

Α.Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ  
ΣΧΟΛΗ : Σ.Ε.Υ.Π.  
Τμήμα : Νοσηλευτικής

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ  
ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΟΥ ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΥ  
ΣΤΗΝ ΠΟΛΗ ΤΩΝ ΠΑΤΡΩΝ**



**Εισηγητής :** Dr. Δετοράκης

**Οι Σπουδάστριες**

Μαυροκεφαλίδου Μελπομένη  
Μιχοπούλου Γεωργία  
Μπαλαμώτη Ζωή

**ΠΑΤΡΑ 2004**



ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	3524
----------------------	------

# ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

## ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ

### Πρόλογος

#### Κεφάλαιο 1

1.1 Ιστορική αναδρομή.....	1
1.2 Αρχαία Ελλάδα.....	4
1.3 Ελληνιστικοί χρόνοι.....	7
1.4 Βυζαντινοί χρόνοι.....	7
1.5 Ρωμαϊκοί χρόνοι.....	8
1.6 Χριστιανικοί χρόνοι.....	8
1.7 Περίοδος Τουρκοκρατίας.....	8
1.8 Αμερική- Ευρώπη- Ασία.....	9
1.9 Ποτοαπαγόρευση.....	13
1.9.1 Η ποτοαπαγόρευση (1920).....	14
1.9.2 Οι συνέπειες της ποτοαπαγόρευσης.....	16
1.9.3 Η άρση της ποτοαπαγόρευσης (1933).....	21

#### Κεφάλαιο 2

2.1 Επιδημιολογία.....	22
2.2 Αιθυλική αλκοόλη.....	24
2.3 Προέλευση και παραγωγή.....	26
2.4 Απορρόφηση.....	27
2.5 Κατανομή.....	30
2.6 Αλληλεπιδράσεις του αλκοόλ με άλλες φαρμακευτικές ουσίες.....	31
2.7 Μεταβολισμός.....	32

#### Κεφάλαιο 3

3.1 Ορισμοί.....	35
3.2 Αιτιολογία.....	41
3.3 Γενετικοί-Βιολογικοί παράγοντες.....	41
3.4 Φυσιολογικοί παράγοντες.....	43
3.5 Κοινωνικοί παράγοντες.....	43
3.6 Η τιμή και η διαθεσιμότητα.....	45
3.7 Επάγγελμα.....	46
3.8 Κοινωνικό περιβάλλον.....	47
3.9 Μέσα μαζικής ενημέρωσης.....	47
3.10 Ψυχολογικοί παράγοντες.....	48

#### Κεφάλαιο 4

4.1 Φάσεις αλκοολισμού.....	51
4.2 Προαλκοολική φάση.....	53
4.3 Πρόδρομη ή αρχική φάση.....	54
4.4 Κρίσιμη φάση.....	55
4.5 Χρόνια φάση.....	58
4.6 Τύποι αλκοολισμού.....	62

## **Κεφάλαιο 5**

5.1 Μοντέλα αλκοολισμού.....	68
5.2 Ψυχοδυναμικό μοντέλο.....	68
5.3 Ιατρικό μοντέλο.....	70
5.4 Συμπεριφορικό μοντέλο.....	71
5.5 Κοινωνιολογικό μοντέλο.....	72

## **Κεφάλαιο 6**

6.1 Καταστάσεις που οφείλονται σε κατάχρηση του αλκοόλ.....	73
6.2 Παρεπόμενα μέθης.....	83
6.3 Τα μωρά του αλκοόλ.....	85
6.4 Εμβρυακό αλκοολικό σύνδρομο.....	86
6.5 Πιθανές προγεννητικές επιπτώσεις.....	87

## **Κεφάλαιο 7**

7.1 Επιδράσεις στο καρδιαγγειακό σύστημα.....	97
7.2 Επιδράσεις στο αιμοποιητικό σύστημα.....	98
7.3 Επιδράσεις στο αναπνευστικό σύστημα.....	98
7.4 Επιδράσεις στο πεπτικό σύστημα.....	99
7.5 Επιδράσεις στο μεταβολικό και ενδοκρινικό σύστημα.....	102
7.6 Επιδράσεις στο νευρικό και μυϊκό σύστημα.....	106
7.7 Νευροψυχικές διαταραχές.....	107
7.8 Επιδράσεις στον εγκέφαλο.....	115
7.9 Ψυχολογικές επιδράσεις.....	117
7.10 Καρκίνος.....	121
7.11 Επιδράσεις στο ήπαρ.....	121
7.12 Παθογένεση της αλκοολικής ηπατίτιδας.....	122
7.13 Διαγνωστική προσέγγιση της αλκοολικής ηπατοπάθειας.....	124
7.14 Κλινική εικόνα.....	127
7.15 Λιπώδες ήπαρ.....	128
7.16 Αλκοολική ηπατίτιδα.....	129
7.17 Κίρρωση ήπατος.....	130

## **Κεφάλαιο 8**

8.1 Εισαγωγή.....	133
8.2 Η αποδοχή της θεραπευτικής αγωγής.....	133
8.3 Θεραπευτικές προσεγγίσεις του αλκοολισμού.....	134
8.4 Ειδικές προσεγγίσεις του αλκοολισμού.....	141
8.5 Αξιολόγηση θεραπευτικών προσεγγίσεων: μεθοδολογικά προβλήματα.....	145
8.6 Πρόληψη.....	148
8.7 Ο ρόλος του νοσηλευτή.....	152
8.8 Νοσηλευτική διεργασία.....	154
8.9 Νοσηλευτική διάγνωση.....	155
8.10 Στερητικό σύνδρομο και νοσηλευτική φροντίδα.....	156

## **ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ**

Εισαγωγή.....	159
Μεθοδολογία.....	159
Στατιστικοί πίνακες.....	162
Συζήτηση.....	198
Βιβλιογραφία	

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Το αλκοόλ που μπήκε πριν από πολλά χρόνια στην καθημερινή ζωή των ανθρώπων, όλων των κοινωνικών τάξεων και σε όλα τα σημεία του κόσμου, έχει την ιδιότητα όταν λαμβάνεται, να προκαλεί μία ευχάριστη διέγερση και να καταργεί, κατά κάποιο τρόπο, τον φραγμό του δισταγμού.

Σήμερα που το άγχος έχει κυριαρχήσει σε όλους τους τομείς της κοινωνίας, όλο και περισσότεροι άνθρωποι αναζητούν στα οιοπνευματώδη ποτά τη χαλάρωση, την ευθυμία και τη γαλήνη, με αποτέλεσμα ο αλκοολισμός να είναι ένα από τα μεγαλύτερα ψυχοκοινωνικά προβλήματα της εποχής.

Η επιλογή του θέματος έγινε διότι ο αλκοολισμός αποτελεί ένα πολυδιάστατο ζήτημα με ποικίλες συνέπειες σε κοινωνικό, οικογενειακό, επαγγελματικό και οργανικό επίπεδο.

Επίσης σημαντικό είναι το γεγονός ότι τα στοιχεία της έρευνας μας αποδεικνύουν ότι το αλκοόλ έχει εισχωρήσει στη ζωή μας και ενώ η χρήση του αρχίζει σαν μια έκφανση ευχάριστης κοινωνικής συμπεριφοράς μπορεί εύκολα να καταλήξει σε κατάχρηση και πραγματικό αλκοολισμό.

Εξάλλου αν αναλογιστεί κανείς την ευκολία με την οποία διατίθενται σήμερα τα οιοπνευματώδη, και τα τεράστια χρηματικά ποσά που ξοδεύονται για τη διαφήμιση τους, σ' έναν κόσμο απληροφόρητο για τις δυσάρεστες συνέπειες του αλκοολισμού, μπορεί εύκολα να αντιληφθεί τους λόγους εξαπλώσεως του στη σημερινή κοινωνία.

Η ανάπτυξη της θεματολογίας μας βασίστηκε τόσο στη μελέτη σχετικής βιβλιογραφίας όσο και στην έρευνα με την συμπλήρωση ειδικών ερωτηματολογίων που στηρίχτηκαν στη μέθοδο AUDIT.

Θα θέλαμε να εκφράσουμε τις ευχαριστίες μας, στον καθηγητή μας Κύριο Ιωάννη Δειτοράκη, για την πολύτιμη βοήθεια και ενθάρρυνση του ~~στη~~ διεκπεραίωση της πιτυχιακής μας εργασίας.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1°

### 1.1 Ιστορική αναδρομή

Κατά τη μακρόχρονη πορεία του πολιτισμού του, ο άνθρωπος έχει κάνει χρήση αλλά και κατάχρηση πολλών ουσιών με τοξικές ιδιότητες. Το αλκοόλ είναι μια από τις πρώτες ουσίες που «συνόδευσαν» την εξέλιξη του πολιτισμού<sup>1</sup>.

Όλοι σχεδόν οι πολιτισμοί δημιούργησαν κάποια μορφή οينوπνευματώδους ποτού από πολύ νωρίς στην ιστορία τους<sup>2</sup>. Το οινόπνευμα έγινε πιθανότατα γνωστό στον άνθρωπο κατά την απαρχή της ιστορίας του, όταν τυχαία ανακάλυψε τη δράση διαφόρων χυμών φρούτων που είχαν υποστεί κάποια ζύμωση. Ιστορικές πηγές αναφέρουν την καλλιέργεια του αμπελιού, κυρίως στη μεσόγειο, ήδη από το 3500 π.χ.

Ο Δάρδανος αναφέρει ότι η τεχνική της απόσταξης του οينوπνεύματος τοποθετείται περίπου στο 1100 μ.Χ. και θεωρείται αραβική επινόηση, η οποία αναπτύχθηκε και βελτιώθηκε με την άνθηση της αλχημείας. Τους πρώτους αιώνες μετά την εφεύρεση του αποστακτήρα, και μέχρι τον 16ο αιώνα, η χρήση του περιορίζεται συνήθως μέσα σε μοναστήρια. Πηγή της αιθυλικής αλκοόλης είναι ο χυμός του σταφυλιού μέχρι το 17ο αιώνα, όταν ο Sylvius, καθηγητής στην ιατρική σχολή του Leyden, διαπιστώνει ότι μπορεί να αποστάξει καθαρό οινόπνευμα από χυμό δημητριακών. Το προϊόν αυτό ονομάζεται από τον Sylvius «Agua Vitae» και αρωματίζεται συνήθως με καρπούς κέθρου<sup>3</sup>.

Άλλες πηγές αναφέρουν ότι από το 6000 π.χ. παράγονται μπύρες και κρασιά από την ζυμωτική δράση των μυκήτων της μαγιάς πάνω σε ορισμένα σάκχαρα.

Όμως, μόνο το 800 μ.Χ. παρήγαν για πρώτη φορά την αιθυλική αλκοόλη, το δραστικό συστατικό των οينوπνευματωδών, σε πιο συμπυκνωμένη μορφή. Εικάζεται, ότι κάποιος Άραβας, που ήταν γνωστός με το όνομα Τζαχίρ Ιμπν Χαϊν, ανακάλυψε τη διαδικασία της

απόσταξης και ήταν ο πρώτος που έφτιαξε ένα πιο δυνατό ποτό, που είχε παρόμοια δράση με του κονιάκ ή της βότκας<sup>4</sup>.

Μια άλλη πηγή, που έρχεται σε αντίθεση με τις προηγούμενες, αναφέρει ότι η ανακάλυψη της απόσταξης αποδίδεται στον Πέρση γιατρό Rhazes<sup>1</sup>.

Οι Κινέζοι απέσταζαν ένα ποτό από μπίρα ρυζιού γύρω στο 800 π.χ. ενώ το αράκ αποσταζόταν στις Ανατολικές Ινδίες από καλαμοσάκχαρο και ρύζι. Οι Άραβες ανέπτυξαν μια μέθοδο απόσταξης για την παραγωγή ποτού από κρασί. Οι Έλληνες φιλόσοφοι ανέφεραν μια χονδροειδή μέθοδο απόσταξης. Είναι πιθανότατο να παρασκεύαζαν και οι Ρωμαίοι ποτά με απόσταξη, αλλά μέχρι σήμερα δεν υπάρχουν γραπτές αναφορές που να χρονολογούνται πριν από το 100 μ.Χ. Η Παρασκευή ποτών με απόσταξη ήταν γνωστή στη Βρετανία πριν από την Ρωμαϊκή κατάκτηση. Ποτά με απόσταξη προφανώς παρασκευάζονταν στην Ισπανία, την Γαλλία και την υπόλοιπη Δυτική Ευρώπη και παλαιότερα, η παραγωγή όμως ήταν περιορισμένη μέχρι τον 8ο αιώνα, οπότε ήλθαν σε επαφή με τους Άραβες.

Τα πρώτα αποσταγμένα ποτά παρασκευάζονταν από υλικά που είχαν ως βάση το σάκχαρο, κυρίως από σταφύλια και μέλι. Δεν είναι γνωστό πότε πρωτοχρησιμοποιήθηκαν αμυλούχα σπέρματα για την παραγωγή αποσταγμένων ποτών, είναι σίγουρο όμως ότι η χρήση τους χρονολογείται τουλάχιστον από το μεσαίωνα. Κατά τα μέσα του 17ου αιώνα, η παραγωγή ποτών από αυτά ήταν τόσο σημαντική ώστε επιβλήθηκε σε πολλές χώρες κυβερνητικός έλεγχος. Καθώς οι μέθοδοι παραγωγής βελτιωνόταν και ο όγκος της παραγωγής αυξανόταν, η βιομηχανία ποτών με απόσταξη έγινε σημαντική πηγή εισοδήματος. Συχνά επιβάλλονταν αυστηροί έλεγχοι τόσο στην παραγωγή όσο και στην πώληση των ποτών εξ αποστάξεως.

Η παρασκευή και η πώληση των οινοπνευματωδών ποτών ήταν ήδη κοινή, εμπορευματοποιημένη και υπό κυβερνητικό έλεγχο στις αρχαιότερες κοινωνίες. Έτσι ο αρχαιότερος γνωστός νομικός κώδικας, ο κώδικας του Χαμμουραπί της Βαβυλώνας (γύρω στο 1770 π.χ.) ρύθμιζε θέματα των ποιοπωλείων.



Το νερό, πολύτιμο υλικό στους πρώιμους αγροτικούς πολιτισμούς, ήταν πιθανώς το πρώτο υγρό που χρησιμοποιήθηκε ως προσφορά στις λατρευτικές τελετές. Υστεροτέρα, άλλα υγρά –το γάλα, το μέλι, και αργότερα το κρασί (σε ορισμένες θρησκείες, η μπύρα)- αντικατέστησαν το νερό. Δεν αποτελεί έκπληξη το γεγονός ότι τα οινοπνευματώδη ποτά αντικατέστησαν τα άλλα υγρά στις αρχαίες θρησκείες, και ως προσφορές και ως ποτά: η ικανότητα τους να βοηθούν τον σαμάνο ή ιερέα και τους άλλους συμμετέχοντες να φθάνουν σε μια επιθυμητή κατάσταση έκστασης ή έξαρσης φαίνεται ότι δεν άργησε να γίνει αντιληπτή, και η αναγνώριση των ιδιοτήτων τους αποδόθηκε φυσικά σε υπερφυσικά πνεύματα και θεούς<sup>2</sup>.

Φαίνεται ότι υπάρχουν ιστορικές αναφορές στις επιπτώσεις που απορρέουν από την κατάχρηση του αλκοόλ στην αρχαία Αίγυπτο και τη Μεσοποταμία<sup>1</sup>.

Σ' αυτούς τους πολιτισμούς η θέση που δίδεται στο οινόπνευμα δεν είναι λιγότερο σπουδαία από αυτήν που δίδεται στη βασική τροφή, το ψωμί. Τα αρχαιότερα γραπτά τεκμήρια, μια σειρά από πήλινες πλάκες του 2100 π.χ. που ανακαλύφθηκαν στη Μεσοποταμία, αναφέρουν το οινόπνευμα στα είδη που παρέχονται ως ημερομίσθιο στους εργάτες. «Ψωμί και μπύρα για μια μέρα»<sup>5</sup>.

Το 3500 π.χ. έχουμε περιγραφές σε αιγυπτιακούς πάπυρους, καθώς και σε επιγραφές ναών, για την φαρμακολογική επίδραση του οινοπνεύματος με συγκεκριμένη αναφορά στη μέθη. Είναι προφανές ότι οι αρχαίοι Αιγύπτιοι είχαν συνδέσει τη μέθη με τη διασκέδαση, γεγονός που αντανακλάται στις περιγραφές αυτές. Οι Αιγύπτιοι γνώριζαν και τη μπύρα, για την οποία αναφέρουν ότι «πρέπει κανείς να καταναλώσει μεγάλες ποσότητες για να έλθει σε κατάσταση ευθυμίας»<sup>3</sup>. Πολλές επιγραφές σκαλισμένες σε τάφους επιφανών Αιγυπτίων αναφέρουν υπερήφανα: «Έδωσα ψωμί σ' αυτούς που πεινούσαν και μπύρα σε αυτούς που διψούσαν»<sup>5</sup>.

Τα γραπτά μνημεία των πολιτισμών της Αιγύπτου και της Μεσοποταμίας επιβεβαιώνουν ότι η κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών και η μέθη πέρασαν από τις θρησκευτικές τελετές στην καθημερινή

πρακτική, δημιουργώντας συχνά δυσχέρειες στην κυβέρνηση και συνοδευόμενες από οξείες και χρόνιες ασθένειες. Υπάρχουν άφθονες ενδείξεις ότι μερικοί λαοί αγαπούσαν τόσο πολύ το ποτό και παραδίδονταν σε τέτοιο βαθμό στη μέθη, που πρέπει να θεωρηθούν αλκοολικοί<sup>2</sup>.

## 1.2 Αρχαία Ελλάδα

Όσο και να ψάξει κανείς στα πρώτα ιστορικά δείγματα, στην περίοδο του μύθου, το κρασί είναι παρόν. Τόσο αυτό, όσο και η δράση του στον ψυχικό κόσμο του ανθρώπου. Φάρμακο και πηγή δύναμης από την μία, δηλητήριο και πηγή δυστυχίας από την άλλη. Τίποτα λοιπόν το νεώτερο, όσον αφορά τη σχέση του με τον άνθρωπο<sup>6</sup>.

Στους Αρχαίους Έλληνες ήταν γνωστή όχι μόνο η χρήση του αλκοόλ αλλά και η επίδραση του στο Κ.Ν.Σ. Είναι χαρακτηριστικοί οι στίχοι του αρχαίου λυρικού ποιητή Ανακρέοντος τον 6<sup>ο</sup> αι. π.χ. «Τρεις γαρ μόνον κρατήρας εγκερανύω τοις ευφορνούσι, το μεν υγειές ένα όν πρότον εκπίνουσι, το δε δεύτερον έρωτας, ηδονής τε, το τρίτον δε ύπιον ον εκπιόντες οι σοφοί κεκλημένοι οι καδε βαδίζουσι ο δε τέταρτος ουκ έτι ημέτερος έστι άλλα ύβρεως, ο δε πέμπτος βοής». Μετάφραση: «Τρεις μόνο κρατήρες γεμίζω με κρασί και νερό για τους φρόνιμους, τον πρώτον τον πίνουν χάριν υγείας, τον δεύτερον χάρις έρωτος και ηδονής, τον τρίτον για να κοιμηθούν και αυτόν όταν τον πιουν οι γνωστικοί προσκεκλημένοι πηγαίνουν σπίτι τους. Ο τέταρτος δεν είναι για μένα γιατί φέρει ύβρη και φιλοτιμία, ο πέμπτος βοή και φασαρία»<sup>7</sup>.

Διαμέσου των αιώνων, το αλκοόλ έχει επίσης χρησιμοποιηθεί ως ουσία με αναλγητικές ιδιότητες και ως αναισθητικό στη χειρουργική. Εκτός αυτών, το αλκοόλ μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως τροφή, ως καύσιμη ύλη και πάνω απ' όλα ως ουσία με ανασταλτικές ιδιότητες που «διευκολύνουν» τις διαπροσωπικές και κοινωνικές διαδικασίες<sup>1</sup>.

Εκτός λοιπόν από τη χρήση του οινοπνεύματος για λόγους διασκέδασης, το κρασί ήταν συνηθισμένο γιατρικό για εσωτερική και εξωτερική χρήση (περιποίηση τραυμάτων). Τα Ομηρικά έπη κάνουν

συχνή και σαφή μνεία για τις ιατρικές εφαρμογές του οίνου. Ο Μακάων, γυιός του Ασκληπιού που πήρε μέρος στον Τρωικό πόλεμο ως γιατρός των Αχαιών, περιθάλλει τον πληγωμένο Ευρύπυλο προσφέροντάς του κρασί.

Στην κλασική Ελλάδα η χρήση του οίνου, «άκρατου» ή «κεκραμένου», αναφέρεται συχνότατα σε ιστορικές πηγές, με χαρακτηριστικότερο ίσως παράδειγμα το Συμπόσιο του Πλάτωνα. Είχε, άλλωστε, συνδεθεί με τις δημοφιλείς θρησκευτικές τελετές των Διονυσίων<sup>3</sup>.

Ο Διόνυσος ή Βάκχος ήταν ο θεός του κρασιού και γίνονταν προς τιμή του εκδηλώσεις όπως τα «Μεγάλα Διονύσια» όπου γινόταν ευρεία χρήση του κρασιού. Οι οπαδοί του τον λάτρευαν σε κατάσταση ιερής μανίας και έξαλλου ενθουσιασμού τραγουδώντας ζωηρά και παράφορα τραγούδια φθάνοντας σε κατάσταση μέθης και έκστασης. Είναι εξάλλου γνωστά τα οργιώδη συμπόσια του Πλάτωνα και του Ξενοφώντα, στο πρώτο μέρος των οποίων έτρωγαν, ενώ στο δεύτερο έπιναν ως τη μέθη.

Συμπόσια επίσης διοργανώνονταν κατά τη διάρκεια των μεγάλων Διονυσίων σε διάφορες πόλεις της Ελλάδας<sup>4</sup>.

Λεπτομερείς φαρμακολογικές περιγραφές για την επίδραση του κρασιού στον ανθρώπινο οργανισμό και για τη συμπεριφορά του μεθυσμένου ανθρώπου μας δίνει ο Πλίνιος ο Πρεσβύτερος<sup>5</sup>. Στον πρώτο αιώνα μ.Χ. ο Πλίνιος ο πρεσβύτερος παρατηρούσε με δυσαρέσκεια: «Δεν υπάρχει χώρα στον κόσμο όπου να μη μεθούν». Αργότερα οι εξερευνητές περιοδεύοντας τον κόσμο, που είχε μεγαλώσει πολύ από την εποχή του Πλινίου, βρήκαν παντού το οινόπνευμα<sup>5</sup>.

Κατά ανάλογο τρόπο, ο Αθήναιος περιγράφει τα έθιμα σχετικά με την οινοποσία σε βαρβάρους λαούς, όπως οι Λύδιοι, οι Πέρσες, οι Σκύθες και οι Καρχηδόνιοι. Ειδικότερα για τους Μακεδόνες, αναφέρει ότι ήταν τόσο γεροί πότες, ώστε από το πολύ πιωτό στο τέλος του συμποσίου ήταν αδύνατο να φάνε<sup>3</sup>.

Οι Αχαιοί πολεμιστές αντλούσαν «αλκή» πίνοντας κρασί πριν την μάχη, αποφεύγοντας την υπερβολή που επέφερε αδυναμία. Ο Όμηρος όταν αναφέρεται στο κρασί μιλάει για: «εχθρότητα για τη μέθη που

προκαλεί, εύνοια στην πρόσφορα του που εκφράζει εγκαρδιότητα, ευτυχία και φιλική διάθεση. Ο Σωκράτης πίνει αλλά δεν μεθάει, διότι «ενσαρκώνει την απόλυτη κυριαρχία του έλλογου πάνω στο άλογο». Πρόκειται για την διαφορά του από τις χυδαίες εκδηλώσεις των δειπνοσοφιστών με την αχαλίνωτη λαιμαργία του για οίνοποσία<sup>9</sup>.

Μετά το 300 π.χ. ο Ελληνικός, ο Εβραϊκός και ο Ρωμαϊκός πολιτισμός συγχωνεύθηκαν σε ένα μίγμα που θα επηρέαζε σε μεγάλο βαθμό την ανάπτυξη του Ευρωπαϊκού πολιτισμού. Τα μνημεία που σώζονται από τον Αρχαίο Ελληνικό και Ρωμαϊκό πολιτισμό, αποκαλύπτουν την ευρεία και άφθονη χρήση του κρασιού από τους θεούς, καθώς και από τους θνητούς όλων των τάξεων. Οι Έλληνες και οι Ρωμαίοι κλασικοί έχουν δώσει πλήθος περιγραφές υπερβολικής ποίησης.

Στη φιλολογία των Ελλήνων δεν σπανίζουν οι προειδοποιήσεις για τις βλαβερές συνέπειες της υπερβολικής οίνοποσίας, αλλά σ' αυτό υπερέχουν οι κλασικοί των Εβραίων Χαναανιτών. Οι παλαιότερες αναφορές στη βίβλο δείχνουν ότι το άφθονο κρασί θεωρούνταν ευλογία, όπως το άφθονο γάλα και μέλι, τα δημητριακά και οι καρποί<sup>2</sup>.

Ο Σενέκας δίνει λεπτομερείς περιγραφές οίνοποσίας σε Ρωμαϊκά οργιώδη συμπόσια. Είναι γνωστός ο τρόπος με τον οποίο οι Ρωμαίοι επέμεναν στην υπερβολική κατανάλωση τροφής και κρασιού, που συνήθως γινόταν με την πρόκληση εμετού για την συνέχιση του γεύματος.

Τόσο οι Έλληνες όσο και οι Ρωμαίοι είχαν πλήρη επίγνωση της φαρμακολογικής ενέργειας του κρασιού, την οποία επεδίωκαν προκειμένου να φτάσουν σε κατάσταση μέθης. Την ειοχή εκείνη δεν ήταν γνωστό το απόσταγμα οίνου, η δε καθημερινή πρακτική επέβαλε την αραίωση του άκρατου. Ο οίνος δεν περιορίζεται με νομοθετικές διατάξεις, αλλά αντίθετα εμπεριέχεται σε πλείστες όσες εθιμοτυπικές και θρησκευτικές τελετουργίες. Τα θρησκευτικά αυτά έθιμα διατηρούνται στον μεσαιώνα με την συμβολή της εκκλησίας, η οποία αποδέχεται το οινόπνευμα και δεν επιβάλλει ηθικούς φραγμούς, ακόμη και για την κατάχρηση του. Την εποχή αυτή στη Μεσόγειο παράγεται συστηματικά

κρασί, που εξάγεται και στη Βόρεια Ευρώπη, όπου η παραγωγή είναι περιορισμένη λόγω των κλιματολογικών συνθηκών. Υπάρχουν πάρα πολλές μαρτυρίες για τις συνήθειες γύρω από τη χρήση οινοπνεύματος κατά το Μεσαίωνα, αλλά ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζουν διάφορες περιγραφές για την προσθήκη ποικίλων καρυκευμάτων και άλλων συστατικών, προκειμένου η έντονη γεύση του ποτιού να αποτρέπει την υπερκατανάλωση του<sup>3</sup>.

### 1.3 Ελληνιστικοί Χρόνοι

Ένα αξιόλογο παράδειγμα για την εποχή αυτή είναι ο ίδιος ο Μέγας Αλέξανδρος, ο μεγάλος αυτός κατακτητής στην ιστορία μας.

Σύμφωνα με ιστορικές πηγές, υπάρχουν διάφορες εκδοχές για το θάνατο του. Μια από αυτές και αρκετά σημαντική είναι πως η αιτία του θανάτου του μεγάλου αυτού ήρωα ήταν η κατάχρηση του οίνου. Πιο συγκεκριμένα ύστερα από βαρύ γεύμα και οινοποσία ο Μ. Αλέξανδρος παρουσίασε έκδηλα συμπτώματα, εμετού, ρίγους και πυρετού. Παρά ταύτα δέχεται πρόσκληση να συνεχίσει την διασκέδαση του. Ακολουθεί οινοποσία μέχρι μέθη. Τα συμπτώματα γίνονται πιο έντονα, όπως ιδρώτες, σωματική αδυναμία, υψηλός πυρετός, κλωμό πρόσωπο, δυσχέρεια αναπνοής, χείλη σφικτά. Ύστερα από 13 ημέρες επήλθε ο θάνατος του ο οποίος πιστεύεται κατά μια εκδοχή ότι οφείλεται σε οξεία νευρωτική παγκρεατίτιδα ως επιπλοκή κάποιας χρόνιας νόσου<sup>10</sup>.

### 1.4 Βυζαντινοί Χρόνοι

Κατά την Βυζαντινή εποχή ο οίνος καταναλωνόταν από αρκετά μικρή ηλικία, έδιναν στα παιδιά μικρή ποσότητα ξανθού κρασιού μαζί με άλλες τροφές επειδή θεωρούσαν ότι είναι κατάλληλο για τα παιδιά που μόλις άρχισαν να περπατούν. Έπιναν αρκετά κρασιά κυρίως μετά το φαγητό. Όπως αναφέρει η συγγραφέας Tamara Talbot Rice ο αυτοκράτορας Μιχαήλ Γ΄ ήταν φίλος του κρασιού. Ο Μαμάτσης Ι. αναφέρει ότι το Βυζάντιο είχε σημαντικά έσοδα από εξαγωγές κρασιού σε πολλούς λαούς ως και τους Ρώους. Η διακίνηση οίνου ήταν ένας

σημαντικός πόρος για την οικονομία. Χαρακτηριστικό παράδειγμα σχετικά με τις μεγάλες καλλιέργειες σταφυλιού αποτελεί μια πλούσια, η Δανηλίδα η οποία είχε 2.000 δούλους για την καλλιέργεια των αμπελιών που είχε στην ιδιοκτησία της<sup>11</sup>.

### **1.5 Ρωμαϊκοί Χρόνοι**

Ο απλός λαός της Ρώμης είναι γνωστός για την απλότητα του τρόπου ζωής του, την εγκράτεια, το πρακτικό μυαλό και την σκληρή τους εργασία. Κρασί έπιναν μόνο κατά την διάρκεια των θυσιών, σε αντίθεση βέβαια με την άρχουσα τάξη και τους αυτοκράτορες του τόπου οι οποίοι είναι γνωστοί για την σκανδαλώδη ζωή τους. Οργάνωναν τα λεγόμενα οργιώδη συμπόσια στα πλαίσια των οποίων έκαναν υπερβολική χρήση φαγητού αλλά κυρίως κρασιού. Είναι χαρακτηριστικό το γεγονός, ότι η Κλεοπάτρα φθάνοντας για πρώτη φορά μεγαλοπρεπώς στη Ρώμη προσφώνησε τον Αντώνιο με το όνομα Βάιχο, θεό του κρασιού, τίτλο που είχε ο Αντώνιος για την αντοχή του στο κρασί<sup>12</sup>.

### **1.6 Χριστιανικοί Χρόνοι**

Στον Χριστιανισμό, η στάση έναντι του κρασιού είναι αμφισήμαντη. Ο Ιησούς Χριστός συμβολίζεται με την «άμπελον», ο οποίος μάλιστα μετέτρεψε τις 10 στάμνες νερού σε κρασί στον γάμο της Καννά.

Η Αγία Γραφή απαγορεύει την κατάχρηση του οίνου ενώ η συμβολή για αποχή απέβλεπε στην αποφυγή της κατάχρησης.

### **1.7 Περίοδος Τουρκοκρατίας**

Η καλλιέργεια αμπελώνων και η παραγωγή κρασιού εξυπηρετούσε κυρίως τις εγχώριες ανάγκες της χώρας μας την εποχή αυτή, και όχι το εμπόριο<sup>9</sup>.

## 1.8 Αμερική- Ευρώπη- Ασία

Τον 16<sup>ο</sup> αιώνα ο Μπερνάρ Ντιάζ ντέλ Καστίλλο (Bernard Diaz del Castillo), ο σύντροφος του Κορτέζ στην κατάκτηση του Μεξικού από τους Ισπανούς, περιέγραψε έτσι αυτή τη χώρα: «Είναι γεμάτη από magueys (αλόη σαρκώδης), φύλλα από τα οποία οι κάτοικοι κάνουν κρασί». Σήμερα ακόμη οι Μεξικάνοι πίνουν πούλκε, που λαμβάνεται με τη ζύμωση του χυμού του maguey, καθώς και απόσταγμα του ίδιου φυτού, γνωστό ως τεκίλα. Διακόσια πενήντα χρόνια περίπου μετά τον Κορτέζ ο θαλασοπόρος Κούκ, ταξιδεύοντας στον Ειρηνικό, σημείωνε ότι στα ειδυλλιακά νησιά της Πολυνησίας οι ιθαγενείς έπιναν ένα ρακί ονομαζόμενο κάβα, που βγαίνει από μια ποικιλία της πιπεριάς. Ο Σκώτος εξερευνητής Μούνγκο Πάρκ, καθώς οδηγούσε ένα караβάνι στην έρημο της Σαχάρας, παρατήρησε ότι οι ιθαγενείς παρασκεύαζαν «ένα ποτό που η γεύση του θυμίζει τη δυνατή μπύρα της παιρίδας μου (την πολύ καλή μπύρα μάλιστα...)». Σήμερα δεν υπάρχει χώρα στον κόσμο όπου να μη χρησιμοποιείται αυτό το φάρμακο, έστω και δεν υπάρχουν νομικές ή ηθικές απαγορεύσεις<sup>5</sup>.

Οι λαοί της Άπω Ανατολής ανακάλυψαν επίσης την τεχνολογία της παρασκευής οينوπνευματωδών ποτών κατά την προϊστορική εποχή. Το κριθάρι και το ρύζι ήταν τα κυριότερα φυτά και οι πρώτες ύλες για την παραγωγή του ποτού που, και εδώ, είχε μπει στις θρησκευτικές τελετουργίες, και ως ποτό και ως σπονδή, με εορτές που χαρακτηρίζονταν από θεϊκές καταστάσεις μέθης. Και εδώ, με το πέρασμα του χρόνου, το ιερό ποτό κοσμικοποιήθηκε, ακόμη και όταν εξακολουθούσε η θρησκευτική του χρήση, και προκαλούσε ζητήματα δημόσια και ιδιωτικά. Η ιστορία της Κίνας, π.χ. περιλαμβάνει αρκετές άκαρπες προσπάθειες ελέγχου ή απαγόρευσης των οينوπνευματωδών.

Στην Ινδία, η ινδουιστική Αγιουβέρτα, ήδη από το 1000 περίπου π.χ. περιγράφει τόσο τις ευεργετικές χρήσεις των οينوπνευματωδών όσο και τα μειονεκτήματα του αλκοολισμού. Οι οπαδοί του βουδισμού και τα μέλη της κάστας των Βραχμάνων απέχουν μέχρι σήμερα από το οινόπνευμα. Οι περισσότεροι ωστόσο λαοί της Ινδίας, της Κεϋλάνδης, των

Φιλιππίνων, της Κίνας και της Ιαπωνίας συνέχισαν σε όλη την ιστορία τους την παραγωγή και χρήση οινοπνευματωδών.

Στην Ιαπωνία το παραδοσιακό ποτό ήταν το σάκε (sake). Πάρα πολλά έθιμα και τελετουργικές πράξεις ποιοποσίας που αφορούσαν το σακέ συνδέονταν με θρησκευτικές και κοινωνικές εκδηλώσεις. Υπάρχουν ενδείξεις μεγάλης ποιοποσίας και αλκοολισμού και γίνονται διάφορες προσπάθειες να επιβληθεί ποτοαπαγόρευση, καθώς και αποχή από τα οινοπνευματώδη από οπαδούς του βουδισμού και ορισμένους σεβάσιμους Ιάπωνες φιλόσοφους. Μετά τον Β΄ Παγκόσμιο πόλεμο, η εξάπλωση του αμερικάνικου τρόπου ζωής αύξησε την κατανάλωση της μπίρας και των εισαγόμενων ποτών, ιδιαίτερα του ουίσκι, το οποίο προτιμούν οι νέοι.

Στην Αφρική το καλαμπόκι, το κεχρί, οι μπανάνες, το μέλι, ο χυμός της κουρμαδιάς και του μπαμπού, καθώς και πολλά φρούτα έχουν χρησιμοποιηθεί για την παραγωγή με ζύμωση θρεπτικής μπίρας και κρασιών, όπως η γνωστή μπίρα Καφίρ και τα κρασιά από κουρμάδες. Οι περισσότεροι λαοί της Ωκεανίας, φαίνεται πως δεν έχουν ανακαλύψει την αλκοολική ζύμωση. Πολλοί από τους Ινδιάνους της προκολομβιανής εποχής στη Βόρεια Αμερική αποτελούσαν επίσης εξαίρεση μη έχοντας οινοπνευματώδη ποτά. Αλλά οι Ινδιάνοι Παπάγκο των νοτιοδυτικών Ηνωμένων Πολιτειών έφτιαχναν κρασί από κάκτο, και οι Ταραχουμάρα του βόρειου Μεξικού έφτιαχναν μπίρες από καλαμπόκι και είδη αγαύης, ενώ σε ολόκληρη την Κεντρική και Νότια Αμερική οι ιθαγενείς έφτιαχναν τσίτσα (chichi) και άλλα οινοπνευματώδη ποτά από καλαμπόκι, βολβούς, καρπούς, άνθη και χυμούς.

Στη Γαλλία και την Ιταλία η κατανάλωση κρασιού είναι μεγάλη, αλλά τόσο η στάση απέναντι στην ποιοποσία όσο και οι τύποι ποιοποσίας και οι ποσότητες διαφέρουν στις δυο χώρες σε πολλά σημεία. Οι Γάλλοι γονείς εκδηλώνουν συνήθως μια έντονη στάση, είτε ευνοϊκή είτε αρνητική, απέναντι στην κατανάλωση που κάνουν τα παιδιά τους, οι Ιταλοί γονείς χαρακτηριστικά μαθαίνουν τα παιδιά τους να πίνουν κρασί χωρίς καθόλου συναισθηματικές προεκτάσεις. Τα Ιταλικά πρότυπα για τα ασφαλή όρια κατανάλωσης είναι χαμηλότερα από τα Γαλλικά και η



μέθη αντιμετωπίζεται με περιφρόνηση, ενώ οι Γάλλοι την βλέπουν με καλή διάθεση ή ακόμη, οι άντρες, ως σύμβολο αντρισμού. Μολονότι τα πρότυπα αυτά δεν είναι σταθερά ανάμεσα στους τοπικούς πληθυσμούς και στις κοινωνικοοικονομικές ομάδες των δυο χωρών, θεωρούνται σημαντικά ως αιτίες της πολύ μεγαλύτερης θνησιμότητας και νοσηρότητας από αλκοολισμό στη Γαλλία.

Στις σκανδιναβικές χώρες (περιλαμβανομένης και της Φιλανδίας) το πρότυπο δεν είναι η καθημερινή κατανάλωση οινοπνευματωδών με τα γεύματα, αλλά ο περιορισμός της κατανάλωσης στα Σαββατοκύριακα ή σε ειδικές περιπτώσεις. Αυτό θεωρείται η αιτία του σχετικά μεγάλου ποσοστού προβλημάτων που συνδέονται με το οινόπνευμα, όπως είναι η μέθη, ακόμη και σε μια χώρα όπως η Φιλανδία, όπου η ολική κατανάλωση οινοπνεύματος είναι σχετικά πολύ μικρή. Στις Σκανδιναβικές χώρες υπάρχουν επίσης ισχυρά αντιαλκοολικά κινήματα, τα οποία συχνά χρηματοδοτούνται από την κυβέρνηση, καθώς και σύλλογοι ατόμων που απέχουν από το οινόπνευμα, με πολλά μέλη. Μπορεί, έτσι, το οινόπνευμα να καταναλώνεται από μικρότερο αριθμό ατόμων από όσα αντιστοιχούν στον πληθυσμό άνω των 15 ετών.

Υπάρχουν ενδείξεις ότι στην Πολωνία η μετακίνηση του νεαρού πληθυσμού από τα αγροτικά στα αστικά βιομηχανικά κέντρα είχε ως αποτέλεσμα αυτό που οι αρχές θεωρούν αύξηση της μεγάλης κατανάλωσης ή αλκοολισμού. Η βότκα είναι το συνηθισμένο ποτό. Παρόμοιες πληροφορίες προέρχονται και από την Γιουγκοσλαβία, όπου τα παλιά χωριάτικα έθιμα, μολονότι επέτρεπαν την μεγάλη κατανάλωση, συγκρατούσαν τις υπερβολές. Στη Σοβιετική Ένωση τα ολοένα αναπτυσσόμενα προγράμματα ιδρύσεων σταθμών αποιοξίνωσης και κλινικών θεραπείας, συχνά με ερευνητικό προσωπικό σε πολλές πόλεις, αποτελούν ένδειξη αναγνώρισης ότι ο αλκοολισμός είναι ένα σοβαρό πρόβλημα. Η βότκα είναι το εθνικό ποτό, μολονότι τα ντόπια κρασιά προωθούνται ολοένα και περισσότερο. Αλλά η κατάσταση ποικίλλει προφανώς στα διάφορα μέρη της χώρας.

Στην Αγγλία και την Ιρλανδία τα μπαρ έχουν διατηρήσει την δημοτικότητα τους ως κύριος χώρος ποιοποίησης. Και στις δυο χώρες η

μπίρα είναι το δημοφιλέστερο ποτό. Η σαφής προτίμηση για την μπίρα παρατηρείται και σε άλλες χώρες που έχουν εποίκιστεί και επηρεαστεί σε μεγάλο βαθμό από βρετανικούς πληθυσμούς –στην Αυστραλία, την Νέα Ζηλανδία, και σε μεγάλο μέρος του Καναδά. Και στις χώρες αυτές η μεγαλύτερη κατανάλωση γίνεται στα μπαρ που επιτρέπουν προφανώς έναν ευχάριστο τύπο παρατεταμένης, αλλά όχι κατ' ανάγκην στενής κοινωνικότητας, διατηρώντας τον βαθμό ανεξαρτησίας που προτιμά ο καθένας. Η κατανάλωση ως έναν μέτριο βαθμό μέθης φαίνεται να είναι αποδεκτή και σε ορισμένες από τις χώρες αυτές θεωρείται ότι αποτελεί την ανεκτική στάση της κοινωνίας η οποία εξηγεί ως ένα βαθμό την ανάπτυξη του αλκοολισμού<sup>2</sup>.

Τον 17<sup>ο</sup> αιώνα άρχισε να εξάγεται και σε άλλες Ευρωπαϊκές χώρες το Gin που αποτέλεσε πατροπαράδοτο Ολλανδικό προϊόν. Την εποχή εκείνη έχουμε και τις πρώτες προειδοποιήσεις για τους κινδύνους που μπορεί να προκύψουν από την κατάχρηση Gin, Brandy και άλλων δυνατών οινοπνευματωδών ποτών. Έχουμε επίσης την απαρχή κρατικού έλεγχου στη χρήση του καθαρού οινοπνεύματος, που επιδιώκεται με την επιβολή βαριάς ειδικής φορολογίας. Παρά τα αυστηρά κατασταλτικά μέτρα, η απόσταση καθαρού οινοπνεύματος διατηρείται και εξαπλώνεται, επειδή μεταξύ των άλλων παρείχε και κάποια ασφαλή αξιοποίηση των δημητριακών προϊόντων. Δεν πρέπει να ξεχνά κανείς και τις άθλιες συνθήκες διαβίωσης που επικρατούσαν τότε στις αγροτικές περιοχές της Βόρειας και Κεντρικής Ευρώπης, όπου η πεινά και η φτώχεια εύρισκαν καταφύγιο στη θαλπωρή του οινοπνεύματος.

Κατά το πρώτο ήμισυ του 18<sup>ου</sup> αιώνα, η ευρεία χρήση οινοπνεύματος οδηγεί στις πρώτες κλινικές παρατηρήσεις για τις επιπτώσεις του στη διατροφή και υγεία των καταναλωτών. Παρ' όλα αυτά, ιδιαίτερη σημασία δίνεται κυρίως στις κοινωνικές επιπτώσεις από την κατάχρηση του οινοπνεύματος. Την εποχή της βρετανικής ποτοαπαγόρευσης (1936), ο Thomas Wilson δημοσιεύει μία πραγματεία για τις επιπτώσεις του οινοπνεύματος στους εργάτες, τους οποίους κατηγορεί ότι «καταναλώνουν τον ελεύθερο χρόνο τους όχι στην ξεκούραση, αλλά στην καταπόνηση του σώματος με το ισχυρό αυτό

δηλητήριο». Κείμενα αυτού του είδους είδαν την δημοσιότητα και αργότερα, ενώ διάφορα έργα τέχνης περιέγραφαν με λεπτομέρειες σκηνές ομαδικής μέθης και κραιπάλης. Η γενικότερη αυτή στάση απέναντι στο θέμα του αλκοολισμού οδήγησε το 1951 στη θέσπιση ειδικού νόμου (Gin Act), που επέβαλε φορολογία στο καθαρό οινόπνευμα, απαγόρευσε την ελεύθερη χρησιμοποίηση των αποστακτήρων, καθώς και την αποθήκευση οινόπνευματος.

Οι ιστορικοί γνωρίζουν ότι τα αυστηρά αυτά νομοθετικά μέτρα μπορεί να περιόρισαν την εμπορική διακίνηση του καθαρού οινόπνευματος, δεν περιόρισαν όμως την ευρεία κατανάλωση του στην Κεντρική και Βόρεια Ευρώπη την εποχή εκείνη<sup>3</sup>.

### **1.9 Η ποτοαπαγόρευση**

Οι κυβερνητικές προσπάθειες να τεθούν υπό έλεγχο τα οινόπνευματώδη ποτά είναι τόσο παλιές όσο και η γραπτή ιστορία. Το ότι οι νόμοι συχνά δεν έφερναν τα επιθυμητά αποτελέσματα συνάγεται από τις συχνές νομοθετικές προσπάθειες που αποσκοπούσαν στην πλήρη απαγόρευση κατανάλωσης οινόπνευματωδών ποτών<sup>2</sup>.

Ο Σόλων 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 καταδίκασαν. Στα Μεσαιωνικά χρόνια ο Καρλομάγνος πήρε επίσης μέτρα εναντίον του αλκοολισμού. Αλλά ο εντατικός αγώνας για την καταπολέμηση του άρχισε στη Βόρεια Αμερική για πρώτη φορά στα μέσα του 19<sup>ου</sup> αιώνα, όπου η Πολιτεία του Μάιν απαγόρευσε από το 1846 τη χρήση και το εμπόριο οινόπνευματωδών ποτών. Άρχισαν να την μιμούνται και άλλες πολιτείες της Βόρειας Αμερικής ως το 1860. Από τότε εκδηλώθηκε μεγάλη αντίδραση από την πλευρά εκείνων που ζημιώνονταν από την ποτοαπαγόρευση και σιγά σιγά πέτυχαν την κατάργησή της.

Όμως, από το 1903 ο αγώνας εναντίον του αλκοολισμού απέκτησε καινούρια ένταση και το 1917 η χρήση οινόπνευματωδών ποτών είχε απαγορευθεί σε 30 αμερικανικές πολιτείες. Τέλος, το 1929, ψηφίστηκε

από το Κογκρέσο γενική ποτοαπαγόρευση για όλες ανεξαιρέτα τις πολιτείες της Βόρειας Αμερικής με το νόμο Βόλστηνι, που καταργήθηκε αργότερα εξαιτίας της επικίνδυνης εξάπλωσης του παράνομου εμπορίου των οινοπνευματωδών<sup>13</sup>.

### **1.9.1 Η ποτοαπαγόρευση (1920)**

Σύμφωνα όμως με όσα αναφέρει ο Γρίβας, το αίτημα της ποτοαπαγόρευσης άρχισε να προβάλλεται από τη Γυναικεία Ένωση Χριστιανικής Εγκράτειας (WCTU), που ιδρύθηκε το 1874, εξελίχθηκε σε μια πανίσχυρη οργάνωση υπό την ηγεσία της Frances Willard (1874-1894) και άρχισε να παρακμάζει από τις αρχές του 20<sup>ου</sup> αιώνα υπό την καθοδήγηση της Kary Dayson. Η WCTU ανέπτυξε έντονη δράση και, ασκώντας πιέσεις στις τοπικές αρχές και τους αντιπροσώπους των πολιτειών στα ομοσπονδιακά όργανα, πέτυχε να θεοπιστούν σε ορισμένες πολιτείες νόμοι κατά του αλκοόλ. Οι νόμοι αυτοί περιέπεφταν σε ανυποληψία και αναθεωρούνταν όσο έφθινε η δύναμη της WCTU, με αποτέλεσμα το 1905 να υπάρχουν σε ισχύ νόμοι κατά του αλκοόλ μόνο σε 3 από τις 48 πολιτείες.

Με την παρακμή της WCTU, η σκυτάλη του αγώνα κατά του αλκοόλ πέρασε στην Ένωση Εναντίον των Μπαρ (Anti-Saloon League). Η Ένωση Εναντίον των Μπαρ ήταν μια γυναικοκρατούμενη οργάνωση, που ιδρύθηκε στο Οχάιο το 1893, απλώθηκε γρήγορα σε όλη τη χώρα και εξελίχθηκε σ' έναν πανίσχυρο οργανισμό, που διέθετε πλούσια χρηματοδότηση και μπορούσε να επηρεάζει τα κέντρα λήψης των πολιτικών αποφάσεων. Το 1913 η ένωση ασκώντας πιέσεις στο Κογκρέσο πέτυχε να ψηφιστεί ο νόμος Wedd- Kenyon, που απαγόρευε την αποστολή οινοπνευματωδών ποτών από τις πολιτείες που επέτρεπαν στις πολιτείες που απαγόρευαν το αλκοόλ. Αλλά οι πολέμιοι του αλκοόλ δεν ήταν ικανοποιημένοι μ' αυτή τη ρύθμιση και άρχισαν να επιδιώκουν την απαγόρευση του οινοπνεύματος σε όλες τις πολιτείες.

Το 1914 ο γερούσιαστής Richmond Hobson, επαγγελματικό στέλεχος της Ένωσης Εναντίον των Μπαρ, κατέθεσε στο Κογκρέσο

πρόταση για την πλήρη απαγόρευση του αλκοόλ σε ομοσπονδιακό επίπεδο.

Ο αντιδραστικός πολιτικός κόσμος υποστηρίχτηκε όχι μόνο από την επιστημονική εφεδρεία του κράτους αλλά και από την ιατρική συντεχνία, που αρχικά ασπάστηκε την ιδέα και υποστήριξε την ποτοαπαγόρευση. Έτσι, η Ένωση Εναντίον των Μπαρ έπαιξε το χαρτί του πατριωτισμού και της ηθικολογίας χαρακτηρίζοντας το εμπόριο του αλκοόλ ως *«αντιαμερικανική, φιλογερμανική και προδοτική δραστηριότητα, που παράγει εγκλήματα, διαφθείρει τους νέους και διαλύει τα σπίτια»*, και η ιατρική συντεχνία επένδυε τη θέση της σε μια τυπική ψευδοεπιστημονική ρητορική:

Το 1916, τρία χρόνια πριν από την θέσπιση της απαγόρευσης του αλκοόλ, η Φαρμακοποιία των ΗΠΑ, προτρέχοντας του νομοθέτη, διέγραψε το ουίσκι και το μπράντι από την λίστα των φαρμάκων της. Το 1917 η Αμερικάνικη Ιατρική Εταιρεία (AMA) υποστήριξε το προτεινόμενο μέτρο, διακηρύσσοντας ότι:

*«Η AMA αντιτίθεται στη χρήση του αλκοόλ ως ποτού και θεωρεί ότι πρέπει να αποθαρρυνθεί η χρήση του αλκοόλ ως θεραπευτικού μέσου»* και ότι *«ο έλεγχος του αλκοόλ είναι ο καλύτερος τρόπος για να ελεγχθεί η σύφιλη»*.

Το 1920, αμέσως μετά την εφαρμογή της ποτοαπαγόρευσης, η AMA, συνειδητοποιώντας ότι θίγονται τα συμφέροντα των μελών της, εγκατέλειψε τις ρητορείες της περί σύφιλης και εναντιώθηκε στην απαγόρευση και στο νόμο Willis- Campbell- τον οποίο κατήγγειλε ως μια επιπλέον *«απόδειξη της ανάμειξης της κρατικής εξουσίας σε καθαρώς ιατρικά θέματα»*.

Η πίεση των συντηρητικών κύκλων και η αποδυνάμωση των αντιπάλων της ποτοαπαγόρευσης επέτρεψαν να ψηφιστεί από τη Βουλή το 1916 η πρόταση νόμου για την απαγόρευση του αλκοόλ, να εγκριθεί από το Κογκρέσο με φανερό ονομαστική ψηφοφορία το 1917, να ενσωματωθεί στο σύνταγμα ως 18<sup>η</sup> τροπολογία το 1918, να επικυρωθεί από 36 πολιτείες το 1919 και ν' αρχίσει να ισχύει το 1920.

Επρόκειτο για ένα άρθρο με τρία εδάφια, που έμελλε να αλλάξει την όψη της χώρας και εν συνεχεία ολόκληρου του πλανήτη, πυροδοτώντας όλα τα φαινόμενα της κοινωνικής παθολογίας, δίνοντας ώθηση στην εγκληματικότητα, αυξάνοντας τον ποινικό πληθυσμό, πολλαπλασιάζοντας τον αριθμό των αλκοολικών και των θανάτων από νοθευμένο οινόπνευμα και ισχυροποιώντας σε πρωτοφανή βαθμό το οργανωμένο έγκλημα.

*Εδάφιο 1:* ένα χρόνο μετά την κύρωση του παρόντος άρθρου, απαγορεύεται η παραγωγή, πώληση, μεταφορά, εισαγωγή ή εξαγωγή οινοπνευματωδών ποτών στις Ηνωμένες Πολιτείες και σε όλα τα εδάφη που εξαρτώνται απ' αυτές.

*Εδάφιο 2:* Παρέχεται στο Κογκρέσο και στις πολιτείες παράλληλη δικαιοδοσία να ψηφίσουν τα μέτρα που απαιτούνται για την εφαρμογή του παρόντος άρθρου.

*Εδάφιο 3:* Το άρθρο αυτό δεν θα ισχύσει παρά μόνο εάν κυρωθεί ως Τροπολογία του Συντάγματος από τα κοινοβούλια των πολιτειών, όπως ορίζεται από το Σύνταγμα, εντός εφτά ετών από την υποβολή του παρόντος από το Κογκρέσο στις πολιτείες».

### **1.9.2 Οι συνέπειες της Ποτοαπαγόρευσης**

Η ποτοαπαγόρευση είχε σοβαρές και διαρκείς συνέπειες για την αμερικάνικη κοινωνία, η οποία αναγκάστηκε να αναλάβει το κόστος της αντιμετώπισης των πολλαπλών καταστρεπτικών παρενεργειών που συνόδευαν την αναγωγή του απαγορευτικού παραληρήματος σε νόμο. Η εφαρμογή της ποτοαπαγόρευσης επί δεκατέσσερα χρόνια (1920-1933) προκάλεσε ένα πλήθος ανεξέλεγκτων καταστάσεων, που διέψευσαν πλήρως τις προσδοκίες των ενάρετων και νευρωτικών κυριών και των επαγγελματιών «πατριωτών» της Ένωσης Εναντίων των Μπαρ, και σφράγισαν με αρνητικό τρόπο το παρόν και το μέλλον των ΗΠΑ.

Η παραγωγή και η κατανάλωση του οινοπνεύματος έκανε άλματα στον ουρανό. Οι δείκτες υγείας επιδεινώθηκαν σοβαρά: οι θάνατοι, οι αρρώστιες και οι αναπηρίες από την κατανάλωση των νοθευμένων

δηλητηρίων της μαύρης αγοράς γέννησαν τεράστια προβλήματα δημόσιας υγείας και υπονόμισαν τα συστήματα παροχής ιατρικής φροντίδας. Το οργανωμένο έγκλημα μετασχηματίστηκε σε θεσμικό στοιχείο της δημόσιας ζωής. Η εγκληματικότητα και ο ποινικός πληθυσμός αυξήθηκαν με πρωτοφανείς ρυθμούς και δημιούργησαν ένα πλήθος προβλημάτων δημόσιας τάξης, που έκτοτε αναπαράγονται διευρυμένα. Η διαφθορά των κρατικών και των κυβερνητικών οργάνων πήρε τρομακτικές διαστάσεις<sup>14</sup>.

Λιγότερο ολοκληρωτικές προσπάθειες να τεθεί υπό έλεγχο η χρήση του οινοπνεύματος περιλαμβάνουν το σύστημα της άδειας πώλησης οινοπνευματωδών που περιορίζει του αριθμό και τον τόπο των καταστημάτων πώλησης, τον περιορισμό στις ώρες και τις μέρες πώλησης, την απαγόρευση πώλησης σε νεαρά άτομα, κανονισμούς για την περιεκτικότητα των ποτών σε οινόπνευμα, το μέγεθος των δοχείων, την διαφήμιση, τις τιμές ή το κέρδος. Ορισμένες κυβερνήσεις, όπως της Φιλανδίας και αρκετών πολιτειών των Η.Π.Α, επιδιώκουν να εξαλείψουν το κίνητρο του προσωπικού κέρδους από την πώληση των οινοπνευματωδών ποτών κρατώντας το μονοπώλιο της διάθεσης τους. Όλες οι κομμουνιστικές χώρες έχουν κρατικό μονοπώλιο. Δεν υπάρχουν όμως ενδείξεις ότι αυτό έφερε καμιά διαφορά στη σύνθεση, στο πλήθος ή στη σοβαρότητα των προβλημάτων. Ορισμένες κυβερνήσεις, όπως της Σουηδίας, της Φιλανδίας και της πολιτείας Ουάσιον των Η.Π.Α, προσπάθησαν να θέσουν υπό έλεγχο την ατομική κατανάλωση με ένα σύστημα ατομικών δελτίων για την προμήθεια τους. Στη Σουηδία το σύστημα αυτό εγκαταλείφθηκε, αφού δοκιμάστηκε 38 χρόνια. Προφανώς, εκείνοι που ήθελαν να πιουν πολύ μπορούσαν να βρουν αποθέματα, ακόμη και όταν είχαν μείνει χωρίς δελτία<sup>2</sup>.

#### **i. *Αύξηση της παραγωγής και της κατανάλωσης του αλκοόλ***

Στη διάρκεια των δεκατεσσάρων χρόνων που ίσχυσε η ποιοαπαγόρευση, η παραγωγή των αποσταγμένων οινοπνευματωδών ποτών τριπλασιάστηκε και των μη αποσταγμένων διπλασιάστηκε σε σχέση με την περίοδο πριν από την εφαρμογή της.

Σ' αυτά τα δεκατέσσερα χρόνια (1920- 1933), έκλεισαν τα νόμιμα μπαρ και στη θέση τους λειτούργησε τριπλάσιος αριθμός παράνομων οινοποιείων. Η λαθρεμπορία του αλκοόλ πήρε επιδημική μορφή. Δημιουργήθηκε μια εκτεταμένη μαύρη αγορά οινοπνεύματος, που ανεφοδιαζόταν συνεχώς από τις διογκούμενες παράνομες εισαγωγές και την αυξανόμενη τοπική παράνομη παραγωγή.

Κατά την τελευταία φάση της ποτοαπαγόρευσης, ο αριθμός των τοπικών διυλιστηρίων και των ζυθοποιείων είχε αυξηθεί τουλάχιστον κατά εκατό φορές σε σχέση με την αρχική φάση της εφαρμογής της.

Η κατανάλωση του οινοπνεύματος ακολούθησε την αυξητική πορεία της παραγωγής του και έφτασε σε επίπεδα αδιανόητα για την περίοδο πριν την ποτοαπαγόρευση. Η παραβίαση της απαγόρευσης είχε αναχθεί σε «εθνικό σπορ», δεδομένου ότι τα κατώτερα κοινωνικά στρώματα την καταστρατηγούσαν μαζικά, ενώ για τα μεσαία και ανώτερα στρώματα απλώς δεν ίσχυσε ποτέ.

Παράλληλα με την τρομακτική αύξηση της παραγωγής και της κατανάλωσης του αλκοόλ, η ποτοαπαγόρευση προκάλεσε και μια σημαντική μετατόπιση των καταναλωτών από το οινόπνευμα στα οπιούχα, με αποτέλεσμα κατά την περίοδο 1920-1933 να επαναληφθεί σε εθνική κλίμακα ό,τι είχε συμβεί σε πολιτειακό επίπεδο στο διάστημα 1901- 1910

#### ii. ***Επιδείνωση των δεικτών υγείας***

Κατά την ποτοαπαγόρευση, τα προβλήματα υγείας πολλαπλασιάστηκαν με καλπάζοντες ρυθμούς. Οι θάνατοι, οι αρρώστιες και οι αναπηρίες ενός μεγάλου αριθμού ανθρώπων εξαιτίας της κατανάλωσης του νοθευμένου αλκοόλ της μαύρης αγοράς, είχαν ως αποτέλεσμα να δημιουργηθούν άπειρες ατομικές, οικογενειακές και κοινωνικές τραγωδίες, να αδρανοποιηθεί ένα υπολογίσιμο ποσοστό του ενεργού πληθυσμού και να υπονομευθεί η αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών παροχής περίθαλψης.

#### iii. ***Ισχυροποίηση του οργανωμένου εγκλήματος***

Έχοντας την μονοπωλιακή εκμετάλλευση της μαύρης αγοράς του αλκοόλ –η οποία δημιουργήθηκε αυτομάτως για να καλύψει το κενό που



δημιουργήθηκε η νομοθετική εξάλειψη της νόμιμης αγοράς- οι διάφορες εκφάνσεις του οργανωμένου εγκλήματος πραγματοποιούσαν ασύλληπτα κέρδη και ισχυροποιήθηκαν σε τέτοιο βαθμό, ώστε, με την κατάργηση της ποτοαπαγόρευσης (1933), να είναι απολύτως έτοιμες από υλική και οργανωτική άποψη:

1. Να αναλάβουν αμέσως τη διαχείριση άλλων κερδοφόρων δραστηριοτήτων (νόμιμη εμπορία οινοπνεύματος, τυχερά παιχνίδια, πορνεία, ναρκωτικά, εργολαβίες δημοσίων έργων, «προστασία» μαγαζιών κ.α.).
2. Να επιβάλουν την παρουσία τους στην αμερικάνικη κοινωνία ως θεσμός παράλληλος με την κρατική εξουσία. Η διαρκώς αυξανόμενη επιρροή των διαφόρων εκφάνσεων του οργανωμένου εγκλήματος αποδείχτηκε μερικά χρόνια αργότερα, όταν, μετά την είσοδο των ΗΠΑ στον πόλεμο, η αμερικάνικη κυβέρνηση αναγκάστηκε να συνάψει την περιβόητη Pax Luciana με την αμερικανοϊταλική Μαφία και τον αρχηγό της Lucky Luciano, προκειμένου να εξασφαλίσει τον έλεγχο του λιμανιού της Νέας Υόρκης και να το προστατέψει από ενδεχόμενα σαμποτάζ του εχθρού.

Το παράνομο αλκοόλ συνέχισε να παράγεται, να διατίθεται και να καταναλώνεται σ' όλη την έκταση των ΗΠΑ, προς αποκλειστικό όφελος του οργανωμένου εγκλήματος, που έλεγχε την παραγωγή και διακίνηση του.

#### iv. **αύξηση της εγκληματικότητας και του ποινικού πληθυσμού**

Η Ποτοαπαγόρευση πυροδότησε μια αλματώδη αύξηση της εγκληματικότητας και συγχρόνως καθιέρωσε μια καινούρια κατηγορία εγκλημάτων (τις ανθρωποκτονίες και τις ένοπλες ληστείες που συνδέονταν με τη διακίνηση του παράνομου αλκοόλ).

#### v. **καλπασμός της διαφθοράς**

Η ποτοαπαγόρευση προκάλεσε μια τρομακτική αύξηση των τιμών του αλκοόλ στη μαύρη αγορά και της διαφθοράς των κρατικών αξιωματούχων. Οι τιμές του παράνομου αλκοόλ –και κατ' αναλογία τα

κέρδη που προέκυπταν από τη διάθεση του- ήταν δυο έως δέκα φορές μεγαλύτερες από τις αντίστοιχες της περιόδου πριν από την απαγόρευση.

Ένα σημαντικό μέρος των κερδών των συνδικάτων του εγκλήματος που έλεγχαν την παράνομη διακίνηση του αλκοόλ «επενδύονταν» στην εξαγορά κρατικών αξιωματούχων.

Η διαφθορά των κρατικών και πολιτειακών οργάνων πήρε τρομακτικές διαστάσεις, με αποτέλεσμα την γελοιοποίηση και την καταρράκωση του κύρους της κρατικής εξουσίας, εξαιτίας του συνδυασμού της αδυναμίας των οργάνων της ποιοαπαγόρευσης να επιβάλουν το σεβασμό σε ένα νόμο που δεν ήταν αποδεκτός από την συντριπτική πλειοψηφία του πληθυσμού, και της πρωτοφανούς διαφθοράς των κρατικών, κυβερνητικών, δικαστικών και αστυνομικών υπαλλήλων, η οποία έφτασε να αποτελεί καθημερινό ανάγνωσμα στις εφημερίδες.

Επί δεκατέσσερα χρόνια, οι διαχειριστές της εξουσίας αποδείχτηκαν εξαιρετικά ικανοί στην εκμετάλλευση των συνθηκών που οι ίδιοι διαμόρφωναν, συμμετέχοντας ενθουσιωδώς και μαζικά στο «ευγενές άθλημα» της διαφθοράς, που δεν άφησε ανέγγιχτο κανένα τομέα της δημόσιας ζωής.

Με την ποιοαπαγόρευση, οι Ηνωμένες Πολιτείες κατέστησαν η πρώτη χώρα στον κόσμο που απαλλάχτηκε νομικά από το αλκοόλ. Αλλά αυτός ο ντε γιούρε αποκλεισμός του οινοπνεύματος ώθησε την ντε φάκτο κατανάλωση του στα ύψη, αύξησε τρομακτικά την εγκληματικότητα, δυνάμωσε το οργανωμένο έγκλημα και κατέστησε τη διαφθορά βασικό παράγοντα της δημόσιας ζωής.

Παρά το τεράστιο οικονομικό και κοινωνικό κόστος της ποιοαπαγόρευσης, οι υποστηρικτές της απαντούσαν στις συσσωρευμένες αποδείξεις της αποτυχίας της απαιτώντας και επιβάλλοντας όλο και πιο αυστηρά και καταπιεστικά μέτρα. Και η κατάσταση χειροτέρευε διαρκώς έως το 1933, οπότε αποφασίστηκε η άρση της ποιοαπαγόρευσης.

### 1.9.3 Η άρση της ποτοαπαγόρευσης (1933)

Το 1930, ο γερουσιαστής Morris Sheppard του Τέξας, φανατικός υπέρμαχος της απαγόρευσης του οινοπνεύματος και συντάκτης της 18<sup>ης</sup> Τροπολογίας με την οποία επιβλήθηκε η ποτοαπαγόρευση, διακήρυττε ότι είναι απίθανο να μπορέσει να καταργηθεί η 18<sup>η</sup> τροπολογία.

Τρία χρόνια αργότερα, το 1933, ο δημοκρατικός πρόεδρος Franklin Roosevelt προώθησε την ψήφιση της 21<sup>ης</sup> Τροπολογίας που ακύρωνε τη 18<sup>η</sup> Τροπολογία του 1920, βάζοντας τέλος σε μια ανώμαλη κατάσταση, απ' την οποία μόνος κερδισμένος ήταν το οργανωμένο έγκλημα και μοναδικός χαμένος η αμερικανική κοινωνία.

Με την κατάργηση της 18<sup>ης</sup> Τροπολογίας, της μοναδικής συνταγματικής τροπολογίας που καταργήθηκε μέχρι σήμερα στις ΗΠΑ, η αμερικάνικη κοινωνία βγήκε από τον εφιάλτη της απαγόρευσης του αλκοόλ<sup>14</sup>.

Ουσιαστικά η πιο διαδεδομένη σε παγκόσμια κλίμακα νομοθετική ρύθμιση σχετικά με τα οινοπνευματώδη ποτά είναι η φορολογία, που συνήθως είναι αρκετά βαριά. Όμως αν και η πολιτική της φορολογίας μπορεί να αποσκοπεί φαινομενικά στην μείωση της κατανάλωσης ή στον έλεγχο των αδειούχων πωλητών, η πραγματική επιδίωξη είναι τα έσοδα. Σε οποιαδήποτε περίπτωση, καμιά από τις συνηθισμένες μορφές κυβερνητικού ελέγχου δεν αποδείχτηκε ικανή να οδηγήσει στην εγκράτεια εκείνους που η ανάγκη τους να πιουν ξεφεύγει από τον έλεγχο τους<sup>2</sup>

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2°

### 2.1 Επιδημιολογία

Από το τέλος του Β παγκοσμίου πολέμου μέχρι τη δεκαετία του 70 η κατανάλωση αλκοόλ στο Δυτικό κόσμο παρουσίασε σημαντική αύξηση. Αντιθέτως τα τελευταία 15 χρόνια παρατηρείται σταδιακή μείωση της κατανάλωσης, η οποία αποδίδεται στην κατάλληλη πληροφόρηση, όσον αφορά στις επιπτώσεις του αλκοολισμού στην υγεία και την κοινωνική συμπεριφορά του ατόμου<sup>15</sup>.

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

Σε πολλές, επίσης, χώρες που περιλαμβάνεται και η Ελλάδα, αυξήθηκε η κατά κεφαλή κατανάλωση καθαρού αλκοόλ από 100% έως 500%. Στην Αγγλία, Ουαλία και Αυστραλία, μεταξύ 1949 και 1974, αυξήθηκαν κατά 70% οι θάνατοι από ηπατική κίρρωση. Στην Γαλλία 7% του πληθυσμού έχει υπολογιστεί ότι καθημερινά καταναλώνει ποσότητα οινοπνευματωδών που περιέχει 200 ml εθανόλης. Η θνησιμότητα από ηπατική κίρρωση στη Γαλλία, το 1974, ανήλθε στα 32,8 ανά 100.000 άτομα, στις Η.Π.Α. στα 15,8, στην Ιταλία στα 31,9 ενώ στην Ελλάδα στα 13,6 (Davies και Walsh, 1983). Τα ποσοστά του αλκοολισμού στις Η.Π.Α. σε παλαιότερες εκτιμήσεις ανέρχονταν στα 4.390 ενήλικα άτομα ανά 100.000 ενήλικους κατοίκους<sup>16</sup>.

Από τα ελάχιστα σχετικά δημοσιεύματα, αξιοπρόσεκτα είναι τα στοιχεία που αναφέρουν μια αύξηση της τάξεως του 36% όσον αφορά στη 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, (Υφαντοπούλος 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 Σιεφανή, 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 δυο ή περισσότερα προβλήματα εξαιτίας της συστηματικής κατανάλωσης της αλκοόλης.

Σύμφωνα με μια ανάλυση του 1987 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 δυο ή περισσότερα προβλήματα που σχετίζονται με το αλκοόλ. Είναι φανερό, ότι η τάση για κατάχρηση της αλκοόλης παρατηρείται στους νέους<sup>1</sup>.

**Υπερβολική κατανάλωση αλκοόλης και αναφερόμενα κοινωνικά προβλήματα ανά ηλικία, ομάδα και φύλο.**

		Ηλικία 12-17	Ηλικία 18-24	Ηλικία 25-64
<b>1</b>	Σύνολο	49%	42%	25%
	Άντρες	57%	59%	36%
	Γυναίκες	43%	29%	56%
				20%
<b>2</b>	Σύνολο	8%	14%	4%
	Άντρες	11%	24%	7%
	Γυναίκες	5%	6%	1%

Βρετανικές μελέτες χωρίζουν τις πηγές άντλησης των ερευνητικών στοιχείων σε:

1. Έρευνα σε νοικοκυριά.
2. Θνησιμότητα εξαιτίας της κατανάλωσης ή / και κατάχρησης της αλκοόλης.

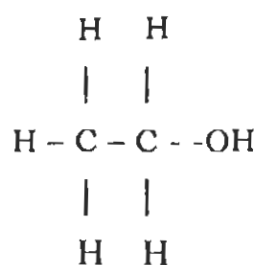
3. Εισαγωγές σε νοσοκομείο.
4. Δείκτες κατανάλωσης.

Λαμβάνοντας υπόψη το μέγεθος των κοινωνικών προβλημάτων που χαρακτηρίζουν την ελληνική κοινωνία, την παρατηρηθείσα αύξηση των καταστημάτων πώλησης αλκοολούχων ποτών, την κοινωνική απομόνωση και την γενικότερη τάση εκκοινωνισμού διαμέσου της αλκοόλης, είναι οίγουρο 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.

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

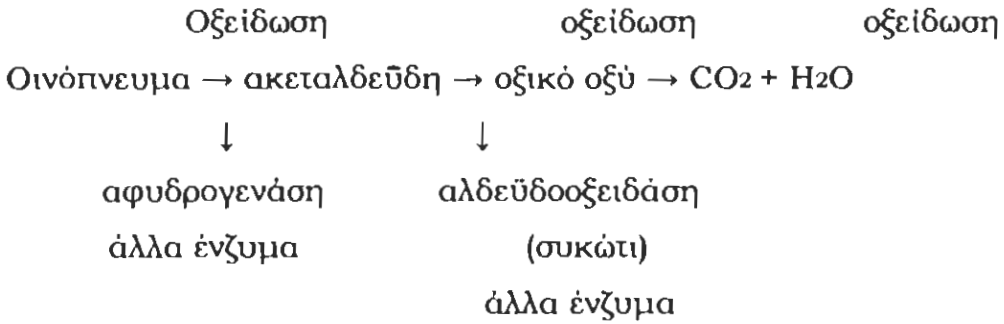
## 2.2 Αιθυλική αλκοόλη

Ο όρος αλκοόλ προέρχεται από την αραβική λέξη «al Kohl». Το αλκοόλ το οποίο βρίσκεται στα αλκοολούχα ποτά ονομάζεται αιθυλική αλκοόλη ή αιθανόλη και έχει το χημικό τύπο  $C_2H_5OH$ <sup>1</sup>.



Είναι υγρό άχρωμο που παίρνει εύκολα φωτιά και έχει ευχάριστη γεύση και που περιέχεται στα ποτά μέχρι και πέρα από 68-72%. Όταν παίρνεται απ' το στόμα, απορροφιέται πολύ γρήγορα, μέχρι και μέσα σε

30' λεπτά απ' την ώρα που το παίρνουμε, και μάλιστα η απορρόφηση του αρχίζει απ' το βλεννογόνο του στομάχου, που όταν είναι άδειο, απορροφά 20%, η κύρια όμως απορρόφηση γίνεται στο λεπτό έντερο. Όταν απορροφηθεί κατανέμεται ίδια σ' όλο τον οργανισμό και μεταβολίζεται με οξείδωση, βασικά μέσα στο συκώτι (95% απ' την ποσότητα του), σύμφωνα με την αντίδραση<sup>17</sup>:



Η Ιατρική επιστήμη του 19<sup>ου</sup> αιώνα χρησιμοποιεί επισήμως την αιθυλική αλκοόλη ως τονωτικό του νευρικού συστήματος. Είναι χαρακτηριστικό ότι στα συγγράμματα Φαρμακολογίας της εποχής εκείνης το οινόπνευμα και ο οίνος περιγράφονται αναλυτικότερα και κατατάσσονται στα «Remedia excitantia». Στη σύγχρονη Φαρμακολογία, η αιθυλική αλκοόλη αναφέρεται συνήθως μαζί με τα αντισηπτικά. Αξίζει, παρ' όλα αυτά, να σημειωθεί, ότι αρκετές Εθνικές Φαρμακοποιίες εξακολουθούν να περιγράφουν αναλυτικά το οινόπνευμα, τόσο για την ευρεία του χρήση στη Φαρμακοβιομηχανία ως διαλυτικού εκδόχου, όσο και για συγκεκριμένες παλαιές θεραπευτικές του ιδιότητες. Για παράδειγμα, το «spiritus vini», που είναι μια μορφή δυνατού ποιού (Brandy) συνίσταται για την πρόληψη των πρώιμων ωδίνων κατά το τέλος της κύησης. Δεν είναι περίεργο το γεγονός ότι τέτοιου είδους «θεραπευτικές» χρήσεις εξακολουθούν να κατέχουν σημαντική θέση σε κάποιες χώρες.

Η αιθυλική αλκοόλη θεωρείται σχετικά ασθενές φάρμακο, δεδομένου ότι για να δράση απαιτείται η κατανάλωση αρκετών γραμμαρίων. Επειδή η κατανάλωση του οινοπνεύματος είναι μέρος της

καθημερινής ζωής, μερικές φορές δεν είναι εύκολη η ακριβής εκτίμηση για το ποσό που έχει ληφθεί<sup>3</sup>.

Θεραπευτικά το οινόπνευμα χρησιμοποιείται σαν τοπικό αντισηπτικό, σε πυκνότητα 20-95% ή σε διαίτες για να εξοικονομούμε θερμίδες (1gm οινόπνευμα = 7,1 θερμίδες, 1gm υδατάνθρακες = 4 θερμίδες και 1gm λίπος = 9 θερμίδες). Ακόμα, χρησιμοποιείται στην παρασκευή διαλυμάτων και βαμμάτων ή για να φέρει όρεξη για φαγητό ή ακόμα σε διήθηση νεύρων για τον έλεγχο επίμονων νευραλγιών (2-4 ml οينوπνεύματος)<sup>17</sup>.

### 2.3 Προέλευση και παραγωγή

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

Η ευρεία της κατανάλωση στη Φαρμακοβιομηχανία και η μεγάλη της διάδοση με τη μορφή ποικίλων σκευασμάτων και παρασκευασμάτων,



όπως και οι οينوπνευματώδων ποτών, οφείλεται στο γεγονός ότι το οινόπνευμα είναι αφ' ενός υδροδιαλυτό και αφ' ετέρου μπορεί να

χρησιμοποιηθεί ως οργανικός διαλύτης λιποδιαλυτών ενώσεων<sup>3</sup>.

Η αιθυλική αλκοόλη έχει πυκνότητα 0,806, βράζει στους 78<sup>0</sup>, καίγεται με κυανή φλόγα και έχει αξιόλογη θερμική ισχύ. Παράγεται με απόσταξη των προϊόντων ζύμωσης του σταφυλιού, των σταφυλιδών, των



τεϋτλων, της μελάσσας και του αμύλου των δημητριακών. Με την απόσταξη φτάνουμε σ' ένα προϊόν που περιέχει 5% νερό και καταφεύγουμε έπειτα σε ειδικές μεθόδους για να πετύχουμε μεγαλύτερο βαθμό καθαρότητας (απόλυτη αλκοόλη)<sup>18</sup>.

## 2.4 Απορρόφηση

Όταν εισάγεται στο σώμα ένα οινοπνευματώδες ποτό, αραιώνεται από τα υγρά του στομάχου και πολύ γρήγορα κατανέμεται σε ολόκληρο το σώμα. Ένα μικρό ποσοστό μπαίνει στην κυκλοφορία κατευθείαν από τα τοιχώματα του στομάχου. Το μεγαλύτερο περνάει από τον πυλωρό στο λεπτό έντερο, από όπου απορροφάται πολύ γρήγορα και μπαίνει στην κυκλοφορία<sup>2</sup>.

Η αιθυλική αλκοόλη απορροφάται με μεγάλη ευκολία από ολόκληρο το πεπτικό σύστημα. Επίσης, με τη μορφή ψεκαζομένων μικροσταγονιδίων, είναι δυνατόν να απορροφηθεί από το αναπνευστικό επιθήλιο. Η υποδόρια ή ενδομυϊκή ένεση αιθανόλης έχει τον περιορισμό της πυκνότητας. Μεγάλης πυκνότητας διαλύματα δεν απορροφώνται εύκολα, επειδή προκαλούν κατακρήμνιση των πρωτεϊνών και σταματούν την κυκλοφορία του αίματος στο σημείο της ένεσης<sup>3</sup>.

Εξάλλου, επειδή είναι ένα μικρό λιποδιαλυτό μόριο διεισδύει εύκολα στις μεμβράνες του σώματος. Αν εξατμιστεί, μπορεί να απορροφηθεί σχεδόν αμέσως από τους πνεύμονες. Γι' αυτό το λόγο, οι εισπνοές αιθυλικής αλκοόλης (καθαρού αλκοόλ) είναι ιδιαίτερα επικίνδυνες, αν λάβει κανείς υπόψη ότι η ταχεία απορρόφηση και η κατανομή αυτής της ουσίας στον εγκέφαλο μπορεί να προκαλέσει αιφνίδια καταστολή των κέντρων ελέγχου του αναπνευστικού συστήματος<sup>1</sup>.

Ο ρυθμός ελαττώσεως του επιπέδου του οινοπνεύματος στο αίμα είναι αρκετά σταθερός. Αυτό σημαίνει, ότι ανεξάρτητα απ' τις συνθήκες και τη διάρκεια που χρειάζεται κάποιος να μεθύσει, όταν φθάσει σ' ένα ορισμένο μέγιστο επίπεδο οινοπνεύματος στο αίμα, το χρονικό διάστημα που χρειάζεται το οινοπνεύμα για να αποβληθεί απ' το σώμα θα είναι το

ίδιο όπως και για κάποιον άλλο, που θα μεθύσει γρηγορότερα ή αργότερα<sup>19</sup>.

Η ταχύτητα απορροφήσεως του αλκοόλ στο αίμα εξαρτάται από έναν αριθμό παραγόντων που είναι οι εξής:

Η παρουσία φαγητού στο στομάχι επιβραδύνει την απορρόφηση του αλκοόλ στον οργανισμό ως και 50%.

Η απορρόφηση του οινοπνεύματος από το πεπτικό σύστημα υπόκειται σε επίδραση ποικίλων παραγόντων, όπως π.χ. η παρουσία τροφής, η οποία ως γνωστόν καθορίζει την ταχύτητα προώθησης του γαστρικού περιεχομένου προς το έντερο. Γενικώς, η παρουσία τροφής οδηγεί σε ολική απορρόφηση του οινοπνεύματος μετά από 2 έως 6 ώρες. Αντίθετα, στο λεπτό έντερο η απορρόφηση είναι ταχύτερη και πλήρης, χωρίς να επηρεάζεται από άλλους παράγοντες. Εξαιρέση αποτελεί η παρουσία τροφής με λιπαρά συστατικά, τα οποία επιβραδύνουν ελαφρώς την τελική απορρόφηση του οινοπνεύματος<sup>3</sup>.

Συγκέντρωση αλκοόλ στο ποτό. Η συγκέντρωση της αλκοόλης σ' ένα δεδομένο ποτό θα καθορίσει πόσο γρήγορα θα περάσει στο αίμα. Τεστ έχουν δείξει ότι τα ποτά με υψηλή συγκέντρωση αλκοόλης όπως το ρούμι και ουίσκι, απορροφώνται ταχύτερα από τα ποτά που το αλκοόλ τους είναι διαλυμένο όπως το κρασί. Μ' αυτό το τρόπο, το επίπεδο της αλκοόλης στο αίμα θα είναι υψηλότερο μετά από ένα ποτό περιεκτικότητας 50% σε αλκοόλη όπως το ρούμι που περιέχει μισή σύγχα αλκοόλ, και όχι τα τρία ποτήρια κρασί ίσης ποσότητας αλκοόλης.

Πόσο γρήγορα καταναλώνεται το αλκοόλ. Στο ήπαρ το αλκοόλ διασπάται σε νερό και διοξείδιο του άνθρακα. Εφ' όσον το συκώτι μπορεί να διατηρεί την ταχύτητα με την οποία η ποσότητα του αλκοόλ καταναλίσκεται, η μέθη αποφεύγεται. Ο μέσος άνθρωπος μπορεί να αφομοιώσει περίπου ένα και μισό (1 ½) ποτό κάθε μια ώρα χωρίς να μεθύσει. Το επίπεδο αλκοόλης στο αίμα θα παραμείνει χαμηλά εάν κάποιος πίνει αργά και νωχελικά.

Το βάρος σώματος του πότη. Όσο μεγαλύτερο είναι το βάρος ενός ανθρώπου τόσο περισσότερο αφομοιώνει το αλκοόλ χωρίς να παρουσιάζει σημεία μέθης. Επειδή ένα σωματώδες έχει περισσότερο αίμα απ' όσο ένα

μικρόσωμο, η συγκέντρωση του οίνοπνεύματος στο αίμα του σωματώδους ατόμου αυξάνει αργότερα και φθάνει τελικά σε χαμηλότερα επίπεδα απ' όσο στο μικρόσωμο, που πίνει την ίδια ποσότητα οίνοπνεύματος. Στην πραγματικότητα το ότι το ελαφρύτερο άτομο αντέχει λιγότερο στο αλκοόλ από ένα βαρύτερο, αυτό έχει να κάνει με το βάρος του σώματος και όχι μόνο με την έλλειψη του αυτοελέγχου.

Φυσική ανοχή. Η τακτική χρήση οίνοπνεύματος οδηγεί σε βαθμιαίο «εγκλιματισμό» σε αξιόλογες ποσότητες του στο αίμα. Ο εγκέφαλος «συνηθίζει» επίσης, στο περιβάλλον του οίνοπνεύματος. Σαν αποτέλεσμα, οι μεγάλοι ποτές, μπορεί να είναι σε θέση να δείχνουν κανονικοί και να συμπεριφέρονται με φαινομενικά φυσιολογικό τρόπο, ακόμα και αν το επίπεδο οίνοπνεύματος στο αίμα τους θα έκανε κάποιον ασυνήθιστο στο ποτό να δείχνει πολύ μεθυσμένος. Τα φαινόμενα, ωστόσο, απατούν.

Όσοι συνηθίζουν να πίνουν, μπορεί να μιλούν ευχάριστα και με συνειρμό, αλλά η ικανότητα τους να οδηγούν αυτοκίνητο θα έχει διαταραχθεί, αν τα επίπεδα του οίνοπνεύματος στο αίμα τους ξεπεράσουν μια ορισμένη τιμή.

Μια δυσάρεστη συνέπεια της αυξημένης ανοχής είναι ότι γίνονται εξαρτημένοι από τη συγκέντρωση οίνοπνεύματος στο αίμα τους. Ακόμα, θα χρειάζονται όλο και μεγαλύτερες ποσότητες για να έχουν τις επιδράσεις που απαιτείτε απ' το ποτό, με αποτέλεσμα η εξάρτηση αυτή να οδηγεί σε εθισμό.

Δραστηριότητα του στομάχου. Φόβος, νευρικότητα και θυμός μπορούν να επηρεάσουν την ταχύτητα με την οποία το αλκοόλ διέρχεται από το στομάχι στο κυκλοφορικό. Αυτά τα συναισθήματα συχνά αυξάνουν το περιεχόμενο του οξέος στο στομάχι και βοηθούν την γρηγορότερη απορρόφηση του αλκοόλ.

Η συναισθηματική κατάσταση του πότη επηρεάζει την απορρόφηση του αλκοόλ και δημιουργεί διαφορετικό ρυθμό μέθης κάθε φορά.

Χημικά που συνθέτονται από το σώμα. Δυο άτομα που πίνουν θα περιμέναμε να έχουν το αυτό ποσοστό απορρόφησης, αλλά αυτό δε συμβαίνει στην πραγματικότητα. Αυτοί που έχουν το αυτό βάρος και πίνουν την ίδια ποσότητα κάτω από τις ίδιες συνθήκες μπορούν να δρουν

διαφορετικά στο αλκοόλ. Πιστεύεται ότι κάθε άτομο διαφέρει στα χημικά του σώματος, τα οποία ποικίλουν από άτομο σε άτομο<sup>20</sup>.

## 2.5 Κατανομή

Το οινόπνευμα διαχέεται στο σώμα ανάλογα με την περιεκτικότητα σε νερό των διαφόρων ιστών και οργάνων και εμφανίζεται σε μεγαλύτερη συγκέντρωση στο αίμα και στον εγκέφαλο παρά στον λιπώδη ή τον μυϊκό ιστό<sup>2</sup>.

Επειδή το αλκοόλ είναι ένα μικρό μόριο ευδιάλυτο στο νερό και το λίπος, γι' αυτό παρουσιάζει ίση κατανομή σ' όλα τα υγρά του σώματος και σ' όλους τους ιστούς συμπεριβαλαμβανομένων και αυτών του εγκεφάλου. Η αλκοόλη διαχέεται επίσης σε όλους τους μύς του σώματος<sup>1</sup>.

Η κατανομή της αιθυλικής αλκοόλης γίνεται ομοιόμορφα μέσα στην υδατική φάση του οργανισμού, με την κυκλοφορία του αίματος. Η συγκέντρωση της στον εγκέφαλο εξομοιώνεται ταχύτατα με τη συγκέντρωση στο αίμα. Επειδή το οινόπνευμα δεν παρεμποδίζεται από τον αιματοεγκεφαλικό φραγμό, διέρχεται κατά μείζονα λόγο, με μεγάλη ευκολία, τον αιματοπλακουντιακό φραγμό<sup>3</sup>.

Είναι χαρακτηριστικό ότι ένα παχύ ή μωδές άτομο παρουσιάζει συνήθως χαμηλότερα επίπεδα αλκοόλης στο αίμα απ' ότι ένα αδύνατο άτομο. (Με άλλα λόγια οι χοντροί χρειάζονται περισσότερο αλκοόλ για να μεθύσουν απ' ότι χρειάζονται οι αδύνατοι!!!). Επίσης ενδιαφέρον είναι ότι όσο μεγαλύτερος ο όγκος του σώματος, τόσο μεγαλύτερη είναι η διάρκεια της τοξικότητας από την κατανάλωση της αλκοόλης.

Τελικά, το οινόπνευμα που περιέχεται στη ληφθείσα ποσότητα του αλκοολούχου ποτιού, κατανέμεται ομοιόμορφα σε όλο το νερό του οργανισμού, η δε διάλυση και κατανομή του θεωρούνται ότι ολοκληρώθηκαν, όταν αυτό περιέχεται στα ίδια ποσοστά στο αρτηριακό, το φλεβικό και το τριχοειδικό αίμα.

Η συγκέντρωση του αλκοόλ στο αίμα εξαρτάται από τους εξής παράγοντες σύμφωνα με τον Andres Goth

1<sup>ο</sup> την ποσότητα του αλκοόλ και την ταχύτητα με την οποία ελήφθη

2<sup>ο</sup> την ταχύτητα απορροφήσεως

3<sup>ο</sup> το σωματικό βάρος και την περιεκτικότητα του οργανισμού σε νερό και

4<sup>ο</sup> το ρυθμό μεταβολισμού της αιθανόλης.

## **2.6 Αλληλεπιδράσεις του αλκοόλ με άλλες φαρμακευτικές ουσίες**

Σύμφωνα με δημοσιεύματα από αθηναϊκή εφημερίδα ο αριθμός των ατυχημάτων τα τελευταία 20 χρόνια ύστερα από συνδυασμό αλκοόλ και φαρμάκων έχει αυξηθεί κατά 105% και ένα ποσοστό οφείλεται στο αλκοόλ ή τις παρενέργειες των φαρμάκων.

Οι κατηγορίες φαρμάκων που απαιτούν ιδιαίτερη προσοχή στην χορήγηση είναι τα αγχολυτικά, τα νευροληπτικά, τα αναλγητικά-αντιρρευματικά, τα μυοχαλαρωτικά, τα υπογλυκαιμικά και τα φάρμακα για το καρδιαγγειακό σύστημα.

Ένα φάρμακο θεωρείται ότι δρα αρνητικά στην ικανότητα οδήγησης εάν μεταξύ των ανεπιθύμητων καταστάσεων που παρουσιάζονται είναι ζάλη, κόπωση, παραισθήσεις, υπνηλία.

Σύμφωνα με τον Andres Goth οι παρενέργειες αυτών των επικίνδυνων φαρμακευτικών ουσιών στον οργανισμό μας είναι οι εξής:

### **1 Υπνωτικά- Βαρβιτουρικά**

Βαρβιτουρικά- Υπνωτικά + Αιθανόλη → Επίταση καταστολής του Κ.Ν.Σ.

### **2 Αγχολυτικά- Αντιψυχωτικά**

Αγχολυτικά- Αντιψυχωτικά + Αιθανόλη → Επίταση καταστολής του Κ.Ν.Σ.

### **3 Ανταγωνιστές ισταμίνης**

Αντιισταμινικά + Αιθανόλη → Επίταση καταστολής του Κ.Ν.Σ.

Αντίθετα τα φάρμακα με μικρό θεραπευτικό δείκτη σπάνια προκαλούν σοβαρά προβλήματα<sup>21</sup>.

## 2.7 Μεταβολισμός

Το οινόπνευμα διαφέρει από τις περισσότερες ουσίες, επειδή ο μεταβολισμός του ακολουθεί κινητική μηδενικής τάξης και γίνεται με κάποιο σταθερό ρυθμό στη μονάδα του χρόνου. Το ποσό αυτό είναι σχετικά εύκολο να υπολογιστεί γιατί εξαρτάται από το βάρος του σώματος, συνάρτηση του οποίου είναι και η αφομοιωτική ικανότητα του οργανισμού<sup>3</sup>.

Από την ποσότητα της αλκοόλης που καταναλώνει το άτομο, το 80% μεταβολίζεται στο ήπαρ, 10% αποβάλλεται αναλλοίωτο με την εκπνοή (πνεύμονες) και την ούρηση (νεφρούς) και το υπόλοιπο μεταβολίζεται σε άλλα σημεία του σώματος<sup>1</sup>.

Το ήπαρ είναι το βασικό όργανο μεταβολισμού της αιθανόλης. Ο μεταβολισμός της αιθανόλης στο ηπατικό κύτταρο δεν ρυθμίζεται από μηχανισμό παλίνδρομης αλληλεξαρτήσεως (Feedback mechanism), με αποτέλεσμα όση ποσότητα αιθανόλης προσφέρεται στο ηπατικό κύτταρο να οξειδώνεται, σε βάρος μάλιστα όλων των άλλων ουσιών που προσφέρονται για μεταβολισμό στο ήπαρ.

Η αιθανόλη μεταβολίζεται στο ηπατικό κύτταρο διαμέσου του κυτοπλασματικού ενζύμου σε υδρογενάση του οίνοπνεύματος και μετατρέπεται σε ακεταλδεϋδη<sup>22</sup>.

Έχουν περιγραφεί επίσης και άλλες μεταβολικές οδοί του οίνοπνεύματος, όπως η καταλάση και η μικτή οξειδάση των μικροσωμάτων, αλλά δεν είμαστε προς το παρόν σε θέση να γνωρίζουμε την ακριβή συμβολή τους στη συνολική οξείδωση της αιθανόλης. Πιθανότατα, τα συστήματα αυτά αναλαμβάνουν σε περιπτώσεις υπερκορεσμού του βασικού ενζυμικού συστήματος των αφυδρογονασών. Ένα μικρό μόνο μέρος αιθανόλης απεκκρίνεται αναλλοίωτο, ακόμη και όταν έχει καταναλωθεί πολύ μεγάλη ποσότητα οίνοπνεύματος.

Επειδή το προϊόν οξείδωσης της ακεταλδεϋδης, το οξεικό οξύ, μπορεί να εισέλθει σε φυσιολογικές μεταβολικές οδούς του οργανισμού (όπως ο κύκλος του κιτρικού οξέος), είναι φυσικό η οξείδωση της αιθανόλης να αποδίδει ενέργεια. Έχει υπολογισθεί ότι ένα γραμμάριο αιθανόλης αποδίδει περίπου 7 Kcal, με αποτέλεσμα να μεταβάλλεται σημαντικά το ισοζύγιο ενέργειας, ιδιαίτερα σε περιπτώσεις κατάχρησης<sup>3</sup>.

Μόλις τελειώσει η απορρόφηση, η αιθυλική αλκοόλη οξειδώνεται με σταθερό ρυθμό, ανεξάρτητα από τη συγκέντρωση στο αίμα. Στην πραγματικότητα ελαφρώς περισσότερο οινόπνευμα οξειδώνεται ανά ώρα όταν οι αρχικές συγκεντρώσεις είναι πολύ υψηλές, από την άλλη ο ρυθμός οξείδωσης της ακεταλδεϋδης εξαρτάται από την συγκέντρωση στους ιστούς για το μεταβολισμό ορισμένης ποσότητας ακεταλδεϋδης που προκαλεί ναυτία, εμετό και υπόταση. (Αυτή η φαρμακολογική αρχή αποτελεί την βάση της θεραπείας του αλκοολισμού με Antabuse)<sup>21</sup>.

Η σταθερή ταχύτητα με την οποία μεταβολίζεται το οινόπνευμα θέτει περιορισμούς στο συνολικό ποσό που μπορεί να καταναλωθεί, μέσα σε συγκεκριμένο χρονικό διάστημα. Έχει επίσης μεγάλη Ιατροδικαστική σημασία, διότι είναι δυνατόν να προσδιορισθεί με σχετική ακρίβεια το επίπεδο του οινόπνευματος στο αίμα σε κάποια προηγούμενη χρονική στιγμή, ακόμη και αρκετές ώρες μετά<sup>3</sup>.

Το αλκοόλ έχει και μερικές άλλες μεταβολικές επιδράσεις. Επηρεάζει το μεταβολισμό των υδατανθράκων και μπορεί να προκαλέσει υπογλυκαιμία με την παρεμπόδιση της γλυκονογενέσεως. Πάντως σημαντικός βαθμός υπογλυκαιμίας εμφανίζεται μόνο όταν τα ηπατικά αποθέματα γλυκογόνου έχουν εξανληθεί. Κάτω από ορισμένες συνθήκες το οινόπνευμα μπορεί επίσης να επηρεάσει την περιφερική χρησιμοποίηση της γλυκόζης και να προκαλέσει υπεργλυκαιμία. Κατά την οξείδωση της αιθανόλης παρατηρείται ταυτόχρονη παραγωγή ανηγμένου δινουκλεοτιδίου της νικοτιναμιδοαδενίνης (NAD), με αποτέλεσμα τη μετατροπή του πυροσταφυλικού σε γαλακτικό οξύ. Έτσι ο αλκοολισμός μπορεί να προκαλέσει αυξημένα επίπεδα γαλακτικού οξέος στον ορό, μερικές φορές γαλακτική οξέωση, καθώς επίσης και

υπερουρικαιμία που να οφείλεται στην ανασταλτική δράση του γαλακτικού οξέος στην νεφρική απέκκριση ουρικού οξέος<sup>23</sup>.

Στον τομέα του μεταβολισμού των λιπιδίων μπορεί να προκαλέσει υπερτριγλυκεριδαιμία και να οδηγήσει σε λιπώδη εκφύλιση του ήπατος. Η οξεία υπερλιπαιμία οφείλεται σε ενεργοποίηση του συμπαθητικού, την έκλυση νοραδρεναλίνης και τη λιπόλυση στις λιπαποθήκες. Η ενέργεια αυτή μπορεί να ανασταλεί με τη χορήγηση β- αδρενεργικών αναστολέων. Οι χρόνιοι αλκοολικοί εμφανίζουν ανεπαρκή απομάκρυνση των λιπιδίων από το αίμα, που οφείλεται σε ελαττωμένη δραστικότητα του ενζύμου λιποπρωτεϊνική λιπάση.

Η λιπώδης διήθηση του ήπατος, που εμφανίζεται συχνά στους αλκοολικούς, περιλαμβάνει τους εξής μηχανισμούς: **1)** αυξημένη κινητοποίηση του λίπους των λιποαποθηκών, **2)** αυξημένη εστεροποίηση προς σχηματισμό τριγλυκεριδίων μάλλον, παρά φωσφολιπιδίων ή εστέρων χοληστερόλης, και **3)** ελάττωση της εξόδου τριγλυκεριδίων από το ηπατοκύτταρο<sup>20</sup>.

Το αλκοόλ έχει και άλλες νεφρικές επιδράσεις. Οι ασθενείς εμφανίζουν συχνά χαμηλά επίπεδα φωσφορικών αλάτων και μαγνησίου στον ορό προφανώς εξαιτίας αυξημένης νεφρικής απεκκρίσεως αυτών των ιόντων. Παρατηρούνται επίσης εμφανείς επιδράσεις στην απέκκριση του ύδατος. Το οινόπνευμα δεν αλλοιώνει την ευαισθησία των ουροφόρων σωληναρίων στην ενδογενή είτε εξωγενή ADH (Pitressin) και δεν έχει φανερή επίδραση στην αιμοδυναμική του νεφρού σε φυσιολογικά άτομα. Ο βαθμός αυξήσεως της διουρήσεως συνδέεται στενότερα με τη διάρκεια της ανόδου του επιπέδου του οίνοπνεύματος στο αίμα παρά με το ρυθμό αυξήσεως του οίνοπνεύματος και εμφανίζεται μόνο κατά την αρχική φάση της χορηγήσεως οίνοπνεύματος. Παρατηρείται επίσης αυξημένη απέκκριση αμμωνίου και οξέων με τα ούρα μετά την κατανάλωση οίνοπνεύματος λόγω ελαφρού βαθμού μεταβολικής και αναπνευστικής οξεώσεως<sup>23</sup>.



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3°

### ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΣ

#### 3.1 Ορισμοί

Η προσπάθεια για ένα καθαρό ορισμό του «αλκοολισμού» και ο οριακός του διαχωρισμός από την απλή χρήση του οινοπνεύματος ήταν και είναι αρκετά δύσκολη. Τα κριτήρια που χρησιμοποιήθηκαν και χρησιμοποιούνται για να στηρίξουν τους διάφορους ορισμούς είναι δίχως άλλο ασαφή και πολύ λίγο συνεισφέρουν στο ξεκαθάρισμα των ορίων, που δηλαδή τελειώνει η απλή χρήση και πού αρχίζει η κατάχρηση και η εξάρτηση από το οινόπνευμα<sup>6</sup>.

Παρ' όλο που έχουν γραφτεί εκατοντάδες βιβλία για το θέμα, ο ακριβής ορισμός συζητιέται ακόμα. Υπάρχει, συνήθως, συμφωνία όταν η εξάρτηση είναι σοβαρή και τα περισσότερα στοιχεία του συνδρόμου της εξάρτησης από την αλκοόλη είναι φανερά. Αλλά δεν υπάρχει σαφής διαχωριστική γραμμή για το πότε ο μεγάλος πότης γίνεται αλκοολικός. Επειδή η εξάρτηση από την αλκοόλη είναι μια συνεχής κατάσταση, που κυμαίνεται από την ελαφριά ως τη βαριά μορφή, δεν πρόκειται να κερδίσουμε τίποτα με το να καθορίσουμε ένα σημείο πάνω απ' το οποίο κάποιος είναι αλκοολικός και κάτω απ' το οποίο έχει απλά πρόβλημα με το ποτό<sup>4</sup>.

Η υπερβολική κατανάλωση αιθυλικής αλκοόλης είναι, χωρίς αμφιβολία, ένα από τα μεγαλύτερα ψυχοκοινωνικά προβλήματα. Τα άτομα που καταναλώνουν αλκοόλη έχουν κατηγοριοποιηθεί σε τέσσερις τύπους: **1)** στους κοινωνικούς πότες, **2)** στους επεισοδιακά υπερβολικούς πότες, **3)** στους προοδευτικά υπερβολικούς πότες και **4)** στους χρόνιους αλκοολικούς. Η διαίρεση αυτή δε διευκολύνει τη διάκριση των παθολογικών καταστάσεων από την εξάρτηση από το αλκοόλ. Μια διαίρεση της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας των διαταραχών από τη χρήση του οινοπνεύματος διακρίνει δυο καταστάσεις: **1)** την κατάχρηση αλκοόλ που είναι **α)** η ανάγκη μιας καθημερινής χρήσης αλκοόλ για την επαρκή λειτουργία του ατόμου και **β)** η έκπτωση της

κοινωνικής ή επαγγελματικής λειτουργίας του ατόμου και **2)** την εξάρτηση από αλκοόλ που διακρίνεται στον παθολογικό τύπο χρήσης αλκοόλ, στην έκπτωση της κοινωνικής ή επαγγελματικής λειτουργίας του ατόμου ή στην ανοχή απέναντι στο αλκοόλ ή στο στερητικό σύνδρομο<sup>16</sup>.

Στο τέλος της δεκαετίας του 1840, ο σουηδός γιατρός Huss χρησιμοποίησε για πρώτη φορά τον όρο «αλκοολισμός». Η δεκαετία του '60 αποτέλεσε σταθμό στον προβληματισμό για τη σαφήνεια και τη λειτουργικότητα των όρων «αλκοολισμός» και «αλκοολικός». Ο διάσημος αμερικανός γιατρός Jellinek (1960) υποστήριξε ότι ο όρος «αλκοολισμός» δηλώνει «διαφορετικές καταστάσεις» σε διαφορετικά «πολιτισμικά περιβάλλοντα». Με το ίδιο σκεπτικό, ο Keller (1960) πρότεινε ότι «... κανένας μονοδιάστατος ορισμός του αλκοολισμού δεν είναι κατάλληλος για όλους τους ερευνητικούς σκοπούς...».

Παρόλο τον προβληματισμό, τις διαφωνίες και τις δυσκολίες για την εξεύρεση ενός «κατάλληλου» ορισμού του φαινομένου, τα τελευταία χρόνια παρατηρείται μια σχετική υπέρβαση αυτών των δυσκολιών. Αυτό διαφαίνεται από τις διαδοχικές εκθέσεις της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας (Π.Ο.Υ.). Για παράδειγμα, η έκθεση της ειδικής επιτροπής της Π.Ο.Υ. του 1952 (WHO 1952) όριζε ως αλκοολικό το άτομο εκείνο, η καταναλωτική συμπεριφορά του οποίου παρεξέκλινε από τα πολιτιστικά του πρότυπα<sup>1</sup>.

Ειδικότερα ο ορισμός που προτάθηκε από την επιτροπή εμπειρογνομόνων της Π.Ο.Υ. το 1952, υπογράμμισε την παθολογική εξάρτηση του ασθενούς από το οινόπνευμα και αναφέρεται ότι: «οι αλκοολικοί είναι πότες υπερβολικών ποσοτήτων οινοπνευματωδών. Η εξάρτησή τους από το αλκοόλ είναι τόση, ώστε εμφανίζουν είτε κάποια έκδηλη ψυχική διαταραχή είτε εκδηλώσεις προσβολής της σωματικής και της ψυχονοητικής τους υγείας είτε διαταραχές των σχέσεων τους με τους άλλους, της κοινωνικής τους συμπεριφοράς και των βιοποριστικών δραστηριοτήτων τους είτε, τέλος, πρόδρομα σημεία όλων αυτών των διαταραχών. Πρέπει να υποβάλλονται σε θεραπεία»<sup>24</sup>.

Η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, σε μια προσπάθεια να δώσει τον ορισμό θέτει ορισμένα κριτήρια και θεωρεί ως αλκοολισμό:

«κάθε μορφή κατανάλωσης οινόπνευματών ποτών η οποία ξεφεύγει από την παραδοσιακή και εθιμική (διαιτητική) χρήση οινόπνεύματος ή δεν ανταποκρίνεται στα πλαίσια της κοινωνικής συναναστροφής, μέσα σε μια συγκεκριμένη κοινωνική ομάδα, ανεξάρτητα από τους αιτιολογικούς παράγοντες μιας τέτοιας συμπεριφοράς»<sup>3</sup>.

Η παθολογική εξάρτηση αποτελεί το βασικό κριτήριο, κοινό σε όλες τις μορφές του αλκοολισμού, ανεξάρτητο από τους τρόπους με τους οποίους εκφράζεται η διαταραχή και τις κοινωνικές της συνέπειες. «Υπάρχει αλκοολισμός, όταν το άτομο έχει στην πραγματικότητα χάσει την ελευθέρια να απέχει του οινόπνεύματος» (Fouquet)<sup>24</sup>.

Οι δυσκολίες σχετικά με την έννοια του όρου «αλκοολισμός» οδήγησαν, στην καθημερινή πράξη, σε μια προσπάθεια περιγραφής περισσότερο αυτού που πιστεύουμε ότι συνθέτει της ασθένειας αυτής. Έτσι, προσπαθούμε να μεταδώσουμε στους ασθενείς μας ότι: «αλκοολικός είναι κάποιος, που επί μακρό χρονικό διάστημα καταναλίσκει ποσότητες οινόπνευματών ποτών, κατά τέτοιο τρόπο, ώστε του είναι σχεδόν αδύνατο να παραιτηθεί από αυτές ή κάποιος, που συχνά χάνει τον έλεγχο σχετικά με την ποσότητα που πίνει, με αποτέλεσμα τη συχνή κατάσταση μέθης.

Αλκοολικός είναι επίσης κάποιος, που σε ορισμένα χρονικά διαστήματα ή κάτω από ορισμένες καταστάσεις καταναλίσκει ασυνήθιστες γι' αυτόν ποσότητες οινόπνευματών ποτών, χωρίς να μπορεί να σταματήσει, πριν νιώσει την ιδιαίτερη αυτή δράση του οινόπνεύματος στον ψυχικό του κόσμο.

Αποτέλεσμα της συμπεριφοράς αυτής είναι σωματικές και ψυχικές βλάβες, όπως και διαταραχές στη σχέση του ατόμου με το περιβάλλον του. Αλκοολικός μπορεί να είναι και κάποιος που δεν παρουσιάζει φαινόμενα σωματικής εξάρτησης από το οινόπνευμα.

Όσον αφορά τον αλκοολισμό, σύμφωνα με τον Keller (1964), με τον όρο αυτό εννοούμε: «μια συγκεκριμένη κατάσταση, που χαρακτηρίζεται από διαταραχές της υγείας και ειδικούς τρόπους συμπεριφοράς, που ο αλκοολικός δεν είναι σε θέση να ελέγξει, δηλ. «απολαμβάνει» ποσότητες

οινοπνεύματος με τέτοιο τρόπο, που προκαλεί βλάβες τόσο στην υγεία του, όσο και στις προσωπικές του σχέσεις με τους άλλους<sup>6</sup>.

Άλλοι ορισμοί αναφέρουν ότι ο αλκοολισμός συνίσταται στην επαναλαμβανόμενη λήψη οινοπνευματωδών ποτών σε βαθμό που να προκαλεί επαναλαμβανόμενη ή συνεχή βλάβη στο άτομο που πίνει. Η βλάβη μπορεί να είναι σωματική ή ψυχική, όπως μπορεί να είναι κοινωνική ή οικονομική. Στην αντίληψη που θεωρεί τον αλκοολισμό ασθένεια, ενυπάρχει η ιδέα ότι το άτομο που υφίσταται επαναλαμβανόμενη ή μακρόχρονη βλάβη από την ποτοποσία θα άλλαζε, αν μπορούσε, την συμπεριφορά του. Το γεγονός ότι δεν το πετυχαίνει, δείχνει ότι δεν μπορεί να βοηθήσει τον εαυτό του, ότι το ποτό έχει ξεφύγει από τον έλεγχο του. Η αντίληψη αυτή περικλείει την ιδέα του εθισμού ή της εξάρτησης.

Οι επίσημοι ορισμοί του αλκοολισμού ποικίλουν ανάλογα με την άποψη εκείνου που τους δίνει. Ένας περίπλοκος ορισμός, που αντιπροσωπεύει τις σύγχρονες αντιλήψεις ολόκληρης της ιατρικής, ταξινομεί τον αλκοολισμό ως νόσο από άγνωστη αιτία, χωρίς αναγνωρίσιμα ανατομικά σημεία, που εκδηλώνεται με τον εθισμό ή την εξάρτηση από το οινόπνευμα.

Ένας πιο περιεκτικός ορισμός, που ενσωματώνει την ψυχιατρική και την παθολογική άποψη αναγνωρίζει ότι ο αλκοολισμός μπορεί να είναι είτε σύμπτωμα μιας άλλης υποκείμενης διαταραχής, πιθανότατα ψυχολογικής, ή αυτοτελής νόσος: ο αλκοολισμός, σύμφωνα με αυτήν την άποψη, είναι μια χρόνια και συνήθως προϊούσα (προοδευτική) νόσος ή σύμπτωμα μιας υποκείμενης ψυχολογικής ή σωματικής διαταραχής, χαρακτηριζόμενη από την εξάρτηση από το οινόπνευμα για ανακούφιση από ψυχολογική ή σωματική ενόχληση ή για την ευχαρίστηση που προκαλεί η ίδια η μέθη. Χαρακτηρίζεται επίσης από ποτοποσία αρκετά μεγάλη και συνεχή, τέτοια ώστε να προκαλεί σωματική ή ψυχική ή κοινωνική ή οικονομική ανικανότητα.

Ο αλκοολισμός είναι πολύπλευρο φαινόμενο που απαιτεί περισσότερους από έναν ορισμούς. Οι πληρέστερες θεωρήσεις αναγνωρίζουν ότι ο αλκοολισμός μπορεί να έχει ως βάση έναν γενετικό ή

ιδιοσυστατικό παράγοντα, όχι μια κληρονομικότητα που οδηγεί σε αυτόν αναπόφευκτα, αλλά μια προδιάθεση που κάνει ορισμένους ανθρώπους πιο ευάλωτους στον αλκοολισμό από άλλους<sup>2</sup>.

Επειδή ο καθορισμός των ορισμών του αλκοολισμού περιλαμβάνει τους όρους «χρήση», «κατάχρηση», «εξάρτηση», «ανοχή», κρίνουμε σκόπιμο, για την καλύτερη κατανόηση των ορισμών αυτών, να γίνει προσδιορισμός των εννοιών.

- Σαν **κατάχρηση** καταλαβαίνει κανείς τη χρήση ενός πράγματος με έναν τρόπο, που ξεφεύγει από τον γενικά αποδεκτό και έρχεται σε αντίθεση με τον σκοπό, για τον οποίο κατασκευάστηκε το πράγμα αυτό, τόσο ποσοτικά όσο και ποιοτικά. Ο όρος περιλαμβάνει τη συνήθεια (εθισμό) και την εξάρτηση από ένα πράγμα, δεν είναι όμως ταυτόσημος με τις έννοιες αυτές (Feuerlein 1971)
- **Συνήθεια** (εθισμός) προς κάτι μπορεί να αναπτύξει κάθε άνθρωπος που έχει τέτοιες τάσεις στο χαρακτήρα του. Στην περίπτωση που τέτοιου είδους χαρακτήρες χάνουν την σύνδεση και τα στηρίγματα του περιβάλλοντος τους –που χρησιμοποιούν για να στηρίξουν την ψυχική τους ισορροπία- τότε είναι ιδιαίτερα επικίνδυνοι να αναπτύξουν εξάρτηση από κάτι και για εξάρτηση από κάτι σημαίνει τις περισσότερες φορές: προσπάθεια για συμπλήρωση ψυχικών κενών και υπερπήδηση ψυχικών προβλημάτων (Cario 1957).
- Η **συνήθεια** (εθισμός), αυτή καθ' αυτή, σημαίνει ένα είδος υποχρεωτικής συμπεριφοράς με ταυτόχρονη αδυναμία της προσωπικότητας, σε άλλοτε άλλο βαθμό, να ελέγξει ή να κατευθύνει τη συμπεριφορά αυτή. Η συμπεριφορά αυτή θεωρείται σαν πρόδρομος της εξάρτησης, που χαρακτηρίζεται από διαταραχή ολόκληρης της προσωπικότητας, όσο και διαταραχή αυτής της σχέσης της με το περιβάλλον (Lenz 1974)<sup>6</sup>.
- Η **ανοχή** αναφέρεται στην τάση του κεντρικού νευρικού συστήματος να προσαρμοστεί στην τοξική δράση της ουσίας έτσι, ώστε να χρειάζεται μεγαλύτερη δόση, για να έχει το ίδιο αποτέλεσμα<sup>4</sup>. Η ανοχή στο οινόπνευμα ποικίλλει από το ένα άτομο στο άλλο. Εξαρτάται από την ηλικία, το φύλο, την κληρονομική προδιάθεση,

τις συνήθειες διατροφής, τη σωματική και ψυχολογική κατάσταση, τη χρονιότητα της τοξίκωσης. Απαιτείται ένας ελάχιστος τουλάχιστον βαθμός ανοχής, ώστε ένα άτομο που βρίσκει ικανοποίηση στο ποτό να συνηθίσει τη χρήση του<sup>24</sup>.

Η εξάρτηση από το οινόπνευμα είναι «σωματική» και «ψυχική».

- **Ψυχική εξάρτηση** έχουμε στην περίπτωση όπου κάποιος χρησιμοποιεί συχνά οινόπνευματώδη ποτά με σκοπό την καλύτερευση της γενικής ψυχικής του κατάστασης, στη μείωση επώδυνων γι' αυτών καταστάσεων ή χαλάρωση από ενδοψυχικές εντάσεις, χωρίς να είναι σε θέση να παραιτηθεί από τη «λύση» αυτή. Η ψυχική εξάρτηση εκφράζεται κυρίως με δυο χαρακτηριστικά στοιχεία<sup>6</sup>:

1. **Την απώλεια του έλεγχου** που χαρακτηρίζει τον καταναγκαστικό καταναλωτή (παραλλαγή gamma κατά Jelliken): όταν το άτομο αρχίσει να πίνει, είναι ανίκανο να σταματήσει και συνεχίζει να πίνει μέχρι την απώλεια της συνείδησης ή την εξάντληση των διαθέσιμων οινόπνευματών. Μπορεί να παραμείνει «εγκρατής» μεταξύ δυο οίνοποιων, αλλά τα μεσοδιαστήματα τείνουν να επιβραχυνθούν. Η ψυχολογική εξάρτηση εξελίσσεται και προς σωματική εξάρτηση.
2. **Την αδυναμία αποχής** (παραλλαγή delta κατά Jelliken): ο ασθενής είναι σε θέση να ελέγξει την κατανάλωση και σπάνια πίνει μέχρι να μεθύσει, αν όμως σταματήσει να πίνει έστω και μια μέρα εμφανίζονται σημεία έλλειψης της ουσίας<sup>24</sup>.

- Η **σωματική εξάρτηση** χαρακτηρίζεται από τα συμπτώματα του «συνδρόμου αποστέρησης», που εκδηλώνονται σε άλλοτε άλλο βαθμό και είναι συνήθως διαταραχές του ύπνου, αίσθημα δυσφορίας, ελαφρό τρέμουλο των χεριών, τάση προς εμετό, ιδρώτες, νευρικότητα, εσωτερική ανησυχία, μέχρι και αγχώδης κατάσταση και εκδήλωση του γνωστού delirium tremens των αλκοολικών με όλα τα επακόλουθα του<sup>6</sup>.

Η σωματική εξάρτηση έχει οριστεί από την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας σαν «μια προσαρμοστική κατάσταση που εκδηλώνεται με εμφανή σωματική διαταραχή, όταν σταματά η παροχή της τοξικής ουσίας». Η παράλληλη ανάπτυξη της ανοχής και της σωματικής εξάρτησης οδηγεί σε αυξημένες ποσότητες κατανάλωσης, εφόσον χρειάζεται μια μεγάλη

δόση αλκοόλης για να δράσει και γιατί συνεχίζει κανείς να πίνει για ν' αποφύγει τα πραγματικά ή τα αναμενόμενα συμπτώματα της αποστέρησης. Έτσι, το άτομο που εξαρτάται από την αλκοόλη, εξαρτάται ταυτόχρονα ψυχολογικά και σωματικά και πάσχει από το σύνδρομο της εξάρτησης απ' την αλκοόλη<sup>4</sup>.

### **3.2 Αιτιολογία**

Είναι γνωστό πλέον, ότι «αλκοολικοί» δεν είναι μόνο οι ακραίες αυτές περιπτώσεις των άστεγων και άμοιρων ατόμων που τώρα πια σπάνια συναντά κανείς στους δρόμους να περιφέρονται μεθυσμένοι και να γίνονται αντικείμενο σχολίων από τους περαστικούς και από τους ενδιαφερόμενους για το θέμα δημοσιογράφους. Οι «αλκοολικοί» είναι δυνατόν να προέρχονται από όλα τα κοινωνικοοικονομικά επίπεδα, από κάθε επαγγελματική κατεύθυνση και μορφωτικό επίπεδο. Δυστυχώς στη χώρα μας η έλλειψη παιδείας και ευαισθητοποίησης στο θέμα των «νόμιμων» ουσιών εξάρτησης όπως το αλκοόλ, μας οδηγούν στη συνειδητή ή ασυνείδητη άρνηση της ύπαρξης του φαινομένου<sup>1</sup>.

Τα ακριβή αίτια του αλκοολισμού παραμένουν ανεξήγητα. Φαίνεται πως για τον εντοπισμό τους θα πρέπει να στηριχθεί κανείς κυρίως στη μελέτη του κοινωνικό- ψυχολογικού υποβάθρου του ατόμου, καθώς και στη μελέτη του άγχους που αντιμετωπίζει το άτομο, αλλά και των μέσων προσαρμογής και των απόψεων για το οινόπνευμα, που χαρακτηρίζουν την κοινωνική ομάδα στην οποία ανήκει<sup>2</sup>.

### **3.3 Γενετικοί- Βιολογικοί παράγοντες**

Αν και η αιτιολογία του αλκοολισμού είναι βασικά άγνωστη, εντούτοις έχουν ενοχοποιηθεί διάφοροι βιολογικοί παράγοντες. Από αυτούς σημαντικότεροι είναι οι γενετικοί, οι οποίοι κυρίως ευθύνονται για την οικογενή εμφάνιση του αλκοολισμού. Θεωρίες για την γενετική αιτιολογία του αλκοολισμού προτείνουν μια κληρονομούμενη ευαλωτότητα στο αλκοόλ, που μπορεί να διαμεσολαβείται με αυξημένη

δραστηριότητα των ενδορφινών, με αυξημένη χαλάρωση των ευαίσθητων ατόμων από το αλκοόλ ή με προδιάθεση για ανάπτυξη μεγάλης ανοχής.

Η οικογενής φύση του αλκοολισμού, βέβαια, στοιχειοθετείται από μελέτες που βρήκαν ότι ο κίνδυνος για εξάρτηση από αλκοόλ είναι τρεις ως τέσσερις φορές μεγαλύτερος σε στενούς συγγενείς αλκοολικών, καθώς και σε υιοθετημένα παιδιά αλκοολικών και επίσης ότι είναι μεγαλύτερος σε μονοζυγώτες απ' ό,τι σε διζυγώτες διδύμους<sup>25</sup>.

Πολλών ειδών, επιδημιολογικές, βιοχημικές, μοριακές και πολλές άλλες έρευνες δημιουργούν ένα ιδιαίτερα ενεργό και ενδιαφέρον ερευνητικό μέτωπο, γιατί η κατάσταση αυτή απασχολεί μεγάλο μέρος του πληθυσμού. Παράδειγμα αποτελεί μια απλή προσέγγιση για να δούμε αν υπάρχει γενετική συμβολή στον αλκοολισμό, είναι η έρευνα σε περιπτώσεις διδύμων. Και μια τέτοια έρευνα έχει δείξει ότι η γενετική επίδραση μπορεί να είναι της τάξης του 40-60% για τη γενετική προδιάθεση στον αλκοολισμό.

Η θεώρηση της κληρονομικότητας του αλκοολισμού διαμέσου γενεικών μηχανισμών απασχολεί σοβαρά την επιστημονική κοινότητα. 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 καμία 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 ...»<sup>1</sup>.

### 3.4 Φυσιολογικοί παράγοντες

Υποστηρίζεται ότι μάλλον υπάρχει προδιάθεση βιολογικής δυσλειτουργίας, η οποία τροποποιεί την ευαισθησία του ατόμου στο αλκοόλ. Θεωρείται ακόμη ότι προϋπάρχει διαταραχή της ακετυλοχολίνης στους υποδοχείς του δικτυωτού σχηματισμού του εγκεφαλικού στελέχους. Επίσης ενοχοποιούνται ψυχοενδοκρινικές διαταραχές καθώς και διαταραχές θρέψης<sup>26</sup>.

### 3.5 Κοινωνικοί παράγοντες

Είναι γεγονός ότι το αλκοόλ παίζει σημαντικό ρόλο στην καθημερινή συναλλαγή. Η διεκπεραίωση των περισσότερων κοινωνικών συναλλαγών, από κάθε είδους γιορτή και εκδήλωση μέχρι και σοβαρές



επαγγελματικές συσκέψεις, περιλαμβάνουν την κατανάλωση της αλκοόλης. Ο τρόπος με τον οποίο είναι οργανωμένη η σύγχρονη οικογένεια, η εργασία και η κοινωνία γενικότερα, φαίνεται να αποτελεί σημαντικό παράγοντα αιτιολογίας του αλκοολισμού. Οι κοινωνικές πιέσεις που ασκούνται διαμέσου των κοινωνικών προβλημάτων όπως η οικονομία, η υγεία, η παιδεία, το περιβάλλον, η ανεργία, τα αδιέξοδα των νέων ανθρώπων κ.α. το λιγότερο που μπορούν να

ηχογράφος

κάνουν είναι να οδηγήσουν έναν αριθμό ατόμων στον αλκοολισμό<sup>1</sup>.

Η ευρεία αιτιολογική άποψη θεωρεί πιθανόν ότι διάφοροι παράγοντες κατά την βρεφική ή την πρώτη παιδική ηλικία, όπως η έλλειψη φροντίδας και αγάπης από τους γονείς, το παρακάϊδεμα ή η αστάθεια στον τρόπο ανατροφής, μπορούν να θέσουν τα θεμέλια για μια

ευάλωτη προσωπικότητα. Πάνω σε τέτοια θεμέλια μπορεί να εμφανιστεί μια προσωπικότητα εξαρτημένη ή μια προσωπικότητα που χαρακτηρίζεται από την σύγκρουση εξάρτησης και ανεξαρτησίας. Στην εφηβεία αυτό μπορεί να εκδηλωθεί ως ανασφάλεια της σεξουαλικής εικόνας του ατόμου και ως ανάγκη για υπεραναπλήρωση λόγου χάρη με αποκάλυπτη επιδειξιομανία. Μια τέτοια προβληματική προσωπικότητα μπορεί να βρει μοναδικό αποτελεσματικό κατευνασμό και ικανοποίηση στο οινόπνευμα και να μάθει να στηρίζεται στη μέθη ως μηχανισμό αντιμετώπισης των προβλημάτων. Αν αυτή η διαδικασία μάθησης δεν διακοπεί και ειδικότερα αν το κοινωνικό περιβάλλον αντιδρά ενθαρρυντικά ή ανεκτικά ή αμφιταλαντευόμενο στην υπερβολική ποιοποσία και τη μέθη, τότε η ευάλωτη προσωπικότητα θα αποκτήσει το εξαρτημένο αντανακλαστικό να αντιδρά στις δυσκολίες καταφεύγοντας στη μέθη. Αν η διαδικασία διαρκέσει αρκετά, θα έχει ως αποτέλεσμα τον εθισμό στο οινόπνευμα ή την βέβαιη εξάρτηση από αυτό<sup>2</sup>.

Σύμφωνα με την υπόθεση του προβλήματος εξάρτησης (Bacon 1965-1976, Baggy 1976) η κατάχρηση οινόπνευματώδων ποτών οφείλεται σε ένα λανθασμένο σύστημα διαπαιδαγώγησης του παιδιού στα χρόνια της ανάπτυξης του χαρακτήρα του<sup>6</sup>.

Στην πατρίδα μας τα οινόπνευματούχα ποτά διατίθενται ελεύθερα και μπορεί να τα προμηθευθεί ακόμη και ένα παιδί, οπουδήποτε και οποιαδήποτε ώρα. Στα σπίτια υπάρχει «μπαρ» ή και «κάβα» με ποτά, προσφέρονται δε στα παιδιά και από τους ίδιους τους γονείς έτσι... «για να μάθουν» ή «για να γελάσουν» αυτοί, με τους μορφασμούς που εκείνα θα κάνουν. Τα πολύ μικρά παιδιά καταναλώνουν τα γλυκά ποτά (ηδύποτα) τα οποία βρίσκουν αφύλακτα ή εκιεθειμένα σε εύκολη προσπέλαση. Αυτά όμως... τα «γλυκούτσικα» είναι περισσότερο επικίνδυνα διότι είναι πολύ πυκνότερα σε οινόπνευμα.

Θα μπορούσε ίσως να αποτελέσει μήνυμα για τους γονείς, ότι κατά το χρονικό διάστημα από 1980-1987 νοσηλεύτηκαν σε Νοσοκομεία μας για οξεία μέθη, 80 παιδιά ηλικίας 4-14 ετών<sup>27</sup>.

Η απόφαση που παίρνει κάποιος να πει είναι το αποτέλεσμα μιας πολύπλοκης αλληλεπίδρασης μεταξύ του πότη και του κοινωνικού του

περιβάλλοντος. Πολλές έρευνες έχουν δείξει σαφώς, ότι η ποσότητα του ποτού επηρεάζεται από το φύλο, την εθνικότητα, το επάγγελμα και τη χώρα που ζει το άτομο, καθώς και από την τιμή και τη διαθεσιμότητα του ποτού.

Μια μελέτη επιβεβαίωσε, ότι τα προβλήματα του ποτού διαφέρουν από τη μια εθνο-θρησκευτική ομάδα στην άλλη: οι περισσότεροι Εβραίοι πίνουν, αλλά λίγοι πίνουν πολύ ή έχουν προβλήματα εξαιτίας του ποτού.

Οι περισσότεροι Καθολικοί και φιλελεύθεροι Διαμαρτυρόμενοι πίνουν και ένα μεγάλο ποσοστό έχουν προβλήματα με το ποτό –ενώ ανάμεσα στους συντηρητικούς «πουριτανούς» Διαμαρτυρόμενους (που προέρχονται από αιρέσεις, που ευνοούν την απόλυτη αποχή από το αλκοόλ) υπάρχει ένα μεγάλο ποσοστό, που δεν πίνουν καθόλου. Οι μεγάλοι πότες τους όμως έχουν συχνά προβλήματα.

Ένας δυσανάλογα μεγάλος αριθμός ανθρώπων, που πίνουν πολύ ζούνε στις οινοπαραγωγικές χώρες, πιθανά γιατί το ποτό είναι διαθέσιμο και αποτελεί μέρος της καθημερινής τους ζωής. Γενικά, η ανεκτική στάση απέναντι στο ποτό επηρεάζει τις συνήθειες των ατόμων και την κοινωνική-πολιτική τακτική των κυβερνήσεων<sup>4</sup>.

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<sup>1</sup>.

### **3.6 Η τιμή και η διαθεσιμότητα**

Πολλοί επιστήμονες της συμπεριφοράς πιστεύουν ότι η αύξηση της φορολογίας των οινοπνευματωδών, θα μπορούσε, σαν ένα μαγικό ραβδί, να μειώσει την επικράτηση του αλκοολισμού, των προβλημάτων που δημιουργεί το ποτό και την κίρρωση του ήπατος. Η διαθεσιμότητα της αλκοόλης επηρεάζει οπωσδήποτε τον αριθμό αυτών που πίνουν πολύ.

Όσο και αν είναι δύσκολο να το πιστέψει κανείς από τα κινηματογραφικά έργα και τα μυθιστορήματα της εποχής, στην πραγματικότητα, οι θάνατοι από κίρρωση του ήπατος μειώθηκαν

σημαντικά κατά την εποχή της ποιοαπαγόρευσης στις Η.Π.Α. και μια παρόμοια αλλαγή παρατηρήθηκε στη Γαλλία κατά τη διάρκεια του Β Παγκοσμίου Πολέμου, όταν είχε περιοριστεί σημαντικά η παραγωγή του κρασιού. Απλά, οι άνθρωποι έπιναν λιγότερο. Αντίθετα, όταν πρόσφατα η Φιλανδική κυβέρνηση απόσυρε την απαγόρευση στις πωλήσεις της μπίρας στα μαγαζιά και στα εστιατόρια, η κατανάλωση του αλκοόλ αυξήθηκε κατά 50% μέσα σ' ένα χρόνο<sup>4</sup>.

### 3.7 Επάγγελμα

Τα επαγγέλματα, επίσης, παίζουν το ρόλο τους στην τάση των ανθρώπων να πίνουν. Οι διευθυντές επιχειρήσεων, οι μπάρμαν, οι ξενοδόχοι, οι σκηνοθέτες, οι ηθοποιοί, οι μουσικοί, οι ναυτικοί έχουν μεγάλη θνησιμότητα εξαιτίας της αλκοόλης, στην οποία συμπεριλαμβάνεται και η κίρρωση του ήπατος. Ίσως να μην είναι απόλυτα κατανοητό γιατί, αυτές οι ομάδες έχουν την τάση να πίνουν πιο πολύ, αλλά έχουν αναφερθεί ως σημαντικοί παράγοντες η διαθεσιμότητα των οινοπνευματωδών και η κοινωνική πίεση να πιουν.

Ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα της επίδρασης του επαγγέλματος στην κατάχρηση αλκοόλ αποτελεί η μαρτυρία ενός μουσικού που είναι η εξής: «Αναζητούσα απελπισμένα κάτι για να χαλαρώσει το κομματιασμένο μου νευρικό σύστημα και έτσι δέχτηκα το ουίσκι που μου πρόσφεραν. Η δράση ήταν άμεση... και πέτυχε. Από εκείνη τη στιγμή και πέρα δεν μπορούσα να μείνω χωρίς το μπουκάλι σε κάθε δουλειά που αναλάμβανα και αυτή η κατάσταση κράτησε τα επόμενα 20 χρόνια... Έκανα μια συμφωνία με αυτό το πράγμα. «Θα πίνω και εσύ θα με απαλλάξεις από τα νεύρα μου»<sup>25</sup>.



### 3.8 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 ποτιού της ήταν δυσάρεστες, για να μην θεωρηθεί «απροσαρμοστη» όσον αφορά στους κανόνες της «ομαδικής» συμπεριφοράς<sup>1</sup>.

Ο αλκοολισμός επεκτείνεται γρήγορα σε όλο και μικρότερες ηλικίες, ενώ η κοινωνία δεν φαίνεται να αντιδρά αποτελεσματικά, ίσως διότι δεν μπορεί, ίσως διότι δεν αντιλαμβάνεται τον κίνδυνο, ίσως διότι δεν θέλει να αντιδράσει, από διάφορες σκοπιμότητες. Και δεν συγκινείται από τα γεγονότα. Θεωρείται δε ένα «τροχαίο» ατύχημα ή και δυστύχημα, ύστερα από ένα «γλέντι», σαν να πρόκειται για το πιο «φυσικό» γεγονός του κόσμου. «Ε!... παιδιά, βλέπεις, είναι... θα ήπιαν και λίγο παραπάνω». Και δεν «ιδρώνει το αυτί» κανενός. Τα ανάλογα ισχύουν και για το επίσημο Κράτος... Ενώ, οι βιομηχανίες οινοπνευματωδών, κυριολεκτικά, «μεθούν» από τα κέρδη<sup>27</sup>!

### 3.9 Μέσα μαζικής ενημέρωσης

Τα Μ.Μ.Ε. και ιδιαίτερα η διαφήμιση, που εκτός από την ενημέρωση του κοινού για την ύπαρξη ενός προϊόντος, στοχεύει στην αύξηση των πωλήσεων, φαίνεται να συμβάλλει ουσιαστικά στην αύξηση κατανάλωσης της αλκοόλης με δυο τρόπους. Είτε με τη δημιουργία «προτύπων» τα οποία «υιοθετούνται» από τους νέους (μιμητική συμπεριφορά), είτε με το να «επιβεβαιώνει» υπάρχουσες συμπεριφορές που διέπουν τη νεανική κουλτούρα. Δεν είναι τυχαίο, βέβαια, το ότι η συντριπτική πλειοψηφία των διαφημίσεων για αλκοολούχα ποτά

«συνδέουν» την κατανάλωση του αλκοόλ με κοινωνική ή και οξουαλική επιτυχία<sup>1</sup>.

### **3.10 Ψυχολογικοί παράγοντες**

Οι ψυχολογικοί παράγοντες θεωρείται ότι έχουν σχέση με τον αλκοολισμό αν και είναι δύσκολο να προσδιοριστεί κατά πόσο η σχέση αυτή είναι αιτιολογική ή αποτέλεσμα του αλκοολισμού. Γενικά θεωρείται ότι ο αλκοολισμός είναι το αποτέλεσμα στέρησης και πρώιμης συναισθηματικής διαταραχής. Η προσωπικότητα του αλκοολικού χαρακτηρίζεται από συναισθηματική ανωριμότητα<sup>26</sup>.

Σύμφωνα πάντα με τον ψυχολόγο Ν. Μάνο η προσωπικότητα καθορίζει σε πολύ σημαντικό βαθμό την κατάχρηση ουσιών όπως το αλκοόλ. Συνήθως τα άτομα που υποφέρουν από ψυχικές διαταραχές κάνουν χρήση αλκοόλ. Οι πιο συνηθισμένες ψυχικές διαταραχές είναι οι διαταραχές διάθεσης, υπερδιέγερσης, άγχος, σωματομορφικές διαταραχές, αντικοινωνικές διαταραχές.

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 της αλκοόλης και το άτομο ανακουφίζεται με την αποχή από το ποτό<sup>25</sup>.

Ο Horton ασχολήθηκε να βρει μια εξήγηση για την «ανάγκη κατάχρησης» οινοπνευματωδών ποτών σε διάφορους πολιτισμούς. Κατέληξε στο συμπέρασμα ότι κοινό χαρακτηριστικό της συμπεριφοράς αυτής ήταν η προσπάθεια για μείωση του συναισθήματος του άγχους. («Η πρωτογενής δράση του οινοπνεύματος σ' όλες τις κουλτούρες είναι η μείωση του άγχους» -Horton, 1943). Το άγχος αυτό είναι, κατά τον Horton, αποτέλεσμα του τρόπου ζωής μέσα σε ένα δεδομένο κοινωνικοοικονομικό σύστημα, που συντελεί στη δημιουργία του άγχους αυτού. Στην έρευνα του μέτρησε ο Horton μόνο τις παραμέτρους «κοινωνικό-οικονομικό σύστημα» και «αλκοολική συμπεριφορά». Ασθενές σημείο της έρευνας είναι η απευθείας μεταφορά της κοινωνικοοικονομικής κατάστασης στο ατομικό επίπεδο, όπως και το ότι υπάρχουν και άλλοι τρόποι ξεπεράσματος αυτού του συναισθήματος

εκτός από την κατάχρηση οινοπνευματωδών ποτών. Το κενό συμπληρώθηκε φυσικά με διάφορες ψυχολογικές εξηγήσεις που όμως φαίνονται να έχουν αυθαίρετο χαρακτήρα. Παρ' όλα αυτά, η παρατήρηση της ανάγκης για μείωση του άγχους –του οφειλομένου σε παθολογικές-κοινωνικές δομές- αποτελεί ένα αρκετά ενδιαφέρον κοινωνιολογικό στοιχείο<sup>6</sup>.

Το πόσο πίνει ο κοινωνικός πότης ή ο αλκοολικός εξαρτάται από πολλούς παράγοντες. Μεταξύ αυτών είναι το στρες ή η απειλή, που νιώθει ο πότης, οι αναμενόμενες συνέπειες του ποτού, η κοινωνική συνθήκη και η απόφαση του να πάρει μια συγκεκριμένη ποσότητα αλκοόλης. Υπάρχουν σήμερα αρκετές πειραματικές μελέτες, που δείχνουν ότι οι πότες αυξάνουν την ποσότητα που πίνουν, αν οι άλλοι τους κατακρίνουν γι' αυτό ή αν νιώσουν, ότι απειλούνται να κατακριθούν για την πράξη τους.

Το να πίνει κανείς, όπως συμβαίνει και με άλλα σχήματα συμπεριφοράς, επηρεάζεται σημαντικά από τη μίμηση της συμπεριφοράς άλλων ανθρώπων. Είναι γνωστό, ότι ο αλκοολικός, που για πολύ καιρό το ρίχνει έξω με το ποτό, σταματά να πίνει μετά από λίγες μέρες, μόνο και μόνο επειδή ο φιλαράκος του σταμάτησε. Έχει αποδειχτεί πειραματικά, ότι οι κοινωνικές πότες που πίνουν μεγάλες ποσότητες αυξάνουν την ποσότητα, αν δουν κάποιο «πρότυπο» που πίνει πολύ, σε σύγκριση μ' εκείνους που βλέπουν κάποιο «πρότυπο» να πίνει λίγο ή που δεν βλέπουν κανένα «πρότυπο».

Κατά την διάρκεια της θεραπείας, αυτές οι κοινωνικές πιέσεις, που βάζουν τον αλκοολικό σε πειρασμό να σταματήσει την αποχή, αποκτούν ιδιαίτερη σημασία. Η υποτροπή συνδέεται συχνά με αυτού του είδους την πίεση και μερικοί θεραπευτές συμπεριλαμβάνουν στη θεραπεία τους μια ειδική συμβουλευτική συνεδρίαση, που θα μπορούσαμε να την ονομάσουμε «Πέστε όχι».

Οι άνθρωποι πιστεύουν, συχνά, ότι υπάρχει μια «αλκοολική προσωπικότητα», που μπορούμε να την αναγνωρίσουμε ξεκάθαρα και που είναι ιδιαίτερα ευάλωτη. Στην πραγματικότητα, ποτέ δεν έχει περιγραφεί τέτοιου είδους προσωπικότητα. Εφόσον η δημιουργία του

προβλήματος του ποτού είναι μια σύνθετη αλληλοπλοκή προσωπικότητας και περιβαλλοντικών παραγόντων, δεν είναι πιθανό, να μπορέσουμε να βρούμε κάποιο χαρακτηριστικό της προσωπικότητας ενός αλκοολικού.

Μερικοί άνθρωποι πίνουν, για να νιώσουν υπερδιέγερση, άλλοι για να μειώσουν το άγχος. Μερικοί πίνουν για να είναι και αυτοί μέρος της «παρέας» και άλλοι, για να τιμωρήσουν τις γυναίκες τους. Η αναζήτηση της μοναδικής αλκοολικής προσωπικότητας, είναι σαν να ψάχνουμε για την αιτία της καρδιοπάθειας ή την αιτία για τις βλάβες των αυτοκινήτων. Παρ' όλ' αυτά, υπάρχουν ενδείξεις ότι πολλοί άνθρωποι που έχουν προβλήματα με το ποτό, πίνουν για να μειώσουν το άγχος<sup>4</sup>.

Τελειώνοντας με το θέμα της αιτιολογίας του αλκοολισμού θα πρέπει να τονιστούν τα εξής: Πρώτον, ο κάθε ένας απ' 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 «αλληλεξαρτώνται» και υπόκεινται σε συνεχή αλληλεπίδραση για να «παράγουν» τον αλκοολισμό<sup>1</sup>.



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4°

### 4.1 Φάσεις αλκοολισμού

Πολλοί καλλιτέχνες, ηθοποιοί, συγγραφείς και άλλα γνωστά πρόσωπα της καθημερινής επικαιρότητας τελείωσαν την ζωή τους μέσα στο «πάθος» τους –στην εξάρτηση τους- από το οινόπνευμα. Παραδείγματα τέτοιον γνωστόν προσώπων, που κατάστρεψαν την καριέρα τους και πέθαναν αλκοολικοί είναι σε όλους μας, λίγο-πολύ, γνωστά.

Η ίδια όμως «μοίρα» περιμένει εκατοντάδες χιλιάδες ή και εκατομμύρια ακόμα (ανάλογα με το σημείο αναφοράς) άγνωστους συνανθρώπους μας, που εξαρτημένοι πια από το οινόπνευμα καταστρέφουν όχι μόνο καριέρες αλλά και αυτή την ίδια τη ζωή τους, όπως και τη ζωή των ατόμων του περιβάλλοντος τους. Ποιος από εμάς δεν ξέρει κάποιον από το κοντινό ή έστω και μακρινότερο περιβάλλον του που είτε «έπαθε το συκώτι του» κ.λ.π. Πόσοι από εμάς δεν αναρωτηθήκαμε για το πώς και το γιατί;

Πολλοί προσπαθούν ακόμα να βοηθήσουν, να καταλάβουν και να εξηγήσουν πώς ο ένας ή ο άλλος φίλος ή γνωστός κατάντησε έτσι, αυτός που ίσως «τα είχε όλα»!!... Η προσπάθεια όμως για βοήθεια προσκρούει σχεδόν πάντοτε στο αινιγματικό της υπόθεσης, στην αδυναμία εξήγησης του φαινομένου, πώς δηλαδή ο Χ από τη μια στιγμή στην άλλη κατάντησε «αλκοολικός».

Στη λύση αυτή του αινίγματος, που στην ουσία δεν υπάρχει, θα μπορούσε να βοηθήσει η γνώση των φάσεων της εξέλιξης του αλκοολισμού, όπως και οι μορφές –τύποι- αυτού<sup>6</sup>.

#### **Προαλκοολικές Φάσεις**

**Φάση I.** κατά τη φάση αυτή, τα άτομα πίνουν σε κοινωνικές συγκεντρώσεις μαθαίνοντας το αίσθημα φυγής από την καθημερινότητα.

**Φάση II.** Στην φάση αυτή φτάνουν τα άτομα όταν πίνουν συχνά για να αποφύγουν την υπερένταση.

**Φάση III.** Σε αυτή τη φάση τα άτομα πίνουν ολοένα και πιο συχνά. Περίπου 20% από όλους τους πότες πέφτουν στην φάση αυτή.

### **Πρώιμος αλκοολική φάση-Φάση IV.**

Στη φάση αυτή, και εάν η πόση έχει γίνει πολλή συχνή, ο πότης αναπτύσσει ανεκτικότητα στο αλκοόλ. Αμέσως μετά την ανεκτικότητα στο αλκοόλ ακολουθεί η λεγόμενη «αλκοολική συσκότιση». Κατά την κατάσταση αυτή ο πότης γνωρίζει τι κάνει, αλλά όταν βγει από τη συσκότιση δεν θυμάται τι έκανε.

Όσον αφορά το μηχανισμό της αλκοολικής συσκότισης δεν είναι ακόμη γνωστός. Μπορεί να έχει φυσιολογική μηχανική συμπεριφορά.

### **Πραγματική Αλκοολική Φάση-Φάση V**

Συχνά ο πότης, από τη στιγμή που θα αρχίσει να πίνει, δεν μπορεί να σταματήσει. Συνεχίζει να πίνει μέχρι να φτάσει σε κατάσταση μέθης.

Αυτός λοιπόν ο οποίος δεν μπορεί να σταματήσει να πίνει χαρακτηρίζεται αλκοολικός.

### **Αρχή εθισμού-Φάση VI**

Η φάση αυτή είναι η αρχή του σωματικού εθισμού στο αλκοόλ. Η διάθεση επίσης αλλάζει, μπορεί να παρουσιάσει φοβία και παραισθήσεις. Από το στάδιο αυτό και έπειτα δεν πρέπει να ξεμεθύσει χωρίς ιατρική βοήθεια γιατί υπάρχει πιθανότητα σπασμών ή και θανάτου ακόμα.

Οι αλκοολικοί υποφέρουν από σοβαρή προσωπική κατάρρευση καθώς αρχίζουν να παρουσιάζονται μόνιμα συμπτώματα εγκεφαλικής βλάβης.

### **Φάση VII**

Πρόκειται για «**αρχή του τέλους**».

Ο αλκοολικός καταλήγει συνήθως είτε σε κάποιο ίδρυμα με κάποια εγκεφαλική βλάβη είτε καταλήγει στο θάνατο.

### **Φάσεις I μέχρι V του αλκοολισμού.**

Επειδή τουλάχιστον 1 στους 14 πότες πιθανόν να γίνει αλκοολικός, είναι σημαντικό για τον καθένα που πίνει οινοπνευματώδη ποτά να μπορεί να αναγνωρίζει τα επικείμενα σημεία και συμπτώματα καθώς και τον πρώιμο αλκοολισμό. Ελπίζοντας ότι θα αντιληφθείς αυτά τα συμπτώματα στον εαυτό σου, και γνωρίζοντας τι σημαίνουν, θα έχεις τη δυνατότητα να πάρεις τη σωστή απόφαση να σταματήσεις να πίνεις, πριν φθάσεις σε προχωρημένο στάδιο αλκοολισμού.

Μια έρευνα που έγινε από τον αείμνηστο Dr. E.M. Jellinek, εξετάστηκαν περισσότεροι από 2000 αλκοολικοί, έδειξε ότι οι περισσότεροι αλκοολικοί περνούν από καθορισμένα εξελικτικά στάδια με χαρακτηριστικά συμπτώματα. Ο Jellinek επισήμανε ότι η ανάπτυξη του αλκοολισμού είναι συχνά γρηγορότερη στις γυναίκες απ' ό τι στους άντρες και τα στάδια είναι λιγότερο σαφή. Η κατακόρυφη γραμμή στη γραφική παράσταση δεικνύει το σχετικό βαθμό ανοχής του αλκοόλ ή με άλλα λόγια την ποσότητα του αλκοόλ που απαιτείται για να φθάσει κανείς στο βαθμό μέθης<sup>28</sup>.

### **4.2 Προαλκοολική φάση**

Αυτή η φάση χαρακτηρίζεται από τη «συνήθη» χρήση του οινοπνεύματος όπως π.χ. στο φαΐ, παίξιμο καρτιών, διάφορων γιορτών κ.λ.π. Ακόμα και πολλοί, που συνειδητά «πίνουν ένα ποτηράκι» για να νιώσουν λίγο καλύτερα, για να «χαλαρώσουν», όπως λέμε, ανήκουν στη φάση αυτή. Σε μια χρονική περίοδο μεταξύ 5 μηνών και 2 ετών γίνεται σε περίπου 5% των ατόμων αυτών, η χρήση του οινοπνεύματος καθημερινή συνήθεια, καθημερινό καλάρωμα από το ``stress`` της ημέρας.

Η ποσότητα του οινοπνεύματος αυξάνει βαθμιαία και αυτό, που αναζητείται στη χρήση του, δεν είναι πια αυτή καθαυτή η γεύση, αλλά η δράση του στον ψυχικό τους κόσμο. Οι «ευκαιρίες» για ένα ποτηράκι, συχνές γιορτές ή τα καλέσματα των φίλων για ένα ευχάριστο απόγευμα

αυξάνουν συνειδητά ή ασυνείδητα. Το γλίστρημα στην επόμενη φάση έχει αρχίσει<sup>6</sup>.

### 4.3 Πρόδρομη ή αρχική φάση

Αμέσως μετά την αύξηση της ανεκτικότητας, οι μεγάλοι πότες μπορεί να αποκτήσουν την εμπειρία της πρώτης αλκοολικής συσκότισης (Φάση IV). Μια αλκοολική συσκότιση είναι μια περίοδος «προσωρινής αμνησίας» που συμβαίνει σαν αποτέλεσμα της πόσης του ατόμου. Αντίθετα από την λιποθυμία, που είναι αποτέλεσμα απώλειας των αισθήσεων, στην αλκοολική συσκότιση έχει επίγνωση του τι κάνει την συγκεκριμένη στιγμή και μπορεί να κάνει τα πράγματα που φυσιολογικά έκανε. Όταν θα βγει όμως από τη συσκότιση δε θα θυμάται τίποτα από ότι έκανε κατά τη διάρκεια της. Ο μηχανισμός της συσκότισης δεν είναι ακόμη γνωστός. Μπορεί να έχει φυσιολογική προέλευση ή μπορεί να είναι μια ψυχολογική μηχανική συμπεριφορά<sup>28</sup>.

Με το χρόνο συνειδητοποιεί ο αλκοολικός ότι η συμπεριφορά του απέναντι στο οινόπνευμα διαφέρει από αυτή των άλλων. Αρχίζει η κρυφή χρήση του οινοπνεύματος, πίνει μόνος του κάτι, πριν αρχίσει η διασκέδαση ή καταφεύγει στα μεσοδιαστήματα στην κουζίνα...

Η συμπεριφορά αυτή τον υποχρεώνει να σκέφτεται διαρκώς το οινόπνευμα. «Αναγκασμένος» να νιώσει τη δράση του οινοπνεύματος στον ψυχικό του κόσμο, πίνει μαζεμένα δύο-τρία ποτηράκια μόνος του, ώστε να μη τον πάρουν είδηση οι άλλοι και πιθανώς τον κριτικάρουν.

Η βεβαιότητα πια ότι κάτι του συμβαίνει ξυπνάει τη φωνή της συνείδησης, δεν αισθάνεται πια σίγουρος για τον εαυτό του. Μη έχοντας όμως τη δυνατότητα να ξεφύγει, πίνει τώρα και γι' αυτόν ακόμα το λόγο.

Ο φαύλος κύκλος έχει αρχίσει.

Η ποσότητα του οινοπνεύματος αυξάνει, κουβέντες και αστεία για αλκοολικούς τον δυσανασχετούν. Δεν θέλει πια να ακούει γι' αυτά, έτσι σιγά σιγά απομονώνεται μέσα στην ίδια του την παρέα<sup>6</sup>.

#### 4.4 Κρίσιμη φάση

Η φάση αυτή χαρακτηρίζεται από αναμφισβήτητη εγκατάσταση ψυχολογικής εξάρτησης και απώλειας ελέγχου σε ότι αφορά τη σχέση με το αλκοόλ, είναι ακόμη σε θέση να επιβάλλει κάποιο περιορισμό και αποχή από τη χρήση παρότι αρχίζει να πίνει και απογευματινές ώρες. Βιώνοντας όλο και πιο έντονα ενοχές για αυτό που κάνει, όλη η συμπεριφορά του είναι προσανατολισμένη στο αλκοόλ.

Η απώλεια του ελέγχου πάνω στο οινόπνευμα είναι το χαρακτηριστικό στοιχείο της φάσης αυτής. Πριν όμως από την απόλυτη απώλεια του ελέγχου αυτού προσπαθεί ο αλκοολικός να «αντισταθεί» με κάθε μέσο. Πίνει μόνο ορισμένες ώρες, κατορθώνει κάθε τόσο να μείνει «στεγνός» για μια-δυο μέρες, προσπαθεί να βρει τις καλύτερες δικαιολογίες για να δικαιολογήσει, όχι μόνο στους άλλους, αλλά και στον εαυτό του την ποσότητα του οινοπνεύματος που πίνει, γίνεται «γαλαντόμος» και «κερνάει» φίλους και γνωστούς –ώστε να βρίσκει την ευκαιρία να πίνει ανενόχλητος και αυτός- ψάχνει για «ποιότητες» κρασιού, που του προσφέρουν τουλάχιστον «κοινωνική ανάταση» στην εξάρτησή του, φίλοι και γνωστοί, που δε συμμετέχουν στην «καλόκαρδη» διασκέδαση του αποκλείονται σιγά-σιγά... Όλη η συμπεριφορά είναι προσανατολισμένη στη χρήση του οινοπνεύματος, όλα τα άλλα ενδιαφέροντα χάνουν σιγά-σιγά την αξία τους, βιώνονται ανιαρά «τι μας ενδιαφέρει τώρα αυτό, δοκίμασε εδώ να δεις ποιότητα»... «εμείς νάμαστε καλά και να τη βρίσκουμε»!

Παρόλη όμως την προσπάθεια ένταξης της κατάχρησης του οινοπνεύματος μέσα σε ένα «νέο τρόπο ζωής», η απώλεια του ελέγχου γίνεται με το χρόνο αναπόφευκτη. Το οινόπνευμα γίνεται στοιχείο ζωής για τον αλκοολικό, παίρνει τη θέση του φαγητού, αντικαθιστά το σύντροφο, γίνεται χρήση του ακόμα και στην ώρα της δουλειάς<sup>6</sup>.

Πολλά άλλα συμπτώματα είναι χαρακτηριστικά σε έναν αλκοολικό κατά την διάρκεια αυτών των φάσεων. Τα συμπτώματα αυτά κατατάσσονται σε σειρά, από τα χαρακτηριστικά του πρώιμου αλκοολισμού μέχρι αυτών του όψιμου αλκοολισμού:

1. **Κρυφή πόση.** Ο αλκοολικός συχνά «κλέβει» ποτά έτσι που οι άλλοι δεν γνωρίζουν πόσο πολύ αυτός-ή, πίνει.
2. **Αποκλειστική ενασχόληση με το αλκοόλ.** Οι κοινωνικές εμφανίσεις στα πάρτι είναι δευτερεύουσας σημασίας από εκείνης της πόσης. Δηλαδή εάν ο ένας αλκοολικός καλεστεί σε μια φιλική συγκέντρωση τότε ενδιαφέρεται περισσότερο για τα ποτά που είναι διαθέσιμα στη συγκέντρωση παρά για τα άτομα που βρίσκονται εκεί.
3. **Τα πρώτα ποτά τα κατεβάζει μονορούφι ή τα πίνει γρήγορα.** Ο αλκοολικός πίνει με μεγάλη ταχύτητα για να έχει γρήγορα αποτελέσματα.
4. **Ενοχές για την πόση.** Καθώς ο αλκοολικός αρχίζει να συνειδητοποιεί ότι η συνήθεια του να πίνει δεν είναι φυσιολογική, αρχίζει να αναπτύσσει ασαφή αισθήματα ή υποσυνείδητα αισθήματα ενοχής. Αυτά τα αισθήματα ενοχής οδηγούν σε μερικά εξωτερικά συμπτώματα.
  - i. *Αποφυγή συζήτησης για την πόση.* Εάν ομιλείς επιθετικά για την πόση, σπάνια θα έχει προβλήματα σαν πότης. Το αντίθετο συμβαίνει με έναν αλκοολικό που δεν συζητά για την πόση, γιατί αυτός, φοβάται την κριτική που γίνεται για την υπερβολική πόση.
  - ii. *Αιτιολογώντας την συμπεριφορά πόσης.* Εάν ρωτήσεις γιατί πίνει, ο αλκοολικός πάντοτε έχει μια αιτιολογία και η οποία πράγματι είναι μια δικαιολογία. Αυτό δε συμβαίνει στον κοινωνικό πότη ο οποίος δεν αιτιολογεί γιατί πίνει. Για έναν αλκοολικό καλά ή κακά νέα είναι μια δυνατή δικαιολογία για να πιει. Τέτοιες αιτιολογήσεις κυρίως χρειάζονται για την προστασία του εγώ ενός αλκοολικού σαν άλλοθι για την οικογένεια του και τους συγγενείς του.
  - iii. *Εκθέτει επιβλητική συμπεριφορά.* Ένας αλκοολικός διέρχεται από περιόδους υπερβολικής σπατάλης και γενναιοδωρίας. Ένας άντρας κυρίως, μπορεί να σπαταλά χρήματα με επιδεικτικό τρόπο. Μπορεί να κερνά ποτά σε άγνωστα άτομα και να αφήνει μεγάλο φιλοδώρημα ή να φέρνει στο σπίτι του ακριβά δώρα. Ο σκοπός τέτοιας επίδειξης δεν είναι το να εντυπωσιάσει τους άλλους, αλλά να διαβεβαιώσει ότι μετά από όλα αυτά ο αλκοολικός δεν είναι

κακό άτομο. Αυτό είναι ένα τμήμα αιτιολόγησης το οποίο εξυπηρετεί πάρα πολύ να προστατεύσει το εγώ τους.

- iv. *Έχει περιόδους τύψεως συνειδήσεως ή κατάθλιψης.* Συχνά τα αισθήματα ενοχής ενός αλκοολικού οδηγούν σε περιόδους διαρκών τύψεων ή κατάθλιψης, που μπορεί να έχουν ένα δυσάρεστο αποτέλεσμα οδηγώντας τον να πίνει ακόμη περισσότερο.

1. **Περίοδοι πλήρης αποχής.** Σαν αποτέλεσμα των αισθημάτων ενοχής, κοινωνικής πίεσης ή από τις δικές του ανησυχίες ο αλκοολικός κατεβαίνει από το «τραίνο» για μερικές εβδομάδες ή μήνες δίχως να πίνει (ούτε ένα ποτό). Όταν ικανοποιήσει τον εαυτό του ότι μπορεί να ζήσει δίχως το αλκοόλ τότε ξαναρχίζει να πίνει με ανανεωμένο το σθένος.
2. **Αλλαγή προτύπου πόσης.** Μετά που θα κατεβεί από το τραίνο μερικές φορές, ο αλκοολικός αισθάνεται ότι μπορεί να υπάρχει κάποιος τρόπος να πίνει χωρίς να απολέσει τον έλεγχο. Προσπαθεί να πίνει φυσιολογικά και με ελεγχόμενο τρόπο, ο αλκοολικός χρησιμοποιεί διάφορα πρότυπα πόσης, χρησιμοποιώντας διαφορετικούς τύπους οινοπνευματωδών ποτών, διαφορετικές αναμιξεις ή διαφορετικό χρόνο και τόπο. Βέβαια, καμία από αυτές τις αλλαγές δε βοηθούν.
3. **Η συμπεριφορά εστιάζεται στο αλκοόλ.** Τη συγκεκριμένη αυτή στιγμή που το άτομο χάνει το ενδιαφέρον για οτιδήποτε εκτός του ποτού, η προσωπική του εμφάνιση παραμελείται καθώς η συντήρηση του σπιτιού και η προσωπική του περιουσία. Οι διαπροσωπικές σχέσεις επιδεινώνονται. Αντί να προβληματίζεται πόσο το ποτό επηρεάζει τις δραστηριότητες του, ο αλκοολικός αποφεύγει τις δραστηριότητες που μπορούν να επεμβαίνουν με το ποτό. Ο αλκοολικός γίνεται περισσότερο εγωκεντρικός.
4. **Επίδραση στην οικογένεια.** Τα μέλη της οικογένειας του αλκοολικού συχνά αλλάζουν τις συνθήκες τους, αντισταθμίζοντας με το δικό του ή με τη δική της πόση. Αυτοί μπορούν αν

απομακρυνθούν από το σπίτι από φόβο μην εμπλακούν σε καυγάδες και στεναχώριες ή γίνονται πολύ ενεργά στα εξωτερικά ενδιαφέροντα αποφεύγοντας με τον τρόπο αυτό το περιβάλλον του σπιτιού. Οικονομικά προβλήματα είναι πάντοτε στη ζωή των μελών του αλκοολικού.

5. **Αδικαιολόγητη εκθρότητα.** Ο αλκοολικός συχνά συγκεντρώνει φοβερά αισθήματα εκθρότητας και ξοδεύει περισσότερο χρόνο σκεπτόμενος για ασήμαντα ή υποφέρει για μεγάλο χρονικό διάστημα από φανταστική αδικία.
6. **Κρύψιμο φιάλης ποτού.** Στις γελοιογραφίες βλέπουμε τους αλκοολικούς να κρύβουν φιάλες ποτού, αυτό βέβαια στηρίζεται σε πραγματική βάση. Ο αλκοολικός λαμβάνει τέτοια μέτρα προφύλαξης, αποφεύγοντας να ξεμείνει από οινοπνευματώδη ποτά.
7. **Αμέλεια για κατάλληλη τροφή.** Ο αλκοολικός τυπικά, ενώ πίνει, ενδιαφέρεται πάρα πολύ λίγο για φαγητό και αντλεί θερμίδες από τα οινοπνευματώδη ποτά που είναι όμως πτωχές πηγές θρεπτικών ουσιών. Ένας αλκοολικός μπορεί να υποφέρει από σοβαρή κακή διατροφή, που προκαλεί μεγάλη σωματική βλάβη στο άτομο.
8. **Μειώνει την σεξουαλική ορμή.** Σαν αποτέλεσμα έχουμε την εκφύλιση της σωματικής και πνευματικής κατάστασης. Ο αλκοολικός συχνά υποφέρει από μειωμένη σεξουαλική ορμή. Αυτή η μείωση μπορεί να οδηγήσει στην «αλκοολική ζήλια» όπου ο σύζυγος του αλκοολικού κατηγορείται για εξωσυζυγικές σχέσεις. Ένας γάμος που κατορθώνει να επιζήσει κάτω από τέτοιες συνθήκες συχνά καταστρέφεται από τέτοια ζήλια<sup>28</sup>.



#### 4.5 Χρόνια φάση

Τώρα η διάρκεια της «σχετικής μέθης» μπορεί να διαρκεί μέρες. Εμφανίζονται όλο και συχνότερα διαταραχές των σωματικών



λειτουργιών, διαταραχές του ψυχισμού, της σκέψης και εγκαθίσταται γενικότερα ένα νέο είδος συμπεριφοράς, που επηρεάζει ολόκληρη την προσωπικότητα.

Το ήπαρ, που τόσα χρόνια κατόρθωνε να αντισταθμίζει την κατάχρηση του οινοπνεύματος εγκαταλείπει και αυτόν τον αγώνα. Ο αλκοολικός χρειάζεται τώρα όλο και μικρότερες ποσότητες για να νιώσει την ψυχική δράση του οινοπνεύματος, μια και το ήπαρ δεν είναι σε θέση να εκπληρώσει τις λειτουργίες του.

Πολλοί από τους ασθενείς στη φάση αυτή επιμένουν ότι «δεν είμαι αλκοολικός, τώρα πίνω μόνο καναδυό ποτηράκια». Φυσικά συμβαίνει ακριβώς το αντίθετο. Οι ασθενείς αυτοί βρίσκονται στο τελευταίο στάδιο του αλκοολισμού. Αν δεν κατορθώσουν να απομακρυνθούν τελείως από το οινόπνευμα είναι καταδικασμένοι να τελειώσουν τη ζωή τους με ένα από τα επακόλουθα της ασθένειας τους (π.χ. κίρρωση του ήπατος, καρδιοπάθεια, εσωτερικές αιμορραγίες κ.λ.π.).

Οι φάσεις αυτές, όσο χαρακτηριστικές και ενδεικτικές είναι για την εξέλιξη του αλκοολισμού, δεν ανταποκρίνονται- ή ανταποκρίνονται άλλοτε αλλιώς- σε όλες τις μορφές, με τις οποίες εμφανίζεται ο αλκοολισμός. Για παράδειγμα, θα μπορούσαμε να φανταστούμε τους ασθενείς αυτούς που ξεκίνησαν την «καριέρα» τους μέσα στην παρέα, στην καθημερινή συνάντηση με τους φίλους στο ταβερνάκι της γειτονιάς. Τέτοιου είδους άτομα κατόρθωσαν να πίνουν για μακρύ χρονικό διάστημα μεγάλες ποσότητες οινοπνεύματος χωρίς να χάσουν τον έλεγχο ποτέ πάνω ο' αυτό.

Από αυτό το είδος χρήσης του οινοπνεύματος δημιουργείται όμως πολλές φορές μια σωματική εξάρτηση από το οινόπνευμα που φαίνεται να προηγείται της ψυχικής, που πολλές φορές δε γίνεται καν εμφανής. Έχουμε δηλαδή καθημερινή χρήση οινοπνεύματος λόγω ελαφρών συμπτωμάτων συνδρόμου αποστήρησης, χωρίς κάποια εμφανή στοιχεία ενδοψυχικών προβλημάτων κ.λ.π<sup>6</sup>.

Το 1970 η ειδική επιτροπή για το αλκοόλ και αλκοολισμό της Π.Ο.Υ. δήλωσε: πρόσφατα στοιχεία κάνουν να φαίνεται ότι υπάρχει περισσότερη ομοιότητα μεταξύ των αντιδράσεων αποστήρησης από το

αλκοόλ και οπιούχων παρά ότι επιστεύετο προηγουμένως. Εάν σοβαρά συμπτώματα συνοδεύονται με την αποστέρηση του αλκοόλ τα ίδια σχεδόν επιμένουν με εκείνα που συνοδεύονται με την αποστέρηση των οπιούχων.

Όταν φτάσουν στον εθισμό παρατηρούμε τα ακόλουθα κοινά χαρακτηριστικά:

### ☞ **Κανονική πρόιμη πόση**

Μετά από χρόνια κατανάλωση μεγάλης ποσότητας αλκοόλ φτάνεις στο επίπεδο του εθισμού, το οποίο απαιτεί τη συνεχή παρουσία του αλκοόλ στο σώμα για να το προφυλάξει από τα συμπτώματα της αποστέρησης. Αυτό το επίπεδο της σωματικής εξάρτησης υποδεικνύει χρόνιο αλκοολικό εθισμό (φάση VI). Ο αλκοολικός πρέπει τώρα να αρχίσει την ημέρα του με ποτό. Εάν στερηθεί το αλκοόλ, το πρώτο σύμπτωμα της αποστέρησης είναι συνήθως το τρέμουλο των χεριών, ποδιών ή του σώματος.

Η ψυχική διάθεση του αλκοολικού αλλάζει, μπορεί να παρουσιάσει φοβία και παραισθήσεις. Ένας αλκοολικός από το στάδιο αυτό και μετά δεν θα πρέπει να πιεστεί για να ξεμεθύσει χωρίς ιατρική βοήθεια, γιατί υπάρχει πιθανότητα να παρουσιάσει σπασμούς ακόμη και θάνατος.

### ☞ **Μέθη κατά τη διάρκεια της εργασίας ή τις σχολικές ώρες**

Ο αλκοολικός όταν είναι μεθυσμένος το πρωί, στη δουλειά ή το πρωί στο σχολείο και είτε κάνει τη δουλειά ή το σχολείο ή βουτά ποτά κατά τη διάρκεια της ημέρας, «Αυτή είναι η αρχή του τέλους».

### ☞ **Απώλεια της ανεκτικότητας (αντοχής)**

Ο αλκοολικός αρχίζει τώρα να κάνει την ανεκτικότητα στο αλκοόλ που προηγούμενος απέκτησε. Η απώλεια αυτή ίσως οφείλεται στη μείωση της ικανότητας του ήπατος να οξειδώσει το αλκοόλ. Μετά την απώλεια της ανεκτικότητας, η μέθη μπορεί να συμβεί σχεδόν σε οποιαδήποτε ποσότητα αλκοόλ και η πορεία του ξεμεθύσματος καθ' όλη τη διάρκεια του χρόνου με μέτρια κατανάλωση αλκοόλ.

### ☞ **Πνευματική διαταραχή**

Πολλοί αλκοολικοί υποφέρουν από σοβαρή προσωπική κατάρρευση. Εάν συνεχίζουν να πίνουν τότε παρουσιάζονται μόνιμα συμπτώματα εγκεφαλικής βλάβης. Ένας τύπος ψύκωσης που συνήθως παρουσιάζεται στον προχωρημένο αλκοολικό είναι το τρομώδες παραλήρημα. Μετά από μερικές κρίσεις τρομώδους παραληρήματος, μια άλλη πιο σοβαρή κατάσταση αναπτύσσεται γνωστή σαν «Υγρό Εγκεφάλου». Αυτή είναι μόνιμη εγκεφαλική βλάβη.

### ☞ **Τερματισμός του αλκοολισμού**

Ο αλκοολικός συνήθως καταλήγει σε έναν από τους δυο τρόπους:

#### **A. Υγρός εγκεφαλικός**

Επειδή η εγκεφαλική βλάβη είναι μόνιμη, η λειτουργία σκέψης διακόπτει τελείως τον κανονικό ρυθμό της και όλες οι άλλες λειτουργίες του νευρικού συστήματος είναι διαταραγμένες. Ο αλκοολικός που φτάνει σε αυτό το στάδιο είτε πεθαίνει ή τελειώνει η ζωή του σε κάποιο ίδρυμα.

#### **B. Τερματισμός του συστήματος εκλογίκευσης**

Τελικώς το πολύπλοκο σύστημα εκλογίκευσης που έχει διατηρήσει τον αλκοολικό μπορεί να καταρρεύσει, συνήθως στην ανιδραση μερικών σοβαρών συναισθηματικών κρίσεων (ένα αυτοκινητιστικό ατύχημα προκαλώντας το θάνατο κ.λ.π.), εάν ο αλκοολικός την συγκεκριμένη αυτή στιγμή μπορεί να δεχτεί την συντριβή, αυτός-ή γίνεται ευπρόσιτος στην θεραπεία και συχνά επιτυχώς ανακτά εγκράτεια.

Ευτυχώς δεν είναι απαραίτητα για έναν αλκοολικό να περάσει όλα τα στάδια του αλκοολισμού. Εάν ένας αλκοολικός δεχτεί ότι είναι αλκοολικός και θέλει να κάνει κάτι γι' αυτό, τότε μπορεί να αρχίσει θεραπεία<sup>28</sup>

## 4.6 Τύποι αλκοολισμού

Η μακρόχρονη συνεργασία του Jellinek με την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας του έδωσε την ευκαιρία να ταξιδέψει σε πολλές χώρες και να μελετήσει τον αλκοολισμό μέσα σε διαφορετικά πολιτισμικά πλαίσια. Η εμπειρία του τον οδήγησε στο συμπέρασμα ότι υπάρχουν ποικίλες «διαστάσεις» και «εκφράσεις» του αλκοολισμού και προβληματίστηκε με το αν ο όρος αλκοολισμός ήταν κατάλληλος ή και λειτουργικός για να περιγράψει το σύνολο των ατόμων που παρουσιάζουν προβλήματα σχετικά με τη χρήση ή την κατάχρηση του αλκοόλ.

Ο ίδιος ο Jellinek, προσπαθώντας να «χαρτογραφήσει» την ποικιλία στη συμπεριφορά του αλκοολικού και στα «είδη αλκοολισμού» που αντιμετώπισε, κατέληξε ότι το σύνολο των αλκοολικών μπορούσε να διαιρεθεί σε πέντε βασικές κατηγορίες, η κάθε μια από τις οποίες είχε διαφορετικά χαρακτηριστικά. Οι κατηγορίες αυτές που πήραν το όνομα τους από τα γράμματα του ελληνικού αλφαβήτου ήταν οι εξής<sup>1</sup>:

### 1. Τύπος-α

Αλκοολικοί αυτού του τύπου υποφέρουν κυρίως από διάφορες ψυχονευρωτικές διαταραχές, όπως π.χ. ελαφρές αγχώδεις καταστάσεις, φοβίες, ενδοψυχικές αναστολές και συναισθήματα ότι δεν μπορούν να αντεπεξέλθουν στις απαιτήσεις ορισμένων καταστάσεων.

Με τη χρήση του οινοπνεύματος επιτυγχάνεται μια σχετική απελευθέρωση από τέτοιου είδους δυσάρεστες καταστάσεις. Το οινόπνευμα χρησιμοποιείται δηλαδή σαν ένα είδος καταπραϋντικού, που καλείται να μειώσει την ένταση ασυνείδητων, τις περισσότερες φορές, παθολογικών καταστάσεων.

Με αυτή την έννοια, κάθε ένας, που έχει δοκιμάσει ένα αλκοολούχο ποτό στη ζωή του, γνωρίζει τη δράση του στον ψυχικό του κόσμο και χρησιμοποιεί τη δράση αυτή για επίτευξη ηρεμίας και γενικότερα αλλαγής της ψυχικής του κατάστασης, ανήκει στην κατηγορία αυτή του αλκοολικού.

Η συχνή και σταθερή αναζήτηση της δράσης αυτής του οινοπνεύματος μπορεί να οδηγήσει με τον καιρό σε ένα είδος ψυχικής εξάρτησης από αυτό. Αυτή η εξάρτηση μπορεί να υπάρχει επί δεκαετίες χωρίς να έχει οπωσδήποτε σαν αποτέλεσμα την απώλεια του ελέγχου και τη δημιουργία μιας ανεξέλεγκτης πια εξάρτησης από το οινόπνευμα.

Μπορεί όμως, ανάλογα με τη συχνότητα και ποσότητα οινοπνεύματος, που καταναλίσκεται, να γίνει πρόξενος οργανικών παθήσεων, σχετικής απώλειας της ικανότητας για εργασία, ελαφρών ψυχικών διαταραχών.

Ο αλκοολικός τύπου-α παραμένει, θα μπορούσαμε να πούμε, κατά κανόνα ένα μικρό σχετικά πρόβλημα για τον εαυτό του όπως και για το κοινωνικό του περιβάλλον. Πολλές φορές όμως –ανάλογα με την ιστορική του εξέλιξη και τις κοινωνικές συνθήκες, όπου αναπτύσσεται- εξελίσσεται ο αλκοολικός τύπου-α σε αλκοολικό τύπου-γ, με τον οποίο θα ασχοληθούμε παρακάτω.

## **2. Τύπος-β**

Εδώ ανήκουν τα διάφορα άτομα, που κάνουν χρήση οινοπνεύματος ευκαιριακά, ανάλογα με τις διάφορες, κάθε τόσο, δημιουργούμενες κοινωνικές καταστάσεις που συνοδεύονται από τη χρήση οινοπνεύματος.

Η χρήση του οινοπνεύματος γίνεται κυρίως για προσπάθεια ένταξης –ή γιατί έτσι συνηθίζεται- σε ένα ορισμένο κοινωνικό περιβάλλον, απ' όπου δεν θέλουν να αποκοπούν. Με ένα είδος μιμητισμού, κάνουν αυτό που κάνουν και οι άλλοι. Ότι οργανικές διαταραχές ή διάφορα ελαφρά κοινωνικά προβλήματα, που τους παρουσιάζονται, θα μπορούσαν να είναι αποτέλεσμα της «σχετικής» αυτής κατάχρησης οινοπνεύματος, είναι κάτι που δεν θα μπορούσαν να διανοηθούν.

Οπωσδήποτε δεν παρουσιάζουν ούτε ψυχική ούτε σωματική εξάρτηση και είναι σε θέση να απομακρυνθούν, χωρίς δυσκολία, από τις «αλκοολικές τους συνήθειες», αν αλλάξουν κοινωνικό περιβάλλον.

Θα μπορούσε να πει κανείς ότι, ακόμα και όταν καταναλώνουν τέτοιες ποσότητες οινοπνεύματος που τους προκαλούν εμφανείς σωματικές διαταραχές (ίκτερος κ.λ.π.), αυτό γίνεται περισσότερο λόγω

της λανθασμένης –μιμητικής- συμπεριφοράς τους, παρά λόγω κάποιων ενδοψυχικών προβλημάτων.

### **3. Τύπος-γ**

Η εξέλιξη του τύπου αυτού μοιάζει, στα αρχικά τουλάχιστον στάδια, με αυτή του τύπου-α. μετά όμως από την όλο και συχνότερη χρήση του οινόπνευματος, με σκοπό τη δυνατότητα για αντιμετώπιση διαφόρων προβληματικών καταστάσεων, επέρχεται μια βαθμιαία εξασθένηση της «αμυντικής ικανότητας» της προσωπικότητας. Αποτέλεσμα, η όλο και συχνότερη αντιμετώπιση και μικρών ακόμη προβλημάτων με τον τρόπο αυτό. Με τον καιρό αντικαθιστά το οινόπνευμα τους αμυντικούς μηχανισμούς του ατόμου, στο οποίο δεν παραμένει πια άλλος τρόπος αντίδρασης σε τυχόν δυσκολίες, που του παρουσιάζονται.

Η ψυχική εξάρτηση είναι το κύριο χαρακτηριστικό του τύπου αυτού και συνοδεύεται σύντομα από τη φυσική εξάρτηση από το οινόπνευμα. Η απώλεια του ελέγχου είναι απόλυτη. Αλκοολικοί αυτού του τύπου πίνουν συνήθως μέχρι απώλειας της συνείδησης. Τα κοινωνικά προβλήματα, που συνοδεύουν μια τέτοια συμπεριφορά, έρχονται να κλείσουν τον κύκλο των ψυχικών και σωματικών διαταραχών, αποτέλεσμα της εξάρτησης.

Αλκοολικοί τύπου-γ είναι όμως και αυτοί που στην περίπτωση που ξεκινήσουν με ένα ποτηράκι, δεν είναι σε θέση να σταματήσουν πριν φτάσουν σε ένα, γι' αυτούς, ορισμένο βαθμό δράσης του οινόπνευματος στον ψυχικό τους κόσμο.

Πολλοί απ' αυτούς, είναι σε θέση να παραμείνουν «στεγνοί» για μεγάλα χρονικά διαστήματα. Στις περιόδους αυτές είναι «ελεύθεροι» να αποφασίσουν αν πιουν ή όχι, στην περίπτωση όμως που δοκιμάσουν πάλι πρέπει να φθάσουν, όπως είπαμε, τον ιδιαίτερο γι' αυτούς βαθμό δράσης του οινόπνευματος, πριν σταματήσουν.

Χαρακτηριστικό είναι ότι τα μεσοδιαστήματα –τα ελεύθερα οινόπνευματος- όλο και μικραίνουν μέχρι να φθάσουν την καθημερινή χρήση-κατάχρηση.

Η εξέλιξη αυτή του αλκοολικού τύπου-γ είναι χαρακτηριστική της αλκοολικής εξάρτησης (ασθένειας). Σ' αυτό το στάδιο η σώματο-ψυχική βλάβη είναι τόσο μεγάλη, ώστε μπορεί δίχως άλλο να ειπωθεί ότι πρόκειται περί αλκοολισμού –με την έννοια μιας ανίατης παθολογικής κατάστασης.

Μια θεραπεία, με την έννοια της επανάκτησης της ικανότητας ελεγχόμενης χρήσης του οινοπνεύματος, δεν είναι –όπως και στους τύπους δ και ε- πια δυνατή. Η ικανότητα αυτή, για ελεγχόμενη χρήση του οινοπνεύματος, έχει χαθεί για πάντα. Ακόμη και μετά μια μακροχρόνια «στεγνή» περίοδο, αποτέλεσμα ίσως κάποιας θεραπείας, η απλή δοκιμή οινοπνεύματος θα οδηγήσει σε σύντομο χρονικό διάστημα στην εκ νέου απώλεια του ελέγχου.

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

#### **4. Τύπος-δ**

Ο τύπος αυτός χαρακτηρίζεται από τη μακροχρόνια καθημερινή χρήση μιας ποσότητας οινοπνεύματος, μοιρασμένης σε όλη τη διάρκεια της ημέρας. Περιβαλλοντικοί και κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες παίζουν στην εξέλιξη του τύπου αυτού πρωτεύοντα ρόλο. Είναι ο τύπος αλκοολισμού που χαρακτηρίζει π.χ. καλλιεργητές ή παραγωγούς οινοπνευματωδών ποτών ή γενικότερα ατόμων, που ασχολούνται σε εργασίες συνδεδεμένες με τη χρήση οινοπνευματωδών ποτών.

Η απώλεια του ελέγχου παρουσιάζει στα άτομα αυτά μια ιδιομορφία. Δεν είναι απώλεια του ελέγχου πάνω στην ποσότητα, αλλά έχει την έννοια ότι δεν μπορούν να διακόψουν την καθημερινή χρήση, της ορισμένης αυτής ποσότητας οινοπνεύματος που πίνουν.

Αλκοολικοί τύπου-δ μεθάνε σπανίως, Αντίθετα, *στερητικά σύνδρομα* στην περίπτωση που δεν τους είναι δυνατή η χρήση οινοπνεύματος. Έτσι, είναι αναγκασμένοι να πίνουν καθημερινά για να αποφύγουν το

επικείμενο στερητικό σύνδρομο. Χαρακτηριστική είναι και η πρωινή χρήση οινόπνευματος μετά το μεσοδιάστημα στέρησης της νύχτας.

Αλκοολικοί τύπου-δ είναι σε θέση για δεκαετίες να εκπληρώνουν τις κοινωνικές τους υποχρεώσεις έτσι ώστε να μη γίνονται αντιληπτοί από το περιβάλλον τους. Η χρόνια αυτή δηλητηρίαση με το οινόπνευμα έχει καταστροφικά αποτελέσματα τόσο στο οργανικό, όσο και στο ψυχικό επίπεδο, που οδηγούν σε μια γενικότερη αποδιοργάνωση της προσωπικότητας.

Συχνά παρουσιάζονται και χαρακτηριστικές νευροψυχικές παθήσεις, όπως οργανικά ψυχοσύνδρομα, επιληψία ή διαφόρου είδους ψυχώσεις. Η αποτοξίνωση των ασθενών αυτών πρέπει να γίνεται –λόγω του κινδύνου εμφάνισης του γνωστού *delirium tremens*– από ειδικευμένο προσωπικό σε κατάλληλα για αυτήν νοσοκομειακά κέντρα.

## 5. Τύπος-ε

Τους αρχικά τέσσερις τύπους αλκοολισμού συμπλήρωσε ο Jellinek με έναν πέμπτο –τον αλκοολικό τύπου-ε. αλκοολικοί τύπου-ε είναι άτομα, τα οποία λόγω κάποιων εσωτερικών κρίσεων βρίσκουν φυγή στο οινόπνευμα.

Η φυγή αυτή είναι τέτοιας μορφής ώστε τα άτομα αυτά πίνουν ανεξέλεγκτα, για ένα περιορισμένο χρονικό διάστημα, μέχρι σημείου δηλητηρίασης από το οινόπνευμα. Στην περίπτωση μάλιστα που δεν τους βρίσκονται οινόπνευματώδη ποτά, είναι σε θέση να δοκιμάσουν κάθε σκεύασμα το οποίο περιέχει οινόπνευμα, όπως κολώνιες κ.λ.π.

Στα μεσοδιαστήματα των κρίσεων αυτών είναι πάλι ικανοί να πίνουν «συνηθισμένα» ή και καθόλου. Μια τέτοια εξέλιξη μπορεί φυσικά να οδηγήσει σε εξάρτηση από το οινόπνευμα. Το εάν ο τύπος-ε είναι μια αλκοολική ασθένεια ή είναι απλά το σύμπτωμα μιας βαθύτερης ψυχικής διαταραχής, είναι δύσκολο να προσδιοριστεί με βεβαιότητα.

Η τυπολογία αυτή, κατά Jellinek, έχει καθιερωθεί σε παγκόσμια κλίμακα και φαίνεται να ικανοποιεί τις ανάγκες για μια περιγραφική δυνατότητα του προβλήματος.

Σαν αλκοολικές ασθένειες αναγνωρίζονται κυρίως οι τύποι γ και δ.



Ο αλκοολισμός τύπου-α είναι ίσως η πηγή τροφοδοσίας του τύπου-γ, και ο αλκοολισμός τύπου-β είναι η πηγή τροφοδοσίας του τύπου-δ<sup>6</sup>.

Παρ' όλο που η τυπολογία του Jellinek έχει γίνει αντικείμενο αμφισβήτησης από σύγχρονους ερευνητές και κλινικούς επιστήμονες, θα πρέπει να επαναληφθεί ότι η προσφορά του στην κατανόηση και αντιμετώπιση του φαινομένου του αλκοολισμού είναι μεγίστης σημασίας για δυο λόγους:

1. Γιατί η τυπολογία του άνοιξε τους ορίζοντες για μια ανανεωμένη προσέγγιση του φαινομένου, το κύριο χαρακτηριστικό της οποίας ήταν η έννοια της «πολυδιάστατης φύσης» του αλκοολισμού σε αντίθεση με τη «δογματική» και «μονοδιάστατη» άποψη που επικρατούσε στο καιρό του.
2. Γιατί η προσπάθεια «ιατρικοποίησης» του αλκοολισμού έφερε σημαντικές αλλαγές στην διαμόρφωση των στάσεων απέναντι στον αλκοολισμό και στον αλκοολικό. Με άλλα λόγια, ο Jellinek «αποπεριθωριοποίησε» τον αλκοολικό, τον κατέστησε κοινωνικά αποδεκτό ως άρρωστο και τον έστειλε στο νοσοκομείο για θεραπεία<sup>1!!!!</sup>

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5°

### 5.1 «Μοντέλα» αλκοολισμού

Ο όρος «μοντέλο αλκοολισμού» χρησιμοποιείται για να δώσει έμφαση σε δυο σημαντικά σημεία. Πρώτον, ο τρόπος με τον οποίο κατανοούμε το πρόβλημα του αλκοολισμού, δηλαδή οι αντιλήψεις και στάσεις μας απέναντι στον αλκοολικό, τα αίτια που του δημιούργησαν το πρόβλημα, τη θεραπευτική αντιμετώπιση του κ.λ.π. δεν έχει μείνει στατικός. Με άλλα λόγια, τόσο η συσσώρευση των γνώσεων σχετικά με τον αλκοολισμό όσο και η γενικότερη επιστημονική και κοινωνική εξέλιξη υπήρξαν καθοριστικά στη διαμόρφωση των διαφόρων «θεωριών» περί αλκοολισμού. Ακόμα και τώρα, όπως άλλωστε είναι φυσικό, η σύγχρονη σχετική επιστημονική δραστηριότητα αποτελεί πρόκληση και διαμορφώνει απόψεις που οδηγούν στην αμφισβήτηση των κρατούντων «μοντέλων» του αλκοολισμού. (Μοντέλο δε σημαίνει απαραίτητα θεωρία. Σημαίνει όμως τρόπο/ους σκέψης και αντίληψης για την κατανόηση φαινομένων).

Το δεύτερο σημείο είναι απόρροια των παραπάνω θέσεων. Επειδή τα «μοντέλα» του αλκοολισμού προσεγγίζουν το φαινόμενο από διαφορετική οπτική γωνία και βρίσκονται σε συνεχή εξέλιξη, είναι λογικό ότι δε θα μπορούσε να υπάρξει ένας και μοναδικός ορισμός για το φαινόμενο του αλκοολισμού. Κατά συνέπεια, άλλα κριτήρια όριζαν τον αλκοολικό στις αρχές του αιώνα, διαφορετικά τη δεκαετία του 50 και ακόμα πιο διαφορετικά σήμερα.

### 5.2 Ψυχοδυναμικό μοντέλο

Η προσέγγιση αυτή αντλεί τα επιχειρήματα της και βασίζεται κυρίως στη Φροϋδική ψυχαναλυτική θεωρία. (Ψυχαναλυτικές θεωρίες όπως αυτές των Jung, Adler κ.λ.π. αποτελούν επίσης μέρος της ψυχοδυναμικής προσέγγισης). Από τις πρώτες προσπάθειες που έγιναν

για την κατανόηση και ανάλυση του φαινομένου του αλκοολισμού, ήταν εκείνες των Φρουϊδικών ψυχαναλυτών στις αρχές του αιώνα.

Ο ψυχαναλυτής Ferenczi (Ferenczi 1916) θεώρησε ότι ο αλκοολισμός είναι ένα έκδηλο σύμπτωμα της συμπεριφοράς του ατόμου με λανθάνουσα ομοφυλοφιλία. Είναι ενδιαφέρον βέβαια ότι την εποχή του Ferenczi η ομοφυλοφιλία ήταν ουσιαστικό σύμπτωμα ψυχοπαθολογίας.

Θα ήταν υπερβολή (έως ειρωνεία) να πιστεύει κανείς ότι όλοι οι αλκοολικοί είναι ομοφυλόφιλοι. Εξάλλου, αν κάποιος ομοφυλόφιλος είναι παράλληλα και αλκοολικός, θα πρέπει να λάβουμε, μεταξύ άλλων, σοβαρά υπόψη το ρόλο της κοινωνικής καταπίεσης που δέχονται αυτά τα άτομα για τη μη κοινωνικά αποδεκτή σεξουαλική τους ταυτότητα.

Τριάντα χρόνια αργότερα, ο ψυχαναλυτής Fenichel (Fenichel 1944) παρατηρώντας την «εναλλασσόμενη και κυκλική» συμπεριφορά του «περιοδικού» αλκοολικού (δηλαδή του ατόμου που κάνει κατάχρηση αλκοόλης κατά περιόδους π.χ. Σαββατοκύριακα, μερικές μέρες το μήνα κ.λ.π.) κατέληξε στο συμπέρασμα ότι ο αλκοολισμός έχει το ίδιο «ψυχικό περιεχόμενο» με αυτό της μανιοκατάθλιψης. Όπως λοιπόν στη μανιοκατάθλιψη παρατηρούνται στο άτομο εναλλαγές μεταξύ μανίας και κατάθλιψης, έτσι και στον «περιοδικό» αλκοολικό παρατηρούνται εναλλαγές μεταξύ «φυσιολογικής» και «αλκοολικής» συμπεριφοράς.

Οι Kessel & Walton (N. Kessel & H. Walton 1979) στο βιβλίο τους «Αλκοολισμός» αναφέρονται, μεταξύ άλλων, σε δυο κύριες διαστάσεις που κατά την άποψη τους χαρακτηρίζουν την προσωπικότητα του αλκοολικού. Αυτές είναι οι εξής:

### **Καθήλωση και εξάρτηση**

Έχει παρατηρηθεί ότι μερικά άτομα επιδεικνύουν συμπεριφορά που δε θα μπορούσε να χαρακτηριστεί «ενήλικη» στα πλαίσια μιας δεδομένης κουλτούρας. Αυτή η «αδυναμία» για ενηλικίωση φαίνεται να είναι το αποτέλεσμα «καθήλωσης» και ιδιαίτερα στο στάδιο που είναι γνωστό ως «στοματικό στάδιο». Ένας άλλος παράγοντας που φαίνεται να συμβάλλει στην ανάπτυξη της ανώριμης προσωπικότητας είναι μια «αφύσικη προσκόλληση» στους γονείς και ιδιαίτερα η εξάρτηση που παρουσιάζουν

ορισμένοι ενήλικες από τη μητέρα τους. Στην προκειμένη περίπτωση, το άτομο «επιλέγει» την κατάχρηση του αλκοόλ ως διέξοδο από τις πιέσεις που αφορούν στην ανάληψη ρόλων. Κάτω απ' αυτές τις συνθήκες το αλκοόλ προσφέρει μία ανακούφιση στις εσωτερικές αντιθέσεις που δημιουργούνται στο άτομο, και το οδηγεί σε φαντασιώσεις που είναι άσχετες με την πραγματικότητα που το περιβάλλει.

### **Άμεση ικανοποίηση αναγκών**

Αυτή η διάσταση έχει άμεση σχέση με την τάση για «υπερπροστασία» που δείχνουν πολλοί γονείς στα παιδιά τους. Αυτή η τάση για υπερπροστασία οδηγεί όχι μόνο στην εξάρτηση των παιδιών από τους γονείς, αλλά και στην άμεση ικανοποίηση αναγκών και στην έλλειψη αυτοπεποίθησης και πρωτοβουλιών στην ενήλικη ζωή. Είναι ευνόητο ότι τα παιδιά που έμαθαν να «στηρίζονται» στους γονείς τους για την επίλυση των σημαντικών τους προβλημάτων, ως ενήλικες παρουσιάζουν ιδιαίτερες δυσκολίες όταν αντιμετωπίζουν ματαίωση των προσδοκιών τους, όταν γίνονται αντικείμενα κριτικής από άλλους και όταν κληθούν να λάβουν πρωτοβουλίες. Γιατί το αλκοόλ είναι η διέξοδος στην προσωπική δυσφορία που αισθάνεται το άτομο όταν τα «πράγματα δεν πάνε με το μέρος του» (π.χ. όταν οι προσδοκίες δεν υλοποιούνται και όταν οι ανάγκες δεν ικανοποιούνται αμέσως) και γιατί το αλκοόλ είναι μια εύκολη, φτηνή και «νόμιμη» λύση για την άμεση επίλυση αυτής της δυσφορίας.

### **5.3 Ιατρικό μοντέλο**

Η προσέγγιση αυτή αναφέρεται στις βλάβες που μπορεί να προκληθούν από την κατάχρηση της αλκοόλης. Το σημαντικότερο όμως είναι, ότι οι υποστηρικτές αυτού του μοντέλου θεωρούν τον αλκοολισμό περισσότερο ως «αρρώστια» παρά ως ένα κοινωνικό φαινόμενο με επιπτώσεις στη σωματική υγεία του ατόμου.

Το ιατρικό μοντέλο του αλκοολισμού μπορεί να θεωρηθεί το αρχαιότερο από όλες τις προσεγγίσεις σ' αυτό το φαινόμενο.

Επιστημονικά άρθρα σχετικά με τις βλάβες που προξενεί η κατάχρηση της αλκοόλης εμφανίστηκαν στην αμερικάνικη βιβλιογραφία περίπου το 1850.

Είναι ενδιαφέρον ότι μέχρι και τις αρχές της δεκαετίας του 1960, η αμερικάνικη κοινή γνώμη θεωρούσε τον αλκοολικό ως άτομο χωρίς την ελάχιστη κοινωνική προσφορά, ανίκανο να εργαστεί και επομένως να παράγει και ως άτομο με χαμηλό επίπεδο νοημοσύνης και δυνατοτήτων. Η μεγάλη προσφορά του Jellinek σχετικά με την «ιατρικοποίηση» του φαινομένου ήταν ότι ο αλκοολικός άρχισε να θεωρείται «άρρωστος» και να απολαμβάνει ευρύτερου ιατρικού ενδιαφέροντος αντί της κοινωνικής απόρριψης που εισέπραττε μέχρι εκείνον τον καιρό.

Με βάση τα παραπάνω δεδομένα, ο Jellinek κατέληξε στο ότι το σύνολο των αλκοολικών μπορούσε να διαιρεθεί σε πέντε βασικές κατηγορίες, η κάθε μία από τις οποίες είχε διαφορετικά χαρακτηριστικά.

#### **5.4 Συμπεριφορικό μοντέλο**

Η προσέγγιση αυτή έχει τις ρίζες της στις θεωρίες της μάθησης και είναι άμεσα και ιστορικά συνδεδεμένη με τις γνωστές παρατηρήσεις και πειράματα του Ρώσου φυσιολόγου Ρανλον και την ανάπτυξη της θεωρίας της «κλασικής εξάρτησης». Η βασική θέση των θεωριών της μάθησης και κατ' επέκταση της θεραπείας της συμπεριφοράς είναι ότι η ανθρώπινη συμπεριφορά είναι αποτέλεσμα μιας σειράς από φυσιολογικές αντιδράσεις του ατόμου σε εξαρτημένα και ανεξάρτητα ερεθίσματα. Έτσι, οι «κατάλληλοι χειρισμοί» αυτών των ερεθισμάτων μπορούν να οδηγήσουν στην αλλαγή μιας δεδομένης συμπεριφοράς.

Σύμφωνα με το παραπάνω μοντέλο η υπερβολική χρήση της αλκοόλης μπορεί να οδηγήσει στον αλκοολισμό είτε γιατί το άτομο συνδέει την κατανάλωση με κάτι ευχάριστο είτε γιατί η κατανάλωση της αλκοόλης συνδέεται με την αποφυγή δυοάρεστων εμπειριών. Και στις δύο περιπτώσεις το άτομο «μαθαίνει να πίνει υπερβολικά». Κατά το μοντέλο της συντελεστικής μάθησης, η υπερβολική χρήση της αλκοόλης είναι μία αντίδραση (που έχει μάθει το άτομο) είτε για την εμφάνιση ενός

«ευχάριστου» ερεθίσματος είτε για την αποφυγή ή απομάκρυνση ενός «δυσάρεστου» ερεθίσματος.

Το Συμπεριφορικό μοντέλο έχει υποστεί δριμεία κριτική τόσο σε θέματα αιτιολογίας όσο και σε ζητήματα θεραπευτικής αποτελεσματικότητας. (Μία από τις πιο βασικές κριτικές που ασκείται είναι ότι η θεραπεία συμπεριφοράς θεραπεύει το σύμπτωμα αλλά όχι την αιτία της νόσου ή του φαινομένου). Παρ' όλα αυτά εξακολουθεί να είναι ένα μοντέλο λειτουργικό με ευρεία εφαρμογή –η διαδικασία εκπαίδευσης των θεραπειών είναι βραχύτερη και φτηνότερη σε σύγκριση με την ψυχανάλυση- και αρκετά αποτελεσματικό.

### **5.5 Κοινωνιολογικό μοντέλο**

Η συμβολή της κοινωνιολογίας στον αλκοολισμό έχει πάρει τη μορφή εμπειρικής έρευνας, ο κύριος στόχος της οποίας είναι ο εντοπισμός των κοινωνικών και πολιτισμικών παραγόντων που οδηγούν στην εξάρτηση από το αλκοόλ.

Όλα τα μοντέλα παρουσιάζουν ελλείψεις τόσο στον τομέα της έρευνας όσο και της θεραπευτικής αντιμετώπισης του φαινομένου. Ο αλκοολισμός είναι ένα σύνθετο φαινόμενο όσον αφορά στην αιτιολογία του και ποικίλλει δραματικά τόσο στους τρόπους λήψης της ουσίας όσο και στις δυσλειτουργίες που προκαλεί στο άτομο. Δεν είναι τυχαίο βέβαια ότι οι σύγχρονες απόψεις για τον αλκοολισμό καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι για περαιτέρω κατανόηση του φαινομένου πρέπει να λάβουμε υπόψη βιολογικούς, γενετικούς, οικονομικούς, κοινωνικούς, ψυχολογικούς και πολιτισμικούς παράγοντες (Potamianos 1984, unpublished Ph. Dthesis). «Δογματικά» και «στατιστικά» μοντέλα και θεραπευτικές πρακτικές απ' όποιον επιστημονικό κλάδο και αν προέρχονται όχι μόνο δε βοηθούν τον αλκοολικό αλλά εμποδίζουν και αυτή την ίδια την επιστήμη στην εξελικτική της πορεία<sup>1</sup>.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6°

### 6.1 Καταστάσεις που οφείλονται σε κατάχρηση του αλκοόλ

Στην περίπτωση του οινοπνεύματος δεν υπάρχουν πια μυσικά. Η άμεση επενέργεια του στον οργανισμό περιορίζεται αυστηρά σ' ένα όργανο, τον εγκέφαλο, όργανο από το οποίο εξαρτώνται οι άλλες λειτουργίες του σώματος. Αντίθετα προς ό,τι νομίζεται συνήθως, η ενέργεια αυτή δεν είναι διεγερτική όπως η ενέργεια της καφεΐνης ή της αμφεταμίνης, αλλά παραλυτική. Το οινόπνευμα προκαλεί καταστολή, δηλαδή επιβραδύνει τους μηχανισμούς με τους οποίους ο εγκέφαλος ελέγχει τη δραστηριότητα των άλλων οργάνων. Ανάλογα με τη δόση που καταναλώνει κανείς, το οινόπνευμα αποδιοργανώνει την ψυχική μας ζωή σε ποικίλους βαθμούς, προκαλεί ψυχωτικές διαταραχές και απώλεια του μυϊκού ελέγχου (ασυνάρτητη ομιλία και αστάθεια βαδίσματος του μεθυσμένου), υπνηλία, κώμα, και μπορεί να οδηγήσει ακόμη και στον θάνατο.

Για να δώσουμε μία πιο ακριβή εικόνα των διαταραχών που μπορεί να προκαλέσει το οινόπνευμα στον οργανισμό, είναι σπουδαίο να εξετάσουμε το πρόβλημα από την πλευρά της ποσολογίας: αυτό είναι το βασικό θέμα για το γιατρό που καλείται να δώσει στον άρρωστο συνταγή για το ένα ή το άλλο φάρμακο. Ωστόσο η απάντηση δεν είναι πάντοτε εύκολη, επειδή τα αποτελέσματα μιας ορισμένης δόσεως ποικίλλουν ανάλογα με τη διάπλαση, τη φυσιολογία και την κατάσταση της υγείας του κάθε ατόμου, για να αναφέρουμε μόνο τους βασικούς παράγοντες.

Το πιο απλό μέτρο ποσολογίας μας δίδεται από το αίμα, μέσω του οποίου το οινόπνευμα –όπως και τα άλλα φάρμακα- φτάνει στα διάφορα όργανα. Επί πλέον είναι φανερό ότι η πυκνότητα του οινοπνεύματος στο αίμα παίζει σημαντικό ρόλο ως προς τα αποτελέσματα<sup>5</sup>.

Τα πρωταρχικά συμπτώματα δηλητηρίασης με αιθανόλη προέρχονται από το Κ.Ν.Σ. (ευφορία και στη συνέχεια καταστολή).

**Ελαφρά** (αλκοόλη αίματος 50-150 mg/dl). Ζάλη, ελαφρά εξασθένηση της δραστηριότητας, ελαφρά μυϊκή αταξία, ελάττωση του χρόνου αντίδρασης, αστάθεια λόγου.

**Μέτρια** (αλκοόλη αίματος 150-300 mg/dl). Εξασθένηση της όρασης, σύγχυση, μυϊκή ελάττωση του χρόνου αντίδρασης, αστάθεια λόγου.

**Βαριά** (αλκοόλη αίματος 300-500 mg/dl). Έντονη μυϊκή αταξία, ασαφής ή διπλή όραση (διπλωπία), υπνηλία. Πολλές φορές συμβαίνει σοβαρή υπογλυκαιμία. Η υπογλυκαιμία δεν είναι ανάλογη με τη σοβαρότητα της δηλητηρίασης. Συνδυασμένη απόκλιση των οφθαλμών, εκτεταμένη ακαμψία των άκρων, μονόπλευρο ή αμφοτερόπλευρο σημείο Babinski, σπασμοί και τρόμος. Σ' αυτό το σημείο, μπορεί να συμβούν θάνατοι. Στην οξεία δηλητηρίαση συχνή είναι η απώλεια θερμαντικού, λόγω της περιφερικής αγγειοδιαστολής. Για το λόγο αυτό οι μεθυσμένοι, αν βρεθούν σε ψυχρό περιβάλλον, κινδυνεύουν να πεθάνουν.

**Κώμα** (αλκοόλη αίματος πάνω από 500 mg/dl). Απώλεια των αισθήσεων, επιβράδυνση της αναπνοής, ελάττωση των αντανακλαστικών, πλήρης απώλεια συνείδησης. Συχνότητα θανάτων σε τέτοιες περιπτώσεις μεγάλη.

Η αλκοόλη συχνά προκαλεί σοβαρή υπογλυκαιμία, ιδιαίτερα στα βρέφη και παιδιά, οφειλόμενη στην αναστολή της νεογλυκογένεσης. Η προηγούμενη νηστεία ευνοεί την εμφάνιση υπογλυκαιμίας<sup>29</sup>.



ΤΟ ΥΓΕΙ ΣΩΜΑ

## Πώς να περιορίσετε το ποτό

Αν, κατά μέσο όρο, πίνετε 5-6 ποτήρια μπίρα (1·1/2 λίτρα) την ημέρα η ισοδύναμη ποσότητα κρασιού ή δυνατών ποτών, μπορεί να βλάψετε την υγεία σας. Είναι, επομένως, η ώρα να περιορίσετε την κατανάλωση οινόπνευματων ποτών. Δεν είναι δύσκολο να το επιτύχετε αυτό. Το πρώτο και σημαντικότερο βήμα είναι να **βελτιστείτε** να περιορίσετε το ποτό. Ακόμα και αν γνωρίζετε

βαμναία στην υγεία σας αυτή τη στιγμή, πρέπει να σκεφθείτε το μέλλον. Στην επομένη σελίδα θα βρείτε υποδείξεις για το πώς μπορείτε να περιορίσετε την κατανάλωση οινόπνευματος χωρίς να στερηθείτε τελείως την απόλαυση του ποτού σε κοινωνικές συναντήσεις.

### Επιδράσεις του οινόπνευματος όσο αυξάνει η ποσότητα του

Με βάση τα αποτελέσματα από προσδιορισμούς του οινόπνευματος στο αίμα και την παρατήρηση της συμπεριφοράς αντιπροσωπευτικού δείγματος ατόμων με οινόπνευμα στο αίμα τους, γιατροί-ερευνητές ετοίμασαν τον παρακάτω οδηγό των πιθανών επιδράσεων

**2 ποτήρια (1/2 λίτρα) μπίρα  
(2 ουνίσια)**

Οι επιδράσεις μπορεί να είναι αμελητέες, αλλά η κρίση διαταράσσεται ελαφρώς και οι αντιδράσεις κατά τη διάρκεια του

**1/2 λίτρο  
(3 ουνίσια)**

Αισθητά ζαλάκι και θέρμανση ή κρύα διαταράσσεται το σε αξιόλογο βαθμό όσα αερίζουν να καταργούνται οι αντιστοίχες

**1 1/2 λίτρο  
(5 ουνίσια)**

Σε αυτό το επίπεδο -το νόημα όμο για οδηγία- ο κίνδυνος προέλευσης ατυχημάτων τετραπλασιάζεται.\*

**2 1/2 λίτρα  
(10 ουνίσια)**

Ταχύ για υπερβολές και επιδεικνύεται τραχιά ομιλία και απώλεια αυτοελέγχου. Αιχμή της πιθανότητας τραυματισμού κατά το 25 φορές.

**3 λίτρα**

**12 ουνίσια**

Οινόπνευμα της καρδιάς ή δάκρυα, απώλεια ισορροπίας, μεγάλη μείωση της νοσητής αντίληψης

**6 λίτρα**

**1/2 μπουκαλιού ουίσκι**

**Απώλεια συνείδησης**

**1 μπουκαλιού ουίσκι**

Αυξημένη πιθανότητα θανάτου από δηλητηρίαση με οινόπνευμα

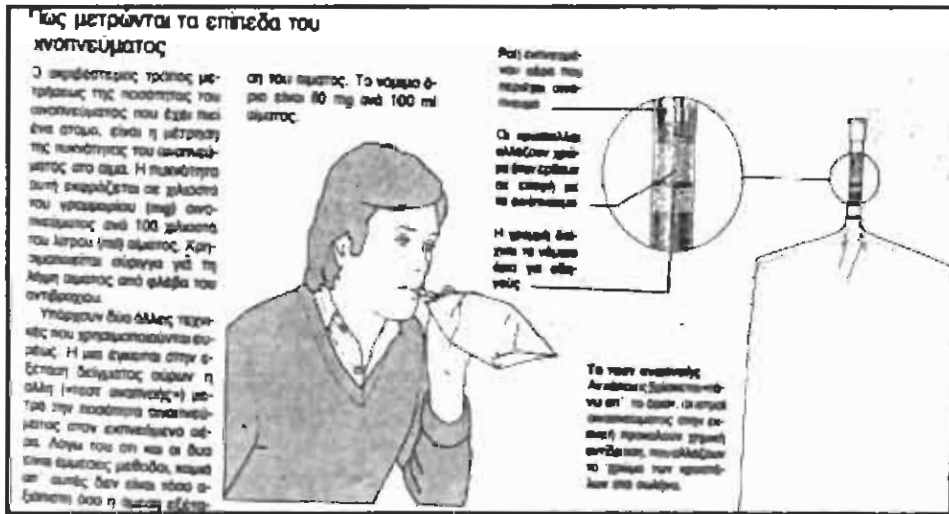
\* Σημειώσεις: Όλα τα ποτά καταναλώνονται το ένα μετά το άλλο (μέσα σε λίγες ώρες).

διαφορών ποσότητες οινόπνευματος σε ένα μέσο άτομο. Για λόγους απλοποιητικής θεωρείται ότι οι αντίστοιχες ποσότητες καταναλώνονται από ένα άτομο με βάρος 70 kg περίπου. Αν έχετε μικρότερο σωματικό βάρος, πρέπει να τροποποιήσετε αντίστοιχα την ποσότητα που πίνετε.



Υπάρχουν παράγοντες που επίσης παίζουν τον ρόλο τους, όπως ο δρόμος που παίρνει το οινόπνευμα για να φτάσει στο αίμα, η ταχύτητα με την οποία προχωρούν οι ουσίες που συναντά στην πορεία του, όπως επίσης και οι διαστάσεις του σώματος μέσα στο οποίο κυκλοφορεί.

βέβαια το οινόπνευμα δεν πηγαίνει κατευθείαν στο αίμα. Αφού καταναλωθεί, διασχίζει πρώτα το γαστροεντερικό σύστημα, του οποίου πρώτος σταθμός είναι το στομάχι. Εκεί ένα μέρος πηγαίνει στα αιμοφόρα αγγεία αυτού του οργάνου. Η ποσότητα του οινοπνεύματος που απορροφάται έτσι και η ταχύτητα της απορροφήσεως εξαρτώνται κυρίως από την περιεκτικότητα του ποτού σε οινόπνευμα.



Η παρουσία θρεπτικών ουσιών στο στομάχι, κυρίως πρωτεϊνών και λιπών που παραμένουν περισσότερη ώρα από τις άλλες ουσίες, πράγμα που τους επιτρέπει να αναμειχθούν με το οινόπνευμα, έχει ως αποτέλεσμα να επιβραδύνει αυτό το πέρασμα στο αίμα.

Σε περιεκτικότητα πάνω από 40%, το οινόπνευμα απορροφάται πιο αργά από το στομάχι. Επί πλέον ο πυλωρός, που αποτελεί τη θύρα από το στομάχι στο λεπτό έντερο, ερεθίζεται όταν έρθει σε επαφή με πολύ δυνατά ποτά. Η πυλωρική βαλβίδα κλείνει, εμποδίζοντας το οινόπνευμα να εισχωρήσει στο λεπτό έντερο και έτσι επιβραδύνεται ακόμη περισσότερο η εμπότιση του οργανισμού από την τοξική ουσία.

Το διοξείδιο του άνθρακος, αντίθετα, επιταχύνει το πέρασμα του οινοπνεύματος μέσα στο έντερο.

Η δυσχέρεια να προσδιορίσει κανείς την επίδραση του οινοπνεύματος σύμφωνα με την καταναλισκόμενη δόση επιτείνεται από

το γεγονός ότι το οινόπνευμα, όταν φτάνει στο αίμα, αρχίζει ήδη να απεκκρίνεται<sup>5</sup>.

Άπαξ το αλκοόλ περάσει στο κυκλοφορικό από το στομάχι ή το λεπτό έντερο, αρχίζει να το διανέμει ομοιόμορφα με τα υγρά σε ολόκληρο το σώμα. Ιστοί που περιέχουν μεγάλη ποσότητα υγρού απορροφούν περισσότερο αλκοόλ από ότι τα οστά ή οι λιπώδεις ιστοί, οι οποίοι δεν έχουν υψηλή περιεκτικότητα υγρών. Το κυκλοφορικό σύστημα σκορπίζει το αλκοόλ σε όλο το σώμα, τελικώς το μεταφέρει και στον εγκέφαλο. Το αλκοόλ είναι αυτό που επηρεάζει τον εγκέφαλο και προκαλεί *μέθη, μία κατάσταση που μειώνει τον έλεγχο της σωματικής και ψυχικής δύναμης*<sup>28</sup>.

**Η απλή μέθη** προκαλεί: **α)** μεταβολή του θυμικού, το οποίο γίνεται διαχυτικό (ευφορία, πολυλογία, ανεμελιά) και σπανιότερα καταθλιπτικό, **β)** ελάτωση της εγρήγορσης, μεταβολή της συμπεριφοράς με άρση των αναστολών (αστόχαστα λόγια και χειρονομίες), **γ)** κινητική ασυνέργεια (δυοαρθρία, παραπαίουσα βάδιση, αδεξιότητα των χειρονομιών).

Μέχρι ενός ορισμένου βαθμού αλκοολαιμίας (περίπου 0,80 gr/l), ο οποίος όμως ποικίλλει ανάλογα με την ατομική ανοχή, η τοξίκωση παραμένει σε υποκλινικό στάδιο. Ωστόσο οι μετρικές δοκιμασίες διαπιστώνουν στο στάδιο αυτό προοβολή των αισθητηριακών λειτουργιών και μείωση των αισθητικο-κινητικών επιδόσεων<sup>24</sup>.

Οι φυσικές κοινωνικές και προσωπικές αναστολές καταργούνται με το αλκοόλ και τα περισσότερα άτομα, όταν έχουν ένα ή δύο ποτηράκια, χαλαρώνουν και απελευθερώνονται. Ένα ήσυχο άτομο μπορεί να γίνει πολύ ομιλητικό και ένα ντροπαλό μπορεί να γίνει επιθετικό. Κάτω από την επίδραση του οινοπνεύματος ένα πρόσωπο που φυσιολογικά είναι πολύ προσεκτικό, μπορεί να πάψει να νοιάζεται για το τι θα πουν οι άλλοι.

Συγχρόνως με αυτά τα αποτελέσματα, η ικανότητα του εγκεφάλου να συγκεντρώνεται πάνω σε μία πληροφορία, να κατανοεί τα μηνύματα που λαμβάνει και να κρίνει αυτά τα μηνύματα ελαττώνεται. Τα αντανακλαστικά παραλύουν και, παρ' όλο που το άτομο δεν το συνειδητοποιεί, η ικανότητα του να συνδέει τα εισαγόμενα δια των

αισθήσεων μηνύματα με τη μυϊκή λειτουργία θα υποστεί άσχημη διαστροφή. Έτσι, το άτομο που έχει πει θα νομίζει ότι είναι ικανό να μιλάει, να χορεύει και να οδηγεί αυτοκίνητο πιο αποδοτικά απ' ότι φυσιολογικά, ενώ, στην πραγματικότητα, η ικανότητα του να κάνει όλα αυτά τα πράγματα θα έχει επηρεαστεί αρνητικά<sup>30</sup>.

**Η παθολογική μέθη** χαρακτηρίζεται τόσο από ποιοτικές όσο και ποσοτικές διαφορές των παρουσιαζόμενων συμπτωμάτων. Η ψυχοκινητική ανησυχία εμφανίζεται με πολύ εντονότερη μορφή, το άτομο δεν είναι σε θέση, όχι μόνο να ελέγξει τις ψυχοκινητικές του λειτουργίες, αλλά και να παραγνωρίζει την πραγματικότητα, συχνά παρουσιάζονται φανταστικές ιδέες και οπτικοακουσικό παραλήρημα. Όλα αυτά συνοδεύονται συνήθως από υπέρμετρο θυμό, άγχος και επιθετικότητα. Τις περισσότερες φορές καταλήγει η παθολογική μέθη σε ένα βαθύ ύπνο και απόλυτη αμνησία, που περιλαμβάνει σχεδόν ολόκληρα τα χρονικά όρια της μέθης.

Ο διαχωρισμός αυτός της παθολογικής μέθης από την συνήθη, έχει ιδιαίτερη σημασία εκεί που τίθενται ιατροδικαστικά ερωτήματα σχετικά με τη συμπεριφορά ενός ατόμου κατά τη διάρκεια της μέθης του.

Θεωρείται ότι πίσω από μία παθολογική μέθη κρύβεται ένα είδος ψυχοπαθητικής προσωπικότητας, που λόγω της δηλητηρίασης με το οινόπνευμα και της απώλειας των ελεγκτικών μηχανισμών, εμφανίζεται στην επιφάνεια<sup>6</sup>.

**Η παθολογική μέθη** παρατηρείται σε ορισμένα άτομα γνωστά για την παρορμητική τάση τους για κατανάλωση οινοπνευματωδών. Η μέθη τείνει να πάρει παθολογική μορφή, συχνότερα κινητο-διεγερτικού τύπου: αναίτια ή για μηδαμινές αιτίες, το άτομο γίνεται έξαλο, κτυπά, ουρλιάζει, σπάει. Η μέθη που συνοδεύεται από κρίση καταστρεπτικότητας μπορεί να κρατήσει πολλές ώρες και να καταλήξει μετά σε κώμα. Συχνά υπάρχει αμνησία του επεισοδίου. Μπορούμε επίσης να παρατηρήσουμε ψευδαισθητική μέθη (τρομακτική ψευδαισθηση) και παραλυτική μέθη (ζηλοτυπία, ιδέα καταδίωξης, αυτοκαταγγελίες για αποτρόπαια εγκλήματα), η σοβαρότητα των οποίων έγκειται στον κίνδυνο αστραπιαίας παρορμητικής επιθετικής πράξης ή αυτοκτονίας. Αυτές οι καταστάσεις

ελέγχονται θεραπευτικά με ενδομυϊκή χορήγηση διαζεπάμης (Valium) και επιτήρηση σε δωμάτιο απομόνωσης χωρίς καθήλωση.

**Το αλκοολικό κώμα** παρατηρείται όταν η αλκοολαιμία ξεπερνά τα 3 gr/l. Μπορεί να πρόκειται για σοβαρό κώμα με υποθερμία, αναπνευστική κάμψη και κίνδυνο καταπληξίας, το οποίο χρειάζεται επείγουσα ανάνηψη. Η θανατηφόρα δόση κυμαίνεται μεταξύ 4 και 5 gr/l. Η έκθεση στο ψύχος και η νηστεία πριν από τη λήψη οινοπνεύματος είναι επιβαρυντικοί παράγοντες. Πρέπει πάντοτε στα άτομα αυτά να ελέγχεται η τιμή γλυκόζης στο αίμα (κίνδυνος υπογλυκαιμίας που οφείλεται στο οινόπνευμα)<sup>24</sup>.

Η υπερβολική κατανάλωση οινοπνεύματος είναι δυνατόν να οδηγήσει σε τόσο υψηλά επίπεδα στο αίμα, ώστε να προκληθεί τελικώς κωματώδης κατάσταση ή ακόμη και θάνατος. Ως αιτία θανάτου θεωρείται η καταστολή ζωτικών κέντρων του προμήκη, όπως το αγγειοκινητικό και το κέντρο της αναπνοής. Το θανατηφόρο επίπεδο της αιθανόλης στο αίμα δεν είναι απόλυτα σταθερό, επειδή επηρεάζεται από την γενικότερη κατάσταση του οργανισμού, από τη θρέψη, από τυχόν οργανικές παθήσεις κ.α. Το οινόπνευμα εγκαθιστά χαρακτηριστική ατελή ανοχή, δηλαδή μετά από ένα συγκεκριμένο όριο (συνήθως 5‰) η επίδραση του αποβαίνει κατά κανόνα μοιραία, ανεξάρτητα από τις συνήθειες και τη γενικότερη φυσική κατάσταση του ατόμου.

Γενικά, οι χρόνιοι πότες έχουν την τάση να καταναλώνουν πολύ μεγάλες ποσότητες, προκειμένου να επιτύχουν το επιθυμητό κατασταλτικό αποτέλεσμα και να αποφύγουν τα συμπτώματα στέρσης. Στις περιπτώσεις αυτές τα επίπεδα της λαμβανόμενης αιθυλικής αλκοόλης είναι πολύ κοντά στα τοξικά όρια. Αυτό δεν ισχύει μόνο για τους αλκοολικούς, δεδομένου ότι για κάθε άτομο η μέση αποτελεσματική δόση αιθανόλης είναι σχετικά κοντά στην τοξική δόση.

Η οξεία δηλητηρίαση με οινόπνευμα αντιμετωπίζεται με γενικά υποστηρικτικά μέτρα, που στοχεύουν συνήθως στη διατήρηση της αναπνοής. Η πρόληψη τυχόν αναπνευστικών επιπλοκών, από την εισρόφηση εμεσμάτων, επιτυγχάνεται με την τοποθέτηση του ασθενούς σε πλαγιοπρηνή θέση<sup>3</sup>.

### «Βαρύ κεφάλι»

Το πόσο άσχημα θα νιώσετε μετά από μία βραδιά οινοποσίας εξαρτάται απ' την ιδιοσυγκρασία σας, που δεν μπορείτε, βέβαια, να την αλλάξετε, αλλά και από το πόσο και το πώς ήπιατε. Τα περισσότερα οινοπνευματώδη ποτά περιέχουν ουσίες που προστίθενται σ' αυτά για χρώμα και άρωμα. Αυτές οι διαφορετικές ουσίες που περιέχουν τα διαφορετικά ποτά και σε συνδυασμό με την αντίστοιχη ποσότητα του οινοπνεύματος δίνουν σε αυτά την κατάλληλη γεύση, προκαλούν το «βαρύ κεφάλι» μετά απ' το ποτό. Το κονιάκ και τα κόκκινα κρασιά είναι αυτά που προκαλούν συχνότερα αυτό το αποτέλεσμα. Το τζιν και η βότκα περιέχουν λίγες πρόσθετες ουσίες και επομένως σπανιότερα ευθύνονται για κάτι τέτοιο. Με όλα τα ποτά, το κάπνισμα κάνει χειρότερο το «βαρύ κεφάλι» που νιώθει κανείς μετά απ' το ποτό.

Όταν δεν μπορούν να αποφευχθούν αυτές οι συνέπειες, μπορούν να αντιμετωπιστούν ως εξής: Επειδή το οινόπνευμα είναι διουρητικό, προκαλεί δηλαδή την αποβολή μεγάλων ποσοτήτων ούρων, πρέπει να προσπαθήσετε να πείτε όσο περισσότερο νερό μπορείτε όταν θα' χετε τελειώσει το ποτό. Και αν έχετε δυνατό πονοκέφαλο είναι προτιμότερο να πάρετε παρακεταμόλη αντί για ασπιρίνη (επειδή η ασπιρίνη θα ερεθίσει ακόμη περισσότερο το ήδη ερεθισμένο απ' το ποτό στομάχι σας).

### Δοξασίες για το οινόπνευμα

Υπάρχουν ορισμένες δοξασίες για το ποτό και πολλοί άνθρωποι τις θεωρούν δεδομένες ή και «επιβεβαιωμένες» από την προσωπική τους εμπειρία. Ας δούμε, όμως, πόση επιστημονική αλήθεια υπάρχει σ' αυτές.

1. «Είναι επικίνδυνο να ανακατεύει κανείς τα διάφορα ποτά (π.χ. μπύρα μετά από ουίσκι ή κρασί μετά από τζιν)». Δεν υπάρχουν ενδείξεις, ότι το «ανακάτεμα» αυτό βλάπτει μακροπροθέσμως περισσότερο απ' όσο όταν πίνει κανείς ένα είδος ποτού μόνο, αν και όταν ανακατεύετε τα ποτά είναι πιο πιθανό να έχετε μετά «βαρύ κεφάλι».
2. «Ένας σκέτος βαρύς καφές ξεμεθά». Αυτό είναι εν μέρει μόνο σωστό. Κάθε υγρό που πίνει κανείς αναπληρώνει τη διουρητική επίδραση του οινοπνεύματος και τα ήπια διεγερτικά, όπως ο καφές μπορεί να αντιπροπούν την κατασταλτική επίδραση του οινοπνεύματος. Αλλά κανένα φάρμακο δεν μπορεί να επιτακύνει την απομάκρυνση του οινοπνεύματος απ' την κυκλοφορία του αίματος.
3. «Τα όμοια πράγματα θεραπεύουν». Αν πείτε λίγο ποτό το πρωί μετά από μία βραδιά οινοποσίας μπορεί να νιώσετε καλύτερα για 2 λόγους. Πρώτο, το επιπρόσθετο υγρό που παίρνετε βοηθά στη διόρθωση της αφυδατώσεως που προκαλεί το οινόπνευμα και που συμβάλλει στο να νιώθετε «βαρύ» το κεφάλι σας. Δεύτερο, ο χαρακτηριστικός πονοκέφαλος που νιώθετε το πρωί μπορεί να οφείλεται εν μέρει στην ελάτπωση της πυκνότητας του οινοπνεύματος στο αίμα του εγκεφάλου και το πρωινό ποτό κάνει την ελάτπωση αυτή να γίνει πιο σταδιακά. Αλλά αν αναγκάζετε να εφαρμόζετε συχνά αυτή την τακτική, αυτό πιθανότατα σημαίνει πως έχετε συμπτώματα στερήσεως και αποτελεί προειδοποίηση ότι πρέπει να ζητήσετε βοήθεια από γιατρό.
4. «Το καλύτερο φάρμακο για το κρύο είναι ένα δυνατό ποτό». Επειδή το οινόπνευμα είναι αγγειοδιασταλτικό προκαλεί ένα ευχάριστο αίσθημα θερμότητας που οφείλεται στην κυκλοφορία του αίματος απ' τα διευρυμένα αγγεία της επιφάνειας του σώματος. Αλλά η μεταστροφή της ροής του αίματος προς την επιφάνεια ελαττώνει την αιμάτωση των εσωτερικών οργάνων και αυξάνει τον κίνδυνο της υποθερμίας.

Η ελαφριά ως μέτρια τοξίνωση δεν απαιτεί ειδική θεραπεία. Μερικά παλιά και δοκιμασμένα φάρμακα, όπως το κρύο ντους, ο δυνατός καφές, η αναγκαστική δραστηριότητα ή η πρόκληση εμέτου μπορεί να ωφελήσουν αλλά δεν υπάρχουν ενδείξεις ότι οποιαδήποτε από

τις μεθόδους αυτές επηρεάζει το ρυθμό απομακρύνσεως του οίνοπνεύματος από το αίμα. Ο αλκοολικός λήθαργος είναι επίσης βραχεία, αυτοπεριοριζόμενη κατάσταση και αν τα ζωτικά σημεία παραμένουν φυσιολογικά, δεν απαιτούνται ειδικά θεραπευτικά μέτρα. Η παθολογική τοξίνωση μπορεί να απαιτήσει τη χρήση περιορισμών και την παρεντερική χορήγηση φαινοβαρβιτουρικού νατρίου (500 mg ενδομυϊκός), επαναλαμβανόμενη κάθε 30 ή 40 λεπτά, αν χρειαστεί.

Το κώμα που οφείλεται σε αλκοολική τοξίνωση αποτελεί ιατρική επείγουσα περίπτωση. Το κύριο αντικείμενο της θεραπείας είναι η πρόληψη της καταστολής της αναπνοής και των επιπλοκών που δημιουργεί<sup>23</sup>.

Η αντιμετώπιση της μέθης των αλκοολικών (η κλινική εικόνα είναι συνήθως βαρεία: ο ασθενής εισβάλλει στο κώρο εξέτασης "ως ταύρος εν υαλοπωλείω") συνίσταται από:

1. Πρόκληση εμέτου ή πλύση στομάχου, εάν η κατανάλωση αλκοόλ έγινε στο προηγούμενο 2ωρο.
2. Αναπνευστική υποστήριξη (ενδεχομένως διασωλήνωση), διότι υπάρχει κίνδυνος αναπνευστικής καταστολής.
3. Χορήγηση θειαμίνης (50mg IV και 50mg IM).
4. Χορήγηση γλυκόζης 25-50 gr bolus (για την αντιμετώπιση πιθανής υπογλυκαιμίας) και ενδεχομένως καλίου, αφού προηγουμένως ληφθεί φλεβικό αίμα για εξετάσεις.
5. Χορήγηση υγρών (για διατήρηση σταθερής αρτηριακής πίεσης και διούρησης).

Εάν τα επίπεδα αιθυλικής αλκοόλης είναι > 5,000 mg/l, απαιτείται αιμοκάθαρση για ταχεία απομάκρυνση της από τον οργανισμό. Τα αναληπτικά (καφεΐνη, αμφεταμίνες, θεοφυλλίνη) δεν έχουν καμία δράση.

Οι **επιληπτικές κρίσεις** που δεν σχετίζονται με αποχή από το αλκοόλ, αλλά εμφανίζονται στη χρόνια πορεία του αλκοολισμού, είναι οργανικές και συχνότατα μετατραυματικές. Έχουν εστιακό χαρακτήρα ή είναι γενικευμένες με εστιακή έναρξη. Το ΗΕΓ (ηλεκτροεγκεφαλογράφημα) είναι συνήθως παθολογικό. Όταν



αντιμετωπίζει κανείς επιληπτική κρίση αλκοολικού ατόμου πρέπει πάντοτε να διερωτάται: **Ήταν η κρίση εστιακή ή γενικευμένη; Πότε συνέβη σε σχέση με την κατανάλωση αλκοόλ;**

Ο αλκοολικός ασθενής που εμφανίζει τέτοιες κρίσεις, πρέπει να ελέγχεται πλήρως. Δηλαδή, δεδομένου ότι, όπως ήδη αναφέρθηκε, οι αλκοολικοί είναι επιρρεπείς και σε κακώσεις και σε λοιμώξεις, θα πρέπει να εκτελείται μία CT εγκεφάλου (για τον αποκλεισμό ενδοεγκεφαλικού αιματώματος) και ενδεχομένως ΟΝΠ (φυσικά εάν υφίστανται και άλλα κλινικά στοιχεία) για να αποκλεισθεί λοίμωξη του ΚΝΣ. Αυτού του είδους οι κρίσεις πρέπει να καλύπτονται με αντιεπιληπτική αγωγή. Στον ασθενή χορηγείται συνταγή με το φάρμακο εκλογής (καρβαμαζεπίνη μέχρι 400mg Χ3 ημερησίως ή φαινυτοΐνη μέχρι το πολύ 200mg Χ3 ημερησίως ή βαλπροϊκό μέχρι 700mg Χ3 ημερησίως), σύμφωνα με τους γνωστούς κανόνες και απαραίτητως με παράλληλο έλεγχο της ηπατικής του λειτουργίας (πριν και ανά τακτά χρονικά διαστήματα κατά τη διάρκεια της λήψεως του φαρμάκου)<sup>31</sup>.

## 6.2 Παρεπόμενα μέθης

Άλλα σωματικά προβλήματα που προέρχονται από την πόση αλκοολικών ποτών είναι τα «παρεπόμενα μέθης». Τα παρεπόμενα μέθης είναι από πονοκέφαλο, ναυτία, κόπωση, τρέμουλο, ζαλάδα, δίψα και αφυδάτωση, κοινά φαινόμενα που προέρχονται όταν την προηγούμενη μέρα το άτομο πίνει τόσο πολύ αλκοόλ σε μικρό χρονικό διάστημα. Τα παρεπόμενα μέθης οφείλονται σε τέσσερις με πέντε παράγοντες:



- ❖ Συγκέντρωση ακεταλδεϋδης προκαλεί τοξική αντίδραση στον εγκέφαλο. Η ακεταλδεϋδη είναι υπεύθυνη για τον πονοκέφαλο που έχει σχέση με τα παρεπόμενα μέθης.
- ❖ Η υπερβολική ενεργητικότητα που μερικά άτομα έχουν όταν πίνουν, συγκεντρώνουν επιπλέον χημικά τοξικά στο σώμα που προκαλούν την κόπωση στα άτομα αυτά την επόμενη μέρα.
- ❖ Οι επιδράσεις από πρόσθετα στα αλκοολούχα ποτά. Τα πρόσθετα προκαλούν ναυτία, δυνατό έμμητο όταν υπάρχουν επιπλέον στο σώμα και επιφέρουν και άλλες σωματικές επιδράσεις όπως τρέμουλο και ζαλάδα. Κάθε τύπος αλκοολούχου ποτού έχει τη δική του ποσότητα και τύπο προσθέτων. Τα λευκά κρασιά έχουν πάρα πολύ λίγα, τα κόκκινα κρασιά έχουν πολύ. Τα σκοιοέζικα ούισκι έχουν μέτρια ποσότητα προσθέτων. Τα ούισκι bourbon και brandy έχουν υπερβολικά υψηλά πρόσθετα. Η vodka στην αρχή της παραγωγής της έχει πολλά πρόσθετα μετά περνά από φίλτρο ξυλάνθρακος και αφαιρούνται όλα τα προσθετικά πριν πουληθεί. Όταν ανακατέψουμε διαφορετικούς τύπους ποτών αυξάνουμε τα δυσάρεστα αποτελέσματα τους στην παρεπόμενη μέθη.
- ❖ Η επίδραση του ίδιου του αλκοόλ. Το ίδιο το αλκοόλ βοηθά στη γρήγορη έκκριση του νερού από τα νεφρά. Το αλκοόλ το πετυχαίνει με την παρεμπόδιση της έκκρισης της αντιδιουρητικής ορμόνης (ορμόνες που επιβραδύνουν τη ροή των ούρων από τον υποφυσιακό αδένα). Η αύξηση της έκκρισης των ούρων ενώ πίνουν αλκοολούχα ποτά, αφυδατώνουν το σώμα και παράγουν έντονη δίψα που συνήθως έχει σχέση με την παρεπόμενη μέθη.
- ❖ Άλλος σπουδαίος παράγων είναι η μεγάλη ποσότητα τσιγάρων που καπνίζει το άτομο ενώ πίνει. Η αύξηση του καπνίσματος τσιγάρων ελαττώνει το επίπεδο του οξυγόνου που υπάρχει στο δωμάτιο και αυξάνει το επίπεδο του μονοξειδίου του άνθρακα. Το μονοξείδιο του άνθρακα είναι δηλητήριο που προκαλεί πονοκέφαλο και σε μερικά άτομα μπορεί να επιφέρει ημικρανία<sup>28</sup>.

### 6.3 Τα μωρά του αλκοόλ

ΝΤΡΟΠΗ! που ποτίζονται τα έμβρυα με χυμό ΔΙΑΒΟΛΟΥ. 50.000 μωρά με ανωμαλίες που σχετίζονται με το αλκοόλ γεννιούνται κάθε χρόνο στις Η>Π>Α> και το  $1/4$  των παιδιών αυτών εμφανίζουν από δυσμορφίες στο πρόσωπο έως καρδιακές δυσλειτουργίες. Το 20% των παιδιών γεννιούνται με διανοητική καθυστέρηση από *"το σύνδρομο του αλκοόλ του εμβρύου"* και μπορεί να παρουσιάσουν ελαττωματική όραση και δυσκολία στη μάθηση. (Εφ. Πελοπόννησος -1988-)

Οι επιστήμονες πραγματοποιώντας κάποια έρευνα (στην πολιτεία Γουέην) ανακάλυψαν, πως το αλκοόλ επηρεάζει την ποιότητα του σπέρματος με επιπτώσεις για το νεογέννητο. Στην Ιατρική Επιθεώρηση *"New England Journal of medicine"*, δημοσιεύτηκε ότι: *"Γυναίκες που πίνουν ένα ή και παραπάνω ποτηράκια όταν θηλάζουν, το αλκοόλ περνά στο γάλα τους και τα μωρά παρουσιάζουν μειωμένη κινητικότητα"*. Η Αμερικανίδα παιδίατρος Λορέν Στέρν, επίκουρος καθηγήτρια στην Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου της Καλιφόρνια, προειδοποιεί τους γονείς, ότι: *"Ακόμα και ένα κανονικό κομμάτι κέικ ή σοκολατάκι που περιέχει ρούμι, κονιάκ, ούζο ή κάποιο λικέρ για να το κάνει μυρωδάτο, είναι αρκετό, εάν δοθεί στο παιδί, να του προκαλέσει ναυτία, ακανόνιστους καρδιακούς παλμούς, αναπνευστικά προβλήματα και άλλα..."* Κι όμως πολλά άτομα μέσα στην άγνοια τους δίνουν ακόμα και για *"πλάκα"* κρασί ή ποτά στα παιδιά ή αφήνουν μισογεμάτα ποτήρια στα τραπέζια με άμεσο κίνδυνο να πιουν τα παιδιά (όταν δεν τα βλέπουν). Πολλές φορές τα ποτίζουν επίτηδες για να κοιμηθούν, αλλά το έγκλημα αυτό είναι τεραιώδες, αφού στα παιδιά δημιουργείται υποσυνείδητα και στον οργανισμό τους η προδιάθεση για επανάληψη της χρήσης. Και ΟΧΙ μόνο αυτό, μα αποκτάει μνήμες της μέθης, όπου μεγαλώνοντας θα έχει τις απαραίτητες τάσεις ώστε να γίνει ένας αλκοολικός, εάν δεν αποκτήσει την απαιτούμενη παιδεία<sup>32</sup>.

#### 6.4 Εμβρυακό αλκοολικό σύνδρομο

Οι πιθανές επιπτώσεις που μπορεί να έχει η κατάχρηση της αλκοόλης στο έμβρυο ήταν ήδη γνωστές το 18<sup>ο</sup> αιώνα στη Μ. Βρετανία. Εκείνη την εποχή, παρατηρήθηκε μία σημαντική αύξηση στην κατανάλωση του τζιν ιδιαίτερα από τα χαμηλά κοινωνικά στρώματα. Το γεγονός αυτό ανάγκασε το «Βασιλικό Κολέγιο των Ιατρών του Λονδίνου» να απευθύνει αίτηση στη βουλή για τον περιορισμό κατανάλωσης της αλκοόλης λόγω του μεγάλου αριθμού νεογέννητων παιδιών με σοβαρές διαταραχές. Ως αποτέλεσμα, πολλές από τις αλκοολικές μέλλουσες μητέρες συνελήφθησαν και αναγκάστηκαν να γεννήσουν στη φυλακή προκειμένου να περιορισθεί δραστικά ο αριθμός των προβληματικών νεογνών.

Η πρώτη σύγχρονη μελέτη που διερεύνησε τα προβλήματα που παρουσιάζουν παιδιά από αλκοολικές μητέρες ήταν του Lamache (1967). Ο Γάλλος αυτός γιατρός εξέτασε περισσότερα από 3.000 παιδιά που παρουσίαζαν οργανικά και ψυχολογικά προβλήματα και ανακοίνωσε ότι περίπου στο 1/3 αυτών των παιδιών οι διαταραχές ήταν αποτέλεσμα του αλκοολισμού της μητέρας. Ένα χρόνο αργότερα οι Lemoine et al (1968) δημοσίευσαν τα πορίσματα έρευνας από περιστατικά που είχαν εξετάσει στο νοσοκομείο. Σύμφωνα με αυτή την έρευνα, 25 από τα 54 παιδιά που παρουσίαζαν μορφολογικά, ψυχοκινητικά και ψυχολογικά προβλήματα είχαν αλκοολικές μητέρες.

Σύμφωνα με τον Pratt (1982), οι παραπάνω έρευνες δεν φαίνεται να ευαισθητοποίησαν τη διεθνή επιστημονική κοινότητα μέχρι τις αρχές της δεκαετίας του '70, όταν αμερικάνοι ερευνητές κατέληξαν σε παρόμοια συμπεράσματα με τους γάλλους συναδέλφους τους. Οι Ulleland (1972) και Jones & Smith (1973) ήταν οι πρώτοι που έδωσαν το χαρακτηρισμό «εμβρυακό αλκοολικό σύνδρομο» σε μία σειρά από διαταραχές που μπορεί να παρουσιάσουν παιδιά από αλκοολικές μητέρες<sup>1</sup>.

## 6.5 Πιθανές προγεννητικές επιπτώσεις

Κατά τον Pratt, οι πιθανές προγεννητικές επιπτώσεις του αλκοολισμού είναι οι εξής (Πηγή: Morgan & Pratt 1982):

1. Διαταραχές στη γονιμότητα της μητέρας και στην ολοκλήρωση της εγκυμοσύνης.
2. Επιβράδυνση της ενδομητριάκης ανάπτυξης του εμβρύου.
3. Πρόκληση χαρακτηριστικών του ΕΑΣ (Εμβρυακό Αλκοολικού Συνδρόμου).
4. Διαταραχές ελαφρότερης μορφής που μπορεί να είναι σημαντικές στο βαθμό που υπάρχει πιθανότητα να εξελιχθούν σε νευρολογικές ή/ και διανοητικές διαταραχές.

Η ύπαρξη των παραπάνω προβλημάτων μπορεί βέβαια να είναι και αποτέλεσμα άλλων παραγόντων εκτός του αλκοολισμού της μητέρας.

### ***Τα συμπτώματα που χαρακτηρίζουν το ΕΑΣ είναι:***

- Μικρό βάρος κατά τη γέννηση (μικρό βρέφος σε σχέση με την περίοδο κυοφορίας).
- Μειωμένο μέγεθος κεφαλιού και εγκεφάλου που συνήθως συνοδεύονται από διανοητική καθυστέρηση.
- Ασυνήθιστη συμπεριφορά που περιλαμβάνει μειωμένη κινητικότητα, αυξημένος χρόνος με τα μάτια ανοικτά και σπασμοί οώματος.
- Μεγαλύτερη συχνότητα προβλημάτων ελαφράς μορφής (π.χ. κήλη).
- Χαρακτηριστική όψη προσώπου ΕΑΣ.
- Εμβρυακός ή βρεφικός θάνατος.

Προς το τέλος της δεκαετίας του '70 ο βρετανός καθηγητής της ψυχιατρικής G. Edwards και οι συνεργάτες του δημοσίευσαν δύο εργασίες (Edwards & Gross 1976, Edwards 1977) με θέμα το «σύνδρομο εξάρτησης». Το σύνδρομο της εξάρτησης από το αλκοόλ αναφέρεται στην ψυχολογική και σωματική εξάρτηση του ατόμου από το αλκοόλ και είναι ξεχωριστή έννοια από αυτήν που ο συγγραφέας όρισε ως προβλήματα ή ανικανότητα που σχετίζονται με την κατανάλωση της

αλκοόλης (Alcohol related disabilities). Το σύνδρομο της εξάρτησης περιλαμβάνει 7 στοιχεία ή συμπτώματα τα οποία χαρακτηρίζουν το άτομο που εξαρτάται από το αλκοόλ. Αυτά είναι τα εξής:

### 1. **Συγκεκριμένες περιόδους κατανάλωσης**

Αυτό το στοιχείο αναφέρεται στο γεγονός ότι το άτομο δεν πίνει πλέον «τυχαία», όπως για παράδειγμα για να συνοδεύσει ένα γεύμα ή σε μία κοινωνική εκδήλωση. Αντίθετα η κατανάλωση γίνεται πιο «συγκεκριμένη». Δηλαδή το άτομο πίνει πάντα τις ίδιες περιόδους (π.χ. μεσημέρι, βράδυ κ.λ.π.) άσχετα αν η ποσότητα της κατανάλωσης είναι μικρή ή μεγάλη.

### 2. **Προτεραιότητα στην κατανάλωση του αλκοόλ**

Στην προκειμένη περίπτωση η ανάγκη για την κατανάλωση της αλκοόλης παίρνει προτεραιότητα από οποιαδήποτε δραστηριότητα στην καθημερινή ζωή. Με άλλα λόγια το άτομο «εξασφαλίζει» πρώτα τη «δόση» του πριν προβεί σε οποιαδήποτε άλλη ενέργεια.

### 3. **Αυξημένη ανοχή στο αλκοόλ**

Όπως είναι γνωστό, τα άτομα που χαρακτηρίζονται από το σύνδρομο της εξάρτησης παρουσιάζουν μία αυξημένη ανεκτικότητα στο αλκοόλ. Δηλαδή χρειάζονται όλο και περισσότερο αλκοόλ (σε σύγκριση με την κατανάλωση τους πριν την εμφάνιση του συνδρόμου) για να ικανοποιήσουν τις ανάγκες για τις οποίες πίνουν.

### 4. **Επαναλαμβανόμενα συμπτώματα στέρησης**

Όπως και με άλλες ουσίες εξάρτησης, έτσι και στην περίπτωση εξάρτησης από το αλκοόλ, η αποχή από την κατανάλωση δημιουργεί συμπτώματα στέρησης (π.χ. «νεύρα», άγχος, ψευδαισθήσεις, προσωρινή αμνησία μέχρι και τρομώδες παραλήρημα). Τα συμπτώματα αυτά επαναλαμβάνονται σε κάθε περίπτωση που το άτομο στερείται το αλκοόλ.

## 5. **Αποφυγή ή ανακούφιση από τα συμπτώματα στέρησης**

Όπως είναι γνωστό ο' αυτούς με το σύνδρομο εξάρτησης αλλά και στο άμεσο περιβάλλον τους, ο τρόπος που υιοθετείται για την αποφυγή των συμπτωμάτων στέρησης είναι η κατανάλωση αλκοόλης. Μόνον έτσι, ο προβληματικός πότης «ηρεμεί» και «λειτουργεί φυσιολογικά».

## 6. **Ο συνειδητός καταναγκασμός του πότη**

Ο προβληματικός πότης αρνείται συστηματικά ότι κάνει κατάχρηση της αλκοόλης. Αν κάποιος από το περιβάλλον του σχολιάσει την υπερβολική ή συστηματική του κατανάλωση, η άρνηση γίνεται συνήθως εντονότερη. Παρ' όλα αυτά, ο προβληματικός πότης έχει συνείδηση του καταναγκασμού του να πίνει. Αυτή η «αυτογνωσία» αποτελεί ένα ουσιαστικό στοιχείο του συνδρόμου εξάρτησης.

## 7. **Επαναφορά του συνδρόμου**

Αυτό το στοιχείο αναφέρεται στην πιθανότητα επανεμφάνισης του συνδρόμου μετά από κάποια περίοδο αποχής<sup>1</sup>.

Τα συμπτώματα αρχίζουν με κάποια κινητική ανησυχία, φόβο, κατάθλιψη, ανήσυχο ύπνο και φτάνουν μέχρι το τρομώδες παραλήρημα ή οξεία αλκοολική ψύκωση. Το άτομο τρέμει περισσότερο στα χέρια, στα χείλη και στη γλώσσα. Είναι κάθιδρο, παρουσιάζει ταχυκαρδία, επίμονη δυσκοιλιότητα και ελαφρό πυρετό. Το στόμα του είναι ξηρό από την αφυδάτωση και η γλώσσα βρόμικη. Δύσκολα αναγνωρίζει το περιβάλλον. Δεν μπορεί να αντιληφθεί και να εκτελέσει στοιχειώδεις εντολές. Υπάρχει κατάργηση της μνήμης σ' ότι αφορά τα πρόσφατα γεγονότα, διαταραχή προσανατολισμού ως προς το χώρο, το χρόνο, το περιβάλλον. Μερικοί εκδηλώνουν επιθετικές διαθέσεις ή τάσεις αυτοκτονίας ενώ άλλοι βασανίζονται από τρομακτικές ψευδαισθήσεις της αφής και της οράσεως<sup>14</sup>.

Το σύνδρομο αυτό εμφανίζεται συνήθως 6 έως 24 ώρες μετά την παύση (ή και την ελάττωση) μεγάλης και παρατεταμένης λήψης αλκοόλ. Μπορεί να εμφανισθεί ακόμη και 36 ώρες μετά το τελευταίο ποτό του

ασθενή. Προοδευτικά επιδεινώνονται τα πρώτα συμπτώματα και ιδιαίτερα η ταχυκαρδία, η εφίδρωση, η διέγερση και ο τρόμος και μπορεί να εμφανιστούν σπασμοί, συνήθως 24-48 ώρες μετά το τελευταίο ποτό, που είναι γενικευμένοι, αυτοπεριοριζόμενοι και προηγούνται συνήθως της μεγάλης διέγερσης και του παραληρήματος, που συμβαίνει συνήθως μέσα σε διάστημα μιας εβδομάδας από την παύση (ή και την ελάτωση του ποτού)<sup>25</sup>.

### **A. Ο πρωινός τρόμος και το «σύνδρομο υπερευαισθησίας-ευσυγκινησίας»**

Τα νευρομυϊκά (τρόμος, κράμπες, παραισθήσεις), πεπτικά (ανορεξία, ναυτία, έμετοι, διάρροιες) και νευροφυτικά (ιδρώτες, ταχυκαρδία) συμπτώματα συνδυάζονται με ψυχικές διαταραχές (διάχυτη ανησυχία, ευσυγκινησίας, ευερεθιστότητα, παροδικά κενά μνήμης). Τα συμπτώματα αυτά, που είναι τα συχνότερα του συνδρόμου στέρησης, εμφανίζονται μετά από βραχεία περίοδο αποχής, που μπορεί να μην ξεπερνά τη μία νύχτα, καταπραΰνονται με τη λήψη οινόπνευματος, αλλά επανεμφανίζονται τα επόμενα πρωινά με αυξανόμενη βαρύτητα. Φτάνουν στο αποκορύφωμα τους 24 με 36 ώρες μετά την πλήρη διακοπή της χρήσης και επιμένουν για μερικές ημέρες. Το άγχος, η αϋπνία και οι εφιάλτες μπορεί να παραταθούν επί 8 ως και 15 ημέρες. Ο κίνδυνος επιστροφής στο οινόπνευμα είναι πολύ μεγάλος σε αυτή την περίοδο και είναι προτιμότερο ο ασθενής να νοσηλευθεί, πράγμα που επιτρέπει την επίβλεψη και ταυτόχρονα τη θεραπευτική βοήθεια<sup>24</sup>.

Σε τέτοια ήπια στερητική περίπτωση, όπως είναι ο τρόμος, ο ασθενής αντιμετωπίζεται με άμεση αγχόλυση και μία ενδομυϊκή ένεση 50gr θειαμίνης. Στη συνέχεια του χορηγείται συνταγή με βενζοδιαζεπίνη (χλωρδιαζεποξείδιο 25-50mg x6 από το στόμα για 48-72 ώρες και μετά σταδιακή ελάτωση μέσα σε μία εβδομάδα ή 5-10mg διαζεπάμης x4 με σταδιακή μείωση) και κάποιο πολυβιταμινούχο σκεύασμα. Ύστερα από αυτά, ο ασθενής μπορεί να φύγει για το σπίτι του<sup>31</sup>.



## **Β. Γενικευμένες κρίσεις σπασμών**

Μπορεί να συμβούν κατά την περίοδο της στέρησης, κυρίως τις πρώτες 48 ώρες. Έχουν την μορφή είτε μίας και μοναδικής κρίσης είτε διαδοχικών κρίσεων, σε διάστημα λίγων ωρών. Μερικές φορές επακολουθούν και άλλες επιπλοκές. Το 20% των τρομωδών παραληρημάτων αρχίζει με επιληπτικές κρίσεις. Το Η.Ε.Γ. παρουσιάζει ευαισθησία στα διαλείποντα φωτεινά ερεθίσματα όταν γίνεται αμέσως μετά τις κρίσεις, αλλιώς είναι φυσιολογικό ή δείχνει μη ειδικές διαταραχές. Η αλκοολική επιληψία δεν απαιτεί συνεχή αντιεπιληπτική αγωγή, η ουσιαστική της θεραπεία δεν είναι η οριστική εξάλειψη της τοξίκωσης.

Η εμφάνιση των κρίσεων κατά τη στερητική φάση και το χαρακτηριστικό Η.Ε.Γ. επιτρέπουν τη διαφορική διάγνωση της αλκοολικής επιληψίας από τις ιδιοπαθείς ή μετατραυματικές επιληψίες, στις οποίες η συχνότητα των κρίσεων μπορεί να αυξηθεί κατά την αποδρομή τυχόν αλκοολικών τοξικώσεων<sup>24</sup>.

Ωστόσο, η κατάσταση συχνά δεν είναι απλή και πρέπει να αντιμετωπίζεται με ιδιαίτερη προσοχή, διότι στο 30% των περιπτώσεων ακολουθεί τρομώδες παραλήρημα. Έτσι, ο ασθενής πρέπει να παραμείνει στο νοσοκομείο για παρακολούθηση και:

- └ Να ενυδατωθεί και να αποκατασταθεί τυχόν διαταραχή των ηλεκτρολυτών
- └ Να του χορηγηθούν παρεντερικά 100mg (50mg IV και 50mg IM ) θειαμίνης
- └ Να του δοθεί αγχολυτική αγωγή από το στόμα<sup>31</sup>.

## **Γ. Η ψευδαισθήτωση των αλκοολικών**

Ο όρος αυτός, που καθιερώθηκε μετά την περιγραφή του φαινομένου από το, δεν πρέπει να μας κάνει να ξεχνάμε ότι πρόκειται για πραγματική ψευδαισθητική κατάσταση χωρίς ικανότητα αποστασιοποίησης του ασθενούς από τις ψευδαισθήσεις του. Δε συνοδεύεται, αυτή, από διαταραχές της συνείδησης και του προσανατολισμού. Υπάρχουν ακουστικο-λεκτικές ψευδαισθήσεις

(γνωστές ή άγνωστες φωνές που προφέρουν απειλές, κατηγορίες ή κουβεντιάζουν γι' αυτόν), οι οποίες συνοδεύονται συχνά από ακαθόριστες ακουστικές εμπειρίες (κροταλισματα, βουητό) και μερικές φορές από οπτικές παραισθήσεις ή ψευδαισθήσεις (ανησυχητικές οκιές, μικρά κινούμενα ζώα). Η κατάσταση αυτή συνυπάρχει με έντονο άγχος και η διάρκεια της είναι αρκετά σύντομη, συνήθως διαρκεί λιγότερο από μία εβδομάδα. Η αντιμετώπιση αυτών των παραληρητικών και έντονα βιούμενων εμπειριών που εμφανίζουν εσπερινή επιδείνωση γίνεται με νευροληπτικά. Κατά τη διάρκεια της παρουσίας τους δεν είναι σπάνιες οι αντιδράσεις πανικού ή άμυνας και αντεπίθεσης μπροστά στις ψευδαισθητικές απειλές. Μερικές φορές παρατηρούνται κλινικές μορφές που παρατείνονται για μήνες και μπορεί να γίνουν χρόνιες (χρόνια ψευδαισθητική ψύχωση των αλκοολικών)<sup>24</sup>.

#### ***Δ. Το τρομώδες παραλήρημα***

Το τρομώδες παραλήρημα είναι μία πολύ σοβαρή κατάσταση που παρουσιάζεται μέσα σε μία εβδομάδα (συνήθως τη δεύτερη ή τρίτη μέρα) από την τελευταία λήψη ποτού και μπορεί να διαρκέσει μέχρι δύο εβδομάδες (συνήθως δύο ως τρεις μέρες). Η ηλικία εμφάνισης του τρομώδους παραληρήματος είναι γύρω στα 30-40, γιατί χρειάζονται 5-15 χρόνια πολύ ποτού για να εμφανισθεί. Τα συμπτώματα και σημεία του είναι κυρίως έντονες ψευδαισθήσεις –οπτικές και απτικές κυρίως που αφορούν ζώα ή έντομα ή ακουστικές, αλλά και παρερμηνείες, παραισθήσεις και παραληρητικές ιδέες, θόλωση της συνείδησης, αποπροσανατολισμός, ασυνάρτητη ομιλία, αυξημένη (μερικές φορές και ελαττωμένη) ψυχοκινητική δραστηριότητα, έντονη υπερδραστηριότητα του αυτόνομου νευρικού συστήματος, υπερπυρεξία, αφυδάτωση, ηλεκτρολυτικές διαταραχές. Η θνησιμότητα φτάνει το 15% και η θνησιμότητα το 5%<sup>25</sup>.

Είναι η πιο συχνή αλκοολική ψυχωτική κατάσταση (84%). Εμφανίζεται μετά από χρόνια κατάχρηση οινοπνεύματος, κυρίως μετά το 30<sup>ο</sup> έτος της ηλικίας.

Συχνότερα παρουσιάζεται μετά από απότομη διακοπή της χρήσης του οινόπνεύματος («στεγνό»...), αλλά είναι δυνατό να παρουσιαστεί και κατά τη διάρκεια της χρήσης του («υγρό»). Στη δεύτερη περίπτωση έχουμε συνήθως και άλλον ένα λόγο κατάπτωσης του οργανισμού, όπως π.χ. μία πνευμονία κ.λ.π.

Εάν δε γίνει ιατρική αντιμετώπιση των πρόδρομων αυτών συμπτωμάτων ή δεν καταφύγει ο ασθενής πάλι στο ποτό, παρουσιάζεται μία ιδιαίτερα ταχεία επιβάρυνση της γενικής κατάστασης του αλκοολικού ασθενή με: ελαφρά κυάνωση του προσώπου, έντονο άγχος θανάτου, διαταραχή της βάρδισης και γενικότερα της κινητικότητας των άκρων, τρέμουλο της φωνής και δυσαρθρία. Ο ασθενής ψάχνει άσκοπα γύρω του, είναι πλήρως αποπροσανατολισμένος και δεν μπορεί να κοιμηθεί.

Το οπτικό παραλήρημα παρουσιάζεται κυρίως με μορφή μικρών ζώων (ποντίκια, αράχνες κ.λ.π.), που φοβίζουν τον ασθενή που προσπαθεί να τα αποφύγει.

Το οπτικό παραλήρημα έχει το χαρακτηριστικό ότι επηρεάζεται από το εξωτερικό περιβάλλον. Ο γιατρός, για παράδειγμα, μπορεί να δώσει ένα λευκό φύλλο χαρτί στον παραληρητικό ασθενή, που είναι σε θέση να το «διαβάσει» κατ' εντολή του γιατρού.

Εάν δε γίνει έγκαιρη αντιμετώπιση, ιδιαίτερα των καρδιοκυκλοφοριακών διαταραχών, μπορεί ο ασθενής να υποκύψει σ' αυτές. Η διάρκεια της κατάστασης αυτής, κάτω από ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, διαρκεί 4-5 ημέρες<sup>6</sup>.

### **Η σημειολογία περιλαμβάνει:**

#### **Συγχυτικο-ονειρική κατάσταση με μεγάλη διέγερση**

Ο ασθενής παρουσιάζει θόλωση της συνείδησης, αποπροσανατολισμό και καταλαμβάνεται από έντονο ονειρισμό. Οι πολυαισθητηριακές ψευδαισθήσεις, μεταξύ των οποίων κυριαρχούν οι οπτικές, οργανώνονται με μορφή τρομακτικών ιστοριών ή σκηνών της επαγγελματικής τους ζωής, που αλληλοδιαδέχονται οι μεν τις δε και διαπλέκονται μέσα σε μία εφιαλτική ατμόσφαιρα. Ευχάριστες ή αστείες οπτασίες μπορεί να παρουσιαστούν για σύντομα χρονικά διαστήματα,

όμως η γενική χροιά της ονειρικής φαντασμαγορίας γεννά ανησυχία και είναι κορεσμένη από άγχος. Αντιληπτικές παραισθήσεις χρησιμεύουν, ως υπόστρωμα, στο ονειρικό παραλήρημα: οι σκιερές γωνιές ζωντανεύουν, οι ταπεισαρίες γεμίζουν με πρόσωπα που μορφάζουν. Ακουστικές εμπειρίες ενορχηστρώνουν τα δρώμενα: θόρυβοι που μεγεθύνονται ή μεταμορφώνονται σε οχλοβοή και απειλές θανάτου. Ο ονειρισμός συγκεκριμενοποιείται με μορφή οπτικών αισθητηριακών ψευδαισθήσεων: ιστοί αράχνης και κινήσεις μικρών ζώων, τα οποία ο αλκοολικός βλέπει και αισθάνεται πάνω στο σώμα του και προσπαθεί να τα πιάσει. Η διαταραχή της συνείδησης, όπως και ο ονειρισμός, κυμαίνονται σε ένταση από τη μια στιγμή στην άλλη σε συνάρτηση με τα εξωτερικά ερεθίσματα. Το σκοτάδι ευνοεί τις διαταραχές, οι οποίες επιτείνονται κατά τη νύκτα, οπότε η αϋπνία είναι αδιάκοπη. Αν ενεργοποιήσουμε την προσοχή του ασθενούς, μπορούμε να τον βγάλουμε για λίγο από το όνειρο του και να τον κάνουμε να απαντήσει σε μερικές ερωτήσεις.

Μπορούμε επίσης με την υποβολή να τον οδηγήσουμε σε δραστηριότητες με εξωπραγματικό χαρακτήρα π.χ. μπορεί να περιεργάζεται και να χειρίζεται ανύπαρκτα εργαλεία.

Η διέγερση είναι έντονη και εξαντλεί τον άρρωστο, που είναι ολοκληρωτικά αφοσιωμένος στο παραλήρημα του, παίρνει ενεργό μέρος στις περιπέτειες του, φωνάζει, τρέχει, «εργάζεται» πυρετωδώς ή απωθεί τους εχθρούς του («παραλήρημα ονείρου και φράσης»). Υπάρχει κίνδυνος επιθετικών πράξεων καθώς και αντιδράσεων φυγής σε στιγμές αγχώδους πανικού (εκπαραθύρωση).

#### ***Το νευρολογικό σύνδρομο:***

Παρατηρείται τρόμος, μόνιμος, άτακτος, γενικευμένες σε όλο το σώμα, δυσαρθρία και κινητική ασυνέργεια με αδεξιότητα των κινήσεων, παραπαίουσα βάδιση, συχνές πτώσεις. Σε βαριές περιπτώσεις εμφανίζονται διαταραχές της κατάποσης και εναντιωματική υπερτονία.

#### ***Τα γενικά σημεία*** αντικατοπτρίζουν τη βαρύτητα της κατάστασης.

Μπορεί να υπάρχουν συνεχής πυρετός, μέτριος ή υψηλός, ταχυκαρδία, αφυδάτωση, γλώσσα στεγνή, έντονη δίψα, άφθονοι δύσοσμοι ιδρώτες, μερικές φορές διάρροια και έμετοι.

**Ο βιοχημικός έλεγχος** δείχνει ποικίλες και μη ειδικές υδροηλεκτρολυτικές διαταραχές, η εξέλιξη των οποίων πρέπει να ελέγχεται με επανειλημμένες εξετάσεις. Οι ηπατικές δοκιμασίες είναι συνήθως διαταραγμένες.

**Η εξέλιξη.** Όταν γίνεται η κατάλληλη θεραπευτική αγωγή, είναι συνήθης η ίαση εντός δύο ή τεσσάρων ημερών. Υπάρχει τότε επανεμφάνιση του ύπνου, επάνοδος της ηρεμίας και της διανοητικής διαύγειας. Μοιραία εξέλιξη παρατηρείται σε λιγότερο από το 5% των περιπτώσεων (15% μέχρι το 1960): καταπληξία, ηπατικό κώμα, αιμορραγία από το πεπτικό σύστημα, πνευμονία. Η ιστολογική διερεύνηση σε αυτές τις περιπτώσεις δείχνει διάχυτες και μη ειδικές συμφορητικές εγκεφαλικές βλάβες.

**Οι ελαφρότερες μορφές ή υποξέα αλκοολικά παραληρήματα** είναι πολύ πιο συχνές από το τυπικό τρομώδες παραλήρημα. Ο ονειρισμός μπορεί να είναι εξ ίσου πλούσιος, η διέγερση όμως και τα νευρολογικά σημεία λιγότερο έντονα και τα γενικότερα επιβαρυντικά σημεία απουσιάζουν. Αν και οι μορφές αυτές είναι συνήθως καλοήθειες, επειδή η εξέλιξη τους προς τυπικό τρομώδες παραλήρημα είναι πιθανή (πρόδρομο τρομώδες παραλήρημα).

**Η θεραπευτική αντιμετώπιση** του τρομώδους παραληρήματος και των υποξέων αλκοολικών παραληρημάτων είναι τυποποιημένη και περιλαμβάνει:

- i. **Διόρθωση των υδροηλεκτρολυτικών διαταραχών** με άφθονη ενυδάτωση από το στόμα (γίνεται αρκετά εύκολα, επειδή ο άρρωστος πίνει με απληστία). Χορηγούνται τουλάχιστον 3 λίτρα ημερησίως υπό μορφή νερού, χυμών φρούτων ή σούπας, όπου προσθέτουμε διττανθρακικά, Na, K, Mg, ανάλογα με τις ανάγκες που διαπιστώνουμε από τον έλεγχο των ηλεκτρολυτικών. Σε βαριές περιπτώσεις μπορεί να χρειαστεί ενδοφλέβια χορήγηση ορών.
- ii. **Αντιμετώπιση της διέγερσης** με απομόνωση του αρρώστου, χωρίς καθήλωση, σε μόνιμα φωτισμένο δωμάτιο, χορήγηση ηρεμιστικών.

iii. **Καρδιαγγειακά αναληπτικά**

iv. **Διάγνωση και αντιμετώπιση** των λοιμώξεων, ηπατικών ή νευρολογικών (ενδοκρανιακό αιμάτωμα) επιπλοκών.

Η χρησιμοποίηση οινοπνεύματος ενδοφλεβίως, που συνιστάται από ορισμένους για τη θεραπεία του τρομάδους παραληρήματος, είναι αμφιλεγόμενη. Στις πολύ διεγερτικές μορφές μπορούμε να προσθέσουμε αλοπεριδόλη (Aloperidin) 5mg ενδομυϊκός 2 φορές την ημέρα. Έτσι θα αποφύγουμε τα νευροληπτικά που προκαλούν υπόταση και τα οποία μπορεί να ευνοήσουν την καταπληξία<sup>24</sup>. Χορήγηση κλωρδιαζεποξειδίου σε δόση 50mg ανά 4ωρο μέχρι να ελεγχθεί η κατάσταση (η πρώτη δόση μπορεί να χορηγηθεί και IV) ή παραλδεΐδης από το στόμα (ή από το ορθό) σε δόση 10ml ανά 4-6 ώρες ή διαζεπάμης 25-50mg από το στόμα ή σε μικρές IV δόσεις των 5mg. Χορήγηση 50mg θειαμίνης IV και αμέσως μετά 50mg IM<sup>31</sup>.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7°**

### **ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΤΟΥ ΑΛΚΟΟΛ ΣΤΟΝ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟ**

#### **7.1 Επίδρασεις στο καρδιοαγγειακό σύστημα**

Η καρδιά είναι ένα άλλο σημαντικό όργανο, η λειτουργία του οποίου επηρεάζεται από την κατανάλωση της αλκοόλης. Η σχέση μεταξύ κατανάλωσης της αλκοόλης και μυοκαρδιοπάθειας ήταν γνωστή από το 1873. Επειδή όμως παράγοντες όπως η κακή θρέψη (ιδιαίτερα η έλλειψη πρωτεΐνης) συμβάλλουν στην πρόκληση της μυοκαρδιοπάθειας, η άμεση επίδραση της αλκοόλης στη λειτουργία της καρδιάς έγινε περισσότερο γνωστή από το τέλος της δεκαετίας του '30. Πρόσφατα ερευνητικά στοιχεία δεν αφήνουν καμία αμφιβολία για τον ουσιαστικό ρόλο της αλκοόλης στη μυοκαρδιοπάθεια, παρόλο που η παράλληλη λήψη άλλων τοξικών ουσιών και η κακή διατροφή συμβάλλουν ουσιαστικά σ' αυτή τη διαταραχή<sup>1</sup>.

Η ανάπτυξη συμπτωμάτων μπορεί να είναι βραδεία, αν και ορισμένοι ασθενείς παρουσιάζονται με οξεία αριστερή καρδιακή ανεπάρκεια. Η παροξυσμική κολπική μαρμαρυγή είναι σχετικά συχνό αρχικό εύρημα. Πιο προχωρημένες καταστάσεις παρουσιάζονται με ευρήματα αμφοτερόπλευρης καρδιακής ανεπάρκειας, αν και συνήθως η αριστερή καρδιακή ανεπάρκεια υπερέχει. Δύσπνοια, ορθόπνοια και παροξυσμική νυκτερινή δύσπνοια παρατηρούνται συχνά. Συγκοπτικά επεισόδια οφειλόμενα σε αρρυθμίες μπορεί να παρατηρηθούν. Σιτηθάγχη συνήθως δεν παρατηρείται, εκτός αν συνυπάρχει ανεπάρκεια στεφανιαίων ή στένωση αορτικής βαλβίδας<sup>33</sup>.

Παρατηρείται αυξημένος όγκος κυκλοφορούμενου αίματος που εκδηλώνεται με θερμά άκρα, με ψηλάφηση τριχοειδικού σφυγμού, ταχυκαρδίες και ενίοτε συστολικά συστήματα. Συνέπεια του αυξημένου όγκου κυκλοφορούμενου αίματος μπορεί να εμφανισθεί και υποστολή στην αλκοολική μυοκαρδιοπάθεια<sup>34</sup>.

Τα εργαστηριακά ευρήματα είναι μη ειδικά. Στην ακτινογραφία θώρακος παρουσιάζονται μεγαλοκαρδία και πνευμονική συμφόρηση,

όπως και υπεζωκοτική συλλογή. Οι ηλεκτροκαρδιογραφικές αλλοιώσεις είναι συχνές, οι συχνότερες αρρυθμίες είναι η κολπική μαρμαρυγή, κολπικός πτερυγισμός και συχνές έκτακτες κοιλιακές συστολές.

Η πλήρης αποχή από την αλκοόλη, στους ασθενείς με αλκοολική μυοκαρδιοπάθεια, μπορεί να οδηγήσει σε επαναφορά του μεγέθους της καρδιάς στο φυσιολογικό. Η συνέχιση της καταναλώσεως αλκοόλης οδηγεί σε επιδείνωση της καταστάσεως, περαιτέρω ίνωση και τελικώς στο θάνατο.

Η αντιμετώπιση των οξέων επεισοδίων, όπως και της χρόνιας καρδιακής ανεπάρκειας εξ αλκοολικής μυοκαρδιοπάθειας, είναι η αυτή με την αντιμετώπιση καρδιακής ανεπάρκειας οποιασδήποτε αιτιολογίας<sup>33</sup>.

## **7.2 Επιδράσεις στο αιμοποιητικό σύστημα.**

Οι πότες εμφανίζουν αναιμίες διαφόρων τύπων. Ο πιο συνηθισμένος τύπος είναι η μακροκυτταρική αναιμία, η οποία προκαλείται από τις τοξικές επιδράσεις του αλκοόλ στο μυελό των οστών. Επίσης η σιδηροπενική αναιμία μπορεί να προκληθεί είτε όταν η τροφή που λαμβάνουν οι πότες είναι ελλιπής σε σίδηρο είτε όταν η απορρόφηση του σιδήρου είναι μικρή λόγω γαστρεντερικών ανωμαλιών.

## **7.3 Επιδράσεις στο αναπνευστικό σύστημα**

Τα αναπνευστικά νοσήματα είναι συχνά στους πότες. Ο Lowenfeld αναφέρει έξι παράγοντες στους οποίους μπορούν να αποδοθούν τα αναπνευστικά προβλήματα στους πότες, όπως αυτός διατύπωσε σε έρευνα του σε πότες που νοσηλεύθηκαν σε μία χειρουργική κλινική.

1. Το κάπνισμα
2. Η ελαττωμένη αντίσταση στις μολύνσεις
3. Ο τραυματισμός του Κ.Ν.Σ. που προκαλεί απώλεια αντανακλαστικών του ρινοφάρυγγα
4. Ο ασκίτης που ανεβάζει το διάφραγμα και ελαττώνει τη ζωτική χωρητικότητα



5. Ισχνή αναπνοή, που δημιουργείται από θλάση πλευρών και
6. Πιθανή άμεση επίδραση του αλκοόλ στους πνεύμονες.

Η φυματίωση, πλευρίτιδα, βρογχίτιδα, εμφύσημα, απόστημα πνευμόνων και πνευμονία, θεωρούνται ότι είναι συχνά στους πότες, ιδιαίτερα ο' αυτούς που το κοινωνικό τους επίπεδο είναι χαμηλό<sup>28</sup>.

#### **7.4 Επίδρασεις στο πεπτικό σύστημα**

##### ***Επίδρασεις στον οισοφάγο***

Η χρόνια κατάχρηση οينوπνεύματος αποτελεί προδιαθεσικό παράγοντα στην ανάπτυξη του οισοφάγου Barrett (επιπλοκή της γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης) δηλαδή καρκινική εξέλιξη. Το επιθήλιο του οισοφάγου Barrett έχει υποστεί μεταπλασία, από πλακώδες έχει μετατραπεί σε κυλινδρικό.

Άλλες διαταραχές κινητικότητας που έχουν περιγραφεί στους χρόνιους αλκοολικούς ο υπερτασικός περισταλισμός και μη ειδικές «κινητικές διαταραχές» που είναι ανατρέψιμες μετά τη διακοπή του οينوπνεύματος.

Οι αλκοολικοί ασθενείς συχνά εμφανίζουν και οισοφαγικούς κισσούς. Αυτή η πάθηση εμφανίζεται συνήθως ως επιπλοκή κάποιας πάθησης του ήπατος, η οποία δημιουργεί πρόσκομμα στη ροή της κυκλοφορίας του αίματος από το εσωτερικό του οργάνου προς την κατεύθυνση της καρδιάς. Κατά συνέπεια, το αίμα παρεκκλίνει της ομαλής πορείας του και ακολουθεί κάποια εναλλακτική οδό, όπως αυτή που του προσφέρουν οι φλέβες των τοιχωμάτων του οισοφάγου. Αλλά αυτές οι φλέβες έχουν λεπτά τοιχώματα και δεν είναι προετοιμασμένες ν' αντέξουν εσωτερική αυξημένη πίεση, οπότε διαστέλλονται και σχηματίζουν κισσούς<sup>35</sup>.

Πυλαία υπέρταση παρατηρείται όταν εμποδίζεται η διέλευση του αίματος μέσω του ήπατος, πράγμα που οδηγεί την ανάπτυξη νέων οδών κυκλοφορίας. Οι φλέβες του οισοφάγου διευρύνονται λόγω της επαυξημένης λειτουργίας τους με αποτέλεσμα ξαφνική αιμορραγία που είναι δυνατόν να αποβεί μοιραίο για τους ασθενείς<sup>28</sup>.

Το σύνδρομο Mallory-Weiss χαρακτηρίζεται από αιματέμεση ως συνέπεια ρωγμών επιπολής του βλεννογόνου κατά την οισοφαγογαστρική γωνία. Η αιμορραγία επισυμβαίνει κατόπιν επανειλημμένων εμέτων. Η αυτόματη ρήξη του οισοφάγου επισυμβαίνει κυρίως σε άντρες, ιδιαίτερα αλκοολικούς. Πριν απ' αυτήν προηγείται συνήθως βαριά οινοποσία. Συνιστάται ανάπαυση, ενδοστομαχικές πλύσεις με παγωμένο νερό και μεταγγίσεις αίματος. Η αυτόματη ρήξη χαρακτηρίζεται συνήθως από έντονο πόνο κατά τη διάρκεια εμέτου. Σπάνια η ρήξη επισυμβαίνει αθόρυβα κατά τη διάρκεια μεγάλου γεύματος. Ο ασθενής εμφανίζει πτώση πίεσης, δύσπνοια, κυάνωση και shock.

### ***Επιδράσεις στο στομάχο***

Πολλοί πότες διαμαρτύρονται για συμπτώματα γαστρίτιδας η οποία είναι φλεγμονή του βλεννογόνου του στομάχου. Τα συμπτώματα της είναι ανορεξία, ναυτία και έμετοι που συνοδεύονται από επιγαστρικό πόνο και πυρετό. Αν η κατάσταση είναι πολύ σοβαρή, ο άρρωστος μπορεί να παρουσιάσει αιμορραγία. Αν γίνει λογική χρήση της αλκοόλης, ο βλεννογόνος μπορεί να επανέλθει στη φυσιολογική του κατάσταση σε διάστημα λίγων εβδομάδων. Εάν επαναληφθεί η λήψη αλκοόλης σε μεγάλες ποσότητες τα συμπτώματα επανέρχονται σοβαρότερα.

Το οινόπνευμα με άμεση δράση στο λεπτό έντερο προκαλεί ελάτωση της απορροφήσεως του φιλικού οξέος, της θειαμίνης (Βιταμίνης Β1), των βιταμινών Β6 και Β12 και του ψευδαργύρου. Η έλλειψη φιλικού οξέος οδηγεί στην ελαττωμένη πρόσληψη απ' τη νήστιδα ύδατος, νατρίου, γλυκόζης και αμινοξέων. Τέλος, αυτή η αλκοολική εντεροπάθεια συχνά συνοδεύεται από εντερική απώλεια πρωτεΐνης. Αιμορραγικές διαβρώσεις μπορεί να εντοπιστούν στο ανώτερο λεπτό έντερο. Όλες αυτές οι μεταβολές είναι ανατρέψιμες με τη διάβρωση των ελλειμμάτων διατροφής και την αποχή από το οινόπνευμα<sup>36</sup>.

Ο υποσιτισμός είναι ένα από τα χαρακτηριστικά του αλκοολισμού, αν και η σχέση μεταξύ κατανάλωσης της αλκοόλης και διατροφής παραμένει ασαφής. Σε μία πρόσφατη έρευνα, η Morgan (1981) βρήκε ότι το 30% ενός δείγματος αλκοολικών μιας ηπατολογικής ομάδας

εμφάνισε κλινικά στοιχεία υποσιτισμού ανεξάρτητα από ηπατική δυσλειτουργία. Οι αλκοολικοί όμως που εισάγονται στο νοσοκομείο συνήθως επανακτούν το χαμένο τους βάρος αρκετά γρήγορα (Mezey et al 1971). Σε μια σειρά από μελέτες σχετικές με τον υποσιτισμό των αλκοολικών, υποστηρίχτηκε ότι το φαινόμενο του υποσιτισμού ήταν αποτέλεσμα της ανεπαρκούς διαίτας (ο όρος διαίτα χρησιμοποιείται με τη γενικότερη έννοια του σιτισμού) που χαρακτηρίζει πολλούς προβληματικούς πότες. Αυτή η άποψη όμως ήρθε σε αντίθεση με τα πορίσματα τριών ερευνών (Neville et al 1968, Hurt et al 1981 και Morgan 1981) που σύγκριναν το διαιτολόγιο ομάδων αλκοολικών με εκείνο μη-αλκοολικών ατόμων και δεν βρήκαν διαφορές μεταξύ τους. Σύμφωνα με τη Morgan (1982), ο υποσιτισμός των αλκοολικών οφείλεται κυρίως σε παράγοντες όπως η κακή πέψη και απορρόφηση θρεπτικών στοιχείων και ο ελαττωματικός μεταβολισμός αυτών των στοιχείων<sup>1</sup>.

### ***Επιδράσεις στο πάγκρεας***

Σε χώρες με μεγάλη κατανάλωση οινοπνεύματος η παγκρεατίτιδα είναι συχνή. Εξάλλου υπερβολική κατανάλωση οινοπνεύματος προηγείται συχνά επεισοδίου οξείας παγκρεατίτιδας. Ο μηχανισμός δεν είναι απόλυτα γνωστός. Ίσως συμβάλλουν παγκρεατική έκκριση, οίδημα στο σφιγκτήρα του Oddi (βαλβίδα που ρυθμίζει τη διέλευση του παγκρεατικού υγρού και της χολής προς το έντερο) και απόφραξη των παγκρεατικών πόρων από πρωτεϊνικό υλικό<sup>36</sup>. Από τις 4 περιπτώσεις οι τρεις είναι αποτέλεσμα δηλητηρίασης με οινόπνευμα. Εκτός από το κοιλιακό άλγος, το μετεωρισμό και άλλα συμπτώματα του γαστρεντερολογικού συστήματος, μπορούμε να έχουμε και επιπλοκές, όπως κυκλοφορική ανεπάρκεια, ειλεό, κύστες του παγκρέατος κ.λ.π<sup>6</sup>.

Η οξεία παγκρεατίτιδα είναι μία βαριά νόσος, οφειλόμενη σε οξεία φλεγμονή του παγκρέατος, η οποία χαρακτηρίζεται από διαφυγή παγκρεατικών ενζύμων, ειδικά θρυψίνης, από τα κυψελιδικά κύτταρα στους γύρω ιστούς.

Αρχικά, η φλεγμονή δημιουργεί οίδημα. Καθώς όμως αναπτύσσεται φλεβική συμφόρηση, προκαλεί νέκρωση του παγκρέατος. Με την

ενζυμική καταστροφή του ιστού προκαλείται ρήξη των αγγείων με αποτέλεσμα αιμορραγία. Οι λιπάσεις που απελευθερώνονται από το πάγκρεας, επιφέρουν νέκρωση του λιπώδους ιστού. Αυτή η νέκρωση συχνότερα περιλαμβάνει το πάγκρεας και το λιπώδη ιστό που το περιβάλλει, μπορεί όμως να επεκταθεί και σ' άλλους λιπώδεις ιστούς. Με την αύξηση των νεκρωμένων ιστών, η λοίμωξη καθίσταται μεγάλη απειλή<sup>37</sup>.

Η παγκρεατίτιδα αντιμετωπίζεται συνήθως συντηρητικά ιδιαίτερα όταν οφείλεται σε υπερβολική λήψη αλκοόλης. Η δημιουργία ψευδοκύστεως που οδηγεί στη δημιουργία αποστήματος είναι συχνότερη στην παγκρεατίτιδα από αλκοόλη σε σχέση με τις παγκρεατίτιδες άλλων τύπων και η σοβαρότερη επιπλοκή μιας παγκρεατίτιδας αφού συχνά οδηγεί σε θάνατο<sup>28</sup>.

Στην περίπτωση της χρόνιας παγκρεατίτιδας έχουμε κατάχρηση οινοπνεύματος σε περισσότερες από 75% των περιπτώσεων. Χαρακτηριστικό είναι το άλγος που αντανακλά στη ράχη του ασθενή, η απώλεια βάρους και η γενική αδυναμία του<sup>6</sup>.

## **7.5 Επιδράσεις στο μεταβολικό και ενδοκρινικό σύστημα**

### **Υπερλιπιδαιμία**

Όταν αναφέρεται κανείς στη σχέση μεταξύ του αλκοόλ και της στεφανιαίας νόσου θα πρέπει να ξεχωρίσει δύο όψεις του θέματος:

A) Το καταστρεπτικό αποτέλεσμα της μεγάλης κατανάλωσης οινοπνεύματος και

B) Το ωφέλιμο αποτέλεσμα της ελαφριάς ή μέτριας σταθερής κατανάλωσης οινοπνεύματος.

Στην πρώτη περίπτωση είναι σήμερα γνωστό ότι η χρόνια μεγάλη κατανάλωση οινοπνεύματος συνοδεύεται από αυξημένη συχνότητα εμφάνισης αρτηριακής υπέρτασης, αγγειακού σπασμού, πρόκληση αιμορραγικής αιτιολογίας αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων, μυοκαρδιοπάθειας (αλκοολική), στεφανιαίας νόσου και αιφνίδιου θανάτου. Στη δεύτερη περίπτωση φαίνεται ότι η ελαφρά ή μέτρια

σταθερή κατανάλωση οινοπνεύματος έχει ευεργετική επίδραση, λόγω της προστασίας που προσφέρει έναντι της στεφανιαίας νόσου. Οι μηχανισμοί μέσω των οποίων εκδηλώνεται η «προστατευτική» δράση του οινοπνεύματος έναντι της στεφανιαίας νόσου είναι:

- Η δημιουργία ενός «προστατευτικού» λιποπρωτεϊνικού profile έναντι της στεφανιαίας νόσου με αύξηση της HDL2/HDL3, αύξηση της ApoA1/ApoB, μείωση της LDL-χοληστερόλης.
- Η αναστολή της συσσώρευσης και της συγκόλλησης των αιμοπεταλίων.
- Η μείωση του αριθμού των αιμοπεταλίων.
- Η ενίσχυση της προστατευτικής αντιαιμοπεταλιακής δράσης της ασπιρίνης η οποία επιπροστίθεται στους παραπάνω μηχανισμούς.

Ενώ η επίδραση του αλκοόλ στα επίπεδα της LDL και της LDL χοληστερόλης είναι ξεκάθαρη ως προς τα τριγλυκερίδια έχουν διατυπωθεί διαφορετικές απόψεις από διάφορους ερευνητές έτσι:

- Η αιθανόλη φέρεται ως συνήθης αιτία δευτεροπαθούς υπερτριγλυκεριδαιμίας ειδικά στους άντρες και προκαλεί συνήθως το φαινόμενο IV ή V.
- Η δράση της αλκοόλης φαίνεται να είναι πλέον έκδηλη σε άτομα με προϋπάρχοντα τύπου IV φαινότυπο και αυξάνεται με ταυτόχρονη κατανάλωση λίπους.
- Ο Ginsberg και οι συνεργάτες του βρήκαν σημαντική αύξηση τριγλυκεριδίων μετά τη κατανάλωση αιθανόλης σε υπερτριγλυκεριδαιμικούς ασθενείς αλλά όχι σε φυσιολογικά άτομα.
- Οι Avogaro και Gozollato βρήκαν αύξηση των τριγλυκεριδίων η οποία χαρακτηρίζεται κυρίως από αύξηση της VLDL χοληστερόλης.
- Σημαντική είναι η παρατήρηση ότι η διακοπή της κατανάλωσης αλκοόλ οδηγεί σε ταχύτερη μείωση των επιπέδων των τριγλυκεριδίων.

Παρά τη διχογνωμία όμως που υπάρχει μεταξύ των διαφόρων ερευνητών σήμερα, καταλήγουμε στην άποψη ότι πραγματικά υπάρχει στενή θετική συσχέτιση μεταξύ κατανάλωσης οινοπνεύματος και τριγλυκεριδίων του πλάσματος.

<b>Η επίδραση της μη σταθερής και με μεγάλες διακυμάνσεις οίνοπνεύματος στο λιπιδαιμικό Profile</b>	
↑	LDL-χοληστερόλης
↑	ΑποΒ
↓	δραστηριότητας του ενζύμου LCAT

Επομένως έχει μεγάλη σημασία η σωστή πληροφόρηση του κοινού όχι μόνο για την ποσότητα αλλά και τον τρόπο κατανάλωσης της ποσότητας αυτής ώστε να είναι επωφελής. Ως προς το είδος των οίνοπνευματωδών δηλαδή αν υπερέχει το κρασί έναντι της μπίρας ή των άλλων αλκοολούχων ποτών, φαίνεται ότι όλα έχουν προστατευτική δράση, αλλά πιστεύεται ότι η κατανάλωση κρασιού έχει ευνοϊκότερη επίδραση ίσως και από το γεγονός ότι λαμβάνεται κατά τη διάρκεια γεύματος με αποτέλεσμα ο μεταβολισμός του να είναι βραδύτερος άρα και να διαρκεί περισσότερο η προστατευτική του δράση.

Πρόσφατα έχουν αναπτυχθεί απόψεις που υποστηρίζουν ότι το «οινόπνευμα σε μέτρια σταθερή κατανάλωση μπορεί να θεωρηθεί το πλέον αποτελεσματικό φάρμακο για προστασία έναντι της στεφανιαίας νόσου μειώνοντας τον κίνδυνο ανάπτυξης της κατά 40%.

Η πρόταση είναι ιδιαίτερα ελκυστική αλλά και επικίνδυνη συγχρόνως. Η σύσταση για καθημερινή λήψη αλκοόλ έστω και σε προκαθορισμένη ποσότητα, σαν φάρμακο, ενέχει τον κίνδυνο να δημιουργήσει αποτελέσματα αντίθετα από τα αναμενόμενα. Ο αλκοολισμός αποτελεί ήδη έντονο κοινωνικό πρόβλημα για πολλές χώρες και η αλόγιστη και χωρίς προσοχή ενημέρωση του κοινού μπορεί να συμβάλλει αποφασιστικά στην έξαρση του<sup>38</sup>.

### **Υπογλυκαιμία**

Μία από τις πιο κοινές και πιο σοβαρές επιπλοκές του μεταβολικού και ενδοκρινικού συστήματος των χρηστών αλκοόλης είναι η υπογλυκαιμία. Ο εγκέφαλος αντίθετα με τα άλλα όργανα, δεν μπορεί να

χρησιμοποιήσει ως πηγή ενέργειας τα λιπαρά οξέα. Έτσι όταν στερείται γλυκόζη, μπορεί να καταλήξει σε διαταραχές συμπεριφοράς, επιληψίες, μόνιμη εγκεφαλική φθορά, κώμα και ακόμα θάνατο.

### **Διαταραχές ηλεκτρολυτών και οξεοβασικής ισορροπίας**

Οι έμετοι και οι διάρροιες που είναι συχνά φαινόμενα στους πότες, μπορούν να προκαλέσουν διαταραχές στα υγρά του σώματος και στους ηλεκτρολύτες, αλλά σπάνια σε τόσο σοβαρό βαθμό, ώστε να δημιουργούν συμπτώματα. Χαμηλό επίπεδο καλίου (υποκαλιαιμία), είναι συχνό φαινόμενο σε δεινούς πότες. Επιπλοκές, όπως καρδιακή αρρυθμία, μπορεί να ενισχυθούν από αναπνευστική αλκάλωση, η οποία μπορεί να προκληθεί κατά τη διάρκεια διακοπής της αλκοόλης.

Χαμηλό επίπεδο νατρίου (υπονατριαιμία) μπορεί να παρουσιαστεί στους πότες μπύρας, οι οποίοι πίνουν μεγάλες ποσότητες αλκοολούχων ποτών με χαμηλή περιεκτικότητα άλατος. Αυτό μπορεί να διαγνωσθεί από την αδυναμία, τη ναυτία και τις εγκεφαλικές διαταραχές.

### **Μεταβολές στα επίπεδα των ικνοστοιχείων**

Το πολύ ποτό μπορεί να οδηγήσει το πλάσμα σε χαμηλά επίπεδα μαγνησίου και ψευδαργύρου. Η έλλειψη ψευδαργύρου είναι μερικώς υπεύθυνη για την κακή σπερματογένεση, που παρατηρείται σε μερικούς δεινούς πότες,. Η έλλειψη μαγνησίου ενοχοποιείται για το σύνδρομο της στέρησης του αλκοόλ που έχει σαν αποτέλεσμα τις κρίσεις στέρησης<sup>28</sup>.

### **Το σύνδρομο Cushing**

Το σύνδρομο Cushing οφείλεται σε οποιονδήποτε παράγοντα προκαλεί μη φυσιολογική αύξηση της λειτουργίας του φλοιού των επινεφριδίων, κυρίως σε ό,τι αναφέρεται στην παραγωγή της κορτιζόλης. Συνεπώς, η προέλευση της διαταραχής μπορεί να είναι διαφορετικού είδους.

Το συχνότερο αίτιο είναι μία βλάβη στον πολύπλοκο μηχανισμό που ρυθμίζει την παραγωγή των ορμονών του φλοιού των επινεφριδίων, στον οποίο συμμετέχουν και άλλες δύο δομές του ορμονικού

συστήματος: ο υποθάλαμος και η υπόφυση. Όταν αυτός ο μηχανισμός ρύθμισης παθαίνει βλάβη και το αποτέλεσμα είναι μία υπερβολική διέγερση, ο ιστός του φλοιού των επινεφριδίων αυξάνεται (υπερπλασία) και ταυτόχρονα αυξάνεται σημαντικά η ορμονική παραγωγή του<sup>39</sup>.

Μερικοί πότες εμφανίζουν τις πρωινές ώρες αυξημένα επίπεδα κορτιζόνης στο πλάσμα, τα οποία φαίνεται ότι προέρχονται από διέγερση των αδενοκορτικοειδών δραστηριοτήτων.

Επιπροσθέτως μία ποικιλία συνδρόμων του Cushing έχουν αποδοθεί στην αλκοόλη, τα οποία όμως εξαφανίζονται εντός ολίγων εβδομάδων μετά την αποχή από την αλκοόλη<sup>28</sup>.

## **7.6 Επιδράσεις στο νευρικό και μυϊκό σύστημα**

### ***Αλκοολική μυοπάθεια***

Η χρόνια αλκοολική μυοπάθεια είναι ένα από τα πολλά οργανικά προβλήματα που σχετίζονται με την κατάχρηση του αλκοόλ. Η ασθένεια αυτή χαρακτηρίζεται από μία βαθμιαία και συνήθως ανώδυνη φθορά και αδυναμία κεντρικών μυών ιδιαίτερα αυτών που βρίσκονται στα πόδια (Martin 1982). Σύμφωνα με αυτόν τον συγγραφέα, η αλκοολική μυοπάθεια εμφανίζεται σε αλκοολικούς με τουλάχιστον 10χρονο ιστορικό κατάχρησης της αλκοόλης και με ελάχιστη καθημερινή κατανάλωση όχι μικρότερη των 10gr. Η επίπτωση (συχνότητα) αυτής της ασθένειας παραμένει απροσδιόριστη<sup>1</sup>.

Υπάρχουν δύο είδη μυϊκής προσβολής στον αλκοολισμό. Πρώτον, η μείωση του καλίου η οποία μερικές φορές παρουσιάζεται στους πότες, μπορεί να δημιουργήσει μυϊκή παράλυση. Αντιμετωπίζεται με τη χορήγηση καλίου. Δεύτερον, μακρά περίοδος αλκοολικής δηλητηρίασης, μπορεί να οδηγήσει σε οξεία μυοπάθεια εξαιρετικά επώδυνη η οποία αναστρέφεται με αποχή από το αλκοόλ<sup>28</sup>.

### ***Περιφερική νευροπάθεια***

Ο ρόλος της ελλιπούς διατροφής έχει σημαντική θέση στις παραπάνω νευρολογικές διαταραχές αλλά και στην γενικότερη



λειτουργία του εγκεφάλου. Ανεπάρκεια βιταμινών της σειράς Β και ιδιαίτερα έλλειψη βιταμίνης Β<sub>12</sub> είναι το κυριότερο αίτιο των νευρολογικών διαταραχών. Σύμφωνα με τον Marsden, παρόλο που οι περισσότεροι αλκοολικοί παρουσιάζονται με ένα κύριο νευρολογικό πρόβλημα, πολλοί από αυτούς εκδηλώνουν και πρόσθετα νευρολογικά συμπτώματα ή και άλλες διαταραχές (π.χ. επιληψία, εκφυλισμό του πρόσθιου λοβού της παρεγκεφαλίδας κ.λ.π.) κατά τη διάρκεια της εξάρτησης από το αλκοόλ.

Η πιο κοινή από τις νευρολογικές διαταραχές είναι η περιφερική νευροπάθεια. Αυτή η ασθένεια εμφανίζεται τουλάχιστον στο 10% των «χρόνιων αλκοολικών». Σύμφωνα με πρόσφατα ερευνητικά στοιχεία, η περιφερική νευροπάθεια ποικίλλει από ασυμπτωματική νευροπάθεια μέχρι ουσιαστική αδυναμία των μυών και σημαντική ανεπάρκεια των αισθητηρίων οργάνων. Σύμφωνα με τους Martin et al, η περιφερική νευροπάθεια εμφανίζεται ανεξάρτητα από τη χρόνια μυοπάθεια των σκελετικών μυών η οποία είναι κοινή διαταραχή στους χρόνιους αλκοολικούς<sup>1</sup>.

## **7.7 Νευροψυχικές διαταραχές**

Το οινόπνευμα ως φάρμακο που επιδρά στο κεντρικό νευρικό σύστημα ανήκει στην ίδια κατηγορία με τα βαρβιτουρικά, τα ελαφρά ηρεμιστικά και τα γενικά αναισθητικά, ταξινομείται δε συνήθως ως κατασταλτικό. Η επίδραση του στον εγκέφαλο είναι μάλλον διφασική: σε αρκετά χαμηλές συγκεντρώσεις μπορεί να χρησιμεύσει ως ερεθιστικό ή διεγερτικό ορισμένων λειτουργιών, αλλά όσο αυξάνεται η συγκέντρωση, η επίδραση γίνεται όλο και πιο κατασταλτική για να καταλήξει σε κατευνασμό, λήθαργο και κώμα. Αυτή η φάση διέγερσης μπορεί να προέρχεται μάλλον από έμμεση επίδραση του οινοπνεύματος που καταστέλλει την λειτουργία των ανασταλτικών κέντρων του εγκεφάλου, παρά από άμεση διέγερση της εκδηλούμενης συμπεριφοράς.

Οι πιο σημαντικές άμεσες επιδράσεις του οινοπνεύματος παρατηρούνται στις ανώτερες λειτουργίες του εγκεφάλου, τις λειτουργίες

της σκέψης, της μάθησης, της μνήμης και της ικανότητας κρίσεως. Η διφασική δράση του οينوπνεύματος γίνεται εμφανής με την επίδραση του στη σκέψη<sup>2</sup>.

Η μέθοδος της αξονικής τομογραφίας έχει δείξει ότι ακόμη και αυτοί οι προβληματικοί πότες, οι οποίοι δεν είναι ύποπτοι κλινικώς για εγκεφαλική βλάβη, παρουσιάζουν συρρίκνωση των μερών του εγκεφάλου, τα οποία υποβοηθούν την υψηλή πνευματική διαδικασία. Η φλοιώδεις ατροφία, είναι κατά κάποιο τρόπο, αντίστροφη της αποχής από το αλκοόλ και συμβαδίζει με την απόδοση των προβληματικών ποτών σε ποικιλία τεστ υψηλής εγκεφαλικής λειτουργίας<sup>28</sup>.

### ***Εγκεφαλοπάθεια Gayet-Wernicke***

Αποτελεί αρκετά συχνή πάθηση και οφείλεται σε κακή διατροφή. Η αβιταμίνωση Β1 παίζει καθοριστικό ρόλο. Η βασική αιτία είναι ο χρόνιος αλκοολισμός, που είναι υπεύθυνος για την έλλειψη θειαμίνης είτε εξαιτίας ελαττωμένης πρόσληψης (ανορεξία, διαταραχή του διαιτητικού ισοζυγίου με τροφές πλούσιες σε υδατάνθρακες και φτωχές σε πρωτεΐνες) είτε εξαιτίας ελαττωματικής απορρόφησης (γαστρίτιδα, διαταραχές των εντερικών λειτουργιών, συνέπειες γαστρεκτομής).

Σοβαρές διαταραχές της διατροφής οφειλόμενες σε διάφορα αίτια όπως έμετοι κατά την κύηση, οισοφαγική ή πυλωρική στένωση, μειοχειρητικός υποσιτισμός που ελέγχεται δύσκολα, καταστάσεις αστίας ( απεργία πείνας, άρνηση σίτισης από ψυχιατρικούς αρρώστους), μπορεί επίσης να οδηγήσουν σε εγκεφαλοπάθεια Wernicke.

Οι ανατομικές βλάβες έχουν χαρακτηριστική τοπογραφία. Είναι αμφοτερόπλευρες και συμμετρικές, εντοπίζονται στους σχηματισμούς που περιβάλλουν την τρίτη κοιλία, τον υδραγωγό Sylvius και την τέταρτη κοιλία. Η προσβολή των μαστίων είναι σταθερό εύρημα. Η μορφή των παρατηρούμενων βλαβών (νευρονικές αλλοιώσεις, αγγειακή και νευρογλοιακή υπερπλασία) ποικίλει ανάλογα με το αν πρόκειται για οξεία ή χρόνια προσβολή. Οι διάχυτες αιμορραγίες είναι συχνές στις οξείες μορφές.

**Η κλινική εικόνα** εγκαθίσταται σταδιακά σε υποσιτισμένους αλκοολικούς και αρχικά περιλαμβάνει επιδείνωση των πεπτικών διαταραχών (ανορεξία, έμετοι), απίσχνανση, τάση για υπνηλία και απάθεια και μερικές φορές αταξία. Αιφνίδια έναρξη μπορεί να παρατηρηθεί ύστερα από λοίμωξη ή από λήψη πολύ μεγάλων ποσοτήτων γλυκιδίων. Η σημειολογία περιλαμβάνει:

- ✧ **Διαταραχές της συνείδησης ποικίλης βαρύτητας** όπως επισκότιση, καύνωση, συγχυτικο-ονειρική διέγερση (η διαφορική διάγνωση της οποίας από το τρομώδες παραλήρημα είναι δύσκολη, καθόσον μάλιστα οι δυο διαταραχές μπορεί να συνυπάρχουν και η εγκεφαλοπάθεια wernicke να εγκατασταθεί κατά την αποδρομή τρομώδους παραληρήματος), συγχυτικο-αμνησιακή κατάσταση τύπου korsakoff με άφθονη μυθοπλασία.

- ✧ **Οπτικοκινητικές διαταραχές** όπως οριζόντιο ή κάθετο νυσταγμό, αμφοτερόπλευρη πάρεση της 6<sup>ης</sup> εγκεφαλικής συζυγίας, παράλυση ορισμένων μυών που νευρούνται από την 3<sup>η</sup> εγκεφαλική συζυγία, παραλύσεις άλλων μυών που συμβάλλουν στη λειτουργία της όρασης<sup>24</sup>. Η εγκεφαλοπάθεια του Wernicke είναι μία οξεία κατάσταση, δυνητικά θανατηφόρα, που χαρακτηρίζεται από θόλωση της συνείδησης, οφθαλμοπληγία (αδυναμία των μυών που ελέγχουν την κίνηση των οφθαλμών) και αταξία (βάδισμα ευρείας βάσης, πτώση ή ανικανότητα του ατόμου να περπατήσει ή να σταθεί όρθιο)<sup>25</sup>. Μερικές φορές η εξέταση του βυθού του οφθαλμού αποκαλύπτει αιμορραγίες του αμφιβληστροειδούς.

- ✧ **Εναντιωτική υπερτονία, κινητική ασυνέργια και διαταραχές της ισορροπίας** που καθιστούν αδύνατη την βάρδια και την όρθια στάση.

- ✧ **Νευροφυτικές διαταραχές** όπως ταχυκαρδία, υπόταση με κίνδυνο καταπληξίας.

- ✧ **Συμπτώματα πολυνευρίτιδας** ποικίλης έντασης, που διαπιστώνονται στο 70% των περιπτώσεων.

**Η διάγνωση** είναι δύσκολη όταν η κλινική εικόνα είναι άτυπη και υποδύεται μηνιγγίτιδα ή τρομώδες παραλήρημα. Οι οφθαλμικές

παρέσεις μερικές φορές είναι λανθάνουσες ή παροδικές. Η επέλευση νευροψυχικών διαταραχών σε αλκοολικούς υποσιτιζόμενους ασθενείς πρέπει να οδηγεί συστηματικά στην υπόθεση εγκεφαλοπάθειας από βιταμινική ένδεια. Η άμεση βιταμινοθεραπεία είναι ο μόνος τρόπος για να αποφευχθούν σοβαρές και μόνιμες υπολειμματικές βλάβες. Η απουσία γρήγορου θεραπευτικού αποτελέσματος στα οφθαλμολογικά και συγχυτικά συμπτώματα απαιτεί αναθώρηση της διάγνωσης και αναζήτηση άλλης πάθησης (μηνιγγική αιμορραγία, υποσκληρίδιο αιμάτωμα), που είναι συχνή στους αλκοολικούς και μερικές φορές συνδυάζεται με την εγκεφαλοπάθεια από αβιταμίνωση. Η αύξηση του πυρουβικού οξέος στο αίμα πριν από τη βιταμινοθεραπεία είναι αρκετά σταθερό εύρημα στην εγκεφαλοπάθεια Wernicke, αλλά δεν αποτελεί ειδικό χαρακτηριστικό της ένδειας θειαμίνης (άλλες πιθανές αιτίες: σακχαρώδης διαβήτης, κίρρωση, αναιμία)<sup>24</sup>.

Η κατάσταση αντιμετωπίζεται με τη χορήγηση θειαμίνης. Συγκεκριμένα, χορηγούνται αμέσως 50mg θειαμίνης ενδοφλεβίως και 50mg ενδομυϊκώς. Η θεραπεία συνεχίζεται καθημερινά (συνήθως για 3-4 ημέρες) μέχρις ότου βελτιωθεί η κλινική εικόνα.

Επειδή η γλυκόζη προκαλεί κένωση των αποθηκών θειαμίνης, «η χορήγηση θειαμίνης πρέπει να προηγείται της χορήγησης γλυκόζης» (εννοείται ότι η τιμή του σακχάρου, του ασθενούς, είναι φυσιολογική)<sup>31</sup>.

**Η θεραπευτική αντιμετώπιση** συνίσταται κυρίως στην ενδομυϊκή χορήγηση βιταμίνης Β<sub>1</sub> σε δόση 500mg έως 1gr την ημέρα. Δεδομένου ότι η βιταμινική ένδεια αυτών των ατόμων είναι γενική, είναι χρήσιμο να προστίθεται βιταμίνη Β<sub>6</sub>, ΡΡ και φολικό οξύ. Η σωστή και αρκετά έγκαιρη θεραπευτική αγωγή μπορεί να επιφέρει πλήρη ίαση. Παρόλα αυτά η υπολειμματικές βλάβες και κυρίως το σύνδρομο Korsakoff είναι πολύ συχνές, ιδιαίτερα, όταν η θεραπευτική αντιμετώπιση έγινε καθυστερημένα. Εάν δεν υπάρξει θεραπεία, η εξέλιξη προς το μοιραίο είναι συνηθισμένη στις οξείες μορφές: υπερτονικό κώμα με έντονα νευροφυτικά συμπτώματα.

### **Σύνδρομο Korsakoff**

Συνήθως εμφανίζεται κατά την αποδρομή εγκεφαλοπάθειας Wernicke. Στο βαθμό που υποχωρεί η συγχυτική κατάσταση, έρχεται στην επιφάνεια η ειδική διαταραχή της μνήμης. Μερικές φορές η υποξεία περίοδος περνά απαρατήρητη και το σύνδρομο Korsakoff εκδηλώνεται ευθύς εξαρχής.

**Η κλινική εικόνα** περιλαμβάνει:

**1)** Πολύ χαρακτηριστική προσβολή της μνήμης:

**α)** *Προσθιοδρομική αμνησία.* Ο ασθενής ξεχνά τα γεγονότα που συνέβησαν από την αρχή της νόσου του και μετά. Ξεχνά από τη μια στιγμή στην άλλη και από τη μια ώρα στην άλλη αυτά που διάβασε, τις συζητήσεις που έκανε, τις οδηγίες που του δόθηκαν και τις επισκέψεις που δέχτηκε. Παρατηρούνται επίσης:

- Αναδρομική αμνησία που επικαλύπτει τα χρόνια που προηγήθηκαν της νόσου. Υπάρχει χαοτική ανάκληση προσωπικών αναμνήσεων ή γεγονότων αυτής της περιόδου και ανάμειξη γεγονότων, η χρονολογική σειρά των οποίων είναι πολύ διαταραγμένη.
- Διατήρηση της ανάμνησης παλαιών γεγονότων, παιδικών αναμνήσεων, σχολικών γνώσεων, κεκτημένων δεξιοτήτων, επαγγελματικών κινήσεων.
- Διατήρηση της ανάμνησης για πολύ βραχύ χρονικό διάστημα. Το βάθος της άμεσης μνήμης είναι φυσιολογικό. Ο άρρωστος μπορεί να αντιληφθεί την ουσία των ερωτήσεων και να δώσει τις κατάλληλες απαντήσεις. Αντίθετα όμως από την άμεση πρόσληψη που διατηρείται, η δευτερογενής ενσωμάτωση και η απομνημόνευση είναι διαταραγμένη και η συγκράτηση σύνθετων ερεθισμάτων είναι μηδαμινή, ενώ η συγκράτηση απλών ερεθισμάτων μπορεί να διατηρηθεί<sup>24</sup>. Τα κύρια χαρακτηριστικά του συνδρόμου Korsakoff είναι η έκπτωση της βραχύχρονης (ή πρόσφατης) μνήμης που εμφανίζεται κυρίως σαν αδυναμία εκμάθησης καινούργιων πληροφοριών (π.χ. το όνομα του

γιατρού). Άλλα συμπτώματα που μπορεί να υπάρχουν είναι η περιφερική νευροπάθεια, η αταξία και η οφθαλμοπληγία<sup>25</sup>.

**β) Αποπροσανατολισμός.** Ο ασθενής είναι αποπροσανατολισμένος στο χρόνο. Δε διαθέτει σημεία αναφοράς στο πρόσφατο παρελθόν. Αγνοεί τη διάρκεια της ασθένειας του και κάνει χονδροειδή λάθη στην ημερομηνία και στην ηλικία του. Συχνά νομίζει ότι βρίσκεται σε κάποια περασμένη εποχή της ζωής του και δίνει πληροφορίες για πρόσωπα και πράγματα εκείνης της περιόδου σαν να ήταν τωρινή. Ο προσανατολισμός του στο χώρο είναι λιγότερο διαταραγμένος, χάνεται όμως σε χώρους που γνώρισε πρόσφατα και έχει τάση να συγχέει τους τόπους και να νομίζει ότι βρίσκεται στο σπίτι του ενώ είναι στο νοσοκομείο.

**γ) Μυθοπλασία.** Αυθόρμητα ή για να απαντήσει σε σχετικές ερωτήσεις, ο ασθενής κάνει μία μυθοπλαστική αφήγηση, αρκετά ευκαιριακή, αλλά αληθοφανή, των δραστηριοτήτων του της προηγούμενης ημέρας (περίπατος, ψώνια). Οι ψευδείς αναγνώρισεις είναι συχνές, αυθόρμητες ή υποβαλλόμενες και μερικές φορές ενσωματώνονται στις μυθοπλαστικές αναμνήσεις. Πρόκειται για ένα πραγματικό «παραλήρημα μνήμης», όπου ο άρρωστος ξαναζει διάφορες περιόδους του παρελθόντος του μεταφέροντας τις στο παρόν. Αρκετά συχνά η μυθοπλασία είναι λανθάνουσα και πρέπει να την υποκινήσουμε με τις κατάλληλες ερωτήσεις.

**δ) Νοσοαγνωσία** Χωρίς να έχει επίγνωση της διαταραχής της μνήμης του, ο ασθενής δίνει με σιγουριά τις πιο απίθανες απαντήσεις. Συχνά ευφορικός, μερικές φορές ευερέθιστος, ζει απαθής και ανέμελος αποκλειστικά στο παρόν. Ο κύκλος των ιδεών του περιορίζεται και η σκέψη του είναι αρκετά στερεότυπη.

Σε αντίθεση με την τεράστια μνημονική έκπτωση, δεν παρατηρείται ούτε διανοητική σύγχυση (αφού περάσει η οξεία φάση) ούτε άνοια. Η λειτουργία της κρίσης και η συλλογιστική ικανότητα είναι φυσιολογική, εφόσον δεν αφορά πρόσφατες αναμνήσεις. Η βαθμολόγηση στην κλίμακα μνήμης του Wernicke είναι παντού πολύ χαμηλή εκτός από την άμεση επανάληψη αριθμών. Οι υποδοκιμασίες της κλίμακας νοημοσύνης (WAIS) διατηρούνται σε σχετικά ικανοποιητικό επίπεδο

εκτός από τον «κώδικα» και τους «κύβους» που είναι πάντα διαταραγμένα. Αυτά ισχύουν για τους πάσχοντες από γνήσιο σύνδρομο Korsakoff. Αρκετά συχνά ο αλκοολισμός επιφέρει, εκτός της εγκεφαλοπάθειας από βιταμινική ένδεια, εγκεφαλικές βλάβες προκαλούμενους με διάφορες μηχανισμούς που μπορεί να καταλήξουν σε άνοια. Σε αυτή τη περίπτωση το σύνδρομο Korsakoff εξαφανίζεται σταδιακά πίσω από την ανοϊκή εικόνα.

**2) Αισθητικο-κινητική πολυνευρίτιδα.** Οφείλεται και αυτή σε βιταμινική ένδεια και συνυπάρχει συχνά, αλλά όχι σταθερά, με το σύνδρομο Korsakoff, συνθέτοντας έτσι την εικόνα της ψυχοπολυνευρίτιδας. Δεν υπάρχει παραλληλισμός ανάμεσα στη βαρύτητα των ψυχικών διαταραχών και τη βαρύτητα των νευρολογικών διαταραχών. Τα νευρολογικά συμπτώματα μπορεί να είναι άτυπα (ευκοπωσία κατά τη βάδιση, νυχτερινές κράμπες, κατάργηση αχίλλειων αντανακλαστικών) ή τυπικά (αμφοτερόπλευρες παρέσεις στα άκρα που προέχουν στους εκτεινόντες μυς της κνήμης και συνοδεύονται από δίκροτο ή καλπαστικό βάδισμα, δερματικές, τροφικές διαταραχές, αναισθησία «δίκην περισκελίδος», που έρχεται σε αντίθεση με το άλγος κατά την πίεση των μυϊκών μαζών, απώλεια της αίσθησης της θέσης των δακτύλων των ποδιών στο χώρο). Μερικές φορές παρατηρούνται αταξικές μορφές, ψευδομυοπαθητικές μορφές και οξείες μορφές του συνδρόμου με ραγδαία επιδείνωση.

**Θεραπευτική αντιμετώπιση και εξέλιξη.** Η βιταμίνη Β<sub>1</sub> πρέπει να χορηγείται παρεντερικά σε υψηλές δόσεις (1 γραμμάριο την ημέρα για αρκετό χρονικό διάστημα) σε συνδυασμό με άλλες βιταμίνες της ομάδας Β<sup>24</sup>. Το σύνδρομο Korsakoff βελτιώνεται στο 75% των ασθενών που σταματούν το αλκοόλ και διατηρούνται σε επαρκή διατροφή για 6 μήνες ως 2 χρόνια. Μόνο όμως 25% των ασθενών αναρρώνει πλήρως. Η πρόληψη των συνδρόμων Wernicke- Korsakoff είναι φυσικά η επαρκής διατροφή<sup>25</sup>. Στις άλλες περιπτώσεις η διαταραχή στην απομνημόνευση παραμένει. Η μερική αποκατάσταση, έστω και πολύ βραδεία, μπορεί να επιτρέψει κάποιου βαθμού αυτονομία στη ζωή του ατόμου (π.χ. προστατευμένη εργασία), ενώ η βαριά μνημονική έκπτωση επιφέρει

πλήρη αναπηρία και απαιτεί μόνιμη βοήθεια συνήθως σε νοσοκομειακό περιβάλλον. Η πολυνευρίτιδα μπορεί να αφήσει υπολείμματα όπως μόνιμη σύσπαση των τενόντων ή τροφικές διαταραχές. Η πρόγνωση είναι μάλλον κακή εξαιτίας των συνυπαρχουσών βλαβών (κίρρωση, καρδιαγγειακές διαταραχές) και της συνέχισης της χρήσης αλκοόλ η οποία συχνά παρατηρείται.

**Διάγνωση:** Όλες οι αμφοτερόπλευρες βλάβες του ιπποκαμπομασσιο-θαλαμικού κυκλώματος μπορεί να οδηγήσουν σε σύνδρομο Korsakoff.

- **Η ένδεια βιταμίνης B1** είναι η πιο συχνή αιτία είτε οφείλεται σε χρόνιο αλκοολισμό είτε σε ανωμαλίες της διατροφής ικανές να προκαλέσουν εγκεφαλοπάθεια Wernicke. Η αμφοτερόπλευρη και συμμετρική προσβολή των μαστίων αποτελεί σταθερό εύρημα στα σύνδρομα Korsakoff από βιταμινική ένδεια. Οι ραχιαίοι και μέσοι πυρήνες του θαλάμου εμφανίζουν συχνά βλάβες. Η ψυχοπολυνευρίτιδα Korsakoff οφείλεται πάντα σε βιταμινική ένδεια.

- **Διάφοροι παθολογικοί παράγοντες που προκαλούν αμφοτερόπλευρη, αλλά όχι κατ' ανάγκη συμμετρική, προσβολή του ιπποκαμπο-μασσιο-θαλαμικού κυκλώματος** μπορεί να οδηγήσουν σε αμνησία Korsakoff είτε αμιγή είτε συνδυαζόμενη με ποικίλες διαταραχές ανάλογα με την αιτιολογία:

- **Μερικές φορές το ατομικό αναμνηστικό καθιστά την αιτιολογία προφανή.** Το σύνδρομο Korsakoff μετά από κρανιοεγκεφαλικό τραυματισμό γίνεται αντιληπτό, όταν ο τραυματίας ανανήψει από τη μεταδιασεισική σύγχυση. Η μυθοπλασία είναι πολύ πλούσια και η συμμετοχή της φαντασίας σε αυτή έντονη. Η εξέλιξη είναι ευνοϊκή και το σύνδρομο υποχωρεί μέσα σε μερικούς μήνες αφήνοντας κενотоπιακή αμνησία. Το σύνδρομο Korsakoff ανοξαιμικής αιτιολογίας οφείλεται συχνά σε αμφοτερόπλευρο βλάβη του αμμωνίου κέρατος μετά από status epilepticus, απόπειρα απαγχονισμού ή καρδιακή ανακοπή. Το μειγχειρητικό Korsakoff συμβαίνει συνήθως μετά από επέμβαση εξαιτίας ανευρύσματος της πρόσθιας αναστομωτικής εγκεφαλικής αρτηρίας ή μετά από αμφοτερόπλευρο εξαίρεση του αμμωνίου κέρατος



κατά τη χειρουργική αντιμετώπιση της επιληψίας. Στο σύνδρομο Korsakoff μετά από υποξεία νεκρωτική εγκεφαλίτιδα, π.χ. ερπητικής αιτιολογίας, οι βλάβες είναι αμφοτερόπλευρες και κυριαρχούν στην περιοχή του ιπποκάμπου. Η προσθιοδρομική αμνησία είναι βαριά, συχνά χάνονται και γενικές γνώσεις. Η εξέλιξη είναι σοβαρή και η αποκατάσταση συνήθως περιορισμένη.

Οι νεοπλασίες της μεσο-διεγκεφαλικής περιοχής μπορεί να επιφέρουν σύνδρομο Korsakoff (όγκος τρίτης κοιλίας, όγκος τριγώνου). Τα σύνδρομα Korsakoff αγγειακής αιτιολογίας με αμφοτερόπλευρη συμμετρική ή μη προσβολή του μεταϊχμιακού κυκλώματος είναι πολύ σπάνια<sup>24</sup>.

## **7.8 Επιδράσεις στον εγκέφαλο**

Άλλες βλάβες του εγκεφάλου που έχουν παρατηρηθεί κατά καιρούς επί αλκοολισμού είναι η φλοιώδης κατά σιβάδας σκλήρυνση, η εκφύλιση της παρεγκεφαλίδας, η κεντρική μυελινόλυση της γέφυρας και η αύξηση του μεγέθους της κοιλίας ως αποτέλεσμα ατροφίας της εγκεφαλικής ουσίας. Πολλά άτομα που ζούνε χρόνια ως αλκοολικοί παρουσιάζουν μία γενικευμένη εκφύλιση στον εγκέφαλο, στους μυς, στο ενδοκρινικό σύστημα και τα ζωτικά όργανα, δίνοντας έτσι μία εντύπωση πρόωρου γήρατος<sup>2</sup>.

### ***Αλκοολική εκφύλιση της παρεγκεφαλίδας***

Ο όρος αυτός χρησιμοποιείται για ένα 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 υποξύ τρόπο (μέσα σε βδομάδες ή μήνες) και στη συνέχεια μπορεί να παραμείνουν στάσιμα για πολλά χρόνια. Συχνά παραμένουν σε ήπια μορφή και επιδεινώνονται σημαντικά μετά μια κρίση πνευμονίας είτε τρομώδους παραληρήματος. Τα σημεία είναι αποδείξεις παρεγκεφαλιδικής δυσλειτουργίας, που

επιηρεάζει κυρίως τη στάση και τη βάδιση. Τα πόδια προσβάλλονται συχνότερα και βαρύτερα από τα χέρια, ο νυσταγμός δε και οι διαταραχές της ομιλίας είναι σπάνιες. Μετά την εγκατάσταση, τα σημεία ελάχιστα μεταβάλλονται, αν και κάποια βελτίωση στο βάδισμα (οφειλόμενη κυρίως σε ανάρρωση από επιπλέκουσα πολυνευροπάθεια) μπορεί να ακολουθήσει την κατάπαυση της πόσεως. Οι βασικές παθολογοανατομικές αλλοιώσεις συνίσταται σε εκφύλιση διαφόρου βαθμού όλων των νευροκυτταρικών στοιχείων του φλοιού της παρεγκεφαλίδας, και ιδιαίτερα των κυττάρων Purkinje, με εκοοσημασμένο τοπογραφικό περιορισμό στην πρόσθια και άνω επιφάνεια του σκώληκα και των ημισφαιρίων. Η διαταραχή της στάσεως και βαδίσεως φαίνεται να έχει σχέση με τη βλάβη του σκώληκα και η αταξία των άκρων με τον πρόσθιο λοβό της παρεγκεφαλίδας. Παρόμοιο κλινικό σύνδρομο έχει παρατηρηθεί σε ελάχιστες περιπτώσεις υποσιτιζόμενων μη αλκοολικών ασθενών.

Είναι πιθανόν η παρεγκεφαλιδικές βλάβες σε αυτή τη νόσο και τη νόσο του Wernicke να αφορούν στην ίδια νοσηρή εξεργασία. Ο τελευταίος χαρακτηρισμός χρησιμοποιείται όταν οι παρεγκεφαλιδικές ανωμαλίες συνδέονται με τις χαρακτηριστικές οφθαλμικές και διανοητικές διαταραχές και όρος «αλκοολική» εκφύλιση της παρεγκεφαλίδας όταν μόνο τα παρεγκεφαλιδικά σημεία είναι κλινικώς έκδηλα.

### **Γεφυρική μυελινόλυση**

Ο όρος αυτός αναφέρεται σε μοναδική παθολογοανατομική εξαλλαγή που προσβάλλει το κέντρο της βάσεως της γέφυρας, όπου οι εμμύελες ίνες καταστρέφονται σε συγκεκριμένη συμμετρική εστία διαφόρου μεγέθους. Αντίθετα, οι νευράξονες, τα νευρικά κύτταρα και τα αιμοφόρα αγγεία διατηρούνται σχετικά καλά. Η νόσος μπορεί να εκδηλωθεί με ψευδοπρομηκική παράλυση και τετραπληγία, συνήθως όμως η βλάβη είναι τόσο μικρή, ώστε δεν προκαλεί συμπτώματα και ανευρίσκεται μόνο κατά τη νεκροψία. Η σχέση αυτής της καταστάσεως με τον αλκοολισμό ή την κακή θρέψη είναι σκοτεινή, οι περισσότερες

όμως περιπτώσεις έχουν εμφανιστεί σε ασθενείς με παρατεταμένη και βαριά θρεπτική εξάντληση.

### **Εγκεφαλική ατροφία**

Η παθολογοανατομική εξέταση σχετικά νέων αλκοολικών ασθενών αποκαλύπτει, όχι σπάνια, απροσδόκητο βαθμό ατροφίας των ελίκων του φλοιού, εμφανέστερη στους μετωπιαίους λοβούς και συμμετρική διεύρυνση της πλάγιας και τρίτης κοιλίας. Η διεύρυνση των κοιλιών μπορεί επίσης να παρατηρηθεί κατά την αεροεγκεφαλογραφία. Σε μερικούς ασθενείς τα ευρήματα αυτά συνδέονται με εμφανείς επιπλοκές του αλκοολισμού, όπως το σύνδρομο Wernicke- Korsakoff, σε πολλούς όμως δε ανευρίσκονται άλλες ανωμαλίες και το ιστορικό δεν αποκαλύπτει συμπτώματα νευρολογικής νόσου. Η φύση αυτής της νόσου είναι λίαν ασαφής<sup>23</sup>.

### **7.9 Ψυχολογικές επιδράσεις**

Η διανοητική εξασθένηση είναι συχνή στους αλκοολικούς μετά από μακρά περίοδο παθολογικής χρήσης. Προσβάλλεται πρώτα η προσοχή και η μνήμη. Ακολουθούν απάθεια, παθητικότητα, αδιαφορία, χαρακτηρολογικές διαταραχές, μείωση της κριτικής και αυτοκριτικής ικανότητας. Τελικά επέρχεται, προοδευτικά, κοινωνική έκπτωση, η οποία μπορεί να ευνοήσει την εμφάνιση αξιόποινων τύπων συμπεριφοράς, ιδιαίτερα στο σεξουαλικό τομέα (επιδειξιομανία, αιμομιξία). Η νόσος παραμένει για πολύ καιρό αναστρέψιμη, εάν διακοπή η χρήση του αλκοόλ.

Σε μερικούς αλκοολικούς παρατηρείται μη αναστρέψιμη εξέλιξη προς την άνοια, με υποξεία ή προοδευτική εγκατάσταση. Αυτές οι αλκοολικές άνοιες αντιστοιχούν σε ποικίλης αιτιολογίας ανατομολογικές εικόνες, από τις οποίες μόνο μερικές μορφές έχουν διαχωρισθεί<sup>24</sup>.

### **Νόσος Marchiafava-Bignami (πρωτογενής εκφύλιση του μεσολόβιου)**

Αποτελεί σπάνια επιπλοκή του αλκοολισμού, που περιγράφηκε αρχικά σε Ιταλούς εθισμένους στο αγίνωτο κόκκινο κρασί. Τα συμπτώματα είναι διάφορα και περιλαμβάνουν ψυχικές και συναισθηματικές διαταραχές, παραλήρημα και διανοητική αποδιοργάνωση, σπαστικές κρίσεις, και διάφορους βαθμούς τρόμου, ακαμψίας, παραλύσεως, απραξίας και αφασίας και αντανάκλαστικών θηλασμού και δράξεως. Η διάρκεια είναι μεταβλητή από αρκετές εβδομάδες μέχρι μήνες, η δε ανάρρωση πιθανή. Η παθολογοανατομική εικόνα είναι σταθερότερη από την κλινική<sup>23</sup>.

Ιστολογικά χαρακτηρίζεται από συμμετρικές βλάβες κατά μήκος του οώματος του μεσολόβιου (πραγματική σπηλαιώδης νέκρωση ή απλή απομυελίνωση που καταλήγει σε μεσολόβιο ατροφία), οι οποίες συχνά επεκτείνονται στη λευκή ουσία των ημιοφαιρίων και στον πρόσθιο σύνδεσμο. Μερικές φορές συνυπάρχει η φλοιώδης σκλήρυνση κατά στρώσεις του Morel.

Η κλινική εικόνα ποικίλει. Υπάρχουν οξείες μορφές που εξελίσσονται μέσα σε μερικούς μήνες και καταλήγουν σε εικόνα βαριάς εμβροντησίας με διάχυτη υπερτονία και κρίσεις σπασμών (επιληπτικές κρίσεις) και χρόνιες μορφές που εξελίσσονται επί σειρά ετών κατά ώσεις (συγχυτικά επεισόδια και νευρολογικά συμπτώματα). Οι χρόνιες μορφές είναι συνήθως υφέσιμες, συχνά συμπίπτουν με περιόδους κατάχρησης οινόπνευματος και καταλήγουν προοδευτικά σε ανοϊκή εικόνα με τρόπο, έντονη δυσαρθρία, υπερτονία, διαταραχές της βάδισης και κρίσεις σπασμών. Η εκφύλιση αυτή του μεσολόβιου του εγκεφάλου διαγιγνώσκεται μόνο με νεκροτομή.

**Η χρόνια ηπατική εγκεφαλοπάθεια** παρατηρείται κυρίως σε άτομα που υπέστησαν πυλαιο-κοιλιακή αναστόμωση είτε είχαν προηγουμένως παρουσιάσει επανειλημμένα οξέα επεισόδια εγκεφαλοπάθειας είτε όχι. Η προοδευτική διανοητική εξασθένηση (βραδυψυχισμός, απώλεια των ενδιαφερόντων) συνοδεύεται από νευρολογική προσβολή (αταξία, χορειο-αθետωσικές κινήσεις, τρόμος,

δυσαρθρία) και μπορεί να εξελιχθεί σε βαριά άνοια. Σε ανατομικό επίπεδο οι βλάβες μοιάζουν με αυτές της νόσου του Wilson: αστροκυτταρική υπερπλασία και νευρωνικές εκφυλιστικές βλάβες στο φλοιό του εγκεφάλου και την παρεγκεφαλίδα, στους πυρήνες της βάσης και στους οδοντωτούς πυρήνες<sup>24</sup>.

### **Κατάθλιψη**

Ενώ μερικοί άνθρωποι πίνουν τακτικά ή περιστασιακά για να εξυψώσουν την διάθεση τους, φαίνεται πως η συνεχής και απεριόριστη χρήση του αλκοόλ μπορεί επίσης να επιφέρει και κατάθλιψη. Η οξεία μέθη μπορεί να επιτείνει την υπάρχουσα άσχημη διάθεση. Η έκδηλη ευφορία της μέθης μπορεί να υποχωρήσει γρήγορα, φέρνοντας στην επιφάνεια μια εικόνα λύπης και μιζέριας. Μερικές μέρες κατάχρησης αλκοόλ μπορεί να προκαλέσει κατάθλιψη και ανησυχία, ιδιαίτερα όταν ο πότης σκέφτεται τις επιδράσεις της απομόνωσης, που έχει επιφέρει το αλκοόλ στη ζωή του. Η θλίψη μπορεί επίσης να είναι αντίδραση στο ότι το αλκοόλ έχει αναστατώσει την προσωπική, οικογενειακή και επαγγελματική ζωή του.

Ο κίνδυνος αυτοκτονίας δεν υπάρχει μόνο στη μεγάλη κατάθλιψη, αλλά και σε ηπιότερες μορφές. Οι προβληματικοί πότες έχουν περισσότερες πιθανότητες να οδηγηθούν σε αυτοκτονία.

### **Αλκοολική αμνησία**

Συνηθιζόταν η άποψη, ότι η αλκοολική αμνησία ήταν ένα δυσοίωνο σημάδι αναπτυσσόμενου αλκοολισμού.

Ένας πότης μπορεί να πάει σε ένα πάρτυ και την επομένη που θα ξυπνήσει να ανακαλύψει ότι δεν θυμάται γεγονότα από ένα σημείο και πέρα. Εάν το άτομο αυτό είχε καταναλώσει τόσο αλκοόλ ώστε να έχει πέσει αναίσθητος στο πάτωμα, αυτό θα εξηγούσε αυτήν την κατάσταση. Όμως δεν είχε εμφανίσει μεγαλύτερη κατάσταση μέθης από τα άλλα άτομα στο πάρτυ και εκτός αυτού, φεύγοντας είχε οδηγήσει και μερικά χιλιόμετρα έξω από την πορεία του για να αφήσει κάποιον φίλο του.

Αυτό το άτομο πέρασε μια παροδική βλάβη της μνήμης του μικρής διάρκειας.

Ο όρος «συσκότιση», είναι λανθασμένος σε αυτή την περίπτωση, στους περισσότερους συμβαίνει απώλεια συνειδήσεως. Είναι η μνήμη και όχι η συνείδηση, η οποία χάνεται προσωρινά. Η αλκοολική αμνησία δημιουργείται από μια πολύ γρήγορη αύξηση της συγκέντρωσης αλκοόλης στο αίμα. Αν ένας πότης έχει κάποια περιθώρια στο αλκοόλ και θέλει να πιει γρήγορα και πολύ για να επιτύχει το επιθυμητό αποτέλεσμα, η πιθανότητα αλκοολικής αμνησίας είναι αυξημένη. Αλκοολική αμνησία επίσης συμβαίνει και σε άτομα τα οποία δεν είναι δεινοί πότες, αλλά πίνουν με ταχύτητα. Επαναλαμβανόμενα τέτοια επεισόδια είναι δυσοίωνα.

### **Αλκοολικές ψευδαισθήσεις**

Παραισθήσεις μπορεί να συμβούν κατά τη διάρκεια της στέρησης του αλκοόλ, αλλά περιστασιακά προβληματικοί πότες έχουν τέτοιες παραισθήσεις και σε άλλες στιγμές.

Η συνηθισμένη άποψη είναι ότι υπάρχει ένα σύνδρομο ακουστικών παραισθήσεων, όπως βουήματα, χτυπήματα, κροταλίσματα, ή μουσικοί ήχοι, τα οποία κατόπιν μετατρέπονται σε πραγματικές ακουστικές ψευδαισθήσεις. Αυτές παίρνουν τον τύπο μερικές φορές διαταγών ή συζητήσεων οι οποίες καλούν τον ασθενή. Συνήθως οι φωνές δεν είναι ευχάριστες και μπορεί να αναγνωριστούν σαν φωνές φίλων ή εχθρών.

Δευτερεύουσες ψευδαισθήσεις, συνήθως διωκτικού περιεχομένου συμβαίνουν καθώς το θύμα αρχίζει να φαντάζεται ότι κάποια φοβερή σκευωρία δημιουργείται εις βάρος του. Αυτές οι αυταπάτες είναι καθαρά συνειδησιακές καταστάσεις. Συνήθως είναι μικρής διάρκειας και συμβαίνουν συχνά κατά την περίοδο αποχής από το αλκοόλ. Μερικές φορές είναι μακρά η περίοδος αποχής, αν και περιστασιακά έχουν αναφερθεί ασθενείς να έχουν εξάρσεις κατά τη διάρκεια μιας περιόδου στέρησης του αλκοόλ, αλλά μπορεί επίσης να έχουμε εξάρσεις και όταν το άτομο πίνει. Στις περισσότερες περιπτώσεις υποχωρούν μέσα σε μια εβδομάδα και σε πολύ λίγες παραμένουν πέρα των 6 μηνών<sup>28</sup>.

## 7.10 Καρκίνος

Η σχέση μεταξύ του αλκοόλ και του καρκίνου άρχισε να διερευνάται μετά τη καθιερωμένη άποψη ότι η νικοτίνη είναι ο κύριος παράγοντας που συμβάλλει στο καρκίνο του πνεύμονα. Ένας αξιόλογος αριθμός μελετών που εκπονήθηκαν απ' τη δεκαετία του 50 μέχρι σήμερα έφεραν στο φως ενδεικτικά στοιχεία για το ρόλο της κατάχρησης της αλκοόλης στην καρκινογένεση. Η πλειοψηφία αυτών των μελετών έδειξαν ότι η κατάχρηση του αλκοόλ μπορεί να συμβάλλει ουσιαστικά στον καρκίνο του στόματος, του φάρυγγος, του λάρυγγος, του οισοφάγου, του στομάχου και του ήπατος. Εκτιμάται ότι οι πιθανότητες καρκίνου σε αλκοολικά άτομα είναι 10 φορές περισσότερες σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό, ενώ σε αλκοολικούς που είναι και καπνιστές οι πιθανότητες καρκίνου αυξάνουν 15 φορές. Η μελέτη των Williams & Horn διερεύνησε τις επιπτώσεις απ' την κατανάλωση νικοτίνης και αλκοόλης σε ένα δείγμα 7.518 ατόμων. Οι παραπάνω ερευνητές επιβεβαίωσαν προηγούμενα ευρήματα σχετικά με την κατάχρηση της αλκοόλης ως παράγοντα καρκινογένεσης. Σύμφωνα με τα ερευνητικά τους στοιχεία, το αλκοόλ συνδέεται με τον καρκίνο του στόματος και του οισοφάγου, ενώ η νικοτίνη έχει περισσότερη σχέση με τον καρκίνο του λάρυγγος. Οι παραπάνω μελέτες είναι ένα μικρό δείγμα δημοσιευμάτων που τονίζουν τη σχέση μεταξύ κατάχρησης της αλκοόλης και καρκίνου. Σύμφωνα με τον Mc Sween, οι επιδημιολογικές έρευνες έχουν καθιερώσει τη σχέση αλκοόλ-καρκίνου. Αυτό που θα πρέπει να διευκρινιστεί στο μέλλον είναι οι «μηχανισμοί» διαμέσου των οποίων το αλκοόλ δρα ως καρκινογενής ουσία.

## 7.11 Επιδράσεις στο ήπαρ

Οι ηπατικές βλάβες εξαιτίας της κατάχρησης της αλκοόλης είναι γνωστές περισσότερο από κάθε άλλη οργανική διαταραχή. Στη Μ. Βρετανία και στις Η.Π.Α. οι θάνατοι εξαιτίας της αλκοολικής κίρρωσεως του ήπατος, στα τελευταία 15 χρόνια έχουν αυξηθεί κατά 25% περίπου. Οι Williams & Davis σε σχετικά πρόσφατη ανασκόπηση της διεθνούς

βιβλιογραφίας αναφέρουν ότι ο δείκτης θνησιμότητας από αλκοολική κίρρωση του ήπατος είναι από 7 έως 13 φορές μεγαλύτερος στους αλκοολικούς σε σύγκριση με μετριοπαθείς πότες. Αυτοί οι συγγραφείς αναφέρουν στοιχεία που δείχνουν ότι οι γυναίκες είναι περισσότερο ευάλωτες στην κίρρωση και την αλκοολική ηπατίτιδα απ' ό,τι είναι οι άντρες, παρόλο που τα αίτια αυτού του φαινομένου δεν είναι ακόμα γνωστά. Επίσης ο Lelbach έδειξε ότι η ποσότητα της αλκοόλης που καταναλώνει ένα άτομο έχει άμεση σχέση με το βαθμό της βλάβης που προξενείται στο ήπαρ, όπως καθορίζεται από την βιοψία ήπατος. Σ' αυτό το σημείο θα πρέπει να τονισθεί ότι η επικρατούσα άποψη σχετικά με τον «τύπο αλκοολικού ποτού» και του βαθμού οργανικής ή άλλης διαταραχής είναι εσφαλμένη. Είναι κοινή η αντίληψη ότι τα «σκληρά ποτά» προξενούν μεγαλύτερη βλάβη από τα «μαλακά ποτά» (π.χ. μπύρα, κρασί). Αυτή η άποψη είναι λανθασμένη, στο βαθμό που το ήπαρ δεν «διαφοροποιεί» τα σκληρά από τα μαλακά ποτά. Απλά μεταβολίζει την αλκοόλη σε οποιαδήποτε μορφή αυτή καταναλώνεται. Κατά συνέπεια, η κατάχρηση κρασιού ή μπύρας είναι τόσο βλαβερή όσο και η κατάχρηση ουίσκι ή τζιν<sup>1</sup>.

### **7.12 Παθογένεση της αλκοολικής ηπατοπάθειας**

Οι αλληλεπιδράσεις μεταξύ αλκοολισμού, κακής θρέψεως και ηπατικής νόσου φαίνεται ότι δεν είναι απλές. Ο αλκοολισμός ευθύνεται, βέβαια, και για την κακή θρέψη και για την ηπατική δυσπραγία, η οποία όμως πάλι επιτείνεται από την πλημμελή διατροφή. Η κακή θρέψη που συχνά συνοδεύει τον χρόνιο αλκοολισμό δεν οφείλεται μόνο στην κακή πέψη και στην εντερική δυσαπορρόφηση, αλλά κατά κύριο λόγο στην μερική και πολλές φορές στην ολική αντικατάσταση του φυσιολογικού διαιτολογίου από το οινόπνευμα. Τα οينوπνευματώδη ποτά αν και έχουν υψηλή θερμιδική απόδοση (κάθε γραμμάριο αιθανόλης αποδίδει 7.1 θερμίδες), εντούτοις στερούνται βιταμινών, μετάλλων, πρωτεϊνών και άλλων θρεπτικών ουσιών απαραίτητων για τη σωματική δόμηση. Με βάση τα παραπάνω, η κακή διατροφή του αλκοολικού και



κυρίως η πλημμυλής πρόσληψη πρωτεϊνών θεωρήθηκε, κατά τις 10ετίες που πέρασαν, σαν πρωταρχική γενεσιουργός αιτία της αλκοολικής ηπατοπάθειας. Φαίνεται ότι η αλήθεια για την παθογένεση της αλκοολικής ηπατοπάθειας αγγίζει και τους δύο παράγοντες: την πλημμυλή διατροφή και την άμεση (τοξική) δράση του οινοπνεύματος στο ήπαρ. Οι δύο παράγοντες μπορούν να δρουν συνεργικά. Το οινόπνευμα ενδέχεται ν' αυξάνει τις ελάχιστες ημερήσιες απαιτήσεις σε χολίνη, φυλικό οξύ και άλλες θρεπτικές ουσίες. Ανεπαρκής διατροφή, από την άλλη πλευρά, και κατά κύριο λόγο ανεπαρκής πρόσληψη πρωτεϊνών μπορεί να προάγει την τοξική δράση του οινοπνεύματος στο ήπαρ, αφού του στερεί απαραίτητα αμινοξέα και ένζυμα.

Παρά ταύτα, οι παθογενετικοί μηχανισμοί πρόκλησης της ηπατικής βλάβης από το οινόπνευμα δεν έχουν ακόμη διευκρινισθεί και αποτελούν αντικείμενο τρεχούσης ερευνητικής προσπάθειας. Οι μεταβολικές διαταραχές που αναφέρθηκαν προηγουμένως ερμηνεύουν, βέβαια, κατά κάποιο τρόπο, την λιπώδη διήθηση του ήπατος, μια κατάσταση αναστρέψιμη σε περίπτωση διακοπής του οινοπνεύματος. Οι μηχανισμοί όμως που οδηγούν στην εμφάνιση αλκοολικής ηπατίτιδος και κίρρωσεως παραμένουν βασικά άγνωστοι.

Οι επανειλημμένες προσβολές κλινικής ή υποκλινικής αλκοολικής ηπατίτιδος με ηπατοκυτταρική εκφύλιση και νέκρωση και με φλεγμονώδη διήθηση του ήπατος από λεμφοκύτταρα και πολυμορφοπύρρηνα αποτελούν, αναμφίβολα, ένα πρόσφορο έδαφος για την εναπόθεση κολλαγόνου και την διάχυτη (κυρίως γύρω από τις τελικές ηπατικές φλέβες) ίνωση και σκλήρυνση του ήπατος. Ποιος είναι, όμως, ο παθογενετικός μηχανισμός της ηπατοκυτταρικής νέκρωσης; Ή από ποιο σημείο της ηπατικής ινώσεως και πέρα αρχίζει η εμφάνιση αναγεννητικών όζων και η αλλαγή της μικροκυκλοφορίας του ήπατος;

Εκτός από την πιθανή άμεση κυτταροτοξική δράση της ακεταλδεϋδης, αυτοάνοσοι μηχανισμοί έχουν προταθεί, πρόσφατα, σαν βασικοί παράγοντες στη γένεση της αλκοολικής ηπατοπάθειας για τους ακόλουθους λόγους: **1)** Υπάρχει αυξημένος αριθμός λεμφοκυττάρων στις ηπατικές βιοψίες αρρώστων με αλκοολική ηπατίτιδα. **2)** Πολλά από τα

λεμφοκύτταρα αυτά φαίνεται να είναι ενεργοποιημένα T-λεμφοκύτταρα. **3)** Η αιθανόλη και η ακεταλδεϋδη είναι δυνατόν να προκαλέσουν λεμφοκυτταρική μετατροπή σε αρρώστους με αλκοολική ηπατίτιδα. **4)** Η αλκοολική υαλίνη μπορεί να προκαλέσει λεμφοκυτταρική μετατροπή σε αρρώστους με αλκοολική ηπατίτιδα. **5)** Ευαισθητοποιημένα λεμφοκύτταρα από τέτοιους αρρώστους είναι κυτταροτοξικά. **6)** Αντισώματα κατά της αλκοολικής υαλίνης έχουν βρεθεί σε αρρώστους με αλκοολική ηπατίτιδα.

Όλα, όμως, τα παραπάνω είναι ενδείξεις μόνο χωρίς να μπορούν να θεμελιώσουν μια ανοσολογική θεωρία γενέσεως της αλκοολικής ηπατοπάθειας<sup>22</sup>.

### **7.13 Διαγνωστική προσέγγιση της αλκοολικής ηπατοπάθειας**

Η διάγνωση της αλκοολικής ηπατοπάθειας πολύ συχνά τίθεται τυχαία σε προγραμματισμένο εργαστηριακό έλεγχο, όπου διαπιστώνεται μακροκυττάρωση ή ήπια αύξηση της οξαλοξικής τρανσαμινάσης. Δυνατόν ο ασθενής να προσέλθει λόγω εκδηλώσεων από άλλα συστήματα του οργανισμού, όπως, π.χ. τρομώδες παραλήρημα, περιφερική νευρίτιδα, συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια κ.λ.π<sup>15</sup>.

Η παρουσία της αλκοολικής ηπατοπάθειας μέσα στο γενικότερο φάσμα του αλκοολικού συνδρόμου είναι πολλές φορές θέμα υποψίας και προσπάθειας για τεκμηρίωση εκ μέρους του γιατρού. Είναι σφάλμα να πιστεύουμε ότι ένας αλκοολικός για να είναι ηπατοπαθής πρέπει να έχει οπωσδήποτε ηπατομεγαλία, ίκτερο, ασκίτη ή αιμορραγίες από το πεπτικό. Προχωρημένη ηπατική βλάβη μπορεί, πολλές φορές να παραμείνει τελείως ασυμπτωματική.

Δεν υπάρχει, λοιπόν, αμφιβολία, ότι **η λήψη ενός καλού ιστορικού**, που να προσδιορίζει με κάθε δυνατή ακρίβεια το ποσόν του καταναλισκόμενου οινοπνεύματος και την χρονική διάρκεια καταναλώσεως αποτελεί το πρώτο και το βασικότερο, θα έλεγε κανείς, βήμα στη διαγνωστική προσέγγιση της αλκοολικής νόσου του ήπατος. Όπως και αρχικά αναφέρθηκε, η συχνότητα εμφανίσεως προχωρημένης

ηπατικής βλάβης αρχίζει ν' αυξάνεται όταν η μέση ημερήσια κατανάλωση οινοπνεύματος υπερβεί τα 40-60γρ. για τους άντρες και τα 20γρ για τις γυναίκες. Η μορφή, εξάλλου, υπό την οποία καταναλίσκεται το οινόπνευμα δεν επηρεάζει την ηπατοτοξική του δράση. Η μπύρα π.χ. είναι τόσο τοξική, όσο και ένα «σκληρό» ποτό αρκεί να εξασφαλίζει την ίδια ποσότητα καθαρού οινοπνεύματος.

Από απόψεως **βιοχημικού ελέγχου της ηπατικής λειτουργίας**, αν και δεν υπάρχουν ειδικές δοκιμασίες για την αλκοολική ηπατοπάθεια, εντούτοις ο προσδιορισμός ορισμένων δεικτών επάρκειας και ακεραιότητας του ηπατικού κυττάρου σε συνδυασμό πάντοτε με το θετικό για αλκοολισμό ιστορικό του αρρώστου, μπορούν να πληροφορήσουν τον κλινικό γιατρό για την πιθανότητα υπάρξεως αλκοολικής νόσου του ήπατος.

Όπως σε όλους μας είναι γνωστό, παθολογικές τιμές χολερυθρίνης και λευκωματινών του ορού είναι πάντοτε ενδεικτικές προχωρημένης ηπατικής βλάβης χωρίς, όμως, να είναι ειδικές για την αλκοολική ηπατοπάθεια. Αντίθετα, ο προσδιορισμός των τρανσαμινασών του ορού φαίνεται ότι βοηθά περισσότερο στη διαπίστωση ηπατοκυτταρικής βλάβης από οινόπνευμα. Η SGOT είναι συνήθως ελαφρά ή μέτρια αυξημένη στην αλκοολική ηπατοπάθεια χωρίς, πάντως, να υπερβεί τις 300 μονάδες Karmen. Τα επίπεδα της πυροσταφυλικής τρανσαμινάσης (SGPT), και σε βαρεία ακόμη αλκοολική ηπατοπάθεια, είναι, συνήθως, φυσιολογικά ή ελαφρά αυξημένα. Ο λόγος για τον οποίο συμβαίνει αυτό δεν είναι απόλυτα γνωστός. Υπάρχουν πρόσφατα βιβλιογραφικά δεδομένα που υποστηρίζουν ότι οι χαμηλές τιμές της SGPT σε προχωρημένη αλκοολική βλάβη του ήπατος οφείλονται σε ανεπάρκεια της φωσφορικής 5-πυριδοξάλης, συνενζύμου της βιταμίνης Β<sub>6</sub>, απαραίτητης για τη σύνθεση των τρανσαμινασών και κυρίως της SGPT.

Ο προσδιορισμός της γ-γλουταμιλτρανσπεπτιδάσης (γ-GT), ενός ενζύμου που εντοπίζεται στις κυτταρικές μεμβράνες των ιστών, θεωρείται ευαίσθητος αλλά, επίσης, μη ειδικός δείκτης της αλκοολικής ηπατοκυτταρικής νεκρώσεως, η γ-GT φαίνεται ότι αυξάνει σε κάθε ηπατική νόσο ανεξάρτητα αιτιολογίας.

Η γλουταμινική αφυδρογονάση, ένα ένζυμο που βρίσκεται στα μιτοχόνδρια των ηπατικών κυττάρων έχει πρόσφατα προταθεί σαν χρήσιμος διαγνωστικά δείκτης της ηπατοκυτταρικής βλάβης από οινόπνευμα. Οι Van Waes και Lieber θεωρούν ότι η αύξηση του ενζύμου αυτού συμβαδίζει με τη βαρύτητα των ιστολογικών αλλοιώσεων του ήπατος από κατάχρηση οινοπνεύματος. Οι πληροφορίες, όμως, αυτές δεν έχουν, επί του παρόντος, επιβεβαιωθεί και από άλλους ερευνητές.

Δύο απλές δοκιμασίες που βοηθούν σημαντικά στη διαγνωστική προσέγγιση αλκοολικών αρρώστων είναι ο προσδιορισμός του μέσου όγκου των ερυθροκυττάρων (MCV) και ο προσδιορισμός του ουρικού οξέος του ορού. Μακροκυττάρωση μπορεί να παρατηρηθεί σε κάθε ηπατική βλάβη ανεξάρτητα αιτιολογίας, είναι όμως περισσότερο συχνή και πιο ακσεσημασμένη στον χρόνια αλκοολισμό. Αύξηση του ουρικού οξέος παρατηρείται σε αναλογία 10% στους αλκοολικούς και είναι ανάλογη προς τη βαρύτητα του αλκοολισμού<sup>22</sup>.

Η μακροκυττάρωση είναι σταθερό εύρημα στην αλκοολική ηπατοπάθεια. Οφείλεται σε άμεση δράση της αιθανόλης στο μυελό των οστών. Επί υποθρεψίας του ασθενούς συμμετέχει στην ανάπτυξη της μακροκυττάρωσης η ανεπάρκεια βιταμίνης B12 και φυλλικού οξέος.

Ουρικό οξύ, γαλακτικό οξύ και τριγλυκερίδια ανευρίσκονται σε υψηλότερες τιμές του φυσιολογικού στον ορό. Η συγκέντρωση τριιωδοθυρονίνης (T3) στον ορό ελαττώνεται αντιστρόφως ανάλογα προς τη βαρύτητα της ηπατοπάθειας λόγω δυσχέρειας μετατροπής της T3 σε θυροξίνη στο ήπαρ.

Στους αλκοολικούς παρατηρείται σπανίως υποφωσφαταιμία, η οποία όμως δεν εξαρτάται από την ηπατική λειτουργία, αλλά οφείλεται σε βλάβη των νεφρικών σωληναρίων.

Ο παράγοντας νέκρωσης όγκου (TNF) είναι πεπτιδίο που παράγεται από τα λεμφοκύτταρα και τα μακροφάγα. Αυξάνεται ιδιαίτερα σε σοβαρού βαθμού αλκοολική ηπατίτιδα, ενώ δεν παρατηρείται το ίδιο σε αλκοολικούς με ήπιες βλάβες ή φυσιολογικό ηπατικό παρέγχυμα<sup>15</sup>.

Όταν από το ιστορικό του αρρώστου και τον βιοχημικό έλεγχο της ηπατικής λειτουργίας υπάρξουν ενδείξεις για την ύπαρξη αλκοολικής

βλάβης του ήπατος, τότε η αξιολόγηση της βαρύτητας της βλάβης αυτής προβάλλει σχεδόν επιτακτική και είναι δυνατή μόνο με τη **βιοψία του ήπατος**. Σε περιπτώσεις, μάλιστα, οξείας ή υποξείας αλκοολικής ηπατίτιδος, αλκοολικής χολοστάσεως ή αρχομένης δευτεροπαθούς χολικής κίρρωσεως από χρόνια αλκοολική παγκρεατίτιδα, η ιστολογική διάγνωση κατέχει ιδιαίτερη προγνωστική αξία γιατί αποκαλύπτει μορφές αλκοολικής ηπατοπάθειας που είναι, μέχρις ενός σημείου τουλάχιστον, αναστρέψιμες όταν ο άρρωστος διακόψει έγκαιρα τη χρήση των οινόπνευματων<sup>22</sup>.

#### 7.14 Κλινική εικόνα

Η κλινική εικόνα δεν αποτελεί αξιόπιστο δείκτη της βαρύτητας της αλκοολικής ηπατοπάθειας. Πιθανόν ο ασθενής να παρουσιάζεται με ασυμπτωματική ηπατομεγαλία ή ακόμα και με εκδηλώσεις ηπατικής ανεπάρκειας με ασκίτη, ίκτερο και πυλαία υπέρταση.

Ο ασθενής πολύ συχνά ζητεί ιατρική βοήθεια για προβλήματα που προέρχονται απ' την κατάχρηση αλκοόλ, όπως επιθετική συμπεριφορά, κατάθλιψη, κακή απόδοση στην δουλειά, τρόμος κ.α. Κατά την κλινική εξέταση παρατηρούνται σημεία ενδεικτικά κατάχρησης αλκοόλ, όπως χαρακτηριστική οσμή, τρόμος, διέγερση και υπεραιμία επιπεφυκότων. Στο δέρμα παρατηρούνται αγγειωματώδεις σπίλοι, ροδόχρους ακμή, ερυθρότης παλαμών, ενώ μπορεί να συνυπάρχει ατροφία όρχεων, διόγκωση παρωτίδων<sup>15</sup>.

Εκτός μιας γενικής κόπωσης και αδυναμίας τα οδηγία συμπτώματα είναι:

- └ αύξηση του μεγέθους του ήπατος
- └ ίκτερος
- └ ασκίτικα συμπτώματα

Τα συμπτώματα αυτά συνοδεύονται από απώλεια βάρους, δευτεροπαθή ηπατικά σημεία, γυναικομαστία και πιθανόν αύξηση του μεγέθους του σπληνός. Σε τελικό στάδιο έχουμε οιδήματα, κίρρους του οισοφάγου, ηπατική εγκεφαλοπάθεια και θάνατο<sup>6</sup>.

Τα ανώτερα σημεία δεν προϋποθέτουν βαριά ηπατοπάθεια και είναι δυνατόν να υποσιρέψουν κατά μακρά αποχή από το αλκοόλ. Τα κλινικά σύνδρομα της αλκοολικής ηπατοπάθειας είναι το λιπώδες ήπαρ, η οξεία αλκοολική ηπατίτιδα και η κίρρωση<sup>15</sup>.

Αν και συνηθίζεται οι τρεις αυτές μορφές να περιγράφονται σαν ξεχωριστές κλινικές οντότητες, εντούτοις συνδυασμός κλινικών συμπτωμάτων και ιστολογικών αλλοιώσεων και από τις τρεις μορφές αλκοολικής ηπατοπάθειας συχνά συνυπάρχουν στον ίδιο άρρωστο.

### **7.15 Λιπώδες ήπαρ**

Είναι η πλέον συχνή μορφή αλκοολικής ηπατοπάθειας. Οι Brugwera και συνεργάτες διαπίστωσαν λιπώδη διήθηση του ήπατος σε ποσοστό 33% μεταξύ τελείως ασυμπτωματικών κατακραστών οινοπνεύματος. Ηπατομεγαλία ή και ακαθόριστο αίσθημα βάρους κατά το δεξιό υποχόνδριο είναι συνήθως τα μόνα κλινικά συμπτώματα. Από άποψη βιοχημικού ελέγχου της ηπατικής λειτουργίας, αύξηση της SGOT και της χολερυθρίνης παρατηρούνται στο 1/3 των περιπτώσεων κλινικά, όμως, έκδηλος ίκτερος είναι σπανιότερος και όταν συνυπάρχει, υποδηλώνει βαριά λιπώδη διήθηση του ήπατος ή συνύπαρξη οξείας αλκοολικής ηπατίτιδας.

Αν και δεν υπάρχουν συγκεκριμένα στατιστικά δεδομένα σχετικά με την πορεία και πρόγνωση της μορφής αυτής της αλκοολικής ηπατοπάθειας, εντούτοις η κλινική πράξη δείχνει ότι η λιπώδης διήθηση του ήπατος είναι κατάσταση αναστρέψιμη και δεν αποτελεί προσιτάδιο κίρρωσεως. Η κλινική πορεία των αρρώστων αυτών είναι γενικά καλοήθης και είναι ελάχιστες οι περιπτώσεις που καταλήγουν σε ηπατική ανεπάρκεια και θάνατο.

## 7.16 Αλκοολική ηπατίτιδα

Η αλκοολική ηπατίτιδα αναφέρεται στη βιβλιογραφία και ως «οξεία οκληρυντική υάλινη νέκρωση» και «αλκοολική στεατονέκρωση», όροι που χαρακτηρίζουν τις ιστολογικές, κυρίως, αλλοιώσεις του ήπατος στη μορφή αυτή της αλκοολικής νόσου<sup>22</sup>.

Σε ασυμπτωματικούς αρρώστους που υποβλήθηκαν σε βιοψία ήπατος λόγω διαταραχής των ενζύμων διαπιστώθηκαν αρκετές περιπτώσεις οξείας αλκοολικής ηπατίτιδας. Συνήθως όμως, οι ασθενείς έχουν ανορεξία, αδυναμία, πυρετό, διόγκωση ήπατος και ευαισθησία κατά την ψηλάφηση. Στις σοβαρότερες μορφές οξείας αλκοολικής ηπατίτιδας πρόκειται συνήθως για βαρύ πότη, που δεν σιτίζεται επαρκώς, αναφέρει διάρροιες, εμέτους και έντονη ανορεξία και είναι επιρρεπής σε λοιμώξεις του ουροποιητικού και αναπνευστικού συστήματος. Βαρύτερη μορφή της νόσου εκδηλώνεται με ίκτερο και επανειλημμένους εμέτους, ενώ αντικειμενικά παρατηρούνται πολλαπλή αγγειοματώδεις σπίλοι και πολύ μεγάλο και ευαίσθητο ήπαρ. Κατά την ακρόαση του ήπατος διαπιστούται αρτηριακό φύσημα σε ποσοστό 50%. Ενίοτε συνυπάρχει ασκίτης και εγκεφαλοπάθεια. Μείωση της έκκρισης χολικών αλάτων, παγκρεατική ανεπάρκεια και τοξική δράση της αιθανόλης στο βλεννογόνο του λεπτού εντέρου συμβάλλουν στην ανάπτυξη στεατόρροιας.

Η ιστολογική εικόνα της οξείας αλκοολικής ηπατίτιδας χαρακτηρίζεται από εξοίδηση του πρωτοπλάσματος των ηπατοκυττάρων, λιπώδη διήθηση και νέκρωση, έντονη φλεγμονώδη διήθηση του παρεγχύματος από πολυμορφοπύρρηνα και αυξημένη εναπόθεση κολλαγόνου ενδολοβιακά. Σε μεγάλο αριθμό ηπατοκυττάρων παρατηρούνται πυκνές πρωτεϊνικές συσσωρεύσεις εντός του πρωτοπλάσματος, ηωσινόφιλες στη χρώση αιματοξυλίνης- ηωσίνης, οι οποίες εμφανίζονται σε ολόκληρο το λόβιο και κυρίως γύρω από την τελική ηπατική φλέβα. Ύφεση των πολυμορφοπυρηνικών διηθήσεων και της υαλίνης εκφύλισης των ηπατοκυττάρων επέρχεται μετά και ακολουθείτε από ίνωση γύρω από τα πυλαία διαστήματα και τις τελικές

ηπατικές φλέβες. Επανελημμένες προσβολές οξείας αλκοολικής ηπατίτιδας δυνατόν να καταλήξουν σε διαταραχή της λοβιακής αρχιτεκτονικής και πυλαία υπέρταση<sup>15</sup>.

Οι περιπτώσεις αυτές χαρακτηρίζονται από τους Edmondson και Peters ως «χρόνια σκληρυντική υαλίνη νέκρωση». Δεν είναι γνωστό γιατί οι άρρωστοι αυτοί δεν αναπτύσσουν κλασική ιστολογική εικόνα αλκοολικής κίρρωσης.

Η συνέχιση της χρήσεως οινοπνευματωδών ποτών φαίνεται ότι είναι ο βασικός παράγοντας που καθορίζει τη μελλοντική πορεία και πρόγνωση της αλκοολικής ηπατίτιδας. Εφόσον η χρήση οινοπνεύματος συνεχίζεται τότε ένα ποσοστό 30-40% των αρρώστων αυτών καταλήγει σε κίρρωση στην επόμενη 5ετία.

Πλήρης υποχώρηση της νόσου χωρίς υπολειμματικές βλάβες στο ήπαρ είναι δυνατή και παρατηρείται μόνο σε περιπτώσεις τελείας αποχής από το οινόπνευμα<sup>22</sup>.

### **7.17 Κίρρωση ήπατος**

Η διάγνωση της αλκοολικής ηπατοπάθειας πολύ συχνά τίθεται στο στάδιο της κίρρωσης. Δεν είναι απαραίτητο να προηγηθεί κλινικά ή ιστολογικά το στάδιο της αλκοολικής ηπατίτιδας.

Το αλκοόλ ως αιτία ανάπτυξης της κίρρωσης πιθανολογείται από το ιστορικό, την παρουσία ηπατομεγαλίας και από σημεία ενδεικτικά αλκοολισμού, όπως η σύσπαση της παλαμιαίας απονεύρωσης, ή απώλεια μνήμης, δυσχέρεια συγκέντρωσης, αϋπνία, ψευδαισθήσεις, σπασμοί κ.λ.π. Είναι σημαντικό να μη συγχέονται τα κλινικά σημεία του αλκοολισμού με το πρώιμο στάδιο της ηπατικής εγκεφαλοπάθειας<sup>15</sup>.

Λιγότερο συχνά η κίρρωση επιπλέκεται από χρόνια και σε μεγάλο βαθμό μη αναστρέψιμη μορφή ηπατοεγκεφαλικής νόσου, τα κύρια συμπτώματα της οποίας είναι η άνοια, η δυσαρθρία, η αταξία και η αθέτωση<sup>23</sup>.

Το ηπατονεφρικό σύνδρομο είναι πολύ συχνό στην αλκοολική κίρρωση<sup>15</sup>. Η θεραπεία του συνδρόμου αυτού έχει τέσσερις πτυχές.



Πρώτα να διορθωθούν όσες ανωμαλίες του ουροποιητικού συστήματος συμβάλλουν σε νεφρικές διαταραχές. Δεύτερο να προσφερθούν γενικά μέτρα ενίσχυσης του οργανισμού, όπως υγρά, ηλεκτρολύτες, διόρθωση της υπότασης, θεραπεία της εγκεφαλοπάθειας με μείωση των χορηγούμενων πρωτεϊνών. Τρίτο να θεραπευθούν ειδικά εκείνες οι ανωμαλίες για τις οποίες πιστεύουμε ότι παρεμβαίνουν στην παθογένεση του συνδρόμου. Αύξηση του όγκου του πλάσματος με χορήγηση λευκωματίνης ή dextran. Επίσης μικρές παρακεντήσεις του ασκίτη ή και η επαναχορήγηση του ασκίτικου υγρού, όταν είναι δυνατή, φαίνεται ότι προσφέρουν σημαντική θεραπευτική βοήθεια<sup>34</sup>.

Η αύξηση του μεγέθους του σπληνός δεν είναι πάντοτε εμφανής. Ρήξη κιστών οισοφάγου ή θόλου στομάχου, διαβρώσεις στην γαστροοισοφαγική συμβολή μετά από επανειλημμένους εμέτους, ή έλκη στομάχου και δωδεκαδακτύλου, αποτελούν συνήθεις αιτίες αιμορραγίας. Οι αλκοολικοί έχουν μεγαλύτερη συχνότητα δεικτών ηπατίτιδας Β και C από το γενικό πληθυσμό.

Η αλκοολική κίρρωση είναι τυπικά μικροοζώδης. Ο σχηματισμός όζων δεν γίνεται με ταχύ ρυθμό, διότι το αλκοόλ αναστέλλει την αναγεννητική ικανότητα των ηπατοκυττάρων. Η παρουσία λιπώδους διήθησης και αλκοολικής ηπατίτιδας σε εγκατεστημένη κίρρωση υποδηλώνει κατάχρηση αλκοόλ. Μετά μακρά αποχή από το αλκοόλ δεν αναγνωρίζονται πλέον από την ιστολογική εικόνα σημεία ενδεικτικά αλκοολικής ηπατοπάθειας. Η φυσιολογική αναγεννητική δραστηριότητα των ηπατοκυττάρων αποκαθίσταται με συνέπεια να μεταπίπτει η μικροοζώδης κίρρωση σε μεγαλοοζώδη. Ηπατοκυτταρικός καρκίνος εμφανίζεται στο 5-15% των περιπτώσεων, συνήθως όταν έχει εγκατασταθεί μεγαλοοζώδης κίρρωση<sup>15</sup>.

Η πρόγνωση της αλκοολικής κίρρωσεως φαίνεται ότι εξαρτάται από δύο βασικούς παράγοντες: από την παρουσία ή όχι επιπλοκών όπως ασκίτου ή αιμορραγίας από το πεπτικό και από τη διακοπή ή όχι του οινοπνεύματος από μέρος του αρρώστου. Στη σειρά αρρώστων με αλκοολική κίρρωση που μελέτησαν οι Powell και Klatskin παρατήρησαν 5ετή επιβίωση στο 89% των κίρρωτικών που δεν είχαν ίκτερο, ασκίτη ή

ιστορικό αιματέμεσης και είχαν διακόψει την χρήση οινοπνεύματος. Αντίθετα, η 5ετής επιβίωση έπεσε στο 68% σ' αυτούς που συνέχισαν να πίνουν. Η παρουσία επιπλοκών, από την άλλη πλευρά, μείωσε τα ποσοστά αυτά σε 60% και 34% αντίστοιχα<sup>22</sup>.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8**

### **Η ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΥ**

#### **8.1 Εισαγωγή**

Τα τελευταία 15-20 χρόνια ένας αξιόλογος αριθμός μελετών έχει δημοσιευτεί σχετικά με τη θεραπεία του προβληματικού πότη. Σ' αυτό το κεφάλαιο θα κάνουμε μία ανασκόπηση των κυριοτέρων θεραπευτικών προσεγγίσεων που έχουν σαν στόχο τη θεραπεία της εξάρτησης από το αλκοόλ (απεξάρτηση). Παράλληλα με την παρουσίαση κάθε θεραπευτικής προσέγγισης θα αξιολογείται και η αποτελεσματικότητά της. Τέλος, θα εξετάσουμε τα πιο σημαντικά μεθοδολογικά προβλήματα σχετικά με τις κλινικές έρευνες που στοχεύουν στη θεραπευτική αξιολόγηση του αλκοολισμού.

Οι θεραπευτικές προσεγγίσεις του αλκοολισμού μπορούν να χωριστούν σε τρεις ευρείες κατηγορίες:

1. Φαρμακολογική προσέγγιση.
2. Ψυχολογική προσέγγιση.
3. Ειδικές προσεγγίσεις και θεραπευτικά προγράμματα<sup>1</sup>.

#### **8.2 Η αποδοχή της θεραπευτικής αγωγής**

Συχνά η ανίχνευση του αλκοολισμού και ο προσανατολισμός των ασθενών εναπόκειται στους γενικούς ιατρούς και στους ιατρούς εργασίας. Μπορούμε να επωφεληθούμε από την ανάρρωση από κάποια σωματική επιπλοκή ή την εμφάνιση διαφόρων δυσκολιών (απώλεια της εργασίας, ατύχημα, απειλή διαζυγίου) για να πείσουμε τον αλκοολικό για την σοβαρότητα του προβλήματός του (ότι δηλαδή δεν μπορεί να ελέγξει την κατανάλωση του οινοπνεύματος) και να τον κάνουμε να αποδεχτεί τη θεραπεία (την αναγκαιότητα να βοηθηθεί). Η στάση του ιατρού πρέπει να είναι ρεαλιστική, χωρίς απόρριψη ούτε ηθικολογίες, αρκετά θετική για να βοηθήσει τον ασθενή να συνειδητοποιήσει την κατάσταση του και αρκετά υπομονετική, για να αντέξει τις μεταπτώσεις, της πάντοτε

μακροχρόνιας θεραπευτικής αγωγής. Κατά τη διάρκεια της θεραπείας, οι υποτροπές είναι σχεδόν αναπόφευκτες, στην αρχή και δεν πρέπει να οδηγούν στην εγκατάλειψη του θεραπευτικού προγράμματος<sup>24</sup>.

Ο ασθενής πρέπει να είναι προετοιμασμένος (π.χ. από το συμβουλευτικό σταθμό) για τη θεραπεία, να ξέρει δηλαδή περί τίνος πρόκειται και που αποσκοπεί.

Τόσο αυτός, όσο και ο/η σύζυγος του θα πρέπει να έχουν επαφή με κάποια ομάδα αυτοβοήθειας πριν ξεκινήσει η θεραπεία<sup>6</sup>.

Είναι κοινή γνώση ότι οι αλκοολικοί βρίσκονται σε διαφορετικά στάδια επιθυμίας και ετοιμότητας να δεχτούν θεραπευτική βοήθεια. Ο Rairstrick αναφέρει ότι τα στάδια αυτά είναι τέσσερα:

**α)** Το στάδιο της άρνησης του προβλήματος, κατά τη διάρκεια του οποίου ο αλκοολισμός δε δέχεται ότι έχει κάποιο ειδικό πρόβλημα, απορρίπτει κάθε πληροφορία και οποιαδήποτε –έστω και εντατική– θεραπευτική προσπάθεια είναι αμφίβολο αν θα έχει κάποιο θετικό αποτέλεσμα.

**β)** Το στάδιο της αποδοχής του προβλήματος, όπου ο αλκοολισμός αντιλαμβάνεται την κατάσταση του και αρχίζει σκέπτεται για πιθανές λύσεις.

**γ)** Στη συνέχεια το άτομο περνάει στο στάδιο, του τερματισμού, όπου αρχίζει να αισθάνεται επιτακτικά την υποχρέωση να προβεί σε πράξεις που σκοπό έχουν τη διακοπή του ποτού.

**δ)** Τέλος περιγράφεται το στάδιο της διατήρησης της αποχής, κατά το οποίο ο αλκοολικός προσπαθεί να ενισχύσει και να διατηρήσει σταθερές για μακρά χρόνο τις νεοαποκτημένες συμπεριφορές<sup>40</sup>.

### **8.3 Θεραπευτικές προσεγγίσεις του αλκοολισμού**

#### **α) φαρμακολογική προσέγγιση**

Μία από τις ευνοούμενες σύγχρονες θεραπείες του αλκοολισμού με φάρμακα, που πρωτοεφαρμόστηκε το 1948 από τον Δανό Έρικ Γιάκομπσεν (Eric Jacobsen) χρησιμοποιεί την δισουλφιράμη<sup>2</sup>. Η

δισουλφιράμη αναστέλλει τη δράση της αλκοολικής δεϋδρογενάσης και κατ' επέκταση της μετατροπής της αλκοόλης σε ακεταλδεϋδη<sup>1</sup>.

Η συνηθισμένη τεχνική είναι να χορηγείται μισό γραμμάριο υπό μορφή δισκίου ημερησίως για μερικές μέρες. Ύστερα, από προσεκτικά ελεγχόμενες συνθήκες και ιατρική παρακολούθηση χορηγείται στον ασθενή μία μικρή δοκιμαστική ποσότητα οινόπνευματώδους ποτού<sup>2</sup>. Τα παραπάνω φάρμακα δημιουργούν μία δυσάρεστη και συχνά «βίαιη» αντίδραση στο άτομο όταν τα χρησιμοποιεί παράλληλα με το αλκοόλ<sup>1</sup>.

Η παρουσία της δισουλφιράμης στο σώμα του πότη προκαλεί μίαν αντίδραση έξαψης και υπεραιμίας, ναυτίας, εμέτου, απότομη πτώση της πίεσης, δυνατό καρδιοχτύπι, ακόμη και ένα αίσθημα επικείμενου θανάτου<sup>2</sup>. Φυσικά ο ασθενής ενημερώνεται για τη δράση του φαρμάκου και η λήψη του γίνεται με τη θέληση του. Εφόσον, λοιπόν, ο ασθενής πάρει 125-250 mg δισουλφιράμης από το στόμα την ημέρα, δεν μπορεί να πει, γιατί φοβάται τα δυσφορικά συμπτώματα που θα παρουσιασθούν αν πει. Γενικά, όμως, η χρήση της δισουλφιράμης είναι περιορισμένη και όταν χρησιμοποιείται χρειάζεται να συνδυασθεί με ψυχοθεραπεία κ.λ.π. που απευθύνονται σ' αυτό που η δισουλφιράμη δεν μπορεί να καλύψει: την απώλεια της επιθυμητής ουσίας και τη χαμηλή αυτοεκτίμηση του ασθενή. Παραλλαγές της τεχνικής αυτής περιλαμβάνουν ομαδικές δοκιμασίες αντίδρασης και την υποκατάσταση της δοκιμασίας αντίδρασης με προβολές ταινιών ή προφορικές περιγραφές.

Το κιτρικό ασβεστοκυαναμίδιο είναι ένα άλλο φάρμακο που χρησιμοποιείται με παρόμοια αποτελέσματα και το προτιμούν ορισμένοι θεραπευτές επειδή η αντίδραση με οινόπνευμα είναι πιο ήπια, αν και η προστατευτική του ικανότητα είναι συντομότερη.

Ο Αμερικανός ψυχίατρος Γ.Λ. Βαίγκτλιν (W.L. Voegtlin) ανέπτυξε μία μέθοδο δημιουργίας ενός εξαρτημένου ανακλαστικού αποσιροφής στο οινόπνευμα. Ως τεχνική αποσιροφής, μπορούμε να χρησιμοποιήσουμε την ολιγοήμερη αγωγή με πολλές ενέσεις απομορφίνης ημερησίως, η δυσάρεστη επενέργεια της οποίας (έμετοι) εμφανίζεται αμέσως μετά τη λήψη οινόπνευματώδους ποτού. Με

αποτέλεσμα ο ασθενής να αισθάνεται ναυτία και να κάνει εμετό προτού προλάβει να απορροφηθεί το οινόπνευμα. Η επακόλουθη σύνδεση του εμετού με το ποτό, που προκαλεί αποστροφή προς τη γεύση, την οσμή και ορισμένες φορές ακόμη και την θέα των οινοπνευματωδών ποτών, δεν διαρκεί έπ' άπειρο, αλλά μπορεί να ενισχύεται κατά διαστήματα<sup>2</sup>. Η διαδικασία ευαισθητοποίησης (χορήγηση της ουσίας και λήψη αλκοόλ), γίνεται με παρακολούθηση του σφυγμού και της αρτηριακής πίεσεως και επαναλαμβάνεται καθημερινά, μέχρι να εγκατασταθεί αντίδραση απέχθειας<sup>24</sup>.

Η τρίτη ομάδα φαρμάκων που χρησιμοποιήθηκε για τη θεραπεία της εξάρτησης από το αλκοόλ ήταν τα αγχολυτικά και τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα. Σε αντίθεση με τις προαναφερθείσες ομάδες φαρμάκων που δρουν στα πλαίσια των κανόνων της αποστροφικής θεραπείας (aversion therapy), τόσο τα αγχολυτικά όσο και τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα χρησιμοποιούνται κατά την περίοδο της αποτοξίνωσης προς αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της στέρησης<sup>1</sup>.

Άλλες μέθοδοι δημιουργίας εξαρτημένων ανακλαστικών περιλαμβάνουν την σύνδεση της ποιοποσίας με ελαφρά ως οδυνηρά ηλεκτροσόκ ή με προσωρινή διακοπή της αναπνοής, που προκαλείται με την ένεση ενός παραλυτικού φαρμάκου.

Άλλες σωματικές και φαρμακευτικές θεραπείες, που έχουν δοκιμαστεί σε αλκοολικούς, περιλαμβάνουν ενδοφλέβιες ενέσεις οινοπνεύματος, ενέσεις ορού αίματος του ίδιου του ατόμου, αμιγούς ή με οινόπνευμα, εγχείρηση στον εγκέφαλο, εισπνοές διοξειδίου του άνθρακα, ενέσεις οξυγόνου, νικοτινικό οξύ, LSD, στρυχνίνη, αντισταμινικά<sup>2</sup>.

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

## **β) 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<sup>1</sup>.

Στις ομάδες αυτές γίνεται προσπάθεια –χωρίς τη βοήθεια ειδικών– να επεξεργαστούν διάφορα προσωπικά προβλήματα και ψυχικές διαταραχές. Εδώ ανήκουν δηλαδή ομάδες αυτοβοήθειας που ασχολούνται πρωταρχικά με κάποια ψυχική διαταραχή, εξαρτημένη συμπεριφορά, την ψυχική αποκατάσταση<sup>6</sup>.

Ο σκοπός της θεραπείας ποικίλλει από την εξάλειψη κάποιας υποκείμενης αιτίας ως την πραγματοποίηση κάποιας μικρής αλλαγής στη συναισθηματική κατάσταση του ασθενούς, έτσι ώστε να μπορεί να αντέξει στη στέρηση του ποιού έστω και προσωρινά. Η μοναδική ψυχολογική τεχνική που αναπτύχθηκε ειδικά για τον αλκοολισμό συνίσταται σε τούτο: να επιτύχει από μέρους του ασθενούς την αναγνώριση και αποδοχή της πραγματικής του κατάστασης, γεγονός στο οποίο συνήθως αντιστέκονται οι αλκοολικοί. Μία τέτοια αποδοχή μπορεί μετά να συνοδευθεί από μία θεραπευτική-αποκαταστατική αγωγή<sup>2</sup>.

Η σημερινή ψυχολογική προσέγγιση του αλκοολισμού περιλαμβάνει:

- α) Τεχνικές θεραπείας συμπεριφοράς και
- β) Άλλα είδη ψυχοθεραπείας.

### **α) Τεχνικές θεραπείας συμπεριφοράς**

Μία από τις πρώτες μεθόδους που αναπτύχθηκαν στο πλαίσιο της θεραπείας συμπεριφοράς ήταν η τεχνική της αποστροφικής θεραπείας. Συνοπτικά, η τεχνική αυτή βασίζεται στη θεώρηση ότι δυσάρεστα ερεθίσματα μειώνουν τις πιθανότητες εμφάνισης κάποιας συμπεριφοράς. Τα χαρακτηριστικά των ασθενών που υποβάλλονται σε αποστροφική θεραπεία (π.χ. ιδιωτική περίθαλψη, ανώτερη κοινωνικοοικονομική τάξη

κ.λ.π.), γεγονός που δεν επιτρέπει την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας αυτής της τεχνικής<sup>1</sup>.

Η θεραπεία της αποστροφής έχει δύο κυρίως μορφές: ηλεκτρική και χημική. Στην πρώτη περίπτωση ένα μέτριο ηλεκτρικό σοκ διοχετεύεται είτε από τον ασθενή την ώρα που συνειδητά σκέφτεται ή ακόμα και καταναλώνει το αγαπημένο του οινοπνευματώδες ποτό. Η χημική αποστροφή επιτυγχάνεται με την παροχή ενός φαρμάκου (όπως το Disulfiram), που φέρνει στον αλκοολικό ναυτία ή ακόμα και εμετό την ώρα που μυρίζει, γεύεται ή καταπίνει το αλκοόλ.

Σήμερα υπάρχουν πολύ ισχυρές ενδείξεις ότι η ηλεκτρική μορφή της αποστροφής δεν είναι αποτελεσματική αλλά η χημική μορφή δεν έχει δοκιμαστεί αρκετά ώστε να καταλήξουμε και γι'αυτήν στο ίδιο συμπέρασμα<sup>4</sup>.

Τα τελευταία χρόνια, η μεγάλη μερίδα θεραπειών συμπεριφοράς έχει επικεντρώσει την προσοχή της σε τεχνικές που βοηθούν την αντιμετώπιση του άγχους. Όπως είναι γνωστό, η πλειοψηφία των αλκοολικών παρουσιάζουν μία ποικιλία συμπτωμάτων άγχους για πολλούς και διάφορους λόγους. Σε ένα σχετικό δημοσίευμα 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 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 και το στρες που προκαλείται από διαπροσωπικές σχέσεις.

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 παραιρείται στον αλκοολικό<sup>1</sup>.

Η ψυχολογική υποστήριξη είναι απαραίτητη και περιλαμβάνει ατομικές συνεδρίες ή συμμετοχή σε θεραπευτικές ομάδες. Οι σύλλογοι



πρώην αλκοολικών μπορούν να παίξουν καθοριστικό ρόλο κατά την αναρρωτική περίοδο, παρέχοντας δυνατότητες ταύτισης και μετουσίωσης, καθώς και αποτελεσματική βοήθεια σε περίπτωση υποτροπής, η οποία είναι πάντοτε πιθανή και της οποίας τη διάρκεια πρέπει να προσπαθήσουμε να περιορίσουμε<sup>24</sup>.

### **β) Άλλα είδη ψυχοθεραπείας**

Οι ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις έχουν σαν βάση την ψυχαναλυτική θεωρία και η εφαρμογή τους γίνεται 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, δηλαδή την εξάρτηση από το αλκοόλ<sup>1</sup>.

Η ψυχοθεραπεία είναι ιδιαίτερα χρήσιμη στην αποκάλυψη οικογενειακών προβλημάτων ή συγκρούσεων που συντηρούν τον αλκοολισμό του ασθενή. Στην ψυχοθεραπεία του αλκοολισμού πολλές φορές μπορεί να συμμετάσχει και η οικογένεια του. Η ψυχοθεραπεία όμως δεν μπορεί να είναι αποτελεσματική παρά μόνο αφού ο ασθενής αποτοξινωθεί, γιατί μόνο τότε μπορεί να μιλήσει για τα βαθύτερα συναισθήματα και τα προβλήματα που τον οδήγησαν στο αλκοόλ<sup>25</sup>.

#### **▪ 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 σύνηθες 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' ό,τι 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 ότι οι παραπάνω ασθενείς δεν διανεμήθηκαν με τυχαίο τρόπο στις θεραπευτικές ομάδες προκαλεί την αμφισβήτηση των παραπάνω αποτελεσμάτων<sup>1</sup>.

Σε μια πρόσφατη έρευνα, οι Romelrean et al (1978) σύγκριναν την αποτελεσματικότητα της ατομικής ψυχοδυναμικής ψυχοθεραπείας με αυτή της θεραπείας συμπεριφοράς σε δύο ομάδες αλκοολικών. Η αξιολόγηση των παραπάνω ομάδων μετά από διαχρονική παρακολούθηση 12 μηνών έδειξε ότι η ομάδα που έλαβε τη θεραπεία συμπεριφοράς είχε ποσοστό βελτίωσης 72% έναντι ποσοστού 50% της άλλης ομάδας. Όπως παρατηρούν αυτοί οι ερευνητές, η διαφορά στην αποτελεσματικότητα μπορεί να οφείλεται στο μεγάλο ποσοστό αποχώρησης ατόμων από την ομάδα της ψυχοδυναμικής ψυχοθεραπείας<sup>25</sup>.

#### ▪ **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 Η.Π.Α. 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», γεγονός που προκαλεί ευνόητα προβλήματα αξιολόγησης.

Ο Wallerstein (1957) ανέφερε περιορισμένη βελτίωση σε ομάδα αλκοολικών που ακολούθησε ομαδική ψυχοθεραπεία σε σύγκριση με ομάδα που ακολούθησε ατομική ψυχοθεραπεία και με 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 σύνθητες νοσοκομειακό πρόγραμμα για την άλλη. Στην δεύτερη μελέτη, οι αλκοολικοί κατανεμήθηκαν με τυχαίο τρόπο είτε σε ομαδική ψυχοθεραπεία είτε σε σύνθητες ψυχιατρικό πρόγραμμα. Τέλος, σε μια μελέτη των Kissin et al (1970) αξιολογήθηκε η αποτελεσματικότητα τριών θεραπευτικών προσεγγίσεων. Ομαδική ψυχοθεραπεία, φαρμακοθεραπεία, πρόγραμμα επανένταξης και ομάδα ελέγχου (καμία θεραπεία). Τα ποσοστά επιτυχίας για τις αντίστοιχες ομάδες ήταν: 35,5%, 21,2%, 15,2% και 4,9%. Τα παραπάνω αποτελέσματα αμφισβητήθηκαν από τους ερευνητές γιατί πολλοί ασθενείς άλλαξαν τις θεραπείες τους μετά από την τυχαία κατανομή τους στις παραπάνω ομάδες<sup>1</sup>!

Οι ομαδικές θεραπείες θεωρούνται πιο αποτελεσματικές για τους αλκοολικούς, από τις ατομικές και ποικίλλουν από διδακτικές διαλέξεις και επιπόλαιες συζητήσεις μέχρι βαθιές αναλυτικές διερευνήσεις, ψυχόδραμα, ύπνωση, ψυχοδυναμική αντιμετώπιση και μαραθώνιες συζητήσεις. Τα βοηθητικά μέσα περιλαμβάνουν διδακτικές ταινίες, ταινίες των ασθενών, όταν είναι μεθυσμένοι και μαγνητοφωνήσεις προηγούμενων συζητήσεων<sup>2</sup>.

#### **8.4 Ειδικές προσεγγίσεις και θεραπευτικά προγράμματα**

Σ' αυτό το σημείο θα στρέψουμε την προσοχή μας σε θεραπευτικές προσεγγίσεις και προγράμματα, τα οποία απευθύνονται ειδικά στη θεραπεία της εξάρτησης από το αλκοόλ. Όπως είναι γνωστό, αρκετά από τα θεραπευτικά προγράμματα και τις ειδικές προσεγγίσεις

χρησιμοποιούν φαρμακευτική αγωγή και ψυχολογικές θεραπείες στα γενικότερα θεραπευτικά τους πλαίσια. Εντούτοις, το γεγονός ότι έχουν «σχεδιαστεί» ειδικά για την αντιμετώπιση του αλκοολισμού είτε μέσα στην κοινότητα είτε στο νοσοκομείο, τα διαφοροποιεί από τις φαρμακολογικές και ψυχολογικές προσεγγίσεις που χρησιμοποιούνται στη γενική ψυχιατρική και τους δίνει μία ξεχωριστή ταυτότητα. Στην προκειμένη περίπτωση, θα εξετάσουμε την αποτελεσματικότητα των ομάδων Ανώνυμοι Αλκοολικοί, των ειδικών θεραπευτικών προγραμμάτων όπως τα κέντρα θεραπείας του αλκοολισμού, των ειδικών ξενώνων και των νοσοκομειακών θεραπευτικών προγραμμάτων με έμφαση στη θεραπεία του αλκοολισμού<sup>1</sup>.

### **α) Εργασιοθεραπεία**

Σκοπός της εργασιοθεραπείας στους αλκοολικούς είναι να επαναφέρει τον ασθενή στο κοινωνικό επίπεδο λειτουργικής ικανότητας, έτσι ώστε να γίνει και πάλι ο ασθενής ένα ενεργό κύτταρο του κοινωνικού συνόλου. Με την εργασιοθεραπεία αποσπάται η σκέψη του ασθενή από το ποτό, αρχίζει να νιώθει πάλι χρήσιμος και δημιουργικό, απαντά στις παλιές ικανότητες του και η εμπιστοσύνη προς τον εαυτό του καθώς και η αυτοεκτίμηση του επιστρέφουν, δημιουργεί στενούς δεσμούς με την κοινότητα, αναπτύσσει δεξιότητες που είναι απαραίτητες σε κάθε είδους κοινωνικής συναλλαγής, είτε αυτή είναι συζήτηση, συζυγική σχέση ή συνέντευξη για μια δουλειά.

### **β) Ανώνυμοι Αλκοολικοί**

Η ιστορία των Α.Α αρχίζει στις Η.Π.Α. το 1935. Ένας χρηματιστής της Γουόλ Στρητ ανακάλυψε ότι η μοναδική ευκαιρία αποτοξίνωσης από το αλκοόλ ήταν να μιλάει και να βοηθάει έναν άλλο αλκοολικό, ο οποίος ήταν ένας διάσημος Αμερικανός χειρουργός. Από τις συναντήσεις τους προέκυψε η αδελφότητα των Α.Α, της οποίας τα μέλη μοιράζονται τις εμπειρίες τους, τη δύναμη και την ελπίδα ότι μπορεί να δώσουν λύση στο κοινό τους πρόβλημα και να βοηθήσουν τους άλλους να αναρρώσουν από τον αλκοολισμό<sup>4</sup>.

Τα τελευταία 50 χρόνια, η δραστηριότητα των ομάδων Α.Α. θεωρείται από τις πλέον δημοφιλείς προσεγγίσεις στην αντιμετώπιση του αλκοολισμού στις χώρες της Β. Ευρώπης και στις Η.Π.Α. Οι συναντήσεις των ομάδων Α.Α. πραγματοποιούνται με τη συμμετοχή αλκοολικών σε αποχή<sup>1</sup>. Η θεραπεία συνήθως διαρκεί από τέσσερις εβδομάδες ως τρεις μήνες με συνεχιζόμενη βοήθεια στα εξωτερικά ιατρεία αμέσως μετά την έξοδο από το νοσοκομείο<sup>4</sup>.

Για την διαμόρφωση της ιδεολογίας των Α.Α. έπαιξαν διάφοροι παράγοντες έναν ιδιαίτερο ρόλο.

Κατ' αρχήν, θεωρήθηκε η απόλυτη ειλικρίνεια στη συζήτηση σαν βασική προϋπόθεση για την σωστή επικοινωνία των μελών. Η αναζήτηση «αιτιών» και «αφορμών» για την κατανάλωση οινοπνεύματος σταμάτησε και επικράτησε η αρχή «*πίνω επειδή πίνω*», «*αιτίες και αφορμές μπορώ να βρίσκω πάντα...*, *υπάρχει μόνο ένας τρόπος να θεραπευτώ, να αφήσω το πρώτο ποτήρι χωρίς να το δοκιμάσω...*».

Στην εξτρεμιστική αυτή τοποθέτηση βασίζεται και όλο το ιδεολογικό σύστημα των Α.Α. που ξεκινούν την ημέρα τους με την «*παραδοχή-υπόσχεση*», «*είμαι αλκοολικός, σήμερα δεν θα πω*»<sup>6</sup>.

Οι συναντήσεις των Ανώνυμων Αλκοολικών ταξινομούνται σε «*ανοιχτές*» και «*κλειστές*». Οι «*κλειστές*» συναντήσεις είναι μόνο για αλκοολικούς. Μια «*ανοιχτή*» συνάντηση μπορεί να παρακολουθηθεί από συγγενείς, φίλους και άλλα πρόσωπα που ενδιαφέρονται. Οι νοσηλευτές θα τα έβρισκαν πιθανόν χρήσιμο να παρακολουθούσαν μία «*ανοιχτή*» συνάντηση.

Στην Ελλάδα ιδρύθηκε πριν από λίγα χρόνια η οργάνωση των Α.Α. και έχει καταρτίσει ένα αξιόλογο πρόγραμμα ανάρρωσης<sup>4</sup>.

Καθώς ο αλκοολισμός έχει ερημιωτικά κυριολεκτικά αποτελέσματα στις οικογένειες των αλκοολικών, στις Η.Π.Α. και άλλες χώρες έχουν δημιουργηθεί επίσης ο **Al-Anon**, ομάδα αυτοβοήθειας για τις (τους) συζύγους των αλκοολικών, που απευθύνονται τόσο στα προβλήματα τους με τον (την) σύζυγο όσο και τις (τους) διδάσκει πώς να αποφύγουν το ενδεχόμενο παρεμπόδισης από τους ίδιους της ανάνηψης του (της) συζύγου τους και ο **Alateen**, επίσης ομάδα αυτοβοήθειας για εφήβους,

παιδιά αλκοολικών, με σκοπό τη στήριξη τους στην προσπάθεια να τα βγάλουν πέρα με τους αλκοολικούς τους γονείς<sup>25</sup>.

### **γ) Ξενώνες**

Σύμφωνα με τον Donahue (1971), ο βασικός στόχος της δημιουργίας των ειδικών ξενώνων για αλκοολικούς είναι η επανένταξη τους στην κοινότητα μετά από εντατική νοσοκομειακή περίθαλψη. Τα θεραπευτικά προγράμματα των ξενώνων ποικίλλουν παρόλο που ο κύριος στόχος τους είναι η αποχή από την κατανάλωση του αλκοόλ. Σ' ένα πρόσφατο δημοσίευμα, ο Rubington (1977) ανέφερε ότι περίπου το 20% των ασθενών που παρακολουθούν προγράμματα ξενώνων συνεχίζουν την αποχή για 6 ή περισσότερους μήνες μετά το πέρας του προγράμματος. Ο Smart (1978) σύγκρινε την αποτελεσματικότητα νοσοκομειακών προγραμμάτων με διάφορα προγράμματα ξενώνων. Τα αποτελέσματα αυτής της έρευνας δεν έδειξαν διαφορές μεταξύ νοσοκομειακών προγραμμάτων και προγραμμάτων ξενώνων.

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

### **δ) Κέντρα Θεραπείας του αλκοολισμού**

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

Οι μελέτες που αξιολογούν τη θεραπευτική αποτελεσματικότητα των Κ.Θ.Α. είναι ελάχιστες, αλλά σε σύγκριση με έρευνες άλλων προσεγγίσεων είναι πολύ καλύτερες μεθοδολογικά. Η έρευνα που έγινε γνωστή ως το Rand Report είναι αυτή του Armor και των συνεργατών του (1976). Η έρευνα αυτή που είχε ως βασικό στόχο την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των Κ.Θ.Α. παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον για τους εξής λόγους: από πολλούς ειδικούς στον τομέα αξιολόγησης υπηρεσιών θεωρείται η πλέον οργανωμένη «εθνικής εμβέλειας» έρευνα που έχει εκπονηθεί στην Αμερική τα τελευταία 30 χρόνια. Επίσης, τα σχόλια των συγγραφέων σχετικά με την αποδοχή της ιδέας της κοινωνικής χρήσης του αλκοόλ από πρώην αλκοολικούς, δημιούργησαν σοβαρές αντιδράσεις τόσο από την κοινή γνώμη στις Η.Π.Α. όσο και από τα μέλη των επιστημονικών κοινοτήτων που υποστηρίζουν ότι η αποχή πρέπει να είναι ο μόνος στόχος των θεραπευτικών προγραμμάτων στην αντιμετώπιση του αλκοολισμού.

### **8.5 Αξιολόγηση θεραπευτικών προσεγγίσεων: μεθοδολογικά προβλήματα**

Τα συμπεράσματα της αξιολόγησης των θεραπευτικών προσεγγίσεων της εξάρτησης από το αλκοόλ είναι τα εξής:

1. Δεν φαίνεται να υπάρχουν σημαντικές διαφορές μεταξύ των θεραπευτικών προσεγγίσεων και ειδικών θεραπευτικών προγραμμάτων στη θεραπεία του αλκοολισμού (Ποταμιάνος 1986). Τα ποσοστά βελτίωσης που αναφέρονται σε κάθε προσέγγιση ποικίλουν μεταξύ 20-60% κατά μέσω όρο.
2. Τα αποτελέσματα της πλειοψηφίας των σχετικών ερευνών είναι αμφισβητήσιμα παρόλο που δεν θα ήταν δυνατό να υποστηριχτεί ότι τα υπάρχοντα «μοντέλα» θεραπείας του αλκοολισμού είναι αναποτελεσματικά.
3. Η ασάφεια και η αμφισβήτηση που διακρίνει τις μελέτες αξιολόγησης της αποτελεσματικότητας των θεραπευτικών προσεγγίσεων του αλκοολισμού εστιάζεται κυρίως στη μεθοδολογία

αυτών των ερευνών (δηλαδή σε ανεπάρκειες του σχεδιασμού και της εκτέλεσης των ερευνητικών προγραμμάτων). Εξάλλου αν λάβουμε υπόψη την γενικά αποδεκτή άποψη ότι η «μέθοδος φέρνει το αποτέλεσμα» η σχετική αναποτελεσματικότητα που διακρίνει την θεραπεία του αλκοολισμού δεν προκαλεί έκπληξη.

Σύμφωνα με τον Ποταμιάνο (1984), τα κυριότερα μεθοδολογικά προβλήματα που διακρίνουν τις έρευνες αξιολόγησης της θεραπείας του αλκοολισμού συνοψίζονται ως εξής:

### **1. Μη ελεγχόμενες κλινικές δοκιμασίες**

Έχει ήδη τονιστεί ότι η πλειοψηφία των ερευνών που αξιολογούν την αποτελεσματικότητα των θεραπευτικών προσεγγίσεων του αλκοολισμού είναι μη ελεγχόμενες μελέτες. Δηλαδή δεν περιλαμβάνουν ομάδα ελέγχου η οποία θα απέτρεπε τη σύγκριση με την πειραματική ομάδα. Αξίζει να τονιστεί επίσης ότι και στις έρευνες που περιλαμβάνουν ομάδα ελέγχου, πολύ συχνά η κατανομή των ασθενών δεν έγινε με τυχαίο τρόπο.

### **2. Περιγραφή του δείγματος**

Ο Edwards (1975) σχολιάζει, μεταξύ άλλων, ότι «...ελάχιστοι συγγραφείς έχουν ορίσει τα χαρακτηριστικά των αλκοολικών που μελετούν ...». Είναι ευνόητο ότι οι λεπτομερείς περιγραφή των χαρακτηριστικών των ασθενών μας δίνει μια καλύτερη εικόνα του πληθυσμού που μελετάμε, είναι ιδιαίτερα χρήσιμη στην ερμηνεία των αποτελεσμάτων και, πολύ συχνά, συγκεκριμένα χαρακτηριστικά έχουν προγνωστική αξία.

### **3. Κατάσταση ασθενών πριν τη θεραπεία**

Η συνηθισμένη περιγραφή των ασθενών πριν τη χορήγηση θεραπευτικής αγωγής περιορίζεται στα πλαίσια της κατανάλωσης της αλκοόλης και στις οργανικές ή ψυχιατρικές διαταραχές. Επιπρόσθετοι όμως παράμετροι όπως οι κοινωνικές, προσωπικές, οικογενειακές και εργασιακές σχέσεις που συχνά αγνοούνται από τις σχετικές μελέτες



έχουν ουσιαστική προσφορά στην αξιολόγηση της θεραπείας του αλκοολισμού.

#### **4. Περιγραφή των θεραπευτικών διαδικασιών**

Ήδη έχει αναφερθεί, στις επιμέρους αξιολογήσεις των θεραπευτικών προσεγγίσεων, η έλλειψη της περιγραφής των θεραπευτικών διαδικασιών στην πλειοψηφία των ερευνών αξιολόγησης. Η λεπτομερής περιγραφή των θεραπευτικών διαδικασιών φαίνεται απαραίτητη για τους εξής λόγους: πρώτον, είναι χρήσιμη για τη μελλοντική επανάληψη της μελέτης. Δεύτερον, μπορεί να αποσαφηνίσει πτυχές της θεραπευτικής αγωγής που είναι περισσότερο αποτελεσματικές από άλλες και τρίτο, μας δίνει την ευκαιρία να ελέγξουμε καλύτερα τις «θεραπευτικές μεταβλητές» και προσφέρει μεγαλύτερη πιθανότητα πρόγνωσης των θενών που παρουσιάζουν βελτίωση.

#### **5. Αξιοπιστία ερευνητικών στοιχείων**

Όπως είναι γνωστό, η συλλογή των ερευνητικών στοιχείων πραγματοποιείται διαμέσου προσωπικής συνέντευξης ή και ερωτηματολογίων. Με δεδομένο ότι πολλοί αλκοολικοί είναι αναξιόπιστοι όσον αφορά στην καθημερινή τους κατανάλωση της αλκοόλης, η αξιοπιστία των ερευνητικών στοιχείων συχνά αμφισβητείται. Σε πρόσφατο δημοσίευμα (Potamianos et al 1986) υποστηρίζεται ότι σε μελέτες όπου οι αναφορές των ασθενών διασταυρώθηκαν (cross-validation) με αυτές των συγγενών ή ατόμων του περιβάλλοντος του ασθενούς αυξήθηκε σημαντικά η εγκυρότητα και αξιοπιστία των συλλεχθέντων ερευνητικών στοιχείων.

#### **6. Κριτήρια αξιολόγησης θεραπευτικής αγωγής**

Είναι αξιοπρόσεκτο ότι όλες σχεδόν οι έρευνες που αξιολογούν την αποτελεσματικότητα της θεραπείας του αλκοολισμού αναφέρονται σε τρεις συγκεκριμένες παραμέτρους: α) το ποσοστό ασθενών σε αποχή, β) το ποσοστό ασθενών που παρουσίασαν βελτίωση και γ) το ποσοστό των ασθενών που δεν παρουσίασαν αλλαγή ή χειροτέρεψαν μετά το πέρας

της θεραπείας. Αυτό είναι βέβαια και το αντικείμενο της διερεύνησης στις περισσότερες κλινικές δοκιμασίες. Στην περίπτωση του αλκοολισμού όμως, οι παραπάνω διαστάσεις αξιολόγησης θεραπευτικών προσεγγίσεων μπορεί να είναι άκρως παραπλανητικές. Επίσης ενδιαφέρον είναι ότι μερικοί αλκοολικοί που παρουσίασαν βελτίωση ή απείχαν είτε αρχίζουν χρήση άλλων ουσιών εξάρτησης (νομίμων ή παρανόμων) είτε παρουσιάζουν έντονες διαταραχές προσωπικότητας ή κοινωνικής λειτουργικότητας.

Συνοψίζοντας την παρουσίαση της θεραπείας του αλκοολισμού, την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των διαφόρων θεραπευτικών προσεγγίσεων και τα ειδικά προβλήματα της μεθοδολογίας των σχετικών ερευνών, πρέπει να τονιστούν τα εξής:

- Ο προβληματισμός που αφορά στη μέθοδο και τα κριτήρια της θεραπευτικής αξιολόγησης πρέπει να οξυνθεί όχι μόνο για τη γενικότερη βελτίωση των επιστημονικών μεθόδων αλλά και προς αποφυγή του «θεραπευτικού κομματισμού» που διακρίνει τους επιστήμονες και άλλους «ειδικούς» που ασχολούνται με τις ουσίες εξάρτησης. (Το φαινόμενο της θεραπευτικής υπεροχής είναι ιδιαίτερα έντονο στη χώρα μας και φαίνεται να χαρακτηρίζει αριθμό «ειδικών» που δεν έχουν αξιολογήσει ποτέ τις υπηρεσίες που προσφέρουν).
- Όπως έχει ήδη σχολιαστεί (Ποταμιάνος 1990), έρευνες που στοχεύουν στην αξιολόγηση των χορηγουμένων υπηρεσιών αποτελούν τον ιδανικότερο τρόπο εκτίμησης και μελλοντικής αναθεώρησης αυτών των υπηρεσιών και κατανομής κρατικών δαπανών<sup>1</sup>.

## **8.6 Πρόληψη**

### **Εισαγωγή**

Με τον όρο πρόληψη εννοούμε ένα σύνολο μακρόχρονων κοινωνικών λειτουργιών και παροχών, στην υπηρεσία της οικογένειας και της νέας γενιάς, οι οποίες στοχεύουν να καταστήσουν τα νεαρά άτομα

αυτάρκη και ικανά να αντισταθούν από μόνα τους σε κάθε επιχειρούμενη προσπάθεια μύησης στη χρήση αλκοόλ<sup>27</sup>.

Η ενασχόληση μας με το θέμα της κατανάλωσης και της κατάχρησης της αλκοόλης μας οδήγησε, αναγκαστικά, στην ανασκόπηση μερικών σημαντικών πτυχών του πολύπλευρου και σύνθετου αυτού κοινωνικού φαινομένου. Όπως ήδη αναφέρθηκε, το φαινόμενο της προβληματικής κατανάλωσης της αλκοόλης αυξάνεται με γοργούς ρυθμούς σε παγκόσμια κλίμακα, τα προβλήματα που σχετίζονται με τον αλκοολισμό είναι πολυδιάστατα και οι προσπάθειες για την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των υπαρχόντων θεραπευτικών προσεγγίσεων χαρακτηρίζονται από ουσιαστικές μεθοδολογικές δυσκολίες. Αυτά τα δεδομένα δεν θα πρέπει να μας αφήσουν αδιάφορους ιδιαίτερα σε μια περίοδο έντονης κοινωνικής κρίσης όπως η σημερινή. Το εύλογο ερώτημα είναι τι μπορούμε να κάνουμε για να αντιμετωπίσουμε την ανοδική τάση της κατανάλωσης και της κατάχρησης του αλκοόλ.

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<sup>1</sup>:

Η αντιμετώπιση των αιτιών από την προσωπικότητα των ατόμων και από την κοινωνία, τα οποία κάνουν τα άτομα ευάλωτα και επιρρεπή προς τον αλκοολισμό. Βεβαίως, χρειάζεται μελέτη, προτάσεις, δουλειά. Θα πρέπει να χτυπηθεί η αδικία, να εκλείψει η ανεργία καθώς και η αναξιοκρατία, επειδή και αυτή γίνεται αιτία παραγκωνισμού των αξιών και των ικανών<sup>27</sup>.

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. Άδη το τμήμα φιλοσοφικών και κοινωνικών σπουδών του πανεπιστημίου της Κρήτης διαθέτει δύο εκπαιδευτικά προγράμματα με αποκλειστικό στόχο τις ουσίες εξάρτησης για την ενημέρωση των φοιτητών του<sup>1</sup>.

Η αξιοποίηση του ελεύθερου χρόνου για: **α)** ευρύτερη μόρφωση, **β)** ανάπτυξη δεξιοτήτων, **γ)** ψυχαγωγία, **δ)** άθληση και **ε)** υγεία, που σημαίνει την «πλήρη σωματική, ψυχική και κοινωνική ευεξία του ανθρώπου με αρμονία μεταξύ σώματος και ψυχής, ώστε με όλα αυτά να καλλιεργείται η καλύτερη ποιότητα των ανθρώπων». Επίσης, στ) και για ενεργό συμμετοχή σε πολιτιστικές δραστηριότητες και προσπάθειες προαγωγής των περιβαλλοντικών και κοινωνικών συνθηκών ζωής<sup>27</sup>.

Προσπάθειες με στόχο το κοινωνικό σύνολο οφείλουν να έχουν διπλή κατεύθυνση. Πρώτον, είναι απαραίτητα η επιστημονικά τεκμηριωμένη ενημέρωση του κοινού σε θέματα χρήσης και κατάχρησης της αλκοόλης. Η κοινωνία πρέπει να ενημερώνεται και όχι να φοβάται, όπως στην περίπτωση των ναρκωτικών. Ο καλώς πληροφορημένος πολίτης έχει «ενεργό» συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων που αφορούν στην υγεία του. Μ' αυτόν 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 κ.λ.π. Οι παραπάνω προτάσεις πρέπει να υλοποιηθούν με ενημερωτικά φυλλάδια, διαλέξεις, ανοικτές συζητήσεις και αξιοποίηση των Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης. Επιβολή αυξημένης φορολογίας στα οινοπνευματώδη ποτά, με σκοπό τη μείωση της επικράτησης του αλκοολισμού και των προβλημάτων που δημιουργεί το ποτό. Απαγόρευση κατανάλωσης οινοπνευματωδών ποτών σε άτομα ηλικίας κάτω των 18 ετών σε χώρους διασκέδασης και ψυχαγωγίας.

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.

Οι δικαστικές αρχές και η αστυνομία θα μπορούσαν να παίξουν θετικό ρόλο στην αναγνώριση και παραπομπή για θεραπεία του

προβληματικού πότη. **Ο αλκοολικός όπως και ο χρήστης άλλων ουσιών εξάρτησης χρειάζεται βοήθεια. Όχι τιμωρία<sup>1</sup>.**

Είναι γνωστό πως ο αλκοολικός δε γεννιέται. Γίνεται. Υπάρχουν όμως δύο κοινωνικές ομάδες, οι οποίες είναι ιδιαίτερα χρήσιμες για τη διαμόρφωση της υπεύθυνης προσωπικότητας του νέου ανθρώπου. Αυτές είναι οι υπεύθυνοι φορείς αγωγής. Οι γονείς όπου ασκούν το έργο τους στην οικογένεια και οι εκπαιδευτικοί που ασκούν το έργο τους στο σχολείο.

Η πρόληψη μπορεί να διακριθεί σε πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια.

### **Πρωτοβάθμια πρόληψη**

Αυτή περιλαμβάνει μέτρα για τον περιορισμό της χρήσης αλκοόλ. Έχει παρατηρηθεί σε ορισμένες χώρες, όπως π.χ. στη Μ. Βρετανία, ότι ο περιορισμός των ωρών πώλησης των αλκοολούχων ποτών και η αύξηση της τιμής τους συνέβαλλε στη μείωση του αλκοολισμού. Σε άλλες χώρες το μέτρο αυτό δεν είχε τα ίδια αποτελέσματα. Στη Σοβιετική Ένωση σε επίσημες εκδηλώσεις της πολιτείας –δεξιώσεις κ.λ.π.- δεν προσφέρονται οινοπνευματώδη ποτά. Η ενέργεια αυτή έχει στόχο να διδαχτεί το κοινωνικό σύνολο με το παράδειγμα της πολιτείας την αποχή από το αλκοόλ και σε μικρή ακόμη ποσότητα. Τα καταστήματα που διαθέτουν οινοπνευματώδη ποτά είναι περιορισμένα και ανοικτά ορισμένες ώρες. Τα μέτρα αυτά υποστηρίζεται ότι έχουν θετικό αποτέλεσμα.

### **Δευτεροβάθμια πρόληψη**

Η δευτεροβάθμια πρόληψη του αλκοολισμού συνίσταται στην πρώιμη ανίχνευση του ατόμου που έχει προβλήματα με την κατάχρηση του αλκοόλ, δηλαδή πριν ακόμη γίνει αλκοολικός. Αυτό είναι πολύ δύσκολο γιατί συνήθως κανείς δεν προσέρχεται στο γιατρό για υπερβολική λήψη αλκοόλ.

Διάφοροι μέθοδοι προτείνονται για την έγκαιρη διάγνωση του αν και δεν είναι ικανοποιητικές. Υποστηρίζεται δηλαδή ότι η συσχέτιση διαφόρων μεταβλητών είναι δυνατόν να συμβάλουν στην ανίχνευση

ατόμου που πιθανότατα είναι αλκοολικό. Οι μεταβολές αυτές θεωρείται ότι είναι το ατομικό αναμνηστικό προηγούμενου αλκοολισμού, η εξωτερική εμφάνιση του ατόμου, η αιτιολογία επίσκεψης στο γιατρό και ακόμη η οικογενειακή του κατάσταση.

Η εισαγωγή του αλκοολικού ατόμου σε ειδικό κέντρο για θεραπεία είναι απαραίτητη και αναγκαία αν και παρατηρούνται υποτροπές μετά τη θεραπεία αυτή<sup>26</sup>.

### **8.7 Ο ρόλος του νοσηλευτή**

Ο ρόλος του νοσηλευτή στην αποτοξίνωση του αλκοολικού ατόμου καλύπτει ευρύ φάσμα προοφοράς και φροντίδας μέσα και έξω από το νοσοκομείο.

Ως αποτοξίνωση νοείται η ιατρική διεργασία, με την οποία ο αλκοολικός ξεπερνά με ασφάλεια την περίοδο της αποστέρησης. Είναι γνωστό ότι το οινόπνευμα μπορεί να προκαλέσει σοβαρή οωματική εξάρτηση, με την εμφάνιση αλληλουχίας συμπτωμάτων, τα οποία παρουσιάζονται όταν το επίπεδο του οινόπνευματος στο αίμα είναι χαμηλό. Προσπατούμενο της όλης φροντίδας είναι η αποτοξίνωση, για άτομα φαρμακολογικώς εξαρτημένα από οινόπνευμα.

Η εφαρμογή και η αποτελεσματικότητα του προγράμματος αποτοξίνωσης και αναπροσαρμογής των ατόμων με προβλήματα σχετιζόμενα με το οινόπνευμα, βρίσκεται στα χέρια των νοσηλευτών. Η συμμετοχή του ατόμου στο πρόγραμμα είναι προϊόν δικής του ελεύθερης επιλογής.

#### **Το πρόγραμμα περιλαμβάνει**

1. Συμβουλευτική (ατομική ή ομαδική).
2. Εκπαίδευση του ατόμου και της οικογένειας για τον αλκοολισμό και τα προβλήματα που προκαλεί.
3. Ομάδες επικοινωνίας και έκφρασης συναισθημάτων.
4. Εξάσκηση κοινωνικών δεξιοτήτων.
5. Ομάδες αυτοβοήθειας.

6. Κοινωνικοοικονομική βοήθεια και αποκατάσταση.
7. Επαγγελματική αποκατάσταση.
8. Θεραπεία της οικογένειας

Το πρόγραμμα χωρίζεται σε δύο μέρη. Το πρώτο μέρος, που είναι η ενδονοσοκομειακή φροντίδα, αποτελείται από 4 φάσεις. Κάθε φάση μπορεί να διαρκέσει 1 βδομάδα ή και περισσότερο. Πιθανή παράταση της χρονικής διάρκειας μιας φάσης αποφασίζεται από τη θεραπευτική ομάδα και τον ενδιαφερόμενο.

Στη διάρκεια της 1<sup>ης</sup> φάσης, απαγορεύονται οι επισκέψεις και τα τηλεφωνήματα και το άτομο δεν εξέρχεται από την κλινική.

Στόχοι της απαγόρευσης είναι: α) Προστασία από εξωτερικά ερεθίσματα που θα ήταν δυνατόν να προκαλέσουν ανεπιθύμητες αντιδράσεις. β) Έλεγχος στη στέρηση και απόκτηση αυτοελέγχου. γ) Προστασία του ατόμου από τους πειρασμούς του περιβάλλοντος. δ) Πρόσκαιρη αποστασιοποίηση από τα προβλήματα του ίδιου και της οικογένειας του, για να μπορέσει να αντιμετωπίσει επιτυχέστερα τις δυσκολίες του και να προσαρμοσθεί στο περιβάλλον.

Ο νοσηλευτής/ σύμβουλος επικοινωνεί με την οικογένεια για ενημέρωση σχετικά με τους στόχους και τον τρόπο λειτουργίας του προγράμματος. Επιδιώκεται η συνεργασία της οικογένειας και η συμμετοχή, η αποδοχή και ο σεβασμός στο πρόγραμμα και την όλη προσπάθεια.

Κατά τη 2<sup>η</sup> φάση, χαλαρώνουν οι περιορισμοί και επιτρέπονται οι επισκέψεις. Μπορεί το άτομο να εξέρχεται της κλινικής, στο χώρο του νοσοκομείου, συνοδευόμενο από νοσηλεύη. Η παρουσία του νοσηλεύη είναι ενισχυτικός παράγοντας στις πρώτες επαφές του ατόμου με τα εξωτερικά ερεθίσματα και τους πειρασμούς. Παράλληλα εντατικοποιείται η συμβουλευτική διεργασία και η συμμετοχή του σε ομαδικά θεραπευτικά προγράμματα. Θίγονται και αντιμετωπίζονται τα προβλήματα, τα οποία επέφερε ο αλκοολισμός στην οικογένεια.

Κατά την 3<sup>η</sup> φάση, το άτομο μπορεί να κινείται στο χώρο του νοσοκομείου χωρίς συνοδεία και του επιτρέπονται ολιγόωρες έξοδοι από

το νοσοκομείο με συνοδεία από άτομα του άμεσου περιβάλλοντος του. Έτσι, δοκιμάζεται η δύναμη του ατόμου να αντιμετωπίσει το εκτός της κλινικής περιβάλλον. Παράλληλα, η όλη φροντίδα κατευθύνεται προς την κοινωνική επανεξέταση και επαγγελματική αποκατάσταση.

Κατά την 4<sup>η</sup> φάση, το άτομο πρέπει να είναι σε θέση να στηρίζεται στις δικές του δυνάμεις. Σε αυτό ενθαρρύνεται από το νοσηλευτή/σύμβουλο και από την υπόλοιπη θεραπευτική ομάδα στην υλοποίηση του στόχου, που είναι η πλήρης και συνεχής αποχή από το αλκοόλ και η επανένταξη του στο κοινωνικό σύνολο.

Το άτομο μπορεί να διανυκτερεύσει στο σπίτι του, στην εργασία του ή οπουδήποτε συμφωνήσει με το νοσηλευτή/ σύμβουλο του.

Με την ολοκλήρωση της 4<sup>ης</sup> φάσης συμπληρώνεται και το πρώτο μέρος του προγράμματος. Το δεύτερο μέρος, που είναι η εξωνοσοκομειακή φροντίδα, διαρκεί 2 χρόνια. Στο διάστημα αυτό, ο νοσηλευτής/ σύμβουλος και ο θεραπευόμενος καταρτίζουν πρόγραμμα επικοινωνίας και συναντήσεων. Επίσης, ο θεραπευόμενος λαμβάνει μέρος στις ομάδες αυτοβοήθειας.

### **8.8 Νοσηλευτική διεργασία**

Απώτερος στόχος και σκοπός της νοσηλευτικής διεργασίας είναι ο καθορισμός κατάλληλης εξατομικευμένης νοσηλευτικής φροντίδας. Τα σημεία που πρέπει να ληφθούν υπόψη είναι:

- ☉ Ανησυχία και αϋπνία.
- ☉ Χειροτέρευση διαίτας.
- ☉ Διαταραχή υγρών και ηλεκτρολυτών.
- ☉ Σπασμοί.
- ☉ Ψευδαισθήσεις και παραισθήσεις.
- ☉ Παραληρήματα.
- ☉ Αποπροσανατολισμός.
- ☉ Φόβος, εκθρότητα.
- ☉ Στερητικό σύνδρομο.
- ☉ Απόπειρες αυτοκτονίας.



Επιπροσθέτως, πρέπει να ληφθούν υπόψη κατά την αξιολόγηση και τα πιο κάτω πιθανά σωματικά προβλήματα:

- Παγκρεατίτιδα, κίρρωση, ηπατικό κώμα.
- Γαστρεντερική αιμορραγία, οισοφαγικοί κιρσοί.
- Χειροτέρευση νεφρικής λειτουργίας.
- Ασκίτης οίδημα των άκρων.

## **8.9 Νοσηλευτική διάγνωση**

### **Αντικείμενα της νοσηλευτικής διάγνωσης είναι:**

1. Αποπροσανατολισμός ή και σύγχυση που σχετίζονται με το στερητικό σύνδρομο και τη διαταραγμένη αντίληψη του περιβάλλοντος.
2. Πιθανοί τραυματισμοί στον εαυτό του ή σε άλλους σχετιζόμενοι με σπασμούς, τη διαταραγμένη αντίληψη του περιβάλλοντος, τα αισθήματα φόβου, τις απόπειρες αυτοκτονίας.
3. Προβλήματα διατροφής, σχετιζόμενα με τη χρόνια λήψη οινόπνευματος και τις κακές διατροφικές συνήθειες.
4. Διαταραχές της ομοιόστασης, σχετιζόμενες με το στερητικό σύνδρομο και τη διαταραχή υγρών και ηλεκτρολυτών.
5. Διαταραχή της ισορροπίας ανάπαυσης, ύπνου και δραστηριότητας, σχετιζόμενη με το στερητικό σύνδρομο, τα αισθήματα φόβου, την ανησυχία, τις ψευδαισθήσεις, την ταραχή.

### **Οι άμεσοι στόχοι της νοσηλευτικής παρέμβασης είναι:**

1. Αποκατάσταση της σωματικής λειτουργίας και της σωματικής ασφάλειας χωρίς τραυματισμούς.
2. Προσανατολισμός του θεραπευόμενου στην πραγματικότητα.
3. Διατροφή σύμφωνα με κατάλληλο πρότυπο.
4. Εμφανής μείωση της εχθρότητας ή της επιθετικής συμπεριφοράς.
5. Αποκατάσταση και διατήρηση της ομοιόστασης.
6. Αποκατάσταση της ισορροπίας, της ανάπαυσης, του ύπνου και της δραστηριότητας.

### **Στόχοι μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας**

1. Αποχή από το οινόπνευμα ή και από άλλα φάρμακα.
2. Διατήρηση ικανοποιητικού επιπέδου φυσικής υγείας.
3. Συμφωνία για συμμετοχή στο πρόγραμμα αποτοξίνωσης και αναπροσαρμογής.
4. Αντιμετώπιση νομικών καταστάσεων και άλλων δυσκολιών.

### **8.10 Στερητικό σύνδρομο και νοσηλευτική φροντίδα**

Σε περίπτωση που θα παρουσιαστεί το στερητικό σύνδρομο, οι νοσηλευτές πρέπει να είναι σε θέση να αντιμετωπίσουν την όλη κατάσταση και να δώσουν τέτοια φροντίδα, ώστε ο πάσχων να εξέλθει από την κατάσταση με όσο το δυνατόν λιγότερες συνέπειες.

Με τον όρο στερητικό σύνδρομο εννοούμε ένα σύνολο νοσηρών εκδηλώσεων που ακολουθεί την αποχή ή την σημαντική μείωση του οινοπνεύματος, ενώ προηγείται περίοδος χρόνιας λήψης. Το στερητικό σύνδρομο διακρίνεται σε μικρό σύνδρομο αποστέρησης (Μ.Σ.Α.) και σε τρομώδες παραλήρημα.

Το Μ.Σ.Α. παρουσιάζεται σε μεγαλύτερη συχνότητα και τα κύρια συμπτώματα είναι τρόμος και εφίδρωση. Ο τρόμος είναι προάγγελος του Μ.Σ.Α. και κυμαίνεται από ελαφρύ τρόμο των χεριών μέχρι τρόμο ολόκληρου του σώματος. Πιθανόν να εμφανιστούν μεγάλες επιληπτικές προσβολές με απώλεια της συνείδησης. Οι προσβολές αυτές σχετίζονται καθαρά με την αποστέρηση. Ποσοστό 25% παρουσιάζει εφιάλτες και παραισθήσεις. Πιθανόν να παρουσιαστούν οπτικές ή ακουστικές ψευδαισθήσεις. Άλλα συμπτώματα, όπως ανορεξία, ναυτία, εμετός, διάρροια, αϋπνία και γενική αδυναμία, είναι συνηθισμένο φαινόμενο.

Το τρομώδες παραλήρημα (Τ.Π.) είναι σοβαρή διαταραχή που χρειάζεται πάντοτε νοσοκομειακή φροντίδα. Παρουσιάζεται περίπου σε 4,5%-8% των ατόμων με σύνδρομο αποστέρησης. Μπορεί να παρουσιαστεί μεταξύ 40 και 80 ωρών από τη διακοπή λήψης ποτού ή τη σημαντική μείωση του. Η κλινική εικόνα είναι εντυπωσιακή με το βαθύ αποπροσανατολισμό και τις διαταραχές της αντίληψης. Υπάρχει αύξηση

της ψυχοκινητικής δραστηριότητας, που χαρακτηρίζεται από εξαιρετική ανησυχία, τρόμο και έντονες ψευδαισθήσεις. Η αύξηση της αυτόνομης ενεργητικότητας προκαλεί πυρετό, ταχυκαρδία και άφθονη εφίδρωση.

Η θνητότητα κυμαίνεται γύρω στο 15% των περιπτώσεων. Υποστηρίζεται επίσης ότι, όταν εμφανιστεί το Τ.Π, κανένα φάρμακο δεν μπορεί να το ανακόψει.

Η νοσηλευτική φροντίδα στο στερητικό σύνδρομο είναι ζωτικής σημασίας. Τα σημεία που πρέπει να ληφθούν υπόψη είναι:

Ψυχολογική υποστήριξη.

1. Ζωτικά σημεία
2. Διατροφή
3. Φάρμακα
4. Ενυδάτωση
5. Υγιεινή, περιβάλλον

### **Περιβάλλον**

Η νοσηλεία ατόμων με συμπτώματα στερητικού συνδρόμου πρέπει να γίνεται σε ήσυχο και καλά φωτισμένο δωμάτιο. Δεν πρέπει να αφήνονται στο σκοτάδι.

Χαμηλός φωτισμός ή γωνίες του δωματίου με ανεπαρκή φωτισμό μπορεί να επιτείνουν τις υπάρχουσες παραισθήσεις και ψευδαισθήσεις. Επίσης, ο θόρυβος προκαλεί ανησυχία, διότι σε τέτοιες καταστάσεις τα άτομα ταραζονται εύκολα.

### **Φάρμακα**

Οι περισσότεροι γιατροί συνταγογραφούν κατασταλτικά φάρμακα για την αντιμετώπιση του συνδρόμου, ανάλογα με την κατάσταση που εμφανίζει το άτομο καθημερινά. Παρ' όλα αυτά, ο νοσηλευτής μπορεί να παρατηρήσει χειροτέρευση των συμπτωμάτων ή να παρατηρήσει σημεία υπερβολικής δόσης φαρμάκου. Η γρήγορη αναφορά των παρατηρήσεων είναι βασικής σημασίας. Στην Αγγλία, υπάρχουν γιατροί που επιτρέπουν στους νοσοκόμους να προσαρμόζουν τα φάρμακα ανάλογα με την κατάσταση, μέσα σε καθορισμένα πλαίσια.

Το στερητικό σύνδρομο συνήθως ξεπερνιέται χωρίς δυσάρεστες περιπέτειες. Αυτό οφείλεται σε μεγάλο μέρος στη νοσηλευτική και ιατρική φροντίδα. Η φροντίδα που παρέχεται έχει ευμενή επίδραση στη νοσηρότητα και τη θνητότητα. Παράλληλα, η στενή σχέση που αναπτύσσεται κατά τη διάρκεια της νοσηλευτικής φροντίδας θέτει τα θεμέλια για την επιτυχή ανακοπή της εξάρτησης από το οινόπνευμα<sup>28</sup>.

## ΔΕΥΤΕΡΟ ΜΕΡΟΣ

### Εισαγωγή

Παρατηρώντας την Εθνική Στατιστική Υπηρεσία βλέπουμε ότι η κατά κεφαλή και κατ' έτος κατανάλωση είναι 18-20 λίτρα καθαρού οινοπνεύματος, η κατανάλωση του οποίου έχει αυξηθεί τα τελευταία 20 χρόνια. Σκοπός της έρευνας αυτής είναι να ερευνησουμε αν πράγματι υπάρχει αύξηση των αλκοολούχων ποτών και του επιπέδου επικινδυνότητας τους.

Η κατάχρηση οινοπνεύματος έχει συνδεθεί με διάφορες ασθένειες και χρόνιες νοσηρές καταστάσεις όπως παθήσεις του ήπατος, καρδιακά νοσήματα, κάποιες μορφές καρκίνου, έλκος και γενετικές δυσπλασίες όπως επίσης έχει κατηγορηθεί για κοινωνικά προβλήματα όπως περιστατικά βίας μέσα στην οικογένεια, εγκληματικότητα και ανεργία. Τέλος, μολονότι το ποσοστό ευθύνης δεν μπορεί να υπολογιστεί επακριβώς, δεν πρέπει να παραβλέπεται το ότι η χρήση οινοπνευματωδών ποτών ευθύνεται για μεγάλο ποσοστό τροχαίων ατυχημάτων και προσωπικών τραυματισμών.

### Μεθοδολογία

Η έρευνα άρχισε από 1<sup>η</sup> Σεπτεμβρίου του 2003 μέχρι 15 Δεκεμβρίου 2003. Χρησιμοποιήσαμε το Διεθνές Ερωτηματολόγιο Audit (Alcohol Use Disorders Identification Test).

Το AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) είναι ένα ερωτηματολόγιο που απαρτίζεται από 10 ερωτήσεις και έχει σκοπό να καταδείξει πιθανά προβλήματα εξάρτησης από το αλκοόλ.

Η μέθοδος έχει αναπτυχθεί από τον WHO και έχει ελεγχθεί αρχικά σε μια μελέτη που συμμετείχαν άτομα από έξι χώρες (4 από τον βιομηχανικό βορά και 2 από χώρες που βρίσκονται υπό ανάπτυξη (Saunders et al, 1993). Οι ερωτήσεις αλλά και γενικά η δομή του τεστ

αυτού έχει δώσει αξιόπιστα αποτελέσματα παρά τις πολιτιστικές διαφορές των ερωτηθέντων (κρίσιμος παράγοντας σε τέτοιου τύπου μελέτες).

Το AUDIT διαφέρει από προγενέστερα αντίστοιχα τεστ στο ότι προσπαθεί να αναγνωρίσει κυρίως πρώιμα συμπτώματα εξάρτησης και εθισμού από το αλκοόλ. Έχει αποδειχθεί ότι τόσο η ευαισθησία όσο και η ειδικότητά του AUDIT είναι αρκετά υψηλές (80% και 89% αντίστοιχα) σε πληθυσμούς που περιλαμβάνουν τόσο κανονικούς όσο και συχνούς πότες (Medina-Mora et al, 1998). Το ερωτηματολόγιο αυτό έχει χρησιμοποιηθεί στις ΗΠΑ, στην Δυτική Ευρώπη στην Αυστραλία και στην Νέα Ζηλανδία.

Οι τρεις πρώτες ερωτήσεις του AUDIT αφορούν την ποσότητα και την ποιότητα της κατανάλωσης αλκοόλ, ενώ οι υπόλοιπες επτά ερωτήσεις ασχολούνται με προβλήματα που απορρέουν από την κατανάλωση καθώς και με τα συμπτώματα εξάρτησης.

Σε κάθε ερώτηση δίδεται μια βαθμολογία (ανάλογα με την απάντηση) από 0 έως 4.

Οι απαντήσεις αθροίζονται δίδοντας μια τιμή κατάταξης (AUDIT score) για κάθε έναν από τους ερωτηθέντες, με το 40 να είναι η μέγιστη τιμή.

Τιμές ίσες ή μεγαλύτερες του 8 θεωρούνται ενδεικτικές προβλημάτων σχετιζόμενων με το αλκοόλ (Conigrave et al, 1995 Medina-Mora et al, 1998).

Μια επίσης χρήσιμη και πιο λεπτομερής κατάταξη των προβλημάτων κατανάλωσης του αλκοόλ που βασίζεται στην βαθμολόγηση των αποτελεσμάτων του AUDIT δημοσιεύτηκε από τον Fleming (1996), αλλά η αξία της δεν έχει θεμελιωθεί επαρκώς, οπότε και δεν εφαρμόστηκε στην έρευνα αυτή.

Οι πίνακες που έχουν εξαχθεί από την βάση δεδομένων είναι δύο τύπων:

Οι απλοί πίνακες που περιγράφουν τον αριθμό των απαντήσεων και είναι πίνακες συχνότητων και οι σύνθετοι πίνακες (πολυχωρικοί) που περιγράφουν τον αριθμό των απαντήσεων σε ένα πεδίο δεδομένου κάποιου άλλου (πχ φύλο ανάλογα με την συχνότητα κατανάλωσης

αλκοόλ). Οι απλοί πίνακες συχνοτήτων καλύπτουν το σύνολο των απαντήσεων και αποτελούνται από τρεις αριθμητικές στήλες :

α) τη στήλη του αριθμού των απαντήσεων

β) τη στήλη με τα % επί του συνόλου (δηλαδή 195 ή λιγότερα αν δεν υπήρχαν δεδομένες απαντήσεις)

γ) η στήλη με τα αθροισμένα % όπου μπορούν να εξάγονται γενικευμένα συμπεράσματα ή να λαμβάνονται τα δεδομένα υποκατηγορίας σε σχέση με το σύνολο των ερωτηθέντων.

Οι σύνθετοι πίνακες καλύπτουν τα πιο σημαντικά θέματα αλλά και αυτά που είναι δυνατό να παρουσιασθούν χωρίς να κουράσουν ή χωρίς να είναι πολύ δυσνόητα. Όπου ήταν εφικτό οι απαντήσεις των ερωτήσεων στους σύνθετους πίνακες ελέγχθηκαν για την στατιστική τους σημαντικότητα με την δοκιμασία  $\chi^2$ -τετράγωνο ( $\chi^2$ ). Η δοκιμασία αυτή ελέγχει την ανεξαρτησία γραμμών και στηλών σε ένα πίνακα απαντήσεων. Πιθανότητα  $p < 0.05$  δείχνει ότι οι απαντήσεις δεν είναι τυχαίες αλλά επηρεάζονται από τις στήλες ή τις γραμμές του πίνακα. Ανάλογα, πιθανότητα μεγαλύτερη της παραπάνω τιμής ( $p > 0.05$ ) σημαίνει ότι δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές.

Οι βαθμοί ελευθερίας της δοκιμασίας (B.E.) είναι απλά ένα μαθηματικό μέγεθος το οποίο είναι απαραίτητο να παρουσιάζεται μαζί με την τιμή του  $\chi^2$  και το  $p$ . Όλοι οι πίνακες συχνοτήτων έχουν και ένα αντίστοιχο σχήμα.

Κάποιοι πίνακες ή σχήματα μπορεί να μην είναι ιδιαίτερα σημαντικά αλλά είναι αποτελέσματα της έρευνας και μπορούν να παρουσιασθούν χωρίς ιδιαίτερο σχολιασμό.

**ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΟΙ**

**ΠΙΝΑΚΕΣ**



**Πίνακας 1: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το φύλο.**

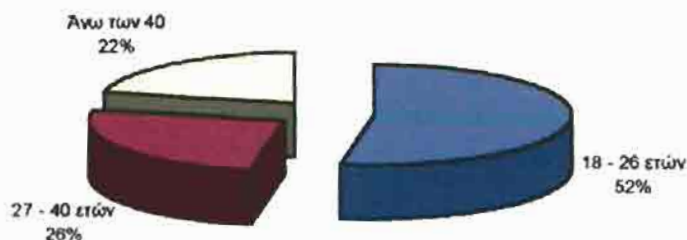
	Απαντήσεις	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Άρρεν	94	48,2	48,2
Θήλυ	101	51,8	100,0
Σύνολο	195	100,0	

Το δείγμα είναι ισορροπημένο όσον αφορά την συμμετοχή των δύο φύλων.

**Σχήμα 1: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το φύλο****Πίνακας 2: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την ηλικιακή ομάδα.**

	Απαντήσεις	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
18 - 26 ετών	103	52,8	52,8
27 - 40 ετών	50	25,6	78,5
Άνω των 40	42	21,5	100,0
Σύνολο	195	100,0	

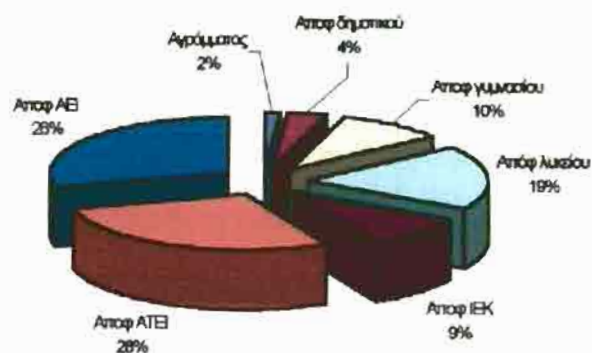
Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα 18 - 26 ετών.

**Σχήμα 2: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την ηλικιακή ομάδα**

**Πίνακας 3: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τις γραμματικές γνώσεις.**

	Απαντήσεις	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Αγράμματος	3	1,5	1,5
Απόφ δημοτικού	7	3,6	5,1
Απόφ γυμνασίου	19	9,7	14,9
Απόφ λυκείου	36	18,5	33,3
Αποφ ΙΕΚ	18	9,2	42,6
Αποφ ΑΤΕΙ	55	28,2	70,8
Αποφ ΑΕΙ	57	29,2	100,0
Σύνολο	195	100,0	

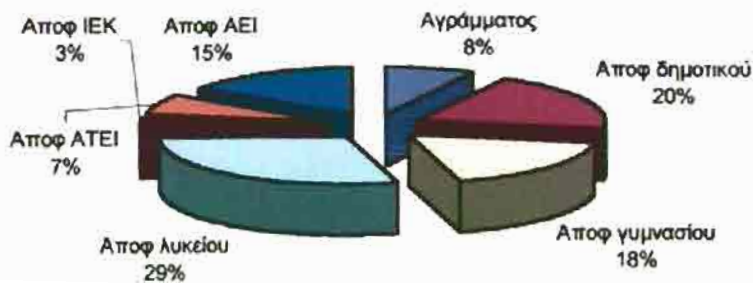
Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων είναι απόφοιτοι ανωτάτων εκπαιδευτικών ιδρυμάτων.

**Σχήμα 3: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τις γραμματικές γνώσεις**

**Πίνακας 4: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τις γραμματικές γνώσεις του πατέρα.**

	Απαντήσεις	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Αγράμματος	15	7,7	7,7
Αποφ δημοτικού	39	20,0	27,7
Αποφ γυμνασίου	35	17,9	45,6
Απόφ λυκείου	57	29,2	74,9
Αποφ ΙΕΚ	6	3,1	77,9
Αποφ ΑΤΕΙ	13	6,7	84,6
Αποφ ΑΕΙ	30	15,4	100,0
Σύνολο	195	100,0	

**Σχήμα 4: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τις γραμματικές γνώσεις του πατέρα των ερωτηθέντων**

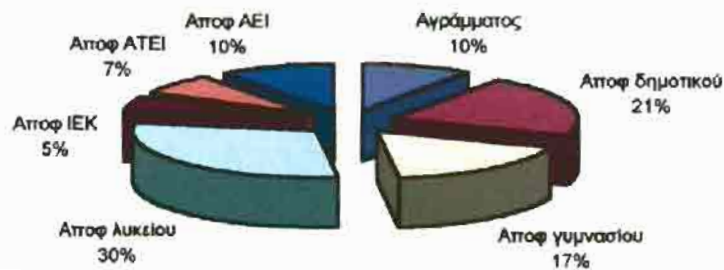


**Πίνακας 5: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τις γραμματικές γνώσεις της μητέρας.**

	Απαντήσεις	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Αγράμματος	19	9,7	9,7
Αποφ δημοτικού	41	21,0	30,8
Αποφ γυμνασίου	34	17,4	48,2
Απόφ λυκείου	57	29,2	77,4
Αποφ ΙΕΚ	10	5,1	82,6
Αποφ ΑΤΕΙ	14	7,2	89,7
Αποφ ΑΕΙ	20	10,3	100,0
Σύνολο	195	100,0	

Η πλειοψηφία των γονιών των ερωτηθέντων είναι απόφοιτοι μεσαίων βαθμίδων εκπαίδευσης. Περισσότερο οι πατέρες τους σε σχέση με τις μητέρες εμφανίζονται κάτοχοι πτυχίων.

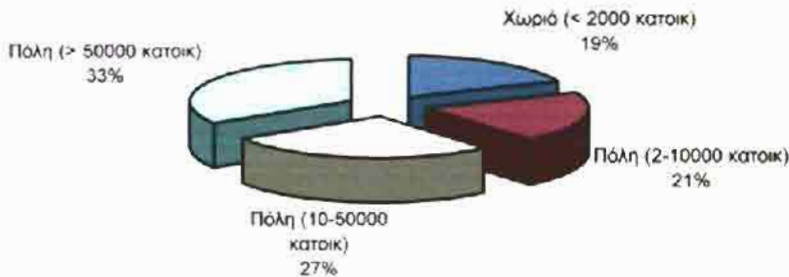
**Εχθήμα 5: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τις γραμματικές γνώσεις της μητέρας των ερωτηθέντων**



**Πίνακας 6: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τον τόπο γέννησης.**

	Απαντήσεις	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Χωριό (< 2000 κάτοικ)	36	18,5	18,5
Πόλη (2-10000 κάτοικ)	40	20,5	39,0
Πόλη (10-50000 κάτοικ)	53	27,2	66,2
Πόλη (> 50000 κάτοικ)	66	33,8	100,0
Σύνολο	195	100,0	

Το μεγαλύτερο ποσοστό υποδεικνύουν σαν τόπο γέννησης μεγάλη πόλη.

**Σχήμα 6: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τον τόπο γέννησης****Πίνακας 7: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τον τόπο κατοικίας των 5 τελευταίων ετών.**

	Απαντήσεις	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Πόλη (> 50000 κάτοικ)	195	100,0	100,0

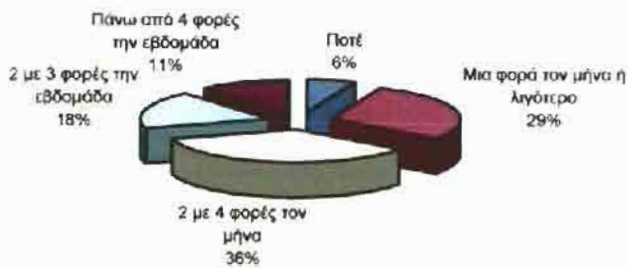
Το σύνολο των ερωτηθέντων δήλωσαν ότι διαμένουν τα τελευταία 5 χρόνια σε μεγάλη πόλη (Πάτρα).

**Πίνακας 8: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το πόσο συχνά πίνουν αλκοολούχα ποτά**

	Απαντήσεις	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Ποτέ	12	6,2	6,2
Μια φορά τον μήνα ή λιγότερο	56	28,7	34,9
2 με 4 φορές τον μήνα	69	35,4	70,3
2 με 3 φορές την εβδομάδα	36	18,5	88,7
Πάνω από 4 φορές την εβδομάδα	22	11,3	100,0
Σύνολο	195	100,0	

Η πλειοψηφία δηλώνει συχνότητα κατανάλωσης αλκοόλ τις 2 με 4 φορές τον μήνα ή λιγότερο. Μόνο το 6,2% δήλωσε ότι δεν πίνει ποτέ.

Σχήμα 8: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την συχνότητα κατανάλωσης αλκοόλ

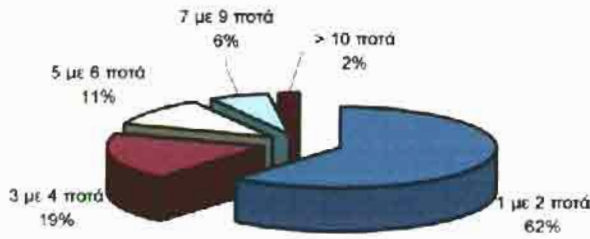


**Πίνακας 9: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τον αριθμό των αλκοολούχων ποτών που πίνουν σε μια τυπική ημέρα.**

	Απαντήσεις	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
1 με 2	120	61,5	61,5
3 με 4	37	19,0	80,5
5 με 6	22	11,3	91,8
7 με 9	12	6,2	97,9
> 10	4	2,1	100,0
Σύνολο	195	100,0	

Όταν πίνουν, η πλειοψηφία δηλώνει ότι πίνει 1 με 2 ποτά.

Σχήμα 9: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τον αριθμό των ποτών που πίνουν σε μια ημέρα

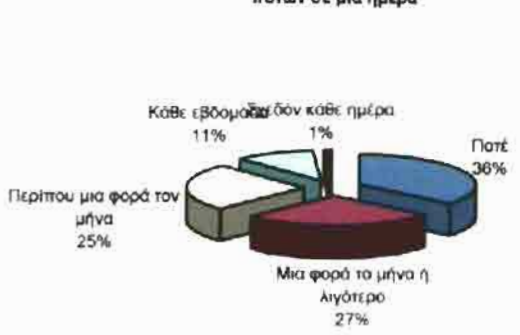


Πίνακας 10: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το πόσο συχνά πίνουν 6 ή περισσότερα αλκοολούχα ποτά σε μια περίπτωση

	Απαντήσεις	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Ποτέ	70	35,9	35,9
Μια φορά το μήνα ή λιγότερο	52	26,7	62,6
Περίπου μια φορά τον μήνα	49	25,1	87,7
Κάθε εβδομάδα	22	11,3	99,0
Σχεδόν κάθε ημέρα	2	1,0	100,0
Σύνολο	195	100,0	

Ένα ποσοστό 11,3% δηλώνει υψηλή κατανάλωση με συχνότητα μία φορά την εβδομάδα.

Σχήμα 10: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την συχνότητα κατανάλωσης 6 ή περισσότερων ποτών σε μία ημέρα

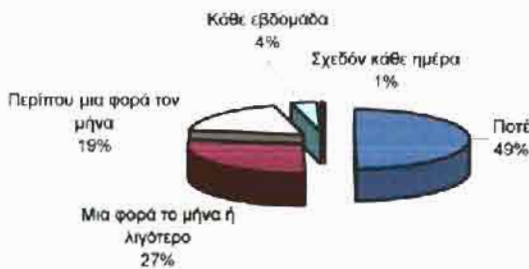


**Πίνακας 11: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το πόσες φορές τον τελευταίο χρόνο δεν μπορούσαν να σταματήσουν να πίνουν σε κάποια περίπτωση.**

	Απαντήσεις	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Ποτέ	97	49,7	49,7
Μια φορά το μήνα ή λιγότερο	54	27,7	77,4
Περίπου μια φορά τον μήνα	36	18,5	95,9
Κάθε εβδομάδα	7	3,6	99,5
Σχεδόν κάθε ημέρα	1	,5	100,0
Σύνολο	195	100,0	

Σχεδόν το μισό δείγμα δηλώνει ότι τουλάχιστον 12 φορές στον τελευταίο χρόνο δεν μπορούσαν σε κάποια περίπτωση να σταματήσουν να πίνουν.

**Σχήμα 11: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το πόσες φορές τον τελευταίο χρόνο δεν μπορούσαν να σταματήσουν το ποτό σε κάποια περίπτωση.**



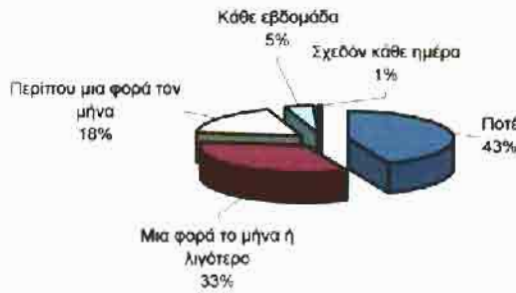
**Πίνακας 12: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το πόσες φορές τον τελευταίο χρόνο συμπεριφέρθηκαν «έξω από τα συνηθισμένα» εξαιτίας του ποτού.**

	Απαντήσεις	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Ποτέ	85	43,6	43,6
Μια φορά το μήνα ή λιγότερο	65	33,3	76,9
Περίπου μια φορά τον μήνα	35	17,9	94,9
Κάθε εβδομάδα	9	4,6	99,5
Σχεδόν κάθε ημέρα	1	,5	100,0
Σύνολο	195	100,0	

Σχεδόν οι μισοί δηλώνουν ότι σε περισσότερες από 12 φορές τον χρόνο δεν μπορούν να ελέγξουν τον εαυτό τους εξαιτίας του ποτού.



Σχήμα 12: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το πόσες φορές τον τελευταίο χρόνο συμπεριφέρθηκαν «έξω από τα συνηθισμένα» εξαιτίας του ποτού.

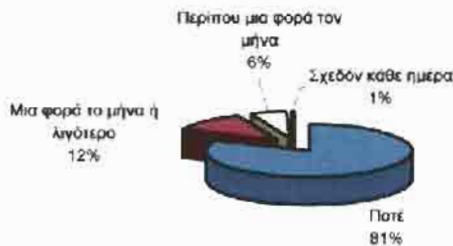


Πίνακας 13: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το πόσες φορές τον τελευταίο χρόνο μετά από μια βραδιά με ποτά ήθελαν να πιουν ένα ακόμη το πρωί.

	Απαντήσεις	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Ποτέ	159	81,5	81,5
Μια φορά το μήνα ή λιγότερο	24	12,3	93,8
Περίπου μια φορά τον μήνα	11	5,6	99,5
Σχεδόν κάθε ημέρα	1	,5	100,0
Σύνολο	195	100,0	

Η πλειοψηφία δηλώνει ότι δεν έχει νοιώσει την ανάγκη ποτού το πρωί.

Σχήμα 13: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το πόσες φορές τον τελευταίο χρόνο μετά από μια βραδιά με ποτά ήθελαν να πιουν ένα ακόμη το πρωί.



Πίνακας 14: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το πόσες φορές τον τελευταίο χρόνο ένοιωσαν ότι το παράκαναν με το ποτό.

	Απαντήσεις	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Ποτέ	65	33,3	33,3
Μια φορά το μήνα ή λιγότερο	70	35,9	69,2
Περίπου μια φορά τον μήνα	43	22,1	91,3
Κάθε εβδομάδα	17	8,7	100,0
Σύνολο	195	100,0	

Μεγάλο ποσοστό ερωτηθέντων δηλώνουν ότι τουλάχιστον μία φορά τον μήνα το παράκαναν με το ποτό.

Σχήμα 14: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το πόσες φορές τον τελευταίο χρόνο ένοιωσαν ότι το παράκαναν με το ποτό.

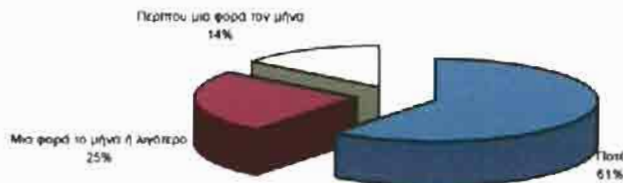


Πίνακας 15: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το πόσες φορές τον τελευταίο χρόνο έτυχε να μην θυμούνται τίποτα από το προηγούμενο βράδυ εξαιτίας του ποτού.

	Απαντήσεις	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Ποτέ	118	60,5	60,5
Μια φορά το μήνα ή λιγότερο	49	25,1	85,6
Περίπου μια φορά τον μήνα	28	14,4	100,0
Σύνολο	195	100,0	

Ένας στους τέσσερις δηλώνει κενά μνήμης εξαιτίας του ποτού.

Σχήμα 16: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το πόσες φορές τον τελευταίο χρόνο έτυχε να μην θυμούνται τίποτα από το προηγούμενο βράδυ εξαιτίας του ποτού.

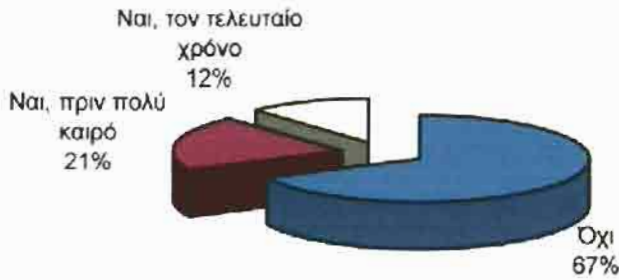


Πίνακας 16: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το εάν έχουν εξαιτίας του ποτού τραυματισθεί ή τραυματίσει κάποιον.

	Απαντήσεις	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Όχι	132	67,7	67,7
Ναι, πριν πολύ καιρό	40	20,5	88,2
Ναι, τον τελευταίο χρόνο	23	11,8	100,0
Σύνολο	195	100,0	

Ποσοστό σχεδόν 30% απαντάει καταφατικά στην ερώτηση αυτή.

**Σχήμα 16: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το εάν έχουν εξαίτιας του ποτού τραυματισθεί ή τραυματίσει κάποιον**

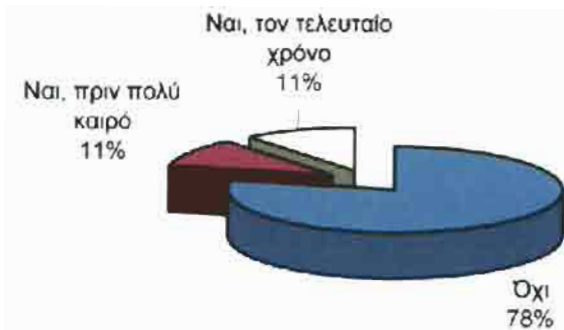


**Πίνακας 17: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το εάν έχουν δεχθεί συμβουλές για να μειώσουν το ποτό.**

	Απαντήσεις	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Όχι	153	78,5	78,5
Ναι, πριν πολύ καιρό	21	10,8	89,2
Ναι, τον τελευταίο χρόνο	21	10,8	100,0
Σύνολο	195	100,0	

Ποσοστό 22% απαντάει καταφατικά στην ερώτηση αυτή.

**Σχήμα 17: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το εάν έχουν δεχθεί συμβουλές για να μειώσουν το ποτό**



**Πίνακας 18: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το φύλο και τις γραμματικές γνώσεις.**

Γραμματικές γνώσεις	Φύλο		Σύνολο
	Άρρεν	Θήλυ	
Αγράμματος	3 3,2%	0 ,0%	3 1,5%
Αποφ δημοτικού	5 5,3%	2 2,0%	7 3,6%
Αποφ γυμνασίου	12 12,8%	7 6,9%	19 9,7%
Απόφ λυκείου	19 20,2%	17 16,8%	36 18,5%
Αποφ ΙΕΚ	8 8,5%	10 9,9%	18 9,2%
Αποφ ΑΤΕΙ	19 20,2%	36 35,6%	55 28,2%
Αποφ ΑΕΙ	28 29,8%	29 28,7%	57 29,2%
Σύνολο	94 100,0%	101 100,0%	195 100,0%

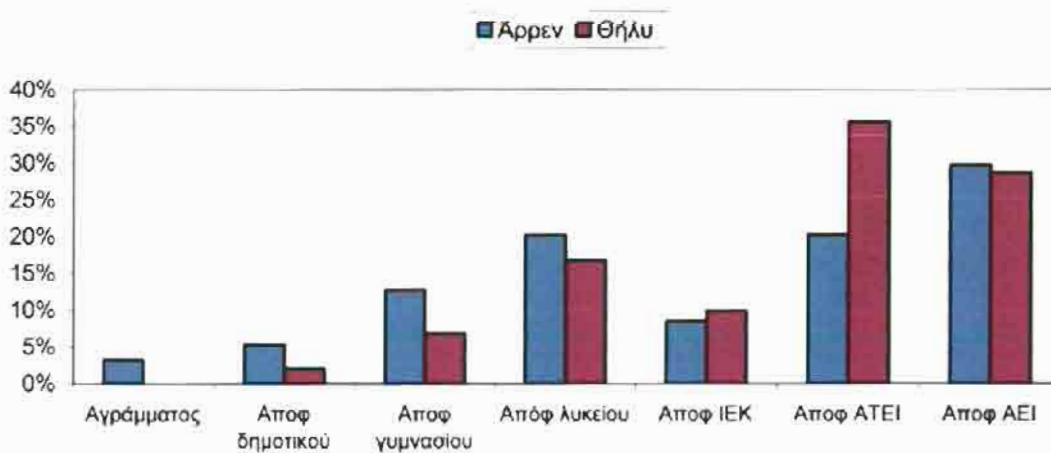
$$\chi^2 = 10,97$$

$$B.E. = 6$$

$$p = 0,089$$

Δεν υπάρχουν πραγματικές διαφορές στο επίπεδο εκπαίδευσης των αντρών και των γυναικών που συμμετείχαν στην έρευνα.

**Σχήμα 18: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το φύλο και τις γραμματικές γνώσεις**



**Πίνακας 19: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τις γραμματικές γνώσεις του πατέρα και το φύλο.**

Γραμματικές γνώσεις πατέρα	Φύλο		Σύνολο	
	Άρρεν	Θήλυ		
Αγράμματος	7	8	15	
	7,4%	7,9%	7,7%	
	Αποφ δημοτικού	15	24	39
		16,0%	23,8%	20,0%
	Αποφ γυμνασίου	13	22	35
		13,8%	21,8%	17,9%
	Απόφ λυκείου	28	29	57
		29,8%	28,7%	29,2%
Αποφ ΙΕΚ	4	2	6	
	4,3%	2,0%	3,1%	
Αποφ ΑΤΕΙ	9	4	13	
	9,6%	4,0%	6,7%	
Αποφ ΑΕΙ	18	12	30	
	19,1%	11,9%	15,4%	
Σύνολο	94	101	195	
	100,0%	100,0%	100,0%	

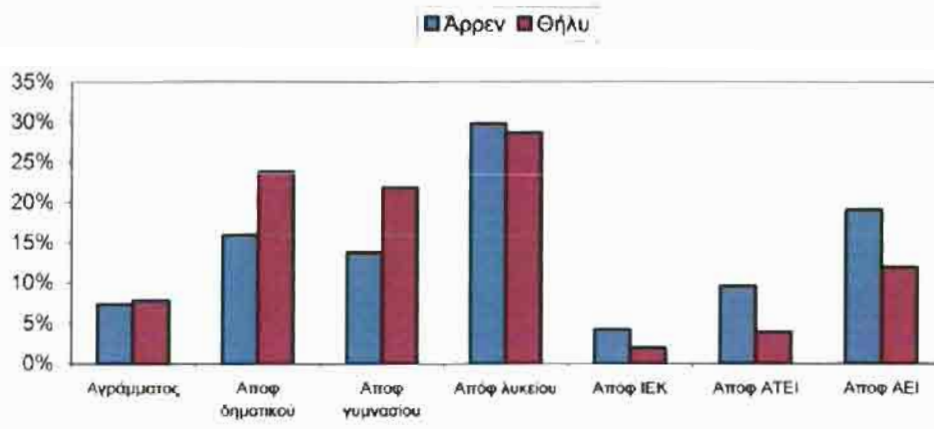
$$\chi^2 = 8,024$$

$$B.E. = 6$$

$$p = 0,236$$

Δεν υπάρχουν διαφορές στις γραμματικές γνώσεις του πατέρα των ανδρών και των γυναικών της έρευνας.

**Σχήμα 19: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τις γραμματικές γνώσεις του πατέρα και το φύλο**



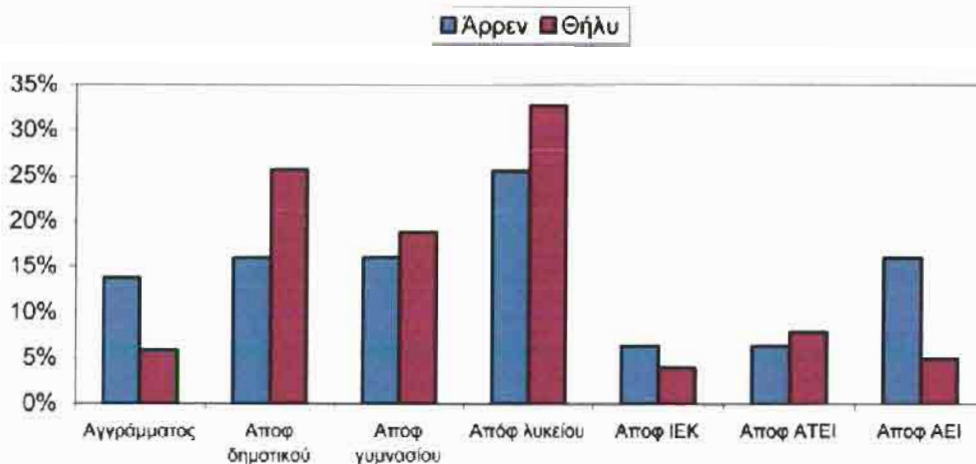
**Πίνακας 20: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τις γραμματικές γνώσεις της μητέρας**

Γραμματικές γνώσεις μητέρας	Φύλο		Σύνολο	
	Άρρεν	Θήλυ		
Γραμματικές γνώσεις μητέρας	Αγράμματος	13 13,8%	6 5,9%	19 9,7%
	Αποφ δημοτικού	15 16,0%	26 25,7%	41 21,0%
	Αποφ γυμνασίου	15 16,0%	19 18,8%	34 17,4%
	Απόφ λυκείου	24 25,5%	33 32,7%	57 29,2%
	Αποφ ΙΕΚ	6 6,4%	4 4,0%	10 5,1%
	Αποφ ΑΤΕΙ	6 6,4%	8 7,9%	14 7,2%
	Αποφ ΑΕΙ	15 16,0%	5 5,0%	20 10,3%
	Σύνολο	94 100,0%	101 100,0%	195 100,0%

$\chi^2 = 12,87$     Β.Ε. = 6     $p = 0,045$

Υπάρχει μια μικρή οριακή διαφορά στο επίπεδο των γνώσεων στις μητέρες των ανδρών και των γυναικών που συμμετείχαν στην έρευνα.

**Σχήμα 20: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τις γραμματικές γνώσεις της μητέρας**

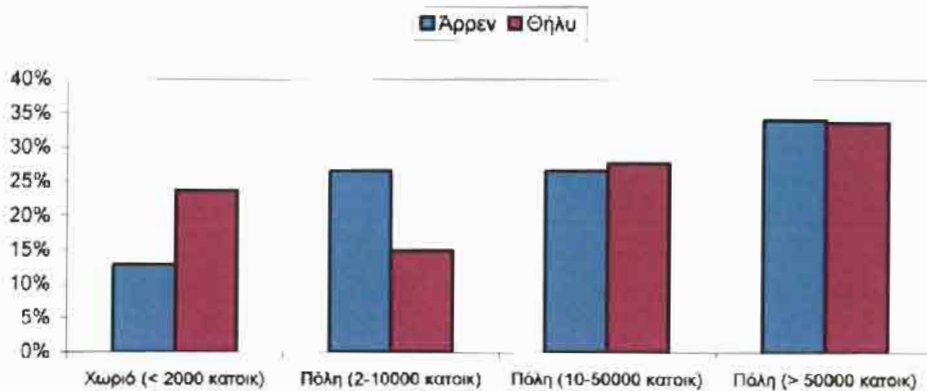


**Πίνακας 21: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τον τόπο γέννησης και το φύλο.**

Τόπος γέννησης	Φύλο		Σύνολο
	Άρρεν	Θήλυ	
Χωριό (< 2000 κάτοικ)	12 12,8%	24 23,8%	36 18,5%
Πόλη (2-10000 κάτοικ)	25 26,6%	15 14,9%	40 20,5%
Πόλη (10-50000 κάτοικ)	25 26,6%	28 27,7%	53 27,2%
Πόλη (> 50000 κάτοικ)	32 34,0%	34 33,7%	66 33,8%
Σύνολο	94 100,0%	101 100,0%	195 100,0%

$$\chi^2 = 6,487 \quad \text{B.E.} = 3 \quad p = 0,090$$

Δεν υπάρχουν διαφορές ανάμεσα στον τόπο γέννησης των ανδρών και των γυναικών του δείγματος.

**Σχήμα 21: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τον τόπο γέννησης και το φύλο****Πίνακας 22: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την κατοικία των 5 τελευταίων ετών και το φύλο.**

Κατοικία τελευταίων ετών	5 Πόλη (> 50000 κάτοικ)	Φύλο		Σύνολο
		Άρρεν	Θήλυ	
		94 100,0%	101 100,0%	195 100,0%
Σύνολο		94 100,0%	101 100,0%	195 100,0%

Το σύνολο των ερωτηθέντων δηλώνει σαν τόπο κατοικίας των πέντε τελευταίων ετών μεγάλη πόλη.

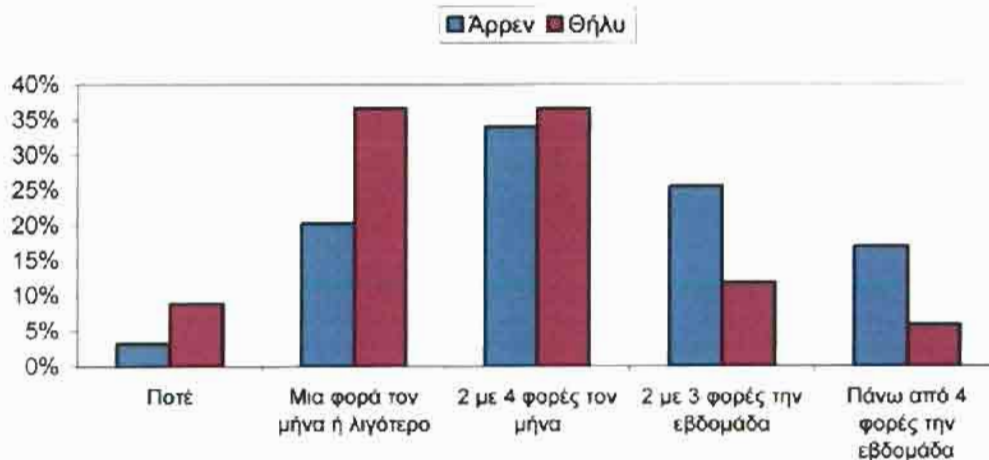
**Πίνακας 23: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το πόσο συχνά πίνουν αλκοολούχα ποτά και ανάλογα με το φύλο.**

		Φύλο		Σύνολο
		Άρρεν	Θήλυ	
Πόσο συχνά πίνουν αλκοολούχα ποτά	Ποτέ	3 3,2%	9 8,9%	12 6,2%
	Μια φορά τον μήνα ή λιγότερο	19 20,2%	37 36,6%	56 28,7%
	2 με 4 φορές τον μήνα	32 34,0%	37 36,6%	69 35,4%
	2 με 3 φορές την εβδομάδα	24 25,5%	12 11,9%	36 18,5%
	Πάνω από 4 φορές την εβδομάδα	16 17,0%	6 5,9%	22 11,3%
Σύνολο		94	101	195
		100,0%	100,0%	100,0%

$$\chi^2 = 17,46 \quad \text{B.E.} = 4 \quad p = 0,002$$

Οι γυναίκες εμφανίζουν υψηλότερη συχνότητα χαμηλής κατανάλωσης ενώ οι άντρες υψηλότερη συχνότητα στις αυξημένες καταναλώσεις ποτών. Η διαφορά είναι στατιστικά σημαντική.

**Σχήμα 23: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το πόσο συχνά πίνουν αλκοολούχα ποτά και ανάλογα με το φύλο**





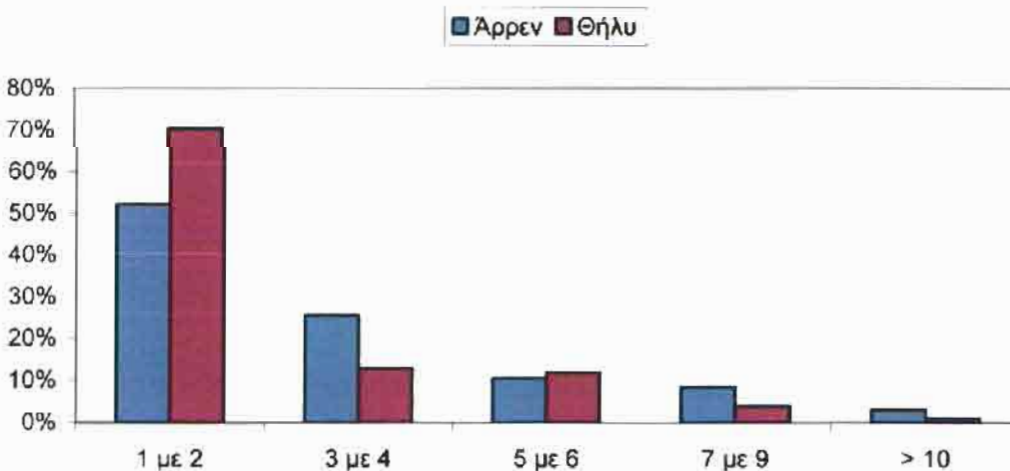
**Πίνακας 24: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το πόσα αλκοολούχα ποτά καταναλώνουν σε μια τυπική ημέρα και ανάλογα με το φύλο.**

		Φύλο		Σύνολο
		Άρρεν	Θήλυ	
Πόσα αλκοολούχα σε μια τυπική ημέρα	1 με 2	49 52,1%	71 70,3%	120 61,5%
	3 με 4	24 25,5%	13 12,9%	37 19,0%
	5 με 6	10 10,6%	12 11,9%	22 11,3%
	7 με 9	8 8,5%	4 4,0%	12 6,2%
	> 10	3 3,2%	1 1,0%	4 2,1%
	Σύνολο		94 100,0%	101 100,0%

$\chi^2 = 9,580$     B.E. = 4     $p = 0,048$

Οι γυναίκες φαίνεται να καταναλώνουν λιγότερο σε μια τυπική ημέρα. Η διαφορά είναι στατιστικά σημαντική.

**Σχήμα 24: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το πόσα αλκοολούχα ποτά καταναλώνουν σε μια τυπική ημέρα και ανάλογα με το φύλο**



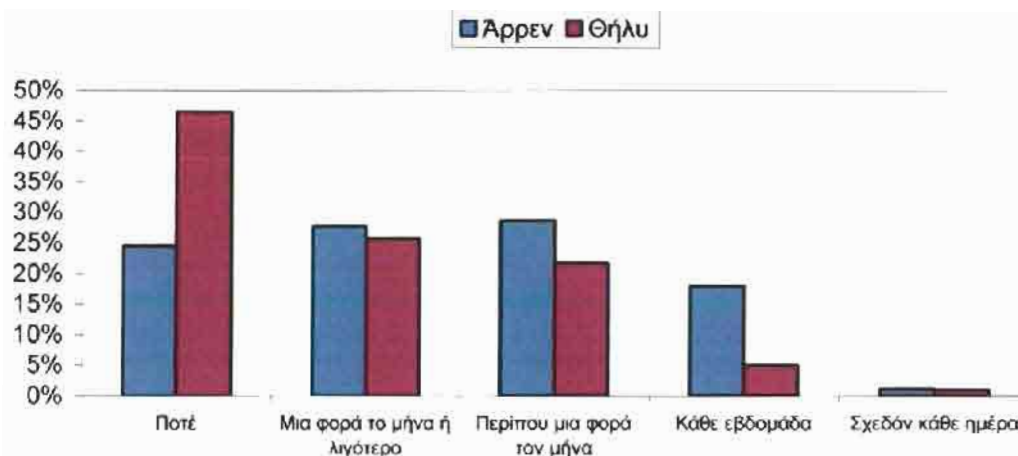
**Πίνακας 25: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το πόσο συχνά πίνουν 6 η περισσότερα αλκοολούχα ποτά σε μια περίπτωση και ανάλογα με το φύλο.**

	Φύλο		Σύνολο
	Άρρεν	Θήλυ	
Πόσο συχνά πίνουν 6 η περισσότερα αλκοολούχα ποτά σε μια περίπτωση			
Ποτέ	23	47	70
	24,5%	46,5%	35,9%
Μια φορά το μήνα ή λιγότερο	26	26	52
	27,7%	25,7%	26,7%
Περίπου μια φορά τον μήνα	27	22	49
	28,7%	21,8%	25,1%
Κάθε εβδομάδα	17	5	22
	18,1%	5,0%	11,3%
Σχεδόν κάθε ημέρα	1	1	2
	1,1%	1,0%	1,0%
Σύνολο	94	101	195
	100,0%	100,0%	100,0%

$$\chi^2 = 15,05 \quad \text{B.E.} = 4 \quad p = 0,005$$

Πολύ πιο συχνά οι άντρες υπερβάλουν στην κατανάλωση αλκοολούχων ποτών παρά οι γυναίκες. Η διαφορά είναι στατιστικά σημαντική.

**Σχήμα 25: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το πόσο συχνά πίνουν 6 η περισσότερα αλκοολούχα ποτά σε μια περίπτωση και ανάλογα με το φύλο**



**Πίνακας 26: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το πόσες φορές τον τελευταίο χρόνο δεν μπορούσαν να σταματήσουν να πίνουν ανάλογα με το φύλο.**

	Φύλο		Σύνολο	
	Άρρεν	Θήλυ		
Πόσες φορές τον τελευταίο χρόνο δεν μπορούσαν να σταματήσουν να πίνουν	Ποτέ	34	63	97
		36,2%	62,4%	49,7%
	Μια φορά το μήνα ή λιγότερο	36	18	54
		38,3%	17,8%	27,7%
	Περίπου μια φορά τον μήνα	19	17	36
		20,2%	16,8%	18,5%
Κάθε εβδομάδα	4	3	7	
	4,3%	3,0%	3,6%	
Σχεδόν κάθε ημέρα	1	0	1	
	1,1%	,0%	,5%	
Σύνολο	94	101	195	
	100,0%	100,0%	100,0%	

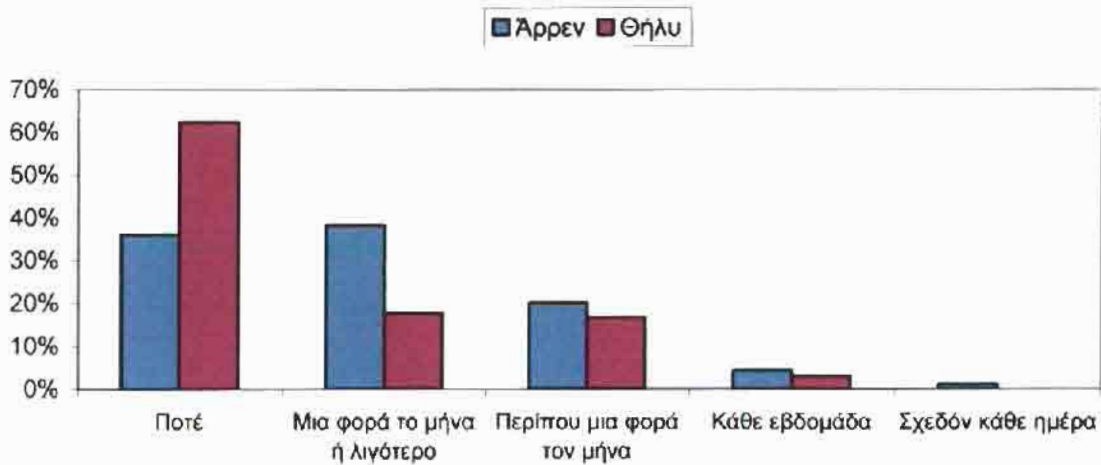
$$\chi^2 = 15,69$$

$$B.E. = 4$$

$$p = 0,003$$

Περισσότερο οι άνδρες έχουν επιδείξει ακράτεια στην κατανάλωση αλκοολούχων σε σχέση με τις γυναίκες. Η διαφορά είναι στατιστικά σημαντική.

**Σχήμα 26: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το πόσες φορές τον τελευταίο χρόνο δεν μπορούσαν να σταματήσουν να πίνουν ανάλογα με το φύλο**



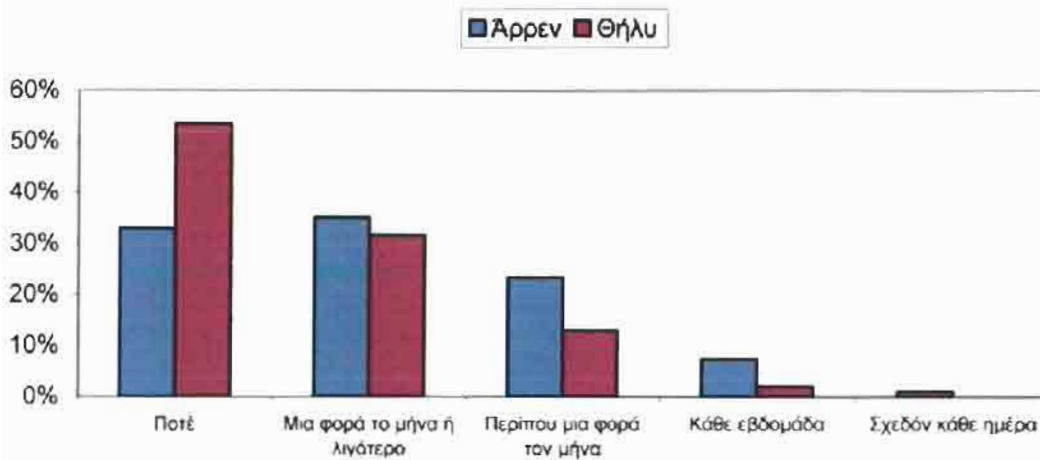
**Πίνακας 27: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το πόσες φορές τον τελευταίο χρόνο συμπεριφέρθηκαν έξω από τα συνηθισμένα και ανάλογα με το φύλο.**

	Φύλο		Σύνολο	
	Άρρεν	Θήλυ		
Πόσες φορές τον τελευταίο χρόνο συμπεριφέρθηκαν έξω από τα συνηθισμένα	Ποτέ	31	54	85
		33,0%	53,5%	43,6%
	Μια φορά το μήνα ή λιγότερο	33	32	65
		35,1%	31,7%	33,3%
	Περίπου μια φορά τον μήνα	22	13	35
		23,4%	12,9%	17,9%
Κάθε εβδομάδα	7	2	9	
	7,4%	2,0%	4,6%	
Σχεδόν κάθε ημέρα	1	0	1	
	1,1%	,0%	,5%	
Σύνολο	94	101	195	
	100,0%	100,0%	100,0%	

$$\chi^2 = 12,09 \quad \text{B.E.} = 4 \quad p = 0,017$$

Περισσότερο οι γυναίκες δηλώνουν ότι επιδεικνύουν αυτοσυγκράτηση σε σχέση με την κατανάλωση αλκοόλ. Η διαφορά είναι στατιστικά σημαντική.

**Σχήμα 27: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το πόσες φορές τον τελευταίο χρόνο συμπεριφέρθηκαν έξω από τα συνηθισμένα και ανάλογα με το φύλο**



**Πίνακας 28: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το πόσες φορές τον τελευταίο χρόνο μετά από μια βραδιά με ποτά ήθελαν ένα ακόμη το πρωί και ανάλογα με το φύλο.**

	Φύλο		Σύνολο
	Άρρεν	Θήλυ	
Πόσες φορές τον τελευταίο χρόνο μετά από μια βραδιά με ποτά ήθελαν ένα ακόμη το πρωί			
Ποτέ	70	89	159
	74,5%	88,1%	81,5%
Μια φορά το μήνα ή λιγότερο	16	8	24
	17,0%	7,9%	12,3%
Περίπου μια φορά τον μήνα	7	4	11
	7,4%	4,0%	5,6%
Σχεδόν κάθε ημέρα	1	0	1
	1,1%	,0%	,5%
Σύνολο	94	101	195
	100,0%	100,0%	100,0%

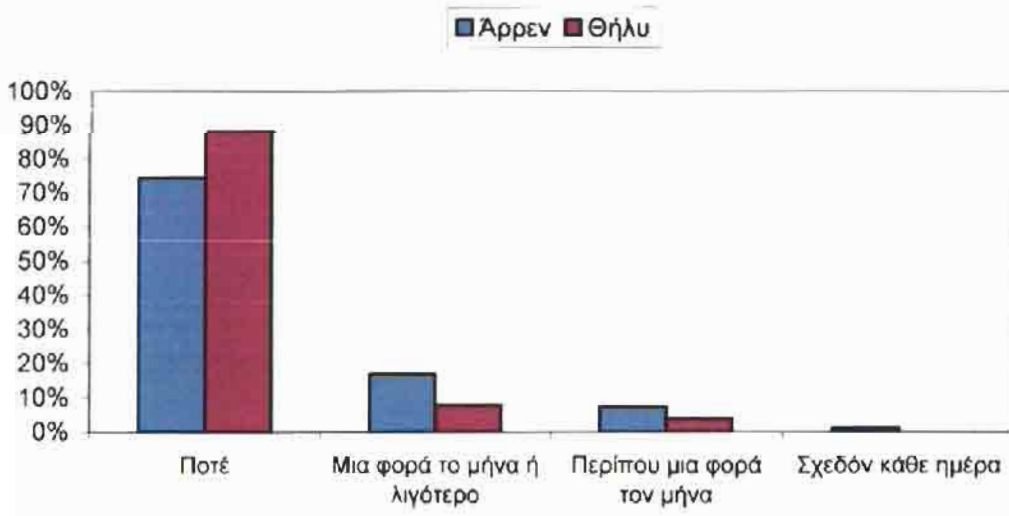
$\chi^2 = 6,512$

B.E. = 3

$p = 0,089$

Στην ερώτηση αυτή οι απαντήσεις δεν εμφανίζουν διαφορές ανάμεσα σε άνδρες και γυναίκες.

**Σχήμα 28: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το πόσες φορές τον τελευταίο χρόνο μετά από μια βραδιά με ποτά ήθελαν ένα ακόμη το πρωί και ανάλογα με το φύλο**



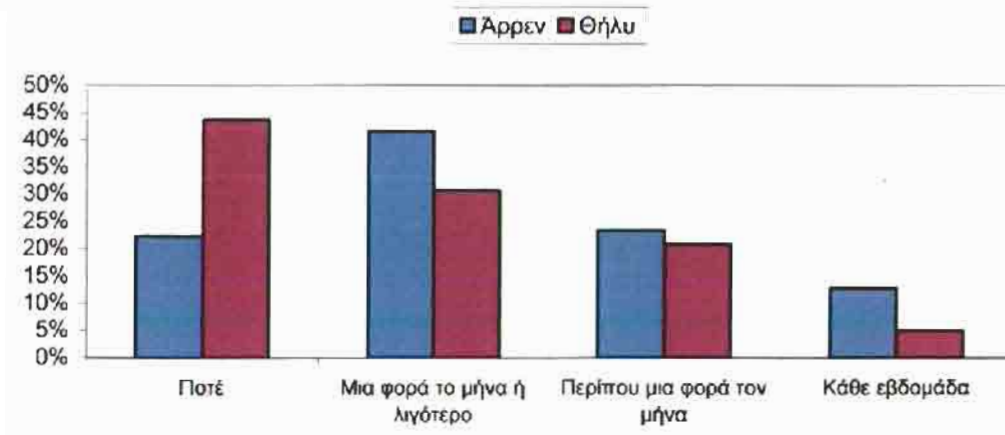
**Πίνακας 29: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το πόσες φορές τον τελευταίο χρόνο ένοιωσαν ότι το παραέκαναν με το ποτό και ανάλογα με το φύλο.**

	Φύλο		Σύνολο	
	Άρρεν	Θήλυ		
Πόσες φορές τον τελευταίο χρόνο ένοιωσαν ότι το παραέκαναν με το ποτό	Ποτέ	21	44	65
		22,3%	43,6%	33,3%
	Μια φορά το μήνα ή λιγότερο	39	31	70
		41,5%	30,7%	35,9%
	Περίπου μια φορά τον μήνα	22	21	43
		23,4%	20,8%	22,1%
	Κάθε εβδομάδα	12	5	17
		12,8%	5,0%	8,7%
Σύνολο	94	101	195	
	100,0%	100,0%	100,0%	

$$\chi^2 = 11,72 \quad \text{B.E.} = 3 \quad p = 0,008$$

Οι άνδρες πιστεύουν ότι το έχουν παρακάνει με το ποτό περισσότερο από τις γυναίκες. Η διαφορά αυτή είναι στατιστικά σημαντική.

**Σχήμα 29: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το πόσες φορές τον τελευταίο χρόνο ένοιωσαν ότι το παραέκαναν με το ποτό και ανάλογα με το φύλο**



**Πίνακας 30: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το πόσες φορές τον τελευταίο χρόνο έτυχε να μην θυμούνται το προηγούμενο βράδυ εξαιτίας του ποτού ανάλογα και με το φύλο.**

		Φύλο		Σύνολο
		Άρρεν	Θήλυ	
Πόσες φορές τον τελευταίο χρόνο έτυχε να μην θυμούνται το προηγούμενο βράδυ	Ποτέ	54	64	118
		57,4%	63,4%	60,5%
	Μια φορά το μήνα ή λιγότερο	23	26	49
		24,5%	25,7%	25,1%
	Περίπου μια φορά τον μήνα	17	11	28
		18,1%	10,9%	14,4%
Σύνολο		94	101	195
		100,0%	100,0%	100,0%

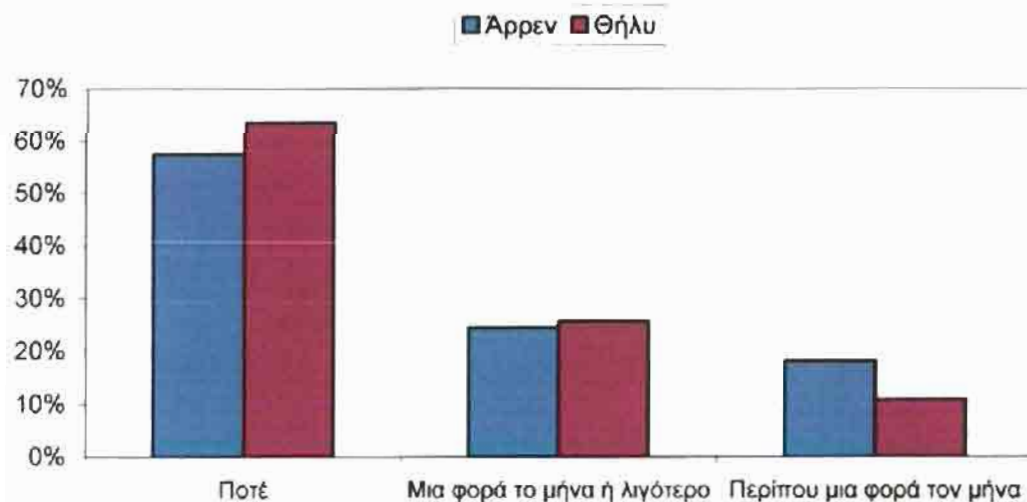
$\chi^2 = 2,068$

B.E. = 2

p= 0,356

Οι απαντήσεις σχετικά με τα κενά μνήμης είναι μοιρασμένες ανάμεσα σε άνδρες και γυναίκες.

**Σχήμα 30: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το πόσες φορές τον τελευταίο χρόνο έτυχε να μην θυμούνται το προηγούμενο βράδυ εξαιτίας του ποτού ανάλογα και με το φύλο**



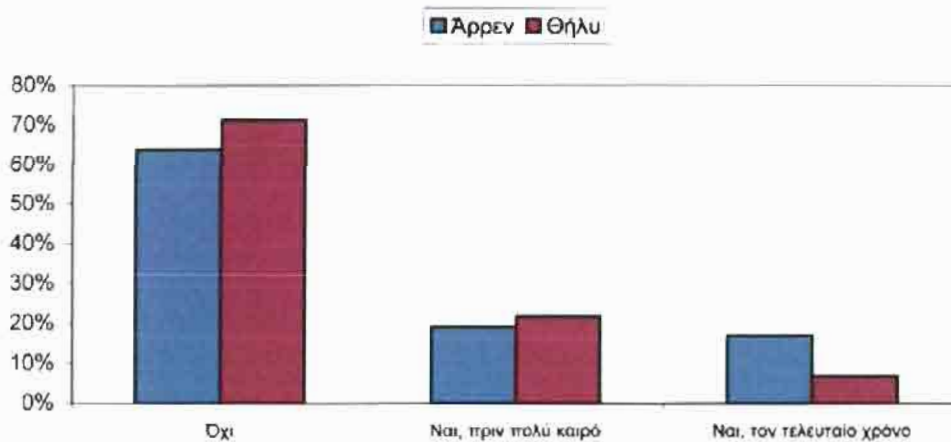
**Πίνακας 31: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το εάν έχουν εξαιτίας του ποτού τραυματισθεί ή τραυματίσει κάποιον και ανάλογα με το φύλο.**

	Φύλο		Σύνολο	
	Άρρεν	Θήλυ		
Έχουν εξαιτίας του ποτού τραυματισθεί ή τραυματίσει κάποιον?	Όχι	60	72	132
		63,8%	71,3%	67,7%
	Ναι, πριν πολύ καιρό	18	22	40
	19,1%	21,8%	20,5%	
	Ναι, τον τελευταίο χρόνο	16	7	23
	17,0%	6,9%	11,8%	
Σύνολο	94	101	195	
	100,0%	100,0%	100,0%	

$\chi^2 = 4,768$     B.E. = 2     $p = 0,092$

Και στην ερώτηση αυτή οι απαντήσεις είναι επίσης μοιρασμένες.

**Σχήμα 31: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το εάν έχουν εξαιτίας του ποτού τραυματισθεί ή τραυματίσει κάποιον και ανάλογα με το φύλο**





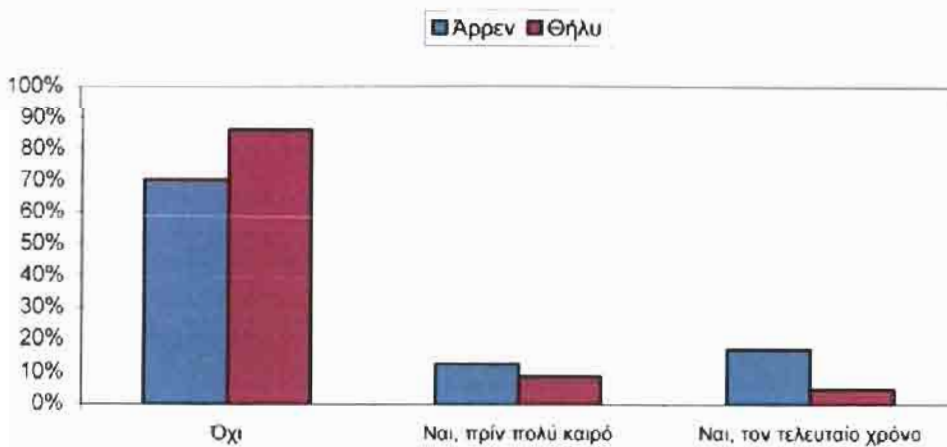
**Πίνακας 32: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το εάν έχουν δεχθεί συμβουλές για να μειώσουν το ποτό ανάλογα και με το φύλο.**

		Φύλο		Σύνολο
		Άρρεν	Θήλυ	
Έχουν δεχθεί συμβουλές για να μειώσουν το ποτό?	Όχι	66	87	153
		70,2%	86,1%	78,5%
	Ναι, πριν πολύ καιρό	12	9	21
		12,8%	8,9%	10,8%
	Ναι, τον τελευταίο χρόνο	16	5	21
		17,0%	5,0%	10,8%
Σύνολο		94	101	195
		100,0%	100,0%	100,0%

$\chi^2 = 8,833$     B.E. = 2     $p = 0,012$

Οι άνδρες περισσότερες φορές και ποιο πρόσφατα από τις γυναίκες έχουν δεχθεί συμβουλές για να μειώσουν το ποτό.

**Σχήμα 32: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το εάν έχουν δεχθεί συμβουλές για να μειώσουν το ποτό ανάλογα και με το φύλο**



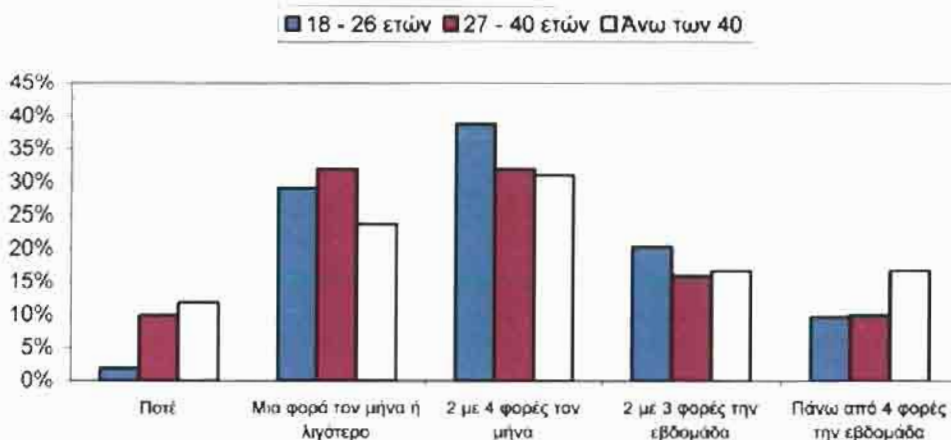
**Πίνακας 33: Κατανομή του δείγματος ανά ηλικιακή ομάδα και ανάλογα με το πόσο συχνά πίνουν αλκοολούχα ποτά**

		Ηλικιακή Ομάδα			Σύνολο
		18 - 26 ετών	27 - 40 ετών	Άνω των 40	
Πόσο συχνά πίνουν αλκοολούχα ποτά	Ποτέ	2	5	5	12
		1,9%	10,0%	11,9%	6,2%
	Μια φορά τον μήνα ή λιγότερο	30	16	10	56
		29,1%	32,0%	23,8%	28,7%
	2 με 4 φορές τον μήνα	40	16	13	69
		38,8%	32,0%	31,0%	35,4%
	2 με 3 φορές την εβδομάδα	21	8	7	36
		20,4%	16,0%	16,7%	18,5%
	Πάνω από 4 φορές την εβδομάδα	10	5	7	22
		9,7%	10,0%	16,7%	11,3%
Σύνολο		103	50	42	195
		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

$\chi^2 = 9,539$     B.E. = 8     $p = 0,299$

Δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στην κατανάλωση αλκοόλ ανάμεσα στις ηλικιακές ομάδες, κατά συνέπεια η περαιτέρω διερεύνηση κρίνεται μη σκόπιμη.

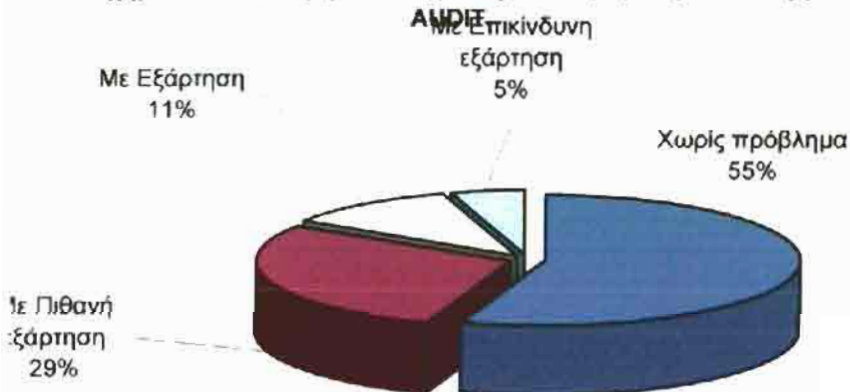
**Σχήμα 33: Κατανομή του δείγματος ανά ηλικιακή ομάδα και ανάλογα με το πόσο συχνά πίνουν αλκοολούχα ποτά**



**Πίνακας 34: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την κατάταξη AUDIT.**

	Απαντήσεις	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό ποσοστό (%)
Χωρίς πρόβλημα	108	55,4	55,4
Πιθανή εξάρτηση	56	28,7	84,1
Εξάρτηση	22	11,3	95,4
Επικίνδυνη εξάρτηση	9	4,6	100,0
Σύνολο	195	100,0	

Με βάση την κατάταξη AUDIT (βλέπε εισαγωγή) ένα 55% των ερωτηθέντων δεν κατατάσσονται σε καμία κατηγορία κινδύνου. Πιθανή εξάρτηση δείχνει το 28,7%, εξάρτηση το 11,3% και εξάρτηση σε επικίνδυνο βαθμό το 4,6% .

**Σχήμα 34: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την κατάταξη**

**Πίνακας 35: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την κατάταξη AUDIT και το φύλο.**

		Φύλο		Σύνολο
		Άρρεν	Θήλυ	
Κατάταξη AUDIT	Χωρίς πρόβλημα	41	67	108
		43,6%	66,3%	55,4%
	Πιθανή εξάρτηση	30	26	56
		31,9%	25,7%	28,7%
	Εξάρτηση	16	6	22
		17,0%	5,9%	11,3%
	Επικίνδυνη εξάρτηση	7	2	9
		7,4%	2,0%	4,6%
Σύνολο		94	101	195
		100,0%	100,0%	100,0%

$\chi^2 = 13,63$

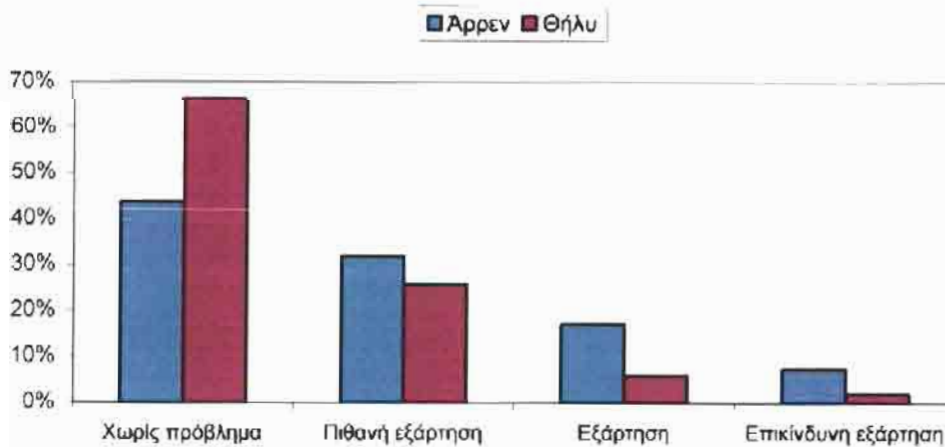
B.E. = 3

$p = 0,003$

Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές όσον αφορά την κατάταξη AUDIT ανάμεσα σε άνδρες και γυναίκες. Η διαφορά βρίσκεται τόσο στο μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών που κατατάσσονται ως μη έχουσες πρόβλημα, όσο και στο μικρότερο ποσοστό αυτών με εξάρτηση. Παρατηρούμε ότι πιθανή εξάρτηση εμφανίζει σχεδόν το ίδιο ποσοστό ανδρών και γυναικών (32% με 26% αντίστοιχα), κάτι που υποδηλώνει ότι ένα ικανό ποσοστό γυναικών είναι συστηματικοί καταναλωτές αλκοόλ.

Σε γενικές γραμμές το 56,4% των ανδρών και το 33,7% των γυναικών ξεπερνούν την τιμή 8 στην κατάταξη AUDIT δίδοντας ένα λόγο άνδρες προς γυναίκες 1,5:1.

**Σχήμα 35: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την κατάταξη AUDIT και το φύλο**



**Πίνακας 36: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την κατάταξη AUDIT και την ηλικιακή ομάδα.**

		Ηλικιακή Ομάδα			Σύνολο
		18 - 26 ετών	27 - 40 ετών	Άνω των 40	
Κατάταξη AUDIT	Χωρίς πρόβλημα	56	29	23	108
		54,4%	58,0%	54,8%	55,4%
	Πιθανή εξάρτηση	31	12	13	56
		30,1%	24,0%	31,0%	28,7%
	Εξάρτηση	14	5	3	22
		13,6%	10,0%	7,1%	11,3%
	Επικίνδυνη εξάρτηση	2	4	3	9
		1,9%	8,0%	7,1%	4,6%
Total		103	50	42	195
		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

$\chi^2 = 5,228$

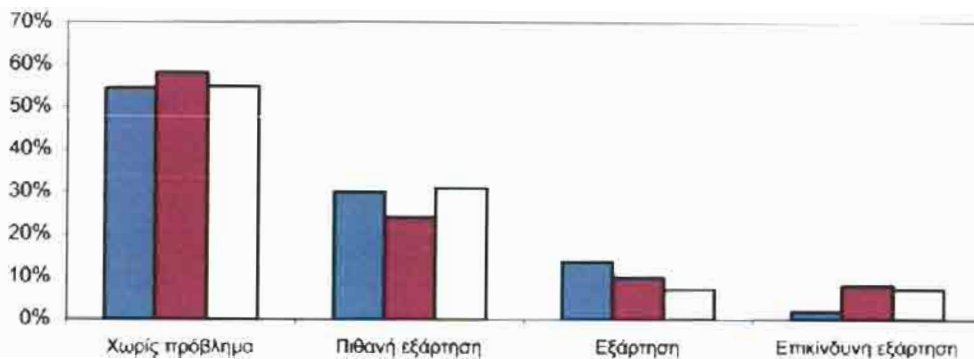
B.E. = 6

$p = 0,515$

Η απουσία διαφορών όσον αφορά την κατάταξη ανάμεσα στις ηλικιακές ομάδες είναι κάτι που εκπλήσσει, μιας και αναμενόταν φαινόμενα εξάρτησης να παρουσιάζουν οι μεγαλύτερες ηλικίες. Αυτό είναι αποτέλεσμα της ευρύτατης διάδοσης του αλκοόλ ανάμεσα στις νεαρές ηλικίες.

**Σχήμα 36: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την κατάταξη AUDIT και την ηλικιακή ομάδα**

■ 18 - 26 ετών ■ 27 - 40 ετών □ Άνω των 40



**Πίνακας 37: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την κατάταξη AUDIT και τον τόπο γέννησης.**

		Τόπος γέννησης				Σύνολο
		Χωριό (< 2000 κάτοικ)	Πόλη (2-10000 κάτοικ)	Πόλη (10-50000 κάτοικ)	Πόλη (> 50000 κάτοικ)	
Κατάταξη AUDIT	Χωρίς πρόβλημα	25 69,4%	16 40,0%	24 45,3%	43 65,2%	108 55,4%
	Πιθανή εξάρτηση	8 22,2%	16 40,0%	16 30,2%	16 24,2%	56 28,7%
	Εξάρτηση	2 5,6%	4 10,0%	11 20,8%	5 7,6%	22 11,3%
	Επικίνδυνη εξάρτηση	1 2,8%	4 10,0%	2 3,8%	2 3,0%	9 4,6%
Σύνολο		36 100,0%	40 100,0%	53 100,0%	66 100,0%	195 100,0%

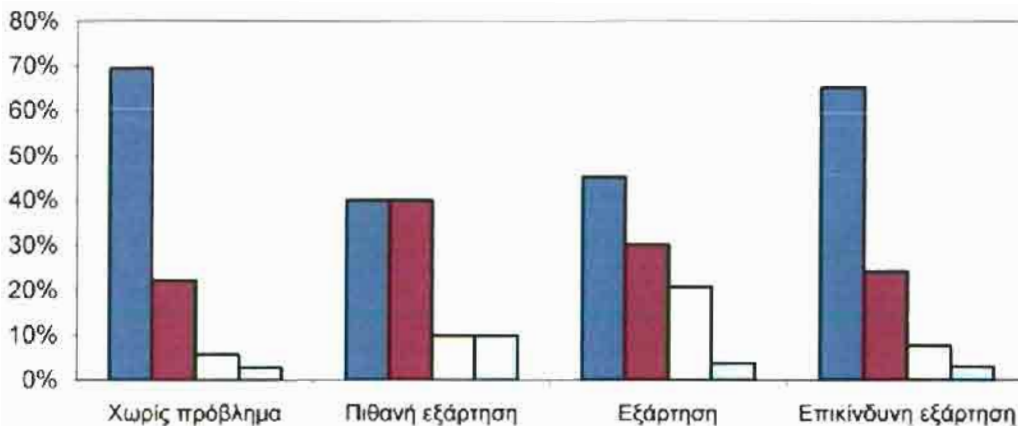
$\chi^2 = 17,25$  B.E. = 9

$p = 0,045$

Παρατηρείται μια στατιστική διαφορά ανάμεσα στην κατάταξη και τον τόπο γέννησης. Η διαφορά αυτή ενισχύεται κυρίως στο ότι αυτοί που κατάγονται ή γεννήθηκαν σε μικρά χωριά και πόλεις παρουσιάζονται λιγότερο εξαρτημένοι από αυτούς που γεννήθηκαν σε μεγάλες πόλεις. Το εύρημα αυτό είναι αποτέλεσμα της διάδοσης του αλκοόλ στις μεγάλες πόλεις αλλά και στον τρόπο ζωής των νέων όπου η πρόσβαση στα οινόπνευματώδη είναι ποιο εύκολη.

**Σχήμα 37: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την κατάταξη AUDIT και τον τόπο γέννησης**

■ (< 2000 κάτοικ) ■ Πόλη (2-10000 κάτοικ) □ Πόλη (10-50000 κάτοικ) □ Πόλη (> 50000 κάτοικ)



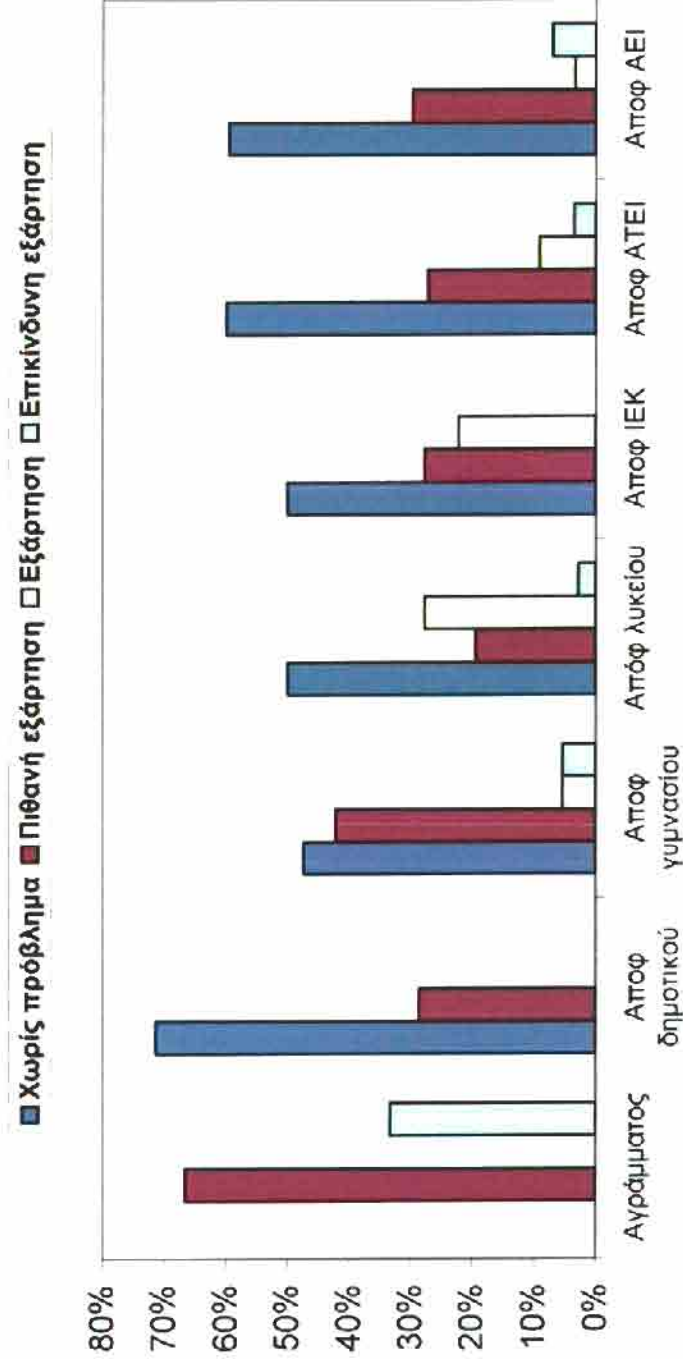
**Πίνακας 38: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την κατάταξη AUDIT και τις γραμματικές γνώσεις.**

	Γραμματικές γνώσεις					Σύνολο		
	Αγράμματοι	Αποφθιμένοι	Αποφθιμένοι γυναικείοι	Αποφθιμένοι λυκείου	Αποφθιμένοι ΙΕΚ		Αποφθιμένοι ΑΕΙ	
Χωρίς πρόβλημα	0 0%	5 71,4%	9 47,4%	18 50,0%	9 50,0%	34 59,6%	108 55,4%	
Πιθανή εξάρτηση	2 66,7%	2 28,6%	8 42,1%	7 19,4%	5 27,8%	15 27,3%	17 29,8%	56 28,7%
Εξάρτηση	0 0%	0 0%	1 5,3%	10 27,8%	4 22,2%	5 9,1%	2 3,5%	22 11,3%
Επικίνδυνη εξάρτηση	1 33,3%	0 0%	1 5,3%	1 2,8%	0 0%	2 3,6%	4 7,0%	9 4,6%
Σύνολο	3 100,0%	7 100,0%	19 100,0%	36 100,0%	18 100,0%	55 100,0%	57 100,0%	195 100,0%

$\chi^2 = 29,96$  B.E. = 18  $p = 0,038$

Αν και έχουμε μικρούς αριθμούς ανά κατηγορία για να καταλήξουμε σε ασφαλή συμπεράσματα, εντούτοις επίπεδο δρα ανασταλικά στην φαινομένη ότι το αυξημένο μορφωτικό εξάρτηση από το αλκοόλ. Στο σημείο αυτό σφειάται και η στατιστική διαφορά που παρατηρούμε.

**Σχήμα 38: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την κατάταξη AUDIT και τις γραμματικές γνώσεις**





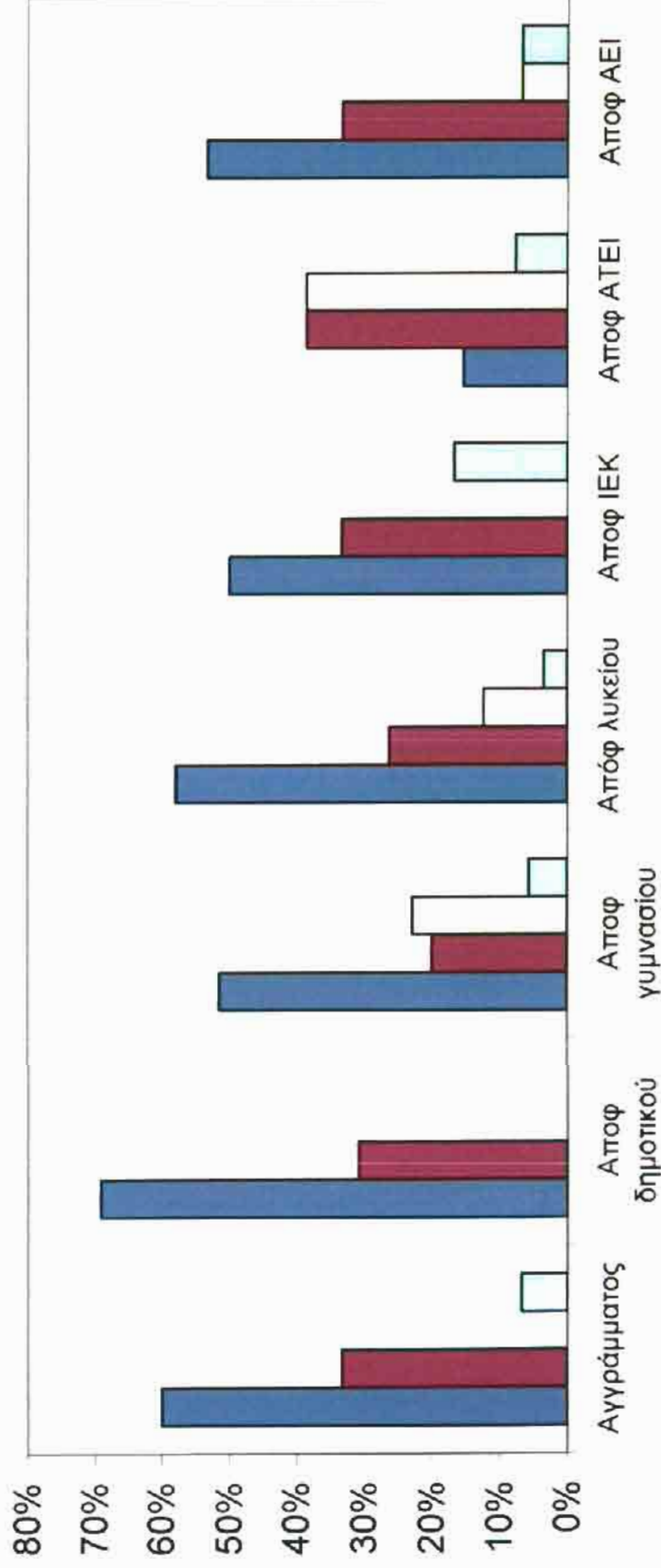
**Πίνακας 39: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την κατάταξη AUDIT και τις γραμματικές γνώσεις του πατέρα των ερωτηθέντων**

	Γραμματικές γνώσεις πατέρα								Σύνολο
	Αγράμματος	Αποφ δημοτικού	Αποφ γυμνασίου	Αποφ Λυκείου	Αποφ ΙΕΚ	Αποφ ΑΤΕΙ	Αποφ ΑΕΙ	Σύνολο	
Χωρίς πρόβλημα	9 60,0%	27 69,2%	18 51,4%	33 57,9%	3 50,0%	2 15,4%	16 53,3%	108 55,4%	
Πιθανή εξάρτηση	5 33,3%	12 30,8%	7 20,0%	15 26,3%	2 33,3%	5 38,5%	10 33,3%	56 28,7%	
Εξάρτηση	0 0%	0 0%	8 22,9%	7 12,3%	0 0%	5 38,5%	2 6,7%	22 11,3%	
Επικίνδυνη εξάρτηση	1 6,7%	0 0%	2 5,7%	2 3,5%	1 16,7%	1 7,7%	2 6,7%	9 4,6%	
Σύνολο	15 100,0%	39 100,0%	35 100,0%	57 100,0%	6 100,0%	13 100,0%	30 100,0%	195 100,0%	

$\chi^2 = 31,95$  B.E. = 18 p = 0,022

**Σχήμα 39: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την κατάταξη AUDIT και τις γραμματικές γνώσεις του πατέρα των ερωτηθέντων**

■ Χωρίς πρόβλημα ■ Πιθανή εξάρτηση □ Επικίνδυνη εξάρτηση □ Επικίνδυνη εξάρτηση

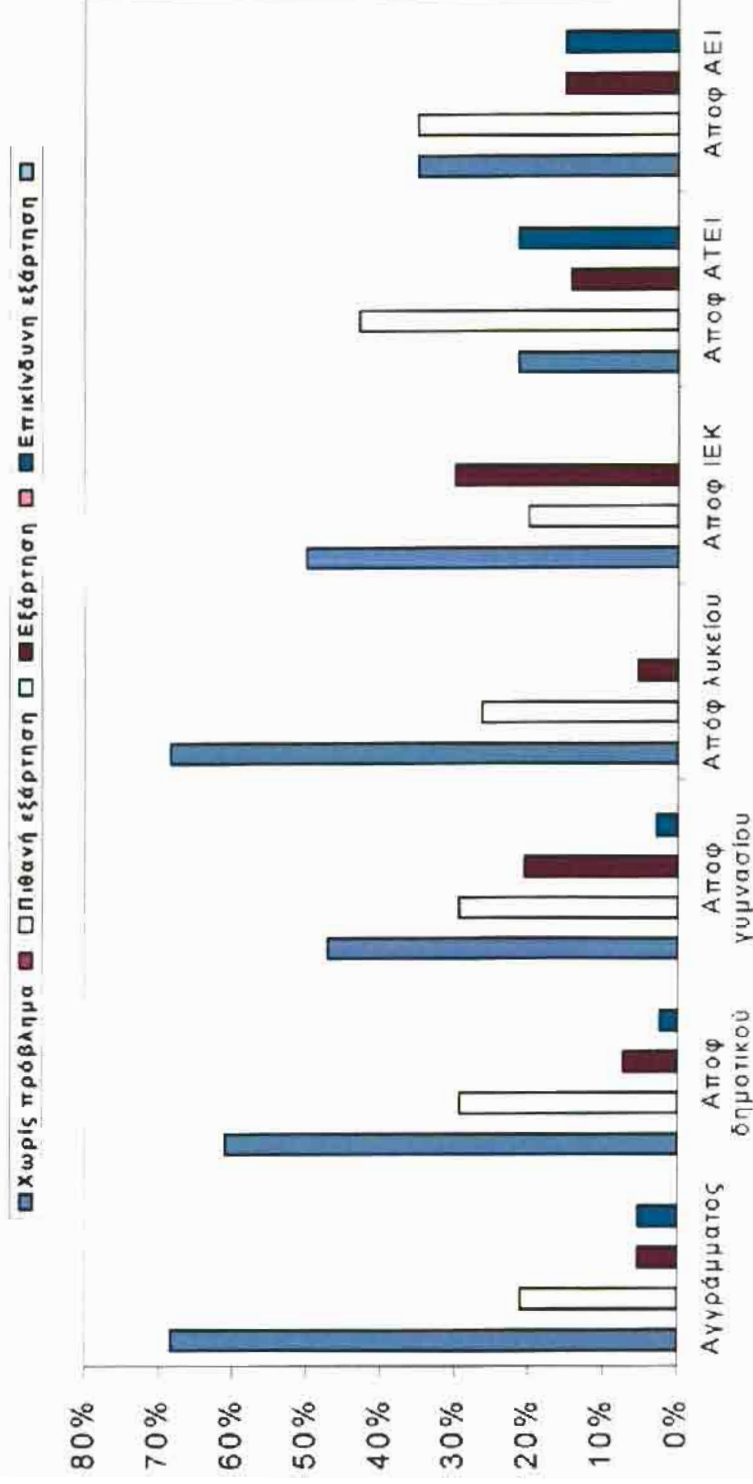


**Πίνακας 40: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την κατάταξη AUDIT και τις γραμματικές γνώσεις της μητέρας των ερωτηθέντων.**

	Γραμματικές γνώσεις μητέρας							Σύνολο
	Αγράμματος	Αποφ δημοτικού	Αποφ γυμνασίου	Αποφ Λυκείου	Αποφ ΙΕΚ	Αποφ ΑΤΕΙ	Αποφ ΑΕΙ	
Χωρίς πρόβλημα	13 68,4%	25 61,0%	16 47,1%	39 68,4%	5 50,0%	3 21,4%	7 35,0%	108 55,4%
Πιθανή εξάρτηση	4 21,1%	12 29,3%	10 29,4%	15 26,3%	2 20,0%	6 42,9%	7 35,0%	56 28,7%
Εξάρτηση	1 5,3%	3 7,3%	7 20,6%	3 5,3%	3 30,0%	2 14,3%	3 15,0%	22 11,3%
Επικίνδυν η εξάρτηση	1 5,3%	1 2,4%	1 2,9%	0 ,0%	0 ,0%	3 21,4%	3 15,0%	9 4,6%
Σύνολο	19 100,0%	41 100,0%	34 100,0%	57 100,0%	10 100,0%	14 100,0%	20 100,0%	195 100,0%

$\chi^2 = 35,55$  B.E. = 18 p= 0,008

**Σχήμα 40: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την κατάταξη  
AUDIT και τις γραμματικές γνώσεις της μητέρας των ερωτηθέντων**



## Συζήτηση

Για τη διεξαγωγή της έρευνας μας σχετικά με τον αλκοολισμό μοιράσαμε 195 ερωτηματολόγια του το καθένα περιείχε 18 ερωτήσεις. Τα 94 απαντήθηκαν από άντρες και τα υπόλοιπα 101 από γυναίκες. Σύμφωνα με τους πρώτους στατιστικούς πίνακες παρατηρούμε τα εξής: το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων ανήκει στην ηλικία 18-26 ετών και είναι απόφοιτοι Α.Ε.Ι, Τ.Ε.Ι, Λυκείου. Σε αντίθεση με τους γονείς τους που ανήκουν σε μεσαία εκπαιδευτική βαθμίδα (Λύκειο, Γυμνάσιο). Ο τόπος γεννήσεως τους ήταν σε πόλη άνω των 50000 κατοίκων, ενώ τα τελευταία 5 χρόνια μένουν μόνιμα στην Πάτρα.

Η συχνότητα πόσης αυτών είναι 2-4 φορές των μήνα. Τα ποτά που καταναλώνουν μία τυπική μέρα είναι 1-2, ενώ ποτέ δεν υπερβαίνουν τα 6 ποτά. Στην ερώτηση πόσες φορές τον τελευταίο χρόνο δεν μπορούσαν να σταματήσουν να πίνουν και συμπεριφέρθηκαν έξω από τα συνηθισμένα, οι μισοί απάντησαν ποτέ, ενώ για τους υπόλοιπους τα στατιστικά δείχνουν 12 φορές τον χρόνο. Αξιοσημείωτο είναι ότι την επόμενη μέρα κανείς δεν αναζητούσε το ποτό. Μεγάλο ποσοστό δήλωσε ότι συχνά κάνει κατάχρηση αλκοόλ ενώ μόνο 1 στους 4 έχει διαταραχές μνήμης και μόνο το 30% είχε κάποιο ατύχημα λόγω του αλκοόλ. Συμβουλές για μείωση του ποτιού είχε μόνο το 22%.

Τα αποτελέσματα της έρευνας αποδεικνύουν ότι υπάρχουν ορισμένοι παράγοντες οι οποίοι δρουν ανασταλτικά στην εξάρτηση από το αλκοόλ, όπως ο τρόπος ζωής στις μικρές πόλεις και τα χωριά σε αντίθεση με τις μεγαλουπόλεις όπου η πρόσβαση στα οινοπνευματώδη είναι πιο εύκολη και η διάδοση του αλκοόλ είναι ευρύτερη. Ένας ακόμη ανασταλτικός παράγοντας είναι το αυξημένο μορφωτικό επίπεδο.

Εν κατακλείδι, διαπιστώνουμε ότι το 55% δεν διατρέχει κίνδυνο, το 28,7% παρουσιάζει πιθανή εξάρτηση, το 11,3% έχει εξάρτηση από το αλκοόλ ενώ για επικίνδυνη εξάρτηση ενοχοποιείται το 4,6%.

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

### **1. ΠΟΤΑΜΙΑΝΟΣ Α.Γ**

*ΝΟΜΙΜΕΣ ΟΥΣΙΕΣ ΕΞΑΡΤΗΣΗΣ-ΑΛΚΟΟΛ*

ΕΚΔΟΣΕΙΣ «ΠΑΠΑΖΗΣΗ»

ΑΘΗΝΑ 1993

Σελ.17,18,19,20,27,28,29,35,36,41,42,43,51,54,55,58,59,81,82,83,89,90,91,103,104,105,106,107

### **2. ΕΓΚΥΚΛΟΠΑΙΔΕΙΑ**

**ΠΑΠΥΡΟΥΣ ΛΑΡΟΥΣ ΜΠΡΙΤΑΝΙΚΑ**

ΤΟΜΟΣ 7<sup>ος</sup>

ΕΚΔΟΣΗ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑΣ

GRAND ENCYCLOPEDIA LAROYSSE-ENCYCLOPEDIA

BRITANICA

ΕΚΔΟΤΙΚΟΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ «ΠΑΠΥΡΟΣ»

ΑΘΗΝΑ 1991

Σελ.309,310,311,312,313,314

### **3. ΔΑΡΔΑΝΟΣ ΓΙΩΡΓΟΣ**

*ΕΞΑΡΤΗΣΙΟΓΟΝΕΣ ΟΥΣΙΕΣ- ΦΑΡΜΑΚΟΛΟΓΙΑ-ΤΟΞΙΚΟΛΟΓΙΑ-*

*ΙΣΤΟΡΙΑ- ΚΟΙΝΩΝΙΟΛΟΓΙΑ- ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ*

ΙΑΤΡΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ Ι

«ΤΥΠΩΘΗΤΩ»

ΑΘΗΝΑ 1997

Σελ.109,111,112,113,114,115,116,122,232

### **4. ΤΖΑΦΦΗ Τ.- ΠΗΤΕΡΣΟΝ Ρ.- ΧΟΝΤΣΟΝ Ρ.**

*«ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ, ΤΣΙΓΑΡΟ, ΑΛΚΟΟΛ- ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ»*

ΕΚΔΟΣΕΙΣ: ΑΘ. ΨΥΧΟΓΙΟΣ

ΑΘΗΝΑ 1981

Σελ.100,104,105,107,108

### **5. ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ «ΛΑΙΦ»**

ΦΑΡΜΑΚΑ

*«ΤΑΙΜ-ΛΑΙΦ INTERNATIONAL»*

*«ΛΥΚΕΙΟΣ ΑΠΟΛΛΩΝ» - «ΧΡΥΣΟΣ ΤΟΜΟΣ»*

ΕΚΔΟΣΕΙΣ 1977 BY TIME INC IN THE UNITED STATES

Σελ.33,34,35

**6. ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ Γ. ΕΥΑΓΓΕΛΟΣ**

*ΕΞΑΡΤΗΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΖΩΗ ΜΑΣ*

ΕΚΔΟΣΗ Β΄

ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΚΔΟΣΕΙΣ «Π.Χ ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ»

ΑΘΗΝΑ 1990

Σελ.45,51,52,53,54,55,56,57,58,59,60,61,62,63,64,65,66,67,68  
,69,71,72,73,74

**7. ΤΗΛΙΑΚΟΣ Π.**

*ΟΙΝΟΠΝΕΥΜΑ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ*

*ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ «ΙΑΤΡΟΛΟΓΟΤΕΧΝΙΚΗ ΣΤΕΓΗ»*

ΤΕΥΧΟΣ 21,ΤΟΜΟΣ 83

ΑΘΗΝΑ 1989

Σελ.11,12

**8. ΚΑΚΡΙΔΗΣ Ι.- ΡΟΥΣΣΟΣ Ε.- ΚΑΜΑΡΕΤΑ Α.- ΣΚΙΑΔΑΣ Α.-  
ΠΑΠΑΧΑΝΤΖΗΣ Ν.**

*«Ο ΔΙΟΝΥΣΙΟΣ-Η ΔΙΑΔΟΣΗ ΤΟΥ ΑΜΠΕΛΙΟΥ ΚΑΙ Η ΕΞΑΠΛΩΣΗ  
ΤΗΣ ΛΑΤΡΕΙΑΣ ΤΟΥ ΘΕΟΥ»*

ΕΓΚΥΚΛΟΠΑΙΔΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΜΥΘΟΛΟΓΙΑ

ΤΟΜΟΣ 2<sup>ος</sup>

ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΕΚΔΟΤΙΚΗ ΑΘΗΝΩΝ

ΑΘΗΝΑ 1986

Σελ.200,201,202

**9. ΔΙΑΚΟΓΙΑΝΝΗΣ Ι.**

*«ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΝΟΗΤΙΚΩΝ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΩΝ  
ΟΜΑΔΑΣ ΑΛΚΟΟΛΙΚΩΝ»*

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ 1993

Σελ.15,16,17,18

**10. ΜΠΑΡΟΥΝΗΣ Χ.**

*«Ο ΘΑΝΑΤΟΣ ΤΟΥ Μ. ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΥ»*

ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ «ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ»

ΤΕΥΧΟΣ 61-ΤΟΜΟΣ 2<sup>ος</sup>

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ 1995

Σελ.162,163,164,165,166

**11. ΜΑΜΑΣΤΗΣ Τ.**

*«ΙΣΤΟΡΙΑ ΤΟΥ ΒΥΖΑΝΤΙΟΥ»*

ΕΠΙΤΟΜΟΣ

ΕΚΔΟΣΗ Β΄

ΑΘΗΝΑ 1982

Σελ.156

**12. ΠΑΤΣΗΣ Χ.**

*«ΗΘΗ ΚΑΙ ΕΘΙΜΑ ΤΩΝ ΡΩΜΑΙΩΝ»*  
ΠΡΩΤΗ ΕΓΚΥΚΛΟΠΑΙΔΕΙΑ ΠΑΙΔΙΩΝ  
ΤΟΜΟΣ 6<sup>ος</sup>  
ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΚΕΔΡΟΣ  
ΑΘΗΝΑ 1979  
Σελ.47,48

**13. ΝΕΑ ΜΕΓΑΛΗ ΕΓΚΥΚΛΟΠΑΙΔΕΙΑ ΝΟΜΠΕΛ**

ΤΟΜΟΣ 3<sup>ος</sup>  
ΠΑΓΚΟΣΜΙΟΣ ΕΚΔΟΤΙΚΟΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΧΡΗΣΤΟΣ ΓΙΟΒΑΝΗΣ  
ΑΕΒΕ  
ΑΘΗΝΑ 1991  
Σελ.882

**14. ΓΡΙΒΑΣ ΚΛΕΑΝΘΗΣ**

*ΠΛΑΝΗΤΙΚΗ ΚΥΡΙΑΡΧΙΑ ΚΑΙ ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ*  
*ΣΕΙΡΑ:ΚΟΙΝΩΝΙΑ ΚΑΙ ΕΞΟΥΣΙΑ*  
ΕΚΔΟΣΕΙΣ «ΝΕΑ ΣΥΝΟΡΑ»-Α.Α ΛΙΒΑΝΗ  
ΑΘΗΝΑ 1997  
Σελ.85,86,109,110,11,112,113,114,115,116,117,118,119,120,1  
21,122,123,124

**15. ΣΩΤΗΡΙΟΥ Α. ΡΑΠΤΗ**

*ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ*  
ΤΟΜΟΣ 2<sup>ος</sup>  
ΑΘΗΝΑ 1996 ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΕΣ ΕΚΔΟΣΕΙΣ «ΓΡΗΓΟΡΙΟΣ  
ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΣ»  
ΜΑΡΙΑ ΓΡ. ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΥ  
Σελ.1159,1160,1161,1162

**16. ΜΑΔΙΑΝΟΣ ΜΙΧΑΛΗΣ Γ.**

*ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ*  
ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΚΑΣΤΑΝΙΩΤΗ  
ΑΘΗΝΑ 2000  
Σελ.317,318

**17. DR.ΤΣΟΧΑΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ**

*ΕΠΙΤΟΜΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΦΑΡΜΑΚΟΛΟΓΙΑ*  
ΕΚΔΟΣΗ Β'  
ΤΟΜΟΣ Α'  
ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΛΥΧΝΟΣ  
ΑΘΗΝΑ 1996  
Σελ.88,89



**18. ΕΓΚΥΚΛΟΠΑΙΔΕΙΑ ΔΟΜΗ ΕΓΧΡΩΜΗ**

«ΟΛΕΣ ΟΙ ΓΝΩΣΕΙΣ ΓΙΑ ΟΛΟΥΣ»

ΤΟΜΟΣ 2<sup>ος</sup>

ΕΚΔΟΣΕΙΣ «ΔΟΜΗ»

ΑΘΗΝΑ

Σελ.321

**19. THE DORLING KINDERSLEY GUIDE (BY DR. TONY SMITH)**

ΜΕΓΑΛΟΣ ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΟΔΗΓΟΣ

ΤΟΜΟΣ Ι

ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΓΙΑΛΛΕΛΗ

ΑΘΗΝΑ 1993

Σελ.34

**20. HARVEY RICHORD A., CHANPE PAMELA C.**

«ΦΑΡΜΑΚΟΛΟΓΙΑ»

Μ.Τ.Φ.Ρ. ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ Σ. ΚΑΙ ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ Γ.

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΕΣ ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΓΡ. ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΣ

ΑΘΗΝΑ 1995

Σελ.91,92,93,94,95,96,97

**21. GOTH A.**

«ΕΠΙΤΟΜΟΣ ΙΑΤΡΙΚΗ ΦΑΡΜΑΚΟΛΟΓΙΑ»

ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ ΑΠΟ ΜΑΡΣΕΛΛΟΥ Μ.

ΑΘΗΝΑ 1982

Σελ.775,776,777

**22. ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ**

**ΜΕΤΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΑ ΜΑΘΗΜΑΤΑ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΑΣ**

ΣΕΙΡΑ ΤΡΙΤΗ

ΤΟΜΟΣ ΤΕΤΑΡΤΟΣ

ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΚΔΟΣΕΙΣ Π.Χ ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ

ΑΘΗΝΑ 1984

Σελ.169,174,175,176,178,179,180,181

**23. HARRISON**

ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ

ΕΚΔΟΣΗ 8<sup>η</sup>

ΤΟΜΟΣ Β'

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΕΣ ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΓΡΗΓΟΡΙΟΥ Κ. ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΥ

ΑΘΗΝΑ 1982

Σελ.860,861,863,867,868

**24. T. LEMPERIERE-A.FELINE ΚΑΙ ΣΥΝΕΡΓΑΤΕΣ**

ΕΓΧΕΙΡΙΔΙΟ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΝΗΛΙΚΩΝ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ ΤΗΣ  
ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΕΚΔΟΣΗΣ: Π. ΣΑΚΕΛΛΑΡΟΠΟΥΛΟΣ

ΤΟΜΟΣ Α΄  
ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΠΑΠΑΖΗΣΗΣ  
ΑΘΗΝΑ 1995  
Σελ.261,267,269,270,271,272,273,274,276,277,278

**25. ΜΑΝΟΥ ΝΙΚΟΥ**

*ΒΑΣΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ*  
ΑΝΑΘΕΩΡΗΜΕΝΗ ΕΚΔΟΣΗ  
UNIVERSITY STUDIO PRESS  
ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΩΝ ΒΙΒΛΙΩΝ ΚΑΙ ΠΕΡΙΟΔΙΚΩΝ  
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ 1997  
Σελ.52,518,521,525,404,405

**26. ΑΔΑΜΟΠΟΥΛΟΣ ΠΑΝ. Ν.**

*ΕΙΣΑΓΩΓΗ*  
*ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ*  
*ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΦΘΟΡΑΣ*  
ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΕΣ ΕΚΔΟΣΕΙΣ «ΓΡΗΓΟΡΙΟΣ ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΣ»  
ΑΘΗΝΑ 1988  
Σελ.282

**27. ΑΒΡΑΜΙΔΗΣ ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ Β.**

ΕΠΙΚΟΥΡΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΠΑΝ. ΑΘΗΝΩΝ  
*Η ΑΠΟΜΥΘΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ..... ΚΑΙ ΜΕ ΕΛΠΙΔΑ*  
ΕΚΔΟΣΕΙΣ «ΑΚΡΙΤΑΣ»  
ΑΘΗΝΑ, ΙΟΥΝΙΟΣ 1994  
Σελ.86,87

**28. ΔΕΤΟΡΑΚΗΣ Ι.**

«ΑΛΚΟΟΛ»  
ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ ΙΙ  
ΑΘΗΝΑ 1994  
Σελ.10,11,13,14,15,16,17,18,19,20,22,23,24,25,26,27,28,29,30,  
42

**29. ΣΩΤΗΡΙΟΥ Α. ΡΑΠΤΗ**

*ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ*  
ΤΟΜΟΣ 4<sup>ος</sup>  
ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΕΣ ΕΚΔΟΣΕΙΣ «ΓΡΗΓΟΡΙΟΣ ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΣ»  
ΜΑΡΙΑ ΓΡ. ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΥ  
ΑΘΗΝΑ 1998  
Σελ.2489

**30. ΣΕΦΕΡΟΥ ΜΑΡΙΑ**

*«Η ΚΡΑΥΓΗ», «ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ: ΑΡΡΩΣΤΙΑ ή ΕΠΙΛΟΓΗ»*  
ΕΚΔΟΤΙΚΟΣ ΟΙΚΟΣ «ΕΥΡΩΤΑΣ»  
ΑΘΗΝΑ 1997  
Σελ.134

**1. ΠΡΑΚΤΙΚΑ 9<sup>ης</sup> ΜΕΤΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗΣ ΗΜΕΡΙΔΟΣ**

ΤΑ ΕΠΕΙΓΟΝΤΑ ΣΤΗ ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΑ: ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΚΑΙ  
ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ  
ΠΑΤΡΑ 5<sup>η</sup> ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΥ 2000  
Σελ. 190, 191, 192, 193

**32. ΓΕΩΡΓΑΚΟΠΟΥΛΟΣ ΧΡΗΣΤΟΣ**

ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ ΚΑΙ ΑΥΤΟΓΝΩΣΙΑ  
ΨΥΧΕΔΕΛΕΙΑ ΚΑΙ ΔΙΑΛΟΓΙΣΜΟΣ  
ΕΚΔΟΤΙΚΟ ΤΥΠΟΓΡΑΦΕΙΟ ΠΑΤΡΩΝ ΓΕΩΡ. Ι. ΠΕΤΡΑΚΗ  
ΠΑΤΡΑ 1995  
Σελ. 68, 69

**33. ΛΕΚΑΚΗΣ Π.**

«ΑΛΚΟΟΛΙΚΗ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΑ»  
ΙΑΤΡΙΚΗ ΤΕΥΧΟΣ 6  
ΤΟΜΟΣ 5  
ΑΘΗΝΑ 1993  
Σελ. 482, 483, 484

**34. ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ**

**ΜΕΤΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΑ ΜΑΘΗΜΑΤΑ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΑΣ**  
ΣΕΙΡΑ ΔΕΥΤΕΡΗ  
ΤΟΜΟΣ 3<sup>ος</sup>  
ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΚΔΟΣΕΙΣ Π.Χ ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ  
ΑΘΗΝΑ 1982  
Σελ. 232, 246

**ΓΕΡΜΕΝΗΣ Τ.**

«ΜΑΘΗΜΑΤΑ ΠΡΩΤΩΝ ΒΟΗΘΕΙΩΝ ΓΙΑ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ»  
ΕΚΔΟΣΗ 3<sup>η</sup>  
ΑΘΗΝΑ 1994  
Σελ. 155, 156

**36. Κ. Δ. ΓΑΡΔΙΚΑ**

ΕΙΔΙΚΗ ΝΟΣΟΛΟΓΙΑ  
ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΕΣ ΕΚΔΟΣΕΙΣ «ΓΡΗΓΟΡΙΟΣ ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΣ»  
ΑΘΗΝΑ  
Σελ. 232, 320

**37. ΑΝΝΑ ΣΑΧΙΝΗ- ΚΑΡΔΑΣΗ**

ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΙ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ  
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ  
ΤΟΜΟΣ 2<sup>ος</sup>  
ΕΚΔΟΣΗ Β'  
ΕΚΔΟΣΕΙΣ «ΒΗΤΑ»  
ΑΘΗΝΑ 1997  
Σελ. 348

**3 ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑΣ**

ΛΙΠΙΔΑΙΜΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ ΙΙΙ  
ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΑΝ. ΑΘΗΝΩΝ  
ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ  
ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗΣ: Π. ΤΟΥΤΟΥΖΑΣ  
ΑΘΗΝΑ 1994  
Σελ. 98,99,100

**9. ΧΡΥΣΗ ΥΓΕΙΑ ΤΗΣ 3<sup>ης</sup> ΧΙΛΙΕΤΙΑΣ**

ΤΟΜΟΣ Β'  
ΕΚΔΟΣΕΙΣ «ΔΟΜΙΚΗ»  
COPYRIGHT 2002  
Σελ. 150

**40. ΛΙΑΠΠΟΣ ΓΙΑΝΝΗΣ Α.**

«ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ»  
ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΠΑΤΑΚΗ  
ΑΘΗΝΑ  
Σελ. 56,56

