

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



ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΣ

Πτωχιακή εργασία
Εισηγητής: Δρ. Δετοράκης Ι.

Οι σπουδαστές:
Νικολόπουλος Αθ.
Ρηγάτος Δ.

ΠΑΤΡΑ 2004



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΠΑΙΔΕΙΑΣ ΚΑΙ ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ
ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑΣ ΥΠΟΛΟΓΙΣΤΩΝ ΚΑΙ ΕΚΔΟΣΕΩΝ ΔΙΔΑΚΤΙΚΩΝ ΒΙΒΛΙΩΝ



ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΣ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Πρόλογος	1
----------------	---

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ

Κεφάλαιο 1

1.1 Ιστορική αναδρομή.....	3
1.2 Αμερική-Ευρώπη-Ασία.....	6
1.3 Η ποτοαπαγόρευση.....	11
1.4 Η ποτοαπαγόρευση (1920).....	12
1.5 Η άρση της ποτοαπαγόρευσης.....	14

Κεφάλαιο 2

2.1 Αυθυλική αλκοόλη.....	15
2.2 Παραγωγή αιθυλικής αλκοόλης.....	17
2.3 Απορρόφηση αιθυλικής αλκοόλης.....	17
2.4 Παραμονή αιθυλικής αλκοόλης στον ανθρώπινο οργανισμό.....	20
2.5 Αλκοόλ και φυσικές επιδράσεις.....	21
2.6 Αλκοόλ και δηλητηριώδεις ουσίες.....	22
2.7 Φαρμακολογικές ενέργειες του αλκοόλ.....	23
2.8 Μεταβολισμός.....	26

Κεφάλαιο 3

Αιτιολογία αλκοολισμού.....	29
3.1 Γενετικοί-βιολογικοί παράγοντες.....	29
3.2 Κοινωνικοί παράγοντες-κοινωνικό περιβάλλον.....	32
3.3 Οικογενειακό περιβάλλον.....	34
3.4 Οικονομικό περιβάλλον-Τιμή και διαθεσιμότητα του αλκοόλ...	36
3.5 Εθνικότητα.....	37
3.6 Επάγγελμα.....	38
3.7 Μέσα μαζικής ενημέρωσης.....	39
3.8 Ψυχολογικοί παράγοντες.....	40

Κεφάλαιο 4

Φάσεις αλκοολισμού.....	42
4.1 Προαλκοολική φάση.....	46
4.2 Πρόδρομη ή αρχική φάση.....	48
4.3 Κρίσιμη φάση.....	48
4.4 Χρόνια φάση.....	52
4.5 Τύποι αλκοολισμού.....	56

Κεφάλαιο 5

Μοντέλα αλκοολισμού.....	63
5.1 Ψυχοδυναμικό μοντέλο.....	63
5.2 Ιατρικό μοντέλο.....	66
5.3 Συμπεριφορικό μοντέλο.....	66
5.4 Κοινωνιολογικό μοντέλο.....	67

Κεφάλαιο 6

6.1 Συμπτώματα του αλκοολισμού.....	69
6.2 Σύνδρομο στέρησης.....	74

Κεφάλαιο 7

7.1 Καταστάσεις που οφείλονται σε κατάχρηση του αλκοόλ.....	76
7.2 Παρεπόμενα μέθης.....	83
7.3 Αλκοόλ και εγκυμοσύνη.....	85
7.4 Το ποτό στην παιδική ηλικία.....	90
7.5 Αλκοόλ και εργασία.....	92
7.6 Αλκοόλ και τροχαία ατυχήματα.....	93
7.7 Το αλκοόλ σαν αίτιο που προκαλεί ατυχήματα στην εργασία και στην οδήγηση.....	95
7.8 Αλκοόλ και έγκλημα.....	99
7.9 Αλκοόλ και σεξουαλικά εγκλήματα.....	100
7.10 Στέρηση.....	100
7.11 Αιφνίδιοι θάνατοι λόγω λήψης αλκοόλ.....	101

Κεφάλαιο 8

Επιδράσεις του αλκοόλ στην ψυχοσωματική σύσταση του οργανισμού.	
8.1 Επιδράσεις στο αιμοποιητικό σύστημα.....	103
8.2 Επιδράσεις στο αναπνευστικό σύστημα.....	103
8.3 Επιδράσεις καρδιαγγειακό σύστημα.....	105
8.4 Επιδράσεις στο πεπτικό σύστημα.....	108
8.5 Επιδράσεις στο μεταβολικό και ενδοκρινικό σύστημα.....	113
8.6 Επιδράσεις στο νευρικό και μυϊκό σύστημα.....	117
8.7 Νευροψυχικές διαταραχές.....	119
8.8 Επιδράσεις στον εγκέφαλο.....	131
8.9 Ψυχολογικές επιδράσεις.....	132
8.10 Καρκίνος.....	135
8.11 Επιδράσεις στο ήπαρ.....	136

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

Κεφάλαιο 9

Πρόληψη αλκοολικού.....	142
9.1 Πρόληψη των σταδίων στέρησης του αλκοόλ.....	145
9.2 Νοσηλευτική φροντίδα.....	145
9.3 Νομοθετικά μέτρα.....	152
9.4 Φορολογικά μέτρα.....	153
9.5 Ολική αναγκαστική απαγόρευση.....	154
9.6 Υγειονομικά μέτρα.....	156
9.7 Ο ρόλος του νοσηλευτή.....	157
9.8 Πως αποφεύγεται το μεθύσι.....	160
9.9 Ασφαλείς κανόνες πόσης.....	161

Κεφάλαιο 10

10.1 Ιατρική αντιμετώπιση αλκοολικού.....	163
10.2 Νοσηλευτική αντιμετώπιση αλκοολικού.....	164
10.3 Φαρμακευτική αντιμετώπιση αλκοολικού.....	170
10.4 Ψυχοθεραπεία.....	172
10.5 Ειδικές προσεγγίσεις και θεραπευτικά προγράμματα.....	175

ΕΠΙΛΟΓΟΣ-ΕΚΤΙΜΗΣΕΙΣ.....	179
--------------------------	-----

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Είναι γνωστό ό,τι από τα αρχαιότερα χρόνια, τόσο η μακρά χρήση όσο και η κατάχρηση του οινοπνεύματος γίνεται αιτία παθολογικών εξελίξεων σε όργανα του σώματός μας, κάθε φορά σε διαφορετικό βαθμό.

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

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

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

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

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

Θέλουμε να ευχαριστήσουμε τον κ. Δετοράκη για την επίβλεψη και την βοήθειά του στην υλοποίηση αυτής της ιδέας και όλους τους καθηγητές μας που μας βοήθησαν με την διδασκαλία τους να φτάσουμε στο πτυχίο της σχολής αυτής που λέγεται Νοσηλευτική και στην αφετηρία της επαγγελματικής μας καριέρας, ώστε να προσφέρουμε την βοήθειά μας στο κοινωνικό σύνολο, σ' έναν πολύ δύσκολο χώρο, που αφορά την ισορροπία της ψυχικής και σωματικής υγείας.

Ευχαριστούμε

Νικολόπουλος Αθ.
Ρηγάτος Δ.

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1 Ιστορική αναδρομή

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

Όλοι σχεδόν οι πολιτισμοί δημιούργησαν κάποια μορφή οينوπνευματώδους ποτού από πολύ νωρίς στην ιστορία τους. 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 16^ο αιώνα, η χρήση του περιορίζεται συνήθως μέσα σε μοναστήρια. Πηγή της αιθυλικής αλκοόλης είναι ο χυμός του σταφυλιού μέχρι τον 17^ο 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 «Aqua Vitae» και αρωματίζεται συνήθως με καρπούς κέθρου.

Άλλες πηγές αναφέρουν ότι από το 6000 π.Χ. παράγονται μύρτες και κρασιά από τη ζυμωτική δράση των μυκήτων της μαγιάς πάνω σε ορισμένα σάκχαρα.

Όμως, μόνο το 800 μ.Χ. παρήγγαν 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 Ίμπν Χαϋάν, ανακάλυψε τη διαδικασία της απόσταξης και ήταν ο πρώτος που έφτιαξε ένα πιο δυνατό ποτό, που είχε παρόμοια δράση με εκείνη του κονιάκ ή της βότκας.

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

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 στην 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 τον 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 αποστάσεως.

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

Χαμουραμί της Βαβυλώνας(γύρω στο 1770 π.Χ.)ρύθμιζε θέματα των ποτοπωλείων.

Το νερό, πολύτιμο υλικό στους πρώιμους αγροτικούς πολιτισμούς, ήταν πιθανόν το πρώτο υγρό που χρησιμοποιήθηκε ως προσφορά στις λατρευτικές τελετές. Υστερότερα, άλλα υγρά-το γάλα, το μέλι, και αργότερα το κρασί(σε ορισμένες θρησκείες)η μπίρα)- 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.

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

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 μύρα για μια μέρα».

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 την διασκέδαση, γεγονός που αντανακλάται στις περιγραφές αυτές. Οι Αιγύπτιοι γνώριζαν και τη μύρα, για την οποία αναφέρουν ότι «πρέπει κανείς να καταναλώσει μεγάλες ποσότητες για να έλθει σε κατάσταση ευθυμίας». Πολλές επιγραφές σκαλισμένες σε τάφους

επιφανών Αιγυπτίων αναφέρουν υπερήφανα: «Έδωσα ψωμί σ' αυτούς που πεινούσαν και μύρα σε αυτούς που διψούσαν»

Τα γραπτά σημεία 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 συχνές 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.

1.2 Αμερική -Ευρώπη-Ασία

Τον 16ο 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 του φυτού, γνωστό ως τεκίλα. Διακόσια πενήντα χρόνια περίπου μετά τον Κορτέζ ο θαλασσοπόρος Κουκ, ταξιδεύοντας στον Ειρηνικό, σημείωνε ότι στα ειδυλλιακά νησιά της Πολυνησίας οι ιθαγενείς έπιναν ένα ρακί ονομαζόμενο κάβα, που βγαίνει από μια ποικιλία πιπεριάς. Ο εξερευνητής Μούνγκο Πάρκ, καθώς οδηγούσε ένα καραβάνι στην έρημο της Σαχάρας, παρατήρησε ότι οι ιθαγενείς παρασκεύαζαν «ένα ποτό που η γεύση του θυμίζει τη δυνατή μύρα της πατρίδας μου(την πολύ καλή μύρα μάλιστα...)». Σήμερα δεν υπάρχει χώρα στον κόσμο όπου να μη χρησιμοποιείται αυτό το φάρμακο, έστω και δεν υπάρχουν νομικές ή ηθικές απαγορεύσεις.

Οι λαοί της Άπω Ανατολής ανακάλυψαν επίσης την τεχνολογία της παρασκευής οινοπνευματωδών 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 θεικές καταστάσεις μέθης. Και εδώ, με το πέρασμα του χρόνου, το ιερό ποτό κοσμικοποιήθηκε, ακόμη και όταν του 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 οινοπνευματωδών.

Στην Ινδία, η ινδουιστική Αγιουβέρτα, ήδη από το 1000 περίπου π.Χ. περιγράφει τόσο τις ευεργετικές χρήσεις των οινοπνευματωδών 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 Κεϋλάνης, 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 σακέ (sake). Πάρα πολλά έθιμα και τελετουργικές πράξεις ποτοποιίας που αφορούσαν το σακέ συνδέονταν με θρησκευτικές και κοινωνικές εκδηλώσεις. Υπάρχουν ενδείξεις μεγάλης ποτοποιίας 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 ουίски, το οποίο προτιμούν οι νέοι.

Στην Αφρική το καλαμπόκι, το κεχρί, οι μπανάνες, το μέλι, ο χυμός της χουρμαδιάς και του μπαμπού, καθώς και πολλά φρούτα έχουν χρησιμοποιηθεί για την παραγωγή με ζύμωση θρεπτικής μπίρας και κρασιών, όπως η γνωστή μπίρα και τα κρασιά από χουρμάδες. 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 Παλάγκο των νοτιοδυτικών Ηνωμένων Πολιτειών έφτιαχναν κρασί από κάκτο, και οι Ταραχουμάρα του βόρειου Μεξικού έφτιαχναν μπίρες από καλαμπόκι και είδη αγαύης, ενώ σ 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 ποτοποσία όσο και οι τύποι ποτοποσίας και οι ποσότητες διαφέρουν στις δύο 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 άνδρες, ως σύμβολο ανδρισμού. Μολονότι τα πρότυπα αυτά δεν είναι σταθερά ανάμεσα στους τοπικούς πληθυσμούς και στις κοινωνικοοικονομικές ομάδες των δύο χωρών, θεωρούνται σημαντικά ως αιτίες της πολύ μεγαλύτερης θνησιμότητας και νοσηρότητας από αλκοολισμό στη Γαλλία.

Στις σκανδιναβικές χώρες (περιλαμβανομένης και της Φινλανδίας)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 Φινλανδία, 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 χωριά έθιμα, μολονότι επέτρεπαν τη μεγάλη κατανάλωση, συγκρατούσαν τις υπερβολές. Στη Σοβιετική Ένωση τα ολοένα αναπτυσσόμενα προγράμματα ίδρυσης σταθμών αποτοξίνωσης 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 ποτοποσίας. Και στις δυο χώρες η μπίρα είναι το δημοφιλέστερο ποτό. Η σαφής προτίμηση για την μπίρα παρατηρείται και σε άλλες χώρες που έχουν εποικιστεί και επηρεαστεί σε μεγάλο βαθμό από βρετανικούς πληθυσμούς-στην Αυστραλία, τη 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'ανάγκη 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 έναν βαθμό την ανάπτυξη του αλκοολισμού.

Τον 17ο αιώνα άρχισε να εξάγεται και σε άλλες Ευρωπαϊκές χώρες το Gin που αποτέλεσε πατροπαράδοτο Ολλανδικό προϊόν. Την εποχή εκείνη

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 τη μεγάλη κατανάλωση, συγκρατούσαν τις υπερβολές. Στη Σοβιετική Ένωση τα ολοένα αναπτυσσόμενα προγράμματα ίδρυσης σταθμών αποτοξίνωσης 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 ποτοποσίας. 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, τη 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'ανάγκη 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 έναν βαθμό την ανάπτυξη του αλκοολισμού.

Τον 17ο 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 ελέγχου 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 πείνα και η φτώχεια έβρισκαν καταφύγιο στη θαλπωρή του οινοπνεύματος.

Κατά το πρώτο ήμισυ του 18ου αιώνα, η ευρεία χρήση οινοπνεύματος οδηγεί στις πρώτες κλινικές παρατηρήσεις για τις επιπτώσεις του στη διατροφή και την υγεία των καταναλωτών. Παρ'όλ'αυτά, ιδιαίτερη σημασία δίνεται κυρίως στις κοινωνικές επιπτώσεις από την κατάχρηση του οινοπνεύματος. Την εποχή της βρετανικής ποτοαπαγόρευσης(1936), ο Thomas Wilson δημοσιεύει μια 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 οινοπνεύματος.

Οι ιστορικοί γνωρίζουν ότι τα αυστηρά αυτά νομοθετικά μέτρα μπορεί να περιόρισαν την εμπορική διακίνηση του καθαρού οινοπνεύματος, δεν

περιορίσαν όμως την ευρεία κατανάλωση του στην Κεντρική και Βόρεια Ευρώπη την εποχή εκείνη.

1.3 Η ποτοαπαγόρευση

Οι κυβερνητικές προσπάθειες να τεθούν υπό έλεγχο τα οινοπνευματώδη 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 οινοπνευματωδών ποτών.

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^{ου} αιώνα, όπου η πολιτεία του Μαϊν απαγόρευσε από το 1846 τη χρήση και το εμπόριο οινοπνευματωδών ποτών. Άρχισαν να τη 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 οινοπνευματωδών ποτών είχε απαγορευθεί σε 30 αμερικανικές πολιτείες. Τέλος, το 1929, ψηφίσθηκε από το Κογκρέσο γενική ποτοαπαγόρευση για όλες ανεξαιρέτα τις πολιτείες της Βόρειας Αμερικής με το νόμο Βόλστηντ, που καταργήθηκε αργότερα εξαιτίας της επικίνδυνης εξάπλωσης του παράνομου εμπορίου των οινοπνευματωδών.

1.4 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^{ου} 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 θεσπιστούν 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'αυτήν τη ρύθμιση και άρχισαν να επιδιώκουν την απαγόρευση του οινοπνεύματος σε όλες τις πολιτείες.

Το 1914 ο γερουσιαστής 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 υποστηρίχθηκε 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 Αμερικανική Ιατρική Εταιρία (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 φανερή ονομαστική ψηφοφορία το 1917, να ενσωματωθεί στο σύνταγμα ως 18^η τροπολογία το 1918, να επικυρωθεί από 36 πολιτείες το 1919 και να αρχίσει να ισχύει το 1920.

Επρόκειτο για ένα άρθρο με τρία εδάφια, που έμελλε να αλλάξει την όψη της χώρας και εν συνεχεία ολόκληρο του πλανήτη, πυροδοτώντας όλα τα φαινόμενα της κοινωνικής παθολογίας, δίνοντας ώθηση στην εγκληματικότητα, αυξάνοντας τον ποινικό πληθυσμό, πολλαπλασιάζοντας

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 Αμερικανική Ιατρική Εταιρία (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 φανερή ονομαστική ψηφοφορία το 1917, να ενσωματωθεί στο σύνταγμα ως 18^η τροπολογία το 1918, να επικυρωθεί από 36 πολιτείες το 1919 και να αρχίσει να ισχύει το 1920.

Επρόκειτο για ένα άρθρο με τρία εδάφια, που έμελλε να αλλάξει την όψη της χώρας και εν συνεχεία ολόκληρο 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: Έναν χρόνο μετά την κύρωση του παρόντος άρθρου, απαγορεύεται η παραγωγή, πώληση, μεταφορά, εισαγωγή ή εξαγωγή οινοπνευματωδών ποτών στις ΗΠΑ και σε όλα τα εδάφη που εξαρτώνται από αυτές.

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

Εδάφιο 3: Το άρθρο αυτό δεν θα ισχύσει παρά μόνο εάν ακυρωθεί ως Τροπολογία του Συντάγματος από τα κοινοβούλια των πολιτειών, όπως ορίζεται από το Σύνταγμα, εντός 7 ετών από την υποβολή του παρόντος από το Κογκρέσο στις πολιτείες.

1.5 Η άρση της ποτοαπαγόρευσης (1933)

Το 1930, ο γερουσιαστής Morris Sheppard του Τέξας, φανατικός υπέρμαχος της απαγόρευσης του οινοπνεύματος και συντάκτης της 18^{ης} τροπολογίας με την οποία επιβλήθηκε η ποτοαπαγόρευση, διακήρυττε ότι είναι απίθανο να μπορέσει να καταργηθεί η 18^η τροπολογία.

Τρία χρόνια αργότερα, το 1933, ο δημοκρατικός πρόεδρος Franklin Roosevelt προώθησε την ψήφιση της 21^{ης} τροπολογίας που ακύρωνε την 18^η τροπολογία του 1920, βάζοντας τέλος σε μια ανώμαλη κατάσταση, από την οποία μόνος κερδισμένος ήταν το οργανωμένο έγκλημα και μοναδικός χαμένος η αμερικανική κοινωνία.

Με την κατάργηση της 18^{ης} τροπολογίας, της μοναδικής συνταγματικής τροπολογίας που καταργήθηκε μέχρι σήμερα στις ΗΠΑ, η αμερικανική κοινωνία βγήκε από τον εφιάλτη της απαγόρευσης του αλκοόλ.

Ουσιαστικά η πιο δεδομένη 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 στη 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 αποδείχθηκε ικανή να οδηγήσει στην εγκράτεια εκείνους που η ανάγκη τους να πιουν ξεφεύγει από τον έλεγχο τους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2.1 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 .

Είναι υγρό άχρωμο που παίρνει εύκολα φωτιά και έχει ευχάριστη γεύση και που περιέχεται στα ποτά μέχρι και πέρα από 68-72%.

Η Ιατρική επιστήμη του 19^{ου} 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'όλ'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 ποτού (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 δράσει απαιτείται η κατανάλωση αρκετών γραμμαρίων. Επειδή η κατανάλωση του οινόπνευματος είναι μέρος της καθημερινής ζωής, μερικές φορές δεν είναι εύκολη η ακριβής εκτίμηση για το ποσό που έχει ληφθεί.

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 1 gm 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 οινόπνεύματος).

2.2 Παραγωγή αιθυλικής αλκοόλης

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 σακχαροκάλαμου, κ.λ.π. Το οινόπνευμα που αποστάζεται με τη ζύμωση αυτών των προϊόντων, φτάνει συνήθως σε μέγιστη καθαρότητα 95%. Για την επίτευξη 100% καθαρού οινόπνεύματος απαιτείται η χημική επεξεργασία με ειδικές υγροσκοπικές ενώσεις, οι οποίες δεν στερούνται τοξικότητας.

Η αιθυλική αλκοόλη έχει πυκνότητα 0,806, βράζει στους 78° C, καίγεται με κυανή φλόγα και έχει αξιόλογη θερμική ισχύ. Παράγεται με απόσταξη των προϊόντων ζύμωσης του σταφυλιού, των σταφυλιδών, των τεύτλων, της μελάσας 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).

2.3 Απορρόφηση αιθυλικής αλκοόλης

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

Ο ρυθμός ελαττώσεως του επιπέδου του οινόπνεύματος στο αίμα είναι αρκετός σταθερός. Αυτό σημαίνει, ότι ανεξάρτητα απ'τις συνθήκες και τη διάρκεια που χρειάζεται κάποιος να μεθύσει, όταν φτάσει σ'ένα ορισμένο μέγιστο επίπεδο οινόπνεύματος στο αίμα, το χρονικό διάστημα που

χρειάζεται το οινόπνευμα για να αποβληθεί απ' το σώμα θα είναι το ίδιο όπως και για κάποιον άλλον, που θα μεθύσει γρηγορότερα ή αργότερα.

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

Φυσική ανοχή. Η τακτική χρήση οινοπνεύματος οδηγεί σε βαθμιαίο «εγκλιματισμό» σε αξιόλογες ποσότητες του στο αίμα. Ο εγκέφαλος «συνηθίζει» επίσης, στο περιβάλλον του οινοπνεύματος. 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 οινοπνεύματος στο αίμα τους θα έκανε κάποιον ασυνήθιστο στο ποτό να δείχνει μεθυσμένος. Τα φαινόμενα ωστόσο, απατούν.

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

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

Φαγητό στο στομάχι. Επιβραδύνει την απορρόφηση του αλκοόλ στον οργανισμό έως 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.

Δραστηριότητα του στομάχου. Φόβος, νευρικήτητα 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.

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 οινοπνεύματος στο αίμα του σωματώδους ατόμου αυξάνει αργότερα και φθάνει τελικά σε χαμηλότερα επίπεδα απ'όσο στο μικρόσωμο, που πίνει την ίδια ποσότητα οινοπνεύματος. 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.

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 1/2) ποτό κάθε μια ώρα χωρίς να μεθύσει. Το επίπεδο αλκοόλης στο αίμα θα παραμείνει χαμηλά εάν κάποιος πίνει αργά και νωχελικά.

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' αυτόν τον τρόπο, το επίπεδο της αλκοόλης στο αίμα θα είναι υψηλότερο μετά από ένα ποτό περιεκτικότητας 50% σε αλκοόλη όπως το ρούμι που περιέχει μισή ούγια αλκοόλ, και όχι τα τρία ποτήρια κρασί ίσης ποσότητας αλκοόλης.

Χημικά που συνθέτονται από το σώμα. Δυο άτομα που πίνουν θα περιμέναμε να έχουν το αυτό ποσοστό απορρόφησης, αλλά αυτό δεν 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.

2.4 Παραμονή αιθυλικής αλκοόλης στον ανθρώπινο οργανισμό.

‡

Σε μια ώρα μεταβολίζεται το 0.15% περίπου του οινοπνεύματος που περιέχεται στο αίμα ενός ατόμου.

Έτσι, αν κάποιος έχει καταναλώσει οινοπνευματώδη ποτά και η συγκέντρωση αλκοόλης στο αίμα του είναι 1.5%, απαιτούνται 10 ώρες για να απαλλαγεί τελείως ο οργανισμός του απ' αυτήν. Αποδείχθηκε πειραματικά ότι άτομα τα οποία καταναλώνουν αλκοόλ σε τακτά χρονικά διαστήματα, παρουσιάζουν μεγαλύτερη πτώση απόδοσης από εκείνα που καταναλώνουν αλκοόλ σε τυχαίες χρονικές στιγμές. Συγκεκριμένα, αν κάποιος καταναλώσει στις 11 το βράδυ 200-300 κυβικά εκατοστά κρασί με άδειο στομάχι, γύρω στις 10 το επόμενο πρωί, δεν θα παρουσιάζει την παραμικρή πτώση απόδοσης κατά την εργασία του. Όταν όμως, η παραπάνω ποσότητα κρασιού

καταναλώνεται κάθε μέρα, μετά από 5 ημέρες παρατηρείται σημαντική μείωση της απόδοσής του.

Είναι εξακριβωμένο ότι 80 μέχρι 100 γραμμάρια οينوπνεύματος , δηλαδή 1 μέχρι 1¹/₂ φιάλες κρασί, ή 2¹/₂ λίτρα μύρα, παραμένουν στον ανθρώπινο οργανισμό τουλάχιστον 24 ώρες.

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

2.5 Αλκοόλ και φυσικές επιδράσεις

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

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

Με πειράματα εξακριβώθηκε ότι η κατανάλωση 1 μέχρι 2 φιαλών μύρας συνεπάγεται μια πτώση της θερμοκρασίας του σώματος κατά 0.3

μέχρι 0.6°C, λόγω "πρόσθετης" αποβολής θερμότητας μέσω του δέρματος. Αυτοί ήταν και οι λόγοι για τους οποίους ο Νορβηγός εξερευνητής Nansen (βραβείο Νόμπελ ειρήνης το 1922) κατά το δεκαπεντάμηνο εξερευνητικό του ταξίδι στον Βόρειο Πόλο, δεν μετέφερε μαζί του καθόλου οινοπνευματώδη ποτά.

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

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

2.6 Αλκοόλ και δηλητηριώδεις ουσίες

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

Το οινόπνευμα επηρεάζει θετικά τη δηλητηριώδη δράση των αλογονωμένων υδρογονανθράκων, όπως το τριχλωραιθυλένιο και το τετραχλωραιθυλένιο. Τα άτομα τα οποία εκτίθενται σε ατμούς τέτοιων

ουσιών, όπως για παράδειγμα οι εργαζόμενοι σε καθαριστήρια ρούχων, σε βιομηχανίες μετάλλων ή ρολογιών και σε εργασίες αποχρωματισμού, δεν πρέπει σε καμιά περίπτωση να καταναλώνουν οινοπνευματώδη ποτά.

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

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

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

2.7 Φαρμακολογικές ενέργειες του αλκοόλ

Η κύρια φαρμακολογική ενέργεια του οινοπνεύματος είναι στο Κ.Ν.Σ.. Το οινόπνευμα προκαλεί διέγερση παράλυση των ανωτέρων κέντρων του

φλοιού του εγκεφάλου .Η διέγερση και η υπερκινητικότητα κατά το φαρμακολογικό σύνδρομο της μέθης οφείλεται στην άρση της ανασταλτικής επίδρασης των ανωτέρων κέντρων επί των κατωτέρων.

Παλαιότερα, κατά την προαναισθητική περίοδο, στη νάρκωση, χρησιμοποιούσαν το οινόπνευμα προκειμένου να γίνει η εγχείρηση. Αυτό σήμερα δεν είναι αποδεκτό γιατί κατά το στάδιο της διέγερσης ο άρρωστος βρίσκεται ήδη στα πρόθυρα της αναπνευστικής παράλυσης και θανάτου. Ακόμα και η ανάταξη κατάγματος πρέπει να αναβάλλεται στο άτομο το οποίο βρίσκεται σε μέθη, μέχρι που να ελαττωθεί η πυκνότητα του οινόπνευματος στο αίμα, σε ασφαλή επίπεδα.

Στο κυκλοφοριακό σύστημα η ενέργεια του οινόπνευματος δεν είναι μεγάλη. Η αρτηριακή πίεση, ο κατά λεπτόν όγκος αίματος δεν μεταβάλλονται σημαντικά. Ελάττωση της αρτηριακής πίεσης έχουμε μετά από μεγάλη δόση οινόπνευματος. Μέτρια δόση οινόπνευματος διευρύνει τα αγγεία του δέρματος, λόγω καταστολής του κέντρου αγγειοκινητικών, ενώ στενεύει στα σπλαχνικά αγγεία. Ακριβώς λόγω της διεύρυνσης των αγγείων του δέρματος έχουμε απώλεια της θερμότητας και ελάττωση της θερμοκρασίας του σώματος.

Το οινόπνευμα παρουσιάζει ενέργεια με τα αντιπυρετικά και έτσι μπορούμε να πούμε ότι έχει αντιπυρετική δράση. Η πτώση της θερμοκρασίας του σώματος γίνεται ακριβώς με τον ίδιο μηχανισμό με τον οποίο τα αντιπυρετικά φάρμακα ρίχνουν τον πυρετό.

Η χορήγηση οινόπνευματος δεν δικαιολογείται σε πάσχοντες από αρτηριοσκληρίωση των αγγείων του εγκεφάλου, γιατί από διάφορες μετρήσεις που έγιναν, έδειξαν ότι το οινόπνευμα δεν έχει αξιόλογη ενέργεια επί της ροής του αίματος στα αγγεία του εγκεφάλου. Ακόμα οι πάσχοντες από ισχαιμική νόσο της καρδιάς είναι καλό να μην πίνουν οινόπνευματώδη ποτά, γιατί μπορεί η αναλγητική ενέργεια του οινόπνευματος να καλύψει το προκάρδιο άλγος.

Μετά από βαριά μέθη μπορεί να έχουμε παράλυση του κέντρου της αναπνοής. Μικρή δόση οινόπνευματος έχει διεγερτική ενέργεια γιατί αναστέλλει την έκκριση της αντιδιουρητικής ορμόνης (ADH). Αυτό οφείλεται στην κατασταλτική ενέργεια του οινόπνευματος στο κέντρο του υποθαλάμου το οποίο ελέγχει από τον οπίσθιο λοβό της υπόφυσης την έκκριση της (ADO).

Το οινόπνευμα προκαλεί αφυδάτωση στα άτομα τα οποία πήραν χλωριούχο νάτριο μαζί με οινόπνευμα. Η διούρηση παρά την αύξηση της οσμωτικής πίεσης του πλάσματος δεν αναστέλλεται. Το οινόπνευμα καταστέλλει το κέντρο της δίψας γι' αυτό και οι πότες δεν διψούν.

Από την πρόσληψη οινόπνευματος δεν έχουμε απόθεμα γλυκογόνου στο ήπαρ. Αντίθετα το οινόπνευμα εξαντλεί τα αποθέματα του ήπατος σε γλυκογόνο, γιατί προκαλεί βλάβες στην ηπατική λειτουργία.

Στους βλεννογόνους, η πυκνότητα πάνω από 20% οινόπνευματος προκαλεί καύση και αίσθημα θερμού, σε μεγαλύτερη πυκνότητα (50-60%) είναι επώδυνο για τους βλεννογόνους. Η τοπική ερεθιστική ενέργεια στο στομάχι μπορεί να προκαλέσει εμετό και γι' αυτό η οξεία δηλητηρίαση καταλήγει καμιά φορά στον θάνατο. Το οινόπνευμα άλλωστε ερεθίζει το κέντρο του εμετού.

Η ερεθιστική ενέργεια του οινόπνευματος στους βλεννογόνους του γαστρεντερικού συστήματος διεγείρει την έκκριση των υγρών, όπως το γαστρικό. Το οινόπνευμα προκαλεί την ελευθέρωση ισταμίνης ή γαστρίνης στον βλεννογόνο του στομάχου. Σε αραιή διάλυση ερεθίζει τους γευστικούς κάλυκες και προκαλεί έκκριση σιέλου με αποτέλεσμα να διεγείρει την ψυχική φάση της γαστρικής έκκρισης. Η ορεκτική ενέργεια του οινόπνευματος οφείλεται στο γεγονός ότι ελαττώνει την πνευματική κούραση και προκαλεί ευδιαθεσία.

Στο δέρμα, οινόπνευμα πυκνότητας πάνω από 60%, προκαλεί υπεραιμία, κνησμό, αίσθημα θερμότητας. Τοπική ερεθιστική ενέργεια εξασκείται στο

δέρμα κυρίως όταν υπάρχει λύση συνέχεια (εξελκώσεις, τραύματα). Η αιθυλική αλκοόλη παρουσιάζει την καλύτερη αντισηπτική ενέργεια σε πυκνότητα 70% κατά βάρος.

2.8 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.

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.

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 οινόπνευματος και μετατρέπεται σε ακεταλδεΐδη.

Επειδή το προϊόν οξείδωσης της ακεταλδεΐδης, 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.

Η σταθερά 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 οιοπνεύματος στο αίμα σε κάποια προηγούμενη χρονική στιγμή, ακόμη και αρκετές ώρες μετά.

Το αλκοόλ έχει και μερικές άλλες μεταβολικές επιδράσεις. Επηρεάζει τον μεταβολισμό των υδατανθράκων και μπορεί να προκαλέσει υπογλυκαιμία με την παρεμπόδιση της γλυκονεογενέσεως. Πάντως σημαντικός βαθμός υπογλυκαιμίας εμφανίζεται μόνο όταν τα ηπατικά αποθέματα γλυκογόνου έχουν εξαντληθεί. 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 ανοιγμένου 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 υπερουριχαιμία που να οφείλεται στην ανασταλτική δράση του γαλακτικού οξέος στη νεφρική απέκκριση ουρικού οξέος.

Στον τομέα του μεταβολισμού των λιπιδίων μπορεί να προκαλέσει υπερτριγλυκεριδαιμία και να οδηγήσει σε λιπώδη εκφύλιση του ήπατος. Η οξεία υπερλιπιδαιμία οφείλεται σε ενεργοποίηση του συμπαθητικού, την έκλυση νοραδρεναλίνης και την λιπόλυση στις λιποαποθήκες. 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.

Το αλκοόλ έχει και άλλες νεφρικές επιδράσεις. Οι ασθενείς εμφανίζουν συχνά χαμηλά επίπεδα φωσφορικών αλάτων και μαγνησίου στον ορό προφανώς εξαιτίας αυξημένης νεφρικής απέκκρισεως αυτών των ιόντων.

Η διούρηση οφείλεται στην παροδική καταστολή της εκκρίσεως αντιδιουρητικής ορμόνης (ADH) από το υπεροπτικοϋποφυσιακό σύστημα γιατί μια σχετικά μικρή ποσότητα οινόπνευματος ενιέμενη κατευθείαν στην καρωτίδα προκαλεί άμεση διούρηση.

Το οινόπνευμα δεν αλλοιώνει την ευαισθησία των ουροφόρων σωληναρίων στην ενδογενή είτε εξωγενή ADH και δεν έχει φανερή επίδραση στην αιμοδυναμική του νεφρού σε φυσιολογικά άτομα. Η διούρηση εμφανίζεται μόνο κατά την αρχική φάση της χορηγήσεως οινόπνευματος και δεν διατηρείται κατά την παρατεταμένη πόση. Παρατηρείται επίσης αυξημένη απέκκριση αμμωνίου και οξέων με τα ούρα, μετά την κατανάλωση οινόπνευματος λόγω ελαφρού βαθμού μεταβολικής και αναπνευστικής οξεώσεως.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

✚ Αιτιολογία αλκοολισμού

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 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.

Τόσο οι μελέτες του Ουίνοκερ στη Β.Αμερική, όσο και οι έρευνες του Γκούντγουιν στη Δανία, με αλκοολικούς αρρώστους που υιοθετήθηκαν σε βρεφική ηλικία από μη αλκοολικούς γονείς, δείχνουν μια ισχυρή κληρονομική τάση, ιδιαίτερα στον αλκοολισμό που αναπτύσσεται πριν από τα τριάντα χρόνια. Η οικογένεια και το κοινωνικό περιβάλλον έχουν επίσης σημασία, ιδίως προφυλακτική, για το αν κάποιος θα γίνει αλκοολικός ή όχι. Επίσης πολλές είναι οι ψυχολογικές αιτίες δηλαδή τα κίνητρα που ωθούν ορισμένα άτομα στη χρήση οινοπνευματωδών ποτών. Τα ακριβή αίτια του αλκοολισμού παραμένουν ανεξήγητα. Οι παρακάτω παράγοντες θεωρούνται σημαντικοί για την ανάπτυξη εξάρτησης:

3.1 Γενετικοί-βιολογικοί παράγοντες

α. Γενετική προδιάθεση.

Αν και η αιτιολογία του αλκοολισμού είναι βασικά άγνωστη, εντούτοις έχουν ενοχοποιηθεί διάφοροι παράγοντες. Από αυτούς σημαντικότεροι είναι οι γενετικοί.

Θεωρίες για την γενετική αιτιολογία του αλκοολισμού προτείνουν μια κληρονομούμενη ευαλωτότητα στο αλκοόλ, που μπορεί να διαμεσολαβεί 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'ότι σε διζυγώτες διδύμους.

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

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

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

Παρόμοια αποτελέσματα με αυτά του Goodwin έδειξε και η έρευνα των Cadoret & Gath (1977). Όπως σχολιάζουν οι παραπάνω ερευνητές «...ο εντοπισμός του αλκοολικού σε υιοθετημένα παιδιά που ο βιολογικός τους πατέρας ήταν αλκοολικός αποτελεί σοβαρή ένδειξη για την ύπαρξη γενετικών παραγόντων...»

β. Οικογενειακός αλκοολισμός.

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

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

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

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

3.2 Κοινωνικοί παράγοντες – κοινωνικό περιβάλλον

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 παιδεία, το περιβάλλον, η ανεργία, τα αδιέξοδα των νέων ανθρώπων κ.α. το λιγότερο που μπορούν να κάνουν είναι να οδηγήσουν έναν αριθμό ατόμων στον αλκοολισμό.

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 παραχάϊδεμα ή η αστάθεια στον τρόπο ανατροφής, μπορούν να θέσουν τα θεμέλια για μια ευάλωτη προσωπικότητα.

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

Αντίθεση και απελευθέρωση Το οινόπνευμα, ή οποιαδήποτε άλλη τοξική ουσία, χρησιμοποιείται από πολλά νεαρά άτομα σαν μέσο αντίστασης, σαν βοήθημα στο ξεπέραςμα των ψυχαναγκασμών που επιβάλλει για τα παιδιά αυτά μια αφόρητα και απάνθρωπη πραγματικότητα, σαν μέσο για την κατάκτηση κάποια απόλυτης ελευθερίας. Μια ελευθερία με παραμορφωμένη όμως έννοια αφού πρόκειται για ελευθερία "για κάτι" και όχι ελευθερία "από κάτι" καθώς το συγκεκριμένο άτομο όχι μόνο ελεύθερο δεν είναι από το κάτι αλλά πολύ σύντομα εξαρτάται απόλυτα απ' αυτό.

Απομόνωση Αίσθημα μη κατανόησης από τους άλλους, έλλειψη δεσμών. Για πολλούς νέους αλκοολικούς ή χρήστες άλλων τοξικών ουσιών είναι

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

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

Ασταθή νεαρά άτομα αναζητούν το οινόπνευμα γι' αυτή του τη δράση, αναζητούν την ισοτιμία μεταξύ ίσων στην παρέα, την αναγνώριση από την ομάδα και την προσοχή του αντίθετου φύλου. Στην προσπάθεια αυτή για σταθεροποίηση του ανασφαλή χαρακτήρα τους και στην παιδιάστικη βιαστική συμπεριφορά τους χρησιμοποιείται το οινόπνευμα σαν απόδειξη σιγουριάς και ωριμότητας. Το μπουκάλι γίνεται το σύμβολο της ονειρεμένης και τόσο επιθυμητής ωριμότητας και έτσι δημιουργείται μια φάση παροδική που κυριαρχείται από το συναίσθημα της ενήλικης ωριμότητας, που ακτινοβολεί σε φίλους και γνωστούς και αρέσει φυσικά και στον ίδιο. Εάν η φάση αυτή διαρκέσει αρκετά τότε δυναμώνεται και από το περιβάλλον όπως συμβαίνει πολύ συχνά στη σημερινή πραγματικότητα. Έτσι θεωρεί ο νεαρός τον εαυτό του πράγματι σαν ενήλικα και απόλυτα υπεύθυνο άτομο.

3.3 Οικογενειακό περιβάλλον

Είναι κοινά αποδεκτό ότι χρήστες πολλαπλών ουσιών προέρχονται συχνά από αποδιοργανωμένες οικογένειες, όπου η γονική αμέλεια, η στέρηση και η κακοποίηση των παιδιών αποτελεί συχνό φαινόμενο. Άτομα, που η διαπαιδαγώγησή τους συντελέστηκε μέσα σ'ένα αρμονικό, οικογενειακό περιβάλλον, με κυρίαρχα στοιχεία την αγάπη, την κατανόηση και το ενδιαφέρον των γονιών, εξελίχθηκαν σε δημιουργικές και δυναμικές προσωπικότητες, χωρίς μεγάλο ποσοστό απόκλισης της συμπεριφοράς τους απ'τα αποδεκτά πλαίσια της συμπεριφοράς τους από τα αποδεκτά κοινωνικά πλαίσια.

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

α. Επιδράσεις γονέων

Οι γονείς επηρεάζουν τα παιδιά τους με πάρα πολλούς τρόπους. Γονικές επιδράσεις σαν καθοριστικοί παράγοντες προβλημάτων αλκοολισμού είναι πιθανόν ποικίλες. Γονείς οι οποίοι πίνουν πάρα πολύ μπορεί να γίνουν "πρότυπα" προβληματικής συμπεριφοράς ποτού, την οποία μιμούνται τα παιδιά τους όταν αρχίζουν να πίνουν.

Η αποτυχία των γονέων εκείνων που απέχουν να πίνουν οινοπνευματώδη ποτά, αδυνατούν να διαμορφώσουν φυσιολογική συμπεριφορά πόσης, αυτό μπορεί να είναι ένα αίτιο γιατί τα παιδιά τους έχουν έλλειψη προτύπου συμπεριφοράς πόσης ως προς το αλκοόλ που αρχίζει τότε να γίνεται ένας αυξανόμενος κίνδυνος στα προβλήματα του αλκοολισμού. Η αποτυχία των γονέων και κυρίως του πατέρα, να δώσει ένα

πρότυπο σωστού ανδρικού ρόλου, είναι ο κίνδυνος στον οποίο εκτίθεται το παιδί για να υιοθετήσει ένα λανθασμένο πρότυπο ανδρικού ρόλου από την κοινωνική ζωή της τηλεόρασης, του κινηματογράφου όπου σωματώδης άνδρες που πίνουν πολύ, πρωταγωνιστούν σε τέτοιες εμφανίσεις. Πάλι η ανικανότητα του γονέα για σωστή συμπεριφορά στο παιδί, μπορεί να εξηγηθεί από μια μελέτη η οποία ανακάλυψε, ότι προβληματικοί πότες παιδιά, είχαν γονείς οι οποίοι ήταν πολύ τραχοί ή ανίκανοι να αντιμετωπίσουν τις απαιτήσεις της ζωής.

β. Προσωπικότητα

Η έρευνα για την προσωπικότητα του αλκοολικού έχει αποβεί σχεδόν άκαρπη. Δεν υπάρχει συγκεκριμένη ομάδα ιδιοτήτων προσωπικότητας που μπορεί να καθοριστεί σαν εκείνη που θα αναπτύξει προβλήματα αλκοολισμού. Μερικές μακροχρόνιες μελέτες σε ανθρώπους οι οποίοι είχαν παρατηρηθεί πολύ σχολαστικά στην παιδική τους ηλικία, αναγνωρίστηκαν μερικές χαρακτηριστικές προσωπικότητες κατά τις οποίες ξεχώρισαν τα αγόρια που επρόκειτο να γίνουν αργότερα προβληματικοί πότες. Οι μελέτες όμως αυτές έχουν ελλείψεις λόγω βασικών μεθοδολογικών αδυναμιών και κάθε μια από αυτές δεν μπορεί να βασίζεται με εμπιστοσύνη στις αλλοπρόσαλλες συμπεριφορές της παιδικής ηλικίας όπως κλεψιά, επιθετικότητα, φυγή από την οικογένεια κλπ, σαν οιωνοί μεταγενέστερων προβλημάτων αλκοολισμού. Πάντως παρόμοιες μελέτες εφήβων και νεαρών ενηλίκων, έχουν επίσης αναγνωρίσει τους μελλοντικούς πότες σαν τους έχοντες τάση για περιπέτεια και υπερβολικό ανδρισμό. Σε αυτές τις μελέτες εμφανίζονται δύο βασικές θεωρίες: α) Η θεωρία της εξάρτησης δέχεται ότι το ποτό σαν μια ενέργεια ανδρισμού επιτρέπει σε ένα άτομο να δημιουργήσει έναν χαρακτήρα με εμπιστοσύνη στον εαυτό του και ανεξαρτησία, η οποία αποκρύπτει ανικανοποίητες βασικές ανάγκες εξάρτησης και β) Η θεωρία της ισχύος δέχεται ότι οι άνδρες οι οποίοι στην ουσία αισθάνονται αδύναμοι,

έχουν ανάγκη για προσωπική ισχύ και πίνουν υπερβολικά για να αισθάνονται ισχυροί.

Αν όχι και οι δύο, η δεύτερη τουλάχιστον θεωρία είναι η πιο αποδεδειγμένη με στοιχεία, αλλά είναι σαφές ότι και οι δύο αυτές θεωρίες αναφέρονται σε άνδρες και όχι σε γυναίκες. Υπάρχουν μερικά στοιχεία ότι η ισχύς είναι η αιτία της επιρροής της συνήθειας του ποτού στις γυναίκες, αλλά στις γυναίκες το ποτό είναι ο τρόπος για να μειώσει παρά να αυξήσει το συναίσθημα ισχύος, το οποίο είναι η συνέπεια των σεξουαλικών απαιτήσεων.

3.4 Οικονομικό περιβάλλον - Τιμή και διαθεσιμότητα του αλκοόλ.

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

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

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

Σε σύγκριση με τις «παράνομες ουσίες εξάρτησης» το αλκοόλ είναι σχετικά φτηνό, η χρήση του δεν διώκεται ποινικά και είναι κοινωνικά αποδεκτό. Οι τρεις αυτές κοινωνικές διαστάσεις διατηρούν και σε ορισμένες

περιπτώσεις αυξάνουν την κατανάλωση ή και την κατάχρηση αυτής της ουσίας.

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 ποτοαπαγόρευση στις Η.Π.Α. και μια παρόμοια αλλαγή παρατηρήθηκε στην Γαλλία κατά τη διάρκεια του Β΄ Παγκοσμίου πολέμου, όταν είχε περιοριστεί σημαντικά η παραγωγή κρασιού. Απλά, οι άνθρωποι έπιναν λιγότερο. Αντίθετα, όταν πρόσφατα η Φινλανδική κυβέρνηση απέσυρε την απαγόρευση στις πωλήσεις της μπύρας στα μαγαζιά και στα εστιατόρια, η κατανάλωση του αλκοόλ αυξήθηκε κατά 50% μέσα σ'ένα χρόνο.

3.5 Εθνικότητα

Κάθε εθνικότητα έχει τη δική της στάση αντιμετώπισης έναντι του αλκοόλ και τον τρόπο με τον οποίο χρησιμοποιείται, πχ. Οι Εβραίοι σε όλο τον κόσμο τείνουν να έχουν τα μικρότερα ποσοστά αλκοολισμού, γιατί το αλκοόλ είναι ενάντια στη θρησκεία τους. Έτσι αυτός ο θρησκευτικός νόμος μεταδίδεται από γενιά σε γενιά με μεγάλο σεβασμό.

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 του όμως έχουν συχνά προβλήματα.

Πολύ διαφορετικοί στο θέμα αυτό είναι οι Ιρλανδοί. Οι οποίοι όπου και αν βρίσκονται μέσα στις κοινωνίες τους, θεωρούν σαν μεγάλο και σπουδαίο γεγονός τη χρήση του αλκοόλ. Παρουσιάζουν δε σαν εθνικότητα τα μεγαλύτερα ποσοστά αλκοολισμού. Θεωρείται στην κοινωνία τους έλλειψη ανδρισμού όταν κάποιος δεν μπορεί να πιει πολύ.

Ένας δυσανάλογος μεγάλος αριθμός ανθρώπων που πίνουν πολύ, ζούνε στις οινοπαραγωγικές χώρες, πιθανόν γιατί το ποτό είναι διαθέσιμο και αποτελεί μέρος της καθημερινής τους ζωής. Γενικά, η ανεκτική στάση απέναντι στο ποτά επηρεάζει τις συνήθειες των ατόμων και την κοινωνικοπολιτική τακτική των κυβερνήσεων.

Με αυτά τα πολύ απλά παραδείγματα των εθνικοτήτων και βάση άλλων μελετών έχει αποδειχθεί ότι οι ακόλουθοι παράγοντες είναι κρίσιμοι στο να καθορίζουν τα ποσοστά του αλκοολισμού.

Η παραδοχή, η απόρριψη της μέθης, ένας καθαρά και σταθερά επιβαλλόμενος κώδικας εφαρμογής για την πόση ή μια συνύπαρξη αλληλοσυγκρουόμενων συναισθημάτων στη χρήση του ποτού: για ευχαρίστηση από την μια πλευρά ή τελετουργικά από την άλλη.

3.6 Επάγγελμα

Τα επαγγέλματα επίσης, παίζουν το ρόλο τους στην τάση των ανθρώπων να πίνουν. Οι διευθυντές επιχειρήσεων, οι μάρμαν, 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 πίνουν.

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»

3.7 Μέσα μαζικής ενημέρωσης

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

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.

Οι νέοι δέχονται καθημερινά επιθέσεις σχετικά με το αλκοόλ και τα μαγευτικά τους αποτελέσματα. Ένας καταϊγισμός διαφημίσεων προκαλεί καθημερινή "πλύση εγκεφάλου" δημιουργώντας μόδα, πρότυπα, και "παραδείγματα προς μίμηση". Τα παιδιά όντας επιρρεπή προς αυτά, υιοθετούν πολύ εύκολα τα μηνύματα που προβάλλονται και άθελα τους παρασύρονται στα δίχτυα της υπερκαταναλωτικής κοινωνίας. Δεν είναι τυχαίο βέβαια, ότι η συντριπτική πλειοψηφία των διαφημίσεων για αλκοολούχα ποτά «συνδέουν» την κατανάλωση με κοινωνική ή και σεξουαλική επιτυχία.

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»

3.7 Μέσα μαζικής ενημέρωσης

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

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.

Οι νέοι δέχονται καθημερινά επιθέσεις σχετικά με το αλκοόλ και τα μαγευτικά τους αποτελέσματα. Ένας καταιγισμός διαφημίσεων προκαλεί καθημερινή "πλύση εγκεφάλου" δημιουργώντας μόδα, πρότυπα, και "παραδείγματα προς μίμηση". Τα παιδιά όντας επιρρεπή προς αυτά, υιοθετούν πολύ εύκολα τα μηνύματα που προβάλλονται και άθελα τους παρασύρονται στα δίχτυα της υπερκαταναλωτικής κοινωνίας. Δεν είναι τυχαίο βέβαια, ότι η συντριπτική πλειοψηφία των διαφημίσεων για αλκοολούχα ποτά «συνδέουν» την κατανάλωση με κοινωνική ή και σεξουαλική επιτυχία.

3.8 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. Οι σημαντικότεροι ψυχολογικοί παράγοντες είναι:

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

Οι πιο συνηθισμένες ψυχικές διαταραχές που ανευρίσκονται σε χρήστες ουσιών είναι οι *διαταραχές της διάθεσης*, οι *αγχώδεις διαταραχές*, οι *σωματόμορφες διαταραχές* και οι *διαταραχές της προσωπικότητας*. Δεν υπάρχει συγκεκριμένος τύπος που να συνδυάζεται με παθολογική χρήση ουσιών.

Το να πίνει κανείς, επηρεάζεται σημαντικά από τη μίμηση της προσωπικότητας και 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 φίλαράκος του σταμάτησε. Έχει αποδειχτεί πειραματικά, ότι οι κοινωνικοί πότες που πίνουν μεγάλες ποσότητες αυξάνουν την ποσότητα, αν δουν κάποιο «πρότυπο» που πίνει πολύ, σε σύγκριση με 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.

Εν τούτοις η Αντικοινωνική διαταραχή (κυρίως) και Μεταιχμιακή διαταραχή της προσωπικότητας ανευρίσκονται συχνά σε χρήστες πολλαπλών ουσιών και πολλοί συγγραφείς συνδέουν την Εξαρτημένη διαταραχή της προσωπικότητας προδιαθέτουν στην ανάπτυξη Διαταραχών χρήσης Ψυχοδραστικών ουσιών.

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

β) Άγχος – Μείωση ψυχολογικής πίεσης - ενίσχυση

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.

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.

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

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

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 τέτοιων γνωστών προσώπων, που κατέστρεψαν 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 «έπαθε το συκώτι του» κλπ. Πόσοι από εμάς δεν αναρωτηθήκαμε για το πώς και το γιατί;

Πολλοί προσπαθούν ακόμα να βοηθήσουν, να καταλάβουν και να εξηγήσουν πως 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, πως δηλαδή ο Χ από τη μια στιγμή στην άλλη κατάντησε αλκοολικός.

Στη λύση αυτού 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.



Προαλκοολικές Φάσεις:

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

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

III Φάση. Στην φάση αυτή τα άτομα πίνουν ολοένα και πιο συχνά. Περίπου 20% απ' όλους τους πότες πέφτουν στην φάση αυτή.

Πρώιμος αλκοολική φάση- IV Φάση.

Στην 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 την συσκότιση δεν θυμάται τι έκανε.

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

Πραγματική Αλκοολική Φάση – V Φάση.

Συχνά ο πότης, από την 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 – VI Φάση.

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.

VII Φάση.

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 ποτέπι πιθανόν να γίνει αλκοολικός, είναι σημαντικό για τον καθένα που πίνει οινόπνευματώδη 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 την δυνατότητα να πάρεις τη σωστή απόφαση να σταματήσεις να πίνεις, πριν φθάσεις σε προχωρημένο στάδιο του αλκοολισμού.

Μια έρευνα που έγινε από τον αείμνηστο Dr. E.M. Jellinek, εξετάστηκαν περισσότεροι από 2000 αλκοολικοί και 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'ότι στους άντρες και τα στάδια είναι λιγότερο σαφή.

4.1 Προαλκοολική φάση

Αυτή η φάση χαρακτηρίζεται από τη «συνήθη» χρήση του οινόπνεύματος όπως π.χ. στο φαί, παίξιμο χαρτιών, διαφόρων γιορτών κλπ. 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 οινόπνεύματος καθημερινή συνήθεια, καθημερινό χαλάρωμα από το stress της ημέρας.

VII Φάση.

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 ποτέσ 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 την δυνατότητα να πάρεις τη σωστή απόφαση να σταματήσεις να πίνεις, πριν φθάσεις σε προχωρημένο στάδιο του αλκοολισμού.

Μια έρευνα που έγινε από τον αείμνηστο Dr. E.M. Jellinek, εξετάστηκαν περισσότεροι από 2000 αλκοολικοί και 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'ότι στους άντρες και τα στάδια είναι λιγότερο σαφή.

4.1 Προαλκοολική φάση

Αυτή η φάση χαρακτηρίζεται από τη «συνήθη» χρήση του οινοπνεύματος όπως π.χ. στο φαί, παίξιμο χαρτιών, διαφόρων γιορτών κλπ. 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 χαλάρωμα από το stress της ημέρας.

Η ποσότητα του οινοπνεύματος αυξάνει βαθμιαία και αυτό, που αναζητάτε στη χρήση του, δεν είναι πια αυτή καθ'αυτή 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.

4.2 Πρόδρομη ή αρχική φάση

Αμέσως μετά την αύξηση της ανεκτικότητας, οι μεγάλοι πότες μπορεί να αποκτήσουν την εμπειρία της πρώτης αλκοολικής συσκότισης. 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 την συσκότιση δεν θα θυμάται τίποτα απ'ότι έκανε κατά την διάρκειά της. Ο μηχανισμός της συσκότισης δεν είναι ακόμη γνωστός. Μπορεί να έχει φυσιολογική προέλευση ή μπορεί να είναι μια ψυχολογική μηχανική συμπεριφορά.

Με το χρόνο ο αλκοολικός συνειδητοποιεί ότι η συμπεριφορά του απέναντι στο οινόπνευμα διαφέρει απ'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 ακούσει γι' αυτό, έτσι σιγά σιγά απομονώνεται μέσα στην ίδια του την παρέα.

4.3 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 κάποιον περιορισμό και αποχή από την χρήση παρ' ότι αρχίζει να πίνει και απογευματινές ώρες.

Βιώνοντας όλο και πιο έντονα ενοχές γι' 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 μέσο να μείνει στεγνός για μια-δύο 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 δεν 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 να'μαστε καλά και να τη βρίσκουμε»!

Παρ' όλη όμως την προσπάθεια ένταξης της κατάχρησης του οινοπνεύματος μέσα σ' ένα νέο τρόπο ζωής, η απώλεια 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.

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:

- **Κρυφή πόση.** Ο αλκοολικός συχνά «κλέβει» ποτά έτσι που οι άλλοι δεν γνωρίζουν πόσο πολύ αυτός-ή, πίνει.
- **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.
- **Τα πρώτα ποτά τα κατεβάζει μονορούφι ή τα πίνει γρήγορα.** Ο αλκοολικός πίνει με μεγάλη ταχύτητα για να έχει γρήγορα αποτελέσματα.
- **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 έχει πάντοτε μια αιτιολογία και η οποία πράγματι είναι μια δικαιολογία. Αυτό δεν συμβαίνει στον κοινωνικό πότη ο οποίος δεν αιτιολογεί γιατί πίνει. Για έναν αλκοολικό καλά ή κακά νέα είναι μια δυνατή δικαιολογία για να πει. Τέτοιες αιτιολογήσεις κυρίως χρειάζονται για την προστασία του7 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 άνδρας 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 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 προστατεύει το εγώ τους.
- IV. *Έχει περιόδους τύψεις 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.
- **Περίοδοι πλήρους 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.

- **Αλλαγή προτύπου πόσης.** Μετά που θα κατεβεί από το τραίνο μερικές φορές, ο αλκοολικός αισθάνεται ότι μπορεί να υπάρχει κάποιος τρόπος να πίνει φυσιολογικά και με ελεγχόμενο τρόπο, ο αλκοολικός χρησιμοποιεί διάφορα πρότυπα πόσης, χρησιμοποιώντας διαφορετικούς τύπους οινοπνευματωδών ποτών, διαφορετικές αναμίξεις ή διαφορετικό χρόνο και τόπο. Βέβαια, καμία απ' αυτές τις αλλαγές δεν βοηθούν.
- **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 παρουσία. 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.
- **Επίδραση στην οικογένεια.** Τα μέλη της οικογένειας του αλκοολικού συχνά αλλάζουν τις συνθήκες τους, αντισταθμίζοντας με το δικό του ή με τη δική του 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.
- **Αδικαιολόγητη εχθρότητα.** Ο αλκοολικός συχνά συγκεντρώνει φοβερά αισθήματα εχθρότητας και ξοδεύει περισσότερο χρόνο σκεπτόμενος για ασήμαντα ή υποφέρει για μεγάλο χρονικό διάστημα από φανταστική αδικία.

- **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.
- **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.
- **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-η σύζυγος του αλκοολικού κατηγορείται για εξωσυζυγικές σχέσεις. Ένας γάμος που κατορθώνει να επιζήσει κάτω από τέτοιες συνθήκες συχνά καταστρέφεται από τέτοια ζήλια.

4.4 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 οινόπνευματος, 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 ένα-δύο 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 κλπ.).

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 οινόπνευματος χωρίς να χάσουν τον έλεγχο ποτέ πάνω σ' αυτό.

Απ' αυτό το είδος χρήσης του οινόπνευματος δημιουργείται όμως πολλές φορές μια σωματική εξάρτηση από το οινόπνευμα που φαίνεται να προηγείται της ψυχικής, που πολλές φορές δεν γίνεται καν εμφανής. Έχουμε δηλαδή καθημερινή χρήση οινόπνευματος λόγω αλαφρών συμπτωμάτων συνδρόμου αποστέρησης, χωρίς κάποια εμφανή στοιχεία ενδοψυχικών προβλημάτων κλπ.

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 αποστέρησης 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 πρόωμη 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. 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 χάνει 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 χάνει την ανεκτικότητα στο αλκοόλ που προηγουμένως 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 ψύχωσης που συνήθως παρουσιάζεται στον προχωρημένο αλκοολικό είναι το τρομάδες παραλήρημα. Μετά από μερικές κρίσεις τρομάδους παραληρήματος, μια άλλη πιο σοβαρή κατάσταση αναπτύσσεται γνωστή σαν «Υγρό Εγκέφαλου». Αυτή είναι μόνιμη εγκεφαλική βλάβη.

▪ Τερματισμός του αλκοολισμού

Ο αλκοολικός συνήθως καταλήγει σε έναν από τους δύο τρόπους:

1. 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.

2. Τερματισμός του συστήματος εκλογίκευσης

Τελικώς το πολύπλοκο σύστημα εκλογίκευσης που έχει διατηρήσει τον αλκοολικό μπορεί να καταρρεύσει, συνήθως στην αντίδραση μερικών σοβαρών συναισθηματικών κρίσεων (ένα αυτοκινητιστικό ατύχημα προκαλώντας το θάνατο κλπ.)εάν ο αλκοολικός την συγκεκριμένη αυτή στιγμή μπορεί να δεχτεί την συντριβή, αυτός –ή γίνεται ευπρόσιτος στη 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.

4.5 Τύποι αλκοολισμού

Η μακρόχρονη συνεργασία του Jellinek με την ΠΟΥ 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 της ελληνικής αλφαβήτου ήταν τα εξής:

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 καταπραυντικού, 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 απ' 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 την ποσότητα οινοπνεύματος που καταναλίσκεται, να γίνει πρόξενος οργανικών παθήσεων, σχετικής απώλειας της ικανότητας για συνεργασία, 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- δημιουργημένες κοινωνικές καταστάσεις που συνοδεύονται από την χρήση οινοπνεύματος.

Η χρήση του οινοπνεύματος γίνεται κυρίως για προσπάθεια ένταξης σ' 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 κλπ), 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 οινοπνεύματος, 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 την 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, ως αποτέλεσμα της εξάρτησης.

Αλκοολικοί τύπου-γ είναι όμως και αυτοί που στην περίπτωση που ξεκινήσουν μ'ένα ποτηράκι, δεν είναι σε θέση να σταματήσουν πριν φτάσουν σ'έναν - ορισμένο γι'αυτούς - βαθμό δράσης του οινοπνεύματος 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 οινοπνεύματος, πριν σταματήσουν.

Χαρακτηριστικό είναι ότι τα μεσοδιαστήματα -τα ελεύθερα οινοπνεύματος- 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 σωματο-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 την 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 οινοπνεύματος μετά το μεσοδιάστημα στέρησης της νύχτας.

Αλκοολικοί τύπου-δ είναι σε θέση για δεκαετίες να εκπληρώνουν τις κοινωνικές τους υποχρεώσεις έτσι ώστε να μην γίνονται αντιληπτοί από το περιβάλλον τους. Η χρόνια αυτή δηλητηρίαση με το οινόπνευμα έχει καταστροφικά αποτελέσματα τόσο στον οργανισμό, όσο και στον 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 τύπο-ε. Αλκοολικοί τύποι-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 οινοπνευματώδη ποτά, είναι σε θέση να δοκιμάσουν κάθε σκεύασμα το οποίο περιέχει οινόπνευμα, όπως κολόνιες κλπ.

Στα μεσοδιαστήματα των κρίσεων αυτών είναι πάλι ικανοί να πίνουν «συνηθισμένε» 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 τον 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.

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 δύο 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 στον καιρό του.

2. Γιατί η προσπάθεια «ιατρικοποίησης» του αλκοολισμού έφερε σημαντικές αλλαγές στη διαμόρφωση των στάσεων απέναντι στον αλκοολισμό και στον αλκοολικό.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

‡ Μοντέλα αλκοολισμού

Ο όρος «μοντέλο αλκοολισμού» χρησιμοποιείται για να δώσει έμφαση σε δύο 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 κλπ. Δεν έχει μείνει στατικός. Με άλλα λόγια, τόσο η συσσώρευση των γνώσεων σχετικά με τον αλκοολισμό όσο και η γενικότερη επιστημονική και κοινωνική εξέλιξη υπήρχαν 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 δεν σημαίνει απαραίτητα θεωρία. Σημαίνει όμως τρόπο 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 δεν 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.

5.1 Ψυχοδυναμικό μοντέλο

Η προσέγγιση αυτή αντλεί τα επιχειρήματά της και βασίζεται κυρίως στην Φροϋδική ψυχαναλυτική θεωρία. (Ψυχαναλυτικές θεωρίες όπως αυτές των Jung, Adler, κλπ. αποτελούν επίσης μέρος της ψυχοδυναμικής

προσέγγισης). Από τις πρώτες προσπάθειες που έγιναν για την κατανόηση και ανάλυση του φαινομένου του αλκοολισμού, ήταν εκείνες των Φροϋδικών 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 να πιστεύει κανείς ότι όλοι οι αλκοολικοί είναι ομοφυλόφιλοι. Εξάλλου, αν κάποιος ομοφυλόφιλος είναι παράλληλα και αλκοολικός, θα πρέπει να λάβουμε μεταξύ των άλλων, σοβαρά υπόψη το ρόλο της κοινωνικής καταπίεσης που δέχονται αυτά τα άτομα για την 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 κλπ.) κατέληξε στο συμπέρασμα ότι ο αλκοολισμός έχει τι 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 δεν 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 μια 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 ματαιώση 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.

5.2 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 απ'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 μια από τις οποίες είχε διαφορετικά χαρακτηριστικά.

5.3 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 δυσάρεστων εμπειριών. Κι στις δύο περιπτώσεις το άτομο «μαθαίνει να πίνει υπερβολικά». Κατά το μοντέλο της συντελεστικής μάθησης, η υπερβολική χρήση της αλκοόλης είναι μια αντίδραση (που έχει 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. Παρ'όλ'αυτά εξακολουθεί να είναι ένα μοντέλο λειτουργικό με ευρεία εφαρμογή - η διαδικασία εκπαίδευσης των θεραπευτών είναι βραχύτερη και φτηνότερη σε σύγκριση με την ψυχανάλυση - και αρκετά αποτελεσματικό.

5.4 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 βέβαιον 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 πολιτιστικούς παράγοντες (Potamianos 1984, unpublished Ph. Dthesis). «Δογματικά» και «στατιστικά» μοντέλα και θεραπευτικές πρακτικές απ'όποιον επιστημονικό κλάδο και αν προέρχονται όχι μόνο δεν βοηθούν τον αλκοολικό αλλά εμποδίζουν και αυτή την ίδια την επιστήμη στην εξελικτική της πορεία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

6.1 Συμπτώματα αλκοολισμού.

Ψυχολογικά συμπτώματα

α) αμνησία ή προσωρινή απώλεια μνήμης: Οι αλκοολικοί μερικές φορές, υποφέρουν από κενά μνήμης όταν πίνουν. Αυτό ενδέχεται να οφείλεται σε ψυχολογικούς λόγους, όπως συναισθήματα ενοχής (δηλαδή ο αλκοολικός δεν θέλει να θυμάται), αλλά είναι βέβαιο ότι το αλκοόλ επηρεάζει τις χημικές λειτουργίες του κεντρικού νευρικού συστήματος. Πρόσφατα οι έρευνες έχουν δείξει ότι μπορεί να υπάρχει μια απ'ευθείας σχέση μεταξύ της προσωρινής απώλειας μνήμης και ορισμένου ύψους του επιπέδου του αλκοόλ στο αίμα. Όταν αυτό το επίπεδο ξεπεραστεί και αυτό φαίνεται να είναι διαφορετικό στο κάθε άτομο, ο ασθενής παθαίνει αμνησία.

Κατά τη διάρκεια της περιόδου της προσωρινής απώλειας της μνήμης το άτομο φαίνεται να δρα φυσιολογικά και σπάνια κάνει κάτι που δεν θα το έκανε συνήθως. Όμως, όταν ξαναγίνει νηφάλιο δεν μπορεί να θυμηθεί τίποτα απ'ότι συνέβη κατά τη διάρκεια της απώλειας της μνήμης. Μπορεί να ξυπνήσει στο σπίτι του και το τελευταίο που να θυμάται είναι ότι είχε πάει σε ένα πάρτι. Δεν έχει ιδέα πως έφτασε στο σπίτι. Μερικές φορές αυτά τα κενά μνήμης είναι ικανά να τρομοκρατήσουν έναν αλκοολικό, ώστε να τον κάνουν να ζητήσει βοήθεια. Καθώς ο αλκοολισμός προχωρεί. Η αμνησία μπορεί να αυξάνεται σε ένταση και σε διάρκεια.

Ένα συγγενές φαινόμενο συμβαίνει όταν ένα άτομο που πίνει μπορεί να θυμηθεί επεισόδια από ένα προηγούμενο μεθύσι, τα οποία είχε ξεχάσει όταν ήταν νηφάλιο. Μπορεί να είχε κρύψει χρήματα ή ένα μπουκάλι αλκοόλ κάπου, αλλά δεν μπορεί να θυμηθεί που, εκτός αν ξαναμεθύσει.

β) χάσιμο του ελέγχου: Ο αλκοολικός δεν μπορεί να ελέγξει πλέον το ποτό, τη συχνότητα με την οποία πίνει ή την ποσότητα που καταναλώνει. Σκέφτεται το αλκοόλ από το πρωί μέχρι το βράδυ. Μπορεί να υποσχεθεί στον εαυτό του ότι θα περιοριστεί σε ένα ή δύο ποτά, αλλά έτσι και αρχίσει να πίνει διαπιστώνει ότι δεν μπορεί να σταματήσει. Η επιθυμία να πει είναι πάρα πολύ μεγάλη για να μπορέσει να την ελέγξει.

γ) η χρόνια κατάσταση: Τα προβλήματα, διανοητικά, σωματικά και κοινωνικά, που είναι συνδεδεμένα με το αλκοόλ χειροτερεύουν, όταν το άτομο συνεχίζει να πίνει για μεγάλο χρονικό διάστημα. Το τοξικό αποτέλεσμα του αλκοόλ τείνει να είναι συσσωρευτικό και αθροιστικό, με αποτέλεσμα οι σωματικές εκδηλώσεις να χειροτερεύουν.

δ) αυταπάτη: Ο αλκοολικός δεν μπορεί να αποφύγει την υποψία ότι αυτός είναι υπεύθυνος για την κατάστασή του. Το μόνο του καταφύγιο είναι η άρνηση. Κοροϊδεύει τον εαυτό του και τον εξαπατά με φράσεις όπως: μπορώ να πω ή όχι. Σήμερα εξάλλου είναι μια ειδική περίπτωση που δικαιολογεί το ποτό ή λέγοντας ότι και άλλοι άνθρωποι πίνουν. Γνωρίζει ότι ψεύδεται στον εαυτό του, αλλά δεν μπορεί να κάνει τίποτα γι' αυτό.

ε) ανησυχία, φόβος, κατάθλιψη: Ο αλκοολικός πίνει διότι το ποτό τον κάνει να αισθάνεται καλύτερα. Μπορεί να αρχίσει να πίνει για να ανακουφιστεί από το στρες τη δουλειά του ή από προβλήματα συμβίωσης ή οτιδήποτε άλλο. Μετά από ένα ή δύο ποτά αισθάνεται καλύτερα. Όμως, η αλκοολική ευφορία που αισθάνεται, αναπόφευκτα ακολουθείται από αλκοολική κατάθλιψη, ανησυχία ή φόβο. Αυτή η αλληλουχία μπορεί να συμβεί ακόμα και κατά τη διάρκεια ενός μεθυσιού, αν αυτό είναι βαρύ και μακρύ. Ο αλκοολικός όταν πίνει αισθάνεται καλύτερα, όταν όμως η επίδραση του αλκοόλ σταματήσει, αμέσως αισθάνεται άσχημα και για το λόγο αυτό πίνει άλλο ένα ποτό για να

αισθανθεί καλύτερα. Έτσι λοιπόν ένας φαύλος κύκλος αρχίζει. Καθώς περνάει ο καιρός χρειάζεται περισσότερα ποτά για να πετύχει το ίδιο αποτέλεσμα.



Σωματικά συμπτώματα

Όταν κάποιο άτομο πίνει πολύ και για μεγάλο χρονικό διάστημα, μπορεί να παρουσιάσει σωματικά προβλήματα, τα οποία είναι συνδεδεμένα με τον αλκοολισμό. Τα περισσότερα από τα σωματικά προβλήματα εμφανίζονται στο πεπτικό σύστημα και είναι: αλκοολική ηπατοπάθεια και κίρρωση του

ήπατος, γαστρικό έλκος και έλκος δωδεκαδάκτυλου, γαστρίτιδα, χρόνια παγκρεατίτιδα και ενδοκρινολογικές διαταραχές, όπως ανικανότητα.

Ένας ασθενής μπορεί να μην αισθάνεται άνετα να ρωτήσει τον γιατρό του για τη σεξουαλική του ανικανότητα, αλλά είναι σίγουρο ότι αυτό θα είναι συνέχεια στο νου του. Οι περισσότεροι άρρενες αλκοολικοί υποφέρουν από ανικανότητα, την οποία κατά κανόνα αποκρύπτουν. Το πρόβλημα αυτό συνήθως ξεπερνιέται μέσα σε τρεις ή έξι μήνες, αφού ο ασθενής σταματήσει το ποτό. Αλλά αν ο ασθενής δεν σιγουρευτεί ότι υπάρχει θεραπεία γι' αυτό το πρόβλημα, μπορεί να ξαναρχίσει το ποτό.

Ο αριθμός των ασθενειών που συνοδεύονται με τον αλκοολισμό φαίνεται να αυξάνει καθώς πληθαίνουν οι μελέτες για το θέμα αυτό. Μερικές από τις ασθένειες θα πρέπει μάλλον να αποδίδονται στον τρόπο ζωής που ο αλκοολικός υιοθετεί, παρά στα πραγματικά αποτελέσματα του αλκοόλ. Οι αλκοολικοί έχουν την τάση να καπνίζουν περισσότερο από τους μη αλκοολικούς, να τρώνε λίγο, να κοιμούνται σε ακανόνιστες ώρες και γενικά να κάνουν μια άστατη ζωή χωρίς να φροντίζουν καθόλου τη σωματική τους υγεία.

Κοινωνικά συμπτώματα

Η ζωή του αλκοολικού ασθενή κατά κανόνα αντιβαίνει τους όρους υγιεινής. Αυτός ο ακανόνιστος τρόπος ζωής μπορεί να του δημιουργήσει προβλήματα στη δουλειά του, στο σπίτι του και στους φίλους του. Απουσία από την εργασία του μπορεί να αλλάξει ή και να βρεθεί χωρίς δουλειά. Για τον αλκοολικό το Σαββατοκύριακο τελικά παρατείνεται μέχρι τη Δευτέρα και καμιά φορά μέχρι την Τρίτη, με αποτέλεσμα να αντιμετωπίζει οικονομικά προβλήματα, εφόσον απουσιάζει από την εργασία του. Προκειμένου να εξασφαλίσει τα χρήματα για να αγοράσει αλκοόλ, στερείται και τα πιο απαραίτητα αγαθά που χρειάζεται για την επιβίωσή του.

Ο αλκοολικός, εξαιτίας της ασταθούς συμπεριφοράς του, αποξενώνεται από την οικογένειά του και τους φίλους του, άλλωστε έχει και το υψηλότερο ποσοστό διαζυγίων από τον υπόλοιπο πληθυσμό. Τελικά μένει μόνος του, έχοντας μοναδική συντροφιά τους αλκοολικούς.

Η διαγνωστική προσπάθεια περιλαμβάνει στα ιατρικά και κοινωνικά ιστορικά ερωτήσεις σχετικές με τη χρήση του αλκοόλ από τον ασθενή. Για παράδειγμα, ο τρόπος που αντιδρά ο ασθενής στην ερώτηση "πως χρησιμοποιείς το αλκοόλ", ίσως να είναι αποκαταλυτικός. Ο ασθενής μπορεί να απαντήσει "μπορώ να κάνω και χωρίς αυτό" (ένας μέτριος πότης σπάνια σκέφτεται μ' αυτόν τον τρόπο), μπορεί να εκδηλώσει ανησυχία ή αμυντική συμπεριφορά, μπορεί να ισχυριστεί ότι έχει σταματήσει το ποτό πριν από καιρό ή μπορεί να παραδεχτεί ότι χρησιμοποιεί το αλκοόλ σε μεγάλες δόσεις. Εάν ο γιατρός αντιληφθεί κάτι το ανησυχητικό στη συμπεριφορά του ασθενή, η επόμενη ερώτηση θα πρέπει να είναι: έχεις σκεφτεί ποτέ ότι το αλκοόλ μπορεί να είναι κακό για την υγεία σου ή έχεις ποτέ σκεφτεί ότι πίνεις πολύ περισσότερο απ' ότι είναι καλό για σένα; Πάλι εάν ο ασθενής αντιδράσει θυμωμένα, αμυντικά, ακαθόριστα ή με ασάφεια, αυτό θα πρέπει να βάλει το γιατρό σε υποψία. Ένας μέτριος πότης σπάνια αισθάνεται την ανάγκη να υπερασπιστεί τον εαυτό του.

Στις Η.Π.Α., το Εθνικό Συμβούλιο Αλκοολισμού έχει καθορίσει διαγνωστικά κριτήρια για τον αλκοολισμό. Αυτά διαιρούνται σε τρία επίπεδα. Στο τρίτο επίπεδο ο ασθενής πιθανόν να είναι αλκοολικός, στο δεύτερο επίπεδο υπάρχει σοβαρή υποψία ότι μπορεί να είναι αλκοολικός και στο πρώτο επίπεδο είναι σίγουρο ότι είναι αλκοολικός. Τα κριτήρια είναι χρήσιμα, μολονότι αυτά γενικά προμηνύουν τα τελευταία στάδια του αλκοολισμού.

6.2 Σύνδρομο στέρησης

Μια επιπλοκή του αλκοολισμού εκδηλώνεται μετά από έλλειψη ποτού και λέγεται σύνδρομο στέρησης. Η βαρύτητα του συνδρόμου της αλκοολικής στέρησης εξαρτάται από τη μείωση ή ολική παύση κατανάλωσης αλκοόλ, από την ανεκτικότητα του ατόμου, από το χρονικό διάστημα κατανάλωσης οινοπνευματωδών ποτών πριν από την εξέταση του γιατρού, από τη σωματική κατάσταση και από άλλους παράγοντες. Το σύνδρομο αυτό συμβαίνει, όταν ο αλκοολικός περιορίσει το ποτό ή όταν το σταματήσει εντελώς.

Σήμερα με τον Bosma (1978), η στέρηση από το αλκοόλ, μπορεί να χωριστεί σε αρκετά στάδια, τα οποία αντανakλούν τους βαθμούς σοβαρότητας και είναι τα εξής:

α) η ανησυχία, είναι ένα σύμπτωμα που συμβαίνει νωρίς, αλλά έχει περιορισμένη διαγνωστική αξία.

β) το στάδιο του τρόμου των άνω άκρων, είναι ένα από τα πρωιμότερα συμπτώματα, όπως αϋπνία, ανορεξία, ανησυχία, κατάθλιψη, ναυτία, εμετός, κοκκίνισμα του προσώπου και ταραχή. Αυτά τα συμπτώματα μπορεί να υποχωρήσουν σε μερικές ημέρες, εάν το άτομο σταματήσει το ποτό ή με τη λήψη ενός ήπιου ηρεμιστικού. Εάν τα συμπτώματα δεν υποχωρήσουν, τότε το άτομο μπορεί να οδηγηθεί σε επόμενο στάδιο στέρησης, δηλαδή στο στάδιο του τρομώδους παραληρήματος.

γ) το στάδιο της οξείας ψευδαισθήτωσης, συνήθως περιλαμβάνει συμπτώματα του προηγούμενου σταδίου, συνοδευόμενα με οπτικές και ακουστικές παραισθήσεις ή ψευδαισθήσεις. Χαρακτηριστικά, οι παραισθήσεις τρομοκρατούν το άτομο και είναι δυσάρεστες. Συνήθως είναι περαστικές, όπως το στάδιο του τρόμου των άνω άκρων, αλλά περιστασιακά μπορούν να διαρκέσουν αρκετούς μήνες. Χρόνια παραίσθηση στον αλκοολικό μπορεί να μοιάζει με σχιζοφρένεια, αλλά συχνά η προχωρημένη ηλικία βοηθά στη σωστή διάγνωση.

δ) το τρομάδες παραλήρημα, είναι ιατρική επείγουσα περίπτωση που απαιτεί άμεση νοσοκομειακή περίθαλψη και θεραπεία.

«Το ποσοστό θνησιμότητας ποικίλλει μεταξύ 5-30%, ο θάνατος μπορεί να είναι αποτέλεσμα καρδιακής κατάρρευσης, καρδιακής αρρυθμίας ή υπερθερμίας. Ο ασθενής παρουσιάζει πυρετό, ταχυκαρδία, εφίδρωση, θόλωση συνείδησης, διαταραχές σκέψης και αντίληψης και σοβαρή αναστάτωση. Οι σπασμοί δεν είναι κάτι το μη συνηθισμένο στο στάδιο αυτό και συμβαίνουν μέσα στις τρεις με πέντε πρώτες ημέρες, μετά από την ολική αποχή από το αλκοόλ» (Bosma, 1978).

Ο ασθενής μπορεί να παρουσιαστεί στις πρώτες βοήθειες του νοσοκομείου σε ένα από τα στάδια που αναφέρθηκαν προηγουμένως. Τα συμπτώματα αλκοολικής στέρησης μπορεί να διαρκέσουν περισσότερο από δέκα ημέρες μετά την ολική παύση της κατανάλωσης οινοπνευματωδών ποτών. Τα πιο σοβαρά συμπτώματα συμβαίνουν την δεύτερη και τρίτη ημέρα. Η αγωγή θα πρέπει να είναι έγκαιρη και να γίνεται πάντοτε στο νοσοκομείο. Θεωρείται περίπτωση επείγουσας ιατρικής.

Εάν ο ασθενής έχει προηγούμενο ιστορικό, όπου υπέφερε κάθε φορά που προσπαθούσε να σταματήσει το ποτό ή εάν η πρόγνωση είναι αβέβαιη, είναι σωστό να στέλνεται σε ειδική κλινική.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

7.1 Καταστάσεις που οφείλονται σε κατάχρηση του αλκοόλ.

Στην περίπτωση του οينوπνεύματος δεν υπάρχουν πια μυστικά. Η άμεση επενέργεια του οينوπνεύματος στον οργανισμό περιορίζεται αυστηρά σ'ένα όργανο, τον εγκέφαλο, όργανο από το οποίο εξαρτώνται οι άλλες λειτουργίες του σώματος. Αντίθετα προς ότι 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 την 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 μια 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 ποικίλουν 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. Επιπλέον είναι φανερό ότι η πυκνότητα του οينوπνεύματος στο αίμα παίζει σημαντικό ρόλο ως προς τα αποτελέσματα.

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

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.

Υπάρχουν παράγοντες που επίσης παίζουν το 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 οινόπνευματος 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 την 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 διοξειδίο του άνθρακος, αντίθετα, επιταχύνει το πέρασμα του οινόπνευματος μέσα στο έντερο.

Η δυσχέρεια να προσδιορίσει κανείς την επίδραση του οινόπνευματος σύμφωνα με την καταναλισκόμενη δόση επιτείνεται από το γεγονός ότι το οινόπνευμα, όταν φτάνει στο αίμα, αρχίζει ήδη να απεκκρίνεται.

Άπαξ το αλκοόλ περάσει στο κυκλοφορικό από το στομάχι ή το λεπτό έντερο, αρχίζει να το διανέμει ομοιόμορφα με τα υγρέ 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 σκορπίζουν το αλκοόλ σε όλο το σώμα, τελικώς το μεταφέρει και στον εγκέφαλο. Το αλκοόλ είναι αυτό

που επηρεάζει τον εγκέφαλο και προκαλεί μέθη, μια κατάσταση που μειώνει τον έλεγχο της σωματικής και ψυχικής δύναμης.

Η απλή μέθη προκαλεί: α) μεταβολή του θυμικού, το οποίο γίνεται διαχυτικό (ευφορία, πολυλογία, ανεμελιά) και σπανιότερα καταθλιπτικό, β) ελάττωση της εγρήγορσης, μεταβολή της συμπεριφοράς με άρση των αναστολών (αστόχαστα λόγια και χειρονομίες), γ) κινητική ασυνεργία (δυσarthρία, 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 προσβολή των αισθητηριακών λειτουργιών και μείωση των αισθητικό-κινητικών επιδόσεων.

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 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 μια 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 την 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.

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 παραγνωρίσει την πραγματικότητα, συχνά παρουσιάζονται φανταστικές ιδέες και οπτικοακουστικό παραλήρημα. Όλα αυτά συνοδεύονται συνήθως από υπέρμετρο θυμό, άγχος και επιθετικότητα. Τις περισσότερες φορές καταλήγει η παθολογική μέθη σε έναν βαθύ ύπνο και απόλυτη αμνησία, που περιλαμβάνει σχεδόν ολόκληρα τα χρονικά όρια της μέθης.

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

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

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)

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 τη γενικότερη κατάσταση του οργανισμού, από την θρέψη, από τυχόν οργανικές παθήσεις κ.ά. Το οινόπνευμα εγκαθιστά χαρακτηριστική ατελή αντοχή, 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 στέρησης. 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.

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 εμετού μπορεί να ωφελήσουν αλλά δεν υπάρχουν ενδείξεις ότι οποιαδήποτε από τις μεθόδους αυτές επηρεάζει το ρυθμό απομακρύνσεως του οινόπνευματος 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 ενδομυϊκά), 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.

«Βαρύ κεφάλι»

Το πόσο άσχημα θα νιώσετε μετά από μια βραδιά οινοποσίας εξαρτάται από 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 από 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 από 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 πιείτε όσο περισσότερο νερό μπορείτε όταν θα έχετε 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 από το ποτό στομάχι σας).

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

- Πρόκληση εμετού ή πλύση στομάχου, εάν η κατανάλωση αλκοόλ έγινε στο προηγούμενο 2ωρο.
- Αναπνευστική υποστήριξη (ενδεχομένως διασωλήνωση), διότι υπάρχει κίνδυνος αναπνευστικής καταστολής.
- Χορήγηση θειαμίνης (50 mg IV και 50 mg IM).

- Χορήγηση γλυκόζης 25-50 γρ bolus (για την αντιμετώπιση πιθανής υπογλυκαιμίας) και ενδεχομένως καλίου, αφού προηγουμένως ληφθεί φλεβικό αίμα για εξετάσεις.
- 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 μια CT εγκεφάλου (για τον αποκλεισμό ενδοεγκεφαλικού αιματώματος) και ενδεχομένως ΟΝΠ (φυσικά εάν υφίσταται 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 400 mg x3 ημερησίως ή φαινυτοΐνη μέχρι το πολύ 200 mg x3 ημερησίως ή βαλπροϊκό μέχρι 700 mg x3 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).

7.2 Παρεπόμενα μέθης

Επίσης άλλα σημαντικά 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 εμετό 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 σκοτσέζικα 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 αποτελέσματά 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 παράγοντας 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.

7.3 Αλκοόλ και εγκυμοσύνη

Προγεννητικά προβλήματα.

Πολύ μικρή έρευνα έχει συγκεντρωθεί μέχρι σήμερα για τις πιθανές βλαβερές επιδράσεις του αλκοόλ στην υγεία της μητέρας κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, που δεν είναι δυνατόν να είναι κανείς απόλυτα σίγουρος για τους κινδύνους αυτούς. Πάντως δύο στοιχεία φαίνονται να υποστηρίζονται πολύ.

Έχει εκτιμηθεί ότι έγκυες γυναίκες που πίνουν δύο φορές την εβδομάδα ή και περισσότερο έχουν περισσότερο από διπλή πιθανότητα να αποβάλλουν, συγκρινόμενες με αυτές που πίνουν λιγότερο συχνά. Είναι λογικό λοιπόν, να υποστηρίζεται ότι γυναίκες με ιστορικό αυθόρμητης αποβολής και γυναίκες που έχουν δυσκολίες στο να συλλάβουν, θα πρέπει να αποφεύγουν να πίνουν έστω και δύο φορές την εβδομάδα.

Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, γυναίκες που πίνουν πολύ, έχουν πολύ μεγάλο κίνδυνο να εισαχθούν στο νοσοκομείο. Είναι πολύ πιθανό να υποφέρουν από διάφορες ενοχλήσεις, όπως επιληψία, πνευμονική ασθένεια και ασθένειες προερχόμενες από ιώσεις, οι οποίες μπορεί να μην είναι δυνατόν να καθοριστούν κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Επιπλέον, γυναίκες που πίνουν πολύ, έχουν περισσότερες πιθανότητες από τις γυναίκες

που πίνουν μέτρια, να εμφανίσουν κατά το πρώτο ή δεύτερο τρίμηνο της εγκυμοσύνης τους, αιμορραγίες. Αυτοί οι συσχετισμοί δεν σημαίνουν αναγκαστικά τυχαίο συσχετισμό με κατανάλωση αλκοόλ. Συγκεκριμένα ο κίνδυνος αιμορραγίας του κόλπου κατά την εγκυμοσύνη, μπορεί να συσχετισθεί με το γεγονός ότι οι γυναίκες που πίνουν πολύ είναι επίσης πιθανόν να είναι και καπνίστριες.

Προστασία πρόωρης γέννησης.

Το αλκοόλ έχει χρησιμοποιηθεί στο παρελθόν για να προλάβει πρόωρη γέννηση. Δεν συνηθίζεται στις ημέρες μας να χρησιμοποιείται πλέον για το σκοπό αυτό, αλλά καλό θα ήταν να αναφερθούν οι κίνδυνοι που συσχετίζονται με το αλκοόλ. Υψηλή σ.α.α. μπορεί να συμβεί στο έμβρυο δημιουργώντας μια εμβρυϊκή μεταβολική οξείδωση το νεογνό να παρουσιάσει σημάδια κατάπτωσης του κεντρικού νευρικού συστήματος.

Ενδογενή προβλήματα

Μερικοί ερευνητές έχουν εξετάσει προβληματικές γυναίκες-πότες κατά την διάρκεια της γέννας τους, αλλά μια μελέτη από 12.127 περιπτώσεις γέννας στο Κλίβελαντ, συμπεριλάμβανε 204 με ιστορικά "αλκοολικής κατάχρησης". Η μελέτη βρήκε ότι ένας αριθμός επιπλοκών ήταν περισσότερο κοινός στις προβληματικές γυναίκες-πότες.

Περιπτώσεις πυρετού κατά τη διάρκεια γέννας ήταν τρεις φορές περισσότερο από το κανονικό, η τονική σύσπαση της μήτρας ήταν επτά φορές περισσότερο του κανονικού, η ενδογενής μόλυνση πέντε φορές του κανονικού, η ελαφρά σκλήρυνση του πλακούντα ήταν τρεις φορές περισσότερο του κανονικού. Κάποια από αυτές τις διαφορές θα μπορούσε να αποδοθεί στις διαφορετικές συνήθειες καπνίσματος της γυναίκας που καταναλώνει πολύ αλκοόλ, αλλά εφ' όσον τα αίτια είναι πολυπαραγοντικά, η σχέση του αλκοόλ μπορεί να μην είναι ούτε άμεση αλλά ούτε και η αιτία.

Έκβαση του νεογνού.

Περισσότερα στοιχεία από την έρευνα του Κλίβελαντ, ήταν ότι τα μωρά που γεννιούνται από γυναίκες-πότες είναι εμφανώς ελαφρότερα σε βάρος και κατά δύομισι φορές πιθανόν να είναι μικροσκοπικά.

Η ανακάλυψη ότι γυναίκες που πίνουν πολύ τείνουν να γεννήσουν μικρά παιδιά έχει καθιερωθεί σε έναν αριθμό μελετών. Ακόμη περισσότερο έχει αποδειχθεί ότι η κατανάλωση 2 ½ μονάδων αλκοόλ ημερησίως πριν την εγκυμοσύνη, συσχετίζεται με μια μέση μείωση βάρους κατά τη γέννηση της τάξης των 90 γρ. ενώ το ίδιο ποσό όταν καταναλωθεί ημερησίως κατά την προχωρημένη εγκυμοσύνη είναι συσχετιζόμενο με μια μείωση 160 γρ.

Ένας αριθμός μελετών έχει θεωρήσει άλλες πιθανές επιπλοκές μητρικής κατανάλωσης αλκοόλ για το νεογνό. Οι απόγονοι των προβληματικών γυναικών-ποτών, εμφανίζουν αυξημένο κίνδυνο καρδιακής αρρυθμίας, ποικιλίες μολύνσεων και αυξημένη πιθανότητα να τους δοθεί αναπνευστική βοήθεια.

Επίσης ένα άλλο σοβαρό γεγονός, είναι ότι όταν η μητέρα καταναλώνει μεγάλες ποσότητες αλκοόλ μέχρι την ημέρα του τοκετού, μπορεί να γεννήσει ένα παιδί το οποίο θα εμφανίζει το στάδιο της στέρησης του αλκοόλ κατά την διάρκεια των 2 ή 3 πρώτων ημερών.

Εμβρυακό αλκοολικό σύνδρομο.

Το 1967 ο Bortero παρουσίασε μια εργασία στο πανεπιστήμιο του Nantes στη Γαλλία, περιγράφοντας χαρακτηριστικές ανωμαλίες στα παιδιά μητέρων που ήταν προβληματικοί πότες. Στις αρχές του 1970, οι παιδίατροι στο πανεπιστήμιο της Ουάσιγκτον Setl, περιέγραψαν ανεξάρτητα 8 παιδιά γεννημένα από γυναίκες-πότες, 3 διαφορετικών εθνικών ομάδων.

Μετά την περιγραφή περισσότερων περιστατικών, δόθηκε ένας τυπικός ορισμός του συνδρόμου. Ένα πρότυπο δυσμορφίας ακολουθούμενο από

υψηλά επίπεδα χρήσης αλκοόλ κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης χαρακτηρίζόμενο από: 1) εξακολουθούμενη αναπτυξιακή ανεπάρκεια μήκους, βάρους και εγκεφάλου, 2) ανωμαλίες προσώπου, 3) καρδιακές ανεπάρκειες, 4) ανωμαλίες άκρων και συνδέσμων και 5) καθυστερημένη διανοητική και πνευματική ανάπτυξη.

Η εξακολουθούμενη αναπτυξιακή ανεπάρκεια, σημαίνει ότι ακόμα και με αρκετή και σωστή διατροφή, το παιδί δεν μπορεί να συμβαδίσει με τα άλλα συνομήλικα του. Η εικόνα κατά την γέννηση, είναι χαρακτηριστική του πρόωρου τοκετού και το μειωμένο μήκος γέννησης είναι συνήθως περισσότερο εμφανές από το μειωμένο βάρος γεννήσεως. Μέρος αυτών των παρατηρήσεων είναι και η μικρή περιφέρεια εγκεφάλου, συχνά κάτω των τριών εκατοστών.

Η περισσότερο κοινή ανωμαλία προσώπου είναι το μικρεμα των δερματικών πόρων. Επίσης μπορεί να εμφανισθούν και πτυχές (ζάρες). Η ρινική γέφυρα μπορεί να είναι επίπεδη και η μύτη μικρή και γυρισμένη προς τα πάνω. Το πρόσωπο γενικά μπορεί να έχει επίπεδη εμφάνιση παρουσιάζοντας υποπλασία της σιαγόνας. Το μέσο του πάνω χείλους μπορεί να είναι επίπεδο και μακρύ και το πάνω χείλος λεπτό και μυτερό. Λαγώχειλο και λυκόστομα μπορεί επίσης να εμφανιστούν. Τα αυτιά μπορεί να είναι τοποθετημένα ψηλά.

Αλκοόλ και θηλασμός

Συγκεντρώσεις αλκοόλ στο μητρικό γάλα είναι περίπου ίδιες με αυτές του περιφερειακού αρτηριακού αίματος, αλλά έχουν αναφερθεί μερικές περιπτώσεις μερικών σοβαρών επιδράσεων στα βρέφη, αποδιδόμενα στο περιεχόμενο αλκοόλ στο γάλα του στήθους.

Από τις μελέτες που έγιναν αναφέρθηκε ότι ένα παιδί, είχε αναπτύξει το σύνδρομο του Cushing, του οποίου η μητέρα έπινε πολύ κατά τον τοκετό.

υψηλά επίπεδα χρήσης αλκοόλ κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης χαρακτηρίζονται από: 1) εξακολουθούμενη αναπτυξιακή ανεπάρκεια μήκους, βάρους και εγκεφάλου, 2) ανωμαλίες προσώπου, 3) καρδιακές ανεπάρκειες, 4) ανωμαλίες άκρων και συνδέσμων και 5) καθυστερημένη διανοητική και πνευματική ανάπτυξη.

Η εξακολουθούμενη αναπτυξιακή ανεπάρκεια, σημαίνει ότι ακόμα και με αρκετή και σωστή διατροφή, το παιδί δεν μπορεί να συμβαδίσει με τα άλλα συνομήλικα του. Η εικόνα κατά την γέννηση, είναι χαρακτηριστική του πρόωρου τοκετού και το μειωμένο μήκος γέννησης είναι συνήθως περισσότερο εμφανές από το μειωμένο βάρος γεννήσεως. Μέρος αυτών των παρατηρήσεων είναι και η μικρή περιφέρεια εγκεφάλου, συχνά κάτω των τριών εκατοστών.

Η περισσότερο κοινή ανωμαλία προσώπου είναι το μικρέμα των δερματικών πόρων. Επίσης μπορεί να εμφανισθούν και πτυχές (ζάρες). Η ρινική γέφυρα μπορεί να είναι επίπεδη και η μύτη μικρή και γυρισμένη προς τα πάνω. Το πρόσωπο γενικά μπορεί να έχει επίπεδη εμφάνιση παρουσιάζοντας υποπλασία της σιαγόνας. Το μέσο του πάνω χείλους μπορεί να είναι επίπεδο και μακρύ και το πάνω χείλος λεπτό και μυτερό. Λαγώχειλο και λυκόστομα μπορεί επίσης να εμφανιστούν. Τα αυτιά μπορεί να είναι τοποθετημένα ψηλά.

Αλκοόλ και θηλασμός

Συγκεντρώσεις αλκοόλ στο μητρικό γάλα είναι περίπου ίδιες με αυτές του περιφερειακού αρτηριακού αίματος, αλλά έχουν αναφερθεί μερικές περιπτώσεις μερικών σοβαρών επιδράσεων στα βρέφη, αποδιδόμενα στο περιεχόμενο αλκοόλ στο γάλα του στήθους.

Από τις μελέτες που έγιναν αναφέρθηκε ότι ένα παιδί, είχε αναπτύξει το σύνδρομο του Cushing, του οποίου η μητέρα έπινε πολύ κατά τον τοκετό.

Προληπτικά μέτρα.

Ενώ στην Αμερική ορισμένες υπηρεσίες θεωρούν ότι ο κίνδυνος μιας άσχημης έκβασης εγκυμοσύνης στις γυναίκες που πίνουν πολύ είναι υψηλός, μεταξύ 30 και 50 % κατά την εκτίμησή τους, προτείνουν σ' αυτές τις γυναίκες διακοπή της εγκυμοσύνης, εν τούτοις το Τμήμα Υγείας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων στην Αγγλία, θεωρεί ότι η διακοπή της εγκυμοσύνης με αιτιολογία τον κίνδυνο ότι το έμβρυο θα γεννηθεί ανάπηρο, δεν δικαιώνεται εκτός εάν η μητέρα είναι χρονίως και πάντα μεθυσμένη, οπότε άλλα αίτια για την διακοπή της εγκυμοσύνης υπερτερούν.

Αν και η απόδειξη ότι το αλκοόλ είναι αυτό που δημιουργεί το "εμβρυακό σύνδρομο", είναι αποδεκτό να συμβουλεύονται οι γυναίκες να μειώσουν την κατανάλωση αλκοόλ κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης, για να αποφευχθούν τα προβλήματα αυτά.

Μερικές υπηρεσίες όπως το Εθνικό Ινστιτούτο Κατάχρησης και Αλκοολισμού της Αμερικής, συνιστούν στις γυναίκες τέλεια αποχή από το αλκοόλ κατά την εγκυμοσύνη τους, για να αποφευχθούν τα προβλήματα αυτά, όμως αυτή η καμπάνια βρίσκει πολύ μικρή απήχηση.

Επειδή κανείς δεν μπορεί να είναι δογματικός στο όριο ασφαλείας για το αλκοόλ σε οποιαδήποτε περίπτωση, δεν φαίνεται να υπάρχει κίνδυνος στο έμβρυο με ημερήσια κατανάλωση δύο μονάδων αλκοόλ ή λιγότερο. Πάντως, ημερήσια κατανάλωση μέχρι 2 ½ μονάδων αλκοόλ, μπορεί να γίνει αιτία μειωμένου βάρους γεννήσεως και μειωμένων επιδόσεων στις εξετάσεις των παιδιών σε διανοητική και κινητική ανάπτυξη.

Περιπτώσεις "εμβρυακού αλκοολικού συνδρόμου", παρουσιάζονται συνήθως με ημερήσια μητρική κατανάλωση αλκοόλ άνω των 5 μονάδων. Υποστήριξη για πρόληψη βασισμένη στην μείωση της κατανάλωσης αλκοόλ κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης, προέρχεται από μια μελέτη η οποία έδειξε ότι οι γυναίκες-πότες οι οποίες απείχαν από το αλκοόλ ή μείωσαν την κατανάλωση αρκετά κατά το πρώτο τρίμηνο, είχαν μειωμένο κίνδυνο να

γεννήσουν παιδιά με διανοητική καθυστέρηση, συγκρινόμενες με άλλες που δεν άλλαξαν καθόλου τη συνήθεια τους να πίνουν.

Συμβούλευση σχετικά με την κατανάλωση του αλκοόλ έχει γίνει σε προγεννητικές κλινικές κατά τις συνηθισμένες επισκέψεις. Οι γυναίκες συνήθως εξετάζονται από έναν ψυχίατρο και έναν σύμβουλο, οι οποίοι εργάζονται ομαδικά. Περιστασιακά μπορούν να συναντηθούν 2-4 επισκέπτριες μαζί. Αν και αρχικά, προληπτικά προγράμματα χρησιμοποιούσαν ειδικευμένο προσωπικό για συμβουλές προς τις εγκύους που έπιναν, έχει τώρα επινοηθεί ότι οι περισσότεροι επαγγελματίες έχουν εμφανείς ικανότητες να προσφέρουν συμβουλευτικό έργο, συγκεντρωμένο στη μείωση της κατανάλωσης του αλκοόλ και να εξασφαλίσουν πρακτική βοήθεια και επικοινωνία με κατάλληλους βοηθούς.

Εάν οι γυναίκες-πότες δεν ανταποκρίνονται με προθυμία σ'αυτή την προσπάθεια, συνίσταται η δημιουργία ειδικά καταρτισμένων ομάδων για τις γυναίκες αυτές. Αυτό όμως θεωρείται λιγότερο αναγκαίο, διότι το ισχυρό συναίσθημα υπευθυνότητας της εγκύου για το αγέννητο παιδί της, συχνά εξασφαλίζει μεγαλύτερο από το συνηθισμένο βαθμό κινήτρου για τη μείωση της κατανάλωσης αλκοόλ. Όμως η ζημιά στο έμβρυο η οποία καταλήγει στο "εμβρυακό αλκοολικό σύνδρομο", είναι πιθανόν να λάβει χώρα στο διάστημα κατά το οποίο η γυναίκα δεν ξέρει ότι είναι έγκυος. Επιπλέον, οι προβληματικές γυναίκες-πότες έγκυες, είναι πιθανόν να έρθουν αργά για προγεννητική φροντίδα, ή να μην έρθουν καθόλου, έτσι ώστε συμβουλές για την κατανάλωση τους σε αλκοόλ μπορεί να τους δοθούν όταν είναι πλέον αργά.

7.4 Το ποτό στην παιδική ηλικία.

Περίπου η 1 στις 1000 των περιπτώσεων δηλητηρίασης στην παιδική ηλικία, είναι περίπτωση αλκοολικής δηλητηρίασης. Το ύψιστο σημείο των

συμβάντων αυτών, είναι σε ηλικία 3 ετών και υπάρχει μια ισχυρή θεωρία ότι την Κυριακή το πρωί είναι η ώρα που συμβαίνουν ιδιαίτερα τα επεισόδια αυτά.

Η μέθη του αλκοόλ στα παιδιά σε μερικές περιπτώσεις είναι πιο σοβαρό γεγονός απ'ότι στους ενήλικες. Το μεθυσμένο παιδί βρίσκεται σε μεγάλο κίνδυνο υπογλυκαιμίας, σπασμών και θανάτου. Γι αυτό το λόγο το αλκοόλ πρέπει να λαμβάνεται υπόψη στη διαφορική διάγνωση της αφασίας σε παιδιά και πρέπει να λαμβάνεται υπόψη ότι οι γονείς πάντα αρνούνται την πιθανότητα όταν ερωτηθούν, έως ότου γυρίσουν σπίτι και ανακαλύψουν την άδεια μπουκάλια σε κάποιο μέρος. Η διάγνωση γίνεται απ'ευθείας με την μέτρηση της σ.α.α.

Η νοσοκομειακή θεραπεία είναι βασική για τα παιδιά που έχουν δηλητηριαστεί με αλκοόλ και ειδική προσοχή πρέπει να δοθεί στο επίπεδο της γλυκόζης του πλάσματος, το οποίο πρέπει να μετράται συνεχώς. Κατά τον ίδιο χρόνο είναι σχεδόν πάντα καλό να χορηγείται ορός DEXTROSE ενδοφλεβίως, καθώς η γλυκόζη του πλάσματος μπορεί να πέσει ορμητικά. Ταυτόχρονα χορηγείται ορός με 0,45% ή 0,18% νάτριο. Είναι επιβεβαιωμένο στοιχείο ότι το εγκεφαλικό οίδημα είναι αιτία θανάτου, η οποία ακολουθείτε από την αγωγή χορήγησης ορού DEXTROSE, κατά την αρχική θεραπεία της ελαφριάς παιδικής δηλητηρίασης. Εάν το αλκοόλ έχει απορροφηθεί, το επίπεδο του αλκοόλ συνήθως δεν είναι τόσο μεγάλης σημασίας όσο το επίπεδο της γλυκόζης.

Δύο μέτρα μπορούν να προστατέψουν τα παιδιά από αλκοολική δηλητηρίαση, α) τα αλκοολούχα ποτά να φυλάσσονται σε απρόσιτα μέρη και β) ποτέ να μην αφήνονται τα παιδιά να παίζουν χωρίς επιτήρηση, ειδικά την Κυριακή το πρωί που οι περισσότεροι αργούν να σηκωθούν από το κρεβάτι. Άλλα παιδιά συνέρχονται από την αλκοολική δηλητηρίαση κατά τον ίδιο τρόπο όπως οι ενήλικες και χωρίς κανένα σοβαρά αυξημένο κίνδυνο

υπογλυκαιμίας. Παρακολουθώντας τέτοιους ασθενείς, η ευκαιρία να τους δοθεί λίγη πληροφόρηση για το αλκοόλ δεν πρέπει να χάνεται.

7.5 Αλκοόλ και εργασία

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

- Οι περισσότεροι άνθρωποι δεν γνωρίζουν ότι και ελάχιστη ακόμη ποσότητα οινοπνεύματος μπορεί να προκαλέσει ατύχημα.
- Κανένας απ' αυτούς που παθαίνουν ατύχημα και που είναι παράλληλα ασφαλισμένος δεν επιθυμεί -για ευνόητους λόγους- να γίνει γνωστό ότι η αιτία ή μια από τις αιτίες του ατυχήματος του, ήταν το οινόπνευμα.

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

Το αλκοόλ σαν παράγοντας ατυχήματος "υποκρύπτεται" συνήθως μέσα στους χαρακτηρισμούς αμέλεια, ολιγωρία, κούραση, λάθος χειρισμού κλπ. Για το ρόλο του οινοπνεύματος στα εργατικά ατυχήματα, έχουν γίνει απλά μεμονωμένες έρευνες σε διάφορες χώρες του κόσμου.

Στο Αμβούργο, από το 1962 μέχρι το 1970 συνέβησαν 672 θανατηφόρα εργατικά ατυχήματα. Αποδείχθηκε ότι, το 32% των θυμάτων τη στιγμή του ατυχήματος βρίσκονταν υπό την επήρεια του αλκοόλ.

Στην Κοπεγχάγη από το 1960 μέχρι το 1969 συνέβησαν 156 θανατηφόρα ατυχήματα. Διαπιστώθηκε ότι το 17% των θυμάτων είχαν στο αίμα τους συγκέντρωση αλκοόλης 0,5‰.

7.6 Αλκοόλ και τροχαία ατυχήματα

Στατιστικά αποδεικνύεται καθημερινά ότι ένας μεγάλος αριθμός τροχαίων ατυχημάτων οφείλεται στην διαταραχή της συνείδησης του δράστη, του θύματος ή αυτών που εμπλάκηκαν στο δυστύχημα. Κύριο αίτιο της διαταραχής της συνείδησης είναι η χρήση του οινοπνεύματος ή τοξικών ουσιών. Από αυτήν εξασθενεί η λειτουργία του κεντρικού νευρικού συστήματος, προκαλείται κόπωση, ύπνος ή αναισθησία, αδυναμία συντονισμού σκέψης και ενέργειας, επιβραδύνονται οι αντιδράσεις των μυών, μειώνεται η όραση καθώς και η ικανότητα να διακρίνει κανείς κάποιες μικρές διαφορές φώτων ή ήχων ή να αντιδράσει αποτελεσματικά.

Αμερικανική στατιστική υπηρεσία ανέφερε πρόσφατα ότι τα περισσότερα τροχαία ατυχήματα γίνονται κυρίως από οδηγούς που μπορούν να θεωρηθούν σαν μέτριοι πότες, αφού ύστερα από έλεγχο που έκαναν τα αστυνομικά όργανα, οι περισσότεροι απ' αυτούς βρέθηκαν να έχουν στο αίμα τους μόνο μικρή ποσότητα αλκοόλ. Επιπροσθέτως τα ατυχήματα που οφείλονται στη χρήση του αλκοόλ είναι η αιτία αρκετών θανάτων, ιδίως νέων ατόμων σε πολλές χώρες.

Η κατάσταση αυτή των οδηγών πρέπει να διαχωριστεί από την κατάσταση της μέθης. Σε αυτούς που βρίσκονται υπό την επήρεια οινοπνεύματος, η κατανάλωση του οινοπνεύματος μειώνει τις πνευματικές και σωματικές ικανότητες του ατόμου, σε τρόπο ώστε το έργο που επιχειρεί σε κάποιον συγκεκριμένο χρόνο να μην το εκτελεί με την απαιτούμενη από την περίσταση επιμέλεια και ακρίβεια. Έτσι είναι ενδεχόμενο είτε από μείωση της φυσικής αναστολής να μην υπολογίζει τον κίνδυνο, είτε εκδηλώνοντας τάσεις επιδείξεως να συμπεριφερθεί με τρόπο επικίνδυνο, είτε γιατί ελαττώθηκε ο χρόνος αντίδρασης να εκτελέσει βραδύτερα μερικούς χειρισμούς είτε γιατί εμφανίστηκε κάποιος βαθμός ασυνεργίας στις κινήσεις να τις εκτελέσει με μικρότερη ακρίβεια (αλλαγή ταχύτητας).

Η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (Π.Ο.Υ.) υπολογίζει ότι, στην Αυστραλία για παράδειγμα, τουλάχιστον το 50% των θανάτων από αυτοκινητιστικά ατυχήματα έχουν κάποια σχέση με την κατανάλωση της αλκοόλης. Αυτό το είδος των ατυχημάτων που σχετίζονται με την αλκοόλη σκοτώνουν περισσότερους ανθρώπους απ'ότι όλες οι μολυσματικές αρρώστιες μαζί. Το ποσοστό των τροχαίων ατυχημάτων που μπορεί να θεωρηθεί πως οφείλονται στην αλκοόλη ποικίλλει από χώρα σε χώρα και φαίνεται ότι, σε μερικές είναι πολύ χαμηλό, 3-10% αλλά ακόμα και αυτοί οι αριθμοί θα έπρεπε να ασκήσουν κάποια πίεση στους υπεύθυνους και κάποια επιρροή στη δική μας στάση απέναντι στον μεθυσμένο οδηγό.

Βασικά όλες οι σχετικές νομοθεσίες χαρακτηρίζουν ως αδίκημα την οδήγηση οχήματος υπό την επήρεια αλκοόλης και προβλέπουν ανάλογες ποινές.

Κώδικας οδικής κυκλοφορίας.

Στην Ελλάδα ο νέος "Κώδικας Οδικής κυκλοφορίας" ο οποίος επικυρώθηκε με το Νόμο 614/1977 στο άρθρο 42 με τίτλο "Οδήγηση υπό την επίδραση οινοπνεύματος ή τοξικών ουσιών" ορίζει:

1. Απαγορεύεται η οδήγηση οδικού οχήματος σε οδηγό ο οποίος βρίσκεται υπό την επίδραση οινοπνεύματος ή τοξικών ουσιών.

2. Τα αρμόδια αστυνομικά όργανα μπορούν να ασκούν σε κάθε περίπτωση έλεγχο για διαπίστωση της χρήσης οινοπνεύματος ή τοξικών ουσιών.

3. Έλεγχος για διαπίστωση της μέθης οδηγού γίνεται υποχρεωτικά σε περίπτωση θανατηφόρου ατυχήματος ή σωματικής βλάβης, εάν υπάρχουν ενδείξεις χρήσης οινοπνεύματος ή τοξικών ουσιών, χρησιμοποιούμενου γι' αυτό κάθε κατάλληλου επιστημονικού μέσου.

4. Όταν υπάρχουν ενδείξεις ότι η οδήγηση του οχήματος γίνεται από οδηγό που βρίσκεται υπό την επίδραση οινοπνεύματος ή τοξικών ουσιών αυτός υποχρεώνεται να δέχεται την εξακρίβωση της κατάστασης αυτής.

5. Με κοινές αποφάσεις των Υπουργών Δημόσιας Τάξης και Συγκοινωνιών, καθορίζονται οι επιστημονικοί τρόποι διαπίστωσης της χρήσης οινοπνεύματος ή τοξικών ουσιών, όπως και το απαιτούμενο ποσοστό οινοπνεύματος στον οργανισμό, για να θεωρηθεί ότι ο ελεγχόμενος οδηγός βρίσκεται υπό την επίδραση αυτού.

* Πρέπει να σημειωθεί ότι το Ν.Δ. 200/1969 που καταργήθηκε με το νέο Κ.Ο.Κ., το ποσοστό οινοπνεύματος στον οργανισμό που απαιτείτο για να θεωρηθεί ο οδηγός ότι βρισκόταν υπό την επίδραση του, καθορίζονταν στα 80 χιλιοστόγραμμα κατά 100 χιλιοστόλιτρα, πράγμα που ισχύει και με το νέο Κ.Ο.Κ.

7.7 Το αλκοόλ σαν αίτιο που προκαλεί ατυχήματα στην εργασία και στην οδήγηση.

Παλαιότερα οι μέθοδοι εργασίας στηρίζονταν σχεδόν αποκλειστικά στην προσωπική εργασία του ανθρώπου και στη σωματική καταπόνηση. Η σύγχρονη μηχανοποίηση και ορθολογική οργάνωση αξιώνουν διανοητική καταπόνηση και κάποια σχετική αδράνεια του σώματος. Οι απαιτήσεις από το νευρικό σύστημα συνεχώς αυξάνουν. Για παράδειγμα, μια καθαρά μηχανοποιημένη εργασία σε έναν μεταφορικό μάντα δεν απαιτεί σοβαρή σωματική προσπάθεια, αλλά επιδεξιότητα, ευσυνειδησία και προσοχή. Ο εργαζόμενος βρίσκεται συνεχώς σε εγρήγορση και κουράζεται γρήγορα.

Αν κάποιος -σύμφωνα με τις σύγχρονες απαιτήσεις εργασίας- θέλει να αυξήσει την απόδοσή του και να αποφύγει τυχόν ατυχήματα, πρέπει να όσο το δυνατόν τους παράγοντες που βλάπτουν τη λειτουργία των αισθητήριων οργάνων και του νευρικού συστήματος.

Επειδή όπως φαίνεται παρακάτω, ένας τέτοιος βλαπτικός παράγοντας είναι το αλκοόλ, οι εργαζόμενοι θα πρέπει να αποφεύγουν τη χρήση οινοπνευματωδών ποτών πριν ή κατά την διάρκεια της εργασίας τους.

Επιστημονικά πειράματα απέδειξαν ότι το οινόπνευμα αναστέλλει σε μεγάλο βαθμό την αίσθηση της όσφρησης. Τα άτομα τα οποία έλαβαν μέρος στα πειράματα αυτά με δυσκολία μπορούσαν να οσφρανθούν αμμόνιες (έχει εξαιρετικά οξεία οσμή) 50 λεπτά της ώρας μετά τη λήψη 40 γρ. αλκοόλ.

Συγχρόνως το οινόπνευμα επιδρά βλαπτικά και στην όραση. Με συγκέντρωση 0,8% οινοπνεύματος στο αίμα, οι μυς των ματιών παύουν να λειτουργούν ομαλά, με αποτέλεσμα να μειώνεται η περιφερειακή όραση.

Όταν η συγκέντρωση αλκοόλης στο αίμα είναι 0,25 % διαπιστώνονται διαταραχές της παρατηρητικότητας, της ικανότητας αντίδρασης και της ισορροπίας.

7.7 Το αλκοόλ σαν αίτιο που προκαλεί ατυχήματα στην εργασία και στην οδήγηση.

Παλαιότερα οι μέθοδοι εργασίας στηρίζονταν σχεδόν αποκλειστικά στην προσωπική εργασία του ανθρώπου και στη σωματική καταπόνηση. Η σύγχρονη μηχανοποίηση και ορθολογική οργάνωση αξιώνουν διανοητική καταπόνηση και κάποια σχετική αδράνεια του σώματος. Οι απαιτήσεις από το νευρικό σύστημα συνεχώς αυξάνουν. Για παράδειγμα, μια καθαρά μηχανοποιημένη εργασία σε έναν μεταφορικό μίαντα δεν απαιτεί σοβαρή σωματική προσπάθεια, αλλά επιδεξιότητα, ευσυνειδησία και προσοχή. Ο εργαζόμενος βρίσκεται συνεχώς σε εγρήγορση και κουράζεται γρήγορα.

Αν κάποιος -σύμφωνα με τις σύγχρονες απαιτήσεις εργασίας- θέλει να αυξήσει την απόδοσή του και να αποφύγει τυχόν ατυχήματα, πρέπει να όσο το δυνατόν τους παράγοντες που βλάπτουν τη λειτουργία των αισθητήριων οργάνων και του νευρικού συστήματος.

Επειδή όπως φαίνεται παρακάτω, ένας τέτοιος βλαπτικός παράγοντας είναι το αλκοόλ, οι εργαζόμενοι θα πρέπει να αποφεύγουν τη χρήση οινοπνευματωδών ποτών πριν ή κατά την διάρκεια της εργασίας τους.

Επιστημονικά πειράματα απέδειξαν ότι το οινόπνευμα αναστέλλει σε μεγάλο βαθμό την αίσθηση της όσφρησης. Τα άτομα τα οποία έλαβαν μέρος στα πειράματα αυτά με δυσκολία μπορούσαν να οσφρανθούν αμμόνιες (έχει εξαιρετικά οξεία οσμή) 50 λεπτά της ώρας μετά τη λήψη 40 γρ. αλκοόλ.

Συγχρόνως το οινόπνευμα επιδρά βλαπτικά και στην όραση. Με συγκέντρωση 0,8% οινοπνεύματος στο αίμα, οι μυς των ματιών παύουν να λειτουργούν ομαλά, με αποτέλεσμα να μειώνεται η περιφερειακή όραση.

Όταν η συγκέντρωση αλκοόλης στο αίμα είναι 0,25 % διαπιστώνονται διαταραχές της παρατηρητικότητας, της ικανότητας αντίδρασης και της ισορροπίας.

Επίσης είναι εξακριβωμένο ότι η λειτουργία του περιφερικού Νευρικού Συστήματος επηρεάζεται από το οινόπνευμα. Σε άτομα που πάσχουν από χρόνια αλκοολισμό παρατηρήθηκαν διαταραχές του αισθήματος της αφής και της θερμοκρασίας, καθώς και της μυϊκής αίσθησης και της αίσθησης των αρθρώσεων. Λόγω των διαταραχών των δερματικών αισθήσεων (αφή, πίεση, ψυχρό-θερμό κλπ) οι αντανακλαστικές κινήσεις εκδηλώνονται καθυστερημένα, εγκυμονώντας κινδύνους για πρόσληψη εγκαυμάτων, τραυματισμών κλπ.

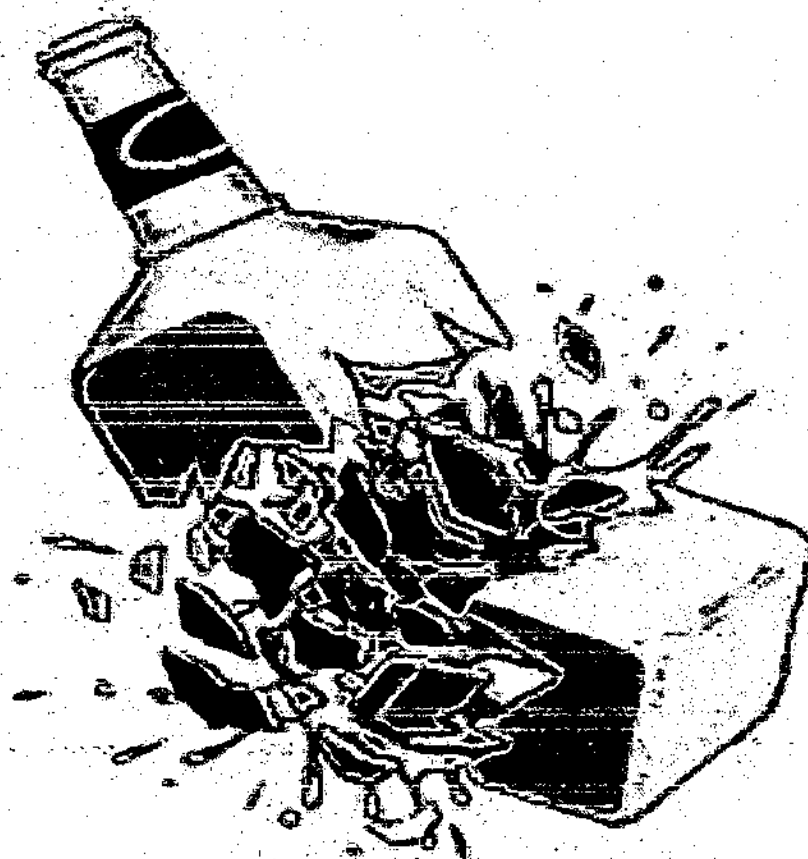
Πολυάριθμα ατυχήματα αποδίδονται σε διαταραχές της λειτουργίας του οργάνου ισορροπίας. Αυτές συμβαίνουν όταν η συγκέντρωση της αλκοόλης στο αίμα ανέρχεται σε 0,3‰ μέχρι 0,4‰. Πολλά από αυτά τα ατυχήματα δεν θα είχαν συμβεί, ή δεν θα ήταν τόσο σοβαρά αν το θύμα εκτελούσε ακαριαία τις κατάλληλες αντανακλαστικές κινήσεις. Το οινόπνευμα όμως περιορίζει σημαντικά αυτήν τη δυνατότητα.

Σε περιπτώσεις πτώσεων, είναι δυνατόν να αποφευχθούν τραυματισμοί βαριάς μορφής, αν εκτελεσθούν ακαριαία οι σωστές κινήσεις που έχουν σαν σκοπό την προφύλαξη κρίσιμων και ευαίσθητων σημείων του σώματος. Αυτό μπορεί να συμβεί όταν το άτομο διατηρεί την πνευματική του διαύγεια, η οποία εξασφαλίζεται με την αποφυγή λήψης κάθε αλκοολούχου ποτού. Έτσι, τα δυσάρεστα αποτελέσματα μιας πτώσης προς τα εμπρός, μπορούν να περιοριστούν στο ελάχιστο με μια άμεση αντανακλαστική προβολή των χεριών. Το ίδιο ισχύει και σε περιπτώσεις πτώσεων προς τα πίσω ή πλάγια. Οι ορθές αντανακλαστικές απαντήσεις του σώματος είναι η κατάλληλη τοποθέτηση των χεριών ή και ταχεία περιστροφή του κορμού προς την κατεύθυνση της πτώσης.

Σε άτομα τα οποία βρίσκονται σε κατάσταση μέθης, οι αντανακλαστικές αυτές κινήσεις εκδηλώνονται καθυστερημένα ή λείπουν τελείως. Το αλκοόλ επιδρά και στο κεντρικό νευρικό σύστημα, προκαλώντας στον αλκοολικό τρομώδεις κινήσεις. Αλλά και οι διαταραχές των πνευματικών λειτουργιών

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

Εξαιρετικά επικίνδυνα είναι και η "παραπλανητική δράση" του αλκοόλ. Το άτομο που καταναλώνει έστω και μικρές ποσότητες αλκοόλ, υπερεκτιμά τις δυνάμεις του αφηφώντας συγχρόνως τον κίνδυνο. Η κριτική του ικανότητα μειώνεται και χάνει το αίσθημα της υπευθυνότητας απέναντι στον εαυτό του και τους άλλους.



7.8 Αλκοολισμός και έγκλημα

Κεφαλαιώδες ζήτημα για την κατανάλωση παραμένει πάντα η σχέση εγκληματικότητας και κατανάλωσης οινοπνεύματος. Η σχέση αυτή είναι για πολλούς προφανής, αν και δεν υπάρχει επίσημη μελέτη που να δίνει την ακριβή εικόνα της. Σε άλλες χώρες έχει διαπιστωθεί, κυρίως σε νεαρά άτομα, ότι στις περισσότερες περιπτώσεις πριν από κάποια εγκληματική ενέργεια καταναλώθηκε οινόπνευμα. Υπολογίζεται ακόμη ότι οι μισές ανθρωποκτονίες προέρχονται από την μέθη, δράστη και θύματος, ενώ ιδιαίτερο ρόλο φαίνεται να παίζει η κατανάλωση αλκοόλ στην αυτοεπιθετικότητα (αυτοκτονίες κλπ.).

Ο αλκοολικός έχει διαταραχή του χαρακτήρα, είναι παθολογικά ζηλιάρης, οξύθυμος και επιθετικός. Οι καταβολές στους επιγόνους και κυρίως το παραστράτημα και η εγκληματικότητα των παιδιών του οφείλονται στην διαλυμένη οικογένεια και τους διαπληκτισμούς που συχνά καταλήγουν σε βίαιες συγκρούσεις, στην ανυποληψία για το κύρος του πατέρα, στις συμπλεγματικές καταστάσεις που δημιουργούνται απ' αυτό, στην ανυπαρξία κάθε παιδαγωγικής φροντίδας στα δύσκολα πρώτα χρόνια, όταν διαμορφώνεται ο χαρακτήρας των παιδιών. Το οινόπνευμα δεν παύει να χαρακτηρίζεται σαν ένας από τους μεγαλύτερους "προμηθευτές" των φυλακών, από τους αλκοολικούς και τα παιδιά τους.

Σύμφωνα με στατιστικές πολλών καθηγητών της εγκληματολογίας, οι νεαροί εγκληματίες είναι συνήθως παιδιά αλκοολικών - ο δε Lavient στη Γαλλία διαπίστωσε ότι όλοι σχεδόν οι μεγάλοι εγκληματίες είχαν πατέρα αλκοολικό.

Η ίδια κληρονομιά υπάρχει και στη χώρα μας από τους τυπικούς "μεθύστακες" των παλιών καιρών. Οι νεαροί εγκληματίες στην Ελλάδα, αλλά και τα κορίτσια του πεζοδρομίου προέρχονται συνήθως από τέτοιες οικογένειες. Μια άλλη στατιστική απέδειξε ότι σε 150 τύπους παιδιών, που είχαν κλειστεί σε ειδικά παιδαγωγικά ιδρύματα, το 34% είχαν, τουλάχιστον τον έναν γονέα πότη.

Έτσι, ένας μεγάλος αριθμός πλημμελημάτων του Ποινικού Κώδικα, από την αντίσταση κατά της αρχής, τις απειλές και τις διαταράξεις μέχρι το λαθρεμπόριο ποτών, τις κακόβουλες βλαστήμιες, τις εξυβρίσεις, τις βαριές και απλές σωματικές βλάβες, έχουν τη ρίζα τους, πολύ συχνά στον σημερινό αλκοολισμό.

7.9 Αλκοόλ και σεξουαλικά εγκλήματα

Μελέτες που έγιναν στον Καναδά για να οριστεί η σχέση που υπάρχει μεταξύ αλκοόλ και βίας, με την χρησιμοποίηση ατόμων από το προσωπικό των φυλακών, έδειξαν ότι, το 1/3 των κατηγορουμένων για σεξουαλικές επιθέσεις είχε κάνει κατάχρηση αλκοόλ ή ναρκωτικών τη στιγμή της επίθεσης. Οι ψυχολόγοι Clark και Louis μελέτησαν το 1977, 116 περιπτώσεις δηλωθέντων βιασμών στο Τορόντο και βρήκαν ότι η επίδραση του αλκοόλ ήταν έντονη στο 31% αυτών των περιπτώσεων.

Επίσης διαπιστώθηκε ότι η μεγαλύτερη συχνότητα επιθέσεων συνέβη μεταξύ των ωρών 24.00 μέχρι 04.00 και το πιο συνηθισμένο μέρος ήταν η κατοικία.

7.10 Στέρηση

Πρέπει να αναλογιστούμε σοβαρά ότι ο εθισμός στο αλκοόλ φέρνει το άτομο σε κατάσταση παρόμοια με αυτήν του ναρκομανή, που η στέρηση των ναρκωτικών τον οδηγεί σε πράξεις παράλογες και εξωφρενικές.

Έτσι και ο αλκοολικός, όταν στερηθεί το οινόπνευμα γίνεται σωματικό και ψυχικό ράκος ανίκανο να ελέγξει τις αντιδράσεις του εαυτού του (σπασμοί, παραισθήσεις και παραλήρημα).

Τα πρώτα συμπτώματα εμφανίζονται μερικές ώρες μετά από το τελευταίο ποτό, συνήθως με πρωινές τρεμούλες. Με ένα ποτό αυτές υποχωρούν αμέσως. Αντίθετα χωρίς το ποτό δεν θα μπορεί να ελέγξει τον εαυτό του και θα είναι ανίκανος ακόμα και να κρατήσει ένα φλιτζάνι.

Ένα συνηθισμένο φαινόμενο που αφορά το 1/4 των ατόμων είναι οι παραισθήσεις που εμφανίζονται μάλλον παροδικά. Οι πιο συνηθισμένες έχουν να κάνουν με παραμορφωμένα σχήματα, κινούμενες σκιές, φευγαλέους μουσικούς ήχους και δυνατές φωνές. Όπως αναφέρουν οι Κέβελ και Γουάλτον στο κλασικό τους βιβλίο "ALCOHOLISM": "Το άτομο που βρίσκεται σε αυτή την κατάσταση έχει την τάση να διαβλέπει απειλές μέσα από τα πιο αθώα βλέμματα, ή σχόλια που αντιλαμβάνεται από τρίτους".

Μια από τις πιο τρομερές αντιδράσεις είναι η γνωστή ως τρομώδης παραλήρημα. Πρόκειται για μια από τις πιο σοβαρές καταστάσεις, τις οποίες αντιμετωπίζουν οι γιατροί. Οι φυσιολογική διάρκεια ενός τρομώδους παραληρήματος είναι 3 - 4 ημέρες, αλλά η χορήγηση των κατάλληλων φαρμάκων, μπορεί να βοηθήσει τον πάσχοντα να υποφέρει λιγότερο.

Ο μεγαλύτερος κίνδυνος μπορεί να προέλθει αν υπάρχουν ταυτόχρονα άλλες παθήσεις, καθώς και πιθανοί σπασμοί, που αν δεν αντιμετωπισθούν έγκαιρα, μπορούν να αποβούν μοιραίοι.

Μια άλλη αιτία θανάτου, που αναφέρεται επίσης σε περίπτωση μέθης, πολύ συχνά είναι η εισρόφηση εμετού.

7.11 Αιφνίδιοι θάνατοι λόγω λήψης αλκοόλ

Όπως συμβαίνει με άλλα κατασταλτικά του κεντρικού νευρικού συστήματος, μια εξαιρετικά μεγάλη δόση οινοπνεύματος, που παίρνεται σε μικρό χρονικό διάστημα, μπορεί να επιφέρει το θάνατο.

Δεν μπορούμε να ορίσουμε με βεβαιότητα ποια ποσότητα μπορεί να χαρακτηριστεί θανατηφόρα. Τα πάντα εξαρτώνται από την κρίση και από το επίπεδο ανοχής που έχει αναπτύξει ο οργανισμός του. Οι πιθανότητες θανάτου αυξάνονται με κάθε επιπλέον μπουκάλι δυνατού ποτού. Το βρίσκουμε πολύ συχνά πίσω από φόνους, αυτοκτονίες και θανατηφόρα δυστυχήματα. Συνηθισμένες είναι οι περιπτώσεις πνιγμού και ασφαλώς τα τροχαία.

Α.Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ
ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ

Οι νεαροί συνήθως άνδρες καταναλώνουν υπερβολική ποσότητα αλκοόλ και γι' αυτό το 1/5 των τροχαίων ατυχημάτων που συμβαίνουν σ' αυτούς έχουν την παραπάνω αιτία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

4 **Επιδράσεις του αλκοόλ στην ψυχοσωματική σύσταση του οργανισμού.**

8.1 Επιδράσεις στο αιμοποιητικό σύστημα.

Πολλοί διαφορετικοί τύποι αναιμίας συμβαίνουν στους μεγάλους πότες. Ο πιο συνηθισμένος τύπος, είναι η μακροκυτταρική αναιμία. Αυτή μπορεί να δημιουργηθεί από έλλειψη φολικού οξέως, αλλά και από τις τοξικές επιδράσεις του αλκοόλ στο μυελό των οστών. Τότε εμφανίζεται η αιμολυτική αναιμία, που στην περίπτωση αυτή τα ερυθρά αιμοσφαίρια καταστρέφονται, αλλά ακόμα και αυτά που είναι φυσιολογικά σχηματισμένα, μπορεί να καταστραφούν πρόωρα (αιμόλυση). Το τελευταίο μπορεί να συμβεί επίσης, όταν το μέγεθος και η λειτουργία της σπλήνας αυξηθούν (σπληνομεγαλία), δευτερεύον της αρχικής υπέρτασης.

Η έλλειψη σιδήρου (σιδηροπενική αναιμία), μπορεί να συμβεί όταν η λαμβάνουσα τροφή έχει ελλείψεις σιδήρου, ή σαν επακόλουθο χρόνιας γαστροεντερικής απώλειας αίματος. Η τοξική επίδραση του αλκοόλ στο μυελό των οστών, εμφανίζεται σαν η μόνη αιτία της μείωσης των αιμοπεταλίων.

8.2 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 νοσηλεύτηκαν σε μια χειρουργική κλινική:

- Το κάπνισμα
- Η ελαττωμένη αντίσταση στις μολύνσεις
- Ο τραυματισμός του ΚΝΣ που προκαλεί απώλεια αντανακλαστικών του ρινοφάρυγγα
- Ο ασκίτης που ανεβάζει το διάφραγμα και ελαττώνει τη ζωτική χωρητικότητα
- Ισχνή αναπνοή, που δημιουργείται από θλάση πλευρών
- Πιθανή άμεση επίδραση του αλκοόλ στους πνεύμονες.

Η φυματίωση, πλευρίτιδα, βρογχίτιδα, εμφύσημα, απόστημα πνευμόνων και πνευμονία, θεωρούνται ότι είναι συχνά στους πότες, ιδιαίτερα σ' αυτούς που το κοινωνικό τους επίπεδο είναι χαμηλό.

✦ Πνευμονία

Οι δεινοί πότες είναι συχνά υπερεμφανιζόμενοι σαν ασθενείς με πνευμονία λόγω της διπλοκόκκου πνευμονίας. Από της εμφάνισης των αντιβιοτικών, οι πιθανότητες της ανάρρωσης τους είναι ίδιες με των άλλων ασθενών. Πάντως αυτοί έχουν περισσότερες επιπλοκές: μακρόχρονο πυρετό, μακρύ στάδιο σταθεροποίησης, αυξημένη συχνότητα δημιουργίας αποστημάτων, εμφύσημα και ατελεκτασία πνευμόνων.

Σε μια ομάδα ασθενών με κλεμψιέλλα πνευμονία, το 80% είναι άτομα που καταναλώνουν πολύ αλκοόλ. Εδώ η κατάσταση είναι πιο σοβαρή, καθώς η θνησιμότητα όπως και η νοσηρότητα, μπορεί να είναι αυξημένες στους πότες. Η πλειοψηφία των δεινών πότεων μεταφέρουν κλεμψιέλλα, ή άλλους γραμμοαρνητικούς βακίλους στον οροφάρυγγα. Έτσι η βακτηριολογική διάγνωση της πνευμονίας στους δεινούς πότες στη βάση των πτυέλων μπορεί να είναι παραπλανητική, εάν κάποιος διαφορετικός

οργανισμός που δημιουργεί την μόλυνση στο χαμηλό αναπνευστικό σύστημα και τους πνεύμονες.

8.3 Επιδράσεις στο καρδιαγγειακό 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, παρ'όλο που η παράλληλη λήψη άλλων τοξικών ουσιών και η κακή διατροφή συμβάλλουν ουσιαστικά σ'αυτή την διαταραχή.

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 νυχτερινή δύσπνοια παρατηρούνται συχνά. Συγκοπτικά επεισόδια οφειλόμενα σε αρρυθμίες μπορεί να παρατηρηθούν. Στηθάγχη συνήθως δεν παρατηρείται, εκτός αν συνυπάρχει ανεπάρκεια στεφανιαίων ή στένωση αορτικής βαλβίδας.

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.

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 περυγισμός 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 κατάστασης, περαιτέρω ίνωση και τελικώς στο θάνατο.

Η αντιμετώπιση των οξέων επεισοδίων, όπως και της χρόνιας καρδιακής ανεπάρκειας εξ αλκοολικής μυοκαρδιοπάθειας, είναι αυτή με την αντιμετώπιση καρδιακής ανεπάρκειας οποιασδήποτε αιτιολογίας.

8.3. 1. *Μυοκαρδιοπάθεια*

Οι δεινοί πότες μπορεί να αναπτύξουν μια συμφορική καρδιοπάθεια. Αλλαγές στις ίνες των κολπικών τοιχωμάτων, τα κάνουν τόσο δύσκαμπτα ώστε συστέλλονται ανεπαρκώς. Αυτό δημιουργεί πτώση στην καρδιακή έξοδο, η καρδιά διαστέλλεται και δημιουργούνται θρόμβοι αίματος στο σωματικό και πνευμονικό κυκλοφοριακό αγγειακό σύστημα. Τα συμπτώματα και σημάδια είναι αυτά τα δυσλειτουργικά της αριστερής και δεξιάς πλευράς της καρδιάς: απώλεια της αναπνοής, σπартάρισμα, οίδημα των αγκώνων, διόγκωση της καρδιάς και πνευμονική συμφόρηση φαίνεται στις εξετάσεις ακτίνων Χ.

Πάνω από το 1/3 των ασθενών αυτών, πρόκειται να πεθάνουν μέσα στα επόμενα τρία χρόνια. Μια καλύτερη μελλοντική εξέλιξη είναι πολύ πιθανή γι'αυτούς που σταματούν το αλκοόλ. Η καρδιά μπορεί να επανέλθει στο κανονικό της μέγεθος με αποχή από το αλκοόλ και σωστή ιατρική θεραπεία.

8.3. 2. *Καρδιακές αρρυθμίες*

Ανωμαλίες μεταβίβασης όπως καρδιακό έμφραγμα, μπορεί να παρουσιασθεί στην αλκοολική καρδιομυοπάθεια, αλλά αφύσικοι καρδιακοί ρυθμοί μπορούν επίσης να παρουσιασθούν. Αυτά τα φαινόμενα είναι πολύ πιθανόν να συμβούν μετά από σύντομα χρονικά διαστήματα μεγάλης κατανάλωσης αλκοόλ, έτσι στα φαινόμενα αυτά έχει δοθεί η ονομασία "καρδιακό σύνδρομο διακοπών". Αυτό περιλαμβάνει αφύσικους κοιλιακούς ρυθμούς, όπως υπερκοιλιακές ταχυκαρδίες και ξαφνικές ακανόνιστες συστολές των μυϊκών ινών της καρδιάς.

8.3. 3. *Ισχαιμική καρδιακή νόσος*

Μέτρια κατανάλωση αλκοόλ μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο ενός πρώτου καρδιακού εμφράγματος, σε υγιείς νέους άνδρες. Αυτό δεν έχει αποδειχθεί ότι γενικεύεται στο γυναικείο φύλο και στους ηλικιωμένους. Όσον αφορά τους ασθενείς με ενδεδειγμένη ισχαιμική καρδιακή νόσο, έχει αποδειχθεί ότι θα πρέπει να αποφεύγεται η μεγάλη κατανάλωση ποτού. Το αλκοόλ μπορεί προσωρινά να δημιουργεί βλάβη στις μηχανικές λειτουργίες της καρδιάς.

Η διάρκεια της ενέργειας του καρδιακού μυϊκού δυναμικού αυξάνεται, με κίνδυνο την επιδείνωση καρδιακής αρρυθμίας. Ακαθόριστοι μυϊκοί πόνοι μπορούν να οδηγήσουν τους ασθενείς στην άγνοια των προειδοποιητικών σημείων. Έτσι, σε ασθενείς οι οποίοι υποφέρουν από ισχαιμική καρδιακή νόσο, πρέπει να τους δοθεί συμβουλή ή να μετριάσουν ή να σταματήσουν την κατανάλωση αλκοόλ.

8.4 Επιδράσεις στο πεπτικό σύστημα

8.4. 1. Επιδράσεις στον οισοφάγο

Η χρόνια κατάχρηση οινοπνεύματος 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 είναι ο υπερτασικός περισταλτισμός και μη ειδικές «κινητικές διαταραχές» που είναι ανατρέψιμες μετά τη διακοπή του οινοπνεύματος.

Οι αλκοολικοί ασθενείς συχνά εμφανίζουν και οισοφαγικούς κίρσους. 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 να αντέξουν εσωτερική αυξημένη πίεση, οπότε διαστέλλονται και σχηματίζουν κίρσους.

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.

Το σύνδρομο Mallory-Weiss χαρακτηρίζεται από αιματέμεση ως συνέπεια ρωγμών επιπολής του βλεννογόνου κατά την οισοφαγογαστρική γωνία. Η αιμορραγία επισυμβαίνει κατόπιν επανειλημμένων εμετών. Η αυτόματη ρήξη του οισοφάγου επισυμβαίνει κυρίως σε άντρες, ιδιαίτερα

αλκοολικούς. Πριν απ' αυτήν προηγείται συνήθως βαριά οινοποσία. Συνίσταται ανάπαυση, ενδοστομαχικές πλύσεις με παγωμένο νερό και μεταγγίσεις αίματος. Η αυτόματη ρήξη χαρακτηρίζεται συνήθως από έντονο πόνο κατά την διάρκεια εμετού. Σπάνια η ρήξη επισυμβαίνει αθόρυβα κατά τη διάρκεια μεγάλου γεύματος. Ο ασθενής εμφανίζει πτώση πίεσης, δύσπνοια, κυάνωση και shock.

8.4. 2. *Γαστρίτιδα*

Η γαστρίτιδα εμφανίζεται με οξεία και χρόνια μορφή:

Οξεία γαστρίτιδα. Εμφανίζεται υπεραιμία και οίδημα του βλεννογόνου και όχι σπάνια, αλλοίωση των επιθηλιακών κυττάρων, που μπορεί να φθάσει την μορφή της εκτεταμένης διαβρώσεως. Σαν αιτία της φλεγμονής αυτής αναφέρονται τα οινοπνευματώδη ποτά, οι τροφικές δηλητηριάσεις, ως και οι δηλητηριάσεις με βαριά μέταλλα, διάφορα φάρμακα όπως η ασπιρίνη, αντιπυρετικά, αναλγητικά, αντιφλεγμονώδη, δύσπεπτες τροφές που ερεθίζουν τον βλεννογόνο του στομάχου και προκαλούν γαστρίτιδα εξαιτίας υπερεκκρίσεως υδροχλωρικού οξέος. Τα συμπτώματα της οξείας γαστρίτιδας είναι ανορεξία, απέχθεια προς το φαγητό, βάρος στο στομάχι, πόνος και τάση για εμετό. Η θεραπεία περιλαμβάνει καταπολέμηση του αιτίου, ρύθμιση του διατροφολογίου και χορήγηση φαρμάκων.

Χρόνια γαστρίτιδα. Σαν αιτιολογία της χρόνιας γαστρίτιδας αναφέρεται η προδιάθεση του ατόμου, η κακή μάσηση των τροφών, αταξία στις ώρες του φαγητού, η κατάχρηση οινοπνευματωδών ποτών και καπνού. Τα συμπτώματα της νόσου είναι επιγαστρικός πόνος που αντανακλά στη μέση, όξινες ερυγές, οπισθοστερνικός καύσωνας, μετεωρισμός κοιλίας, δυσκοιλιότητα. Η βιοψία είναι η ιδανική μέθοδος διαγνώσεως, δεν είναι όμως πάντοτε προσιτή.

Η θεραπεία περιλαμβάνει ρύθμιση του διατροφολογίου έτσι ώστε να πετύχουμε μεγαλύτερη δυνατή οικονομία του βλεννογόνου. Ο πόνος, ο καύσωνας και οι σπασμοί του στομάχου αντιμετωπίζονται κατάλληλα. Η

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

Η γαστρίτιδα από κατάχρηση οινοπνεύματος είναι αιμορραγική και η αιμορραγία μπορεί να είναι βαριά και παρατεταμένη.

Για την θεραπεία της πρέπει να αντιμετωπίσουμε την αιμορραγία καθώς και απομάκρυνση της ουσίας που προκαλεί την γαστρίτιδα. Γι'αυτό ενεργούμε ως εξής: 1) διασωλήνωση του στομάχου 2) αναρρόφηση του περιεχομένου και πλύσεις με παγωμένο νερό, μέχρι το που το αναρροφούμε υγρό είναι άχρωμο 3) σιμετιδίνη ενδοφλεβίως 4) χορήγηση αίματος 5) χειρουργική επέμβαση αφού εξαντλήσουμε όλα τα παραπάνω συντηρητικά μέτρα.

8.4. 3. *Επιδράσεις στον στόμαχο*

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 ελάττωση της απορροφήσεως του φυλικού οξέος, της θειαμίνης (Βιταμίνη Β1), των βιταμινών Β6Β και Β12 και του ψευδαργύρου. Η έλλειψη φυλικού οξέος οδηγεί στην ελαττωμένη πρόσληψη από 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.

Ο υποσιτισμός είναι ένα από τα χαρακτηριστικά του αλκοολισμού, αν και η σχέση μεταξύ κατανάλωσης της αλκοόλης κι διατροφής παραμένει ασαφής. Σε μία 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, υποστηρίχθηκε 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 των 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 θρέψη και η απορρόφηση θρεπτικών στοιχείων και ο ελαττωματικός μεταβολισμός αυτών των στοιχείων.

8.4. 4. *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 στον 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. Από τις 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 κλπ.

Η οξεία παγκρεατίτιδα είναι μια 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 σε άλλους λιπώδεις ιστούς. Με την αύξηση των νεκρωμένων ιστών, η λοίμωξη καθίσταται μεγάλη απειλή.

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.

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

8.5 Επιδράσεις στο μεταβολικό και ενδοκρινικό σύστημα

8.5. 1. 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. Στην 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 HDL 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 την 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 ταχύτατη 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.

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 οινοπνευματωδών δηλαδή αν υπερέχει το κρασί έναντι της μύρας 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.

8.5. 2. Υπογλυκαιμία

Μια 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.

8.5. 3. 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 την 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.

8.5. 4. *Μεταβολές στα επίπεδα των ιχνοστοιχείων*

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.

8.5. 5. *Το σύνδρομο Gushing*

Το σύνδρομο Gushing οφείλεται σε οποιονδήποτε παράγοντα που προκαλεί μη φυσιολογική αύξηση της λειτουργίας του φλοιού των επινεφριδίων, κυρίως σε ότι αναφέρεται στην παραγωγή της κορτιζόνης. Συνεπώς, η προέλευση της διαταραχής μπορεί να είναι διαφορετικού είδους.

Το συχνότερο αίτιο είναι μια 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 μια υπερβολική διέγερση, ο ιστός του φλοιού των επινεφριδίων αυξάνεται (υπερπλασία) και ταυτόχρονα αυξάνεται σημαντικά η ορμονική παραγωγή του.

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

Επιπροσθέτως μια ποικιλία συνδρόμων του Gushing έχουν αποδοθεί στην αλκοόλη, τα οποία όμως εξαφανίζονται εντός ολίγων εβδομάδων μετά την αποχή από την αλκοόλη.

8.6 Επιδράσεις στο νευρικό και μυϊκό σύστημα

8.6.1. 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 μια 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.

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.

8.6.2. 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 B₁₂ 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 κλπ) κατά την 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 αποσυμπτωματική νευροπάθεια μέχρι ουσιαστική αδυναμία των μυών και σημαντική ανεπάρκεια των αισθητήριων οργάνων.

8.6. 3. *Επιληψία*

Στο Ντένβερ, το 41% των ασθενών που προσήλθαν στο νοσοκομείο για διάγνωση και θεραπεία κρίσεων, είχαν ιστορικό μεγάλης κατανάλωσης αλκοόλ. Η περισσότερο κοινή αιτία κρίσεων, ήταν η στέρηση του αλκοόλ (59%), η αιτία ήταν άγνωστη στο 1/4 και σχετικά με τραύμα το 1/5.

Η αιτιολογία της επιληψίας στους δεινούς πότες είναι πολύπλοκη. Οξεία δηλητηρίαση μπορεί να επισπεύσει τις κρίσεις σε ευαίσθητα άτομα ή να καταλήξει σε υπογλυκαιμία, η οποία μπορεί να εμφανιστεί με κρίσεις. Η στέρηση του αλκοόλ μπορεί να δημιουργήσει κρίσεις. Οι δεινοί πότες έχουν έναν επαυξημένο κίνδυνο να εκδηλώσουν επιληψία. Αυτό μπορεί να συσχετισθεί με εγκεφαλικό τραύμα και επαναλαμβανόμενα υπογλυκαιμικά επεισόδια. Η θεραπεία της επιληψίας στους αλκοολικούς είναι πολύπλοκη, λόγω του γεγονότος της αλληλεπίδρασης αλκοόλ και αντικοβαλτικών φαρμάκων.

8.7 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 οινοπνεύματος γίνεται εμφανής με την επίδραση του στην σκέψη.

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 κάποιον τρόπο, αντίστροφη της αποχής από το αλκοόλ και συμβαδίζει με την απόδοση των προβληματικών πόντων σε ποικιλία τεστ υψηλής εγκεφαλικής λειτουργίας.

8.7. 1. *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 ελαττωματικής 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, μετεγχειρητικός υποσιτισμός που ελέγχεται δύσκολα, καταστάσεις αιτίας (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 (νευρωνικές αλλοιώσεις, αγγειακή και νευρογλοιακή υπερπλασία) ποικίλλει 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), 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, χαλάνωση, συγχυτικο-ονειρική διέγερση (η διαφορική διάγνωση της οποίας από το τρομώδες παραλήρημα είναι δύσκολη, καθόσον μάλιστα οι δύο 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^{ης} εγκεφαλικής συζυγίας, παράλυση ορισμένων μυών που νευρούνται από την 3^η εγκεφαλική συζυγία, παραλύσεις άλλων

μυών που συμβάλλουν στη λειτουργία της όρασης. Η εγκεφαλοπάθεια του Wernicke είναι μια 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). Μερικές φορές η εξέταση του βυθού του οφθαλμού αποκαλύπτει αιμορραγίες του αμφιβληστροειδούς.

✚ **Εναντιωτική υπερτονία, κινητική ασυνέργια και διαταραχές της ισορροπίας** που καθιστούν αδύνατη την βάδιση 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 υποδέεται 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 αναθεώρηση 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 την βιταμινοθεραπεία είναι αρκετά σταθερό εύρημα στην εγκεφαλοπάθεια Wernicke, αλλά δεν αποτελεί ειδικό χαρακτηριστικό της ένδειας θειαμίνης (άλλες πιθανές αιτίες: σακχαρώδης διαβήτης, κίρρωση, αναιμία).

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).

Η **θεραπευτική αντιμετώπιση** συνίσταται κυρίως στην ενδομυϊκή χορήγηση βιταμίνης β1 σε δόση 500mg έως 1gr την ημέρα. Δεδομένου ότι η βιταμινική ένδεια αυτών των ατόμων είναι γενική, είναι χρήσιμο να προστίθεται βιταμίνη B6, PP και φολικό οξύ. Η σωστή και αρκετά έγκαιρη θεραπευτική αγωγή μπορεί να επιφέρει πλήρη ίαση. Παρόλα αυτά οι 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).

8.7. 2. Αλκοολικό στερητικό σύνδρομο

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

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

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

Επίσης παρατηρείται υπερδραστηριότητα του αυτόνομου νευρικού συστήματος, δηλαδή εφίδρωση, αυξημένη αρτηριακή πίεση, ταχυκαρδία.

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

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

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

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

νόσου. Ο άμεσος κίνδυνος από τέτοιες κρίσεις είναι κυρίως ο τραυματισμός του αλκοολικού.

Η έναρξη αυτού του συνδρόμου μπορεί να συμβεί σε κάθε ηλικία, και εξαρτάται από το πότε το άτομο ανέπτυξε τον εθισμό στο αλκοόλ. Πάντως, η πλειοψηφία των αλκοολικών αρχίζουν νωρίς τον εθισμό στο αλκοόλ και έχουν τα πρώτα σύνδρομα αποστέρησης στα 30 ή 40 τους χρόνια. Το σύνδρομο, σχεδόν πάντα εξαφανίζεται σε 5-7 ημέρες. Αν επιμείνει περισσότερο, τότε πρέπει να ληφθούν υπ' όψη άλλες αιτίες, ιατρικές ή ψυχιατρικές. Πάντως, πρέπει να χορηγηθούν στο άτομο προφυλακτικά κατευναστικά φάρμακα για να αποφευχθεί η πιθανότητα εμφάνισης κρίσεων μεγάλης επιληψίας κατά την αποστέρηση.

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

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

8.7.3. Αλκοολικό στερητικό παραλήρημα

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

Το σημαντικό χαρακτηριστικό είναι το παραλήρημα που επισυμβαίνει σε 1 εβδομάδα από την διακοπή ή την ελάττωση μεγάλης λήψης αλκοόλ. Επιπρόσθετα χαρακτηριστικό είναι η υπερδραστηριότητα του αυτόνομου νευρικού συστήματος, όπως ταχυκαρδία, ιδρώτας και αυξημένη αρτηριακή πίεση. Διάσπαση της προσοχής, που εκδηλώνεται από ελάττωση της

ικανότητας να διατηρήσουν την προσοχή τους σε ερεθισμούς του περιβάλλοντος και να κάνουν σωστές σκέψεις και να συμπεριφέρονται λογικά. Διαταραχές της μνήμης και του προσανατολισμού. Τουλάχιστον δύο από τα επακόλουθα: α) ελαττωμένη ικανότητα να μένει ξύπνιος ή αϋπνία, β) διαταραχές της αντίληψης, γ) αυξημένη ή ελαττωμένη ψυχοκινητική δραστηριότητα.

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

Πορεία: Η διαταραχή συνήθως αρχίζει στην ηλικία των 30 ή 40. Γενικά, χρειάζονται 5-15 χρόνια βαριού αλκοολισμού για να εμφανισθεί το πρώτο επεισόδιο τρομώδους παραληρήματος.

Η έναρξη τυπικά συμβαίνει την 3^η ημέρα μετά τη διακοπή ή ελάττωση του αλκοόλ. Μπορεί να συμβεί νωρίτερα αλλά σπάνια αργότερα. Σε απουσία κάποιας παθολογικής ασθένειας, το παραλήρημα, μαζί με άλλα στερητικά συμπτώματα, λήγει συνήθως σε 5-7 ημέρες μετά την διακοπή του ποτού.

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

Θεραπεία: Ο καλύτερος τρόπος αντιμετώπιση του τρομώδους παραληρήματος είναι η πρόληψη του. Ασθενείς που αποστερούνται το αλκοόλ και παρουσιάζουν στερητικά φαινόμενα, πρέπει να τους χορηγείται

25-50mg γλωροδιαζεποξείδης (Librium) κάθε 4 ώρες από το στόμα ή ενδομυκώς. Δίαιτα πλούσια σε θερμίδες και υδατάνθρακες, συμπληρωμένη με πολλές βιταμίνες είναι απαραίτητη. Οι ασθενείς με delirium tremens δεν πρέπει να περιορίζονται σωματικά γιατί μπορεί να αντισταθούν στους περιορισμούς μέχρι εξάντλησης. Η αφυδάτωση μπορεί να αποτελέσει πρόβλημα και μπορεί να διορθωθεί με υγρά από το στόμα ή ενδοφλεβίως. Ανορεξία, έμετοι και διάρροια συχνά υπάρχουν κατά την αποστέρηση. Η δυσφορία και ο πυρετός επίσης συμβάλλουν στην αύξηση της εξασθένησης. Πάντως, η αφυδάτωση συνήθως δεν συμβαίνει και τα πάρα πολλά υγρά που χορηγούνται παρεντερικά είναι επιβλαβή. Η χρήση υγρών παραντερικώς πρέπει να εξατομικευτεί και να καθορίζεται η πυκνότητα.

8.7. 4. *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 και μετά. Ξεχνά από την μια στιγμή στην άλλη και από την μια ώρα στην άλλη αυτά που διάβασε, τις συζητήσεις που έκανε, τις οδηγίες που του δόθηκαν και τις επισκέψεις που δέχτηκε.

β) *Αποπροσανατολισμός.* Ο ασθενής είναι αποπροσανατολισμένος στο χρόνο. Δεν διαθέτει σημεία αναφοράς στο πρόσφατο παρελθόν. Αγνοεί την διάρκεια της ασθένειάς του και κάνει λάθη στην ημερομηνία και την 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 την 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 μια μυθοπλαστική αφήγηση, αρκετά ευκαιριακή, αλλά αληθοφανή, των δραστηριοτήτων του της προηγούμενης ημέρας (περίπατος, ψώνια). Οι ψευδείς αναγνωρίσεις είναι συχνές, αυθόρμητες ή υποβαλλόμενες και μερικές φορές ενσωματώνονται στις μυθοπλαστικές αναμνήσεις. Πρόκειται για ένα πραγματικό «παραλήρημα μνήμης», όπου ο άρρωστος ξαναζεί διάφορες περιόδους του παρελθόντος του μεταφέροντάς 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 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 έλλειψη, εγκεφαλικές βλάβες προκαλούμενες με διάφορους μηχανισμούς που μπορεί να καταλήξουν σε άνοια. Σε αυτή την

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 ακρα που προέχουν στου εκτεινόντες μυς της κνήμης και συνοδεύονται από δίκροτο ή καλπαστικό βάδισμα, δερματικές, τροφικές διαταραχές, 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 B₁ πρέπει να χορηγείται παρεντερικά σε υψηλές δόσεις (1 γραμμάριο την ημέρα για αρκετό χρονικό διάστημα) σε συνδυασμό με άλλες βιταμίνες της ομάδας B²⁴. 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 το 25% των ασθενών αναρρώνει πλήρως. Η πρόληψη των συνδρόμων Wernicke - Korsakoff είναι φυσικά η επαρκής διατροφή. 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 συνυπάρχων βλαβών (κίρρωση,

καρδιαγγειακές διαταραχές) και της συνέχισης της χρήσης αλκοόλ η οποία συχνά παρατηρείται.

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

- Η ένδεια βιταμίνης B₁ είναι η πιο συχνή αιτία. Οφείλεται είτε σε χρόνια 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-μαστιο-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 αντίληπτό, όταν ο τραυματίας ανανήψει από την μεταδιασεισική σύγχυση. Η μυθοπλασία είναι πολύ πλούσια και η συμμετοχή της φαντασίας σε αυτήν 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 αμμωνείου κέρατος μετά από status epilepticus, απόπειρα απαγχονισμού ή καρδιακή ανακοπή. Το μετεγχειρητικό Korsakoff συμβαίνει συνήθως μετά από επέμβαση εξαιτίας ανευρύσματος της πρόσθιας αναστομωτικής εγκεφαλικής αρτηρίας ή μετά από αμφοτερόπλευρο εξαίρεση του αμμωνείου κέρατος κατά την χειρουργική αντιμετώπιση της επιληψίας. Στο σύνδρομο Korsakoff, μετά από οξεία νεκρωτική εγκεφαλίτιδα, 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 με προσβολή του μεταιχμιακού κυκλώματος είναι πολύ σπάνια.

8.8 Επιδράσεις στον εγκέφαλο

Άλλες βλάβες του εγκεφάλου που έχουν παρατηρηθεί κατά καιρούς επί αλκοολισμού είναι η φλοιώδης κατά στιβάδας 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 μια γενικευμένη εκφύλιση στον εγκέφαλο, στους μυς, στο ενδοκρινικό σύστημα και τα ζωτικά όργανα, δίνοντας έτσι μια εντύπωση πρόωρου γήρατος.

8.8.1. Αλκοολική εκφύλιση της παρεγκεφαλίδας.

Ο όρος αυτός χρησιμοποιείται για έναν μη οικογενή τύπο παρεγκεφαλιδικής αταξίας, που εμφανίζεται στην ώριμη ηλικία πάνω σε υπόβαθρο παρατεταμένης καταναλώσεως οινοπνεύματος. Τα συμπτώματα μπορεί να εξελίσσονται με αργό ρυθμό σε μεγάλο χρονικό διάστημα, συχνότερα όμως εξελίσσονται με υποξύ τρόπο (μέσα σε εβδομάδες ή μήνες) και στη συνέχεια μπορεί να παραμείνουν στάσιμα για πολλά χρόνια. Συχνά παραμένουν σε ήπια μορφή και επιδεινώνονται σημαντικά μετά από μια κρίση πνευμονίας είτε τρομώδους παραληρήματος. Τα σημεία είναι αποδείξεις παρεγκεφαλικής δυσλειτουργίας, που επηρεάζει 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 μπορεί να ακολουθήσει την κατάπαυση της πόσεως.

8.8. 2. *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.

8.8. 3. *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 δεν ανευρίσκονται άλλες ανωμαλίες και το ιστορικό δεν αποκαλύπτει συμπτώματα νευρολογικής νόσου. Η φύση αυτή της νόσου είναι ασαφής.

8.9 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, μείωση της κριτικής και αυτοκριτικής ικανότητας. Τελικά επέρχεται προοδευτικά κοινωνική έκπτωση, η οποία μπορεί να ευνοήσει την εμφάνιση αξιόποινων τύπων συμπεριφοράς, ιδιαίτερα στον σεξουαλικό τομέα (επιδειξιομανία, αιμομιξία). Η νόσος παραμένει για πολύ καιρό αναστρέψιμη, εάν διακοπεί 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 ανατομο-κλινικές εικόνες, από τις οποίες μόνο μερικές μορφές έχουν διαχωριστεί.

8.9. 1. Κατάθλιψη

Ενώ μερικοί άνθρωποι πίνουν τακτικά ή περιστασιακά για να εξυψώσουν την διάθεσή 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.

8.9. 2. *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 επόμενη 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 αναισθητός στο πάτωμα, αυτό θα εξηγούσε αυτή την κατάσταση. Όμως δεν είχε εμφανίσει μεγαλύτερη κατάσταση μέθη 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 πει 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.

8.9. 3. *Αλκοολικές ψευδαισθήσεις*

Παραισθήσεις μπορεί να συμβούν κατά την 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 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 την 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.

8.10 Καρκίνος

Η σχέση μεταξύ του αλκοόλ και του καρκίνου άρχισε να διερευνάται μετά την καθιερωμένη άποψη ότι η νικοτίνη είναι ο κύριος παράγοντας που συμβάλλει στον καρκίνο του πνεύμονα. Ένας αξιόλογος αριθμός μελετών που εκπονήθηκαν από την 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 από 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.

8.11 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'ότι είναι οι άντρες, παρόλο που τα αίτια αυτού του φαινομένου δεν είναι ακόμα γνωστά. Επίσης ο Leibach έδειξε ότι η ποσότητα της αλκοόλης που καταναλώνει ένα άτομο έχει άμεση σχέση με τον βαθμό της βλάβης που προξενείτε 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. μύρα, 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.

8.11. 1 *Λιπώδες ήπαρ*

Είναι η πλέον συχνή μορφή αλκοολικής ηπατοπάθειας. Οι Brugwera και συνεργάτες διαπίστωσαν λιπώδη διήθηση του ήπατος σε ποσοστό 33% μεταξύ τελείως ασυμπτωματικών καταχραστών 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 προστάδιο κίρρωσεως. Η κλινική πορεία των αρρώστων αυτών είναι γενικά καλοήθης και είναι ελάχιστες οι περιπτώσεις που καταλήγουν σε ηπατική ανεπάρκεια και θάνατο.

8.11. 2 *Αλκοολική ηπατίτιδα*

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

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 οξεία 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 πολλαπλοί αγγειοματώδεις σπίλοι και πολύ μεγάλο και ευαίσθητο ήπαρ. Κατά την ακρόαση του ήπατος διαπιστώνεται αρτηριακό φύσημα σε ποσοστό 50%. Ενίοτε συνυπάρχει ασκίτης και εγκεφαλοπάθεια. Μείωση της έκκρισης χολικών αλάτων, παγκρεατική ανεπάρκεια και τοξική δράση της αιθανόλης το 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 και έντονη φλεγμονώδη διήθηση του παρεγχύματος. 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.

Επανειλημμένες προσβολές οξείας αλκοολικής ηπατίτιδας δυνατόν να καταλήξουν σε διαταραχή της λοβιακής αρχιτεκτονικής και πυλαία υπέρταση.

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 δετία.

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

8.11. 3. *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, η απώλεια μνήμης, δυσχέρεια συγκέντρωσης, αϋπνία, ψευδαισθήσεις, σπασμοί κλπ. Είναι σημαντικό να μην συγχέονται τα κλινικά σημεία του αλκοολισμού με το πρώιμο στάδιο της ηπατικής εγκεφαλοπάθειας.

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.

Το ηπατονεφρικό σύνδρομο είναι πολύ συχνό στην αλκοολική κίρρωση. Η θεραπεία του συνδρόμου αυτού έχει τέσσερις πτυχές. Πρώτα πρέπει να διορθωθούν όσες ανωμαλίες του ουροποιητικού συστήματος συμβάλουν 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 θεραπευτούν 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.

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 δωδεκαδάκτυλου, αποτελούν συνήθεις αιτίες αιμορραγίας. Οι αλκοολικοί

έχουν μεγαλύτερη συχνότητα δεικτών ηπατίτιδας Β και C από τον 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 από 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.

Η πρόγνωση της αλκοολικής κίρρωσεως φαίνεται ότι εξαρτάται από δύο βασικούς παράγοντες: από την παρουσία ή όχι επιπλοκών όπως ασκίτη ή αιμορραγία 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 τη 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.

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9

Πρόληψη αλκοολισμού

Με όρο πρόληψη εννοούμε ένα σύνολο μακροχρόνιων κοινωνικών λειτουργιών και παροχών, στην υπηρεσία της οικογένειας και της νέας γενιάς, οι οποίες στοχεύουν να καταστήσουν τα νεαρά άτομα αυτόνομα και ικανά να αντισταθούν από μόνα τους σε κάθε επιχειρούμενη προσπάθεια μύησης στη χρήση αλκοόλ.

Η ενασχόλησή 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 υπάρχοντων 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:

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.

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

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».

Προσπάθειες με στόχο το κοινωνικό σύνολο οφείλουν να έχουν διπλή κατεύθυνση. Πρώτον, είναι απαραίτητη η επιστημονικά τεκμηριωμένη ενημέρωση του κοινού σε θέματα χρήσης και κατάχρησης της αλκοόλης. Η κοινωνία πρέπει να ενημερώνεται και όχι να φοβάται, όπως στην περίπτωση των ναρκωτικών. Ο καλά 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, κλπ. 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, στην 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.**

Είναι γνωστό πως ο αλκοολικός δεν γεννιέται. Γίνεται. Υπάρχουν όμως δύο κοινωνικές ομάδες, οι οποίες είναι ιδιαίτερα χρήσιμες για την 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 δεν προσφέρονται 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 αλκοολικού συνίσταται στην πρόωμη 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.

Διάφορες 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.

9.1 Πρόληψη των σταδίων στέρησης του αλκοόλ

Οι νοσηλεύτριες σε διάφορα τμήματα νοσοκομείων και σε κοινωνικούς οργανισμούς, είναι πιθανόν να αναμειχθούν με την πρόληψη των σταδίων στέρησης του αλκοόλ, ή με ασθενείς που θέλουν και προγραμματίζουν να σταματήσουν το αλκοόλ.

Σε μια μελέτη προβληματικών πότων, οι οποίοι αποτραβήχτηκαν από το αλκοόλ χωρίς ψυχοενεργά φάρμακα σε μια μη νοσοκομειακή βάση – υπηρεσία αποτοξίνωσης στην Αμερική, μόνο το 8% χρειάστηκε εισαγωγή στο νοσοκομείο. Μελέτες σαν και αυτή υποστηρίζουν ουσιαστικά την άποψη

που δέχεται ότι οι περισσότεροι αλκοολικοί θα πρέπει να κόβουν το ποτό έξω από τα νοσοκομεία.

Πάντως είναι σπουδαίο να ληφθούν υπ' όψιν οι αντενδείξεις στην κατ' οίκον ανάκληση. Δύο από τις πιο σπουδαίες είναι μια σοβαρή φυσική πολύπλοκη ασθένεια και μια μετριοπάθεια ή σοβαρός βαθμός εξάρτησης σε κάποιον ο οποίος ζει μόνος του.

Καθότι ο κίνδυνος παραληρήματος κατά την διάρκεια της στέρησης φαίνεται να συσχετίζεται με την ηλικία, μια άλλη πιθανή αντένδειξη είναι η ηλικία πάνω από τα 55 σε κάποιον ο οποίος έχει ιστορικό οποιουδήποτε βαθμού εξάρτησης.

Προβληματικοί πότες οι οποίοι είναι άστεγοι ή ζουν σε διάφορους χώρους νοικιασμένους χώρους ή αυτοί οι οποίοι έχουν άσχημες σχέσεις με τους συγγενείς τους και έχουν εύκολα αποθέματα αλκοόλ στο σπίτι τους, συνίσταται η παραμονή τους στο νοσοκομείο κατά την διάρκεια της στέρησης.

Ο ασθενής θα πρέπει να συμφωνήσει ότι θα κόψει το αλκοόλ τελείως και στην περίπτωση της κατ' οίκον στέρησης θα πρέπει να μείνει στο σπίτι συνέχεια τουλάχιστον για 4 ημέρες. Άτομα με μεγάλο βαθμό εξάρτησης που θα μείνουν στο σπίτι τους κατά την διάρκεια της στέρησης, θα πρέπει να είναι υπό την επιτήρηση κάποιου φίλου ή συγγενή, ο οποίος θα πρέπει να έχει γραπτές ενδείξεις από το γιατρό, τι θα κάνει στις περιπτώσεις που το άτομο αυτό θα εμφανίσει τα διάφορα βιολογικά συμπτώματα που αναφέραμε πιο πάνω. Δεν υπάρχει κοινή πολιτική όσον αφορά τη χρήση ή όχι ναρκωτικών φαρμάκων κατά την διάρκεια της στέρησης. Πολλοί γιατροί τα συνιστούν χωρίς να εξετάσουν την αναγκαιότητα χορήγησης, άλλοι πολύ σπάνια και άλλοι καθόλου. Είναι γεγονός ότι η χορήγηση των φαρμάκων αυτών, θα πρέπει να γίνεται μόνο σε περιπτώσεις που ο ασθενής έχει μεγάλο βαθμό εξάρτησης. Στις περιπτώσεις αυτές έξω αλλά και μέσα στο νοσοκομείο, η εκλογή βρίσκεται μεταξύ χλωρομεθουαζόλης και βενζοδιαζεπίνης.

Σε όλες τις περιπτώσεις χορήγησης αυτών στον αλκοολικό ασθενή, πρέπει να υπάρχει αυστηρή επιτήρηση στη διάρκεια χρήσης και τη δοσολογία. Υπάρχουν περιπτώσεις που ο ασθενής απαλλάχτηκε από την εξάρτηση του αλκοόλ και έγινε εξαρτημένος από τα ναρκωτικά φάρμακα, τα οποία δεν του χορηγήθηκαν σωστά. Γενικά έξω από το νοσοκομείο η συνταγή πρέπει να δοθεί για 5 ημέρες με συγκεκριμένη δοσολογία. Κατά το τέλος της θεραπείας, οποιαδήποτε ναρκωτικά πρέπει να πεταχτούν από το σπίτι του ασθενή.

9.2 Νοσηλευτική φροντίδα

Τα βασικά στοιχεία της νοσηλευτικής φροντίδας του ασθενούς στη στέρηση του αλκοόλ από τον μνημονικό κανόνα του Shepherd, είναι τα εξής: **ασφάλεια, υγιεινή, περιβάλλον, ψυχολογία, εφίδρωση, τροφή, ζωτικά σημεία και φάρμακα.** Τα παραπάνω αφορούν κυρίως τη φροντίδα των ασθενών, με καθιερωμένα στάδια στέρησης στο νοσοκομειακό σύστημα, αλλά οι αρχές αφορούν την προγραμματισμένη στέρηση του αλκοόλ και στα νοσοκομεία αλλά και έξω από αυτά.

✚ Ασφάλεια

Περιφερόμενοι ασθενείς μπορεί να τραυματιστούν κατά την διάρκεια μιας κρίσης, έτσι είναι αναγκαίο να βρίσκονται υπό αυστηρή επιτήρηση ιδιαίτερα στο μπάνιο. Τα άμεσα περιβάλλοντα αντικείμενα του ασθενή, πρέπει να μην βρίσκονται σε ακαταστασία. Εάν ο ασθενής καπνίζει υπάρχει κίνδυνος πυρκαγιάς στον οποίο μπορεί να συμβάλλουν φόβος, αδεξιότητα, σύγχυση και νάρκωση. Πρέπει να εξηγηθεί στον ασθενή ότι μπορεί να καπνίζει μόνο υπό την επίβλεψη της νοσηλεύτριας. Ο υπό σύγχυση ασθενής είναι επικίνδυνος για το προσωπικό, τους άλλους ασθενείς και τον εαυτό του. Νάρκωση και αυστηρή επιτήρηση είναι βασικά στοιχεία στην διεύθυνση των ασθενών αυτών. Υπάρχουν περιπτώσεις όπου χαμηλά κρεβάτια με

κάγκελα πρέπει να χρησιμοποιηθούν. Πάντως και αυτά έχουν τα μειονεκτήματά τους και πρέπει να βρίσκονται υπό αυστηρή επιτήρηση. Μόνο σε σπάνιες περιπτώσεις πρέπει να χρησιμοποιείται ο φυσικός περιορισμός, όπως σε έκτακτη ανάγκη όπου ο σκοπός είναι η προστασία από τραυματισμούς και η διευκόλυνση ναρκωτικής ένεσης.

Υπερναρκωμένοι ασθενείς πρέπει να νοσηλεύονται σε επικλινή θέση και σε κάθε περίπτωση σοβαρής στέρησης, ένας αεραγωγός και αναπνευστήρας πρέπει να είναι διαθέσιμοι.

✚ Υγιεινή

Ο συγχυσμένος ή ναρκωμένος ασθενής μπορεί να μην έχει ούτε την ικανότητα, αλλά ούτε και τη διάθεση να ασχοληθεί και να εφαρμόσει την προσωπική του υγιεινή. Βοήθεια στην στοματική υγιεινή είναι ιδιαίτερα σημαντική για τους ασθενείς οι οποίοι κάνουν εμετό ή είναι αφυδατωμένοι. Επίσης, οι άνδρες μπορεί να χρειαστούν βοήθεια στο ξύρισμα.

Κατά την διάρκεια του τρομώδους παραληρήματος μπορεί να εμφανιστούν περιττωματική και ουρική ακράτεια, αλλά οι προβληματικοί πότες έχουν χαμηλή αντίσταση στις μολύνσεις, γι' αυτό ο καθετηριασμός είναι η τελευταία διέξοδος. Επίσης λόγω έλλειψης πρωτεϊνών και βιταμίνης C κατά την βαριά νάρκωση ή την ακράτεια, οι ασθενείς αυτοί πρέπει να γυρίζονται κάθε 2 ώρες για να ελέγχονται οι πιεσμένες πλευρές τους προς αποφυγή κατακλίσεων. Τέλος, συχνές αλλαγές νυχτικών και ιματισμού μπορεί να είναι αναγκαία στην περίπτωση που ο ασθενής ιδρώνει πολύ.

✚ Περιβάλλον

Ασθενείς που βρίσκονται στη διαδικασία στέρησης, θα πρέπει να νοσηλεύονται σε ένα ήσυχο, καλά φωτισμένο μέρος ενός κύριου θαλάμου και δεν πρέπει ποτέ να αφήνονται σε πλήρες σκοτάδι. Πολύ μικρή ορατότητα μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο παραισθήσεων και ψευδαισθήσεων. Ο

θόρυβος προκαλεί νευρικήτητα επειδή τρομάζουν εύκολα. Πλευρικά δωμάτια πρέπει να χρησιμοποιούνται μόνο όταν υπάρχει σταθερή νοσηλευτική φροντίδα.

✚ Ψυχολογία

Οι τρόποι παραληρήματος είναι καθαρά μια εκφοβιστική κατάσταση για έναν ασθενή, αλλά ακόμα και τα πιο ελαφρά στάδια στέρησης μπορούν να επιφέρουν θλίψη. Για τους λόγους αυτούς είναι αναγκαίο να εξηγηθεί επανειλημμένως ότι με σωστή θεραπεία τα συμπτώματα θα υποχωρήσουν μέσα σε λίγες μέρες. Ακόμα και στους συγγενείς είναι αναγκαία αυτή η επεξήγηση.

Ανήσυχτοι ασθενείς μπορεί να φοβούνται περισσότερο όταν δεν γνωρίζουν τι τους συμβαίνει. Ασθενείς με μικρή αποτύπωση μνήμης ή μεγάλη ανησυχία, μπορεί να μην θυμούνται τις εξηγήσεις που δίνονται λίγες μόνο ώρες πριν. Μερικοί ασθενείς μπορεί να μεταφράσουν λάθος απλές νοσηλευτικές διαδικασίες, γι' αυτό είναι σπουδαίο και απαραίτητο να δίνονται συχνά επεξηγήσεις αργά και καθαρά για κάθε διαδικασία που πρόκειται να γίνει.

Σε αποπροσανατολισμένους ασθενείς, πρέπει να υπενθυμίζεται σταθερά η ώρα, ημέρα και τόπος. Επίσης είναι αναγκαίο να υπάρχει κάποιος συγγενής, ο οποίος θα παραμείνει τη νύχτα κοντά στον ασθενή. Όταν εμφανισθούν παραισθήσεις θα είναι καλύτερα η νοσηλεύτρια να εξηγήσει πως και γιατί προέρχονται από το να προσποιείται ότι και αυτή βλέπει σαύρες. Ο ασθενής μπορεί να γίνεται υβριστικός ή δύσκολος και μπορεί να η νοσηλεύτρια να νομίζει ότι ο ασθενής έχει δημιουργήσει την ασθένειά του μόνος του. Πάντως, πρέπει να αντιμετωπισθεί με συμπάθεια και επιείκεια.

Με την υποστήριξη των νοσηλευτριών και των συγγενών, μπορεί να αποβάλλει αυτή την συμπεριφορά, αν και μπορεί να είναι δύσκολο γι' αυτούς οι οποίοι έχουν αλλοτριωθεί από το πολύ ποτό. Αν και η φυσική προσβολή

είναι σπάνια, η προφορική ύβρις είναι πιο συνηθισμένη και η νοσηλεύτρια πρέπει να είναι αντικειμενική και να αποφεύγει να θυμώνει, να αγριεύει ή να δυσανασχετεί από τέτοιους ασθενείς.

✦ Εφίδρωση

Ακριβές σχεδιάγραμμα της ισορροπίας των υγρών πρέπει να αρχίσει αμέσως μόλις γίνει διάγνωση ενός σταδίου στέρησης του αλκοόλ και σχετική ανοχή πρέπει να ληφθεί υπ' όψιν λόγω απώλειας υγρών με τον ιδρώτα. Όταν οι ασθενείς είναι συγχυσμένοι ή ναρκωμένοι, πρέπει να ενθαρρύνονται να πίνουν υγρά και η ωριαία χορήγηση υγρών πρέπει να συμπεριληφθεί στο πρόγραμμα της νοσηλείας τους.

Εάν η στοματική επανεφίδρωση αντενδείκνυται ή είναι ελλιπής μπορεί να χρειαστεί ενδοφλέβια χορήγηση υγρών. Στην περίπτωση που η νοσηλεία γίνεται στο σπίτι, οι συγγενείς πρέπει να συμβουλευονται ώστε να ενθαρρύνουν τον ασθενή να πίνει πολλά υγρά.

✦ Τροφή

Ανορεξία, ναυτία και έμετος, μπορεί να καθυστερήσουν την διατήρηση μιας φυσιολογικής διαίτας σε έναν ασθενή ο οποίος μπορεί να έχει παραμελήσει την διατροφή του έξω από το νοσοκομείο. Κανονικά ο ασθενής πρέπει να έχει μικρά και συχνά γεύματα αλλά εάν η νοσοκομειακή ρουτίνα δεν το επιτρέπει, η νοσηλεύτρια μπορεί να βοηθήσει τον ασθενή να διαλέξει τα γεύματά που του αρέσουν και να τον ενθαρρύνει την ώρα του φαγητού. Μπορεί να είναι δύσκολο για τον ασθενή με τρέμουλο να χρησιμοποιήσει σερβίτσιο ή να πιει σε κανονικό ποτήρι, έτσι θα χρειαστεί βοήθεια κατά την διάρκεια του φαγητού και θα ήταν πρακτικό να του εξασφαλιστεί ένα ποτήρι με καλαμάκι. Οι ασθενείς που δεν αισθάνονται άνετα να τρώνε μ' αυτό τον τρόπο, μπορεί να προτιμήσουν να τρώνε πίσω από κάποιο παραβάν.

✚ Καταγραφή ζωτικών σημείων

Η θερμοκρασία, ο σφυγμός, η αρτηριακή πίεση και ο χρόνος εισπνοών του ασθενή, θα πρέπει να μετριοούνται 4 φορές την ημέρα στα πρώτα ή ελαφρά στάδια της στέρησης στους ασθενείς του νοσοκομείου και μια φορά ημερησίως στους ασθενείς που βρίσκονται στο σπίτι.

Εάν ο ασθενής είναι σε παραλήρημα ή έχει πυρετό κατά την θεραπεία του, η καταγραφή των ζωτικών σημείων πρέπει να γίνεται κάθε μισή ώρα. Η νοσηλεύτρια πρέπει να παρατηρεί ιδιαίτερα για αύξηση της θερμοκρασίας, ρυθμό σφυγμού, ρυθμό αναπνοής, αύξηση ή πτώση αρτηριακής πίεσης.

Η πρόσληψη και αποβολή υγρών πρέπει πάντα να καταγράφεται. Ηλεκτροκαρδιογράφος μπορεί να είναι αναγκαίος, εάν οι ηλεκτρολυτικές διαταραχές ή άλλοι παράγοντες δημιουργήσουν πιθανότητα καρδιακής αρρυθμίας. Το μέγεθος και οι αντιδράσεις της κόρης του οφθαλμού, πρέπει να καταγράφονται όταν εγκεφαλικό τραύμα είναι σε υποψία. Το επίπεδο αίσθησης πρέπει να καταγράφεται συστηματικά στις νοσοκομειακές περιπτώσεις και ιδιαίτερα εάν κάποια δόση αναισθητικού φαρμάκου, έχει ρυθμιστεί σύμφωνα με την κλινική κατάσταση ή εάν εγκεφαλικά τραύματα έχουν παρουσιαστεί ή υπάρχει υποψία ύπαρξής τους.

✚ Φάρμακα

Οι περισσότεροι γιατροί δίνουν συνταγές ναρκωτικών φαρμάκων κατά τη στέρηση του αλκοόλ, για μια μέρα ή ανά δύο μέρες. Με αυτόν τον τρόπο αποφεύγεται σε μεγάλο βαθμό η υπονάρκωση ή η υπερνάρκωση, οι οποίες μπορεί να είναι αποτελέσματα κάποιας συνταγής.

Παρόλα αυτά μπορούν να υπάρξουν περιπτώσεις, όπου η νοσηλεύτρια παρατηρεί επιδείνωση των συμπτωμάτων, το οποίο απαιτεί αύξηση της δόσης ή σημεία υπερνάρκωσης όπως αταξία ή δυσκολία στο να αφυπνιστεί ο ασθενής, πράγμα το οποίο απαιτεί τη μείωση των φαρμάκων.

Η νοσηλεύτρια πρέπει να αναφέρει στο γιατρό τέτοιες αλλαγές στη κατάσταση του ασθενούς και θα ρυθμίσει αυτός τη δόση ανάλογα. Στη γενική πρακτική, οι γιατροί αφήνουν τις νοσηλεύτριες να καθορίζουν τη δόση μέσα σε συγκεκριμένα όρια. Υπάρχει όμως περίπτωση μερικές νοσηλεύτριες επηρεαζόμενες από την έλλειψη συμπτωμάτων, να σταματήσουν την παροχή αναισθητικού με την δικαιολογία ότι υπάρχει επάνοδος του ασθενή.

9.3 Νομοθετικά μέτρα

Στην ιστορία της ανθρωπότητας και σε πολύ προχωρημένες περιόδους συναντούμε νομοθέτες και κυβερνήτες οι οποίοι πριν τις κοινωνικές καταστροφές που προκαλεί το οινόπνευμα, έλαβαν διάφορα μέτρα βίας κατά της κατάχρησης ή της χρήσης τους.

Από τον κώδικα των νόμων του βασιλιά της Βαβυλωνίας Χαμουραμί τον 23^ο αιώνα π.Χ. μέχρι το Κοράνιο και μέχρι τη σύγχρονη νομοθεσία παντού παρατηρούμε ότι λήφθηκαν και λαμβάνονται καθημερινά τα ίδια περίπου ενάντια στη μέθη.

Υπήρξαν εποχές κατά τις οποίες ο μεθυσμένος καταδικάζονταν σε θάνατο, σήμερα δε τιμωρείται εφόσον ενοχλεί άλλους ή βρίσκεται σε αδυναμία αυτοεξυπηρέτησης και κλείνεται γι' αυτό σε κάποιο κρατητήριο μέχρι να μειωθεί στο ελάχιστο η μέθη.

Έπρεπε να περάσουν πολλοί αιώνες για να αντιληφθούμε ότι ο μεθυσμένος είναι ένας αξιολύπητος άνθρωπος, τον οποίο έχει εγκαταλείψει η σκέψη και η γνώση, γι' αυτό το λόγο και όλοι οι νόμοι που θέλησαν να επιβάλλουν βίαια την απαγόρευση απέτυχαν.

Οι νόμοι δεν πετυχαίνουν παρά μόνο όταν έρχονται να αποκρυσταλλώσουν ότι προ πολλού ήταν κοινή συνείδηση για όλους. Οι νόμοι δεν αλλάζουν τα ήθη και τα έθιμα, αλλά συνήθως πηγάζουν και βγαίνουν απ' αυτά.

Σήμερα στην αντίληψη του κοινού το οινόπνευμα θεωρείται, όταν δεν γίνεται μεγάλη κατάχρηση, σαν μια πολύτιμη τονωτική και ακίνδυνη τροφή και καμιά νομοθεσία δεν είναι ικανή να μεταβάλει την αντίληψη αυτή. Χρειάζεται να γίνει προηγουμένως διαπαιδαγώγηση και διδασκαλία για να γίνει η εφαρμογή ενός νόμου δυνατή να εφαρμοστεί και να φέρει το αναμενόμενο αποτέλεσμα.

Τα μέτρα τα οποία παίρνονται είναι επιφανειακά μόνο και αν δίνουν μερικά αποτελέσματα, τα αποτελέσματα αυτά δεν διαρκούν παρά μόνο όσο χρειάζεται για να βρεθεί από τους ενδιαφερόμενους ο τρόπος να τα παρακάμψουν.

Αυτοί που ενδιαφέρονται είναι οι πότες από τη μία πλευρά και οι παραγωγοί με τους πωλητές οινόπνευματος από την άλλη.

Είναι δυνατόν να πει λοιπόν κάποιος ότι μετά την άγνοια οι παραγωγοί, οι πωλητές και το κράτος είναι οι τρεις ισχυρότεροι σύμμαχοι του αλκοολισμού.

9.4 Φορολογικά μέτρα

Είναι γνωστό ότι ο προϋπολογισμός όλων των κρατών στηρίζεται και ζει εν μέρει από την φορολογία των οινόπνευματωδών ποτών τα οποία καταναλώνονται.

Και στη χώρα μας ο φόρος που καταβάλλεται για την κατανάλωση οινόπνευματωδών ποτών είναι αρκετά σημαντικός.

Αν στα τεράστια αυτά συμφέροντα προστεθούν και των χιλιάδων αμπελοκτημόνων, οινοπαραγωγών, οινόπνευματοποιών, ποτοποιών, ζυθοπαραγωγών και ζυθοπωλών, βλέπουμε τι κολοσσιαία συμφέροντα έχει να αντιμετωπίσει ο αντιαλκοολικός αγώνας.

Εάν από το Εθνικό επίπεδο έρθουμε στο Διεθνές, θα παρατηρήσουμε ότι το ζήτημα του αλκοολισμού είναι διεθνές όπως διεθνές είναι και το ζήτημα των άλλων κοινωνικών δηλητηρίων.

Είναι γνωστές οι καταστροφές που προκάλεσε σε διάφορες αποικίες η διάδοση του οινοπνεύματος από τις μεγάλες δυνάμεις οι οποίες εισήλθαν σ' αυτές δήθεν για να τις εκπολιτίσουν.

Είναι γνωστή επίσης η ισχυρή αντίδραση ή μάλλον ο πόλεμος τον οποίο οι μεσημβρινές χώρες, δηλαδή οι παραγωγοί οινοπνεύματος, διεξάγουν ενάντια στις χώρες οι οποίες μετά από ελεύθερη θέληση του λαού τους, όπως τα Σκανδιναβικά Κράτη, θέσπισαν και αναγκαστική απαγόρευση της χρήσης των οινοπνευματωδών ποτών.

Για παράδειγμα η Ισλανδία, η οποία από το 1912 είχε επιβάλλει την αναγκαστική απαγόρευση και που μετά τον τέλειο εμπορικό αποκλεισμό από μέρους της Ισπανίας αναγκάστηκε να άρει την απαγόρευση.

Επρόκειτο για ζωτικό ζήτημα για τη χώρα, καθώς η Ισπανία της είχε θέσει το εξής δίλημμα: ή θα έπιναν κρασί από την Ισπανία ή δεν θα εισάγουν πλέον απ' αυτή ψάρια στην Ισπανία.

Το ίδιο συνέβηκε και με την Αμερικάνικη απαγόρευση. Όλες οι οινοπαραγωγές χώρες και ιδίως η Γαλλία επιτέθηκε εναντίον της βίαιης αμερικανικής απαγόρευσης με όλα τα θεμιτά και αθέμιτα μέσα.

Μεταξύ των άλλων είχε ιδρυθεί και ισχυρός σύνδεσμος κατά της απαγόρευσης, δηλαδή υπέρ του αλκοολισμού, ο οποίος με τα κεφάλαια τα οποία διέθετε, συνέβαλλε στην τελική άρση της απαγόρευσης του οινοπνεύματος στις Η.Π.Α.

9.5 Ολική αναγκαστική απαγόρευση

Είναι βεβαίως το μόνο ριζικό μέτρο, αλλά για να εφαρμοστεί και να πετύχει, πρέπει να προηγηθεί μακροχρόνια διαπαιδαγώγηση του κοινού έτσι ώστε η απαγόρευση να είναι το επιστέγασμά της και η αποκρυστάλλωση στην κοινή συνείδηση όλων. Διαφορετικά με αυτή πετυχαίνουμε μόνο την ανάπτυξη της νομοθεσίας, του λαθρεμπορίου και γενικότερα της ανηθικότητας.

Αλλά και όταν ένας λαός ωριμάσει με την εφαρμογή της απαγόρευσης, θα μπορεί να υπολογίσει την αντίδραση άλλων χωρών των οποίων θίγονται τα συμφέροντα.

Το καλύτερο παράδειγμα ολικής απαγόρευσης υπήρξε στις Η.Π.Α., η οποία ύστερα από δοκιμαστική απαγόρευση σε ορισμένες πολιτείες της στις 16 Ιανουαρίου του 1920 διαπίστωσε στην αρχή καλά αποτελέσματα, τα οποία προέρχονταν από ιατρικές και ποινικές στατιστικές, λόγω της μείωσης του οξύ αλκοολισμού, αλλά τα θαυμάσια αυτά αποτελέσματα δεν διάρκεσαν για πολύ.

Δύο χρόνια είχαν περάσει από την απαγόρευση του οινοπνεύματος και ο αριθμός των αλκοολικών επανήλθε στο ίδιο επίπεδο. Το σύστημα της ολικής απαγόρευσης του οινοπνεύματος είχε αποτύχει.

Όλοι αναγνώρισαν την αποτυχία της απαγόρευσης και την ανάγκη της κατάργησής της αλλά τεράστια και πολιτιστικά συμφέροντα που είχαν συνδεθεί με το λαθρεμπόριο εμπόδιζαν την κατάργηση.

Στην αύξηση του αλκοολισμού προστέθηκε ένα κύμα ανηθικότητας το οποίο κινδύνευσε να κλονίσει την ηθική υπόσταση της Αμερικανικής κοινωνίας.

Αυτό δεν ήταν αληθινό και το ζήτημα της απαγόρευσης θεωρήθηκε σαν το σπουδαιότερο εθνικό ζήτημα. Ολόκληρος ο πολιτιστικός κόσμος είχε διαιρεθεί σε δύο μεγάλα κομμάτια, το ένα υπέρ της απαγόρευσης με ισχυρότατους υποστηρικτές και το άλλο υπέρ της κατάργησής της με υποστηρικτή την υγιή κοινή γνώμη.

Τελικά υπερίσχυσε το δεύτερο. Και ενώ η ολική απαγόρευση απέτυχε στην Αμερική, στη Σουηδία και στη Νορβηγία είχαν επιτυχία τα νομοθετικά μέτρα μερικής απαγόρευσης.

Οι δυο αυτές χώρες παρουσίαζαν τότε το μεγαλύτερο ποσοστό αλκοολικών σε όλη την Ευρώπη, ενώ σήμερα θεωρούνται από τις περισσότερες εγκρατείς.

9.6 Υγειονομικά μέτρα

Ο οικογενειακός γιατρός μπορεί να δώσει ιατρική βοήθεια και να φέρει τον ασθενή σε επαφή με ειδικά προγράμματα και οργανώσεις στην κοινότητα. Η εφαρμογή θεραπείας μόνο για ιατρικές και η αντιμετώπιση του προβλήματος του ποτού από τον ίδιο τον ασθενή είναι πραγματική μυωπική. Σχεδόν πάντα το ποτό ξαναρχίζει με βέβαιο επακόλουθο την υποτροπή της ιατρικής νόσου. Γι' αυτό ο γιατρός πρέπει να είναι προετοιμασμένος να αντιμετωπίσει τον εθισμό είτε τουλάχιστον να αρχίσει τη θεραπεία.

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

Η προσφορά βοήθειας ακόμη από τον εργοδότη ή την οικογένεια του αλκοολικού, παίζει εποικοδομητικό ρόλο στη διευκόλυνση της ανάρρωσής του. Επίσης η παροχή κινήτρων από την οικογένεια στον αλκοολικό, για να έχει την επιθυμία να σταματήσει να πίνει και να δεχθεί βοήθεια σ' αυτή την προσπάθεια να απομακρύνουμε το μπουκάλι. Ο μόνος τρόπος που μπορούμε να δώσουμε αυτά τα κίνητρα είναι αφήνοντας το ποτό και όλες τις συνέπειές του, να γίνουν τόσο οδυνηρές ώστε ο αλκοολικός να ζητάει μια διαφυγή από τον ανυπόφορο πόνο που προκαλεί το ποτό.

Η προϋπόθεση για την επιτυχή θεραπεία είναι η πλήρης αποχή από το οινόπνευμα και από κάθε πρακτική άποψη είναι μόνιμη λύση. Αν μια σοβαρή και διαρκής προσπάθεια του γιατρού δεν μπορεί να πείσει τον άρρωστο ότι το οινόπνευμα αποτελεί πρόβλημα, τότε ο μόνος τρόπος για να σταματήσει να πίνει είναι να τον κλείσουμε σε ένα ψυχιατρικό νοσοκομείο ή σε ειδικό ίδρυμα για την αντιμετώπιση του αλκοολισμού. Με την ελπίδα πως με την αναγκαστική αποχή και βελτίωση της σωματικής του κατάστασης θα

αποκτήσει γνώση που αργότερα θα δεχτεί την ψυχιατρική ή άλλες μορφές θεραπείας.

Αν πάλι ο ασθενής φθάσει να συνειδητοποιήσει ότι το ποτό έχει ξεφύγει από τον έλεγχό του και πως πρέπει να κάνει κάτι γι' αυτό, οι πιθανότητές του να βοηθάει αυξάνονται σημαντικά. Κάτω απ' αυτές τις συνθήκες πολλά άτομα σταματάνε να πίνουν με τη θέλησή τους. Μερικοί απ' αυτούς τους ασθενείς υποτροπιάζουν παρά το γεγονός ότι έχουν άριστες προθέσεις.

Για την πρόληψη και αντιμετώπιση του αλκοολισμού δεν φθάνει να κινητοποιηθούν μόνο οι κοινωνικές και υγειονομικές υπηρεσίες. Πρέπει απ' όλους τους φορείς της πολιτείας να γίνει ένας αγώνας γι' αυτή τη νέα μάστιγα της κοινωνίας μας.

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



9.7 Ο ρόλος του νοσηλευτή

Ο ρόλος του νοσηλευτή στην αποτοξίνωση του αλκοολικού ατόμου καλύπτει ευρύ φάσμα προσφοράς 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 αποστείρωσης. Είναι γνωστό ότι το οινόπνευμα μπορεί να προκαλέσει σοβαρή σωματική εξάρτηση, με την εμφάνιση αλληλουχίας συμπτωμάτων, τα οποία παρουσιάζονται όταν το επίπεδο του οινόπνευματος στο αίμα είναι χαμηλό. Προαπαιτούμενο της όλης φροντίδας είναι η αποτοξίνωση, για άτομα φαρμακολογικώς εξαρτημένα από το 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:

- ❖ Συμβουλευτική (ατομική ή ομαδική)
- ❖ Εκπαίδευση του ατόμου και της οικογένειας για τον αλκοολισμό και τα προβλήματα που προκαλεί
- ❖ Ομάδες επικοινωνίας και έκφρασης συναισθημάτων
- ❖ Εξάσκηση κοινωνικών δεξιοτήτων
- ❖ Ομάδες αυτοβοήθειας
- ❖ Κοινωνικοοικονομική βοήθεια και αποκατάσταση
- ❖ Επαγγελματική αποκατάσταση
- ❖ 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 εβδομάδα ή και περισσότερο. Πιθανή παράταση της χρονικής διάρκειας μιας φάσης αποφασίζεται από την θεραπευτική ομάδα τον ενδιαφερόμενο.

Στη διάρκεια της 1^{ης} 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 και δ) πρόσκαιρη αποστασιοποίηση από τα προβλήματα του ίδιου και της οικογένειάς του, για να περάσει 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 την 2^η φάση, χαλαρώνουν οι περιορισμοί και επιτρέπονται οι επισκέψεις. Μπορεί το άτομο να εξέρχεται της κλινικής, στο χώρο του νοσοκομείου, συνοδευόμενο από τον νοσηλευτή. Η παρουσία του νοσηλευτή 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^η φάση, το άτομο μπορεί να κινείται στο χώρο του νοσοκομείου χωρίς συνοδεία και του επιτρέπονται ολιγόωρες έξοδοι από το νοσοκομείο με συνοδεία από τα άτομα του άμεσου περιβάλλοντός 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^η φάση, το άτομο πρέπει να είναι σε θέση να στηρίζεται στις δικές του δυνάμεις. Σε αυτό ενθαρρύνεται από τον 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 σπουδήποτε συμφωνήσει με το νοσηλευτή-σύμβουλο του.

Με την ολοκλήρωση της 4^{ης} 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.

9.8 Πως αποφεύγεται το μεθύσι

Το μεθύσι συμβαίνει προπαντός στους νέους, είτε γιατί δεν είναι συνηθισμένοι στο οινόπνευμα, είτε μη έχοντας καμία πείρα δεν ξέρουν να πιουν.

Για να αποφύγουμε το μεθύσι, πράγμα πάντα δυσάρεστο, καλό θα είναι να ακολουθούμε ορισμένους βασικούς κανόνες:

- **Να μην πίνουμε νηστικοί.**
- **Να μην ανακατεύουμε τα κρασιά, μύρρες και άλλα ποτά.**
- **Να μην πίνουμε το ίδιο βράδυ διαφορετικά ποτά.**
- **Να προτιμάμε τα ποτά και κρασιά καλής ποιότητας.**

Είναι επικίνδυνο να κάνουμε οικονομία όταν θέλουμε να πιούμε. Τα φτηνά κρασιά περιέχουν συνήθως πολλές βλαβερές ουσίες. Τα φτηνά κρασιά περιέχουν μεθυλική αλκοόλη που μπορεί να είναι θανατηφόρα και σε μικρές δόσεις.

Στην Αμερική πολλοί τυφλώθηκαν ή και πέθαναν, γιατί τα ποτά που έπιναν περιείχαν μεθυλική αλκοόλη. Στην Ινδία, έμποροι ασυνείδητοι κυκλοφόρησαν στην αγορά ποτά φτιαγμένα με μεθυλική αλκοόλη, προκαλώντας το θάνατο σε εκατοντάδες ανθρώπους.

Μιλήσαμε για τον εθισμό του οργανισμού στο οινόπνευμα. Είναι γεγονός ότι μια συνεχής χρήση, μετρημένη και κανονική, οινοπνευματωδών ποτών προσφέρει μεγαλύτερη αντοχή στον οργανισμό. Οι αιτίες και ο μηχανισμός αυτής της συνήθειας είναι ακόμα και σήμερα ελάχιστα γνωστές.

Όταν πρόκειται να θεραπεύσουμε ένα συμπτωματικό μεθύσι, καλό είναι να σκεφτόμαστε ότι πρόκειται για περίπτωση αληθινού ασθενή που έπαθε οξεία δηλητηρίαση από οινόπνευμα.

Σκόπιμο λοιπόν είναι να ακολουθούμε τους παρακάτω κανόνες:

- Να τον εμποδίζουμε να συνεχίζει να πίνει.
- Να τον προφυλάξουμε από το κρύο, έστω και αν ο ίδιος από ένστικτο ζητάει δροσιά, γιατί είναι καλύτερο να τον τυλίξουμε με μια κουβέρτα και να τον κρατάμε ζεστό.
- Να τον εμποδίσουμε να συνεχίσει το κάπνισμα γιατί συχνά το τελευταίο τσιγάρο είναι εκείνο που αποδυναμώνει και την τελευταία άμυνα του οργανισμού και προκαλεί την κρίση.
- Να ευνοήσουμε τον εμετό για να τον απελευθερώσουμε όσο το δυνατό περισσότερο από το οινόπνευμα πριν αυτό περάσει στο αίμα.
- Να του χορηγούμε αναλγητικά ή ουσίες ικανές να του ξαναζωντανέψουν την ευαισθησία και τη συνείδηση.

Όταν δεν έχουμε ειδικά φάρμακα, όπως εφεδρίνη και πενταμεθυλεντετραζόλ, να του δώσουμε πολύ δυνατό καφέ και σε σοβαρές περιπτώσεις να του κάνουμε κλύσμα.

9.9 Ασφαλείς κανόνες πόσης

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

- ✚ Θέσε στον εαυτό σου περιορισμό στο αλκοόλ και ποτέ μην τον υπερβαίνεις.

- ✦ Γνώρισε ποια ποσότητα και σε πόσο χρόνο σε οδηγεί στη μέθη-πίνε λιγότερο σε μεγαλύτερο χρόνο.
- ✦ Μέτρα τα ποτά προσεκτικά.
- ✦ Αραιώνε τα οينوπνευματώδη ποτά με όσο το δυνατόν περισσότερο νερό-απέφυγε τα κοκτέιλ με σόδα, γιατί αυτό αργοπορεί την απορρόφηση.
- ✦ Απέφυγε το πλήρες γέμισμα-περίμενε μέχρι το ποτήρι σου να αδειάσει.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10

10.1 Ιατρική αντιμετώπιση αλκοολικού

Ευθύνη του κάθε γιατρού είναι να πληροφορήσει τον αλκοολικό ασθενή για την διάγνωση που θα κάνει. Το να πληροφορήσει ο γιατρός έναν ασθενή ότι πάσχει από αλκοολισμό, απαιτεί περισσότερη προσοχή απ'ότι απαιτείται για άλλες ασθένειες, διότι αυτές τις ασθένειες μπορεί να τις παραδεχτεί σαν απλά ιατρικά προβλήματα. Παρόλα αυτά, ο γιατρός θα πρέπει να αντιμετωπίσει το πρόβλημα του αλκοολισμού και σκοπό θα έχει να κάνει τον ασθενή να δεχτεί βοήθεια.

Ο γιατρός πρέπει να δείξει υπομονή και κατανόηση. Ο αλκοολικός αρκετά συχνά είναι συνηθισμένος να ανέχεται κακή μεταχείριση και προσβολές εξαιτίας του αλκοολισμού του και αυτό τον έχει κάνει πολύ ευαίσθητο.

Η χρήση ορολογίας είναι πολύ σπουδαία. Η λέξη αλκοολισμός μπορεί να γίνει δεκτή σαν μομφή και όχι σαν διάγνωση. Αντί να χρησιμοποιεί ο γιατρός τη λέξη αλκοολισμός, θα ήταν προτιμότερο να πει ότι το άτομο έχει πρόβλημα με τα ποτά. Εάν ο γιατρός συζητήσει με τον ασθενή κατ'αυτό τον τρόπο, ίσως τον κάνει να παραδεχτεί ότι έχει πρόβλημα.

Η διάγνωση θα πρέπει να συμπληρώνεται από εργαστηριακά και άλλα διαγνωστικά τεστ, για να βρεθεί αν η κατάχρηση του αλκοόλ έχει επηρεάσει τη σωματική και πνευματική κατάσταση.

Ο γιατρός αντιμετωπίζει συχνά άρνηση από τον ασθενή να παραδεχτεί το πρόβλημα του, που είναι ίδια με αυτήν που εξαπατά τον εαυτό του ή το περιβάλλον του. Όσο και αν γίνεται η συζήτηση με προσοχή, η άρνηση καμιά φορά είναι τόσο βίαιη και σφοδρή, ώστε να αποκλείει παραπέρα συζήτηση. Αλλά ακόμα και αυτό δεν θα πρέπει να θεωρείται σαν χάσιμο χρόνου, διότι ο ασθενής μπορεί να αρχίσει να αμφιβάλλει για τη στάση που κρατά απέναντι

στο πρόβλημα του. Ο πρώην αλκοολικός πάντα θυμάται την πρώτη του αντιμετώπιση από γιατρό, για το λόγο αυτό ο έμπειρος γιατρός είναι πάντα πολύ προσεκτικός.

Ένα παράδειγμα που μπορεί να χρησιμοποιήσει ο γιατρός για να προσεγγίσει τον ασθενή είναι ο παραλληλισμός της ασθένειας του διαβήτη με τον αλκοολισμό. Ο διαβήτης δεν στιγματίζει τον ασθενή, απαιτεί όμως αποχή από σακχαρούχες τροφές. Ο διαβητικός πρέπει να κρατηθεί μακριά από την ζάχαρη, να περιορίσει τη διαίτά του και στις περισσότερες περιπτώσεις να περιμένει σε όλη του τη ζωή ιατρική φροντίδα. Εάν και ο αλκοολικός κατανοήσει την ομοιότητα του διαβήτη με την δική του ασθένεια, τότε μπορεί να θεραπευτεί. Αυτό το παράδειγμα συσχέτισης μπορεί να τι χρησιμοποιήσει κάθε γιατρός στην πρώτη συνάντηση που θα έχει με τον ασθενή. Πάνω απ' όλα πρέπει να επικρατεί η εντύπωση ότι δεν υπάρχει καμιά ντροπή στο να είναι κανείς αλκοολικός. Ο έμπειρος γιατρός δεν δίνει την εντύπωση ότι κρίνει τον άρρωστο, αντίθετα μπορεί να αναφέρει ακόμα σπουδαία πρόσωπα πρώην αλκοολικούς που έχουν θεραπευτεί. Οτιδήποτε υλικό μπορεί να τονώσει το ηθικό του ασθενή πρέπει να αναφέρεται.

10.2 Νοσηλευτική αντιμετώπιση αλκοολικού

Ο αλκοολικός είναι ένα άτομο με ποικίλα προβλήματα, ιατρικά, ψυχολογικά, κοινωνικά, οικονομικά κλπ. Ερχόμενος ο αλκοολικός στο νοσοκομείο τα πρώτα πρόσωπα που θα συναντήσει είναι ο γιατρός και η νοσηλεύτρια. Ο αλκοολικός λόγω της ευαίσθητης και επικίνδυνης κατάστασης που συνήθως βρίσκεται πρέπει να συνοδεύεται από κάποιον άνθρωπο που θα μπορεί να δώσει κάποιες πληροφορίες στον γιατρό.

Καθήκον της νοσηλεύτριας είναι να βοηθήσει τον ασθενή να ξαπλώσει. Εάν ο ασθενής επικοινωνεί με το περιβάλλον θα ζητήσει πληροφορίες σχετικά με την κατάστασή του, εάν όμως δεν επικοινωνεί, θα ζητήσει πληροφορίες για τον ασθενή από τον συνοδό.

Γράφει σε ένα βιβλίο τα στοιχεία του ασθενή και κατόπιν παίρνει τα ζωτικά σημεία προκειμένου να κάνει μια σύντομη αξιολόγηση.

Σημεία που μπορούν να οδηγήσουν τη νοσηλεύτρια στη διαπίστωση ότι στην συγκεκριμένη περίπτωση έχει να κάνει με αλκοολικό είναι τα εξής:

- Ο αλκοολικός παρουσιάζεται με δύο προσωπεία ή με πρόσωπο κατακόκκινο και είναι εύσαρκος ή με πρόσωπο και σώμα ισχνό και χρώμα χλωμό. Τα ζυγωματικά και η μύτη του παρουσιάζουν αγγειακές διευρύνσεις, οι επιπεφυκότες έχουν υπικτερική χροιά και η αναπνοή έχει μια όξινη οσμή.
- Τα δάκτυλα του αλκοολικού τρέμουν, κυρίως τις πρωινές. Μετά την αφύπνιση ο τρόμος επεκτείνεται στα χείλη, τη γλώσσα και το πρόσωπο. Κατά την έξοδο της γλώσσας παρατηρούνται κυματοειδής κινήσεις, πολλές φορές παρατηρείται και ψεύδισμα. Όταν ο τρόμος γενικευθεί παρατηρείται έλλειψη ακρίβειας και αστάθεια βαδίσματος.
- Το στόμα είναι ακάθαρτο και φαίνεται ξεφλουδισμένο. Η γλώσσα είναι ακάθαρτη και παρουσιάζει προεξοχές των υπερτροφικών θηλών της. Ο φάρυγγας είναι ερυθρός και στην επιφάνειά του παρουσιάζει κοκκία ερυθρά ή κίτρινα. Παραπονείται για αίσθημα καύσους στο στόμα και το λαιμό καθώς και για ασταμάτητη δίψα.
- Έχει πεπτικές διαταραχές που προέρχονται από την ανορεξία, επιγαστρικούς πόνους, όξινες ερυγές. Η θερμοκρασία είναι γύρω στους 38-39°C, ο σφυγμός μικρός και γρήγορος.

Μετά από την διαπίστωση της νοσηλεύτριας πως το άτομο αυτό είναι αλκοολικός, θα προσπαθήσει με αγάπη, καλοσύνη και ειλικρίνεια να τον πλησιάσει, να μιλήσει μαζί του, να τον φέρει σε μια κατάσταση ώστε να εκφράσει τα προβλήματά του, να εκφράσει τους λόγους, την αιτία που τον οδήγησε στο ποτό.

Εάν ο ασθενής βρίσκεται σε μια ελαφρά ή μέτρια μέθη δεν χρειάζεται ειδική αντιμετώπιση. Μερικά παλιά και δοκιμασμένα φάρμακα, όπως το κρυο ντουζ, ο δυνατός καφές, η αναγκαστική δραστηριότητα ή η πρόκληση εμέτου μπορεί να οφελήσουν. Δεν υπάρχουν ενδείξεις ότι οποιαδήποτε από τις μεθόδους αυτές επηρεάζει τον ρυθμό απομακρύνσεως του οινοπνεύματος από το αίμα.

Στη φάση της οξείας μέθης η νοσηλεύτρια πρέπει να ενεργήσει γρήγορα και μαζί με τον γιατρό θα αντιμετωπίσει το περιστατικό. Η οξεία μέθη είναι μια κατάσταση που χρειάζεται άμεση αντιμετώπιση.

Η νοσηλεύτρια κατά την αντιμετώπιση ενός περιστατικού οξείας μέθης πρέπει να έχει υπόψη της ότι ο αλκοολικός είναι ιδιαίτερα επιρρεπής στην εμφάνιση των παρακάτω καταστάσεων:

- **Υποσκληρίδια αιματώματα**
- **Υπογλυκαιμία, στην οποία οδηγεί η ηπατική βλάβη**
- **Αιμορραγίες από το ανώτερο τμήμα του γαστρεντερικού σωλήνα (γαστρίτιδα, έλκη, κίρσοι οισοφάγου κλπ)**
- **Παγκρεατίτιδα**
- **Διαταραχές του Κ.Ν.Σ. (σπασμοί, διαταραχές της βάδισης και της συμπεριφοράς)**

Ερχόμενος λοιπόν ο ασθενής σε κατάσταση οξείας μέθης, η νοσηλεύτρια τον ξαπλώνει σε αναπαυτική θέση και προσπαθεί να τον ελευθερώσει από ρούχα που τυχόν τον σφίγγουν (γραβάτα, στηθόδεσμο, ζώνη κοιλιάς κλπ). Απαιτείται η χρήση περιορισμών γιατί το άτομο βρίσκεται σε μια υπερδιέγερση και κατόπιν με εντολή γιατρού κάνει για αρκετή ώρα πλύση στομάχου με άφθονο νερό.

Τα απαραίτητα υλικά για την πλύση στομάχου είναι: οισοφάγος σωλήνας, επιπρόσθετος σωλήνας για την εκτέλεση της πλύσεως, νεφροειδές, κάψα με κομμάτια χαρτοβάμβακα, στοματοδιαστολέα, ποτήρι με νερό και ψεκαστήρα με διάλυμα παντοκαΐνης 1%.

Η θέση που τοποθετεί η νοσηλεύτρια είναι πλάγια με το κεφάλι λίγο χαμηλότερα από τον κορμό για τυχόν εισρόφηση εμεσμάτων. Η τοποθέτηση του σωλήνα είναι η επόμενη ενέργεια της νοσηλεύτριας αφού προηγουμένως τον υγραίνει με νερό. Κρατά με το δεξί της χέρι τον σωλήνα, σε σημείο ώστε να απέχει περίπου 15-20 εκ. από την κορυφή του και τον εισάγει στη μέση του στόματός του χωρίς να ακουμπά τη γλώσσα και τον σπρώχνει προς τα μέσα προσεκτικά.

Κάνοντας αυτές τις ενέργειες η νοσηλεύτρια δίνει συγχρόνως οδηγίες στον ασθενή να κάνει κινήσεις καταπόσεως, ώσπου να κατέβει ο σωλήνα στο στομάχι. Το βάθος μέχρι του οποίου πρέπει να προωθηθεί ο σωλήνας, καθορίζεται ανάλογα με το ανάστημα και την ηλικία του πάσχοντα.

Εάν το στομάχι του ασθενή είναι γεμάτο πρέπει πρώτα να κενωθεί για να γίνουν οι πλύσεις. Πλύσεις γίνονται τόσες όσες χρειάζονται για να είναι άχρωμο το αναρροφούμενο υγρό. Η αφαίρεση του σωλήνα γίνεται με γρήγορες και σταθερές κινήσεις.

Όταν η πλύση στομάχου δεν έχει ανακουφιστική δράση στον ασθενή, τότε η νοσηλεύτρια με εντολή του γιατρού θα κάνει μια ένεση υδροχλωρικής απομορφίνης. Παράλληλα πρέπει να χορηγείται και οξυγόνο σε συνδυασμό CO₂ (7%). Τα αναληπτικά φάρμακα, όπως η αμφεταμίνη, η πεντυλενο-τετραζόλη (METRAZOL) και διάφορα μείγματα καφεΐνης και πικριτοξίνης ανταγωνίζονται το οινόπνευμα σαν ισχυρά διεγερτικά του νευρικού συστήματος. Κανόνας απαραβίαστος είναι ότι η χορήγηση φαρμάκων γίνεται πάντα με εντολή του γιατρού.

Η εικόνα του τρομάδους παραληρήματος είναι συχνή στους χρόνιους αλκοολικούς γι' αυτό η νοσηλεύτρια πρέπει να εντείνει την προσοχή της και να αντιμετωπίσει το περιστατικό.

Ο ιατρός καθώς και η νοσηλεύτρια πρέπει να προσέξουν πολύ για τυχόν συνυπάρχουσες βλάβες, λοιμώξεις, παγκρεατίτιδα και ηπατική νόσο.

Η προσπάθεια καθησυχασμού του ασθενή από τη νοσηλεύτρια είναι η πρώτη βοήθεια που χρειάζεται. Η νοσηλεύτρια θα πρέπει αμέσως μετάνα τοποθετήσει τον ασθενή σε φορείο και να τον συνοδέψει στο ακτινολογικό εργαστήριο για την λήψη ακτινογραφίας κρανίου και του θώρακα. Απαραίτητη είναι η οσφυϊκή παρακέντηση για την πρόληψη των ανωτέρων επιπλοκών.

Καθήκον της νοσηλεύτριας είναι να ενημερώσει τον ασθενή σχετικά με το τι θα του κάνουν και να τηρήσει απόλυτη ασηψία κατά την εκτέλεση της νοσηλείας.

Ο γιατρός εκτελεί την παρακέντηση και η νοσηλεύτρια φροντίζει για τη σωστή θέση του ασθενή και για την πρόληψη των κινδύνων που αντιμετωπίζει ο ασθενής κατά την διάρκεια της παρακεντήσεως.

Η λήψη των ζωτικών σημείων από τη νοσηλεύτρια πρέπει να γίνεται σε διαστήματα 30' και με ιδιαίτερη προσοχή. Η εξασφάλιση ζεστού, καθαρού και ήσυχου δωματίου είναι καθήκον της νοσηλεύτριας που πρέπει να τα εφαρμόζει όσο το δυνατόν καλύτερα.

Η νοσηλεύτρια επίσης πρέπει να δίνει ιδιαίτερη προσοχή στην διόρθωση της ισορροπίας των υγρών και των ηλεκτρολυτών.

Σε περιπτώσεις βαριών καταστάσεων, αυξημένης κινητικότητας και εφιδρώσεως μπορεί να απαιτηθεί η χορήγηση 6.000 ml υγρών την ημέρα από τα οποία τα 1500 ml πρέπει να είναι κανονικός φυσιολογικός ορός.

Αν ο ασθενής είναι σε θέση να μπορεί να παίρνει τα φάρμακα από το στόμα, καλό θα ήταν να τα έπαιρνε σε δόσεις 8 και 12 ml μέσα σε πορτοκαλάδα. Με ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να γίνεται και η ενδοφλέβια χορήγηση εξαιτίας του κινδύνου της καταστολής της αναπνοής. Αν απαιτείται παρεντερική χορήγηση, μπορεί να δοθεί νατριοφαινοβαρβιτάλη ή νατριοαμντάλη σε δόσεις 120 mg επαναλαμβανόμενες κάθε 3 ως 4 ώρες εφ' όσον δεν υπάρχει σοβαρή ηπατική νόσο.

Εάν ο ασθενής προσέλθει στο νοσοκομείο με συμπτώματα κίρρωσης του ήπατος, τότε η νοσηλεύτρια θα πάρει μέτρα τα οποία έχουν σκοπό την

σταθεροποίηση της κατάστασης και την ανακούφιση του ασθενή από τα ενοχλήματα. Η απομάκρυνση του ασθενή από την εργασία του και η ανάπαυση είναι απαραίτητο μέτρο σ' αυτή την περίπτωση.

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

Η χορήγηση σακχαρούχων υγρών παρεντερικώς και η συστηματική παρακολούθηση του βάρους του αρρώστου είναι από τις σημαντικότερες νοσηλευτικές δραστηριότητες της νοσηλεύτριας. Η χορήγηση αντισπασμωδικών και άλλων κατευναστικών φαρμάκων μετά από ιατρική εντολή είναι απαραίτητη για την ανακούφιση του ασθενή από τους κοιλιακούς πόνους.

Ο περιορισμός του CLNa και η χορήγηση διουρητικών φαρμάκων με εντολή γιατρού, είναι ενέργεια από την πλευρά της νοσηλεύτριας που θα υποχωρήσει το οίδημα των άκρων που τυχόν υπάρχει. Η πλήρη αποχή από το οινόπνευμα είναι αυστηρότατο μέτρο που πρέπει να εφαρμοστεί για την πρόωση της υγείας του ασθενή.

Εάν ο αλκοολικός προσέλθει στο νοσοκομείο με έντονο πόνο στην άνω κοιλία, η νοσηλεύτρια θα πρέπει να υποψιαστεί την παγκρεατίτιδα. Ο πόνος αντανακλά στη ράχη, στο επίπεδο του 10^{ου} θωρακικού ως 2^{ου} θωρακικού ως 2^{ου} οσφυϊκού σπονδύλου. Για την ανακούφιση του πόνου η νοσηλεύτρια τοποθετεί τον κορμό σε κάμψη, τα γόνατα του ψηλά και τους βραχίονες διπλωμένους πάνω στην κοιλιά του για να μην τον πιέζουν.

Εάν ο πόνος εξακολουθεί να είναι έντονος τότε η νοσηλεύτρια θα ενημερώσει τον γιατρό και θα χορηγήσει αναλγητικά φάρμακα αφού το επιτρέψει ο γιατρός. Η νοσηλεύτρια θα προσπαθήσει να καθησυχάσει τον

ασθενή ενώ η λήψη των ζωτικών σημείων είναι απαραίτητη. Από το στόμα δεν χορηγείται τίποτα. Γίνεται συνεχής γαστρική αναρρόφηση για την μείωση της διατάσεως του στομάχου και την διέγερση της παγκρεατικής εκκρίσεως από την είσοδο οξέος στο δωδεκαδάκτυλο. Η νοσηλεύτρια θα πρέπει να ενεργήσει για την τοποθέτηση ρινογαστρικού καθετήρα, απαραίτητος για να επιτευχθεί η πλήρης συλλογή του γαστρικού υγρού.

Η ρινογαστρική αναρρόφηση συνεχίζεται μέχρι την επάνοδο της δραστηριότητας του εντέρου στο φυσιολογικό.

Οποιαδήποτε ενέργεια κάνει η νοσηλεύτρια πρέπει να ενημερώσει τον ασθενή για όλη την διαδικασία της νοσηλείας.

10.3 Φαρμακευτική αντιμετώπιση αλκοολικού

α) θεραπεία με στρυχνίνη. Η θεραπεία με στρυχνίνη είναι μια θεραπευτική μέθοδος γενικής εφαρμογής. Συνίσταται σε ενέσεις στρυχνίνης σε δόση 1-6 ή 8 χιλιοστόγραμμα ημερησίως. Εφαρμόστηκε πρώτα από τους Αμερικανούς και σημείωσε ικανοποιητικά αποτελέσματα.

Δεν προάγει μόνο τις δυνάμεις του αλκοολικού, αλλά επιφέρει γενική τόνωση και ειδικά στο νευρικό σύστημα και επιπλέον δημιουργεί αηδία στον αλκοολικό προς το οινόπνευμα, ώστε να αποστρέφεται την πόση οινόπνευματος.

Ο γιατρός που ενεργεί την θεραπεία πρέπει να μεταχειρίζεται με προσοχή την στρυχνίνη γιατί είναι δυνατόν να επιφέρει αλλοιώσεις των νεφρών ή του ήπατος.

β) Θεραπεία της ανταιθυλίνης. Έτσι ονομάστηκε η οροθεραπευτική μέθοδος η οποία συνίσταται στην παραγωγή ορού από ζώα (σκύλους κλπ) που έχουν δηλητηριαστεί με οινόπνευμα και χρησιμοποίησαν τον ορό αυτόν που είναι η ανταιθυλίνη σε ενέσεις για θεραπεία του αλκοολισμού και αποτροπή των οινόπνευματώδων ποτών.

Η αποστροφή των αλκοολισθέντων ζώων, όπως και των αλκοολικών ανθρώπων μετά τις ενέσεις αυτού του ορού ήταν πολύ μεγάλη. Η θεραπεία με την μέθοδο της ανταιθυλίνης ανήλθε στο 60%.

γ) Θεραπεία με Antabuse. Το Antabuse (διθειούχο τετρααιθυλθειουράμιο, διουλφιράμη) επηρεάζει τον μεταβολισμό του οينوπνεύματος έτσι ώστε ένας ασθενής που παίρνει και οινόπνευμα και Antabuse συσσωρεύει υπερβολική ποσότητα ακεταλδεϋδης στους ιστούς του, που προκαλεί ναυτία, έμετο και υπόταση.

Η θεραπεία με Antabuse αρχίζει μόνο όταν ο ασθενής έχει μείνει νηφάλιος για αρκετές μέρες. Δεν πρέπει να δίνεται σε ασθενείς με καρδιακή ή ηπατική όσο. Το φάρμακο δίνεται κάθε μέρα σε δόση 0,5 γρ. και κυρίως το πρωί. Η μορφή αυτήν της θεραπείας είναι εξαιρετικά πολύτιμη στον τυχαίο ή στον περιοδικό πότη, στον οποίο η υποτροπή από την αρχή αντιπροσωπεύει μάλλον ενστικτώδη παρά προσεκτικά σχεδιασμένη ή προσχεδιασμένη πράξη. Αν ο ασθενής πει ενώ παίρνει Antabuse, η επακόλουθη αντίδραση είναι συνήθως βαριά ώστε να απαιτήσει ιατρική βοήθεια και έτσι μπορεί να προληφθεί μια παρατεταμένη έξαρση.

δ) Θεραπεία της αποστροφής. Η θεραπεία της αποστροφής είναι ίσως από τις πιο πολύ εφαρμοσμένες τεχνικές και ο στόχος αυτής της θεραπείας δεν φαίνεται παράλογος. Μια θεραπεία, που θα μπορούσε να αντικαταστήσει το αίσθημα ανάγκης για το αλκοόλ με ένα αίσθημα αηδίας, θα ήταν ευπρόσδεκτη από πολλούς αλκοολικούς σε ολόκληρο τον κόσμο.

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

Σήμερα υπάρχουν 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. Η εφαρμογή της τεχνικής της αποστροφής, χωρίς να έχει προηγηθεί αρκετή έρευνα, είναι ένα από τα σκάνδαλα του καιρού μας. Παρόλο που υπάρχουν πάνω από 400 αναφορές στην επιστημονική βιβλιογραφία, οι περισσότερες έρευνες πάνω στη χημική αποστροφή είναι τόσο κακής ποιότητας, που ακόμα δεν ήμαστε να αποφασίσουμε, αν αυτές οι δυσάρεστες μέθοδοι προσφέρουν καμιά ιδιαίτερη βοήθεια στον αλκοολικό.

10.4 Ψυχοθεραπεία

Οι ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις έχουν ως 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» μια 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.

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

▪ 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 σύννητες 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'ότι 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.

Σε μια πρόσφατη έρευνα, οι Romellean 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.

▪ Ομαδική ψυχοθεραπεία

Η ομαδική ψυχοθεραπεία βασίζεται σε παρόμοιες αρχές με αυτές της ατομικής ψυχοθεραπείας. Η ομαδική ψυχοθεραπεία είναι η πλέον «δημοφιλής» προσέγγιση που υιοθετούν τα περισσότερα ψυχιατρικά θεραπευτικά προγράμματα των ΗΠΑ και της Μ.Βρετανίας. Τα περισσότερα δημοσιεύματα σε αυτόν τον τομέα αφορούν σε μη ελεγχόμενες κλινικές δοκιμασίες αξιολόγησης της αποτελεσματικότητας της θεραπείας του

αλκοολισμού. Εξάλλου, σε πολλές μελέτες η ομαδική ψυχοθεραπεία αποτελεί μέρος «πολυδιάστατων θεραπευτικών προγραμμάτων», γεγονός που προκαλεί ευνόητα προβλήματα αξιολόγησης.

Ο Wallerstin (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. Σε μια παρόμοια μελέτη, ο Bruun (1963) σύγκρινε δύο ομάδες αλκοολικών η μία εκ των οποίων ακολούθησε ομαδική ψυχοθεραπεία και η άλλη φαρμακοθεραπεία (Disulfiram). Και οι δύο ομάδες έδειξαν ποσοστό βελτίωσης 19%, χωρίς όμως να παρατηρηθούν διαφορές μεταξύ των ομάδων. Δύο ακόμα μελέτες, του Zimberg (1974) και του Pattison (1967), δεν εμφάνισαν διαφορές στα ποσοστά βελτίωσης μεταξύ διαφορετικών θεραπευτικών προσεγγίσεων.

Στην πρώτη μελέτη εκτιμήθηκε η αποτελεσματικότητα πολυδιάστατης προσέγγισης αποτελούμενης από ατομική και ομαδική ψυχοθεραπεία και φαρμακευτική αγωγή για τη μία ομάδα και σύντομης υποστηρικτικής θεραπείας και σύνηθες νοσοκομειακό πρόγραμμα για την άλλη. Στην δεύτερη μελέτη, οι αλκοολικοί κατανεμήθηκαν με τυχαίο τρόπο είτε σε ομαδική ψυχοθεραπεία είτε σε σύνηθες ψυχιατρικό πρόγραμμα. Τέλος, σε μια μελέτη των Kissin et al (1970) αξιολογήθηκε η αποτελεσματικότητα τριών θεραπευτικών προσεγγίσεων. Ομαδική ψυχοθεραπεία, φαρμακοθεραπεία, πρόγραμμα επανένταξης και ομάδα ελέγχου. 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.

Οι ομαδικές θεραπείες θεωρούνται πιο αποτελεσματικές από τις ατομικές για τους αλκοολικούς 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.

10.5 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. Εν τούτοις, 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 στην γενική ψυχιατρική και τους δίνει μια 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.

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 δημιουργικός, απαντά στις παλιές ικανότητες του και η εμπιστοσύνη προς τον εαυτό του καθώς και η αυτοεκτίμηση του επιστέφουν, δημιουργεί στενούς δεσμούς με την κοινότητα, αναπτύσσει

δεξιοτεχνίες 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 άλλον 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.

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 την συμμετοχή αλκοολικών σε αποχή. Η θεραπεία συνήθως διαρκεί από τέσσερις εβδομάδες ως τρεις μήνες με συνεχιζόμενη βοήθεια στα εξωτερικά ιατρεία αμέσως μετά την έξοδο από το νοσοκομείο.

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 το έβρισκαν πιθανόν χρήσιμο να παρακολουθούσαν μια «ανοιχτή» συνάντηση.

γ) Ξενώνες

Σύμφωνα με τον Donahue (1971), ο βασικός στόχος της δημιουργίας των ειδικών ξενώνων για αλκοολικούς είναι η επανένταξή τους στην κοινότητα μετά από εντατική νοσοκομειακή περίθαλψη. Τα θεραπευτικά προγράμματα

των ξενώνων ποικίλλουν παρόλο που ο κύριος στόχος τους είναι η αποχή από την κατανάλωση του αλκοόλ. Σε 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 την 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 μια ποικιλία θεραπευτικών προσεγγίσεων 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 την 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 Apter 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.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ-ΕΚΤΙΜΗΣΕΙΣ

Οι επιδημιολογικές έρευνες δείχνουν ότι όλο και περισσότεροι άνθρωποι κάνουν κατάχρηση αλκοόλ.

Στις υγειονομικές υπηρεσίες καταφεύγουν όλο και περισσότερα άτομα με έκδηλα τα χαρακτηριστικά του αλκοολισμού. Ο αριθμός των νέων ατόμων που κάνουν χρήση αλκοολούχων ποτών είναι ιδιαίτερα ανησυχητικός. Εκείνοι που αντιμετωπίζουν προβλήματα υγείας ή δυσχέρειες στην εργασία και το περιβάλλον τους λόγω της συχνής χρήσης αλκοόλ, γίνονται διαρκώς περισσότεροι. Η κοινωνική αποδοχή της χρήσης αλκοόλ γίνεται όλο και πιο φυσιολογική.

Η επέκταση του αλκοολισμού είναι μεγάλη και αν δεν κρουσθεί έγκαιρα ο κώδωνας κινδύνου δεν θα αργήσει ο καιρός που ο αλκοολισμός θα δημιουργήσει ένα κοινωνικό πρόβλημα, ίσως και μεγαλύτερο από τα ναρκωτικά.

Έτσι το πρόβλημα του αλκοολισμού δεν είναι κάτι που μπορεί να λυθεί με διάφορες έρευνες ή από ένα άτομο. Είναι θέμα που αγγίζει το σύνολο χωρίς εξαιρέσεις.

Είναι γεγονός ότι περισσότερο ειδικοί για να μιλήσουν για τα αίτια, τις αφορμές και τα αποτελέσματα της χρήσης του αλκοόλ είναι τα ίδια τα θύματα. Αυτοί οι άνθρωποι ζουν δίπλα μας. Σπάνια όμως μιλούν, ίσως γιατί νιώθουν ένα αίσθημα οίκτου για το "κατάντημα" του ίδιου τους του εαυτού. Ίσως από ντροπή ή από τον φόβο κατακραυγής της κοινωνίας.

Βέβαια δεν είναι υπερβολή να επισημάνουμε και το εξής: Το πρόβλημα του αλκοολισμού όταν ξεσπάσει για τα καλά στη χώρα μας θα βρει και θα χτυπήσει πολλές πόρτες. Αυτό συμβαίνει γιατί δεν υπάρχει ούτε καν η στοιχειώδης υποδομή. Ο αλκοολισμός πρέπει να αντιμετωπιστεί σαν κοινωνική πληγή, να καυτηριαστεί η ρίζα του, πριν τα κλαδιά του εξαπλωθούν για τα καλά.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. ΑΒΡΑΜΙΔΗΣ ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ Β.

«Η ΑΠΟΜΥΘΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ»
ΕΚΔΟΣΕΙΣ «ΑΚΡΙΤΑΣ»
ΑΘΗΝΑ 1994

2. ΑΝΝΑ ΣΑΧΙΝΗ-ΚΑΡΛΑΣΗ

«ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΙ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ»
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ
ΤΟΜΟΣ 2^{ος}
ΕΚΔΟΣΗ Β΄
ΕΚΔΟΣΕΙΣ «ΒΗΤΑ»
ΑΘΗΝΑ 1997

3. ΓΡΙΒΑΣ ΚΛΕΑΝΘΗΣ

«ΠΛΑΝΗΤΙΚΗ ΚΥΡΙΑΡΧΙΑ ΚΑΙ ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ»
ΣΕΙΡΑ: ΚΟΙΝΩΝΙΑ ΚΑΙ ΕΞΟΥΣΙΑ
ΕΚΔΟΣΕΙΣ «ΝΕΑ ΣΥΝΟΡΑ»- Α.Α ΛΙΒΑΝΗ
ΑΘΗΝΑ 1997

4. ΔΑΒΑΡΟΥΚΑΣ Α. & ΣΟΥΡΕΤΗΣ Γ.

«ΤΟΞΙΚΟΜΑΝΙΑ. ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΑΛΗΘΕΙΕΣ»
ΑΘΗΝΑ 1981

5. ΔΕΤΟΡΑΚΗΣ Ι.

«ΑΛΚΟΟΛ»
ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ ΙΙ
ΑΘΗΝΑ 1994

6. ΔΕΤΟΡΑΚΗΣ Ι & ΚΟΝΔΑΚΗΣ Ξ.

«ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗΣ ΟΙΝΟΠΝΕΥΜΑΤΩΔΩΝ
ΠΟΤΩΝ ΑΠΟ ΝΕΑΡΟΥΣ ΕΝΗΛΙΚΟΥΣ ΣΤΗΝ ΠΟΛΗ ΤΩΝ
ΠΑΤΡΩΝ»

Ιατρική
1992

7. ΔΟΞΙΑΔΗΣ Τ.Α.

«Ο ΕΦΗΒΟΣ ΚΑΙ Η ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ»

ΕΚΔΟΣΕΙΣ «ΕΣΤΙΑ»

ΑΘΗΝΑ 1985

8. ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ

ΜΕΤΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΑ ΜΑΘΗΜΑΤΑ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΑΣ

ΣΕΙΡΑ ΔΕΥΤΕΡΗ

ΤΟΜΟΣ 3⁰²

ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΚΔΟΣΕΙΣ Π.Χ. ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ

ΑΘΗΝΑ 1982

9. ΓΟΤΗ Α.

«ΕΠΙΤΟΜΟΣ ΙΑΤΡΙΚΗ ΦΑΡΜΑΚΟΛΟΓΙΑ»

ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ ΑΠΟ ΜΑΡΣΕΛΛΟΥ Μ.

ΑΘΗΝΑ 1982

10. HARRISON

«ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ»

ΕΚΔΟΣΗ 8^η

ΤΟΜΟΣ Β΄

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΕΣ ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΓΡ. ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΣ

ΑΘΗΝΑ 1982

11. HARVEY RICHARD A., CHANPE PAMELA C.

«ΦΑΡΜΑΚΟΛΟΓΙΑ»

ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ Σ. & ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ Γ.

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΕΣ ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΓΡ. ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΣ

ΑΘΗΝΑ 1995

12. JAFFLE J.- PETERSON R.-HODGSON R.

«ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ – ΤΣΙΓΑΡΑ – ΑΛΚΟΟΛ»

ΕΚΔΟΣΗ 3^Η

ΕΚΔΟΣΕΙΣ «ΨΥΧΟΓΙΟΣ»

ΑΘΗΝΑ 1986

13. Κ.Α. ΓΑΡΔΙΚΑ

«ΕΙΔΙΚΗ ΝΟΣΟΛΟΓΙΑ»

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΕΣ ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΓΡ. ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΣ

ΑΘΗΝΑ 1984

**14. ΚΑΚΡΙΑΗΣ Ι.- ΡΟΥΣΣΟΣ Ε.- ΚΑΜΑΡΕΤΑ Α- ΣΚΙΑΔΑΣ Α.-
ΠΑΠΑΧΑΝΤΖΗΣ Ν.**

«Ο ΘΕΟΣ ΔΙΟΝΥΣΟΣ – Η ΔΙΑΔΟΣΗ ΤΟΥ ΑΜΠΕΛΙΟΥ ΚΑΙ Η
ΕΞΑΠΛΩΣΗ ΤΗΣ ΛΑΤΡΕΙΑΣ ΤΟΥ ΘΕΟΥ»

ΕΓΚΥΚΛΟΠΑΙΔΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΜΥΘΟΛΟΓΙΑ

ΤΟΜΟΣ 2^{ος}

ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΕΚΔΟΤΙΚΗ ΑΘΗΝΩΝ

ΑΘΗΝΑ 1986

15. ΚΑΡΑΠΕΤΣΟΣ Α.

«ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΑΝΑΠΤΥΣΣΟΜΕΝΟΥ ΑΝΘΡΩΠΟΥ»

ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΣΜΥΡΝΙΩΤΑΚΗΣ

ΑΘΗΝΑ 1988

16. ΚΑΡΒΟΥΝΤΖΗΣ Ε.

«ΑΛΚΟΟΛΗ ΚΑΙ ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΣ»

ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΣ

ΑΘΗΝΑ 1986

17. ΛΙΑΠΙΟΣ ΙΩΑΝΝΗΣ Α.

«ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ»

ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΠΑΤΑΚΗ

ΑΘΗΝΑ

18. ΛΟΓΑΡΑΣ Γ.

«ΦΑΡΜΑΚΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΦΑΡΜΑΚΟΔΥΝΑΜΙΚΗ»

ΤΟΜΟΣ Ι

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ 1978

19. ΛΟΓΟΘΕΤΗΣ-Α. ΙΩΑΝΝΟΥ

«ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΗ ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΑ»

ΤΟΜΟΣ Β΄

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ 1979

20. ΜΑΔΙΑΝΟΣ Μ. – ΛΙΑΚΟΣ Α.

«ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΟΥ ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΥ ΣΤΗΝ
ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥΣ ΣΤΟΝ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟ ΤΗΣ
ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΤΟΥ»

ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΕΓΚΕΦΑΛΟΣ

ΑΘΗΝΑ 1980

21. ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ Μ.Α. & ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ Σ.Φ.

«ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ»

ΕΚΔΟΣΗ 12^η

ΤΟΜΟΣ Α΄

ΕΚΔΟΣΕΙΣ «Η ΤΑΒΙΘΑ»

ΑΘΗΝΑ 1989

22. ΜΑΛΛΙΑΡΟΥ Α. - ΜΑΝΔΥΛΑ Ε. & ΑΝΑΓΝΩΣΤΑΚΗΣ Δ.

«ΕΜΒΡΥΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΑΠΟ ΟΙΝΟΠΝΕΥΜΑ»

ΙΑΤΡΙΚΗ

ΑΘΗΝΑ 1989

23. ΜΑΜΑΣΤΗΣ Τ.

«ΙΣΤΟΡΙΑ ΤΟΥ ΒΥΖΑΝΤΙΟΥ»

ΕΠΙΤΟΜΟΣ

ΕΚΔΟΣΗ Β΄

ΑΘΗΝΑ 1982

24. ΜΑΡΑΣ Α.

«ΜΠΑΡ, ΠΟΤΑ, ΟΙΝΟΛΟΓΙΑ»

ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΠΛΑΤΗΣ

ΑΘΗΝΑ 1987

25. ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ Γ.Ε.

«ΕΞΑΡΤΗΣΕΙΣ ΣΤΗ ΖΩΗ ΜΑΣ»

ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΠΑΣΧΑΛΙΔΗ

ΑΘΗΝΑ 1985

26. ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ Γ.Ε.

«ΓΕΝΙΚΑ ΠΕΡΙ ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΥ ΤΩΝ ΝΕΩΝ. ΝΕΑΝΙΚΟΣ
ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΣ»

ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΕΓΚΕΦΑΛΟΣ

ΑΘΗΝΑ 1989

27. ΠΑΠΑΓΙΩΡΓΗΣ Κ.

«ΠΕΡΙ ΜΕΘΗΣ»

ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΡΟΕΣ

ΑΘΗΝΑ 1987

28. ΠΑΥΛΑΚΗΣ Α.

«Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΕ ΕΝΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ
ΑΠΕΞΑΡΤΗΣΗΣ ΑΠΟ ΤΟ ΟΙΝΟΠΝΕΥΜΑ»
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ
ΑΘΗΝΑ 1991

29. ΠΟΤΑΜΙΑΝΟΣ Α.Γ

«ΝΟΜΙΜΕΣ ΟΥΣΙΕΣ ΕΞΑΡΤΗΣΗΣ – ΑΛΚΟΟΛ»
ΕΚΔΟΣΕΙΣ «ΠΑΠΑΖΗΣΗ»
ΑΘΗΝΑ 1993

30. ΣΕΦΕΡΟΥ ΜΑΡΙΑ

«Η ΚΡΑΥΓΗ», «ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ: ΑΡΡΩΣΤΕΙΑ Η ΕΠΙΛΟΓΗ»
ΕΚΔΟΤΙΚΟΣ ΟΙΚΟΣ «ΕΥΡΩΤΑΣ»
ΑΘΗΝΑ 1997

31. ΣΤΡΙΓΓΑΡΗΣ Μ.

«ΑΛΚΟΟΛ ΚΑΙ ΧΑΣΙΣ»
ΙΑΤΡΟΛΟΓΟΤΕΧΝΙΚΗ ΣΤΕΓΗ
ΑΘΗΝΑ 1982

32. ΣΩΤΗΡΙΟΥ Α. ΡΑΠΤΗ

«ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ»
ΤΟΜΟΣ 2^{ος}
ΑΘΗΝΑ 1996
ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΕΣ ΕΚΔΟΣΕΙΣ «ΓΡΗΓΟΡΙΟΣ ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΣ»
ΜΑΡΙΑ ΓΡ. ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΥ

33. ΤΣΟΧΑΣ ΚΩΝ/ΝΟΣ

«ΕΠΙΤΟΜΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΦΑΡΜΑΚΟΛΟΓΙΑ»
ΕΚΔΟΣΗ Β΄
ΤΟΜΟΣ Α΄
ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΛΥΧΝΟΣ
ΑΘΗΝΑ 1996



34. ΧΑΡΤΟΚΟΛΛΗΣ Π.

«ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ»
ΕΚΔΟΣΗ Α΄
ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΘΕΜΕΛΙΟ
ΑΘΗΝΑ 1986