

ΑΛΚΟΟΛ ΚΑΙ ΝΕΟΙ

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ: Σ.Ε.Υ.Π.
ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΑΛΚΟΟΛ ΚΑΙ ΝΕΟΙ

ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΚΑΙ

ΑΙΤΙΑ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗΣ ΑΛΚΟΟΛ

Υπεύθυνη καθηγήτρια
Παπαδημητρίου Μαρία



Σπουδαστές

Μελικίδης Μάριος
Παπαβασιλείου Αγγελική
Πέιου Βασιλική
Πορφυρίου Χαρίλαος
Σφυράκη Μαρία

ΠΑΤΡΑ 1993

ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	ΕΠΙΣΤΡΟΦΗ ΑΡΙΘΜΟΣ
----------------------	----------------------

ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	195
----------------------	-----



Αφιερώνεται στους
γονείς μας.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 1ο

ΕΙΣΑΓΩΓΗ	1
1. ΓΕΝΙΚΑ ΠΕΡΙ ΑΛΚΟΟΛ	
1.1 Ιστορική αναδρομή	3
1.2 Τι είναι αλκοόλ	6
1.3 Απορρόφηση - κατανομή και μεταβολισμός της αιθυλικής αλκοόλης	7
1.4 Φαρμακολογικές ενέργειες	10
1.5 Η αλληλεπίδραση της αλκοόλης με άλλες τοξικές ουσίες	12

Κεφάλαιο 2ο

2. ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΣ	
2.1 Εμφάνιση του φαινομένου του αλκοολισμού	13
2.2 Ο αλκοολισμός στη νεώτερη Ελλάδα	14
2.3 Τι είναι αλκοολισμός	17
2.4 Επιδημιολογικά στοιχεία	19
2.5 Μοντέλα αλκοολισμού	23

Κεφάλαιο 3ο

3. Η ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΕΦΗΒΟΥ	
3.1 Η Εφηβεία ως ψυχοβιολογικό και ψυχοκοινωνικό φαινόμενο	27
3.2 Εφηβικά χαρακτηριστικά	28
3.2.α Το σώμα	28
3.2.β Το συναίσθημα	29
3.2.γ Η νοητική δύναμη	30
3.2.δ Ιδανικά και αξίες	31

3.2.ε Το εφηβικό εγώ και η δημιουργία ταυτότητας	32
3.3 Ο Έφηβος και ο κοινωνικός περίγυρος	34
3.3.α Ο Έφηβος και η οικογένεια	35
3.3.β Ο Έφηβος και το σχολείο	36
3.3.γ Ο Έφηβος και οι φίλοι	38
3.3.δ Η σεξουαλική ζωή του εφήβου	39
3.3.ε Ο Έφηβος και θρησκεία	41

Κεφάλαιο 4ο

4. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΥ

4.1 Βιολογικοί παράγοντες	42
4.2 Ψυχολογικοί παράγοντες	43
4.3 Περιβαλλοντικοί - Κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες	45
4.4 Άτομα υψηλού κινδύνου για αλκοολισμό	49
4.5 Παράγοντες που συνδέονται αιτιολογικά με την κατάχρηση αλκοόλ	49

Κεφάλαιο 5ο

5. ΟΙ ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΤΟΥ ΑΛΚΟΟΛ ΣΤΗΝ ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΗ ΣΥΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥ

5.1 Παθολογικά προβλήματα	51
5.1.α Παθήσεις ήπατος	51
5.1.β Γαστρεντερικές διαταραχές	52
5.1.γ Μεταβολικά προβλήματα - Υποσιτισμός	52
5.1.δ Καρδιαγγειακά προβλήματα	53
5.1.ε Οξεία - χρόνια παγκρεατίτιδα	53
5.1.στ Αλκοολική μυοπάθεια	53
5.1.ζ Επιδράσεις στον εγκέφαλο	54
5.1.η Σεξουαλική ανεπάρκεια	55
5.1.θ Εμβρυϊκό σύνδρομο από οινόπνευμα	55
5.1.ι Βλάβες στο νευρικό ιστό	56
5.1.κ Καρκίνος και αλκοόλ	57
5.2 Ψυχιατρικά προβλήματα	57
5.2.α Αλκοολικό Στερητικό Σύνδρομο	57

5.2.β	Αλκοολικό Στερητικό Παραλήρημα (DELIRIUM TREMENS)	59
5.2.γ	Σύνδρομο Korsakoff	61
5.2.δ	Αλκοολική Τοξίκωση	64
5.2.ε	Αλκοολική Ψευδαισθήτωση	65
5.2.ζ	Σύνδρομο Ζηλοτυπίας (Οθέλου)	65
5.2.η	Μελαγχολία - Αυτοκτονικός ιδεασμός	66
5.2.θ	Άνοια Συνδεόμενη με Αλκοολισμό	67
5.3	Κοινωνικά προβλήματα	67
5.3.α	Οικογενειακά προβλήματα	67
5.3.β	Εργασιακά προβλήματα	68
5.3.γ	Εγκληματική συμπεριφορά - Ποινικά αδικήματα	69
5.3.δ	Οικονομικές επιπτώσεις	70
5.3.ε	Αλκοόλ και ατυχήματα	70

Κεφάλαιο 6ο

6.	ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΕΣΗ ΤΟΥ ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΥ	
6.1	Πορεία του προβλήματος	72
6.2	Διαγνωστικά κριτήρια	73
6.3	Θεραπεία	74
6.3.α	Φαρμακολογική προσέγγιση	75
6.3.β	Ψυχολογική προσέγγιση	76
6.3.γ	Ειδικές προσεγγίσεις και θεραπευτικά προγράμματα	78
6.4	Παράδειγμα προγράμματος θεραπείας αλκοολισμού	82

Κεφάλαιο 7ο

7.	ΠΡΟΛΗΨΗ	
7.1	Ενημέρωση - Διαφώτιση	85
7.2	Επιδημιολογικές έρευνες	86
7.3	Δραστηριοποίηση πολιτικών φορέων	86
7.4	Δραστηριοποίηση νομικών φορέων και αστυνομικών αρχών	87
7.5	Δημιουργία κατάλληλων εκπαιδευτικών προγραμμάτων	88
7.6	Η θρησκεία σε βοήθεια των αλκοολικών	89

7.7 Ασφαλείς κανόνες πόσης	91
----------------------------------	----

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΕΡΕΥΝΑ

Κεφάλαιο 8ο

8.1 Γενικά	94
8.2 Υλικό, ανάλυση και δομή του ερωτηματολογίου	97
8.3 Μεθοδολογία	99

Κεφάλαιο 9ο

9.1 Αποτελέσματα - Πίνακες	102
9.2 Συζήτηση	113
9.3 Προτάσεις	121

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	124
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	172
SUMMARY	173
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	174

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Την πτυχιακή εργασία "αλκοολισμός και νέοι" ανέλαβαν να διεκπερεώσουν οι σπουδαστές Πορφυρίου Χαρίλαος, Μελικίδης Μάριος, Παπαβασιλείου Αγγελική, Σφυράκη Μαρία και Πείου Βασιλική.

Η εργασία από τη φύση της είναι πολύπλοκη γιατί υπεισέρχονται σ' αυτή παράγοντες όπως κοινωνικοί, ιατρικοί και οικονομικοί.

Ο σκοπός της εργασίας αυτής ήταν να εντοπίσουν οι σπουδαστές το συνεχώς αυξανόμενο πρόβλημα του αλκοολισμού και αυτό επέτυχαν μέσα από την έρευνά τους που έγινε σε διάφορα διαμερίσματα της Ελλάδας και σε νέους ανθρώπους.

Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποίησαν είναι πολύ πλούσιο καθώς και τα αποτελέσματα αποδεικνύουν το ζητούμενο.

Παρακολουθώντας τη γραφή της εργασίας αυτής, παρατήρησα ότι οι ανωτέρω σπουδαστές αφιέρωσαν αρκετά μεγάλο χρόνο για τη διεκπεραίωσή της, ταυτόχρονα απέκτησαν την απαιτούμενη εμπειρία και την επιστημονική γνώση.

Δετοράκης Ιωάννης

Υγειονομικός Διαφωτιστής

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο αλκοολισμός είναι ίσως το κοινωνικό πρόβλημα που θα απασχολήσει τις υγειονομικές υπηρεσίες την επόμενη δεκαετία. Σιγά-σιγά γίνεται αντιληπτή η παγκοσμιότητα του προβλήματος χωρίς ωστόσο να γίνονται οι μέγιστες προσπάθειες για την αντιμετώπισή του. Παρ' όλες τις προσπάθειες που γίνονται το ποσοστό των αλκοολικών αυξάνεται παγκοσμίως (5-15% μεταξύ του πληθυσμού κάθε χώρας ετησίως). Επιδημιολογικές έρευνες επιβεβαιώνουν την ανοδική αυτή τάση σε κάθε κοινωνικό στρώμα και ηλικία "κρούοντας τον κώδωνα" κινδύνου για την ασθένεια του αλκοολισμού. Πράγματι ο αλκοολικός είναι ασθενής και θα πρέπει να αντιμετωπίζεται ως ασθενής και όχι σαν "απόβλητο" που όλοι αποφεύγουν χωρίς να βοηθούν.

Ο αλκοολισμός στη χώρα μας σε σχέση με τα άλλα κράτη, βρίσκεται σε χαμηλά επίπεδα. Παρ' όλα αυτά, τα τελευταία χρόνια η αύξηση του προβλήματος είναι εμφανής και ο κρατικός μηχανισμός παρουσιάζεται αδύναμος και αδιάφορος ν' αντιμετωπίσει τις επιπτώσεις του.

Στην παρούσα έρευνα έγινε προσπάθεια να εκτιμηθούν ποιοί παράγοντες (βιο-κοινωνικό-οικονομικοί) συμβάλουν στην αύξηση του αλκοολισμού και με ποιόν τρόπο την επηρεάζουν. Αναλύονται οι ψυχο-σωματικές επιπτώσεις της κατάχρησης του αλκοόλ στο άτομο αλλά και στον κοινωνικό περίγυρο αυτού. Γίνεται εκτίμηση των αποτελεσμάτων της έρευνας με σκοπό να δοθούν οι κατάλληλες κατευθύνσεις για την αντιμετώπιση του προβλήματος. Άμεσος στόχος της μελέτης επίσης είναι **α)** η ευαισθητοποίηση του πληθυσμού αλλά και των κοινωνικών φορέων και **β)** η διαφώτιση γύρω από την έκταση του προβλήματος του αλκοολισμού ώστε να ληφθούν τα κατάλληλα. Τέλος τα συμπεράσματα που θα βγούν από την μελέτη των ευρυμάτων της έρευνας ελπίζουμε να θεμελιώσουν ορθές προτάσεις πρόληψης και αντιμετώπισης του αλκοολικού προβλήματος.

Πιστεύουμε ότι είναι υποχρέωσή μας να ευχαριστήσουμε όλους εκείνους που βοήθησαν κατά την συγγραφή της εργασίας αυτής. Ιδιαίτερα όμως θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε για την βοήθειά της την υπεύθυνη καθηγήτρια μας Dr. Παπαδημητρίου Μαρία, που ως υπεύθυνη καθηγήτρια για την εργασία αυτή, μας έδωσε τις κατάλληλες κατευθύνσεις και βάσεις, απαραίτητες για την ολοκλήρωση της εργασίας αυτής. Επίσης θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τον κ. Ιωάννη Δετοράκη, υγειονομικό διαφωτιστή και καθηγητή μας, για την πολύτιμη βοήθειά του τόσο στο γενικό όσο και στο ειδικό μέρος. Ευχαριστούμε επίσης τον Χρήστο Γκόγκο, φοιτητή του τμήματος Ηλεκτρονικών Υπολογιστών του Πανεπιστημίου Πατρών, για την βοήθειά του στην στατιστική επεξεργασία των αποτελεσμάτων.

Τέλος ευχαριστούμε όλους εκείνους, οι οποίοι με την ηθική τους συμπαράσταση ή συμπληρώνοντας ένα ερωτηματολόγιο μας βοήθησαν για την ολοκλήρωση της εργασίας αυτής.

1. ΓΕΝΙΚΑ ΠΕΡΙ ΑΛΚΟΟΛ

1.1 Ιστορική αναδρομή

Το οινόπνευμα πιθανότατα έγινε γνωστό στον άνθρωπο, όταν τυχαία ανακάλυψε τη δράση διαφόρων χυμών φρούτων που είχαν υποστεί ζύμωση. Η ανακάλυψη της απόσταξης αποδίδεται στον Πέρση γιατρό Rhazes.

Ιστορικές πηγές δείχνουν ότι ευρεία κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών, έκαναν όλοι οι αρχαίοι λαοί που είχαν αναπτύξει αξιόλογο πολιτισμό και μας άφησαν σημαντικές μαρτυρίες για μελέτη.

Στην κλασική Ελλάδα η χρήση του οίνου, "άκρατου" ή "κεκραμένου", αναφέρεται συχνά στις ιστορικές πηγές, με χαρακτηριστικότερο ίσως παράδειγμα το "Συμπόσιο" του Πλάτωνα. Ακόμα χαρακτηριστικές ήταν και οι γιορτές που γίνονταν προς τιμή των θεών Διονύσου και Βάκχου που θεωρούνταν οι θεοί του κρασιού. Στις εορτές αυτές γίνονταν μεγάλη κατανάλωση κρασιού που συνήθιζαν να το αναμιγνύουν με νερό για να πίνουν μεγαλύτερες ποσότητες. Λεπτομερείς φαρμακολογικές περιγραφές για την επίδραση του κρασιού στον οργανισμό και για τη συμπεριφορά του μεθυσμένου ανθρώπου μας δίνει ο Πλίνιος ο Πρεσβύτερος. Κατά ανάλογο τρόπο ο Αθηναίος περιγράφει τα έθιμα σχετικά με την οινοποσία σε βάρβαρους λαούς, όπως οι Λύδιοι, οι Πέρσες, οι Σκύθες και οι Καρχηδόνιοι. Ειδικότερα για τους Μακεδόνες, αναφέρει ότι ήταν τόσο γεροί πότες, ώστε από το πολύ πιωτό στο τέλος του συμποσίου ήταν αδύνατο να φάνε.

Επιγραφές σε αιγυπτιακές πάπυρους και σε ναούς μας πληροφορούν ότι η χρήση οινοπνευματωδών ποτών ήταν γνωστή στους Αρχαίους Αιγυπτίους που είχαν συνδέσει τη μέθη, με τη διασκέδαση. Οι Αιγύπτιοι γνώριζαν την μύρα, για την οποία αναφέρουν ότι "πρέπει κανείς να καταναλώσει μεγάλες ποσότητες για να έρθει σε κατάσταση ευθυμίας". Ακόμα από τις διάφορες επιγραφές φαίνεται καθαρά ότι οι

Αιγύπτιοι γνώριζαν τη φαρμακολογική δράση του οινοπνεύματος και το χρησιμοποιούσαν ευρύτατα για την περιποίηση τραυμάτων.

Στη Ρώμη η κατανάλωση του οινοπνεύματος έφερε ολέθρια αποτελέσματα. Συνετέλεσε στην εκφύλιση και στην εξαφάνιση του ισχυρότερου κράτους, της ρωμαϊκής αυτοκρατορίας. Ο Σενέκας δίνει λεπτομερείς περιγραφές οινοποσίας σε Ρωμαϊκά οργιώδη συμπόσια, όπου αναφέρει ότι οι Ρωμαίοι επέμεναν στην υπερβολική κατανάλωση φαγητού και οίνου και πολλές φορές όταν δεν μπορούσαν άλλο να φάνε και πιούνε προκαλούσαν μόνοι τους εμετό και συνέχιζαν.

Στη Καινή Διαθήκη γίνεται συχνή αναφορά κατανάλωσης κρασιού σε διάφορες γιορτές* χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι ο γάμος στη Κανά της Γαλιλαίας, όπου ο Χριστός έκανε ένα από τα θαύματά του μετατρέποντας το νερό σε κρασί, για να πιούν οι καλεσμένοι. Το κρασί επίσης στο χριστιανισμό συμβολίζει το αίμα του Χριστού που όταν το πίνεις σου δίνει φυσική ευφροσύνη. Ο Ιησούς Χριστός αποκαλεί τον εαυτό Του άμπελο και η διδασκαλία Του ευχαριστεί τις καρδιές των ανθρώπων.

Αντίθετα από τους αρχαίους Έλληνες, που έπιναν νοθευμένο κρασί, οι βυζαντινοί προτιμούσαν να πίνουν το κρασί τους καθαρό. Σύμφωνα με ένα νόμο που ψηφίστηκε στις αρχές του 10ου αιώνα από το Λέων το Σοφό, οι ιδιοκτήτες ταβέρνας που προσπαθούσαν να βγάλουν κέρδος πουλώντας αραιωμένο κρασί θα υφίστανται σοβαρές ποινές. Η ακατάστατη συμπεριφορά των μεθυσμένων ήταν τόσο συχνή εκείνη την εποχή, ώστε δημιουργήθηκαν ειδικά δικαστήρια που χειρίζονταν τις υποθέσεις που είχαν σχέση με αυτούς. Χαρακτηριστικό της επικράτησης του ποτού και της σημασίας του για την οικονομία του Βυζαντινού κράτους, είναι μια συμφωνία που υπογράφηκε το 1431 από του Αυτοκράτορα Ιωάννη Παλαιολόγο και τους Βενετούς και περιόριζε τον αριθμό των ταβέρνων που ανήκαν σε βενετούς στην Κωνσταντινούπολη για να προστατεύουν τα συμφέροντα των Ελλήνων ιδιοκτητών ταβέρνας.

Στην Αμερική η χρήση οινοπνεύματος μεταδόθηκε από τους πρώτους Γάλλους ερευνητές, το 1535 όταν συναντήθηκαν με Ινούς σ' ένα νησί της Ορλεάνης. Εντατικός αγώνας εναντίον του αλκοόλ αρχίζει στη Βόρεια Αμερική, για πρώτη φορά στα μέσα του 19ου αιώνα, όπου η

πολιτεία Μαϊήν απαγόρευσε από το 1846 τη χρήση και το εμπόριο αλκοολούχων ποτών. Άρχισαν να τη μιμούνται και άλλες πολιτείες της Βόρειας Αμερικής, συνολικά 16, ως το 1860. Τότε εκδηλώθηκε μεγάλη αντίδραση από τη πλευρά αυτών που ζημιώνονταν από την ποτοαπαγόρευση, και σιγά σιγά πέτυχαν τη κατάργησή της. Όμως από το 1903 ο αγώνας εναντίον του αλκοόλ απέκτησε καινούργια ένταση και το 1917 η χρήση οινοπνευματωδών ποτών απαγορεύτηκε σε 30 αμερικάνικες πολιτείες. Τέλος το 1929, ψηφίστηκε από το Κογκρέσο γενική ποτοαπαγόρευση για όλα ανεξαιρέτως τα κράτη των Η.Π.Α., με το νόμο Βόλστην, που καταργήθηκε αργότερα εξαιτίας της επικίνδυνης εξάπλωσης του παράνομου εμπορίου οινοπνευματωδών.

Κατά τη διάρκεια των τεσσάρων αιώνων της Τουρκικής κατοχής που ακολούθησαν μετά την άλωση της Κωνσταντινούπολης το 1453, οι ιστορικές μαρτυρίες όσον αφορά την έκταση της κατανάλωσης ποτού στην Ελλάδα είναι σπάνιες. Από περιγραφές ξένων ταξιδιωτών είναι γνωστό ότι η παραγωγή του κρασιού συνέχισε αμείωτη και ότι ποτά που γίνονται από απεσταγμένο αλκοόλ, όπως το ούζο, το ρακί, ή το τσίπουρο, έγιναν ευρέως διαθέσιμα αν και δεν γινόταν κατάχρησή τους.

Πρέπει να σημειωθεί ότι ο δείκτης κατανάλωσης οινοπνεύματος ποτέ δεν έφθασε πιο ψηλά, όσο κατά τη ποτοαπαγόρευση.

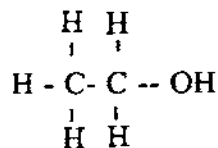
Στη Ρωσία μετά το 1917 απαγορεύτηκε η χρήση ποτών που έχουν περιεκτικότητα οινοπνεύματος μεγαλύτερη των 20 βαθμών.

Η Νορβηγία, που δεν επέτρεπε ποτέ και πιο πριν τη χρήση οινοπνευματωδών ποτών σε άτομα ορισμένων επαγγελμάτων στη διάρκεια της υπηρεσίας τους, θέσπισε από το 1919 γενική απαγόρευση χρήσης και εμπορίας για όλα τα ποτά, που περιείχαν πάνω από 12 βαθμούς. Ανάλογα μέτρα έχουν πάρει και άλλες χώρες τα τελευταία χρόνια.

Σ' ολόκληρο τον κόσμο έχει αρχίσει "σταυροφορία" κατά του αλκοόλ, που σκοπό έχει να ενημερώσει τον πληθυσμό για τις αρνητικές και δυσμενείς συνέπειες της κατάχρησης του αλκοόλ, στη σωματική και ψυχική ισορροπία του ατόμου και να αποτρέψει αυτούς από τη κατάχρησή του.

1.2 Τι είναι αλκοόλ

Ο όρος αλκοόλ προέρχεται από την αραβική λέξη "alkohl". Το αλκοόλ το οποίο βρίσκεται στα αλκοολούχα ποτά ονομάζεται αιθυλική αλκοόλη ή αιθανόλη και έχει τον εξής χημικό τύπο C_2H_5OH .



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

Η αιθανόλη είναι προϊόν αλκοολικής ζύμωσης της γλυκόζης, που συνήθως γίνεται με τη παρουσία σακχαρομυκήτων. Υπόστρωμα για τη ζύμωση αποτελούν ορισμένα φυσικά προϊόντα, όπως τα σταφύλια, το άμυλο των δημητριακών, τα σάκχαρα του σακχαροκάλαμου κ.λ.π. Το οινόπνευμα που αποστάζεται από τη ζήμωση αυτών των προϊόντων, φτάνει συνήθως με μέγιστη καθαρότητα 95%. Για την επίτευξη 100% καθαρού οινόπνευματος απαιτείται η χημική επεξεργασία με ειδικές υγροσκοπικές ενώσεις, οι οποίες δεν στερούνται τοξικότητας.

Η αιθυλική αλκοόλη είναι υγρό άχρωμο, με μάλλον ευχάριστη οσμή και γεύση. Διαλύεται εύκολα στο νερό. Ταξινομείται φαρμακολογικά ως γενικό κατασταλτικό το οποίο έχει τη δυνατότητα να προκαλέσει μια γενική, μη επιλεκτική και αναστρέψιμη καταστολή του κεντρικού νευρικού συστήματος.

1.3 Απορρόφηση - κατανομή και μεταβολισμός της αιθυλικής αλκοόλης

ΑΠΟΡΡΟΦΗΣΗ

Το αλκοόλ απορροφάται ταχέως από ολόκληρο το γαστρεντερικό σωλήνα και επειδή είναι ήδη σε υγρά μορφή δεν έχει την ανάγκη να διαλυθεί στο στομάχι όπως τα χάπια. Εξάλλου, επειδή είναι ένα μικρό λιποδιαλυτό μόριο διεισδύει εύκολα στις μεμβράνες του σώματος. Αν εξατμιστεί, μπορεί να απορροφηθεί σχεδόν αμέσως από τους πνεύμονες. Για το λόγο αυτό, οι εισπνοές αιθυλικής αλκοόλης (καθαρού αλκοόλ) είναι ιδιαίτερα επικίνδυνες, αν λάβει κανείς υπόψη ότι η ταχεία απορρόφηση και η κατανομή αυτής της ουσίας στον εγκέφαλο μπορεί να προκαλέσει αιφνίδια καταστολή των κέντρων ελέγχου του αναπνευστικού συστήματος.

Ο ρυθμός απορρόφησης της αιθυλικής αλκοόλης είναι μεταβλητός. Σ' ένα άτομο με άδειο στομάχι, περίπου 20% μιας δόσης αλκοόλ απορροφάται ταχέως. Επί πλήρους στομάχου η απορρόφηση επιβραδύνεται. Ένας άλλος παράγοντας που μεταβάλλει το ρυθμό της απορρόφησης είναι η ποσότητα των ρευστών μέσα στα οποία εμπεριέχεται η αλκοόλη.

Έτσι, ένα αραιωμένο διάλυμα όπως η μπύρα απορροφάται πιο αργά απ' ότι ένα συμπυκνωμένο διάλυμα όπως ένα κοκτέιλ. Αναφέρθηκε ότι 20% της καταναλωθείσας αλκοόλης απορροφάται από το στομάχι. Το υπόλοιπο 80% απορροφάται από το έντερο. Η απορρόφηση διαμέσου του εντέρου μπορεί να καθυστερήσει ανάλογα με την ποσότητα τροφής που βρίσκεται στο στομάχι. Με άλλα λόγια, όσο περισσότερη είναι η τροφή στο στομάχι τόσο περισσότερο καθυστερεί η απορρόφηση. Τελειώνοντας με το θέμα της απορρόφησης θα πρέπει να τονισθεί ότι όλη η καταναλωθείσα αλκοόλη απορροφάται από τον οργανισμό. Απλώς, ένα πλήρες στομάχι θα καθυστερήσει λίγο την απορρόφηση.

ΚΑΤΑΝΟΜΗ

Το αλκοόλ είναι ένα μικρό μόριο ευδιάλυτο στο νερό και το λίπος, και γι' αυτό παρουσιάζει ίση κατανομή σ' όλα τα υγρά του σώματος και σ' όλους τους ιστούς συμπεριλαμβανομένων και αυτών του εγκεφάλου. Η αλκοόλη διαχέεται επίσης σ' όλους τους μύς του σώματος. Είναι χαρακτηριστικό ότι ένα παχύ άτομο ή μωράδες παρουσιάζει συνήθως χαμηλότερα επίπεδα αλκοόλης στο αίμα απ' ότι ένα αδύνατο άτομο. (Με άλλα λόγια οι παχύσαρκοι χρειάζονται περισσότερο αλκοόλ για να μεθύσουν απ' ότι χρειάζονται οι αδύνατοι).

Επίσης όσο μεγαλύτερος είναι ο όγκος του σώματος, τόσο μεγαλύτερη είναι η διάρκεια της τοξικότητας από την κατανάλωση της αλκοόλης.

Τέλος, πρέπει να σημειωθεί ότι το αλκοόλ κατανέμεται και στο έμβρυο και μπορεί να δημιουργήσει το "αλκοολικό εμβρυακό σύνδρομο".

ΜΕΤΑΒΟΛΙΣΜΟΣ

Σύμφωνα με το βρετανό καθηγητή T.J. Peters (Peters 1982), "... η μελέτη του μεταβολισμού της αιθανόλης είναι άκρως σημαντική για την κατανόηση των βιοχημικών, κλινικών και παθολογικών παραμέτρων του αλκοολισμού..." Από την ποσότητα της αλκοόλης που καταναλώνει το άτομο, το 80% μεταβολίζεται στο ήπαρ, 10% αποβάλλεται με την εκπνοή και την ούρηση και το υπόλοιπο μεταβολίζεται σε άλλα συμεία του σώματος.

Σε γενικές γραμμές, αυτό που φαίνεται ότι είναι ουσιώδες στη διαδικασία του μεταβολισμού του αλκοόλ, είναι η οξείδωση της αιθανόλης σε μια ουσία που είναι γνωστή ως ακεταλδεύδη. Η μετατροπή της αιθανόλης σε ακεταλδεύδη γίνεται με τη βοήθεια ενός ενζύμου που φέρει το όνομα αλκοολική δεϋδρογονάση. Ο ρόλος της ακεταλδεύδης φαίνεται ότι είναι καθοριστικός για το βαθμό της ιστολογικής βλάβης που προκαλείται απ' αυτήν την ουσία. Θα πρέπει επίσης να τονιστεί, ότι σύμφωνα με τον Peters (1982) υπάρχουν σοβαρές ενδείξεις που ενισχύουν την άποψη ότι η ακεταλδεύδη μπορεί να θεωρηθεί ως η "βιοχημική βάση της εξάρτησης".

Ο ρυθμός του μεταβολισμού των περισσότερων φαρμάκων στο ήπαρ εξαρτάται από τη συγκέντρωση του φαρμάκου στο αίμα. Όσο περισσότερη είναι η συγκέντρωση του φαρμάκου, τόσο γρηγορότερος είναι ο μεταβολισμός. Η αλκοόλη όμως διαφέρει από άλλες χημικές ουσίες - φάρμακα. Κατά τον Julieu, ο ρυθμός του μεταβολισμού της αιθυλικής αλκοόλης δεν επηρεάζεται τόσο από τη συγκέντρωση της ουσίας στο αίμα όσο από το χρόνο.

Το αλκοόλ που εμπεριέχεται σε μια ουγγιά ούισκυ (33% καθαρό αλκοόλ) μεταβολίζεται σε μία ώρα. Αυτό δείχνει ότι ο ρυθμός μεταβολισμού της αλκοόλης είναι σχετικά αργός, σταθερός και ανεξάρτητος από το ποσό που καταναλώνεται. Με βάση τα παραπάνω, η μέθη είναι αποτέλεσμα κατανάλωσης περισσότερης αλκοόλης (ανά ώρα) απ' ότι μπορεί "να αντέξει" ο ρυθμός μεταβολισμού σ' αυτή την ώρα.

Ελάχιστοι μόνο παράγοντες μπορούν να αυξήσουν το ρυθμό μεταβολισμού του οινοπνεύματος. Εν τούτοις φαίνεται εξακριβωμένο ότι οι χρόνιοι αλκοολικοί μεταβολίζουν το οινόπνευμα γρηγορότερα από τα φυσιολογικά άτομα. Τα αμινοξέα (ιδιαίτερα η αλανίνη) και η φρουκτόζη αυξάνουν επίσης το μεταβολισμό της αιθανόλης, η κλινική όμως χρήση τους για την επιτάχυνση της οξειδώσεως είναι περιορισμένη. Το οινόπνευμα μειώνει επίσης την εντερική απορρόφηση θρεπτικών ουσιών, όπως η γλυκόζη, τα αμινοξέα, το ασβέστιο, το φυλλικό οξύ και η βιταμίνη B₁₂. Η αναστολή αυτή της απορροφήσεως μπορεί να συντελέσει στην κακή θρέψη που παρατηρείται συχνά σε αλκοολικά άτομα. Η ασπιρίνη επιβραδύνει το ρυθμό του μεταβολισμού του οινοπνεύματος στο ήπαρ. Εν τούτοις η επίδραση αυτή εμφανίζει διακυμάνσεις από το ένα άτομο στο άλλο.

Τελειώνοντας τη σύντομη αυτή αναφορά στην πορεία του αλκοόλ στον οργανισμό, ας σημειώσουμε ότι από την ποσότητα της αλκοόλης που καταναλώνεται από το άτομο, το 90% μεταβολίζεται ενώ το 10% αποβάλλεται από τους νεφρούς και τους πνεύμονες αναλοίωτο (Η απέκκριση της αναλλοίωτης αλκοόλης διαμέσου των πνευμόνων δημιουργεί τη δύσοσμη εκπνοή στο άτομο που έχει κάνει χρήση του αλκοόλ).

1.4 Φαρμακολογικές ενέργειες

Η αιθυλική αλκοόλη θεωρείται σχετικά ασθενές φάρμακο, δεδομένου ότι για να δράσει απαιτείται η κατανάλωση αρκετών γραμμαρίων. Επειδή η κατανάλωση του οινοπνεύματος είναι μέρος της καθημερινής ζωής, μερικές φορές δεν είναι εύκολη η ακριβής εκτίμηση για το ποσό που έχει ληφθεί.

Στις βασικότερες ενέργειες της αιθανόλης περιλαμβάνονται εκείνες που αφορούν το Κ.Ν.Σ. χαρακτηρίζονται από σωματοαισθητηριακές διαταραχές, που περιλαμβάνουν δυσαρθρία, ασυντόνιστες κινήσεις και επιβράδυνση των αντανακλαστικών.

Χαρακτηριστική αντίδραση στο οινόπνευμα είναι η ελάττωση του αυτοελέγχου (άρση των αναστολών), με αποτέλεσμα αρκετοί άνθρωποι, που συνήθως είναι ολιγόλογοι, να μετατρέπονται σε φλύαρους και μωρόλογους, χωρίς ειρμό στη σκέψη τους και χωρίς να συνειδητοποιούν ότι γίνονται κουραστικοί. Με την προϊούσα καταστολή του Κ.Ν.Σ., όλη αυτή η υπερδραστηριότητα φθίνει, με τελική κατάληξη την υπνηλία ή και την αναισθησία ακόμη.

Αξίζει όμως να σημειωθεί ότι η επίδραση οινοπνεύματος διαφέρει, ανάλογα με το χαρακτήρα του ατόμου.

Παλαιότερα, κατά την προαναισθητική περίοδο στη νάρκωση, χρησιμοποιούσαν το οινόπνευμα προκειμένου να γίνει η εγχείρηση. Αυτό σήμερα δεν είναι αποδεκτό γιατί κατά το στάδιο της διέγερσης ο άρρωστος βρίσκεται ήδη στα πρόθυρα της αναπνευστικής παράλυσης και θανάτου.

Στο κυκλοφορικό σύστημα η ενέργεια του οινοπνεύματος δεν είναι μεγάλη. Παρατηρείται αγγειοδιαστολή στο δέρμα με το χαρακτηριστικό αναψοκοκκίνισμα του πότη, που αποδίδεται σε κεντρική δράση. Επίσης, κεντρικής αιτιολογίας είναι και μία ελαφρά πτώση του καρδιακού ρυθμού και της αρτηριακής πίεσης. Μερικές φορές, παρατηρείται έντονη επίδρωση, ωχρότητα και απότομη πτώση της πίεσης, με τελική κατάληξη τη λιποθυμία.

Το οινόπνευμα παρουσιάζει ενέργεια με τα αντιπυρετικά και έτσι μπορούμε να πούμε ότι έχει και αντιπυρετική δράση.

Στο πεπτικό σύστημα η αιθανόλη ερεθίζει το γαστρικό βλεννογόνο, επειδή διεγείρει την έκκριση πεπτικών υγρών. Το φαινόμενο αυτό ξεκινά ως ήπια γαστρίτις και μπορεί να καταλήξει σε γαστρικό ή δωδεκαδακτυλικό έλκος. Επίσης αυξάνεται η έκκριση παγκρεατικών υγρών και δημιουργούνται έτσι οι προϋποθέσεις για ανάπτυξη χημικής παγκρεατίτιδας.

Επίσης μικρές ποσότητες αιθανόλης προκαλούν αναστολή της έκκρισης αντιδιουρητικής ορμόνης, η οποία οδηγεί στη χαρακτηριστική συχνουρία του πότη. Αυτό οφείλεται στην κατασταλτική ενέργεια του οινοπνεύματος στο κέντρο του υποθαλάμου το οποίο ελέγχει από τον οπίσθιο λοβό της υπόφυσης την έκκριση της (ADO).

Στο αναπνευστικό σύστημα, μετά από βαριά μέθη μπορεί να έχουμε παράλυση του κέντρου της αναπνοής.

Όσον αφορά το διάμεσο μεταβολισμό, η αιθανόλη είναι δυνατόν να προκαλέσει στην αρχή υπεργλυκαιμία, με την απελευθέρωση ενδογενών κατεχολαμινών, η οποία αργότερα μεταπίπτει σε υπογλυκαιμία. Επίσης, επηρεάζει σημαντικά το μεταβολισμό των λιπιδίων, οδηγώντας σε οξεία υπερλιπιδαιμία.

Στο δέρμα οινόπνευμα πυκνότητας πάνω από 60% προκαλεί υπεραϊμία, κνησμό και όταν εμποδίζουμε την εξάτμισή του, αίσθημα θερμότητας. Εάν γίνει η εξάτμισή του από υγιές δέρμα, τότε έχουμε αίσθημα ψύχους. Τοπική ερεθιστική ενέργεια εξασκεί στο δέρμα κυρίως όταν υπάρχει λύση συνεχείας αυτού.

Η αιθυλική αλκοόλη παρουσιάζει την καλύτερη αντισυπτική ενέργεια σε πυκνότητα 70% κατά βάρος.

1.5 Η αλληλεπίδραση της αλκοόλης με άλλες τοξικές ουσίες

Η αλκοόλη δεν θεωρείται φάρμακο, είναι, όμως τοξική ουσία. Δρα στο Κ.Ν.Σ. ανάλογα με την ποσότητα και προκαλεί οργανικές αλλαγές στον εγκέφαλο, αλλαγές που οδηγούν σε σωματική εξάντληση. Το αλκοόλ θεωρείται, ότι έχει κατασταλτική δράση στο Κ.Ν.Σ. Αν κάποιος λοιπόν πάρει τοξικές ουσίες (βαρβιτουρικά, ελαφρά ηρεμισικά) που έχουν παρόμοια καταπραϊντική δράση, με αλκοόλ αυξάνεται η κατασταλτική αυτή δράση στο Κ.Ν.Σ. και είναι ιδιαίτερα επικίνδυνη για την υγεία του ατόμου αυτού.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο

2. ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΣ

2.1 Εμφάνιση του φαινομένου του αλκοολισμού

Η δημιουργία κοινωνικών προβλημάτων από την κατάχρηση οινοπνεύματος αρχίζει το 12ο αιώνα, με την πλατιά πλέον κατανάλωση αποστάγματος οίνου. Κατά το πρώτο ήμισυ του 18ου αιώνα, η πλατιά χρήση του οινοπνεύματος οδηγεί στις πρώτες κλινικές παρατηρήσεις για τις επιπτώσεις του στη διατροφή και την υγεία των καταναλωτών. Παρ' όλα αυτά ιδιαίτερη σημασία δίνεται στις κοινωνικές επιπτώσεις του οινοπνεύματος από την κατάχρησή του.

Η ευρεία κατανάλωση οινοπνεύματος από υποσιτιζόμενα άτομα οδήγησε σε πρώιμες παρατηρήσεις σχετικά με τις επιβλαβείς συνέπειές του στη διατροφή του ανθρώπου. Ο αλκοολισμός, σαν ασθένεια, αναλύεται για πρώτη φορά το 1792 από το γιατρό John Coakley Lettson, ο οποίος σε ανακοίνωσή του στην Ιατρική Εταιρία του Λονδίνου, περιγράφει συγκεκριμένες νόσους που συνοδεύουν την κατάχρηση οινοπνεύματος, όπως το πεπτικό έλκος, την πυλωρική στένωση, την καχεξία των αλκοολικών κ.α.

Στο τέλος της δεκαετίας του 1840, ο σουηδός γιατρός Huss χρησιμοποίησε για πρώτη φορά τον όρο "αλκοολισμός". Έκτοτε, ο όρος αναφέρεται για να περιγράψει άτομα που πίνουν σε υπερβολικό βαθμό.

Πόσο μεγάλο πρόβλημα όμως είναι ο αλκοολισμός; Αξίζει πράγματι να επενδύουμε χρόνο και χρήμα για τη μελέτη και την αντιμετώπιση των συνεπειών αυτού του κοινωνικού φαινομένου;

Τα πορίσματα των επιστημονικών μελετών που εκπονήθηκαν τα τελευταία 20 χρόνια δείχνουν το τεράστιο μέγεθος του προβλήματος ιδιαίτερα στο δυτικό κόσμο. Δεν είναι τυχαία βέβαια, η εκτίμηση της ΠΟΥ ότι μέχρι το έτος 2000 ο αλκοολισμός θα είναι το τρίτο κατά σειρά πρόβλημα σε παγκόσμια κλίμακα μετά από τις καρδιοπάθειες και

τον καρκίνο. Για να πάρουμε μια γεύση των διαστάσεων του προβλήματος αρκεί να λάβουμε υπόψη μια σειρά από βρετανικές μελέτες (Jarman & Kellett 1979, Jariwalla 1979, Holt 1980, Barrison et al 1982, Patamianos et al 1988) που δείχνουν ότι το 20% όλων των ασθενών που παραπέμπονται ή εισάγονται σε οποιαδήποτε κλινική γενικού νοσοκομείου, παρουσιάζουν προβλήματα που έχουν άμεση ή έμμεση σχέση με την κατανάλωση του αλκοόλ. Το 1981, το πρόβλημα του "αλκοολισμού" υπολογίζεται ότι κόστισε στο βρετανικό κράτος περίπου 950 εκατομμύρια λίρες! Δραματικότερο βέβαια είναι το κόστος του αλκοολισμού για την ανθρώπινη ζωή.

Στη χώρα μας υπάρχει ουσιαστική έλλειψη μελετών σχετικά με το φαινόμενο του αλκοολισμού. Τα πορίσματα των ελάχιστων σχετικών δημοσιευμάτων δείχνουν μια τάση για κατάχρηση της αλκοόλης από τους νέους και ιδιαίτερα από τους εφήβους (Madianou et al 1987). Παρ' όλα αυτά, τόσο η πρόληψη όσο και η θεραπευτική αντιμετώπιση του αλκοολισμού είναι σε εμβρυακό στάδιο.

2.2 Ο αλκοολισμός στη νεώτερη Ελλάδα

Η Ελλάδα είναι χώρα οινοπαραγωγική. Η ποσότητα του κρασιού που παράγεται ετησίως είναι πολύ μεγάλη.

Ο πόλεμος για την Ανεξαρτησία από τους Τούρκους στις αρχές του 19ου αιώνα έγινε αιτία να καταστραφούν πάρα πολλά αμπέλια στην Ελλάδα. Αλλά μετά την Ειρήνη η παραγωγή του κρασιού αυξήθηκε ραγδαία ξανά. Μέχρι τότε οι Έλληνες χρησιμοποιούσαν σαν ποτό μόνο το κρασί και διάφορα άλλα ποτά που γίνονταν από την απόσταξή του, όπως το ρακί, το τσίπουρο κ.α. Η μπύρα έγινε γνωστή στην Ελλάδα αμέσως μετά την ανεξαρτησία και την εγκαθίδρυση του νέου κράτους το 1830, όταν έγινε Βασιλιάς της Ελλάδας ο Όθωνας και ήρθε φέρνοντας μαζί του και τους Βαυαρούς Ζυθοποιούς του.

Με την αλλαγή του αιώνα μας, τα διαθέσιμα στατιστικά στοιχεία δείχνουν, ότι υπήρχε μια αύξηση στην παραγωγή του αλκοόλ στο

Ελληνικό κράτος, ενώ παράλληλα παρατηρείται και αύξηση της κατανάλωσής του.

Στην ίδια περίπου εποχή αρχίζει ο αλκοολισμός να γίνεται ένα σοβαρό πρόβλημα στον Ελλαδικό χώρο και να τραβάει την προσοχή πολλών Ελλήνων γιατρών. Έτσι στα Πανελλήνια ιατρικά συνέδρια στις αρχές του 1900 γίνονταν σημαντικές συζητήσεις για το ρόλο του αλκοόλ στην αιτιολογία των διανοητικών ασθενειών. Στο συνέδριο του 1903 ο Δρ. Σ. Βλαβιανός, ένας ψυχίατρος, προέτρεψε στο σχηματισμό του Πανελληνίου Αντιαλκοολικού Συλλόγου. Με αρκετό ενδιαφέρον, ο Βλαβιανός θεώρησε μεγάλη ανάγκη να μιλήσει κατά της άποψης, προφανώς διαδεδομένης στην εποχή του όπως και σήμερα, ότι δεν υπάρχει πρόβλημα με το αλκοόλ στην Ελλάδα. Παρέθεσε ως μαρτυρία την δική του εμπειρία ως ψυχιάτρου και τις αναφορές που έλαβε ως απάντηση στο ερωτηματολόγιο για τις συνήθειες του ποτού και τη νοσηρότητα του αλκοολισμού στην Ελλάδα, τα οποία εξέδωσε τον Οκτώβριο του 1902 στη Ψυχιατρική και Νευρολογική Επιθεώρηση της Αθήνας.

Κατά τη διάρκεια του Πανελληνίου Ιατρικού Συνεδρίου το 1908, καταγράφηκε μια μεγάλη αναφορά και στάλθηκε στην κυβέρνηση, υποδεικνύοντας ένα αυξημένο αλκοολικό πρόβλημα. Με την πίστη ότι η μη καθαρότητα του αλκοόλ ήταν υπεύθυνη για τη πρόκληση νευροψυχιατρικών συμπτωμάτων, η ίδια αναφορά συνέστησε αυστηρότερο έλεγχο για τη διαδικασία καθαρισμού του αλκοόλ.

Οι πόλεμοι και η κοινωνική αναταραχή, συμπεριλαμβανομένης και της αναστάτωσης που έφερε η εισροή 1.500.000 προσφύγων από τη Μικρά Ασία, ευόησαν την ανάπτυξη των προβλημάτων του αλκοόλ ακόμα αύξησαν την εγκληματικότητα και τον εθισμό στα ναρκωτικά.

Το γεγονός ότι το ποτό ήταν ζήτημα ενδιαφέροντος στους επαγγελματικούς κύκλους φαίνεται από το γεγονός ότι το 1929 ο Ιατρικός Σύλλογος Αθηνών διόρισε μια υποεπιτροπή στη διεύθυνση δημόσιας υγιεινής να ασχοληθεί ειδικά με το θέμα του αλκοολισμού. Αυτή η υποεπιτροπή, η οποία περιλάμβανε μερικές από τις γνωστές ιατρικές αυθεντίες της εποχής από τη ψυχιατρική και τους σχετικούς

κλάδους, συνέταξε μια περιεκτική αναφορά με προτάσεις που αφορούν την πρόληψη του αλκοολισμού.

Στο πρώτο Εθνικό Συνέδριο Υγιεινής, που διεξήχθη στην Αθήνα το 1930, ο Δρ. Μ. Γιαννίρης έφερε στην επιφάνεια πάλι το πρόβλημα του αλκοολισμού, που είδε σαν σοβαρό παράγοντα για τη νοσηρότητα των ψυχώσεων. Στη συνέχεια και άλλοι γιατροί κυρίως ψυχίατροι και νευρολόγοι, ασχολήθηκαν με το μεγάλο πρόβλημα του αλκοολισμού, εκδίδοντας άρθρα, προειδοποιώντας για τους κινδύνους του ποτού και εκφράζοντας τη δυσφορία τους στη δημόσια απάθεια για το φαινόμενο του αλκοολισμού και του εθισμού στα ναρκωτικά.

Στατιστικές ματρυρίες που αφορούν τον αλκοολισμό στην Ελλάδα είναι σπάνιες και αμφίβολης εγκυρότητας. Μια αναφορά από τον Δρ. Μ. Κατσάρα, όπως παρατέθηκε από την Ποταμιάνου - Δέρβου, ισχυρίζεται ότι μεταξύ του 1904 και 1925 το 5,43% του ψυχωτικού πληθυσμού της Πανεπιστημιακής κλινικής και του Δρομοκαΐτειου στην Αθήνα ήταν αλκοολικοί. Ενώ μεταξύ του 1926 και 1930 η αναλογία των ψυχωτικών αλκοολικών σ' αυτά τα ιδρύματα αυξήθηκε σε 7,85%.

Το 1952 ιδρύθηκε ο πρώτος οργανισμός για τη μάχη κατά του αλκοολισμού στην Ελλάδα, από το Χριστιανικό Σύλλογο Γυναικών για ηθική βελτίωση, υπό τη διεύθυνση της Δρ.Τ. Ποταμιάνου - Δέρβου. Υιοθετώντας ως στόχο του την εκπαίδευση του ελληνικού λαού για τις καταστροφικές συνέπειες του αλκοολισμού στο άτομο, την οικογένεια, ο σύλλογος ανέπτυξε μια σθεναρή προπαγάνδα εναντίον όλων των ποτών. Ειδικές ομάδες έκαναν διαλέξεις σε φοιτητές, σε αστυνομικές και τελωνειακές σχολές, εκπαιδευτές, οργανισμούς γονέων ή σε ομάδες που ήταν πιο εκτεθειμένες στον αλκοολισμό και στον εθισμό στα ναρκωτικά όπως ο στρατός. Ο οργανισμός αυτός ήταν ακόμα υπεύθυνος για την υιοθεσία από το Τμήμα Διαισύνης πολλών μέτρων που στοχεύουν στη πρόληψη και θεραπεία της νεανικής εγκληματικότητας.

Χάρη στους αγώνες της "Πανελληνίας Αντιαλκοολικής Σταυροφορίας", η εκκλησία της Ελλάδας, καθιέρωσε την Κυριακή του "Ασώτου Υιού" σαν ημέρα της αντιαλκοολικής εκστρατείας. Την Κυριακή αυτή μετά τη θεία λειτουργία, ο ιερέας κάνει κήρυγμα προειδοποιώντας για τους κινδύνους του αλκοολισμού.

Τέλος αξίζει να αναφέρουμε ότι πριν από μερικά χρόνια ιδρύθηκε στην Ελλάδα η οργάνωση των "Ανώνυμων Αλκοολικών" που είναι μια διεθνής οργάνωση, οι αλκοολικοί όλου του κόσμου, προσπαθούν να βοηθηθούν μεταξύ τους και να ξεπεράσουν το πρόβλημά τους ακολουθώντας ένα κοινό πρόγραμμα με κοινούς κανόνες και δεσμεύσεις.

2.3 Τι είναι αλκοολισμός

Η προσπάθεια για ένα καθαρό ορισμό του "αλκοολισμού" και ο οριακός του διαχωρισμός από την απλή χρήση του οινοπνεύματος ήταν και είναι αρκετά δύσκολη. Τα κριτήρια που χρησιμοποιήθηκαν και χρησιμοποιούνται για να στηρίζουν τους διάφορους ορισμούς είναι δίχως άλλο ασαφή και πολύ λίγο συνεισφέρουν στο ξεκαθάρισμα των ορίων που δηλαδή τελειώνει η απλή χρήση και που αρχίζει η κατάχρηση και η εξάρτηση από το οινόπνευμα. Η ασάφεια αυτή είναι και ένα από τα βασικά επιχειρήματα των αλκοολικών, που γνωρίζοντας ότι τέτοια όρια δεν υπάρχουν, θέτουν έντεχνα πάντοτε το ερώτημα για να δικαιολογήσουν με αυτό τη συμπεριφορά τους.

Η γενικότερη άγνοια πάνω στον αλκοολισμό και τη σχέση του με τις άλλου είδους εξαρτήσεις (χάπια, ναρκωτικά κ.λ.π.) θα πρέπει ίσως να αναζητηθεί τόσο στο "δυσάρεστο" του θέματος για πολλούς από εμάς, όσο και στα "προτερήματα", που έχει η κατανάλωση των αλκοολούχων ποτών, όχι μόνο στο βιομήχανο που τα παράγει, αλλά και στην οικονομία ενός κράτους γενικότερα. Έτσι, αυτό που συνήθως απασχολεί την καθημερινότητα είναι από καιρό σε καιρό οι κοινωνικές προεκτάσεις του προβλήματος, που δεν μπορούν να παραμείνουν καλυμμένες.

Ανεξάρτητα όμως από τις κοινωνικές προεκτάσεις αυτές, αυτός που υποφέρει και καταστρέφει τόσο την υγεία του, όσο και το άμεσο κοινωνικό του περιβάλλον είναι ο αλκοολικός ασθενής. Ο αλκοολικός είναι ασθένεια και σαν τέτοια θα πρέπει να αντιμετωπισθεί. Οι κοινωνικές προεκτάσεις του είναι σπουδαιότατες, αλλά δεν προσφέρουν στη θεραπεία του ασθενή. Αυτό βέβαια ισχύει για κάθε εξαρτημένο

ασθενή, είτε οινοπνεύμα πίνει, είτε χαπάκια παίρνει, είτε ναρκωτικά χρησιμοποιεί.

Όταν λοιπόν μιλάμε για αλκοολισμό εννοούμε "μια συγκεκριμένη κατάσταση, που χαρακτηρίζεται από διαταραχές της υγείας και ειδικούς τρόπους συμπεριφοράς, που ο αλκοολικός δεν είναι σε θέση να ελέγχει• δηλαδή "απολαμβάνει" ποσότητες οινοπνεύματος με τέτοιο τρόπο, που προκαλεί βλάβες τόσο στην υγεία του, όσο και στις προσωπικές του σχέσεις με τους άλλους".(Keller 1964)

Η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, σε μια προσπάθεια να δώσει τον ορισμό θέτει ορισμένα κριτήρια και θεωρεί ως αλκοολισμό: "κάθε μορφή κατανάλωσης οινοπνευματωδών ποτών η οποία ξεφεύγει από την παραδοσιακή και εθμική (διαιτητική) χρήση οινοπνεύματος ή δεν ανταποκρίνεται στα πλαίσια της κοινωνικής συναναστροφής, μέσα σε μία συγκεκριμένη κοινωνική ομάδα, ανεξάρτητα από τους αιτιολογικούς παράγοντες μιας τέτοιας συμπεριφοράς".

Η ιατρική χαρακτηρίζει τον αλκοολισμό:

1. Ως νοσηρή τάση ορισμένων ατόμων για οινοποσία σε βαθμό κατάχρησης.
2. Το σύνολο των παθολογικών και νευροψυχικών φαινομένων, δηλαδή τη χρόνια ψυχική ή οργανική ή ψυχοσωματική νόσο, συνιστάμενη στην κατάχρηση οινοπνευματωδών ποτών και την εκδήλωση άλλων συμπτωμάτων ψυχικού, οργανικού ή ψυχοσωματικού χαρακτήρα, για λόγους ψυχολογικούς.

Με τη διπλή αυτή σημασία είναι γνωστοί: πρώτον ο οξύς αλκοολισμός, για τον οποίο χρησιμοποιείται συνήθως ο όρος "μέθη" και δεύτερον "ο χρόνιος ή κυρίως αλκοολισμός", όροι που χρησιμοποιούνται για κείνους που κάνουν ακατάσχετη και συνεχή χρήση (κατάχρηση) οινοπνευματωδών ποτών.

Τέλος ένας άλλος ορισμός του αλκοολισμού αναφέρει: "πρόκειται για ένα σύνολο διαταραχών όπου υπάρχουν όλα τα σημεία της κατάχρησης αλκοόλ και επιπλέον το φαινόμενο της **αντοχής** δηλ. η ανάγκη συνεχούς αύξησης της ποσότητας του αλκοόλ για να προκληθεί το ίδιο αποτέλεσμα και τα **συμπτώματα της στέρησης**, μετά τη

διακοπή του αλκοόλ. Όταν εγκατασταθεί πια ο αλκοολισμός το άτομο έχει συνήθως ανάγκη **πρωϊνής λήψης** αλκοόλ.

Γενικά μιλάμε για αλκοολισμό όταν το άτομο έχει χάσει την ελευθερία αποχής από το αλκοόλ, το οποίο γίνεται τελικά ο κεντρικός άξονας της ζωής του όπου υποτάσσονται τα πάντα (οικογενειακές και κοινωνικές σχέσεις, ενδιαφέροντα, επαγγελματικές υποχρεώσεις κ.λ.π.), όταν η λήψη αλκοόλ είναι πρωταρχική σε σχέση με οποιαδήποτε άλλη επιθυμία ή ανάγκη.

2.4 Επιδημιολογικά στοιχεία

Στατιστικές μελέτες σε διάφορες χώρες και με την επιφύλαξη των διαφόρων ορισμών του τι συνιστά πρόβλημα με το αλκοόλ, υπολογίζουν την αύξηση των αλκοολικών σε 5 - 15% μεταξύ του πληθυσμού κάθε χώρας. Φαίνεται καθαρά ότι ο αλκοολισμός και η κατανάλωση αλκοόλ γενικότερα, είναι σήμερα από τα μεγαλύτερα προβλήματα (ψυχοκοινωνικά), των οποίων οι καταστρεπτικές συνέπειες θα φανούν σε μερικά χρόνια.

Μεταξύ 1960 - 1972 η παγκόσμια παραγωγή κρασιού αυξήθηκε κατά 29%, της μπύρας κατά 68% και των άλλων οινοπνευματωδών ποτών κατά 61%.

Το 1979 όλες οι Ευρωπαϊκές χώρες είχαν κατά κεφαλή κατανάλωση αλκοολούχων ποτών πάνω από 10 lt το χρόνο και δύο χώρες (Ολλανδία και Γερμανία) είχαν κατά κεφαλή κατανάλωση πάνω από 300 lt το χρόνο.

Το 1992 στις χώρες της ΕΟΚ είχαμε 17.000 νεκρούς και 560.000 σοβαρά τραυματίες από αυτοκινητιστικά ατυχήματα που προκλήθηκαν από οδηγούς που αποδεδηγμένα είχαν κάνει κατάχρηση αλκοόλ.

Έρευνες στα άλλα Ευρωπαϊκά κράτη μας δείχνουν ότι το πραγματικό πρόβλημα των κρατών αυτών δεν είναι τα απαγορευμένα ναρκωτικά αλλά το νόμιμο, εμπορευματοποιημένο, βιομηχανοποιημένο και διαφημιζόμενο οινοπνευματώδες ποτό.

Αναλυτικότερα παρακάτω δίνονται επιδημιολογικά στοιχεία για μερικές χώρες, που έχουν διαπιστωθεί προβλήματα από την κατάχρηση οινοπνευματωδών ποτών, αρχίζοντας από τη χώρα μας.

Ελλάδα

- Στη χώρα μας στα τέλη της δεκαετίας του '70 η κατά κεφαλή και κατ' έτος κατανάλωση ήταν 18 - 20 λίτρα καθαρού οινοπνεύματος (στοιχεία Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας).

- Στη δεκαετία 1970 - 1980 η συνολική ετήσια αύξηση στην κατανάλωση αλκοολούχων ποτών στη χώρα μας ήταν 18,6%.

- Σήμερα η κατά κεφαλή και κατά χρόνο κατανάλωση κρασιού στην Ελλάδα είναι περίπου 40 lt. Προβλέπεται ότι στα επόμενα 5 χρόνια και η ετήσια κατά κεφαλή κατανάλωση μπίρας θα φτάσει στα 40 lt το χρόνο.

- Η χώρα μας το 1982 ήταν 22η μεταξύ 37 χωρών σε κατά κεφαλή κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών και 17η σε θανάτους από κίρρωση του ήπατος, με 12,3 θανάτους ανά 100.000 κατοίκους. Το 1983 ανέβηκε στους 13,6 θανάτους ανά 100.000 κατοίκους.

Γαλλία

- Σε κάθε άτομο αναλογούν 22,5 λίτρα καθαρού οινοπνεύματος το χρόνο.

- Το αλκοόλ είναι η 4η στη σειρά αιτία θανάτων: το 1971 πέθαναν 33.500 άτομα.

- Το 9% των οδικών ατυχημάτων οφείλονται σε νέους που οδηγούσαν υπό την επήρεια αλκοόλ.

- Το 7% του πληθυσμού καταναλώνει καθημερινά ποσότητα οινοπνευματωδών που περιέχει 200 ml αιθανόλης.

- Το 1974 η θνησιμότητα από ηπατική κίρρωση ανήλθε στα 32,8 ανά 100.000 άτομα.

- 5.000.000 άτομα είναι αλκοολοτοξικοί (2.000.000 αλκοολικοί και 3.000.000 που πίνουν μεγάλες ποσότητες αλκοόλ).

- Το κόστος στην εθνική οικονομία της Γαλλίας είναι αστρονομικό: για το 1969 υπολογίζεται σε 1.091.000.000 φράγκα. Το ποσό αυτό σήμερα έχει υπερδιπλασιαστεί.

Αγγλία

- Ο αριθμός των καταδικών μεθυσμένων νεαρών ανέβηκε από 5.000 περίπου το 1958 στις 12.000 περίπου το 1968 και έχει υπερδιπλασιαστεί στις μέρες μας.

- Μεταξύ 1949 και 1974 οι θάνατοι από ηπατική κίρρωση αυξήθηκαν κατά 70%.

Γερμανία

- Μεταξύ 1950 και 1975 έχουμε αύξηση των θανάτων από κίρρωση του ήπατος κατά 176%.

- Ο αριθμός των αλκοολικών νέων (κάτω των 20 ετών) ανέρχονταν το 1957 στις 16.000 ενώ το 1974 ανέβηκε στις 96.000.

- Υπάρχουν 1,8 εκατομ. αλκοολικοί ασθενείς που χρειάζονται θεραπεία.

- Τα ποσοστά των αλκοολικών εφήβων φθάνει το 8 - 9% του συνόλου των αλκοολικών της χώρας.

Σοβιετική Ένωση

- Το 25% των αλκοολικών άρχισε να πίνει συστηματικά πριν το 15ο έτος της ηλικίας τους.

- Επίσημα στοιχεία ενοχοποιούν την κατάχρηση οινοπνεύματος στις 80% των περιπτώσεων ληστείας, 90% των φόνων και 35% των αυτοκινιτιστικών δυστυχημάτων.

Πολωνία

- Υπάρχουν πάνω από 12.000 κέντρα για περισσότερους από 500.000 αλκοολικούς νέους.
- Το 1976 η κατά κεφαλή κατανάλωση αιθανόλης ήταν 10,8 λίτρα το χρόνο.

Ελβετία

- Μεγάλο κίνδυνο για τα παιδιά αποτελούν οι σοκολάτες που περιέχουν ποτά μιας και έτσι συνηθίζουν να αισθάνονται το οινόπνευμα ικανοποιητικά.
- Σε ηλικία 16 ετών το 34% των νέων πίνει και καπνίζει συστηματικά, στα 17 το ποσοστό ανεβαίνει στο 40% και στα 18 στο 50% των περιπτώσεων.

Σουηδία

- Τα παιδιά μεταξύ 12-16 ετών καταναλώνουν τακτικά οινόπνευματώδη ποτά σε ποσοστό 75%
- Το 1976 η κατά κεφαλή κατανάλωση αιθανόλης ήταν 5,9 λίτρα το χρόνο.

ΗΠΑ

- Η θνησιμότητα από ηπατική κίρρωση το 1974 ήταν 15,8 ανά 100.000 άτομα.
- Το 1976 η κατά κεφαλή κατανάλωση αιθανόλης ήταν 8,1 λίτρα το χρόνο.
- Τα ποσοστά του αλκοολισμού σε παλιότερες εκτιμήσεις ανέρχονται σε 4.390 ενήλικα άτομα ανά 100.000 κατοίκους.
- Οι εξαρτημένοι από το οινόπνευμα ασθενείς ανέρχονται στο 7,3% των ανδρών (4,4 εκατομ.) και 1,3% των γυναικών (0,8 εκατομ.) του γενικού πληθυσμού άνω των 20 ετών.

2.5 Μοντέλα αλκοολισμού

Επειδή τα "μοντέλα" του αλκοολισμού προσεγγίζουν το φαινόμενο από διαφορετική γωνία και βρίσκονται σε συνεχή εξέλιξη, είναι λογικό ότι δεν θα μπορούσε να υπάρξει ένας και μοναδικός ορισμός για το φαινόμενο του αλκοολισμού.

Τα επικρατέστερα μοντέλα προσέγγισης του φαινομένου είναι τα ακόλουθα:

i) Το Ψυχοδυναμικό μοντέλο

Το μοντέλο αυτό προσεγγίζει τον αλκοολισμό ψυχικά. Υποστηρίζει ότι το αλκοόλ είναι η διέξοδος στην προσωπική δυσφορία που αισθάνεται το άτομο όταν τα πράγματα δεν πάνε καλά. Το αλκοόλ προσφέρει μία άμεση ικανοποίηση των αναγκών των ατόμων που έμαθαν να στηρίζονται σε άλλους και φοβούνται όταν κληθούν να λάβουν πρωτοβουλίες.

ii) Το Ιατρικό μοντέλο

Η προσέγγιση αυτή αναφέρεται στις οργανικές βλάβες που μπορεί να προκληθούν από την κατάχρηση της αλκοόλης. Το σημαντικότερο όμως είναι, ότι οι υποστηρικτές αυτού του μοντέλου θεωρούν του αλκοολισμό περισσότερο ως "αρρώστια" παρά ως ένα κοινωνικό φαινόμενο με επιπτώσεις στη σωματική υγεία του ατόμου. Αυτός είναι και ο σημαντικότερος παράγοντας που διαφοροποιεί το ιατρικό από το ψυχοδυναμικό ή από το συμπεριφορικό μοντέλο που θ' αναφερθεί παρακάτω και που ουσιαστικά διαμορφώνει τις στάσεις των γιατρών ή και των νοσηλευτών απέναντι στον αλκοολισμό.

Η μακρόχρονη συνεργασία του Jellinek με την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας και η εμπειρία του τον οδήγησαν στο συμπέρασμα ότι υπάρχουν ποικίλες "διαστάσεις" και "εκφράσεις" του αλκοολισμού. Έτσι ο Jellinek κατέληξε στο ότι το σύνολο των αλκοολικών μπορεί να διαιρεθεί σε πέντε βασικές κατηγορίες. Οι κατηγορίες αυτές που πήραν το όνομά τους από τα γράμματα του ελληνικού αλφαβήτου είναι οι εξής:

Τύπος Α.

Οι αλκοολικοί αυτής της κατηγορίας χρησιμοποιούν το οινόπνευμα σαν ένα είδος καταπραϋντικού, που καλείται να μειώσει την ένταση ασυνείδητων, τις περισσότερες φορές, παθολογικών ψυχονευρωτικών καταστάσεων. Με αυτή την έννοια, κάθε ένας, που έχει δοκιμάσει ένα αλκοολούχο ποτό στη ζωή του, γνωρίζει τη δράση του στο ψυχικό του κόσμο και χρησιμοποιεί τη δράση αυτή για επίτευξη ηρεμίας και γενικότερα αλλαγής της ψυχικής του κατάστασης, ανήκει στην κατηγορία αυτή του αλκοολικού.

Η συχνή και σταθερή αναζήτηση της δράσης αυτής του οινόπνευματος μπορεί να οδηγήσει με τον καιρό σε ένα είδος ψυχικής εξάρτησης από αυτό. Αυτή η εξάρτηση ωστόσο δεν δημιουργεί περαιτέρω σοβαρές βιολογικές διαταραχές.

Τύπος Β.

Σε αυτόν τον τύπο έχουμε τακτική χρήση αλκοόλης σε υπερβολικό βαθμό που χαρακτηρίζεται από σωματικές διαταραχές (προβλήματα υγείας). Οποσδήποτε όμως δεν παρουσιάζουν ούτε ψυχική ούτε σωματική εξάρτηση και είναι σε θέση να απομακρυνθούν, χωρίς δυσκολία, αν αλλάξουν κοινωνικό περιβάλλον.

Θα μπορούσε να πει κανείς ότι, ακόμα και όταν καταναλώνουν τέτοιες ποσότητες οινόπνευματος που τους προκαλούν εμφανείς σωματικές διαταραχές (π.χ. ίκτερος), αυτό γίνεται περισσότερο λόγω της μιμητικής συμπεριφοράς τους, παρά λόγω κάποιων ενδοψυχικών προβλημάτων.

Τύπος Γ.

Η εξέλιξη του τύπου αυτού μοιάζει στα αρχικά στάδια με αυτή του τύπου α. Μέσα όμως από την όλο και συχνότερη χρήση του οινόπνευματος, με σκοπό τη δυνατότητα για αντιμετώπιση διαφόρων προβληματικών καταστάσεων, επέρχεται μια βαθμιαία εξασθένηση της "αμυντικής ικανότητας" της προσωπικότητας.

Η ψυχική εξάρτηση είναι το κύριο χαρακτηριστικό του τύπου αυτού και συνοδεύεται σύντομα από τη φυσική εξάρτηση από το

οινόπνευμα. Η απώλεια του ελέγχου είναι απόλυτη (μέχρι απώλεια της συνείδησης).

Ο αλκοολικός τύπος γ είναι ο συχνότερος τύπος αλκοολισμού στις δυτικές - τουλάχιστον - χώρες και κυρίως χαρακτηρίζει τους νεότερους αλκοολικούς. Είναι ο τύπος αλκοολισμού, που προξενεί τις μεγαλύτερες ατομικές (ψυχικές - σωματικές) και κοινωνικές βλάβες.

Τύπος Δ.

Ο τύπος αυτός χαρακτηρίζεται από τη μακροχρόνια καθημερινή χρήση μιας ποσότητας οινόπνευματος, μοιρασμένης σ' όλη τη διάρκεια της ημέρας. Αλκοολικοί τύπου δ μεθάνε σπανίως· αντίθετα, παρουσιάζουν στερητικά συμπτώματα στην περίπτωση που δεν τους είναι δυνατή η χρήση οινόπνευματος. Έτσι, είναι αναγκασμένοι να πίνουν καθημερινά για να αποφύγουν το επικείμενο στερητικό σύνδρομο. Χαρακτηριστική είναι και η πρωινή χρήση οινόπνευματος μετά το μεσοδιάστημα στέρησης της νύχτας.

Η χρόνια δηλητηρίαση με το οινόπνευμα έχει καταστροφικά αποτελέσματα τόσο στο οργανικό, όσο και στο ψυχικό επίπεδο, που οδηγούν σε μία γενικότερη αποδιοργάνωση της προσωπικότητας.

Τύπος Ε.

Τους αρχικά 4 τύπους αλκοολισμού συμπλήρωσε ο Zellinek με έναν πέμπτο - τον αλκοολικό τύπου ε. Αλκοολικοί τύπου ε είναι άτομα, τα οποία λόγω κάποιων εσωτερικών κρίσεων βρίσκουν φυγή στο οινόπνευμα. Η φυγή αυτή είναι όμως τέτοιας μορφής ώστε τα άτομα αυτά πίνουν ανεξέλεγκτα, για ένα περιορισμένο διάστημα, μέχρι σημείου δηλητηρίασης από το οινόπνευμα. Στην περίπτωση μάλιστα που δεν τους βρίσκονται οινόπνευατώδη ποτά, είναι σε θέση να δοκιμάσουν κάθε σκεύασμα το οποίο περιέχει οινόπνευμα, όπως κολώνιες κ.λ.π. (ο τύπος ε χαρακτηρίζεται ως "διψομανία").

Το εάν ο τύπος ε είναι μία αλκοολική ασθένεια (όπως οι τύποι γ και δ) ή απλά είναι το σύμπτωμα μιας βαθύτερης ψυχικής διαταραχής, είναι δύσκολο να προσδιοριστεί με βεβαιότητα.

iii) Το Συμπεριφορικό μοντέλο

Η προσέγγιση αυτή έχει ρίζες της στις θεωρίες της μάθησης και είναι άμεσα και ιστορικά συνδεδεμένη με τις γνωστές παρατηρήσεις και πειράματα του Ρώσου φυσιολόγου Ρανλον και την ανάπτυξη της θεωρίας της "κλασικής εξάρτησης". Σύμφωνα με το παραπάνω μοντέλο η υπερβολική χρήση της αλκοόλης μπορεί να οδηγήσει στον αλκοολισμό είτε γιατί το άτομο συνδέει την κατανάλωση με κάτι ευχάριστο είτε γιατί η κατανάλωση της αλκοόλης συνδέεται με την αποφυγή δυσάρεστων συνεπειών.

iv) Το Κοινωνιολογικό μοντέλο

Η συμβολή της κοινωνιολογίας στον αλκοολισμό έχει πάρει τη μορφή εμπειρικής έρευνας, ο κύριος στόλος της οποίας είναι ο εντοπισμός των κοινωνικών και πολιτισμικών παραγόντων που οδηγούν στην εξάρτηση από το αλκοόλ. Είναι σπουδαίος ο παράγοντας κοινωνία για τη διαμόρφωση αλκοολικού ή όχι χαρακτήρα σε κάποιο άτομο και φυσικά η κοινωνιολογία είναι η κατάλληλη επιστήμη για να διερευνήσει όλες τις παραμέτρους που εισέρχονται στον τομέα αυτό.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο

3. Η ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΕΦΗΒΟΥ

3.1 Η Εφηβεία ως ψυχοβιολογικό και ψυχοκοινωνικό φαινόμενο

Πριν αρχίσουμε να αναλύουμε τις αλλαγές που παρουσιάζονται κατά τη διάρκεια της εφηβείας, σκόπιμο θα ήταν να τονίσουμε ότι οι αλλαγές αυτές έχουν την αφετηρία τους σε παράγοντες τόσο ατομικούς - βιολογικούς και ψυχολογικούς - όσο και σε κοινωνικούς. Ακόμη και στις περιπτώσεις που οι αλλαγές που συμβαίνουν μέσα στο ίδιο το άτομο (ορμονικές αλλαγές, ωρίμανση της γενετικής λειτουργίας, εμφάνιση των γνωρισμάτων της ήβης κ.τ.λ.) όπως και οι αισθησιακές εντάσεις και παρορμήσεις της ερωτικής ορμής, τη θυμική αναστάτωση που συνοδεύει τη παραγωγή νέων ορμονών κ.τ.λ., τα κοινωνικά δεδομένα διαδραματίζουν πρωταρχικό ρόλο.

Οι διάφορες οργανισμικές αλλαγές που συμβαίνουν στους εφήβους συμπλέκονται και αλληλεπιδρούν με τις εκάστοτε κοινωνικές συνθήκες, - κοινωνικές αντιλήψεις, εκπαιδευτικό σύστημα, εργασία, οικονομικές δυνατότητες, ρυθμός κοινωνικής αλλαγής - και διαμορφώνουν την εφηβική προσωπικότητα. Δεν είναι καθόλου υπερβολή αυτό που ευρύτατα υποστηρίζεται, ότι κάθε εποχή και κάθε κοινωνία έχει και διαφορετική εφηβεία. Φυσικά για όλους τους εφήβους ο απώτερος αναπτυξιακός στόχος είναι ίδιος: ο ρόλος του ενηλίκου. Ο βαθμός όμως δυσκολίας, η έκταση, η ένταση και η διάρκεια που θα απαιτήσει η πραγμάτωση του σκοπού αυτού καθορίζονται όχι μόνο από το ατομικό ιστορικό του εφήβου, αλλά και από το είδος της κοινωνίας στην οποία καλείται ο έφηβος να ζήσει και να δράσει.

Κάθε είδος κοινωνίας συνεπάγεται για τον έφηβο και διαφορετικό ποσό και είδος συναισθηματικής έντασης, άγχους, εσωτερικών συγκρούσεων και πολλών άλλων αρνητικών εκδηλώσεων ανησυχίας και

φόβου που συνοδεύουν καταστάσεις προσωπικής ανασφάλειας και αβεβαιότητας.

Πολλαπλότητα και ανομοιογένεια εφηβείας υπάρχει ακόμη και μέσα στην κοινωνία, ανάλογα με τις αντιλήψεις και τις συνθήκες που κυριαρχούν σε επιμέρους κοινωνικά σύνολα.

Απ' όσα είπαμε πιο πάνω γίνεται φανερό ότι η εφηβεία δεν μπορεί να εννοηθεί ως απλό βιολογικό γεγονός. Οι διάφορες οργανικές αλλαγές δεν γίνονται στο κενό, αλλά μέσα σ' ένα κοινωνικό πλαίσιο. Στα πρώτα χρόνια της εφηβείας, όταν πρωτοεμφανίζονται οι αλλαγές αυτές, οι επιδράσεις τους στη συμπεριφορά είναι αμεσότερες και εντονότερες. Στις επόμενες φάσεις πρωταρχικό ρόλο διαδραματίζουν τα κοινωνικά δεδομένα. Γι' αυτό λοιπόν λέγεται ότι η εφηβεία αρχίζει ως ψυχοβιολογικό φαινόμενο και καταλήγει σε ψυχοκοινωνικό φαινόμενο.

3.2 Εφηβικά χαρακτηριστικά

Η εφηβεία είναι μια ιδιαίτερα σημαντική περίοδος στη ζωή του ανθρώπου. Τη περίοδο αυτή συντελείται η σεξουαλική ωριμότητα του ατόμου, επέρχονται διάφορες αλλαγές στο χαρακτήρα του, αρκετά συχνά διαταράσσεται η ψυχική ισοροπία του εφήβου και τέλος ο έφηβος πέφτει σε ασυμβίβαστες και ακατανόητες αντιφάσεις. Παρακάτω θα μελετήσουμε αναλυτικά τα διάφορα εφηβικά χαρακτηριστικά καθώς και τις αλλαγές που συντελούνται στη περίοδο αυτή και την κάνουν καθοριστική για τη ζωή του ανθρώπου.

3.2.α Το σώμα

Στην εφηβεία συντελούνται γρήγορες σωματικές αλλαγές. Τα χαρακτηριστικά του εφήβου διαφοροποιούνται, το σώμα του μεγαλώνει, πρώτα μεγαλώνουν τα άκρα και κατόπιν ο κορμός. Επειδή κάθε μέλος έχει το δικό του ρυθμό ανάπτυξης παρουσιάζεται μια παροδική δυσμορφία.

Τα σπλάχνα παρουσιάζουν το μέγιστο βάρος τους, ο όγκος της καρδιάς διπλασιάζεται και αυξάνει η αρτηριακή πίεση. Ο εγκέφαλος έχει σχεδόν πλήρως αναπτυχθεί γύρω στα 14 χρόνια. Η μυική δύναμη τριπλασιάζεται και διαφοροποιείται κατά φύλο.

Η εμφάνιση της ήβης τροποποιεί την εμφάνιση και τη συμπεριφορά του νέου. Βασικό χαρακτηριστικό που προσδιορίζει την έναρξη της εφηβικής ηλικίας είναι η γενετήσια ωριμότητα. Συγκεκριμένα η δυνατότητα εκσπερμάτωσης στο αγόρι και η αρχή της εμμηνορροϊκής στο κορίτσι δηλώνουν την έναρξή της, που δε συμπίπτει σ' όλα τα άτομα. Ο ακριβής για την εμφάνιση χρόνος εξαρτάται από ατομικούς, κλιματολογικούς, βιολογικούς και διάφορους κοινωνικούς παράγοντες.

Τόσο για τα αγόρια όσο και για τα κορίτσια η έναρξη αυτών των βιολογικών λειτουργιών προκαλεί κάποια αναστάτωση. Ο βαθμός της εξαρτάται από τη προετοιμασία του εφήβου για τη νέα αυτή κατάσταση, αλλά και από τη στάση του στενότερου κοινωνικού περιβάλλοντος.

Εδώ αξίζει να τονίσουμε ότι επειδή το σώμα διαρκώς μεταβάλλεται ο οργανισμός του εφήβου είναι πιο ευάλωτος, απ' ό,τι σ' άλλα στάδια της ζωής, με αποτέλεσμα να είναι πιο επιρρεπείς στις ασθένειες. Γι' αυτό θα πρέπει να δίνεται ιδιαίτερη βαρύτητα στο είδος της διατροφής του εφήβου, καθώς και στις συνθήκες διαβίωσής του.

3.2.β Το συναίσθημα

Παράλληλα και ως ένα σημείο, εξαιτίας των βιολογικών αλλαγών παρατηρούνται στον έφηβο και ψυχικές μεταβολές. Γιατί γενικά η έλλειψη ισορροπίας στη σωματική περιοχή εκδηλώνεται περισσότερο ή λιγότερο με μια αστάθεια στη ψυχική περιοχή (Κλέμπερ - Kleber).

Οι ψυχικές αλλαγές σχετίζονται με μια γενική αλλαγή της προσωπικότητας του ατόμου, που αρχίζει σ' αυτή την ηλικία. Ο έφηβος εμφανίζεται ευερέθιστος και χωρίς εσωτερική αρμονία. Έτσι ενώ στη παιδική ηλικία η ανάπτυξη γίνεται αθόρυβα, στην εφηβική ηλικία η όλη ανάπτυξη και συμπεριφορά του ατόμου έχει χαρακτήρα επανάστασης.

Έχει διατυπωθεί η άποψη από τον Κροϊό ότι η ψυχική εξέλιξη στην εφηβική ηλικία συντελείται σε τρία στάδια:

Το 1ο στάδιο χαρακτηρίζεται από την αποχώρηση από τον έξω κόσμο και την απόμόνωση.

Το 2ο στάδιο την αναζήτηση φίλων με κοινά ή παρόμοια ενδιαφέροντα.

Το 3ο στάδιο από τη στροφή του εφήβου προς το περιβάλλον.

Συνοπτικά θα λέγαμε ότι σ' ό,τι αφορά τη συναισθηματικότητα, παρατηρούμε μια αναδιοργάνωση της συναισθηματικής δομής με την επίδραση κυρίως του γενετήσιου ενστίκτου, που έχει πλέον αναδυθεί.

3.2.γ Η νοητική δύναμη

Αντίθετα προς την ηλικία της βασικής σχολικής περιόδου όπου η νόηση είναι συνδεδεμένη στενά σε συγκεκριμένα αντικείμενα και εικόνες, στην εφηβική ηλικία επικρατεί προοδευτικά η ικανότητα της αφηρημένης σκέψης. Ο έφηβος είναι τώρα σε κατάσταση να μπορεί να συλλαμβάνει τις θεωρητικές σχέσεις ενός προβλήματος και να αξιολογεί τα αποτελέσματα αυτής της σκέψης του. Πολλές αφηρημένες έννοιες, όπως ωριμότητα, δικαιοσύνη, ελευθερία συνείδησης, τιμιότητα κ.τ.λ. τις καταλαβαίνει το άτομο τώρα για πρώτη φορά. Η νόησή του μπορεί γενικά να λειτουργεί με έννοιες, ανεξάρτητα δηλαδή από τα συγκεκριμένα πράγματα. Ακόμα το παιδί αρχίζει σιγά - σιγά να ελέγχει μόνο του τη σκέψη του και αυτό είναι μια σημαντική λειτουργία που καλλιεργείται κατά τη διάρκεια της εφηβείας.

Πριν όμως φτάσει σ' αυτό το σημείο ανάπτυξης, εμφανίζεται μια "αρνητική μορφή" κατά την προεφηβεία, που προκαλούν οι μεταβολές που φέρνει η ανάπτυξη της σεξουαλικότητας.

Τότε παρουσιάζονται αλλαγές στη σχολική επίδοση και στις νοητικές ικανότητες. Έτσι εξηγείται ένα κάποιο "μούδιασμα της σκέψης", που παρατηρείται κατά την περίοδο αυτή και που βρίσκεται "αναπληρώσεις" σε μια συμπεριφορά γελωτοποιού ή "πειραχτηριού", μορφές και αυτές της "κρίσης της πρωτοπίας" που χαρακτηρίζει τους εφήβους.

3.2.8 Ιδανικά και αξίες

Κατά την εφηβεία συμβαίνουν, όπως τονίσαμε και προηγουμένως, σημαντικές μεταβολές στο γνωστό τομέα, με κορυφαία κατάκτηση την αφαιρετική σκέψη, η οποία εισάγει το άτομο στο κόσμο των υποθέσεων και των θεωρητικών συστημάτων. Οι αλλαγές αυτές αποτελούν την αφετηρία και το πλαίσιο για ποικίλες άλλες αλλαγές και εξελίξεις που πραγματοποιούνται σε άλλους τομείς ανάπτυξης του εφήβου.

Οι έφηβοι αποκτούν έντονη κριτική διάθεση και αμφισβήτηση για τα κοινωνικά πράγματα καθώς και έντονη ριζοσπαστικότητα και ανακαινιστική διάθεση. Η προφιλής απασχόληση των εφήβων είναι να επιδίδονται μετά μανίας στην εκπόνηση νέων, συχνά περίτεχνων και εντελώς θεωρητικών, μοντέλων ζωής και στην επινοήση νέων εναλλακτικών λύσεων για τα κοινωνικά, πολιτικά και ατομικά προβλήματα.

Ο έφηβος σιγά - σιγά γνωρίζοντας τη κοινωνία διαπιστώνει ότι υπάρχει απόσταση ανάμεσα στο πραγματικό και το δυνατό ιδανικό και προσπαθεί να την εκμηδενίσει. Κάνει συγκρίσεις ανάμεσα στο πώς είναι τώρα τα πράγματα και στο πώς θα μπορούσαν να ήταν και αρκετά συχνά απογοητεύεται από αυτά που διαπιστώνει. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα ο έφηβος αντιδρώντας σ' αυτά να γίνεται επαναστάτης ή να καταθλίπεται και να κλίνεται στον εαυτό του.

Η μεταρρυθμιστική αυτή και ιδεαλιστική τάση του εφήβου συχνά τον οδηγεί να τάσσεται μαχητικά υπέρ κάθε είδους ανθρωπιστικών σκοπών και να νοιώθει στρατευμένος και υποστηρίζει ανυποχώρητα κάθε κίνηση για κοινωνική μεταρρύθμιση και αλλαγή.

Όμως πίσω από αυτή τη συμπεριφορά αμφισβήτησης του εφήβου κρύβονται έντονες εγωιστικές ανάγκες αναγνώρισης και προβολής. Ο έφηβος θέλει να κάνει αισθητή των παρουσία του και να δώσει σε όλους να καταλάβουν ότι είναι μεγάλος, έχει κρίση, μπορεί και αυτός άμεσα ή έμμεσα να επηρεάσει τη πορεία της κοινωνίας.

3.2.8 Το εφηβικό εγώ και η δημιουργία ταυτότητας

Όταν παρατηρεί κανείς τη σωματική διαμόρφωση του εφήβου, έχει την εντύπωση πως διακρίνει την πορεία του οργανισμού από το γενικό στο ειδικό, από το πλαδαρό στο δεμένο, από το άμορφο στο μορφοποιημένο.

Ανάλογη, λιγότερο φανερή αλλά περισσότερο σημαντική, είναι η εφηβική πορεία για την οριστική γνώση του Εγώ, την τελική σχεδόν, διαμόρφωση της ταυτότητας, την αποδοχή και επιλογή της. Το πρόβλημα της ταυτότητας είναι πιο δύσκολο στην εποχή μας να λυθεί, επειδή η κοινωνία μας δεν είναι πια κλειστή, δεν έχει σταθερές και αναλλοίωτες αξίες, γεγονός που δυσκολεύει σε κάθε νέο άνθρωπο τη δόμηση της ταυτότητάς του. Το εφηβικό εγώ, θεμελιωμένο ήδη από τα πρώτα τρία χρόνια, βάζει τις τελευταίες πινελιές για την οριστική μορφοποίηση της νεανικής προσωπικότητας. Παρά τις παλινδρομήσεις στην παιδικότητα, οι καθημερινές εμπειρίες γίνονται για τον έφηβο σκαλοπάτια που οδηγούν στη δυναμική ενότητα των ψυχοφυσικών του συστημάτων, στην οργάνωση και ιεράρχηση του είναι του και στη προσωπική αυτόνομη ύπαρξή του.

Στη περίοδο αυτή το πρόβλημα της ταυτότητας γίνεται το πιο οξύ πρόβλημα του ανθρώπου. Οι ραγδαίες βιοσωματικές αλλαγές, η μεγάλη διανοητική ανάπτυξη, η κατακόρυφη αύξηση της συναισθηματικότητας, το πλάτημα των κοινωνικών συνειδητοποιήσεων και ενδιαφερόντων, όλα αυτά απαιτούν να δοθεί οριστική και προσωπική απόκριση στο βασανιστικό ερώτημα που θέτουν όλοι οι έφηβοι "ποιός είμαι επιτέλους;" Ο έφηβος συνειδητοποιεί την ατομική έννοια και ξεχωρίζει το εγώ από το μη εγώ. Τρία κατά τον Spranger είναι τα κυριότερα χαρακτηριστικά της ηλικίας αυτής:

- α)** η ανακάλυψη του Εγώ,
- β)** η βαθμιαία δημιουργία ενός σχεδίου ζωής,
- γ)** η ανακάλυψη και προσαρμογή του εφήβου μέσα σε κάθε χώρο της ζωής.

Εδώ η ανακάλυψη αναφέρεται στο ιδιαίτερο εκείνο βίωμα που έχει το άτομο της ηλικίας αυτής για την ύπαρξη, το περιεχόμενο και τη

μορφή του ΕΓΩ του. Στρέφεται τώρα μέσα του και βλέπει για πρώτη φορά τον εαυτό του σαν χωριστό κόσμο. Όταν πια νιώσει στεριωμένη τη συνείδηση της αυθυπαρξίας του, τότε προχωρεί στο β' και στο γ' στάδιο που προαναφέραμε: σχεδιάζει τη ζωή του και ακολουθεί, μια δική του πλέον γραμμή ζωής. Συγχρόνως επεκτείνεται στο χώρο και στο χρόνο, πλησιάζει τα πρόσωπα, τα αντικείμενα, τα γεγονότα, τις ιδέες, τις αξίες.

Για να γίνει αυτό το στέριωμα δίνει ο έφηβος μάχη για τη κατάκτηση της ανεξαρτησίας του. Η ένταση, η μορφή και το περιεχόμενο της "μάχης" εξαρτώνται από την ατομικότητα του εφήβου, αλλά και από τις συνθήκες αγωγής μέσα στο ειδικό και γενικό περιβάλλον στο οποίο ζει. Σ' αυτή την ηλικία ο πόθος για την ανεξαρτησία είναι πολύ πιο έντονος από κάθε άλλη ηλικία.

Η πορεία του εφήβου μέσα στο χώρο γίνεται βαθμιαία και με συνεχείς κατακτήσεις. Στην πορεία του αυτή χρησιμοποιεί τότε τη ταύτιση και τότε -ίσως πιο συχνά- την αντίθεση. Ξεχωρίζεται από τους άλλους προκειμένου να ορίσει και να διασώσει τον εαυτό του. Συγκρούεται με τους άλλους γιατί παρασύρεται από τη λαχτάρα του για το τέλειο και το απόλυτο, αλλά και γιατί παραμένει ακόμη φυλακισμένος στο εγώ του.

Όπως είναι γνωστό, η εφηβική προσωπικότητα για να οικοδομηθεί στηρίζεται σε μια διπλή κίνηση, εγωκεντρική στην ουσία της: από τον εαυτό της στον άλλο και από τον άλλο στον εαυτό της. Η περιοδική αυτή "κατάδυση" του εγώ δεν είναι ναρκισσιστική. Αντίθετα τον εξοπλίζει για την αντοχή στις δοκιμασίες που η κοινωνικοποίηση επιβάλλει. Οι πιο αντίθετες συγκινησιακές καταστάσεις συνοδεύουν την προσπάθεια του εφήβου να προσεγγίσει τον κόσμο των αξιών. Και αυτό όχι μόνο γιατί δημιουργούνται ποικίλα συνειδησιακά ή καθαρά λογικά προβλήματα, αλλά και γιατί κυρίως τον κόσμο αυτό τον πλησιάζει μέσα από καθαρά ανθρώπινες ενσαρκώσεις.

Η ηρωλατρεία και ο εφηβικός έρωτας γίνονται οι πιο συχνοί δρόμοι που οδηγούν τον νέο στις αξίες του αληθινού, του ωραίου, του Αγαθού. Πρώτα ο έφηβος ανακαλύπτει τις αισθησιακές αξίες και κατόπιν τις ηθικές, θρησκευτικές, κοινωνικές. Αλλά αυτή η ιεράρχηση δεν ισχύει για όλους τους εφήβους. Το έντονο αίσθημα αξιοπρέπειας που

τους διακατέχει, τους κάνει να δίνουν στις σχέσεις που δημιουργούν πρωταρχική σημασία στην ειλικρίνεια των διαθέσεων.

3.3. Ο Έφηβος και ο κοινωνικός περίγυρος

Ο Έφηβος έρχεται αντιμέτωπος καθημερινά με την κοινωνική πραγματικότητα και βρίσκεται στο μέσο ενός πολύπλοκου δικτύου ποικίλων ανταλλαγών. Φυσικό είναι να βρίσκεται σε ιδιαίτερη δυσκολία, αφού δεν έχει την δυνατότητα ούτε να διαλέξει τον κοινωνικό χώρο μέσα στον οποίο ζει και αναπτύσσεται, αλλά ούτε και να τον αλλάξει. Η κοινωνία των ενηλίκων φαίνεται αρχικά στον έφηβο ξένη ως προς τη φύση της και τον τρόπο λειτουργίας της. Στον έφηβο αρέσουν οι προσωπικές σχέσεις και γι' αυτό νιώθει να χάνεται, μερικές φορές, μέσα στην απρόσωπη σημερινή κοινωνία. Οι κανόνες που κινούν την κοινωνική μηχανή είναι εξωτερικοί και επιβαλλόμενοι. Ο έφηβος όμως δεν τους ανέχεται, εκτός τους κανόνες εκείνους που η αναγκαιότητά τους πηγάζει από μέσα του και είναι καταφάνης, θέλει να μείνει ελεύθερος και αδέσμευτος στις κινήσεις του· ζητάει και οι άλλοι να εκτιμούν περισσότερο την καλή του πρόθεση και όχι τα αποτελέσματα. Θ' αργήσει να παραδεχτεί την αναγκαιότητα του νόμου και της οργανωμένης κοινωνίας, όσο οι συνθήκες της ζωής και οι παιδικές αναστολές εμποδίζουν την ωρίμανσή του.

Αυτή ακριβώς η κατάκτηση, δηλαδή η αίσθηση της κοινότητας, η ανακάλυψη της έννοιας των άλλων που μοιράζονται τις τύχες τους μαζί του, καθώς επίσης το ζύπνημα του ενδιαφέροντος γι' αυτούς και τα κοινά, θα σημαίνει την κοινωνικοποίηση του εφήβου.

Η κοινωνικοποίηση του εφήβου γίνεται βήμα - βήμα. Στην αρχή παρατηρείται μία αμφισβήτηση του στενού κοινωνικού περιβάλλοντος και υποταγή στο πλατύ περιβάλλον και στις δεσμεύσεις του. Στη συνέχεια παίρνει μία εκλεκτική στάση, γεγονός που σώζει την ατομικότητά του. Κατά την φάση αυτή εμφανίζονται οι αντιδραστικές εκδηλώσεις προς την κοινωνία, που ποικίλουν κατά άτομο, μόρφωση, περιβάλλον κ.τ.λ. Είναι η ώρα που ο έφηβος αισθάνεται καθαρά ότι δεν γίνεται αποδεκτός από το κοινωνικό "κατεστημένο" χωρίς αντάλλαγμα

προσωπικής ελευθερίας. Οι αντιδράσεις επομένως σ' αυτή τη φάση μαρτυρούν την ύπαρξη υγείας και όχι αρρώστιας.

Η κοινωνική προσαρμογή του έφηβου χτίζεται πάνω στο οικοδόμημα της γενικότερης ψυχολογικής ανάπτυξης, αλλά και ειδικότερα της κοινωνικοποίησης, των παιδικών χρόνων. Οι νέες δραστηριότητες, που εμφανίζονται στην εφηβική περίοδο, έχουν τις ρίζες τους στις προηγούμενες ηλικίες. Έτσι π.χ. η παιδική οικειότητα, προπαρασκευάζει την εφηβική φιλία, όπως η συγκεκριμένη σκέψη του παιδιού προπαρασκευάζει τη λογική αφαίρεση του εφήβου. Παράλληλα, η εφηβική ηλικία σέρνει το βάρος όλης της μελλοντικής ζωής. Όχι μόνο από την άποψη του μελλοντικού εξοπλισμού, αλλά και από την πλευρά των σχεδίων, των ονείρων, των επιδιώξεων μίας προσωπικότητας, που συνειδητοποιεί πια τους σκοπούς της ύπαρξής της και αναζητεί τα προσφορότερα μέσα για να τους πραγματώσει.

Και ασφαλώς η κοινωνική προσαρμογή ποικίλει κατά άτομο, περιβάλλον, μόρφωση σε σημείο που να παρουσιάζεται κάθε φορά ένας ξεχωριστός έφηβος. Η κοινωνία λοιπόν δίνει μορφή στην εφηβεία των παιδιών της.

3.3.α Ο Έφηβος και η οικογένεια

Οι σχέσεις των γονέων και των παιδιών κατά τη διάρκεια της εφηβείας χαρακτηρίζονται από μία κατάσταση αμοιβαίας δυσπροσαρμοστικότητας. Κατά τη διάρκεια της εφηβείας μεγαλώνει και γίνεται πιο ορατό το "χάσμα των γενεών".

Ποιά είναι τα αίτια που δημιουργούν την κατάσταση αυτή; Ας δούμε πρώτα εκείνα που αφορούν τους γονείς και ύστερα εκείνα που αφορούν τους εφήβους.

Οι γονείς πότε εννοούν να βλέπουν τους εφήβους, γιούς ή κόρες, σαν παιδιά και πότε σαν ήδη ώριμους. Επομένως φέρονται συγκεχυμένα. Μερικοί γονείς βλέπουν τα παιδιά τους αινιγματικά και γι' αυτό κρίνουν σωστό να μην επέμβουν καθόλου μέχρι να περάσει η περίοδος αυτή.

Οι έφηβοι από την πλευρά τους αλλάζουν συμπεριφορά απέναντι στους γονείς. Το πνεύμα τους, ικανό για κριτική πλέον, διέλυσε τη μαγική νεφέλη της γονεικής τελειότητας και κριτικάρει την συμπεριφορά των γονιών τους. Δείχνουν πως η εξουσία των γονιών τους είναι δυσβάσταχτη και ανεξήγητη. Κατηγορούν ακόμη τους γονείς τους για την έλλειψη κατανόησης, για νοοτροπία ξεπερασμένη, συντηρητική, μικροαστική.

Τέλος υπάρχει και μία τρίτη πηγή ακατανοησίας. Είναι ο εξελισσόμενος, ο ρευστός χαρακτήρας της ίδιας της εφηβείας, που δίνει στους εφήβους μία διαφορετική εικόνα για τον εαυτό τους, όχι μόνο από αυτήν που έχουμε εμείς γι' αυτούς, αλλά και από εκείνη που οι ίδιοι έχουν προς τον εαυτό τους.

Στην περίοδο αυτή παρουσιάζεται η ικανότητα του ανθρώπου να σκέπτεται και ν' αναλύει τον εαυτό του, ικανότητα που, όταν δεν καταπονει το άτομο, μπορεί ν' αποβεί πηγή μέγιστης δημιουργικότητας. Αυτή όμως η ικανότητα, αυξάνει το αίσθημα της διαφοράς που υπάρχει ανάμεσα στους γονείς και τα παιδιά, ανάμεσα στους εφήβους και στο μη εφηβικό σύμπαν, γενικότερα. Αισθάνονται ακόμη διαφορετικοί μ' ό,τι οι ίδιοι ήταν μέχρι χθές.

Κυρίως όμως διαφοροποιούνται και αξιολογικά από τους γονείς, αλλά και από τον κόσμο γενικά των ενηλίκων. Εδώ είναι οι συναισθηματικές βάσεις του λεγόμενου "νεανικού πολιτισμού", σημαντικού φαινομένου της εποχής μας. Η συλλογική αυτή διαφοροποίηση των δύο κόσμων επιδρά αναπόφευκτα στις σχέσεις με τους γονείς, στην οικογενειακή ζωή, που δέχεται πάντοτε τον απόηχο των επιτυχιών ή αποτυχιών που οι έφηβοι δοκιμάζουν κατά την κοινωνικοποίηση τους.

3.3.β Ο Έφηβος και το σχολείο

Η αγωγή του εφήβου έχει σαν σκοπό να δώσει "μορφή" στον νέο άνθρωπο. Εκείνο που παίρνουμε σαν βάση είναι η άποψη που πηγάζει από την ανθρωποκεντρική κατεύθυνση που χαράζει ο Πίνδαρος: γίνε αυτό που είσαι, ακολουθώντας την "προσωπική" σου πορεία, ανάπτυξε στο έπακρο τις ικανότητες που έχεις, με τη μάθηση. Δεν μπορούμε να

δεχτούμε μορφοποιήσεις που δεν αφήνουν την ελεύθερη ανάπτυξη της προσωπικότητας ή μορφοποιήσεις αντιανθρωπιστικές που υπηρετούν οικονομικές ή ολοκληρωτικές προοπτικές.

Με βάση τις προηγούμενες παραδοχές στηρίζουμε την αγωγή του νέου πάνω στα ανθρωπολογικά, ψυχολογικά, κοινωνιολογικά και ιστορικά δεδομένα, που είναι ικανά να επιτρέψουν την ολόπλευρη άνθιση της προσωπικότητας του. Αυτή η αγωγή της προσωπικότητας θα επιδιώξει από τη μία μεριά την κατοχύρωση της αυτονομίας του εφήβου και από την άλλη την κοινωνική του προσαρμογή. Ο συνδιασμός και των δύο αποτελεί κατόρθωμα που μόνο ένα ισορροπημένο και ελεύθερο σχολείο μπορεί να επιτύχει. Αρετές σαν την πρωτοβουλία, την αυτοκυριαρχία, την υπευθυνότητα πρέπει να καλλιεργηθούν παράλληλα με την εκμάθηση της κοινωνικής ζωής.

Η καθαρά διανοητική μόρφωση είναι απαραίτητη στην εφηβεία γιατί, πέρα από την ευνόητη αξία της, βοηθάει και την ενοποίηση της προσωπικότητας και τον καθορισμό της ταυτότητάς του.

Η σκέψη των μεγαλύτερων εφήβων πρέπει σιγά - σιγά να αρχίσει να προσανατολίζεται, έτσι ώστε να ανταποκριθεί ο αυριανός απόφοιτος στις επαγγελματικές του απαιτήσεις. Γι' αυτό είναι απαραίτητο να εφαρμόζεται ο επαγγελματικός προσανατολισμός στην σύγχρονη εκπαίδευση των εφήβων.

Άλλος σηματικός χώρος είναι η αισθητική καλλιέργεια του εφήβου. Ο Robin έβλεπε τους νέους σαν "λειτουργούς του ωραίου". Γι' αυτό η μύησή τους στη λογοτεχνία, στη ποίηση, στη ζωγραφική, στη γλυπτική και στη μουσική δεν πρέπει να θεωρούνται "πολυτέλειες" για ένα σχολείο που λέει ότι ενδιαφέρεται για τη μόρφωση και την ωραιότητα του ανθρώπου.

Αλλά ο έφηβος δεν έχει μόνο καρδιά αλλά και σώμα. Η εφηβική ύπαρξη ξεχειλίζει από ζωή. Το εφηβικό εγώ που βιάζεται να εδραιωθεί, και ν' απλωθεί στον κόσμο επαναστατεί ενάντια στη "σχολαστική" νοοτροπία, που βασιλεύει συνήθως μέσα στα σχολεία και νοιώθει σαν να τον έχουν κλείσει πίσω από κάγκελα στη πιο σφριγηλή περίοδο της ζωής του. Στη πλειοψηφία τους οι έφηβοι πιστεύουν ότι στην είσοδο των

σχολείων τους υπάρχει η δάντειος επιγραφή παραλλαγμένη: "όσοι μπαίνεταί εδώ αφήστε κάθε χαρά ζωής έξω".

Γι' αυτό σ' αυτή τη περίοδο πολλοί μαθητές εγκαταλείπουν το σχολείο για να ασχοληθούν με κάτι πιο αξιόλογο κατά την άποψή τους. Σ' αυτό βέβαια φταίει και ο τρόπος διδασκαλίας και λειτουργίας των σχολείων. Καιρός λοιπόν να επαναπροσδιορισθεί ο ρόλος της γυμνασιακής μας εκπαίδευσης γεγονός που θα φανεί από τις απαραίτητες αλλαγές στη νοοτροπία, στο πρόγραμμα, στη μέθοδο.

3.3.γ Ο Έφηβος και οι φίλοι

Ο M. Debesse γράφει: "θα έπρεπε να είναι κανείς ποιητής και μάλιστα μεγάλος, προκειμένου να μιλήσει επάξια για τη φιλία των νέων". Πρέπει κανείς να είναι ποιητής γιατί η εφηβική φιλία έχει τη μορφή ενός ιερού συνδέσμου. Γιατί είναι για τον έφηβο μια μορφή μέθης που του δίνει την εντύπωση πως άγγιξε το τέλειο, το απόλυτο στην ανθρώπινη σχέση. Βέβαια δεν ζουν τη φιλία με την ίδια ένταση όλοι οι έφηβοι.

Η φιλία των εφήβων δεν στηρίζεται στη γειτονικότητα ή στη σύμπτωση συμφερόντων, αλλά σε έλξη αμοιβαία και σε επιλογή, βάσει ορισμένων στοιχείων ομοιότητας ή και αντίθεσης. Πέρα από την συναίσθηση της μοναχικότητας που ωθεί τον έφηβο στη δημιουργία φίλων των ωθούν και η τάση για γνώση και κυριαρχία του εαυτού του, καθώς και οι απαιτήσεις του επιτακτικού του υπερεγώ.

Η εφηβική φιλία, όπως φαίνεται από τις μαρτυρίες πολλών μεγάλων προσωπικοτήτων που έζησαν αυτόν τον έντονο δεσμό, είναι αισθητή με πάθος και αποκλειστικότητα μοναδική. Ζουν το αδιαχώριστο και προγεύονται έτσι την ευτυχία της απόλυτης ενότητας των ανθρώπων.

Συνηθισμένες είναι οι ομάδες των εφήβων που ικανοποιούν τις τάσεις για ανεξαρτησία και εξωσπυτική κοινωνικότητα των εφήβων. Η επίδραση που ασκεί η παρέα στην εφηβεία, είναι σχεδόν πάντα μεγαλύτερη από κάθε άλλο μορφωτικό παράγοντα. Την ώρα εκείνη που οι έφηβοι αμφισβητούν την οποιαδήποτε κατακόρυφη αυθεντία, η παρέα των συνομηλίκων έρχεται να πάρει τη θέση της οριζόντιας αυθεντίας, της

αυθεντίας του συλλογικού εγώ των συνομηλίκων, στην οποία δεν τολμούν ν' αντιταχθούν ούτε και οι πιο επαναστατημένοι έφηβοι. Και αυτό γιατί η πιθανή απόρριψη τους από τους εκπροσώπους της κατακόρυφης αυθεντίας, των οποίων την αξία αμφισβητούν, "ανεβάζει τις μετοχές τους" στα μάτια των ομοίων τους, ενώ η απόρριψη τους από τους συνομηλίκους δημιουργεί απόγνωση και το "συναίσθημα της ερημιάς". Στις εφηβικές αυθόρμητες ομάδες ισχύει ιδιαίτερος κώδικας ασφαλείας, ιδιαίτερο γλωσσολόγιο, ιδιαίτερη κλίμακα αξιών. Και έτσι είναι δύσκολο ο ενήλικος να επέμβει και να επιβάλλει τη δική του άποψη.

3.3.8 Η σεξουαλική ζωή του εφήβου

Ένα μεγάλο πρόβλημα που αντιμετωπίζει ο έφηβος είναι το πρόβλημα της σεξουαλικής συμπεριφοράς του και της εκλογής συντρόφου. Η εφηβική ηλικία είναι από την άποψη της γενετήσιας εξέλιξης και συμπεριφοράς μια περίοδος αναζήτησης και προετοιμασίας για τη ζωή της ώριμης ηλικίας. Η σεξουαλική ανάπτυξη και ζωή του ατόμου που ξεκινάει από τη βρεφική ηλικία, γίνεται τώρα συνειδητή πλευρά της ζωής και ανάγκης του εφήβου, ώστε τον ωθεί για ικανοποίηση. Η τάση για επαφή με το άλλο φύλο είναι φανερή.

Στην εκλογή συντρόφου σπουδαίο ρόλο παίζουν οι συνομηλικοί φίλοι του εφήβου και οι εμπειρές του. Οι πρώτες ερωτικές ή και σεξουαλικές εμπειρίες αποτελούν για τους εφήβους αφετηρία στην ανάπτυξη και στην εξέλιξη της προσωπικότητάς τους. Οι πρώτες επαφές με το άλλο φύλο, με ερωτικό χαρακτήρα, γίνονται συνήθως στα 14 - 16 χρόνια. Πρόκειται σ' αυτή την ηλικία βασικά για σχέσεις αγάπης "με ρομανικό" περιεχόμενο. Όμως εξυπηρετούν την ανάγκη του ατόμου για γνωριμία με το άλλο φύλο και το προετοιμάζουν για μια ουσιαστικότερη σχέση.

Δεν είναι τυχαίο ότι η γενετήσια ορμή ενεργοποιείται για πρώτη φορά με την αρχή της εφηβείας και ωριμάζει ουσιαστικά κατά τη διάρκεια αυτής της ηλικίας. Μερικοί βλέπουν στο γεγονός αυτό μια φυσική σκοπιμότητα: ένα ώριμο άτομο να γεννά άλλο νέο άτομο. Αυτή η ωριμότητα είναι μια σύνθετη κατάσταση που περιλαμβάνει, εκτός από τη βιολογική, την ψυχική - συναισθηματική και κοινωνική ωριμότητα. Οι

τρεις αυτές πλευρές δεν συμπίπτουν ούτε από άποψη περιεχομένου, ούτε χρονικά.

Για την επίτευξη συντροφικότητας με το άλλο φύλο χρειάζεται και συναισθηματική και κοινωνική ωριμότητα* που εξαρτώνται από όλη την καλλιέργεια και τις θετικές εμπειρίες του εφήβου κατά την επικοινωνία του με το άλλο φύλο. Εδώ φαίνεται και η αναγκαιότητα της επικοινωνίας αγοριών και κοριτσιών μεταξύ τους. Και σ' αυτές τις περιπτώσεις έχουμε συχνά διάφορες ερωτικές απογοητεύσεις.

Εξάλλου η αναβολή ή η καθυστέρηση της ικανοποίησης της σεξουαλικής ορμής και οι κοινωνικοί φραγμοί στην ικανοποίηση της δεν είναι άσχετοι μ' αυτά τα προβλήματα. Όμως οι φραγμοί αυτοί αποδείχνονται, όχι σπάνια, "αλόγιστοι" με συνέπειες τα ταμπού και τις διάφορες προβληματικές καταστάσεις. Η μια τάση κορυφώνεται στην αποθέωση της σεξουαλικής ικανοποίησης, η άλλη στην πλήρη αποχή.

Ο νέος που είναι προετοιμασμένος να δεχτεί ως φυσιολογικά δεδομένα τις αλλαγές που παρουσιάζονται με την έναρξη της εφηβείας, ταυτίζεται ευκολότερα με το αντίστοιχο προς το φύλο του γένος και υιοθετεί τον ερωτικό και γενετήσιο ρόλο του. Στην συντροφιά ατόμων του άλλου φύλου ο νέος έχει τη δυνατότητα να εξερευνήσει συναισθήματα και ενδιαφέροντα αντίστοιχα προς τα δικά του πάνω στα οποία μπορεί να στηριχτεί μια πληρέστερη ανθρώπινη επικοινωνία.

Τόσο η επιστημονική έρευνα όσο και η καθημερινή ζωή δείχνουν ότι μια τέτοια προετοιμασία του ατόμου βοηθάει στην αποφυγή προβληματικών σχέσεων και παθολογικών καταστάσεων.

Έχει διαπιστωθεί ότι με την ικανοποίηση της σεξουαλικής ορμής συνδέεται η ικανοποίηση της ανάγκης για αυτοπραγμάτωση και εκτίμηση - αναγνώριση καθώς και της ανάγκης να είναι κανείς επιθυμητός. Αυτές οι ανάγκες ικανοποιούνται μόνιμα και ουσιαστικά όταν υπάρχουν σχέσεις που διέπονται από αμοιβαία εκτίμηση και εμπιστοσύνη.

3.3.ε Ο Έφηβος και θρησκεία

Δεν μπορούμε να μιλούμε για την εφηβεία χωρίς ν' αναφερθούμε στο θρησκευτικό της προβληματισμό.

Αναμφίβολα παρατηρείται ένας θρησκευτικός προβληματισμός κατά την εφηβεία. Όλοι οι ψυχολόγοι συμφωνούν πως στη περίοδο αυτή των ριζικών ανακατατάξεων της προσωπικότητας έχουμε μια απότομη σχεδόν ανάπτυξη του θρησκευτικού συναισθήματος.

Τα σπουδαιότερα χαρακτηριστικά της εφηβικής θρησιευτικότητας ίσως είναι ότι : α) απασχολεί σοβαρά όχι μόνο το νου, αλλά ολόκληρη την ύπαρξη του εφήβου και β) είναι προσωπική η σχετική λύση που δίνεται από τον έφηβο.

Η αναζήτηση του θεού από τον έφηβο πηγάζει από την ορμή του για αναγνώριση και επιβεβαίωση του Εγώ του. Προκειμένου ο έφηβος να απαντήσει στο ερώτημα "ποιός είμαι" αισθάνεται την ανάγκη να ρίξει φως στα ερωτήματα "από που έρχομαι, γιατί, που πηγαίνω". Η συναισθηματική δε και η διανοητική του ανάπτυξη, τον έχουν αφάνταστα ευαισθητοποιήσει.

Πριν, αλλά και κατά τη διάρκεια της εφηβείας, που οι κεραίες του αναζητούν τον άνθρωπο και τις αξίες, στρέφεται προς το Θεό αναζητώντας μια μέγιστη συνάντηση - ανταπόκριση στη μοναξιά του, αναζητώντας μέσα από την απόκριση αυτή, το γενικότερο της ζωής.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο

4. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΥ

Είναι κοινή η αντίληψη ότι δε μπορεί μόνο ένας συγκεκριμένος παράγοντας να καθορίζει γιατί κάποιοι άνθρωποι αναπτύσσουν εξάρτηση από το αλκοόλ και άλλοι όχι. Τόσο οι μελέτες του Ουίνοκερ στη Β. Αμερική, όσο και οι έρευνες του Γκούντγουιν στη Δανία, με αλκοολικούς αρρώστους που υιοθετήθηκαν σε βρεφική ηλικία από μη αλκοολικούς γονείς, δείχνουν μια ισχυρή κληρονομική τάση, ιδιαίτερα στον αλκοολισμό που αναπτύσσεται πριν από τα τριάντα χρόνια. Η οικογένεια και το κοινωνικό περιβάλλον έχουν επίσης σημασία, ιδίως προφυλακτική, για το αν κάποιος θα γίνει αλκοολικός ή όχι. Επίσης πολλές είναι οι ψυχολογικές αιτίες δηλαδή τα κίνητρα που ωθούν ορισμένα άτομα στη χρήση οινοπνευματωδών ποτών. Οι παρακάτω παράγοντες θεωρούνται σημαντικοί για την ανάπτυξη εξάρτησης:

4.1 Βιολογικοί παράγοντες

α. Γενετική προδιάθεση. Μελέτες σε αλκοολικούς έχουν δείξει ότι το παιδί ενός αλκοολικού που υιοθετήθηκε μόλις γεννήθηκε από οικογένεια μη αλκοολικών, έχει μεγαλύτερη πιθανότητα να αναπτύξει αλκοολισμό απ' ό,τι το παιδί ενός μη αλκοολικού που υιοθετήθηκε από μια οικογένεια μη αλκοολικών.

Σε μία έρευνά του ο Goodwin (1974) σύγκρινε τους γιους από βιολογικά αλκοολικούς γονείς, υιοθετημένους από μη αλκοολικούς θετούς γονείς, με γιους που ανατράφηκαν από τους αλκοολικούς γονείς τους.

Από τα αποτελέσματα φάνηκε ότι και οι δύο ομάδες, υιοθετημένων και μη αγοριών, αργότερα είχαν υψηλό βαθμό αλκοολισμού (25%). Οι εξεταστές υποστηρίζουν ότι τη μεγαλύτερη βαρύτητα για τον υψηλό βαθμό αλκοολισμού που παρουσίασαν αυτά τα παιδιά, έχει το γεγονός ότι προέρχονταν από βιολογικά αλκοολικούς

γονείς. Η γενετική αυτή προδιάθεση, που αφορά τον αλκοολισμό, δεν έχει μελετηθεί ικανοποιητικά ακόμη σε χρήστες πολλαπλών ουσιών.

β. Οικογενειακός αλκοολισμός. Σοβαρή σημασία στο πρόβλημα του αλκοολισμού έχει η επίδραση του οικογενειακού περιβάλλοντος, που σε σημαντικό βαθμό διαμορφώνει την προσωπικότητα και την τοποθέτηση των παιδιών απέναντι στο αλκοόλ.

Από έρευνες που έγιναν, σχετικά με το ρόλο της οικογένειας στην εμφάνιση και διάδοση του αλκοολισμού, διαπιστώθηκε η επίδραση που έχει η υπέρμετρη χρήση αλκοόλ από έναν από τους γονείς. Σε μια έρευνα 260 νοσηλευόμενων αλκοολικών, βρέθηκε ότι πάνω από το 40% είχε ένα γονέα - συνήθως τον πατέρα - ο οποίος ήταν αλκοολικός.

Ο αλκοολισμός των γονέων έχει ολέθριες συνέπειες στην διαπαιδαγώγηση της νέας γενιάς. Το ανήθικο οικογενειακό περιβάλλον, η απώλεια σεβασμού προς τους γονείς δεν οδηγούν μόνο στη διαμόρφωση κλειστών και κακών χαρακτήρων, αλλά με τον πιο άμεσο τρόπο αντανακλώνται στην κοινωνική τοποθέτηση του ανήλικου, στις απόψεις του, στα κίνητρα συμπεριφοράς του κ.λ.π. Εξηγούν επίσης την ιδιαίτερη ροπή σε ξένες και κακές συνήθειες και επιρροές, διαμορφώνοντας τον προσανατολισμό του ανήλικου σε αντικοινωνική συμπεριφορά και σε παραβάσεις του νόμου, καθώς και την τάση του προς το πιστό και τη σεξουαλική έκλυση.

Είναι αποδεδειγμένο ότι οίκογένειες με κάποιον αλκοολικό (συνήθως τον πατέρα) υφίστανται βία, αντιμετωπίζουν διάλυση της οικογενειακής συνοχής, μεγάλη και διαρκή ένταση και δυσκολίες στις κοινωνικές συναλλαγές.

4.2 Ψυχολογικοί παράγοντες

α. Ψυχικές διαταραχές. Πολλά άτομα που κάνουν παθολογική χρήση ουσιών υποφέρουν επίσης από ψυχικές διαταραχές. Είναι συχνά δύσκολο να ξεχωρίσει κανείς ποιά διαταραχή είναι πρώτη και ποια δεύτερη. Εν τούτοις πολλοί ασθενείς οδηγούνται σε εξάρτηση σε μια προσπάθεια να θεραπεύσουν φαρμακευτικά καταστάσεις όπως η

κατάθλιψη, το άγχος και η ψύχωση. Οι πιο συνηθεσμένες ψυχικές διαταραχές που ανευρίσκονται σε χρήστες ουσιών είναι οι Διαταραχές της Διάθεσης, οι Αγχώδεις Διαταραχές, οι Σωματόμορφες Διαταραχές και οι Διαταραχές της Προσωπικότητας. Δεν υπάρχει συγκεκριμένος τύπος προσωπικότητας που να συνδυάζεται με παθολογική χρήση ουσιών. Εν τούτοις η Αντικοινωνική Διαταραχή (κυρίως) και Μεταιχμιακή Διαταραχή της Προσωπικότητας ανευρίσκονται συχνά σε χρήστες πολλαπλών ουσιών και πολλοί συγγραφείς συνδέουν την Εξαρτημένη Διαταραχή της Προσωπικότητας με τον αλκοολισμό. Θα λέγαμε, πάντως, ότι η Διαταραχή Διαγωγής στα παιδιά και Αντικοινωνική Διαταραχή της Προσωπικότητας προδιαθέτουν στην ανάπτυξη Διαταραχών Χρήσης Ψυχοδραστικών Ουσιών.

Αυτό που έχει σημασία είναι ότι η συνολική ψυχιατρική εκτίμηση και η ανάλογη θεραπεία των υποκείμενων ψυχικών διαταραχών του χρήστη πρέπει να γίνει μόνον όταν πάψει η εξάρτηση, γιατί ενόσω το άτομο κάνει χρήση ουσιών, η ακριβής ψυχιατρική εκτίμηση είναι σχεδόν αδύνατη.

β. Άγχος - Μείωση ψυχολογικής πίεσης - Ενίσχυση. Μερικοί άνθρωποι πίνουν για να νιώσουν υπερδιέγερση, άλλοι για να μειώσουν το άγχος. Μερικοί πίνουν για να είναι κι αυτοί μέρος της "παρέας" και άλλοι για να τιμωρήσουν τις γυναίκες τους. Η αναζήτηση της μοναδικής αλκοολικής προσωπικότητας είναι σαν να ψάχνουμε για την αιτία της καρδιοπάθειας ή την αιτία για τις βλάβες των αυτοκινήτων. Παρ' όλα αυτά, υπάρχουν ενδείξεις ότι πολλοί άνθρωποι που έχουν προβλήματα με το πιστό, πίνουν για να μειώσουν το άγχος.

Η χαλαρωτική δράση του αλκοόλ ήταν η αιτία για την καταστροφή αυτού του μουσικού:

<<Αναζητούσα απελπισμένα κάτι για να χαλαρώσει το κομματιασμένο μου νευρικό σύστημα κι έτσι δέχτηκα το ούισκυ που μου πρόσφεραν. Η δράση ήταν άμεση και πέτυχε. Από εκείνη τη στιγμή και πέρα δεν μπορούσα να μείνω χωρίς τη μπουκάλα σε κάθε δουλειά που αναλάμβανα, κι αυτή η κατάσταση κράτησε τα επόμενα 20 χρόνια. Έκανα μια συμφωνία μ' αυτό το πράγμα: "Θα σε πίνω και συ θα με απαλλάσσεις από τα νεύρα μου">>.

4.3 Περιβαλλοντικοί - Κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες

α. Προσιτότητα - Κόστος. Άτομα που έχουν εύκολη πρόσβαση σε διάφορες ουσίες μπορεί να κάνουν πιο εύκολα παθολογική χρήση, π.χ. μπάρμεν, διάφορες κοινωνικοπολιτισμικές υποομάδες. Επίσης, ένας δυσανάλογα μεγάλος αριθμός ανθρώπων που πίνουν πολύ, ζούνε στις οινοπαραγωγικές χώρες, όπου το ποτό είναι διαθέσιμο και αποτελεί μέρος της καθημερινής τους ζωής.

Σημαντικό ρόλο στην τάση των ανθρώπων να πίνουν παίζουν και τα επαγγέλματα. Οι διευθυντές επιχειρήσεων, οι μπάρμεν, οι ξενοδόχοι, οι σκηνοθέτες, οι ηθοποιοί, οι μουσικοί, οι μάγειροι και οι ναυτικοί παρουσιάζουν μεγάλη θνησιμότητα εξαιτίας της αλκοόλης, στην οποία οφείλεται και η κίρρωση του ήπατος. Δεν καταλαβαίνουμε απόλυτα γιατί αυτές οι ομάδες ανθρώπων έχουν την τάση να πίνουν πολύ, αλλά έχει αναφερθεί ότι σημαντικοί παράγοντες είναι η διαθεσιμότητα των οινοπνευματωδών, η κοινωνική πίεση να πουν ή αν το δούμε από την άλλη όψη του, ότι η επιλογή του επαγγέλματος, που συνδέεται με το ποτό, γίνεται από ανθρώπους οι οποίοι είναι ήδη πότες.

Το γεγονός ότι το αλκοόλ αποτελεί τη φθηνότερη ψυχοτρόπο ουσία έχει ωθήσει πολλούς επιστήμονες της συμπεριφοράς να διατυπώσουν ότι η αύξηση της φορολογίας των οινοπνευματωδών θα μπορούσε να μειώσει την επικράτηση του αλκοολισμού, των προβλημάτων που δημιουργεί το ποτό και την κίρρωση του ήπατος. Η διαθεσιμότητα της αλκοόλης επηρεάζει οπωσδήποτε τον αριθμό αυτών που πίνουν πολύ.

β. Οικογενειακό περιβάλλον. Είναι κοινά αποδεκτό ότι χρήστες πολλαπλών ουσιών προέρχονται συχνά από αποδιοργανωμένες οικογένειες, όπου η γονική αμέλεια η στέρηση και η κακοποίηση των παιδιών αποτελεί συχνό φαινόμενο. Άτομα, που η διαπαιδαγώγησή τους συντελέστηκε μέσα σ' ένα αρμονικό, οικογενειακό περιβάλλον, με κυρίαρχα στοιχεία την αγάπη, την κατανόηση και το ενδιαφέρον των γονιών, εξελίχτηκαν σε δημιουργικές και δυναμικές προσωπικότητες,

χωρίς μεγάλο ποσοστό απόκλισης της συμπεριφοράς τους απ' τα αποδεκτά κοινωνικά πλαίσια.

Αντίθετα είναι αποδεδειγμένο ότι, άτομα που η προσωπικότητά τους διαπλάστηκε σ' ένα οικογενειακό περιβάλλον υπερπροστασίας, δημιουργίας συνθηκών "θερμοκηπίου" ή αδιαφορίας των γονέων με συχνές οικογενειακές διενέξεις, έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες απόκλισης της συμπεριφοράς τους απ' τα αποδεκτά κοινωνικά πλαίσια και ίσως παράλληλη δημιουργία εξαρτήσεων.

γ. Πολιτισμικό περιβάλλον. Πολλές έρευνες έχουν δείξει σαφώς, ότι η ποσότητα του ποτού επηρεάζεται από το φύλλο, την εθνικότητα, το επάγγελμα και τη χώρα που ζει το άτομο. Μια μελέτη επιβεβαίωσε, ότι τα προβλήματα του ποτού διαφέρουν από τη μια εθνο-θρησκευτική ομάδα στην άλλη. Οι περισσότεροι Εβραίοι πίνουν, αλλά λίγοι πίνουν πολύ ή έχουν προβλήματα εξαιτίας του ποτού• οι περισσότεροι Καθολικοί και φιλελεύθεροι Διαμαρτυρόμενοι πίνουν και ένα μεγάλο ποσοστό έχουν προβλήματα με το ποτό - ενώ ανάμεσα στους συντηρητικούς "πουριτανούς" Διαμαρτυρόμενους (που προέρχονται από αιρέσεις, που ευνοούν την απόλυτη αποχή από το αλκοόλ) υπάρχει ένα μεγάλο ποσοστό, που δεν πίνουν καθόλου• οι μεγάλοι πότες τους όμως έχουν συχνά προβλήματα.

Όταν το αλκοόλ απαγορεύεται για λόγους θρησκείας όπως στους Μουσουλμάνους και στους Μορμόνους ή επιτρέπεται στα παιδιά να πίνουν κατά κοινωνικά αποδεκτό τρόπο, όμως απαγορεύεται να μεθούν, όπως στους Ιταλούς, η πιθανότητα παθολογικής χρήσης ελαττώνεται. Στην Ελλάδα, όπου το ποτό είναι ένα κοινωνικά αποδεκτό φαινόμενο, υπάρχουν μεγάλα ποσοστά αλκοολισμού ανεξάρτητα από το φύλο, ή την ηλικία.

δ. Κοινωνικό περιβάλλον. Η προσωπικότητα του νεαρού ατόμου που βρίσκεται ακόμα σε κάποιο στάδιο ωρίμανσης, κινδυνεύει σ' αυτή τη φάση από πολλούς παράγοντες - προβλήματα που μπορούν να τον ωθήσουν σε μια εξαρτημένη συμπεριφορά. Από το ιδιαίτερο μεγάλο φάσμα των προβλημάτων αυτών, συχνότερα εμφανίζονται τα ακόλουθα:

i) Αντίθεση και απέλευθέρωση. Το οινόπνευμα, ή οποιαδήποτε άλλη τοξική ουσία, χρησιμοποιείται από πολλά νεαρά άτομα σαν μέσο

αντίστασης, σαν βοήθημα στο ξεπέραςμα των ψυχαναγκασμών που επιβάλλει για τα παιδιά αυτά μια αφόρητη και απάνθρωπη πραγματικότητα, σαν μέσο για την κατάκτηση κάποιας απόλυτης ελευθερίας. Μια ελευθερία με παραμορφωμένη όμως έννοια αφού πρόκειται για ελευθερία "για κάτι" και όχι ελευθερία "από κάτι" καθώς το συγκεκριμένο άτομο όχι μόνο ελεύθερο δεν είναι από το κάτι αλλά πολύ σύντομα εξαρτάται απόλυτα απ' αυτό.

ii) Απομόνωση. Αίσθημα μη κατανόησης από τους άλλους, έλλειψη δεσμών. Για πολλούς νέους αλκοολικούς ή χρήστες άλλων τοξικών ουσιών είναι συχνά χαρακτηριστική η έλλειψη κοινωνικών δεσμών, η χαλαρή σχέση με την οικογένεια που εμφανίζεται συναισθηματικά - στεγνή - ενώ η σχέση με τους φίλους είναι επιφανειακή ή δεν υπάρχει καθόλου. Η επιθυμία για διαπροσωπικές σχέσεις με κάποια συναισθηματική αξία, η επιθυμία για αναγνώριση και η προσπάθεια να ξεφύγουν από τη μόνωση θα πρέπει να ληφθούν σοβαρά υπόψη σαν κίνητρα για τη χρήση οινόπνευματος ή άλλων τοξικών ουσιών και την ένταξη, μέσω αυτών, στην αλκοολική ομάδα.

iii) Αύξηση δυνατότητας για διαπροσωπικές σχέσεις. Η διαπροσωπική σχέση ή ο δεσμός με κάποιο άλλο πρόσωπο δεν είναι κάτι ανεξάρτητο και απλό όπως ένα τεντωμένο σχοινί ανάμεσα σε δύο δέντρα. Στη διαπροσωπική σχέση πρόκειται για τον υποκειμενικό τρόπο βίωσης ενός συγκεκριμένου άλλου ατόμου. Αυτό το άλλο άτομο αισθάνεται και συνειδητοποιεί ή όχι ότι βρίσκεται σε μια συναισθηματική επικοινωνία με έναν άλλο άνθρωπο. Σ' αυτή την ανάγκη, ή με άλλα λόγια, σ' αυτήν την υπαρκτή αδυναμία πολλών νέων ατόμων έρχεται το οινόπνευμα σε βοήθεια.

Ασταθή νεαρά άτομα αναζητούν το οινόπνευμα γι' αυτή του τη δράση, αναζητούν την ισοτιμία μεταξύ ίσων στην παρέα, την αναγνώριση από την ομάδα και την προσοχή του αντίθετου φύλου. Στην προσπάθεια αυτή για σταθεροποίηση του ανασφαλή χαρακτήρα τους και στην παιδιάστικη βιαστική συμπεριφορά τους χρησιμοποιείται το οινόπνευμα σαν απόδειξη σιγουριάς και ωριμότητας. Το μπουκάλι γίνεται το σύμβολο της ονειρεμένης και τόσο επιθυμητής ωριμότητας και έτσι δημιουργείται μια φάση παροδική που κυριαρχείται από το

συναίσθημα της ενήλικης ωριμότητας, που ακτινοβολεί σε φίλους και γνωστούς και αρέσει φυσικά στον ίδιο. Εάν η φάση αυτή διαρκέσει αρκετά τότε δυναμώνεται και από το περιβάλλον όπως συμβαίνει πολύ συχνά στη σημερινή πραγματικότητα. Έτσι θεωρεί ο νεαρός τον εαυτό του πράγματι σαν ενήλικα και απόλυτα υπεύθυνο άτομο.

ε. Οικονομικό περιβάλλον. Το γεγονός ότι το αλκοόλ εμφανίζεται σε μια κοινωνία χωρίς φραγμούς και η χρησιμοποίησή του είναι κοινωνικά αποδεκτή, έχει σα συνέπεια την αλόγιστη χρήση του από τα άτομα του κοινωνικού συνόλου. Οι κοινωνικές συνθήκες μπορούν εύκολα να δημιουργήσουν τις κατάλληλες προϋποθέσεις για τη χρήση αλλά και την κατάχρηση αλκοόλ.

Ο τρόπος ζωής του σύγχρονου ανθρώπου, του προκαλεί καθημερινά άγχος λόγω του γρήγορου ρυθμού του. Οι οικονομικές δυσχέρειες αλλά και η καταναλωτική κοινωνία που είναι γεμάτη απαιτήσεις, που δύσκολα ικανοποιούνται, έχουν σαν αποτέλεσμα την καταφυγή πολλών ανθρώπων από διαφορετικά κοινωνικά στρώματα, στις ψεύτικες αναπληρωματικές ικανοποιήσεις και κατ' επέκταση στην πιθανή εξάρτηση απ' το αλκοόλ.

Έτσι λοιπόν δεν πρέπει να νομίζουμε ότι το άτομο που κάνει παθολογική χρήση ουσιών ανήκει σ' ένα συγκεκριμένο κοινωνικό τύπο. Αλκοολικοί, ηρωινομανείς κ.λ.π. μπορεί να είναι τόσο άτομα που ζουν στη φτώχεια, την αλητεία, τον υπόκοσμο κ.λ.π. όσο και δάσκαλοι, γιατροί, νοικοκυρές, φοιτητές, μαθητές κ.λ.π.

στ. Διαφήμιση. Αναμφισβήτητα, ο τρόπος διαπαιδαγώγησης του ατόμου κατά την παιδική του ηλικία καθώς και οι επιρροές και οι επιδράσεις που δέχεται από το ευρύτερο περιβάλλον παίζουν σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση του χαρακτήρα του και στη μετέπειτα εξέλιξη και πορεία του.

Στη σύγχρονη καταναλωτική κοινωνία, τα άτομα και κυρίως οι νέοι δέχονται καθημερινά, μέσω των μέσων μαζικής ενημέρωσης, επιθέσεις σχετικά με το αλκοόλ και τα μαγευτικά τους αποτελέσματα. Ένας καταγιγισμός διαφημίσεων προκαλεί καθημερινά "πλύση εγκεφάλου" δημιουργώντας μόδα, πρότυπα και "παραδείγματα προς μίμηση". Τα παιδιά όντας επιρρεπή προς αυτά υιοθετούν πολύ εύκολα τα

μηνύματα που προβάλλονται και άθελά τους παρασύρονται στα δίχτυα της σύγχρονης υπερκαταναλωτικής κοινωνίας.

4.4 Άτομα υψηλού κινδύνου για αλκοολισμό

Επιδημιολογικές και κοινωνιολογικές μελέτες έχουν δείξει ότι υπάρχουν κάποιοι παράγοντες που συντελούν στη δημιουργία μεγαλύτερων κινδύνων ανάπτυξης αλκοολισμού:

1. Ιστορικό αλκοολισμού στην οικογένεια (γονείς, παπούδες, θείοι, θειές, κ.λ.π.).
2. Ιστορικό στην οικογένεια του (ή της) συζύγου. Αλκοολικός (-η) σύζυγος.
3. Διαλυμένη οικογένεια, ιδιαίτερα όταν ο πατέρας είναι απών ή απορριπτικός απέναντι στο παιδί.
4. Όταν το ποτό ενθαρρύνεται ή απαιτείται κοινωνικά (όπως π.χ. σε επαγγέλματα που χρειάζεται να αναπτύσουν κοινωνικές σχέσεις).
5. Όταν υπάρχουν θηλυκά μέλη της οικογένειας σε περισσότερες από μια γενιά, που έχουν υψηλό ποσοστό κατάθλιψης.
6. Μανιώδεις καπνιστές. Συνήθως η κατάχρηση καπνού συνοδεύεται από την κατάχρηση αλκοόλ.

4.5 Παράγοντες που συνδέονται αιτιολογικά με την κατάχρηση αλκοόλ

1. Διαταραγμένες οικογενειακές σχέσεις.
2. Γονικά πρότυπα κατάχρησης ουσιών (αλκοολικοί ή τοξικομανείς γονείς).
3. Σεξουαλικά προβλήματα.
4. Κοινωνικό - οικονομικά προβλήματα (ανεργία, φτώχεια, εξαθλίωση).

5. Κατάθλιψη, άγχος.
6. Ψυχωτικού τύπου διαταραχές.
7. Ψυχοπαθητικές προσωπικότητες.
8. Άλλοι παράγοντες (διαφήμιση κ.λ.π.).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5ο

5. ΟΙ ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΤΟΥ ΑΛΚΟΟΛ ΣΤΗΝ ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΗ ΣΥΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥ

5.1 Παθολογικά προβλήματα

5.1.α Παθήσεις ήπατος

Ενοχοποιείται μια ποσότητα καθαρού οινοπνεύματος μεγαλύτερη των 60 gr/24h για τους άνδρες και 25 gr/24h για τις γυναίκες. Μια τέτοια ποσότητα οινοπνεύματος σε σχέση με τη σωματική κατασκευή και την ακατάλληλη διατροφή θα μπορούσε να προκαλέσει μία σταδιακή βλάβη με κατάληξη την κίρρωση. Περίπου το 10% των αλκοολικών αναπτύσσει κίρρωση ήπατος.

Εκτός μιας γενικής κόπωσης και αδυναμίας τα οδηγία συμπτώματα είναι:

- αύξηση του μεγέθους του ήπατος
- ίκτερος
- ασκίτικα συμπτώματα

Τα συμπτώματα αυτά συνοδεύονται από απώλεια βάρους, δευτοροπαθή ηπατικά σημεία, γυναικομαστία και πιθανόν αύξηση του μεγέθους της σπληνός. Σε τελικό στάδιο έχουμε οιδήματα, κίρρους του οισοφάγου, ηπατική εγκεφαλοπάθεια και θάνατο. Με τη διακοπή του αλκοόλ και με επαρκή θρεπτική διατροφή οι κίρρωτικοί ασθενείς μπορούν να καλυτερεύσουν έντονα. Εκτός της χρόνιας ηπατοπάθειας μπορούμε να έχουμε και οξεία αλκοολική ηπατίτιδα. Εκλυτικός παράγοντας είναι οξεία δηλητηρίαση με οινόπνευμα σε χρόνια αλκοολικό ασθενή.

Τέλος η χρήση του αλκοόλ μπορεί να προκαλέσει αναζοπήρωση ηπατίτιδας σε άτομα τα οποία είχαν περάσει στο παρελθόν ηπατίτιδα και σε σοβαρότερες καταστάσεις μπορεί να οδηγήσει σε ηπατικό κώμα.

5.1.β Γαστρεντερικές διαταραχές

Οι αλκοολικοί έχουν μια αφύσικα υψηλή συχνότητα καρκίνου του στόματος, του λάρυγγα, του οισοφάγου και του στομάχου. Είναι σχεδόν πάντα βαρείς καπνιστές, το οποίο αναμφισβήτητα συμβάλλει στο υψηλό ποσοστό του καρκίνου. Το αλκοόλ διεγείρει την έκκριση οξέος στο στομάχι και καθυστερεί το χρόνο εκκένωσής του.

Η γαστρίτιδα επίσης είναι ένα κοινό εύρημα στους αλκοολικούς καθώς και τα γαστρικά έλκη. Ιδιαίτερα, σε συνδιασμό με αγχώδη προσωπικότητα ή χρήση αντιρευματικών ή άλλων φαρμάκων. Τα συμπτώματα μπορεί να κυμαίνονται από δυσπεψία μέχρι και σοβαρά αιμορραγικά επεισόδια.

5.1.γ Μεταβολικά προβλήματα - Υποσιτισμός

Το οινόπνευμα μεταβολίζεται κυρίως στο ήπαρ δια μέσου του κυτοπλασματικού ενζύμου δεϋδρογενάσης του οينوπνεύματος για να παράγει ακεταλδεΐδη. Ελάχιστοι μόνο παράγοντες μπορούν να αυξήσουν το ρυθμό μεταβολισμού του οينوπνεύματος. Εν τούτοις φαίνεται εξακριβωμένο ότι οι χρόνιοι αλκοολικοί μεταβολίζουν το οινόπνευμα γρηγορότερα από τα φυσιολογικά άτομα.

Το οινόπνευμα μειώνει την εντερική απορρόφηση θρεπτικών ουσιών, όπως η γλυκόζη, τα αμινοξέα, το ασβέστιο, το φιλικό οξύ και η Β₁₂. Η αναστολή αυτή της απορροφήσεως μπορεί να συντελέσει στην κοινή θρέψη που παρατηρείται συχνά σε αλκοολικά άτομα, πράγμα που οδηγεί στον υποσιτισμό. Η ασιτία επιβραδύνει το ρυθμό του μεταβολισμού του οينوπνεύματος στο ήπαρ. Εν τούτοις η επίδραση αυτή εμφανίζει μεγάλες διακυμάνσεις από το ένα άτομο στο άλλο.

Τέλος το οινόπνευμα ελαττώνει τη θερμοκρασία του σώματος, επειδή με τη διεύρυνση των αγγείων του δέρματος που προκαλεί έχουμε απώλεια θερμότητας. Έτσι, ενώ το άτομο αισθάνεται ζεστό και

"φουντωμένο" από τη θερμότητα που φεύγει, στην πραγματικότητα χάνει θερμότητα.

5.1.8 Καρδιαγγειακά προβλήματα

Η αλκοολική καρδιοπάθεια φαίνεται να είναι μια ξεχωριστή οντότητα που συμβαίνει σε άντρες με μεγάλο ιστορικό αλκοολισμού. Τα κλινικά χαρακτηριστικά περιλαμβάνουν αριστερή και δεξιά συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια, καρδιομεγαλία, διόγκωση φλεβών λαιμού, υψηλή διαστολική πίεση και περιφερικό οίδημα. Η θεραπεία είναι συντηρητική και περιλαμβάνει τα συνήθη μέτρα για τη θεραπεία της συμφορητικής καρδιακής ανεπάρκειας.

Τοιχωματικοί θρόμβοι και εμβολές μπορεί να προκαλέσουν αιφνίδιες προσβολές, ένα κοινό φαινόμενο που παρατηρείται σε χρόνιους αλκοολικούς.

5.1.ε Οξεία - χρόνια παγκρεατίτιδα

Από τις 4 περιπτώσεις οι 3 είναι αποτέλεσμα δηλητηρίασης με οινόπνευμα. Εκτός από το κοιλιακό άλγος, το μετεωρισμό και άλλα συμπτώματα του γαστρεντερικού συστήματος, μπορούμε να έχουμε και επιπλοκές, όπως κυκλοφορική ανεπάρκεια, ειλεό, κύστες του παγκρέατος κ.τ.λ. Η οξεία παγκρεατίτιδα είναι μια ιδιαίτερα βαριά παθολογική κατάσταση που χρειάζεται άμεση αντιμετώπιση.

Στην περίπτωση της χρόνιας παγκρεατίτιδας έχουμε κατάχρηση οινόπνευματος σε περισσότερες από 75% των περιπτώσεων. Χαρακτηριστικό είναι το άλγος που αντανakλά στη ράχη του ασθενή, η απώλεια βάρους και η γενική αδυναμία.

5.1.στ Αλκοολική μυοπάθεια

Η ασθένεια αυτή χαρακτηρίζεται από μία βαθμιαία και συνήθως ανοδική φθορά και αδυναμία κεντρικών μυών ιδιαίτερα αυτών που βρίσκονται στα πόδια (Martin 1982) Σύμφωνα με αυτόν τον συγγραφέα, η αλκοολική μυοπάθεια εμφανίζεται σε αλκοολικούς με τουλάχιστον

10χρονο ιστορικό κατάχρησης της αλκοόλης και με ελάχιστη καθημερινή κατανάλωση όχι μικρότερη των 10 gr. Η επίπτωση (συχνότητα) της ασθένειας παραμένει απροσδιόριστη.

5.1.ζ. Επιδράσεις στον εγκέφαλο

Οι σπουδαιότερες εγκεφαλικές βλάβες για τις οποίες ενοχοποιείται το οινόπνευμα είναι οι παρακάτω:

Αλκοολική εκφύλιση της παρεγκεφαλίδας

Ο όρος αυτός χρησιμοποιείται για έναν τύπο παρεγκεφαλιδικής αταξίας, που εμφανίζεται στην ώριμη ηλικία πάνω σε υπόβαθρο παρατεταμένης καταναλώσεως οινοπνεύματος. Τα σημάδια της παρεγκεφαλιδικής δυσλειτουργίας φαίνονται κυρίως στη στάση και στο βάδισμα. Τα πόδια προσβάλλονται συχνότερα και βαρύτερα από τα χέρια, ο νυσταγμός δε και οι διαταραχές της ομιλίας είναι σπάνιες.

Οι βασικές παθολογοανατομικές αλλοιώσεις συνίστανται σε εκφύλιση του φλοιού της παρεγκεφαλίδας.

Νόσος Marchiafava - Bignami

Αποτελεί σπάνια επιπλοκή του αλκοολισμού. Τα συμπτώματα είναι διάφορα και περιλαμβάνουν ψυχικές και συναισθηματικές διαταραχές, παραλήρημα και διανοητική αποδιοργάνωση, σπαστικές κρίσεις, και διάφορους βαθμούς τρόμου, ακαμψίας, παραλύσεως, απραξίας και αφασίας. Η διάρκεια είναι μεταβλητή από αρκετές εβδομάδες μέχρι μήνες, η δε ανάρρωση πιθανή. Διάφοροι βαθμοί αναρρώσεως επιτυγχάνονται σε περιπτώσεις σταθερής αποχής από το οινόπνευμα και καλής διατροφής.

Εγκεφαλική ατροφία

Η παθολογοανατομική εξέταση σχετικά νέων αλκοολικών ασθενών αποκαλύπτει, όχι σπάνια, απροσδόκητο βαθμό ατροφίας των ελίκων του εγκεφαλικού φλοιού, εμφανέστερη στους μετωπιαίους λοβούς και συμμετρική διεύρυνση της πλάγιας και τρίτης κοιλίας. Η φύση αυτής της νόσου είναι λίαν ασαφής.

Γεφυρική μυελινόλυση

Ο όρος αυτός αναφέρεται σε μοναδική παθολογοανατομική εξαλλαγή που προσβάλλει το κέντρο της βάσεως της γέφυρας, όπου οι εμύελες ίνες καταστρέφονται. Η βλάβη είναι τόσο μικρή ώστε δεν προκαλεί συμπτώματα και ανευρίσκεται μόνο κατά τη νεκροψία.

5.1.η Σεξουαλική ανεπάρκεια

Υπάρχει η κοινή άποψη ότι το αλκοόλ δρά σαν αφροδισιακό. Στην πραγματικότητα όμως πολλοί αλκοολικοί πάσχουν από ανικανότητα. Το ποτό "προκαλεί την επιθυμία, αλλά καταστρέφει την επίδοση" όπως λέει και ο θυρωρός στο "Μάκβεθ" (Σαίξπηρ).

Υπάρχουν ενδείξεις ότι αυτή η προσωρινή ανικανότητα μπορεί να προκαλέσει αρκετή ανησυχία, ώστε οι αλκοολικοί να είναι ανίκανοι, ακόμα κι όταν δεν είναι μεθυσμένοι.

5.1.θ Εμβρυϊκό σύνδρομο από οινόπνευμα

Εμβρυϊκό σύνδρομο από οινόπνευμα (ΕΣΟ) ονομάζεται άθροισμα μορφολογικών και κλινικών στοιχείων, που εμφανίζει το έμβρυο, όταν η μητέρα καταναλώνει οινόπνευμα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Στο σύνδρομο αυτό φαίνεται καθαρά η τερατογόνος δράση της αιθανόλης στη φάση της οργανογένεσης στην εμβρυϊκή ζωή.

Το παιδί όταν γεννηθεί μπορεί να πάσχει από μέτρια ή ελαφριά καθυστέρηση, να έχει ένα αφύσικα μικρό κεφάλι, επίπεδο προσωπείο, συγγενή καρδιοπάθεια, υπερκινητικότητα και συχνές ωτίτιδες που σε συνδιασμό με τη νοητική καθυστέρηση έχουν συχνά σαν αποτέλεσμα διαταραχές του λόγου. Γι' αυτό οι παιδίατροι πρέπει να είναι ενήμεροι για την ύπαρξη του συνδρόμου και να το αναζητούν σε κάθε περίπτωση νοητικής καθυστέρησης, συγγενών ανωμαλιών και υπερκινητικότητας.

5.1.1 Βλάβες στο νευρικό ιστό

5.1.1.1 Εγκεφαλίτιδα του Wernicke

Είναι μία οξεία κατάσταση, δυνητικά θανατηφόρα. Προέρχεται από την ελαττωματική απορρόφηση των βιταμινών Β₁ - Β₆, η οποία οφείλεται στη χρόνια φλεγμονή που προκαλεί το αλκοόλ στο γαστρεντερικό σωλήνα. Η έλλειψη αυτών των βιταμινών προκαλεί βλάβη στα περιφερικά νεύρα (πολυνευρίτιδα) και σε ορισμένους εγκεφαλικούς σχηματισμούς. Έτσι έχουμε διαταραχές στη βάρδιση, στην αισθητικότητα και πόνους (εντονότεροι στα πόδια). Ακολουθεί διανοητική έκπτωση, διαταραχή στην αντίληψη του χρόνου, αμνησία στα πρόσφατα ή πολύ πρόσφατα γεγονότα.

Ο ασθενής ξεχνά αμέσως αυτό που μόλις είδε ή άκουσε. Αργότερα η αμνησία επεκτείνεται σε όλους τους τομείς της μνήμης. Τα μνημονικά κενά που δημιουργεί η κατάσταση, ο άρρωστος προσπαθεί να τα γεμίσει με ψεύτικο, φανταστικό υλικό, οπότε έχουμε μυθοπλασίες.

Η κατάσταση εξελίσσεται γρήγορα και απαιτείται άμεση θεραπεία με θειαμίνη για ν' αποτραπεί ο θάνατος και να ελαχιστοποιηθεί η υπολειμματική εγκεφαλική βλάβη. Τα συμπτώματα συχνά απαντούν δραματικά στη θεραπεία αλλά συχνή είναι και η υπολειμματική βλάβη.

Τελική κατάληξη της ασθένειας είναι η άνοια.

5.1.1.2 Επιληπτικά επεισόδια

Σαν επιληπτικά επεισόδια οφειλόμενα στην κατάχρηση οινοπνευματωδών ποτών μπορούν να θεωρηθούν αυτά, που εμφανίζονται: **α)** είτε στο σύνδρομο στέρησης, **β)** είτε σε χρόνιους αλκοολικούς, που πριν δεν είχαν εμφανίσει τέτοιου είδους συμπτώματα και στους οποίους δε βρίσκεται καμιά άλλη οργανική διαταραχή.

Χαρακτηριστικό είναι, ότι εμφανίζονται ακόμη και μετά την παραίτηση από τη χρήση οινοπνευματωδών ποτών και έχουν συνήθως γενικευμένο χαρακτήρα.

5.1.1.3 Αλκοολική πολυνευροπάθεια

Κυρίως έχουμε συμπτώματα από την περιφέρεια και ιδιαίτερα τα πόδια. Σαν υποκειμενικά συμπτώματα παρουσιάζονται κυρίως άλγη στη γάμπα του ποδιού, αίσθημα βαδίσματος πάνω σε μπαμπάκι και μυϊκοί σπασμοί των μυών της κνήμης. Στην κλινική εξέταση έχουμε ελάττωση μέχρι εξαφάνιση του αχίλλειου και κατόπιν του αντανακλαστικού της επιγονατίδας.

5.1.κ Καρκίνος και αλκοόλ

Ένας αξιόλογος αριθμός μελετών που εκπονήθηκαν από τη δεκαετία του '50 μέχρι σήμερα έφεραν στο φώς ενδεικτικά στοιχεία για το ρόλο της κατάχρησης της αλκοόλης στην καρκινογένεση. Η πλειοψηφία αυτών των μελετών έδειξαν ότι η κατάχρηση του αλκοόλ μπορεί να συμβάλλει ουσιαστικά στον καρκίνο του στόματος, του φάρυγγα, του λάρυγγα, του οισοφάγου, του στομάχου και του ήπατος. Εκτιμάται ότι οι πιθανότητες καρκίνου σε αλκοολικά άτομα είναι 10 φορές περισσότερες σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό.

Οι μελέτες που έχουν διεξαχθεί είναι ένα μικρό δείγμα δημοσιευμάτων που τονίζουν τη σχέση μεταξύ κατάχρησης αλκοόλης και καρκίνου. Αυτό που θα πρέπει να διευκρινιστεί στο μέλλον είναι οι "μηχανισμοί" διαμέσου των οποίων το αλκοόλ δρά ως καρκινογενής ουσία.

5.2 Ψυχιατρικά προβλήματα

5.2.α Αλκοολικό Στερητικό Σύνδρομο

Το σύνδρομο αυτό εμφανίζεται συνήθως 6 έως 24 ώρες μετά την παύση (ή και την ελάττωση) μεγάλης και παρατεταμένης λήψης αλκοόλ. Μπορεί να εμφανισθεί ακόμη και 26 ώρες μετά το τελευταίο ποτό του ασθενή.

Το κλασικό στερητικό σύνδρομο προϋποθέτει χρόνια κατάχρηση αλκοόλ και δεν εμφανίζεται παρά μόνο όταν το άτομο φτάνει στα 150 με 200 mg αιθανόλης στο αίμα καθημερινά επί 10 τουλάχιστον μέρες.

Τα πρώτα και πιο κοινά συμπτώματα του αλκοολικού στερητικού συνδρόμου είναι αδρός τρόμος των χεριών, της γλώσσας και των βλεφάρων, ανορεξία, αϋπνία, άγχος, επίσης ευερεθιστότητα, διέγερση και κατάθλιψη. Στη διάρκεια του στερητικού συνδρόμου εμφανίζονται ήπιες διαταραχές του προσανατολισμού, βραχείας διάρκειας.

Επίσης παρατηρείται υπερδραστηριότητα του αυτόνομου νευρικού συστήματος, δηλαδή εφίδρωση, αυξημένη αρτηριακή πίεση, ταχυκαρδία. Οι σφύξεις πρέπει να παρακολουθούνται προσεκτικά. Είναι χρήσιμος δείκτης της πορείας του αρρώστου. Σοβαρή ταχυκαρδία σημαίνει ότι παραμένει η τοξικότητα. Συχνά οι σφύξεις φτάνουν τις 120 - 140/min. Αύξηση των σφυγμών και παράτασή τους σημαίνει πέρασμα σε *delirium tremens*. Παρατηρούνται, επίσης, ναυτία, έμετοι, κοιλιακό άλγος, διάρροια, κακουχία ή αδυναμία, πυρετός, υπέρπνοια, ορθοστατική υπόταση.

Συχνή είναι και η κεφαλαλγία. Ένα άλλο χαρακτηριστικό σύμπτωμα είναι η ξηροστομία, η οποία δεν οφείλεται σε αφυδάτωση. Τα άτομα, που αρχίζουν την αποστέρηση από το αλκοόλ, δεν αφυδατώνονται εκτός κι αν υπάρχουν πολλοί έμετοι ή διάρροια για να προκαλέσουν αφυδάτωση. Το δέρμα είναι συχνά φουσκωμένο και γεμάτο κοκκινίλες, και μπορεί να υπάρχει ήπιο περιφερικό οίδημα.

Το άτομο μπορεί, επίσης, να έχει παροδικές ψευδαισθήσεις, παραισθήσεις - οπτικές, ακουστικές, ή της αφής - κατά την αποστέρηση. Τυπικά, οι παραισθήσεις αρχίζουν 1 με 2 μέρες μετά την παύση του ποτού και σπάνια επιμένουν περισσότερο από 3 μέρες. Συχνά παρουσιάζονται μυοκλονίες, υπέρτονία, σπασμωδικά τινάγματα των άκρων μέσα σε 6 μέρες από τη διακοπή της ουσίας. Επίσης, περιστασιακά, εμφανίζονται επιληπτικές κρίσεις ακόμα και τύπου *grand mal*. Είναι δυνατόν να εμφανιστούν και χωρίς να προϋπάρχει ιστορικό επιληψίας ή ηλεκτροεγκεφαλογραφικών ανωμαλιών.

Οι επιληπτικές κρίσεις παρουσιάζονται συνήθως τις πρώτες 48 ώρες της αποχής. Μπορεί όμως να παρουσιαστούν και αρκετές μέρες αργότερα, ιδιαίτερα όταν ο άρρωστος συνδυάζει το αλκοόλ με άλλες τοξικές ουσίες (ιδίως χάπια). Σπάνια παρουσιάζονται στη διάρκεια του τρομώδους παραληρήματος. Οι επιληπτικές κρίσεις αυτές δεν σημαίνουν

κατ' ανάγκη έναυσμα επιληπτικής νόσου. Ο άμεσος κίνδυνος από τέτοιες κρίσεις είναι κυρίως ο τραυματισμός του αλκοολικού.

Η έναρξη αυτού του συνδρόμου μπορεί να συμβεί σε κάθε ηλικία, και εξαρτάται από το πότε το άτομο ανέπτυξε τον εθισμό στο αλκοόλ. Πάντως, η πλειοψηφία των αλκοολικών αρχίζουν νωρίς στον εθισμό και έχουν τα πρώτα σύνδρομα αποστέρησης στα τριάντα τους ή σαράντα. Το σύνδρομο, σχεδόν πάντα, εξαφανίζεται σε 5 - 7 μέρες. Αν επιμείνει περισσότερο, τότε πρέπει να ληφθούν υπ' όψη άλλες αιτίες, ιατρικές ή ψυχιατρικές. Πάντως, πρέπει να χορηγηθούν στο άτομο προφυλακτικά κατευναστικά φάρμακα για να αποφευχθεί η πιθανότητα εμφάνισης κρίσεων μεγάλης επιληψίας (grand mal seizures) κατά την αποστέρηση.

Αφού το οξύ σύνδρομο αποστέρησης έχει υποχωρήσει, το άτομο είναι συνήθως ικανό να αναλάβει τις φυσιολογικές του δραστηριότητες.

Η κακή διατροφή, η κούραση, η κατάθλιψη και παθολογική ασθένεια μπορούν να χειροτερέψουν το σύνδρομο.

5.2.β Αλκοολικό Στερητικό Παραλήρημα (DELIRIUM TREMENS)

Η σοβαρότερη μορφή του αλκοολικού στερητικού συνδρόμου, το delirium tremens, συνήθως συμβαίνει σε λιγότερο από το 1% του αλκοολικού πληθυσμού. Ανάμεσα στους ασθενείς που νοσηλεύονται, περίπου το 5% αναπτύσσει delirium tremens. Προδιαθεσικοί παράγοντες για το delirium tremens πιστεύεται ότι είναι η παρουσία άλλων ασθενειών, συμπεριλαμβανομένων και αυτών στις οποίες οι αλκοολικοί είναι ευάλωτοι, όπως πνευμονία, κατάγματα, τραυματισμοί στο κεφάλι και ηπατική βλάβη.

Το σημαντικό χαρακτηριστικό είναι το παραλήρημα που επισυμβαίνει σε 1 εβδομάδα από τη διακοπή ή την ελάττωση μεγάλης λήψης αλκοόλ. Επιπρόσθετα χαρακτηριστικό είναι η υπερδραστηριότητα του αυτόνομου νευρικού συστήματος, όπως ταχυκαρδία, ιδρώτας, και αυξημένη αρτηριακή πίεση. Διάσπαση της προσοχής, που εκδηλώνεται από ελάττωση της ικανότητας να διατηρήσουν την προσοχή τους σε ερεθισμούς του περιβάλλοντος και να κάνουν σωστές σκέψεις και να

συμπεριφέρονται λογικά. Διαταραχές της μνήμης και του προσανατολισμού. Τουλάχιστον δυο από τα ακόλουθα: α) ελαττωμένη ικανότητα να μένει ξύπνιος ή αϋπνία, β) διαταραχές της αντίληψης (απλές παρερμηνεύσεις, παραισθήσεις, ψευδαισθήσεις), γ) αυξημένη ή ελαττωμένη ψυχοκινητική δραστηριότητα: κλινικά συμπτώματα που εκδηλώνονται σε μικρό χρονικό διάστημα και αλλάζουν ραγδαία. Και τέλος η παρουσία καμιάς άλλης σωματικής ή πνευματικής ανωμαλίας που να εξηγεί αυτή τη διαταραχή.

Ο τρόμος σχεδόν πάντα υπάρχει. Διαστήματα ηρεμίας - διέγερσης συχνά εναλλάσσονται. Οι ψευδαισθήσεις είναι πιο συχνά οπτικές, αλλά μπορεί επίσης να είναι ακουστικές ή απτικές. Συχνός είναι και ο πυρετός.

Η διαταραχή συνήθως αρχίζει στην ηλικία των τριάντα ή σαράντα. Γενικά, χρειάζονται 5 - 15 χρόνια βαρειού αλκοολισμού για να εμφανισθεί το πρώτο επεισόδιο τρομώδους παραληρήματος.

Πορεία: Η έναρξη τυπικά συμβαίνει την τρίτη μέρα μετά τη διακοπή ή ελάττωση του αλκοόλ. Μπορεί να συμβεί νωρίτερα αλλά σπάνια αργότερα. Σε απουσία κάποιας παθολογικής ασθένειας, το παραλήρημα, μαζί με άλλα στερητικά συμπτώματα, λήγει συνήθως σε 5-7 μέρες μετά τη διακοπή του ποτού.

Ο παραληρητικός ασθενής αποτελεί κίνδυνο για τον ίδιο τον εαυτό του και τους άλλους. Όταν βρίσκεται σε κατάσταση σύγχυσης και αποπροσανατολισμού, είναι πολύ απρόβλεπτος και μπορεί, χωρίς προειδοποίηση, να επιτεθεί σ' άλλους, να πηδήξει από παράθυρα, ή να διαπράξει άλλες αιφνίδιες και βίαιες πράξεις. Ο παραληρητικός ασθενής μερικές φορές ενεργεί πάνω στις ψευδαισθήσεις και παραισθήσεις του σαν να αποτελούσαν αληθινούς κινδύνους. Το αθεράπευτο τρομώδες παραλήρημα συνδέεται με μεγάλο ποσοστό θνησιμότητας, συνήθως αλλά όχι πάντα από παρεμβαλλόμενες παθολογικές ασθένειες.

Θεραπεία: Ο καλύτερος τρόπος αντιμετώπισης του τρομώδους παραληρήματος είναι η πρόληψή του. Ασθενείς που αποστερούνται το αλκοόλ και παρουσιάζουν στερητικά φαινόμενα πρέπει να τους χορηγείται 25 - 50 mg χλωροδιαζεποξείδης (Librium) κάθε 4 ώρες από το στόμα ή ενδομυϊκώς. Δίαιτα πλούσια σε θερμίδες και υδατάνθρακες,

σημπληρωμένη με πολλές βιταμίνες είναι απαραίτητη. Οι ασθενείς με delirium tremens δεν πρέπει να περιορίζονται σωματικά γιατί μπορεί να αντισταθούν στους περιορισμούς μέχρι εξάντλησης. Η αφυδάτωση μπορεί να αποτελέσει πρόβλημα και μπορεί να διορθωθεί με υγρά από το στόμα ή ενδοφλεβίως. Ανορεξία, έμετοι και διάρροια συχνά υπάρχουν κατά την αποστέρωση. Η δυσφορία και ο πυρετός επίσης συμβάλλουν στην αύξηση της εξασθένισης. Πάντως, η αφυδάτωση συνήθως δεν συμβαίνει, και τα πάρα πολλά υγρά που χορηγούνται παρεντερικά είναι επιβλαβή. Η χρήση υγρών παρεντερικώς πρέπει να εξατομικευθεί και να καθορίζεται η πυκνότητα.

5.2.γ Σύνδρομο Korsakoff

Τη νόσο, την περιέγραψε για πρώτη φορά, το 1887, κατά πλήρη και αριστουργηματικό τρόπο, σε μια σειρά δημοσιεύσεων από το 1887 - 1890, ο διάσημος Ρώσος Σεργκέυ Κορσάκοφ, σαν ιδιότυπη νοσολογική οντότητα με συμπτωματολογικό πυρήνα το σύνδρομο της πολυνευρίτιδας και της αδράς εκπτώσεως της μνήμης, υπό την προσωνομία <<ψυχική τοξαιμική εγκεφαλοπάθεια>>. Ονομάζεται επίσης και πολυνευριτική ψύχωση ή ψυχοπολυνευρίτιδα.

Και επειδή συχνά παρατηρείται ο συνδυασμός της νόσου με τον αλκοολισμό, γι' αυτό και η νόσος περιγράφεται μέσα στο πλαίσιο των αλκοολικών ψυχώσεων.

Η νόσος συνήθως εισβάλλει ύπουλα, αλλά είναι δυνατόν ν' αποτελεί τη συνέχεια διαδοχικών προσβολών delirium tremens και συνδυάζεται, αλλά όχι πάντοτε, με πολυνευρίτιδα.

Στη φάση της εισβολής το σύνδρομο παρουσιάζει τους χαρακτήρες κάθε άλλης συγχυτικής καταστάσεως: ανωμαλίες στο χαρακτήρα, αϋπνία, ανορεξία, κεφαλαλγία, διαταραχές της βαδίσσεως και της αισθητικότητας, μαζί με πόνους στα πόδια. Μετά την εγκατάστασή του παρουσιάζει το σύνδρομο της διανοητικής συγχύσεως: παρατηρείται αύξουσα επιβράδυνση των διανοητικών λειτουργιών, με πρώτο θύμα τη λειτουργία της προσοχής. Ο άρρωστος φαίνεται αφηρημένος και δύσκολα είναι δυνατόν να διεξαγάγει ένα διάλογο με το γιατρό, ο οποίος αναγκάζεται να επαναλαμβάνει τις ερωτήσεις.

Ακολουθεί η λειτουργία του προσανατολισμού, ιδίως ως προς την αντίληψη του χρόνου. Ο άρρωστος αδυνατεί να προσηλώσει και κατά συνέπεια να ανακαλέσει τις παραστάσεις του - αμνησία προσηλώσεως, που αποτελεί το βασικό σύμπτωμα του συνδρόμου ή νόσου του Κορσάκωφ. Η αμνησία αυτή είναι εμπροσθοδρομική. Ο άρρωστος π.χ. μπορεί να χαιρετίσει ένα άτομο, είτε και το γιατρό του, ή τη νοσοκόμα του, που μόλις τυχόν βγήκαν από το θάλαμό του και ξαναμπήκαν, σαν να τους βλέπει για πρώτη φορά εκείνη τη μέρα, ενώ τους είχε δει μόλις προηγουμένως. Συχνά ο άρρωστος δεν μπορεί να θυμηθεί ακόμη και αυτό που μόλις πριν του είπαν, ενώ εξακολουθεί να θυμάται απομακρυσμένα χρονικώς γεγονότα, καθώς και όλα όσα συνέβησαν πριν εισβάλλει η νόσος. Είναι δυνατόν ακόμη να διαταράσσεται και η χρονολογική σειρά των παραστάσεων. Σ' όλα αυτά τα φαινόμενα προστίθενται και λανθασμένες αναγνωρίσεις, όπως και αισθήματα του *deja vu*, καθώς επίσης είναι δυνατόν η αμνησία να επεκταθεί έτσι, ώστε να γίνει και οπισθοδρομική.

Η διαταραχή του προσανατολισμού επεκτείνεται και στην έννοια του χώρου, που, όταν είναι αρκετά προχωρημένη, καθιστά ανίκανο τον άρρωστο να βρεί το θάλαμό του και το κρεβάτι του. Όλες αυτές οι ψυχικές διαταραχές και περισσότερο η θόλωση της συνείδησης, και οι διαταραχές του προσανατολισμού, όχι τόσο στο χρόνο όσο στον τόπο και τα πρόσωπα, καθώς και της μνήμης οδηγούν στην εμφάνιση ενός άλλου συμπτώματος, της μυθοπλασίας, κατά την οποία όλα αυτά τα μνημονικά χάσματα γεμίζουν έπειτα από μυθοπλαστικό υλικό.

Η συναισθηματική διάθεση του αρρώστου επιφανειακά παρουσιάζεται ως ευφοριακή, ενώ παράλληλα εύκολα ερεθίζεται.

Από σωματικής απόψεως, παρατηρούνται φαινόμενα καταβολής δυνάμεων, ηπατική ή καρδιακή ανεπάρκεια, γαστρίτιδα, απίσχναση, κ.α. και προπαντός η πολυνευρίτιδα των κάτω άκρων με όλα τα αντικειμενικά νευρολογικά σημεία (εξασθένηση της κινητικότητας, ατροφία, μείωση ή κατάργηση των τενόντιων αντανακλαστικών, άλγη, οσπάσεις). Η πολυνευρίτιδα αυτή δεν παρατηρείται πάντοτε και σπάνια είναι δυνατόν να επεκταθεί στα άνω άκρα ή και στα κρανιακά νεύρα ιδίως των οφθαλμών. Ο νυσταγμός είναι πολύ κοινός καθώς και ο

τρόμος των δακτύλων. Στις περιπτώσεις με βραδεία εξέλιξη το σύνδρομο προσλαμβάνει την ανοϊκή μορφή.

Υπάρχουν όχι μονάχα πολλές αιτίες, που μπορεί να προκαλέσουν την πάθηση αλλά και πολλές μορφές της πάθησης, ανεξάρτητα από τις αιτίες.

Έτσι διακρίνουμε :

α) Τις ιάσιμες καλοήθεις μορφές. Αυτές απαντούν σε νέα άτομα, η ηλικία παίζει ρόλο στην πρόγνωση. Πρώτα υποχωρεί η πολυνευρίτιδα και έπειτα τα ψυχικά φαινόμενα με τελευταία την αμνησία.

β) Μορφές βαρείες και θανατηφόρες, με επιλοκές την κίρρωση του ήπατος-ψυχοπολυνευριτική κίρρωση των Froment και Rogot.

γ) Οξείες μορφές. Σ' αυτές είναι δυνατόν να παρουσιασθεί και πυρετός ίσως και υψηλός (τελική υπερθερμία). Η εικόνα μοιάζει πολύ με το θανατηφόρο οξύ παραλήρημα. Ίσως προστεθεί και ηπατική περιπλοκή με ίκτερο και αιμορραγίες και με κατάληξη το ηπατικό κόμα.

δ) Χρόνιες μορφές. Στους ηλικιωμένους οι διαταραχές αυτές μπορεί να γίνουν χρόνιες.

Η νόσος είναι δυνατόν να προσλάβει διάφορους βαθμούς βαρύτητας, από την πιο καλοήθη μορφή (που παρατηρείται σε νέα άτομα) και εξελίσσεται μέσα σε 1½ - 2 μήνες, με την πλήρη σχεδόν επανάκτηση του προνοσηρού επιπέδου, μέχρι τις χρόνιες (παρατηρούνται σε ηλικιωμένους) και θανατηφόρες μορφές.

Εάν η θεραπεία αρχίσει έγκαιρα και είναι έντονη, η επιτυγχανόμενη βελτίωση συνεχίζεται βραδέως και ολοκληρώνεται μέσα σε 2 χρόνια.

Σε πολλές περιπτώσεις η αποκατάσταση δεν είναι πλήρης, γι' αυτό και ο άρρωστος προσαρμόζεται εργασιακώς και κοινωνικώς σε υποδεέστερο επίπεδο.

Η θεραπεία στηρίζεται στην αλόσυρη του οινόπνεύματος κατά τρόπο ασυνεχή και εντατική θεραπεία με ευρεία χρήση βιταμινών του συμπλέγματος Β (ιδίως Β₁-Β₁₂) και περισσότερο παρεντερικώς θειαμίνη

επί διάστημα εβδομάδων με παράλληλη χορήγηση μαγιάς σε παγωμένο γάλα τρεις φορές τη μέρα, καθώς και άλλες τροφές (αυγά, φρούτα, κρέας, κ.α.) πλούσιες σε βιταμίνες Β. Συνιστάται πάντως η χορήγηση της Β₁ τουλάχιστον επί 6 μήνες. Για την καταπολέμηση των νευρικών φαινομένων προσθήκη μασάζ και ασκήσεων.

5.2.δ Αλκοολική Τοξίκωση

Πρόκειται για τη γνωστή μας μέθη, που χαρακτηρίζεται από δυσπροσαρμοστικές μεταβολές της συμπεριφοράς - έκπτωση της κρίσης, κατάργηση των αναστολών των σεξουαλικών και επιθετικών παρορμήσεων (τσακωμοί, απρέπειες, κ.α.), ευμετάβλητο συναίσθημα, παρεμπόδιση της κοινωνικής και επαγγελματικής λειτουργίας και άλλα συμπτώματα όπως δυσαρθρική ομιλία, αστάθεια του βαδίσματος, διαταρχή του συντονισμού των κινήσεων, νυσταγμός, εξέρυθρο προσώπείο, ευερεθιστότητα, πολυλογία, έκπτωση της προσοχής και της μνήμης.

Επιπλέον, χαρακτηριστικά του ατόμου μπορούν να αλλοιωθούν κάτω από την επίδραση του αλκοόλ. Έτσι, π.χ. ένα καχύποπτο άτομο μπορεί να γίνει παρανοϊκό, ή κάποιος που αποτραβιέται και αισθάνεται άβολα με κοινωνικές καταστάσεις μπορεί να γίνει υπερβολικά ζωηρός και κεφάτος.

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

5.2.ε Αλκοολική Ψευδαισθήτωση

Το κύριο χαρακτηριστικό της αλκοολικής ψευδαισθήτωσης είναι μια ψευδαισθήτωση, κυρίως ακουστική, που επιμένει και μετά την ανάρρωση του ατόμου από τα συμπτώματα του αλκοολικού στερητικού

συνδρόμου και την παύση του ποτού. Η ένταξη είναι συνήθως 24 - 28 ώρες μετά την παύση του ποτού. Οι ψευδαισθήσεις δεν αποτελούν μέρος του αλκοολικού στερητικού παραληρήματος.

Η διαταραχή μπορεί να συμβεί σε κάθε ηλικία. Σε ορισμένες περιπτώσεις, οι ψευδαισθήσεις διαρκούν αρκετές εβδομάδες, σ' άλλες περιπτώσεις φαίνονται να είναι μόνιμες. Η πάθηση είναι πολύ σπάνια.

Η συνήθης αλκοολική ψευδαισθήτωση διαφέρει από την Σχιζοφρένεια από τη βραχεία πορεία της, τη χρονική σχέση με το αλκοολικό στερητικό σύνδρομο και την απουσία ιστορικού σχιζοφρένειας. Η αλκοολική ψευδαισθήτωση περιγράφεται συνήθως ως μια κατάσταση που εκδηλώνεται πρώιμα από ακουστικές ψευδαισθήσεις, μπορεί να είναι όμως και οπτικές. Μερικές φορές οι ψευδαισθήσεις αυτές συνοδεύονται από παραισθήσεις. Το περιεχόμενό τους είναι κυρίως απειλητικό και δημιουργούν έντονο άγχος και φόβο στον ασθενή. Δεν υπάρχει θόλωση της συνείδησης και η εισβολή είναι οξεία. Το θέμα της αλκοολικής ψευδαισθήτωσης δεν έχει λυθεί ποτέ, εν μέρει γιατί είναι σπάνια και έχει μελετηθεί λίγο, και εν μέρει εξαιτίας της δυσκολίας να γίνει διάγνωση προϋπάρχουσας ψυχιατρικής ασθένειας σ' ένα άτομο που πίνει πάρα πολύ για πολλά χρόνια.

Η θεραπεία της αλκοολικής ψευδαισθήτωσης είναι περίπου όμοια με αυτή του τρομάδους παραληρήματος - με χλωροδιαζεποξείδη, επαρκή διατροφή και υγρά αν είναι απαραίτητο. Σε απουσία βελτίωσης μ' αυτή τη δίαιτα, μπορούν να χρησιμοποιηθούν και οι φαινοθειαζίνες.

5.2.ζ Σύνδρομο Ζηλοτυπίας (Οθέλου)

Είναι δυνατόν να υπήρχαν και από πριν στοιχεία ζηλοτυπίας στο άτομο, αλλά η κατάσταση αυτή μπορεί να εμφανιστεί και σε άτομο που πριν δεν είχε κανένα τέτοιο στοιχείο. Μερικές φορές εμφανίζεται αιφνίδια. Παρουσιάζεται κυρίως σε άνδρες και έχει σαν αντικείμενο τη σύζυγο ή φίλη. Χαρακτηρίζεται από εντονότερες ιδέες ζήλιας, που παίρνουν παράλογο χαρακτήρα.

Ο αλκοολικός ασθενής κατηγορεί συνεχώς τη σύζυγο ότι τον απατά, προσπαθεί να ελέγξει κάθε κίνησή της, κ.λ.π. Ολόκληρη η σκέψη

του καταλαμβάνεται από τις ζηλόφθονες αυτές ιδέες, δεν μπορεί να συγκεντρωθεί κι αν βρίσκεται σε θεραπεία, δεν είναι ικανός να τη συνεχίσει, γιατί θα πρέπει να επιστρέφει κοντά στη σύντροφό του για να την ελέγχει.

Από ψυχοαναλυτική θεώρηση έχουμε μια κατάσταση προβολικής σκέψης, κατά την οποία ο αλκοολικός προσπαθεί να απελευθερωθεί από τις δικές του τύψεις - μια και πολύ λίγο είναι σε θέση να εκτελεί τα συζυγικά του καθήκοντα - φορτώνοντάς τες στη σύντροφό του. Ίσως μερικά εγκλήματα <<τιμής>> (14%) να έχουν την εξήγησή τους στον αλκοολισμό.

5.2.η Μελαγχολία - Αυτοκτονικός ιδεασμός

Παρ' όλο που το πιστό μπορεί να προωθήσει τα ευχάριστα αισθήματα για λίγες ώρες, η μακρόχρονη κατανάλωση οδηγεί πάντα σε μια βαθμιαία επιδείνωση της ψυχικής διάθεσης. Αφού πει για μερικές μέρες, το άτομο που πίνει πολύ θ' αρχίσει να νιώθει περισσότερη κατάθλιψη και ευερεθιστότητα. Μπορεί να δυσκολεύεται να αντιμετωπίσει άλλους ανθρώπους και να γίνει εύκολη λεία δυστυχισμένων και καχύποπτων σκέψεων.

Η κατάθλιψη και η αυτοκτονία είναι τόσο κοινές μεταξύ των αλκοολικών, όσο σχεδόν και στους ανθρώπους, που πάσχουν από την καθαρή μορφή της κατάθλιψης. Σε μερικές περιπτώσεις, η κατάθλιψη μπορεί να είναι η αιτία που οδηγεί στο πιστό, σε άλλες, όμως, περιπτώσεις, μπορεί να είναι το αποτέλεσμα της βαριάς χρήσης της αλκοόλης και το άτομο ανακουφίζεται με την αποχή από το πιστό.

5.2.θ Άνοια Συνδεδεμένη με Αλκοολισμό

Είναι από τις χειρότερες καταλήξεις του αλκοολισμού. Το κύριο χαρακτηριστικό της άνοιας που συνδέεται με τον αλκοολισμό είναι μια άνοια (έκπτωση στη διάνοηση, στις ιδέες, στη μνήμη, στην κρίση και στην ικανότητα για συγκέντρωση) που συνεχίζει τουλάχιστον 3 εβδομάδες μετά την παύση παρατεταμένης χρήσης αλκοόλ και για την οποία όλες οι άλλες αιτίες άνοιας έχουν αποκλειστεί. Μπορεί να υπάρχουν και

άλλες επιπλοκές του αλκοολισμού, όπως περιφερική νευροπάθεια, κίρρωση κ.α. Επειδή χρειάζονται πολλά χρόνια βαρειού αλκοολισμού, η διαταραχή σπάνια εμφανίζεται πριν τα 35 χρόνια.

5.3 Κοινωνικά προβλήματα

5.3.α Οικογενειακά προβλήματα

Η κατάχρηση αλκοόλ μπορεί να προκαλέσει προβλήματα στην οικογένεια και να την οδηγήσει σε κατάρπωση. Η οικογένεια έχει να αντιμετωπίσει μια αναπάντεχη κατάσταση και δημιουργείται σύγχυση. Στην αρχή η οικογένεια μπορεί να περάσει πολύ καιρό προσπαθώντας να αποφασίσει εάν πράγματι κάτι δεν πηγαίνει καλά. Κατόπιν έχοντας αποφασίσει, υπάρχει μια σύγχυση ως προς τι ακριβώς δεν πηγαίνει καλά.

Η υπερβολική χρήση ποτού ενός απ' τους δύο συζύγους μπορεί να δημιουργήσει την ανάγκη αλλαγής καθηκόντων μέσα στην οικογένεια. Η σύζυγος ενός προβληματικού πότη μπορεί να χρειασθεί να βρει εργασία για να πληρωθούν οι υποχρεώσεις. Τα μεγαλύτερα παιδιά της συζύγου πότη μπορεί να χρειασθεί να αναλάβουν τη φροντίδα των μικρότερων παιδιών της οικογένειας.

Σαν αποτέλεσμα του αλκοόλ η οικογένεια μπορεί να απομονωθεί. Η σύζυγος και τα παιδιά ντρέπονται να φέρουν φίλους στο σπίτι, όπου έχει αποδιαρθρωθεί υλικά ή συναισθηματικά ή και τα δύο, ή όπου οι φίλοι τους δεν μπορούν να σιγουρευτούν ότι είναι καλοδεχούμενοι, γιατί η συμπεριφορά του πότη είναι εκ των προτέρων άγνωστη. Μπορεί επίσης να μην υπάρχει χρόνος για διασκέδαση καθώς τα μέλη της οικογένειας αναλαμβάνουν νέα καθήκοντα και ασχολίες.

Φαίνεται, επίσης, να επικρατεί μέσα στην οικογένεια μια καταπίεση, η οποία μπορεί να έχει σχέση με την απώλεια της συνεκτικότητας και ζεστασιάς μεταξύ των μελών της οικογένειας και καταλήγει από τα άτομα που κλείνονται στον εαυτό τους. Καθώς αποφεύγονται αυτές οι κοινωνικές καταστάσεις, το αλκοόλ μπορεί να αναφλέξει το θυμό. Η καταπίεση στην οικογένεια μπορεί, επίσης, να προέρχεται από τη βία που εξασκείται από τον πότη στα μέλη της.

Πιστεύεται, ακόμη, ευρύτατα, ότι τα παιδιά των αλκοολικών διατρέχουν σοβαρό κίνδυνο να γίνουν τα ίδια αλκοολικά. Έχει υπολογιστεί ότι 25 - 50% των αλκοολικών είχαν ένα γονιό ή ένα στενό συγγενή αλκοολικό και ότι τα παιδιά αλκοολικών γονιών έχουν τη διπλάσια πιθανότητα να γίνουν τα ίδια αλκοολικά από τα παιδιά που δεν έχουν αλκοολικούς γονείς. Επίσης, τα παιδιά των αλκοολικών παρουσιάζουν παράφορη ψυχική διάθεση, υπερβολική επιθετικότητα κατά των άλλων παιδιών και αντικοινωνική συμπεριφορά στην κοινωνία και στο σχολείο. Μπορεί, όμως, να είναι περισσότερο απομονωμένα σε σχέση με φίλους και κοινωνική δραστηριότητα.

Πάντως, από παρατηρήσεις που έχουν γίνει, έχει φανεί ότι τα παιδιά, που έχουν επηρεασθεί από τα προβλήματα που τους δημιουργούν οι αλκοολικοί γονείς τους, βελτιώνονται όταν ο πάππος γονέας βρίσκεται σε θεραπεία.

5.3.β Εργασιακά προβλήματα

Εκτός από τις επιδράσεις στην οικογένεια, μερικές από τις αρχικές συνέπειες του αλκοόλ λαμβάνουν χώρα και στην επαγγελματική σφαίρα του ατόμου. Μπορεί να υπάρξει ασταθές ωράριο ή αργοπορία λόγω του ότι το άτομο άργησε να συνέλθει από τη μέθη του. Μέθη κατά τη διάρκεια της εργασίας μπορεί να εξάψει το θυμό, να βλάψει την αποδοτικότητα και να αυξήσει τους κινδύνους εργατικών ατυχημάτων. Μετά από συνεχείς προειδοποιήσεις μπορεί να επακολουθήσει η απόλυση και μετά η ανεργία. Το βιοτικό επίπεδο θα υποβαθμισθεί και οι λογαριασμοί θα μένουν απλήρωτοι. Αναπόφευκτα βασικές ανάγκες, όπως νερό, ρεύμα κ.λ.π. θα αποσυνδεθούν και μπορεί να ακολουθήσει και έξωση.

5.3.γ Εγκληματική συμπεριφορά - Ποινικά αδικήματα

Ένα μεγάλο ζήτημα για την κατανάλωση του αλκοόλ παραμένει πάντα η σχέση εγκληματικότητας και κατανάλωσης οινόπνευματος. Σε διάφορες χώρες έχει διαπιστωθεί, κυρίως σε νεαρά άτομα, ότι στις περισσότερες περιπτώσεις πριν από κάποια εγκληματική ενέργεια

καταναλώθηκε οινόπνευμα. Υπολογίζεται ακόμη ότι οι μισές ανθρωποκτονίες προέρχονται από τη μέθη, δράστη και θύματος, ενώ πολύ σημαντικό ρόλο φαίνεται να παίζει η κατανάλωση αλκοόλ στις αυτοκτονίες. Η οδήγηση υπό μέθη είναι ένα από τα πιο κοινά εγκλήματα που σχετίζονται με τη μέθη, όπως επίσης και η κλοπή και φυγή οδηγώντας από νεαρά άτομα. Πότες, οι οποίοι είναι μεθυσμένοι και κυκλοφορούν, είναι υπό τον κίνδυνο να συλληφθούν για παραβάσεις μέθης, όπως απλή μέθη, μέθη και αταξία, μέθη και ανικανότητα, ή διατάραξη κοινής ησυχίας. Μια σειρά από εγκλήματα βίας, όπως επίθεση, βιασμός και έγκλημα, μπορούν να συμβούν κατά την αλκοολική μέθη από το μέρος του επιτιθέμενου ή του θύματος ή και των δύο. Οι ψυχολόγοι Κλάρκ και Λούις μελέτησαν, το 1977, 116 περιπτώσεις δηλωθέντων βιασμών στο Τορόντο και βρήκαν ότι η επίδραση του αλκοόλ ήταν έντονη στο 31% αυτών των περιπτώσεων.

Στη Γαλλία σε εγκληματίες που καταδικάστηκαν με ποινές πάνω από 3 έτη και σε σύνολο 250 κρατουμένων στις φυλακές Fresnes, το 29% ήταν χρόνιοι αλκοολικοί, το 8% σε κατάσταση μέθης και το 24% απόγονοι αλκοολικών, δηλαδή σύνολο 61%.

Μόνο στη Γερμανία, όπου το 1% του πληθυσμού είναι σοβαρά αλκοολικοί, τα 50% των εγκλημάτων έχουν άμεση ή έμμεση σχέση με το αλκοόλ. Ενώ, σήμερα, στην Αγγλία και στην Ουαλλία συλλαμβάνονται 100.000 άνθρωποι το χρόνο για μέθη και 3.000 καταδικάζονται και φυλακίζονται.

Από τους πιο πάνω αριθμούς και γενικότερα από τη μελέτη των στατιστικών γύρω από τα εγκλήματα προκύπτει με σαφήνεια ότι ένα μεγάλο ποσοστό εγκλημάτων οφείλεται στον αλκοολισμό ή τη χρήση οينوπνευματωδών ποτών.

5.3.8 Οικονομικές επιπτώσεις

Κοστίζει χρήματα το να πίνει κάποιος ακόμα περισσότερο το να πίνει καθημερινά και πολύ. Ο πιο "βαρύς" πότης μπορεί να προστατευθεί τουλάχιστον για λίγο από την οικονομική δυσχέρεια και τα χρέη, τα οποία γρήγορα θα κάνουν πολύπλοκη τη συνήθεια του ποτού στον πότη, ο οποίος μόλις μετά βίας προσπαθεί να ανταπεξέλθει.

Όταν τα χρήματα του αλκοολικού τελειώσουν, μπορεί να είναι τότε ο γραμματέας της εταιρείας που θα κλέψει από τον ισολογισμό, ο εργάτης που θα κλέψει από το εργοστάσιο και η νοικοκυρά που θα κλέψει από το κατάστημα τροφίμων. Επίσης τα μέλη της οικογένειας μπορεί να υποφέρουν όσο και ο πότης από πλευρά στέγης. Η οικογένεια μπορεί να καταφέρει να βολευτεί σε ενοικιασμένο οίκημα εάν ο πότης φύγει, αλλά μπορεί να είναι δύσκολο αν αυτός είναι ο συντηρητής της οικογένειας. Ο προβληματικός πότης, ο οποίος φεύγει να ζήσει μόνος του, μπορεί να κατέβει την στεγαστική ποιοτική κλίμακα και να καταλήξει να ζει σε οίκημα αστέγων. Αυτά τα προβλήματα σπανίως συμβαίνουν ανεξάρτητα και συνήθως οι προβληματικοί πότες έχουν μια σειρά από συσχετιζόμενα φυσικά, ψυχολογικά και κοινωνικά προβλήματα που ορθώνονται από το αλκοόλ.

5.3.ε Αλκοόλ και ατυχήματα

Η τοξίκωση από την αλκοόλη μπορεί να προκαλέσει την ατρόμητη και παράτολμη συμπεριφορά και να έχει τραγικές συνέπειες, ιδιαίτερα όταν καταλήγει σε αυτοκινητιστικά, βιομηχανικά και οικιακά ατυχήματα.

Έχει συμβεί έμπειροι οδηγοί λεωφορείων να επιχειρήσουν να τα οδηγήσουν μέσα από χώρο, που είναι ως και 30 εκ. στενότερος από τα οχήματά τους μετά από δύο διπλά ούισκυ. Τα προβλήματα στην οδήγηση παρατηρούνται και σε χαμηλά επίπεδα περιεκτικότητας αλκοόλης στο αίμα.

Η μέση επιδείνωση στην οδήγηση είναι της τάξεως του 12%. Σ' αυτό το επίπεδο οι οδηγοί κινδυνεύουν πολύ περισσότερο να προκαλέσουν ατυχήματα. Η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας υπολογίζει ότι στην Αυστραλία, για παράδειγμα, τουλάχιστον το 50% των θανάτων από αυτοκινητιστικά δυστυχήματα έχουν κάποια σχέση με την κατανάλωση της αλκοόλης. Αυτό το είδος των ατυχημάτων που σχετίζονται με την αλκοόλη σκοτώνουν περισσότερους ανθρώπους απ' ό,τι όλες οι μολυσματικές αρρώστειες μαζί.

Η αλκοόλη συνδέεται, επίσης, μ' ένα σημαντικό ποσοστό των οικιακών και βιομηχανικών ατυχημάτων. Μια μελέτη που έγινε σε μια

περιοχή του Παρισιού για τα ατυχήματα στον τόπο εργασίας, βρήκε πως 10 - 15% οφείλονται στη μέθη. Μια άλλη μελέτη για τα θύματα μη τροχαίων ατυχημάτων στην Ελβετία, μεταξύ 1964 και 1970, έδειξε ότι 24% των θυμάτων ήταν υπό την επήρεια του αλκοόλ κατά την άφιξή τους στο νοσοκομείο. Επίσης, η χρήση αλκοόλ έχει συνδεθεί με το 69% των πνιγμών και το 44% των θανάτων πιλότων κατά τη συντριβή των αεροπλάνων τους.

Είναι σαφές πως η αλκοόλη πολλαπλασιάζει σημαντικά τους κινδύνους κάθε επαγγέλματος, όπου τα ατυχήματα αποφεύγονται με επαγρύπνηση και καθαρό μυαλό.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6ο

6. ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΟΥ ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΥ

6.1 Πορεία του προβλήματος

Η εξέλιξη της διαταραχής είναι συνήθως προοδευτική και καταλήγει σε μια κατάσταση χρόνια ή επεισοδιακή, παροδική με συχνές υποτροπές.

Πριν να φτάσει στο χρόνια στάδιο ο αλκοολικός περνάει αργά μέσα από δύο χαρακτηριστικές φάσεις: κατά τη διάρκεια της πρώτης φάσης το άτομο γνωρίζει το οινόπνευμα, πίνει και βλέποντας μια βελτίωση της ψυχολογικής του κατάστασης, αναγνωρίζει στο οινόπνευμα ένα ηρεμιστικό της αγωνίας του* στη συνέχεια, ανατρέχει σε μια πιο συχνή χρήση, ενώ συγχρόνως εμφανίζονται αισθήματα ενοχής και προσπάθειες ελέγχου.

Η δεύτερη φάση, ονομάζεται "ενδιάμεση ή προχρόνια", χαρακτηρίζεται από το γεγονός ότι το άτομο, από μια χρήση που ελέγχει περνάει σε μια υπέρμετρη κατάχρηση* σ' αυτό το σημείο φεύγουν τα αισθήματα ενοχής και ηθικά φράγματα, το άτομο απομονώνεται και του αναπτύσσονται αισθήματα έξαψης, ενθουσιασμού. Ο αλκοολικός έχει ανάγκη να κάνει καθημερινή χρήση αλκοόλ για να μπορεί να λειτουργήσει κανονικά ως άτομο, και αν προσπαθήσει να ελαττώσει ή να πάψει το πιστό, αποτυχαίνει. Η εξάρτηση από το πιστό συνεχίζεται, μόνο που αρχίζουν να παρουσιάζονται σωματικές διαταραχές, επαγγελματικές και κοινωνικές - βίαιη συμπεριφορά στο σπίτι, απουσίες από την εργασία και στο τέλος απόλυση, δόσοληψίες με το νόμο για φιλονικίες ή τροχαία ατυχήματα κ.ο.κ.

Μετά ο αλκοολικός μπαίνει στο στάδιο του χρόνιου αλκοολικού που έχει σαν κύριο χαρακτηριστικό τον εθισμό. Ο εθισμός επέρχεται μετά από συνεχή κατάχρηση αλκοόλ για πέντε ή περισσότερα χρόνια, ο

οποίος εκφράζεται με δύο τρόπους: με την ανεκτικότητα και με το στερεπτικό σύνδρομο.

Τώρα ας παρατηρήσουμε με ποιες εκδηλώσεις παρουσιάζεται η χρόνια φάση, της οποίας βασικό στοιχείο είναι ο χρόνιος εμποτισμός με το οινόπνευμα. Το άτομο εμφανίζεται καχεκτικό, ανέκφραστο, ανήσυχο, με κόκκινα μάτια και με τη χαρακτηριστική δυσσομία της αναπνοής. Έχει ένα ασπροκίτρινο χρώμα και το δέρμα φαίνεται αυλακωμένο από λεπτές διεσταλμένες φλέβες. Εξάλλου, στη γραφή παρουσιάζονται αβέβαια γραφικά σημάδια και τρεμούλα στα πάνω άκρα. Από ψυχική άποψη, παρατηρούνται διαφοροποιήσεις αρνητικές του χαρακτήρα με ευερεθιστικότητα και δειλή επιθετικότητα απέναντι στους αδυνάτους.

Υπάρχει αναστολή των ηθικών αρχών και μια προοδευτική απώλεια των κοινωνικών επαφών. Η προσοχή γίνεται ασταθής και οι μνημονικές ικανότητες μειώνονται. Παρατηρείται μια καθολική κατάπτωση, που προοδευτικά επεκτείνεται σε όλες τις ψυχικές λειτουργίες μέχρι να καταλήξει στην αλκοολική άνοια. Άλλα τυπικά χαρακτηριστικά της χρόνιας φάσης είναι η συναισθηματική αστάθεια, η αδιαφορία στα αισθήματα και ο τόνος της διάθεσης που φαίνεται διαφοροποιημένος με την έννοια της οξυθυμίας και της κατάθλιψης.

6.2 Διαγνωστικά κριτήρια

Ο αλκοολικός θα διαφύγει τη διάγνωση, αν ο εξεταστής (γιατρός, νοσηλευτής, ερευνητής) δεν ψάξει ενεργητικά γι' αυτήν. Κάθε εξέταση του εξεταστή οποιασδήποτε ειδικότητας, πρέπει να περιλαμβάνει ιστορικό χρήσης αλκοόλ ή άλλων ουσιών. Και πρέπει η διαίσθηση και η προσοχή του εξεταστή να είναι στραμμένη προς την πιθανή εξάρτηση του αλκοόλ.

Γι' αυτό είναι καλύτερο αν ο εξεταστής θεωρεί σαν δεδομένο ότι ο ασθενής του κάνει κάποια χρήση αλκοόλ και αρχίζει με ερωτήσεις όπως "Πόσο πίνεις; Σε ποιές περιστάσεις; Πόσο συχνά;". Όσο πιο ασαφείς είναι οι απαντήσεις τόσο ο γιατρός θα πρέπει να διαμορφώσει τις ερωτήσεις

του προς την κατεύθυνση της πιθανής υπερεκτίμησης του προβλήματος και όχι της υποτίμησής του.

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

Ιδιαίτερα χρειάζεται προσοχή στην ανίχνευση σημείων στερητικού συνδρόμου (πρωίνες "τρεμούλες", παροδικές ψευδαισθήσεις ή παραισθήσεις) ή αμνησιακών κενών στη διάρκεια της μέθης, γιατί αυτά καταδεικνύουν τη σοβαρότητα του προβλήματος και προσιωνίζουν σοβαρές στερητικές αντιδράσεις στο μέλλον.

Η επιβεβαίωση της διάγνωσης έγκειται στη χρησιμότητα εργαστηριακών μεθόδων ανίχνευσης του αλκοόλ με ειδικά tests.

6.3 Θεραπεία

Σήμερα γνωρίζουμε ότι ο αλκοολισμός είναι ασθένεια κι όχι ηθική κατάπτωση ή αμαρτία. Επομένως δε φορτώνουμε ενοχή τον αλκοολικό, που τις περισσότερες φορές νιώθει ήδη αρκετή. Αυτό δε σημαίνει, όμως, ότι δεν προσπαθούμε να αναλάβει ο αλκοολικός την ευθύνη για το ότι πίνει και δεν προσπαθούμε να πείσουμε το στενό κύκλο του να μην τον υπερπροστατεύει. Η θεραπεία του αλκοολισμού είναι μακρά και δύσκολη για τους ασθενείς, την οικογένειά τους και τους ίδιους ακόμη τους θεραπευτές. Η θεραπεία μπορεί να αποβεί αποτελεσματική αν: α) δώσει στους ασθενείς ένα μη χημικό υποκατάστατο για την ουσία που στερούνται β) τους θυμίζει συνέχεια ότι ακόμα κι ένα ποτό είναι αρκετό να τους κάνει να υποτροπιάσουν γ) αποκαταστήσει την κοινωνική και σωματική βλάβη που έχουν υποστεί από το αλκοόλ δ) αποκαταστήσει την αυτοεκτίμησή τους.

Με τη θεραπεία του αλκοολισμού στοχεύουμε στην αποτοξίνωση του ατόμου από την εθιστική ουσία και στην αποθεραπεία του έτσι ώστε να πετύχουμε την ομαλή επανένταξή του στο κοινωνικό σύνολο. Η αποτοξίνωση απαιτεί ιδιαίτερη πείρα του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού επειδή κάθε περίπτωση είναι ξεχωριστή. Δεν μπορεί π.χ. να εφαρμοστεί η ίδια θεραπεία στο σωματικά υγιή μ' αυτόν που έχει κίρρωση του ήπατος, φυματίωση, νευρολογικές διαταραχές κ.λ.π. Η αποθεραπεία από την άλλη, κρατά αρκετά χρόνια και έχει γενικότερο ψυχοθεραπευτικό χαρακτήρα, γιατί χειρίζεται όλες τις προβληματικές πτυχές της προσωπικότητας του ατόμου, που ήταν και οι κύριες αιτίες της αλκοολικής πορείας του.

Η αντιμετώπιση του αλκοολισμού αποτελεί μέλημα όλων των χωρών του πολιτισμένου κόσμου, για την εξουδετέρωση των κακών συνεπειών του και για τη σωτηρία των ατόμων εκείνων, που υπόκεινται στις καταστρεπτικές συνέπειες από την κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών.

Οι θεραπευτικές προσεγγίσεις του αλκοολισμού μπορούν να χωριστούν στις εξείς κατηγορίες:

6.3.α Φαρμακολογική προσέγγιση

Η πλειοψηφία των σχετικών δημοσιευμάτων έχει επικεντρωθεί στη χρήση των φαρμάκων Antabuse και το Abstem (Disulfiram) που όπως είναι γνωστό αναστέλλουν τη δράση της αλκοολικής δεϋδρογενάσης και κατ' επέκταση της μετατροπής της αλκοόλης σε ακεταλδεϋδη. Τα παραπάνω φάρμακα δημιουργούν μια δυσάρεστη και συχνά "βίαιη" αντίδραση στο άτομο όταν τα χρησιμοποιεί παράλληλα με το αλκοόλ. Στις αρχές τις δεκαετίας του '50 η χρήση των παραπάνω φαρμάκων στη θεραπεία του αλκοολισμού ήταν ευρεία παρ' όλες τις παρενέργειες που προκαλούσαν (π.χ. δερματολογικά προβλήματα, νωθρότητα, πονοκέφαλο, ανικανότητα κ.λ.π.).

Εκτός από το Disulfiram, μια άλλη ουσία που χρησιμοποιήθηκε προς το τέλος της δεκαετίας του '50 για τη θεραπεία του αλκοολισμού ήταν η Metronidazole (Flagyl). Η αρχική χρήση αυτής της ουσίας ήταν για τη θεραπεία των ουρολοιμώξεων ενώ μια από τις παρενέργειές της

ήταν η αποστροφή προς το αλκοόλ. Αρχικές έρευνες για την αποτελεσματικότητα του flagyl έδειξαν ποσοστά επιτυχίας μέχρι και 90% των ασθενών για περιόδους από 2 - 5 μήνες. Αργότερα όμως, καλά ελεγχόμενες κλινικές δοκιμασίες με στόχο την αξιολόγηση του flagyl έδειξαν πολύ χαμηλά ποσοστά επιτυχίας.

Η τρίτη ομάδα φαρμάκων που χρησιμοποιήθηκε για τη θεραπεία της εξάρτησης από το αλκοόλ ήταν τα αγχολυτικά και τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα. Μελέτες με στόχο την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας αγχολυτικών φαρμάκων (κυρίως Librium) στη θεραπεία του αλκοολισμού, έδειξαν παρόμοια αποτελέσματα σε 3 ομάδες ασθενών που τους χορηγήθηκε Librium, placebo ή καθόλου φάρμακο αντιστοίχως.

Συμπερασματικά μπορούμε να πούμε, ότι μια σύντομη ανασκόπηση της βιβλιογραφίας που αφορά τη φαρμακευτική προσέγγιση της θεραπείας του αλκοολισμού δείχνει τη σχετική αναποτελεσματικότητα αυτής της προσέγγισης και την πληθώρα των μεθοδολογικών προβλημάτων που χαρακτηρίζει τις παραπάνω μελέτες.

Όπως παρατηρούν διάφοροι ερευνητές: "δεν υπάρχει κανένα φάρμακο που να μειώνει αποτελεσματικά την κατάχρηση της αλκοόλης σε ελεγχόμενες δοκιμασίες και είναι αμφίβολο αν η αποτελεσματική αντιμετώπιση των κυριότερων συμπτωμάτων (του αλκοολισμού) βελτιώνει τα ποσοστά υποτροπής".

6.3.β Ψυχολογική προσέγγιση

6.3.β.1 Ψυχοθεραπεία

Χρησιμοποιείται σε συνδυασμό με άλλες υποστηρικτικές μεθόδους και εφαρμόζεται είτε κατά τη διάρκεια της παραμονής του ατόμου στο νοσοκομείο είτε αργότερα κατά τη διάρκεια κάποιου προγράμματος εξωνοσοκομειακής θεραπείας. Η ψυχοθεραπεία γίνεται είτε σε ομαδικό είτε σε ατομικό επίπεδο. Είναι ιδιαίτερα χρήσιμη στην αποκάλυψη οικογενειακών προβλημάτων ή συγκρούσεων που συντηρούν τον αλκοολισμό του ασθενή. Στην ψυχοθεραπεία του αλκοολισμού πολλές φορές μπορεί να συμμετάσχει και η οικογένειά του. Η ψυχοθεραπεία

όμως δεν μπορεί να είναι αποτελεσματική παρά μόνο αφού ο ασθενής αποτοξινωθεί, γιατί μόνο τότε μπορεί να μιλήσει για τα βαθύτερα συναισθήματα και τα προβλήματα που τον οδήγησαν στο αλκοόλ.

Ατομική ψυχοθεραπεία

Σε μια πρόσφατη έρευνα, οι Pomelreau et al (1978) σύγκριναν την αποτελεσματικότητα της ατομικής ψυχοδυναμικής ψυχοθεραπείας με αυτή της θεραπείας συμπεριφοράς σε δύο ομάδες αλκοολικών. Η αξιολόγηση των παραπάνω ομάδων μετά από διαχρονική παρακολούθηση 12 μηνών έδειξε ότι η ομάδα που έλαβε τη θεραπεία συμπεριφοράς είχε ποσοστό βελτίωσης 72% έναντι ποσοστού 50% της άλλης ομάδας. Όπως παρατηρούν αυτοί οι ερευνητές, η διαφορά στην αποτελεσματικότητα μπορεί να οφείλεται στο μεγάλο ποσοστό αποχώρησης (drop - outs) ατόμων από την ομάδα της ψυχοδυναμικής ψυχοθεραπείας.

Ομαδική ψυχοθεραπεία

Η ομαδική ψυχοθεραπεία βασίζεται σε παρόμοιες αρχές με αυτές της ατομικής ψυχοθεραπείας. Η ομαδική ψυχοθεραπεία (η συστηματική χρήση της οποίας άρχισε μετά το Β' Παγκόσμιο Πόλεμο) είναι η πλέον "δημοφιλής" προσέγγιση που υιοθετούν τα περισσότερα ψυχιατρικά θεραπευτικά προγράμματα των ΗΠΑ και της Μ. Βρετανίας. Σε πολλές μελέτες η ομαδική ψυχοθεραπεία αποτελεί μέρος "πολυδιάστατων θεραπευτικών προγραμμάτων" γεγονός που προκαλεί ευνόητα προβλήματα αξιολόγησης.

Σε μια μελέτη των Kissin et al (1970) αξιολογήθηκε η αποτελεσματικότητα τριών θεραπευτικών προσεγγίσεων. Ομαδική ψυχοθεραπεία, φαρμακοθεραπεία, πρόγραμμα επανένταξης και ομάδα ελέγχου (καμία θεραπεία). Τα ποσοστά επιτυχίας για τις αντίστοιχες ομάδες ήταν: 35,5%, 21,2%, 15,2% και 4,9%. Τα παραπάνω αποτελέσματα αμφισβητήθηκαν από τους ερευνητές γιατί πολλοί ασθενείς άλλαξαν τις θεραπείες τους μετά από την τυχαία κατανομή τους στις παραπάνω ομάδες!

6.3.β.2 Θεραπεία συμπεριφοράς

Αυτή η θεραπεία βασίζεται στην αρχή ότι το άτομο έχει μάθει λανθασμένες αντιδράσεις στα ερεθίσματα και γι' αυτό η συμπεριφορά του πρέπει να διορθωθεί με διάφορες επανορθωτικές μεθόδους. Οι τεχνικές που χρησιμοποιούνται στη θεραπεία της συμπεριφοράς είναι απευαισθητοποίηση, χαλάρωση, ύπνωση κ.αλ.

6.3.γ Ειδικές προσεγγίσεις και θεραπευτικά προγράμματα

6.3.γ.1 Εργασιοθεραπεία

Σκοπός της εργασιοθεραπείας στους αλκοολικούς είναι να επαναφέρει τον ασθενή στο κοινωνικό επίπεδο λειτουργικής ικανότητας, έτσι ώστε να γίνει και πάλι ο ασθενής ένα ενεργό κύτταρο του κοινωνικού συνόλου. Με την εργασιοθεραπεία αποσπάται η σκέψη του ασθενή από το ποτό, αρχίζει να νιώθει πάλι χρήσιμος και δημιουργικός, απαντά τις παλιές ικανότητές του και η εμπιστοσύνη προς τον εαυτό του καθώς και η αυτοεκτίμησή του επιστρέφουν.

6.3.γ.2 Υποστηρικτικές Υπηρεσίες

Κέντρα θεραπείας αλκοολισμού (Alcohol treatment centers)

Τα κέντρα θεραπείας αλκοολισμού (ΚΘΑ) έχουν τη μορφή της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης και είναι ευρέως διαδεδομένα στις ΗΠΑ. Σε μια πρόσφατη αναφορά σχετικά με τη λειτουργικότητα 396 ΚΘΑ στις ΗΠΑ, ο Boscarino (1980) σχολιάζει, μεταξύ άλλων, ότι κάθε Κέντρο χορηγεί υπηρεσίες σε περισσότερα από 800 άτομα το χρόνο. Τα Κέντρα προσφέρουν μια ποικιλία θεραπευτικών προσεγγίσεων (ομάδες ΑΑ, φαρμακοθεραπεία, ομαδική θεραπεία, κ.λ.π.) σε άτομα που παραπέμπονται συνήθως από τα δικαστήρια(22,5%) ή παρακολουθούν το πρόγραμμα εθελοντικά (22%). Τα περισσότερα κέντρα διαθέτουν ερευνητικές μονάδες και στελεχώνονται αποκλειστικά από "ειδικούς συμβούλους" (Alcohol counsellors) ενώ ένας ψυχίατρος (για κάθε τρία κέντρα) έχει τη γενική ευθύνη των δραστηριοτήτων των Κέντρων.

Οι μελέτες που αξιολογούν τη θεραπευτική αποτελεσματικότητα των ΚΘΑ είναι ελάχιστες, αλλά σε σύγκριση με έρευνες άλλων προσεγγίσεων είναι πολύ καλύτερες μεθοδολογικά. Η σχετική έρευνα που θα εξετάσουμε στην προκειμένη περίπτωση είναι αυτή του Αιμορ και των συνεργατών του (1976), που έγινε γνωστή ως το Rand Report.

Σ' αυτή την τεραστίων διαστάσεων έρευνα μελετήθηκαν δύο δείγματα αλκοολικών ο αριθμός των οποίων ξεπερνούσε τα 8.000 άτομα (δυστυχώς μόνο άνδρες αλκοολικοί έλαβαν μέρος στην έρευνα) σε 44 ΚΘΑ από όλη την Αμερική. Σχεδόν το 1/3 όλων των ασθενών που είχαν ολοκληρώσει τη θεραπεία τους επανεξετάστηκαν 6 μήνες μετά την έναρξη της θεραπείας. Σύγκριση του επανεξετασθέντος δείγματος με τον αρχικό πληθυσμό της έρευνας δεν έδειξε στατιστικά σημαντικές διαφορές. Η αξιολόγηση των αλκοολικών μετά την εξάμηνη παρακολούθηση έδειξε ότι: το 68% του δείγματος παρουσίασε βελτίωση. Απ' αυτούς που παρουσίασαν βελτίωση, το 18% ήταν σε ολική αποχή από το αλκοόλ κατά τη διάρκεια όλου του εξαμήνου, το 38% είχαν αποχή ενός μηνός και 12% έκαναν περιορισμένη χρήση του αλκοόλ (κοινωνικοί πότες). Ένα από τα αποτελέσματα που συζητήθηκε ευρέως σ' αυτό το στάδιο της έρευνας ήταν τα ποσοστά υποτροπής μετά από την 6μηνη παρακολούθηση. Βρέθηκε ότι 17% των ασθενών που ήταν σε ολική αποχή και το 13% των ασθενών που έκαναν περιορισμένη χρήση του αλκοόλ υποτροπίασαν κατά τη διάρκεια της εξάμηνης παρακολούθησης. Συνοψίζοντας τα αποτελέσματα αυτής της έρευνας έδειξαν ότι τα ποσοστά βελτίωσης στους 18 μήνες και στα 4 χρόνια διαχρονικής παρακολούθησης ήταν 67% και 46% αντιστοίχως.

Ξενώνες

Σύμφωνα με τον Donahue (1971), ο βασικός στόχος της δημιουργίας των ειδικών ξενώνων για αλκοολικούς είναι η επανένταξή τους στην κοινότητα μετά από εντατική νοσοκομειακή περίθαλψη. Τα θεραπευτικά προγράμματα των ξενώνων ποικίλλουν παρόλο που ο κύριος στόχος τους είναι η αποχή από την κατανάλωση του αλκοόλ. Σ' ένα πρόσφατο δημοσίευμα, ο Fubington ανέφερε ότι περίπου το 20% των ασθενών που παρακολουθούν προγράμματα ξενώνων συνεχίζουν την αποχή για 6 ή περισσότερους μήνες μετά το πέρας του προγράμματος. Ο

Smart σύγκρινε την αποτελεσματικότητα νοσοκομειακών προγραμμάτων με διάφορα προγράμματα ξενώνων. Τα αποτελέσματα αυτής της έρευνας δεν έδειξαν διαφορές μεταξύ νοσοκομειακών προγραμμάτων και προγραμμάτων ξενώνων.

Γενικά, το ποσοστό επιτυχίας των προγραμμάτων των ξενώνων (20-60%) δεν διαφέρει από αυτό των άλλων προσεγγίσεων.

6.3.γ.3 Ανώνυμοι Αλκοολικοί (ΑΑ)

Το 1935 στο Άκρον του Οχάιο των ΗΠΑ, ιδρύθηκε η Αδελφότητα "Ανώνυμοι Αλκοολικοί", από δύο θεραπευθέντες αλκοολικούς.

Η Αδελφότητα αυτή σε επίσημη ανακοίνωσή της, το 1952, ανέφερε ότι τα σωματεία που είχε στην εξάρτησή της, ανέρχονταν στις ΗΠΑ σε 3.381 μέλη.

Προκειμένου ένα άτομο να γίνει μέλος ενός των πιο πάνω σωματείων, πρώτα απ' όλα πρέπει να εκδηλώσει την επιθυμία του να διακόψει το πάθος της οινοποσίας. Οι συναντήσεις, που αρχίζουν πολλές φορές ενώ ο αλκοολικός είναι ακόμη στο νοσοκομείο και έχει προχωρήσει αρκετά η αποτοξίνωσή του, γίνεται στις ΗΠΑ στις περισσότερες πόλεις, σε πολλά διαφορετικά μέρη των πόλεων και σε οποιαδήποτε ώρα της μέρας ή της νύχτας. Οι συναντήσεις χαρακτηρίζονται από αλληλοϋποστήριξη του ενός αλκοολικού με τον άλλο και προσεκτική αμφισβήτηση, του τρόπου που ο αλκοολικός πίνει και του τρόπου που αρνείται την αρρώστια του. Το ΑΑ αντικαθιστά τον παθολογικό συντροφικό κύκλο του αλκοολικού με μια ομάδα υποστήριξης και κοινού αγώνα, όπου ο αλκοολικός βοηθιέται, αλλά και βοηθώντας ο ίδιος άλλους αποκαθιστά την αυτοεκτίμησή του.

Ο αλκοολικός επίσης καλείται στον αγώνα εφαρμογής των αρχών του σωματείου, δηλαδή της φιλοσοφίας των "Δώδεκα Βαθμίδων" (Twelve steps) που "επιτάσσει" πίστη στο Θεό και την αποκατάσταση των αλκοολικών στην κοινωνία, θεραπευμένους. Οι δώδεκα αυτές βαθμίδες είναι:

1ο Παραδεχθήκαμε ότι είμαστε ανίσχυροι στο αλκοόλ και ότι η ζωή έχει ξεφύγει από τον έλεγχό μας.

- 2ο Πιστέψαμε ότι μια δύναμη μεγαλύτερη από μας μπορεί να μας επαναφέρει στην ψυχική και πνευματική υγεία.
- 3ο Αποφασίσαμε να παραδώσουμε τη θέσησή μας και τη ζωή μας στη φροντίδα του Θεού, όπως τον αισθανόμαστε.
- 4ο Προβήκαμε σε μια διερευνητική και άφοβη ηθική απογραφή του εαυτού μας.
- 5ο Παραδεχτήκαμε απέναντι στο Θεό, στους εαυτούς μας και τους άλλους ανθρώπους την ακριβή φύση των λαθών μας.
- 6ο Είμαστε εντελώς έτοιμοι ν' αφήσουμε το Θεό να αποσύρει όλα αυτά τα ελαττώματα του χαρακτήρα μας.
- 7ο Ταπεινά του ζητάμε ν' αποσύρει τις ατέλειές μας.
- 8ο Ταξινομήσαμε σ' έναν κατάλογο όλους τους ανθρώπους που βλάψαμε και προθυμοποιηθήκαμε να επανορθώσουμε ό,τι κακό τους είχαμε κάνει.
- 9ο Επανορθώσαμε το κακό σ' αυτούς τους ανθρώπους όποτε αυτό ήταν δυνατό και όταν αυτό δεν έβλαπτε τους ίδιους ή άλλους.
- 10ο Συνεχίσαμε να κάνουμε την προσωπική μας απογραφή και όταν είχαμε άδικο, το παραδεχόμαστε αμέσως.
- 11ο Επιδιώξαμε με την προσευχή και την αυτοσυγκέντρωση, να βελτιώσουμε τη συνειδητή επαφή μας με το Θεό, όπως τον αισθανόμαστε, προσευχόμενοι για να μάθουμε τη θέλησή του σχετικά με εμάς, και για ν' αποκτήσουμε τη δύναμη να την προγραμματίσουμε.
- 12ο Αφού, σαν αποτέλεσμα των βημάτων αυτών αποκτήσαμε ένα πνευματικό ξύπνημα, προσπαθήσαμε να μεταφέρουμε το μήνυμα αυτό και σε άλλους που πάσχουν από αλκοολισμό και να εφαρμόσουμε τούτες τις αρχές σ' όλες μας τις εκδηλώσεις.

Στη χώρα μας ιδρύθηκε πριν λίγα χρόνια η οργάνωση των Ανώνυμων Αλκοολικών και έχει καταρτίσει ένα αξιόλογο πρόγραμμα αναρρώσεως. Επίσης στις ΗΠΑ και άλλες χώρες έχουν δημιουργηθεί το ΑΙ-Αποη, ομάδα αυτοβοήθειας για τις (τους) συζύγους των αλκοολικών και το Alateen, επίσης ομάδα αυτοβοήθειας για εφήβους, παιδιά

αλκοολικών, με σκοπό τη στήριξή τους στην προσπάθεια να τα βγάλουν πέρα με τους αλκοολικούς τους γονείς.

Δύο είναι οι παράγοντες που φαίνονται αξιοσημείωτοι:

1) Η υπόσχεση από το μέλος να μην πει για 24 ώρες, υπόσχεση που ανανεώνεται κάθε μέρα, ρεαλιστική και απλή στην εφαρμογή της.

2) Η ανωνυμία. Έτσι κρύβεται η ταυτότητά τους από την κοινωνία. Από τη στιγμή που η κίνηση απόκτησε κύρος και καταξίωση, το ν' ανήκει κανείς σ' αυτήν ανώνυμα, χωρίς να αποκαλύπτει την ταυτότητά του, είναι ταυτόσημο με το να προσφέρει κοινωνική υπηρεσία χωρίς ν' αναζητά την αναγνώριση από μέρους της.

6.4 Παράδειγμα προγράμματος θεραπείας αλκοολισμού

Δημόσιο Ψυχιατρείο: Σ' αυτό λειτουργούν :

α) Εξωτερικά Ιατρεία και συμβουλευτικός σταθμός αλκοολικών - τοξικομανών και β) Κλινική αλκοολικών - τοξικομανών στο Δημόσιο Ψυχιατρείο.

α) Ο συμβουλευτικός σταθμός έχει σαν σκοπό την ενημέρωση πάνω στο πρόβλημα του αλκοολισμού, προς όλους τους ενδιαφερόμενους που καταφεύγουν σ' αυτόν και θεραπεία στα άτομα που έχουν συνειδητοποιήσει το πρόβλημά τους με το ποτό και επιθυμούν να σταματήσουν.

Έτσι, αφού ο αλκοολικός σταματήσει να πίνει, αρχίζει να πηγαίνει στα ραντεβού που του δίνει ο γιατρός.

Σε περίπτωση που παρεκτραπεί και καταναλώσει κάποιες ποσότητες αλκοόλ δεν τον δέχονται περαιτέρω στο πρόγραμμα.

Στην αρχική φάση δίνονται διάφορα φάρμακα, απλά ηρεμιστικά για να αντιμετωπίσουν πιο ομαλά το στερητικό σύνδρομο και βιταμίνες που λείπουν σχεδόν πάντα απ' τον οργανισμό του αλκοολικού.

Ειδικευμένο προσωπικό (ψυχίατρος, ψυχολόγος) του σταθμού επικοινωνεί σε τακτά χρονικά διαστήματα με την οικογένεια για όσο διάστημα το αλκοολικό μέλος της παρακολουθεί το πρόγραμμα.

Παράλληλα με την ατομική θεραπεία εφαρμόζεται και ομαδική θεραπεία με σκοπό, στις ομάδες αλκοολικών που δημιουργούνται, να γίνεται συζήτηση των προβλημάτων τους, να βλέπουν τις καταστρεπτικές συνέπειες του αλκοόλ και παράλληλα ν' ανακαλύπτουν τις δυνατότητες που έχουν για να αντιμετωπίσουν αυτές τις συνέπειες, σε ομαδική πλέον βάση.

β) Κλινική αλκοολικών - τοξικομανών στο Δ.Ψ.

Για να γίνει αποδεκτός ένας αλκοολικός στην κλινική θα πρέπει να έχει αποφασίσει να αντιμετωπίσει το πρόβλημά του με ιατρική παρακολούθηση και με ψυχολογική υποστήριξη. Στη συνέχεια, υπογράφει μαζί με το γιατρό ένα συμφωνητικό (βλέπε παράρτημα) που περιέχει ορισμένους κανόνες στην κλινική για τη θεραπεία. Μερικοί από τους κανόνες είναι:

- α) Απαγόρευση λήψεως οινοπνευματωδών ποτών
- β) Αποφυγή σεξουαλικών σχέσεων
- γ) Απαγορεύεται η βίαιη αντίδραση της κλινικής.
- δ) Είναι υποχρεωτική η συμμετοχή στην καθαριότητα του θαλάμου και του χώρου του περιπτέρου, καθώς και στην περιποίηση του κρεβατιού απ' τον ασθενή και τέλος
- ε) Σεβασμός στους κανόνες κοινής ζωής όπως ώρες κοινής ησυχίας.

Το προσωπικό που παίρνει μέρος στο πρόγραμμα θεραπείας αποτελείται από ψυχιάτρους, κοινωνική λειτουργό, ψυχολόγο και νοσοκόμους.

Το θεραπευτικό πρόγραμμα περιλαμβάνει:

1) Σωματική αποτοξίνωση. Επίσης στο στάδιο αυτό γίνεται προσπάθεια αντιμετώπισης των παθήσεων του οργανισμού που οφείλονται στη δράση του αλκοόλ όπως π.χ. παθήσεις του ήπατος, του στομάχου κ.λ.π.

2) Ψυχοθεραπεία, η οποία γίνεται κυρίως ομαδικά. Οι ομάδες αυτές λειτουργούν μέσα στο χώρο της κλινικής και δίνεται η ευκαιρία στους ασθενείς να συζητάνε το πρόβλημά τους με τους άλλους, να εντοπίσουν τις αιτίες που τους οδήγησαν στον αλκοολισμό, καθώς και να μάθουν τα μέλη σωστή άμυνα στην επιθυμία να αρχίσουν να πίνουν. Δηλαδή, αντικατάσταση της επιθυμίας να πίνουν, με κάτι άλλο, δημιουργικό, που θα τους καλύπτει την επιθυμία αυτή, βοηθώντας έτσι να ξεπεράσουν κάποια προβλήματα που τους οδήγησα στον αλκοολισμό.

3) Θεραπεία αποστροφής που γίνεται με διάφορα φάρμακα όπως απομορφίνη, δισουλφιράμη κ.λ.π.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7ο

7. ΠΡΟΛΗΨΗ

Ο αλκοολισμός είναι συνδεδεμένος με τρεις παραμέτρους: το αλκοόλ, τους αλκοολικούς και την κοινωνία. Οι προσπάθειες λοιπόν που αφορούν την πρόληψη θα πρέπει να συμπίπτουν και να συντονίζονται και από τις τρεις αυτές παραμέτρους.

Η κατάχρηση του αλκοόλ είναι ένα κοινωνικό φαινόμενο που αφορά όχι μόνο το χρήστη του αλκοόλ αλλά και το κοινωνικό σύνολο. Με αυτό το δεδομένο, οι προσπάθειες για την πρόληψη του φαινομένου πρέπει να χαρακτηρίζονται από "στρατηγικές" με στόχο τόσο το άτομο όσο και από ανάλογες με στόχο την κοινωνία. Κυρίως όμως πρέπει να χαρακτηρίζονται από συντονισμό. Στην Ελλάδα η πρόληψη και η παροχή υπηρεσιών για τη θεραπεία του αλκοολισμού βρίσκεται σε τουλάχιστον εμβρυακό στάδιο. Το θέμα των "νομίμων" ουσιών εξάρτησης, όπως το αλκοόλ και τα ηρεμιστικά, αντιμετωπίζεται με αδιαφορία. Οι άμεσες ενέργειες που αφορούν την πρόληψη του αλκοολισμού μπορούν να συνοψιστούν ως εξής:

7.1 Ενημέρωση - Διαφώτιση

Η διεξαγωγή επιδημιολογικών ερευνών τόσο στην κοινότητα όσο και στα πλαίσια του γενικού νοσοκομείου και του ψυχιατρείου. Επίσης, η καταγραφή των παραπτωμάτων και εγκληματικών πράξεων που σχετίζονται με την κατανάλωση αλκοόλης, παραβάσεων του κοκ και ατυχημάτων εξαιτίας της χρήσης ή και κατάχρησης του αλκοόλ βοηθούν στη διαμόρφωση της εικόνας για το μέγεθος του προβλήματος στη χώρα. Οι έρευνες αυτές δεν θα πρέπει να στοχεύουν μόνο στην καταγραφή των "αλκοολικών περιστατικών", που όπως αναφέρθηκε αφορούν άτομα που βρίσκονται σε προχωρημένα στάδια της εξάρτησης και των σχετικών προβλημάτων, αλλά κυρίως στην ανίχνευση ατόμων που είτε είναι στα

πρώτα στάδια της εξάρτησης είτε παρουσιάζουν μεγάλες πιθανότητες ανάπτυξης του αλκοολισμού.

7.2 Επιδημιολογικές έρευνες

Προσπάθειες με στόχο το κοινωνικό σύνολο οφείλουν να έχουν διπλή κατεύθυνση. Πρώτον, είναι απαραίτητη η επιστημονικά τεκμηριωμένη ενημέρωση του κοινού σε θέματα χρήσης και κατάχρησης της αλκοόλης. Η κοινωνία πρέπει να ενημερώνεται και όχι να φοβάται, όπως στην περίπτωση των ναρκωτικών. Ο καλώς πληροφορημένος πολίτης έχει "ενεργό" συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων που αφορούν την υγεία του. Μ' αυτό τον τρόπο δεν γίνεται παθητικός δέκτης των προτάσεων των "ειδικών". Δεύτερον, πρέπει να αντιμετωπίσουμε τις "αρνητικές" στάσεις και αντιλήψεις του κοινωνικού συνόλου απέναντι στον προβληματικό πότη. Η κοινωνία είναι ιδιαίτερα "σκληρή" στα άτομα με "ιδιόμορφη συμπεριφορά" όπως οι αλκοολικοί, οι ψυχοσθενείς κ.λ.π. Οι παραπάνω προσπάθειες μπορεί να υλοποιηθούν με ενημερωτικά φυλλάδια, διαλέξεις, ανοιχτές συζητήσεις και αξιοποίηση των Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης. Πρέπει να αναθερωθεί ο ρόλος των Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης και ιδιαίτερα της διαφήμισης. Αν είναι απαραίτητο να ενημερωνόμαστε για την ύπαρξη και την απόλαυση του αλκοόλ, αυτό θα μπορούσε να γίνει με λίγη φαντασία και όχι με την προβολή της αλκοόλης σαν μέσου κοινωνικής και σεξουαλικής επιτυχίας. Ο προβληματικός πότης συνήθως θέλει... αλλά συχνά δεν μπορεί.

7.3 Δραστηριοποίηση πολιτικών φορέων

Με ελάχιστες εξαιρέσεις, οι προτάσεις για την πρόληψη του αλκοολισμού θα πρέπει να υλοποιηθούν μέσα στα πλαίσια της τοπικής αυτοδιοίκησης και όχι από την "απρόσωπη" πολιτεία. Η σχέση μεταξύ τοπικής αυτοδιοίκησης και υγείας είναι τόσο σημαντική όσο και ο ρόλος της οικογένειας. Στα μεγάλα αστικά κέντρα και ιδιαίτερα στην Αθήνα

η τοπική αυτοδιοίκηση μπορεί να δημιουργήσει αποτελεσματικά προληπτικά προγράμματα με χαμηλό κόστος.

Η επαφή με χώρες τις ΕΟΚ και ιδιαίτερα με ερευνητικά κέντρα που έχουν πείρα στον τομέα της πρόληψης μπορεί να αποβεί χρήσιμη.

7.4 Δραστηριοποίηση νομικών φορέων και αστυνομικών αρχών

Οι δικαστικές αρχές και η αστυνομία θα μπορούσαν να παίζουν θετικό ρόλο στην αναγνώριση και παραπομπή για θεραπεία του προβληματικού πότη. Ο αλκοολικός, όπως και ο χρήστης άλλων ουσιών εξάρτησης, χρειάζονται βοήθεια. Όχι τιμωρία. Η ποτοαπαγόρευση και η υψηλή φορολογία στα αλκοολούχα ποτά ΔΕΝ αποτελούν παράγοντες πρόληψης. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον έχει το πρόσφατο δημοσίευμα των Duffy Plant (1986) που αναφέρεται στις επιπτώσεις που είχε η θέσπιση ενός νόμου, ο οποίος επέτρεπε την πώληση αλκοολούχων ποτών καθ' όλη τη διάρκεια της ημέρας στη Σκωτία. Μετά από δεκάχρονη εφαρμογή αυτού του νόμου, οι ερευνητές δεν σημείωσαν σημαντικές διαφορές ως προς τη νοσηρότητα και τη θνησιμότητα εξαιτίας του αλκοολισμού μεταξύ Σκωτίας, Αγγλίας και Ουαλίας. Η μόνη διαφορά που παρατηρήθηκε ήταν η σημαντική μείωση των ποινικών αδικημάτων που είχαν άμεση σχέση με την κατανάλωση της αλκοόλης.

Παρόλα αυτά όμως είναι απαραίτητη η λήψη κάποιων μέτρων κατά του αλκοολισμού. Όπως, να επιβάλλεται η απαγόρευση πώλησης και κατανάλωσης ποτών σε αναλογία παραπάνω από 15% οινόπνευματος. Ένα άλλο κατασταλτικό μέτρο είναι η λειτουργία οινόπνευματοπωλείων ύστερα από ειδική άδεια της αστυνομίας, καθώς και η έρευνα του ηθικού ποιού και του παρελθόντος εκείνου που ζητά την άδεια. Η απαγόρευση λειτουργίας ποτοπωλείων κοντά σε στρατώνες, σχολεία και εργοστάσια είναι επίσης μέτρο ωφέλιμο. Άλλα μέτρα, είναι το κλείσιμο των ποτοπωλείων νωρίς τη νύκτα, ώστε να μην παρατηρείται η διαμονή μεγάλου αριθμού προσώπων στα κέντρα αυτού του είδους και επίσης η απαγόρευση πώλησης οινόπνευματώδων ποτών σε ανήλικα άτομα, δηλαδή κάτω των 18 ετών, ή σε άτομα που βρίσκονται σε

κατάσταση μέθης. Τέτοια μέτρα θεσπίστηκαν στη Γερμανία 1918 μετά τον πόλεμο. Ανάλογες διατάξεις περιέχει και ο γαλλικός νόμος 1917, ο αυστριακός του 1922, ο ιταλικός 1930 και ο ελβετικός.

7.5 Δημιουργία κατάλληλων εκπαιδευτικών προγραμμάτων

Εκπαιδευτικά προγράμματα με αποκλειστικό αντικείμενο τις ουσίες εξάρτησης θεωρούνται άκρως απαραίτητα σε προγράμματα σπουδών, όπως της ιατρικής, οικονομίας της υγείας, νοσηλευτικής και πολλά άλλα. Ήδη το τμήμα φιλοσοφικών και κοινωνικών Σπουδών του Πανεπιστημίου της Κρήτης διαθέτει δύο εκπαιδευτικά προγράμματα με αποκλειστικό στόχο τις ουσίες εξάρτησης για την ενημέρωση των φοιτητών του.

Επίσης, είναι απαραίτητο να διδάσκεται στα σχολεία Κατώτερης και Μέσης Εκπαίδευσης ο κίνδυνος από τα οινοπνευματώδη ποτά. Η διδασκαλία όμως στο θέμα αυτό δεν πρέπει να είναι αμέθοδη, στεγνή και άτονη, αλλά πρέπει να οργανωθεί σε ασφαλή μέθοδο, ώστε να έχει απήχηση στον ψυχικό κόσμο των παιδιών. Οι νοσηλεύτριες και οι νοσηλευτές των σχολείων μπορούν να προτείνουν σχολικά μαθήματα για την αντιαλκοολική αγωγή και θα πρέπει να τα ενσωματώσουν στο σχολικό πρόγραμμα μαθημάτων.

Μερικά από αυτά τα μαθήματα είναι:

Χημεία: 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.

Βιολογία: Η συγκέντρωση του ποτού στον οργανισμό και σημασία αυτής.

Αγωγή

υγείας: Η απορρόφηση, κατανομή και μεταβολισμός της αλκοόλης στον οργανισμό.

Η φυσιολογία και οι καθοριστικοί παράγοντες της μέθης από αλκοόλ.

Το αλκοόλ σε σχέση με την διαίτα και την διατροφή.

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

Θρησκευτική

αγωγή : 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.

Γεωγραφία: 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.

Άλλα μαθήματα που μπορούν να διδαχθούν είναι η ιστορία, οικονομία και πολιτική και οι κοινωνικές επιστήμες.

Θα πρέπει όμως να σημειώσουμε ότι αυτό το είδος μαθημάτων για το αλκοόλ, δεν πρέπει να εστιάζεται στον αλκοολισμό. 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 βιοπορισμό.

7.6 Η θρησκεία σε βοήθεια των αλκοολικών

Στο έργο του αντιαλκοολικού αγώνα πρέπει να συμμετέχουν και οι θρησκευτικοί παράγοντες. Προς αντιμετώπιση των περιπτώσεων αλκοολισμού είναι απαραίτητο: 1) Κάθε περίπτωση να εξετάζεται

ιδιαίτερα. 2) Με τη βοήθεια της ψυχολογίας να ξεχωρίζουμε πότε ο οριστικός και άμεσος θρησκευτικός προσανατολισμός της ψυχής πρέπει να αποφεύγεται ή να αναβάλλεται και πότε πρέπει να γίνει για να αποφύγουμε τη νοσηρή θρησκευτικότητα. 3) Πρέπει να επιλέγονται οι μορφές θρησκευτικότητας που αντιμετωπίζουν ικανοποιητικά τον παράγοντα της εποχής.

Ωστε με την ύπαρξη των προϋποθέσεων θρησκευτικού προσανατολισμού και με επιλογή των μορφών θρησκευτικότητας, που αντιμετωπίζουν ικανοποιητικά τον παράγοντα της εποχής, να υποκινείται το θρησκευτικό συναίσθημα σε στιγμές ανάτασης προς το θείο και με τη μόρφωση του πνεύματος με θρησκευτικές διδασκαλίες και την παράλληλη διαφώτιση για τη θέση του ανθρώπου στην κοινωνία, ν' αποβεί ο αλκοολικός χρήσιμο στοιχείο και συγχρόνως εργατικό και ν' αρχίσει με τον καιρό να αποβάλλει την ιδέα, ότι το οινόπνευμα είναι η μόνη απόλαυση στον άνθρωπο και ότι υπάρχουν άλλες ανώτερες απολαύσεις πνευματικές, καθώς και ανάλογες που προκύπτουν από την εργασία και την ευπρεπή διαβίωση στην κοινωνία, που μπορούν να καλύψουν τα ενδιαφέροντα της ζωής. Πρέπει να αντιληφθεί ο αλκοολικός, ότι έχει μια ψυχή, που του είναι πολύτιμη και δεν είναι δυνατό να την εκθέτει σε κινδύνους. Θα πρέπει να αντιληφθεί ότι μέσα στην ψυχή του κατοικεί ο ίδιος ο θεός και η ψυχή μεταβάλλεται κατ' αυτό τον τρόπο σε Ναό του Αγ. Πνεύματος. Από τα μέσα καταπολέμησης του κακού είναι η προσευχή, δηλαδή η ικανότητα του ανθρώπου για αυτοσυγκέντρωση και περιουλλογή, για να συνομιλήσει με το Θεό. Η αυτοσυγκέντρωση είναι ένα όπλο που συντελεί στο να ωριμάσει η ψυχή, γιατί ο άνθρωπος έχει ανάγκη να συνομιλεί με τον εαυτό του, να αναζητεί τρόπους βελτίωσης του κακού εαυτού του, ώστε να μπορέσει να πλησιάσει το Θεό και να εισακουσθεί απ' αυτόν. Πρέπει να αντιληφθεί ο αλκοολικός, ότι είναι ψυχικά υποδουλωμένος στο πάθος του. Ότι η χειρότερη υποδούλωση είναι της ψυχής και πρέπει να αναζητήσει την ψυχική του ελευθερία, που είναι και η αληθινή ελευθερία. Ο ψυχικά ελεύθερος άνθρωπος αισθάνεται άνετα, έχει τη δυνατότητα να κινείται ελεύθερος ανάμεσα στους συνανθρώπους του, ζώντας με αξιοπρέπεια στους κόλπους της κοινωνίας που ανήκει.

Ο άνθρωπος που είναι υποδουλωμένος στο πάθος του, έχει και μια άλλη διέξοδο ασφαλείας, να αναζητήσει τον πνευματικό και να εξομολογηθεί. Η εξομολόγηση για να έχει αξία ως θεραπευτικό βίωμα, πρέπει να είναι αυθόρμητη. Ο μετανοημένος πρέπει να προσέρχεται όχι απλά από καθήκον, αλλά θεληματικά, με την ώθηση των ψυχικών και πνευματικών του αναγκών. Γιατί όταν η εξομολόγηση έχει καταναγκαστικό χαρακτήρα, μπορεί να μειώσει τη θεραπευτική της αξία.

Με την εξομολόγηση μπορεί να συμβαδίσει και η νηστεία, ως ένα από τα όπλα καταπολέμησης του κακού. Η νηστεία είναι μια άσκηση χαλιναγώγησης του εγωισμού μας και των ορέξεών μας, είναι η επιβολή στη θέλησή μας, είναι η ικανότητα να αυτοκυβερνούμαστε, είναι η δύναμη της ψυχής να κατευθύνει το είναι μας στον αγώνα ενάντια στους πειρασμούς.

Όσα προαναφέρθηκαν θα πραγματοποιηθούν ύστερα από κατάλληλη διαφώτιση από εκείνους τους θρησκευτικούς παράγοντες, που θα ασχοληθούν με την επιμέλεια και διαφώτιση των αλκοολικών.

7.7 Ασφαλείς κανόνες πόσης

Στα προληπτικά μέτρα εντάσσονται και οι ασφαλείς κανόνες πόσης. Οι κανόνες αυτοί είναι οι εξής:

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 προσεκτικά.
4. Αραιώνε τα οινοπνευματώδη ποτά με όσο το δυνατόν περισσότερο νερό - απέφυγε τα κοκτέιλ με σόδα, γιατί αυτό αργοπορεί την απορρόφηση.
5. Απέφυγε το "πλήρες γέμισμα" - περίμενε μέχρι το ποτήρι σου να αδειάσει.

6. Απέφευγε να πίνεις με άδειο στομάχι. - Εάν μπορείς περιορίσετο μόνο με τα γεύματα ή όταν υπάρχει διαθέσιμο φαγητό.
7. Πίνε γουλιά - γουλιά το ποτό σου - και όχι να πίνεις απότομα όλη την ποσότητα. Άφηνε 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 πιεί ένα ποτό όταν το αποφεύγει.
12. Εάν πας σε πάρτυ πάρε ένα 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 αλκοολούχα ποτά.
22. Να μην πίνεις αλκοόλ πριν ή κατά τη διάρκεια της εργασία σου.
23. Να μην έχεις αποθέματα αλκοόλ στο σπίτι σου.
24. Μετά από μια γουλιά το ποτήρι σου μη το κρατάς στο χέρι σου (ακόμη και στα πάρτυ)

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8ο

ΕΡΕΥΝΑ

8.1 Γενικά

Ο αλκοολισμός συνήθως αναφέρεται ως το τρίτο σοβαρότερο πρόβλημα για τη δημόσια υγεία κάποιας χώρας, μετά τις καρδιοαγγειακές παθήσεις και τον καρκίνο. Όσον αφορά, όμως, τη νοσηρότητα, σε αντίθεση με τη θνησιμότητα, είναι πιθανόν το πρώτο πρόβλημα υγείας, κυρίως στις Η.Π.Α.

Μια ανησυχητική διαπίστωση είναι η αύξηση που παρατηρήθηκε στην κατά κεφαλήν κατανάλωση αλκοόλ τις τελευταίες δυο δεκαετίες (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, 1974).

Σύμφωνα με μια πιο πρόσφατη αναφορά του Εθνικού Ιδρύματος Κατάχρησης Ναρκωτικών Ουσιών (National Institute on Drug Abuse, 1986), η κατανάλωση οινοπνεύματος έχει παρουσιάσει, επίσης, μεγάλη αύξηση στους νέους ενήλικες (ηλικίας 18-25) και κατά δεύτερο λόγο στους εφήβους (ηλικίας 12-17) και στους νέους άνω των 26 ετών. Άλλες εθνικές έρευνες σχετικές με τη χρήση αλκοόλ έχουν δείξει ότι τα επίπεδα κατανάλωσης είναι ιδιαίτερα υψηλά κατά τα σχολικά χρόνια. Κατά το τελευταίο σχολικό έτος, σχεδόν όλοι οι μαθητές έχουν δοκιμάσει αλκοόλ (93%), ενώ το 37% των τελειόφοιτων έχουν αναφέρει ότι κατανάλωσαν 5 ή περισσότερα ποτά σε μια τουλάχιστον περίπτωση (Johnston et al., 1986).

Έχοντας μελετήσει και διάφορες άλλες έρευνες καθώς επίσης και συγγράμματα σχετικά με τον αλκοολισμό και αφού συγκεντρώσαμε αρκετά στοιχεία, ξεκινήσαμε να εργαζόμαστε πάνω στη δική μας έρευνα, που είχε θέμα τον αλκοολισμό στη νεανική ηλικία (14-25 ετών) και τις σωματικές, ψυχολογικές και κοινωνικές επιπτώσεις που μπορεί να έχει. Για να οργανώσουμε τη μελέτη μας και να διεξάγουμε αξιόπιστα την έρευνά μας επισκεφτήκαμε το Εθνικό Ίδρυμα Ερευνών, τη βιβλιοθήκη του "Ευαγγελισμού", την Εθνική Βιβλιοθήκη Αθηνών, το Συμβουλευτικό

Σταθμό για τον Αντιαλκοολικό Αγώνα, τους Ανώνυμους Αλκοολικούς (Α.Α.), το Εθνικό Συμβούλιο κατά των Ναρκωτικών (Ε.ΣΥ.Ν.), το Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών, το Βιομηχανικό Επιμελητήριο και τη Στατιστική Υπηρεσία. Επίσης, επισκεφθήκαμε τη Δημοτική Βιβλιοθήκη Πατρών, τη βιβλιοθήκη του Περιφερειακού Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ρίου Πάτρας, τις βιβλιοθήκες του Πανεπιστημίου του Ρίου και των Τ.Ε.Ι., καθώς επίσης και τις βιβλιοθήκες των πόλεων μας. Τέλος, πήραμε στοιχεία από το Χημείο Πατρών, την Αστυνομία και την Τροχαία Πατρών.

Σε γενικές γραμμές η επικοινωνία και συνεργασία μας με τις ανωτέρω υπηρεσίες υπήρξε άριστη και πολύ αποδοτική. Καταφέραμε να συλλέξουμε μια πλούσια βιβλιογραφία για τη συγγραφή της παρούσας έρευνας.

Τέλος, σαν βασικούς στόχους στην έρευνά μας είχαμε:

- α)** Την εκτίμηση των παραγόντων εκείνων -βιοτικών, κοινωνικών, οικονομικών- που συμβάλλουν στην αύξηση του φαινομένου του αλκοολισμού στη χώρα μας.
- β)** Την ανάλυση των ψυχοσωματικών επιπτώσεων, που δημιουργεί η κατάχρηση του οινοπνεύματος, στο άτομο και το κοινωνικό περίγυρο.
- γ)** Την ευαισθητοποίηση του πληθυσμού και των φορέων απέναντι στο φαινόμενο του αλκοολισμού.
- δ)** Τη διαφώτιση των νέων γύρω από τα προβλήματα της κατάχρησης αλκοόλ, ώστε να ληφθούν τα κατάλληλα μέτρα για την αντιμετώπιση του προβλήματος.

Παράλληλα με τους βασικούς στόχους μπορέσαμε να μελετήσουμε τη στάση των νέων προς το αλκοόλ, το είδος και τη συχνότητα κατανάλωσης διαφόρων οινοπνευματωδών ποτών. Καθώς επίσης τις γνώσεις τους γύρω από τις αρνητικές συνέπειες του αλκοόλ στον ανθρώπινο οργανισμό και το επίπεδο της πληροφόρησης που παρέχεται από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης. Ελπίζουμε η έρευνα αυτή να μην περιοριστεί μόνο στους νέους, αλλά να αποτελέσει πηγή ενημέρωσης για

τη σοβαρότητα του φαινομένου του αλκοολισμού σ' όλα τα άτομα ανεξαρτήτου ηλικίας.

8.2 Υλικό, ανάλυση και δομή του ερωτηματολογίου

Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε είναι ανώνυμο, κλειστού τύπου και πολλαπλής επιλογής και περιλαμβάνει 40 ερωτήσεις. Περιέχει ερωτήσεις ατομικών χαρακτηριστικών (φύλο, ηλικία, κοινωνικο-οικονομικές παραμέτρους κτλ), ερωτήσεις για την κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών (ποσότητα, συχνότητα, ηλικία έναρξης κτλ) καθώς και ερωτήσεις που ελέγχουν τη στάση και την άποψη των νέων για το αλκοόλ.

Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από ερωτήσεις κλειστού τύπου πολλών ειδών (σύντομης απάντησης, διαβαθμιστικής επιλογής κ.α.) Η δομή που δώσαμε σε αυτό προήλθε μετά από τη μελέτη άλλων ερωτηματολογίων και παλαιότερων ερευνών γύρω από το πρόβλημα του αλκοολισμού καθώς και από τη μελέτη ψυχομετρικών μέσων και tests.

Η επιλογή της μεθόδου των ερωτήσεων κλειστού τύπου έγινε, για να μας διευκολύνει κατά την κωδικοποίηση των απαντήσεων κατά τη διάρκεια της στατιστικής ανάλυσης. Η ανωνυμία του ερωτηματολογίου πιστεύουμε ότι βοήθησε στο να είναι οι απαντήσεις όσο το δυνατόν πιο ειλικρινείς και αυθόρμητες. Προσπαθήσαμε η έκταση του ερωτηματολογίου να μην είναι μεγάλη (σχεδόν τρεις σελίδες) και οι ερωτήσεις να διατυπώνονται με σαφή τρόπο ώστε να μην προκαλούν σύγχυση.

Η σειρά των ερωτήσεων είναι τέτοια ώστε η συμπλήρωσή τους, από τη μια ερώτηση στην άλλη, να γίνεται με τρόπο λογικό, φυσικό, όπως μέσα σε μια συζήτηση. Έτσι στο πρώτο μέρος του ερωτηματολογίου οι ερωτήσεις είναι απλές ώστε να προκαλούν το προσωπικό ενδιαφέρον και να παροτρύνουν τον εξεταζόμενο να το συμπληρώσει. Κατόπιν τοποθετούνται οι δύσκολες ν' απαντηθούν ερωτήσεις, ενώ στο τελευταίο μέρος του ερωτηματολογίου βάλαμε ερωτήσεις υψηλού ενδιαφέροντος, εύκολες ν' απαντηθούν (με ένα ναι ή ένα όχι), ώστε να παρακινήσουμε τον εξεταζόμενο να συμπληρώσει όλο το ερωτηματολόγιο. Τέλος βάλαμε τις λεγόμενες "ερωτήσεις φίλτρο" (οι οποίες χωρίζουν τους εξεταζόμενους σε κατηγορίες π.χ. όσοι πίνουν - όσοι δεν πίνουν, έτσι οι εξεταζόμενοι

κατευθύνονται αν θ' απαντήσουν ή όχι μερικές από τις επόμενες ερωτήσεις) σε σημεία μέσα στο ερωτηματολόγιο, που να μην δημιουργούν σύγχυση στη συμπλήρωσή του (τέτοιες ερωτήσεις είναι η 10^η, η 15^η και η 30^η).

Αναλυτικότερα:

Οι ερωτήσεις 1 - 9 σκοπό έχουν τη συγκέντρωση ατομικών και οικογενειακών στοιχείων του εξεταζόμενου.

Οι ερωτήσεις 10 - 14 αναφέρονται στις καθημερινές ασχολίες των νέων (δουλειά, σχολείο, απασχολήσεις) και την δραστηριότητά τους μέσα σ' αυτές (επίδοση στο σχολείο, καθημερινά έξοδα).

Οι ερωτήσεις 15 - 26 βάζουν τον εξεταζόμενο στο θέμα. Εξετάζουμε την ηλικία έναρξης κατανάλωσης αλκοόλ (ερωτ. 16), την ποιότητα του καταναλισκόμενου αλκοόλ (ερωτ. 17), την συχνότητα ή την ποσότητα αυτού (ερωτ. 18-19), τις αντιδράσεις από το οικογενειακό περιβάλλον (ερωτ. 20), τις τροφικές συνήθειες όσων πίνουν (ερωτ. 24). Σημαντική θεωρούμε την 23^η ερώτηση λόγω των αυξημένων οργανικών βλαβών που προκαλούνται από τον συνδυασμό τσιγάρου - αλκοόλ. Στις ερωτήσεις 21 και 22 ελέγχουμε τις συνήθειες του πότη.

Με τις ερωτήσεις 27 - 29 εξετάζουμε το περιβάλλον του εφήβου (πότη ή μη) στο φιλικό και στο οικογενειακό επίπεδο.

Στις ερωτήσεις 30 - 32 ελέγχεται το φαινόμενο της μέθης.

Οι ερωτήσεις 33 - 37 μας δίνουν τις απόψεις των νέων για το αλκοόλ αλλά και της επικινδυνότητάς του.

Στις ερωτήσεις 38 και 39 ελέγχουμε το βαθμό πληροφόρησης των νέων γύρω από το φαινόμενο και στην τελευταία ερώτησης (ερωτ. 40) θέλουμε να δούμε κατά πόσο η διαφήμιση επηρεάζει τους νέους στην εκλογή του ποτού τους.

Αυτό το ερωτηματολόγιο αποτέλεσε το ψυχοτεχνικό μέσο για την διενέργεια της έρευνάς μας.

Το ερωτηματολόγιο αυτό, ενεκρίθει από τη Διεύθυνση Σπουδών Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης του Υπουργείου Εθν. Παιδείας και Θρησκευμάτων, με αριθμό έγκρισης Γ2/582/3-2-1993.

8.3 Μεθοδολογία

Η μελέτη διεξήχθη από τον Ιανουάριο μέχρι τον Μάιο του 1993.

Ο συνολικός αριθμός των υποκειμένων είναι 3.543 άτομα. Από αυτά ήταν: αγόρια 1.647 (47%) και κορίτσια 1.857 (53%).

Η κατανομή κατά νομό είναι:

Στο νομό Αιτ/νίας 394 άτομα, Ηλείας 352 άτομα, Ημαθίας 299 άτομα, Σερρών 334, Κρήτη 534 άτομα και Αχαΐας 1.592 άτομα.

Τα άτομα αυτά που εξετάσθηκαν κατά ηλικία έχουν την εξής κατανομή:

από 14-16 ετών: 1228 άτομα

από 16-18 ετών: 1779 άτομα

από 18 ετών και πάνω: 500 άτομα

Το τελικό δείγμα αποτελείται από 748 μαθητές οι οποίοι φοιτούν σε γυμνάσια, από 2.570 μαθητές οι οποίοι φοιτούν σε λύκεια των τύπων (Πολυκλαδικό-Γενικό-ΤΕΛ-Πειραματικό) και από 186 σπουδαστές και φοιτητές.

Επιλέξαμε σαν κύρια μέθοδο της έρευνάς μας το ερωτηματολόγιο, έναντι της συνέντευξης και της παρατήρησης, διότι και το δείγμα ήταν αρκετά μεγάλο (3.500 άτομα) αλλά και ο χρόνος δεν ήταν απεριόριστος. Ενώ η συνέντευξη, σε σύγκριση με το ερωτηματολόγιο, θεωρείται εγκυρότερο ερευνητικό μέσο, παρόλα αυτά παρατηρείται άμεση αλληλεπίδραση εξεταστή και εξεταζομένου. Έτσι η συνέντευξη είναι πιο ευάλωτη στην υποκειμενικότητα ώστε να μειώνεται η αξιοπιστία των συλλεγομένων πληροφοριών. Το ίδιο ισχύει και για την παρατήρηση, διότι η περιγραφή του φαινομένου (εδώ ο αλκοολισμός) από τρίτο πρόσωπο (τον ερευνητή) ίσως αλλοιώσει τις πραγματικές διαθέσεις των ατόμων του δείγματος. Παρ' όλα αυτά στην έρευνά μας εν μέρει χρησιμοποιούμε τόσο την παρατήρηση όσο και την συνέντευξη. Έτσι μιλήσαμε με νέους για την άποψή τους περί του αλκοόλ και παρατηρήσαμε τις εκδηλώσεις τους σε μέρη όπου γίνεται κατανάλωση αλκοόλ (μπαρ, ουζερί, συγκεντρώσεις, γιορτές κ.α.) για να

διαπιστώσουμε τη γενικότερη στάση των νέων και των εφήβων απέναντι στο πρόβλημα που λέγεται αλκοολισμός στην εφηβεία.

Τα άκυρα ερωτηματολόγια είτε λόγω ασυνέπειας των απαντήσεων είτε λόγω άρνησης συμμετοχής στην έρευνα ήταν 1,1%.

Το ποσοστό αυτό είναι μικρό σε σχέση με άλλες έρευνες για τον αλκοολισμό που βρίσκουν μέχρι και 2% του δείγματος.

Για την στατιστική ανάλυση των ευρημάτων της έρευνας χρησιμοποιήθηκε ιδιωτικός υπολογιστής και το εμπορικό πρόγραμμα excel της Microsoft.

Η αναλυτική περιγραφή των ψυχοτεχνικών μέσων που χρησιμοποιήθηκαν για την συλλογή των εμπειρικών δεδομένων (δηλαδή των ερωτηματολογίων) αναλυτικά έγινε στην παραπάνω παράγραφο.

Για την πραγματοποίηση της έρευνάς μας χρησιμοποιήσαμε εγκεκριμένο ανώνυμο ερωτηματολόγιο κλειστού τύπου ερωτήσεις. Ο αριθμός των ερωτήσεων είναι 40.

Η έρευνα έγινε σε μαθητές της τρίτης Γυμνασίου, σε μαθητές όλων των τάξεων του Λυκείου, σε φοιτητές και σπουδαστές των κάτωθι πόλεων:

Αγρίνιο Αιτωλοακαρνανίας, Αμαλιάδα Ηλείας, Βέροια Ημαθίας, Ιεράπετρα και Άγιο Νικόλαο Κρήτης, Σιδηρόκαστρο Σερρών και Πάτρα Αχαΐας.

Για την διανομή των ερωτηματολογίων στα γυμνάσια και λύκεια των πόλεων αυτών, μας χορηγήθηκε άδεια από το Υπουργείο Παιδείας μετά από προσωπική μας επίσκεψη. Πριν διεξάγουμε την έρευνα ερχόμαστε σε επαφή με τους Διευθυντές των σχολείων, όπου τους εξηγούσαμε τον σκοπό της εργασίας μας και την μέθοδο διεξαγωγής της. Συνήθως η έρευνα γινόταν μια συνηθισμένη μέρα σχολείου από Δευτέρα-Παρασκευή. Προτιμούσαμε ώρες πρωινές που τα παιδιά ήταν ξεκούραστα και πρόθυμα για συνεργασία.

Πριν τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων γινόταν μια σύντομη ενημέρωση των μαθητών σχετικά με τον τρόπο απάντησης των ερωτήσεων και το σκοπό της έρευνάς μας. Κατά τη διάρκεια συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων ήταν απαραίτητη η παρουσία μας ή η παρουσία

κάποιου καθηγητή για την αδιάβλητη διεξαγωγή της έρευνας. Ο χρόνος συμπλήρωσης κυμαίνονταν από 10' - 15' μιας εκπαιδευτικής ώρας σχεδόν ταυτόχρονα σε όλα τα τμήματα του σχολείου.

Συμπεριλάβαμε ηλικίες μεταξύ 14-25 χρόνων για να καλύψουμε το ευρύτερο φάσμα της εφηβείας και των νέων γενικότερα επειδή κατά τη γνώμη μας σ' αυτή τη χρονική περίοδο οι νέοι δέχονταν πολλές επιδράσεις από το περιβάλλον τους και έχουν έντονες αναζητήσεις και προβληματισμούς. Γι' αυτό το λόγο άλλωστε το ερωτηματολόγιό μας περιέχει ερωτήσεις ατομικών χαρακτηριστικών (φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, μορφωτικό επίπεδο, επάγγελμα γονέων, μόνιμη διαμονή τα δύο τελευταία χρόνια και τόπος γέννησης), καθώς και ερωτήσεις για την κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών. Οι ερωτήσεις αυτές επικεντρώθηκαν κυρίως στα εξής επίπεδα:

- α)** Ηλικία έναρξης κατανάλωσης οινοπνευματωδών ποτών.
- β)** Συχνότητα και τόπος κατανάλωσης κατά τη διάρκεια της εβδομάδας.
- γ)** Παράγοντες που επηρεάζουν την κατανάλωση αλκοόλ από τους νέους.
- δ)** Η στάση των νέων απέναντι στο αλκοόλ.
- ε)** Η επαρκής ή μη πληροφόρηση των εφήβων και των νέων γενικότερα, γύρω από τις αρνητικές συνέπειες της χρήσης αλκοολούχων ποτών.

Τέλος θα αιτιολογήσουμε το κριτήριο με το οποίο επιλέξαμε τον αριθμό των ατόμων, τα οποία εξετάσαμε από κάθε μία περιοχή ξεχωριστά. Οι περιοχές των νομών Αιτωλοακαρνανίας, Ηλείας, Ημαθίας, Σερρών και Λασιθίου έχουν η κάθε μια τους από 40.000 κατοίκους περίπου (στατιστική Υπηρεσία - απογραφή 1981) ενώ η Πάτρα έχει περίπου 160.000 κατοίκους (απογραφή 1981). Η αναλογία του πληθυσμού κάθε περιοχής προς τον πληθυσμό της Πάτρας είναι 1 : 4, για κάθε περιοχή ξεχωριστά. Αυτή την αναλογία προσπαθήσαμε να τηρήσουμε και εμείς λοιπόν στην κατανομή των ερωτηματολογίων, μοιράζοντας 400 ερωτηματολόγια περίπου σε κάθε περιοχή εκτός Πατρών και 1.600 στην Πάτρα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9ο

9.1 Αποτελέσματα - Πίνακες

Πίνακας 9.1.1 Κατανομή 3.504 αγοριών και κοριτσιών σε σχέση με το αν καταναλώνουν ή όχι οινοπνευματώδη ποτά.

Φύλο	Πίνει	Δεν πίνει	ΣΥΝΟΛΟ
Αγόρι	1179 - 33,6%	468 - 13,4%	1647 - 47%
Κορίτσι	1068 - 30,5%	789 - 22,5%	1857 - 53%
ΣΥΝΟΛΟ	2247 - 64,1%	1257 - 35,9	3504

Βλέπουμε ότι το δείγμα της έρευνάς μας αποτελείται 47% από αγόρια και 53 % από κορίτσια, ενώ το 64,1% του δείγματος πίνει και το 35,9% δεν πίνει.

Πίνακας 9.1.2 Κατανομή των 1.647 αγοριών σε σχέση με το αν καταναλώνουν οινοπνευματώδη ποτά ή όχι.

Πίνεις;	Αριθμός αγοριών που απάντησαν	Ποσοστό %
Ναι	1179	71,6%
Όχι	468	28,4%
ΣΥΝΟΛΟ	1647	100%

Πίνακας 9.1.3 Κατανομή των 1.857 κοριτσιών σε σχέση με το αν καταναλώνουν οινοπνευματώδη ποτά ή όχι.

Πίνεις;	Αριθμός κοριτσιών που απάντησαν	Ποσοστό %
Ναι	1068	57,5%
Όχι	789	42,5%
ΣΥΝΟΛΟ	1857	100%

Από τους πίνακες 9.1.2 και 9.1.3 βλέπουμε ότι τα αγόρια πίνουν σε μεγαλύτερο ποσοστό από τα κορίτσια.

Πίνακας 9.1.4 Κατανομή των 3.504 ατόμων κατά ομάδες ηλικιών, μαθητές Γυμνασίου (14-15 ετών), μαθητές Λυκείου (16-18 ετών) και απόφοιτους Λυκείου, φοιτητές, σπουδαστές (πάνω από 18 ετών) σε σχέση με την κατανάλωση ή όχι αλκοόλ.

Ομάδα ηλικιών	Πίνει	Δεν πίνει	ΣΥΝΟΛΟ
≥14 < 16	687 - 55,9%	541 - 44,1%	1228 - 100%
≥16 < 18	1146 - 64,5%	630 - 35,5%	1776 - 100%
≥18	414 - 82,8%	86 - 17,2%	500 - 100%
ΣΥΝΟΛΟ	2247	1257	3504

Διαπιστώνουμε ότι όσο αυξάνεται η ηλικία τόσο αυξάνεται και η κατανάλωση αλκοόλ.

Πίνακας 9.1.5 Κατανομή των 3.504 ατόμων κατά γεωγραφική περιοχή σε σχέση με την κατανάλωση ή όχι αλκοόλ.

Νομός	Πίνουν	Δεν πίνουν	ΣΥΝΟΛΟ
Αιτ/νίας	231 - 58,6%	163 - 41,4%	394 - 100%
Αχαΐας	1006 - 63,2%	586 - 36,8%	1592 - 100%
Ηλείας	221 - 62,8%	131 - 37,2%	352 - 100%
Ημαθίας	174 - 58,2%	125 - 41,8%	299 - 100%
Λασιθίου	373 - 69,9%	160 - 30,1%	533 - 100%
Σερρών	242 - 72,5%	92 - 27,5%	334 - 100%
ΣΥΝΟΛΟ	2247 - 64,1%(μ.ό)	1257 - 35,9%(μ.ό)	3504

Παρατηρούμε ότι πιο κοντά στον μέσο όρο (μ.ό) βρίσκονται οι νομοί Αχαΐας και Ηλείας. Πάνω από τον μ.ό. βρίσκονται οι νομοί

Λασιθίου και Σερρών ενώ κάτω από αυτόν (τον μ.ό) βρίσκονται οι νομοί Ημαθίας και Αιτωλοακαρνανίας.

Πίνακας 9.1.6 Κατανομή των 3.379 ατόμων αναλόγως αν υπάρχει ή όχι στο οικογενειακό περιβάλλον άτομο που πίνει.

Υπαρξη στο οικογενειακό περιβάλλον ατόμου που πίνει	Άτομα που εξετάστηκαν	Ποσοστό %
υπάρχει πατέρας που πίνει	362	10,7%
υπάρχει μητέρα που πίνει	40	1,2%
υπάρχει αδελφός-η που πίνει	96	2,8%
υπάρχει θείος-α που πίνει	142	4,2%
δεν υπάρχει	2739	81,1%
ΣΥΝΟΛΟ	3379	100%

Οι περισσότερες απαντήσεις αναφέρονται στο ότι δεν υπάρχει στο οικογενειακό περιβάλλον άτομο που πίνει.

Πίνακας 9.1.7 Κατανομή των 2.222 ατόμων που πίνουν ανάλογα αν υπάρχουν αντιδράσεις από το οικογενειακό περιβάλλον για το ότι πίνουν.

Υπαρξη αντιδράσεων από το οικογενειακό περιβάλλον	Αριθμός ατόμων που απάντησαν	Ποσοστό %
Ναι	554	24,9%
Όχι	1668	75,1%
ΣΥΝΟΛΟ	2222	100%

Βλέπουμε ότι οι περισσότερες οικογένειες (3 στις 4) δεν αντιδρούν όταν το παιδί τους πίνει.

Πίνακας 9.1.8 Κατανομή των απαντήσεων σε σχέση με το είδος του ποτού που καταναλώνεται από όσους πίνουν.

Είδος ποτού	Αριθμός απαντήσεων	Ποσοστό %
Κρασί	520	16,7%
Μπύρα	1316	42,2%
Άλλα οινοπνευματώδη	1282	41,1%
ΣΥΝΟΛΟ	3118	100%

Βλέπουμε ότι η μπύρα αποτελεί το ποτό προτίμησης των νέων, με τελευταία προτίμηση το κρασί.

Πίνακας 9.1.9 Κατανομή 2247 ατόμων που πίνουν ανάλογα με την εβδομαδιαία συχνότητα κατανάλωσης αλκοόλ.

Εβδομαδιαία συχνότητα κατανάλωσης αλκοόλ	Αριθμός ατόμων που απάντησαν	Ποσοστό %
1 φορά / βδομάδα	1442	64,2%
2-3 φορές / βδομάδα	639	28,4%
Σχεδόν κάθε μέρα	166	7,4%
ΣΥΝΟΛΟ	2247	100%

Οι περισσότεροι νέοι πίνουν τουλάχιστον μία φορά την εβδομάδα.

Πίνακας 9.1.10 Κατανομή 2233 ατόμων που πίνουν ανάλογα με την ποσότητα κατανάλωσης κάθε φορά που πίνουν.

Ποσότητα κατανάλωσης κάθε φορά	Αριθμός ατόμων που απάντησαν	Ποσοστό %
1 - 2 ποτά	1757	78,7%
3 ποτά	251	11,2%
Πάνω από 3 ποτά	225	10,1%
ΣΥΝΟΛΟ	2233	100%

Οι περισσότεροι από τους νέους που πίνουν, περιορίζονται στα 1-2 ποτά όταν πίνουν.

Πίνακας 9.1.11 Κατανομή των απαντήσεων ανάλογα με την ώρα προτίμησης κατανάλωσης αλκοόλ.

Ώρες προτίμησης κατανάλωσης αλκοόλ	Αριθμός απαντήσεων που δόθηκαν	Ποσοστό %
Πρωινές	43	1,6%
Μεσημεριανές	362	13,8%
Απογευματινές	249	9,5%
Νυκτερινές	1971	75,1%
ΣΥΝΟΛΟ	2625	100%

Το μεγαλύτερο ποσοστό αυτών που πίνει, προτιμά τις νυκτερινές ώρες ενώ αντίθετα ελάχιστα προτιμά τις πρωινές ώρες για να πιει.

Πίνακας 9.1.12 Κατανομή 2220 ατόμων που πίνουν ανάλογα με το αν είναι καπνιστές ή όχι.

Συνοδεύεις το ποτό σου με τσιγάρο;	Άτομα που απάντησαν	Ποσοστό %
Ναι	473	21%
Όχι	1747	79%
ΣΥΝΟΛΟ	2220	100%

Ο ένας στους πέντε νέους συνοδεύει το ποτό του με τσιγάρο.

Πίνακας 9.1.13 Κατανομή 2236 ατόμων που πίνουν σε σχέση με τη διατροφή τους.

Διατροφικές συνήθειες ατόμων που πίνουν	Αριθμός απαντήσεων που δόθηκαν	Ποσοστό %
Τρώω κανονικά	1551	69,3%
Τρώω λίγο	375	16,8%
Τρώω ακανόνιστα	310	13,9%
ΣΥΝΟΛΟ	2625	100%

Παρατηρούμε ότι το ποτό δεν επηρεάζει τις διατροφικές συνήθειες των περισσότερων νέων που πίνουν.

Πίνακας 9.1.14 Κατανομή 2234 ατόμων που πίνουν σε σχέση με το αν πίνει η παρέα τους ή όχι.

Οι φίλοι σου πίνουν;	Άτομα που απάντησαν	Ποσοστό %
Ναι	2049	91,7%
Όχι	185	8,3%
ΣΥΝΟΛΟ	2234	100%

Πίνακας 9.1.15 Κατανομή 1165 ατόμων που δεν πίνουν και του αν πίνει η παρέα τους ή όχι.

Οι φίλοι σου πίνουν;	Άτομα που απάντησαν	Ποσοστό %
Ναι	587	50,4%
Όχι	578	49,6%
ΣΥΝΟΛΟ	1165	100%

Από του πίνακες 9.1.14 και 9.1.15 συμπεραίνουμε ότι τα άτομα που πίνουν κάνουν περισσότερο παρέα με άτομα που επίσης πίνουν. Τα ποσοστά στην ίδια ερώτηση για τα άτομα που πίνουν είναι μοιρασμένα.

Πίνακας 9.1.16 Κατανομή 3324 απαντήσεων που δόθηκαν για την άποψη που έχει κάθε νέος για έναν φίλο του που μέθυσε.

Άποψη για φίλο που μέθυσε	Απαντήσεις που δόθηκαν	Ποσοστό %
Είναι κατακριτέος	434	13,1%
Είναι επικίνδυνος	83	2,5%
Πρέπει να αποφεύγεται	97	2,9%
Έχει προβλήματα	1038	31,2%
Απλώς διασκέδασε	1672	50,3%
ΣΥΝΟΛΟ	3324	100%

Όπως προκύπτει από τον πίνακα οι περισσότεροι νέοι (πάνω από 80%) θα δικαιολογούσαν έναν φίλο τους που μέθυσε.

Πίνακας 9.1.17 Κατανομή 3431 ατόμων ανάλογα με το αν έχουν μεθύσει ή όχι.

Μέθυσε ποτέ;	Άτομα που απάντησαν	Ποσοστό %
Ναι	1509	44%
Όχι	1922	56%
ΣΥΝΟΛΟ	3431	100%

Ο παραπάνω πίνακας δείχνει ότι έχει μεθύσει το μεγαλύτερο ποσοστό των νέων που πίνουν ή όχι.

Πίνακας 9.1.18 Κατανομή 1487 ατόμων που έχουν μεθύσει ανάλογα με την συμπεριφορά τους μετά τη μέθη.

Συμπεριφορά μετά την μέθη	Άτομα που απάντησαν	Ποσοστό %
Συνέχισε να πίνει	360	24,2%
Σταμάτησε να πίνει	732	49,2%
Ένωσε ευχάριστα	302	20,3%
Κλείστηκε στον εαυτό του	93	6,3%
ΣΥΝΟΛΟ	1487	100%

Ο πίνακας 9.1.18 μας δείχνει ότι περίπου οι μισοί από αυτούς που έχουν μεθύσει σταμάτησαν να πίνουν μετά τη μέθη.

Πίνακας 9.1.19 Κατανομή 1508 ατόμων ανάλογα με το αν θα επιχειρούσαν να ξαναμεθύσουν.

Θα επιχειρούσες να ξαναμεθύσεις;	Άτομα που απάντησαν	Ποσοστό %
Ναι	653	43,3%
Όχι	855	56,7%
ΣΥΝΟΛΟ	1508	100%

Το 43,3% των νέων βλέπει την μέθη σαν μία κατάσταση ευχάριστη, ακίνδυνη και θα επιχειρούσε να ξαναβρεθεί σε αυτή.

Πίνακας 9.1.20 Κατανομή 3299 ατόμων σε σχέση με το αν έχουν νιώσει έντονα την ανάγκη να πιούν.

Υπαρξη έντονης ανάγκης για αλκοόλ	Άτομα που απάντησαν	Ποσοστό %
Ναι	1020	31%
Όχι	2279	69%
ΣΥΝΟΛΟ	3299	100%

Όπως προκύπτει από τον πίνακα, το 31% των νέων έχει νιώσει έντονα την ανάγκη για αλκοόλ. Στα άτομα αυτά ίσως θα πρέπει να αναζητηθεί αλκοολική προδιάθεση η οποία θα εκφραστεί στο μέλλον.

Πίνακας 9.1.21 Κατανομή 2689 ατόμων σε σχέση με το αν νιώθουν ενοχές όταν πίνουν.

Όταν πίνεις νιώθεις ενοχές;	Άτομα που απάντησαν	Ποσοστό %
Ναι	278	10,3%
Όχι	2411	89,7%
ΣΥΝΟΛΟ	2689	100%

Από τον πίνακα 9.1.21 προκύπτει ότι μόνο ο ένας στους εννέα έχει ενοχές όταν πίνει. Γεγονός που δείχνει ότι η κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών δεν είναι καταδικαστέα πράξη από την ελληνική κοινωνία.

Πίνακας 9.1.22 Κατανομή 2881 ατόμων ανάλογα με το αν έχουν καυγάδισει υπό την επήρεια αλκοόλ ή όχι.

Καυγάδισες ποτέ υπό την επήρεια αλκοόλ;	Άτομα που απάντησαν	Ποσοστό %
Ναι	275	9,5%
Όχι	2606	90,5%
ΣΥΝΟΛΟ	2881	100%

Ο πίνακας δείχνει ότι η επίδραση του αλκοόλ στη συμπεριφορά του ατόμου (σχετικά με τον καυγά) εκδηλώνεται στον 1 στους 10 νέους.

Πίνακας 9.1.23 Κατανομή 3267 ατόμων ανάλογα με το αν θα οδηγούσαν μεθυσμένοι ή όχι.

Θα οδηγούσες υπό την επήρεια αλκοόλ;	Άτομα που απάντησαν	Ποσοστό %
Ναι	202	6,2%
Όχι	3065	93,8%
ΣΥΝΟΛΟ	3267	100%

Από τον πίνακα 9.1.23 προκύπτει ότι το 6,2% των νέων θα αψηφούσε τον κίνδυνο και θα οδηγούσε υπό την επήρεια αλκοόλ.

Πίνακας 9.1.24 Κατανομή 3148 ατόμων και της ύπαρξης ή όχι νοσοκομειακής βοήθειας λόγω μέθης.

Έχεις νοσηλευτεί εξαιτίας του ποτού;	Άτομα που απάντησαν	Ποσοστό %
Ναι	88	2,8%
Όχι	3060	97,2%
ΣΥΝΟΛΟ	3148	100%

Διαπιστώνουμε ότι μόνο ένα μικρό ποσοστό εκείνων που έχουν μεθύσει (πίνακας 9.1.17) θα κατέφευγε στο νοσοκομείο με σκοπό να νοσηλευτεί για μέθη.

Πίνακας 9.1.25 Κατανομή 3359 ατόμων σχετικά με τη γνώμη τους αν υπάρχει επαρκής πληροφόρηση σχετικά με τις επιπτώσεις του αλκοόλ.

Πιστεύεις ότι υπάρχει επαρκείς πληροφόρηση για τις επιπτώσεις από την κατάχρηση αλκοόλ;	Άτομα που απάντησαν	Ποσοστό %
Ναι	609	18,1%
Όχι	2750	81,9%
ΣΥΝΟΛΟ	3359	100%

Το μεγαλύτερο ποσοστό των νέων δεν βρίσκει επαρκή την πληροφόρηση γύρω από τις επιπτώσεις της κατάχρησης οινοπνευματωδών ποτών.

Πίνακας 9.1.26 Κατανομή 3464 ατόμων σχετικά με την ύπαρξη εκ μέρους τους γνώσεων για τις αρνητικές συνέπειες του αλκοόλ στον οργανισμό.

Γνωρίζεις τις αρνητικές συνέπειες του αλκοόλ στον οργανισμό;	Άτομα που απάντησαν	Ποσοστό %
Ναι	3193	92,2%
Όχι	271	7,8%
ΣΥΝΟΛΟ	3464	100%

Βλέπουμε ότι μόνο μια μικρή μερίδα νέων δεν γνωρίζει τις αρνητικές συνέπειες του αλκοόλ στον οργανισμό. Ο παραλογισμός εδώ είναι ότι ενώ οι περισσότεροι ξέρουν ότι η κατάχρηση αλκοόλ βλάπτει παρ' όλα αυτά πίνουν.

Πίνακας 9.1.27 Κατανομή 3110 ατόμων ανάλογα με το αν επηρεάζονται ή όχι από τη διαφήμιση στην επιλογή του ποτού τους.

Σε επηρεάζει η διαφήμιση στην επιλογή του ποτού σου;	Άτομα που απάντησαν	Ποσοστό %
Ναι	741	23,8%
Όχι	2369	76,2%
ΣΥΝΟΛΟ	3110	100%

Διαπιστώνουμε ότι η διαφήμιση επηρεάζει τον 1 στους 4 στην επιλογή του ποτού του, ενώ αφήνει τους άλλους 3 ανεπηρέαστους.

9.2 Συζήτηση

Η χρήση οινοπνευματωδών ποτών είναι ένα φαινόμενο που απαντάται με μεγάλη συχνότητα στην εφηβική και νεανική ηλικία (Υφαντής και άλλοι, 1989). Οι έφηβοι βλέπουν το ποτό σαν μέσο μετάβασής τους στον κόσμο των << μεγάλων >> και σαν μέσο αυτοπροβολής τους στον κοινωνικό τους περίγυρο.

Ειδικότερα, στην Ελλάδα το ποτό δεν αποτελεί ταμπού. Αυτό επιβεβαιώνεται από την έρευνά μας, αφού κανείς δεν αρνήθηκε να συμπληρώσει το ερωτηματολόγιό μας, γεγονός που ήταν αναμενόμενο. Οποσδήποτε, η άμεση σύγκριση των ευρημάτων της έρευνάς μας με ευρήματα άλλων ερευνών για το αλκοόλ, στη χώρα μας και σε άλλα κράτη, δεν είναι απόλυτα εφικτή. Αυτό οφείλεται στην πολλαπλότητα των μεθόδων που επιλέγει κάθε ερευνητής για την έρευνά του, καθώς επίσης και στο πως αντιλαμβάνεται τη συστηματική χρήση αλκοόλ. Παρ' ότι σε πολλές περιπτώσεις η εξαγωγή συμπερασμάτων παρουσιάζεται αδύνατη, αυτό δεν αποτελεί ανασταλτικό παράγοντα στη διατύπωση ορισμένων παρατηρήσεων σχετικά με τη χρήση οινοπνευματωδών ποτών από τους νέους γενικά.

Συγκεκριμένα, στην έρευνά μας βρήκαμε ότι το ποσοστό των νέων οι οποίοι δεν πίνουν καθόλου είναι 35,9%, ενώ το ποσοστό για όσους δεν πίνουν παγκοσμίως είναι 22,8% (μέσος όρος) και 25,6% (μέσος όρος) για τις Ευρωπαϊκές χώρες. Η διαφορά αυτή οφείλεται στο ότι ένα μέρος των εφήβων έχει άγνοια για το τι είναι οινοπνευματώδες ποτό. Μέσα από την παρατήρηση διαπιστώσαμε ότι πολλοί έφηβοι δε συμπεριλαμβάνουν στα οινοπνευματώδη ποτά τη μπύρα και το κρασί. Η διαπίστωση αυτή έγινε κατά τον προκαταρκτικό έλεγχο και διόρθωση των επιστρεφόμενων ερωτηματολογίων, όπου πολλά άτομα, ενώ στην ερώτηση 15 απαντούσαν ότι δεν πίνουν οινοπνευματώδη ποτά, στην ερώτηση 17 απαντούσαν ότι πίνουν κρασί ή μπύρα. Τα ερωτηματολόγια αυτά, ως επί το πλείστον, ελήφθησαν ως αρνητικά στην ερώτηση <<πίνεις οινοπνευματώδη ποτά;>>, ανάλογα με τη συνέπειά τους με τις επόμενες απαντήσεις.

Επίσης, βρήκαμε ότι το ποσοστό της συστηματικής χρήσης οινοπνευματωδών ποτών (τουλάχιστον 2-3 φορές την εβδομάδα) είναι

28,4%, ποσοστό πολύ κοντά στο παγκόσμιο το οποίο κυμαίνεται από 0,8% ως 24%.

Διαπιστώσαμε ότι η μπίρα είναι το οινοπνευματώδες ποτό που προτιμά ο νεανικός πληθυσμός σε ποσοστό 42,2%, έναντι 16,7% για το κρασί και 41,1% για τα άλλα οινοπνευματώδη ποτά. Στη μελέτη του Sylbing στην Ολλανδία βρέθηκε ότι το 52% των νέων προτιμούσαν μπίρα. Στην Ελλάδα η κατανάλωση μπίρας αυξήθηκε από 9,4 Kg (σε καθαρή αιθανόλη) κατά κεφαλήν το 1970 σε 14,8 Kg το 1975. Η ευρεία αυτή διάδοση και αύξηση της κατανάλωσης της μπίρας οφείλεται στην εκτεταμένη διαφήμιση που της γίνεται, στο χαμηλό κόστος της και κυρίως στον εύκολο τρόπο απόκτησής της (μπορεί κανείς να την αγοράσει και από περίπτερα) συγκριτικά με τα άλλα οινοπνευματώδη ποτά. Στα παραπάνω πρέπει να προστεθεί και η γενικότερη άποψη, λόγω κακής πληροφόρησης, ότι η μπίρα δεν είναι τόσο βλαβερή όσο τα άλλα οινοπνευματώδη ποτά. Για παράδειγμα, αναφέρουμε ότι στη Σκωτία σε έρευνα που έγινε μόνο το 16% γνώριζε ότι ένα μπουκάλι μπίρα είναι το ίδιο ισχυρό όσο δύο δυνατά ποτά.

Τώρα, όσον αφορά το ποσοστό των ατόμων που πίνουν σε σχέση με το φύλο, επιβεβαιώνεται από τα ευρήματα της δικής μας εργασίας η γενική διαπίστωση άλλων ερευνητών ότι το ποτό αποτελεί κατ' εξοχήν << ανδρική >> συνήθεια. Βρήκαμε ότι τα αγόρια πίνουν σε ποσοστό 71,6%, ενώ τα κορίτσια σε ποσοστό 57,5%. Η διαφορά αυτή μεταξύ των δυο φύλων φαίνεται πως σχετίζεται με τους ρόλους που έχουν μέσα στη σύγχρονη κοινωνία και το βαθμό ελευθερίας που τους παρέχει η οικογένεια κατά την εφηβεία. Την ελευθερία αυτή, που ταυτίζεται άμεσα με την απόδειξη ωριμότητας, φαίνεται να επιζητούν περισσότερο τα αγόρια, σχεδόν σε διπλάσιο ποσοστό από τα κορίτσια. Έτσι, το 7,5% των αγοριών έναντι του 4% των κοριτσιών πιστεύουν πως το ποτό αποτελεί απελευθέρωση και το 3,4% των αγοριών έναντι του 2,1% των κοριτσιών θεωρούν ότι το ποτό αποτελεί απόδειξη ωριμότητας. Και για τα δύο φύλα η δημοφιλέστερη απάντηση στην ερώτηση << τι σημαίνει για σένα το ποτό; >> είναι η << ευχαρίστηση >> σε ποσοστό 46,5% για τα αγόρια και 38,3% για τα κορίτσια.

Στην έρευνά μας επαληθεύεται, όπως και στις περισσότερες έρευνες για την κατανάλωση αλκοόλ από τους εφήβους, η στενή σχέση μεταξύ ηλικίας και κατανάλωσης αλκοόλ. Διαπιστώσαμε ότι καθώς αυξάνεται η ηλικία, αυξάνεται και η κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών. Συγκεκριμένα, μεταξύ των ατόμων ηλικίας από 14 μέχρι 16 το ποσοστό που πίνει είναι 55,9%. Τα άτομα ηλικίας από 16 μέχρι 18 πίνουν σε ποσοστό 64,5%, ενώ τα άτομα ηλικίας από 18 μέχρι και 25 πίνουν σε ποσοστό 82,8%. Αυτό ίσως, οφείλεται στο ότι καθώς τα άτομα αρχίζουν να ενηλικιώνονται, απομακρύνονται σταδιακά από την οικογένεια και ανεξαρτητοποιούνται. Στην έρευνά μας το ποσοστό των νέων που μένουν με την οικογένειά τους και πίνουν είναι 63,3%, ενώ οι νέοι που δε μένουν με την οικογένειά τους (λόγω σπουδών ή εργασίας) πίνουν σε ποσοστό 86,3%.

Η σημαντικότητα της οικογένειας είναι αναμφισβήτητη και πιθανή αλλαγή στη σύνθεσή της, π.χ. απουσία του ενός γονέα, επιφέρει αλλαγή στον ψυχισμό του εφήβου. Τα αποτελέσματα της έρευνάς μας επιβεβαιώνουν αυτή τη θεωρία. Σε απουσία του ενός από τους δύο γονείς λόγω θανάτου ή διαζυγίου, το ποσοστό των νέων που πίνουν είναι 68,4%. Ενώ σε απουσία και των δύο γονέων το ποσοστό αυτό είναι 81,3%. Αντίθετα, οι νέοι που ζουν σε αρμονικό οικογενειακό περιβάλλον πίνουν σε ποσοστό 63,8%.

Παρ' ότι η οικογένεια αποτελεί το πρώτο μέσο κοινωνικοποίησης του νέου ατόμου και ο ρόλος της είναι καθοριστικός για τη διαμόρφωση του χαρακτήρα και της προσωπικότητας του νέου, η στάση της απέναντι στην κατανάλωση ποτών δεν είναι η αναμενόμενη. Μόνο το 24,9% των γονέων αντιδρούν αρνητικά στη χρήση αλκοόλ από τα παιδιά τους. Αυτό ενισχύει τη γενική άποψη ότι το ποτό δεν είναι ταμπού στην Ελλάδα. Ως επακόλουθο της άποψης αυτής είναι να μη δημιουργούνται και ενοχές στο ίδιο το παιδί όταν πίνει. Συγκεκριμένα, στην έρευνά μας βρήκαμε ότι μόνο το 10,3% νιώθει ενοχές όταν πίνει.

Τα επόμενα μέσα κοινωνικοποίησης του νέου είναι το σχολείο και οι φίλοι. Όσον αφορά το σχολείο, βρήκαμε ότι η αύξηση κατανάλωσης αλκοόλ από τους μαθητές σε σχέση με την επίδοσή τους είναι αντιστρόφως ανάλογη. Δηλαδή, οι κακοί μαθητές πίνουν περισσότερο

από του καλούς (60,9%) και οι καλοί μαθητές πίνουν περισσότερο από τους άριστους (58,8%). Συμπεραίνουμε ότι η απομάκρυνση από την εκπαιδευτική διαδικασία είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με τη χρήση αλκοολούχων ποτών. Αυτό έχει διαπιστωθεί από αρκετές έρευνες τόσο στην Ελλάδα όσο και στο εξωτερικό, οι οποίες ελέγχουν τη σχέση κατανάλωσης αλκοόλ με την επίδοση, τις απουσίες από το σχολείο, την πειθαρχία στους σχολικούς κανόνες και την ακαδημαϊκή επιτυχία.

Παράλληλα, η ποιότητα των φίλων επηρεάζει τη στάση των νέων προς το αλκοόλ. Έτσι, βλέπουμε στην έρευνα ότι τα άτομα που πίνουν κάνουν παρέα με άτομα που πίνουν σε ποσοστό 91,7%. Ενώ άτομα που δεν πίνουν κάνουν παρέα με άτομα που πίνουν σε ποσοστό 50,4%.

Θα θέλαμε να αναφέρουμε στο σημείο αυτό πόσο διαφωτιστική είναι η στάση που κρατάει ο νέος απέναντι στο φίλο του που μέθυσε. Βλέπουν θετικά ή τουλάχιστον δίνουν ελαφρυντικά για φίλο που μέθυσε σε ποσοστό 81,5%. Ενώ κρατούν αρνητική στάση απέναντί του, θεωρώντας τον κατακριτέο, επικίνδυνο ή άτομο που πρέπει να αποφεύγεται, σε ποσοστό 18,5%. Έχει επισημανθεί ότι η συμπεριφορά <<του να πίνουν>> δεν έχει να κάνει τόσο με τη λειτουργία <<του να πίνουν>> με φίλους, όσο με τη συμμετοχή στις γενικότερες δραστηριότητες της παρέας. Απ' αυτό φαίνεται η μιμητική τάση που επικρατεί την περίοδο της εφηβείας. Ο έφηβος επιλέγει την παρέα του βάσει των δικών του προτύπων, ώστε να του είναι δύσκολο να κατακρίνει έναν φίλο του που μέθυσε, καθώς έτσι αντικατοπτρίζεται ο εαυτός του και η δική του συμπεριφορά.

Ένας άλλος παράγοντας που φαίνεται να επηρεάζει θετικά την κατανάλωση αλκοόλ είναι ο οικονομικός. Ειδικότερα, η ποσότητα των χρημάτων που ξοδεύουν καθημερινά είναι ανάλογη με την κατανάλωση αλκοόλ. Βρήκαμε ότι όσοι ξοδεύουν μέχρι 1000 δρχ. ημερησίως πίνει το 61,2% απ' αυτούς, όσοι ξοδεύουν 1000-2000 δρχ. ημερησίως πίνει το 84,6% απ' αυτούς, από 2000 έως 3000 δρχ. ημερησίως πίνει το 88,4% απ' αυτούς και τέλος από 3000 δρχ. και πάνω πίνει το 92%. Το ίδιο παρατηρείται τόσο για την ποσότητα όσο και για τη συχνότητα της κατανάλωσης οινοπνευματωδών ποτών. Επίσης, τα άτομα που εργάζονται πίνουν αναλογικά περισσότερο από αυτά που δεν εργάζονται (σε ποσοστά 77,8% και 58,3% αντίστοιχα).

Η μεγαλύτερη κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών από τους νέους γίνεται κατά κύριο λόγο σε μπαρ (ποσοστό 52,4%) και κατά δεύτερο λόγο στο σπίτι (19,4%), ενώ το υπόλοιπο 28,2% καταναλώνει αλκοόλ σε οποιοδήποτε χώρο χωρίς ιδιαίτερη προτίμηση. Οι ώρες όπου παρατηρείται μεγαλύτερη κατανάλωση αλκοόλ από τους νέους είναι οι νυχτερινές (75,1%). Αυτό είναι φυσικό αποτέλεσμα διότι η διασκέδαση συνδέεται με τη νύχτα, το χορό, το ποτό και το τσιγάρο. Όσον αφορά το τσιγάρο, το ποσοστό των νέων που συνοδεύουν το ποτό τους με τσιγάρο είναι 21%. Δε μπορούμε να χαρακτηρίσουμε το ποσοστό αυτό μικρό ή μεγάλο διότι δεν έχουμε αποτελέσματα άλλης έρευνας που να συσχετίζει το αλκοόλ με το τσιγάρο. Παρ' όλα αυτά πιστεύουμε ότι το ποσοστό αυτό είναι μικρό γιατί από την παρατήρησή μας σε μέρη όπου γίνεται κατανάλωση αλκοόλ (π.χ. bar) η εντύπωση που σχηματίσαμε ήταν διαφορετική. Επίσης, σημαντική πιστεύουμε πως είναι η επίδραση του αλκοόλ στις διατροφικές συνήθειες των εφήβων, ειδικά λόγω του ότι βρίσκονται στην κρισιμότερη περίοδο της ανάπτυξης. Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων βρήκαμε ότι το 69,3% του δείγματος, όταν πίνει, τρώει κανονικά, το 16,8% αυτού τρώει λίγο και το 13,9% τρώει ακανόνιστα. Το ποσοστό αυτό που δεν τρέφεται σωστά (30,7%) ίσως αργότερα παρουσιάσει οργανικές διαταραχές, οι οποίες θα έχουν τη ρίζα τους στην κατανάλωση του αλκοόλ στην ηλικία αυτή. Ακόμη, στο παραπάνω συμπέρασμα σημαντικό ρόλο, ίσως, παίζει η ηλικία έναρξης κατανάλωσης αλκοόλ. Αναλύοντας τα αποτελέσματα της έρευνάς μας διαπιστώσαμε ότι η υψηλότερη συχνότητα έναρξης παρατηρείται στην περίοδο από 14 μέχρι 16 ετών (56,8%). Πριν τα 14 χρόνια άρχισε να πίνει το 22,5%, μεταξύ 16 μέχρι 18 ετών το 16,7% και από 18 ετών και πάνω το 4%. Το μεγαλύτερο ποσοστό των παιδιών άρχισε να πίνει πριν την ηλικία των 16 ετών γιατί σ' αυτήν την ηλικία αρχίζει η έντονη κοινωνικοποίηση του ατόμου και ο έφηβος αρχίζει να <<αποστασιοποιείται>> από την οικογένεια.

Αφού εξετάσαμε τη χρήση αλκοόλ με όλες τις παραμέτρους της (π.χ. συχνότητα, ποσότητα, ποιότητα), θα περάσουμε στην εξέταση της κατάχρησης του αλκοόλ και των συνεπειών της.

Την πρώτη παράμετρο σχετικά με την κατάχρηση που εξετάσαμε είναι αν μέθυσε το άτομο ή όχι. Από την ανάλυση προκύπτει ότι το

ποσοστό αυτών που έχουν μεθύσει, ανεξαρτήτως αν πίνουν ή όχι, ανέρχεται στο 44%. Από αυτούς το 24,2% συνέχισε να πίνει, το 49,2% σταμάτισε να πίνει, το 20,3% ένιωσε ευχάριστα και το 6,3% κλείστηκε στον εαυτό του. Από το ίδιο δείγμα το 43,3% θα επιχειρούσε να ξαναμεθύσει. Πιστεύουμε ότι ένα κίνητρο γι' αυτό είναι η ευχαρίστηση που φέρνει το αλκοόλ στο άτομο.

Μια άλλη παράμετρο που εξετάσαμε είναι η επίδραση της κατάχρησης αλκοόλ στη συμπεριφορά του ατόμου. Στην ερώτηση << αν έχεις καυγαδίσει υπό την επήρεια αλκοόλ; >> παραθέτουμε απλώς το ποσοστό των θετικών απαντήσεων, το οποίο είναι 9,5%, χωρίς να το διερευνήσουμε διότι δεν έχουμε συγκριτικά στοιχεία από άλλες μελέτες. Όσον αφορά το ποσοστό των νέων που θα επιχειρούσαν να οδηγήσουν υπό την επήρεια αλκοόλ, είναι 6,2%. Στο θέμα αυτό και ειδικότερα στην αυτοκινητιστική διαπαιδαγώγηση των παιδιών θα γίνει εκτενής αναφορά στην επόμενη παράγραφο (9.3). Και μόνο από τα στοιχεία της τροχαίας Πατρών το ποσοστό των ατυχημάτων που ίσως να οφείλεται στο αλκοόλ είναι 13%. Συγκεκριμένα από το σύνολο 3431 ατυχημάτων έγινε αιμοληπτικός έλεγχος για τη διαπίστωση μεθυσμένου οδηγού στα 447 από αυτά. Ο αιμοληπτικός έλεγχος έδειξε ότι τα επίπεδα της αλκοόλης στο αίμα των οδηγών αυτών κυμάνθηκαν από 0% έως 2,82% gr/lit αίματος, με ανεκτό όριο, από την Ελληνική Νομοθεσία, 0,6% gr/lit αίματος (τα στοιχεία αυτά αναφέρονται στο έτος 1992). Ακολούθως μελετήσαμε τις περιπτώσεις ατόμων στις οποίες προσφέρθηκε νοσοκομειακή βοήθεια, ενώ βρίσκονταν υπό την επήρεια αλκοόλ. Το ποσοστό αυτό είναι 2,8%. Ενώ παραπάνω βρήκαμε ότι ο αριθμός των ατόμων που έχει μεθύσει είναι 1509, εδώ βλέπουμε ότι μόνο 88 από αυτά τα άτομα έχουν νοσηλευτεί εξαιτίας του αλκοόλ. Αυτό δηλώνει ότι μόνο 1 στους 17 έχει ζητήσει νοσοκομειακή βοήθεια, ενώ οι υπόλοιποι πιστεύουν ότι η μέθη δεν είναι μια νοσηρή κατάσταση χρήζουσα νοσοκομειακής βοήθειας.

Παρ' όλα αυτά βλέπουμε ότι η ύπαρξη γνώσεων για τις αρνητικές συνέπειες του αλκοόλ στον οργανισμό είναι σε υψηλά επίπεδα. Συγκεκριμένα, το ποσοστό των ατόμων που γνωρίζουν έστω και μια επίπτωση του αλκοόλ στον οργανισμό ανέρχεται σε 92,2%. Κατά τη μελέτη των ερωτηματολογίων διαπιστώσαμε ότι μόνο ένας μικρός

αριθμός ατόμων γνώριζε όλες τις αρνητικές συνέπειες του αλκοόλ που παραθέτουμε. Σχετικά με το επίπεδο πληροφόρησης γύρω από τις αρνητικές συνέπειες της κατάχρησης του αλκοόλ, η κατανομή του δείγματος είναι η εξής: 609 άτομα (18,1%) πιστεύουν ότι η πληροφόρηση αυτή είναι επαρκής, ενώ 2750 άτομα (81,9%) θεωρεί την πληροφόρηση αυτή είναι ανεπαρκή. Αυτή η έλλειψη πληροφόρησης ευνοεί την τάση αύξησης που παρουσιάζει ο αλκοολισμός στην Ελλάδα. Και ενώ η διαφήμιση θα μπορούσε να αποτελέσει ένα μέσον πληροφόρησης των νέων για τις αρνητικές συνέπειες του αλκοόλ, παρ' όλα αυτά στέκεται αρωγός στις βιομηχανίες οινοπνευματωδών ποτών που προσπαθούν να προωθήσουν όλο και περισσότερο τα προϊόντα τους. Πράγματι θα μπορούσαμε να είχαμε θετικά αποτελέσματα με τη βοήθεια της διαφήμισης γιατί όπως προκύπτει από την έρευνά μας, η διαφήμιση επηρεάζει τον 1 στους 4 νέους ως προς την εκλογή του ποτού τους.

Αξίζει να σημειωθεί ότι το 31% των νέων έχει αισθανθεί έντονα την ανάγκη να πιει. Η ανάγκη αυτή πιστεύουμε ότι είναι συνυφασμένη με την ύπαρξη προβλημάτων της εφηβείας, συναισθηματικών κενών, οικογενειακών προβλημάτων και κοινωνικών πιέσεων.

Τέλος, τα επιμέρους εκατοστιαία ποσοστά κατανάλωσης οινοπνευματωδών ποτών κατά γεωγραφική περιοχή κυμαίνονται από 58,2% μέχρι 72,5% με μέσο όρο 64,1%.

Αναλυτικότερα, τώρα, για κάθε περιοχή ξεχωριστά τα ποσοστά αυτά είναι: για το νόμο Αιτωλοακαρνανίας 58,6%, για τον νομό Ηλείας 62,8%, για το νομό Ημαθίας 58,2%, για το νόμο Λασιθίου 69,9% και για το νομό Σερρών 72,5%. Ειδικότερα, πιστεύουμε ότι για τους νομούς Λασιθίου και Σερρών το ποσοστό κατανάλωσης είναι αυξημένο σε σχέση με τους υπόλοιπους νομούς λόγω ιδιαίτερων χαρακτηριστικών. Τα χαρακτηριστικά αυτά για τον μεν νομό Σερρών είναι οι κλιματολογικές συνθήκες (κρύο, βαρύς χειμώνας), για τον δε νομό Λασιθίου τα ήθη κι έθιμα της περιοχής.

Κλείνοντας την παράγραφο << Συζήτηση >> αξίζει να τονίσουμε ότι προσπαθήσαμε να καλύψουμε το θέμα "αλκοόλ και νέοι" όσο το δυνατόν καλύτερα και πληρέστερα μπορούσαμε. Πιθανές ατέλειες του ερωτηματολογίου και της μεθοδολογίας διεξαγωγής της έρευνας θα

ληφθούν υπ' όψη στην επανέκδοση του ερωτηματολογίου ή σε πιθανό έλεγχο της αξιοπιστίας του από εμάς ή από κάποιον άλλον ερευνητή.

9.3 Προτάσεις

Είναι γεγονός ότι στην Ελλάδα οι περισσότερες προσπάθειες πρόληψης και παρέμβασης είναι συντονισμένες στην αντιμετώπιση των απαγορευμένων ουσιών, ενώ ελάχιστα ή τίποτε δε γίνεται σχετικά την αντιμετώπιση της πιθανότητας να εξαπλωθεί ο αλκοολισμός.

Ένα επιπλέον πρόβλημα στη χώρα μας είναι ότι η εξάρτηση από το αλκοόλ δεν επισημαίνεται ως οξύ κοινωνικό πρόβλημα, αλλά σαν μεμονωμένα περιστατικά (οι αλκοολικοί) και σ' ένα σημαντικό ποσοστό σαν τέτοια αντιμετωπίζονται.

Είναι δύσκολο να καλύψει κανείς από κάθε πλευρά ένα κοινωνικό φαινόμενο, όπως ο αλκοολισμός με μέτρα πρόληψης. Στην εργασία μας αυτή θα προσπαθήσουμε να καλύψουμε το δύσκολο αυτό θέμα της πρόληψης επικεντρώνοντας τις προτάσεις μας στη νεανική ηλικία. Γενικά για το θέμα "πρόληψη" έχει γίνει εκτενής αναφορά στο αντίστοιχο κεφάλαιο της εργασίας μας (βλ. Κεφ. 7). Εδώ, όμως, οι προτάσεις μας θα γίνουν πιο συγκεκριμένες στηριζόμενοι στα αποτελέσματα της έρευνά μας.

Πρωταρχικής σημασίας είναι η διαφώτιση των νέων μέσα από την οικογένεια. Από την έρευνά μας διαπιστώσαμε ότι οι γονείς δε θεωρούν κακή συνήθεια την κατανάλωση αλκοόλ από τα παιδιά τους, γεγονός που έχει τις ρίζες του στα ήθη κι έθιμα του λαού μας. Για το λόγο αυτό παράλληλα με τους νέους θα πρέπει να ενημερώσουμε, ως νοσηλευτές, και τους ενήλικες. Αυτό θα επιτευχθεί μέσα από προγράμματα κοινοτικής νοσηλευτικής με διαλέξεις και διανομή έντυπου υλικού, πληροφορώντας τους για τις αρνητικές συνέπειες της κατάχρησης αλκοόλ στον ανθρώπινο οργανισμό. Έτσι, μέσα από την ίδια την οικογένεια παίρνουν τα πρώτα ερεθίσματα για να δεχθούν την επιστημονική πληροφόρηση μέσα από τα σχολεία.

Στον τομέα αυτό θα πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη βαρύτητα διότι, όπως αποδείξαμε μέσα από την έρευνά μας, η ηλικία έναρξης κατανάλωσης οινοπνευματωδών ποτών κυμαίνεται ως επί το πλείστον μεταξύ 14-18 ετών. Από τα σχολεία θα πρέπει να αρχίσει η αυτοκινητιστική διαπαιδαγώγηση των μαθητών και μελλοντικών οδηγών

ώστε να γίνει βιώμα τους ότι ο συνδυασμός οδήγησης και ποτού έχει θανατηφόρο αποτέλεσμα. Αρωγός στην προσπάθεια του σχολείου θα αποτελέσει η δημιουργία συμβουλευτικών σταθμών, με τη συμμετοχή του νοσηλευτή, οι οποίοι μέσω διαλέξεων και έντυπου υλικού θα διαφωτίσουν το κοινό και τους μαθητές.

Πιστεύουμε ότι ιδιαίτερη σημασία πρέπει να δοθεί στον αγώνα κατά της αλκοολούχου μπίρας. Η μπίρα δεν είναι το "αθώο ποτό", πρόσχημα κάθε πότη, αλλά η βαρύτητα των οργανικών βλαβών που προκαλεί είναι ίση με αυτή που προκαλούν τα άλλα αλκοολούχα ποτά. Επίσης, πρέπει να καταλάβουν οι νέοι ότι ο συνδυασμός τσιγάρο - αλκοόλ είναι καταστροφικός για την υγεία τους. Χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι ότι όποιος καπνίζει οι πιθανότητες να παρουσιάσει καρκίνο τριπλασιάζονται, όποιος πίνει διπλασιάζονται, ενώ όποιος καπνίζει και πίνει οι πιθανότητες αυτές δωδεκαπλασιάζονται.

Από την έρευνά μας, επίσης, διαπιστώσαμε ότι περίπου οι μισοί νέοι έχουν έρθει σε κατάσταση μέθης. Βασικό είναι να καταλάβουν ότι η μέθη δεν είναι διασκέδαση αλλά είναι μετάβαση σε μια νοσηρή κατάσταση.

Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων διαπιστώσαμε ότι η μεγαλύτερη κατανάλωση αλκοόλ από τους νέους γίνεται τις νυχτερινές ώρες δείχνοντας ιδιαίτερη προτίμηση στα μπαρ.

Μελέτες που έχουν γίνει πάνω στο ζήτημα της πρόληψης του αλκοολισμού δείχνουν πως στις χώρες που δοκιμάστηκε η επιβολή απαγορευτικών μέτρων στα καταστήματα πώλησης αλκοολούχων ποτών (ως προς την ώρα πώλησης, την ηλικία του καταναλωτή κ.λ.π.) σε κάποιες περιπτώσεις είχε θετικά αποτελέσματα, χωρίς να είναι τα αναμενόμενα, ενώ σε κάποιες άλλες έφερε αρνητικά αποτελέσματα. Για το λόγο αυτό δε θα προτείνουμε μέσα αστυνόμευσης με απαγορεύσεις και νομοθετικές ρυθμίσεις, αφού τα σύνθετα κοινωνικά προβλήματα δεν αντιμετωπίζονται επαρκώς με απλουστευτικές λύσεις.

Επιπλέον, η διαφήμιση θα μπορούσε να συμβάλλει στον προβληματισμό και στην αποτροπή της κατανάλωσης αλκοόλ προβάλλοντας την αρνητική του πλευρά.

Ελπίζουμε η έρευνά μας να αποτελέσει ένα κομμάτι της γενικότερης επιδημιολογικής έρευνας γύρω από τον αλκοολισμό στη χώρα μας κι ένα παράδειγμα μίμησης για την πραγματοποίηση ανάλογων ερευνών.

Τέλος, επειδή η πρόληψη δεν πρέπει να περιορίζεται μόνο σε λόγια, αλλά πρέπει να εκφράζεται με έργα, συντάξαμε το ενημερωτικό έντυπο που ακολουθεί με σκοπό να συμβάλλουμε άμεσα σ' αυτή (πρόληψη). Το ενημερωτικό αυτό έντυπο θα διανεύουμε στα σχολεία που συνέβαλλαν στην πραγματοποίηση της έρευνάς μας.

Φίλε μαθητή,

ξέρεις ότι:

- ένα μεγάλο μπουκάλι μύρας περιέχει ίση ποσότητα αλκοόλ όση δύο δυνατά αλκοολούχα ποτά;
- δύο ποτά επιβραδύνουν τα αντανακλαστικά σου κατά 1 sec όταν οδηγείς;
- το αλκοόλ είναι υπεύθυνο σε μεγάλη συχνότητα για τις παθήσεις του πεπτικού συστήματος (π.χ. γαστρίτιδα);
- το ποτό διπλασιάζει τις πιθανότητες για καρκίνο, το τσιγάρο τις τριπλασιάζει, ενώ ο συνδιασμός και των δύο τις δωδεκαπλασιάζει;
- το να μεθάς δεν είναι διασκέδαση, είναι νόσος;

γι' αυτό:

- προτίμησε τη μύρα χωρίς αλκοόλ ή τουλάχιστον το μικρό μπουκάλι μύρας.
 - μην πίνεις όταν έχεις σκοπό να οδηγήσεις.
 - μην πίνεις με άδειο στομάχι.
 - όταν πίνεις, τουλάχιστον μην καπνίζεις.
 - μη θεωρείς το ποτό διαβατήριο για τη διασκέδαση.
- Βάλε όριο στο ποτό σου, μην αφήνεις να σε παρασύρει.

... και θυμίσου το ποτό δεν είναι στυλ, απόδειξη ωριμότητας,
απελευθέρωση ...

Τμήμα Νοσηλευτικής

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ



ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

1. Φύλο: Αγόρι Κορίτσι
2. Πόσων χρόνων είσαι;
3. Ποιό είναι το μορφωτικό σου επίπεδο;
 - α. είμαι μαθητής γυμνασίου
 - β. είμαι μαθητής λυκείου
 - γ. είμαι απόφοιτος λυκείου
 - δ. είμαι σπουδαστής Τ.Ε.Ι
 - ε. είμαι φοιτητής Α.Ε.Ι
4. Που κατοικείς τα δύο τελευταία χρόνια;
5. Ποιές είναι οι γραμματικές γνώσεις που έχουν οι γονείς σου;
 - α. αναλφάβητος
 - β. απόφοιτος δημοτικού
 - γ. απόφοιτος γυμνασίου
 - δ. απόφοιτος ανωτέρας ή ανωτάτης σχολής
6. Επάγγελμα πατέρα:
7. Επάγγελμα μητέρας:
8. Μένεις;
 - α. με την οικογένειά σου
 - β. μόνος σου ή με άλλους λόγω σπουδών
 - γ. μόνος σου ή με άλλους λόγω εργασίας
9. Οι γονείς σου;
 - α. ζουν αρμονικά μαζί
 - β. είναι διαζευγμένοι
 - γ. δεν υπάρχει ο ένας από τους δύο
 - δ. δεν υπάρχει κανείς
10. Εργάζεσαι;
 - α. Ναι β. Όχι
 - Αν ναι: α. παράλληλα με τις σπουδές σου;
 - β. στις διακοπές;
11. Γιατί εργάζεσαι;
 - α. για οικονομική ανεξαρτησία;
 - β. για να συμβάλλεις στα έξοδα της οικογένειας;
12. Πόσα χρήματα ξοδεύεις καθημερινά;
13. Ασχολείσαι με;
 - α. αθλητισμό
 - β. πολιτιστικά θέματα
 - γ. μουσική, χορό
 - δ. βιβλία

27. Οι φίλοι σου πίνουν;

α. Ναι

β. Όχι

28. Ποιά είναι η γνώμη σου για κάποιον φίλο σου που μέθυσε;

α. είναι κατακριτέος που ξεπέρασε τα όριά του

β. είναι επικίνδυνος για την παρέα

γ. πρέπει να τον αποφύγω

δ. έχει προβλήματα και χρειάζεται τη βοήθειά μου

ε. απλώς διασκέδασε με το τρόπο του

29. Υπάρχει στην οικογένειά σου άτομο που πίνει συστηματικά;

α. πατέρας

β. μητέρα

γ. αδελφός-ή

δ. θείος-α

ε. δεν υπάρχει

30. Μέθυσες ποτέ;

α. Ναι

β. Όχι

31. Όταν μέθυσες:

α. συνέχισες να πίνεις;

β. σταμάτησες να πίνεις;

γ. ένωσες ευχάριστα;

δ. κλείστηκες στον εαυτό σου;

32. Θα επιχειρούσες να ξαναμεθύσεις;

α. Ναι

β. Όχι

33. Έχεις αισθανθεί ποτέ έντονα την ανάγκη να πιεις;

α. Ναι

β. Όχι

34. Όταν πίνεις νιώθεις ενοχές;

α. Ναι

β. Όχι

35. Έχεις καυγαδίσει ποτέ υπό την επήρεια του αλκοόλ;

α. Ναι

β. Όχι

36. Θα οδηγούσες μεθυσμένος;

α. Ναι

β. Όχι

37. Έχεις νοσηλευτεί ποτέ εξαιτίας του ποτού;

α. Ναι

β. Όχι

38. Πιστεύεις ότι η πληροφόρηση για τις αρνητικές συνέπειες της κατάχρησης του αλκοόλ είναι επαρκής;

α. Ναι

β. Όχι

39. Γνωρίζεις τις αρνητικές συνέπειες του αλκοόλ;

α. Ναι

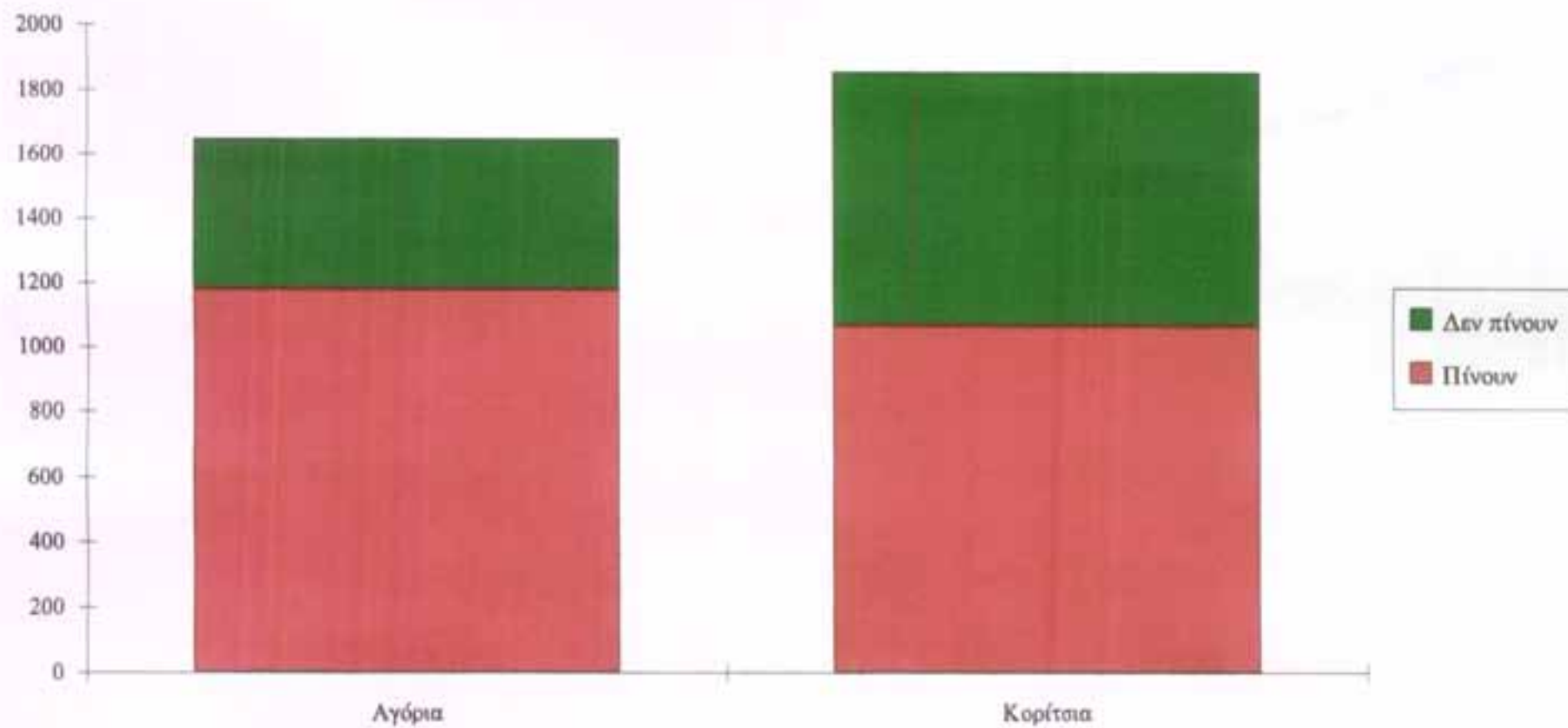
β. Όχι

Αν ναι, ποιές από τις παρακάτω γνωρίζεις;

α. στο συκώτι

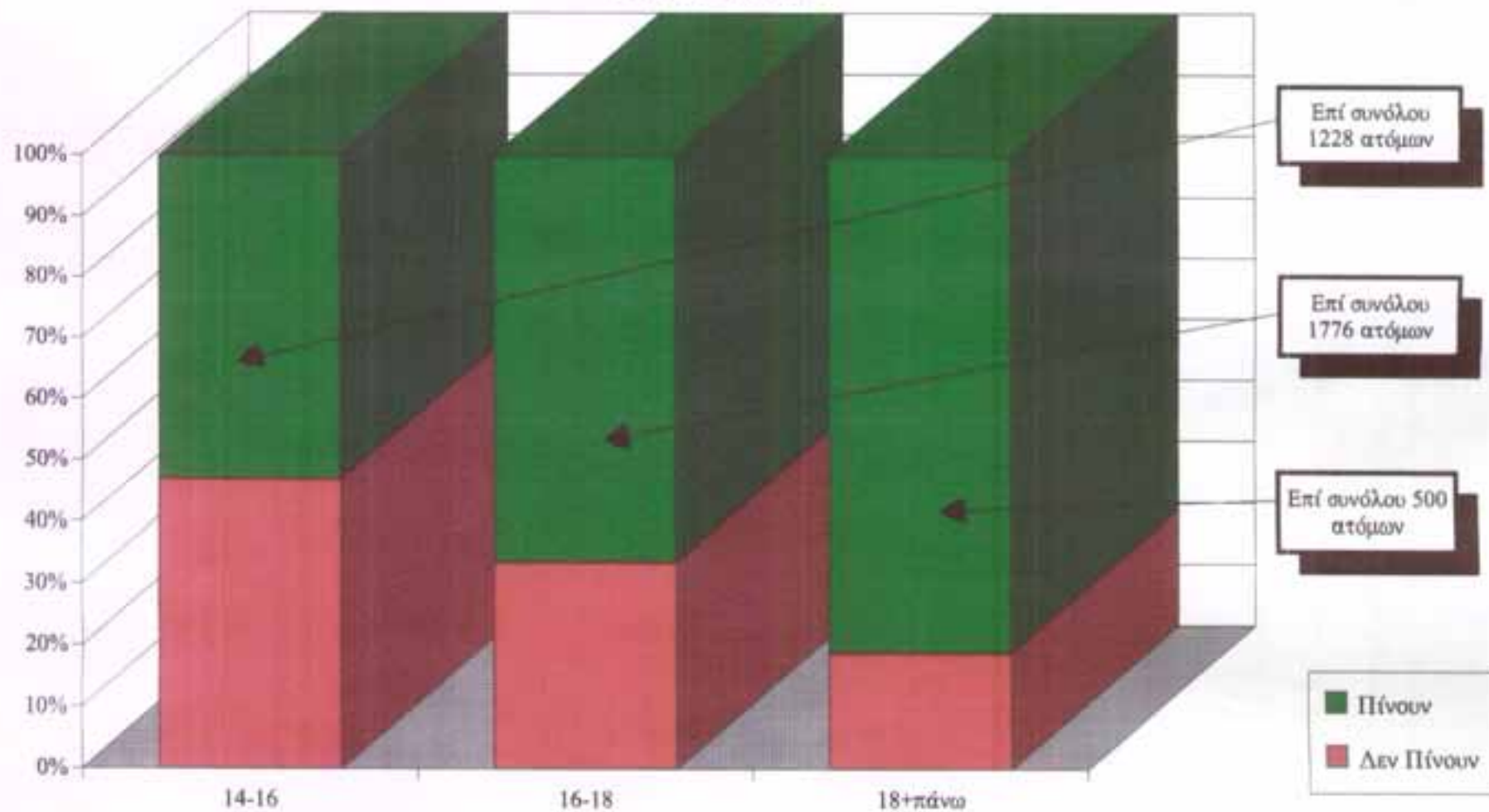
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΑ

Διάγραμμα 1



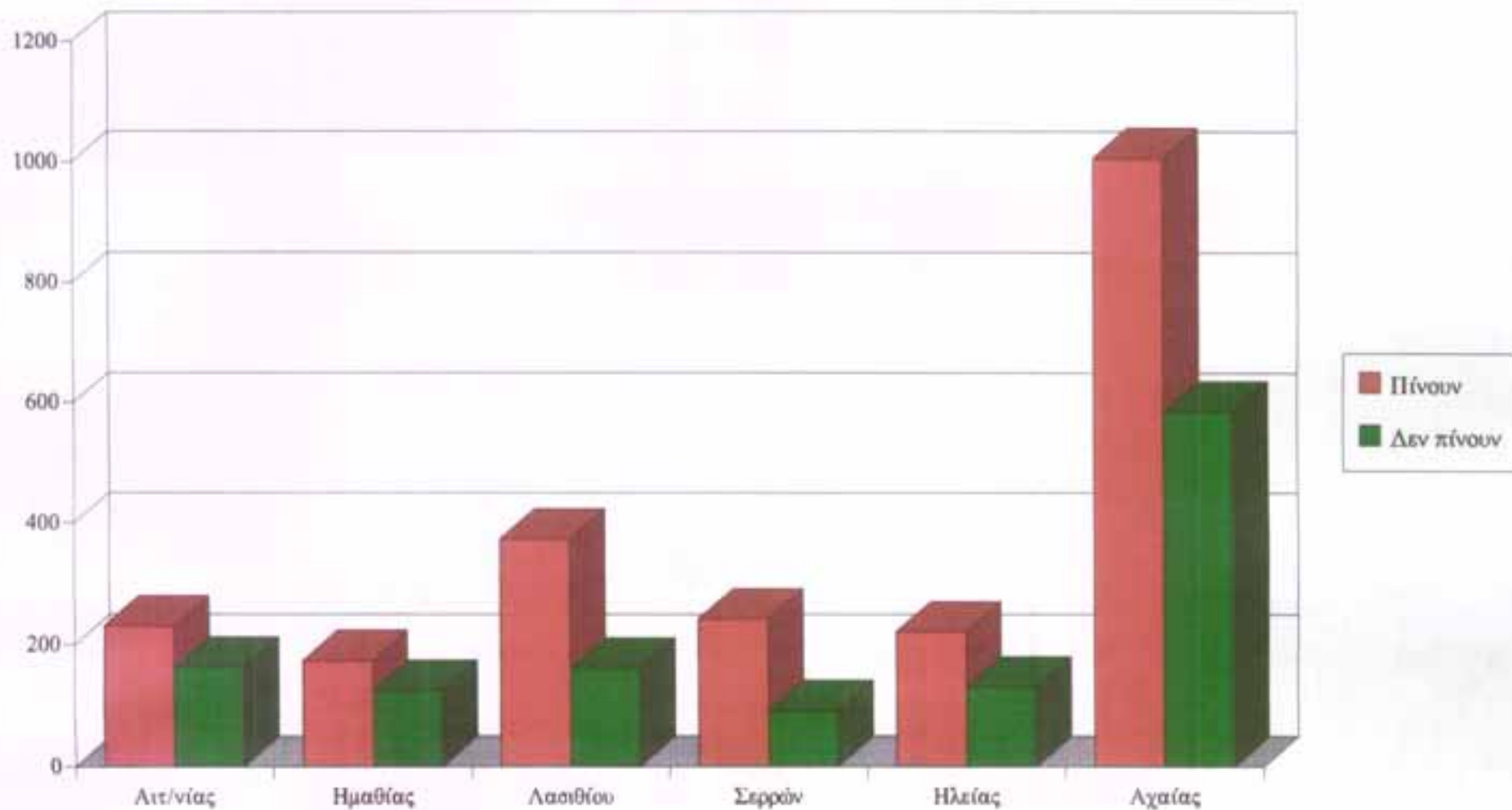
Κατανομή 3504 αγοριών και κοριτσιών σε σχέση με την κατανάλωση ή όχι οινοπνευματωδών ποτών.

Διάγραμμα 2



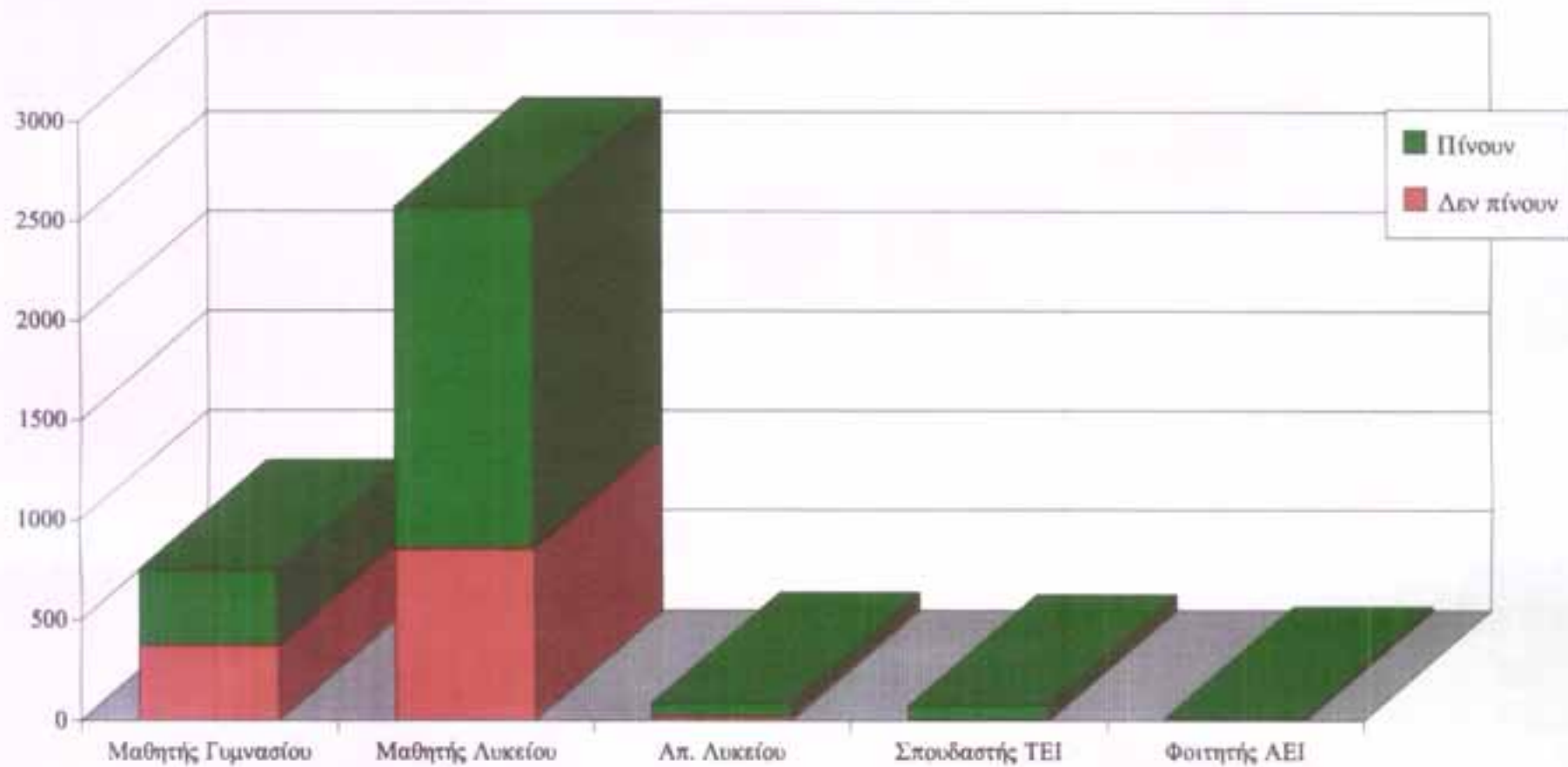
Κατανομή 3504 ατόμων κατά ομάδες ηλικιών σε σχέση με την κατανάλωση ή όχι οινοπνευματωδών ποτών.

Διάγραμμα 3



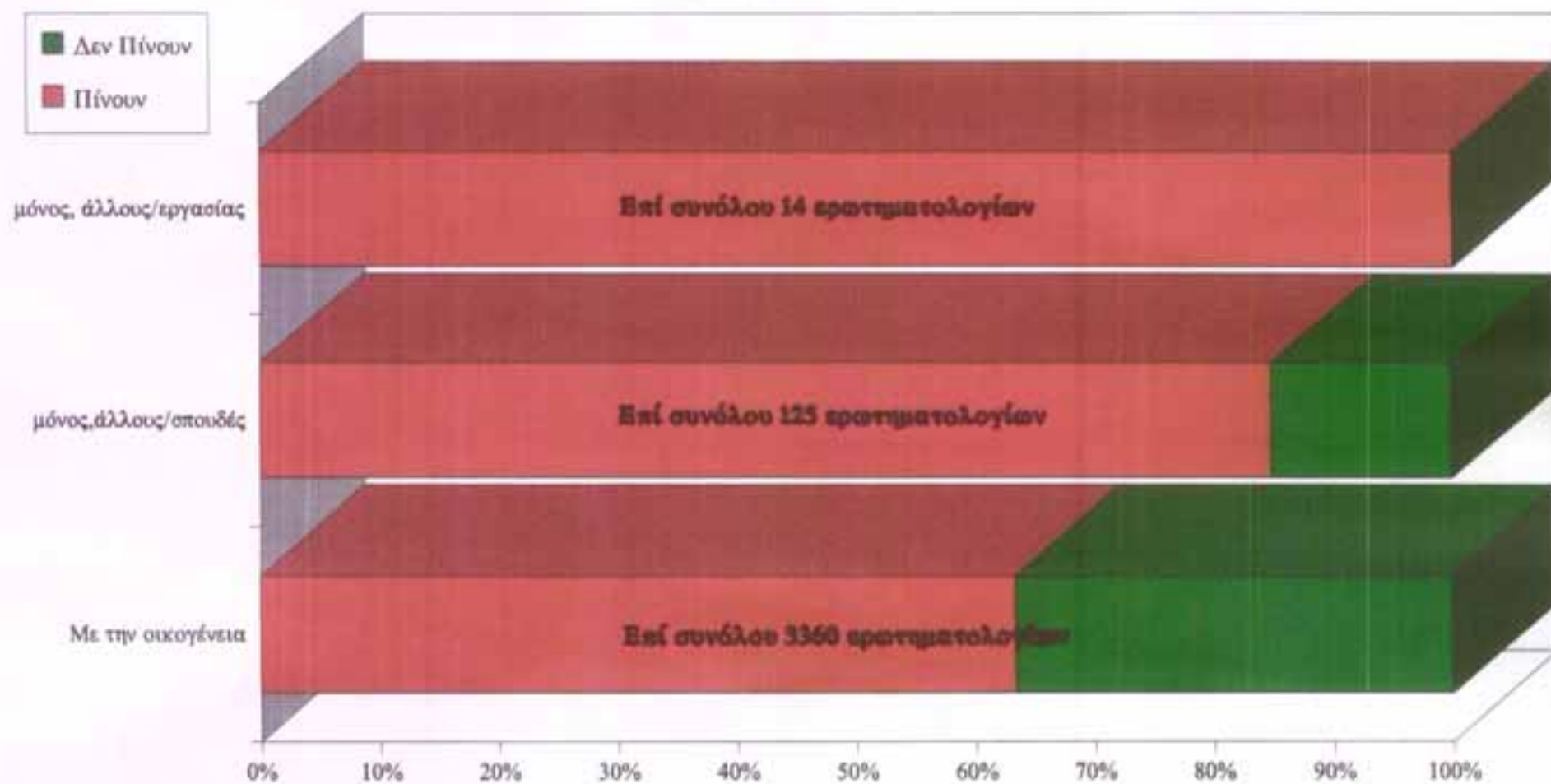
Κατανομή 3504 ατόμων κατά γεωγραφική περιοχή σε σχέση με την κατανάλωση ή όχι αλκοόλ.

Διάγραμμα 4



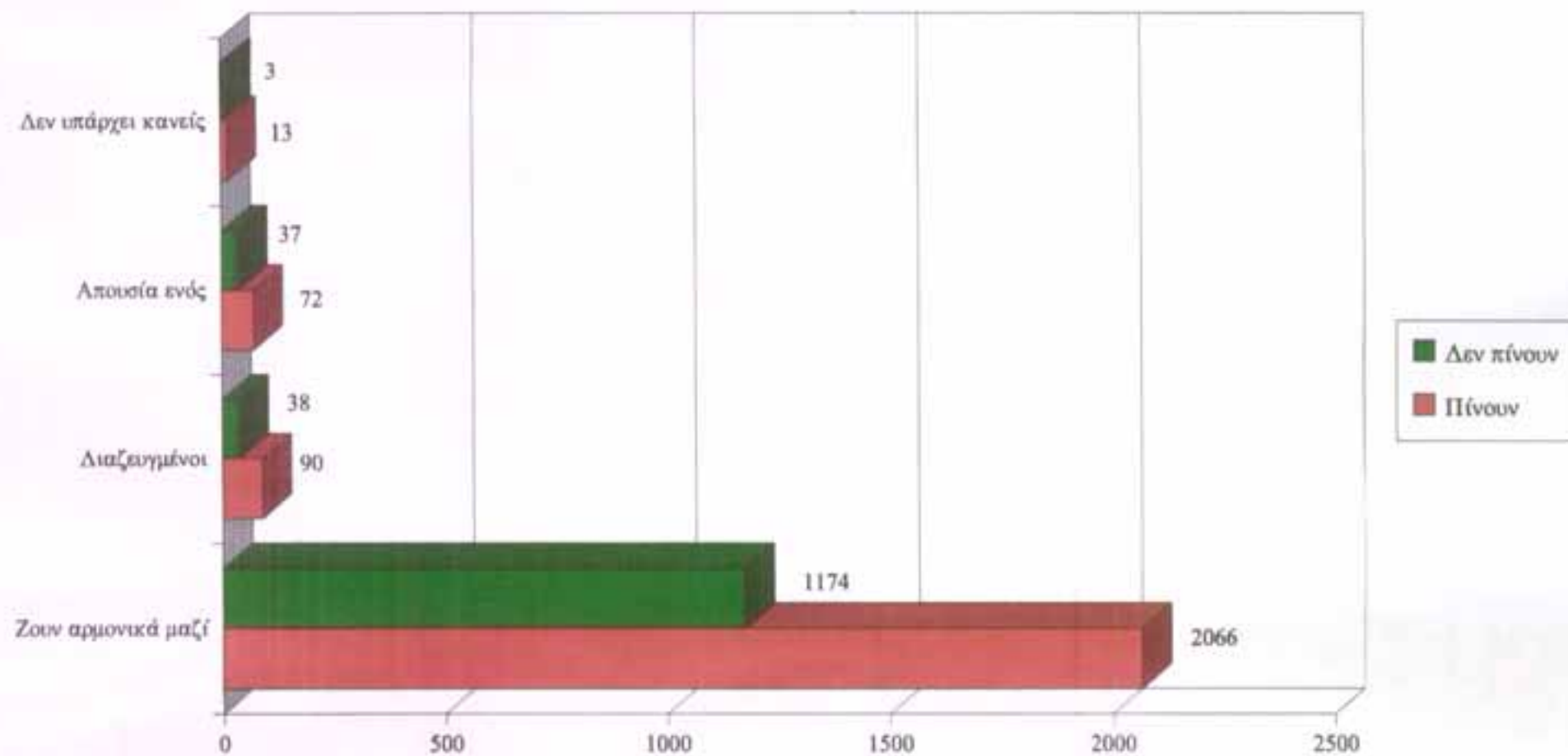
Κατανομή 3504 ατόμων σε σχέση με το εκπαιδευτικό τους επίπεδο.

Διάγραμμα 5



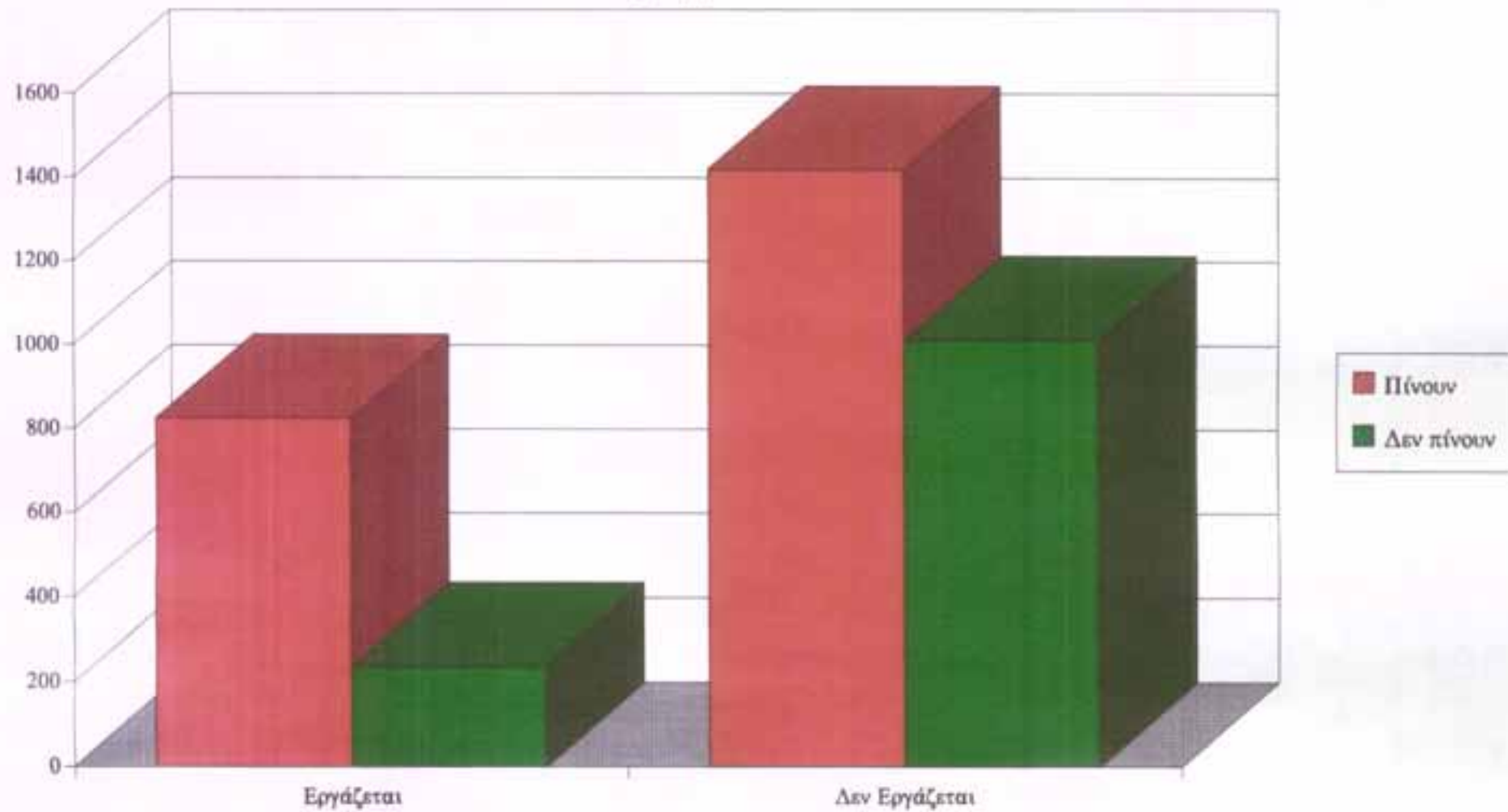
Κατανομή 3499 ατόμων σε σχέση με το αν πίνουν ή όχι και τη διαμονή με την οικογένειά τους ή με άλλους.

Διάγραμμα 6



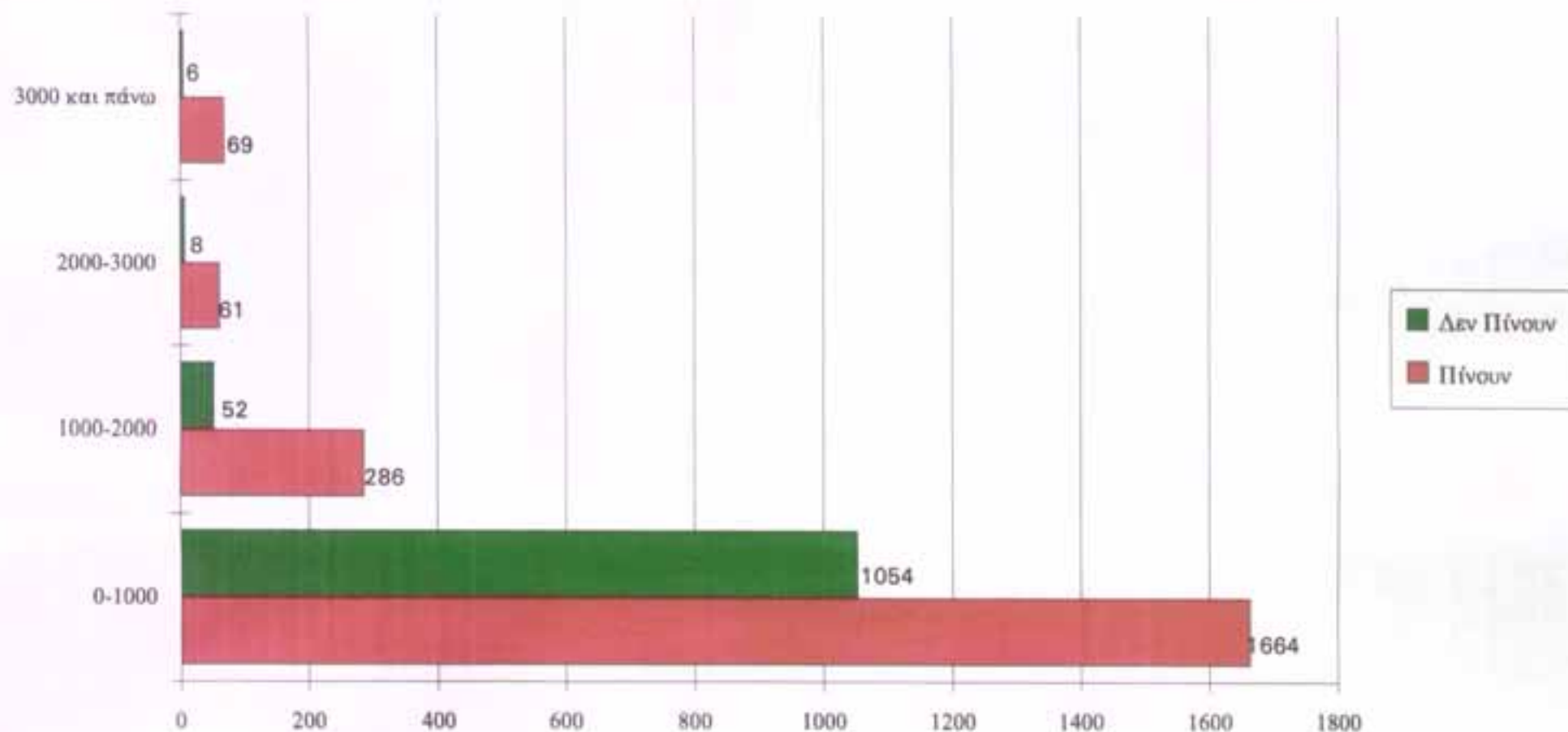
Κατανομή 3493 ατόμων σε σχέση με το αν πίνουν ή όχι και της οικογενειακής τους κατάστασης (γονείς).

Διάγραμμα 7



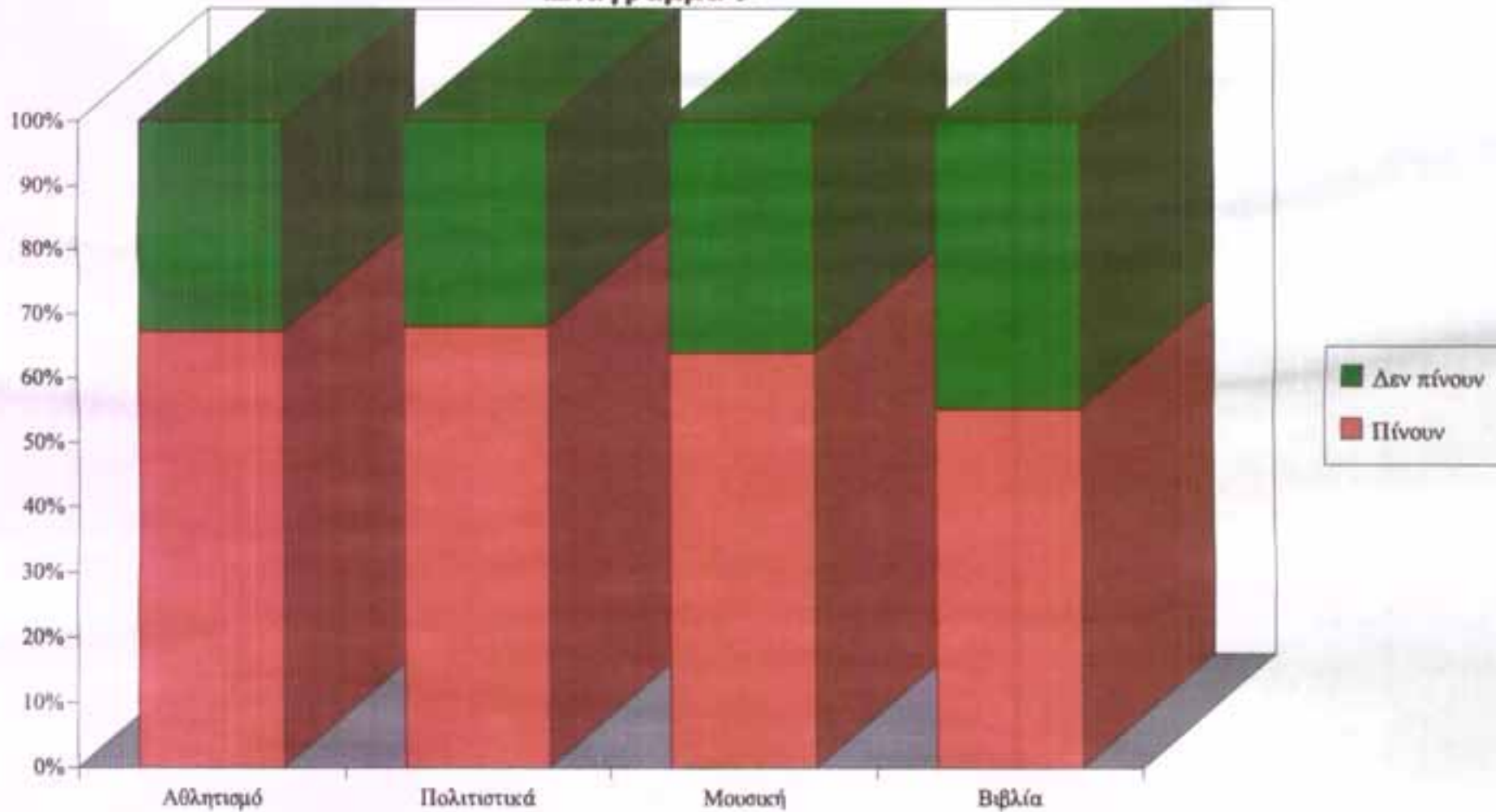
Κατανομή 3492 ατόμων σε σχέση με το αν εργάζονται ή όχι και του αν καταναλώνουν αλκοόλ.

Διάγραμμα 8



Κατανομή 3200 ατόμων σε σχέση με την ημερήσια κατανάλωση χρημάτων και της κατανάλωσης ή όχι αλκοόλ.

Διάγραμμα 9



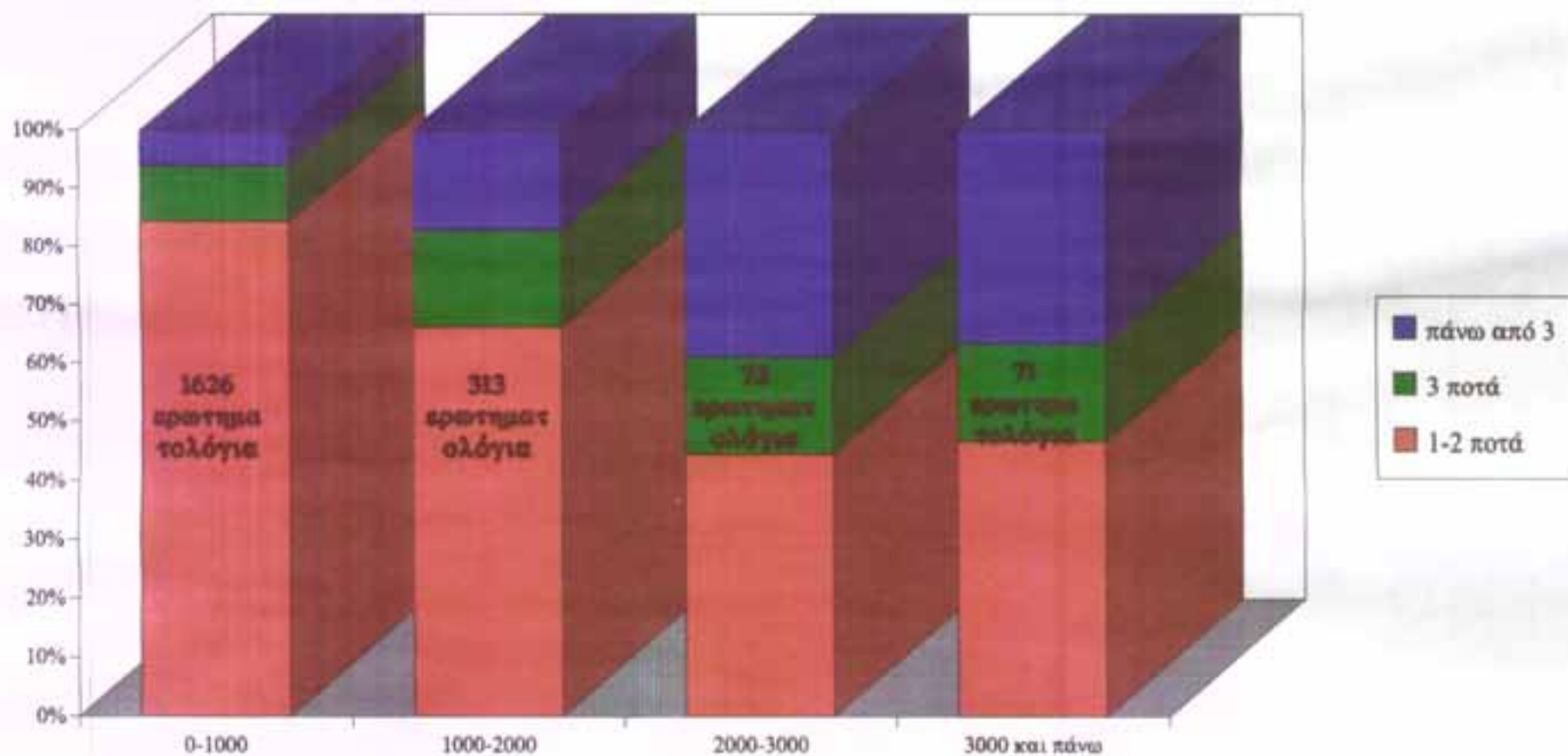
Κατανομή των απαντήσεων σε σχέση με τα χόμπι των ατόμων του δείγματος και του αν καταναλώνουν αλκοόλ.

Διάγραμμα 10



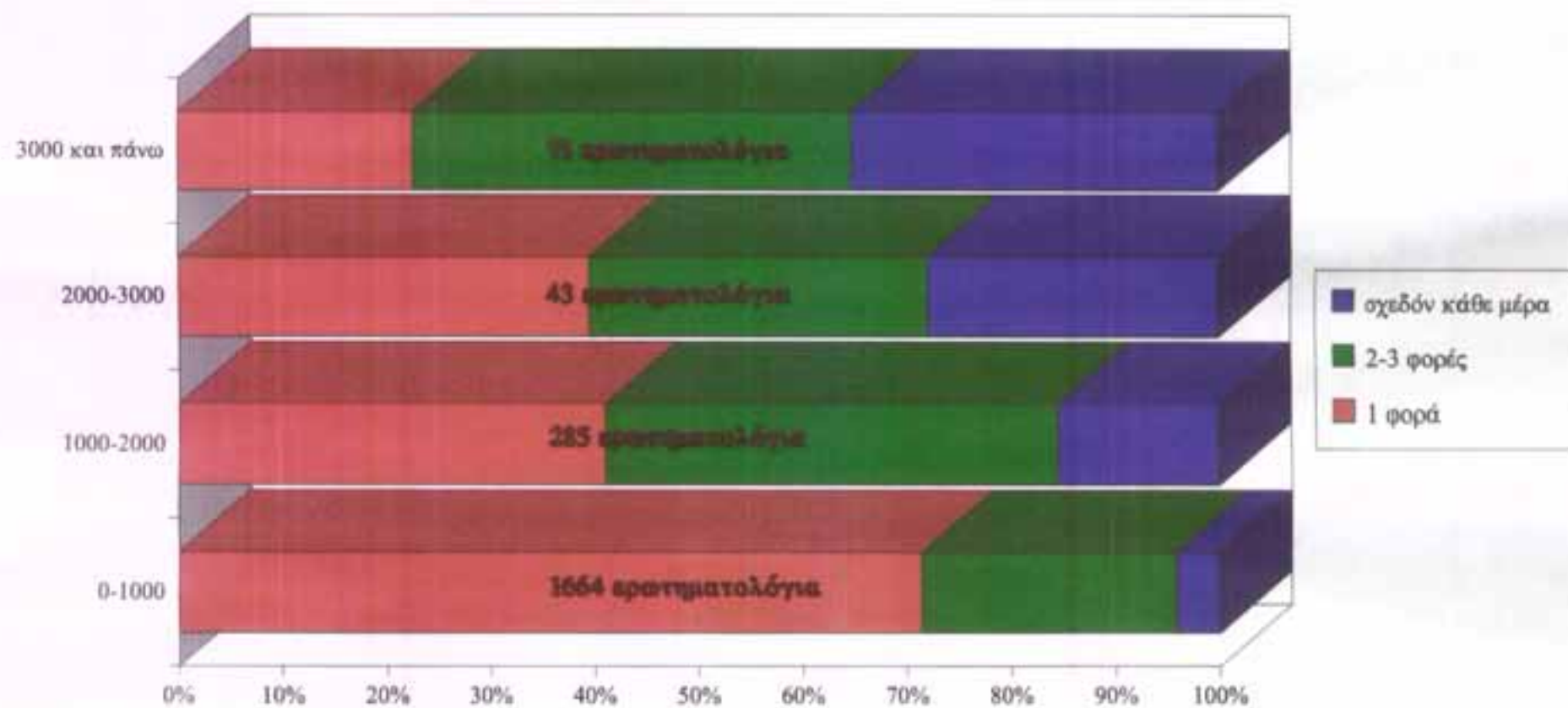
Κατανομή 3464 ατόμων σε σχέση με την μαθητική επίδοση και την κατανάλωση ή όχι οινοπνευματωδών ποτών.

Διάγραμμα 11



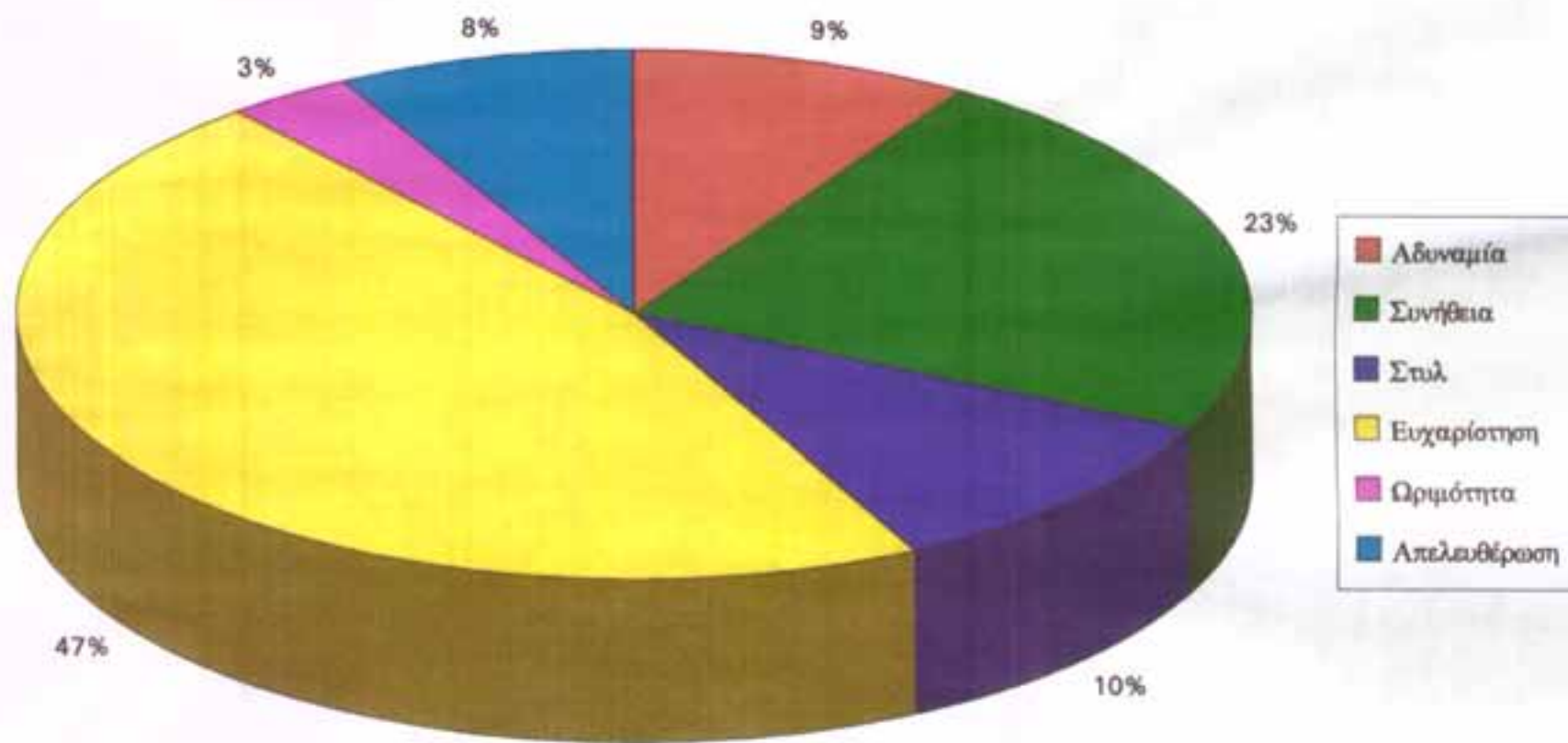
Κατανομή 2082 ατόμων που πίνουν σε σχέση με την ποσότητα οινοπνευματωδών ποτών που καταναλώνουν κάθε φορά.

Διάγραμμα 12



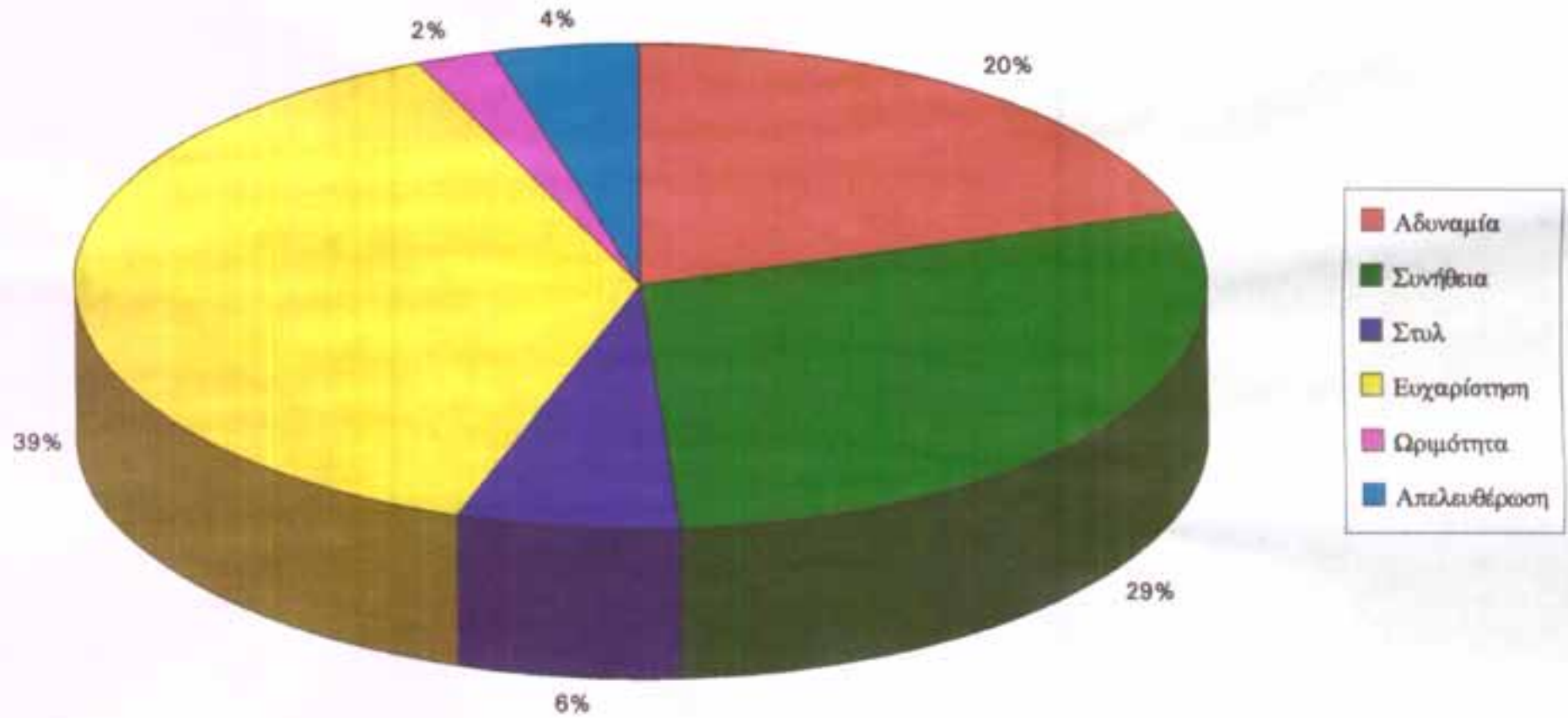
Κατανομή 2063 ατόμων κατά την εβδομαδιαία κατανάλωση αλκοόλ και της ημερήσιας κατανάλωσης χρημάτων.

Διάγραμμα 13



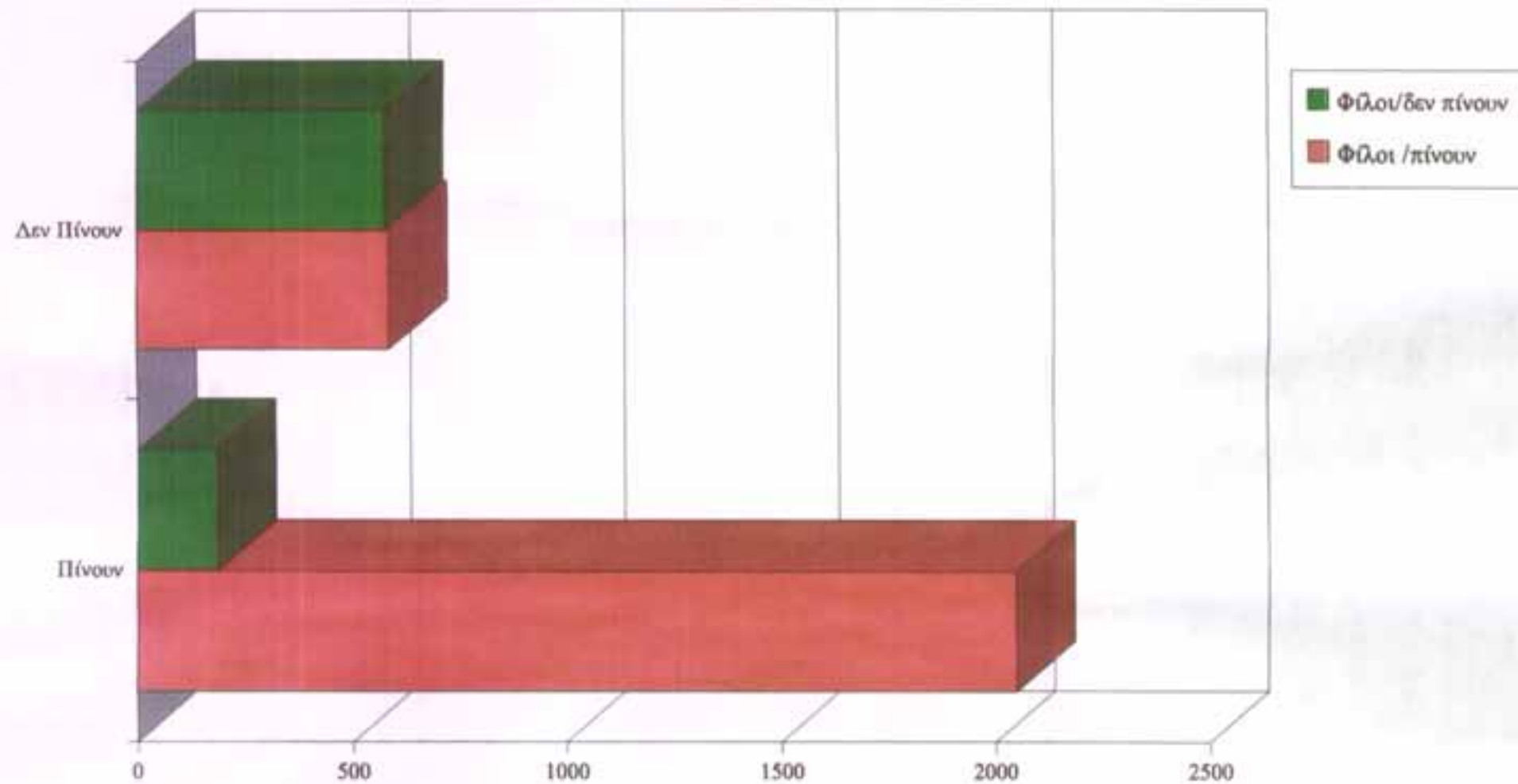
Κατανομή 1573 αγοριών σε σχέση με τη γνώση τους για το τι αντιπροσωπεύει το αλκοόλ.

Διάγραμμα 14



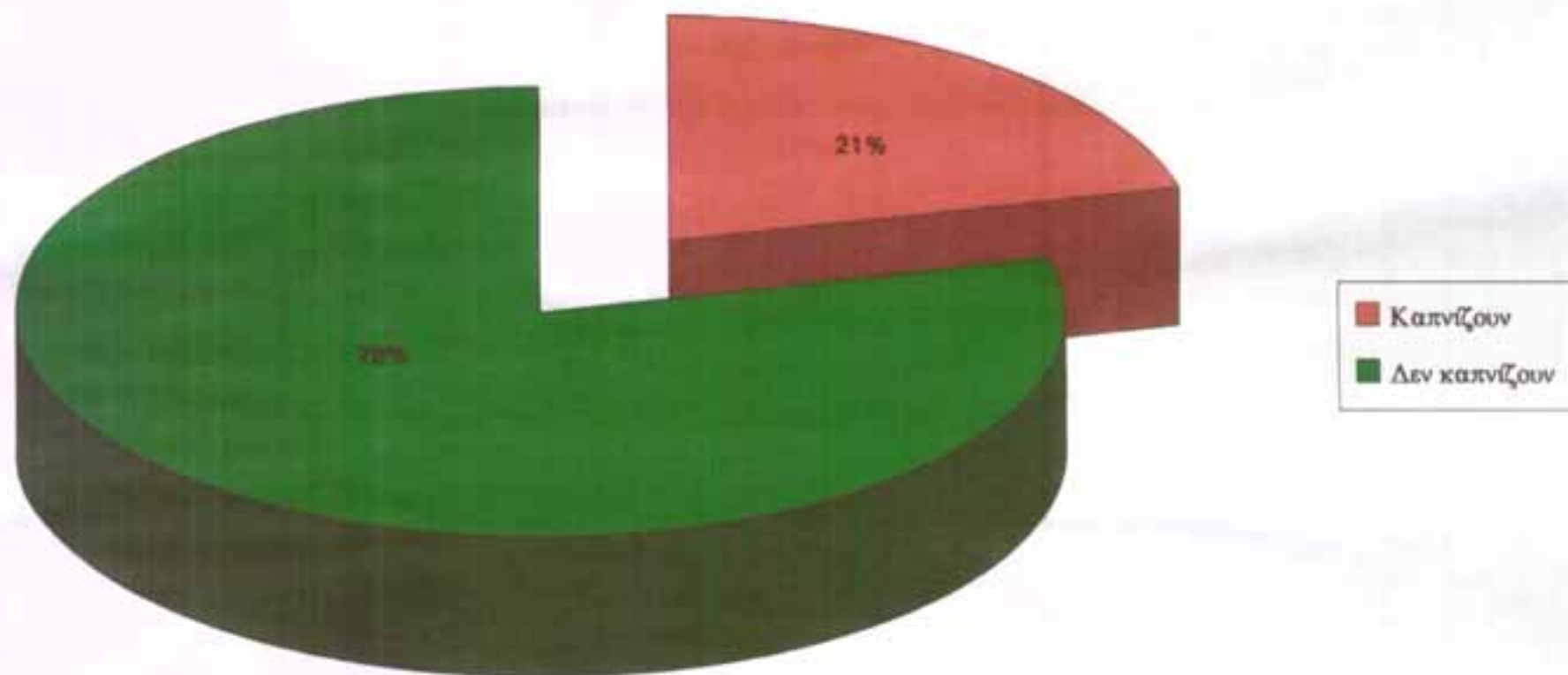
Κατανομή 1685 κοριτσιών σε σχέση με τη γνώμη τους για το τι αντιπροσωπεύει το αλκοόλ.

Διάγραμμα 15



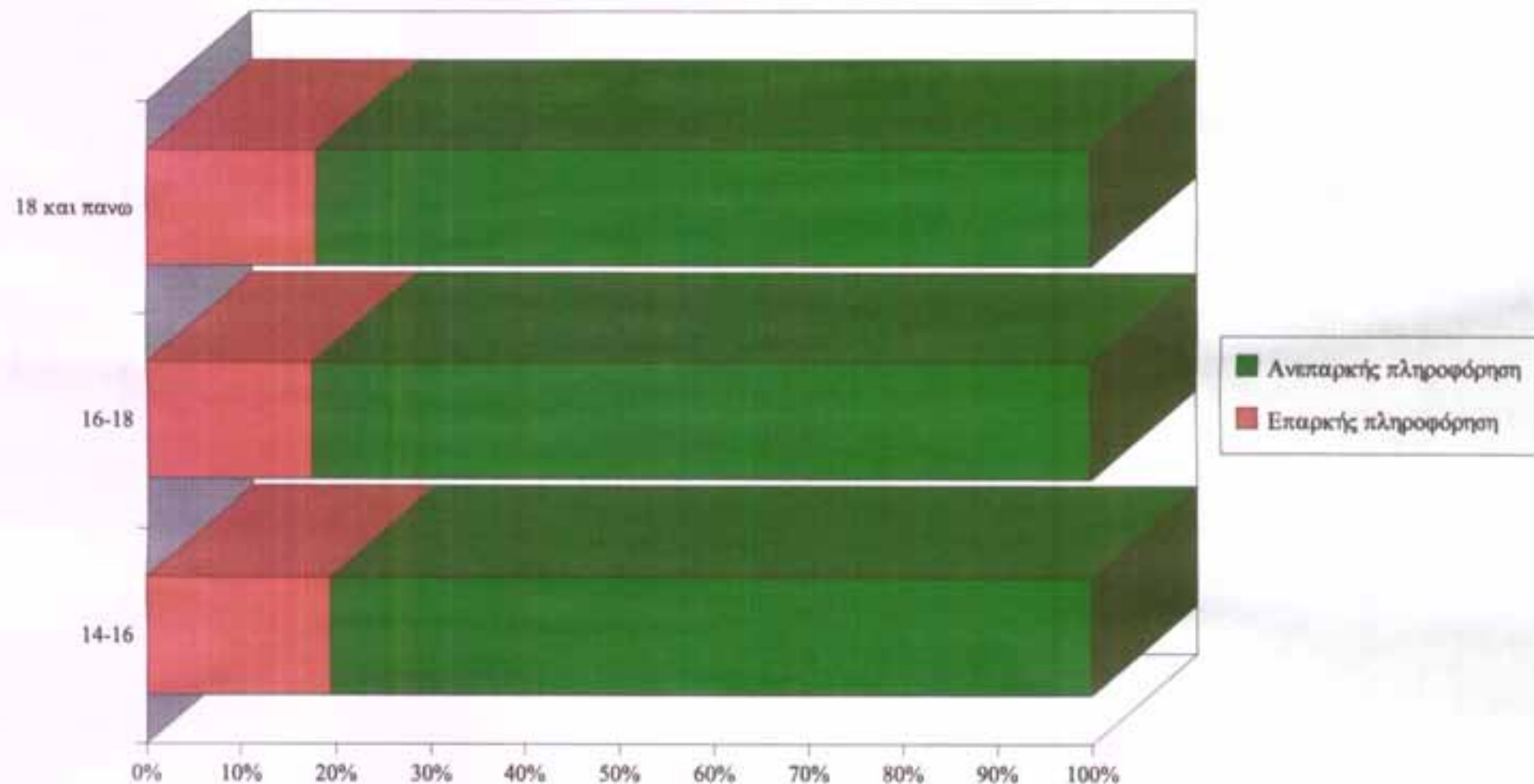
Κατανομή 3399 ατόμων σε σχέση με την κατανάλωση ή όχι αλκοόλ από τους ίδιους και το φιλικό τους περιβάλλον.

Διάγραμμα 16



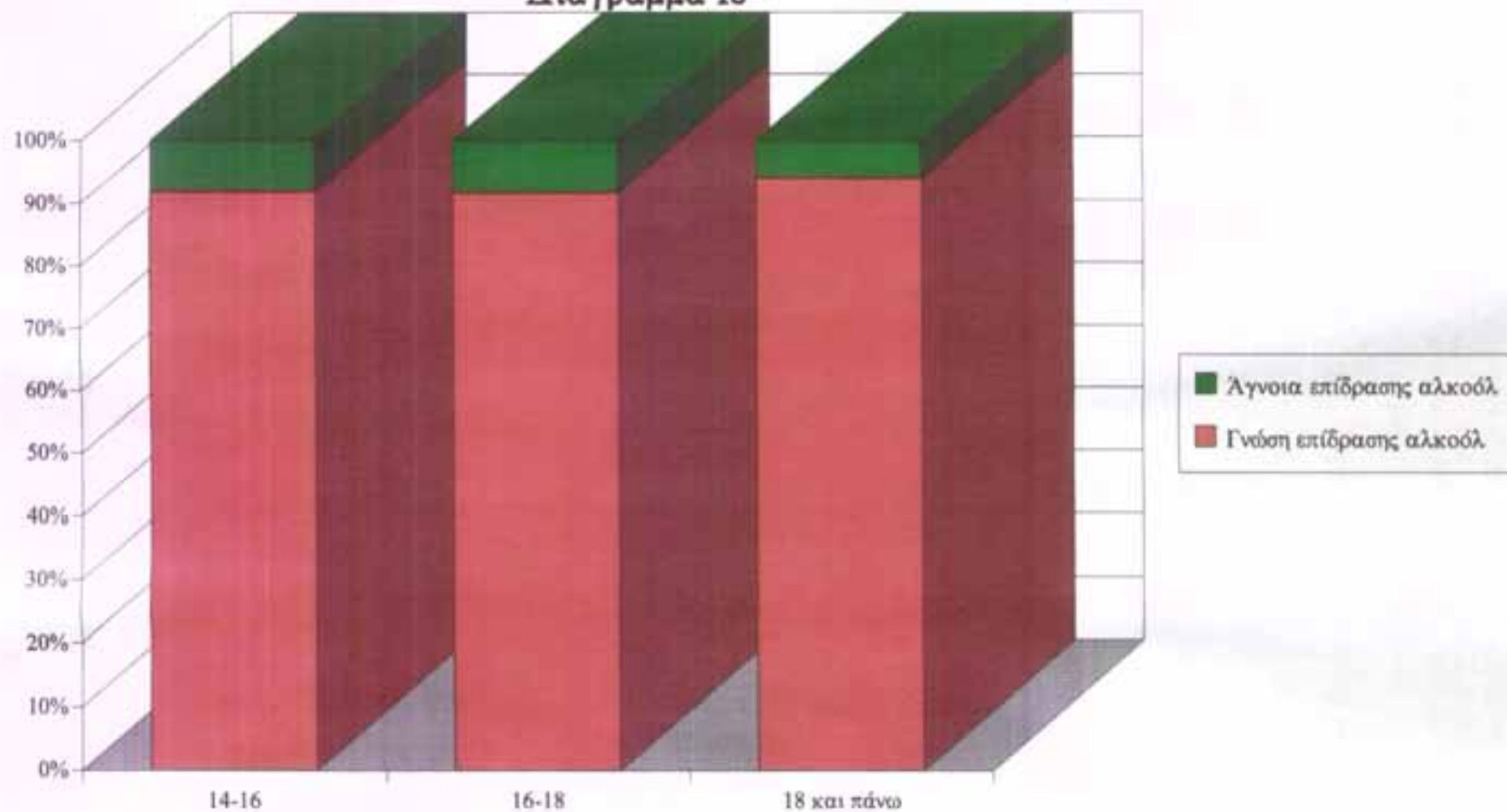
Κατανομή 2220 ατόμων που πίνουν ανάλογα με το αν καπνίζουν ή όχι.

Διάγραμμα 17



Κατανομή 3359 ατόμων σε σχέση με τη γνώμη τους αν υπάρχει επαρκής πληροφόρηση για τις επιπτώσεις του αλκοόλ.

Διάγραμμα 18



Κατανομή 3464 ατόμων σχετικά με την ύπαρξη εκ μέρους τους γνώσεων για τις αρνητικές συνέπειες του αλκοόλ στον οργανισμό.

ΠΙΝΑΚΕΣ


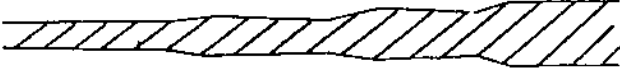
ΠΙΝΑΚΑΣ 1.

	1978		1981	
	ΑΝΤΡΕΣ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	ΑΝΤΡΕΣ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ
Όλες οι διαγνώσεις	103,6	78,2	106,0	75,7
Σχιζοφρενικές ψυχώσεις	55,0	29,5	56,0	27,2
Συναισθηματικές ψυχώσεις	13,2	18,8	10,7	15,4
Νευρώσεις	11,5	16,5	17,8	22,9
Αλκοολισμός	11,7	8,2	10,7	1,7
Οργανικό ψυχοσύνδρομο	5,8	8,0	7,2	4,8

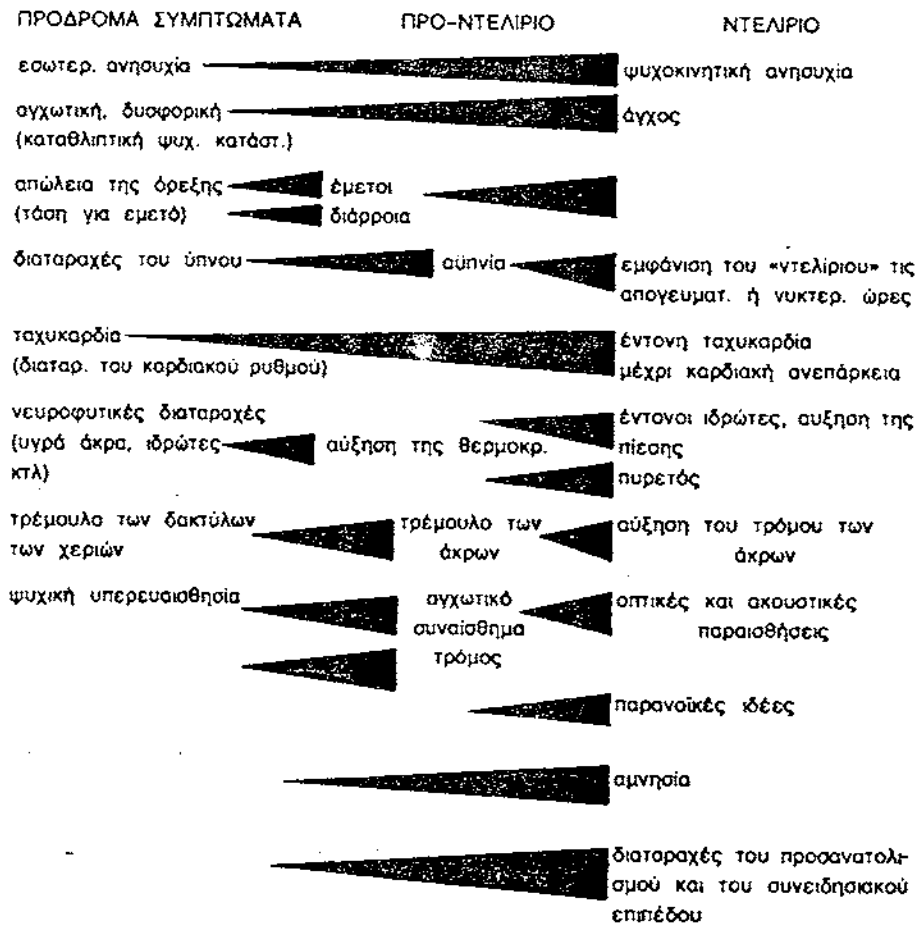
Νοσηλευτική επικράτηση των ψυχικών παθήσεων στην Ελλάδα. Μέσα προτυποποιημένα ποσοστά κατά ηλικία, φύλο και διάγνωση όλων όσων νοσηλεύθηκαν μέσα στο 1978 και 1981* ανά 100.000 κατοίκους.

* Τα μέσα προτυποποιημένα ποσοστά της χώρας προκύπτουν από τα επιμέρους ποσοστά σε κάθε ένα νομό της χώρας. Καταγράφηκε μία μόνο νοσηλεία κατά το 1978 ή το 1981.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2. Οι 4 φάσεις εξέλιξης του αλκοολισμού.

ΦΑΣΕΙΣ ΕΞΕΛΙΞΗΣ ΤΟΥ ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΥ				
	ΚΑΜΙΑ ΑΛΚΟΟ- ΛΙΚΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ		Α Λ Κ Ο Ο Λ Ι Σ Μ Ο Σ	
Φάσεις	Προαλκοολική φάση	Αρχική φάση	Κρίσιμη φάση	Χρόνια φάση
Εξέλιξη της χρήσης ανο- πνευματώδων ποτών (ποσότητα)				
Επακόλουθα του αλκοολισμού				
Χρόνος εξέλιξης	Εάν ένας άνθρωπος εξελιχθεί σε αλκοολικό ή όχι, το πόσο χρόνο θα χρειαστεί για να αναπτύξει πλήρη εξάρτηση ή πόσο θα διαρκέσουν οι διάφορες φάσεις εξαρτάται από σωματικούς, όσο και - ιδιαίτερα - ψυχικούς παράγοντες όπως και παράγοντες αφειλόμενους στο περιβάλλον.			

ΠΙΝΑΚΑΣ 3. Εξέλιξη του "Delirium Tremens" κατά Schrappe.



ΠΙΝΑΚΑΣ 4. Επακόλουθα του αλκοολισμού

Α Λ Κ Ο Ο Λ Ι Σ Μ Ο Σ		
ΣΩΜΑΤΙΚΑ	ΨΥΧΙΚΑ	ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ
α. Διατ. του ήπατος (κίρρωση)	α. Διατ. της μνήμης	α. Διατ. στις οικογενειακές σχέσεις
β. Διατ. του στομ. βλεννογόνου (γαστρίτιδα, έλκος)	β. Επιβρόδυση ψυχικών λειτουργιών	β. Μείωση της απόδοσης στην εργασία με πιθανή απώλεια της δουλειάς
γ. Διατ. του παγκρέατος (παγκρεατίτιδα, μυοκαρδιοπάθεια)	γ. Μείωση της κριτικής σκέψης	γ. Οικονομικά προβλήματα
δ. Διατ. του νευρικού καρδ. μυός (έμφραγμα, μυοκαρδιοπάθεια)	δ. Διατ. του προσανατολισμού	δ. Κυκλοφορικά ατυχήματα
ε. Διατ. του νευρικού ιστού (πολυνευροπάθεια)	ε. Μείωση των ενδιαφερόντων για τη ζωή	ε. Κοινωνική απομόνωση
στ. Διατ. εγκεφαλικών λειτουργιών	στ. Ψυχικές παθήσεις όπως ψυχωτ. παραλήρημα, παράφρονη ζήλια, παρανοϊκή κατάσταση κλπ.	στ. Εγκληματικότητα
ζ. Επιδείνωση διαφόρων άλλων νόσων	ζ. Σύνδρομο στέρησης με σωματικά και ψυχικά συμπτώματα	
η. Διατ. στην ανάπτυξη του εμβρύου (αλκοολική εμβρυοπάθεια)		
θ. Σωματικό σύνδρομο στέρησης		

ΠΙΝΑΚΑΣ 5. Το οινόπνευμα φθείρει το σώμα μας.

Τοξική δράση πάνω στον καρδ. μυ
Διόγκωση της καρδιάς
(αλκοολική καρδιομυοπάθεια)

Κίρσοι του οισοφάγου
(κίρρωση)

Διόγκωση του ήπατος
(λιπώδες ήπαρ),
συρρίκνωση-σκλήρυνση
(κίρρωση)

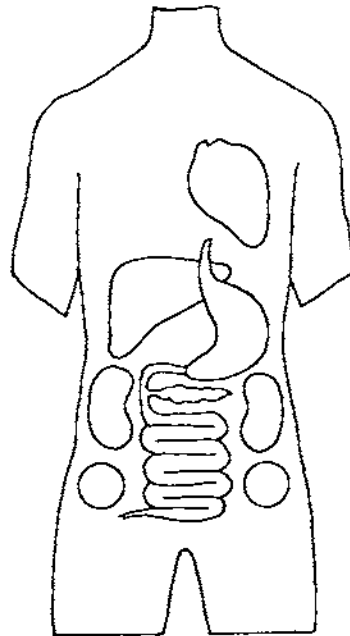
Γαστρίτιδες,
έλκη του στομάχου

Διαταραχές της
λειτουργίας των νεφρών
Αλκοολική υπέρταση

Διαταραχές της πέψης
Αιμορραγίες

Διαταραχές της
σεξουαλικότητας

Διαταραχές του
νευρικού ιστού
(αλκοολική
πολυνευρίτιδα)



Το οινόπνευμα επιδρά μέσα από την κυκλοφορία του αίματος σε όλα τα όργανα του ανθρώπινου σώματος.

ΠΙΝΑΚΑΣ 6. Αύξηση του ποσοστού κινδύνου προξένησης τροχαίου ατυχήματος σε αναλογία με το ποσοστό οινοπνεύματος, σε ‰, στο αίμα του οδηγού. (Κατά Freudenberg)*.

Περιεκτικότητα σε οινοπνευμα ‰	Νεκροί	Τραυματίες	Υλικές φθορές
0.0	1.00	1.00	1.00
0.1	1.20	1.16	1.07
0.2	1.45	1.35	1.15
0.3	1.75	1.57	1.24
0.4	2.10	1.83	1.33
0.5	2.53	2.12	1.43
0.6	3.05	2.47	1.53
0.7	3.67	2.87	1.65
0.8	4.45	3.33	1.77
0.9	5.32	3.87	1.90
1.0	6.30	4.50	2.04
1.1	7.71	5.23	2.19
1.2	9.29	6.08	2.35
1.3	11.18	7.07	2.52
1.4	13.46	8.21	2.71
1.5	16.21	9.55	2.91

* DOACHIM GERCHOW - BRITTA HEBERLE: ALKOHOL - ALKOHOLISMUS LEXIKON - NEULAND - HAMBURG, 1980.

Παρ' όλο φυσικά ότι μια γραμμική αναλογία δεν είναι δυνατή, ενδεικτικό είναι το γεγονός ότι με μόνο 0.8‰ (όσο δηλαδή τα επιτρεπτά όρια του γερμανικού Κ.Ο.Κ.) ο κίνδυνος θανατηφόρου δυστυχήματος αυξάνει κατά 4 φορές, ενώ με 1.5‰ κατά 16!!.

ΠΙΝΑΚΑΣ 7. «Αλκοολικά στάδια», ανάλογα με την ποσότητα οινοπνεύματος στο αίμα ενός ατόμου.

α. Μέχρι 1‰	ευφορικό στάδιο
β. Μέχρι 2‰	ελαφρά μέχρι και έντονη μέθη
γ. Μέχρι 3‰	βαριά μέθη
δ. Μέχρι 4‰	στάδιο νόρκωσης
ε. Μέχρι 5‰ και πλέον	θανατηφόρα δηλητηρίαση

ΠΙΝΑΚΑΣ 8.

ΣΧΕΣΕΙΣ ΕΓΚΛΗΜΑΤΙΚΟΤΗΤΟΣ ΚΑΙ ΤΟΣΙΚΟΜΑΝΙΑΣ ΑΔΙΚΗΜΑΤΑ ΠΟΥ ΔΙΑΠΡΑΤΤΟΥΝ ΟΙ ΤΟΣΙΚΟΜΑΝΕΙΣ

ΟΥΣΙΑ	Έγκλήματα βίας, φόνοι, τραυματισμοί, σωματικές βλάβες	Έγκλήματα κατά των ήθων: βιασμοί, αιμομιξία, σεξουαλικά άδ.	Κλοπές, απάτες, διαρρήξεις, ψευδορκία, αντίστασις, εξύβρισις
Οινόπνευμα όξεια μέθη χρ. αλκοολισμός	+ + + πολύ συχνά	+ + συχνά	± σπάνια
Χασίς	+ + συχνά	+ άραιά	+ + + πολύ συχνά
Ήρωίνη	± σπάνια	± σπάνια	+ + συχνά
Μορφίνη	± πολύ σπάνια	± συνήθως όχι	+ + + πολύ συχνά
Κοκαΐνη	+ άραιά	+ + συχνά	+ + + ± πολύ συχνά
Αμφεταμίνες	+ + συχνά	+ + συχνά	+ + + πολύ συχνά
Βαρβιτουρικά	+ άραιά	+ άραιά	+ + συχνά
Παραισθησιογόνα	+ + συχνά	+ + συχνά	+ + συχνά

Τα ναρκωτικά είναι επικίνδυνα στην οδήγησι : τὰ κατασταλτικά του Κ.Ν.Σ., τὰ διεγερτικά και τὰ παραισθησιογόνα μειώνουν σημαντικά τήν Ικανότητα του ατόμου και τόν έλεγχο στις αντιδράσεις του. Ίδιαίτερα επικίνδυνο είναι τὸ οινόπνευμα, γιατί όπως είναι γνωστό τὰ περισσότερα σοβαρά τροχαία ατυχήματα οφείλονται σὲ άτομα πού οδηγούν σὲ κατάσταση μέθης. Ὁ Νόμος προβλέπει σοβαρές κυρώσεις γιὰ τοὺς παραβάτες.

ΠΙΝΑΚΑΣ 9.

ΤΟΞΙΚΕΣ ΟΥΣΙΕΣ

ΑΝΘΕΚΤΙΚΟΤΗΣ - ΕΞΑΡΤΗΣΙΣ

Ουσία	Ανθεκτικότητα	Σωματική εξάρτησις	Ψυχική εξάρτησις
Κάναβις	Έλαφρά	Καμιά ή ασήμαντη	Έλαφρά-έντονη
Όπιον μορφίνη - ηρωίνη Μεθαδόνη >	Έντονη Έλαφρά	Έντονη Έλαφρά	Έντονη Έλαφρά έως έντονη
Κοκαΐνη Άμφοταμίνες	Καμιά Έντονη	Καμιά Καμιά ή ασήμαντη	Έντονη Έντονη
Ψευδαισθησιογόνα LSH-25 Μεσκαλίνη > Ψιλοκυβίνη > DMT	Έλαφρά Καμιά ή ασήμαντη	Καμιά ή ασήμαντη Καμιά	Έλαφρά Έλαφρά
Βαρβιτουρικά > Οινόπνευμα >	Άτελής και μεταβλητή	Έντονη	Μετρία έως έντονη έντονη
Πτητικά αναισθη- τικά αερά-αέρια	Καμιά ή ασήμαντη	Σχετική	Μετρία
KHAT	Καμιά	Καμιά	Έλαφρά

ΠΙΝΑΚΑΣ 10.

ΤΟΞΙΚΕΣ ΟΥΣΙΕΣ

ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΙΣ

Ἡ ἀναγνώρισις τοξικῶν οὐσιῶν εἶναι δυνατὴ τώρα μὲ τὴ χρῆσιμοποίησι τυποποιημένων δοκιμασιῶν τῶν ἐργαστηρίων Α.Ρ.Κ. τῆς Λωζάνης, Ἑλβετία, καὶ γίνονται εὐκόλα καὶ σὲ λίγα λεπτὰ τῆς ὥρας. Γιὰ τὸν ἀκριβῆ προσδιορισμὸ τῆς «οὐσίας» χρειάζεται πάντοτε καὶ ἐργαστηριακὴ ἐπιβεβαίωσις.

BECTON DICKINSON NARCOTICS IDENTIFICATION SYSTEM

Δοκιμασία	Ἀντιδραστήριο	Οὐσία	Ἀναγνώρισις-χρῶμα
TEST A.	MARQUIS (φορμαλδεϋδη καὶ θεικὸ ὀξύ)	ΟΠΙΟ-ΗΡΩΪ-ΝΗ- ΜΟΡΦΙΝΗ ΚΩΔΕΪ-ΝΗ ΑΜΦΕΤΑΜΙΝΕΣ	Ἐρυθροκύανο Μπλε-βιολετι Πορτοκαλι-καφέ
TEST B.	ΝΙΤΡΙΚΟ ΟΞΥ	ΚΩΔΕΪ-ΝΗ-ΗΡΩΪ- ΝΗ-ΜΟΡΦΙΝΗ	Κίτρινο ἀνοικτὸ
TEST C.	DILLE-KOPANYI (ὀξικὸ κοβάλτιο, μεθανόλη ὀξικὸ ὀξύ)	ΒΑΡΒΙΤΟΥΡΙΚΑ	Μαβι
TEST D.	Ἀπεσταγμένο ὕδωρ, κρυσταλικὸ ὀξικὸ ὀξύ, θεικὸ ὀξύ	L S D	Μαβι γραμμὴ στῆ μέση δύο καθαρῶν ὑγρῶν
TEST E.	DUQUENOIS ἀκετυλαλδεϋδη, ὀδροχλωρικό ὀξύ, χλωροφόρμιο, βανιλίνη, οἶνόπνευμα	ΚΑΝΝΑΒΙΣ	Μπλε-βιολετι
TEST G	COBALT THICCYANATE θειοκυανοϋχον κοβάλτιον	ΚΟΚΑΪ-ΝΗ ΚΙΝΙΝΗ ΜΕΘΑΔΟΝΗ	Κυανὸ (Πηγμα) Κυανὸ

ΠΙΝΑΚΑΣ 11.

ΦΑΣΕΙΣ	ΟΥΣΙΕΣ
0 <i>Λανθάνουσα φάση</i> : Αύξηση του προβλήματος έως ένα κριτικό σημείο με συνυπάρχοντα κοινωνικά προβλήματα.	Καμία ειδική επικράτηση ουσιών.
1 <i>Ιδεολογική φάση</i> : Κατηγορείται η κοινωνία ως αιτία της χρήσης ουσιών. Ασθενής αντίδραση από το κράτος. Ιδεολογικοποίηση της χρήσης.	Χασίς, L.S.D. και χάπια από το οικογενειακό φαρμακείο.
2 <i>Φάση της υπερεκτίμησης</i> : Γενική αντίδραση από το κράτος, τις οργανώσεις. Οργάνωση των πρώτων προγραμμάτων μεθαδόνης.	Οπιούχα, ηρωίνη, αμφοταμίνες. Η κοκαΐνη ως δεύτερη ουσία.
3 <i>Οργάνωση θεραπευτικών υπηρεσιών</i> : Επικράτηση στεγνών προγραμμάτων. Χρηματοδότηση προγραμμάτων.	Πολυτοξικομανία αλλά κυρίως ηρωίνη και άλλες ουσίες.
4 <i>Φάση της υποθετικής επίλυσης του προβλήματος</i> : Οι κρατικοί λειτουργοί πιστεύουν ότι το πρόβλημα λύθηκε. Μείωση της χρηματοδότησης. Πρώτα αποτελέσματα από την εφαρμογή προληπτικών μέτρων. Αύξηση του πυρήνα των εξαρτημένων ατόμων.	Ηρωίνη, χασίς, L.S.D., αλκοόλ.
5 <i>Φάση της αντιμετώπισης του προβλήματος</i> : Επιδημιολογικές έρευνες προσφέρουν πραγματικά στοιχεία. Εκτίμηση του κόστους/όφελους των θεραπ. προγραμμάτων. Το κύριο πρόβλημα είναι η πολυτοξικομανία. Τροποποίηση νομοθετική για τα εξαρτημένα άτομα.	Κοκαΐνη ως πρώτη ουσία. Ηρωίνη, οπιούχα. Αύξηση αλκοολισμού.

ΠΗΓΗ: Keup, W. στους Glatt, M.M. and Marks, J., 1982.

Οι φάσεις ανάπτυξης ενός τυπικού κύματος διάδοσης της χρήσης φαρμακευτικών ουσιών που η χρήση τους είναι παράνομη ή που προκαλούν εξάρτηση.

Π Ι Ν Α Κ Α Σ 12

Βαθμός αυτάρκειας και συνολική και κατά κεφαλή κατανάλωση οίνου στην Ε.Ο.Κ.
1982 - 1986

ΧΩΡΑ	Βαθμός αυτάρκειας (%)				Ανθρώπινη κατανάλωση (000 HL)				Κατανάλωση/κεφαλή (λίτρα)			
	82/83	83/84	84/85	85/86	82/83	83/84	84/85	85/86	82/83	83/84	84/85	85/86
Βέλγιο	0,2	0,1	0,1	0,1	1.841	2.092	1.958	1.855	18,7	21,2	19,9	18,8
Γαλλία	117,0	107,9	101,8	112,3	46.923	45.509	44.207	44.448	85,9	83,0	80,3	80,4
Γερμανία	94,1	72,4	55,5	41,6	16.304	15.777	15.608	14.229	26,5	25,7	25,6	23,3
Δανία	-	-	-	-	857	924	1.016	991	16,7	18,1	19,9	19,4
Ελλάδα	107,6	110,1	115,9	129,8	3.613	3.306	3.144	2.941	36,8	33,5	31,7	29,6
Ην. Βασίλειο	0,2	0,4	0,3	0,1	4.482	5.307	5.241	5.217	7,9	9,4	9,3	9,2
Ιρλανδία	-	-	-	-	100	116	119	115	2,9	3,3	3,4	3,3
Ιταλία	126,0	117,9	119,7	126,8	46.006	45.701	40.622	35.567	81,1	80,3	71,2	62,2
Λουξεμβούργο	107,6	79,7	72,7	50,2	237	231	209	213	64,8	63,1	57,1	58,0
Ολλανδία	-	-	-	-	1.970	2.098	2.143	2.031	13,7	14,6	14,8	14,0
Ε.Ο.Κ. (10)	110,6	101,3	97,1	102,1	122.333	121.061	114.267	107.607	44,9	44,4	41,9	39,3
Ισπανία	121,4	104,7	119,2	131,7	19.111	18.949	18.698	18.815	50,2	49,5	48,6	48,6
Πορτογαλία	-	104,0	112,5	121,7	-	7.271	7.103	7.337	-	72,3	70,1	72,0
Ε.Ο.Κ. (12)	-	101,9	101,1	107,3	-	147.281	140.068	133.759	-	45,9	43,5	41,5

Πηγή : EUROSTAT, Crop Production Statistics, 2/1987.

ΠΙΝΑΚΑΣ 13.

Ποσότης οίνου /τος στο αίμα. Διατάραχές - κλινικές εκδηλώσεις

Έως 0,06 ‰	.. μικρού βαθμού διέγερσις χωρίς άλλες διαταραχές.
από 0,06 - 0,15 ‰	.. αισθητή ψυχική διέγερσις χωρίς όμως να παρεμποδίζεται ή οδήγησις.
από 0,15 ‰ - 1,5 ‰	.. ο οδηγός υπέχει ποινική ευθύνη. .. ή συμπεριφορά είναι παράξενη, και παρατηρείται δυσκολία στον έλεγχο και μειωμένη ταχύτητα στις αντιδράσεις.
από 1,5 ‰ - 3 ‰	.. ελαφρά έως μετρία μέθη: αδυναμία στην ελεύθερη βάδιση, ναυτία, έμετοι, δυσαρθία, ταχυκαρδία, υπόταση, υποθερμία και έφιδρωσις.
από 3 ‰ - 5 ‰	.. πλήρης μέθη.
από 5 ‰ - 7,5 ‰	.. βαθύ κώμα.
από 7,5 ‰ - 9 ‰	.. θάνατος μέσα σε λίγες ώρες.

ΠΙΝΑΚΑΣ 14.

Έτος	Παραγωγή	Εισαγωγές	Έξαγωγές	Φαιν. Κατανάλωση
1974	18.939	2.000	780	20.161
1975	20.517	2.135	900	21.752
1976	24.587	5.301	1.585	28.301
1977	24.775	6.778	1.544	30.000
1978	29.069	7.811	1.609	35.271

Από τον πίνακα προκύπτει ότι στην πενταετία 1974-1978 η παραγωγή αυξήθηκε 53% περίπου.

Τελευταία παρατηρείται αύξηση της καταναλώσεως οινοπνευματω-

δών ποτών, που οφείλεται κυρίως στις νέες συνήθειες του καταναλωτικού κοινού, στην αύξηση του τουρισμού και στη βελτίωση της ποιότητας της εγχώριας ποιοποίησης.

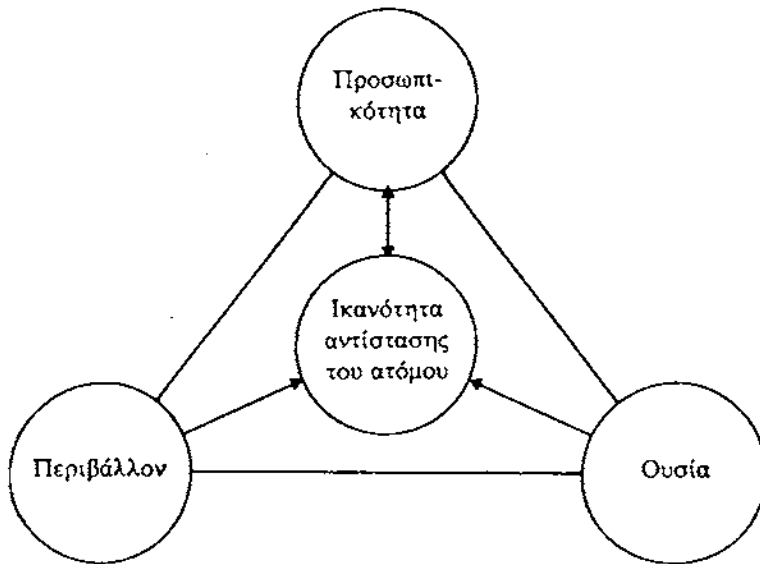
ΠΙΝΑΚΑΣ 15.

Μέθοδοι παραγωγής και περιεκτικότητα σε αλκοόλη των οινοπνευματωδών ποτών

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

ΣΧΗΜΑΤΑ

ΣΧΗΜΑ 1



ΠΗΓΗ: *Keup W.* στους *Glatt Marks*, 1982

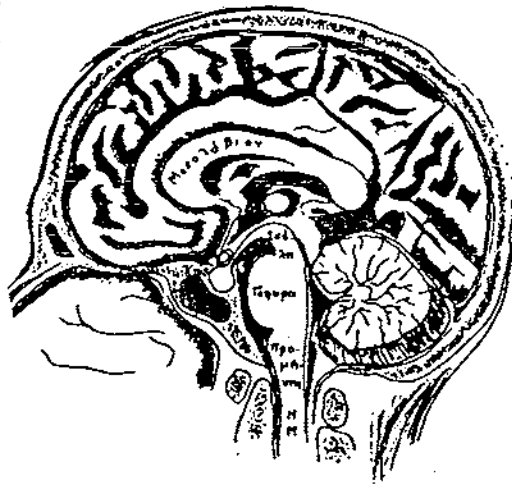
Σύμφωνα με τον Glatt (1982), ο ρόλος της ετοιμότητας για αντίσταση από το άτομο ή την ίδια την κοινότητα εναντίον της χρήσης μιας ουσίας, που προκαλεί εξάρτηση, εξαρτάται από τρεις ομάδες παραγόντων: την προσωπικότητα, το περιβάλλον και την ίδια την ουσία

ΣΧΗΜΑ 2.

Η Δράση του Οινοπνεύματος στον Εγκέφαλο

Κάτω από 0,5‰: Μείωση της ικανότητας υπολογισμού του χώρου. Αύξηση των πιθανοτήτων δυστυχήματος. Νεαρά και ηλικιωμένα άτομα είναι ιδιαίτερα επικίνδυνα.

0,5‰ - 0,8‰: Μεγαλύτερη μείωση της ικανότητας προσαρμογής των οφθαλμών σε αλλαγές του φωτισμού. Μείωση της ικανότητας της προσοχής και συγκέντρωσης. Εξασθένηση της αίσθησης για το κόκκινο χρώμα. Για ταχύτητα 50 χιλιομ. την ώρα μεγαλώνει η απόσταση φρεναρίσματος κατά 14 μέτρα, σε καθυστέρηση ενός δευτερολέπτου.



0,8‰ - 1,2‰: Αύξηση της ευφορικής διάθεσης, υπερεκτίμηση των ικανοτήτων. Το οπτικό πεδίο μικραίνει και η αντίληψη του χώρου αλλάζει. Ο υπολογισμός των αποστάσεων διαφόρων αντικειμένων μειώνεται στο μισό της πραγματικότητας. Η αντίδραση των οφθαλμών στην εναλλαγή σκότους - φωτός διαταράσσεται. Λόγω της αντανάκλασης των φωτών, πεζοί, ποδηλάτες ή άλλα αντικείμενα πάνω στο δρόμο πέφτουν στην αντίληψή μας με αρκετή καθυστέρηση.

1,2‰ - 2,4‰: Αρχή της απόλυτης αδυναμίας για σωστή οδήγηση. Παραπέρα μείωση της ικανότητας προσαρμογής των οφθαλμών και της αντίληψης του χώρου. Ιδιαίτερα μεγάλη μείωση της ικανότητας της προσοχής και της συγκέντρωσης. Έντονη ευφορία, υπερεκτίμηση ικανοτήτων και του αισθήματος αυτοπεποίθησης. Μεγάλη επιβράδυνση των αντανάκλαστικών και διαταραχή στην εκδήλωσή τους. Ελαφρές μέχρι βαριές διαταραχές της ισορροπίας. Με ταυτόχρονη συνύπαρξη κακοδιαθεσίας, χρήση φαρμάκων, σωματικής ή ψυχικής κόπωσης επιδείνωση των συμπτωμάτων.

2,4‰ - 3,0‰: Βαριά διαταραχή της ισορροπίας και της κινητικότητας γενικότερα. Μεγάλη επιβράδυνση και διαταραχή των αντανάκλαστικών. Μείωση της ικανότητας προσανατολισμού και αντίληψης του περιβάλλοντος. Διαταραχές της μνήμης. Διαταραχές της εγρήγορης, μέχρι και κώμα.

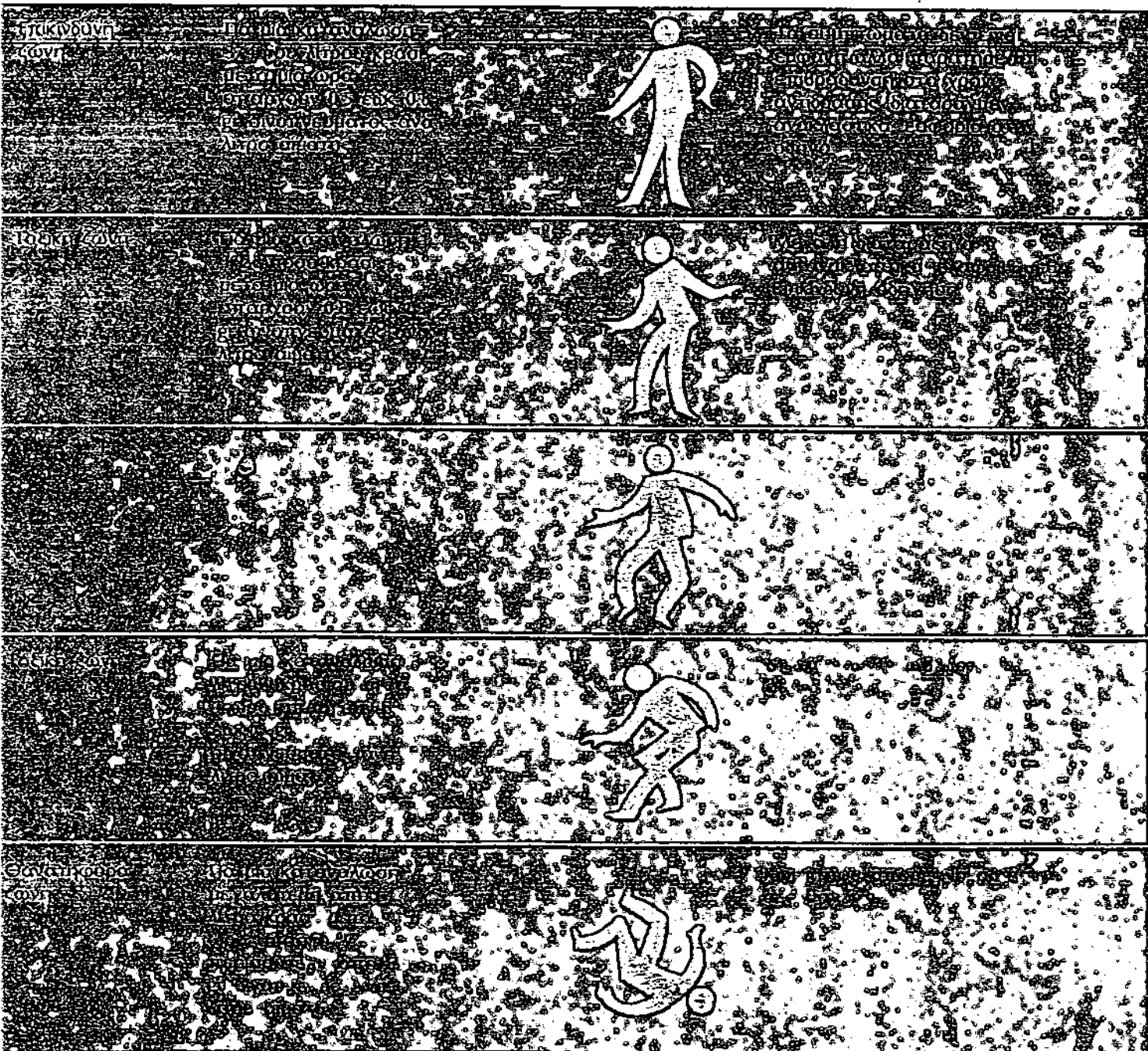
Πάνω από 3‰: Κίνδυνος αλκοολικής δηλητηρίασης με πιθανές οργανικές βλάβες μόνιμης διάρκειας. Πιθανό χάσιμο των αισθήσεων ή και θάνατος λόγω αναπνευστικής παράλυσης ή εισρόφησης.

ΣΧΗΜΑ 3.

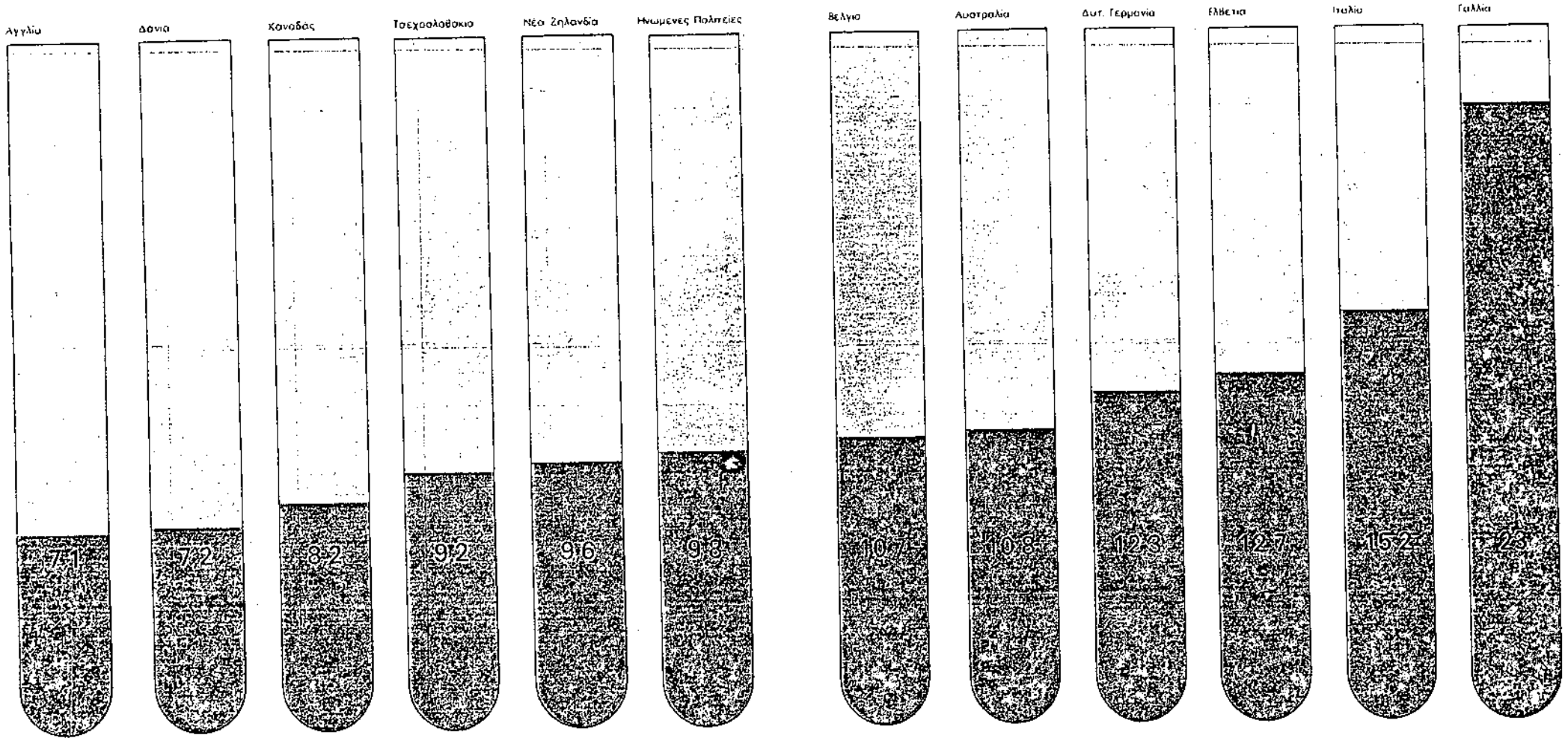
Αλκοολαιμία

Αλκοολαιμία ονομάζεται η ποσότητα καθαρού οινόπνευματος που μετρείται σε γραμμάρια ανά λίτρο αίματος.

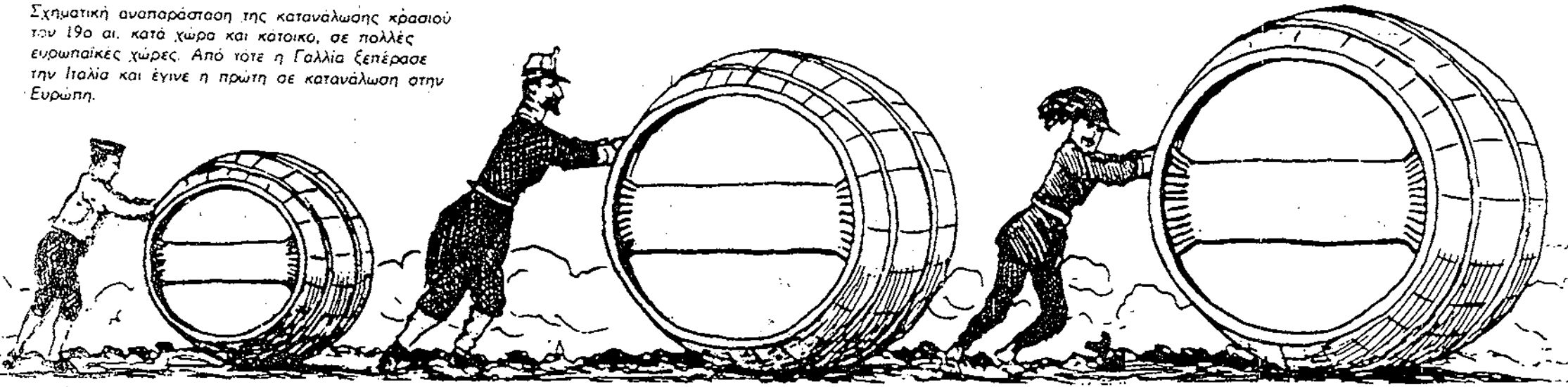
Το ποσοστό αυτό εξαρτάται από την ποσότητα κατανάλωσης του οινόπνευματος και ποικίλλει ανάλογα με τη φυσική και φυσιολογική κατάσταση του ατόμου.



Μέση ετήσια κατανάλωση καθαρού
οινοπνεύματος σε λίτρα ανά κάτοικο



Σχηματική αναπαράσταση της κατανάλωσης κρασιού
τον 19ο αι. κατά χώρα και κάτοικο, σε πολλές
ευρωπαϊκές χώρες. Από τότε η Γαλλία ξεπέρασε
την Ιταλία και έγινε η πρώτη σε κατανάλωση στην
Ευρώπη.



Ισπανία
16.600.000 κιλά

Γαλλία
39.900.000 κιλά

Ιταλία
41.400.000 κιλά

Ρωσία
2.200.000 κιλά

Γερμανία
2.300.000 κιλά

Αυστρία-Ουγγαρία
4.800.000 κιλά



Θ Ε Ρ Α Π Ε Ι Α Χ Ρ Ο Ν Ι Ο Υ Α Λ Κ Ο Ο Λ Ι Σ Μ Ο Υ

Φ ά σ η Ψ υ χ ο λ ο γ ι κ ή ς Α π ε ξ ά ρ τ η σ η ς

Σ Υ Μ Φ Ω Ν Η Τ Ι Κ Ο

εισαγωγής στην Κλινική Αλκοολικών (περίπερο 18 Αω του Ψ.Ν.Α).

Ενημέρωση και συμφωνία για τις προϋποθέσεις και το πρόγραμμα
θεραπείας της Κλινικής.

Όνομα.....

Επώνυμο.....

Ημερομηνία.....

Είσαθε α λ κ ο ο λ ι κ ό ς και έχετε αποφασίσει να αντιμετωπίσετε
ιατρική την πάθησή σας. Κι αυτό, διότι όλες οι άλλες προσπάθειες που
έχετε κάνει μέχρι σήμερα απέτυχαν, με συνέπεια η νοσηλεία στην Κλινική
να είναι πλέον αναγκαία.

Στο πρόγραμμα θεραπείας που πρόκειται να ακολουθήσετε, παίρνει μέρος
θεραπευτική ομάδα απο Ψυχιάτρους, Κοινωνική Λειτουργό, Επισκέπτρια,
ψυχολόγο και αδελφές νοσοκόμους. Πρέπει όμως να γνωρίζετε καλά, ότι
το αποτέλεσμα του εξαρτάται κυρίως απο την δική σας ενεργητική συμμε-
ταχή σ' αυτό.

ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ: 3-4 μήνες

--- Στην διάρκεια της νοσηλείας

ΑΠΑΓΟΡΕΥΕΤΑΙ

- α) Η λήψη οινοπνευματωδών ποτών
- β) Οι σεξουαλικές σχέσεις (στην Κλινική νοσηλεύονται άνδρες και γυναίκες).
- γ) Οι βίαιες αντιδράσεις προς τους συνασθενείς και το προσωπικό της
Κλινικής

ενώ ΕΠΙΒΑΛΛΕΤΑΙ

- α) η συμμετοχή σας στην περιποίηση του κρεβατιού
- β)-----''----- στην καθαριότητα του θαλάμου
- γ)-----'----- στην καθαριότητα του χώρου του περιπέρου και
- δ) ο σεβασμός στους κανόνες κοινής ζωής (ώρες κοινής ησυχίας, κατάκλισης
κ.λ.π.).

Η παράβαση έστω, και ενός απο τους όρους που απαγορεύονται, έχει ως
συνέπεια την άμεση διακοπή της νοσηλείας σας

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

Φάση Ψυχολογικής Απεξάρτησης Περιφέρειου 18 ΑΝΩ Ψ.Ν.Α

Η εισαγωγή στην Κλινική μπορεί να γίνει αφού περάσει η φάση του στερητικού συνδρόμου.

--- Κατά την περίοδο αυτή αρχίζει ο κλινικός και εργαστηριακός έλεγχός σας.

----- Αρχίζει η θεραπεία αποκατάστασης των βλαβών του οργανισμού που οφείλονται στην δράση του οινοπνεύματος, όπως π.χ είναι οι παθήσεις του ήπατος (δυσλειτουργία, κίρρωση), του στομάχου (γαστρίτιδα), των περιφερικών νεύρων (πολυνευρίτιδα) κ.λ.π

---- Αντιμετωπίζονται ενδεχόμενες ψυχοπαθολογικές εκδηλώσεις που συνηπάρχουν με τον αλκοολισμό σας.

----- Αρχίζει η προσπάθεια κατανόησης των αιτιών του αλκοολισμού σας, των λόγων που σας έκαναν εξαρτημένα άτομα. Συμμετέχετε σε ομάδες ΑΝΩΝΥΜΩΝ ΑΛΚΟΟΛΙΚΩΝ και ομάδες Ψυχοθεραπείας.

---- Οι ομάδες λειτουργούν μέσα στον χώρο της Κλινικής σε σταθερές ημέρες και ώρες. Σ'αυτές έχετε την ευκαιρία, συζητώντας το πρόβλημά σας με άλλους συμπάσχοντες να εντοπίσετε πιθανόν κάποια από τις αιτίες που σας οδήγησαν στον αλκοολισμό, καθώς και να μάθετε τρόπους σωστής άμυνας, απέναντι στην γνωστή σας επιθυμία, ώστε να μην αρχίσετε και πάλι να πίνετε, όταν βρεθείτε μπροστά σε μια δυσκολία.

----- Δραματοθεραπεία-- Μουσικοθεραπεία-- Χοροθεραπεία

ΑΝΥΠΕΡΒΑΣΤΗ ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΗ ΕΠΙΤΥΧΙΑΣ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΕΙΝΑΙ Η ΠΛΗΡΗΣ ΚΑΙ ΟΡΓΑΝΙΚΗ ΑΠΟΧΗ ΑΠΟ ΤΟ ΟΙΝΟΠΝΕΥΜΑ ΚΑΙ Η ΟΛΟΚΛΗΡΩΣΗ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑΣ ΜΕΣΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΣΤΟ ΣΥΝΟΛΟ ΤΗΣ.

ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ ΕΞΟΔΟΥ

----Τα οικογενειακά, τα επαγγελματικά και γενικά τα άλλα προβλήματα σας τα συζητάτε με την θεραπευτική ομάδα και προσπαθείτε να βρήτε την καλλίτερη δυνατή λύση.

----- Ταυτόχρονα η θεραπευτική ομάδα, έχει συναντήσεις αναλόγου περιεχομένου και με την οικογένειά σας

ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΕΞΟΔΟ ΑΠΟ ΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΡΕΠΕΙ:

- α) ΝΑ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΤΕ ΤΑΚΤΙΚΑ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΓΙΑΤΡΟΥΣ ΣΤΟ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΟ ΣΤΑΘΜΟ και
- β) ΝΑ ΠΑΙΡΝΕΤΕ ΜΕΡΟΣ ΣΕ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ

...//...

Το συμβόλαιο αυτό πρέπει να το διαβάσετε πολύ προσεκτικά και να συζητήσετε τις οποιεσδήποτε απορίες που ίσως σας δημιουργήσει η ανάγνωση του έτσι ώστε απόλυτα βέβαιος επιθυμείτε την νοσηλεία σας στην Κλινική- το συνυπογράφετε με τον θεραπευτή σας.

Πρέπει όμως παράλληλα να γνωρίζετε , ότι η οποιασδήποτε παρεκκλίση από το πρόγραμμα θεραπείας όπως το εκθέσαμε σημαίνει άμεση διακοπή της θεραπείας σας

Είναι ευνόητον ότι ο αριθμός των προσπαθειών αυτών δεν είναι απεριόριστος μέχρι τρεις.

ΟΙ
ΣΥΜΦΩΝΗΣΑΝΤΕΣ

1.....

2.....

ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Στην παρούσα έρευνα μελετήσαμε τους παράγοντες (βιο-κοινωνικό-οικονομικούς), οι οποίοι συμβάλλουν στην εξάπλωση του φαινομένου του αλκοολισμού.

Το δείγμα επιλέχθηκε με τυχαία δειγματοληψία βάσει ανώνυμου ερωτηματολογίου κλειστού τύπου. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε τόσο στην κεντρική όσο στην βόρεια και νότια Ελλάδα, ώστε να έχουμε μια πανελλήνια εικόνα του φαινομένου.

Τα κυριότερα συμπεράσματα που εξαγάγαμε είναι τα κάτωθι:

1. τα αγόρια πίνουν περισσότερο από τα κορίτσια.
2. η αύξηση της κατανάλωσης χρημάτων επηρεάζει θετικά την κατανάλωση αλκοόλ.
3. όσο αυξάνεται η ηλικία των ατόμων του δείγματος, τόσο αυξάνεται και η κατανάλωση αλκοόλ.
4. είναι απαραίτητη η βελτίωση του επιπέδου της πληροφόρησης, που παρέχεται, γύρω από τις επιπτώσεις του αλκοόλ.
5. ο ρόλος των φίλων, στο αν πίνει κάποιος, είναι σημαντικός..

Summary

This survey examines the factors (socio-economic and biological) that play a big part in the proliferation of alcoholism.

We have chosen a random sample based on anonymous questionnaire of closed form. The survey took place in North, Central and South Greece giving a panhellenic picture of the phenomenon.

The main conclusions of the study are the following:

- a)** Boys drink more than girls (71,6% vs 57,5%).
- b)** A positive correlation between consumption of alcohol and spending money. Consumption of alcohol increases with spending more money.
- c)** Consumption of alcohol increases with age. The 18 to 25 - year age - group showed the greatest proportion (81,2%).
- d)** The standard of information on the consequences of alcohol must improve.
- e)** Friends play an important role in whether one drinks or not.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Αβραμίδη Κ.: "Η αλήθεια για τα ναρκωτικά", Εκδόσεις: Ακρίτας, Αθήνα 1988.
- Αθανασάκη - Τσούρουλα Α., Μούσσας Γ., Σταυρακάκη Ε. και Λύκουρος Ε.: "Παρουσίαση δυο ερωτηματολογίων για επισήμανση προβλημάτων αλκοολισμού (κατάχρηση-εξάρτηση)", Εγκέφαλος 26,σ.71-74 (1989).
- Allison K.R.: "Academic Stream and tobacco, alcohol, and cannabis use among Ontario high school students", International Journal of the Addictions, 27(5), pp. 561-570 (1992).
- Αναπλιώτου-Βαζαίου Ε.: "Παγκόσμιες αποδοχές στην υγεία και Εθνικά συστήματα", Αθήνα 1988.
- Anastasi A.: "Psychological testing", 4th edition, Macmillan, New York 1976.
- Bailey S.L., Flewelling R.L. & Rachal J.V. : "The characterization of inconsistencies in self-reports of alcohol and marijuana use in a longitudinal study of adolescents", Journal of studies on Alcohol, 53(6), pp. 636-647 (1992).
- Βασιλειάδου Δ., Καλαμβοκίδου Α. & Κουφαιώσιος Α.: "Νοσηλευτική φροντίδα για άτομα εξαρτημένα από αλκοόλ και φάρμακα στην πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια περίθαλψη-Ο ρόλος του νοσηλευτή στη διεπιστημονική ομάδα", Πρακτικά 18^{ου} Πανελληνίου Νοσηλευτικού Συνεδρίου (σελ. 207-211), ASCENT ΕΠΕ, Αθήνα 1991.
- Βλοντάκη Π.: "Οικογένεια και εφηβεία στην Ελλάδα και στις ΗΠΑ", Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών, 30, σ. 240-250, Αθήνα 1982.
- Blume S.: "National patterns of alcohol use and abuse", In Millman R.B., P. Jr. Cushman & Lowinson J.H., Research Developments in Drug and Alcohol use, the N.Y. Academy of Sciences, 362, pp 4-15, New York 1981.

- Γαρδίκας Κ.: "Ειδική Νοσολογία", 4^η έκδοση, 1^{ος} τόμος, Εκδόσεις: Παρισιάνος, Αθήνα 1984.
- Cambier J., Masson M. & Dehen H.: "Neurologia", Masson, Milano 1984.
- Cancrini L.: "Τοξικομανίες" (Μτφ. Ν. Καραχάλιου), Εκδόσεις: Αποσπερίτης, Αθήνα 1982.
- Canterbury R.J., Gressard C.F. Vieweg W.V., Grossman S.J., McKelwy R.B. & Westerman P.S.: "Risk-taking behavior of college students and social forces", American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 18(2), pp. 213-222 (1992).
- Caplan M., Weissberg R.P., Grober J.S., Sivo P.J., Grady K. & Jacoby C.: "Social competence promotion with inner-city and suburban young adolescents: effects on social adjustment and alcohol use", Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60(1), pp. 56-63 (1992).
- Cherpiter C.J.: "Acculturation, alcohol consumption and casualties among United States Hispanics in the emergency room", International Journal of the Addictions, 27(9), pp. 1067-1077 (1992).
- Choquet M. & Ledoux, S.: "Self-reported alcohol consumption among high school students in France. Epidemiological approach of the alcoholisation process and its evolution", Drug and Alcohol Dependence, 16, pp 133-143 (1985).
- Chou S.P. & Pichering R.P.: "Early onset of drinking as a risk factor for lifetime alcohol-related problems", British Journal of Addiction, 87(8), pp. 1199-1204 (1992).
- Δαβαρούκας Α. & Σουρέτης Γ.: "Τοξικομανία. Προβλήματα και αλήθειες", Foto Offset, Αθήνα 1981.
- Δετοράκης Ι. & Κονδάκης Ξ.: "Επιδημιολογία της κατανάλωσης οινόπνευματωδών ποτών από νεαρούς ενήλικους στην πόλη των Πατρών", Ιατρική, 62(3), σ. 278-286 (1992).

- Δοξιάδης Τ.Α.: " Ο έφηβος και η οικογένεια", Εκδόσεις : "Εστία", Αθήνα 1985.
- Dawson D.A., Harford T.C. & Gant B.F.: "Family history as a predictor of alcohol dependence", *Alcoholism. Clinical and Experimental Research*, 16(3), pp. 572-575 (1992).
- Diderichen A.: "Normal and abnormal alcohol consumption: a study on the alcohol habits among 30-45-year-old men", Teknisk, Kopenhagen 1969.
- Farrow S.C., Charny M.C. & Lewis P.C.: "A community survey of alcohol consumption", *Alcohol and Alcoholism*, 23(4), pp. 315-322 (1988).
- Freud S.: "Το εγώ και οι μηχανισμοί άμυνας", (Μτφ. Κ. Μεραναίου), Εκδόσεις: Καστανιώτη, Αθήνα 1978.
- Goodwin D.W., Schulsinger F., Moller N., Hermausen L., Winohur G. & Gure S.B.: "Alcohol problems in adoptees raised apart from alcoholic biological parents", *Arch Gen. Psychiatry*, 28, pp. 238-243 (1973).
- Graut B.F., Harford T.C. & Grigson B.M. "Stability of alcohol consumption among youth: a national longitudinal survey", *Journal of Studies on Alcohol*, 49(3), pp. 253-259 (1987).
- Harrison T.R.: "Εσωτερική παθολογία" (Μτφ. Ι. Κρικέλης, Σ. Μαλλιάρá, Δ. Μαλλιάρáς, Ο. Μανούσος, Θ. Μουντοκαλάκης, Α. Φερτάκης, Ι. Χατζημηνάς), Έκδοση 8^η, Τόμος 2^{ος}, Παρισιάνος, Αθήνα 1982.
- Hartocollis P.: "Alcoholism in contemporary Greece", *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 27(4), pp. 721-727 (1966).
- Hawks R.D. & Bahr S.H.: "Religion and drug use", *Journal of Drug Education*, 22(1), pp. 1-8 (1991).
- Huselid R.F. & Cooper M.L.: "Gender roles as mediators of sex differences in adolescent alcohol use and abuse", *Journal of Health and Social Behavior*, 33(4), pp. 348-362 (1992).

- Hyssaelae L., Rautava P., Sillaupaeae M. & Tuominen J.: "Changes in the smoking and drinking habits of future fathers from the onset of their wives' pregnancies", *Journal of Advanced Nursing*, 17(7), pp.849-854 (1992).
- Imogen Z.: "Εισαγωγή στην Κοινωνιολογία" (Μτφ. Τ. Μαστοράκη), Έκδοση 3^η, Εκδόσεις: Μπουκουμάνη, Αθήνα 1977.
- Jaffe J., Peterson R. & Hodgson R.: "Ναρκωτικά - Τσιγάρα - Αλκοόλ", (Μτφ. Ο. Μαράτου, Μ. Σόλμαν), Έκδοση 3^η, Εκδόσεις: Ψυχογιός, Αθήνα 1986.
- Kane G.: "Inner-city alcoholism", Human Sciences Press, New York 1981.
- Καραπέτσος Α.: "Ψυχολογία του αναπτυσσόμενου ανθρώπου", Εκδόσεις: Σμυρνιωτάκης, Αθήνα 1988.
- Καρβουντζής Ε.: "Αλκοόλη και Αλκοολισμός", Εκδόσεις: Παριδιάνος, Αθήνα 1986.
- Kaplan H.I., Freedman A.M. & Sadock B.J.: "Comprehensive Textbook of Psychiatry", 3rd edition, Vol. 2 (pp. 1629-1644), Publications Williams and Wilkins, Baltimore 1980.
- Kennedy J.: " Η ισχυρή θέληση" (Μτφ. Γ. Χαραλαμπίδης), Εκδόσεις: Θυμάρι, Αθήνα 1982.
- Κοσμόπουλος Α.: "Ψυχολογία και οδηγητική της παιδικής και νεανικής ηλικίας", Έκδοση 2^η, Εκδόσεις: Γρηγόρη, Αθήνα 1990.
- Κουρέτα Δ.Θ.: "Ψυχανάλυση-Ψυχιατρική-Νευρολογία", Εκδόσεις: Παρισιάνος, Αθήνα 1975.
- Κουτσελίνης Α. & Δημόπουλος Κ.: "Ναρκωτικά. Συνοπτική παρουσίαση", Εκδόσεις: Guteberg, Αθήνα 1983.
- Kreitman N.: "Alcohol consumption and the preventive paradox", *British Journal of Addiction*, 81, pp. 353-363 (1986).
- Μαδιανός Μ.: "Κοινωνία και ψυχική υγεία", Τόμος Α', Εκδόσεις: Κατσανιώτη, Αθήνα 1989.

- Μαδιανός Μ., Λιάκος Α.: "Επιδημιολογικά στοιχεία του αλκοολισμού στην Ελλάδα και οι επιπτώσεις τους στο σχεδιασμό της πρόληψης του", *Εγκέφαλος*, 17, σ. 104-108 (1980).
- Μαλγαρινού Μ.Α. & Κωνσταντινίδου Σ.Φ.: "Νοσηλευτική παθολογική χειρουργική", Έκδοση 12^η, Τόμος Α', Εκδόσεις: Η ΤΑΒΙΘΑ, Αθήνα 1989.
- Malcanjuola J.D.: "Controlled drinking by chronic drunkenness offenders. A British experience", *West African Journal of Medicine*, 11(1), pp.39-47 (1992).
- Μαλλιαρού Α., Μανδύλα Ε. & Αναγνωστάκης Δ.: "Εμβρυϊκό σύνδρομο από οινόπνευμα", *Ιατρική*, 56 (3), pp.280-285 (1989).
- Μάνος Ν.: "Βασικά στοιχεία κλινικής Ψυχιατρικής", University Studio Press, Θεσσαλονίκη 1988.
- Μάρας Α.: "Μπάρ, ποτά, οινολογία", Εκδόσεις: Πλατύς, Αθήνα 1987.
- Μαρσέλος Μ.: "Ναρκωτικά :Φαρμακολογία και Τοξικολογία των εξαρτισιογόνων-ψυχοτρόπων ουσιών", Εκδόσεις:Λίτσα, Αθήνα 1986.
- Migolla A. & Sheutoud S.: "Pour une psychoanalyse de l'alcoholisme", Retit Bibliotheque Payot, Paris 1973.
- Νάκου Σ.: "Ο έφηβος στην Ελλάδα", Εκδόσεις: Ινστιτούτου Υγείας του παιδιού, Αθήνα 1985.
- Νάνου.: "Ψυχιατρική Νοσηλευτική", Σημειώσεις για τους σπουδαστές του τμήματος Νοσηλευτικής του Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ, Πάτρα 1986.
- Ντόζη-Βασιλειάδου Ι.: "Φαρμακολογία", Επίτομος, Εκδόσεις: Κυριακίδη, Θεσσαλονίκη 1985.
- Παπαγεωργίου Γ.Ε.: "Εξαρτήσεις στη ζωή μας", Εκδόσεις:Παοχαλίδη, Αθήνα 1985.
- Παπαγεωργίου Γ.Ε.: "Γενικά περί αλκοολισμού των νέων. Νεανικός αλκοολισμός", *Εγκέφαλος*, 26, σ. 57-62 (1989).
- Παπαγιώργης Κ.: "Περί μέθης", Εκδόσεις Ροές, Αθήνα 1987.

- Παπαδημητρίου Μ.: "Κοινωνική Νοσηλευτική", Σημειώσεις για τους σπουδαστές του τμήματος Νοσηλευτικής του Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ, Πάτρα 1989.
- Παπαδημητρίου Μ.: "Δερμοαντίδραση Mantoux και βιο-κοινωνικό-οικονομικοί παράγοντες", Διδακτορική διατριβή, Αθήνα 1989.
- Παπαδημητρίου Ν.: "Σύγχρονη Ψυχιατρική: Ειδική Ψυχιατρική", Τόμος Β', Εκδόσεις: Παρισιάνος, Αθήνα 1974.
- Παπαδόπουλος Ν., Ζάχος Δ.: "Ψυχολογία", Κέντρο Ψυχολογικών Μελετών, Αθήνα 1985.
- Παπαναστασίου Ν., Σπυρόγλου Σ. & Γιατράς Κ.: "Ναρκωτικά και τοξικομανία", Έκδοση Α', Εκδόσεις: Κοβάνης, Αθήνα 1980.
- Παπασπύρος Ε.: "Εξαρτήσεις στη ζωή μας", Εκδόσεις: Ιατρικές εκδόσεις, Αθήνα 1985.
- Παπουτσάκης Κ.: "Παιδαγωγική ψυχολογία", Εκδόσεις: Νέα Σύνορα, Αθήνα 1985.
- Παρασκευόπουλος Ι.Ν.: "Μεθοδολογία επιστημονικής έρευνας", Τόμοι 1^{ος} και 2^{ος}, Αθήνα 1993.
- Παυλάκης Α.: "Ο ρόλος του νοσηλευτή σε ένα πρόγραμμα απεξάρτησης από το οινόπνευμα", Νοσηλευτική, 30(138), σελ. 273-281 (1991).
- Ποταμιάνος Σ.: "Κατανάλωση οινοπνεύματος και πρωτογενής καρκίνος του ήπατος", Διδακτορική διατριβή, Αθήνα 1983.
- Ποταμιάνος Σ.: "Νόμιμες ουσίες εξάρτησης. Αλκοόλ.", Εκδόσεις: Παλαζήση, Αθήνα 1991.
- Parrish K.M., Higuchi S., Stinson F.S., Towle L. H, Dufour M.E. & Harford T.C.: "The association of drinking levels and drinking attitudes among Japanese in Japan and Japanese- Americans in Hawaii and California", Journal of Substance Abuse, 4(2), pp. 165-177 (1992).
- Partanen J.: "Alcohol and the mass media ", Publications Partanen and Montomen, Helsinki 1988.

- Pittman D.: "Alcoholism : an interdisciplinary approach", Springfield 1959
- Plant M.A.: "Drinking and problem drinking", Junction, London 1982.
- Rather B.C., Goldman M.S., Roehrich L. & Brannich M.: "Empirical modelling of an alcohol expectancy memory network using multidimensional scaling", *Journal of Abnormal Psychology*, 101 (1), pp.174-183 (1992).
- Σαχίνη-Καρδάση Α.: "Μεθοδολογία έρευνας - Εφαρμογές στο χώρο της υγείας", Εκδόσεις:Zymel, Αθήνα 1991.
- Σαχίνη - Καρδάση Α., Πάνου Μ.: "Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική", Τόμος 2^{ος} , Μέρος Β, Εκδόσεις : Βήτα, Αθήνα 1985
- Στρίγγαρης Μ.: "Αλκοόλ και Χασίς" , Ιατρολογοτεχνική Στέγη, Αθήνα 1982.
- Satir V.: "Οικογενειακή ψυχοθεραπεία" (Μτφ. Λ.Στυλιανούδη), Εκδόσεις : Κέδρος, Αθήνα 1989.
- Synovitz L.: "Alcohol education through schools : a psychosocial respective", *Journal of School Health*, 62 (2), pp.67-70 (1992).
- Tremolieres J.: "Ο άνθρωπος και η διατροφή: Ιατρικός οδηγός" (Μτφ. Μ. Κουλεντινού), Συνεκδοτική Ο.Ε. , Αθήνα.
- Τριχόπουλος Δ.: "Ναρκωτικά-μύθος και παραγματικότητα", Εκδόσεις: Θεωρία και Ιδέες, Αθήνα 1984.
- Υφαντής Θ.: "Οινοπνευματώδη ποτά και μαθητόκοσμος", Διδακτορική διτριβή, Ιωάννινα 1989.
- Υφαντής Θ., Κούτρας Β., Καφετζόπουλος Ε., Μαρσέλος Μ.: "Επιδημιολογική διερεύνηση της συχνότητας χρήσης οινοπνευματωδών ποτών σε μαθητές της Μέσης Εκπαίδευσης", *Ιατρική*, 57(6), σελ. 584-591 (1990).
- Υφαντής Θ., Κούτρας Β., Καφετζόπουλος Ε., Μαρσέλος Μ.: "Η αξιοπιστία και η εγκυρότητα των μετρήσεων του ερωτηματολογίου επιδημιολογικής έρευνας για τις γνώσεις, τη στάση και τη χρήση

ψυχοτρόπων ουσιών από μαθητές της Μέσης Εκπαίδευσης",
Εγκέφαλος, 27, σ. 178-191 (1990).

Υφαντής Θ., Κούτρας Β., Καφετζόπουλος Ε., Μαρσέλος Μ.:
"Οικογενειακοί, εκπαιδευτικοί, προσωπικοί και γενικότεροι
κοινωνικοί παράγοντες ως προγνωστικοί δείκτες της χρήσης και
της κατάχρησης οινόπνευματώδων ποτών από μαθητές της Μέσης
Εκπαίδευσης", Ιατρική, 58(3), σ. 264-273 (1990).

Φεφές Θ.: "Το αλκοόλ μια απειλή", Εκδόσεις: Σημαντρο, Αθήνα 1979.

Φιλιππόπουλος Γ.Σ.: "Κλινική Ψυχιατρική", Έκδοση Β', Εκδόσεις:
Λίτσας, Αθήνα 1980.

Χαρτοκόλλης Π.: "Εισαγωγή στην Ψυχιατρική", Έκδοση Β', Εκδόσεις:
Θεμέλιο, Αθήνα 1989.

Wagenaar A.C.: "Alcohol, young drivers and traffic accidents" D.C.
Health and Company, U.S.A. 1983.

WHO (Regional Office for Europe): "Alcohol-related problems in
high-risk groups", Report on a WHO study, Copenhagen 1989.

Williams J.G., Morrice A.: "Measuring drinking patterns among college
students", Psychological Reports, 70(1), pp. 231-238 (1992).

Wilson R.J.: "Convicted impaired drivers and high-risk drivers: how
similar are they?", Journal of Studies on Alcohol, 53(4), pp.
335-344 (1992).