

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

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Ο αλκοολισμός στη σύγχρονη ζωή του ανθρώπου

Εισηγήτρια Καθηγήτρια: κα. Έλενα Μπαντζή

Φοιτήτρια: Χατζηϊωάννου Παναγιώτα

Ο αλκοολισμός στη σύγχρονη
ζωή του ανθρώπου

ΠΑΤΡΑ 10 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2000

*Η εργασία αυτή αφιερώνεται
στη μητέρα μου,
που με την αγάπη της
και την τεράστια υπομονή της,
με βοήθησε να συνεχίσω
στην ολοκλήρωση των ονείρων μου*

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 ^ο	8
1.1. Ιστορική Αναδρομή	9
1.2. Η Πορεία του Αλκοολισμού στην Νεώτερη και Σύγχρονη Ελλάδα	12
1.3. Επιδημιολογικά Στοιχεία.....	14
1.4. Τι είναι Αλκοολισμός	19
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 ^ο	21
2.1. Αίτια του Αλκοολισμού	22
2.1.1. Ψυχολογικοί Παράγοντες (η αλκοολική προσωπικότητα).....	23
2.1.2. Κοινωνικοί Παράγοντες	24
2.1.3. Πολιτισμικοί Παράγοντες.....	28
2.1.4. Βιολογικοί και γενετικοί παράγοντες	29
2.2. Επίδραση του αλκοολισμού στην κοινωνία – Νομοθεσία	30
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 ^ο	37
3.1. Τα Στάδια του Αλκοολισμού	38
3.2. Τύποι Αλκοολικών	39
Α. Ο ανύποπτος αλκοολικός.....	40
Β. Ο κανονικός και συγκρατημένος αλκοολικός	40
Γ. Ο παθολογικός αλκοολικός.....	40
Δ. Ο νευρωτικός αλκοολικός.....	41
Ε. Ο συμπτωματικός αλκοολικός.....	41
Στ. Ο εκ περιτροπής πότης.....	42
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 ^ο	43
4.1. Επιπλοκές	44
4.1.1. Αλκοολική Οξεία Δηλητηρίαση	44
4.1.2. Αλκοολική Ηπατίτιδα	45
4.1.3. Αναιμία Ηπατικών Παθήσεων	46
4.1.4. Κίρρωση του Ήπατος – Laenel.....	47
4.1.5. Συμφορητική Καρδιομυοπάθεια	47

4.1.6. Οξεία και Χρόνια Γαστρίτιδα	48
4.1.7. Επιπλοκές στο Πάγκρεας – Παγκρεατίτιδα	50
4.1.8. Τρομώδες Παραλήρημα	51
4.1.9. Ψύχωση του Κόρσακοφ.....	52
4.1.10. Αλκοολική Ψευδαισθήτωςις.....	53
4.1.11. Κρίσεις Στερήσεως	54
4.1.12. Νευρολογικές Διαταραχές.....	55
4.1.13. Σύνδρομο αποχής ή στερήσεως	55
4.1.14. Κλονισμένο Βάδισμα ή «Βάδισμα Μεθυσμένου».....	57
4.1.15. Αλκοόλη και ατυχήματα.....	57
4.1.16. Αλκοολική Άνοια.....	59
4.1.17. Αλκοολική Εκφύλιση της Παρεγκεφαλίδας.....	59
4.1.18. Εγκεφαλοπάθεια του Wennice.....	60
4.1.19. Αλκοολική Πολυμυοπάθεια	61
4.1.20. Αλκοολισμός – Ψυχική Διάθεση	62
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 ^ο	63
5.1. Μέτρα Πρόληψης	64
5.2. Ψυχολογική Προσέγγιση	73
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 ^ο	81
6.1. Νοσηλευτική Αντιμετώπιση Αλκοολικού.....	82
6.2. Νοσηλευτικά Ιστορικά	88
1. Ασθενή με γαστρορραγία και αλκοολική κίρρωση ήπατος.....	88
2. Αναμνηστικό ατομικό ιστορικό	96
6.3. Αντιμετώπιση του Αλκοολικού σε Κώμα	105
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7 ^ο	108
7.1. Συμπεράσματα	109
7.2. Επίλογος – Εκτιμήσεις	110
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	113

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Με την εργασία αυτή προσπαθήσαμε να καταγράψουμε τα προβλήματα που δημιουργούνται από τη χρήση αλκοόλ. Τα προβλήματα αυτά είναι ποικίλα γιατί είναι τόσο σωματικά όσο και κοινωνικά.

Ο αλκοολισμός, εκτός του ότι δημιουργεί πολλά προβλήματα, είναι παράλληλα και δημιουργητής των προβλημάτων (του άγχους, τους στρες κλπ.) που απασχολούν τους ανθρώπους.

Οι άνθρωποι που αντιμετωπίζουν τεράστια προβλήματα ή είναι αδύνατοι χαρακτήρες για να αντιμετωπίσουν και το πιο μικρό βλέπουμε ότι καταφεύγουν σε μια λανθασμένη και επικίνδυνη διέξοδο (όπως νομίζουν), τη χρήση οιοπνευματωδών.

Προσπαθούν να τα ξεχάσουν και να τ' αποφύγουν πίνοντας, δίχως να υπολογίζουν τις δυσάρεστες συνέπειες της πράξεώς τους. Ώσπου μετά από τη συνεχή χρήση αυτών κατανάνε δέσμοί τους.

Σήμερα όμως δεν φτάνει να αναθεματίζεται απλά και μόνο ο αλκοολισμός σαν αρρώστια. Αλλά πρέπει να δοθούν λύσεις στα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι άνθρωποι και τους οδηγούν στην κατάχρηση του αλκοόλ. Όπως καλύτερες συνθήκες διαβίωσης, καλύτερες συνθήκες εργασίας. Γιατί είναι παρατηρημένο ότι οι περισσότεροι αλκοολικοί προέρχονται από τις κατώτερες κοινωνικές τάξεις.

Γι' αυτό όπου η πολιτεία μπορεί να παρέμβει είναι ανάγκη και πρέπει να παρεμβαίνουν για να αποφευχθούν όλες αυτές οι δυσάρεστες κοινωνικές προεκτάσεις του προβλήματος, όπως και οι δυσάρεστες επιπλοκές του στην υγεία των αλκοολικών.

Βέβαια ο αλκοολισμός σαν κοινωνικό πρόβλημα μπορεί να μην έχει καταλάβει μεγάλη έκταση στη χώρα μας, αυτό όμως δε σημαίνει ότι πρέπει να αντιμετωπιστεί ως δευτερεύον. Αντίθετα, πρέπει να δοθεί μεγάλη σημασία στην πρόληψή του τώρα που είναι νωρίς ακόμα.

Από τη στιγμή τώρα που κάποιος γίνεται αλκοολικός χρειάζεται την αμέριστη βοήθεια και συμπαράσταση της κοινωνίας και όχι την κατακραυγή της. Η ψυχολογική υποστήριξη είναι ζωτικής ανάγκης για τον αλκοολικό.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

1.1. Ιστορική Αναδρομή

Ο αλκοολισμός εμφανίζεται σαν μεγάλη κοινωνική πληγή, που για την καταπολέμησή της γίνονται προσπάθειες ακόμα και στα αρχαία χρόνια.

Η πρώτη χρήση αλκοόλ αναφέρεται στην Παλαιά Διαθήκη από τον Νώε και σχετίζεται με ντροπή και δυστυχία. Ο Νώε έγινε γεωργός και άρχισε να καλλιεργεί τη γη και φύτεψε μεταξύ των άλλων και αμπελώνα. Ήπια από τον οίνο και μέθυσε έτσι λοιπόν καθώς ήταν γυμνώθηκε στο σπίτι του χωρίς να το αντιληφθεί, και εξακολουθεί η χρήση στη Γένεση η οποία είναι η αιτία φοβερών κακών στον κόσμο. Για παράδειγμα, στα βιβλία επί *Βασιλείων Β'* βρίσκουμε την εκτέλεση δολοφονίας και μάλιστα αδελφοκτονίας από φθόνο και ζήλια και μέσου βρίσκει το κρασί και τη μέθη. Η Παλαιά Διαθήκη αναφέρει αρκετές φορές την χρήση του αλκοόλ και τα ολέθρια αποτελέσματα της υπερβολικής του δόσης.

Στην Καινή Διαθήκη, οι Ιουδαίοι χρησιμοποιούν πολύ το κρασί στις γιορτές τους σαν φυσικό άλλωστε προϊόν της Παλαιστίνης.

Το κρασί επίσης στο Χριστιανισμό συμβολίζει το αίμα του Χριστού που όταν το πίνει σου δίνει φυσική ευφροσύνη. Ο Ιησούς Χριστός αποκαλεί τον εαυτό του *άμπελον* και η διδασκαλία του ευχαριστεί τις καρδιές των ανθρώπων.

Στην Αρχαία Ελλάδα αναφέρονται από Έλληνες συγγραφείς, όπως ο Όμηρος και ο Πλάτωνας συχνά συνήθειες οινοποσίας. Ο Διόνυσος και ο Βάκχος ήταν θεοί του κρασιού. Είναι γνωστές οι γιορτές που γίνονταν προς τιμήν του θεού Διονύσου, τα λεγόμενα Διονύσια, όπου γινόταν μεγάλη χρήση

του κρασιού. Οι Έλληνες πίστευαν ότι όταν έπιναν κρασί μπορούσαν να απελευθερώσουν την ψυχή τους από την φυλακή της σάρκας. Ο Θεογένης τάσσεται εναντίον της χρήσης του κρασιού, ενώ κατά τον Πλάτωνα επιτρεπόταν η χρήση του εφόσον αναμιγνυόταν με νερό, διαφορετικά το θεωρούσαν βαρβαρικό έθιμο. Ο Σόλωνας επίσης και ο Λυκούργος είχαν θεσπίσει νόμους εναντίον της μέθης. Ο Ιπποκράτης και ο Γαληνός μιλούσαν για την καταστροφική της επίδραση και οι περισσότεροι από τους φιλοσόφους την καταδίκάζαν.

Η σπαρτιατική κοινωνία θεωρούσε τη μέθη υποτιμητική. Στις πρώτες ημέρες της Ρωμαϊκής Αυτοκρατορίας και συγκεκριμένα όταν πήγαν να κάνουν σπονδή στους θεούς από φόβο έπιναν γάλα. Το Ρωμαϊκό κράτος βάδισε, όπως είναι γνωστό, στα ίχνη της Αρχαίας Ελλάδας. Απ' αυτήν πήρε τους ποιητές, λογοτέχνες, πολιτισμό και συγγραφείς. Πρότυπο για τον Ρωμαίο πολίτη ήταν ο Έλληνας. Στην Ρώμη ο αλκοολισμός έφερε ολέθρια αποτελέσματα. Συντέλεσε στην εκφύλιση και στην εξαφάνιση του ισχυρότερου κράτους, της Ρωμαϊκής Αυτοκρατορίας.

Αντίθετα από τους Αρχαίους Έλληνες οι Βυζαντινοί έπιναν ανόθευτο κρασί. Χαρακτηριστικά αναφέρεται πως ο Αυτοκράτορας Λέων ο ΣΤ' ο Σοφός διέταξε στα τέλη του 9^{ου} μ.Χ. αιώνα να τιμωρούνται αυστηρά οι ταβέρνες που στην προσπάθειά τους να κερδίζουν περισσότερα νόθευαν το κρασί. Επίσης, ο Ιωάννης ο Παλαιολόγος το 1431 υπέγραψε συμφωνία με τους Βενετούς για την ύπαρξη ορισμένου αριθμού ταβερνών και την προστασία των ελληνικών ταβερνών.

Στα μεσαιωνικά χρόνια ο Καρλομάγνος παίρνει μέτρα επίσης εναντίον του αλκοολισμού. Στην Αμερική μεταδόθηκε η οινοποισία από τους πρώτους Γάλλους ερευνητές, το 1535 όταν συναντήθηκαν με Ινούς σ' ένα νησί της Ορλεάνης. Στον κόλπο της Νέας Υόρκης οι Decaware Indians, όταν

συναντήθηκαν με τους Άγγλους ναυτικούς έκαναν την πρώτη τους γνωριμία με μεθυστικά ποτά και από τότε το νησί τους Manahachtonick, που μετονομάστηκε από τους λευκούς σε Manhattan, στην Ινδιάνικη γλώσσα σημαίνει «το νησί που όλοι είναι μεθυσμένοι».

Ο εντατικός αγώνας εναντίον του αλκοόλ αρχίζει στη Βόρεια Αμερική, για πρώτη φορά στα μέσα του 19^{ου} αιώνα, όπου η πολιτεία Μαϊν απαγόρευσε από το 1846 την χρήση και το εμπόριο αλκοολικών ποτών. Αρχισαν να την μιμούνται και άλλες πολιτείες της Βόρειας Αμερικής, συνολικά 16, ως το 1860. Από τότε εκδηλώθηκε μεγάλη αντίδραση από την πλευρά εκείνων που ζημιώνονταν από την απαγόρευση, και σιγά-σιγά πέτυχαν την κατάργησή της. Όμως από το 1903 ο αγώνας εναντίον του αλκοολισμού απέκτησε καινούργια ένταση και το 1917 η χρήση οινοπνευματωδών ποτών είχε απαγορευθεί σε 30 αμερικανικές πολιτείες. Τέλος το 1929, ψηφίστηκε από το Κογκρέσο γενική απαγόρευση για όλα ανεξαιρέτως τα κράτη των Η.Π.Α., με το νόμο Βόλστην, που καταργήθηκε αργότερα εξαιτίας της επικίνδυνης εξάπλωσης του παράνομου εμπορίου των οινοπνευματωδών.

Πρέπει να σημειωθεί πως ο δείκτης κατανάλωσης οινοπνεύματος ποτέ δεν έφθασε ψηλά, όσο κατά την ποτοαπαγόρευση. Στην Ρωσία, έπειτα από το 1917, απαγορεύθηκε η χρήση ποτών, που έχουν περιεκτικότητα σε οινόπνευμα μεγαλύτερη των 20 βαθμών.

Η Νορβηγία, που δεν επέτρεπε και πιο μπροστά την χρήση οινοπνευματωδών σε πρόσωπα ορισμένων επαγγελμάτων στην διάρκεια της υπηρεσίας τους, θέσπισε από το 1919 γενική απαγόρευση χρήσης και εμπορίας για όλα τα ποτά, που περιείχαν πάνω από 12 βαθμούς. Ανάλογα μέτρα έχουν πάρει και άλλες χώρες, από τότε μέχρι πρόσφατα.

Στην Γαλλία ιδιαίτερα όπου το ποσοστό των αλκοολικών παρουσιάζεται ιδιαίτερα υψηλό, έχει αρχίσει εδώ και αρκετό καιρό «σταυροφορία» εναντίον του αλκοολισμού.

Πρέπει να σημειωθεί σχετικά, ότι σ' όλες τις χώρες την μικρότερη κατανάλωση εμφανίζουν οι οινοπαραγωγικές περιφέρειες και ότι απ' όλα τα αλκοολούχα ποτά, το κρασί συντελεί περισσότερο στην διάδοση του αλκοολισμού.

1.2. Η Πορεία του Αλκοολισμού στην Νεώτερη και Σύγχρονη Ελλάδα

Κατά τον πόλεμο για την ανεξαρτησία των Ελλήνων καταστράφηκαν πολλά αμπέλια, τα οποία μετά την ανεξαρτησία αντικαταστάθηκαν. Το κρασί από τα σταφύλια επικράτησε στην νεώτερη Ελλάδα και κατά κανόνα πίνεται είτε στα γεύματα καθημερινά είτε στα διάφορα πανηγύρια και συνοδεύεται πάντα με φαγητό.

Μετά την αλλαγή του αιώνα μας έχουμε μεγάλη αύξηση της παραγωγής του οινοπνεύματος, ένα μέρος όμως της παραγωγής προορίζεται για αγορές του εξωτερικού.

Παρ' όλα αυτά στο διάστημα αυτό αρχίζει ο αλκοολισμός να γίνεται ένα πρόβλημα κατά τους Ιατρούς και στην Πανελλήνια Ιατρική Συνέλευση το 1900, θεωρήθηκε ότι πρέπει να συζητηθεί ο αλκοολισμός και οι προεκτάσεις του στο χώρο της ψυχής. Το 1903 ο Δρ. Βλαβιανός, ψυχίατρος, συμφώνησε για την δημιουργία της Πανελληνίας Αντιαλκοολικής Αδελφότητας. Ο Βλαβιανός, ο οποίος πήρες μέρος στο Διεθνές Αντιαλκοολικό Συνέδριο στο

Παρίσι το 1899 ήταν συγγραφέας πολλών άρθρων. Ακόμη στο Monograph μετέφερε βασικά στοιχεία για το θέμα του αλκοολισμού στην πατρίδα του.

Το 1930 στην Αθήνα έγινε το πρώτο Εθνικό Συνέδριο της Υγιεινής. Ο Δρ. Μ. Γιαννάρης επανέφερε το πρόβλημα του αλκοολισμού στο συνέδριο τονίζοντας τον κίνδυνο που συνεπάγεται για την ψυχή.

Μια αναφορά που έγινε από τον Δρ. Κ. Κατσάρα και από τον Δρ. Ποταμιάνο-Ζερβό έλεγε ότι από το 1904-1925 το 5,43% των ψυχοπαθών στην Πανεπιστημιακή Κλινική του Δρομοκαΐτιου Νευρολογικού Νοσοκομείου των Αθηνών, ήταν αλκοολικοί και μεταξύ των 1926 και 1930, η αναλογία των αλκοολικών αυξήθηκε κατά 7,85%.

Το 1952 ιδρύθηκε υπό την αιγίδα του Δρ. Ποταμιάνου-Ζερβού ο πρώτος οργανισμός εναντίον του αλκοολισμού που είχε το όνομα Χριστιανικός Σύνδεσμος Γυναικών και απέβλεπε στην ηθική βελτίωση του ανθρώπου. Ο σύνδεσμος ανέπτυξε σταθερή προπαγάνδα εναντίον των ποτών και έκανε ομιλίες σε ομάδες όπως μαθητές της αστυνομίας, τελωνειακούς, σε εκπαιδευτές και σε γονείς. Η οργάνωση ήταν συνυπεύθυνη με το τμήμα δικαιοσύνης, για την λήψη διαφόρων μέτρων, όπως την πρόληψη και θεραπεία των παραπτώματων των νεαρών, την έκδοση πιστοποιητικών γάμου, την ιατρική εξέταση για αλκοολικούς, λεπρούς κλπ.

Το 1957 ο Δρ. Ποταμιάνος ίδρυσε μια νέα οργάνωση, την Πανελλήνια Αντιαλκοολική Σταυροφορία, η οποία υιοθέτησε την θεραπευτική πλευρά, δίνοντας περισσότερο έμφαση σ' αυτήν την πλευρά του προβλήματος, παρά στην ηθική επίπτωση. Μετά τον πρόωρο θάνατο του ιδρυτή του την ιατρική ευθύνη της οργάνωσης ανέλαβαν οι ιατροί Δρ. Ζ. Γραιτάνας και Ι. Αναστασιάδης. Ο Αναστασιάδης ήταν ψυχίατρος ο οποίος μάζεψε όλα τα υπάρχοντα στατιστικά στοιχεία για τους αλκοολικούς και τα τοποθέτησε στο Υπουργείο Υγιεινής.

Με τους αγώνες της Πανελληνίου Αντιαλκοολικής Εκστρατείας η Εκκλησία της Ελλάδος καθιέρωσε την Κυριακή του Ασώτου Υιού σαν ημέρα αντιαλκοολικής εκστρατείας. Την Κυριακή αυτή μετά τη Θεία Λειτουργία, ο ιερέας διαβάζει προκήρυξη προειδοποιώντας για τον κίνδυνο των αλκοολικών.

1.3. Επιδημιολογικά Στοιχεία

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 στα εξιτήρια με διάγνωση αλκοολισμού από τα δημόσια ψυχιατρεία και τις ιδιωτικές κλινικές 27 νομών της χώρας. Οι παρακάτω πίνακες (ΠΙΝΑΚΑΣ 1, 2) δίνουν την εικόνα αυτών των ευρημάτων.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1

Αριθμός επισκέψεων για προβλήματα που σχετίζονται με το αλκοόλ στα εξωτερικά ιατρεία του Αιγινήτειου μεταξύ 1971-1976.					
	Συνολικός αριθμός ασθενών	«Αλκοολικοί» ασθενείς		Σύνολο	Ποσοστό (%)
		Άνδρες	Γυναίκες		
1971	2.946	205	35	240	8,1
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:	21.767	1.423	129	1.522	7,1

Πηγή: Liakos, Madianos & Stefanis 1980.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2

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

Πηγή: Liakos, Madianos & Stefanis 1980.

Η εικόνα αυτή 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 έξαρση στην κατανάλωση σε αντίθεση με ότι συμβαίνει σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες. Όπως αναφέρουν οι συγγραφείς αυτής της μελέτης, τα παραπάνω (και άλλα στοιχεία που παρατίθενται στο δημοσίευσμά τους) 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, θα πρέπει να τονιστεί η παρατηρηθείσα αύξηση στα εξιτήρια με διάγνωση αλκοολισμού ιδιαίτερα στην Αθήνα από 13,3 το 1975 σε 21,8 το 1977. Ίσως το κυριότερο πρόβλημα της παραπάνω έρευνας είναι ότι η εικόνα

του αλκοολισμού στην Ελλάδα δεν είναι δυνατό να εκτιμηθεί από τις εισαγωγές ή/και τα εξιτήρια του Αιγινήτειου ή των άλλων δημοσίων και μη καταστημάτων. Οι πλέον σημαντικοί παράγοντες που επιδρούν στη δυσκολία εκτίμησης του προβλήματος μέσα από τις παραπάνω διαδικασίες είναι: α) τα «επιλεγμένα» δείγματα των ασθενών αντί δειγμάτων του γενικού πληθυσμού, β) το γεγονός ότι πολλοί αλκοολικοί έχουν αρνητικοί στάση (ίσως δικαιολογημένα) απέναντι στις υπηρεσίες που προσφέρονται από τα δημόσια ψυχιατρεία και από αρκετές ιδιωτικές κλινικές, με αποτέλεσμα να μη ζητούν βοήθεια για τα προβλήματά τους (Madianos et al 1984) και γ) είναι γνωστό ότι οι αλκοολικοί που εισάγονται στα γενικά νοσοκομεία και ψυχιατρεία είναι σε προχωρημένα στάδια της εξάρτησης και των διαταραχών εξαιτίας του αλκοόλ. 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 30% 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 (Yfantopoulos 1986) και ότι η κατά κεφαλή κατανάλωση καθαρής αλκοόλης μεταξύ 1970-1984 σε λίτρα (6,7 λίτρα) αυξήθηκε κατά 5,2% (Madianos et al 1984). Η κυριότερη πανελλήνια έρευνα σχετικά με τη χρήση ναρκωτικών και την κατανάλωση αλκοόλης εκπονήθηκε από τους Στεφανή, Μαδιανού 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%. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει μια πρόσφατη ανάλυση των Madianou et al (1987), με βάση τα στοιχεία της παραπάνω έρευνας, που αναφέρεται στην υπερβολική κατανάλωση της αλκοόλης και στα ψυχοκοινωνικά προβλήματα σε τρεις «ηλικιακές» ομάδες. Ο παρακάτω πίνακας (ΠΙΝΑΚΑΣ 3) δείχνει τις λεπτομέρειες.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3

Υπερβολική κατανάλωση αλκοόλης και αναφερόμενα κοινωνικά προβλήματα ανά ηλικία, ομάδα και φύλο				
		Ηλικία 12-17	Ηλικία 18-24	Ηλικία 25-64
1	Σύνολο	49%	42%	36%
	Άνδρες	57%	59%	56%
	Γυναίκες	43%	29%	20%
2	Σύνολο	8%	14%	4%
	Άνδρες	11%	24%	7%
	Γυναίκες	5%	6%	1%

Πηγή: Madianos & Stefanis 1987.

Οι αριθμοί 1 και 2 στον παραπάνω πίνακα (ΠΙΝΑΚΑΣ 3) αναφέρονται στην υπερβολική κατανάλωση αλκοόλης κατά τη διάρκεια των περασμένων 12 μηνών και σε δύο ή περισσότερα ψυχοκοινωνικά προβλήματα σχετικά με την κατανάλωση του αλκοόλ, αντίστοιχα. Όπως δείχνουν και τα στοιχεία, σχεδόν το ήμισυ του συνόλου (1.325) άτομα των εφήβων ηλικίας 12-17 ετών και το 42% των νέων ενηλίκων αναφέρουν κατάχρηση της αλκοόλης. Επίσης το 8% της ομάδας 12-17 ετών και το 14% της ομάδας 18-24 ετών αναφέρουν δύο ή

περισσότερα προβλήματα που σχετίζονται με το αλκοόλ. Είναι φανερό, ότι η τάση για κατάχρηση της αλκοόλης παρατηρείται στους νέους.

Όπως ήδη αναφέρθηκε, τα συμπεράσματα των ελαχίστων ερευνών στον τομέα του αλκοολισμού 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 απ' ό,τι φανταζόμαστε. Άλλωστε, 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.

Εξετάσαμε μερικά στοιχεία από τη διεθνή βιβλιογραφία σχετικά με την επιδημιολογία του αλκοολισμού. Τα προβλήματα που παρουσιάζουν οι μέθοδοι συλλογής ερευνητικών στοιχείων και η ασυμφωνία που παρατηρείται στις διεθνείς μελέτες σχετικά με τον όρο του αλκοολισμού, δημιουργούν ιδιαίτερες δυσκολίες στη διαμόρφωση μιας εικόνας για το μέγεθος του φαινομένου του αλκοολισμού. Είναι εμφανές όμως ότι παρ' όλα αυτά τα μεθοδολογικά προβλήματα που χαρακτηρίζουν τις παραπάνω έρευνες, το φαινόμενο του αλκοολισμού αυξάνεται σε παγκόσμια κλίμακα. Όσον αφορά τη χώρα μας, η εντύπωση που δημιουργείται από την παρούσα κοινωνική κατάσταση είναι ότι ο αλκοολισμός θα επισκιάσει τις παράνομες ουσίες εξάρτησης στα επόμενα 5-10 χρόνια. Το ερώτημα είναι, τι περιμένουμε, για να λάβουμε μέτρα πρόληψης και θεραπείας⁵.

1.4. Τι είναι Αλκοολισμός

Αλκοολισμός είναι η κατάχρηση οινοπνευματωδών ποτών, που ασκεί επιβλαβή επίδραση τόσο στην υγεία και ικανότητα για εργασία του πότη, όσο και στην οικογενειακή ζωή και στην ευημερία της κοινωνίας.

Όσο πιο πολύπλοκη γίνεται η κοινωνική δομή, τόσο εξατομικεύεται η χρήση οινοπνευματωδών (εμφανίζονται ατομικά κίνητρα και ατομική σχέση προς τα οινοπνευματώδη ποτά), ενώ ταυτόχρονα αυξάνεται ο αριθμός των παραγόντων που εξηγούν την διάδοση του αλκοολισμού.

Η εξάρτηση από την αλκοόλη δεν είναι ένα απόλυτο φαινόμενο χωρίς διαβαθμίσεις, αλλά όπως η κώφωση ή η παχυσαρκία συναντιέται σε διάφορους βαθμούς. Πότε λέμε ότι ένας άνθρωπος είναι κουφός μάλλον παρά βαρήκοος; Πότε λέμε πως ένας άνθρωπος είναι μάλλον παχύσαρκος παρά παχουλός; Επειδή η εξάρτηση από την αλκοόλη είναι μια συνεχής κατάσταση, που κυμαίνεται από την ελαφριά ως την βαριά μορφή, δεν πρόκειται να κερδίσουμε τίποτα με το να καθορίσουμε ένα σημείο πάνω από το οποίο κάποιος είναι αλκοολικός και κάτω από το οποίο απλά έχει πρόβλημα με το πιετό.

Πάντως ο ορισμός «αλκοολικός» χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά από τον καθηγητή της Στοκχόλμης Magnus Huss το 1852. Αρκετοί κατατάσσουν τον αλκοολισμό στο πλαίσιο των εξαρτήσεων.

Έχουν επίσης χρησιμοποιηθεί πολλοί ορισμοί αντί του αλκοολισμού όπως «νοσηρώς πίνει», «χρόνιος αλκοολισμός», «παθολογικός αλκοολισμός», «προβλήματα αλκοολισμού».

Ο αλκοολισμός ταξινομείται σε τρεις κατηγορίες:

- (α) Τον συμπτωματικό,
- (β) Τον δευτερογενή και

(γ) Τον πρωτογενή αλκοολισμό.

Ο πρώτος αποτελεί ένα από τα πολλά συμπτώματα ψυχικού νοσήματος, όπως η σχιζοφρένεια ή η μανιοκαταθλιπτική ψύχωση.

Ο δευτερογενής επέρχεται σε ανθρώπους οι οποίοι πήραν την συνήθεια να πίνουν όλο και περισσότερο επί πολλά χρόνια, ώσπου ήλθε η πτώση του οργανισμού.

Η τρίτη κατηγορία περιλαμβάνει εκείνους που πίνουν, για να επανορθώσουν την ταραγμένη ψυχική τους ισορροπία και να καταστείλουν το βασανιστικό άγχος που τους κατέχει, προκειμένου να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα της ζωής^{3, 4}.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

2.1. Αίτια του Αλκοολισμού

«Δεν φαντάστηκα ποτέ ότι θα γινόμουν αλκοολικός... τα μεσημέρια έπινα γιατί είχα πελάτες να συναντήσω... μετά άρχισα να πίνω και το βράδυ... ύστερα ανακάλυψα ότι το ποτό μου ήταν απαραίτητο... αν δεν έπινα δεν μπορούσα να σκεφτώ...»¹⁰.

Το παραπάνω είναι απόσπασμα από συνεδρία με έναν βρετανό επιχειρηματία που δεν «κατάλαβε» πώς έγινε αλκοολικός. Τέτοιες αναφορές είναι πολύ συχνές και δεν ηχούν παράξενα στον κλινικό επιστήμονα που ασχολείται με το πρόβλημα. 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 αυτό δημοσιογράφους. Οι «αλκοολικοί» είναι δυνατό να προέρχονται 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 αιτίων του αλκοολισμού υπήρξαν πολλές. Τα τελευταία 15-20 χρόνια έχει καταγραφεί μια τάση για την επανεξέταση των αιτίων του αλκοολισμού και για την ομαδοποίηση των παραγόντων που οδηγούν στην κατάχρηση της αλκοόλης. Η πληθώρα τέτοιων

μελετών προέρχεται από τις χώρες της Β. Ευρώπης και τις Η.Π.Α. Τα κυριότερα αίτια του αλκοολισμού μπορεί να συνοψισθούν στα εξής:

2.1.1. Ψυχολογικοί Παράγοντες (η αλκοολική προσωπικότητα)

Η μελέτη της προσωπικότητας παραμένει ένα από τα πιο προσφιλή θέματα των κλινικών ψυχολόγων και έχει δημιουργήσει σωρεία αντικρουόμενων επιχειρημάτων όσον αφορά στη φύση και στην εξέλιξη των χαρακτηριστικών που συνθέτουν την προσωπικότητα του ατόμου. Σε αντίθεση με τα συγκεκριμένα στοιχεία της προσωπικότητας, τα οποία φαίνεται να οδηγούν στην κατάχρηση του αλκοόλ, ο κύριος προβληματισμός στην προκειμένη περίπτωση είναι αν οι αλκοολικοί έχουν μια «ιδιόμορφη» προσωπικότητα που μοιραία οδηγεί στον αλκοολισμό. Παρόλο που η κλινική πρακτική και εμπειρία από αλκοολικούς έδειχναν στοιχεία που τεκμηριώναν την ύπαρξη της «αλκοολικής προσωπικότητας», οι σύγχρονες διαχρονικές κλινικές και επιδημιολογικές μελέτες δεν έφεραν στο φως πειστικά στοιχεία που να εδραιώνουν αυτή την άποψη. Τρεις από τις πιο αξιόλογες ανασκοπήσεις της διεθνούς βιβλιογραφίας (Sutherland et al 1950, Syme 1957 και Miles-Cox 1979) κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι δεν υπάρχουν επαρκή στοιχεία για να τεκμηριώσουν την προτεινόμενη έννοια της «αλκοολικής προσωπικότητας». Ο Sutherland και οι συνεργάτες του ανέφεραν ότι «... οι μελέτες που έχουν εκπονηθεί μέχρι τώρα, παρουσιάζουν σοβαρή έλλειψη στοιχείων ώστε να είναι σε θέση να υποστηρίξουν ότι άτομα μιας συγκεκριμένης δομής της προσωπικότητας έχουν περισσότερες πιθανότητες να γίνουν αλκοολικοί από άτομα με άλλη προσωπικότητα...». Οι Syme και Miles-Cox άσκησαν κριτική στη μεθοδολογία των δημοσιευθέντων σχετικών ερευνών. Ο πρώτος υποστήριξε ότι το χαρακτηριστικό των περισσότερων

ερευνών που χρησιμοποίησαν προβολικές μεθόδους ήταν «... η αυθαίρετη και ασαφής ερμηνεία των αποτελεσμάτων...». Με τον ίδιο τρόπο, ο δεύτερος συγγραφέας παρατηρεί ότι η πληθώρα των σχετικών ερευνών παρουσιάζει αδικαιολόγητα μεθοδολογικά προβλήματα, ιδιαίτερα στα κριτήρια που χρησιμοποιήθηκαν για τον ορισμό των «αλκοολικών» και «μη-αλκοολικών» δειγμάτων του πληθυσμού που εξετάστηκε.

Είναι εμφανές από τα συμπεράσματα των παραπάνω συγγραφέων, αλλά και από μελέτες για τις οποίες ο χώρος δεν επιτρέπει ειδική αναφορά, ότι η «αλκοολική προσωπικότητα» δεν είναι υπαρκτή. Η «εφεύρεσή» της φαίνεται να «εξυπηρετούσε» τόσο τους ψυχολόγους ή/και ψυχιάτρους που επεξεργάστηκαν μια ακόμα διάσταση της «ψυχοπαθολογίας του αλκοολικού», όσο και τους ίδιους τους αλκοολικούς, μερικοί εκ των οποίων εξακολουθούν να «δικαιολογούν» την κατάχρηση αλκοόλης σαν ένα μοιραίο και αναπόφευκτο γεγονός, αφού τους έτυχε να είναι «αλκοολικές προσωπικότητες». Το παρακάτω σχόλιο από τον Taylor (1981), είναι χαρακτηριστικό των σύγχρονων απόψεων για την «αλκοολική προσωπικότητα»:

«Πριν από μερικά χρόνια είχαν γίνει επίπονες προσπάθειες για τον εντοπισμό της *αλκοολικής προσωπικότητας*, δηλαδή τον τύπο του ατόμου που εμφάνιζε ένα σύνολο από χαρακτηριστικά τα οποία είχαν άμεση σχέση με την ανάπτυξη του αλκοολισμού. ... Σήμερα οι εμπειρογνώμονες πιστεύουν ότι ο καθένας μπορεί να γίνει αλκοολικός κάτω από συγκεκριμένες συνθήκες...»⁹.

2.1.2. Κοινωνικοί Παράγοντες

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 κλπ. το λιγότερο που μπορούν να κάνουν είναι να οδηγήσουν έναν αριθμό ατόμων στον αλκοολισμό. (Ας μην ξεχνάμε τον αυξανόμενο αριθμό αυτοκτονιών που παρατηρούνται τα τελευταία χρόνια σε ενήλικες αλλά και σε νεαρά άτομα λόγω κοινωνικών πιέσεων). Δεν είναι τυχαίο βέβαια ότι οι σύγχρονες απόψεις περί κατάχρησης της αλκοόλης κατατάσσουν τον αλκοολισμό στα κοινωνικά φαινόμενα, σε αντίθεση με αυτούς που διακρίνουν μόνο «τάσεις αυτοκαταστροφής» και «ψυχοπαθολογίας» στον αλκοολικό.

Οι κοινωνικοί παράγοντες που συντελούν στη γένεση του αλκοολισμού είναι πολλοί. Η παρακάτω περιγραφή αναφέρεται σε αυτούς που εντοπίστηκαν στην πλειοψηφία των μελετών σχετικά με την «κοινωνική διάσταση» του αλκοολισμού^{4,5}.

Δυνατότητα πρόσβασης στο αλκοόλ

Η διάσταση αυτή θα μπορούσε να συνοψιστεί με τη δήλωση «όσο υπάρχει αλκοόλ σε μια δεδομένη κοινωνία θα υπάρχουν και αλκοολικοί». Αυτό δε σημαίνει βέβαια ότι η χρήση της αλκοόλης θα πρέπει να «περάσει» στην παρανομία. Η εμπειρία της ποτοαπαγόρευσης στις ΗΠΑ και η σχετική εγκληματικότητα που τη συνόδευσε είναι παράδειγμα προς αποφυγή. Είναι γεγονός όμως ότι υπάρχει μια στενή σχέση μεταξύ της δυνατότητας πρόσβασης στο αλκοόλ και στον αριθμό αλκοολικών. Ο Γάλλος

επιδημιολόγος Requignot (Requignot et al 1974) έδειξε ότι κατά την περίοδο 1941-1947, όταν η παραγωγή και η κατανάλωση του κρασιού μειώθηκε λόγω του πολέμου από πέντε σε ένα λίτρο την εβδομάδα, η θνησιμότητα εξαιτίας κίρρωσεως του ήπατος μειώθηκε επίσης κατά 80%. Μείωση της θνησιμότητας, εξαιτίας κίρρωσεως του ήπατος, αναφέρεται επίσης από τον Martini et al (1970) στις ΗΠΑ κατά την περίοδο της ποτοαπαγόρευσης^{4, 5}.

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. Και οι τρεις αυτές κοινωνικές διαστάσεις διατηρούν και σε ορισμένες περιπτώσεις αυξάνουν την κατανάλωση ή/και την κατάχρηση αυτής της ουσίας^{4, 5}.

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. Σε μια πρόσφατη συνεδρία που είχα με μια νεαρή γυναίκα που έκανε κατάχρηση του αλκοόλ, παραδέχτηκε ότι πίεσε τον εαυτό της να μάθει να πίνει ουίσκι, παρόλο που η γεύση και μυρωδιά του συγκεκριμένου ποτού τής ήταν δυσάρεστες, για να μην θεωρηθεί «απροσάρμοστη» όσον αφορά τους κανόνες της «ομαδικής» συμπεριφοράς^{4, 5}.

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 «προτύπων» τα οποία «υιοθετούνται» από τους νέους (μιμητική συμπεριφορά), είτε με το να «επιβεβαιώνει» υπάρχουσες συμπεριφορές που διέπουν την 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^{4,5}.

Εργασία, τρόπος ζωής, ψυχαγωγία

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

Ο τρόπος ζωής ενός ατόμου (το γνωστό life style) θεωρείται παράγοντας αύξησης της κατανάλωσης του αλκοόλ. Ιδιαίτερα ευάλωτα φαίνεται ότι είναι άτομα που ζουν και εργάζονται κάτω από συνθήκες πίεσης όπως για παράδειγμα στελέχη επιχειρήσεων, δημοσιογράφοι, δικηγόροι κλπ. Όσον αφορά στην ψυχαγωγία, η συνηθισμένη πλέον έκφραση... «να βρεθούμε το βράδυ για ένα ποτό...» τα λέει όλα!^{4,5}

2.1.3. Πολιτισμικοί Παράγοντες

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

Σε αντίθεση με τα παραπάνω, χώρες όπως η Ιρλανδία και οι ΗΠΑ όπου η χρήση του αλκοόλ είναι κοινωνικά αποδεκτή παρουσιάζουν σοβαρά προβλήματα αλκοολισμού, πιθανώς γιατί εκλείπει το στοιχείο της «ελεγχόμενης καταναλωτικής συμπεριφοράς» του αλκοόλ. Σ' αυτές τις χώρες έχει παρατηρηθεί ότι ακόμα και παιδιά που προέρχονται από γονείς οι οποίοι δεν κάνουν χρήση αλκοόλ μπορεί να καταλήξουν στον αλκοολισμό (O' Connor 1978, Grant 1979). Τέλος, σε χώρες όπως η Γαλλία και η Ιταλία όπου η χρήση του αλκοόλ επιτρέπεται σε σχετικά μικρές ηλικίες, ενώ παρουσιάζεται σοβαρό πρόβλημα αλκοολισμού, φαίνεται ότι υπάρχει μειωμένη «αντικοινωνική» συμπεριφορά σχετικά με την κατανάλωση της αλκοόλης⁹.

2.1.4. Βιολογικοί και γενετικοί παράγοντες

Οι προσπάθειες για τον εντοπισμό βιολογικών παραγόντων (π.χ. η αναζήτηση σημαντικών διαφορών μεταξύ αλκοολικών και μη αλκοολικών όσον αφορά ζητήματα ανατομίας, φυσιολογίας, παθολογίας κλπ.) στη γένεση του αλκοολισμού απέβησαν άκαρπες και εγκαταλείφθηκαν πολύ γρήγορα. Στα μέσα της δεκαετίας του '40 μερικοί επιστήμονες προώθησαν τη «θεωρία» σύμφωνα με την οποία οι αλκοολικοί παρουσιάζουν έναν «αλλεργικό παράγοντα» στη βιολογική τους σύνθεση που είναι υπεύθυνος για την εξάρτησή τους από το αλκοόλ. Η «αλλεργική θεωρία» του αλκοολισμού κατέρρευσε σύντομα μετά τη δημοσίευση των εργαστηριακών πειραμάτων των Robinson & Voegtlin (1952) που ανέφεραν παντελή έλλειψη στοιχείων προς υποστήριξη της παραπάνω θεωρίας.

Η θεώρηση της κληρονομικότητας του αλκοολισμού διαμέσου γενετικών μηχανισμών απασχολεί σοβαρά τη σχετική επιστημονική κοινότητα (Cadoret 1976, Goodwin 1976). Οι έρευνες που εστιάζονται στο θέμα της κληρονομικότητας του αλκοολισμού μελετούν την πιθανότητα εκδήλωσης του αλκοολισμού σε παιδιά αλκοολικών που έχουν υιοθετηθεί και δεν είχαν καμιά επαφή με τους βιολογικούς τους γονείς. Τα πορίσματα αυτών των ερευνών έχουν αφήσει αναπάντητο το ερώτημα της κληρονομικότητας του αλκοολισμού λόγω των αντικρουόμενων αποτελεσμάτων. Όπως είναι γνωστό, η εκπόνηση τέτοιων ερευνών είναι εξαιρετικά δύσκολη, γιατί τόσο η ανεύρεση του δείγματος όσο και η μεθοδολογία τους παρουσιάζουν ιδιαίτερα προβλήματα. Η έρευνα των Roe & Burks (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 γενετικών παραγόντων...».

Η σοβαρότητα με την οποία αντιμετωπίζονται οι γενετικοί παράγοντες που πιθανόν να συμβάλλουν στον αλκοολισμό, το επιστημονικό ενδιαφέρον γι' αυτό το θέμα και τα μέχρι τώρα αντικρουόμενα αποτελέσματα, αντανακλώνονται σε μια σειρά από σοβαρές επιστημονικές δημοσιεύσεις στα περιοδικά «Lancet» (1979) και «British Medical Journal» (1980) που θεωρούνται διεθνώς από τα πιο έγκυρα ιατρικά περιοδικά.

Τελειώνοντας με το θέμα της αιτιολογίας του αλκοολισμού θα πρέπει να τονισθούν τα εξής: Πρώτον, ο κάθε ένας από τους παράγοντες που αναφέρθηκε παραπάνω δεν οδηγεί αυτόματα και απαραίτητα στον αλκοολισμό, αλλά αυξάνει δραματικά τις πιθανότητες εκδήλωσης αυτού του φαινομένου και δεύτερον, είναι σημαντικό να αναγνωρίσουμε ότι οι παράγοντες του αλκοολισμού δεν λειτουργούν ατομικά αλλά συλλογικά. Με άλλα λόγια «αλληλοεξαρτώνται» και υπόκεινται σε συνεχή αλληλεπίδραση για να «παράγουν» τον αλκοολισμό¹.

2.2. Επίδραση του αλκοολισμού στην κοινωνία – Νομοθεσία

Ο αλκοολισμός διαταράσσει την κοινωνική παραγωγή. Πολλές επιχειρήσεις και ιδρύματα έχουν σημαντικές ζημιές από απουσίες

εργαζομένων, τραυματισμούς, ατυχήματα, κλεψιές και από τη μείωση της παραγωγικότητας της εργασίας.

Έχει διαπιστωθεί ότι η παραγωγικότητα των ατόμων που πάσχουν από χρόνιο αλκοολισμό είναι περίπου κατά 10% κάτω της μέσης παραγωγικότητας των υγιών ανθρώπων.

Η διαταραχή του συντονισμού των κινήσεων και η εξασθένηση της προσοχής, που παρατηρούνται με τη λήψη και μικρών ακόμα δόσεων αλκοόλ, συντείνουν στην πτώση της παραγωγικότητας της εργασίας των ειδικευμένων βιομηχανικών εργατών κατά μέσον όρο κατά 30%, ενώ με μέθη μετρίου βαθμού, η παραγωγικότητα μειώνεται κατά 70%.

Με λήψη 30 κυβικών εκατοστών βότκας παρατηρείται σημαντική αύξηση λαθών από τους στοιχειοθέτες, τις δακτυλογράφους και τους χειριστές μηχανημάτων. Με πόση 150 κυβικών εκατοστών βότκας παρατηρείται μείωση της μυϊκής δύναμης και πτώση της παραγωγικότητας της εργασίας των εργατών γης και των οικοδόμων κατά 25%.

Οι αδικαιολόγητες απουσίες εργαζομένων που κάνουν κατάχρηση οινόπνευματων κυμαίνονται από 35 έως 75 εργάσιμες ημέρες το χρόνο. Σύμφωνα με στοιχεία της Αμερικανικής τηλεφωνικής εταιρείας Bell, οι απουσίες από την εργασία των ατόμων που κάνουν κατάχρηση οινόπνευματων είναι πέντε φορές συχνότερες απ' ό,τι των ατόμων που δεν πίνουν. Σύμφωνα με επίσημα στατιστικά στοιχεία η ζημιά που υφίσταται η Γαλλία από τη μέθη φτάνει τα 152 δισεκατομμύρια φράγκα το χρόνο, ενώ τα έσοδα του κράτους από τη φορολογία του αλκοόλ φτάνουν τα 53 δισεκατομμύρια των «ασθενειών από αλκοόλ», 8 εκατομμύρια ημέρες εργασίας. Μεταξύ των βιομηχανικών εργατών των ΗΠΑ υπολογίζεται ότι υπάρχουν πάνω από 1,5 εκατομμύριο άτομα που πάσχουν από χρόνιο αλκοολισμό, με προσβολή των εσωτερικών οργάνων, γεγονός που, σύμφωνα

με στοιχεία του Υπουργείου Υγιεινής, προξενεί στην Αμερικανική βιομηχανία ζημιά περίπου 500 εκατομμυρίων δολαρίων.

Οι απουσίες από την εργασία, λόγω τραυμάτων, «αλκοολικών ασθενειών» και λόγω επιδείνωσης χρόνιων ασθενειών, που σχετίζεται με την κατάχρηση οινοπνευματωδών φτάνουν στις ΗΠΑ περίπου τις 30 εκατομμύρια ημέρες το χρόνο.

Η οικονομική ζημιά μόνο από τα ατυχήματα μέθης φτάνει τα 1,120 εκατομμύρια δολάρια⁵.

Στην εγκληματικότητα

Η στενή σχέση ανάμεσα στον αλκοολισμό και την εγκληματικότητα οφείλεται τόσο σε μια ορισμένη ομοιότητα των κοινωνικών και ψυχολογικών αιτιών αυτών των φαινομένων, όσο και στη διαμόρφωση κάτω από την επίδραση του αλκοόλ, βίαιου και ιδιοτελούς τύπου προσωπικότητας. Με τη βοήθεια του αλκοόλ οι εγκληματίες στρατολογούν τους συνεργούς τους, χρησιμοποιώντας το σαν μέσο τεχνητής παρόρμησης, που διευκολύνει την εκτέλεση εγκλήματος. Η διαμόρφωση του βίαιου τύπου ανθρώπων σχετίζεται με την άμεση ενέργεια του αλκοόλ, που προκαλεί εξασθένηση της ικανότητας κριτικής εκτίμησης της κατάστασης, διέγερση με εχθρική διάθεση, επιθετικότητα, αποχαλίνωση πρωτόγονων ενστίκτων και παρορμήσεων.

Ταυτόχρονα, η βίαη, η επιθετική συμπεριφορά, αποτέλεσμα της οποίας είναι συχνά οι διάφορες εγκληματικές πράξεις, όπως οι αλήτικες εκδηλώσεις, η πρόκληση σωματικής βλάβης, ο φόνος, ο βιασμός κλπ. δεν αποτελεί μέσον επίτευξης κάποιων σκοπών και εκδηλώνεται όχι μόνο μετά από τη συστηματική χρήση του αλκοόλ, αλλά και με την ευκαιριακή χρήση του. Έτσι

σύμφωνα με στοιχεία της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας το 50-70% των φυλακισμένων ατόμων στις ΗΠΑ εκτίουν ποινή για εγκλήματα που σχετίζονται με τη μέθη. Η κατάχρηση οινοπνευματωδών είναι αιτία των μισών ποινικών εγκλημάτων στην Γαλλία. Σύμφωνα με επίσημα στοιχεία του αλητισμού διαπράττονται σε κατάσταση μέθης.

Σε σχέση με το χαρακτήρα και την προσωπικότητα του πότη υποβαθμίζεται το διανοητικό και ηθικό επίπεδο του ανθρώπου και διαμορφώνεται ένας τύπος άπληστου. Παραμερίζεται κάθε ενδιαφέρον και το μόνο που κυριαρχεί είναι η τάση για συνεχή χρήση οινοπνευματωδών. Γίνεται αντικατάσταση του παλιού κοινωνικού περιβάλλοντος με νέο κύκλο ανθρώπων που έχουν παρόμοιες τάσεις.

Εξασθενούν οι δεσμοί με τους οικογενειακούς φίλους και τους συναδέλφους στην εργασία, και στη θέση τους αναπτύσσονται ύποπτες γνωριμίες με άτομα που βγάζουν χρήματα εκμεταλλευόμενα διάφορες περιστάσεις, που κάνουν οικονομικές καταχρήσεις, απάτες, πλαστογραφίες, κλοπές, ληστείες. Όλα αυτά έχουν σαν αποτέλεσμα να γίνεται κύριο κίνητρο της συμπεριφοράς του αλκοολικού η εξασφάλιση των μέσων για την απόκτηση οινοπνευματωδών ποτών.

Κάτω από την επίδραση αυτού του κινήτρου ο πότης δεν διστάζει να εξευτελίσει και να καταστρέψει την οικογένειά του ή να κάνει ακόμα και έγκλημα.

Έτσι σύμφωνα με επίσημα στοιχεία το 60% των ατόμων που έχουν καταδικαστεί για ληστεία και λεηλασία διέπραξαν αυτά τα εγκλήματα αποκλειστικά για να εξασφαλίσουν χρήματα για να πουν¹¹.

Στην οικογένεια

Η κατάχρηση οινοπνευματωδών ποτών από ένα από τους δύο συζύγους αποτελεί συχνά αιτία διάλυσης της οικογένειάς τους. Σύμφωνα με επίσημα στοιχεία από έρευνα που έγινε το 1971, πάνω από 18% των ατόμων που θεραπεύονταν για χρόνια αλκοολισμό, είχαν εγκαταλείψει την οικογένειά τους, και το 11% αυτών των ατόμων, βρίσκονταν στα πρόθυρα διαζυγίου. Το 68% του συνολικού αριθμού των περιπτώσεων αλκοολικών που διερευνήθηκαν, σπαταλούσαν στο πιτό όλο το μισθό τους.

Σύμφωνα με στοιχεία ερευνών Γάλλων κοινωνιολόγων, εξαιτίας της κατάχρησης οινοπνευματωδών από έναν από τους συζύγους, η οικογένεια χάνει το 40-70% του προϋπολογισμού της.

Φυσικά στα στοιχεία που αναφέρθηκαν, δεν συμπεριλαμβάνονται οι πολυάριθμες περιπτώσεις έμμεσης επίδρασης του αλκοολισμού στη διάλυση της οικογένειας, όταν άμεση αιτία διαζυγίου ήταν η εξασθένηση της αμοιβαίας έλξης (λόγω διαταραχών, υπό την επίδραση του αλκοόλ, της σεξουαλικής λειτουργίας, ή λόγω αλλοιώσεων της προσωπικότητας ενός εκ των συζύγων) καθώς και περιστατικά συζυγικής απιστίας ή αφροδίσια νοσήματα που προήλθαν από τυχαίες επαφές.

Τα παιδιά των αλκοολικών και τα παιδιά που η σύλληψή τους έγινε σε κατάσταση μέθης αναπτύσσονται και σωματικά και ψυχικά με καθυστέρηση (αργούν να περπατήσουν, να μιλήσουν κλπ.). Σ' αυτά παρατηρούνται συχνότερα διάφορες ανωμαλίες στην ανάπτυξή τους, διανοητική καθυστέρηση, επιληψία, κλπ.

Σύμφωνα με την άποψη ερευνητών, ο αριθμός των διανοητικά καθυστερημένων παιδιών, είναι ευθέως ανάλογος με τη διάρκεια κατάχρησης οινοπνευματωδών από τους γονείς.

Μετά από εξέταση που έγινε σε 8.196 παιδιά, που έπασχαν από ηλιθιότητα, ο Ελβετός ψυχίατρος Μπεντσάν διαπίστωσε ότι σε όλες τις περιπτώσεις η σύλληψη έγινε σε εορτάσιμες ημέρες, στη διάρκεια των οποίων γίνεται χρήση μεγάλων ποσοτήτων αλκοόλ (απόκριες, γάμοι, γλέντια, κλπ.).

Σύμφωνα εξάλλου με στοιχεία του Γάλλου ψυχίατρου Μπουρενβίλ, πάνω από 40% των παιδιών που πάσχουν από ολιγουρία και διανοητική καθυστέρηση έχουν κληρονομική επιβάρυνση αλκοολισμού.

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

Έτσι, σύμφωνα με τα στοιχεία του Β. Ν. Κουντριάφτεφ, το 70% των ανηλίκων που διέπραξαν διάφορες παραβάσεις του νόμου, είχαν ανατραφεί σε οικογένειες αλκοολικών¹³.

Νομοθεσία

Στην Ελλάδα ο Ποινικός Κώδικας ορίζει τα μέτρα ασφαλείας, την εισαγωγή σε θεραπευτικό κατάστημα αλκοολικών, όταν πρόκειται για κάποιον που καταδικάστηκε για κακούργημα ή πλημμέλημα που τιμωρείται, σύμφωνα με το νόμο, με ποινή φυλάκισης μεγαλύτερης των έξι μηνών και που μπορεί να αποδοθεί στην κατάχρηση οινοπνευματωδών ποτών. Η προκειμένου για

κάποιον που καταδικάστηκε για έγκλημα εξαιτίας της μέθης και που πρόκειται για πρόσωπο που κάνει κατάχρηση οινοπνευματωδών ποτών.

Έπειτα από την απόκτηση της ποινής ακολουθεί η εισαγωγή στο θεραπευτικό κατάστημα και η παραμονή σ' αυτό κρατά όσο απαιτεί ο σκοπός αυτής, αλλά ποτέ περισσότερο από δέκα χρόνια. Την απόλυση πριν από τα δύο χρόνια αποφασίζει το δικαστήριο των πλημμελειοδικών, στην περιφέρεια του οποίου βρίσκεται το κατάστημα, ύστερα από πρόταση της διεύθυνσης αυτού¹³.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

3.1. Τα Στάδια του Αλκοολισμού

α. Προαλκοολική συμπτωματική φάση.

Τ' άτομα αναμφισβήτητα ωθούνται στη χρήση του ποτού τόσο από την οικονομική τους κατάσταση όσο και από την κοινωνική τους τάξη, για να δώσουν διέξοδο στα δύσκολα προβλήματα που προκύπτουν στην καθημερινή ζωή.

Η κληρονομικότητα δεν χωράει αμφιβολία πως επιβαρύνει πολλές φορές τ' άτομα σε μια νευρωτική τάση και κατάσταση. Ο Barthes F. H. διαπίστωσε πως η εκδήλωση της υπερβολικής νευρικής τάσης, μπορεί ως ένα σημείο να ελεγχθεί με το κρασί. Ο Seliger R. V., δίνει τη δική του άποψη ως εξής: Θεωρεί την χρήση του αλκοόλ σαν μια διαφυγή από μια κατάσταση, σαν αποτέλεσμα μιας ακανόνιστης προσωπικότητας, σαν μέσο διαφυγής από αθεράπευτους φυσικούς πόνους.

Έτσι ο άνθρωπος ανακαλύπτει πως το αλκοόλ είναι πανάκεια σ' όλα τα προβλήματα που τον απασχολούν και χωρίς να το καταλάβει γίνεται έρμαιο του ποτού, που τον κρατά δέσμιο για πάντα³.

β. Προειδοποιητική φάση.

Αυτή η φάση χαρακτηρίζεται από την ξαφνική έφοδο διαλείψεων που καλύπτουν μια περίοδο γεγονότων. Τα συμπτώματα εκδηλώνονται με διάφορες μορφές. Ασυνήθιστη απασχόληση με το αλκοόλ, ανάπτυξη ενοχής και φόβου, αισθητός μεταβολισμός στον οργανισμό και στα νεύρα³.

γ. Επικίνδυνη φάση.

Το στάδιο αυτό χαρακτηρίζεται για συνεχόμενη και ανελλιπή πόση για ημέρες, αλλά και για εβδομάδες. Η πνευματική αποχάνωση, η σωματική κατάπτωση, ο ηθικός ξεπεσμός κάνουν τον αλκοολικό σωματικά και ψυχοπνευματικά ράκος, αλλά και ένα αρνητικό και αντικοινωνικό στοιχείο, επικίνδυνο για την κοινωνία.

Οι διαταραχές που προκαλεί το οινόπνευμα είναι βαρύτερες ή ελαφρότερες και εκδηλώνονται γρηγορότερα ή αργότερα ανάλογα με την ποσότητα οινοπνεύματος. Οι βλάβες που οφείλονται σε δηλητηρίαση από οινόπνευμα είναι πολλές. Η δηλητηρίαση είναι οξεία ή μέθη. Τα συμπτώματα είναι παροδικά και υποχωρούν, με την αποβολή του οινοπνεύματος από τον οργανισμό και η χρόνια δηλητηρίαση ή αλκοολισμός, όπου τα συμπτώματα επιμένουν και όταν ο αλκοολικός κάνει αποχή από τα οινοπνευματώδη³.

3.2. Τύποι Αλκοολικών

Τα πρότυπα των αλκοολικών μπορούν να πάρουν διάφορες μορφές που είναι αρκετά διαφορετικές μεταξύ τους.

Η αναγνώριση και η διάκριση των τύπων των αλκοολικών είναι πολύ σημαντικές τόσο για τη σωστή διάγνωση όσο και για το σωστό σχεδιασμό των υπηρεσιών περίθαλψης και το σύστημα θεραπείας που θα ακολουθηθεί.

Οι τύποι των αλκοολικών είναι οι ακόλουθοι:

A. Ο ανύποπτος αλκοολικός

Μερικοί πίνοντας οδηγούνται στον αλκοολισμό χωρίς να αντιλαμβάνονται ότι είναι εθισμένοι. Αυτοί μπορεί να μην έχουν κάτι το φανερά αφύσικο στην προσωπικότητά τους. Οι περισσότεροι από αυτούς τους ανθρώπους έχουν εθιστεί στο αλκοόλ με ύπουλο τρόπο, αλλά επειδή έχουν πετύχει μεγάλη αντοχή, δεν έχουν ποτέ εμφανιστεί μεθυσμένοι. Συνεπώς αυτοί δεν μπορούν να έχουν την ιατρική προσοχή που χρειάζεται μέχρι να αναπτυχθούν θρεπτικές διαταραχές¹².

B. Ο κανονικός και συγκρατημένος αλκοολικός

Χρησιμοποιούμε αυτό τον όρο για να περιγράψουμε τον αλκοολικό που πρέπει να πίνει κάθε μέρα. Η καθημερινή ποσότητα μπορεί να είναι αξιοσημείωτη αλλά δε βιάζεται να ξοδέψει τα χρήματα που έχει μαζί του. Είναι ικανός να ρυθμίζει την υπερβολική του κατανάλωση. Επιπλέον δεν αντέχει περισσότερο από μια μέρα χωρίς ποτό αλλά σπάνια φτάνει στη βαριά μέθη. Χαρακτηριστικό αυτού του τύπου αλκοολικού είναι ότι μπορεί να ελέγχει την ποσότητα που πίνει κάθε στιγμή¹².

Γ. Ο παθολογικός αλκοολικός

Σε αυτό τον τύπο ο αλκοολικός μια φορά ξεκινά να πίνει και δεν μπορεί να σταματήσει. Συνεχίζει μέχρι να ξοδέψει όλα τα χρήματα ή να του τελειώσουν τα εφόδια ή μέχρι να συμβεί κάποιο ατύχημα. Τέτοιοι πότες μπορεί να έχουν περιόδους αποχής αλλά όσο γρήγορα ξαναξεκινήσουν να

πίνουν δεν μπορούν να περιορίσουν την ποσότητα. Αυτό το φαινόμενο έχει ευστόχως ονομαστεί «απώλεια του ελέγχου».

Σε μεσαίες περιπτώσεις η ποσότητα του ποτού σταδιακά αυξάνει για μερικές ημέρες μετά από μια περίοδο αποχής. Τελικά, όμως, η μέθη γίνεται εφικτή¹².

Δ. Ο νευρωτικός αλκοολικός

Ο αλκοολικός με νεύρωση πίνει για να ελαττώσει την υποκειμενική του λύπη, να μειώσει τις συναισθηματικές του συγκρούσεις. Η κατανάλωση αλκοόλ, παρουσιάζεται σαν μια προσπάθεια για τη θεραπεία από τα συμπτώματα της υποκείμενης κατάστασης. Όμως καθώς το ποτό είναι κοινωνικά ανεπίτρεπτο, αυτό χειροτερεύει την εσωτερική του κατάσταση. Πίνει αλκοόλ σε μια προσπάθεια να μειώσει τα συμπτώματά του που προέρχονται από τις διαταραγμένες προσωπικές σχέσεις. Ακόμα αυτός μπορεί να επιμείνει σε αυτό για πολλά χρόνια. Η σωματική εξάρτηση αναπτύσσεται με τον καιρό, με αποτέλεσμα τον εθισμό. Η θεραπεία στηρίζεται στην εξεύρεση λύσης για την ψυχολογική διαταραχή που έχει¹².

Ε. Ο συμπτωματικός αλκοολικός

Μερικές φορές ο αλκοολισμός συμβαίνει σε ένα ασθενή που ήδη υποφέρει από μια σοβαρή ψυχιατρική διαταραχή.

Ο αλκοολισμός μπορεί να είναι το σύμπτωμα που μας κάνει να δώσουμε προσοχή σε ανθρώπους που υποφέρουν από κατάθλιψη ή σχιζοφρένεια, από ψυχιατρική ασθένεια που οφείλεται σε ασθένεια του εγκεφάλου ή από νοητική διαταραχή.

Ο αλκοολισμός μπορεί περιστασιακά να είναι μια πρώιμη εκδήλωση της ψύχωσης που προέρχεται από σύφιλη στον εγκέφαλο (γενική πάρεση), οιδήματα στον εγκέφαλο ή σαν μέρος της γενικής εικόνας γεροντικής νοητικής χειροτέρευσης¹².

Στ. Ο εκ περιτροπής πότης

Υπάρχουν άνθρωποι που για τρεις ή έξι μήνες, και μερικές φορές περισσότερο, πίνουν μόνο σε κοινωνικές εκδηλώσεις. Τότε ξαφνικά αρχίζουν να πίνουν υπερβολικά, να πίνουν όλη την ημέρα, αμελώντας όλες τις ευθύνες τους στη δουλειά ή στις οικογένειές τους. Μερικές φορές βλάπτουν σοβαρά τον εαυτό τους ή τους άλλους. Μέρες ή εβδομάδες αργότερα σταματούν ξαφνικά.

Το κύριο χαρακτηριστικό της εκ περιτροπής κατανάλωσης είναι ότι αυτή προέρχεται από αυτή τη σύντομη αλλά παθολογική κατανάλωση με τις μεγάλες φάσεις κανονικότητας. Αυτός ο ασυνήθιστος τύπος κατανάλωσης συνηθίζεται να ονομάζεται διψομανία ή περιοδικός αλκοολισμός¹².

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

4.1. Επιπλοκές

4.1.1. Αλκοολική Οξεία Δηλητηρίαση

Η μέθη που προκαλεί η ρήση οινοπνεύματος αποτελεί την συνηθέστερη τοξική κατάσταση από την αιθυλική αλκοόλη, η οποία σε μεγάλη κατανάλωση, είναι δυνατόν να οδηγήσει σε κώμα ή ακόμα και σε θάνατο.

Σε άτομα με κάποια προδιάθεση και μικρή ακόμα λήψης οινοπνεύματος, προκαλεί έντονες αντιδράσεις όπως: σύγχυση, ψευδαισθήσεις, παραλήρημα, μανιακές διεγέρσεις ή έντονη κατάθλιψη μέχρι τάσεις αυτοκτονίας.

Η κατάσταση αυτή, αναφέρεται ως παθολογική μέθη και διαρκεί συνήθως ώρες ή ημέρες, ακολουθείται από ύπνο και αμνησία μετά το επεισόδιο.

Τα συμπτώματα της συνηθισμένης μέθης είναι από την κατευθείαν τοξική επίδραση του οινοπνεύματος στον κυτταρικό μεταβολισμό του εγκεφάλου. Το εγκεφαλικό οίδημα συμβάλλει στην κλινική εικόνα του ασθενή σε βαριές καταστάσεις. Οι αναπνευστικές διαταραχές οφείλονται στην κατασταλτική επίδραση οινοπνεύματος στο αναπνευστικό κέντρο.

Κλινικά η τοξική επίδραση, ξεκινά από τον εγκεφαλικό φλοιό, με απώλεια ψυχολογικών αναστολών, διαταραχή του συναισθηματικού τόνου σε μορφή ευφορίας ή κατάθλιψης, χαλάρωση της κριτικής ικανότητας κλπ.

Οι διαταραχές της συμπεριφοράς είναι ανάλογες της προσωπικότητας του ατόμου.

Χαρακτηριστικές νευρολογικές διαταραχές είναι η δυσαρθρία και η παρεγκεφαλιδική αταξία, τόσο κατά τη βάδιση, όσο και κατά τις εκούσιες κινήσεις. Η βαριά μέθη οδηγεί σε διαταραχές του προσανατολισμού και έκπτωση του επιπέδου συνείδησης, μέχρι κώματος.

Η θεραπεία, σε οξεία βαριά μέθη, κατευθύνεται κυρίως προς την συντήρηση της αναπνευστικής λειτουργίας και υδάτωσης. Γι' αυτό χορηγούνται αναληπτικά φάρμακα και ενδοφλέβια οροί. Επιβάλλεται, επίσης, παρεντερική χορήγηση βιταμινών B¹⁴.

4.1.2. Αλκοολική Ηπατίτιδα

Η αλκοολική ηπατίτιδα αν και αρκετές φορές είναι αναστρέψιμη, είναι η πιο συνηθισμένη αιτία κίρρωσης του ήπατος στις ΗΠΑ όπου η κίρρωση έρχεται ως 4^η αιτία θανάτου.

Στα χρόνια που εφαρμόστηκε η ποτοαπαγόρευση στις ΗΠΑ οι θάνατοι από κίρρωση είχαν ελαττωθεί σημαντικά, μετά την άρση των μέτρων όμως αυξήθηκαν πάλι.

Εάν υπολογισθεί ότι το 1/3 των περιπτώσεων αλκοολικής ηπατίτιδας εξελίσσεται σε κίρρωση, και ότι το 10% των χρονίων αλκοολικών είναι κίρρωτικοί, τότε έχουμε γύρω στο 80-90% των ασθενών με αλκοολική κίρρωση που έχουν ιστορικό λήψεως οινοπνεύματος από χρόνια. Η ασφαλής δόση οινοπνεύματος δεν έχει καθοριστεί ακόμα, φαίνεται όμως ότι η πιθανότητα ανάπτυξης αλκοολικής ηπατίτιδας είναι μικρή σε ποσότητα κάτω από 60 g την ημέρα. Η διάρκεια της λήψεως αποτελεί σημαντικό παράγοντα. Κατά τη στατιστική, ασθενείς με αλκοολική ηπατίτιδα κατά 80% εμφανίζουν εκδηλώσεις μετά από λήψη 5 χρόνων.

Πολλοί επιστήμονες υποστηρίζουν ότι το οινόπνευμα δεν έχει άμεση ηπατοτοξική δράση και ότι ο αλκοολισμός γίνεται κίρρωτικός λόγω υποθρεψίας κυρίως σε πρωτεΐνες και βιταμίνες.

Η αλκοολική ηπατίτιδα παρουσιάζει πολλές φορές σε οξεία φάση με ψηλό πυρετό, ίκτερο, πόνους στην κοιλιά, ναυτία, έμετο και διάρροια.

Το ήπαρ είναι αρκετά διογκωμένο και επώδυνο και ο ασκίτης δεν είναι σπάνιος⁹.

4.1.3. Αναιμία Ηπατικών Παθήσεων

Αναιμία ποικίλουσας βαρύτητας πολύ συχνά εμφανίζεται σε αυτούς που πάσχουν από αλκοολική ηπατοπάθεια. Πολλοί είναι οι παράγοντες που συμβάλλουν στην ανάπτυξη της αναιμίας στους αλκοολικούς. Οι αλκοολικοί εμφανίζουν συχνά αιμορραγίες από γαστρίτιδα, κίρσους του οισοφάγου ή δωδεκαδακτυλικό έλκος. Ο κίνδυνος αιμορραγίας από τον πεπτικό σωλήνα αυξάνεται όταν υπάρχει θρομβοκυτοπενία ή ελάττωση των διαλυτών παραγόντων της πήξεως. Οι αιμορραγίες εμφανίζονται γιατί το οινόπνευμα είναι άριστο κατασταλτικό της ερυθροποίησης.

Παρά το γεγονός ότι οι αλκοολικοί έχουν συνήθως αυξημένα αποθέματα σιδήρου, μπορεί να γίνουν σιδηροπενικοί μετά από παρατεταμένη αιμορραγία από τον πεπτικό σωλήνα.

Οι ασθενείς χρόνια ηπατοπάθεια μπορεί να εμφανίζουν ελαφρά ως μέτρια αναιμία η οποία είναι ελαφρά μακροκυτταρική. Οι ασθενείς με κίρρωση του ήπατος εμφανίζουν βαριά αιμολυτική αναιμία η οποία συνοδεύεται από δύσκαμπτα ερυθρά αιμοσφαίρια τα οποία ονομάζονται ακανθοκύτταρα⁹.

4.1.4. Κίρρωση του Ήπατος – Laenel

Η κίρρωση του Laenel χαρακτηρίζεται από διάσπαρτες ουλές, σχεδόν ομοιόμορφη απώλεια ηπατοκυττάρων που σχετίζεται με λιπώδη διήθηση ή ενεργό νέκρωση και μερικές νησίδες διατηρημένου ή αναγεννώμενου παρεγχύματος.

Για την περιγραφή αυτής της χρόνιας ηπατικής νόσου έχουν χρησιμοποιηθεί οι όροι αλκοολική, πυλαία και μηπώδης κίρρωση.

Πρόγνωση: Η έγκαιρη, εντατική και προσεκτική ιατρική και νοσοκομειακή περίθαλψη, παρατείνει τη ζωή, μειώνει τη νοσηρότητα και καθυστερεί ή προλαβαίνει την εμφάνιση ορισμένων επιπλοκών. Ασθενείς που απέχουν από το οινόπνευμα και διατρέφονται με θρεπτική τροφή, εμφανίζουν ποσοστό 5ετούς επιβίωσης περίπου 60%, ενώ εκείνοι που εξακολουθούν να πίνουν εμφανίζουν ποσοστό 5ετούς επιβίωσης περίπου 40%.

Τα ποσοστά θνησιμότητας είναι υψηλότερα σε ασθενείς με επιπλοκές, όπως η αιμορραγία από κίρρους ή ο ασκίτης⁹.

4.1.5. Συμφορητική Καρδιομυοπάθεια

Με τον όρο αυτό εννοούμε παθήσεις του καρδιακού μυός. Η συμφορητική καρδιοπάθεια διακρίνεται σε πρωτοπαθείς και δευτεροπαθείς μορφές.

Πρωτοπαθείς: Χαρακτηρίζεται από καρδιομεγαλία. Έκπτωση της συστατικότητας του μυοκαρδίου με ειδικές ηλεκτροκαρδιογραφικές αλλοιώσεις, κοιλιακές

αρρυθμίες και παρουσία ενδοκοιλιακών θρόμβων οι οποίοι προκαλούν πολύ συχνά πνευμονικές ή περιφερικές εμβολές.

Η σωματική ανάπαυση είναι απαραίτητη είναι σοβαρό λάθος να συνιστάται σωματική άσκηση στον άρρωστο με συμφορητική καρδιοπάθεια. Παράλληλα, δεδομένου ότι το οινόπνευμα έχει αρνητική ινοτρόπο δράση, πρέπει να απαγορεύεται απολύτως η χρήση του.

Δευτεροπαθείς: Είναι η αλκοολική καρδιομυοπάθεια. Οι βιταμίνες του συμπλέγματος Β, δεν προσφέρουν αξιόλογη βοήθεια. Η σωματική ανάπαυση επί 6-12 μήνες απεκατέστησε το καρδιακό μέγεθος στο 50% των αρρώστων κατά Burch και Depasquale (1961).

Η αλκοολική καρδιομυοπάθεια είναι η ονομασία που δίνεται στη μη ειδική προσβολή του καρδιακού μυός, που έχει μεγαλύτερη επίπτωση σε ασθενείς με χρόνια αλκοολισμό, παρά στο μη αλκοολικό πληθυσμό⁹.

4.1.6. Οξεία και Χρόνια Γαστρίτιδα

Οξεία Γαστρίτιδα: Σ' αυτή τη μορφή εμφανίζεται υπεραιμία και οίδημα του βλεννογόνου και, όχι σπάνια, αλλοίωση των επιθηλιακών κυττάρων, που μπορεί να φτάσει τη μορφή εκτεταμένης διαβρώσεως.

Αίτια: Αναφέρονται τα οينوπνευματώδη ποτά, οι τροφικές δηλητηριάσεις, όπως και οι δηλητηριάσεις με βαριά μέταλλα, διάφορα φάρμακα όπως η ασπιρίνη,

αντιπυρετικά αναλγητικά, αντιφλεγμονώδη, δύσπεπτες τροφές που ερεθίζουν τον βλεννογόνο του στομάχου και προκαλούν γαστρίτιδα εξαιτίας υπερεκκρίσεως του υδροχλωρικού οξέως.

Συμπτώματα: Ανορεξία, απέχθεια προς το φαγητό, βάρος στο στομάχι, πόνος και τάση για έμετο.

Θεραπεία: Περιλαμβάνει καταπολέμηση του αιτίου, ρύθμιση του διαιτολογίου και χορήγηση φαρμάκων.

Χρόνια Γαστρίτιδα: Σαν αιτιολογία της χρόνιας γαστρίτιδας αναφέρεται η προδιάθεση του ατόμου, η κακή μάσηση των τροφών, η αταξία στις ώρες του φαγητού, η κατάχρηση οινοπνευματωδών ποτών και καπνού.

Συμπτώματα: Επιγαστρικός πόνος που αντανακλά στη μέση, όξινες ρυγές, οπισθοστερνικός καύσωνας, μετεωρισμός κοιλίας, δυσκοιλιότητα.

Η βιοψία είναι η ιδανική μέθοδος διαγνώσεως, δεν είναι όμως προσιτή πάντοτε.

Θεραπεία: Περιλαμβάνει ρύθμιση του διαιτολογίου, ώστε να πετύχουμε μεγαλύτερη δυνατή ακουομία του βλεννογόνου. Ο πόνος, ο καύσωνας και οι σπασμοί του στομάχου αντιμετωπίζονται κατάλληλα.

Η διακοπή του καπνίσματος και η ανάπαυση μετά το φαγητό αποτελούν βοηθητικούς παράγοντες.

Η γαστρίτιδα από κατάχρηση οινοπνεύματος είναι αιμορραγική και η αιμορραγία μπορεί να είναι βαριά και παρατεταμένη. Για τη θεραπεία της πρέπει να

αντιμετωπίσουμε την αιμορραγία καθώς και την απομάκρυνση της ουσίας που προκαλεί τη γαστρίτιδα. Γι' αυτό ενεργούμε ως εξής:

- 1^ο. Διασωλήνωση του στομάχου.
- 2^ο. Αναρρόφηση του περιεχομένου και πλύσεις με παγωμένο νερό, μέχρι που το αναρροφούμενο υγρό να είναι άχρωμο.
- 3^ο. Σε περίπτωση υποτροπής της αιμορραγίας κάνουμε πλύσεις στομάχου με διάλυμα Levopried (8 mg μέσα σε 200 ml νερού).
- 4^ο. Σιμετιδίνη ενδοφλεβίως (300 mg αν 6 ώρες).
- 5^ο. Χορήγηση αίματος.
- 6^ο. Χειρουργική επέμβαση, αφού εξαντλήσουμε τα πιο πάνω συντηρητικά μέτρα⁹.

4.1.7. Επιπλοκές στο Πάγκρεας – Παγκρεατίτιδα

Είναι οξεία ή χρόνια φλεγμονώδης επεξεργασία που συνοδεύεται από καταστροφή του παγκρέατος.

Πρόγνωση - Θεραπεία: Η οξεία παγκρεατίτιδα έχει θνησιμότητα περίπου 10%. Η ίαση πρέπει να συνοδεύεται από προσεκτική έρευνα για πιθανούς αιτιολογικούς παράγοντες. Ο άρρωστος πρέπει να σταματήσει το οινόπνευμα, ενώ η ακτινολογική μελέτη του χοληφόρου συστήματος είναι απαραίτητη. Στο 50% των αρρώστων δεν βρίσκεται αιτιολογικός

παράγοντας. Μερικοί άρρωστοι δείχνουν σημεία χρόνιας παγκρεατικής ανεπάρκειας (στεατόρροια και διαβήτη) συνήθως οποιαδήποτε μαρτυρία για άλλες διαταραχές. Αυτοί οι άρρωστοι αντιδρούν καλά στη θεραπεία αποκατάστασης με παγκρεατικά ένζυμα π.χ. Cytazym, δύο ή τρεις κάψουλες με κάθε κύριο γεύμα. Η λιπάση που περιέχει κάθε κάψουλα Cotazym είναι ικανή να πέψει 15 g λίπους διαίτης.

Το οινόπνευμα πρέπει να περιοριστεί γιατί οι προσβολές ακολουθούν συνήθως μεγάλη λήψη οινοπνεύματος. Ο σακχαρώδης διαβήτης, συνήθως ελαφρός, πρέπει επίσης να θεραπευτεί. Ένας ακόμα κίνδυνος είναι η πιθανότητα να εθιστεί ο άρρωστος στα ναρκωτικά που παίρνει για την ανακούφιση από τους πόνους⁹.

4.1.8. Τρομώδες Παραλήρημα

Είναι η συχνότερη αλκοολική ψύχωση. Η εκδήλωσή της είναι απότομη ύστερα συνήθως από μια κάκωση, κυρίως του κρανίου, μια υπερβολική σωματική ή ψυχική καταπόνηση, λοιμώδη νοσήματα, απότομη στέρηση οινοπνεύματος. Μερικές εκδηλώσεις από μέρους του αλκοολικού προειδοποιούν συνήθως για το επερχόμενο παραλήρημα: αϋπνία, άγχος, ανησυχία, νυχτερινοί εφιάλτες. Κατόπιν βρίσκεται σε μια κατάσταση διανοητικής σύγχυσης, με βαριά διαταραχή της συνειδήσεως.

Τα χαρακτηριστικότερα σημεία της καταστάσεως αυτής είναι η απώλεια του προσανατολισμού, «εν τόπω και χρόνω», παραισθήσεις και ψευδαισθήσεις κυρίως οπτικές (χαρακτηριστικές ζωοψίες, ο άρρωστος βλέπει ζώα, έντομα, ποντικούς, ερπετά να κινούνται αδιάκοπα πάνω στους τοίχους, στο κρεβάτι του και στο δάπεδο, αγωνίζεται με εκδηλώσεις τρόμου να απαλλαγεί από την παρουσία τους), παραλήρημα σχετικό με το επάγγελμα του αρρώστου (π.χ. ο χωρικός φαντάζεται ότι βρίσκεται στο σταύλο και αγωνίζεται να αρμέξει τις αγελάδες), μεγάλη ψυχοκινητική διέγερση, τρόμος, ιδίως των χεριών και έντονη εφίδρωση.

Τα συμπτώματα κρατούν 3-7 ημέρες, κατόπιν ο άρρωστος πέφτει σε ύπνο διάρκειας από τον οποίο κάποτε ξυπνά κακόκεφος, αλλά θεραπευμένος. Καμιά φορά επέρχεται ο θάνατος. Κατά τη διάρκεια της κρίσεως, 5-10% πεθαίνουν από βαριά κυκλοφορική ανεπάρκεια⁹.

4.1.9. Ψύχωση του Κόρσακοφ

Η κατάσταση αυτή παρατηρείται σε αλκοολικούς μετά από μακροχρόνια κατάχρηση οينوπνευματωδών, ή ακολουθεί ενίοτε επεισόδιο τρομώδους παραληρήματος.

Πιθανόν επέρχεται από μια κατάσταση στέρησης βιταμινών B₁ και B₂. Στο νευρικό σύστημα ανευρίσκονται ιστοπαθολογικές αλλοιώσεις, ιδιαίτερα στους νευρώνες του μετωπικού φλοιού και στα περιφερικά νεύρα.

Κλινικά χαρακτηρίζεται από διαταραχές της μνήμης. Το άτομο γίνεται ανίκανο να θυμηθεί πρόσφατα γεγονότα, ενώ συγκρατεί τα περασμένα. Αισθάνεται την ανάγκη να συμπληρώνει τα κενά της μνήμης του και αυτό το κάνει βάζοντας στη θέση τους ψεύτικες αναμνήσεις, μυθοπλασίες, που κατασκευάζονται από τη φαντασία του. Για παράδειγμα, τον ρωτάνε κατά το

βράδυ πώς πέρασε το απόγευμά του, κι αυτός θα κάνει μια πλήρη έκθεση των κινήσεων και των ασχολιών του, τελείως άσχετη όμως με την πραγματικότητα. Η διαταραχή της μνήμης δεν του επιτρέπει να διακρίνει στις αναμνήσεις του το πραγματικό και το φανταστικό στοιχείο. Η ψυχική του διάθεση είναι ευχάριστη, αισιόδοξη. Οι ψυχικές διαταραχές συνοδεύονται συχνά από πόνους στους μυς και διάφορες παραλύσεις που οφείλονται στην αλκοολική πολυνευρίτιδα.

Η πρόγνωση δεν είναι καλή, λόγω της χρόνιας κατάστασης.

Η θεραπεία συνίσταται στην μακροπρόθεσμη χορήγηση βιταμινών Β⁹.

4.1.10. Αλκοολική Ψευδαισθήτωση

Η κατάσταση αυτή παρατηρείται σε αλκοολικούς μετά από μακροχρόνια κατάχρηση οινοπνευματωδών ή ακολουθεί ενίοτε επεισόδιο τρομώδους παραληρήματος. Οι ψευδαισθήσεις αυτές είναι κυρίως ακουστικές. Επάνω σ' αυτές αναπτύσσεται ένα παραλήρημα καταδιώξεως.

Ο αλκοολικός ακούει να του φωνάζουν κατηγορίες και απειλές και διαμορφώνει την πεποίθηση ότι τον παρακολουθούν, τον καταδιώκουν.

Κάτω απ' αυτή την απειλή δεν μπορεί να κοιμηθεί, την νύχτα κυκλοφορεί οπλισμένος, ζητάει τη βοήθεια της αστυνομίας, μπορεί ακόμα και να επιτεθεί σε αγνώστους που τους θεωρεί εχθρούς του.

Παραληρητικές ιδέες και συγχυτικές καταστάσεις είναι πολύ συνηθισμένες. Το επίπεδο συνειδήσεως δεν διαταράσσεται.

Οι ψευδαισθήσεις υποχωρούν συνήθως σε λίγες ημέρες ή εβδομάδες. Οι υποτροπές όμως είναι συχνές, δεν αποκλείεται όμως και η χρονιοποίηση της κατάστασης.

Η θεραπεία συνίσταται σε χορήγηση βιταμινών Β και νευροληπτικών⁹.

4.1.11. Κρίσεις Στερήσεως

Σ' αυτό το συγκεκριμένο πλαίσιο (δηλ. όταν σχετική ή απόλυτη αποχή ακολουθείται από περιόδους χρόνιας μέθης), υπάρχει μεγάλη τάση αναπτύξεως κρίσεως σπασμών. Πάνω από το 90% των κρίσεων εμφανίζονται στην Περίοδο 7 έως 48 ωρών μετά την παύση του ποτού με κορυφαία συχνότητα μεταξύ 13 και 24 ωρών.

Οι κρίσεις που εμφανίζονται σε βραχείες εξάρσεις δύο έως έξι ή περισσότερες, μερικοί ασθενείς εμφανίζουν επιληπτική κατάσταση. Οι κρίσεις είναι τύπου μεγάλης επιληψίας, δηλ. έντονοι γενικευμένοι σπασμοί, με απώλεια συνειδήσεως. Σχεδόν το ένα τρίτο των ασθενών με γενικευμένη σπαστική δραστηριότητα προχωρούν στην εμφάνιση τρομώδους παραληρήματος, οπότε οι σπασμοί προηγούνται πάντα του παραληρήματος.

Ο όρος «κρίσεις του ρουμιού» χρησιμοποιείται από τον ίδιο τον αλκοολικό για κρίσεις που έχουν τα πιο πάνω χαρακτηριστικά.

Τα ηλεκτροεγκεφαλογραφικά ευρήματα σε αλκοολικά άτομα με «κρίσεις ρουμιού» δεν ενισχύουν την άποψη ότι οι κρίσεις παριστάνουν απλώς λανθάνουσα επιληψία που γίνεται έκδηλη από το οινόπνευμα. Αντίθετα το ηλεκτροεγκεφαλογράφημα αντανακλά σειρά μεταβολών που προκαλούνται από το ίδιο το οινόπνευμα-μείωση της συχνότητας των εγκεφαλικών κυμάτων κατά την περίοδο χρόνιας μέθης, επάνοδο του ηλεκτροεγκεφαλογραφήματος στο φυσιολογικό. Αμέσως μετά τη διακοπή της πόσεως, εμφάνιση σύντομης περιόδου δυσρυθμίας (έντονα κύματα και παροξυσμικές αλλοιώσεις) που συμπίπτει με την έξαρση της σπαστικής δραστηριότητας και πάλι γρήγορη επάνοδο του ηλεκτροεγκεφαλογραφήματος στο φυσιολογικό⁹.

4.1.12. Νευρολογικές Διαταραχές

Πολλές νευρολογικές διαταραχές συνδέονται με τον αλκοολισμό. Φυσικά ο κοινός παράγοντας όλων, είναι η κατάχρηση οινοπνεύματος.

Ο μηχανισμός με τον οποίο το οινόπνευμα επιφέρει τις επιδράσεις του, διαφέρει πολύ από τη μια ομάδα διαταραχών στην άλλη.

Τα κύτταρα του Κ.Ν.Σ. είναι εξαιρετικά ευαίσθητα στο οινόπνευμα, που επιδρά σ' αυτά σαν δηλητήριο με παραλυτική ενέργεια.

Έτσι προκύπτουν χαρακτηριστικές ψυχικές διαταραχές οι οποίες είναι:

- διαταραχές σχετικές με τον χαρακτήρα: ελάττωση της αυτοκριτικής, οξυθυμία, τάση για παθολογική ζήλεια, επιθετικότητα.
- πνευματικές διαταραχές: ελάττωση ευφυΐας και ικανότητας σκέψεως.
- διαταραχές μνήμης: απώλεια μνήμης για πρόσφατα γεγονότα.
- διαταραχές συμπεριφοράς: ακατάσχετη φλυαρία, άγχος, τάση για ψέμα.
- διαταραχές ύπνου: εφιάλτες, αγχώδη όνειρα, οπτασίες⁹.

4.1.13. Σύνδρομο αποχής ή στερήσεως

Κάθε μία από τις κύριες εκδηλώσεις του συνδρόμου στερήσεως μπορεί να εμφανισθεί και να περιγραφεί χωριστά:

Τρόμος:

Η πιο συνηθισμένη εκδήλωση του συνδρόμου στερήσεως είναι μια κατάσταση τρόμου, που αναφέρεται συνήθως σαν τρεμούλα σε συνδυασμό με μια γενική ευερεθιστότητα και συμπτώματα από το γαστρεντερικό σωλήνα, ιδιαίτερα ναυτία και έμετο. Τα συμπτώματα εμφανίζονται μετά από αρκετές

ημέρες πόσεως, και συνήθως το πρωί. Ο ασθενής χρειάζεται να ηρεμήσει τα νεύρα του με λίγα ποτά. Στην πραγματικότητα τα συμπτώματά του ανακουφίζονται μόνο από το οινόπνευμα για να εμφανισθούν με μεγαλύτερη βαρύτητα τα επόμενα πρωινά.

Η συνηθισμένη έξαρση διαρκεί περίπου 2 εβδομάδες, η διάρκειά της όμως εμφανίζει μεγάλες διαφορές. Τελειώνει όχι μόνο εξαιτίας υποτροπής του τρόμου και του εμέτου αλλά και για έναν ή περισσότερους άλλους λόγους, όπως η έλλειψη χρημάτων, η αδυναμία, η αηδία για τον εαυτό του. Τα συμπτώματα τότε αυξάνουν κατά πολύ, φτάνοντας στην κορυφαία έντασή τους 24 με 36 ώρες μετά την πλήρη κατάπαυση του τρόμου. Σ' αυτό το στάδιο ο ασθενής βρίσκεται σε εγρήγορση και τρομάζει εύκολα. Το πρόσωπό του είναι βαθιά κόκκινο, οι επιπεφυκότες είναι στραμμένοι προς τα μέσα και εμφανίζει ταχυκαρδία, ανορεξία, ναυτία, ρέψιμο.

Μπορεί να παραπονιέται για αϋπνία και να λαχταράει λίγη ανάπαυση και ύπνο. Ο ασθενής μπορεί να εμφανίσει ελαφρό χρονικό αποπροσανατολισμό και να έχει κακή μνήμη για γεγονότα των τελευταίων ημερών, της εξάρσεως της πόσεώς του, αλλά δεν εμφανίζει βαριά σύγχυση και συναισθάνεται γενικά το περιβάλλον του και τη φύση της αρρώστιας του.

Πρέπει σ' αυτό το διάστημα να γίνει προσπάθεια παραμονής του ασθενούς στο νοσοκομείο.

Η απόλυσή του μετά από λίγες ημέρες αυξάνει την πιθανότητα να στραφεί στο οινόπνευμα για να καταστείλει την ένταση και την αϋπνία που εξακολουθεί ακόμα να υπάρχει⁹.

4.1.14. Κλονισμένο Βάδισμα ή «Βάδισμα Μεθυσμένου»

Το βάδισμα αυτό είναι χαρακτηριστικό της δηλητηρίασης από οινόπνευμα ή βαρβιτουρικά. Το μεθυσμένο άτομο τρεκλίζει, ταλαντεύεται, γέρνει το σώμα, μπροστά και ύστερα πίσω και κινδυνεύει σε κάθε στιγμή να χάσει την ισορροπία του και να πέσει.

Ατονεί σε μεγάλο βαθμό ο έλεγχος του κορμιού και των σκελών. Τα βήματα είναι ακανόνιστα και χωρίς σταθερότητα. Ο ασθενής φαίνεται απαθής και αδιάφορος για τον τρόπο της μετακινήσεώς του αλλά κάτω από ορισμένες συνθήκες μπορεί να διορθώσει για λίγο την ανωμαλία του.

Η συχνή χρήση των όρων «βάδισμα κλονισμένο» ή «βάδισμα μεθυσμένου» στην περιγραφή του βαδίσματος που παρατηρείται στα νοσήματα της παρεγκεφαλίδας είναι άστοχη με εξαίρεση ίσως τις πιο οξείες και βαριές περιπτώσεις.

Ο πάσχων από δηλητηρίαση ασθενής, κλονίζεται προς πολλές διαφορετικές κατευθύνσεις σε αντίθεση προς τον πάσχοντα από παρεγκεφαλιδική νοσο και δεν κάνει προσπάθεια να διορθώσει τον κλονισμό παρατηρώντας τα πόδια του ή το έδαφος όπως στην παρεγκεφαλιδική αταξία.

Ο μεθυσμένος, μολονότι κινεί προς κάθε κατεύθυνση και σε μεγάλη έκταση όλα τα τμήματα του σώματος, μπορεί να διατηρεί σε καλό βαθμό την ισορροπία του⁹.

4.1.15. Αλκοόλη και ατυχήματα

Η τοξίκωση από την αλκοόλη μπορεί να προκαλέσει την ατρόμητη και παράτολμη συμπεριφορά, που συντελεί στην επιτυχία μιας γιορτής, αλλά

μπορεί επίσης, να έχει τραγικές συνέπειες, ιδιαίτερα όταν καταλήγει σε αυτοκινητιστικά, βιομηχανικά και οικιακά ατυχήματα.

Η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας υπολογίζει ότι στην Αυστραλία, για Παράδειγμα, τουλάχιστον το 50% των θανάτων από αυτοκινητιστικά ατυχήματα έχουν σχέση με την κατανάλωση αλκοόλης.

Αυτό το είδος των ατυχημάτων που σχετίζονται με την αλκοόλη σκοτώνουν περισσότερους ανθρώπους από ό,τι όλες οι μολυσματικές αρρώστιες μαζί.

Το ποσοστό των τροχαίων ατυχημάτων που μπορεί να θεωρηθεί ότι οφείλονται στην αλκοόλη ποικίλει από χώρα σε χώρα, και φαίνεται ότι σε μερικές είναι πολύ χαμηλό (3-10%), αλλά και αυτοί ακόμα οι αριθμοί θα έπρεπε να ασκήσουν κάποια πίεση στους υπεύθυνους και κάποια επιρροή στη δική μας στάση απέναντι σε έναν μεθυσμένο οδηγό.

Η αλκοόλη συνδέεται επίσης, με ένα σημαντικό ποσοστό των οικιακών και βιομηχανικών ατυχημάτων.

Μια μελέτη που έγινε στη Γαλλία σε μια περιοχή του Παρισιού για τα ατυχήματα στους χώρους εργασίας έδειξε, πως το 10-15% από αυτά οφείλονται στη μέθη που είναι αιτία για απροσεξία και ανεπανόρθωτα λάθη.

Μια άλλη μελέτη για τα θύματα των τροχαίων ατυχημάτων στην Ελβετία μεταξύ 1964 και 1970, έδειξε ότι 24% των θυμάτων ήταν υπό την επήρεια αλκοόλ κατά την άφιξή τους στο Νοσοκομείο.

Είναι σαφές ότι η αλκοόλη πολλαπλασιάζει σημαντικά τους κινδύνους κάθε επαγγέλματος, όπου τα ατυχήματα μπορούν να αποφευχθούν μόνο με επαγρύπνηση, αυτοσυγκέντρωση και καθαρό μυαλό⁹.

4.1.16. Αλκοολική Άνοια

Σε πολλούς από αυτούς που καταναλώνουν μεγάλες ποσότητες οινοπνεύματος για μεγάλο χρονικό διάστημα παρατηρείται μια σειρά αλλοιώσεων διανοητικής, συναισθηματικής και ηθικής φύσεως.

Η προσωπικότητα και ο χαρακτήρας αυτών των ατόμων παρουσιάζει βαθμιαία κάμψη η οποία κυμαίνεται από την απλή χειροτέρευση του χαρακτήρα μέχρι την οργανική ουσία: εξασθένηση των διανοητικών του λειτουργιών προσοχής, προσανατολισμού, κρίσεως κλπ., αλλά και ηθικο-συναισθηματική εξασθένηση: αδιαφορία, μείωση του αισθήματος ευθύνης, ηθική και κοινωνική χαλάρωση και κατάπτωση.

Στην αρχή τα άτομα αυτά συνεχίζουν να εκπληρώνουν τα επαγγελματικά τους καθήκοντα, αλλά οπωσδήποτε αδυνατούν να φθάσουν το προηγούμενο επίπεδο επίδοσης και απόδοσής τους. Η συμπεριφορά τους στο εξωτερικό Περιβάλλον σε σύγκριση με το οικογενειακό είναι τελείως διαφορετική. Στο εξωτερικό περιβάλλον είναι ευχάριστοι, φιλικοί, ευγενικοί, καλόκαρδοι, ενώ στο οικογενειακό τους περιβάλλον είναι κακοί, βίαιοι, υβριστές και σκληροί, εύκολα βρίζουν, χτυπούν τη γυναίκα τους και τα παιδιά τους χωρίς να αισθάνονται ντροπή ή ενοχές γι' αυτό που κάνουν.

Η χρόνια εξέλιξη της νόσου είναι δυνατόν να πλαισιωθεί με παρανοϊκά συμπτώματα ξυλοτυπίας ή και με συγχυτικά φαινόμενα με τρόπο⁹.

4.1.17. Αλκοολική Εκφύλιση της Παρεγκεφαλίδας

Ο όρος αυτός χρησιμοποιείται για έναν μη οικογενή τύπο παρεγκεφαλιδικής αταξίας, που εμφανίζεται στην ώριμη ηλικία πάνω σε υπόβαθρο παρατεταμένης καταναλώσεως οινοπνεύματος.

Τα συμπτώματα μπορεί να εξελίσσονται με αργό ρυθμό σε μεγάλο χρονικό διάστημα, συχνότερα όμως εξελίσσονται με οξύ τρόπο (μέσα σε εβδομάδες ή μήνες) και στη συνέχεια μπορεί να παραμείνουν στάσιμα για πολλά χρόνια.

Η πάθηση αυτή επηρεάζει συνήθως την στάση και τη βάδιση. Τα πόδια προβάλλονται συχνότερα και βαρύτερα από τα χέρια, ο νυσταγμός δε και η διαταραχή της ομιλίας είναι σπάνια. Η διαταραχή της στάσης και της βάδισης έχει σχέση με τη βλάβη του σκόληκα και η αταξία των άκρων με τον πρόσθιο λοβό της παρεγκεφαλίδας.

Παρόμοιο κλινικό σύνδρομο έχει παρατηρηθεί και σε περιπτώσεις υποσιτιζόμενων μη αλκοολικών ασθενών⁹.

4.1.18. Εγκεφαλοπάθεια του Wennice

Αποτελεί στερητικό σύνδρομο της βιταμίνης Β (θειαμίνης) και πιθανώς και άλλων βιταμινών του συμπλέγματος Β.

Παρατηρείται συνήθως στους αλκοολικούς, στους οποίους τα ποτά αντικαθιστούν σιγά-σιγά τις άλλες τροφές ενώ παράλληλα η δημιουργούμενη από το οινόπνευμα γαστρίτιδα προκαλεί ανορεξία, η οποία βοηθάει στην εμφάνιση υποβιταμίνωσης.

Παθολογοανατομικές αλλαγές ανευρίσκονται κυρίως στον υδραγωγό του Sylvius και συνίστανται στην εκφύλιση της μυελίνης και των νευρικών κυττάρων, μικρές αιμορραγίες και ανάπτυξη νεόπλαστων τριχοειδών.

Κλινικά υπάρχει οφθαλμοπληγία, αταξία, ανοϊκές εκδηλώσεις και έκπτωση της πρόσφατης μνήμης. Η έναρξη των συμπτωμάτων είναι συνήθως πολύ γρήγορη.

Αρχικά εμφανίζεται στα μάτια κάθετος και οριζόντιος νυσταγμός και ακολουθούν οι παραλύσεις των οφθαλμοκινητικών μυών.

Στις πιο βαριές περιπτώσεις τα χαρακτηριστικά διανοητικά συμπτώματα είναι, πρώτον, παροδικό παραλήρημα και ψευδαισθήσεις που παρατηρούνται κυρίως στους αλκοολικούς στη φάση της απόσυρσης από το οινόπνευμα, δεύτερον, απάθεια, αδιαφορία, σύγχυση και τρίτον χαρακτηριστικότερο από όλα εμφανίζεται το σύνδρομο Korsakoff.

Οι νευρολογικές ανωμαλίες στην εγκεφαλοπάθεια του Wennice υποχωρούν πολύ γρήγορα μετά από χορήγηση θειαμίνης⁹.

4.1.19. Αλκοολική Πολυμυοπάθεια

Κατά τη διάρκεια βαριάς καταχρήσεως οινόπνευματος από αλκοολικούς, παρατηρείται, σε μερικές περιπτώσεις, ταχεία ανάπτυξη καθολικής αδυναμίας των μυών που διαρκεί λίγες ημέρες.

Η κατάσταση αυτή μπορεί να φθάσει σε τέτοιο σημείο που να καθιστά τον ασθενή κατάκοιτο, η δε βιοψία αποκαλύπτει την παρουσία εκτεταμένης νέκρωσης του σαρκοπλάσματος κατά τμήματα.

Όλοι οι μύες του κορμιού και των άκρων υπάρχει πιθανότητα να προσβληθούν, χωρίς να αναφέρεται η επέκταση της βλάβης στους μύες του οφθαλμού και τους άλλους μυς της κεφαλής.

Σε μερικές περιπτώσεις η πολυμυοπάθεια, συνοδεύεται από συμπτώματα διόγκωσης της καρδιάς καθώς και ανεπάρκειά της⁹.

4.1.20. Αλκοολισμός – Ψυχική Διάθεση

Παρ' όλο που το ποτό μπορεί να προωθήσει ευχάριστα συναισθήματα για λίγες ώρες, η μακρόχρονη κατανάλωση οδηγεί πάντοτε σε μια επιδείνωση της ψυχικής διάθεσης. Αφού πει για μερικές ημέρες το άτομο που πίνει πολύ θα αρχίσει να νιώθει περισσότερη κατάθλιψη και ευερεθιστικότητα. Μπορεί να δυσκολεύεται να αντιμετωπίσει άλλους ανθρώπους με αποτέλεσμα να γίνει λεία δυστυχισμένων και καχύποπτων σκέψεων.

Στους χρόνια αλκοολικούς είναι δυνατόν να εμφανιστούν καταθλιπτικές καταστάσεις οι οποίες κατά τη συμπτωματολογία τους δεν διακρίνονται από την καταθλιπτική φάση της μανιοκατάθλιψης, κυρίως όταν οι παραληρητικές ιδέες παραμένουν σε στοιχειώδες επίπεδο.

Η κατάθλιψη και η αυτοκτονία είναι τόσο κοινές μεταξύ αλκοολικών, όσο σχεδόν και στους ανθρώπους, που πάσχουν από την καθαρή μορφή της κατάθλιψης. Σε μερικές περιπτώσεις η κατάθλιψη μπορεί να είναι η αιτία που οδηγεί στο ποτό, σε άλλες όμως περιπτώσεις, μπορεί να είναι το αποτέλεσμα της βαριάς χρήσης αλκοόλης και το άτομο ανακουφίζεται με την αποχή απ' το ποτό. Οι μελαγχολικές προσβολές μπορεί να διαρκούν έως 2 εβδομάδες, είναι όμως δυνατό να επαναλαμβάνονται στον αλκοολικό κατά την ίδια έννοια όπως και στον μανιοκαταθλιπτικό⁹.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

5.1. Μέτρα Πρόληψης

Ο αλκοολισμός αποτελεί πραγματικά ένα πλήγμα για την κοινωνία που ζούμε, ίσως όχι τόσο σοβαρό σε σχέση με άλλα, δεν παύει όμως σαν πρόβλημα που είναι να αποζητάει τη λύση του. Το ερώτημα είναι τι γίνεται ή τι θα γίνει προς αυτή την κατεύθυνση για να ξεπεραστεί;

Σίγουρα θα πρέπει να παρθούν κάποια μέτρα πρόληψης και ν' αναπτυχθεί έντονος αγώνας εναντίον του οινοπνεύματος και της χρήσης του. Στα πλαίσια του αγώνα αυτού πρέπει να εντάσσεται η βαριά φορολογία, η κατάργηση προνομίων (μικρών αμβλύκων, λεβήτων αποστάξεως), η διαφώτιση του κοινού, η παρακολούθηση των εξερχομένων από τα ψυχιατρεία αλκοολικών και τέλος κάποιοι νόμοι που θα καθορίζουν τις νόμιμες προϋποθέσεις που πρέπει να εκπληρώνουν οι επιχειρήσεις προκειμένου να τους χορηγηθεί άδεια εμπορίας οινοπνευματωδών ποτών.

Πολλοί επιστήμονες πιστεύουν ότι η αύξηση της φορολογίας θα μπορούσε να μειώσει την επικράτηση του αλκοολισμού, των προβλημάτων που δημιουργεί το αλκοόλ και την κίρρωση του ήπατος.

Η διαθεσιμότητα της αλκοόλης επηρεάζει οπωσδήποτε τον αριθμό αυτών που πίνουν πάρα πολύ.

Στη χώρα μας το αλκοόλ είναι σχετικά πολύ φθηνό και είναι αρκετά εύκολο για κάποιον που θέλει να πίνει, να το βρει.

Αυτός που έχει προβλήματα είτε γιατί έχασε τη δουλειά του είτε γιατί τον απασχολεί η οικογένειά του, θα βρει ένα μπουκάλι κρασί ή αν δεν το βρει θα τον κεράσει κάποιος.

Παρ' όλα αυτά όμως δεν υπάρχει ακόμα σοβαρό πρόβλημα αλκοολισμού στη χώρα μας, όπως συμβαίνει σε άλλες χώρες (ΗΠΑ, Γαλλία κλπ.) όπως υπάρχει πάντα ο κίνδυνος, που αν δεν κινητοποιηθούν έγκαιρα οι μηχανισμοί πληροφόρησης και πρόληψης, μέσω των κοινωνικών και των υγειονομικών υπηρεσιών, θα έχουμε σοβαρές συνέπειες.

Ο γιατρός μπορεί να δώσει ιατρική βοήθεια και να φέρει τον ασθενή σε επαφή με ειδικά προγράμματα και οργανώσεις στην κοινότητα.

Η εφαρμογή θεραπείας μόνο για ιατρικές επιπλοκές και η αντιμετώπιση του προβλήματος του ποτού από τον ίδιο τον ασθενή είναι πραγματικά μωπική. Σχεδόν πάντα το ποτό ξαναρχίζει με βέβαιο επακόλουθο την υποτροπή της νόσου. Γι' αυτό ο γιατρός πρέπει να είναι προετοιμασμένος να αντιμετωπίσει τον εθισμό ή τουλάχιστον ν' αρχίσει την θεραπεία.

Ένα επιτυχημένο πρόγραμμα θεραπείας αρχίζει με τη λήψη του ιστορικού από τον ασθενή, την αποκατάσταση επικοινωνίας με τον ασθενή και τη συχνή εξέταση. Ο γιατρός μπορεί να βοηθήσει τον ασθενή να καταλάβει τη φύση του προβλήματός του και έτσι να του δώσει ένα κίνητρο για να δεχθεί τη θεραπεία του.

Η βοήθεια και η ψυχολογική υποστήριξη από την οικογένειά του και τον κοινωνικό του περίγυρο παίζει σημαντικό ρόλο στη διευκόλυνση της αναρρώσεώς του. Η παροχή κινήτρων από την οικογένεια στον αλκοολικό, για να έχει την επιθυμία να σταματήσει να πίνει και να δεχθεί βοήθεια σ' αυτή την προσπάθεια είναι πολύ πιο αποτελεσματική από την προσπάθεια να απομακρύνουμε το μπουκάλι από κοντά του.

Η προϋπόθεση για την επιτυχή θεραπεία είναι η πλήρης αποχή από το αλκοόλ, και από κάθε πρακτική άποψη, είναι η μόνη, μόνιμη λύση. Αν η διαρκής και σοβαρή προσπάθεια του ιατρού δεν μπορεί να αποδώσει, πείθοντάς τον, ότι το οινόπνευμα βλάπτει σοβαρά την υγεία, τότε ο μόνος

τρόπος για να σταματήσει ίσως να πίνει να είναι η εισαγωγή του σε ένα ψυχιατρικό νοσοκομείο είτε σε ένα ειδικό ίδρυμα για την αντιμετώπιση του αλκοολισμού. Αυτό θα γίνει με την ελπίδα ότι η αναγκαστική αποχή από το ποτό, θα βελτιώσει τη σωματική του κατάσταση και θα τον βοηθήσει να αποκτήσει γνώση, ώστε αργότερα να δεχθεί την ψυχιατρική και τις άλλες μορφές θεραπείας.

Αν ο ασθενής έχει συνειδητοποιήσει ότι το ποτό έχει ξεφύγει πλέον από τον έλεγχό του και πως πρέπει να το ελέγξει, οι πιθανότητες να βοηθηθεί είναι πολλές.

Κάτω από αυτές τις συνθήκες πολλά άτομα σταματάνε να πίνουν με τη θέλησή τους. Μερικοί όμως υποτροπιάζουν παρά το γεγονός ότι έχουν άριστες προθέσεις.

Για την πρόληψη και αντιμετώπιση του αλκοολισμού δεν φθάνει να κινητοποιηθούν μόνο οι Κοινωνικές και Υγειονομικές ομάδες. Πρέπει από όλους τους φορείς της Πολιτείας να γίνει ένας αγώνας για αυτή τη νέα μάστιγα της κοινωνίας μας.

Σεμινάρια και διάφορες άλλες συγκεντρώσεις πρέπει να διοργανώνονται με επιστημονικό προσωπικό και να επισημαίνουν τα προβλήματα που φέρει ο αλκοολισμός.

Η αντιαλκοολική διαπαιδαγώγηση του πληθυσμού πρέπει να θέσει σαν σκοπό της να μεταβάλλει τη στάση του πολίτη προς το αλκοόλ. Κάθε κατάχρηση οινοπνευματωδών ποτών πρέπει να αντιμετωπίζεται σαν μια κακιά συνήθεια που βλάπτει τα κρατικά συμφέροντα, την υγεία, τα οικονομικά και οικογενειακά συμφέροντα του αλκοολικού, συνήθεια ασυμβίβαστη με το ήθος και την ηθική.

Δεύτερος, όχι λιγότερο σπουδαίος στόχος της αντιαλκοολικής διαπαιδαγώγησης είναι η επεξήγηση των μέτρων που παίρνει το Κράτος, τα

Διοικητικά Όργανα και οι Κοινωνικές Οργανώσεις κατά του αλκοολισμού, η κινητοποίηση όλου του λαού στον αγώνα κατά της μέθης, με ειδικές γνώσεις που θα του δίνουν για τη βλαπτική επίδραση του οινοπνεύματος στην υγεία, την εργασία, τη ζωή, την ευημερία και την ηθική της κοινωνίας. Ιδιαίτερη ακόμη προσοχή πρέπει να δίνεται στην αντιαλκοολική διαπαιδαγώγηση της μαθητευόμενης, εργαζόμενης και σπουδάζουσας νεολαίας. Η προπαγάνδα που πρέπει να γίνεται σ' άτομα επιρρεπή στο αλκοόλ, εκτός από τις διαφωτιστικές συζητήσεις από ειδικούς της υγειονομικής υπηρεσίας, εκπροσώπους της διεύθυνσης της επιχείρησης, στην οποία εργάζεται το συγκεκριμένο άτομο και με εκπροσώπους των Κοινωνικών Οργανώσεων πρέπει να περιλαμβάνει και την εξέταση των συνθηκών εργασίας, των όρων διαβίωσης ή της οικογενειακής ζωής που οδήγησαν το άτομο αυτό στη χρήση οινοπνευματωδών ποτών, καθώς και την παροχή αποτελεσματικής βοήθειας, όταν το άτομο θέλει να τη διακόψει οριστικά, υποστηρίζοντάς τον προπάντων ψυχολογικά.

Η νοσηλεύτρια/-τής μέσα από την κοινοτική νοσηλευτική και με τη συνεργασία άλλων φορέων (ιερέα, κοινων. λειτουργό, δάσκαλο) μπορεί να φέρει άριστα αποτελέσματα σε μια κοινότητα.

Το μεγάλο της ενδιαφέρον και η αγάπη που τρέφει για τον συνάνθρωπο την ωθούν να βάλει κάποιο στόχο και να εκπληρώσει τον αρχικό της σκοπό. Θα τονίσει πως ο αλκοολικός γίνεται γελοίος με τη συμπεριφορά του πρώτα στον ίδιο του τον εαυτό και κατόπιν στους άλλους γύρω του, γίνεται ένα έρμαιο της κοινωνίας, ένα δακτυλοδεικτούμενο άτομο.

Με υπομονή και επιμονή πρέπει να είναι οπλισμένη ώστε μέσα από την ασθένεια να εισέλθει στην οικογένεια, να συζητήσει το κάθε της πρόβλημα, την κάθε της δυσκολία. Με αιτία την ασθένεια π.χ. κίρρωση του ήπατος, θα εξηγήσει τι ακριβώς συμβαίνει στον ασθενή, θα τον ενημερώσει σχετικά με τη

διατροφή του, τη λήψη φαρμάκων και την τέλεια αποχή του από το οινόπνευμα. Η καλή συνεργασία, η αγάπη, η σωστή και ειλικρινής πληροφόρηση του ασθενή από τη νοσηλεύτρια/-τή είναι η καλύτερη ανακούφιση που θα μπορούσε να του δώσει.

Στη συνέχεια η νοσηλεύτρια/-της θα στραφεί προς τη/το σύζυγο του ασθενή, θα συζητήσει διακριτικά την οικογενειακή τους κατάσταση και την αιτία που οδήγησε το σύζυγο στο ποτό. Θα συμβουλέψει τη/το σύζυγο σχετικά με το διαιτολόγιο, την ανάπαυση κλπ., όσον αφορά τον ελαφρό ασκίτη και το οίδημα που έχει ο ασθενής. Η κατάκλιση και η περιορισμένη λήψη άλατος θα είναι ότι καλύτερο πρέπει να την/τον συμβουλέψει.

Η ήσυχη και ειρηνική ζωή, η ανάπαυση, η σωστή καθαριότητα, η σωστή διατροφή και η εφαρμογή της ιατρικής και νοσηλευτικής συμβουλής θα συμβάλλουν σημαντικά στην γρήγορη αποκατάσταση της υγείας του ασθενή.

Ο ρόλος της νοσηλεύτριας/-τή απέναντι στο συγκεκριμένο κίρρωτικό από αλκοόλ άτομο είναι μεγάλος. Το άτομο αυτό από ένα πάθος, από μια αδυναμία κατάντησε ένα ανίκανο άτομο, έγινε ένα άπραγο πλάσμα μόνο και μόνο από το οινόπνευμα. Μεγάλος σ' αυτή την περίπτωση είναι και ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού, γι' αυτό και η συνεργασία της νοσηλεύτριας/-τη με το λειτουργό είναι απαραίτητη.

Πρέπει να πείσουν τον ασθενή να σταματήσει το ποτό, πρέπει να παροτρύνουν με τα λόγια τους τον ασθενή να επανέλθει πάλι στην εργασία του, στο κοινωνικό του περιβάλλον κλπ.

Θα είναι λίγοι, ίσως, εκείνοι που θα διαφωνήσουν με την άποψη ότι η πρόληψη είναι καλύτερη από τη θεραπεία, είτε κανείς αναφέρεται σε θέματα υγείας είτε οικονομικού σχεδιασμού. Οι δραστηριότητες που αφορούν στην πρόληψη της κατάχρησης της αλκοόλης φαίνεται να απασχολούν εξίσου τους σχετικούς επιστήμονες και κοινωνικούς φορείς (π.χ. τοπική αυτοδιοίκηση)

ακόμα και τους παραγωγούς αλκοολούχων ποτών σε χώρες όπως η Μ. Βρετανία.

Οι προσπάθειες που απευθύνονται στην πρόληψη του αλκοολισμού δεν φαίνεται να έχουν αποδώσει στο σύνολό τους. Ο Βρετανός κοινωνιολόγος D. Robinson (1982) υποστηρίζει ότι ο λόγος της σχετικής αποτυχίας των προσπαθειών πρόληψης του αλκοολισμού είναι η έλλειψη συντονισμού μεμονωμένων προσπαθειών. Όπως ο ίδιος σχολιάζει:

«...Οι συζητήσεις που αφορούν στην πρόληψη των προβλημάτων τα οποία απορρέουν από την κατανάλωση της αλκοόλης, χαρακτηρίζονται από επιχειρήματα υπέρ της μιας ή της άλλης, από τις τρεις βασικές παραμέτρους που είναι οι αλκοολικοί, η κοινωνία και το αλκοόλ... επειδή ο αλκοολισμός είναι άμεσα συνδεδεμένος και με τις τρεις αυτές παραμέτρους, οι προσπάθειες που αφορούν στην πρόληψη θα πρέπει να συμπίπτουν και να συντονίζονται...».

Η πρόταση του Robinson στηρίζεται στο αναμφισβήτητο επιχείρημα ότι η κατάχρηση του αλκοόλ είναι ένα κοινωνικό φαινόμενο που αφορά όχι μόνο στο χρήστη του αλκοόλ αλλά και στο κοινωνικό σύνολο. Με αυτό το δεδομένο, οι προσπάθειες για την πρόληψη του φαινομένου πρέπει να χαρακτηρίζονται από «στρατηγικές» με στόχο τόσο το άτομο όσο και από ανάλογες με στόχο την κοινωνία. Κυρίως όμως πρέπει να χαρακτηρίζονται από συντονισμό.

Στην Ελλάδα, η πρόληψη και η παροχή υπηρεσιών για τη θεραπεία του αλκοολισμού βρίσκεται σε τουλάχιστον εμβρυακό στάδιο. Το θέμα των «νομίμων» ουσιών εξάρτησης, όπως το αλκοόλ και τα ηρεμιστικά, αντιμετωπίζεται με αδιαφορία. Οι άμεσες ενέργειες που αφορούν στην πρόληψη του αλκοολισμού μπορούν να συνοψιστούν ως εξής:

1. Η διεξαγωγή επιδημιολογικών ερευνών τόσο στην κοινότητα όσο και στα πλαίσια του γενικού νοσοκομείου και του ψυχιατρείου. Επίσης, η καταγραφή των παραπτωμάτων και εγκληματικών πράξεων που σχετίζονται με την κατανάλωση αλκοόλης, παραβάσεων του Κ.Ο.Κ. και ατυχημάτων εξαιτίας της χρήσης ή/και κατάχρησης του αλκοόλ βοηθούν στη διαμόρφωση της εικόνας για το μέγεθος του προβλήματος στη χώρα.
2. Οι έρευνες αυτές δεν θα πρέπει να στοχεύουν μόνο στην καταγραφή των «αλκοολικών περιστατικών», που όπως αναφέρθηκε αφορούν σε άτομα που βρίσκονται σε προχωρημένα στάδια της εξάρτησης και των σχετικών προβλημάτων, αλλά κυρίως στην ανίχνευση ατόμων που είτε είναι στα πρώτα στάδια της εξάρτησης είτε παρουσιάζουν μεγάλες πιθανότητες ανάπτυξης του αλκοολισμού.
3. Η δημιουργία και ανάπτυξη επιστημονικά αποδεκτών κριτηρίων για την έγκυρη και έγκαιρη αναγνώριση του προβληματικού πότη είναι

θέμα υψίστης σημασίας. Όπως ήδη αναφέρθηκε, τα αγγλόφωνα ερωτηματολόγια χρειάζονται «στάθμιση» πριν τη χρήση τους.

4. Προσπάθειες με στόχο το κοινωνικό σύνολο οφείλουν να έχουν διπλή κατεύθυνση. Πρώτον, είναι απαραίτητη η επιστημονικά τεκμηριωμένη ενημέρωση του κοινού σε θέματα χρήσης και κατάχρησης της αλκοόλης. Η κοινωνία πρέπει να ενημερώνεται και όχι να φοβάται, όπως στην περίπτωση των ναρκωτικών. Ο καλώς πληροφορημένος πολίτης έχει «ενεργό» συμμετοχή στη λήψη των αποφάσεων που αφορούν την υγεία του. Μ' αυτό τον τρόπο δεν γίνεται παθητικός δέκτης των προτάσεων των «ειδικών». Δεύτερον, πρέπει να αντιμετωπίσουμε τις «αρνητικές» στάσεις και αντιλήψεις του κοινωνικού συνόλου απέναντι στον προβληματικό πότη. Η κοινωνία είναι ιδιαίτερα «σκληρή» στα άτομα με «ιδιόμορφη συμπεριφορά» όπως οι αλκοολικοί, οι ψυχασθενείς κλπ. Οι παραπάνω προσπάθειες μπορεί να υλοποιηθούν με ενημερωτικά φυλλάδια, διαλέξεις, ανοιχτές συζητήσεις και αξιοποίηση των Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης.
5. Εκπαιδευτικά προγράμματα με αποκλειστικό αντικείμενο τις ουσίες εξάρτησης θεωρούνται άκρως απαραίτητα σε προγράμματα σπουδών, όπως της ιατρικής, νομικής, ψυχολογίας, κοινωνικής εργασίας, οικονομίας της υγείας, νοσηλευτικής και πολλά άλλα. Ήδη το τμήμα Φιλοσοφικών και Κοινωνικών Σπουδών του Πανεπιστημίου Κρήτης διαθέτει δύο εκπαιδευτικά προγράμματα με αποκλειστικό στόχο τις ουσίες εξάρτησης για την ενημέρωση των φοιτητών του.
6. Ιδιαίτερη έμφαση πρέπει να δοθεί στις αρνητικές στάσεις που διακρίνουν το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό απέναντι στον αλκοολικό. Το θέμα αυτό έχει ειδικό βάρος όσον αφορά στην πρόληψη και θεραπεία του αλκοολισμού.

7. 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 μέσου κοινωνικής και σεξουαλικής επιτυχίας. Ο προβληματικός πότης συνήθως θέλει.... αλλά συχνά δεν μπορεί.
8. Οι διχαστικές 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.
9. Ο ρόλος της οικογένειας είναι ίσως ο πλέον σημαντικός στην πρόληψη του αλκοολισμού για ευνόητους λόγους που δεν χρειάζονται περαιτέρω εξηγήσεις. Αξίζει μόνο 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 (Laing & Esterson 1964).
10. Η ποτοαπαγόρευση και η υψηλή φορολογία στα αλκοολούχα ποτά ΔΕΝ αποτελούν παράγοντα πρόληψης. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον έχει το πρόσφατο δημοσίευμα των Duffy & Plant (1986) που αναφέρεται στις επιπτώσεις που είχε η θέσπιση ενός νέου νόμου, ο οποίος επέτρεπε την πώληση αλκοολούχων ποτών καθ' όλη τη διάρκεια της ημέρας στη Σκωτία. Μετά από δεκάχρονη εφαρμογή αυτού του νόμου, οι ερευνητές δεν σημείωσαν σημαντικές διαφορές ως προς τη νοσηρότητα και τη θνησιμότητα εξαιτίας του αλκοολισμού μεταξύ Σκωτίας, Αγγλίας και Ουαλίας. Η μόνη διαφορά που παρατηρήθηκε ήταν η σημαντική μείωση των ποινικών αδικημάτων που είχαν άμεση σχέση με την κατανάλωση της αλκοόλης.

11. 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. Στα μεγάλα αστικά κέντρα και ιδιαίτερα στην Αθήνα η τοπική αυτοδιοίκηση μπορεί να δημιουργήσει αποτελεσματικά προληπτικά προγράμματα με χαμηλό κόστος.
12. Η επαφή με χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης και ιδιαίτερα με ερευνητικά κέντρα που έχουν πείρα στον τομέα της πρόληψης μπορεί να αποβεί χρήσιμη.
13. Τέλος, πρέπει να τονιστεί ιδιαίτερος ότι οι προσπάθειες πρόληψης πρέπει να είναι απόλυτα συντονισμένες και να εμπεριέχουν, οπωσδήποτε, ερευνητικό πρόγραμμα αξιολόγησης της αποτελεσματικότητάς τους.

Όπως ήδη αναφέρθηκε, οι παραπάνω προτάσεις αποτελούν ένα δείγμα μέτρων πρόληψης του αλκοολισμού. Εξάλλου, μπορεί να θεωρηθούν και ως αρχικές σκέψεις για περαιτέρω επεξεργασία και ανάπτυξη¹².

5.2. Ψυχολογική Προσέγγιση

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 αντιμετώπιση της εξάρτησης από το αλκοόλ. Η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας σχετικά με την

αποτελεσματικότητα των ψυχολογικών προσεγγίσεων θα παρουσιαστεί ως εξής: *Τεχνικές θεραπείας συμπεριφοράς και Άλλα είδη ψυχοθεραπείας.*

Τεχνικές θεραπείας συμπεριφοράς

Μια από τις πρώτες μεθόδους που αναπτύχθηκαν στο πλαίσιο της θεραπείας συμπεριφοράς ήταν η τεχνική της αποστροφικής θεραπείας (aversion therapy). Συνοπτικά, η τεχνική αυτή βασίζεται στη θεώρηση ότι δυσάρεστα ερεθίσματα μειώνουν τις πιθανότητες εμφάνισης κάποιας συμπεριφοράς (π.χ. κατανάλωση αλκοόλης). Χημικά παρασκευάσματα (όπως το Disulfiram) ή/και ηλεκτρικά ερεθίσματα χρησιμοποιούνται κατ' επανάληψη για να προκαλέσουν αντιδράσεις αποστροφής. (Χημικά παρασκευάσματα όπως η απομορφίνη και ηλεκτρικά ερεθίσματα ποικίλης έντασης έχουν χρησιμοποιηθεί στην αποστροφική θεραπεία). Μελέτες στις οποίες χρησιμοποιήθηκαν χημικά ερεθίσματα, στις δεκαετίες του '40 και του '50, αναφέρουν ποσοστό αποχής από το αλκοόλ 60-70% (Voegtlin et al 1949, Lamere et al 1950). Αντίθετα, οι Wallerstein et al (1957) που αξιολόγησαν την αποτελεσματικότητα αποστροφικής θεραπείας με χημικό ερέθισμα σε σύγκριση με φαρμακοθεραπεία και υπνοθεραπεία ανέφεραν ποσοστό αποχής μόνο 4%. Σε μια πιο πρόσφατη έρευνα, οι Wiens et al (1976) βρήκαν ότι το 63% μιας ομάδας 261 ασθενών έδειξε βελτίωση για μια περίοδο ενός χρόνου. Ο Hodgson (1977) σχολιάζοντας τα αντιφατικά ευρήματα των σχετικών ερευνών εντοπίζει δύο ουσιαστικά προβλήματα με τα δείγματα των ασθενών. Πρώτον, τα χαρακτηριστικά των ασθενών που υποβάλλονται σε αποστροφική θεραπεία (π.χ. ιδιωτική περίθαλψη, ανώτερη κοινωνικοοικονομική τάξη κλπ.) δεν επιτρέπουν την γενίκευση των αποτελεσμάτων στο γενικότερο πληθυσμό και δεύτερον, οι ασθενείς αυτοί υποβάλλονται και σε άλλα είδη θεραπείας παράλληλα με την αποστροφική θεραπεία (π.χ. ομαδική θεραπεία, ομάδες

αλκοολικών ανώνυμων κλπ.), γεγονός που δεν επιτρέπει την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας αυτής της τεχνικής.

Παρόμοια αποτελέσματα έχουν δείξει και οι έρευνες που χρησιμοποιούν ηλεκτρικά ερεθίσματα (electric shocks). Σύμφωνα με τους Miller et al (1980), ένας αξιολογος αριθμός σχετικών μελετών έχει δημοσιευθεί από το 1930. Οι μελέτες αυτές διαφοροποιούνται όσον αφορά στην ένταση, στη διάρκεια και στο σημείο χορήγησης του ηλεκτρικού ερεθίσματος. Ο Blake (1965, 1967) αναφέρει ότι η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας δείχνει ότι τα ποσοστά επιτυχίας μ' αυτή τη μέθοδο ποικίλλουν από 0-60%. Σε ένα πρόσφατο πείραμα οι Wilson et al (1975) χορήγησαν ηλεκτρικά ερεθίσματα σε αλκοολικούς πριν ή μετά τη λήψη αλκοόλης, αυξομειώνοντας τη συχνότητα και την ένταση του ερεθίσματος. Και οι δύο πειραματικές συνθήκες αποδείχθηκαν αναποτελεσματικές στην καταστολή της κατανάλωσης της αλκοόλης. Παρόμοια αποτελέσματα αναφέρουν και οι Miller et al (1973) σχετικά με την αυξομείωση της εντάσεως του ηλεκτρικού ερεθίσματος. Σε μια πρόσφατη μελέτη του, ο Miller (1978a) βρήκε ότι οι αλκοολικοί σε «ηλεκτρική» αποστροφική θεραπεία βελτιώθηκαν πιο αργά αλλά δεν διέφεραν ουσιαστικά από ομάδα ασθενών που ακολούθησε ψυχολογική θεραπεία με στόχο τον αυτοέλεγχο (self-control). Και στις δύο περιπτώσεις τα αναφερόμενα ποσοστά επιτυχίας ήταν από 20-60%.

Τα τελευταία χρόνια, μεγάλη μερίδα θεραπευτών συμπεριφοράς έχει επικεντρώσει την προσοχή της σε τεχνικές που βοηθούν την αντιμετώπιση του άγχους. Όπως είναι γνωστό, η πλειοψηφία των αλκοολικών παρουσιάζουν μια ποικιλία συμπτωμάτων άγχους για πολλούς και διάφορους λόγους. Σε ένα σχετικό δημοσίευσμά του, ο Marlatt (1973) παρατηρεί ότι υπάρχουν δύο σημαντικοί παράγοντες που οδηγούν σε υποτροπή του αλκοολισμού μετά από τη θεραπευτική παρέμβαση. Πρώτον, πολλοί αλκοολικοί υποτροπιάζουν

εξαιτίας της ματαίωσης των προσδοκιών τους (frustration) ή λόγω ανικανότητας έκφρασης του θυμού και δεύτερον, επειδή πολλοί υποχωρούν στην κοινωνική πίεση για κατανάλωση αλκοόλης (η γνωστή σε όλους μας παρότρυνση «πιες ένα ποτηράκι, δεν θα πάθεις τίποτα»). Στους παραπάνω παράγοντες θα πρέπει να προστεθεί το στρες που προκαλείται από διαπροσωπικές σχέσεις (Miller 1974). Με βάση τα παραπάνω δεδομένα, θεραπευτικές τεχνικές όπως η παρρησιαστική θεραπεία (assertive training) και η θεραπεία κοινωνικών δεξιοτήτων (social skills training) έχουν υιοθετηθεί για την αντιμετώπιση του άγχους που παρατηρείται στον αλκοολικό. Οι μελέτες που αναφέρονται στην αποτελεσματικότητα των παραπάνω θεραπειών είναι λιγότερες σε σύγκριση με μελέτες άλλων προσεγγίσεων, παρόλο που παρουσιάζουν κοινά προβλήματα, όπως έλλειψη επαρκούς διαχρονικής παρακολούθησης των ασθενών και πρόσθετες θεραπευτικές παρεμβάσεις. Τα παραδείγματα που ακολουθούν μας δίνουν μια εικόνα της διαδικασίας και της αποτελεσματικότητας αυτών των θεραπειών.

Σε μια πρόσφατη μελέτη, οι Foy et al (1976) χρησιμοποίησαν τη θεραπεία κοινωνικών δεξιοτήτων σε δύο προβληματικούς πότες που αντιμετώπιζαν κοινωνική πίεση από το περιβάλλον τους για να καταναλώσουν αλκοόλ. Από τους ασθενείς ζητήθηκε να περιγράψουν λεπτομερώς τις περιπτώσεις όπου αισθάνθηκαν πιέσεις από φίλους και γνωστούς όπως επίσης και τους τρόπους που χρησιμοποίησαν για να αντιμετωπίσουν αυτές τις πιέσεις. Στη συνέχεια, ψυχολόγοι-θεραπευτές «εκπαίδευσαν» τους αλκοολικούς σε εναλλακτικούς τρόπους αντιμετώπισης των πιέσεων. Μετά από εκπαίδευση μερικών εβδομάδων οι αλκοολικοί ήταν σε θέση να προσαρμόσουν τη συμπεριφορά τους κατά τέτοιο τρόπο που να τους επιτρέπει να αντιμετωπίσουν αποτελεσματικά τις κοινωνικές αυτές πιέσεις. Σε μια παρόμοια μελέτη, ο Azrin (1973) εκπαίδευσε οκτώ αλκοολικούς ώστε να

βελτιώσουν τις επαγγελματικές, κοινωνικές και ψυχαγωγικές τους δραστηριότητες, όπως επίσης τις συζυγικές τους σχέσεις στα πλαίσια ενός προγράμματος «κοινοτικής ενίσχυσης» (community reinforcement program). Μετά από 6 μήνες αξιολόγησης της αποτελεσματικότητας αυτού του προγράμματος οι ασθενείς παρουσίασαν σημαντική βελτίωση σε σύγκριση με μια ομάδα ελέγχου που ακολούθησε το παραδοσιακό νοσοκομειακό πρόγραμμα⁶.

Άλλα είδη ψυχοθεραπείας

Εδώ θα εξετάσουμε μια σειρά από μελέτες που διερευνούν την αποτελεσματικότητα διαφόρων ψυχοθεραπευτικών προσεγγίσεων η θεωρητική βάση των οποίων απορρέει από την ψυχανάλυση (κυρίως φροϋδική) και η εφαρμογή των οποίων είναι σε ατομικό ή ομαδικό επίπεδο. Η κεντρική άποψη αυτών των προσεγγίσεων είναι ότι 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. Είναι ευνόητο ότι η επίλυση της σύγκρουσης θα οδηγήσει και στην καταστολή του συμπτώματος, δηλ. την εξάρτηση από το αλκοόλ. Σύμφωνα με τον Silber (1970), η «ασυνείδητη σύγκρουση» στην περίπτωση του αλκοολισμού περιλαμβάνει μεταξύ των άλλων στοιχεία και τα εξής άμυνα κατά της κατάθλιψης εξαιτίας των ανεκπλήρωτων αναγκών εξάρτησης κατά τη στοματική περίοδο της ανάπτυξης, άμυνα κατά του άγχους, άμυνα κατά της λανθάνουσας ομοφυλοφιλίας, αυτοκαταστροφική συμπεριφορά κλπ.⁶

α) Ατομική ψυχοθεραπεία

Οι Levinson et al (1969) σύγκριναν τρεις ομάδες ασθενών εσωτερικών σε νοσοκομείο οι οποίες έτυχαν ατομικής ψυχοθεραπείας με άλλες τρεις ομάδες

του ίδιου νοσοκομείου που ακολούθησαν το σύννηθες νοσοκομειακό πρόγραμμα (κυρίως εργασιοθεραπεία). Οι συγγραφείς αυτοί ανέφεραν δύο κύρια ευρήματα. Πρώτον, οι ομάδες που ακολούθησαν το νοσοκομειακό πρόγραμμα έδειξαν πολύ μεγαλύτερα ποσοστά βελτίωσης απ' ότi οι αντίστοιχες ομάδες της ατομικής ψυχοθεραπείας και δεύτερον, τα αποτελέσματα των ψυχολογικών εξετάσεων στις οποίες υπεβλήθησαν όλες οι ομάδες έδειξαν έλλειψη σημαντικών στατιστικών διαφορών. Το γεγονός όμως ότi οι παραπάνω ασθενείς δεν διανεμήθηκαν με τυχαίο τρόπο στις θεραπευτικές ομάδες (random assignment) προκαλεί την αμφισβήτηση των παραπάνω αποτελεσμάτων. Σε μια πρόσφατη έρευνα, οι Pomelreau et al (1978) σύγκριναν την αποτελεσματικότητα της ατομικής ψυχοδυναμικής ψυχοθεραπείας με αυτή της θεραπείας συμπεριφοράς σε δύο ομάδες αλκοολικών. Η αξιολόγηση των παραπάνω ομάδων μετά από διαχρονική παρακολούθηση 12 μηνών έδειξε ότi η ομάδα που έλαβε τη θεραπεία συμπεριφοράς είχε ποσοστό βελτίωσης 72% έναντι ποσοστού 50% της άλλης ομάδας. Όπως παρατηρούν αυτοί οι ερευνητές, η διαφορά στην αποτελεσματικότητα μπορεί να οφείλεται στο μεγάλο ποσοστό αποχώρησης (drop-outs) ατόμων από την ομάδα της ψυχοδυναμικής ψυχοθεραπείας. Τέλος, οι Brandsma et al (1981) μελέτησαν την αποτελεσματικότητα των εξής προσεγγίσεων: ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία (ατομικού επιπέδου), γνωστική ψυχοθεραπεία, αλκοολικοί ανώνυμοι και ομάδα ελέγχου (καμία θεραπεία). Βελτίωση παρατηρήθηκε σε όλες τις ομάδες εκτός από της ομάδας ελέγχου. Σημαντικές διαφορές μεταξύ των θεραπευτικών ομάδων δεν σημειώθηκαν⁶.

β) Ομαδική ψυχοθεραπεία

Η ομαδική ψυχοθεραπεία βασίζεται σε παρόμοιες αρχές με αυτές της ατομικής ψυχοθεραπείας. Η ομαδική ψυχοθεραπεία (η συστηματική χρήση της

οποίας άρχισε μετά το Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο) είναι η πλέον «δημοφιλής» προσέγγιση που υιοθετούν τα περισσότερα ψυχιατρικά θεραπευτικά προγράμματα των ΗΠΑ και της Μ. Βρετανίας. Τα περισσότερα δημοσιεύματα σε αυτόν τον τομέα αφορούν σε μη ελεγχόμενες κλινικές δοκιμασίες αξιολόγησης της αποτελεσματικότητας της θεραπείας του αλκοολισμού. Εξάλλου, σε πολλές μελέτες η ομαδική ψυχοθεραπεία αποτελεί μέρος «πολυδιάστατων θεραπευτικών προγραμμάτων» (multimodal therapeutic programmes), γεγονός που προκαλεί ευνότητα προβλήματα αξιολόγησης.

Ο Wallerstein (1957) ανέφερε περιορισμένη βελτίωση σε ομάδα αλκοολικών που ακολούθησε ομαδική ψυχοθεραπεία σε σύγκριση με ομάδα που ακολούθησε ατομική ψυχοθεραπεία και σε ομάδα που έτυχε φαρμακοθεραπείας (Disulfiram). Σε μια παρόμοια μελέτη, ο Bruun (1963) σύγκρινε δύο ομάδες αλκοολικών η μία εκ των οποίων ακολούθησε ομαδική ψυχοθεραπεία και η άλλη φαρμακοθεραπεία (Disulfiram). Και οι δύο ομάδες έδειξαν ποσοστό βελτίωσης 19%, χωρίς όμως να παρατηρηθούν διαφορές μεταξύ των ομάδων. Δύο ακόμα μελέτες, του Zimberg (1974) και του Pattison (1967), δεν εμφάνισαν διαφορές στα ποσοστά βελτίωσης μεταξύ διαφορετικών θεραπευτικών προσεγγίσεων. Στην πρώτη μελέτη εκτιμήθηκε η αποτελεσματικότητα πολυδιάστατης προσέγγισης αποτελούμενης από ατομική και ομαδική ψυχοθεραπεία και φαρμακευτική αγωγή για τη μία ομάδα, και σύντομης υποστηρικτικής θεραπείας και σύνηθες νοσοκομειακό πρόγραμμα για την άλλη. Στη δεύτερη μελέτη, οι αλκοολικοί κατανεμήθηκαν με τυχαίο τρόπο είτε σε ομαδική ψυχοθεραπεία είτε σε σύνηθες ψυχιατρικό πρόγραμμα. Τέλος, σε μια μελέτη των Kissin et al (1970a) αξιολογήθηκε η αποτελεσματικότητα τριών θεραπευτικών προσεγγίσεων. Ομαδική ψυχοθεραπεία, φαρμακοθεραπεία, πρόγραμμα επανένταξης και ομάδα ελέγχου (καμία θεραπεία). Τα ποσοστά επιτυχίας για τις αντίστοιχες ομάδες ήταν:

35,5%, 21,2%, 15,2% και 4,9%. Τα παραπάνω αποτελέσματα αμφισβητήθηκαν από τους ερευνητές γιατί πολλοί ασθενείς άλλαξαν τις θεραπείες τους μετά από την τυχαία κατανομή τους στις παραπάνω ομάδες!^{2, 6}

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο

6.1. Νοσηλευτική Αντιμετώπιση Αλκοολικού

Ο αλκοολικός εκτός του ότι είναι ένας άνθρωπος άρρωστος είναι και ένας άνθρωπος με πολλά προβλήματα, ψυχολογικά, οικονομικά, κοινωνικά, κλπ. που τον έχουν οδηγήσει σ' αυτή την κατάσταση. Πρέπει γι' αυτό να τύχει μιας ιδιαίτερης συμπεριφοράς και αντιμετώπισης από το Νοσηλευτικό και Ιατρικό προσωπικό του Νοσοκομείου όπου νοσηλεύεται. Απ' τη στιγμή που ο άρρωστος θα πάει στο Νοσοκομείο καθήκον της νοσηλεύτριας/-τή είναι να τον οδηγήσει στο θάλαμό του και να τον βοηθήσει να ξαπλώσει στο κρεβάτι του. Εάν ο ασθενής επικοινωνεί με το περιβάλλον του θα του ζητήσει πληροφορίες σχετικά με την κατάστασή του. Εάν δεν επικοινωνεί θα ζητήσει πληροφορίες γι' αυτόν από τον συνοδό του.

Γράφει σ' ένα βιβλίο τα στοιχεία του ασθενή και στη συνέχεια παίρνει τα ζωτικά του σημεία, προκειμένου να κάνει μια σύντομη αξιολόγηση.

Τα σημεία που μπορούν να οδηγήσουν τη νοσηλεύτρια/-τή στο συμπέρασμα ότι έχει να κάνει με ένα άτομο αλκοολικό είναι τα εξής:

1. Ο αλκοολικός μπορεί να παρουσιαστεί με πρόσωπο κατακόκκινο και σώμα εύσαρκο ή με πρόσωπο χλωμό ή σώμα ισχνό. Τα ζυγωματικά και η μύτη του παρουσιάζουν αγγειακές διευρύνσεις, οι επιπεφυκότες έχουν υπεκτερική χροιά και η αναπνοή έχει μια όξινη οσμή.
2. Τα δάκτυλα του αλκοολικού τρέμον, κυρίως τις πρωινές ώρες. Μετά την αφύπνιση ο τρόμος επεκτείνεται στα χείλη, στη γλώσσα και στο πρόσωπο. Κατά την έξοδο της γλώσσας παρατηρούνται κυματοειδείς

κινήσεις, πολλές φορές παρατηρείται και ψεύδισμα. Όταν ο τρόμος γενικευθεί παρατηρείται έλλειψη ακρίβειας και κλονισμένο βάδισμα.

3. Το στόμα του είναι ακάθαρτο και αφυδατωμένο. Η γλώσσα είναι ακάθαρτη και παρουσιάζει κοκκία ερυθρά ή κίτρινα. Παραπονείται για αίσθημα καύσου στο στόμα και στο λαιμό και έχει έντονο το αίσθημα της δίψας.
4. Έχει πεπτικές διαταραχές που προέρχονται από την ανορεξία. Ο ασθενής παραπονείται για επιγαστρικούς πόνους. Η θερμοκρασία του σώματός του κυμαίνεται στους 38⁰C με 39⁰C και ο σφυγμός του είναι μικρός και γρήγορος.

Όταν η νοσηλεύτρια/-τής διαπιστώσει πως το άτομο είναι αλκοολικό, τότε θα προσπαθήσει να του μιλήσει και να τον πλησιάσει με αγάπη, καλοσύνη και ειλικρίνεια προσπαθώντας να τον κάνει να εκφράσει τα προβλήματά του, τους λόγους και την αιτία που τον οδήγησε στο ποτό.

Στην περίπτωση που ο ασθενής βρίσκεται υπό την επήρεια μιας ελαφριάς μέθης, δεν χρειάζεται ειδική αντιμετώπιση. Αυτά που θα τον ωφελήσουν σ' αυτή την κατάσταση είναι ένα ντους με χλιαρό νερό, ένας δυνατός καφές, η αναγκαστική δραστηριότητα ή η πρόκληση εμέτου.

Όταν ο ασθενής βρίσκεται στη φάση της οξείας μέθης η νοσηλεύτρια/-τής πρέπει να ενεργήσει, σε συνεργασία με τον ιατρό, αμέσως για την αντιμετώπισή της.

Κατά την αντιμετώπιση ενός τέτοιου περιστατικού η νοσηλεύτρια/-τής πρέπει να έχει υπόψιν ότι ο αλκοολικός είναι ιδιαίτερα επιρρεπής στην εμφάνιση των παρακάτω καταστάσεων:

- A) Υποσκληρίδια αιματώματα.
- B) Υπογλυκαιμία, λόγω της ηπατικής βλάβης
- Γ) Αιμορραγίες από το ανώτερο τμήμα του γαστρεντερικού σωλήνα.

Δ) Παγκρεατίτιδα.

Ε) Διαταραχές του Κ.Ν.Σ. (σπασμοί, διαταραχές της βάδισης και της συμπεριφοράς).

Όταν λοιπόν ο ασθενής βρίσκεται σε οξεία μέθη η νοσηλεύτρια/-τής τον ξαπλώνει στο κρεβάτι σε θέση αναπαυτική και προσπαθεί να τον ελευθερώσει από τα ρούχα που τυχόν τον σφίγγουν. Επειδή το άτομο βρίσκεται σε υπερδιέγερση απαιτείται η χρήση κάποιων περιορισμών.

Στην συνέχεια μετά την εντολή του ιατρού για πλύση του στομάχου η νοσηλεύτρια/-τής κάνει συνέχεια πλύσεις με άφθονο νερό.

Προϋπόθεση αυτής της διαδικασίας είναι ότι έχει ετοιμάσει από πριν το δίσκο πλύσης στομάχου ο οποίος περιλαμβάνει το ρινογαστρικό σωλήνα, έναν εφεδρικό, κάψα με τεμάχια χαρτοβάμβακα, στοματοδιαστολέα, ποτήρι με νερό και ψεκαστήρα με διάλυμα παντοκαΐνης 2%. Τοποθετεί τον ασθενή στην κατάλληλη θέση, πλάγια με το κεφάλι λίγο χαμηλότερα από τον κορμό για τυχόν εισρόφηση υγρών.

Τοποθετεί στη συνέχεια τον σωλήνα, αφού πριν τον υγράνει με νερό ή παραφινέλαιο. Με το δεξί της χέρι κρατά τον οισοφάγειο σωλήνα, ώστε να απέχει 15-20 εκατοστά του μέτρου από την κορυφή του, και τον εισάγει στη μέση του στόματός του, χωρίς να ακουμπά την γλώσσα του, και τον σπρώχνει προσεκτικά προς τα μέσα.

Κάνοντας αυτές τις ενέργειες η νοσηλεύτρια/-τής δίνει οδηγίες στον ασθενή για το πώς να κάνει κινήσεις καταπόσεως. Εάν ο ασθενής αρχίσει να βήχει ή να αλλάζει το χρώμα του η νοσηλεύτρια/-τής βγάζει τον οισοφάγειο σωλήνα και προσπαθεί από την αρχή έως ότου φτάσει στο στομάχι.

Πλύσεις γίνονται τόσες, όσες χρειάζονται για να βγαίνει το υγρό του στομάχου άχρωμο, όπως το αναρροφούμενο νερό.

Μετά το τέλος της διαδικασίας πλύσεως, ο οισοφάγιος αφαιρείται με γρήγορες και σταθερές κινήσεις.

Αν η πλύση στομάχου δεν ανακουφίσει τον ασθενή τότε η νοσηλεύτρια/-τής με εντολή του ιατρού θα κάνει μια ένεση υδροχλωρικής απομορφίνης. Παράλληλα πρέπει να χορηγείται οξυγόνο σε συνδυασμό με CO₂ (7%).

Εάν ο ιατρός δώσει εντολή για χορήγηση αναλγητικών φαρμάκων, όπως εμμεταμίνη, πεντυλενο-τετραζόλη (METRAZOL) ή μίγματα καφεΐνης, τότε θα τα χορηγήσουμε.

Η εικόνα του τρομώδους παραληρήματος είναι συχνή στους χρόνιους αλκοολικούς γι' αυτό η νοσηλεύτρια/-τής πρέπει με ψυχραιμία και προσοχή να αντιμετωπίσει το περιστατικό.

Πρέπει να προσέξει ακόμα μήπως υπάρχουν κι άλλες βλάβες, όπως τραυματισμός στο κεφάλι με εγκεφαλική βλάβη ή υποσκληρίδιο αιμάτωμα, λοιμώξεις, πνευμονία, μηνιγγίτιδα, παγκρεατίτιδα και ηπατική νόσος.

Για να προληφθούν οι ανωτέρω επιπλοκές πρέπει να γίνει οσφυϊκή παρακέντηση. Καθήκον της νοσηλεύτριας/-τή είναι να ενημερώσει τον ασθενή και να τον καθησυχάσει σχετικά με το τι θα του κάνουν. Επίσης να τηρήσει απόλυτα ασηψία κατά την εκτέλεση της νοσηλείας.

Την παρακέντηση εκτελεί ο ιατρός και η νοσηλεύτρια/-τής φροντίζει για τη σωστή θέση του ασθενή και για την πρόληψη των κινδύνων που αντιμετωπίζει ο ασθενής κατά τη διάρκεια της επέμβασης.

Η νοσηλεύτρια/-τής πρέπει να παίρνει συνέχεια τα ζωτικά σημεία σε διαστήματα 30'. Η εξασφάλιση ζεστού, καθαρού και ήσυχου δωματίου είναι καθήκον της νοσηλεύτριας/-τή που πρέπει να δίνει ιδιαίτερη προσοχή στην διόρθωση της ισορροπίας των υγρών και των ηλεκτρολυτών.

Σε περιπτώσεις βαριών καταστάσεων, αυξημένης κινητικότητας και εφιδρώσεως μπορεί να απαιτηθεί η χορήγηση 6.000 ml υγρών την ημέρα από τα οποία τα 1.500 ml πρέπει να είναι κανονικός φυσιολογικός ορός.

Ακόμα επειδή θα χρειαστούν ακτινογραφίες κρανίου και θώρακα πρέπει η νοσηλεύτρια/-τής να τακτοποιήσει τον ασθενή στο φορείο και να φροντίσει για τη μετάβασή του στο ακτινολογικό εργαστήριο για τη λήψη αυτών.

Όλα αυτά προϋποθέτουν ετοιμότητα και συνέπεια που είναι καθήκον της νοσηλεύτριας/-τή.

Αν ο ασθενής είναι σε θέση να παίρνει τα φάρμακα από το στόμα, καλό θα ήταν να τα παίρνει σε δόσεις 8-12 ml μέσα σε νερό ή πορτοκαλάδα. Με ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να γίνεται και η ενδοφλέβια χορήγηση εξαιτίας του κινδύνου της καταστολής της αναπνοής. Αν χρειάζεται παρεντερική χορήγηση, μπορεί να δοθεί νατριοφαινοβαρβιτάλη σε δόσεις 120 mg. Επαναλαμβανόμενες κάθε 3 έως 4 ώρες εφόσον δεν υπάρχει σοβαρή ηπατική νόσος.

Αν ο ασθενής παρουσιάζει συμπτώματα κίρρωσης του ήπατος, τότε η νοσηλεύτρια/-τής θα πρέπει να πάρει μέτρα τα οποία σκοπό θα έχουν να σταθεροποιήσουν την κατάσταση και να ανακουφίσουν τον ασθενή από τα ενοχλήματα.

Για την καταπολέμηση της ανορεξίας που έχει ο ασθενής, η νοσηλεύτρια/-τής πρέπει να τον παροτρύνει να παίρνει τα κύρια και τα συμπληρωματικά γεύματα. Λόγω της απώλειας βάρους και το αίσθημα κοπώσεως που νιώθει ο ασθενής θα πρέπει να παίρνει τις απαραίτητες θερμίδες. Επαρκή ποσότητα λευκωμάτων και υδατανθράκων, μπορεί ακόμα να πάρει και συμπληρωματικές βιταμίνες (A, B, C και K).

Η χορήγηση παρεντερικώς σακχαρούχων υγρών και η συστηματική παρακολούθηση του βάρους του αρρώστου είναι από τα σημαντικότερα καθήκοντα της νοσηλεύτριας/-τή.

Για την ανακούφιση από τα κοιλιακά άλγη χορηγούνται αντισπασμωδικά και άλλα κατασκευαστικά φάρμακα μετά από εντολή ιατρού.

Εάν ο αλκοολικός έρθει στο Νοσοκομείο με πόνο στην άνω κοιλιακή χώρα η νοσηλεύτρια/-τής πρέπει να υποψιαστεί παγκρεατίτιδα. Ο πόνος αντανακλάται στη ράχη, στο επίπεδο του δέκατου θωρακικού ως δεύτερου οσφυϊκού σπονδύλου. Για την ανακούφιση του πόνου η νοσηλεύτρια/-τής τοποθετεί τον κορμό του ασθενή σε κάμψη, τα γόνατά του ψηλά και τους βραχίονες διπλωμένους πάνω στην κοιλιακή χώρα για να μην τον πιέζουν..

Στην περίπτωση που ο πόνος συνεχίζει να είναι έντονος η νοσηλεύτρια/-τής θα ενημερώσει τον ιατρό και κατόπιν οδηγίας του θα χορηγήσει αναλγητικά φάρμακα. Για να υποχωρήσει το οίδημα των άκρων που τυχόν να υπάρχει περιορίζεται η χορήγηση CLNa και χορηγούνται διουρητικά φάρμακα μετά από οδηγία του ιατρού.

Για την μείωση της διατάσεως του στομάχου γίνεται συνεχώς γαστρική αναρρόφηση. Η νοσηλεύτρια/-τής πρέπει να ετοιμάσει τα εργαλεία για την τοποθέτηση του ρινογαστρικού καθετήρα. - ο δίσκος περιλαμβάνει δύο καθετήρες, γάντια, σύριγγες, λευκοπλάστ, ψαλίδι, κάψα με τεμάχια χαρτοβάμβακα, γάζες, φυσιολογικό ορό - και να τον τοποθετήσει, για τη συλλογή του γαστρικού υγρού. Η αναρρόφηση συνεχίζεται μέχρι την επάνοδο της δραστηριότητας του εντέρου στο φυσιολογικό.

Οποιαδήποτε ενέργεια κάνει η νοσηλεύτρια/-τής, πρέπει να ενημερώσει τον ασθενή χωρίς να του κρύψει τίποτα για να έχει και τη δική του συνεργασία.

Αυτό όμως που έχει μεγάλη σημασία για τον ασθενή, το οποίο θα τον βοηθήσει για την παραπέρα ανάρρωσή του, είναι η ψυχολογική υποστήριξη που πρέπει να έχει από μέρους της νοσηλεύτριας/-τή^{7, 8}.

6.2. Νοσηλευτικά Ιστορικά

1. Ασθενή με γαστρορραγία και αλκοολική κίρρωση ήπατος

ΟΝΟΜ/ΝΥΜΟ: Χ.Λ.

ΗΛΙΚΙΑ: 28 ετών

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ: Έμπορος

ΠΟΤΗΣ: Αλκοολικός

19/6/99

Στις 10 π.μ. εισήλθε νέος ασθενής σε πολύ σοβαρή κατάσταση. Παραπονιέται για αίσθημα δυσφορίας στην άνω κοιλία, έχει εμέτους και διαρροϊκές κενώσεις. Βάλαμε τον άρρωστο σε ένα δωμάτιο όσο γινόταν πιο ήρεμο, απομακρύναμε τους συνοδούς. Καλέσαμε το γιατρό και έγιναν οι πρώτες γενικές αιματολογικές εξετάσεις. Ο αιματοκρίτης βρίσκεται σε πολύ χαμηλά επίπεδα (Ht=12).

Συνεχώς παίρνουμε τα ζωτικά σημεία και προσπαθούμε να καθησυχάσουμε τον άρρωστο, η αγωνία είναι ζωγραφισμένη στο πρόσωπό του, και με όλη την ταλαιπωρία της κατάστασής του, βρίσκεται σε υπερδιέγερση.

Παραγγέλθηκαν από την αιμοδοσία τρεις ασκοί αίματος και συμπυκνωμένα ερυθρά. Δώσαμε την πρώτη. Αφήσαμε να περάσει λίγη ώρα για να δούμε τις αντιδράσεις του ασθενή. Κατόπιν οδηγίας του γιατρού, τοποθετήσαμε και τις υπόλοιπες δύο φιάλες. Έπεσαν η μία μετά την άλλη.

Το μεσημέρι ήταν πιο ήρεμος. Στις 3 μ.μ. τέθηκε και άλλη φιάλη αίματος. Στις 4 μ.μ. ο ιατρός έδωσε οδηγία να δώσουμε κι άλλο αίμα. Παρακολουθούμε τον ασθενή διαρκώς. Παίρνουμε ζωτικά σημεία, κάθε μία ώρα. Μια νοσηλεύτρια βρίσκεται δίπλα του. Παίρνουμε αίμα για να εξετάσουμε πού βρίσκεται ο αιματοκρίτης. Είχε 23. Τελικά δίνεται κι άλλο αίμα γύρω στις 5 μ.μ.¹⁶

20/6/99

Η κατάσταση του ασθενή δεν έχει αλλάξει. Για την απεκκριτική ικανότητα του ήπατος έγινε δοκιμασία βρωμοσουλφοφθαλεύνης B.S.P. (είναι η πιο ευαίσθητη δοκιμασία ήπατος). Παίρνουμε συνεχώς ζωτικά σημεία. Ιδίως Α.Π. Στις 9 π.μ. είναι 90/65 mmHg. Στις 10 π.μ. είναι 12,5/75 mmHg.

Δεν επιτρέπουμε στους συγγενείς να ενοχλήσουν τον άρρωστο. Οι διαρροϊκές κενώσεις σταμάτησαν. Ο αιματοκρίτης συνεχίζει να είναι χαμηλός. Του δίνουμε δύο φιάλες αίμα. Αν και η κατάσταση του ασθενούς είναι βαριά τον καθησυχάζουμε όσο γίνεται και όσο ο ίδιος μπορεί να αντιληφθεί¹⁶.

21/6/99

Ο ασθενής γενικά είναι ήσυχος και ήρεμος. Προστέθηκε ορός 1 amp aprotel σε ογκομετρικό. Η σίτιση γίνεται με σωλήνα τεχνητής διατροφής. Αν και η στάση του είναι αρνητική, τον πιέζουμε όσο γίνεται. Ο αιματοκρίτης έχει κάπως σταθεροποιηθεί¹⁶.

22/6/99

Δεν έχει αλλάξει τίποτε ούτε από νοσηλευτική ούτε από ιατρική μεριά. Η κατάσταση παραμένει η ίδια. Μάλλον φαίνεται να εξαντλείται περισσότερο.

Βασική μέριμνά μας είναι η λήψη των ζωτικών σημείων. Οι ιατρικές οδηγίες και η νοσηλευτική παρέμβαση δεν ικανοποιούν λόγω της σοβαρότητας της κατάστασης. Αρνητική ανταπόκριση από μέρους του ασθενή¹⁶.

23/6/99

Το πρωί παρουσίασε ξανά διαρροϊκές κενώσεις. Παίρνονται συνεχώς τα ζωτικά σημεία. Η αρτηριακή του πίεση είναι χαμηλή (90/60 mmHg). Τον καθαρίζουμε πολύ προσεκτικά και πολλές φορές αλλάχτηκε το κατωσέντονο.

Ο ασθενής δεν είναι σε θέση να σηκωθεί. Γι' αυτό είμαστε το δεύτερο χέρι του. Έχει κίτρινη χροιά και βλέμμα απλανές σχεδόν όλη την ημέρα. Το βράδυ, στην αρχή, σαν να ζώηρεψε αλλά έπεσε πάλι σε κωματώδη κατάσταση¹⁶.

24/6/99

Το πρωί κατά τη διάρκεια της νοσηλείας έσπασε η φλέβα που χορηγούσαμε τους ορούς. Μετά από αρκετές προσπάθειες βάλουμε 2 καινούργιες φλέβες. Επίσης ετέθη υποκλείδιος και παίρνει N/5 0,9% 1.000 cc. Κάναμε λήψη αίματος για γενική εξέταση. Ο αιματοκρίτης συνεχίζει να παραμένει χαμηλός, γι' αυτό και χορηγήσαμε στις 2 μ.μ. 1 φιάλη συμπυκνωμένα ερυθρά, με υπογραφή γιατρού.

Τα ζωτικά σημεία επίσης λαμβάνονται τακτικά. Η θερμοκρασία του είναι 36,8⁰C.

Από τις 3 μ.μ. η κατάσταση έγινε πολύ βαριά. Βάλουμε με μεγάλη προσοχή καθετήρα κύστεως Levine. Παίρνει ορούς: Ringers 3 πλάσματα και τέσσερις φιάλες συμπυκνωμένα ερυθρά.

Παρουσιάζει αιμορραγία από το στόμα (αιματέμεση). Κάνουμε ότι είναι δυνατόν. Μετά από λίγο παρουσίασε αιμοχεσία. Τον αλλάζουμε και τον πλένουμε διαρκώς. Το αίμα που χορηγείται δεν φέρνει αποτελέσματα και η αιμορραγία είναι μεγάλη¹⁶.

Αποτέλεσμα αυτών είναι η φανερή απώλεια βάρους και η κίτρινη χροιά του δέρματος. Σε μια ώρα ο ασθενής πέφτει σε κώμα. Χορηγούμε αμέσως οξυγόνο με μάσκα και 200 cc ορό + 2 amp pirtresin σε 15 σταγόνες το λεπτό.

Ο ασθενής εξαντλήθηκε και τελικά απεβίωσε¹⁶.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ – ΕΚΤΙΜΗΣΗ
Χαμηλός αιματοκρίτης λόγω αιμορραγίας	Αντιμετώπιση της αναιμίας. Αντιμετώπιση ολιγαιμικού shock από την αιμορραγία.	Χορήγηση επαρκούς ποσότητας κατόπιν εντολής. Συμπυκνωμένα ερυθρά.	Χορηγήθηκαν 3 ασκοί σε 2 δόσεις και τα συμπυκνωμένα ερυθρά.	Ο αιματοκρίτης αρχικά ανέβηκε. Αργότερα η κατάσταση του επιδεινώθηκε.
Θρεπτικό ανισοζύγιο (ναυτία, έμετοι, διαρροϊκές κενώσεις).	Αντιμετώπιση ναυτίας και εμέτων. Διατήρηση σταθερού ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών και μακροπρόθεσμα διακοπή κατάχρησης αλκοόλης εφόσον αυτό καταστεί εφικτό.	Θα φροντίσω την καθαριότητα της στοματικής κοιλότητας και θα περιορίσω τις κινήσεις του ασθενή για μείωση της ναυτίας και των εμέτων. Θα χορηγήσω αντιεμετικά (priperan, zantac).	Καθαρισμός της στοματικής κοιλότητας με φυσιολογικό ορό ή Hexalen. Περιορίστηκαν οι κινήσεις του ασθενή και χορηγήθηκε αντιεμετικό priperan.	Η κατάσταση του ασθενή δείχνει μια μικρή βελτίωση.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ – ΕΚΤΙΜΗΣΗ
Χαμηλή Α.Π. (90/60 mmHg). Πτώση της θερμοκρασίας (35,5 ⁰ C).	Α.Π. Αύξηση της Φ.Ε. και αντιμετώπιση της υποθερμίας.	Θα φροντίσω για τη φυσιολογική τιμή της Α.Π. με την χορήγηση ηλεκτρολυτων και για την επάνοδο της φυσιολογικής τιμής της θερμοκρασίας με το να κρατήσουμε ζεστό τον ασθενή.	Χορηγήσαμε ηλεκτρολύτες στον ασθενή παρεντερικά, λόγω της κατάστασής του που ήταν κρίσιμη, αλλάξαμε τον ασθενή με κουβέρτες. Κλείσαμε τις πόρτες και τα παράθυρα ώστε να μην υπάρχει ρεύμα.	Θετική ανταπόκριση στη συγκεκριμένη νοσηλευτική παρέμβαση. Λόγω όμως της αιμορραγίας που ακολούθησε, ο ασθενής έπεσε στην αρχική κατάσταση που ήταν.
Πόνος, δυσφορία που οφείλεται σε ασκίτη, ηπατομεγαλία.	Απαλλαγή από τον πόνο. Ανακούφιση του ασθενή με αναλγητικά	Θα τοποθετήσουμε σε κατάλληλη θέση τον ασθενή στο κρεβάτι για να περιοριστεί η δυσφορία του. Θα χορηγήσουμε αναλγητικά. Επίσης θα φροντίσουμε να περιοριστούν οι επιπλοκές από την ακινησία του ασθενή. Εάν ο ασκίτης	Τοποθετήσαμε τον ασθενή στην θέση όπου δεν πονά. Χορηγήσαμε 1 amp arotel σε ογκομετρικό.	Τα φάρμακα χορηγούνται πολύ προσεκτικά. Κι αυτό γιατί πάσχει το κύριο μεταβολικό όργανο (το συκώτι). Από την παρακέντηση αρνητική ανταπόκριση.

είναι μεγάλου βαθμού, υπάρχει περίπτωση να γίνει παρακέντηση.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ – ΕΚΤΙΜΗΣΗ
Αιμορραγία, αιματέμεση, αιμοχεσία.	Αντιμετώπιση αναιμίας και πρόληψη των επιπλοκών. Πρέπει να επιχειρηθεί οποιαδήποτε μέθοδος για την διακοπή της αιμορραγίας. Εκτίμηση της κινητικής δραστηριότητας του στομάχου, χορήγηση φαρμάκων και τροφής (τεχνητή διατροφή) απευθείας στο γαστρεντερικό σωλήνα.	Με σύμφωνη ιατρική γνώμη θα τοποθετήσουμε σωλήνα Ewardl μεγάλης διατομής για να αναρροφηθεί το αίμα που υπάρχει στο στομάχι του ασθενή. Στη συνέχεια θα χορηγήσουμε υπακτικά και θα γίνουν υποκλυσμοί. Θα χορηγηθεί βιταμίνη Κ. Θα διαλέξουμε τον κατάλληλο σωλήνα. Εξηγούμε στον ασθενή τι και γιατί πρόκειται να του γίνει και πώς μπορεί να βοηθήσει. Αν βέβαια είναι σε θέση να καταλάβει.	Τοποθετήθηκε ο σωλήνας για να γίνει δυνατή η αφαίρεση θρόμβων μέσα από το στομάχι. Εφαρμόσαμε υποκλυσμό και χορηγήσαμε υπακτικά για την απομάκρυνση αζωτούχων ουσιών. Συνεχίσαμε την πλύση ώσπου το υγρό που βγαίνει να είναι καθαρό. Φροντίσαμε την καθαρότητα της στοματικής κοιλότητας με φυσιολογικό ορό.	Κατά τη διάρκεια της αντιμετώπισης της αιμορραγίας γίνεται έλεγχος των ζωτικών σημείων. Γίνονται μεταγγίσεις για τον έλεγχο της υπότασης και για τη μείωση της αιμορραγίας. Η κατάσταση του ασθενή παρόλα τα νοσηλευτικά μέτρα είναι αρνητική.

	Εφαρμόσαμε τον σωλήνα με τη συνεργασία του ασθενή. Όταν αισθάνθηκε δυσχέρεια σήκωσε το χέρι του.
--	--

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ – ΕΚΤΙΜΗΣΗ
Ικτερική δέρματος κνησμός.	χροιά – Αντιμετώπιση της δυσφορίας που νιώθει ο ασθενής από τον κνησμό που του προκαλείται στο δέρμα	Θα χρησιμοποιήσουμε χολεστυραμίνη. Θα προσέξουμε την εμφάνιση τυχόν παρενεργειών και θα περιορίσουμε την υποξία των ιστών (διόρθωση αναιμίας), η οποία αυξάνει τον κνησμό.	Εφαρμόζουμε τα μέτρα και κατά την εφαρμογή αποφεύγουμε την ξηρότητα του δέρματος. Κάναμε μπάνιο χωρίς σαπούνι και χρησιμοποιήσαμε μαλακτική λοσιόν.	Η κατάσταση παραμένει ίδια. Η ρήξη του δέρματος αποτελεί δυνητικό πρόβλημα. Ο ασθενής παρουσιάζει τάση για ηπατικό κώμα.
Ανησυχία, λήθαργος-κώμα	Πρέπει να βοηθήσουμε ψυχολογικά τον ασθενή όσο αυτό είναι	Θα τον αντιμετωπίσουμε όσο γίνεται πιο ήρεμα. Θα προσπαθήσουμε να κρατήσουμε την αμμωνία	Εφαρμόζουμε τα μέτρα. Για την μείωση της αμμωνίας	Ο ασθενής στην αρχή ήταν νευρικός. Μάλλον δέχτηκε την ψυχολογική

δυνατόν.

στο αίμα σε κανονικά επίπεδα ή να την μειώσουμε.

χορηγήσαμε υποπρωτεϊνούχα, δίαιτα με πολλές θερμίδες για την μείωση του ενδογενούς καταβολισμού των αμινοξέων.

υποστήριξη, αν και σαν αλκοολικός παρουσίαζε από την πρώτη στιγμή δυσκολία προσαρμογής. Αργότερα δεν αντιδρούσε. Έπεσε σε βαρύ κόμα. Τελικά απεβίωσε.

2. Αναμνηστικό ατομικό ιστορικό ασθενούς με προβλήματα αλκοολισμού

ΟΝΟΜ/ΝΥΜΟ: Σ. Α.

ΗΛΙΚΙΑ: 65 ετών

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ: Ηλεκτρολόγος

ΠΟΤΗΣ: Αλκοολικός και Καπνιστής

7/10/99

Ασθενής εισήχθηκε στο Νοσημάτων Θώρακος με δύσπνοια. Η παρουσία της νόσου εμφανίστηκε από τον Αύγουστο του 1999 με ελαφρές διαταραχές της προσωπικότητας. Εκείνο το διάστημα μπήκε σε ιδιωτική κλινική και του έγινε θεραπεία για κάποιο κρυολόγημα και αυτό το βρήκαν σε τυχαία ακτινογραφία θώρακος.

Μετά από έξι ημέρες οι διαταραχές της προσωπικότητας έγιναν πολύ σοβαρές. Παρουσίασε και απώλεια βάρους, γι' αυτό στάλθηκε στο Νοσημάτων Θώρακος για εξετάσεις.

Η εμφάνιση του ασθενή είναι άσχημη. Συγχυτικός με απώλεια προσανατολισμού, τόπου και χρόνου. Παρουσιάζει τρόμο τόσο στην ηρεμία, όσο και στην κίνηση. Ο τρόμος εντοπίζεται ιδιαίτερα στα άκρα. Κατά την ακρόαση έχει αναπνευστικό ψιθύρισμα στο αριστερό κάτω πνευμονικό πεδίο. Το δέρμα του επίσης έχει έντονη κίτρινη χροιά.

Οι διαφοροδιαγνωστικές σκέψεις είναι για: CA και TBC, ηπατική ανεπάρκεια.

Μετά από δύο ημέρες νοσηλείας στο Νοσημάτων Θώρακος δεν αντιμετωπίζει κανένα από τα παραπάνω προβλήματα.

Ο ασθενής εξέρχεται σε πλήρη βελτίωση. Συνίσταται όμως πλήρης αποχή από το οινόπνευμα και συχνός αιματολογικός έλεγχος για χαμηλό αιματοκρίτη.

Η αγωγή του περιλάμβανε:

Tabl.

Besix tabl. 1x2

Librax

Elagyl 500 mg tabl. 1x1

Ενέσιμα

amp Dalacin 1x2

amp Netromycin 1x2

Dex 500 5%

Aminophyline 1x2

Evaton amp 1x1

Χορηγήθηκαν τα φάρμακα μετά από εντολή ιατρών και ανάλογα με τις εξετάσεις έγινε και η νοσηλευτική παρέμβαση. Για παράδειγμα, μετά από την ψυχιατρική εξέταση η οποία έδειξε: οργανικό ψυχοσύνδρομο (παραλήρημα – σύγχυση) του δόθηκαν Stedon tab 1x3. Ήμασταν συνεχώς δίπλα του όταν παρουσίαζε νευρολογικές διαταραχές.

Λόγω ιατρικού χρόνιου αλκοολισμού και στερητικού συνδρόμου αποσπούσαμε την προσοχή του από την ανάγκη που εκδήλωνε για να πιεί ή να καπνίσει¹⁶.

ΓΕΝΙΚΗ ΑΙΜΑΤΟΣ

Αιμοσφαιρίνη	12,3%	Ηωσινόφιλα	1
Αιματοκρίτης	40%	Λεμφοκύτταρα	10
Λευκά	12.300	Μεγ. Μονοπύρηνα	2
T.K.E.	105 – 1 ^η ώρα		
	135 – 2 ^η ώρα		

ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

Αυξημένες διαστάσεις ήπατος

Μειωμένη κινητικότητα

Δ.Ε. ημιδιαφράγματος: Δεν αναδείχνει ενδοκοιλιακή συλλογή υγρού¹⁶.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ – ΕΚΤΙΜΗΣΗ
8 π.μ. Ανάγκη σωματικής υγιεινής.	Να δημιουργηθεί στον άρρωστο η αίσθηση της ηρεμίας και της καθαριότητας.	Στρώσιμο του κρεβατιού. Αερισμός του δωματίου. Καθαριότητα ασθενή και καθαριότητα θαλάμου.	Καλημερίζουμε τον ασθενή, ανοίγουμε τα παράθυρα προσέχοντας να μην εκθέσουμε τον ασθενή στο κρύο. Τον ρωτάμε αν αισθάνεται καλά. Οδηγούμε τον ασθενή στο μπάνιο για να πάρει την πρωινή του τουαλέτα. Να νιφτεί, να χτενιστεί, να πλύνει τα χέρια και τα πόδια του. Ταυτόχρονα στρώνουμε το κρεβάτι του, επιβλέπουμε τη σχολαστική καθαριότητα του θαλάμου. Τακτοποιούμε τον άρρωστο στο κρεβάτι του. Του σηκώνουμε το κρεβάτι στο ύψος που θέλει. Βεβαιωνόμαστε ότι δε μας χρειάζεται άλλο, τον καλημερίζουμε	Μετά από μια σχολαστική πρωινή περιποίηση και καθαριότητα ο ασθενής αισθάνεται καθαρός ήρεμος και ανακουφισμένος.

και φεύγουμε.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ – ΕΚΤΙΜΗΣΗ
Υπόνοια ότι ο ασθενής καπνίζει στο δωμάτιό του.	Μετά από υπόνοιες ότι ο ασθενής καπνίζει παρακολουθούμε διακριτικά για να τον αποτρέψουμε από τις βλαβερές συνέπειες του καπνίσματος.	Τακτική παρακολούθηση του ασθενή για την αποφυγή καπνίσματος.	Παρακολουθούμενος ο ασθενής διαπιστώθηκε ότι πήγε στο γραφείο της Προϊσταμένης πήρε στα χέρια του το τασάκι με τα αποτσίγαρα και άρχισε να εισπνέει τον καπνό από το τασάκι. Τον σταματήσαμε και του εξηγήσαμε πόσο επιβλαβής ήταν για την υγεία του αυτή η πράξη.	Μετά από τη διαφώτιση που του έγινε ο ασθενής αντιλήφθηκε την σοβαρότητα της πράξης του και συνειδητοποίησε την αναγκαιότητα του να μην ξαναγίνει.
10.30 π.μ. Διαπίστωση καπνίσματος εκ μέρους του ασθενή.	Αναφορά στον ιατρό του περιστατικού που προηγήθηκε στις 10 η ώρα.	Ο ιατρός έδωσε εντολή να χορηγηθεί 1 tab Librax των 5 mg.	Δόθηκε το Librax στον ασθενή μετά την εντολή του ιατρού.	Ο ασθενής μετά τη διαφώτιση που του έγινε και το Librax που του δόθηκε ξεπέρασε το σύνδρομο στέρησης του τσιγάρου.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ – ΕΚΤΙΜΗΣΗ
12 π.μ. Ύστερα από μέτρηση διαπιστώθηκε απώλεια βάρους.	Για την απώλεια βάρους συνεστήθη η χορήγηση Besix 1x2 & Evaton 1x1. Για το αναπνευστικό επίσης θα χορηγηθεί αντιβίωση Netromycin 1x2. Ακόμα για τους μύκητες χορηγείται Flagyl των 500 mg 1x1 αραιωμένο με φ.ο. και για το στερητικό σύνδρομο Stedon tab. 1x2.	Τα φάρμακα θα δοθούν στις 12.00 μ.μ. ακριβώς στο συγκεκριμένο ασθενή με την κατάλληλη δόση.	Τα φάρμακα δόθηκαν.	Ο ασθενής δεν παρουσίασε καμιά ανησυχητική αντίδραση στη δράση των φαρμάκων.
2 μ.μ. Χορήγηση φαρμάκου.	Να χορηγηθεί 1 amp aminophiline.	Το φάρμακο θα πρέπει να δοθεί στην κατάλληλη δόση, στον κατάλληλο ασθενή, ακριβώς στις 2 μ.μ.	Εδόθηκε ενέσιμη- ενδοφλεβίως η aminophiline.	Ο ασθενής δεν είχε καμιά ανησυχητική αντίδραση ως προς το φάρμακο. Ο οργανισμός του το δέχτηκε χωρίς να παρουσιάσει καμιά

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ – ΕΚΤΙΜΗΣΗ
3 μ.μ. Σίτιση του ασθενούς.	Να σιτιστεί ο ασθενής κανονικά.	Πρέπει να ενημερώσουμε τον διαιτολόγο γιατί ο ασθενής εκδήλωσε επιθυμία να φάει ιδιαίτερο φαγητό (προτίμησή του). Αν ο διαιτολόγος το επιτρέψει θα ενημερώσουμε την μαγείρισσα του τμήματος να φτιάξει το ιδιαίτερο γεύμα.	Ο ασθενής έφαγε κανονικά και με αρκετή όρεξη. Κατά τη διάρκεια του φαγητού εκδήλωσε την επιθυμία να πιεί αλκοόλ. Τον αποτρέψαμε από αυτή τη σκέψη.	Μετά τη διαφώτιση που του έγινε, ο ασθενής ήταν πιο ήρεμος. Προσπάθησε μόνο του να αποφύγει το σύνδρομο αποστήρησης από το αλκοόλ.
5 μ.μ. Οργανικό ψυχοσύνδρομο – παραλήρημα σύγχυση.	Δημιουργία ήρεμου κλίματος για τον ασθενή.	Θα χορηγήσουμε στον ασθενή τα ηρεμιστικά Stedon και το βιταμινούχο Neurobion. Θα είμαστε κοντά του περισσότερο από ότι συνήθως. Θα κατεβάσουμε το κρεβάτι χαμηλά. Έτσι θα	Του δόθηκαν τα φάρμακα και κατεβάσαμε το κρεβάτι του. Κατά τη διάρκεια που ήμασταν δίπλα του προσπάθησε να σηκωθεί. Μετά από παρέμβαση δική μας	Μετά τα ηρεμιστικά ο ασθενής ησύχασε. Το οργανικό ψυχοσύνδρομο πέρασε (για την ώρα τουλάχιστον). Έδειχνε ήρεμος και κοιμήθηκε.

αποφύγουμε τυχόν και με συνεχή
πέσιμο από τις ψυχικές συζήτηση ηρέμηση.
και σωματικές
διαταραχές.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ – ΕΚΤΙΜΗΣΗ
6 μ.μ. Χορήγηση.φαρμάκ ων.	Για την αύξηση των υγρών του οργανισμού συνεστήθη η χορήγηση Dex και ενέσιμου Palacin Neychobion για την έλλειψη βιταμίνης B.	Τα φάρμακα θα δοθούν στις 6 ακριβώς στον συγκεκριμένο ασθενή με την κατάλληλη δόση.	Τα φάρμακα δόθησαν.	Ο ασθενής δεν παρουσιάζει καμιά ανησυχητική αντίδραση στη δράση των φαρμάκων.
8 μ.μ. Αίσθημα ηρεμίας και καθαριότητας.	Να δημιουργηθεί στον ασθενή το αίσθημα της ηρεμίας και της καθαριότητας στο θάλαμό του μετά το τέλος του εσπερινού επισκεπτηρίου.	Αερισμός θαλάμου και τακτοποίηση των κλινοσκεπασμάτων του.	Απομακρύνουμε τους συγγενείς, ανοίγουμε τα παράθυρα, τα τακτοποιούμε τα κλινοσκεπάσματα. Ρωτάμε τον ασθενή αν χρειάζεται οτιδήποτε.	Ο ασθενής μετά την περιποίησή μας αισθάνεται άνετα. Είναι ήρεμος και δεν αισθάνεται το σύνδρομο αποστέρησης.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ – ΕΚΤΙΜΗΣΗ
10 μ.μ. Χορήγηση φαρμάκου aminophiline.	Χορήγηση του φαρμάκου aminophiline. Να ετοιμαστεί ο ασθενής για τον βραδινό ύπνο του.	Να δοθεί το κατάλληλο φάρμακο, στην κατάλληλη δόση, στον κατάλληλο ασθενή.	Δίνεται το φάρμακο. Οδηγείται ο ασθενής στο μπάνιο για τη βραδινή του τουαλέτα. Πλένει τα δόντια του, ουρεί, πλένει τα χέρια και τα πόδια του. Τον τοποθετούμε στο κρεβάτι του, φτιάχνουμε τα κλινοσκεπάσματα, και παρακολουθούμε τον ορό αν έχει κανονική ροή, καληνυχτίζουμε τον ασθενή. Κλείνουμε τα φώτα.	Μετά από μια σχολαστική καθαριότητα του ασθενή ο ίδιος είναι έτοιμος να κοιμηθεί.

12 π.μ. Χορήγηση φαρμάκου netromycin.	Χορηγία Netromycin ενδοφλεβίως στον ορό και Stedon 1x2 λόγω στερητικού συνδρόμου.	Να δοθούν στον κατάλληλο ασθενή, την κατάλληλη ώρα και στην κατάλληλη δόση.	Χορηγούμε τα φάρμακα σε 1000 cc ορό προσέχοντας για τυχόν αποστείρωση. Στη συνέχεια γίνεται παρακολούθηση για την κανονική ροή του ορού.	Ο ασθενής δεν ενοχλήθηκε και συνέχισε να κοιμάται. Σε γενικές γραμμές είναι ήσυχος.
---	---	--	---	---

6.3. Αντιμετώπιση του Αλκοολικού σε Κώμα

Με τον όρο κώμα εννοούμε την πλήρη απώλεια συνείδησης χωρίς αντανακλαστική αντίδραση στα επώδυνα ερεθίσματα. Ο ασθενής σε προκωματώδη κατάσταση ενώ φαίνεται ότι έχει πλήρη απώλεια συνείδησης αυτός αντιδρά στα επώδυνα ερεθίσματα με βογκητά ή με απόσυρση του ερεθιζόμενου τμήματος.

Στην εξέταση και μελέτη του κωματώδους ασθενούς θα πρέπει να ελέγχεται το κεφάλι για τυχόν σημείο παλιών ή πρόσφατων τραυμάτων. Οι άρρωστοι βρίσκονται υπό την επήρεια της αλκοόλης και είναι ιδιαίτερα επιρρεπείς σε κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις, ενώ βαριά εγκεφαλικά αγγειακά επεισόδια συμβαίνουν μερικές φορές κατά τη διάρκεια της μέθης.

Όταν υπάρχει εγκεφαλική διάσειση και θλάση πρέπει να διατηρηθεί ο αερισμός των πνευμόνων και να αποφευχθεί η υποξία και η κατακράτηση διοξειδίου του άνθρακα.

Η νοσηλεύτρια/τής θα προσπαθήσει να ηρεμήσει τον ανήσυχο ασθενή και να χορηγήσει τα απαραίτητα υγρά και θερμίδες.

Στις βαριές περιπτώσεις με κώμα θα χρειαστεί να γίνει τραχειοστομία και η νοσηλεύτρια/-τής θα πρέπει να ετοιμάσει τα εργαλεία και να βοηθήσει το γιατρό στην εκτέλεσή της.

Αν αναπτυχθεί υπερθεμία η νοσηλεύτρια/-τής θα τοποθετήσει ψυχρά επιθέματα ή θα χορηγήσει με εντολή του γιατρού χλωροπρομαζίνη και πειθινδίνη 120 SOMG κάθε τέσσερις ώρες ή έξι και από τις δύο ουσίες. Σε όλες τις βαριές περιπτώσεις θα γίνει χορήγηση αντιβιοτικών για να αποφευχθούν τυχόν αναπνευστικές λοιμώξεις.

Οι μεταβολές της συχνότητας και του μεγέθους της αναπνοής πρέπει να ελέγχονται καθώς και η εξέταση των κορών των ματιών είναι σημαντική.

Απαραίτητη είναι η μέτρηση του σακχάρου αίματος, της ουρίας, των ηλεκτρολυτών, του PCO₂. Μεγάλη αξία μπορεί να έχει η αξονική τομογραφία αν είναι δυνατόν να γίνει.

Οι αλκοολικοί είναι ιδιαίτερα επιρρεπείς σε υποσκληρίδια αιματώματα. Στους ηλικιωμένους αρρώστους συμβαίνει γενικά χρόνια υποσκληρίδια αιμορραγία και αυτό γιατί οι υποσκληρίδιες είναι εύθραυστες, λόγω μιας ασήμαντης κάκωσης. Ενώ μερικές φορές συμβαίνει αυτόματα (σε χρόνια αντιπηκτική αγωγή ή χρόνια νόσο). Τελικά η κάκωση δεν έχει άμεσο νοσηρό αποτέλεσμα, αλλά στις επόμενες ημέρες ή εβδομάδες ο ασθενής παραπονείται για ακαθόριστο πονοκέφαλο, υπνηλία, έμετο και κενά της μνήμης. Τα συμπτώματα αυτά γίνονται μερικές φορές πιο έντονα και ο ασθενής τελικά πέφτει σε πρόκωμα, διαλείπουσα αλαλία ή ακόμα σε ημίκωμα.

Ο άρρωστος που βρίσκεται σε κώμα χρειάζεται ειδική νοσηλευτική φροντίδα για τη διάσωση της ζωής του και την πρόληψη αναπηριών. Η κύρια φροντίδα στρέφεται στον αερισμό των πνευμόνων.

Η νοσηλεύτρια/-τής γυρίζει τον ασθενή στο πλάι, ώστε η βάση της γλώσσας να μη φράξει τον ρινοφάρυγγα. Γίνεται αναρρόφηση όλων των εκκριμάτων από το στόμα, τον φάρυγγα και τις ανώτερες αναπνευστικές οδούς.

Όταν η κωματώδης κατάσταση παρατείνεται καλό είναι να αδειάζει το περιεχόμενο του στομάχου με ρινογαστρικό καθετήρα για να γίνει εισρόφηση των εμεσμάτων.

Σε περίπτωση που υπάρξει πρόβλημα διατήρησης του αεραγωγού, καταφεύγουμε σε διασωλήνωση με τραχειοσωλήνα και προχωρούμε σε τραχειοστομία. Παρά τις προφυλάξεις που παίρνονται οι άρρωστοι είναι ευάλωτοι στην ανάπτυξη ατελεκτασίας και πύκνωσης.

Η νοσηλευτική φροντίδα του αρρώστου περιλαμβάνει φυσιοθεραπεία και πολύ συχνή αναρρόφηση των εκκριμάτων από τον τραχειοσωλήνα.

Χορηγούμε αντιβιοτικό αμπισιλίνη/AUPICILLIN 250 mg κάθε 24 ώρες και ελέγχουμε το θώρακα.

Η νοσηλεύτρια/-τής φροντίζει το δέρμα γύρω από την τομή στην τραχειοστομία με κάθε σχολαστικότητα και άσηπτη τεχνική. Σε περίπτωση κατακράτησης ούρων κάνει καθετηριασμό. Η παρακολούθηση των ούρων γίνεται τακτικά για την αποφυγή ουρολοίμωξης και ογκομετρούνται για να ελέγχεται η νεφρική λειτουργία.

Αν υπάρχει ακράτεια κοπράνων προτιμούμε να κάνουμε καθημερινό υποκλεισμό. Θα χρειαστεί φυσικά η κατάλληλη χορήγηση υγρών και τροφών για την καλή λειτουργία του εντέρου.

Αν η απώλεια της συνείδησης κρατά δύο ή ένα μόνο 24ωρο, δεν θα χρειαστούν όλα τα παραπάνω. Τακτικά και καθημερινά θα ελέγχονται οι ηλεκτρολύτες και θα διορθώνονται με ενδοφλέβιες εγχύσεις.

Αν δεν υπάρχουν έμετοι θα χορηγούνται στον άρρωστο τα απαραίτητα υγρά και τροφές με ρινογαστρικό σωλήνα και αυτό θα συνεχίζεται μέχρι ο άρρωστος να αποκτήσει την ικανότητα να σιτίζεται από το στόμα.

Με το ρινογαστρικό χορηγούμε γάλα καθώς και πρωτεϊνικά σκευάσματα και προσέχουμε τις βιταμίνες καθώς και τους υδατάνθρακες, νάτριο και κάλιο.

Αν το κώμα παρατείνεται η νοσηλεύτρια/-τής καταφεύγει αναγκαστικά σε ενδοφλέβια (παρεντερική) σίτιση του αρρώστου^{8, 10}.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο

7.1. Συμπεράσματα

Η Ελλάδα δεν παρουσιάζει τα προβλήματα αλκοολισμού που αντιμετωπίζουν οι άλλες χώρες. Παρ' όλα αυτά, οι αντιαλκοολικές εκστρατείες που οργανώθηκαν, έβγαλαν όρους που δείχνουν πως ένα αρκετά σημαντικό τμήμα του πληθυσμού της βρίσκεται σε προστάδιο κατάχρησης αλκοολούχων ποτών. Φυσικά κάτω από κάποιες συνθήκες, το πρόβλημα του αλκοολισμού θα εκδηλωθεί έντονα για τα επόμενα χρόνια και στην χώρα μας.

Σε υγειονομικές υπηρεσίες όλο και περισσότερα άτομα καταφθάνουν με έκδηλα τα χαρακτηριστικά-συμπτώματα του αλκοολισμού. Οι νέοι τα τελευταία χρόνια κάνουν σημαντική χρήση αλκοόλ. Το ποσοστό αυτό είναι ιδιαίτερα ανησυχητικό. Αυξάνει ο αριθμός εκείνων που παρουσιάζουν προβλήματα στο χώρο εργασίας τους, λόγω της συχνής χρήσης αλκοόλ. Η κατανάλωση οινοπνεύματος έξω από το σπίτι αυξάνεται. Κι αυτό θεωρείται ένα από τα βασικά χαρακτηριστικά του αλκοολισμού.

Η πραγματικότητα καταδειχνει το αλκοόλ σαν την κυριότερη αιτία για τη βία, εγκληματική συμπεριφορά, τις διαταραγμένες σχέσεις και τα τροχαία ατυχήματα.

Οι αλκοολικές ψυχώσεις στα ιδρύματα κοινωνικής πρόνοιας είναι όλο και πιο συνηθισμένο πρόβλημα όσων καταφεύγουν σ' αυτά.

Κινδυνεύουμε όταν τολμήσουμε να πούμε ότι η ελληνική κοινωνία διανύει την τελευταία περίοδο κατά την οποία η κατάχρηση αλκοόλ μπορεί να περάσει απαρατήρητη.

Βέβαια δεν είναι υπερβολή να επισημάνουμε και το εξής:

Το πρόβλημα του αλκοολισμού όταν ξεσπάσει για τα καλά στη χώρα μας θα βρει και θα χτυπήσει πολλές πόρτες. Αυτό συμβαίνει, γιατί δεν υπάρχει καν ούτε η στοιχειώδης υποδομή.

Ο αλκοολισμός πρέπει να αντιμετωπιστεί σαν κοινωνική πληγή, να καυτηριαστεί η ρίζα του πριν τα κλαδιά του εξαπλωθούν για τα καλά.

7.2. Επίλογος – Εκτιμήσεις

Αραγε μπορεί να υπάρχει βαθιά σχέση με το αλκοόλ, χωρίς μια ροπή προς την αυτοκαταστροφή;

Πίνοντας κανείς με φρόνιμο μέτρο, κατορθώνει να διώχνει τα βάσανα της ζωής, να αφήνει τη ζάλη να ριπίζει τις λησμονημένες του ηλικίες, κρατώντας τον όμως μακριά από κάθε αναταραχή.

Πίνει κανείς για τις χαμένες μάχες. Μια ερωτική απογοήτευση είναι η πιο δοκιμασμένη αφορμή για να αρχίσει κανείς τη γνωριμία του με το αλκοόλ. Από ερωτική απόγνωση ή τρελαίνεσαι ή μισείς το άλλο φύλο ή καταντάς αλκοολικός. Οι μέσες λύσεις ανήκουν σε όσους έχουν μείνει στα μισά του δρόμου. Ακόμα ο θάνατος ενός αγαπημένου προσώπου, η αποβολή ενός μωρού, φέρνουν τον άνθρωπο κοντά στο ποτό. Τι νόημα έχει να το τονίζουμε; Το ποτό ευδοκιμεί σε ψυχές που έχουν το στίγμα του **φυγά** και του **καμένου** και παρά τα φαινόμενα, δεν υπάρχει άνθρωπος χωρίς αυτό το στίγμα.

Όταν η αυτεπίγνωση βυθίζεται και δεν περιορίζεται αμήχανη στον ψυχρό κύκλο μιας τρέχουσας παρακολούθησης, όταν δηλαδή ο άνθρωπος ανακαλύπτει το χαώδες και τα ανύπαρκτα βάθρα του, αποκλείεται να μην σφραγιστεί από το βίωμα του καμένου. Είναι εκτός έξω από μύθο και θρησκεία. Έξω από τόπο και πατρίδα. Παρά τη φαινομενική συμφιλίωση, την

επιφανειακή προσαρμογή στον κόσμο του έξω ανθρώπου, ο μέσα άνθρωπος παραμένει το κατεξοχήν ασυμφιλίωτο.

Αυτό βέβαια δεν καταδείχνει τον υποτιθέμενο υπαρξιακό χαρακτήρα του ποτού. Χωρίς αμφιβολία μπορεί κανείς να ζήσει ραγισμένος και μακριά από τη μέθη. Στην περίπτωση όμως που το ποτό θα μπει στην ζωή του ραγισμένου σίγουρα θα του δείξει το δρόμο.

Το ποτό καλλιεργεί με άφραστη μαεστρία ένα συναίσθημα που παραμένει άγνωστο στις περιφρουρημένες υγείες και σκοπός δεν είναι να σταματήσουμε τον χρόνο, ούτε να κρατηθούμε από τη ζωή ικετεύοντάς την, αλλά να την πιέσουμε. Πτώση από κάθε απατηλή πληρότητα, πτώση από κάθε σωτήρια υπόσχεση, πτώση για την πτώση.

Οι κοινωνιολόγοι σπουδάζουν στις περιπτώσεις των αλκοολικών μόνο την αντικοινωνικότητα και το έγκλημα. Κανείς από τους εκπροσώπους του σωφρονισμού δεν έχει τρόπο να σκεφθεί ότι ακόμα και στην πιο αποκρουστική κατάσταση ο άνθρωπος που μεθάει μπορεί να έχει μια σεβάσμια βαθύτητα. Η κανονιστική τους νοημοσύνη προτιμά την υγεία από τη σοφία της αρρώστιας.

Επίσης ένας γιατρός του πολιτισμού σαν τον Βίκο έχει το χιούμορ να ετυμολογεί τη λέξη ανθρωπότητα (*humanitae*), ξεκινώντας από την λέξη θάπτω (*humando*). Ο *homo* είναι χώμα. Κατάλληλος ανά πάσα στιγμή για να θαφτεί. Υποψήφιος για εκμηδένιση. Αλλά με μια τέτοια σκέψη καμιά ανθρώπινη σχέση και δραστηριότητα δεν προχωρεί. Μπορεί να μοιάζει τερατώδες, αλλά ο άνθρωπος για να επιβιώσει, πρέπει να λησμονά την ύπαρξή του, που είναι **θνητή**.

Αν λοιπόν το αλκοόλ έχει τη δύναμη να θυμίζει στον θνητό την περατότητά του, αποκτά αυτόματα «ηθικό» και «μεταφυσικό» χαρακτήρα. Θα ήταν άλλωστε λάθος να αναφερόμαστε στο ίδιο το αλκοόλ ως υγρό. Παρότι η

μέθη είναι αποτέλεσμά του, κανείς μεθυσμένος δεν μιλά ποτέ για το ποσό. Μολονότι ανεξήγητο και παράδοξο, κοντά στην έλξη, κάθε πότης τρέφει ένα μικρό ή μεγάλο μίσος για το ποτό του.

Όπως πίνουμε το φάρμακο για να βρούμε την υγεία, έτσι ακριβώς πίνουμε πίνουμε το ποτό για να φθάσουμε στην μέθη. Αναπτύσσονται πολύπλοκες στρατηγικές για την κατασκευή της κατάλληλης γεύσης. Κοκταίηλ, συνδυασμοί μίξης και ανάμιξης. Ωστόσο τα υγρά δεν έχουν καμιά πνευματικότητα. Παίζουν σιωπηλά με το σώμα. Αντίθετα, η μέθη ως αυτοκαταστροφικότητα δεν σχετίζεται με μποτίλιες, αλλά είναι ο θάνατος με ένα από τα δόλια προσωπεία του.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. ΛΑΓΟΡΑΣ, Γ. – *Στοιχεία Φαρμακολογίας*
Τόμος Β', Έκδοση Α', Επιστημονικές Εκδόσεις, Θεσ/νίκη 1970.
2. ΝΑΣΙΑΚΟΥ, Μ. – *Η ψυχολογία σήμερα. 2. Κλινική ψυχολογία*
Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα, 1982.
3. ΠΑΠΑΓΙΩΡΓΗΣ, Κ. – *Περί Μέθης*
Δοκίμια, Εκδόσεις Ροές, Έκδοση Γ'.
4. ΠΑΠΥΡΟΣ ΛΑΡΟΥΣ ΜΠΡΙΤΑΝΙΚΑ – *Ο αλκοολισμός*
Τόμος Β', Γ', Έκδοση Γ', Εκδόσεις Εταιρεία Εγκυκλοπαιδειών Ο.Ε.,
Αθήνα 1968.
5. ΠΟΤΑΜΙΑΝΟΣ, Γ. – *Αλκοολισμός: Θεραπευτική προσέγγιση στα πλαίσια
της κοινοτικής ψυχικής υγιεινής*, στο: Ψυχική Υγεία και Τοπική
Αυτόδιοίκηση, Εκδόσεις Ειρήνη, Αθήνα 1987.
6. ΧΑΡΤΟΚΟΛΛΗΣ, Π. – *Εισαγωγή στην Ψυχιατρική*
Έκδοση Α', Εκδόσεις Θεμέλιο, Αθήνα 1986.
7. ALFORD, G.S. – *Alcoholics Anonymous: An emperical outcome study*
Addict. Beh., Vol. 5, 359-370, 1980.
8. ARMOUR, D.J., POLICH, J.M., STAMBUL, H.B. – *Alcoholism and
treatment*, Rand Corp., Santa Monica, 1976.
9. BEER POITERIN – *Αλκοολισμός*
Μεγάλη Ιατρική Εγκυκλοπαίδεια, Τόμος Α8', Έκδοση Δ', Εκδόσεις
Χρυσός Τύπος, Αθήνα 1977.

10. CAHALAN, L. – *Problem Drinkers*
Jossey-Bass Inc, San Francisco, 1970.
11. CHRISTIE, N. & BRUUN, K. – *Alcohol Problems: The Conceptual framework*, Int. Congr. Alcohol. Alcoholism, Lect. 28th, 65-73.
12. EDWARDS, G., ORFORD, J. EGERT, S., GUTHRIE, S. HAWKER, A., HENSMAN, C. & MITCHESON, M. – *Alcoholism – A Controlled trial of treatment and advice*, Q. J. Stud. Alcohol., Vol. 38, No 5, 1977.
13. GOODWIN, D.W., SHULSINGER, F., HERMANSEN., L. – *Alcohol problems in adoptees raised apart from alcoholic biological parents*, Arch. Gen. Psychiat, 28, 238-243, 1973.
14. JARMAN, C.M.B. & KELETT, J.M. – *Alcoholism in the general hospital*, Brit. Med. J., 2, 469-472, 1979.
15. ΠΟΤΑΜΙΑΝΟΣ Γ. – *Αλκοολισμός*, Εκδόσεις Ειρήνη, Αθήνα 1989.
16. Νοσηλευτικά Ιστορικά ασθενών με προβλήματα αλκοολισμού από το Νοσοκομείο Νοσημάτων Θώρακος, Έτος 1999-2000.