

=====

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

=====

**ΘΕΜΑ: "ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΜΕΤΑΞΥ
ΣΠΟΥΔΑΣΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ,
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΚΑΙ
ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ-
ΝΟΣΟΚΟΜΩΝ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΙΣ
ΓΝΩΣΕΙΣ ΤΟΥΣ ΚΑΙ ΤΗΝ
ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΕΞΑΡΤΗΜΕΝΩΝ
ΑΤΟΜΩΝ ΑΠΟ ΤΙΣ "ΝΟΜΙΜΕΣ"
ΤΟΞΙΚΕΣ ΟΥΣΙΕΣ".**

ΣΠΟΥΔΑΣΤΕΣ

**1. ΘΕΟΦΑΝΟΠΟΥΛΟΥ ΜΑΡΙΑ
2. ΚΑΚΟΥ ΕΥΑΓΓΕΛΙΑ**

ΥΠΕΥΘΥΝΟΙ ΚΑΘΗΓΗΤΕΣ

**1. ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ ΜΑΡΙΑ
2. ΔΕΤΟΡΑΚΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ**

Πτυχιακή εργασία για την λήψη του Πτυχίου Νοσηλευτικής

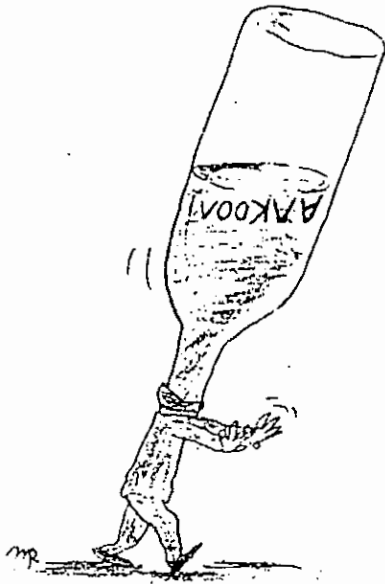
ΠΑΤΡΑ 1994



ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	1235
----------------------	------

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Για την ολοκλήρωση αυτής της εργασίας χρειάστηκε από την πλευρά μας αρκετός ζήλος και επιμονή. Θα ήταν άδικο αν δεν ευχαριστούσαμε τα άτομα που μας βοήθησαν και μας εμπύχωσαν κατά την διάρκεια συγγραφής αυτής της εργασίας. Κατ' αρχήν, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τον Ψυχοκοινωνικό, Συμβουλευτικό και Θεραπευτικό Σταθμό του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης και ιδιαίτερα την Κα Καλαμβοκίδου Α. Νοσηλεύτρια Ψυχικής Υγείας. Τον Κο Δετοράκη Ι. και την Κα Παπαδημητρίου Μ. υπεύθυνους καθηγητές της εργασίας καθώς και όλους όσους συμπλήρωσαν ένα ερωτηματολόγιο.



ΣΤΟΥΣ ΓΟΝΕΪΣ ΜΑΣ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Σελίδα
1

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

1. ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΣ

- * Ιστορική Αναδρομή 4
- * Ο αλκοολισμός στην Ελλάδα -
Συχνότητα Αλκοολισμού 7
- * Αιτιοπαθογένεια του Αλκοολισμού 10
- * Ορισμοί
(Ανοχή - Εθισμός - Εξάρτηση) 16

1α. ΤΟ ΑΛΚΟΟΛ

- * Απορρόφηση και μεταβολισμός 17
- * Επίδραση της αιθυλικής αλκοόλης στον οργανισμό. 20
- * Αιθυλική αλκοόλη και καφεΐνη 21
- * Αλληλεπιδράσεις αιθυλικής αλκοόλης με άλλα φάρμακα. 22
- * Τύποι αλκοολικών. 24

1β. ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

- * Παθήσεις ήπατος 25
- * Γαστρεντερικές διαταραχές 26
- * Χρόνια αλκοολική παγκρεατίτιδα 27
- * Αλκοολική μυοκαρδιοπάθεια 28
- * Αλκοολική νευροπάθεια 29
- * Επίδραση της αλκοόλης στο έμβρυο 29
- * Προβλήματα γεννητικού συστήματος 30

1γ. ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

- * Αλκοολική τοξίκωση 31
- * Αλκοολική ιδιοσυγκρασιακή τοξίκωση 33
- * Στερητικό σύνδρομο από αλκοόλη 33
- * Παραλήρημα από στέρηση αλκοόλης 34
- * Αλκοολική ψευδαισθήτωση 35
- * Σύνδρομο Korsakoff 35
- * Άνοια συνδεδεμένη με τον αλκοολισμό 36
- * Παραληρητικές διαταραχές των χρόνιων
αλκοολικών. 38

18. ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

- * Οικογενσιακά Προβλήματα 38
- * Αλκοόλ - Ατυχήματα 40
- * Κοινωνικό κόστος 41

18. ΘΕΡΑΠΕΙΑ

- * Φαρμακολογική προσέγγιση 42
- * Ψυχολογική προσέγγιση 43
- * Θεραπευτικά προγράμματα 44

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ

2. ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΕΣ ΟΥΣΙΕΣ

2α. ΚΑΤΑΣΤΑΛΤΙΚΑ ΤΟΥ Κ.Ν.Σ.

(Υπνωτικά - Αγχολυτικά)

- * Ιστορική Αναδρομή 48
- * Συχνότητα Επιδημιολογία 50
- * Αιτιοπαθογένεια 51

2β. ΑΓΧΟΛΥΤΙΚΑ ΦΑΡΜΑΚΑ

- * Κατηγορίες αγχολυτικών φαρμάκων - 54
- Φαρμακολογικός μηχανισμός - Φαρμακοκινητική. 55
- * Φαρμακολογικές ιδιότητες 57
- * Ανεπιθύμητες και τοξικές ενέργειες. 58

2γ. ΥΠΝΩΤΙΚΑ ΦΑΡΜΑΚΑ

- * Κατηγορίες υπνωτικών φαρμάκων 60
- * Βαρβιτουρικά - Φαρμακοκινητική. 61
- * Φαρμακολογικές δράσεις 62
- * Ανεπιθύμητες ενέργειες και τοξικότητα 64
- * Κατασταλτικά - Υπνωτικά 65

2δ. ΠΟΡΕΙΑ ΚΑΙ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

- * Τοξίκωση από Καταπραυντικά, Υπνωτικά ή Αγχολυτικά. 66
- * Υπερβολική δόση ή Δηλητηρίαση από Καταπραυντικά, Υπνωτικά ή Αγχολυτικά. 66
- * Μη Επιπελεγμένη Στερητική Διαταραχή από Καταπραυντικά, Υπνωτικά ή Αγχολυτικά. 67
- * Στερητικό Παραλήρημα Καταπραυντικών, Υπνωτικών ή Αγχολυτικών. 68
- * Αμνησικό Σύνδρομο 69

2ε. ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΧΡΗΣΤΗ

ΑΓΧΟΛΥΤΙΚΩΝ - ΥΠΝΩΤΙΚΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ.

70

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ

3. ΠΡΟΛΗΨΗ - ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

3α. ΠΡΟΛΗΨΗ

* Ενημέρωση - Διαφώτιση.

72

3β. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

* Ο ρόλος του νοσηλευτή/τριας στην
εξωνοσοκομειακή θεραπεία
(Συμβουλευτικοί Σταθμοί).

75

* Νοσηλευτική φροντίδα εξαρτημένων ατόμων
από αλκοόλ ή φαρμακευτικές ουσίες.

77

* Γενικές αρχές νοσηλευτικής φροντίδας και
επικοινωνίας.

79

* Ο ρόλος του νοσηλευτή/τριας στην
αποκατάσταση των εξαρτημένων.

81

* Ο ρόλος του νοσηλευτή/τριας στην πρόληψη
των εξαρτήσεων.

82

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

* Υλικό και Μέθοδος

84

* Αποτελέσματα

85

* Συζήτηση

142

* Περίληψη

154

* Summary

155

* Ερωτηματολόγιο

* ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στην κοινωνία μας η χρησιμοποίηση ουσιών που ρυθμίζουν την ψυχική διάθεση και συμπεριφορά κάτω από ορισμένες συνθήκες θεωρείται γενικά κάτι το συνηθισμένο και είναι απόλυτα αποδεκτό φαινόμενο. Έτσι οποιοσδήποτε μπορεί να χρησιμοποιήσει αλκοόλ σε ανάλογες ψυχαγωγικές ευκαιρίες ή καφεΐνη σε μορφή καφέ ή τσαγιού σαν τονωτικό. Επιπλέον συγκεκριμένες ψυχοδραστικές ουσίες χρησιμοποιούνται για ιατρικούς λόγους στο να καταστείλουν τον πόνο, να ανακουφίσουν την ένταση και το άγχος.

Συχνά όμως η χρήση των ουσιών αυτών μπορεί να οδηγήσει σε παθολογική κατάσταση κατά την οποία υπάρχει ακαταμάχητη επιθυμία για εξακολουθητική χρησιμοποίηση της ουσίας και μπορεί να προκαλέσει κοινωνικά, επαγγελματικά, ψυχολογικά ή σωματικά προβλήματα στο άτομο που την χρησιμοποιεί.

Τις τελευταίες δύο δεκαετίες η χώρα μας αλλά και ολόκληρος ο κόσμος αντιμετωπίζει μια αύξηση στην κατάχρηση των ψυχοδραστικών ουσιών.

Αποτελεί πλέον κοινή συνείδηση πως η χρήση "νομιμων" τοξικών ουσιών έχει δημιουργήσει σε πολλές σύγχρονες κοινωνίες ιατρικά και κοινωνικά προβλήματα.

Για την αντιμετώπιση αυτών των προβλημάτων απασχολούνται χιλιάδες άνθρωποι, σ' όλο τον κόσμο, σε μια προσπάθεια όμως που έχει, κατά κύριο λόγο, χαρακτήρα "θεραπείας των ζημιών". Αλλά το "κόστος" σ' όλα τα επίπεδα παρουσιάζει ανοδική τάση που σε πολλά κράτη έχει περάσει τα "όρια του συναγερμού".

Είναι γεγονός ότι στην Ελλάδα, όλες οι προσπάθειες είναι συντονισμένες στην αντιμετώπιση των απαγορευμένων ουσιών, ενώ ελάχιστα ή τίποτα δεν γίνεται σχετικά με την αντιμετώπιση της πιθανότητας να εξαπλωθεί ο αλκοολισμός ή η εξάρτηση από νομίμως κυκλοφορούντα φάρμακα.

Ετσι σήμερα αναγνωρίζεται πως η λύση είναι η πρόληψη. Απ' αυτή την άποψη έχει αρχίσει μια προσπάθεια πληροφόρησης του κοινού για τους κινδύνους της αλκοόλης από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης και από οργανωμένες κοινωνικές ομάδες. Η παράλληλη όμως διαφήμιση των οινοπνευματωδών ποτών από τα ίδια τα μέσα, δημιουργεί σύγχυση μεταξύ αλήθειας και προπαγάνδας, ώστε τα αποτελέσματα της ενημέρωσης να κρίνονται μη ικανοποιητικά.

Περισσότερο αποδοτική ελπίζεται να αποδειχθεί η διδασκαλία της "αλήθειας" για την αλκοόλη και τα κατασταλτικά του Κ.Ν.Σ. που προκαλούν εξάρτηση, στους κλασικούς χώρους εκπαίδευσης, ώστε κάθε μελλοντική σχέση των ατόμων με τις "νόμιμες" τοξικές ουσίες, να γίνεται σε επίπεδο προσωπικής ευθύνης και κάθε πολιτικό μέτρο για την αντιμετώπιση του προβλήματος να γίνεται πιο εύκολα αποδεκτό από το κοινό.

Έτσι, η πρόληψη αποτελεί προνομιακό χώρο για τον νοσηλευτή/τρια, καθώς προέρχεται από έναν επιστημονικό κλάδο που δεν ασχολείται τόσο με την ταξινόμηση συμπτωμάτων, αλλά βλέπει τον άνθρωπο σαν μια ολότητα μέσα στην οικογενειακή και κοινωνική του συνάφεια. Ο Νοσηλευτής/τρια ανοίγεται στην κοινωνία και τους θεσμούς της, διερρευνώντας πρώτα τις ιδέες και τις προκαταλήψεις που υπάρχουν γύρω από το θέμα των εξαρτήσεων και προσπαθεί να ευαισθητοποιήσει, να κινητοποιήσει και να μεταδώσει το μήνυμα της ζωής, της απόλαυσης και της υγείας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

1. ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΣ

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

“Και ήρχισεν ο Νώε να είναι γεωργός και εφύτευσεν αμπελώνα και έπιεν εκ του οίνου και εμεθύσθη, και εγυμνώθη εν τη σκηνή αυτού”.

Γενεση, Κεφ.Θ’

Η χρήση των τοξικών ουσιών, που διαφοροποιούν τη σκέψη, είναι τόσο παλιά όσο και η ανθρωπότητα. Οι προϊστορικοί άνθρωποι χρησιμοποιούσαν ίσως ζυμώσεις ποτών και οι χρήσεις του κρασιού και της μύρας, περιγράφονται σ’ αρχαία αιγυπτιακά γραπτά.

Το 800 μ.χ. ο Αραβας Γζαχίρ Χάιαν ανακάλυψε την διαδικασία της απόσταξης. Ήταν ο πρώτος, ο οποίος παρήγαγε το πιο δυνατό ποτό, από τα τότε γνωστά, το οποίο μπορούσε να παρομοιασθεί με το σημερινό κονιάκ ή τη βότκα.

Στη Βίβλο, το κρασί αναφέρεται γενικά, σαν παραδεκτό, περισσότερες από 165 φορές, αλλά η Βίβλος εκφράζεται απειλητικά εναντίον της μέθης. Ακόμα και στα Βιβλικά χρόνια τίθεται το κύριο πρόβλημα: Πως μπορούμε ν’ απολαύσουμε τα πλεονεκτήματα των τοξικών ουσιών, χωρίς να διακινδυνεύουμε τα προβλήματα που συνοδεύουν τη χρήση τους;

Ακόμα και στους αρχαίους καιρούς, ήταν γνωστό ότι η χρήση μιας τοξικής ουσίας, είτε για ιατρικούς λόγους, είτε για ψυχαγωγία, είχε καμμιά φορά ανεπιθύμητες επιδράσεις.

Η ιστορία της υπερβολικής χρήσης των τοξικών ουσιών ή της χρήσης τους με τρόπο, που αποδοκιμάζεται από την κοινωνία, είναι τόσο παλιά όσο και η ιστορία της ανθρωπότητας. Τα τρομακτικά χαρακτηριστικά του Χόγκαρθ μας δίνουν μια ιδέα από τα προβλήματα, που δημιουργούσε το "τζιν της πεντάρας" στην Αγγλία πριν 300 χρόνια και κάνουν τη δική μας "τοξικοκοουλτούρα" να φαίνεται λιγότερη φοβερή - και λιγότερο καινούργια. Η μέθη με αλκοόλ μπορεί να οδηγήσει σε ατυχήματα, στην απώλεια κοινωνικών αναστολών ή στη βία.

Στην αρχαία Ελλάδα αναφέρονται συχνά συνήθειες οινοποσίας από Έλληνες συγγραφείς όπως του Ομήρου και του Πλάτωνα. Ο Διόνυσος και ο Βάκχος ήταν οι Θεοί του κρασιού. Είναι γνωστές οι γιορτές που γινόντουσαν προς τιμή του Διόνυσου τα λεγόμενα "Διονύσια" όπου γινόταν μεγάλη χρήση κρασιού. Ο Θεογένης τάσσεται εναντίον της χρήσης κρασιού, ενώ κατά τον Πλάτωνα επιτρεπόταν η χρήση κρασιού εφ' όσον αναμιγνυόταν με νερό, διαφορετικά το θεωρούσαν βαρβαρικό έθιμο.

Η Σπαρτιάτικη κοινωνία θεωρούσε τη μέθη πολύ υποτιμητική. Στις πρώτες μέρες της Ρωμαϊκής αυτοκρατορίας οι άνδρες κάτω των τριάντα και οι γυναίκες όλων των ηλικιών απογορευόταν να πίνουν κρασί εκτός αν έκαναν θυσίες. Στη Ρώμη ο αλκοολισμός έφερε ολέθρια αποτελέσματα και συντέλεσε στην εξαφάνιση του ισχυρότερου κράτους της Ρωμαϊκής αυτοκρατορίας.

Στην Αμερική μεταδόθηκε η οινοποισία από τους πρώτους Γάλλους εξερευνητές.

Στον κόλπο της Νέας Υόρκης, οι ντόπιοι Ινδιάνοι όταν συναντήθηκαν με τους Άγγλους ναυτικούς έκαναν την πρώτη τους γνωριμία με τα μεθυστικά ποτά και από τότε η μικρή τους πόλη MANAHACHTOWICK μετονομάστηκε από τους λευκούς σε MANHATAN που στα Ινδιανικά σημαίνει " η πόλη που είναι όλοι μεθυσμένοι".

Το 1516 γράφεται το πρώτο δημοσίευμα κατά του αλκοολισμού τίτλος " Ελεγεία κατά της Οινοποισίας", το οποίο πιθανολογείται ότι συντάσσεται από τον FOBANUS HESSUS.

Την εποχή της εκβιομηχάνισης σε συνάφεια με το μετασχηματισμό της κοινωνικής δομής εμφανίστηκε γοργά μια άνοδος του αλκοολισμού που το 1845 εξιστορείται ως αλκοολική αθλιότητα ανάμεσα στους Άγγλους και τους Γερμανούς, ημερομίσθιους εργάτες.

Για πρώτη φορά το 1784 διατυπώθηκε στην Αμερική, η πορεία ασθένειας του αλκοολισμού από τον BENJAMIN RASH, ενώ στην Ευρώπη το 1788 από τον THOMAS TROTTER.

Ο THOMAS TROTTER στο βιβλίο του για την οινοποισία ταύτισε την τάση αυτή με πνευματική ανωμαλία (φρενοπάθεια).

Στα μέσα του 19ου αιώνα άρχισαν να γίνονται εντατικές θεραπευτικές προσπάθειες για τους αλκοολοεξαρτούμενους.

Στην Ελλάδα το 1903 με εισήγηση του Ψυχιάτρου Δρ. Βλαβιανός, δημιουργείται η Πανελλήνια Αντιαλκοολική Αδελφότητα. Το 1952 υπό την αιγίδα του Δρ. Ποταμιανού ιδρύθηκε ο πρώτος οργανισμός εναντίον του αλκοολισμού που ονομαζόταν "Χριστιανικός Σύνδεσμος Γυναικών" και απέβλεπε στην ηθική βελτίωση του ανθρώπου. Το 1957 ο Δρ. Ποταμιανός ίδρυσε μια νέα οργάνωση την Πανελλήνια Αντιαλκοολική Σταυροφορία η οποία έδωσε περισσότερη έμφαση στο πρόβλημα παρά στην ηθική επίπτωση.

Ο ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ - ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΥ

Συχνά υποστηρίζεται ότι ο αλκοολισμός στην Ελλάδα είναι σε πολύ χαμηλά επίπεδα συγκριτικά με άλλες χώρες. Πρόσφατο δημοσίευμα των Liakos, Madianos & Stefanis (1980) έδειξε ότι μεταξύ 1971-1976 τόσο οι εισαγωγές όσο και οι επισκέψεις για προβλήματα που σχετίζονται με τον αλκοολισμό στα εξωτερικά ιατρεία του Αιγινήτειου Νοσοκομείου δεν αυξήθηκαν κατά το παραπάνω χρονικό διάστημα. Αξιοπρόσεκτο είναι επίσης το εύρημα αυτής της έρευνας που αναφέρεται στις διαφορές μεταξύ αστικών και αγροτικών περιοχών όσον αφορά τα εξιτήρια με διάγνωση αλκοολισμού από τα δημόσια ψυχιατρεία και τις ιδιωτικές κλινικές 27 νομών της χώρας. Οι παρακάτω πίνακες δίνουν την εικόνα αυτών των ευρυμάτων.

Αριθμός επισκέψεων για προβλήματα που σχετίζονται με το αλκοόλ στα εξωτερικά ιατρεία του Αιγινήτσειου μεταξύ 1971-1976.

	Συνολικός αριθμός ασθενών	"Αλκοολικοί" ασθενείς		Σύνολο	Ποσοστό (%)
		Ανδρες	Γυναίκες		
		1971	2.946		
1972	3.134	211	20	231	7,4
1973	3.559	280	16	296	8,3
1974	3.555	277	22	299	8,4
1975	3.914	267	23	290	7,4
1976	4.659	183	13	196	4,2
Σύνολο:	21.467	1.423	129	1.552	7,1

Ποσοστό εξιτηρίων (ανά 10.000 πληθυσμό) με διάγνωση αλκοολισμού από δημόσια ψυχιατρεία και ιδιωτικές κλινικές σε 27 νομούς.

	1975	1976	1977
Αθήνα	13,3	20,7	21,8
Πειραιάς	8,6	8,5	8,4
Θεσσαλονίκη	8,7	12,8	18,9
Επαρχία	3,3	7,7	3,8

Η εικόνα του αλκοολισμού στην Ελλάδα όπως περιγράφεται από την παραπάνω μελέτη δεν πρέπει να μας καθησυχάζει, παρ' όλα τα ευνοϊκά για τη χώρα μας στοιχεία τα οποία δεν δείχνουν την έξαρση στην κατανάλωση, σε αντίθεση με ότι συμβαίνει σε άλλες Ευρωπαϊκές χώρες. Όπως αναφέρουν οι συγγραφείς αυτής της μελέτης, τα παραπάνω στοιχεία αποτελούν μια "χονδρική" ένδειξη του αλκοολισμού στην Ελλάδα, κυρίως γιατί υπάρχει σοβαρή έλλειψη στατιστικών στοιχείων και πληροφοριών που αφορούν στις υπηρεσίες υγείας στη χώρα μας. Επίσης οι μη "νοσοκομειακοί" πληθυσμοί αποτελούν συνήθως και την πλειονότητα των ατόμων με εξάρτηση και προβλήματα που απορρέουν από τη χρήση της αλκοόλης.

Από τα ελάχιστα σχετικά δημοσιεύματα, αξιοπρόσεκτα είναι τα στοιχεία που αναφέρουν μια αύξηση της τάξεως του 36% όσον αφορά τη θνησιμότητα, εξαιτίας της αλκοολικής κίρρωσης του ήπατος μεταξύ 1950-1975, το γεγονός ότι η "πραγματική τιμή" του αλκοόλ "μειώθηκε" κατά 2,6% στη διάρκεια 1970 - 1981 και ότι η κατά κεφαλή κατανάλωση καθαρής αλκοόλης μεταξύ 1970 - 1984 σε λίτρα (6,7 λίτρα) αυξήθηκε κατά 5,2%. Η κυριότερη πανελλήνια έρευνα σχετικά με τη χρήση ναρκωτικών και την κατανάλωση αλκοόλης εκπονήθηκε από τους : Στςφανή, Μαδιανό και Μαδιανό (1986), σε 4.300 νοικοκυριά της χώρας. Σύμφωνα με τους παραπάνω, ενήλικες 18-64 ετών και έφηβοι 12 - 17 αναφέρουν συστηματική κατανάλωση αλκοόλης σε ποσοστά 25% και 12,8% αντίστοιχα. Επίσης το 12,6% των ανδρών και το 2,5% των γυναικών αναφέρουν δύο ή περισσότερα προβλήματα εξαιτίας της συστηματικής κατανάλωσης της αλκοόλης.

Εξάλλου μεταξύ 1971 και 1980 τα τροχαία ατυχήματα που οφείλονται στη χρήση αλκοόλης, αυξήθηκαν κατά 34%.

Όπως ήδη αναφέρθηκε, τα συμπεράσματα των ελαχιστων ερευνών στον τομέα του αλκοολισμού στη χώρα μας είναι ανησυχητικά κυρίως για τη νέα γενιά.

Λαμβάνοντας υπόψη το μέγεθος των κοινωνικών προβλημάτων που χαρακτηρίζουν την Ελληνική κοινωνία, την παρατηρηθείσα αύξηση των καταστημάτων πώλησης αλκοολούχων ποτών, την κοινωνική απομόνωση και τη γενικότερη τάση εκκοινωνισμού διαμέσου της αλκοόλης, είναι σίγουρο ότι το πρόβλημα του αλκοολισμού θα αυξηθεί πολύ πιο γοργά από ότι φανταζόμαστε.

Αλλωστε, η έλλειψη έρευνας στο θέμα του αλκοολισμού και η αδιαφορία της πολιτείας σε θέματα πρόληψης και παροχής υπηρεσιών για τον προβληματικό πότη είναι στοιχεία που πρέπει να προβληματίζουν τόσο τον ενδιαφερόμενο για το θέμα επιστήμονα, όσο και το κοινωνικό σύνολο.

ΑΙΤΙΟΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ ΤΟΥ ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΥ

Είναι γνωστό πλέον, ότι "αλκοολικοί" δεν είναι μόνο οι ακραίες αυτές περιπτώσεις των άστεγων και άμοιρων ατόμων που τώρα πια σπάνια συναντά κανείς στους δρόμους να περιφέρονται μεθυσμένοι και να γίνονται αντικείμενο σχολίων από τους περαστικούς και από τους ενδιαφερόμενους για το θέμα δημοσιογράφους. Οι "αλκοολικοί" είναι δυνατό να προέρχονται από όλα τα κοινωνικοοικονομικά επίπεδα, από κάθε επαγγελματική κατεύθυνση και μορφωτικό επίπεδο.

Δυστυχώς στη χώρα μας η έλλειψη παιδείας και ευαισθητοποίησης στο θέμα των "νομίμων" ουσιών εξάρτησης όπως το αλκοόλ, μας οδηγούν στη συνειδητή ή ασυνείδητη άρνηση της ύπαρξης του φαινομένου.

Προσπάθειες για την καταγραφή των αιτιών του αλκοολισμού υπήρξαν πολλές. Τα κυριότερα αίτια του αλκοολισμού μπορεί να συνοψισθούν ως εξής :

ΒΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΚΑΙ ΓΕΝΕΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ.

Από τα μέσα του 19ου αιώνα, η περί "εκφυλισμού" θεωρία - εκφυλισμός ως προς ένα ιδεατό τύπο ανθρώπου ή σε σχέση προς τους γεννήτορες - συνδύαζε τις τότε επικρατούσες για την κληρονομικότητα ιδέες με τις τότε γενικότερες κοινωνικό - πολιτισμικές αντιλήψεις, για να εξηγηθεί η ψυχική αρρώστια. Καίρια θέση εντός του ερμηνευτικού αυτού σχήματος κατείχε ο αλκοολισμός. Οι ιδέες αυτές παρέμειναν επί πολλές δεκαετίες κυρίαρχες και άρχισαν να κλονίζονται κυρίως από το δεύτερο ήμισυ του 20ου αι. και μετά.

Κατά το τελευταίο τέταρτο του αιώνα μας ο πυρήνας του προβληματισμού αυτού - ο βιολογικός και γενετικός καθορισμός - δεν έχει εγκαταληφθεί. Αν και σε διαφορετικό τώρα επίπεδο, εικάζεται και συζητείται τώρα ευρέως η πιθανότητα συμμετοχής του γενετικού παράγοντα στην αιτιοπαθογένεια του αλκοολισμού. Οι έρευνες που εστιάζονται στο θέμα της κληρονομικότητας του αλκοολισμού μελετούν την πιθανότητα εκδήλωσης αλκοολισμού σε παιδιά αλκοολικών που έχουν υιοθετηθεί και δεν είχαν καμμία επαφή με τους βιολογικούς τους γονείς.

Τα πορίσματα αυτών των ερευνών έχουν αφήσει αναπάντητο το ερώτημα της κληρονομικότητας του αλκοολισμού λόγω των αντικρουόμενων αποτελεσμάτων. Η έρευνα του Roe & Burke (1945) αναφέρει έλλειψη στοιχείων προς υποστήριξη της κληρονομικότητας του αλκοολισμού. Σε αντίθεση, η έρευνα των Goodwin et al (1973) έδειξε ότι το ποσοστό αλκοολισμού ήταν μεγαλύτερο σε υιοθετημένα παιδιά που ο βιολογικός τους πατέρας ήταν αλκοολικός, σε σύγκριση με υιοθετημένα παιδιά που ο πατέρας δεν ήταν αλκοολικός. Παρόμοια αποτελέσματα με αυτά του Goodwin έδειξε και η έρευνα των Cadoret & Gath (1977). Όπως σχολιάζουν οι παραπάνω ερευνητές " ... ο εντοπισμός του αλκοολισμού σε υιοθετημένα παιδιά που ο βιολογικός τους πατέρας ήταν αλκοολικός αποτελεί σοβαρή ένδειξη για την ύπαρξη γεννητικών παραγόντων ... ".

ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

α. Το πρόβλημα της αλκοολικής προσωπικότητας.

Καθώς δύσκολα μπορεί να αποδοθεί η αλκοολική συμπεριφορά σε μια ενιαία, αυτόνομη ψυχοπαθολογική δομή, δύσκολα γίνεται δεκτή και η ύπαρξη της ονομαζόμενης "αλκοολικής προσωπικότητας". Παρόλο που η κλινική πρακτική και εμπειρία με αλκοολικούς έδειχναν στοιχεία που τεκμηρίωναν την ύπαρξη της "αλκοολικής προσωπικότητας", οι σύγχρονες διαχρονικές κλινικές και επιδημιολογικές μελέτες δεν έφεραν στο φως πειστικά στοιχεία που να εδραιώνουν αυτή την άποψη.

Το πρόβλημα περιπλέκεται, αν ληφθεί υπ' όψη και ο "δευτερογενής αλκοολισμός", η εκδήλωση δηλαδή αλκοολικής συμπεριφοράς στα πλαίσια διαφόρων ψυχικών νοσημάτων με ψυχοπαθολογικά στοιχεία, ευνοικά στην προδιάθεση για αλκοολισμό (π.χ. η παρορμητικότητα).

Κατά τον G. Bagues (1979) η παρορμητικότητα, το άγχος, η κατάθλιψη, οι δυσκολίες στη σεξουαλική ταυτοποίηση, η αδυναμία του Εγώ, αποτελούν στοιχεία από τα πλέον συχνά απαντόμενα στους αλκοολικούς. Έτσι, το αλκοόλ δύναται να χρησιμοποιείται από ένα άτομο με σκοπό να μειωθεί η υποκειμενική κακουχία που αισθάνεται λόγω ιδιαίτερα οξημένων εσωτερικών και εξωτερικών ερεθισμών που δεν αντιμετωπίζονται επαρκώς εξ αιτίας της βασικής αδυναμίας του Εγώ.

β. Ψυχαναλυτικές απόψεις.

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

Ο αλκοολικός έχει ισχυρή την ανάγκη "να πιεί" και τούτο αντιστοιχεί σε άλλη βασική ανάγκη που προκύπτει από την παλινδρόμηση στο στοματικό στάδιο ανάπτυξης της προσωπικότητας.

Στο στάδιο αυτό η λήψη τροφής και η λιμπιντική δραστηριότητα παραμένουν συνδεδεμένες ως προς την ικανοποίηση που προσδίδουν, η δε σχέση του υποκειμένου με του άλλου είναι σχέση εξάρτησης. Ο αλκοολικός, παλινδρομώντας, βρίσκεται σε εξάρτηση με το αντικείμενο εντός μιας συναισθηματικής ανωριμότητας. Αδυνατεί έτσι να αναπτύξει την ταυτοποίησή του, το πέρασμά του στην ανεξάρτητη αυτόνομη ζωή του ενήλικου και την εγκατάσταση ώριμων σχέσεων με τους άλλους.

Με την ευφορία της μέθης πραγματοποιεί επιθυμίες και φαντασιώσεις με παντοδυναμία και δίχως άγχος. Η κυριαρχούσα ομοφυλοφιλική δομή της επιθυμίας στον αλκοολικό, αντιστοιχεί σε μια ναρκισιστική παθολογική οργάνωση της προσωπικότητας, ενώ η καταθλιπτική διάσταση της αλκοολικής συμπεριφοράς, συνάγεται από την τεχνητή μανία που επιζητείται στο αλκοόλ, με τίμημα βεβαίως τη (μαζοχιστική) αυτοκαταστροφικότητα.

ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

(Κοινωνικό - Πολιτισμικοί και Οικονομικοί)

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

Ο τρόπος με τον οποίο είναι οργανωμένη η σύγχρονη οικογένεια, η εργασία και η κοινωνία γενικότερα, φαίνεται να αποτελεί σημαντικό παράγοντα αιτιολογίας του αλκοολισμού.

Οι κοινωνικές πιέσεις που ασκούνται διαμέσου των κοινωνικών προβλημάτων όπως η οικονομία, η υγεία, η παιδεία, το περιβάλλον, η ανεργία, τα αδιέξοδα των νέων ανθρώπων κ.λ.π. το λιγότερο που μπορούν να κάνουν είναι να οδηγήσουν έναν αριθμό ατόμων στον αλκοολισμό.

Οι κοινωνικοί παράγοντες που συντελούν στη γέννηση του αλκοολισμού είναι πολλοί :

α) Δυνατότητα πρόσβασης στο αλκοόλ

β) Τιμή, "νομιμότητα", κοινωνική αποδοχή.

Σε σύγκριση με τις "παράνομες ουσίες εξάρτησης", το αλκοόλ είναι σχετικά φτηνό, η χρήση του δεν διώκεται ποινικά και είναι κοινωνικά αποδεκτό.

γ) Κοινωνικό περιβάλλον.

Παρατηρείται συχνά το γεγονός ότι πολλά άτομα, κυρίως νέοι κάνουν χρήση αλκοόλης κάτω από κοινωνική πίεση. Η ανάγκη ένταξης του ατόμου σε μια κοινωνική ομάδα και ο φόβος απόρριψης για τη μη συμμετοχή στα κοινά, δημιουργούν πίεση για την εκδήλωση συμπεριφορών όπως η κατανάλωση αλκοόλης.

δ) Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης.

Τα ΜΜΕ. και ιδιαίτερα η διαφήμιση, που εκτός από την ενημέρωση του κοινού για την ύπαρξη ενός προϊόντος, στοχεύει στην αύξηση των πωλήσεων, φαίνεται να συμβάλλει ουσιαστικά στην αύξηση κατανάλωσης της αλκοόλης με δύο τρόπους.

Είτε με τη δημιουργία "προτύπου", (μιμητική συμπεριφορά), είτε με το να "επιβεβαιώνει", υπάρχουσες συμπεριφορές που διέπουν τη νεανική κουλτούρα.

Δεν είναι τυχαίο, βέβαια το ότι η συντριπτική πλειοψηφία των διαφημίσεων για αλκοολούχα ποτά "συνδέουν" την κατανάλωση του αλκοόλ με κοινωνική ή και σεξουαλική επιτυχία.

ε. Εργασία, τρόπος ζωής, ψυχαγωγία.

στ. Πολιτισμικοί παράγοντες.

ΑΝΟΧΗ - ΕΘΙΣΜΟΣ - ΕΞΑΡΤΗΣΗ (ΟΡΙΣΜΟΙ)

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

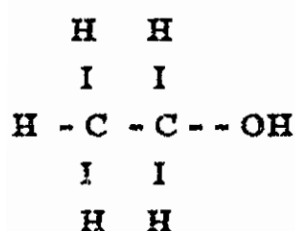
Η ανοχή εκφράζει τη σχέση μεταξύ συγκέντρωσης αλκοόλ στον οργανισμό και του βαθμού των επιθυμητών ή όχι, εκδηλώσεων που αυτό προκαλεί (π.χ. μέθη). Ποικίλει στα διάφορα άτομα και επηρεάζεται από τις συνθήκες διατροφής, καθώς και την σωματική και ψυχική κατάσταση του ατόμου. Εξαρτάται από την ηλικία και αυξάνει με την χρονιότητα της πρόσληψης αλκοόλ, επιτρέποντας έτσι την αύξηση της κατανάλωσης χωρίς "συνέπειες".

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

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

1α. ΤΟ ΑΛΚΟΟΛ

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



Όπως δείχνει και το παραπάνω διάγραμμα, ο άνθρακας, το υδρογόνο και το οξυγόνο αποτελούν τα μόνα στοιχεία της αιθυλικής αλκοόλης. Σύμφωνα με τον Julien (1978), η αιθυλική αλκοόλη ταξινομείται φαρμακολογικά ως γενικό κατασταλτικό, το οποίο έχει τη δυνατότητα να προκαλέσει μια γενική, μη επιλεκτική και αναστρέψιμη καταστολή του κεντρικού νευρικού συστήματος. Ως προς τα κύτταρα του σώματος το οινόπνευμα είναι τροφή, αλλά δεν περιέχει απαραίτητες θρεπτικές ουσίες, περιέχει υψηλό βαθμό θερμίδων, περίπου 7 θερμίδες σε κάθε gram.

Το οινόπνευμα ή αιθυλική αλκοόλη είναι υγρό, άχρωμο, εύφλεκτο, με δική του οσμή και γεύση καυστική, βράζει στους 78 - 79°C και αναμιγνύεται σε κάθε αναλογία με το νερό.

ΑΠΟΡΡΟΦΗΣΗ ΚΑΙ ΜΕΤΑΒΟΛΙΣΜΟΣ

Απορρόφηση

Η αιθανόλη είναι ελαφρώς πολική ένωση μικρού μοριακού βάρους.

Οι φυσικοχημικές ιδιότητές της την καθιστούν υδατοδιαλυτή και λιποδιαλυτή, γεγονός που επιτρέπει την απορρόφηση και διέλευσή της μέσω των κυτταρικών μεμβρανών με απλή διάχυση. Η πιο συνήθης οδός απορρόφησης της αιθανόλης είναι ο γαστρεντερικός σωλήνας, αλλά μπορεί να απορροφηθεί και από τους πνεύμονες, το δέρμα και τους υποδόριους ιστούς.

Μικρό ποσό της ληφθείσας αιθανόλης απορροφάται από το στομάχι, ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό απορροφάται από το λεπτό έντερο. Παράγοντες που επηρεάζουν την πλήρωση ή κένωση του στομάχου, καθορίζουν σε σημαντικό βαθμό και την απορρόφηση της αιθανόλης.

Επίσης, η απορρόφηση επηρεάζεται από την ποσότητα, το χαρακτήρα και τη σύσταση του αλκοολούχου ποτού. π.χ. αποστάγματα τα οποία περιέχουν 20-30% αιθανόλη, απορροφούνται ταχύτερα από αλκοολούχα ποτά διαφορετικής περιεκτικότητας. Όταν η συγκέντρωση αιθανόλης υπερβεί το 40%, το αλκοολούχο ποτό προκαλεί ερεθισμό του βλεννογόνου του στομάχου και σπασμό του πυλωρού, με αποτέλεσμα να καθυσταρεί η κένωση του στομάχου και επομένως η απορρόφηση της αιθανόλης.

Ποτά που περιέχουν ανθρακικά ιόντα, όπως η σαμπάνια, απορροφούνται ταχύτερα γιατί η ύπαρξη CO₂ επιταχύνει την κένωση του στομάχου. Η παρουσία τροφής στο στομάχι επιβραδύνει την απορρόφηση. Αντίθετα, η ταχεία αρχική λήψη αιθανόλης επιταχύνει την απορρόφηση.

Τέλος, η ιδιοσυγκρασία του ατόμου είναι σημαντικός παράγοντας, που παίζει ρόλο στην ταχύτητα με την οποία απορροφούνται τα αλκοολούχα ποτά.

Μεταβολισμός

Η κατανόηση του μεταβολισμού της αιθανόλης είναι χρήσιμη για την πρόγνωση και την αντιμετώπιση των συνεπειών λήψης μεγάλων ποσοτήτων της ουσίας. Το 90 - 98% της αλκοόλης που έχει απορροφηθεί απομακρύνεται από τον οργανισμό με ενζυματική οξείδωση. Μόνο το 2 - 10% της αιθανόλης εκκρίνεται αναλόγως από τους πνεύμονες και τους νεφρούς. Η ποσότητα της οξειδούμενης αλκοόλης είναι ανάλογη με το βάρος του ατόμου, καθώς επίσης και με το βάρος και τη λειτουργικότητα του ήπατος. Στους ενήλικες, η μέση τιμή μεταβολισμού της αιθανόλης είναι περίπου 10 ml/hr.

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 δευδρογενάση. Ο ρόλος της ακεταλδεύδης φαίνεται να είναι καθοριστικός για το βαθμό της ιστολογικής βλάβης που προκαλείται απ' αυτήν την ουσία.

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

Για παράδειγμα, στον ενήλικα πότη, ο μέσος όρος του ρυθμού του μεταβολισμού της αλκοόλης είναι περίπου 10 ml. (1/3 της ουγγιάς) 100% αλκοόλ ανά ώρα. Έτσι το αλκοόλ που εμπεριέχεται σε μια ουγγιά ούισκου (33% καθαρό αλκοόλ) μεταβολίζεται σε μια ώρα. Αυτό δείχνει ότι ο ρυθμός μεταβολισμού της αλκοόλης είναι σχετικά αργός, σταθερός και ανεξάρτητος από το ποσόν που καταναλώνεται. Με βάση τα παραπάνω, η μέθη είναι αποτέλεσμα κατανάλωσης περισσότερης αλκοόλης (ανά ώρα), απ' ό,τι μπορεί "να αντέξει" ο ρυθμός μεταβολισμού σ' αυτή την ώρα.

ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΑΙΘΥΛΙΚΗΣ ΑΛΚΟΟΛΗΣ ΣΤΟΝ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟ

Η αιθυλική αλκοόλη ανάλογα με την πυκνότητά της στο αίμα, εξασκεί φαρμακολογική δράση και επηρεάζει τη λειτουργία πολλών συστημάτων και οργάνων, αν και η κύρια δράση της αφορά το κεντρικό νευρικό σύστημα. Προκαλεί επίσης ταχυκαρδία, πτώση της πίεσης, πολυουρία, γαστρίτιδα και δυσαπορρόφηση πολλών σημαντικών θρεπτικών συστατικών (βιταμίνες, ασβέστιο, ψευδάργυρος, μαγνήσιο, κ.α) που είναι σημαντικά για πολλές λειτουργίες διαφόρων οργάνων. Η δράση της αιθυλικής αλκοόλης στο Κ.Ν.Σ εξαρτάται απόλυτα από το επίπεδό της στο αίμα. Τα πρώτα συμπτώματα εμφανίζονται όταν η συγκέντρωση στο αίμα ξεπεράσει τα 40 MG%, σε μια πρώτη φάση εξασθενεί η μνήμη και η προσοχή, ο λόγος γίνεται φλύαρος (σπάνια και έξυπνος) ενώ η αυτοπεποίθηση περισσεύει.

Προοδευτικά παρατηρούνται διαταραχές στο συναίσθημα που "αιωρείται" και δεν είναι σπάνιες οι συναισθηματικές εκρήξεις.

Η εκτέλεση λεπτών χειρισμών και η αντίδραση σε ερεθίσματα παραβλάπτονται σοβαρά. Σε μεγαλύτερες αυξήσεις της συγκεντρώσεως η συνείδηση προοδευτικά "θολώνει" και τελικά επέρχεται κώμα. Ο θάνατος είναι σπάνιος σε οξεία δηλητηρίαση, αλλά μπορεί να συμβεί από παράλυση του κέντρου της αναπνοής, όταν η πυκνότητα στο αίμα υπερβεί τα 450 -500 MG%.

Το "εφορικό" αποτέλεσμα της ελαφριάς δηλητηριάσεως δίνει την εντύπωση πως η δράση της αλκοόλης στο Κ.Ν.Σ. είναι ερεθιστική. Στην πραγματικότητα η αλκοόλη είναι το πιο ισχυρό κατασταλτικό του Κ.Ν.Σ. που μπορεί να χρησιμοποιηθεί χωρίς ιατρική συνταγή. Σε μεγαλύτερες όμως πυκνότητες η καταστολή γνικεύεται και το αποτέλεσμα είναι όμοιο μ' αυτό των αναισθητικών φαρμάκων.

Η πυκνότητα της αιθυλικής αλκοόλης στο αίμα δεν εξαρτάται μόνο από την ποσότητα που καταναλώθηκε. Έτσι το βάρος του σώματος, το περιεχόμενο του στομάχου, το είδος του ποτού και οι συνυπάρχουσες παθήσεις επηρεάζουν την απορρόφηση, το μεταβολισμό και την κατανομή στους ιστούς της αιθυλικής αλκοόλης. Κατά μέσο όρο όμως η χορήγηση 40 mg αλκοόλης σε ένα φυσιολογικό άτομο θ' ανεβάσει την αλκοόλη του αίματος στα 70 - 80 mg% και θα προκαλέσει αμέτρητες διαταραχές. Σε επίπεδα 150 - 200 mg% το αποτέλεσμα αντιστοιχεί στην εικόνα της μέσης βαρύτητας μέθης, ενώ σε πυκνότητες πάνω από 350 mg% έχουμε βαριά δηλητηρίαση με αιθυλική αλκοόλη (σύγχυση και κώμα).

ΑΙΘΥΛΙΚΗ ΑΛΚΟΟΛΗ ΚΑΙ ΚΑΦΕΙΝΗ

Οι ενέργειες της ταυτόχρονης χορήγησης διεγερτικών του Κ.Ν.Σ. (αμφεταμίνες, καφεΐνη) και αιθυλικής αλκοόλης είναι αβέβαιες.

Τόσο η αμφεταμίνη όσο και η καφεΐνη στις συνηθισμένες δόσεις, έχουν πολύ μικρή ενέργεια στη βελτίωση της συμπεριφοράς του ατόμου, που διαταράχθηκε από την λήψη αιθυλικής αλκοόλης.

Ακόμη δεν διαπιστώθηκε αποτελεσματικός ανταγωνισμός από την καφεΐνη των κινητικών ή ψυχολογικών ενεργειών που προκαλεί η αιθυλική αλκοόλη. Μερικοί ερευνητές πιστεύουν ότι η καφεΐνη μπορεί πιθανώς να ανταγωνισθεί τις ενέργειες της αιθυλικής αλκοόλης που αφορούν την εγρήγορση, αφήνει όμως το άτομο απροειδοποίητο στην συνεχιζόμενη παρανεγκεφαλιδική διαταραχή.

Η λαική πεποίθηση ότι ο καφές είναι δραστικό αντίδοτο στις κατασταλτικές ενέργειες του οινοπνεύματος στο Κ.Ν.Σ. είναι εσφαλμένες.

ΑΛΛΗΛΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΑΙΘΥΛΙΚΗΣ ΑΛΚΟΟΛΗΣ ΜΕ ΑΛΛΑ ΦΑΡΜΑΚΑ

Ακεταμινοφαΐνη ή Παρακεταμόλη :

Η μακρόχρονη χορήγηση συνηθισμένων δόσεων ακεταμινοφαΐνης σε χρόνιους αλκοολικούς ασθενείς προκαλεί βαριά, κάποτε και θανατηφόρα, βλάβη του ήπατος. Μια πιθανή, εξήγηση γι' αυτό είναι ότι στον χρόνια αλκοολισμό υπάρχει ενεργοποίηση των μικροσωματικών ενζύμων του ήπατος με αποτέλεσμα την παραγωγή πολύ τοξικών μεταβολικών προϊόντων της ακεταμινοφαΐνης.

Αναισθητικό γενικά :

Χρειάζεται μεγάλη προσοχή του αναισθησιολόγου όταν χορηγεί γενικά αναισθητικά σε άτομα που μπαίνουν στο χειρουργείο και βρίσκονται σε κατάσταση μέθης, εξαιτίας της κατασταλτικής ενέργειας της αλκοόλης στο κεντρικό νευρικό σύστημα (αθροιστική ενέργεια).

Αντιπηκτικά φάρμακα (που χορηγούνται από το στόμα):

Οι αλληλεπιδράσεις αιθυλικής αλκοόλης και αντιπηκτικών φαρμάκων μπορούν να ταξινομηθούν σε δύο κατηγορίες:

1. Κατά την ταυτόχρονη χορήγηση αλκοόλης και αντιπηκτικών παρατηρείται αυξημένη αντιπηκτική ενέργεια, εξαιτίας της επιβράδυνσης του μεταβολισμού των αντιπηκτικών που προκαλεί η αλκοόλη.
2. Αντίθετα στους χρόνιους αλκοολικούς παρατηρείται ελατωμένη αντιπηκτική ενέργεια, εξαιτίας της ενεργοποίησης των μεταβολικών ενζυμικών συστημάτων του ήπατος, που προκαλεί η αλκοόλη και του αυξημένου ρυθμού μεταβολισμού των αντιπηκτικών.

Βαρβιτουρικά φάρμακα:

Όταν παίρνονται ταυτόχρονα με αιθυλική αλκοόλη παρατηρούνται σοβαρές δυναμικές κατασταλτικές ενέργειες στο Κ.Ν.Σ. που συχνά οδηγούν στο θάνατο.

Ινσουλίνη:

Η αιθυλική αλκοόλη μπορεί να αυξήσει την υπογλυκαιμική ενέργεια της ινσουλίνης ιδιαίτερα σε διαβητικούς που έχουν ανεπαρκή πρόσληψη τροφής.

Σαλικυλικά φάρμακα :

Με την ταυτόχρονη λήψη σαλικυλικών και αιθυλικής αλκοόλης, παρατηρείται αυξημένη συχνότητα αιμορραγίας από τον γαστρεντερικό σωλήνα.

ΤΥΠΟΙ ΑΛΚΟΟΛΙΚΩΝ

Διαταραχές όπως ο αλκοολισμός και η τοξικομανία αντιπροσωπεύουν μεταβατικές κλινικές καταστάσεις, συγγενείς με τις νευρώσεις από τη μια μεριά και με τις ψυχώσεις από την άλλη.

Όπως παρατήρησε ο Βρετανός ψυχαναλυτής Εντουαρντ Γκλόβερ, χωριστά απ' το γεγονός ότι εξυπηρετεί στοματικές εξαρτητικές επιθυμίες, το ποτό αποδραματίζει την επιθετικότητα, έτσι που κάθε προσωπική σχέση του αλκοολικού ατόμου να εμπριέχει μια καταστροφική πρόθεση.

Κατά έναν άλλο πρωτοποριακό ψυχαναλυτή, τον Ρόμπερτ Νάιτ, που μελέτησε το πρόβλημα στην κλινική Μανφινγκερ, υπάρχουν δύο τύποι αλκοολισμού, τουλάχιστον στους άνδρες:

Ο ουσιώδης και ο αντιδραστικός.

Ο πρώτος τύπος εμφανίζεται σε νεότερη ηλικία, είναι συνήθως πολυσυμπτωματικός, συνοδεύεται από σοβαρά προβλήματα συμπεριφοράς και ανταποκρίνεται δύσκολα στη θεραπεία. Ο δεύτερος τύπος εμφανίζεται σε μια πιο ώριμη ηλικία, όταν το άτομο έχει δημιουργήσει κάποια επαγγελματική και κοινωνική υπόσταση. Και όπως δηλώνει η ονομασία του, υπάρχουν ενδείξεις ότι δημιουργείται ως αντίδραση σε κάποιο τραυματικό υπαρξιακό γεγονός - απώλεια, αποτυχία ή δίλλημα - που για τον ένα ή τον άλλο λόγο δεν μπορεί να διασκεδαστεί παρά μόνο με το ποτό.

Βασιζόμενος σε γενετικές μελέτες, ο Ουίνοκρ με τους συνεργάτες του, περιέγραψε αργότερα δύο κατηγορίες αλκοολισμού, που στα κύρια χαρακτηριστικά τους συμφωνούν με τους δύο τύπους του Νάιτ: Τον Κοινωνιοπαθητικό, που αντιστοιχεί στον (κακοήθη) ουσιώδη αλκοολισμό και τον πρωτοπαθή, που αντιστοιχεί στον (σχετικά καλοήθη) αντιδραστικό αλκοολισμό.

1β. ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΗΠΑΤΟΣ

Ο αλκοολισμός παραμένει μια από τις βασικότερες αιτίες ηπατικής δυσπραγίας. Αν και υπάρχουν θετικές ενδείξεις για την τοξική δράση της αιθανόλης και των παραγώγων του μεταβολισμού της στο ηπατικό κύτταρο, το φαινόμενο ότι μόνο ένα ποσοστό αλκοολικών καταλήγει σε αλκοολική ηπατοπάθεια τελικού σταδίου, δείχνει ότι και άλλοι παράγοντες είναι απαραίτητοι για την εκδήλωση ηπατικής νόσου.

Η κακή διατροφή και η μεταβολή της ανοσολογικής κατάστασης του ατόμου από την παρουσία της αιθανόλης ενδέχεται να συμβάλλουν στην εμφάνιση αλκοολικής ηπατοπάθειας.

Οι ιστολογικές αλλοιώσεις της αλκοολικής ηπατοπάθειας είναι η λιπώδης διήθηση του ήπατος, η αλκοολική ηπατίτιδα και η αλκοολική κίρρωση. Αν και οι τρεις αυτές μορφές περιγράφονται ως ξεχωριστές κλινικοπαθολογικές οντότητες, συνδυασμός κλινικών εκδηλώσεων και ιστικών βλαβών συχνά συνυπάρχουν στον ίδιο ασθενή.

Η κλινική πορεία των ασθενών με αλκοολική ηπατοπάθεια εξαρτάται από τρεις βασικούς παραμέτρους :

- α. Την διακοπή της χρήσης οινοπνευματοδών ποτών,
- β. Την επαρκή θερμιδική υποστήριξη και
- γ. Την αντιμετώπιση των επιπλοκών.

Η μεταμόσχευση ήπατος για την αντιμετώπιση της αλκοολικής ηπατοπάθειας τελικού σταδίου είναι σήμερα αποδεκτή.

ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Οι διαταραχές της γαστρεντερικής λειτουργίας αποτελεσι συχνό φαινόμενο στους αλκοολικούς. Η λήψη αλκοόλ σε μικρή ποσότητα, διεγείρει την έκκριση γαστρικού οξέος, ενώ αντίθετα η λήψη αλκοόλης σε μεγάλες ποσότητες προκαλεί ελάτωση της γαστρικής έκκρισης και της κινητικότητας του στομάχου με συνεπακόλουθη βλάβη που εκδηλώνεται με την μορφή οξείων διαβρώσεων (οξεία γαστρίτιδα).

Η χρόνια επίδραση της αλκοόλης στο στομάχο, προκαλεί χρόνια γαστρίτιδα σε σχέση με τους μη αλκοολικούς. Μέχρι σήμερα δεν υπάρχουν δεδομένα που να συνδέουν αιτιολογικώς το έλκος στομάχου ή δωδεκαδακτύλου με τον αλκοολισμό.

Η χρόνια κατάχρηση αλκοόλης έχει επιδράσεις στην κινητικότητα του λεπτού εντέρου και στην ικανότητα απορρόφησής του. Οι διαταραχές θρέψης που συνοδεύουν τον αλκοολισμό μεταβάλλουν επίσης τη μορφολογία και τη λειτουργία του λεπτού εντέρου. Είναι συχνή επίσης η διαταραχή της απορροφητικότητας του εντερικού βλενογόνου.

ΧΡΟΝΙΑ ΑΛΚΟΟΛΙΚΗ ΠΑΓΚΡΕΑΤΙΤΙΔΑ

Το αλκοόλ είναι το συχνότερο αίτιο της χρόνιας παγκρεατίτιδας. Η εμφάνιση αλκοολικής παγκρεατίτιδας προϋποθέτει συνήθως κατάχρηση αλκοόλ επί 10 - 20 χρόνια. Επίσης υπάρχει σχέση ανάμεσα στον κίνδυνο ανάπτυξης αλκοολικής παγκρεατίτιδας και μέσης κατανάλωσης αλκοόλ.

Προδιαθεσικοί παράγοντες ανάπτυξης χρόνιας αλκοολικής παγκρεατίτιδας είναι η δίαιτα με πολλές πρωτεΐνες και λίπη και το κάπνισμα. Ίσως όμως να συμμετέχουν και γενετικοί παράγοντες. Γεγονός όμως είναι ότι οι αλκοολικοί δεν θα αναπτύξουν κλινικώς έκδηλη χρόνια αλκοολική παγκρεατίτιδα, πιο συχνές είναι οι διαταραχές της παγκρεατικής εξωκρινούς λειτουργίας.

Η συχνότερη κλινική εκδήλωση της αλκοολικής παγκρεατίτιδας είναι τα υποτροπιάζοντα επεισόδια οξείας παγκρεατίτιδας. Στο 1/3 περίπου των περιπτώσεων απουσιάζει το στοιχείο της οξύτητας ενώ επικρατεί η εικόνα του χρόνιου επιγαστρικού πόνου.

Στο 10 - 15% επικρατεί η εικόνα της δυσαπορρόφησης με βαριά στεατόρροια λόγω απουσίας παγκρεατικών ενζύμων και η εικόνα του διαβήτη. Ασθενείς με χρόνια αλκοολική παγκρεατίτιδα και διαβήτη υπόκεινται ιδιαίτερα στον κίνδυνο υπογλυκαιμίας λόγω των επιδράσεων της αλκοόλης, της κακής θρέψης και της έλλειψης γλυκαγόνου.

ΑΛΚΟΟΛΙΚΗ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΑ

Η άποψη ότι η αλκοόλη έχει άμεση δράση στο μυοκάρδιο είναι γενικά αποδεκτή. Αρχικά θεωρήθηκε πως η βλαπτική επίδραση ήταν συνέπεια της έλλειψης θειαμίνης, όμως ο Paul D. White απέδειξε ότι η καρδιακή ανεπάρκεια οφείλεται στην άμεση επίδραση της αλκοόλης στο μυοκάρδιο.

Η ανάπτυξη των συμπτωμάτων μπορεί να είναι βραδεία, αν και ορισμένοι αλκοολικοί παρουσιάζουν οξεία αριστερή καρδιακή ανεπάρκεια. Σε προχωρημένες καταστάσεις παρουσιάζονται ευρήματα αμφοτερόπλευρης καρδιακής ανεπάρκειας.

Επίσης υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της χρήσης αλκοόλης και καρδιακών αρρυθμιών. Αλκοολικοί ασθενείς χωρίς ενδείξεις μυοκαρδιακής βλάβης συχνά εμφανίζουν αρρυθμίες μετά από κατανάλωση αλκοόλης κατά τη διάρκεια των εορτών ή Σαββατοκύριακων.

Η πλήρης αποχή από την αλκοόλη σε ασθενείς με αλκοολική μυοκαρδιοπάθεια μπορεί να οδηγήσει σε επαναφορά του μεγέθους της καρδιάς στο φυσιολογικό.

ΑΛΚΟΟΛΙΚΗ ΝΕΥΡΟΠΑΘΕΙΑ

Η αλκοολική νευροπάθεια καλύπτει το 1/3 περίπου του συνολικού αριθμού των νευροπαθειών στις Δυτικές χώρες, όπου η κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών είναι μεγάλη. Προσβολή των περιφερικών νεύρων εμφανίζεται περίπου στο 10% των αλκοολικών.

Οι αλκοολικοί ασθενείς που εκδηλώνουν νευροπάθεια χαρακτηρίζονται

- α) από μεγάλη σε βαθμό και διάρκεια κατάχρησης αλκοόλης και
- β) από διαιτητική στέρηση που συνήθως εκδηλώνεται με μεγάλη απώλεια βάρους.

Η αλκοολική νευροπάθεια χαρακτηρίζεται από συμπτώματα χρόνιας προοδευτικής περιφερικής συμμετρικής αισθητικοκινητικής νευροπάθειας, η οποία αρχίζει από τα κάτω άκρα και επεκτείνεται στα άνω στο 1/3 των περιπτώσεων. Συνήθως τα κινητικά και αισθητικά συμπτώματα εμφανίζονται παράλληλα, χωρίς όμως να αποκλείεται η επικράτηση ενός τύπου συμπτωμάτων.

Η πρόγνωση των ασθενών με αλκοολική νευροπάθεια είναι καλή εάν διακοπή η χρήση της αλκοόλης και διορθωθεί η διαιτητική ανεπάρκεια.

ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΑΛΚΟΟΛΗΣ ΣΤΟ ΕΜΒΡΥΟ

Παρατηρήσεις από αρχαιοτάτων χρόνων έδιναν ενδείξεις ότι το αλκοόλ έχει βλαπτική επίδραση στο έμβρυο. Επιπλέον από τα τέλη του περασμένου αιώνα, είχε παρατηρηθεί ότι οι αλκοολικές φυλακισμένες γυναίκες παρουσίαζαν υπερδιπλάσια συχνότητα θνησιγενών νεογνών από ό,τι οι μη αλκοολικές φυλακισμένες.

Η επίδραση της αλκοόλης στο έμβρυο (εμβρυικό σύνδρομο) χαρακτηρίζεται από άθροισμα μορφολογικών και κλινικών στοιχείων που εμφανίζει το νεογέννητο του οποίου η μητέρα κατανάλωνε αλκοόλ κατά την κύηση.

Χαρακτηριστικά σημεία μορφολογικής διαταραχής είναι η μικροκεφαλία, οι μικρές βλαφαρικές σχισμές, η καθίζηση της ρίζας της ρινός, η μεγάλη απόσταση στόματος - ρινός και ο προγναθισμός.

Η συχνότερη εκδήλωση βλάβης από το Κ.Ν.Σ. είναι η νοητική καθυστέρηση. Νευρολογικές εκδηλώσεις, ιδιαίτερα εμφανείς κατά τη νεογνική περίοδο είναι ο τρόμος και η υπέρτονία που διαρκούν συνήθως μερικές εβδομάδες ή μήνες.

Οι πιο συχνές συγγενείς ανωμαλίες είναι οι καρδιοπάθειες με συχνότερη την μεσοκοιλιακή επικοινωνία. Λιγότερο συχνές είναι το λυκόστομα, ανωμαλίες του ουροποιητικού και μυοσκελετικές ανωμαλίες. Η μελλοντική εξέλιξη των παιδιών με εμβρυικό σύνδρομο δεν είναι ικανοποιητική.

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Στατιστικές μελέτες σε αλκοολικούς έχουν δείξει πως εμφανίζουν αυξημένα ποσοστά ανικανότητας, στειρότητας ατροφίας των όρχεων και γυναικομαστία. Οι εμφανιζόμενες αλλαγές οφείλονται αφενός στην ηπατική βλάβη που έχει ως αποτέλεσμα τη μείωση του ρυθμού παραγωγής τεστοστερόνης και αύξηση των οιστρογόνων και αφετέρου στην αύξηση του ρυθμού μεταβολισμού της τεστοστερόνης.

Η δημοφιλής γνώμη ότι η αλκοόλη είναι αφοροδισιακό, είναι άκρως εσφαλμένη. Βασίζεται στο γεγονός ότι η αλκοόλη, εξαιτίας της αρχικής ανασταλτικής της δράσης στους κατασταλτικούς μηχανισμούς του Κ.Ν.Σ., απαλευθερώνει τις αναστολές σε άτομα που παρουσιάζουν ενδογενή προβλήματα έκφρασης των σεξουαλικών τους επιθυμιών, που προκαλούνται από νευρώσεις, άγχος ή ακόμη και του τρόπου διαπαιδαγωγήσεως. Όμως στα άτομα αυτά, όπως και στους μη αλκοολικούς, η αλκοόλη έχει δυσμενείς επιπτώσεις στη σεξουαλική τους απόδοση.

1γ. ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

ΑΛΚΟΟΛΙΚΗ ΤΟΞΙΚΩΣΗ

Το κυριότερο χαρακτηριστικό της αλκοολικής τοξίκωσης, είναι οι διαταραχές της συμπεριφοράς οι οποίες οφείλονται σε πρόσφατη λήψη αλκοόλης και επηρεάζουν δυσμενώς την κοινωνική και επαγγελματική λειτουργικότητα.

Η επίδραση της αλκοόλης στο κεντρικό νευρικό σύστημα (ΚΝΣ) είναι ανάλογη με τη συγκέντρωσή της στο αίμα. Αν και η αλκοόλη ανήκει στα κατασταλτικά του ΚΝΣ, στην αρχή της μέθης ενεργεί ως διεγερτικό, ενώ οι μεταβολές της συμπεριφοράς που εμφανίζονται αποδίδονται σε άρση των ανασταλτικών μηχανισμών που ελέγχουν συγκεκριμένες λειτουργίες. Το άτομο είναι χαρούμενο, διαχυτικό, υπερδραστήριο, αστεϊεύεται, "αισθάνεται πολύ καλά", ενώ οι συνειρμικές λειτουργίες βρίσκονται σε υψηλό επίπεδο εγρήγορης.

Η αύξηση της λαμβανόμενης ποσότητας προκαλεί άρση του ελέγχου των σεξουαλικών και επιθετικών παρορμήσεων, με ανάλογες εκδηλώσεις στη συμπεριφορά. Εμφανίζεται επίσης λογόρροια, συναισθηματική ευμεταβλητότητα, μείωση της κρίσεως και της προσοχής, δυσαρθρία, διαταραχές στο συντονισμό των κινήσεων, αστάθεια στο βάδισμα, νυσταγμός και ερυθρότητα προσώπου.

Όταν η συγκέντρωση της αλκοόλης στο αίμα φτάσει τα 200 mg/dl, επηρεάζονται σημαντικά οι κινητικές περιοχές του εγκεφάλου, μειώνονται τα αντανακλαστικά και υπάρχει έντονη υπογλυκαιμία. Σε μεγαλύτερες συγκεντρώσεις (300 mg/dl), το άτομο είναι τελείως απροσανατόλιστο, ενώ η ψυχοκινητική δραστηριότητα και η λεκτική επικοινωνία είναι ανασταλμένες (κατάσταση εμβροντησίας). Κώμα και έλλειψη απαντήσεως στα εσώδυνα ερεθίσματα εμφανίζονται σε συγκεντρώσεις 400 mg/dl. Ενώ σε συγκεντρώσεις 500 mg/dl επέρχεται παράλυση του αναπνευστικού κέντρου, μεταβολική οξέωση και τελικά επέρχεται θάνατος.

Η αλκοολική τοξίκωση έχει ως επακόλουθο βίαιη συμπεριφορά, απουσίες ή απώλεια εργασίας, νομικές επιπτώσεις π.χ. σύλληψη για μέθη, τροχαία ατυχήματα σε κατάσταση μέθης, τσακωμούς και προβλήματα με μέλη της οικογένειας ή με φίλους. Μετά την αποδρομή της αλκοολικής τοξίκωσης, το άτομο εμφανίζει αμνησιακά κενά, δηλ. δεν θυμάται γεγονότα που συνέβησαν κατά τη διάρκεια της.

ΑΛΚΟΟΛΙΚΗ ΙΔΙΟΣΥΓΚΡΑΣΙΑΚΗ ΤΟΞΙΚΩΣΗ

Πρόκειται για χαρακτηριστική αλλαγή της συμπεριφοράς, που εμφανίζεται μετά από κατανάλωση αλκοόλης σε ποσότητα που δεν είναι αρκετή να προκαλέσει αλκοολική τοξίκωση στα περισσότερα άτομα. Η επιθετική ή καταστροφική συμπεριφορά διαρκεί λίγες ώρες. Η συμπεριφορά αυτών των ατόμων είναι τελείως διαφορετική όταν δεν πίνουν. Είναι δειλοί, συννεταλμένοι, "διατηρούν χαμηλούς τόνους", και συνήθως μένουν στο "παρασκήνιο". Μετά την οξεία κρίση, ο ασθενής πέφτει σε βαθύ ύπνο και όταν ξυπνήσει, συνήθως δεν θυμάται τί έγινε στην περίοδο της τοξικώσεως.

Προδιαθεσικοί παράγοντες μπορεί να είναι οι εγκεφαλικές βλάβες από τραύμα και η εγκεφαλίτιδα. Άτομα που νιώθουν ασυνήθιστη κόπωση ή πάσχουν από σωματική νόσο που επιφέρει αδυναμία, καθώς και οι ηλικιωμένοι μπορεί να έχουν μειωμένη ανοχή στην αλκοόλη.

ΣΤΕΡΗΤΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΑΠΟ ΑΛΚΟΟΛΗ

Το αλκοολικό στερητικό σύνδρομο εμφανίζεται συνήθως 6 έως 24 ώρες μετά από σημαντική μείωση ή διακοπή της καταναλώσεως της αλκοόλης. Μπορεί όμως να εμφανισθεί ακόμη και 36 ώρες μετά την τελευταία λήψη αλκοόλης. Οι αιτίες που το προκαλούν δεν είναι γνωστές.

Τα κλινικά συμπτώματα περιλαμβάνουν αδρό τρόμο των χεριών, της γλώσσας ή των βλεφάρων, ναυτία, έμετο, κεφαλαλγία, κακουχία, αδυναμία, ταχυκαρδία, ιδρώτες, αυξημένη αρτηριακή πίεση, άγχος, καταθλιπτικό συναίσθημα, ευερεθιστότητα, παροδικές ψευδαισθήσεις ή παραληρητικές ιδέες και αυπνία.

ΠΑΡΑΛΗΡΗΜΑ ΑΠΟ ΣΤΕΡΗΣΗ ΑΛΚΟΟΛΗΣ

Εμφανίζεται συνήθως 1 εβδομάδα μετά από διακοπή ή σημαντική μείωση της κατανάλωσης αλκοόλης. Το κύριο σύμπτωμα είναι το παραλήρημα. Εκτός από παραληρητικές ιδέες, παραισθήσεις και ψευδαισθήσεις έντονες και με περιεχόμενο συνδεδεμένο με την προσωπικότητα, τις εμπειρίες και τα τρέχοντα προβλήματα του ατόμου. Περιλαμβάνει θόλωση της συνειδήσεως, διαταραχές της προσοχής, ενεργητικής και παθητικής, διαταραχές του προσανατολισμού (αρχικά στο χρόνο και στη συνέχεια στο χώρο και στις συνθήκες του περιβάλλοντος), διαταραχές της μνήμης, αποδιοργάνωση της σκέψεως, που γίνεται αντιληπτή από τη δυσχαιρή ή πλήρη έλλειψη επικοινωνίας, διαταραχές της ψυχοκινητικής δραστηριότητας (άλλοτε διέγερση και άλλοτε αδράνεια), διαταραχές του συναισθήματος (άγχος, ανησυχία ή απάθεια, αμηχανία, έκδηλη επιθετικότητα, φόβος, πανικός), διαταραχές του ύπνου (μένει άγρυπνος τη νύχτα και κοιμάται την ημέρα), παραγνωρίσεις προσώπων (νομίζει ότι άγνωστα πρόσωπα είναι συγγενείς και φίλοι). Συνυπάρχουν ιδρώτες, ταχυκαρδία, ταχύπνοια και υπερθερμία.

Μετά την αποδρομή του συνδρόμου, ανάλογα με τη βαρύτητά του, ο ασθενής ή δεν έχει ανάμνηση της περιόδου αυτής ή η ανάμνησή του είναι συγκεχυμένη. Το ποσοστό θνησιμότητας, στο οποίο περιλαμβάνονται και ασθενείς χωρίς θεραπευτική φροντίδα, ανέρχεται σε 15%. Αιτία θανάτου είναι η λοίμωξη, η καρδιακή αρρυθμία, οι ηλεκτρολυτικές διαταραχές, η αφυδάτωση και τέλος η αυτοκτονία (ο ασθενής υπακούει σε προτρεπτικού τύπου ψευδαισθήσεις να τερματίσει τη ζωή του ή σε παραληρητικές ιδέες).

ΑΛΚΟΟΛΙΚΗ ΨΕΥΔΑΙΣΘΗΤΩΣΗ

Πρόκειται για οργανική ψευδαισθήτωση που χαρακτηρίζεται από έντονες και επίμονες ψευδαισθήσεις, κυρίως ακουστικές με απειλητικό περιεχόμενο, που δημιουργούν έντονο άγχος και φόβο στον ασθενή. Δεν υπάρχει θόλωση της συνείδησης και η εισβολή είναι οξεία, 24 - 48 ώρες μετά τη διακοπή ή την ελάττωση της λήψης μεγάλων ποσοτήτων αλκοόλης. Η διαταραχή αυτή μπορεί να διαρκέσει εβδομάδες ή μήνες, και να εμφανισθούν παραληρητικές ιδέες δίωξης που μόνο το ιστορικό της διακοπής λήψης αλκοόλης να την ξεχωρίζει από τη σχιζοφρένεια.

ΣΥΝΔΡΟΜΟ KORSAKOFF

Το κύριο σύμπτωμα αυτής της διαταραχής είναι το αμνησιακό σύνδρομο. Οφείλεται σε ανεπάρκεια βιταμινών (κυρίως θειαμίνης), η οποία συνδυάζεται με εξάρτηση από την αλκοόλη.

Η διαταραχή αυτή είναι γνωστή ως σύνδρομο Korsakoff. Ο ασθενής ξεχνάει ότι προσλαμβάνει, ότι αποτελεί κομμάτι της εμπειρίας του στη διάρκεια της νόσου. Και αυτό περιλαμβάνει πρόσωπα, ονόματα, εικόνες και γεγονότα.

Αντίθετα, θυμάται όλα τα παλιά, ότι είχε καταχωρηθεί στη μνήμη του πριν να εκδηλωθεί η πάθησή του. Ο ασθενής καλύπτει τα κενά στη μνήμη του με υλικό που αντλεί από τη φαντασία του και τις μνημονικές αποθήκες (μυθοπλασία). Η αλκοολική αμνησιακή διαταραχή παραμένει συνήθως μετά την εγκεφαλοπάθεια Wernicke.

ΑΝΟΙΑ ΣΥΝΔΕΟΜΕΝΗ ΜΕ ΤΟΝ ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟ

Είναι από τις χειρότερες καταλήξεις του αλκοολισμού.

Σπάνια παρουσιάζεται πριν τα 35 χρόνια, γιατί χρειάζεται πολλά χρόνια για να δημιουργηθεί.

Ο ασθενής παρουσιάζει διαταραχές της πρόσφατης και της παλαιάς μνήμης και διαταραχές της σκέψης (δεν είναι σε θέση να διακρίνει ομοιότητες και διαφορές αντικειμένων, η ικανότητα μαθήσεως περιορίζεται, υπάρχει βραδύτητα και εμμονή στη σκέψη).

Η γενική ικανότητα αντιμετώπισης βιοτικών προβλημάτων επίσης μειώνεται, από την αδυναμία σχεδιασμού και επιλύσεως θεμάτων που σχετίζονται με τις διαπροσωπικές σχέσεις, την οικογένεια και την εργασία. Ενώ το λεξιλόγιο είναι μειωμένο.

Συνυπάρχουν διαταραχές όπως αφασία (διαταραχή του λόγου και κατανόησης), απραξία (απώλεια της ικανότητας διαδοχής και συνδιασμού των αναγκαίων κινήσεων προς επιτέλεση πράξεων), κατασκευαστικές δυσκολίες (δεν μπορεί να κατασκευάσει με κύβους ή σπέρτα απλά σχέδια και αντικείμενα), αγνωσία (αδυναμία αναγνώρισης αντικειμένων). Ο προσανατολισμός παρουσιάζει διαταραχές στο χρόνο, στο χώρο και στο περιβάλλον.

Η προσωπικότητα του ασθενούς αλλάζει ή ορισμένα χαρακτηριστικά της επιτείνονται. Ένα ενεργητικό άτομο γίνεται απαθές, περιορίζει τα ενδιαφέροντά του ενώ ένα άτομο που ενδιαφερόταν για την εμφάνισή του, τριγυρίζει ατημέλητο και αδιαφορεί για την καθαριότητά του. Το συναίσθημα είναι αμετάβλητο και χαρακτηρίζεται από αμηχανία, άγχος και κατάθλιψη.

Προοδευτικά, παρουσιάζει μείωση των ενδιαφερόντων και των πρωτοβουλιών, αφηρημάδα και δυσκολία στη λήψη αποφάσεων. Η επαγγελματική και κοινωνική λειτουργικότητα επηρεάζονται σημαντικά, ενώ μπορεί να βλάψει τον εαυτό του ή τους άλλους. Λόγω των διαταραχών στον προσανατολισμό, δεν είναι σε θέση να γυρίσει στο σπίτι του και χάνεται. Σε προχωρημένες περιπτώσεις, δεν γνωρίζει ούτε ποιός είναι. Είναι επιρρεπής σε ατυχήματα και ευάλωτος σε λοιμώξεις, ιδιαίτερα του αναπνευστικού συστήματος, οι οποίες συχνά αποβαίνουν θανατηφόρες.

ΠΑΡΑΛΗΡΗΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΩΝ ΧΡΟΝΙΩΝ ΑΛΚΟΟΛΙΚΩΝ

Το περιεχόμενο του παραληρήματος των αλκοολικών είναι συνήθως ζηλοτυπικό. Έχει σοβαρές επιπτώσεις στις οικογενειακές σχέσεις και συχνά οδηγεί σε βίαιη συμπεριφορά, ακόμη και σε θανατηφόρες επιθέσεις.

Ο συνδυασμός αυξημένης ερωτικής διάθεσης του αλκοολικού που βρίσκεται σε κατάσταση μέθης, με μειωμένη ωστόσο σεξουαλική ικανότητα και συναισθηματική επένδυση, μπορεί να προκαλέσει αποστροφή στη σύντροφό του. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα εκρήξεις θυμού, οργής, υποψίες και ζηλοτυπικές ιδέες από την πλευρά του αλκοολικού. Οι υποψίες αυτές με την πάροδο του χρόνου οργανώνονται και οδηγούν στη διατύπωση σοβαρών κατηγοριών για την ηθική της συζύγου του.

18. ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

Οι επιπτώσεις του αλκοολισμού στην οικογένεια είναι αντικείμενο επίπονης μελέτης, ιδιαίτερα σε χώρες με υψηλούς δείκτες αλκοολισμού. Έχει παρατηρηθεί ότι η σύζυγος ενός αλκοολικού πολύ συχνά και ίσως αυτό δεν είναι τυχαίο, είναι κόρη αλκοολικού πατέρα. Είναι λοιπόν πιθανό πως μέσα από το γάμο της προσπαθεί να βελτιώσει τη σχέση που είχε με τον πατέρα της. Επίσης πολλοί αλκοολικοί άνδρες παντρεύονται γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας. Αυτό ίσως είναι ενδεικτικό της σχέσης που είχε ο αλκοολικός με την μητέρα του όπου τα κύρια χαρακτηριστικά της σχέσης αυτής, ήταν η εξάρτηση από τη μητέρα και η αποδοχή της εξουσίας της.

Ο/Η σύζυγος ενός αλκοολικού έχει την ευθύνη όλων των υποθέσεων της οικογένειας. Ο ρόλος του απέναντι στα παιδιά επεκτείνεται με την ανάληψη και των δύο ρόλων και του πατέρα και της μητέρας. Η ανάληψη των γενικών ευθυνών της οικογένειας μειώνει τον αλκοολικό σύντροφο και του τονίζει την αίσθηση ανικανότητάς του.

Οι αλκοολικοί γάμοι χαρακτηρίζονται από πολλά προβλήματα που βέβαια είναι αποτέλεσμα της εξάρτησης από το αλκοόλ. Ο αλκοολισμός προκαλεί δυσλειτουργίες στη σχέση του ζεύγους όπως αλλαγές στην οριοθέτηση των ρόλων της οικογένειας, ανεπαρκείς επικοινωνιακές σχέσεις και ένα γενικότερο πλαίσιο αλληλεπιδράσεων που διαιωνίζουν το πρόβλημα.

Τα παιδιά που ένας από τους δύο γονείς είναι αλκοολικός, παρουσιάζουν προβλήματα κοινωνικής προσαρμογής και μάθησης σε σύγκριση με παιδιά μη αλκοολικών. Επίσης συχνά παρουσιάζουν υπερκινητικότητα, επιθετικότητα και αυτοκαταστροφικές τάσεις. Έχουν δυσκολίες στην εξεύρση φίλων και στη διατήρηση της φιλίας. Ενώ συχνά αντιμετωπίζονται αρνητικά από τους δάσκαλους τους σε σύγκριση με τα παιδιά μη αλκοολικών.

Όμως η πιο οδυνηρή επίπτωση του αλκοολισμού στα παιδιά των αλκοολικών είναι η πιθανότητα να γίνουν αλκοολικοί όταν ενηλικιωθούν. Υπάρχουν ενδείξεις πως τα παιδιά αυτά επιδεικνύουν συμπεριφορές, κατά την εφηβεία, που προμηνύουν την ανάπτυξη αλκοολισμού. Όμως μέχρι σήμερα δεν έχει αποδειχθεί, αν η συμπεριφορά αυτή είναι γενετικά καθορισμένη ή είναι αποτέλεσμα των πιέσεων (στρες) που δέχονται από το περιβάλλον τους.

Σήμερα οι παρατηρήσεις των "οικογενειακών συστημάτων" δείχνουν ότι η χρήση της αλκοόλης στην οικογένεια δεν είναι ένα "ατομικό ζήτημα". Η χρήση και η κατάχρηση της αλκοόλης είναι δυναμικά και άμεσα συνδεδεμένη με γεγονότα που συμβαίνουν μέσα στο "οικογενειακό σύστημα".

ΑΛΚΟΟΛ - ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ

Η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας υπολογίζει ότι το 50% των αυτοκινητιστικών ατυχημάτων οφείλονται στην κατανάλωση αλκοόλης πριν την οδήγηση. Το ποσοστό των τροχαίων ατυχημάτων που σχετίζεται με την αλκοόλη διαφέρει από χώρα σε χώρα.

Στις Η.Π.Α. επίσημες στατιστικές μελέτες απέδειξαν ότι ο αριθμός των αυτοκινητιστικών ατυχημάτων αυξάνεται σημαντικά μετά από γιορτές ή Σαββατοκύριακα. Γι' αυτό το Διεθνές Συμβούλιο Ασφάλειας, κάνει εκκλήσεις στο να αποφεύγεται η χρήση οινοπνεύματος από τους οδηγούς.

Η συνήθεια να καταναλώνει κάποιος αλκοόλ πριν ή κατά τη διάρκεια της εργασίας του, σε συνδυασμό με τις έντονα μηχανοποιημένες μεθόδους εργασίας, εγκυμονεί σοβαρούς κινδύνους πρόκλησης εργατικού ατυχήματος.

Ο αριθμός των εργατικών ατυχημάτων που οφείλονται στο αλκοόλ είναι άγνωστος, επειδή υπάρχουν πολυάριθμοι παράγοντες που δυσκολεύουν να γίνει μια επίσημη στατιστική έρευνα. Συνήθως το αλκοόλ σαν παράγοντας ατυχήματος υποκρύπτεται μέσα από τους χαρακτηρισμούς αμέλεια, κούραση, υπερισκαψία, λάθος χειρισμού κ.α.

ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΚΟΣΤΟΣ

Ο αλκοολισμός πληρώνεται ακριβά !!!

Δεν είναι μόνο η γενική υγεία και η οικογένεια του αλκοολικού που εισπράτουν τις επιπτώσεις του αλκοολισμού, αλλά και η κοινωνία. Το συνολικό πρόβλημα δεν μπορεί να εκτιμηθεί μόνο μέσα στα όρια των αλκοολικών αφού οι ζημιές που συσχετίζονται, έμμεσα ή άμεσα επεκτείνονται πέρα από τα "προσωπικά όρια" των αλκοολικών.

Τροχαία ατυχήματα, αυτοκτονίες, εγκληματικότητα, διάλυση οικογενειών, μειωμένη απόδοση στη δουλειά σχετίζονται σημαντικά με την κατανάλωση αλκοόλης στη συγκεκριμένη κοινωνική ομάδα. Ενώ από το άλλο μέρος το κόστος θεραπείας των προβλημάτων και ζημιών του αλκοολισμού στις σημερινές κοινωνίες, απορροφάται από το δημόσιο προϋπολογισμό που σημαίνει πως όλοι συμμετέχουμε στη ζημιά.

Οι συνέπειες του αλκοολισμού έχουν αναγνωρισθεί από πολλά χρόνια, η κατανάλωση όμως αλκοόλ παρουσιάζει ανοδική πορεία σε πολλές χώρες και κοινωνικές ομάδες. Οι λόγοι αυτού του φαινομένου δεν έχουν διευκρινισθεί και αποτελούν περιοχή έρευνας από κοινωνιολόγους, ψυχολόγους, ψυχιάτρους κ.α. Η αντίληψη που επικρατεί ότι πίνουμε για να απαλλαγούμε από το άγχος δεν είναι σωστή, αφού η χρόνια χρήση δημιουργεί άγχος. Επομένως η αντιμετώπιση του προβλήματος δεν είναι δυνατό να έχει "αιτιολογική προσπέλαση". Η μόνη λύση είναι ο περιορισμός της κατανάλωσης μέσω της εκπαίδευσης αλλά και μέσω πολιτικών πράξεων.

Στη χώρα μας ο κίνδυνος είναι "επί θύρας". Πριν 10 χρόνια από άποψη κατανάλωσης η Ελλάδα βρισκόταν στην 20η θέση ανάμεσα στις Ευρωπαϊκές χώρες, ενώ σήμερα κατέχει την 8η θέση. Η εγκατάλειψη του κρασιού και η ολοένα αυξανόμενη προτίμηση στα "σκληρά ποτά", ιδιαίτερα από τους νέους καταναλωτές οδηγεί σοβαρά ιατροκοινωνικά προβλήματα.

Ομως δεν πρέπει να ξεχνάμε το κέρδος που αποφέρει το κράτος από τις πωλήσεις αλκοολούχων ποτών και την εργασία που προσφέρει η "αγορά" και η "βιομηχανία" του αλκοόλ.

Είναι εμφανές λοιπόν ότι το θέμα του αλκοολισμού όπως και των άλλων εξαρτήσεων, έχει έντονες πολιτικές προεκτάσεις στη διαμόρφωση της κοινωνικής πολιτικής.

1ε. ΘΕΡΑΠΕΙΑ

ΦΑΡΜΑΚΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

Η πλειοψηφία των σχετικών δημοσιευμάτων έχει επικεντρωθεί στη χρήση των φαρμάκων Autabuse και το Abstem (Disulfiram) που όπως είναι γνωστό αναστέλλουν τη δράση της αλκοολικής δευδρογενάσης και κατ' επέκταση της μετατροπής της αλκοόλης σε ακεταλδεύδη.

Η Δισουλφιράμη (Autabuse) προκαλεί δυσφορικά συμπτώματα όπως ταχυκαρδία και έμετο. Φυσικά ο ασθενής ενημερώνεται για τη δράση του φαρμάκου και η λήψη του γίνεται με τη θέλησή του. Εφόσον, λοιπόν, ο ασθενής πάρει 125 - 250 mg δισουλφιράμης από το στόμα την ημέρα, δεν μπορεί να πιεί, γιατί φοβάται τα δυσφορικά συμπτώματα που θα παρουσιαστούν αν πιεί.

Τα παραπάνω φάρμακα δημιουργούν μια δυσάρεστη και συχνά "βίαιη" αντίδραση στο άτομο όταν τα χρησιμοποιεί παράλληλα με το αλκοόλ.

Μια άλλη ομάδα φαρμάκων που χρησιμοποιήθηκε για τη θεραπεία της εξάρτησης από το αλκοόλ ήταν τα αγχολυτικά και τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα. Σε αντίθεση με τα προαναφερθέντα φάρμακα που δρουν στα πλαίσια των κανόνων της αποστροφικής θεραπείας, τόσο τα αγχολυτικά όσο και τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα χρησιμοποιούνται κατά την περίοδο της αποτοξίνωσης προς αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της στέρησης.

Παρόλα αυτά, οι ασθενείς που δείχνουν βελτίωση είναι άτομα που ακολουθούν την φαρμακοθεραπεία εθελοντικά (στη προκειμένη περίπτωση η εθελοντική λήψη φαρμάκων είναι ενδεικτική των κινήτρων των ασθενών για τη βελτίωση της κατάστασής τους).

Σχετικά με την αξιολόγηση της θεραπείας του αλκοολισμού, το κίνητρο του ασθενούς είναι τόσο σημαντικό όσο και τα φάρμακα που του χορηγούνται.

ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

Ψυχολογικές προσεγγίσεις στη θεραπεία του αλκοολισμού έχουν εφαρμοστεί από τις αρχές του αιώνα. Η γοργή ανάπτυξη του κλάδου της κλινικής ψυχολογίας, η εφαρμογή των ψυχολογικών τεστ, η θεραπεία συμπεριφοράς, η γνωστική θεραπεία, οι ψυχοδυναμικές και άλλες προσεγγίσεις έχουν συμβάλει ουσιαστικά στην αντιπετώπιση της εξάρτησης από το αλκοόλ.

Ο αλκοολισμός είναι ένα "σύμπτωμα" μιας βαθύτερης ασυνείδητης σύγκρουσης ή συγκρούσεων. Ο κύριος στόχος αυτών των προσεγγίσεων είναι η ανάλυση της "σύγκρουσης" και όχι η θεραπεία του συμπτώματος. Σύμφωνα με τον Silber (1970), η "ασυνείδητη σύγκρουση" στην περίπτωση του αλκοολισμού περιλαμβάνει μεταξύ των άλλων στοιχείων και τα εξής : άμυνα κατά της κατάθλιψης, άμυνα κατά του άγχους, άμυνα κατά της λανθάνουσας ομοφυλοφιλίας, αυτοκαταστροφική συμπεριφορά κ.λ.π.

Η ψυχολογική προσέγγιση στη θεραπεία του αλκοολισμού εφαρμόζεται στα πλαίσια των τεχνικών της θεραπείας συμπεριφοράς και σε ψυχοδυναμικές θεραπείες ατομικού ή ομαδικού επιπέδου.

Παρόλο που δεν υπάρχει αμφιβολία ότι μερικοί αλκοολικοί βελτιώνονται μετά από ψυχοθεραπευτική παρέμβαση, τα κριτήρια επιλογής ασθενών με καλή πρόγνωση χαρακτηρίζονται από ασάφεια.

Η ψυχοθεραπεία ως θεραπευτική προσέγγιση για την αντιμετώπιση της εξάρτησης από το αλκοόλ δεν παρουσιάζει υπεροχή έναντι άλλων προσεγγίσεων.

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ

Όπως είναι γνωστό, αρκετά από τα θεραπευτικά προγράμματα χρησιμοποιούν φαρμακευτική αγωγή και ψυχολογικές θεραπείες στα γενικότερα θεραπευτικά τους πλαίσια.

Εντούτοις, το γεγονός ότι έχουν "σχεδιαστεί" ειδικά για την αντιμετώπιση του αλκοολισμού είτε μέσα στην κοινότητα είτε στο νοσοκομείο, τα διαφοροποιεί από τις φαρμακολογικές και ψυχολογικές θεραπείες που χρησιμοποιούνται στη γενική ψυχιατρική και τους δίνει μια ξεχωριστή ταυτότητα.

Αλκοολικοί Ανώνυμοι (ΑΑ)

Ξεκίνησε στις Η.Π.Α. και σήμερα υπάρχει σε πολλές χώρες και στη χώρα μας. Θεωρείται ως η πιο αποτελεσματική θεραπεία για τους αλκοολικούς και παρέχει συνεχή ομαδική υποστήριξη από άτομα που και οι ίδιοι ήταν αλκοολικοί.

Οι συναντήσεις χαρακτηρίζονται από αλληλουποστήριξη 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 νέα ομάδα υποστήριξης και κοινού αγώνα, όπου ο αλκοολικός βοηθιέται, αλλά και βοηθώντας ο ίδιος άλλους αποκαθιστά την αυτοεκτίμησή του.

Ξενώνες (Half - way Houses)

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. Σ' ένα δημοσίευμα, ο Rubington (1977) ανέφερε ότι περίπου το 20% των ασθενών που παρακολουθούν προγράμματα ξενώνων συνεχίζουν την αποχή για 6 ή περισσότερους μήνες μετά το πέρας του προγράμματος.

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

Κέντρα Θεραπείας του Αλκοολισμού

Τα κέντρα θεραπείας του αλκοολισμού (ΚΘΑ) έχουν τη μορφή της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης και είναι ευρέως διαδεδομένα στις Η.Π.Α. Τα Κέντρα αυτά 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", ενώ ένας ψυχίατρος (για κάθε τρία κέντρα) έχει τη γενική ευθύνη των δραστηριοτήτων των Κέντρων.

Οι μελέτες που αξιολογούν τη θεραπευτική αποτελεσματικότητα των Κ.Θ.Α. είναι ελάχιστες, αλλά σε σύγκριση με έρευνες άλλων προσεγγίσεων είναι πολύ καλύτερες μεθολογικά.

Εργασία με την Οικογένεια

Συχνά η αποθεραπεία μιας οικογένειας μπορεί τελικά να προκαλέσει έναν αλκοολικό να αρχίσει κι αυτός θεραπεία. Όταν η οικογένεια αρχίσει ν' αλλάζει τα υπάρχοντα πρότυπα, η ισορροπία της διασπάται, πράγμα που μπορεί να προκαλέσει τον αλκοολικό να δράσει.. Εν πάσει περιπτώσει, αν η οικογένεια θέλει να συμμετάσχει, ο κοινωνικός λειτουργός θα πρέπει να λάβει υπ' όψη του ορισμένες αρχές.

Αν είναι συναισθηματικά έτοιμα τα μέλη της οικογένειας μπορούν να ετοιμαστούν για παρέμβαση. Η θεραπεία μπορεί επίσης να περιλαμβάνει εκπαίδευση σχετικά με την ασθένεια έτσι ώστε τα μέλη της οικογένειας να μπορούν να απαλλαγούν από την ενοχή, τον θυμό και τη μνησικακία. Τα μέλη της οικογένειας μπορούν επίσης να βοηθηθούν, να απομακρύνουν το ενδιαφέρον τους από τον αλκοολικό ούτως ώστε να μπορέσουν να ξαναποκτήσουν τη δική τους αυτοεκτίμηση και παραγωγικότητα. Μπορούν να διδαχθούν στρατηγικές αντιμετώπισης για να ελαχιστοποιήσουν περαιτέρω καταστροφή και χάος. Συχνά οικογένειες έχουν απομονωθεί λόγω ντροπής. Μπορούν ν' αρχίσουν να ξαναφτιάχνουν τις κοινωνικές σχέσεις και τους εκταταμένους οικογενειακούς δεσμούς που μπορεί να έχουν καταστραφεί.

ΑΙ - Αποπ είναι ο κλάδος του ΑΑ που προορίζεται για ανθρώπους που είναι στενά συνδεδεμένοι με τον αλκοολικό ή για εκείνους που είχαν παλιότερα στενές σχέσεις με αλκοολικούς. Όπως το ΑΑ, το ΑΙ - Αποπ είναι διαθέσιμο χωρίς ραντεβού και χωρίς χρηματική επιβάρυνση.

Το Alateen και το Alateen είναι ομάδες που βοηθούν τα παιδιά και τους έφηβους που ζουν με αλκοολικούς γονείς.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ

2. ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΕΣ ΟΥΣΙΕΣ

2α. ΚΑΤΑΣΤΑΛΤΙΚΑ ΤΟΥ Κ.Ν.Σ. (ΥΠΝΩΤΙΚΑ - ΑΓΧΟΛΥΤΙΚΑ)

Στην κατηγορία αυτή ανήκουν ουσίες που έχουν σαν κοινό χαρακτηριστικό ότι καταστέλλουν το κεντρικό νευρικό σύστημα (Κ.Ν.Σ.) Οι ουσίες αυτές, αν και διαφέρουν τόσο φαρμακολογικά όσο και στον τύπο απορρόφησης, μεταβολισμού και απέκκρισής τους στο σώμα, προκαλούν παρόμοια σύνδρομα τοξίκωσης και στέρησης.

Τα φάρμακα αυτά είναι φάρμακα ιατρικής συνταγής, τα οποία γράφονται από τους γιατρούς σε μεγάλες ποσότητες, επειδή ωφελούν στη συμπτωματική θεραπεία της αυπνίας, του άγχους, της ανησυχίας και της ευερεθιστότητας. Η ευθύνη των γιατρών λοιπόν είναι μεγάλη διότι υπάρχουν άτομα, κυρίως γυναίκες, που σε μια ηλικία 30 - 60 ετών παίρνουν τα φάρμακα αυτά με ιατρική συνταγή κυρίως για την καταπολέμηση του άγχους ή αυπνίας, αλλά προοδευτικά ανακαλύπτουν πως ηρεμούν και κατά τη διάρκεια της ημέρας. Έτσι οδηγούνται σε παθολογική χρήση και κατά συνέπεια σε εξάρτηση.

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Η πρώτη ουσία που χρησιμοποιήθηκε για την αντιμετώπιση του άγχους από τους αρχαιοτάτους χρόνους ήταν η αλκοόλη. Από τις αρχές του αιώνα χρησιμοποιούνται τα άλατα βρωμίου, τα βαρβιτουρικά, η παραλδεύδη και η ένυδρος χλωράλη.

Το 1930 διαπιστώθηκαν οι αθροιστικές νευροτοξικές επιπτώσεις της παραλδεύδης στο Κ.Ν.Σ. και εγκαταλείφθηκε η χρήση της.

Το 1950 εισήχθη στην κλινική πράξη η μεφαινεζίνη και η μαπροβαμάτη. Στα τέλη της δεκαετίας του '50 ανακαλύφθηκαν η χλωροδιαζεποξείδη και άλλες βενζοδιαζεπίνες. Εξ αιτίας της μεγάλης συχνότητας εμφάνισης του άγχους και συνεπώς του εμπορικού ενδιαφέροντος των αγχολυτικών φαρμάκων, συνεχώς προστίθενται νέα αγχολυτικά φάρμακα.

Η χρήση των υπνωτικών φαρμάκων άρχισε με την ανακάλυψη των βαρβιτουρικών, τα οποία είναι παράγωγα των βαρβιτουρικών οξέων και δρουν ως κατασυναστικά του Κ.Ν.Σ. Ανακαλύφθηκαν το 1864 από τον Adolph Von Bayer. Η ημέρα της ανακάλυψής τους συνέπεσε με τη γιορτή της Αγίας Βαρβάρας, έτσι ο Von Bayer χρησιμοποίησε το όνομα της Αγίας και τη λέξη ουρία, όπου είναι ένα από τα συστατικά που χρησιμοποίησε και ονόμασε το φάρμακο βαρβιτουρικό.

Το 1903 ο Γερμανός Emil Fischer ανακάλυψε τα παράγωγα του βαρβιτουρικού οξέος, τα βαρβιτουρικά άλατα.

Το Veronal ήταν το πρώτο υπνωτικό που πουλήθηκε στην αγορά.

ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ - ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Είναι δύσκολο να καθορισθεί με ακρίβεια η έκταση του προβλήματος από τη χρήση αγχολυτικών ή υπνωτικών φαρμάκων, όχι μόνο επειδή οι χρήστες αρνούνται να δώσουν με ειλικρίνεια τον βαθμό χρήσης ή να την παραδεχθούν, αλλά και γιατί ένα μεγάλο ποσοστό των ατόμων που εκδηλώνουν εξάρτηση, καταφεύγουν σε παράνομους τρόπους προμήθειας.

Το εύρος της συνταγογραφίας της κατηγορίας αυτής των ψυχοφαρμάκων στην Ελλάδα, αποταλεί και δείκτη της υπερβολικής χρήσης τους. Πρόσφατη μελέτη της ψυχιατρικής κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών έδειξε ότι το 75% των συνταγών με ψυχοφάρμακα που γράφονται από μη ψυχιάτρους περιλαμβάνει αγχολυτικά - υπνωτικά και κυρίως βενζοδιαζεπίνες.

Ο υπολογισμός της κατανάλωσης βάβαια σε ημερήσιες καθορισμένες δόσεις αποταλεί ακριβέστερο δείκτη της χρήσης των φαρμάκων αυτών από το γενικό πληθυσμό. Σύμφωνα με στοιχεία Ε.Ο.Φ. η συνολική κατανάλωση αγχολυτικών - υπνωτικών έφτασε το 1987 σε 39,22 DD/1000 κατοίκους. Ο αριθμός αυτός αντιστοιχεί στην εκτίμηση ότι κάθε μέρα 400.000 χιλιάδες Έλληνες λαμβάνουν φάρμακα αυτής της κατηγορίας.

Τα παραπάνω στοιχεία, αποδεικνύουν την κατάχρηση αυτών των ψυχοφαρμάκων και έχουν σχέση με την εύκολη αναγραφή τους σε περιπτώσεις άγχους ή αυπνίας χωρίς να εκτιμάται η αιτία που τα προκαλεί.

ΑΙΤΙΟΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Κανένας από τους παρακάτω αιτιολογικούς παράγοντες δεν μπορεί να θεωρηθεί μόνος του υπεύθυνος για την εξάρτηση από τις φαρμακευτικές ουσίες. Κάποιοι παράγοντες μπορεί να παίζουν σημαντικότερο ρόλο στον καθορισμό του ατόμου που θα πειραματισθεί και θα δοκιμάσει μια ουσία ενώ άλλοι παράγοντες παίζουν ρόλο για τον καθορισμό του ατόμου που πειραματίσθηκε και θα αναπτύξει εξάρτηση μεγάλης διάρκειας.

Οι κυριότεροι παράγοντες εξάρτησης από φαρμακευτικές ουσίες είναι :

α. Ψυχοδυναμικοί Παράγοντες

Παλαιότερες ψυχαναλυτικές απόψεις τονίζουν ότι τα άτομα που κάνουν χρήση φαρμακευτικών ουσιών εκδηλώνουν δυσκολία είτε στο να αντέχουν συναισθηματικές απογοητεύσεις είτε εκδηλώνουν διαταραχή στον έλεγχο των ενστικτωδών τάσεων η ικανοποίηση των οποίων παίζει κυρίαρχο ρόλο.

Πρόσφατα οι απόψεις εστιάζονται σε προβλήματα του "εγώ". Οι περισσότεροι αναλυτές συμφωνούν ότι οι χρήστες αντιμετωπίζουν συχνά προβλήματα με τα συναισθηματικά τους, όπως π.χ. έντονη οργή και θυμό και έχουν αδύνατους ή μη αποτελεσματικούς μηχανισμούς για να καταστείλουν τα συναισθήματα αυτά.

Επιδημιολογικές μελέτες που έχουν σχέση με την προσωπικότητα επιβεβαιώνουν ότι τα άτομα αυτά δίνουν μεγαλύτερη σημασία στην ατομική τους ανεξαρτησία και λιγότερο στην επίπονη προσπάθεια επίτευξης στόχων. Επίσης εκδηλώνουν συχνότερα παράκλιση συμπεριφοράς και σημεία αντικοινωνικής συμπεριφοράς πριν αρχίσουν την χρήση φαρμακευτικών ουσιών.

β. Οικογενειακοί Παράγοντες

Περισσότερο από το 50% των περιπτώσεων που κάνουν χρήση φαρμακευτικών ουσιών σε αστικές περιοχές προέρχονται από οικογένειες με ένα γονέα. Τυπικά ακόμη και σε οικογένειες με δύο γονείς, υπάρχουν έντονα διαταραγμένες οικογενειακές σχέσεις. Σε αντίθεση απ' ό,τι επιφανειακά φαίνεται, σαν τάση απελευθέρωσης, οι χρήστες παραμένουν εξαρτημένοι και σε στενή επικοινωνία με τις οικογένειές τους. Επίσης θεωρούν πως οι συγγενείς τους μπορούν να τους βοηθήσουν στην προσπάθεια απεξάρτησής τους.

γ. Βιολογικοί Παράγοντες

Υπάρχουν ενδείξεις ότι η ευαλωτότητα στο να αναπτύξει κανείς εξάρτηση από φαρμακευτικές ουσίες κληρονομείται. Η γενετική προδιάθεση όμως δεν έχει μελετηθεί ικανοποιητικά ακόμα σε χρήστες φαρμακευτικών ουσιών. Προς το παρόν, υπάρχει σε μικρο βαθμό απόδειξη για οποιαδήποτε βιολογική συμμετοχή στην εξάρτηση από φαρμακευτικές ουσίες.

2β. ΑΓΧΟΛΥΤΙΚΑ ΦΑΡΜΑΚΑ

Το άγχος είναι μία γενικευμένη συγκίνηση που βιολογικά είναι σημαντική για τις λειτουργίες προσαρμογής. Ολοι οι άνθρωποι έχουν αισθανθεί άγχος που συνήθως σχετίζεται με συναισθήματα, φόβου, αγωνίας και ανησυχίας. Το άγχος φτάνει σε παθολογικά επίπεδα όταν διαταράσσει το φυσιολογικό τρόπο ζωής του ατόμου.

Αποτελεί την πιο συχνή ψυχιατρική διάγνωση και η φυσική εκδήλωσή του περιλαμβάνει εφίδρωση, ταχυκαρδία, τρόμο και γαστρικές διαταραχές. Από μόνο του σπάνια αποτελεί αυτοτελή ασθένεια, συνήθως εμφανίζεται ως συνεπακόλουθο σύμπτωμα άλλων παθολογικών ή ψυχικών ασθενειών καθώς και επικείμενων χειρουργικών παρεμβάσεων. Επίσης είναι από τα βασικά συμπτώματα των ψυχωτικών, νευρωτικών και καταθλιπτικών ασθενών.

Τα αγχολυτικά φάρμακα ασκούν κατασταλτική, υπνωτική και κεντρική μυοχαλαρωτική δράση. Χρησιμοποιούνται από τα φυσιολογικά άτομα για την αντιμετώπιση της υπερέντασης και της νευρικότητας και από τους νευρωτικούς ασθενείς για την αντιμετώπιση του stress, της δυσφορίας και του άγχους. Χορηγούνται επίσης, και σε πολλές άλλες παθολογικές καταστάσεις που σχετίζονται με το άγχος.

Τα φάρμακα της κατηγορίας αυτής όταν πέρνονται για μεγάλο χρονικό διάστημα προκαλούν ψυχολογική και σωματική εξάρτηση. Δεν επιδρούν όμως στο εξωπυραμιδικό σύστημα και στο αυτόνομο νευρικό σύστημα (Α.Ν.Σ.).

ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΑΓΧΟΛΥΤΙΚΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

Ως αγχολυτικά φάρμακα, χρησιμοποιούνται κυρίως οι βενζοδιαζεπίνες και τα παρεμφερή προς την μεπροβαμάτη. Υπάρχει και μια άλλη κατηγορία που περιλαμβάνει μερικά αντισταμινικά, αντιχολινεργικά φάρμακα και ορισμένα άλλα που όμως είναι δύσκολο να ταξινομηθούν.

α. Βενζοδιαζεπίνες

Η οικογένεια των βενζοδιαζεπίνων προκαλεί κυρίως καταστολή του άγχους, της ψυχικής έντασης και μυοχάλαση. Έχουν παρασκευασθεί πάνω από 2.000 βενζοδιαζεπίνες.

Αντιπρόσωποι αυτής της οικογένειας είναι : η χλωραδιαζεποξείδη (Librium), η κλοναζεπάμη (Clonopin), η χλοραζεπάμη (Tranxene), η λοραμεπάμη (Tavor), η διαζεπάμη (Valium, Stedon, Atarviton), η φλουραζεπάμη (Daimane), η οξαζεπάμη (Serax - Sererax) και η αλπραζολάμη (Xanax). Οι ουσίες αυτές έχουν μια σχετική βραδεία έναρξη αλλά και μακρά διάρκεια ενέργειας. Η μεγάλη και μακρά χρήση μπορεί να οδηγήσει σε ψυχολογική και σωματική εξάρτηση. Το σύνδρομο αποστέρησης εμφανίζεται 8 - 10 ημέρες μετά την απότομη διακοπή συνεχών και υψηλών δόσεων, αυτό οφείλεται στη βραδεία μείωση του φαρμάκου στο σώμα. Ανάλογα με το χρόνο ημιζωής τους χωρίζονται σε μακράς διάρκειας (π.χ. χλοραζεπάμη με $t_{1/2}$ 30 - 100 h), σε μέσης διάρκειας (π.χ. διαζεπάμη με $t_{1/2}$ 26 - 53h) και σε μικρής διάρκειας (π.χ. οξαζεπάμη με $t_{1/2}$ 5-15h και αλπραζολάμη με $t_{1/2}$ 12-15h).

Φαρμακολογικός μηχανισμός

Οι βενζοδιαζεπίνες διεγείρουν τους υποδοχείς του gaba που είναι ο φυσιολογικός ανασταλτικός νευροδιαβιβαστής του Κ.Ν.Σ. Έχουν αθροιστική ενέργεια με το gaba ενώ οι αναστολείς του gaba ανταγωνίζονται τη δράση τους. Το 1985 προτάθηκε η ύπαρξη ειδικών υποδοχέων, δηλαδή ένα σύμπλοκο που αποτελείται από μέρος του υποδοχέα του gaba και των καναλιών ιόντων χλωρίου.

Αυτός αναγνωρίζεται ως ο μηχανισμός δράσης των βενζοδιαζεπίνων σήμερα. Τα φάρμακα αυτά όμως μειώνουν και τη διεγερσιμότητα και άλλων νευρώνων του Κ.Ν.Σ. που δεν χρησιμοποιούν gaba ή κανάλια Cl⁻. Αυτή είναι μια ένδειξη ότι υπάρχουν πιθανά και άλλοι κυτταρικοί μηχανισμοί δράσης των βενζοδιαζεπίνων.

Φαρμακοκινητική

Η ταχύτητα απορρόφησης, δράσης και η διάρκεια δράσης μετά τη χορήγηση από το στόμα διαφέρει για τις διάφορες βενζοδιαζεπίνες. Η διαζεπάμη και η χλωροδιαζεποξείδη απορροφούνται γρήγορα και η συγκέντρωσή τους κορυφώνεται στο πλάσμα σε 1h, ενώ η διάρκεια δράσης τους διαρκεί πολλές ώρες.

Οι περισσότερες βενζοδιαζεπίνες δεσμεύονται κατά 85 - 95% από τις πρωτεΐνες του πλάσματος. Η φαρμακοκινητική τους είναι γενικά πολύπλοκη. Γι' αυτό είναι προτιμότερο στην περίπτωση των βενζοδιαζεπίνων που έχουν μεγάλους χρόνους ημιζωής να διαιρείται η ημερήσια χορήγηση σε 2 - 4 δόσεις.

Οι περισσότερες εκκρίνονται στα ούρα σε οξειδωμένη (ενεργή) μορφή ή σε ανενεργά καταβολικά παράγωγα συζευγμένα με γλυκουρονικό οξύ. Η αλπραζολάμη, η οξαζεπάμη και η λοραζεπάμη υπόκεινται πρώτα σε σύζευξη και συνεπώς δεν έχουν ενεργά καταβολικά παράγωγα γι' αυτό το λόγο ενδείκνυται η χρήση τους σε ηλικιωμένους ή σε ασθενείς με μειωμένη ηπατική λειτουργία.

β. Μεπροβαμάτη

Η μεπροβαμάτη ανακαλύφθηκε στις αρχές της δεκαετίας του '50 μετά από μελέτες στα κεντρικά μυοχαλαρωτικά του τύπου της μεφαινεσίνης. Αν και χρησιμοποιήθηκε παλαιότερα σαν αγχολυτικό φάρμακο, σήμερα είναι απαρχαιωμένο για τη χρήση αυτή. Ο λόγος είναι ότι στη σύγχρονη ψυχιατρική πρακτική, το φάρμακο αυτό προκαλεί πολύ περισσότερα προβλήματα από τις βανζοδιαζεπίνες που είναι φάρμακα εκλογής για την καταπολέμηση του άγχους.

Τα προβλήματα που προκαλεί η μεπροβαμάτη είναι κυρίως :

- * Καταπραυντικές και τοξικές ενέργειες στις δόσεις που απαιτείται για αγχολυτική δράση.
- * Προκαλεί ανοχή και φυσική εξάρτηση.
- * Προκαλεί σοβαρές αντιδράσεις αποστέρησης.
- * Προκαλεί το θάνατο σε μεγάλες δόσεις (μεγάλες πιθανότητες κατάχρησης για αυτοκτονία).
- * Έχει υψηλό κίνδυνο εθισμού.

ΦΑΡΜΑΚΟΛΟΓΙΚΕΣ ΙΔΙΟΤΗΤΕΣ

Η δράση των αγχολυτικών φαρμάκων στο Κ.Ν.Σ. μπορεί να δειχθεί και πειραματικά σε ζώα στα οποία μειώνεται ο φόβος τιμωρίας. Στον άνθρωπο είναι δύσκολο να αξιολογηθούν οι θεραπευτικές τους ιδιότητες εξαιτίας της επίδρασης μη φαρμακολογικών παραγόντων στο άγχος.

Η κλινική ευρεία χρήση και προτίμηση γι' αυτά τα φάρμακα οφείλεται στον συνδυασμό της αγχολυτικής τους δράσης, της σχετικής ασφάλειας και της μεγάλης τους ζήτησης από ασθενείς και γιατρούς.

Τα αγχολυτικά δεν έχουν αντιψυχωτικές ιδιότητες. Επιδρούν στον ύπνο αυξάνοντας τη διάρκειά του. Έχουν μικρή επίδραση στις φάσεις REM του ύπνου, ενώ καταστέλλουν τα στάδια του βαθύ ύπνου. Για το λόγο αυτό χρησιμοποιούνται στην αντιμετώπιση ασθενών με συνειδησιακά προβλήματα και φοβίες, εξ αιτίας των οποίων έχουν εφιάλτες.

Στο καρδιαγγειακό σύστημα οι επιδράσεις τους είναι μηδαμινές, ώστε να μην εμποδίζεται η αγωγή των καρδιοπαθών με τα αγχολυτικά φάρμακα. Οι συνήθεις θεραπευτικές δόσεις από το στόμα είναι απίθανο να δείξουν κατασταλτικές δράσεις στο καρδιαγγειακό σύστημα. Όμως η ενδοφλέβια χορήγηση διαζεπάμης προκαλεί μικρή μείωση της πίεσης του αίματος και του Κ.Λ.Ο.Α.

Πιστεύεται ότι έχουν και μυοχαλαρωτικές ενέργειες, αν και αυτό δεν έχει δειχθεί από κλινικές έρευνες.

Κάποια μυοχάλαση άλλωστε παρατηρείται με όλα τα κατασταλτικά φάρμακα του Κ.Ν.Σ.

Χρησιμοποιούνται επίσης για την αντιμετώπιση του συνδρόμου στέρησης από την αλκοόλη και τα ναρκωτικά, καθώς και την αντιμετώπιση των γαστρεντερικών παθήσεων, των δερματικών παθήσεων και των σεξουαλικών διαταραχών όπου το άγχος αποτελεί πολλές φορές προδιαθεσικό παράγοντα.

ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΕΣ ΚΑΙ ΤΟΞΙΚΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ

Οι ανεπιθύμητες ενέργειες που προκαλούν τα αγχολυτικά φάρμακα περιλαμβάνουν ζάλη, αταξία, ανακοπή, εξανθήματα, ναυτία και αυξομείωση στη σεξουαλική ορμή. Δεν επιδρούν στο εξωπυραμιδικό και στο αυτόνομο νευρικό σύστημα. Σε μικρή δοσολογία δεν προκαλούν σωματική εξάρτηση, ούτε αναπτύσσουν ανοχή, προκαλούν όμως ψυχολογική εξάρτηση. Σε μεγάλες δόσεις και μετά από μακρόχρονη θεραπεία μπορεί να προκληθεί και σωματική εξάρτηση.

Η πιθανότητα κατάχρησης των αγχολυτικών για αυτοκτονία είναι μικρή εξαιτίας της περιορισμένης τους τοξικότητας, εκτός βέβαια εάν χρησιμοποιηθούν συγχρόνως και άλλα φάρμακα ή αλκοόλ.

Οι αλληλεπιδράσεις των αγχολυτικών με άλλα φάρμακα δεν είναι συχνές, εκτός βέβαια από το να επιτείνουν τις δράσεις των κατασταλτικών φαρμάκων του Κ.Ν.Σ. και την καταπραυντική δράση της αλκοόλης.

Η κλινική τοξικότητα των αγχολυτικών είναι χαμηλή ενώ το περιθώριο ασφάλειάς τους είναι μεγάλο.

Η αντιμετώπιση της τοξικότητας εξαιτίας μεγάλων δόσεων γίνεται με καθαρά υποστηρικτικά μέσα της αναπνοής και των καρδιαγγειακών λειτουργιών. Η πρόσφατη όμως ανακάλυψη των ημιδαζοβενζοδιαζεπίνων που είναι εκλεκτικοί ανταγωνιστές των υποδοχέων των βενζοδιαζεπίνων ίσως βοηθήσει στην ανάπτυξη ενός ειδικού αντίδοτου.

2γ. ΥΠΝΩΤΙΚΑ ΦΑΡΜΑΚΑ

Διάφορα φάρμακα μπορούν να καταστέλουν το Κ.Ν.Σ. σε μία κατάσταση που μοιάζει με φυσιολογικό ύπνο, τα φάρμακα αυτά ονομάζονται υπνωτικά. Πολλά από αυτά τα φάρμακα προκαλούν ελαφρά καταστολή όταν δίνονται σε μικρές δόσεις. Σ' αυτές τις περιπτώσεις ονομάζονται κατασταλτικά. Τα υπνωτικά φάρμακα χορηγούμενα σε μεγάλες δόσεις μπορούν να προκαλέσουν αναισθησία, δηλητηρίαση και θάνατο. Η αλληλοδιαδοχή των ενεργειών αυτών, ανάλογα με τη δόση μπορεί να παρασταθεί ως εξής :

Καταστολή ⇔ Υπνος ⇔ Αναισθησία ⇔ Κώμα ⇒ Θάνατος

Τα υπνωτικά κατέχουν πολύ σημαντική θέση στη θεραπευτική. Χρησιμοποιούνται για να διευκολύνουν τον ύπνο, για την καταπολέμηση του πόνου σε συνδυασμό με αναλγητικά, για την αντιμετώπιση των σπασμών τοξικής ή παθολογικής αιτιολογίας και για τη γενική αναισθησία σε συνδυασμό με αναισθητικά φάρμακα.

Τα σπουδαιότερα φάρμακα αυτής της κατηγορίας είναι τα βαρβιτουρικά τα οποία αποτελούν χρήσιμα και ασφαλή φάρμακα, αρκεί να χορηγούνται στην κατάλληλη δοσολογία.

Επειδή τα βαρβιτουρικά οδηγούν σε ψυχολογική και σωματική εξάρτηση, τα νεώτερα υπνωτικά διαφημίζονται συνήθως σαν ασφαλέστερα.

ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΥΠΝΩΤΙΚΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

Στην ομάδα των υπνωτικών φαρμάκων ανήκουν τα βαρβιτουρικά, οι πιπεριδινοδιόνες, διάφορα καρβαμιδικά και βρωμιούχα παράγωγα, διάφορες αλκοόλες, η ένυδρος χλωράλη και η παραλδεύδη. Επίσης μια νέα βενζοδιαζεπίνη, η φλουραζεπάμη, έχει εισαχθεί και χρησιμοποιείται σαν υπνωτικό φάρμακο.

Τα βαρβιτουρικά θεωρούνται ως αμιγή υπνωτικά, με την έννοια ότι η λήψη υπνωτικής δόσης θα προκαλέσει επαγωγή ύπνου, ανεξάρτητα από τη θέληση του ατόμου. Αντίθετα τα αγχολυτικά, είναι αποτελεσματικά στην αντιμετώπιση της αυπνίας που σχετίζεται με το άγχος. Αντιμετωπίζοντας το άγχος επέρχεται και ο ύπνος φυσιολογικά, υπό την έννοια αυτή θεωρούνται ως έμμεσα δρώντα υπνωτικά.

Σήμερα ως υπνωτικά φάρμακα χρησιμοποιούνται τα βαρβιτουρικά, η μεθακαλόνη και μια νέα βενζοδιαζεπίνη, η φλουραζεπάμη.

ΒΑΡΒΙΤΟΥΡΙΚΑ

Βαρβιτουρικά λέγονται τα παράγωγα του βαρβιτουρικού οξέος. Μέχρι σήμερα έχουν παρασκευασθεί πάνω από 2.500 παράγωγα του βαρβιτουρικού οξέος. Εμειναν όμως πολύ λίγα στην θεραπευτική χρήση.

Τα βαρβιτουρικά διακρίνονται με βάση τη διάρκεια δράσης τους σε πειραματόζωα σε υπερβραχεία, βραχεία, μέσης και μακράς ενέργειας.

Η κλινική πείρα όμως, υποστηρίζει την άποψη πως αυτή η ταξινομήση είναι μάλλον απατηλή, διότι έχει διαπιστωθεί ότι δεν υπάρχει διαφορά μεταξύ των μακράς και βραχείας διάρκειας δράσης των βαρβιτουρικών στην επαγωγή του ύπνου όταν χορηγούνται σε δόση 100 mg. Δίνεται δηλαδή μία αδικαιολόγητη έμφαση στη διάρκεια δράσης ενώ ουσιαστικά χρησιμοποιούνται για την επαγωγή του ύπνου.

Λογικότερο θα ήταν να διακρίνονται ανάλογα με την θεραπευτική τους χρήση, σε "κατασταλτικά - υπνωτικά" και σε "αναισθητικά". Στην ομάδα των βαρβιτουρικών που χρησιμοποιούνται ως "κατασταλτικά - υπνωτικά" ανήκουν : η σεκοβαρβιτάλη (Seconal), η παντοβαρβιτάλη (Nembutal), όπου είναι βραχείας δράσης υπνωτικά. Η βουταβαρβιτάλη (Butisol), η αμοβαρβιτάλη (Amytal) όπου είναι μέσης δράσης υπνωτικά και τέλος η φαινοβαρβιτάλη (Luminal), η μεφοβαρβιτάλη (Mebaral) και η βαρβιτάλη που είναι μακράς δράσης υπνωτικά.

Φαρμακοκινητική

Τα βαρβιτουρικά είναι ασθενή οξέα που διέρχονται τις βιολογικές μεμβράνες στην μη ιονισμένη μορφή, ανάλογα με τη λιποδιαλυτότητά τους. Η απορρόφηση, κατανομή, ταχύτητα μεταβολισμού και απέκκρισής τους εξαρτάται από τη λιποδιαλυτότητά τους, η οποία καθορίζει και τη διάρκεια δράσης π.χ. η φαινοβαρβιτάλη που έχει πολύ μικρή λιποδιαλυτότητα, απορροφάται και μεταβολίζεται με πολύ αργό ρυθμό, έχει μεγάλη διάρκεια δράσης και ταξινομείται ως μακράς ενέργειας υπνωτικό.

Η είσοδος των βαρβιτουρικών στο Κ.Ν.Σ. και επομένως η έναρξη δράσης, είναι ευθέως ανάλογη της λιποδιαλυτότητας. Συνεπώς IV χορήγηση θειοπεντάλης (υπερταχείας δράσης) προκαλεί άμεση αναισθησία (10 - 30 sec), ενώ IV χορήγηση φαινοβαρβιτάλης απαιτεί 12 min για να προκληθεί ύπνος.

ΦΑΡΜΑΚΟΛΟΓΙΚΕΣ ΔΡΑΣΕΙΣ

Η δράση των βαρβιτουρικών ασκείται κυρίως στο νευρικό ιστό. Σαν συνέπεια αυτής της δράσης εμφανίζονται διάφορες ενέργειες, όπως ύπνος και αναισθησία, αντισπασμωδική ενέργεια και διάφορες ενέργειες όπως αναλγησία, επίδραση στην αναπνοή, μεταβολές στο αυτόνομο νευρικό σύστημα κ.α.

Στη γενική αναισθησία χρησιμοποιούνται μόνο τα υπερβραχείας δράσης για την επαγωγή της αναισθησίας, η οποία διατηρείται κατόπιν με πτητικά αναισθητικά. Τα μέσης και μακράς διάρκειας βαρβιτουρικά χρησιμοποιούνται ως αμιγή υπνωτικά.

Τα βαρβιτουρικά προκαλούν επαγωγή του ύπνου επειδή σε υπνωτικές δόσεις προκαλούν εκλεκτική καταστολή στο δικτυωτό σχηματισμό ο οποίος κρατά τον οργανισμό σε εγρήγορση και καταστέλλουν την αγωγή ερεθισμάτων, ιδιαίτερα στο ανιόν σκέλος. Επίσης μειώνουν τη φάση REM του ύπνου και συνεπώς αποστρώννουν την ονειρική φάση, γεγονός που έχει δυσάρεστες συνέπειες σε φυσιολογικά άτομα.

Τα βαρβιτουρικά είναι ισχυρά αντίδοτα των φαρμάκων που προκαλούν σπασμούς και μπορούν να εξουδετερώσουν τους σπασμούς που οφείλονται σε νόσους όπως τέτανος ή εκλαμψία. Μερικά βαρβιτουρικά είναι επίσης χρήσιμα στην αντιμετώπιση της επιληψίας.

Τα βαρβιτουρικά στις υπνωτικές δόσεις δεν προκαλούν αναλγησία, αλλά έχουν την ικανότητα να τροποποιούν τον πόνο, προκαλώντας μερική ανακούφιση.

Οι συνηθισμένες υπνωτικές δόσεις δεν επιδρούν στο αυτόνομο νευρικό σύστημα. Αναισθητικές δόσεις όμως μπορούν να επηρεάσουν σημαντικά τις λειτουργίες του. Η επίδραση ασκείται στο επίπεδο του κεντρικού αυτόνομου νευρικού συστήματος.

Απλές υπνωτικές δόσεις προκαλούν μικρού βαθμού καταστολή της αναπνοής, ενώ σε μεγαλύτερες δόσεις προκαλούν σημαντική καταστολή και ελάττωση της ευαισθησίας του αναπνευστικού κέντρου στο διοξείδιο του άνθρακα. Σε δηλητηρίαση με βαρβιτουρικά η αιτία θανάτου είναι η καταστολή της αναπνοής.

Οι υπνωτικές δόσεις των βαρβιτουρικών δεν επηρεάζουν την καρδιακή λειτουργία.

Η πτώση της αρτηριακής πίεσης σε δηλητηρίαση με βαρβιτουρικά είναι πιθανώς συνέπεια αφ' ενός της διαταραγμένης ανταλλαγής αερίων εξ αιτίας της καταστολής της αναπνοής, αφ' ετέρου της δράσης στο κεντρικό και περιφερικό αυτόνομο νευρικό σύστημα.

ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΚΑΙ ΤΟΞΙΚΟΤΗΤΑ

Χωρίς καμμία αμφιβολία, τα βαρβιτουρικά προκαλούν σωματική και ψυχολογική εξάρτηση. Άτομα τα οποία συνηθίζουν να παίρνουν ένα από αυτά τα φάρμακα πριν κοιμηθούν θα συναντήσουν δυσκολία να διακόψουν αυτή τη συνήθεια. Για πολύ καιρό επικράτούσε η άποψη ότι η χρόνια λήψη βαρβιτουρικών είναι ασήμαντο πρόβλημα σε σύγκριση με τη χρόνια λήψη οπιούχων. Σήμερα όμως, είναι πλέον αποδεκτό πως η χρόνια χορήγηση μεγάλων δόσεων οδηγεί σε σοβαρή σωματική εξάρτηση. Η απότομη διακοπή προκαλεί συμπτώματα αποστέρησης, όπως άγχος, τρεμούλα, επιληπτοειδείς σπασμούς και ισχυρή ψυχολογική αναζήτηση του φαρμάκου. Η αντιμετώπιση της εξάρτησης θα πρέπει να γίνει με βαθμιαία ελάτωση των δόσεων.

Οι κανονικές δόσεις των βαρβιτουρικών είναι ακίνδυνες και αποτελεσματικές, για τα φυσιολογικά άτομα. Περιστασιακές ανεπιθύμητες ενέργειες προκύπτουν σαν αποτέλεσμα κάποιας ιδιοσυγκρασίας. Σε ηλικιωμένα άτομα, μπορεί να εμφανισθεί ιδιοσυγγρασιακή διέγερση αντί για καταστολή, δερματικές εκδηλώσεις, αόριστους πόνους και γαστρεντερικές διαταραχές.

ΚΑΤΑΣΤΑΛΤΙΚΑ - ΥΠΝΩΤΙΚΑ

Πολλά από τα "ελάσσονα ηρεμιστικά" και τα "αγχολυτικά" φάρμακα είναι δύσκολο να διακριθούν από τα κατασταλτικά - υπνωτικά από άποψη κλινικής χρήσης. Μόνο λεπτά πειράματα που γίνονται σε ζώα μπορούν να αποδείξουν την ύπαρξη μικρών διαφορών. Μερικά αντισταμινικά ασκούν σημαντική κατασταλτική ενέργεια και παίρνονται συχνά χωρίς συνταγή σαν υπνωτικά φάρμακα.

Η μεθακαλόνη, ένα σχετικά νέο υπνωτικό, παρουσιάζει παρόμοια ενέργεια με τα βαρβιτουρικά. Συνήθως δίνεται σε ασθενείς που παρουσιάζουν ιδιοσυγκρασιακές αντιδράσεις στα βαρβιτουρικά.

Η φλουραζεπάμη όπου ανήκει στις βενζοδιαζεπίνες εμφανίζει ορισμένα σαφή πλεονεκτήματα σαν υπνωτικό, σε βαθμό που πολλοί χαρακτηρίζουν τα βαρβιτουρικά σαν "απαρχαιωμένα υπνωτικά".

Αν και τέτοιοι χαρακτηρισμοί ίσως είναι πρόωροι, η φλουραζεπάμη παρουσιάζει ορισμένες εντυπωσιακές ιδιότητες και πλεονεκτήματα σε σύγκριση με τα βαρβιτουρικά:

- * Δεν επηρεάζει σχεδόν καθόλου τον ύπνο REM.
- * Δεν επάγει τα μικροσωματικά ένζυμα.
- * Δεν προκαλεί σημαντικού βαθμού εξάρτηση.
- * Έχει ευρύ θεραπευτικό δείκτη και συνεπώς είναι απίθανο να προκαλέσει δηλητηρίαση.

Γενικά θεωρείται αποτελεσματικό και ατοξικό φάρμακο, αν και προκαλεί μικρού βαθμού ψυχολογική και σωματική εξάρτηση.

28. ΠΟΡΕΙΑ ΚΑΙ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

ΤΟΞΙΚΩΣΗ ΑΠΟ ΚΑΤΑΠΡΑΥΝΤΙΚΑ, ΥΠΝΩΤΙΚΑ Ή ΑΓΧΟΛΥΤΙΚΑ

Η Τοξίκωση χαρακτηρίζεται από κατάργηση των αναστολών των σεξουαλικών και επιθετικών παρορμήσεων, αστάθεια της συναισθηματικής διάθεσης, έκπτωση της κριτικής ικανότητας, της κοινωνικής και επαγγελματικής δραστηριότητας και ακολουθείται από νευρολογικά σημεία όπως : αστάθεια βαδίσματος, δυσαρθρική ομιλία, διαταραχή στις συνδυασμένες κινήσεις και έκπτωση της προσοχής ή της μνήμης.

ΥΠΕΡΒΟΛΙΚΗ ΔΟΣΗ Ή ΔΗΛΗΤΗΡΙΑΣΗ ΑΠΟ ΚΑΤΑΠΡΑΥΝΤΙΚΑ, ΥΠΝΩΤΙΚΑ Ή ΑΓΧΟΛΥΤΙΚΑ.

Το ανώτατο όριο που μια δόση γίνεται θανατηφόρα δεν ξεπερνά συνήθως τα 3,5 - 4,0 gr. Γι' αυτό μια θανατηφόρα δόση μπορεί να παρθεί ακόμα και τυχαία (ιδιαίτερα επικίνδυνος είναι ο συνδυασμός τέτοιων ουσιών, π.χ. βενζοδιαζεπινών και αλκοόλ). Σημειώνουμε ότι σε αντίθεση με την Αλκοολική Τοξίκωση, ο θάνατος από καταπραυντικά, υπνωτικά ή αγχολυτικά είναι πιο συχνός ως επιπλοκή, γιατί το άτομο μπορεί να πάρει αρκετά μεγάλη δόση της ουσίας που να του προκαλέσει καταστολή της λειτουργίας του Κ.Ν.Σ. σε σύντομο χρονικό διάστημα.

Τα σημεία και συμπτώματα της υπερβολικής δόσης ή δηλητηρίασης είναι στην αρχή σαν της τοξίκωσης και μετά η σύγχυση, η ελάτωση του μυϊκού τόνου, παρανοικότητα ή απρόσφορο συναίσθημα, τρόμος, απώλεια του συντονισμού των κινήσεων/αταξία και κυρίως θόλωση της συνείδησης και κώμα. Η θεραπευτική παρέμβαση πρέπει να είναι άμεση και χρειάζεται φυσικά νοσηλεία και εντατική παρακολούθηση. Εάν ο ασθενής είναι σε εγρήγορση, προκαλούμε έμετο ή κάνουμε πλύση στομάχου για ν' απομακρύνουμε όση ουσία δεν απορροφήθηκε, στέλνουμε αίμα, ούρα και γαστρικό περιεχόμενο για τοξικολογική ανάλυση και παρακολουθούμε και υποστηρίζουμε την αναπνευστική και καρδιακή λειτουργία τουλάχιστον για 24h. Εάν ο ασθενής είναι κωματώδης ή ημικωματώδης, κάνουμε πλύση στομάχου, αν το φάρμακο πάρθηκε λιγότερο από 12 h πριν, αλκαλοποιούμε τα ούρα για ν' αυξήσουμε την απέκκριση και υποστηρίζουμε τις βασικές ζωτικές λειτουργίες με διασωλήνωση, χορήγηση οξυγόνου κ.λ.π.

ΜΗ ΕΠΙΠΕΠΛΕΓΜΕΝΗ Ή ΣΤΕΡΗΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΑΠΟ ΚΑΤΑΠΡΑΥΝΤΙΚΑ, ΥΠΝΩΤΙΚΑ Ή ΑΓΧΟΛΥΤΙΚΑ (ΣΤΕΡΗΤΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ).

Το στερητικό σύνδρομο μοιάζει με το αλκοολικό στερητικό σύνδρομο με τη διαφορά ότι ο αδρός τρόπος δεν είναι αναγκαστικά πάντοτε παρών. Το στερητικό σύνδρομο καταπραυντικών, υπνωτικών ή αγχολυτικών εμφανίζεται μέσα σε δύο ως τρεις μέρες (το πολύ μια βδομάδα) μετά την ελάτωση ή διακοπή της λήψης, είναι επικίνδυνη κατάσταση και μπορεί να οδηγήσει σε σπασμούς, παραλήρημα, καρδιαγγειακό collapse και θάνατο.

Γι' αυτό, σημασία έχει η αναγνώριση των πρώτων σημείων και συμπτωμάτων του που είναι :

- Ναυτία και έμετος
- Κακουχία αδυναμία
- Υπερδραστηριότητα του Α.Ν.Σ. π.χ. ταχυκαρδία, εφίδρωση.
- Άγχος, ευερεθιστότητα ή καταθληπτική διάθεση.
- Ορθοστατική υπόταση
- Αδρός τρόμος των χεριών, γλώσσας και βλεφάρων
- Εντονη αυπνία.

ΣΤΕΡΗΤΙΚΟ ΠΑΡΑΛΗΡΗΜΑ ΚΑΤΑΠΡΑΥΝΤΙΚΩΝ, ΥΠΝΩΤΙΚΩΝ Ή ΑΓΧΟΛΥΤΙΚΩΝ.

Μετά τη διακοπή των φαρμακευτικών ουσιών μπορεί να εκδηλωθεί και Στερητικό Παραλήρημα που χαρακτηρίζεται από συμπτώματα όπως:

- Μειωμένη ικανότητα συγκέντρωσης της προσοχής
- Αποδιοργάνωση στην σκέψη που εκδηλώνεται με φλύαρη, ασυνάρτητη ομιλία.
- Μείωση του επιπέδου συνειδήσεως.
- Αντιληπτικές διαταραχές όπως : παρερμηνείες, παραισθήσεις ή ψευδαισθήσεις.
- Διαταραχή του κύκλου ύπνου - εγρήγορης.
- Αυξημένη ή ελλειπτική ψυχοκινητική δραστηριότητα
- Διαταραχές προσανατολισμού σε τόπο, χρόνο ή στοιχεία ταυτότητας και διαταραχή της πρόσφατης μνήμης.

ΑΜΝΗΣΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ

Λιγότερο συχνό σύνδρομο μετά από μακρόχρονη χρήση των ουσιών είναι το Αμνησικό σύνδρομο που έχει καλή πρόγνωση και που μπορεί πλήρως να υποχωρήσει. Χαρακτηριστικά συμπτώματα αποτελούν κυρίως οι διαταραχές της πρόσφατης και απώτερης μνήμης χωρίς να υπάρχουν διαταραχές από την συνείδηση όπως στο παραλήρημα και στη τοξίκωση, ούτε απώλεια των ανωτέρω διανοητικών ικανοτήτων.

2ε. ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΧΡΗΣΤΗ ΑΓΧΟΛΥΤΙΚΩΝ ΥΠΝΩΤΙΚΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

Η θεραπεία του ατόμου που κάνει χρήση οπιοειδών, καταπραυντικών, υπνωτικών ή αγχολυτικών, αλκοόλ κ.λ.π., είναι μια διεργασία που θέλει και υπομονή και επιμονή. Γενικά η θεραπεία της εξάρτησης από ουσίες είναι δύσκολη. Ήδη αναφέρθηκε ότι η αποτοξίνωση ή η θεραπευτική αντιμετώπιση των σπείγουσων καταστάσεων από τοξίκωση, υπερβολική δόση ή στερητικό σύνδρομο διαφόρων ουσιών δεν είναι παρά η αρχή σε μια δύσκολη και επίπονη πορεία ανάνηψης του χρήστη. Δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι ο χρήστης με τη λήψη της ουσίας θεραπεύει φαρμακευτικά τα δυσάρεστα συναισθήματα του άγχους και της κατάθλιψης, που, όταν απομακρυνθεί η ουσία που παίρνει, είναι πιθανό να επιμένουν ή να χειροτερέψουν.

Βασική στη θεραπεία είναι η ανάγκη υποστήριξης του ατόμου που προσπαθεί να σταματήσει την κατάχρηση ή την εξάρτηση. Έτσι σε διάφορα κράτη έχουν δημιουργηθεί ομάδες αυτοβοήθειας όπως Ανώνυμος (Σύνδεσμος) Ναρκωμανών, ανάλογος προς τον Ανώνυμο (Σύνδεσμο) Αλκοολικών, προγράμματα επαγγελματικού προσανατολισμού και αποκατάστασης (για νόμιμη εργασία του πρώην χρήστη), κέντρα ημερήσιας φροντίδας και το πιο σημαντικό θεραπευτικές κοινότητες κοινωνικής και επαγγελματικής αποκατάστασης του χρήστη, με πολύμηνη διαμονή, αυστηρή δομή και προοδευτική κοινωνική και επαγγελματική επανένταξη.

Όσον αφορά την ψυχοθεραπεία, αυτή έρχεται να συμπληρώσει ουσιαστικά τα υποστηρικτικά μέσα που αναφέραμε παραπάνω. Έτσι, η ατομική ψυχοθεραπεία μπορεί να βοηθήσει ορισμένα άτομα να αντιμετωπίσουν καλύτερα τα προβλήματα και τις συγκρούσεις που μπορεί να προωθήσουν τη χρήση των ουσιών. Η οικογενειακή θεραπεία μπορεί να καταδείξει τα σχήματα συμπεριφοράς της οικογένειας που όντας δυσπροσαρμοστικά διευκολύνουν ή οδηγούν στη χρήση των ουσιών. Η ομαδική ψυχοθεραπεία μπορεί να είναι είτε υποστηρικτική είτε αποκαλυπτική είτε κυρίως άμεσα αντιπαραθετική των συνεπειών της αντικοινωνικής ή αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς, ιδιαίτερα σε ομοιογενείς ομάδες χρηστών.

Είναι φανερό από τα παραπάνω ότι η μακρόχρονη θεραπεία του χρήστη ουσιών είναι συνδυασμός θεραπευτικών παρεμβάσεων που παρέχουν κυρίως υποστήριξη, καθημερινή δομή και επαγγελματικές δεξιότητες που βοηθούν την αύξηση της αυτοεκτίμησης του ατόμου.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ

3. ΠΡΟΛΗΨΗ - ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

3α. ΠΡΟΛΗΨΗ

ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ - ΔΙΑΦΩΤΙΣΗ

Θα είναι λίγοι, ίσως, εκείνοι που θα διαφωνήσουν με την άποψη ότι η πρόληψη είναι καλύτερη από τη θεραπεία. Μεγάλη μερίδα του κόσμου δεν κατανοεί το περιεχόμενό της ενώ μια άλλη ομάδα, καταδικάζει την πρόληψη ως ουτοπική για να την απορρίψει ως ανέφικτη.

Στην Ελλάδα η πρόληψη και παροχή υπηρεσιών για τη θεραπεία του αλκοολισμού βρίσκεται σε τουλάχιστον εμβρυακό στάδιο. Το θέμα των "νόμιμων" ουσιών εξάρτησης, όπως το αλκοόλ και τα ηρεμιστικά, αντιμετωπίζονται με αδιαφορία.

Ο όρος "πρόληψη" θα πρέπει από εμάς να ξεκαθαριστεί για τον κόσμο που ευαισθητοποιημένος, θα χωνέψει ότι τα βήματα της πρόληψης, αγκαλιάζουν καθημερινές του δραστηριότητες, και σαν τέτοια, θα τα κάνει σημαία της κοινωνικής του δράσης.

Οι άμεσες ενέργειες που αφορούν στην πρόληψη μπορούν να συνοψιστούν ως εξής:

1. Η διεξαγωγή επιδημιολογικών ερευνών τόσο στην κοινότητα, όσο και στα πλαίσια του γενικού νοσοκομείου και ψυχιατρείου.

Επίσης η καταγραφή των παραπτώματων και εγκληματικών πράξεων που σχετίζονται με την κατανάλωση αλκοόλης και φαρμακευτικών ουσιών π.χ. παραβάσεων του ΚΟΚ και ατυχημάτων εξαιτίας της χρήσης ή κατάχρησης του αλκοόλ βοηθούν στη διαμόρφωση της εικόνας για το μέγεθος του προβλήματος στη χώρα.

2. Η δημιουργία και ανάπτυξη επιστημονικά αποδεκτών κριτηρίων για την έγκυρη και έγκαιρη αναγνώριση του προβληματικού πότη είναι θέμα υψίστης σημασίας.

3. 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 φαρμακευτικών ουσιών και 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. Δεύτερον, πρέπει να αντιμετωπίσουμε τις "αρνητικές" στάσεις και αντιλήψεις του κοινωνικού συνόλου απέναντι στα εξαρτημένα άτομα. Η κοινωνία είναι ιδιαίτερα "σκληρή" στα άτομα με "ιδιόμορφη συμπεριφορά", όπως οι αλκοολικοί, οι ψυχασθενείς κ.λ.π. Οι παραπάνω προσπάθειες μπορεί να υλοποιηθούν με ενημερωτικά φυλλάδια, διαλέξεις, ανοιχτές συζητήσεις και αξιοποίηση των Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης.

4. Εκπαιδευτικά προγράμματα με αποκλειστικό αντικείμενο τις ουσίες εξάρτησης θεωρούνται άκρως απαραίτητα σε προγράμματα σπουδών, όπως της ιατρικής, νοσηλευτικής, ψυχολογίας, κοινωνικής εργασίας, οικονομίας της υγείας, νομικής και πολλά άλλα.

5. Ιδιαίτερη έμφαση πρέπει να δοθεί στις αρνητικές στάσεις που διακρίνουν το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, απέναντι στα εξαρτημένα άτομα από αλκοόλ και άλλες φαρμακευτικές ουσίες. Το θέμα αυτό έχει ειδικό βάρος όσον αφορά στην πρόληψη και θεραπεία των εξαρτήσεων.

6. Πρέπει να αναθεωρηθεί 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 μέσο κοινωνικής και σεξουαλικής επιτυχίας. Ο προβληματικός πότης συνήθως θέλει ... αλλά συχνά δεν μπορεί.

7. Οι δικαστικές αρχές και η αστυνομία θα μπορούσαν να παίξουν θετικό ρόλο στην αναγνώριση και παραπομπή για θεραπεία του προβληματικού πότη. Ο αλκοολικός όπως και ο χρήστης άλλων ουσιών εξάρτησης χρειάζονται βοήθεια. Όχι Τιμωρία!!!

8. Ο ρόλος της οικογένειας είναι ίσως ο πλέον σημαντικός στην πρόληψη των εξαρτήσεων. Αξίζει να τονιστεί ότι δεν είναι σπάνιες οι περιπτώσεις που η δυναμική του οικογενειακού συστήματος, οδηγεί μέλη της οικογένειας στον αλκοολισμό και, γιατί όχι, στη σχιζοφρένεια.

9. Η ποτοαπαγόρευση και η υψηλή φορολογία στα αλκοολούχα ποτά ΔΕΝ αποτελούν παράγοντες πρόληψης.

10. Με ελάχιστες εξαιρέσεις, οι παραπάνω 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.

3β. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

" Ο νοσηλευτής μιλά και με τα λόγια του νοσηλεύει και θεραπεύει"
Αφροδίτη Χρ. Ραγιά

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ/ΤΡΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΞΩΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ (ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΟΣ ΣΤΑΘΜΟΣ)

Η πρώτη επαφή του εξαρτημένου ατόμου ή μέλους της οικογένειάς του σ' ένα Συμβουλευτικό Σταθμό, γίνεται συνήθως δια τηλεφώνου ή παρουσίας τους σ' αυτόν. Η συνάντηση αυτή θα καθορίσει πολλές φορές την έναρξη και συνέχιση ή μη της θεραπευτικής διαδικασίας.

Εδώ ακριβώς εντοπίζεται και ο ειδικός ρόλος του νοσηλευτή/τριας, διότι είναι το πρώτο άτομο που έρχεται σε επαφή με το χρήστη και την οικογένειά του. Η επιστημονική του κατάρτιση και η ανθρώπινη ευαισθησία του τον βοηθούν να ακούσει τον πάσχοντα και τους οικείους του, χωρίς να είναι απρόσιτος, έτσι ώστε να μπορέσουν να του εμπιστευθούν τους φόβους και τις ανησυχίες τους και να πάρουν απ' αυτόν στήριξη και υπεύθυνες απαντήσεις.

Βασικό μέλημα του νοσηλευτή/τριας, είναι η συλλογή στοιχείων για τη "φάση ζωής" που διέρχεται η οικογένεια, δηλ. αν υπάρχουν μικρά παιδιά που μπαίνουν στην εφηβεία, ή χαμός κάποιου αγαπημένου προσώπου κ.α., όπου η οικογένεια αναγκάζεται να μπει σε μια νέα κατάσταση ισορροπίας και ορισμένα μέλη να μην μπορούν να προσαρμοσθούν στα νέα δεδομένα και να καταφεύγουν σε δυσλειτουργικές λύσεις, όπως η εξάρτηση.

Ο νοσηλευτής/τρια κάνει σκέψεις και εκτιμά τί μπορεί να συνέβει όταν άρχισε το πρόβλημα και γιατί έρχεται τώρα για θεραπεία. Η εξαγωγή των συμπερασμάτων επιτυγχάνεται με την αναπαράσταση του γεννογράμματος της οικογένειας, όπου αποτελεί την γραφική απεικόνιση της οικογένειας του χρήστη αλλά και των οικογενειών από τις οποίες προήρθαν (πατρικές οικογένειες), καθώς και την τοποθέτηση των σημαντικών γεγονότων μέσα στο χρόνο κατά τη διάρκεια εξέλιξης της οικογένειας του εξαρτημένου, όπου ενδεχομένως τοποθετείται και η έναρξη της εξάρτησης.

Ο νοσηλευτής/τρια διαπιστώνει τα μηνύματα που δίνει η οικογένεια, τόσο σε λαϊκό όσο και σε εξωλακτικό επίπεδο. Παρατηρεί την επικοινωνία που υπάρχει και προσπαθεί να εντοπίσει τις διάφορες "συμμαχίες" και "υποομάδες" οι οποίες δημιουργούν προβλήματα στη θεραπεία.

Επίσης εντοπίζει νοσηλευτικά προβλήματα που ενδεχομένως αντιμετωπίζει ο εξαρτημένος ή μέλη της οικογένειας.

Γενικά ο ρόλος του νοσηλευτή/τριας σ' ένα Συμβουλευτικό Σταθμό, απαιτεί μεγάλη ευαισθησία, υπευθυνότητα και διάθεση για αυτοκριτική, διότι δεν είναι εύκολο να δείξει κανείς τη σύνδεση της εξάρτησης με την οικογένεια, χωρίς να προσβάλει, να πληγώσει και να δημιουργήσει ενοχές. Σημαντικό επίσης είναι να δημιουργήσει κλίμα υποστήριξης και προστασίας, που να επιτρέψει στην οικογένεια να δει ποιά πράγματα είναι δυσλειτουργικά και να αναζητήσει με πιο ανοιχτό μυαλό, νέους τρόπους επίλυσης στη θεραπεία την οποία θα ακολουθήσει.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΕΞΑΡΤΗΜΕΝΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΑΠΟ ΑΛΚΟΟΛ ή ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΕΣ ΟΥΣΙΕΣ

Η νοσηλευτική φροντίδα των εξαρτημένων ατόμων από αλκοόλ ή φαρμακευτικές ουσίες, προϋποθέτει από τους Νοσηλευτές υψηλή επαγγελματική κατάρτιση, ευαισθησία και υπευθυνότητα.

Το πρώτο στάδιο της θεραπείας επικεντρώνεται στην απομάκρυνση από το αλκοόλ ή τις φαρμακευτικές ουσίες. Βασικό μέλημα των Νοσηλευτών αποτελεί η χορήγηση της φαρμακευτικής αγωγής και το διαιτολόγιο του ασθενούς, επειδή πολλές φορές δεν δέχεται να πάρει τροφή ή υγρά και υπάρχει κίνδυνος αβιταμίνωσης που προέρχεται από την μακροχρόνια διαιτητική στέρηση του ασθενούς πριν την εισαγωγή του στο νοσοκομείο.

Η εντατική σωματική φροντίδα από το νοσηλευτικό προσωπικό διευκολύνει στη δημιουργία διαπροσωπικής σχέσης μεταξύ νοσηλευτού/τριας και αρρώστου. Οι ασθενείς αυτοί αισθάνονται συχνά ότι κανείς δεν τους εμπιστεύεται και ότι αυτοί οι ίδιοι δεν μπορούν να εμπιστευθούν κανένα. Βοηθάει πάρα πολύ όταν ο ασθενής βρει ένα νοσηλευτή/τρια, που στ' αλήθεια τον ακούει και είναι πρόθυμος να προσπαθήσει να καταλάβει στην ιστορία του από τη δική του σκοπιά.

Ο ασθενής μπορεί να βοηθηθεί όχι τόσο από τις απαντήσεις που θα δωθούν, όσο από την αντίδραση της συνεχιζόμενης αποδοχής που του δείχνει ακόμη και όταν μαθαίνει για την προτεραιότητα που είχε δώσει στο ποτό ή για το πόσο παραμέλησε την οικογένειά του.

Πολλοί ασθενείς νιώθουν έντονα μετανοημένοι και χρειάζονται την ευκαιρία να τακτοποιήσουν τα συναισθήματά τους μιλώντας γι' αυτά. Ο νοσηλευτής/τρια, που τον ακούει μπορεί να κάνει όλη αυτή τη διαδικασία για τον ασθενή πολύ πιο εύκολη.

Το πιο σημαντικό στοιχείο της θεραπείας, είναι η δημιουργία στο τμήμα καινούργιου περιβάλλοντος μέσα στο οποίο ο ασθενής μπορεί να δημιουργήσει φιλικές σχέσεις και να βρει άλλα ενδιαφέροντα. Η συμβολή του νοσηλευτή/τριας έγκειται στη βοήθεια να δημιουργηθεί μια κατάλληλη ατμόσφαιρα μέσα στο τμήμα, όπου ο ασθενής θα μπορεί να αισθανθεί ελεύθερος από την ένταση. Θα μπορούσαν να καλλιεργηθούν ενδιαφέροντα για εργασία και για διάφορα χόμπυ και να βρεθεί κάποιος σκοπός στη ζωή του αρρώστου. Οι συναντήσεις του τμήματος μπορούν να χρησιμοποιηθούν έτσι, ώστε ο ασθενής να ανακαλύψει τις καινούργιες κοινωνικές δεξιότητες.

Πολλοί ασθενείς που έχουν εξάρτηση από το αλκοόλ ή φαρμακευτικές ουσίες, δημιουργούν μια αμυντική στάση εναντίον "εκείνων", δηλ. όλων των ανθρώπων που είναι εναντίον τους και δεν τους καταλαβαίνουν. Μέσα σ' ένα κατάλληλο θεραπευτικό περιβάλλον αυτή η στάση μπορεί να αποφευχθεί ή να ξεπερασθεί.

Πολλές φορές είναι δύσκολο να φτάσει κανείς στα επίπεδα κατανόησης που ο ασθενής απαιτεί για να βρεί τον αυτοσεβασμό του. Συχνά, όταν αναφέρεται σε ανθρώπους που δεν τον αγαπάνε ή σε ανθρώπους που είναι εναντίον του, παρατηρούνται στοιχεία κάποιας αλήθειας.

Η έντονη επιθυμία για αλκοόλ ή φαρμακευτικές ουσίες κατά την παραμονή του στο νοσοκομείο, πιθανόν να τον οδηγήσει σε μια συμπεριφορά η οποία ερμηνεύεται από τους νοσηλευτές σαν αναξιόπιστη ή απατηλή. Είναι ένα από τα χαρακτηριστικά της διαταραχής η εμφάνιση αυτών των δυσκολιών και μέρος της θεραπείας είναι η ανάγκη να επιμένει κανείς στο θεραπευτικό πλάνο, άσχετα από μερικές αποτυχίες και απογοητεύσεις.

ΓΕΝΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΚΑΙ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ

Συνοψίζοντας τα παραπάνω μπορούμε να πούμε πως οι γενικές αρχές νοσηλευτικής φροντίδας και επικοινωνίας που πρέπει να διέπουν το/τη νοσηλευτή/τρια, κατά τη νοσηλεία ασθενούς με εξάρτηση από κάποια ψυχοδραστική ουσία πρέπει να είναι :

- Διατήρηση σωματικής υγείας, ασφάλειας, διατροφής και υγιεινής φροντίδας του αρρώστου σε κρίσιμη κατάσταση οφειλόμενη σε λήψη υπερβολικής δόσης ψυχοδραστικής ουσίας, τοξίκωση, στερητικό σύνδρομο και άλλες διαταραχές.
- Διάθεση χρόνου κοντά στον άρρωστο και δημιουργία θετικής επικοινωνίας μαζί του χωρίς πνεύμα κριτικής και καταδίκης.
- Εκτίμηση του επιπέδου λειτουργίας/δυσλειτουργίας του, καθώς και των αναγκών και προβλημάτων του.
- Επικέντρωση στις υγιείς δυνάμεις του που μπορούν να κινητοποιηθούν ώστε να τον βοηθήσουν να συμμορφωθεί με τη θεραπεία.

- Ενίσχυση της αυτοεκτίμησής του.
- Τήρηση θετικής, υποστηρικτικής στάσης και ετοιμότητα συνεργασίας για την ανάρρωσή του.
- Συζήτηση με τον άρρωστο αναφορικά με τα αποτελέσματα της κατάχρησης της ουσίας στον εαυτό του και στο περιβάλλον του.
- Απασχόληση του αρρώστου σε δραστηριότητες στο χώρο όπου μπορεί να επιτυγχάνει και σε θεραπευτικές ομάδες.
- Ενσωμάτωσή του και της οικογένειάς του σε οικογενειακή ψυχοθεραπεία και σε ομάδες αυτοβοήθειας και αλληλο-υποστήριξης.
- Βοήθεια να ξεπεράσει την άρνηση της αρρώστιας του χωρίς αύξηση αισθημάτων ενοχής και να αποφασίσει να ζήσει χωρίς τη χρήση της ουσίας.
- Επαινος του αρρώστου και της οικογένειας όταν αναγνωρίσουν το πρόβλημα της κατάχρησης ψυχοδραστικής ουσίας και αρχίζουν προσπάθειες για την αποτοξίνωση και ενστάλλαξη ελπίδας για την επιτυχία.
- Καθοδήγηση του αρρώστου πως να διαπιστώνει τους στρεσογόνους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες που τον σπρώχνουν στη χρήση της ουσίας και πως να αναγνωρίζει, αντιμετωπίζει ή προλαμβάνει συμπτώματα που σχετίζονται με ενδεχόμενη υποτροπή.
- Επισήμανση ειδικών κοινωνικών υπηρεσιών και προγραμμάτων υποστήριξης που υπάρχουν για τον άρρωστο και την οικογένειά του.

- Επίδειξη υπομονής στη βραδεία πρόοδο και τις τυχόν υποτροπές του αρρώστου.

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ/ΤΡΙΑΣ ΣΤΗΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΕΞΑΡΤΗΜΕΝΩΝ

Κατά τη μακροχρόνια λήψη μίας ουσίας μπορείνα εμφανισθούν πλήθος παθολογικών διαταραχών, όπου παράλληλα με την ψυχική απεξάρτηση, χρειάζεται και άμεση αντιμετώπιση αυτών των προβλημάτων.

Ο/Η νοσηλεύτής/τρια, διδάσκει στα άτομα αυτά την τακτική λήψη της φαρμακευτικής τους αγωγής. Επίσης διδάσκει τρόπους υγιεινής διατροφής για την πρόσληψη βιταμινών που τόσο έχουν ανάγκη, καθώς και τρόπους υγιεινής διαβίωσης.

Επίσης γίνονται προσπάθειες να συνεχίσει το άτομα να εργάζεται στη δουλειά του, την οποία έχει και αν δεν είναι δυνατόν αυτό, γίνονται προσπάθειες ανεύρεσης μιας καινούργιας δουλειάς.

Το συνεχές ενδιαφέρον και η υποστήριξη από τον/την νοσηλεύτή/τρια αλλά και από την υπόλοιπη θεραπευτική ομάδα είναι απαραίτητη για να συνεχίσει ο ασθενής τη ζωή του μακριά από το αλκοόλ ή τις φαρμακευτικές ουσίες.

Ο/Η νοσηλεύτής/τρια, που κέρδισε την εμπιστοσύνη του ασθενούς και των συγγενών του κατά τη διάρκεια της θεραπείας τους μπορεί να είναι το άτομο στο οποίο θα απευθυνθεί αργότερα ο ασθενής για υποστήριξη.

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ/ΤΡΙΑΣ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΩΝ ΕΞΑΡΤΗΣΕΩΝ

Ο ρόλος του νοσηλευτή/τριας στην πρόληψη των εξαρτήσεων, είναι εξίσου σημαντικός μ' αυτόν της θεραπείας και οι παρεμβάσεις του γίνονται έχοντας πάντα στο μυαλό μας τα στάδια της νοσηλευτικής διεργασίας (εκτίμηση - προγραμματισμός - εφαρμογή - αξιολόγηση).

Απαιτείται από τον νοσηλευτή/τρια να σχεδιάσει μια στρατηγική πρόληψης που να στοχεύει στη βοήθεια της Ελληνικής Οικογένειας να διατηρήσει την ψυχική της υγεία, προστατεύοντας τα μέλη της, από τους παράγοντες που ευνοούν την εξάρτηση.

Ο/Η νοσηλευτής/τρια για να περάσει τα μηνύματα για την πρόληψη και την αγωγή υγείας στα μέλη της κοινότητας, θα ήταν οπωσδήποτε δύσκολο να αποκτήσει επαφή με καθ' ένα άτομο ή οικογένεια ξεχωριστά, γι' αυτό απευθύνεται μέσω των οργανωμένων ομάδων που δρουν στην κοινότητα, καθώς κάθε άτομο συμμετέχει σε διάφορες ομάδες όπως:

- * Πολιτιστικοί και αθλητικοί σύλλογοι
- * Θρησκευτικές Ομάδες - Εκκλησία
- * Κέντρα Επιμόρφωσης, Κ.Α.Π.Η κ.τ.λ.
- * Σχολεία (σύλλογοι γονέων και καθηγητών)
- * Στρατός κ.α.

Σημαντικό μέρος της δουλειάς αποτελεί η πρόληψη διαμέσου των επαγγελματιών υγείας, οι οποίοι μπορούν να παίξουν σημαντικό ρόλο στα πλαίσια της δευτερογενούς πρόληψης, διότι, αυτοί έρχονται πρώτοι, συνήθως σ' επαφή με άτομα που αντιμετωπίζουν πρόβλημα με εξάρτηση είτε προσέρχονται οι τελευταίοι για κάποιες εξετάσεις ή εγχειρήσεις σε γενικά Νοσοκομεία ή ως απόρροια στερητικού συνδρόμου.

Εξ' άλλου είναι σημαντικό να έχει ενημερωθεί και να γνωρίζει ο νοσηλευτής, εάν ο ασθενής που έκανε κάποια εγχείρηση, υπάρχει πρόβλημα εξάρτησης, διότι η μετεγχειρητική κλινική συμπτωματολογία γίνεται περίπλοκη π.χ. ασθενής μετά από σοβαρή εγχείρηση εμφανίζει την επομένη πυρετό, σπασμούς, κώμα κ.τ.λ. και είναι συμπτωματολογία που μπορεί να οφείλεται σε στερητικό σύνδρομο από το αλκοόλ παρά στην εγχείρηση.

Η πρόληψη αποτελεί προνομιακό χώρο για τον νοσηλευτή/τρια, καθώς προέρχεται από ένα επιστημονικό κλάδο που δεν ασχολείται τόσο με την ταξινόμηση συμπτωμάτων, αλλά βλέπει τον άνθρωπο σαν μια ολότητα μέσα στην οικογενειακή και κοινωνική του συνάφεια.

Ο/Η Νοσηλευτής/τρια, ανοίγεται στην κοινωνία και τους θεσμούς της, διαρυσώντας πρώτα τις ιδέες και τις προκαταλήψεις που υπάρχουν γύρω από το θέμα των εξαρτήσεων και προσπαθεί να ευαισθητοποιήσει, να κινητοποιήσει και να μεταδώσει το μήνυμα της ΖΩΗΣ, της ΑΠΟΛΑΥΣΗΣ και της ΥΓΕΙΑΣ.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε από τον Νοέμβριο του 1993 έως τον Ιούλιο του 1994 στην Πάτρα από 2 σπουδάστριες του τμήματος Νοσηλευτικής του Τ.Ε.Ι. Πάτρας.

Το δείγμα της έρευνας αποτελείται από 526 άτομα, 107 νοσηλευτές τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, 75 Νοσοκόμοι δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης των νοσοκομείων Π.Π.Γ.Ν. Πατρών και Γ.Ν. "Άγιος Ανδρέας", 171 σπουδαστές Νοσηλευτικής και 173 σπουδαστές Κοινωνικής Εργασίας του Τ.Ε.Ι. Πάτρας.

Η συλλογή των στοιχείων έγινε με τη βοήθεια ανώνυμου ερωτηματολογίου, κλειστού τύπου και πολλαπλής επιλογής. Το ερωτηματολόγιο εδόθει από τον Ψυχοκοινωνικό, Συμβουλευτικό και Θεραπευτικό Σταθμό του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης κατόπιν αδειάς τους. Μοιράστηκαν από τις 2 σπουδάστριες και συμπληρώθηκαν από τα ερωτώμενα άτομα κατά τη διάρκεια της εβδομάδος.

Το ερωτηματολόγιο περιέχει γενικές ερωτήσεις ατομικών χαρακτηριστικών (φύλο, ηλικία, τόπο διαμονής, επάγγελμα) καθώς και ειδικές ερωτήσεις που επικεντρώνονται σε 2 κύρια πεδία.

- α) σε γενικές έννοιες κατάχρησης από αλκοόλ/φάρμακα και
- β) στην αντιμετώπιση των εξαρτήσεων.

Στο νοσηλευτικό προσωπικό των νοσοκομείων παρατηρήθηκε σε ποσοστό 5% αδιαφορία και πολλές φορές άρνηση και καχυποψία για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου. Το φαινόμενο αυτό δεν παρατηρήθηκε από τους σπουδαστές Νοσηλευτικής και Κοινωνικής Εργασίας.

Τα στοιχεία επεξεργασθηκαν με ηλεκτρονικό υπολογιστή και η ανάλυση των δεδομένων έγινε με το επιμορικό πακέτο Statgraphics.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

ΠΙΝΑΚΑΣ 1

Κατανομή 526 ερωτηθέντων ατόμων ανάλογα με την εργασία σχετικά με το τί ορίζουν ως εξάρτηση.

	νοσ/της *	νοσ/μος **	σπ.νοσ/κης	σπ. κοιν. σρ.
παθολογική συμπεριφορά	6 (1.1%)	6 (1.1%)	10 (1.9%)	21 (4%)
στερητικά φαινόμενα	24 (4.6%)	24 (4.6%)	39 (7.4%)	37 (7.0%)
ακατανίκητη επιθυμία	77 (15%)	43 (8.2%)	122 (23.2%)	114 (21.7%)
δεν απάντησαν	0	2 (0.4%)	0	1 (0.2%)

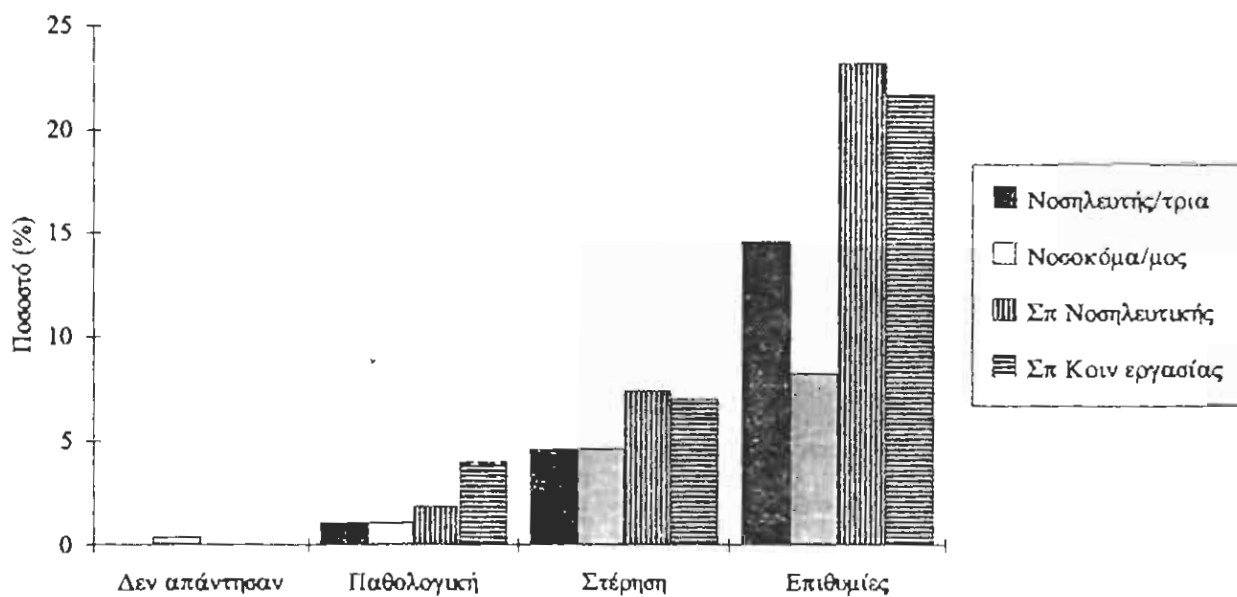
Στον πίνακα 1 παρατηρούμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό από 8.2% - 23.2% του δείγματος απαντά σχετικά με το τί ορίζουν ως εξάρτηση την "ακατανίκητη επιθυμία".

Ακολουθούν με φθίνουσα σειρά τα "στερητικά φαινόμενα" και η "παθολογική συμπεριφορά".

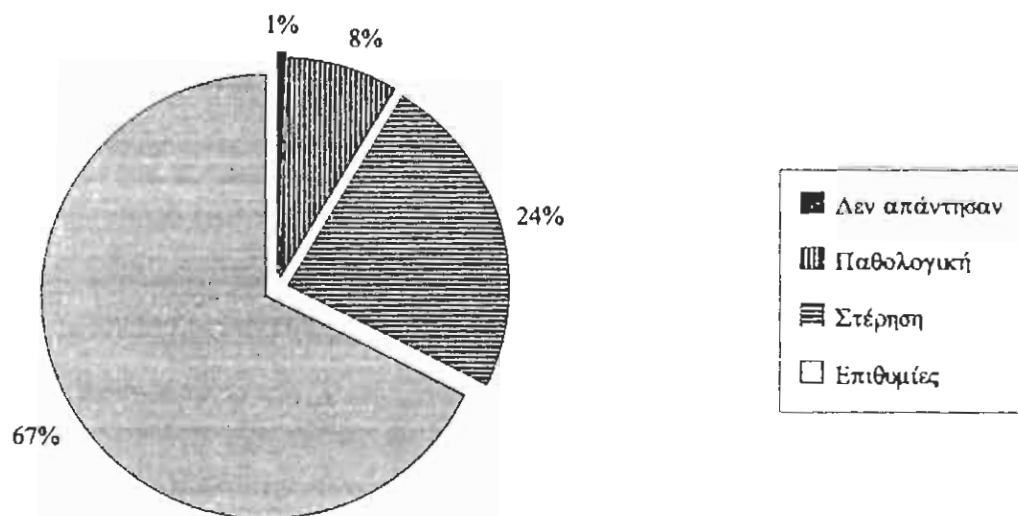
* τριτοβάθμιας εκπαίδευσης

** δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης.

Σχήμα 1 :Απαντήσεις κατα επάγγελμα σχετικά με την αποχή τους για την εξάρτηση



Σχήμα 1α Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τις απόψεις τους για την εξάρτηση.



ΠΙΝΑΚΑΣ 2

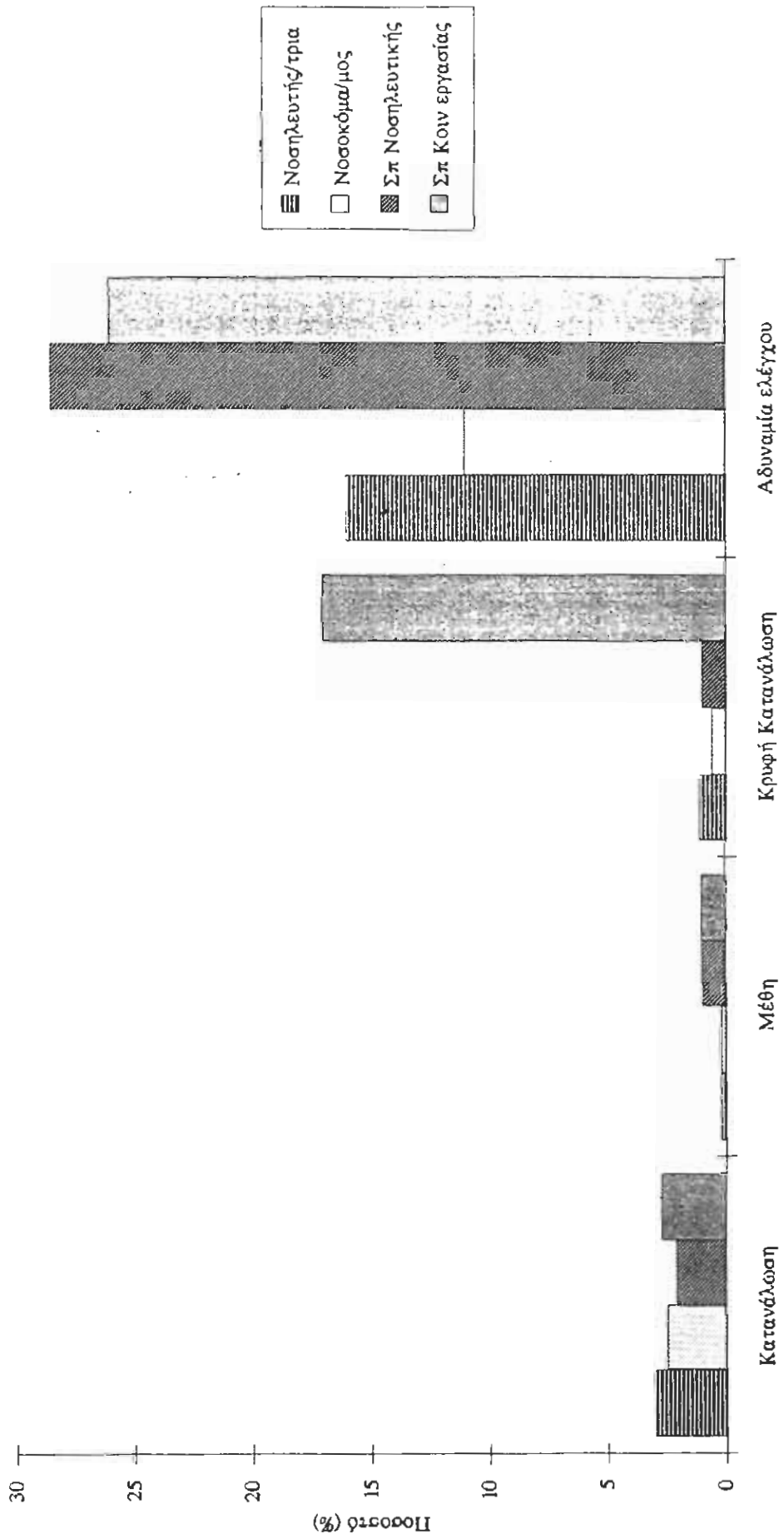
Κατανομή 526 ερωτηθέντων ατόμων ανάλογα με την εργασία, σχετικά με το πότε πιστεύουν ότι υπάρχει σοβαρό πρόβλημα με το αλκοόλ.

	νοσ/τής	νοσ/μος	σπ.νοσ/κης	σπ. κοιν. ερ
κατανάλωση ποτών	16 (3%)	13 (2.5%)	11 (2.1%)	14 (2.7%)
συχνή μέθη	1 (0.2%)	1 (0.2%)	5 (1%)	5 (1%)
κρυφή κατανάλωση	6 (1.1%)	3 (0.6%)	5 (1%)	17 (3.2%)
αδυναμία ελέγχου κατανάλωσης	84 (16%)	58 (11%)	150 (28.5%)	136 (26%)

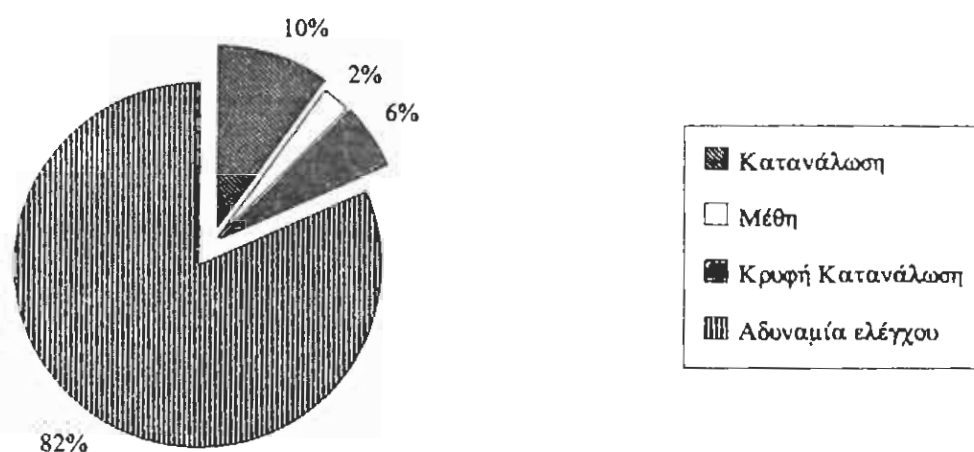
Στον πίνακα 2 παρατηρούμε ότι το σύνολο του δείγματος σε ποσοστό από 11% - 28.5% απαντά η " αδυναμία ελέγχου κατανάλωσης".

Ακολουθούν με φθίνουσα σειρά "η κρυφή κατανάλωση", η " κατανάλωση ποτών" και η "συχνή μέθη".

Σχήμα 2 : Απαντήσεις κατά επάγγελμα σχετικά με το πότε πιστεύουν ότι υπάρχει πρόβλημα αλκοόλ.



Σχήμα 2: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το πότε πιστεύουν ότι υπάρχει πρόβλημα με το αλκοόλ.



ΠΙΝΑΚΑΣ 3

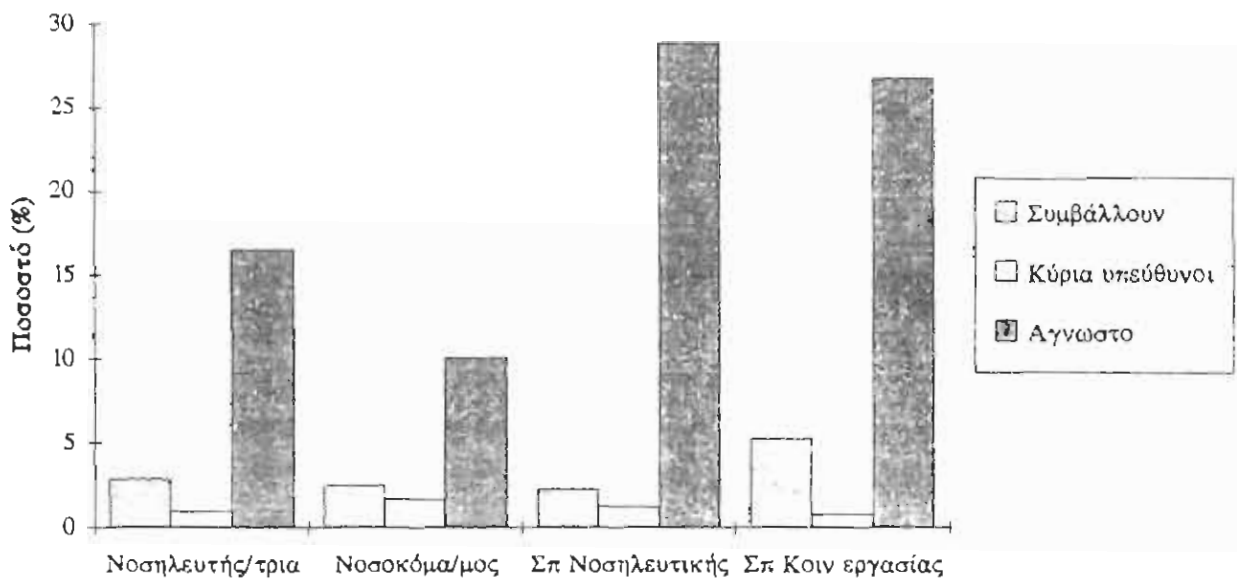
Κατανομή 526 ερωτηθέντων ατόμων ανάλογα με την εργασία, σχετικά με το αν πιστεύουν ότι η κληρονομικότητα συμβάλλει στην δημιουργία εξάρτησης.

	νοσ/τής	νοσ/μος	σπ.νοσ/κής	σπ.κοιν.εργ.
συμβάλλει	15 (2.9%)	13 (2.5%)	12 (2.3%)	28 (5.3%)
είναι κυρίως υπεύθυνη	5 (1%)	9 (1.7%)	7 (1.3%)	4 (0.8%)
δεν είναι εξακριβωμένο	87 (16%)	53 (10.1%)	152 (30%)	141 (26.8%)

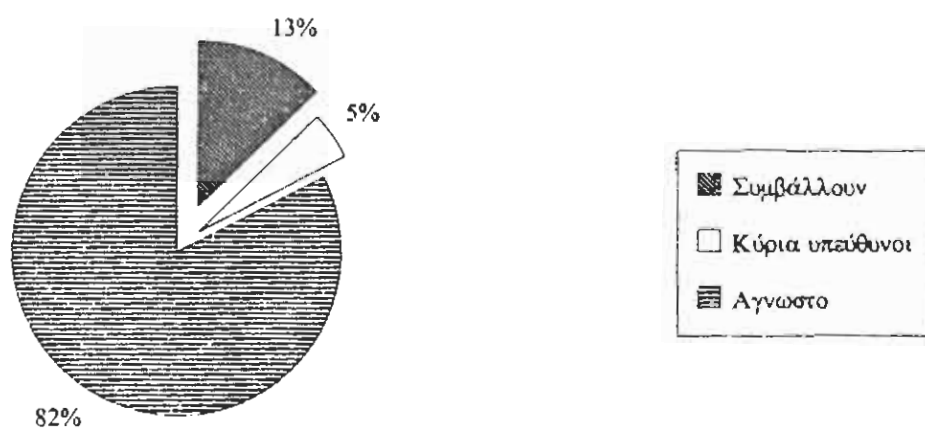
Στον πίνακα 3 παρατηρούμε ότι το 30% των σπουδαστών νοσηλευτικής, το 26.8% των σπουδαστών κοινωνικής εργασίας, το 16% των νοσ/τών και το 10.1% των νοσ/μών απαντά "δεν είναι εξακριβωμένο".

Ακολουθούν με φθίνουσα σειρά ότι "συμβάλλει" και "είναι οι κυρίως υπεύθυνοι".

Σχήμα 3 : Απαντήσεις κατά επάγγελμα σχετικά με την αποψη τους για την κληρονομικότητα.



Σχήμα 3α: Κατανομή του δείγματος με βάση την αποψη τους για την κληρονομικότητα στην εξάρτηση.



ΠΙΝΑΚΑΣ 4

Κατανομή 526 ερωτηθέντων ατόμων κατά επάγγελμα σχετικά με την προτεραιότητα στους ψυχολογικούς παράγοντες που επηρεάζουν την εξάρτηση.

	Κατάθλιψη	Κατωτερ/τα	Αναστολές	Ανασφάλεια
Νοσ/τής/τρια	20.8	8.6	19.7	26.8
Νοσ/μα/μος	8.3	18.6	18.2	9.7
Σπ.Νοσηλ.	30	35.6	28.8	40.3
Σπ.Κοιν.Εργ	40.8	37.3	33.3	24.2

	Άγχος	Φοβος	Μοναξιά	Αυπνία	Ματαίωση
Νοσ/τής/α	19.4	30.8	20.7	39.1	21.7
Νοσ/α/ος	23.9	7.7	8	21.7	17.4
Σπ.Νοσηλ.	31.3	46.2	40.2	21.7	21.7
Σπ.Κοιν.Ε	25.4	15.4	31	17.4	39.1
ρ					

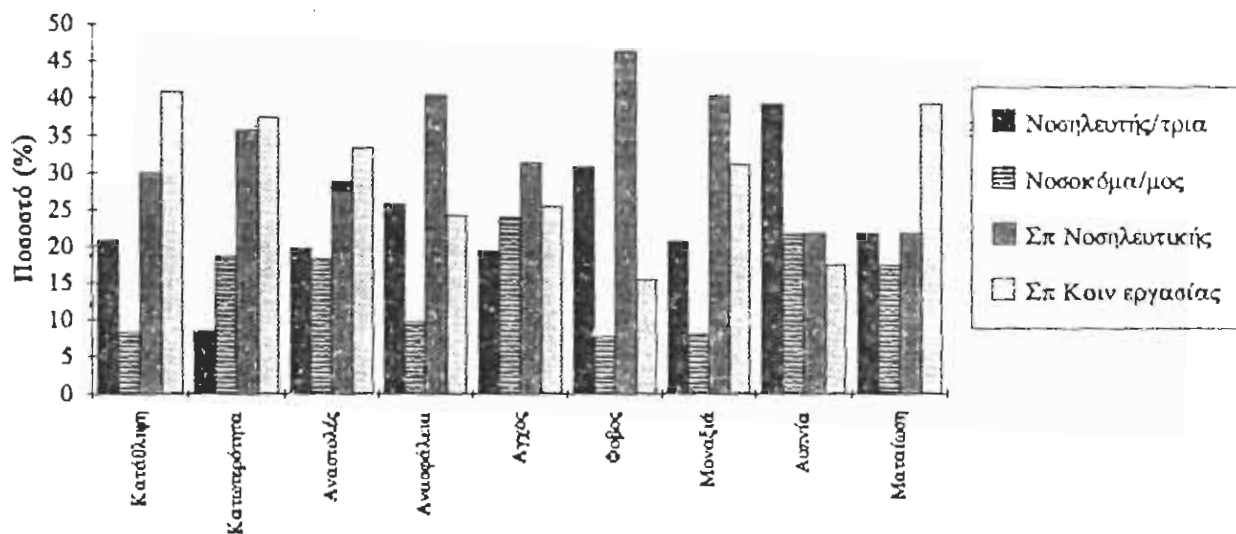
Στον πίνακα 4 παρατηρούμε ότι οι νοσηλευτές θεωρούν ως κύριους ψυχολογικούς παράγοντες που επηρεάζουν την δημιουργία εξάρτησης την αυπνία (39.1%), τον φόβο (30.8%), την ανασφάλεια (25.8%).

Οι νοσ/μοι θεωρούν το άγχος (23.9%), την αυπνία (21.7%), την κατωτερότητα (18.6%).

Οι σπουδαστές νοσ/κής θεωρούν το φόβο (46.2%), την ανασφάλεια (40.3%), την μοναξιά (40.2%) και οι σπουδαστές κοινωνικής εργασίας θεωρούν την κατάθλιψη (40.8%), την ματαίωση (39.1%), την κατωτερότητα (37.3%).

Ακολουθούν οι υπόλοιποι παράγοντες με μικρότερα ποσοστά προτίμησης.

Σχήμα 4 : Προτεραιότητα στους ψυχολογικούς παράγοντες που παίζουν σημαντικό ρόλο στην δημιουργία εξάρτησης κατά επάγγελμα.



ΠΙΝΑΚΑΣ 5

Κατανομή 526 ερωτηθέντων ατόμων ανάλογα με την εργασία, σχετικά με την προτεραιότητα που δίνουν στα κοινωνικά σύνολα που επηρεάζουν την εξάρτηση.

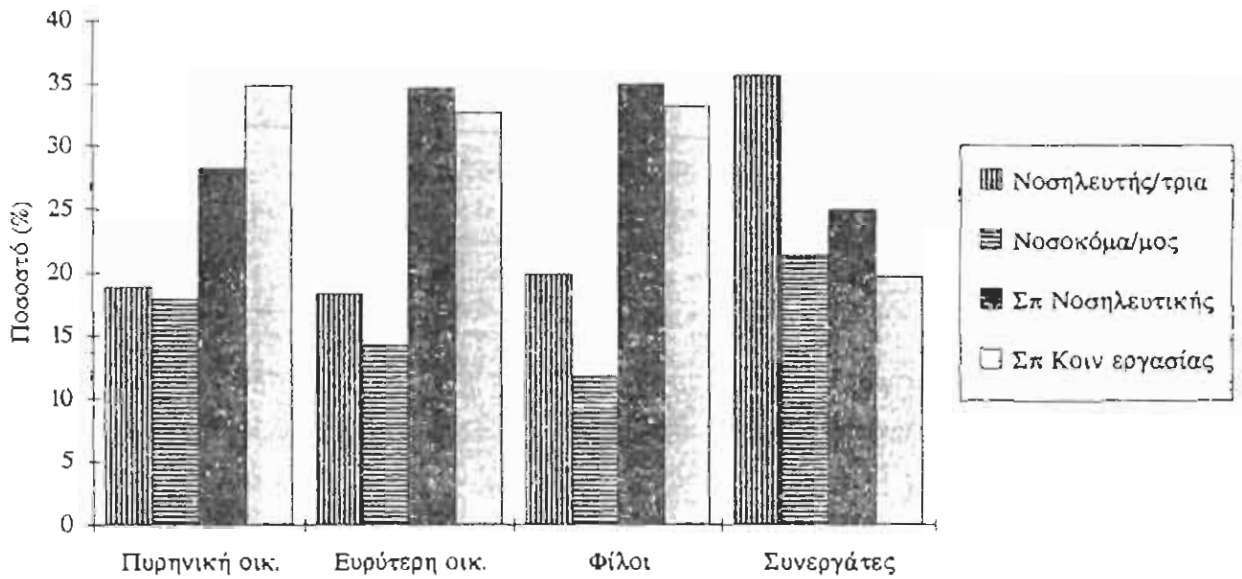
	Πυρην. Οικ.	Ευρύτερ. Οικ.	Φίλοι	Συνεργάτες
Νοσηλεύτης/τρια	18.9	18.4	19.9	35.7
Νοσοκόμα/μος	17.9	14.3	11.8	21.4
Σπ. Νοσηλευτικής	28.3	34.7	35	25
Σπ. Κοιν. Εργασίας	34.9	32.7	33.2	19.7

Στον πίνακα 5 οι νοσ/τές με 35.7% και οι νοσ/μοι με 21.4% θεωρούν ως κύριους υπεύθυνους τους συνεργάτες.

Οι σπουδαστές νοσ/κής θεωρούν τους φίλους με 35% και την ευρύτερη οικογένεια με 34.7%

Οι σπουδαστές κοινωνικής εργασίας θεωρούν υπεύθυνους την πυρηνική οικογένεια με 34.9% και τους φίλους με 33.2%.

Σχήμα 5 : Απάντηση κατα επάγγελμα ανάλογα με την προτεραιότητα που δίνουν στα κοινωνικά σύνολα που επηρεάζουν την εξάρτηση.



ΠΙΝΑΚΑΣ 6

Κατανομή 526 ερωτηθέντων ατόμων ανάλογα με την προτεραιότητα που δίνουν στους ευρύτερους κοινωνικούς παράγοντες που επηρεάζουν την εξάρτηση.

	Θρησκεία	Διαφήμιση	Παραγωγή	Τιμή	Ανεύρεση	Ήθη/Έθιμα	Κλίμα
Νοσηλευτής/τρια	37.1	19.8	24.6	15.2	20.2	17.4	28.6
Νοσοκόμα/μος	25.7	9.3	23	18.2	15.6	10.9	48
Σπ. Νοσηλευτ.	25.7	30.7	34.4	27.3	38.7	37	42.9
Σπ. Κοιν.Εργ.	11.4	40.4	18	39.4	27.5	34.8	23.8

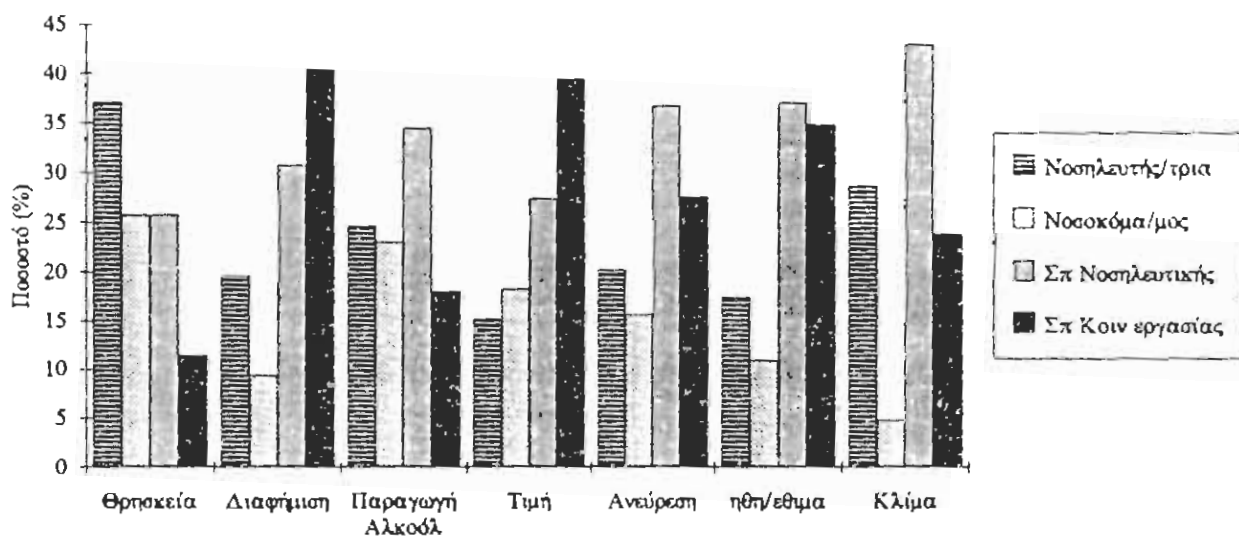
Στον πίνακα 6 παρατηρούμε ότι οι νοσ/τές σαν κύριους κοινωνικούς παράγοντες θεωρούν τη θρησκεία (37.1%), το κλίμα (28.6%) και την παραγωγή (24.6%).

Οι νοσ/μοι θεωρούν τη θρησκεία (25.7%), την παραγωγή (23%) και την τιμή (18.2%).

Οι σπουδαστές νοσ/κής θεωρούν το κλίμα (42.9%), τα ήθη και έθιμα (37%) και την εύκολη ανεύρεση (36.7%).

Και οι σπουδαστές κοινωνικής εργασίας θεωρούν τη διαφήμιση (40.4%), την τιμή (39.4%) και τα ήθη και έθιμα (34.8%).

Σχήμα 6 : Απάντηση κατά επάγγελμα ανάλογα με την προτεραιότητα που δίνουν στους ευρύτερους κοινωνικά παράγοντες σχετικά με την εξάρτηση.



ΠΙΝΑΚΑΣ 7

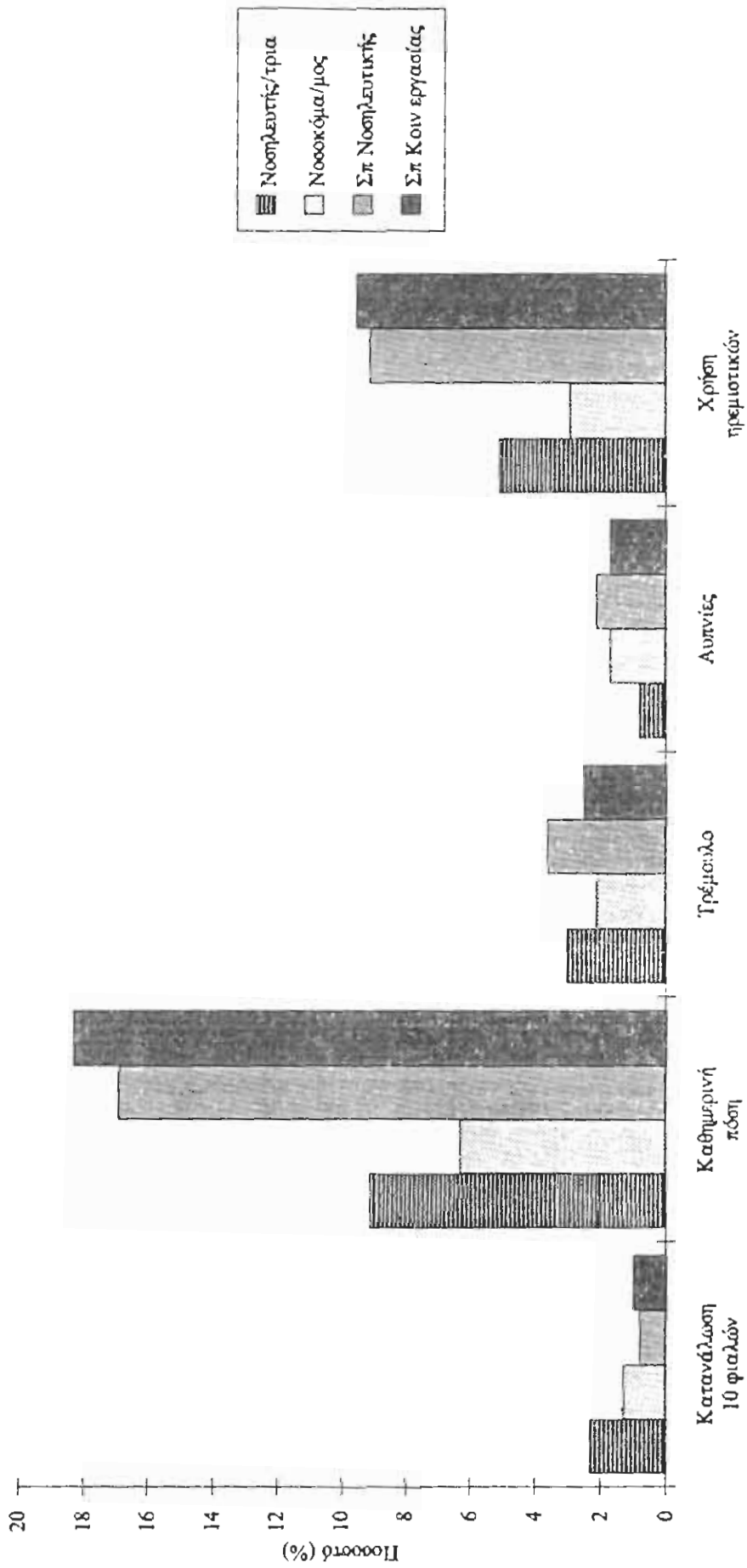
Κατανομή 526 ερωτηθέντων ατόμων ανάλογα με την εργασία, σχετικά με την εικόνα που έχουν για τα εξαρτημένα άτομα.

	νοσ/τής	νοσ/μος	σπ. νοσ/κής	σπ.κοιν.ερ.
άτομο που καταναλώνει πολύ αλκοόλ	12 (2.3%)	7 (1.3%)	4 (0.8%)	5 (1%)
άτομο που καταναλώνει συχνά αλκοόλ	48 (9.1%)	33 (6.3%)	89 (16.9%)	96 (18.3%)
πρωινό τρέμουλο	16 (3%)	11 (2.1%)	19 (3.6%)	13 (2.5%)
εξάρτηση από ηρεμιστικά για ύπνο	4 (0.8%)	9 (1.7%)	11 (2.1%)	9 (1.7%)
εξάρτηση από ηρεμιστικά ή αλκοόλ για καλή απόδοση στην εργασία.	27 (5.1%)	15 (2.9%)	48 (9.1%)	50 (9.5%)

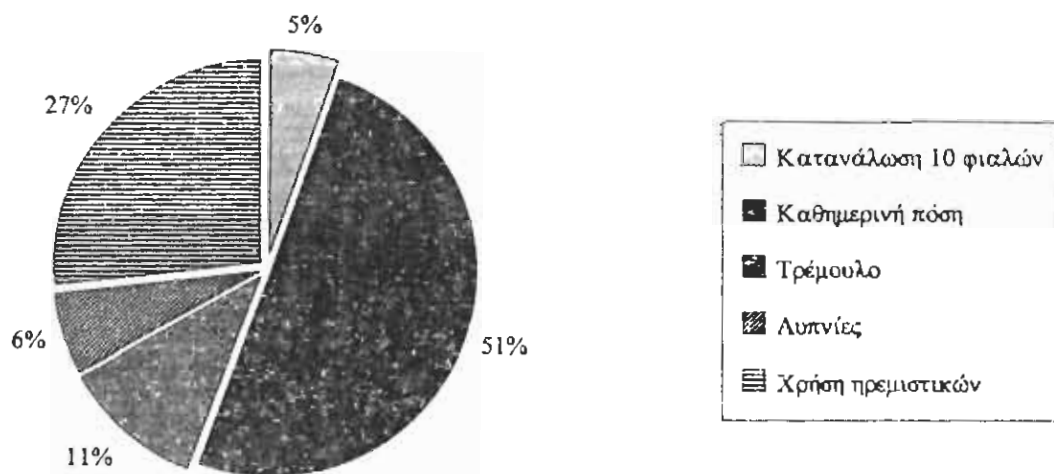
Στον πίνακα 7 παρατηρούμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος από 6.3% - 18.3% απάντησε "το άτομο που καταναλώνει συχνά αλκοόλ".

Στις υπόλοιπες απαντήσεις δεν υπάρχουν στατιστικώς σημαντικές διαφορές, ακολουθούν η "εξάρτηση από ηρεμιστικά ή αλκοόλ για καλή απόδοση στην εργασία", το "πρωινό τρέμουλο" κ.λ.π.

Σχήμα 4 :Απάντηση κατα επάγγελμα σχετικά με το πώς φαντάζονται έναν εξαρτημένο.



Σχήμα 4α: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το πώς φαντάζονται έναν εξαρτημένο.



ΠΙΝΑΚΑΣ 8

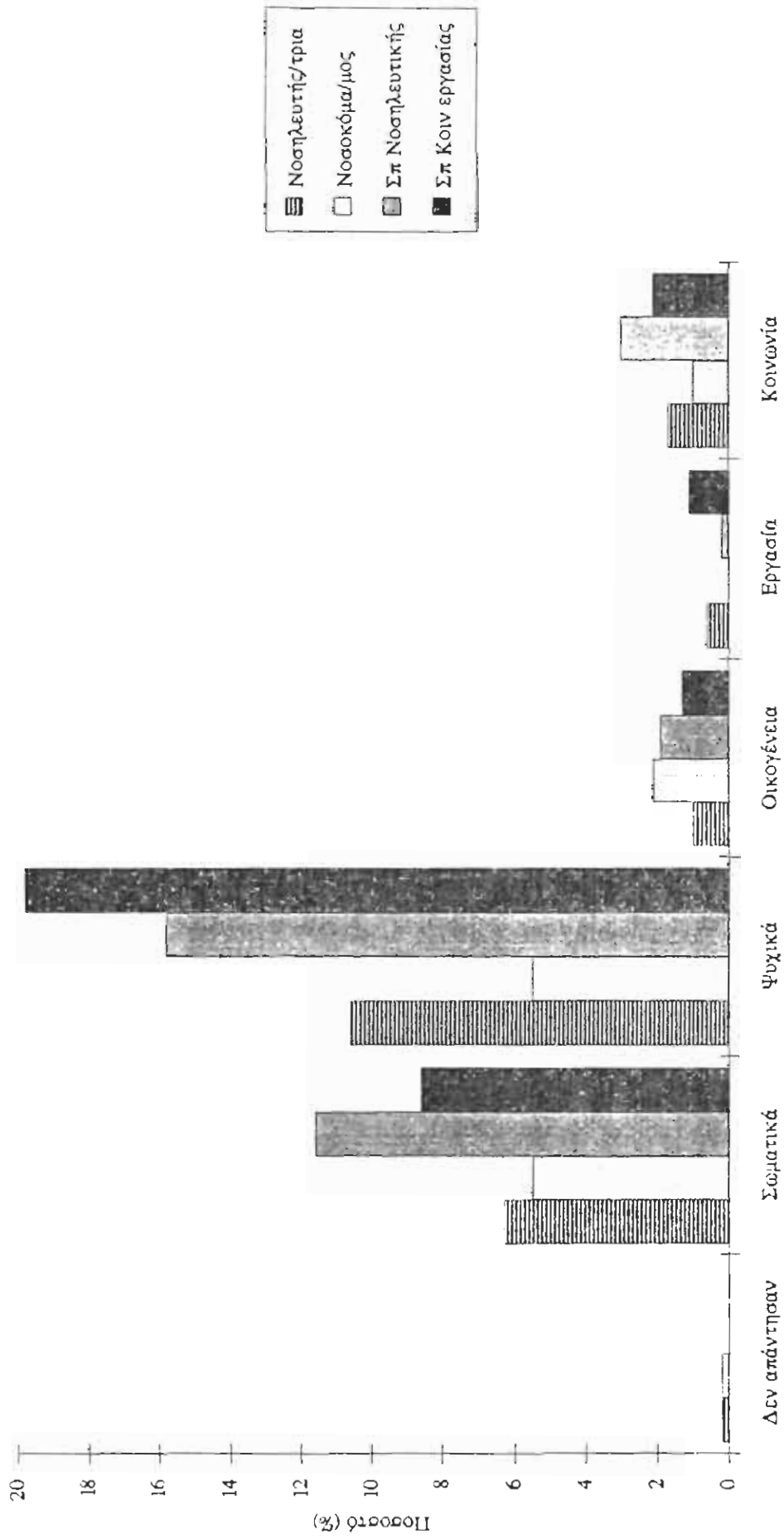
Κατανομή 526 ερωτηθέντων ατόμων ανάλογα με την εργασία σχετικά με το που νομίζουν ότι βλάπτει η εξάρτηση από αλκοόλ ή φάρμακα.

	νοσ/τής	νοσ/μος	σπ. νοσ/κής	σπ. κοιν. εργ
σωματική υγεία	33 (8.3%)	29 (5.5%)	81 (11.6%)	45 (8.6%)
ψυχική υγεία	56 (10.6%)	29 (5.5%)	83 (15.8%)	104 (19.8%)
οικογένεια	5 (1%)	11 (2.1%)	10 (1.9%)	7 (1.3%)
εργασία	3 (0.6%)	0	1 (0.2%)	6 (1.1%)
κοινωνία	9 (1.7%)	5 (1%)	16 (3%)	11 (2.1%)
δεν απάντησαν	1 (0.2%)	1 (0.2%)	0	0

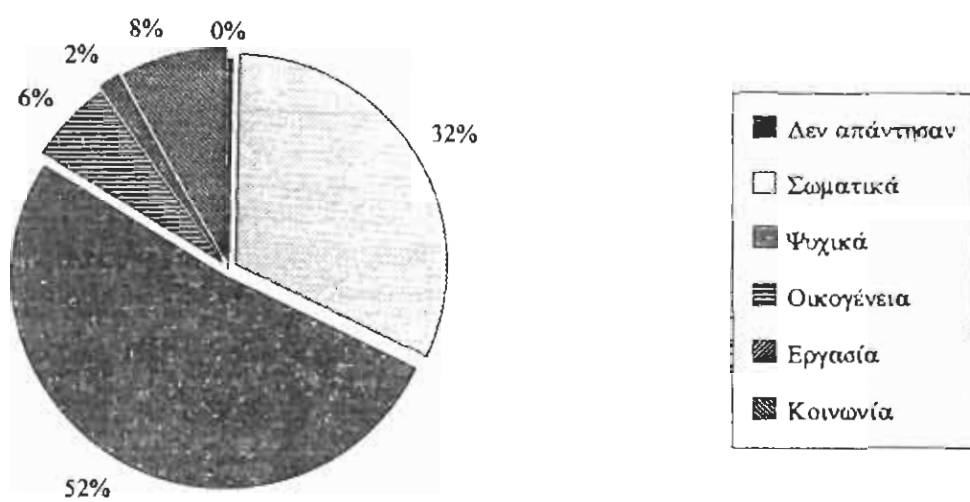
Από τον πίνακα 8 προκύπτει ότι το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος, το 19.8% των σπουδαστών κοινωνικής εργασίας, το 15.8% των σπουδαστών νοσ/κής, το 10.6% των νοσ/τών και το 5.5% των νοσ/μων απαντούν σχετικά με το που νομίζουν ότι βλάπτει η εξάρτηση την "ψυχική υγεία", ενώ ένα ίσο ποσοστό 5.5% των νοσ/μών θεωρούν και την σωματική υγεία.

Ακολουθεί με σημαντικό ποσοστό η "σωματική υγεία" και τα υπόλοιπα με φθίνουσα σειρά η "κοινωνία", η "οικογένεια" και η "εργασία".

Σχήμα 8 : Απάντηση κατα επάγγελμα σχετικά με την αποψή τους για το που βλάπτει περισσότερο η εξάρτηση.



Σχήμα 8α: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την αποψη του για το που βλάπτει περισσότερο η εξάρτηση.



ΠΙΝΑΚΑΣ 9

Κατανομή 526 ερωτηθέντων ατόμων ανάλογα με το επάγγελμα, σχετικά με τί πιστεύουν ότι βλάπτει τον οργανισμό στην κατάχρηση του αλκοόλ.

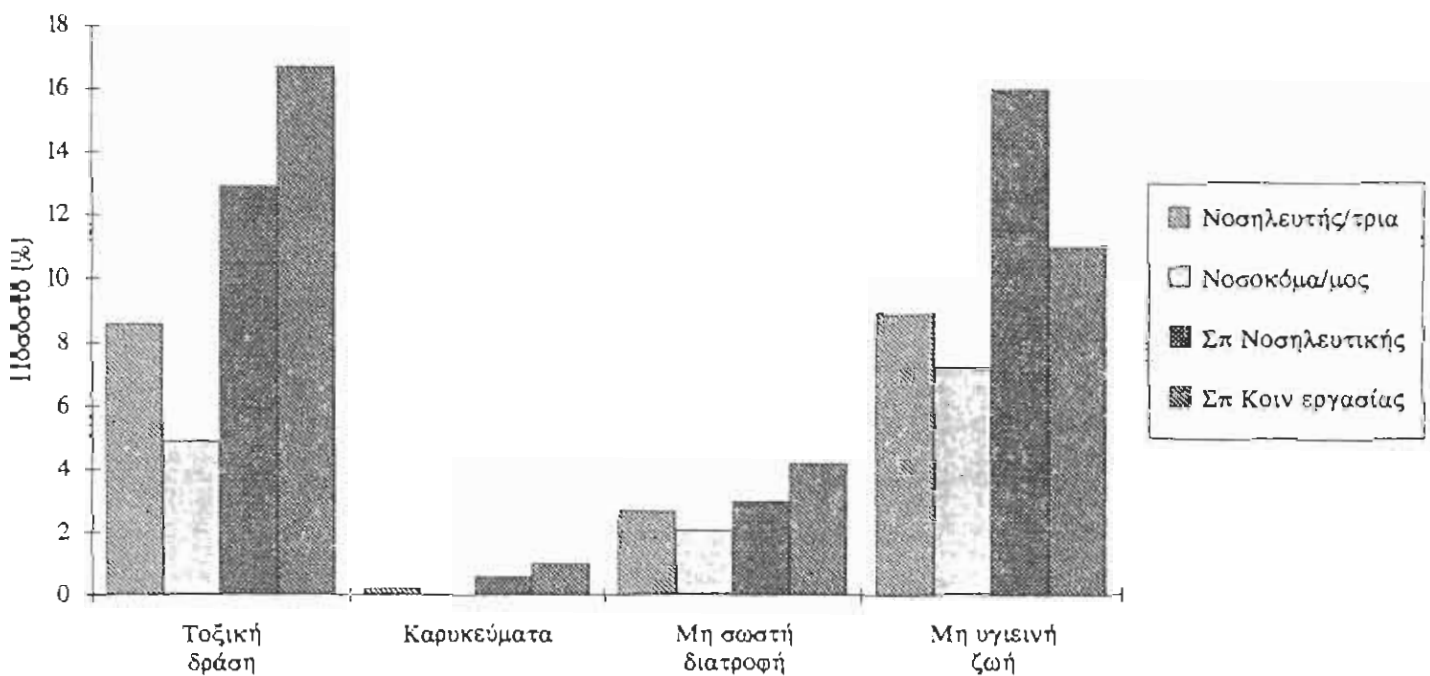
	νοσ/τής	νοσ/μος	σπ. νοσ/τής	σπ. κοιν. εργ
αιθυλική αλκοόλη	46 (8.6%)	28 (4.9%)	88 (13%)	88 (16.7%)
καρυκεύματα	1 (0.2%)	0	3 (0.6%)	5 (1%)
μη σωστή διατροφή εξαρτημένου	14 (2.7%)	11 (2.1%)	16 (3%)	22 (4.2%)
ανθυγιεινός τρόπος ζωής	47 (8.9%)	38 (7.2%)	84 (16%)	58 (11%)

Από τον πίνακα 9 προκύπτει ότι το 16.7% των σπουδαστών κοινωνικής εργασίας, θεωρούν την "αιθυλική αλκοόλη", το 16% των σπουδαστών νοσηλευτικής θεωρούν τον "ανθυγιεινό τρόπο ζωής" και το 7.2% των νοσ/μων θεωρούν επίσης τον "ανθυγιεινό τρόπο ζωής".

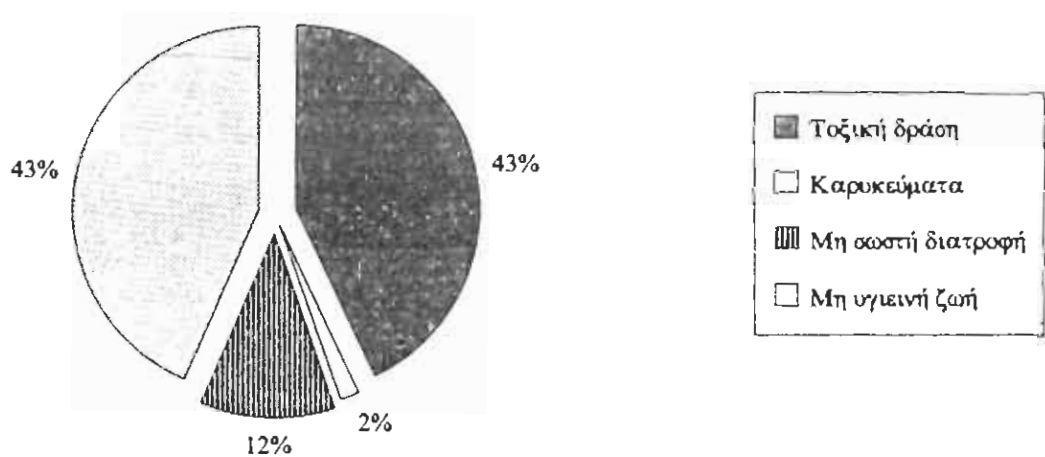
Οι νοσ/τές θεωρούν την "αιθυλική αλκοόλη" με 8.6% και τον "ανθυγιεινό τρόπο ζωής" με 8.9%.

Επίσης οι σπουδαστές νοσ/κής και οι σπουδαστές κοινωνικής εργασίας θεωρούν και τον "ανθυγιεινό τρόπο ζωής" με ποσοστό 16% και 11% αντίστοιχα. Ακολουθούν με φθίνουσα σειρά η "μη σωστή διατροφή" και τα "καρυκεύματα".

Σχήμα 9 :Απάντηση κατα επάγγελμα σχετικά με τι πιστεύουν ότι βλάπτει τον οργανισμό στην κατάχρηση των οινοπνευματωδών.



Σχήμα 9α: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την αποψη τους για τα βλαπτικά αίτια του αλκοόλ.



ΠΙΝΑΚΑΣ 10

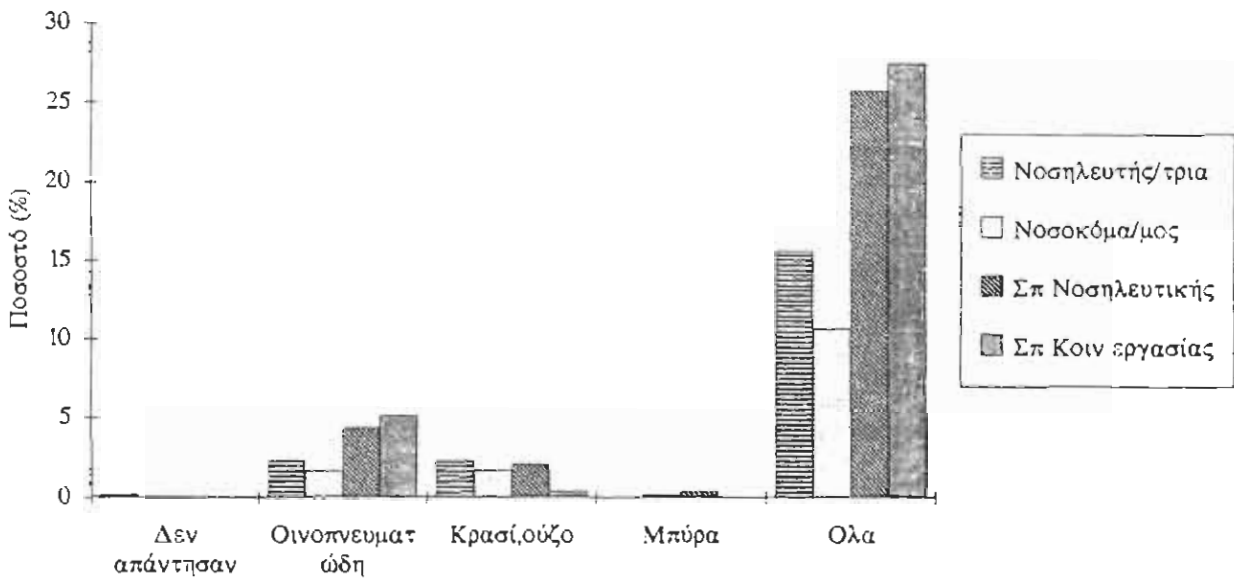
Κατανομή 526 ερωτηθέντων ατόμων ανάλογα με την εργασία σχετικά με το ποιά ποτά πιστεύουν ότι προκαλούν εξάρτηση.

	νοσ/τής	νοσ/μος	σπ. νοσ/κής	σπ. κοιν. ερ.
οινοπ/ώδη	12 (2.3%)	9 (1.7%)	23 (4.4%)	27 (5.1%)
κρασί, ούζο	12 (2.3%)	9 (1.7%)	11 (2.1%)	2 (0.4%)
μπύρα	0	1 (0.2%)	2 (0.4%)	0
όλα τα παραπάνω	82 (16%)	56 (10.6%)	135 (25.7%)	144 (27.4%)
δεν απάντησ.	1 (0.2%)	0	0	0

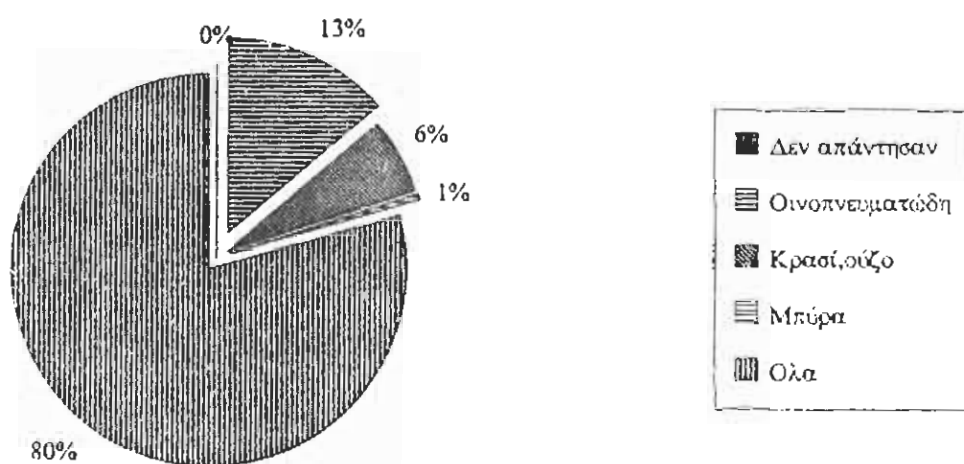
Στον πίνακα 10 παρατηρούμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος από 10.6% - 27.4%, απαντά "όλα τα παραπάνω" στην ερώτηση ποιά ποτά πιστεύουν ότι προκαλούν εξάρτηση.

Στις υπόλοιπες απαντήσεις δεν υπάρχουν στατιστικώς σημαντικές διαφορές.

Σχήμα 10 : Απάντηση κατα επάγγελμα σχετικά με το είδος των ποτών που προκαλούν εξάρτηση



Σχήμα 10: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το ποιά ποτά πιστεύουν ότι δημιουργούν εξάρτηση.



ΠΙΝΑΚΑΣ 11

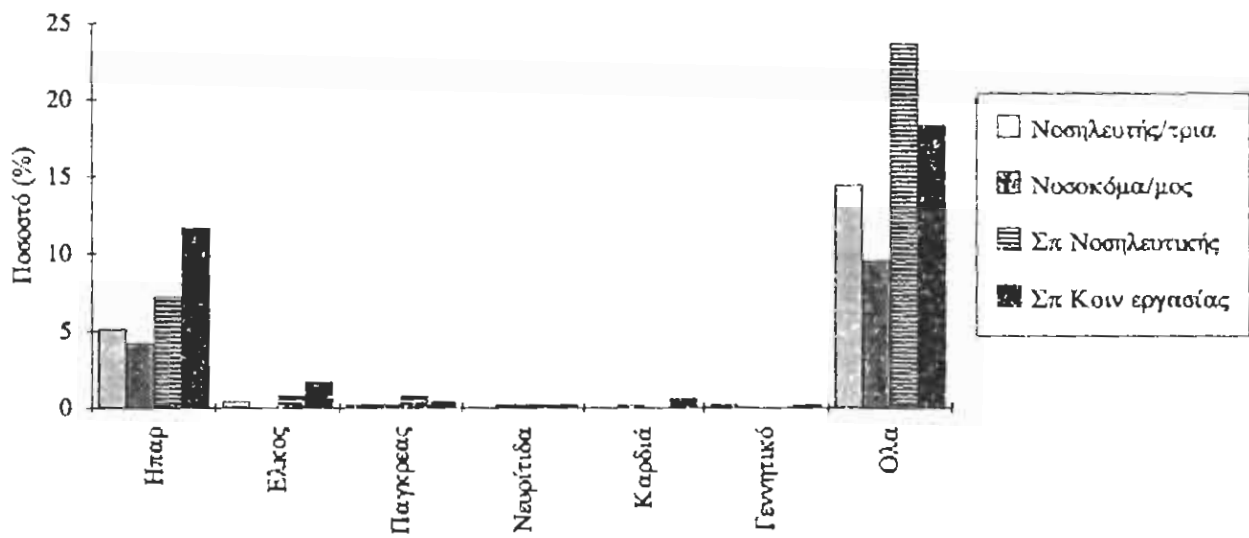
Κατανομή 526 ερωτηθέντων ατόμων ανάλογα με την εργασία, σχετικά με το ποιά βλάβη πιστεύουν ότι επιφέρει στον οργανισμό η κατάχρηση ποτών.

	νοσ/τής	νοσ/μος	σπ. νοσ/κής	σπ. κοιν. ερ.
κίρρωση ήπατος	27 (5.1%)	22 (4.2%)	38 (7.2%)	61 (11.6%)
έλκος στομάχου	2 (0.4%)	0	4 (0.8%)	9 (1.7%)
παγκρετατίτιδα	1 (0.2%)	1 (0.2%)	4 (0.8%)	2 (0.4%)
νευρίτιδα	0	1 (0.2%)	1 (0.2%)	1 (0.2%)
καρδιοπάθεια	0	1 (0.2%)	0	3 (0.6%)
γεν/κό σύστημα	1 (0.2%)	0	0	1 (0.2%)
όλα τα παραπάνω	76 (14.4%)	50 (9.5%)	124 (23.6%)	96 (18.3%)

Στον πίνακα 11 παρατηρούμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος από 9,5% - 23.6% απαντά "όλα τα παραπάνω" στην ερώτηση ποιά βλάβη προκαλείται από την κατάχρηση οινοπνευματωδών ποτών.

Στις υπόλοιπες απαντήσεις δεν υπάρχουν σημαντικές στατιστικές διαφορές εκτός από ένα ποσοστό 4.2% - 11.6%, του δείγματος που απαντά "κίρρωση ήπατος".

Σχήμα 11 : Απάντηση κατα επάγγελμα σχετικά με την βλάβη που φαντάζονται ότι τελικά προξενεί το αλκοόλ.



ΠΙΝΑΚΑΣ 12

Κατανομή 526 ερωτηθέντων ατόμων ανάλογα με την εργασία σχετικά με την πιθανή αιτία λήψης ηρεμιστικών και μετά την παύση της αιτίας χορήγησης.

	νοσ/τής	νοσ/μος	σπ. νοσ/κής	σπ. κοιν. ερ.
μη επανεμφάνιση ενοχλημάτων	22 (4.2%)	14 (2.7%)	44 (8.4%)	35 (6.7%)
εθισμός	40 (7.6%)	32 (6.1%)	50 (9.5%)	68 (12.9%)
δημιουργία ευφορίας	27 (5.1%)	20 (3.8%)	52 (9.9%)	50 (9.5%)
θεωρούν ότι η συνεχής λήψη είναι ωφέλιμη	18 (3.4%)	9 (1.7%)	25 (4.8%)	20 (3.8%)

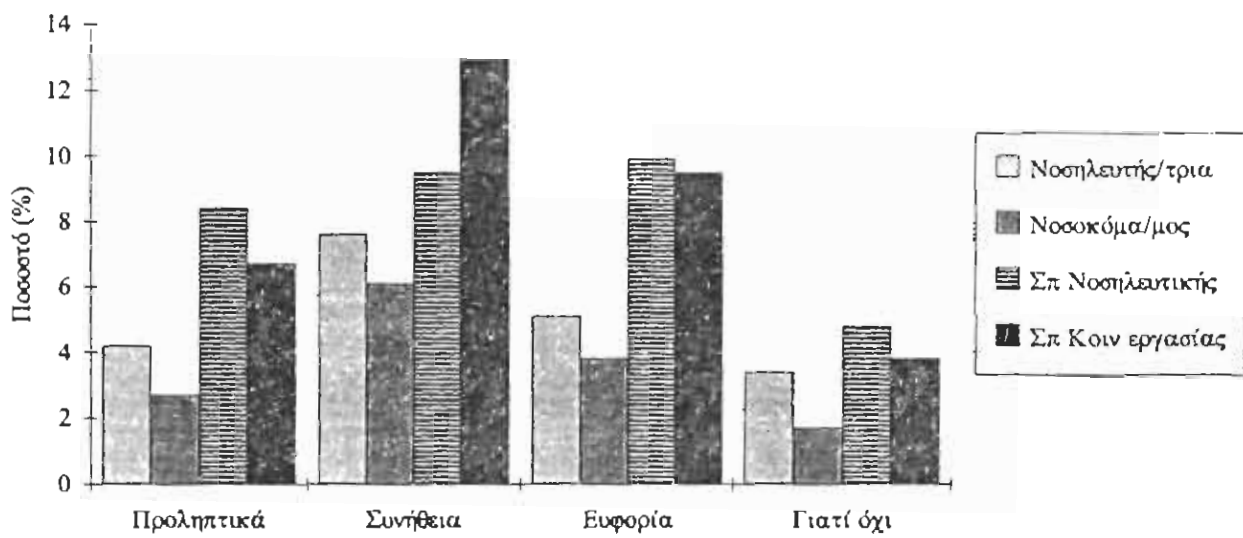
Στον πίνακα 12 παρατηρούμε ότι το 12.9% των σπουδαστών κοινωνικής εργασίας, το 6.1% των νοσ/μων και το 7.6% των νοσ/τών θεωρούν το "εθισμό".

Οι σπουδαστές νοσηλευτικής θεωρούν τη "δημιουργία ευφορίας" με 9.9% και τον "εθισμό" με 9.5%.

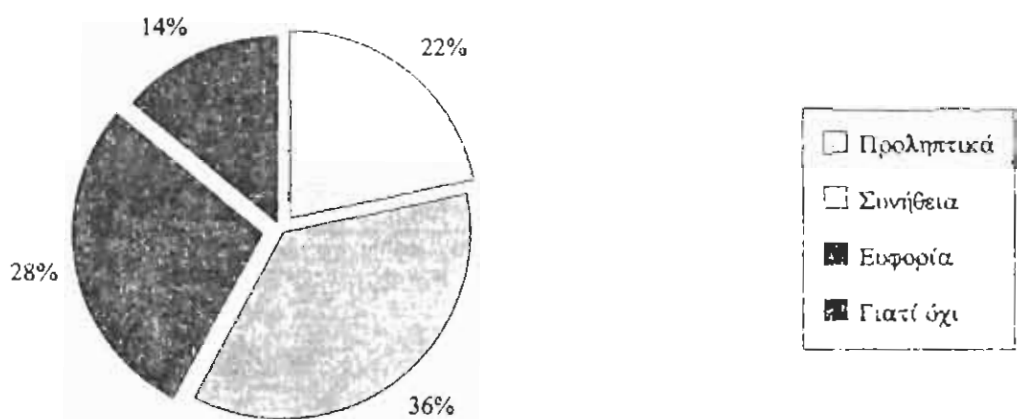
Επίσης τη "δημιουργία ευφορίας" θεωρούν και οι σπουδαστές κοινωνικής εργασίας με 9.5%, οι νοσ/τές με 5.1% και οι νοσ/μοι με 3.8%.

Ακολουθούν με φθίνουσα σειρά οι υπόλοιπες απαντήσεις.

Σχήμα 9: Απάντηση κατα επάγγελμα σχετικά με το τι ωθεί κάποιον να χρησιμοποιεί φάρμακα (ηρεμιστικά) και μετά την λήξη της θεραπείας.



Σχήμα 13: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τι πιστεύουν ότι ωθεί έναν εξαρτημένο να συνεχίσει την χρήση ηρεμιστικών και μετά την θεραπεία.



ΠΙΝΑΚΑΣ 13

Κατανομή 526 ερωτηθέντων ατόμων ανάλογα με την εργασία σχετικά με το είδος των προβλημάτων που αντιμετωπίζει η οικογένεια του εξαρτημένου.

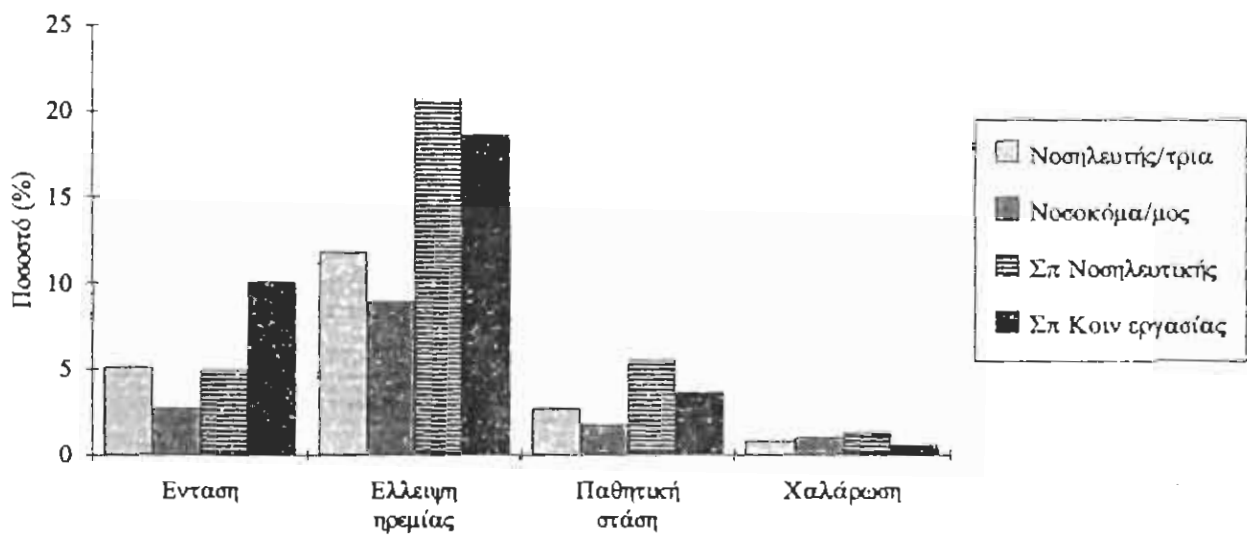
	νοσ/τής	νοσ/μος	σπ. νοσ/κής	σπ. κοιν. ερ.
συναισθηματική ένταση	27 (5.1%)	14 (2.7%)	28 (4.9%)	53 (10.1%)
έλλειψη ηρεμίας	82 (11.8%)	47 (8.9%)	109 (20.7%)	98 (18.8%)
παθητική στάση χρήστη	14 (2.7%)	9 (1.7%)	29 (5.6%)	19 (3.8%)
χαλάρωση - καλλίτερη επικοινωνία.	4 (0.8%)	5 (1%)	7 (1.3%)	3 (0.6%)

Από τον πίνακα 13 προκύπτει ότι το σύνολο του δείγματος απαντά με ποσοστό από 8.9% - 20.7% "έλλειψη ηρεμίας".

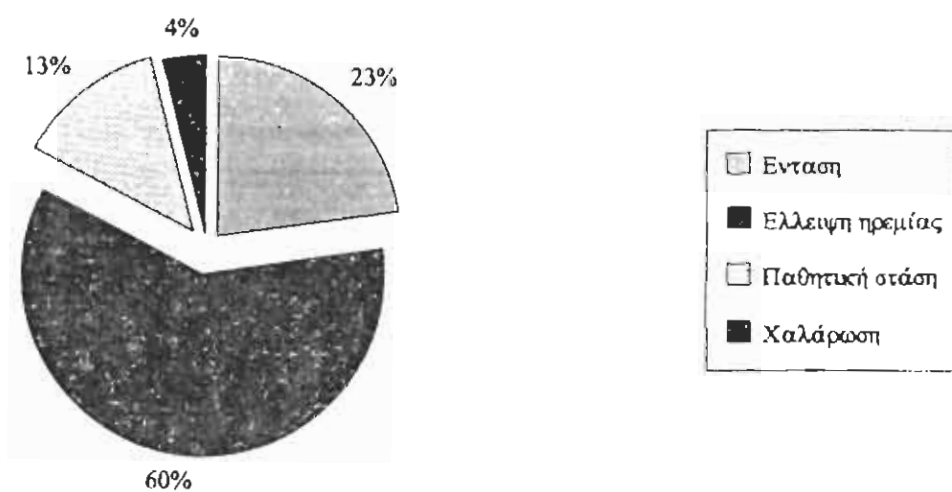
Οι σπουδαστές κοινωνικής εργασίας με 10.1% απαντούν και "συναισθηματική ένταση".

Ακολουθούν με φθίνουσα σειρά η "παθητική στάση του χρήστη" και η "χαλάρωση - καλλίτερη επικοινωνία".

Σχήμα 3: Απάντηση κατα επάγγελμα σχετικά με τα προβλήματα που πιστεύουν ότι αντιμετωπίζει η οικογένεια ενός εξαρτημένου.



Σχήμα 3α: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τα προβλήματα που αντιμετωπίζει η οικογένεια ενός εξαρτημένου.



ΠΙΝΑΚΑΣ 14

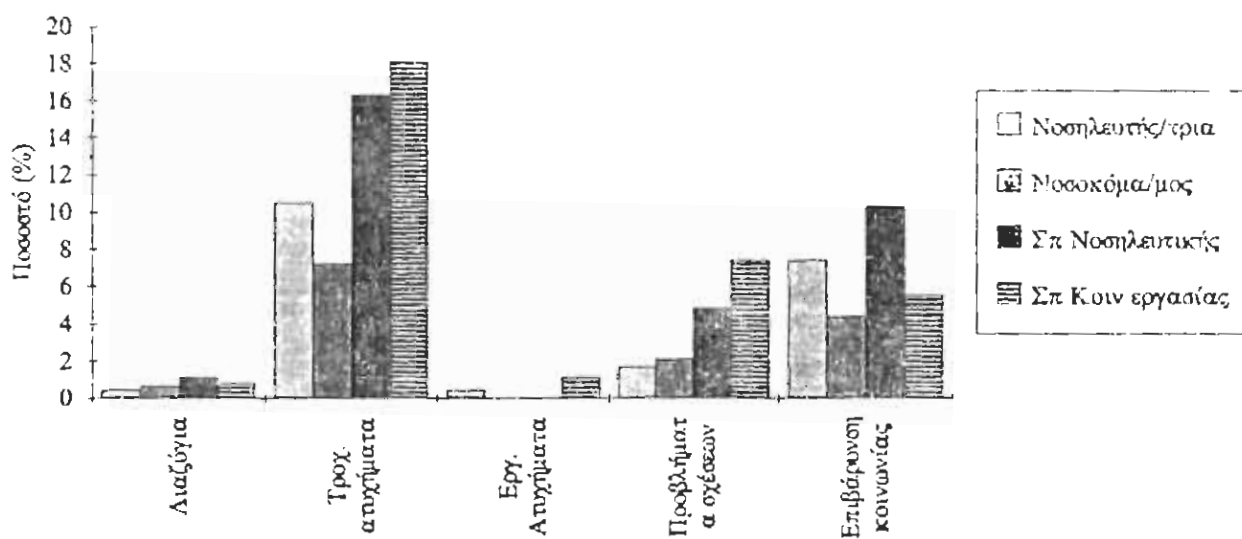
Κατανομή 526 ερωτηθέντων ατόμων ανάλογα με την εργασία σχετικά με το ποιές συνέπειες της εξάρτησης πιστεύουν ότι επηρεάζουν το κοιν. σύνολο.

	νοσ/τής	νοσ/μος	σπ. νοσ/κής	σπ. κοιν.ερ.
διαζύγια	2 (0.4%)	3 (0.6%)	6 (1.1%)	4 (0.8%)
τροχαία ατυχήματα	55 (10.5%)	38 (7.2%)	86 (16.3%)	95 (18.1%)
εργατικά ατυχήματα	2 (0.4%)	0	0	6 (1.1%)
προβλήματα διαπροσωπικών σχέσεων	9 (1.7%)	11 (2.1%)	25 (4.8%)	39 (7.4%)
επιβάρ. κοιν. συνόλου	39 (7.4%)	23 (4.4%)	54 (10.3%)	29 (5.5%)

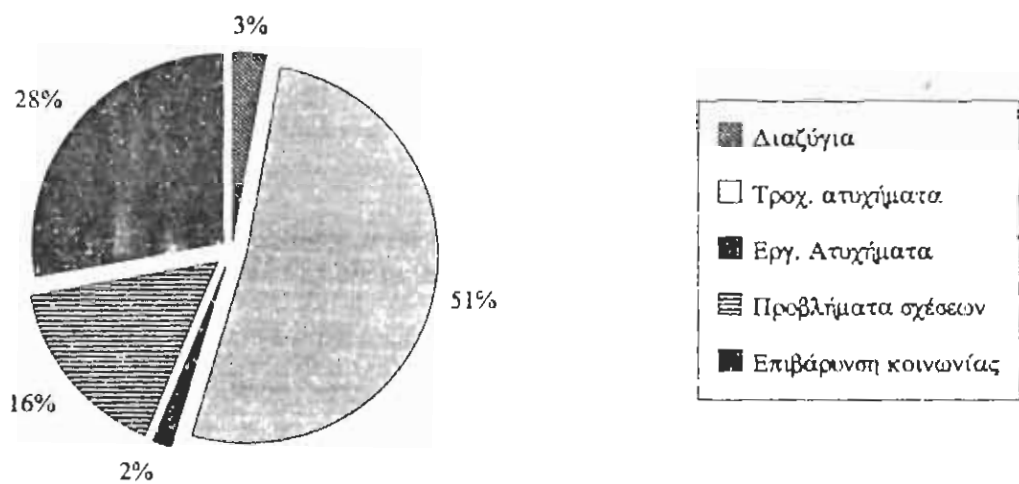
Από τον πίνακα 14 προκύπτει ότι το σύνολο του δείγματος με ποσοστό από 7.2% - 18.1% απαντά τα "τροχαία ατυχήματα".

Ακολουθούν με φθίνουσα σειρά η "επιβάρυνση του κοινωνικού συνόλου", τα προβλήματα στις διαπροσωπικές σχέσεις " και τα "διαζύγια".

Σχήμα 14: Απάντηση κατά επάγγελμα σχετικά με την αποψη τους για την συσχέτιση κοινωνικών φαινομένων με τη εξάρτηση.



Σχήμα 4: Κατανομή του δείγματος με βάση την αποψη τους για τα κοινωνικά φαινόμενα που οφειλονται στην εξάρτηση.



ΠΙΝΑΚΑΣ 15

Κατανομή 526 ερωτηθέντων ατόμων ανάλογα με την εργασία σχετικά με την στάση που πιστεύουν ότι κρατά το κοιν. σύνολο απέναντι σε οικογένειες με προβλήματα εξαρτημένων ατόμων.

	νοσ/τής	νοσ/μος	σπ. νοσ/κής	σπ. κοιν. ερ.
στηρικτική	29 (5.5%)	11 (2.1%)	38 (6.8%)	12 (2.3%)
οίκτου	7 (1.3%)	9 (1.7%)	7 (1.3%)	8 (1.1%)
αδιαφορίας	28 (5.3%)	19 (3.6%)	46 (8.7%)	27 (5.1%)
περιθωροποίησης	24 (4.6%)	16 (3%)	34 (6.5%)	40 (7.6%)
στιγματισμού	19 (3.6%)	20 (3.8%)	48 (9.1%)	88 (16.7%)

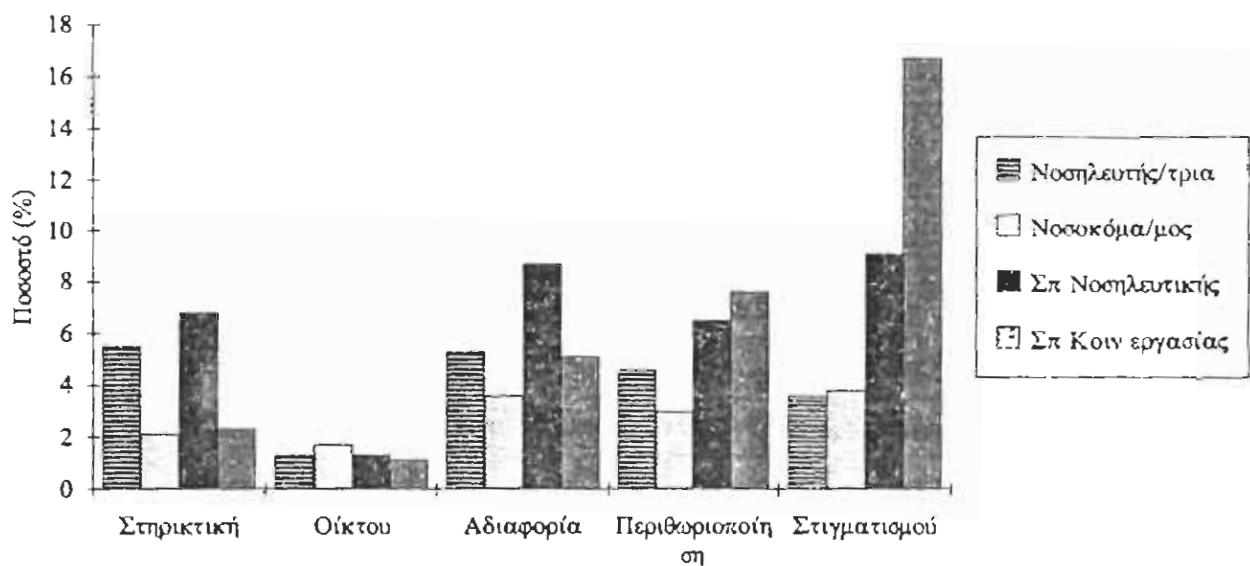
Στον πίνακα 15 παρατηρούμε ότι το 16.7% των σπουδαστών κοινωνικής εργασίας και το 9.1% των σπουδαστών νοσηλευτικής απαντούν στάση "στιγματισμού".

Οι νοσ/τές με 5.5% και 5.3% απαντούν στάση "στηρικτική" και "αδιαφορίας" αντίστοιχα.

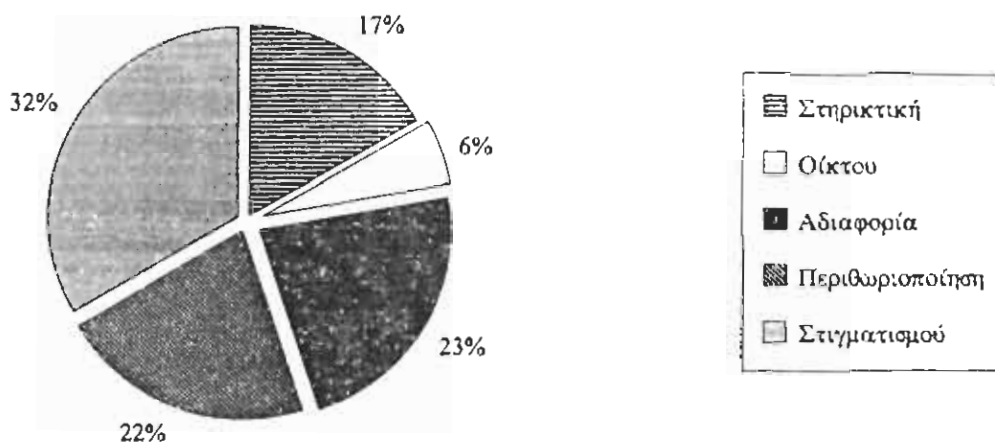
Οι νοσ/μοι με 3.8% και 3.6% απαντούν στάση "στιγματισμού" και "αδιαφορίας" αντίστοιχα.

Ακολουθούν με φθίνουσα σειρά η στάση "περιθωροποίησης" και "οίκτου".

Σχήμα 15: Απάντηση κατα επάγγελμα σχετικά με την αποψη τους για την στάση που κρατά το σύνολο σε μια οικογένεια με προβλήματα εξάρτησης.



Σχήμα 15α: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το πως κρίνουν την στάση του συνόλου στην οικογένεια ενός εξαρτημένου.



ΠΙΝΑΚΑΣ 16

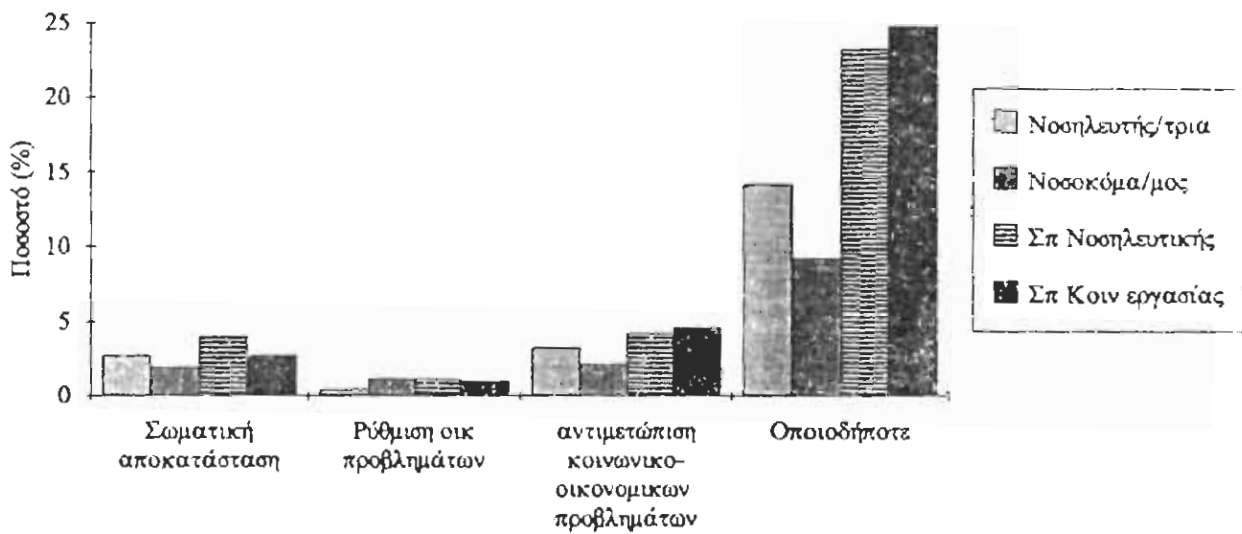
Κατανομή 526 ερωτηθέντων ατόμων ανάλογα με την εργασία σχετικά με το ποιός είναι ο ενδεδειγμένος θεραπευτικός στόχος για τα εξαρτημένα άτομα.

	νοσ/τής	νοσ/μος	σπ. νοσ/κής	σπ. κοιν. ερ.
σωματική αποκατάσταση	14 (2.7%)	10 (1.9%)	21 (4%)	14 (2.7%)
ρύθμιση οικ. προβλημάτων	2 (0.4%)	8 (1.1%)	8 (1.1%)	6 (1%)
αντιμ/ση κοιν/ων οικ/ων προβ/των	17 (3.2%)	11 (2.1%)	22 (4.2%)	24 (4.6%)
οποιοδήποτε από τα παραπάνω	74 (14.1%)	48 (9.1%)	122 (23.2%)	130 (24.7%)

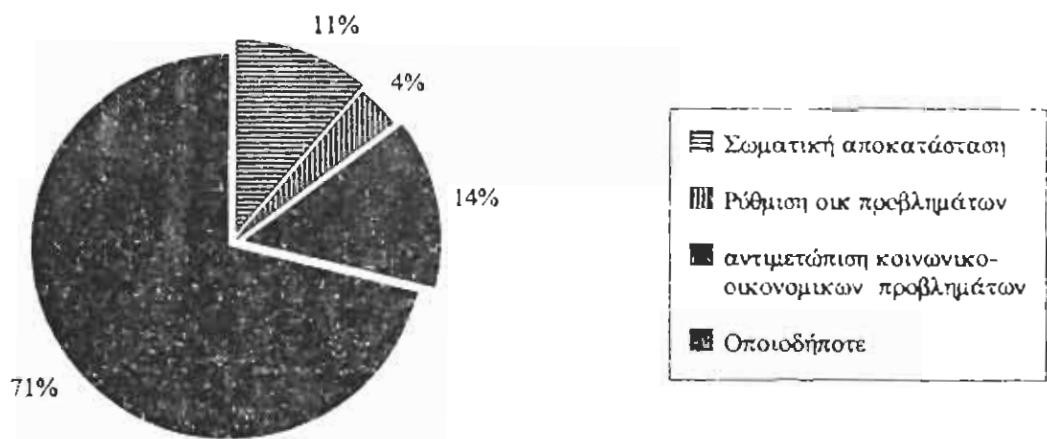
Στον πίνακα 16 παρατηρούμε ότι το σύνολο του δείγματος με ποσοστό από 9.1% - 24.7%, απαντά "οποιοδήποτε από τα παραπάνω" στην ερώτηση ποιός είναι ο ποιό ενδεδειγμένος θεραπευτικός στόχος.

Ακολουθούν με φθίνουσα σειρά οι απαντήσεις η "αντιμετώπιση των κοινωνικοοικονομικών προβλημάτων", η "σωματική αποκατάσταση" και η "ρύθμιση των οικονομικών προβλημάτων".

Σχήμα 16: Απάντηση κατα επάγγελμα σχετικά με τις προτάσεις που πιστεύουν ότι αποτελούν σημαντικό θεραπευτικό στόχο.



Σχήμα 6: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την άποψή τους σχετικά με το τί αποτελεί σημαντικό θεραπευτικό στόχο.



ΠΙΝΑΚΑΣ 17

Κατανομή 526 ερωτηθέντων ατόμων ανάλογα με την εργασία σχετικά με την ποιό ενδεδειγμένη στάση της οικογένειας κατά την θεραπεία του χρήστη.

	νοσ/τής	νοσ/μος	σπ. νοσ/κής	σπ. κοιν. ερ.
απομάκρυνση από τον χρήστη	2 (0.4%)	5 (1%)	5 (1%)	4 (0.8%)
συμμετοχή - στήριξη	74 (14%)	55 (10.5%)	112 (21.3%)	77 (14.8%)
παράλληλη θεραπεία	30 (5.7%)	15 (2.9%)	52 (9.9%)	91 (17.3%)
δεν απάντησαν	1 (0.2%)	0	2 (0.4%)	1 (0.2%)

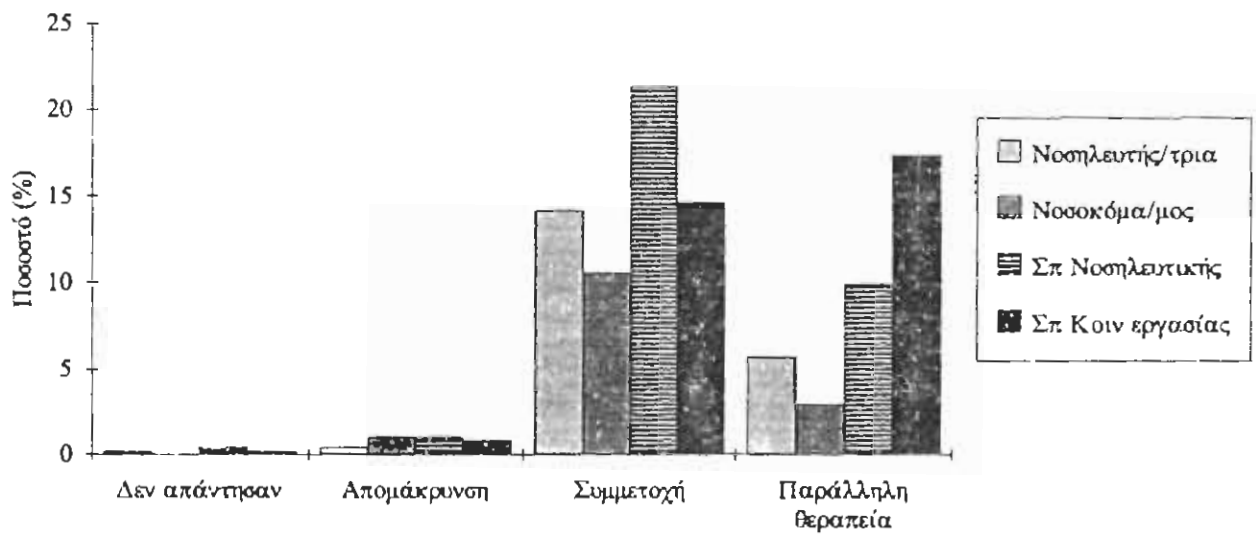
Από τον πίνακα 17 προκύπτει ότι το 14% των νοσ/τών, το 10.5% των νοσ/μων και το 21.3% των σπουδαστών νοσ/κής θεωρούν τη "συμμετοχή - στήριξη".

Ενώ το 17.3% των σπουδαστών κοινωνικής εργασίας πιστεύουν στην "παράλληλη θεραπεία".

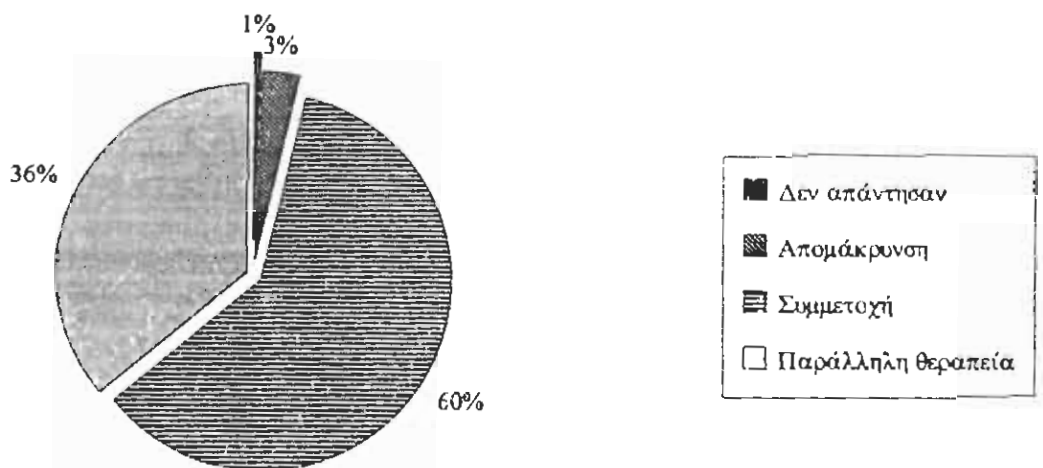
Επίσης ένα σημαντικό ποσοστό 14.6% των σπουδαστών κοινωνικής εργασίας πιστεύει και στη "συμμετοχή - στήριξη".

Ακολουθούν οι υπόλοιπες απαντήσεις χωρίς σημαντικές στατιστικές διαφορές.

Σχήμα 14: Απάντηση κατά επάγγελμα σχετικά με την θέση τους για την στάση της οικογένειας σε ένα εξαρτημένο μέλος της.



Σχήμα 14ο: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την στάση που πιστεύουν ότι πρέπει να κρατά η οικογένεια ενός εξαρτημένου.



ΠΙΝΑΚΑΣ 18

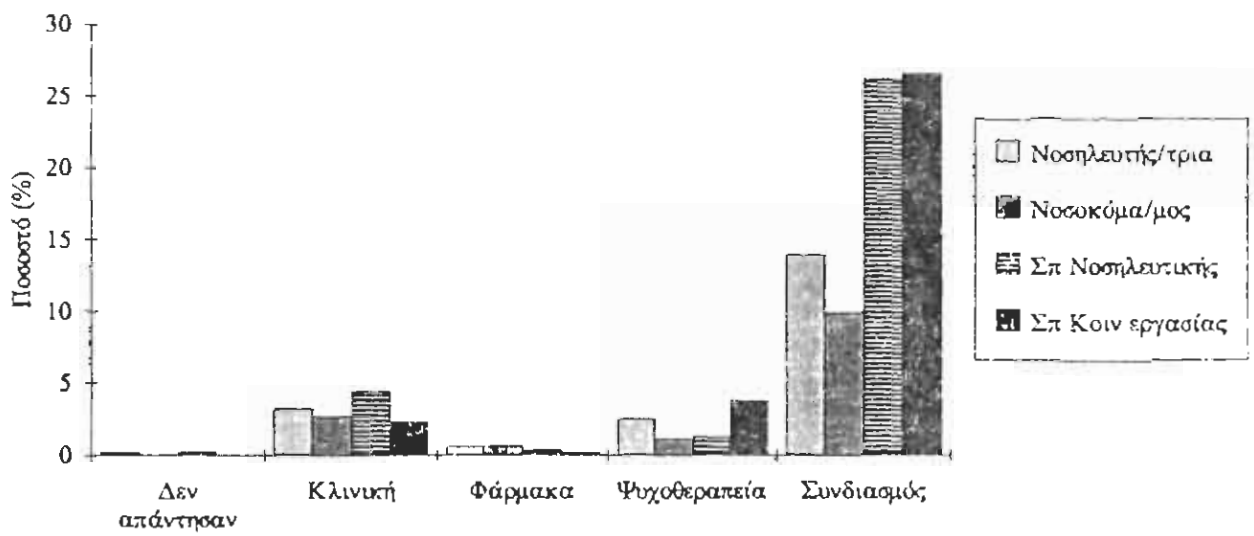
Κατανομή 526 ερωτηθέντων ατόμων ανάλογα με την εργασία σχετικά με το ποιά θεωρούν ενδεδειγμένη θεραπευτική μέθοδο για αντιμετώπιση εξαρτήσεων.

	νοσ/τής	νοσ/μος	σπ. νοσ/κής	σπ. κοιν. ερ.
κλινική - θεραπευτική κοιν/τα	17 (3.2%)	14 (2.7%)	23 (4.4%)	12 (2.3%)
φαρμακ. αγωγή	3 (0.6%)	3 (0.6%)	2 (0.4%)	1 (0.2%)
ψυχοθεραπεία	13 (2.5%)	8 (1.1%)	7 (1.3%)	20 (3.8%)
συνδυασμός των παραπάνω	73 (14%)	52 (9.9%)	138 (26.2%)	140 (26.6%)
δεν απάντησαν	1 (0.2%)	0	1 (0.2%)	0

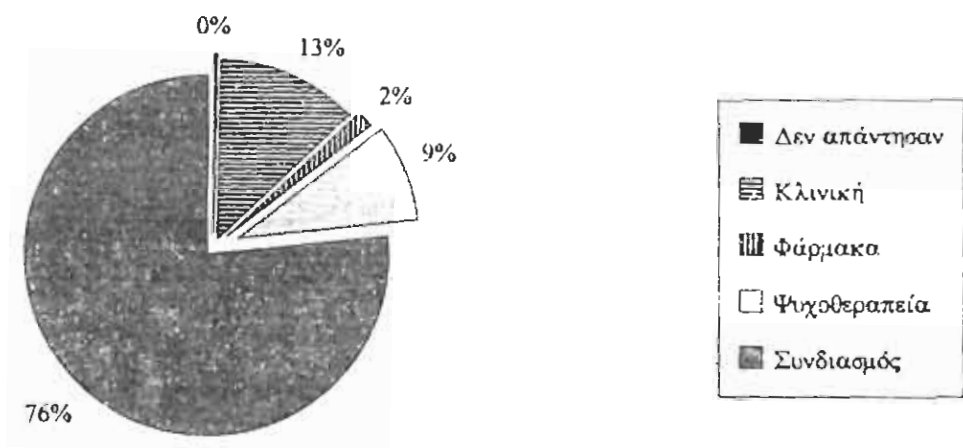
Στον πίνακα 18 παρατηρούμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος από 9.9% - 26.6% θεωρεί το "συνδυασμό των παραπάνω" στην ερώτηση ποια θεωρούν πιο ενδεδειγμένη θεραπευτική μέθοδο στην αντιμετώπιση των εξαρτήσεων.

Στις υπόλοιπες απαντήσεις δεν υπάρχουν στατιστικώς σημαντικές διαφορές.

Σχήμα 8: Απάντηση κατά επάγγελμα σχετικά με την θέση τους για ενδειγμένη θεραπεία ανεξάρτητης.



Σχήμα 8α: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την αποχή τους για τις θεραπευτικές μεθόδους κατά των εξαρτήσεων.



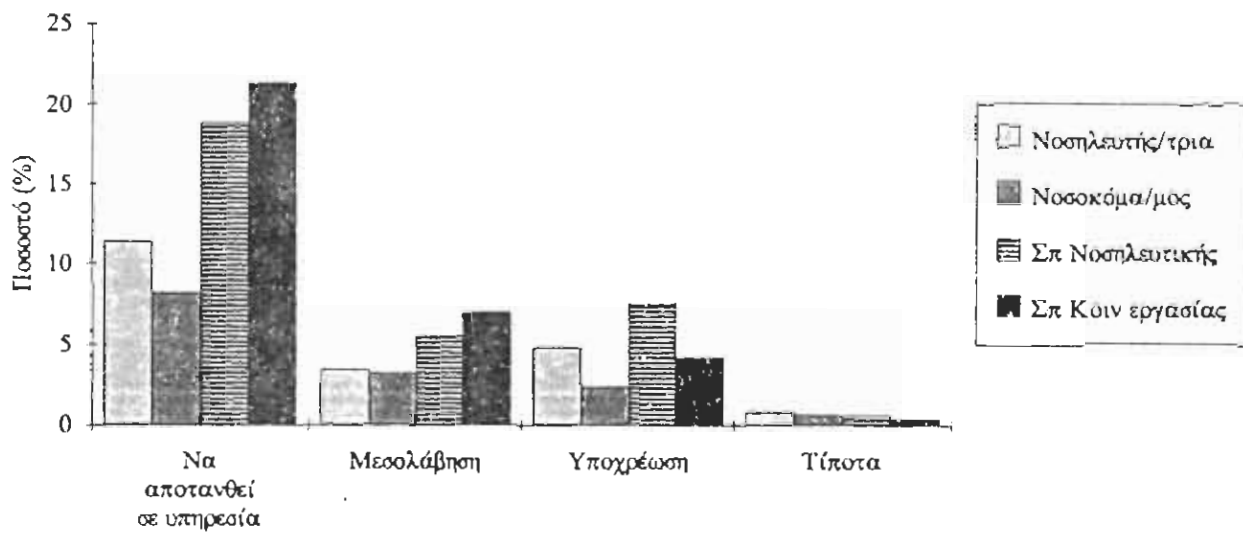
ΠΙΝΑΚΑΣ 19

Κατανομή 526 ερωτηθέντων ατόμων ανάλογα με την εργασία σχετικά με την στάση τους εάν μάθουν ότι γνωστός τους κάνει χρήση αλκοόλ ή ηρεμιστικών.

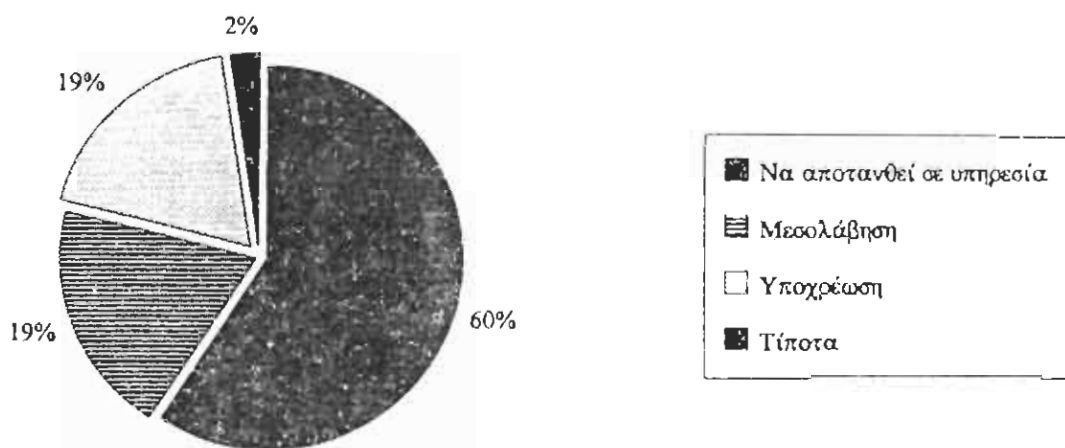
	νοσ/τής	νοσ/μος	σπ. νοσ/κής	σπ. κοιν. ερ.
συζήτηση	60 (11.4%)	43 (8.2%)	99 (18.8%)	112 (21.3%)
επικοινωνία με ειδική υπηρεσία	18 (3.4%)	17 (3.2%)	29 (5.6%)	37 (7%)
υποχρέωση παρέμβασης	25 (4.8%)	12 (2.3%)	40 (7.6%)	22 (4.2%)
τίποτε	4 (0.8%)	3 (0.6%)	3 (0.6%)	2 (0.4%)

Στον πίνακα 19 παρατηρούμε ότι το σύνολο του δείγματος με ποσοστό από 8.2% - 21.3% , απαντά η "συζήτηση" Ακολουθούν με φθίνουσα σειρά η "υποχρέωση παρέμβασης" και η "επικοινωνία με ειδική υπηρεσία ".

Σχήμα 19: Απάντηση κατά επάγγελμα σχετικά με την στάση που θα κρατούσαν σε έναν εξαρτημένο φίλο ή συγγενή.



Σχήμα 17α Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την στάση που θα κρατούσε απέναντι σε έναν εξαρτημένο φίλο η συγγενή.



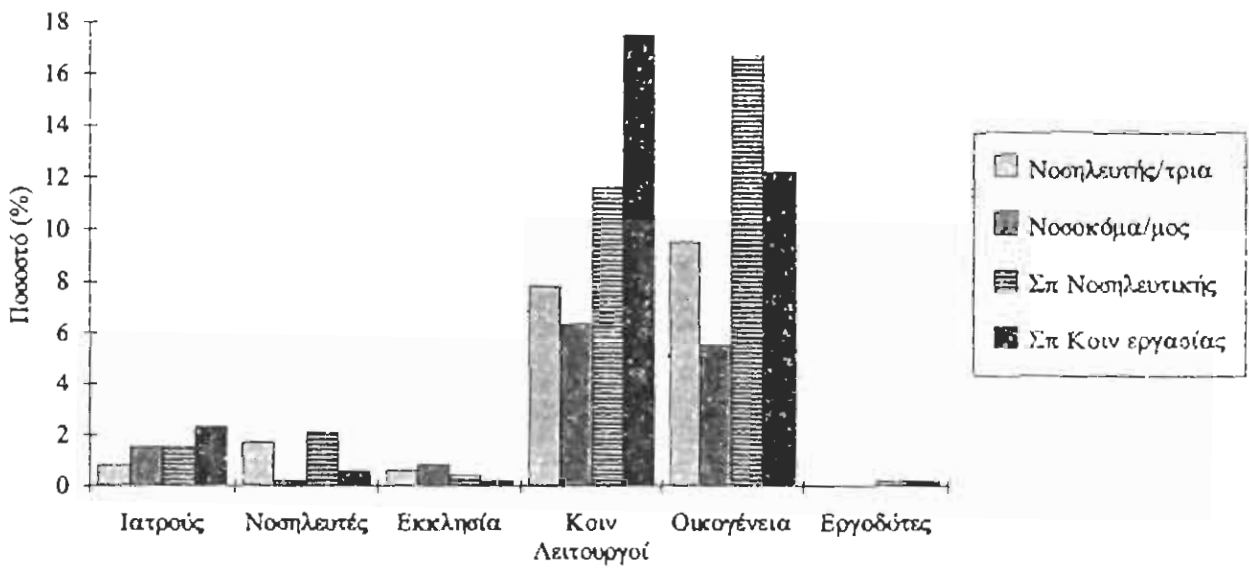
ΠΙΝΑΚΑΣ 20

Κατανομή 526 ερωτηθέντων ατόμων ανάλογα με την εργασία σχετικά με το ποιούς θεωρούν υπεύθυνους για την παροχή βοήθειας σε εξαρτημένα άτομα.

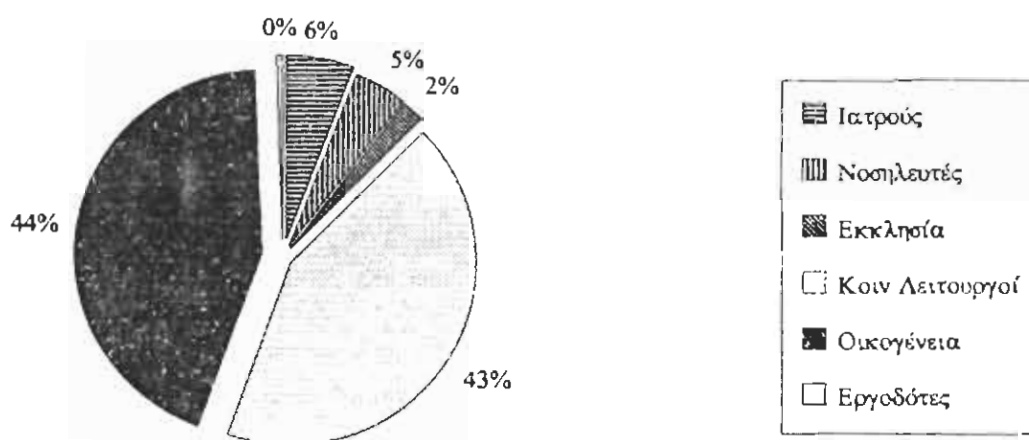
	νοσ/τής	νοσ/μος	σπ. νοσ/κής	σπ. κοιν. ερ.
ιατρούς	4 (0.8%)	8 (1.5%)	8 (1.5%)	12 (2.3%)
νοσηλευτές/ριες	9 (1.7%)	1 (0.2%)	11 (2.1%)	3 (0.6%)
εκκλησία	3 (0.6%)	4 (0.8%)	2 (0.4%)	1 (0.2%)
κοιν. λειτουργούς	41 (7.8%)	33 (6.3%)	61 (11.6%)	92 (17.5%)
οικογένεια	50 (9.5%)	29 (5.5%)	88 (16.7%)	64 (12.2%)
εργοδότες	0	0	1 (0.2%)	1 (0.2%)

Στον πίνακα 20 παρατηρούμε ότι το 16.7% των σπουδαστών νοσηλευτικής και το 9.5% των νοσ/τών απαντούν "την οικογένεια". Οι σπουδαστές κοινωνικής εργασίας με 17.5% και οι νοσ/μοι με 6.3% απαντούν τους "κοινωνικούς λειτουργούς". Ακολουθούν με φθίνουσα σειρά οι νοσ/τες - τριες, οι ιατροί, η εκκλησία και οι εργοδότες.

Σχήμα 20: Απάντηση κατά επάγγελμα σχετικά με την αποχή τους για τους πιο αρμόδιους να παρέχουν θεραπεία σε περιπτώσεις εξαρτημένων.



Σχήμα 20: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το ποιόν θεωρούν αρμοδιότερο για την παροχή σπρυκτικής βοήθειας σε έναν εξαρτημένο.



ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Στη χώρα μας, όλες οι προσπάθειες είναι συντονισμένες στην αντιμετώπιση των απαγορευμένων ουσιών, ενώ ελάχιστα ή τίποτα δεν γίνεται σχετικά με την αντιμετώπιση της πιθανότητας να εξαπλωθεί η εξάρτηση από το αλκοόλ και τις "νόμιμες" φαρμακευτικές ουσίες.

Η εμφάνιση επειγόντων περιστατικών που αφορούν εξάρτηση από ουσίες και η αντιμετώπισή τους αποτελεί όλο και πιο συχνό φαινόμενο στα νοσοκομεία και συγχρόνως είναι ένα από τα καίρια προβλήματα που απασχολεί την κοινή γνώμη και απαιτεί άμεση αντιμετώπιση.

Σκοπός μας είναι η συγκριτική διερεύνηση όσον αφορά τις γνώσεις, τις προκαταλήψεις και την ευαισθητοποίηση του νοσηλευτικού προσωπικού και των σπουδαστών νοσηλευτικής και κοινωνικής εργασίας έναντι των εξαρτημένων ατόμων από τις "νόμιμες" τοξικές ουσίες.

Το δείγμα της έρευνας αποτελείται από 526 άτομα (171 σπ. νοσ/κής, 173 σπ. κοινωνικής εργασίας, 107 νοσ/τές και 75 νοσ/μοι). Υπάρχει μια φανερή υπεροχή των γυναικών έναντι των ανδρών, 86.3% και 13.7% αντίστοιχα που οφείλεται στο γεγονός ότι τα επαγγέλματα αυτά μέχρι πριν λίγα χρόνια θεωρούνταν γυναικεία επαγγέλματα και μόνο εδώ και λίγα χρόνια έχουν μπει στο χώρο και άνδρες, επομένως είναι αδύνατη η σύγκριση μεταξύ τους. Στο 61.9% του δείγματος η ηλικία τους κυμαίνεται από 20 -25 ετών, ενώ στο 28.2% από 26 - 40 ετών.

Σύμφωνα με την Π.Ο.Υ. εξάρτηση "είναι η εξακολουθητική και ακαταμάχητη επιθυμία λήψης μιας ουσίας με σκοπό την ευφορία ή και την αποφυγή δυσάρεστων συνεπειών του στρεπτικού φαινομένου". Στην ερώτησή μας "τί είναι εξάρτηση" το σημαντικότερο ποσοστό του δείγματος από 23,2% έως 8,2% συμφωνεί με τον ορισμό της Π.Ο.Υ. Όμως ένα ποσοστό από 7,4% έως 4,6% του δείγματος τη θεωρεί ως "εμφάνιση στρεπτικών φαινομένων". Σύμφωνα με το DSM-III-R ο ορισμός της εξάρτησης διερυνήθηκε για να προσδιορίσει το κύριο χαρακτηριστικό της, το οποίο είναι ένα σύμπλεγμα γνωστικών (νοητικών) συμπεριφορικών και σωματικών συμπτωμάτων που δείχνουν ότι το άτομο έχει έκπτωση στην ικανότητα ελέγχου της χρήσης της ψυχοδραστικής ουσίας και συνεχίζει τη χρήση της παρά τις αρνητικές συνέπειες". Αρα τα συμπτώματα της εξάρτησης περιλαμβάνουν - αλλά δεν περιορίζονται σ' αυτά - τα συμπτώματα της ανοχής και του στρεπτικού συνδρόμου. Η αποχή και το στρεπτικό σύνδρομο δεν είναι από μόνα τους αρκετά για να ορίσουν Εξάρτηση κατά DSM-III-R. Παρατηρούμε ότι οι σπουδαστές σε μεγαλύτερο ποσοστό από το νοσηλευτικό προσωπικό θεωρούν την "ακατανίκητη επιθυμία" ως εξάρτηση.

Η εξέλιξη του εξαρτημένου ατόμου είναι συνήθως προοδευτική και καταλήγει σε μια χρόνια κατάσταση. Ο αλκοολικός έχει ανάγκη να κάνει καθημερινή χρήση αλκοόλ, ακόμα και κρυφή χρήση, για να μπορέσει να λειτουργήσει κανονικά ως άτομο. Οι σπουδαστές με μεγαλύτερο ποσοστό από 28,5% έως 26% πιστεύουν ότι υπάρχει σοβαρό πρόβλημα με το αλκοόλ όταν έχουμε αδυναμία ελέγχου κατανάλωσης, ενώ ακολουθούν με μικρότερο ποσοστό από 16% έως 11% το νοσηλευτικό προσωπικό.

Κατά τη γνώμη μας και σύμφωνα με την διεθνή βιβλιογραφία (Jellinek) και η κρυφή κατανάλωση αποτελεί σοβαρό πρόβλημα με το αλκοόλ. Παρατηρούμε όμως ότι όλο το δείγμα δεν θεωρεί την "κρυφή κατανάλωση" ως σοβαρό πρόβλημα αλκοολισμού.

Η συμβολή της κληρονομικότητας στη δημιουργία εξάρτησης διαμέσω γενετικών μηχανισμών απασχολεί σοβαρά τη σχετική επιστημονική κοινότητα (Cadoret - Goodwin). Τα πορίσματα των σχετικών ερευνών έχουν αφήσει αναπάντητο το ερώτημα της κληρονομικότητας λόγω των αντικρουόμενων αποτελεσμάτων. Το μεγαλύτερο ποσοστό των σπουδαστών νοσ/κής 30% με σημαντική διαφορά από τους υπόλοιπους, πιστεύει ότι δεν έχει εξακριβωθεί ακόμα αν η κληρονομικότητα συμβάλλει στη δημιουργία εξάρτησης. Το υπόλοιπο δείγμα με μικρότερο ποσοστό απαντά το ίδιο, αλλά παρατηρείται και ένα ποσοστό 5,3% των σπουδαστών κοινωνικής εργασίας που πιστεύει ότι συμβάλλει στην εξάρτηση. Αυτό ίσως δείχνει ότι ή έχουν προκατάληψη απέναντι στις εξαρτήσεις ή δεν έχουν τις απαραίτητες γνώσεις στο θέμα της κληρονομικότητας.

Η ανάγκη κατάχρησης ουσιών οφείλεται στην υποκειμενική κακουχία που αισθάνεται ένα άτομο λόγω ιδιαίτερα οξυμένων εσωτερικών και εξωτερικών ερεθισμάτων. Παράγοντες όπως το άγχος, η ματαίωση προσδοκιών, αναστολές, ανασφάλεια, κ.α. παίζουν σημαντικό ρόλο στη δημιουργία της εξάρτησης. Οι νοσ/τές θεωρούν ως κύριους ψυχολογικούς παράγοντες που συμβάλλουν στη δημιουργία εξάρτησης την αυπνία 39,1%, το φόβο 30,8% και την ανασφάλεια 25,8%.

Οι νοσ/μοι θεωρούν το άγχος 23,9%, την αυπνία 21,7% και την κατωτερότητα 18,6%.

Οι σπουδαστές νοσ/κής θεωρούν τον φόβο 46,2%, την ανασφάλεια 40,3% και την μοναξιά 40,2%, ενώ οι σπουδαστές κοινωνικής εργασίας θεωρούν την κατάθλιψη 40,8%, την ματαίωση 39,1% και την κατωτερότητα 37,3%. Παρατηρούμε πως υπάρχει μια σύγκλιση απόψεων μεταξύ νοσ/τών και σπουδαστών νοσ/κής που πιθανόν να οφείλεται στο γεγονός ότι προέρχονται από τον ίδιο χώρο.

Ενώ οι σπουδαστές κοινωνικής εργασίας έχουν τελείως διαφορετική άποψη λόγω της διαφορετικής εκπαίδευσής τους και επειδή δίνουν περισσότερη έμφαση στην κοινωνική πλευρά του ατόμου.

Σαν το πρώτο κοινωνικό σύνολο που επηρεάζει την δημιουργία εξάρτησης οι νοσ/τές και οι νοσ/μοι θεωρούν τους συνεργάτες με ποσοστό 35,7% και 21,4% αντίστοιχα, οι σπουδαστές νοσ/κής θεωρούν τους φίλους με 35% και την ευρύτερη οικογένεια με 34,7% και οι σπουδαστές κοινωνικής εργασίας θεωρούν την πυρηνική οικογένεια με 34,9% και τους φίλους με 33,2%. Φαίνεται μια σύγκλιση απόψεων μεταξύ νοσ/τών και νοσ/μων που πιθανόν να οφείλεται στο γεγονός ότι βρίσκονται και εργάζονται στον ίδιο χώρο και φυσικό είναι να επηρεάζονται από συνεργάτες.

Σε αντίθεση με τους σπουδαστές που θεωρούν κύριους υπεύθυνους τους φίλους γιατί η ανάγκη ένταξης του ατόμου σε μιά κοινωνική ομάδα, ο φόβος της απόρριψης για τη μη συμμετοχή στα κοινά, δημιουργούν πίεση για την εκδήλωση συμπεριφορών, όπως η κατανάλωση αλκοόλης ή αγχολυτικών φαρμάκων.

Οι κοινωνικοί παράγοντες που συντελούν στη γένεση της εξάρτησης είναι πολλοί. Οι νοσ/τές θεωρούν πως οι τρεις πρώτοι είναι η θρησκεία 37,1%, το κλίμα 28,6% και η παραγωγή 24,6%.

Οι νοσ/μοι θεωρούν τη θρησκεία 25,7%, την παραγωγή 23% και την τιμή 18,2%.

Οι σπουδαστές νοσ/κής θεωρούν το κλίμα 42.9%, τα ήθη/έθιμα 37% και την εύκολη ανεύρεση 36.7% ενώ οι σπουδαστές κοινωνικής εργασίας θεωρούν τη διαφήμιση 40.4%, την τιμή 39.4% και τα ήθη/έθιμα 34.8%. Εκπληξη μας προκάλεσε το γεγονός πως οι νοσ/τές και οι νοσ/μοι θεωρούν τη θρησκεία ενώ οι σπουδαστές νοσ/κής θεωρούν το κλίμα ως πρώτο κοινωνικό παράγοντα που επηρεάζει την εξάπλωση της εξάρτησης αγνοώντας σημαντικούς παράγοντες όπως η διαφήμιση, η εύκολη ανεύρεση, η φθηνή τιμή. Παρατηρούμε πως μόνο οι σπουδαστές κοινωνικής εργασίας έχουν απαντήσει σωστά θεωρώντας την διαφήμιση ως πρώτο κοινωνικό παράγοντα που συντελεί στη γένεση της εξάρτησης. Σε καμία θρησκεία δεν έχει αναφερθεί να παροτρύνει τα μέλη της στη χρήση αλκοόλ. Υπάρχουν κοινωνίες που για θρησκευτικούς λόγους απαγορεύουν τη χρήση του αλκοόλ. Είναι ευνόητο, ότι σε τέτοια πολιτισμικά πλαίσια δεν παρατηρείται το φαινόμενο του αλκοολισμού.

Όσον αφορά την ερώτηση που νομίζουν ότι βλάπτει η εξάρτηση από αλκοόλ ή φάρμακα, το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος 19,8% - 5,5% πιστεύει στη "ψυχική υγεία" και ένα αρκετό σημαντικό ποσοστό από 11,6% - 5,5% θεωρεί και την σωματική υγεία. Παρατηρούμε ότι οι νοσ/μοι κυμαίνονται μεταξύ της ψυχικής υγείας 5.5% και της σωματικής υγείας 5.5%. Σύμφωνα με την Π.Ο.Υ. διαπιστώνουμε ότι " ... Αλκοολικοί είναι οι υπερβολικοί πότες που η εξάρτησή τους από το αλκοόλ έχει φτάσει σε τέτοιο βαθμό, ώστε να παρατηρείται αξιόλογη πνευματική διαταραχή ή γενικότερη διαταραχή της σωματικής και ψυχικής τους υγείας, των διαπροσωπικών, κοινωνικών και οικονομικών τους σχέσεων ... ". 146

Βλέπουμε λοιπόν ότι όλο το δείγμα θεωρεί ότι το αλκοόλ ή φάρμακα βλάπτουν τη σωματική και ψυχική υγεία του ατόμου ενώ με ελάχιστα ποσοστά έχουν απαντήσει τις υπόλοιπες επιλογές :
"οικογένεια", "κοινωνία", "εργασία".

Ιδιαίτερα σοβαρή είναι η διαπίστωση ότι δεν πήραμε τις αναμενόμενες απαντήσεις στην ερώτηση "γιατί το αλκοόλ βλάπτει τον οργανισμό". Ενώ ένα σημαντικό ποσοστό θεωρεί την "αιθυλική αλκοόλη" από 16.7% - 4.9%, ένα εξίσου σημαντικό ποσοστό από 16% - 7.2% θεωρεί ότι φταίει ο "ανθυγιεινός τρόπος ζωής", αυτό μας κάνει να αναρωτηθούμε αν η απάντησή τους οφείλεται στις γνώσεις τους ή απάντησαν τυχαία.

Σύμφωνα με την Kandel (1980) αναφέρει άνδρες και γυναίκες να χρησιμοποιούν διάφορες ουσίες για τον ίδιο σκοπό, ιδιαίτερα για να απαλύνουν το stress. Οι άνδρες τείνουν να χρησιμοποιούν οινοπνευματώδη ποτά για να αντιμετωπίσουν προβλήματα και κρίσεις στη ζωή τους, ενώ οι γυναίκες συνταγογραφούμενα αγχολυτικά φάρμακα. Επιπρόσθετα το άγχος μπορεί να δημιουργηθεί λόγω της ύπαρξης κοινωνικών ή προσωπικών προβλημάτων και σ' αυτή την περίπτωση η χορήγηση αγχολυτικών είναι σοβαρό θέμα, γιατί πολλά απ' αυτά τα άτομα στη συνέχεια φαίνονται απρόθυμα ή ανίκανα να τα διακόψουν λόγω εθισμού. Ιδιαίτερα σημαντικό είναι το γεγονός ότι στη σχετική ερώτηση το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος από 12.9% - 6.1% συμφωνεί ότι ένα άτομο συνεχίζει τη λήψη ηρεμιστικών επειδή τα συνήθισε και δεν μπορεί να τα σταματήσει. Οι σπουδαστές νοσ/κής θεωρούν τη "δημιουργία ευφορίας" με 9.9% και τον "εθισμό" με 9.5%.

Βλέπουμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των σπουδαστών νοσ/κής έχει μια προκατάληψη απέναντι στα άτομα που συνεχίζουν τη λήψη ηρεμιστικών φαρμάκων θεωρώντας πως νιώθουν ευχαρίστηση και ευφορία. Σύμφωνα όμως με τη διεθνή βιβλιογραφία, στην αρχή της θεραπείας το άτομο μπορεί να νιώσει καλύτερα, στη συνέχεια όμως με την πάροδο του χρόνου αναπτύσσει σωματική και ψυχολογική εξάρτηση που του δημιουργεί περισσότερο άγχος, παρά αίσθηση ευφορίας.

Παρόλα τ' αυτά η στάση που κρατά η κοινωνία απέναντι σ' αυτά τα άτομα δεν είναι στηρικτική. Αυτό μπορούμε να το δούμε και από τις απαντήσεις που μας έδωσε το δείγμα μας στη σχετική ερώτηση. Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος από 16.7% - 3.5% και από 8.7% - 3.6% θεωρεί ότι είναι στάση στιγματισμού και αδιαφορίας αντίστοιχα. Εντύπωση μας κάνει όμως ότι οι νοσ/τες και οι σπουδαστές νοσ/κής πιστεύουν ότι είναι και στηρικτική 5.5% και 6.8% αντίστοιχα. Η μέχρι τώρα πορεία της κοινωνίας μας έχει δείξει ότι δεν στηρίζει άτομα εξαρτημένα από αλκοόλ ή φάρμακα. Αν η στάση που κρατούσε η κοινωνία ήταν στηρικτική δεν θα έπρεπε να στηρίζουν τα άτομα αυτά περισσότερο απ'ότι στην πραγματικότητα γίνεται.

Βασική στην θεραπεία είναι η ανάγκη υποστήριξης του ατόμου που προσπαθεί να σταματήσει την κατάχρηση ή την εξάρτηση. Από όποιο κοινωνικό επίπεδο και αν προέρχεται το άτομο, πρέπει να ξεφύγει από το κύκλο χρήσης και ν' αλλάξει τρόπο ζωής.

Η οικογένεια και το κοινωνικό περιβάλλον μέσα στο οποίο το άτομο ζει, επηρεάζουν τόσο την ψυχική όσο και τη σωματική του κατάσταση.

Η οικογενειακή θεραπεία μπορεί να καταδείξει τα σχήματα συμπεριφοράς της οικογένειας που είτε δυσπροσαρμοστικά διευκολύνουν ή οδηγούν στη χρήση των ουσιών.

Από την έρευνά μας διαπιστώνουμε ότι οι νοσ/τές, οι νοσ/μοι και οι σπουδαστές νοσηλευτικής σε ποσοστό 14%, 10.5% και 21.3% αντίστοιχα θεωρούν τη "συμμετοχή - στήριξη", του εξαρτημένου από την οικογένεια, στη θεραπευτική διαδικασία. Αντίθετα το 17.3% των σπουδαστών κοινωνικής εργασίας θεωρεί την "παράλληλη θεραπεία" με άλλες οικογένειες χρηστών και το 14.6% θεωρεί και την "συμμετοχή - στήριξη". Σύμφωνα με την διεθνή βιβλιογραφία βασική στη θεραπεία του χρήστη, είναι η ανάγκη υποστήριξης στην προσπάθειά του να σταματήσει την κατάχρηση ή την εξάρτηση. Μια οικογένεια διαφέρει από μιαν οποιαδήποτε ψυχοθεραπευτική ομάδα από το γεγονός ότι έχει τη δική της προκαθορισμένη δομή, μια ιδιαίτερη παράδοση και μια διαχρονική, εξελικτική συνέπεια βασικά στοιχεία που ο θεραπευτής οφείλει να διαγνώσει και να έχει υπόψη του, καθώς αντιμετωπίζει τα προβλήματά της. Παρατηρώντας τον τρόπο με τον οποίο τα μέλη της οικογένειας συμπεριφέρονται μεταξύ τους μέσα στο χώρο της θεραπευτικής συνεδρίας, μπορεί κανένας να καταλάβει καλύτερα πως δημιουργήθηκε και, ακόμα περισσότερο, πως συντηρείται το πρόβλημα της εξάρτησης. Ο θεραπευτής θα προσπαθήσει να βοηθήσει την οικογένεια, να συνειδητοποιήσει την παθολογική της συμπεριφορά απέναντι του χρήστη, έτσι ώστε τροποποιώντας τη συμπεριφορά της να τον βοηθήσει να ξεπεράσει το πρόβλημά του.

Η παράλληλη θεραπεία της οικογένειας πιθανόν με άλλες οικογένειες χρηστών, δεν είναι εξακριβωμένο για το πόσο μπορεί να βοηθήσει τον χρήστη στην προσπάθεια του να απεξαρτηθεί.

Όσον αφορά την κατάλληλη θεραπευτική μέθοδο για την αντιμετώπιση των εξαρτήσεων το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος από 26.6% - 9.9% θεωρεί τον εξής συνδυασμό :

Εισαγωγή σε θεραπευτική κοινότητα ↔ Φαρμακευτική Αγωγή ↔ Ψυχοθεραπεία.

Σύμφωνα με την διεθνή βιβλιογραφία οι θεραπευτικές προσεγγίσεις του αλκοολισμού μπορούν να χωριστούν σε τρεις ευρείες κατηγορίες:

1. Φαρμακολογική προσέγγιση
2. Ψυχολογική προσέγγιση
3. Και θεραπευτικά προγράμματα

Δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι ένα σύνθετο πρόβλημα όπως η εξάρτηση από φάρμακα ή αλκοόλ, απαιτεί και σύνθετες λύσεις.

Σχετικά με το τί θα έκανε κάποιος αν ένας φίλος ή στενός συγγενείς του ανέφερε ότι κάνει κατάχρηση αλκοόλ ή ηρεμιστικών, μας απάντησαν σε πλειοψηφία από 21.3% - 3.2%, ότι θα μιλούσαν μαζί του και θα του πρότειναν να αποτανθεί σε ειδική για τις εξαρτήσεις υπηρεσία. Κατά τη δική μας γνώμη το καλύτερο που θα μπορούσε να κάνει κάποιος και μάλιστα, ευαισθητοποιημένος απέναντι σ' αυτά τα άτομα, θα ήταν να μεσολαβήσει ο ίδιος με την ειδική υπηρεσία για μια ενημέρωση και να τον παραπέμψει σ' αυτήν.

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

Η απάντηση που πήραμε μας βάζει σε υποψίες ότι δεν θα έκανε τίποτα αλλά επειδή νιώθουν ευθύνη και άγχος γι' αυτά τα άτομα μας απαντούν ότι θα του προτείνανε να πάει σε κάποια ειδική υπηρεσία. Αυτό φαίνεται και από ένα αρκετό ποσοστό 7.6% των σπουδαστών νοσ/κής που απαντούν την "υποχρέωση παρέμβασης". Οι στάσεις και οι αντιλήψεις του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού είναι "αδιάφορες" έως "αρνητικές" απέναντι στον χρήστη αλκοόλ ή φαρμάκων. Συχνά, δημοσιεύματα αναφέρονται στις στάσεις και αντιλήψεις του προσωπικού απέναντι στο χρήστη. Οι Galauter & Sperber (1982) σχολιάζουν ότι πολλοί αλκοολικοί που εισάγονται σε γενικό νοσοκομείο αντιμετωπίζονται αρνητικά από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό λόγω του αλκοολισμού. Δύο βρετανικές μελέτες (Potamianos et al 1984 & Potamianos et al 1985) αναφέρονται στις αρνητικές στάσεις των ιατρών και των νοσηλευτών σχετικά με αλκοολικούς που εισήχθησαν σε γενικό νοσοκομείο.

Αυτό μπορούμε να το διαπιστώσουμε και από την απάντησή τους για το ποιούς θεωρούν περισσότερο αρμόδιους για παροχή στηρικτικής βοήθειας στα εξαρτημένα άτομα.

Οι σπουδαστές κοινωνικής εργασίας και οι νοσ/μοι 17.5% και 6.3% αντίστοιχα πιστεύουν ότι αρμόδιοι στήριξης είναι οι "κοινωνικοί λειτουργοί" ενώ ένα λιγότερο αλλά σημαντικό ποσοστό 12.2% και 5.5% αντίστοιχα πιστεύει ότι είναι και η "οικογένεια".

Παρατηρούμε μια αντίφαση των κοινωνικών λειτουργών διότι θεωρούν τους ίδιους ως αρμόδιους στήριξης ενώ δεν θα μεσολαβούσαν για να παραπέμψουν ένα εξαρτημένο σε μια ειδική υπηρεσία. Ενώ οι νοσ/τές 9.5% και οι σπουδαστές νοσ/κής 16.7% δεν θεωρούν τους ίδιους ως υπεύθυνους αλλά μεταβιβάζουν όλη την ευθύνη στην οικογένεια και ένα λιγότερο ποσοστό 7.8% και 11.6% αντίστοιχα στους κοινωνικούς λειτουργούς.

Συμπερασματικά μπορούμε να πούμε πως το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος δείχνει να μην είναι κροκαταιλιμένο απέναντι στα εξαρτημένα άτομα. Η ευαισθητοποίησή τους όμως είναι ελάχιστη και από τις απαντήσεις τους παρατηρούμε πως μερικές φορές πέφτουν σε αντιφάσεις δυσκολεύοντάς μας να καταλάβουμε αν απαντούσαν σύμφωνα με τις γνώσεις και εμπειρίες τους ή τυχαία. Οι γνώσεις τους επικεντρώνονται κυρίως σε βασικές έννοιες εξάρτησης. Πολλές φορές υπήρχε ομοφωνία απόψεων μεταξύ νοσ/τών και σπουδαστών νοσ/κής και νοσ/τών και νοσ/μων, όμως είναι φυσικό, διότι προέρχονται από τον ίδιο χώρο. Οι σπουδαστές κοινωνικής εργασίας σε πολλές απαντήσεις είχαν διαφορετική άποψη από τους υπόλοιπους, τόσο στην αντιμετώπιση των εξαρτημένων όσο και στους παράγοντες που συμβάλλουν για τη δημιουργία μιας εξάρτησης.

Πιστεύουμε ότι χρειάζεται περισσότερη προσπάθεια και ενημέρωση από την πλευρά του νοσηλευτικού προσωπικού προκειμένου να γίνουν ικανοί να βοηθήσουν τα άτομα που εξαρτώνται από διάφορες ουσίες. Γι' αυτό το λόγο εκπαιδευτικά προγράμματα με αποκλειστικό αντικείμενο τις ουσίες εξάρτησης θεωρούνται άκρως απαραίτητα σε προγράμματα σπουδών. Ήδη από το Σεπτέμβριο του 1994 στο Τ.Ε.Ι. Πάτρας στο τμήμα Νοσηλευτικής έχει ενταχθεί το μάθημα "Φαρμακευτικές εξαρτήσεις" στο πλαίσιο των μαθημάτων.

Επίσης κρίνεται αναγκαία η συνεχή επιμόρφωση του νοσηλευτικού προσωπικού με ειδικά εκπαιδευτικά σεμινάρια. Όλα τα βασικά νοσηλευτικά εκπαιδευτικά προγράμματα πρέπει να επαναπροσανατολίζονται και να ισχυροποιούνται, έτσι ώστε να παράγουν ειδικούς νοσηλευτές, ικανούς να εργάζονται τόσο στο νοσοκομείο όσο και στην κοινότητα.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σε δείγμα 526 άτομα (171 σπουδαστές νοσ/κής, 173 σπουδαστές κοινωνικής εργασίας, 107 νοσ/τές, 75 νοσ/μοι), χορηγήθηκε ένα ερωτηματολόγιο με σκοπό τη συγκριτική διερεύνηση όσον αφορά τις γνώσεις, τις προκαταλήψεις και την ευαισθητοποίησή τους απέναντι στα εξαρτημένα άτομα από τις "νόμιμες" τοξικές ουσίες.

Παρατηρήσαμε πως το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος, δεν δείχνει να είναι προκατειλημένο απέναντι σ' αυτά τα άτομα.

Η ευαισθητοποίησή τους δεν ήταν η αναμενόμενη και από τις απαντήσεις τους είδαμε πως πολλές φορές πέφτουν σε αντιφάσεις.

Οι γνώσεις τους επικεντρώνονται σε βασικές έννοιες εξάρτησης, ενώ πολλές φορές παρατηρείται ομοφωνία απόψεων μεταξύ νοσ/τών και σπουδαστών νοσ/κής - νοσ/τών και νοσ/μών.

Οι σπουδαστές κοινωνικής εργασίας παρουσίασαν διαφορετική άποψη από τους υπόλοιπους.

Από τα αποτελέσματα αυτά φαίνεται πως η ανάγκη συνεχούς επιμόρφωσης του νοσ/κού προσωπικού με τη μορφή σεμιναρίων και εκπαιδευτικών προγραμμάτων, με αποκλειστικό αντικείμενο τις ουσίες εξάρτησης σε προγράμματα σπουδαστών κρίνονται απαραίτητα.

SUMMARY

Five hundred and twenty -six people (171 student nurses, 173 social sciences students, 182 nurses) were given a questionnaire with the purpose of a comparative inquest into their knowledge, prejudice and sensitization towards "legal" intoxicating substance addicts.

We observed that the greatest part of this sample does not seem to hold any prejudice towards these people. Their sensitization was not the expected and from their answers we saw a lot of contradiction.

Their knowledge focuses on basic terms of addiction while many times opinions are unanimous between nurses and student nurses. The social sciences students presented a different opinion to the others. From these results we can see that the need of continuous training of hospital staff in the form of seminars and educational programmes, with an exclusive objective of intoxicating substances in student curriculum is necessary.

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Το ερωτηματολόγιο αυτό είναι ΑΝΩΝΥΜΟ. Σε κάθε ερώτηση καλείστε να δώσετε την απάντηση που σας αντιπροσωπεύει περισσότερο.

1. Φύλο

- α) Άρρεν
 β) Θήλυ



2. Ηλικία

3. Σε ποιά από την παρακάτω κατηγορία επαγγέλματος υγείας και πρόνοιας ανήκετε:

- α) Νοσηλεύτριας/τρια
 β) Νοσοκόμα/μος
 γ) Σπουδαστής Νοσηλευτικής
 δ) Σπουδαστής Κοινωνικής Εργασίας

4. Ο τόπος διαμονής σας είναι:

- α) Πόλη
 β) Κωμόπολη
 γ) Χωριό

5. Τι είναι εξάρτηση:

- α) Είναι μια παθολογική συμπεριφορά.
 β) Είναι η εμφάνιση στερητικών φαινομένων.
 γ) Είναι η ακατανίκητη επιθυμία η συνδεδεμένη με άγχος για την επανάληψη συγκεκριμένων πράξεων, που η ικανοποίησή τους επιφέρει την προσωρινή χαλάρωσή.

6. Πότε πιστεύετε ότι υπάρχει σοβαρό πρόβλημα με το αλκοόλ:

- α) Η κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών.
 β) 2-3 μεθύσια τον μήνα.
 γ) Η κατανάλωση στα κρυφά.
 δ) Η αδυναμία ελέγχου στην κατανάλωση (το 1 ποτηράκι γίνονται 10).

7. Πιστεύετε ότι παράγοντες κληρονομικότητας συμβάλλουν στη δημιουργία εξάρτησης:

- α) Συμβάλλουν στη δημιουργία της εξάρτησης.
 β) Είναι οι κυρίως υπεύθυνοι.
 γ) Δεν έχει εξακριβωθεί ακόμη μέχρι ποιο βαθμό.

8. Ποιοί από τους παρακάτω ψυχολογικούς παράγοντες πιστεύετε ότι παίζουν σημαντικό ρόλο στη δημιουργία της εξάρτησης:

(Βαθμολογείτε όλες τις επόμενες επιλογές κατά σειρά προτίμησης 1-9)

- κατάθλιψη
- αίσθημα κατωτερότητας
- αναστολές (αδυναμία επικοινωνίας με άλλα άτομα)
- αίσθημα ανασφάλειας
- άγχος
- φόβος
- μοναξιά
- αυπνία
- αίσθημα ματαιώσης

9. Ποιά από τα παρακάτω κοινωνικά σύνολα επηρεάζουν την εξάπλωση της εξάρτησης:

(Βαθμολογείτε όλες τις επόμενες επιλογές κατά σειρά προτίμησης 1-4)

- πυρηνική οικογένεια (γονείς-αδέλφια)
- ευρύτερη οικογένεια (παππούδες-θείοι-άλλοι συγγενείς)
- φίλοι (παρέα)
- συνεργάτες

10. Ποιοί από τους παρακάτω ευρύτερα κοινωνικούς παράγοντες επηρεάζουν την εξάπλωση της εξάρτησης:

(Βαθμολογείτε όλες τις επόμενες επιλογές κατά σειρά προτίμησης 1-7)

- εθνηκεία
- διαφήμιση
- παραγωγή μεγάλων ποσοτήτων αλκοολούχων ποτών
- φθηνή τιμή
- εύκολη ανεύρεση
- ήθη και έθιμα μιας χώρας
- κλιματολογικές συνθήκες

11. Πως φαντάζεστε έναν εξαρτημένο:

- α) Κάποιον που πίνει 10 μπουκάλια ρετσίνα στην "καθισία".
- β) Κάποιος που του είναι απαραίτητο να πίνει κάθε μέρα.
- γ) Κάποιος που το πρωί τρέμουν τα χέρια του.
- δ) Μια μεσήλικη κυρία, που χρειάζεται όλο και μεγαλύτερη ποσότητα ηρεμιστικών για να κοιμηθεί.
- ε) Ένα νεαρό άτομο, που για να ανταπεξέλθει στις επαγγελματικές του υποχρεώσεις χρειάζεται να έχει πιεί προηγουμένως ή να έχει πάρει ηρεμιστικά.

12. Που φαντάζεστε ότι βλάπτει περισσότερο η εξάρτηση από το αλκοόλ ή τα φάρμακα:

- α) Στην σωματική υγεία του εξαρτημένου.
- β) Στην ψυχική υγεία του εξαρτημένου.
- γ) Στην οικογένειά του.
- δ) Στην εργασία του.
- ε) Στην κοινωνία.

13. Τι είναι αυτό που βλάπτει τον οργανισμό στην κατάχρηση οινόπνευματώδων ποτών;

- α) Η απ' ευθείας τοξική δράση της αιθυλικής αλκοόλης.
- β) Τα καρυκείματα που περιέχονται στα ποτά.
- γ) Η μη σωστή διατροφή αυτού που κάνει την κατάχρηση.
- δ) Οι μέθες, τα ξενύχτια και ο μη υγιεινός τρόπος ζωής.

14. Ποιά ποτά κατά την γνώμη σας προκαλούν εξάρτηση;

- α) οινόπνευματώδοι (π.χ. WHISKY, σφηνάκια κ.α.)
- β) κρασί, ούζο
- γ) μπύρα
- δ) όλα τα ηαααηάνω

15. Σε περίπτωση χρόνιας κατάχρησης αλκοολούχων ποτών, ποιά είναι η βλάβη που φαντάζεστε ότι μπορεί να προκληθεί;

- α) βλάβη στο ήπαρ (λιπώδης εκφύλιση-κίρρωση)
- β) έλκος στομάχου
- γ) παγκρεατίτιδα
- δ) νευρίτιδα
- ε) καρδιοπάθεια
- στ) γεννητικό σύστημα-σπερματοζωάρια-ωάρια

ζ) όλα τα ηαααηάνω

16. Κάποιος συνεχίζει την λήψη ηρεμιστικών φαρμάκων που του χορηγήθηκαν με συνταγή γιατρού, ακόμη και όταν δεν έχει τα ενοχλήματα που τον οδήγησαν να πάρει αυτά τα φάρμακα. Τι θα σκεφτείτε ότι συμβαίνει;

- α) Θεωρεί ότι τα φάρμακα θα τον βοηθήσουν να μην ξαναπαρουσιαστούν τα ενοχλήματα.
- β) Τα συνήθισε και δεν μπορεί να τα σταματήσει.
- γ) Αντελήφθη ότι του δημιουργούν μια ευχάριστη κατάσταση και ευφορία και δεν σκέφτεται να τα σταματήσει.
- δ) Σκέφτεται, ότι αφού μου τα έδωσε ο γιατρός καλά είναι να τα παίρνω συνέχεια.

17. Ποιά πιστεύετε ότι είναι τα προβλήματα που αντιμετωπίζει η οικογένεια ενός εξαρτημένου από αλκοόλ ή φάρμακα;

- α) Η συναισθηματική ένταση.
- β) Οι θυμικοί, οι διαπληκτισμοί, η έλλειψη ηρεμίας.
- γ) Η παθητική στάση του χρήστη στα ερεθίσματα των υπολοίπων μελών.
- δ) Η χαλάρωση που πηγάζει από την χρήση του αλκοόλ ή των φαρμάκων και που οδηγεί στην καλύτερη επικοινωνία.

18. Ποιές από τις παρακάτω περιπτώσεις θα τις χαρακτηρίζατε σαν συνέπειες της εξάρτησης από το αλκοόλ ή τα φάρμακα, που επηρεάζουν το ευρύτερο κοινωνικό σύνολο;

- α) Η συχνότερη έκδοση διαζυγίων.
- β) Ο αυξανόμενος αριθμός των τροχαίων ατυχημάτων, που συμβαίνουν κάτω από την επίρρεια της αλκοόλης ή φαρμάκων.
- γ) Τα εργατικά ατυχήματα.
- δ) Προβλήματα στις διαπροσωπικές σχέσεις.
- ε) Γενική επιβάρυνση του κοινωνικού συνόλου.

19. Πως θα κρίνατε την στάση του ευρύτερου κοινωνικού συνόλου απέναντι σε μια οικογένεια που έχει προβλήματα από την χρήση του αλκοόλ ή των φαρμάκων;

- α)στηρικτική
- β)οίκτου
- γ)στάση αδιαφορίας
- δ)στάση περιθωριοποίησης
- ε)στάση στιγματισμού

20. Ποιά από τις παρακάτω προτάσεις αποτελεί κατά τη γνώμη σας σημαντικό θεραπευτικό στόχο;

- α)Η φυσική (σωματική) αποκατάσταση του χρήστη.
- β)Η ρύθμιση οικογενειακών προβλημάτων.
- γ)Η αντιμετώπιση των κοινωνικο-οικονομικών προβλημάτων που μπορεί να υπάρχουν.
- δ)Οποιαδήποτε από τις παραπάνω, εξαρτάται από ποιο πρόβλημα φαίνεται πιο οξύ.

21. Ποια θεωρείτε ότι είναι η πιο χρήσιμη στάση που μπορεί να κρατήσει η οικογένεια του χρήστη κατά την διάρκεια της θεραπείας του;

- α)Να απομακρυνθεί από κοντά του, για να αντιμετωπίσει μόνος του το πρόβλημά του.
- β)Να συμμετέχει στην θεραπευτική διαδικασία στηρίζοντας τον χρήστη.
- γ)Να υποβάλλεται σε παράλληλη θεραπεία, πιθανά με άλλες οικογένειες χρηστών.

22. Ποιά θεωρείτε την πιο ενδεδειγμένη θεραπευτική μέθοδο για την αντιμετώπιση των εξαρτήσεων;

- α)Εισαγωγή σε κλινική ή θεραπευτική κοινότητα.
- β)Φαρμακευτική αγωγή.
- γ)Ψυχοθεραπεία.
- δ)Συνδιασμός κάποιων από τα παραπάνω.

23. Αν ένας φίλος ή στενός συγγενείς σας αναφέρει ότι κάνει κατάχρηση αλκοόλ ή πρεμιστικών. Τι θα κάνετε;

- α)Θα μιλήσετε μαζί του και θα του προτείνετε να αποταθεί σε ειδική για τις εξαρτήσεις υπηρεσία.
- β)Θα επικοινωνούσατε εσείς με την ειδική υπηρεσία για μια ενημέρωση και ενδεχόμενη μελλοντική συνεργασία.
- γ)Αισθάνεστε υποχρεωμένη να παρέμβετε.
- δ)Δεν κάνετε τίποτα.

24. Ποιούς θεωρείται περισσότερο αρμόδιους για παροχή σπρικτικής βοήθειας στα εξαρτημένα άτομα;

- α)Ιατρούς
- β)Νοσηλεύτες/τριες
- γ)Ιερείς-Εκκλησία
- δ)Κοινωνικούς Λειτουργούς
- ε)Οικογένεια (εξαρτημένου)
- στ)Εργοδότες

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Αθανασάκη - Τσουρούλα Α., Μουσσάς Γ., Σταυρακάκη Ε.,
Λύκουρας Ε. "Παρουσίαση δύο ερωτηματολογίων για
επισήμανση προβλημάτων αλκοολισμού (κατάχρηση -
εξάρτηση)", Εγκέφαλος, Τόμος 26, Τεύχος 2:71-74, 1989.
- Altschul A., Simpson R., " Ψυχιατρική Νοσ/κή". Μετάφραση
Καραστεργίου Α, Εκδόσεις ΨΝΘ, Θεσ/κη 1988.
- Αναγνωστάκης Δ. "Η επίδραση της αλκοόλης στην καρδιά".
Ιατρική, Τόμος 64, Τεύχος 5 : 456 - 461, 1993.
- Αφρουδάκης Α. "Αλκοολική νόσος του ήπατος", Ιατρική, Τόμος 64,
Τεύχος 5, : 462 - 474, 1993.
- Βασιλειάδου Δ, Καλαμβοκίδου Α, Κουφοκώτσιος Α. " Νοσηλευτική
φροντίδα για άτομα εξαρτημένα από αλκοόλ και φάρμακα στην
πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια περίθαλψη.
Ο ρόλος του νοσηλευτή στην διεπιστημονική ομάδα".
Πρακτικά 18ου Ετήσιου Παναλλήνιου Νοσηλευτικού
Συνεδρίου, Αθήνα Μάιος 1991.
- Cadoret R., "Genetic determinants of alcoholism", in: Alcoholism,
Tarter R. and Sugarman A., Reading. Mass Addison - Westey Co,
1976.
- Celia Leikin " Η διάγνωση και θεραπεία, του αλκοολισμού".
Εκλογή. Τεύχος 71 : 141 - 151, Μετάφραση Καπέλου Ε.,
Δημοπούλου Μ., Οκτώβ. - Νοέμβρ. Δεκέμβρ. 1986.
- Δανιηλίδης Ι. "Οι επιδράσεις του αλκοολισμού στο πάγκρεας
και στον πεπτικό σωλήνα". Ιατρική, Τόμος 64,
Τεύχος 5:475 - 481, 1993.

- Δεστοράκης Ι. Κονδάκης Ξ, "Επιδημιολογία της κατανάλωσης οينوπνευματωδών ποτών από νεαρούς ενηλίκους στην πόλη των Πατρών ". Ιατρική, Τόμος 62, Τεύχος 3 : 279 - 285, 1992.
- Δρόσου - Αγακίδου Β., Μαλακά - Ζαφειρίου Κ, Παπακυριακίδου Π, Κορωνάκι Α. "Οξεία μέθη στα παιδιά : περιγραφή 80 περιπτώσεων ", Παιδιατρική, Τόμοι 53, Τεύχος 2 : 103 - 107, 1990.
- Ζαφειρίδης Φ. , "Το ειδικό Θεραπευτικό πρόγραμμα για άτομα εξαρτημένα από φαρμακευτικές ουσίες ". Εκλογή, Τεύχος 71 : 135 - 140, Οκτωβ. - Νοέμβ. - Δεκέμβ. 1986.
- Goodwin D.W., Schulsinger F., Hermansen L., "Alcohol problemw in adoptees raised apart from alcoholic biological parents", Arch Gen Psychiat, 28, 238-243, 1973.
- Goth Andres, "Ιατρική φαρμακολογία", Μετάφραση Μαρσέλου Μ, 10η έκδοση, Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1987.
- Θεοδοροπούλου - Βαϊδάκη Στ., "Κατάχρηση ψυχοφαρμάκων", Νοσοκομειακά χρονικά, Τόμος 50, Τεύχος 4 : 327 - 330, Οκτ. - Δεκ. 1988.
- Ιεροδιακόνου Χ, Φωτιάδης Χ., Δημητρίου Ε., "Ψυχιατρική", Εκδόσεις Μαστορίδη, Θεσ/κη 1988.
- Jaffe J., Peterson R., Hodgson R., " Ο κύκλος της ζωής (Ναρκωτικά - Τσιγάρο - Αλκοόλ, προβλήματα και απαντήσεις)", Μετάφραση Μαράτου Ο. Σόλμαν Μ., Εκδόσεις Ψυχογιός, Αθήνα 1981.
- Jellinek H.M., "The disease concept of alcoholism", New Heaven, Hillhouse Press, 1960.
- Κανδρεβιώτης Ν., "Οι βλαβερές και καταστρεπτικές επιδράσεις του αλκοολισμού στα οργανικά συστήματα του ανθρωπίνου σώματος", Ιατρική, Τόμος 50, Τεύχος 6 : 595 - 606, 1986.

- Kandel D.B. "Drug and Drinking Behavior Among Youth",
Ann Rev Social 6: 235-285, 1980.
- Kandel D.B., Logan I.A., "Patternw of drug use from adolescence to
young adulthood: I. Periods of risk for initiation, stabilization
and dealine", Am. I. Public Health 74: 660-666, 1984.
- Καρακιουλάκης Γ., "Στοιχεία Γενικής Φαρμακολογίας",
Σημειώσεις Ειδικής Φαρμακολογίας ΤΕΙ Πάτρας,
Εκδόσεις ΤΕΙ Πάτρας, Πάτρα 1989.
- Καρβουντζής Ε., "Αλκοόλη και Αλκοολισμός",
Εκδόσεις Παρισσιανός, Αθήνα 1986.
- Κουβαράς Γ., "Η επίδραση της αλκοόλης στην καρδιά",
Ιατρική Τόμος 48, σελ. 149 - 154, 1985.
- Κουφοκώτσιος Α., "Εξωνοσοκομειακή θεραπεία των εξαρτήσεων
- Νοσηλευτικοί ρόλοι", Πρόγραμμα χορήγησης ειδικότητας
Νοσηλευτικής στην Ψυχική Υγεία, ΨΝΘ 1992 - 1993.
- Λεκάκης Ι., "Αλκοολική μυοκαρδιοπάθεια", Ιατρική, Τόμος 64,
Τεύχος 5 : 482 - 485, 1993.
- Λύκουρας Ε., " Η ψυχιατρική πλευρά του αλκοολισμού", Ιατρική,
Τόμος 64, Τεύχος 5 : 496 - 503, 1993.
- Λουκίσα Δ., "Η Ευρωπαϊκή νοσηλευτική διάσκεψη της Βιέννης
21 - 24 Ιουνίου 1988", Νοσηλευτική, Τεύχος 4 287 - 292,
Οκτ - Δεκ. 1989.
- Μαδιανός Μ., Λιάκος Α., "Επιδημιολογικά στοιχεία του
αλκοολισμού στην Ελλάδα και οι επιπτώσεις τους στο
σχεδιασμό της πρόληψής του", Εγκέφαλος, Τόμος 17,
σελ. 104 - 108, 1980.
- Μάνος Ν., "Βασικά στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής",
Εκδόσεις UNIVERSITY STUDIO PRESS, Θεσ/κη 1988.

- Μαρσάλος Μ., "Ναρκωτικά. Φαρμακολογία και Τοξικολογία των εξαρτισιογόνων - ψυχοτρόπων ουσιών", Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1986.
- Μισιρλή Ε., Σημειώσεις Τοξικολογίας Ιατρικού Τμήματος Πανεπιστημίου Πατρών, Πάτρα 1992.
- Μουσσάς Γ, Αθανασάκη - Τσουρούλα Α, Σταυρακάκης Μ, Λύκουρας Ε., "Προβλήματα αλκοολισμού στο γενικό νοσοκομείο", Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής, Τόμος 5, Τεύχος 3 : 245 - 247, Μάιος - Ιούνιος 1988.
- Παιονίδης Α, Αχλαδάς Χ, Σύρμου Ε, "Η χρήση κοινών ευφραντικών ουσιών, αναλγητικών και ναρκωτικών. Συγκριτική μελέτη σε εργαζομένους και μη μαθητές λυκείου", Ελληνική Ιατρική, Τόμος 51, Τεύχος 3 : 215 - 222, 1985.
- Παπαγεωργίου Γ., "Εξαρτήσεις στη ζωή μας", Εκδόσεις Πασχαλίδη, Αθήνα 1985.
- Παπαγεωργίου Ε., "Γενικά περί αλκοολισμού των νέων. Νεανικός αλκοολισμός", Εγκέφαλος, Τόμος 26, Τεύχος 2 : 57 - 62, 1989.
- Παπαγεωργίου Ε., "Ψυχαναλυτική θεώρηση της εξαρτημένης συμπεριφοράς", Εκλογή, Τεύχος 4 : 125 - 134, Οκτ. Νοέμβ. - Δεκ. 1986.
- Παπαιωάννου Σ, "Φαρμακολογία του Κ.Ν.Σ." Σημειώσεις Φαρμακολογίας Ι Φαρμακευτικού Τμήματος Πανεπιστημίου Πατρών, Πάτρα 1992.
- Παραδέλλης Α., "Αλληλεπιδράσεις Φαρμάκων", Β' έκδοση, Εκδόσεις UNIVERSITY STUDIO PRESS, Θεσ/κη 1990.
- Παραδέλλης Α., "Κλινική Φαρμακολογία (Ειδικά Θέματα κύκλος τέταρτος)", Εκδόσεις UNIVERSITY STUDIO PRESS, Θεσ/κη 1991.

- Παραδέλλης Α., "Κλινική Φαρμακολογία (Ειδικά Θέματα κύκλος τέταρτος)", Εκδόσεις UNIVERSITY STUDIO PRESS, Θεσ/κη 1991.
- Παράσχος Α., "Η Διαγνωστική των Φαρμακευτικών Εξαρτήσεων", Ιατρική Επιθεώρηση Ενόπλων Δυνάμεων, Τόμος 18, Τεύχος 3 : 167 - 175, 1984.
- Ποταμιανός Γ., " Νόμιμες ουσίες εξάρτησης - Αλκοόλ", Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα 1991.
- Potamianos G, Gorman D.M. and Peters T.I. " Attitudes and treatment expectancies of patients and general hospital staff in relation to alcoholism", Brit. I. Med Psychol 58, 63 - 66, 1985.
- Potamianos G., Winter D, Duffy D.M., Gorman D.M. and Peters T.I., "The perception of problem drinkers by general hospital staff, general practitioners and alcoholic patients " Alcohol, Vol 2, 563 - 566, 1985.
- Πουλοπούλου Μ., "Ενδουπηρεσιακή επιμόρφωση νοσηλευτικού προσωπικού", Υγεία, Τεύχος 3 : 24 - 25, Απρίλιος - Ιούνιος 1993.
- Ραγιά Α. "Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας - Ψυχιατρική Νοσηλευτική", Εκδόσεις Αδελφότητα, "ΕΥΝΙΚΗ", Αθήνα 1993.
- Σταμπούλης Ε, "Αλκοολική νευροπάθεια", Ιατρική, Τόμος 64, Τεύχος 5 : 486 - 495, 1993.
- Τριχοπούλου Α και Τριχόπουλος Δ., "Προληπτική Ιατρική", Εκδόσεις Παρισιανός, Αθήνα 1986.

Υφαντής Θ., Κούτρας Β., Καφετζόπουλος Ε, Μαρσέλος Μ.,
"Επιδημιολογική διερεύνηση της συχνότητας χρήσης
οινοπνευματωδών ποτών σε μαθητές της Μέσης Εκπαίδευσης",
Τόμος 57, Τεύχος 6 : 584 - 590, 1990.

Υφαντής Θ, Κούτρας Β, Καφετζόπουλος Ε και 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
Μέσης Εκπαίδευσης", Εγκέφαλος, Τόμος 27, σελ. 178 - 191,
1990.

Χαρτοκόλλης Π., " Εισαγωγή στην ψυχιατρική", 2η έκδοση,
Εκδόσεις Θεμέλιο, Αθήνα 1991.

