώ σε εκείνα στα οποία το fas εμφανιζόταν με την πλέον ήπια μορφή το IQ είναι 82.

Όσον αφορά τα χαρακτηριστικά στοιχεία της συμπεριφοράς αυτών των παιδιών, εμφανίζεται μια αυξημένη υπερκινητικότητα, κανένα όμως απ' αυτά τα παιδιά δεν αναφέρεται ως αντικοινωνικό, αρνητικό ή ψυχωτικό.

Συνοψίζοντας όλα τα κλινικά χαρακτηριστικά αυτού του συνδρόμου καταλήξαμε στον παρακάτω πίνακα στον οποίο οι διάφορες ανωμαλίες έχουν τοποθετηθεί με βάση την περιοχή εμφάνισης και της συχνότητας κατά εκατοστιαία αναλογία.

### **3.4 Ο έφηβος και το αλκοόλ**

Λαμβάνοντας υπόψη όλα τα χαρακτηριστικά της εφηβείας όπως τις συναισθηματικές μεταπτώσεις έντονη τάση για δράση και διάθεση για αταξίες περιπέτειες έντονη τάση για ανεξαρτησία από την οικογένεια και αναγνώριση από τους συνομήλικους ολοκλήρωση της ωρίμανσης της γενετήσιας λειτουργίας κ.α, μπορούμε να συμπεράνουμε ότι πολλές φορές έχουμε μια συμπεριφορά επικίνδυνη από τους εφήβους σχετικά με το αλκοόλ, γιατί το αλκοόλ στα μάτια του εφήβου του δίνει τη δυνατότητα να ανοιχτεί στον κόσμο των ενηλίκων να μεγαλώσει.

Τα αίτια που οδηγούν τους εφήβους στη χρήση αλκοόλ είναι πολλά.

Μπορεί να είναι προβλήματα στον τρόπο με τον οποίο χειρίζεται ο έφηβος τις διαπροσωπικές του σχέσεις. Μπορεί να είναι προβλήματα σε σχέση με το ότι

αισθάνεται αποξενωμένος από τους υπολοίπους και έχει δυσκολία να ενταχθεί είτε στην ομάδα των συνομηλίκων του είτε στο κοινωνικό του περιβάλλον. Μπορεί να είναι προβλήματα ψυχολογικά.

Πολλά παιδιά γύρω στα 12-14 χρόνια τους έρχονται για πρώτη φορά αντιμέτωπα με τη χρήση αλκοόλ. Είναι πολύ πιθανόν το παιδί να πει όχι όταν η οικογένεια του έχει εμφυσήσει κάποιες αξίες, όταν το έχει ενημερώσει για τους κινδύνους που κρύβουν οι ουσίες.

Η παρέα των φίλων ασκεί μεγάλη επιρροή στον έφηβο. θέλοντας να γίνει αποδεκτός αν η παρέα του πίνει θα τους μιμηθεί. Τις πρώτες φορές το κάνει με μέτρο και μια μπύρα του αρκεί για ώρες. Σιγά -σιγά συνήθως την 4 ή 5 φορά αρχίζει να πίνει με το σωστό τρόπο. Τότε ανακαλύπτει ότι μπορεί να φτάσει σε σωματική πνευματική κατάσταση ευφορίας υπερδιέγερσης που μέχρι τότε του ήταν άγνωστη. Οι κίνδυνοι για τους οποίους μιλούσαν οι γονείς του, του φαίνονται εξωπραγματικοί γιατί δεν αντιλαμβάνεται καμιά βλαβερή επίπτωση. Ούτε τρελαίνεται. Αντίθετα αισθάνεται πιο σίγουρος-ευδιάθετος και αρχίζει να πιστεύει ότι το αλκοόλ είναι ένας εύκολος τρόπος για να αισθάνεται καλά γι αυτό όταν του προσφέρουν το δέχεται. Σ' αυτή τη φάση οι γονείς είναι απίθανο να αντιληφθούν ότι πίνει γιατί δεν υπάρχουν ακόμη αλλοιώσεις στη συμπεριφορά.

Γύρω στα 14 αρχίζει η περίοδος των οικογενειακών συγκρούσεων όπου αμφισβητεί όλα τα οικογενειακά δόγματα. Σ' αυτή την ηλικία προχωρεί ένα βήμα ακόμα. τα όρια ανοχής αυξάνονται. Παύει να φοβάται. Το δόγμα του είναι «το αλκοόλ σε φέρνει σε επαφή με τα συναισθήματα σου, καλλιεργεί την συντροφικότητα». Αρχίζει να παίρνει την πρωτοβουλία να το αγοράζει ξεκινώντας από το Σαββατοκύριακο και συνεχίζει και μεσοβδόμαδα κυρίως όταν αντιμετωπίζει δύσκολες καταστάσεις τις οποίες δεν μπορεί να αντιμετωπίσει χωρίς αλκοόλ. Χάνει το ενδιαφέρον του για εξωσχολικές

δραστηριότητες που πριν του άρεσαν. Στο σχολείο η απόδοση του πέφτει και αρχίζουν οι κοπάνες. Αποκτά μια ψυχική ευφορία η οποία του χρησιμεύει και στις πρώτες σεξουαλικές του σχέσεις. Όταν όμως οι θετικές επιπτώσεις υποχωρούν του παρουσιάζεται άγχος εκνευρισμός που διαρκώς μεγαλώνουν. Οι οικογενειακές σχέσεις διαταράσσονται από τα ξεσπάσματα θυμού του και οι γονείς αρχίζουν να υποψιάζονται ότι κάτι δεν πάει καλά. Η απόδοση στο σχολείο μειώνεται. Όλα αυτά προκαλούν μια γενική δυσφορία την οποία ο νέος προσπαθεί να καλύψει με το να κλείνεται στον κόσμο του.

Αρχίζει να χάνει τον έλεγχο. Έτσι οποιοδήποτε πρόβλημα, φαίνεται άλυτο χωρίς την βοήθεια της ουσίας. Και τότε αρχίζει να κάνει χρήση καθημερινή.

Μπορεί να εθιστεί παράλληλα σε άλλες ναρκωτικές ουσίες όπως χασίσι κοκαΐνη. Η συμπεριφορά του είναι βίαιη παρορμητική δεν εκδηλώνει αισθήματα στοργής και λέει ψέματα. Η χρήση του προσφέρει την επιθυμητή ευφορία αλλά όταν η επίδραση του αλκοόλ περνάει παρουσιάζονται αντίθετες αντιδράσεις: αϋπνία -κατάθλιψη- ταχυκαρδία- κρίσεις πανικού και πνευματική σύγχυση. Τον κυριεύουν συναισθήματα ντροπής. Παίρνει φάρμακα με δική του πρωτοβουλία γιατί θέλει να αισθανθεί πάλι καλά και έτσι πέφτει σε ένα φαύλο κύκλο. Ήδη έχει αρχίσει να βρίσκεται στο στάδιο της εξάρτησης.

#### ***3.4.1 Για ποιους λόγους οι σημερινοί νέοι κάνουν χρήση αλκοόλ***

Ο έφηβος οι γονείς του οποίου καταναλώνουν αλκοόλ καθημερινά ακόμη και αν δεν μεθούν ποτέ ή δεν υπάρχει κανένα από τα προβλήματα που προκαλεί ο αλκοολισμός. Αρκετοί γονείς το πρώτο που κάνουν όταν γυρίσουν στο σπίτι είναι να βάλουν ένα ποτήρι αλκοόλ εκτός από το κρασί που πίνουν με το φαγητό. Όλο αυτό γίνεται μια ιεροτελεστία ζητώντας από τον άλλο σύζυγο ή από το ίδιο το παιδί να προσφέρει το ποτό. Ο έφηβος μιμείται αυτό το

μοντέλο συμπεριφοράς.

Έρευνες έχουν εντοπίσει ότι η διαφήμιση του αλκοόλ είναι επίσης υπεύθυνη γιατί καλλιεργεί καθημερινά το στερεότυπο των πλεονεκτημάτων του. Οι πρωταγωνιστές είναι συνήθως ωραίοι και επιτυχημένοι και πνίγουν τις μικρές τους αναποδιές ή τις επιτυχίες τους στο αλκοόλ.

Ο έφηβος που αντιμετωπίζει δυσκολίες στη σχέση του με τους συνομηλίκους του.

Ο έφηβος που παρουσιάζει χαμηλή απόδοση στο σχολείο. Η αποτυχία στο σχολείο μπορεί να οφείλεται σε συναισθηματικές διαταραχές, σε αδυναμία συγκέντρωσης της προσοχής, δυσλεξία, υπερδραστηριότητα.

Οι οικογένειες με οικονομικά προβλήματα και άλλα προβλήματα.

Οι νέοι που βαριούνται. Το συναισθηματικό κενό τους προκαλεί ανία, περιφρόνηση για τη ζωή. Η έλλειψη κινήτρων τους κάνει μονίμως ανικανοποίητους και προσπαθώντας να βρουν λύση ψάχνουν αισθήσεις που θα τους βγάλουν έστω και περιστασιακά από την πλήξη τους.

Τα παιδιά των τοξικομανών και των αλκοολικών. Πολλές μελέτες επισημαίνουν ότι ακόμη και ένα νεογέννητο μπορεί να έχει συμπτώματα εξάρτησης από ουσίες αν οι γονείς του ήταν χρήστες σε προχωρημένο στάδιο κατά την στιγμή της σύλληψης.

Όσοι από την παιδική τους ηλικία ζουν σε μια Οικογένεια με συναισθηματικές διαταραχές όπου υπάρχει η ένταση, οι προσβολές και η έλλειψη αγάπης. Όταν φθάσουν στην εφηβεία αναζητούν παρηγοριά σε παρέες ατόμων με τα οποία μοιράζονται κοινά οικογενειακά προβλήματα. Οι νέοι που κατά την παιδική τους ηλικία υπέστησαν σεξουαλική ή άλλη.

Τα τελευταία 5 χρόνια στην Ελλάδα τα στατιστικά δεδομένα είναι ανησυχητικά καθώς οι ηλικίες μικραίνουν και ολοένα περισσότεροι νέοι καταναλώνουν μεγάλες ποσότητες αποσταγμένων αλκοολούχων ποτών. Στην

Ευρώπη η Ελλάδα έρχεται πρώτη σε κατανάλωση αλκοόλ στους νέους ηλικίας 15 χρονών αγόρια και κορίτσια. Οι μαθητές από 15-18 ετών πίνουν 5 ποτά σε κάθε έξοδο με συχνότητα μια ή δυο φορές το μήνα. Το Φεβρουάριο του 2001 το Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής του Πανεπιστημίου Αθηνών ανακοίνωσε μετά από έρευνες ότι οι νέοι της Ελλάδας έρχονται πρώτοι σε κατανάλωση στην Ευρώπη και τρίτοι Παγκοσμίως. Αν αναλογιστούμε ότι ο αλκοολισμός είναι μια βραδέως εξελισσόμενη ασθένεια 10-15 χρόνια μέσος όρος καταλαβαίνει κανείς τους φόβους και τις ανησυχίες μας για τους σημερινούς νέους μας και αυριανούς πολίτες της χώρας μας.

Πιστεύω ότι κοινωνικά προβλήματα όπως ο αλκοολισμός πρέπει να αντιμετωπίζονται από κοινού με τη συνεργασία κρατικών φορέων και ιδιωτικής πρωτοβουλίας για να μπορέσει να υπάρξει πραγματική πρόληψη της οποίας τα αποτελέσματα θα μπορέσουμε να τα διαπιστώσουμε μετά το πέρας μιας δεκαετίας (Σουηδία).

### ***3.4.2 Η επιθυμία γίνεται ανάγκη***

Οι άνθρωποι συχνά παίρνουν το δρόμο του αλκοολισμού ή κατά την εφηβεία ή μετά τα είκοσι χρόνια τους. Αλλά διάφοροι επιβαρυντικοί παράγοντες διαζύγιο στα 30, απώλεια εργασίας στα 40 ή θάνατος ενός αγαπημένου προσώπου οποτεδήποτε μπορούν να εκτροχιάσουν μία μετριοπαθή ζωή. Τότε η αμυγδαλή, το μέρος του εγκεφάλου που βοηθάει το σώμα να αντιδρά στο στρες, μπορεί να ηρεμήσει με το οινόπνευμα.

Με το πέρασμα του χρόνου, η επιθυμία γίνεται ανάγκη. Ο πότης χρειάζεται όλο και μεγαλύτερη ποσότητα οينوπνεύματος για να «ανέβει», ωστόσο αυτό το ανέβασμα ξεφουσκώνει. Λέει ένας αλκοολικός: «Υπήρξε μία περίοδος στη ζωή μου που το ποτό έκανε κάτι για μένα. Και μετά, μία μέρα, σταμάτησε».

### 3.4.3 Χάνεται ο έλεγχος

Σ' αυτό το σημείο, οι πρόσφατες έρευνες απεικόνισης του εγκεφάλου δείχνουν ότι η δίψα για ευχαρίστηση ίσως να μην είναι τελικά ο κύριος παίκτης του παιχνιδιού. Οι επιστήμονες πιστεύουν σήμερα ότι ο μετωπιαίος φλοιός, το μέρος του εγκεφάλου που ευθύνεται για τις αποφάσεις και τη μνήμη, διατηρεί μία μνήμη ευχαρίστησης -εξίσου ισχυρή με την αρχική ευχαρίστηση- και ζητάει άλλο ένα ποτό. Το οινόπνευμα ίσως να θέτει τη σφραγίδα του σε περιοχές του εγκεφάλου που σχετίζονται με την κρίση και τον έλεγχο της παρόρμησης.

Από τον μετωπιαίο φλοιό υπάρχει μικρή απόσταση ως το βασικό γάγγλιο, το κέντρο του εγκεφάλου που, υπό ορισμένες συνθήκες, μπορεί να κάνει τα άτομα με έμμονες-παρορμητικές ιδέες να πλένουν συνεχώς τα χέρια τους, λόγου χάρη. Τα τελευταία πειράματα με ζώα απέδειξαν ότι ο αλκοολισμός ίσως να χρησιμοποιεί τα ίδια νευρικά μονοπάτια που οδηγούν σε παρορμητικές συμπεριφορές. Ο εγκέφαλος τότε, ζητάει όλο και περισσότερο οινόπνευμα, ανεξάρτητα από αιτίες και επιπτώσεις. «Στο τέλος, μπορούσα πια τον ίδιο τον εαυτό μου. Έκρυβα μπουκάλια μπίρας στην τουαλέτα, κάτω από τα θεμέλια του σπιτιού. Δεν ήταν πια μία απόλαυση. Από πολυτέλεια έγινε τελικά ένα πρέπει, μία ανάγκη», λέει ένας 40χρονος, που ζήτησε θεραπεία ύστερα από είκοσι χρόνια καταβύθισης στον κόσμο του οινόπνευματος.

Κάποιοι αλκοολικοί βρίσκουν μέσα τους τη δύναμη να σταματήσουν το ποτό. Άλλοι δεν μπορούν να σταματήσουν μόνοι τους. Η ικανότητα να σταματήσουν είναι τόσο ξεχωριστή για τον καθένα, όσο και τα εσωτερικά κίνητρα του καθενός.

Στις ΗΠΑ, περίπου μισό εκατομμύριο αλκοολικοί αποφασίζουν κάθε χρόνο να απευθυνθούν σε κάποιο κέντρο αποτοξίνωσης από το οινόπνευμα και

δημοσιεύθηκε το 1998 κατέληξε στο συμπέρασμα ότι για κάθε χρόνο που καθυστερούσε κάποιος ν' αρχίσει να πίνει μεταξύ 13 και 21 ετών, μειωνόταν κατά 5% η πιθανότητα να γίνει αλκοολικός.



## **Κεφάλαιο 4**

### **ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΥ**

#### **4.1 Εισαγωγή**

«Ο αλκοολισμός είναι το σύμπτωμα μιας αρρώστιας. Και αυτή η αρρώστια μπορεί να είναι ψυχολογική, να είναι μια σχιζοφρένεια, κατάθλιψη, έντονο πένθος, διαταραχή της προσωπικότητας, ελλιπής επικοινωνία, σεξουαλική ανεπάρκεια, αδυναμία, ελαττωμένη εκτίμηση για Τον ίδιο στον τον εαυτό.

Οι μικρές άμυνες και η ανώριμη Προσωπικότητα βοηθούν να οδηγηθεί κανείς εκεί Το πόσο έτοιμος είσαι σαν προσωπικότητα και δεχτείς τις απώλειες και τις δυσκολίες της ζωής είναι Θέμα καθαρά Προσωπικό. Αλλιώς υπάρχει πάντα μια γέφυρα. Η σχέση λοιπόν με το αλκοόλ είναι για να βοηθηθεί το άτομο, να πέσει το άγχος, να δημιουργηθεί μια διέξοδος, να ηρεμήσει, να δείχνει άνετος. [. . . ]».

#### **4.2 Πορεία και Επιπλοκές**

Κατ' αρχήν επισημαίνουμε ότι ως παθολογική χρήση αλκοόλ δεν θεωρούμε μόνο τη συστηματική λήψη μεγάλων ποσοτήτων αλκοόλ κάθε μέρα, αλλά επίσης δύο άλλα σχήματα λήψης αλκοόλ: είτε την ύπαρξη μεγάλων διαστημάτων ελεύθερων αλκοόλ που εναλλάσσονται με περιόδους ημερήσιας

λήψης μεγάλων ποσοτήτων αλκοόλ που διαρκούν εβδομάδες ή μήνες είτε τη συστηματική λήψη μεγάλων ποσοτήτων αλκοόλ μόνο τα σαββατοκύριακα.

Το πρώτο επεισόδιο Αλκοολικής Τοξίκωσης συνήθως συμβαίνει γύρω στα 15, ενώ η έναρξη της Εξάρτησης από Αλκοόλ είναι συνήθως μεταξύ 25 και 35 ετών. Από εκεί και μετά συχνά υπάρχουν εξάρσεις και υφέσεις και γενικά πρέπει να τονίσουμε ότι, εκτός από ορισμένες βαριές περιπτώσεις αλκοολισμού, σε πολλές άλλες η πρόγνωση είναι καλή, είτε γιατί ο αλκοολισμός αυτοπεριορίζεται είτε γιατί η θεραπεία του μπορεί να είναι αποτελεσματική.

Οι Επιπλοκές, όμως, από τον αλκοολισμό είναι πολλές, σωματικές, ψυχικές και κοινωνικές.

Όσον αφορά τις σωματικές επιπλοκές επανειλημμένη χρήση μεγάλων ποσοτήτων αλκοόλ μπορεί να προσβάλει σχεδόν κάθε σύστημα οργάνων του σώματος και ειδικότερα τη γαστρεντερική οδό, το καρδιαγγειακό σύστημα και το κεντρικό και περιφερικό νευρικό σύστημα. Έτσι, μπορεί να έχουμε γαστρίτιδα, έλκη του στομάχου και του δωδεκαδακτύλου, κίρρωση του ήπατος και παγκρεατίτιδα, όπως και αυξημένη συχνότητα καρκίνου του οισοφάγου, του στομάχου και άλλων τμημάτων της γαστρεντερικής οδού. Πολύ συχνή είναι η χαμηλού βαθμού υπέρταση και η καρδιομυοπάθεια, οι οποίες μαζί με την αύξηση των τριγλυκεριδίων και της LDL αυξάνουν τον κίνδυνο καρδιοπάθειας. Η ανάπτυξη περιφερικής νευροπάθειας εκδηλώνεται με μυϊκή αδυναμία, παραισθήσεις και ελάττωση της περιφερικής αισθητικότητας. Η προσβολή του κεντρικού νευρικού συστήματος οδηγεί σε γνωστικά ελλείμματα, σε έκπτωση της μνήμης και σε εκφυλιστική βλάβη της παρεγκεφαλίδας λόγω βιταμινικής ανεπάρκειας (ιδιαίτερα του συμπλέγματος Β, συμπεριλαμβανομένης της θειαμίνης). Σημαντικότερη επιπλοκή είναι η εγκεφαλοπάθεια του Wernicke και το σύνδρομο Korsakoff, που οφείλονται

σε ανεπάρκεια θειαμίνης λόγω παρατεταμένης κακής διατροφής του χρόνιου αλκοολικού.

#### ***4.2.1 Η εγκεφαλοπάθεια του Wernicke***

Είναι μια οξεία κατάσταση, δυνητικά θανατηφόρα, που χαρακτηρίζεται από θόλωση της συνείδησης, οφθαλμοπληγία (αδυναμία των μυών που ελέγχουν την κίνηση των οφθαλμών) και αταξία (βάδισμα ευρείας βάσης, πτώση ή ανικανότητα του ατόμου να περπατήσει ή να σταθεί όρθιο). Στην αυτοψία ανευρίσκονται αιμορραγίες στο εγκεφαλικό στέλεχος ιδιαίτερα στην περιοχή των μαστίων. Η κατάσταση εξελίσσεται γρήγορα και απαιτείται άμεση θεραπεία με θειαμίνη για ν' αποτραπεί ο Θάνατος και να ελαχιστοποιηθεί η υπολειμματική εγκεφαλική βλάβη. Γι' αυτό οποιοδήποτε άτομο με ιστορικό χρόνιου αλκοολισμού εμφανίζει οξέα ψυχιατρικά ή νευρολογικά συμπτώματα πρέπει να του δοθούν 100 mg θειαμίνης ενδομυϊκά. Τα συμπτώματα συχνά απαντούν δραματικά στη θεραπεία αλλά συχνή είναι και η υπολειμματική βλάβη.

#### ***4.2.2. Το σύνδρομο Korsakoff (Αμνησική Διαταραχή Επίμονη***

##### ***Προκαλούμενη από Αλκοόλ κατά το DSM-IV)***

Είναι μια χρόνια κατάσταση που μπορεί να παραμείνει μετά τη θεραπεία της εγκεφαλοπάθειας του Wernicke. Μπορεί όμως να εμφανιστεί και ύστερα από ένα ή περισσότερα επεισόδια τρομώδους παραληρήματος.

Τα κύρια χαρακτηριστικά του συνδρόμου Korsakoff είναι η έκπτωση της βραχύχρονης (ή πρόσφατης) μνήμης που εμφανίζεται κυρίως σαν αδυναμία εκμάθησης καινούριων πληροφοριών (π.χ. το όνομα του γιατρού). «Άλλα συμπτώματα που μπορεί να υπάρχουν είναι η περιφερική νευροπάθεια, η αταξία και η οφθαλμοπληγία. Εκτός όμως από τη βραχύχρονη μνήμη εκπίπτει

και η μακρόχρονη μνήμη, οπότε το άτομο αδυνατεί να θυμηθεί πληροφορίες που στο παρελθόν τις γνώριζε.

Κλασικά, οι ασθενείς αυτοί περιγράφονται ότι καταφεύγουν στη μυθοπλασία, δηλαδή κατασκευάζουν απαντήσεις στις διάφορες ερωτήσεις σε μια προσπάθεια να συμπληρώσουν τις λεπτομέρειες που δεν θυμούνται. Η ύπαρξη των μυθοπλασιών, όμως, δεν είναι απαραίτητη για να μπει η διάγνωση, γιατί συχνά δεν υπάρχουν.

Το σύνδρομο Korsakoff βελτιώνεται στο 75% των ασθενών που σταματούν το αλκοόλ και διατηρούνται σε επαρκή διατροφή για 6 μήνες ως 2 χρόνια. Μόνο όμως 25% των ασθενών αναρρώνει πλήρως. Η πρόληψη των συνδρόμων Wernic-ke-Korsakoff είναι φυσικά η επαρκής διατροφή.

Άλλες σωματικές επιπλοκές είναι κίρσοι του οισοφάγου και αιμορροΐδες λόγω της ηπατικής βλάβης, τρόμος, ασταθές βάδισμα, αϋπνία, διαταραχές της στύσης, ατροφία των όρχεων και γυναικομαστία (λόγω μείωσης του επιπέδου της τεστοστερόνης). Σε έγκυες γυναίκες μπορεί να συμβεί αποβολή του εμβρύου ή ν' αναπτυχθεί αλκοολικό εμβρυϊκό σύνδρομο (χαρακτηριστικά του είναι η μικρή διάμετρος της κεφαλής και/ή η επιπέδωση των χαρακτηριστικών του προσώπου, ο χαμηλός δείκτης ευφυΐας και άλλες δυσμορφίες).

Άτομα με ιστορικό επιληψίας ή τραυμάτων κεφαλής μπορεί να αναπτύξουν σπασμούς. Πτώσεις και ατυχήματα στη διάρκεια Αλκοολικής Τοξίκωσης μπορεί να προκαλέσουν κατάγματα, υποδόρια αιματώματα και άλλες βλάβες του εγκεφάλου. Επανελημμένα επεισόδια Αλκοολικής Τοξίκωσης μειώνουν την ανοσοαντίσταση του οργανισμού και προδιαθέτουν σε λοιμώξεις (π.χ. πνευμονία) και καρκίνους.

Η παθολογική χρήση αλκοόλ αυξάνει τον κίνδυνο ατυχημάτων, βίας και εγκληματικών πράξεων. Το αλκοόλ θεωρείται υπεύθυνο για πάνω από το

50% των θανάτων σε αυτοκινητιστικά δυστυχήματα.

Επίσης, τόσο η κατάθλιψη που συχνά συνοδεύει την Αλκοολική Τοξίκωση, όσο και η κατάθλιψη που προκαλείται από το αλκοόλ (Διαταραχή της Διάθεσης Προκαλούμενη από Αλκοόλ κατά το DSM-IV) με απευθείας δράση του αλκοόλ στον εγκέφαλο αυξάνουν τον κίνδυνο αυτοκτονίας.

Οι Διαταραχές Χρήσης Αλκοόλ και οι Διαταραχές Προκαλούμενες από Αλκοόλ έχουν ακόμα σαν συνέπεια απουσίες από την εργασία, ατυχήματα στη δουλειά, χαμηλή παραγωγικότητα, διαπροσωπικά προβλήματα στην οικογένεια και στην εργασία.

Επίσης, όπως ήδη σχολιάσαμε, όλες οι Διαταραχές Προκαλούμενες από Αλκοόλ (κατά DSM-IV) είναι στην ουσία επιπλοκές της χρήσης αλκοόλ. Σ' αυτές αναφερόμαστε παρακάτω.

### **4.3 Αλκοολική Τοξίκωση**

Πρόκειται για τη γνωστή μας μέθη, που χαρακτηρίζεται από δυσπροσαρμοστικές συμπεριφορικές ή ψυχολογικές μεταβολές όπως απρόσφορη σεξουαλική ή επιθετική συμπεριφορά (λόγω κατάργησης των αναστολών), ευμετάβλητη διάθεση, έκπτωση της κρίσης και της κοινωνικής ή επαγγελματικής λειτουργικότητας και άλλα συμπτώματα όπως δυσarthρική ομιλία, διαταραχή του συντονισμού των κινήσεων, αστάθεια του βαδίσματος, νυσταγμό, έκπτωση στην προσοχή ή στη μνήμη, μέχρι ακόμα και κώμα (για τα διαγνωστικά κριτήρια κατά DSM-IV βλέπε Πίνακα 15-5). Επιπλέον, χαρακτηριστικά του ατόμου μπορούν ν' αλλοιωθούν κάτω από την επίδραση του αλκοόλ. Έτσι, π.χ. ένα καχύποπτο άτομο μπορεί να γίνει παρανοϊκό. Ακόμη, μπορεί να υπάρξει αμνησία για γεγονότα που συνέβησαν κατά τη διάρκεια της μέθης («blackouts»).

Η ένταση της τοξίκωσης αυξάνει με το επίπεδο του αλκοόλ στο αίμα. Μολονότι υπάρχουν ευρείες ατομικές διαφορές, τα περισσότερα άτομα παρουσιάζουν σημεία τοξίκωσης με επίπεδα αλκοόλ στο αίμα μεταξύ 100-200 mg/dl. Θάνατος έχει αναφερθεί με επίπεδα 400-700 mg/dl είτε λόγω καταστολής της αναπνοής είτε λόγω εισρόφησης εμετού. Τροχαία ατυχήματα και αυτοκτονίες σε κατάσταση τοξίκωσης είναι ιδιαίτερα συχνά.

Εάν, βέβαια, εμφανισθεί παραλήρημα, τότε έχουμε το Αλκοολικό Τοξικό Παραλήρημα.

#### **4.4 Οξύ τρομώδες παραλήρημα (Delirium tremens)**

Αναπτύσσεται σε αλκοολικούς με Κατάχρηση οινοπνευματωδών ποτών χρονολογούμενη από μακρού (5-7 χρόνια περίπου). Η ηλικία στην οποία εκδηλώνεται συνήθως είναι μετά τα 30 και Προφανώς σχετίζεται με Το χρόνο της συνηθέστερης εγκατάστασης μιας χρόνιας αλκοολικής συμπεριφοράς.

Ως εκλυτικά αίτια και πέραν της συζητήσιμης ακόμη, απότομης διακοπής της χρήσης αλκοόλ (δεν Παρατηρείται πάντοτε μετά από «στέρηση») θεωρούνται: διάφορες σωματικές καταπονήσεις ή κακώσεις, λοιμώξεις, χειρουργικές επεμβάσεις ή και έντονες συγκινησιακές καταστάσεις. Ενίοτε επέρχεται χωρίς εμφανή εκλυτικά αίτια.

## Διαγνωστικά κριτήρια για την Αλκοολική Τοξίκωση και την Στερητική Διαταραχή από Αλκοόλ

### **Αλκοολική Τοξίκωση**

- A. Πρόσφατη λήψη αλκοόλ.
- B. Κλινικά σημαντικές δυσπροσαρμοστικές συμπεριφορικές ή ψυχολογικές μεταβολές (π.χ. απρόσφορη σεξουαλική ή επιθετική συμπεριφορά, ευμετάβλητη διάθεση, έκπτωση της κρίσης, έκπτωση της κοινωνικής ή επαγγελματικής λειτουργικότητας) που αναπτύχθηκαν κατά τη διάρκεια ή σύντομα μετά τη λήψη αλκοόλ.
- Γ. Ένα (ή περισσότερα) από τα παρακάτω σημεία, που αναπτύσσονται κατά τη διάρκεια ή σε σύντομο διάστημα μετά τη χρήση αλκοόλ:
- (1) δυσαρθρική ομιλία
  - (2) διαταραχή του συντονισμού των κινήσεων
  - (3) αστάθεια του βαδίσματος
  - (4) νυσταγμός
  - (5) έκπτωση της προσοχής ή της μνήμης
  - (6) slupor η κόμα
- Δ. Τα συμπτώματα δεν οφείλονται σε κάποια γενική ιατρική κατάσταση και δεν εξηγούνται καλύτερα ως κάποια άλλη ψυχική διαταραχή.

### **Στερητική Διαταραχή από Αλκοόλ**

- A. Παύση (ή ελάττωση) της χρήσης αλκοόλ, που υπήρξε βαριά και παρατεταμένη.
- B. Δύο (ή περισσότερα) από Τα παρακάτω, που αναπτύσσονται μέσα σε μερικές ώρες έως λίγες μέρες μετά από το Κριτήριο A:
- (1) Υπερδραστηριότητα του αυτόνομου νευρικού συστήματος (π.χ. εφίδρωση ή περισσότεροι από 100 σφυγμοί)
  - (2) αυξημένος τρόμος των χεριών
  - (3) αϋπνία
  - (4) ναυτία ή έμετος
  - (5) παροδικές οπτικές, απτικές ή ακουστικές ψευδαισθήσεις ή παραισθήσεις
  - (6) ψυχοκινητική διέγερση
  - (7) άγχος
  - (8) σπασμοί grand mal
- Γ. Τα συμπτώματα στο Κριτήριο B προκαλούν κλινικά σημαντική υποκειμενική ενόχληση ή έκπτωση στον κοινωνικό, επαγγελματικό ή άλλους σημαντικούς τομείς της λειτουργικότητας.
- Δ. Τα συμπτώματα δεν οφείλονται σε κάποια γενική ιατρική κατάσταση και δεν εξηγούνται καλύτερα ως κάποια άλλη ψυχική διαταραχή.

**Πρόδρομα σημεία:** Η κατά τη νύχτα έναρξη του οξέως τρομώδους παραληρήματος είναι αιφνίδια, «εκρηκτική», πλην όμως είναι δυνατόν να προηγούνται λίγες μέρες πριν ή και πολύ περισσότερο αϋπνία, δυσθυμία, ανησυχία, άγχος, ονειρισμός ή νυκτερινές διεγέρσεις.

Στην **κλινική εικόνα** κυριαρχούν οι εκδηλώσεις ενός συγχυτικού ονειρικού παραληρήματος και ο τρόμος.

Ο άρρωστος, σε συγχυτική κατάσταση, δεν εμφανίζει απλώς δυσχέρεια να προσανατολιστεί στο χρόνο και το χώρο, είναι εσφαλμένα προσανατολισμένος και τούτο επιτείνεται καθώς βυθίζεται σε ένα έντονο ονειρισμό. Κατέχεται από πολυαισθητηριακές, Κυρίως όμως οπτικές, ψευδαισθήσεις, παραποιεί παραισθητικώς τη γύρω πραγματικότητα και αναπτύσσει παραλήρημα που το βιώνει και εκφράζει όχι μόνο λεκτικά αλλά με όλο του το σώμα, «προσχωρώντας» απόλυτα σ' αυτό. Η αϋπνία σχεδόν είναι πλήρης.

Οι ψευδαισθήσεις της οράσεως είναι οι χαρακτηριστικές λιλιπούτειες ψευδαισθήσεις (σε σμίκρυνση) και οι ζωοψίες (γλοισγρά, απωθητικά ζώα). Ο συνδυασμός τους με:

- ψευδαισθήσεις της αφής, αλλά και παραισθητική παραποίηση των νευριτιδικών δυσαισθησιών (διώχνουν τα μικρά ζώα, κλωστές που «νιώθουν» επάνω τους)
- ψευδαισθήσεις, συνήθως στοιχειώδεις, της ακοής (θόρυβοι, τριγμοί).
- κιναισθητικές ψευδαισθήσεις (αιωρούνται κτλ.)
- παραισθήσεις (Οι τοίχοι γέρνουν)

δημιουργεί, μια γενικώς εφιαλτική «σκηνική» κατάσταση που δύναται να οδηγήσει τον άρρωστο μέχρι πανικού. Σπανιότερα η κατάσταση αυτή ποικίλλεται με ευχάριστα ή και σκωπτικά βιώματα που τον τέρπουν. Ιδιαίτερα χαρακτηριστικές είναι οι ψευδαισθήσεις που εκδηλώνονται με



υποβολή (π.χ. κατά την εξέταση διαβάζει μια άγραφη σελίδα που του δόθηκε: φαινόμενο Liermann).

Το παραλήρημα είναι ποικίλο και ευμετάβλητο. Φορτισμένο με άγχος βιώνεται εν μέσω νοητικής συγχύσεως, παραισθησιών και ψευδαισθησιών. Συνήθως είναι παραλήρημα απασχολήσεως: ο άρρωστος —ωχρός, κάθιδρος, με εμφανή υπέρπνοια, πυρέσσων — επαναβιώνει ζοηρά σκηνές της εργασίας του, επιτελεί στερεότυπες κινήσεις του επαγγέλματός του, απευθύνεται ως να βρίσκεται στο σύνηθες περιβάλλον του, με χειρονομίες ή κραυγές, δίδει διαταγές, ζητά βοήθεια. Ιδέες διώξεως δεν είναι σπάνιες.

Κατά διαστήματα, ο άρρωστος είναι αμήχανος και δύσκολα εστιάζει την προσοχή του. Οι διαταραχές της συνείδησης και ο ονειρισμός ποικίλουν σε ένταση, μειώνονται υπό την επίδραση ενεργητικού εξωτερικού ερεθίσματος και επιτείνονται τη νύχτα. Η συγκέντρωση της προσοχής, η αντίληψη του χρόνου και η κριτική ικανότης είναι διαταραγμένες.

Την όλη εικόνα συμπληρώνει γενικευμένος τρόμος που αφορά όλους τους μύς του σώματος. Συνυπάρχουν: Πυρετός που φθάνει και μέχρι υπερπυρεξίας, αφυδάτωση, ηλεκτρολυτικές διαταραχές, ταχυκαρδία.

Η βαρύτης της καταστάσεως εξαρτάται από τη βαρύτητα των γενικών συνοδών φαινομένων. Ο Θάνατος μπορεί να επέλθει λόγω καρδιοαγγειακής κατέρριψης ή από επιπλοκές στο αναπνευστικό.

Η συνήθης διάρκεια του οξέως τρομώδους παραληρήματος κυμαίνεται μεταξύ 2 και 10 ημερών, η δε αποδρομή επέρχεται είτε βραδέως, είτε απότομα. Η ανάμνηση του παραληρήματος είναι ατελής ή ελλειπής με συχνές - και προκλητές- μυθοπλασίες. Η μεγαλύτερη διάρκεια θεωρείται δυσμενής· οδηγεί συχνά σε Korsakoff ή και άνοια.

Το τρομώδες παραλήρημα υποτροπιάζει. Δυνατόν να εμφανισθεί και ως υποξύ: διάρκεια βραχύτερη, αποδρομή με τον ύπνο.

#### 4.5 Χρόνια αλκοολικά παραληρήματα

Εκδηλώνονται κλινικώς:

- είτε ως χρόνιο παραλήρημα ζηλοτυπίας, κυρίως συστηματοποιημένο. Πρωτοεκδηλώνεται στη διάρκεια μιας μέθης, ακολούθως εκφράζονται «υποψίες» εναντίον του οικογενειακού (συνήθως) περιβάλλοντος. που στη συνέχεια γίνονται «ακράδαντες βεβαιότητες». Το περιβάλλον θεωρείται από τον άρρωστο εχθρικό: συσχετίζει διαρκώς και συλλέγει «αποδείξεις» (τον ειρωνεύονται, τον αποφεύγουν, η στάση του συζυγικού συντρόφου είναι «ύποπτη», το κρεβάτι δεν είναι στρωμένο «άρα» προηγήθηκε ο(η) εραστής κτλ.) . Το γεγονός ότι συναντά την αποστροφή του σεξουαλικού συντρόφου ενισχύει την «επιχειρηματολογία». Οι ιδέες αυτές επεκτείνονται προς ιδέες διώξεως, δηλητηριάσεως ή και επιδράσεως. Βίαιες ενέργειες έχουν, συνήθως, σκοπό να αποσπάσουν «ομολογίες» απιστίας.
  - είτε ως ψευδαισθητικά χρόνιο Παραλήρημα, το οποίο χαρακτηρίζεται από εφιάλτες, ψευδαισθητική Παραγωγή, ονειρισμό. Τα ζηλοτυπικά θέματα αφθονούν, αλλά δεν είναι τα μόνα.
- Η εξέλιξη βαίνει βραδέως προς αδιαφορία ή και ανοϊκή κατάσταση.

#### 4.6 Στερητική Διαταραχή από Αλκοόλ (Αλκοολικό στερητικό σύνδρομο)

Το σύνδρομο αυτό εμφανίζεται συνήθως 6 έως 24 ώρες μετά την παύση (ή και την ελάττωση) μεγάλης και παρατεταμένης λήψης αλκοόλ. Μπορεί να εμφανισθεί ακόμη και 36 ώρες μετά το τελευταίο ποτό του ασθενή. Τα πρώτα σημεία και συμπτώματα του αλκοολικού στερητικού συνδρόμου είναι:

- αδρός τρόμος των χεριών, της γλώσσας και των βλεφάρων
- υπερδραστηριότητα του αυτόνομου νευρικού συστήματος, δηλαδή ταχυκαρδία, εφίδρωση, αυξημένη αρτηριακή πίεση
- κακουχία ή αδυναμία
- πυρετός
- υπέρπνοια, αύξηση των αντανακλαστικών
- ευερεθιστότητα, διέγερση, άγχος, αϋπνία ή και κατάθλιψη
- ναυτία, έμετος, κοιλιακό άλγος, ~διάρροια
- κεφαλαλγία
- παροδικές ψευδαισθήσεις ή παραισθήσεις

Προοδευτικά επιδεινώνονται τα πρώτα συμπτώματα και ιδιαίτερα η ταχυκαρδία, η εφίδρωση, η διέγερση και ο τρόμος και μπορεί να εμφανισθούν σπασμοί, συνήθως 24-48 ώρες μετά το τελευταίο ποτό, που είναι γενικευμένοι, αυτοπεριοριζόμενοι και προηγούνται συνήθως της μεγάλης διέγερσης και του παραληρήματος (βλ. παρακάτω), που συμβαίνει συνήθως μέσα σε διάστημα μιας εβδομάδας από την παύση (ή και την ελάττωση του ποτού).

#### 4.7 Αλκοολικές άνοιες

Η ψυχονοητική και συναισθηματική έκπτωση σε μια παρατεταμένη αλκοολική συμπεριφορά είναι αναπόφευκτη. Οι διαταραχές της κρίσης και της μνήμης συνοδεύονται από απάθεια, ταχεία ψυχονοητική κόπωση ή ευφορία, ευερεθιστότητα, συναισθηματική ακράτεια. η Κοινωνική έκπτωση βαίνει προοδευτικώς.

Η γενική αυτή έκπτωση του αρρώστου δεν είναι οριστική και αμετάκλητη, εφ' όσον δεν εγκατασταθούν μόνιμες, καίριες ανατομικές βλάβες.

Περιγράφονται:

- η γενική αλκοολική ψευδο-παραλυτική άνοια (χωρίς παραλήρημα μεγαλείου)
- η νόσος των Marchiafava-BigIamì, με χαρακτηριστική βλάβη του μεσολοβίου

και, κλινικώς: δυσαρθρία, τρόμο, υπέρτονια, αταξία, συγχυτικά ή εμβροντησιακά επεισόδια, επιληπτικές κρίσεις.

#### **4.8 Διαταραχές προκαλούμενες από το αλκοόλ**

##### ***4.8.1 Ψυχωτική διαταραχή προκαλούμενη από αλκοόλ, με ψευδαισθήσεις***

Και της διαταραχής αυτής τα διαγνωστικά κριτήρια κατά DSM-1V περιγράφονται στο κεφάλαιο 8, ως κριτήρια Ψυχωτικής Διαταραχής Προκαλούμενης από ουσίες.

Η έναρξη της διαταραχής μπορεί να γίνει στο στάδιο της τοξίκωσης ή στο στάδιο του στερητικού συνδρόμου, οπότε και προσδιορίζεται ανάλογα Με Έναρξη Κατά τη Διάρκεια Τοξίκωσης ή Με Έναρξη Κατά τη Διάρκεια Στερητικού Συνδρόμου.

Η Ψυχωτική Διαταραχή Προκαλούμενη από Αλκοόλ, Με Ψευδαισθήσεις, Με Έναρξη Κατά τη Διάρκεια Στερητικού Συνδρόμου λεγόταν στο DSM-III-R αλκοολική ψευδαισθήτωση και χαρακτηρίζεται από έντονες και επίμονες ψευδαισθήσεις, κυρίως ακουστικές με απειλητικό περιεχόμενο, που δημιουργούν έντονο άγχος και φόβο στον ασθενή (μπορεί, όμως, να είναι και οπτικές ή απτικές). Δεν υπάρχει θόλωση της συνείδησης (που ξεχωρίζει τη διαταραχή αυτή από το Αλκοολικό Στερητικό Παραλήρημα) και η εισβολή είναι οξεία, 24-48 ώρες μετά την παύση (ή και την ελάττωση) της λήψης μεγάλων ποσοτήτων αλκοόλ. Μολονότι οι ψευδαισθήσεις συνήθως

υποχωρούν μέσα σε μια εβδομάδα, μπορεί μερικές φορές να διαρκέσουν εβδομάδες Και μήνες, οπότε μόνο το ιστορικό της παύσης λήψης αλκοόλ ξεχωρίζει τη διαταραχή αυτή από τη Σχιζοφρένεια.

#### ***4.8.2 Διαταραχή της διάθεσης προκαλούμενη από αλκοόλ***

Τα διαγνωστικά κριτήρια κατά DSM-IV της διαταραχής αυτής περιγράφονται στο κεφάλαιο 9, ως κριτήρια Διαταραχής της Διάθεσης Προκαλούμενης από Ουσίες, που μπορεί να έχει χαρακτηριστικά μανιακά, καταθλιπτικά ή μεικτά και προσδιορισμό με Έναρξη Κατά τη Διάρκεια Τοξίκωσης/Με Έναρξη Κατά τη Διάρκεια Στερητικού Συνδρόμου.

#### ***4.8.3 Αγχώδης διαταραχή προκαλούμενη από αλκοόλ***

Τα διαγνωστικά κριτήρια κατά DSM-IV της διαταραχής αυτής περιγράφονται στο κεφάλαιο 10, ως κριτήρια Αγχώδους Διαταραχής Προκαλούμενης από Ουσίες, που μπορεί να έχει συμπτώματα γενικευμένης αγχώδους διαταραχής, προσβολές πανικού, ψυχαναγκαστικά Καταναγκαστικά συμπτώματα ή φοβικά συμπτώματα και προσδιορισμό Με Έναρξη Κατά τη Διάρκεια Τοξίκωσης/Με Έναρξη Κατά τη Διάρκεια Στερητικού Συνδρόμου.

#### ***4.8.4 Σεξουαλική δυσλειτουργία προκαλούμενη από αλκοόλ***

Τα διαγνωστικά κριτήρια κατά DSM-IV της διαταραχής αυτής περιγράφονται στο κεφάλαιο 20, ως κριτήρια Σεξουαλικής Δυσλειτουργίας Προκαλούμενης από Ουσίες, που μπορεί να έχει προσδιορισμό Με Έναρξη Κατά τη Διάρκεια Τοξίκωσης.

#### ***4.8.5 Διαταραχή του ύπνου προκαλούμενη από αλκοόλ***

Τα διαγνωστικά κριτήρια κατά DSM-IV της διαταραχής αυτής

περιγράφονται στο κεφάλαιο 10, ως κριτήρια Διαταραχής του Ύπνου Προκαλούμενης από Ουσίες, που μπορεί να έχει προσδιορισμό Με Έναρξη Κατά τη Διάρκεια Τοξίκωσης Με Έναρξη Κατά τη Διάρκεια Στερητικού Συνδρόμου.

#### **4.9 Διαφορική διάγνωση**

Όλες οι παραπάνω Διαταραχές Προκαλούμενες από Αλκοόλ μοιάζουν με πρωτοπαθείς ψυχικές διαταραχές (π.χ. Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή έναντι Διαταραχής της Διάθεσης Προκαλούμενης από Αλκοόλ, Με Καταθλιπτικά Στοιχεία, Με Έναρξη Κατά τη Διάρκεια Τοξίκωσης) και πρέπει να δ.δ από αυτές.

Επίσης μπορεί να χρειασθεί να γίνει δ.δ της Αλκοολικής Τοξίκωσης από ορισμένες γενικές ιατρικές καταστάσεις (π.χ. διαβητική οξέωση, παρεγκεφαλιδικές αταξίες, πολλαπλή σκλήρυνση) ή δ.δ της Στερητικής Διαταραχής από Αλκοόλ από γενικές ιατρικές καταστάσεις όπως υπογλυκαιμία, διαβητική κετοξέωση, ιδιοπαθής τρόμος. Ακόμη, δ.δ πρέπει να γίνει από Τοξίκωση ή Στερητική Διαταραχή από Καταπραϋντικά, Υπνωτικά ή Αγχολυτικά, που μοιάζουν με του Αλκοόλ (που μπορεί, όμως, και να συνυπάρχουν).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

### Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ ΤΟΥ ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΥ

#### 5.1 Ο ρόλος του ψυχιατρικού νοσηλευτή στην σωματική απεξάρτηση

*Η σωματική απεξάρτηση του χρήστη αποτελεί το πρώτο βήμα πριν προχωρήσει στις ουσιαστικότερες διαδικασίες ενός προγράμματος αποκατάστασης σε ενδονοσοκομειακή ή εξωνοσοκομειακή βάση.*

Η σωματική απεξάρτηση είναι η διαδικασία μέσω της οποίας ο σωματικά εθισμένος ασθενής διακόπτει την χρήση της ουσίας απότομα ή σταδιακά με την χρησιμοποίηση συγγενούς ουσίας (χλωροδιαζεποξίδης). Η σωματική απεξάρτηση θεωρείται προθεραπευτική διαδικασία και κρίνεται επιτυχής όταν ο ασθενής μετά την διακοπή της χρήσης αλκοόλ δεν στραφεί στην χρήση άλλων Παράνομων ψυχοτρόπων γενικά ουσιών. Η αποτοξίνωση γίνεται συνήθως σε παθολογική κλινική ψυχιατρικού νοσοκομείου.

Το αλκοολικό στερητικό σύνδρομο (τρομώδες παραλήρημα) αποτελεί ιατρικό κυρίως επείγον αλλά και ψυχιατρικό, η εμφάνιση δε των πρώτων σημείων και συμπτωμάτων από θεραπευτικής πλευράς αντιμετωπίζεται με την χορήγηση χλωροδιαζεποξίδης με παράλληλη ενυδάτωση, ηλεκτρολυτική κάλυψη, καρδιαγγειακή υποστήριξη και βιταμινοθεραπεία.

Ο ψυχιατρικός νοσηλευτής έχοντας γνώσεις και πείρα ακολουθεί τη μέθοδο της νοσηλευτικής διεργασίας (εκτίμηση-διάγνωση-προγραμματισμός-

αξιολόγηση) και προγραμματίζει τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις, οι οποίες μπορεί να είναι εξαρτώμενες από τις ιατρικές οδηγίες ή ανεξάρτητες, αλλά πάντα θα πρέπει να στηρίζονται στην νοσηλευτική εκτίμηση των αναγκών και προβλημάτων του συγκεκριμένου ατόμου, τον οποίο αντιμετωπίζει ολιστικά ως ενιαία βιο-ψυχο-κοινωνική και πνευματική οντότητα. Η έγκαιρη εκτίμηση των πρώτων στερητικών σημείων όπως: σφυγμός πάνω από 110 το λεπτό, αυξημένη αρτηριακή πίεση, ιδρώτας, πυρετός, τα οποία μπορεί να συνοδεύονται και από άλλα υποκειμενικά συμπτώματα όπως άγχος, διέγερση κ.α θα πρέπει να λαμβάνονται σοβαρά υπόψη σε κάθε περίπτωση διότι υπάρχει πιθανότητα να εμφανιστούν και σε ασθενείς που μπήκαν στο γενικό ή ψυχιατρικό νοσοκομείο για άλλους ιατρικούς ή ψυχιατρικούς λόγους και εξαιτίας της νοσηλείας τους στερήθηκαν το αλκοόλ που προφανώς έπιναν σε μεγάλες ποσότητες.

Συνεπώς η συστηματική και συχνή παρακολούθηση και καταγραφή από τον νοσηλευτή των ζωτικών σημείων και λειτουργιών του αρρώστου είναι πολύ σημαντική και μπορεί να αποβεί καθοριστική για την ζωή του. Στόχος μας είναι να προλάβουμε έγκαιρα σοβαρότερες βλάβες πριν να είναι πολύ αργά.

Επιπλέον η προσεκτική και σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες χορήγηση φαρμάκων, η παρακολούθηση της δράσης τους για πιθανή εμφάνιση παρενεργειών ή τοξικότητας, η συνεργασία στην εκτέλεση ιατρο-νοσηλευτικών παρεμβάσεων αποτελεί σημαντικό μέρος της προσφοράς του νοσηλευτή στη φάση αυτή της θεραπείας. Σημαντική είναι η εντατική σωματική φροντίδα του αρρώστου για πρόληψη των λοιμώξεων στις οποίες είναι επιρρεπής, καθώς επίσης και η φροντίδα για σωστή διατροφή και ενυδάτωση διότι υπάρχει το ενδεχόμενο αβιταμίνωσης που μπορεί να οφείλεται στην μακρόχρονη έλλειψη ικανοποιητικής διατροφής που είχε ο άρρωστος πριν την εισαγωγή του.



Επιπλέον η εξασφάλιση ήρεμου και ασφαλούς περιβάλλοντος, η ελάττωση στρεσογόνων ερεθισμάτων προστατεύουν τον άρρωστο από πιθανούς τραυματισμούς, μειώνουν το άγχος και περιορίζουν τις παθολογικές αισθητηριακές του αντιλήψεις (ψευδαισθήσεις-παραισθήσεις). Η υποστηρικτική στάση και διάθεση κοντά στον άρρωστα συμβάλλουν θετικά στην ψυχολογική του υποστήριξη.

Στο διάστημα αυτό της θεραπείας ο νοσηλευτής προσπαθεί να ενισχύσει τα κίνητρα του αρρώστου για την περαιτέρω θεραπεία.

## **5.2 Ο ρόλος του ψυχιατρικού νοσηλευτή στην μακροχρόνια θεραπεία**

Η θεραπεία του αλκοολισμού είναι μακρά και δύσκολη όχι μόνο για τους ασθενείς και για την οικογένειά τους αλλά και για τους ίδιους τους θεραπευτές. Μπορεί δε να αποβεί αποτελεσματική όταν α) αντικαταστήσει το αλκοόλ με ένα μη χημικό υποκατάστατο β) αντιμετωπίσει αποτελεσματικά την σωματική και κοινωνική βλάβη που έχει υποστεί ο ασθενής και γ) συμβάλλει στην αποκατάσταση της αυτοεκτίμησής του.

Η θεραπεία μπορεί να γίνει σε ενδονοσοκομειακή ή εξωνοσοκομειακή βάση ή με εθελοντική συμμετοχή στα προγράμματα αυτοβοήθειας ΑΑ (Ανώνυμος Σύνδεσμος Αλκοολικών).

Κάθε τύπος προσέγγισης παρουσιάζει εκτός από τις ποιοτικές διαφορές μειονεκτήματα και πλεονεκτήματα. Στις περιπτώσεις που κρίνεται απαραίτητη η ενδονοσοκομειακή θεραπεία όπως σε αποδιοργάνωση ή έντονα επιθετικής ή καταστροφικής συμπεριφοράς θα πρέπει να λάβουμε σοβαρά υπόψη ότι, η εισαγωγή του ασθενή στο ψυχιατρικό τμήμα αντιπροσωπεύει μια κρίση στην ζωή, τόσο του ίδιου όσο και της οικογένειάς του, η συμβολή της οποίας θεωρείται σημαντική στην θεραπευτική διαδικασία.

Το ψυχιατρικό τμήμα θα έπρεπε να παρέχει όχι μόνο ιατρονοσηλευτική φροντίδα αλλά παροδικά μία σπιτική ατμόσφαιρα ζεστασιάς, αγάπης, ασφάλειας και χαλάρωσης ώστε η ενδονοσοκομειακή παραμονή να αποτελέσει θετική εμπειρία που θα προάγει την θεραπευτική διαδικασία.

Ο νοσηλευτής είναι αυτός που κατ'έξοχήν δημιουργεί το θεραπευτικό περιβάλλον. Με τις γνώσεις και την πείρα που διαθέτει παρατηρεί με προσοχή και διακριτικότητα τον άρρωστο, ακούει προσεκτικά και με ενδιαφέρον τα προβλήματά του, τις σκέψεις, τους φόβους του, επιστρατεύει τις δεξιότητες και την τέχνη του προκειμένου, να επισημάνει τα προβλήματα και τις ανάγκες του συγκεκριμένου αρρώστου, τις υγιείς δυνάμεις που διαθέτει για να οργανώσει το περιβάλλον του, να προγραμματίσει τις νοσηλευτικές του παρεμβάσεις και να αναπτύξει έναν διάυλο επικοινωνίας με τον ασθενή. Στην φάση αυτή πρέπει να υπογραμμίσουμε ότι είναι πολύ σημαντική η νοσηλευτική εκτίμηση πιθανότητας αυτοκτονίας την οποία θα πρέπει να έχουμε πάντοτε υπόψη μας όταν νοσηλεύουμε ασθενείς με καταθλιπτική διάθεση.

Οι αλκοολικοί συχνά νοιώθουν αισθήματα άγχους, ανεπάρκειας, ενοχών, κοινωνικής απομόνωσης. Ακόμη νοιώθουν ότι κανείς δεν τους εμπιστεύεται και οι ίδιοι δεν μπορούν να εμπιστευτούν κανένα. Είναι πολύ σημαντικό για τον ασθενή να βρει ένα νοσηλευτή που πραγματικά τον ακούει και είναι πρόθυμος και ικανός να προσπαθήσει να καταλάβει την ιστορία του από την δική του πλευρά και να τον βοηθήσει αποτελεσματικά. Το να μπορεί κανείς να ακούει τόσο τα λεκτικά, όσο και τα μη λεκτικά μηνύματα είναι τέχνη, αλλά για τον ψυχιατρικό νοσηλευτή είναι προϋπόθεση που θα τον βοηθήσει να αναπτύξει θεραπευτική και εκπαιδευτική διαπροσωπική σχέση εμπιστοσύνης και συνεργασίας με τον ασθενή. Αυτό είναι το πρώτο βήμα για την παραπέρα νοσηλεία και φροντίδα του αρρώστου.

Ο ασθενής σταδιακά αρχίζει να εξωτερικεύει τα συναισθήματα, τις σκέψεις και τους φόβους του χωρίς την απειλή της απόρριψης ή της επικριτικής στάσης, σε αυτό βοηθάει η στάση αποδοχής του νοσηλευτή. Αρχίζει να αισθάνεται πως είναι ένα άτομο με αξία που δικαιούται φροντίδα, αγάπη, σεβασμό και εκτίμηση από τους γύρω του, γεγονός που υποστηρίζει την ψυχολογική του ανάπτυξη.

Τα περιβάλλον του ψυχιατρικού τμήματος αποτελεί μικρογραφία του ευρύτερου κοινωνικού περιβάλλοντος όπου ο ασθενής μέσα από μία δυναμική σχέση και αλληλεπίδρασης περιορίζει την όποια επιθετικότητά του και αναπτύσσει υγιείς τρόπους συμπεριφοράς. Η διαδικασία μέσω της οποίας γίνεται αυτό δεν είναι πάντα σαφής. Ο έμπειρος και κατάλληλα εκπαιδευμένος νοσηλευτής δεν αποτελεί μόνο πρότυπο επιθυμητής αναμενόμενης συμπεριφοράς αλλά είναι και ρυθμιστής του δυναμικού του περιβάλλοντος έτσι ώστε να προκύπτει θεραπευτικό αποτέλεσμα.

Συγκεκριμένα στο ψυχιατρικό τμήμα λειτουργούν κάποιες τυπικές δραστηριότητες όπως, στρώσιμο κρεβατιών, προετοιμασία τραπεζαρίας πριν τα γεύματα, καθαριότητα θαλάμων, στις οποίες επιβάλλεται να συμμετέχει ο ασθενής ανάλογα με το επίπεδα λειτουργικότητάς του. Ακόμη ο νοσηλευτής οργανώνει σε συνεργασία με τα υπόλοιπα μέλη της θεραπευτικής ομάδας, αλλά και με τον ασθενή διάφορα προγράμματα απασχόλησης και ψυχαγωγίας.

Όλα αυτά συμβάλλουν στην διατήρηση κάποιας κοινωνικής τάξης και στην ανάπτυξη της ομαδικής συνοχής. Ο ασθενής ενισχύεται να συμμετέχει στις δραστηριότητες αυτές προκειμένου να αντιμετωπιστεί η απόσυρση στην οποία τον οδηγεί η αντικοινωνική συμπεριφορά του.

Σταδιακά αρχίζει και ο ίδιος να αισθάνεται καλύτερα, διότι η κοινωνικότητα αποτελεί βιολογική ανάγκη, ο άνθρωπος φύση κοινωνικών. Εξαιτίας της

ανάγκης του αυτής ο ασθενής σιγά-σιγά ενισχύει χαρακτηριστικά και συμπεριφορές που συναντούν αποδοχή από τους γύρω του και καταργεί αυτές που συναντούν απόρριψη.

Μέσω της διαδικασίας αυτής τροποποιεί την παρεκκλίνουσα αντικοινωνική συμπεριφορά του, αυξάνεται η ικανότητα συνεργασίας με τους γύρω του, αποκτά αυτογνωσία και ανακτά την χαμένη του αυτοεκτίμηση, όταν βλέπει ότι τα καταφέρνει σε ρόλους και τομείς που παλαιότερα αποτύγχανε όπως οι κοινωνικές σχέσεις. Εξάλλου ο ψυχιατρικός νοσηλευτής θέτει όρια στην βίαιη ή παρορμητική συμπεριφορά του χρήστη και ταυτόχρονα ενισχύει θετικά κάθε του προσπάθεια για βελτίωση.

Ο ασθενής συμμετέχει πλέον εθελοντικά στις όποιες δραστηριότητες, αρχίζει να κατανοεί και να παραδέχεται το πρόβλημά του, εκφράζει και λεκτικά την ανάγκη του για θεραπεία, αποκτά υπευθυνότητα και κινητοποιείται για ενεργό συμμετοχή στα ποικίλα προγράμματα ψυχοθεραπείας.

### **5.3 Ο ρόλος του ψυχιατρικού νοσηλευτή στις ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις**

Όπως ήδη αναφέρθηκε δεν υπάρχει ένας μόνο τρόπος για να αντιμετωπιστούν τα ποικίλα προβλήματα των αλκοόλ εξαρτημένων ατόμων. Η εθελοντική συμμετοχή του χρήστη στις διάφορες ψυχοθεραπευτικού τύπου (ατομικές ή ομαδικές) προσεγγίσεις είναι το κλειδί της θεραπείας. Οι παρεμβάσεις αυτές χρησιμοποιούνται κυρίως στους συμβουλευτικούς σταθμούς αλκοολικών, σε συνδυασμό με άλλες υποστηρικτικές μεθόδους και κυρίως τους ΑΑ, γιατί μόνες τους δεν μπορούν να προσφέρουν την συνεχή υποστήριξη που χρειάζεται ο αλκοολικός.

Εξάλλου η θεραπεία οικογένειας θεωρείται μία από τις αποτελεσματικότερες

θεραπευτικές μεθόδους των τελευταίων ετών. Η σημαντική προσφορά της έγκειται στο γεγονός ότι οι αλληλεπιδράσεις διερευνώνται συνολικά, όλα τα σημαντικά για τον ασθενή πρόσωπα συμμετέχουν ενεργό στην θεραπευτική διεργασία και λαμβάνονται σοβαρά υπόψη όχι μόνο οι δυσκολίες του χρήστη αλλά και εκείνων που φροντίζουν για αυτόν.

Ο ρόλος του νοσηλευτή σε αυτού του είδους τις παρεμβάσεις είναι πολλαπλός και εξαρτάται από το είδος της θεραπείας, Την γνώση των βασικών αρχών που υπεισέρχονται και τις τεχνικές που ακολουθεί η διεπιστημονική ομάδα (ψυχίατρος, ψυχολόγος - κοινωνική λειτουργός - επισκέπτρια) της συγκεκριμένης δομής στην οποία απασχολείται. Η εμπειρία είναι απαραίτητη προϋπόθεση, όταν και εάν ο νοσηλευτής έχει τον ρόλο του κυρίου θεραπευτή. Στόχος του είναι να παροτρύνει όλη την οικογένεια να συνεργαστεί με σκοπό την διακοπή του αλκοόλ απόμέρους του χρήστη και να κινητοποιήσει όλα τα ενδιαφερόμενο μέλη να υποστηρίξουν μόνιμα και σταθερά την απόφασή του αυτή.

Τέλος οι ΑΑ που ιδρύθηκαν το καλοκαίρι του 1935 στο Άκρον του Οχάιο θεωρούνται ίσως η πιο αποτελεσματική θεραπευτική προσέγγιση για τους αλκοολικούς διότι παρέχουν συνεχή και σταθερή ομαδική υποστήριξη από άτομα που και οι ίδιοι ήταν αλκοολικοί. Είναι ομάδες αυτοβοήθειας με συγκεκριμένες αρχές, κανόνες και τρόπο λειτουργίας θεραπευτή.

#### **5.4 Αγωγή υγείας**

Στη διάρκεια των τριών τελευταίων δεκαετιών η πατρίδα μας περνάει αστραπιαία από τον παραδοσιακό, αγροτικό τρόπο ζωής στο μεταβιομηχανικό στάδιο εξέλιξης των ανθρώπινων κοινωνιών. Την εποχή της πληροφορικής. Αυτή η μετάβαση από την αγροτική στη βιομηχανική και έπειτα στη

μεταβιομηχανική περίοδο, ενώ στις περισσότερες δυτικές χώρες έγινε σε διάστημα εκατόν πενήντα χρόνων, στην Ελλάδα συντελείται σε χρόνο ρεκόρ. Οι συνεχείς, βαθιές και ταχύρρυθμες αλλαγές δημιουργούν ένα μωσαϊκό εικόνων, αντιλήψεων, αξιών και τρόπων συμπεριφοράς, έτσι που τα άτομα δυσκολεύονται να τοποθετήσουν τον εαυτό τους σε σχέση με το περιβάλλον τους, να υιοθετήσουν κατάλληλους ρόλους και σχήματα επικοινωνίας. Τα φαινόμενα αυτά είναι πιο ορατά στο οικογενειακό επίπεδο όπου βέβαια μεταφέρθηκαν όλες οι κοινωνικές αλλαγές.

Καθώς λοιπόν η σύγχρονη ελληνική οικογένεια προσπαθεί να ρυθμίσει με βάση τα νέα δεδομένα την ενδο- και εξω- οικογενειακή απόσταση-πλησίασμα, την κατανομή ρόλων και τις σχέσεις ανάμεσα στα μέλη της καταφεύγει, σε πολλές περιπτώσεις δυστυχώς, σε δυσλειτουργικές «λύσεις» όπως για παράδειγμα η εξάρτηση.

Εξετάζοντας ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας, που εργάζεται στον τομέα της πρόληψης, την εξάρτηση κάτω από αυτό το πρίσμα μπορεί να αντιληφθεί ότι οι προσανατολισμένες αποκλειστικά και μόνο στο πρόβλημα της εξάρτησης παρεμβάσεις ίσως είναι αναποτελεσματικές καθώς το συγκεκριμένο πρόβλημα αποτελεί μέρος μόνο ενός συνολικότερου προβλήματος.

Απαιτείται ο σχεδιασμός μιας στρατηγικής πρόληψης που να στοχεύει στο να βοηθήσει την ελληνική οικογένεια να διατηρήσει την ψυχική της υγεία, προστατεύοντας τα μέλη της από τους παράγοντες που ευνοούν την εξάρτηση.

Για να επιτευχθεί αυτός ο στόχος απαιτείται ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας να φροντίσει ώστε οι πολίτες α) να είναι ενημερωμένοι για το πώς μπορούν να προφυλάξουν τον εαυτό τους και τους οικείους τους, β) να γνωρίζουν σε ποιες υπηρεσίες μπορούν να απευθυνθούν αν υπάρξει κάποιο πρόβλημα. Είναι σημαντικό ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας να πληροφορεί για το ότι η εξάρτηση, αλλά και κάθε ψυχική νόσος, δεν είναι κάτι που αποσιωπάται, δεν

είναι ντροπή και δεν μπορεί να ξεπεραστεί χωρίς τη βοήθεια ειδικών θεραπειών και ακόμη για το ότι υπάρχουν οι κατάλληλες υπηρεσίες τις οποίες ο πολίτης μπορεί να εμπιστευτεί. Αν ένα άτομο αισθάνεται ενημερωμένο και υπεύθυνο για την υγεία του είναι πιο πιθανό να αντιμετωπίσει οποιοδήποτε πρόβλημα του παρουσιαστεί αποτελεσματικά.

Στο σημείο αυτό πρέπει να τονιστεί ότι ο υπεύθυνος ρόλος που καλείται να διαδραματίσει ο νοσηλευτής που ασχολείται με τη πρόληψη των εξαρτήσεων απαιτεί πέρα από τη βασική εκπαίδευση, ειδικότητα στη νοσηλευτική ψυχικής υγείας και ειδικά στο δέμα των εξαρτήσεων μια και όσο περισσότερες γνώσεις έχει, τόσο πιο ασφαλής και επαρκής θα αισθάνεται κατά την άσκηση των καθηκόντων του.

Βέβαια, όπως και συνολικά για την άσκηση νοσηλευτικού έργου, οι γνώσεις δεν αρκούν αλλά χρειάζεται ο νοσηλευτής να διαθέτει ένα σύστημα ανθρωπιστικών αξιών συνεπικουρούμενες από διαπροσωπικές, διανοητικές και τεχνικές δεξιότητες.

Πώς όμως ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας θα περάσει αυτά τα μηνύματα στα μέλη της κοινότητας στην οποία εργάζεται; Οποσδήποτε είναι δύσκολο να αποκτήσει επαφή με κάθε ένα άτομο ή οικογένεια ξεχωριστά, ωστόσο είναι απαραίτητο οι γνώσεις του να μεταδοθούν σε όσο το δυνατόν περισσότερους. Ο ασφαλέστερος δρόμος για να το πετύχει αυτό είναι μέσω των οργανωμένων ομάδων που δρουν στην κοινότητα ευθύνης του καθώς κάθε άτομο συμμετέχει σε διάφορες ομάδες όπως:

- πολιτιστικούς, αθλητικούς συλλόγους
- θρησκευτικές οργανώσεις
- ομάδες που δρουν στην κοινότητα για τη βοήθεια αδύναμων κοινωνικά ομάδων (άστεγων, ηλικιωμένων κ.λπ.)
- και το σημαντικότερο ομάδες με εκπαιδευτικούς στόχους (όπως

σχολεία, κέντρα εκπαίδευσης ενηλίκων κ.λπ.)

Ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας μπορεί να διοργανώσει σειρά συναντήσεων με ομάδες με σκοπό να διερευνήσει τις ιδέες και τους μύθους που υπάρχουν γύρω από το θέμα της εξάρτησης και στη συνέχεια να ενισχύσει τις απόψεις των μελών της ομάδας που εκφράζουν μια υγιή στάση απέναντι στο ζήτημα, να λύσει τις απορίες που υπάρχουν και να ενημερώσει για τους τρόπους αντιμετώπισης του προβλήματος.

Οι συναντήσεις αυτές του παρέχουν τη δυνατότητα να έρθει σε επαφή και με άτομα που ανήκουν σε ομάδες ψηλού κινδύνου όπως αυτά που έχουν κάποιο εξαρτημένο μέλος στην οικογένειά τους ή που ζουν κάτω από συνθήκες έντονου άγχους.

Πολύ σημαντικές είναι οι συναντήσεις με ομάδες εφήβων, γονέων και εκπαιδευτικών καθώς στην εφηβεία γίνεται συνήθως η πρώτη επαφή με εξαρτησιογόνες ουσίες και μια τέτοια εμπειρία που θα θεωρηθεί δετική από τον έφηβο, καθώς ίσως τον βοηθήσει να αντιμετωπίσει κάποια από τα ποικίλα προβλήματα αυτής της περιόδου, μπορεί να αποτελέσει την αρχή της εξάρτησης.

## 5.5 Εκπαίδευση

Όσο χρόνο και να διαθέσει ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας είναι αδύνατον να προσεγγίσει όλες τις ομάδες που δρουν στην περιοχή ευθύνης του, ιδίως αν πρόκειται για αστική περιοχή, ώστε να εργαστεί ουσιαστικά μ' αυτές.

Έτσι είναι απαραίτητη η συνεργασία του με άλλους επαγγελματίες υγείας αλλά και εκπαιδευτικούς κατά κύριο λόγο με τους οποίους όμως πρέπει να βρει μια κοινή γλώσσα και στάση απέναντι στο πρόβλημα της εξάρτησης προκειμένου αυτή η συνεργασία να είναι εποικοδομητική. Για να επιτευχθεί



αυτό ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας μπορεί να οργανώσει ομάδες εκπαιδευτικού χαρακτήρα με επαγγελματίες ευαισθητοποιημένους στο πρόβλημα των εξαρτήσεων.

Μιλώντας για το δέμα της εκπαίδευσης το πρώτο μέλημα του νοσηλευτή ψυχικής υγείας είναι να στερεύει το βλέμμα του στη δική του εκπαίδευση για να αξιολογήσει τα πλεονεκτήματα που παρέχει στον ίδιο, τα στοιχεία της που τον βοήθησαν και το τι νομίζει ότι θα ήταν χρήσιμο και εφικτό να μεταδοθεί και σε άλλους επαγγελματίες υγείας και μη που λόγω της φύσης της εργασίας τους έρχονται σε επαφή με το πρόβλημα της εξάρτησης.

Εδώ θα μπορούσε να ειπωθεί επιγραμματικά ότι το κυριότερο πλεονέκτημα του νοσηλευτή ψυχικής υγείας είναι η έμφαση που δίνεται από την εκπαίδευσή του στον άνθρωπο ως βιο-ψυχοκοινωνική ολότητα η οποία τον βοηθά να κατανοήσει ευκολότερα τη δυναμική της εξάρτησης και τις επιπτώσεις της σ' όλα τα επίπεδα της ανθρώπινης ζωής και δραστηριότητας. Αυτή η γνώση συχνά αποδεικνύεται πολυτιμότερη από την εκτενέστερη ανάλυση των νοσολογικών χαρακτηριστικών της εξάρτησης.

Άλλο σημαντικό στοιχείο της νοσηλευτικής εκπαίδευσης είναι ότι ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας διδάσκεται να πλησιάζει τον πάσχοντα και τους οικείους του ως ειδικός, αλλά χωρίς να είναι απρόσιτος έτσι ώστε να μπορεί κανείς να του εμπιστευτεί τους φόβους και τις ανησυχίες του και να πάρει απ' αυτόν στήριξη και υπεύθυνες απαντήσεις.

Πριν λοιπόν ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας ξεκινήσει την εκπαίδευση μιας ομάδας επαγγελματιών πρέπει να ξέρει ποιες ιδέες θέλει να μοιραστεί με τους εκπαιδευόμενους και με ποιο στόχο. Αν ο στόχος του είναι οι εκπαιδευόμενοι να βοηθηθούν να ξεπεράσουν τις προκαταλήψεις τους γύρω από την εξάρτηση και να υιοθετήσουν μια στάση που θα τους καθιστά ικανούς να γίνουν κι αυτοί με τη σειρά τους φορείς μηνυμάτων ψυχικής υγείας,

απαιτείται ένα ολοκληρωμένο πρόγραμμα εκπαίδευσης, μια σειρά δηλαδή συναντήσεων στις οποίες οι εκπαιδευόμενοι θα καλούνται να συμμετέχουν ενεργά κι όχι μια διάλεξη.

Για να επιλέξει όμως ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας μια ομάδα και ένα συγκεκριμένο τρόπο δουλειάς μ' αυτή την ομάδα, πρέπει να φροντίσει να υπάρχουν όλες οι απαραίτητες προϋποθέσεις όπως:

- Δυνατότητα της υπηρεσίας του να τον στηρίζει (χρήματα, χρόνος κ.λπ.)
- Γνώση των αξιών της ομάδας με την οποία θα εργαστεί να είναι σύμφωνες με την αλλαγή που θέλει ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας να επιφέρει με την εκπαίδευση).
- Αρκετές πληροφορίες για την ομάδα ώστε να μπορεί να αξιολογήσει αργότερα τα πλεονεκτήματα ή και τα μειονεκτήματα της αλλαγής που επιχειρεί η εκπαίδευση.
- Κατάλληλες για την εκπαίδευση συνθήκες.
- Σωστή επιλογή χρόνου.
- Διερεύνηση των πιθανών αντιστάσεων της ομάδας σε σχέση με την εκπαίδευση.

Γνωρίζοντας αυτά τα στοιχεία ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας καταρτίζει το πρόγραμμα εκπαίδευσης και ορίζει και τα κριτήρια βάσει των οποίων θα το αξιολογήσει μετά την εκτέλεση του. Είναι σημαντικό τα κριτήρια αυτά να είναι δυνατόν να ελεγχθούν, να είναι δηλαδή σαφή και συγκεκριμένα.

Οι ομάδες με τις οποίες μπορεί να εργαστεί ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας μπορεί να απαρτίζονται από επαγγελματίες διαφόρων ειδικοτήτων που εργάζονται στον ίδιο χώρο ή από επαγγελματίες της ίδιας ειδικότητας που εργάζονται σε διαφορετικούς χώρους ανάλογα με τα αιτήματα και τις ανάγκες που υπάρχουν.

Μια ομάδα που βέβαια έχει την απόλυτη προτεραιότητα για τον νοσηλευτή

ψυχικής υγείας είναι οι νοσηλευτές που εργάζονται σε γενικά νοσοκομεία. Οι λόγοι που καθιστούν τους νοσηλευτές γενικών νοσοκομείων ομάδα σημαντική για δουλειά πρόληψης είναι οι εξής:

- Συχνά αναλαμβάνουν τη φροντίδα ατόμων που ανήκουν σε ομάδες υψηλού κινδύνου (χρόνιους ασθενείς, παιδιά χρηστών τοξικών ουσιών κ.λπ.) και η στάση τους μπορεί να είναι καθοριστική.
- Χορηγούν -κατόπιν ιατρικής οδηγίας- εξαρτησιογόνα φάρμακα και αποτελούν σημαντική πηγή πληροφόρησης για τις ενδείξεις, και τις συνέπειες της αλόγιστης χρήσης αυτών των φαρμάκων.
- Μπορούν να διαδραματίσουν σημαντικό ρόλο στα πλαίσια της δευτερογενούς πρόληψης καθώς,
  - α) συχνά νοσηλεύουν ασθενείς με παθήσεις που οφείλονται σε κατάχρηση αλκοόλ,
  - β) μπορούν να αντιληφθούν την εξάρτηση ενός ασθενούς από φάρμακα συνταγής και
  - γ) αντιμετωπίζουν τοξικοεξαρτημένους που προσέρχονται σε γενικό νοσοκομείο λόγω στερητικού συνδρόμου.

## 5.6 Αντιμετώπιση και Θεραπεία

Ο καλύτερος τρόπος για την αντιμετώπιση του αλκοολισμού είναι η πρόληψη. Πρέπει δηλ. να καταπολεμηθούν, όσο είναι δυνατόν, τα αίτια που οδηγούν σ' αυτόν.

Θα πρέπει κατ' αρχήν να γίνει προσπάθεια για ενημέρωση και διαφώτιση στην ευρύτερη δυνατή έκταση (π.χ. σε σχολεία και πλατύ κοινό και με όλα τα μέσο που διαθέτει η πολιτεία (τηλεόραση, ραδιόφωνο, τύπο, σεμινάρια κ. λ. π.), για τους κινδύνους που κρύβει η χρήση και κυρίως η κατάχρηση του

αλκοόλ και τα καταστροφικά αποτελέσματα του αλκοολισμού. Θα πρέπει να γίνει συνείδηση στον καθένα και προπαντός στους νέους, ότι ποτέ το αλκοόλ δε βοήθησε στη λύση κάποιου προβλήματος. Θα πρέπει επίσης να αποφευχθούν τα λάθη της αγωγής από μέρους των γονέων. Η προσπάθεια θα πρέπει να συνεχιστεί και στο σχολείο. Κάθε μάθημα που βοηθάει στο να γίνει ο νέος ελεύθερο και υπεύθυνο άτομο εξυπηρετεί και το σκοπό αυτό.

Η αγωγή δηλαδή θα πρέπει να έχει στόχο την αυτοτέλεια, αυτονομία, ανεξαρτησία και αυτοδύναμη αντιμετώπιση και λύση των όποιων προβλημάτων από μέρους του παιδιού και την ανάληψη της ευθύνης γι αυτό, καθώς και την ικανότητα να αντέχει στις αποτυχίες και να δοκιμάζει ξανά. Γι' αυτό δε θα πρέπει να είναι ούτε πολύ αυστηρή, αυταρχική ή υπερπροστατευτική αλλά ούτε χαλαρή. Κυρίως θα πρέπει το παιδί να μπορεί να συζητά με τους γονείς του τα προβλήματά του σε μια ατμόσφαιρα αμοιβαίας εμπιστοσύνης. Οι γονείς θα πρέπει να το ενισχύουν και να το ενθαρρύνουν στις απόπειρες για τη λύση των προβλημάτων του, δε θα του προσφέρουν όμως έτοιμες λύσεις. Οι λύσεις θα αποτελούν εύρημα, καύχημα και ευθύνη του νέου.

Χρήσιμο θα ήταν να γίνονταν και κάποια ειδικά για τον αλκοολισμό μαθήματα. Παράλληλα βέβαια θα πρέπει να γίνει και προσπάθεια για οικονομική ενίσχυση των αποροτέρων τάξεων, για εξανθρωπισμό των πόλεων, για μείωση του άγχους της ανεργίας, για δημιουργία συνθηκών άθλησης, μόρφωσης, σωστής ψυχαγωγίας και οργάνωσης του ελεύθερου χρόνου.

Πολύτιμη είναι η βοήθεια του περιβάλλοντος και προπαντός της οικογένειας ακόμη και όταν η διαταραχή έχει εκδηλωθεί. Θα χρειαστεί κατ' αρχήν να καταβάλουν κάθε προσπάθεια, ώστε να παρακινήσουν τον ασθενή να αναζητήσει Τη βοήθεια των ειδικών. Όσο σε ενωρίτερα αναζητηθεί η βοήθεια αυτή, τόσο μεγαλύτερες πιθανότητες υπάρχουν για επιτυχία της

προσπάθειας. Χρειάζεται δε η παρακίνησή τους, γιατί, ως γνωστό, οι περισσότεροι αλκοολικοί αρνούνται την πάθησή τους και επομένως δεν κάνουν καμιά προσπάθεια για την αντιμετώπισή της. Το περιβάλλον δεν θα πρέπει επίσης να αποκρύβει τη διαταραχή και να υπερπροστατεύει και δικαιολογεί τον ασθενή, όταν αυτός αρχίζει να παραμελεί τα καθήκοντά του. Αν δηλ. δεν υποστεί τις συνέπειες των πράξεών του, θα αργήσει να αντιληφθεί την κατάστασή του.

Κανένα αποτέλεσμα δεν φέρνει επίσης και ο υπερβολικός έλεγχος, η γκρίνια ή τα βίαια ξεσπάσματα. Το να κρύψει π.χ. κάποιος το ποτό, θα έχει σαν αποτέλεσμα να προμηθευτεί ο ασθενής άλλο.

Η βοήθεια της οικογένειας δεν θα σταματήσει στην αναζήτηση του ειδικού αλλά θα χρειαστεί να συνεχιστεί και πολλές φορές για χρόνια. Βοήθεια π.χ. προσφέρουν στο άρρωστα μέλος της οικογένειάς τους, όταν δεν το βάζουν σε πειρασμό (δεν πίνουν καθόλου αλκοολούχα ποτά ή αποφεύγουν τις παλιές παρέες). Βοήθεια προσφέρουν, όταν ενισχύουν με λόγο και έργο το χαμηλό αυτοσυναίσθημά τους. Ηθικοδιδασκαλίες ή κατάκριση και προπαντός σε υποτροπή δε βοηθούν κανένα, γιατί έτσι κι αλλιώς ο ασθενής έχει τύψεις συνείδησης, που προσπαθεί να ναρκώσει. Αντίθετα είναι μεγάλη κάθε βοήθεια που ξυπνάει τη διάθεση για αυτοβοήθεια προς την κατεύθυνση αυτή μπορούν να βοηθήσουν εκφράσεις, όπως: «Ξέρω, ότι θα τα καταφέρεις» ή «πιστεύω, πως θα βρεις τη δύναμη να γίνεις καλά». Εννοείται πως την εμπιστοσύνη αυτή δεν θα πρέπει να αντιστρατεύονται ενέργειες, που εκφράζουν δυσπιστία, όπως π.χ. παρακολούθηση και έλεγχος.

Στην καθ' αυτό θεραπεία μπορεί να διακρίνει κανείς 4 φάσεις:

1. Την προετοιμασία του αλκοολικού σε κάποιο θεραπευτικό συμβουλευτικό κέντρο, ώστε να θελήσει να αναλάβει την προσπάθεια για τη θεραπεία.

2. Την αποτοξίνωση που συνήθως γίνεται σε κλινικές και διαρκεί 2 με 3 εβδομάδες.
3. Την εντατική ψυχοθεραπευτική αγωγή που σκοπεύει στον απεθισμό και που συνήθως διαρκεί από 3 μέχρι 9 μήνες.
4. Τη φάση της κοινωνικής επανένταξης και διαρκούς φροντίδας, στην οποία μεγάλη βοήθεια προσφέρουν οι ομάδες αυτοβοήθειας των ανώνυμων αλκοολικών (ΑΑ).

Στις διάφορες κλινικές χρησιμοποιούνται διαφορετικές ψυχοθεραπευτικές μέθοδοι. ατομικές και ομαδικές.

Στις ομαδικές συζητούνται συνήθως τα προβλήματα των ασθενών και γίνεται άσκηση νέων τρόπων συμπεριφοράς. Με τη βοήθεια και των ατόμων απ' το οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον ή και το χώρο εργασίας, εκτός από την απεξάρτηση, καταβάλλεται προσπάθεια για επανένταξη του ασθενή στον κοινωνικά του περίγυρο. Επειδή στις ομαδικές θεραπείες διαπιστώθηκε, ότι ακόμη και η παρουσία του θεραπευτή μπορεί να είναι ενοχλητική, γιατί οι ασθενείς νοιώθουν ταπεινωμένοι και κρατούν κάποια απόσταση, μόνο μετά από δική τους έγκριση θα συμμετέχουν στην ομάδα και άλλα πρόσωπα (γονείς, σύζυγοι, φίλοι κ λ.π.).

Την όλη θεραπευτική προσπάθεια εξυπηρετούν και οι προσφερόμενες δυνατότητες για εργασιοθεραπεία, μουσικοθεραπεία, προγράμματα χαλάρωσης (Autogenes Training) αθλητικές ομάδες κ.λ.π. Η ομαδική θεραπεία ενδείκνυται για άτομο από τα χαμηλά κυρίως στρώματα.

### ***5.6.1 Ψυχοθεραπεία***

Χρησιμοποιείται σε συνδυασμό με άλλες υποστηρικτικές μεθόδους και κυρίως τον ΑΑ, γιατί μόνη της δεν μπορεί να προσφέρει τη συνεχή υποστήριξη που χρειάζεται ο αλκοολικός. Είναι ιδιαίτερα χρήσιμη στην αποκάλυψη

οικογενειακών προβλημάτων ή συγκρούσεων που συντηρούν τον αλκοολισμό του ασθενή ή στην αναγνώριση δευτερογενούς κέρδους που μπορεί να αποφέρει ο αλκοολισμός στον ασθενή. Στρατηγικές οικογενειακής θεραπείας είναι πολλές φορές χρήσιμες ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις. Βασικά, η ψυχοθεραπεία δεν μπορεί να είναι αποτελεσματική παρά μόνο όταν ο ασθενής σταματήσει να πίνει, γιατί μόνο τότε μπορεί ν' απευθυνθεί - ιδιαίτερα η ατομική ψυχοθεραπεία - στα βαθύτερα συναισθήματα και συγκρούσεις που καλύπτονται με το αλκοόλ.

### **5.6.2 Δισουλφιράμη (Antabuse)**

Το φάρμακα αυτό αναστέλλει τη φυσιολογική οξείδωση του αλκοόλ, οπότε συσσωρεύεται στο αίμα ακεταλδεϋδη, η οποία προκαλεί δυσφορικά συμπτώματα όπως ταχυκαρδία και έμετο. Φυσικά ο ασθενής ενημερώνεται για τη δράση του φαρμάκου και η λήψη του γίνεται με τη θέλησή του. Εφόσον, λοιπόν, ο ασθενής πάρει 125-250 mg δισουλφιράμης από το στόμα την ημέρα, δεν μπορεί να πει, γιατί φοβάται τα δυσφορικά συμπτώματα που θα παρουσιασθούν αν πει. Γενικά, όμως, η χρήση της δισουλφιράμης είναι περιορισμένη και όταν χρησιμοποιείται χρειάζεται να συνδυασθεί με ψυχοθεραπεία, ΑΑ κτλ, που απευθύνονται σ' αυτό που η δισουλφιράμη δεν μπορεί να καλύψει: την απώλεια της επιθυμητής ουσίας και τη χαμηλή αυτοεκτίμηση του ασθενή.

**Ναλτρεξόνη.** Πρόσφατα έχει προταθεί για τη θεραπεία του αλκοολισμού.

**Θεραπεία συμπεριφοράς.** Τεχνικές θεραπείας συμπεριφοράς όπως απευαισθητοποίηση, χαλάρωση, ύπνωση κ.ά., ιδιαίτερα θεραπεία αποστροφής που «ζευγαρώνει» τη λήψη αλκοόλ π.χ. με έμετο (από τη λήψη εμετίνης ή απομορφίνης) έχουν χρησιμοποιηθεί με σχετική επιτυχία.

### **5.6 3 Ανώνυμος (σύνδεσμος) Αλκοολικών (Alcoholics Anonymous-AA)**

Ξεκίνησε στις ΗΠΑ και σήμερα υπάρχει σε πολλές χώρες και στη χώρα μας. Θεωρείται ως η πιο αποτελεσματική θεραπεία για τους αλκοολικούς και παρέχει συνεχή και σταθερή ομαδική υποστήριξη από άτομα που και οι ίδιοι ήταν αλκοολικοί. Οι συναντήσεις, που αρχίζουν πολλές φορές ενώ ο αλκοολικός είναι ακόμη στο νοσοκομείο και έχει προχωρήσει αρκετά η αποτοξίνωσή του, γίνονται στις ΗΠΑ στις περισσότερες πόλεις, σε πολλά διαφορετικά μέρη των πόλεων και σε οποιαδήποτε ώρα της μέρας ή της νύχτας. Οι συναντήσεις, με βάση ένα πρόγραμμα 12 βημάτων χαρακτηρίζονται από αλληλοϋποστήριξη του ενός αλκοολικού με τον άλλο και προσεκτική αμφισβήτηση του τρόπου που ο αλκοολικός πίνει και του τρόπου που αρνείται την αρρώστια του. Ο ΑΑ αντικαθιστά τον παθολογικό συντροφικό κύκλο του αλκοολικού με μια νέα ομάδα υποστήριξης και κοινού αγώνα, όπου ο «αλκοολικός βοηθιέται, αλλά και βοηθώντας ο ίδιος άλλους αποκαθιστά την αυτοεκτίμησή του.

Τέλος θα πρέπει να αναγνωρίσει ότι ένας αλκοολικός βρίσκεται πάντα σε κίνδυνο και ότι και ένα ποτήρι μπορεί να τον φέρει στην παλιά κατάσταση.

Η επιτυχία των ομάδων αυτών έτυχε κοινής αναγνώρισης. Δεν είναι δε τυχαίο το ότι τα 3/4 των κρατικών θεραπευτικών ινστιτούτων στην Αμερική έχει συμβούλους από τους ΑΑ και το ότι το 28% των περιπτώσεων της μεταθεραπευτικής παρακολούθησης το έχουν αναλάβει οι οργανώσεις ΑΑ.

### **5.7 Αποτελέσματα Θεραπείας**

Το μεγάλο πρόβλημα στη θεραπεία του αλκοολισμού είναι οι υποτροπές. Η τελευταία ομολογία του κώδικα των ΑΑ, το ότι δηλαδή οι αλκοολικοί βρίσκονται πάντα σε κίνδυνο δεν απέχει πολύ από την αλήθεια. Σε πολλές



περιπτώσεις, για να αποφευχθεί η υποτροπή, κρίθηκε αναγκαίο να απομακρυνθούν οι ασθενείς απ' το παθογόνο οικογενειακό περιβάλλον και να συγκατοικήσουν με άλλους ομοιοπαθείς, ώστε να συγκροτήσουν ομάδες αυτοβοήθειας.

Είναι δύσκολο βέβαια να γίνει σύγκριση των διαφόρων θεραπευτικών μεθόδων ή των θεραπευτικών ιδρυμάτων. Τα δεδομένα στην Αμερική δεν είναι τελείως απαισιόδοξα και πάντως ευνοϊκότερα για τις οργανώσεις των ΑΑ, όπου σε έρευνες διαπιστώθηκε ότι το 50% θεραπεύτηκε, το 25% παρουσίασε βελτίωση και το 25% δεν είχε καμιά αλλαγή. Αντίθετα για τα άλλα θεραπευτικά ιδρύματα τα ποσοστά ήταν στο 33% περίπου για κάθε μια από τις τρεις παραπάνω κατηγορίες. Στη σχετική βιβλιογραφία αναφέρθηκαν και ποσοστά θεραπείας μέχρι 60%.

## 5.8 Επίλογος

Κλείνοντας λοιπόν αυτό το κεφάλαιο θα θέλαμε να μοιραστούμε με σας κάποιες πρώτες διαπιστώσεις και εκτιμήσεις που έχουμε μετά από την ενασχόλησή μας με τις εξαρτήσεις.

I) Η δουλειά με τις εξαρτήσεις απαιτεί από τον νοσηλευτή-τρια:

- 1) Υψηλή επαγγελματική κατάρτιση και διάθεση για συνεχή επιμόρφωση.
- 2) Προδιάθεση για προσωπική πορεία με πρώτους και σημαντικότερους σταθμούς α) Την αυτογνωσία και β) ικανότητα προσαρμογής σε νέα δεδομένα

II) Ο νοσηλευτής-τρια είναι ένα από τα βασικά στελέχη της διεπιστημονικής θεραπευτικής ομάδας μια και η εκπαίδευσέ του και το επάγγελμά του καθ' αυτό χαρακτηρίζεται από πολυπλοκότητα ως προς το επίπεδο παρέμβασης

και τους τομείς αρμοδιότητος, βοηθώντας στην:

- α) πρόληψη της δημιουργίας στεγανών στη θεραπευτική ομάδα και της περιχαράκωσης του κάθε επιστήμονα στο αντικείμενο του και
- β) ολιστική αντιμετώπιση του εξαρτημένου μια και η άποψη ότι τα πράγματα δεν έχουν μόνο μία όψη, είναι άρρηκτα, συνδεδεμένη με τη νοσηλευτική σκέψη.

III) Το τελευταίο αλλά όχι το λιγότερο σημαντικό που θα θέλαμε να πούμε, είναι ότι ο νοσηλευτής-τρια μπορεί να επιτελέσει σημαντικό έργο συμβάλλοντας:

- α) στη ρευστοποίηση των κοινωνικών προκαταλήψεων κάνοντας πρόληψη και
- β) στη ρευστοποίηση των οικογενειακών προκαταλήψεων στα πλαίσια της θεραπευτικής δουλειάς.

## ***ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ***

## **ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΟ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

Η έρευνα αυτή έγινε με δεδομένο ότι:

Στη χώρα μας υπάρχει ουσιαστική έλλειψη πληροφόρησης σχετικά με τα αλκοόλ και τις επιδράσεις του. Τα πορίσματα από ελάχιστες παλιότερες μελέτες, που έχουν γίνει, δείχνουν μια τάση για κατάχρηση της αλκοόλης από τους νέους και ιδιαίτερα από τους εφήβους.

Σκοπός της δικής μας έρευνας, είναι να μας δείξει την ποιοτική και ποσοτική κατανάλωση αλκοόλ των νέων ηλικίας 14-25 ετών και ποιες ακριβώς είναι οι γνώσεις τους πάνω στο θέμα αλκοόλ.

Κατά την διάρκεια του ερευνητικού μέρους έπρεπε να συμπληρώσουμε 200 ερωτηματολόγια. Για τις ηλικίες 14-19 συμπληρώθηκαν 100 ερωτηματολόγια σε σχολεία. 50 ερωτηματολόγια σε γυμνάσια του Ηρακλείου και των Μοιρών και 50 ερωτηματολόγια σε λύκεια του Ηρακλείου και των Μοιρών. Τα υπόλοιπα 100 και για τις ηλικίες 20-25 συμπληρώθηκαν από σπουδαστές του Α.Τ.Ε.Ι. Ηρακλείου.

## ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Όνοματεπώνυμο: .....

Ηλικία: .....

Φύλο: .....

Οικογενειακή κατάσταση: .....

Τόπος διαμονής:.....

Επάγγελμα: .....

Οικονομικό επίπεδο: .....

Εκπαίδευση: .....

### 1. Ξέρετε τι είναι τα αλκοολούχα ποτά;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

### 2. Ποια αλκοολούχα ποτά γνωρίζετε;

.....  
 .....

### 3. Πίνετε αλκοόλ;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

### 4. Πόσο πίνετε ημερησίως;

1-2 ποτηράκια

3-4 ποτηράκια

πάνω από 5 ποτηράκια

καθόλου

**5. Που πίνετε;**Στο σπίτι μόνος; Στο σπίτι με παρέα; Έξω μόνος; Έξω με παρέα; Αλλού **6. Σε ποια ηλικία αρχίσατε να πίνετε;**12-15 15-20 20-25 25 και άνω **7. Ποιος σας έδωσε για πρώτη φορά να πιείτε;**Γονείς Φίλοι Από μόνος σας Κάποιος άλλος **8. Υπάρχουν άτομα στην οικογένεια που πίνουν πολύ;**ΝΑΙ ΟΧΙ **9. Αν ναι ποίος;**

.....

.....

**10. Το αλκοόλ είναι διατροφικό στοιχείο;**ΝΑΙ ΟΧΙ **11. Ξέρετε τι επιπτώσεις έχει το αλκοόλ στην υγεία;**ΝΑΙ ΟΧΙ **12. Αν ναι ποιες θεωρείται σημαντικότερες;**Κίρρωση ήπατος Καρδιακές παθήσεις Απώλεια συγκέντρωσης Πόνους στο στομάχι Μούδιασμα δέρματος **13. Τι είναι ο αλκοολισμός;**

.....

.....

.....

**14. Έχετε μεθύσει;**ΝΑΙ ΟΧΙ **15. Αν ναι που και πότε;**

.....

**16. Τι αισθανθήκατε;**Ζάλη Ευφορία Ότι είστε εκτός ελέγχου; Δυσκολία στην ομιλία Δυσκολία στο περπάτημα; **17. Οδηγάτε μετά από χρήση αλκοόλ;**ΝΑΙ ΟΧΙ Μερικές φορές **18. Έχετε δημιουργήσει πρόβλημα στην οικογένεια σας μετά από χρήση αλκοόλ;**ΝΑΙ ΟΧΙ **19. Αν ναι τι πρόβλημα;**

.....

.....

**20. Σε πόσους από την παρέα σου, αρέσει το ποτό;**Σε όλους Στους περισσότερους Στους μισούς Σε λίγους Σε Κανένα



**21. Τι ποτό προτιμάτε;**Μπύρα Κρασί Λικέρ Ευγενή (ουίσκι, βότκα, σαμπάνια) **22. Όταν πίνετε κάνετε χρήση άλλων ουσιών όπως:**Καπνός Ναρκωτικά Άλλες ουσίες Τίποτα **23. Πόσα ποτηράκια (μέσος όρος) πίνετε στη διάρκεια της διασκέδασης σας;**1-2 3-4 Πάνω από 5 Καθόλου **24. Τον τελευταίο καιρό έχετε προβλήματα που να συνδέονται με το ποτό;**ΝΑΙ ΟΧΙ **25. Αν ναι, τι προβλήματα;**

.....

.....

.....

**26. Σε ένα πάρτι ή μια συγκέντρωση προσπαθείτε να πάρετε παραπανίσια ποτά, γιατί αυτά που σερβίρονται δεν είναι αρκετά;**

ΝΑΙ

ΟΧΙ

**27. Έχετε απουσιάσει από διάφορες υποχρεώσεις σας εξαιτίας του αλκοόλ;**

ΝΑΙ

ΟΧΙ

**28. Έχετε αισθανθεί ότι η ζωή σας θα ήταν καλύτερη αν δεν πίνατε;**

ΝΑΙ

ΟΧΙ

**29. Έχετε επιχειρήσει να το κόψετε;**

ΝΑΙ

ΟΧΙ

**30. Πιστεύετε πως είστε επαρκώς ενημερωμένος σχετικά με τις επιπτώσεις της χρήσης αλκοόλ;**

ΝΑΙ

ΟΧΙ

## ΠΑΡΑΘΕΣΗ ΤΩΝ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΩΝ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ ΠΟΥ ΕΧΟΥΝ ΣΥΓΚΕΝΤΡΩΘΕΙ ΑΠΟ ΤΟ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

<b>Ηλικίες</b>	<b>Ερωτηματολόγια</b>
14-19	100
20-25	100
Σύνολο	200

### Γυμνάσιο

<b>Φύλο</b>	<b>Ηρακλείου</b>	<b>Μοιρών</b>
Αγόρια	12	13
Κορίτσια	13	12
Σύνολο	25	25

### Λύκειο

<b>Φύλο</b>	<b>Ηρακλείου</b>	<b>Μοιρών</b>
Αγόρια	12	13
Κορίτσια	13	12
Σύνολο	25	25

<b>Φύλο</b>	<b>ΑΤΕΙ Ηρακλείου</b>
Αγόρια	50
Κορίτσια	50
Σύνολο	100

## Πίνακες για τις ηλικίες 14-20

**Ερώτηση 1. Ξέρετε τι είναι τα αλκοολούχα ποτά;**

Φύλο	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Αγόρια	50	0
Κορίτσια	50	0

**Ερώτηση 2. Ποια αλκοολούχα ποτά γνωρίζετε;**

	Αγόρια	Κορίτσια
Ουίσκι, βότκα, κρασί, ρακί, μπύρα	9	15
Κρασί, ουίσκι, βότκα	2	2
Ουίσκι, βότκα, μπύρα	2	3
Βότκα, ουίσκι	2	8
Ρακί, κρασί, μπύρα	2	3
Μπύρα	0	2
Κρασί - ουίσκι, βότκα, ρακί	7	5
Βότκα	2	2
Ουίσκι, βότκα, σαμπάνια, κρασί, μπύρα, λικέρ, ρακί	19	10
Όλα	5	0

**Ερώτηση 3. Πίνετε αλκοόλ;**

	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Αγόρια	43	7
Κορίτσια	31	19

**Ερώτηση 4. Πόσο πίνετε ημερησίως;**

	<b>Αγόρια</b>	<b>Κορίτσια</b>
1-2 ποτήρια	26	15
3-4 ποτήρια	5	0
πάνω από 5 ποτήρια	4	0
καθόλου	15	35

**Ερώτηση 5. Που πίνετε;**

	<b>Αγόρια</b>	<b>Κορίτσια</b>
Σπίτι + παρέα	7	5
έξω + παρέα	31	34
Έξω + παρέα Σπίτι + παρέα	4	4
Δεν απάντησαν	0	7

**Ερώτηση 6. Σε ποια ηλικία αρχίσατε να πίνετε;**

	<b>Αγόρια</b>	<b>Κορίτσια</b>
12-15	24	25
15-20	23	20
Δεν απάντησαν	3	5

**Ερώτηση 7. Ποιος σας έδωσε για πρώτη φορά να πιείτε;**

	<b>Αγόρια</b>	<b>Κορίτσια</b>
Γονείς	7	8
Φίλοι	14	12
Μόνος σας	27	23
Κάποιος άλλος	1	1
Δεν απάντησαν	1	6

**Ερώτηση 8. Υπάρχουν άτομα στην οικογένεια που πίνουν πολύ;**

	<b>ΝΑΙ</b>	<b>ΟΧΙ</b>
Αγόρια	9	41
Κορίτσια	11	39

**Ερώτηση 9. Αν ναι ποίος;**

	<b>Αγόρια</b>	<b>Κορίτσια</b>
Κανένας	39	37
Πατέρας	7	11
Παππούς	1	1
Θείος	3	1

**Ερώτηση 10. Το αλκοόλ είναι διατροφικό στοιχείο;**

	<b>ΝΑΙ</b>	<b>ΟΧΙ</b>	<b>Δεν απάντησαν</b>
Αγόρια	7	43	0
Κορίτσια	0	47	3

**Ερώτηση 11. Ξέρετε τι επιπτώσεις έχει το αλκοόλ στην υγεία;**

	<b>ΝΑΙ</b>	<b>ΟΧΙ</b>
Αγόρια	48	2
Κορίτσια	48	2

**Ερώτηση 12. Αν ναι ποιες θεωρείται σημαντικότερες;**

	<b>Αγόρια</b>	<b>Κορίτσια</b>
Κίρρωση ήπατος	5	4
Καρδιακές παθήσεις	10	13
Απώλεια συγκέντρωσης	5	3
Πόνος στο στομάχι	5	7
ΚΗ - ΚΠ	11	14
ΚΗ - ΚΠ - ΑΣ	7	7
Όλα	4	2
Δεν απάντησαν	3	0

**Ερώτηση 13. Τι είναι ο αλκοολισμός;**

	<b>Αγόρια</b>	<b>Κορίτσια</b>
Εθισμός στο αλκοόλ	10	13
Εξάρτηση από το αλκοόλ	14	15
Ασθένεια	4	3
Υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ	3	3
Επιθυμία για αλκοόλ	2	2
Δεν ξέρω	4	2
Δεν απάντησαν	10	12
Κακή συνήθεια	3	0

**Ερώτηση 14. Έχετε μεθύσει;**

	<b>ΝΑΙ</b>	<b>ΟΧΙ</b>
Αγόρια	35	15
Κορίτσια	16	34

**Ερώτηση 15. Αν ναι που και πότε;**

	<b>Αγόρια</b>	<b>Κορίτσια</b>
Εκδρομή	0	4
Διασκέδαση	17	4
Στο σπίτι	1	3
Πολλές φορές σε πολλά μέρη	9	0
Πάρτι	7	4
Καμία απάντηση	16	35

**Ερώτηση 16. Τι αισθανθήκατε;**

	<b>Αγόρια</b>	<b>Κορίτσια</b>
Ζάλη	12	3
Εφορία	3	3
Εκτός ελέγχου	8	0
Δυσκολία στην ομιλία	5	3
Δυσκολία στο περπάτημα	5	4
Ζάλη + δυσκολία στο περπάτημα	6	6
Δεν απάντησαν	11	31



**Ερώτηση 17. Οδηγάτε μετά από χρήση αλκοόλ;**

	<b>ΝΑΙ</b>	<b>ΟΧΙ</b>	<b>Μερικές φορές</b>
Αγόρια	10	30	10
Κορίτσια	0	46	4

**Ερώτηση 18. Έχετε δημιουργήσει πρόβλημα στην οικογένεια σας μετά από χρήση αλκοόλ;**

	<b>ΝΑΙ</b>	<b>ΟΧΙ</b>
Αγόρια	4	46
Κορίτσια	0	50

**Ερώτηση 19. Αν ναι τι πρόβλημα;**

	<b>Κανένα πρόβλημα</b>	<b>Τραυματισμοί</b>	<b>Φασαρία</b>
Αγόρια	45	1	4
Κορίτσια	50	0	0

**Ερώτηση 20. Σε πόσους από την παρέα σου, αρέσει το ποτό;**

	<b>Αγόρια</b>	<b>Κορίτσια</b>
Σε όλους	24	6
Στους περισσότερους	12	16
Στους μισούς	4	5
Σε λίγους	7	18
Σε κανένα	3	5

**Ερώτηση 21. Τι ποτό προτιμάτε;**

	<b>Αγόρια</b>	<b>Κορίτσια</b>
Μπύρα	10	14
Κρασί	8	5
Ευγενή	24	24
Λικέρ	0	4
Όλα	7	1
Δεν απάντησαν	1	2

**Ερώτηση 22. Όταν πίνετε κάνετε χρήση άλλων ουσιών όπως:**

	<b>Αγόρια</b>	<b>Κορίτσια</b>
Καπνός	13	6
Ναρκωτικά	0	0
Άλλες ουσίες	0	0
Τίποτα	37	44

**Ερώτηση 23. Πόσα ποτηράκια (μέσος όρος) πίνετε στη διάρκεια της διασκέδασης σας;**

	<b>Αγόρια</b>	<b>Κορίτσια</b>
1-2	16	30
3-4	8	6
Πάνω από 5	23	7
Καθόλου	3	7

**Ερώτηση 24. Τον τελευταίο καιρό έχετε προβλήματα που να συνδέονται με το ποτό;**

	<b>ΝΑΙ</b>	<b>ΟΧΙ</b>
Αγόρια	0	50
Κορίτσια	0	50

**Ερώτηση 25. Αν ναι, τι προβλήματα;**

	<b>Αγόρια</b>	<b>Κορίτσια</b>
Κανένα πρόβλημα	50	50

**Ερώτηση 26. Σε ένα πάρτι ή μια συγκέντρωση προσπαθείτε να πάρετε παραπάνω ποτά, γιατί αυτά που σερβίρονται δεν είναι αρκετά;**

	<b>ΝΑΙ</b>	<b>ΟΧΙ</b>
Αγόρια	13	37
Κορίτσια	6	44

**Ερώτηση 27. Έχετε απουσιάσει από διάφορες υποχρεώσεις σας εξαιτίας του αλκοόλ;**

	<b>ΝΑΙ</b>	<b>ΟΧΙ</b>
Αγόρια	10	40
Κορίτσια	2	48

**Ερώτηση 28. Έχετε αισθανθεί ότι η ζωή σας θα ήταν καλύτερη αν δεν πίνατε;**

	<b>ΝΑΙ</b>	<b>ΟΧΙ</b>	<b>Δεν απάντησαν</b>
Αγόρια	10	38	2
Κορίτσια	5	35	10

**Ερώτηση 29. Έχετε επιχειρήσει να το κόψετε;**

	<b>ΝΑΙ</b>	<b>ΟΧΙ</b>	<b>Δεν απάντησαν</b>
Αγόρια	5	43	2
Κορίτσια	2	35	13

**Ερώτηση 30. Πιστεύετε πως είστε επαρκώς ενημερωμένος σχετικά με τις επιπτώσεις της χρήσης αλκοόλ;**

	<b>ΝΑΙ</b>	<b>ΟΧΙ</b>
Αγόρια	35	15
Κορίτσια	36	14

## Πίνακες για τις ηλικίες 20-25

**Ερώτηση 1. Ξέρετε τι είναι τα αλκοολούχα ποτά;**

Φύλο	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Αγόρια	50	0
Κορίτσια	50	0

**Ερώτηση 2. Ποια αλκοολούχα ποτά γνωρίζετε;**

	Αγόρια	Κορίτσια
Ούισκι, βότκα, κρασί, ρακί, μπύρα	12	11
Κρασί, ούισκι, βότκα	3	3
Ούισκι, βότκα, μπύρα	7	6
Βότκα, ούισκι	4	7
Ρακί, κρασί, μπύρα	3	0
Μπύρα	1	0
Κρασί - ούισκι, βότκα, ούζο	0	5
Βότκα	0	2
Όλα	20	16

**Ερώτηση 3. Πίνετε αλκοόλ;**

	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Αγόρια	44	6
Κορίτσια	42	8
Σύνολο	86%	14%

**Ερώτηση 4. Πόσο πίνετε ημερησίως;**

	<b>Αγόρια</b>	<b>Κορίτσια</b>
1-2 ποτήρια	23	14
3-4 ποτήρια	10	2
Πάνω από 5 ποτήρια	3	1
Καθόλου	14	33

**Ερώτηση 5. Που πίνετε;**

	<b>Αγόρια</b>	<b>Κορίτσια</b>
Σπίτι με παρέα	0	5
Έξω με παρέα	20	30
Σπίτι με παρέα + Έξω με παρέα	14	7
Σπίτι μόνος + έξω με παρέα	2	2
Σπίτι με παρέα + έξω μόνος + έξω με παρέα	0	1
Σπίτι μόνος + παρέα, έξω μόνος + παρέα	3	0
Σπίτι μόνος + παρέα, έξω με παρέα	1	1
Όλα	5	0
Δεν απάντησαν	5	4

**Ερώτηση 6. Σε ποια ηλικία αρχίσατε να πίνετε;**

	<b>Αγόρια</b>	<b>Κορίτσια</b>
12-15	18	7
15-20	30	32
20-25	1	6
Δεν απάντησαν	1	5

**Ερώτηση 7. Ποιος σας έδωσε για πρώτη φορά να πιείτε;**

	<b>Αγόρια</b>	<b>Κορίτσια</b>
Γονείς	9	10
Φίλοι	11	9
Μόνος σας	28	28
Κάποιος άλλος	1	0
Δεν απάντησαν	1	3

**Ερώτηση 8. Υπάρχουν άτομα στην οικογένεια που πίνουν πολύ;**

	<b>ΝΑΙ</b>	<b>ΟΧΙ</b>
Αγόρια	7	43
Κορίτσια	47	3

**Ερώτηση 9. Αν ναι ποίος;**

	<b>Αγόρια</b>	<b>Κορίτσια</b>
Κανένας	43	44
Πατέρας	3	3
Παππούς	1	1
Θείος	3	2

**Ερώτηση 10. Το αλκοόλ είναι διατροφικό στοιχείο;**

	<b>ΝΑΙ</b>	<b>ΟΧΙ</b>	<b>Δεν απάντησαν</b>
Αγόρια	5	45	0
Κορίτσια	6	43	1

**Ερώτηση 11. Ξέρετε τι επιπτώσεις έχει το αλκοόλ στην υγεία;**

	<b>ΝΑΙ</b>	<b>ΟΧΙ</b>
Αγόρια	48	2
Κορίτσια	50	0

**Ερώτηση 12. Αν ναι ποιες θεωρείται σημαντικότερες;**

	<b>Αγόρια</b>	<b>Κορίτσια</b>
Κίρρωση ήπατος	20	16
Καρδιακές παθήσεις	7	5
Απώλεια συγκέντρωσης	2	2
Πόνος στο στομάχι	3	3
ΚΗ - ΚΠ	13	17
ΚΗ - ΚΠ - ΑΣ	3	7
Όλα	1	0
Δεν απάντησαν	1	0



**Ερώτηση 13. Τι είναι ο αλκοολισμός;**

	<b>Αγόρια</b>	<b>Κορίτσια</b>
Εθισμός στο αλκοόλ	20	21
Εξάρτηση από το αλκοόλ	5	17
Ασθένεια	3	2
Υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ	2	3
Επιθυμία για αλκοόλ	0	1
Κακή συνήθεια	2	0
Δεν απάντησαν	18	6

**Ερώτηση 14. Έχετε μεθύσει;**

	<b>ΝΑΙ</b>	<b>ΟΧΙ</b>
Αγόρια	47	3
Κορίτσια	37	13

**Ερώτηση 15. Αν ναι που και πότε;**

	<b>Αγόρια</b>	<b>Κορίτσια</b>
Εκδρομή	2	2
Διασκέδαση	20	20
Στο σπίτι	2	7
Πολλές φορές σε πολλά μέρη	10	3
Καμία απάντηση	16	18

**Ερώτηση 16. Τι αισθανθήκατε;**

	<b>Αγόρια</b>	<b>Κορίτσια</b>
Ζάλη	11	13
Εφορία	6	12
Εκτός ελέγχου	6	2
Δυσκολία στην ομιλία	1	2
Δυσκολία στο περπάτημα	5	4
Ζάλη + δυσκολία στο περπάτημα	8	9
Δεν απάντησαν	3	1
Όλα	10	7

**Ερώτηση 17. Οδηγάτε μετά από χρήση αλκοόλ;**

	<b>ΝΑΙ</b>	<b>ΟΧΙ</b>	<b>Μερικές φορές</b>	<b>Δεν απάντησαν</b>
Αγόρια	15	21	14	0
Κορίτσια	1	40	6	3

**Ερώτηση 18. Έχετε δημιουργήσει πρόβλημα στην οικογένεια σας μετά από χρήση αλκοόλ;**

	<b>ΝΑΙ</b>	<b>ΟΧΙ</b>	<b>Δεν απάντησαν</b>
Αγόρια	4	46	0
Κορίτσια	3	45	2

**Ερώτηση 19. Αν ναι τι πρόβλημα;**

	<b>Κανένα πρόβλημα</b>	<b>Τραυματισμοί</b>	<b>Φασαρία</b>	<b>Ανησυχία</b>
Αγόρια	44	1	5	0
Κορίτσια	47	0	0	3

**Ερώτηση 20. Σε πόσους από την παρέα σου, αρέσει το ποτό;**

	<b>Αγόρια</b>	<b>Κορίτσια</b>
Σε όλους	18	8
Στους περισσότερους	22	26
Στους μισούς	3	7
Σε λίγους	5	8
Σε κανένα	2	1

**Ερώτηση 21. Τι ποτό προτιμάτε;**

	<b>Αγόρια</b>	<b>Κορίτσια</b>
Μπύρα	2	11
Κρασί	15	14
Λικέρ	0	4
Ευγενή (ουίσκι, βότκα, σαμπάνια)	16	4
Κρασί - Ευγενή	4	3
Μπύρα - Κρασί	4	3
Κρασί - Λικέρ	0	3
Κρασί - Μπύρα - Ευγενή	6	5
Τίποτα	2	3

**Ερώτηση 22. Όταν πίνετε κάνετε χρήση άλλων ουσιών όπως:**

	<b>Αγόρια</b>	<b>Κορίτσια</b>
Καπνός	24	20
Ναρκωτικά	0	0
Άλλες ουσίες	2	0
Τίποτα	24	28
Δεν απάντησαν	0	2

**Ερώτηση 23. Πόσα ποτηράκια (μέσος όρος) πίνετε στη διάρκεια της διασκέδασης σας;**

	<b>Αγόρια</b>	<b>Κορίτσια</b>
1-2	9	35
3-4	10	11
Πάνω από 5	23	1
Καθόλου	2	2
Δεν απάντησαν	6	1

**Ερώτηση 24. Τον τελευταίο καιρό έχετε προβλήματα που να συνδέονται με το ποτό;**

	<b>ΝΑΙ</b>	<b>ΟΧΙ</b>
Αγόρια	3	47
Κορίτσια	5	45

**Ερώτηση 25. Αν ναι, τι προβλήματα;**

	<b>Αγόρια</b>	<b>Κορίτσια</b>
Κανένα πρόβλημα	45	46
Πόνο στο στομάχι	1	2
Πρόβλημα στις σχέσεις	2	0
Πρόβλημα συγκέντρωσης	2	2

**Ερώτηση 26. Σε ένα πάρτι ή μια συγκέντρωση προσπαθείτε να πάρετε παραπάνω ποτά, γιατί αυτά που σερβίρονται δεν είναι αρκετά;**

	<b>ΝΑΙ</b>	<b>ΟΧΙ</b>
Αγόρια	12	38
Κορίτσια	4	46

**Ερώτηση 27. Έχετε απουσιάσει από διάφορες υποχρεώσεις σας εξαιτίας του αλκοόλ;**

	<b>ΝΑΙ</b>	<b>ΟΧΙ</b>
Αγόρια	16	34
Κορίτσια	7	43

**Ερώτηση 28. Έχετε αισθανθεί ότι η ζωή σας θα ήταν καλύτερη αν δεν πίνατε;**

	<b>ΝΑΙ</b>	<b>ΟΧΙ</b>	<b>Δεν απάντησαν</b>
Αγόρια	12	36	2
Κορίτσια	4	36	10

**Ερώτηση 29. Έχετε επιχειρήσει να το κόψετε;**

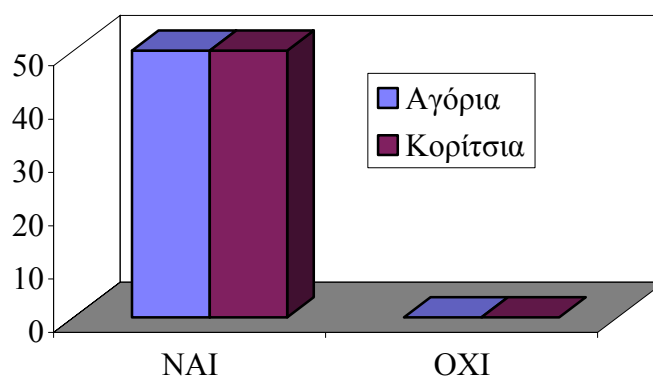
	<b>ΝΑΙ</b>	<b>ΟΧΙ</b>	<b>Δεν απάντησαν</b>
Αγόρια	2	43	5
Κορίτσια	4	39	7

**Ερώτηση 30. Πιστεύετε πως είστε επαρκώς ενημερωμένος σχετικά με τις επιπτώσεις της χρήσης αλκοόλ;**

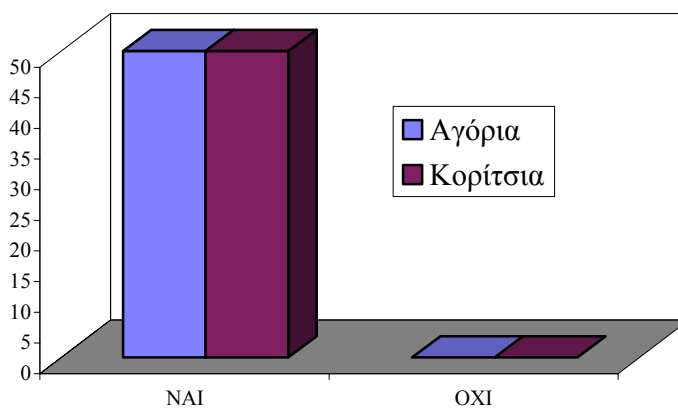
	<b>ΝΑΙ</b>	<b>ΟΧΙ</b>
Αγόρια	35	15
Κορίτσια	36	14

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

**Ξέρετε τι είναι τα αλκοολούχα ποτά;  
Ηλικίες 14-19 ετών**

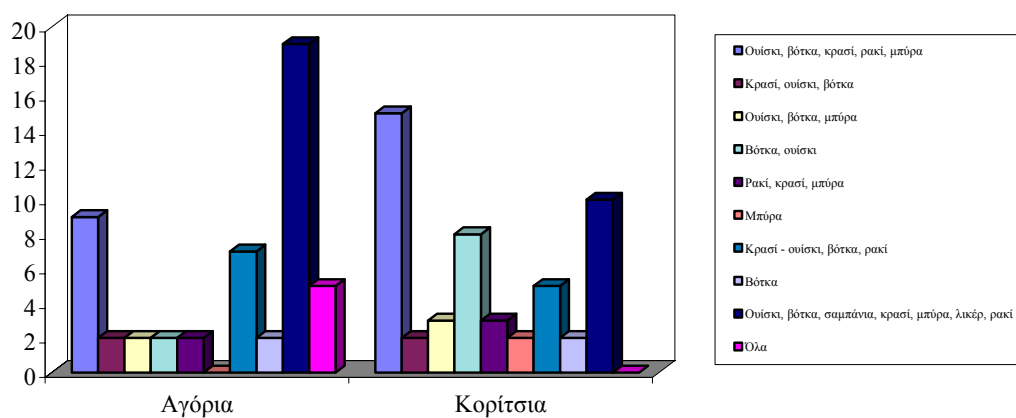


**Ξέρετε τι είναι τα αλκοολούχα ποτά;  
Ηλικίες 20-25 ετών**

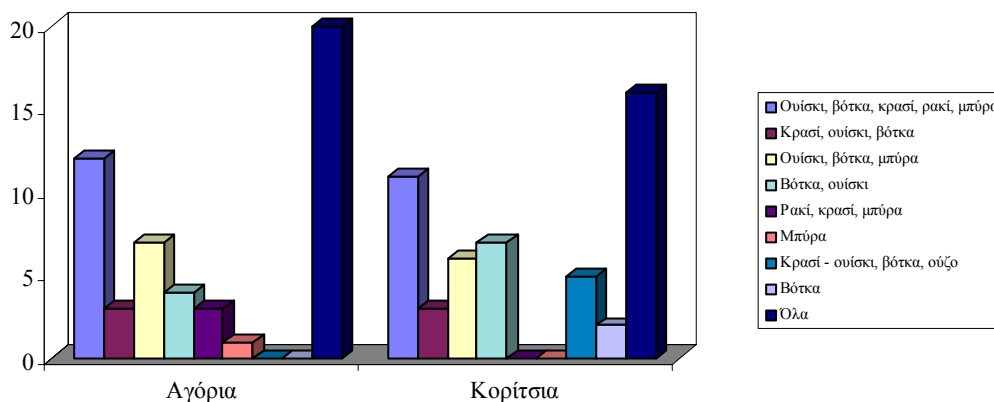


Στο παραπάνω διάγραμμα καταγράφεται αν ξέρουν τι είναι τα αλκοολούχα ποτά, όλοι όσοι ερωτήθηκαν (100%), απάντησαν ότι γνωρίζουν.

Ποια αλκοολούχα ποτά γνωρίζετε;  
Ηλικίες 14-20 ετών



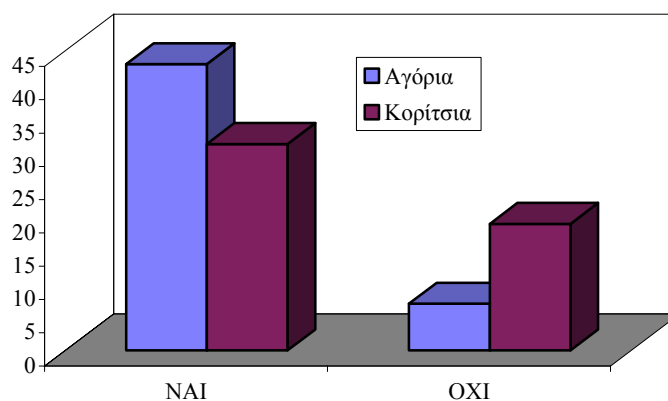
Ποια αλκοολούχα ποτά γνωρίζετε;  
Ηλικίες 20-25 ετών



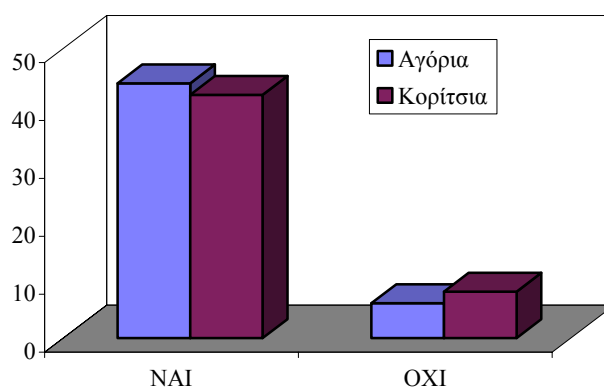
Στην ερώτηση ποια αλκοολούχα ποτά γνωρίζετε, παρατηρούμε ότι το 36% στις ηλικίες 20-25 ετών γνωρίζουν όλα τα ποτά, σε μεγαλύτερο ποσοστό είναι αγόρια 20% σε σχέση με τις ηλικίες 14-19 ετών όπου οι πιο πολλοί 29% αναφέρουν ότι ξέρουν τα περισσότερα ποτά, όπου και πάλι σε μεγαλύτερο ποσοστό είναι αγόρια 19%.



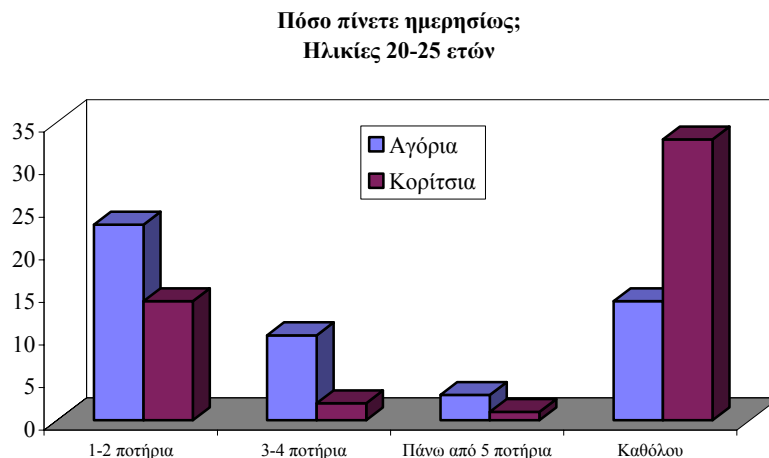
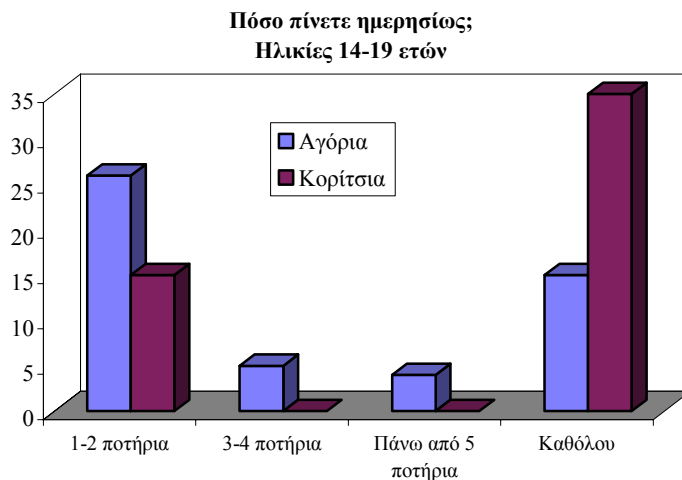
**Πίνετε αλκοόλ;  
Ηλικίες 14-19 ετών**



**Πίνετε αλκοόλ;  
Ηλικίες 20-25 ετών**

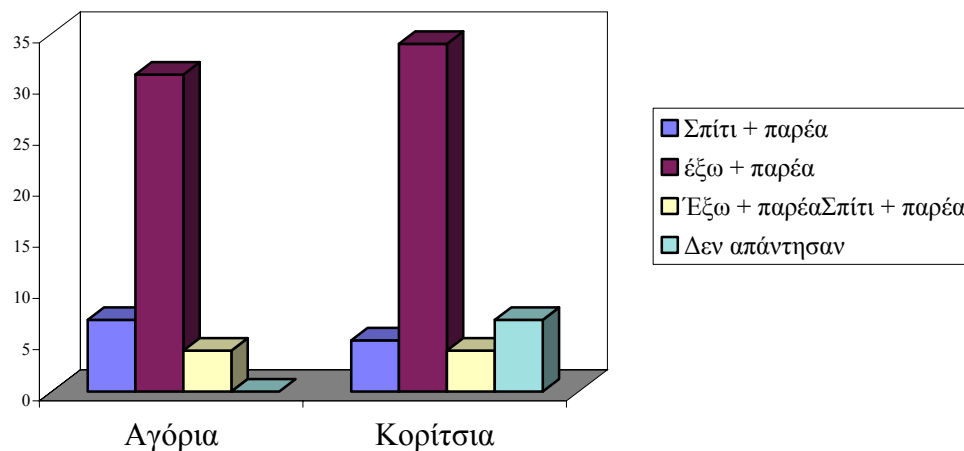


Τα ποσοστά των ατόμων που πίνουν αλκοολούχα ποτά στην ηλικία των 14-19 ετών ανέρχονται στο 74%, από τα οποία το 31% είναι κορίτσια και το 43% είναι αγόρια, ποσοστά ιδιαίτερα αυξημένα για τις ηλικίες αυτές ενώ στο ποσοστό των 26% είναι αυτοί που δεν πίνουν αλκοολούχα ποτά από τα οποία το 19% είναι κορίτσια και το 7% είναι αγόρια. Όπως επίσης και στην ηλικία των 20-25 αυτοί που πίνουν είναι το 86% των ερωτηθέντων από τους οποίους το 42% είναι κορίτσια και το 44% αγόρια. Ενώ μόλις το 14% δεν πίνει καθόλου.

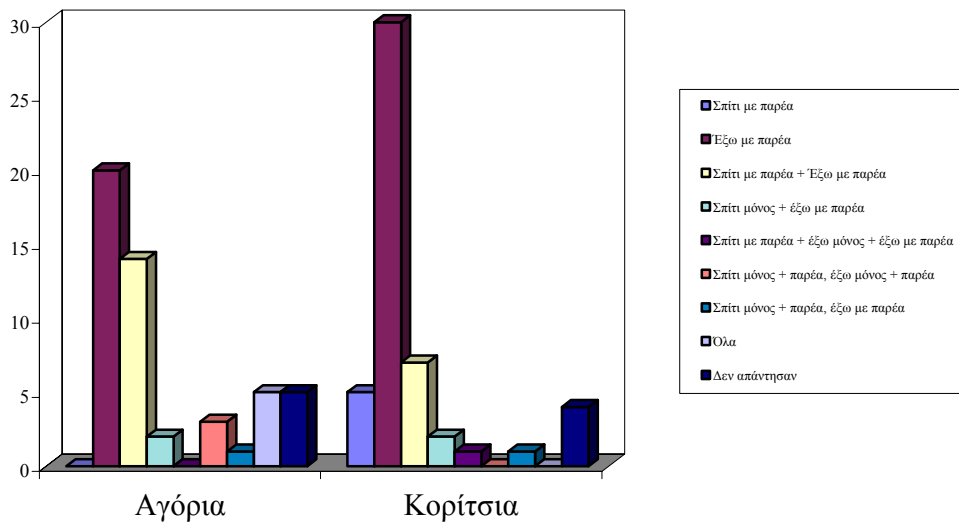


Στα παραπάνω διαγράμματα βλέπουμε τις ποσότητες ημερήσιας κατανάλωσης αλκοόλ. Στις ηλικίες 14-19 ετών το 50% των ερωτηθέντων δεν πίνει καθόλου ημερησίως, ενώ το 41% πίνει 1-2 ποτηράκια από τα οποία το 15% είναι κορίτσια και το 26% αγόρια. Αξίζει να σημειωθεί ότι το 4% πίνει πάνω από 5 ποτήρια ημερησίως τα οποία είναι αγόρια. Στην ηλικία των 20-25 ετών το 47% δεν πίνει καθόλου ημερησίως και το 37% πίνει 1-2 ποτηράκια, το 12% 3-4 ποτηράκια και το 4% πάνω από 5 ποτηράκια ημερησίως.

**Που πίνετε;  
Ηλικίες 14-19 ετών**

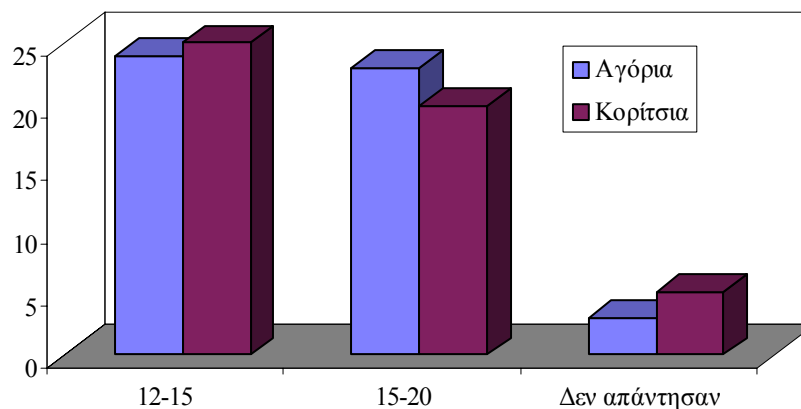


**Που πίνετε;  
Ηλικίες 20-25 ετών**

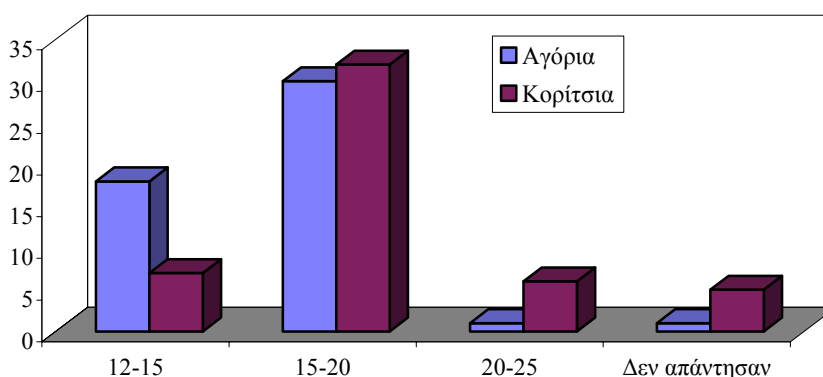


Παραπάνω βλέπουμε ότι το 65% των ερωτηθέντων στις ηλικίες 14-19 ετών πίνουν έξω με παρέα και 12% πίνουν στο σπίτι με παρέα. Στις ηλικίες 20-25 ετών το 50% πίνει έξω με παρέα και ένα μικρό ποσοστό αναφέρει ότι πίνουν μόνοι στο σπίτι ή έξω.

Σε ποια ηλικία αρχίσατε να πίνετε;  
Ηλικίες 14-19 ετών

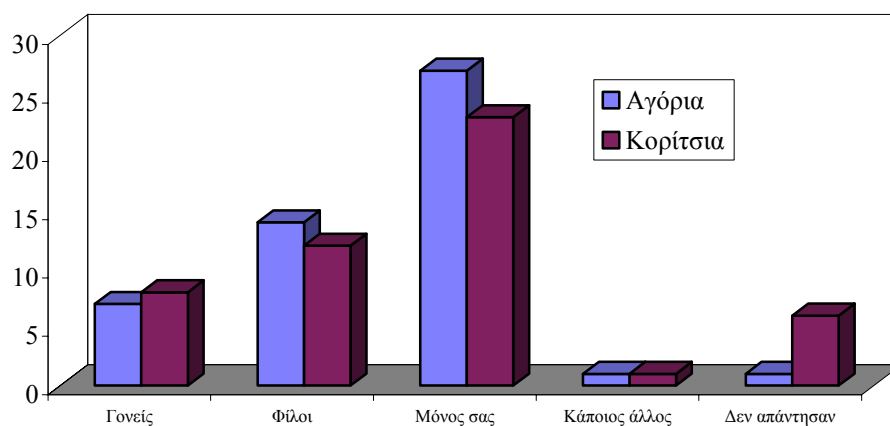


Σε ποια ηλικία αρχίσατε να πίνετε;  
Ηλικίες 20-25 ετών

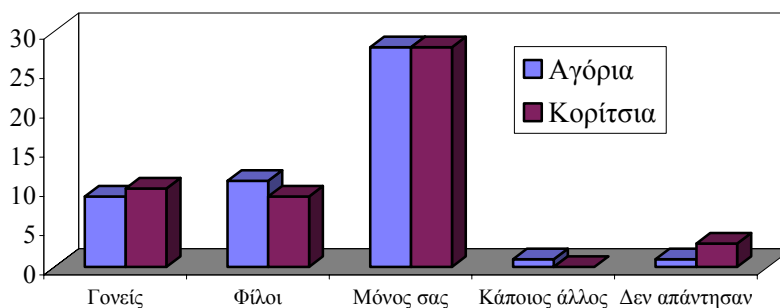


Παρατηρούμε στο διάγραμμα ότι στις ηλικίες 14-19 το 49% άρχισε να πίνει σε ηλικία 12-15 ετών από τα οποία το 25% είναι κορίτσια και 24% αγόρια και το 43% άρχισε να πίνει 15-20 ετών. Ενώ στις ηλικίες 20-25 ετών το 62% άρχισε το ποτό σε ηλικία 15-20 ετών και το 25% 12-15 ετών. Παρατηρούμε στις μικρότερες ηλικίες ότι αρχίζουν να πίνουν πιο νωρίς από ότι στις πιο μεγάλες.

**Ποιος σας έδωσε για πρώτη φορά να πιείτε;  
Ηλικίες 14-19 ετών**

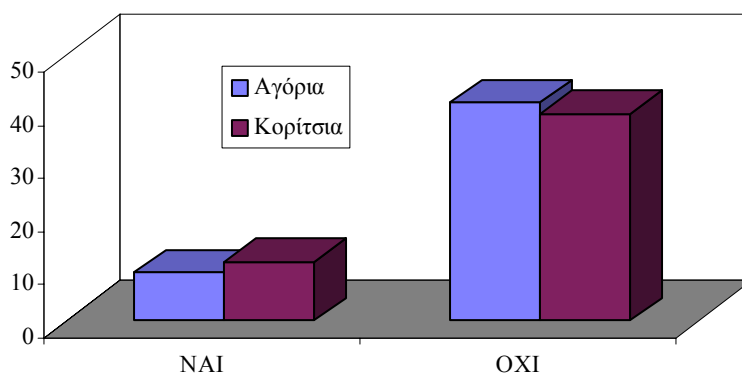


**Ποιος σας έδωσε για πρώτη φορά να πιείτε;  
Ηλικίες 20-25 ετών**

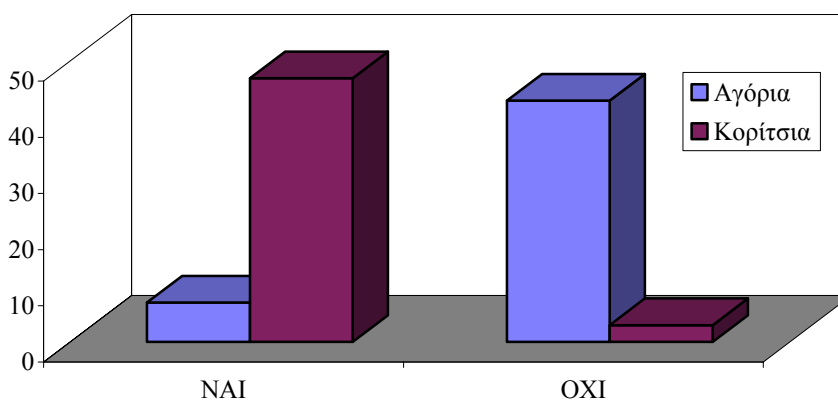


Στην ερώτηση ποιος τους έδωσε να πιουν για πρώτη φορά το 50% λένε ότι μόνοι τους στην ηλικία 14-19 ετών, το 26% φίλοι και το 15% οι γονείς. Στην ηλικία 20-25 ετών το 56% μόνοι τους το 20% οι φίλοι και 19% οι γονείς.

**Υπάρχουν άτομα στην οικογένεια που πίνουν πολύ;  
Ηλικίες 14-19 ετών**

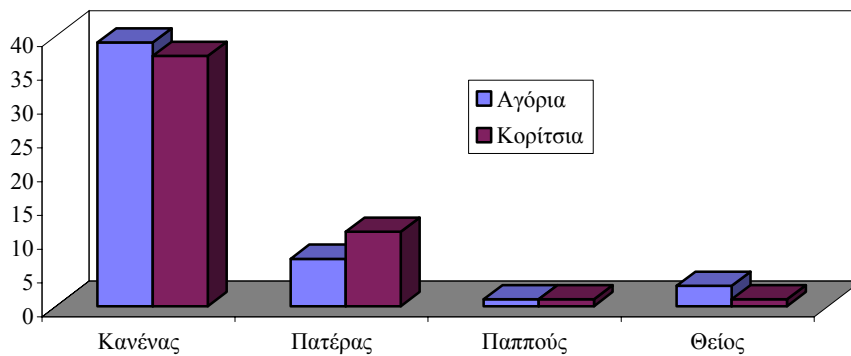


**Υπάρχουν άτομα στην οικογένεια που πίνουν πολύ;  
Ηλικίες 20-25 ετών**

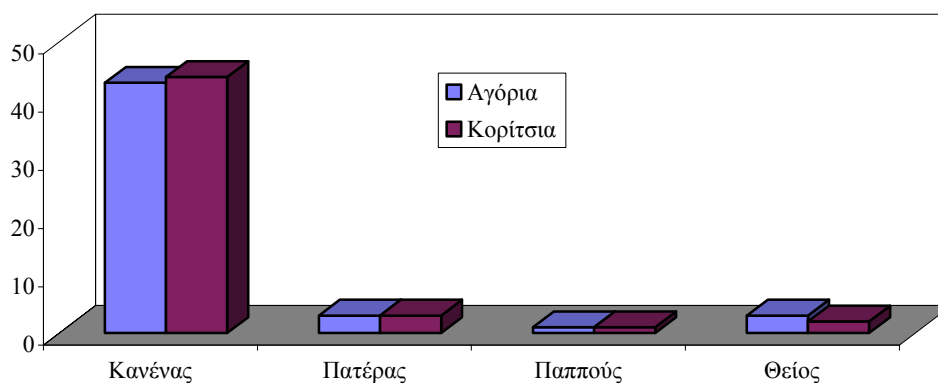


Στα παραπάνω διαγράμματα καταγράφεται αν υπάρχουν άτομα που πίνουν πολύ στην οικογένεια στις ηλικίες 14-19 ετών το 80% μας λέει όχι ενώ το 20% απαντάει ναι. Στις ηλικίες 20-25 ετών το 43% λέει όχι από τους οποίους είναι αγόρια και ναι απάντησε το 54% από τα οποία το 47% είναι κορίτσια.

Αν ναι ποιος;  
Ηλικίες 14-19 ετών

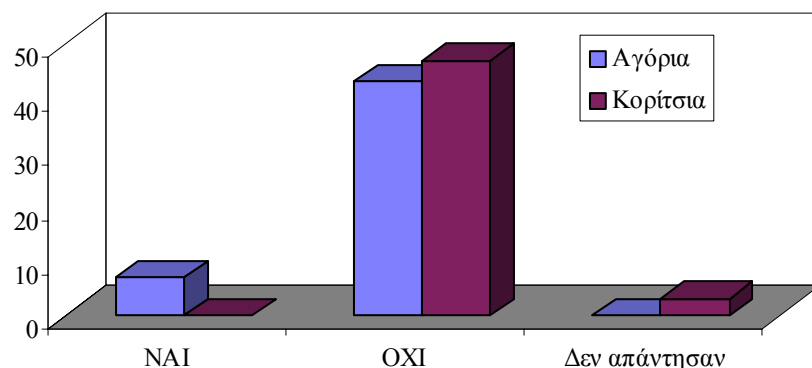


Αν ναι ποιος;  
Ηλικίες 20-25 ετών

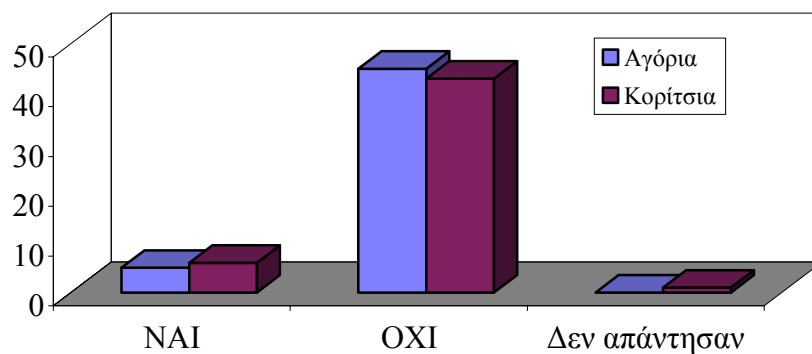


Στην ερώτηση ποιος από την οικογένεια πίνει πολύ στις ηλικίες 14-19 ετών το 76% απάντησαν κανένας, από τους οποίους το 37% ήταν κορίτσια και το 39% αγόρια και το 18% ο πατέρας. Στα 20-25% απάντησε κανένας το 87% και ο πατέρας το 6%.

**Το αλκοόλ είναι διατροφικό στοιχείο;  
Ηλικίες 14-19 ετών**



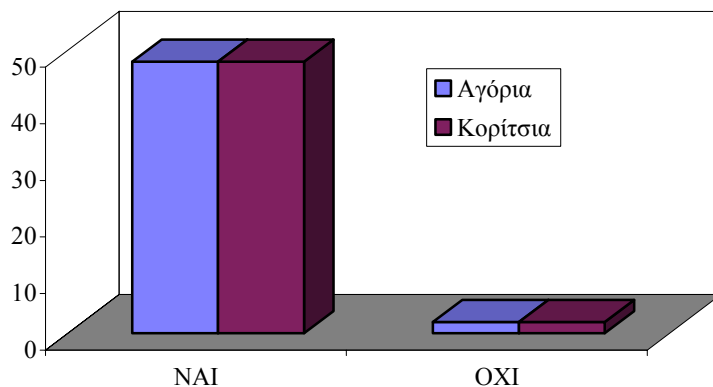
**Το αλκοόλ είναι διατροφικό στοιχείο;  
Ηλικίες 20-25 ετών**



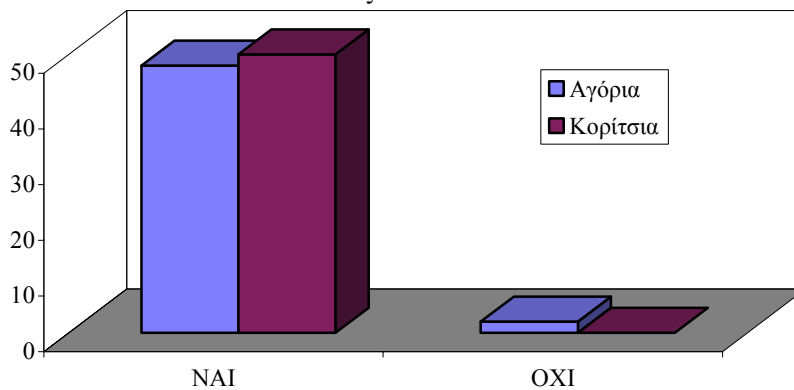
Παρατηρούμε από τα παραπάνω στοιχεία ότι στις ηλικίες 14-19 ετών το 90% αναφέρει ότι το αλκοόλ δεν είναι διατροφικό στοιχείο, ενώ μόλις το 7% απαντάει ότι είναι. Το ίδιο ισχύει και για τις ηλικίες 20-25% όπου το 88% δεν γνωρίζει ότι το αλκοόλ είναι διατροφικό στοιχείο.



**Ξέρετε τι επιπτώσεις έχει το αλκοόλ στην υγεία;  
Ηλικίες 14-19 ετών**

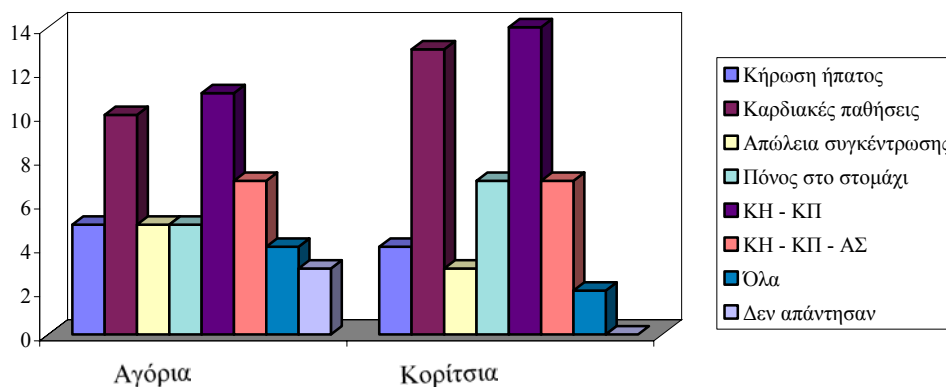


**Ξέρετε τι επιπτώσεις έχει το αλκοόλ στην υγεία;  
Ηλικίες 20-25 ετών**

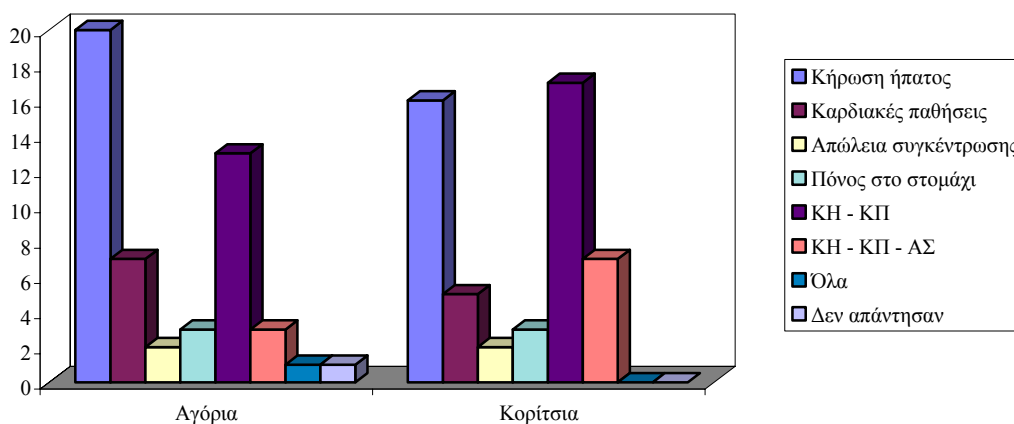


Οι ερωτηθέντες μας φαίνεται να γνωρίζουν τις επιπτώσεις που έχει στην υγεία το αλκοόλ. Το 96% στις ηλικίες 14-19 ετών και το 98% στις ηλικίες 20-25 ετών μας απάντησε θετικά.

Αν ναι ποιες θεωρείτε σημαντικότερες;  
Ηλικίες 14-19 ετών



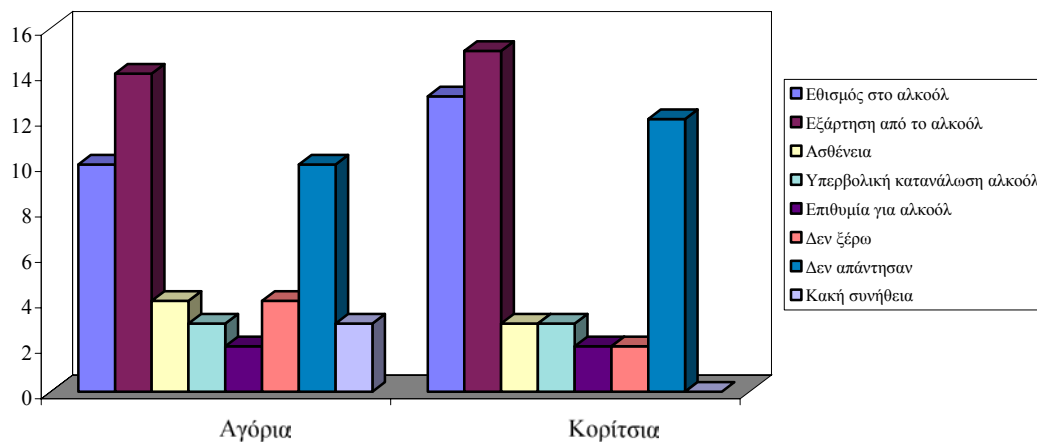
Αν ναι ποιες θεωρείτε σημαντικότερες;  
Ηλικίες 20-25 ετών



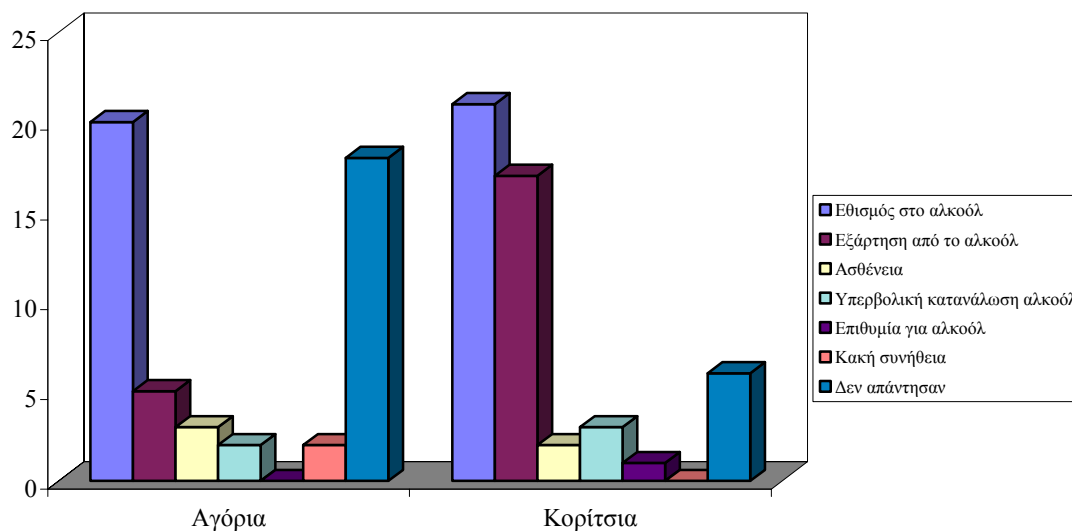
Ως σημαντικότερη επίπτωση θεωρείται η κίρρωση του ήπατος στις ηλικίες 20-25 ετών με 36%, οι καρδιακές παθήσεις με 30%, 12 % απάντησαν κίρρωση ήπατος και καρδιακές παθήσεις ενώ το 4% απώλεια συγκέντρωσης και 6% πόνο στο στομάχι.

Στην ηλικία 14-19 ετών θεωρούνται σημαντικότερες η κίρρωση του ήπατος και καρδιακές παθήσεις σε ποσοστό 25%, οι καρδιακές παθήσεις στο 23%, απώλεια συγκέντρωσης στο 8% και πόνο στο στομάχι στο 12%.

**Τι είναι ο αλκοολισμός;  
Ηλικίες 14-19 ετών**

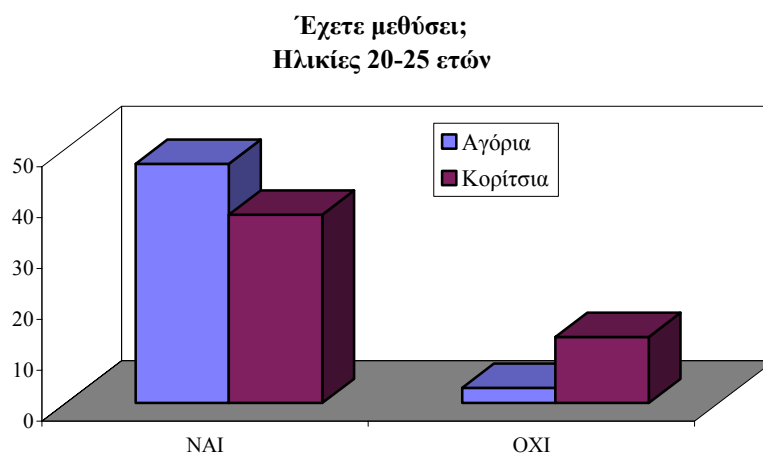
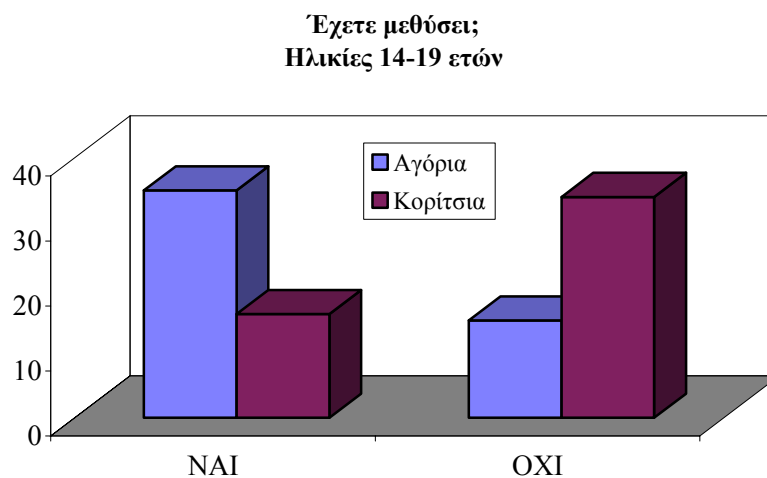


**Τι είναι ο αλκοολισμός;  
Ηλικίες 20-25 ετών**



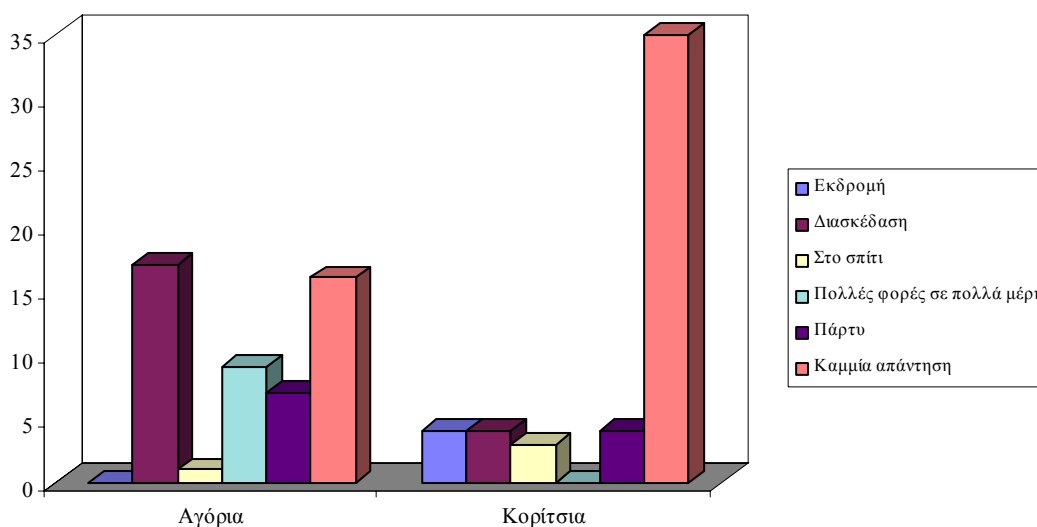
Οι ερωτηθέντες στο τι είναι ο αλκοολισμός στις ηλικίες 14-19 ετών μας απάντησαν σε ποσοστό 29% ότι είναι εξάρτηση από το αλκοόλ, σε ποσοστό 23% εθισμός στο αλκοόλ, 6% υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ, 6% απάντησε ότι δεν γνωρίζει και το 22% δεν έδωσε καμία απάντηση. Στην ηλικία 20-25 ετών οι περισσότεροι (44%) απάντησαν ότι είναι ο εθισμός στο αλκοόλ, το 22% ότι είναι εξάρτηση από το αλκοόλ, ενώ το 24% δεν έδωσε

καμία απάντηση. Βλέπουμε ένα μεγάλο ποσοστό γύρω στο 23% ότι δεν γνωρίζουν τι είναι αλκοολισμός.

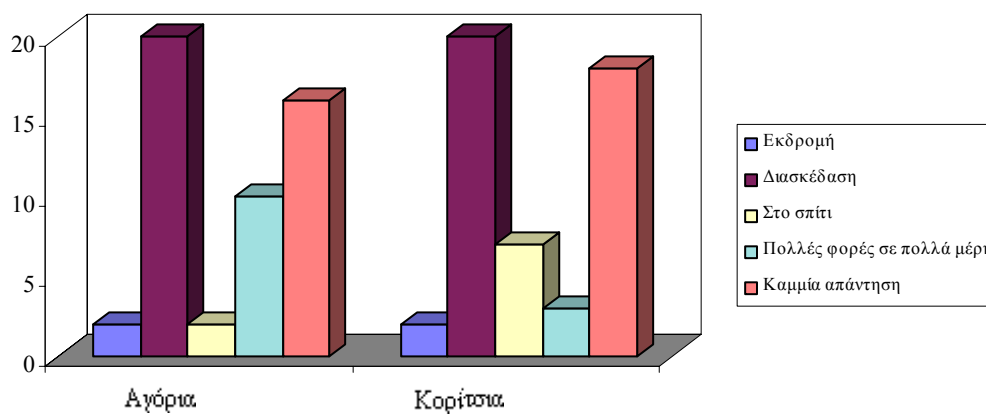


Με βάση τα παραπάνω διαγράμματα στις ηλικίες 14-19 ετών το 51% μας απαντάει ότι έχουν μεθύσει από τα οποία 16% είναι κορίτσια και το 35% αγόρια και το 49% απαντούν ότι δεν έχουν μεθύσει. Ενώ στις ηλικίες 20-25 ετών το ποσοστό των 84% λένε ότι έχουν μεθύσει, απ' αυτούς το 37% είναι κορίτσια και το 47% είναι αγόρια.

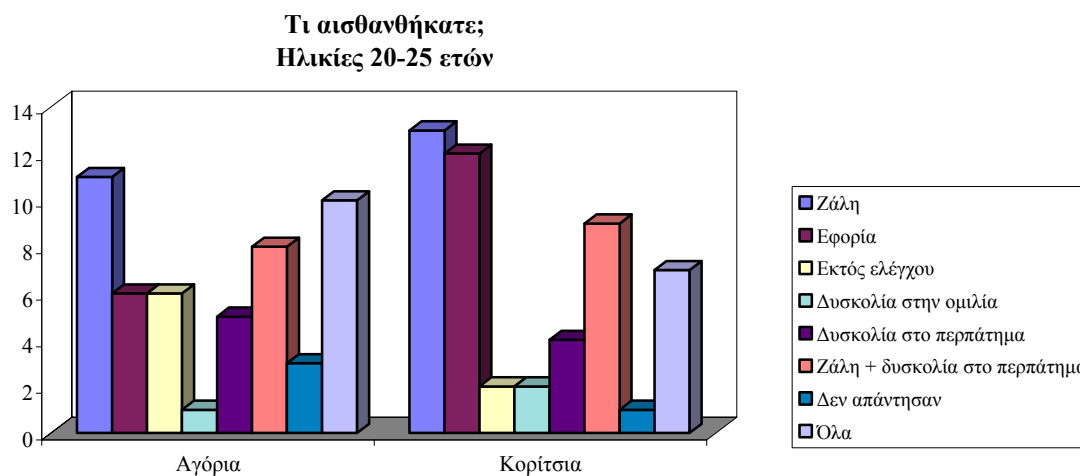
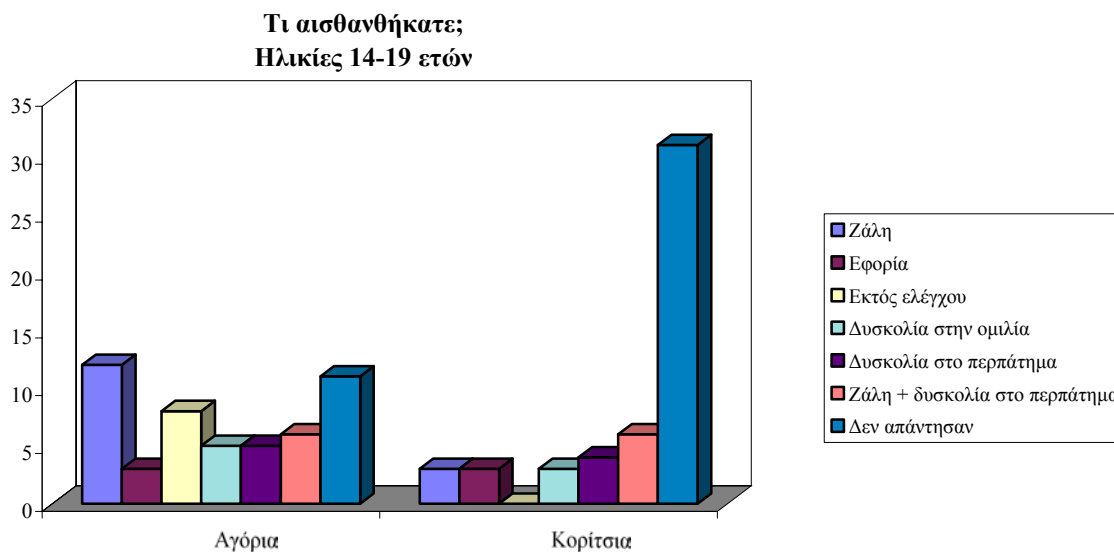
**Αν ναι που και πότε;  
Ηλικίες 14-19 ετών**



**Αν ναι που και πότε;  
Ηλικίες 20-25 ετών**

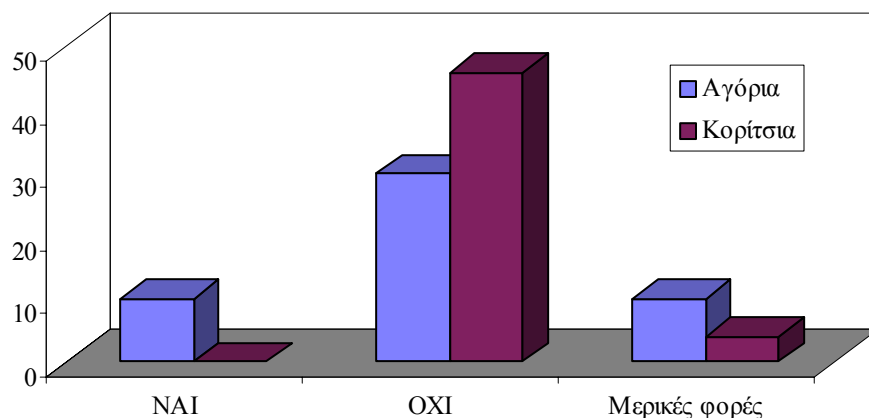


Σε διασκέδαση απαντάει το 40% των ερωτηθέντων στις ηλικίες 20-25 ετών, ενώ το 34% δεν έδωσε καμία απάντηση. Στις ηλικίες 14-19 ετών το 21% έχει μεθύσει σε διασκέδαση, το 11% σε πάρτι και το 51% δεν απάντησαν από αυτά το 35% είναι κορίτσια και το 16% αγόρια.

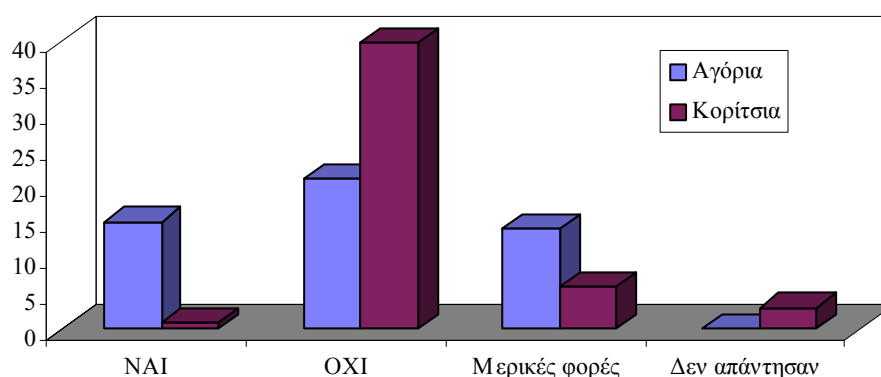


Παρατηρούμε ότι αισθάνθηκαν το 15% ζάλη, στις ηλικίες 14-19 ετών από αυτά το 12% είναι αγόρια. Σε ποσοστό 8% είναι εκτός ελέγχου από τα οποία όλα είναι αγόρια. Το 9% δυσκολεύεται να περπατήσει και το 42% δεν απάντησαν. Στην ηλικία 20-25 ετών το 24% αισθάνθηκαν ζάλη, το 18% εφορία, το 8% ότι είναι εκτός ελέγχου.

Οδηγάτε μετά από χρήση αλκοόλ;  
Ηλικίες 14-19 ετών

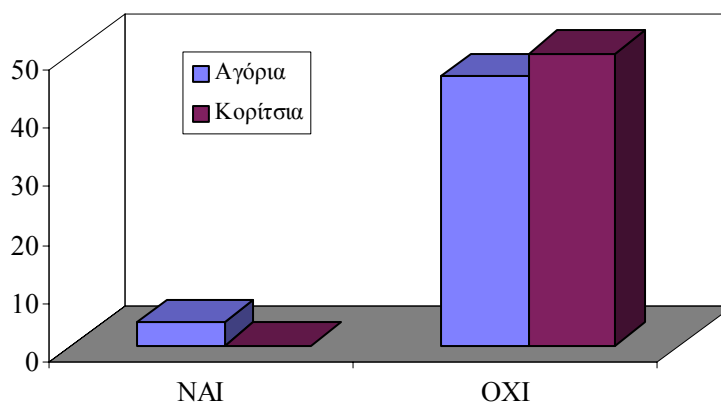


Οδηγάτε μετά από χρήση αλκοόλ;  
Ηλικίες 20-25 ετών

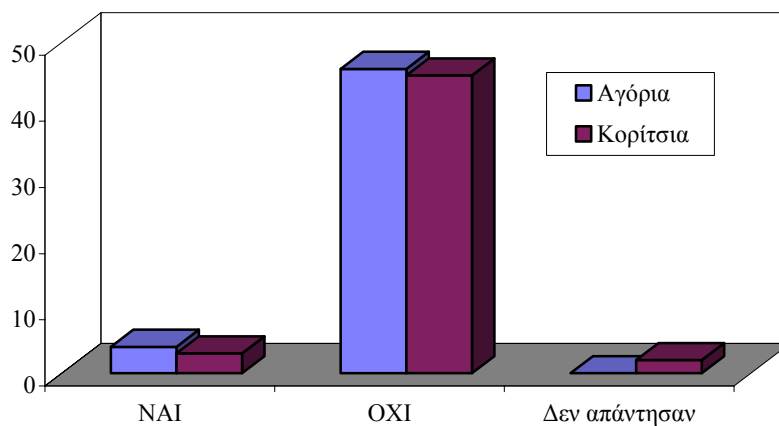


Στα παραπάνω διαγράμματα βλέπουμε ότι στις ηλικίες 14-19 ετών το 76% δεν οδηγούν μετά τη χρήση αλκοόλ, ενώ το 10% απάντησαν ναι, τα οποία είναι αγόρια και το 14% μερικές φορές οδηγούν, από τα οποία το 10% είναι αγόρια. Στις ηλικίες 20-25 ετών, το 61% δεν οδηγάει μετά από χρήση αλκοόλ, το 40% είναι κορίτσια. Σε ποσοστό 16% απάντησε ότι οδηγάει, απ' αυτά το 15% είναι αγόρια. Οδηγάει μερικές φορές απάντησε το 20%. Παρατηρούμε μεγάλα ποσοστά ατόμων ότι οδηγούν μετά από χρήση αλκοόλ και αδιαφορούν για τις συνέπειες.

**Έχετε δημιουργήσει πρόβλημα στην οικογένεια σας μετά από  
χρήση αλκοόλ;  
Ηλικίες 14-19 ετών**



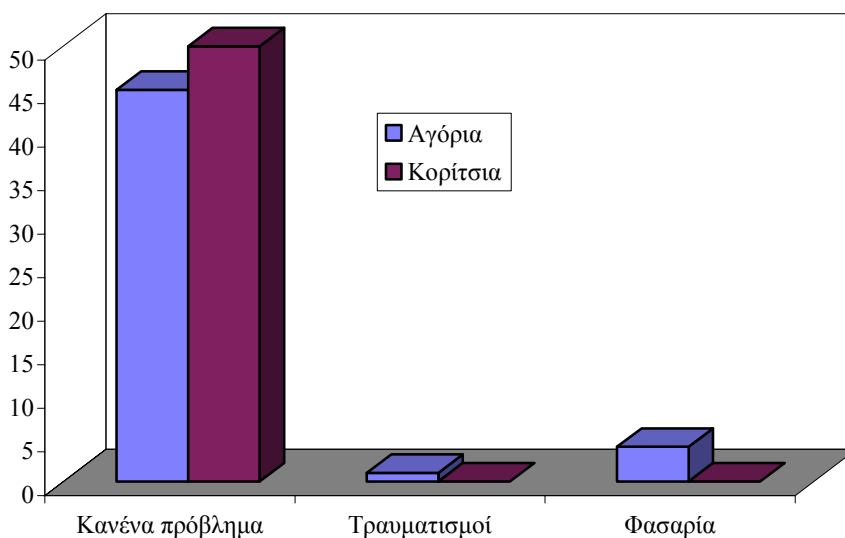
**Έχετε δημιουργήσει πρόβλημα στην οικογένεια σας μετά από χρήση  
αλκοόλ;  
Ηλικίες 20-25 ετών**



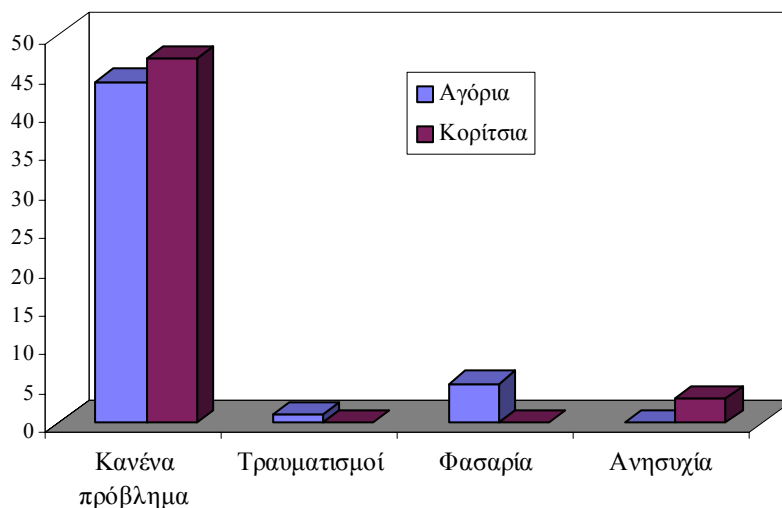
Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην ηλικία 14-19 ετών δεν έχουν δημιουργήσει κάποιο πρόβλημα στην οικογένειά τους μετά από χρήση αλκοόλ σε ποσοστό 96% καθώς και στις ηλικίες 20-25 ετών σε ποσοστό 91%



Αν ναι τι πρόβλημα;  
Ηλικίες 14-19 ετών

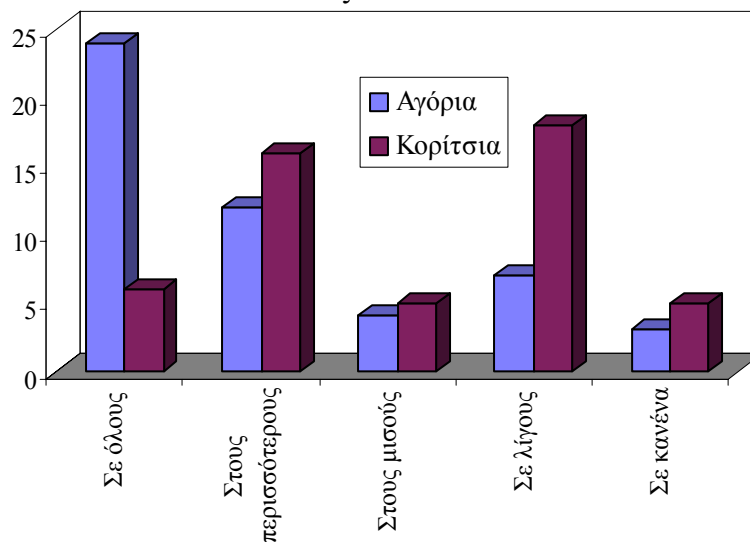


Αν ναι τι πρόβλημα;  
Ηλικίες 20-25 ετών

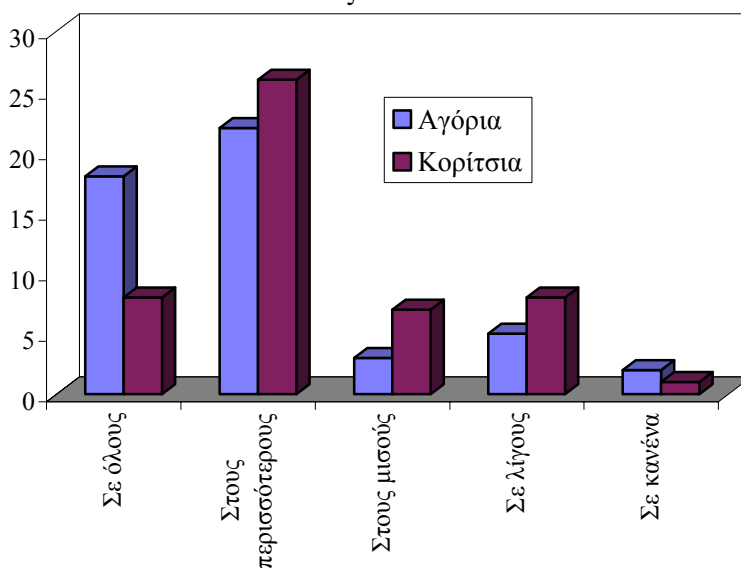


Στις ηλικίες 14-19 ετών ένα μικρό ποσοστό έχει δημιουργήσει φασαρία στην οικογένεια μετά από χρήση αλκοόλ 4%, το οποίο είναι αγόρια και 1% κάποιον τραυματισμό. Οι περισσότεροι εδώ δεν έχουν δημιουργήσει κάποιο πρόβλημα σε ποσοστό 95%. Ενώ στις ηλικίες 20-25 ετών το 3% έχει δημιουργήσει κάποια ανησυχία, το 5% φασαρία με την οικογένεια και 1% κάποιο τραυματισμό.

**Σε πόσους από την παρέα σου, αρέσει το ποτό;  
Ηλικίες 14-19 ετών**



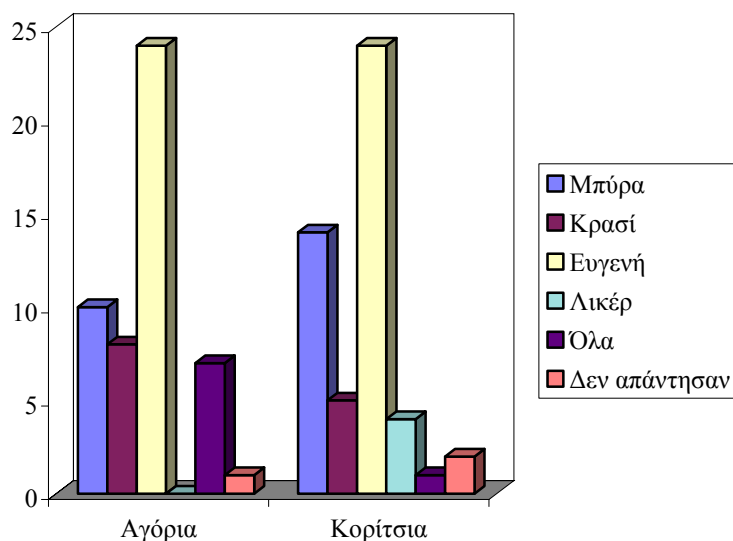
**Σε πόσους από την παρέα σου, αρέσει το ποτό;  
Ηλικίες 20-25 ετών**



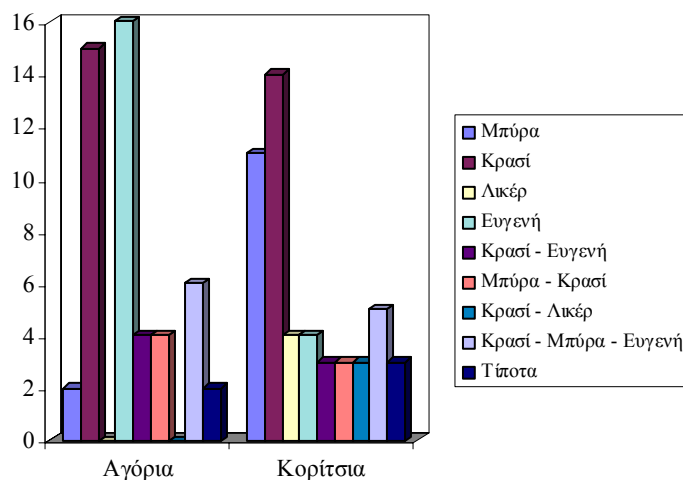
Στην ερώτηση σε πόσους από την παρέα αρέσει το ποτό οι ηλικίες 14-19 ετών μας απάντησαν το 30% σε όλους, το 28% στους περισσότερους και το 25% σε λίγους. Οι ηλικίες 20-25 ετών μας απάντησαν σε ποσοστό 48% στους περισσότερους, το 26% σε όλους και το 13% σε λίγους. Πολύ λίγοι ήταν

αυτοί που μας απάντησαν ότι δεν αρέσει σε κανένα από την παρέα το ποτό.

### Τι ποτό προτιμάτε; Ηλικίες 14-19 ετών



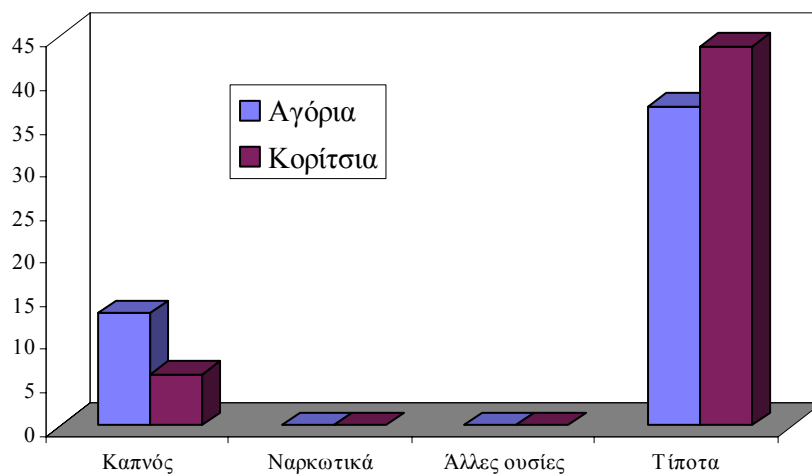
### Τι ποτό προτιμάτε; Ηλικίες 20-25



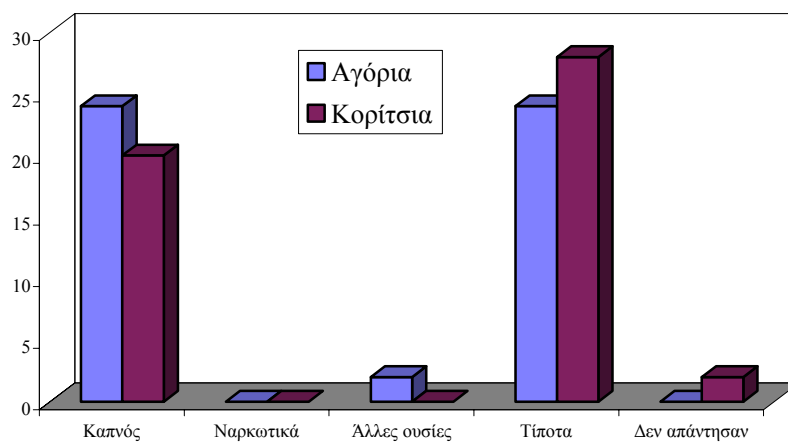
Τα ποτά που προτιμούν περισσότερο οι ηλικίες 14-19 ετών είναι τα ευγενή (ουίσκι, βότκα, κ.α) σε ποσοστό 48% και αμέσως μετά έρχεται η μπύρα σε ποσοστό 24%. Στις ηλικίες 20-25 ετών πρώτο σε προτίμηση έρχεται το κρασί

σε ποσοστό 29% και αμέσως μετά τα ευγενή ποτά.

**Όταν πίνετε κάνετε χρήση άλλων ουσιών;  
Ηλικίες 14-19 ετών**

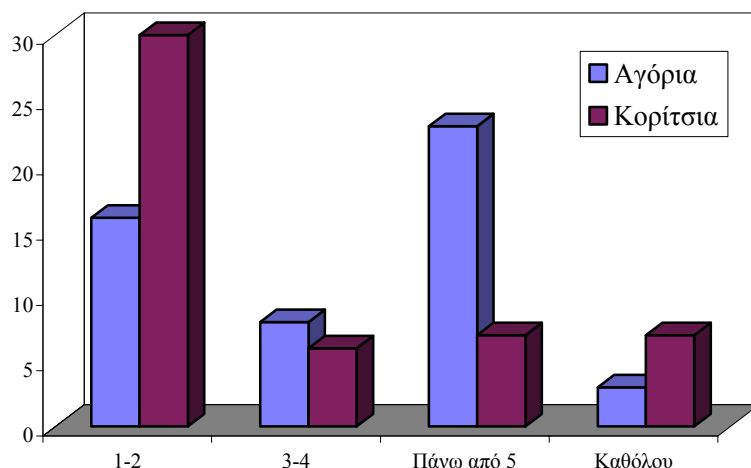


**Όταν πίνετε κάνετε χρήση άλλων ουσιών;  
Ηλικίες 20-25 ετών**

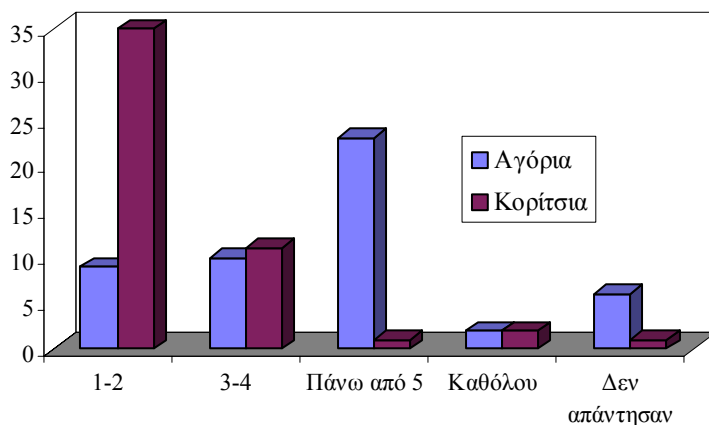


Η χρήση καπνού μαζί με την χρήση αλκοόλ έρχεται πρώτη στις ηλικίες 14-19 ετών σε ποσοστό 19% από τα οποία το 14% είναι αγόρια. Το 44% κάνει ταυτόχρονη χρήση καπνού στις ηλικίες 20-25 ετών.

**Πόσα ποτηράκια (μέσος όρος) πίνετε στη διάρκεια της διασκέδασης σας;  
Ηλικίες 14-19 ετών**

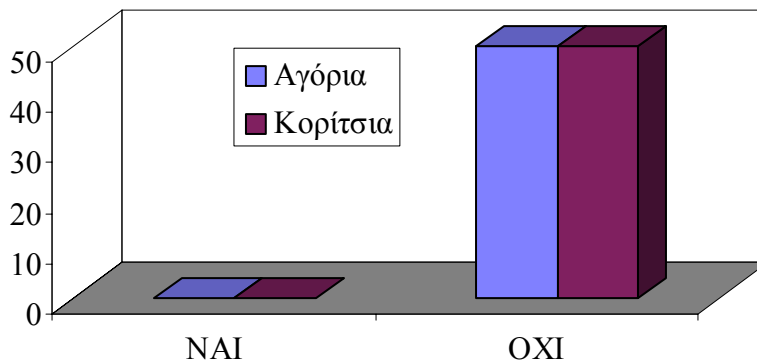


**Πόσα ποτηράκια (μέσος όρος) πίνετε στη διάρκεια της διασκέδασης σας;  
Ηλικίες 20-25 ετών**

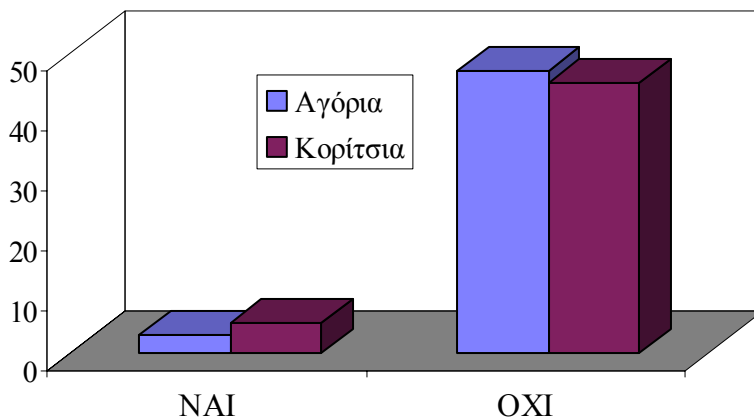


Από τα παραπάνω στοιχεία βλέπουμε ότι στις ηλικίες 14-19 ετών το 46% κατά τη διάρκεια της διασκέδασης τους πίνουν 1-2 ποτήρια από αυτά το 30% είναι κορίτσια. Ενώ το 30% πίνει πάνω από 5 ποτήρια από τα οποία το 23% είναι αγόρια. Μόλις ένα 10% δεν πίνει καθόλου. Στις ηλικίες 20-25 ετών το 44% δηλώνει ότι πίνει 1-2 ποτήρια από τα οποία το 35% είναι κορίτσια, το 21% πίνουν 3-4 ποτήρια και το 24% πίνουν πάνω από 5 ποτήριά όπου στην πλειοψηφία είναι αγόρια.

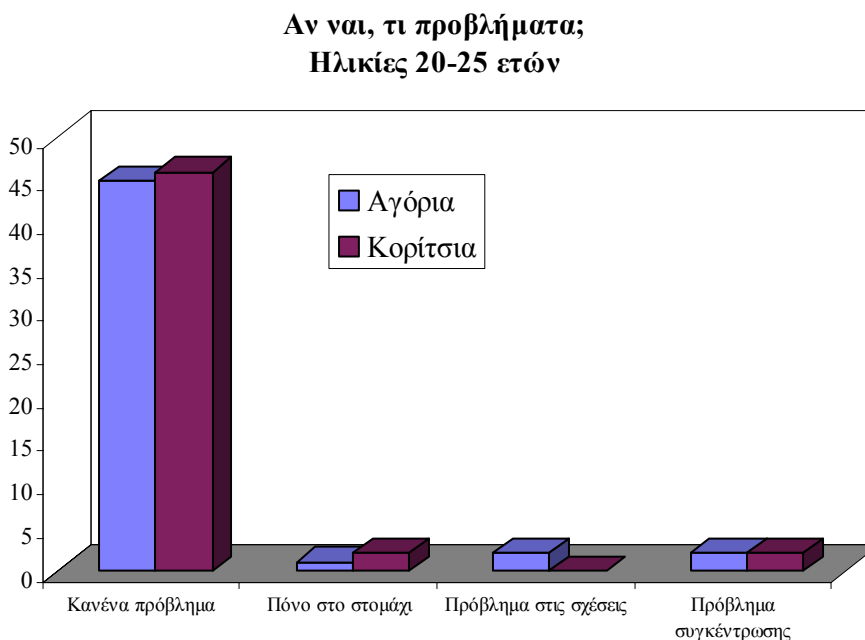
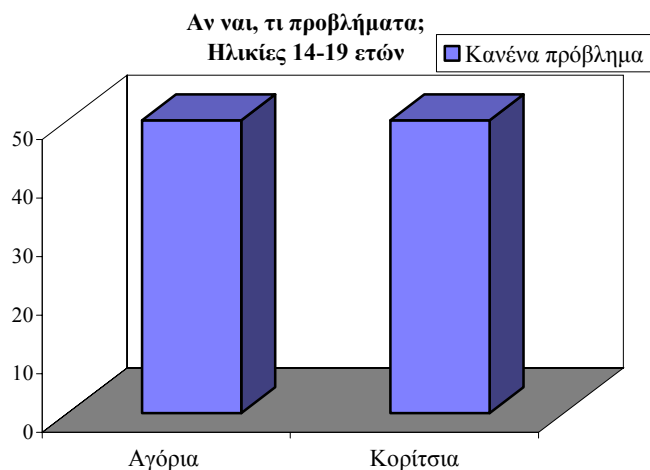
**Τον τελευταίο καιρό έχετε προβλήματα που να  
συνδέονται με το ποτό;  
Ηλικίες 14-19 ετών**



**Τον τελευταίο καιρό έχετε προβλήματα που να  
συνδέονται με το ποτό;  
Ηλικίες 20-25 ετών**



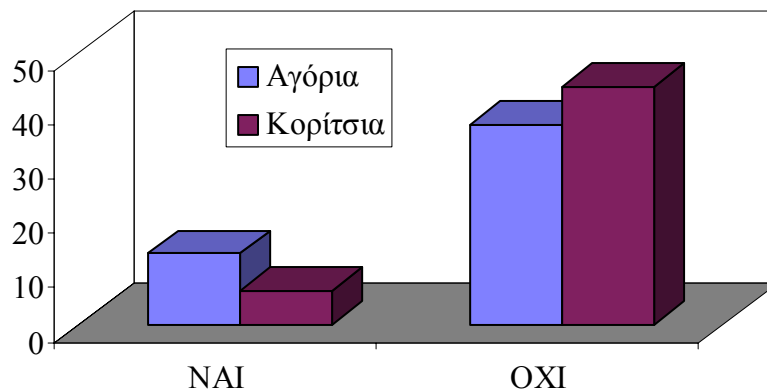
Προβλήματα που να συνδέονται με το ποτό δεν φαίνεται να παρουσιάζει το 100% των ερωτηθέντων στις ηλικίες 14-19 ετών. Ενώ ένα μικρό ποσοστό 8% στις ηλικίες 20-25 ετών λέει ότι παρουσιάζει κάποιο πρόβλημα σε σχέση με το ποτό.



Κανένα πρόβλημα δεν παρουσιάζουν το 100% των ερωτηθέντων στις ηλικίες 14-19 ετών, που να συνδέεται με το ποτό. Αντίθετα στις ηλικίες 20-25 ετών το 3% απαντάει ότι παρουσιάζει πόνο στο στομάχι, 2% ότι έχει προβλήματα στις σχέσεις και 4% ότι παρουσιάζουν πρόβλημα συγκέντρωσης.

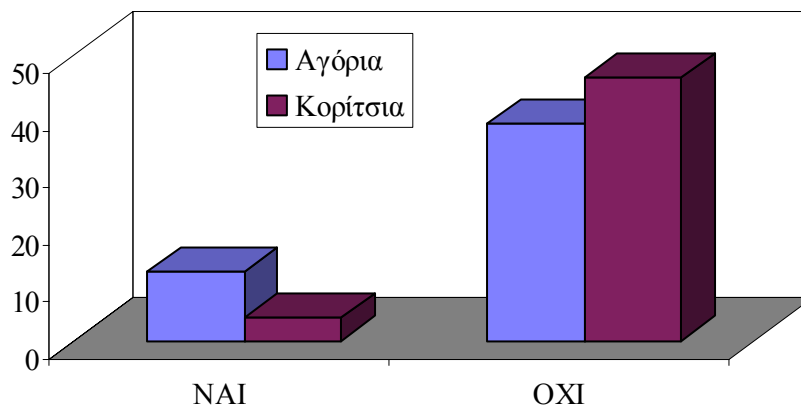
**Σε ένα πάρτι ή μια συγκέντρωση προσπαθείτε να πάρετε παραπάνω ποτά, γιατί αυτά που σερβίρονται δεν είναι αρκετά;**

**Ηλικίες 14-19 ετών**



**Σε ένα πάρτι ή μια συγκέντρωση προσπαθείτε να πάρετε παραπάνω ποτά, γιατί αυτά που σερβίρονται δεν είναι αρκετά;**

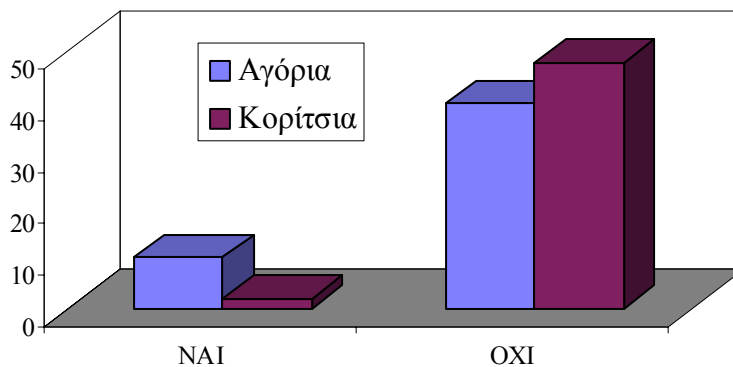
**Ηλικίες 14-19 ετών**



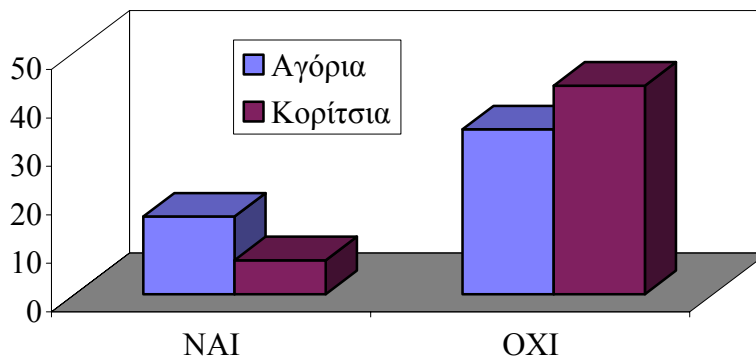
Από τα παραπάνω διαγράμματα βλέπουμε ότι το 19% προσπαθούν να συγκεντρώσουν επιπλέον ποτά σε ένα πάρτι στις ηλικίες 14-19 ετών και το 16% στις ηλικίες 20-25 ετών.



**Έχετε απουσιάσει από διάφορες υποχρεώσεις σας  
εξαιτίας του αλκοόλ;  
Ηλικίες 14-19 ετών**

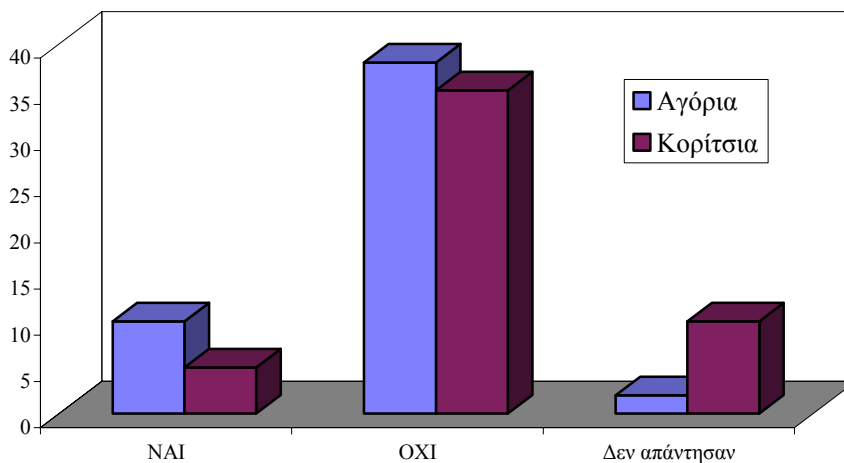


**Έχετε απουσιάσει από διάφορες υποχρεώσεις σας  
εξαιτίας του αλκοόλ;  
Ηλικίες 20-25 ετών**

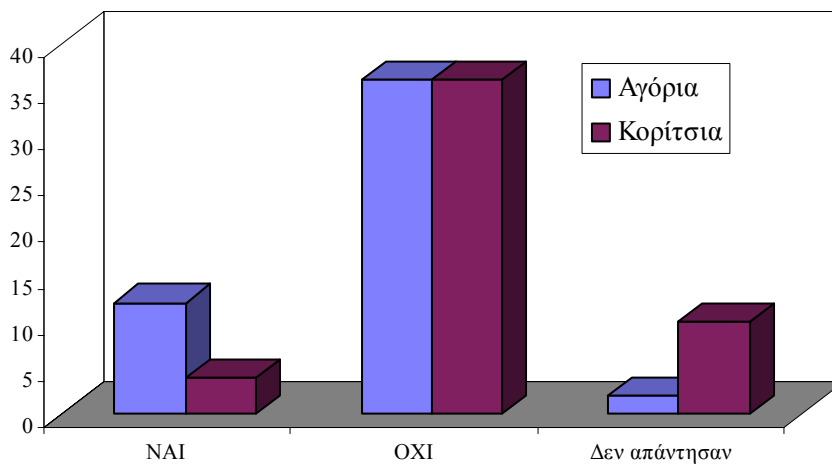


Το 88% των ερωτηθέντων στις ηλικίες 14-19 ετών δεν έχει απουσιάσει από διάφορες υποχρεώσεις εξαιτίας του αλκοόλ, σε αντίθεση με το 12% που δηλώνουν ότι χρειάστηκε να απουσιάσουν. Στις ηλικίες 20-25 ετών το 23% χρειάστηκε να απουσιάσουν από υποχρεώσεις λόγω του αλκοόλ.

**Έχετε αισθανθεί ότι η ζωή σας θα ήταν καλύτερη αν δεν πίνατε;  
Ηλικίες 14-19 ετών**

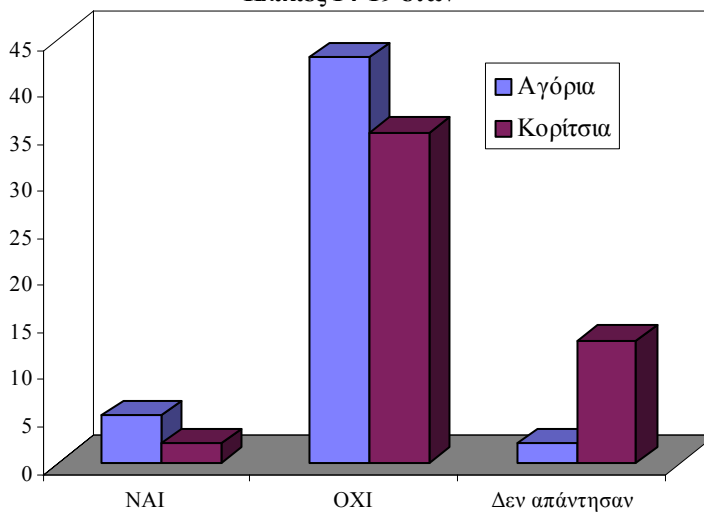


**Έχετε αισθανθεί ότι η ζωή σας θα ήταν καλύτερη αν δεν  
πίνατε;  
Ηλικίες 20-25 ετών**

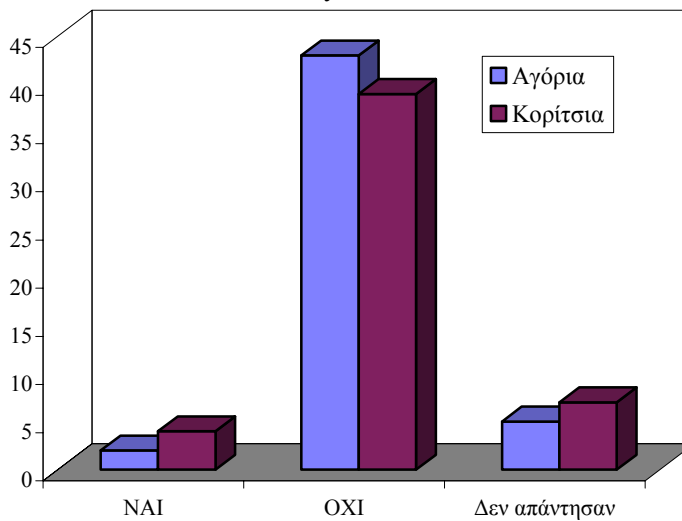


Στις ηλικίες 14-19 ετών το 73% απάντησε ότι η ζωή τους δεν θα ήταν καλύτερη χωρίς το ποτό και μόνο το 15% πιστεύει ότι εάν δεν έπιναν η ζωή τους θα ήταν καλύτερη, και ένα 12% δεν απάντησε. Στις ηλικίες 20-25 ετών το 72% πιστεύει ότι δεν θα ήταν η ζωή τους καλύτερη χωρίς το ποτό και το 16% δηλώνει ότι θα ήταν καλύτερη.

**Έχετε επιχειρήσει να το κόψετε;  
Ηλικίες 14-19 ετών**

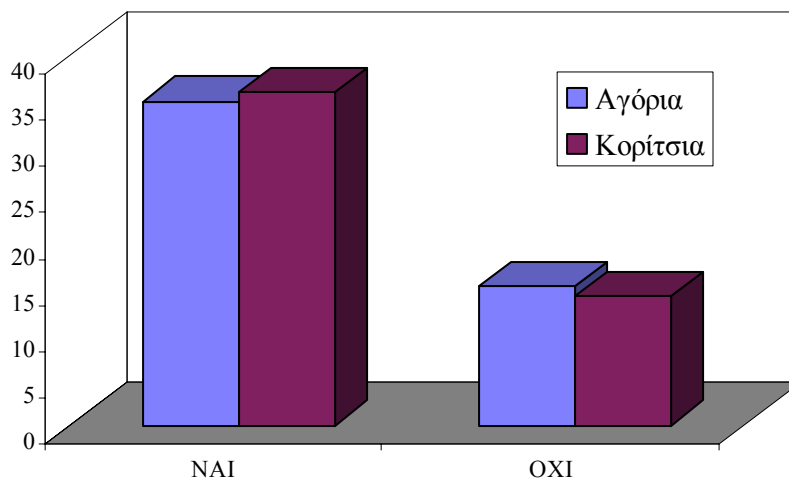


**Έχετε επιχειρήσει να το κόψετε;  
Ηλικίες 20-25 ετών**

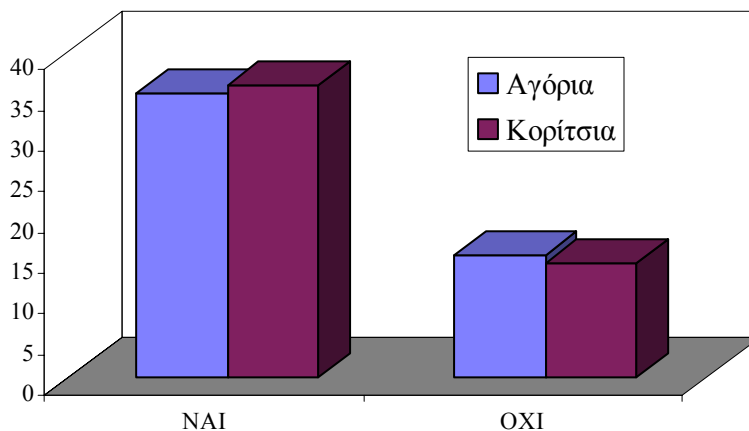


Το 78% στις ηλικίες 14-19 ετών δεν έχει επιχειρήσει να κόψει το ποτό, ενώ το 7% έχει προσπαθήσει, και στα 20-25 έτη το 82% δεν έχει επιχειρήσει ποτέ να το κόψει σε αντίθεση με το 6% που έχει προσπαθήσει.

**Πιστεύετε πως είστε επαρκώς ενημερωμένοι σχετικά  
με τις επιπτώσεις της χρήσης αλκοόλ;  
Ηλικίες 14-19 ετών**



**Πιστεύετε πως είστε επαρκώς ενημερωμένοι  
σχετικά με τις επιπτώσεις της χρήσης αλκοόλ;  
Ηλικίες 14-19 ετών**



Το 71% σε όλες τις ηλικίες πιστεύει ότι είναι επαρκώς ενημερωμένοι σχετικά με τις επιπτώσεις του αλκοόλ σε ποσοστό ίσο τόσο στα αγόρια όσο και στα κορίτσια, ενώ το 29% δηλώνει ότι δεν είναι επαρκώς ενημερωμένοι σχετικά με τις βλαβερές επιπτώσεις της χρήσης αλκοόλ.

## Συμπεράσματα

Από την έρευνα προκύπτει ότι όλοι οι νέοι γνωρίζουν τι είναι τα αλκοολούχα ποτά. Τα δημοφιλέστερα ποτά που γνωρίζουν είναι το ουίσκι, η βότκα, το κρασί και η μπύρα.

Παρατηρείται ότι είναι πολύ μεγάλο το ποσοστό των νέων που καταναλώνουν αλκοολούχα ποτά και μάλιστα ένα σημαντικό ποσοστό μικρής ηλικίας ατόμων καταναλώνουν 1-2 ποτηράκια, ημερησίως. Οι περισσότεροι ξεκίνησαν να πίνουν σε ηλικίες 12-5 ετών από μόνοι τους. Θα έβλεπε κανείς ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων πίνει συνήθως έξω με παρέα.

Τελικά συμπεραίνουμε ότι τα παιδιά δεν γνωρίζουν ότι το αλκοόλ είναι διατροφικό στοιχείο, καθώς ένα σημαντικό ποσοστό απάντησε ότι δεν είναι. Οι περισσότεροι όμως γνώριζαν τις επιπτώσεις του αλκοόλ στην υγεία. Ξέρουν οι πιο πολλοί ότι αλκοολισμός σημαίνει εξάρτηση από το αλκοόλ. Πολύ συχνά σε διασκέδασεις, έχει μεθύσει ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό των ερωτηθέντων. Παρατηρούμε ότι ένα μικρό ποσοστό από αυτούς οδηγάει μετά από μέθη και λίγοι είναι αυτοί που έχουν δημιουργήσει πρόβλημα στην οικογένεια τους. Οι περισσότεροι νέοι συνοδεύουν το αλκοόλ με τη χρήση καπνού (τσιγάρο).

Λίγοι είναι αυτοί που έχουν απουσιάσει από τις υποχρεώσεις τους λόγω του ποτού. Πιστεύουν ότι η ζωή τους δεν θα ήταν καλύτερη χωρίς το ποτό και για αυτό το λόγο οι πιο πολλοί δεν έχουν επιχειρήσει να το κόψουν. Οι περισσότεροι δηλώνουν ότι είναι επαρκώς ενημερωμένοι σχετικά με τις επιπτώσεις του αλκοόλ.

## Παλαιότερες έρευνες

### 1.1 Διακρατική σύγκριση κατανάλωσης αλκοολούχων πρώτων σπουδαστών μεταξύ τριών Ευρωπαϊκών χωρών

Στη χώρα μας οι λίγες εργασίες που έχουν γίνει μέχρι τώρα είναι κυρίως μελέτες για τον αλκοολισμό, έρευνες που περιορίζονται σε μια γενικότερη καταγραφή του φαινομένου χωρίς τη μελέτη πολλών πέραν της χρήσης μεταβλητών ή μελέτες που χρησιμοποιούν ευρεία κλίμακα ηλιακές και επαγγελματικές ομάδες.

Η χρήση και η κατάχρηση οιοπνευματώδων ποτών από τους έφηβους και ενήλικες, φαινόμενο που τα τελευταία χρόνια έχει απασχολήσει αρκετές φορές την ελληνική κοινή γνώμη, αντιπροσωπεύει, μαζί με τη χρήση άλλων νόμιμων και παράνομων ψυχοτρόπων ουσιών που συχνά αναφέρεται σαν «χρήση ναρκωτικών», ένα ενδεικτικό παράδειγμα της κοινωνικής αλλαγής των τελευταίων χρόνων.

Η χώρα μας κατείχε το 1982 την 22η θέση μεταξύ 37 χωρών σε κατακεφαλή κατανάλωση οιοπνευματώδων ποτών (στο σύνολο του πληθυσμού) και τη 17η θέση σε θανάτους από κίρρωση του ήπατος, με 12,3 θανάτους ανά 100.000 κατοίκους. Σημείωσε 700% αύξηση κατανάλωσης μύρας μεταξύ 1961 και 1990 και βρίσκεται στη δεύτερη θέση αύξησης μαζί με την Κύπρο και μετά την Πορτογαλία και εισαγωγή άνυδρου οιοπνεύματος (στοιχεία από Γενικό Χημείο του Κράτους) μεταξύ 1981-1989 αύξηση κατά 463%.

Στο διάστημα 1983-87 η παραγωγή μύρας αυξήθηκε κατά 30% και η εισαγωγή της κατά 91%. Στο ρυθμό αύξησης παραγωγής βρισκόμαστε παγκόσμια στην 11η θέση και στην παραγωγή κρασιών στην 15η.

Τα τελευταία χρόνια αυξήθηκε διεθνώς η κατανάλωση ποτών υψηλής περιεκτικότητας σε αιθυλική αλκοόλη. Βιβλιογραφικά στοιχεία των τελευταίων ετών δείχνουν αύξηση του αλκοολισμού και επισύρουν την προσοχή στη διάδοσή του.

Τονίζεται επίσης ότι η κατάχρηση του οινοπνεύματος με τις επιπλοκές του συνιστά πιθανώς το μεγαλύτερο σύγχρονο πρόβλημα στις Η.Π.Α, με τον ετήσιο αριθμό θανάτων που οφείλονται στην κίρρωση του ήπατος και που αυξάνονται σημαντικά τα τελευταία χρόνια. Με αυτά τα δεδομένα, ο αλκοολισμός θα μπορούσε να θεωρηθεί ως μια κοινωνική μάστιγα.

Η χρήση και η κατάχρηση οινοπνευματωδών ποτών από τους νέους έχει απασχολήσει αρκετά τα τελευταία χρόνια την ελληνική κοινή γνώμη και έχει προκαλέσει έντονο επιστημονικό ενδιαφέρον. Η εφηβεία είναι κατά μεγαλύτερο λόγο η πρώτη περίοδος επαφής του ατόμου με ψυχοτρόπες ουσίες γενικά και ιδιαίτερα με τη χρήση οινοπνευματωδών ποτών.

Η χρήση νόμιμων τοξικών ουσιών, όπως το οινόπνευμα, αρχίζει νωρίς στην εφηβεία, φτάνει στα ανώτερα όριά της στην αρχή της ενήλικης ζωής και παραμένει σχετικά σταθερή μέχρι την ηλικία περίπου των 50 ετών, σε αντίθεση με τη χρήση παρανόμων ουσιών που παρουσιάζει κάμψη μετά τα τριάντα.

Για τους περισσότερους νέους το ποτό φαίνεται να αποτελεί στάδιο της πορείας της ανάπτυξής τους. Αλλά για μερικούς από αυτούς η πρώτη τους εμπλοκή με τη χρήση μπορεί να είναι η αρχή μιας πορείας σοβαρής κατάχρησης.

Με την παραγωγή ισχυρών οινοπνευματωδών ποτών που πωλούνται σε σχετικά χαμηλές τιμές, η μεγάλη προβολή τους στις διαφημίσεις και με την αλλαγή του τρόπου διασκέδασης, ιδιαίτερα των νέων, η χρήση αλκοόλης διεδόθη στα πλατιά κοινωνικά στρώματα.

Ο κίνδυνος από την κατάχρηση του αλκοόλ υποτιμάται ίσως διότι προτεραιότητα στην προβολή έχουν οι εκστρατείες εναντίον άλλων έξεων όπως το τσιγάρο, τα ναρκωτικά. Το πρόβλημα του αλκοολισμού είναι εξίσου σημαντικό με το πρόβλημα των ναρκωτικών.

Μπορεί βέβαια να μην συζητείται δημόσια το θέμα της εξάρτησης από το αλκοόλ, επειδή είναι νόμιμο και κοινωνικά ανεκτό, με συνέπεια ο πολύς κόσμος να αγνοεί ότι το αλκοόλ είναι μία από τις ισχυρότερες εξαρτησιακές ουσίες.

Οι γονείς ιδιαίτερα, ενώ πανικοβάλλονται όταν τα παιδιά τους κάνουν χρήση ναρκωτικών, αδιαφορούν αν πίνουν, γιατί, πόσο και πως πίνουν.

**Σκοπός** της έρευνας ήταν η ποσοτική και ποιοτική εκτίμηση της κατανάλωσης αλκοόλ από σπουδαστές Νοσηλευτικών τμημάτων της Ελλάδας, της Αγγλίας και της Φινλανδίας καθώς και η σύγκριση μεταξύ τους.

## **ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ**

Ο πληθυσμός που μελετήθηκε αποτελείται από 345 σπουδαστές της Νοσηλευτικής (50 αγόρια και 295 κορίτσια) 115 από το Τ. Ε. Ι. Αθήνας, 115 από το University of Northumbria at New Castle της Αγγλίας και 115 από το North Carelia Polytechnick of Joensuu της Φινλανδίας.

Η έρευνα βασίστηκε σε έντυπο ερωτηματολόγιο αυστηρά προσωπικό που οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν παρουσία ενός τουλάχιστον μέλους της ερευνητικής ομάδας. Το έντυπο περιελάμβανε Δημογραφικά και Βιοκοινωνικά χαρακτηριστικά και ερωτήσεις κλειστού τύπου κατανάλωσης αλκοόλ. Τόσο στο σχεδιασμό όσο και στην εκτέλεση αυτής της εργασίας πήραμε κάθε μέτρο για να αποφύγουμε τις ασάφειες και τις παρερμηνείες.

Οι σπουδαστές στους οποίους βασίστηκε η παρούσα έρευνα αποτελεί το 2,3% του συνόλου των εγγεγραμμένων σπουδαστών Νοσηλευτικής



τηρουμένων των αναλογιών του πληθυσμού κάθε χώρας.

Για την ανάλυση των στοιχείων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο S. P.S.S. και για την ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το  $\chi^2$  test.

## ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Συστηματικοί καταναλωτές ποτών είναι το 17,4% των Ελλήνων, το 14,8% των Φιλανδών και το 67,8% των Άγγλων, ενώ περιστασιακά πίνει το 67,8% των Ελλήνων και Φιλανδών και το 26,1% των Άγγλων (Πίνακας 1, Διάγραμμα 1). Συστηματικοί πότες για χρονικό διάστημα μεγαλύτερο από 2 χρόνια είναι το 10,4% των Ελλήνων, το 7% των Φιλανδών και το 47,8% των Άγγλων. Οι Έλληνες θεωρούν το ποτό καταφύγιο στις δύσκολες στιγμές και καλή παρέα σε ποσοστό 57% έναντι 38,9% των Φιλανδών και 37,3% των Άγγλων, ενώ απόλαυση θεωρούν το ποτό το 23,6% των Ελλήνων, το 44,4% των Φιλανδών και το 57,5% των Άγγλων. Στον τρόπο με τον οποίο ξεκινούν το ποτό η Ελληνική οικογένεια εξακολουθεί να συμμετέχει με το μικρότερο ποσοστό 18,3% για τον πατέρα, μηδέν για τη μητέρα, ενώ για την Αγγλία και τη Φιλανδία τα ποσοστά είναι αντίστοιχα για τον πατέρα 20,9% και 14,8% και για την μητέρα 20,9% και 13%. Οι Έλληνες σπουδαστές προτιμούν κατά σειρά συχνότητας την μύρα με ποσοστό 23,9%, το κρασί με 19% και ακολουθούν το ούισκι 10,3% και η βότκα με 9,2% ενώ συνδυασμούς ποτών προτιμά το 5,4%. Οι Φιλανδοί προτιμούν το κρασί σε ποσοστό 24,8%, την μύρα με 23,9% και ακολουθούν το τζιν με 12,4% και η βότκα με 9,0%. Οι Άγγλοι προτιμούν το κρασί σε ποσοστό 33,6%, την μύρα σε ποσοστό 17,6% και ακολουθούν η βότκα με 10,5% και λικέρ με 7,6% (Πίνακας 2).

Σταθερό εύρημα αποτελεί ότι οι Άγγλοι σπουδαστές (άνδρες και γυναίκες) είναι συστηματικοί καταναλωτές αλκοόλ με την ίδια περίπου συχνότητα. Επίσης οι σπουδάστριες της Αγγλίας προτιμούν το κρασί σε μεγαλύτερη

συχνότητα από τους άνδρες. Σε 101 σπουδάστριες της Ελλάδας αντιστοιχούν 16 συστηματικές καταναλώτριες αλκοόλ, τα αντίστοιχα ποσοστά για τη Φιλανδία είναι 102/12 και για την Αγγλία 92/63.

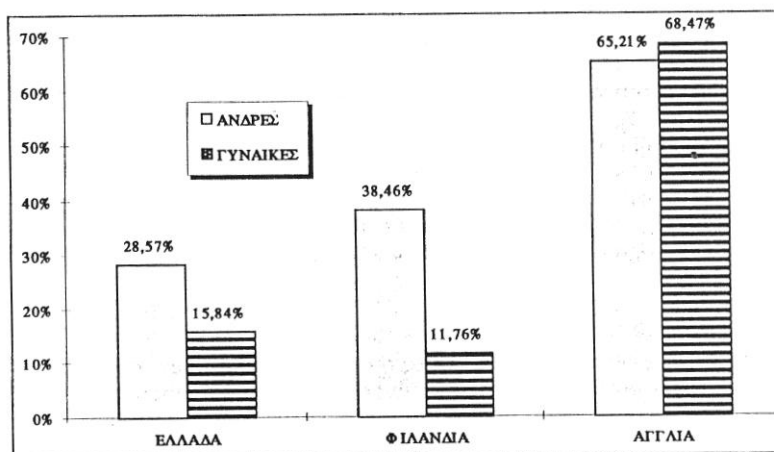
### ΠΙΝΑΚΑΣ 1

#### ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΣΠΟΥΔΑΣΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΟΥ ΕΙΝΑΙ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΟΙ ΚΑΤΑΝΑΛΩΤΕΣ ΑΛΚΟΟΛ ΚΑΤΑ ΦΥΛΟ ΚΑΙ ΧΩΡΑ ΠΡΟΕΛΕΥΣΗΣ.

ΦΥΛΟ	ΧΩΡΑ ΠΡΟΕΛΕΥΣΗΣ		
	ΕΛΛΑΔΑ	ΦΙΛΑΝΔΙΑ	ΑΓΓΛΙΑ
ΑΝΔΡΕΣ	4 (28,57%)	5 (38,46%)	15 (65,21%)
ΓΥΝΑΙΚΕΣ	16 (15,84%)	12 (11,76%)	63 (68,47%)
ΣΥΝΟΛΟ	20 (17,39%)	17 (14,78%)	78 (67,82%)

### ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1

#### ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΣΠΟΥΔΑΣΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΟΥ ΕΙΝΑΙ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΟΙ ΚΑΤΑΝΑΛΩΤΕΣ ΑΛΚΟΟΛ ΚΑΤΑ ΦΥΛΟ ΚΑΙ ΧΩΡΑ ΠΡΟΕΛΕΥΣΗΣ.



## ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Οι σπουδαστές Νοσηλευτικής δεν διαφοροποιούνται στις τρεις χώρες σε αυτούς που δεν πίνουν καθόλου και κυμαίνεται το ποσοστό μεταξύ 5% και 7,3%. Είναι όμως πολύ μικρότερο από το ποσοστό 20% Περίπου που αντίστοιχες ηλικίες δεν έπιναν πριν από μια δεκαετία. Οι Έλληνες σπουδαστές προτιμούν την μύρα και αυτό αντανακλά και την γενική ροπή που παρουσιάζει ο γενικός πληθυσμός ή άλλες ομάδες στην Ελλάδα, αντίθετα οι Φιλανδοί και οι Άγγλοι προτιμούν το κρασί. Η ευρεία κατανάλωση μύρας στην Ελλάδα οφείλεται στην εκτεταμένη διαφήμιση που της γίνεται, και σε συνδυασμό με την χαμηλή της τιμή, συγκριτικά με τα άλλα οινοπνευματώδη ποτά, συνιστούν μερικούς παράγοντες για την προτίμηση των σπουδαστών.

Σ» αυτά πρέπει να προστεθεί και η άποψη που έχει επικρατήσει ότι η μύρα είναι λιγότερο επικίνδυνη από τα υπόλοιπα ποτά. Ο παραδοσιακός ρόλος της οικογένειας εξακολουθεί να αποτελεί προστατευτική δικλείδα έναντι του αλκοολισμού. Αντίθετα στους Άγγλους η οικογένεια δεν φαίνεται να εμποδίζει την έναρξη κατανάλωσης των ποτών στα παιδιά. Το χώρο διασκέδασης διαλέγουν να πίνουν οι σπουδαστές και των τριών χωρών και τα αποτελέσματα συμφωνούν με άλλες μελέτες 5,6. Το αυστηρά αγγλικό εκπαιδευτικό σύστημα απαγορεύει το ποτό έτσι το ποσοστό των σπουδαστών που πίνει στη σχολή είναι μηδενικό σε αντίθεση με την Ελλάδα που το ποσοστό φθάνει το 4,38%, αποτέλεσμα που συμφωνεί με άλλη έρευνα μας (υπό δημοσίευση).

Σε διαχρονικές μελέτες και με διαφορετικούς ορισμούς της συστηματικής χρήσης, η συστηματική χρήση κάθε ημέρα, ή σχεδόν κάθε ημέρα και πάντως τουλάχιστον δύο φορές την εβδομάδα κυμαίνεται παγκόσμια από 2-24% με Μέσο Όρο 7,9%, στην Ευρώπη από 1-24% με Μέσο Όρο 5,9% ποσοστό που

βρέθηκε και στην έρευνά μας.

Οι άνδρες πίνουν συχνότερα και σε μεγαλύτερο ποσοστό από τις γυναίκες στην Ελλάδα και στη Φιλανδία. Τη διαφορά αυτή μεταξύ των δύο φύλων συναντήσαμε και εμείς στην έρευνά μας για τους σπουδαστές.

## **1.2 Ο αλκοολισμός στην Ελλάδα**

Ο αλκοολισμός στην Ελλάδα έχει αναχθεί σε τεράστιο κοινωνικό πρόβλημα τα τελευταία χρόνια. Σύμφωνα με έρευνα του «ΕΛΕΥΘΕΡΟΥ» (17-6-1993, ρεπ. Αντιγόνη Πανέλλη), σήμερα ο μέσος όρος ηλικίας των αλκοολικών είναι τα 25 χρόνια, ενώ παλιότερα ήταν τα 40. Όσο κι αν αυτό φαίνεται υπερβολικό, επιβεβαιώνεται και από άλλες έρευνες.

Εξάλλου, όπως συνάγεται από έρευνα της Βίβιαν Μπενέκου («ΕΘΝΟΣ ΤΗΣ ΚΥΡΙΑΚΗΣ», 11 Δεκ. 1994), το αλκοόλ είναι μια άλλη κοινωνική μάστιγα, στη σκιά του φοβερού εφιάλτη των ναρκωτικών, που «τρώει» τις σάρκες της νεολαίας σήμερα. «Το Πρώτο ποτηράκι ξεκινάει στα 12 και η εξάρτηση έρχεται αργά αλλά απειλητικά λίγο αργότερα». Ενενήντα στα 100 παιδιά έχουν δοκιμάσει κάποιο ποτό, σύμφωνα με την έρευνα του «Ε.τ.Κ.» σε 800 αγόρια και κορίτσια από 12 έως 18 ετών. Τα αποτελέσματα της έρευνας σε πίνακες παρατίθενται στη συνέχεια:

Ποιοι λόγοι σας κάνουν να πίνετε			Πόσες φορές ήπιατε;		
	Αγόρια	Κορίτσια		Αγόρια	Κορίτσια
1. για την παρέα	29%	32%	1-20 φορές	45%	50%
2. για το κέφι	31%	31%		63%	60%
3. για να αλλάξω την διάθεσή μου (να φτιαχτώ)	19%	15%	20-100 φορές	69%	48%
4. από έλλειψη επικοινωνίας και ενδιαφερόντων	65%	59%	100 και άνω	69%	48%
5. Από μόδα	35%	25%	Δεν έχω πει ποτέ	3%	9%
6. Από περιέργεια	4%	2%			
Έχετε μεθύσει ποτέ			Τι ποτά προτιμάτε		
	Αγόρια	Κορίτσια		Αγόρια	Κορίτσια
Έχω μεθύσει 10 φορές	10%	8%	Μπίρα	70%	73%
10 φορές και άνω	29%	13%	Κρασί	25%	10%
Έχω νιώσει ελαφρά ζάλη	68%	70%	Βότκα	30%	10%
Δεν έχω μεθύσει	11%	22%	Τεκίλα	7%	20%
Έθνος της Κυριακής 11 Δεκεμβρίου 1994			Σφηνάκια (Σναπς)	23%	24%
			Ουίσκι	28%	9%
			Ούζο	14%	5%
			Τζιν	9%	16%
			Λικέρ	10%	15%
			Απεριτίφ	2%	9%

Γιατί πίνουν τα παιδιά; την απάντηση τη δίνουν οι πίνακες του «Ε.τ.Κ».

«Ένα ποτηράκι ουίσκι μπορεί να μας φτιάξει το κέφι και να μας κάνει να ξεχάσουμε τις σκοτούρες της καθημερινότητας. . . »

Να λοιπόν που και οι νέοι μας έχουν «σκοτούρες» και δεν το «χαμε καταλάβει. Και δεν μιλάμε βέβαια για το φτωχό νέο και τον άνεργο, διότι αυτός φυσικά και έχει τη σκοτούρα της επιβίωσης. Ο φτωχός όμως αγωνιά για το ψωμάκι του και δεν έχει το χοντρό χαρτζιλίκι για ουίσκι και βότκα.

Τέτοια περισσεύματα έχουν μόνο τα παιδιά που δεν τους λείπει τίποτα. Φαίνεται ότι οι περισσότεροι «προνομιούχοι» νέοι ξοδεύουν τα χρήματά τους στο ποτό και στα τσιγάρα.

*«Από 28 μέχρι 108 μπουκάλια οινοπνευματωδών ποτών καταναλώνονται ημερησίως σε κάθε «ιν» νεανικό στέκι της Αθήνας, με πρώτα σε κατανάλωση το ουίσκι και τη βότκα.*

*Συγκλονιστικά νούμερα που μεγαλώνουν τα Σαββατοκύριακα, όταν τα Περισσότερα μπαρ ασφυκτιούν από νεολαία [. . . ]»*

(«Ε.τ.Κ.»11 Δεκ. 1994)

Το να αδειάζονται 100 μπουκάλια, κυρίως από ανήλικους, κάθε μέρα σε καθένα από τα δεκάδες μπαρ της Αθήνας είναι ένα συγκλονιστικό γεγονός κατά τη γνώμη του Κ.Β. μπάρμαν σ' ένα από τα μεγαλύτερα μπαρ της Αθήνας.

Σύμφωνα με τον κοινωνιολόγο κ. Νίκο Αντωνίου, η κατανάλωση των οινοπνευματωδών ποτών, από εφήβους 12-17 ετών, παίρνει τραγικές διαστάσεις τα τελευταία χρόνια. Σε λίγα χρόνια, είπε ο κ. Αντωνίου, ο εφηβικός αλκοολισμός θα μας απασχολεί το ίδιο όπως μας απασχολούν σήμερα τα ναρκωτικά που σκοτώνουν τη νεολαία μας. («Ε.τ.Κ.», 11-12-95).

Όμως το αλκοόλ δεν είναι μόνο ένα μεγάλο πρόβλημα προσωπικής υγείας. Είναι και ένα τεράστιο κοινωνικό πρόβλημα. Το αλκοόλ λέγεται ότι προκαλεί από το 1/3 έως το 1/2 των οδικών ατυχημάτων στις ανεπτυγμένες χώρες. Προξενεί το 1/3 των εργατικών ατυχημάτων. Επηρεάζει αρνητικά την επαγγελματική απόδοση πολιτικών, επιχειρηματιών και γιατρών. Έχει σχέση με το 1/3 των διαζυγίων και με όλες τις περιπτώσεις κακοποίησης παιδιών. Εξάλλου, εκατομμύρια εργατοώρες χάνονται καθημερινά σε όλο τον κόσμο εξαιτίας του αλκοόλ.

Στις Η.Π.Α. έχει βεβαιωθεί ότι πάνω από το 75% του αστυνομικού χρόνου

ξοδεύεται σε εγκλήματα που τελέστηκαν υπό την επίδραση του αλκοόλ κι ότι η συντριπτική πλειοψηφία των εγκληματιών πίνουν πολύ.

Από πίνακα σύγκρισης της επικινδυνότητας διαφόρων εξαρτησιογόνων ουσιών, που δημοσίευσαν «ΤΑ ΝΕΑ», στις 18 Απριλίου 1994, προκύπτει ότι στις Η.Π.Α. υπό την επίδραση του αλκοόλ τελούνται: το 50% των τροχαίων ατυχημάτων, το 80% των θανατηφόρων τροχαίων ατυχημάτων, το 65% των δολοφονιών, το 83% των περιπτώσεων ενδοοικογενειακής βίας, το 80% των βιασμών και σεξουαλικών κακοποιήσεων παιδιών και το 70% των βιασμών και σεξουαλικών κακοποιήσεων γυναικών. (Τα αποτελέσματα αυτά δόθηκαν από τον Υπουργό Υγείας των Η.Π.Α. στο Κογκρέσο, το 1988).

Εξάλλου, κάθε χρόνο στις Η.Π.Α. γεννιούνται 50.000 μωρά με ανωμαλίες που σχετίζονται με το αλκοόλ. Το 20% των παιδιών αυτών γεννιούνται με διανοητική καθυστέρηση, το λεγόμενο «σύνδρομο του αλκοόλ του εμβρύου», ενώ τα υπόλοιπα εμφανίζουν σωματικές δυσμορφίες έως καρδιακές ανωμαλίες.

Τα νούμερα αυτά είναι εφιαλτικά και δεν έχουμε λόγο να αισιοδοξούμε πως σε άλλες χώρες οι συνέπειες του αλκοόλ είναι καλύτερες. Και να σκεφτεί κανείς ότι, σύμφωνα με την UNESCO (1992), με το ποσό που ξοδεύουν οι Αμερικανοί ετησίως για μπίρα θα μπορούσαν να αντιμετωπίσουν όλες τις ανάγκες των παιδιών του Τρίτου Κόσμου.

## Σύγκριση με παλιότερες έρευνες

Από τις παραπάνω παλιότερες έρευνες συμπεραίνουμε ότι δεν υπάρχουν μεγάλες διαφοροποιήσεις σε σύγκριση με τη δική μας έρευνα που έγινε στο Ηράκλειο και στο Δήμο Μοιρών.

Όπως παρατηρούμε σε σύγκριση με τότε οι νέοι εξακολουθούν να προτιμούν την μύρα, το κρασί, το ουίσκι και τη βότκα. Υπάρχει μια διαφορά, στη παλιότερη έρευνα φαίνεται ο πατέρας ότι είναι αυτός που δίνει για πρώτη φορά στο παιδί να δοκιμάσει το ποτό, ενώ η δική μας έρευνα δείχνει ότι το μεγαλύτερο ποσοστό άρχισε μόνο του να πίνει.

Επίσης όπως δείχνει η παλιότερη έρευνα ο χώρος διασκέδασης είναι η επιλογή των νέων για να πίνουν.

Ακόμα ένα κοινό σημείο είναι οι ηλικίες που ξεκινάνε τα παιδιά να πίνουν. Οι ηλικίες αυτές και στις 2 έρευνες είναι 12-15 ετών. Αυτό που παρατηρείται είναι ότι δεν υπάρχουν μεγάλες διαφορές των ποσοστών ανάμεσα στα δύο φύλα. Βλέπουμε ότι τα περισσότερα κορίτσια πίνουν αρκετά και ότι είναι πολύ κοντά στο ποσοστό των αγοριών. Αυτές ήταν οι πιο σημαντικές συγκρίσεις και επισημάνσεις ανάμεσα στις παλιότερες έρευνες με την δική μας.



## Προτάσεις

Τελειώνοντας θα ήθελα να παραθέσω τις παρακάτω προτάσεις και να διατυπώσω κάποια ερωτήματα.

Επειδή η αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση κάθε προβλήματος είναι η ίδια η αποτροπή της γέννησής του, θεωρούμε ότι η πρόληψη των προβλημάτων εξάρτησης από αλκοόλ είναι τεράστιας σημασίας. Πόσο μάλλον αν λάβουμε υπόψη μας ότι η όποια προσπάθεια προληπτικής αντιμετώπισης καθίσταται σαφώς δυσχερέστατη από το γεγονός ότι η χρήση του αλκοόλ είναι κοινωνικά αποδεκτή και δυστυχώς κατά περίπτωση αξιέπαινη.

Επιπλέον η μοναξιά της σύγχρονης ζωής (συνεχώς αυξανόμενης), εκούσια ή ακούσια επιζητεί φυγές. Όλα λοιπόν ευνοούν την πρώτη επαφή με το αλκοόλ καθώς κάθε άλλο παρά εμπνέουν την ανησυχία της μετέπειτα περιθωριοποίησης. Παρόλα αυτά η πρόληψη ίσως βοηθάει σημαντικά στην αντιμετώπιση του προβλήματος.

Η απαγόρευση διαφήμισης αλκοολούχων ποτών από τα Μ.Μ.Ε, ιδιαίτερα αυτών με ψηλά ποσοστά (40% και άνω) καθώς και η υποχρεωτική αναγραφή στα προϊόντα των κινδύνων υγείας που συνεπάγεται η χρήση τους είναι πιστεύουμε δύο αξιόλογες κινήσεις προς την κατεύθυνση αυτή.

Προτείνονται οι παρακάτω στρατηγικές:

1. Υιοθέτηση ευρέων προγραμμάτων ενημέρωσης για τις αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία, την οικογένεια και την κοινωνία της κατανάλωσης οινοπνεύματος και προγραμμάτων αγωγής για την

πρόληψη αυτών ή την ελαχιστοποίηση. Τα προγράμματα αρχίζουν από τους παιδικούς πληθυσμούς.

2. Προώθηση της προστασίας του ιδιωτικού, δημοσίου και εργασιακού περιβάλλοντος από τα ατυχήματα και τη βία που σχετίζονται με την κατανάλωση οινοπνεύματος.
3. Εφαρμογή νόμων κατά της οδήγησης μετά από κατανάλωση οινοπνεύματος.
4. Έλεγχος της κατανάλωσης με καθορισμό των ορίων ηλικίας για να μπορεί κάποιος να αγοράζει οινοπνευματώδη, και με αύξηση της τιμής μέσω της φορολογίας των οινοπνευματωδών προϊόντων.
5. Αυστηρός έλεγχος των διαφημίσεων οινοπνευματωδών, ώστε αυτές να μην απευθύνονται ειδικά σε νέους.
6. Ανάπτυξη υπηρεσιών θεραπείας και αποκατάστασης με ειδικευμένο προσωπικό, όπου θα υπάρχει εύκολη πρόσβαση όσων έχουν πρόβλημα από την υπερβολική κατανάλωση οινοπνευματωδών.
7. Αυστηρός έλεγχος της ποιότητας και της ασφάλειας των οινοπνευματωδών και καταπολέμηση της παράνομης παραγωγής και διανομής τέτοιων προϊόντων.
8. Εκπαίδευση ειδικών (Ιατρών, Νοσηλευτών, Κοινωνικών Λειτουργών, κλπ)
9. Υποστήριξη μη κυβερνητικών οργανώσεων και οργανώσεων αυτοβοήθειας.
10. Ανάπτυξη διακρατικών προγραμμάτων συνεργασίας.

Σημαντική επίσης θα ήταν η συμβολή προγραμματισμένων ενημερωτικών εκπομπών τόσο από τα Μ.Μ.Ε και από διάφορους φορείς όσο και από την κρατική εκπαίδευση καθώς δεν πρέπει να ξεχνάμε τα μεγάλα ποσοστά αλκοολισμού στην νεολαία. Οι εκπομπές

αυτές θα πρέπει να ενημερώνουν το ευρύ κοινό με τρόπο ελκυστικό, αποφεύγοντας κατά το δυνατόν τις γενικόλογες δεοντολογίες, που αποδεδειγμένα δεν βρίσκουν απήχηση και τεκμηριώνοντας τις πληροφορίες με συγκεκριμένα γεγονότα.

Όσον αφορά τη θεραπεία θα πρέπει να την αναλαμβάνει εξειδικευμένη θεραπευτική ομάδα. Ο εγκλεισμός στα ψυχιατρικά νοσοκομεία δεν είναι η καλύτερη μέθοδος αντιμετώπισης του αλκοολικού. Βέβαια ελλοχεύει ο κίνδυνος εξάρτησης πλέον από τις θεραπευτικές διαδικασίες και τα άτομα που τις παρέχουν.

Η δημιουργία εξειδικευμένων νοσηλευτικών μονάδων βραχύχρονης φροντίδας σε καταστάσεις κρίσης θα αποδείκνυε και έμπρακτα την θεώρησή μας του αλκοολικού ως «αρρώστου».

Η εκπαίδευση και αξιοποίηση εξειδικευμένου νοσηλευτικού προσωπικού στην θεραπευτική αντιμετώπιση, χωρίς αυτό να σημαίνει και υποβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών, θα σήμαινε μικρότερο οικονομικό κόστος αν αναλογιστούμε την διαφορά μισθού νοσηλευτών-ιατρών.

## ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Η ελευθερία ενέχει κινδύνους. Συχνά, οι άνθρωποι διαλέγουν βραχυπρόθεσμα οφέλη σε βάρος του μακροπρόθεσμου κέρδους. Αυτό ισχύει τόσο στον τομέα της σωματικής και ψυχικής υγείας, όσο και στους τομείς των οικονομικών και της πολιτικής. Η χρήση οποιασδήποτε τοξικής ουσίας, είτε για τη θεραπεία κάποιας αρρώστιας ή κάποιας ψυχικής δυσφορίας, είτε για να αισθανθούμε πιο χαλαροί και κοινωνικοί, ενέχει ένα βαθμό κινδύνου. Ο κίνδυνος αυτός μπορεί να πάρει τη μορφή αντίξοων σωματικών επιπτώσεων, ανεπιθύμητων επιπτώσεων στη συμπεριφορά ή μακροπρόθεσμων βλαπτικών συνεπειών. Οι συνέπειες αυτές μπορεί να είναι σωματικές (π.χ. κίρρωση του ήπατος από το αλκοόλ) ή να αλλοιώνουν τις σχέσεις του ατόμου στις άλλες δραστηριότητες της ζωής του. Στην ακραία τους μορφή, αυτές οι αλλοιωμένες σχέσεις μπορεί να οδηγήσουν σ' έναν τρόπο ζωής, που κυριαρχείται αποκλειστικά αν δεν καταστραφεί ήδη απ' τη χρήση της τοξικής ουσίας (αλκοόλη).

Για χιλιάδες χρόνια, σε όλους σχεδόν τους πολιτισμούς και τις ιστορικές περιόδους, άντρες, γυναίκες και παιδιά άκουσαν τη συμβουλή του Ομάρ Καγιάμ:

«Όσο ζεις, πίνε! - γιατί όταν πια πεθάνεις, δεν θα ξαναγυρίσεις ποτέ».

Όταν κανείς πίνει με μέτρο, το πιοτό είναι ευχαρίστηση. Παρ' όλα αυτά, δεν υπάρχει, πλέον, καμιά αμφιβολία πως η αλκοόλη βλάπτει αν κανείς πίνει

υπερβολικά. Η υγεία του ανθρώπου καταστρέφεται και οικογένειες διαλύονται, τα παιδιά βλάπτονται από τους γονείς που μεθούν και οι αλκοολικοί καταστρέφουν την αυτοεκτίμησή τους. Επειδή το αλκοόλ προκαλεί έξη και επειδή το πολύ πιωτό οδηγεί σε ψυχολογικές, κοινωνικές και οργανικές βλάβες, θα πρέπει να μας απασχολήσει η πρόσφατη αύξηση της κατανάλωσης της αλκοόλης σ' όλο τον κόσμο.

Οι κυβερνήσεις, οι κοινωνικοί επιστήμονες, τα υγειονομικά και άλλα βοηθητικά επαγγέλματα, θα πρέπει τουλάχιστον να βάλουν σκοπό να εμποδίσουν την αύξηση της κατανάλωσης αλκοόλης κατά κεφαλή πέρα από τα σημερινά επίπεδα. Θα πρέπει να περιγραφτούν καθαρά και να εκτιμηθούν κάθε είδους παρεμβάσεις αυτοβοήθεια, κοινωνική, ψυχολογική και φαρμακευτική βοήθεια. Τελικά θα πρέπει να ξεφύγουμε απ' αυτό το περιοριστικό μοντέλο αρρώστιας του αλκοολισμού και ν' αναρωτηθούμε με ποίους τρόπους μπορούμε να προλάβουμε τα κοινά προβλήματα του πιωτού, και με ποίους τρόπους μπορεί ο μεγάλος πότης να βοηθηθεί να τροποποιήσει τις προσωπικές του συνήθειες.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Ευαγ. Παπαγεωργίου, Γενικά περί αλκοολισμού των νέων, νεανικός αλκοολισμός περ. Εγκέφαλος 26, Αθηνά 1989.
- 20<sup>ο</sup> Ετήσιο Πανελλήνιο Νοσηλευτικό Συνέδριο με θέμα: Προληπτική νοσηλευτική. Δ. Βασιλειάδου, Α. Καλαμβοκίδου, Α. Κουφοκώτσιος
- «Η κραυγή». (Μαρία Σεφέρου)
- «Διαταραχές σχετιζόμενες με ουσίες» (Νίκου Μάνου)
- Ναρκωτικά - τσιγάρα - αλκοόλ, Προβλήματα και απαντήσεις (Τ. Τζάφρη, Ρ. Πήτερσον, Ρ. Χάντσον)
- Το μπαρ και τα ποτά (Δημήτρης Φιλιππίδης)
- Internet [www.in.gr](http://www.in.gr)
- 25<sup>ο</sup> Ετήσιο Πανελλήνιο Νοσηλευτικό Συνέδριο. Θέμα: Βελτίωση νοσηλευτική φροντίδα κοινωνική πρόσφορα
- Σύλλογος στήριξης εξαρτημένων από το αλκοόλ. «Η επιστροφή».
- Εσωτερική Παθολογία. Σωτηρίου Α. Ράπτη. Εκδόσεις Παριζιάνος
- Cecil Παθολογία. Χ. Μουτσόπουλος. Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας.