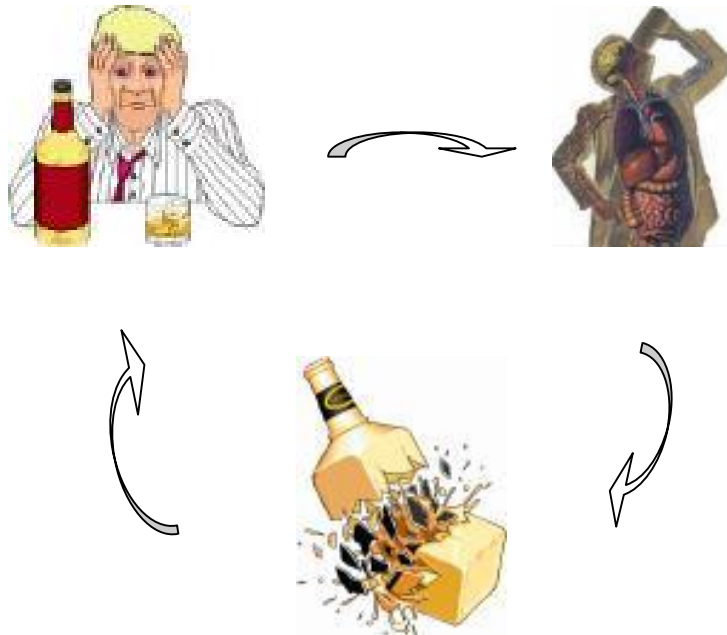


Α.Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ: Σ.Ε.Υ.Π.
ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ : ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΚΑΙ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗΣ
ΑΛΚΟΟΛ ΣΤΟΥΣ ΣΠΟΥΔΑΣΤΕΣ Α.Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ



ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ:

Dr. ΓΕΛΑΣΤΟΠΟΥΛΟΥ ΕΛΕΝΗ

ΟΙ ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ:

ΣΜΥΡΝΗ ΜΑΡΙΑ-ΦΩΤΕΙΝΗ

ΣΚΟΥΛΑΚΗ-ΜΑΝΙΑΤΗ ΗΛΙΟΣΤΑΛΑΚΤΗ

ΠΑΤΡΑ 2006

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Ευχαριστίες.....	6
Πρόλογος.....	7
Εισαγωγή.....	8

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ

Κεφάλαιο 1

1.1	Ιστορική αναδρομή.....	11
1.2	Αρχαία Ελλάδα.....	14
1.3	Ελληνιστικοί χρόνοι.....	17
1.4	Βυζαντινοί χρόνοι.....	17
1.5	Ρωμαϊκοί χρόνοι.....	18
1.6	Χριστιανικοί χρόνοι.....	18
1.7	Περίοδοι τουρκοκρατίας.....	18
1.8	Αμερική - Ευρώπη - Ασία.....	19
1.9	Η ποτοαπαγόρευση	23
1.9.1	Η ποτοαπαγόρευση (1920).....	24
1.9.2	Οι συνέπειες της ποτοαπαγόρευσης.....	26
1.9.3.	Η άρση της ποτοαπαγόρευσης (1933).....	31

Κεφάλαιο 2

2.1	Επιδημιολογικά στοιχεία.....	32
2.2	Ορισμός του αλκοολισμού.....	35
2.3	Τύποι του αλκοολισμού.....	37
2.3.1	Ο ανύποπτος αλκοολικός.....	37
2.3.2	Ο κανονικός κ' συγκρατημένος αλκοολικός.....	37
2.3.3	Ο παθολογικός αλκοολικός.....	38
2.3.4	Ο νευρωτικός αλκοολικός.....	38
2.3.5	Ο συμπτωματικός αλκοολικός.....	38
2.3.6	Ο εκ περιτροπής πότης.....	39

Κεφάλαιο 3

3.1	Αιθυλική αλκοόλη.....	40
3.2	Παραγωγή αιθυλικής αλκοόλης.....	41
3.3	Απορρόφηση κ' μεταβολισμός αιθυλικής αλκοόλης.....	42
3.4	Μέθη κ' παρεπόμενα μέθης.....	42
3.4.1	Μέθη.....	42
3.4.2	Αλληλεπιδράσεις του αλκοόλ με άλλες φαρμακευτικές ουσίες.....	44

Κεφάλαιο 4

4.1	Αιτιολογία.....	46
4.2	Γενετικοί κ' βιολογικοί παράγοντες.....	46
4.3	Φυσιολογικοί παράγοντες.....	48
4.4	Κοινωνικοί παράγοντες.....	48
4.5	Πολιτισμικοί παράγοντες.....	50
4.5.1	Επάγγελμα.....	51
4.5.2	Κοινωνικό περιβάλλον.....	52
4.5.3	Μέσα μαζικής ενημέρωσης.....	53
4.6	Ψυχολογικοί παράγοντες.....	53

Κεφάλαιο 5

5.1	Φάσεις αλκοολισμού.....	55
5.2	Προαλκοολική φάση.....	57
5.3	Πρόδρομη ή αρχική φάση.....	58
5.4	Κρίσιμη φάση.....	59
5.5	Χρόνια φάση.....	63
5.6	Τύποι αλκοολισμού.....	66

Κεφάλαιο 6

6.1	Καταστάσεις που οφείλονται σε κατάχρηση το αλκοόλ.....	73
6.2	Τα μωρά του αλκοόλ.....	82
6.3	Εμβρυϊκό αλκοολικό σύνδρομο.....	83
6.4	Πιθανές προγεννητικές επιπτώσεις.....	84

Κεφάλαιο 7

	Επιπλοκές.....	96
7.1	Αλκοολική τοξίκωση.....	96
7.2	Επιδράσεις στο καρδιαγγειακό σύστημα.....	98
7.3	Επιδράσεις στο αιμοποιητικό σύστημα.....	99
7.4	Επιδράσεις στο αναπνευστικό σύστημα.....	99
7.5	Επιδράσεις στο πεπτικό σύστημα.....	100
7.6	Επιδράσεις στο μεταβολικό κ' ενδοκρινικό σύστημα.....	103
7.7	Επιδράσεις στο νευρικό κ' μυϊκό σύστημα.....	107
7.8	Νευροψυχικές διαταραχές.....	109
7.9	Επιδράσεις στον εγκέφαλο.....	116
7.10	Ψυχολογικές Επιδράσεις.....	119
7.11	Καρκίνος.....	122
7.12	Επιδράσεις στο ήπαρ.....	123
7.13	Αλκοολική ηπατίτιδα.....	124
7.14	Παθογένεια αλκοολικής ηπατίτιδας.....	126
7.15	Διαγνωστική προσέγγιση της αλκοολικής ηπατοπάθεια.....	129
7.16	Κλινική εικόνα.....	130
7.17	Λιπώδης ήπαρ.....	130
7.18	Κίρρωση του ήπατος.....	132
7.19	Στερητικό αλκοολικό σύνδρομο.....	132

Κεφάλαιο 8

8.1	Θεραπεία.....	134
-----	---------------	-----

8.2	Θεραπευτική αντιμετώπιση επειγουσών καταστάσεων επιπλοκών του αλκοολισμού.....	134
8.3	Μακρόχρονη θεραπεία του αλκοολισμού.....	136
8.4	Θεραπευτικά προγράμματα.....	137
8.4.1	Ανώνυμος σύνδεσμος αλκοολικών.....	137
8.4.2	Ξενώνες.....	137
8.4.3	Κέντρα θεραπείας του αλκοολισμού.....	138
8.4.4	Ψυχολογική προσέγγιση.....	138

Κεφάλαιο 9

9.1	Πρόληψη.....	141
9.2	Μέτρα πρόληψης.....	143
9.3	Ατομικά Μέτρα πρόληψης.....	143
9.4	Γενικά Μέτρα πρόληψης.....	144
9.5	Ο ρόλος του νοσηλευτή.....	145
9.6	Νοσηλευτική διεργασία.....	148
9.7	Νοσηλευτική διάγνωση.....	148
9.8	Στερητικό σύνδρομο κ' Νοσηλευτική φροντίδα.....	149

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

Κεφάλαιο 10

10.1	Έρευνα -Ερωτηματολόγιο.....	153
10.2	Εισαγωγή.....	155
10.3	Υλικό κ' μέθοδος.....	156
10.4	Αποτελέσματα.....	157
10.5	Συζήτηση.....	192
	Βιβλιογραφία.....	194

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Για την ολοκλήρωση αυτής της εργασίας χρειάστηκε από την πλευρά μας αρκετός ζήλος και επιμονή. Θα ήταν άδικο αν δεν ευχαριστούσαμε τα άτομα που μας εμπύχωσαν κατά την διάρκεια της συγγραφής αυτής της εργασίας. Καταρχήν θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τον κ. Δετοράκη Ιωάννη, την κ. Γελαστοπούλου Ελένη την υπεύθυνη καθηγήτρια της εργασίας, όλους όσους συμπλήρωσαν ένα ερωτηματολόγιο, καθώς επίσης ένα μεγάλο ευχαριστώ στους γονείς μας για τις προσπάθειες που έχουν καταβάλει για την ολοκλήρωση των σπουδών μας.

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Ανησυχητικές διαστάσεις έχει πάρει τα τελευταία χρόνια στη χώρα μας το πρόβλημα που λέγεται « αλκοολισμός » . Χτυπά κυρίως τη νεολαία που όλο και περισσότερο αναζητά λύσεις στους τεχνητούς παραδείσους. Γι' αυτό και εμείς σαν φοιτητές ευαισθητοποιηθήκαμε από την αύξηση των αλκοολικών στη χώρα μας και αποφασίσαμε η πτυχιακή μας εργασία να έχει σα θέμα της τον αλκοολισμό. Δώσαμε ιδιαίτερη έμφαση στη νεαρή ηλικία και ειδικά στους φοιτητές του Α.Τ.Ε.Ι. Πατρών, και κάναμε μια έρευνα για να δούμε πώς 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. Εξάλλου αν αναλογιστεί κανείς την ευκολία με την οποία διατίθενται σήμερα τα οινόπνευματώδη και τα τεράστια χρηματικά ποσά που ξοδεύονται για τη διαφήμιση τους σε έναν κόσμο απληροφόρητο για τις δυσάρεστες συνέπειες του αλκοολισμού, μπορεί εύκολα να αντιληφθεί τους λόγους εξαπλώσεως του, στη σημερινή 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 κατεβάλαμε για την συγγραφή αυτής της πτυχιακής εργασίας και με τις γνώσεις που αποκτήσαμε δουλεύοντας την να μπορέσουμε κι εμείς να βοηθήσουμε έστω και λίγο όσους αντιμετωπίζουν το πρόβλημα αυτό. Τέλος θα θέλαμε να σημειώσουμε ότι η ανάπτυξη της θεματολογίας μας βασίστηκε τόσο στη μελέτη σχετικής βιβλιογραφίας όσο και στην έρευνα με τη συμπλήρωση ειδικών ερωτηματολογίων AUDIT της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στα βάθη της ιστορίας χάνονται τα πρώτα ίχνη χρήσης αλκοολούχων ποτών. Συγκεκριμένες οι αναφορές στα Ομηρικά Έπη. Σύμβολο χαράς, εορταστικό, απαραίτητο συμπλήρωμα κάθε σημαντικού γεύματος και μάλιστα από τότε διαχωρισμένο σε υψηλές και μέτριες ποιότητες με έναν δικό του θεό, τον Διόνυσο και αμέτρητους, θεραπευτές. Ακόμα και στα πνευματικά συμπόσια της Αρχαίας Αθήνας η μέτρια κατανάλωση οίνων θεωρείτο ότι βοηθούσε στην ανταλλαγή σκέψεων και απόψεων. Επικίνδυνο παιχνίδι όμως για τον άμαθο, αυτόν που δεν μπορούσε να κρατήσει το «μέτρον», χλευασμός ήδη στα αρχαία κείμενα για τον μέθυσο, γι' αυτόν που το οινόπνευμα του πήρε την κρίση τον ζάλισε και τον τύφλωσε, όπως φρόντισε να κάνει και ο πολυμήχανος Οδυσσέας στον κύκλωπα Πολύφημο. Από τότε όμως πέρασαν χιλιάδες χρόνια. Αυτά όμως που ίσχυαν τότε φαίνεται να ισχύουν και σήμερα. Εκατομμύρια άνθρωποι σ' όλο τον κόσμο κάνουν συχνή χρήση οινοπνευματωδών ποτών, γιορτάζουν, χαίρονται, διασκεδάζουν, κλείνουν δουλειές και καταπίνουν ίσως και κανένα φαρμάκι με κανένα ποτηράκι. Εκατομμύρια όμως είναι και αυτοί που έχασαν τον έλεγχο, που τους «πήρε από κάτω», τους διέλυσε την οικογένεια, τους σταμάτησε από δουλειά, τους κατέστρεψε την ψυχή και το σώμα τους οδήγησε νωρίς στον θάνατο. "Νερό της φωτιάς" το ονόμασαν οι ινδιάνοι γιατί πράγματι κάηκαν με αυτό. Σήμερα, η από πολλών ετών βιομηχανοποίηση και εμπορευματοποίηση των οινοπνευματωδών ποτών κατήργησε σταδιακά της παραδοσιακές σχέσεις με αυτό και οπωσδήποτε ζούμε μια κατάσταση, τουλάχιστον στον ελληνικό χώρο αρκετά διαφορετική από ότι πριν 25-30 χρόνια. Τα αμερικανικό - ευρωπαϊκά ήθη και έθιμα εισήλθαν τις τελευταίες μία-δυ δεκαετίες και στον ελληνικό χώρο αλλάζοντας σταδιακά τον αλκοολικό χάρτη της πατρίδας μας. Εδώ βέβαια θα πρέπει να κάνουμε μια παρένθεση και να πούμε ότι ο αλκοολισμός ήταν και είναι το υπ' αριθμόν ένα πρόβλημα των πρώην ανατολικών κρατών, στην ελληνική όμως κοινωνία καθοριστικό ρόλο έπαιξαν οι εκ δυτικών εισαγόμενες

συνήθειες. Τελικά όλοι πίνουν, η σχεδόν όλοι. **Που αρχίζει όμως το πρόβλημα; Που τελειώνει η κοινωνική συμπεριφορά και που αρχίζει ο αλκοολισμός;**

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ

Κεφάλαιο 1^ο

1.1 Ιστορική αναδρομή

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

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

Ο Δάρδανος αναφέρει ότι η τεχνική της απόσταξης του οινοπνεύματος τοποθετείται περίπου στο 1100μ.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 το 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 «Agua Vitae» και αρωματίζεται συνήθως με καρπούς κέθρου ³.

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

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

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

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

Οι Κινέζοι απέσταζαν ένα ποτό από μπίρα ρυζιού γύρω στο 800π.Χ. ενώ το άρακ αποσταζόταν στις Ανατολικές Ινδίες από καλαμοσάκχαρο και ρύζι. Οι Άραβες ανέπτυξαν μια μέθοδο απόσταξης για την παραγωγή ποτού από κρασί. Ο Έλληνας φιλόσοφος 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 1100μ.Χ. Η παρασκευή ποτών με απόσταξη ήταν γνωστή στη Βρετανία πριν από την Ρωμαϊκή κατάκτηση. Ποτά με απόσταξη προφανώς παρασκευάζονταν στην Ισπανία, την Γαλλία και την υπόλοιπη Δυτική Ευρώπη και παλαιότερα, η παραγωγή όμως ήταν περιορισμένη μέχρι τον 18^ο 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 ότι η χρήση τους χρονολογείται τουλάχιστον από το μεσαίωνα. Κατά τα μέσα του 17^{ου} αιώνα, η παραγωγή ποτών από αυτά ήταν τόσο σημαντική ώστε επιβλήθηκε σε πολλές χώρες κυβερνητικός έλεγχος. Καθώς οι μέθοδοι παραγωγής βελτιώνονταν και ο όγκος της παραγωγής αυξανόταν, η βιομηχανία ποτών με απόσταξη έγινε σημαντική πηγή εισοδήματος. Συχνά επιβάλλονταν αυστηροί έλεγχοι τόσο στην παραγωγή όσο και στην πώληση των ποτών εξ αποστάξεως.

Η παραγωγή 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 1770π.Χ.] ρύθμιζε θέματα των ποτοπωλείων.

Το νερό, πολύτιμο υλικό στους πρώιμους αγροτικούς πολιτισμούς, ήταν πιθανώς το πρώτο υγρό που χρησιμοποιήθηκε ως προσφορά λατρευτικές τελετές. Υστεροτέρα, άλλα υγρά – το γάλα, το μέλι και αργότερα το κρασί [σε ορισμένες θρησκείες, η μύρα] – 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 εξάρτησης φαίνεται ότι δεν άργησε να γίνει αντιληπτή, και η αναγνώριση των ιδιοτήτων τους αποδόθηκε φυσικά σε υπερφυσικά πνεύματα και θεούς ².

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

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 2100π.Χ. που ανακαλύφθηκαν στη Μεσοποταμία, αναφέρουν το οινόπνευμα στα είδη που παρέχονται ως ημερομίσθιο στους εργάτες. «Ψωμί και μύρα για μια μέρα» ⁵.

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

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

καθημερινή πρακτική, δημιουργώντας συχνά δυσχέρειες στην κυβέρνηση και συνοδευόμενες από οξείες και χρόνιες ασθένειες. Υπάρχουν άφθονες ενδείξεις ότι μερικοί λαοί αγαπούσαν τόσο πολύ το ποτό και παραδίδονταν σε τέτοιο βαθμό στη μέθη, που πρέπει να θεωρηθούν αλκοολικοί².

1.2 Αρχαία Ελλάδα

Όσο και να ψάξει κανείς στα πρώτα ιστορικά δείγματα, στην περίοδο του μύθου, το κρασί είναι παρόν. Τόσο αυτό, όσο και η δράση του στον ψυχικό κόσμο του ανθρώπου. Φάρμακο και πηγή δύναμης από την μια, δηλητήριο και πηγή δυστυχίας από την άλλη. Τίποτα λοιπόν το νεώτερο, όσον αφορά τη σχέση του με τον άνθρωπο⁶.

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

Διαμέσου των αιώνων, το αλκοόλ έχει επίσης χρησιμοποιηθεί ως ουσία με αναλγητικές ιδιότητες και ως αναισθητικό στη χειρουργική. Εκτός αυτών, το αλκοόλ μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως τροφή, ως καύσιμη ύλη και πάνω απ' όλα ως ουσία με ανασταλτικές ιδιότητες που «διευκολύνουν» τις διαπροσωπικές και κοινωνικές διαδικασίες¹.

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

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

Στην κλασική Ελλάδα η χρήση του οίνου, «άκρατου» ή «κεκραμένου», αναφέρεται συχνότατα σε ιστορικές πηγές, με χαρακτηριστικότερο ίσως παράδειγμα το Συμπόσιο του Πλάτωνα. Είχε, άλλωστε, συνδεθεί με τις δημοφιλείς θρησκευτικές τελετές των Διονυσίων³.

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

Συμπόσια επίσης διοργανώνονταν κατά τη διάρκεια των μεγάλων Διονυσίων σε διάφορες πόλεις της Ελλάδας⁸.

Λεπτομερείς φαρμακολογικές περιγραφές για την επίδραση του κρασιού στον ανθρώπινο οργανισμό και τη συμπεριφορά του μεθυσμένου ανθρώπου μας δίνει ο Πλίνιος ο Πρεσβύτερος³. στον πρώτο αιώνα μ.Χ. ο Πλίνιος ο Πρεσβύτερος παρατήρησε με δυσαρέσκεια : «Δεν υπάρχει χώρα στον κόσμο όπου να μην μεθούν». Αργότερα οι εξερευνητές περιοδεύοντας τον κόσμο, που είχε μεγαλώσει πολύ από την εποχή του Πλίνιου, βρήκαν παντού το οινόπνευμα⁵.

Κατά ανάλογο τρόπο, ο Αθήναιος περιγράφει τα έθιμα σχετικά με την οινοποσία σε βαρβάρους λαούς, όπως οι Λύδιοι, οι Πέρσες, οι Σκύθες και οι Καρχηδόνιοι. Ειδικότερα για τους Μακεδόνες, αναφέρει ότι ήταν τόσο γεροί πότες, ώστε από το πολύ πιωτό στο τέλος του συμποσίου ήταν αδύνατο να φάνε³.

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

προκαλεί, εύνοια στην προσφορά του που εκφράζει εγκαρδιότητα, ευτυχία και φιλική διάθεση. Ο Σωκράτης πίνει αλλά δεν μεθάει, διότι «ενσαρκώνει την απόλυτη κυριαρχία του έλλογου πάνω στο άλογο». Πρόκειται για την διαφορά του από τις χυδαίες εκδηλώσεις των δειπνοσοφιστών με την αχαλίνωτη λαιμαργία του για οινοποσία⁹.

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

Στη φιλοσοφία των Ελλήνων δεν σπανίζουν οι προειδοποιήσεις για τις βλαβερές συνέπειες της υπερβολικής οινοποσίας, αλλά σ' αυτό υπερέχουν οι κλασικοί των Εβραίων Χαναανιτών. Οι παλαιότερες αναφορές στη βίβλο δείχνουν ότι το άφθονο κρασί θεωρούνταν ευλογία, όπως το άφθονο γάλα και μέλι, τα δημητριακά και οι καρποί².

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

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

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

1.3 Ελληνιστικοί Χρόνοι

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

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

1.4 Βυζαντινοί Χρόνοι

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

σε πολλούς λαούς ως και τους Ρώσους. Η διακίνηση οίνου ήταν ένας σημαντικός πόρος για την οικονομία. Χαρακτηριστικό παράδειγμα σχετικά με τις μεγάλες καλλιέργειες σταφυλιού αποτελεί μια πλούσια, η Δανηλίδα η οποία είχε 2.000 δούλους για την καλλιέργεια των αμπελιών που είχε στην ιδιοκτησία της ¹¹.

1.5 Ρωμαϊκοί Χρόνοι

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

1.6 Χριστιανικοί Χρόνοι

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

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

1.7 Περίοδος Τουρκοκρατίας

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

1.8 Αμερική – Ευρώπη – Ασία

Τον 16^ο αιώνα ο Μπερνάρ Ντιάζ ντέλ Καστίλλο [Bernard Diaz del Castillo], ο σύντροφος του Κορτέζ στην κατάκτηση του Μεξικού από τους Ισπανούς, περιέγραψε έτσι αυτή τη χώρα : «Είναι γεμάτη από magueys [αλόη σαρκώδης], φύλλα από τα οποία οι κάτοικοι κάνουν κρασί». Σήμερα ακόμη οι Μεξικάνοι πίνουν πούλκε, που λαμβάνεται με τη ζύμωση του χυμού του maguey, καθώς και απόσταγμα του ίδιου φυτού, γνωστό ως τεκίλα. Διακόσια πενήντα χρόνια περίπου μετά τον Κορτέζ ο θαλασσοπόρος Κουκ, ταξιδεύοντας στον Ειρηνικό, σημείωνε ότι στα ειδυλλιακά νησιά της Πολυνησίας οι ιθαγενείς έπιναν ένα ρακί ονομαζόμενο κάβα, που βγαίνει από μια ποικιλία της πιπεριάς. Ο Σκότος εξερευνητής Μούνγκο Πάρκ, καθώς οδηγούσε ένα караβάνι στην έρημο της Σαχάρας, παρατήρησε ότι οι ιθαγενείς παρασκεύαζαν «ένα ποτό που η γεύση του θυμίζει τη δυνατή 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 ⁵ .

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 θείκες καταστάσεις μέθης. Και εδώ, με το πέρασμα του χρόνου, το ιερό ποτό κοσμικοποιήθηκε, ακόμη και όταν εξακολουθούσε η θρησκευτική του χρήση, και προκαλούσε ζητήματα δημόσια και ιδιωτικά. Η ιστορία της Κίνας, π.χ. περιλαμβάνει αρκετές άκαρπες προσπάθειες έλεγχου 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 Κεϋλάνδης,

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

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

Στην Αφρική το καλαμπόκι, το κεχρί, οι μπανάνες, το μέλι, ο χυμός της χουρμαδιάς και του μπαμπού, καθώς και πολλά φρούτα έχουν χρησιμοποιηθεί για την παραγωγή με ζύμωση θρεπτικής μπίρας και κρασιών, όπως η γνωστή μπίρα Καφίρ και τα κρασιά από 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 Παπάγκο των νοτιοδυτικών Ηνωμένων Πολιτειών έφτιαχναν κρασί από κάκτο, και οι Ταραχουμάρα του βόρειου Μεξικού έφτιαχναν μπίρες από καλαμπόκι και είδη αγαύης, ενώ σε ολόκληρη την Κεντρική και Νότια Αμερική οι ιθαγενείς έφτιαχναν τσίτσα [chichi] και άλλα οινοπνευματώδη ποτά από καλαμπόκι, βολβούς, καρπούς, άνθη και χυμούς.

Στην 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 δυο χώρες σε πολλά σημεία. Οι Γάλλοι γονείς εκδηλώνουν συνήθως μια έντονη στάση, είτε ευνοϊκή είτε αρνητική, απέναντι στην κατανάλωση που κάνουν τα παιδιά τους, οι Ιταλοί γονείς χαρακτηριστικά μαθαίνουν τα παιδιά τους να πίνουν κρασί χωρίς καθόλου συναισθηματικές προεκτάσεις. Τα Ιταλικά πρότυπα για τα ασφαλή όρια κατανάλωσης είναι χαμηλότερα από τα Γαλλικά και η μέθη

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

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

Υπάρχουν ενδείξεις ότι στην Πολωνία η μετακίνηση του νεαρού πληθυσμού από τα αγροτικά στα αστικά βιομηχανικά κέντρα είχε ως αποτέλεσμα αυτό που οι αρχές θεωρούν αύξηση της μεγάλης κατανάλωσης ή αλκοολισμού. Η βότκα είναι το συνηθισμένο ποτό. Παρόμοιες πληροφορίες προέρχονται και από την Γιουγκοσλαβία, όπου τα παλιά χωριάτικα έθιμα, μολονότι επέτρεπαν την μεγάλη κατανάλωση, συγκρατούσαν τις υπερβολές. Στη Σοβιετική Ένωση τα ολοένα αναπτυσσόμενα προγράμματα 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, την Νέα Ζηλανδία, και σε μεγάλο μέρος του Καναδά. Και στις χώρες αυτές η μεγαλύτερη κατανάλωση γίνεται στα μπαρ που επιτρέπουν προφανώς έναν ευχάριστο τύπο παρατεταμένης, αλλά όχι κατ’ ανάγκην στενής κοινωνικότητας, διατηρώντας τον βαθμό ανεξαρτησίας που προτιμά ο καθένας. Η κατανάλωση ως έναν μέτριο βαθμό μέθης φαίνεται να είναι αποδεκτή και σε ορισμένες από τις χώρες αυτές θεωρείται ότι αποτελεί την ανεκτική στάση της κοινωνίας η οποία εξηγεί ως ένα βαθμό την ανάπτυξη του αλκοολισμού ².

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

Κατά το πρώτο ήμισυ του 18^{ου} αιώνα, η ευρεία χρήση οινοπνεύματος οδηγεί στις πρώτες κλινικές παρατηρήσεις για τις επιπτώσεις του στη διατροφή και υγεία των καταναλωτών. Παρ’ όλα αυτά, ιδιαίτερη σημασία δίνεται κυρίως στις κοινωνικές επιπτώσεις από την κατάχρηση του οινοπνεύματος. Την εποχή της βρετανικής ποτοαπαγόρευσης [1936], ο Thomas Wilson δημοσιεύει 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 διαφορά έργα τέχνης περιέγραφαν με λεπτομέρειες σκηνές ομαδικής μέθης και κραιπάλης. Η γενικότερη αυτή στάση απέναντι στο θέμα του αλκοολισμού οδήγησε το 1951 στη θέσπιση ειδικού νόμου [Gin Act], που επέβαλε φορολογία στο καθαρό οινόπνευμα, απαγόρευσε την ελεύθερη χρησιμοποίηση των αποστακτήρων, καθώς και την αποθήκευση οινόπνευματος.

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

1.9 Η ποτοαπαγόρευση

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

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 Μαίην απαγόρευσε από το 1846 τη χρήση και το εμπόριο οινόπνευματωδών ποτών. Άρχισαν να την μιμούνται και άλλες πολιτείες της Βόρειας Αμερικής ως το 1860. Από τότε εκδηλώθηκε μεγάλη αντίδραση από την πλευρά εκείνων που ζημιώνονταν από την ποτοαπαγόρευση και σιγά σιγά πέτυχαν την κατάργησή της.

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

από το Κογκρέσο γενική ποτοαπαγόρευση για όλες ανεξαιρέτα τις πολιτείες της Βόρειας Αμερικής με το νόμο Βόλστηντ, που καταργήθηκε αργότερα εξαιτίας της επικίνδυνης εξάπλωσης του παράνομου εμπορίου των οινοπνευματωδών¹³.

1.9.1 Η ποτοαπαγόρευση (1920)

Σύμφωνα όμως με όσα αναφέρει ο Γρίβας, το αίτημα της ποτοαπαγόρευσης άρχισε να προβάλλεται από τη Γυναικεία Ένωση Χριστιανικής Εγκράτειας [WCTU], που ιδρύθηκε το 1874, εξελίχθηκε σε μια πανίσχυρη οργάνωση υπό την ηγεσία της Frances Willard [1874-1894] και άρχισε να παρακμάζει από τις αρχές του 20^{ου} αιώνα υπό την καθοδήγηση της Kary Dayson. Η WCTU ανέπτυξε έντονη δράση και, ασκώντας πιέσεις στις τοπικές αρχές και τους αντιπρόσωπους 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 των Μπαρ [Anti-Saloon League]. Η Ένωση Εναντίον των Μπαρ ήταν μια γυναικοκρατούμενη οργάνωση, που ιδρύθηκε στο Οχάιο το 1893, απλώθηκε γρήγορα σε όλη τη χώρα και εξελίχθηκε σ' έναν πανίσχυρο οργανισμό, που διέθετε πλούσια χρηματοδότηση και μπορούσε να επηρεάζει τα κέντρα λήψης των πολιτικών αποφάσεων. Το 1913 η ένωση ασκώντας πιέσεις στο Κογκρέσο πέτυχε να ψηφιστεί ο νόμος Wedd – Kenyon, που απαγόρευε την αποστολή οινοπνευματωδών ποτών από τις πολιτείες που επέτρεπαν στις πολιτείες που απαγόρευαν το αλκοόλ. Αλλά οι πολέμιοι του αλκοόλ δεν ήταν ικανοποιημένοι μ' αυτή τη ρύθμιση και άρχισαν να επιδιώκουν την απαγόρευση του οινοπνεύματος σε όλες τις πολιτείες.

Το 1914 ο γεροϋσιαστής 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 τη λίστα των φάρμακων της. Το 1917 η Αμερικανική Ιατρική Εταιρεία [AMA] υποστήριξε το προτεινόμενο μέτρο, διακηρύσσοντας ότι :

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

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

Η πίεση των συντηρητικών κύκλων και η αποδυνάμωση των αντιπάλων της ποτοαπαγόρευσης επέτρεψαν να ψηφιστεί από τη Βουλή το 1916 η πρόταση νόμου για την απαγόρευση του αλκοόλ, να εγκριθεί από το Κογκρέσο με 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 ολόκληρου του πλανήτη, πυροδοτώντας όλα τα φαινόμενα της κοινωνικής παθολογίας, δίνοντας ώθηση στην εγκληματικότητα, αυξάνοντας τον ποινικό πληθυσμό, πολλαπλασιάζοντας τον αριθμό των αλκοολικών και των θανάτων από νοθευμένο οινόπνευμα και ισχυροποιώντας σε πρωτοφανή βαθμό το οργανωμένο έγκλημα.

Εδάφιο 1 : ένα χρόνο μετά την κύρωση του παρόντος άρθρου, απαγορεύεται η παραγωγή, πώληση, μεταφορά, εισαγωγή ή εξαγωγή οινοπνευματωδών στις Ηνωμένες Πολιτείες 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 την εφαρμογή του παρόντος άρθρου.

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

1.9.2 Οι συνέπειες της ποτοαπαγόρευσης

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

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

δηλητηρίων της μαύρης αγοράς γέννησαν τεράστια προβλήματα δημόσιας υγείας και υπονόμισαν τα συστήματα παροχής ιατρικής φροντίδας. Το οργανωμένο έγκλημα μετασχηματίστηκε σε θεσμικό στοιχείο της δημόσιας ζωής. Η εγκληματικότητα και ο ποινικός πληθυσμός αυξήθηκαν με πρωτοφανής ρυθμούς και δημιούργησαν ένα πλήθος προβλημάτων δημόσιας τάξης, που έκτοτε αναπαράγονται διευρυμένα. Η διαφθορά των κρατικών και των κυβερνητικών οργάνων πήρε τρομακτικές διαστάσεις¹⁴.

Λιγότερο ολοκληρωτικές προσπάθειες να τεθεί υπό έλεγχο η χρήση του οινοπνεύματος περιλαμβάνουν το σύστημα της άδειας πώλησης οινοπνευματωδών που περιορίζει τον αριθμό και τον τόπο των καταστημάτων πώλησης, τον περιορισμό στις ώρες και τις μέρες πώλησης, την απαγόρευση πώλησης σε νεαρά άτομα, κανονισμούς για την περιεκτικότητα των ποτών σε οινόπνευμα, το μέγεθος των δοχείων, την διαφήμιση, τις τιμές ή το κέρδος. Ορισμένες κυβερνήσεις, όπως της Φιλανδίας και αρκετών πολιτειών των ΗΠΑ, επιδιώκουν να εξαλείψουν το κίνητρο του προσωπικού κέρδους από την πώληση των οινοπνευματωδών ποτών κρατώντας το μονοπώλιο της διάθεσης τους. Όλες οι κομμουνιστικές χώρες έχουν κρατικό μονοπώλιο. Δεν υπάρχουν όμως ενδείξεις ότι αυτό έφερε καμία διαφορά στη σύνθεση, στο πλήθος ή στη σοβαρότητα των προβλημάτων. Ορισμένες κυβερνήσεις, όπως της Σουηδίας, της Φιλανδίας και της πολιτείας του Οχάιο των ΗΠΑ, προσπάθησαν να θέσουν υπό έλεγχο την ατομική κατανάλωση με ένα σύστημα ατομικών δελτίων για την προμήθεια τους. Στη Σουηδία το σύστημα αυτό εγκαταλείφθηκε, αφού δοκιμάστηκε 38 χρόνια. Προφανώς, εκείνοι που ήθελαν να πιουν πολύ μπορούσαν να βρουν αποθέματα, ακόμη και όταν είχαν μείνει χωρίς δελτία².

ι. Αύξηση της παραγωγής και της κατανάλωσης του αλκοόλ

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

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

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

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

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

ii. Επιδείνωση των δεικτών υγείας

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

iii. Ισχυροποίηση του οργανωμένου εγκλήματος

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

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

1. Να αναλάβουν αμέσως τη διαχείριση άλλων κερδοφόρων δραστηριοτήτων [νόμιμη εμπορία οινοπνεύματος, τυχερά παιχνίδια, πορνεία, ναρκωτικά, εργολαβίες δημοσίων έργων, «προστασία» μαγαζιών κ.α.]

2. Να επιβάλουν την παρουσία τους στην αμερικανική κοινωνία ως θεσμός παράλληλος με την κρατική εξουσία. Η διαρκώς αυξανόμενη επιρροή των διάφορων εκφάνσεων του οργανωμένου εγκλήματος αποδείχθηκε μερικά χρόνια αργότερα, όταν, μετά την είσοδο των ΗΠΑ στον πόλεμο, η αμερικανική κυβέρνηση αναγκάστηκε να συνάψει την περιβόητη Pax Luciana με την αμερικανοϊταλική Μαφία και τον αρχηγό της Lucky Luciano, προκειμένου να εξασφαλίσει τον έλεγχο του λιμανιού της Νέας Υόρκης και να το προστατέψει από ενδεχόμενα σαμποτάζ του εχθρού.

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

iv. Αύξηση της εγκληματικότητας και του ποινικού πληθυσμού

Η ποτοαπαγόρευση πυροδότησε μια αλματώδη αύξηση της εγκληματικότητας και συγχρόνως καθιέρωσε μια καινούργια κατηγορία εγκλημάτων [τις ανθρωποκτονίες και τις ένοπλες ληστείες που συνδέονταν με τη διακίνηση του παράνομου αλκοόλ].

v. Καλπασμός της διαφθοράς

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

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

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

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

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

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

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

1.9.3 Η άρση της ποτοαπαγόρευσης (1933)

Το 1930, ο γερουσιαστής Morris Sheppard του Τέξας, φανατικός υπέρμαχος της απαγόρευσης του οινοπνεύματος και συντάκτης της 18^{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 τη 18^η Τροπολογία του 1920, βάζοντας τέλος σε μια ανώμαλη κατάσταση, απ' την οποία μόνος κερδισμένος ήταν το οργανωμένο έγκλημα και μοναδικός χαμένος η αμερικανική κοινωνία.

Με την κατάργηση της 18^{ης} Τροπολογίας, της μοναδικής συνταγματικής τροπολογίας που καταργήθηκε μέχρι σήμερα στις ΗΠΑ, η αμερικανική κοινωνία βγήκε από τον εφιάλτη της απαγόρευσης του αλκοόλ ¹⁴.

Ουσιαστικά η πιο διαδεδομένη σε παγκόσμια κλίμακα νομοθετική ρύθμιση σχετικά με τα οινοπνευματώδη ποτά είναι η φορολογία, που συνήθως είναι αρκετά βαριά. Όμως αν και η πολιτική της φορολογίας μπορεί να αποσκοπεί φαινομενικά στην μείωση της κατανάλωσης ή στον έλεγχο των αδειούχων πωλητών, η πραγματική επιδίωξη είναι τα έσοδα. Σε οποιαδήποτε περίπτωση, καμία 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 ².

Κεφαλαίο 2^ο

2.1 Επιδημιολογικά στοιχεία

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

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

Το 1979 όλες οι Ευρωπαϊκές χώρες είχαν κατά κεφαλή κατανάλωση αλκοολούχων ποτών πάνω από 10 lt. το χρόνο και δυο χώρες [Ολλανδία και Γερμανία] είχαν κατά κεφαλή κατανάλωση πάνω από 300lt. το χρόνο.

Το 1992 στις χώρες της Ε.Ο.Κ. είχαμε 17.000 νεκρούς και 560.000 σοβαρά τραυματίες από αυτοκινητιστικά ατυχήματα που προκλήθηκαν από οδηγούς που αποδεδειγμένα είχαν κάνει κατάχρηση αλκοόλ.

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

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

Ελλάδα

- Ø Στη χώρα μας στα τέλη της δεκαετίας του '70 η κατά κεφαλή και κατ' έτος κατανάλωση ήταν 18-20 λίτρα καθαρού οινοπνεύματος [στοιχεία Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας].
- Ø Στη δεκαετία 1970-1980 η συνολική ετήσια αύξηση στην κατανάλωση αλκοολούχων ποτών στη χώρα μας ήταν 18,6%.
- Ø Σήμερα η κατά κεφαλή και κατά χρόνο κατανάλωση κρασιού στην Ελλάδα είναι περίπου 40lt. Προβλέπεται ότι στα επόμενα 5χρόνια και η ετήσια κατά κεφαλή κατανάλωση μύρας θα φθάσει τα 40lt. το χρόνο.
- Ø Η χώρα μας το 1982 ήταν 22^η μεταξύ 37 χωρών σε κατά κεφαλή κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών και 17^η σε θανάτους από κίρρωση του ήπατος με 12,3 θανάτους ανά 100.000 κατοίκους. Το 1983 ανέβηκε στους 13.6 θανάτους ανά 100.000 κατοίκους.

Γαλλία

- Ø Σε κάθε άτομο αναλογούν 22,5 λίτρα καθαρού οινοπνεύματος το χρόνο.
- Ø Το αλκοόλ είναι η 4^η στη σειρά αιτία θανάτων : το 1971 πέθαναν 33.500 άτομα.
- Ø Το 9% των οδικών ατυχημάτων οφείλεται σε νέους που οδηγούσαν υπό την επήρεια αλκοόλ .
- Ø Το 7% του πληθυσμού καταναλώνει καθημερινά ποσότητα οινοπνευματωδών που περιέχει 200ml αιθανόλης.
- Ø Το 1974 η θνησιμότητα από ηπατική κίρρωση ανήλθε στα 32,8 ανά 100.000 άτομα.
- Ø 5.000.000 άτομα είναι αλκοολοτοξικοί [2.000.000 αλκοολικοί και 3.000.000 που πίνουν μεγάλες ποσότητες αλκοόλ].
- Ø Το κόστος στην εθνική οικονομία της Γαλλίας είναι αστρονομικό : για το 1969 υπολογίζεται σε 1.091.000.000 φράγκα. Το ποσό αυτό σήμερα έχει υπερδιπλασιαστεί.

Αγγλία

- Ø Ο αριθμός των καταδίκων μεθυσμένων νεαρών ανέβηκε από 5.000 περίπου το 1958 στις 12.000 περίπου το 1968 και έχει υπερδιπλασιαστεί στις μέρες μας.
- Ø Μεταξύ 1949 και 1974 οι θάνατοι από ηπατική κίρρωση αυξήθηκαν κατά 70%.

Γερμανία

- Ø Μεταξύ 1950 και 1975 έχουμε αύξηση των θανάτων από κίρρωση του ήπατος κατά 176%.
- Ø Ο αριθμός των αλκοολικών νέων [κάτω των 20 ετών] ανέρχονταν το 1957 στις 16.000 ενώ το 1974 ανέβηκε στις 96.000.
- Ø Υπάρχουν 1,8 εκατομμύρια αλκοολικοί ασθενείς που χρειάζονται θεραπεία.
- Ø Τα ποσοστά των αλκοολικών έφηβων φθάνει το 8-9% του συνόλου των αλκοολικών της χώρας.

Σοβιετική Ένωση

- Ø Το 25% των αλκοολικών άρχισε να πίνει συστηματικά πριν το 15^ο έτος της ηλικίας τους.
- Ø Επίσημα στοιχεία ενοχοποιούν την κατάχρηση οινοπνεύματος στις 80% των περιπτώσεων ληστείας 90% των φόνων και 35% των αυτοκινητιστικών δυστυχημάτων.

Πολωνία

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

Ελβετία

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

Σουηδία

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

Η.Π.Α.

- Ø Η θνησιμότητα από ηπατική κίρρωση το 1974 ήταν 15,8 ανά 100.000 άτομα.
- Ø Το 1976 η κατά κεφαλή κατανάλωση αιθανόλης ήταν 8,1 λίτρα το χρόνο.
- Ø Τα ποσοστά του αλκοολισμού σε παλιότερες εκτιμήσεις ανέρχονται σε 4.390 ενήλικα άτομα ανά 100.00 κατοίκους.
- Ø Οι εξαρτημένοι από το οινόπνευμα ασθενείς ανέρχονται στο 7,3% των ανδρών[4,4 εκατομ.] και 1,3 των γυναικών[0,8 εκατομ.] του γενικού πληθυσμού άνω των 20 ετών.

2.2 Ορισμός του αλκοολισμού

Η λέξη AL – COHOL είναι αραβική και σημαίνει λεπτό. Τον όρο «Αλκοολισμός» επινόησε ο καθηγητής της Στοκχόλμης MAGNOYS HUSS το 1852 για να χαρακτηρίσει το σύνολο των αποτελεσμάτων που

προκαλούνται από την αλκοολική δηλητηρίαση του νευρικού συστήματος.

Αλκοολισμός είναι μια συγκεκριμένη κατάσταση, που χαρακτηρίζεται από διαταραχές της υγείας και ειδικούς τρόπους συμπεριφοράς. Ο αλκοολισμός δεν είναι σε θέση να ελέγχει, δηλαδή απολαμβάνει ποσότητες οινοπνεύματος με τέτοιο τρόπο που προκαλεί βλάβες τόσο στην υγεία του, όσο και στις προσωπικές του σχέσεις με άλλους.



Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ. αλκοολισμός είναι κάθε κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών η οποία ξεφεύγει από την παράδοση και ειδική χρήση οινοπνεύματος ή δεν ανταποκρίνεται στα πλαίσια της κοινωνικής συναναστροφής, μέσα σε μια συγκεκριμένη κοινωνική ομάδα, ανεξάρτητα από τους αιτιολογικούς παράγοντες μιας τέτοιας συμπεριφοράς.

Ο Π.Ο.Υ. ορίζει ως αλκοολικό το άτομο, που χαρακτηρίζεται από υπερβολική κατανάλωση οινοπνεύματος και του οποίου η εξάρτηση από αυτό έχει φθάσει σε τέτοιο βαθμό, ώστε διακρίνονται έντονα σημεία βλάβης της υγείας του- σωματικά και ψυχικά- διαταραχές στην επικοινωνία του με τους συνανθρώπους του, όπως και βλάβες στο κοινωνικό και οικονομικό του περιβάλλον ή πρόδρομα σημεία μιας τέτοιας εξέλιξης. Το αλκοόλ περιλαμβάνεται στις ουσίες αυτές που χαρακτηρίζονται ουσίες εξάρτησης.

Η λήψη οινοπνευματωδών είναι κοινωνικό και σχεδόν παγκόσμιο φαινόμενο. Συνίσταται άλλοτε σε καθημερινή κατανάλωση [συνηθισμένη περίπτωση σε οινοπαραγωγούς ή ζυθοπαραγωγούς χώρες] και άλλοτε σε ευκαιριακή κατανάλωση, περιορισμένη στις εξόδους του Σαββατοκύριακου ή σε εξαιρετικές περιστάσεις, π.χ. κοινωνικές εκδηλώσεις. Η πλειοψηφία των καταναλωτών είναι μετριοπαθείς πότες [buvEURs moderes] και περιορίζουν χωρίς δυσκολία την κατανάλωση οινοπνεύματος σε λογικές ποσότητες. Οι αλκοολικοί [με στενή έννοια

της εξάρτησης από το οινόπνευμα] αντιπροσωπεύουν μια μικρή μειοψηφία που υπολογίζεται στο 6% του συνόλου των καταναλωτών. Οι βαρείς πότες [buveurs excessifs] είναι αυτοί που καταναλώνουν μεγάλες ποσότητες χωρίς να είναι εξαρτημένοι. Παρόλα αυτά η εξάρτηση μπορεί να εγκατασταθεί μετά από πολυετή υπερβολική κατανάλωση [δευτερογενής αλκοολισμός]. Οι βαρείς πότες είναι εκτεθειμένοι στις σωματικές επιπλοκές, που οφείλονται στην κατάχρηση οινοπνεύματος.

2.3 Τύποι Αλκοολικών

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

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

Οι τύποι των αλκοολικών είναι οι ακόλουθοι :

2.3.1 Ο ανύποπτος αλκοολικός

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

2. 3.2 Ο κανονικός και συγκρατημένος αλκοολισμός

Χρησιμοποιούμε αυτό τον όρο για να περιγράψουμε τον αλκοολικό που πρέπει να πίνει κάθε μέρα. Η καθημερινή ποσότητα μπορεί να είναι αξιοσημείωτη αλλά δε βιάζεται να ξοδέψει τα χρήματα που έχει μαζί του. Είναι ικανός να ρυθμίζει την υπερβολική του κατανάλωση. Επιπλέον δεν

αντέχει περισσότερο από μια μέρα χωρίς ποτό αλλά σπάνια φτάνει στη βαριά μέθη. Χαρακτηριστικό αυτού του τύπου αλκοολικού είναι ότι μπορεί να ελέγχει τη ποσότητα που πίνει κάθε στιγμή.

2.3.3 Ο παθολογικός αλκοολικός

Σε αυτό τον τύπο ο αλκοολικός μια φορά ξεκινά να πίνει και δεν μπορεί να σταματήσει. Συνεχίζει μέχρι να ξοδέψει όλα του τα χρήματα ή να του τελειώσουν τα εφόδια ή μέχρι να συμβεί κάποιο ατύχημα. Τέτοιοι πότες μπορεί να έχουν περιόδους αποχής αλλά όσο γρήγορα ξανά ξεκινήσουν να πίνουν δεν μπορούν να περιορίσουν τη ποσότητα. Αυτό το φαινόμενο έχει ευστόχως ονομαστεί «απώλεια του ελέγχου».

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

2.3.4 Ο νευρωτικός αλκοολικός

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

2.3.5 Ο συμπτωματικός αλκοολικός

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

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

Ο αλκοολισμός μπορεί περιστασιακά να είναι μια πρόωμη εκδήλωση της ψύχωσης που προέρχεται από σύφιλη στον εγκεφαλο [γενική πάρεση], οιδήματα στον εγκεφαλο ή σαν μέρος της γενικής εικόνας γεροντικής νοητικής χειροτέρευσης.

2.3.6 Ο εκ περιτροπής πότης

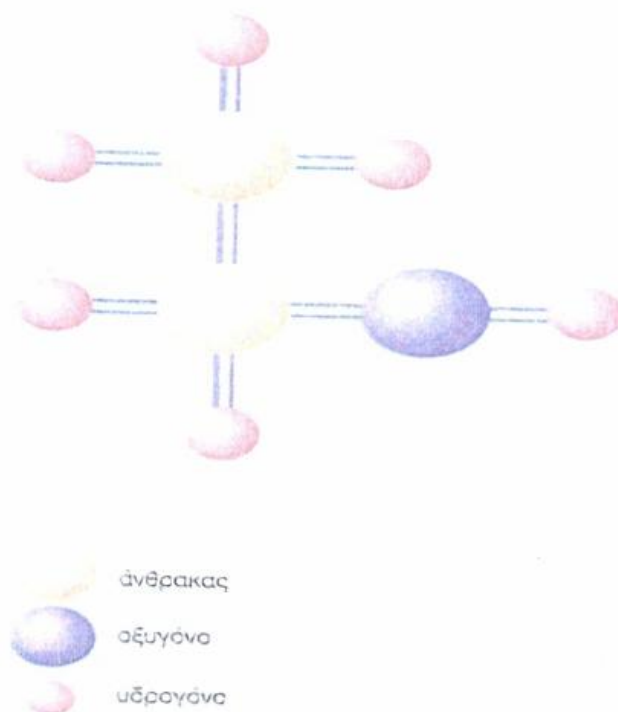
Υπάρχουν άνθρωποι που για τρεις ή έξι μήνες, και μερικές φορές περισσότερο, πίνουν μόνο σε κοινωνικές εκδηλώσεις. Τότε ξαφνικά αρχίζουν να πίνουν υπερβολικά, να πίνουν όλη την ημέρα, αμελώντας όλες τις ευθύνες τους στη δουλειά ή στις οικογένειες τους. Μερικές φορές βλάπτουν σοβαρά τον εαυτό τους ή τους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

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

Κεφαλαίο 3^ο

3.1 Αιθυλική Αλκοόλη

Το οινόπνευμα είναι μια οργανική ένωση [$\text{CH}_3 \text{CH}_2 \text{OH}$], η οποία ονομάζεται αιθυλική αλκοόλη.



Χημική δομή της αιθυλικής αλκοόλης

Η αιθυλική αλκοόλη αποτελεί προϊόν αλκοολικής ζυμώσεως των υδατανθράκων. Η χρήση οινοπνευματούχων ποτών αποτελεί παραδεκτή κοινωνική συνήθεια που η έναρξη της συμπίπτει με την αρχή της ιστορίας του ανθρώπου. Έτσι το Whisky, που σημαίνει «νερό της ζωής» υποστηρίχθηκε πως προκαλεί «μακροζωία», όξυνση του νου και διέγερση της σεξουαλικής δραστηριότητας. Με βάση τις τρέχουσες διατάξεις στον τόπο μας, οινοπνευματώδη ποτά ορίζονται «αυτά που περιέχουν σαν βασικό συνθετικό την αιθυλική αλκοόλη ποτοποιίας». Η περιεκτικότητα οινοπνεύματος στα πιο συνηθισμένα ποτά του τόπου μας

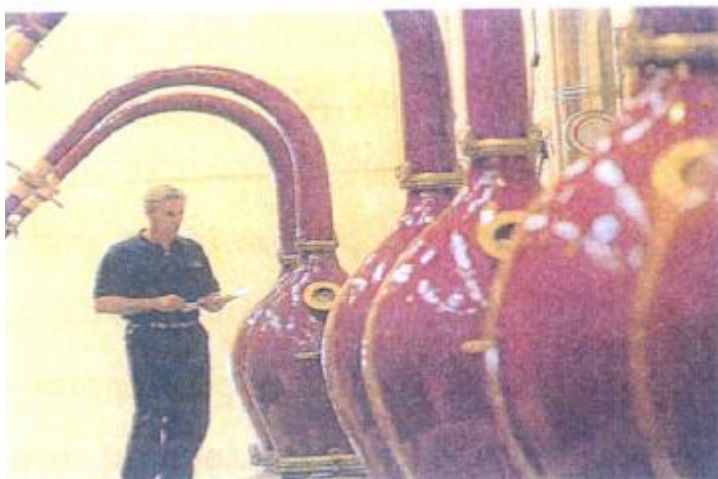
είναι : μύρα 3.6gr%, κρασί 9-13gr%, ηδύποτα διαφορά 20gr%, τσίπουρο 30gr%, ούισκι 40gr%. Η χρήση αυτών προσφέρει 7 θερμίδες για κάθε γραμ. αιθυλικής αλκοόλης και προκαλεί “διαταραχές” ως αποτέλεσμα της φαρμακολογικής δράσεως του οινοπνεύματος.

3.2 Παραγωγή αιθυλικής αλκοόλης

Οι διάφοροι τύποι οινοπνευματωδών ποτών μπορεί να διαιρεθούν σε δυο κατηγορίες, σύμφωνα με τη μέθοδο παραγωγής τους. Στην πρώτη κατηγορία περιλαμβάνονται ποτά που παράγονται από φυσική ζύμωση όπως το κρασί και η μύρα. Η δεύτερη κατηγορία αποτελείται από ποτά που γίνονται με τη μέθοδο της απόσταξης όπως : ούισκι, βότκα, τζιν.

Το κρασί παράγεται από τη ζυμωτική δράση της μαγιάς στους χυμούς των φρούτων. Κρασιά μπορούν επίσης να γίνουν από δαμάσκηνα, μήλα, βερίκοκα και άλλα φρούτα.

Εάν το αποτέλεσμα είναι να έχουμε «γλυκό» κρασί. Εάν η περιεκτικότητα όμως σε σάκχαρο είναι χαμηλή τότε το κρασί θεωρείται «ελαφρύ» ή «ξηρό».



Τέλος, και πάντα με τον κ. Δετοράκη η διαφορά μεταξύ κρασιού, μύρας και αποσταγμένων ποτών είναι ότι :

Πρώτον : το κρασί και η μύρα περιέχει θρεπτικά στοιχεία, βιταμίνες, μέταλλα. Τα στοιχεία αυτά επιβραδύνουν την απορρόφηση

των ποτών αυτών, από τον οργανισμό με αποτέλεσμα τα άτομα να μην μεθούν γρήγορα όπως με τα αποσταγμένα ποτά.

Δεύτερον : τα ενισχυμένα κρασιά περιέχουν 18-21% αιθυλική αλκοόλη, έναντι των επιτραπέζιων κρασιών που περιέχουν 12-14%. Οι μπίρες περιέχουν 4,5% αλκοόλη ανά όγκο, ενώ τα οينوπνευματώδη ποτά 45% αλκοόλη.

3.3 Απορρόφηση και μεταβολισμός αιθυλικής αλκοόλης

Η αιθυλική αλκοόλη απορροφάται εύκολα απ' όλα τα τμήματα του πεπτικού συστήματος [ταχύτερη απορρόφηση στο λεπτό έντερο]. Η ταχύτητα της απορροφήσεως εξαρτάται από την περιεκτικότητα οينوπνεύματος στο οينوπνευματώδες ποτό, από το περιεχόμενο του στομάχου και από την ταχύτητα διαβάσεως στο έντερο. Μετά την απορρόφηση διαχέεται μέσω του αίματος σε όλους τους ιστούς και τα βιολογικά υγρά. Έτσι ανιχνεύεται στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό, στον εκπνεόμενο αέρα, στα ούρα, και σε περίπτωση εγκυμοσύνης στην κυκλοφορία του εμβρύου. Η ταχύτητα με την οποία η αλκοόλη περνάει από το αίμα στους ιστούς εξαρτάται από την αιμάτωση των οργάνων.

Ο μεταβολισμός της αλκοόλης γίνεται κατά 80% στο συκώτι. Η μέγιστη όμως μεταβολική ικανότητα δεν ξεπερνάει τα 200-240gr. το 24ωρο, γεγονός που σημαίνει πως σε μεγαλύτερες παροχές αυξάνει συνεχώς η συγκέντρωση αλκοόλης στο αίμα και στους ιστούς. Υπογραμμίζεται επίσης πως η παρουσία αλκοόλης «θέτει» απόλυτη προτεραιότητα στο μεταβολισμό της, σε βάρος όλων των άλλων μεταβολικών λειτουργιών του ήπατος, γεγονός που συνεπάγεται διαταραχές της θρέψης.

3.4 Μέθη και παρεπόμενα μέθη

3.4.1 Μέθη

Απαξ το αλκοόλ περάσει στο κυκλοφορικό από το στομάχι ή το λεπτό έντερο, αρχίζει να το διαμένει ομοιόμορφα με τα υγρά σε

ολόκληρο το σώμα. Ιστοί που περιέχουν μεγάλη ποσότητα υγρού απορροφούν περισσότερο αλκοόλ από ότι τα οστά ή οι λιπώδεις ιστοί, οι οποίοι δεν έχουν υψηλή περιεκτικότητα υγρών. Το κυκλοφορικό σύστημα σκορπίζει το αλκοόλ σε όλο το σώμα, τελικώς το μεταφέρει και στον εγκέφαλο. Το αλκοόλ είναι αυτό που επηρεάζει τον εγκέφαλο και προκαλεί μέθη, μια κατάσταση που μειώνει τον έλεγχο της σωματικής και ψυχικής δύναμης.

Αν και το αλκοόλ θεωρείται ότι είναι διεγερτικό, ταξινομείται από τους επιστήμονες σαν κατασταλτικό. Λίγη ποσότητα αλκοόλ, αναστέλλει την λειτουργία του κεντρικού νευρικού συστήματος. Για το λόγο αυτό το αλκοόλ χρησιμοποιήθηκε σαν γενικό αναισθητικό μέχρι την ανακάλυψη του αιθέρα στα μέσα του δέκατου ένατου αιώνα.

Το πρώτο κομμάτι του εγκέφαλου που επηρεάζεται από το αλκοόλ είναι ο εγκεφαλικός φλοιός. Εδώ- συμπεριφορά, μνήμη και λογική- που είναι η ανώτερη λειτουργία του εγκέφαλου ελέγχεται. Η ζωηρότης σχετίζεται με την αρχή της μέθης που δίνει την εντύπωση ότι ο εγκέφαλος έχει διεγερθεί. Στην πραγματικότητα συμβαίνει το αντίθετο. Η αλλαγή της συμπεριφοράς οφείλεται στη καταστολή των ανώτερων κέντρων του εγκέφαλου που συνήθως ελέγχουν τη συμπεριφορά.

Καθώς η ποσότητα του αλκοόλ αυξάνεται, επηρεάζεται με τη σειρά το κινητικό κέντρο του εγκέφαλου που αυτό αργότερα δέχεται καταστολή, απώλεια συντονισμού και ακολουθεί βραδύτης των αντανακλαστικών. Μετά επηρεάζεται ο μεσεγκέφαλος ο οποίος ελέγχει τους μυς της ομιλίας και την κίνηση του οφθαλμού.

Μετά από το σημείο αυτό, αναπνευστικό και κυκλοφορικό-δραστηριότητες του κατώτερου εγκέφαλου- απειλούνται. Βαρεία μέθη, μπορεί να οδηγήσει σε κώμα. Εάν η αλκοολική καταστολή του κατώτερου εγκέφαλου είναι αρκετά δυνατή σταματά την αναπνοή και οδηγεί το άτομο στο θάνατο.

Σε υψηλά επίπεδα αλκοόλης στο αίμα παρατηρούμε πτωχή όραση και η αντίδραση των μυών μειώνεται. Ο οδηγός που συλλαμβάνεται και έχει στο αίμα του 0,10-0,15% αλκοόλ καταδικάζεται.



3.4.2. Αλληλεπιδράσεις του αλκοόλ με άλλες φαρμακευτικές ουσίες

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

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

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

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

1. Υπνωτικά- Βαρβιτουρικά

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

2. Αγχολυτικά- Αντιψυχωτικά

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

3. Ανταγωνιστές ισταμίνης

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

Αντίθετα τα φάρμακα με μικρό θεραπευτικό δείκτη σπάνια προκαλούν σοβαρά προβλήματα²¹.

Κεφάλαιο 4^ο

4.1 Αιτιολογία

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

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

4.2 Γενετικοί- Βιολογικοί παράγοντες

Αν και η αιτιολογία του αλκοολισμού είναι βασικά άγνωστη, εντούτοις έχουν ενοχοποιηθεί διάφοροι βιολογικοί παράγοντες. Από αυτούς σημαντικότεροι είναι οι γενετικοί, οι οποίοι κυρίως ευθύνονται για την οικογενή εμφάνιση του αλκοολισμού. Θεωρίες για την γενετική αιτιολογία του αλκοολισμού προτείνουν μια κληρονομούμενη ευαλωτότητα στο αλκοόλ, που μπορεί να διαμεσολαβείται με αυξημένη δραστηριότητα των ενδορφινών, με αυξημένη χαλάρωση των ευαίσθητων ατόμων από το αλκοόλ ή με προδιάθεση για ανάπτυξη μεγάλης αντοχής.

Η οικογενής φύση του αλκοολισμού, βέβαια, στοιχειοθετείται από μελέτες που βρήκαν ότι ο κίνδυνος για εξάρτηση από το 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 διδύμους²⁵.

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

Η θεώρηση της κληρονομικότητας του αλκοολισμού διάμεσου γενετικών μηχανισμών απασχολεί σοβαρά την επιστημονική κοινότητα. Οι έρευνες που εστιάζονται στο θέμα της κληρονομικότητας του αλκοολισμού μελετούν την πιθανότητα εκδήλωσης του αλκοολισμού σε παιδιά αλκοολικών που έχουν υιοθετηθεί και δεν είχαν καμία επαφή με τους βιολογικούς τους γονείς. Τα πορίσματα αυτών των ερευνών έχουν αφήσει αναπάντητο το ερώτημα της κληρονομικότητας του αλκοολισμού λόγω των αντικρουόμενων αποτελεσμάτων. Όπως είναι γνωστό, η εκπόνηση τέτοιων ερευνών είναι εξαιρετικά δύσκολη, γιατί τόσο η ανεύρεση του δείγματος όσο και η μεθοδολογία τους παρουσιάζουν ιδιαίτερα προβλήματα.

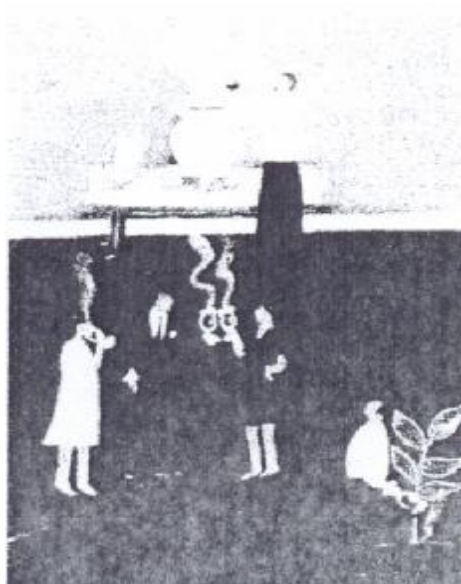
Η έρευνα των Roe & Burks [1945] αναφέρει έλλειψη στοιχείων προς υποστήριξη της κληρονομικότητας του αλκοολισμού. Σε αντίθεση, η έρευνα των Goodwin et al [1973] έδειξε ότι το ποσοστό αλκοολισμού ήταν μεγαλύτερο σε υιοθετημένα παιδιά που ο βιολογικός τους πατέρας ήταν αλκοολικός, σε σύγκριση με υιοθετημένα παιδιά που ο πατέρας δεν ήταν αλκοολικός. Παρόμοιο αποτέλεσμα με αυτά του Goodwin έδειξε και η έρευνα των Cadoret & Gath [1977]. Όπως σχολιάζουν οι παραπάνω ερευνητές «...ο εντοπισμός του αλκοολισμού σε υιοθετημένα παιδιά που ο βιολογικός τους πατέρας ήταν αλκοολικός αποτελεί σοβαρή ένδειξη για την ύπαρξη γενετικών παραγόντων...»¹.

4.3 Φυσιολογικοί παράγοντες

Υποστηρίζεται ότι μάλλον υπάρχει προδιάθεση βιολογικής δυσλειτουργίας, η οποία τροποποιεί την ευαισθησία του ατόμου στο αλκοόλ. Θεωρείται ακόμη ότι προϋπάρχει διαταραχή της ακετυλοχολίνης στους υποδοχείς του δικτυωτού σχηματισμού του εγκεφαλικού στελέχους. Επίσης ενοχοποιούνται ψυχοενδοκρινικές διαταραχές καθώς και διαταραχές θρέψης²⁶.

4.4 Κοινωνικοί παράγοντες

Είναι γεγονός ότι το αλκοόλ παίζει σημαντικό ρόλο στην καθημερινή συναλλαγή. Η διεκπεραίωση των περισσότερων κοινωνικών συναλλαγών, από κάθε είδους γιορτή και εκδήλωση μέχρι και σοβαρές επαγγελματικές συσκέψεις, περιλαμβάνουν την κατανάλωση της αλκοόλης. Ο τρόπος με τον οποίο είναι οργανωμένη η σύγχρονη



οικογένεια, η εργασία και η κοινωνία γενικότερα, φαίνεται να αποτελεί σημαντικό παράγοντα αιτιολογίας του αλκοολισμού. Οι κοινωνικές πιέσεις που ασκούνται διαμέσου των κοινωνικών προβλημάτων όπως η οικονομία, η υγεία, η παιδεία, το περιβάλλον, η ανεργία, τα αδιέξοδα των νέων ανθρώπων κ.α. το λιγότερο που μπορούν να κάνουν είναι να οδηγήσουν έναν αριθμό ατόμων στον αλκοολισμό¹.

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. Πάνω σε τέτοια θεμέλια μπορεί να εμφανιστεί μια προσωπικότητα εξαρτημένη ή μια προσωπικότητα που χαρακτηρίζεται από την σύγκρουση εξάρτησης και ανεξαρτησίας. Στην

εφηβεία αυτό μπορεί να εκδηλωθεί ως ανασφάλεια της σεξουαλικής εικόνας του ατόμου και ως ανάγκη για υπεραναπλήρωση λόγου χάρη με αποκάλυπτη επιδειξιμανία. Μια τέτοια προβληματική προσωπικότητα μπορεί να βρει μοναδικό αποτελεσματικό κατευνασμό και ικανοποίηση στο οινόπνευμα και να μάθει να στηρίζεται στη μέθη ως μηχανισμό αντιμετώπισης των προβλημάτων. Αν αυτή η διαδικασία μάθησης δεν διακοπεί και ειδικότερα αν το κοινωνικό περιβάλλον αντιδρά ενθαρρυντικά ή ανεκτικά ή αμφιταλαντευόμενο στην υπερβολική ποτοποσία και τη μέθη, τότε η ευάλωτη προσωπικότητα θα αποκτήσει το εξαρτημένο αντανεκλαστικό να αντιδρά στις δυσκολίες καταφεύγοντας στη μέθη. Αν η διαδικασία διαρκέσει αρκετά, θα έχει ως αποτέλεσμα τον εθισμό στο οινόπνευμα ή την βέβαιη εξάρτηση από αυτό ².

Σύμφωνα με την υπόθεση του προβλήματος εξάρτησης [Bacon 1965-1976, Barry 1976] η κατάχρηση οινόπνευματων ποτών οφείλεται σε ένα λανθασμένο σύστημα διαπαιδαγώγησης του παιδιού στα χρόνια της ανάπτυξης του χαρακτήρα του ⁶.

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

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

Η απόφαση που παίρνει κάποιος να πει είναι το αποτέλεσμα μιας πολύπλοκης αλληλεπίδρασης μεταξύ του πότη και του κοινωνικού του περιβάλλοντος. Πολλές έρευνες έχουν δείξει σαφώς, ότι η ποσότητα του ποτού επηρεάζεται από το φύλο, την εθνικότητα, το επάγγελμα και τη

χώρα που ζει το άτομο, καθώς και από την τιμή και τη διαθεσιμότητα του ποτού.

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

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

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

Σε σύγκριση με τις «παράνομες ουσίες εξάρτησης» το αλκοόλ είναι σχετικά φτηνό, η χρήση του δεν διώκεται ποινικά και είναι κοινωνικά αποδεκτό. Και οι τρεις αυτές κοινωνικές διαστάσεις διατηρούν και σε ορισμένες περιπτώσεις αυξάνουν την κατανάλωση ή την κατάχρηση αυτής της ουσίας ¹

4.5 Πολιτισμικοί παράγοντες

Έχει ήδη αναφερθεί ότι υπάρχουν κοινωνίες που για θρησκευτικούς [π.χ. μουσουλμάνοι] ή άλλους λόγους απαγορεύουν τη χρήση του αλκοόλ. Είναι ευνόητο ότι σε τέτοια πολιτισμικά πλαίσια δεν παρατηρείται το φαινόμενο του αλκοολισμού. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον όμως παρουσιάζουν κοινότητες όπου ενώ η χρήση της αλκοόλης είναι κοινωνικά αποδεκτή, οι περιπτώσεις αλκοολισμού είναι σπάνιες. Σύμφωνα με τον Snyder [1958], η εβραϊκή κοινότητα αποτελεί ένα παράδειγμα «ελεγχόμενης χρήσης» του αλκοόλ.

Στην προκείμενη περίπτωση τα παιδιά μαθαίνουν να κάνουν χρήση του αλκοόλ στο οικογενειακό τους περιβάλλον. Μ' αυτό τον τρόπο, η χρήση είναι αποδεκτή, ενώ η μέθη ή η κατάχρηση του αλκοόλ είναι αξιόποινες συμπεριφορές. Η κατάχρηση, πάνω απ' όλα θεωρείται «μη σημιτική» συμπεριφορά [unJewish behaviour].

Σε αντίθεση με τα παραπάνω, χώρες όπως η Ιρλανδία και οι ΗΠΑ όπου η χρήση του αλκοόλ είναι κοινωνικά αποδεκτή παρουσιάζουν σοβαρά προβλήματα αλκοολισμού, πιθανώς γιατί εκλείπει το στοιχείο της «ελεγχόμενης καταναλωτικής συμπεριφοράς» του αλκοόλ. Σε αυτές τις χώρες έχει παρατηρηθεί ότι ακόμα και παιδιά που προέρχονται από γονείς οι οποίοι δεν κάνουν χρήση αλκοόλ μπορεί να καταλήξουν στον αλκοολισμό [O' Connor 1978, Grant 1979].

Τέλος, σε χώρες όπως η Γαλλία και η Ιταλία όπου η χρήση του αλκοόλ επιτρέπεται σε σχετικά μικρές ηλικίες, ενώ παρουσιάζεται σοβαρό πρόβλημα αλκοολισμού, φαίνεται ότι υπάρχει μειωμένη «αντικοινωνική» συμπεριφορά σχετικά με την κατανάλωση της αλκοόλης.

4.5.1 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 πιουν.

Ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα της επίδρασης του επαγγέλματος στην κατάχρηση αλκοόλ αποτελεί η μαρτυρία ενός μουσικού που είναι η εξής : «Αναζητούσα απελπισμένα κάτι για να χαλαρώσει το κομματιασμένο μου νευρικό σύστημα και 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 δουλεία 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»²⁵.

4.5.2 Κοινωνικό περιβάλλον

Παρατηρείται συχνά το γεγονός ότι πολλά άτομα, κυρίως νέοι, κάνουν χρήση αλκοόλης κάτω από κοινωνική πίεση. Η ανάγκη ένταξης του ατόμου σε μια κοινωνική ομάδα και ο φόβος απόρριψης για τη μη συμμετοχή στα κοινά, δημιουργούν πίεση για την εκδήλωση συμπεριφορών όπως η κατανάλωση αλκοόλης. Σε μια πρόσφατη συνέδρια που είχα με μια νεαρή γυναίκα που έκανε κατάχρηση του αλκοόλ, παραδέχτηκε ότι πίεσε τον εαυτό της να μάθει να πίνει ουίσκι, παρόλο που η γεύση και η μυρωδιά του συγκεκριμένου ποτού της ήταν δυσάρεστες, για να μην θεωρηθεί «απροσάρμοστη» όσον αφορά στους κανόνες της «ομαδικής» συμπεριφοράς¹.

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

επίσημο Κράτος... Ενώ, οι βιομηχανίες οινοπνευματωδών, κυριολεκτικά, «μεθούν» από τα κέρδη ²⁷ !

4.5.3 Μέσα μαζικής ενημέρωσης

Τα Μ.Μ.Ε. και ιδιαίτερα η διαφήμιση, που εκτός από την ενημέρωση του κοινού για την ύπαρξη ενός προϊόντος, στοχεύει στην αύξηση των πωλήσεων, φαίνεται να συμβάλλει ουσιαστικά στην αύξηση κατανάλωσης της αλκοόλης με δυο τρόπους. Είτε με τη δημιουργία «πρότυπων» τα οποία «υιοθετούνται» από τους νέους [μιμητική συμπεριφορά], είτε με το να «επιβεβαιώνει» υπάρχουσες συμπεριφορές που διέπουν τη νεανική κουλτούρα. Δεν είναι τυχαίο, βέβαια, το ότι η συντριπτική πλειοψηφία των διαφημίσεων για αλκοολούχα ποτά «συνδέουν» την κατανάλωση του αλκοόλ με κοινωνική ή και σεξουαλική επιτυχία ¹ .

4.6 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 πρόωμης συναισθηματικής διαταραχής. Η προσωπικότητα του αλκοολικού χαρακτηρίζεται από συναισθηματική ανωριμότητα ²⁶ .

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

Σε μερικές περιπτώσεις η κατάθλιψη μπορεί να είναι η αιτία που οδηγεί στο ποτό, σε άλλες όμως περιπτώσεις μπορεί να είναι το αποτέλεσμα της βαριάς χρήσης της αλκοόλης και το άτομο ανακουφίζεται με την αποχή από το ποτό ²⁵ .

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

Κεφάλαιο 5^ο

5.1 Φάσεις αλκοολισμού

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

Η ίδια όμως «μοίρα» περιμένει εκατοντάδες χιλιάδες ή και εκατομμύρια ακόμα [ανάλογα με το σημείο αναφοράς] άγνωστους συνανθρώπους μας, που εξαρτημένοι πια από το οινόπνευμα καταστρέφουν όχι μόνο καριέρες αλλά και αυτή την ίδια τη ζωή τους, όπως και τη ζωή των ατόμων του περιβάλλοντος τους. Ποιος από εμάς δεν ξέρει κάποιον από το κοντινό ή έστω και μακρινό περιβάλλον του που είτε «έπαθε το συκώτι του» κ.λπ. Πόσοι από εμάς 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 X από τη μια στιγμή στην άλλη κατάντησε «αλκοολικός».

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

Προαλκοολικές Φάσεις

Φάση I.

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

Φάση II.

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

Φάση III.

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

Πρώιμος αλκοολική φάση-Φάση IV.

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

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

Πραγματική αλκοολική φάση-Φάση V.

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

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

Αρχή εθισμού-Φάση VI.

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

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

Φάση VII.

Πρόκειται για «**αρχή του τέλους**».

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

Φάσεις I μέχρι V του αλκοολισμού.

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

Μια έρευνα που έγινε από τον αείμνηστο Dr. E.M. Jellinek, εξετάστηκαν περισσότεροι από 2000 αλκοολικοί, έδειξε ότι οι περισσότεροι αλκοολικοί περνούν από καθορισμένα εξελικτικά στάδια με χαρακτηριστικά συμπτώματα. Ο Jellinek επισήμανε ότι η ανάπτυξη του αλκοολισμού είναι συχνά γρηγορότερη στις γυναίκες απ' ό τι στους άντρες και τα στάδια είναι λιγότερο σαφή. Η κατακόρυφη γραμμή στη γραφική παράσταση δεικνύει το σχετικό βαθμό ανοχής του αλκοόλ ή με άλλα λόγια την ποσότητα του αλκοόλ που απαιτείται για να φθάσει κανείς στο βαθμό μέθης²⁸.

5.2 Προαλκοολική φάση

Αυτή η φάση χαρακτηρίζεται από τη «συνήθη» χρήση του οινοπνεύματος όπως π.χ. στο φαΐ, παίξιμο χαρτιών, διάφορων γιορτών κ.λπ. 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 αναζητιέται στη χρήση του, δεν είναι πια αυτή καθαυτή η γεύση, αλλά η δράση του στον ψυχικό τους κόσμο. Οι «ευκαιρίες» για ένα ποτηράκι, συχνές γιορτές ή τα καλέσματα των Φίλων για ένα ευχάριστο απόγευμα αυξάνουν συνειδητά ή ασυνείδητα. Το γλίστρημα στην επόμενη φάση έχει αρχίσει⁶.

5.3 Πρόδρομη ή αρχική φάση

Αμέσως μετά την αύξηση της ανεκτικότητας, οι μεγάλοι πότες μπορεί να αποκτήσουν την εμπειρία της πρώτης αλκοολικής συσκότισης [Φάση IV]. Μια αλκοολική συσκότιση είναι μια περίοδος «προσωρινής αμνησίας» που συμβαίνει σαν αποτέλεσμα της πόσης του ατόμου. Αντίθετα από την λιποθυμία, που είναι αποτέλεσμα απώλειας των αισθήσεων, στην αλκοολική συσκότιση έχει επίγνωση του τι κάνει :ην συγκεκριμένη στιγμή και μπορεί να κάνει τα πράγματα που φυσιολογικά έκανε. Όταν θα βγει όμως από τη συσκότιση δε θα θυμάται τίποτα από ότι έκανε κατά τη διάρκεια της. Ο μηχανισμός της συσκότισης δεν είναι ακόμη γνωστός. Μπορεί να έχει φυσιολογική προέλευση ή μπορεί να είναι μια ψυχολογική μηχανική συμπεριφορά²⁸.

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

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

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

Ο φαύλος κύκλος έχει αρχίσει.

Η ποσότητα του οινοπνεύματος αυξάνει, κουβέντες και αστεία για

αλκοολικούς τον δυσανασχετούν. Δεν θέλει πια να ακούει γι' αυτά, έτσι σιγά σιγά απομονώνεται μέσα στην ίδια του την παρέα ⁶.

5.4 Κρίσιμη φάση

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

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

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

Πολλά άλλα συμπτώματα είναι χαρακτηριστικά σε έναν αλκοολικό

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

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

περιόδους υπερβολικής σπατάλης και γενναιοδωρίας. Ένας άντρας, κυρίως, μπορεί να σπαταλά χρήματα με επιδεικτικό τρόπο. Μπορεί να κερνά ποτά σε άγνωστα άτομα και να αφήνει μεγάλο φιλοδώρημα ή να φέρνει στο σπίτι του ακριβά δώρα. Ο σκοπός τέτοιας επίδειξης δεν είναι το να εντυπωσιάσει τους άλλους, αλλά να διαβεβαιώσει ότι μετά από όλα αυτά ο αλκοολικός δεν είναι κακό άτομο. Αυτό είναι ένα τμήμα αιτιολόγησης το οποίο εξυπηρετεί πάρα πολύ να προστατεύσει το εγώ τους

iv. Έχει περιόδους 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.

1. **Περίοδοι πλήρης αποχής** Σαν αποτέλεσμα των αισθημάτων ενοχής, κοινωνικής πίεσης ή από τις δικές του ανησυχίες ο αλκοολικός κατεβαίνει από το «τραίνο» για μερικές εβδομάδες ή μήνες δίχως να πίνει [ούτε ένα ποτό]. Όταν ικανοποιήσει τον εαυτό του ότι μπορεί να ζήσει δίχως το αλκοόλ τότε ξαναρχίζει να πίνει με ανανεωμένο το σθένος.
2. **Αλλαγή προτύπου πόσης.** Μετά που θα κατεβεί από το τραίνο μερικές φορές, ο αλκοολικός αισθάνεται ότι μπορεί να υπάρχει κάποιος τρόπος να πίνει χωρίς να απολέσει τον έλεγχο. Προσπαθεί να πίνει φυσιολογικά και με ελεγχόμενο τρόπο, ο αλκοολικός χρησιμοποιεί διάφορα πρότυπα πόσης, Χρησιμοποιώντας διαφορετικούς τύπους οινοπνευματωδών ποτών, διαφορετικές αναμίξεις ή διαφορετικό χρόνο και τόπο. Βέβαια, καμία από αυτές τις αλλαγές δε βοηθούν.
3. **Η συμπεριφορά εστιάζεται στο αλκοόλ.** Τη συγκεκριμένη αυτή στιγμή που το άτομο χάνει το ενδιαφέρον για οτιδήποτε εκτός του ποτού, η προσωπική του εμφάνιση παραμελείται καθώς η συντήρηση του σπιτιού και η προσωπική του 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.

4. **Επίδραση στην οικογένεια.** Τα μέλη της οικογένειας του αλκοολικού συχνά αλλάζουν τις συνθήκες τους, αντισταθμίζοντας με το δικό του ή με τη δική της πόση. Αυτοί μπορούν να απομακρυνθούν από το σπίτι από φόβο μην εμπλακούν σε καυγάδες και στεναχώριες ή γίνονται πολύ ενεργά στα εξωτερικά ενδιαφέροντα αποφεύγοντας με τον τρόπο αυτό το περιβάλλον του σπιτιού. Οικονομικά προβλήματα είναι πάντοτε στη ζωή των μελών του αλκοολικού.
5. **Αδικαιολόγητη εχθρότητα.** Ο αλκοολικός συχνά συγκεντρώνει φοβερά αισθήματα εχθρότητας και ξοδεύει περισσότερο χρόνο σκεπτόμενος για ασήμαντα ή υποφέρει για μεγάλο χρονικό διάστημα από φανταστική αδικία.
6. **Κρύψιμο φιάλης ποτού.** Στις γελοιογραφίες βλέπουμε τους αλκοολικούς να κρύβουν φιάλες ποτού, αυτό βέβαια στηρίζεται σε πραγματική βάση. Ο αλκοολικός λαμβάνει τέτοια μέτρα προφύλαξης, αποφεύγοντας να ξεμείνει από οινοπνευματώδη ποτά.
7. **Αμέλεια για κατάλληλη τροφή.** Ο αλκοολικός τυπικά, ενώ πίνει, ενδιαφέρεται πάρα πολύ λίγο για φαγητό και αντλεί θερμίδες από τα οινοπνευματώδη ποτά που είναι όμως πτωχές πηγές θρεπτικών ουσιών. Ένας αλκοολικός μπορεί να υποφέρει από σοβαρή κακή διατροφή, που προκαλεί μεγάλη σωματική βλάβη στο άτομο.
8. **Μειώνει την σεξουαλική ορμή.** Σαν αποτέλεσμα έχουμε την εκφύλιση της σωματικής και πνευματικής κατάστασης. Ο αλκοολικός συχνά υποφέρει από μειωμένη σεξουαλική ορμή. Αυτή η μείωση μπορεί να οδηγήσει στην «αλκοολική ζήλια» όπου ο σύζυγος του αλκοολικού κατηγορείται για εξωσυζυγικές σχέσεις. Ένας γάμος που κατορθώνει να επιζήσει κάτω από τέτοιες συνθήκες συχνά καταστρέφεται από τέτοια ζήλια²⁸.



5.5 Χρόνια φάση

Τώρα η διάρκεια της «σχετικής μέθης» μπορεί να διαρκεί μέρες. Εμφανίζονται όλο και συχνότερα διαταραχές των σωματικών λειτουργιών, διαταραχές του ψυχισμού, της σκέψης και εγκαθίσταται γενικότερα ένα νέο είδος συμπεριφοράς, που επηρεάζει ολόκληρη την προσωπικότητα.

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

Πολλοί από τους ασθενείς στη φάση αυτή επιμένουν ότι «δεν είμαι αλκοολικός, τώρα πίνω μόνο канаδυό 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 ασθένειάς τους [π.χ. κίρρωση του ήπατος, καρδιοπάθεια, εσωτερικές αιμορραγίες κ.λ.π.].

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

Από αυτό το είδος χρήσης του οινοπνεύματος δημιουργείται όμως πολλές φορές μια σωματική εξάρτηση από το οινόπνευμα που φαίνεται να προηγείται της ψυχικής, που πολλές φορές δε γίνεται καν εμφανής. Έχουμε δηλαδή καθημερινή χρήση οινοπνεύματος λόγω ελαφρών συμπτωμάτων συνδρόμου αποστέρησης, χωρίς κάποιο εμφανή στοιχείο ενδοψυχικών προβλημάτων κ.λπ. ⁶.

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 πρόοδη πόση

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

ποδιών ή του σώματος.

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

▼ Μέθη κατά τη διάρκεια της εργασίας ή τις σχολικές ώρες

Ο αλκοολικός όταν είναι μεθυσμένος το πρωί, στη δουλειά ή το πρωί στο σχολείο και είτε 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 προηγούμενος απέκτησε. Η απώλεια αυτή ίσως οφείλεται στη μείωση της ικανότητας του ήπατος να οξειδώσει το αλκοόλ. Μετά την απώλεια της ανεκτικότητας, η μέθη μπορεί να συμβεί σχεδόν σε οποιαδήποτε ποσότητα αλκοόλ και η πορεία του ξεμεθύσματος καθ' όλη τη διάρκεια του χρόνου με μέτρια κατανάλωση αλκοόλ.

▼ Πνευματική διαταραχή

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

▼ Τερματισμός του αλκοολισμού

Ο αλκοολικός συνήθως καταλήγει σε έναν από τους δυο τρόπους:

A. Υγρός εγκεφαλικός

Επειδή η εγκεφαλική βλάβη είναι μόνιμη, η λειτουργία σκέψης

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

B. Τερματισμός του συστήματος εκλογίκευσης

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

Ευτυχώς δεν είναι απαραίτητο 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 θεραπεία²⁸.

5.6 Τύποι αλκοολισμού

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

Ο ίδιος ο Jellinek, προσπαθώντας να «χαρτογραφήσει» την ποικιλία στη συμπεριφορά του αλκοολικού και στα «είδη αλκοολισμού» που αντιμετώπισε, κατέληξε ότι το σύνολο των αλκοολικών μπορούσε να διαιρεθεί σε πέντε βασικές κατηγορίες, η κάθε μια από τις οποίες είχε διαφορετικά χαρακτηριστικά. Οι κατηγορίες αυτές που πήραν το όνομα τους από τα γράμματα του ελληνικού αλφαβήτου ήταν οι εξής¹:

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 καταπραϊντικού, 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 ψυχικά του κόσμο και χρησιμοποιεί τη δράση αυτή για επίτευξη ηρεμίας και γενικότερα αλλαγής της ψυχικής του κατάστασης, ανήκει στην κατηγορία αυτή του αλκοολικού.

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

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

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

2. Τύπος- β

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

Η χρήση του οιοπνεύματος γίνεται κυρίως για προσπάθεια ένταξης ή γιατί έτσι συνηθίζεται σε ένα ορισμένο κοινωνικό περιβάλλον, απ' όπου δεν θέλουν να αποκοπούν. Με ένα είδος μιμητισμού, κάνουν αυτό που κάνουν και οι άλλοι. Ότι οργανικές διαταραχές ή διάφορα ελαφρά κοινωνικά προβλήματα, που τους παρουσιάζονται, θα μπορούσαν να είναι αποτέλεσμα της «σχετικής!» αυτής κατάχρησης οιοπνεύματος, 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 οιοπνεύματος που τους προκαλούν εμφανείς σωματικές διαταραχές [ίκτηρος κ.λπ.], 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 οιοπνεύματος, με σκοπό τη δυνατότητα για αντιμετώπιση διαφόρων προβληματικών καταστάσεων, επέρχεται μια βαθμιαία εξασθένηση της «αμυντικής ικανότητας» της προσωπικότητας. Αποτέλεσμα, η όλο και συχνότερη αντιμετώπιση και μικρών ακόμη προβλημάτων με τον τρόπο αυτό. Με τον καιρό αντικαθιστά το οινόπνευμα τους αμυντικούς μηχανισμούς του ατόμου, στο οποίο δεν παραμένει πια άλλος τρόπος αντίδρασης σε τυχόν δυσκολίες, που του παρουσιάζονται.

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

οινόπνευμα. Η απώλεια του ελέγχου είναι απόλυτη. Αλκοολικοί αυτού του τύπου πίνουν συνήθως μέχρι απώλειας της συνείδησης. Τα κοινωνικά προβλήματα, που συνοδεύουν μια τέτοια συμπεριφορά, έρχονται να κλείσουν τον κύκλο των ψυχικών και σωματικών διαταραχών, αποτέλεσμα της εξάρτησης.

Αλκοολικοί τύπου- γ είναι όμως και αυτοί που στην περίπτωση που ξεκινήσουν με ένα ποτηράκι, δεν είναι σε θέση να σταματήσουν πριν φτάσουν σε ένα, γι' αυτούς, ορισμένο βαθμό δράσης του 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 σώματο – ψυχική βλάβη είναι τόσο μεγάλη, ώστε μπορεί δίχως άλλο να ειπωθεί ότι πρόκειται περί αλκοολισμού με την έννοια μιας ανίατης παθολογικής κατάστασης.

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

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

4. Τύπος- δ

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

Η απώλεια του έλεγχου παρουσιάζει στα άτομα αυτά μια ιδιομορφία. Δεν είναι απώλεια του έλεγχου πάνω στη 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 στη περίπτωση που δε 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 μη γίνονται αντιληπτοί από το περιβάλλον τους. Η χρόνια αυτή δηλητηρίαση με το οινόπνευμα έχει καταστροφικά αποτελέσματα τόσο στο οργανικό, όσο και στο ψυχικό επίπεδο, που οδηγούν σε μια γενικότερη αποδιοργάνωση της προσωπικότητας.

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

5. Τύπος- ε

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

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

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

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

Σαν αλκοολικές ασθένειες αναγνωρίζονται κυρίως οι τύποι γ και δ.

Ο αλκοολισμός τύπου-α είναι ίσως η πηγή τροφοδοσίας του τύπου -γ, και ο αλκοολισμός τύπου-β είναι η πηγή τροφοδοσίας του τύπου-δ⁶.

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

1. Γιατί η τυπολογία του άνοιξε τους ορίζοντες για μια ανανεωμένη προσέγγιση του φαινομένου, το κύριο χαρακτηριστικό της οποίας ήταν η έννοια της «πολυδιάστατης φύσης» του αλκοολισμού σε αντίθεση με τη «δογματική» και «μονοδιάστατη» άποψη που επικρατούσε στο καιρό του.
2. Γιατί η προσπάθεια «ιατρικοποίησης» του αλκοολισμού έφερε

σημαντικές αλλαγές στην διαμόρφωση των στάσεων απέναντι στον αλκοολισμό και στον αλκοολικό. Με άλλα λόγια, ο Jellinek «αποπεριθωριοποίησε» τον αλκοολικό, τον κατέστησε κοινωνικά αποδεκτό ως άρρωστο και τον έστειλε στο νοσοκομείο για θεραπεία¹ !!!!

Κεφάλαιο 6^ο

6.1 Καταστάσεις που οφείλονται σε κατάχρηση του αλκοόλ.

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

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

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

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

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

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

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

Κόμα [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 υπογλυκαιμίας²⁹.

[βλ. εικ. : «ΤΟ ΥΓΙΕΣ ΣΩΜΑ»]

Υπάρχουν παράγοντες που επίσης παίζουν τον ρόλο τους, όπως ο δρόμος που παίρνει το οινόπνευμα για να φτάσει στο αίμα, η ταχύτητα με την οποία προχωρούν οι ουσίες που συναντά στην πορεία του, όπως επίσης και οι διαστάσεις του σώματος μέσα στο οποίο κυκλοφορεί. Βέβαια το οινόπνευμα δεν πηγαίνει κατευθείαν στο αίμα. Αφού καταναλωθεί, διασχίζει πρώτα το γαστρεντερικό σύστημα, του οποίου πρώτος σταθμός είναι το στομάχι. Εκεί ένα μέρος πηγαίνει στα αιμοφόρα αγγεία αυτού του οργάνου. Η ποσότητα του οινοπνεύματος που απορροφάται έτσι και η ταχύτητα της απορρόφησης εξαρτώνται κυρίως

από την περιεκτικότητα του ποτού σε οινόπνευμα.

[βλ. εικ. : «Πως μετρώνται τα επίπεδα του οينوπνεύματος»]

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

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

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

Η δυσχέρεια να προσδιορίσει κανείς την επίδραση του οينوπνεύματος σύμφωνα με την καταναλισκόμενη δόση επιτείνεται από το γεγονός ότι το οινόπνευμα, όταν φτάνει στο αίμα, αρχίζει ήδη να απεκκρίνεται ⁵.

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

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 [δυσαρθρία, 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 αισθητικοκινητικών επιδόσεων²⁴.

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

Συγχρόνως με αυτά τα αποτελέσματα, η ικανότητα του εγκεφάλου να συγκεντρώνεται πάνω σε μία πληροφορία, να κατανοεί τα μηνύματα που λαμβάνει και να κρίνει αυτά τα μηνύματα ελαττώνεται. Τα αντανακλαστικά παραλύουν και, παρ' όλο που το άτομο δεν το συνειδητοποιεί, η ικανότητά του να συνδέει τα εισαγόμενα δια των αισθήσεων μηνύματα με τη μυϊκή λειτουργία θα υποστεί άσχημη διαστροφή. Έτσι, το άτομο που έχει πει θα νομίζει ότι είναι ικανό να μιλάει, να χορεύει και να οδηγεί αυτοκίνητο πιο αποδοτικά απ' ότι φυσιολογικά, ενώ, στην πραγματικότητα, η ικανότητα του να κάνει όλα αυτά τα πράγματα θα έχει επηρεαστεί αρνητικά³⁰.

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

Ο διαχωρισμός αυτός της παθολογικής μέθης από την συνήθη, έχει ιδιαίτερη σημασία εκεί που τίθενται ιατροδικαστικά ερωτήματα σχετικά

με τη συμπεριφορά ενός ατόμου κατά τη διάρκεια της μέθης του.

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

Η παθολογική μέθη παρατηρείται σε ορισμένα άτομα γνωστά για την παρορμητική τάση τους για κατανάλωση οινοπνευματωδών. Η μέθη τείνει να πάρει παθολογική μορφή, συχνότερα κινητοδιεγερτικού τύπου: αναίτια ή για μηδαμινές αιτίες, το άτομο γίνεται έξαλλο, κτυπά, ουρλιάζει, σπάει. Η μέθη που συνοδεύεται από κρίση καταστρεπτικότητας μπορεί να κρατήσει πολλές ώρες και να καταλήξει μετά σε κώμα. Συχνά υπάρχει αμνησία του επεισοδίου. Μπορούμε επίσης να παρατηρήσουμε ψευδαισθητική μέθη [τρομακτική ψευδαίσθηση] και παραλυτική μέθη [ζηλοτυπία, ιδέα καταδίωξης, αυτοκαταγγελίες για αποτρόπαια εγκλήματα] η σοβαρότητα των οποίων έγκειται στον κίνδυνο αστραπιαίας παρορμητικής επιθετικής πράξης ή αυτοκτονίας.. Αυτές οι καταστάσεις ελέγχονται θεραπευτικά με ενδομυϊκή χορήγηση διαζεπάμης [Valium] και επιτήρηση σε δωμάτιο απομόνωσης χωρίς καθήλωση.

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

Η υπερβολική κατανάλωση οινοπνεύματος είναι δυνατόν να οδηγήσει σε τόσο υψηλά επίπεδα στο αίμα, ώστε να προκληθεί τελικώς κωματώδης κατάσταση ή ακόμη και θάνατος. Ως αιτία θανάτου θεωρείται η καταστολή ζωτικών κέντρων του προμήκη, όπως το αγγειοκινητικό και το κέντρο της αναπνοής. Το θανατηφόρο επίπεδο της αιθανόλης στο αίμα δεν είναι απόλυτα σταθερό, επειδή επηρεάζεται από

την γενικότερη κατάσταση του οργανισμού, από τη θρέψη, από τυχόν οργανικές παθήσεις κ.α. Το οινόπνευμα εγκαθιστά Χαρακτηριστική ατελή ανοτοχή, 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 εισρόφιση εμεσμάτων, επιτυγχάνεται με την τοποθέτηση του ασθενούς σε πλαγιοπρηνή θέση³.

«Βαρύ Κεφάλι»

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

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

Δοξασίες για το οινόπνευμα

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

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

Η ελαφριά ως μέτρια τοξίνωση δεν απαιτεί ειδική θεραπεία. Μερικά παλιά και δοκιμασμένα φάρμακα, όπως το κρύο ντους, ο δυνατός καφές, η αναγκαστική δραστηριότητα ή η πρόκληση εμέτου μπορεί να ωφελήσουν αλλά δεν υπάρχουν ενδείξεις ότι οποιαδήποτε από τις μεθόδους αυτές επηρεάζει το ρυθμό απομακρύνσεως του οινοπνεύματος από το αίμα. Ο αλκοολικός λήθαργος είναι επίσης βραχεία, αυτοπεριοριζόμενη κατάσταση και αν τα ζωτικά σημεία παραμένουν φυσιολογικά, δεν απαιτούνται ειδικά θεραπευτικά μέτρα. Η παθολογική τοξίνωση μπορεί να απαιτήσει τη χρήση περιορισμών και την παρεντερική χορήγηση φαινοβαρβιτουρικού νατρίου [500 mg ενδομυϊκός] επαναλαμβανόμενη κάθε 30 ή 40 λεπτά, αν χρειαστεί.

Το κόμμα 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 δημιουργεί²³.

Η αντιμετώπιση της μέθης των αλκοολικών [η κλινική εικόνα είναι συνήθως βαρεία : ο ασθενής εισβάλλει στο χώρο εξέτασης «ως ταύρος εν υαλοπωλείων»] συνίσταται από:

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

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

Οι **επιληπτικές κρίσεις** που δεν σχετίζονται με αποχή από το αλκοόλ, αλλά εμφανίζονται στη χρόνια πορεία του αλκοολισμού, είναι

οργανικές και συχνότατα μετατραυματικές. Έχουν εστιακό χαρακτήρα ή είναι γενικευμένες με εστιακή έναρξη. Το ΗΕΓ [ηλεκτροεγκεφαλογράφημα] είναι συνήθως παθολογικό. Όταν αντιμετωπίζει κανείς επιληπτική κρίση αλκοολικού ατόμου πρέπει πάντοτε να διερωτάται: **Ήταν η κρίση εστιακή ή γενικευμένη; Πότε συνέβη σε σχέση με την κατανάλωση αλκοόλ;**

Ο αλκοολικός ασθενής που εμφανίζει τέτοιες κρίσεις, πρέπει να ελέγχεται πλήρως. Δηλαδή, δεδομένου ότι, όπως ήδη αναφέρθηκε, οι αλκοολικοί είναι επιρρεπείς και σε κακώσεις και σε λοιμώξεις, θα πρέπει να εκτελείται μία CT εγκεφάλου [για τον αποκλεισμό ενδοεγκεφαλικού αιματώματος] και ενδεχομένως ΟΝΠ [φυσικά εάν υφίστανται και άλλα κλινικά στοιχεία] για να αποκλεισθεί λοίμωξη του ΚΝΣ. Αυτού του είδους οι κρίσεις πρέπει να καλύπτονται με αντιεπιληπτική αγωγή. Στον ασθενή χορηγείται συνταγή με το φάρμακο εκλογής [καρβαμαζεπίνη μέχρι 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] ³¹.

6.2 Τα μωρά του αλκοόλ

ΝΤΡΟΠΗ! που ποτίζονται τα έμβρυα με χυμό ΔΙΑΒΟΛΟΥ. 50.000 μωρά με ανωμαλίες που σχετίζονται με το αλκοόλ γεννιούνται κάθε χρόνο στις Η.Π.Α. και το 1/4 των παιδιών αυτών εμφανίζουν από δυσμορφίες στο πρόσωπο έως καρδιακές δυσλειτουργίες. Το



20% των παιδιών γεννιούνται με διανοητική καθυστέρηση από "το σύνδρομο του αλκοόλ του εμβρύου" και μπορεί να παρουσιάσουν

ελαττωματική όραση και δυσκολία στη μάθηση. [Εφ. Πελοπόννησος - 1988-].

Οι επιστήμονες πραγματοποιώντας κάποια έρευνα [στην πολιτεία Γουέην] ανακάλυψαν, πως το αλκοόλ επηρεάζει την ποιότητα του σπέρματος με επιπτώσεις για το νεογέννητο. Στην Ιατρική Επιθεώρηση "New England Journal of medicine", δημοσιεύτηκε ότι: «Γυναίκες που πίνουν ένα ή και παραπάνω ποτηράκια όταν θηλάζουν, το αλκοόλ περνά στο γάλα τους και τα μωρά παρουσιάζουν μειωμένη κινητικότητα». Η Αμερικανίδα παιδίατρος Λορέην Στέρν, επίκουρος καθηγήτρια στην Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου της Καλιφόρνια, προειδοποιεί τους γονείς, ότι: *«Ακόμα και ένα κανονικό κομμάτι κέικ ή σοκολατάκι που περιέχει ρούμι, κονιάκ, ούζο ή κάποιο λικέρ για να το κάνει μυρωδάτο, είναι αρκετό, εάν δοθεί στο παιδί, να του προκαλέσει ναυτία, ακανόνιστους καρδιακούς παλμούς, αναπνευστικά προβλήματα και άλλα...»* Κι όμως πολλά άτομα μέσα στην άγνοια τους δίνουν ακόμα και για «πλάκα» κρασί ή ποτά στα παιδιά ή αφήνουν μισογεμάτα ποτήρια στα τραπέζια με άμεσο κίνδυνο να πουν τα παιδιά [όταν δεν τα βλέπουν]. Πολλές φορές τα ποτίζουν επίτηδες για να κοιμηθούν, αλλά το έγκλημα αυτό είναι τερατώδες, αφού στα παιδιά δημιουργείται υποσυνείδητα και στον οργανισμό τους η προδιάθεση για επανάληψη της χρήσης. Και ΟΧΙ μόνο αυτό, μα αποκτάει μνήμες της μέθης, όπου μεγαλώνοντας θα έχει τις απαραίτητες τάσεις ώστε να γίνει ένας αλκοολικός, εάν δεν αποκτήσει την απαιτούμενη παιδεία³².

6.3 Εμβρυακό αλκοολικό σύνδρομο

Οι πιθανές επιπτώσεις που μπορεί να έχει η κατάχρηση της αλκοόλης στο έμβρυο ήταν ήδη γνωστές το 18^ο αιώνα στη Μ. Βρετανία. Εκείνη την εποχή, παρατηρήθηκε μία σημαντική αύξηση στην κατανάλωση του τζιν ιδιαίτερα από τα χαμηλά κοινωνικά στρώματα. Το γεγονός αυτό ανάγκασε το «Βασιλικό Κολέγιο των Ιατρών του Λονδίνου» να απευθύνει αίτηση στη βουλή για τον περιορισμό κατανάλωσης της αλκοόλης λόγω του μεγάλου αριθμού νεογέννητων

παιδιών με σοβαρές διαταραχές. Ως αποτέλεσμα, πολλές από τις αλκοολικές μέλλουσες μητέρες συνελήφθησαν και αναγκάστηκαν να γεννήσουν στη φυλακή προκειμένου να περιορισθεί δραστικά ο αριθμός των προβληματικών νεογνών.

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

Σύμφωνα με τον Pratt [1982], οι παραπάνω έρευνες δεν φαίνεται να ευαισθητοποίησαν τη διεθνή επιστημονική κοινότητα μέχρι τις αρχές της δεκαετίας του 70, όταν αμερικάνοι ερευνητές κατέληξαν σε παρόμοια συμπεράσματα με τους γάλλους συναδέλφους τους. Οι Ulleland [1972] και Jones & Smith [1973] ήταν οι πρώτοι που έδωσαν το χαρακτηρισμό «εμβρυακό αλκοολικό σύνδρομο» σε μία σειρά από διαταραχές που μπορεί να παρουσιάσουν παιδιά από αλκοολικές μητέρες¹.

6.4 Πιθανές προγεννητικές επιπτώσεις

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

1. Διαταραχές στη γονιμότητα της μητέρας και στην ολοκλήρωση της εγκυμοσύνης.
2. Επιβράδυνση της ενδομητριάκης ανάπτυξης του εμβρύου
3. Πρόκληση Χαρακτηριστικών του ΕΑΣ [Εμβρυακό Αλκοολικού Συνδρόμου].
4. Διαταραχές ελαφρότερης μορφής που μπορεί να είναι σημαντικές στο βαθμό που υπάρχει πιθανότητα να εξελιχθούν σε νευρολογικές

ή/και διανοητικές διαταραχές.

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

Τα συμπτώματα που χαρακτηρίζουν το ΕΑΣ είναι :

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

Προς το τέλος της δεκαετίας του '70 ο βρετανός καθηγητής της ψυχιατρικής G. Edwards και οι συνεργάτες του δημοσίευσαν δύο εργασίες [Edwards & Gross 1976, Edwards 1977] με θέμα το «σύνδρομο εξάρτησης». Το σύνδρομο της εξάρτησης από το αλκοόλ αναφέρεται στην ψυχολογική και σωματική εξάρτηση του ατόμου από το αλκοόλ και είναι ξεχωριστή έννοια από αυτήν που ο συγγραφέας όρισε ως προβλήματα ή ανικανότητα που σχετίζονται με την κατανάλωση της αλκοόλης [Alcohol related disabilities]. Το σύνδρομο της εξάρτησης περιλαμβάνει 7 στοιχεία ή συμπτώματα τα οποία χαρακτηρίζουν το άτομο που εξαρτάται από το αλκοόλ. Αυτά είναι τα εξής :

1. Συγκεκριμένες περίοδοι κατανάλωσης

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

2. Προτεραιότητα στην κατανάλωση του αλκοόλ

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

3. Αυξημένη ανοχή στο αλκοόλ

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

4. Επαναλαμβανόμενα συμπτώματα στέρησης

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

5. Αποφυγή ή ανακούφιση από τα συμπτώματα στέρησης

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

6. Ο συνειδητός καταναγκασμός του πότη

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

ουσιαστικό στοιχείο του συνδρόμου εξάρτησης.

7. Επαναφορά του συνδρόμου

Αυτό το στοιχείο αναφέρεται στην πιθανότητα επανεμφάνισης του συνδρόμου μετά από κάποια περίοδο αποχής¹.

Τα συμπτώματα αρχίζουν με κάποια κινητική ανησυχία, φόβο, κατάθλιψη, ανήσυχο ύπνο και φτάνουν μέχρι το τρομώδες παραλήρημα ή οξεία αλκοολική ψύχωση. Το άτομο τρέμει περισσότερο στα χέρια, στα χείλη και στη γλώσσα. Είναι κάθιδρο, παρουσιάζει ταχυκαρδία, επίμονη δυσκοιλιότητα και ελαφρό πυρετό. Το στόμα του είναι ξηρό από την αφυδάτωση και η γλώσσα βρόμικη. Δύσκολα αναγνωρίζει το περιβάλλον. Δεν μπορεί να αντιληφθεί και να εκτελέσει στοιχειώδεις εντολές. Υπάρχει κατάργηση της μνήμης σ' ότι αφορά τα πρόσφατα γεγονότα, διαταραχή προσανατολισμού ως προς το χώρο, το χρόνο, το περιβάλλον. Μερικοί εκδηλώνουν επιθετικές διαθέσεις ή τάσεις αυτοκτονίας ενώ άλλοι βασανίζονται από τρομακτικές ψευδαισθήσεις της αφής και της οράσεως¹⁴.

Το σύνδρομο αυτό εμφανίζεται συνήθως 6 έως 24 ώρες μετά την παύση [ή και την ελάττωση] μεγάλης και παρατεταμένης λήψης αλκοόλ. Μπορεί να εμφανισθεί ακόμη και 36 ώρες μετά το τελευταίο ποτό του ασθενή. Προοδευτικά επιδεινώνονται τα πρώτα συμπτώματα και ιδιαίτερα η ταχυκαρδία, η εφίδρωση, η διέγερση και ο τρόμος και μπορεί να εμφανιστούν σπασμοί, συνήθως 24-48 ώρες μετά το τελευταίο ποτό, που είναι γενικευμένοι, αυτοπεριοριζόμενοι και προηγούνται συνήθως της μεγάλης διέγερσης και του παραληρήματος, που συμβαίνει συνήθως μέσα σε διάστημα μιας εβδομάδας από την παύση [ή και την ελάττωση του ποτού]²⁵.

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

Τα νευρομυϊκά [τρόμος, κράμπες, παραισθήσεις], πεπτικά [ανορεξία, ναυτία, έμετοι, διάρροιες] και νευροφυτικά [ιδρώτες, ταχυκαρδία] συμπτώματα συνδυάζονται με ψυχικές διαταραχές [διάχυτη

ανησυχία, ευσυγκινησία, ευερεθιστότητα, παροδικά κενά μνήμης]. Τα συμπτώματα αυτά, που είναι τα συχνότερα του συνδρόμου στέρησης, εμφανίζονται μετά από βραχεία περίοδο αποχής, που μπορεί να μην ξεπερνά τη μία νύχτα, καταπραΰνονται με τη λήψη οινοπνεύματος, αλλά επανεμφανίζονται τα επόμενα πρωινά με αυξανόμενη βαρύτητα. Φτάνουν στο αποκορύφωμα τους 24 με 36 ώρες μετά την πλήρη διακοπή της χρήσης και επιμένουν για μερικές ημέρες. Το άγχος, η αϋπνία και οι εφιάλτες μπορεί να παραταθούν επί 8 ως και 15 ημέρες. Ο κίνδυνος επιστροφής στο οινόπνευμα είναι πολύ μεγάλος σε αυτή την περίοδο και είναι προτιμότερο ο ασθενής να νοσηλευθεί, πράγμα που επιτρέπει την επίβλεψη και ταυτόχρονα τη θεραπευτική βοήθεια ²⁴.

Σε τέτοια ήπια στερητική περίπτωση, όπως είναι ο τρόμος, ο ασθενής αντιμετωπίζεται με άμεση αγχόλυση και μία ενδομυϊκή ένεση 50 gr θειαμίνης. Στη συνέχεια του χορηγείται συνταγή με βενζοδιαζεπίνη [χλωρδιαζεποξείδιο 25- 50 mg X6 από το στόμα για 48-72 ώρες και μετά σταδιακή ελάττωση μέσα σε μία εβδομάδα ή 5 -10 mg διαζεπάμης X4 με σταδιακή μείωση] και κάποιο πολυβιταμινούχο σκεύασμα. Ύστερα από αυτά, ο ασθενής μπορεί να φύγει για το σπίτι του ³¹.

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

Η εμφάνιση των κρίσεων κατά τη στερητική φάση και το χαρακτηριστικό Η.Ε.Γ. επιτρέπουν τη διαφορική διάγνωση της αλκοολικής επιληψίας από τις ιδιοπαθείς ή μετατραυματικές επιληψίες, στις οποίες η συχνότητα των κρίσεων μπορεί να αυξηθεί κατά την

αποδρομή τυχόν αλκοολικών τοξικώσεων²⁴.

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

- ο Να ενυδατωθεί και να αποκατασταθεί τυχόν διαταραχή των ηλεκτρολυτών
- ο Να του χορηγηθούν παρεντερικώς 100 mg [50 mg IV και 50 mg IM] θειαμίνης
- ο Να του δοθεί αγχολυτική αγωγή από το στόμα³¹.

B. Η ψευδαίσθηση των αλκοολικών

Ο όρος αυτός, που καθιερώθηκε μετά την περιγραφή του φαινομένου από το, δεν πρέπει να μας κάνει να ξεχνάμε ότι πρόκειται για πραγματική ψευδαισθητική κατάσταση χωρίς ικανότητα αποστασιοποίησης του ασθενούς από τις ψευδαισθήσεις του. Δε συνοδεύεται, αυτή, από διαταραχές της συνείδησης και του προσανατολισμού. Υπάρχουν ακουστικό-λεκτικές ψευδαισθήσεις [γνωστές ή άγνωστες φωνές που προφέρουν απειλές, κατηγορίες ή κουβεντιάζουν γι' αυτόν], οι οποίες συνοδεύονται συχνά από ακαθόριστες ακουστικές εμπειρίες [κροταλίσματα, βουητό] και μερικές φορές από οπτικές παραισθήσεις ή ψευδαισθήσεις [ανησυχητικές σκιές, μικρά κινούμενα ζώα]. Η κατάσταση αυτή συνυπάρχει με έντονο άγχος και η διάρκεια της είναι αρκετά σύντομη, συνήθως διαρκεί λιγότερο από μία εβδομάδα. Η αντιμετώπιση αυτών των παραληρητικών και έντονα βιούμενων εμπειριών που εμφανίζουν εσπερινή επιδείνωση γίνεται με νευροληπτικά. Κατά τη διάρκεια της παρουσίας, τους δεν είναι σπάνιες οι αντιδράσεις πανικού ή άμυνας και αντεπίθεσης μπροστά στις ψευδαισθητικές απειλές. Μερικές φορές παρατηρούνται κλινικές μορφές που παρατείνονται για μήνες και μπορεί να γίνουν χρόνιες [χρόνια ψευδαισθητική ψύχωση των αλκοολικών]²⁴.

Γ. Το τρομώδες παραλήρημα

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

Είναι η πιο συχνή αλκοολική ψυχωτική κατάσταση [84%]. Εμφανίζεται μετά από χρόνια κατάχρηση οινοπνεύματος, κυρίως μετά το 30^ο έτος της ηλικίας.

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

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

Το οπτικό παραλήρημα παρουσιάζεται κυρίως με μορφή μικρών ζώων [ποντίκια, αράχνες κ.λ.π.], που φοβίζουν τον ασθενή που

προσπαθεί να τα αποφύγει.

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

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

Η σημειολογία περιλαμβάνει:

Συγχοτικο-ονειρική κατάσταση με μεγάλη διέγερση

Ο ασθενής παρουσιάζει θόλωση της συνείδησης, αποπροσανατολισμό και καταλαμβάνεται από έντονο ονειρισμό. Οι πολυαισθητηριακές ψευδαισθήσεις, μεταξύ των οποίων κυριαρχούν οι οπτικές, οργανώνονται με μορφή τρομακτικών ιστοριών ή σκηνών της επαγγελματικής τους ζωής, που αλληλοδιαδέχονται οι μεν τις δε και διαπλέκονται μέσα σε μία εφιαλτική ατμόσφαιρα. Ευχάριστες ή αστείες οπτασίες μπορεί να παρουσιαστούν για σύντομα χρονικά διαστήματα, όμως η γενική χροιά της ονειρικής φαντασμαγορίας γεννά ανησυχία και είναι κορεσμένη από άγχος. Αντιληπτικές παραισθήσεις χρησιμεύουν, ως υπόστρωμα, στο ονειρικό παραλήρημα: οι σκιερές γωνιές ζωντανεύουν, οι ταπετσαρίες γεμίζουν με πρόσωπα που μορφάζουν. Ακουστικές εμπειρίες ενορχηστρώνουν τα δρώμενα: θόρυβοι που μεγεθύνονται ή μεταμορφώνονται σε οχλοβοή και απειλές θανάτου. Ο ονειρισμός συγκεκριμενοποιείται με μορφή οπτικών αισθητηριακών ψευδαισθήσεων: ιστοί αράχνης και κινήσεις μικρών ζώων, τα οποία ο αλκοολικός βλέπει και αισθάνεται πάνω στο σώμα του και προσπαθεί να τα πιάσει. Η διαταραχή της συνείδησης, όπως και ο ονειρισμός, κυμαίνονται σε ένταση από τη μια στιγμή στην άλλη σε συνάρτηση με τα εξωτερικά ερεθίσματα. Το σκοτάδι ευνοεί τις διαταραχές, οι οποίες επιτείνονται κατά τη νύχτα, οπότε η αϋπνία είναι αδιάκοπη. Αν ενεργοποιήσουμε την προσοχή του ασθενούς, μπορούμε να τον βγάλουμε για λίγο από το όνειρο του και να τον κάνουμε να απαντήσει

σε μερικές ερωτήσεις.

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

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

Το νευρολογικό σύνδρομο

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

Τα γενικά σημεία αντικατοπτρίζουν τη βαρύτητα της κατάστασης. Μπορεί να υπάρχουν συνεχής πυρετός, μέτριος ή υψηλός, ταχυκαρδία, αφυδάτωση, γλώσσα στεγνή, έντονη δίψα, άφθονοι δύσοσμοι ιδρώτες, μερικές φορές διάρροια και έμετοι.

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

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

Οι ελαφρότερες μορφές ή υποξέα αλκοολικά παραληρήματα είναι πολύ πιο συχνές από το τυπικό τρομώδες παραλήρημα. Ο ονειρισμός

μπορεί να είναι εξ ίσου πλούσιος, η διέγερση όμως και τα νευρολογικά σημεία λιγότερο έντονα και τα γενικότερα επιβαρυντικά σημεία απουσιάζουν. Αν και οι μορφές αυτές είναι συνήθως καλοήθειες, επειδή η εξέλιξη τους προς τυπικό τρομώδες παραλήρημα είναι πιθανή [πρόδρομο τρομώδες παραλήρημα].

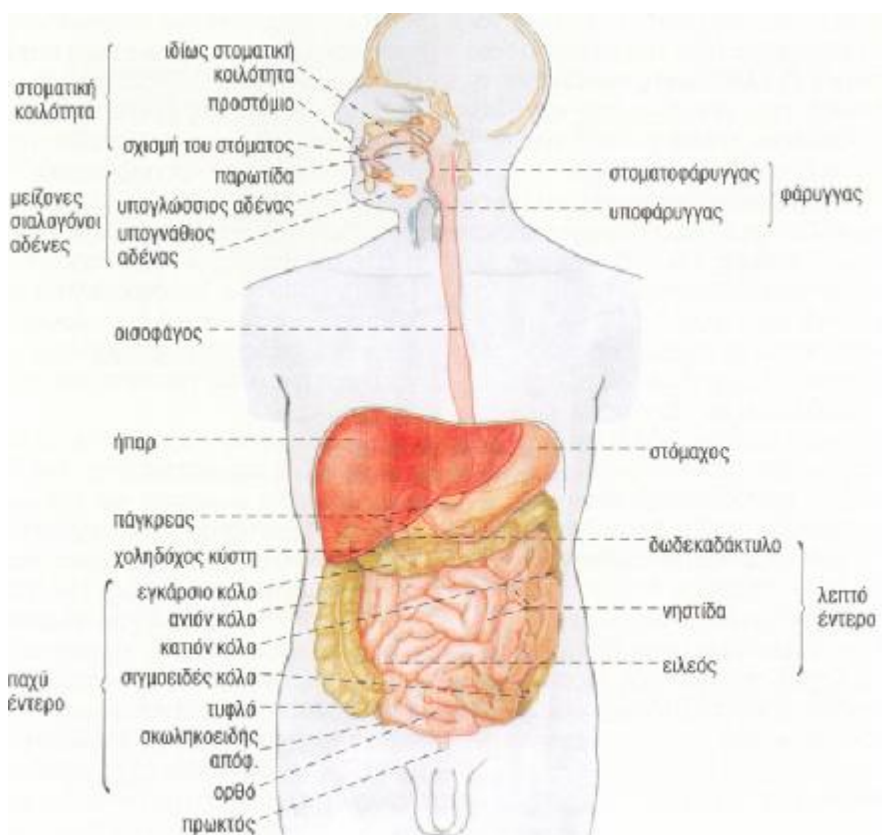
Η θεραπευτική αντιμετώπιση του τρομώδους παραληρήματος και των υποξέων αλκοολικών παραληρημάτων είναι τυποποιημένη και περιλαμβάνει:

- i. **Διόρθωση των υδροηλεκτρολυτικών διαταραχών** με άφθονη ενυδάτωση από το στόμα [γίνεται αρκετά εύκολα, επειδή ο άρρωστος πίνει με απληστία]. Χορηγούνται τουλάχιστον 3 λίτρα ημερησίως υπό μορφή νερού, χυμών φρούτων ή σούπας, όπου προσθέτουμε διττανθρακικά, Na, κ, Mg, ανάλογα με τις ανάγκες που διαπιστώνουμε από τον έλεγχο των ηλεκτρολυτικών. Σε βαριές περιπτώσεις μπορεί να χρειαστεί ενδοφλέβια χορήγηση ορών.
- ii. **Αντιμετώπιση της διέγερσης** με απομόνωση του αρρώστου, χωρίς καθήλωση, σε μόνιμα φωτισμένο δωμάτιο, χορήγηση ηρεμιστικών.
- iii. **Καρδιαγγειακά αναληπτικά**
- iv. **Διάγνωση και αντιμετώπιση των λοιμώξεων, ηπατικών ή νευρολογικών** [ενδοκρανιακό αιμάτωμα] επιπλοκών

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

Κεφάλαιο 7^ο

Επιπλοκές



7.1 Αλκοολική τοξίκωση

Πρόκειται για τη γνωστή μας μέθη, που χαρακτηρίζεται από δυσπροσαρμοστικές μεταβολές της συμπεριφοράς - έκπτωση της κρίσης, κατάργηση των αναστολών των σεξουαλικών και επιθετικών παρορμήσεων [τσακωμοί, απρέπειες, κ.ά], ευμετάβλητο συναίσθημα, παρεμπόδιση της κοινωνικής και επαγγελματικής λειτουργίας και άλλα συμπτώματα όπως δυσarthρική ομιλία, αστάθεια του βαδίσματος, διαταραχή του συντονισμού των κινήσεων, νυσταγμό, εξέρυθρο προσωπίο, ευερεθιστότητα, έκπτωση της προσοχής και της μνήμης.

Επιπλέον, χαρακτηριστικά του ατόμου μπορούν να αλλοιωθούν

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

Η ένταση της τοξίκωσης αυξάνει με το επίπεδο του αλκοόλ στο αίμα.

Μολονότι υπάρχουν ευρείες ατομικές διαφορές, τα περισσότερα άτομα παρουσιάζουν σημεία τοξίκωσης με επίπεδα αλκοόλ στο αίμα μεταξύ 100-200 mg/dl θάνατος έχει αναφερθεί με επίπεδα 400-700 mg/dl είτε λόγω καταστολής της αναπνοής είτε λόγω εισρόφησης εμέτου.

Τροχαία ατυχήματα, αυτοκτονίες και πιθανή καταστολή του ανοσοποιητικού συστήματος που μπορεί να οδηγήσει σε λοίμωξη είναι ιδιαίτερα συχνά.

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

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

Εάν υπολογισθεί ότι το 1/3 των περιπτώσεων αλκοολικής ηπατίτιδας εξελίσσεται σε κίρρωση, και ότι το 10% των χρόνιων αλκοολικών είναι κίρρωτικοί, τότε έχουμε γύρω στο 80-90% των ασθενών με αλκοολική κίρρωση που έχουν ιστορικό λήψεως οινοπνεύματος από χρόνια.

Η ασφαλής δόση οινοπνεύματος δεν έχει καθοριστεί ακόμα, φαίνεται όμως ότι η πιθανότητα ανάπτυξης αλκοολικής ηπατίτιδας είναι μικρή σε ποσότητα κάτω από 60g την ημέρα. Η διάρκεια της λήξεως αποτελεί σημαντικό παράγοντα. Κατά τη στατιστική, ασθενείς με αλκοολική ηπατίτιδα κατά 80% εμφανίζουν εκδηλώσεις μετά από λήψη 5 χρόνων.

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

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

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

7.2 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, παρόλο που η παράλληλη λήψη άλλων τοξικών ουσιών και η κακή διατροφή συμβάλλουν ουσιαστικά σ' αυτή τη διαταραχή ¹.

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 ³³.

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

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 κολλική μαρμαρυγή, κολλικός πτερυγισμός και συχνές έκτακτες κοιλιακές συστολές.

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

Η αντιμετώπιση των οξέων επεισοδίων, όπως και της χρόνιας καρδιακής ανεπάρκειας εξ αλκοολικής μυοκαρδιοπάθειας, είναι η αυτή με την αντιμετώπιση καρδιακής ανεπάρκειας οποιασδήποτε αιτιολογίας³³.

7.3 Επιδράσεις στο αιμοποιητικό σύστημα

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

7.4 Επιδράσεις στο αναπνευστικό σύστημα

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

1. Το κάπνισμα
2. Η ελαττωμένη αντίσταση στις μολύνσεις
3. Ο τραυματισμός του Κ.Ν.Σ. που προκαλεί απώλεια

αντανακλαστικών του ρινοφάρυγγα

4. Ο ασκίτης που ανεβάζει το διάφραγμα και ελαττώνει τη ζωτική χωρητικότητα.
5. Ισχνή αναπνοή, που δημιουργείται από θλάση πλευρών και
6. Πιθανή άμεση επίδραση του αλκοόλ στους πνεύμονες.

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

7.5 Επίδρασεις στο πεπτικό σύστημα

Επίδρασεις 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 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 ν' αντέξουν εσωτερική αυξημένη πίεση, οπότε διαστέλλονται και σχηματίζουν κίρσους ³⁵.

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 ασθενείς²⁸.

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

Επιδράσεις στο 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 φιλικού οξέος, της θειαμίνης [Βιταμίνης B₁], των βιταμινών B₆ και B₁₂ και του ψευδαργύρου. Η έλλειψη φιλικού οξέος οδηγεί στην ελαττωμένη πρόσληψη απ' τη νήστιδα ύδατος, νατρίου, γλυκόζης και αμινοξέων. Τέλος, αυτή η αλκοολική εντεροπάθεια συχνά συνοδεύεται από εντερική απώλεια

πρωτεΐνης. Αιμορραγικές διαβρώσεις μπορεί να εντοπιστούν στο ανώτερο λεπτό έντερο. Όλες αυτές οι μεταβολές είναι ανατρέψιμες με τη διάβρωση των ελλειμμάτων διατροφής και την αποχή από το οινόπνευμα³⁶.

Ο υποσιτισμός είναι ένα από τα χαρακτηριστικά του αλκοολισμού, αν και η σχέση μεταξύ κατανάλωσης της αλκοόλης και διατροφής παραμένει ασαφής. Σε μία πρόσφατη έρευνα, η Morgan [1981] βρήκε ότι το 30% ενός δείγματος αλκοολικών μιας ηπατικής 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 δίαιτα Χρησιμοποιείται με τη γενικότερη έννοια του σιτισμού] που χαρακτηρίζει πολλούς προβληματικούς πότες. Αυτή η άποψη όμως ήρθε σε αντίθεση με τα πορίσματα τριών ερευνών [Neville et al 1968, Hurt et al 1981 και Morgan 1981] που σύγκριναν το διαιτολόγιο ομάδων αλκοολικών με εκείνο μη-αλκοολικών ατόμων και δεν βρήκαν διαφορές μεταξύ τους. Σύμφωνα με τη Morgan [1982], ο υποσιτισμός των αλκοολικών οφείλεται κυρίως σε παράγοντες όπως η κακή πέψη και απορρόφηση θρεπτικών στοιχείων και ο ελαττωματικός μεταβολισμός αυτών των στοιχείων¹.

Επιδράσεις στο πάγκρεας

Σε χώρες με μεγάλη κατανάλωση οινοπνεύματος η παγκρεατίτιδα είναι συχνή. Εξάλλου υπερβολική κατανάλωση οινοπνεύματος προηγείται συχνά επεισοδίου οξείας παγκρεατίτιδας. Ο μηχανισμός δεν είναι απόλυτα γνωστός. Ίσως συμβάλλουν παγκρεατική έκκριση, οίδημα στο σφιγκτήρα του Oddi [βαλβίδα που ρυθμίζει τη διέλευση του παγκρεατικού υγρού και της χολής προς το έντερο] και απόφραξη των παγκρεατικών πόρων από πρωτεϊνικό υλικό³⁶. Από τις 4 περιπτώσεις οι τρεις είναι αποτέλεσμα δηλητηρίασης με οινόπνευμα. Εκτός από το

κοιλιακό άλγος, το μετεωρισμό και άλλα συμπτώματα του γαστρεντερολογικού συστήματος, μπορούμε να έχουμε και επιπλοκές, όπως κυκλοφορική ανεπάρκεια, ειλεό, κύστες του παγκρέατος κ.λπ. ⁶.

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

Αρχικά η φλεγμονή δημιουργεί οίδημα. Καθώς όμως αναπτύσσεται φλεβική συμφόρηση προκαλεί νέκρωση του παγκρέατος. Με την ενζυμική καταστροφή του ιστού προκαλείται ρήξη των αγγείων με αποτέλεσμα αιμορραγία. Οι λιπάσεις που απελευθερώνονται από το πάγκρεας, επιφέρουν νέκρωση του λιπώδους ιστού. Αυτή η νέκρωση συχνότερα περιλαμβάνει το πάγκρεας και το λιπώδη ιστό που το περιβάλλει, μπορεί όμως να επεκταθεί και σ' άλλους λιπώδεις ιστούς. Με την αύξηση των νεκρωμένων ιστών, η λοίμωξη καθίσταται μεγάλη απειλή ³⁷.

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 ²⁸.

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

7.6 Επιδράσεις στο μεταβολικό και ενδοκρινικό σύστημα

Υπερλιπιδαιμία

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

- A. Το καταστρεπτικό αποτέλεσμα της μεγάλης κατανάλωσης οινοπνεύματος και
- B. Το ωφέλιμο αποτέλεσμα της ελαφριάς ή μέτριας σταθερής κατανάλωσης οινοπνεύματος.

Στην πρώτη περίπτωση είναι σήμερα γνωστό ότι η χρόνια μεγάλη κατανάλωση οινοπνεύματος συνοδεύεται από αυξημένη συχνότητα εμφάνισης αρτηριακής υπέρτασης, αγγειακού σπασμού, πρόκληση αιμορραγικής αιτιολογίας αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων, μυοκαρδιοπάθειας [αλκοολική], στεφανιαίας νόσου και αιφνίδιου θανάτου. Στη δεύτερη περίπτωση φαίνεται ότι η ελαφρά ή μέτρια σταθερή κατανάλωση οινοπνεύματος έχει ευεργετική επίδραση, λόγω της προστασίας που προσφέρει έναντι της στεφανιαίας νόσου. Οι μηχανισμοί μέσω των οποίων εκδηλώνεται η «προστατευτική» δράση του οινοπνεύματος έναντι της στεφανιαίας νόσου είναι:

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

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

- § Η αιθανόλη φέρεται ως συνήθης αιτία δευτεροπαθούς υπερτριγλυκεριδαιμίας ειδικά στους άντρες και προκαλεί συνήθως το φαινόμενο IV ή V.
- § Η δράση της αλκοόλης φαίνεται να είναι πλέον έκδηλη σε άτομα με προϋπάρχοντα τύπου IV φαινότυπο και αυξάνεται με ταυτόχρονη κατανάλωση λίπους.
- § Ο Ginsberg και οι συνεργάτες του βρήκαν σημαντική αύξηση τριγλυκεριδίων μετά τη κατανάλωση αιθανόλης σε

υπερτριγλυκεριδαιμικούς ασθενείς αλλά όχι σε φυσιολογικά άτομα.

§ Οι Avogaro και Gozollato βρήκαν αύξηση των τριγλυκεριδίων η οποία χαρακτηρίζεται κυρίως από αύξηση της VLDL χοληστερόλης.

§ Σημαντική είναι η παρατήρηση ότι η διακοπή της κατανάλωσης αλκοόλ οδηγεί σε 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.

Η επίδραση της μη σταθερής και με μεγάλες διακυμάνσεις οινοπνεύματος στο λιπιδαιμικό Profile	
↑	LDL-χοληστερόλης
↑	ApoB
↓	δραστηριότητας του ενζύμου LCAT

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

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

Η πρόταση είναι ιδιαίτερα ελκυστική αλλά και επικίνδυνη συγχρόνως. Η σύσταση για καθημερινή λήψη αλκοόλ έστω και σε προκαθορισμένη ποσότητα, σαν φάρμακο, ενέχει τον κίνδυνο να

δημιουργήσει αποτελέσματα αντίθετα από τα αναμενόμενα. Ο αλκοολισμός αποτελεί ήδη έντονο κοινωνικό πρόβλημα για πολλές χώρες και η αλόγιστη και χωρίς προσοχή ενημέρωση του κοινού μπορεί να συμβάλλει αποφασιστικά στην έξαρση του ³⁸.

Υπογλυκαιμία

Μία από τις πιο κοινές και πιο σοβαρές επιπλοκές του μεταβολικού και ενδοκρινικού συστήματος των χρηστών αλκοόλης είναι η υπογλυκαιμία. Ο εγκέφαλος αντίθετα με τα άλλα όργανα, δε μπορεί να χρησιμοποιήσει ως πηγή ενέργειας τα λιπαρά οξέα. Έτσι όταν στερείται γλυκόζη, μπορεί να καταλήξει σε διαταραχές συμπεριφοράς, επιληψίες μόνιμη εγκεφαλική φθορά, κώμα και ακόμα θάνατο.

Διαταραχές ηλεκτρολυτών και οξεοβασικής ισορροπίας

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

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

Μεταβολές στα επίπεδα των 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 ²⁸ .

To σύνδρομο Cushing

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

Το συχνότερο αίτιο είναι μία βλάβη στον πολύπλοκο μηχανισμό που ρυθμίζει την παραγωγή των ορμονών του φλοιού των επινεφριδίων , στον οποίο συμμετέχουν και άλλες δύο δομές του ορμονικού συστήματος: ο υποθάλαμος και η υπόφυση. Όταν αυτός ο μηχανισμός ρύθμισης παθαίνει βλάβη και το αποτέλεσμα είναι μία υπερβολική διέγερση, ο ιστός του φλοιού των επινεφριδίων αυξάνεται [υπερπλασία] και ταυτόχρονα αυξάνεται σημαντικά η ορμονική παραγωγή του ³⁹ .

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

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

7.7 Επιδράσεις στο νευρικό και μυϊκό σύστημα

Αλκοολική μυοπάθεια

Η χρόνια αλκοολική μυοπάθεια είναι ένα από τα πολλά οργανικά προβλήματα που σχετίζονται με την κατάχρηση του αλκοόλ. Η ασθένεια αυτή χαρακτηρίζεται από μία βαθμιαία και συνήθως ανώδυνη φθορά και αδυναμία κεντρικών μυών ιδιαίτερα αυτών που βρίσκονται στα πόδια [Martin 1982]. Σύμφωνα με αυτόν τον συγγραφέα, η αλκοολική

μυοπάθεια εμφανίζεται σε αλκοολικούς με τουλάχιστον 10χρονο ιστορικό κατάχρησης της αλκοόλης και με ελάχιστη καθημερινή κατανάλωση όχι μικρότερη των 10 gr. Η επίπτωση [συχνότητα] αυτής της ασθένειας παραμένει απροσδιόριστη¹.

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 αλκοόλ²⁸.

Περιφερική νευροπάθεια

Ο ρόλος της ελλιπούς διατροφής έχει σημαντική θέση στις παραπάνω νευρολογικές διαταραχές αλλά και στη γενικότερη λειτουργία του εγκεφάλου. Ανεπάρκεια βιταμινών της σειράς B 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 κ.λ.π.] κατά τη διάρκεια της εξάρτησης από το αλκοόλ.

Η πιο κοινή από τις νευρολογικές διαταραχές είναι η περιφερική νευροπάθεια. Αυτή η ασθένεια εμφανίζεται τουλάχιστον στο 10% των «χρόνιων αλκοολικών». Σύμφωνα με πρόσφατα ερευνητικά στοιχεία, η περιφερική νευροπάθεια ποικίλλει από ασυμπτωματική νευροπάθεια μέχρι ουσιαστική αδυναμία των μυών και σημαντική ανεπάρκεια των αισθητηρίων οργάνων. Σύμφωνα με τους Martin et al, η περιφερική νευροπάθεια εμφανίζεται ανεξάρτητα από τη χρόνια μυοπάθεια των σκελετικών μυών η οποία είναι κοινή διαταραχή στους χρόνιους αλκοολικούς¹.

7.8 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 στη σκέψη².

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 πότων σε ποικιλία τεστ υψηλής εγκεφαλικής λειτουργίας²⁸

Εγκεφαλοπάθεια Gayet-Wernicke

Αποτελεί αρκετά συχνή πάθηση και οφείλεται σε κακή διατροφή. Η αβιταμίνωση Β₁ παίζει καθοριστικό ρόλο. Η βασική αιτία είναι ο χρόνιος αλκοολισμός, που είναι υπεύθυνος για την έλλειψη θειαμίνης είτε εξαιτίας ελαττωμένης πρόσληψης [ανορεξία, διαταραχή του διαιτητικού ισοζυγίου με τροφές πλούσιες σε υδατάνθρακες και φτωχές σε

πρωτεΐνες] είτε εξαιτίας ελαττωματικής απορρόφησης [γαστρίτιδα, διαταραχές των εντερικών λειτουργιών, συνέπειες γαστρεκτομής].

Σοβαρές διαταραχές της διατροφής οφειλόμενες σε διάφορα αίτια όπως έμετοι κατά την κύηση, οισοφαγική ή πυλωρική στένωση, μετεγχειρητικός υποσιτισμός που ελέγχεται δύσκολα, καταστάσεις ασιτίας [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] ποικίλει ανάλογα με το αν πρόκειται για οξεία ή χρόνια προσβολή. Οι διάχυτες αιμορραγίες είναι συχνές στις οξείες μορφές.

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

- ▼ **Διαταραχές της συνείδησης ποικίλης βαρύτητας** όπως επισκότιση, χώνωση, συγχυτικο-ονειρική διέγερση [η διαφορική διάγνωση της οποίας από το τρομώδες παραλήρημα είναι δύσκολη, καθόσον μάλιστα οι δυο διαταραχές μπορεί να συνυπάρχουν και η εγκεφαλοπάθεια wernicke να εγκατασταθεί κατά την αποδρομή τρομώδους παραληρήματος], συγχυτικο-αμνησιακή κατάσταση τύπου korsakoff με άφθονη μυθοπλασία.
- ▼ **Οπτικοκινητικές διαταραχές** όπως οριζόντιο η 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 ²⁴. Η εγκεφαλοπάθεια του Wernicke είναι μία οξεία

κατάσταση, δυνητικά θανατηφόρα, που χαρακτηρίζεται από θόλωση της συνείδησης, οφθαλμοπληγία [αδυναμία των μυών που ελέγχουν την κίνηση των οφθαλμών] και αταξία [βάδισμα ευρείας βάσης, πτώση ή ανικανότητα του ατόμου να περπατήσει ή να σταθεί όρθιο]²⁵. Μερικές φορές η εξέταση του βυθού του οφθαλμού αποκαλύπτει αιμορραγίες του αμφιβληστροειδούς.

- ▼ **Εναντιωτική υπερτονία, κινητική ασυνεργία 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 υποδύεται μηνιγγίτιδα ή τρομώδες παραλήρημα. Οι οφθαλμικές παρέσεις μερικές φορές είναι λανθάνουσες ή παροδικές. Η επέλευση νευροψυχικών διαταραχών σε αλκοολικούς υποσιτιζόμενους ασθενείς πρέπει να οδηγεί συστηματικά στην υπόθεση εγκεφαλοπάθειας από βιταμινική ένδεια. Η άμεση βιταμινοθεραπεία είναι ο μόνος τρόπος για να αποφευχθούν σοβαρές και μόνιμες υπολειμματικές βλάβες. Η απουσία γρήγορου θεραπευτικού αποτελέσματος στα οφθαλμολογικά και συγχυτικά συμπτώματα απαιτεί 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 τη βιταμινοθεραπεία είναι αρκετά σταθερό εύρημα στην εγκεφαλοπάθεια Wernicke, αλλά δεν αποτελεί ειδικό χαρακτηριστικό της ένδειας θειαμίνης [άλλες πιθανές αιτίες: σακχαρώδης διαβήτης, κίρρωση, αναιμία]²⁴.

Η κατάσταση αντιμετωπίζεται με τη χορήγηση θειαμίνης. Συγκεκριμένα, χορηγούνται αμέσως 50 mg θειαμίνης ενδοφλεβίως και 50 mg 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]³¹.

Η θεραπευτική αντιμετώπιση συνίσταται κυρίως στην ενδομυϊκή χορήγηση βιταμίνης B₁ σε δόση 500 mg 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 η υπολειμματικές βλάβες και κυρίως το σύνδρομο Korsakoff είναι πολύ συχνές, ιδιαίτερα, όταν η θεραπευτική αντιμετώπιση έγινε καθυστερημένα. Εάν δεν υπάρξει θεραπεία, η εξέλιξη προς το μοιραίο είναι συνηθισμένη στις οξείες μορφές: υπερτονικό κώμα με έντονα νευροφυτικά συμπτώματα.

Σύνδρομο Korsakoff

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

Η κλινική εικόνα περιλαμβάνει:

1) Πολύ Χαρακτηριστική προσβολή της μνήμης:

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

§ Αναδρομική αμνησία που επικαλύπτει τα χρόνια που προηγήθηκαν της νόσου. Υπάρχει χαοτική ανάκληση προσωπικών αναμνήσεων ή γεγονότων αυτής της περιόδου και ανάμειξη γεγονότων, η χρονολογική σειρά των οποίων είναι πολύ διαταραγμένη .

§ Διατήρηση της ανάμνησης παλαιών γεγονότων, παιδικών αναμνήσεων, σχολικών γνώσεων, κεκτημένων δεξιοτήτων, επαγγελματικών κινήσεων.

§ Διατήρηση της ανάμνησης για πολύ βραχύ χρονικό διάστημα. Το βάθος της άμεσης μνήμης είναι φυσιολογικό. Ο άρρωστος μπορεί να αντιληφθεί την ουσία των ερωτήσεων και να δώσει τις κατάλληλες απαντήσεις. Αντίθετα όμως από την άμεση πρόσληψη που διατηρείται, η δευτερογενής ενσωμάτωση και η απομνημόνευση είναι διαταραγμένη και η συγκράτηση σύνθετων ερεθισμάτων είναι μηδαμινή, ενώ η συγκράτηση απλών ερεθισμάτων μπορεί να διατηρηθεί ²⁴. Τα κύρια χαρακτηριστικά του συνδρόμου Korsakoff είναι η έκπτωση της βραχύχρονης [ή πρόσφατης] μνήμης που εμφανίζεται κυρίως σαν αδυναμία εκμάθησης καινούργιων πληροφοριών [π.χ. το όνομα του γιατρού]. Άλλα συμπτώματα που μπορεί να υπάρχουν είναι η περιφερική νευροπάθεια, η αταξία και η οφθαλμοπληγία ²⁵.

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

Γ]]Μυθοπλασία. Αυθόρμητα ή για να απαντήσει σε σχετικές ερωτήσεις, ο ασθενής κάνει μία μυθοπλαστική αφήγηση, αρκετά ευκαιριακή] αλλά αληθοφανή] των δραστηριοτήτων του της προηγούμενης ημέρας [περίπατος, ψώνια]. Οι ψευδείς 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 μεταφέροντας τις στο παρόν. Αρκετά

συχνά η μυθοπλασία είναι λανθάνουσα και πρέπει να την υποκινήσουμε με τις κατάλληλες ερωτήσεις.

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

Σε αντίθεση με την τεράστια μνημονική έκπτωση, δεν παρατηρείται ούτε διανοητική σύγχυση [αφού περάσει η οξεία φάση] ούτε άνοια. Η λειτουργία της κρίσης και η συλλογιστική ικανότητα είναι φυσιολογική, εφόσον δεν αφορά πρόσφατες αναμνήσεις. Η βαθμολόγηση στην κλίμακα μνήμης του Wernicke είναι παντού πολύ χαμηλή εκτός από την άμεση επανάληψη αριθμών. Οι υποδοκιμασίες της κλίμακας νοημοσύνης [WAIS] διατηρούνται σε σχετικά ικανοποιητικό επίπεδο εκτός από τον «κώδικα» και τους «κύβους» που είναι πάντα διαταραγμένα. Αυτά ισχύουν για τους πάσχοντες από γνήσιο σύνδρομο Korsakoff. Αρκετά συχνά ο αλκοολισμός επιφέρει, εκτός της εγκεφαλοπάθειας από βιταμινική ένδεια, εγκεφαλικές βλάβες προκαλούμενους με διάφορες μηχανισμούς που μπορεί να καταλήξουν σε άνοια. Σε αυτή τη περίπτωση το σύνδρομο Korsakoff εξαφανίζεται σταδιακά πίσω από την ανοϊκή εικόνα.

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

δακτύλων των ποδιών στο χώρο]. Μερικές φορές παρατηρούνται αταξικές μορφές, ψευδομυοπαθητικές μορφές και οξείες μορφές του συνδρόμου με ραγδαία επιδείνωση.

Θεραπευτική αντιμετώπιση και εξέλιξη. Η βιταμίνη 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 25% των ασθενών αναρρώνει πλήρως. Η πρόληψη των συνδρόμων Wernicke- Korsakoff είναι φυσικά η επαρκής διατροφή²⁵. Στις άλλες περιπτώσεις η διαταραχή στην απομνημόνευση παραμένει. Η μερική αποκατάσταση, έστω και πολύ βραδεία, μπορεί να επιτρέψει κάποιου βαθμού αυτονομία στη ζωή του ατόμου [π.χ. προστατευμένη εργασία], ενώ η βαριά μνημονική έκπτωση επιφέρει πλήρη αναπηρία και απαιτεί μόνιμη βοήθεια συνήθως σε νοσοκομειακό περιβάλλον. Η πολυνευρίτιδα μπορεί να αφήσει υπολείμματα όπως μόνιμη σύσπαση των τενόντων ή τροφικές διαταραχές. Η πρόγνωση είναι μάλλον κακή εξαιτίας των συνυπαρχουσών βλαβών [κίρρωση, καρδιαγγειακές διαταραχές] και της συνέχισης της χρήσης αλκοόλ η οποία συχνά παρατηρείται.

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

- **Η ένδεια βιταμίνης B₁** είναι η πιο συχνή αιτία είτε οφείλεται 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 ιπποκαμπομαστιο-θαλαμικού κυκλώματος** μπορεί να οδηγήσουν σε αμνησία Korsakoff είτε αμιγή είτε συνδυαζόμενη με ποικίλες διαταραχές

ανάλογα με την αιτιολογία:

- **Μερικές φορές το ατομικό αναμνηστικό καθιστά την αιτιολογία προφανή.** Το σύνδρομο Korsakoff μετά από κρανιοεγκεφαλικό τραυματισμό γίνεται αντιληπτό, όταν ο τραυματίας ανανήψει από τη μεταδιασεισική σύγχυση. Η μυθοπλασία είναι πολύ πλούσια και η συμμετοχή της φαντασίας σε αυτή έντονη. Η εξέλιξη είναι ευνοϊκή και το σύνδρομο υποχωρεί μέσα σε μερικούς μήνες αφήνοντας κενотоπιακή αμνησία. Το σύνδρομο Korsakoff ανοξαιμικής αιτιολογίας οφείλεται συχνά σε αμφοτερόπλευρο βλάβη του αμμωνίου κέρατος μετά από status epilepticus, απόπειρα απαγχονισμού ή καρδιακή ανακοπή. Το μετεγχειρητικό Korsakoff συμβαίνει συνήθως μετά από επέμβαση εξαιτίας ανευρύσματος της πρόσθιας αναστομωτικής εγκεφαλικής αρτηρίας ή μετά από αμφοτερόπλευρο εξαίρεση του αμμωνίου κέρατος κατά τη χειρουργική αντιμετώπιση της επιληψίας. Στο σύνδρομο Korsakoff μετά από υποξεία νεκρωτική εγκεφαλίτιδα, π.χ. ερπητικής αιτιολογίας, οι βλάβες είναι αμφοτερόπλευρες και κυριαρχούν στην περιοχή του ιπποκάμπου. Η προσθιοδρομική αμνησία είναι βαριά, συχνά χάνονται και γενικές γνώσεις. Η εξέλιξη είναι σοβαρή και η αποκατάσταση συνήθως περιορισμένη.

Οι νεοπλασίες της μεσο-διεγκεφαλικής περιοχής μπορεί να επιφέρουν σύνδρομο Korsakoff [όγκος τρίτης κοιλίας, όγκος τριγώνου]. Τα σύνδρομα Korsakoff αγγειακής αιτιολογίας με αμφοτερόπλευρη συμμετρική ή μη προσβολή του μεταιχμιακού κυκλώματος είναι πολύ σπάνια²⁴.

7.9 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 μία γενικευμένη εκφύλιση στον εγκέφαλο, στους μυς, στο

ενδοκρινικό σύστημα και τα ζωτικά όργανα, δίνοντας έτσι μία εντύπωση πρόωρου γήρατος².

Αλκοολική εκφύλιση της παρεγκεφαλίδας

Ο όρος αυτός χρησιμοποιείται για ένα μη οικογενή τύπο παρεγκεφαλιδικής αταξίας, που εμφανίζεται στην ώριμη ηλικία πάνω σε υπόβαθρο παρατεταμένης καταναλώσεως οινοπνεύματος. Τα συμπτώματα μπορεί να εξελίσσονται με αργό ρυθμό σε μεγάλο χρονικό διάστημα, συχνότερα όμως εξελίσσονται με υποξύ τρόπο [μέσα σε βδομάδες ή μήνες] και στη συνέχεια μπορεί να παραμείνουν στάσιμα για πολλά χρόνια. Συχνά παραμένουν σε ήπια μορφή και επιδεινώνονται σημαντικά μετά μια κρίση πνευμονίας είτε τρομώδους παραληρήματος. Τα σημεία είναι αποδείξεις παρεγκεφαλιδικής δυσλειτουργίας, που επηρεάζει κυρίως τη στάση και τη βადίση. Τα πόδια προσβάλλονται συχνότερα και βαρύτερα από τα χέρια, ο νυσταγμός δε και οι διαταραχές της ομιλίας είναι σπάνιες. Μετά την εγκατάσταση, τα σημεία ελάχιστα μεταβάλλονται, αν και κάποια βελτίωση στο βάδισμα [οφειλόμενη κυρίως σε ανάρρωση από επιπλέκουσα πολυνευροπάθεια] μπορεί να ακολουθήσει την κατάπαυση της πόσεως. Οι βασικές παθολογοανατομικές αλλοιώσεις συνίσταται σε εκφύλιση διαφόρου βαθμού όλων των νευροκυτταρικών στοιχείων του φλοιού της παρεγκεφαλίδας, και ιδιαίτερα των κυττάρων Purkinje, με εκσεσημασμένο τοπογραφικό περιορισμό στην πρόσθια και άνω επιφάνεια του σκώληκα και των ημισφαιρίων. Η διαταραχή της στάσεως και βαδίσεως φαίνεται να έχει σχέση με τη βλάβη του σκώληκα και η αταξία των άκρων με τον πρόσθιο λοβό της παρεγκεφαλίδας. Παρόμοιο κλινικό σύνδρομο έχει παρατηρηθεί σε ελάχιστες περιπτώσεις υποσιτιζόμενων μη αλκοολικών ασθενών.

Είναι πιθανόν οι παρεγκεφαλιδικές βλάβες σε αυτή τη νόσο και τη νόσο του Wernicke να αφορούν στην ίδια νοσηρή εξεργασία. Ο τελευταίος χαρακτηρισμός χρησιμοποιείται όταν οι παρεγκεφαλιδικές ανωμαλίες συνδέονται με τις Χαρακτηριστικές οφθαλμικές και

διανοητικές διαταραχές και όρος «αλκοολική» εκφύλιση της παρεγκεφαλίδας όταν μόνο τα παρεγκεφαλιδικά σημεία είναι κλινικώς έκδηλα.

Γεφυρική μυελινόλυση

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

Εγκεφαλική ατροφία

Η παθολογοανατομική εξέταση σχετικά νέων αλκοολικών ασθενών αποκαλύπτει, όχι σπάνια, απροσδόκητο βαθμό ατροφίας των ελίκων του φλοιού, εμφανέστερη στους μετωπιαίους λοβούς και συμμετρική διεύρυνση της πλάγιας και τρίτης κοιλίας. Η διεύρυνση των κοιλιών μπορεί επίσης να παρατηρηθεί κατά την αεροεγκεφαλογραφία. Σε μερικούς ασθενείς τα ευρήματα αυτά συνδέονται με εμφανείς επιπλοκές του αλκοολισμού, όπως το σύνδρομο Wernicke- Korsakoff, σε πολλούς όμως δε ανευρίσκονται άλλες ανωμαλίες και το ιστορικό δεν αποκαλύπτει συμπτώματα νευρολογικής νόσου. Η φύση αυτής της νόσου είναι λίαν ασαφής²³.

7.10 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, χαρακτηριστικές διαταραχές, μείωση της κριτικής και αυτοκριτικής ικανότητας. Τελικά επέρχεται, προοδευτικά, κοινωνική έκπτωση, η οποία μπορεί να ευνοήσει την εμφάνιση αξιόποινων τύπων συμπεριφοράς, ιδιαίτερα στο σεξουαλικό τομέα [επιδειξιμανία, αιμομιξία]. Η νόσος παραμένει για πολύ καιρό αναστρέψιμη, εάν διακοπή η χρήση του αλκοόλ.

Σε μερικούς αλκοολικούς παρατηρείται μη αναστρέψιμη εξέλιξη προς την άνοια, με υποξεία ή προοδευτική εγκατάσταση. Αυτές οι αλκοολικές άνοιες αντιστοιχούν σε ποικίλης αιτιολογίας ανατομολογικές εικόνες, από τις οποίες μόνο μερικές μορφές έχουν διαχωριστεί²⁴.

Νόσος Marchiafava-Bignami (πρωτογενής εκφύλιση του μεσολόβιου)

Αποτελεί σπάνια επιπλοκή του αλκοολισμού, που περιγράφηκε αρχικά σε Ιταλούς εθισμένους στο αγίνωτο κόκκινο κρασί. Τα συμπτώματα είναι διάφορα και περιλαμβάνουν ψυχικές και συναισθηματικές διαταραχές, παραλήρημα και διανοητική αποδιοργάνωση, σπαστικές κρίσεις, διάφορους βαθμούς τρόμου, ακαμψίας, παραλύσεως, απραξίας και αφασίας και αντανακλαστικών θηλασμού και δράξεως. Η διάρκεια είναι μεταβλητή από αρκετές εβδομάδες μέχρι μήνες, η δε ανάρρωση πιθανή. Η παθολογοανατομική εικόνα είναι σταθερότερη από την κλινική²³.

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

στρώσεις του Morel.

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

Η χρόνια ηπατική εγκεφαλοπάθεια παρατηρείται κυρίως σε άτομα που υπέστησαν πυλαιο-κοιλιακή αναστόμωση είτε είχαν προηγουμένως παρουσιάσει επανειλημμένα οξέα επεισόδια εγκεφαλοπάθειας είτε όχι. Η προοδευτική διανοητική εξασθένηση [βραδυψυχισμός, απώλεια των ενδιαφερόντων] συνοδεύεται από νευρολογική προσβολή [αταξία, χορειο-αθετωσικές κινήσεις, τρόμος, δυσαρθρία] και μπορεί να εξελιχθεί σε βαριά άνοια. Σε ανατομικό επίπεδο οι βλάβες μοιάζουν με αυτές της νόσου του Wilson : αστροκυτταρική υπερπλασία και νευρωνικές εκφυλιστικές βλάβες στο φλοιό του εγκεφάλου και την παρεγκεφαλίδα, στους πυρήνες της βάσης και στους οδοντωτούς πυρήνες²⁴.

Κατάθλιψη

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

αλκοόλ στη ζωή του. Η θλίψη μπορεί επίσης να είναι αντίδραση στο ότι το αλκοόλ έχει αναστατώσει την προσωπική, οικογενειακή και επαγγελματική ζωή του.

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

Αλκοολική αμνησία

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

Ένας πότης μπορεί να πάει σε ένα πάρτι και την επομένη που θα ξυπνήσει να ανακαλύψει ότι δεν θυμάται γεγονότα από ένα σημείο και πέρα. Εάν το άτομο αυτό είχε καταναλώσει τόσο αλκοόλ ώστε να έχει πέσει αναισθητός στο πάτωμα, αυτό θα εξηγούσε αυτήν την κατάσταση. Όμως δεν είχε εμφανίσει μεγαλύτερη κατάσταση μέθης από τα άλλα άτομα στο πάρτι 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.

Αλκοολικές ψευδαισθήσεις

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

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

Δευτερεύουσες ψευδαισθήσεις, συνήθως διωκτικού περιεχομένου συμβαίνουν καθώς το θύμα αρχίζει να φαντάζεται ότι κάποια φοβερή σκευωρία δημιουργείται εις βάρος του. Αυτές οι αυταπάτες είναι καθαρά συνειδησιακές καταστάσεις. Συνήθως είναι μικρής διάρκειας και συμβαίνουν συχνά κατά την περίοδο αποχής από το αλκοόλ. Μερικές φορές είναι μακρά η περίοδος αποχής, αν και περιστασιακά έχουν αναφερθεί ασθενείς να έχουν εξάρσεις κατά τη διάρκεια μιας περιόδου στέρησης του αλκοόλ, αλλά μπορεί επίσης να έχουμε εξάρσεις και όταν το άτομο πίνει. Στις περισσότερες περιπτώσεις υποχωρούν μέσα σε μια βδομάδα και σε πολύ λίγες παραμένουν πέρα των 6 μηνών²⁸.

7.11 Καρκίνος

Η σχέση μεταξύ του αλκοόλ και του καρκίνου άρχισε να διερευνάται μετά τη καθιερωμένη άποψη ότι η νικοτίνη είναι ο κύριος παράγοντας που συμβάλλει στο καρκίνο του πνεύμονα. Ένας αξιόλογος αριθμός μελετών που εκπονήθηκαν απ' τη δεκαετία του 50 μέχρι σήμερα έφεραν στο φως ενδεικτικά στοιχεία για το ρόλο της κατάχρησης της αλκοόλης στην καρκινογένεση. Η πλειοψηφία αυτών των μελετών έδειξαν ότι η κατάχρηση του αλκοόλ μπορεί να συμβάλλει ουσιαστικά στον καρκίνο του στόματος, του φάρυγγος, του λάρυγγος, του οισοφάγου, του στομάχου και του ήπατος. Εκτιμάται ότι οι πιθανότητες

καρκίνου σε αλκοολικά άτομα είναι 10 φορές περισσότερες σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό, ενώ σε αλκοολικούς που είναι και καπνιστές οι πιθανότητες καρκίνου αυξάνουν 15 φορές. Η μελέτη των Williams & Horn διερεύνησε τις επιπτώσεις απ' την κατανάλωση νικοτίνης και αλκοόλης σε ένα δείγμα 7.518 ατόμων. Οι παραπάνω ερευνητές επιβεβαίωσαν προηγούμενα ευρήματα σχετικά με την κατάχρηση της αλκοόλης ως παράγοντα καρκινογένεσης. Σύμφωνα με τα ερευνητικά τους στοιχεία, το αλκοόλ συνδέεται με τον καρκίνο του στόματος και του οισοφάγου, ενώ η νικοτίνη έχει περισσότερη σχέση με τον καρκίνο του λάρυγγος. Οι παραπάνω μελέτες είναι ένα μικρό δείγμα δημοσιευμάτων που τονίζουν τη σχέση μεταξύ κατάχρησης της αλκοόλης και καρκίνου. Σύμφωνα με τον Mc Sween, οι επιδημιολογικές έρευνες έχουν καθιερώσει τη σχέση αλκοόλ-καρκίνου. Αυτό που θα πρέπει να διευκρινιστεί στο μέλλον είναι οι «μηχανισμοί» διαμέσου των οποίων το αλκοόλ δρα ως καρκινογενής ουσία.

7.12 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 ω βαθμό της βλάβης που προξενείται στο ήπαρ, όπως καθορίζεται από την βιοψία ήπατος. Σ' αυτό το σημείο θα πρέπει να τονισθεί ότι η επικρατούσα άποψη σχετικά με

τον «τύπο αλκοολικού ποτού» και του βαθμού οργανικής ή άλλης διαταραχής είναι εσφαλμένη. Είναι κοινή η αντίληψη ότι τα «σκληρά ποτά» προξενούν μεγαλύτερη βλάβη από τα «μαλακά ποτά» [π.χ. 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 μύρας είναι τόσο βλαβερή όσο και η κατάχρηση ουίσκι ή τζιν¹.

7.13 Παθογένεση της αλκοολικής ηπατοπάθειας

Οι αλληλεπιδράσεις μεταξύ αλκοολισμού, κακής θρέψεως και ηπατικής νόσου φαίνεται ότι δεν είναι απλές. Ο αλκοολισμός ευθύνεται, βέβαια, και για την κακή θρέψη και για την ηπατική δυσπραγία, η οποία όμως πάλι επιτείνεται από την πλημμελή διατροφή. Η κακή θρέψη που συχνά συνοδεύει τον χρόνια αλκοολισμό δεν οφείλεται μόνο στην κακή πέψη και στην εντερική δυσαπορρόφηση, αλλά κατά κύριο λόγο στην μερική και πολλές φορές στην ολική αντικατάσταση του φυσιολογικού διαιτολογίου από το οινόπνευμα. Τα οينوπνευματώδη ποτά αν και έχουν υψηλή θερμιδική απόδοση [κάθε γραμμάριο αιθανόλης αποδίδει 7.1 θερμίδες], εντούτοις στερούνται βιταμινών, μετάλλων, πρωτεϊνών και άλλων θρεπτικών ουσιών απαραίτητων για τη σωματική δόμηση. Με βάση τα παραπάνω, η κακή διατροφή του αλκοολικού και κυρίως η πλημμελής πρόσληψη πρωτεϊνών θεωρήθηκε, κατά τις 10ετίες που πέρασαν, σαν πρωταρχική γενεσιουργός αιτία της αλκοολικής ηπατοπάθειας. Φαίνεται ότι η αλήθεια για την παθογένεση της αλκοολικής ηπατοπάθειας αγγίζει και τους δύο παράγοντες: την πλημμελή διατροφή και την άμεση [τοξική] δράση του οينوπνεύματος στο ήπαρ. Οι δύο παράγοντες μπορούν να δρουν συνεργικά. Το οινόπνευμα ενδέχεται ν' αυξάνει τις ελάχιστες ημερήσιες απαιτήσεις σε χολίνη, φυλικό οξύ και άλλες θρεπτικές ουσίες. Ανεπαρκής διατροφή, από την άλλη πλευρά, και κατά κύριο λόγο ανεπαρκής πρόσληψη πρωτεϊνών μπορεί να προάγει την τοξική δράση του οينوπνεύματος στο

ήπαρ, αφού του στερεί απαραίτητα αμινοξέα και ένζυμα.

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

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

Εκτός από την πιθανή άμεση κυτταροτοξική δράση της ακεταλδεΐδης, αυτοάνοσοι μηχανισμοί έχουν προταθεί, πρόσφατα, σαν βασικοί παράγοντες στη γένεση της αλκοολικής ηπατοπάθειας για τους ακόλουθους λόγους: **1)** Υπάρχει αυξημένος αριθμός λεμφοκυττάρων στις ηπατικές βιοψίες αρρώστων με αλκοολική ηπατίτιδα. **2)** Πολλά από τα λεμφοκύτταρα αυτά φαίνεται να είναι ενεργοποιημένα T-λεμφοκύτταρα. **3)** Η αιθανόλη και η ακεταλδεΐδη είναι δυνατόν να προκαλέσουν λεμφοκυτταρική μετατροπή σε αρρώστους με αλκοολική ηπατίτιδα. **4)** Η αλκοολική υαλίνη μπορεί να προκαλέσει λεμφοκυτταρική μετατροπή σε αρρώστους με αλκοολική ηπατίτιδα. **5)** Ευαισθητοποιημένα λεμφοκύτταρα από τέτοιους αρρώστους είναι κυτταροτοξικά. **6)** Αντισώματα κατά της αλκοολικής υαλίνης έχουν βρεθεί σε αρρώστους με αλκοολική ηπατίτιδα.

Όλα, όμως, τα παραπάνω είναι ενδείξεις μόνο χωρίς να μπορούν να θεμελιώσουν μια ανοσολογική θεωρία γένεσεως της αλκοολικής

ηπατοπάθειας²².

7.14 Διαγνωστική προσέγγιση της αλκοολικής ηπατοπάθειας

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

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

Δεν υπάρχει, λοιπόν, αμφιβολία, ότι *η λήψη ενός καλού ιστορικού*, που να προσδιορίζει με κάθε δυνατή ακρίβεια το ποσόν του καταναλισκόμενου οινοπνεύματος και την χρονική διάρκεια καταναλώσεως αποτελεί το πρώτο και το βασικότερο, θα έλεγε κανείς, βήμα στη διαγνωστική προσέγγιση της αλκοολικής νόσου του ήπατος. Όπως και αρχικά αναφέρθηκε, η συχνότητα εμφανίσεως προχωρημένης ηπατικής βλάβης αρχίζει ν' αυξάνεται όταν η μέση ημερήσια κατανάλωση οινοπνεύματος υπερβεί τα 40- 60 γρ. για τους άντρες και τα 20 γρ. για τις γυναίκες. Η μορφή, εξάλλου, υπό την οποία καταναλίσκεται το οινόπνευμα δεν επηρεάζει την ηπατοτοξική του δράση. Η μύρα π.χ. είναι τόσο τοξική, όσο και ένα «σκληρό» ποτό αρκεί να εξασφαλίζει την ίδια ποσότητα καθαρού οινοπνεύματος

Από απόψεως *βιοχημικού ελέγχου της ηπατικής λειτουργίας*, αν και δεν υπάρχουν ειδικές δοκιμασίες για την αλκοολική ηπατοπάθεια, εντούτοις ο προσδιορισμός ορισμένων δεικτών επάρκειας και ακεραιότητας του ηπατικού κυττάρου σε συνδυασμό πάντοτε με το

θετικό για αλκοολισμό ιστορικό του αρρώστου, μπορούν να πληροφορήσουν τον κλινικό γιατρό για την πιθανότητα υπάρξεως αλκοολικής νόσου του ήπατος.

Όπως σε όλους μας είναι γνωστό, παθολογικές τιμές χολερυθρίνης και λευκωματινών του ορού είναι πάντοτε ενδεικτικές προχωρημένης ηπατικής βλάβης χωρίς, όμως, να είναι ειδικές για την αλκοολική ηπατοπάθεια. Αντίθετα, ο προσδιορισμός των τρανσαμινασών του ορού φαίνεται ότι βοηθά περισσότερο στη διαπίστωση ηπατοκυτταρικής βλάβης από οινόπνευμα. Η SGOT είναι συνήθως ελαφρά ή μέτρια αυξημένη στην αλκοολική ηπατοπάθεια χωρίς, πάντως, να υπερβεί τις 300 μονάδες Karmen. Τα επίπεδα της πυροσταφυλικής τρανσαμινάσης [SGPT], και σε βαρεία ακόμη αλκοολική ηπατοπάθεια, είναι, συνήθως, φυσιολογικά ή ελαφρά αυξημένα. Ο λόγος για τον οποίο συμβαίνει αυτό δεν είναι απόλυτα γνωστός. Υπάρχουν πρόσφατα βιβλιογραφικά δεδομένα που υποστηρίζουν ότι οι χαμηλές τιμές της SGPT σε προχωρημένη αλκοολική βλάβη του ήπατος οφείλονται σε ανεπάρκεια της φωσφορικής 5-πυριδοξάλης, συνενζύμου της βιταμίνης B₆, απαραίτητης για τη σύνθεση των τρανσαμινασών και κυρίως της SGPT.

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

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

Δύο απλές δοκιμασίες που βοηθούν σημαντικά στη διαγνωστική προσέγγιση αλκοολικών αρρώστων είναι ο προσδιορισμός του μέσου όγκου των ερυθροκυττάρων [MCV] και ο προσδιορισμός του ουρικού

οξέος του ορού. Μακροκυττάρωση μπορεί να παρατηρηθεί σε κάθε ηπατική βλάβη ανεξάρτητα αιτιολογίας, είναι όμως περισσότερο συχνή και πιο ακσεσημασμένη στον χρόνιο αλκοολισμό. Αύξηση του ουρικού οξέος παρατηρείται σε αναλογία 10% στους αλκοολικούς και είναι ανάλογη προς τη βαρύτητα του αλκοολισμού²².

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

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

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

Ο παράγοντας νέκρωσης όγκου [TNF] είναι πεπτίδιο που παράγεται από τα λεμφοκύτταρα και τα μακροφάγα. Αυξάνεται ιδιαίτερα σε σοβαρού βαθμού αλκοολική ηπατίτιδα, ενώ δεν παρατηρείται το ίδιο σε αλκοολικούς με ήπιες βλάβες ή φυσιολογικό ηπατικό παρέγχυμα¹⁵.

Όταν από το ιστορικό του αρρώστου και τον βιοχημικό έλεγχο της ηπατικής λειτουργίας υπάρξουν ενδείξεις για την ύπαρξη αλκοολικής βλάβης του ήπατος, τότε η αξιολόγηση της βαρύτητας της βλάβης αυτής προβάλλει σχεδόν επιτακτική και είναι δυνατή μόνο με τη **βιοψία του ήπατος**. Σε περιπτώσεις, μάλιστα, οξείας ή υποξείας αλκοολικής ηπατίτιδος, αλκοολικής χολοστάσεως ή αρχομένης δευτεροπαθούς χολικής κίρρωσεως από χρόνια αλκοολική παγκρεατίτιδα, η ιστολογική διάγνωση κατέχει ιδιαίτερη προγνωστική αξία γιατί αποκαλύπτει μορφές αλκοολικής ηπατοπάθειας που είναι, μέχρις ενός σημείου τουλάχιστον, αναστρέψιμες όταν ο άρρωστος διακόψει έγκαιρα τη χρήση των οινοπνευματωδών ποτών²².

7.15 Κλινική εικόνα

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

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

Εκτός μιας γενικής κόπωσης και αδυναμίας τα οδηγιά συμπτώματα είναι:

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

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

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

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

7.16 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 οινόπνευματος. 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 προ στάδιο κίρρωσεως. Η κλινική πορεία των αρρώστων αυτών είναι γενικά καλοήθης και είναι ελάχιστες οι περιπτώσεις που καταλήγουν σε ηπατική ανεπάρκεια και θάνατο.

7.17 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 νόσου²².

Σε ασυμπτωματικούς αρρώστους που υποβλήθηκαν σε βιοψία ήπατος λόγω διαταραχής των ενζύμων διαπιστώθηκαν αρκετές περιπτώσεις οξείας αλκοολικής ηπατίτιδας. Συνήθως όμως, οι ασθενείς έχουν ανορεξία, αδυναμία, πυρετό, διόγκωση ήπατος και ευαισθησία κατά την ψηλάφηση. Στις σοβαρότερες μορφές οξείας αλκοολικής ηπατίτιδας πρόκειται συνήθως για βαρύ πότη, που δεν σιτίζεται επαρκώς, αναφέρει διάρροιες, εμέτους και έντονη ανορεξία και είναι επιρρεπής σε

λοιμώξεις του ουροποιητικού και αναπνευστικού συστήματος. Βαρύτερη μορφή της νόσου εκδηλώνεται με ίκτερο και επανειλημμένους εμέτους, ενώ αντικειμενικά παρατηρούνται πολλαπλή αγγειοματώδεις σπίλοι και πολύ μεγάλο και ευαίσθητο ήπαρ. Κατά την ακρόαση του ήπατος διαπιστώνεται αρτηριακό φύσημα σε ποσοστό 50%. Ενίοτε συνυπάρχει ασκίτης και εγκεφαλοπάθεια. Μείωση της έκκρισης χολικών αλάτων, παγκρεατική ανεπάρκεια και τοξική δράση της αιθανόλης στο βλεννογόνο του λεπτού εντέρου συμβάλλουν στην ανάπτυξη στεατόρροιας.

Η ιστολογική εικόνα της οξείας αλκοολική ηπατίτιδας χαρακτηρίζεται από εξοίδηση του πρωτοπλάσματος των ηπατοκυττάρων, λιπώδη διήθηση και νέκρωση, έντονη φλεγμονώδη διήθηση του παρεγχύματος από πολυμορφοπύρρηνα και αυξημένη εναπόθεση κολλαγόνου ενδολοβιακά. Σε μεγάλο αριθμό ηπατοκυττάρων παρατηρούνται πυκνές πρωτεϊνικές συσσωρεύσεις εντός του πρωτοπλάσματος, ηωσινόφιλες στη χρώση αιματοξυλίνης- ηωσίνης, οι οποίες εμφανίζονται σε ολόκληρο το λόβιο και κυρίως γύρω από την τελική ηπατική φλέβα. Ύφεση των πολυμορφοπυρηνικών διηθήσεων και της υαλίνης εκφύλισης των ηπατοκυττάρων επέρχεται μετά και ακολουθείτε από ίνωση γύρω από τα πυλαία διαστήματα και τις τελικές ηπατικές φλέβες. Επανειλημμένες προσβολές οξείας αλκοολικής ηπατίτιδας δυνατόν να καταλήξουν σε διαταραχή της λοβιακής αρχιτεκτονικής και πυλαία υπέρταση¹⁵.

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

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

Πλήρης υποχώρηση της νόσου χωρίς υπολειμματικές βλάβες στο

ήπαρ είναι δυνατή και παρατηρείται μόνο σε περιπτώσεις τελείας αποχής από το οινόπνευμα²².

7.18 Κίρρωση ήπατος

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

Το αλκοόλ ως αιτία ανάπτυξης της κίρρωσης πιθανολογείται από το ιστορικό, την παρουσία ηπατομεγαλίας και από σημεία ενδεικτικά αλκοολισμού, όπως η σύσπαση της παλαμιαίας απονεύρωσης, ή απώλεια μνήμης, δυσχέρεια συγκέντρωσης, αϋπνία, ψευδαισθήσεις, σπασμοί κ.λπ. Είναι σημαντικό να μη συγχέονται τα κλινικά σημεία του αλκοολισμού με το πρώιμο στάδιο της ηπατικής εγκεφαλοπάθειας¹⁵.

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 αθέτωση²³.

Το ηπατονεφρικό σύνδρομο είναι πολύ συχνό στην αλκοολική κίρρωση¹⁵. Η θεραπεία του συνδρόμου αυτού έχει τέσσερις πτυχές.

7.19 Στερητικό Αλκοολικό Σύνδρομο

Το στερητικό αλκοολικό σύνδρομο εμφανίζεται μέσα σε 24-72 ώρες ή και μέχρι μια εβδομάδα μέχρι 10 ημέρες μετά από σημαντική μείωση ή και διακοπή χρήσης οινοπνευματωδών ποτών και εκτείνεται από άγχος και τρόμο μέχρι το έκδηλο παραλήρημα [delirium tremens] μέσω αυξανόμενης ευερεθιστότητας και υπεραντιδραστικότητας. Τα κλινικά συμπτώματα περιλαμβάνουν αδρό τρόμο των χεριών, της γλώσσας ή των βλεφάρων, ναυτία, έμετο, κεφαλαλγία, αδυναμία, ταχυκαρδία και άλλες καρδιαγγειακές ανωμαλίες, αυξημένη αρτηριακή πίεση και μέχρι το έκδηλο τρομώδες παραλήρημα που συνίσταται σε οξεία οργανική ψύχωση και χαρακτηρίζεται από διανοητική σύγχυση, καταθλιπτικό

συναίσθημα, τρόμο, ευερεθιστότητα, αισθητική υπερδιεγερσιμότητα και παραληρηματικές ιδέες, παραισθήσεις, παροδικές και οπτικές ψευδαισθήσεις, θόλωση της συνείδησης, διαταραχές του προσανατολισμού, της ψυχοκινητικής δραστηριότητας, του συναισθήματος και του ύπνου και επίσης διαταραχές της μνήμης, αποδιοργάνωσης της σκέψης και παραγνώρισεις προσώπων. Συνυπάρχει υπερδραστηριότητα του αυτόνομου συστήματος, εφίδρωση, αφυδάτωση, διαταραχές ηλεκτρολυτών, υπερθερμία, ιδρώτες και σπασμοί. Μετά την αποδρομή ο ασθενής ή δεν έχει ανάμνηση της περιόδου αυτής ή η ανάμνηση του είναι συγκεχυμένη. Το ποσοστό θνησιμότητας φτάνει 15-25% και οι αιτίες είναι οι λοιμώξεις, οι καρδιακές αρρυθμίες, οι ηλεκτρολυτικές διαταραχές, η αφυδάτωση, η αυτοκτονία κ.λπ.

Κεφάλαιο 8^ο

8.1 Θεραπεία

Η θεραπεία του αλκοολισμού διακρίνεται στη θεραπευτική αντιμετώπιση των επειγουσών καταστάσεων που παρουσιάζονται ως επιπλοκές του αλκοολισμού και στην μακρόχρονη θεραπεία του αλκοολισμού.

8.2 Θεραπευτική αντιμετώπιση επειγουσών καταστάσεων- επιπλοκών του αλκοολισμού

Κάθε άτομο που εμφανίζει βαριά τοξίκωση - μέθη, που απειλεί την αναπνευστική του λειτουργία ή έντονα στερητικά φαινόμενα όπως τρομώδες παραλήρημα ή σπασμούς πρέπει να εισαχθεί αμέσως σε παθολογικό τμήμα ή μονάδα εντατικής παρακολούθησης. Ο χειρισμός αυτών των καταστάσεων ανήκει στην παθολογία και περιγράφεται στα βιβλία παθολογίας.

Αυτό που έχει σημασία είναι να προλάβουμε τα μείζονα φαινόμενα στέρησης - σπασμούς και τρομώδες παραλήρημα κυρίως- με την έγκαιρη θεραπευτική αντιμετώπιση των πρώτων εκδηλώσεων του αλκοολικού στερητικού συνδρόμου πριν γίνουν σοβαρές, γιατί τότε είναι πολύ πιο δύσκολο ν' αναχαιτισθούν.

Η θεραπεία των πρώτων σημείων και συμπτωμάτων του αλκοολικού στερητικού συνδρόμου γίνεται με τη χλωροδιαζεποξείδη [Librium], που είναι ένα αποτελεσματικό υποκατάστατο για το αλκοόλ.

Η χλωροδιαζεποξείδη έχει ευρύ όριο ασφάλειας, μικρή καταστολή της αναπνοής, μικρό κίνδυνο εθισμού και μακρό χρόνο υποδιπλασιασμού της δραστηριότητας της [24-20 ώρες].

Η θεραπεία αρχίζει αμέσως, εφόσον ο ασθενής δείξει τα πρώτα στερητικά σημεία : σφυγμό πάνω από 100 σφύξεις το λεπτό, αυξημένη

αρτηριακοί πίεση, ιδρώτα, πυρετό. Υποκειμενικά συμπτώματα όπως το άγχος και η διέγερση δεν θεωρούνται αξιόπιστα, γιατί μπορεί να οφείλονται και σ' άλλους λόγους εκτός του στερητικού συνδρόμου.

Η αγωγή αρχίζει με 50-100mg χλωροδιαζεποξείδης από το στόμα, που μπορεί να επαναληφθούν σε μια ώρα, αν τα συμπτώματα επιμένουν. Εφόσον τα στερητικά φαινόμενα συνεχίζουν, η αγωγή διαμορφώνεται σε 25-100mg χλωροδιαζεποξείδης κάθε 4 ώρες από το στόμα. Τα ζωτικά σημεία ελέγχονται συνεχώς έως ότου σταθεροποιηθούν. Έτσι την πρώτη μέρα ο ασθενής θα χρειασθεί 300- 400mg [η ολική ημερησία δόση δεν πρέπει να ξεπεράσει τα 600mg]. Εάν υπάρχει διέγερση, υπέρταση ή ταχυκαρδία, θα δοθούν έξτρα δόσεις. Οδηγός είναι η ταχυκαρδία, που πρέπει να διατηρείται κάτω από 100 σφύξεις στο λεπτό. Μετά το πρώτο 24ωρο, εάν τα συμπτώματα ελέγχονται, η δόση της χλωροδιαζεποξείδης μπορεί να αρχίσει να μειώνεται κατά 20% κάθε μέρα, έως ότου σε πέντε με επτά ημέρες προοδευτικά διακοπεί.

Σε άτομα με ιστορικό σπασμών [κατά τη διάρκεια του αλκοολικού στερητικού συνδρόμου] είναι καλό να δώσουμε προληπτικά φαινοτοΐνη [100mg τρεις φορές την ημέρα για 5 μέρες].

Όσον αφορά την επιπλοκή της αλκοολικής ψευδαισθήτωσης που έχει οξεία έναρξη, η αγωγή είναι με αντιψυχωτικά φάρμακα [π.χ. 2-5 mg αλοπεριδόλης δύο φορές την ημέρα].

Την πιθανότητα ύπαρξης αλκοολικού στερητικού συνδρόμου πρέπει να την έχουνε πάντα στο μυαλό μας, γιατί μπορεί να εμφανισθεί σε ασθενείς που μπήκαν στο νοσοκομείο για άλλους ψυχιατρικούς ή ιατρικούς λόγους, που όμως λόγω της νοσηλείας τους στερήθηκαν το αλκοόλ, που προφανώς έπιναν σε μεγάλες ποσότητες και για μεγάλο χρόνο.

Όταν τα συμπτώματα του αλκοολικού στερητικού συνδρόμου ελέγχουν τότε προχωρούμε σε άλλες μορφές μακρόχρονης θεραπείας. Πρέπει όμως να σημειώσουμε ότι η αντιμετώπιση του στερητικού συνδρόμου αφορά και τους ασθενείς που δεν ήρθαν σε μας σε επείγουσα κατάσταση, αλλά που συμφώνησαν να προσπαθήσουν να νικήσουν τον αλκοολισμό. Πρώτο στάδιο, λοιπόν, της θεραπείας κι αυτών των

αλκοολικών πριν τη μακρόχρονη θεραπεία τους είναι η αποτοξίνωση, ιδιαίτερα εφόσον μας πουν στο ιστορικό τους ότι εμφανίσθηκαν σημαντικά συμπτώματα στέρησης, όταν σταμάτησαν να πίνουν στο παρελθόν. Η αποτοξίνωση, γίνεται πάντα σε παθολογικό ή ψυχιατρικό τμήμα και συνίσταται στην αποκατάσταση της σωματικής κατάστασης του ασθενή [κακή θρέψη, υποβιταμίνωση, σωματικές ασθένειες], στην προσεκτική παρακολούθηση ώστε ν' ανακαλυφθούν αμέσως πιθανά πρώτα σημεία αλκοολικού στερητικού συνδρόμου και να θεραπευθούν προτού προχωρήσουν σε επικίνδυνα επίπεδα και στη σχετική προφύλαξη για κάποιο διάστημα του αλκοολικού από το να ξαναπιεί. Στη διάρκεια της παραμονής του ασθενή στο νοσοκομείο για αποτοξίνωση αρχίζει και η πολυεπίπεδη μακρόχρονη θεραπεία του αλκοολισμού.

8.3 Μακρόχρονη θεραπεία του αλκοολισμού

Σήμερα γνωρίζουμε ότι ο αλκοολισμός είναι ασθένεια κι όχι ηθική κατάπτωση ή αμαρτία. Επομένως δεν φορτώνουμε ενοχή τον αλκοολικό, που τις περισσότερες φορές νιώθει ήδη αρκετή. Αυτό δεν σημαίνει, όμως, ότι δεν προσπαθούμε ν' αναλάβει ο αλκοολικός την ευθύνη για το ότι πίνει και δεν προσπαθούμε να πείσουμε τον στενό κύκλο του να μην τον υπερπροστατεύει. Η θεραπεία του αλκοολισμού είναι μακρά και δύσκολη για τους ασθενείς, την οικογένεια τους και τους ίδιους ακόμη τους θεραπευτές. Η θεραπεία μπορεί να αποβεί αποτελεσματική αν :

α] δώσει στους ασθενείς ένα μη χημικό υποκατάστατο για την ουσία που χάνουν,

β] τους θυμίζει συνέχεια ότι ακόμα κι ένα ποτό είναι αρκετό να τους κάνει να υποτροπιάσουν,

γ] αποκαταστήσει την κοινωνική και σωματική βλάβη που έχουν υποστεί από το αλκοόλ,

δ] αποκαταστήσει την αυτοεκτίμησή τους.

Ταυτόχρονα, βέβαια, η θεραπευτική αντιμετώπιση του αλκοολικού θα πρέπει να απευθυνθεί και σε συνοδούς ψυχικές διαταραχές, όπως η

κατάθλιψη και οι αγχώδεις διαταραχές.

8.4 Θεραπευτικά πρόγραμμα

Από μια ποικιλία θεραπευτικών προσεγγίσεων που έχουν χρησιμοποιηθεί για τη θεραπεία του αλκοολισμού ως πιο αποτελεσματικές θεωρούνται οι παρακάτω:

8.4.1 Ανώνυμος (σύνδεσμος) Αλκοολικών

Ξεκίνησε στις Η.Π.Α. και σήμερα υπάρχει σε πολλές χώρες και στη χώρα μας. Θεωρείται ως η πιο αποτελεσματική θεραπεία για τους αλκοολικούς και παρέχει συνεχή και σταθερή ομαδική υποστήριξη από άτομα που και οι ίδιοι ήταν αλκοολικοί. Οι συναντήσεις, που αρχίζουν πολλές φορές ενώ ο αλκοολικός είναι ακόμη στο νοσοκομείο και έχει προχωρήσει αρκετά η αποτοξίνωση του, γίνονται στις Η.Π.Α. στις περισσότερες πόλεις, σε πολλά διαφορετικά μέρη των πόλεων και σε οποιαδήποτε ώρα της μέρας ή της νύχτας. Οι συναντήσεις, με βάση ένα πρόγραμμα 12 βημάτων χαρακτηρίζονται από αλληλοϋποστήριξη του ενός αλκοολικού με τον άλλο και προσεκτική αμφισβήτηση του τρόπου που ο αλκοολικός πίνει και του τρόπου που αρνείται την αρρώστια του. Ο ΑΑ αντικαθιστά τον παθολογικό συντροφικό κύκλο του αλκοολικού με μια νέα ομάδα υποστήριξης και κοινού αγώνα, όπου ο αλκοολικός βοηθιέται αλλά και βοηθώντας ο ίδιος άλλους αποκαθιστά την αυτοεκτίμησή του.

8.4.2 Ξενώνες

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

ποικίλουν παρόλο που ο κύριος στόχος είναι η αποχή από την κατανάλωση του αλκοόλ.

Η κατάχρηση του αλκοόλ είναι ένα κοινωνικό φαινόμενο που αφορά όχι μόνο τον χρήστη του αλκοόλ αλλά και το κοινωνικό σύνολο. Με αυτό το δεδομένο, οι προσπάθειες για την πρόληψη του φαινομένου πρέπει να χαρακτηρίζονται από «στρατηγικές» με στόχο τόσο το άτομο όσο και την κοινωνία.

8.4.3 Κέντρα Θεραπείας του Αλκοολικού

Τα κέντρα θεραπείας του αλκοολισμού [ΚΘΑ] έχουν την μορφή της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης και είναι ευρέως διαδεδομένα στις ΗΠΑ. Τα κέντρα αυτά προσφέρουν μια ποικιλία θεραπευτικών προσεγγίσεων [ομάδες ΑΑ, φαρμακοθεραπεία, ομαδική θεραπεία κλπ.] σε άτομα που παραπέμπονται συνήθως από τα δικαστήρια [22,5%] ή παρακολουθούν το πρόγραμμα εθελοντικά [22%]. Τα περισσότερα κέντρα διαθέτουν ερευνητικές μονάδες και στελεχώνονται αποκλειστικά από «Ειδικούς συμβούλους», ενώ ένας ψυχίατρος [για κάθε τρία κέντρα] έχει τη γενική ευθύνη των δραστηριοτήτων των Κέντρων.

Οι μελέτες που αξιολογούν τη θεραπευτική αποτελεσματικότητα των ΚΘΑ είναι ελάχιστες, αλλά σε σύγκριση με έρευνες άλλων προσεγγίσεων. είναι πολύ καλύτερες μεθοδολογικά.

8.4.4 Ψυχολογική προσέγγιση

Ψυχολογικές προσεγγίσεις στη θεραπεία του αλκοολισμού έχουν εφαρμοστεί από τις αρχές του αιώνα.

Η σημερινή ψυχολογική προσέγγιση του αλκοολισμού περιλαμβάνει:

- α) Τεχνικές Θεραπείας συμπεριφοράς
- β) Άλλα είδη ψυχοθεραπείας

α] Τεχνικές θεραπείας συμπεριφοράς

Μία από τις πρώτες μεθόδους που αναπτύχθηκαν στο πλαίσιο της θεραπείας συμπεριφοράς ήταν η τεχνική της αποστροφικής θεραπείας. Συνοπτικά, η τεχνική αυτή βασίζεται στη θεώρηση ότι δυσάρεστα ερεθίσματα μειώνουν τις πιθανότητες εμφάνισης κάποιας συμπεριφοράς [π.χ. κατανάλωση αλκοόλης].

Η θεραπεία της αποστροφής έχει δύο κυρίως μορφές: ηλεκτρική και χημική. Στην πρώτη περίπτωση ένα μέτριο ηλεκτρικό σοκ διοχετεύεται είτε από τον ασθενή την ώρα που συνειδητά σκέφτεται ή ακόμα και καταναλώνει το αγαπημένο του οινοπνευματώδες ποτό.

Η χημική αποστροφή επιτυγχάνεται με την παροχή ενός φαρμάκου [όπως το Disulfiram], που φέρνει στον αλκοολικό ναυτία ή ακόμα κι εμετό την ώρα που μυρίζει, γεύματα ή καταπίνει το αλκοόλ. Σήμερα υπάρχουν πολύ ισχυρές ενδείξεις ότι η ηλεκτρική μορφή της αποστροφής δεν είναι αποτελεσματική αλλά η χημική μορφή δεν έχει δοκιμαστεί αρκετά ώστε να καταλήξουμε ώστε να καταλήξουμε και γι αυτήν στο ίδιο συμπέρασμα.

Τα τελευταία χρόνια, μεγάλη μερίδα θεραπευτών συμπεριφοράς έχει επικεντρώσει την προσοχή της σε τεχνικές που βοηθούν την αντιμετώπιση του άγχους. Θεραπευτικές τεχνικές που έχουν υιοθετηθεί για την αντιμετώπιση του άγχους που παρατηρείται στον αλκοολικό είναι η παρρησιαστική θεραπεία [assertive training] και η θεραπεία κοινωνικών δεξιοτήτων [social skills training].

β] Άλλα είδη ψυχοθεραπείας

Οι ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις έχουν σα βάση την ψυχαναλυτική θεωρία και η εφαρμογή τους γίνεται σε ατομικό ή ομαδικό επίπεδο. Η κεντρική άποψη αυτών των προσεγγίσεων είναι ότι ο αλκοολισμός είναι ένα «σύμπτωμα» μιας βαθύτερης ασυνείδητης σύγκρουσης ή συγκρούσεων. Ο κύριος στόχος αυτών των προσεγγίσεων

είναι η ανάλυση της «σύγκρουσης» και όχι η θεραπεία του συμπτώματος. Είναι ευνόητο ότι η επίλυση της σύγκρουσης θα οδηγήσει και στην καταστολή του συμπτώματος, δηλαδή την εξάρτηση από το αλκοόλ.

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

Ατομική ψυχοθεραπεία

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

Κεφάλαιο 9^ο

9.1 Πρόληψη

Εισαγωγή

Με τον όρο πρόληψη εννοούμε ένα σύνολο μακρόχρονων κοινωνικών λειτουργιών και παροχών, στην υπηρεσία της οικογένειας και της νέας γενιάς, οι οποίες στοχεύουν να καταστήσουν τα νεαρά άτομα αυτάρκη και ικανά να αντισταθούν από μόνα τους σε κάθε επιχειρούμενη προσπάθεια μύησης στη χρήση αλκοόλ ²⁷.

Η ενασχόληση μας με το θέμα της κατανάλωσης και της κατάχρησης της αλκοόλης μας οδήγησε, αναγκαστικά, στην ανασκόπηση μερικών σημαντικών πτυχών του πολύπλευρου και σύνθετου αυτού κοινωνικού φαινομένου. Όπως ήδη αναφέρθηκε, το φαινόμενο της προβληματικής κατανάλωσης της αλκοόλης αυξάνεται με γοργούς ρυθμούς σε παγκόσμια κλίμακα, τα προβλήματα που σχετίζονται με τον αλκοολισμό είναι πολυδιάστατα και οι προσπάθειες για την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των 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.

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 ικανών²⁷.

Η αξιοποίηση του ελεύθερου χρόνου για: **α]** ευρύτερη μόρφωση, **β]** ανάπτυξη δεξιοτήτων, **γ]** ψυχαγωγία, **δ]** άθληση και **ε]** υγεία, που σημαίνει την «πλήρη σωματική, ψυχική και κοινωνική ευεξία του ανθρώπου με αρμονία μεταξύ σώματος και ψυχής, ώστε με όλα αυτά να καλλιεργείται η καλύτερη ποιότητα των ανθρώπων». Επίσης, **στ]** και για ενεργό συμμετοχή σε πολιτιστικές δραστηριότητες και προσπάθειες προαγωγής των περιβαλλοντικών και κοινωνικών συνθηκών ζωής²⁷.

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

Η πρόληψη μπορεί να διακριθεί σε πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια.

Πρωτοβάθμια πρόληψη

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

Δευτεροβάθμια πρόληψη

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

Διάφοροι μέθοδοι προτείνονται για την έγκαιρη διάγνωση του αν και δεν είναι ικανοποιητικές. Υποστηρίζεται δηλαδή ότι η συσχέτιση διαφόρων μεταβλητών είναι δυνατόν να συμβάλουν στην ανίχνευση ατόμου που πιθανότατα είναι αλκοολικό. Οι μεταβολές αυτές θεωρείται ότι είναι το ατομικό αναμνηστικό προηγούμενου αλκοολισμού, η εξωτερική εμφάνιση του ατόμου, η αιτιολογία επίσκεψης στο γιατρό και ακόμη η οικογενειακή του κατάσταση.

Η εισαγωγή του αλκοολικού ατόμου σε ειδικό κέντρο για θεραπεία είναι απαραίτητη και αναγκαία αν και παρατηρούνται υποτροπές μετά τη θεραπεία αυτή²⁶.

9.2 Μέτρα πρόληψης

«ο Ιπποκράτης πατέρας της ιατρικής έχει πει: «Καλύτερα να προλαμβάνουμε παρά να θεραπεύουμε», οι αιώνες όμως που κύλησαν από τότε επιβεβαίωσαν την ορθότητα αυτής της ρύσης».

Στην Ελλάδα η πρόληψη και η παροχή υπηρεσιών για την θεραπεία του αλκοολισμού βρίσκεται σε τουλάχιστον εμβρυακό στάδιο. Το θέμα των «νομίμων ουσιών εξάρτησης, όπως το αλκοόλ και τα ηρεμιστικά αντιμετωπίζεται με αδιαφορία.

9.3 Ατομικά μέτρα πρόληψης

«Τώρα που σταμάτησες να πίνεις»

§ Πρόσφερε στον εαυτό σου ένα πλούσιο και ευχάριστο πρωινό

- § Τρώγε όσο μπορείς. Με γεμάτο το στομάχι αισθάνεσαι μικρότερο επιθυμία για ένα ποτό
- § Πίνε μπόλικά υγρά. Χυμούς φρούτων με γλυκόζη και καφέ με ζάχαρη
- § Να παίρνεις αρκετές ταμπλέτες βιταμινών που περιέχουν το συμπλήρωμα Β [με ιατρική συμβουλή]
- § Ποτέ μην κάθεται κοιτάζοντας απλάνως με το μυαλό σου στο κενό. Κάνε κάτι θετικό! Περίπατο, μπάνιο, κάνε ένα τηλεφώνημα
- § Κάνε μια ευχάριστη εργασία με τα χέρια σου. Ασχολήσου με τον κήπο, καθάρισε τα ντουλάπια ή ότι άλλο σου αρέσει
- § Κάνε ένα δώρο στον εαυτό σου. Ένα πουλόβερ, ένα μπουκέτο λουλούδια, μια αφίσα
- § Θυμήσου παλιούς φίλους. Δες παλιές φωτογραφίες, γράψε ένα γράμμα.
- § Να έχεις ένα σχέδιο την ημέρα
- § Σε στιγμές δυσκολίας, που δεν μπορείς να βρεις βοήθεια, μια προσευχή γαλήνης στο δικό σου Θεό, όπως τον αισθάνεσαι, θα σου φέρει αρκετή πεποίθηση. Αυτός είναι πάντοτε εύκαιρος

9.4 Γενικά μέτρα πρόληψης

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

1. Η διεξαγωγή επιδημιολογικών ερευνών τόσο στην κοινότητα όσο και στα πλαίσια του γενικού νοσοκομείου και του ψυχιατρείου. Επίσης η καταγραφή των παραπτώματων και εγκληματικών πράξεων που σχετίζονται με την κατανάλωση αλκοόλης, παραβάσεων του ΚΟΚ και ατυχημάτων εξαιτίας της χρήσης ή/και κατάχρησης του αλκοόλ βοηθούν στη διαμόρφωση της εικόνας για το μέγεθος του προβλήματος στη χώρα.
2. 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. Δεύτερον, πρέπει να αντιμετωπίσουμε τις «αρνητικές» στάσεις και αντιλήψεις του κοινωνικού συνόλου απέναντι στον προβληματικό πότη. Οι παραπάνω προσπάθειες μπορεί να υλοποιηθούν με ενημερωτικά φυλλάδια, διαλέξεις, ανοιχτές συζητήσεις και αξιοποίηση των Μέσων Μαζικής ενημέρωσης.

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

4. Πρέπει να αναθεωρηθεί ο ρόλος των Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης και ιδιαίτερα της διαφήμισης. Αν είναι απαραίτητο να ενημερωνόμαστε για την ύπαρξη και την απόλαυση του αλκοόλ, αυτό θα μπορούσε να γίνει με λίγη φαντασία και όχι με την προβολή της αλκοόλης σαν μέσον κοινωνικής και σεξουαλικής επιτυχίας. Ο προβληματικός πότης συνήθως θέλει... αλλά συχνά δε μπορεί.

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

6. Ο ρόλος της οικογένειας είναι ίσως ο πλέον σημαντικός στην πρόληψη του αλκοολισμού για ευνόητους λόγους που δεν χρειάζονται περαιτέρω εξηγήσεις. Αξίζει μόνο να τονιστεί ότι δεν είναι σπάνιες οι περιπτώσεις που η δυναμική του οικογενειακού συστήματος οδηγεί μέλη της οικογένειας στον αλκοολισμό και, γιατί όχι στη σχιζοφρένεια.

9.5 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 αποστέρησης. 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 οινόπνευμα.

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

Το πρόγραμμα περιλαμβάνει

1. Συμβουλευτική [ατομική ή ομαδική].
2. Εκπαίδευση του ατόμου και της οικογένειας για τον αλκοολισμό και τα προβλήματα που προκαλεί.
3. Ομάδες επικοινωνίας και έκφρασης συναισθημάτων.
4. Εξάσκηση κοινωνικών δεξιοτήτων.
5. Ομάδες αυτοβοήθειας.
6. Κοινωνικοοικονομική βοήθεια και αποκατάσταση.
7. Επαγγελματική αποκατάσταση.
8. Θεραπεία της οικογένειας

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

Στη διάρκεια της 1^{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. **δ]**

Πρόσκαιρη αποστασιοποίηση από τα προβλήματα του ίδιου και της οικογένειάς του, για να μπορέσει να αντιμετωπίσει επιτυχέστερα τις δυσκολίες του και να προσαρμοσθεί στο περιβάλλον.

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

Κατά τη 2^η φάση, χαλαρώνουν οι περιορισμοί και επιτρέπονται οι επισκέψεις. Μπορεί το άτομο να εξέρχεται της κλινικής, στο χώρο του νοσοκομείου, συνοδευόμενο από 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 άτομα του άμεσου περιβάλλοντος του. Έτσι, δοκιμάζεται η δύναμη του ατόμου να αντιμετωπίσει το εκτός της κλινικής περιβάλλον. Παράλληλα, η όλη φροντίδα κατευθύνεται προς την κοινωνική επανεξέταση και επαγγελματική αποκατάσταση.

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

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

Με την ολοκλήρωση της 4^{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.

9.6 Νοσηλευτική διεργασία

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

- Άνησυχία και αϋπνία.
- Χειροτέρευση δίαιτας.
- Διαταραχή υγρών και ηλεκτρολυτών.
- Σπασμοί.
- Ψευδαισθήσεις και παραισθήσεις.
- Παραληρήματα.
- Αποπροσανατολισμός.
- Φόβος, εχθρότητα.
- Στερητικό σύνδρομο.
- Απόπειρες αυτοκτονίας.

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

- Παγκρεατίτιδα, κίρρωση, ηπατικά κώμα.
- Γαστρεντερική αιμορραγία, οισοφαγικοί κίρσοι
- Χειροτέρευση νεφρικής λειτουργίας.
- Ασκήτης οίδημα των άκρων.

9.7 Νοσηλευτική διάγνωση

Αντικείμενα της νοσηλευτικής διάγνωσης είναι :

1. Αποπροσανατολισμός ή και σύγχυση που σχετίζονται με το στερητικό σύνδρομο και τη διαταραγμένη αντίληψη του περιβάλλοντος.
2. Πιθανοί τραυματισμοί στον εαυτό του ή σε άλλους σχετιζόμενοι με σπασμούς, τη διαταραγμένη αντίληψη του περιβάλλοντος, τα

αισθήματα φόβου, τις απόπειρες αυτοκτονίας.

3. Προβλήματα διατροφής, σχετιζόμενα με τη χρόνια λήψη οιοπνεύματος και τις κακές διατροφικές συνήθειες.
4. Διαταραχές της ομοιόστασης, σχετιζόμενες με το στερητικό σύνδρομο και τη διαταραχή υγρών και ηλεκτρολυτών.
5. Διαταραχή της ισορροπίας ανάπαυσης, ύπνου και δραστηριότητας, σχετιζόμενη με το στερητικό σύνδρομο, τα αισθήματα φόβου, την ανησυχία, τις ψευδαισθήσεις, την ταραχή.

Οι άμεσοι στόχοι της νοσηλευτικής παρέμβασης είναι:

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

Στόχοι μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας

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

9.8 Στερητικό σύνδρομο και νοσηλευτική φροντίδα

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

Με τον όρο στερητικό σύνδρομο εννοούμε ένα σύνολο νοσηρών

εκδηλώσεων που ακολουθεί την αποχή ή την σημαντική μείωση του οινοπνεύματος, ενώ προηγείται περίοδος χρόνιας λήψης. Το στερητικό σύνδρομο διακρίνεται σε μικρό σύνδρομο αποστέρησης [Μ.Σ.Α.] και σε τρομώδες παραλήρημα.

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

Το τρομώδες παραλήρημα [Τ.Π.] είναι σοβαρή διαταραχή που χρειάζεται πάντοτε νοσοκομειακή φροντίδα. Παρουσιάζεται περίπου σε 4,5%-8% των ατόμων με σύνδρομο αποστέρησης. Μπορεί να παρουσιαστεί μεταξύ 40 και 80 ωρών από τη διακοπή λήψης ποτού ή τη σημαντική μείωση του. Η κλινική εικόνα είναι εντυπωσιακή με το βαθύ αποπροσανατολισμό και τις διαταραχές της αντίληψης. Υπάρχει αύξηση της ψυχοκινητικής δραστηριότητας, που χαρακτηρίζεται από εξαιρετική ανησυχία, τρόμο και έντονες ψευδαισθήσεις. Η αύξηση της αυτόνομης ενεργητικότητας προκαλεί πυρετό, ταχυκαρδία και άφθονη εφίδρωση.

Η θνητότητα κυμαίνεται γύρω στο 15% των περιπτώσεων. Υποστηρίζεται επίσης ότι, όταν εμφανιστεί το Τ.Π, κανένα φάρμακο δεν μπορεί να το ανακόψει.

Η νοσηλευτική φροντίδα στο στερητικό σύνδρομο είναι ζωτικής σημασίας. Τα σημεία που πρέπει να ληφθούν υπόψη είναι:

Ψυχολογική υποστήριξη.

1. Ζωτικά σημεία
2. Διατροφή
3. Φάρμακα
4. Ενυδάτωση
5. Υγιεινή, περιβάλλον

Περιβάλλον

Η νοσηλεία ατόμων με συμπτώματα στερητικού συνδρόμου πρέπει να γίνεται σε ήσυχο και καλά φωτισμένο δωμάτιο. Δεν πρέπει να αφήνονται στο σκοτάδι.

Χαμηλός φωτισμός ή γωνίες του δωματίου με ανεπαρκή φωτισμό μπορεί να επιτείνουν τις υπάρχουσες παραισθήσεις και ψευδαισθήσεις. Επίσης, ο θόρυβος προκαλεί ανησυχία, διότι σε τέτοιες καταστάσεις τα άτομα ταραάζονται εύκολα.

Φάρμακα

Οι περισσότεροι γιατροί συνταγογραφούν κατασταλτικά φάρμακα για την αντιμετώπιση του συνδρόμου, ανάλογα με την κατάσταση που εμφανίζει το άτομο καθημερινά. Παρ' όλα αυτά, ο νοσηλευτής μπορεί να παρατηρήσει χειροτέρευση των συμπτωμάτων ή να παρατηρήσει σημεία υπερβολικής δόσης φαρμάκου. Η γρήγορη αναφορά των παρατηρήσεων είναι βασικής σημασίας. Στην Αγγλία, υπάρχουν γιατροί που επιτρέπουν στους νοσοκόμους να προσαρμόζουν τα φάρμακα ανάλογα με την κατάσταση, μέσα σε καθορισμένα πλαίσια.

Το στερητικό σύνδρομο συνήθως ξεπερνιέται χωρίς δυσάρεστες περιπέτειες. Αυτό οφείλεται σε μεγάλο μέρος στη νοσηλευτική και ιατρική φροντίδα. Η φροντίδα που παρέχεται έχει ευμενή επίδραση στη νοσηρότητα και τη θνητότητα. Παράλληλα, η στενή σχέση που αναπτύσσεται κατά τη διάρκεια της νοσηλευτικής φροντίδας θέτει τα θεμέλια για την επιτυχή ανακοπή της εξάρτησης από το οινόπνευμα²⁸.

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

Κεφαλαίο 10^ο

10.1 Έρευνα

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΣ

- 1. ΦΥΛΟ** ΑΡΡΕΝ ΘΗΛΥ
- 2. ΗΛΙΚΙΑ**
- 3. ΓΡΑΜΜΑΤΙΚΕΣ ΓΝΩΣΕΙΣ:** ΠΑΤΕΡΑΣ ΜΗΤΕΡΑ
- | | | | |
|---------------------|--|--------------------------|--------------------------|
| ΑΓΡΑΜΜΑΤΟΣ | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΔΗΜΟΤΙΚΟΥ | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΓΥΜΝΑΣΙΟΥ | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΛΥΚΕΙΟΥ | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ Ι.Ε.Κ | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ Α.Τ.Ε.Ι | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ Α.Ε.Ι | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
- 4. ΠΟΥ ΕΧΕΤΕ ΓΕΝΝΗΘΕΙ;**
- | | |
|-------------------------------------|--------------------------|
| ΣΕ ΧΩΡΙΟ ΚΑΤΩ ΤΩΝ 2000 ΚΑΤΟΙΚΩΝ | <input type="checkbox"/> |
| ΣΕ ΠΟΛΗ ΑΠΟ 2000- 10.000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ | <input type="checkbox"/> |
| ΣΕ ΠΟΛΗ ΑΠΟ 10.000-50.000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ | <input type="checkbox"/> |
| ΣΕ ΠΟΛΗ ΠΑΝΩ ΑΠΟ 50.000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ | <input type="checkbox"/> |
- 5. ΠΟΥ ΜΕΝΕΤΕ ΤΑ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑ 5 ΧΡΟΝΙΑ;**
- | | |
|-------------------------------------|--------------------------|
| ΣΕ ΧΩΡΙΟ ΚΑΤΩ ΤΩΝ 2000 ΚΑΤΟΙΚΩΝ | <input type="checkbox"/> |
| ΣΕ ΠΟΛΗ ΑΠΟ 2000-10.000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ | <input type="checkbox"/> |
| ΣΕ ΠΟΛΗ ΑΠΟ 10.000-50.000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ | <input type="checkbox"/> |
| ΣΕ ΠΟΛΗ ΠΑΝΩ ΑΠΟ 50.000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ | <input type="checkbox"/> |
- 6. ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ Η ΜΟΝΙΜΗ ΣΑΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑ (ΠΟΛΗ)**
.....
- 7. ΠΟΣΟ ΣΥΧΝΑ ΠΙΝΕΤΕ ΕΝΑ ΑΛΚΟΟΛΟΥΧΟ ΠΟΤΟ;**
- | | |
|---------------------------------------|--------------------------|
| ΠΟΤΕ | <input type="checkbox"/> |
| ΜΙΑ ΦΟΡΑ ΤΟ ΜΗΝΑ Ή ΛΙΓΟΤΕΡΟ | <input type="checkbox"/> |
| 2 ΜΕ 4 ΦΟΡΕΣ ΤΟ ΜΗΝΑ | <input type="checkbox"/> |
| 2 ΜΕ 3 ΦΟΡΕΣ ΤΗΝ ΕΒΔΟΜΑΔΑ | <input type="checkbox"/> |
| ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΕΣ ΑΠΟ 4 ΦΟΡΕΣ ΤΗΝ ΕΒΔΟΜΑΔΑ | <input type="checkbox"/> |
- 8. ΣΕ ΜΙΑ ΤΥΠΙΚΗ ΜΕΡΑ, ΠΟΣΑ ΑΛΚΟΟΛΟΥΧΑ ΠΟΤΑ ΠΙΝΕΤΕ;**
- | | | | |
|--------------------|--------------------------|--------|--------------------------|
| 1 ΜΕ 2 | <input type="checkbox"/> | 3 ΜΕ 4 | <input type="checkbox"/> |
| 5 ΜΕ 6 | <input type="checkbox"/> | 7 ΜΕ 9 | <input type="checkbox"/> |
| ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΑ ΑΠΟ 10 | <input type="checkbox"/> | | |
- 9. ΠΟΣΟ ΣΥΧΝΑ ΠΙΝΕΤΕ 6 Ή ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΑ ΑΛΚΟΟΛΟΥΧΑ ΠΟΤΑ ΣΕ ΜΙΑ ΕΚΔΗΛΩΣΗ, ΒΡΑΔΙΝΗ ΕΞΟΔΟ, ΣΥΝΑΝΤΗΣΗ ΜΕ ΦΙΛΟΥΣ;**
- | | |
|-----------------------------|--------------------------|
| ΠΟΤΕ | <input type="checkbox"/> |
| ΜΙΑ ΦΟΡΑ ΤΟ ΜΗΝΑ Ή ΛΙΓΟΤΕΡΟ | <input type="checkbox"/> |
| ΠΕΡΙΠΟΥ ΜΙΑ ΦΟΡΑ ΤΟ ΜΗΝΑ | <input type="checkbox"/> |
| ΚΑΘΕ ΕΒΔΟΜΑΔΑ | <input type="checkbox"/> |
| ΣΧΕΔΟΝ ΚΑΘΕ ΜΕΡΑ | <input type="checkbox"/> |

10. ΠΟΣΕΣ ΦΟΡΕΣ -ΜΕΣΑ ΣΤΟΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟ ΧΡΟΝΟ - ΚΑΙ ΣΕ ΠΟΙΑ ΠΕΡΙΣΤΑΣΗ (ΜΟΝΟΣ/ Ή ΜΕ ΠΑΡΕΑ), ΕΤΥΧΕ ΝΑ ΜΗΝ ΜΠΟΡΕΙΤΕ ΝΑ ΣΤΑΜΑΤΗΣΕΤΕ ΝΑ ΠΙΝΕΤΕ ΑΦΟΤΟΥ ΕΙΧΑΤΕ ΑΡΧΙΣΕΙ;

ΠΟΤΕ	↑
ΜΙΑ ΦΟΡΑ ΤΟ ΜΗΝΑ Ή ΛΙΓΟΤΕΡΟ	↑
ΠΕΡΙΠΟΥ ΜΙΑ ΦΟΡΑ ΤΟ ΜΗΝΑ	↑
ΚΑΘΕ ΕΒΔΟΜΑΔΑ	↑
ΣΧΕΔΟΝ ΚΑΘΕ ΜΕΡΑ	↑

11. ΠΟΣΕΣ ΦΟΡΕΣ- ΜΕΣΑ ΣΤΟΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟ ΧΡΟΝΟ- ΣΥΜΠΕΡΙΦΕΡΘΗΚΑΤΕ ΕΞΩ ΑΠΟ ΤΑ ΣΥΝΗΘΙΣΜΕΝΑ ΕΠΕΙΔΗ ΕΙΧΑΤΕ ΠΙΕΙ;

ΠΟΤΕ	↑
ΜΙΑ ΦΟΡΑ ΤΟ ΜΗΝΑ Ή ΛΙΓΟΤΕΡΟ	↑
ΠΕΡΙΠΟΥ ΜΙΑ ΦΟΡΑ ΤΟ ΜΗΝΑ	↑
ΚΑΘΕ ΕΒΔΟΜΑΔΑ	↑
ΣΧΕΔΟΝ ΚΑΘΕ ΜΕΡΑ	↑

12. ΠΟΣΕΣ ΦΟΡΕΣ -ΜΕΣΑ ΣΤΟΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟ ΧΡΟΝΟ- ΕΤΥΧΕ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΜΙΑ ΒΡΑΔΙΑ ΜΕ ΠΟΤΑ ΝΑ ΘΕΛΕΤΕ ΕΝΑ ΑΚΟΜΑ ΤΟ ΕΠΟΜΕΝΟ ΠΡΩΙ;

ΠΟΤΕ	↑
ΜΙΑ ΦΟΡΑ ΤΟ ΜΗΝΑ Ή ΛΙΓΟΤΕΡΟ	↑
ΠΕΡΙΠΟΥ ΜΙΑ ΦΟΡΑ ΤΟ ΜΗΝΑ	↑
ΚΑΘ ΕΒΔΟΜΑΔΑ	↑
ΣΧΕΔΟΝ ΚΑΘΕ ΜΕΡΑ	↑

13. ΠΟΣΕΣ ΦΟΡΕΣ -ΜΕΣΑ ΣΤΟΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟ ΧΡΟΝΟ- ΚΑΙ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΚΑΠΟΙΑ ΠΕΡΙΣΤΑΣΗ, ΝΙΩΣΑΤΕ ΟΤΙ ΤΟ ΠΑΡΑΚΑΝΑΤΕ ΜΕ ΤΟ ΠΟΤΟ;

ΠΟΤΕ	↑
ΜΙΑ ΦΟΡΑ ΤΟ ΜΗΝΑ Ή ΛΙΓΟΤΕΡΟ	↑
ΠΕΡΙΠΟΥ ΜΙΑ ΦΟΡΑ ΤΟ ΜΗΝΑ	↑
ΚΑΘΕ ΕΒΔΟΜΑΔΑ	↑
ΣΧΕΔΟΝ ΚΑΘΕ ΜΕΡΑ	↑

14. ΠΟΣΕΣ ΦΟΡΕΣ ΜΕΣΑ ΣΤΟΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟ ΧΡΟΝΟ ΕΤΥΧΕ ΝΑ ΜΗΝ ΘΥΜΑΣΤΕ ΧΑΛΑ ΤΙ ΕΓΙΝΕ ΤΟ ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΟ ΒΡΑΔΥ ΕΠΕΙΔΗ ΕΙΧΑΤΕ ΠΙΕΙ;

ΠΟΤΕ	↑
ΜΙΑ ΦΟΡΑ ΤΟ ΜΗΝΑ Ή ΛΙΓΟΤΕΡΟ	↑
ΠΕΡΙΠΟΥ ΜΙΑ ΦΟΡΑ ΤΟ ΜΗΝΑ	↑
ΚΑΘΕ ΕΒΔΟΜΑΔΑ	↑
ΣΧΕΔΟΝ ΚΑΘΕ ΜΕΡΑ	↑

15. ΕΧΕΤΕ ΕΣΕΙΣ Ή ΚΑΠΟΙΟΣ ΑΛΛΟΣ ΤΡΑΥΜΑΤΙΣΤΕΙ Ή ΠΛΗΓΩΘΕΙ ΕΠΕΙΔΗ ΕΙΧΑΤΕ ΠΙΕΙ;

ΟΧΙ	↑
ΝΑΙ. ΑΛΛΑ ΑΥΤΟ ΕΓΙΝΕ ΠΡΙΝ ΑΠΟ ΠΟΛΥ ΚΑΙΡΟ	↑
ΝΑΙ ΚΑΙ ΜΑΛΙΣΤΑ ΤΟΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟ ΧΡΟΝΟ	↑

16. ΕΧΕΙ ΤΥΧΕΙ ΚΑΠΟΙΟΣ ΓΝΩΣΤΟΣ, ΦΙΛΟΣ, ΣΥΓΓΕΝΗΣ Ή ΚΑΠΟΙΟΣ ΓΙΑΤΡΟΣ ΝΑ ΣΑΣ ΖΗΤΗΣΕΙ ΝΑ ΜΕΙΩΣΕΤΕ ΤΟ ΠΟΤΟ;

ΟΧΙ	↑
ΝΑΙ. ΑΛΛΑ ΑΥΤΟ ΕΓΙΝΕ ΠΡΙΝ ΑΠΟ ΠΟΛΥ ΚΑΙΡΟ	↑
ΝΑΙ ΚΑΙ ΜΑΛΙΣΤΑ ΤΟΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟ ΧΡΟΝΟ	↑

10.2 Εισαγωγή

Ο αλκοολισμός συνήθως αναφέρεται ως το τρίτο σοβαρότερο πρόβλημα για την Δημόσια Υγεία κάποιας χώρας μετά τις καρδιαγγειακές παθήσεις και τον καρκίνο.

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

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

Σήμερα η κατά κεφαλή και κατά χρόνο κατανάλωση κρασιού στην Ελλάδα είναι περίπου 40lt. Προβλέπεται ότι τα επόμενα 5 χρόνια και η ετήσια κατά κεφαλή κατανάλωση μπύρας θα φθάσει τα 40lt το χρόνο.

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

Ο σκοπός της μελέτης αυτής είναι να ερευνήσουμε την κατανάλωση των σπουδαστών των Α.Τ.Ε.Ι. στην πόλη της Πάτρας.

Οι σπουδαστές που είναι ηλικίας 18 έως 25 ετών αντιπροσωπεύουν τους νέους και τη συμπεριφορά τους ως προς την κατανάλωση του αλκοόλ που προέρχονται από όλη την Ελλάδα.

10.3 Υλικό & Μέγεθος

Η έρευνα διεξήχθη στους σπουδαστές όλων των τμημάτων του Α.Τ.Ε.Ι. Πατρών. Από 01/10/05 έως 31/01/06. Χρησιμοποιήθηκε το διεθνές ερωτηματολόγιο AUDIT. Το AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) είναι ένα ερωτηματολόγιο που απαρτίζεται από 10 ερωτήσεις και έχει σκοπό να καταδείξει πιθανά προβλήματα εξάρτησης από το αλκοόλ.

Οι ερωτήσεις του AUDIT έχουν δώσει αξιόπιστα αποτελέσματα παρά τις πολιτιστικές ή πολιτισμικές διαφορές των ερωτηθέντων (κρίσιμος παράγοντας σε τέτοιου τύπου μελέτες).

Το AUDIT διαφέρει από προγενέστερα αντίστοιχα τεστ (π.χ. Michigan alcohol test) στο ότι προσπαθεί να αναγνωρίσει κυρίως πρώιμα συμπτώματα εξάρτησης και εθισμού από το αλκοόλ. Έχει αποδειχθεί ότι τόσο η ευαισθησία όσο και η ειδικότητά του AUDIT είναι αρκετά υψηλές (80% και 89% αντίστοιχα) σε πληθυσμούς που περιλαμβάνουν τόσο κανονικούς όσο και συχνούς πότες (Medina-Mora et al, 1998). Το ερωτηματολόγιο αυτό έχει χρησιμοποιηθεί στις ΗΠΑ, στην Δυτική Ευρώπη στην Αυστραλία και στην Νέα Ζηλανδία.

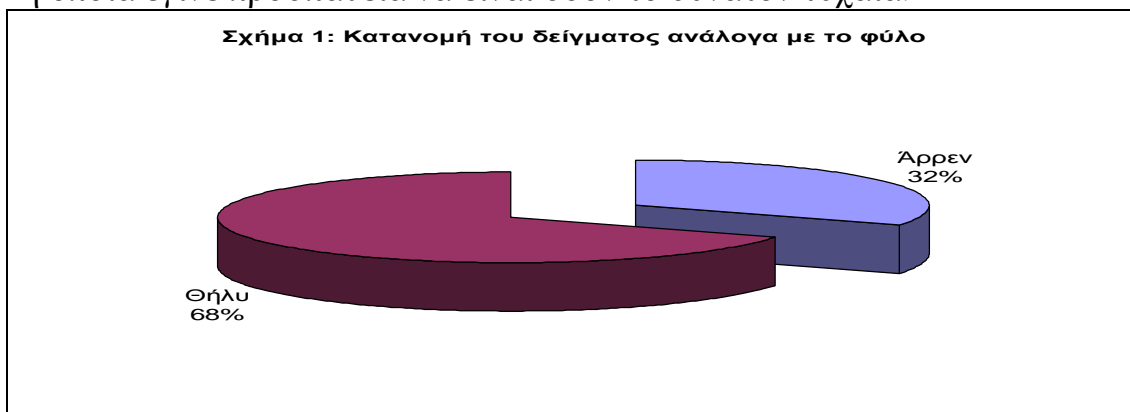
Οι απαντήσεις των ερωτήσεων στους σύνθετους ελέγχθηκαν για την στατιστική τους σημαντικότητα με τη δοκιμασία x-τετράγωνο [χ^2]. Η δοκιμασία αυτή ελέγχει την ανεξαρτησία γραμμών και στηλών σε ένα πίνακα απαντήσεων. Πιθανότητα $p < 0,05$ δείχνει ότι οι απαντήσεις δεν είναι τυχαίες αλλά επηρεάζονται από τις στήλες ή τις γραμμές του πίνακα. Ανάλογα, πιθανότητα μεγαλύτερη της παραπάνω τιμής [$p > 0,05$] σημαίνει ότι δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές. Οι βαθμοί ελευθερίας της δοκιμασίας [B.E.] είναι απλά ένα μαθηματικό μέγεθος το οποίο είναι απαραίτητο να παρουσιάζεται μαζί με την τιμή του χ^2 και το p .

10.4 Αποτελέσματα

Πίνακας 1: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το φύλο.

	Απαντήσεις	(%)	(%) Απαντημένων	Αθροιστικό (%)
Άρρεν	130	32,2	32,2	32,2
Θήλυ	274	67,8	67,8	100,0
Σύνολο	404	100,0	100,0	

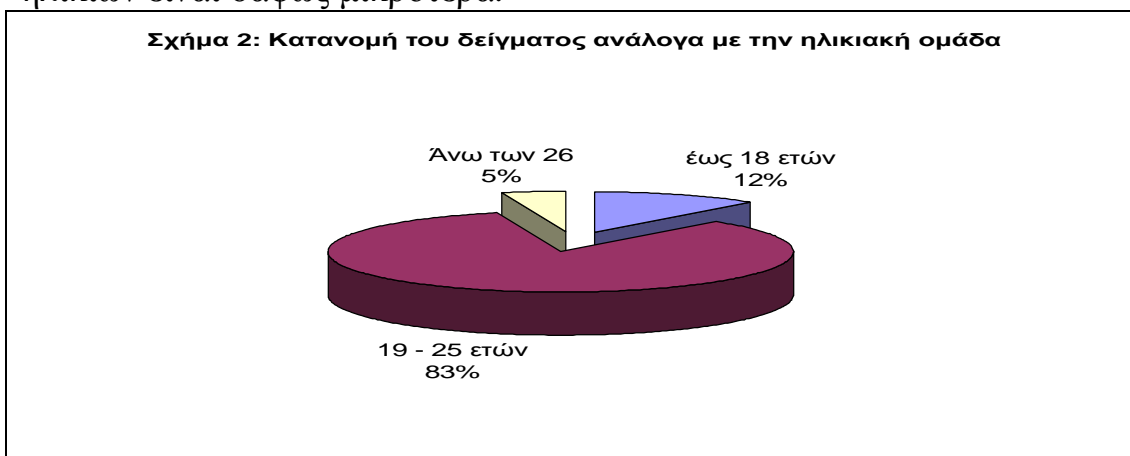
Η κατανομή των δύο φύλων είναι αποτέλεσμα της δειγματοληψίας η οποία έγινε προσπάθεια να είναι όσον το δυνατόν τυχαία.



Πίνακας 2: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την ηλικιακή ομάδα.

	Απαντήσεις	(%)	(%) Απαντημένων	Αθροιστικό (%)
έως 18 ετών	47	11,6	11,6	11,6
19 - 25 ετών	339	83,9	83,9	95,5
Άνω των 26	18	4,5	4,5	100,0
Σύνολο	404	100,0	100,0	

Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος απαρτίζεται από νέους και νέες ηλικίας 19-25 ετών. Τα ποσοστά των μικρότερων ή μεγαλύτερων ηλικιών είναι σαφώς μικρότερα.

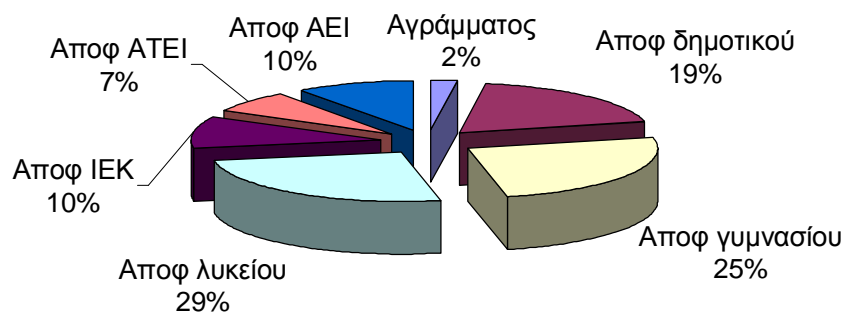


Πίνακας 3: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τις γραμματικές γνώσεις του πατέρα.

	Απαντήσεις	(%)	(%) Απαντημένων	Αθροιστικό (%)
Αγράμματος	9	2,2	2,2	2,2
Απόφ. δημοτικού	78	19,3	19,3	21,5
Απόφ. γυμνασίου	102	25,2	25,2	46,8
Απόφ. λυκείου	103	25,5	25,5	72,3
Αποφ Ι.Ε.Κ.	42	10,4	10,4	82,7
Αποφ Α.Τ.Ε.Ι.	29	7,2	7,2	89,9
Αποφ Α.Ε.Ι.	41	10,1	10,1	100,0
Σύνολο	404	100,0	100,0	

Οι άρρενες γονείς των νέων ήταν κυρίως απόφοιτοι γυμνασίου ή λυκείου, με τους αποφοίτους δημοτικού να ακολουθούν.

Σχήμα 3: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τις γραμματικές γνώσεις του πατέρα των ερωτηθέντων

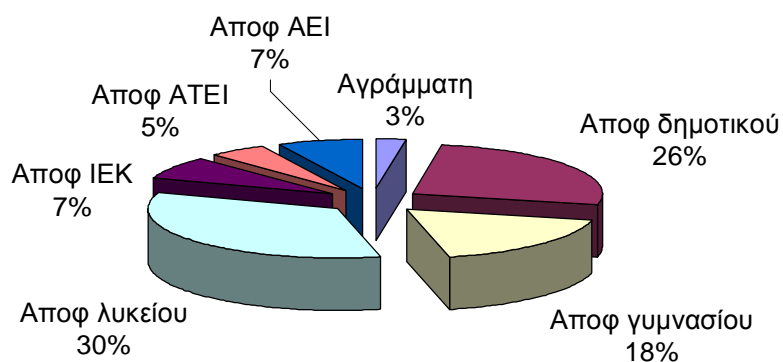


Πίνακας 4: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τις γραμματικές γνώσεις της μητέρας.

	Απαντήσεις	(%)	(%) Απαντημένων	Αθροιστικό (%)
Αγράμματη	10	2,5	2,5	2,5
Αποφ δημοτικού	106	26,2	26,2	28,7
Αποφ γυμνασίου	72	17,8	17,8	46,5
Απόφ λυκείου	137	33,9	33,9	80,4
Αποφ Ι.Ε.Κ.	30	7,4	7,4	87,9
Αποφ Α.Τ.Ε.Ι.	20	5,0	5,0	92,8
Αποφ ΑΕΙ	29	7,2	7,2	100,0
Σύνολο	404	100,0	100,0	

Οι μητέρες όσων συμμετείχαν στην έρευνα ήταν κυρίως απόφοιτες λυκείου, με τις απόφοιτες δημοτικού να ακολουθούν.

Σχήμα 4: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τις γραμματικές γνώσεις της μητέρας των ερωτηθέντων

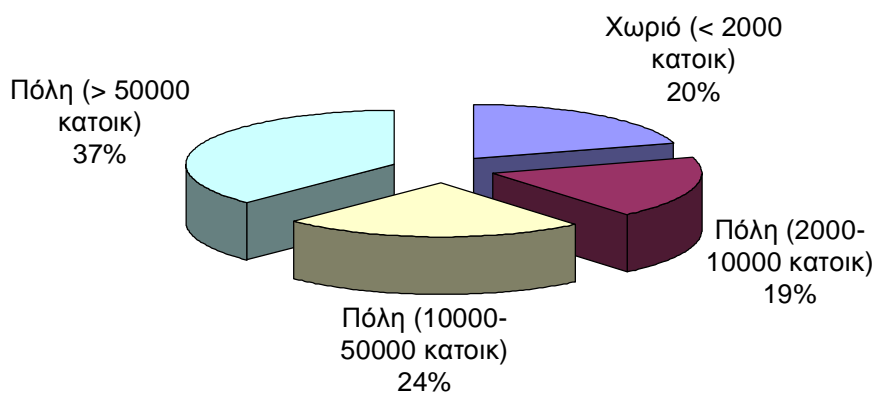


Πίνακας 5: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τον τόπο γέννησης.

	Απαντήσεις	(%)	(%) Απαντημένων	Αθροιστικό (%)
Χωριό (< 2000 κατοικ)	82	20,3	20,3	20,3
Πόλη (2000-10000 κατοικ)	75	18,6	18,6	38,9
Πόλη (10000-50000 κατοικ)	96	23,8	23,8	62,6
Πόλη (> 50000 κατοικ)	151	37,4	37,4	100,0
Σύνολο	404	100,0	100,0	

Η πλειοψηφία του δείγματος δήλωσε σαν τόπο γέννησης μεγάλες πόλεις ή πόλεις με πληθυσμό άνω των 10000 κατοίκων.

Σχήμα 5: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τον τόπο γέννησης

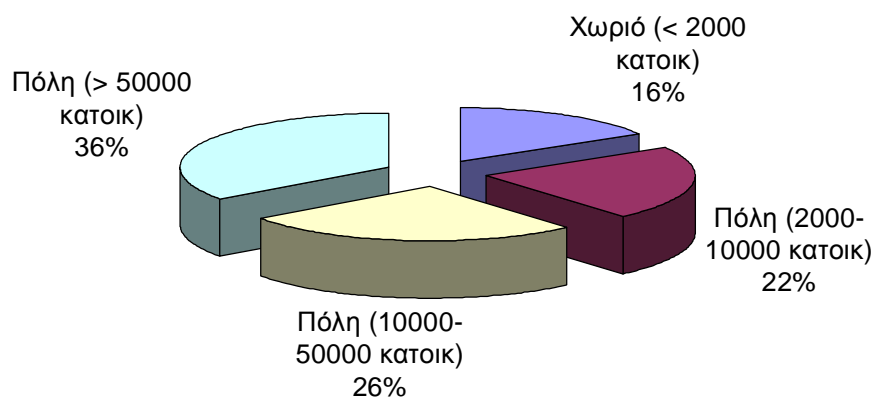


Πίνακας 6: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τον τόπο κατοικίας των 5 τελευταίων ετών.

	Απαντήσεις	(%)	(%) Απαντημένων	Αθροιστικό (%)
Χωριό (< 2000 κατοικ)	66	16,3	16,3	16,3
Πόλη (2000-10000 κατοικ)	90	22,3	22,3	38,6
Πόλη (10000-50000 κατοικ)	106	26,2	26,2	64,9
Πόλη (> 50000 κατοικ)	142	35,1	35,1	100,0
Σύνολο	404	100,0	100,0	

Ομοίως με την παραπάνω ερώτηση, η πλειοψηφία δήλωσε σαν τόπο κατοικίας μεγάλες πόλεις (άνω των 10000 κατοίκων).

Σχήμα 6: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τον τόπο κατοικίας των 5 τελευταίων ετών

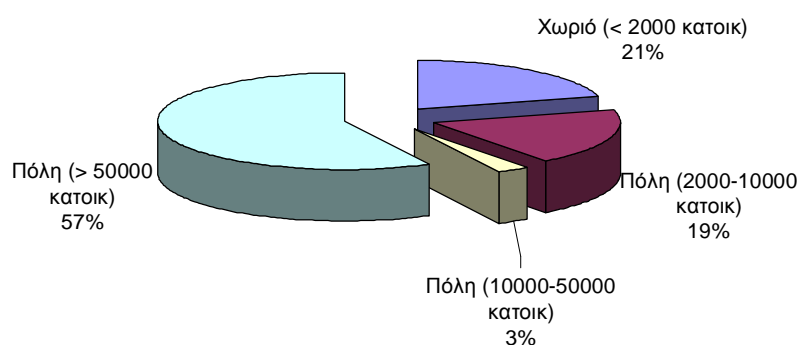


Πίνακας 7: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τον τόπο μόνιμης κατοικίας

	Απαντήσεις	(%)	(%) Απαντημένων	Αθροιστικό (%)
Χωριό (< 2000 κατοικ)	84	20,8	20,8	20,8
Πόλη (2000-10000 κατοικ)	76	18,8	18,8	39,6
Πόλη (10000-50000 κατοικ)	12	3,0	3,0	42,6
Πόλη (> 50000 κατοικ)	232	57,4	57,4	100,0
Σύνολο	404	100,0	100,0	

Ο τόπος μόνιμης κατοικίας των ερωτηθέντων είναι κυρίως πόλεις άνω των 50000 κατοίκων.

Σχήμα 7: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τον τόπο μόνιμης κατοικίας

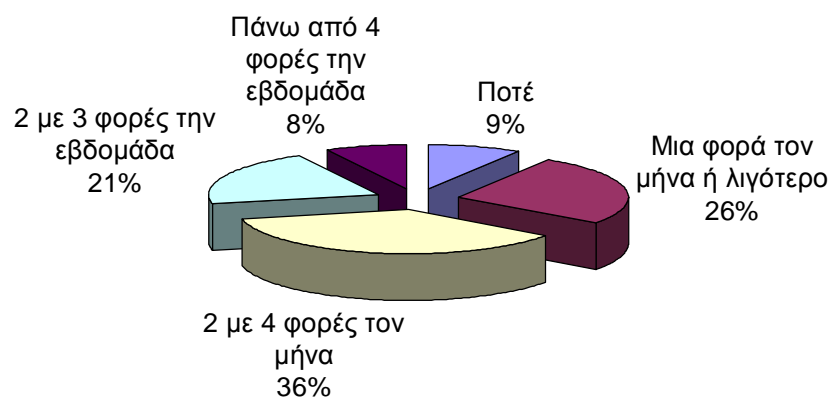


Πίνακας 8: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το πόσο συχνά πίνουν αλκοολούχα ποτά.

	Απαντήσεις	(%)	(%) Απαντημένων	Αθροιστικό (%)
Ποτέ	36	8,9	8,9	8,9
Μια φορά τον μήνα ή λιγότερο	106	26,2	26,2	35,1
2 με 4 φορές τον μήνα	148	36,6	36,6	71,8
2 με 3 φορές την εβδομάδα	83	20,5	20,5	92,3
Πάνω από 4 φορές την εβδομάδα	31	7,7	7,7	100,0
Σύνολο	404	100,0	100,0	

Η πλειοψηφία δηλώνει ότι καταναλώνει αλκοολούχα ποτά από μία (26,2%) έως 2 με 4 φορές τον μήνα (36,6%). Τα ποσοστά όσων δεν πίνουν καθόλου ή πίνουν αρκετά (>4 φορές τον μήνα) είναι μικρότερα και ίσα μεταξύ τους.

Σχήμα 8: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την συχνότητα κατανάλωσης αλκοόλ

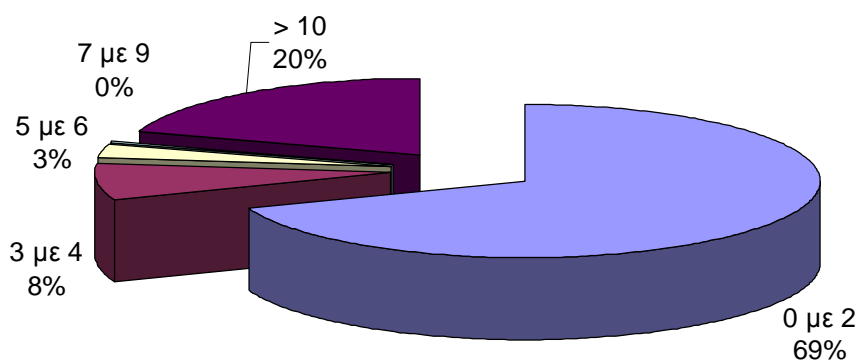


Πίνακας 9: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τον αριθμό των αλκοολούχων ποτών που πίνουν σε μια τυπική ημέρα.

	Απαντήσεις	(%)	(%) Απαντημένων	Αθροιστικό (%)
0 με 2	279	69,1	69,1	69,1
3 με 4	32	7,9	7,9	77,0
5 με 6	11	2,7	2,7	79,7
7 με 9	1	,2	,2	80,0
> 10	81	20,0	20,0	100,0
Σύνολο	404	100,0	100,0	

Η συντριπτική πλειοψηφία δηλώνει κατανάλωση το πολύ 2 ποτών σε μια τυπική ημέρα ενώ αξιοσημείωτο είναι το ποσοστό όσων καταναλώνουν μεγαλύτερες ποσότητες (άνω των 10 ποτών).

Σχήμα 9: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τον αριθμό των ποτών που πίνουν σε μια ημέρα

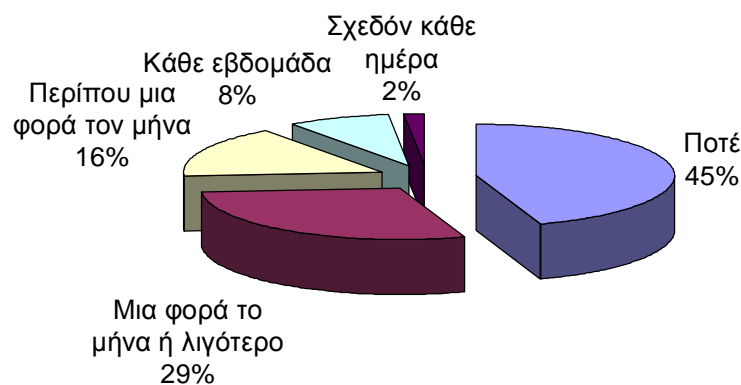


Πίνακας 10: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το πόσο συχνά πίνουν 6 ή περισσότερα αλκοολούχα ποτά σε μια περίπτωση

	Απαντήσεις	(%)	(%) Απαντημένων	Αθροιστικό (%)
Ποτέ	180	44,6	44,6	44,6
Μια φορά το μήνα ή λιγότερο	118	29,2	29,2	73,8
Περίπου μια φορά τον μήνα	66	16,3	16,3	90,1
Κάθε εβδομάδα	33	8,2	8,2	98,3
Σχεδόν κάθε ημέρα	7	1,7	1,7	100,0
Σύνολο	404	100,0	100,0	

Η πλειοψηφία δηλώνει ότι δεν καταναλώνει πάνω από 6 ποτά σε μια τυπική ημέρα. Μια φορά τον μήνα ή λιγότερο δηλώνει ένα ποσοστό 29,2%.

Σχήμα 10: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την συχνότητα κατανάλωσης 6 ή περισσότερων ποτών σε μία ημέρα

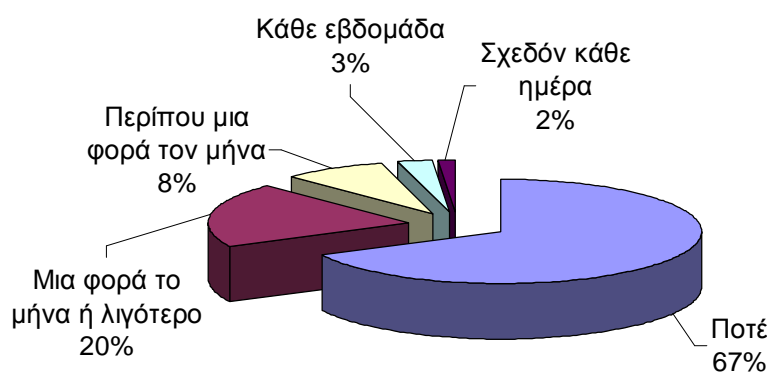


Πίνακας 11: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το πόσες φορές τον τελευταίο χρόνο δεν μπορούσαν να σταματήσουν να πίνουν σε κάποια περίπτωση.

	Απαντήσεις	(%)	(%) Απαντημένων	Αθροιστικό (%)
Ποτέ	273	67,6	67,6	67,6
Μια φορά το μήνα ή λιγότερο	80	19,8	19,8	87,4
Περίπου μια φορά τον μήνα	34	8,4	8,4	95,8
Κάθε εβδομάδα	11	2,7	2,7	98,5
Σχεδόν κάθε ημέρα	6	1,5	1,5	100,0
Σύνολο	404	100,0	100,0	

Η πλειοψηφία απαντά αρνητικά στην ερώτηση, ενώ ένα ποσοστό 4,2% απαντά ότι αυτό συνέβαινε κάθε εβδομάδα ή σχεδόν κάθε ημέρα.

Σχήμα 11: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το πόσες φορές τον τελευταίο χρόνο δεν μπορούσαν να σταματήσουν το ποτό σε κάποια περίπτωση.

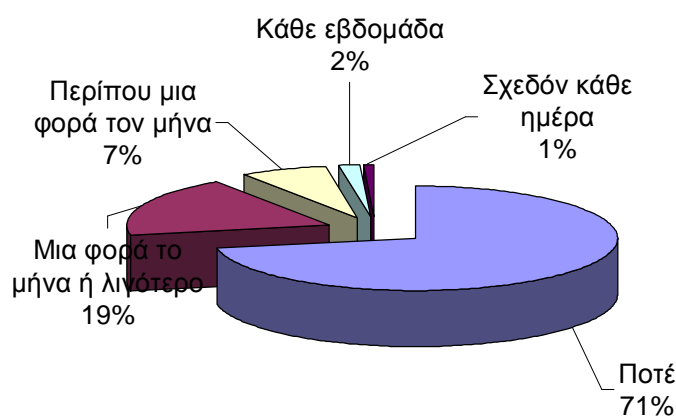


Πίνακας 12: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το πόσες φορές τον τελευταίο χρόνο συμπεριφέρθηκαν «έξω από τα συνηθισμένα» εξαιτίας του ποτού.

	Απαντήσεις	(%)	(%) Απαντημένων	Αθροιστικό (%)
Ποτέ	290	71,8	71,8	71,8
Μια φορά το μήνα ή λιγότερο	76	18,8	18,8	90,6
Περίπου μια φορά τον μήνα	28	6,9	6,9	97,5
Κάθε εβδομάδα	7	1,7	1,7	99,3
Σχεδόν κάθε ημέρα	3	,7	,7	100,0
Σύνολο	404	100,0	100,0	

Και πάλι η πλειοψηφία δηλώνει ότι ποτέ ή το πολύ μια φορά τον μήνα συμπεριφέρθηκαν έξω από τα συνηθισμένα εξαιτίας του ποτού.

Σχήμα 12: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το πόσες φορές τον τελευταίο χρόνο συμπεριφέρθηκαν «έξω από τα συνηθισμένα» εξαιτίας του ποτού.

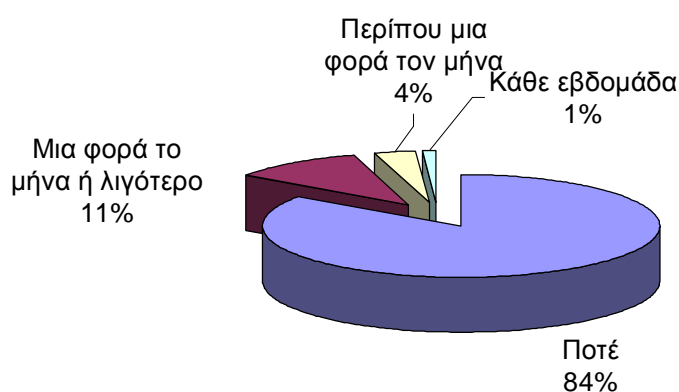


Πίνακας 13: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το πόσες φορές τον τελευταίο χρόνο μετά από μια βραδιά με ποτά ήθελαν να πιουν ένα ακόμη το πρωί.

	Απαντήσεις	(%)	(%) Απαντημένων	Αθροιστικό (%)
Ποτέ	337	83,4	83,4	83,4
Μια φορά το μήνα ή λιγότερο	42	10,4	10,4	93,8
Περίπου μια φορά τον μήνα	14	3,5	3,5	97,3
Κάθε εβδομάδα	4	1,0	1,0	98,3
Σχεδόν κάθε ημέρα	7	1,7	1,7	100,0
Σύνολο	404	100,0	100,0	

Το ποσοστό του 2,8% που δηλώνει ότι είχαν την ανάγκη ενός ποτού το επόμενο πρωί είναι σχετικά υψηλό.

Σχήμα 13: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το πόσες φορές τον τελευταίο χρόνο μετά από μια βραδιά με ποτά ήθελαν να πιουν ένα ακόμη το πρωί.

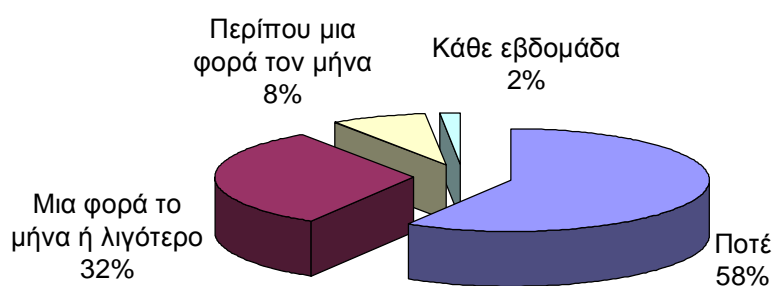


Πίνακας 14: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το πόσες φορές τον τελευταίο χρόνο ένοιωσαν ότι το παράκαναν με το ποτό.

	Απαντήσεις	(%)	(%) Απαντημένων	Αθροιστικό (%)
Ποτέ	234	57,9	57,9	57,9
Μια φορά το μήνα ή λιγότερο	127	31,4	31,4	89,4
Περίπου μια φορά τον μήνα	31	7,7	7,7	97,0
Κάθε εβδομάδα	7	1,7	1,7	98,8
Σχεδόν κάθε ημέρα	5	1,2	1,2	100,0
Σύνολο	404	100,0	100,0	

Η πλειοψηφία δηλώνει αρνητικά αλλά υπάρχει και ένα ποσοστό 2,9% που δηλώνει ότι το παράκανε πολύ συχνά μέσα στον τελευταίο χρόνο.

Σχήμα 14: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το πόσες φορές τον τελευταίο χρόνο ένοιωσαν ότι το παράκαναν με το ποτό.

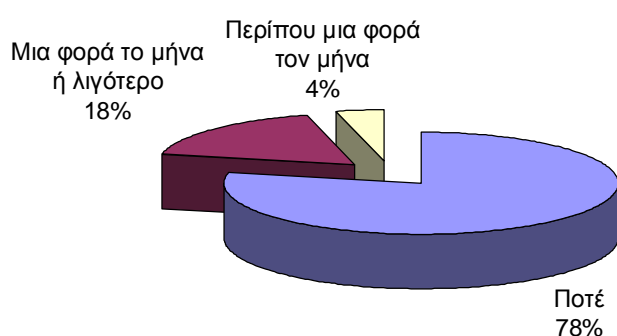


Πίνακας 15: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το πόσες φορές τον τελευταίο χρόνο έτυχε να μην θυμούνται τίποτα από το προηγούμενο βράδυ εξαιτίας του ποτού.

	Απαντήσεις	(%)	(%) Απαντημένων	Αθροιστικό (%)
Ποτέ	311	77,0	77,0	77,0
Μια φορά το μήνα ή λιγότερο	71	17,6	17,6	94,6
Περίπου μια φορά τον μήνα	15	3,7	3,7	98,3
Κάθε εβδομάδα	4	1,0	1,0	99,3
Σχεδόν κάθε ημέρα	3	,7	,7	100,0
Σύνολο	404	100,0	100,0	

Ένα 33% των ερωτηθέντων δηλώνει τέτοιο περιστατικό με διαφορετική συχνότητα. Οι απαντήσεις που δίνουν 3 άτομα για απώλεια μνήμης σχεδόν καθημερινά μπορεί να θεωρηθεί υπερβολή.

Σχήμα 15: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το πόσες φορές τον τελευταίο χρόνο έτυχε να μην θυμούνται τίποτα από το προηγούμενο βράδυ εξαιτίας του ποτού.

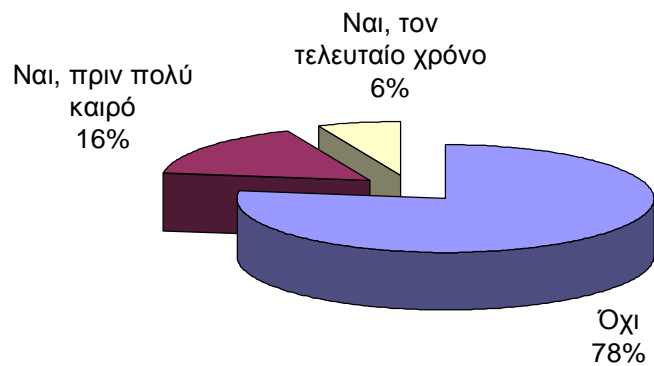


Πίνακας 16: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το εάν έχουν εξαιτίας του ποτού τραυματισθεί ή τραυματίσει κάποιον.

	Απαντήσεις	(%)	(%) Απαντημένων	Αθροιστικό (%)
Όχι	312	77,2	77,2	77,2
Ναι, πριν πολύ καιρό	66	16,3	16,3	93,6
Ναι, τον τελευταίο χρόνο	26	6,4	6,4	100,0
Σύνολο	404	100,0	100,0	

Αν τα ποσοστά του 33,2% που απαντούν θετικά στην ερώτηση είναι πραγματικά, αυτό είναι ένα ανησυχητικό γεγονός.

Σχήμα 16: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το εάν έχουν εξαιτίας του ποτού τραυματισθεί ή τραυματίσει κάποιον

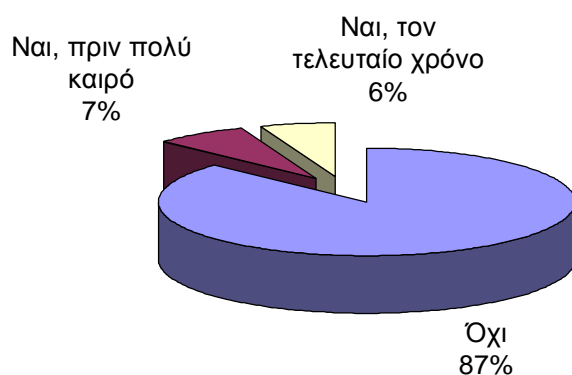


Πίνακας 17: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το εάν έχουν δεχθεί συμβουλές για να μειώσουν το ποτό.

	Απαντήσεις	(%)	(%) Απαντημένων	Αθροιστικό (%)
Όχι	351	86,9	86,9	86,9
Ναι, πριν πολύ καιρό	29	7,2	7,2	94,1
Ναι, τον τελευταίο χρόνο	24	5,9	5,9	100,0
Σύνολο	404	100,0	100,0	

Το 13,1% απαντά θετικά στην ερώτηση ενώ το 86,9% αρνητικά.

Σχήμα 17: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το εάν έχουν δεχθεί συμβουλές για να μειώσουν το ποτό

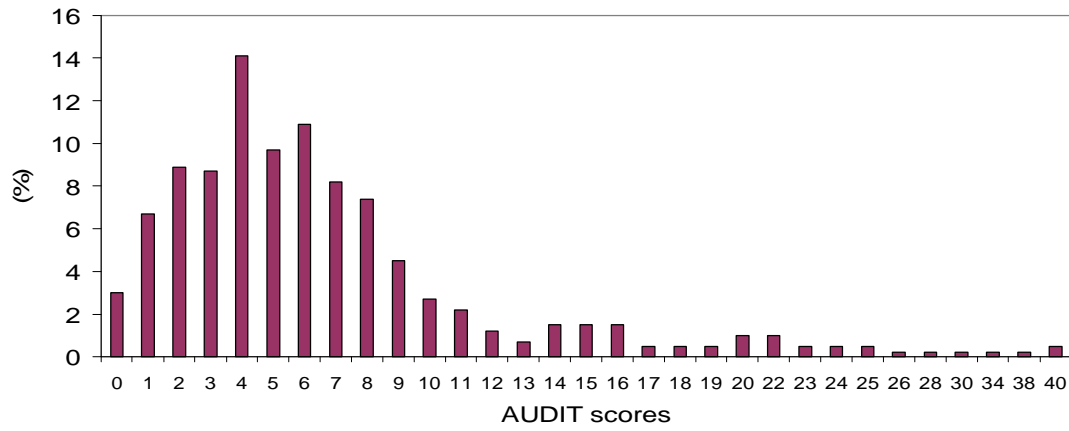


Πίνακας 18: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την κατανομή της βαθμολογίας AUDIT στο σύνολο του δείγματος.

	Συχνότητα	(%)	(%) Απαντημένων	Αθροιστικό (%)
,00	12	3,0	3,0	3,0
1,00	27	6,7	6,7	9,7
2,00	36	8,9	8,9	18,6
3,00	35	8,7	8,7	27,2
4,00	57	14,1	14,1	41,3
5,00	39	9,7	9,7	51,0
6,00	44	10,9	10,9	61,9
7,00	33	8,2	8,2	70,0
8,00	30	7,4	7,4	77,5
9,00	18	4,5	4,5	81,9
10,00	11	2,7	2,7	84,7
11,00	9	2,2	2,2	86,9
12,00	5	1,2	1,2	88,1
13,00	3	,7	,7	88,9
14,00	6	1,5	1,5	90,3
15,00	6	1,5	1,5	91,8
16,00	6	1,5	1,5	93,3
17,00	2	,5	,5	93,8
18,00	2	,5	,5	94,3
19,00	2	,5	,5	94,8
20,00	4	1,0	1,0	95,8
22,00	4	1,0	1,0	96,8
23,00	2	,5	,5	97,3
24,00	2	,5	,5	97,8
25,00	2	,5	,5	98,3
26,00	1	,2	,2	98,5
28,00	1	,2	,2	98,8
30,00	1	,2	,2	99,0
34,00	1	,2	,2	99,3
38,00	1	,2	,2	99,5
40,00	2	,5	,5	100,0
Σύνολο	404	100,0	100,0	

Παρατηρούμε ότι η τιμή του AUDIT με την μεγαλύτερη συχνότητα είναι το 4 (με 14,1%) και ακολουθεί το 6 (με 10,9%). Όλες οι υπόλοιπες τιμές εμφανίζονται με μικρότερες συχνότητες.

Σχήμα 18: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την βαθμολογία AUDIT

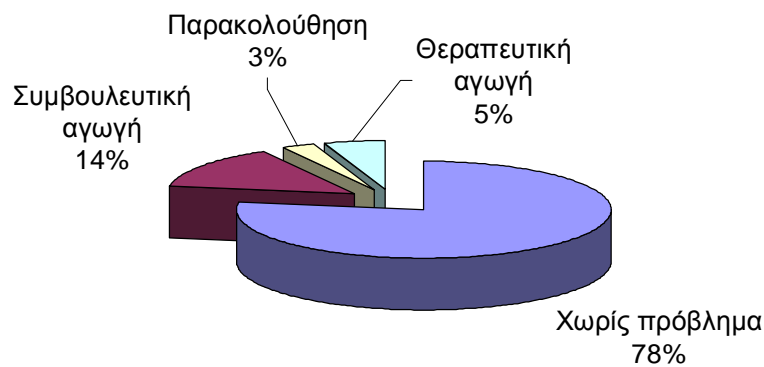


Πίνακας 19: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την κατάταξη AUDIT στο σύνολο του δείγματος.

	Απαντήσεις	(%)	(%) Απαντημένων	Αθροιστικό (%)
Χωρίς πρόβλημα	313	77,5	77,5	77,5
Συμβουλευτική αγωγή	58	14,4	14,4	91,8
Παρακολούθηση	12	3,0	3,0	94,8
Θεραπευτική αγωγή	21	5,2	5,2	100,0
Σύνολο	404	100,0	100,0	

Σύμφωνα με την κατάταξη του AUDIT, το 77,5% δεν εμφανίζει πρόβλημα, το 14,4% θα πρέπει να τύχει μιας συμβουλευτικής αγωγής σχετικά με το αλκοόλ και τους κινδύνους του, το 3,0% θα πρέπει να μπει σε προγράμματα παρακολούθησης και τέλος ένα 5,2% θα πρέπει να ακολουθήσει προγράμματα απεξάρτησης και θεραπείας.

Σχήμα 19: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την κατάταξη AUDIT



Πίνακας 20: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τις γραμματικές γνώσεις του πατέρα και το φύλο.

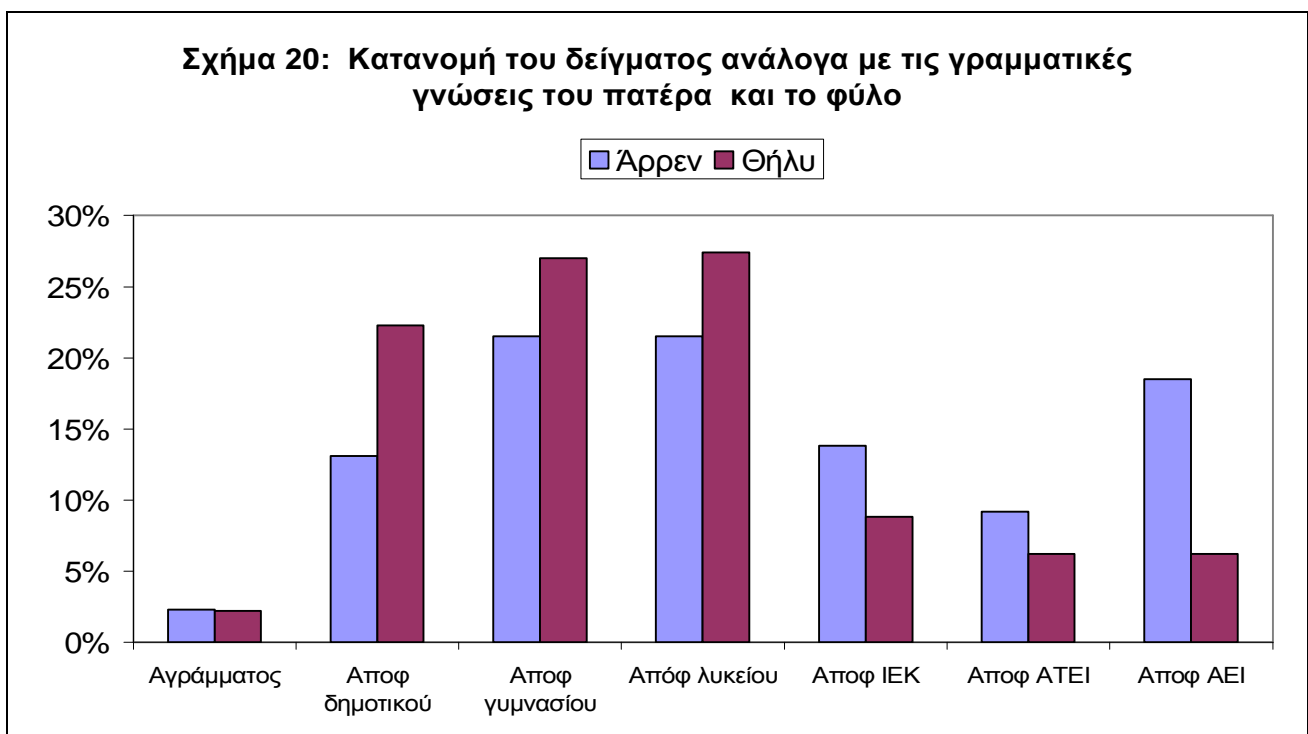
		Φύλο		Σύνολο
		Άρρεν	Θήλυ	
Γραμματικές γνώσεις πατέρα	Αγράμματος	3 2,3%	6 2,2%	9 2,2%
	Αποφ δημοτικού	17 13,1%	61 22,3%	78 19,3%
	Αποφ γυμνασίου	28 21,5%	74 27,0%	102 25,2%
	Απόφ λυκείου	28 21,5%	75 27,4%	103 25,5%
	Αποφ ΙΕΚ	18 13,8%	24 8,8%	42 10,4%
	Αποφ ΑΤΕΙ	12 9,2%	17 6,2%	29 7,2%
	Αποφ ΑΕΙ	24 18,5%	17 6,2%	41 10,1%
	Σύνολο	130 100,0%	274 100,0%	404 100,0%

Δοκιμασία Χ²

	Τιμή	βαθμοί ελευθερίας	P
Χ ²	22,452	6	,001

Οι διαφορές ανάμεσα στις γραμματικές γνώσεις του πατέρα των αγοριών και των κοριτσιών του δείγματος οφείλονται κυρίως στους αποφοίτους των χαμηλότερων βαθμίδων εκπαίδευσης.

Σχήμα 20: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τις γραμματικές γνώσεις του πατέρα και το φύλο



Πίνακας 21: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τις γραμματικές γνώσεις της μητέρας

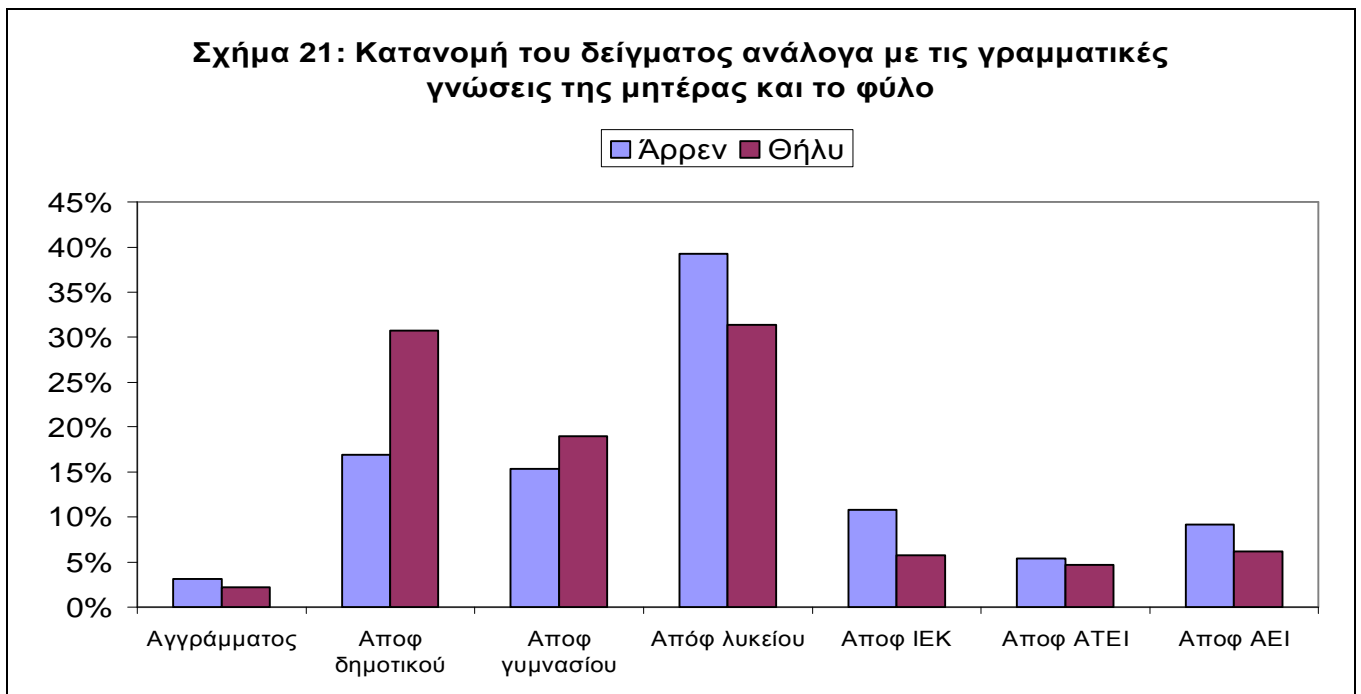
		Φύλο		Σύνολο
		Άρρεν	Θήλυ	
Γραμματικές γνώσεις μητέρας	Αγράμματη	4 3,1%	6 2,2%	10 2,5%
	Αποφ δημοτικού	22 16,9%	84 30,7%	106 26,2%
	Αποφ γυμνασίου	20 15,4%	52 19,0%	72 17,8%
	Απόφ λυκείου	51 39,2%	86 31,4%	137 33,9%
	Αποφ ΙΕΚ	14 10,8%	16 5,8%	30 7,4%
	Αποφ ΑΤΕΙ	7 5,4%	13 4,7%	20 5,0%
	Αποφ ΑΕΙ	12 9,2%	17 6,2%	29 7,2%
	Σύνολο	130 100,0%	274 100,0%	404 100,0%

Δοκιμασία Χ²

	Τιμή	βαθμοί ελευθερίας	P
Χ ²	12,941	6	,044

Ομοίως και εδώ οι διαφορές εντοπίζονται στις χαμηλότερες βαθμίδες της εκπαίδευσης.

Σχήμα 21: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τις γραμματικές γνώσεις της μητέρας και το φύλο



Πίνακας 22: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τον τόπο γέννησης και το φύλο.

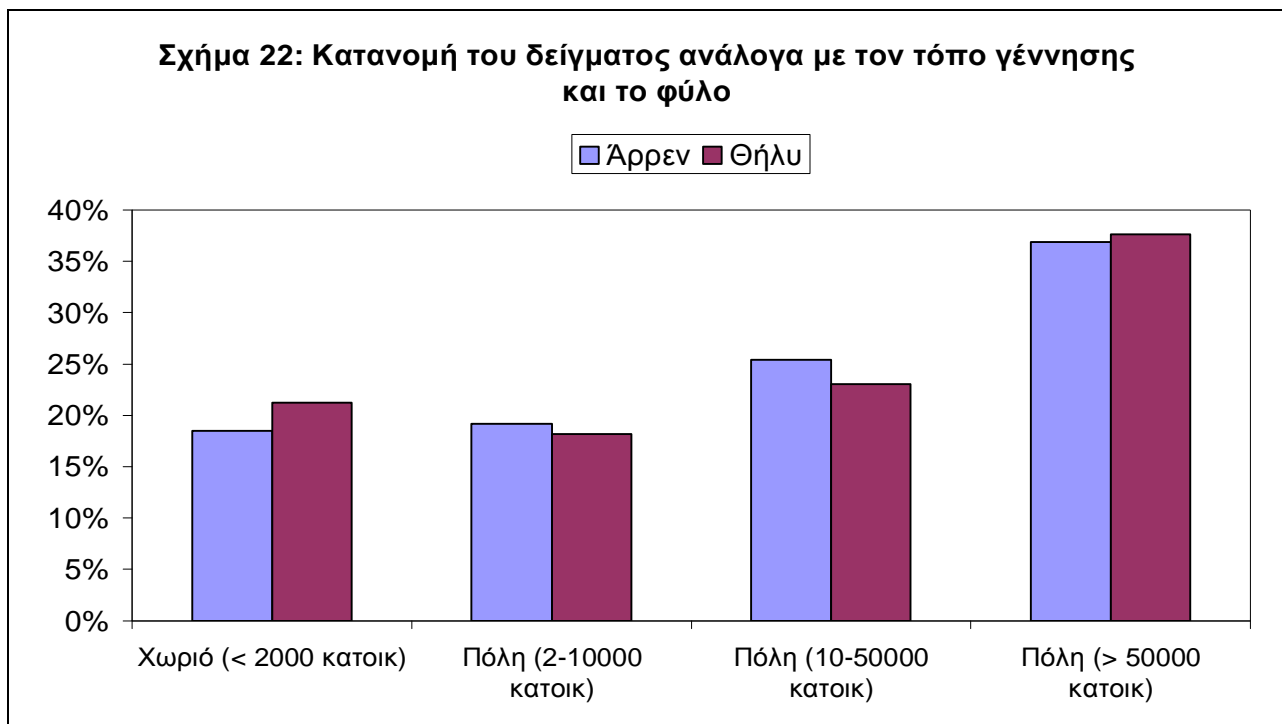
Τόπος γέννησης	Φύλο	Φύλο		Σύνολο
		Άρρεν	Θήλυ	
Χωριό (< 2000 κατοικ)	Άρρεν	24	58	82
	Θήλυ	18,5%	21,2%	20,3%
Πόλη (2000-10000 κατοικ)	Άρρεν	25	50	75
	Θήλυ	19,2%	18,2%	18,6%
Πόλη (10000-50000 κατοικ)	Άρρεν	33	63	96
	Θήλυ	25,4%	23,0%	23,8%
Πόλη (> 50000 κατοικ)	Άρρεν	48	103	151
	Θήλυ	36,9%	37,6%	37,4%
Σύνολο		130	274	404
		100,0%	100,0%	100,0%

Δοκιμασία Χ²

	Τιμή	βαθμοί ελευθερίας	P
Χ ²	,587	3	,899

Δεν παρατηρούνται στατιστικά σημαντικές διαφορές όσον αφορά τον τόπο γέννησης και το φύλο.

Σχήμα 22: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τον τόπο γέννησης και το φύλο



Πίνακας 23: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την κατοικία των 5 τελευταίων ετών και το φύλο.

		Φύλο		Σύνολο
		Άρρεν	Θήλυ	
Κατοικία 5 τελευταίων ετών	Χωριό (< 2000 κατοικ)	17	49	66
		13,1%	17,9%	16,3%
	Πόλη (2000-10000 κατοικ)	27	63	90
		20,8%	23,0%	22,3%
	Πόλη (10000-50000 κατοικ)	38	68	106
		29,2%	24,8%	26,2%
	Πόλη (> 50000 κατοικ)	48	94	142
		36,9%	34,3%	35,1%
Σύνολο		130	274	404
		100,0%	100,0%	100,0%

Δοκιμασία Χ2

	Τιμή	βαθμοί ελευθερίας	P
Χ2	2,269	3	,519

Δεν παρατηρούνται στατιστικά σημαντικές διαφορές όσον αφορά τον τόπο κατοικίας και το φύλο.

Πίνακας 24: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την μόνιμη κατοικία και το φύλο.

		Φύλο		Σύνολο
		Άρρεν	Θήλυ	
Μόνιμη κατοικία	Χωριό (< 2000 κατοικ)	25	59	84
		19,2%	21,5%	20,8%
	Πόλη (2000-10000 κατοικ)	22	54	76
		16,9%	19,7%	18,8%
	Πόλη (10000-50000 κατοικ)	5	7	12
		3,8%	2,6%	3,0%
	Πόλη (> 50000 κατοικ)	78	154	232
		60,0%	56,2%	57,4%
Σύνολο		130	274	404
		100,0%	100,0%	100,0%

Δοκιμασία Χ2

	Τιμή	βαθμοί ελευθερίας	P
Χ2	2,267	3	,54

Δεν παρατηρούνται στατιστικά σημαντικές διαφορές όσον αφορά τον τόπο μόνιμης κατοικίας και το φύλο.

Πίνακας 25: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το πόσο συχνά πίνουν αλκοολούχα ποτά και ανάλογα με το φύλο.

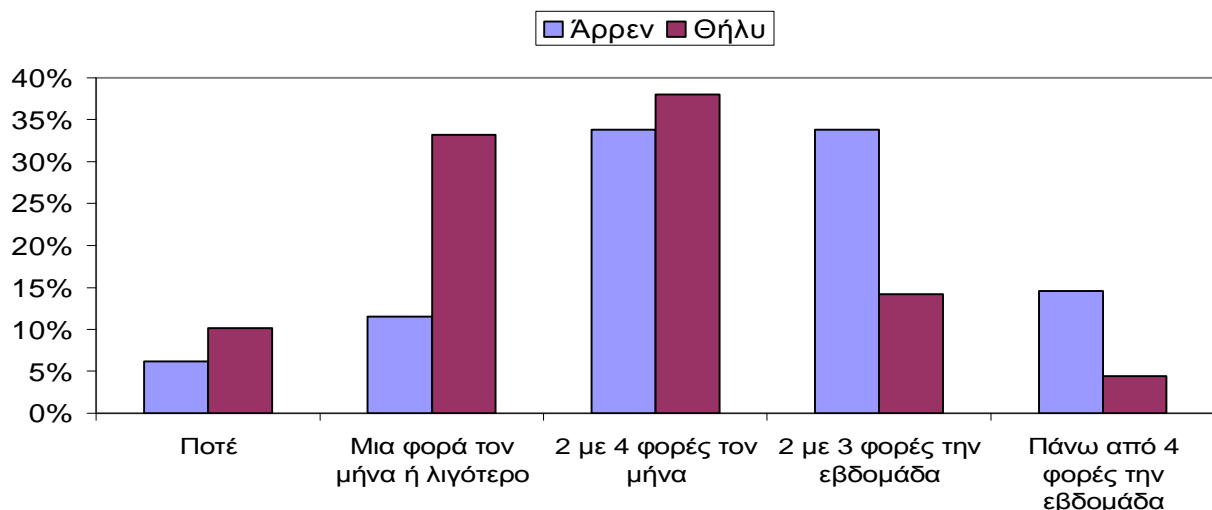
Πόσο συχνά πίνουν αλκοολούχα ποτά	Ποτέ	Φύλο		Σύνολο
		Άρρεν	Θήλυ	
		8	28	36
		6,2%	10,2%	8,9%
	Μια φορά τον μήνα ή λιγότερο	15	91	106
		11,5%	33,2%	26,2%
	2 με 4 φορές τον μήνα	44	104	148
		33,8%	38,0%	36,6%
	2 με 3 φορές την εβδομάδα	44	39	83
		33,8%	14,2%	20,5%
	Πάνω από 4 φορές την εβδομάδα	19	12	31
		14,6%	4,4%	7,7%
	Σύνολο	130	274	404
		100,0%	100,0%	100,0%

Δοκιμασία Χ²

	Τιμή	βαθμοί ελευθερίας	P
Χ ²	46,373	4	,000

Παρατηρούνται στατιστικά σημαντικές διαφορές όσον αφορά την συχνότητα κατανάλωσης και το φύλο. Οι διαφορές αφορούν τόσο την χαμηλή ή καθόλου κατανάλωση (όπου υπερτερούν τα κορίτσια) όσο και την υψηλή κατανάλωση (όπου υπερτερούν τα αγόρια).

Σχήμα 23: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το πόσο συχνά πίνουν αλκοολούχα ποτά και ανάλογα με το φύλο



Πίνακας 26: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το πόσα αλκοολούχα ποτά καταναλώνουν σε μια τυπική ημέρα και ανάλογα με το φύλο.

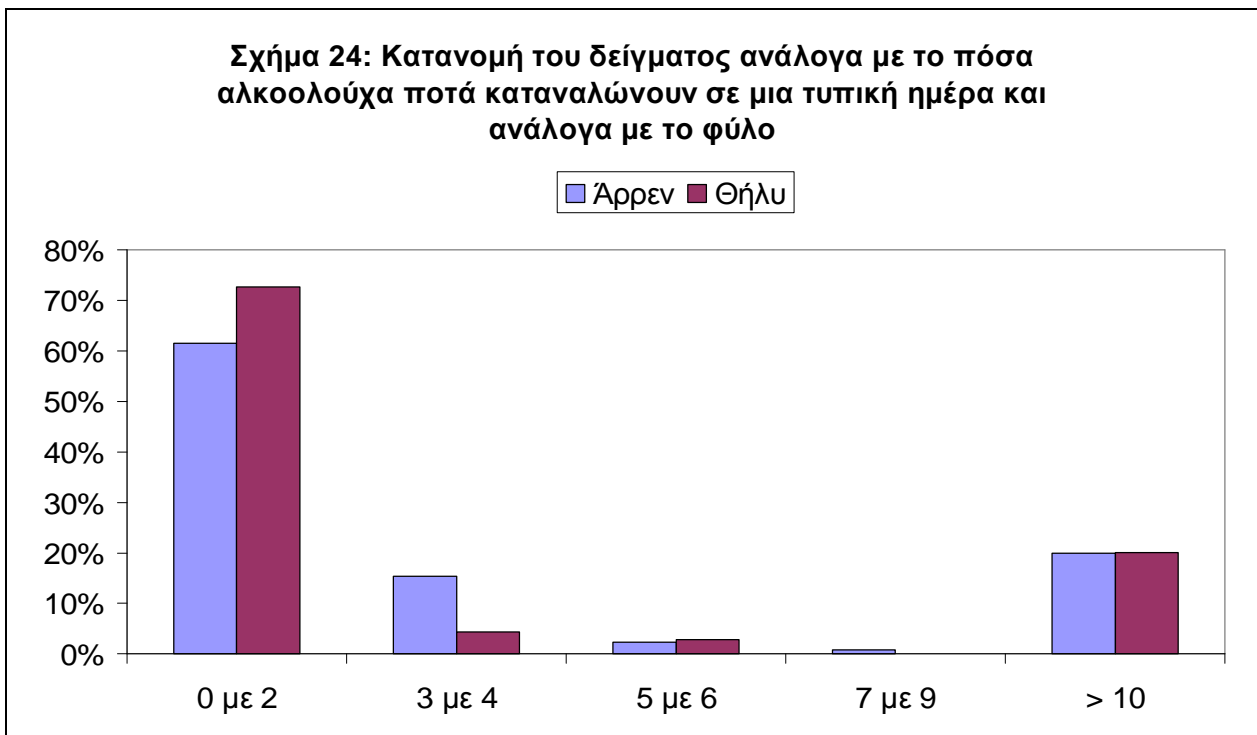
Πόσα αλκοολούχα σε μια τυπική ημέρα	Φύλο		Σύνολο
	Άρρεν	Θήλυ	
1 με 2	80 61,5%	199 72,6%	279 69,1%
3 με 4	20 15,4%	12 4,4%	32 7,9%
5 με 6	3 2,3%	8 2,9%	11 2,7%
7 με 9	1 ,8%	0 ,0%	1 ,2%
> 10	26 20,0%	55 20,1%	81 20,0%
Σύνολο	130 100,0%	274 100,0%	404 100,0%

Δοκιμασία Χ²

	Τιμή	βαθμοί ελευθερίας	P
Χ ²	17,280	4	,002

Και εδώ έχουμε στατιστικά σημαντικές διαφορές.

Σχήμα 24: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το πόσα αλκοολούχα ποτά καταναλώνουν σε μια τυπική ημέρα και ανάλογα με το φύλο



Πίνακας 27: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το πόσο συχνά πίνουν 6 η περισσότερα αλκοολούχα ποτά σε μια περίπτωση και ανάλογα με το φύλο.

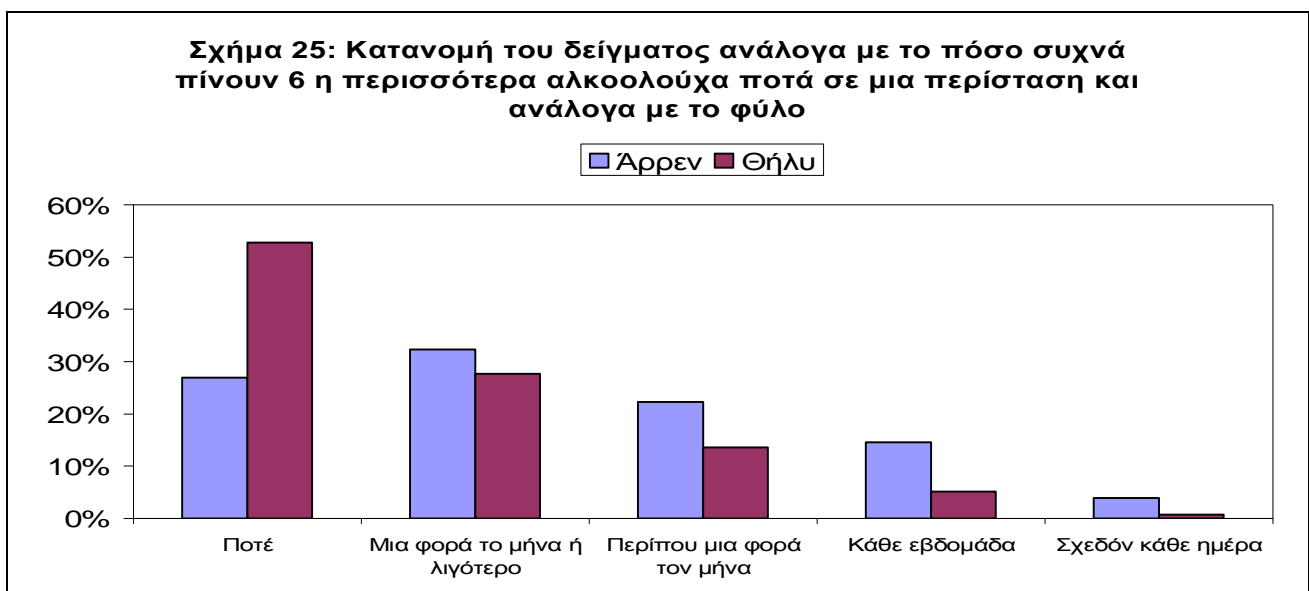
		Φύλο		Σύνολο
		Άρρεν	Θήλυ	
Πόσο συχνά πίνουν 6 η περισσότερα αλκοολούχα ποτά σε μια περίπτωση	Ποτέ	35	145	180
		26,9%	52,9%	44,6%
	Μια φορά το μήνα ή λιγότερο	42	76	118
		32,3%	27,7%	29,2%
	Περίπου μια φορά τον μήνα	29	37	66
	22,3%	13,5%	16,3%	
	Κάθε εβδομάδα	19	14	33
		14,6%	5,1%	8,2%
	Σχεδόν κάθε ημέρα	5	2	7
		3,8%	,7%	1,7%
Σύνολο		130	274	404
		100,0%	100,0%	100,0%

Δοκιμασία Χ²

	Τιμή	βαθμοί ελευθερίας	P
Χ ²	32,883	4	,000

Οι διαφορές στην ερώτηση αυτή οφείλονται στην υψηλότερη συχνότητα κατανάλωσης που παρατηρείται στα αγόρια.

Σχήμα 25: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το πόσο συχνά πίνουν 6 η περισσότερα αλκοολούχα ποτά σε μια περίπτωση και ανάλογα με το φύλο



Πίνακας 28 : Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το πόσες φορές τον τελευταίο χρόνο δεν μπορούσαν να σταματήσουν να πίνουν ανάλογα με το φύλο.

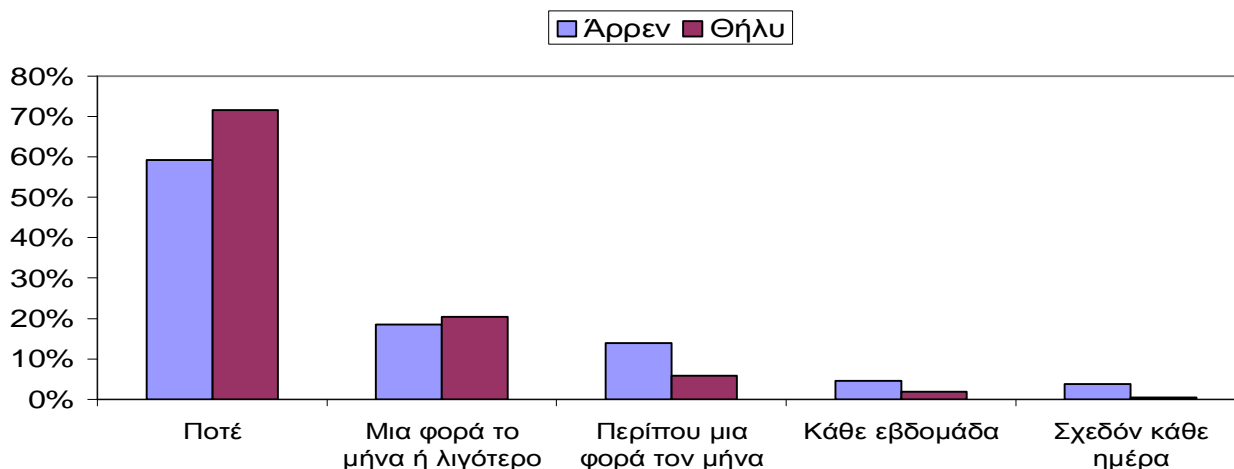
	Ποτέ	Φύλο		Σύνολο
		Άρρεν	Θήλυ	
Πόσες φορές τον τελευταίο χρόνο δεν μπορούσαν να σταματήσουν να πίνουν		77	196	273
		59,2%	71,5%	67,6%
	Μια φορά το μήνα ή λιγότερο	24	56	80
		18,5%	20,4%	19,8%
	Περίπου μια φορά τον μήνα	18	16	34
		13,8%	5,8%	8,4%
	Κάθε εβδομάδα	6	5	11
		4,6%	1,8%	2,7%
	Σχεδόν κάθε ημέρα	5	1	6
		3,8%	,4%	1,5%
Σύνολο		130	274	404
		100,0%	100,0%	100,0%

Δοκιμασία Χ²

	Τιμή	βαθμοί ελευθερίας	P
Χ ²	18,581	4	,001

Ομοίως με την προηγούμενη ερώτηση. Οι διαφορές εντοπίζονται κυρίως στην διαφορετική συχνότητα του «ποτέ».

Σχήμα 26: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το πόσες φορές τον τελευταίο χρόνο δεν μπορούσαν να σταματήσουν να πίνουν ανάλογα με το φύλο



Πίνακας 29: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το πόσες φορές τον τελευταίο χρόνο συμπεριφέρθηκαν έξω από τα συνηθισμένα και ανάλογα με το φύλο.

		Φύλο		Σύνολο
		Άρρεν	Θήλυ	
Πόσες φορές τον τελευταίο χρόνο συμπεριφέρθηκαν έξω από τα συνηθισμένα	Ποτέ	82	208	290
		63,1%	75,9%	71,8%
	Μια φορά το μήνα ή λιγότερο	25	51	76
		19,2%	18,6%	18,8%
	Περίπου μια φορά τον μήνα	15	13	28
		11,5%	4,7%	6,9%
Κάθε εβδομάδα		6	1	7
		4,6%	,4%	1,7%
	Σχεδόν κάθε ημέρα	2	1	3
		1,5%	,4%	,7%
Σύνολο		130	274	404
		100,0%	100,0%	100,0%

Δοκιμασία X²

	Τιμή	βαθμοί ελευθερίας	P
X ²	18,741	4	,001

Τα αγόρια σε μεγαλύτερη συχνότητα από τα κορίτσια συμπεριφέρονται έξω από τα συνηθισμένα γιατί και οι διαφορές που καταγράφονται στην ερώτηση αυτή.

Σχήμα 27: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το πόσες φορές τον τελευταίο χρόνο συμπεριφέρθηκαν έξω από τα συνηθισμένα και ανάλογα με το φύλο



Πίνακας 30: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το πόσες φορές τον τελευταίο χρόνο μετά από μια βραδιά με ποτά ήθελαν ένα ακόμη το πρωί και ανάλογα με το φύλο.

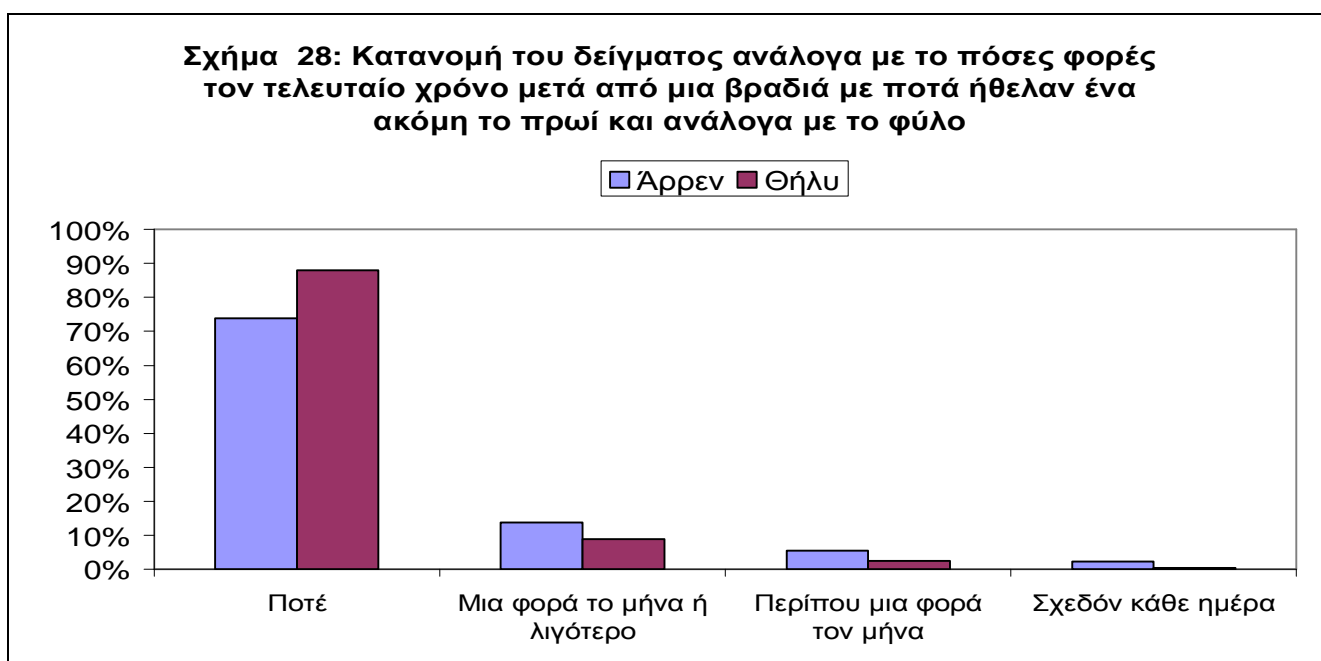
	Ποτέ	Φύλο		Σύνολο
		Άρρεν	Θήλυ	
Πόσες φορές τον τελευταίο χρόνο μετά από μια βραδιά με ποτά ήθελαν ένα ακόμη το πρωί		96	241	337
		73,8%	88,0%	83,4%
	Μια φορά το μήνα ή λιγότερο	18	24	42
		13,8%	8,8%	10,4%
	Περίπου μια φορά τον μήνα	7	7	14
		5,4%	2,6%	3,5%
	Κάθε εβδομάδα	3	1	4
		2,3%	,4%	1,0%
	Σχεδόν κάθε ημέρα	6	1	7
		4,6%	,4%	1,7%
Σύνολο		130	274	404
		100,0%	100,0%	100,0%

Δοκιμασία X²

	Τιμή	βαθμοί ελευθερίας	P
X ²	18,891	4	,001

Και εδώ οι διαφορές οφείλονται στις διαφορετικές συχνότητες κατανάλωσης μεταξύ αγοριών και κοριτσιών.

Σχήμα 28: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το πόσες φορές τον τελευταίο χρόνο μετά από μια βραδιά με ποτά ήθελαν ένα ακόμη το πρωί και ανάλογα με το φύλο



Πίνακας 31: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το πόσες φορές τον τελευταίο χρόνο ένοιωσαν ότι το παρακάσαν με το ποτό και ανάλογα με το φύλο.

		Φύλο		Σύνολο
		Άρρεν	Θήλυ	
Πόσες φορές τον τελευταίο χρόνο ένοιωσαν ότι το παρακάσαν με το ποτό	Ποτέ	55	179	234
		42,3%	65,3%	57,9%
	Μια φορά το μήνα ή λιγότερο	48	79	127
		36,9%	28,8%	31,4%
	Περίπου μια φορά τον μήνα	19	12	31
		14,6%	4,4%	7,7%
	Κάθε εβδομάδα	4	3	7
	3,1%	1,1%	1,7%	
	Σχεδόν κάθε ημέρα	4	1	5
		3,1%	,4%	1,2%
Σύνολο		130	274	404
		100,0%	100,0%	100,0%

Δοκιμασία Χ²

	Τιμή	βαθμοί ελευθερίας	P
Χ ²	29,180	4	,000

Γενικά τα αγόρια θεωρούν ότι το «παρακάσαν» συχνότερα από τα κορίτσια.



Πίνακας 32: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το πόσες φορές τον τελευταίο χρόνο έτυχε να μην θυμούνται το προηγούμενο βράδυ εξαιτίας του ποτού ανάλογα και με το φύλο.

		Φύλο		Σύνολο
		Άρρεν	Θήλυ	
Πόσες φορές τον τελευταίο χρόνο έτυχε να μην θυμούνται τίποτα από το προηγούμενο βράδυ	Ποτέ	89	222	311
		68,5%	81,0%	77,0%
	Μια φορά το μήνα ή λιγότερο	27	44	71
		20,8%	16,1%	17,6%
	Περίπου μια φορά τον μήνα	10	5	15
		7,7%	1,8%	3,7%
	Κάθε εβδομάδα	2	2	4
	1,5%	,7%	1,0%	
	Σχεδόν κάθε ημέρα	2	1	3
		1,5%	,4%	,7%
Σύνολο		130	274	404
		100,0%	100,0%	100,0%

Δοκιμασία Χ²

	Τιμή	βαθμοί ελευθερίας	P
Χ ²	13,313	4	,010

Και εδώ οι διαφορές οφείλονται κυρίως στην διαφορετική συμπεριφορά των αγοριών.

Σχήμα 30: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το πόσες φορές τον τελευταίο χρόνο έτυχε να μην θυμούνται το προηγούμενο βράδυ εξαιτίας του ποτού ανάλογα και με το φύλο



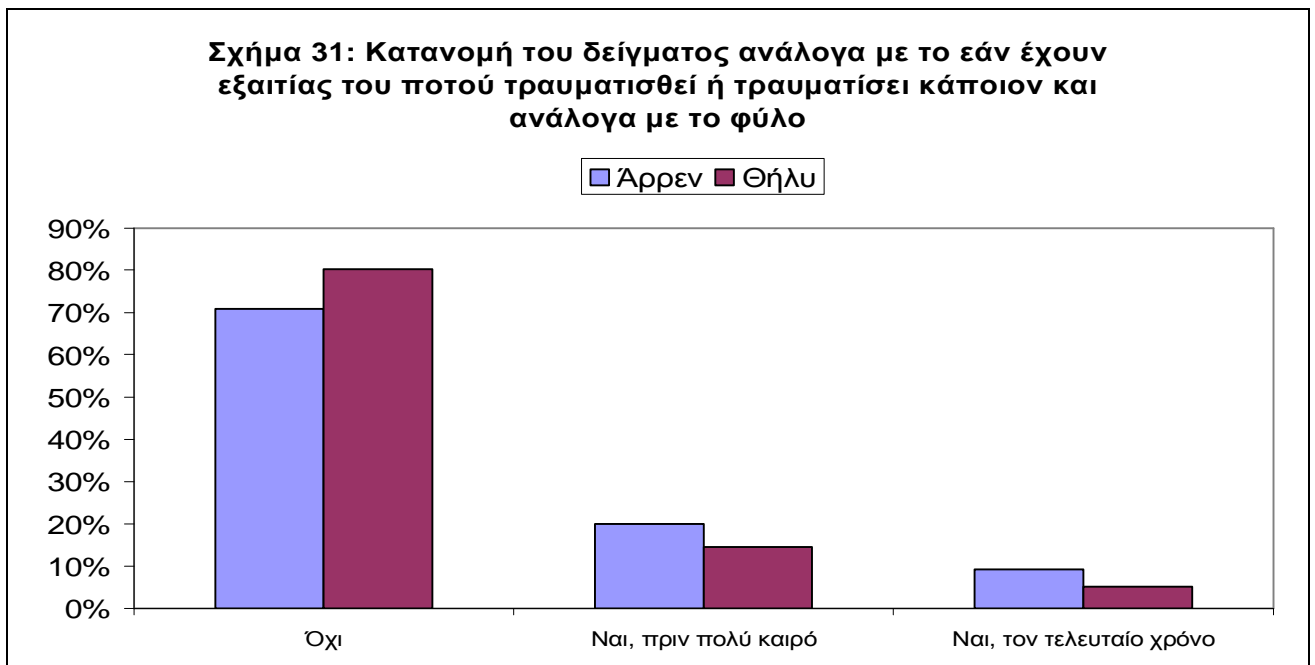
Πίνακας 33: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το εάν έχουν εξαιτίας του ποτού τραυματισθεί ή τραυματίσει κάποιον, ανάλογα με το φύλο.

		Φύλο		Σύνολο
		Άρρεν	Θήλυ	
Έχουν εξαιτίας του ποτού τραυματισθεί ή τραυματίσει κάποιον?	Όχι	92	220	312
	Ναι, πριν πολύ καιρό	26	40	66
	Ναι, τον τελευταίο χρόνο	12	14	26
Σύνολο		130	274	404
		100,0%	100,0%	100,0%

Δοκιμασία Χ²

	Τιμή	βαθμοί ελευθερίας	P
Χ ²	4,937	2	,085

Οι απαντήσεις δεν είναι στατιστικά σημαντικές μιας και τα ποσοστά των απαντήσεων δεν διαφέρουν αισθητά. Και τα δύο φύλα δηλώνουν επεισόδια τραυματισμού ή επιθετικής συμπεριφοράς εξαιτίας του ποτού.



Πίνακας 34: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το εάν έχουν δεχθεί συμβουλές για να μειώσουν το ποτό ανάλογα και με το φύλο.

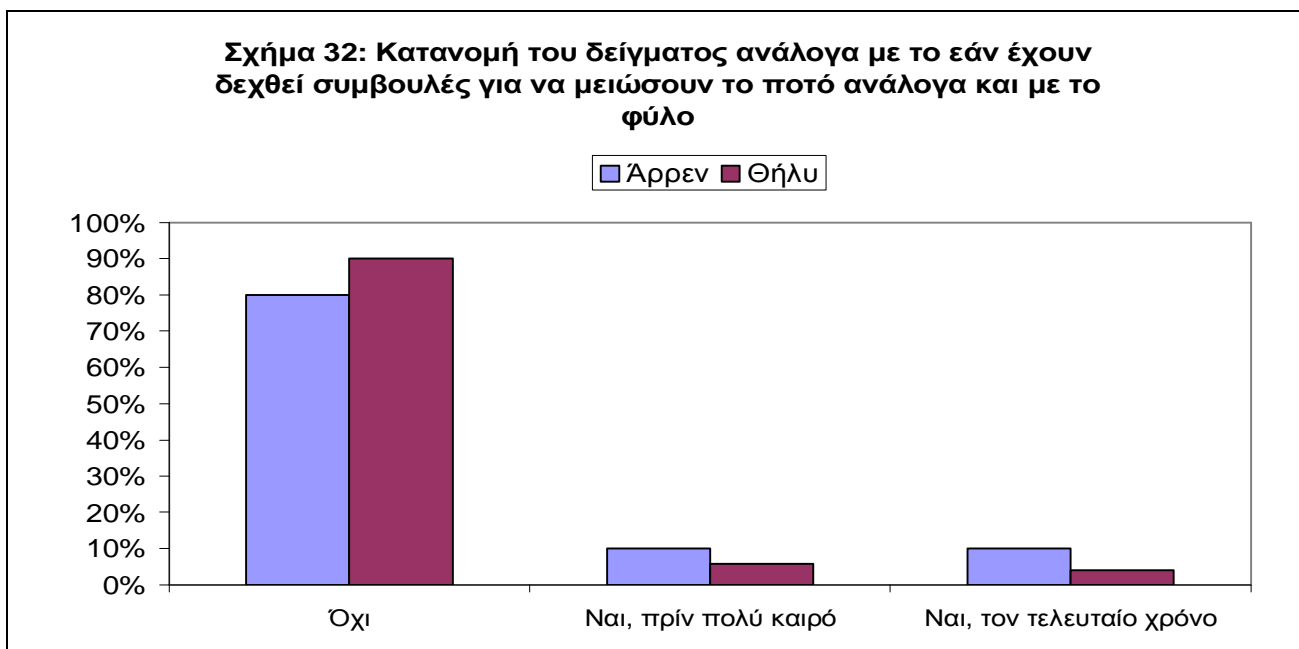
		Φύλο		Σύνολο
		Άρρεν	Θήλυ	
Έχουν δεχθεί συμβουλές για να μειώσουν το ποτό?	Όχι	104	247	351
		80,0%	90,1%	86,9%
	Ναι, πριν πολύ καιρό	13	16	29
		10,0%	5,8%	7,2%
	Ναι, τον τελευταίο χρόνο	13	11	24
		10,0%	4,0%	5,9%
Σύνολο		130	274	404
		100,0%	100,0%	100,0%

Δοκιμασία Χ²

	Τιμή	βαθμοί ελευθερίας	P
Χ ²	8,488	2	,014

Σε μεγαλύτερο ποσοστό τα αγόρια από ότι τα κορίτσια δηλώνουν πως δέχθηκαν συμβουλές μείωσης του ποτού.

Σχήμα 32: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το εάν έχουν δεχθεί συμβουλές για να μειώσουν το ποτό ανάλογα και με το φύλο



Πίνακας 35: Κατανομή του δείγματος ανά ηλικιακή ομάδα και φύλο

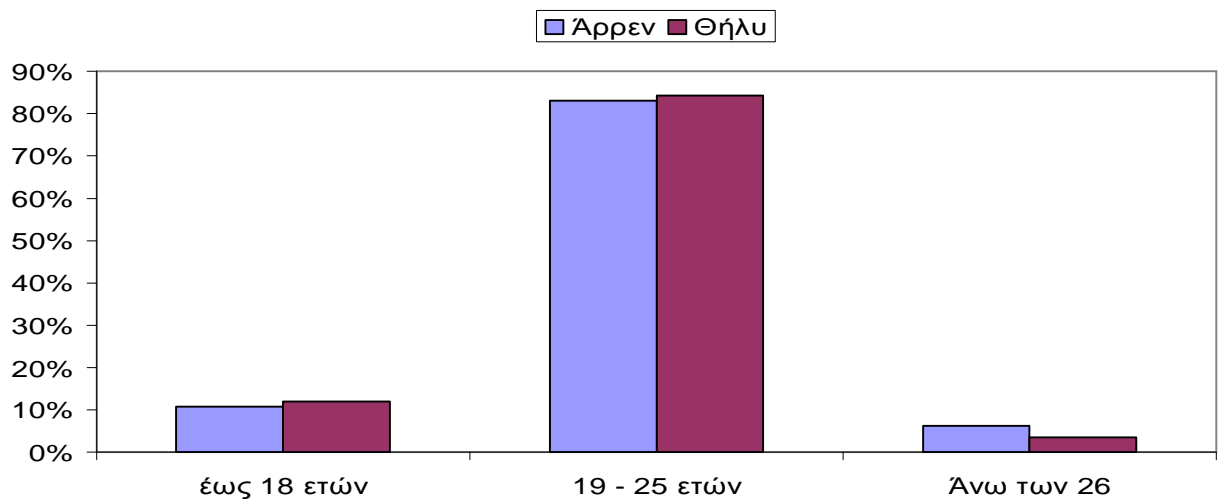
Ηλικιακή Ομάδα		Φύλο		Σύνολο
		Άρρεν	Θήλυ	
έως 18 ετών		14	33	47
		10,8%	12,0%	11,6%
19 - 25 ετών		108	231	339
		83,1%	84,3%	83,9%
Άνω των 26		8	10	18
		6,2%	3,6%	4,5%
Σύνολο		130	274	404
		100,0%	100,0%	100,0%

Δοκιμασία Χ²

	Τιμή	βαθμοί ελευθερί ας	P
Χ ²	1,380	2	,502

Δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές όσον αφορά την κατανομή του δείγματος ανά ηλικιακή ομάδα και φύλο.

Σχήμα 33: Κατανομή του δείγματος ανα ηλικιακή ομάδα και φύλο



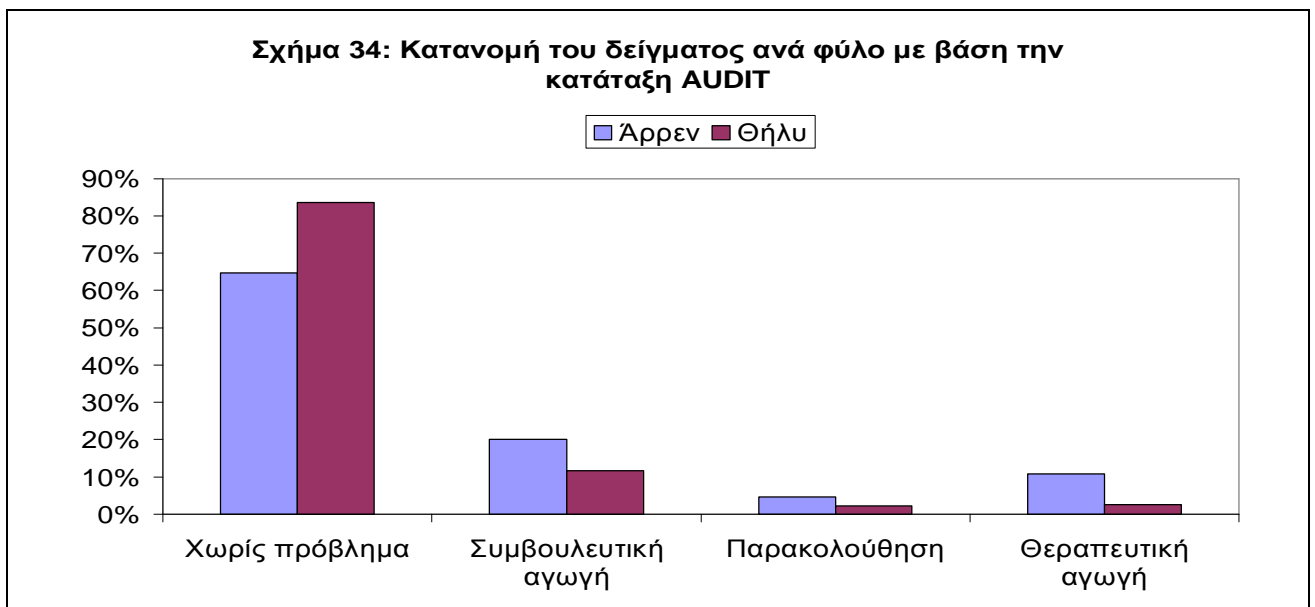
Πίνακας 36: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την κατάταξη AUDIT και το φύλο.

		Φύλο		Σύνολο
		Άρρεν	Θήλυ	
Κατάταξη AUDIT	Χωρίς πρόβλημα	84 64,6%	229 83,6%	313 77,5%
	Συμβουλευτική αγωγή	26 20,0%	32 11,7%	58 14,4%
	Παρακολούθηση	6 4,6%	6 2,2%	12 3,0%
	Θεραπευτική αγωγή	14 10,8%	7 2,6%	21 5,2%
Σύνολο		130	274	404
		100,0%	100,0%	100,0%

Δοκιμασία Χ²

	Τιμή	βαθμοί ελευθερί ας	P
Χ ²	21,536	3	,000

Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές όσον αφορά την κατάταξη AUDIT και το φύλο. Τα αγόρια που χρειάζονται συμβουλευτική αγωγή, παρακολούθηση ή θεραπεία είναι περισσότερα (σαν ποσοστό) από τα κορίτσια.



10.5 Συζήτηση

Η έρευνα αυτή διεξήχθη στα Α.Τ.Ε.Ι. Πατρών από 01/10/05 έως 31/01/06. Απαντήθηκαν 404 ερωτηματολόγια με βάση το διεθνές ερωτηματολόγιο του AUDIT. Η ηλικία των σπουδαστών ήταν από 18 έως 26 ετών.

Το μεγαλύτερο ποσοστό των σπουδαστών, δηλαδή το 37,4%, προέρχεται από μεγάλες πόλεις όπως Αθήνα, Πάτρα, Θεσσαλονίκη κ.λπ. Από πόλεις μέχρι 50.000 κατοίκους προέρχεται το 23% και από την περιφέρεια μόνο το 18,6%. Η πλειοψηφία, δηλαδή το 36,6%, δηλώνει ότι καταναλώνουν αλκοολούχα ποτά 2 με 4 φορές το μήνα. Το 26,2% δηλώνει ότι καταναλώνει αλκοολούχα ποτά 1 φορά το μήνα, ή λιγότερο, αλλά ένα 20,5% καταναλώνει αλκοολούχα ποτά 2 με 4 φορές την εβδομάδα. Τα ποσοστά όσων δεν πίνουν καθόλου ή πίνουν αρκετά [πάνω από 4 φορές την εβδομάδα] είναι μικρότερα ή ίσα μεταξύ τους. Η συντριπτική πλειοψηφία δηλώνει ότι καταναλώνει το πολύ 2 ποτά σε μια τυπική μέρα ενώ αξιοσημείωτο είναι το ποσοστό όσων καταναλώνουν μεγαλύτερη ποσότητα, δηλαδή περισσότερα από 10 ποτά που είναι το ποσοστό 20%.

Στην ερώτηση «Πόσες φορές τον τελευταίο χρόνο δε μπορούσαν να σταματήσουν να πίνουν σε μια περίπτωση», η πλειοψηφία απάντησε αρνητικά ενώ ένα ποσοστό περίπου στο 4,2% απάντησε ότι τους συνέβαινε κάθε εβδομάδα ή σχεδόν κάθε μέρα. Ένα ποσοστό περίπου 2,9% δηλώνει ότι το τελευταίο χρόνο ένοιωσαν ότι το παράκαναν με το ποτό και εδώ όμως η πλειοψηφία δηλώνει αρνητικά. Το ανησυχητικό είναι ότι όταν ρωτήθηκαν αν έχουν τραυματιστεί ή τραυματίσει κάποιον εξαιτίας του ποτού, το 33,3% απάντησε θετικά καθώς επίσης και ότι δεν υπήρχε σημαντική διαφορά μεταξύ φύλου και ηλικιακής ομάδας.

Σύμφωνα με την κατάταξη του AUDIT το 77,5% δεν εμφανίζει πρόβλημα, το 14,4% θα πρέπει να τύχει μιας συμβουλευτικής αγωγής σχετικά με το αλκοόλ και τους κινδύνους του, το 3,0% θα πρέπει να μπει σε προγράμματα παρακολούθησης και τέλος ένα 5,2% θα πρέπει να

ακολουθήσει προγράμματα απεξάρτησης, προγράμματα παρακολούθησης και προγράμματα θεραπείας. Παρατηρώντας στατιστικά σημαντικές διαφορές όσον αφορά την συχνότητα κατανάλωσης και το φύλο. Οι διαφορές αφορούν τόσο την χαμηλή ή καθόλου κατανάλωση [όπου υπερτερούν τα κορίτσια], με ποσοστό 43,4% για τα κορίτσια και 17,7% για τα αγόρια, όσο και την υψηλή κατανάλωση [όπου υπερτερούν τα αγόρια], με ποσοστό 48,4% για τα αγόρια και 18,6% για τα κορίτσια.

Στην ερώτηση «πόσο συχνά πίνουν 6 ή περισσότερα αλκοολούχα ποτά σε μια περίσταση [εκδήλωση, βραδινή έξοδο, συνάντηση με φίλους]», οι απαντήσεις δεν είναι στατιστικά σημαντικές μιας και τα ποσοστά των απαντήσεων δεν διαφέρουν αισθητά. Και τα δυο φύλα δηλώνουν επεισόδια τραυματισμού ή επιθετικής συμπεριφοράς εξαιτίας του ποτού.

Γενικά τα αγόρια θεωρείται ότι το παρακάνουν συχνότερα από τα κορίτσια. Από την έρευνα έχουν παρατηρηθεί σημαντικές διαφορές μεταξύ αγοριών και κοριτσιών ως προς τη χρήση του αλκοόλ. Τα αγόρια πίνουν πολύ περισσότερο από τα κορίτσια. Αλλά στο σύνολο του δείγματος το 33,3% έχει παρατηρηθεί κατά τα λεγόμενα τους ότι υπό την επήρεια του αλκοόλ έχουν τραυματιστεί ή τραυματίσει κάποιον άλλον, σε πολύ μεγάλο ποσοστό χωρίς να υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ αγοριών και κοριτσιών. Άρα αυτό μπορεί να δικαιολογεί τα θανατηφόρα ατυχήματα που συμβαίνουν στην περιοχή μας.

Για τους παραπάνω λόγους η επεξεργασία του AUDIT έδειξε ότι τα αγόρια χρειάζονται περισσότερο συμβουλευτική αγωγή, παρακολούθηση ή θεραπεία από ότι τα κορίτσια. Απαραίτητο λοιπόν είναι για το λόγο αυτό να πραγματοποιηθούν σεμινάρια αγωγής και προαγωγής υγείας πάνω στην χρήση του αλκοόλ καθώς και στην αγωγή οδικής συμπεριφοράς.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Ποταμιανός Α.Γ. «Νόμιμες ουσίες εξάρτησης- Αλκοόλ», Εκδόσεις , «ΠΑΠΑΖΗΣΗ», Αθήνα 1993, Σελ. 17-107.
2. Εγκυκλοπαίδεια Πάπυρους Λάρους Μπρυτάνικα Τόμος 7^{ος} , Έκδοση Συνεργασίας.
GRAND ENCYCLOPEDIA LAROUSSE- ENCYCLOPEDIA BRITANICA. Εκδοτικός Οργανισμός «ΠΑΠΥΡΟΣ», Αθήνα 1991, Σελ. 309-314.
3. Δαρδάνος Γιώργος «Εξαρτησιογόνες ουσίες – Φαρμακολογία- Τοξικολογία- Ιστορία- Κοινωνιολογία- Νομοθεσία», Εκδόσεις «ΤΥΠΩΘΗΤΩ», Αθήνα 1997, Σελ. 109-232.
4. Τζάφη Τ. , Πήτερσον Ρ. ,Χόντσον Ρ. «Ναρκωτικά, τσιγάρο, αλκοόλ- Προβλήματα και απαντήσεις» Εκδόσεις , Αθ. Ψυχογιός , Αθήνα 1981, Σελ. 100-108.
5. Επιστημονική Βιβλιοθήκη «ΤΑΙΜ-ΛΑΙΦ INTERNATIONAL», «ΛΥΚΕΙΟΣ ΑΠΟΛΛΩΝ» - «ΧΡΥΣΟΣ ΤΟΜΟΣ», Εκδόσεις, BY TIME INC IN THE UNITED STATES, Αθήνα 1977, Σελ. 33-35.
6. Παπαγεωργίου Γ. Ευάγγελος «Εξαρτήσεις στην ζωή μας», Έκδοση Β' Ιατρικές Εκδόσεις, «Π.Χ. ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ», Αθήνα 1990, Σελ. 45-74.
7. Τηλιάκος Π. « Οινόπνευμα και Υγεία» Περιοδικό «ΙΑΤΡΟΛΟΓΟΤΕΧΝΙΚΗ ΣΤΕΓΗ». Τεύχος 21, Τόμος 83, Αθήνα 1989, Σελ. 11-12.

8. Κακριδής Ι.- Ρούσσος Ε.- Καμαρέτα Α.- Σκιάδας Α.- Παπαχαντζής Ν.«Ο Διόνυσος - Η διάδοση του αμπελιού και η εξάπλωση της λατρείας του Θεού» Εγκυκλοπαίδεια Ελληνική Μυθολογία, Τόμος 2 Εκδόσεις ΕΚΔΟΤΙΚΗ ΑΘΗΝΩΝ, Αθήνα 1986, Σελ. 200-202.
9. Διακογιάννης Ι. «Στοιχεία προσωπικότητας και νοητικών λειτουργιών ομάδας αλκοολικών» Διδακτορική Διατριβή, Θεσσαλονίκη 1993, Σελ. 15-18.
10. Μπαρούνης Χ. «Ο Θάνατος ΤΟΥ Μ. Αλεξάνδρου» «ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ», Τεύχος 61, Τόμος 2, Θεσσαλονίκη 1995, Σελ.162-166.
11. Μαμάστης Τ. «Ιστορία του Βυζαντίου» Επίτομος, Έκδοση Β΄, Αθήνα 1982, Σελ. 156.
12. Παστής Χ. «Ήθη και Έθιμα των Ρωμαίων» Πρώτη Εγκυκλοπαίδεια Παιδιών, Τόμος 6, Εκδόσεις Κέδρος, Αθήνα 1979, Σελ. 47-48.
13. Νέα Μεγάλη Εγκυκλοπαίδεια Νόμπελ, Τόμος 3, Εκδόσεις Χρήστος Γιοβάνης ΑΕΒΕ, Αθήνα 1991, Σελ. 882.
14. Γρίβας Κλεάνθης « Πλανητική κυριαρχία και ναρκωτικά», Εκδόσεις «ΝΕΑ ΣΥΝΟΡΑ»- Α.Α Λιβάνη , Αθήνα 1997, Σελ. 85-124.
15. Σωτήριου Α. Ράπη « Εσωτερική Παθολογία» Τόμος 2, Εκδόσεις , «Γρηγόριος Παρισιάνος, Μαρία Γρ. Παρισιάνου», Αθήνα 1996 , Σελ. 1159-1162.
16. Τσαρουχάς Κώστας «Αλκοόλ ένα σκληρό ναρκωτικό», Έκδοση Β΄ Εκδόσεις ΑΓΚΥΡΑ /ΕΡΕΥΝΑ- ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ, Αθήνα 2000.

17. Τσόχας Κωνσταντίνος «Επίτομη κλινική φαρμακολογία», Έκδοση Β΄, Εκδόσεις «ΛΥΧΝΟΣ», Αθήνα 1996, Σελ. 88-89.
18. Αποστολόπουλος Απ. «Πληθυσμιακή Υγιεινή Ι», Εκδόσεις Α.Τ.Ε.Ι., Πάτρα 2001.
19. Smith Tony «THE DORLING KINDERSLEY GUIDE», Μεγάλος Ιατρικός Οδηγός, Τόμος Ι, Εκδόσεις «ΓΙΑΛΛΕΛΗ», Αθήνα 1993, Σελ. 34.
20. Harvey Richard A., Chanpre Pamela C., «Φαρμακολογία», [Μ.τ.φ.ρ. Παπαδόπουλος Σ. ΚΑΙ Παπαδόπουλος Γ.], Εκδόσεις Γρ. Παρισιανος, Αθήνα 1995, Σελ. 91-97.
21. Goth A.«Επίτομος ιατρική φαρμακολογία», [Μετάφραση από Μαρσέλλου Μ.], Αθήνα 1982, Σελ. 775-777
22. Ελληνική Γαστρεντερολογική Εταιρεία «Μετεκπαιδευτικά Μαθήματα Γαστρεντερολογίας» Σειρά Τρίτη, Τόμος Τέταρτος , Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ Πασχαλιδης , Αθήνα 1984, Σελ. 169-181.
23. Harrison « Εσωτερική παθολογία» , Τόμος Β΄, Έκδοση 8^η , Εκδόσεις Γρηγορίου Κ. Παρισιανου, Αθήνα 1982, Σελ. 860-868.
24. T. Lempriere-A.Feline και Συνεργάτες « Στοιχεία κοινωνικής ψυχιατρικής και εφαρμογές της στην Ελλάδα», Εγχειρίδιο ψυχιατρικής ενηλίκων, Τόμος Α΄ , Εκδόσεις Παπαζήσης, Αθήνα 1995, Σελ. 261-278.
25. Μάνου Νίκου « Βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής», Αναθεωρημένη Έκδοση UNIVERSITY STUDIO PRESS, Εκδόσεις ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΩΝ ΒΙΒΛΙΩΝ ΚΑΙ ΠΕΡΙΟΔΙΚΩΝ, Θεσσαλονίκη 1997, Σελ. 52-405.

26. Αδαμόπουλος Παν. Ν. «Εισαγωγή στη προληπτική ιατρική νοσήματα φθοράς», Επιστημονικές εκδόσεις , «ΓΡΗΓΟΡΙΟΣ ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΣ», Αθήνα 1988, Σελ. 282.
27. Αβραμίδης Αθανάσιος Β., Επίκουρος καθηγητής Ιατρικής Παν. Αθηνών « Η απομυθοποίηση των ναρκωτικών.....και με ελπίδα», Εκδόσεις «ΑΚΡΙΤΑΣ», Αθήνα Ιούνιος 1994, Σελ. 86-87.
28. Δετοράκης Ι. «Αλκοόλ», Σημειώσεις Κοινωνικής Υγιεινής ΙΙ, Εκδόσεις Α.Τ.Ε.Ι. , Πάτρα 1994, Σελ. 10-42.
29. Σωτηρίου Α. Ράπτη « Εσωτερική παθολογία», Τόμος 4^{ος} , Εκδόσεις , «ΓΡΗΓΟΡΙΟΣ ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΣ, ΜΑΡΙΑ ΓΡ. ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΥ», Αθήνα 1998, Σελ. 2489
30. Σεφέρου Μαρία «Η κραυγή», «Ναρκωτικά : αρρώστια ή επιλογή», Εκδόσεις «ΕΥΡΩΤΑΣ», Αθήνα 1997, Σελ. 134.
31. Πρακτικά 9^{ης} Μετεκπαιδευτικής ημερίδος « Τα επείγοντα στη νευρολογία : διαγνωστική και θεραπευτική αντιμετώπιση», Πάτρα 5^η Φεβρουαρίου 2000, Σελ. 190-193.
32. Γεωργακόπουλος Χρήστος « Ναρκωτικά και αυτογνωσία ψυχεδέλεια και διαλογισμός», Εκδόσεις Γεωρ. Ι. Πετράκη, Πάτρα 1995, Σελ. 68-70.
33. Λεκάκης Π .«Αλκοολικοί μυοκαρδιοπάθεια», Ιατρική, Τεύχος 6, Τόμος 5, Αθήνα 1993, Σελ. 482-484.
34. Ελληνική γαστρεντερολογική εταιρεία «Μετεκπαιδευτικά μαθήματα γαστρεντερολογίας» Σειρά δεύτερη, Τόμος 3^{ος} , Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ Πασχαλιδης, Αθήνα 1982, Σελ. 232-246.

35. Γερμένης Τ. «Μαθήματα πρώτων βοηθειών για επαγγέλματα υγείας», Έκδοση 3^η, Αθήνα 1994, Σελ. 155-156.
36. Γαρδίκια Κ.Δ. «Ειδική νοσολογία», Εκδόσεις, «ΓΡΗΓΟΡΙΟΣ ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΣ», Αθήνα, Σελ. 232-320.
37. Σαχίνη- Καρδάση Άννα «Παθολογική και χειρουργική νοσηλευτική, νοσηλευτικές διαδικασίες», Τόμος 2^{ος}, Έκδοση Β', Εκδόσεις «ΒΗΤΑ», Αθήνα 1997, Σελ. 348.
38. Τουτουζάς Π. « Λιπιδαιμικές αναφορές ΙΙΙ», Εκδόσεις «ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑΣ», Καρδιολογική κλινική Παν. Αθηνών Ιπποκράτειο νοσοκομείο, Αθήνα 1994, Σελ. 98-100.
39. Νομικού Αντωνία «Εξαρτησιογόνες ουσίες», Πάτρα 2001.

ΙΣΤΟΣΕΛΙΔΕΣ

1. «ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΝΕΟΙ»

<http://lyk-kastor.lak.sch.gr/works/alkoolismos.pdf>

2. «Η ΛΕΞΗ ΑΛΚΟΟΛ ΕΙΝΑΙ ΑΡΑΒΙΚΗ ΚΑΙ ΣΗΜΑΙΝΕΙ ΔΙΕΘΝΩΣ ΤΟ....»

<http://1lyk-serron.ser.sch.gr/bp2/g-ALkool.htm>

3. «ΟΤΑΝ Ο ΟΙΝΟΣ ΔΕΝ ΕΥΦΡΑΙΝΕΙ ΚΑΡΔΙΑΝ»

<http://www.msu.gr/files/enimerotika/Alcohol.doc>

4. «ΙΚΠΠ –ΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ»

<http://www.mednet.gr/agogi/alkool.htm>

5. «Ο.ΚΑ.ΝΑ.»

<http://www.okana.gr>

6. «ΑΠΟ ΤΟΝ ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΥΛΛΟΓΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ»

<http://www.castrinos.net>