

**ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ
«Ο ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΣ ΩΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟ»**



**Σπουδάστρια:
Μπουτάση Γεωργία
Υπεύθυνος Καθηγητής:
Παπαδημητρίου Θάνος**

**Πτυχιακή εργασία για τη λήψη πτυχίου στην Κοινωνική
Εργασία από το τμήμα Κοινωνικής Εργασίας της Σχολής
Επαγγελματών Υγείας και Πρόνοιας του Ανωτάτου
Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος (Α.Τ.Ε.Ι) Πάτρας**

Οκτώβριος 2003



Ο ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΣ ΩΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟ

Σπουδάστρια:

Μπουτάση Γεωργία

Υπεύθυνος Καθηγητής:

Παπαδημητρίου Θάνος

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗ
Για την έγκριση της πτυχιακής εργασίας

1. Παπαδημητρίου Θάνος

2.

3.

ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ

Για την πραγματοποίηση της συγκεκριμένης μελέτης βοήθησαν αρκετοί άνθρωποι που θα ήθελα να ευχαριστήσω.

Ευχαριστώ τον καθηγητή μου κο. Θάνο Παπαδημητρίου, για το ενδιαφέρον και τη βοήθειά του, ώστε να πραγματοποιηθεί αυτή η πτυχιακή.

Ευχαριστώ ιδιαίτερα τους Ανώνυμους Αλκοολικούς της ομάδας Αθηνών για την παροχή υλικού, την διαθεσιμότητά τους για πληροφόρηση και την συνεργασία τους.

Ευχαριστώ το επιστημονικό προσωπικό του Ιατρείου Αλκοολογίας του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Πατρών για την πολύτιμη βοήθειά τους, την παροχή υλικού και την συνεργασία τους.

Επίσης την Κοινωνική Υπηρεσία του Π.Γ.Ν.Π για την παροχή πολύτιμων πληροφοριών στα σχετικά θέματα.

Και τέλος θα ήθελα να ευχαριστήσω τον Βασίλη Κουράνο, που χωρίς την υποστήριξη και την βοήθειά του, δεν θα ήταν πραγματοποιήσιμη η μελέτη αυτή.

Η μελέτη αυτή αφιερώνεται στην Ναταλία Κώτσια – Κουτρούλη, που έφυγε...

ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΜΕΛΕΤΗΣ

Είναι παγκοσμίως γνωστό ότι το αλκοόλ έχει δυσμενείς συνέπειες, όχι μόνο στον οργανισμό, αλλά και στην ψυχική υγεία του ατόμου. Το αλκοόλ είναι στις περισσότερες χώρες κοινωνικά αποδεκτό, μια νόμιμη ουσία εξάρτησης, εξαιρετικά επικίνδυνη όμως, σε όλους τους τομείς της ανθρώπινης δραστηριότητας.

Η παρούσα πτυχιακή εργασία διατείνεται μέσα από τα μέρη της να εξετάσει το φαινόμενο του αλκοολισμού και ειδικότερα του αλκοολισμού, ως ψυχιατρικό φαινόμενο. Παρουσιάζονται θέματα όπως η αιτιολογία του αλκοολισμού, τα επιδημιολογικά του στοιχεία, οι επιπτώσεις του φαινομένου στους τομείς της ανθρώπινης δραστηριότητας καθώς και η κοινωνική διάσταση του φαινομένου. Επιπλέον παραθέτονται στοιχεία για τις διαστάσεις που έχει πάρει ο αλκοολισμός σήμερα και τα θεραπευτικά προγράμματα που υπάρχουν, με ιδιαίτερη έμφαση στους Ανώνυμους Αλκοολικούς. Εν κατακλείδι, κεντρικό θέμα της μελέτης αυτής είναι να σκιαγραφήσει και να καταγράψει τις διάφορες ψυχιατρικές παθήσεις που συνυπάρχουν με την κατάχρηση του αλκοόλ, καθώς και τον βαθμό επικινδυνότητάς τους.

Στο πρώτο μέρος, αναφέρεται η διαδρομή του αλκοόλ μέσα από την ιστορία και τα φυσιολογικά αποτελέσματα του οινοπνεύματος στον ανθρώπινο οργανισμό.

Στο δεύτερο μέρος, γίνεται εκτενής αναφορά στο φαινόμενο του αλκοολισμού και στις οργανικές και διανοητικές διαταραχές που προκαλεί. Αναλύεται η κλινική εικόνα που παρουσιάζει το αλκοολικό άτομο, σκιαγραφούνται και εξετάζονται οι ψυχιατρικές διαταραχές που έπονται της κατάχρησης του αλκοόλ. Τέλος παραθέτονται στοιχεία έρευνας που διεξήχθη σε ψυχιατρική κλινική νοσοκομείου σε αλκοολικούς που εισήχθησαν για νοσηλεία.

Στο τρίτο μέρος, καταγράφονται οι επιπτώσεις που έχει το φαινόμενο του αλκοολισμού στην οικογένεια του αλκοολικού, στο κοινωνικό σύνολο και στην οικονομία μιας χώρας. Γίνεται αναφορά στη βιομηχανία του αλκοόλ και παρουσιάζονται στοιχεία για τα τροχαία δυστυχήματα που προκαλούνται μετά από υπερβολική χρήση οινοπνεύματος.

Στο τέταρτο μέρος, γίνεται μια σύντομη παρουσίαση της κοινωνικής πλευράς του αλκοολισμού, γιατί η μελέτη επικεντρώνεται περισσότερο στο ψυχολογική και ψυχιατρική πλευρά του φαινομένου.

Το πέμπτο μέρος, καταγράφει στοιχεία της κατάστασης που επικρατεί στην Ευρώπη τα τελευταία χρόνια και εστιάζει στην κατάσταση που επικρατεί στη χώρα μας, με την παράθεση σχετικών στατιστικών στοιχείων.

Το έκτο μέρος, αναλύει τους τρόπους και τις μεθόδους θεραπείας του αλκοολισμού καθώς και τα θεραπευτικά προγράμματα που υπάρχουν στην Ευρώπη και την Ελλάδα.

Στο έβδομο μέρος, παρουσιάζεται λεπτομερώς ο σύνδεσμος των Ανώνυμων Αλκοολικών. Περιγράφεται η ιστορία και ο τρόπος λειτουργίας τους και ακολουθεί εκτενέστερη αναφορά στην ομάδα ανώνυμων αλκοολικών της Αθήνας.

Στο όγδοο και τελευταίο μέρος του κεφαλαίου, παραθέτονται προσωπικές μαρτυρίες αλκοολικών που βρίσκονται σε ανάρρωση, παρουσιάζοντας τον τρόπο με τον οποίο οδηγήθηκαν στον αλκοολισμό.

Το τρίτο κεφάλαιο καταλήγει σε συμπεράσματα που προκύπτουν, από τη μελέτη του φαινομένου του αλκοολισμού, και των συνεπειών που έχει για το άτομο και την κοινωνία γενικότερα, επιχειρώντας κάποιες εκτιμήσεις για το μέλλον του αλκοολισμού στη σύγχρονη κοινωνία.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

• ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ.....	II
• ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΜΕΛΕΤΗΣ.....	III
• ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ.....	VI
• ΚΕΦΑΛΑΙΟ I	
Εισαγωγή.....	1
Ορισμοί εννοιών.....	4
• ΚΕΦΑΛΑΙΟ II	
ΜΕΡΟΣ 1 : ΓΕΝΙΚΑ ΓΙΑ ΤΟ ΑΛΚΟΟΛ.....	6
1.1 Τι είναι το αλκοόλ.....	6
1.2 Ιστορική αναδρομή.....	7
1.3 Φυσιολογικά αποτελέσματα του οινοπνεύματος.....	10
ΜΕΡΟΣ 2 : ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΣ.....	17
2.1 Αιτιολογία.....	18
2.1.1 Ιστορικό παιδικής ηλικίας	18
2.1.2 Ψυχαναλυτικοί παράγοντες.....	18
2.1.3 Πολιτιστικοί παράγοντες.....	19
2.1.4 Θεωρία εκμάθησης	20
2.1.5 Βιολογικοί παράγοντες.....	20
2.2 Επιδημιολογία.....	21
2.2.1 Ηλικία και φύλο.....	22
2.2.2 Φυλή και τοποθεσία καταγωγής.....	23
2.2.3 Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες.....	23
2.2.4 Συνοδός νοσηρότητας με άλλες ψυχιατρικές διαταραχές.....	24
2.3 Διάγνωση.....	25
2.4 Εξάρτηση οινοπνεύματος.....	27

2.5 Κλινική εικόνα.....	32
2.5.1 Αλκοολική τοξίκωση.....	32
2.5.2 Στερητικό σύνδρομο από οινόπνευμα.....	33
2.5.3 Παραλήρημα οφειλόμενο σε τοξίκωση.....	34
2.5.4 Ψυχωσική διαταραχή	35
2.5.5 Συναισθηματική διαταραχή.....	36
2.5.6 Αγχώδης διαταραχή.....	36
2.6 Οργανικές διανοητικές διαταραχές.....	38
2.6.1 Ιδιοσυγκρασιακή δηλητηρίαση οινόπνεύματος.....	39
2.6.2 Σύνδρομο Korsakoff – Σύνδρομο Wernicke.....	40
2.6.3 Άνοια που συνδέεται με τον αλκοολισμό.....	42
2.6.4 Εμβρυϊκό σύνδρομο οινόπνεύματος.....	43
2.6.5 Στατιστικά στοιχεία	44
ΜΕΡΟΣ 3 : ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΥ.....
3.1 Επιπτώσεις στην οικονομία.....	46
3.2 Βιομηχανία του αλκοόλ.....	48
3.3 Επιπτώσεις στην οικογένεια.....	52
3.4. Επιπτώσεις στην κοινωνία.....	55
3.4.1 Διάφορα ατυχήματα.....	55
3.4.2 Βία.....	56
3.4.3 Εγκληματικότητα.....	57
3.5 Τροχαία δυστυχήματα.....	59
ΜΕΡΟΣ 4 : ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΔΙΑΣΤΑΣΗ ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΥ.....
4.1 Δυνατότητα πρόσβασης στο αλκοόλ.....	63
4.2 Τιμή, νομιμότητα, κοινωνική αποδοχή.....	64
4.3 Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης.....	64
4.4 Εργασία, τρόπος ζωής, ψυχαγωγία.....	65
4.5 Πολιτισμικοί παράγοντες.....	65
ΜΕΡΟΣ 5 : ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΥ.....
5.1 Κατάσταση στην Ευρώπη.....	67
5.2 Κατάσταση στην Ελλάδα.....	71

ΜΕΡΟΣ 6 : ΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	
6.1 Θεραπευτική αντιμετώπιση επείγουσών καταστάσεων.....	76
6.2 Ψυχοθεραπεία.....	80
6.3 Θεραπεία συμπεριφοράς.....	80
6.4 Μακρόχρονη θεραπεία του αλκοολισμού.....	81
6.5 Φάρμακα.....	82
6.6 Θεραπευτικά προγράμματα στην Ευρώπη.....	84
6.7 Θεραπευτικά προγράμματα στην Ελλάδα.....	85
6.8 EuroASI.....	89
ΜΕΡΟΣ 7 : ΑΝΩΝΥΜΟΙ ΑΛΚΟΟΛΙΚΟΙ.....	
7.1 Ιστορικά.....	90
7.2 Οι Α.Α. στην Ελλάδα.....	91
ΜΕΡΟΣ 8 : ΜΑΡΤΥΡΙΕΣ ΑΛΚΟΟΛΙΚΩΝ.....	101
• ΚΕΦΑΛΑΙΟ III	
Συμπεράσματα – Παρατηρήσεις.....	106
• ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	110
• ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α.....	
• ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β.....	
• ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ.....	

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το σύνθημα της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας είναι: «Όσο λιγότερο αλκοόλ... τόσο καλύτερα»

Φαίνεται όμως ότι η φράση κλειδί για τη χρήση του αλκοόλ, ελάχιστα – ίσως και καθόλου- έχει απασχολήσει την ελληνική κοινωνία. Και δεν την έχει απασχολήσει γιατί στην πραγματικότητα οι έλληνες αγνοούν – είτε αψηφούν- τα προβλήματα από την κατάχρηση του αλκοόλ, τα προβλήματα τη εξάρτησης. (Τσαρούχας, 2000)

Ο αλκοολισμός είναι η περισσότερο διαδεδομένη «ασθένεια» εξάρτησης στον δυτικό πολιτισμό. Διακρίνεται σε οξύ αλκοολισμό, που είναι η γνωστή σε όλους μας μέθη. Κατά κανόνα ο οξύς αλκοολισμός είναι περιστασιακός και γι' αυτό δεν έχει μεγάλη χρονική διάρκεια. Διαφορετικά θα μπορούσαμε να πούμε ότι είναι η εκτροπή από το μέτρο, που συμβαίνει συχνά, συνήθως, σε κέντρα διασκέδασης. Διακρίνεται επίσης και στον χρόνια αλκοολισμό, και χαρακτηρίζει άτομα που έχουν την ακατάσχετη τάση να καταναλώνουν για πολύ μεγάλο χρονικό διάστημα οινοπνευματώδη ποτά σε μεγάλες ποσότητες. Παρουσιάζεται αφότου γίνει εθισμός σε αυξανόμενη ποσότητα οινοπνεύματος, με συνέπεια, να δηλητηριάζεται ο ανθρώπινος οργανισμός, ουσιαστικά εφόρου ζωής.

Διαμέσου των αιώνων, το αλκοόλ έχει χρησιμοποιηθεί ως ουσία με αναλγητικές ιδιότητες και ως αναισθητικό στη χειρουργική. Εκτός αυτών, το αλκοόλ μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως τροφή, ως καύσιμη ύλη και πάνω από όλα ως ουσία με αναλγητικές ιδιότητες που «διευκολύνουν» τις διαπροσωπικές και κοινωνικές διαδικασίες. Όπως υποστηρίζει ο Taylor (1981), με μοναδική εξαίρεση τις μουσουλμανικές κοινωνίες, το αλκοόλ είναι γενικά αποδεκτό σαν νόμιμο κοινωνικό ψυχοτρόπο για χρήση από τους ενήλικες είναι αυτοχορηγούμενη ουσία που καταναλώνεται κυρίως από υγιή άτομα για τις ιδιότητές του να αλλοιώνει την ψυχική διάθεση. (Ποταμιάνος, 1991)

Η εξάρτηση όμως, από τις απαγορευμένες τοξικές ουσίες φαίνεται να καλύπτει πολλές από τις διαστάσεις του προβλήματος του αλκοολισμού. Στη χώρα μας, όλες οι προσπάθειες είναι συντονισμένες στην αντιμετώπιση των απαγορευμένων ουσιών, ενώ ελάχιστα ή τίποτα δεν γίνεται σχετικό με την αντιμετώπιση της πιθανότητας να εξαπλωθεί ο αλκοολισμός. Η ευαισθητοποίηση πάνω στον ψυχισμό, τις ιδιότητες και τις κοινωνικές προεκτάσεις του φαινομένου είναι απαραίτητη, πριν η πραγματικότητα φθάσει —όπως έγινε με τις τοξικές ουσίες— σε μη αντιμετωπίσιμα επίπεδα. (Ζαφειρίδης, 2001)

Αξιοπρόσεκτο δε είναι η κοινωνική αποδοχή της οποίας χαίρει το αλκοόλ. Αποδοχή που ευθύνεται για την άγνοια, ακόμα και τη συγκάλυψη – στο πλαίσιο ενός στενού οικογενειακού κύκλου- των προβλημάτων, που γεννά η κατάχρηση- εξάρτηση.

Έχει ανακοινωθεί από το Ινστιτούτο Inserm της Γαλλίας το 1998 ότι : «Πρώτες σε επικινδυνότητα και στον ίδιο βαθμό είναι τρεις ουσίες : ηρωίνη, κοκαΐνη, αλκοόλ» (Τσαρούχας, 2000). Είναι λοιπόν φανερό, πως οι διαστάσεις που έχει πάρει το φαινόμενο του αλκοολισμού παγκοσμίως, είναι ανησυχητικές. Οι ειδικοί κρούουν τον κώδωνα του κινδύνου, επισημαίνοντας συνεχώς τις βλαβερές συνέπειες της κατάχρησης αλκοόλης. Δυστυχώς το ότι μια ουσία είναι επικίνδυνη δεν αναγκάζει ένα κράτος να την απαγορεύσει, γιατί και εκεί που έγινε (π.χ. ποτοαπαγόρευση στην Αμερική), παρατηρήθηκαν αντίθετα αποτελέσματα από τα επιδιωκόμενα.

Η χρήση του αλκοόλ με τη μορφή της «κοινωνικής κατανάλωσης» (σε αντίθεση με την προβληματική κατανάλωση) είναι ένα από τα κύρια χαρακτηριστικά της σύγχρονης ανθρώπινης συναλλαγής. Ωστόσο, η μετάβαση από την «κοινωνική» στην «προβληματική» κατανάλωση δεν είναι καθόλου σπάνια. Σε μια τέτοια περίπτωση, είμαστε αντιμετώπι με αυτό που ονομάζουμε εξάρτηση από το αλκοόλ ή αλκοολισμό.(Ποταμιάνος, 1991)

Λαμβάνοντας υπόψη την κοινωνική πλευρά του φαινομένου (λεπτομέρειες παρατίθενται σε επόμενο κεφάλαιο), μπορεί κανείς να καταλάβει ότι η κοινωνία πλέον έχει μάθει να ζει με το αλκοόλ και δεν το αντιμετωπίζει ως απειλή, παρά τα δυσμενή αποτελέσματα που παρουσιάζονται.

Από την πλευρά της ψυχιατρικής, η εξάρτηση από το οινόπνευμα αποτελεί την πλέον διαδεδομένη ψυχική διαταραχή. Διάφορες ψυχιατρικές παθήσεις συνυπάρχουν συχνότατα με την κατάχρηση. Τα στατιστικά στοιχεία μαρτυρούν τη σοβαρότητα της

κατάστασης, την οποία κανείς δεν επιτρέπεται να αγνοεί και ειδικότερα οι κυβερνητικές αρχές των κρατών.

Στη συγκεκριμένη μελέτη παρουσιάζονται τα θέματα αυτά, με ιδιαίτερη έμφαση στην ψυχιατρική διάσταση του αλκοολισμού και με μια σύντομη αναφορά στο κοινωνικό κομμάτι. Επιπλέον αναφέρονται στοιχεία για την παρούσα κατάσταση του αλκοολισμού και τις μεθόδους θεραπείας του.

Κατά καιρούς το φαινόμενο του αλκοολισμού έχει χαρακτηριστεί ως αιώνια μάστιγα. Οι μαρτυρίες χρηστών που έχουν δημοσιοποιηθεί από τα μέσα ενημέρωσης, το επιβεβαιώνουν. Είναι αναγκαίο λοιπόν, να αφυπνιστεί το ευρύ κοινό και να αντιληφθούν, ιδιαίτερα τα άτομα νεαρής ηλικίας, ότι η κατάχρηση οινοπνεύματος οδηγεί στην καταστροφή.

Ορισμοί εννοιών

Αλκοόλ : Το αλκοόλ το οποίο βρίσκεται στα ποτά ονομάζεται αιθυλική αλκοόλη ή αιθανόλη και έχει το χημικό τύπο C_2H_5OH . Ο άνθρακας, το υδρογόνο και το οξυγόνο αποτελούν τα μόνα στοιχεία της αιθυλικής αλκοόλης, η οποία είναι το μόνο είδος που είναι ασφαλές για τον άνθρωπο. (Ποταμιάνος, 2001)

Αλκοολικός : Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (1950), αλκοολικός είναι το άτομο του οποίου η συμπεριφορά (κατανάλωση αλκοόλ) παρεκκλίνει από τα «πολιτιστικά του πρότυπα» (Παπαγεωργίου, 2000)

Σύμφωνα με τον Marty Mann (1950) - από τα ιδρυτικά μέλη του Εθνικού Συμβουλίου για τον Αλκοολισμό των Η.Π.Α – ο αλκοολικός είναι ένα πολύ άρρωστο άτομο, θύμα μιας ύπουλης, προοδευτικής αρρώστιας που συχνά είναι θανατηφόρα. (Τσαρούχας, 2000)

Αλκοολισμός : Αλκοολισμός είναι το πάθος που εκδηλώνεται με κατάχρηση οινόπνευματων ποτών. είναι παράγωγη λέξη από το ουσιαστικό αλκοόλη [αγγλ. alcohol, προερχόμενη από την αραβική λέξη al- kuh(u)l], που σημαίνει οινόπνευμα, απόσταγμα κρασιού και σταφυλιών. (Λεξικό εννοιών Πατάκη, 1997)

Σύμφωνα με τον E.M Jellinek, αλκοολισμός είναι οποιαδήποτε χρήση αλκοολούχων ποτών που προκαλεί οποιαδήποτε βλάβη στο άτομο, στην κοινωνία ή και στα δυο. (Ποταμιάνος, 1991)

Ο όρος αλκοολισμός αναφέρεται για πρώτη φορά το 1840 από έναν Ολλανδό γιατρό τον Μάγκνουμ Χούτς, ως η χρόνια χρήση του αλκοόλ σε μεγάλες ποσότητες. (Τσαρούχας, 2000)

Αλκοολική εξάρτηση : Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, αλκοολική εξάρτηση είναι η ανάγκη επαναλαμβανόμενων δόσεων αλκοόλ για να αισθάνεται το άτομο καλά ή για να αποφεύγει να αισθάνεται άσχημα. Όταν δεν προσδιορίζεται η εξάρτηση αναφέρεται σε σωματικά όσο και ψυχολογικά στοιχεία. Η ψυχολογική ή ψυχική εξάρτηση αναφέρεται, στην εμπειρία του μειωμένου ελέγχου της πόσης, ενώ η φυσιολογική ή συμπτωματική εξάρτηση αναφέρεται στην ανοχή και στα συμπτώματα στέρησης. Όταν πρόκειται για βιολογικό θέμα, ο όρος εξάρτηση αναφέρεται, συνήθως, μόνο στη σωματική εξάρτηση. (Ο.ΚΑ.ΝΑ, 1994)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ II

ΜΕΡΟΣ 1. ΓΕΝΙΚΑ ΓΙΑ ΤΟ ΑΛΚΟΟΛ

1.1 Τι είναι το αλκοόλ

Ο όρος αλκοόλ προέρχεται από την αραβική λέξη «al Kohl».

Το αλκοόλ το οποίο βρίσκεται στα αλκοολούχα ποτά ονομάζεται αιθυλική αλκοόλη ή αιθανόλη και έχει το χημικό τύπο C_2H_5OH . Ο άνθρακας, το υδρογόνο και το οξυγόνο αποτελούν τα μόνα στοιχεία της αιθυλικής αλκοόλης.

Άλλα είδη αλκοόλης μπορούν να παραχθούν προσθέτοντας ή αφαιρώντας άτομα άνθρακος και υδρογόνου. Η αιθυλική αλκοόλη όμως, είναι το μόνο είδος αλκοόλης που είναι ασφαλές για ανθρώπινη κατανάλωση. Σύμφωνα με τον Julien (1978), η αιθυλική αλκοόλη ταξινομείται φαρμακολογικά ως γενικό κατασταλτικό το οποίο έχει τη δυνατότητα να προκαλέσει μια γενική, μη επιλεκτική και αναστρέψιμη καταστολή του κεντρικού νευρικού συστήματος. (Ποταμιάνος, 1991)

Το αλκοόλ είναι ευρύτερα χρησιμοποιούμενη ψυχο-δραστική ουσία σε πολλές χώρες του Δυτικού Κόσμου, από τις ΗΠΑ έως τις χώρες της Ευρώπης, με μοναδικές επιπτώσεις στο πρόσωπο που το χρησιμοποιεί.

Αξίζει όμως να σημειωθεί, ότι το αλκοόλ δεν λειτουργεί για όλους τους ανθρώπους ως εξάρτηση και κανείς δεν κατέληξε να εξαρτηθεί από το αλκοόλ μέσα σε μια νύχτα. (Τσαρούχας, 2000)

1.2 Ιστορική αναδρομή

Η αμπελοργία άρχισε τις χώρες της Ανατολής γύρω στην 5^η π.Χ. χιλιετία. Στη συνέχεια διαδόθηκε στη Δύση από τις πρώτες μεταναστευτικές ομάδες, που έφθασαν στην Ευρώπη, την 3^η χιλιετία π.Χ.

Οι Σουμέριοι και οι Αιγύπτιοι καλλιέργησαν την άμπελο. Και γνώρισαν πολύ νωρίς την τέχνη παρασκευής του οίνου. Στην αρχαία Αίγυπτο ο οίνος, κατ' αρχήν, προοριζόταν για τις ανώτερες οικονομικά κοινωνικές τάξεις. Όσοι δεν είχαν τα μέσα να τον περιλάβουν στη διατροφή τους, αρκούσαν στο ζύθο. Και έπιναν οίνο μόνο εκτός των γευμάτων. (Τσαρούχας, 2000)

Στη ζωή της Μεσογείου διαμορφώθηκε ο μεγάλος πνευματικός κόσμος του οίνου, ο οποίος περιλαμβάνει ποιητές, μουσικούς, γλύπτες, ζωγράφους, τεχνίτες. Δεν υπάρχει σχεδόν Έλληνας και αργότερα Ρωμαίος ποιητής που να μην έχει υμνήσει τον οίνο. Ως κύριο ποτό των ελλήνων, ο οίνος έχει άμεση σχέση με τον χαρακτήρα και τον πολιτισμό τους. Οι έλληνες επιθυμούσαν πάντα το τέλειο στις απολαύσεις τους. Δεν γνώριζαν το ζύθο, τον περιφρονούσαν.

Οι γευστικές απαιτήσεις των αρχαίων ελλήνων ήταν απλές. Το «θείον ποτό» του ομήρου, ήταν γενικής χρήσης στην αρχαία Ελλάδα. Και το έπιναν, άνδρες, γυναίκες και παιδιά, όσο και κατά την κλασσική εποχή, πάντοτε κεκραμένος με νερό. Η κράση γινόταν πάντα σε ένα μεγάλο αγγείο, τον κρατήρα. Άκρατος οίνος επιτρεπόταν στα συμπόσια. Κατ' αυτόν τον τρόπο, μολονότι έπιναν άφθονο κεκραμένο οίνο, διατηρούσαν τη διαύγεια του πνεύματός τους. Και μπορούσαν μετά το δείπνο να συζητούν διάφορα φιλοσοφικά ζητήματα. Στους κρατήρες αναμιγνύονταν οίνος, νερό και σπανίως ρητίνη ή μέλι. Η ποσότητα νερού που μπορούσε να δεχθεί ο οίνος για να καταστεί πόσιμος, λαμβανόταν ως μέτρο εκτίμησης της δύναμής του. (Τσαρούχας,2000)

Οι άνθρωποι στα χρόνια τη Βίβλου έπιναν κρασί όχι μόνο για προσωπική τους ευχαρίστηση, αλλά και για λόγους διαιτητικούς και φαρμακευτικούς. Ο Απόστολος Παύλος, ενώ τις επιστολές του καταδικάζει τους μεθυσμένους και τη μέθη, που την αποκαλεί μάλιστα απιστία, συμβουλεύει τον μαθητή του Τιμόθεο να μην πίνει νερό – προφανώς ο Τιμόθεος έπασχε από κάποιες εσωτερικές διαταραχές- για να αποφύγει τις ασθένειές του, να πίνει κρασί. (Α.Τιμ.5,23).

Στο Μεσαίωνα το αλκοόλ ήταν το απαραίτητο συστατικό όλων των εκδηλώσεων. Τα μοναστήρια μετατράπηκαν σε ένα είδος ταβέρνας και πανσιόν της εποχής, όπου οι ταξιδιώτες απολάμβαναν τα καλά του σταφυλιού.

Το ποτό ήταν πλέον αναγνωρισμένο ως ουσία που άλλαζε τη διάθεση και ηρεμούσε.

Η φύση, όμως, από μόνη της δεν μπορεί να παράγει προϊόν το οποίο θα είναι δυνατότερο, περιέχοντας πάνω από 14% αλκοόλη. Η κατανάλωση των ποτών που προέρχονται από απόσταξη, όπως το ουίσκι, το κονιάκ, το τζιν, είναι πολύ μεταγενέστερη ανακάλυψη. Και φαίνεται να εισάγεται στην Ευρώπη, 1.000 χρόνια πριν, από την Ισπανία, που ήταν υπό την κατοχή των Αράβων.

Γεγονός πάντως είναι πως τα αποσταγμένα ποτά με περιεκτικότητα σε αλκοόλη μεγαλύτερη του 14%, έγιναν «δημοφιλή» μετά τον 16^ο αιώνα. (Τσαρούχας, 2000)

Γύρω στο 1700 οι Ολλανδοί φτιάχνουν ένα αποσταγμένο ποτό που ονομάζεται τζιν. Το ποτό αυτό γνωρίζει πολύ μεγάλη εξάπλωση τα χρόνια της βιομηχανικής επανάστασης στην Αγγλία. Και επειδή είναι πολύ φθινό, σε συνδυασμό με τις άθλιες συνθήκες της εποχής, χρησιμοποιείται από την εργατική τάξη και ως τροφή, επειδή έχει πολύ μεγάλη θρεπτική αξία.

Το αλκοόλ ως ουσία έφτασε στην Αμερική το 1620. Οι Ισπανοί άποικοι μετέφεραν μαζί τους κλήματα και πριν ακόμα οι Ηνωμένες Πολιτείες οργανωθούν σε έθνος, παρασκευαζόταν κρασί στην Καλιφόρνια.

Το αλκοόλ ήταν και ο τρόπος με τον οποίο οι Αμερικανοί κατάφεραν να αποδεκατίσουν τους Ινδιάνους. Το μπέρμπον πλέον έγινε το δημοφιλέστερο ποτό της Αμερικής. (Τσαρούχας, 2000)

Η «Άγρια δύση» έγινε και ταυτίστηκε με τα σαλούν, τα οποία γνώρισαν έξαρση. Οι συμπεριφορές που σχετίζονταν με τη χρήση του αλκοόλ έγιναν πιο έντονες.

Το θέμα άγγιξε πλέον μεγάλες κοινωνικές ομάδες. Και αναπόφευκτα, γεννήθηκαν τα κινήματα κατά του αλκοόλ. Η ποτοαπαγόρευση, το 1919, ήρθε σαν φυσική συνέπεια. Η δημιουργία αυτόν τον κινημάτων συνέπεσε με την απαρχή μιας κοινωνικής επαγρύπνησης-συνειδητοποίησης. Στην αρχή αποτελούσαν μέρος των ανθρωπιστικών κινήματων. Στην πραγματικότητα όμως, καταδίκασαν την υπερβολική πόση και όχι το ποτό. Θεωρούσαν ότι όλα τα δεινά που προέρχονταν από την κατάχρηση του αλκοόλ, θα μπορούσαν να θεραπευτούν μέσω της κατάλληλης

νομοθεσίας. Το 1869 πλέον είχε ιδρυθεί το Εθνικό Κόμμα Υπέρ της Ποτοαπαγόρευσης (National Prohibition Party).

Το 1895 πολλές μικρές ομάδες ενώθηκαν με την «Anti – Saloon League»- Ένωση κατά των Σαλούν- η οποία γρήγορα άσκησε τη μεγαλύτερη επιρροή απ' όλα αυτά τα κινήματα.

Το 1919 το Κογκρέσο ψήφισε την υπ' αριθμόν 18 τροποποίηση του νόμου, η οποία όριζε, ότι είναι παράνομη η παρασκευή και η πώληση αλκοολούχων ποτών. Ο Νόμος είχε εξήντα διατάξεις με τις οποίες ετίθετο σε εφαρμογή η ποτοαπαγόρευση, η οποία διήρκεσε από το 1920 έως το 1933. ο νόμος ανακλήθηκε με την υπ' αριθμόν 21 τροπολογία του 1933. (Τσαρούχας, 2000)

Σαφώς η ποτοαπαγόρευση μείωσε τους δείκτες κατανάλωσης. Μείωσε τα κοινωνικά προβλήματα που συνοδεύουν την κατάχρηση αλκοόλ. Αύξησε, όμως, και μάλιστα σε μεγάλο βαθμό, την παράνομη εμπορία του αλκοόλ, το οργανωμένο έγκλημα γύρω από το αλκοόλ. Τελικά όσοι ήθελαν να πιουν, έπιναν. (Ποταμιάνος, 1991)

1.3 Φυσιολογικά αποτελέσματα του οινοπνεύματος

Το ληφθέν οινόπνευμα εισέρχεται αρχικά την κυκλοφορία του αίματος σε πολύ μικρά ποσά μέσω των στοματικών βλεννωδών μεμβρανών και των πνευμόνων. Απορροφάται έπειτα από το διατροφικό κομμάτι και φέρεται από το αίμα στον εγκέφαλο και τα άλλα όργανα. Η ταχύτητα με την οποία το οινόπνευμα εισάγεται στην κυκλοφορία του αίματος εξαρτάται από πολλούς παράγοντες: το ποσό και τον τύπο τροφίμων στο στομάχι, τον τύπο ποτού που καταναλώνεται και το ποσοστό του σε αλκοόλ, την κατάσταση κάτω από την οποία πίνεται, και την σωματική κατάσταση του πότη. (Brandt, Butters, Ryan, Bayor, 1983)

1.3.1 Απορρόφηση

Όταν υπάρχει τροφή στο στομάχι, ειδικά μεικτά γεύματα, συνεπάγεται αργή απορρόφηση οινοπνεύματος. Το πόσιμο νερό ή ποτά ενωμένα με διοξείδιο του άνθρακα αυξάνουν την ταχύτητα απορρόφησης του οινοπνεύματος: η σαμπάνια και το ουίσκι διαλυμένο με νερό, προκαλούν γρήγορα αποτελέσματα, ανεβάζοντας την διάθεση του ατόμου. (Devor, Cloninger, 1989)

Το σώμα έχει ορισμένες προστατευτικές συσκευές ενάντια στον κατακλυσμό από το οινόπνευμα. Παραδείγματος χάριν, αντίθετα από άλλα τρόφιμα, το οινόπνευμα μπορεί να απορροφηθεί στην κυκλοφορία του αίματος κατευθείαν από το στομάχι. Εάν η συγκέντρωση του οινοπνεύματος είναι πολύ υψηλή στο στομάχι, εκκρίνεται βλέννα, με αποτέλεσμα να κλείνει η πυλωρική βαλβίδα. Αυτή η δράση επιβραδύνει την απορρόφηση και δεν επιτρέπει στο οινόπνευμα να περάσει στο λεπτό έντερο, όπου δεν υπάρχει κανένας σημαντικός περιορισμός στην απορρόφηση. Κατά συνέπεια, ένα μεγάλο ποσό οινοπνεύματος μπορεί να παραμείνει στον οργανισμό για ώρες χωρίς να απορροφηθεί. Περαιτέρω, ο σπασμός του πυλωρού στο στομάχι, οδηγεί συχνά στη ναυτία και τον εμετό. Μόλις απορροφηθεί το οινόπνευμα στην κυκλοφορία του αίματος, διανέμεται σε όλους τους ιστούς του σώματος. Επειδή το

οινόπνευμα διαλύεται ομοιόμορφα στα υγρά του σώματος, οι ιστοί που περιέχουν ένα μεγάλο ποσοστό υγρών λαμβάνουν υψηλή συγκέντρωση οινόπνευματος. Τα αποτελέσματα τη μέθης είναι μεγαλύτερα όταν αυξάνεται η συγκέντρωση οινόπνευματος στο αίμα, παρά όταν μειώνεται (επίδραση Mellanby). (Παθολογία, 1997)

Από τα παραπάνω, προκύπτει ότι, το αλκοόλ απορροφάται ταχέως από ολόκληρο το γαστρεντερικό σωλήνα και επειδή είναι σε υγρά μορφή δεν έχει την ανάγκη να διαλυθεί στο στομάχι όπως τα χάπια. Αν εξατμιστεί, μπορεί να απορροφηθεί σχεδόν αμέσως από του πνεύμονες. Γι' αυτό το λόγο, οι εισπνοές αιθυλικής αλκοόλης (καθαρού αλκοόλ) είναι ιδιαίτερα επικίνδυνες, αν λάβει κανείς υπόψη ότι η ταχεία απορρόφηση και η κατανομή αυτής της ουσίας στον εγκέφαλο μπορεί να προκαλέσει αιφνίδια καταστολή των κέντρων ελέγχου του αναπνευστικού συστήματος. (Παθολογία, 1997)

1.3.2 Μεταβολισμός

Αμέσως μετά την απορρόφηση, η καταστροφή και η αποβολή αρχίζουν. Τα νεφρά και οι πνεύμονες εκκρίνουν το ένα δέκατο περίπου, της συνολικής ποσότητας οινόπνευματος που λαμβάνεται αμετάβλητο. Το υπόλοιπο ποσοστό οινόπνευματος υποβάλλεται σε οξειδωση. Ο ρυθμός οξειδωσης του οινόπνευματος είναι σταθερός και ανεξάρτητος από τις υπόλοιπες ανάγκες του σώματος. Ο μέσος άνθρωπος οξειδώνει τα τρία τέταρτα μιας δόσης περιεκτικότητας 40% σε αλκοόλ, μέσα σε μια ώρα. Εάν το άτομο πίνει με αυτόν τον ρυθμό, δεν συσσωρεύει το οινόπνευμα στο σώμα και συνεπώς, δεν μεθάει. (Reynolds, Kanel, 1997)

Το αλκοόλ μεταβολίζεται από δυο ένζυμα:διυδρογενάση οινόπνευματος (ADH) και διυδρογενάση αλδεϋδης (AldDH). Το οινόπνευμα μεταβολίζεται πρώτα από το συκώτι, το οποίο έχει την μεγαλύτερη περιεκτικότητα σε ADH στο σώμα. Το ADH καταλύει την μετατροπή του οινόπνευματος σε ακεταλδεϋδη, η οποία είναι μια πολύ τοξική ένωση. Το AldDH καταλύει τη μετατροπή της ακεταλδεϋδης σε οξικό οξύ. Το

AdiDH εμποδίζεται από το disulfiram, το οποίο χρησιμοποιείται συχνά στην θεραπεία του αλκοολισμού. Έρευνες έχουν δείξει ότι οι γυναίκες έχουν χαμηλότερο δείκτη ADH, το οποίο εξηγεί το γεγονός ότι μεθούν ευκολότερα από τους άνδρες. (Meyer, 1989)

Η οξείδωση του οινόπνευματος παράγει ενέργεια. Εντούτοις, επειδή οι υπερβολικοί πότες λαμβάνουν τόσες πολλές θερμίδες από την κατανάλωση οινόπνευματος, τείνουν να παραμελήσουν άλλες πηγές τροφίμων, αγνοώντας τις διατροφικές ανάγκες. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα, την ενδεχόμενη εμφάνιση ασθενειών που σχετίζονται με την έλλειψη βιταμινών, καθώς και την εμφάνιση διατροφικών διαταραχών (π.χ. πελλάγρα, νόσος beri beri) (Reynolds, Kanel, 1997)

1.3.3 Αποτελέσματα στον εγκέφαλο

Το οινόπνευμα είναι ένα κατευναστικό του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος (ΚΝΣ), παρόμοιο με άλλα αναισθητικά. Σε επίπεδο 0,05% οινόπνευματος στο αίμα, η σκέψη, η κρίση και το αίσθημα του αυτοελέγχου, χαλαρώνουν και μερικές φορές αναστατώνονται. Σε μια συγκέντρωση 0,10%, οι ενέργειες των μηχανισμών του οργανισμού γίνονται αισθητά αδύναμες. Στα περισσότερα κράτη η «νόμιμη μέθη» κυμαίνεται από 0,10 έως 0,15% οινόπνευματος στο αίμα. Σε ποσοστό 20%, επηρεάζεται αρνητικά η λειτουργικότητα των μηχανισμών του εγκεφάλου, και ειδικότερα τα μέρη που ελέγχουν τη συναισθηματική συμπεριφορά. Σε ποσοστό 30%, το άτομο είναι συνήθως ταραγμένο και υπάρχει η πιθανότητα να μείνει αναίσθητο. Στο ποσοστό 0,40 έως 0,50%, το άτομο πέφτει σε κώμα. Σε ακόμα πιο υψηλά επίπεδα, τα πρωτόγονα κέντρα του εγκεφάλου, που ελέγχουν το ποσοστό αναπνοής και χτύπων της καρδιάς, επηρεάζονται, και ο θάνατος ακολουθεί. (Marsden, Fowler, 2001)

Συσκοτίσεις (blackouts). Το αλκοόλ μπορεί να προκαλέσει κενά μνήμης. Αυτές οι περιόδους αμνησίας είναι ιδιαίτερα ανησυχητικές, επειδή οι άνθρωποι μπορεί να φοβηθούν ότι έχουν βλάψει κάποιον εν αγνοία τους, ή έχουν συμπεριφερθεί απερίσκεπτα όντας μεθυσμένοι. Κατά τη διάρκεια των κενών μνήμης το άτομο έχει σχετικά άθικτη την μακροπρόθεσμη μνήμη. Εντούτοις οι άνθρωποι δοκιμάζουν ένα συγκεκριμένο βραχυπρόθεσμο έλλειμμα μνήμης στο οποίο είναι ανίκανοι να θυμηθούν τα γεγονότα που συνέβησαν στα προηγούμενα 5 ή 10 λεπτά. Επειδή οι άλλες διανοητικές τους ικανότητες διατηρούνται σε καλό επίπεδο, μπορούν να πραγματοποιήσουν του στόχους και τις εργασίες τους και να εμφανίζονται φυσιολογικοί σ' έναν τυχαίο παρατηρητή. Τα παρόντα στοιχεία ότι τα αλκοολικά κενά μνήμης αντιπροσωπεύουν μια εξασθετισμένη σταθεροποίηση των νέων πληροφοριών. (Brandt, Butters, Ryan, Bayor, 1983)

Ποικίλες βιολογικές θεωρίες έχουν προταθεί για να εξηγήσουν τις συσκοτίσεις. Μερικές μελέτες έχουν αναφέρει ότι τα επίπεδα πλάσματος tryptophan, ο πρόδρομος αμινοξέως της σεροτονίνης, είναι χαμηλότερα στα άτομα που σχετίζονται με τα κενά μνήμης που προέρχονται από την κατανάλωση οινοπνεύματος. Σύμφωνα με αυτήν την εύρεση, είναι εκθέσεις ότι τα φάρμακα που εμποδίζουν την αύξηση της σεροτονίνης, μπορούν να βελτιώσουν τη μνήμη στα μεθυσμένα άτομα. Ένας άλλος νευροδιαβιβαστής που εμπλέκεται στις συσκοτίσεις είναι ο glutamate, ένα ενισχυτικός νευροδιαβιβαστής αμινοξέος, ο οποίος έχει εμπλεχτεί στη βιοχημική βάση της εκμάθησης και της μνήμης. (Winger, Hofman, Woods, 1992)

1.3.4 Άλλα φυσιολογικά αποτελέσματα

Το οινόπνευμα έχει επιπτώσεις στο συκώτι, το οποίο είναι και η κύρια περιοχή για καταβολισμό του οινοπνεύματος. Μια αντιστρέψιμη λιπαρή διήθηση του συκωτιού εμφανίζεται με τη βαριά κατανάλωση οινοπνεύματος. Ενδεχομένως, αυτή η διήθηση παίζει σημαντικό ρόλο στην παραγωγή της κίρρωσης του συκωτιού. Η οξεία δηλητηρίαση μπορεί να συνδεθεί με την υπογλυκαιμία, η οποία, όταν δεν

αναγνωρίζεται, μπορεί να γίνει η αιτία για μερικούς από τους ξαφνικούς θανάτους των μεθυσμένων ατόμων. (Παθολογία, 1997)

Η χρόνια βαριά κατανάλωση συνδέεται με τη γαστρίτιδα, τα γαστρικά έλκη, αλλά και τον υποσιτισμό. Περιστασιακά, οι ασθένειες του λεπτού εντέρου, της παγκρεατίτιδας και της παγκρεατικής ανεπάρκειας συνδέονται με τον αλκοολισμό. Η βαριά εισαγωγή οινόπνευματος μπορεί να παρεμποδίσει τις κανονικές διαδικασίες της πέψης και της εισαγωγής τροφίμων. Κατά συνέπεια, τα τρόφιμα που καταναλώνονται, δεν αφομοιώνονται επαρκώς. Η κατάχρηση οινόπνευματος εμφανίζεται επίσης να εμποδίζει την ικανότητα του εντέρου να απορροφά τις διάφορες θρεπτικές ουσίες, συμπεριλαμβανομένων των βιταμινών και των αμινοξέων. Η αδυναμία των μυών- γνωστή και ως αλκοολική μυοπάθεια- είναι μια παρενέργεια του αλκοολισμού. Το οινόπνευμα έχει αποδειχτεί ότι έχει επιπτώσεις στην καρδιακή λειτουργία ακόμη και των μη αλκοολικών ατόμων, αυξάνοντας την καρδιακή παραγωγή, τους χτύπους της καρδιάς και τη μυοκαρδιακή κατανάλωση οξυγόνου. Η χρόνια υπερβολική χρήση μπορεί να προκαλέσει την καρδιομυοπάθεια, καθώς και καρδιαγγειακές διαταραχές. (Reynolds, Kanel, 1997)

Πίνακας

Θνησιμότητα από κίρρωση του ήπατος και κατανάλωση αλκοόλης

	Θνησιμότητα από κίρρωση ανά 100.000 άτομα(25+ετών)	Κατά κεφαλή κατανάλωση(λίτρα καθαρού οινοπνεύματος το χρόνο)
Γαλλία	57,2	16,4
Πορτογαλία	55,1	14,1
Ιταλία	52,1	14
Δυτ.Γερμανία	39,6	11,3
Ισπανία	38,8	11,7
Η.Π.Α.	28,6	5,8
Καναδάς	19,6	6,5
Σουηδία	15,6	5,7
Ολλανδία	7,4	4,8
Μ.Βρετανία	5,7	6,2

1.3.5 Αλληλεπιδράσεις φαρμάκων

Η αλληλεπίδραση μεταξύ του οινοπνεύματος και άλλων ναρκωτικών μπορεί να είναι επικίνδυνη, ακόμα και μοιραία. Ορισμένα φάρμακα, όπως το οινόπνευμα και φαινοβαρβιτάλη, μεταβολίζονται από το συκώτι. Η παρατεταμένη χρήση αυτών των φαρμάκων μπορεί να οδηγήσει σε μια επιτάχυνση του μεταβολισμού τους. Όταν το αλκοολικό άτομο είναι νηφάλιο, αυτός ο επιταχυνόμενος μεταβολισμός το καθιστά, κατ' ασυνήθιστο τρόπο ανεκτικό σε πολλά άλλα φάρμακα, όπως τα καταπραϋντικά και τα ηρεμιστικά. Αλλά, όταν το αλκοολικό άτομο μεθάει, αυτά τα άλλα φάρμακα ανταγωνίζονται με το οινόπνευμα για τον ίδιο μηχανισμό αποτοξίνωσης, και τα

ενδεχομένως τοξικά επίπεδα αίματος μπορούν να συσσωρευτούν. (Winger, Hofman, Woods, 1992)

Τα αποτελέσματα του οιοπνεύματος και άλλων καταπραϋντικών Κ.Ν.Σ. είναι συνήθως συνεργιστικά. Τα ηρεμιστικά, τα υπνωτικά χάπια, και τα φάρμακα που ανακουφίζουν τον πόνο, την ασθένεια των κινήσεων, το επικεφαλής κρύο, και τα συμπτώματα αλλεργίας πρέπει να χρησιμοποιούνται με ιδιαίτερη προσοχή από τα αλκοολικά πρόσωπα. Τα ναρκωτικά πιέζουν τις αισθητήριες περιοχές του εγκεφαλικού φλοιού, με συνέπεια την ανακούφιση πόνου, τη νάρκωση, την απάθεια, την υπνηλία, και τον ύπνο. Οι υψηλές δόσεις μπορούν να οδηγήσουν σε αναπνευστική αποτυχία και θάνατο. Οι αυξανόμενες δόσεις των καταπραϋντικών-υπνωτικών φαρμάκων, όπως η ένυδρη χλωρική ουσία και των βενζοδιαζεπινών, ειδικά όταν συνδυάζονται με το οινόπνευμα, παράγουν μια σειρά αποτελεσμάτων που εκτείνονται, από τη νάρκωση των μηχανισμών, στη διανοητική εξασθένηση, που προχωρεί στην κατάπληξη, το κώμα, και το θάνατο. Δεδομένου ότι τα ηρεμιστικά και άλλα ψυχοτρόπα φάρμακα μπορούν να ενδυναμώσουν τα αποτελέσματα του οιοπνεύματος, οι ασθενείς πρέπει να ενημερωθούν σχετικά με τους επικινδυνότητα συνδυασμού των καταπραϋντικών- ηρεμιστικών Κ.Ν.Σ. με το οινόπνευμα, ιδιαίτερα όταν οδηγούν ή χειρίζονται μηχανήματα. (Winger, Hofman, Woods, 1992)

ΜΕΡΟΣ 2. ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΣ

Ο όρος αλκοολισμός είναι ταυτόσημος με την εξάρτηση από το οινόπνευμα.

Ο αλκοολισμός είναι μια χρόνια εξελισσόμενη και δυνητικά θανατηφόρος νόσος, η οποία προκαλεί σοβαρές ψυχιατρικές, σωματικές και κοινωνικές επιπλοκές. Αποτελεί ένα από τα σοβαρότερα ψυχοκοινωνικά προβλήματα των ανεπτυγμένων χωρών, ειδικά δε μετά το Β' Παγκόσμιο Πόλεμο πήρε εκρηκτικές διαστάσεις.

Σύμφωνα με τον ορισμό του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας του 1952, ο αλκοολισμός είναι μια χρόνια διαταραχή της συμπεριφοράς, που εκδηλώνεται με επαναλαμβανόμενη λήψη οινόπνευματών ποτών σε ποσότητα ασύμβατη με τις διαιτητικές συνθήκες και τα παραδεκτά όρια του κοινωνικού περιβάλλοντος και που σε κάποιο βαθμό επηρεάζει την υγεία του χρήστη ή και την επαγγελματική και κοινωνική του λειτουργικότητα. (Marsden, Fowler, 2001)

Στατιστικές στις διάφορες χώρες, και με την επιφύλαξη των διαφορετικών ορισμών του τι συνιστά πρόβλημα με το αλκοόλ, υπολογίζουν τον επιπολασμό του από 5 έως 15 ή και περισσότερο τοις εκατό. Μολονότι είναι πιο συχνός στους άντρες από ότι στις γυναίκες, η συχνότητα του στις γυναίκες αυξάνει. Αν και απαντάται σ' όλες τις κοινωνικές τάξεις, είναι πιο συχνός στις χαμηλότερες τάξεις. Συχνή είναι η παθολογική χρήση και άλλων ουσιών από τον αλκοολικό, όπως κάνναβης, κοκαΐνης, ηρωΐνης, καταπραϋντικών, υπνωτικών ή αγχολυτικών, νικοτίνης κ.ά. (Μάνος, 1997)

Αυτό που έχει σημασία είναι ότι ο αλκοολισμός διαφεύγει συχνά τη 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 και 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 προϊσταμένους του ή κυριολεκτικά να εκβιαστεί ότι θα χάσει τη γυναίκα του, τα παιδιά του ή τη δουλειά του, αν δεν δεχθεί θεραπεία. (Μάνος, 1997)

2.1 Αιτιολογία

Υπάρχει ένας ισχυρός γενετικός παράγοντας στην ανάπτυξη του αλκοολισμού. Τα παιδιά των αλκοολικών γονέων γίνονται αλκοολικά περίπου τέσσερις φορές συχνότερα από τα παιδιά των μη αλκοολικών γονέων. Οι γιοι των εθισμένων στο αλκοόλ γονέων είναι πιθανότερο να γίνουν αλκοολικοί από ότι οι κόρες. Σε μια σουηδική μελέτη διάρκειας 30 χρόνων, σχετικά με υιοθετημένα αγόρια που κατέληξαν τελικά στον αλκοολισμό, περίπου 25 τοις εκατό είχαν τους βιολογικούς πατέρες που ήταν αλκοολικοί. Μια άλλη σουηδική μελέτη διαπίστωσε ότι τα μονοζυγωτικά δίδυμα είχαν δύο φορές μεγαλύτερο ποσοστό συμφωνίας για τον αλκοολισμό από ότι τα διζυγωτικά δίδυμα του ίδιου φύλου. Μερικές μελέτες εκθέτουν ένα υψηλότερο ποσοστό συμφωνίας για τον αλκοολισμό μεταξύ των διζυγωτικών διδύμων απ' ό,τι μεταξύ των μη διδύμων παιδιών. (Devor, Cloninger, 1989)

2.1.1 Ιστορικό παιδικής ηλικίας

Ένα ιστορικό παιδικής ηλικίας με αναταραχή υπερδραστηριότητας ή αναταραχής συμπεριφοράς ή και τα δύο, αυξάνουν τον κίνδυνο να καταλήξει το παιδί αλκοολικό, ιδιαίτερα εάν υπάρχει αλκοολισμός στην οικογένεια. Οι αναταραχές προσωπικότητας, ιδιαίτερα αντικοινωνική αναταραχή προσωπικότητας, προδιαθέτουν στην ανάπτυξη του αλκοολισμού. (Devor, Cloninger, 1989)

2.1.2 Ψυχαναλυτικοί παράγοντες

Το οινόπνευμα είναι εξαιρετικά αποτελεσματικό στην ανακούφιση του άγχους, και πολλά πρόσωπα χρησιμοποιούν το οινόπνευμα για αυτόν ακριβώς τον λόγο. Η ψυχαναλυτική θεωρία προϋποθέτει ότι πρόσωπα με σκληρό υπερεγώ που είναι

αυτό-τιμωρητικοί, στρέφονται στο οινόπνευμα, βρίσκοντας το ως τρόπο να μειώσουν την ασυναίσθητη πίεσή τους. Ένας κοινός ψυχαναλυτικός αφορισμός είναι ότι το υπερεγώ είναι διαλυτό στο οινόπνευμα. Αυτό υπέθεσε ότι μερικά αλκοολικά άτομα σταθεροποιούνται στο προφορικό στάδιο ανάπτυξης και ανακουφίζουν την απογοήτευση με το να πάρουν τις ουσίες προφορικά. Η αλκοολική προσωπικότητα περιγράφεται ως ντροπαλή, απομονώνεται, το άτομο είναι ανυπόμονο, οξύθυμο, ανήσυχο, υπερευαίσθητο, και καταστέλλεται σεξουαλικά. Τα αλκοολικά πρόσωπα μπορούν να έχουν μια ενισχυμένη ανάγκη για τη δύναμη αλλά αισθάνονται ανεπαρκή να επιτύχουν τους στόχους τους. Το οινόπνευμα μπορεί να δώσει σε τέτοια πρόσωπα μια αίσθηση της απελευθέρωσης και της δύναμης και των αισθημάτων του επιτεύγματος. (Devor, Cloninger, 1989)

2.1.3 Πολιτιστικοί παράγοντες

Μερικοί πολιτισμοί είναι πιο περιορισμένοι από άλλους όσον αφορά την κατανάλωση οινόπνευματος. Παραδείγματος χάριν, εβραίοι, ασιάτες, και συντηρητικοί προτεστάντες καταναλώνουν αλκοόλ λιγότερο συχνά από φιλελεύθερα προτεστάντικα και καθολικά πρόσωπα. Οι κοινωνικοί και πολιτιστικοί παράγοντες πρέπει να ληφθούν υπόψη κατά την αξιολόγηση του κινδύνου που εμφανίζει ένα πρόσωπο απέναντι στον αλκοολισμό. (Brandt, Butters, Ryan, Bayor, 1983)

2.1.4 Θεωρία εκμάθησης

Η θεωρία εκμάθησης προτείνει ότι το οινόπνευμα οδηγεί σε μια προσωρινή μείωση του φόβου και της σύγκρουσης, η οποία ενισχύει την κίνηση στο ποτό. Η απελευθέρωση της ανησυχίας που προκύπτει από την πρώτη εμπειρία κατανάλωσης είναι η πηγή ενίσχυσης στον αλκοολισμό. (Brandt, Butters, Ryan, Bayor, 1983)

2.1.5 Βιολογικοί παράγοντες

Προηγουμένως θεωρητικολογήθηκε ότι η αιθανόλη στο οινόπνευμα είναι ένας διαλύτης λιπιδίων που μπορεί να αλλάξει τις ιδιότητες των νευρωνικών μεμβρανών. Αυτή η θεωρία ήταν σύμφωνη με την παρατήρηση που — σε σύγκριση με άλλα φάρμακα κατάχρησης, όπως το λυσεργικό οξύ της διαιθυλαμίνης (LSD) - η αιθανόλη είναι ένα πολύ χαμηλό φάρμακο δύναμης και, ενδεχομένως, δεν έχει μια συγκεκριμένη περιοχή της θεωρίας δράσης ανάλογης με υποδοχείς. Ήταν επίσης σύμφωνη με την παρατήρηση ότι η αιθανόλη φαίνεται να έχει διαφορετικά αποτελέσματα στο νευρικό σύστημα. Πιο πρόσφατα, εντούτοις, έχει καταδειχθεί ότι η αιθανόλη μπορεί να έχει πιο συγκεκριμένα αποτελέσματα στα επιλεγμένα συστήματα νευροδιαβιβαστών, ιδιαίτερα - γ-αμινοβουτυρικό όξινο σύστημα (GABA). Αυτή η εύρεση βοηθά να εξηγήσει τις αλληλεπιδράσεις και πρόσθετα τα αποτελέσματα που μπορούν να εμφανιστούν όταν χρησιμοποιείται το οινόπνευμα σε συνδυασμό με τα βαρβιτουρικά και τις βενζοδιαζεπίνες, και τα δύο από τα οποία ενεργούν επίσης στο σύστημα GABA. Η αιθανόλη επίσης έχει καταδειχθεί να έχει τα σχετικά συγκεκριμένα αποτελέσματα στους νορ-αδρενεργικούς νευρώνες του μέλανα τόπου και στους ντοπαμινεργικούς νευρώνες της κοιλιακής περιοχής. (Devor, Cloninger, 1989)

2.2 Επιδημιολογία

Το οινόπνευμα είναι το σημαντικότερο ψυχοενεργό φάρμακο χρησιμοποιούμενο παγκοσμίως. Στις Ηνωμένες Πολιτείες, κατ' εκτίμηση 13 εκατομμύρια άνθρωποι είναι ταξινομημένοι ως αλκοολικοί. Το DSM-III-R αναφέρει ότι, σύμφωνα με μια κοινοτική μελέτη, περίπου 13 τοις εκατό όλων των ενηλίκων είχαν κάνει κατάχρηση ή είχαν εξαρτηθεί από το οινόπνευμα σε κάποιο σημείο στις ζωές τους. Μετά από τις καρδιακές παθήσεις και τον καρκίνο, ο αλκοολισμός είναι τρίτο το μεγαλύτερο πρόβλημα υγείας στις Ηνωμένες Πολιτείες σήμερα. (Meyer, 1989)

Σύμφωνα με το Εθνικό Ίδρυμα για την Κατάχρηση Ναρκωτικών Ουσιών (NIDA) (Ιούλιος 1989): (1) Πενήντα τοις εκατό της νεολαίας (ηλικίας 12 έως 17) έχει δοκιμάσει ένα οινόπνευματώδες ποτό σε κάποιο χρόνο στη ζωή τους. Η χρήση το προηγούμενο έτος (45 τοις εκατό) είναι σχεδόν το ίδιο υψηλή. Και 25 τοις εκατό ήπιαν τουλάχιστον ένα ποτό κατά τη διάρκεια του προηγούμενου μήνα. Αυτά τα ποσοστά είναι όλα σημαντικά χαμηλότερα από τα συγκρίσιμα ποσοστά για τη νεολαία το 1985 (56%, 52%, και 31%, αντίστοιχα). (2) Για τους νέους ενηλίκους (ηλικίας 18 έως 25), η επικράτηση της κατανάλωσης οινόπνευματος είναι ουσιαστικά υψηλότερη απ' ό,τι για τη νεολαία: 90% έχουν δοκιμάσει το οινόπνευμα, 82% είχε χρησιμοποιήσει το οινόπνευμα στο προηγούμενο έτος, και 65% είχε χρησιμοποιήσει το οινόπνευμα κατά τη διάρκεια του προηγούμενου μήνα. Τα ποσοστά του 1988 για την κατανάλωση οινόπνευματος μεταξύ νέων ενηλίκων κατά τον περασμένο χρόνο και τον περασμένο μήνα, εντούτοις, είναι σημαντικά χαμηλότερα από εκείνα του 1985 (87% και 71%, αντίστοιχα). (3) Ο αριθμός των συστηματικών καταναλωτών οινόπνευματος μειώθηκε από 113 εκατομμύρια το 1985 σε 106 εκατομμύρια σε 1988. Από τους 135 εκατομμύρια ανθρώπους που ήπιαν (οινόπνευμα) στο προηγούμενο έτος (68%), περισσότερο από το ένα τρίτο, ή 47 εκατομμύρια, ήπια μία φορά την εβδομάδα ή συχνότερα. (Devor, Cloninger, 1989)

2.2.1 Ηλικία και φύλο

Τα σχέδια κατανάλωσης ποικίλλουν ανάλογα με την ηλικία και το φύλο. Και για τους άνδρες και για τις γυναίκες, η επικράτηση της κατανάλωσης είναι η υψηλότερη και η αποχή είναι η χαμηλότερη στη σειρά ηλικίας από 21 έως 34 ετών. Τα νέα λευκά άτομα πίνουν περισσότερο από οποιαδήποτε άλλη ομάδα σε όλες τις χώρες. Μεταξύ των προσώπων ηλικίας 65 χρόνων και μεγαλύτεροι, οι απέχοντες από το αλκοόλ υπερβαίνουν τους πότες και στα δύο φύλα, και μόνο 7 τοις εκατό των ανδρών και 2 τοις εκατό των γυναικών σε αυτήν την ομάδα ηλικίας θεωρούνται βαριοί πότες (ορίζεται ως ένας που πίνει σχεδόν κάθε ημέρα και μεθάει αρκετές φορές μηνιαίως). Περισσότεροι άνδρες χρησιμοποιούν το οινόπνευμα (20 τοις εκατό) από τις γυναίκες (8 τοις εκατό). Το ποσοστό προσδόκιμο ζωής για τον αλκοολισμό μεταξύ των ατόμων είναι 3 έως 5 τοις εκατό για τους άνδρες και το ποσοστό για τις γυναίκες είναι περίπου 1 τοις εκατό. (Brandt, Butters, Ryan, Bayor, 1983)

Οι άνδρες και οι γυναίκες τείνουν να έχουν εντελώς διαφορετικές πορείες αλκοολισμού. Ο αλκοολισμός συνήθως ξεκινά στους άνδρες, στην ηλικία της ώριμης εφηβείας ή μετά την ηλικία των 20. ο αλκοολισμός έχει συχνά μια ύπουλη πορεία και δεν αναγνωρίζεται ως εξάρτηση οινόπνευματος έως ότου είναι ένα πρόσωπο στα 30 του/ της. Στα άτομα τα συμπτώματα της εξαρτητικότητας στο οινόπνευμα εμφανίζονται σπάνια για πρώτη φορά μετά από την ηλικία των 45. Εάν τα συμπτώματα εμφανίζονται για πρώτη φορά μετά από την ηλικία των 45, το DSM-III-R προτείνει να θεωρηθούν οι αναταραχές διάθεσης και οι οργανικές διανοητικές διαταραχές ως πιθανές διαγνώσεις. Οι μελέτες των αλκοολικών γυναικών δείχνουν ότι η πορεία του αλκοολισμού είναι πιο ποικίλη στις γυναίκες απ' ό,τι στους άνδρες. Η αρχή του αλκοολισμού είναι γενικά αργότερα στις γυναίκες απ' ό,τι στους άνδρες. (Meyer, 1989)

2.2.2 Φυλή και τοποθεσία καταγωγής

Στις Ηνωμένες Πολιτείες οι Μαύροι στα αστικά γκέτο εμφανίζονται να έχουν ιδιαίτερα υψηλό ποσοστό προβλημάτων που σχετίζονται με το αλκοόλ. Δεν είναι γνωστό εάν ο κίνδυνος μεταξύ Μαύρων που διαμένουν σε αγροτικές περιοχές είναι συγκρίσιμος. Αμερικανικοί Ινδοί και οι Εσκιμώοι έχουν τα υψηλότερα ποσοστά αλκοολισμού. Η κατανάλωση ποικίλλει εμφανώς στις διαφορετικές γεωγραφικές περιοχές. Στις Ηνωμένες Πολιτείες η κατανάλωση είναι μέγιστη στα βορειοανατολικά και μικρότερη στο νότο. (Brandt, Butters, Ryan, Bayor, 1983)

Τα ποσοστά προσδοκίας για τον αλκοολισμό είναι σχεδόν ίδια όπως στις Ηνωμένες Πολιτείες (3 έως 5 τοις εκατό) στη Γερμανία, τη Σουηδία, τη Δανία, και την Αγγλία. Τα ποσοστά προσδοκίας είναι υψηλότερα στην Πορτογαλία, την Ισπανία, την Ιταλία, τη Γαλλία, και τη Σοβιετική Ένωση. (Brandt, Butters, Ryan, Bayor, 1983)

2.2.3 Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες

Προβλήματα σχετικά με το αλκοόλ, συσχετίζονται με μια ιστορία σχολικής δυσκολίας. Η εγκατάλειψη του σχολείου από τα παιδιά και ιδιαίτερα του Λυκείου, σε συνδυασμό με ένα αρχείο συχνών σκασιαρχείων και της εγκληματικότητας εμφανίζονται να διατρέχουν ιδιαίτερα μεγάλο κίνδυνο για τον αλκοολισμό.

Ο αλκοολισμός συνδέεται με τουλάχιστον 50 τοις εκατό των μοιραίων περιστατικών κυκλοφορίας, 50 τοις εκατό των ανθρωποκτονιών, και 25 τοις εκατό των αυτοκτονιών. Ο αλκοολισμός μειώνει την υπολογιζόμενη διάρκεια ζωής μέχρι περίπου 10 έτη. Το οινόπνευμα οδηγεί όλα τα άλλα φάρμακα στους σχετικούς με ναρκωτικά θανάτους. (Meyer, 1989)

2.2.4 Συνοδός νοσηρότητας με άλλες ψυχιατρικές διαταραχές

Ο αλκοολισμός είναι ιδιαίτερα πιθανό να συνυπάρξει με μια διάγνωση αναταραχής διάθεσης σε έναν μεμονωμένο ασθενή. Οι διάφορες μελέτες έχουν υπολογίσει την επικράτηση διάρκειας ζωής της κατάθλιψης στα αλκοολικά άτομα που κυμαίνεται από 10 έως 50 τοις εκατό. Η κατάθλιψη είναι πιο κοινή στις αλκοολικές γυναίκες, απ' ό,τι στους αλκοολικούς άνδρες. Μερικές φορές συστήνεται, τα καταθλιπτικά συμπτώματα που παραμένουν μετά από δύο έως τρεις εβδομάδες νηφαλιότητας να αντιμετωπίζονται με τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα. Οι διπολικοί ασθενείς διατρέχουν μεγαλύτερο πιθανό κίνδυνο για την ανάπτυξη του αλκοολισμού επειδή, χρησιμοποιούν το οινόπνευμα για να εμποτίσουν με φάρμακα τα μανιακά επεισόδιά τους. Η ανύψωση της διάθεσης που συνδέεται με την οξεία εισαγωγή οινόπνευματος και από τα αλκοολικά και τα μη αλκοολικά πρόσωπα ακολουθείται από αυξανόμενη ανησυχία και κατάθλιψη στα αλκοολικά πρόσωπα απ' ό,τι στα μη αλκοολικά. (Meyer, 1989)

Οι αναταραχές ανησυχίας μπορούν επίσης να φανούν στα αλκοολικά άτομα. Σε μερικά από αυτά, ένα ιστορικό αναταραχής πανικού προηγείται της ανάπτυξης του αλκοολισμού. Σε μερικές αλκοολικές γυναίκες ένα ιστορικό φοβιών προηγείται της ανάπτυξης του αλκοολισμού.

Μια σχέση μεταξύ της διαταραχής αντικοινωνικής προσωπικότητας και του αλκοολισμού επίσης έχει αναφερθεί συχνά. Μερικές μελέτες έχουν προτείνει ότι η αντικοινωνική αναταραχή προσωπικότητας είναι ιδιαίτερα κοινή στα αλκοολικά άτομα και μπορεί να προηγηθεί της ανάπτυξης του αλκοολισμού. Άλλες μελέτες έχουν προτείνει ότι η αντικοινωνική αναταραχή προσωπικότητας και ο αλκοολισμός είναι απολύτως ευδιάκριτες οντότητες που δεν συσχετίζονται αιτιολογικώς. (Marsden, Fowler, 2001)

2.3 Διάγνωση

Ο αλκοολικός θα διαφύγει τη διάγνωση, αν ο γιατρός δεν ψάξει ενεργητικά γι' αυτήν. Κάθε εξέταση γιατρού οποιασδήποτε ιατρικής ειδικότητας πρέπει να περιλαμβάνει ιστορικό χρήσης αλκοόλ ή άλλων ουσιών. Και πρέπει η διαίσθηση και η προσοχή του ιατρού να είναι στραμμένη προς την πιθανή εξάρτηση από το αλκοόλ.

Γι' αυτό είναι καλύτερο αν ο γιατρός θεωρεί σαν δεδομένο ότι ο ασθενής του κάνει κάποια χρήση αλκοόλ να αρχίζει με ερωτήσεις όπως «πόσο πίνεις; σε ποιες περιστάσεις; πόσο συχνά;» όσο πιο ασαφείς είναι οι απαντήσεις τόσο ο γιατρός θα πρέπει να διαμορφώσει τις ερωτήσεις του προς την κατεύθυνση της πιθανής υπερεκτίμησης του προβλήματος και όχι της υποτίμησής του, π.χ. «Πόσο και πόσες φορές πίνεις την ημέρα;» ή «πίνεις αρκετές φορές την ημέρα;» (Μάνος, 1997)

Εφόσον ο γιατρός υποψιασθεί ότι υπάρχει πρόβλημα με το αλκοόλ συνεχίζει με τις παρακάτω ερωτήσεις, που είναι ομαδοποιημένες ανάλογα με τη βαρύτητα των συμπτωμάτων που προσπαθούν να ανιχνεύσουν :

- Νιώθεις μερικές φορές λίγο ένοχο που πίνεις;
- Σου συμβαίνει συχνά να θες να συνεχίσεις να πίνεις, ενώ οι φίλοι σου λένε ότι ήπιες αρκετά;
- Εκνευρίζεσαι και θυμώνεις όταν η οικογένεια ή οι φίλοι σου σχολιάζουν το πώς ή πόσο πίνεις;

- Όταν πίνεις παρέα με άλλους, προσπαθείς να πιεις στα κρυφά λίγο περισσότερο χωρίς να το πάρουν χαμπάρι;
- Σου έτυχε να ξυπνήσεις το πρωί και να μην θυμάσαι ένα μέρος της προηγούμενης βραδιάς, μολονότι οι φίλοι σου σου λένε ότι δεν είχες χάσει την επαφή μαζί τους;
- Όταν είσαι ξεμέθυστος, λυπάσαι για πράγματα που είπες ή έκανες, ενώ έπινες;
- Έχεις αποτύχει να κρατήσεις τις υποσχέσεις που έδωσες στον εαυτό σου για να ελέγξεις το ποτό;
- Προσπαθείς να αποτύχεις την οικογένειά σου ή στενούς σου φίλους, όταν πίνεις;

- Έχεις τελευταία περισσότερα οικονομικά ή επαγγελματικά προβλήματα;
- Τρως είτε λίγο είτε ακανόνιστα όταν πίνεις;
- Σου έτυχε να μπερδευτείς σε κάποιο τροχαίο ατύχημα ή να συλληφθείς, επειδή ήσουν πτωμένος;
- Σου συμβαίνει ποτέ να ε πιάνουν "τρεμούλες" το πρωί και να χρειάζεσαι να πεις λίγο για να συνέλθεις;
- Σου τυχαίνει μερικές φορές να πίνεις συνέχεια για μέρες;
- Σου έχει τύχει καμιά φορά να δεις ή να ακούσεις πράγματα που δεν υπήρχαν;

Οι θετικές απαντήσεις στις αρχικές ερωτήσεις υποδεικνύουν τη σοβαρή πιθανότητα αλκοολισμού, οπότε ο κλινικός συνεχίζει προσεκτικά με τις επόμενες ερωτήσεις, κι αν ο ασθενής αρχίζει και χρησιμοποιεί την άρνηση και την εκλογίκευση και θολώνει την πραγματικότητα, ο κλινικός αναζητά πληροφορίες από συγγενείς, φίλους κ.τ.λ., που θα δείξουν και το βαθμό της κοινωνικής ή επαγγελματικής έκπτωσης λόγω του αλκοόλ. (Μάνος, 1997)

Ιδιαίτερα χρειάζεται προσοχή στην ανίχνευση σημείων στερητικού συνδρόμου (πρωινές «τρεμούλες», παροδικές ψευδαισθήσεις ή παραισθήσεις) ή αμνησικών κενών στη διάρκεια τη μέθης, γιατί αυτά καταδεικνύουν τη σοβαρότητα του προβλήματος και προοιωνίζουν σοβαρές στερητικές αντιδράσεις στο μέλλον.

Καθώς η βαρύτητα του αλκοολισμού προχωρά, υπάρχουν και φυσικά σημεία που υποδεικνύουν ότι ένα άτομο μπορεί να είναι αλκοολικό. Τέτοια είναι η διογκωμένη κόκκινη μύτη, οι κόκκινες παλάμες, τα αραχνοειδή αγγειώματα, η διόγκωση του ήπατος, τα καμένα από τα τσιγάρα δάκτυλα, οι απώλειες συνείδησης, μικροτραυματισμοί, ατυχήματα στην οδήγηση και σε πιο προχωρημένα στάδια ίκτερος ή ασκίτης, ατροφία των όρχεων, γυναικομαστία κ.ά. (Μάνος, 1997)

Εργαστηριακά, ένα επίπεδο αλκοόλ στο αίμα 150mg/dl σε ένα άτομο χωρίς σημεία τοξίκωσης είναι ισχυρή απόδειξη αλκοολισμού. Άλλα χρήσιμα, αλλά όχι οπωσδήποτε διαγνωστικά ευρήματα μπορεί να είναι: αύξηση του MCV (μέσου όγκου ερυθρών κυττάρων), των τριγλυκεριδίων, της GGT (γ- γλουταμυλτρανσφεράσης), της SGPT (γλουταμινικής πυρουβικής τρανσαμινάσης), της SGOT (γλουταμινικής πυρουβικής τρανσαμινάσης), της αλκαλικής φωσφατάσης, του ουρικού οξέος. (Μάνος, 1997)

2.4 Εξάρτηση οινόπνευματος

Σύμφωνα με το DSM-III-R, η εξάρτηση οινόπνευματος χαρακτηρίζεται από οποιοδήποτε από τα τρία σημαντικά σχέδια της παθολογικής χρήσης οινόπνευματος: (1) η ανάγκη για την καθημερινή χρήση των μεγάλων ποσών οινόπνευματος για επαρκή λειτουργία, (2) κανονική βαριά κατανάλωση που περιορίζεται στα Σαββατοκύριακα, και (3) τις μεγάλες περιόδους νηφαλιότητας που συνδυάζονται με μεγάλες ποσότητες εισαγωγής οινόπνευματος που διαρκεί για εβδομάδες ή ακόμα και μήνες. Αυτά τα σχέδια συνδέονται με τέτοιες συμπεριφορές όπως

- (1) την ανικανότητα να περικόψουν ή να σταματήσουν
- (2) επαναλαμβανόμενες προσπάθειες να ελεγχθεί ή να μειωθεί η υπερβολική κατανάλωση, με τη μετάβαση στο «βαγόνι εμπορευμάτων» (περίοδοι προσωρινής αποχής) ή τον περιορισμό της κατανάλωσης σε ορισμένους χρόνους της ημέρας
- (3) υπερβολικές ποσότητες αλκοόλ (που τα άτομα παραμένουν μεθυσμένα καθ' όλη τη διάρκεια της ημέρας για τουλάχιστον δύο ημέρες)
- (4) η περιστασιακή κατανάλωση ενός πέμπτου των «βαριών ποτών» (ή του αντίτιμou στο κρασί ή την μπύρα)
- (5) περίοδοι αμνησίας για τα γεγονότα που εμφανίζονται ενώ το άτομο μεθάει (συσκοτίσεις - blackouts)
- (6) συνέχεια της κατανάλωσης, έστω και αν υπάρχει μια σοβαρή φυσική αναταραχή που το πρόσωπο γνωρίζει ότι επιδεινώνεται από τη χρήση οινόπνευματος και
- (7) η κατανάλωση μη πόσιμου οινόπνευματος, όπως τα καύσιμα και τα εμπορικά προϊόντα που περιέχουν το οινόπνευμα. (Marsden, Fowler, 2001)

Επιπλέον, τα οινόπνευματώδη πρόσωπα παρουσιάζουν εξασθετισμένη κοινωνική ή επαγγελματική λειτουργία λόγω της χρήσης οινόπνευματος, όπως η βία ενώ βρίσκονται υπό την επήρεια του αλκοόλ, απουσία από την εργασία, απώλεια εργασίας, νομικές δυσκολίες (π.χ., σύλληψη κάτω από συνθήκες μέθης, τροχαία ατυχήματα ενώ το άτομο είναι μεθυσμένο), και επιχειρήματα ή δυσκολίες με την οικογένεια ή τους φίλους λόγω του υπερβολικού οινόπνευματος χρησιμοποιούν. (Marsden, Fowler, 2001)

Τα ψυχιατρικά προβλήματα που σχετίζονται με τη μακροχρόνια υπερβολική χρήση αλκοόλ, είναι κυρίως η οργανική ψύχωση. Το πρόβλημα αρχίζει με την εξάρτηση. Πρόκειται για φαινόμενο το οποίο δεν έχει γίνει κατανοητό. Υπάρχει η άποψη ότι μόνο ορισμένα άτομα είναι επιρρεπή για σοβαρή εξάρτηση, τα οποία έχουν γενετικά καθορισμένη προδιάθεση. Άλλοι πιστεύουν ότι η συχνότητα εξαρτάται κυρίως από την συχνότητα με την οποία μπορούν να προμηθευτούν την αλκοόλη. Επομένως, οι εργαζόμενοι στα μπαρ θα πρέπει να έχουν ιδιαίτερα αυξημένο κίνδυνο, όπως και αυτοί που συνηθίζουν να γευματίζουν συχνά σε τέτοιους χώρους, που προσφέρουν και φαγητά. Οι βασικοί κανόνες είναι ότι όταν κάποιος αρχίζει το ποτό δεν σταματάει μέχρις ότου γίνει ανίκανος να συνεχίσει. (Marsden, Fowler, 2001)

Ο πότης καταναλώνει μια σταθερή ποσότητα αλκοόλης κάθε μέρα, ενώ ο μη εθισμένος καταναλώνει ποικίλες ποσότητες ημερησίως και πολλές μέρες δεν χρειάζεται να πίνει. Η κατανάλωση αλκοόλης, προοδευτικά παίρνει προτεραιότητα έναντι άλλων δραστηριοτήτων, όπως είναι οι εργασιακές και οι οικογενειακές. Η ανοχή στην αλκοόλη αυξάνει με αποτέλεσμα να αυξάνεται και η ποσότητα που χρειάζεται. Συνήθως, **τα συμπτώματα τη απόσυρσης**, ακολουθούν τη μείωση στην κατανάλωση. Τα συμπτώματα ενός εξαρτημένου ατόμου, όπως ο τρόμος και η αμηχανία, βελτιώνονται με τη λήψη περισσότερης αλκοόλης. Η αυξανόμενη αυτή ποσότητα δημιουργεί την κατάσταση της πρωινής λήψης αλκοόλης, που αποτελεί διαγνωστικό κριτήριο του αλκοολισμού. Η εξάρτηση ανακάμπτει μετά από μια περίοδο αποχής και αυτό είναι το πρόβλημα με την μακροχρόνια αντιμετώπιση αυτών των ασθενών. (Marsden, Fowler, 2001)

Πρόβλημα αλκοολισμού παρατηρείται πιο συχνά σε άτομα άγαμα ή νεαρά διαζευγμένα ή σε εφήβους. Τα τελευταία χρόνια σε αυτά τα άτομα έχουν ιδιαίτερα αυξηθεί οι δικαστικές ποινές, συνέπεια μέθης. Αυτό το πρόβλημα είναι λιγότερο συχνό στις γυναίκες, αν και η επίπτωση και σε αυτές βαίνει αυξανόμενη.

Τα άτομα με πρόβλημα αλκοολισμού είναι εντυπωσιακά αναξιόπιστα το να δώσουν ακριβείς λεπτομέρειες με αποτέλεσμα η εκτίμηση να είναι πολύ δύσκολη. Τα αλκοολικά άτομα που εισέρχονται το νοσοκομείο για άλλου λόγους και στερούνται της αλκοόλης μπορεί να παρουσιάσουν αιφνίδια σοβαρά ψυχιατρικά συμπτώματα, τα

οποία να προκαλέσουν δυσκολία στη διάγνωση ιδιαίτερα όταν δεν αποκαλύψουν το πρόβλημα του αλκοολισμού. Το ερωτηματολόγιο στον πίνακα 24,5 μερικές φορές είναι χρήσιμο τη διάγνωση του προβλήματος του αλκοολισμού. (Χριστοδούλου και συνεργάτες, 2000)

Στη διάγνωση βοηθά ο έλεγχος της ηπατικής λειτουργίας, ιδιαιτέρως η γ-γλουταμυλτρανπεπτιδάση, καθώς και ο μέσος όγκος ερυθρών (MCV volu= mean corpuscular me). Αυτά μπορεί να είναι αυξημένα χωρίς να είναι παθολογικά.

Η αλκοόλη δημιουργεί πολλά παθολογικά προβλήματα, όπως γαστρίτιδα, μυοκαρδιοπάθεια, και ηπατική κίρρωση. επίσης, οι αλκοολικοί είναι επιρρεπείς σε κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις, αυτοκινητιστικά ατυχήματα, καθώς και σε ανεπάρκεια βιταμινών, φυματίωση, και διατάραξη τη συζυγικής σχέσεως και σε διαζύγια. (Χριστοδούλου και συνεργάτες, 2000)

Στις σημαντικότερες ψυχιατρικές εκδηλώσεις του αλκοολισμού ανήκει η οξεία οργανική ψύχωση ή τοξική συγχυτική κατάσταση, το γνωστό τρομώδες παραλήρημα (delirium tremens)

Παρατηρείται δυο ημέρες ακόμα και δυο εβδομάδες μετά από διακοπή μακροχρόνιας χρήσης αλκοόλης και εκδηλώνεται με ανησυχία, εκνευρισμό, ζωντανές παραισθησίες και ψευδαισθήσεις, συνήθως οπτικές. Κυριαρχούν οι παραμορφωμένες μορφές ζώων (ζωοψίες), οι οποίες και επιδεινώνουν το άγχος και τη σύγχυση. Υπάρχει θόλωση της συνείδησης με διαταραχές του προσανατολισμού και της μνήμης. Είναι δυνατόν να παρατηρηθούν και διαταραχές από το αυτόνομο νευρικό σύστημα, όπως η εφίδρωση, πυρετός και υπέρταση. Πρόκειται για επείγουσα κατάσταση, που πρέπει να αντιμετωπίζεται με εισαγωγή σε γενικό νοσοκομείο. Είναι απαραίτητη η καταστολή με βενζοδιαζεπίνες ή χλωρμεθειαζόλη ή ακόμη να απαιτηθεί χορήγηση αντιεπιληπτικών και βιταμινών. (Marsden, Fowler, 2001)

Η επόμενη σε σπουδαιότητα ψυχιατρική εκδήλωση του αλκοολισμού είναι οι χρόνιες ψυχώσεις. Στην **αλκοολική ψευδαισθήτωση** κατά το πρώιμο στάδιο ακούγονται ασαφείς θόρυβοι. Οι ακουστικές ψευδαισθήσεις γίνονται όλο και πιο έντονες και παρανοειδείς, δηλαδή οι θόρυβοι μεταβάλλονται σε φωνές που στη συνέχεια αποκτούν περιεχόμενο απειλητικό, σε σημείο οι ασθενείς να κλείνονται φοβισμένοι στο σπίτι τους, το οποίο μετά βρίσκεται περικυκλωμένο από πλήθος ανθρώπων που τους φωνάζουν απειλητικά και τους κατηγορούν. Η άλλη χρόνια

κατάσταση είναι η αλκοολική άνοια, η οποία έχει χρόνια εισβολή και μπορεί να διαφύγει της υποψίας για μεγάλο διάστημα, από έλλειψη αξιοπιστίας αυτών των ατόμων. Μπορεί να μην είναι αναστρέψιμη και να απαιτείται η μόνιμη παραμονή του ασθενούς σε νοσοκομείο. (Marsden, Fowler, 2001)

ΠΙΝΑΚΑΣ ερωτηματολόγιο (CAGE) για ασθενείς με αλκοολισμό.

Ο ασθενής πρέπει να ερωτηθεί εάν αισθάνθηκε:

Την ανάγκη:

Να μειώσει το ποτό

Να ενοχληθεί από τις κριτικές των άλλων

Να νοιώσει ενοχές σχετικά με το ποτό

Για χρήση αλκοόλης με το άνοιγμα των ματιών το πρωί

Ο αλκοολισμός παρατηρείται 3-4 φορές συχνότερα στους άνδρες απ'ότι στις γυναίκες. Σε ορισμένα έθνη και πολιτιστικές ομάδες τα ήθη και έθιμα διευκολύνουν την ανάπτυξη του αλκοολισμού. Διαμορφώνουν, δηλαδή, μια στάση του ατόμου απέναντι στο οινόπνευμα, αρχίζοντας από την πατρική κατοικία και φθάνοντας στο χώρο εργασίας και διασκέδασης. Την επίπτωση του αλκοολισμού σε μια χώρα επηρεάζουν και άλλοι παράγοντες, όπως η ηλικία, το επάγγελμα, η κοινωνική τάξη και οι θρησκευτικές πεποιθήσεις. Στους άνδρες, η έναρξη τοποθετείται γύρω στα 20χρόνια, ενώ σπάνια παρατηρείται μετά τα 45. η έναρξη μετά τα 45χρόνια θα δημιουργούσε υπόνοιες ότι η κατάχρηση οινόπνεύματος είναι δευτεροπαθής σε έδαφος συναισθηματικής διαταραχής ή οργανικού ψυχοσυνδρόμου. Στις γυναίκες, η έναρξη γίνεται σε μεγαλύτερη ηλικία από ότι στους άνδρες. Ορισμένα άτομα, λόγω του επαγγέλματος τους, είναι εκτεθειμένα στην πρόκληση χρήσης του οινόπνεύματος, όπως π.χ. οι εργαζόμενοι σε εστιατόρια, μπαρ, ταβέρνες, ποτοποιίες κ.ά. Εξάλλου, έχει αναφερθεί αυξημένη επίπτωση της νόσου στις κατώτερες κοινωνικές τάξεις. (Edwards, Grossman, Keller, Moser, Room, 1977)

Η αιτιοπαθογένεια του αλκοολισμού αποτελεί ακόμα αντικείμενο έρευνας. Ωστόσο, το πολυπαραγοντικό μοντέλο δεν αμφισβητείται, αν και υπάρχουν ερωτηματικά σχετικά με την ισχύ του ρόλου των παραγόντων αυτών και τις αλληλεπιδράσεις τους.

Σύμφωνα με την πρόσφατη έκδοση του Αμερικανικού Εγχειριδίου για την ταξινόμηση των ψυχικών διαταραχών (DSM-IV), τα κριτήρια για τη διάγνωση της εξάρτησης από το οινόπνευμα είναι τα εξής :

Παθολογικός τύπος χρήσης οινόπνεύματος, που οδηγεί σε κλινικά σημαντική έκπτωση ή δυσφορία και εκδηλώνεται με 3 ή περισσότερα από τα ακόλουθα, που συμβαίνουν οποτεδήποτε σε μια περίοδο 12μηνών:

Ανοχή, όπως καθορίζεται από ένα από τα ακόλουθα δυο:

α) Ανάγκη για εξεσημασμένα αυξημένες ποσότητες οινόπνεύματος για την επίτευξη του επιθυμητού αποτελέσματος ή τοξίκωσης (οξείας μέθης)

β) Εξεσημασμένα μειωμένο αποτέλεσμα με την κανονική χρήση της ίδιας ποσότητας οινόπνεύματος.

Στέρηση, όπως εκδηλώνεται με ένα από τα ακόλουθα δυο:

α) Το χαρακτηριστικό αλκοολικό στερητικό σύνδρομο (π.χ. πρωινός τρόμος, κακουχία και άλλα)

β) Λαμβάνεται η ίδια ή μια στενά σχετιζόμενη ουσία, για να ανακουφιστεί το άτομο ή να αποφύγει τα στερητικά συμπτώματα. (Edwards, Grossman, Keller, Moser, Room, 1977)

Η κατανάλωση μεγάλων ποσοτήτων οινόπνεύματος για μεγαλύτερες περιόδους από ο,τι είχε πρόθεση.

Επίμονη επιθυμία ή ανεπιτυχείς προσπάθειες να ελέγξει ή να διακόψει τη χρήση οινόπνεύματος.

Ένα μεγάλο μέρος του χρόνου δαπανάται σε δραστηριότητες αναγκαίες για την προμήθεια οινόπνεύματος (π.χ. διανύει μεγάλες αποστάσεις), στην κατανάλωση ή στην αποκατάσταση από τη δράση του.

Παραλείπει ή περιορίζει σημαντικές κοινωνικές, επαγγελματικές ή δημιουργικές δραστηριότητες εξαιτίας της χρήσης οινόπνεύματος.

Η χρήση οινόπνεύματος συνεχίζεται παρά το γεγονός ότι γνωρίζει ότι έχει επίμονα ή υποτροπιάζοντα σωματικά ή ψυχολογικά προβλήματα, που είναι πιθανό να έχουν προκληθεί ή επιδεινωθεί από το οινόπνευμα (π.χ. συνεχίζει να πίνει παρά το ότι

γνωρίζει ότι ένα έλκος στομάχου ή δωδεκαδακτύλου επιδεινώθηκε από την κατανάλωση οινοπνεύματος). (Hales D, Hales R.E, 1995)

2.5 Κλινική εικόνα

2.5.1 Αλκοολική τοξίκωση (αλκοολική μέθη)

Το κύριο χαρακτηριστικό τη αλκοολικής τοξίκωσης είναι διαταραχές της συμπεριφοράς, οι οποίες οφείλονται σε πρόσφατη λήψη οινοπνεύματος. Αν και το οινόπνευμα ανήκει στα κατασταλτικά του κεντρικού νευρικού συστήματος, στην αρχή της μέθης ενεργεί ως διεγερτικό, ενώ οι μεταβολές της συμπεριφοράς που εμφανίζονται αποδίδονται σε άρση ανασταλτικών μηχανισμών που ελέγχουν συγκεκριμένες λειτουργίες. Το άτομο είναι χαρούμενο, διαχυτικό, υπερδραστήριο και οι συνειρμικές του λειτουργίες βρίσκονται σε υψηλό επίπεδο εγρήγορση. Η άρση του ελέγχου των σεξουαλικών και επιθετικών παρορμήσεων προκαλεί ανάλογες εκδηλώσεις συμπεριφοράς. Εμφανίζονται επίσης λογόρροια, συναισθηματική ευμεταβλητότητα, μείωση της κρίσης και τη προσοχής, δυσαρθρία, διαταραχές στο συντονισμό των κινήσεων, αστάθεια το βάδισμα, νυσταγμός και ερυθρότητα προσώπου. Όσο η συγκέντρωση του οινοπνεύματος στο αίμα αυξάνεται, τόσο η κλινική εικόνα επιβαρύνεται (πίνακας 1). (Gelder, Gath, Mayou, 1994)

Πίνακας 1. Κλινική εικόνα ανάλογα με την συγκέντρωση του οινόπνεύματος στο αίμα.

	Συγκέντρωση οινόπνεύματος στο αίμα
Μείωση των αντανακλάσεων	200 mg/dL
Υπογλυκαιμία, έλλειψη προσανατολισμού	300 mg/dL
Κώμα	400 mg/dL
Παράλυση αναπνευστικού κέντρου, θάνατος	500 mg/dL

Διαφορική διάγνωση θα γίνει από την οξεία κάκωση της κεφαλής και την υπογλυκαιμία.

2.5.2 Στερητικό σύνδρομο από οινόπνευμα

Αναπτύσσεται σε άτομα εθισμένα στο οινόπνευμα, μετά από σημαντική μείωση ή διακοπή της κατανάλωσης οινόπνεύματος. Τα κλινικά συμπτώματα περιλαμβάνουν αδρό τρόπο των χεριών, της γλώσσας ή των βλεφάρων, ναυτία, εμετό, κεφαλαλγία, κακουχία, αδυναμία, ταχυκαρδία, ιδρώτες, αυξημένη αρτηριακή πίεση, άγχος, καταθλιπτικό συναίσθημα, ευερεθιστότητα, παροδικές ψευδαισθήσεις ή παραληρητικές ιδέες και αϋπνία.

Η απότομη διακοπή υπνωτικών, αγχολυτικών και κατασταλτικών φαρμάκων μπορεί να προκαλέσει παρόμοια κλινική εικόνα. Επίσης, η υπογλυκαιμία και η διαβητική οξέωση, προκαλούν παρόμοια συμπτώματα. Η προσεκτική λήψη του ιστορικού, η σωματική εξέταση και ο σωματικός έλεγχος συμβάλλουν ώστε να τεθεί η σωστή διάγνωση. (Gelder, Gath, Mayou, 1994)

Η θεραπεία περιλαμβάνει υποστηρικτικά μέτρα, όπως ήσυχο και επαρκώς φωτισμένο δωμάτιο, παρουσία γνωστών προσώπων κοντά στον ασθενή και προσπάθεια διατήρησης του προσανατολισμού του. Περιλαμβάνει επίσης ενυδάτωση και διόρθωση των ηλεκτρολυτικών διαταραχών, χορήγηση βιταμινών (θειαμίνης, φιλλικού οξέος, πολυβιταμινούχων σκευασμάτων, ενδεχομένως βιταμίνης Κ), χορήγηση βενζοδιαζεπινών (π.χ. διαζεπάμης για την καταστολή του ασθενούς) και αναστολέων των β-ανδρενεργικών υποδοχέων, όπως π.χ. ατενολόλης, για την αντιμετώπιση της υπερδραστηριότητας του αυτόνομου νευρικού συστήματος. (Gelder, Gath, Mayou, 1994)

2.5.3 Παραλήρημα οφειλόμενο σε τοξίκωση ή στέρηση από το οινόπνευμα (τρομώδες παραλήρημα, (delirium tremens))

Το παραλήρημα αναπτύσσεται συνήθως ώρες ή ημέρες μετά από σημαντική μείωση ή διακοπή τη κατανάλωσης οινοπνεύματος. Διάρκει λίγες ώρες ή ημέρες. Στην περίπτωση της τοξίκωσης αναπτύσσεται μόνον αν η τελευταία διατηρηθεί κάποιες ημέρες. Συνήθως υποχωρεί εντός ολίγων ωρών ή ημερών μετά την παρέλευση της τοξίκωσης. Τα πρόδρομα συμπτώματα είναι ανησυχία, αϋπνία και φόβος. Στα σημεία και συμπτώματα περιλαμβάνονται παραληρητικές ιδέες, παροδικές οπτικές, απτικές ή ακουστικές ψευδαισθήσεις ή παραισθήσεις, θόλωση της συνείδησης και σύγχυση, εξεσημασμένος τρόμος, διαταραχές της προσοχής (εστίασης, μετάθεσης, σταθερότητας) και των άλλων ψυχοδιανοητικών λειτουργιών (μνήμης, προσανατολισμού) και δυσκολία στην ομιλία. Παρατηρείται επίσης αναστροφή του κύκλου ύπνου-εγρήγορσης και αυξημένη διεγερσιμότητα του αυτόνομου νευρικού συστήματος. Το ποσοστό θνησιμότητας, στο οποίο περιλαμβάνονται και ασθενείς χωρίς θεραπευτική φροντίδα, ανέρχεται σε 10%. Εκτός από τις σωματικές επιπλοκές, αιτία θανάτου είναι και η αυτοκτονία (ο ασθενής υπακούει σε προτρεπτικού τύπου ψευδαισθήσεις ή παραληρητικές ιδέες να τερματίσει τη ζωή του). (Edwards, Grossman, Keller, Moser, Room, 1977)

Το αλκοολικό παραλήρημα διαφοροδιαγιγνώσκεται από τη σχιζοφρένεια, τη σχιζοφρενοκόμορφη διαταραχή, άλλες ψυχωσικές διαταραχές, καθώς και από την άνοια, με την οποία μπορεί να συνυπάρχει.

Η θεραπεία περιλαμβάνει όσα αναφέρθηκαν για την αντιμετώπιση του θεραπευτικού συνδρόμου. Σε περιπτώσεις μεγάλης διέγερσης χορηγούνται αντιψυχωσικά, π.χ. αλοπεριδόλη 5-10 mg ενδομυϊκώς κάθε 2-4 ώρες. Επίσης, απαιτείται διερεύνηση και θεραπεία τυχών επιπλοκών. (Meyer, 1989)

2.5.4 Ψυχωσική διαταραχή προκαλούμενη από το οινόπνευμα.

Περίπου 3% των αλκοολικών έχουν ψυχωσικά συμπτώματα στο διάστημα της υπερβολικής κατανάλωσης αλκοόλης και της κατάσταση στέρησης. Στην κλινική εικόνα κυριαρχούν οι παραληρητικές ιδέες ή οι ψευδαισθήσεις. Γενικά, τα συμπτώματα είναι παρόμοια με εκείνα που παρατηρούνται στη σχιζοφρένεια (παραληρητικές ιδέες διωκτικού περιεχομένου, ιδέες αναφοράς, παραγνωρίσεις, ζωνρές ψευδαισθήσεις οπτικές, ακουστικές, απτικές κ.ά.), αλλά αντίθετα με ό,τι συμβαίνει σ' αυτή, συχνά υποχωρούν αυτόματα. Η διαφορική διάγνωση θα γίνει από την κατάσταση της στέρησης και την πρωτοπαθή ψυχωσική διαταραχή. Προσοχή απαιτείται στη λήψη ιστορικού, επειδή συχνά οι ψυχωσικοί ασθενείς έχουν προβλήματα στη χρήση οινόπνευματος.

Η θεραπεία με αντιψυχωσικά φάρμακα μπορεί να κριθεί απαραίτητη. (Hales D, Hales R.E, 1995)

2.5.5 Συναισθηματική διαταραχή προκαλούμενη από το οινόπνευμα

Η διάγνωση αυτή τίθεται όταν υπάρχει κατάθλιψη ή μανία αρκετά σοβαρή, ώστε για να περιορίζει την επαγγελματική ή κοινωνική λειτουργικότητα του ατόμου. Τα συμπτώματα μπορεί να συμβαίνουν κατά τη διάρκεια τοξίκωσης, κατά τη διάρκεια συνδρόμου στέρησης ή σε διάστημα 4εβδομάδων μετά από αυτό. Η κλινική εικόνα προσομοιάζει με εκείνη του μείζονος καταθλιπτικού ή μανιακού επεισοδίου, χωρίς να είναι απαραίτητο να πληρούνται όλα τα αντίστοιχα κριτήρια.

Η διαφορική διάγνωση θα γίνει από καταθλιπτικά συμπτώματα που συνοδεύουν το τρομώδες παραλήρημα, το μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο (πρωτοπαθής συναισθηματική διαταραχή) και τη συναισθηματική διαταραχή που οφείλεται σε άλλες φαρμακευτικές ή μη ουσίες ή σε σωματική νόσο. (Hales D, Hales R.E, 1995)

2.5.6 Αγχώδης διαταραχή προκαλούμενη από το οινόπνευμα

Τα χαρακτηριστικά συμπτώματα είναι έντονο άγχος, κρίσεις πανικού, ιδεοληψίες, ψυχαναγκαστικές πράξεις, φοβικά συμπτώματα. Σχεδόν 80% των αλκοολικών αναφέρουν κρίσεις πανικού κατά τη διάρκεια αιφνίδιας διακοπής της λήψης οινόπνευματος. Τα συμπτώματα δεν διαρκούν περισσότερο από 1μήνα.

Διαφορική διάγνωση θα γίνει από την τοξίκωση, το σύνδρομο στέρησης, το τρομώδες παραλήρημα και τις πρωτοπαθείς αγχώδεις διαταραχές.

Άνοια προκαλούμενη από το οινόπνευμα. (Marsden, Fowler, 2001)

Η αλκοολικής αιτιολογίας άνοια είναι σχετικά συχνή επιπλοκή και παρουσιάζει την ίδια κλινική εικόνα με την πρωτοπαθή άνοια. Στα αρχικά στάδια είναι μερικά αναστρέψιμη, εφόσον διακοπεί η χρήση του οινόπνευματος. Διαφορική διάγνωση θα γίνει από τις άλλες μορφές άνοιας, το τρομώδες παραλήρημα, το χρόνιο τύπο της σχιζοφρένειας («πρώιμη» άνοια) και την ψευδοάνοια των καταθλιπτικών ασθενών.

Η αποχή από το οινόπνευμα μπορεί να επιτρέψει τη βελτίωση των γνωσιακών λειτουργιών. Αναφέρεται διάστημα 18μηνών αποχής ως ικανό να αναστρέψει τα αποτελέσματα των νευροψυχολογικών εξετάσεων. (Marsden, Fowler, 2001)

2.6 Οργανικές διανοητικές διαταραχές

Η δηλητηρίαση χαρακτηρίζεται από την μη προσαρμοστική συμπεριφορά μετά από την κατάποση του οινοπνεύματος. Η αταξία, ο νυσταγμός και η εξασθετισμένη προσοχή είναι μεταξύ των σημαδιών της δηλητηρίασης. Η δριμύτητα των συμπτωμάτων συσχετίζεται κατά προσέγγιση με τη συγκέντρωση του οινοπνεύματος .τι αίμα, η οποία απεικονίζει τη συγκέντρωση οινοπνεύματος στον εγκέφαλο. Θεωρείται ότι τα αρχικά αποτελέσματα της αλκοόλης είναι δευτεροβάθμια, στην προνομιακή συμμετοχή των πολυσυναπτικών διαβάσεων στο δικτυωτό σχηματισμό, τον εγκεφαλικό φλοιό, και την παρεγκεφαλίδα. Μερικά πρόσωπα γίνονται ομιλητικά και κοινωνικά. Μερικοί γίνονται βαρύθυμοι και αποσύρονται και άλλοι γίνονται ετοιμοπόλεμοι. Σε μερικούς υπάρχει μια αστάθεια στη διάθεση, με διαλείποντα επεισόδια γέλιου και κλάματος. Μια βραχυπρόθεσμη ανοχή στο οινόπνευμα μπορεί να εμφανιστεί, έτσι ώστε ένα πρόσωπο να φαίνεται λιγότερο μεθυσμένο μετά από πολλές ώρες κατανάλωσης απ' ό,τι μετά από μόνο μερικές ώρες. (Meyer, 1989)

Οι ιατρικές περιπλοκές της δηλητηρίασης περιλαμβάνουν εκείνες που προκύπτουν από τις πτώσεις (πέσιμο), όπως τα υποσκληρίδια αιματώματα και τα σπασίματα. Το αποκαλυπτικό σημάδι των χρόνιων περιόδων της δηλητηρίασης είναι τα αιματώματα του προσώπου, ιδιαίτερα γύρω από τα μάτια, ένα αποτέλεσμα των πτώσεων ή καυγάδων ενώ το άτομο ήταν μεθυσμένο. Στα κρύα κλίματα η υποθερμία και ο θάνατος μπορούν να εμφανιστούν επειδή το μεθυσμένο άτομο εκτίθεται στο κρύο. Ένα πρόσωπο με τη δηλητηρίαση οινοπνεύματος μπορεί επίσης να προδιατεθεί αρχικά στις μολύνσεις, και δεύτερον στην καταστολή του ανοσοποιητικού συστήματος. (Meyer, 1989)

2.6.1 Δηλητηρίαση οινόπνεύματος

Αυτός ο όρος, είναι επίσης γνωστός ως παθολογική δηλητηρίαση, και χαρακτηρίζεται από την ξαφνική αρχή χαρακτηριστικών συμπεριφοριστικών αλλαγών μετά από την κατανάλωση ενός μικρού ποσού οινόπνεύματος. Το πρόσωπο είναι ταραγμένο και αποπροσανατολισμένο και μπορεί να δοκιμαστεί έχοντας παραισθήσεις, παροδικές αυταπάτες, και οπτικές παραισθήσεις. Υπάρχει πολύ αυξανόμενη ψυχοκινητική δραστηριότητα. Το πρόσωπο μπορεί να επιδείξει παρορμητισμό, επιθετική συμπεριφορά και να είναι επικίνδυνο σε άλλους. Το πρόσωπο μπορεί επίσης να εκτεθεί σε αυτοκαταστροφικό ιδεασμό και απόπειρες αυτοκτονίας. Η αναταραχή, που διαρκεί συνήθως για μερικές ώρες, ολοκληρώνεται με μια παρατεταμένη περίοδο ύπνου, όπου το πρόσωπο είναι ανίκανο να θυμηθεί το επεισόδιο. Η αιτία του όρου είναι άγνωστη αλλά είναι η πιο κοινή στα πρόσωπα με τα υψηλά επίπεδα ανησυχίας-άγχους. (Meyer, 1989) Το οινόπνευμα μπορεί να προκαλέσει ικανοποιητική αποδιοργάνωση και απώλεια ελέγχου για να απελευθερώσει τους επιθετικούς παρορμητισμούς. Επίσης έχει προταθεί ότι η ζημία του εγκεφάλου, ιδιαίτερα εγκεφαλίτιδα ή τραύμα, προδιαθέτει τους ανθρώπους στην αδιαλλαξία για το οινόπνευμα, το οποίο μπορεί να οδηγήσει στην ανώμαλη συμπεριφορά μετά από κατανάλωση ενός μικρού ποσού. Άλλη αναταραχή: Η αλκοολική παραίσθηση, διαφοροποιείται από DTs από την απουσία ενός σαφούς κέντρου των αισθήσεων σε DTs. (Endelson, Mello, 1985)

Η θεραπεία της παραίσθησης εξαιτίας του οινόπνεύματος είναι ίδια με αυτήν του DTs—, της επαρκούς διατροφής, και των υγρών εάν κρίνεται απαραίτητο. Όταν εκείνη η θεραπευτική αγωγή αποτυγχάνει και σε χρόνιες περιπτώσεις, τα αντιψυχωτικά φάρμακα μπορούν να χρησιμοποιηθούν. Ένα κλινικό παράδειγμα περίπτωσης ακολουθεί:

Ένας 44 χρονος άνεργος που ζούσε μόνος σε μια ιδιόκτητη γκαρσονιέρα, παρουσιάστηκε σε τμήμα επειγόντων περιστατικών νοσοκομείου από την αστυνομία, στην οποία είχε πάει για τη βοήθεια, παραπνόμενος ότι εκφοβίστηκε όταν άκουσε φωνές ατόμων στην οδό κάτω από το παράθυρό να του φωνάζουν και να τον απειλούν ότι θα του κάνουν κακό. Είχε φάνει έξω το παράθυρο, ότι τα άτομα "είχαν εξαφανιστεί", πάντα εξαφανίζονταν. (Endelson, Mello, 1985)

Ο ασθενής είχε μια είκοσι ετών ιστορία σχεδόν της καθημερινής χρήσης οινόπνεύματος, ήταν συνήθως πτωμένος κάθε ημέρα. Την προηγούμενη ημέρα είχε μειώσει την εισαγωγή του σε μια δόση βότκας λόγω του γαστροεντερικού κινδύνου. Ήταν πλήρως άγρυπνος και η εξέταση προσανατολίστηκε στη διανοητική του κατάσταση. (Endelson, Mello, 1985)

2.6.2 Αμνησιακή αναταραχή οινόπνεύματος (Korsakoff Syndrome) και αλκοολική εγκεφαλοπάθεια (Σύνδρομο Wernicke)

Το ουσιαστικό χαρακτηριστικό γνώρισμα της αμνησιακής αναταραχής οινόπνεύματος είναι μια διαταραχή στη βραχυπρόθεσμη μνήμη λόγω της παρατεταμένης βαριάς χρήσης του οινόπνεύματος. Άλλες περιπλοκές του αλκοολισμού —όπως τα παρεγκεφαλιδικά σημάδια, η απομακρυσμένη νευροπάθεια, και η κίρρωση —μπορούν να είναι παρούσες. Δεδομένου ότι η αναταραχή εμφανίζεται συνήθως στα πρόσωπα που έχουν πει υπερβολικές ποσότητες αλκοόλ για πολλά έτη, εμφανίζεται σπάνια πριν από την ηλικία 35 ετών . (Endelson, Mello, 1985)

Το αμετάκλητο έλλειμμα μνήμης γνωστό ως σύνδρομο Korsakoff ή αμνησιακή αναταραχή οινόπνεύματος ακολουθεί συχνά ένα οξύ επεισόδιο του συνδρόμου Wernicke, αποκαλούμενο επίσης την οινόπνευματώδη εγκεφαλοπάθεια ή την εγκεφαλοπάθεια Wernicke, μια νευρολογική ασθένεια που φανερώνεται από την αταξία, την οφθαλμοπληγία (ιδιαίτερα περιλαμβάνει το έκτο κρανιακό νεύρο), το νυσταγμό, και σύγχυση. Η οινόπνευματώδης εγκεφαλοπάθεια μπορεί να εξαφανιστεί αυθόρμητα σε μερικές ημέρες ή εβδομάδες. Μπορεί επίσης να προχωρήσει στην αμνησιακή αναταραχή οινόπνεύματος, στην οποία ο ασθενής έχει μια αμετάκλητη βραχυπρόθεσμη εξασθένηση μνήμης παρουσία ενός σαφούς κέντρου των αισθήσεων. Το αρχικό οξύ στάδιο του συνδρόμου Wernicke ανταποκρίνεται γρήγορα στις μεγάλες δόσεις παρεντερικής θειαμίνης, το οποίο θεωρείται αποτελεσματικό στην παρεμπόδιση της προόδου στην αμνησιακή αναταραχή οινόπνεύματος.

Εντούτοις, μόλις καθιερωθεί η αναταραχή, η πορεία της νόσου είναι χρόνια, και η εξασθένηση είναι πάντα αυστηρή. Η ισόβια περιοριστική προσοχή απαιτείται συχνά. (Hales D, Hales R.E, 1995)

Η εγκεφαλοπάθεια του Wernicke και η αμνησιακή αναταραχή οινοπνεύματος που —τα δύο συνδυάζονται μερικές φορές—, σύνδρομο του Wernicke- Korsakoff (ορολογία)—θεωρείται ότι προκαλούνται από ανεπάρκεια θειαμίνης. Επομένως, ο υποσιτισμός μπορεί να θεωρηθεί παράγοντας προδιάθεσης. Η βαριά κατάποση οινοπνεύματος παράγει ένα σύνδρομο δυσαπορρόφησης. Η επικράτηση είναι άγνωστη, αλλά ο όρος είναι προφανώς σπάνιος και μπορεί να είχε γίνει σπανιότερος τα τελευταία χρόνια λόγω της σχεδόν στερεότυπης χορήγησης θειαμίνης κατά τη διάρκεια της αποτοξίνωσης. Αν και το σύνδρομο είναι συνήθως αμετάκλητο, οι διάφοροι βαθμοί αποκατάστασης έχουν αναφερθεί με μια καθημερινή θεραπευτική αγωγή 50 έως 100 εγώ υδροχλωρικής θειαμίνης. (Hales D, Hales R.E, 1995)

Η παθοφυσιολογική σύνδεση μεταξύ ανεπάρκειας της θειαμίνης και των τραυμάτων εγκεφάλου της εγκεφαλοπάθειας Wernicke και του συνδρόμου Korsakoff είναι ασαφής. Η θειαμίνη είναι συμπαραγοντας για διάφορα σημαντικά ένζυμα, και μπορεί επίσης να περιληφθεί στη διεξαγωγή της δυνατότητας νευρίτη κατά μήκος του νευρίτη και στη συναπτική μετάδοση. Τα νευροπαθολογικά τραύματα περιλαμβάνουν την ατροφία των οργανισμών. Ένα κλινικό παράδειγμα περίπτωσης ακολουθεί:

Ένας 46 χρονος ελαιοχρωματιστής αναγνωρίστηκε στο νοσοκομείο με μια ιστορία 30 ετών βαριάς κατανάλωσης. Είχε δύο προηγούμενες αποδοχές για την αποτοξίνωση, αλλά η οικογένειά του δήλωσε ότι δεν είχε πιεί καθόλου για αρκετές εβδομάδες, και δεν παρουσίασε κανένα σημάδι στέρησης οινοπνεύματος. Φάνηκε υποσιτιζόμενος, εντούτοις, και στην εξέταση βρέθηκε ότι δεν τρεφόταν σωστά και είχε μια διμερή παράλυση στο έκτο -κρανιακό-νεύρο. Εμφανίστηκε ταραγμένος και μπέρδευε έναν από τους παθολόγους του με έναν νεκρό θείο του. (Endelson, Mello, 1985)

Μέσα σε μια εβδομάδα ο ασθενής περπάτησε κανονικά, και δεν υπήρξε πλέον οποιοδήποτε σημάδι μιας παράλυσης των νεύρων. Φάνηκε λιγότερο ταραγμένος και θα μπορούσε τώρα να βρει τον δρόμο προς το λουτρό χωρίς να κατευθύνεται από άλλους. Θυμήθηκε τα ονόματα και τα γενέθλια των συγγενών του. Παρόλα αυτά, είχε τη μεγάλη δυσκολία να διατηρήσει τις πληροφορίες για περισσότερο από λεπτά. Θα

μπορούσε να επαναλάβει έναν κατάλογο αριθμών αμέσως αφότου τους είχε ακούσει αλλά λίγα λεπτά αργότερα δεν θυμόταν να έχει κληθεί να εκτελέσει το στόχο. Εάν του παρουσίαζαν τρία αντικείμενα (κλειδιά, χτένα, δαχτυλίδι), δεν θα μπορούσε να τα θυμηθεί τρία λεπτά αργότερα. Δεν φάνηκε όμως να ανησυχεί για αυτό. Όταν ρωτήθηκε εάν θα μπορούσε να θυμηθεί το όνομα του γιατρού του, απάντησε, "βεβαίως," και προχώρησε να καλέσει το γιατρό "ο Δρ Χ" (όχι το όνομά του), που επέμενε ότι είχαν συναντηθεί αρχικά κατά τη διάρκεια του Β' Παγκοσμίου πολέμου. Είπε μια μακροχρόνια αναληθή ιστορία για το πώς αυτός και "ο Δρ Χ" ήταν συντροφικοί στρατιώτες. (Endelson, Mello, 1985)

Ο ασθενής ήταν ήρεμος, άγρυπνος, και φιλικός. Λόγω της άθικτης άμεσης μνήμης του και της διάστικτης αλλά μερικές φορές επαρκούς μακρινής μνήμης, συνεχώς είχε στη διάθεση του μια από τις δυο για μικρή χρονική περίοδο, ώστε ο ίδιος να μην συνειδητοποιεί ότι είχε αυστηρή εξασθένηση μνήμης. Αν και αντιμετωπίζεται με τις υψηλές δόσεις θειαμίνης, το βραχυπρόθεσμο έλλειμμα μνήμης ενέμεινε και εμφανίστηκε να είναι αμετάκλητο. (Endelson, Mello, 1985)

2.6.3 Άνοια που συνδέεται με τον αλκοολισμό

Το ουσιαστικό χαρακτηριστικό γνώρισμα της άνοιας που συνδέεται με τον αλκοολισμό είναι μια άνοια που εμμένει τουλάχιστον τρεις εβδομάδες μετά από τη διακοπή της παρατεταμένης χρήσης οινόπνευματος και για την οποία όλες οι άλλες αιτίες της άνοιας έχουν αποκλειστεί. Άλλες περιπλοκές του αλκοολισμού —όπως τα παρεγκεφαλιδικά σημάδια, η απομακρυσμένη νευροπάθεια, και η κίρρωση — μπορούν να είναι παρούσες. Δεδομένου ότι η αναταραχή εμφανίζεται στα πρόσωπα που έχουν καταναλώσει μεγάλες ποσότητες αλκοόλ για πολλά έτη, η αναταραχή εμφανίζεται σπάνια πριν από την ηλικία 35 ετών. (Meyer, 1989)

Εξ ορισμού, υπάρχει πάντα κάποια εξασθένηση στην κοινωνική ή επαγγελματική λειτουργία. Σε ήπιες περιπτώσεις τα γνωστικά ελλείμματα μπορούν να είναι αποδείξιμα μόνο με τη νευροψυχολογική δοκιμή. Σπανιότερα, όταν η εξασθένηση

είναι αυστηρή, ο ασθενής γίνεται συνολικά μη ενθουμούμενος στα περίχωρά του/της και απαιτεί τη σταθερή προσοχή. Δεν είναι ακόμα γνωστό εάν η άνοια που συνδέεται με τον αλκοολισμό είναι η αρχική επίδραση του οινοπνεύματος ή των μεταβολών της στον εγκέφαλο ή μια έμμεση συνέπεια του υποσιτισμού, του συχνού τραυματισμού στο κεφάλι, και της ασθένειας του ήπατος που εμφανίζονται με το χρόνιο αλκοολισμό. (Meyer, 1989)

2.6.4 Εμβρυϊκό σύνδρομο οινοπνεύματος

Οι μελέτες των νηπίων με γενετικές ανωμαλίες αποκάλυψαν ότι πολλές από τις μητέρες είχαν τον αλκοολισμό. Η διανοητική ανεπάρκεια, οι κρανιοπροσωπικές ατέλειες, οι δυσμορφίες άκρων, οι καρδιακές ατέλειες, και η καθυστερημένη ανάπτυξη των μηχανισμών του οργανισμού είναι μερικές από τις βλαβερές συνέπειες του εμβρυϊκού συνδρόμου οινοπνεύματος.

Ο κίνδυνος μια αλκοολική γυναίκα να έχει ένα ελαττωματικό παιδί αγγίζει το ποσοστό του 35 τοις εκατό. Αν και ο ακριβής μηχανισμός της ζημίας στο έμβρυο είναι άγνωστος, η ζημία φαίνεται να είναι το αποτέλεσμα της έκθεσης της μήτρας στην αιθανόλη ή στους μεταβολίτες της. Το οινόπνευμα μπορεί επίσης να προκαλέσει τις δυσαναλογίες ορμονών που αυξάνουν τον κίνδυνο ανωμαλιών. (Devor, Cloninger, 1989)

2.7 Στατιστικά στοιχεία

Τέλος, και συνοψίζοντας, παραθέτονται παρακάτω, τα στοιχεία έρευνας που διεξήχθη στην Ψυχιατρική Κλινική του Αιγινήτειου Νοσοκομείου, σε αλκοολικούς που εισήχθησαν για νοσηλεία.

Σκοπός: Η διερεύνηση των κλινικών χαρακτηριστικών αλκοολικών που νοσηλεύτηκαν στην Πανεπιστημιακή Ψυχιατρική Κλινική του Αιγινήτειου Νοσοκομείου κατά την τριετία 1997-2000.

Υλικό — μέθοδος: 44 ασθενείς με διαγνωσμένη κατάχρηση — εξάρτηση από αλκοόλ (DSM-IV) που νοσηλεύτηκαν στην Πανεπιστημιακή Ψυχιατρική Κλινική του Αιγινήτειου Νοσοκομείου κατά την τριετία 1997-2000. (Λιάππας, Παπαρηγόπουλος, Τζιαβέλλας, Γούζαρης, Χριστοδούλου, 2000)

Τα ατομικά δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά των ασθενών που συμπεριελήφθησαν στη μελέτη προέκυψαν από την λεπτομερή ανάλυση των ατομικών φακέλων νοσηλείας με τη βοήθεια ενός δομημένου εργαλείου / σχεδίου για τη διερεύνηση της ψυχοπαθολογίας τόσο κατά την παρούσα φάση όσο και κατά το παρελθόν. Για τη στατιστική ανάλυση χρησιμοποιήθηκαν οι κατανομές συχνοτήτων των διαφόρων μεταβλητών και η ανάλυση παραγόντων (factor analysis) για περαιτέρω διερεύνηση των αλληλοσυσχετίσεων μεταξύ τους. (Λιάππας, Παπαρηγόπουλος, Τζιαβέλλας, Γούζαρης, Χριστοδούλου, 2000)

Αποτελέσματα: Συνολικά μελετήθηκαν 39 άνδρες (88.6%) και 5 γυναίκες (11.4%) μέσης ηλικίας $\pm 44 \pm 10$ ετών (μεγίστη | ελαχίστη: 75 / 27 έτη). Σε 25 άτομα (56.8%) προϋπήρχε γνωστό ψυχιατρικό ιστορικό, ενώ για 19 άτομα (43.2%) δεν υπήρχε προγενέστερη παρόμοια αναφορά

Οι κύριες διαγνώσεις, εκτός του συνυπάρχοντος αλκοολισμού, ήταν: συναισθηματική διαταραχή (79.2%), αγχώδης διαταραχή (8.3%), σχιζοσυναισθηματική διαταραχή (4.2%) και διαταραχή προσωπικότητας (8.3%). Η μέση διάρκεια \pm σταθερή απόκλιση κατάχρησης — εξάρτησης από αλκοόλ ήταν 20 ± 12 έτη και το μέσο χρονικό διάστημα συννοσηρότητας 6 ± 8 έτη.

Τα συχνότερα απαντώμενα νευροψυχολογικά συμπτώματα ήταν: άγχος (90.7%), καταθλιπτική διάθεση (74.4%), σωματικά ενοχλήματα ποικίλης φύσεως (65.1%), διαταραχές του ύπνου (62.8%), αίσθημα κόπωσης / αδυναμίας (56.1%), νευρολογικά

συμπτώματα (54.5%), επιθετική συμπεριφορά (42%), φοβικές εκδηλώσεις (39.5%), υποκειμενικά ενοχλήματα (37.2%), εναντιωματική συμπεριφορά (35%), διαταραχές της όρεξης (27.9%) και ψυχοκινητική ανησυχία (21%). (Λιάππας, Παπαρηγόπουλος, Τζιαβέλλας, Γούζαρης, Χριστοδούλου, 2000)

Τα συμπτώματα που μελετήθηκαν υποβλήθηκαν σε ανάλυση παραγόντων, η οποία ανέδειξε 6 κύριους παράγοντες, οι οποίοι κάλυπταν από κοινού το 69.77% της μεταβλητότητας. Ο 1 παράγοντας περιελάμβανε τα χαρακτηριστικά της εναντιωματικής συμπεριφοράς, στις διαταραχές της σκέψης και τις φοβικές εκδηλώσεις. Ο 2 περιελάμβανε τα νευρολογικά συμπτώματα, τα σωματικά ενοχλήματα, το αίσθημα αδυναμίας και το άγχος. Ο 3 περιελάμβανε την επιθετική συμπεριφορά και την ψυχοκινητική ανησυχία, ο 4 τα υποκειμενικά και υποχονδριακά ενοχλήματα, ο 5 τις οπτικές ψευδαισθήσεις, την καταθλιπτική διάθεση και τις διαταραχές της όρεξης και ο 6 τις διαταραχές του ύπνου και του βάρους.

Συμπέρασμα: Στο δείγμα των νοσηλευόμενων αλκοολικών που μελετήθηκε, διαπιστώθηκε η μεγάλη συχνότητα συνύπαρξης καταθλιπτικού κυρίως τύπου συμπτωματολογίας. (Λιάππας, Παπαρηγόπουλος, Τζιαβέλλας, Γούζαρης, Χριστοδούλου, 2000)

ΜΕΡΟΣ 3. ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΥ

Έχουν ήδη αναφερθεί και αναλυθεί στα προηγούμενα κεφάλαια διεξοδικά, οι επιπτώσεις του αλκοολισμού στον ανθρώπινο οργανισμό, την ψυχολογία και την λειτουργία του ατόμου γενικότερα.

Στη συνέχεια γίνεται αναφορά στις επιπτώσεις που έχει το φαινόμενο του αλκοολισμού στην οικογένεια, την κοινωνία, καθώς και την οικονομία.

3.1 Οι επιπτώσεις του αλκοολισμού στην οικονομία

Ο αλκοολισμός πληρώνεται ακριβά!!! Δεν είναι μόνο η γενετική υγεία και η οικογένεια του αλκοολικού που εισπράττουν τις επιπτώσεις του αλκοολισμού, αλλά και η κοινωνία με την ευρύτερη έννοια. Τα τελευταία χρόνια οι οικονομολόγοι υγείας έχουν κάνει προσπάθειες να εκτιμήσουν το κόστος του αλκοολισμού σε εθνικό επίπεδο. Σύμφωνα με τους Weeden & Burchell υπάρχουν δυο ερευνητικές προσεγγίσεις στο θέμα του κόστους του αλκοολισμού. Η μια απευθύνεται στις εκτιμήσεις του κόστους όπως αυτό αξιολογείται από παράγοντες όπως η θνησιμότητα εξαιτίας του αλκοολισμού, νοσοκομειακές ή άλλες υπηρεσίες, μειωμένη παραγωγικότητα, απουσία από την εργασία κ.λ.π. η δεύτερη προσέγγιση διερευνά την ανάπτυξη κριτηρίων του «κόστους- αποτελεσματικότητας» (cost effectiveness) σχετικά με τα προβλήματα που συνδέονται με τον αλκοολισμό. Όπως είναι γνωστό, οι μελέτες «κόστους- αποτελεσματικότητας» παίζουν ίσως τον πιο σημαντικό ρόλο στο σχεδιασμό παροχής υπηρεσιών, στην κοινωνική επανένταξη, στην εκπαίδευση κ.τ.λ. (Ποταμιάνος, 1991)

Έχει αποδειχτεί, ότι παρόλο που το κυριότερο κόστος του αλκοολισμού είναι η μείωση της παραγωγής, το κόστος των παροχών υγείας παραμένει υψηλό. Επιπλέον πιστεύεται, ότι ο αλκοολισμός στις χώρες με υψηλούς δείκτες κατανάλωσης, κοστίζει περισσότερο από τον καρκίνο, τα καρδιακά και αναπνευστικά προβλήματα.

Πέντε, λοιπόν, τομείς της οικονομίας που επηρεάζονται άμεσα από την κατάχρηση της αλκοόλης, είναι η μείωση της παραγωγής εξαιτίας νόσου, ανεργία ή πρόωρος

θάνατος, υγεία και κοινωνικές υπηρεσίες, υλική ζημιά από ατυχήματα και μη εφαρμογή των νόμων. (Ποταμιάνος, 1991)

Φαίνεται μέχρι εδώ, σε ποιους τομείς της οικονομίας αλλά και της κοινωνίας κοστίζει ο αλκοολισμός. Πρέπει επιπρόσθετα όμως να σημειωθεί, το κέρδος που επιφέρει στην κοινωνία όχι ο αλκοολισμός, αλλά η πώληση αλκοολούχων ποτών. Το κέρδος αυτό υπολογίζεται με βάση δυο παραμέτρους. Τις πωλήσεις και, κατά συνέπεια τα κέρδη των αλκοολούχων ποτών και την εργασία που προσφέρει η «αγορά» και η «βιομηχανία» του αλκοόλ. Ο κύριος αποδέκτης του κέρδους αυτού είναι το κράτος, το οποίο επωφελείται αρκετά από την κατανάλωση τη αλκοόλης. (Ποταμιάνος, 1991)

Το γεγονός όμως είναι ότι ο αλκοολισμός δε γίνεται να μειωθεί, αν ο πληθυσμός δεν καταναλώνει λιγότερο αλκοόλ.

3.2 Η βιομηχανία του αλκοόλ

Η διαθεσιμότητα ενός προϊόντος είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με την έξαρση ή όχι των κοινωνικών προβλημάτων που αναφύονται από την κατάχρηση- εξάρτηση αυτού του προϊόντος.

Η πολιτική βούληση για μείωση των φαινομένων εξαιτίας του αλκοόλ οδήγησε, μεταξύ άλλων μέτρων, και στο κρατικό μονοπώλιο. Το μονοπώλιο έχει υπό τον έλεγχό του το αλκοόλ, το οποίο διατίθεται από συγκεκριμένα καταστήματα τα οποία δεν έχουν δικαίωμα διαφήμισης.

Στις περισσότερες Ευρωπαϊκές χώρες είναι αξιοσημείωτο το γεγονός ότι επιτρέπεται να εισάγουν απεριόριστη ποσότητα αλκοολούχων ποτών.

Πέρα από το μονοπώλιο, που στην ουσία ελέγχει την υπερβολική κατανάλωση και την κατανάλωση από ανηλίκους ή την περιορισμένη διάθεση του αλκοόλ σε χώρους μετά από τη χορήγηση άδεια, ένα ακόμα μέτρο που προστίθεται σε πολλές χώρες κατά της κατάχρησης αλκοόλ είναι η υψηλή φορολογία. Τα ποσά που συγκεντρώνονται από την υπέρογκη για εμάς φορολογία, έχουν ανταποδοτικό χαρακτήρα. (Τσαρούχας, 2000)

Φορολογία. Παραθέτεται ενδεικτικά η φορολογία σε μερικές Ευρωπαϊκές χώρες. Στην Ελλάδα, το κρασί δεν φορολογείται επιπλέον και η φορολογία στα πυκνά ποτά για το έτος 2000 προσδιορίστηκε στα 8,15 ευρώ για ένα λίτρο άνυδρο. Ο ειδικός λοιπόν φόρος κατανάλωσης για κάθε φιάλη 0,70 λίτρων περίπου που περιέχει 0,25 άνυδρα, ανέρχεται περίπου στα 2,5 ευρώ. Στη Γερμανία το κρασί δεν έχει καμία επιπλέον φορολογία πέραν του ΦΠΑ, η μπύρα φορολογείται επιπλέον 4 με 6% ενώ τα πυκνά ποτά φορολογούνται επιπλέον κατά 35%. Στη Σουηδία η φορολογία των πυκνών σε αιθυλική αλκοόλη ποτών προσδιορίζεται στο 90%. Η φορολογία των κρασιών στο 60%. Στη Δανία η φορολογία για τα κρασιά ανέρχεται περίπου στο 20%, για τις μπύρες στο 18% και για τα πυκνά ποτά στο 60%. (Τσαρούχας, 2000)

Ενδεικτικό είναι το γεγονός ότι οι Ευρωπαίοι ξοδεύουν 105 δις δολάρια το χρόνο για αλκοολούχα ποτά, ενώ στην Ελλάδα κάθε χρόνο μετατρέπουμε 700 περίπου δις σε αλκοόλ. τα δε κέρδη του «Ομίλου Άμστερνταμ» που εκπροσωπεί την ποτοποιία σε ευρωπαϊκό επίπεδο, φτάνουν στο ύψος των 12δις. (Τσαρούχας, 2000)

Οποιαδήποτε όμως προληπτικά μέτρα , γίνονται πιο αποτελεσματικά όταν , με καλύτερη ενημέρωση, προσφέρουν στους πολίτες ελευθερία επιλογής , ώστε να αποφασίζουν μόνοι τους και να μην πιστεύουν μόνο τα διαφημιστικά μηνύματα που τους προτρέπουν να πίνουν περισσότερο ή λιγότερο.

Χρειάζεται μια ουσιαστική ενημέρωση η οποία θα λειτουργήσει στο χρόνο, έτσι ώστε ο καθένας να κάνει μόνος του τις επιλογές του , αφού έχει σχηματίσει μια γνώμη και έχει συναίσθηση των ευθυνών του.

Οι άνθρωποι της ποτοποιίας είναι οι κύριοι ρυθμιστές και ελεγκτές της παραγωγής, διάθεσης, διαφήμισης των αλκοολούχων ποτών ανά τον κόσμο , καθώς και οι αποδέκτες σημαντικού μέρους των κερδών από την κατανάλωση τη αλκοόλης. Μια από τις μεγαλύτερες εταιρίες ποτοποιίας στον κόσμο είναι το *Άμστερνταμ Group*, μια συμμαχία δεκαπέντε εταιριών ποτών, μεγάλοι παραγωγοί της Ευρώπης αλλά και του κόσμου, που ενώθηκαν, για να πετύχουν ορισμένους στόχους που θα βελτίωναν την κοινωνική και εμπορική τους θέση. Η πολιτική των εταιριών αυτών, επικεντρώνεται στο να ενδυναμώσουν την άποψη ότι η υπεύθυνη κατανάλωση του αλκοόλ έχει οφέλη και για την κοινωνία και για το άτομο, αλλά και οφέλη που είναι παραδοσιακά και πολύτιμα στα πλαίσια της ευρωπαϊκής κουλτούρας. Επιπλέον να αναγνωριστεί ότι η κακή χρήση του αλκοόλ γίνεται αφορμή να αναφέρονται οι εταιρίες στα προβλήματα που προκύπτουν, με τρόπο ουσιαστικό και συνεπή, και τέλος, να αναγνωριστούν οι συνέπειες στην υγεία, θετικές και αρνητικές, από την κατανάλωση αλκοόλ και να αναφερθούν, ώστε να γίνουν αντιληπτές από τον κόσμο, με έναν ολοκληρωμένο και ισορροπημένο τρόπο. (Τσαρούχας, 2000)

Παρόλα αυτά είναι σκόπιμο να αναφερθεί ότι, πίσω από το κοινωνικό προφίλ που παρουσιάζουν όλες οι εταιρίες ποτοποιίας, κρύβονται τα δικά τους οικονομικά συμφέροντα και τα υπέρογκα κέρδη που αποκομίζουν από την διάθεση των αλκοολούχων ποτών. Επομένως, είναι εμφανές ότι ακόμα και αν γίνεται προσπάθεια από την πλευρά τους να αναγνωριστούν οι συνέπειες του αλκοόλ, οι ίδιες εταιρίες κάνουν τα πάντα για να το προωθήσουν- διαφημίσουν όσο το δυνατόν περισσότερο.

Για τη διαφήμιση, η μόνιμη αρχή των περισσότερων που προασπίζονται την ύπαρξη αλκοόλ και την ελεύθερη πώληση και προώθησή του, είναι ότι μιλάμε για μια

ουσία κοινωνικά αποδεκτή. Επομένως δεν υπάρχει κανείς λόγος να μην διαφημιστεί. Το αποτέλεσμα, βέβαια, είναι οξύμωρο. Μια εξαρτησιογόνος ουσία διαφημίζεται με τους πλέον γλαφυρούς τρόπους, πείθοντας πολλές φορές ακόμα και τους γνωρίζοντες. (Τσαρούχας, 2000)

Υπάρχει ένα νομοθετικό καθεστώς, το οποίο καθορίζει ποιοι μπορούν και ποιοι επιτρέπονται να καταναλώνουν αλκοολούχα προϊόντα. Σε αυτά τα πλαίσια κινούνται οι διαφημίσεις, οι οποίες δημιουργούνται για να απευθυνθούν σε κοινό, στο οποίο επιτρέπεται η κατανάλωση αλκοόλ. Οι διαφημίσεις, οι οποίες μιλούν για αλκοολούχα προϊόντα- υποστηρίζουν οι διαφημιστικές εταιρίες - είναι φτιαγμένες για άτομα ηλικίας πάνω από 18 ετών και μιλούν τη γλώσσα αυτού του κοινού. Ο διαφημιστικός κλάδος, φροντίζει την προστασία ατόμων μικρότερη ηλικίας με ένα κώδικα δεοντολογίας που έχει και τον οποίο εφαρμόζει. (βλ. παράρτημα)

Η πολιτική της διαφήμισης ή μη αλκοολούχων ποτών διαφέρει ανά την Ευρώπη. Η πιο χαλαρή πολιτική σε σχέση με τις διαφημίσεις αλκοόλ ακολουθείται από την Ελλάδα και το Λουξεμβούργο, όπου στην πραγματικότητα δεν υπάρχουν περιορισμοί. Στην Αγγλία, δεν επιτρέπεται να δημοσιευτεί καμία διαφήμιση ποτών, εάν το κοινό, στο οποίο απευθύνεται το μέσο, είναι έστω και κατά 25% κάτω από 18 ετών. Στη Σουηδία, η πολιτική που ακολουθείται αναφορικά με το θέμα είναι ότι όλες οι διαφημίσεις αλκοολούχων ποτών είναι απαγορευμένες στην τηλεόραση, το ραδιόφωνο και γενικά τον Τύπο. Στην Φινλανδία, απαγορεύεται η διαφήμιση του αλκοόλ και των τσιγάρων. Στην Ισπανία, δεν επιτρέπονται τηλεοπτικές διαφημίσεις αλκοολούχων ποτών που έχουν περιεκτικότητα πάνω από 20% και όλοι οι υπόλοιποι τύποι ποτών μπορούν να διαφημιστούν μετά τις 9.30 το βράδυ. Στη Γαλλία, η διαφήμιση για το αλκοόλ είναι ελεγχόμενη, αλλά όχι απολύτως απαγορευμένη, όπως των τσιγάρων. Απαγορεύεται στην τηλεόραση, αλλά επιτρέπεται στα υπόλοιπα ΜΜΕ υπό τον όρο να περιλαμβάνει μια συμβουλή για τη χρήση με μέτρο και να δείχνει μόνο την ετικέτα και το σχήμα του μπουκαλιού. (Τσαρούχας, 2000)

Στην Ελλάδα, ακολουθείται μια ελαστική πολιτική, χωρίς ιδιαίτερου τύπου απαγορεύσεις. Πέρα από τη διαφήμιση σε ραδιοφωνικούς, τηλεοπτικούς σταθμούς, περιοδικά, εφημερίδες, γιγαντοαφίσες, υπάρχει και η έμμεση διαφήμιση μέσω των

χορηγιών - σπόνσορινγκ - σε αθλητικές εκδηλώσεις, τηλεοπτικά και κυρίως ραδιοφωνικά προγράμματα. (βλ. παράρτημα)

Παρατηρούμε ότι στα διαφημιστικά μηνύματα, υπάρχει πάντα μια όμορφη γυναίκα κοντά στο μπουκάλι ή ένας όμορφος άνδρας, τα σκηνικά είναι ειδυλλιακά και ελκυστικά και η εμπειρία φαντάζει ονειρική. Ποτέ δεν αναφέρεται ότι κάποιος πεθαίνει και υποφέρει από το αλκοόλ.

Συμπεραίνοντας, η περιορισμένη διαθεσιμότητα, η φορολογία, ο έλεγχος στη διαφήμιση αλκοολούχων ποτών είναι μερικά μόνο μέτρα που μπορεί να λάβει μια ευνοούμενη πολιτεία που σέβεται τους πολίτες της. Μέτρα που όπως που δεν φαίνεται να έρχονται σε ρήξη με την πολιτική που ακολουθεί η βιομηχανία των ποτοποιιών, αφού και αυτοί επιζητούν την «με μέτρο» κατανάλωση. Κανείς δεν είναι υπέρμαχος μιας παρωχημένης ποτοαπαγόρευσης. Το ποτό δεν είναι άμεσα συνδεδεμένο με τη ζωή του ανθρώπου. Το ζητούμενο είναι ο έλεγχός του. Και η αποτροπή των ανθρώπων από τη συστηματική – υπερβολική κατανάλωση που οδηγεί με μαθηματική ακρίβεια σε πολλά δεινά και για το άτομο, την οικογένειά του, την κοινωνία και την οικονομία.

3.3 Οι επιπτώσεις του αλκοολισμού στην οικογένεια

Οι επιπτώσεις του αλκοολισμού στην οικογένεια είναι αντικείμενο επίπονης μελέτης ιδιαίτερα σε χώρες με υψηλούς δείκτες αλκοολισμού. Δυο βρετανοί ψυχίατροι, οι Kessel και Walton, με μακρόχρονη κλινική πείρα στον τομέα του αλκοολισμού μεταφέρουν τις κλινικές τους παρατηρήσεις από τις αναρίθμητες συνεντεύξεις που τους παρέχώρησαν οι γυναίκες αλκοολικών ατόμων:

- Η σύζυγος ενός αλκοολικού πολύ συχνά, και αυτό ίσως δεν είναι τυχαίο, είναι κόρη αλκοολικού πατέρα. Είναι σχεδόν σίγουρο πως ο γάμος της θα είναι προβληματικός.
- Πολλές γυναίκες παντρεύονται προβληματικούς πότες με κίνητρο να τους βοηθήσουν, ενώ άλλες απλά είχαν άγνοια του προβλήματος του μέλλοντος συζύγου.
- Οι σύζυγοι των αλκοολικών φαίνεται να έχουν απεριόριστη υπομονή και δυνατότητες. Η σύζυγος γενικά έχει τη ευθύνη όλων των υποθέσεων της οικογένειας και επιφανειακά τουλάχιστον φαίνεται να μην έχει την ανάγκη ενός ικανού συντρόφου. Ο ρόλος της απέναντι στα παιδιά της επεκτείνεται και με την ανάληψη του πατρικού ρόλου. Η ανάληψη των γενικών ευθυνών της οικογένειας συχνά μειώνει το σύντροφό της και τον κάνει να φαίνεται ανίκανος.
- Οι αλκοολικοί είναι κοινωνικά ανεύθυνα άτομα. Η σύζυγος δεν γνωρίζει πότε θα γυρίσει ο σύζυγος σπίτι για φαγητό και δεν τον εμπιστεύεται στις κοινωνικές συναλλαγές του λόγω της αναξιοπιστίας του. Σε γενικές γραμμές οι σύζυγοι των αλκοολικών περιμένουν. Περιμένουν τους άντρες τους να γυρίσουν σπίτι, περιμένουν να ακούσουν ότι κάτι κακό τους έτυχε, ότι έχασαν τη δουλειά τους.
- Η γυναίκα του αλκοολικού είναι μπερδεμένη. Πολλές φορές αναρωτιέται αν είναι η ίδια υπεύθυνη για την κατάστασή του άντρα της. Δεν μπορεί να αποφασίσει αν πρέπει να του θυμώσει ή αν πρέπει να τον προστατέψει.
- Ψάχνει να βρει τρόπους να τον δικαιολογήσει στο περιβάλλον του ή ακόμα και στη δουλειά του. Δεν μπορεί να αποφασίσει εν θέλει να τον εγκαταλείψει ή να μείνει μαζί του. (Ποταμιάνος, 1991)

Οι παρατηρήσεις αυτές είναι ενδεικτικές του ευρέως φάσματος των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν οι σύζυγοι των αλκοολικών. Η συζυγική δυσλειτουργία που χαρακτηρίζεται από αλλαγές στην οριοθέτηση των ρόλων στην οικογένεια, ανεπαρκείς επικοινωνιακές δεξιότητες, είναι, επομένως, το φυσικό αποτέλεσμα του αλκοολισμού. (Kaufman, Pattison, 1982)

Τα προβλήματα όμως δεν σταματούν εδώ. Οι επιπτώσεις που έχει η κατάχρηση της αλκοόλης στα παιδιά των αλκοολικών ατόμων, είναι σοβαρές και συνεπώς είναι αντικείμενο αξιολογού αριθμού μελετών.

Οι έφηβοι από αλκοολικό πατέρα είχαν αρνητική αντιμετώπιση από τους δασκάλους τους σε σύγκριση με παιδιά από μη αλκοολικού γονείς. Όσον αφορά στη συμπεριφορά των ίδιων των παιδιών, έρευνες έχουν δείξει ότι στη χολική ηλικία, παιδιά αλκοολικών, είχαν προβλήματα κοινωνικής προσαρμογής και μάθησης σε σύγκριση με τα υπόλοιπα παιδιά. Μερικές από τις συμπεριφορές που εκδηλώνουν τα παιδιά αλκοολικών είναι υπερκινητικότητα, επιθετικότητα και αυτοκαταστροφικές τάσεις. (Kaufman, Pattison, 1982)

Στον τομέα της κοινωνικότητας, έχει αναφερθεί, ότι τα παιδιά αλκοολικών έχουν δυσκολίες στην εξεύρεση φίλων και στη διατήρηση της φιλίας. Ίσως η πιο οδυνηρή επίπτωση στα παιδιά των αλκοολικών γονέων είναι η πιθανότητα να γίνουν αλκοολικοί όταν ενηλικιωθούν. (Ποταμιάνος, 1991)

Σύμφωνα με όλα τα παραπάνω, δεν υπάρχει αμφιβολία ότι η οικογένεια του αλκοολικού υποφέρει. Οι πιέσεις που δέχονται οι σύζυγοι και τα παιδιά, η βία και οι οικονομικές δυσκολίες είναι τα πιο κοινά προβλήματα.

Είναι γνωστό ότι εκτός από την «ατομική/ προσωπική ταυτότητα» που έχουμε ως άτομα, έχουμε επίσης και μια «οικογενειακή ταυτότητα» μέσα από την οποία επικοινωνούμε με τα άλλα μέλη της κοινότητας. Μια από τις προσεγγίσεις που έχουν χρησιμοποιηθεί για τη διερεύνηση της δυναμικής της οικογένειας (δηλαδή το σύνολο των αλληλεπιδράσεων των μελών της οικογένειας) είναι γνωστή ως «συστημική προσέγγιση». Οι Kaufman και Pattison (1982) αναφέρουν ότι οι πρώτες πειραματικές παρατηρήσεις των «οικογενειακών συστημάτων» δείχνουν ότι η χρήση της αλκοόλης στην οικογένεια δεν είναι ένα ατομικό ζήτημα. Η χρήση και η κατάχρηση της αλκοόλης είναι δυναμικά και άμεσα συνδεδεμένη με γεγονότα στο οικογενειακό σύστημα.

Το πρόβλημα του αλκοολισμού δεν είναι μόνο οι επιπτώσεις της κατάχρησης για το άτομο, αλλά και οι συστηματικές λειτουργίες που σχετίζονται με την κατάχρηση. Έτσι, ο αλκοολισμός μπορεί να θεωρηθεί ως πρόβλημα του οικογενειακού συστήματος. (Ποταμιάνος, 1991)

3.4 Επιπτώσεις στην κοινωνία

3.4.1 Διάφορα ατυχήματα

Το αλκοόλ έχει πάρα πολύ μεγάλη θνησιμότητα, που έχει να κάνει με τροχαία, εργατικά ατυχήματα, πνιγμούς, φωτιές. Ο Γιάννης Παπαδόπουλος, αναπληρωτής καθηγητής της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών, αναφέρει ότι, μελέτες σε κράτη, όπως είναι η Φινλανδία και η Αμερική, έχουν δείξει ότι, πολλοί πνιγμοί προέρχονται από υπερβολική χρήση αλκοολούχων ποτών. Επίσης ατυχήματα σε μικρά αεροπλάνα, οφείλονται –σε πολλές περιπτώσεις- στο γεγονός ότι ο πιλότος έχει πει, αλλά και πτώσεις από πλοία, θαλαμηγούς. Πάρα πολλές πυρκαγιές οφείλονται στην κατανάλωση αλκοόλ, με την έννοια ότι καπνίζει αυτός που έχει πει, του πέφτει το τσιγάρο και παίρνει φωτιά το σπίτι. Σημειωτέον, ότι η πρώτη αιτία πυρκαγιών στην Ελλάδα είναι υπολείμματα τσιγάρου. Επιπλέον το 15 με 20% των ατυχημάτων στο σπίτι, αλλά και στους χώρους διασκέδασης, οφείλονται στο αλκοόλ. (Τσαρούχας, 2000)

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, το αλκοόλ έχει υπολογιστεί ότι αποτελεί σε ποσοστό 20 με 30% την αιτία διαφόρων ατυχημάτων στην Ευρώπη:

A] 13-37% μη θανατηφόρων πτώσεων

B] 21-47% των πνιγμών

Γ] 9-86% των θανάτων από φωτιά

Δ] 25% των ατυχημάτων στη δουλειά

E] 65%, περίπου των αυτοκτονιών (Τσαρούχας, 2000)

Τη χώρα μας η κατανάλωση αλκοόλ ευθύνεται σε μεγάλο μέρος και για θαλάσσια ατυχήματα που προκαλούν κυβερνήτες ταχύπλων ή σκαφών αναψυχής, που πλέον με μεγάλη ταχύτητα σε περιοχές όπου βρίσκονται λουόμενοι. Μόνο το 1999, σύμφωνα με στοιχεία του Υπουργείου Εμπορικής Ναυτιλίας, 5 άνθρωποι που κολυμπούσαν κοντά στις ακτές τραυματίστηκαν θανάσιμα από τέτοια σκάφη. Ενώ το 2000 (έως τις 11-06-00) 2 άτομα είχαν χάσει τη ζωή τους και 9 είχαν τραυματιστεί σε 5 θαλάσσια δυστυχήματα. Από το 1999 το Υπουργείο Εμπορικής Ναυτιλίας έχει ξεκινήσει έρευνες για τους μεθυσμένου καπετάνιους, προμηθεύοντας τις λιμενικές αρχές, με μηχανάκια ανίχνευσης αλκοόλ.

Στόχος είναι η μείωση των ατυχημάτων. Όσοι αγνοούν το μέτρο και συνεχίζουν να κυβερνούν τα σκάφη τους μεθυσμένοι, τους περιμένουν υψηλά πρόστιμα και αφαίρεση άδειας για ένα χρόνο. Υψηλά είναι και τα πρόστιμα για οδηγούς των τζετ σκι.

ΘΑΛΑΣΣΙΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

ΕΤΟΣ	Ατυχήματα	Ύτραυματισμοί	Θάνατοι
1991	23	10	10
1992	20	17	04
1993	25	12	09
1994	27	20	06
1995	05	05	-
1996	27	26	05
1997	14	13	-
1998	-	04	01
1999	12	12	05
Σύνολο	128	107	31

3.4.2 Η βία

Το αλκοόλ συχνά έχει ως αποτέλεσμα τη βίαιη, την εκτός ελέγχου συμπεριφορά. Ειδικά τα σαββατοκύριακα, κατά τις πρώτες πρωινές ώρες, όταν πολλοί και κυρίως νέοι, κυκλοφορούν μεθυσμένοι, γιατί όλη τη νύχτα γύριζαν από μπαρ σε μπαρ. Χωρίς να έχουν επίγνωση των πράξεών τους, παρασύρονται εύκολα σε παράνομες πράξεις, όπως η χειροδικία. Ο λόγος μπορεί να είναι απλά και μόνο μια λέξη που δεν ειπώθηκε σωστά ή ένα προσωπικό πρόβλημα ένας μικρός διαπληκτισμός. Και για

τους λόγους αυτούς τα άτομα καθίστανται ικανά, να χτυπήσουν έναν συνάνθρωπο. (Τσαρούχας, 2000)

Η βία στα γήπεδα, που είναι ιδιαίτερα γνωστή στην Ελλάδα, αλλά και σε χώρες όπως η Αγγλία και η Γερμανία, υποκινείται πολλές φορές από τη κατανάλωση αλκοόλ.

Η σημαντικότερη όμως, μορφή βίας που σχετίζεται με την υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ, είναι η οικογενειακή βία, που σε πολλές περιπτώσεις, είναι σε καθημερινή βάση. Η κακοποίηση που υφίστανται τα μέλη μιας οικογένειας έχει τις περισσότερες φορές καταστροφικές συνέπειες. (Τσαρούχας, 2000)

3.4.3 Εγκληματικότητα

Πέρα από τη βία στα γήπεδα, έχει εξεταστεί και η διάπραξη εγκληματικών πράξεων από ανθρώπου που βρίσκονται υπό την επήρεια αλκοόλ. οι εγκληματολογικές στατιστικές μελέτες δείχνουν ότι τουλάχιστον στο 80% των βίαιων εγκλημάτων εμπλέκεται, κατά κάποιο τρόπο το αλκοόλ. Επομένως, η μέθη αποτελεί σημαντικό παράγοντα από αυτήν την πλευρά.

Η βία, τα εγκλήματα, οι βιασμοί δεν γίνονται πάντα από αλκοολικούς, αλλά συχνά γίνονται από κάποιους που προηγουμένως είχαν καταναλώσει αλκοόλ και βρέθηκαν εκτός ελέγχου. Στις φυλακές, υπάρχει ένα απίστευτο ποσοστό κρατουμένων που βρέθηκαν εκεί εξαιτίας του αλκοόλ. Δεν ήταν αλκοολικοί, απλώς κάποια στιγμή ήπιαν υπερβολικά και διέπραξαν αδίκημα, εξαιτίας αυτής της ουσίας. (Τσαρούχας, 2000)

Η Βάσω Αρτινοπούλου, Επίκουρη Καθηγήτρια Εγκληματολογίας στο Πάντειο Πανεπιστήμιο, εξηγεί την αιτιώδη σχέση εγκλήματος - αλκοόλ:

«Παραδοσιακά από τη δεκαετία του '60 και έπειτα, οι εγκληματολόγοι έχουν προσπαθήσει να προβούν σε κάποιο αιτιώδη συσχετισμό μεταξύ της χρήσης οινοπνεύματος και του εγκλήματος. Όχι για όλες τις μορφές εγκληματικής δραστηριότητας, κυρίως για τα εγκλήματα βίας. Οι πιο πρόσφατες απόψεις από τη δεκαετία του '90, είναι ότι αιτιώδης σχέση δεν υπάρχει, δηλαδή δεν μπορούν να

ισχυριστούν ότι ο αλκοολικός διαπράττει το έγκλημα, μόνο και μόνο επειδή είναι αλκοολικός. Η σχέση η οποία διερευνητικά διαφαίνεται, είναι ότι το αλκοόλ βοηθάει στη μείωση των αντιστάσεων και των αναστολών και ενδεχομένως να συμβάλλει σε ένα ευκολότερο πέρασμα στην πράξη. Και γι' αυτό σοβαρά εγκλήματα, όπως είναι οι αιμομιξίες, ο βιασμός, εκεί πράγματι έχει παρατηρηθεί ότι το πέρασμα στην πράξη συνοδεύεται με προηγούμενη μεγάλη χρήση αλκοόλ. ακριβώς γιατί μειώνει τις αντιστάσεις».

Μπορούμε λοιπόν, να καταλάβουμε, την επικινδυνότητα της υπερβολικής χρήσης ή κατάχρησης αλκοόλ σε όλους τους τομείς της ανθρώπινης δραστηριότητας. Οποιοσδήποτε συσχετισμός επομένως μεταξύ αλκοόλ και εγκληματικότητας, δεν είναι τυχαίος, αλλά δυστυχώς, ούτε και αναπόφευκτος.

3.5 Τροχαία Δυστυχήματα

Άνθρωπος και αλκοόλ αποτελούν σχεδόν πάντα ένα εκρηκτικό μίγμα που μπορεί ανατινάξει στον αέρα ολόκληρο το ζήτημα της οδικής ασφάλειας. Τα τροχαία δυστυχήματα αποτελούν μια από τις πιο σημαντικές έμμεσες συνέπειες της κατάχρησης του αλκοόλ.

Επιστήμονες υποστηρίζουν ότι ένας πιωμένο οδηγός δημιουργεί πάνω από 6 φορές περισσότερους νεκρούς και σοβαρά τραυματισμένους από ότι ένας οδηγός που δεν έχει πιει.

Συγκεκριμένα το αλκοόλ μειώνει σημαντικά την ικανότητα οδήγησης. Δημιουργεί κενά προσοχής, μειώνει το συντονισμό και την επιδεξιότητα κινήσεων. Μειώνει την ικανότητα όρασης (ιδιαίτερα το σούρουπο). Κάνει τα μάτια πολύ ευαίσθητα σε φώτα αντιθέτως ερχόμενων αυτοκινήτων. Μειώνει το πεδίο Όρασης (δυσκολία αντίληψης πεζών από τα πλάγια). Δημιουργεί κόπωση, υπνηλία και αυξάνει το χρόνο αντίδρασης. Ακόμα, δημιουργεί συναίσθημα ευφορίας (υπερεκτίμηση δυνατοτήτων, υποτίμηση κινδύνων). Επιδρά στην ψυχική σφαίρα. Δημιουργεί επικίνδυνες καταστάσεις σε προϋπάρχουσες παθήσεις (π.χ. διαβητικούς, υπέρτασικούς κ.λ.π.) (Τσαρούχας, 2000)

Αυτές οι δράσεις της αλκοόλης, είναι δυνατόν να εμφανιστούν και μετά από λήψη μικρών ποσοτήτων αλκοόλ. ακόμα και με ένα μπουκάλι μπύρας υπάρχει μεγάλη πιθανότητα να εμφανιστεί μείωση ικανότητας οδήγησης, που γίνεται μοιραία αν απαιτηθεί άμεση αντίδραση εκ μέρους του οδηγού, π.χ. από το ξαφνικό πέταγμα ενός παιδιού μπροστά στο αυτοκίνητο. (Τσαρούχας, 2000)

Τραγικά θύματα του αλκοόλ αποτελούν οι συγγενείς των νεκρών ή τραυματιών από τροχαία, καθώς αυτοί συνεχίζουν να ζουν με τις συνέπειες της καταστροφής.

Τα στοιχεία απ' όλη την Ευρώπη σε σχέση με το αλκοόλ και την πρόκληση τροχαίων, είναι ανησυχητικά: στη δυσμενέστερη θέση, βρίσκεται η χώρα μας. Στη Γαλλία, το συνολικό ποσοστό των τροχαίων που οφείλονται στο αλκοόλ ανέρχεται στο 20%. Την Αγγλία, κάθε εβδομάδα περίπου 11 άνθρωποι χάνουν τη ζωή τους σε τροχαία τα οποία οφείλονται στο αλκοόλ. Περίπου οι μισοί από αυτούς δεν είναι οι ίδιοι μεθυσμένοι οδηγοί. Το αλκοόλ ευθύνεται για το 15% των θανάτων σε τροχαία. Στη Γερμανία, το ποσοστό των θανατηφόρων τροχαίων με αιτία το αλκοόλ ανέρχεται

στο 18%. Στην *Ιταλία*, μέχρι και το 60% θανατηφόρων τροχαίων, ιδιαίτερα των νέων, συνδέεται με τη χρήση οινόπνευματών ποτών. στην *Ελλάδα*, περίπου 1.100 άτομα το χρόνο, χάνουν τη ζωή τους στην άσφαλτο με αιτία το αλκοόλ. (Τσαρούχας, 2000)

Τα τροχαία την Ελλάδα αυξήθηκαν σε αντίθεση με τις υπόλοιπες χώρες της Ε.Ε, όπου το αντίστοιχο ποσοστό έχει μειωθεί κατά 32%. Τα τροχαία δυστυχήματα που σημειώνονται στην πρωτεύουσα, η οποία έχει τους υψηλότερους δείκτες, γίνονται συνήθως τις μεταμεσονύκτιες ώρες και οι οδηγοί τους ή τα θύματά του είναι σε κατάσταση μέθης. Τα περισσότερα τροχαία αφορούν άτομα ηλικίας 20-24 ετών.

Η εντατικοποίηση των ελέγχων από τα συνεργεία της Τροχαίας και τα αυστηρά πρόστιμα- μέτρα κατασταλτικά- δεν απέδωσαν τα αναμενόμενα αποτελέσματα. Συγκεκριμένα, ενώ τα αλκοτέστ αυξήθηκαν κατά 30%, ο αριθμός των οδηγών παραβατών, όχι μόνο δεν παρουσίασε πτώση, αλλά αυξήθηκε κατά 32,5%. (Τσαρούχας, 2000)

Από έρευνα που διεξήχθη για λογαριασμό του Εργαστηρίου Ιατροδικαστικής και Τοξικολογίας, της Ιατρικής Σχολής του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης κατά την περίοδο 2000-2001, προκύπτει ότι, από τα 161 δείγματα αίματος που πάρθηκαν για ανίχνευση αλκοόλ, από αντίστοιχους οδηγούς που έχασαν τη ζωή τους, το 49,7 των δειγμάτων αίματος είχαν συγκέντρωση αλκοόλ πάνω από το επιτρεπόμενο από τη νομοθεσία όριο. (ΕΚΤΕΠΝ, 2002)

Οι έλληνες οδηγοί συχνά, για να δικαιολογήσουν ότι οδηγούν έχοντας πει, προβάλλουν διάφορες δικαιολογίες όπως: 1. «όταν πιω οδηγώ καλύτερα». Η αλκοόλη δημιουργεί ψευδαισθήσεις ικανοτήτων, ευφορία και υποεκτίμηση των κινδύνων. 2. «εμένα δεν με πιάνει το ποτό». Φυσικά υπάρχουν προσωπικές, βιολογικές διαφορές αντίδρασης. Όμως σε όλους μειώνεται η ικανότητα οδήγησης. Οι νέοι επηρεάζονται στην οδήγηση με αρκετά μικρότερες ποσότητες αλκοόλης από ότι οι μεγαλύτεροι. 3. «τους καλούς οδηγούς δεν τους επηρεάζει το ποτό». Από τις μεγαλύτερες πλάνες. Μελέτες με οδηγούς ράλι έχουν δείξει ότι και οι ικανότατοι οδηγοί επηρεάζονται το ίδιο άσχημα από την αλκοόλη. Φυσικά ένας πολύ καλός οδηγός πιθανώς να αντιδράσει καλύτερα. Αυτό δεν αποτελεί κανόνα και καθόλου δεν μπορεί να βασιστεί κανείς στις ικανότητες του. Οδηγοί αγώνων έχουν χάσει το

δίπλωμά τους επειδή δημιούργησαν σοβαρό ατύχημα πιωμένοι. 4. «έχω τόσες φορές οδηγήσει πιωμένος και δεν συνέβη τίποτα». Απλοϊκή άποψη. (Τσαρούχας, 2000)

Όμως, δεν δημιουργούνται κάθε φορά επικίνδυνες συνθήκες που χρειάζονται την άμεση επέμβαση του οδηγού. Σημασία έχει να είναι όλες οι ικανότητες σε εγρήγορση όταν πεταχτεί το παιδάκι στα 20 μέτρα.

ΜΕΡΟΣ 4. ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΔΙΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΥ

Το σύγχρονο αναπτυξιακό μοντέλο, χαρακτηρίζεται από μια σειρά φαινομένων όπως ο υψηλός ανταγωνισμός, η αναγωγή του πλούτου σε υπέρτατη αξία, η εντατικοποίηση των ρυθμών εργασίας και ζωή γενικότερα. Το μοντέλο αυτό τείνει να προάγει τη μοναξιά, τον εγωκεντρισμό, την παθητικότητα, την αποπροσωποποίηση του ατόμου, τον αποκλεισμό όσων δεν ανταποκρίνονται στις απαιτήσεις του, ενώ παράλληλα αποτελεί τροχοπέδη για την κάλυψη βασικών αναγκών, όπως είναι η ανάγκη για συντροφικότητα, αλληλεγγύη, ειλικρινείς και έντιμες ανθρώπινες σχέσεις (Ζαφειρίδης, 1988,1987).

Η συμβολή της κοινωνιολογίας στον αλκοολισμό έχει πάρει τη μορφή εμπειρικής έρευνας, ο κύριος στόχος της οποίας είναι ο εντοπισμός των κοινωνικών και πολιτισμικών παραγόντων που συμβάλλουν στον αλκοολισμό.

Είναι γεγονός ότι το αλκοόλ παίζει σημαντικό ρόλο στην καθημερινή κοινωνική συναλλαγή. Η διεκπεραίωση των περισσότερων κοινωνικών συναλλαγών, από κάθε είδους γιορτή και εκδήλωση μέχρι και σοβαρές επαγγελματικές συσκέψεις, περιλαμβάνουν την κατανάλωση αλκοόλ. (Ποταμιάνος, 1991)

Η κοινωνία, έχει ζήσει με το οινόπνευμα χιλιάδες χρόνια τώρα. Φαίνεται τελικά ότι βλέπει το αλκοόλ σαν μέσο γαλήνευσης, ότι δηλαδή, καθησυχάζει από τα άγχη και τις εντάσεις της ζωής. Βέβαια δεν λύνει κανένα από τα προβλήματα, όμως γι' αυτήν αποτελεί ένα χρήσιμο και αναγκαίο μέσο διαβίωσης. Παρουσιάζεται σαν η κοινωνία να αποφεύγει να αντιμετωπίσει το οινόπνευμα με την έννοια του ναρκωτικού. (Αβραμίδης, 1988). Διότι εξετάζοντάς το, θα αντιληφθούμε ότι στην ουσία αυτό είναι, «ένα σκληρό ναρκωτικό»

Ο τρόπος με τον οποίο είναι οργανωμένη η σύγχρονη οικογένεια, η εργασία και η κοινωνία γενικότερα, φαίνεται να αποτελεί σημαντικό παράγοντα αιτιολογίας του αλκοολισμού. (Ποταμιάνος, 1991) Γενικά η ανεκτική στάση απέναντι στο ποτό επηρεάζει τι συνήθειες των ατόμων και την κοινωνική – πολιτική τακτική των κυβερνήσεων. (Αβραμίδης, 1988)

Οι κοινωνικές πιέσεις που ασκούνται διαμέσου των κοινωνικών προβλημάτων, όπως η οικονομία, η υγεία, η παιδεία, το περιβάλλον, η ανεργία, τα αδιέξοδα των νέων ανθρώπων, το λιγότερο που μπορούν να κάνουν είναι να οδηγήσουν έναν αριθμό ατόμων στον αλκοολισμό. Ας μην ξεχνάμε τον αυξανόμενο αριθμό αυτοκτονιών που παρατηρούνται τα τελευταία χρόνια σε ενήλικες αλλά και σε νεαρά άτομα, λόγω κοινωνικών πιέσεων. Δεν είναι τυχαίο, βέβαια, ότι οι σύγχρονες απόψεις περί κατάχρησης της αλκοόλης κατατάσσουν τον αλκοολισμό στα κοινωνικά φαινόμενα, σε αντίθεση με αυτούς που διακρίνουν μόνο «τάσεις αυτοκαταστροφής» και «ψυχοπαθολογίας» στον αλκοολισμό. (Ποταμιάνος, 1991)

Οι κοινωνικοί παράγοντες που συντελούν στη γένεση του αλκοολισμού είναι πολλοί. Η παρακάτω περιγραφή αναφέρεται σε αυτούς που εντοπίστηκαν στην πλειοψηφία των μελετών σχετικά με την «κοινωνική διάσταση» του αλκοολισμού

4.1 Δυνατότητα πρόσβασης στο αλκοόλ.

Η διάσταση αυτή θα μπορούσε να συνοψιστεί με τη δήλωση «όσο υπάρχει αλκοόλ σε μια δεδομένη κοινωνία θα υπάρχουν και αλκοολικοί». Αυτό δεν σημαίνει βέβαια ότι η χρήση της αλκοόλης θα πρέπει να περάσει στην παρανομία. Η εμπειρία της ποτοαπαγόρευσης στην Αμερική και η σχετική εγκληματικότητα που την συνόδευσε, είναι παράδειγμα προς αποφυγή. Είναι γεγονός, όμως, ότι υπάρχει μια στενή σχέση μεταξύ της δυνατότητας πρόσβασης στο αλκοόλ και του αριθμού των αλκοολικών. Ο Γάλλος επιδημιολόγος Requignot έδειξε ότι κατά την περίοδο 1941-1947, όταν η παραγωγή και κατανάλωση του κρασιού μειώθηκε λόγω του πολέμου από πέντε σε ένα λίτρο την εβδομάδα, η θνησιμότητα εξαιτίας κίρρωσης του ήπατος μειώθηκε επίσης κατά 80%. Μείωση της θνησιμότητας, εξαιτίας της κίρρωσης του ήπατος, αναφέρεται επίσης από τον Martini στην Αμερική κατά την περίοδο της ποτοαπαγόρευσης. (Τσαρούχας, 2000)

4.2 Τιμή, «νομιμότητα», κοινωνική αποδοχή.

Σε σύγκριση με τις «παράνομες ουσίες εξάρτησης» το αλκοόλ είναι σχετικά φθηνό, η χρήση του δεν διώκεται ποινικά και είναι κοινωνικά αποδεκτό. Και οι τρεις αυτές κοινωνικές διαστάσεις διατηρούν και σε ορισμένες περιπτώσεις αυξάνουν την κατανάλωση ή και την κατάχρηση αυτής της ουσίας. Παρατηρείται συχνά το γεγονός ότι πολλά άτομα, κυρίως νέοι, κάνουν χρήση αλκοόλης κάτω από κοινωνική πίεση – ανάγκη ένταξης του ατόμου σε μια κοινωνική ομάδα, φόβος απόρριψης για τη μη συμμετοχή στα κοινά, όπως η κατανάλωση αλκοόλης. Πολλοί έχουν παραδεχτεί ότι πίεσαν τον εαυτό τους να πει, παραδείγματος χάριν, ούισκι, παρόλο που η γεύση και η μυρωδιά του συγκεκριμένου ποτού τους ήταν δυσάρεστες. Απλά το έκαναν για να μην θεωρηθούν «απροσάρμοστοι» όσον αφορά στους κανόνες ομαδικής συμπεριφοράς. (Ποταμιάνος, 1991)

4.3 Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης

Τα Μ.Μ.Ε. και ιδιαίτερα η διαφήμιση, που εκτός από την ενημέρωση του κοινού για την ύπαρξη ενός προϊόντος, στοχεύει στην αύξηση των πωλήσεων, φαίνεται να συμβάλλουν ουσιαστικά στην αύξηση κατανάλωσης της αλκοόλης με δυο τρόπους. Είτε με τη δημιουργία «προτύπων» τα οποία «υιοθετούνται» από τους νέους – μιμητική συμπεριφορά.

Είτε με το να «επιβεβαιώνει» υπάρχουσες συμπεριφορές που διέπουν τη νεανική κουλτούρα. Δεν είναι τυχαίο, βέβαια, ότι συντριπτική πλειοψηφία των διαφημίσεων για αλκοολούχα ποτά «συνδέουν» την κατανάλωση αλκοόλ με κοινωνική ή και σεξουαλική επιτυχία. (Τσαρούχας, 2000)

4.4 Εργασία, τρόπος ζωής, ψυχαγωγία

Πολλές φορές, η βραδινή (π.χ. καλλιτέχνες) και η μονότονη εργασία (ανειδίκευτοι εργάτες) ωθούν σε μεγαλύτερη κατανάλωση αλκοόλης για ευνόητους λόγους. Επίσης, η μακρόχρονη απουσία από την οικογένεια (π.χ. ναυτικοί) έχει θεωρηθεί ως παράγοντας αύξησης της κατανάλωσης. Τέλος, επαγγελματίες που έχουν άμεση σχέση με την κατανάλωση αλκοολούχων ποτών – ιδιοκτήτης μπαρ, κάβας ή μπάρμαν- φαίνεται ότι έχουν αυξημένες πιθανότητες προσωπικής κατανάλωσης. (Ποταμιάνος, 1991)

Ο τρόπος ζωής ενός ατόμου (το γνωστό life style) θεωρείται παράγοντας αύξησης της κατανάλωσης αλκοόλ. Ιδιαίτερα ευάλωτοι φαίνεται ότι είναι άτομα που ζουν και εργάζονται κάτω από συνθήκες πίεσης. Όπως, για παράδειγμα, στελέχη επιχειρήσεων, δημοσιογράφοι, δικηγόροι κ.τ.λ. Όσον αφορά στην ψυχαγωγία, η συνηθισμένη πλέον έκφραση είναι «να βρεθούμε το βράδυ για ένα ποτό» (Τσαρούχας, 2000)

4.5 Πολιτισμικοί παράγοντες

Έχει ήδη αναφερθεί ότι υπάρχουν κοινωνίες που για θρησκευτικούς (π.χ. μουσουλμάνοι) ή άλλους λόγους, απαγορεύουν τη χρήση αλκοόλ. είναι ευνόητο, ότι σε τέτοια πολιτισμικά πλαίσια δεν παρατηρείται τι φαινόμενο του αλκοολισμού. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζουν κοινότητες που ενώ η χρήση της αλκοόλης είναι κοινωνικά αποδεκτή, οι περιπτώσεις αλκοολισμού είναι σπάνιες. Σύμφωνα με τον Snyder (1958), η εβραϊκή κοινότητα αποτελεί ένα παράδειγμα «ελεγχόμενης χρήσης» του αλκοόλ. στην προκειμένη περίπτωση τα παιδιά μαθαίνουν να κάνουν χρήση του αλκοόλ στο οικογενειακό τους περιβάλλον. Μ' αυτόν τον τρόπο, η χρήση είναι αποδεκτή, ενώ η μέθη ή η κατάχρηση του αλκοόλ είναι αξιόποινες συμπεριφορές. Η κατάχρηση, πάνω από' όλα, θεωρείται «μη σημιτική» συμπεριφορά (unjewishbehavior). (Ποταμιάνος, 1991)

Συμπίεση με τα παραπάνω, χώρες όπως η Ιρλανδία και η Αμερική, όπου η χρήση του αλκοόλ είναι κοινωνικά αποδεκτή, παρουσιάζουν σοβαρά προβλήματα αλκοολισμού. Πιθανώς γιατί εκλείπει το στοιχείο της «ελεγχόμενης καταναλωτικής συμπεριφοράς» του αλκοόλ. Σ'αυτές τις χώρες έχει παρατηρηθεί, ότι ακόμα και τα παιδιά που προέρχονται από γονείς οι οποίοι δεν κάνουν χρήση αλκοόλ, μπορεί να καταλήξουν στον αλκοολισμό (Ο' Connor 1978, Grant 1979).

Τέλος, σε χώρες όπως η Γαλλία και η Ιταλία, όπου η χρήση του αλκοόλ επιτρέπεται σε σχετικά μικρές ηλικίες, ενώ παρουσιάζεται σοβαρό πρόβλημα αλκοολισμού, φαίνεται ότι υπάρχει μειωμένη «αντικοινωνική» συμπεριφορά σχετικά με την κατανάλωση της αλκοόλης. (Τσαρούχας, 2000)

Συμπερασματικά, ο κάθε ένας από τους παράγοντες που αναφέρθηκαν παραπάνω, δεν οδηγεί απαραίτητα και αυτομάτως στον αλκοολισμό, αλλά αυξάνει τις πιθανότητες εκδήλωσης του φαινομένου και επιπλέον, αξίζει να υπογραμμιστεί ότι, οι παράγοντες του αλκοολισμού δεν λειτουργούν ατομικά, αλλά συλλογικά. Με άλλα λόγια «αλληλεξαρτώνται» και υπόκεινται σε συνεχή αλληλεπίδραση για να παράγουν τον αλκοολισμό. (Τσαρούχας, 2000)

Βέβαια κανείς δεν μπορεί να παραβλέψει την μειωμένη επαγγελματική απόδοση, τα οδικά και εργατικά ατυχήματα που προκαλούνται από την χρήση αλκοόλης, τις άπειρες εργατικές ώρες που χάνονται σχεδόν καθημερινά. Και επιπλέον τα διαζύγια και την συναισθηματική ή σωματική βία που υφίστανται οι σύζυγοι των αλκοολικών. Ακόμα, τους βιασμούς παιδιών και γυναικών από άτομα που βρίσκονται υπό την επήρεια αλκοόλ, τις δολοφονίες και την ενδοοικογενειακή βία. (Jaffe, Peterson, Hodgson, μτφ, Μαράτου - Σόλμαν, 1986)

Όλα τα παραπάνω σκιαγραφούν τις διαστάσεις που έχει πάρει το φαινόμενο του αλκοολισμού παγκοσμίως, και δυστυχώς είναι γεγονότα που συμβαίνουν σχεδόν σε καθημερινή βάση. Η κατάσταση πλέον είναι γνωστή, το ζητούμενο είναι η πολιτεία να αναλάβει τις ευθύνες της και να προχωρήσει σε δραστικά μέτρα. Ο αλκοολισμός είναι ένα κοινωνικό φαινόμενο, ιδιαίτερα επικίνδυνο για την κοινωνική και κατ' επέκταση προσωπική ευημερία και αυτό δεν μπορεί κανείς να το παραβλέψει.

ΜΕΡΟΣ 5. ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΥ

5.1 Κατάσταση στην Ευρώπη

Η καταγραφή της πραγματικότητας γεμίζει με προβληματισμό.

Στην Ευρώπη, από τα 320 εκατομμύρια του συνολικού πληθυσμού της, περίπου 84 εκατομμύρια άνθρωποι υποφέρουν από τις επιπτώσεις του αλκοολισμού. Από αυτούς 40 εκατομμύρια είναι εξαρτημένοι από το αλκοόλ.

Παγκοσμίως η Ευρωπαϊκή Ένωση έχει τα υψηλότερα ποσοστά κατανάλωσης αλκοολούχων ποτών με 9,3 λίτρα ανά άτομο. Ακολουθούν η Αμερική με 6,6, η Ιαπωνία με επίσης 6,6 και ο Καναδάς με 6,1 λίτρα κατά κεφαλή κατανάλωση.

Έχει αποδειχτεί ότι σε όλη την Ευρωπαϊκή Ένωση πάνω από το 40% των ανδρών και γυναικών, σε κάποια περίοδο της ζωής τους βιώνουν μια κρίση εξαιτίας του αλκοόλ. (Τσαρούχας, 2000)

Στη **Γαλλία**, δυο εκατομμύρια άνθρωποι είναι εξαρτημένοι από το αλκοόλ, ενώ πέντε εκατομμύρια αντιμετωπίζουν ιατρικά, ψυχιατρικά και κοινωνικά προβλήματα εξαιτίας της χρήσης του αλκοόλ. συνολικά αναφερόμαστε σε έναν πληθυσμό 7 εκατομμυρίων ατόμων που υποφέρουν από το αλκοόλ. Στη χώρα αυτή το 56% του πληθυσμού είναι «περιστασιακοί καταναλωτές» ποτών και το 30,4% πίνουν κάθε μέρα ή 3 με 5 φορές την εβδομάδα. (CFES, Barometre ante)

Στη **Γερμανία**, δύομισι εκατομμύρια άνθρωποι είναι εξαρτημένοι από το αλκοόλ, ενώ άλλα 6,5 εκατομμύρια άνθρωποι αντιμετωπίζουν προβλήματα εξαιτίας της κατάχρησης αλκοόλ. στη χώρα αυτή σημειώνονται 40 χιλιάδες θάνατοι το χρόνο εξαιτίας της υπερβολικής χρήσης αλκοόλ. Στη δεκαετία του '90, η κατά κεφαλή κατανάλωση καθαρού αλκοόλ έφτασε στα 9,8 λίτρα. Η Γερμανία κατέχει τη δεύτερη θέση στην Ευρώπη στην κατανάλωση μπίρας, φθάνοντας στα 134,5 λίτρα ανά άτομο. (W.H.O., Profiles of alcohol in the member states of the European Region of the W.H.O.)

Στην **Αγγλία**, ένας στους 25 ανθρώπους είναι εξαρτημένος από το αλκοόλ. αριθμός διπλάσιος από αυτόν των εξαρτημένων από τα ναρκωτικά. Στην ίδια χώρα, 1,4 εκατομμύρια άνδρες – περίπου το 6% - και μισό εκατομμύριο γυναίκες – περίπου 2% - πίνουν επικίνδυνα πολύ. Ενώ 33 χιλιάδες άνθρωποι πεθαίνουν κάθε χρόνο εξαιτίας του αλκοόλ. Η κατανάλωση του αλκοόλ στη χώρα αυτή έχει μείνει σχετικά σταθερή την τελευταία δεκαετία. Το πιο δημοφιλές ποτό είναι η μπίρα, όπου η κατά κεφαλή κατανάλωση ανέρχεται στα 102,3 λίτρα, αν και φαίνεται ότι χάνει την κυριαρχία της από το κρασί, όπου η κατά κεφαλή κατανάλωση συνεχώς αυξάνεται. Η Αγγλία έχει τη μεγαλύτερη παραγωγή σε βαριά ποτά στην Ε.Ε. (World drink trend)

Στη **Σουηδία**, οι αναφορές της Εθνικής Επιτροπής για το θέμα υπολογίζουν ότι υπάρχουν 300 χιλιάδες άνθρωποι, οι οποίοι έχουν πρόβλημα με το αλκοόλ. το Υπουργείο Υγείας της χώρας εκτιμά ότι το 10% των ενηλίκων ανδρών πίνουν σε υπερβολικό βαθμό, ενώ το ποσοστό ανέρχεται στο 3 με 6%. Αξίζει να αναφέρει κανείς ότι τα μέτρα που πήραν οι σουηδοί, κατά του αλκοόλ, απέδωσαν. Η αναλογία - που είχε διαγνωσθεί ο αλκοολισμός τους – έπεσε από το 9,1% που ήταν το '79 στο 5,9 το '94. (Τσαρούχας, 2000)

Μέχρι πρόσφατα θεωρούσαμε ότι ο αλκοολισμός αφορά κυρίως τους άνδρες. Η πραγματικότητα σήμερα μας διαψεύδει. Η αναλογία γυναικών – ανδρών αλκοολικών ήταν 1 προς 4, όμως αυτή η αναλογία σήμερα έχει κατέβει. Τείνει να γίνει 1 προς 2.

Η κουλτούρα λοιπόν των Ευρωπαίων σε σχέση με το αλκοόλ ασφαλώς διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην πρωτιά της Γηραιάς Ηπείρου στην κατανάλωση, αλλά και την παραγωγή κρασιού. Όμως οι αριθμοί, αν και στυγνοί, δεν είναι μονοσήμαντοι. Έτσι, ο αριθμός των ατόμων με προβλήματα αλκοολισμού αυξάνεται. Αυξάνεται δραματικά, ιδιαίτερα στις χώρες του πρώην ανατολικού μπλοκ. (Τσαρούχας, 2000)

Σε άλλες χώρες της Ευρώπης σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (W.H.O.), επικρατεί η εξής κατάσταση:

Στην **Αυστρία**, τα τελευταία τριάντα χρόνια, η μέση κατανάλωση παραμένει σχετικά σταθερή ανάμεσα σε 11,2 και 9,8 λίτρα καθαρού αλκοόλ ανά άτομο. Απαιτείται προσοχή αφού η χώρα καταναλώνει σημαντική ποσότητα Alco pops (ποτών που απευθύνονται ε νεαρές ηλικίες) τα οποία δεν συμπεριλαμβάνονται στην κατά κεφαλή

κατανάλωση. Ο αλκοολισμός απασχολεί το 3% του συνολικού πληθυσμού της χώρας, ενώ το 10% έχει προβλήματα που σχετίζονται με την χρήση αλκοόλης.

Στο **Βέλγιο**, η μπίρα έχει το μεγαλύτερο μερίδιο κατανάλωσης στην αγορά με 103 λίτρα για το έτος 1996 και ακολουθεί το κρασί με 25 λίτρα και τα βαριά ποτά με 1,1 λίτρα ανά άτομο.

Στη **Δανία**, το αλκοόλ πωλείται με δελτίο και αυτή η πολιτική θεωρείται φιλελεύθερη στα σκανδιναβικά κράτη. στη χώρα αυτή συρρέουν τα σαββατοκύριακα φιλανδοί και σουηδοί για να πιουν σχετικά φθηνά και α προμηθευτούν αλκοόλ. οι Δανοί καταναλώνουν περίπου 117,63 λίτρα το άτομο ετησίως. Η χώρα έρχεται τρίτη πανευρωπαϊκά στην κατανάλωση μπίρας. Παρ' όλα αυτά τα τελευταία χρόνια παρατηρείται αύξηση στην κατανάλωση κρασιού.

Στην **Φινλανδία**, η κατά κεφαλή ετήσια κατανάλωση πυκνών σε αιθυλική αλκοόλη ποτών, είναι ανάμεσα στις υψηλότερες των χωρών της Ε.Ε. η μπίρα είναι το πιο δημοφιλές ποτό, ενώ η κατανάλωση κρασιού παραμένει σε χαμηλά επίπεδα. Η διάσταση του προβλήματος του αλκοολισμού είναι τρομακτική. Ο βασικός τρόπος χρήσης του αλκοόλ είναι η μέθη. Η μεγαλύτερη χρήση γίνεται, κυρίως, τα σαββατοκύριακα, όπου δημιουργούνται πολλά προβλήματα δημόσιας τάξης και τροχαία δυστυχήματα. Οι εγκληματολογικές στατιστικές δείχνουν ότι τουλάχιστον στο 80% των βίαιων εγκλημάτων εμπλέκεται το αλκοόλ. Επιπλέον αναφέρεται ότι, το 40% των ανδρών κάτω από 50 ετών, πεθαίνει από την κατάχρηση αλκοόλ.

Στην **Ιρλανδία**, η καταγεγραμμένη κατανάλωση καθαρού αλκοόλ ανά άτομο ήταν 9,1 λίτρα το 1996. Η Ιρλανδία έχει την υψηλότερη κατά κεφαλή κατανάλωση μπίρας στην Ε.Ε., κατανάλωση που αγγίζει τα 142,5 λίτρα ανά άτομο.

Στην **Ιταλία**, παρά την πτώση της κατανάλωσης του κρασιού, παραμένει στις πρώτες θέσεις μεταξύ των κρατών της Ε.Ε., καταναλώνοντας 55 λίτρα κρασιού ανά άτομο το 1996.

Το **Λουξεμβούργο**, έχει τη μεγαλύτερη κατά κεφαλή κατανάλωση στην Ευρωπαϊκή Ένωση με 11,8 λίτρα το 1996. κατέχει την τρίτη θέση στην κατανάλωση κρασιού, την πέμπτη θέση στην κατανάλωση μπίρας και μια σχετικά μικρή κατανάλωση «πυκνών ποτών».

Στην **Ολλανδία**, η κατανάλωση μειώνεται σταδιακά με την πάροδο των χρόνων. Το 46% του πληθυσμού πίνει σταδιακά και το 34% μέτρια.

Στην **Πορτογαλία**, η κατανάλωση ήταν κυμαινόμενη τις τρεις τελευταίες δεκαετίες, αλλά παραμένει μια από τις υψηλότερες στον κόσμο. Οι πορτογάλοι βρίσκονται στις υψηλότερες θέσεις κατανάλωσης κρασιού. Το 1996 κατανάλωναν 11,2 λίτρα ανά άτομο.

Στην **Ισπανία**, πέφτει από το 1980. σύμφωνα με τα στοιχεία του Drink Trends, το 1996 έφθασε τα 9,3 λίτρα. Το 32% των πολιτών πίνει συχνά, το 21% μέτρια και το 44% περιστασιακά.(Ευρωβαρόμετρο)

5.2 Κατάσταση στην Ελλάδα

Συχνά υποστηρίζεται ότι ο αλκοολισμός στην Ελλάδα είναι σε πολύ χαμηλά επίπεδα συγκριτικά με άλλες χώρες. Η εικόνα του αλκοολισμού όμως, που επικρατεί για την χώρα μας, δεν πρέπει να μας καθησυχάζει, παρ' όλα τα ευνοϊκά στοιχεία, τα οποία δεν δείχνουν τρομακτική έξαρση στην κατανάλωση σε αντίθεση με ότι συμβαίνει στις άλλες χώρες. (Ποταμιάνος, 1991)

Μεταξύ του 1975 και του 1980 υπήρξε μια απότομη αύξηση της κατανάλωσης από 5,3, στα 10,2 λίτρα ανά άτομο. Από τότε η κατανάλωση έπεσε για το 1996 στα 8,7. η κατανάλωση της μπίρας αυξήθηκε κατακόρυφα και από αμελητέες ποσότητες που καταναλώνονταν στη χώρα το 1990, έφθασε στα 40 λίτρα ανά άτομο. Στην Ελλάδα σημειώνεται μια από τις μεγαλύτερες καταναλώσεις πυκνών σε αιθυλική αλκοόλη ποτών (τζιν, ουίσκι, βότκα...) απ' όλη την Ευρωπαϊκή Ένωση. Η χώρα έρχεται πρώτη σε κατανάλωση αλκοόλ στους νέους ηλικίας 15 χρόνων – αγόρια και κορίτσια.(Τσαρούχας, 2000)

Ταυτόχρονα εκτιμάται ότι είναι η πρώτη στη νοθεία «πυκνών ποτών» με μεθυλική αλκοόλη, ουσία που βλάπτει το οπτικό νεύρο και προκαλεί τύφλωση.

Γνωρίζουμε ότι στη χώρα μας παράγεται και καταναλώνεται πολύ περισσότερο αλκοόλ από αυτό που αναφέρεται στις στατιστικές. Είναι σχεδόν αδύνατο στην ελληνική επαρχία κάθε οικογένεια να μην έχει και ένα με δυο βαρελάκια κρασί για δική της χρήση. Αυτή η παραγωγή είναι ανεξέλεγκτη. (Ποταμιάνος, 1991)

Από την άλλη, το δυσμενέστερο για την Ελλάδα είναι πως καταναλώνει σε πολύ μεγάλες ποσότητες και σε νεαρές ηλικίες, «πυκνά ποτά».

Σύμφωνα με τον υφυπουργό Υγείας – Πρόνοιας, ενώ το 1998 ήπιαμε ποτά που η αξία τους έφθασε τα 680 δις δραχμές (20 περίπου εκατομμύρια ευρώ), οι εκτιμήσεις για το '99 ήταν ότι η αξία των ποτών που καταναλώσαμε ξεπερνούσε κατά πολύ τα 700 δις.

Παρακάτω, αναφέρονται τα ευρήματα πανελληνίων ερευνών, που διεξήχθησαν από το 1984 έως το 1998, σε αντιπροσωπευτικό δείγμα ελλήνων.

Με τον όρο «συχνή χρήση» ορίζεται η χρήση από 10 φορές και πάνω κατά τον τελευταίο μήνα, ενώ με τον όρο «πολύ συχνή χρήση» ορίζεται η χρήση από 20 φορές και πάνω κατά τον τελευταίο μήνα. (ΕΚΤΕΠΝ, 2002)

Χρήση οινοπνευματωδών κατά φύλο σε όλα τα χρονικά διαστήματα

Δεν παρατηρούνται σημαντικές διαφορές μεταξύ του 1984 και του 1998 όσον αφορά τον αριθμό αυτών που καταναλώνουν οινοπνευματώδη. Μια τάση μείωσης παρατηρείται στον αριθμό των γυναικών που έχουν καταναλώσει οινοπνευματώδη κατά τον τελευταίο χρόνο (βλ. παράρτημα Γράφημα 40).

Συχνότητα χρήσης οινοπνευματωδών τον τελευταίο μήνα κατά ηλικία και κατά φύλο

Σταθερά ή με τάσεις μείωσης σε σύγκριση με το 1984 παρουσιάζονται τα ποσοστά κατανάλωσης οινοπνευματωδών κατά τον τελευταίο μήνα στους άντρες και στις γυναίκες όλων των ηλικιακών ομάδων, με εξαίρεση εκείνη των 18-24 ετών, όπου παρατηρείται σημαντική αύξηση της συχνής κατανάλωσης τόσο στους άντρες όσο και στις γυναίκες (βλ. παράρτημα Γράφημα 41). Στις γυναίκες της ίδιας ηλικιακής ομάδας παρατηρείται επίσης αύξηση και της πολύ συχνής κατανάλωσης σε σύγκριση με το 1984, από 5,9% σε 7,1%.

Συχνότητα χρήσης οινοπνευματωδών τον τελευταίο μήνα κατά γεωγραφικό στρώμα και κατά ηλικία

Στη Θεσσαλονίκη και στις ημιαστικές/ αγροτικές περιοχές το ποσοστό πλήρους αποχής κατά τον τελευταίο μήνα έχει σημαντικά μειωθεί, ενώ αντίστοιχα η συχνή κατανάλωση (10± φορές) έχει ημιδιπλασιαστεί στη Θεσσαλονίκη. Στην Αθήνα και στις λοιπές αστικές περιοχές η κατανάλωση οινοπνευματωδών κατά τον τελευταίο μήνα παρουσιάζει τάσεις μείωσης σε σύγκριση με το 1984 (βλ. παράρτημα Γράφημα 42).

Συχνότητα χρήσης οινοπνευματωδών κατά είδος ποτού και κατά φύλο

Ζητήθηκε από τους ερωτώμενους που είχαν δηλώσει ότι είχαν πει περισσότερες από 1-2 φορές τον τελευταίο χρόνο να απαντήσουν πόσο συχνά πίνουν μπίρα, κρασί, ούζο, ουίσκι, βότκα ή τζιν, κονιάκ, λικέρ, κοκτέιλ (αναψυκτικά με αλκοόλ), σφηνάκια Κάτι άλλο στη βάση μιας κλίμακας που κυμαινόταν από το «Σχεδόν ποτέ ή ποτέ» έως το «Σχεδόν κάθε μέρα».

Σημαντική μείωση αυτών που δηλώνουν ότι καταναλώνουν τουλάχιστον μερικές φορές το μήνα κρασί, μπίρα και ούζο, καθώς επίσης κονιάκ και λικέρ, παρατηρείται σε σύγκριση με το 1984. Αντίθετα, παρατηρείται αύξηση αυτών που δηλώνουν ότι καταναλώνουν τουλάχιστον μερικές φορές το μήνα ουίσκι, βότκα, τζιν, κοκτέιλ ή άλλα οινοπνευματώδη (βλ. παράρτημα Γράφημα 45). Οι διαφορές αυτές ισχύουν και για τα δύο φύλα. (ΕΚΤΕΠΝ, 2002)

Συχνότητα χρήσης οινοπνευματωδών κατά είδος ποτού και κατά ηλικία (τουλάχιστον μερικές φορές το μήνα)

Παρόλο που η μπίρα και το κρασί εξακολουθούν να είναι τα πιο δημοφιλή οινοπνευματώδη ποτά, για τους νεαρότερους η πρώτη και για τους μεγαλύτερους το δεύτερο, τα ποσοστά αυτών που τα καταναλώνουν παρουσιάζουν μείωση ή τάσεις μείωσης σε όλες τις ηλικιακές ομάδες σε σύγκριση με το 1984 (βλ. παράρτημα

Γράφημα 46). Ανάλογη σημαντική μείωση παρουσιάζουν και οι καταναλωτές του ούζου, καθώς επίσης και οι καταναλωτές πιο κλασικών ξενόφερτων ποτών, όπως είναι το κονιάκ ή τα λικέρ. Αντίθετα, σημαντική αύξηση παρουσιάζει το ουίσκι σε όλες τις ηλικιακές ομάδες (βλ. παράρτημα Γράφημα 47), ενώ η κατανάλωση της βότκας και του τζιν αυξάνει σημαντικά στους συστηματικούς πότες ηλικίας 12-35 ετών, όχι όμως και σε εκείνους μεταξύ 36-64 ετών (Γράφημα 48). (ΕΚΤΕΠΝ, 2002)

Συχνότητα χρήσης οινοπνευματωδών κατά είδος ποτού και κατά γεωγραφικό στρώμα

Σε όλα τα γεωγραφικά στρώματα παρατηρείται η μείωση ή η τάση μείωσης που παρατηρείται στο σύνολο των συστηματικών καταναλωτών μπύρας, κρασιού και ούζου. Εξαιρέση αποτελούν οι συστηματικοί καταναλωτές κρασιού στη Θεσσαλονίκη (από 56,7% σε 68,1 %) και τις λοιπές αστικές περιοχές (από 72,7% σε 72,9%), οι οποίοι εμφανίζουν σημαντική αύξηση (ιδιαίτερα στη Θεσσαλονίκη) σε σύγκριση με το 1984. Σημαντικότερο όλων, πάντως, θεωρείται η σημαντική αύξηση των συστηματικών καταναλωτών ουίσκι και βότκας ή τζιν σε όλα τα γεωγραφικά στρώματα (βλ. παράρτημα Γράφημα 49).

Συχνότητα χρήσης οινοπνευματωδών τον τελευταίο μήνα κατά κοινωνικό-οικονομικά επίπεδο

Σημαντικές είναι οι αλλαγές που παρατηρούνται στο ανώτερο κοινωνικό-οικονομικά επίπεδο σε σύγκριση με το 1984. Από τη μια αυξάνεται το ποσοστό αποχής από τα οινοπνευματώδη κατά τον τελευταίο μήνα, ενώ παρατηρείται παράλληλα και σημαντική αύξηση της πολύ συχνής κατανάλωσης (βλ. παράρτημα Γράφημα 50). Στο μέσο και στο κατώτερο κοινωνικό-οικονομικά επίπεδο δεν παρατηρούνται σημαντικές αλλαγές. (ΕΚΤΕΠΝ, 2002)

Υπερβολική χρήση οινοπνευματωδών τον τελευταίο μήνα κατά φύλο, κατά ηλικία και κατά γεωγραφικά στρώμα

Η υπερβολική κατανάλωση αφορούσε την κατανάλωση πέντε ή περισσότερων ποτών στην καθισιά κατά τον τελευταίο μήνα πριν τη συνέντευξη.

Η υπερβολική χρήση οινοπνευματωδών στον Τελευταίο μήνα εμφανίζεται μειωμένη στο σύνολο του πληθυσμού σε σύγκριση με το 1984, αν και η μείωση αυτή οφείλεται κυρίως στους άνδρες του δείγματος. Οι γυναίκες, αν και παρουσιάζουν μείωση στη συχνή μηνιαία υπερβολική κατανάλωση ($3\pm$ φορές), παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά στην εν γένει μηνιαία υπερβολική κατανάλωση (βλ. παράρτημα Γράφημα 51).

Πάντως η υπερβολική χρήση κατά τον τελευταίο μήνα πριν τη συνέντευξη φαίνεται ότι, αν και έχει μειωθεί αισθητά στην Αθήνα και στη Θεσσαλονίκη, έχει αυξηθεί στις αστικές και στις ημιαστικές περιοχές (βλ. παράρτημα Γράφημα 52). Οι διαφορές των επιμέρους ηλικιακών ομάδων σε σύγκριση με Το 1984 δεν αποδεικνύονται στατιστικά σημαντικές. (ΕΚΤΕΠΝ, 2002)

Μέθη σε όλη τη ζωή κατά φύλο

Αυξημένα εμφανίζονται τα ποσοστά όσων έχουν μεθύσει έστω και μία φορά στη ζωή τους και για τα δύο φύλα, αν και η αύξηση φαίνεται να είναι Πιο σημαντική για τις γυναίκες (βλ. παράρτημα Γράφημα 53).

Η αύξηση φαίνεται να είναι πιο σημαντική στους άνδρες στην ηλικιακή ομάδα των 25-35 ετών (βλ. παράρτημα Γράφημα 55) και στις ημιαστικές/ αγροτικές περιοχές (βλ. παράρτημα Γράφημα 56) (ΕΚΤΕΠΝ, 2002)

ΜΕΡΟΣ 6. ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η θεραπεία του αλκοολισμού διακρίνεται στη θεραπευτική αντιμετώπιση των επείγουσών καταστάσεων που παρουσιάζονται ως επιπλοκές του αλκοολισμού και στη μακρόχρονη θεραπεία τον αλκοολισμού. (Μάνος, 1997)

6.1 Θεραπευτική αντιμετώπιση επείγουσών καταστάσεων — επιπλοκών του αλκοολισμού

Κάθε άτομο που εμφανίζει βαριά τοξίκωση — μέθη, που απειλεί την αναπνευστική του λειτουργία ή έντονα στερητικά φαινόμενα όπως τρομώδες παραλήρημα ή σπασμούς πρέπει να εισαχθεί αμέσως σε παθολογικό τμήμα ή μονάδα εντατικής παρακολούθησης. Ο χειρισμός αυτών των καταστάσεων ανήκει στην παθολογία.

Αυτό που έχει σημασία είναι να προλάβουμε τα μείζονα φαινόμενα στέρησης - σπασμούς και τρομώδες παραλήρημα κυρίως — με την έγκαιρη θεραπευτική αντιμετώπιση των πρώτων εκδηλώσεων του αλκοολικού στερητικού συνδρόμου (δηλ. της Στερητικής Διαταραχής από Αλκοόλ) πριν γίνουν σοβαρές, γιατί τότε είναι πολύ πιο δύσκολο ν' αναχαιτισθούν. (Μάνος, 1997)

Η θεραπεία των πρώτων σημείων και συμπτωμάτων του αλκοολικού στερητικού συνδρόμου γίνεται με τη χλωροδιαζεποξείδη (Librium), που είναι ένα αποτελεσματικό υποκατάστατο για το αλκοόλ.

Η χλωροδιαζεποξείδη έχει ευρύ όριο ασφαλείας, μικρή καταστολή της αναπνοής, μικρό κίνδυνο εθισμού και μακρό χρόνο υποδιπλασιασμού της δραστητικότητάς της (24-30 ώρες). (Μάνος, 1997)

Η θεραπεία αρχίζει αμέσως, εφόσον ο ασθενής δείξει τα πρώτα στερητικά σημεία: σφυγμό πάνω από 100 σφύξεις Το λεπτό, αυξημένη αρτηριακή πίεση, ιδρώτα, πυρετό. Υποκειμενικά συμπτώματα όπως το άγχος και η διέγερση δεν θεωρούνται αξιόπιστα, γιατί μπορεί να οφείλονται και σ' άλλους λόγους εκτός του στερητικού συνδρόμου. (Μάνος, 1997)

Η αγωγή αρχίζει με 50-100 mg χλωροδιαζεποξειδης από το στόμα, που μπορεί να επαναληφθούν σε μια ώρα, αν τα συμπτώματα επιμένουν. Εφόσον τα στερητικά φαινόμενα συνεχίζουν, η αγωγή διαμορφώνεται σε 25-100 mg χλωροδιαζεποξειδης κάθε 4 ώρες από το στόμα. Τα ζωτικά σημεία ελέγχονται συνεχώς έως ότου σταθεροποιηθούν. Έτσι την πρώτη μέρα ο ασθενής θα χρειασθεί 300-400 mg (η ολική ημερήσια δόση δεν πρέπει να ξεπεράσει τα 600 mg). Εάν υπάρχει διέγερση, υπέρταση ή ταχυκαρδία, θα δοθούν έξτρα δόσεις. Οδηγός είναι η ταχυκαρδία, που πρέπει να διατηρείται κάτω από 100 σφύξεις στο λεπτό. Μετά το πρώτο 24ωρο, εάν τα συμπτώματα ελέγχονται, η δόση της χλωροδιαζεποξειδης μπορεί να αρχίσει να μειώνεται κατά 20% κάθε μέρα, έως ότου σε πέντε με επτά ημέρες προοδευτικά διακοπεί. (Μάνος, 1997)

Σε άτομα με ιστορικό σπασμών (κατά τη διάρκεια του αλκοολικού στερητικού συνδρόμου) είναι καλό να δώσουμε προληπτικά φαινοτοΐνη (100 mg τρεις φορές την ημέρα για 5 μέρες).

Όσον αφορά την επιπλοκή της αλκοολικής ψευδαισθήτωσης που αναφέρθηκε προηγούμενα και που έχει επίσης οξεία έναρξη, η αγωγή είναι με αντιψυχωτικά φάρμακα (π.χ. 2-5 mg αλοπεριδόλης δύο φορές την ημέρα). (Μάνος, 1997)

Την πιθανότητα ύπαρξης αλκοολικού στερητικού συνδρόμου πρέπει να την έχουμε πάντα στο μυαλό μας, γιατί μπορεί να εμφανισθεί σε ασθενείς που μπήκαν στο νοσοκομείο για άλλους ψυχιατρικούς ή ιατρικούς λόγους, που όμως λόγω της νοσηλείας τους στερήθηκαν το αλκοόλ, που προφανώς έπιναν σε μεγάλες ποσότητες και για μεγάλο χρόνο.

Όταν τα συμπτώματα του αλκοολικού στερητικού συνδρόμου ελεγχθούν, τότε προχωρούμε σε άλλες μορφές μακρόχρονης Θεραπείας. Πρέπει όμως να σημειώσουμε ότι η αντιμετώπιση του στερητικού συνδρόμου αφορά και τους ασθενείς που δεν ήρθαν σε μας σε επείγουσα κατάσταση, αλλά που συμφώνησαν να προσπαθήσουν να νικήσουν τον αλκοολισμό. Πρώτο στάδιο, λοιπόν, της θεραπείας κι αυτών των αλκοολικών πριν τη μακρόχρονη θεραπεία τους είναι η αποτοξίνωση, ιδιαίτερα εφόσον μας πουν στο ιστορικό τους ότι εμφανίστηκαν σημαντικά συμπτώματα στέρησης, όταν σταμάτησαν να πίνουν στο παρελθόν. Η αποτοξίνωση, γίνεται πάντα σε παθολογικό ή ψυχιατρικό τμήμα και συνίσταται στην αποκατάσταση της σωματικής κατάστασης του ασθενή (Κακή θρέψη,

υποβιταμίνωση, σωματικές ασθένειες), στην προσεκτική παρακολούθηση ώστε ν' ανακαλυφθούν αμέσως πιθανά Πρώτα σημεία αλκοολικού στερητικού συνδρόμου και να θεραπευθούν προτού προχωρήσουν σε επικίνδυνα επίπεδα και στη σχετική προφύλαξη για κάποιο διάστημα του αλκοολικού από το να ξαναπιεί. Στη διάρκεια της παραμονής του ασθενή στο νοσοκομείο για αποτοξίνωση αρχίζει και η πολυεπίπεδη μακρόχρονη θεραπεία του αλκοολισμού. (Μάνος, 1997)

Η έγκαιρη επισημάνση και διάγνωση του αλκοολισμού είναι αποφασιστικής σημασίας. Το κόστος της θεραπείας είναι τότε μικρότερο, η πρόγνωση ευνοϊκότερη και οι επιπλοκές λιγότερες. (Gelder, Gath, Mayou, 1994)

Η διάγνωση του αλκοολισμού συχνά διαφεύγει, διότι οι αλκοολικοί αρνούνται το πρόβλημα τους και έτσι αρκετά συχνά επιτυγχάνουν τη συγκάλυψη του. Ο στόχος του γιατρού είναι να υπερβεί την αρνητική στάση του αλκοολικού και να τον βοηθήσει να αποκτήσει επίγνωση της νοσηρής αυτής κατάστασης. Ορισμένα δε ιδιαίτερα ενοχλητικά συμπτώματα που προβάλλει ο αλκοολικός, όπως αϋπνία, μειωμένη σεξουαλική ικανότητα, αδυναμία αντιμετώπισης των στρεσογόνων γεγονότων, κατάθλιψη κ.ά., ο γιατρός μπορεί να τα χρησιμοποιήσει ως επιχείρημα για να κάνει τον ασθενή να αποδεχθεί τη θεραπεία και να κατανοήσει τα οφέλη μιας μακρόχρονης αποχής από το οινόπνευμα. (Winger, Hofman, Woods, 1992)

Ένα σημαντικό ζήτημα στην επεξεργασία του αλκοολισμού είναι το θέμα της αποχής: Πρέπει το άτομο να σταματήσει οριστικά το αλκοόλ, ή μπορεί η κατανάλωση να ελεγχθεί; Γενικά, η ελεγχόμενη κατανάλωση, όπως ένα ποτό σε ένα Σαββατοκύριακο, εγκυμονεί υψηλό κίνδυνο υποτροπής. Οι ομάδες όπως οι Αλκοολικοί Ανώνυμοι (AA) και οι περισσότεροι ειδικοί, είναι υπερασπιστές της προσέγγισης της αποχής και θεωρούν ότι δεν υπάρχει κανένας τέτοιος όρος όπως θεραπευμένος αλκοολικός. (Meyer, 1989)

Οι περισσότεροι αλκοολικοί ασθενείς πηγαίνουν για θεραπεία - απεξάρτηση μετά από πίεση από τον σύζυγο ή τον εργοδότη ή φοβούνται ότι η συνεχής κατανάλωση αλκοόλ θα έχει μια μοιραία έκβαση. Όσοι ασθενείς πείθονται, ενθαρρύνονται, ή ακόμα και εξαναγκάζονται να ξεκινήσουν θεραπεία, από τα πρόσωπα που είναι σημαντικά στη ζωή τους, όπως οι σύζυγοι και τα παιδιά τους, έχουν περισσότερες πιθανότητες να παραμείνουν στη θεραπεία και να έχουν επιτυχία, από εκείνους που δεν τους ασκείται πίεση. Η καλύτερη πρόγνωση είναι για εκείνα τα πρόσωπα που

επισκέπτονται έναν ψυχίατρο εθελοντικά επειδή, καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι είναι αλκοολικοί και χρίζουν βοήθειας. (Meyer, 1989)

Η υποχρεωτική- χωρίς τη θέληση του ασθενούς- θεραπεία έχει ελάχιστες πιθανότητες επιτυχίας. Η θεραπεία απεξάρτησης γίνεται συνήθως στο νοσοκομείο, εφόσον ο αλκοολικός εμφανίζει συμπτώματα συνδρόμου στέρησης ή συνυπάρχουν βαριά κατάθλιψη, τάσεις αυτοκαταστροφής, ψυχωσικά συμπτώματα ή σοβαρό σωματικό νόσημα. Σε αρκετές περιπτώσεις η θεραπεία απεξάρτησης μπορεί να γίνει σε εξωνοσοκομειακή βάση. Μια τέτοια προσπάθεια απαιτεί συνεργασιμότητα του ασθενούς και υποστηρικτικό οικογενειακό περιβάλλον. Γενικά μέτρα θεραπείας είναι η ανάπαυση, επαρκής διατροφή και βιταμινούχα σκευάσματα, ειδικότερα εκείνα που περιέχουν θειαμίνη. Στο σύνδρομο στέρησης, η χορήγηση βενζοδιαζεπινών την πρώτη μέρα, συνήθως 100mg σε 3ή4 δόσεις με βαθμιαία μείωση κατά 20% της αρχική δόσης τις υπόλοιπες 3ή4 ημέρες, είναι αρκετή. Ένα 3% των ασθενών μπορεί να παρουσιάσουν σπασμούς τύπου grand mal. (Marden, Fowler, 2001)

Η θεραπεία αποκατάστασης έχει δυο επίπεδα- στόχους: (α) συνεχείς προσπάθειες να αυξήσει και να διατηρήσει το άτομο υψηλό κίνητρο για να παραμείνει σε αποχή, (β) να προσαρμοστεί σε έναν τρόπο ζωής χωρίς την αλκοόλη. Τα προγράμματα αποκατάστασης δίνουν έμφαση στην πρόληψη των υποτροπών και χρησιμοποιούν συνδυασμούς δυο ή περισσότερων θεραπειών, όπως ομαδικής ψυχοθεραπείας, ατομική υποστηρικτικής ψυχοθεραπείας, θεραπείας ζεύγους, οικογένειας και παρακολούθηση των ομάδων Α.Α, με στόχο τη μείωση της καταναγκαστικής επιθυμίας για λήψη οινοπνεύματος. (Marsden, Fowler, 2001)

Τα άτομα που έχουν απεθιστεί από το οινοπνευμα εμφανίζουν αξιόλογη αποκατάσταση σε σχέση με ορισμένα σωματικά και κοινωνικά προβλήματα που τους δημιούργησε η χρόνια κατάχρηση οινοπνεύματος και έχουν βρει τρόπους να επανακτήσουν τη χαμένη αυτοπεποίθησή τους και ελπίδα για το μέλλον. Η συμμετοχή στις ομάδες αυτοβοήθειας συνιστάται ένθερμα από τους κλινικούς, εφόσον συνεχίζεται η ιατρική παρακολούθηση. Στο προτεινόμενο πρόγραμμα «των 12 βημάτων» (twelve steps) των ΑΑ δίνεται έμφαση στην αδυναμία του αλκοολικού να αντιμετωπίσει το πρόβλημα μόνος του, ενώ, αντίθετα, η συμμετοχή στις ομάδες αυτές και οι διεργασίες μέσα από αυτές τον ενισχύουν και τον βοηθούν να επιλύσει το πρόβλημα της εξάρτησης. (Gelder, Gath, Mayou, 1994)

6.2 Ψυχοθεραπεία

Η ψυχοθεραπεία είναι χρήσιμη όταν εστιάζει στους λόγους για τους οποίους επιθυμεί το αλκοολικό άτομο να μεθάει, όπως παραδείγματος χάριν, τη μείωση του άγχους. Πρέπει να δοθεί σταθερή έμφαση στις παρελθοντικές, παροντικές και μελλοντικές συνέπειες της κατάχρησης του αλκοόλ. Η συμμετοχή του ενδιαφερόμενου συζύγου, στην θεραπεία είναι συχνά ευεργετική στη ψυχοθεραπευτική διαδικασία. (Meyer, 1989)

Η αρχική επαφή με ένα αλκοολικό άτομο είναι κρίσιμη για την επιτυχία της θεραπείας. Σε πρόωρη σύγκρουση ο θεραπευτής πρέπει να είναι δραστήριος και ενθαρρυντικός, επειδή οι ασθενείς με τα προβλήματα οινοπνεύματος προσδοκούν την απόρριψη και ερμηνεύουν τον ενεργητικό ρόλο ενός θεράποντος ως απορριπτικό. Ο θεραπευτής πρέπει επίσης να εξετάσει την χρήση αλκοόλ ως ψυχολογική άμυνα. Η άρση των συναισθηματικών και διανοητικών εμποδίων μεταξύ του ασθενή και του θεράποντος πρέπει να είναι ένας πρόωρος στόχος. Ο θεράπων πρέπει να είναι προετοιμασμένος να εξετάζει το θεραπευτικό δεσμό με τον αλκοολικό επανειλημμένως, και δεν πρέπει να κρύβεται πίσω από την έλλειψη κινήτρων του ασθενή, όταν η υποτροπή πλησιάζει. Οι περίοδοι κατάθλιψης μπορούν να αντιμετωπιστούν από τον ενεργό, ενθαρρυντικό ρόλο του θεράποντος και κατά περιόδους από την προσθήκη φαρμακευτικής αγωγής, με τη χορήγηση αντικαταθλιπτικών. (Brandt, Butters, Ryan, Bayor, 1983)

Οι έμπειροι θεραπευτές βλέπουν το πρόβλημα του αλκοολισμού όχι από την άποψη ενός μεμονωμένου ασθενή αλλά από την άποψη της δυναμικής ενός προσώπου που είναι μέρος ενός κοινωνικού συστήματος. (Meyer, 1989)

6.3 Θεραπεία συμπεριφοράς

Η θεραπεία συμπεριφοράς διδάσκει στο αλκοολικό άτομο, εναλλακτικούς τρόπους μείωσης του άγχους. Δίνεται έμφαση στην εκμάθηση τεχνικών χαλάρωσης,

κατάρτισης ασφάλειας, στις δεξιότητες αυτό-ελέγχου, και σε νέες στρατηγικές για να κυριαρχήσουν στο περιβάλλον. Έχει περιγραφεί ένας αριθμός προγραμμάτων που ενισχύουν, τα άτομα που υποφέρουν από αλκοολισμό, να τροποποιήσουν τη συμπεριφορά κατανάλωσής τους ή να σταματήσουν. Οι δοκιμές απωθητικών για να προκαλέσουν τον εμετό, και για να παραγάγουν τον πόνο —ήταν με συνέπεια επιτυχείς μόνο στα παρακινήματα πρόσωπα και πλέον δεν χρησιμοποιούνται ευρέως στη θεραπεία του αλκοολισμού. (Meyer, 1989)

6.4 Μακρόχρονη θεραπεία του αλκοολισμού

Σήμερα γνωρίζουμε ότι ο αλκοολισμός είναι ασθένεια κι όχι ηθική κατάπτωση ή αμαρτία. Επομένως δεν φορτώνουμε ενοχή τον αλκοολικό, που τις περισσότερες φορές νιώθει ήδη αρκετή. Αυτό δεν σημαίνει, όμως, ότι δεν προσπαθούμε ν' αναλάβει ο αλκοολικός την ευθύνη για το ότι πίνει και δεν προσπαθούμε να πείσουμε τον στενό κύκλο του να μην τον υπερπροστατεύει. Η θεραπεία του αλκοολισμού είναι μακρά και δύσκολη για τους ασθενείς, την οικογένειά τους και τους ίδιους ακόμη τους Θεραπευτές. Η θεραπεία μπορεί να αποβεί αποτελεσματική αν:

α) δώσει στους ασθενείς ένα μη χημικό υποκατάστατο για την ουσία που χάνουν β) τους θυμίζει συνέχεια ότι ακόμα κι ένα ποτό είναι αρκετό να τους κάνει να υποτροπιάσουν γ) αποκαταστήσει την κοινωνική και σωματική βλάβη που έχουν υποστεί από το αλκοόλ δ) αποκαταστήσει την αυτοεκτίμησή τους. Ταυτόχρονα, βέβαια, η Θεραπευτική αντιμετώπιση του αλκοολικού θα Πρέπει να απευθυνθεί και σε συνοδούς ψυχικές διαταραχές, όπως η κατάθλιψη και οι αγχώδεις διαταραχές. (Μάνος, 1997)

6.5 Φάρμακα

Δύο ομάδες φαρμάκων είναι χρήσιμες στην επεξεργασία του αλκοολισμού: το φάρμακο αποτρεπτικών παραγόντων disulfiram και τα ψυχοτροπικά φάρμακα.

Disulfiram. Το Disulfiram (Antabuse), εμποδίζει το ένζυμο, αλδεϋδη διυδρογενάση, έτσι ώστε ακόμη και ένα μόνο ποτό να προκαλεί συνήθως μια τοξική αντίδραση λόγω της συσσώρευσης ακεταλδεϋδης στο αίμα. Η χορήγηση του φαρμάκου δεν πρέπει να αρχίσει πριν παρέλθουν 24 ώρες από την κατανάλωση του τελευταίου ποτού του ασθενή. Ο ασθενής πρέπει να είναι υγιής, να έχει ισχυρά κίνητρα και να είναι συνεργάσιμος. Ο παθολόγος πρέπει να προειδοποιήσει τον ασθενή για τις συνέπειες που θα έχει, εάν καταναλώσει αλκοόλ, κατά τη διάρκεια τη θεραπευτικής αγωγής ή και για δυο εβδομάδες μετά το πέρας αυτής. Τα συμπτώματα όσων καταναλώνουν αλκοόλ, ενόσω παίρνουν 250 mg δισουλφιράμης καθημερινά είναι, εξάψεις, και αίσθημα θερμότητας στο πρόσωπο, τα άνω άκρα, και το στήθος. Μπορούν να γίνουν χλωμοί, υποτασικοί, και να νιώσουν έντονη δυσφορία. Μπορεί επίσης να υπάρξει ίλιγγος, θολωμένη όραση, αυξημένοι παλμοί, έλλειψη οξυγόνου, και μούδιασμα των άκρων. Η σοβαρότερη πιθανή συνέπεια είναι σοβαρή υπόταση. Ο οργανισμός μπορεί επίσης να αντιδράσει στο αλκοόλ που περιέχεται σε ουσίες, όπως οι σάλτσες και το ξίδι ή ακόμα και στους εισπνεόμενους ατμούς οινοπνεύματος από τις λουσιόν που χρησιμοποιούνται μετά από το ξύρισμα. Το σύνδρομο, μόλις αποσπαστεί, διαρκεί χαρακτηριστικά περίπου 30 έως 60 λεπτά αλλά μπορεί να εμμένει και περισσότερο. Με τις δόσεις επάνω από 250 mg, οι τοξικές ψυχώσεις μπορούν να εμφανιστούν, με την εξασθένηση μνήμης και τη σύγχυση. Το φάρμακο μπορεί επίσης να επιδεινώσει τα ψυχωτικά συμπτώματα σε μερικούς σχιζοφρενείς ασθενείς. (Charness, Simon, Greenberg, 1989)

Ψυχοτρόπα φάρμακα. Οι αγχολυτικοί παράγοντες και τα αντικαταθλιπτικά χάπια είναι χρήσιμα κατά τη διάρκεια των διάφορων σταδίων της θεραπείας. Στο αρχικό στάδιο της αποχής, η ανησυχία, η ταραχή, και η αϋπνία είναι τα κύρια χαρακτηριστικά γνωρίσματα. Μπορούν να ελεγχθούν από έναν από τους αγχολυτικούς παράγοντες, όπως το diazepam ή το chlordiazepoxide, τα οποία επιτρέπεται να συνταγολογηθούν για εβδομάδες ή ακόμα και μήνες. Υπό αυτές τις συνθήκες –ελέγχου κατανάλωσης

του αλκοόλ - ο κίνδυνος να εθιστεί ο αλκοολικός σε ένα αγχολυτικό φάρμακο, είναι μακρινός. Τα αντικαταθλιπτικά, είναι χρήσιμα στους ασθενείς που είναι κλινικά καταθλιπτικοί ενώ βρίσκονται σε απόχλη από το αλκοόλ. Το λίθιο έχει χρησιμοποιηθεί επίσης με κάποια επιτυχία. Ένα πειραματικό φάρμακο γνωστό ως Ro 15-451B εμποδίζει τα αποτελέσματα του οινοπνεύματος και εξετάζεται αυτήν την περίοδο στο εθνικό ίδρυμα διανοητικής υγείας (NIMH). Οι αρουραίοι στους οποίους χορηγήθηκε το φάρμακο δεν μεθούν ή, εάν έχουν προηγουμένως μεθύσει, γίνονται νηφάλιοι μέσα σε τρία λεπτά από τη στιγμή που τους γίνεται η ένεση του φαρμάκου. (Charness, Siomon, Greenberg, 1989)

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. (Μάνος, 1997)

Υποστηρικτικές υπηρεσίες. Υπηρεσίες που εξασφαλίζουν διαμονή και επαγγελματική αποκατάσταση σε αλκοολικούς που έχασαν και τα δύο είναι απαραίτητα υποστηρικτικά μέσα για πολλούς αλκοολικούς. (Μάνος, 1997)

6.6 Θεραπευτικά Προγράμματα στην Ευρώπη

Σε ολόκληρη την Ευρώπη, υπάρχουν τμήματα απεξάρτησης. Τέτοια είναι, οι νοσοκομειακές κλινικές, τα ιδιωτικά κέντρα και οι ομάδες αυτοβοήθειας. Μεγάλη σημασία επίσης, δίνεται και στις οικογένειες των αλκοολικών, και για το λόγο αυτό λειτουργούν ανάλογες ομάδες.

Πρόκειται για τις ομάδες *ΑΛΑΝΟΝ* και *ΑΛΑΤΙΝ*, ομάδες που απευθύνονται στους συζύγους, τα παιδιά και τους φίλους των ανθρώπων που έχουν πρόβλημα με το ποτό, άσχετα αν οι ίδιοι οι αλκοολικοί είναι ή όχι μέλη ενός θεραπευτικού προγράμματος.

Μοιράζονται μεταξύ τους τις εμπειρίες τους, για να λύσουν το κοινό τους πρόβλημα. Μοιράζονται το φόβο, τις ανασφάλειες, την κατεστραμμένη προσωπική τους ζωή σαν αποτέλεσμα του αλκοολισμού- της οικογενειακή αυτής αρρώστιας. (Τσαρούχας, 2000)

Σκοπός της *ΑΛΑΝΟΝ* δεν είναι σε καμία περίπτωση να δείξει τρόπους για την αντιμετώπιση ενός αλκοολικού, μπορεί απλώς να βοηθήσει κάποιον να αλλάξει τη στάση του απέναντι στα προβλήματα που αντιμετωπίζει και να ελαττώσει τα άγχη και τις αγωνίες του. Η απαγκίστρωση από το πρόβλημα του αλκοολικού συγγενούς, μπορεί να δώσει μια καλύτερη προοπτική στη ζωή του ανθρώπου που υποφέρει δίπλα στον αλκοολικό.

Η *ΑΛΑΤΙΝ*, ομάδα για εφήβους, από 12 ετών, λειτουργεί κάτω από την καθοδήγηση των μελών της *ΑΛΑΝΟΝ* με τους ίδιους στόχους. (Τσαρούχας, 2000)

Ενδεικτικά αναφέρονται τα θεραπευτικά προγράμματα που λειτουργούν στην Ιταλία.

Στη χώρα αυτή, περίπου 500 δημόσιες υπηρεσίες ασχολούνται με την κατάχρηση – εξάρτηση από το αλκοόλ. Υπηρεσίες όπως, τμήματα ψυχιατρικής, γαστρεντερολογίας, τοξικολογίας, ακόμη και τοπικές υπηρεσίες παροχής συμβουλευτικής για την εξάρτηση από το αλκοόλ.

Ταυτόχρονα με την ανάπτυξη αυτών των υπηρεσιών, αναπτύχθηκαν στην Ιταλία και οι ομάδες αυτοβοήθειας. Ομάδες που μοιάζουν με αυτές των Α.Α. Σήμερα υπάρχουν 2.700 περίπου τέτοιες ομάδες που ονομάζονται Clubs. (Τσαρούχας, 2000)

6.7 Θεραπευτικά Προγράμματα στην Ελλάδα

Υπηρεσίες για την απεξάρτηση από το αλκοόλ στη Δυτική Ελλάδα και την Αθήνα.

Α] Υπηρεσίες Πρόληψης

- Κέντρο πρόληψης κατά των ναρκωτικών Νομού Αιτωλοακαρνανίας – Δημοτική μονάδα πρόληψης «ΟΔΥΣΣΕΑΣ»
Διεύθυνση: Φλώρας Καραπαππά 3- Αγρίνιο
Τηλ: 2641028770/ 2641048498
- Κέντρο πρόληψης κατά των εξαρτησιογόνων ουσιών Νομού Αχαΐας
Διεύθυνση: Παντανάσσης 95- Πάτρα
Τηλ: 2610623290/ 2610226948
- Κέντρο πρόληψης από τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών Νομού Ηλείας «Παρεμβάσεις»
Διεύθυνση: Όθωνος & Αμαλίας 7- Αμαλιάδα Ηλείας
Τηλ: 2622029710/ 2622029711
- Κίνηση «Πρόταση»
Διεύθυνση: Παντανάσσης 95 & Α. Γεωργίου- Πάτρα
Τηλ: 2610623290

Β] Υπηρεσίες Συμβουλευτικής και Θεραπείας

- Ανοιχτό θεραπευτικό πρόγραμμα «Γέφυρα», Συμβουλευτικός Σταθμός & κέντρο Δραστηριοποίησης.
Διεύθυνση: Αλεξ. Υψηλάντου 175-177- Πάτρα
Τηλ: 2610279795/ 2610621955
- Συμβουλευτικός σταθμός Ο.Κ.Α.Ν.Α – Πάτρα
Τμήμα καταπολέμησης αλκοολισμού – τοξικομανίας- Αθήνα
Διεύθυνση: Αριστοτέλους 17- Αθήνα / Τηλ: 2105235286/ 2105232821
- Συμβουλευτικός Σταθμός – Μονάδα απεξάρτησης Αλκοολικών 18ΑΝΩ (ΨΝΑ)
Διεύθυνση: Ασκληπιού 19- Αθήνα

Τηλ: 2103617089/ 2103611803/3614242

- Πρόγραμμα «ΑΘΗΝΑ», ΟΚΑΝΑ – Αιγινήτειο Νοσοκομείο
Διεύθυνση: Ξενίας & Μιχαλακοπούλου- Αθήνα
Τηλ: 2107753240/ 2107757692
- Ιατρείο Αλκοολογίας Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Πατρών
Π.Γ.Ν.Π , Ρίο

Π] Ομάδες Αυτοβοήθειας

- Ανώνυμοι Αλκοολικοί – Ομάδα Πάτρας
Διεύθυνση: Πατρέως 5 & Αγίου Ανδρέου
- Ανώνυμοι Αλκοολικοί – Ομάδα Αθηνών
Διεύθυνση: Ιπποκράτους 156
Τηλ: 2106452972
- Ομάδα Νέου Φαλήρου
Διεύθυνση: Ακτή Πρωτοψάλτη(Απέναντι από τον ηλεκτρικό σταθμό)
Τηλ: 2104224142
- Ομάδα Πειραιά
Διεύθυνση: Αλιτεύου 4- Πειραιάς, 4^{ος} όροφος

Δ] Υπηρεσίες κοινωνικής Επανένταξης

- «ΘΗΣΕΑΣ»- Πρόγραμμα επανένταξης των απεξαρτημένων ατόμων, Τμήμα κοινωνικής επανένταξης- Μονάδα Απεξάρτησης Αλκοολικών 18ΑΝΩ
Διεύθυνση: Θησέως 156 – Δήμος Καλλιθέας
Τηλ: 2109587117

Ε] Εθνικοί Φορείς

- Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας- Γραφείο για το πρόβλημα της χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών
Διεύθυνση: Αριστοτέλους 19- Αθήνα
Τηλ: 2108210879
- Υπουργείο Παιδείας- Τμήμα Αγωγής Υγείας
Διεύθυνση: Ερμού 15- Αθήνα
Τηλ: 2103236623/ 3246039
- Γενική Γραμματεία Νέας Γενιάς- Διεύθυνση κοινωνικής Πολιτικής
Διεύθυνση: Αχαρνών 417
Τηλ: 2102532312/ 2532364
- Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά και την Τοξικομανία
Διεύθυνση: Παπάγου
Τηλ: 2106537273

Θεσσαλονίκη

- Μονάδα απεξάρτησης για άτομα εξαρτημένα από το αλκοόλ, φάρμακα και τυχερά παιχνίδια του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης (ΨΝΘ)- Εναλλακτικό Θεραπευτικό Πρόγραμμα «ΑΡΓΩ»
Διεύθυνση: Ωραιοκάστρου 52 & Σκουφά, Σταυρούπολη- Θεσσαλονίκη
Τηλ : 2310226780/ 2310668616
- Ανώνυμοι Αλκοολικοί- Ομάδα Θεσσαλονίκης
Διεύθυνση: Δωδεκανήσου
Τηλ: 2310544389
- Πρόγραμμα Προαγωγής Αυτοβοήθειας, Τομέας Κοινωνικής και Κλινικής Ψυχολογίας- Αριστοτελείου Πανεπιστημίου- Ο.ΚΑ.ΝΑ

Διεύθυνση: Μητροπόλεως 10 (3^{ος} και 4^{ος} όροφος)

Τηλ: 2310500447-8

Ηράκλειο Κρήτης

- Σύλλογος Στήριξης Εξαρτημένων απο το Αλκοόλ ατόμων «Η ΕΠΙΣΤΡΟΦΗ»
(πρόληψη και θεραπεία μέσω σωματικής εξάρτησης)

Διεύθυνση: Μάχης Κρήτης 3- Ηράκλειο

Τηλ: 2810318889

ΠΗΓΗ: ΕΚΤΕΠΝ, 2000

6.8 EurorASI: Ευρωπαϊκή προσαρμογή ενός πολυδιάστατου οργάνου αξιολόγησης για την εξάρτηση από οινόπνευματώδη και άλλες ουσίες.

Περιγράφεται η δημιουργία της Ευρωπαϊκής μορφής της δομημένης συνέντευξης για την αξιολόγηση των ουσιοεξαρτημένων ατόμων. Η Πρωτοβουλία αυτή αναπτύχθηκε από μια διακρατική ομάδα ερευνητών την οποία συντόνιζε η πρώτη συγγραφέας στα πλαίσια του προγράμματος COST – A - 6 της Ε.Ε. Η δομημένη συνέντευξη "Δείκτης Σοβαρότητας της Εξάρτησης (ASI) κατασκευάστηκε στις Η.Π.Α. από τον Mc Lellan (1980) και έκτοτε έχει καθιερωθεί διεθνώς ως ένα από τα εγκυρότερα διαγνωστικά εργαλεία που δίνουν μια πολυδιάστατη αξιολόγηση του εξαρτημένου ατόμου στους τομείς προβλημάτων που επηρεάζονται συνήθως από την τοξικομανία (ιατρικό, εργασιακό, χρήση οινόπνευματωδών, χρήση ναρκωτικών, νομικό, οικογενειακό / κοινωνικό). Η αξιολόγηση αυτή είναι ιδιαίτερα βοηθητική για τον κατάλληλο προσανατολισμό της θεραπευτικής προσέγγισης. Η συνέντευξη προσφέρεται για επανάληψη ώστε να μπορεί να εκτιμηθεί κατά την παρακολούθηση (η αποτελεσματικότητα της θεραπείας). Η Ευρωπαϊκή μορφή του ASI (EurorASI) χρησιμοποιείται, μεταξύ άλλων εργαλείων εκτίμησης, σε μία πολυκεντρική Ευρωπαϊκή έρευνα που έχει κύριο στόχο τη συγκριτική μελέτη του ψυχολογικού και ψυχιατρικού προφίλ των εξαρτημένων από ναρκωτικά και από αλκοόλ που ζητούν βοήθεια σε θεραπευτικές υπηρεσίες καθώς και τη μελέτη των παραγόντων που συνδέονται με την παραμονή στη θεραπεία ή με την πρόωρη διακοπή της. Το EurorASI έχει μεταφραστεί σε αρκετές Ευρωπαϊκές γλώσσες. Οργανώνονται σεμινάρια για την εκπαίδευση ερευνητών και κλινικών που ενδιαφέρονται να το χρησιμοποιήσουν. (Kokkevi, Hartgers, 1995)

Παρακάτω παραθέεται το Ερωτηματολόγιο EurorASI, στη μορφή που χρησιμοποιείται στην Ελλάδα. (βλ. Παράρτημα)

ΜΕΡΟΣ 7. ΑΝΩΝΥΜΟΙ ΑΛΚΟΟΛΙΚΟΙ

7.1 Ιστορικά - Ανώνυμος (σύνδεσμος) Αλκοολικών (Alcoholics Anonymous - AA)

Το πρόγραμμα των Α.Α. ξεκίνησε από την Αμερική το 1935 από δυο αλκοολικούς, τον Bill W. και τον Dr. Bob, στην πόλη Άκρον του Οχάιο στις 10 Ιουνίου. (Ζαφειρίδης, 2001)

Ένα κοινόβιο όπου οι χρήστες που παρέμεναν εκεί είχαν ανάγκη να πιστεύουν και να στηρίζονται σε μια ανώτερη δύναμη, και να στηρίζουν ο ένας τον άλλον. Οι δυο αυτοί ανέπτυξαν την φιλοσοφία των Α.Α σύμφωνα με την δική τους εμπειρία από το αλκοόλ. Το 1939 γράφτηκε το πρώτο βιβλίο, Αλκοολικοί Ανώνυμοι. Σήμερα αναγνωρίζεται ως το πιο διαδεδομένο πρόγραμμα κατά του αλκοολισμού παγκοσμίως. Σε 150 χώρες υπάρχουν πάνω από 97 χιλιάδες ομάδες, με τουλάχιστον 2.000.000 άντρες και γυναίκες όλων των ηλικιών ως μέλη τους. Μερικές από αυτές τις ομάδες βρίσκονται σε νοσοκομεία, σε φυλακές αλλά και σε άλλους φορείς. (Μεσόγειος, 26/06/2001)

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. (Μάνος, 1997)

Η ανωνυμία εξασφαλίζει το γεγονός ότι κανενός η περίπτωση ή η προσωπικότητα δεν θα θεωρηθεί πιο σημαντική από το μήνυμα της ανάρρωσης που μοιράζονται τα μέλη των ομάδων (Ζαφειρίδης 1998).

Ο όρος «Θεραπευτικές κοινότητες» χρησιμοποιείται για πρώτη φορά το 1946 από τον Tomas Main, ενώ μέχρι τότε χρησιμοποιούταν ο όρος κοινόβιο, για να περιγράψει τις πρώτες μορφές κοινοτήτων. (Μεσόγειος, 26/06/2001)

7.2 Οι Α.Α στην Ελλάδα

Οι ΑΑ Ελλάδας λειτουργούν από το 1982. Αρχικά δημιουργήθηκε στην Αμερικανική Βάση στην Αθήνα, από Αμερικανούς στρατιώτες και είχε μεγάλη συμμετοχή. Στη συνέχεια, με πρωτοβουλία κάποιου ελληνοαμερικάνου αλκοολικού, ξεκίνησε μέσω μιας αγγελίας η πρώτη ομάδα ΑΑ στην Αθήνα. (Ανώνυμοι Αλκοολικοί)

Σύμφωνα με τις αρχές λειτουργίας τους οι ΑΑ είναι άνδρες και γυναίκες που έχουν συνειδητοποιήσει και ομολογήσει ότι δεν μπορούν να ασκήσουν έλεγχο στο ποτό. Μοναδική προϋπόθεση για να γίνει κανείς μέλος των ΑΑ είναι η επιθυμία του να σταματήσει να πίνει, ενώ δεν υπάρχει κανένα κόστος συμμετοχής για τα μέλη. Οι ΑΑ συντηρούνται από εθελοντικές συνδρομές των μελών τους. Επίσης, δεν συνδέονται με καμία ομάδα, πολιτικό κόμμα, οργανισμό, ίδρυμα, αίρεση ή θρησκευτικό δόγμα.(ΕΚΤΕΠΝ, 2002). Δεν υπάρχει ειδικευμένο προσωπικό για την θεραπεία των μελών. Τον ρόλο του συμβούλου, αναλαμβάνουν τα πιο παλαιά μέλη της ομάδας, που αποκαλούνται «έμπιστοι συμπαραστάτες».

Εκείνο που ενώνει τα μέλη των ΑΑ είναι το κοινό πρόβλημα που έχουν με το αλκοόλ. Σύμφωνα με τις προσωπικές τους εμπειρίες ο αλκοολισμός είναι μια ανίατη, προοδευτική και θανατηφόρα ασθένεια, κι αυτός είναι και ο λόγος που το σύνθημά τους είναι «Εάν γίνεις αλκοολικός, θα παραμείνεις για πάντα αλκοολικός». Πρεσβεύουν ότι ο μόνος τρόπος αντιμετώπισης της ασθένειας είναι η απόλυτη αποχή από το αλκοόλ και απαραίτητη προϋπόθεση είναι να μην πει κανείς το 24ωρο μέσα στο οποίο πραγματοποιείται η συνάντηση. (ΕΚΤΕΠΝ, 2002)

Πρωταρχικός σκοπός των ΑΑ είναι να μεταδίδουν το μήνυμα ανάρρωσης στον αλκοολικό που ζητά βοήθεια μέσα από ανοιχτές και κλειστές συγκεντρώσεις, όπου τα μέλη μοιράζονται την πείρα, τη δύναμη και την ελπίδα τους για έναν καλύτερο τρόπο ζωής. Τα μέλη διατηρούν την ανωνυμία τους χρησιμοποιώντας μόνο το μικρό τους όνομα, ενώ δεν εμφανίζουν το πρόσωπό τους στα ΜΜΕ. (ΕΚΤΕΠΝ, 2002)

Στις ανοιχτές συγκεντρώσεις των ΑΑ μπορούν να συμμετέχουν αλκοολικοί αλλά και όσοι ενδιαφέρονται για το πρόβλημα του αλκοολισμού. Οι συγκεντρώσεις αυτές γίνονται κάθε πρώτη και τρίτη Κυριακή του μήνα και η παρακολούθησή τους είναι ο καλύτερος τρόπος για να καταλάβει κανείς πώς λειτουργεί το πρόγραμμα των ΑΑ. (Ανώνυμοι Αλκοολικοί)

Στις κλειστές συγκεντρώσεις δυνατότητα συμμετοχής έχουν μόνο όσοι είναι αλκοολικοί ή πιστεύουν πως έχουν πρόβλημα με το αλκοόλ. Τέτοιες είναι οι συγκεντρώσεις των 12 Βημάτων, τα οποία αποτελούν τη βάση του προγράμματος των ΑΑ για απεξάρτηση από τον αλκοολισμό. Τα 12 Βήματα βασίζονται στην εμπειρία των πρώτων μελών των ΑΑ και περιγράφουν στάσεις και δραστηριότητες που τα πρώτα μέλη αναγνώρισαν ως σημαντικά βοηθήματα στην προσπάθειά τους να απέχουν από το αλκοόλ. Ωστόσο τα 12 Βήματα, στα πλαίσια της γενικότερα ελεύθερης και χωρίς απόλυτες αρχές λειτουργίας των ΑΑ, δεν είναι υποχρεωτικά, απλώς συνιστώνται. (ΕΚΤΕΠΝ, 2002)

Τα μέλη των ΑΑ μπορούν να κάνουν συγκεντρώσεις ενημερωτικού χαρακτήρα σε οργανισμούς που θα τους το ζητήσουν καθώς και στα ΜΜΕ, αλλά αυτές δεν θεωρούνται κανονικές συγκεντρώσεις.

Στην παρούσα φάση οι ΑΑ Ελλάδας σχεδιάζουν τη δημιουργία μιας δια-ομάδας (intergroup) η οποία θα λειτουργεί ως σημείο αναφοράς και ως συντονιστικό όργανο για όλες τις ομάδες στον ελληνικό χώρο και ως κέντρο ενημέρωσης για το ενδιαφερόμενο κοινό. (ΕΚΤΕΠΝ, 2002)

Σύμφωνα με την ομάδα ΑΑ των Αθηνών, σε κάθε συγκέντρωση, υπάρχει και διαφορετικός συντονιστής. Υπάρχει ομάδα εργασίας, που βγάζει τα θέματα και τις δουλειές της ομάδας. Έχουν πρόεδρο, γραμματέα και ταμία. Το συμβούλιο αυτό, είναι και η ανώτερη δύναμη. Έχει δημιουργηθεί και η ομάδα συνείδησης, που την αποτελούν τα πιο παλαιά μέλη των ΑΑ. Βέβαια ανάμεσα σε όλους υπάρχει ισοτιμία.

Δεν απαγορεύεται να παρουσιαστεί κάποιος πτωμένος στις συναντήσεις, αλλά απαγορεύεται αυστηρά το αλκοόλ στον τόπο των συναντήσεων.

Οι ομάδες ΑΑ που λειτουργούν σε όλη την Ελλάδα είναι οκτώ, πέντε στην Αθήνα και τρεις εκτός Αθηνών και είναι «Εθελοντικές — Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις». Επιπλέον λειτουργούν και ομάδες συγγενών στους ίδιους χώρους. (ΕΚΤΕΠΝ, 2002)

Παρακάτω παρατίθεται ένα Ενημερωτικό φυλλάδιο, το οποίο εκδίδεται από τους ίδιους τους Ανώνυμους Αλκοολικούς, και συγκεκριμένα από την Ομάδα Αθηνών (Ιπποκράτους 156).

Το φυλλάδιο περιέχει τα εξής :

- ΠΟΙΟΙ ΕΙΜΑΣΤΕ
- ΤΙ ΚΑΝΟΥΝ ΟΙ ΑΝΩΝΥΜΟΙ ΑΛΚΟΟΛΙΚΟΙ
- ΟΙ ΣΥΓΚΕΝΤΡΩΣΕΙΣ ΤΩΝ ΑΑ
- ΤΙ ΔΕΝ ΚΑΝΟΥΝ ΟΙ ΑΑ
- ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ – Ο ΠΡΩΤΑΡΧΙΚΟΣ ΜΑΣ ΣΚΟΠΟΣ
- ΤΙ ΕΧΟΥΜΕ ΜΑΘΕΙ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟΝ ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟ
- ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΙΑ ΤΙΣ ΟΜΑΔΕΣ ΑΑ ΑΘΗΝΩΝ

ΠΟΙΟΙ ΕΙΜΑΣΤΕ

1. Εμείς στο ΑΑ είμαστε άνδρες και γυναίκες που έχουμε ανακαλύψει και ομολογήσει ότι δεν μπορούμε να ασκούμε έλεγχο στο ποτό. Μάθαμε ότι Θα Πρέπει να ζούμε χωρίς ποτό αν Θέλουμε να αποφύγουμε την καταστροφή τη δική μας και των ανθρώπων μας. Μοναδική προϋπόθεση για να γίνει κανείς μέλος είναι η επιθυμία να σταματήσει να πίνει.

2. Αποτελούμε μέρος μιας διεθνούς αλληλεγγύης με μέλη σε 90 χώρες. Δεν έχουμε παρά μόνο ένα σκοπό: Να παραμένουμε νηφάλιοι και να βοηθάμε και άλλους να πετυχαίνουν κι εκείνοι νηφαλιότητα.

3. Δεν είμαστε αναμορφωτές και δεν συνδεόμαστε με καμία ομάδα, πολιτικό κόμμα, οργανισμό, ίδρυμα, αίρεση ή Θρησκευτικό δόγμα. Δεν στρατολογούμε μέλη. Δεν προβάλλουμε τις απόψεις μας εκτός και μας ζητηθεί αποκλειστικά.

4. Μεταξύ των μελών μας υπάρχουν άνδρες και γυναίκες διαφόρων ηλικιών, κοινωνικών — οικονομικών στρωμάτων και κουλτούρας. Πολλοί από εμάς πίναμε για αρκετά χρόνια πριν καταλάβουμε ότι δεν μπορούσαμε να ασκήσουμε έλεγχο στο ποτό. Άλλοι είχαν την τύχη να νιώσουν το πρόβλημά τους από την αρχή.

5. Μερικά μέλη είχαν καταντήσει ναυάγια πριν έλθουν για βοήθεια στους ΑΑ. Είχαν χάσει οικογένειες, περιουσία και αξιοπρέπεια. Άλλοι ζούσαν στο δρόμο, είχαν μπει για νοσηλεία σε νοσοκομεία, ή φυλακίστηκαν. Έπραξαν πολλά σοβαρά παραπτώματα — στον εαυτό τους και στους άλλους.

Άλλοι, ούτε φυλακίστηκαν ούτε νοσηλεύτηκαν. Ούτε έχασαν τη δουλειά τους ή την οικογένειά τους λόγω του υπερβολικού ποτού. Όμως, ακόμα και αυτοί κατάλαβαν ότι δεν μπορούσαν να ασκήσουν έλεγχο στη χρήση του αλκοόλ που είχε καταστροφικά αποτελέσματα στη ζωή τους. Όταν ανακάλυψαν ότι δεν μπορούσαν να ζήσουν χωρίς αλκοόλ και αυτοί ζήτησαν την βοήθεια των ΑΑ για να σταματήσουν να πίνουν.

6. Το κοινό πρόβλημα που έχουμε με το αλκοόλ μας ενώνει. Στις συναντήσεις μας, με την ανταλλαγή των εμπειριών μας, την αλληλοϋποστήριξη και την προσφορά βοήθειας σε άλλους αλκοολικούς, διατηρούμε τη νηφαλιότητά μας και την αποχή από το αλκοόλ.

7. Δεν ισχυριζόμαστε ότι είμαστε οι μόνοι που προσφέρουν λύση στο πρόβλημα του ποτού. Αυτό όμως που ξέρουμε είναι ότι το πρόγραμμα των ΑΑ έχει φέρει αποτελέσματα σε όλους εμάς που θελήσαμε να κόψουμε το ποτό, σχεδόν χωρίς εξαίρεση.

8. Μέσα στους ΑΑ μάθαμε πολλά για τον αλκοολισμό που είναι ασθένεια, καθώς και για τον ίδιο τον εαυτό μας που μας βοηθούν να διατηρήσουμε τη νηφαλιότητά μας — βασική προϋπόθεση της οποίας είναι η αποχή από το αλκοόλ.

ΤΙ ΚΑΝΟΥΝ ΟΙ ΑΑ

1. Τα μέλη των ΑΑ μοιράζονται την πείρα, την δύναμη και την ελπίδα τους με όσους έρχονται σε επαφή μαζί τους για το πρόβλημά τους με το αλκοόλ. Αλληλοϋποστηρίζονται και προσφέρουν ο ένας στον άλλο χωρίς να κρίνουν την προέλευση του καθενός.

2. Το πρόγραμμα των ΑΑ βασίζεται στα ΔΩΔΕΚΑ ΒΗΜΑΤΑ — προτάσεις ζωής που προσφέρουν στον αλκοολικό έναν καλύτερο τρόπο ζωής.

3. Τα μέλη διατηρούν την ανωνυμία τους και το πρόγραμμα αναπτύσσεται μεταξύ τους, στις συγκεντρώσεις των ΑΑ.

ΟΙ ΣΥΓΚΕΝΤΡΩΣΕΙΣ ΤΩΝ ΑΑ

1. Ανοικτές συγκεντρώσεις: μπορούν να συμμετέχουν αλκοολικοί και όσοι ενδιαφέρονται για το πρόβλημα του αλκοολισμού. Γίνονται κάθε πρώτη και Τρίτη

Κυριακή του μήνα και η παρακολούθησή τους είναι ο καλύτερος τρόπος για να καταλάβει κανείς πως λειτουργεί το πρόγραμμα των ΑΑ.

Στις ανοιχτές συγκεντρώσεις τα μέλη μοιράζονται την Ιστορία τους. Περιγράφουν τις εμπειρίες τους με το αλκοόλ. πως ήρθαν στους ΑΑ και πως έχει αλλάξει η ζωή τους.

2. Στις κλειστές συγκεντρώσεις δυνατότητα συμμετοχής έχουν όσοι είναι αλκοολικοί ή πιστεύουν πως έχουν πρόβλημα με το αλκοόλ.

3. Οι συγκεντρώσεις ΒΗΜΑΤΩΝ είναι κλειστές και γίνονται συζητήσεις επάνω σε κάποια από τα Δώδεκα Βήματα.

4. Τα μέλη των ΑΑ κάνουν συγκεντρώσεις και σε Κέντρα Θεραπείας — κλινικές — νοσοκομεία — κέντρα αποτοξίνωσης — φυλακές.

5. Τα μέλη των ΑΑ μπορούν να κάνουν πληροφοριακές συγκεντρώσεις σε οργανισμούς που Θα το ζητήσουν. καθώς και στα ΜΜΕ. Αυτές οι ενημερωτικές συγκεντρώσεις δεν είναι κανονικές συγκεντρώσεις των ΑΑ.

6. Τα μέλη των ΑΑ διατηρούν την ΑΝΩΝΥΜΙΑ τους και χρησιμοποιούν μόνο το όνομά τους. Δεν εμφανίζονται στα ΜΜΕ (Τv) με το πρόσωπό τους.

ΤΙ ΔΕΝ ΚΑΝΟΥΝ ΟΙ ΑΑ

1. Δεν προπαγανδίζουν το πρόγραμμά τους, αλλά προσφέρουν βοήθεια σε όποιον τη ζητήσει εθελοντικά.

2. Δεν επιδιώκουν να κάνουν μέλη.

3. Δεν αναλαμβάνουν και δεν χρηματοδοτούν έρευνες.

4. Δεν παίρνουν μέρος σε συμβούλια κοινωνικών υπηρεσιών.

5. Δεν παρακολουθούν ή προσπαθούν να ελέγξουν τα μέλη τους.

6. Δεν κάνουν ιατρικές ή ψυχολογικές διαγνώσεις και προβλέψεις.

7. Δεν παρέχουν κέντρα αποτοξίνωσης ή υπηρεσίες νοσηλείας, νοσοκομεία, φάρμακα, ή οποιαδήποτε Ιατρική και ψυχιατρική θεραπεία.

8. Δεν αναμιγνύονται σε θρησκευτικά ζητήματα.

9. Δεν παρέχουν κατοικία, φαγητό, ρουχισμό, εργασία, χρήματα, ή άλλες κοινωνικές υπηρεσίες και κοινωνικές υπηρεσίες.
10. Δεν προσφέρουν οικογενειακό ή επαγγελματικό προσανατολισμό.
11. Δεν δέχονται χρήματα για τις υπηρεσίες τους ή οποιαδήποτε προσφορά από πηγές εκτός των ΑΑ, εκτός από την ελάχιστη συνδρομή των μελών που θέλουν και μπορούν, με στόχο την κάλυψη των εξόδων στέγης για τις συγκεντρώσεις τους.
12. Δεν χορηγούν συστατικές επιστολές σε επιτροπή προσωρινής αποφυλάκισης, δικηγόρους ή δικαστικούς υπαλλήλους.
13. ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΕΙΝΑΙ ΣΤΕΓΝΟ και δεν συνιστώνται υποκατάστατα ή χρήση άλλων ουσιών.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ – Ο ΠΡΩΤΑΡΧΙΚΟΣ ΜΑΣ ΣΚΟΠΟΣ

Ο πρωταρχικός σκοπός των ΑΑ είναι να μεταδίδουν το μήνυμα ανάρρωσης στον αλκοολικό που ζητά βοήθεια.

Βαδίζουμε προς την ίδια κατεύθυνση — την αποκατάσταση της υγείας του αλκοολικού ατόμου. Μαζί μπορούμε να κάνουμε αυτό που κανείς από εμάς δεν μπορούσε να κάνει μόνος του. Γι' αυτό και το κεντρικό μας σύνθημα είναι:

ΑΝ ΘΕΛΕΙΣ ΝΑ ΠΙΝΕΙΣ ΕΙΝΑΙ ΔΙΚΟ ΣΟΥ ΖΗΤΗΜΑ.

ΑΝ ΘΕΛΕΙΣ ΝΑ ΣΤΑΜΑΤΗΣΕΙΣ ΚΑΙ ΔΕΝ ΜΠΟΡΕΙΣ

ΤΟΤΕ ΕΙΝΑΙ ΔΙΚΟ ΜΑΣ ΖΗΤΗΜΑ

ΤΙ ΕΧΟΥΜΕ ΜΑΘΕΙ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟΝ ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟ

Οι γιατροί και οι κοινότητες που λειτουργούν, γνωρίζουν σήμερα περισσότερο απ' ότι οι προκάτοχοί τους για τον αλκοολισμό. Αρχίζουν τώρα να ορίζουν το πρόβλημα και να το μελετάνε λεπτομερώς.

Οι προσωπικές μας εμπειρίες δείχνουν ότι ο αλκοολισμός είναι μία σοβαρή σωματική, πνευματική και ψυχική ασθένεια.

Είχαμε οργανική ανάγκη να πίνουμε αλκοόλ, την ποσότητα του οποίου δεν μπορούσαμε να ελέγξουμε. Δεν γνωρίζαμε πότε (ή πως) να σταματήσουμε. Πολλές φορές πίναμε ακόμη και όταν η λογική ή η θέλησή μας έλεγε «όχι».

Σαν αλκοολικοί μάθαμε ότι η θέληση μόνο, όσο δυνατή κι αν είναι, δεν φτάνει για να μας κρατήσει μακριά από το ποτό.

Στο παρελθόν, προσπαθήσαμε με διάφορους τρόπους να ελέγξουμε τις ποσότητες που πίναμε. Δώσαμε υποσχέσεις στον εαυτό μας και τους άλλους. Ξεκινήσαμε να πίνουμε ελαφρύτερα ποτά, ή αλλάξαμε τις μάρκες τους. Επιχειρήσαμε να πίνουμε μόνο σε συγκεκριμένες ώρες. Δυστυχώς όμως, χωρίς αποτέλεσμα.

Αρχίσαμε να μισούμε τον εαυτό μας για την αδυναμία μας να ελέγξουμε το ποτό και για τα προβλήματα που δημιουργούσαμε στην οικογένειά μας, στις σχέσεις μας, στην εργασία μας... Πολλές φορές λυπόμασταν τον εαυτό μας και δηλώναμε ότι τίποτα δεν μπορούσε να μας βοηθήσει.

Σήμερα, γνωρίζουμε από τις εμπειρίες μας ότι ο αλκοολισμός είναι ασθένεια, ανίατη, προοδευτική και θανατηφόρα.

Διαπιστώσαμε ότι εάν κάποιος άτομο περάσει από το στάδιο της βαριάς πόσης στο στάδιο της εξαναγκαστικής πόσης, τότε δεν υπάρχει περίπτωση να επιστρέψει στην «κανονική» κοινωνική πόση. Εάν γίνει αλκοολικός, θα παραμείνει για πάντα αλκοολικός. Κι έχουμε μάθει ότι ο αλκοολικός έχει ελάχιστες επιλογές από τις οποίες μπορεί να διαλέξει. Αν συνεχίσει να πίνει, το πρόβλημα θα γίνει σταδιακά χειρότερο. Θα οδηγήσει σε ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ — ΦΥΛΑΚΗ και τελικά πρόωρο Θάνατο.

Ο μόνος τρόπος αντιμετώπισης της ασθένειάς του είναι η απόλυτη αποχή από το αλκοόλ.

Αν είναι πρόθυμος να ακολουθήσει αυτόν τον δρόμο και να δεχθεί την βοήθεια που του Προσφέρεται μπορεί να αρχίσει μια εντελώς καινούρια ζωή.

Απαραίτητη προϋπόθεση όπως μας έχει διδάξει η εμπειρία μας, είναι να μην σηκώσει Το πρώτο ποτήρι για 24 ώρες.

ΟΙ ΟΜΑΔΕΣ ΑΑ ΑΘΗΝΩΝ

1. ΟΜΑΔΑ ΑΘΗΝΩΝ

Διεύθυνση : Ιπποκράτους 156, ισόγειο

Τηλέφωνο : 64 52 972

Συγκεντρώσεις : Καθημερινά - και τα Σαββατοκύριακα από 20:30 έως 21:45

Ανοικτές Συγκεντρώσεις : Κάθε δεύτερη Κυριακή του μήνα

2. ΟΜΑΔΑ ΝΕΟΥ ΦΑΛΗΡΟΥ

Διεύθυνση : Ιερός Ναός (<Παναγίας Μυτιριώτισσας>, ακτή Πρωτοψάλτη, απέναντι από τον Ηλεκτρικό Σταθμό Νέου Φαλήρου

Τηλέφωνο : 42 24 142

Συγκεντρώσεις : Δευτέρα, Τετάρτη, Παρασκευή και Κυριακή, από 20:00 έως 21:30

Ανοικτές Συγκεντρώσεις : Κάθε Πρώτη Κυριακή του μήνα

3. ΟΜΑΔΑ ΠΕΙΡΑΙΑ

Διεύθυνση : Αλιτεύου 4, Πειραιάς, 4ος όροφος.

Τηλέφωνο

Συγκεντρώσεις

Ανοικτές Συγκεντρώσεις

ΠΗΓΗ : ΑΝΩΝΥΜΟΙ ΑΛΚΟΟΛΙΚΟΙ

ΜΕΡΟΣ 8. ΜΑΡΤΥΡΙΕΣ

Μετά από επίσκεψη στους Ανώνυμους Αλκοολικούς και συγκεκριμένα την Ομάδα των Αθηνών (Ιπποκράτους 156), αρχικά τον Φεβρουάριο του 2003 (σε μια από τις ανοιχτές συγκεντρώσεις, όπου μπορεί να παρακολουθήσει και κάποιος που δεν είναι εξαρτημένος από το αλκοόλ) και έπειτα τον Μάρτιο του 2003 και μετά από τηλεφωνική επικοινωνία με μέλη της ομάδας τον Σεπτέμβριο του ιδίου χρόνου, συγκεντρώθηκαν οι παρακάτω προσωπικές ιστορίες. Εξιστορούν το πώς κάποιοι άνθρωποι κατέληξαν στον αλκοολισμό και έπειτα αναζήτησαν βοήθεια στην Ομάδα των Ανώνυμων Αλκοολικών.

Αλέξανδρος.

Ξεκίνησε να πίνει σε μικρή ηλικία. Στην εφηβεία έπινε περιστασιακά. Δεν θυμάται ακριβώς πότε του έγινε απαραίτητο, αλλά το προσδιορίζει στην ηλικία των 13. Μετά από μια δεκαετία έπινε πάρα πολύ συχνά. Του είχε γίνει πλέον απαραίτητο. Τα τελευταία πέντε με έξι χρόνια που έπινε, θυμάται, ότι έχανε τον έλεγχο, και την επόμενη μέρα δεν ήταν σε θέση να θυμηθεί τι έκανε την προηγούμενη. Είχε συμπτώματα όπως, έντονους πονοκεφάλους, πόνο στο στομάχι, αλλά και τρομερές ενοχές για τα κενά μνήμης που είχε.

Συγκεκριμένα δηλώνει: « είναι στιγμές που προσπαθώ για χρόνια να τις ξεχάσω» Αρχισε να φέρεται απαίσια σε ανθρώπους που αγαπούσε. Στη μητέρα του, στους φίλους του και στην κοπέλα του.

Η οικογένειά του αντιδρούσε, αλλά πάντα κατάφερνε να τους ξεγελάει, με διάφορες υποσχέσεις ότι θα προσπαθήσει να ελέγξει το αλκοόλ ή ακόμα και να το κόψει.

Οι γονείς του δεν είχαν κατανοήσει πόσο σοβαρό ήταν το πρόβλημα. Οι φίλοι του όμως το είχαν κατανοήσει και προσπαθούσαν να τον πείσουν για τη σοβαρότητα της κατάστασης.

Κοιτώντας τώρα στο παρελθόν, ο Αλέξανδρος καταλαβαίνει ότι ήταν όσοι τον αγαπούσαν, ήταν αυτοί που του έλεγαν ότι το αλκοόλ του δημιουργεί μεγάλο

πρόβλημα. Έπειτα από ένα σημείο, όπως ο ίδιος λέει, χάνει κανείς τον έλεγχο, δεν ξέρει τι κάνει, δημιουργεί παντού προβλήματα.

Όλοι όσοι τον πλησιάζανε τότε, γίνονταν αυτόματα εχθροί του. Ήταν τόσο δυνατός ο εγωισμός του, που δεν μπορούσε να δεχθεί ότι ένας άνθρωπος σαν αυτόν θα κατέληγε εθισμένος στο αλκοόλ.

Έκανε πολλές προσπάθειες μόνος του να κόψει το αλκοόλ, δυστυχώς όμως δεν τα κατάφερε ποτέ. Έδινε ψεύτικες υποσχέσεις στον εαυτό του και τους γύρω του, δεν είχε τη δύναμη.

Αποφάσισε να ενταχθεί στην ομάδα των Ανώνυμων Αλκοολικών. Κατάλαβε ότι το αλκοόλ σκοτώνει, μετά και τον θάνατο του αδερφού του, από την ίδια αυτή ουσία...

Σήμερα, είναι υγιής, πηγαίνει στις συναντήσεις της ομάδας και έχει βάλει την ζωή του σε μια σειρά.

Μαρία

Η Μαρία έχει κόψει το αλκοόλ εδώ και 17 χρόνια. Δηλώνει ασθενής από το αλκοόλ. Δεν το πλησιάζει για να μπορέσει να ζήσει. Πριν ήταν τα απάντα γι' αυτήν. Δεν περνούσε μέρα που να μην έπινε.

Ξεκίνησε να πίνει όταν ήταν έφηβη, κυρίως σε πάρτι. Κάποια στιγμή όμως, σε καταστάσεις που ένιωθε αμήχανα ή μειονεκτικά σε σχέση με την παρέα, άρχισε να πίνει περισσότερο, ώστε να γίνει κοινωνική και να ενταχθεί στο κλίμα της εκάστοτε παρέας. Το αλκοόλ, της προσέφερε ότι ζήτησε και μαζί με αυτά, τους εμετούς, το μεθύσι. Βέβαια αυτά ήταν ασήμαντα κάθε φορά, μπροστά στα καλά. Αυτό πιστεύει είναι και το κακό με εκείνη. Ότι δηλαδή, ποτέ δεν θυμόταν τις κακές συνέπειες του αλκοόλ.

Με τον καιρό, κατέληξε να πίνει κάθε μέρα, -αυτή είναι η μοίρα του αλκοολικού άλλωστε, όπως η ίδια λέει, άσχετο το πόσα χρόνια θα μείνει σε ελεγχόμενη πόση, κάποια στιγμή θα καταλήξει να πίνει κάθε μέρα- και τις περισσότερες ώρες της ημέρας. Δεν θυμόταν τι έκανε ή που βρισκόταν. Αποτελούσε κίνδυνο και για τον εαυτό της και για τους άλλους.

Αυτό που την έκανε να καταλάβει ότι δεν ήταν καλά και να αναζητήσει βοήθεια, ήταν όταν είχε ένα άσχημο ατύχημα. Κατρακύλησε σε τραγική κατάσταση μέθης, από τρία πατώματα σκάλες. Έτσι απευθύνθηκε στους Α.Α αποφασισμένη να ξεφύγει από τον αλκοολισμό και τους λόγους που την οδήγησαν εκεί.

Αλεξάνδρα

Ξεκίνησε να πίνει γιατί ένιωθε αδύναμη. Αδύναμη απέναντι στον εαυτό της, στον σύντροφό της, στη δουλειά της. Πίστευε ότι θα μπορούσε να ξεπεράσει τα πάντα εάν έπινε έστω και ένα ποτό. Έπεισε τον εαυτό της, όπως η ίδια δήλωσε ότι με ένα ή δύο ποτά, δεν είχε πια φοβίες. Ήταν δυνατή και δεν μπορούσε να την πειράξει κανείς και τίποτε. Έπινε τις περισσότερες ώρες της ημέρας, ακόμα και το πρωί, πριν πάει στη δουλειά της. Οι συνάδελφοι, η οικογένεια και ο σύντροφός της προσπαθούσαν να την πείσουν ότι αντιμετωπίζει πρόβλημα, αλλά εκείνη δεν το δεχόταν. Ο σύντροφός της την εγκατέλειψε και λίγο καιρό αργότερα, όταν ένιωθε ότι χάνει ολοκληρωτικά τον εαυτό της απευθύνθηκε στους Α.Α και ζήτησε βοήθεια. Είναι ήδη τέσσερα χρόνια στην ομάδα, δηλώνει αλκοολική σε ανάρρωση και δεν φοβάται να αντιμετωπίσει τον εαυτό της. Βγαίνει έξω και ακόμα όταν η παρέα της πίνει, δεν υποκύπτει. Οι Α.Α την βοήθησαν ώστε να ανακτήσει τις δυνάμεις της. Δεν θέλει να ξεχνάει όσα πέρασε, για να παίρνει δύναμη να συνεχίσει να απέχει από το αλκοόλ. Ο πρώτος καιρός αποχής, όπως λέει, είναι πάντα δύσκολος. Η σωματική απεξάρτηση είναι σκληρή, όπως και η ψυχολογική. Όση δυσκολία και πόνο κι αν έχουν αυτές οι μέρες, όμως, δεν συγκρίνονται ούτε με την καλύτερη μέρα στο πτόμα.

Κυριάκος

Ο Κυριάκος είναι από τα παλαιότερα μέλη των Ανώνυμων Αλκοολικών. Στα χρόνια τα δικά του, όπως λέει, ήταν δύσκολη η αντιμετώπιση από το ευρύτερο περιβάλλον. Άρχισε να πίνει σε νεαρή ηλικία. Είναι πάρα πολλά χρόνια στην ομάδα και δηλώνει

ακόμα αλκοολικός. Πέρασε δύσκολα μέχρι να συνειδητοποιήσει ότι έχει πρόβλημα με το αλκοόλ. Μέσα στην ομάδα ξεμέθυσε και αντιμετώπισε τον εαυτό του. Από τότε προσπαθεί κάθε φορά, μαζί με τα άλλα μέλη, να βοηθήσει όποιον ζητά την βοήθεια της ομάδας. Θεωρεί τον αλκοολισμό ως μια από τις χειρότερες ασθένειες. Θυμάται ότι είχε διώξει από κοντά του όσους ενδιαφέρονταν γι' αυτόν, φερόταν άσχημα, γιατί δεν ήθελε να πιστέψει ότι έχει πρόβλημα. Μπορεί να έχασε αρκετό χρόνο από τη ζωή του όταν βρισκόταν υπό την επήρεια αλκοόλ, αλλά κατάφερε να ξεφύγει και αυτό έχει σημασία.

Δάφνη

Ξεκίνησε να πίνει στην ηλικία των 16 περίπου, όμως δεν της άρεσε καθόλου αρχικά. Στα 19 οι επαφές με το αλκοόλ, έγιναν συχνότερες, λόγω της παρέας και της αλλαγής του τρόπου διασκέδασης. Άρχισε να της αρέσει το αλκοόλ, γιατί την έκανε πιο άνετη, έλεγε αυτά που ήθελε άνετα, γινόταν πιο ενδιαφέρουσα.

Στα 21 περίπου της είχε γίνει απαραίτητο, και έμεινε πολλά χρόνια σε αυτήν την κατάσταση. Έπινε κάθε μέρα από το απόγευμα. Το πρωί σηκωνόταν με δυσκολία για να πάει στη δουλειά. Σιγά σιγά, άρχισε να πίνει και εκεί.

Στη δουλειά είχαν καταλάβει ότι κάτι δεν πήγαινε καλά με το ποτό, αλλά όχι ότι η κατάσταση ήταν πολύ σοβαρή.

Σε όσους προσπάθησαν κατά καιρούς να την κάνουν να καταλάβει, αντιδρούσε επιθετικά και στο τέλος πάντα τσακωνόταν. Κατέληξε να αλλάζει δουλειές συνεχώς. τον τελευταίο χρόνο πριν σταματήσει, είχε κλειστεί στο σπίτι και έπινα συνεχώς. τότε έκανε απόπειρα αυτοκτονία και αιτία ήταν το αλκοόλ. Ένωθε ότι έτσι όπως είχε καταντήσει, δεν άξιζε να ζει. Πέρασαν 15 χρόνια μέχρι να καταλήξει να κόψει το ποτό και να ζητήσει βοήθεια από τους Α.Α.

Θοδωρής

Ο Θοδωρής, έστω και μετά από τόσα χρόνια θυμάται έντονα το στερητικό σύνδρομο από το αλκοόλ, το οποίο πέρασε μέσα σε νοσοκομείο. Δηλώνει τυχερός γιατί, όπως

δηλώνει, ένα μεγάλο μέρος των αλκοολικών, εάν μείνει αβοήθητο κατά τη διάρκεια του στερητικού συνδρόμου, πεθαίνει. Έχει δει πάρα πολλούς τόσα χρόνια στην ομάδα των Ανώνυμων Αλκοολικών. Έχει προσπαθήσει να βοηθήσει αρκετά άτομα που επισκέφτηκαν την ομάδα σε απελπιστική κατάσταση. Άτομα που του θύμιζαν τον εαυτό του, όταν εκείνος προσπαθούσε να κόψει το αλκοόλ. μια διαδικασία επίπονη, αλλά που δεν συγκρίνεται σε καμία περίπτωση με όσα περνούσε τον καιρό που έπινε. Σήμερα μετά από πάρα πολλά χρόνια αποχής από το αλκοόλ, δηλώνει ακόμα αλκοολικός σε ανάρρωση. Είναι μια σοβαρή ασθένεια, όπως ο ίδιος λέει.

Όλοι όσοι συμμετέχουν στην ομάδα δηλώνουν, ότι δεν υπάρχει θεραπεία του αλκοολισμού. Είναι ένα μικρόβιο, που μένει πάντα στο μυαλό όσων στο παρελθόν έπιναν. Με το να πηγαίνουν τακτικά στις συγκεντρώσεις, βοηθούν στην διατήρηση της πνευματικής, συναισθηματικής και σωματικής τους υγείας και φυσικά στην πλήρη αποχή από το αλκοόλ. Επιπλέον, πιστεύουν ότι τους βοηθάει να μείνουν νηφάλιοι εάν βοηθούν άλλους αλκοολικούς. Λειτουργεί ψυχοθεραπευτικά, να θυμούνται την εποχή του αλκοολισμού τους. Γιατί όπως λένε οι ίδιοι, είναι πολύ εύκολο να συμβεί στον καθένα.

Είναι μια συγκλονιστική εμπειρία για τον καθένα να επισκεφτεί μια συγκέντρωση των Α.Α και να παρακολουθήσει την εξιστόρηση των εμπειριών. Ίσως έτσι αναθεωρήσει την άποψή του για το αλκοόλ και το πόσο εύκολο είναι τελικά, να εθιστεί κάποιος και να καταλήξει στον αλκοολισμό,

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ένας από τους στόχους του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (W.H.O) είναι ότι, «όλα τα άτομα έχουν το δικαίωμα σε μια έγκυρη και αμερόληπτη πληροφόρηση και εκπαίδευση από τα πρώτα στάδια της ζωής τους για τις επιπτώσεις της κατανάλωσης οινοπνευματωδών στην υγεία, την οικογένεια και την κοινωνία»

Το ζήτημα του αλκοόλ και του αλκοολισμού, δεν είναι μια απλή και εύκολη υπόθεση. Αναλύθηκαν διεξοδικά στα προηγούμενα κεφάλαια, οι επιπτώσεις του φαινομένου, ή διαφορετικά, της μάστιγας του αλκοολισμού σε όλους τους τομείς της ανθρώπινης δραστηριότητας και οι διαστάσεις που έχει πάρει στην Ελλάδα και την Ευρώπη.

Από ότι προκύπτει, το αλκοόλ αποτελεί μια από τις ισχυρότερες επιρροές στον καθορισμό θεμάτων που σχετίζονται με την κοινωνία, την προσωπική βούληση και ευημερία, καθώς και την πολιτική εξουσία.

Όπως ήδη αναφέρθηκε σε προηγούμενο κεφάλαιο, τα οινοπνευματώδη, πέρα από τα φυσιολογικά συμπτώματα που προκαλούν στον οργανισμό ενός ατόμου και που θεωρούνται σχετικά ακίνδυνα, όταν καταναλώνονται σε μεγάλες ποσότητες και αρκετά συχνά – γεγονός που οδηγεί στον αλκοολισμό- συνυπάρχουν με τι ψυχιατρικές παθήσεις. Αυτό είναι και ένα σημείο το οποίο αγνοεί το ευρύ κοινό και ιδιαίτερα οι νέοι άνθρωποι που θεωρούν το αλκοόλ ως αναπόσπαστο στοιχείο της ζωής τους. Είναι ένα σημείο που το γνωρίζουν καλά οι περισσότεροι που έχουν περάσει από τον εφιάλτη του αλκοολισμού και αντιμετώπισαν ψυχιατρικά προβλήματα που ήταν άμεσα συνδεδεμένα με την κατάχρηση αλκοόλης, όπως είναι τα ψυχωσικά σύνδρομα, το παραλήρημα, οι ακουστικές και οπτικές ψευδαισθήσεις και άλλα που έχουν ήδη αναφερθεί. Γιατί ο αλκοολισμός είναι αποδεδειγμένα και ψυχιατρικό φαινόμενο, εκτός από κοινωνικό.

Όλα αυτά, συνεπώς, είναι αναπόφευκτο να μην επιδρούν και επηρεάζουν αρνητικά την οικογένεια και το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον του χρήστη- αλκοολικού και ιδιαίτερα στη σύγχρονη εποχή, όπου τα κοινωνικά συστήματα διέρχονται κρίση.

Θα πρέπει λοιπόν ο καθένας να αναλογιστεί όλα εκείνα τα περιστατικά, που τελευταία γίνονται και πιο συχνά, εγκληματικότητας οφειλόμενης στην κατάχρηση αλκοόλ, ενδοοικογενειακής βίας, κακοποίησης- σεξουαλικής και σωματικής, ειδικότερα όταν εκείνη περιλαμβάνει μικρά παιδιά. Είναι περιπτώσεις συχνές, που συμβαίνουν δίπλα μας και αξίζουν την προσοχή μας. Επιπρόσθετα όλα αυτά είναι ανασταλτικοί παράγοντες και για την ανάπτυξη μιας κοινωνίας. Που στη σημερινή εποχή, περισσότερο από κάθε άλλη φορά, έχει τρομερές ανάγκες, λόγω της Παγκόσμιας κατάστασης που επικρατεί.

Τα στατιστικά στοιχεία τόσο στην Ευρωπαϊκή κοινότητα, όσο και στον Ελλαδικό χώρο μαρτυρούν την σοβαρότητα της κατάστασης του αλκοολισμού. Το πρόβλημα βέβαια, είναι η κοινωνική αποδοχή της ουσίας και η ανοχή που δείχνεται απέναντι σε αυτήν και γι' αυτόν ακριβώς τον λόγο, πολλοί και ανάμεσά τους οι κυβερνητικές αρχές των κρατών, παραβλέπουν τα στοιχεία και το πρόβλημα. Δυστυχώς, η κατάσταση οξύνεται με αποτέλεσμα ο αλκοολισμός να αυξάνεται ραγδαία σε ανεπτυγμένες και μη χώρες και μαζί με αυτόν και τα προβλήματα, προσωπικά, κοινωνικά οικονομικά.

Είναι εύκολο να κατανοήσει κανείς ότι το αλκοόλ είναι μια τεράστια βιομηχανία, με πολλά οικονομικά συμφέροντα και πολλούς εμπλεκόμενους. Η παραγωγή, η διάθεση, η διαφήμιση και ειδικότερα τα κέρδη από την επιχείρηση αυτή έχουν αυξηθεί με τον καιρό και έχουν ισχυροποιήσει την βιομηχανία αυτή στην αγορά. Ακόμα και τα κράτη έχουν τεράστια οικονομικά οφέλη και για τον λόγο αυτό, εμφανίζονται ανεκτικά γύρω από το θέμα αυτό . έτσι όπως έχει διαμορφωθεί η σημερινή κοινωνία, όπου κυρίαρχοι είναι το χρήμα και τα Μ.Μ.Ε, μπορεί κανείς να αντιληφθεί ότι η αύξηση του αλκοολισμού, είναι το τελευταίο πράγμα που συγκινεί. Και ας υπάρχει η βιτρίνα της προσπάθειας καταπολέμησής του από την επιχείρηση του αλκοόλ.

Ουσιαστική προσπάθεια φαίνεται να γίνεται από τα προγράμματα θεραπείας που συνεχώς ενισχύονται, με απώτερο σκοπό την απεξάρτηση των ατόμων από το αλκοόλ. Η συνεχής εξάπλωση των ομάδων αυτοβοήθειας είναι από μόνη της ένας έμμεσος αλλά πολύ σημαντικός δείκτης της αποτελεσματικότητάς τους, αφού

πρόκειται για μη κερδοσκοπικές και αυτοχρηματοδοτούμενες ομάδες πολιτών με ένα κοινό πρόβλημα και όχι για επαγγελματικού τύπου υπηρεσίες. Τα τελευταία χρόνια η αυξανόμενη ενασχόληση των ερευνητών με την εξάπλωση όσο και με την αποτελεσματικότητα των ομάδων αυτοβοήθειας, επιβεβαιώνει το γεγονός ότι οι ομάδες αυτές παίζουν και θα παίξουν στο μέλλον ακόμη πιο σημαντικό ρόλο στην αντιμετώπιση των ψυχοκοινωνικών προβλημάτων. Το χαρακτηριστικό της ενεργοποίησης των πολιτών στην αντιμετώπιση των προβλημάτων τους, που είναι συστατικό στοιχείο των ομάδων αυτών, αλλά και ένα από τα βασικά ζητούμενα στην αντιμετώπιση των ψυχοκοινωνικών προβλημάτων, καθιστά τις ομάδες αυτοβοήθειας ως μια από τις πιο ενδεδειγμένες λύσεις.

Σε αυτό το σημείο όμως, θα πρέπει να αναλογιστούμε ότι εάν υπήρχε σωστή πρόληψη, θα μιλούσαμε τόσο συχνά για τα θεραπευτικά προγράμματα;

Ο τομέας πρόληψη, όσον αφορά το αλκοόλ και την κατάχρησή του, παρουσιάζει σημαντικές ελλείψεις. Ουσιαστικά πρόληψη δεν υπάρχει. Πίσω από τον χαρακτηρισμό του αλκοόλ ως νόμιμη ουσία, κρύβεται η πραγματικότητα της επικινδυνότητάς του και ότι είναι ένα ψυχοδραστικό μέσο με πολλαπλές αρνητικές συνέπειες. Η ελεύθερη διακίνησή του δημιουργεί εντυπώσεις ότι δεν υπάρχει λόγος ανησυχίας και άλλωστε όπως πολλοί Έλληνες υποστηρίζουν, « άμα δεν πίνεις, είσαι ξενέρωτος », γεγονός βέβαια που συνδέεται και με τις κοινωνικές αντιλήψεις.

Συνεπώς, η ανυπαρξία της ουσιαστικής πρόληψης έχει κατά κάποιο τρόπο ενισχύσει το φαινόμενο του αλκοολισμού. Οι τρόποι όμως υπάρχουν και αναφέρονται ενδεικτικά οι εξής. Πληροφόρηση του κοινού για τις συνέπειες της κατάχρησης αλκοόλ αρκετά συχνά και κατάρτιση εκπαιδευτικών προγραμμάτων από τα πρώτα στάδια τη ζωής. Επιβολή των νόμων που αφορούν το ποτό και την οδήγηση. Εφαρμογή αυστηρού ελέγχου στην άμεση και έμμεση διαφήμιση των οινοπνευματωδών ποτών. ενίσχυση της ικανότητας της κοινωνίας να αντιμετωπίζει τα προβλήματα από την κατανάλωση αλκοόλ μέσα από εκπαίδευση ειδικών σε διαφορετικούς τομείς όπως η υγεία, κοινωνική πρόνοια, εκπαίδευση και δικαιοσύνη, παράλληλα με την ενδυνάμωση της κοινοτικής ανάπτυξης και της τοπικής υγείας.

Ακόμα, υποστήριξη των μη – κυβερνητικών οργανώσεων και κινημάτων αυτοβοήθειας που προάγουν τρόπους υγιεινής ζωής, ειδικά αυτών που στοχεύουν στην πρόληψη ή στη μείωση των προβλημάτων που σχετίζονται με την κατάχρηση

του αλκοόλ. Είναι απαραίτητο να ενισχυθεί ο τομέας πρόληψη, δεν είναι ανάγκη να οδηγηθεί η κατάσταση στο σημείο που είναι σήμερα η κατάσταση των ναρκωτικών για να αντιληφθούμε όλοι την λειτουργία του αλκοόλ.

Η κοινωνική εργασία από την άλλη πλευρά εμφανίζεται χρήσιμη στη πρόληψη και θεραπεία του αλκοολικού ατόμου, σε όλους τους φορείς που σχετίζονται με το θέμα. Η Βοήθεια που διατίθεται να προσφέρει στον αλκοολικό, αλλά και το περιβάλλον του οικογενειακό και μη, είναι σημαντική. Μέχρι τώρα είναι γνωστή η προσφορά του κοινωνικού λειτουργού στον τομέα της ψυχικής υγείας που σχετίζεται με την κατάχρηση της αλκοόλης, θα ήταν πολύτιμη σε όλους τους τομείς.

Και τελειώνοντας, ένα ιαπωνικό ρητό αναφέρει: «Πρώτα το άτομο παίρνει ένα ποτό, μετά το ποτό παίρνει ένα ποτό και τελικά το ποτό... παίρνει το άτομο».

Με αυτήν την φράση επισφραγίζονται όσα έχουν προαναφερθεί για την λειτουργία και τις επιπτώσεις του αλκοόλ. Είναι απαραίτητο όλοι να συνειδητοποιήσουν το πόσο βλαβερή είναι η κατανάλωση του αλκοόλ, που συχνά οδηγεί στον εθισμό και την καταστροφή. Διότι το αλκοόλ, μπορεί να είναι νόμιμο, αλλά είναι εξίσου επικίνδυνο με τα σκληρά ναρκωτικά και μπορεί να αποβεί μοιραίο.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνόγλωσση βιβλιογραφία

1. Αβραμίδης Αθανάσιος, Η αλήθεια για τα ναρκωτικά, Ακρίτας, Αθήνα, 1988
2. ΕΚΤΕΠΝ, Ετήσια έκθεση για την κατάσταση των ναρκωτικών στην Ελλάδα, ΕΠΙΨΥ, Αθήνα, 2002
3. ΕΚΤΕΠΝ, Οδηγός Υπηρεσιών Πρόληψης και Θεραπείας των Ουιοεξαρτήσεων, ΕΚΤΕΠΝ, Αθήνα, 2000
4. Κάκκαλης Π, Κουράκης Ν, Μαγγανάς Α, Φαρσεδάκης Ι, Ποινικός Κώδικας : Σχόλια – Νομολογία, Τομ. Α', Νομική βιβλιοθήκη, Αθήνα, 1995
5. Λεξικό εννοιών, Πατάκης, Αθήνα, 1997
6. Λιάππας Ι, Παπαρρηγόπουλος Θ, Τζιαβέλλας Η, Γούζαρης Α, Χριστοδούλου Γ, «Διερεύνηση κλινικών χαρακτηριστικών νοσηλευομένων αλκοολικών, εις : 16^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχιατρικής, Περιλήψεις, 5-9 Μαΐου 2000. (Πάφος, Ελληνική Ψυχιατρική Εταιρεία)
7. Μάνος Ν, Βασικά στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής, University Studio Press, Θεσσαλονίκη, 1997
8. Ομάδα γιατρών, Παθολογία Stein, 4^η Εκδ, Πασχαλίδη, Αθήνα, 1997
9. Παπαγεωργίου Ε, Αλκοολισμός : Οι εξαρτήσεις στη ζωή μας, Παρισιάνος, Αθήνα, 2000, σελ. 38-73
10. Ποταμιάνος Γρηγόρης Α, "Νόμιμες" ουσίες εξάρτησης : Αλκοόλ, Παπαζήση, Αθήνα, 1991
11. Τσαρούχας Κώστας, Αλκοόλ ένα σκληρό ναρκωτικό, Άγκυρα, Αθήνα, 2000
12. Τσούκαλη- Παπαδοπούλου Ε, Ράικος Ν, Ψαρούλης Δ, Ντούγκου- Ντζάου Σ, Σούγκας Μ, «Θανατηφόρα τροχαία δυστυχήματα : Αλκοόλη και ναρκωτικά», ΕΚΤΕΠΝ, Αθήνα, 2002)
13. Χαραλαμπίδης Ε, Στοιχεία για τις εξαρτησιογόνες ουσίες, ΕΠΙΨΥ, Αθήνα, 2000
14. Χριστοδούλου Γ.Ν και συνεργάτες, Ψυχιατρική Α' Τόμος, ΒΗΤΑ, Αθήνα, 2000
15. Marsden David, Timothy Fowler, 2^η Εκδ, Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα, 2001

16. Jaffe Jerome, Peterson Robert , Hodgson Ray, **Ναρκωτικά- Τσιγάρο- Αλκοόλ: Προβλήματα και απαντήσεις**, μτφ. Όλγα Μαράτου, Μαρία Σόλμαν, γ' εκδ. 1986

Ξενογλωσση βιβλιογραφία

17. Brandt J, Butters N, Ryan C, Bayor R, Cognitive loss and recovery in long-term alcohol abusers, *Arch Gen Psychiatry* 40, 1983
18. Charness M E, Simon R P, Greenberg D A, Ethanol and nervous system, *N Engl J Med* 321: 442, 1989
19. Devor E J, Clininger C R, Genetics of alcoholism: *Annu Rev. Genet.* 23: 19, 1989
20. Edwards D, Grossman MM, Keller M, Moser J, Room H, Alcohol related disabilities, World health organization, Geneva, 1977
21. Endelson JH, Mello NK, The diagnosis and treatment of alcoholism, Mc Graw Hill, New York, 1985
22. Gelder M, Gath D, Mayou R, Concise Oxford textbook of psychiatry, Oxford University Press, Oxford, 1994
23. Hales D, Hales R.E, Caring of the mind: The comprehensive guide to mental health, Bentam books, New York, 1995, pg. 211-229
24. Kaufman E, Pattison E.M, «The family and alcoholism», in: Encyclopedic handbook of alcoholism, Pattison & Kaufman, M.D (Eds), Garner Press, New York, 1982
25. Kokkevi A, Hartgers, EuropASI: European adaptation pf a multidimensional assesment instrument for drug and alcohol dependence, *European Addiction research*, Vol 1, 1995, pg. 208-210
26. Meyer RE, ed: Alcoholism. In *American psychiatric press review of Psychiatry*, vol 8, A Tasman, R E Hales, and A J Frances, editors, p 267, Amercan Psychiatric Press, Washington DC, 1989
27. Winger G, Hofman FG, Woods J, A handbook on Drug and Alcohol abuse, Oxford University Press, New York, 1992

Άρθρα

28. Ζαφειρίδης Φ, «Ψυχική υγεία και αυτοβοήθεια: Το παράδειγμα των ΝΑ και ΑΑ», Τετράδια Ψυχιατρικής, τεύχος 73, 2001, σελ. 22-29
29. Μαδιανός Μ, Γέφου- Μαδιανού Δ, Στεφανής Χ, «Η επιδημιολογία της χρήση νομίμων και παρανόμων ουσιών στην Ελλάδα», European Psychiatry, τ.10, 1995, σελ. 175-182
30. Παπαγεωργίου Ευάγγελος Γ., «Γενικά περί αλκοολισμού των νέων: Νεανικός αλκοολισμός», Εγκέφαλος, τεύχος 26, 1989, σελ. 57-62
31. Παπαγεωργίου Ευάγγελος Γ., «Γυναίκα και αλκοολισμός», Ψυχολογικό σχήμα, τεύχος 6, 1991, σελ. 16-18

Βιβλιογραφία μέσω διαδικτύου

32. «Θεραπευτικές κοινότητες – πρόταση ζωής», εφημερίδα Μεσόγειος, 2001
<http://www.Forthnet.gr/mesogeios/arxeio.html> 26/06/2001

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α

2. ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ

Η κατοχή και η κατανάλωση των οινοπνευματωδών ποτών στην Ελλάδα διέπεται από το ίδιο καθεστώς ελέγχου το οποίο διέπει όλα τα νόμιμα προϊόντα της ελεύθερης αγοράς. Η παραγωγή, μεταποίηση, αποθήκευση και διακίνηση των αλκοολούχων ποτών καθορίζονται από τις διατάξεις του νόμου 2969/2001, τις διατάξεις του κώδικα νόμων Περί φορολογίας οινοπνεύματος και τις διατάξεις Περί ειδικού Φόρου Κατανάλωσης Οινοπνεύματος.

Σύμφωνα με το νόμο 2969/2001, ο κατ' όγκο αλκοολικός τίτλος των αλκοολούχων ποτών που διατίθενται προς κατανάλωση δεν επιτρέπεται να είναι ανώτερος του 60% σε περιεκτικότητα αλκοόλ, η δε βάση για την Παρασκευή τους απαγορεύεται να είναι άλλη αλκοόλη εκτός από την ουδέτερη αιθυλική αλκοόλη γεωργικής προέλευσης. Η εμφιάλωση αλκοολούχων ποτών μπορεί να γίνει σε οργανωμένες μονάδες μόνο από επιτηδευματίες ποτοποιούς, στους οποίους χορηγείται άδεια ασκήσεως επαγγέλματος από την Τελωνειακή Υπηρεσία με ταυτόχρονη Κοινοποίηση σε ειδική υπηρεσία του Γενικού Χημείου του Κράτους, η οποία είναι αρμόδια και για τον έλεγχο της ποιότητας των πρώτων υλών αλλά και της διαδικασίας παραγωγής.

Ως προς την αγορά ή την κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών, όπως ήδη αναφέρθηκε, ισχύοντα όσα ισχύουν και για οποιοδήποτε άλλο προϊόν Κυκλοφορεί στο ελεύθερο εμπόριο, για την Παρασκευή και τη διάθεση του οποίου ακολουθούνται οι νόμιμες προδιαγραφές. Λόγω όμως της ιδιαίτερης φύσης του αλκοόλ τίθενται από το νόμο και κάποιοι περιορισμοί. Οι οποίοι δεν αφορούν τη δυνατότητα ή μη κατανάλωσης οινοπνευματωδών ποτών αλλά το συνδυασμό της κατανάλωσης οινοπνευματωδών με άλλες ενέργειες στις οποίες μπορεί να προβεί παράλληλα ο χρήστης. Ειδικότερα, όπως αναφέρεται και στην Έκθεση της πρώην Διακομματικής Κοινοβουλευτικής Επιτροπής (Βουλή των Ελλήνων, 2000), το αλκοόλ ανήκει στις εξαρτησιογόνες εκείνες ψυχοδραστικές ουσίες. Οι οποίες: α) μεταβάλλουν τον ψυχισμό, πρωταρχικά τη διάθεση και κατ' επέκταση τις γνωσιακές λειτουργίες και τη συμπεριφορά. β) ενισχύουν την επιθυμία για επαναληπτική χρήση και αυτοχορήγηση και γ) προσανατολίζουν τη συμπεριφορά κατά προτεραιότητα στη λήψη και μπορεί να οδηγήσουν —δυσνητικά— σε προβληματογόνο και εξαρτητική χρήση. Το ισχύον νομικό καθεστώς, στο οποίο τίθενται κάποιοι συγκεκριμένοι περιορισμοί, κύριο στόχο

έχει την προστασία των ίδιων των καταναλωτών αλλά και τη γενικότερη δημόσια ασφάλεια. Παράλληλα, όπως αναφέρεται και παρακάτω, σύμφωνα με το Ποινικό Δίκαιο η θυμοτρόπος δράση του αλκοόλ βαρύνει ως προς το ποσοστό καταλογισμού της ευθύνης σε δράστες αξιόποινων πράξεων.

Στη συνέχεια παρατίθενται συνοπτικά τα σχετικά νομοθετήματα.

Τηλεοπτική προβολή διαφημιστικών μηνυμάτων

Νόμος 2328/1995 για την ιδιωτική τηλεόραση και προεδρικό διάταγμα 100/2000 για έναρμόνιση της ραδιοτηλεοπτικής νομοθεσίας με οδηγία της Ευρωπαϊκής Ένωσης (97/36, 89/552): Η τηλεοπτική διαφήμιση αλκοολούχων ποτών δεν πρέπει: α) να απευθύνεται ειδικά στους ανηλίκους ή να εμφανίζει ανηλίκους να καταναλώνουν τέτοια ποτά, β) να συσχετίζει την κατανάλωση με Κοινωνική σεξουαλική επιτυχία, με βελτιωμένες σωματικές επιδόσεις ή οδήγηση οχημάτων, γ) να υπονοεί ότι τα αλκοολούχα ποτά έχουν θεραπευτικές, διεγερτικές ή καταπραϋντικές ιδιότητες, δ) να ενθαρρύνει την άμετρη κατανάλωση και ε) να τονίζει την υψηλή περιεκτικότητα των ποτών σε οινόπνευμα ως προτέρημα.

Προστασία ανηλίκων

Προεδρικό διάταγμα 180/1979 για τη λειτουργία οινόπνευματοπωλείων και κέντρων διασκέδασης: Απαγορεύεται η χορήγηση αδείας λειτουργίας από την αστυνομική αρχή σε κέντρα διασκέδασης και καταστήματα στα οποία προσφέρονται κυρίως οινόπνευματώδη ποτά αν το εν λόγω ακίνητο βρίσκεται σε απόσταση μικρότερη των πενήντα μέτρων από σχολεία, ναούς, φροντιστήρια, παιδικούς σταθμούς, νηπιαγωγεία, ορφανοτροφεία, βιβλιοθήκες, ωδεία, αθλητικούς χώρους κ.ά.

Προεδρικό διάταγμα 36/1994 για απαγορεύσεις σε ανηλίκους: Σε ανηλίκους κάτω των 17 ετών οι οποίοι δεν συνοδεύονται από τους γονείς ή κηδεμόνες τους δεν επιτρέπεται η είσοδος και παραμονή σε Κέντρα διασκέδασης και αμιγή μπαρ, καθώς και η κατανάλωση οινόπνευματών ποτών στα λοιπά δημόσια κέντρα. Υπεύθυνοι για τυχόν σχετικές παραβάσεις θεωρούνται οι ιδιοκτήτες ή οι διευθυντές των εν λόγω καταστημάτων.

Προστασία της δημόσιας ασφάλειας

Νόμος 2696/1999-Κώδικας Οδικής Κυκλοφορίας: Απαγορεύεται η οδήγηση οχημάτων από οδηγό ο οποίος βρίσκεται υπό την επήρεια οινοπνεύματος. Ένας οδηγός θεωρείται ότι βρίσκεται υπό την επήρεια οινοπνεύματος όταν το ποσοστό αλκοόλ στον οργανισμό του είναι 0,50 γραμμάρια ανά λίτρο αίματος και άνω, μετρούμενο με τη μέθοδο της αιμοληψίας, ή από 0,25 χιλιοστά του γραμμαρίου ανά λίτρο εκπνεόμενου αέρα και άνω, όταν ή μέτρηση γίνεται με συσκευή αλκοολόμετρου. Όποιος διαπιστώνεται ότι οδηγεί όχημα υπό την επήρεια οινοπνεύματος τιμωρείται με πρόστιμο όταν η συγκέντρωση οινοπνεύματος στο αίμα του κυμαίνεται από 0,509Γ/ι έως 0,80 (0,25—0,40 χιλιοστά του γραμμαρίου ανά λίτρο εκπνεόμενου αέρα), με πρόστιμο και αφαίρεση του διπλώματος οδήγησης για 3 μήνες όταν η συγκέντρωση είναι από 0,80 έως 1,1 0 (0,40-0,60 χιλιοστά του γραμμαρίου ανά λίτρο εκπνεόμενου αέρα), ενώ όταν η συγκέντρωση οινοπνεύματος είναι πάνω από 1,109Γ/ι (άνω των 0,60 χιλιοστών του γραμμαρίου ανά λίτρο) τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον 2 μηνών, διοικητικό πρόστιμο και αφαίρεση του διπλώματος οδήγησης για 6 μήνες. Σε όλες τις παραπάνω περιπτώσεις το όχημα ακινητοποιείται υποχρεωτικά και φυλάσσεται. Η υπουργική απόφαση 13382/ 25-26.11.1997 των υπουργών Συγκοινωνιών και Δημόσιας Τάξης περιγράφει τη διαδικασία με την οποία γίνεται η ανίχνευση οινοπνεύματος σε οδηγούς σε περιπτώσεις ελέγχου ή τροχαίων ατυχημάτων.

Υπουργική απόφαση 2403/1989, όπως τροποποιήθηκε με την υπ' αριθμ.1709/1993 απόφαση των υπουργών Πολιτισμού και Δημόσιας Τάξης για την πρόληψη και την καταστολή της βίας στα γήπεδα: Απαγορεύεται η πρόσβαση στα γήπεδα προσώπων που βρίσκονται υπό την επήρεια μέθης, καθώς και η πώληση και η εν γένει διάθεση αλκοολούχων ποτών στα γήπεδα ή η εισαγωγή τους σε αυτά από θεατές.

Ποινικός Κώδικας

Άρθρο 34 — Διατάραξη των πνευματικών λειτουργιών ή της συνείδησης

Η πράξη δεν καταλογίζεται στο δράστη αν, όταν τη διέπραξε λόγω νοσηρής διατάραξης των πνευματικών λειτουργιών ή διατάραξης της συνείδησης, δεν είχε την ικανότητα να αντιληφθεί το άδικο της πράξης του ή να ενεργήσει σύμφωνα με την αντίληψή του για το άδικο αυτό.

Στη νομολογία αναφέρεται ότι σύγχυση ή διατάραξη της συνείδησης μπορεί να προκαλέσει και η μέθη, η οποία είναι παραδεκτή διατάραξη των ψυχικών δυνάμεων προκαλούμενη από τη δηλητηρίαση του ανθρώπινου οργανισμού με οινόπνευμα ή άλλες ναρκωτικές ουσίες. Επίσης, ως ανυπαίτια μέθη αναφέρεται η μη οφειλόμενη σε δόλο ή αμέλεια του δράστη. Εάν είναι πλήρης αίρεται ο καταλογισμός ενώ αν είναι μη πλήρης ο δράστης τιμωρείται με μειωμένη ποινή (Κάκκαλης και συν., 1995).

Άρθρο 35 — Υπαίτια διατάραξη της συνείδησης

1. Πράξη που κάποιος αποφάσισε σε κανονική ψυχική κατάσταση, αλλά που για την τέλεσή της έφερε τον εαυτό του σε κατάσταση διαταραγμένης συνείδησης, του καταλογίζεται σαν να την τέλεσε με δόλο.

2. Αν η πράξη που τέλεσε σε τέτοια κατάσταση είναι άλλη από εκείνη που είχε αποφασίσει, ο υπαίτιος τιμωρείται με ποινή ελαττωμένη.

Όσον αφορά τη μέθη και σύμφωνα με την υπάρχουσα νομολογία αυτή διακρίνεται σε υπαίτια και ανυπαίτια. Υπαίτια —πλήρης ή μη πλήρης είναι η μέθη η οποία οφείλεται σε δόλο ή αμέλεια του δράστη, όταν αυτός αν και προέβλεψε ότι μπορούσε να περιπέσει σε τέτοια κατάσταση δεν σταμάτησε να πίνει. Η υπαίτια μη πλήρης μέθη αντιμετωπίζεται αυστηρότερα, γιατί καμία επίδραση δεν ασκεί αυτή στον καταλογισμό της πράξης. Ανυπαίτια είναι η μέθη η οποία δεν οφείλεται σε δόλο ή αμέλεια του δράστη, δηλαδή όταν η προηγηθείσα της δράσης μέθη επήλθε λόγω περιστάσεων ανεξάρτητων από τη βούληση αυτού που μέθυσε (Κάκκαλης, ό.π., 1995).

Άρθρο 36 — Ελαττωμένη ικανότητα προς καταλογισμό

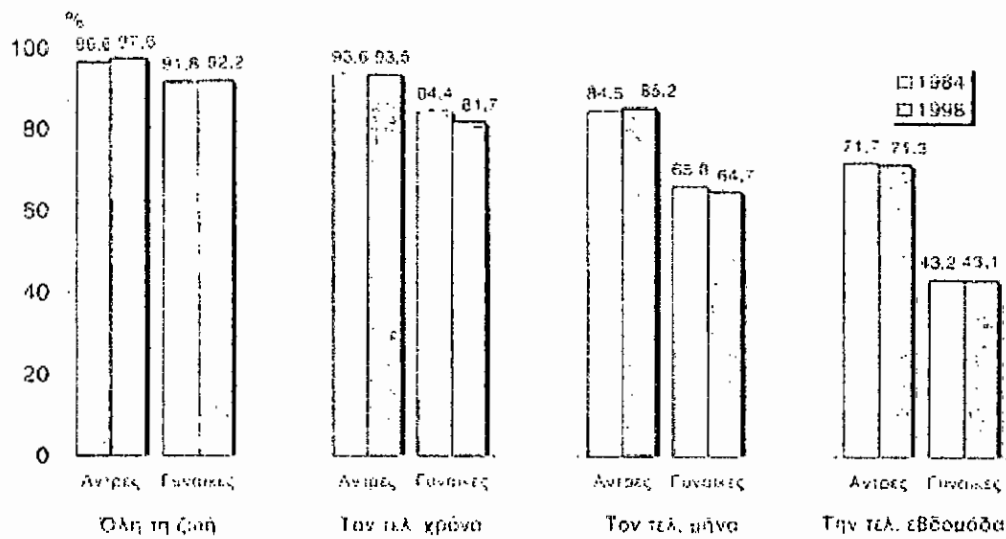
Αν εξαιτίας κάποιας από τις ψυχικές καταστάσεις που αναφέρονται στο άρθρο 34 δεν έχει εκλείψει εντελώς, μειώθηκε όμως σημαντικά η ικανότητα για καταλογισμό που απαιτείται κατά το άρθρο αυτό, επιβάλλεται ποινή ελαττωμένη.

Η διάταξη της προηγούμενης παραγράφου δεν εφαρμόζεται στην περίπτωση της υπαίτιας μέθης.

Για να θεμελιωθεί ο ισχυρισμός περί ελαττωμένης ικανότητας του δράστη σε περίπτωση μέθης πρέπει απαραίτητα να προβάλλεται ότι η μέθη δεν ήταν υπαίτια (Κάκκαλης, ό.π..1995).

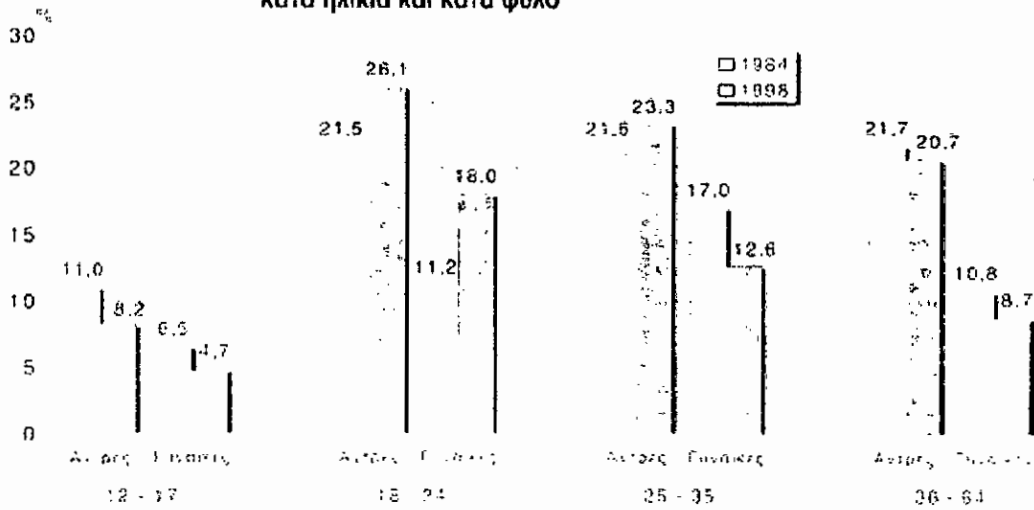
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β

Γράφημα 40: Χρήση οινόπνευματων κατά φύλο σε όλα τα χρονικά διαστήματα



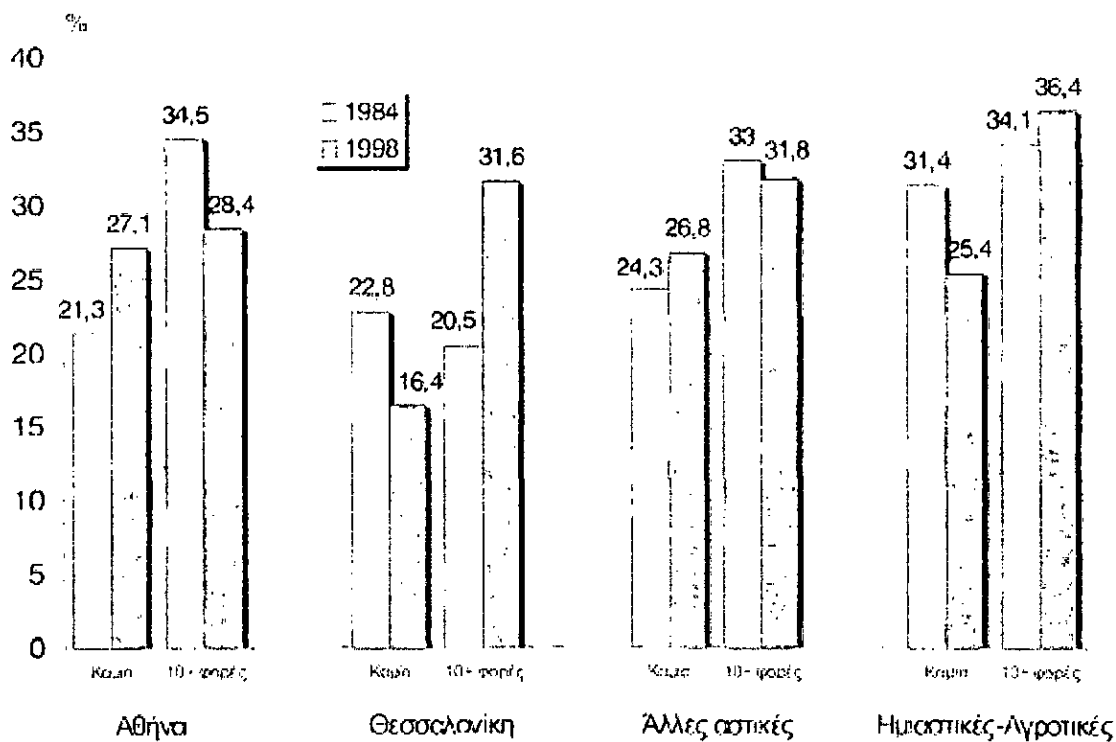
ΠΗΓΗ: ΕΚΤΕΠΝ, 2002.

Γράφημα 41: Χρήση οινόπνευματων (10-19 φορές) τον τελευταίο μήνα κατά ηλικία και κατά φύλο



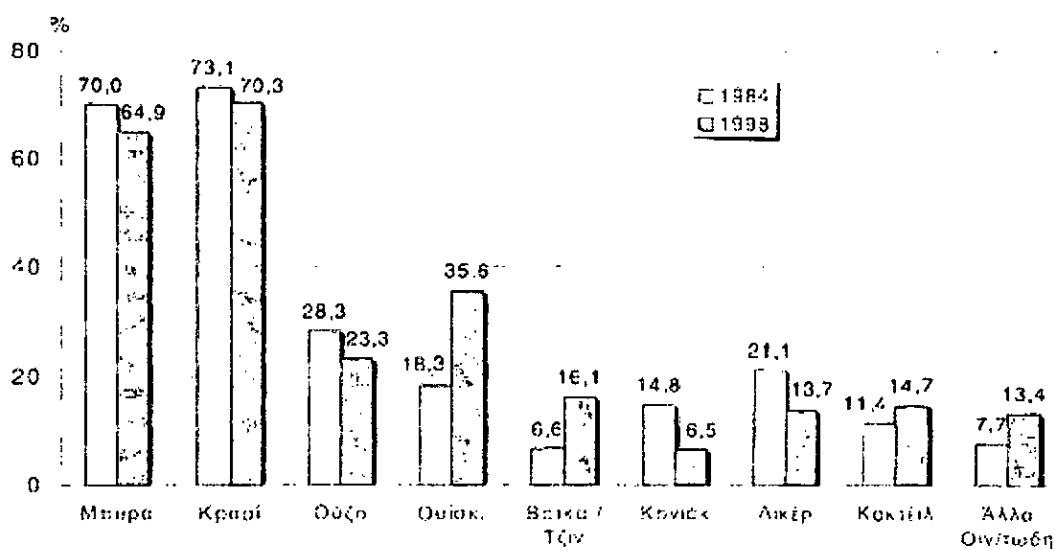
ΠΗΓΗ: ΕΚΤΕΠΝ 2002

Γράφημα 42: Συχνότητα χρήσης οινοπνευματωδών (καμία και 10+ φορές) τον τελευταίο μήνα κατά γεωγραφικό στρώμα



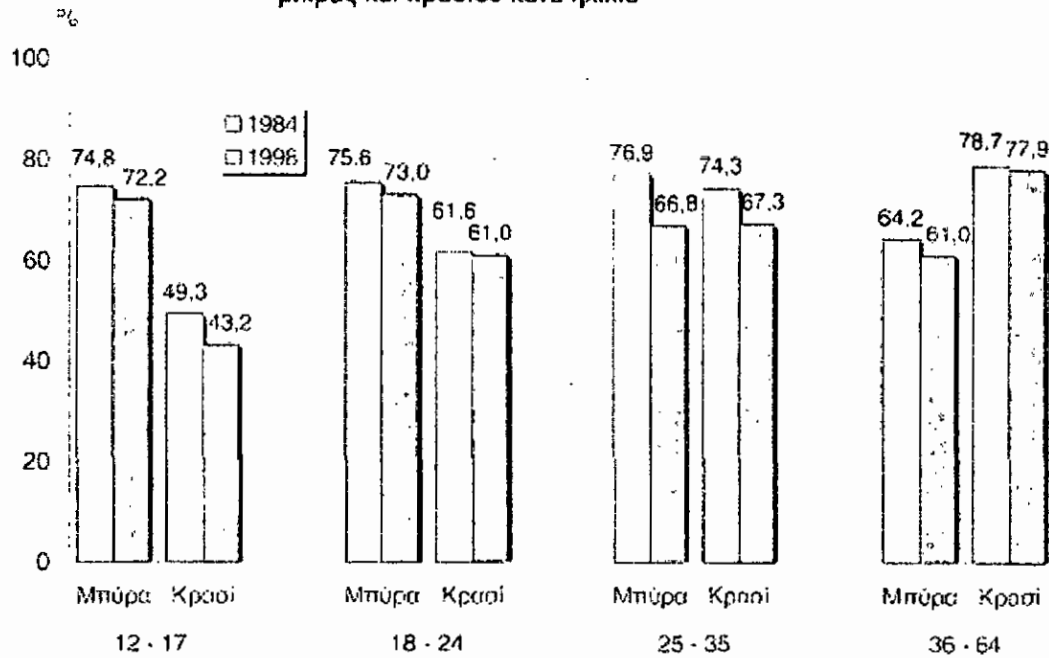
ΠΗΓΗ: ΕΚΤΕΠΝ 2002.

Γράφημα 45: Συχνότητα χρήσης (τουλάχιστον μερικές φορές το μήνα) κατά είδος ποτού



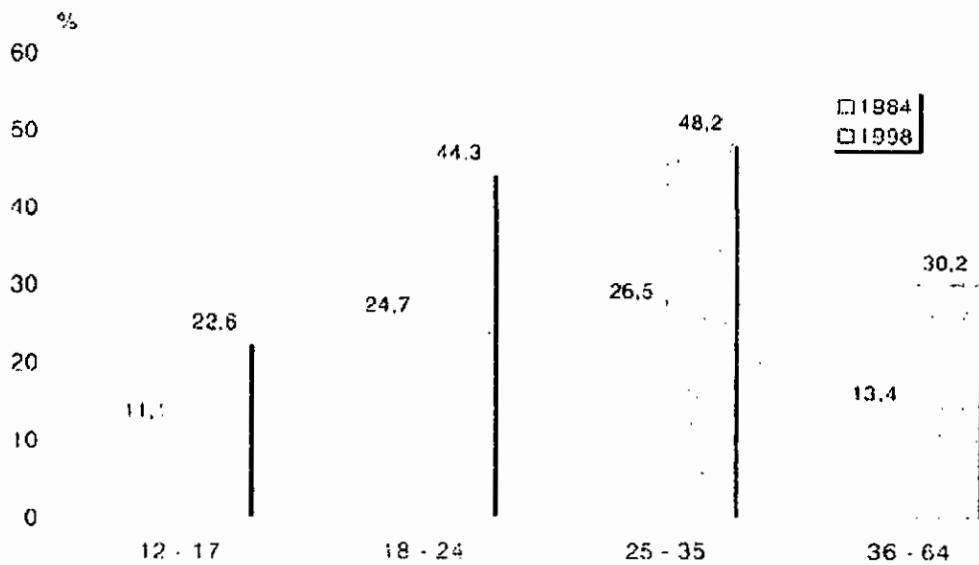
ΠΗΓΗ: ΕΚΤΕΠΝ 2002.

Γράφημα 46: Συχνότητα χρήσης (τουλάχιστον μερικές φορές το μήνα) μπίρας και κρασιού κατά ηλικία



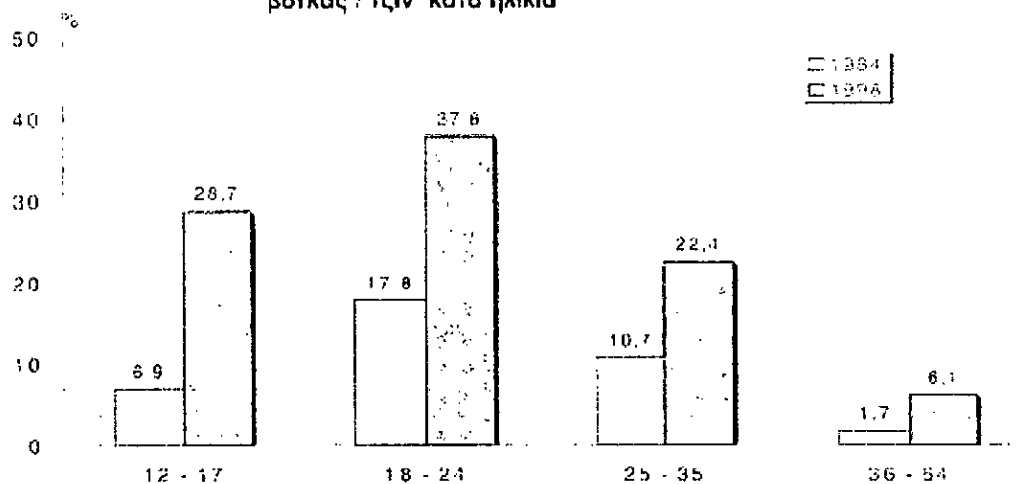
ΠΗΓΗ: ΕΚΤΕΠΝ, 2002.

Γράφημα 47: Συχνότητα χρήσης (τουλάχιστον μερικές φορές το μήνα) ούισκι κατά ηλικία



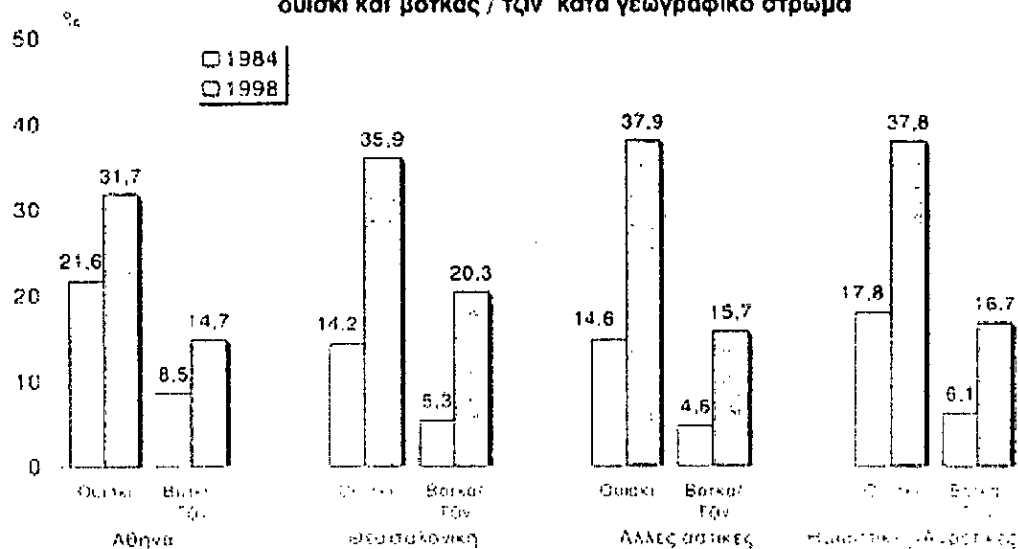
ΠΗΓΗ: ΕΚΤΕΠΝ, 2002.

Γράφημα 48: Συχνότητα χρήσης (τουλάχιστον μερικές φορές το μήνα) βότκας / τζιν κατά ηλικία



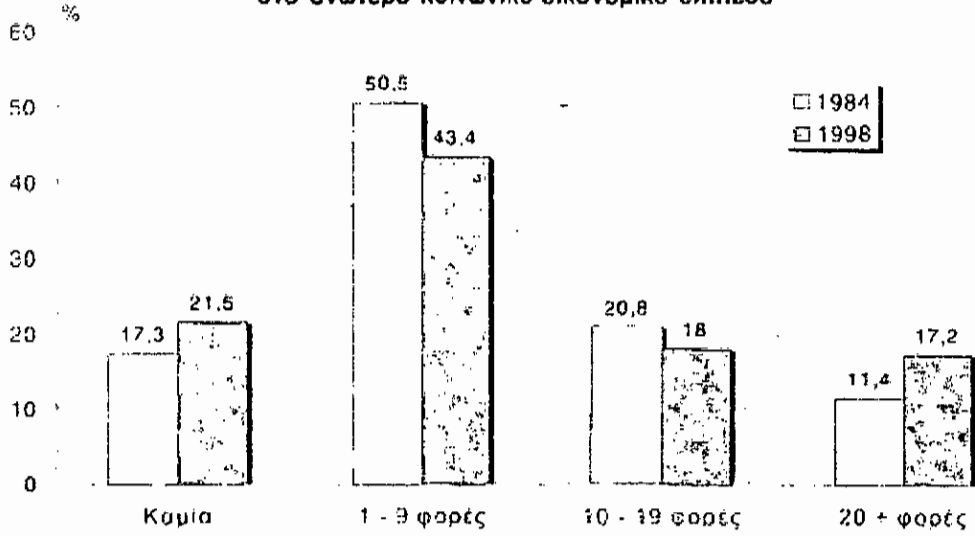
ΠΗΓΗ: ΕΚΤΕΠΝ, 2002.

Γράφημα 49: Συχνότητα χρήσης (τουλάχιστον μερικές φορές το μήνα) ούισκι και βότκας / τζιν κατά γεωγραφικό στρώμα



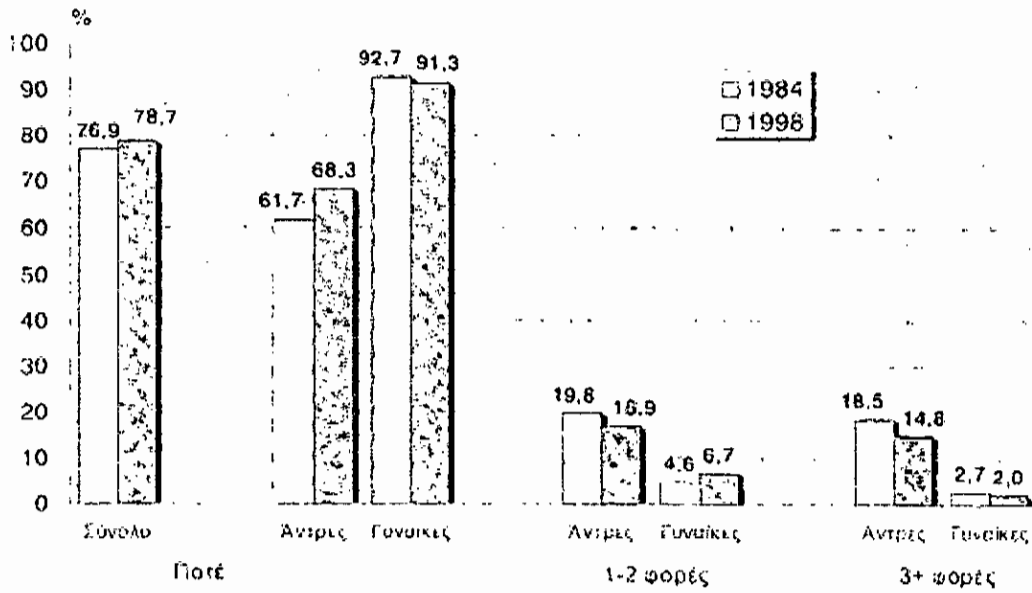
ΠΗΓΗ: ΕΚΤΕΠΝ, 2002.

Γράφημα 50: Συχνότητα χρήσης οινοπνευματωδών τον τελευταίο μήνο στο ανώτερο κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο



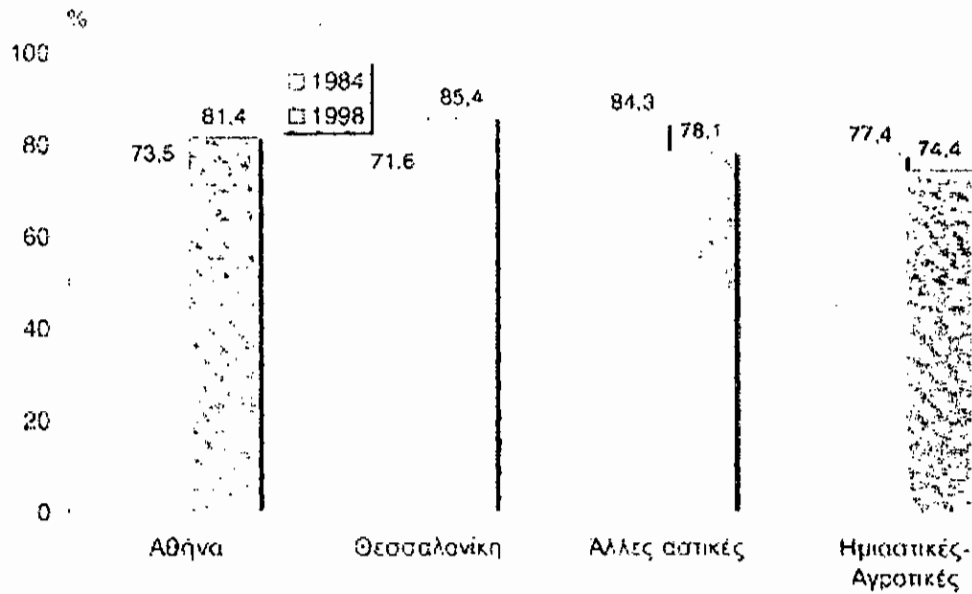
ΠΗΓΗ: ΕΚΤΕΠΝ, 2002.

Γράφημα 51: Συχνότητα υπερβολικής χρήσης (5 ποτά στην καθισιά) κατά φύλο



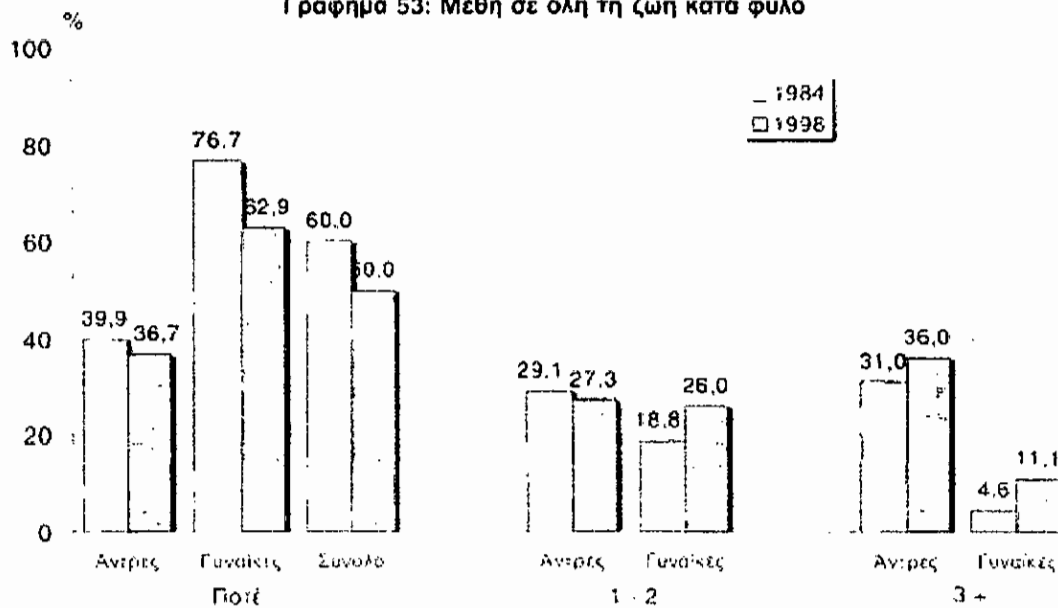
ΠΗΓΗ: ΕΚΤΕΠΝ, 2002.

Γράφημα 52: Υπερβολική χρήση (όσοι δήλωσαν «καμία φορά») κατά γεωγραφικό στρώμα



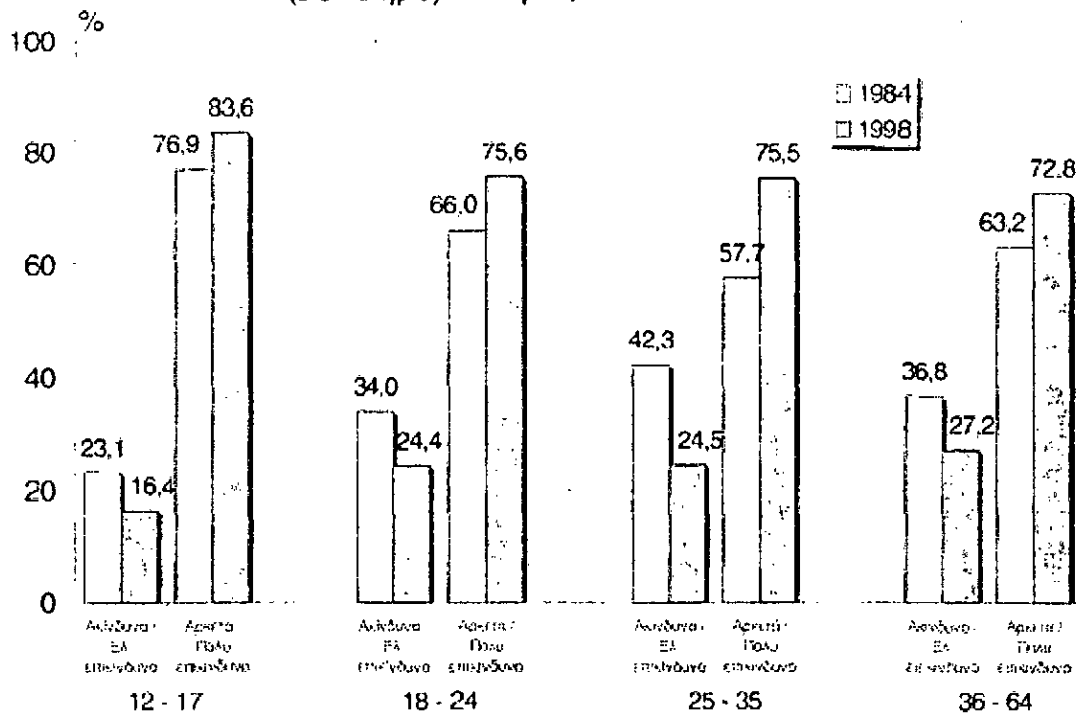
ΠΗΓΗ: ΕΚΤΕΠΝ, 2002.

Γράφημα 53: Μέθη σε όλη τη ζωή κατά φύλο



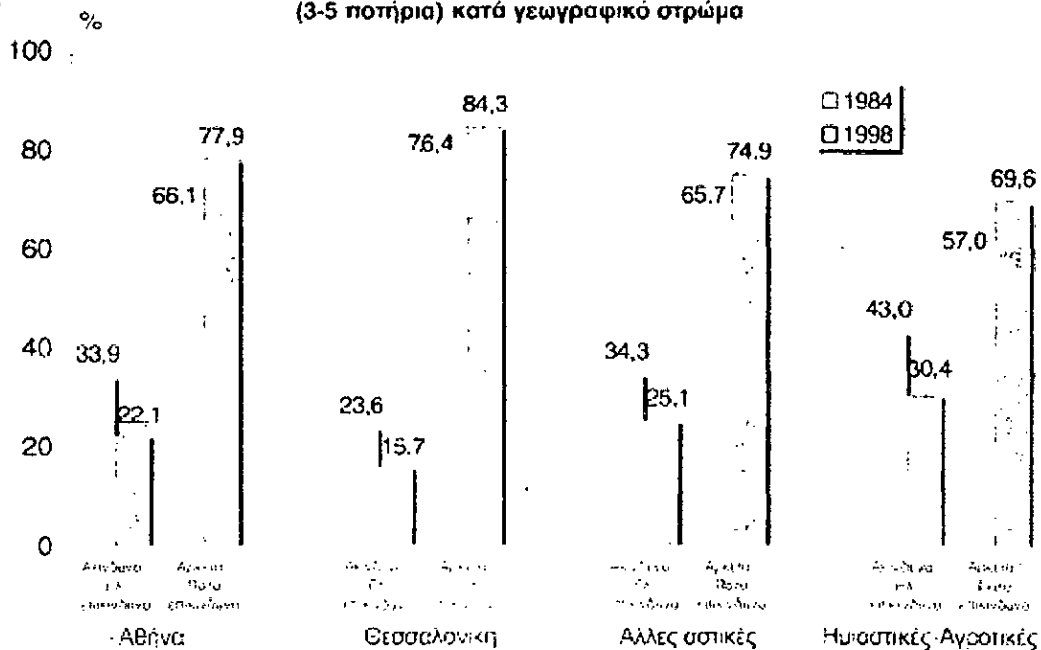
ΠΗΓΗ: ΕΚΤΕΠΝ, 2002.

Γράφημα 55: Αντίληψη επικινδυνότητας της χρήσης ονοπνευματωδών (3-5 ποτήρια) κατά ηλικία



ΠΗΓΗ: ΕΚΤΕΠΝ, 2002

Γράφημα 56: Αντίληψη επικινδυνότητας της χρήσης ονοπνευματωδών (3-5 ποτήρια) κατά γεωγραφικό στρώμα



ΠΗΓΗ: ΕΚΤΕΠΝ, 2002

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ

EuropASI

ΔΕΙΚΤΗΣ ΣΟΒΑΡΟΤΗΤΑΣ ΕΞΑΡΤΗΣΗΣ (Ευρωπαϊκή Προσαρμογή)¹

ΟΔΗΓΙΕΣ

Ανάλογα με τη περίπτωση χρησιμοποιήστε τους κωδικούς:

X = η ερώτηση δεν απαντήθηκε
N = η ερώτηση δεν τον/την αφορά
Χρησιμοποιήστε ένα μόνο κωδικό για κάθε ερώτηση.

Οι ερωτήσεις σε κύκλο πρέπει να γίνονται κατά την επανεξέταση. Οι ερωτήσεις με αστερίσκο είναι συγκεντρικές και πρέπει να συμπληρωθούν διαφορετικά στην επανεξέταση (βλ. εγχειρίδιο).

Χώρος στο τέλος κάθε ενότητας είναι για συμπληρωματικά σχόλια.

ΔΕΙΚΤΗΣ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ ΕΒΙΣΜΟΥ Βαθμός βαρύτητας

Οι βαθμοί βαρύτητας αποτελούν μια πρακτική εκτίμηση του συνδυαστικού σχετικού με την ανάγκη του ασθενή για πρόσθετη θεραπεία σε κάθε ενότητα. Η κλίμακα εκτείνεται από το 0 (η θεραπεία δεν είναι απαραίτητη) μέχρι το 9 (χρειάζεται η θεραπεία για παρουσία σε καταστάσεις που απειλούν τη ζωή του ασθενή). Κάθε βαθμός βασίζεται στα ιστορικά των συμπτωμάτων που αποτελούν πρόβλημα για τον ασθενή, στην παρούσα κατάσταση και στην υποκειμενική εκτίμηση της ανάγκης του για θεραπεία σε κάθε ενότητα. (βλ. εγχειρίδιο για λεπτομερή περιγραφή του τρόπου εξαγωγής του βαθμού βαρύτητας). Σημ.: Οι βαθμοί βαρύτητας είναι ποσοστιαίοι.

ΕΥΧΟΠΤΙΧΗ ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΚΛΙΜΑΚΑ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΑΠΟ ΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ

- 0 - Καθόλου
- 1 - Λίγα
- 2 - Μέτρια
- 3 - Πολύ
- 4 - Πέρα πολύ

ΕΠΩΝΥΜΙΟ:

ΑΙΤΙΑ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΑΝΑΓΚΗΣ:

Αποτοξίνωση-εξωτερικής παραμονής
Αποτοξίνωση-εσωτερικής διαμονής
Υποκατάσταση εξωτερικής παραμονής
Ειδικό πρόγραμμα εξωτερικής παραμονής
Ειδικό πρόγραμμα εσωτερικής διαμονής
Ημερήσια παραμονή
Ψυχιατρικά νοσοκομεία
Άλλη νοσοκομειακή μονάδα/θέλω να πάω
Άλλα _____
Καμία θεραπεία

ημέρα μήνας έτος

ΠΡΟΣΩΠΙΑ ΕΠΕΞΕΤΑΣΤΗ:

ΠΡΟΣΩΠΙΑ ΑΝΤΕΥΧΕΣΤΗ:

Ημερομηνία έναρξης: :

Ημερομηνία λήξης: :

ΤΥΠΟΣ ΕΥΝΕΥΧΕΣΤΗΣ:

Προσκλητική επανεξέταση (|| Αριθμ. αξιολόγησης)

ΤΥΠΟΣ ΕΠΑΦΗΣ:

Προσωπική επικοινωνία

Τηλεφωνική επικοινωνία

ΤΥΠΟΣ ΕΠΕΞΕΤΑΣΤΗ:

ΕΙΣΗΛΘΟΥΣΕΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ:

Ο ασθενής διέκρινε τη συνέντευξη
Ο ασθενής αρνήθηκε τη συνέντευξη
Ο ασθενής δεν ήταν σε θέση απαντήσεων

ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

1. ΤΥΠΗΝΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑ:

1. Μεγάλη πόλη (> 100.000)
2. Μεσαία (10 - 100.000)
3. Μικρή (αγροτική) (< 10.000)

2. ΚΩΔΙΚΟΣ ΠΟΛΗΣ:

3. Πόσο καιρό μένετε σ' αυτή τη διεύθυνση; χρόνια μήνες

4. Το σπίτι ανήκει σε σένα ή στην οικογένειά σου:

0 = Όχι ! = Ναι

5. ΗΛΙΚΙΑ:

6. ΥΠΗΚΟΤΗΤΑ:

7. ΧΩΡΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:

Λαθινή

Γαλλικά

Μητρικά

8. Έχεις βρεθεί σε ελεγχόμενο (κλειστό) περιβάλλον μέσα στις 30 τελευταίες ημέρες:

1. Όχι
2. Φυλακή
3. Θεραπεία για αλκοόλ ή ναρκωτικά
4. Ιατρική θεραπεία
5. Ψυχιατρική θεραπεία
6. Αποτοξίνωση (μόνο)
7. Άλλα _____

9. Για πόσες ημέρες:

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΠΡΟΣΘΕΤΩΝ ΤΕΣΤ

|| Συνολικό αποτέλεσμα θεσπ

|| Σύνολο SCL-90

ΠΡΟΣΩΠΙΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

9									
8									
7									
6									
5									
4									
3									
2									
1									
0									
ΠΡΟΣΒΛΗΜΑΤΑ	ΥΓΕΙΑΣ	ΕΡΓΑΣΙΑΣ-ΟΙΚΟΝ.	ΑΛΚΟΟΛ	ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ	ΝΟΣΗΤΙΚΑ	ΟΙΚΟΓ./ΚΟΙΝΩΝ.	ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ		

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΕΣ ΕΡΕΥΝΕΣ
Ευρωπαϊκή προσαρμογή της 5ης έκδοσης του Αμερικανικού ASI (McLellan, 1992), από Α. Κοκκερή, C. Harbers, P. Blanken, E.M. Fanning, G. Pozzi, A. Uchtenhagen (1994).

ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΥΓΕΙΑΣ

Πόσες φορές στη ζωή σου έχεις νοσήσει σε νοσοκομεία για προβλήματα αναπνευστικής υγείας; (συμπεριλάβετε βαλβική νόσηση και τραχείτιδα/πνευμονία, αποκλείστε ατοξίνωση)						
		χρόνια		μήνες		
Πόσο καιρό νοσητήκες για τελευταία φορά για κάποια αναπνευστικά προβλήματα;						
		χρόνια		μήνες		
Έχεις κάποια χρόνια προβλήματα αναπνευστικής υγείας που συνεχίζουν επηρεάζουν τη ζωή σου;						
Όχι <input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/>						
(Προσδιορίστε) _____						
Ποτέ μολυνθεί από ιϊό;						
Όχι <input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/>						
Δεν ξέρω <input type="checkbox"/>						
Αρνείται να απαντήσει <input type="checkbox"/>						
Έχει κάνει τεστ για AIDS;						
Όχι <input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/>						
Δεν ξέρω <input type="checkbox"/>						
Αρνείται να απαντήσει <input type="checkbox"/>						

- Αν ναι, πριν ποσους μήνες;
- Γοιό ήτον το αποτέλεσμα του τελευταίου τεστ:
 - Ανοητικό
 - Βετικό
 - Δεν ξέρω
 - Αρνείται να απαντήσει
- Παίρνεις σε συστηματική βάση κάποια φάρμακα με συνταγή γιατρού για πρόβλημα αναπνευστικής υγείας;

0 - Όχι 1 - Ναι
- Παίρνεις συνταγή για αναπνευστική αναστήρα; (Όχι ψυχική)

0 - Όχι 1 - Ναι
- Έχεις υποβληθεί σε θεραπεία από γιατρό για αναπνευστικά προβλήματα τους τελευταίους 6 μήνες;

0 - Όχι 1 - Ναι
- Πόσες μέρες μέσα στις τελευταίες 30 μέρες είχες πρόβλημα αναπνευστικής υγείας;

ΓΙΑ ΤΙΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ 12 & 13 ΖΗΤΗΤΕ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΙΣΘΕΝΗ ΝΑ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΣΕΙ ΤΗΝ ΚΛΙΜΑΚΑ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΑΙΣΘΕΝΟΥΣ

- Σε ποιά βαθμό σου δημιουργήσαν πρόβλημα ή σε ενόχλησαν τις τελευταίες 30 μέρες αυτά τα προβλήματα αναπνευστικής υγείας;
- Πόσο σημαντική είναι για σένα τύο η θεραπεία για αυτά τα προβλήματα;

ΒΑΘΜΟΣ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ ΑΠΟ ΣΥΜΠΕΤΕΚΤΗ

- Πώς εκτιμάτε την ανάγκη του ασθενούς για ιατρική θεραπεία;

ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΙΣΘΙΝΕΤΙΑΣ

Οι παραπάνω πληροφορίες είναι διαστρεβλωμένες από:

- Αλλοίωση που έγινε στην εικόνα του ασθενούς;

0 - Όχι 1 - Ναι
- Από αδυναμία του ασθενή να καταλάβει την ερώτηση;

0 - Όχι 1 - Ναι

Συγνώμη

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ / ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Έχεις οχλητική νόσηση;						
		χρόνια				
Έχεις ανώτερης εκπαίδευσης πιστοποίηση/Τεχνική Σχολή;						
		χρόνια				
Έχεις πτυχίο εκπαίδευσης (Προσδιορίστε) _____						
Έχεις ισχύουσα άδεια οδήγησης;						
Όχι 1. Ναι <input type="checkbox"/>						
		χρόνια		μήνες		
Κράτησε η πιο χρόνια δουλειά ως υπάλληλος; (Εγχειρίδιο για ορισμό)						
		χρόνια		μήνες		
Κράτησε η πιο χρόνια περίοδος ασχολίας;						
		χρόνια		μήνες		
Ασχολία (ή πιο πρόσφατη) απασχολίας (Προσδιορίστε λεπτομερώς) _____						
Έχεις επαγγελματική κατάσταση τα τελευταία 3 χρόνια;						
<input type="checkbox"/>						
Πλήρης απασχόληση Μερική απασχόληση (τακτικά ωράρια) Μερική απασχόληση (περιστοσιακή με την ημέρα) Σπουδαστής / φοιτητής Στρατιώτης Συνταξιούχος/αναστήρα Άνεργος/η (συμπεριλάβετε τα οικονομικά) Σε ελεγχόμενα περιβάλλον						

- Πόσες μέρες δουλέωες τις τελευταίες 30 μέρες (αποκλείεται ευπρία/παρνεία ή άλλη παράνομη δραστηριότητα)
- Πόσα χρήματα τις τελευταίες 30 μέρες από τις παραπάνω πηγές;
 - Δουλειά;

0. Όχι 1. Ναι
 - Επίδομα ανεργίας;

0. Όχι 1. Ναι
 - Προσευγικό επίδομα;

0. Όχι 1. Ναι
 - Σύνταξη, επίδομα, ή κοινωνική ασφάλιση;

0. Όχι 1. Ναι
 - Από το σύντροφό σου, την οικογένεια ή του φίλου σου (για προσωπικό έξοδα);

0. Όχι 1. Ναι
 - Γραβώνα;

0. Όχι 1. Ναι
 - Ραρνεία;

0. Όχι 1. Ναι
 - Άλλες πηγές;

0. Όχι 1. Ναι
 - Ποιά είναι η κυριότερη πηγή εισοδήματος σου; (Χρησιμοποιήστε τους κωδικούς 10-17)

Συγνώμη

- Έχεις χρέη;

0. Όχι

1. Ναι ποσα _____
- Πόσο άτακτα εξοπώνται οικονομικά από σένα για την κάλυψη του μεγαλύτερου μέρους της στέγης τους, του φαγητού τους κλπ.
- Πόσες μέρες μέσα στις τελευταίες 30 ημέρες αντιμετώπισες πρόβλημα με τη δουλειά ή πρόβλημα ανεργίας;

ΓΙΑ ΤΙΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ 22 & 23 ΖΗΤΗΤΕ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΙΣΘΕΝΗ ΝΑ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΣΕΙ ΤΗΝ ΚΛΙΜΑΚΑ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΑΙΣΘΕΝΟΥΣ.

- Σε ποιά βαθμό σου δημιουργήσαν πρόβλημα ή σε ενόχλησαν τις τελευταίες 30 μέρες αυτά τα προβλήματα εργασίας;
- Πόσο σημαντική είναι τύο για σένα η υποδουλευτική βοήθεια για αυτά τα προβλήματα εργασίας;

ΒΑΘΜΟΣ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ ΑΠΟ ΣΥΜΠΕΤΕΚΤΗ

- Πώς εκτιμάτε την ανάγκη του ασθενούς για παροχή επαγγελματικών συμβουλών;

ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΙΣΘΙΝΕΤΙΑΣ

Οι παραπάνω πληροφορίες είναι διαστρεβλωμένες από:

- Αλλοίωση που έγινε στην εικόνα του ασθενούς;

0. Όχι 1. Ναι
- Από αδυναμία του ασθενή να καταλάβει την ερώτηση;

0. Όχι 1. Ναι

ΧΡΗΣΗ ΑΛΚΟΟΛ / ΜΑΡΚΟΤΙΚΩΝ

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

	Ηλικία (1ης χρήσης)	Σε όλη τη ζωή σου χρόνια	Τελειωτ. 30 μέρες	Τρόπος χρήσης
α				
α - μέχρι μέθης				
η				
μόνη / ΛΑΑΜ				
ασιούχα/παισιόπανα				
κα/χάπια (80Z, βαρβ., π., Υπνωτ.)				
νη				
αμίνας				
φή				
αθησιγόνα				
εύμενα-πηκτικά				
ασότερες από μία ουσίες μέσα (ουσίες 02 ως 12)				

α. Εγχειρίδια για αντιπαρασκευτικά
μάτια κάθε κατηγορίας ναρκωτικών

χρήσης: 1=στόμα, 2=μήτη 3=κόπνισια,
4=αφλέβια ένωση, 5=ενδοφλέβια ένωση.

κάνει πατέ ενόσιμη χρήση:
Όχι 1. Ναι

1ης :Ενόσιμη χρήση
1μην Σε όλη τη
της ζωή σου 6 μήνες 30 μέρες

μόνον χρόνια μήνες μέρες

μη χρήση τους τελευταίους
ες:

κάνει καινή χρήση
νει μερικές φορές καινή χρήση
έλλευς
νει συχνά καινή χρήση με έλλευς

φορές σου έχει συμβεί:
εις τραυώδες παραλή-

εις υπερβολική δόση
ικών

16. Τύπος υπηρεσιών και κορές που
υπαδλήθηκε σε θεραπεία:

Αλκοόλ Ναρκωτ.

- Αποταξίνωση εξωτερικής
προσωπικής
- Αποταξίνωση εσωτερικής
διαιωσής
- Υποκατάσταση εξωτερικής
προσωπικής
- Εργνό πρόγραμμα εξυ-
τερικής προσωπικής
- Εργνό πρόγραμμα εσω-
τερικής διαιωσής
- Πρόγραμμα ημερήσιας
προσωπικής
- Ψυχ:ατρικό Ναρκωκείο/
Κλινική
- Άλλη ναρκωκείακή
μονάδα/έλλευς
- Άλλα

	Αλκοόλ	Ναρκωτ.
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		

17. Πόσες μήνες διήρκεσε η
μεγαλύτερη περίοδος σπαχής
σε αποτέλεσμα αυτών των
θεραπειών:

	Αλκοόλ	Ναρκωτ.

18. Γοιό ουσία είναι το κύριο πρό-
βλημα: (Χρησιμοποιήστε την
παραπάνω κωδικοποίηση ή το ΟΟ-Κερωία.
15. Αλκοόλ και Ναρκωτικά - Διπλάς
εθισμός). 16. Γαλλισπός εθισμός,
όπου υπάρχει αμυβελία, αιτήστε
τον ασθενή.

19. Πόσο διήρκεσε η τελευταία
περίοδος εθελοντικής σπαχής
σε αυτή τη κύρια ουσία, όχι
και αποτέλεσμα της θεραπείας:
(ΟΟ-πότε σε σπαχή)

 μήνες

20. Πόσες πόσους μήνες έληξε αυτή
η περίοδος σπαχής;
(00 - η σπαχή συνεχίζεται)

21. Πόσα χρήματα θα έλεγες ότι ξόδεξες
τις τελευταίες 30 μέρες για:

Αλκοόλ _____
(ποσά)

Ναρκωτικά _____
(ποσά)

22. Πόσες μέρες μέσα στις τελευ-
ταίες 30 έκανες θεραπεία για
αλκοόλ ή ναρκωτικά ως εξυτερι-
κός ασθενής;
(Συμπεριλάβετε τις ομάδες ΝΑ, ΑΑ)

23. Πόσες μέρες μέσα στις τελευταίες 30
είχες:

Προβλήματα με το αλκοόλ

Προβλήματα με τα ναρκωτικά

ΓΙΑ ΤΙΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ 25 & 27 ΖΗΤΗΣΤΕ
ΑΠΟ ΤΟΝ ΑΙΣΘΕΝΗ ΝΑ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΣΕΙ ΤΗΝ
ΚΛΙΜΑΚΑ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΑΙΣΘΕΝΟΥΣ

24. Σε ποιά βαθμό σου δημιούργησαν
προβλήματα ή σε ενόχλησαν τις τελευ-
ταίες 30 μέρες τα:

Προβλήματα με το αλκοόλ

Προβλήματα με τα ναρκωτικά

25. Πόσο σημαντική είναι για σένα πύρα
η θεραπεία για :

Προβλήματα με το αλκοόλ

Προβλήματα με τα ναρκωτικά

ΒΑΘΜΟΣ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ ΑΠΟ ΣΥΜΠΕΤΕΚΤΗ

26. Πώς εκτιμάτε την ανάγκη του ασθενούς
για θεραπεία για:

Κατάχρηση αλκοόλ

Κατάχρηση ναρκωτικών

ΕΚΤΙΜΩΣΗ ΑΙΣΙΟΠΙΣΤΙΑΣ

Θι παραπάνω πληροφορίες είναι
διασπρεβλυμένες από:

27. Αλλάωση που έκανε στην εικόνα
του ο ασθενής:
0. Όχι 1. Ναι

28. Από αόνοια του ασθενή να κατα-
λάβει την ερώτηση:
0. Όχι 1. Ναι

Ενότητα

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

εισαγωγή σου εδώ έγινε μετά από
απόφαση ή υπόδειξη δικαστηρίου ή
αστυνομίας:
0. Όχι 1. Ναι

αρεστώσα υπό αναστολή ή
αστική επιτήρηση:
0. Όχι 1. Ναι

πρόσφατα στη ζωή σου, σου έχει
αξιολογηθεί κατηγορία για τα παρακάτω:

απόπειρα αυτοκτονίας και ευφορία ναρκωτικών

απόπειρα κλοπής, διάρρηξης, απάτης,
αστοχασίας, εκβιασμού,
απειλή (αποδοχή)

απειλή βίας:
απειλή, επίθεση,
πειρασμός, βιασμός,
απειλή (αποδοχή)

απειλή εγκλήματος:

απειλή από αυτές τις κατηγορίες
κατέληξες σε
απειλή:

πρόσφατα στη ζωή σου, σου έχει
αξιολογηθεί κατηγορία για τα παρακάτω:

απειλή συμπεριφοράς, αληθείας
απειλή:

ΜΟΧΛΙΣΜΑ/ΔΙΚΑΣΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

9. Πανένια:
10. Οδήγηση υπο την επήρεια
αλκοόλ:
11. Ξεκάθαρές περιπτώσεις ΚΟΚ
(απικίνδυνη οδήγηση, υπερέ-
λιξη ταχύτητα, χωρίς άδεια
οδήγησης κλπ.):
12. Πόσους μήνες έχεις φυλακιστεί
στη ζωή σου: μήνες
13. Πόση διάρκεια είχε η τελευταία
φυλάκιση σου: μήνες
14. Για ποιά αδίκημα:
(Χρησιμοποιήστε τους
κωδικούς 03-05, 08-11.
Αν υπάρχουν πολλαπλά αδικήματα
χρησιμοποιήστε το πιο σοβαρό):
15. Πραγματεύεις ποια επαγγελματική κατη-
γορία, δίκη ή απόφαση δικαστηρίου:
0. Όχι 1. Ναι
16. Για ποιά αδίκημα:
(Αν υπάρχουν πολλαπλά, κωδικο-
ποιήστε τα πιο σοβαρά):
17. Πόσες μέρες τις τελευταίες
30 ήσαν υπο κράτηση ή στη
φυλακή:
18. Πόσες μέρες μέσα στις τελευ-
ταίες 30 έλαβες μέρος σε παρό-
νομες δραστηριότητες για να
εργάζεσαι λεγτά:

ΓΙΑ ΤΙΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ 19 & 20 ΣΗΜΕΙΩΣΤΕ ΑΠΟ ΤΩΝ
ΛΕΞΕΩΝ ΝΑ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΣΕΤΕ ΠΗΝ ΚΛΙΜΑΚΑ
ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΛΕΞΕΩΝ

19. Πόσο σοβαρά πιστεύετε ότι είναι
τα ψυχικά νοσήματα σου προβλήματα;
(Αποκλείστε τις αστικές υποθέσεις)
20. Πόσο σημαντική είναι πύοα για
σένα η παροχή νομικών συμβουλών
ή η προσοχή γι' αυτά τα νομικά
προβλήματα:

ΒΑΘΜΟΣ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ ΑΠΟ ΣΥΜΠΕΤΕΛΕΤΑ

21. Πώς εκτιμάτε την ανάγκη του ασθε-
νούς για παροχή νομικών συμβουλών
ή υπηρεσιών:

ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑΣ

21. παραπάνω πληροφορίες είναι
διαστρεβλωμένες απο:
22. Αλλοίωση που έκανε στην εικόνα
του ο ασθενής
0. Όχι 1. Ναι
23. Από αδυναμία του ασθενή να
κατελέξει την ερώτηση:
0. Όχι 1. Ναι

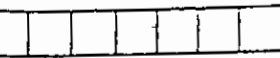
Σύνολο

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

ένος από τους συγγενείς σου αυτό που θα λέγαμε σημαντικό πρόβλημα με το αλκοόλ, τα ναρκωτικά ή ψυχιατρικό πρόβλημα - τέτοια που να
ή θα έπρεπε να είχε οδηγήσει σε θεραπεία:

Από τη μητέρα	Από το πατέρα			Αδέλφια					
	Αλκ.	Ναρκ.	Ψυχ.	Αλκ.	Ναρκ.	Ψυχ.	Αλκ.	Ναρκ.	Ψυχ.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Βάλτε "0" στη σχετική κατηγορία όπου η απάντηση είναι ξεκάθαρα "όχι" για όλα τα πρόσωπα σ' αυτή τη κατηγορία των συγγενών. "1" όπου είναι ξεκάθαρα "ναι" για οποιαδήποτε κατηγορία σ' αυτή την κατηγορία. "X" όπου η απάντηση είναι "δεν είναι γνωστό/-η" ή "δεν ξέρω" αν δεν υπάρχει κατέ κάποιο πρόσωπο στη κατηγορία αυτή. Βάλτε τον κωδικό για τον/την πιο προβληματικό/-η αδελφό/-η σε περιπτώσεις που περισσότερα από δύο αδέλφια σε κάθε κατηγορία.



ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΕΣ / ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΕΞΕΙΣ

Οικογενειακή κατάσταση:

Μηχανοκίνητος/-η 4. Σε διασπαση
Ανεμπνευστήρας/-η 5. Διαζυγμένος/-η
Χρησιμοποιώ αυτοκίνητο 6. Ανύπαντρος/-η

Μηχανοκίνητος/-η από την κατάσταση:

Μηχανοκίνητος/-η από την κατάσταση:

Μηχανοκίνητος/-η από την κατάσταση:

Μηχανοκίνητος/-η από την κατάσταση:

Μηχανοκίνητος/-η από την κατάσταση:

Μηχανοκίνητος/-η από την κατάσταση:

Μηχανοκίνητος/-η από την κατάσταση:

Μηχανοκίνητος/-η από την κατάσταση:

Μηχανοκίνητος/-η από την κατάσταση:

Μηχανοκίνητος/-η από την κατάσταση:

Μηχανοκίνητος/-η από την κατάσταση:

Μηχανοκίνητος/-η από την κατάσταση:

Μηχανοκίνητος/-η από την κατάσταση:

Μηχανοκίνητος/-η από την κατάσταση:

Οδηγίες: Βάλτε "0" όπου η απάντηση είναι ξεκάθαρα "όχι" για όλα τα πρόσωπα ε' αυτή την κατηγορία των συγγενών. "1" όπου η απάντηση είναι ξεκάθαρα "ναι" για οποιοδήποτε συγγενή ε' αυτή τη κατηγορία. "X" όπου η απάντηση είναι "δεν είναι σίγουρος/-η" ή "δεν ξέρω". και "N" όταν δεν υπήρξε ποτέ κάποιο πρόσωπο στην κατηγορία αυτή.

3A. Θα έλεγες ότι είχες στενές μακροχρόνιες προσωπικές σχέσεις με κάποιο από τα παρακάτω πρόσωπα στη ζωή σου;

- Μητέρα
Πατέρα
Αδελφούς/Αδελφές
Ερωτικό σύντροφο/σύντροφο
Γαϊδιά
Φίλους

Υπήρξαν σημαντικές περιόδους κατά τις οποίες να είχες σοβαρά προβλήματα στη σχέση σου με κάποιο από τα παρακάτω πρόσωπα:

0. Όχι 1. Ναι

- 10. Μητέρα
11. Πατέρα
12. Αδελφούς/Αδελφές
13. Ερωτικό σύντροφο/σύντροφο
14. Γαϊδιά
15. Άλλους στενούς συγγενείς
16. Στενούς φίλους
17. Γείτονες
18. Ξυνοδέλους

3B. Σε κακοεπιχειρήσατε κανένα από τα παρακάτω πρόσωπα (10-18):

0. Όχι 1. Ναι

- 18A. Ψυχολογικά (με σκληρά λόγια):
18B. Ψυχοσωματικά (προκαλώντας σου σωματικές βλάβες):
18C. Σεξουαλικά (σεξουαλικές ποσότητες ή εξαναγκασμό σε σεξουαλικές πράξεις):

19. Πόσες μέρες μάζα στις τελευταίες 30 είχες σοβαρές συγκρούσεις:

- A. με την οικογένειά σου
B. με άλλους (εκτός οικογένειας)

ΓΙΑ ΤΙΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ 20-23 ΣΗΜΕΙΩΣΤΕ ΑΠΟ ΤΗΝ ΛΙΣΤΑΝΗ ΗΑ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΣΤΕ ΤΗΝ ΚΑΙΝΑΚΙΑ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΛΙΣΤΑΝΟΥΣ

Σε ποιά βαθιά σου δημιούργησαν πρόβλημα ή σε ενόχλησαν τις τελευταίες 30 μέρες αυτά τα :

- 20. Οικογενειακά προβλήματα:
21. Κοινωνικά προβλήματα:
22. Οικογενειακά προβλήματα:
23. Κοινωνικά προβλήματα:

ΒΑΘΜΟΣ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ ΑΠΟ ΣΥΜΠΕΤΕΚΤΗ

24. Πώς εκτιμάτε την ανάγκη του ασθενούς για οικογενειακή ή/και κοινωνική συμβουλευτική;

ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΛΙΣΤΑΝΟΥΣ

25. Οι παραπάνω πληροφορίες είναι διαστρεβλωμένες από:

25. Αλλαξίωση που έκανε στην εικόνα του ο ασθενής: 0. Όχι 1. Ναι

25. Από αδυναμία του ασθενή να καταλάβει την ερώτηση: 0. Όχι 1. Ναι

Ενάλια

ΨΥΧΩΣΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

πόσες φορές έχεις υποβληθεί σε θεραπεία για ψυχολογικά ή συναισθηματικά προβλήματα:

0. Ποσότητα νοσοκομεία

1. Ποσότητα εξωτερικός ασθενής σε ιδίωτη γιατρό

2. Ποσότητα σύνταξη για ψυχική ασθένεια:
0. Όχι 1. Ναι

3. Έχεις κάποια σημαντική περίοδο (που δεν σου σποτέλεσμα της χρήσης αλκοόλ ή ναρκωτικών) που να είχες χειριδίδια για τους αρισμούς;

1. Ναι Σε όλη σου τη ζωή

2. Κατάθλιψη Τελευτ. 30 μέρ.

3. Απώλεια όγχος ή ένταση

4. Δυσκολίες στο να καταλάξεις, να συγκεντρώσεις, να θυμάσαι;

5. Αισθηθεις

6. Δυσκολία στο να ζεις τη βίατη περιφορά σου;

7. Έχεις φάρμακα με την γιστρού για ψυχολογικά/συναισθηματικά ήματα;

8. Είς σαβαρά να τονήσεις;

9. Έχεις ιραθεί να τονήσεις;

10. Πόσες φορές έχεις ιραθεί ν' αυτοκτονήσεις;

11. Πόσες μέρες μέσα στις τελευτ. 30 είχες αυτά τα ψυχολογικά ή συναισθηματικά ήματα;

ΓΙΑ ΤΙΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ 12 & 13 ΖΗΤΗΤΕ ΑΠΟ ΤΩΝ ΛΙΣΘΕΝΗ ΝΑ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΣΕΙ ΤΗΝ ΚΛΙΜΑΚΑ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΛΙΣΘΕΝΟΥΣ

12. Πόσο ενοχλήθηκες ή στενοχωρήθηκες από αυτά τα ψυχολογικά ή συναισθηματικά προβλήματα μέσα στις τελευταίες 30 μέρες;

13. Πόσο σημαντική είναι πέρα για πέρα η θεραπεία γι' αυτά τα ψυχολογικά προβλήματα;

ΟΙ ΠΑΡΑΚΑΤΟ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΕΓΧΡΗΜΑΤΟΠΟΙΟΥΝΤΑΙ ΑΠΟ ΤΩΝ ΕΥΝΕΥΤΕΚΤΗ

Κατά τη διάρκεια της συνέντευξης ο ασθενής:
0. Όχι 1. Ναι

14. Ήταν φανερά καταβλιωμένος / αποτραβηγμένος

15. Ήταν φανερά εχθρικός

16. Ήταν φανερά αγχωμένος/νευρικός

17. Είχε πρόβλημα επασης με την πραγματικότητα, διαταραχές της σκέυης, παρσωνική σκέυη

18. Είχε δυσκολία στην κατανόηση, στην συγκέντρωση, στην μνήμη

19. Έκανε σκέυεις αυτοκτονίας

Εγόγια

ΒΑΘΜΟΣ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ ΑΠΟ ΕΥΝΕΥΤΕΚΤΗ

20. Πώς εκτιμάτε την ανάγκη του ασθενούς για ψυχιατρική / ψυχολογική θεραπεία;

ΕΚΤΙΜΩΝ ΛΕΙΟΠΙΣΤΙΑΣ

Οι παραπάνω πληροφορίες είναι διαστρεβλωμένες από:

21. Αλλοίωση που έκανε στην εικόνα του ο ασθενής;
0. Όχι 1. Ναι

22. Από ασυνεία του ασθενή να καταλάξει την ερώτηση;
0. Όχι 1. Ναι

