

Τ. Ε. Ι. ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ: Σ. Ε. Υ. Π.

ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ



ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ: "ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΣ"  
ΕΡΕΥΝΑ ΣΕ ΝΕΑΡΑ ΑΤΟΜΑ.

ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ: ΙΩΑΝ. ΔΕΤΟΡΑΚΗΣ.

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ: Ι. ΑΙΝΑΤΖΙΔΟΥ.  
Σ. ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΥ.  
Β. ΓΚΑΒΟΥ.

ΠΑΤΡΑ 1990

ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	156
----------------------	-----

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Σε κάποιο μπιστρό της Μονμάρτης υπάρχει η ακόλουθη επιγραφή: "Λένε πως το πιωτό είναι ένας αργός θάνατος. Σκοτούρα μας! Δεν βιαζόμαστε!"

Η επιγραφή αυτή έχει γραφτεί περίπου στον Μεσαίωνα και παρ'όλο που έχουν περάσει τόσα χρόνια το πιωτό εξακολουθεί να είναι ένας αργός θάνατος και η κοινωνία μας είναι ανεκτική σ'αυτές που ονομάζουμε νόμιμες τοξικές ουσίες όπως είναι το αλκοόλ.

Ανησυχητικές διαστάσεις έχει πάρει τα τελευταία χρόνια στη χώρα μας. Χτυπάει κυρίως τη νεολαία, που όλο και περισσότερο αναζητά "λύσεις" στους τεχνιτούς παραδείσους. ]

Αυτό ήταν και το ερέθισμα που μας οδήγησε να ασχοληθούμε με το πρόβλημα του αλκοολισμού.

Η διεθνής βιβλιογραφία, η σχετική με τον αλκοολισμό και τα προβλήματά του είναι πλουσιότατη και συνεχώς ενημερώνεται. Αντίθετα στην Ελλάδα δεν συμβαίνει το ίδιο, αφού η βιβλιογραφία για το θέμα αυτό είναι πάρα πολύ φτωχή και ποτέ δεν δόθηκε η ανάλογη σημασία στον τομέα της έρευνας, παρά μόνο τα τελευταία χρόνια.

Γι'αυτό σαν οπουδαστές ευαισθητοποιηθήκαμε από την αύξηση των αλκοολικών στη χώρα μας και αποφασίσαμε η πτυχιακή μας εργασία να έχει σαν θέμα της τον αλκοολισμό. Δώσαμε ιδιαίτερη έμφαση στην νεαρή ηλικία και κάναμε μια έρευνα για να δούμε πως αντιμετωπίζει η ηλικία αυτή το πρόβλημα του αλκοολισμού.

Τα τελευταία χρόνια, εξαιτίας της ελεύθερης διακίνησης ιδεών, της ξενομανίας, της ψυχικής μοναξιάς, της παραλυσίας των ηθών και της ανεργίας, οι νέοι οδηγούνται σε αρνητικούς τρόπους ψυχαγωγίας, που είναι απόπειρες φυγής από την αποσαθρωμένη κοινωνία.

Ο αλκοολισμός είναι μια ύπουλη απειλή , που απλώνεται αργά αλλά σταθερά , χωρίς "τυμπανοκρουσίες" , με πολύ όμως καταστρεπτικά αποτελέσματα για την υγεία των ανθρώπων και με μεγάλο οικονομικό κόστος , όταν πλέον αποφασίσουμε να τον αντιμετωπίσουμε .

Επιχειρήσαμε αυτή τη μικρή έρευνα στην περιοχή της Πάτρας και πήραμε δείγματα από τυχαίο πληθυσμό νέων , για να δούμε αν υπάρχει αύξηση της αλκοολοκατανάλωσης και σε ποιά ποσοστά κυμαίνεται .

Πιστεύουμε , με την προσπάθεια που καταβάλλαμε για την συγγραφή αυτής της πτυχιακής εργασίας και με τις γνώσεις που αποκτήσαμε δουλεύοντας πάνω σ'αυτή , να μπορέσουμε κι εμείς να βοηθήσουμε έστω και λίγο όσους αντιμετωπίζουν , ή για να μην αντιμετωπίσουν αυτό το πρόβλημα .

Θέλουμε να ευχαριστήσουμε τον κ. Δετοράκη για την επίβλεψη και την βούθειά του στην υλοποίηση αυτής της ιδέας .

Τον κ. Κονδάκη που προσφέρθηκε και μας βοήθησε σε θέματα κομπιούτερ .

Την κ. Νάνου και την κ. Παπαδημητρίου και όλους τους καθηγητές μας που μας βοήθησαν με την διδασκαλία τους να φτάσουμε και εμείς στο πτυχίο αυτής της σχολής που λέγεται Νοσηλευτική και στην αφετηρία της επαγγελματικής μας καριέρας , ώστε να προσφέρουμε την βοήθειά μας στο κοινωνικό σύνολο , σε ένα πολύ δύσκολο χώρο , που αφορά την ισορροπία της ψυχικής και σωματικής υγείας .

Ευχαριστούμε

Ι. Αϊνατζίδου

Σ. Αναχνώστου

Β. Γκαβού

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	1
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	5
ΜΕΡΟΣ Α'	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 <sup>ο</sup>	
•1.1 Ιστορία του αλκοολισμού.....	6 ✓
1.2 Οι διαστάσεις του προβλήματος.....	9 ✓
•1.3 Αίτια του αλκοολισμού.....	10 ✓
1.4 Όρτισμός: εξάρτηση.....	14 ✓
•1.5 Τύποι αλκοολικών.....	15 ✓
1.6 Κοινωνικό κόστος.....	16 ✓
1.7 Αλκοόλ και εργασία.....	18
1.8 Αλκοόλ και ατυχήματα.....	21
1.9 Αλκοολισμός και γυναίκα.....	22
1.10 Αλκοολισμός και εγκυμοσύνη.....	23
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 <sup>ο</sup>	
•2.1 Πόσο χρόνο παραμένει το αλκοόλ στον ανθρώπινο οργανισμό;.....	26 ✓
•2.2 Απορρόφηση και μεταβολισμός αιθυλικής αλκοόλης.....	26
2.3 Αλκοόλ και δηλητηριώδεις ουσίες.....	27
2.4 Αλκοολισμός και φυσικές επιδράσεις.....	28
2.5 Αλκοόλ - Αισθήσεις - ΚΝΣ.....	30
•2.6 Τα στάδια του αλκοολισμού.....	32 ✓
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 <sup>ο</sup> ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΤΟΥ ΑΛΚΟΟΛ ΣΤΟΝ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟ.	
3.1 Γαστρεντερικός σωλήνας.....	35
3.2 Πάγκρεας.....	35
3.3 Ηπαρ.....	36
3.4 Καρδιαγγειακό σύστημα.....	37
3.5 Μυϊκό σύστημα.....	38
3.6 Νευρικό σύστημα.....	38
1. Επίδραση στο μεταβολισμό.....	38 ✓
2. Αλκοολογικά νευρολογικά σύνδρομα.....	40
i. Νόσοι απότοκοι τοξικής δράσης του αινοπνεύματος.....	41
ii. Αλκοολικά σύνδρομα που οφείλονται σε στέρση θρεπτικών ουσιών.....	51
iii. Αλκοολικά σύνδρομα με ασαφή παθογένεια.....	55
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 <sup>ο</sup> ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΥ.	
4.1 Αποτοξίνωση αλκοολικού , φαρμακευτική αντιμετώπιση.....	58 ✓
4.2 Θεραπευτική αντιμετώπιση του εθισμού.....	60 ✓
4.3 Πίνακας σύγκρισης των χαρακτηριστικών της κλασικής ψυχοθεραπείας και της Ομάδας Αυτοβοήθειας.....	61
4.4 Πρόταση ειδικού θεραπευτικού προγράμματος σε κλινική.....	62
4.5 Δύο περιπτώσεις αλκοολοεξαρτόμενων ατόμων.....	65

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5<sup>ο</sup>

5.1 Η πρόληψη των προβλημάτων που σχετίζονται με το αλκοόλ.....	68
5.2 Διαφώτιση .....	70
5.3 Πίνακας I. Ασφαλείς κανόνες πόσης.....	75
5.4 Πίνακας II. "Τώρα που σταμάτισες να πίνεις.".....	76

## ΜΕΡΟΣ Β'

ΕΡΕΥΝΑ.....	77
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΑ.....	82
ΠΙΝΑΚΕΣ.....	88
ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ	
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ .....	96

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ.

### ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΥ.

Αλκοολισμός είναι το σύνολο των διαταραχών του οργανισμού τις οποίες προκαλεί η κατάχρηση και η κατ'επανάληψη χρήση του οινοπνεύματος.

Η λέξη AL-COHOL είναι αραβική και σημαίνει λεπτό. Τον όρο "Αλκοολισμός" επινόησε ο καθηγητής της Στοκχόλμης MAGNUS HUSS το 1852 για να χαρακτηρίσει το σύνολο των αποτελεσμάτων που προκαλούνται από την αλκοολική δηλητηρίαση του νευρικού συστήματος.

Ο αλκοολισμός ή οινοπνευματίαση είναι η σοβαρότερη και περισσότερο διαδομένη τοξικομανία.

Η δηλητηρίαση την οποία ονομάζουμε αλκοολισμό δεν οφείλεται μόνο στην αιθυλική αλκοόλη ( $C_2H_5OH$ ), αλλά και σε άλλες ουσίες τις οποίες περιέχουν τα διάφορα ποτά, στα αιθέρια έλαια, στα διάφορα άλατα, στους εστέρες και σε κατώτερες αλκοόλες οι οποίες περιέχονται στο ακάθαρτο οινόπνευμα.

Σαν αλκοολικός τέλος, χαρακτηρίζεται κάποιος που πίνει καθημερινά 2 γραμμάρια αιθυλική αλκοόλης ανά χιλιόγραμμο βάρους του σώματος. Δηλαδή για ένα μέσο σωματικό βάρος 60 κιλών, η ποσότητα αυτή ανέρχεται σε 120 γραμ. αιθυλικής αλκοόλης που αντιστοιχούν σε 1 λίτρο κρασί ή 300 κυβικά εκατοστά κονιάκ. Όμως οι μελέτες επισημαίνουν τους κινδύνους και από την μικρή κατανάλωση αλκοολούχων ποτών.

Σαν επακόλουθο της χρήσης του αλκοόλ είναι πολλές διαταραχές του οργανισμού όπως θα δούμε πιο κάτω, και όχι σπάνια, ο θάνατος.

## ΜΕΡΟΣ Α'

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup>

#### 1.1 Η ΙΣΤΟΡΙΑ ΤΟΥ ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΥ

Οι ουσίες που προκαλούν εθισμό , όπως το αλκοόλ, η κοκαΐνη, το όπιο, έχει αποδειχθεί ότι ήταν γνωστές από την προϊστορική και νεολιθική εποχή. Πολλοί υποστηρίζουν ότι η παραγωγή κρασιού γίνεται εδώ και 4000 έως 5000 χρόνια.

Η χρήση του αλκοόλ αναφέρεται επίσης στην Παλαιά Διαθήκη και σχετίζεται με ντροπή και δυστυχία. "Και ήρξατο Νώε , άνθρωπος γεωργός γης και εφύτευσεν αμπελώνα. Και έπιεν και του οίνου και εμεθύσθη και εχυμνώθη εν τω οίνω αυτού". Ηπιε λοιπόν ο Νώε από το κρασί και εμέθυσε και εχυμνώθηκε χωρίς να το αντιληφθεί. Στην Καινή Διαθήκη το κρασί ήταν φυσικό προϊόν της Παλαιστίνης και το χρησιμοποιούσαν οι Ιουδαίοι στις γιορτές τους. Ο Ιησούς Χριστός αποκαλεί τον εαυτό του άμπελον και ευλογεί το κρασί στο γάμο της Κανά. Το κρασί στο Χριστιανισμό συμβολίζει το αίμα του Χριστού το οποίο όταν το πίνεις σου προσφέρει φυσική ευφροσύνη. "Και οίνος ευφραίνει καρδίαν ανθρώπου".

Οι Εβραίοι ιατροί χρησιμοποιούσαν το κρασί για τα τραύματα. Το ίδιο έκαναν και οι αρχαίοι Έλληνες και Ρωμαίοι.

Στην αρχαία Ελλάδα αναφέρονται συχνά συνήθειες οινοποσίας από Έλληνες συγγραφείς όπως τον Όμηρο και τον Πλάτωνα. Ο Διόνυσος και ο Βάκχος ήταν οι θεοί του κρασιού. Είναι γνωστές οι γιορτές που γινόντουσαν προς τιμή του Διόνυσου τα λεγόμενα "Διονύσια" όπου γινόταν μεγάλη χρήση κρασιού. Ο Θεογένης τάσσειται εναντίον της χρήσης κρασιού , ενώ κατά των Πλάτωνα επιτρεπόταν η χρήση κρασιού επ'όσον αναμιγνυόταν με νερό , διαφορετικά το θεωρούσαν βαρβαρικό έθιμο. Ο Πλάτωνας βλέποντας την κακή επίδραση της μέθης των γονιών στα παιδιά τους , έλεγε ότι τα παιδιά των μέθυσων γίνονται συνήθως φιλοπότες.



Σύμφωνα με τον Ηρόδοτο η υπερβολική χρήση αλκοόλ ήταν διαδεδομένη σε όλη την Ελλάδα όπως επίσης και η αρχαία ελληνική ιατρική γνώριζε θεραπευτικούς τρόπους αντιμετώπισης κατά του αλκοολισμού. } *ΕΙΩ*

Η σπαρτιατική κοινωνία θεωρούσε την μέθη πολύ υποτιμητική. Στις πρώτες μέρες της Ρωμαϊκής αυτοκρατορίας οι άνδρες κάτω των τριάντα και οι γυναίκες όλων των ηλικιών απαγορεύονταν να πίνουν κρασί εκτός αν έκαναν θυσίες. Στην Ρώμη ο αλκοολισμός έφερε ολέθρια αποτελέσματα και συντέλεσε στην εξαφάνιση του ισχυρότερου κράτους της Ρωμαϊκής αυτοκρατορίας. Ο Ρωμαίος λόγιος Domitius Ulpianus (170 μ.Χ. έως 228 μ.Χ.) σε νομικά του συγγράμματα αναφέρει τον αλκοολικό σαν ψυχαπαθή. Σε ένα κείμενό του ονομάζει τον αλκοολικό παράφρων και σπάταλο από τον οποίο αφαιρούνται τα περιουσιακά του κτήματα και αγαθά τα οποία νόμιμα πιά διαχειρίζονται οι συγγενείς.

Αντίθετα από τους αρχαίους Έλληνες, οι Βυζαντινοί έπιναν ανόθευτο κρασί. Χαρακτηριστικά αναφέρεται πως ο αυτοκράτορας Λέων ο ΣΤ' ο Σοφός διέταξε στα τέλη του 9<sup>ου</sup> μ.Χ. να τιμωρούνται αυστηρά οι ταβέρνες που στην προσπάθειά τους να κερδίσουν περισσότερα νόθευαν το κρασί.

Η κατάχρηση οινοπνευματωδών ποτών σε ορισμένες εποχές σε διαφορετικούς λαούς έχει κυματοειδή άνοδο. Για παράδειγμα ο αλκοολισμός παρουσίασε βόρεια των Άλπεων, για πρώτη φορά πρόβλημα τον 16<sup>ο</sup> αιώνα, ενώ στη Αμερική στην εποχή των αποικισμών έγινε μαζικό φαινόμενο. Στην Αμερική μεταδόθηκε η οινοποσία από τους πρώτους Γάλλους εξερευνητές. Στον κόλπο της Νέας Υόρκης, οι ντόπιοι Ινδιάνοι όταν συναντήθηκαν με τους Άγγλους ναυτικούς έκαναν την πρώτη τους γνωριμία με τα μεθυστικά ποτά και από τότε η μικρή τους πόλη MANAHACHTOWICK μετονομάστηκε από τους λευκούς σε MANHATAN που στα ινδιάνικα σημαίνει "η πόλη που είναι όλοι μεθυσμένοι".

Το 1516 γράφεται το πρώτο δημοσίευμα κατά του αλκοολισμού, τίτλος "Έλεγχια κατά της οινοποσίας" το οποίο πιθανολογείται ότι

συντάσσεται από τον Eobanus Hessus.

Την εποχή της εκβιομηχάνησης σε συνάφεια με το μετασχηματισμό της κοινωνικής δομής εμφανίστηκε γοργά μια άνοδος του αλκοολισμού που το 1845 από τον Friedrich Engels και αργότερα από τον Rudolf Virchow εξιστορείται ως αλκοολική αθλιότητα ανάμεσα στους Άγγλους και τους Γερμανούς ημερομισθίους εργάτες.

Για πρώτη φορά το 1784 διατυπώθηκε στην Αμερική η πορεία ασθένειας του αλκοολισμού από τον Benjamin Rash. Ενώ στην Ευρώπη το 1788 από τον Thomas Trotter, ο οποίος το 1804 δημοσίευσε ένα βιβλίο περί ιατρικές, φιλοσοφικές και χημικές απόψεις για την οινοποσία και τα αποτελέσματα που παρουσιάζει στον ανθρώπινο οργανισμό. Ο Thomas Trotter στο βιβλίο του ταύτισε την τάση προς οινοποσία με πνευματική ανωμαλία (φρενοπάθεια).

Στα μέσα του 19<sup>ου</sup> αιώνα άρχισαν να γίνονται εντατικές θεραπευτικές προσπάθειες για τους αλκοολοεξαρτούμενους. Επειδή ο αλκοολισμός εθεωρείτο η αιτία για πολλαπλές φρενοπάθειες και η αλκοολοεξαρτούμενοι ήταν οι μοναδικοί ψυχοπαθείς ασθενείς που πραγματικά μπορούσαν να θεραπευθούν, ασχολήθηκαν με αυτούς πολλοί σπουδαίοι ψυχίατροι της εποχής εκείνης, με θεωρητικές απόψεις της παθογένεσης του αλκοολισμού κυρίως όμως με προφυλακτικές και θεραπευτικές μεθόδους.

Στην Ελλάδα το 1903 με εισήγηση του ψυχιάτρου Δρ. Βλαβιανός δημιουργείται η Πανελλήνια Αντιαλκοολική Αδελφότητα.

Το 1952 υπό την αιγίδα του Δρ. Ποταμιανού ιδρύθηκε ο πρώτος οργανισμός εναντίον του αλκοολισμού που ονομαζόταν "Χριστιανικός Σύνδεσμος Γυναικών" και απέβλεπε στην ηθική βελτίωση του ανθρώπου. Το 1957 ο Δρ. Ποταμιανός ίδρυσε μια νέα οργάνωση την Πανελλήνια Αντιαλκοολική Σταυροφορία η οποία έδωσε περισσότερη έμφαση στο πρόβλημα παρά στην ηθική επίπτωση. Με τους αγώνες της Π.Ε.Α.Σ. η εκκλησία της Ελλάδος καθιέρωσε την Κυριακή του Ασώτου Υιού σαν ημέρα αντιαλκοολικής εκστρατείας.

## 1.2 ΟΙ ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΤΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ

Υπάρχουν επιδημιολογικές μέθοδοι μελέτης του προβλήματος στο γενικό πληθυσμό και ορισμένοι δείκτες όπως η κατά κεφαλή κατανάλωση καθαρού αλκοόλ, τα ποσοστά τροχαίων ατυχημάτων, εισαγωγών σε ψυχιατρεία και Νοσοκομεία για προβλήματα σχετιζόμενα με το αλκοόλ. Μεταξύ 1960-1972 η παγκόσμια παραγωγή κρασιού αυξήθηκε κατά 29%, των οινοπνευματωδών 61% και της μπίρας κατά 68%. Σε πολλές επίσης χώρες που περιλαμβάνεται και η Ελλάδα αυξήθηκε η κατά κεφαλή κατανάλωση καθαρού αλκοόλ από 100% έως 500%. Στην Αγγλία, Ουαλία και Αυστραλία μεταξύ 1949 και 1974 αυξήθηκαν κατά 70% οι θάνατοι από ηπατική κίρρωση. Στη Γαλλία 7% του πληθυσμού έχει υπολογιστεί ότι καθημερινά καταναλώνει ποσότητα οινοπνευματωδών που περιέχει 200ml εθανόλης. Η θνησιμότητα από ηπατική κίρρωση στη Γαλλία το 1974 ανήλθε στα 32,8 ανά 100.000 άτομα, στις Η.Π.Α. στα 15,8, στην Ιταλία στα 31,9 ενώ στην Ελλάδα στα 13,0 άτομα. Τα ποσοστά του Αλκοολισμού στις Η.Π.Α. σε παλαιότερες εκτιμήσεις ανέρχονται σε 4390 ενήλικα άτομα ανά 100.000 ενήλικους κατοίκους. Στη χώρα μας μεταξύ 1970 και 1984 η κατά κεφαλή κατανάλωση καθαρής εθανόλης σε λίτρα παρουσίασε μια αύξηση 15,2%.

Συγκριτικά η κατά κεφαλή κατανάλωση εθανόλης στις Η.Π.Α. το 1976 ήταν 8,1, στη Σουηδία 5,9, στην Πολωνία 10,8, στην Ιταλία 12,7 και στην Γαλλία 16,5. Πρόσφατη πανελλήνια συγχρονική (Cross sectional) έρευνα σε 4300 νοικοκυριά της χώρας μας με προσωπική συνέντευξη από την Ψυχιατρική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών έδειξε ότι το 25,8% των εφήβων 12-17 ετών ανέφεραν μια συστηματική κατανάλωση αλκοόλ, ενώ στην ομάδα ηλικιών 18-24 το 14%. Ένα ποσοστό 1,8 των εφήβων 12-17 ετών ανέφεραν ότι είχαν εμπειρίες μέθης πάνω από 19 φορές σε όλη τη διάρκεια της ζωής τους. Στις άλλες ηλικίες ένα ποσοστό 10-18% του δείγματος (η διακύμανση είναι ανάλογη των ηλικιών) είχαν ανάλογες εμπειρίες μέθης. Το 12,6% των ανδρών και το 2,5% των γυναικών του συνολικού δείγματος ανέφεραν δύο ή περισσότερα προβλήματα με την οικογένεια, τους φίλους, την εργασία, την

ψυχική ή τη σωματική υγεία , εξ' αιτίας της συστηματικής χρήσης αλκοόλ. Τα άτομα αυτά βρέθηκαν να εμφανίζουν μεγαλύτερο αριθμό αριθμό ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων άγχους και κατάθλιψης σε μια ειδική κλίμακα ανίχνευσης άγχους καταθλιπτικών και ψυχοσωματικών συμπτωμάτων. Από άλλη επιδημιολογική μελέτη της Ψυχιατρικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών γύρω από τη νοσηλευτική νοσηρότητα για εξάρτηση από αλκοόλ σε όλα τα ψυχιατρικά καταστήματα της χώρας μας , δημόσια και ιδιωτικά , προέκυψε ότι το 1978 και το 1981 νοσηλεύθηκαν 18 και 17 άνδρες αντίστοιχα στους 100.000 , αλλά μόνο 1,8 και 2,1 γυναίκες αντίστοιχα. τα ποσοστά αυτά αυξάνονται σημαντικά στους κατοίκους της ευρείας περιοχής Αθηνών.

Η μέση ηλικία των νοσηλευθέντων ανδρών και γυναικών το 1981 ήταν μικρότερη από εκείνη των νοσηλευθέντων το 1978 που μπορεί να ερμηνευτεί ότι περισσότερα νεότερα άτομα εμφανίζουν σοβαρά προβλήματα από την κατάχρηση και την εξάρτηση από το αλκοόλ στη χώρα μας. Παράλληλα μεταξύ 1971 και 1980 υπήρξε μια αύξηση +34% στα τροχαία ατυχήματα που οφείλονται σε κατάχρηση αλκοόλ ή μέθη. Μεταξύ 1971 και 1981 αυξήθηκαν οι νοσηλευθέντες για ηπατική κίρρωση , σύμφωνα με την ΕΣΥΕ , σε ποσοστό +32% , με αντίστοιχη τη μείωση των νοσηλειών για ηπατίτιδα. Από το στοιχείο αυτά πού ίσως εκφράζουν ένα μόνο μέρος των Διαστάσεων των προβλημάτων που οφείλονται στο αλκοόλ φαίνεται ότι η κατάχρηση του αλκοόλ και τα συνακόλουθα προβλήματα , αποτελούν ένα απ' τα πλέον σοβαρά προβλήματα σε πολλές χώρες ανεπτυγμένες ή αναπτυσσόμενες και στη χώρα μας.

### 1.3 ΑΙΤΙΑ ΤΟΥ ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΥ

Πολλά είναι τα αίτια που ωθούν ένα άτομο στην κατάχρηση οινοπνευματωδών ποτών. Αναντίρρητα τόσο η κοινωνική τάξη όσο και η οικονομική κατάσταση όπως και η προσωπικότητα , ωθούν τα άτομα στην χρήση του αλκοόλ για να δώσουν διέξοδο στα προβλήματα της καθημερινότητας. Χαρακτηριστικά ο WALL T.H έλεγε ότι το ποτό

οδηγεί σε ένα κόσμο μακαριότητας σε σημείο να νιώθεις σαν νήπιο. Χιλιάδες είναι οι ύμνοι από φιλόσοφους και απλούς ανθρώπους και πλήθος τραγούδια έχουν γραφεί για το κρασί. Εξάλλου πολλές αλκοολικές παραδόσεις και έθιμα συντηρούνται ακόμα και σήμερα.

Στις περισσότερες πόλεις τα αλκοολούχα ποτά είναι προσιτά στους ενήλικους σε απεριόριστες ποσότητες, όμως μόνο ένα σχετικά μικρό ποσοστό του πληθυσμού καταναλώνουν αλκοόλ σε μεγάλες ποσότητες ώστε να μπορούμε να μιλάμε για αλκοολικούς.

Εδώ ακριβώς θέτουμε το ερώτημα:

"γιατί δεν γίνονται αλκοολικοί όλοι όσοι έρχονται σε επαφή με το αλκοόλ;"

Οι μέχρι τώρα πολλαπλές έρευνες που έχουν γίνει δεν έδωσαν μια ξεκάθαρη απάντηση στο παραπάνω ερώτημα. Υπάρχουν όμως πολλές θεωρίες που εξετάζουν κάτω από ποιές συνθήκες γεννιέται ο αλκοολισμός και ξεχωρίζουν οι κυριότερες, οι οποίες ενεργούν ως ένα δυναμικό σύμπλεγμα.

- A. Κοινωνιολογικές συνθήκες.
- B. Ψυχολογικές συνθήκες.
- Γ. Φυσιολογικές συνθήκες.

#### A. i. Κοινωνιολογικές συνθήκες.

Από κοινωνιολογικής απόψεως μπορεί η εκάστοτε κουλτούρα να επηρεάσει τη διάσταση που θα πάρει ο αλκοολισμός μέσα στην κοινωνία με τους παρακάτω τρόπους:

- Εξασκώντας επιρροή πάνω στο βαθμό της εσωτερικής έντασης και την προσαρμογή της σε ανάγκες του πληθυσμού.
- Επιδρώντας πάνω στη στάση που θα πάρει η κοινωνία πάνω στον αλκοολισμό.
- Με την προετοιμασία για να αναπλήρωση άλλων μέσων ικανοποίησης.

Από άποψη στάσης απέναντι στον αλκοολισμό ξεχωρίζουν οι εξείς τύποι κουλτούρας:

1. Κουλτούρες εγκράτειας ή αντιαλκοολικές κουλτούρες: Απαγορεύεται αυστηρά η κατανάλωση αλκοολούχων ποτών (π.χ. στο Ισλάμ).
2. Αντιφατικές κουλτούρες (Ambivalenz): Σύγκρουση της συνύπαρξης των εσωτερικών συναρθρώσεων (δομής) της κοινωνίας έναντι στον αλκοολισμό. Η πώληση και η κατανάλωση του αλκοόλ υπόκειται σε διαφορετικούς και τοπικούς τρόπους περιορισμού. Ανάμεσα στους αλκοολικούς βρίσκονται ένα μεγάλο ποσοστό από χρόνιους αλκοολικούς και αλκοολικούς με διαταραχμένη προσωπικότητα. Ενώ ο σταθερός εθιμικός πότης δεν υπάρχει πια και κυριαρχεί το δυνατό αλκοόλ.
3. Κουλτούρες που επιτρέπουν ελεύθερα το αλκοόλ: Σ' αυτές χορηγείται το αλκοόλ αλλά απορρίπτετε η μέθη και οι άλλες παθολογικές εμφανίσεις της οινοποσίας (π.χ. στις περισσότερες μεσογειακές και οινοπαραγωγικές χώρες). Εδώ ο περισσότερος πληθυσμός πίνει , λίγοι όμως μεγάλες ποσότητες.
4. Και τέλος υπάρχουν οι κουλτούρες που εξαλείφονται πια, στις οποίες όχι μόνο επιτρέπετε η μέθη , αλλά και η υπερβολική και παθολογική οινοποσία.

ii. Επάγγελμα και κοινωνικό , οικογενειακό περιβάλλον.

Πολλά άτομα με συγκεκριμένα επαγγέλματα έχουν μια κλίση προς την αλκοολοκατανάλωση , σε μεγαλύτερο όμως κίνδυνο βρίσκονται τα άτομα των οποίων τα επαγγέλματα έρχονται σε τακτική επαφή με οινοπνευματώδη ποτά.

Από έρευνες που έχουν γίνει (στην Κεντρική Ευρώπη) αναφέρεται ότι οι άνδρες αλκοολικοί είναι διαμερισμένοι σε όλα

τα κοινωνικά στρώματα. Αντίθετα με τις γυναίκες-αλκοολοεξαρτώμενες το μεγαλύτερο ποσοστό εμφανίζεται στην υψηλή κοινωνική τάξη.

Από έρευνες που έχουν γίνει στη Δ.Γερμανία σε παιδιά αλκοολικών που αποχωρίστηκαν νωρίς από τους γονείς τους σε σύγκριση με παιδιά μη αλκοολικών γονιών τα οποία επίσης μεγάλωσαν σε κάποιο κοινωνικό ίδρυμα, δεν έδειξαν διαφορά κατανάλωσης στο αλκοόλ είτε κατάχρηση αλκοόλ στην παραπέρα ζωή τους σύμφωνα με υποθετικές θεωρίες και για τις δύο ομάδες.

Η οικογένεια και το κοινωνικό περιβάλλον έχουν ιδίως προφυλακτική σημασία για το αν κάποιος θα γίνει αλκοολικός ή όχι.

#### B. Ψυχολογικές συνθήκες

Το αίτιο που γίνεται παραδεκτό από πολλούς μελετητές είναι η μειονεκτική ιδιοσυγκρασία του ατόμου στην οποία περιλαμβάνεται μια ειδική προδιάθεση. Οι αλκοολικοί συχνά είναι ψυχοπαθητικές προσωπικότητες, καταθληπτικοί που ζητούν στο οινόπνευμα ανακούφιση. Το αίσθημα κατωτερότητας και η τάση του ατόμου να ξεφύγει από δυσάρεστες καταστάσεις το ωθούν στη χρήση του αλκοόλ. Οι κάθε είδους ανησυχίες, δυσκολίες, αγωνίες και φόβοι ξεχνιούνται και αντικαθιστούνται από μια ευχάριστη διάθεση.

Ο Freud θεωρούσε ότι το αλκοόλ παλινδρομεί τη σκέψη μέσα στα πλαίσια διαφυγής από την πραγματικότητα. Ο Menninger θεωρούσε τον αλκοολισμό ως ένστικτο αυτοκαταστροφής.

Η εξάρτηση από το αλκοόλ θεωρήθηκε επίσης ως ασυνείδητη ενόρμηση για την αυτοκαταστροφή. Όλοι οι ψυχαναλυτές συμφωνούν ότι κατά την παιδική ηλικία η προσωπικότητα του αλκοολικού έχει μεγάλες ανάγκες ικανοποίησης.

Οι μεθησιακές θεωρίες βασίζονται στην εγκατάσταση ενός αντανakλαστικού ενίσχυσης της δράσης του αλκοόλ ως αγχολυτικού.

## Γ. ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΣΥΝΘΗΚΕΣ

Οι φυσιολογικές θεωρίες , θεωρούν ότι οι μεταβολικοί μηχανισμοί πρέπει να ενοχοποιούνται στο μεταβολισμό του αλκοόλ. Έτσι ισώς ερμηνεύονται τα υψηλά ποσοστά αλκοολισμού σε ορισμένες εθνότητες π.χ. Ινδιάνοι των Η.Π.Α.

Η κληρονομικότητα επιβαρύνει πολλές φορές τα άτομα με μια νευρωτική διάθεση και τάση. Τόσο οι μελετητές του Ουίνκοκερ στη Β. Αμερική , όσο και οι έρευνες του Γκούντγουϊκ στην Δανία με αλκοολικούς αρρώστους που υιοθετήθηκαν στην βρεφική ηλικία από μη αλκοολικούς γονείς δείχνουν μια ισχυρή κληρονομική τάση , ιδιαίτερα στον αλκοολισμό που αναπτύσσεται μετά τα τριάντα.

Ένα ακόμα αίτιο αλκοολισμού - φυσικό αίτιο θα μπορούσαμε να πούμε - είναι το ψυχρό κλίμα στο οποίο ζει κάποιος. Αυτά τα άτομα που ζουν σε ψυχρά κλίματα είναι περισσότερο εκτεθειμένα στον αλκοολισμό από τα άτομα που ζουν σε θερμά κλίματα. Κι αυτό γιατί το ψύχος προτρέπει την μεγαλύτερη χρήση οινοπνεύματος σαν θερμαντικό μέσο. Έτσι μπορεί να φτάσει κανείς γρήγορα από την χρήση στην κατάχρηση.

### 1.4 ΟΡΙΣΜΟΣ : ΕΞΑΡΤΗΣΗ

Ο όρος Εθισμός (Addiction) αναφέρεται σε καταστάσεις εξάρτησης από ουσίες χωρίς να διαχωρίζει την ψυχολογική από τη σωματική εξάρτηση. Επειδή παραδοσιακά υποσημαίνει μια αδυναμία της ηθικής και μέσα στα πλαίσια της παράκαμψης αυτής της χροιάς στη σημασία του όρου "Εθισμός" η Π.Ο.Υ. έχει προτείνει να αντικατασταθεί ο όρος αυτός με τον όρο "εξάρτηση από ουσίες" , αποδεκτό από πολλούς πολιτισμούς και κοινωνίες.

Ως εξάρτηση από ουσίες θεωρούμε :

1. Την Φυσική (Σωματική) εξάρτηση που είναι μια κατάσταση κατά την οποία το σώμα έχει προσαρμοσθεί με την ύπαρξη σ'αυτό μιας ουσίας , έτσι ώστε όταν αυτή παύσει να



υπάρχει , να εμφανίζονται σωματικά συμπτώματα από την στέρηση της ουσίας αυτής που συνήθως περιλαμβάνουν την δυσθυμία και τον πόνο , και

2. Την ψυχολογική εξάρτηση που είναι μία κατάσταση που χαρακτηρίζεται από συναισθηματική και ψυχική ενασχόληση με τις δράσεις της ουσίας και επίσης με την έντονη επιθυμία για την λήψη της από το εξαρτημένο άτομο.

### 1.5 ΤΥΠΟΙ ΑΛΚΟΟΛΙΚΩΝ.

Τα άτομα που καταναλώνουν αλκοόλη έχουν κατηγοροποιηθεί σε τέσσερις τύπους:

1. στους κοινωνικούς πότες.
2. στους επεισοδιακά υπερβολικούς πότες.
3. στους προοδευτικά υπερβολικούς πότες.
4. στους χρόνιους αλκοολικούς.

Η διαίρεση αυτή δεν διευκολύνει την διάκριση των παθολογικών καταστάσεων από την εξάρτηση από το αλκοόλ. Μία πρόσφατη διαίρεση της Αμερικάνικης Ψυχιατρικής (εταιρίας των διαταραχών από την χρήση του οινοπνεύματος) διακρίνει δύο κατηγορίες

α) την κατάχρηση αλκοόλ που είναι:

1. η ανάγκη μίας καθημερινής χρήσης αλκοόλ για την επαρκή λειτουργία του ατόμου , και
2. η έκπτωση της κοινωνικής ή επαγγελματικής λειτουργίας του ατόμου.

β) Την εξάρτηση από αλκοόλ που διακρίνεται στο παθολογικό τύπο χρήσης αλκοόλ στην έκπτωση της κοινωνικής ή επαγγελματικής λειτουργίας του ατόμου ή στην ανοχή απέναντι στο αλκοόλ ή στο στερητικό σύνδρομο.

Κατά έναν άλλο πρωτοποριακό ψυχαναλυτή , τον Ρόμπερτ Νάλτ , που μελέτησε το πρόβλημα στην κλινική Μένιλιγκερ , αναφέρει δύο

τύπους αλκοολισμού τουλάχιστον στους άνδρες.

1. ο ουσιώδης.
2. ο αντιδραστικός.

Ο πρώτος τύπος εμφανίζεται σε νεότερη ηλικία. Είναι συνήθως πολυσυμπτωματικός, συνοδεύεται από σοβαρά προβλήματα συμπεριφοράς και ανταποκρίνεται δύσκολα στην θεραπεία.

Ο δεύτερος τύπος εμφανίζεται σε μια πιο ώριμη ηλικία όταν το άτομο έχει δημιουργήσει κάποια επαγγελματική και κοινωνική υπόσταση. Και όπως δηλώνει η ονομασία του υπάρχουν ενδείξεις ότι δημιουργείται ως αντίδραση σε κάποιο υπαρξιακό γεγονός, απώλεια αποτυχία ή δίλημμα.

Βασιζόμενος σε γενετικές μελέτες, ο Ουίνκερ με τους συνεργάτες του, περιέγραψε αρχότερα δύο κατηγορίες αλκοολισμού που στα κύρια χαρακτηριστικά τους σύμφωνα με τους δύο τύπους του Νάιτ:

- α) τον κοινωνιοπαθητικό αλκοολισμό που αντιστοιχεί στον ουσιώδη.
- β) τον πρωτοπαθή αλκοολισμό που αντιστοιχεί στον αντιδραστικό.

### 1.6 ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΚΟΣΤΟΣ.

Η χρήση αλκοόλης προκαλεί βασικά "κοινωνική νόσο με ιατρικές διαστάσεις". Το συνολικό πρόβλημα της αλκοόλης δεν μπορεί να εκτιμηθεί μόνο μέσα στα όρια των "καταχραφομένων" αλκοολικών αφού οι ζημιές που συσχετίζονται, έμμεσα ή άμεσα, με την χρήση της επεκτείνονται πολύ ευρύτερα από τα "προσωπικά όρια" του αλκοολικού. Έτσι τροχαία ατυχήματα, αυτοκτονίες, εγκληματικότητα, διάλυση οικογενειών, απόδοση στην δουλειά, σχετίζονται σημαντικά με την κατανάλωση αλκοόλης στην συγκεκριμένη κοινωνική ομάδα. Από το άλλο μέρος το κόστος της θεραπείας των προβλημάτων και ζημιών της αλκοόλης στις σημερινές

κοινωνίες απορροφάται από τον δημόσιο προϋπολογισμό , που σημαίνει πως όλοι συμμετέχουμε στην ζημιά. Το ζήτημα αυτό έχει πάρει επικίνδυνες διαστάσεις σε πολλά σύγχρονα κράτη. Μερικά μετέθρη είναι ενδεικτικά του προβλήματος σ' αυτές τις κοινωνίες. Στην Αγγλία η θεραπεία των βλαβών της αλκοόλης απορροφά μεγάλο μέρος του κρατικού προϋπολογισμού , ενώ στην Αμερική ξοδεύονται για τον ίδιο λόγο πάνω από 50 δισεκατομμύρια δολάρια τον χρόνο. Απο το άλλο μέρος , πάνω από 25000 θάνατοι το χρόνο στην Αμερική οφείλονται στην αλκοολική κύρρωση.

Έχει βρεθεί πως τα προβλήματα που προκαλεί η χρήση αλκοόλης σε μια κοινωνία παρουσιάζουν στενή σχέση με την "κατά κεφαλή κατανάλωση" καθαρής αλκοόλης. Οι "καταναλωτικές συνήθειες" καθορίζουν σε σημαντικό βαθμό το χαρακτήρα των προβλημάτων στην συγκεκριμένη κοινωνία. Έτσι, όταν η κατανάλωση έχει "αιχμές" στα Σαββατοκύριακα , τότε η αντικοινωνική συμπεριφορά , το έγκλημα και τα τροχαία ατυχήματα είναι οι προεξάρχουσες "επιπλοκές". Αντίθετα , όταν η κατανάλωση είναι πιο ισότιμη χρονικά , τότε η κύρρωση του ήπατος , οι βλάβες του εγκεφάλου κ.τ.λ. , είναι τα πιο συχνά προβλήματα.

Είναι αξιοσημείωτο πως, ενώ οι συνέπειες της αλκοόλης έχουν αναγνωρισθεί από πολλά χρόνια , η κατανάλωση παρουσιάζει ανοδική πορεία σε πολλές χώρες και κοινωνικές ομάδες. Οι λόγοι αυτού του φαινομένου δεν έχουν απόλυτα διευκρινισθεί και αποτελούν "θερμή" περιοχή έρευνας από κοινωνιολόγους , ψυχολόγους , βιολόγους , ψυχίατρους κ.τ.λ. Η απλοϊκή θέση πως πίνουμε για να απαλλαγούμε από το άγχος , δεν λέγεται ορθή αφού, η χρόνια χρήση δημιουργεί άγχος. Έτσι η αντιμετώπιση του προβλήματος δεν είναι δυνατό να έχει "αιτιολογική προσέλαση". Η μόνη , κατά συνέπεια , λύση είναι ο περιορισμός της κατανάλωσης μέσω της εκπαίδευσης αλλά , κατά κύριο λόγο , μέσω πολιτικών πράξεων. Στην χώρα μας ο κίνδυνος είναι "επί θύραις". Προ 10 ετών , από την άποψη κατανάλωσης η Ελλάδα βρισκόταν στην 20<sup>η</sup> θέση ανάμεσα στις ευρωπαϊκές χώρες, ενώ σήμερα κατέχει την 8<sup>η</sup> θέση. Εξάλλου αποτελεί καθημερινή εμπειρία πως τα προβλήματα της αλκοόλης

πολλαπλασιάζονται και εδώ επικίνδυνα .

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

### 1.7 ΑΛΚΟΟΛ ΚΑΙ ΕΡΓΑΣΙΑ

Πολυάριθμες μελέτες και στατιστικά δεδομένα αποδεικνύουν την στενή σχέση που υπάρχει ανάμεσα στο αλκοόλ , την απόδοση εργασίας , και τα εργατικά ατυχήματα.

Μετά τον δεύτερο παγκόσμιο πόλεμο, σε διάφορες χώρες, παρατηρήθηκε μία αύξηση στην κατανάλωση αλλά και στην κατάχρηση των οινοπνευματωδών ποτών. Και στην χώρα μας υπάρχει - και δυστυχώς επεκτείνεται συνεχώς - η κακή συνήθεια, να καταναλώνεται αλκοόλ λίγο πριν ή κατά την διάρκεια της εργασίας, που σε συνδιασμό με τις έντονες μηχανοποιημένες μεθόδους εργασίας της "εποχής" μας, "εγκυμονεί" σοβαρούς "κινδύνους" ατυχημάτων.

Συχνά υποστηρίζεται η άποψη ότι τα εργατικά ατυχήματα, τα οποία οφείλονται στην κατανάλωση οινοπνεύματος, είναι ελάχιστα. Στην πραγματικότητα όμως η άποψη αυτή είναι εσφαλμένη γιατί συνήθως σε περιπτώσεις ατυχημάτων ο παράγοντας "αλκοόλ" αποκρύπτεται για τους παρακάτω λόγους :

1. Οι περισσότεροι άνθρωποι δεν γνωρίζουν ότι και η ελάχιστη ακόμα ποσότητα οινοπνεύματος μπορεί να προκαλέσει ατύχημα.

2. Κανένας από αυτούς που παθαίνουν ατύχημα και που είναι παράλληλα ασφαλισμένος δεν επιθυμεί για ευνόητους λόγους να γίνει γνωστό ότι η αιτία, ή μία από αυτές , του ατυχήματος του ήταν το οινόπνευμα.

3. Οι δυνατότητες εφαρμογής της σπουδαιότερης μεθόδου προσδιορισμού του αλκοόλ στον ανθρώπινο οργανισμό σε περιπτώσεις εργατικών ατυχημάτων είναι, γενικά, περιορισμένες. Αμέσως μετά από ένα εργατικό ατύχημα, δίνεται προτεραιότητα στην αντιμετώπιση των επακόλουθων και στην παροχή των πρώτων βοηθειών στο άτομο που έπαθε το ατύχημα, το οποίο, αν βρισκόταν από πριν σε κατάσταση μέθης, τις περισσότερες φορές φαινομενικά ξεμεθά (δεν παρουσιάζει συμπτώματα μέθης μετά το ατύχημα). Έτσι πολλές φορές, είναι πρακτικά αδύνατο να αποδεικτεί εκ των υστέρων η λήψη οινοπνεύματος. Η μόνη περίπτωση να γίνει αυτό είναι όταν δεν έχει προλάβει να μεταβολισθεί όλο το οινόπνευμα που έχει καταναλώσει το άτομο. Ο ρυθμός μεταβολισμού του αλκοόλ στον ζώντα οργανισμό είναι 0,1 γραμμάρια ανά χιλιόγραμμο βάρους τού σώματος και ανά ώρα. Το στοιχείο αυτό είναι ιδιαίτερα πολύτιμο για τον προσδιορισμό της ακριβούς συκέντρωσης της αλκοόλης σε χρόνο προγενέστερο της δειγματοληψίας.

Χαρακτηριστική είναι η ακόλουθη περίπτωση (πηγή: Κρατικό κέντρο ασφαλειών ατυχημάτων Ελβετίας - SUVA) : Σε ένα εργοτάξιο κατά την εκφόρτωση μεταλλικών ελασμάτων, ένας εργάτης τραυματίστηκε σοβαρά στον αριστερό πήχυ του χεριού. Σχεδόν όλοι οι τέντονες αλλά και η κερκιδική αρτηρία, κόπηκαν στο ύψος του καρπού. Κανένας δεν αντιλήφθηκε ότι ο εργάτης είχε καταναλώσει αλκοόλ. Αυτό έγινε αντιληπτό στο νοσοκομείο από την χαρακτηριστική οσμή της εκπνοής του εργάτη. Όταν αυτός ρωτήθηκε, ισχυρίστηκε ότι δεν είχε πιεί πάνω από δύο φιάλες μύρα. Ο ποσοτικός όμως προσδιορισμός της αλκοόλης στο αίμα έδειξε μία συκέντρωση 1.4‰, η οποία οδήγησε στο συμπέρασμα ότι ο εργάτης είχε καταναλώσει τουλάχιστον διπλάσια ποσότητα μύρας από αυτή που ανέφερε.

Ο αριθμός των εργατικών ατυχημάτων που οφείλονται στο αλκοόλ είναι άγνωστος, επειδή υπάρχουν πολυάριθμοι παράγοντες οι οποίοι δυσκολεύουν αφάνταστα μία επίσημη στατιστική έρευνα. Δεν μπορούμε να πούμε με σιγουριά σε πió ποσοστό συμβάλλει το οινόπνευμα στο να συμβεί κάποιο ατύχημα. Συνήθως το αλκοόλ σαν

παράγοντας ατυχήματος υποκρύπτεται μέσα στους χαρακτηρισμούς: απερισκεψία, αμέλεια, ολιγωρία, κούραση, λάθος χειρισμού, κ.τ.λ.

Η λεπτομερέστερη έρευνα έγινε πριν από επτά περίπου χρόνια σε διάφορα μεγάλα γαλλικά εργοστάσια. Συγκεκριμένα επιχειρήθηκε ποσοτικός προσδιορισμός της αλκοόλης στο αίμα δύο ομάδων εργατών. Η πρώτη ομάδα περιλάμβανε 1000 εργάτες οι οποίοι είχαν υποστεί κάποιο ατύχημα στους χώρους εργασίας και η δεύτερη 3000 εργάτες που τη χρονική εκείνη περίοδο έπρεπε να υποβληθούν σε προληπτικές ιατρικές εξετάσεις. Σαν ανεκτό όριο συγκέντρωσης αλκοόλης στο αίμα θεωρήθηκε η συγκέντρωση 0.25‰, κατά την οποία εμφανίζονται οι πρώτες διαταραχές της οπτικής ικανότητας του οργάνου ισοροπίας του σώματος της παρατηρητικότητας κ.λ.π. Διαπιστώθηκε ότι στους εργάτες με ψηλότερη από 0.25‰ συγκέντρωση αλκοόλης στο αίμα η συχνότητα ατυχημάτων ήταν κατά 50% μεγαλύτερη από αυτή των εργατών με χαμηλότερη συγκέντρωση. Συγχρόνως εξακριβώθηκε ότι η πιθανότητα να ξανασυμβεί ατύχημα σε εργάτες με την μεγαλύτερη συγκέντρωση αλκοόλης στο αίμα ήταν διπλάσια από αυτή των εργατών με την χαμηλότερη συγκέντρωση. Συνοπτικά από την παραπάνω έρευνα, προέκυψε το συμπέρασμα ότι το 7.5% όλων των εργατικών ατυχημάτων και το 15% των βαρέων εργατικών ατυχημάτων οφείλονται στο οινόπνευμα. Στην παραπάνω έρευνα δεν πάρθηκαν υπ'όψη οι τραυματισμοί που προκλήθηκαν σε εργάτες λόγω κατανάλωσης οινόπνευματων ποτών από συναδέλφους τους.

Στο Άμβούργο, από το 1962 μέχρι το 1970, συνέβησαν 672 θανατηφόρα εργατικά ατυχήματα. Αποδείχτηκε ότι το 32% των θυμάτων την στιγμή του ατυχήματος βρίσκονταν υπό την επήρεια του αλκοόλ. Αν δεν ληφθούν υπ'όψη τα εργατικά ατυχήματα που συνέβησαν στα πλοία ή στο λιμάνι, τότε το 10%-15% των θανατηφόρων εργατικών ατυχημάτων είχαν σαν αιτία το οινόπνευμα.

Στην Κοπεγχάγη, από το 1960 μέχρι το 1969 συνέβησαν 156 θανατηφόρα ατυχήματα. Διαπιστώθηκε ότι το 17% των θυμάτων είχαν στο αίμα τους συγκέντρωση αλκοόλης 0.5‰.

Στην Τσεχοσλοβακία , χρησιμοποιώντας τη μέθοδο προσδιορισμού της αλκοόλης στον εκπνεόμενο αέρα , εξακριβώθηκε ότι το 12% όλων των ατυχημάτων τα οποία συμβαίνουν κάθε χρόνο σε μεταλλεία , οφείλονται στο αλκοόλ.

Στην Ελβετία , γίνεται πάντοτε προσδιορισμός της αλκοόλης στο αίμα των θυμάτων από ατυχήματα , τα οποία εισάγονται σε νοσοκομείο. Αποδεικτικήκε ότι το 35.2% των θυμάτων από αυτοκινητιστικά ατυχήματα και το 23.9% των θυμάτων από εργατικά ατυχήματα ή από ατυχήματα που συνέβησαν σε χώρους άθλησης και στο σπίτι , βρίσκονταν υπό την επήρεια οινοπνεύματος.

### 1.8 ΑΛΚΟΟΛ ΚΑΙ ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ

Επειδή η μηχανοποίηση κυριαρχεί σε όλους τους τομείς της ζωής μας , είναι πιο πιθανό να πάθει κάποιος ατύχημα λόγω κατανάλωσης οινοπνεύματος στη διαδρομή οικία - χώρος εργασίας. Όπως δείχνει η πείρα , τέτοια ατυχήματα συμβαίνουν συχνά μετά το τέλος της εργασίας , αν στο μεταξύ ο εργαζόμενος έχει καταναλώσει αλκοολούχα ποτά. Και υπάρχουν διάφοροι λόγοι για τους οποίους σήμερα κάποιος αισθάνεται την ανάγκη να πιεί κατά τη διάρκεια της εργασίας του.

Σε πολλά εργοστάσια , τις τελευταίες μέρες κάθε χρόνου οργανώνονται γιορτές στην διάρκεια των οποίων προσφέρονται οινοπνευματόδη ποτά. Αυτό δεν είναι τελείως ακίνδυνο , όταν μάλιστα τα περισσότερα άτομα πρόκειται να επιστρέψουν στα σπίτια τους χρησιμοποιώντας κάποιο μηχανικό όχημα.

Τα προβλήματα στην οδήγηση παρατηρούνται ακόμα και σε χαμηλά επίπεδα περιεκτικότητας αλκοόλης στο αίμα , όπως 30mg ανά 100ml. Η μέση επιδείνωση στην οδήγηση είναι της τάξεως του 12%. Σε αυτό το επίπεδο οι οδηγοί κινδυνεύουν πολύ περισσότερο να προκαλέσουν ατυχήματα.

Η Παγκόσμια οργάνωση Υγείας υπολογίζει ότι το 50% των

θανάτων από αυτοκινητιστικά δυστυχήματα έχουν σχέση με την κατανάλωση της αλκοόλης.

Το ποσοστό των τροχαίων ατυχημάτων που σχετίζονται με την αλκοόλη ποικίλει από χώρα σε χώρα.

Στις Η.Π.Α. επίσημες στατιστικές έρευνες απέδειξαν ότι ο αριθμός των αυτοκινητιστικών ατυχημάτων αυξάνεται σημαντικά μετά από γιορτές και πάρτυ. Γι' αυτό, το Διεθνές Συμβούλιο Ασφάλειας, κάνει εκκλήσεις ώστε να αποφεύγεται η χρήση οινοπνευματωδών ποτών από τους οδηγούς.

### 1.9 ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΓΥΝΑΙΚΑ

Μέχρι τώρα γνωρίζουμε και συζητούμε το πρόβλημα της γυναίκας-συζύγου από κοινωνιοψυχολογικής απόψεως εξετάζοντας τον αλκοολικό άντρα. Ενώ το ρόλο το άντρα-συζύγου μιας αλκοολοεξαρτώμενης γυναίκας τον αγνοούμε.

Συνήθως ξεχωρίζουν τρεις τύποι αλκοολοεξαρτώμενης συζύγου:

- την ανεξάρτητη, την κυριαρχική σύζυγο
- την μαζοχίστρια
- την αδιάφορη-παθητική γυναίκα

Παρακάτω περιγράφουμε αντιπαραθέτοντας συζύγους άντρες με αλκοολοεξαρτώμενες γυναίκες.

Άντρας οξύθυμος, ασταθής, αναποφάσιτος, με αδύναμη αυτοπεποίθηση - γυναίκα κυριαρχική, αλάθευτη, με ισχυρά εγω-ιδεώδη.

Άντρας φανερά ανώτερος - γυναίκα με πρωτεύουσα ανασφάλεια.

Άντρας εξαρτώμενος - γυναίκα προστατευτική φιγούρα μητέρας.



## 1.10 ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

Ποιές θα μπορούσαν να είναι οι συνέπειες της χρήσης αιθυλικής αλκοόλης κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης;

Ιστορικές μαρτυρίες αναφέρουν ότι οι κίνδυνοι αυτοί είχαν επισημανθεί από την αρχαιότητα. Η πρώτη συγκροτημένη εμπειρική εργασία εμφανίζεται το 1899 από τον Sullivan , που πραγματοποίησε μελέτες σε αλκοολικές γυναίκες του Liverpool , παρατηρώντας ότι η συχνότητα αποβολών ή θανάτων των νεογέννητων των γυναικών αυτών ήταν πάνω από διπλάσια σε σχέση με μη αλκοολικές γυναίκες. Οι μελέτες σ' αυτό το θέμα επανεμφανίζονται το 1942 σχολιάζοντας και άλλα προβλήματα των αλκοολικών μητέρων, όπως κακή διατροφή και δύσκολες κοινωνικές συνθήκες , ενώ μια γαλλική διατριβή του 1957 αναφέρει ανώμαλη διάπλαση και ελλιπή ανάπτυξη στα παιδιά των αλκοολικών μητέρων. Το 1968 ο Lemoine και οι συνεργάτες του παρουσιάζουν σε γαλλική εφημερίδα τις παρατηρήσεις τους πάνω σε 127 παιδιά αλκοολικών μητέρων , τονίζοντας την ομοιότητα τους στα χαρακτηριστικά του προσώπου και τις ψυχοσωματικές διαταραχές.

Η σημασία του αλκοόλ σαν τερατογόνου ουσίας αποκτά ιδιαίτερη σπουδαιότητα αφενός γιατί είναι είδος πλατιάς κατανάλωσης και αφετέρου γιατί οι συνέπειες που παρατηρούνται καλύπτουν ένα ευρύτατο φάσμα.

Οι μελέτες έχουν πραγματοποιηθεί σε ανθρώπους και σε πειραματικά μοντέλα ζώων , είναι δε πιο σημαντικές τα τελευταία χρόνια σε πολλές χώρες , όπως Η.Π.Α. , Γερμανία , Ιρλανδία , Σουηδία , Ν. Αφρική , Καναδά , Αυστραλία. Το 1973 εμφανίζεται για πρώτη φορά ο όρος "εμβρυϊκό αλκοολικό σύνδρομο" από τους Jones και Smith στο Πανεπιστήμιο της Ουάσιγκτον. Τα χαρακτηριστικά που κυρίως συναντώνται σ' αυτό το σύνδρομο είναι : αλλοιώσεις στα χαρακτηριστικά του προσώπου (μικρά βλέφαρα , στραβισμός , κοντή μύτη , ανασηκυμένα ρουθούνια , λεπτό επάνω χείλος του στόματος , μικρή γνάθος , τριχοφυία) , καρδιαγγειακές ανωμαλίες (στο 30% των περιπτώσεων) , μικρό ύψος και χαμηλό

βάρος κατά την γέννηση , ενώ μεγαλώνοντας τα παιδιά έχουν μειωμένο λιπαρό ιστό με αποτέλεσμα να είναι πολύ αδύνατα. Το κρανίο και ο εγκέφαλος είναι μικροτέρων διαστάσεων και με ατελή διάπλαση. Επίσης είναι έντονα τα προβλήματα στο νευρικό σύστημα και παρατηρούνται υπερκινητικότητα , νευρικότητα , αδυναμία συντονισμού των κινήσεων , όχι φυσιολογικό ηλεκτροεγκεφαλογράφημα και πνευματική καθυστέρηση. Ο δείκτης νοημοσύνης είναι αισθητά χαμηλότερος , όπως δείχνουν μελέτες που έγιναν σε διάφορες χώρες , ακόμα και αν δεν παρατηρούνται άλλα χαρακτηριστικά του προσώπου. Επίσης είναι αυξημένος ο κίνδυνος επιληψίας.

Βέβαια , η εκπόνηση κλινικών μελετών παρουσιάζει και δυσκολίες γιατί δεν μπορεί να απομονωθεί ο παράγοντας της χρήσης αλκοόλης από άλλους παράγοντες όπως η ταυτόχρονη χρήση καφεΐνης, νικοτίνης , ναρκωτικών κ.λ.π.

Ένα άλλο πρόβλημα είναι η γνώση της ποσότητας του αλκοόλ που καταναλώθηκε. Το αλκοόλ που έχει πιεί η μητέρα , μέσω του μητρικού αίματος περνάει τον πλακούντα , πιθανόν με μηχανισμό απλής διαπύδωσης και φτάνει στο έμβρυο. Ορισμένοι επιστήμονες , χρησιμοποιώντας ραδιενεργό αλκοόλη σε πειραματόζωα , ισχυρίζονται ότι οι βλαβερές συνέπειες οφείλονται στην αλκοόλη , γιατί μόνο αυτή περνά τον πλακούντα , ενώ άλλοι πιστεύουν ότι περνά τον πλακούντα η ακεταλδεύδη , η οποία είναι ακόμα πιο τοξική ή και τα δύο. Η αλκοόλη επίσης περνά και στο μητρικό γάλα και μπορεί να δοθεί στο βρέφος κατά τον θηλασμό. Απομένει να διευκρινιστεί με πιά μηχανισμό η αλκοόλη επιδρά στο έμβρυο. Είναι η ίδια η αλκοόλη ή οι μεταβολιτές της; Ορισμένοι ισχυρίζονται ότι η αλκοόλη αλλάζει την διαπερατότητα της κυτταρικής μεμβράνης , ενώ παρουσιάζουν μεγάλο ενδιαφέρον τελευταίες μελέτες που δείχνουν ότι ο μεταβολιτής ακεταλδεύδη συμπυκνώνεται με νευρομεταβιβαστικές ουσίες , σχηματίζοντας ουσίες που δρουν σαν ψευτομεταβιβαστικές. Η ακεταλδεύδη επίσης προκαλεί καταστροφές στα ηπατικά κύτταρα , αναστολή στον κυτταρικό πολλαπλασιασμό και διαταραχές στα χρωματοσώματα.

Σε εργασίες που έγιναν σε πειραματόζωα που γεννήθηκαν από μητέρες που έπαιρναν αλκοόλ κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης , αναφέρονται αλλοιώσεις στα νευρομεταβιβαστικά συστήματα του εγκεφάλου τους. Οι συνέπειες αυτές μπορεί να οφείλονται στη μη σωστή λειτουργία του οργανισμού της αλκοολικής μητέρας. Σε καλλιέργειες εμβρυϊκών ιστών ποντικών , παρουσία αλκοόλης , παρατηρήθηκε ελάττωση της ανάπτυξης , ελάττωση των κυττάρων , DNA και των πρωτεϊνών.

Παρ'όλες τις δυσχέρειες που αντιμετωπίζουν όλες αυτές οι μελέτες , είναι βέβαιο ότι το αλκοόλ δρα σαν τερατογόνο όταν λαμβάνεται σε μεγάλες ποσότητες και είναι πολύ επικίνδυνη η χρήση του κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης , τόσο για το έμβryo όσο και για τη μητέρα.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup>

### 2.1 ΠΟΣΟ ΧΡΟΝΟ ΠΑΡΑΜΕΝΕΙ ΤΟ ΑΛΚΟΟΛ ΣΤΟΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟ;

Σε μια ώρα μεταβολίζεται το 0,15‰ περίπου του οίνοπνεύματος που περιέχεται στο αίμα ενός ατόμου.

Έτσι, αν κάποιος έχει καταναλώσει οίνοπνευματώδη ποτά και η συγκέντρωση αλκοόλης στο αίμα του είναι 1,5‰, απαιτούνται 10 ώρες για να απαλλαγεί τελείως ο οργανισμός του απ' αυτήν. Αποδείχτηκε πειραματικά ότι άτομα τα οποία καταναλώνουν αλκοόλ σε τακτά χρονικά διαστήματα, παρουσιάζουν μεγαλύτερη πτώση απόδοσης από εκείνα που καταναλώνουν αλκοόλ σε τυχαίες χρονικές στιγμές. Συγκεκριμένα, αν κάποιος καταναλώσει στις 11 το βράδυ 200-300 κυβικά εκατοστά κρασί με άδειο στομάχι, γύρω στις 10 το επόμενο πρωί, δεν θα παρουσιάζει την παραμικρή πτώση απόδοσης κατά την εργασία του. Όταν όμως, η παραπάνω ποσότητα κρασιού καταναλώνεται κάθε μέρα, μετά από 5 ημέρες παρατηρείται σημαντικά μείωση της απόδοσής του.

Είναι εξακριβωμένο ότι 80 μέχρι 100 γραμμάρια οίνοπνεύματος, δηλαδή 1 μέχρι 1½ φιάλες κρασί, ή 2½ λίτρα μπύρα, παραμένουν στον ανθρώπινο οργανισμό τουλάχιστον 24 ώρες.

Όταν λοιπόν κάποιος καταναλώνει, κάθε βράδυ, αυτή την ποσότητα κρασιού ή μπύρας, βρίσκεται διαρκώς υπό την επήρεια του αλκοόλ, είναι δηλαδή χρόνια δηλητηριασμένος απ' αυτό.

### 2.2 ΑΠΟΡΡΟΦΗΣΗ ΚΑΙ ΜΕΤΑΒΟΛΙΣΜΟΣ ΑΙΘΥΛΙΚΗΣ ΑΛΚΟΟΛΗΣ

Η αιθυλική αλκοόλη απορροφάται εύκολα απ' όλα τα τμήματα του πεπτικού συστήματος (ταχύτερη απορρόφηση στο λεπτό έντερο).

Η ταχύτητα της απορρόφησης εξαρτάται από την περιεκτικότητα οίνοπνεύματος στο οίνοπνευματώδες ποτό, από το περιεχόμενο του στομάχου και από την ταχύτητα διαβάσεως στο έντερο. Μετά την απορρόφηση διαχέεται μέσω του αίματος σε όλους τους ιστούς και τα

βιολογικά υγρά. Είναι ανιχνεύεται στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό , στον εκνεόμενο αέρα , στα ούρα και σε περίπτωση εγκυμοσύνης στην κυκλοφορία του εμβρύου. Η ταχύτητα με την οποία η αλκοόλη περνάει από το αίμα στους ιστούς εξαρτάται από την αιμάτωση των οργάνων.

Ο μεταβολισμός της αλκοόλης γίνεται κατά 80% στο συκώτι (ήπαρ). Η μέγιστη όμως μεταβολική ικανότητα δεν ξεπερνάει τα 200-240 gr το 24ώρο , γεγονός που σημαίνει πως σε μεγαλύτερες παροχές αυξάνει συνεχώς η συγκέντρωση αλκοόλης στο αίμα και στους ιστούς. Υπογραμμίζεται επίσης πως η παρουσία αλκοόλης "θέτει" απόλυτη προτεραιότητα στο μεταβολισμό της , σε βάρος όλων των άλλων μεταβολικών λειτουργιών του ήπατος , γεγονός που συνεπάγεται διαταραχές της θρέψεως.

### 2.3 ΑΛΚΟΟΛ ΚΑΙ ΔΗΛΗΤΗΡΙΩΔΕΙΣ ΟΥΣΙΕΣ

Το αλκοόλ είναι μια δηλητηριώδης ουσία και η λήψη του μειώνει γενικά την αντίσταση του οργανισμού. Συγχρόνως όμως , έστω και ελάχιστες ποσότητες απ' αυτό , επηρεάζουν θετικά τη δράση πολυάριθμων άλλων δηλητηριωδών ουσιών. Για παράδειγμα , δύο μόνο ποτήρια μπύρας αρκούν για ν' αυξήσουν επικίνδυνα τη δηλητηριώδη δράση του κυαναμιδίου του ασβεστίου , το οποίο περιέχεται σε συνθετικά λιπάσματα. Ατμούς κυαναμιδίου του ασβεστίου εισπνέουν οι ασχολούμενοι με τα εν λόγω λιπάσματα , που συχνά υποφέρουν από οξεία δύσπνοια βαριάς μορφής , αν λίγες ώρες πριν ή μετά την εργασία τους καταναλώσουν έστω και ένα ποτήρι μπύρας.

Το οινόπνευμα επηρεάζει θετικά τη δηλητηριώδη δράση των αλογονωμένων υδρογονανθράκων , όπως το τριχλωραιθυλένιο και το τετραχλωραιθυλένιο. Τα άτομα τα οποία εκτίθενται σε ατμούς τέτοιων ουσιών , όπως για παράδειγμα οι εργαζόμενοι σε καθαριστήρια ρούχων , σε βιομηχανίες μετάλλων ή ρολογιών και σε εργασίες αποχρωματισμού , δεν πρέπει σε καμιά περίπτωση να καταναλώνουν οινόπνευματώδη ποτά.

Άλλες ουσίες , των οποίων τη δηλητηριώδη δράση αυξάνει το αλκοόλ , είναι τα νιτρωμένα αρωματικά παράγωγα , το βενζόλιο και τα παράγωγά του , ο διθειάνθρακας , η ανιλίνη , ο μόλυβδος , ο υδράργυρος , το αρσενικό κ.λ.π. Τα άτομα των οποίων η εργασία σχετίζεται με τις ουσίες αυτές πρέπει να αποφεύγουν το αλκοόλ.

Ανάμεσα στις χημικές ουσίες , των οποίων η δράση επηρεάζεται από το οινόπνευμα , είναι και τα φάρμακα. Για την περίπτωση αυτή ισχύει ένας γενικός , απαγορευτικός κανόνας: όποιος λαμβάνει φάρμακα , απαγορεύεται να καταναλώσει οινοπνευματώδη ποτά. Αυτός ο κανόνας είναι εξαιρετικά σημαντικός , γιατί πολλά φάρμακα , ανάλογα με την δόση , με την ανοχή του οργανισμού σ'αυτά και τον τρόπο χρήσης τους προκαλούν ζάλη , ασταθές βάδισμα , κούραση , ιλιγγίους και άλλες παρενέργειες που μπορούν να γίνουν αίτια ατυχημάτων. Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δίνεται κατά τη λήψη όλων ανεξαιρέτως των αναλγητικών , καταπραυντικών και υπνωτικών φαρμάκων.

Το γεγονός ότι τα περισσότερα φάρμακα δεν συμβιβάζονται με το οινόπνευμα χρησιμοποιεί πολλές φορές η ιατρική προκειμένου να αντιμετωπίσει περιπτώσεις αλκοολισμού. Στους ασθενείς αλκοολικούς παρέχονται ειδικές φαρμακευτικές ουσίες σε δισκία , οι οποίες χωρίς τη λήψη αλκοόλ , δεν παρουσιάζουν καμιά απολύτως δράση αλλά και παρενέργεια. Με την λήψη , όμως αλκοόλ , αρχίζουν οι παρενέργειες , που αν και ακίνδυνες για την υγεία του ασθενούς , του προκαλούν τέτοιες καταστάσεις που ποτέ δεν θα ξαναζήσει.

#### 2.4 ΑΛΚΟΟΛ ΚΑΙ ΦΥΣΙΚΕΣ ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ

Τα οινοπνευματώδη ποτά επηρεάζουν σαφώς τον ανθρώπινο οργανισμό , σε σχέση με τις φυσικές επιδράσεις όπως είναι το κρύο , η ζέστη , το φως , η ατμοσφαιρική πίεση , η επιτάχυνση , το κλίμα κ.λ.π.

Το οινόπνευμα επειδή επηρεάζει την θερμοκρασία του

ανθρώπινου σώματος , αποδεικνύεται επικίνδυνο για άτομα τα οποία βρίσκονται ή εργάζονται σε ψυχρό περιβάλλον π.χ. μέσα σε ψυγεία. Συγκεκριμένα το αλκοόλ προκαλεί διαστολή των αγγείων του δέρματος. Κατά συνέπεια αν κάποιο άτομο , μετά από κατανάλωση οινοπνεύματος , εκτεθεί σε ψυχρό περιβάλλον χωρίς επαρκή προστασία απέναντι στην αποβολή θερμότητας , δεν είναι σε θέση να ρυθμίσει την θερμοκρασία του ικανοποιητικά , επειδή τα αγγεία του δέρματός του δεν υπακούουν στις αγγειοσυσταλτικές νευρικές ώσεις , με συνέπεια την υποθερμία (μείωση της θερμοκρασίας του σώματος) παρά το γεγονός ότι υποκειμενικά έχει το αίσθημα του θερμού , ακριβώς γιατί μέσω των αγγείων του δέρματός του διέρχεται άφθονο θερμό αίμα. Η υποθερμία επιτείνεται ολοένα με ταχύτερο ρυθμό , επειδή σε χαμηλές θερμοκρασίες ο μεταβολισμός στους ιστούς περιορίζεται , με αποτέλεσμα την ελάττωση της θερμοπαραγωγής.

Με πειράματα εξακριβώθηκε ότι η κατανάλωση 1 μέχρι 2 φιαλών μπύρας συνεπάγεται μια πτώση της θερμοκρασίας του σώματος κατά 0,3 μέχρι 0,6°C , λόγω "πρόσθετης" αποβολής θερμότητας μέσω του δέρματος. Αυτοί ήταν και οι λόγοι για τους οποίους ο Νορβηγός εξερευνητής Fridtjof Nansen (βραβείο Nobel ειρήνης το 1922) κατά το δεκαπεντάμηνο εξερευνητικό του ταξίδι στον Βόρειο Πόλο , δεν μετέφερε μαζί του καθόλου οινοπνευματώδη ποτά.

Τα άτομα που βρίσκονται σε κατάσταση οξείας μέθης , διατρέχουν κίνδυνο ψύξης όχι μόνο κατά τις κρύες μέρες του χειμώνα , αλλά και σε δροσερό περιβάλλον π.χ. με πτώση σε δροσερό νερό.

Το οινόπνευμα ευνοεί επίσης την πρόκληση θερμοπληξίας (συσσώρευση θερμότητας στο ανθρώπινο σώμα) όπως παρατηρείται σε θερμαστές ή μεταλλωρύχους , οι οποίοι εργάζονται σε θερμό περιβάλλον και που έχουν συγχρόνως καταναλώσει οινοπνευματώδη ποτά. Το ίδιο ισχύει και για την ηλιοπληξία: τοπική υπερθέρμανση του εγκεφάλου λόγω ηλιακής ακτινοβολίας.

## 2.5 ΑΛΚΟΟΛ - ΑΙΣΘΗΣΕΙΣ - Κ.Ν.Σ.

Το αλκοόλ είναι ένας βλαπτικός παράγοντας για την λειτουργία των αισθητήριων οργάνων και του νευρικού συστήματος.

Η όσφρηση είναι η πιο αρχέγονη ειδική αίσθηση. Σε συνδυασμό με την αίσθηση της γεύσης, η όσφρηση εξυπηρετεί τον οργανισμό όσον αφορά την ανεύρεση και την πρόσληψη της τροφής, καθώς και την αποφυγή πρόσληψης και γενικότερα επαφής με ουσίες οι οποίες είναι δυνατό να προκαλέσουν βλάβη. Επιστημονικά πειράματα απέδειξαν ότι το οινόπνευμα αναστέλει, σε μεγάλο βαθμό, την αίσθηση της όσφρησης. Τα άτομα τα οποία έλαβαν μέρος στα πειράματα αυτά, με δυσκολία μπορούσαν να οσφρανθούν ατμούς αμμωνίας - έχει εξαιρετικά οξεία οσμή - 50 λεπτά της ώρας μετά τη λήψη 40 γραμμαρίων αλκοόλ (π.χ. 1 λίτρο μπύρας).

Συγχρόνως το οινόπνευμα επιδρά βλαπτικά και στην όραση. Πολυάριθμες έρευνες έδειξαν ότι μια συγκέντρωση μόλις 0,3°/∞ οινόπνεύματος στο αίμα περιορίζει σημαντικά την στερεοσκοπική όραση. Αν η συγκέντρωση αυτή αυξηθεί σε 0,8°/∞ οι μυς των ματιών παύουν να λειτουργούν ομαλά, με αποτέλεσμα να μειώνεται η περιφερειακή όραση.

Όταν η συγκέντρωση αλκοόλης στο αίμα είναι 0,25°/∞ κατώτερο όριο, διαπιστώνονται διαταραχές της παρατηρητικότητας, της ικανότητας αντίδρασης και της ισορροπίας. Η σημασία των παραπάνω γίνεται αμέσως φανερή, αν σκεφτεί κανείς ότι σ'ένα άτομο, το οποίο καταναλώνει δύο ποτήρια μπύρας ή ένα ποτηράκι ρακί, η συγκέντρωση αλκοόλης στο αίμα του ανέρχεται σε 0,3 μέχρι 0,4°/∞.

Το οινόπνευμα επηρεάζει επίσης την λειτουργία του Περιφερειακού και του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος. Σε άτομα που πάσχουν από χρόνια αλκοολισμό παρατηρήθηκαν διαταραχές του αισθήματος της αφής και της θερμοκρασίας, καθώς και της μυϊκής αίσθησης των αρθρώσεων. Λόγω των διαταραχών των δερματικών αισθήσεων - αφή, πίεση, ψυχρό, θερμό - οι αντανακλαστικές κι-



νήσεις εκδηλώνονται καθυστερημένα , εγκυμονώντας κινδύνους για την πρόκληση τραυματισμών , εγκαυμάτων κ.λ.π.

Στις συνάψεις του Κ.Ν.Σ. επιδρούν διάφορες ουσίες , εξωγενείς ή ενδογενείς , που ποσότητες προκαλούν μεταβολές στη λειτουργία τους με συνέπεια την τροποποίηση της λειτουργίας πλήθους νευρικών κυκλωμάτων και συστημάτων. Μια από αυτές είναι και το οινόπνευμα.

Το οινόπνευμα περιορίζει σημαντικά τις αντανακλαστικές κινήσεις. Σε περιπτώσεις πτώσεων είναι δυνατό να αποφευχθούν τραυματισμοί βαριάς μορφής , αν εκτελεσθούν ακαριαία οι σωστές κινήσεις που έχουν σαν σκοπό την προφύλαξη κρίσιμων και ευαίσθητων σημείων του σώματος. Αυτό μπορεί να συμβεί όταν το άτομο διατηρεί την πνευματική του διαύγεια , η οποία εξασφαλίζεται με την αποφυγή λήψης κάθε αλκοολούχου ποτού. Σε άτομα όμως , τα οποία βρίσκονται σε κατάσταση μέθης οι αντανακλαστικές αυτές κινήσεις εκδηλώνονται καθυστερημένα ή λείπουν τελείως - παθητική κατάσταση , όπως σε περιπτώσεις λιποθυμίας , αποπληξίας ή επιληψίας.

Αλλά και οι διαταραχές των πνευματικών λειτουργιών γίνονται συχνά αίτια εργατικών ατυχημάτων. Το οινόπνευμα πριν από όλα μειώνει την προσοχή , την ταχύτητα των αντιδράσεων και την ικανότητα συγκέντρωσης και προσανατολισμού. Τα άτομα τα οποία βρίσκονται υπό την επήρεια του αλκοόλ κάνουν σφάλματα κατά την εκτίμηση του χρόνου και της απόστασης , δυσκολεύονται να αντιληφθούν ασυνήθιστες καταστάσεις ή αδυνατούν να αντιδράσουν σωστά σε περιπτώσεις κινδύνου.

Εξαιρετικά επικίνδυνη είναι και η "παραπλανητική δράση" του αλκοόλ. Το άτομο που καταναλώνει έστω και μικρές ποσότητες , υπερεκτιμά τις δυνάμεις του αφημώντας συγχρόνως τον κίνδυνο. Η κριτική του ικανότητα μειώνεται και χάνει το αίσθημα της υπευθυνότητας απέναντι στον εαυτό του και τους άλλους. Στους αλκοολικούς οι παραπάνω διαταραχές είναι χαρακτηριστικές. Η χρόνια κατάχρηση οινόπνευματος επηρεάζει τον ψυχισμό του ατόμου,

προκαλώντας την αλλαγή της συμπεριφοράς του και προσβάλλοντας την προσωπικότητά του. Οι αλκοολικοί μετατρέπονται σε "άλλους ανθρώπους" που χαρακτηρίζονται από γενική αδιαφορία. Σε πολλές περιπτώσεις παρουσιάζουν στους χώρους εργασίας ανώμαλη συμπεριφορά, η οποία χαρακτηρίζεται από ανακρίβεια, πτώση της απόδοσης και δυσκολία στην συνεργασία με τους συναδέλφους τους.

## 2.6 ΣΤΑΔΙΑ ΤΟΥ ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΥ

### A) Οξύς αλκοολισμός ή μέθη

Αυτή είναι η κατάσταση που οφείλεται στο πλημμύρισμα του οργανισμού από οινόπνευμα. Τα πρώτα συμπτώματα της δηλητηρίασης εμφανίζονται όταν η συγκέντρωση του αλκοόλ στο αίμα ξεπεράσει τα 40 mg %. Πρόκειται για ελαφρά μέθη που δεν επιδρά στην εξωτερική συμπεριφορά του ατόμου. Δεν παύουν όμως να υπάρχουν επακόλουθα αρκετά επικύνδινα.

Το άτομο εκδηλώνει μια περίοδο διέγερσης όπου γίνεται περισσότερο τολμηρό, περισσότερο εύθυμο, εξωτερικεύει πολύ εύκολα τα συναισθήματά του, ενώ οι σκέψεις του και οι πράξεις του είναι αντίθετες προς την συνηθισμένη συμπεριφορά του.

Η κατάσταση αυτή της ευφορίας όμως δεν κρατά πολύ. Σιγά - σιγά οι ευχάριστες εκδηλώσεις υποχωρούν και το άτομο κυριεύεται από μελαγχολία, απαισιοδοξία, απελπισία και ιδέες δυστυχίας. Ο πόθος χάνει την αυτοκυριαρχία του και τον ηθικό του έλεγχο, ενώ παρατηρείται μείωση των πνευματικών λειτουργιών.

Εχουμε ακόμα αίσθημα κόπωσης και έντονη δίψα. Το αίσθημα της κόπωσης εμφανίζεται εντονότερο μετά την αποβολή του οινοπνεύματος από τον οργανισμό. Η δίψα οφείλεται στην αφυδάτωση του οργανισμού από το οινόπνευμα και στην μεταφορά νερού από το εσωτερικό των κυττάρων προς το εξωκυττάριο υγρό και έτσι επηρεάζεται το εγκεφαλικό κέντρο της δίψας. Κατά την διάρκεια της μέθης οι ικανότητες του ατόμου περιορίζονται σημαντικά με

αποτέλεσμα την πρόκληση διαφόρων ατυχημάτων.

Ο θάνατος είναι σπάνιος στην οξεία δηλητηρίαση ή μέθη , αλλά μπορεί να συμβεί όταν η ποσότητα του αλκοόλ στο αίμα ξεπεράσει τα 450-500 mg%.

#### B) Στάδιο διαταραχής των πνευματικών λειτουργιών:

Στο στάδιο αυτό ο αλκοολικός εμφανίζει ασυνάρτητη ομιλία , επαναλαμβάνει ίδιες λέξεις και φράσεις μηχανικά χωρίς κανένα νόημα , δεν μπορεί να εκφέρει σωστή κρίση , ενώ η σκέψη και η προσοχή του εξασθενούν.

Ο προσανατολισμός εξαφανίζεται τελείως ενώ τα συναισθήματα που χαρακτηρίζουν τον άνθρωπο από τα ζώα παύουν να υπάρχουν , με αποτέλεσμα ο αλκοολικός να γίνεται βίαιος και κυνικός , υπακούει μόνο στα ένστικτά του τα οποία τον οδηγούν σε πράξεις ανήθικες , ακόμη και απέναντι σε αγαπημένα του πρόσωπα. Στο στάδιο αυτό ο αλκοολικός συνεχίζει τα άτομα και τα αντικείμενα , ενώ μπορεί να συνομιλεί σε άψυχα πράγματα. Επίσης στο στάδιο αυτό μπορεί να τραυματιστεί περνώντας ένα παράθυρο για πόρτα κ.λ.π.

Στα ψυχικά αυτά συμπτώματα προστίθονται και μερικές ακόμη διαταραχές. Η φωνή γίνεται μονότονη και δυσκολοκατανόητη από τους άλλους. Η γραφή είναι ασταθής. Τα χέρια τρέμουν και δεν μπορούν να κρατήσουν σταθερά τα αντικείμενα. Το βάδισμα είναι ασταθές , η μυϊκή δύναμη ελαττώνεται , η αίσθηση του πόνου μειώνεται και ο πότης δεν αισθάνεται τα κτυπήματα και τους πόνους από τυχόν τραυματισμούς. Στο τέλος το άτομο καταλαμβάνεται από ύπνο και πέφτει όπου βρίσκεται , αδιαφορώντας για τους γύρω του.

#### Γ) Κωματώδη στάδιο

Στο στάδιο αυτό ο πότης είναι αναισθητός σαν ναρκωμένος και έχει παραλυμένες όλες τις νευρικές λειτουργίες του. Τα αντανακλαστικά του εξαφανίζονται τελείως. Οι σφυκτικές παραλύουν

και ακολουθεί απώλεια ούρων και κοπράνων. Οι κόρες των ματιών είναι διευρυμένες και δεν αντιδρούν στο φως. Ο σφυγμός είναι βραδύς και αδύνατος, η αναπνοή ανώμαλη και η θερμοκρασία πέφτει μέχρι τους 27°C. Πολλές φορές το στάδιο αυτό οδηγεί τον πότη σε θάνατο από γαστρικές κρίσεις οξείας μορφής.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup>

### ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΤΟΥ ΑΛΚΟΟΛ ΣΤΟΝ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟ

#### 3.1 ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΟΣ ΣΩΛΗΝΑΣ.

Οι διαταραχές της γαστρεντερικής λειτουργίας είναι συνηθισμένο φαινόμενο στους αλκοολικούς. Η αιθυλική αλκοόλη σε χαμηλές πυκνότητες διεγείρει, ενώ αντίθετα σε υψηλές αναστέλλει την έκκριση γαστρικού οξέως από τους αδένες, ελαττώνει την κινητικότητα και προκαλεί υπεραιμία του βλεννογόνου του στομάχου (οξεία γαστρίτις) (Victor 1971).

Οι γαστρεντερικές διαταραχές εκδηλώνονται με πρωινή ναυτία, εμετούς, επίσης διάταση της κοιλιάς, δυσάρεστο αίσθημα κατά το επιγάστριο, τυπικά ή άτυπα συμπτώματα έλκους και αιματέμεση.

Απο γαστρεντερικές μελέτες που έχουν γίνει σε ασθενείς αλκοολικούς έχει προκύψει ότι τα συμπτώματα αυτά δεν σχετίζονται με την γαστρίτιδα, αλλά φαίνεται ότι είναι κεντρικής προέλευσης, παριστάνοντας τις ελαφρότερες εκδηλώσεις του συνδρόμου αποστείρωσης.

Στις περισσότερες περιπτώσεις η γαστρίτιδα είναι καλοήθης και τα συμπτώματα υποχωρούν μετά από λίγες μέρες, οι σοβαρότερες όμως μορφές της συνοδεύονται από διάβρωση ή εξέλκωση του βλεννογόνου και είναι δυνατόν να προκαλέσουν βαριά αιμοραγία.

Η αύξηση της ορέξεως μετά τη χορήγηση οινοπνεύματος οφείλεται στην διέγερση των τελικών οργάνων της γεύσεως και στην ψυχική ευφορία. Είναι συχνή επίσης η διαταραχή της απορροφητικότητας του εντερικού βλεννογόνου (Victor 1971)

#### 3.2 ΠΑΓΚΡΕΑΣ.

Η κατάχρηση οινοπνεύματος αποτελεί επίσης σημαντικό παράγοντα στην αιτιολογία της παγκρεατίτιδας. Η πιο ήπια μορφή

της παγκρεατίτιδας μπορεί να παρουσιαστεί σαν γαστρίτιδα ή να περάσει απαρατήρητη. Η παγκρεατίτιδα μερικές φορές πέρνει τη μορφή της οξείας κοιλιακής προσβολής, δηλαδή χαρακτηρίζεται από επιγαστρικό άλγος, εμετούς και μυϊκή σύσπαση της άνω κοιλίας. Τα συμπτώματα αυτά δηλώνουν την εικόνα της διάτρησης πεπτικού έλκους.

Η βαρύτερη μορφή της οξείας παγκρεατίτιδας χαρακτηρίζεται από διάσπαρτη νέκρωση και αιμορραγία.

Δύο σημαντικοί παράγοντες στην παθογένεια της παγκρεατίτιδας είναι:

α) Η ισχυρή επίδραση του οινοπνεύματος στην γαστρική οξύτητα η οποία διεγείρει την παραγωγή εκκριματίνης με αποτέλεσμα να έχουμε αύξηση της παραγωγής των παγκρεατικών ενζύμων.

β) Η απόφραξη της εκροής των παγκρεατικών ενζύμων που είναι επακόλουθο των φλεγμονοδών αλλοιώσεων του δωδεκαδακτύλου.

### 3.3 ΗΠΑΡ.

Οι ασθενείς, οι οποίοι εισαχόταν στο Νοσοκομείο μετά από μακροχρόνια κατανάλωση οινοπνεύματος και σοβαρού βαθμού διαιτητική στέρηση, παρουσιάζουν σταθερή ηπατομεγαλία που οφείλεται σε λιπώδη διήθηση των παρεγχυματικών κυττάρων.

Ο βασικός ρόλος του ήπατος στον μεταβολισμό της αιθυλικής αλκοόλης είναι υπεύθυνος για την απ'ευθείας δράση της επί της ηπατικής λειτουργίας και για την πρόκληση σημαντικού αριθμού διαταραχών της. Οι διαταραχές αυτές δίνουν γέννεση σε κλινικές εκδηλώσεις που περιλαμβάνονται άλλοτε μεν κάτω από τον τίτλο "αλκοολική ηπατίτις" ή "Fatty liver", άλλοτε δε αλκοολική κίρρωση ή κίρρωση του LAENNEG.

Από τους ασθενείς που πάσχουν από βαρύ αλκοολισμό, 10%

περίπου εμφανίζουν μόνιμη ηπατική κίρρωση. Η ηπατική κίρρωση είναι μια χρόνια ηπατική νόσος. Περιλαμβάνει εκφύλιση και νέκρωση των ηπατικών κυττάρων συχνά με λίπωδη μεταμόρφωση, αυξημένο σχηματισμό ενώδους ιστού, απώλεια του φυσιολογικού λοβιδιακού προτύπου και των σχέσεών του με τα αιμοφόρα αγγεία και τους ηπατικούς πόρους, φλεγμονώδη κυτταρική διήθηση. Οι μεταβολές αυτές έχουν σαν συνέπεια την σπληνομεγαλία και τους κίρσους οισοφάγου.

Η κίρρωση του LEANNEG χαρακτηρίζεται από διάσπαρτες ουλές. Οφείλεται στην ομοιόμορφη απώλεια των ηπατικών κυττάρων και σχετίζεται με λιπώδη διήθηση ή ενεργό νέκρωση. Η ατελής θρέψη αποτελεί ενοχοποιητικό παράγοντα. Η κίρρωση του LEANNEG προκαλεί επίσης αλκοολική ηπατίτιδα, η οποία παρουσιάζεται πολλές φορές σε οξεία φάση με πυρετό, ίκτερο, πόνους στην κοιλιά, εμετό, ναυτία και διάρροια. Το ήπαρ είναι διογκωμένο και επώδυνο.

#### 3.4 ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ.

Είναι γνωστή η απευθείας δράση της αιθυλικής αλκοόλης στην διεγερσιμότητα και συσταλτικότητα του μυοκαρδίου με αποτέλεσμα κομβική ταχυκαρδία μη ειδικές αλλοιώσεις του T κύματος και διάφορες αρυθμίες που παρατηρούνται κατά την διάρκεια των οξείων δηλητηριάσεων και θεωρείται ότι οφείλονται στην έκκριση κατεχολαμινών, αύξηση της διαπερατότητας της κυτταρικής μεμβράνης και ελάττωση των οξειδωτικών ενζύμων (Sereny 1971).

Τοξικές δόσεις οινοπνεύματος προκαλούν επίσης διαστολή των αγγείων του δέρματος, αγγειοσύσπαση των σπλαχνικών αγγείων και αύξηση της επιδρώσεως, ενώ φαίνεται ότι η συχνότητα της υπερτάσεως είναι αυξημένη στους πότες (Klatsky et al 1977).

Επίσης έχουν περιγράψει ποικίλες αιματολογικές διαταραχές. Μερικές όπως αναιμία και καταστολή της κινητοποιήσεως των λευκοκυττάρων, δευτεροπαθείς λόγω των άλλων επιπλοκών (π.χ. κίρρωση), άλλες όπως θρομβοκυτοπενία και λευκοπενία, λόγω

απέυθειας δράσεως της αιθυλικής αλκοόλης στον μυελό των οστών (Liendenbaum und Lieber 1969).

### 3.5 ΜΥΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ.

Ο γραμμωτός μυς θεωρείται γενικά ότι προσβάλλεται σπανιότερα από τους άλλους ιστούς κατά τον αλκοολισμό, αν και περιγράφηκαν, όπως έχει ήδη αναφερθεί, κλινικές οντότητες που χαρακτηρίζονται από την οξεία ή χρόνια προσβολή των μυών σε χρόνιους αλκοολικούς, μερικές φορές μάλιστα με σύγχρονη προσβολή και του καρδιακού μυός.

Η επίδραση του οινοκπνεύματος στον γραμμωτό μυ είναι άμεση ή έμμεση (Serratrice et al 1966, Buge et al 1967, Perkoff 1971, Laplace et al 1973 κ.ά.). Η έμμεση επίδραση που είναι και η συχνότερη, ασκείται δια μέσου άλλων οργάνων και ιστών που είναι ήδη προσβεβλημένα από τη χρήση οινοπνεύματος και από τα οποία εξαρτάται λιγότερο ή περισσότερο η τροφικότητα και η λειτουργία του μυϊκού ιστού π.χ. νευρικός ιστός, ήπαρ κ.λ.π. ή είναι αποτέλεσμα της διαιτητικής ή και βιταμινικής ανεπάρκειας που παρατηρείται στους αλκοολικούς και των γενικότερων μεταβολικών διαταραχών (μεταβολισμός γλυκόζης και νεογλυκογένεση, ελεύθερα λιπαρά οξέα, υποφωσφαταιμία κ.ά.).

### 3.6 ΝΕΥΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ.

#### 1. Επίδραση στο μεταβολισμό

Η επίδραση της αιθυλικής αλκοόλης στον νευρικό ιστό είναι σύνθετη, πολύπλοκη και ως επί το πλείστον άγνωστη. Σχετικά λίγα είναι γνωστά, που αφορούν την χρόνια επίδραση της και τη δημιουργία χρόνιων αλκοολικών συνδρόμων και περιφερικής νευροπάθειας. Η μεγάλη ποικιλία των μελετών (πειραματικών και κλινικών) που δημοσιεύονται συνεχώς, πολύ συχνά οδηγούν σε αντίθετα συμπεράσματα. Το όλο πρόβλημα γίνεται περισσότερο



πολύπλοκο και από την αλληλεπίδραση και άλλων παραχόντων (όπως διαιτητικών και υποβιταμινώσεως π.χ. η ανεπάρκεια θειαμίνης είναι γνωστό ότι παίζει βασικό ρόλο στην ανάπτυξη συνδρόμου Wernicke).

Το οινόπνευμα δεν είναι γνωστό αν και κατά πόσο μεταβολίζεται από τον νευρικό ιστό. Τα επίπεδα της ακεταλδεΐδης, κυριότερου μεταβολισμού παραγώγου του οινοπνεύματος, δεν είναι ανάλογα με τις εκδηλώσεις του αλκοολισμού, ο μεταβολισμός του φαίνεται να παίζει μικρό μόνο ρόλο στην ανάπτυξή τους, οι δέ εκδηλώσεις αυτές οφείλονται προφανώς σε απ'ευθείας νευροτοξική επίδραση (Myerson 1973, Melgaard 1983).

Το οινόπνευμα ασκεί βλαπτική επίδραση σε ποικιλία λειτουργιών του νευρικού ιστού, μεταξύ των οποίων:

- α) αυξάνει την διαπερατότητα της κυτταρικής μεμβράνης, διαταράσσοντας την σχέση χοληστερόλη/φωσφολιπίδια και την αλληλεπίδραση λιπιδίων-πρωτεϊνών της (Sun 1979).
- β) αναστέλλει την ενεργό μεταφορά  $\text{Na}^+$  και  $\text{K}^+$  προφανώς αναστέλλοντας το μεταφέρον σύστημα ( $(\text{Na}^+ + \text{K}^+)\text{ATP}_{\text{άση}}$ ), επίδραση παρόμοια με αυτή των γενικών αναισθητικών (Istael 1970).
- γ) επηρεάζει όλα τα συστήματα των νευροδιαβιβαστών και ειδικότερα:
  - i. Αναστέλλει την δράση της ακετυλοχολίνης σε προ- και μετασυναπτικό επίπεδο, διαταραχή που έχει σχέση πιθανότατα με τις διαταραχές της μνήμης των αλκοολικών.
  - ii. Διαταράσσει την ευαισθησία των ντοπαμινεργικών υποδοχέων, την επαναπρόσληψη της ντοπαμίνης και της νοραδρεναλίνης και καταστρέφει νοραδρενικούς νευρώνες (Melgaard 1983).
  - iii. Αυξάνει την περιεκτικότητα του νευρικού συστήματος σε  $\gamma$ -αμινοβουτυρικό οξύ.
  - iv. Ανάλογα με την πυκνότητά του, διαταράσσει την διεγερσιμότητα των νευρικών κυττάρων και έχει

απολκτική δράση , αναστέλλει τα δυναμικά ενέργειας των νευρών ελαττώνοντας την αξονική και λιγότερο την συναπτική μεταβίβαση , όπου και σε ορισμένους νευρώνες παρατηρείται διεγερτική επίδραση (Melgaard 1983). Η επίδραση αυτή έχει σχέση με την ανάπτυξη περιφεριακής νευροπάθειας στον χρόνια αλκοολισμό. Η επιπλοκή όμως αυτή σχετίζεται και με την συνυπάρχουσα διαιτητική ανεπάρκεια και την υποβιταμίνωση , παρά με την ποσότητα του οινοπνεύματος που καταναλώνει ο πότης (Blackstoch et al 1972).

v. Διαταράσσει την σύνθεση του RNA (στον πυρήνα και στα μιτοχόνδρια) αναστέλλοντας την πρωτεϊνική σύνθεση (Tewari και Noble 1971).

Πρέπει όμως να τονισθεί η τοξική επίδραση στον νευρικό ιστό και άλλων ουσιών που περιέχονται στα αλκοολούχα ποτά , όπως της μεθυλικής αλκοόλης και του φωσφορικού τριορθοκρεσυλίου , η έμμεση επίδραση λόγω διαταραχής της λειτουργίας άλλων οργάνων (π.χ. ήπαρ) , η σημασία των διαιτητικών διαταραχών που συνοδεύουν τον χρόνια αλκοολισμό και η υποβιταμίνωση του συμπλέγματος Β (Pearce 1977).

## 2. Αλκοολικά νευρολογικά σύνδρομα.

Οι νοσολογικές οντότητες που οφείλονται σε κατάχρηση οινοπνεύματος χωρίζονται ως εξής:

### i. Νόσοι απότοκοι τοξικής δράσης του οινοπνεύματος.

α) Δηλητηρίαση με οινόπνευμα (συμπεριλαμβάνει τη μέθη , το κώμα και την παθολογική μέθη).

β) Στερητικό σύνδρομο από διακοπή του οινοπνεύματος (τρόμος ψευδαισθήσεις , "Ε" κρίσεις , τρομώδες παραλήρημα).

### ii. Νόσοι που προκαλούνται από στέρηση θρεπτικών ουσιών (βιταμινών).

α) Εγκεφαλοπάθεια Wernick.

β) Ψύχωση Korsakoff.

- γ) Πολυνευροπάθεια.
- δ) Αμβλιωπία από οινόπνευμα.
- ε) Πελλάγρα.

iii. Σύνδρομα με ασαφή παθογένεια.

- α) Εκφύλιση παρεγκεφαλίδας.
- β) Νόσος των Marchiafava-Bignami.
- γ) Κεντρική μυελινόλυση της γέφυρας.
- δ) Εγκεφαλική φλοϊκή ατροφία.
- ε) Αλκοολική μυοπάθεια.

iv. Νευρολογικοί νόσοι απότοκοι της κίρρωσης του ήπατος και του παραπυλαίου Shunt.

- α) Ηπατικό Stupor και κώμα.
- β) Χρόνια ηπατική εγκεφαλοπάθεια.

i. ΝΟΣΟΙ ΑΠΟΤΟΚΟΙ ΤΟΞΙΚΗΣ ΔΡΑΣΗΣ ΤΟΥ ΟΙΝΟΠΝΕΥΜΑΤΟΣ.

- α) Δηλητηρίαση με οινόπνευμα.

Κλινική εικόνα: Η μέθη είναι τόσο συχνό φαινόμενο που είναι γνωστό σε όλους. Τα σημεία δηλητηρίασης περιλαμβάνουν διάφορου βαθμού διέγερση, ευφορία, άρση των αναστολών, λοχόρροια, δυσάρθρια, ευερεθιστότητα, επιθετική συμπεριφορά, αστάθεια στη βάδιση, ασυνέρχεια των κινήσεων, υπνηλία, Stupor και κώμα το οποίο μερικές φορές μπορεί να καταλήξει σε θάνατο.

Το οινόπνευμα σε μιά μικρή αναλογία ασθενών μπορεί να έχει διεγερτική αντί για κατασταλτική δράση. Η κατάσταση αυτή ονομάζεται παθολογική μέθη -ή οξεία αλκοολική παρανοειδής κατάσταση- και συμπεριλαμβάνει μια έκρηξη παράλογης, ανταγωνιστικής και μερικές φορές καταστροφικής συμπεριφοράς, η οποία σταματά όταν ο ασθενής πέφτει σε βαθύ stupor, μετά από το οποίο δεν έχει ανάμνηση του γεγονότος.

Παρόμοια αντίδραση μπορεί να προκληθεί και μετά από κατανάλωση μικρής ποσότητας οινόπνευματος. Έχει αποδοθεί σε

ιδιοσυστασιακές διαφορές ως προς την ευαισθησία στο οινόπνευμα , στην ύπαρξη προηγούμενου κρανιοεγκεφαλικού τραυματισμού , μια υποκρυπτόμενη επιληπτική διάθεση , αλλά δεν υπάρχουν έγκυρα επιστημονικά δεδομένα για να υποστηριχθούν οι θεωρίες αυτές. Μια αναλογία μπορεί να υπάρχει μεταξύ αυτής της κατάστασης και της παράδοξης αντίδρασης στα βαρβιτουρικά.

Θεραπεία: Οι συνήθεις εκδηλώσεις της μέθης δεν απαιτούν ειδική θεραπεία. Ίσως μερικές φορές χρειασθεί να χορηγηθεί ένα ελαφρό αναληπτικό π.χ. *caffeine*. Σε παθολογική μέθη συνήθως είναι απαραίτητη η καθήλωση του ασθενούς και η χορήγηση ηρεμιστικών παρεντερικά.

Το κώμα αποτελεί επείγον περιστατικό. Πριν από οτιδήποτε άλλο θα πρέπει να ληφθούν μέτρα για την διευκόλυνση της αναπνοής. Το πρώτο βήμα είναι η διασωλήνωση της τραχείας , αναρρόφηση των εκκρίσεων και η χορήγηση  $O_2$ . Κατόπιν , αν υπάρχει shock επιχειρείται η ανάταξή του με τη χορήγηση στεροειδών , υγρών ηλεκτρολυτών και αγγειοσυσπαστικών φαρμάκων. Θα πρέπει να υπάρχει έτοιμος ένας αναπνευστήρας θετικής πίεσης για κάθε ενδεχόμενο. Εφ' όσον το οινόπνευμα απορροφάται πολύ γρήγορα , η πλύση του στομάχου δεν είναι απαραίτητη και μερικές φορές μπορεί να προκαλέσει εισρόφηση.

Όταν αντιμετωπισθούν αυτές οι βασικές ανάγκες του ασθενούς αρχίζει η προσεκτική εξέτασή του για να αποκλεισθούν άλλες παθολογικές καταστάσεις που πιθανόν καλύπτονται από το κώμα και στις οποίες είναι επιρρεπείς οι αλκοολικοί π.χ. υποσκληρίδιο αιμάτωμα , πνευμονία , μηνιγγίτις , ηπατική ανεπάρκεια , αιμορραγία από το πεπτικό.

Τα αναληπτικά αμφεταμίνη , πεντυλενοτετραζόλη (*Metrazole*) και ποικίλα μίγματα καφεΐνης και πικροτοξίνης ανταγωνίζονται την αλκοόλη στο ΚΝΣ , μόνο επειδή η δράση τους είναι διεγερτική. Δεν επηρεάζουν το ρυθμό αποβολής της αλκοόλης από τον οργανισμό. Η στρυχνίνη έχει αντιμετωπισθεί επίσης στην αντιμετώπιση του κώματος.

## β) Το σύνδρομο στέρησης μετά από διακοπή του οινόπνεύματος.

Χαρακτηρίζεται από τρόμο , ψευδαισθήσεις , επιληπτικές κρίσεις και παραλήρημα. Μετά από ένα διάστημα διακοπής του ποτού είναι δυνατό να παρατηρηθεί καθ' ένα από τα συμπτώματα χωριστά , όμως πιο συχνά υπάρχουν συνδυασμοί και η πλήρης εικόνα εκδηλώνεται στην πιο σοβαρή μορφή του συνδρόμου , δηλαδή το τρωμώδες παραλήρημα.

### 1. ΤΡΩΜΩΔΕΣ ΠΑΡΑΛΗΡΗΜΑ

Είναι η πιο σοβαρή και δραματική επιπλοκή της κατάχρησης οινόπνεύματος. Χαρακτηρίζεται από μια κατάσταση σύγχυσης , παραληρητικές ιδέες , έντονες ψευδαισθήσεις , τρόμο , διέγερση , αϋπνίες , καθώς και από σημεία υπερλειτουργίας του Α.Ν.Σ. , όπως π.χ. πυρετός , εφίδρωση. Είναι δυνατόν να προηγηθεί "Ε" κρίση.

Η συχνότητα του (κατά Victor M.) είναι 5% (σε 266 αλκοολικούς του νοσοκομίου Boston City Hospital). Η θνητότητα είναι περίπου 15%.

Ο ασθενής συνήθως είναι πότης από πολλά χρόνια και εισάγεται στο νοσοκομείο για κάποια άλλη αιτία , π.χ. τραυματισμό , λοίμωξη ή εγχείρηση. Τα συμπτώματα του τρωμώδους παραληρήματος αναπτύσσονται μετά από μια περίοδο 2-3 ημερών. Οι πρώτες ένδειξεις της επικείμενης προσβολής είναι ανψυχία , ευερεθιστικότητα , τρόμος , αϋπνία και απώλεια ορέξεως.

Ο ύπνος του ασθενούς διαταράσσεται από εφιαλτικά όνειρα. Γρήγορα εγκαθίσταται το πλήρες σύνδρομο.

Η κλινική εικόνα στις σοβαρές περιπτώσεις είναι από τις πλέον εντυπωσιακές. Ο ασθενής είναι μόνιμα διεγερτικός , κοιτάζει καχύποπτα γύρω του, ανακατεύει και τακτοποιεί ξανά τα κλινοσκεπάσματα και προσπαθεί συνεχώς να απελευθερωθεί από τους ιμάντες. Συχνά οι κινήσεις που κάνει έχουν σχέση με κάποια παραληρητική ιδέα. Χαρακτηριστική είναι η στροφή της κεφαλής και των ματιών σε ένα ορισμένο σημείο ή η συνομιλία με φανταστικά

πρόσωπα. Άλλοτε πάλι μιμείται πολύπλοκες κινήσεις που έχουν σχέση με την εργασία του.

Ένας αδρός ανώμαλος τρόμος που παρατηρείται στα άκρα, το πρόσωπο και τη γλώσσα, κυριαρχεί σε όλες τις περιπτώσεις. Ο τρόμος αυξάνει με τις εκούσιες κινήσεις και μερικές φορές είναι τόσο έντονος που μπορεί να παρεμποδίζει και τις απλές κινήσεις. Άλλες τυπικές ανωμαλίες της κινητικότητας είναι κινήσεις ψύσεως και ψηλαφήσεως.

Η ομιλία του ασθενούς είναι δυσarthρική και πολλές φορές ακατανόητη. Στην αρχή μπορεί ο ασθενής να κραυγάζει επί ώρες και στο τέλος η φωνή του να καταλήξει σε ένα μόλις ακουόμενο ψίθυρο. Μερικές φορές μπερδεύει τις λέξεις ή μπορεί να ανφέρει νεολογισμούς, πράγμα που δείχνει ότι υπάρχει και ένας βαθμός δυσφασίας μαζί με δυσarthρία.

Τα συμπτώματα από το Α.Ν.Σ. είναι χαρακτηριστικά για το τρομώδες παραλήρημα.

Κύριες εκδηλώσεις είναι: Μυδρίαση κορών, ταχυκαρδία, πυρετός, υπεριδρωση η οποία μάλιστα μπορεί να οδηγήσει σε σοβαρή αφυδάτωση. Μπορεί επίσης να παρατηρηθεί ανόρθωση τριχών, ωχρότης ή ερυθρότης προσώπου (flushing), ναυτία, διάρροια ή δυσκοιλιότητα.

Υπάρχει ακόμη διαταραχή του προσανατολισμού ως προς τον τόπο και τον χρόνο και επίσης αδυναμία στην κατανόηση του περιβάλλοντός του. Έτσι μερικές φορές ο ασθενής μπορεί να αγνοεί σε τι κατάσταση βρίσκεται, αν είναι όρθιος ή ξαπλωμένος, τι ρούχα φορά και αν είναι στο ύπαιθρο ή μέσα σε κτίριο.

Η ικανότητα της προσοχής και της συγκέντρωσης διαταράσσονται σημαντικά. Μερικές φορές τίποτε δεν μπορεί να αποσπάσει τον άρρωστο από μια συνεχή απασχόλησή του με κάποια δραστηριότητα ή σκέψη, ενώ άλλες φορές είναι πιο ζωηρός και η προσοχή του διασπάται με το παραμικρό.

Ένα καινούργιο ερέθισμα προκαλεί μια στιγμιαία εντύπωση ή μπορεί να γίνει ένα κεντρικό σημείο για να αρχίσει ο ασθενής μια καινούργια απασχόληση από την οποία είναι δύσκολο να αποσπάσει η προσοχή του.

Εάν κανείς καταφέρει να προσελκύσει την προσοχή του ασθενούς για ένα διάστημα μπορεί να διαπιστώσει στιγμιαίες αναλαμπές φυσιολογικής ευαισθησίας και να πάρει σωστές απαντήσεις. Επίσης ο ασθενής μπορεί να θυμηθεί πράγματα που του ζητήθηκαν σε προηγούμενη εξέταση, τα οποία τότε, δεν είχαν φανεί να τον εντυπωσιάζουν.

Ένα άλλο χαρακτηριστικό του τρομώδους παραληρήματος είναι οι διαταραχές της αντιλήψεως. Οι πιο πολλές από αυτές αποτελούν λανθασμένη ερμηνεία των αισθητικών ερεθισμάτων-παραισθήσεις. Ο ασθενής παραγνωρίζει τα πρόσωπα καθώς επίσης το νόημα των ήχων και των σκιών. Επίσης από την άλλη πλευρά, οι διαταραχές της αντιλήψεως μπορεί να μη έχουν σχέση με την πραγματικότητα (ψευδαισθήσεις), αν και κανείς δεν μπορεί να είναι βέβαιος πάντοτε, ότι συνέβαλλε στη γέννησή τους κάποιο ερέθισμα.

Οι ψευδαισθήσεις είναι κυρίως οπτικές (φίδια, έντομα, μικρά ζώα), ακουστικές και σπάνια γευστικές ή οσφρητικές. Μπορεί να υπάρχουν και μικτές. Φαίνεται ότι είναι πολύ ζωντανές και ο ασθενής δεν έχει καμία αμφιβολία ότι συμβαίνουν πραγματικά, επειδή και η συναισθηματική του αντίδραση είναι ανάλογη με το περιεχόμενό τους.

Πολλές φορές ο ασθενής παρουσιάζει έντονη υποβολιμότητα και είναι πολλές φορές δυνατό να τον παρασύρει κανείς να πει από ένα φανταστικό μπουκάλι μπύρας ή να ανάψει ένα φανταστικό τσιγάρο.

Πτωχά συστηματοποιημένες, συνήθως παρανοϊκού περιεχομένου, παραληρητικές ιδέες μπορεί να συνοδεύσουν τις ψευδαισθήσεις και μάλιστα μερικές φορές είναι το κύριο χαρακτηριστικό. Συχνά ο ασθενής πιστεύει ότι τον έχουν φυλακίσει, ότι θα τον

δηλητηριάσουν ή πυροβολίσουν διάφοροι αόρατοι εχθροί.

Το συναίσθημα χαρακτηρίζεται από αστάθεια και μεταβλητικότητα. Κύριο στοιχείο είναι το αίσθημα έντονου φόβου, αν και μερικές φορές υπάρχουν διαλείματα με ευφορία και έξαρση συναισθηματική.

Στις περισσότερες περιπτώσεις το τρομώδες παραλήρημα είναι καλοήθες και διαρκεί λίγες μέρες (3-10). Ο άρρωστος εξαντλημένος από την υπερκινητικότητα και την αϋπνία πέφτει σε βαθύ ύπνο, από τον οποίο ξυπνά νηφάλιος, χωρίς να θυμάται σχεδόν τίποτε από όσα συνέβησαν στην διάρκεια του παραληρήματος. Λιγότερο συχνά το παραλήρημα υποχωρεί βαθμιαία, ενώ σπανιότερα ακόμη παρατηρούνται μια ή περισσότερες υποτροπές, οι οποίες χωρίζονται από φωτεινό διάλειμα. Η όλη κατάσταση μπορεί να κρατήσει αρκετές μέρες ή εβδομάδες.

Στην πλειονότητα των θανατηφόρων περιπτώσεων συνήθως συνυπάρχει μια λοιμώδης νόσος ή ένας σοβαρός τραυματισμός. Σε μερικούς όμως ασθενείς δεν υπάρχει φανερή νόσος που να επιπλέκει την κατάσταση, όμως ο ασθενής πεθαίνει σε μια κατάσταση υπερθερμίας ή περιφερικού κυκλοφορικού collapse.

Σε μερικές περιπτώσεις, ο θάνατος έρχεται τόσο αιφνίδια που δεν προλαβαίνει κανείς να φθάσει στα τελικά στάδια, η νεκροτομή δεν δείχνει σαφή παθολογικά ευρήματα.

Διάρκεια του τρομώδους παραληρήματος σε 101 ασθενείς:

Διάρκεια του επεισοδίου <= 24h	:14.5%
25-48h	:24.6%
49-72h	:43.5%
73-96h	: 8.7%
>4 ημερ:	8.7%

## 2. Ατυπο τρομώδες παραλήρημα

Υπάρχουν μερικές περιεργές παραλλαγές του τρομώδους παραληρήματος (αν και μερικές φορές αρκετά συχνές) στις οποίες



αναπτύσσονται μερικά μόνο συμπτώματα του συνδρόμου.

Ο ασθενής παρουσιάζει μια παροδική σύγχυση, ευερεθιστότητα ή ιδιορρυθμία συμπεριφοράς ή ακόμη μπορεί να γίνει βίαιος και επιθετικός.

Άλλοι μπορεί να παρουσιάσουν παρανοειδείς ιδέες χωρίς διαταραχές του προσανατολισμού. Μετά την πάροδο του επεισοδίου διατηρούν μια ανάμνηση των όσων συνέβησαν στην διάρκειά του.

Οι άτυπες καταστάσεις τρομώδους παραλήρηματος μοιάζουν με το τυπικό παραλήρημα στο γεγονός ότι και σ' αυτές υπάρχει ένα διάστημα αποχής από οινοπνευματώδη ποτά και διαρκούν όσο και το παραλήρημα. Δεν παρουσιάζουν υποτροπές, σπάνια συνοδεύονται από "Ε" κρίση και δεν έχουν θανατηφόρο έκβαση. Ίσως πρόκειται για μια λιχότερο σοβαρή μορφή της νόσου.

Θεραπεία: Η αντιμετώπιση του ασθενούς αρχίζει με την χορήγηση ηρεμιστικών, την καθήλωση και απομόνωση των πολύ διεγερτικών ατόμων.

Ηρεμιστικά: Πολλά ηρεμιστικά έχουν χρησιμοποιηθεί και το καθένα έχει τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματά του.

i. Βενζοδιαζεπίνες: Τις προτιμούν πολλοί διότι είναι ασφαλείς και αποτελεσματικές και δεν προκαλούν μεγάλη καταστολή της καρδιοαναπνευστικής λειτουργίας.

α) Χλωροδιαζεποξίδη (Librium) σε δόση 50 mg-100 mg per os

ή EM

β) Διζεπάμη (Valium) 10-20 mg EM

Η δόση μπορεί να επαναλαμβάνεται κάθε 2h μέχρι να έχουμε καταστολή.

ii. Ενυδρος χλωράλη (Δόση 1.0-2.0 gr): Είναι επίσης αποτελεσματική, όμως το μειονέκτημά της είναι ότι δεν υπάρχει σε ενέσιμη μορφή και θα πρέπει να δοθεί με υποκλιισμό.

iii. Βαρβιτουρικά:

α) Secobarbital : 100-300 mg per os ή EM

β) Phenobarbital : 100-300 mg per os ή EM

Θα πρέπει να δίνονται με προσοχή επειδή καταστέλλουν την αναπνοή και είναι επικίνδυνα σ'αυτούς που έχουν αποφρακτική πνευμονοπάθεια.

iv. Μείζονα νευροληπτικά: Χρησιμοποιούνται ευρέως. Μπορεί να προκαλέσουν σημαντική υπόταση και να ελαττώσουν τον ουδό των σπασμών (seizure threshold) ευνοώντας έτσι την εμφάνιση "E" κρίσεως. Διαταράσσουν επίσης και τη θερμορύθμιση.

Χρησιμοποιείται κυρίως η προμαζίνη (Sparine) σε δόση 50-100mg ανά 8h ή σε βραχύτερο χρονικό διάστημα ανάλογα με την περίπτωση.

Υγρά: Μετά την καταστολή του ασθενή φροντίζουμε να αποκατασταθούν οι διαταραχές ύδατος και ηλεκτρολυτών.

Κατά μέσο όρο οι ανάγκες σε υγρά και ηλεκτρολύτες είναι:

Νερό: 30-40 ml/kg

Na<sup>+</sup> : 40-80 mEq

K : 30-60 mEq

Μπορούν να χρησιμοποιηθούν τα ακόλουθα διαλύματα:

0.9% NaCl , Dextrose , Μικτός ορός 5% Dextrose

0.45% NaCl , 10% Dextrose

Στα διαλύματα μπορεί να προστεθεί και K<sup>+</sup> (60-100 mEq/H) σε ελαφρά υποκαλιαιμία , ενώ σε σοβαρότερη δίνουμε 100-140 mEq/H.

Αν υπάρχει έντονη εφίδρωση αυξάνουμε το ποσό των υγρών ανάλογα με την περίπτωση , όμως δεν θα πρέπει να χορηγηθούν πάνω από 6000ml/H.

Οι ασθενείς ανέχονται καλύτερα την ελαφρά αφυδάτωση παρά την υπερφόρτωση με υγρά. Έτσι το πρώτο 24ωρο θα πρέπει να καλυφθεί μόνο το 50% του ελλείματος.

Μερικοί συγγραφείς συνιστούν και την χορήγηση Mg (2-4 ml 50%MgSO<sub>4</sub>/8h επί 3 δόσεις).

Βιταμίνες: Οι αλκοολικοί συνήθως από αβιταμίνωση B ή τα αποθέματά τους σε Vit B είναι μειωμένα.

Η χορήγηση γλυκόζης θα συμβάλλει στην κατανάλωση και των τελευταίων αποθεμάτων τους σε θειαμίνη και αυτό ίσως οδηγήσει στην εκδήλωση μιας εγκεφαλοπάθειας Wernicke. Γι' αυτό χορηγούμε σε όλους επαρκή ποσά Vit B (τουλάχιστον 200 mg B<sub>1</sub>).

Σε σοβαρότερες καταστάσεις θα πρέπει να παρακολουθείται συχνά η ΑΠ, ο σφυγμός και η θερμοκρασία για να προληφθεί ένα επερχόμενο shock και μια υπερθερμία (οι δύο πιο συχνές αιτίες θανάτου). Στην περίπτωση shock θα πρέπει να δράσει κάνεις γρήγορα δίνοντας υγρά, αίμα, αγγειοσυσπαστικά φάρμακα.

Για την υποθερμία χρησιμοποιείται ψυχρό στρώμα ή παγοκύστες. Σε περίπτωση λοιμώξεως, αντιβιοτικά.

Ακόμη δεν θα πρέπει να παραμελούνται μικρά ή ασήμαντα μέτρα που θα βοηθήσουν τον ασθενή να ελαττώσει τον φόβο και την καχυποψία του, καθώς και την τάση του για ψευδαισθήσεις. Το δωμάτιο θα πρέπει να είναι καλά φωτισμένο και ο ασθενής δεν θα πρέπει να μετακινείται άσκοπα από θάλαμο σε θάλαμο. Κάθε εξέταση ακόμη και η πιο συνηθισμένη (π.χ. η μέτρηση της ΑΠ) θα πρέπει να εξηγείται στον άρρωστο. Η παρουσία κάποιου συγγενικού προσώπου μπορεί να βοηθήσει τον άρρωστο να διατηρήσει μια επαφή με την πραγματικότητα.

### 3. Αλκοολική ψευδαισθήτωση.

Σε ένα αριθμό ασθενών μετά τη διακοπή του οινοπνεύματος παρουσιάζονται ψευδαισθήσεις και παραισθήσεις. Ο Kraepelin περιέγραψε το σύνδρομο και το ονόμασε "ψευδαισθησιακή παράνοια των μεθύσων ή αλκοολική μανία".

Κύρια χαρακτηριστικά της νόσου είναι η παρουσία ακουστικών

ψευδαισθήσεων χωρίς διαταραχή της συνείδησης.

Οι ψευδαισθήσεις μπορεί να είναι στοιχειώδεις (κουδούνια, καμπάνες, σφυρίγματα) ή πιο συστηματοποιημένες, συνήθως μια ανθρώπινη φωνή που βρίζει ή απειλεί τον ασθενή, ο οποίος δεν έχει καμμία αμφιβολία για το ότι οι ψευδαισθήσεις του είναι αληθινές και συχνά μάλιστα τηλεφωνεί στην αστυνομία για να ζητήσει προστασία από τον εχθρό που τον απειλεί.

Η βελτίωση αρχίζει όταν ο ασθενής αμφιβάλλει για την ορθότητα των ψευδαισθήσεων και αναγνωρίζει ότι είναι φανταστικές.

Σε ένα μικρό αριθμό μεταπίπτει σε χρόνια νόσο. Μετά από μια μικρή χρονική περίοδο αλλάζει η συμπτωματολογία. Ο ασθενής ησυχάζει αν και εξακολουθούν να υπάρχουν οι ακουστικές ψευδαισθήσεις, όμως σιγά σιγά εμφανίζονται παραληρητικές ιδέες δίωξης ή επίδρασης. Σ' αυτή τη φάση μπορεί να γίνει σύγχυση με την σχιζοφρένεια αν και υπάρχουν σοβαρές διαφορές μ' αυτήν.

Ο Bleuler τη θεωρούσε σαν παραλλαγή της σχιζοφρένειας. Η νόσος όμως στους αλκοολικούς έχει σχέση με το οινόπνευμα και στο προηγούμενο ιστορικό δεν βρίσκουμε στοιχεία σχιζοειδούς προσωπικότητας ούτε επιβάρυνση κληρονομική.

#### 4. Επιληπτικοί σπασμοί "Run Fits".

Είναι δυνατό ο αλκοολικός να παρουσιάσει "E" κρίση σε ένα διάστημα αποχής από το ποτό.

Συνήθως παρατηρείται μία μόνο κρίση ή μερικές φορές 2-6 κρίσεις σε διάστημα μερικών ωρών. Σπάνια μπορεί να πέσει ο ασθενής σε Status elipticus (Συμβαίνει στο 90% των ασθενών 7-48 ώρες μετά την διακοπή το ποτού).

Είναι γνωστό ότι επιληπτικοί ασθενείς που πίνουν ευκαιριακά μπορεί να παρουσιάσουν συχνά κρίσεις μετά την κατανάλωση οινοπνεύματος όσο και μετά τη διακοπή (δηλαδή το επόμενο πρωί).

Αγωγή: Δεν δίνουμε ποτέ φάρμακα. Μπορεί να δοθεί προφυλακτικά Luminal σε ασθενείς που έχουν παρουσιάσει "Ε" κρίσεις στο παρελθόν σε φάση αποχής από το αλκοόλ μόνο όταν χρειασθεί στο μέλλον να διακόψουν το ποτό.

Το status αντιμετωπίζεται όπως κάθε άλλο status.

ii. ΑΛΚΟΟΛΙΚΑ ΣΥΝΔΡΟΜΑ ΠΟΥ ΟΦΕΙΛΟΝΤΑΙ ΣΕ ΣΤΕΡΗΣΗ ΘΡΕΠΤΙΚΩΝ ΟΥΣΙΩΝ.

Στην κατηγορία αυτή συμπεριλαμβάνονται: η νόσος Wernicke , η ψύχωση Korsakoff , η πολυνευροπάθεια , η αμβλυωπία από αλκοόλη και η πελλάγρα.

α) ΝΟΣΟΣ WERNICKE

Το 1881 ο Carl Wernicke περιέγραψε μια νόσο η οποία χαρακτηρίζεται από παράλυση των κινήσεων του οφθαλμού , αταξία και διανοητική σύγχυση ("τριάς Wernicke").

Κλινικά χαρακτηριστικά:

- i. Οφθαλμικές διαταραχές.
- ii. Αταξία.
- iii. Συμπτώματα από την ψυχοδιανοητική σφαίρα.
- iv. Νευροπάθεια.
- v. Μεταβολές στο καρδιαγγειακό σύστημα.

Η βελτίωση μερικές φορές είναι ανώμαλη και πολλές φορές όχι πλήρης και συμβαδίζει με τη βελτίωση της αταξίας.

Η θνητότης στην οξεία φάση είναι το 17% (κατά τον M. Victor).

β) ΨΥΧΩΣΗ KORSAKOFF.

Περιγράφηκε το 1887 από τον S. S. Korsakoff σαν πολυνευρι-

τιδική ψύχωση.

Κλινική εικόνα: Ο Korsakoff περιέγραψε το σύνδρομο σαν "μια διαταραχή μνήμης με μυθοπλασίες", όμως η διαταραχή των νοητικών λειτουργιών δεν μπορεί να εξηγηθεί μόνο με βάση το έλλειμα μνήμης. Στο test Wechsler (W.A.I.S.) οι ασθενείς αυτοί παρουσιάζουν αποτυχίες στη χρήση των συμβόλων στην αριθμητική και στις κατασκευές με κύβους, έχουν επίσης διαταραχές στη συγκέντρωση και στη χρήση αφηρημένων όρων.

Το αμνησικό σύνδρομο συνοψίζεται στις ακόλουθες διαταραχές:

1. Μία διαταραχμένη ικανότητα στην ανάκληση πληροφοριών που έχουν συσσωρευθεί τα προηγούμενα χρόνια και αδυναμία των ασθενών να μάθουν και να καταγράψουν καινούργιες μνημονικές παραστάσεις.
2. Σχετικά ελαφρά, όμως καθοριστική διαταραχή των λειτουργιών αντιλήψεως και συνειδητοποιήσεως.
3. Μια ελάττωση της πρωτοβουλίας και του αυθορμητισμού.

Η πρόγνωση δεν είναι καλή. Μόνο το 20% των ασθενών επανέρχονται σχεδόν στο φυσιολογικό. Οι υπόλοιποι βελτιώνονται ελαφρά και χρειάζονται κάποια επίβλεψη για να ανταπεξέλθουν στις καθημερινές τους ανάγκες.

Αίτια: Σημαντικό ρόλο παίζει η έλλειψη και άλλων θρεπτικών ουσιών.

Το γεγονός ότι η νόσος δεν υποχωρεί πλήρως με τη χορήγηση βιταμινών υποδηλώνει ότι οι βλάβες είναι περισσότερο δομικές παρά λειτουργικές.

Θεραπεία: Μεγάλες δόσεις Vit B<sub>1</sub> και όλο το σύμπλεγμα Β.

### γ) ΑΜΒΛΩΠΙΑ ΕΞ ΟΙΝΟΠΝΕΥΜΑΤΟΣ.

Κλινικά το χαρακτηριστικό σύμπτωμα είναι ένα θάμβος δράσεως τόσο για τα κοντινά όσο και τα μακρινά αντικείμενα , το οποίο εγκαθίσταται βαθμιαία μέσα σε αρκετές μέρες ή εβδομάδες. Από την εξέταση έχουμε: πτώση της οπτικής οξύτητας καθώς και κεντρικά ή κεντροτυφλικά σκοτώματα , τα οποία είναι μεγαλύτερα για τα έγχρωμα παρά για τα λευκά αντικείμενα. Οι βλάβες είναι πάντα αμφοτερόπλευρες και όχι συμμετρικές.

Στη βυθοσκόπηση οι αλλαγές που παρατηρούνται είναι: ήπια θηλίτις με ελαφρά υπεραίμια και μερικές φορές ασάφεια των ορίων της θηλής. Στις πιο προχωρημένες περιπτώσεις υπάρχει ωχρότης του δίσκου. Σπάνια συναντώνται αιμορραγίες στον αμφιβληστροειδή. Όταν μείνει χωρίς θεραπεία η νόσος καταλήγει σε μη αναστρέψιμη οπτική ατροφία.

Θεραπευτικώς δίνουμε Vit B. Η βελτίωση έρχεται γρήγορα εκτός από τις χρόνιες καταστάσεις.

### δ) ΑΛΚΟΟΛΙΚΗ ΠΟΛΥΝΕΥΡΟΠΑΘΕΙΑ.

Παθογένεση: Παλαιότερα θεωρούσαν σαν αίτιο την τοξική δράση του οινοπνεύματος , όμως τα τελευταία χρόνια πιστεύεται ότι η νόσος οφείλεται σε έλλειψη θρεπτικών ουσιών , δηλαδή θειαμίνης , πυριδοξίνης και παντοθενικού οξέος.

Κλινική εικόνα: Η συμπτωματολογία ποικίλει. Μερικοί ασθενείς είναι σχεδόν ασυμπτωματικοί και η βλάβη παρατηρείται σε μια τυχαία εξέταση (ελαφρά υπαισθησία , κατάρχιση τενοντίων αντανακλαστικών).

Στην πλειοψηφία όμως των ασθενών , τα κυριώτερα συμπτώματα είναι: αδυναμία , παραισθήσεις και πόνος. Τα συμπτώματα εγκαθίστανται βραδέως και σιγά σιγά επιδεινώνονται. Είναι εντονότερα στα περιφερικά παρά στα κεντρικά τμήματα. Πρώτα προσβάλλονται τα κάτω άκρα. Τα κινητικά και αισθητικά συμπτώματα

εμφανίζονται ταυτόχρονα αν και μερικές φορές τα πρώτα μπορεί να είναι πιο έντονα από τα δεύτερα ή αντίθετα.

Συνήθως το κύριο ενόχλημα είναι η μυϊκή αδυναμία , όμως στο 1/4 των ασθενών το πιο έντονο σύμπτωμα είναι ο πόνος και οι παραισθησίες. Ο πόνος είναι αμβλύς και συνεχής. Μερικές φορές όμως μπορεί να είναι διαξιφιστικός και διαλείπων όπως στη νωτιάδα φθίση.

Άλλοι ασθενείς παραπονιούνται ότι αισθάνονται τα πόδια τους παγωμένα , όμως οι περισσότεροι έχουν καυσαλγίες στα πέλματα που είναι πολύ ενοχλητικές ιδίως την νύχτα (burning feet). Μερικές φορές μπορεί να παρατηρηθούν και καυσαλγίες στις παλάμες. Κατά κανόνα προσβάλλονται τα άκρα και σχεδόν ποτέ η κεφαλή και ο κορμός. (Έχουν περιγραφεί δύο περιπτώσεις από τον Maurice Victor με κρανιακή νευρίτιδα).

#### Πρόγνωση και θεραπεία.

Η ανάρρωση είναι βραδεία.

Στις περισσότερες περιπτώσεις μπορεί να επενέλθει η κινητικότητα μέσα σε μερικές βδομάδες ενώ στις σοβαρότερες απαιτείται χρονικό διάστημα μέχρι και 1 έτος. Η θεραπεία περιλαμβάνει διαίτα πλούσια σε Vit B , παρεντερικά και φυσιοθεραπεία.

#### ε) Αλκοολική πελλάγρα

Η αιτιολογία είναι όμοια με την συνήθη πελλάγρα , δηλαδή έλλειψη Νικοτινικού κυρίως οξέως και ίσως πυριδοξίνης και άλλων όπως Vit B.

Κλινική εικόνα: Η νόσος προσβάλλει το δέρμα , το πεπτικό σωλήνα , το νευρικό σύστημα και το αίμα. Θα αναφερθούμε κυρίως στις διαταραχές από το νευρικό σύστημα. Στα αρχικά στάδια τα συμπτώματα είναι κυρίως από την ψυχική σφαίρα και μπορούν να



θεωρηθούν σαν ψυχονεύρωση . Συχνή είναι η αυπνία , η κόπωση , η νευρική κατάσταση , η ευερεθιστικότητα ή αισθήματα κατάθλιψης. Η εξέταση μπορεί να δείξει μία επιβράδυνση των νοητικών λειτουργιών και διαταραχές μνήμης. Μερικές φορές κυριαρχεί η εικόνα μίας οξείας συγχυτικής ψύχωσης. Είναι δυνατόν να παρατηρηθεί τρόμος και έξω πυραμιδική δυσκαμψία , φλοιοπρομηκικά αντανακλαστικά , σημείο συλλήψεως και κώμα.

Θεραπεία: Μεγάλες δόσεις Vit B και τροφής πλούσιας σε Vit B.

### iii. ΑΛΚΟΟΛΙΚΑ ΣΥΝΔΡΟΜΑ ΑΣΑΦΟΥΣ ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑΣ.

#### α) Αλκοολική παρεγκεφαλιδική εκφύλιση.

Είναι συχνότερη στους άνδρες παρά στις γυναίκες (11:1). Κλινικώς χαρακτηρίζεται από βádιση με αφεστώτα σκέλη , αστάθεια κορμού και άκρων. Σπανιότερα σημεία είναι ο νυσταγμός , η δυσσαθρία και ο τρόμος των χειρών. Στις πιό πολλές περιπτώσεις το σύνδρομο αυτό εγκαθίσταται βραδέως μέσα σε αρκετές εβδομάδες ή μήνες και μετά παραμένει σε στασιμότητα επί χρόνια. Σε άλλες περιπτώσεις εγκαθίστανται οξέως και επιδεινώνεται μετά από 1 λοίμωξη ή Del.tremens.

Υπάρχουν δύο κλινικοί τύποι του συνδρόμου. Στον πρώτο το κύριο σύμπτωμα είναι η αστάθεια βαδίσσεως ανώ οι εκούσιες κινήσεις δεν επηρεάζονται. Ο δεύτερος τύπος χαρακτηρίζεται από οξεία εισβολή και τα συμπτώματα του μοιάζουν με τα συμπτώματα του πρώτου τύπου είναι όμως αναστρέψιμα. Πιθανώς η βλάβη είναι λειτουργική και όχι δομική. Το σύνδρομο αυτό ομοιάζει με το σύνδρομο Wernicke , όμως δεν συνοδεύεται από οφθαλμικές διαταραχές. Σαν αίτιο θεωρείται η έλλειψη θρεπτικών ουσιών κυρίως Vit B.

## β) ΝΟΣΟΣ MARCHIAFAVA-BIGNAMI.

Κλινική εικόνα: Είναι πολύ σπάνια νόσος. Οι ασθενείς είναι συνήθως άρρενες αλκοολικοί μέσης ή προχωρημένης ηλικίας. Τα κλινικά χαρακτηριστικά ποικίλουν και δυσχεραίνουν την διάγνωση, η οποία στις περισσότερες φορές γίνεται με νεκροτομή. Σε πολλούς ασθενείς τα συμπτώματα συγχέονται με εκείνα της τοξικής δράσης του οινόπνευματος ή του συνδρόμου στέρησης (τρόμος, ψευδαισθήσεις, delirium tremens).

Σε μερικούς έχει παρατηρηθεί stupor και κώμα χωρίς άλλη νευρολογική σημειολογία.

Σε άλλους έχει παρατηρηθεί ανοικό σύνδρομο που κατέληξε σε θάνατο μετά 3-6 έτη. Έχουν περιγραφεί επίσης περιπτώσεις με συμπτωματολογία μετωπιαίου λοβού με ψυχοκινητική επιβράδυνση, διαταραχή κρίσεως, συναισθηματική άμβλυση, ακράτεια ούρων, διαταραχές στη βάδιση και στο σημείο της συλλήψεως. Συχνά η νόσος συχέεται με την νόσο Alzheimer.

Αιτιολογία: το αίτιο είναι άγνωστο ακόμη.

## γ) ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΜΥΕΛΙΝΟΛΥΣΗ ΤΗΣ ΓΕΦΥΡΑΣ.

Είναι σπάνιο σύνδρομο και εκτός από υποσιτιζόμενους, χρόνιους αλκοολικούς έχει παρατηρηθεί και σε ασθενείς με χρόνια νευρική ανεπάρκεια Ca, καχεξία από άλλα αίτια, ηπατική ανεπάρκεια κ.α.

Όταν οι βλάβες είναι πολύ μικρές δεν έχουμε συμπτώματα, άλλοτε πάλι τα συμπτώματα υπερκαλύπτονται από την γενική εικόνα της γενικευμένης νόσου π.χ. Ca ή αποδίδονται σε μεταστάσεις.

Συνήθως παρατηρείται τετραπάρεση, προμυική παράλυση και κώμα.

Η διάγνωση βγαίνει με την νεκροτομή.

#### δ) ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΗ ΦΛΟΙΚΗ ΑΤΡΟΦΙΑ.

Κατά την εξέταση ρουτίνας των αλκοολικών συχνά αποκαλύπτουμε μια ελαφριά μέχρι μέσου βαθμού εγκεφαλική ατροφία.

Σε αρκετούς από τους ασθενείς αυτούς συνυπάρχουν τα συμπτώματα της Werthnicke ή της Korsakoff , άλλοι όμως είναι ασυμπτωματικοί.

#### ε) ΑΛΚΟΟΛΙΚΗ ΜΥΟΠΑΘΕΙΑ.

Υπάρχουν δύο τύποι.

- 1) Γενικευμένο ή εστιακό μυοπαθητικό σύνδρομο που χαρακτηρίζεται από οξεία εισβολή με πόνο , ευαισθησία και οίδημα των μυών. Στις σοβαρότερες περιπτώσεις συνυπάρχει μιοσφαιρινουρία, νεφρική βλάβη, υπερκαλιαιμία.
- 2) Ο δεύτερος τύπος χαρακτηρίζεται από υποξεία εγκατάσταση μυϊκής αδυναμίας και ατροφίας των καντρικών τμημάτων των άκρων.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup>.

### ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΥ.

Η μέχρι σήμερα θεραπευτική αντιμετώπιση των αλκοολικών (στην Ελλάδα) δεν είναι άλλη παρά μόνο, η εισαγωγή τους εκούσια ή τις περισσότερες φορές με την πίεση του περιβάλλοντος, σε διάφορες ιδιωτικές ψυχιατρικές κλινικές ή σε κρατικά ερευνητικά ψυχιατρεία, όπου η νοσηλεία τους γίνεται μαζί με όλους τους άλλους ψυχικούς ασθενείς. Ειδική θεραπευτική αντιμετώπιση δεν γίνεται, πλην της σωματικής αποτοξίνωσης και της προσπάθειας περαιτέρω αποχής των ασθενών από την χρήση οινοπνευματωδών ποτών.

Μετά από ένα διάστημα πρώτης νοσηλείας, κυμαινόμενο από έναν μέχρι τέσσερις μήνες, ο αλκοολικός εξέρχεται ενδεχομένως, αποκομμένος πια από το κοινωνικό του περιβάλλον και με την ετικέτα του "μεθύστακα" που μπήκε στο ψυχιατρείο. Απέχει ένα διάστημα από την χρήση αλκοόλ μα νιώθει πως δεν αντέχει να συνεχίσει έτσι. Ξαναρχίζει λοιπόν να πίνει, δημιουργεί επεισόδια και επανεισάγεται. Το ίδιο επαναλαμβάνεται ξανά και ξανά και με τον καιρό ο άρρωστος προχωρεί σε κοινωνική, βιολογική και ψυχολογική αποδιοργάνωση, σε επικίνδυνα για την ζωή του τρομώδη παραλληλήματα, σε ψυχωτικές καταστάσεις, με τελική κατάληξη την ιδρυματοποίησή του.

#### 4.1 Αποτοξίνωση αλκοολικού, φαρμακευτική αντιμετώπιση.

Μιά πρόσφατα και για πρώτη φορά διαγνωσθείσα περίπτωση νοσηλεύεται στο νοσοκομείο, για μία πλήρη σωματική και ψυχολογική εκτίμηση. Αυτή είναι ιδιαίτερα σημαντική όταν πρέπει να προληφθούν τα συμπτώματα από την οξεία διακοπή του οινοπνεύματος (π.χ. όταν η καθημερινή λήψη οινοπνεύματος έχει υπερβεί τη συνηθισμένη δόση τους τελευταίους τρεις ή περισσότερους μήνες). Εάν η καθημερινή λήψη οινοπνεύματος διαρκεί για διάστημα μικρότερο από τρεις μήνες είναι απίθανο να

ακολουθήσει τρομώδες παραλήρημα. Στα οξεία στάδια οι σκοποί της θεραπείας είναι η πλήρης διακοπή του οινοπνεύματος και η επάνοδος της σωματικής υγείας και της θρέψης στα φυσιολογικά όρια.

Ένα έντονο σύνδρομο στέρησης χρειάζεται ηρεμιστικά με χλωροδιαζεποξίδη (μέχρι 50 mg τέσσερις φορές την ημέρα) , αντί της χλωροπρομαζίνης που είναι πιο ηπατοτοξοτική μπορεί επίσης να χρησιμοποιηθεί η προμαζίνη ( μέχρι 100 mg την ημέρα). Η μεγάλη διέρχηση αν δεν αντιμετωπισθεί μπορεί να οδηγήσει σε κάκωση. Πρέπει να διατηρηθεί το ισοζύγιο των υγρών και των ηλεκτολυτών και εάν συμβούν σπασμοί είναι απαραίτητο να δώσουμε αντιεπιληπτική αγωγή. Τα μέτρα αυτά πρέπει να αρχίσουν αμέσως μετά την εισαγωγή του αρρώστου , ιδιαίτερα εάν υπάρχει προηγούμενο ιστορικό με τρομώδους παραληρήματος με σπασμούς.

Η αυπνία είναι ένα συχνό σύμπτωμα στο χρόνιο αλκοολισμό και δεν πρέπει να θεραπεύεται με φάρμακα που μπορούν να προκαλέσουν εθισμό όπως τα βαρβιτουρικά.

Η Ανταβούζη (Antabuse) ένα παράγωγο της δισουλφιράμης είναι χρήσιμη σε ορισμένους αρρώστους. Το φάρμακο σταματάει το μεταβολισμό της αλκοόλης στο στάδιο της ακεταλδεύδης. Αρχική δόση 0,5 gr μία φορά την ημέρα για 1-3 εβδομάδες και δόσεις συντήρησης 0,25-0,5 gr για πολύ καιρό.

Ο ασθενής που είναι σε θεραπεία με ανταβούζη αν πειε αλκοόλ εμφανίζει 5-10 min αίσθημα θερμότητας και ερυθρότητα στο πρόσωπο, στα άνω άκρα και στο θώρακα, ακολουθεί σφύξιμο στο λαιμό, αίσθημα πνιγμονής, δυσκολία αναπνοής, δυσφορία, 30 min αργότερα παρατηρείται ναυτία, ωχρότητα, υπόταση, συνεχείς εμετούς με αίσθημα φόβου. Έχουν αναφερθεί στη διάρκεια τέτοιου επεισοδίου θάνατοι από καρδιακή και αναπνευστική ανεπάρκεια. Γι'αυτό και η θεραπεία με ανταβούζη παρά τον αρχικό ενθουσιασμό τείνει να εγκαταληφθεί.

Άλλο φάρμακο , χρήσιμο για την θεραπευτική μέθοδο

αποστροφής , είναι η απομορφίλη σε συνδιασμό με δόσεις αλκοόλ (κάτω από την εποπτεία ειδικού προσώπου πάντα) κάτι που συνήθως δημιουργεί μια παρατεταμένη απέχθεια προς το πιετό.

#### 4.2 Θεραπευτική αντιμετώπιση του εθισμού.

Αυτή είναι πάντοτε δύσκολη. Απαιτεί ενθουσιασμό και επιμονή και βασίζεται στην ομαδική και ατομική ψυχοθεραπεία, μαζί με άλλους αλκοολικούς άρρωστους. Οι αρχές αυτών των ομάδων είναι βασικά όμοιες, οργανώνονται από μέλη των οποίων τα προσόντα είναι:

- α) να υποφέρουν από τον ίδιο εθισμό κίαι
- β) να επιθυμούν να απαλλαχούν.

Το μέλος ενθαρρύνεται να μιλά για το πρόβλημα του και για την επίδραση που έχει στην ζωή του και πως σκοπεύει να το λύσει. Η οργάνωση παρέχει υπηρεσία επείγουσας ανάγκης για να μπορέσει το μέλος εάν νομίζει ότι αποτυγχάνει τον σκοπό του, να τηλεφωνήσει ζητώντας ηθική υποστήριξη.

Πιο γνωστές όμως στον ελληνικό χώρο είναι οι λεγόμενες εθελοντικές οργανώσεις οι Ανώνιμοι Αλκοολικοί με παρόμοιους στόχους.

Η νοσοκομειακή περίθαλψη σταδιακή στα αρχικά στάδια της αποτοξίνωσης, έχει περιορισμούς στην θεραπεία του εθισμού. Μπορεί ακόμα να προκαλέσει βλαβερά αποτελέσματα ανθαρρύνοντας τον άρρωστο να αποσυρθεί από προβλήματα του και να αρνήται την πάθησή του.

4.3 Πίνακας σύγκρισης των χαρακτηριστικών της κλασσικής ψυχοθεραπείας και της Ομάδας Αυτοβοήθειας. [20]

Κλασσική Ψυχοθεραπεία	Θεραπεία μέσα από την Ομάδα Αυτοβοήθειας
1. Επαγγελματίας θεραπευτής εξουσιαστικός.	Δεν υπάρχει επαγγελματίας.
2. Αμοιβή.	Δωρεάν.
3. Λήψη ιστορικού-Ραντεβού.	Καρμιά.
4. Η θεραπεία γίνεται στο ιατρείο.	Η θεραπεία σε κάποιο χώρο της κοινότητας.
5. Απουσιάζει η οικογένεια.	Η οικογένεια ενισχύεται.
6. Ο θεραπευτής δεν ταυτίζεται με τον άρρωστο.	Τα μέλη ταυτίζονται μεταξύ τους.
7. Ο θεραπευτής είναι ουδέτερος - Ακούει.	Τα μέλη είναι ενεργά, κρίνουν, υποστηρίζουν, καθοδηγούν.
8. Ο θεραπευτής δεν είναι πρότυπο.	Τα μέλη αποτελούν πρότυπα αυτά καθεαυτά.
9. Ο άρρωστος θεωρεί την επικοινωνία με το θεραπευτή απόρρητη	Τα μέλη μοιράζονται τα μυστικά και τις αποφάσεις.
10. Ο θεραπευόμενος προσδοκά να δεχθεί υποστήριξη.	Ο θεραπευόμενος προσφέρει επίσης υποστήριξη.
11. Ενδιαφέρεται για την υποκατάσταση του συμπτώματος.	Δεν ενδιαφέρεται για την υποκατάσταση, επιδιώκει το φυσιολογικό της συμπεριφοράς.
12. Δέχεται την απορριπτική συμπεριφορά και τον ρόλο του αρρώστου.	Απορρίπτει την απορριπτική συμπεριφορά και τον ρόλο του αρρώστου. Υπευθυνοποιεί το άτομο.
13. Ο θεραπευτής δεν ενθαρρύνει το θεραπευόμενο.	Τα μέλη φθάνουν σε βαθμό έντονης ενθάρρυνσης.
14. Έμφαση στην αιτιολογία-ευαισθησία.	Έμφαση στην πίστη, τη δύναμη της θέλησης και αυτοελέγχου.
15. Η βελτίωση της κατάστασης του θεραπευόμενου είναι προοδευτική κατά διαστήματα.	Η βελτίωση γίνεται συστηματικά.
16. Οι σχέσεις θεράποντος-θεραπευόμενου δεν έχουν επίπτωση στην κοινότητα.	Οι σχέσεις των μελών έχουν σημαντική επίπτωση.
17. Τα καθημερινά προβλήματα είναι μέρος της μακρόχρονης αποκατάστασης.	Πρωταρχική έμφαση στις καθημερινές μικρές "νίκες". Μια ακόμη μέρα χωρίς αλκοόλ ή ουσίες.
18. Δεν υπάρχει κοινωνική σχέση θεραπευόμενου με το θεραπευτή.	Συνεχείς δυνατότητες για συμμετοχική διασκέδαση και κοινωνικοποίηση.
19. Χαμηλό ποσοστό διακοπών θεραπείας.	Υψηλό ποσοστό διακοπών θεραπείας.
20. Ο θεραπευόμενος δεν είναι ίσος με το θεράποντα.	Τα ίδια τα μέλη μπορεί να γίνουν θεραπευτές.

#### 4.4 Πρόταση ειδικού θεραπευτικού προγράμματος σε κλινική.

Μέχρι σήμερα έχουν εφαρμοσθεί στην πράξη ποικίλες μορφές θεραπείας για τους αλκοολικούς, όπως η θεραπεία αποστροφής, διαπροσωπική ψυχοθεραπεία κατά τον TAUSCH και ROGERS, ατομική υποστηρικτική ψυχοθεραπεία, αναλυτική ψυχοθεραπεία, ψυχοθεραπεία με χρήση ψευδαισθησιογόνων, ομάδες ΑΑ κ.τ.λ.

Από όλες αυτές η ομαδοθεραπεία ήταν εκείνη που κατάφερε τα τελευταία χρόνια να πάρει την πρώτη θέση στην θεραπεία των αλκοολέξαρτημένων ατόμων (BRAUTIGAM W: GEMEINSCHAFTS-FACTOREN IN DER BEHANDLUNG VON ALKOHOLSYCHTIGEN. Z. PSYCHOTH. MED. PSYCHOL. 1959 146-155)

SAND-P.M , P.G.HANSON , R.B.SHELTON: RECURRING THEMES IN GROUP PSYCHOTHERAPY WITH ALKOHOLICS. PSYCHIAT. QUART 41 (1967) 474-482.

Αυτό συνέβει διότι η ομάδα λειτουργεί ευεργετικά στον αλκοολικό που είναι τις περισσότερες φορές μια προσωπικότητα ανεπαρκής παθητικο-εξαρτημένη, χωρίς δικές της δυνάμεις του εγώ. Μέσα από την ομάδα ο αλκοολικός βρίσκει την συντοφικότητα, εξασφαλίζει μια στήριξη και εκφορτίζει ανετώτερα τις ενοχές του. Η ομάδα λειτουργεί σαν ένα συλλογικό υπερ-εγώ τοποθετώντας κανόνες και υπεβοηθώντας το άτομο να αποκτήσει εναλλακτικούς τρόπους συμπεριφοράς κοινωνικά αποδεκτούς όπως στο φαινόμενο (εγώ όχι-οι άλλοι επίσης) που περιγράφηκε από τον BRAUTIGAM.

Γι' αυτό το μοντέλο που προτείνουμε θα είναι περισσότερο βοηθητικό αν είναι ομαδοθεραπευτικά προσανατολισμένο. Αυτό από πλευράς καθαρά θεραπευτικής.

Από πλευράς διάρκειας του θεραπευτικού προγράμματος γνωρίζουμε ότι υπάρχουν προγράμματα μικρής διάρκειας 4-6 εβδομάδες, μέσης διάρκειας 6-12 εβδομάδες και μεγάλης διάρκειας 12 έως και 6 μήνες.

Το μειονέκτημα των προγραμμάτων μικρής ή μέσης διάρκειας



είναι η έλλειψη ενδεχομένως του απαιτούμενου χρόνου για να αλλάξει τρόπο ζωής ο εξαρτημένος και να μάθει να λειτουργεί και να αντιμετωπίζει τις αντιξοότητες της ζωής χωρίς την ανάγκη της αλκοόλης. Από την άλλη μεριά το μειονέκτημα των προγραμμάτων μακρόχρονης διάρκειας είναι η αποκοπή του ατόμου από το κοινωνικό του περιβάλλον για μια μεγάλη περίοδο.

Λαμβανομένου υπ' όψιν ότι ο αλκοολ-εξαρτημένος στις περισσότερες των περιπτώσεων που προσέρχεται για θεραπεία έχει ήδη μιά εργασιακή σχέση που είναι κλονισμένη, με την μακρά απουσία του κινδυνεύει, βγαίνοντας από το πρόγραμμα να βρεθεί χωρίς πιά εργασιακή σχέση, η οποία είναι πολύ βασική για να μην υποτροπιάσει. Το ίδιο επίσης συμβαίνει και με την οικογένεια. Στην κριτική προς την χρόνια φάση κατά την οποία συνήθως ο αλκοολικός προσέρχεται για θεραπεία, έχουν ήδη αλλαγή ρόλων όλων των μελών της οικογένειας αφού μέσα στην οικογένεια υπάρχει μια αδυναμία του εξαρτημένου να κρατήσει τον ρόλο του, καθώς επίσης απώλεια του κύρους και της κυριαρχία του και μια συναισθηματική απώθηση και απόσυρση των μελών της οικογένειας από τον άρρωστο.

Σ' αυτή την φάση αρχίζουν και οι προθέσεις για διαζύγιο. Μια μακράς διάρκειας νοσηλείας 6 μηνών και απουσία από το σπίτι θα έχει ενδεχομένως σαν επακόλουθο το διαζύγιο και την διάλυση της οικογένειας. Θα πρέπει να σημειώσουμε ότι το διαζύγιο δεν είναι μόνο επακόλουθο του αλκοολισμού αλλά και παράγοντας για περαιτέρω συνέχιση και ενίσχυση του αλκοολισμού.

Άλλωστε δύσκολα μπορεί κανείς να αποφύγει τον ιδρυματισμό και μάλιστα ενός εξαρτημένου αρρώστου σε μια περίοδο 6 μηνών.

Ετσι νομίζουμε ότι πιο ευδόκιμος θα ήταν μιά μέση λύση δηλ. μικρή κλινική νοσηλεία παράλληλα με μακρόχρονη εξωκλινική παρακολούθηση και στήριξη.

Εν όψει των αναγκών που αρχικά αναφέρθηκαν προτείνεται σαν μιά πρώτη μονάδα, πτέρυγα 18 κρεβατιών εντός του χώρου του ψυχιατρίου σε συνάρτηση με μιά κλινική με δυνατότητα νοσηλείας

14 ασθενών για 6 εβδομάδες και εν συνέχεια εξωκλινική θεραπευτική παρακολούθηση αυτών για ένα χρόνο μετά την έξοδο τους (4 κρεβάτια επι πλέον για την ενδεχόμενη ολιγοήμερη νοσηλεία παλαιών ασθενών σε περίπτωση κρίσης).

Σαν κριτήρια επιλογής θα ισχύουν:

1. Η ηλικία να μην είναι κάτω των 18 ετών και πάνω των 55.
2. Ο τόπος διαμονής να μην βρίσκεται σε μεγαλύτερη απόσταση από 1-1/2 ώρα με δημόσια ή ιδιωτικά συγκοινωνιακά μέσα.
3. Να μην υπάρχει ψυχική πάθηση πλην του αλκοολισμού που ενδεχομένως θα καθιστά αδύνατη την έμταξη του ατόμου στο θεραπευτικό πρόγραμμα.
4. Προσέλευση μόνο σε εθελοντική βάση με πραγματικά κίνητρα συμμετοχής στη θεραπεία.
5. Οχι πολυτοξικομανείς.

Το θεραπευτικό πρόγραμμα θα απαρτίζεται σε γενικές γραμμές από ομαδική υποστηρικτική ψυχοθεραπεία σε καθημερινή βάση, ομαδική απασχολησιοθεραπεία, δημιουργία ομάδων πρωτοβουλίας για ομαδική ψυχαγωγία, αθλοπαιδίες και επιμορφωτικές συγκεντρώσεις στην πτέρυγα. Μουσικοθεραπεία, ομαδικές ασκήσεις αυτοχαλάρωσης (DRAMA THERAPY), ομάδα πληροφόρησης (INFO GROYP), και ομάδα για παίξιμο ρόλων (ROLE PLAYING).

Για την εφαρμογή του το πρόγραμμα χρειάζεται δύο ψυχιάτρους, 10 διπλωματούχες νοσηλεύτριες, οι οποίες θα είναι υποχρεωμένες να παρακολουθήσουν ένα εκπαιδευτικό πρόγραμμα πάνω από τρεις βάρδιες από τις οποίες η πρωινή θα απαρτίζεται από 3 νοσηλεύτριες, η απογευματινή από 2 και η βραδυνή από μία νοσηλεύτρια. Επίσης κοινωνικό λειτουργό και ψυχολόγο.

Οι νοσηλεύτριες παίρνουν υπ'ευθύνη τους η κάθε μία 3 ασθενείς ενώ οι γιατροί έχουν υπ'ευθύνη τους ο καθένας επτά ασθενείς. Καθ'όλη την διάρκεια της νοσηλείας δηλαδή, κάθε ένας ασθενής θα έχει μία νοσηλεύτρια προσωπικά υπεύθυνη για αυτόν και έναν γιατρό. Η προσωπική νοσηλεύτρια θα φροντίζει για τα διάφορα

ιδιαίτερα προβλήματα του ασθενούς και σε περίπτωση που χρειάζεται ιδιαίτερη συνέντευξη με τον γιατρό θα γίνονται τριαδικές συναντήσεις. Θα γίνει προσπάθεια, μέσα στις κενές ώρες του προγράμματος να διανεργηθούν τουλάχιστον 5 τριαδικές συνομιλίες με τον κάθε ασθενή.

Μια φορά την εβδομάδα θα γίνεται ομαδική συζήτηση των ανθρώπων του πιο στενού περιβάλλοντος των ασθενών (γονείς, σύζυγοι, φίλοι) με σκοπό την ανταλλαγή απόψεων για τους τρόπους καλύτερης αντιμετώπισης του προβλήματος του προσφιλούς τους προσώπου, τις ενδεχόμενες λανθασμένες τοποθετήσεις τους απέναντι στον αλκοολισμό, εύρεση νέων τρόπων συμπεριφοράς και γενικής ενημέρωσης το τι σημαίνει αλκοολικός άρρωστος.

Το παραπάνω θεραπευτικό πρόγραμμα αλκοολικών προτάθηκε από τον Γρηγορίου Ιωάννη, ψυχίατρο και επιμελητή Α ΕΣΥ για την περιοχή της ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ στα πλαίσια του ΕΣΥ.

#### 4.5 Δύο περιπτώσεις αλκοολοεξαρτώμενων ατόμων.

Α. Υπάρχει στο ευρύ κοινό η εντύπωση ότι δύσκολα κανείς γίνεται δούλος του αλκοόλ. Η εξομολόγηση που ακολουθεί ανατρέπει αυτή την αντίληψη και αποκτά μάλιστα ένα ιδιαίτερο βάρος, αφ'όσον προέρχεται από μία καλόγρια που έγινε, χωριά να το καταλάβει, αλκοολική.

Η Ρ. που ανήκει στην παγκόσμια οργάνωση Ανώνυμων Αλκοολικών (Α/Α), μπήκε σε ηλικία 17 ετών σε μία θρησκευτική κοινότητα και η ζωή της κυλούσε κανονικά. Μετά από λίγα χρόνια αρρώστησε σοβαρά. Έχανε βάρος και γινόταν ολοένα και πιο ασθενική. Οι γιατροί δεν μπόρεσαν να βρουν τι έχει. Μέχρι που...

"Ένας γιατρός σύστησε στην ηγουμένη να μου δίνει κάθε βράδυ κρασί πριν κοιμηθώ. Την πρώτη φορά το έχυσα στον νεροχύτη. Αρχισα να αισθάνομαι όμως ένοχη γιατί δεν υπάκουα στην εντολή της ηγουμένης. Αποφάσισα λοιπόν να το πίνω κάθε βράδυ και

ανακάλυψα ότι είχε αποτέλεσμα. Σε λίγο το συνήθισα.

Μετά από μερικούς μήνες βρέθηκε επιτέλους η αιτία της αρρώστιας μου. Είχα κάποιο πρόβλημα στους αδένες. Το κρασί όμως δεν το σταμάτησα, όταν πια πήρα τα σωστά φάρμακα. Οποτε αισθανόμουν άσχημα, έπινα. Όσο μεγάλωναν οι ευθύνες μου τόσο το κρασί με ανακούφιζε. Παράλληλα όμως, άλλαζε και η συμπεριφορά μου. Γινόμουν εύθικτη και νευρική. Απομονώθηκα. Αρχισα να παθαίνω διαλείψεις, το χέρι μου έτρεμε, δεν μπορούσανα κρατήσω το μολύβι."

Η Ρ. θεραπεύτηκε.

Β. Η 25χρονη Κατερίνα -αλκοολική εδώ και μερικά χρόνια- τώρα είναι στην φάση της αποτοξίνωσης.

Η σχέση της με το αλκοόλ ξεκίνησε ύστερα από συναισθηματική κρίση που πέρασε ύστερα από την διάλυση του πολύχρονου δεσμού της. Οι ειδικοί επισημαίνουν ότι οι περισσότερες γυναίκες καταφεύγουν στο ποτό εξ'αιτίας μιάς αβεβαιότητας που συχνά προκαλείται από άτυχο δεσμό.

Σ'αυτήν όμως την περίπτωση υπάρχει μιά άλλη αιτία που επιτάχυνε την είσοδο της Κατερίνας στο χώρο του αλκοόλ. Ο πατέρας της ήταν αλκοολικός.

"Ζούσα " λέει η ίδια, "σε ένα περιβάλλον οπού το αλκοόλ βοηθούσε να εξωραίζονται τα προβλήματα. Ο πατέρας μου έπινε από χρόνια. Συχνά γύριζε μεθυσμένος στο σπίτι και ξέσπαγε στην μητέρα μου. Πολλές φορές την λύση την έδινε η αστυνομία, η οποία ειδοποιημένη από τους γείτονες, έπαιρνε τον πατέρα μου στο σπίτι για συστάσεις. Καταλαβαίνετε λοιπόν, πόσα προβλήματα υπήρχαν. Εγώ, αντιδρώντας, είχα είχα συμμαχήσει με την μητέρα μου, το πρόσωπο δηλαδή που έπασχε στην οικογένεια. Δεν είχα σταματήσει βέβαια να αγαπώ τον πατέρα μου, αλλά δεν μπορούσα να καταλάβω πως ένας άνθρωπος είχε φτάσει στο σημείο να εξαρτάται τόσο από το ποτό."

Πολλές φορές η Κατερίνα επιχείρησε να πλησιάσει τον πατέρα της. Να μάθει τους λόγους που τον έκαναν να βρεί "γιατρεία" όπως λέει , στο ποτό.

"Οι εξηγήσεις του δεν με ικανοποιούσαν. Δεν μπορούσα να δεκτώ ότι κάποια οικονομικά προβλήματα μπορούσαν να τον οδηγήσουν σε αυτήν την κατάσταση. Ομολογώ ότι δεν ήμουν καθόλου επιεικής μαζί του. Τον κατάλαβα όταν έπεσα και εγώ στην ίδια κατάσταση. Βρισκόμουν στην τελευταία τάξη του γυμνασίου και είχα μία σχέση που πήγαινε καλά με ένα συνομήλικο μου αγόρι.

Τότε έπινα ελάχιστα και μόνο όταν ήμουν με παρέα. Κάποια στιγμή και ενώ είχα απορροφηθεί από το διάβασμα για το πανεπιστήμιο, ο δεσμός μου πέρασε μία μεγάλη κρίση και έφτασε μέχρι την διάλυση. Ήμουν σε πολύ άσχημη ψυχολογική κατάσταση. Αρχισα να πίνω πιο συχνά και όχι μόνο στις εξόδους. Εβρισκα παρηγοριά στο ποτό. Νόμιζα - και έτσι πραγματικά αισθανόμουν - ότι τα προβλήματα μου μαλάκωναν. Ωσπου μία μέρα διαπίστωσα ότι το ποτό ήταν η διέξοδος μου για κάθε πρόβλημα , μικρό ή μεγάλο. Αυτό ήταν. Είχα μπει σ'έναν κόσμο, τον οποίο , λόγω του πατέρα μου τον είχα ξορκίσει. Τότε τον θυμήθηκα. Ήταν όμως αργά."

Η Κατερίνα σήμερα προσπαθεί να αποτοξινωθεί. Δηλώνει ότι θέλει. Το ξέρει ότι είναι δύσκολο , πιστεύει όμως ότι θα τα καταφέρει. "Έχω και εγώ δικαίωμα στη ζωή", λέει.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5ο

### 5.1 Η ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΩΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΟ ΑΛΚΟΟΛ.

Η οργάνωση της πρόληψης των προβλημάτων που σχετίζονται με το αλκοόλ ακολουθεί την ίδια μεθοδολογία που εφαρμόζεται στην πρόληψη των ψυχικών διαταραχών. Δηλαδή πρώτα καθορίζονται οι στόχοι το περιεχόμενό τους οι δυνατότητες εφαρμογής και οι τυχόν επιδράσεις σε άλλους τομείς. Τέλος αξιολογούνται τα αποτελέσματα και ιδιαίτερα τα φαινόμενα της αντίστασης καθώς και οι μακροπρόθεσμες επιπτώσεις από τα προληπτικά μέτρα ή προγράμματα. Τα προληπτικά μέτρα μπορεί να είναι βραχύ και μακροπρόθεσμα, άμεσα ή έμμεσα. Μιά γενικότερη αρχή είναι ότι στη πρόληψη των προβλημάτων από το αλκοόλ και τις άλλες φαρμακευτικές ουσίες, εμπλέκονται η οικονομία, το εμπόριο, η νομοθεσία, η εκπαίδευση, η περίθαλψη και η πρόνοια μίας χώρας καθώς επίσης και παράγοντες ατομικοί, οικογενειακοί, πολιτιστικοί και κοινωνικού που επηρεάζουν θετικά ή αρνητικά την αποφασιστικότητα και την αποδοτικότητα των προληπτικών μέτρων.

Τα δύο βασικά μέτρα που ακολουθούν τα περισσότερα κράτη μέλη του Ο.Η.Ε. είναι νομοθετικά-διοικητικά και μέτρα κοινωνικής πολιτικής. Και τα δύο αυτά μέτρα καλύπτουν και τους τρεις τύπους πρόληψης (πρώτο-δευτερο-τριτογενής). Τα νομοθετικά διοικητικά μέτρα περιλαμβάνουν την απαγόρευση των διαφημίσεων ή και την ίδια τη πώληση των αλκοολούχων ποτών σε ανήλικα άτομα και παράλληλα τον έλεγχο της παραγωγής με την μορφή κρατικού μονωπολείου, του πριμορισμού των αποστάξεων, την αλλαγή των γεωργικών καλλιεργειών, οι οποίες παράχουν αλκοόλ, τον έλεγχο του εμπορίου των ποτών, της οδικής κυκλοφορίας και της εργασιακής ασφάλειας.

Τα μέτρα κοινωνικής πολιτικής περιλαμβάνουν:

1. Την οργάνωση κοινωτικών υπηρεσιών ενσωματωμένων συνήθως σε Κέντρα Υγείας ή Ψυχικής Υγείας που αναπτύσσουν πρόγραμμα εκπαίδευσης και ευαισθητοποίησης του κοινού ή ειδικών ομάδων και

οργανώνουν ειδικά προγράμματα αναγνώρισης ατόμων υψηλού κινδύνου όπως είναι οι αλκοολικοί , παιδιά αλκοολικών γονέων , άτομα με συναισθηματικές διαταραχές που συχνά καταφεύγουν στην χρήση αλκοόλ με το αιτιολογικό της ευφορικής , αγχολυτικής δράσης.

2. Την οργάνωση θεραπευτικών υπηρεσιών που περιλαμβάνουν τη σωματική , τη ψυχολογική αποεξάρτηση αλλά την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση του ατόμου και την επανένταξή του στην κοινότητα. Η ψυχολογική αποεξάρτηση γίνεται στα πλαίσια της λεγόμενης "θεραπευτικής κοινότητας" οι αρχές της οποίας μπήκαν από τον Maxwell Jones στην Αγγλία το 1940-45.

Η αποκατάσταση ακολουθεί την μεθοδολογία της της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης που εφαρμόζεται σε χρόνιες ψυχιατρικές παθήσεις.

3. Σημαντικό ρόλο έχουν παίξει στην αποκατάσταση των αλκοολικών οι λεγόμενες εθελοντικές οργανώσεις όπως είναι οι ΑΑ, οι Ανώνυμοι Αλκοολικοί (Alcoholic Anonymous). Οι ομάδες ΑΑ είναι ομάδες αυτοβοήθειας και έχουν ευρύτατα διαδοθεί στην Ευρώπη και Η.Π.Α.

Η πρόληψη των προβλημάτων από το αλκοόλ σε ορισμένες χώρες όπως την Φιλανδία , Σουηδία , το Καναδά, έχει ήδη μειώσει αισθητά ορισμένες μεταβλητές-δείκτες , όπως τα αυτοκινητιστικά δυστυχήματα , τις αναρρωτικές απουσίες από την εργασία , την θνησιμότητα από ηπατική κίρρωση , τις εισαγωγές στα ψυχιατρεία.

Η σημασία της πρόληψης των προβλημάτων από το αλκοόλ είναι τεράστια γιατί αντίθετα απο τις άλλες φαρμακευτικές ουσίες το αλκοόλ είναι κοινωνικά αποδεκτό στις περισσότερες κοινωνίες άρα τα όρια της χρήσης και της κατάχρησης του πολλές φορές συγχέονται χωρίς τον κίνδυνο του στίγματος ή της περιθωριοποίησης.

## 5.2 Διαφώτιση.

Σήμερα δίνεται ιδιαίτερη σημασία στην ατομική αγωγή υγείας, παρά στη μαζική. Ο ρόλος της καλά τοποθετημένης νοσηλεύτριας-νοσηλεύτη, είναι να ενθαρρύνει το άτομο να απομακρύνεται από την πόση, συνειδητοποιώντας τον κίνδυνο. Όμως πρέπει να γνωρίζει ποιούς ανθρώπους να επιλέξει για να κάνει αγωγή υγείας.

Σίγουρα τρεις είναι οι καταλληλότερες ομάδες που πρέπει να λάβει υπόψη της: το παιδί, την έγκυο γυναίκα και το άτομο που έχει υψηλό κίνδυνο στα προβλήματα του αλκοόλ.

Στην ηλικία των οκτώ ετών τα περισσότερα παιδιά, αποκτούν ικανότητα να γνωρίζουν ότι το αλκοόλ είναι ένα είδος ποτού.

Το Σκωτικό Συμβούλιο Αλκοολισμού έχει προτείνει ότι η αγωγή για το αλκοόλ θα πρέπει να αρχίζει από τα μέσα του δημοτικού σχολείου και να συνεχιστεί στο γυμνάσιο και το λύκειο.

Εφόσον το παιδί τις πρώτες εμπειρίες μάθησης τις έχει από τους γονείς του, θα ήταν λογικό αρχικά, να υποδείξουμε στους γονείς με το παράδειγμα, την συμπεριφορά και με σειρά μαθημάτων, την κατάλληλη αλκοολική συμπεριφορά. Μερικοί πότες θα έχουν την δυνατότητα, από πείρα, να προσφέρουν την κατάλληλη διδασκαλία, αλλά μερικές νοσηλεύτριες-νοσηλευτές, θα έχουν την ευκαιρία να συζητήσουν το θέμα με τους γονείς των νεαρών παιδιών, προσφέροντάς τους επίσης και τα κατάλληλα έντυπα.

Η επόμενη σπουδαία πηγή επιρροής του παιδιού είναι ο δάσκαλος ο οποίος μπορεί να προσφέρει την αγωγή του αλκοολισμού, σαν ένα κομμάτι της ύλης διδασκαλίας για την υγιεινή ζωή του ατόμου.

Οι νοσηλεύτριες-νοσηλευτές και οι εκπαιδευτές αγωγής υγείας, θα μπορούσαν να κάνουν διάλογο με τα παιδιά του σχολείου για το αλκοόλ ή τον αλκοολισμό· εκτός εάν η νοσηλεύτρια-νοσηλεύτης γνωρίζει καλά ότι πιθανώς να έχει αντίθετα



αποτελέσματα από τα αναμενόμενα για τα παιδιά.

Προσκαλώντας κάποιον ειδικό εξωσχολικό για ενημέρωση, θα μπορούσε να δώσει στο παιδί την εντύπωση ότι είναι κάτι το ειδικό και μυστηριώδες και να περιπλέξει την κατάσταση περισσότερο.

Ο πίνακας δείχνει τους σχετικούς με τα σχολικά μαθήματα τίτλους για την αντιαλκοολική αγωγή που οι νοσηλεύτριες-νοσηλευτές των σχολείων μπορούν να προτείνουν και θα πρέπει να τα ενσωματώσουν στο σχολικό πρόγραμμα μαθημάτων.

#### Γ Λυκείου . Μαθήματα για την αγωγή υγείας του αλκοόλ

**ΧΗΜΕΙΑ:** Η φύση και οι ιδιότητες του αλκοόλ.

Μέθοδος παραγωγής.

Η χρήση του αλκοόλ στη βιομηχανία και στο σπίτι.

Η διαφορά μεταξύ διαφόρων τύπων αλκοολούχων ποτών.

Μέθοδοι ανάλυσης του αλκοόλ στην αναπνοή και η πρακτική εφαρμογή τους.

**ΒΙΟΛΟΓΙΑ:** Η σημασία της συγκέντρωσης του ποτού στον οργανισμό του.

**ΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ:** Η απορρόφηση , κατανομή και μεταβολισμός της αλκοόλης στον οργανισμό.

Η φυσιολογία και οι καθοριστικοί παράγοντες της μέθης από αλκοόλ.

Τα βραχυπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα αποτελέσματα του αλκοόλ στο ανθρώπινο σύστημα.

Το αλκοόλ σε σχέση με την διαίτα και την διατροφή.

Επιπτώσεις του αλκοόλ σε σχέση με το γενικό πλαίσιο της υγείας και της ασφάλειας.

**ΙΣΤΟΡΙΑ:** Η χρήση του αλκοόλ σε διάφορους πολιτισμούς.  
Αποδεκτές μέθοδοι πρόληψης και ελέγχου των προβλημάτων του αλκοόλ.  
Η αρχή, η ανάπτυξη και η σπουδαιότητα των αντι-αλκοολικών κινήματων.

**ΓΕΩΓΡΑΦΙΑ:** Ο ρόλος του αλκοόλ στις οικονομίες διαφόρων κρατών .  
Οι περιοχές της παραγωγής και η επιρροή του αλκοόλ στο πολιτιστικό , πολιτικό , θρησκευτικό , κλιματολογικό και γεωγραφικό παράγοντα.

#### **ΟΙΚΟΝΟΜΙΑ και**

**ΠΟΛΙΤΙΚΗ:** Η επιρροή της τιμής του αλκοόλ στην κατανάλωση .  
Η θέση του αλκοόλ στην οικονομία-φόροι-εξαγωγές, διαφήμιση και απασχόληση.  
Η χρήση του δημοσιονομικού ελέγχου και οι διάφορες αντιλήψεις των πολιτικών, οικονομολόγων και εμπόρων αλκοόλ.  
Τα αποτελέσματα της διαφήμισης στην κατανάλωση και ζήτηση.

#### **ΘΡΗΣΚΕΥΤΙΚΗ**

**ΑΓΩΓΗ :** Αναφορά στην χρήση του αλκοόλ στις ιερές γραφές.  
Χρήση του αλκοόλ σε θρησκευτικές τελετές.  
Σύγκριση θρησκειών που επιτρέπουν την χρήση του αλκοόλ και θρησκείες που απαγορεύουν την χρήση του αλκοόλ.

#### **ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ**

**ΕΠΙΣΤΗΜΕΣ:** Διαφορές στην συμπεριφορά πόσης.  
Αλκοόλ και πολιτισμός - Επιρροές σε πολιτιστικές ομάδες με ξεχωριστά πολιτιστικά χαρακτηριστικά στην συμπεριφορά πόσης.  
Αγωγή πόσης οινοπνευματωδών ποτών.  
Πιθανά αντίθετα αποτελέσματα στην οικογενειακή

ζωή.

Αλκοόλ και έγκλημα.

Αρμόδιες υπηρεσίες για τα αλκοολικά άτομα.

Θα πρέπει να σημειώσουμε ότι αυτό το είδος μαθημάτων για το αλκοόλ, δεν πρέπει να εστιάζεται στον αλκοολισμό. Την ημέρα που θα αρχίσουμε να δειψνουμε ένα δείγμα από κίρρωτικό ήπαρ, τότε κάνουμε μια λάθος αρχή. Η έμφαση πρέπει να δοθεί στο θέμα του αλκοόλ και όχι για το αλκοόλ. Το αλκοόλ πρέπει να εξετάζεται στο γενικό πλαίσιο της κοινωνίας, όπου είναι ένα αποδεκτό μέρος της κάθε μέρας ζωής για τους πολλούς ανθρώπους και για άλλους πηγή για βιοπόρισμα.

Μερικά παιδιά χρειάζονται ειδική προσοχή. Ο γιός ενός προβληματικού πότη έχει μια πιθανότητα στις πέντε να γίνει και αυτός ένας προβληματικός πότης. Παιδιά που προέρχονται από προβληματικούς γονείς πότες, αποτελούν ένα σπουδαίο στόχο για την αγωγή υγείας.

Υπάρχουν παιδιά που δεν έχουν αποκτήσει σωστή υγειονομική αγωγή στο αλκοόλ, γιατί στο σπίτι δεν συνηθίζουν να φανερώνουν ότι έχουν συνηθίσει να πίνουν. Γι' αυτό οι γονείς, είτε πίνουν, είτε δεν παρουσιάζουν προβλήματα πόσης, πολλές φορές φανερώνουν με την συμπεριφορά τους κάποια παρέκλιση πό το πρόσωπο του πότη. Το θέμα του αλκοόλ έχει και συναισθηματικές προεκτάσεις γιατί το παιδί μεγαλώνει με αμφιλεγόμενα συναισθήματα και συμπεριφορά.

Πολλές φορές οι νοσηλεύτριες-νοσηλευτές, έχουν να διαφωτίσουν στο πρόβλημα του αλκοόλ, όχι μεμονωμένα το παιδί, αλλά συλογικά την οικογένεια.

Αυτοί που εργάζονται σε επαγγέλματα που έχουν υψηλό κίνδυνο να οδηγηθούν στον αλκοολισμό (όπως ψαράδες, ταβερνιάρηδες, πανδοχείς, μάγειροι κ.τ.λ.) και αυτοί που τα επαγγέλματά τους μπορούν να τους θέσουν σε κίνδυνο, γιατί υπάρχουν μερικοί παράγοντες προδιάθεσης στο εργασιακό περιβάλλον, αυτοί καθιστούν στόχο για αγωγή υγείας.

Νοσηλεύτριες-νοσηλευτές που θεωρούν ότι ο άρρωστος βρίσκεται σε κίνδυνο από την εργασία που κάνει, θα πρέπει να συζητούν μαζί του τον κίνδυνο και να του προσφέρουν συμβουλές και οδηγίες.

Σε μερικά επαγγέλματα και βιομηχανίες, οι νοσηλεύτριες-νοσηλευτές που εργάζονται σ'αυτά, μπορούν να κάνουν διάλογο για το θέμα με μεγάλο αριθμό εργατών ομαδικά, δίνοντας προσανατολισμό στην επαγγελματική τους εκπαίδευση.

Υπάρχουν άλλα άτομα που μπορούν να βρίσκονται σε κίνδυνο απλά και μόνο από την υπερβολική χρήση αλκοόλ. Ένα άτομο που καταναλώνει περισσότερες από 8 μονάδες αλκοόλ καθημερινά (1 μονάδα αλκοόλ = 10 ml απόλυτου αλκοόλ = 7,87 γραπόλυτου αλκοόλ), έχει πιθανά αυξημένο πρόβλημα στο αλκοόλ ή άμεση εξάρτηση. Καθημερινή κατανάλωση αλκοόλ από γυναίκες 4-5 μονάδων ή περισσότερων μπορεί ουσιαστικά να αυξήσει τον κίνδυνο.

Μεσήλικες, διαζευγμένοι, χήροι, έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να γίνουν χρήστες του αλκοόλ, σε τέτοιο βαθμό που να καταλήξει πρόβλημα, θα ήταν αδύνατο στις νοσηλεύτριες-τές να συμβουλευούν τον καθένα χωριστά, αλλά οι νοσηλεύτριες-τές θα πρέπει να είναι άγρυπνοι σε άλλους παράγοντες που μπορούν να αιτιολογήσουν την παρέμβαση.

Όλες αυτές οι κατηγορίες ανθρώπων στο εξωτερικό εξυπηρετούνται από ομάδες αυτοεξυπηρέτησης (self-help). Στην Ελλάδα ήδη έχει αρχίσει δειλά-δειλά το Α.Α. Ανώνυμος.

Ουσιαστικά βοήθεια δίνεται όταν η νοσηλεύτρια-νοσηλευτής δρά σαν σύμβουλος, αφού θα έχει την δυνατότητα να πείσει τις ομάδες να δώσουν προσοχή στο συγκεκριμένο κίνδυνο του αλκοόλ.

Θα ήταν χρήσιμο να είναι κανείς ενήμερος για το τι μπορεί να θεωρησει ασφαλείς κανόνες πόσης, δίχως βέβαια αυτοί να του προσφέρουν ανοσία στο ποτό. Παραθέτουμε τους ασφαλείς κανόνες πόσης από το Σκωτικό Συμβούλιο Αλκοολισμού:

### 5.3 ΠΙΝΑΚΑΣ Ι.

#### Ασφαλείς Κανόνες Πόσης

1. Θέσε στον εαυτό σου περιορισμό στο αλκοόλ και ποτέ μην τον υπερβαίνεις.
2. Γνώρισε ποιά ποσότητα και σε πόσο χρόνο σε οδηγεί στη μέθη - πίνε λιγότερο σε μεγαλύτερο χρόνο.
3. Μέτρα τα ποτά σου προσεκτικά.
4. Αραιώνε τα οινοπνευματώδη ποτά με όσο το δυνατόν περισσότερο νερό - απέφευγε τα κοκτέιλ με σόδα, γιατί αυτό αρχοπορεί την απορρόφηση.
5. Απέφευγε το "πλήρες γέμισμα" - περίμενε μέχρι το ποτήρι σου να αδειάσει.
6. Απέφευγε να πίνεις με άδειο στομάχι. - Εάν μπορείς περιορίσέτο μόνο με τα γεύματα ή όταν υπάρχει διαθέσιμο φαγητό.
7. Πίνε γουλιιά-γουλιιά το ποτό σου - και όχι να πίνεις απότομα όλη την ποσότητα. Αφήνε μεγάλα διαστήματα ανάμεσα στις γουλιές.
8. Απέφευγε να συνηθίσεις να πίνεις μετά τα γεύματα.
9. Μάθε να ικανοποιείσαι με μη αλκοολικό ποτό.
10. Πρόσφερε φαγητό στους καλεσμένους σου χωρίς αλκοολούχα ποτά.
11. Μην προσπαθείς να πείσεις κάποιον να πει ένα ποτό όταν το αποφεύγει.
12. Εάν πας σε πάρτυ πάρε ταξί να γυρίσεις ή άφησε να οδηγήσει αυτός που δεν είναι μεθυσμένος.
13. Μη γελάς με τους μεθυσμένους - δείξε την αποδοκιμασία σου και τον οίκτο σου.
14. Μη χρησιμοποιείς αλκοόλ για να λύσεις συναισθηματικά σου προβλήματα.
15. Απέφευγε το αλκοόλ σαν ηρεμιστικό μέσο.
16. Απέφευγε τη συνήθεια να πίνεις ένα τελευταίο ποτήρι αλκοόλ πριν τον ύπνο.
17. Μην πίνεις για να μεθάς.
18. Θυμίσου ότι δεν πρέπει να ανακατεύουμε το ποτό με φάρμακα.
19. Εξέτασε κάθε χρόνο την συμπεριφορά σου στο αλκοόλ.
20. Να παραγγέλνεις τη μικρότερη ποσότητα ποτού (π.χ. προτίμησε το μικρό μπουκάλι μπύρας από το μεγάλο).
21. Να σβήνεις τη δίψα σου μόνο με μη αλκοολικά ποτά.
22. Να μην πίνεις αλκοόλ πριν ή κατά τη διάρκεια της εργασίας σου.
23. Να μην έχεις αποθέματα αλκοόλ στο σπίτι σου.
24. Μετά από μια γουλιιά το ποτήρι σου μη το κρατάς στο χέρι σου (ακόμη και στα πάρτυ).

#### 5.4 ΠΙΝΑΚΑΣ ΙΙ.

##### "Τώρα που σταμάτησες να πίνεις"

1. Πρόσφερε στον εαυτό σου ένα πλούσιο και ευχάριστο πρωινό.
2. Τρώγε όσο μπορείς. Με γεμάτο το στομάχι αισθάνεσαι μικρότερη επιθυμία για ένα ποτό.
3. Πίνε μπόλικά υγρά. Χυμούς φρούτων με γλυκόζη και καφέ με ζάχαρη.
4. Να παίρνεις αρκετές ταμπλέτες βιταμίνων που περιέχουν το σύμπλεγμα Β (με ιατρική συμβουλή).
5. Ποτέ μην κάθεται κοιτάζοντας απλανάς με το μυαλό σου στο κενό. Κάνε κάτι θετικό! Περίπατο , μπάνιο , κάνε ένα τηλεφώνημα.
6. Κάνε μια ευχάριστη εργασία με τα χέρια σου. Ασχολήσου με τον κήπο , καθάρισε τα ντουλάπια ή ότι άλλο σου αρέσει.
7. Κάνε ένα δώρο στον εαυτό σου. Ένα πουλόβερ , ένα μπουκέτο λουλούδια , μια αφίσα.
8. Θυμήσου παλιούς φίλους , δεξ παλιές φωτογραφίες , γράψε ένα γράμμα...
9. Να έχεις ένα σχέδιο την ημέρα.
10. Σε στιγμές δυσκολίας , που δεν μπορείς να βρεις βοήθεια , μια προσευχή χαλήνης στο δικό σου θεό , όπως τον αισθάνεσαι , θα σου φέρει αρκετή πεποίθηση. Αυτός είναι πάντοτε εύκαιρος.

## ΜΕΡΟΣ Β'

### ΕΡΕΥΝΑ

Η Ελλάδα είναι οινοπαραγωγική χώρα και από τους αρχαίους χρόνους η κατανάλωση του αλκοόλ θεωρείται παραδεκτή και επιθυμητή πράξη.

Ο καθηγητής Χαρτοκόλλης (1966) δημοσίευσε μια εργασία πάνω στην ιστορική ανασκόπηση του αλκοόλ και της κατάστασης που επικρατούσε στα μέσα του 1960 και έδωσε έμφαση στην έλλειψη στοιχείων και στην άποψη ότι εκείνη την εποχή η κατανάλωση του αλκοόλ και η κατάχρησή του δεν αποτελούσε σοβαρό πρόβλημα για την Ελλάδα. Η ίδια άποψη όμως δεν υποστηρίζεται από τις εθνικές στατιστικές που παρουσιάζουν ότι η κατά κεφαλή κατανάλωση στο τέλος του 1970 ήταν 18 μέχρι 20 λίτρα καθαρού αλκοόλ, ένας αριθμός που είναι πολύ κοντά στην κατανάλωση των Ευρωπαϊκών χωρών.

Η νοσηρότητα και η θνησιμότητα εμφανίζουν μια γραμμική σχέση με την κατανάλωση του αλκοόλ. Τα προληπτικά μέτρα θα έπρεπε να αποσκοπούν στην ολική μείωση της κατανάλωσης και όχι μόνο στην μείωση των "βαρέων ποτών".

Είναι ευρέως γνωστό ότι τα προληπτικά μέτρα πρέπει να βασίζονται σε επιδημιολογικά στοιχεία που θα μπορούν να προσδιορίσουν τον αντικειμενικό σκοπό συμπεριφοράς ή τις ομάδες στόχους.

Ο σκοπός της μελέτης αυτής είναι να ερευνήσουμε παράγοντες που σχετίζονται με την κατανάλωση του αλκοόλ στο συγκεκριμένο κοινωνικό και πολιτιστικό περιβάλλον μιας Ελληνικής πόλης και ειδικά μέσα από τα νέα άτομα.

Η Ελλάδα περνά τώρα μια μεταβατική περίοδο με σημαντική μετανάστευση προς τις πόλεις και έτσι δημιουργούνται νέες πολιτιστικές συγκρούσεις. Οι άνθρωποι αισθάνονται ότι οι δεσμοί

της οικογένειας έχουν σπάσει και πρέπει να προσαρμοσθούν στις νέες καταστάσεις. Η μελέτη αυτή αφορά την κατανάλωση του αλκοόλ σε συσχετισμό με την μεταβατική αυτή περίοδο.

### ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Ο πληθυσμός του δείγματος της μελέτης μας είναι σχετικά μικρός αλλά το πλεονέκτημα του δείγματος αυτού είναι ότι είναι τυχαίο δείγμα. Επίσης θα πρέπει να λάβουμε υπ' όψη μας ότι η μελέτη μας περιορίστηκε στο κέντρο της πόλης των Πατρών, μιας περιοχής όπου η τιμή των σπιτιών είναι πολύ ακριβή και οι κάτοικοί της θεωρούνται ότι ανήκουν στην ανώτερη κοινωνική τάξη. Επομένως γίνεται κατανοητό ότι το δείγμα μας απαρτίζεται από άτομα με διαφορετικά χαρακτηριστικά από τον γενικό πληθυσμό της ίδιας πόλης.

Λίγες παρατηρήσεις στην μεθοδολογία είναι απαραίτητες να γίνουν, γιατί το αντικείμενο της μελέτης δεν είναι να εκτιμήσουμε το επίπεδο κατανάλωσης του αλκοόλ. Το αντικείμενο ήταν να ερευνήσουμε συσχετίσεις μεταξύ προσωπικών χαρακτηριστικών και οικογενειακών παραγόντων με το επίπεδο κατανάλωσης του αλκοόλ.

Είναι χαρακτηριστικό ότι ερωτηματολόγια που προσπαθούν να καλύψουν μεγάλα χρονικά διαστήματα (π.χ. 1 εβδομάδα), αναδεικνύουν τάση μεμονωμένης καθημερινής κατανάλωσης σε σχέση με ημέρες που απομακρύνονται από τις ημέρες του ερωτηματολογίου. Έτσι για την έρευνά μας αποφασίσαμε να αντλήσουμε τα δεδομένα κατανάλωσης από την προηγούμενη μέρα.

Η στατιστική μας ανάλυση αναφέρεται περισσότερο στα προσωπικά χαρακτηριστικά εάν λάβουμε υπ' όψη μας ότι στην Ελλάδα δεν υπάρχουν επίπεδα κατανάλωσης, εκτός από αριθμούς που προέρχονται από την παραγωγή, την εισαγωγή και το εμπόριο.

Εχουμε προσπαθήσει να επανεξετάσουμε τον δείκτη κατανάλωσης



με το να καταγράψουμε τα δεδομένα μιας εβδομάδας σε επίπεδο συχνότητας ως ακολούθως:

0 = μηδέν

1 = λιγότερο από μια φορά την εβδομάδα

2 = μία μέχρι τρεις φορές την εβδομάδα

6 = σχεδόν κάθε μέρα.

Οι νέες τιμές του δείκτη κατανάλωσης απεικονίζονται στον πίνακα 7 και συγκρίνονται με αυτές που παρατηρήθηκαν στο Cardiff αν και η ηλικία δεν είναι η ίδια.

Είναι αξιοσημείωτο ότι προσπαθήσαμε να υιοθετήσουμε το όριο "ασφαλείας" των 21 μονάδων για τους άνδρες και 14 μονάδων για τις γυναίκες. 10% από τους Έλληνες άνδρες (έναντι 46% του Cardiff) και 6% από τις γυναίκες (έναντι του ίδιου αριθμού του Cardiff) θα μπορούσαν να θεωρηθούν ως "βαρείς" πότες.

Τα δικά μας αποτελέσματα επιβεβαιώνουν (όπως και των άλλων ερευνητών) ότι το φύλο παίζει σημαντικό ρόλο στην κατανάλωση του αλκοόλ.

Εντούτοις στην παρούσα εργασία, η διαφορά του φύλου έχει σχέση μόνο με το εβδομαδιαίο επίπεδο συχνότητας και όχι με την κατανάλωση του 24ώρου. Έτσι συμπεραίνουμε ότι παρ'όλο που οι γυναίκες πίνουν λιγότερο συχνά από τους άντρες, όμως καταναλώνουν την ίδια ποσότητα με τους άντρες.

Η ηλικία είναι άλλη μια σημαντική συσχέτιση. Έχει παρατηρηθεί ότι η κατανάλωση ελαττώνεται μεταξύ της ηλικίας των 21 και 24 ετών. Επίσης είναι γνωστή η αρνητική συσχέτιση μεταξύ της ηλικίας κατά την οποία εμφανίζεται σταθερή κατανάλωση και της αρχής της ενηλικίωσης.

Άλλοι παράγοντες προσωπικοί και οικογενειακοί δεν φαίνονται να έχουν συσχέτιση με την κατανάλωση. Θα μπορούσαμε να πούμε ότι το μορφωτικό επίπεδο παίζει επίσης κάποιο ρόλο, γιατί παρατηρείται ότι αυτοί που έχουν γεννηθεί σε χωριό και τώρα ζουν

στην πόλη , παρουσιάζουν αυξημένο ποσοστό κατανάλωσης σε σχέση με αυτούς που έχουν γεννηθεί στην πόλη.

Τέλος η εργασία δεν φαίνεται να παίζει σπουδαίο ρόλο στο ποσοστό κατανάλωσης.

### ΜΕΘΟΔΟΣ

Η μελέτη μας διεξήχθη από τον Ιανουάριο μέχρι τον Μάιο του 1989. Επιλέγησαν 200 άτομα από απλό τυχαίο δείγμα μέσω του καταλόγου μετρητών της Δ.Ε.Η. της πόλης των Πατρών.

Από την Εθνική Στατιστική Επιτηρίδα του 1981 , η Πάτρα έχει 160000 κατοίκους. Οι κατάλογοι των μετρητών της Δ.Ε.Η. περιέχουν 44000 μετρητές , αλλά η μελέτη έγινε στο κέντρο της πόλης σε αριθμό 32000 μετρητών.

Τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν από τρεις σπουδάστριες της Νοσηλευτικής των Τ.Ε.Ι.

Στο ερωτηματολόγιο συμμετείχαν άτομα από 18 έως 30 χρόνων τα οποία θα έπρεπε να έχουν ζήσει τουλάχιστον ένα χρόνο στην Πάτρα.

Σε περίπτωση απουσίας του ατόμου που είχε επιλεγεί στην συγκεκριμένη διεύθυνση , η έρευνα γινόταν σε ένα άλλο άτομο στην ίδια περίπου διεύθυνση.

Τα άτομα της επιλογής μας σε πολύ μικρό ποσοστό αρνούσαν να απαντήσουν στο ερωτηματολόγιο. Θα πρέπει να σημειώσουμε εδώ ότι η έρευνα γινόταν κατά την διάρκεια της εβδομάδας (Τρίτη - Παρασκευή). Το ερωτηματολόγιο περιείχε ερωτήσεις προσωπικών χαρακτηριστικών (φύλο , ηλικία , οικογενειακή κατάσταση , μορφωτικό επίπεδο , επάγγελμα , μορφωτικό επίπεδο γονέων , επάγγελμα γονέων , μόνιμη διαμονή τα τελευταία χρόνια και τόπος γέννησης) , καθώς και ερωτήσεις κατανάλωσης οινοπνευματωδών

ποτών.

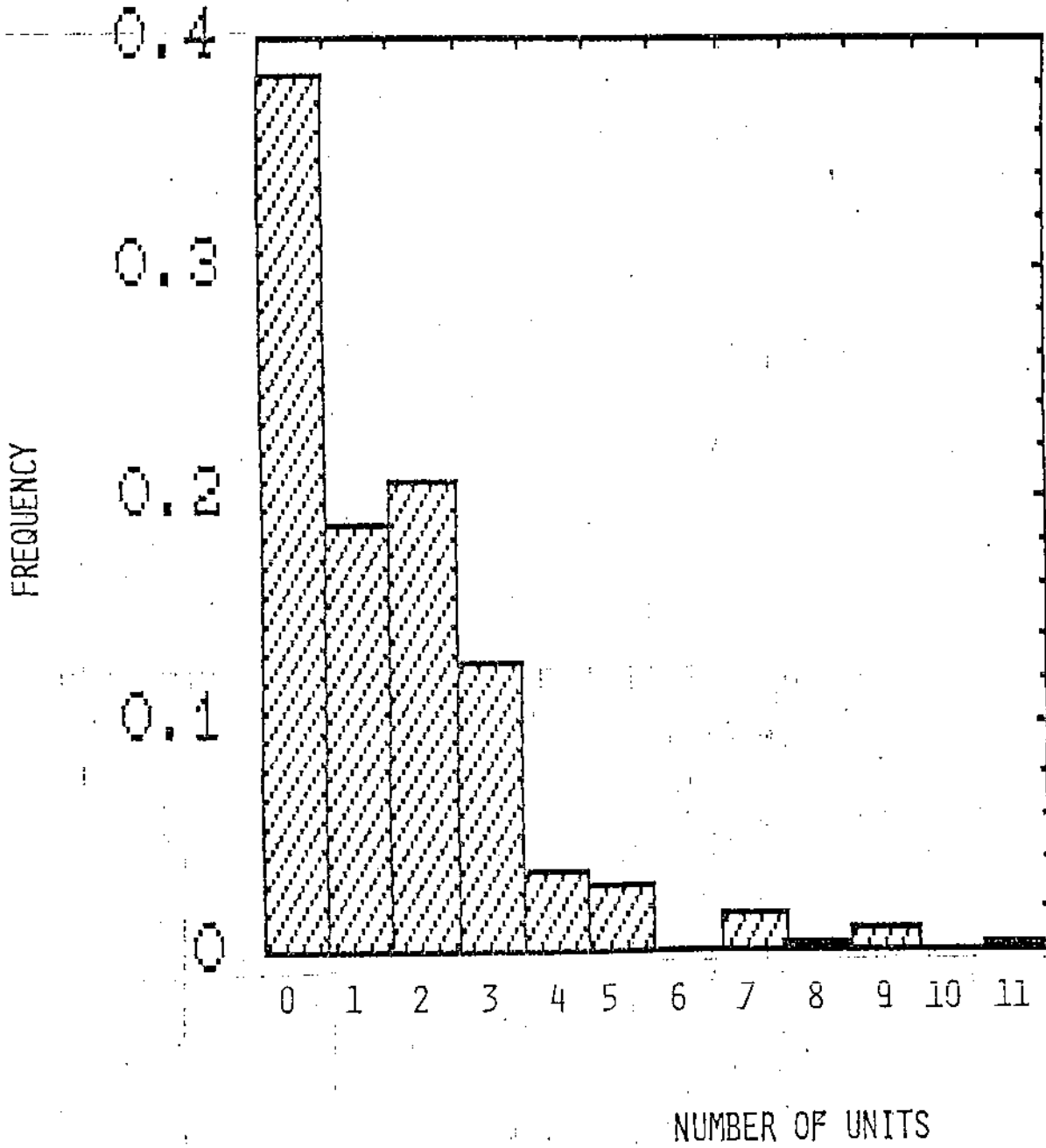
Οι τελευταίες ερωτήσεις περιελάμβαναν τρία κύρια πεδία:

- α) ηλικία που άρχισαν να πίνουν
- β) κατανάλωση αλκοόλ το τελευταίο 24ώρο
- γ) συχνότητα πόσης κατά την διάρκεια της εβδομάδας.

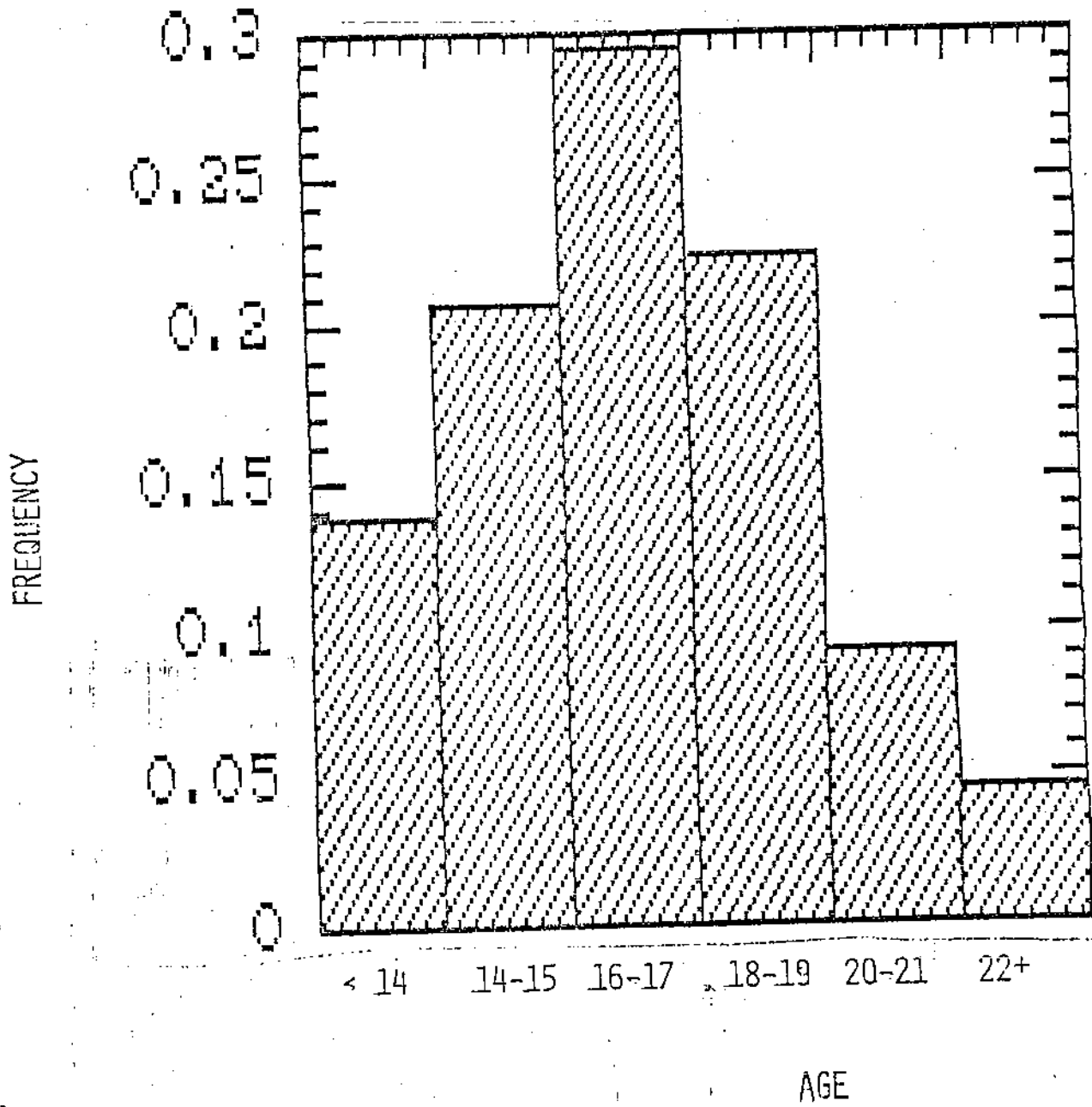
Όλα τα στοιχεία μπήκαν στο κομπιούτερ και η επεξεργασία τους και η ανάλυση των δεδομένων έγινε με το εμπορικό πακέτο (STST Inc).

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΑ

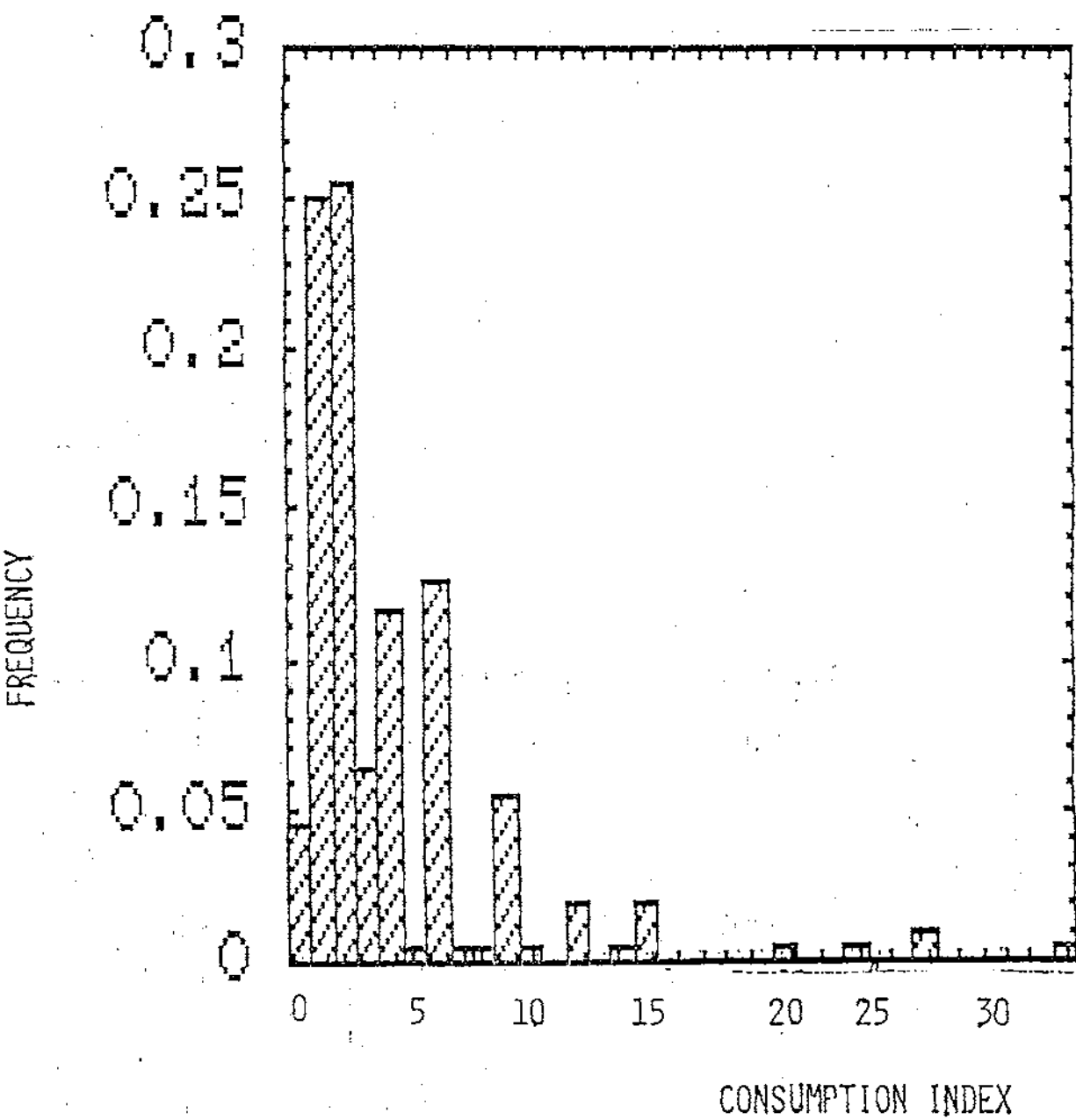
Εκκ. 1 : Αριθμός μονάδων που καταναλώθηκαν το τελευταίο 24ωρο



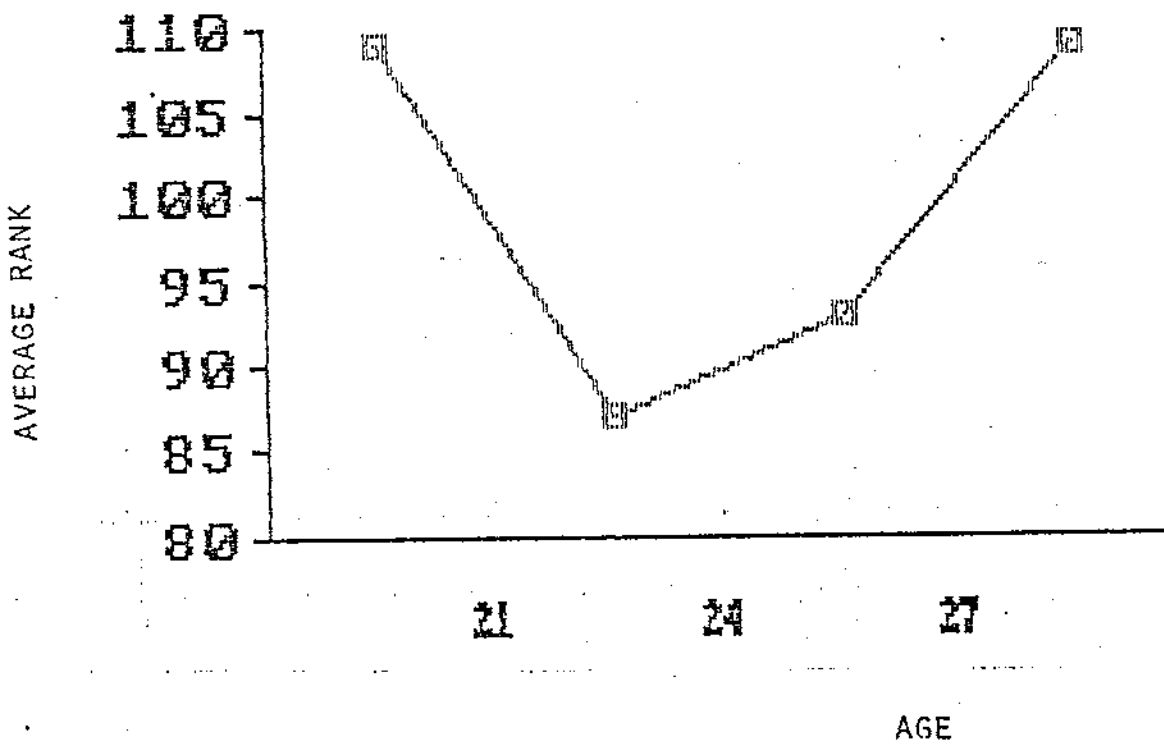
Εικ.2 Ηλικία στην οποία άρχισε η κατανάλωση .



Εικ. 3 : Κατανομή του δείκτη κατανάλωσης (και στα δύο φύλα )

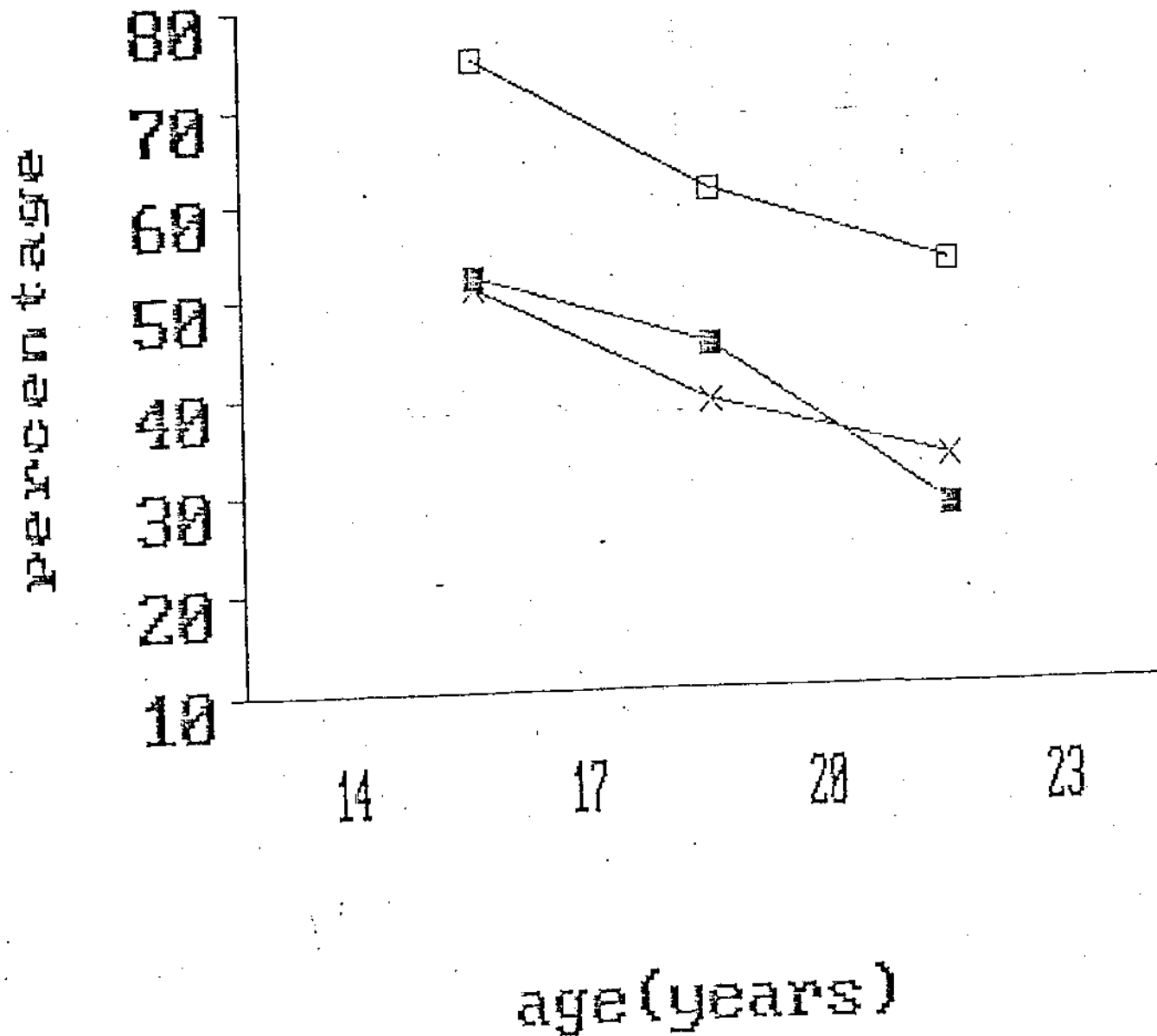


Εικ. 4: Δείκτης κατανάλωσης σε συνάρτηση με την ηλικία.





Εικ. 5 : Σχέση μεταξύ του δείκτη κατανάλωσης της εβδομαδιαίας συχνότητας και της 24ώρης κατανάλωσης και της ηλικίας έναρξης κατανάλωσης (και τα δύο φύλα.)



□  
index  
■  
week f.r.  
×  
con. 24 h.

## ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

---

ΦΥΛΟΝ :                      ΑΡΡΕΝ                      ΘΗΛΥ  
ΗΛΙΚΙΑ                      ΕΓΓΑΜΟΣ                      ΑΓΑΜΟΣ

Ποιες είναι οι γραμματικές σας γνώσεις;

1. Πτυχίο Ανωτάτης Σχολής
2. Πτυχίο Ανωτέρας Σχολής
3. Αποφοίτος Λυκείου
4. Αποφοίτος Γυμνασίου
5. Αποφοίτος Δημοτικού
6. Αγράμματος

Ποιες είναι οι γραμματικές γνώσεις του πατέρα σου;

Ποιες είναι οι γραμματικές γνώσεις της μητέρας σου;

Ποιο είναι το επάγγελμα σου;

Ποιο είναι το επάγγελμα του πατέρα σου;

Ποιο είναι το επάγγελμα της μητέρας σου;

Τοπος γεννησεως

Που ζησατε τα τελευταία χρόνια;

1. Ηπιατε ποτε στη ζωη σας;

- ΝΑΙ
- ΟΧΙ

2. Σε ποια ηλικια αρχισατε να πινετε;  
(κρασι,μπυρα η αλλο οινοπνευματωδες ποτο)

- Κατω απο 14
- 14-15
- 16-17
- 18-19
- 20-21
- 22-29

3. Πινετε τωρα; (κατα το τελευταιο δωδεκαμηνο)

- ΝΑΙ
- ΟΧΙ

4. Τι πινετε συνηθως;

- Κρασι
- Μπυρα
- Αλλου ειδους ποτο ( ουζο,ουισκυ κ.λ.π. )

5. Χθες τι ηπιατε;

- κρασι: ποτηρακια.....
- μπυρα: ποτηρακια.....
- ουζο: ποτηρακια.....
- ουισκυ: ποτηρια.....
- αλλο λικερ: ποτηρακια...

6. Ποσο συχνα συνηθιζετε να πινετε;

- Λιγοτερο απο μια φορα την ημερα
- 1-2 φορες την εβδομαδα
- Σχεδον καθημερινα
- Περισσοτερο απο μια φορα την ημερα

7. Ποιος η ποιοι ειναι οι σπουδαιοτεροι λογοι που σας κανουν να πινετε;

- Για την παρεα
- Για να φτιαξει η διαθεση μου, να χαλαρωσω
- Για τη γευση, με το φαγητο
- Απο περιεργεια η για καποιο αλλο λογο

8. Εχετε ποτε μεθυσει;

- |            |       |       |
|------------|-------|-------|
| - Ελαφρια; | - ΝΑΙ | - ΟΧΙ |
| - Βαρεια   | - ΝΑΙ | - ΟΧΙ |

9. Ποσο συχνα;

- 1 φορα
- 1-2 φορες
- 3-10 φορες
- Παραπανω

ΠΙΝΑΚΕΣ

ΠΙΝΑΚΑΣ 1: Σύνθεση του δείγματος.

Χαρακτηριστικά	Αντρες n=120	Γυναίκες n=80
Ηλικία, μέσος όρος(χρονια)	25.5	24.4
Εκπαίδευση		
Δημοτικό ή χαμηλότερη	8 ( 6.7%)	7 ( 8.8%)
Γυμνάσιο	15 (12.5%)	8 (10.0%)
Λύκειο	57 (47.5%)	44 (55.0%)
Ανώτερη	40 (33.3%)	21 (26.3%)
Τομέας Απασχόλησης		
Νοικοκυριό	--	20 (25.0%)
Βιομηχανία	26 (21.7%)	6 ( 7.5%)
Γραφείο	31 (25.8%)	34 (42.5%)
Επαγγελματίες/Εργοδότες	36 (30.0%)	14 (17.5%)
Μαθητές	16 (13.3%)	6 ( 7.5%)
Λοιποί	11 ( 9.1%)	--
Οικογενειακή κατάσταση		
Παντρεμένοι	43 (35.8%)	33 (41.3%)
Ανύπαντροι ή άλλοι	77 (64.2%)	47 (58.8%)
Τόπος γέννησης		
Χωριό (<2000 κατ.)	25 (20.8%)	18 (22.5%)
Μικρή πόλη(2000-10000 κατ.)	12 (10.0%)	10 (12.5%)
Πόλη (>10000 κατ.)	83 (69.2%)	52 (65.0%)

ΠΙΝΑΚΑΣ 2: Επίπεδο εβδομαδιαίας συχνότητας ανά φύλο.

Φύλο	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	
	Ελάχιστο ή λιγότερο από μία	1-3 μέρες ή περισσότερο
Αντρες	32 (26.7%)	88 (73.3%)
Γυναίκες	40 (50.0%)	40 (50.0%)

$\chi^2 = 10.353$  , 1d.f. ,  $p < 0.002$

ΠΙΝΑΚΑΣ 3: Σχέση ανάμεσα στο φύλο και τον δείκτη κατανάλωσης.

Φύλο	Δείκτης			Σύνολο
	2 ή μικρότερο	3 - 5	6 ή μεγαλύτερο	
Αντρες	60 (50.0%)	17 (14.2%)	43 (35.0%)	120 (100%)
Γυναίκες	50 (62.5%)	20 (25.0%)	10 (12.5%)	80 (100%)

$\chi^2 = 14.270$  , 2d.f. ,  $p < 0.001$

ΠΙΝΑΚΑΣ 4: Σχέση ανάμεσα στην εκπαίδευση του πατέρα ή της μητέρας ή του μεγέθους του τόπου γέννησης και της ηλικίας έναρξης κατανάλωσης\* (και τα δύο φύλα).

<u>Εκπαίδευση του πατέρα</u>	<u>n</u>	<u>Μέση κατανομή</u>
Πανεπιστήμιο	13	112.4
Ανωτέρα Τεχνική	7	89.0
Λύκειο	30	102.2
Γυμνάσιο	32	84.2
Δημοτικό	111	105.6
Χαμηλότερη	7	76.1

Test stat.=5.77 , p=0.33

<u>Εκπαίδευση της μητέρας</u>	<u>n</u>	<u>Μέση κατανομή</u>
Πανεπιστήμιο	15	111.7
Λύκειο	23	105.8
Γυμνάσιο	22	95.6
Δημοτικό	118	97.2
Χαμηλότερη	22	109.8

Test stat.=1.95 , p=0.74

<u>Τόπος γέννησης</u>	<u>n</u>	<u>Μέση κατανομή</u>
< 2000 κατ.	43	101.3
2000-10000 κατ.	22	96.8
>10000 κατ.	135	100.8

Test stat.=0.108 , p=0.95

\* Kruskal-Wallis ανάλυση με βάση την κατανομή.



ΠΙΝΑΚΑΣ 5: Σχέση ανάμεσα στον δείκτη κατανάλωσης και τα προσωπικά χαρακτηριστικά.\*

(Και τα δύο φύλα)

<u>Χαρακτηριστικά</u>	<u>Πλήθος μονάδων</u>	<u>Στατιστική</u>	<u>p</u>
Οικογενειακή κατάσταση	2	$z=-0.81$	0.417
Επίπεδο εκπαίδευσης	5	2.444	0.655
Εκπαίδευση του πατέρα	5	6.348	0.274
Εκπαίδευση της μητέρας	5	3.420	0.635
Απασχόληση	6	6.101	0.300
Τόπος γέννησης	3	6.538	0.038

\* Kruskal-Wallis μονομερής ανάλυση με βάση την κατανομή, εκτός από την οικογενειακή κατάσταση (τέστ Mann-Whitney).

ΠΙΝΑΚΑΣ 6: Είδος και αριθμός των μονάδων καταναλησκόμενων σε 24 ώρες.

	<u>Κρασί*<sup>1</sup></u>	<u>Μπύρα*<sup>2</sup></u>	<u>Ουίσκι*<sup>3</sup></u>	<u>Λοιπά*<sup>3</sup></u>
0	156	156	155	192
1	10	27	14	1
2	15	11	20	4
3	10	4	6	3
4	3	1	1	0
5	4	1	1	0
6	0	0	0	0
7	1	0	2	0
8	0	0	0	0
9	1	0	0	0
Μέσος όρος:	0.59	0.35	0.52	0.09

\*1 Μονάδες : ένα ποτήρι.

\*2 Μονάδες : ένα μπουκάλι των 500ml

\*3 Μονάδες : μία μονάδα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 7: Σύγκριση ανάμεσα στον εβδομαδιαίο αριθμό μονάδων που εκτιμήθηκε στην Πάτρα και στα μεζέθη που υπάρχουν στο Cardiff

Επί τρις εκατό.

Αριθμός μονάδων	Πάτρα	Cardiff
	(εκτίμηση)	(καταγραφή)
<u>Ηλικία: 18-30</u>		
	Αντρες	
0	3	17
1 - 7	74	18
8 - 14	17	20
15 - 21	4	14
22 - 34	5	15
35+	7	17
	Γυναίκες	
0	6	31
1 - 7	85	46
8 - 14	3	15
15 - 21	4	4
22 - 34	0	1
35+	2	1

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. ADAMS R., VIKTOR M. 'Principles of Neurology' 1985.
2. BAKER A.B., BAKER L.M. 'Clinical Neurology' Vol. 2, 1981.
3. ΓΑΡΔΙΚΑ, Κ.Δ. 'Ειδική νευρολογία' Εκδοση τρίτη.Επιστημονικές εκδόσεις Γ.Κ. Παρισσιανός.Αθήνα 1981.
4. ΓΡΗΓΟΡΙΟΥ ΙΩΑΝ. 'Εισηγητική εκθεση για την δυνατοτητα εφαρμογής ειδικου θεραπευτικου προγραμματος για αλκοολικους στη Θεσσαλονικη' Θεσσαλονικη 1986.
5. ΔΕΤΟΡΑΚΗΣ ΙΩΑΝ. 'Σημειώσεις Κοινωνικής Υγιεινής' των Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ.
6. EDWARDS G., GROSS M.M., KELLER M., MOSER J. 'Alcohol related disabilities' Geneva WHO 1977.
7. FEYERLEIN W.G. 'Die Hayfigkeit des Alkoholismys. Vergleich zwischen verschiedenen Krankenanstalten Mynch.Med.Vsch.115 1991-96 (1973).
8. FEYERLEIN W.G. 'Probleme Und Ergebnisse der epidemiologischen ForschUng bein Alkoholismys' Sychtgefahren 20,234-237 (1974).
9. KILLILEA M. 'Mytyal help Organizations in Sypport System and Mytyal help in G. caplan and M. Killilea Gtyne Stratton. NEW YORK 1980.

10. LIAKOS A., MADIANOS M. 'Alcohol consumption and rates of alcoholism in Greece. Dryg and Alcohol Dependence' Athens 1980.
11. LINT de J.W. SCWMIDT 'Comsyption averages and alcoholism prevalence : A brief review of epidemiological invastigations. Br. J. Addict 66-97-107 1971.
12. MOSER J. 'Prevention of Alcohol-related problems.' TORONTO A.R.F. 1980.
13. ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ Μ.Α. --ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ Σ. Φ. 'Νοσηλευτική Γενική Παθολογική Χειρουργική' Έκδοση Εβδομη - Τομος Α' Έκδοση Ιεραποστολικής Ένωσεως Αθηνα 1987.
14. ΝΑΝΟΥ Κ. 'Σημειώσεις Ψυχιατρικής Νοσηλευτικής' των Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ.
15. ΠΑΠΑΟΙΚΟΝΟΜΟΥ - ΑΠΟΣΤΟΛΟΠΟΥΛΟΥ ΑΙΚ. 'Αποστολή και λειτουργία Υπηρεσιων Νοσοκομειου IV' Ο.Ε.Δ.Β. Αθηνα 1986.
16. ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ Γ. 'ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ: Έκδοση της Επιστημής' Τευχος 65. Μαιος 1984. Σελ. 5-7 , 18-19
17. READ 'Παθολογία'

18. ΤΡΙΧΟΠΟΥΛΟΣ Δ., ΤΡΙΧΟΠΟΥ-  
ΛΟΥ ΑΝΤ.

΄ Προληπτική Ιατρική  
Αθήνα 1986.

19. ΧΑΡΤΟΚΟΛΗΣ ΠΕΤ.

΄ Εισαγωγή στη Ψυχιατρική  
Εκδόσεις Θεμέλιο  
Αθήνα 1989.

20. ΧΑΤΖΗΜΗΝΑΣ Σ.

΄ Επιτομος Φυσιολογία  
Επιστημονικές Εκδόσεις Γ. Παρι-  
σιανός.  
Αθήνα 1979.