

ΣΧΟΛΗ:Ε.Υ.Π.

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ
ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ»**



Σπουδάστρια :

Παρασκευή Αναγνωστοπούλου

Υπεύθυνη εκπαιδευτικός:

Ε. Παπαγιαννοπούλου

ΙΩΑΝΝΙΝΑ 2017

ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ	1
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	2
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	4
➤ ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ	4
➤ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ	9
Α΄ ΜΕΡΟΣ	
1. ΤΟ ΑΛΚΟΟΛ ΚΑΙ Η ΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΣΤΟ ΣΩΜΑ	14
2. Η ΣΧΕΣΗ ΤΟΥ ΑΝΘΡΩΠΟΥ ΜΕ ΤΟ ΑΛΚΟΟΛ	18
3. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗΣ ΑΛΚΟΟΛ	21
4. Η ΕΙΚΟΝΑ ΤΟΥ ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΥ	23
4.1. ΤΑ ΣΤΑΔΙΑ ΤΟΥ ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΥ	24
5. ΠΡΟΓΝΩΣΗ	30
6. ΠΡΟΛΗΨΗ	31
7. ΘΕΡΑΠΕΙΑ	33
Β΄ ΜΕΡΟΣ	
1. ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ	37
2. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	39
3. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ	41
4. ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	45
Γ΄ ΜΕΡΟΣ	
ΕΡΕΥΝΑ (ΝΕΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ)	47
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	66

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα εργασία έχει ως θέμα της τον αλκοολισμό και τις νοσηλευτικές διεργασίες. Σκοπός είναι αρχικά να αναλυθεί τι είναι αλκοόλ, ποια η επίδραση του, τι είναι αλκοολισμός και ποια τα αποτελέσματα του χρόνιου αλκοολισμού. Επίσης, τα στάδια του, η τρόποι θεραπείας καθώς επίσης και τον ρόλο του νοσηλευτή κατά τη διάρκεια της διάγνωσης, της θεραπείας και της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης του ατόμου. Τέλος, στο ερευνητικό κομμάτι παρουσιάζονται οι τρόποι θεραπείας το αλκοολισμού τα τελευταία χρόνια.

Ο αλκοολισμός είναι μια χρόνια ψυχοσωματική νόσος, η ίαση της οποίας παρουσιάζει ιδιαίτερες δυσκολίες. Εμφανίζεται τόσο σε άνδρες, όσο και σε γυναίκες, συχνά εκδηλώνεται σε νεαρές ηλικίες, κάτω των 30 ετών, ενώ η έρευνα έχει καταδείξει και κληρονομικά χαρακτηριστικά της νόσου.

Οριστική και μοναδική θεραπεία για τον αλκοολισμό δεν έχει βρεθεί ακόμα, αν και η έρευνα τα τελευταία χρόνια έχει αρχίσει να παρουσιάζει σημαντικά ευρήματα στην ίαση των αλκοολικών. Οι μέθοδοι ίασης του αλκοολισμού έως τώρα συνδυάζουν φαρμακευτικές και ψυχολογικές θεραπείες, προσαρμοσμένες στις ιδιαιτερότητες του κάθε ασθενούς. Βασικός παράγοντας είναι η θέληση του ατόμου να απεξαρτηθεί και έπειτα ακολουθούν οι όποιες νοσηλευτικές και ψυχολογικές παρεμβάσεις.

Η νοσηλευτική αντιμετώπιση του αλκοολισμού αποτελεί επίπονη διαδικασία για το νοσηλευτή, διότι πρόκειται για χρόνια ασθένεια, με πολύ συχνές υποτροπές και συνακόλουθες εισαγωγές στο νοσοκομείο, αλλά και σε πιο εξειδικευμένα κέντρα αντιμετώπισής του. Έτσι ο νοσηλευτής καλείται να εφαρμόσει γνωστικές και συναισθηματικές δεξιότητες προκειμένου να αντιμετωπίσει εξατομικευμένα την περίπτωση κάθε ασθενή.

Λόγω της ιδιαιτερότητας της ασθένειας το νοσηλευτικό θα πρέπει να είναι άρτια εκπαιδευμένο και πλήρως ενημερωμένο σχετικά με τον αλκοολισμό, έτσι ώστε να είναι σε θέση αρχικά να αναγνωρίσει τη νόσο, μιας και τις περισσότερες φορές τα περιστατικά αυτά προσέρχονται στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, πολύ συχνά μάλιστα για διαφορετικό νόσημα από τον αλκοολισμό.

Λέξεις Κλειδιά: αλκοόλ, αλκοολισμός, θεραπεία, νοσηλευτικές διεργασίες.

ABSTRACT

The present presentation deals with alcoholism and nursing processes. The purpose is first to analyze what alcohol is, what its effect, what is alcoholism and what the effects of chronic alcoholism. Also, its stages, ways of healing as well as the role of the nurse during the diagnosis, treatment and psychosocial rehabilitation of the patient. Finally, the part of the research presents ways to treat alcoholism in recent years.

Alcoholism is a chronic psychosomatic disease, the cure of which has particular difficulties. Appears in both men and women, often occurs at younger ages under 30 years of age, while research has shown inherited features of the disease.

A definitive and unique cure for alcoholism has not yet been found, although research over the last few years has begun to show significant findings in the cure of alcoholics. Methods of healing alcoholism so far combine pharmaceutical and psychological therapies, tailored to the particularities of each patient. The basic factor is the will of the person to be dissociated and then following any nursing and psychological interventions.

Nursing treatment of alcoholism is a painful process for the nurse because it is a chronic illness, with very frequent relapses and consequent hospital admissions, as well as more specialized centers for dealing with it. So the nurse is required to apply cognitive and emotional skills to deal individually with each patient's case.

Because of the specificity of the illness, nursing staff should be well-trained and fully informed about alcoholism so that they can initially recognize the disease, as most of these incidents come to primary care, very often For a different disease from alcoholism.

Key Words: Alcohol, alcoholism, treatment, nursing processes

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

➤ ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Το οινόπνευμα έχει συντροφέψει τον άνθρωπο, από τους προϊστορικούς χρόνους μέχρι σήμερα, σε ολόκληρη την ιστορία του πάνω στη γη. Χρησιμοποιήθηκε σαν θρεπτική ουσία για την παροχή ενέργειας, ως ευφραντικό, ορεξιογόνο, διεγερτικό, καταπραϊντικό, ηρεμιστικό, παυσίπονο, αναισθητικό, ναρκωτικό, παραισθησιογόνο, διευκολυντικό της κοινωνικής και της αντικοινωνικής συμπεριφοράς, της εκδήλωσης του θάρρους, του θράσους, της τόλμης και της γενναιότητας, τροφή της φαντασίας, της έμπνευσης και της ευφορίας. Είναι επίσης γνωστό ότι ενεργοποιεί και ενισχύει σε υπερβολικό βαθμό την αυτοπεποίθηση του ατόμου, με αποτέλεσμα την υπερεκτίμηση των φυσικών, των πνευματικών του και των σεξουαλικών του δυνατοτήτων (Schuckit, 2002).

Αλκοολισμός σημαίνει δηλητηρίαση από αλκοόλ και παρουσιάζεται σε δύο μορφές, την οξεία και χρόνια μέθη. Σύμφωνα με την Οργάνωση «Be Strong», ο όρος, αναφέρεται για πρώτη φορά από έναν Ολλανδό γιατρό στα τέλη της δεκαετίας του 1840, ενώ αναλύθηκε σε νόσο το 1972 από το γιατρό John Coakley Lettson.

Σε αυτό το σημείο είναι χρήσιμο να διευκρινιστούν όροι όπως αλκοόλ, αλκοολισμός και μέθη και σύνδρομο στέρησης. Το οινόπνευμα ή αλκοόλ αποτελεί φυσιολογικό συστατικό του σώματος και βρίσκεται στο αίμα μας σε αναλογία μικρότερη από 1,5 χιλιοστό του γραμμαρίου ανά λίτρο. Αυτό όμως δεν σημαίνει ότι βρισκόμαστε συνεχώς υπό την επίδραση του αλκοόλ, με όλες τις ευχάριστες και δυσάρεστες συνέπειες που προκύπτουν από αυτή την κατάσταση. Για να συμβεί κάτι τέτοιο θα πρέπει το οινόπνευμα στο αίμα να φτάσει και να ξεπεράσει τα 800 χιλιοστά του γραμμαρίου ανά λίτρο, πράγμα που επιτυγχάνεται μόνο με την πρόσληψή του με τη μορφή του αλκοολούχου ποτού (Schuckit et al., 2002).

Η χρήση και ιδιαίτερα η κατάχρησή του, συνακολουθούνται από δυσάρεστες επιπτώσεις. Έτσι, το οινόπνευμα συμβάλλει ουσιαστικά στη μεγάλη αύξηση των τεσσάρων από τις δέκα κύριες αιτίες θανάτου στη σύγχρονη κοινωνία, δηλαδή την κίρρωση του ήπατος, τα τροχαία και άλλα ατυχήματα, τις αυτοκτονίες και τις ανθρωποκτονίες. Εξάλλου, δεν είναι αμέτοχο στη γένεση ορισμένων καρκίνων, καθώς και την πρόκληση και την επιδείνωση διαταραχών και νόσων του κυκλοφορικού, του

γαστρεντερικού, του νευρικού και του γεννητικού συστήματος. Από τα παραπάνω προκύπτει ότι το οινόπνευμα αποτελεί μια πολυδύναμη θεραπευτική ουσία, η οποία δεν προσφέρει απλά θερμίδες (7 kcal/gram), αλλά κατά κύριο λόγο επενεργεί σαν δραστική φαρμακευτική ουσία, με επιδράσεις, τόσο στο σωματικό όσο και στο πνευματικό - ψυχικό, διανοητικό επίπεδο (Kessler et al, 1997).

Οι επιδράσεις του οينوπνεύματος στην ψυχική, πνευματική και διανοητική σφαίρα αποτελούν συνέπεια τη φυσικής επίδρασής του στο νευρικό σύστημα, και συγκεκριμένα στο φλοιό του εγκεφάλου. Ο ακριβής μηχανισμός αυτής της επίδρασης δεν είναι γνωστός, από τα αποτελέσματα όμως συμπεραίνεται ότι, σε γενικές γραμμές, το οινόπνευμα περιορίζει και καταργεί τις αναστολές, όσον αφορά τη συμπεριφορά του ατόμου, με αποτέλεσμα οι εκδηλώσεις γενικά να καθίστανται περισσότερο αυθόρμητες και δηλωτικές των πραγματικών προθέσεων και των μύχιων επιδιώξεων του ατόμου. Οι επιδράσεις αυτές είναι και οι σημαντικότερες, αφού εύκολα μπορεί κανένας να καταλάβει τις ασύλληπτες προεκτάσεις και επιπτώσεις τους στην προσωπική ζωή του καθενός μας, καθώς και στις διαπροσωπικές μας σχέσεις. Η επίδραση του οينوπνεύματος είναι τόσο σημαντική στη ζωή μας, αξίζει τον κόπο να ρίξουμε μια ματιά στη φυσιολογία της πρόσληψης και του μεταβολισμού αυτής της ουσίας (Nesvag et al, 2015).

Ο βαθμός της επίδρασης του οينوπνεύματος στο νευρικό μας σύστημα εξαρτάται από τη συγκέντρωσή του στα υγρά του σώματος και όχι από το ολικό ποσό που έχει προσληφθεί από το στόμα. Η ποσότητα οينوπνεύματος που μπορεί να βλάψει τον ανθρώπινο οργανισμό διαφέρει από άτομο σε άτομο, ανάλογα με τη φυσική αντοχή του καθενός και την ύπαρξη διαφόρων επιβαρυντικών παραγόντων. Το όριο της εβδομαδιαίας επιτρεπόμενης κατανάλωσης κυμαίνεται στα δεκατέσσερα (14) ποτά για τις γυναίκες και στα εικοσιένα (21) για τους άντρες. Ο κίνδυνος για τις γυναίκες είναι μεγαλύτερος γιατί ο γυναικείος οργανισμός περιέχει σημαντικά λιγότερη ποσότητα νερού από τον αντρικό (Τούντας., 2000). Με τον όρο «αλκοολισμός» νοείται η χρόνια εξάρτηση ενός ατόμου από το αλκοόλ, κατά την οποία χάνεται ο έλεγχος του πότε ή πόσο πίνει και το άτομο συνεχίζει να πίνει παρόλο που γνωρίζει πως η συμπεριφορά του δημιουργεί προβλήματα στις σχέσεις του, στην υγεία του, στη δουλειά του και γενικότερα σε όλη του την ζωή. Είναι πιθανό βέβαια, κάποιος να κάνει απλώς κακή χρήση του αλκοόλ και αυτό να του δημιουργεί προβλήματα στη ζωή του, αλλά να μην παρουσιάζει σημάδια εξάρτησης, οπότε δεν έχει ανεκτικότητα στο αλκοόλ και

στερητικά συμπτώματα όταν δεν πίνει, όπως ο αλκοολικός. Αυτή η περίπτωση ονομάζεται κατάχρηση αλκοόλ. Η κατάχρηση αλκοόλ είναι το προηγούμενο στάδιο της εξάρτησης από αυτό (Μέλλον, 2001).

Ο αλκοολισμός είναι ένα πολυσύνθετο φαινόμενο με βιολογικές, ψυχολογικές και κοινωνικές επιπτώσεις, τις οποίες οι θεράποντες οφείλουν να λάβουν υπόψη, στην προσπάθεια αντιμετώπισής του. Σχετικά με την εκδήλωση του προβλήματος έχουν γίνει σημαντικές μελέτες: Μελετώντας οικογένειες, διδύμους και υιοθετημένα παιδιά έχει παρατηρηθεί ότι γενετικοί παράγοντες συντελούν κατά 40 έως 70% στην ανάπτυξη αλκοολικών συμπεριφορών. Επίσης, έχει παρατηρηθεί ότι η κατάχρηση αλκοόλ αλλάζει τις εκφράσεις των γονιδίων στους εγκεφαλικούς ιστούς τόσο των ζώων που χρησιμοποιήθηκαν στις εργαστηριακές δοκιμές, όσο και των ανθρώπων. Επιπλέον, ο αλκοολισμός είναι ενδεχομένως πολυγονιδιακή νόσος, δεν παρουσιάζει κληρονομικότητα μεντελικού τύπου και εκδηλώνεται με ποικίλους κλινικούς φαινοτύπους. Το αλκοολικό άτομο υπόκειται δηλητηριάσεις από το αλκοόλ οι οποίες λαμβάνουν δύο μορφές, την οξεία και την χρόνια μέθη. Στην περίπτωση οξείας μέθης, ανάλογα με την ποσότητα του οινοπνεύματος που έχει καταναλωθεί και την κατάσταση του ατόμου (βάρος, προσωπικότητα και φύλο) παρατηρείται διαταραχή ή και απώλεια συνείδησης, αναστολή φραγμών, μειωμένη αντιληπτική ικανότητα, ακόμα και κωματώδεις καταστάσεις ή και θάνατος (Μπαλογιάννης, 2015).

Σε περιπτώσεις χρόνιου αλκοολισμού, παρουσιάζονται ποικίλες διαταραχές του νευρικού συστήματος (τρεμούλιασμα, πολυνευρίτιδα, διανοητική σύγχυση, παραισθήσεις, τρομώδες παραλήρημα), του ήπατος (αλκοολική κίρρωση), του κυκλοφορικού συστήματος (αρτηριοσκλήρωση). Επιπλέον τα άτομα που πάσχουν από αλκοολισμό παρουσιάζουν συνήθως διαταραχές της συμπεριφοράς οι οποίες συνήθως εκδηλώνονται μέσω αστάθειας της ψυχικής διάθεσης, περιορισμό της ικανότητας κρίσεως και της βούλησης και ηθική κατάπτωση. Ο αλκοολισμός δηλαδή δεν σημαίνει μόνο υπερβολική χρήση οινοπνεύματος, αλλά εξάρτηση από το οινόπνευμα και οργανικές - ψυχολογικές βλάβες από την προαναφερθείσα υπερβολική χρήση (Μέλλον, 2001).

Στην οξεία μέθη, ανάλογα με την ποσότητα του οινοπνεύματος που έχει καταναλωθεί και την κατάσταση του ατόμου όπως ο βαθμός πληρώσεως στομάχου, η ιδιοσυγκρασία και το φύλο, υπάρχουν διαταραχές συνειδήσεως, αναστολή φραγμών, μειωμένη αντίληψη έως κόμα και θάνατος.

Χρόνια μέθη σημαίνει καθημερινή, αδιάλειπτη χρήση μεγάλης ποσότητας οινοπνεύματος. Τα άτομα τα οποία βρίσκονται σε κατάσταση χρόνια μέθης δεν είναι ικανά να αντισταθούν στην ακόρεστη επιθυμία τους για αλκοόλ και σταδιακά οδηγούνται σε πλήρη αδυναμία να λειτουργήσουν γενικότερα στην ζωή τους εάν δεν πιούν (στέριση), γεγονός καταστροφικό τόσο για τους ίδιους όσο και για το περιβάλλον τους (Jaffe, 1995).

Πρόκειται για ένα ευρύτατα διαδεδομένο πρόβλημα το οποίο εντοπίζεται πολύ συχνά και σε παγκόσμια κλίμακα. Αξίζει να σημειωθεί πως περίπου το 10-13% των ανθρώπων θα παρουσιάσουν κατά την διάρκεια της ζωής τους πρόβλημα εξάρτησης από το αλκοόλ. Στο χρόνια αλκοολισμό, παρουσιάζονται διαταραχές ποικίλου βαθμού του νευρικού συστήματος (τρεμούλιασμα, πολυνευρίτιδα, διανοητική σύγχυση, παραισθήσεις, τρομώδες παραλήρημα) του ήπατος, (αλκοολική κίρρωση, δηλαδή καταστροφή του ιστού του οργάνου) του κυκλοφορικού συστήματος (αρτηριοσκλήρωση). Επιπλέον τα άτομα που πάσχουν από αλκοολισμό παρουσιάζουν συνήθως διαταραχές της συμπεριφοράς, χαρακτηριζόμενες από αστάθεια της ψυχικής διαθέσεως, περιορισμό της ικανότητας κρίσεως και της βουλήσεως, ηθική κατάπτωση.

Όταν αναφερόμαστε στον όρο κατάχρηση, ουσιαστικά κάνουμε λόγο για τη συνεχή και επίμονη χρήση μιας ουσίας, η οποία γίνεται χωρίς ιατρική σύσταση και αυτοχορηγείται. Η χρήση της δεν συνάδει με τους κοινωνικούς κανόνες και τα πρότυπα του πολιτισμικού πλαισίου εντός του οποίου πραγματοποιείται. Η χρησιμοποίηση του όρου υποδηλώνει έναν δυσπροσαρμοστικό τρόπο χρήσης της ουσίας, χωρίς ωστόσο να υπονοείται ότι οδηγεί απαραίτητα στην εξάρτηση. Η εξάρτηση προκαλείται μετά από την επανειλημμένη χρήση μιας ουσίας και αφορά το σύνδρομο κατά το οποίο η χρήση της ουσίας λαμβάνει πρώτη προτεραιότητα στη ζωή του ατόμου, σε σχέση με άλλες του ανάγκες. Τα χαρακτηριστικά της εξάρτησης είναι διαφορετικά, ανάλογα με την ουσία που καταναλώνεται (Jaffe 1995, Παναγής 1998).

Ως σύνδρομο, συνδέεται συχνά με την ανάπτυξη αντοχής και σωματικής εξάρτησης. Η αντοχή παρουσιάζεται όταν, ύστερα από επανειλημμένη χορήγηση συγκεκριμένης δόσης μιας ουσίας, το αποτέλεσμα που προκαλείται είναι μικρότερο. Έτσι, προκειμένου να επιτευχθεί το αποτέλεσμα που παρουσιάστηκε κατά τη λήψη της πρώτης δόσης, είναι απαραίτητο να ληφθούν διαρκώς αυξανόμενες δόσεις. Η φυσική εξάρτηση γίνεται κατανοητή ως «μια τροποποιημένη οργανική κατάσταση, νεύρο προσαρμογή, η οποία δημιουργείται από την επαναλαμβανόμενη χορήγηση της

ουσίας και η οποία απαιτεί την εξακολούθηση της χορήγησης για να αποφευχθεί η εμφάνιση χαρακτηριστικού για την κάθε ουσία συνδρόμου στέρησης». Από την άλλη, ο εθισμός από ψυχοτρόπες ουσίες ορίζεται από τον Αμερικανικό Ψυχιατρικό Σύνδεσμο ως «μια χρόνια, υποτροπιάζουσα διαταραχή, που χαρακτηρίζεται από διαρκή ενασχόληση για την εύρεση της εξαρτησιογόνου ουσίας, σφοδρή επιθυμία και καταναγκασμό για τη λήψη της και αδυναμία περιορισμού ή διακοπής της χρήσης, η οποία δεν έχει καμία ιατρική αναγκαιότητα παρά μόνο αρνητικές συνέπειες για το άτομο» Ως όρος συνήθως χρησιμοποιείται προκειμένου να προσδώσει έναν τόνο δριμύτητας στην εξάρτηση (Παναγής & Καστελλάκης, 2001).

➤ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Στη μελέτη ΑΤΤΙCΑ που πραγματοποιήθηκε στην Αττική το 2002, το ποσοστό καθημερινής κατανάλωσης αλκοόλ στους ενήλικες άνδρες έφτανε το 42,5% ενώ στις γυναίκες το 13,6%. Αντίστοιχα ποσοστά επιβεβαιώθηκαν και από άλλες έρευνες. Τα υψηλότερα ποσοστά κατανάλωσης και στα δύο φύλα, παρατηρούνται στην ηλικία 55 - 64 ετών.

Αντίθετα, τα ποσοστά ολοκληρωτικής αποχής από το αλκοόλ είναι χαμηλά για την Ελλάδα και αφορούν στο 8,3% του πληθυσμού (άνδρες 1,2%, γυναίκες 15,4%) (WHO - Global Status Report on Alcohol 2004). Σύμφωνα με την ετήσια έκθεση του Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν. (2007) οι συνήθειες χώροι κατανάλωσης αλκοολούχων ποτών μπορεί να είναι είτε στο σπίτι, είτε να σχετίζονται με κάποια μορφή διασκέδασης. Συνήθως, ο ένας στους τρεις ερωτώμενους καταναλώνει αλκοολούχα στο «σπίτι» (31,9%) ή στο «σπίτι κάποιου άλλου» (5,5%), ενώ η πλειοψηφία των ερωτώμενων (ποσοστό 61,9%) αναφέρει κατανάλωση αλκοολούχων εκτός σπιτιού και κυρίως σε χώρους διασκέδασης όπως μπαρ, ντίσκο, κλαμπ σε ποσοστό 28,5%, ταβέρνα, εστιατόριο 19,2% και καφενείο, καφετέρια 14,2%.

Σημαντικές διαφοροποιήσεις στο χώρο κατανάλωσης παρατηρούνται σε σχέση με το φύλο: οι γυναίκες αναφέρουν κατανάλωση αλκοολούχων στο σπίτι σε υψηλότερο ποσοστό από τους άνδρες 42,3% και 33,6%, αντίστοιχα, οι οποίοι αναφέρουν κατανάλωση αλκοολούχων κυρίως σε χώρους διασκέδασης και ιδιαίτερα σε μπαρ, ντίσκο, κλαμπ 30%.

Όσον αφορά στην κατανάλωση αλκοολούχων στους διάφορους χώρους διασκέδασης, οι γυναίκες συνήθως καταναλώνουν αλκοολούχα σε χώρους, οι οποίοι δεν αποτελούν μέρη αποκλειστικής κατανάλωσης αλκοόλ, όπως οι ταβέρνες και τα εστιατόρια, ως συνοδευτικό του φαγητού, ενώ οι άνδρες προτιμούν σε μεγαλύτερο ποσοστό να καταναλώνουν αλκοολούχα στους χώρους διασκέδασης όπως μπαρ, ντίσκο, κλαμπ καθώς και στο καφενείο ή την καφετέρια.

Στις ΗΠΑ, οι εκτιμήσεις αναφέρουν ότι περισσότεροι από 300.000 αλκοολικοί είναι ηλικίας 13-18 ετών και οι μελέτες δείχνουν ότι οι έφηβοι στις αγροτικές περιοχές πίνουν τόσο συχνά, όσο και οι έφηβοι των αστικών περιοχών. Από μελέτες έχει βρεθεί πως τόσο στις ΗΠΑ, όσο και στην Ευρώπη, 87% των αποφοίτων λυκείου έχουν κάνει χρήση αλκοόλ κάποια στιγμή στη ζωή τους, 67% έχουν μεθύσει και 51% έχουν

μεθύσει κατά τη διάρκεια του μήνα πριν από την έρευνα, ενώ σε άλλη μελέτη φάνηκε ότι 50% των τελειόφοιτων έχουν οδηγήσει αυτοκίνητο μετά από χρήση αλκοόλ ή έχουν επιβιβασθεί σε όχημα που οδηγούσε μεθυσμένος οδηγός.

Στις ευρωπαϊκές χώρες, η κατανάλωση αλκοόλ είναι αρκετά συχνή από τους εφήβους, με την Ελλάδα να κατέχει την τρίτη θέση μετά τη Δανία και τη Βρετανία. Τις καταστροφικές συνέπειες της άκριτης χρήσης του αλκοόλ δείχνει το γεγονός ότι στην Ευρώπη, ένας στους τέσσερις θανάτους μεταξύ των ηλικιών 15-29 συνδέεται άμεσα ή έμμεσα με το οινόπνευμα. Από στοιχεία ερευνών στην Ελλάδα προκύπτει ότι οι έφηβοι καταναλώνουν για πρώτη φορά αλκοόλ στην ηλικία των 12 ετών, ενώ ο μέσος όρος της ηλικίας που αρχίζουν οι νέοι να συμμετέχουν στην επικίνδυνη αυτή συνήθεια, διαμορφώνεται στα 16,2 χρόνια (Dervaux et al., 2006).

Το πρόβλημα κατανάλωσης αλκοόλ φαίνεται να είναι σημαντικό στους νέους της Ελλάδας. Στην έρευνα HBSC (Currie et al. 2004) οι έφηβοι ερωτήθηκαν πόσο συχνά καταναλώνουν αλκοόλ μέσα σε μια εβδομάδα. Τα αποτελέσματα από όλες τις χώρες έδειξαν συχνή κατανάλωση οποιουδήποτε αλκοολούχου ποτού για το 5% των εφήβων 11 ετών, το 11% των εφήβων 13 ετών και το 29% των εφήβων 15 ετών, ποσοστά τα οποία είναι ανησυχητικά για την εξάπλωση του αλκοόλ στις μικρές ηλικίες.

Επιπλέον, οι έφηβοι φαίνεται να προτιμούν συγκεκριμένους τύπους ποτών, με την μπίρα να κατέχει την υψηλότερη θέση σε καταναλωτική προτίμηση, τα «σκληρά ποτά» να ακολουθούν στις περισσότερες περιπτώσεις και τελευταίο στην κατανάλωση να έρχεται το κρασί.

Στον ευρωπαϊκό χώρο, έχει αρχίσει να αναπτύσσεται μεταξύ των νέων μια επικίνδυνη πρακτική κατανάλωσης, η οποία συνίσταται στη στοχευμένη και εντατική κατανάλωση αλκοόλ, η οποία αντιπροσωπεύει μια νέα απειλή, που πρέπει να αντιμετωπισθεί. Τα στοιχεία που δίνει ο Π.Ο.Υ. για τη «βαριά χρήση αλκοόλ» μεταξύ των νέων είναι ιδιαίτερα αποθαρρυντικά, με τη χώρα μας να καταλαμβάνει μία από τις μεσαίες θέσεις.

Ένα πολύ σημαντικό στοιχείο που καταδεικνύει η μελέτη του Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν. (2007) σε σχέση με την κατανάλωση αλκοόλ από τους έφηβους και νέους είναι το γεγονός ότι η μεγάλη πλειοψηφία (65,4%) των εφήβων καταναλώνει αλκοολούχα σε χώρους όπου σύμφωνα με τον υφιστάμενο νόμο απαγορεύεται η κατανάλωση τους από άτομα ηλικίας κάτω των 17 ετών.

Σύμφωνα με την ετήσια έκθεση για το έτος 2011 για την χρήση ουσιών από μαθητές σε 36 ευρωπαϊκές χώρες, χαρακτηριστικά αναφέρει πως σε όλες τις χώρες του ESPAD, με εξαίρεση την Ισλανδία, τουλάχιστον 70% των μαθητών έχουν καταναλώσει αλκοόλ τουλάχιστον μία φορά στη ζωή τους, ο δε μέσος όρος προσεγγίζει το 87% στην έρευνα του 2011. Οι μέσοι όροι κατανάλωσης κατά τους τελευταίους 12 μήνες και τις τελευταίες 30 ημέρες ανέρχονται σε 79% και 57% αντιστοίχως. Σε ό,τι αφορά στα τρία χρονικά πλαίσια, οι μειώσεις που σημειώθηκαν το 2011 σε σύγκριση με την περίοδο 2003-2007 ήταν μικρές. Προφανώς, οι παραπάνω μέσοι όροι προκύπτουν από εθνικά στοιχεία που διαφέρουν πολύ μεταξύ τους. Για παράδειγμα, άνω του 75% των μαθητών στην Τσεχική Δημοκρατία και στη Δανία δήλωσαν ότι κατανάλωσαν αλκοόλ τις τελευταίες 30 ημέρες, έναντι μόλις 17% στην Ισλανδία και 32% στην Αλβανία. Παρότι δεν διαπιστώνεται σαφής γεωγραφική τάση, τα σχετικά χαμηλότερα ποσοστά κατανάλωσης καταγράφονται ως επί το πλείστον στις σκανδιναβικές και στις βαλκανικές χώρες. Ο εθνικός μέσος όρος για την επικράτηση σε όλη τη ζωή, τους τελευταίους 12 μήνες και τις τελευταίες 30 ημέρες είναι περίπου ο ίδιος για αγόρια και κορίτσια.

Σύμφωνα με το Ευρωπαϊκό Σχέδιο Δράσης για το περιορισμό των βλαπτικών συνεπειών του αλκοόλ στην υγεία (2008-2012), οι χώρες που θα αναλάβουν πιο έντονη δράση στην καταπολέμηση της βλαπτικής χρήσης του αλκοόλ θα ανταμειφθούν με σημαντικά κέρδη όπως είναι η καλύτερη υγεία και ευημερία του πληθυσμού τους, βελτιωμένοι τομείς εργασίας και παραγωγικότητας, μεγαλύτερη εξοικονόμηση πόρων στην υγεία και την κοινωνική ασφάλιση, ευρύτερη ισονομία στην υγεία και την οικονομία, καθώς και ισχυρότερη κοινωνική συνοχή και ένταξη. Η επίδραση της βλαπτικής χρήσης του αλκοόλ στην υγεία και την ευημερία. Το οινόπνευμα είναι μια από τις τρεις κορυφαίες προτεραιότητες στον τομέα της δημόσιας υγείας. Τα διαθέσιμα στοιχεία για την τεκμηρίωση αυτού του επιχειρήματος είναι ευρύτατα, ποικίλα και πειστικά. Παρόλο που μόνο ο μισός πληθυσμός της γης καταναλώνει αλκοόλ, το αλκοόλ αποτελεί την τρίτη συχνότερη αιτία ασθένειας και πρόωρων θανάτων παγκοσμίως, μετά το ελλιπές βάρος κατά τη γέννηση και το σεξ χωρίς προστασία (για το οποίο το αλκοόλ αποτελεί παράγοντα επικινδυνότητας), ενώ βλάπτει περισσότερο από τον καπνό.

Όλες οι ευρωπαϊκές χώρες, έχουν κάποια μορφή κανονιστικής ρύθμισης ή σχεδίου για την καταπολέμηση του αλκοόλ. Ωστόσο, η πληρότητα των εν λόγω κανονισμών ή

σχεδίων ποικίλλει, όπως και η εμπειρία της κάθε χώρας, περιοχής ή δήμου κατά την εφαρμογή τους. Όσο πλήρες ή αυστηρό κι αν είναι ένα σχέδιο δράσης κατά του αλκοόλ, όλες οι χώρες μπορούν να επωφεληθούν από την αναθεώρηση, την προσαρμογή και την ενίσχυσή του. Σ' ένα εθνικό σχέδιο δράσης ή στρατηγική για την καταπολέμηση της βλαπτικής χρήσης του αλκοόλ είναι απαραίτητο να καθοριστούν προτεραιότητες και κατευθυντήριοι άξονες δράσης. Εθνικοί στόχοι για την υγεία μπορούν να θέσουν προτεραιότητες, να επιδράσουν δεσμευτικά στις νέες δράσεις και να οδηγήσουν στην εξεύρεση πόρων. Τέτοιοι στόχοι και προτεραιότητες οφείλουν να βασίζονται σε επιδημιολογικές ενδείξεις, ενώ η επιλογή των στρατηγικών και των παρεμβάσεων θα πρέπει να βασίζεται σε στοιχεία. Μέτρα για τον περιορισμό της προσφοράς (πολιτικές και μέτρα καταπολέμησης της οδήγησης σε κατάσταση μέθης, πολιτικές μάρκετινγκ του αλκοόλ, φόροι οινοπνεύματος, περιορισμοί στον αριθμό πρατηρίων πώλησης και των ημερών και ωρών πώλησης, καθορισμός της ελάχιστης ηλικίας για την αγορά οινοπνευματωδών), καθώς και τη μείωση της ζήτησης (έγκαιρη ανίχνευση και την ταχεία παρέμβαση στον τομέα της υγείας και στο χώρο εργασίας, προγράμματα θεραπείας και αποκατάστασης) είναι μερικά συγκεκριμένα παραδείγματα για το πώς μπορούν να περιοριστούν οι βλαβερές συνέπειες του οινοπνεύματος.

Το αλκοόλ επιδρά και στις μεταδιδόμενες και στις μη μεταδιδόμενες ασθένειες. Ένα ανανεωμένο ευρωπαϊκό σχέδιο δράσης για το αλκοόλ αποκτά ακόμα ζωτικότερη σημασία με δεδομένο ότι η Ευρωπαϊκή Περιφέρεια του Παγκοσμίου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) παραμένει η περιοχή της υφελίου με τα υψηλότερα επίπεδα κατανάλωσης αλκοόλ με τις επακόλουθες βλαπτικές συνέπειες (Mueller et al., 2009). Στην Περιφέρεια, 40% των πρόωρων θανάτων που οφείλονταν σε κακή υγεία οφείλονται σε τρεις παράγοντες επικινδυνότητας που θα μπορούσαν να αποφευχθούν: το κάπνισμα, το ποτό και τα τροχαία ατυχήματα (τα οποία συχνά οφείλονται στο οινόπνευμα). Η θνησιμότητα λόγω καρδιοαγγειακών επεισοδίων και τραυματισμών που οφείλονται στη κατανάλωση οινοπνεύματος αποτελεί αιτία ανισοτήτων στον τομέα της υγείας ανάμεσα στα Κράτη- Μέλη (Mueller, et al. 2009).

Το περισσότερο αλκοόλ καταναλώνεται σε περιστάσεις βαριάς χρήσης, γεγονός που αυξάνει όλους τους κινδύνους που συνδέονται με το ποτό. Ειδικότερα, η βαριά κατανάλωση παραγόντων, όπου η λιγιστή ή μέτρια κατανάλωση αλκοόλ αντιπροσωπεύει καλύτερη υγεία και εργασιακή επάρκεια. Φαίνεται, λοιπόν, ότι η

πραγματική προστατευτική επίδραση είναι μικρότερη και καταγράφεται σε χαμηλότερες ποσότητες οινοπνεύματος απ' ό,τι πιστευόταν. Σε κάθε περίπτωση, δεν υπάρχει προστατευτική επίδραση για τους νεότερους, στους οποίους οποιαδήποτε ποσότητα αλκοόλ αυξάνει τον κίνδυνο ισχαιμικού επεισοδίου. Όσο δε για τους μεγαλύτερους σε ηλικία, η μείωση της πιθανότητας θανάτου από ισχαιμικό επεισόδιο θα μπορούσε να επιτευχθεί μάλλον με φυσική δραστηριότητα και έναν υγιεινό τρόπο διατροφής, παρά με την κατανάλωση μικρών δόσεων αλκοόλ. Το οινόπνευμα μπορεί να καταρρακώσει την ατομική υγεία και το ανθρώπινο κεφάλαιο σε κάθε στάδιο ζωής, από την εμβρυακή μέχρι τη μεγάλη ηλικία. Σε απόλυτους όρους, κυρίως οι μεσήλικες (και ιδιαίτερα οι άνδρες) πεθαίνουν από το οινόπνευμα (Brady et al., 2007).

Επικίνδυνη είναι η έκθεση στο αλκοόλ κατά την εγκυμοσύνη, το οποίο μπορεί να βλάψει την ανάπτυξη του εγκεφάλου του εμβρύου και συνδέεται με διανοητική υστέρηση που εκδηλώνεται αργότερα κατά την παιδική ηλικία. Ο εγκέφαλος των εφήβων είναι ιδιαίτερα ευαίσθητος στο οινόπνευμα, γι' αυτό και όσο περισσότερο καθυστερήσει κανείς την κατανάλωση, τόσο μειώνονται οι πιθανότητες προβλημάτων και εξάρτησης από το αλκοόλ αργότερα στη ζωή (Brady et al., 1999, Schuckit, 2002).

Το οινόπνευμα έχει τοξική επίδραση σε μια σειρά δομών και λειτουργιών του κεντρικού νευρικού συστήματος, οι οποίες όταν δράσουν σε συνδυασμό με τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας ενός ατόμου, τις συμπεριφορές του περιβάλλοντος και τις κοινωνικό-πολιτιστικές προσδοκίες, μπορούν να αποτελέσουν γενεσιουργές αιτίες εκουσίων και ακουσίων τραυματισμών ατόμων εκτός του πότη, καθώς και τροχαίων θανάτων λόγω μέθης. Στο χώρο εργασίας, η βλαπτική χρήση του αλκοόλ και βαριά κατανάλωση αυξάνουν τα προβλήματα της αφηρημάδας, της χαμηλής παραγωγικότητας και της ανάρμοστης συμπεριφοράς, καθώς επίσης μπορούν να αυξήσουν τον κίνδυνο διαταραχών και εξάρτησης από το αλκοόλ (Brady et al., 1999, Schuckit 2002).

Α΄ ΜΕΡΟΣ

1. ΤΟ ΑΛΚΟΟΛ ΚΑΙ Η ΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΣΤΟ ΣΩΜΑ

Η δραστική ουσία των αλκοολούχων ποτών είναι η αιθανόλη μια ένωση που εύκολα μετακινείται μεταξύ του αίματος και των ιστών εξισώνοντας την μεταξύ τους συγκέντρωση. Η απορρόφηση αρχίζει από τον βλεννογόνο (εσωτερική επιφάνεια) της στοματικής κοιλότητας και του οισοφάγου σε μικρές ποσότητες και συνεχίζεται στο στομάχι σε μέτριο βαθμό όπως και στο παχύ έντερο. Οι μεγαλύτερες ποσότητες απορροφώνται στο λεπτό έντερο. Η απορρόφηση αυξάνεται όταν δεν υπάρχει τροφή στο στομάχι, ιδιαίτερα λίπος αλλά και πρωτεΐνες, καθώς και όταν παρατηρείται ταχεία κένωση του όταν το αλκοολούχο ποτό περιέχει μέτρια ποσότητα αιθανόλης (π.χ.20% κατ' όγκο) ή ανθρακικό (πχ σαμπάνια) η απορρόφηση αυξάνεται. Ακόμη και η συναισθηματική κατάσταση του πότη μπορεί να επηρεάσει την ταχύτητα απορρόφησης. Η αιθανόλη στην συνέχεια μεταφέρεται μέσω του αίματος στα διάφορα όργανα του σώματος (Επιθεώρηση Υγείας, 2002).

Το οινόπνευμα διαχέεται στο σώμα με την περιεκτικότητα σε νερό των διαφόρων ιστών και οργάνων και εμφανίζεται σε μεγαλύτερη συγκέντρωση στο αίμα και στον εγκέφαλο παρά στον λιπώδη ή μυϊκό ιστό. Η σημασία της ταχύτητας απορρόφησης, κατανομής και αραίωσης του οινοπνεύματος στο σώμα σχετίζονται με την συγκέντρωση του στα διάφορα όργανα, ιδιαίτερα στον εγκέφαλο. Το σώμα αρχίζει να απαλλάσσεται από το οινόπνευμα αμέσως μετά την απορρόφηση του, ένα ασήμαντο ποσοστό εκπνέεται από τους πνεύμονες και μια ελάχιστη ποσότητα απεκκρίνεται από τον ιδρώτα. Μικρό ποσοστό, επίσης, απεκκρίνεται από τους νεφρούς, συγκεντρώνεται δε και κατακρατείται στην ουροδόχο κύστη, ώσπου να αποβληθεί με τα ούρα. Το 90% ή και περισσότερο του οινοπνεύματος που απορροφήθηκε αποβάλλεται από το σώμα, με μεταβολικές διεργασίες κατά κύριο λόγο στο συκώτι.

Η κατανάλωση αλκοόλ έχει σημαντικές επιδράσεις σε όλα τα συστήματα του ανθρώπινου οργανισμού. Ο οισοφάγος συχνά παρουσιάζει σημεία φλεγμονής που πιθανώς ερμηνευόταν από την αυξημένη συχνότητα αναγωγής του οξικού γαστρικού περιεχομένου. Το στομάχι υφίσταται βλάβη λόγω της καταστροφής των μηχανισμών που προστατεύουν το τοίχωμα του από το γαστρικό οξύ. Το πάγκρεας συχνά

προσβάλλεται με αποτέλεσμα την ανάπτυξη σοβαρής φλεγμονής (παγκρεατίτιδας) που οδηγεί την πλειοψηφία των ασθενών σε μονάδες εντατικής θεραπείας ή στον θάνατο. Επίσης αξιοσημείωτος είναι ο αυξημένος κίνδυνος ανάπτυξης καρκίνου στους αλκοολικούς που αποτελεί την δεύτερη αιτία θανάτου μετά τις καρδιαγγειακές παθήσεις. Σε αυτόν τον πληθυσμό η συχνότητα ανάπτυξης κακοήθειας είναι δέκα φορές μεγαλύτερη από ότι στον γενικό με συχνότερες θέσεις ανάπτυξης, το συκώτι, τον οισοφάγο, το στομάχι, το πάγκρεας και σύμφωνα με πρόσφατα στοιχεία και το μαστό.

- **ΑΛΚΟΟΛ ΚΑΙ ΚΕΝΤΡΙΚΟ ΝΕΥΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ**

Η δράση του αλκοόλ στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα (ΚΝΣ) είναι κατασταλτική. Μειώνει την δραστηριότητα των νευρικών κυττάρων (νευρώνων) παρά το γεγονός ότι μικρού βαθμού διέγερση παρατηρείται σε χαμηλές δόσεις. Εμφανίζει παρόμοια δράση με διάφορα κατασταλτικά φάρμακα, όπως οι βενζοδιαζεπίνες και τα βαρβιτουρικά. Βαθύ κόμα και θάνατος παρατηρείται σε συγκεντρώσεις 300-400mg/dl. Η ανοχή όμως του οργανισμού αυξάνεται μέσω ενεργοποίησης των μεταβολικών ουσιών στο ήπαρ που την καταβολίζουν και την απομακρύνουν ταχύτερα (μεταβολική ανοχή) αλλά και μέσω προσαρμογής σε κυτταρικό επίπεδο (κυτταρική ανοχή). Τέλος, ακόμα και στις ίδιες υψηλές ποσότητες συγκεντρώσεις αιθανόλης στο αίμα η συμπεριφορά προοδευτικά όλο και λιγότερο αποκλίνει του φυσιολογικού. Από τη στιγμή που τα κύτταρα προσαρμοστούν στη χρόνια κατανάλωση οινοπνεύματος, οι δοκιμές και βιοχημικές μεταβολές που πραγματοποιήθηκαν πιθανόν να χρειαστούν αρκετές εβδομάδες μέχρι να επανέλθουν στο φυσιολογικό. Δηλαδή, εκτός από την ψυχολογική εξάρτηση επέρχεται και σωματική εξάρτηση από το αλκοόλ.

Όλη αυτή η διαδικασία οδηγεί σε προοδευτική ανάπτυξη βλαβών στον οργανισμό περίπου (ένας 1%) των αλκοολικών αναπτύσσουν ένα σύνδρομο εκφύλισης του νευρικού ιστού της παρεγκεφαλίδας που κλινικά εκδηλώνεται με αστάθεια στο βάδισμα. Επίσης, σοβαρές διαταραχές της μνήμης εκδηλώνονται σε ασθενείς που καταναλώνουν μεγάλες ποσότητες αλκοόλ. Μόνιμη προσβολή του ΚΝΣ μπορεί να παρουσιάσει οδηγώντας σε εκδηλώσεις ψύχωσης που μπορεί να φτάσουν έως και το 20% του συνόλου των χρόνιων ψυχασθενών.

Σχεδόν οποιοδήποτε ψυχιατρικό σύνδρομο μπορεί να παρουσιασθεί κατά την διάρκεια μεγάλης κατανάλωσης αλκοόλ η αμέσως μετά την στέρησή του. Επίσης μπορούν να εμφανισθούν καταθλιπτικές εκδηλώσεις διάρκειας ημερών ή και εβδομάδων στα μεσοδιαστήματα κατανάλωσης μεγάλων ποσοτήτων, αγχωτικές εκδηλώσεις που επιμένουν για μήνες μετά την διακοπή της κατανάλωσης οινοπνεύματος, ακουστικές και παρανοειδής ψευδαισθήσεις που αποτελούν τις συχνότερες εκδηλώσεις της αλκοολικής ψυχοπαθολογίας (Τομαράς, 1992).

- ***ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ***

Μέτριες ποσότητες αλκοόλ έχει αποδειχθεί ότι ασκούν ευεργετικές αλλά και βλαπτικές δράσεις σε άτομα που έχουν φυσιολογική καρδιαγγειακή λειτουργία. Η αιθανόλη μειώνει την δύναμη με την οποία συσπάται η καρδιά και αυξάνει την διάμετρο των αγγείων οδηγώντας σε μια μικρή πτώση της αρτηριακής πίεσης. Η κατανάλωση ενός έως το πολύ δυο αλκοολούχων ποτών την ημέρα μπορεί μακροπρόθεσμα να μειώσει τον κίνδυνο θανάτου από καρδιαγγειακά αίτια πιθανώς μέσω αύξησης της HDL -χοληστερόλης, καθώς επειδή και αλλαγών στους μηχανισμούς ανάπτυξης θρόμβωσης (Αθανάτου 1998).

Η προσθήκη όμως δύο η τριών επιπλέον ποτηριών, αλκοολούχου ποτού στην καθημερινή κατανάλωση οδηγεί σε αρτηριακή υπέρταση, με σοβαρές κλινικές συνέπειες. Ταυτόχρονα, αναπτύσσονται επεισόδια, καρδιακών αρρυθμιών, καθώς και προσβολή του ίδιου του καρδιακού μυός με την εμφάνιση καρδιομυοπάθειας.

- ***ΓΕΝΕΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ***

Η επίδραση του αλκοόλ στην λειτουργία του γεννητικού συστήματος είναι δεδομένη. Μέτριες δόσεις αιθανόλης μπορούν να αυξήσουν την σεξουαλική διάθεση στους άνδρες ενώ ταυτόχρονα να μειώσουν την ικανότητα στύσης. Ακόμα και επί απουσίας υπατικής νόσου, χρόνιοι αλκοολικοί άνδρες είναι δυνατόν να εμφανίζουν ατροφία όρχεων μη αντιστρεπτή.

Αντίστοιχα ο αλκοολισμός στις γυναίκες μπορεί να οδηγήσει σε διαταραχές της έμμηνου ρύσεως (μέχρι και πλήρους αμηνόρροιας) μείωσης του μεγέθους των ωοθηκών καθώς και αυξημένη συχνότητα αποβολών. Λόγω του γεγονότος ότι η αιθανόλη διέρχεται μέσω του πλακούντα, ο αλκοολισμός της εγκύου οδηγεί σε σοβαρές βλάβες του εμβρύου, όπως κρανιοπροσωπικές διαπλασειές ανωμαλίες

ακριβής ποσότητας οινοπνεύματος η οποία οδηγεί στην ανάπτυξη του εμβρυϊκού συνδρόμου και αλκοολισμό (fetal alcohol syndrome) καθώς επίσης και η χρονική περίοδος κατά την εγκυμοσύνη στην οποία παρουσιάζεται μεγαλύτερη πλήρης αποφυγή του αλκοόλ κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης (Μαμόπουλος, 1991).

- **ΑΛΚΟΟΛ ΚΑΙ ΘΡΕΨΗ**

Παρά το γεγονός ότι τα αλκοολούχα ποτά περιέχουν αρκετά μεγάλο ποσό θερμίδων με την μορφή αιθανόλης ή άλλων υδατανθράκων- στερούνται θρεπτικών συστατικών όπως είναι οι πρωτεΐνες, τα μεταλλικά άλατα και οι βιταμίνες. Έτσι παχαίνουν χωρίς να θρέφουν. Ακόμα και αν δεν φαίνεται κλινικά, αρκετοί αλκοολικοί παρουσιάζουν έλλειψη βιταμινών λόγω κακής απορρόφησης από το λεπτό έντερο ή αποθήκευσης τους στο ήπαρ. Οι βιταμίνες Β1,Β3,Β6 το φυλικό οξύ και η Βιταμίνη Α συχνά ανευρίσκονται σε χαμηλά ποσά. Επίσης παρατηρούνται χαμηλά ποσά καλίου, μαγνησίου, φωσφόρου και ψευδαργύρου τα οποία είναι απαραίτητα για την φυσιολογική λειτουργία του οργανισμού. Ο αλκοολικός συχνά αισθάνεται ανορεξία, κόπωση, μυϊκή αδυναμία ενώ παρατηρούνται μειωμένες πνευματικές ικανότητες. Συνέπεια της κακής θρέψης είναι η έκπτωση της ικανότητας του ανοσολογικού συστήματος να αμύνεται σε διάφορους παθογόνους μικροοργανισμούς με αποτέλεσμα να είναι συχνές οι σοβαρές λοιμώξεις. Παρατηρείται δυσλειτουργία των λευκών αιμοσφαιρίων, αλλά και των αιμοπεταλίων (που είναι υπεύθυνα για την πήξη του αίματος) ενώ όχι σπάνια η αναιμία είναι επίσης παρούσα.

2. Η ΣΧΕΣΗ ΤΟΥ ΑΝΘΡΩΠΟΥ ΜΕ ΤΟ ΑΛΚΟΟΛ

Αρρώστιες όπως η σχιζοφρένεια, η διπολική διαταραχή, οι διαταραχές προσωπικότητας, ο αλκοολισμός, καθώς και πολυμορφισμοί σε γονίδια που είτε έχουν προδιαθετική είτε προστατευτική δράση έχουν συνδεθεί με χρωμοσωμικές θέσεις. (Καπρίνης, 2002).

Η σημασία των γενετικών παραγόντων, συγκεκριμένα στην εξάρτηση από το αλκοόλ, έχει υποστηριχθεί εδώ και πολλά χρόνια μέσα από τα ίδια κλασικά ερωτήματα που αφορούσαν γενετικές επιρροές για κάθε χαρακτηριστικό. Μάλιστα έχει διαπιστωθεί ότι οι γενετικοί παράγοντες αντιπροσωπεύουν το 60% του κινδύνου εκδήλωσης της νόσου (Davis et al., 2002).

Ο βαθμός στον οποίο τα γονίδια ενός οργανισμού συμβάλλουν σε ένα σύνθετο χαρακτηριστικό ονομάζεται κληρονομικότητα, η οποία είναι μία από τους σημαντικότερους παράγοντες (Miller et al., 2002). Συνήθως αυτή περνά από το ένα άτομο στο άλλο. Υπάρχουν κάποιες κληρονομικές καταστάσεις στο άτομο που τον κάνουν ευάλωτο στην χρήση αλκοόλ και η θεώρηση της, δια μέσου γενετικών μηχανισμών απασχολεί σοβαρά την επιστημονική κοινότητα. Κάποια άτομα έχουν κάποια γονίδια τα οποία τα επηρεάζουν, και τα ωθούν στην κατανάλωση αλκοόλ. Μέσα από συνδυασμούς γενετικών παραγόντων έχουν δημιουργηθεί διάφορα ερωτήματα. Πρώτον, εάν υπάρχει ένας τετραπλός αυξημένος κίνδυνος εξάρτησης από αλκοόλ στους συγγενείς των αλκοολικών. Δεύτερον, εάν τα πανομοιότυπα δίδυμα εξαρτημένα από το αλκοόλ άτομα ,έχουν υψηλότερο κίνδυνο για τη διαταραχή αυτή από ό,τι ζυγωματικά δίδυμα ή πλήρη αδέρφια και τρίτον εάν τα υιοθετημένα παιδιά αλκοολικών που υιοθετήθηκαν από μη αλκοολικούς γονείς, έχουν μεγαλύτερη προδιάθεση να αναπτύξουν αλκοολισμό από ό,τι ένα υιοθετημένο παιδί με θετούς και φυσικούς γονείς μη αλκοολικούς (Prescott and Kendler, 1999). Η οικογένεια και οι δίδυμες μελέτες υποστηρίζουν το συμπέρασμα ότι το ποσοστό του κινδύνου για τη διαταραχή αυτή εξηγείται από τα γονίδια (δηλαδή, κληρονομικότητα) είναι μεταξύ 40 και 60% (Prescott & Kendler, 1999 , Schuckit 2001).

Μέσα στον οργανισμό του ανθρώπου γίνονται κάποιες διαδικασίες οι οποίες είναι δυσλειτουργικές. Η θεώρηση της κληρονομικότητας του αλκοολισμού διαμέσων γενετικών μηχανισμών απασχολεί σοβαρά την σχετική επιστημονική κοινότητα.

Κάποια προβλήματα σε διάφορα όργανα του σώματος και η ανεπαρκής διατροφή συντελούν στην κατανάλωση αλκοόλ (Ποταμιανός, 2005).

Ένας άλλος σημαντικός παράγοντας στην κατανάλωση αλκοόλ είναι και ο εγκέφαλος, του οποίου η ικανότητα να εθίζεται στο αλκοόλ, εξαρτάται και από τα γονίδια του. Συμπεραίνοντας, σύμφωνα με μελέτες θα λέγαμε ότι οι συνέπειες της χρόνιας κατανάλωσης αλκοόλ στην χημεία του εγκεφάλου επηρεάζονται σε κρίσιμο βαθμό από την προϋπάρχουσα γενετική σύσταση ενός ατόμου.

Το άτομο που πάσχει από αλκοολισμό έχει χάσει την ελευθερία του απέναντι στο αλκοόλ, έχει υποδουλωθεί σε αυτό και το έχει μετατρέψει σε κεντρικό άξονα της ζωής του, χάνοντας οποιοδήποτε ενδιαφέρον- και ικανότητα- για δουλειά, σπίτι, υποχρεώσεις κλπ. Με αυτή την έννοια οποιοσδήποτε καταναλώνει οινόπνευμα μπορεί να θεωρηθεί δυνητικά αλκοολικός, αφού το κριτήριο του αλκοολισμού δεν είναι μόνο η χρόνια μέθη αλλά η πρόκληση ψυχικών, σωματικών ή κοινωνικών προβλημάτων (Τσαρούχας, 2000).

Οι μελέτες που έγιναν μέχρι πρόσφατα δεν παρουσιάζουν αρκετά στοιχεία που να υποστηρίζουν ότι άτομα με συγκεκριμένη δομή της προσωπικότητας έχουν περισσότερες πιθανότητες να γίνουν αλκοολικοί από άτομα με άλλη προσωπικότητα (Μούζας & Συνεργάτες, 2003).

Το άτομο μπορεί να γίνει αλκοολικό κάτω από συγκεκριμένες συνθήκες που αλληλεξαρτώνται. Οι συνθήκες αυτές είναι το περιβάλλον, η ουσία και το ίδιο το άτομο, που δημιουργούν το λεγόμενο τρίγωνο της εξάρτησης. Τα τρία αυτά στοιχεία βρίσκονται σε συνεχή αλληλεπίδραση με τελικό αποτέλεσμα τον αλκοολισμό.

Η άποψη των ψυχαναλυτών είναι ότι προϋπάρχει κάποιο πρόβλημα στην προσωπικότητα του εξαρτημένου ατόμου και ότι η χρήση του οινοπνεύματος αποσκοπεί όχι απλώς στη δημιουργία της ευφορίας αλλά και στην κάλυψη του εσωτερικού κενού που αισθάνεται. Έτσι η εξάρτηση οφείλεται σε δομικά προβλήματα της προσωπικότητας τα οποία πιθανόν να δημιουργήθηκαν στην παιδική του ηλικία.

Το άτομο στην προσπάθειά του να γεμίσει αυτοπεποίθηση, χαλάρωση, τόλμη έρχεται σε επαφή με την χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών σε αναζήτηση διεξόδου από τα προβλήματα της ζωής του σε ένα κόσμο γεμάτο ένταση.

Συνέπεια του προβληματικού περιβάλλοντος είναι η δημιουργία κακής εικόνας για τον εαυτό τους και αδυναμία να αντιμετωπίσουν μόνα τους στρεσογόνες

καταστάσεις. Η χρήση των ουσιών είναι μια αποτυχημένη απόπειρα ανακούφισης του άγχους του (Αγγέλου, 2001).

Η συμπεριφορά φυγής από την προσωπική πραγματικότητα δεν είναι ο μόνος λόγος εμφάνισης της εξαρτητικής συμπεριφοράς αλλά και η αγωνιώδης αναζήτηση επικοινωνίας μακριά από αλλοτριωμένες συμπεριφορές, η άρνηση ένταξης στην πραγματικότητα, τον συμβιβασμό και την έλλειψη ανθρωπίνων και ειλικρινών σχέσεων.

Η έλλειψη εσωτερικής δομής που θα βοηθούσε στην καταπολέμηση του άγχους και την εξάλειψη της κακής εικόνας που έχουν για τον εαυτό τους οδηγεί αυτά τα άτομα σε εξωτερικά ερεθίσματα όπως η τροφή, η σεξουαλική διέγερση, το αλκοόλ κλπ στην προσπάθειά τους να αισθανθούν καλύτερα (Μούζας & Συνεργάτες, 2003).

3. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗΣ ΑΛΚΟΟΛ

Έως σήμερα δεν έχει ταυτοποιηθεί συγκεκριμένος παράγοντας που να εξηγεί την τάση κάποιων ατόμων για κατάχρηση οινοπνεύματος. Η βασική εξήγηση είναι ότι οι αιτίες είναι πολυσύνθετες και το πρόβλημα εκδηλώνεται παρουσία ποικίλων παραγόντων. Μελέτες που διεξήχθησαν σε άτομα που πάσχουν από αλκοολισμό, έδειξαν πως ναι μεν υπάρχουν ενδείξεις γενετικής προδιάθεσης για αλκοολική εξάρτηση, αλλά το χαρακτηριστικό αυτό που κληροδοτείται στις επόμενες γενιές δεν έχει αναγνωριστεί. Για παράδειγμα, έρευνες παιδιά με φυσικούς γονείς αλκοολικούς που όμως υιοθετήθηκαν από μη αλκοολικούς έδειξαν ότι τα παιδιά αυτά έχουν μεγαλύτερη προδιάθεση να εκδηλώσουν αλκοολική συμπεριφορά σε σχέση με παιδιά που τόσο οι φυσικοί όσο και οι θετοί γονείς δεν είναι εξαρτημένοι από το αλκοόλ.

Στις νεαρότερες ηλικίες, οι έφηβοι είναι πιθανόν να κάνουν χρήση αλκοόλ ή και άλλων ουσιών μέχρι του σημείου της εξάρτησης, λόγω της πίεσης των συνομηλίκων τους και της επιθυμίας τους να είναι αποδεκτοί στην παρέα ή γιατί πιστεύουν το αλκοόλ τους κάνει πιο ευχάριστους, χαλαρούς, ήρεμους, κοινωνικούς, ικανότητες που θεωρούν ότι είναι απαραίτητες για να αναπτύξουν κοντινές σχέσεις και χωρίς την χρήση ουσιών δεν μπορούν να αναπτύξουν.

Σε βιολογικό επίπεδο, η επαναλαμβανόμενη χρήση αλκοόλ μπορεί να μειώσει σημαντικά τα επίπεδα ντοπαμίνης στον εγκέφαλο. Η ντοπαμίνη είναι μια χημική ουσία του εγκεφάλου (νευροδιαβιβαστής), υπεύθυνη για τα συναισθήματα ευχαρίστησης. Σε αλκοολικούς, οι περιοχές του εγκεφάλου τους που παράγουν ντοπαμίνη εξαντλούνται και πλέον είναι ανίκανοι να απολαύσουν τις καθημερινές χαρές της ζωής. Η χημεία του εγκεφάλου τους έχει πλέον ρυθμιστεί έτσι ώστε το αίσθημα ευφορίας να εξαρτάται αποκλειστικά από την κατανάλωση αλκοόλ (Παναγής & Καστελλάκης, 1999).

Γενετικές έρευνες εντόπισαν γονίδιο, το οποίο συνδέεται με την εξάρτηση από το αλκοόλ και το οποίο, όπως καταδείχθηκε συχνά μεταφέρεται από πατέρα σε γιο. Επίσης, η έρευνα έχει οδηγήσει και σε σύνδεση των στενών συγγενών του αλκοολικού με την εξάρτηση, καθώς φαίνεται πως οι ίδιοι έχουν τετραπλάσιες πιθανότητες να γίνουν επίσης αλκοολικοί. Παρόλη την παραπάνω συζήτηση περί κληρονομικότητας, ο μεγαλύτερος αριθμός αλκοολικών δεν παρουσιάζει επιβαρυσμένο οικογενειακό ιστορικό. Αυτό σημαίνει ότι οι αιτίες του προβλήματος δεν οφείλονται μόνο σε κληρονομικά χαρακτηριστικά, αλλά και περιβαλλοντικοί, ψυχοκοινωνικοί παράγοντες,

όπως για παράδειγμα οι προσδοκίες που εναποτίθενται στη χρήση του, η μοναξιά, η απομόνωση, το άγχος, η αϋπνία, η χαμηλή αυτοεκτίμηση και η κοινωνική πίεση (Ηλιόπουλος 2010).

Αιτίες εξάρτησης από το οινόπνευμα είναι πιθανό να αποτελέσουν και άλλες ψυχικές διαταραχές όπως η κατάθλιψη, η κοινωνική φοβία και η αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας. Οι αλκοολικοί πίνουν συνεχώς μέχρι του σημείου της μέθης. Αρχικά, η κατανάλωση οινοπνεύματος τους δημιουργεί αίσθημα ευφορίας. Καθώς τα επίπεδα αλκοόλης στο αίμα αυξάνονται, είναι πιθανό να παρουσιάσουν επιθετικές ή βίαιες συμπεριφορές. Από νευρολογικής άποψης, η έντονη μέθη εξασθενεί τη σκέψη και την όραση, επιφέρει έλλειψη συντονισμού των κινήσεων και χαμηλή κινητικότητα των ματιών.

Σύμφωνα με την Κυπραίου (ψυχοθεραπεύτρια) αναφέρει ότι με το πέρασμα του χρόνου, καθώς το άτομο εξακολουθεί την παθολογική χρήση, ο οργανισμός γίνεται ανθεκτικός στο αλκοόλ, οπότε χρειάζεται όλο και μεγαλύτερη ποσότητα για να φτάσει σε μέθη. Οι άνθρωποι με χρόνια ανεκτικότητα μπορεί να φαίνονται νηφάλιοι ακόμα και μετά την κατανάλωση τέτοιας ποσότητας αλκοόλ που θα μπορούσε να προκαλέσει το θάνατο σε μη-πότες. Επίσης, η κατανάλωση μεγάλων ποσοτήτων αλκοόλ είναι πιθανό να οδηγήσει σε απώλεια των αισθήσεων, η επεισόδια απώλειας μνήμης χωρίς όμως ταυτόχρονη απώλεια συνείδησης. Δηλαδή σε αυτή την περίπτωση το άτομο έχει τις αισθήσεις του, αλλά όταν περάσει η μέθη, δεν θυμάται τι έκανε κατά τη διάρκεια αυτών των επεισοδίων. Οι αλκοολικοί αναπτύσσουν επίσης στερητικό σύνδρομο. Το νευρικό σύστημα προσαρμόζεται στην χρόνια έκθεση στο αλκοόλ, αυξάνοντας τη δραστηριότητα του μηχανισμού των νευρώνων που εξουδετερώνει τις κατευναστικές επιδράσεις του αλκοόλ. Έτσι, όταν μειωθεί απότομη η πρόσληψή της ουσίας, το εξαρτημένο άτομο εκδηλώνει αποδιοργανωμένη αντίληψη, επιληπτικές κρίσεις, τρέμουλο (που συχνά συνοδεύεται από ευερεθιστότητα, ναυτία και εμετό).

4. Η ΕΙΚΟΝΑ ΤΟΥ ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΥ

Ο αλκοολισμός είναι πολύπλοκο φαινόμενο. Εκδηλώνεται τις περισσότερες φορές σε προσωπικότητες που παρουσιάζουν τάσεις απομόνωσης, χαμηλή αυτοεκτίμηση, υπεροψία, απελπισία, μοναξιά, αδυναμία αντοχής της ματαίωσης, αισθήματα ανικανοποίητου, δυσπιστία (Τσαρούχας, 2000).

Τα άτομα που θα καταλήξουν σε χρόνια χρήση και βαριάς μορφής εξάρτηση από το αλκοόλ φαίνεται να περνούν από τρία διακριτά στάδια (Αλυσσανδράκης, 2002) τα οποία θα δούμε παρακάτω.

Για να διαγνωστεί η παθολογική χρήση αλκοόλ, θα πρέπει να ικανοποιείται τουλάχιστον ένα από τα παρακάτω κριτήρια. Λόγω του ποτού το άτομο επανειλημμένα.

- αποτυγχάνει να ανταποκριθεί σε σημαντικές του ευθύνες
- θέτει τον εαυτό του ή άλλους ανθρώπους σε κίνδυνο (π.χ. συνδυασμός ποτού και οδήγησης)
- εμπλέκεται σε νομικές διαμάχες
- αντιμετωπίζει δυσκολίες στις διαπροσωπικές του σχέσεις ή στο εργασιακό του περιβάλλον

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας έχει ορίσει τα κριτήρια για τη διάγνωση της εξάρτησης από το αλκοόλ. Αυτά είναι:

- Ανοχή: Καθορίζεται ως η ανάγκη συνεχούς αυξανόμενης κατανάλωσης αλκοόλ για την επίτευξη του επιθυμητού αποτελέσματος.
- Στέρηση: Εκδηλώνεται με ένα σύνολο συμπτωμάτων (τρόμος, ναυτία, εμετός, τρέμουλο, και σε βαριές περιπτώσεις παραισθήσεις.) εάν δεν γίνει λήψη αλκοόλ.
- Κατανάλωση μεγάλων ποσοτήτων οινοπνεύματος για μεγάλες περιόδους.
- Ανεπιτυχείς προσπάθειες διακοπής.
- Συνεχώς αυξανόμενη προσπάθεια για προμήθεια οινοπνεύματος.
- Περιορισμός κοινωνικών και επαγγελματικών δραστηριοτήτων που οφείλονται στη λήψη αλκοόλ.

Ο αλκοολισμός είναι νόσος και ως νόσος θα πρέπει να αντιμετωπίζεται. Είναι εξίσου σοβαρή με την χρήση ναρκωτικών για αυτό και παρουσιάζει ομοιότητες με την τοξικομανία. Ο αλκοολισμός χαρακτηρίζεται από:

- ✓ **Ψυχική εξάρτηση:** έντονη επιθυμία κατανάλωσης αλκοόλ, με σκοπό την επίτευξη του αισθήματος ευφορίας και ευχαρίστησης που προσφέρει.
- ✓ **Σωματική εξάρτηση:** ανάγκη για λήψη αλκοόλ λόγω του ότι ο οργανισμός το χρειάζεται πλέον σαν κύριο διατροφικό στοιχείο, εξαιτίας της χρόνιας κατανάλωσης. Επίσης, η σωματική εξάρτηση αποδεικνύεται και από τις οργανικές και λειτουργικές διαταραχές που παρατηρούνται, εάν δεν καταναλωθεί αλκοόλ.
- ✓ **Αντοχή:** Ο αλκοολικός αναζητά συνεχώς αυξανόμενη ποσότητα οινοπνεύματος για να αισθανθεί το επιθυμητό αποτέλεσμα
- ✓ Απώλεια οποιουδήποτε ενδιαφέροντος πέρα από το ποτό και αδιαφορία για τις κοινωνικές του δραστηριότητες.

4.1. ΤΑ ΣΤΑΔΙΑ ΤΟΥ ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΥ

- **Α΄ ΣΤΑΔΙΟ**

Στο Α' στάδιο Αλκοολισμού η εξάρτηση από το αλκοόλ συνήθως συμβαίνει με την καθημερινή λήψη μικρών ποσοτήτων και η συμπεριφορά αυτή μπορεί να διαρκέσει για μεγάλα διαστήματα, να διακόπτεται και έπειτα να επαναλαμβάνεται από την αρχή. Στην αρχή αυτού του σταδίου ανήκει και το μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού.

Όσο περνά ο καιρός, ευρισκόμενος κανείς στο 1ο στάδιο, τείνει να κρύβει την εξάρτηση του στην καθημερινότητά του, ενώ στην πραγματικότητα εξελίσσεται σε κρυφό ασθενή. Η κατάσταση σε αυτό το σημείο είναι ελεγχόμενη με την έννοια ότι καλύπτει τις ανάγκες του σε αλκοόλ μέσα από τις συνηθισμένες απλές κοινωνικές δραστηριότητες, γιορτές, γάμοι κ.τ.λ. είναι δε απόλυτα φυσιολογικό να δημιουργήσει τις προϋποθέσεις για λήψη αλκοόλ, δίχως κανένας να μπορεί να το υποψιαστεί. Μερικά από αυτά:

1. Μεθά αρκετά εύκολα - στην αρχή της εξάρτησης δεν παρουσιάζει αυξημένη αντοχή στο αλκοόλ, αυτό αρχίζει να συμβαίνει στο Β' στάδιο.
2. Όλη την ημέρα δεν κάνει χρήση αλκοόλ, οι ώρες λήψης είναι βραδινές, πάντα με παρέα, ποτέ δεν πίνει μόνος του και ειδικά στο σπίτι.

3. Όλη του η ζωή κινείται σε φυσιολογικά πλαίσια - τρέφεται κανονικά, εργάζεται, συμμετέχει σε κοινωνικές εκδηλώσεις κ.λπ και ως προς το είδος του ποτού είναι συνήθως εκλεκτικός.

4. Στην κατάσταση ευθυμίας που προηγείται της μέθης - τραυλίζει, δεν έχει συνέχεια στο λόγο, έχει μειωμένα αντανακλαστικά και θολό βλέμμα.

Τα μικροπροβλήματα στην οικογένεια ή στην κοινωνία εκδηλώνονται μόνο κατά τη διάρκεια της μέθης. Η κατάσταση εξελίσσεται σε πρόβλημα όταν διαπιστώνονται ορισμένες αλλαγές όπως:

1. Κάποιος αρχίζει και πίνει και εκτός των συνηθισμένων ευκαιριών (γιορτές - έξοδοι για διασκέδαση με τους φίλους). Εκείνες τις στιγμές ο εξαρτημένος υποκύπτει στην πίεση να πει δίχως να έχει ακόμα αρχίσει να υποψιάζεται το πρόβλημα του ότι δηλαδή πρέπει να πει για να αποφύγει τα στερητικά συμπτώματα.

2. Αλλαγές στην συμπεριφορά του - δεν μπορεί να ελέγξει τα αισθήματα του και τα ξεσπάσματα του που είναι πολλές φορές έντονα καταλήγοντας στην χρήση βίας ή κατέρχεται σε κατάσταση μελαγχολίας η οποία μπορεί να τον οδηγήσει ακόμα και σε κατάθλιψη.

3. Αρχίζει και κατασκευάζει δικαιολογίες - προβλήματα τα οποία τις περισσότερες φορές είναι ψεύτικα ή τα περιγράφει πολύ πιο τραγικά από ότι είναι, και όλα αυτά για να βρει την δικαιολογία να πει.

4. Συνεχίζει να πίνει αν και βλέπει ότι θα μεθύσει. Είναι χαρακτηριστική η αδυναμία του να ελέγξει την ποσότητα που πίνει.

Αυτή η περίοδος, όπως και το 3ο στάδιο, είναι η πιο δύσκολη περίοδος για το άτομο, για να προσεγγιστεί και να βοηθηθεί. Δεν θέλει να δεχθεί ότι αυτός θα πάθει ότι και κάποιος άλλος, πιστεύει ότι είναι πιο δυνατός. Συνεχώς δε, αυξάνει η πίστη του ότι όλοι οι άλλοι φταίνε για το πρόβλημα του εκτός από αυτόν.

Στο πρώτο στάδιο, μαζί με την εξέλιξη της ασθένειας το άτομο, χωρίς να το αντιληφθεί στην αρχή, αρχίζει σταδιακά να περιθωριοποιεί τον εαυτό του. Ο κάθε εξαρτημένος, στην αρχή καλύπτει την εξάρτηση μέσα από την συμμετοχή του σε διάφορες οικογενειακές ή κοινωνικές εκδηλώσεις. Οι μεταβολές στην αρχή της συμπεριφοράς του καλύπτονται εύκολα με διάφορες δικαιολογίες, όμως όσο η εξάρτηση εξελίσσεται, αυξάνει ταυτόχρονα τη συχνότητα των λήψεων αλλά και την ποσότητας αλκοόλ που καταναλώνει, με αποτέλεσμα να χρειάζεται περισσότερο

οινόπνευμα για να διατηρεί σταθερό το επίπεδο της επίδρασής του στην συναισθηματική του κατάσταση.

Η κατάστασή του αυτή οδηγεί σε συνεχείς αναβολές των υποχρεώσεων του, κυρίως αυτών που έχουν άμεση σχέση με συγκεκριμένες ώρες, καθώς δεν μπορεί να γνωρίζει σε ποια κατάσταση θα ευρίσκεται εκείνη την συγκεκριμένη ώρα, δηλαδή εάν θα είναι πολύ ή λίγο μεθυσμένος ή θα κοιμάται εξαιτίας της μέθης.

Σε αυτό το στάδιο της περιθωριοποίησης αρχίζει να μην μπορεί να είναι συνεπής και στον εργασιακό χώρο. Είναι το χρονικό διάστημα που αρχίζουν οι αδικαιολόγητες απουσίες από την εργασία ή τις σπουδές του. Το ίδιο συμβαίνει και με τις οικογενειακές εξόδους ή λοιπές κοινωνικές υποχρεώσεις (Αλυσσανδράκης, 2002).

- ***B' ΣΤΑΔΙΟ***

Το Β' στάδιο Αλκοολισμού αρχίζει επίσημα πλέον η ολοκληρωτική εξάρτηση από το αλκοόλ. Αυτό είναι πλέον ο ρυθμιστής των πάντων στη ζωή του αλκοολικού. Οτιδήποτε και να κάνει έχει άμεση σχέση με την λήψη οινοπνεύματος: η σκέψη, η εργασία, η διατροφή, ακόμα και η συμμετοχή του σε οποιαδήποτε εκδήλωση. Οι αλλαγές που εμφανίζονται παρατίθενται μεταξύ άλλων παρακάτω:

1. Αυξάνει την ποσότητα του αλκοόλ ή την περιεκτικότητα σε οινόπνευμα ή για οικονομικούς λόγους χρησιμοποιεί αναμίξεις ποτών. Αυτό συμβαίνει διότι με τον καιρό ο αλκοολικός αποκτά αντοχές στην ποσότητα του αλκοόλ. Έτσι δημιουργεί την ψευδή εντύπωση στον περίγυρο ότι δεν υπάρχει πρόβλημα εξάρτησης καθώς ο χρήστης δεν μεθά, άρα δεν αντιμετωπίζει κάποιο πρόβλημα.
2. Σε πιο προχωρημένη κατάσταση είναι πιθανό να χρησιμοποιήσει ναρκωτικά ή ηρεμιστικά χάπια σε συνδυασμό με αλκοόλ. Φυσικά η χρόνια χρήση αυτών των συνδυασμών επιταχύνει την εξέλιξη της νόσου.
3. Οι αλλαγές στην συμπεριφορά του αυξάνονται και επιδεινώνονται, περνώντας συνήθως από την απομόνωση, σε εκδηλώσεις βίας προς τα ασθενέστερα του οικογενειακού περιβάλλοντος. Σημαντικό ρόλο σε όλη την επιδείνωση παίζουν τα κενά μνήμης αλλά και οι μεγάλες χρονικές περίοδοι σύγχυσης και αδυναμίας πραγματικής επαφής με το περιβάλλον.
4. Διαταραχή στις σχέσεις με τα παιδιά. Η κατάσταση αυτή είναι πολύ δυσάρεστη και τραυματική για τα παιδιά της οικογένειας του αλκοολικού.

5. Τάσεις προς έμετο σε συνδυασμό με πιθανό υποσιτισμό σταδιακά οδηγούν τον αλκοολικό σε απώλεια βάρους.

6. Μείωση του ανοσοβιολογικού συστήματος και αρκετών ακόμα βλαβών σε όλα σχεδόν τα ζωτικά όργανα.

Όλοι σιγά -σιγά, αρχίζουν και τον εγκαταλείπουν, εξαιτίας της αλλοπρόσαλλης συμπεριφοράς και των ανυχολόγητων αντιδράσεων του. Αποτέλεσμα, να ψάχνει για νέους φίλους, προτιμώντας επιλεκτικά να είναι επίσης εξαρτημένοι, έτσι ώστε να έχουν ένα κοινό σημείο που τους ενώνει, την εξάρτηση από το αλκοόλ, παράγοντας τόσο ισχυρός που ισοπεδώνει όποιες ταξικές, επαγγελματικές ή ηλικιακές διαφορές. Επιπλέον σε αυτές τις παρέες κανείς δεν του λέει τι να κάνει, να μην πίνει και όλοι τελικά συμφωνούν μαζί του, ότι για όλα αυτά που τους συμβαίνουν φταίνε κάποιοι άλλοι και ποτέ αυτοί οι ίδιοι.

Αυτές οι αλλαγές μεταφέρονται και στο σύνολο της οικογένειας, με προβλήματα που ο πρώτος αποδέκτης είναι η/ ο σύζυγος. Κατά δεύτερο λόγο στα παιδιά, ειδικά εάν αυτά βρίσκονται σε ηλικία άνω των 5 ετών και με σοβαρότερα προβλήματα όσο τα παιδιά είναι μεγαλύτερα.

Διαμορφώνεται και παγιώνεται λοιπόν, ένας νέος τρόπος ζωής για τον αλκοολικό, ο οποίος είναι προσαρμοσμένος στις απαιτήσεις και τους περιορισμούς οι οποίοι προκαλούνται και επιβάλλονται από αυτήν την ίδια την εξάρτηση.

Η επόμενη φάση η οποία ολοκληρώνει το στάδιο αυτό, είναι η χρονική στιγμή που αρχίζουν να φαίνονται τα αποτελέσματα της κοινωνικής περιθωριοποίησης, την οποία προκαλεί άθελα του ο ίδιος με την όλη στάση του. Μερίδιο ευθύνης έχουν ο/ η σύζυγος αλλά και όλοι οι άλλοι που έως τώρα συγκάλυπταν και συγκάλυπτον το πρόβλημα.

Αυτή η διαμόρφωση της όλης κατάστασης είναι και η αρχή της τελειωτικής χαριστικής βολής όχι μόνο κατά του αλκοολικού αλλά και κατά της οικογένειας του. Υποχρεώνεται πλέον η οικογένεια να περιθωριοποιηθεί, ή να εγκαταλείψει τον αλκοολικό. Άρα η οριστική εγκατάλειψη και χωρισμός είναι αποτέλεσμα αφενός μεν του αδύνατου της συμβίωσης μαζί του, αλλά και του καταλυτικού ρόλου της επίδρασης της κοινωνικής περιθωριοποίησης κατά του αλκοολικού (Αλυσσανδράκης, 2002).

- **Γ' ΣΤΑΔΙΟ**

Το Γ' στάδιο Αλκοολισμού δεν έχει ουσιαστικές διαφορές από το Β'. Πρόκειται για την ίδια σε γενικές γραμμές κατάσταση αλλά σε πιο βαριά μορφή. Υπάρχουν βασικά σημεία τα οποία δίνουν ενδείξεις για την είσοδο στο τρίτο στάδιο.

1. Ο αλκοολικός με την παραμικρή ποσότητα αλκοόλ περιέρχεται σε κατάσταση μέθης αλλά συνεχίζει να πίνει. Το πρόβλημα του είναι πλέον μια ακόρεστη δίψα για αλκοόλ η οποία συνήθως τον φέρνει στα όρια της αναισθησίας.

2. Δεν τον ενδιαφέρει καθόλου το είδος του ποτού φθάνοντας εάν δεν έχει άλλη λύση στο να πίνει ότι μπορεί να φανταστεί κανείς.

3. Δεν τον ενδιαφέρει καθόλου η εξωτερική του εμφάνιση. Χαρακτηριστικό εξωτερικό γνώρισμα είναι η μεγάλη απώλεια βάρους καθώς ο αλκοολικός υποσιτίζεται. Οι βλάβες στον οργανισμό είναι πλέον εμφανείς, η κατάσταση της υγείας του πιθανόν να μην είναι αναστρέψιμη. Ζει τον φόβο της έλλειψης του αλκοόλ από την καθημερινότητά του. Επίσης, γίνονται και άλλες αλλαγές στην προσωπικότητα του, εκ των οποίων δυο είναι οι σημαντικότερες α) η χαμηλή αυτοεκτίμηση και β) η αύξηση της ιδιοτέλειας.

α) Η χαμηλή αυτοεκτίμηση: Η κάθε νέα λήψη αλκοόλ γίνεται για να ξεχαστούν έστω και για λίγο τα προβλήματα που πιστεύει ότι έχει. Θεωρεί ότι την επόμενη μέρα θα είναι πιο ξεκούραστος και δυνατός για να μπορέσει να τα αντιμετωπίσει. Έτσι δημιουργείται ένας φαύλος κύκλος γιατί η νέα μέθη φέρνει νέα μελαγχολία και η κάθε νέα κατάθλιψη την επόμενη μέθη. Συγχρόνως όμως με αυτό το αδιέξοδο γίνεται και η γενική αλλαγή στην λοιπή προσωπικότητα του αλκοολικού, με άμεσο ορατό αποτέλεσμα την μείωση της αυτοεκτίμησης, η οποία δημιουργεί μειωμένη θέληση παρουσιάζοντας στις ενέργειες και τις πράξεις του έντονη δειλία. Αυτή είναι η χρονική στιγμή που πρέπει το άμεσο περιβάλλον του εξαρτημένου ατόμου να αναλάβουν σοβαρή πρωτοβουλία καθώς ο ίδιος είναι αδύνατο να αντιδράσει.

β) Η αύξηση της ιδιοτέλειας: Καθοδηγούμενος από τους περιορισμούς της εξάρτησης, ο εξαρτημένος αυξάνει την προσπάθεια του για την όσο το δυνατόν μεγαλύτερη προς ίδιον όφελος, εκμετάλλευση των ανθρώπων. Δεν τον ενδιαφέρει αν είναι του άμεσου ή έμμεσου περιβάλλοντος. Το χειρότερο ίσως εμφανίζεται όταν η εξάρτηση έχει ισοπεδώσει κυριολεκτικά τον εξαρτημένο και περιέρχεται σε κατάσταση αυτολύπησης.

Οι προσπάθειες αυτολύπησης ολοκληρώνουν την εξαθλίωση και ταπείνωση του, δυστυχώς χωρίς αυτός να το αντιλαμβάνεται με αποτέλεσμα να μην καταβάλει καμία προσπάθεια για να το αλλάξει. Όλα γίνονται με ένα βασικό στόχο, την μετάθεση της ευθύνης για το πρόβλημα του στους άλλους, με αποτέλεσμα την αυτοαθώωσή του. Με αυτόν τον τρόπο απαλλάσσεται από τις τύψεις και τις ενοχές για να επιστρέψει «δικαιωμένος» όσο πιο γρήγορα μπορεί, σε νέα χρήση αλκοόλ με κατάληξη την μέθη. Η αυτολύπηση δεν γίνεται συνειδητά από τον κάθε αλκοολικό αλλά σαν το τελευταίο μέσο για να πείσει τους γύρω του, ότι ο μόνος που τελικά δεν φταίει για αυτήν την κατάσταση είναι ο ίδιος. Ο εξαρτημένος δεν είναι ικανός να αντιληφθεί την κατάσταση του, καθώς όλα αποτελούν μέρος της εικονικής δικής του πραγματικότητας. Η φανταστική δική του πραγματικότητα προέρχεται από την αδυναμία του να συμμετέχει στην φυσιολογική ζωή καθώς αυτός ο ίδιος έχει συνδέσει το καθετί στη ζωή του με την χρήση αλκοόλ (Αλυσσανδράκης, 2002).

5. ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Το άτομο που κάνει ολοένα και αυξανόμενη χρήση αλκοόλ, οδηγείται σε ολέθριες για την υγεία του συνέπειες. Στις περίπτωση κατάχρησης, το άτομο παρουσιάζει συμπτώματα σωματικά και ψυχολογικά, γνωστά ως μέθη. Οι σωματικές ενδείξεις της μέθης είναι η ερυθρότητα του προσώπου, η συγκεχυμένη ομιλία, η αστάθεια στις κινήσεις ή η αδυναμία συντονισμού των κινήσεων, κ.α. Ένα άλλο χαρακτηριστικό της μέθης είναι η άρση των αναστολών του ατόμου. Έτσι μπορεί να εμφανιστεί πολύ έξυπνο, κοινωνικό και υπερκινητικό με οξυμένη ικανότητα σκέψης, αλλά όσο προχωρά η κατανάλωση γίνεται μελαγχολικό, εσωστρεφές και τελικά μπορεί ακόμα και να χάσει τις αισθήσεις του.

Η μέθη είναι επίσης συχνά υπεύθυνη για εγκληματικές συμπεριφορές. Από σοβαρή κατάχρηση αλκοόλ μπορεί να προκληθεί θάνατος του χρήστη, κυρίως από καταστολή των αναπνευστικών κέντρων ή από αναρρόφηση εμετού.

Στις επιπτώσεις από τη χρόνια κατάχρηση συγκαταλέγονται επίσης και η προσβολή του ήπατος, του παγκρέατος, του πεπτικού σωλήνα, παθήσεις του καρδιαγγειακού συστήματος, των οστών του κεντρικού νευρικού συστήματος, των μυών, του αίματος και του ενδοκρινικού συστήματος.

Η κατάχρηση οινοπνεύματος είναι δηλαδή μια νόσος που προσβάλλει όλα τα όργανα του σώματος. Σε συνδυασμό με όλα τα παραπάνω, έρχονται να προστεθούν παθολογίες που πολύ συχνά σχετίζονται με την ελλειμματική κατάσταση της διατροφής των χρόνιων αλκοολικών, λόγω της μη ισορροπημένης διαίτας και την επίδραση της αιθανόλης στην απορρόφηση των λιπιδίων, των υδατανθράκων και βιταμινών. Η αιθανόλη επίσης κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι πιθανό να οδηγήσει σε σοβαρές επιπλοκές με γνωστότερη την νευρολογική διαταραχή γνωστή και ως εμβρυϊκό αλκοολικό σύνδρομο (Gemma, Vichi, Testai, 2006).

6. ΠΡΟΛΗΨΗ

Πρωταρχικό ρόλο στην πρόληψη διαδραματίζει η ενημέρωση. Το μεταδιδόμενο μήνυμα δίνει έμφαση στους κινδύνους και στις ολέθριες επιπτώσεις από τη χρήση και στόχευε στη δημιουργία συναισθημάτων φόβου και αντίδρασης. Οι πληροφορίες που περιελάμβαναν τα μηνύματα του τύπου αυτού ήταν τις περισσότερες φορές υπερβολικές, γεγονός που έχει ως συνέπεια την αμφισβήτηση της εγκυρότητας και της αξιοπιστίας τους, ιδιαίτερα από τους εφήβους, που τείνουν να τηρούν επικριτική στάση απέναντι σε ό,τι τους προβάλλεται ως επιβλαβές.

Αυτό σημαίνει η πληροφόρηση μπορεί να μην παρέχει ειδική γνώση στα άτομα για το θέμα, αλλά δεν θα επηρεάσει απαραίτητα τη συμπεριφορά του προς την επιθυμητή κατεύθυνση. Επίσης οι πληροφορίες που δεν λαμβάνουν υπόψη τα χαρακτηριστικά της ομάδας στην οποία θα απευθυνθούν, είναι πιθανόν να οδηγήσουν σε αντίθετα από τα επιδιωκόμενα αποτελέσματα. Αυτό σημαίνει ότι υπάρχει κίνδυνος να προκαλέσουν την περιέργεια τους και ίσως δημιουργήσουν και επιθυμία για δοκιμή.

Για να είναι η πληροφόρηση εκπαιδευτική, θα πρέπει να είναι άμεσα και συνεχώς συνδεδεμένη με τη διαπαιδαγώγηση του ατόμου. Η μέθοδος πληροφόρησης η οποία συστήνεται, για τον λόγο αυτό, είναι αυτή της συναισθηματικής προσέγγισης. Η συναισθηματική προσέγγιση, επικεντρώνεται στις αιτίες που συνδέονται με τον εκάστοτε εθισμό και όχι με την συμπεριφορά του εθισμένου κάθε αυτή (Κοκκέβη, 1988).

Οι αρχές σχεδιασμού και εφαρμογής συστηματικών προγραμμάτων πρόληψης συνοψίζονται ακολούθως:

- 1) Η επίγνωση των συνεπειών της χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών δεν σημαίνει πως κατ' ανάγκη θα αποτρέψει την χρήση τους.
- 2) Η πρόληψη αποτελεί μια σύνθετη και μακρόχρονη διαδικασία, η οποία αποτελείται από συνδυασμό ενεργειών και έχει ως στόχο την ανάδειξη και συνειδητοποίηση των βαθύτερων αιτιών της χρήσης.
- 3) Η πρόληψη δεν είναι αφορά μόνο το ειδικό επιστημονικό προσωπικό, αλλά απαιτεί την εμπλοκή όλων των θεσμών που συμβάλλουν στην κοινωνικοποίηση των νέων (οικογένεια, σχολείο, ευρύτερη κοινότητα).

4) Τα προγράμματα πρόληψης θα πρέπει να είναι προσαρμοσμένα στις ιδιαιτερότητες των πληθυσμιακών ομάδων στις οποίες απευθύνονται, λαμβάνοντας υπόψη τις ιδιαίτερες ανάγκες της καθεμιάς.

5) Τα προγράμματα πρόληψης για να είναι αποτελεσματικά θα πρέπει να εντάσσονται σε ένα πλαίσιο μακροπρόθεσμης πολιτικής.

Διάφορα τεστ δημιουργήθηκαν προκειμένου να βοηθήσουν στην πρόγνωση και την πρόληψη του αλκοολισμού. Ένα από αυτά είναι το τεστ AUDIT που αναφέρθηκε παραπάνω. Το Τεστ AUDIT θα βοηθήσει τον γιατρό να προσδιορίσει αν το εξεταζόμενο άτομο έχει υπερβολικά ποσοστά κατανάλωσης αλκοόλ, επικίνδυνα για την υγεία του ή εξάρτηση από το αλκοόλ ((Babor et al., 2001).

Το ερωτηματολόγιο AUDIT-C είναι μια συντομευμένη εκδοχή του Ερωτηματολογίου AUDIT από το οποίο και αντιγράφει τα τρία πρώτα ερωτήματα. Χρησιμεύει για τον εντοπισμό μιας επιβλαβούς χρήσης αλκοόλ, ή μιας χρήσης που θέτει σε κίνδυνο τη ζωή (Babor, et. al ,2001).

Το διαγνωστικό εργαλείο FAST παίρνει την ονομασία του από τα ακρονύμια του Fast Alcohol Screening Test (FAST) Πρόκειται για το πιο απλό τεστ που μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την επίτευξη του ελέγχου πόσης αλκοόλ που έχει φτάσει σε επικίνδυνα επίπεδα. Αποτελείται από τέσσερις ερωτήσεις που αναφέρονται παρακάτω. Ο αριθμός που βρίσκεται δίπλα από κάθε απάντηση πρόκειται για τη βαθμολογία της συγκεκριμένης απάντησης.

Το ερωτηματολόγιο CAGE πήρε την ονομασία του από τα ακρονύμια των λέξεων στην αγγλική γλώσσα, Cut, Annoyed, Guilty, Eye-opener, που συμπεριλαμβάνονται στις τέσσερις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου που απευθύνεται σε εθισμένους στο αλκοόλ ασθενείς και πρόκειται για ένα απλό και ελεγχόμενο διαγνωστικό εργαλείο που χρησιμοποιείται για τη διάγνωση του αλκοολισμού, μέσω της συνέντευξης με τον ασθενή (Dervaux et al., 2006).

7. ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Πολλοί γιατροί προσφέρουν ελάχιστη βοήθεια στους αλκοολικούς, γιατί πιστεύουν ότι είναι δύσκολο, αν όχι αδύνατο, να προκληθεί οποιαδήποτε μόνιμη αλλαγή από μια σύντομη συνέντευξη γι' αυτό και παραπέμπουν τους αλκοολικούς ασθενείς στο καταλληλότερο θεραπευτικό πρόγραμμα.

Σε αυτά τα προγράμματα είναι αναμειγμένοι ψυχίατροι, ψυχολόγοι και κοινωνικοί λειτουργοί που δίνουν φάρμακα, συμβουλές και υποστήριξη. Στο νοσοκομείο, η καθολική αποχή από το ποτό είναι σχεδόν πάντα κανόνας και η θεραπεία περιλαμβάνει φάρμακα για την καταπολέμηση της αποστέρησης και της κατάθλιψης, ομαδική θεραπεία, η οποία φροντίζει ώστε ο αλκοολικός να βρίσκεται αντιμέτωπος με το πρόβλημα του, καθώς και συνεχή ψυχοθεραπεία από ψυχίατρο ή ψυχολόγο.

Η θεραπεία αυτή δεν συνίσταται μόνο στην αντιμετώπιση των σωματικών επιπλοκών, αλλά πρέπει να περιλαμβάνει και την αποτοξίνωση, δηλαδή την θεραπευτική αντιμετώπιση της εξάρτησης από το οινόπνευμα.

Για την επίτευξη του παραπάνω, διατυπώνονται οι ακόλουθοι επιμέρους στόχοι:

- 1) **Η αποδοχή της θεραπευτικής αγωγής.** Η στάση του γιατρού που κάνει την διάγνωση πρέπει να είναι ρεαλιστική, χωρίς απόρριψη ούτε ηθικολογίες, αρκετά θετική για να βοηθήσει τον ασθενή να συνειδητοποιήσει την κατάσταση του και αρκετά υπομονετική για να αντέξει τις μεταπτώσεις της μακρόχρονης θεραπευτικής αγωγής. Κατά τη διάρκεια της θεραπείας, οι υποτροπές είναι σχεδόν αναπόφευκτες στην αρχή και δεν πρέπει να οδηγούν στην εγκατάλειψη του θεραπευτικού προγράμματος.

- 2) **Το σύνδρομο στέρησης.** Κατά την αρχική περίοδο μετά την διακοπή απαιτείται η συστηματική χορήγηση ηρεμιστικών. Κατά την διάρκεια αυτής της περιόδου (10 περίπου μέρες) γίνεται προσπάθεια ενισχύσεις των κίνητρων του αρρώστου με ενημέρωση του για τον αλκοολισμό και τις συνέπειες του, απενοχοποίηση, ερμηνεία των προσωπικών του προβλημάτων, ένταξη του ασθενούς σε ομαδική θεραπεία. Η παρέμβαση στο περιβάλλον του, πρέπει να επιχειρείται από αυτή την περίοδο, για να μειωθούν οι τυχόν αρνητικές στάσεις και να αποφευχθεί η ρήξη μέσα σε μια οικογένεια η οποία έχει οργανωθεί σε συνάρτηση με τον αλκοολισμό του ατόμου και πρέπει να βρει μια καινούργια ισορροπία.

3) Η θεραπεία αποστροφής. Μπορεί να επιχειρηθεί μετά το τέλος της περιόδου στέρησης της τοξίκωσης. Ως τεχνική αποστροφής μπορούμε να χρησιμοποιήσουμε την ολιγοήμερη αγωγή με πολλές ενέσεις απομορφίνης ημερησίως.

4) Αγωγή κατά την μετέπειτα περίοδο. Η αποχή πρέπει να είναι πλήρης και οριστική δεδομένης της αδυναμίας του αλκοολικού να ελέγξει την κατανάλωση οινοπνεύματος. Τα ηρεμιστικά και τα αντικαταθλιπτικά, σε μικρές δόσεις μπορεί να αποδειχθούν χρήσιμα για την αντιμετώπιση του άγχους και της ασθένειας, που είναι φαινόμενα εμφανιζόμενα συχνά κατά την περίοδο ανάρρωσης.

Η ψυχολογική υποστήριξη είναι απαραίτητη και περιλαμβάνει ατομικές συνεδρίες ή συμμετοχή σε θεραπευτικές ομάδες. Οι σύλλογοι Ανώνυμων Αλκοολικών μπορούν να παίξουν καθοριστικό ρόλο κατά την αναρρωτική περίοδο, παρέχοντας αποτελεσματική βοήθεια σε περίπτωση πιθανής υποτροπής. Η θεραπεία στις ομάδες αυτές, συνήθως, διαρκεί από τέσσερις εβδομάδες έως τρεις μήνες με συνεχιζόμενη βοήθεια στα εξωτερικά ιατρεία αμέσως μετά την έξοδο από το νοσοκομείο. Στις ομάδες αυτές, επιδιώκεται η συντήρηση των στόχων που τίθενται στο θεραπευτικό πρόγραμμα του νοσοκομείου. Στις ομάδες αυτές πρωταρχικός στόχος είναι η αποδοχή του προβλήματος εξάρτησης από το αλκοόλ. Οι αλκοολικοί καλούνται να υιοθετήσουν τις απόψεις «δεν πίνω σήμερα, αν δεν πω σήμερα δεν θα μεθύσω σήμερα» και «δεν θα πω ένα ποτό, δεν υπάρχει ένα. Υπάρχει το πρώτο και είμαι σίγουρος ότι θα ακολουθήσει το δεύτερο, τρίτο, τέταρτο, ένατο, μέχρι να μεθύσω».

Σύμφωνα με τον Ζαφειρίδη (1987), ο αλκοόλ ασκεί την ευφορική και αγχολυτική του δράση μέσω της δράσης του στις κεντρικές συνάψεις του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος. Η ουσία αυτή, δρα σε όλους τους γνωστούς υποδοχείς που έχουν εντοπιστεί στο κεντρικό νευρικό σύστημα. Υπάρχουν πειραματικές παρατηρήσεις που θεωρούν ότι η ντοπαμίνη παίζει ουσιαστικό ρόλο στις οξείες ενισχυτικές ιδιότητες του οινοπνεύματος. Άλλοι νευροδιαβιβαστές που φαίνεται ότι εμπλέκονται στις ενισχυτικές του δράσεις (σεροτονίνη και ενδογενή οπιοειδή), συμμετέχουν στα νευρωνικά κυκλώματα ανταμοιβής.

Βιολογικά φαινόμενα χαρακτηριστικά της εξάρτησης από το αλκοόλ, όπως η αντοχή, η φυσική εξάρτηση, το σύνδρομο στέρησης και οι συχνές υποτροπές, εμφανίζονται συνήθως μετά από χρόνια κατανάλωση αλκοόλ, ως αποτέλεσμα της προσαρμογής των κεντρικών συνάψεων του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος σε αυτή. Αυτό που συμβαίνει στην ουσία, είναι η απορρύθμιση των ενδογενών

νευρωνικών συστημάτων ανταμοιβής, συστήματα που διεγείρονται κατά τη λήψη ουσιών και προκαλούν ευφορία. Η απορρύθμιση των συστημάτων ανταμοιβής βασίζεται σε προσαρμοστικές αλλαγές του εγκεφάλου, οι οποίες αφορούν υποδοχείς φαρμάκων και νευροδιαβιβαστές που έχουν ως αποτέλεσμα την αντοχή, τα συμπτώματα του συνδρόμου στέρησης και τις υποτροπές.

Η κεντρική έννοια στο νευροφυσιολογικό μηχανισμό της εξάρτησης από το αλκοόλ είναι η ενίσχυση τόσο ως πρωτογενής (θετική ή αρνητική) όσο και ως δευτερογενής. Τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται στη θεραπεία των ασθενών για εξάρτηση από το αλκοόλ είναι η δισουλφιράμη, το καρβαμίδιο του ασβεστίου, η ναλτρεξόνη. Ειδικότερα, η δισουλφιράμη συνήθως προκαλεί αίσθημα αδιαθεσίας κατά την κατανάλωση αιθανόλης και η λογική της χρήσης της βρίσκεται πίσω από την παραδοχή, ότι η απειλή της ανεπιθύμητης αντίδρασης θα οδηγήσει στον περιορισμό της κατανάλωσης. Το καρβαμίδιο ενδέχεται να παρουσιάζει λιγότερες παρενέργειες. Η ναλτρεξόνη συνήθως μειώνει την διάθεση για κατανάλωση αλκοόλ, αναφορικά σε βαριά περιστατικά εξαρτημένων ατόμων. Η ακαμπροσάτη χρησιμοποιείται για να μειώσει την υπερδιεγερσιμότητα που δημιουργείται από το σύνδρομο στέρησης από το αλκοόλ καθώς και την ακαταμάχητη επιθυμία (Ζαφειρίδης, 1987).

Σε πλαίσια αποτοξίνωσης χρησιμοποιούνται και οι βενζοδιαζεπίνες. Παρόλ' αυτά δε συνιστάται η χρήση τους για συντήρηση λόγω της πιθανότητας ανάπτυξης της εξάρτησης. Άλλο ένα φάρμακο που προτάθηκε για την φαρμακευτική αντιμετώπιση του αλκοολισμού είναι το ανθρακικό λίθιο. Η χρήση του υποστηρίχθηκε από αποτελέσματα μελετών που υποδείκνυαν ότι το λίθιο μειώνει την έντονη επιθυμία για οινόπνευμα και την ευφορία που προκαλείται από αυτό. Παρόλ' αυτά, με μια προσεκτικότερη μελέτη της ερευνητικής βιβλιογραφίας πληροφορούμαστε για μελέτες που υποστηρίζουν ότι το λίθιο δεν ωφελεί περισσότερο από το εικονικό φάρμακο. Πλέον συνταγογραφείται όταν γίνει φανερό ότι η εξάρτηση από το αλκοόλ είναι δευτεροπαθής ή συνυπάρχει με διπολική διαταραχή.

Από τη δεκαετία του 1980, ο βελονισμός αποτελεί συμπληρωματική θεραπευτική προσέγγιση στην αντιμετώπιση της απεξάρτησης από το αλκοόλ, σε οργανωμένα κέντρα του εξωτερικού. Στις ΗΠΑ περισσότερα από 300 τέτοια κέντρα επιδοτούνται από κρατικούς φορείς, ενώ από το 1988 συστήθηκε ειδική επιστημονική εταιρία (National Acupuncture Detoxification Association) με σκοπό την μελέτη, την ερμηνεία και την εφαρμογή στην καθημερινή ιατρική πρακτική, των πρωτοκόλλων βελονισμού.

Η έκκριση των ενδογενών οπιοειδών πεπτιδίων όπως των ενδορφινών και των εγκεφαλινών μπορεί εν μέρει να ερμηνεύσει τη δράση του βελονισμού στην απεξάρτηση από το αλκοόλ. Επειδή όμως μια μόνο θεραπευτική μέθοδος είναι καταδικασμένη σε αποτυχία μόνο θεραπευτική μέθοδος είναι καταδικασμένη σε αποτυχία να δε συνδυασθεί και με άλλες τεχνικές ιδιαίτερα σε ένα σύνθετο νόσημα με σημαντικές κοινωνικές επιρροές και ψυχικές επιπτώσεις η μεμονωμένη εφαρμογή του βελονισμού σε ιδιωτικά ιατρεία αποφεύγεται. Στον αλκοολισμό κατά την παραδοσιακή κινέζικη ιατρική, θεωρείται ότι πάσχει το σύστημα Στομάχου - Σπλήνα και Ήπατος - Χοληδόχου κύστης.

Έτσι επιλέγονται σημεία που ανήκουν στους Μεσημβρινούς των παραπάνω οργάνων όπως H3, H13, H14XK34, Σ36, καθώς και σημεία που ανήκουν στους Μεσημβρινούς της καρδιάς και του Περικαρδίου, όπως K7, Περ6 που έχουν έντονη κατευναστική δράση του αυτιού προκειμένου να περιορίσουν τα στερητικά συμπτώματα που εμφανίζονται τις πρώτες ώρες μετά τη διακοπή της λήψης του αλκοόλ.

Β΄ ΜΕΡΟΣ

1. ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ

Όταν τα άτομα είναι ήδη χρήστες αλκοόλ ή άτομα με οξεία έναρξη μιας κατάχρησης ή και όσοι νοσηλεύονται για κάποια σωματική πάθηση και εμφανίζουν συμπτωματολογία εξαρτημένου ατόμου, με σκοπό την λήψη άμεσης βοήθειας έρχονται σε επαφή με έναν νοσηλευτή.

Οι νοσηλευτές, είναι συχνά αυτοί, οι οποίοι είναι καλύτερα ενημερωμένοι για την κατάσταση των χρηστών, για οποιαδήποτε προβλήματα αντιμετωπίζουν στην περίθαλψη τους, καθώς επίσης και για άλλους παράγοντες που πιθανόν να επηρεάσουν αρνητικά την υγεία τους. Διαθέτοντας όλη αυτή την απαραίτητη πληροφόρηση, σε συνδυασμό με την εκπαιδευτική τους κατάρτιση και λαμβάνοντας υπόψη τους διαθέσιμους πόρους της μονάδας, λειτουργούν ως συνήγοροι σχετικά με τις ανάγκες των εξαρτημένων αυτών ατόμων καθώς και των οικογενειών τους και αποτελούν τον συνδετικό κρίκο των πασχόντων με το υπόλοιπο σύστημα της υγειονομικής περίθαλψης (Σαρρής, 2001).

Ο νοσηλευτής οφείλει πρώτα απ' όλα να παρέχει εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα όντας εκ των προτέρων ενημερωμένος σχετικά με την υποκειμενική και συναισθηματική εμπειρία της εξάρτησης και των επιπλοκών της από το ίδιο το άτομο που φροντίζει. Οι νοσηλευτές συχνά ασκούν το ρόλο του μεσολαβητή μεταξύ του ιατρού και του εξαρτημένου ατόμου καθώς χρησιμοποιούν αφενός την ιατρική ορολογία και έκφραση και αφετέρου την υποκειμενική και προσωπική έκφραση και εμπειρία του χρήστη.

Από τους βασικούς ρόλους των νοσηλευτών είναι η διερεύνηση για την ύπαρξη ή όχι οικογενειακών και κοινωνικών σχέσεων και στην περίπτωση ύπαρξής τους, στη διατήρηση και σύσφιξη τους. Στην ολιστική νοσηλευτική αντιμετώπιση του χρήστη εθιστικών ουσιών, επιτάσσεται να υπάρχει επικοινωνία με ευγένεια, με διάθεση συνεργασίας, με προσπάθεια για συζήτηση, με γνήσιο ενδιαφέρον και πάνω απ' όλα με ένδειξη ειλικρίνειας προς τον χρήστη για να υπάρξει και από την αντίθετη πλευρά η ίδια ειλικρινής στάση. Η συνείδηση από πλευράς του νοσηλευτή ότι αντιμετωπίζει έναν άνθρωπο και όχι ένα ασθενές όν, τον καθιστά αρτιότερο επαγγελματία και αποτελεσματικότερο στις προσπάθειές του. Έτσι γίνεται ευκολότερο και το πρακτικό

μέρος της νοσηλείας καθώς ανιχνεύονται έγκαιρα τα πρόδρομα σημεία-συμπτώματα πιθανών υποτροπών, δεδομένου ότι ο νοσηλευτής λόγω της συνεχούς επαφής με το άτομο αναγνωρίζει κάθε φάση της κατάστασής του. Οι κανόνες δεοντολογίας του επαγγέλματος δεν χωρούν επιπλέον ρατσιστικές τάσεις και συμπεριφορές και επιβάλλουν ισότιμη αντιμετώπιση ανεξάρτητα από το φύλο, την καταγωγή, τις πεποιθήσεις, τη θρησκεία του κ.ο.κ. Αυτό ενισχύει την συνεχή παροχή φροντίδας (κλινικής, νοσηλευτικής, θεραπευτικής) στον εξαρτημένο είτε στο νοσοκομείο είτε στην κοινότητα (Παπαγεωργίου - Βασιλοπούλου, 2005).

2. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Ένας από τους ρόλους του νοσηλευτή είναι η αναγνώριση όσων κάνουν χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών, η έγκαιρη διάγνωση του προβλήματος, η αποτελεσματική θεραπεία στον ελάχιστο δυνατό χρόνο νοσηλείας και η προσπάθεια αποφυγής περαιτέρω παθολογικών επιπτώσεων.

Το να ενταχθεί κάποιος στο ρόλο του χρήστη μιας εθιστικής ουσίας είναι μια σύνθετη και επίπονη διαδικασία προσαρμογής αφενός στην προσωπική του κατάσταση και αφετέρου στο περιβάλλον. Η προσπάθεια αποδοχής της εξάρτησης από μέρους του χρήστη και η συμφιλίωση του με αυτή συνοδεύεται από μια εσωτερική πάλη, η οποία εξωτερικεύεται με πληθώρα συναισθηματικών εκδηλώσεων και καθιστά την προσπάθεια μείωσης της έντασης των εκδηλώσεων αυτών από την πλευρά του κοινοτικού νοσηλευτή ως ένα ιδιαίτερα δύσκολο και πολύπλοκο έργο. Το είδος της εξάρτησης και η γενική κατάσταση της υγείας του ατόμου επιδρά σημαντικά στην διαμόρφωση ενός ορισμένου τύπου σχέσης μεταξύ του νοσηλευτή και του εθισμένου ατόμου (Παπαγεωργίου – Βασιλοπούλου, 2005).

Ο νοσηλευτής είναι αυτός που θα βοηθήσει τόσο τον ασθενή όσο και την οικογένειά του να κατανοήσουν αρκετά πράγματα για το τι είναι εξάρτηση. Συχνά οι οικείοι νομίζουν πως η κατάσταση του ανθρώπου τους είναι αδυναμία του, ελάττωμα που θα μπορούσε να κόψει αν ήθελε, αν τους αγαπούσε λίγο ή περισσότερο. Κύριο μέλημα του νοσηλευτή είναι η σωστή πληροφόρηση, ώστε να τους βοηθήσει να πληγώνονται λιγότερο από την συμπεριφορά του εξαρτημένου, όταν γνωρίζουν και έτσι παραδεχτούν την παθολογική του κατάσταση. Η γνώση ότι το εξαρτημένο άτομο είναι σωματικά, ψυχικά και πνευματικά άρρωστο θα τους βοηθήσει να καταλάβουν τι ακριβώς συμβαίνει.

Εξίσου σημαντική είναι και η προσπάθεια του νοσηλευτικού προσωπικού να παρέχει συναισθηματική στήριξη στην οικογένεια, προτρέποντας την να λάβει βοήθεια από ειδικές ομάδες στήριξης και να έρθει σε επαφή με άλλες οικογένειες που αντιμετωπίζουν το ίδιο πρόβλημα ή το αντιμετώπιζαν και κατάφεραν να το ξεπεράσουν. Αν η οικογένεια κατορθώσει να στηριχθεί ικανοποιητικά τότε μόνο θα καταφέρει να στηρίξει και το εξαρτημένο άτομο. Η σωστή πληροφόρηση και παροχή πληροφοριών, καθώς και η παροχή συναισθηματικής στήριξης από τους κοινοτικούς νοσηλευτές θα βοηθήσουν αλκοολικό και την οικογένεια του, διαμέσου της

υποστηρικτικής τους σχέσης, να αναζητήσουν νέους τρόπους αντιμετώπισης των προβλημάτων της ζωής τους και να σκεφτούν μαζί δημιουργικές λύσεις για τα προβλήματα αυτά (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 2011).

Οικογένεια και φιλικό περιβάλλον παίζουν σπουδαίο ρόλο στην κινητοποίηση του χρήστη. Οι οικείοι συμμετέχουν στην εξάρτηση, συμπεριφέρονται όπως το εξαρτημένο άτομο, χρειάζονται αυτοί πρώτα βοήθεια για να βοηθήσουν τον άνθρωπο τους. Η σωστή πληροφόρηση είναι σημαντική, τους βοηθά να πληγώνονται λιγότερο από την συμπεριφορά του εξαρτημένου γιατί παραδέχονται την παθολογική του κατάσταση (Παπαγεωργίου – Βασιλοπούλου, 2005).

3. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Μακροπρόθεσμος σκοπός της θεραπείας απεξάρτησης, είναι η διαρκής και σταθερή αποχή από τη χρήση αλκοόλ. Η μείωση της χρήσης της εκάστοτε εθιστική ουσία, η γενικότερη βελτίωση της λειτουργικότητας του ατόμου, η ελαχιστοποίηση τυχόν ιατρικών επιπλοκών και κοινωνικών επιπτώσεων που προκύπτουν εξαιτίας της χρήσης αποτελούν άμεσους, βραχυπρόθεσμους στόχους, έτσι ώστε μακροπρόθεσμα να επιτευχθεί η ίαση και επανένταξη του εξαρτώμενου.

Με το πέρασμα των χρόνων και την απόκτηση εμπειρίας σε θέματα απεξάρτησης, δημιουργήθηκαν ποικίλα προγράμματα θεραπείας. Τα βραχυπρόθεσμα προγράμματα έχουν το πολύ εξάμηνη διάρκεια και περιλαμβάνουν αγωγή εντός των θεραπευτικών κοινοτήτων με φάρμακα και θεραπεία επί εξωτερικής βάσης χωρίς φάρμακα.

Βασικός στόχος της θεραπείας απεξάρτησης με τη χρήση φαρμάκων, είναι η χορήγηση μιας ανάλογης ουσίας στον ασθενή, η οποία όμως να δημιουργεί λιγότερο έντονα συμπτώματα στέρησης. Έπειτα πολύ σταδιακά αποσύρεται και το φάρμακο υποκατάστασης που αρχικά χρησιμοποιήθηκε.

Στην περίπτωση που η εξάρτηση ταλαιπωρεί τα άτομα για μεγάλο χρονικό διάστημα και έχουν γίνει πολλές προσπάθειες απεξάρτησης στο παρελθόν, εκείνα, έχουν την ευκαιρία να δημιουργήσουν ευκολότερα μηχανισμούς συναισθηματικής προσαρμογής στην παρούσα προσπάθεια απεξάρτησης. Όταν αντίθετα η εξάρτηση εμφανίζεται αιφνίδια και το άτομο μπαίνει για πρώτη φορά στην διαδικασία της απεξάρτησης, η εκδήλωση των συμπτωμάτων και των επιπλοκών εκφράζεται με οξύτητα και ένταση και ο εξαρτημένος προκαταλαμβάνεται και αδυνατεί να προσαρμοστεί στην θεραπεία στον ελάχιστο δυνατό χρόνο.

Είτε στην μία είτε στην άλλη περίπτωση η νοσηλευτική φροντίδα επικεντρώνεται σε μια σειρά παρεμβάσεων που σαν βασικό σκοπό έχουν την ανεξαρτητοποίηση του εθισμένου ατόμου και την καλή λειτουργικότητα του (σωματική και ψυχική), τόσο στην οργάνωση της καθημερινότητας του όσο και στην ένταξη του στην ζωή μέσα στην κοινότητα. Με την βοήθεια του κοινοτικού νοσηλευτή πρέπει να ενισχυθεί ο γενικός ρόλος του ατόμου μέσα από το στάδιο της συμμόρφωσης που αναφέρεται στην αρχική συναίνεση του χρήστη να ακολουθήσει τις οδηγίες που θα του δοθούν, στο στάδιο της τήρησης τους όσον αφορά την τήρηση της αρχικής συμφωνίας κάτω από την επίβλεψη του προσωπικού υγείας και στο στάδιο της συντήρησης που στηρίζεται

στην ενσωμάτωση των ιατρονοσηλευτικών οδηγιών, στον τρόπο της ζωής του, προκειμένου να διατηρήσει την υγεία του ακόμη και όταν πάψει η παρακολούθηση του από τους επαγγελματίες υγείας (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 2011).

Ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας οφείλει να παρέμβει στη διαδικασία της αυτοφροντίδας της σωματικής υγιεινής του εθισμένου (στοματική, σωματική υγιεινή, οφθαλμολογικός έλεγχος κ.α.) και της καθαριότητας. Η προσπάθεια έναρξης της αυτοφροντίδας με οποιοδήποτε τρόπο είναι μεγάλης σημασίας καθότι το εξαρτημένο άτομο από το αλκοόλ έχει παγιδευτεί στο φαύλο κύκλο του εθισμού που δεν αφήνει χρόνο και περιθώρια για οτιδήποτε άλλο πέραν της επαναληπτικής διαδικασίας ανεύρεσης της απαιτούμενης δόσης. Είναι γενικά παραδεκτό πως οι χρήστες εθιστικών ουσιών έχουν σταματήσει να νοιάζονται ουσιαστικά για την ποιότητα της ζωής τους και έχουν ξεχάσει πλήρως τους κανόνες υγιεινής που πρέπει να διέπουν τη ζωή τους για να προασπίζεται η υγεία τους.

Εξίσου σημαντικό μέλημα από την πλευρά του νοσηλευτή, είναι η αυξημένη παρατηρητικότητα που πρέπει να τον διακατέχει σε ότι αφορά τα φάρμακα που χειρίζεται. Η ασφαλής αποθήκευση και διατήρηση των φαρμάκων πρέπει να απασχολεί όλους τους επαγγελματίες υγείας με τους οποίους έρχεται σε επαφή ένα εξαρτημένο από εθιστικές ουσίες άτομο.

Για την σωστή διασφάλιση των φαρμάκων η συνεχής αφύπνιση των νοσηλευτών είναι πρωταρχικής σημασίας διότι έτσι προστατεύεται και φρουρείται κατά ένα μεγάλο βαθμό η υγεία των ατόμων μέσα στις θεραπευτικές κοινότητες. Επιπλέον, όσον αφορά το μέρος των φαρμάκων ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας πρέπει να παρεμβαίνει στην τήρηση της φαρμακευτικής αγωγής του κάθε ατόμου και να φροντίζει για τη σωστή λήψη της. Η λανθασμένη λήψη, οι περικοπές ή ακόμα χειρότερα η διακοπή της λήψης των φαρμάκων που πρέπει να δίνονται μπορεί να οδηγήσει σε υποτροπές και σε οξέα επεισόδια κρίσεων (Σαρρής, 2001).

Επιβάλλεται επομένως τόσο η δέσμευση του ατόμου ότι θα λαμβάνει την φαρμακευτική αγωγή, όπως αυτή έχει οριστεί όσο και η συνεχής παρακολούθηση για την σωστή εφαρμογή της και η επαγρύπνηση τυχόν ανεπιθύμητων ενεργειών και φαρμάκων.

Μέσα στα πλαίσια του χώρου θεραπείας και φροντίδας του ασθενούς υπάρχουν πολλοί παράγοντες που επηρεάζουν κριτικά και με δραστικό τρόπο την ενεργητικότητα παθητικότητα, την συνεργασία και την αμοιβαία συμμετοχή του

ατόμου στην θεραπευτική διαδικασία. Η δράση του νοσηλευτή σε αυτή την περίπτωση έγκειται αρχικά στο να προσπαθήσει να ανακαλύψει το σύνολο των δεξιοτήτων που χαρακτηρίζουν το άτομο. Έπειτα ο κοινοτικός νοσηλευτής θα παρέμβει, στο να καλλιεργήσει και να αναπτύξει τις δεξιότητες αυτές, δίνοντας πάντα μεγάλη σημασία στις προτεραιότητες που θέτει κάθε φορά ο χρήστης και που μεταβάλλονται διαρκώς ανάλογα με την βελτίωση ή την επιδείνωση της κατάστασης του (Σαρρής, 2001).

Η ενίσχυση και βελτίωση των δεξιοτήτων του εθισμένου ατόμου θα βελτιώσουν την γενική λειτουργική του κατάσταση, θα θέσουν τις κατάλληλες ισορροπίες και θα βοηθήσουν τελικά μέσα από τις απλές καθημερινές δραστηριότητες, όπως διαχείριση χρημάτων, ατομική φροντίδα, διατροφή, διαβίωση, την ανεξαρτητοποίηση του.

Ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας είναι ο κατεξοχήν συμπαραστάτης του ατόμου σε αυτήν την δύσκολη προσπάθεια που κάνει, αλλά δεν θα μπορούσε να πετύχει ποτέ μια τέτοια δύσκολη σειρά πραγμάτων από μόνος του. Η συναισθηματική υποστήριξη μέσα από την παρουσία συγγενών, φίλων, και άλλων ειδικών της ομάδας επαγγελματιών ψυχικής υγείας αναμφίβολα ανακουφίζουν και εμψυχώνουν το άτομο και σε αυτήν την σύνδεση των σχέσεων, οφείλει να παρεμβαίνει ο κοινοτικός νοσηλευτής.

Η ηθική συμπαράσταση του ατόμου και η τόνωση της αυτοεκτίμησης του είναι πολύτιμο να έρθει κυρίως από οικεία για αυτόν άτομα, άτομα που γνωρίζει και που εμπιστεύεται για να του δώσουν και αυτά την ευκαιρία να προσπαθήσει και να νικήσει σε αυτό τον δύσκολο αγώνα της ανεξαρτητοποίησης του από μια εθιστική ουσία.

Ο αγώνας αυτός είναι σκληρός και επίπονος, για αυτό το λόγο οποιαδήποτε θετική προσπάθεια γίνεται από την πλευρά του ατόμου είναι πολύ βασικό να επιβραβεύεται. Οι παρεμβάσεις του νοσηλευτή έχουν σαν άξονα την επιβράβευση του «αγωνιστή», διότι μόνο έτσι θα μπορέσει να έχει αποτέλεσμα η θεραπευτική διαδικασία. Μέσα στα πλαίσια της νοσηλευτικής φροντίδας επομένως πρέπει να γίνεται παραχώρηση ευθυνών και πρωτοβουλιών στο άτομο για να κερδίζεται ολοένα και περισσότερο η εμπιστοσύνη του.

Σίγουρα θα υπάρχουν και στιγμές αποτυχίας αλλά ο νοσηλευτής μέσα από την εμπειρία του δεν πρέπει να αφήσει να καταβληθεί το άτομο αλλά να γίνει ακόμα πιο δυνατό. Η ανοικτή συζήτηση, η ανάληψη της πρωτοβουλίας για την οργάνωση ενός περιπάτου με το άτομο, η ανάληψη ευθύνης για την οργάνωση εξόδων στο πλαίσιο της κοινωνικοποίησης και της εξοικείωσης του, με το κοινωνικό και φυσικό περιβάλλον, χωρίς να νιώθει ότι εκτίθεται είναι κάτι που το έχει πραγματικά ανάγκη. Όσο θα

υπάρχει αυτή η υποστηρικτική σχέση θα αρχίσει να επανακτάται ευκολότερα η προσαρμοστικότητα, καθώς θα κατανοήσει τα προβλήματα που δημιουργήθηκαν με την εξάρτηση και θα είναι πια έτοιμος να σκεφτεί μαζί του δημιουργικές λύσεις (Παπαγεωργίου – Βασιλοπούλου, 2005).

4. ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Το μεγαλύτερο ποσοστό των χρηστών που εισέρχεται στα προγράμματα απεξάρτησης από εθιστικές ουσίες παρουσιάζει συμπτώματα ψυχοκινητικής ανησυχίας και αϋπνίας που είναι άλλωστε και χαρακτηριστικά του συνδρόμου στέρησης από τη χρήση αλκοόλ. Τα στερητικά συμπτώματα υποχωρούν με αποχή ημερών από τη χρήση της ουσίας, ενώ ηπιότερου τύπου συμπτωματολογία, ένα μείγμα από σωματικές και ψυχολογικές διαταραχές, παραμένει για αρκετές εβδομάδες. Το μεγαλύτερο ποσοστό των χρηστών έχει προβλήματα υγείας που προήλθαν από τη χρήση και προϋπήρχαν πριν εισέλθουν στην θεραπευτική κοινότητα.

Οι πάσχοντες αλκοολικοί από ηπατίτιδα Β και C έχουν προβλήματα με το ήπαρ και με το αμυντικό σύστημα του οργανισμού τους ενώ εξαιτίας της χρήσης ουσιών και φαρμάκων παρουσιάζονται συχνά σε μέλη της θεραπευτικής κοινότητας συμπτώματα φαρμακευτικής ηπατίτιδας. Σε ανάλογα ιστορικά με τη βοήθεια του νοσηλευτή γίνεται ηλεκτροεγκεφαλικός έλεγχος και όλες οι απαραίτητες αιματολογικές και βιοχημικές εξετάσεις (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 2011).

Στις περιπτώσεις θρομβοφλεβίτιδας δίνονται οι κατάλληλες αλοιφές για επανάληψη καθώς και οδηγίες για περπάτημα, ξεκούραση και ανάλογη γυμναστική. Επιπλέον ο νοσηλευτής παρεμβαίνει καθοδηγώντας το μέλος να ανυψώνει τα σκέλη όταν βρίσκεται ξαπλωμένο και να χρησιμοποιεί ελαστικές περικνημίδες (κάλτσες) όταν βρίσκεται όρθιο.

Σε ότι έχει να κάνει με νοσήματα του πεπτικού που είναι συνηθισμένα λόγω της χρήσης αλκοόλ, της κακής διατροφής το άγχος και τα άτακτα γεύματα, ο νοσηλευτής βοηθάει το μέλος της κοινότητας να τηρεί μία ισορροπημένη διατροφή, συνιστώντας του μικρά συχνά γεύματα, χορηγώντας του αντιόξινα φάρμακα και επιβλέποντας ανελλιπώς τη δίαιτα του.

Μία επιπλέον σημαντική κατηγορία προβλημάτων που έχουν να αντιμετωπίσουν οι νοσηλευτές είναι αυτή που σχετίζεται με τη στοματική υγιεινή. Εξαιτίας της χρήσης αλκοόλ δημιουργείται στα δόντια χημική απασβέστωση οφειλόμενη στη δράση ορισμένων οξεοπαραγωγών μικροβίων που αναπτύχθηκαν στο στόμα. Δίνεται επομένως έμφαση σε ότι αφορά τη στοματική υγιεινή μέσα από σειρά τακτικών προγραμματισμένων συνεδριών σε οδοντίατρο, κάτι που είναι αποκλειστικό μέλημα το νοσηλευτικού προσωπικού. Ακόμη δίνονται οι κατάλληλες οδηγίες για σωστό

δαιτολόγιο με σωστές ποσότητες ιόντων και βιταμινών, αποφυγή των γλυκισμάτων, σωστή περιποίηση και βούρτσισμα μετά από κάθε γεύμα.

Στη δεύτερη κατηγορία νοσημάτων ανήκουν όλα εκείνα τα νοσήματα που προϋπήρχαν βέβαια αλλά που άρχισαν να εμφανίζουν έντονα τα συμπτώματα τους στα άτομα από τη στιγμή που σταμάτησαν την χρήση ουσιών. Μυαλγίες, κράμπες και ημικρανίες συναντώνται αρκετά συχνά. Ο νοσηλευτής παρεμβαίνει κυρίως με τρόπους και μεθόδους μείωσης των συμπτωμάτων. Χορηγεί αναλγητικά, συνιστά ανάπαυση και προσπαθεί με κάθε εφικτό τρόπο να περιορίσει τον πόνο.

Παρουσιάζονται επίσης αρκετές περιπτώσεις δερματοπάθειας οι οποίες χρήζουν ιδιαίτερης προσοχής για τον περιορισμό της εξάπλωσης τους και την πλήρη εξαφάνισή τους. Με τη βοήθεια του νοσηλευτικού προσωπικού, εφαρμόζεται αυστηρή καθαριότητα, γίνεται βρασμός των κλινοσκεπασμάτων καθώς και ο κλιβανισμός τους και χρησιμοποιούνται ειδικά φαρμακευτικά σκευάσματα.

• **ΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑ**

Οι εργοθεραπευτικές παρεμβάσεις γίνονται μετά από αξιολόγηση και σχεδιασμό εξατομικευμένων προγραμμάτων που να ανταποκρίνονται στις ανάγκες του κάθε ατόμου. Οι κύριοι τομείς δραστηριότητας του εργοθεραπευτή είναι:

- Παροχή υπηρεσιών πρόληψης μέσα από προγράμματα παρέμβασης στην κοινότητα.
- Παροχή θεραπευτικές αντιμετώπισης-συμβουλευτικής υποστήριξης.
- Προγράμματα ομαδικής θεραπείας.
- Παροχή υπηρεσιών στο χώρο εργασίας και στο χώρο διαμονής των ασθενών.
- Παροχή υπηρεσιών στον τομέα της ψυχοκοινωνικής και εργασιακής αποκατάστασης.
- Παροχή συστηματικής εκπαίδευσης φοιτητών Εργοθεραπείας.

Γ' ΜΕΡΟΣ

ΕΡΕΥΝΑ - ΝΕΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΥ

1. CHOOSING THE RIGHT MEDICATION FOR THE TREATMENT OF ALCOHOLISM.(Pettinati HM, Rabinowitz AR., 2006)

In the past decade, scientists have made important progress toward understanding the neurobiology underlying an alcohol disorder. This knowledge has led to the development of promising pharmacotherapies that target the neural pathways involved in the brain's reward center in such a way that the usual treatment response (via counseling) is substantially improved upon. There are now four US Food and Drug Administration (FDA)-approved pharmacotherapies for the treatment of alcohol dependence: disulfiram (Antabuse; Odyssey Pharmaceuticals, East Hanover, NJ), oral naltrexone (ReVia; Barr Pharmaceuticals, Inc., Pomona, NY), acamprosate (Campral; Forest Laboratories, Inc., New York, NY), and, as of April 2006, an extended-release (30-day) injectable suspension formulation of naltrexone (Vivitrol; Alkermes, Inc., Cambridge, MA). Other types of medications (eg, topiramate and quetiapine) are currently under investigation for the treatment of alcohol dependence. Research also has provided insights into best practices for prescribing the available medications. This report reviews the latest innovations in pharmacotherapy for the treatment of alcohol dependence, focusing on FDA-approved medications presently available to the treatment community.

ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ

Κατά την τελευταία δεκαετία, οι επιστήμονες έχουν σημειώσει σημαντική πρόοδο προς την κατανόηση της νευροβιολογίας στην υποκείμενη διαταραχή αλκοόλ. Αυτή η γνώση έχει οδηγήσει στην ανάπτυξη υποσχόμενων φαρμακευτικών θεραπειών που στοχεύουν στις νευρικές οδούς που εμπλέκονται στο κέντρο ανταμοιβής του εγκεφάλου με τέτοιο τρόπο ώστε η συνήθης απάντηση στη θεραπεία (μέσω παροχής συμβουλών) να είναι ουσιαστικά βελτιωμένη. Υπάρχουν τώρα τέσσερις από την αμερικανική Υπηρεσία Τροφίμων και Φαρμάκων (FDA) φαρμακευτικές θεραπείες για τη θεραπεία της εξάρτησης από το αλκοόλ: Δισουλφιράμη (Antabuse Odyssey Pharmaceuticals, East Hanover, NJ), από του στόματος χορήγηση η ναλτρεξόνη (Revia

Barr Pharmaceuticals, Inc., Pomona, New York) ,η Acamprosate (Campral Forest Laboratories, Inc., New York, NY), και, τον Απρίλιο του 2006, μια εκτεταμένη αποδέσμευση (30 ημερών) με ενέσιμο σκεύασμα εναιωρήματος της ναλτρεξόνης (Vivitrol Alkermes, Inc., Cambridge, MA) . Άλλοι τύποι των φαρμάκων (π.χ., τοπιραμάτη και η κουετιαπίνη) βρίσκονται επί του παρόντος υπό έρευνα για την θεραπευτική αγωγή της εξάρτησης από το αλκοόλ. Η έρευνα επίσης έχει παράσχει γνώσεις σχετικά με τις βέλτιστες πρακτικές για τη συνταγογράφηση των διαθέσιμων φαρμάκων. Η παρούσα έκθεση εξετάζει τις τελευταίες καινοτομίες στη φαρμακοθεραπεία για τη θεραπεία της εξάρτησης από το αλκοόλ, εστιάζοντας σε εγκεκριμένα από την FDA φάρμακα που διατίθενται σήμερα στην κοινότητα για θεραπεία.

2. NALTREXONE AND NALMEFENE FOR ALCOHOL DEPENDENT PATIENTS (Rösner et al., 2010)

Alcohol dependence is a chronic disease, which can develop when alcohol is heavily used over longer periods of time. Alcohol affects various brain regions, including the opioid receptor system, which mediates euphoric and pleasurable effects of alcohol. By blocking alcohol effects at these receptors, the opioid antagonists naltrexone and nalmefene can reduce alcohol "liking" and "craving" and thus support alcohol dependent patients in cutting down their drinking. 50 studies with 7793 participants were included in the review, in most studies treatment was provided over a period of three months. The review shows that more patients who took naltrexone were able to reduce the amount and frequency of drinking than those who took an identical appearing, but inert substance (placebo). On average, one out of nine patients was helped by naltrexone. Naltrexone does not have serious side effects, but gastrointestinal symptoms like nausea, stomach pain and loss of appetite are common. Some patients also get tired from naltrexone. For injectable formulations of naltrexone, which can be advantageous for patients who have problems with taking their medication on schedule, and the second opioid antagonist nalmefene, the database is still too sparse to allow final conclusions. Nevertheless, the available studies indicate that these drugs might have comparable effects on drinking than oral naltrexone has. Naltrexone does not cause dependency and unlike disulfiram, another medicine that is

sometimes used to treat alcohol dependence, it does not make patients feel sick if they drink alcohol while taking it.

ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ

Η εξάρτηση από το αλκοόλ είναι μια χρόνια νόσος, που μπορεί να αναπτυχθεί όταν η αλκοόλη χρησιμοποιείται για μεγαλύτερες χρονικές περιόδους σε μεγάλο βαθμό. Το αλκοόλ επηρεάζει διάφορες περιοχές του εγκεφάλου, συμπεριλαμβανομένου του συστήματος οπιοειδούς υποδοχέα, ο οποίος επιφέρει επιδράσεις ευφορίας και ευχάριστης του αλκοόλ. Αναστέλλοντας τις επιδράσεις αλκοόλης σε αυτούς τους υποδοχείς, οι οπιοειδείς ανταγωνιστές ναλτρεξόνη και ναλμεφένη μπορούν να μειώσουν «ευχαρίστηση» και τη και «λαχτάρα» της αλκοόλη και έτσι να υποστηρίξει τους εξαρτώμενους ασθενείς στην αλκοόλης στο να την κόψουν. 50 μελέτες με 7793 συμμετέχοντες συμπεριλήφθηκαν στην ανασκόπηση, στις περισσότερες μελέτες αγωγής που παρασχέθηκαν σε μια περίοδο τριών μηνών. Η επισκόπηση δείχνει ότι περισσότεροι ασθενείς που έλαβαν ναλτρεξόνης ήταν σε θέση να μειώσουν το ποσό και τη συχνότητα της κατανάλωσης σε σύγκριση με όσους έλαβαν μια πανομοιότυπη αλλά αδρανή ουσία. Κατά μέσο όρο, ένας στους εννέα ασθενείς βοηθήθηκε από ναλτρεξόνη. Η ναλτρεξόνη δεν έχει σοβαρές παρενέργειες, αλλά συμπτώματα στο γαστρεντερικό, όπως ναυτία, πόνο στο στομάχι και απώλεια της όρεξης είναι κοινά. Μερικοί ασθενείς επίσης κουράζονταν από τη ναλτρεξόνη. Για ενέσιμα σκευάσματα ναλτρεξόνης, η οποία μπορεί να είναι ωφέλιμη για τους ασθενείς που έχουν προβλήματα με τη λήψη φαρμακευτικής αγωγής τους σύμφωνα με το χρονοδιάγραμμα, και η δευτέρα οπιοειδών ναλμεφένη ανταγωνιστής, η βάση δεδομένων είναι ακόμα πάρα πολύ μικρή για να επιτρέψει τελικά συμπεράσματα. Παρ'όλα αυτά, οι διαθέσιμες μελέτες δείχνουν ότι αυτά τα φάρμακα μπορεί να έχουν ανάλογα αποτελέσματα που έχει και η πόσιμη ναλτρεξόνη. Η ναλτρεξόνη δεν προκαλεί εξάρτηση και σε αντίθεση με δισουλφιράμη, ένα άλλο φάρμακο που μερικές φορές χρησιμοποιείται για τη θεραπεία της εξάρτησης από το αλκοόλ, δεν κάνει τους ασθενείς να αισθάνονται άρρωστοι, αν καταναλώνεται αλκοόλ ενώ χορηγείται.

3. EFFICACY AND SAFETY OF PHARMACOLOGICAL INTERVENTIONS FOR THE TREATMENT OF THE ALCOHOL WITHDRAWAL SYNDROME (Amato et al, 2011)

Alcohol abuse and dependence represents a very serious health problem worldwide with major social, interpersonal and legal interpolations. Pharmacological treatments presently used are of uncertain effectiveness and there is even more doubt on the comparative effects and value for money. Five reviews, 114 studies, 7333 participants, satisfied criteria for inclusions. The outcomes considered were alcohol withdrawal seizures, adverse events and dropouts. Comparing the five treatments with placebo, benzodiazepines performed better for seizures, three studies, 324 participants, RR 0.16 (95% CI 0.04 to 0.69), moderate quality of evidence. Comparing each of the five treatments versus specific class of drugs, benzodiazepines performed better than antipsychotics for seizures, 4 studies, 633 participants, RR 0.24 (95% CI 0.07 to 0.88) high quality of the evidence. Comparing different benzodiazepines and anticonvulsants among themselves, 28 comparisons, results never reached statistical significance but chlordiazepoxide performed better. The quality of evidence was high for 3% of the results, moderate for 28%, low for 48% and very low for 20%. Among the treatments considered, benzodiazepines showed a protective benefit gainst seizures, when compared to placebo and a potentially protective benefit for many outcomes when compared with antipsychotics. Nevertheless, no definite conclusions about the effectiveness and safety of benzodiazepines were possible, because of the heterogeneity of the trials both in interventions and in the assessment of outcomes. Data on potential harms are sparse and fragmented. Results do not provide sufficient evidence in favour of anticonvulsants for the treatment of AWS, but anticonvulsants seem to have limited side effects. There is also not enough evidence of effectiveness and safety of baclofen, because only one study consider this treatment and of GHB for which no strong differences were observed in the comparisons with placebo, benzodiazepines and anticonvulsants.

ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ

Η κατάχρηση αλκοόλ και η εξάρτηση αποτελεί ένα πολύ σοβαρό πρόβλημα υγείας παγκοσμίως με σημαντικές κοινωνικές, διαπροσωπικές και νομική παρεμβολές. Φαρμακολογικές θεραπείες που χρησιμοποιούνται σήμερα έχουν αβέβαιη αποτελεσματικότητα και υπάρχουν ακόμα αμφιβολίες σχετικά με τα συγκριτικά αποτελέσματα και την τιμή τους. Πέντε κριτικές, 114 μελέτες, 7333 συμμετέχοντες,

ικανοποιητικά κριτήρια για συμπεράσματα. Τα αποτελέσματα θεωρούνται οι επιληπτικές κρίσεις στέρησης αλκοόλ, οι ανεπιθύμητες ενέργειες και τα νύχια. Συγκρίνοντας τις πέντε θεραπείες με εικονικό φάρμακο, βενζοδιαζεπίνες καλύτερες επιδόσεις για επιληπτικές κρίσεις, τρεις μελέτες, 324 συμμετέχοντες, RR 0,16 (95% CI 0,04 - 0,69), μέτρια ποιότητα των αποδεικτικών στοιχείων. Συγκρίνοντας κάθε μία από τις πέντε θεραπείες έναντι ειδικής κατηγορίας φαρμάκων, βενζοδιαζεπίνες καλύτερες επιδόσεις από αντιψυχωσικά για επιληπτικές κρίσεις, 4 μελέτες, 633 συμμετέχοντες, RR 0,24 (95% CI 0,07 - 0,88) υψηλή ποιότητα των αποδεικτικών στοιχείων. Συγκρίνοντας διαφορετικές βενζοδιαζεπίνες και τα αντιεπιληπτικά μεταξύ τους, 28 συγκρίσεις, τα αποτελέσματα δεν ήταν στατιστικά σημαντική, αλλά χλωροδιαζεποξείδιο πραγματοποιήθηκε καλύτερα. Η ποιότητα των αποδεικτικών στοιχείων ήταν υψηλό για το 3% των αποτελεσμάτων, μέτρια για το 28%, χαμηλή για το 48% και το πολύ χαμηλό για το 20%. Μεταξύ των θεραπειών που λήφθηκαν υπ' όψιν, οι βενζοδιαζεπίνες έδειξαν ένα προστατευτικό όφελος κατά των επιληπτικών κρίσεων, σε σύγκριση με το εικονικό φάρμακο και δυνητικά προστατευτικό όφελος για πολλά αποτελέσματα σε σύγκριση με αντιψυχωσικά. Παρ' όλα αυτά, υπάρχουν σαφή συμπεράσματα σχετικά με την αποτελεσματικότητα και την ασφάλεια των βενζοδιαζεπινών ήταν δυνατόν, λόγω της ετερογένειας των δοκιμών, τόσο στις παρεμβάσεις και στην αξιολόγηση των αποτελεσμάτων. Τα δεδομένα σχετικά με τις πιθανές βλάβες που είναι λίγα και κατακερματισμένα. Τα αποτελέσματα δεν παρέχουν επαρκή αποδεικτικά στοιχεία υπέρ των αντισπασμωδικών για την αντιμετώπιση της AWS, άλλα αντιεπιληπτικά φαίνεται να έχουν περιορισμένες παρενέργειες. Επίσης, δεν είναι αρκετά τα αποδεικτικά στοιχεία για την αποτελεσματικότητα και την ασφάλεια των βακλοφαίνης, επειδή μόνο μία μελέτη εξετάζει αυτή τη θεραπεία και του GHB για τα οποία δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές στις συγκρίσεις με το εικονικό φάρμακο, βενζοδιαζεπίνες και αντισπασμωδικά.

4. THE PLACEBO EFFECT IN CLINICAL TRIALS FOR ALCOHOL DEPENDENCE: AN EXPLORATORY ANALYSIS OF 51 NALTREXONE AND ACAMPROSATE STUDIES, (Litten, et al 2013)

The placebo effect often undermines efforts to determine treatment effectiveness in clinical trials. A significant placebo response occurs in alcohol trials, but it is not well understood. The purpose of this study was to characterize the placebo response across

multiple naltrexone and acamprosate studies. Fifty-one trials, 3 with a naltrexone and an acamprosate arm, 31 with at least 1 naltrexone arm, and 17 with at least 1 acamprosate arm, were identified from Cochrane reviews and PubMed search. To be included in this study, patients had to be at least 18 years old, abstinent from alcohol before randomization, and meet a diagnosis of alcohol dependence. The placebo response for percent days abstinent was negatively correlated with mean age of participants ($r_s = -0.42$, $p = 0.05$) across naltrexone trials and positively correlated with publication year ($r_s = 0.57$, $p = 0.03$) across acamprosate trials. However, these two study characteristics were not significantly correlated with treatment effect size. The placebo response varied considerably across trials and was negatively correlated with the treatment effect size. Additional studies are required to fully understand the complex nature of the placebo response and to evaluate approaches to minimize its effects.

ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ

Το φαινόμενο του εικονικού φαρμάκου υπονομεύει συχνά τις προσπάθειες να προσδιοριστεί η αποτελεσματικότητα της θεραπείας σε κλινικές δοκιμές. Μια σημαντική απόκριση εικονικού φαρμάκου εμφανίζεται σε δοκιμές αλκοόλης, αλλά δεν είναι καλά κατανοητό. Ο σκοπός αυτής της μελέτης ήταν να χαρακτηρίσει την απόκριση εικονικού φαρμάκου σε πολλαπλές μελέτες naltrexone και acamprosate. Πενήντα μία δοκιμές ναλτρεξόνης και acamprosate, 3 με ναλτρεξόνη και με ένα μέρος acamprosate, 31 με τουλάχιστον 1 ναλτρεξόνη, και 17 με τουλάχιστον 1 μέρος acamprosate, ανιχνεύθηκαν από κριτικές Cochrane και από αναζήτηση του PubMed. Για να συμπεριληφθεί σε αυτή τη μελέτη, οι ασθενείς έπρεπε να είναι τουλάχιστον 18 ετών, αποχή από το αλκοόλ πριν από την τυχαία επολογή τους και να διαθέτουν μια διάγνωση της εξάρτησης από το αλκοόλ. Η απόκριση του εικονικού φαρμάκου για επί τοις εκατό ημέρες εγκράτειας σχετίστηκε αρνητικά με τη μέση ηλικία των συμμετεχόντων ($r_s = -0.42$, $p = 0,05$) στις μελέτες ναλτρεξόνη και συσχετίζεται θετικά με το χρόνο δημοσίευσης ($r_s = 0,57$, $p = 0,03$) στις μελέτες acamprosate. Ωστόσο, αυτά τα δύο χαρακτηριστικά μελέτης δεν συσχετίστηκαν σημαντικά με την επίδραση της θεραπείας ανάλογα με το μέγεθος απόκρισης του εικονικού φαρμάκου διέφερε σημαντικά μεταξύ των δοκιμών και σχετίστηκε αρνητικά με το μέγεθος της επίδρασης της θεραπείας. Πρόσθετες μελέτες απαιτούνται για να κατανοήσουμε πλήρως την

πολύπλοκη φύση της απόκρισης του εικονικού φαρμάκου και να αξιολογήσει τις προσεγγίσεις για την ελαχιστοποίηση των επιπτώσεών της.

5. Neuropsychological rehabilitation in alcohol-related brain damage: a systematic review (Svanberg, Evans ,2013).

The evidence base for rehabilitating alcohol-related brain damage (ARBD) is still in its infancy. The aim of this review was to collate evidence of intervention studies for ARBD and Wernicke–Korsakoff syndrome (WKS), to offer some indication of methodological quality, and to suggest directions for future research in this area.

A comprehensive search strategy resulted in systematic review of 16 studies investigating neurorehabilitation of cognitive impairment relating to ARBD.

Most studies addressed rehabilitation of the memory impairments associated with Korsakoff's syndrome, although one study seeking to remediate executive functioning impairment was also included. Three studies outlining service models or approaches were included, with the aim of generating advances in service development for this population.

The reviewed studies were of varying methodology, allowing only tentative conclusions. However, the available evidence suggested benefits of a number of memory rehabilitation strategies.

ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ

Η αποδεικτική βάση για την αποκατάσταση της εγκεφαλικής βλάβης (ARBD) που σχετίζεται με το αλκοόλ είναι ακόμα στα σπάργαλα. Σκοπός της παρούσας ανασκόπησης ήταν να συγκεντρώσει αποδείξεις των μελετών παρέμβασης για ARBD και το σύνδρομο Wernicke-Korsakoff, για να προσφέρει κάποια ένδειξη της μεθοδολογικής ποιότητας, και να προτείνει κατευθύνσεις για μελλοντική έρευνα σε αυτό τον τομέα. Μια ολοκληρωμένη στρατηγική έρευνας οδήγησε σε συστηματική ανασκόπηση 16 μελετών που ερευνούν τη νευρο- αποκατάσταση της γνωστικής εξασθένησης που αφορούν ARBD. Οι περισσότερες μελέτες που απευθύνονται στην αποκατάσταση των βλαβών της μνήμης που σχετίζονται με το σύνδρομο Korsakoff, αν και περιλαμβανόταν επίσης μια μελέτη που επιδίωκε την αποκατάσταση της εκτελεστικής λειτουργίας. Τρεις μελέτες που περιγράφουν τα μοντέλα παροχής

υπηρεσιών ή προσεγγίσεις που περιλαμβάνονται, με στόχο τη δημιουργία προόδους στην ανάπτυξη υπηρεσιών για αυτόν τον πληθυσμό.

Οι εξεταζόμενες μελέτες ήταν διαφορετικής μεθοδολογίας, επιτρέποντας μόνο προσωρινά συμπεράσματα. Ωστόσο, τα διαθέσιμα στοιχεία έδειχναν οφέλη από μια σειρά στρατηγικών αποκατάστασης της μνήμης.

6. BENEFITS IN REDUCING ALCOHOL CONSUMPTION: HOW NALMEFENE CAN HELP, (Bendimerad P, Blecha L., 2014).

Alcohol consumption represents a significant factor for mortality in the world: 6.3% in men and 1.1% in women. Alcohol use disorder is also very common: 5.4% in men, 1.5% in women. Despite its high frequency and the seriousness of this disorder, only 8% of all alcohol-dependents are ever treated. Recent meta-analyses have shown that if we can increase current figures by 40%, we could decrease alcohol-related mortality rates by 13% in men and 9% in women. Thus, it is important to motivate both physicians and patients to participate in treatment in alcohol use disorder. Recent epidemiological data from the National Epidemiological Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC) are currently challenging the notion of alcohol use disorder as a fixed entity. Among a cohort of 4422 subjects initially diagnosed as having alcohol dependency, only 25% of these could still be diagnosed as alcohol-dependent one year later. Among the others, 27% were in partial remission, 12% had risk use, 18% low risk use and 18% were abstinent. Stable remission rates were observed in 30% of these subjects at 5 years. This study also argues in favour of the newer dimensional approach elaborated in the DSM 5. One potentially interesting treatment option is oriented toward reducing alcohol intake. In a study by Rehm and Roerecke (2013), they modelled the impact of reduced consumption in a typical alcoholic patient who drinks 8 glasses of alcohol per day (92 g of pure alcohol). If he decreases his alcohol intake by just one glass per day (12 g of alcohol per day), his one-year mortality risk falls from 180/100,000 to 120/100,000; if he decreases his intake by two glasses per day (24 g), this risk falls to 95/100,000, roughly half his baseline risk. These observations have resulted in integrating reduced consumption as an option into the treatment guidelines of several national institutions such as the National Institute for Clinical Excellence (NICE, UK), European Medicines Agency,

as well as the National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA). Decreasing stigmatisation of alcohol use disorder through public service announcements, in addition to more flexible physician attitudes concerning personal alcohol intake objectives may be key in getting increased numbers of patients into treatment programmes. In one study in Great Britain, 50% of patients in treatment for alcohol use disorder would prefer an initial objective of reduced consumption. A recent addition to the pharmacotherapy arsenal is nalmefene, which has been recently released as a medication to aid in reducing alcohol consumption. It is a strong μ and δ opioid receptor antagonist and a partial κ opioid receptor agonist. Opioid receptor antagonism is associated with reduced reward in relation to alcohol use, thus helping patients in reducing their consumption. Patients are instructed to take one nalmefene tablet two hours prior to each drinking occasion. Nalmefene therapy is to be accompanied by a specific psychosocial programme called BRENDA. BRENDA consists of a biopsychosocial evaluation, restitution of the evaluation to the patient, an empathetic approach that responds to patient needs, offering direct advice and adjusting goals and treatment programmes as the patient makes progress. Nalmefene has been associated with decreased heavy drinking days in two clinical trials. Overall, the treatment is well tolerated; adverse effects are fairly mild and short-lived. In conclusion, an approach that integrates reduced alcohol consumption makes sense from both a public and personal standpoint. Medications such as nalmefene have shown efficacy in association with a biopsychosocial approach to help patients attain their personal objectives with respect to alcohol use.

ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ

Η κατανάλωση αλκοόλ αποτελεί ένα σημαντικό παράγοντα για τη θνησιμότητα στον κόσμο: 6,3% στους άνδρες και 1,1% στις γυναίκες. Οι διαταραχές χρήσης αλκοόλ είναι επίσης πολύ συχνές: 5,4% στους άνδρες, 1,5% στις γυναίκες. Παρά την υψηλή συχνότητα της και τη σοβαρότητα αυτής της διαταραχής, μόνο 8% του συνόλου των ατόμων εξαρτώμενα από την αλκοόλη θεραπεύονται. Οι πρόσφατες μετα-αναλύσεις έχουν δείξει ότι αν μπορούμε να αυξήσουμε τα σημερινά στοιχεία κατά 40%, θα μπορούσε να μειώσουμε τη θνησιμότητα από το οινόπνευμα σε ποσοστά κατά 13% στους άνδρες και 9% στις γυναίκες. Έτσι, είναι σημαντικό να δοθούν κίνητρα και στους δύο, γιατρούς και ασθενείς, να συμμετάσχουν σε θεραπεία για τη διαταραχή

χρήσης αλκοόλ. Πρόσφατα επιδημιολογικά δεδομένα από την Εθνική Έρευνα Επιδημιολογίας για το Αλκοόλ και των Συναφών Όρων (NESARC) σήμερα αμφισβητούν την έννοια της διαταραχής χρήση αλκοόλ ως σταθερό φορέα. Ανάμεσα σε μια ομάδα των 4422 ατόμων που αρχικά είχαν διαγνωστεί με εξάρτηση από το αλκοόλ, μόνο το 25% από αυτές θα μπορούσε ακόμη να διαγνωστεί με εξάρτηση στο αλκοόλ ένα χρόνο αργότερα. Μεταξύ των άλλων, το 27% ήταν σε μερική ύφεση, το 12% είχε επικίνδυνη χρήση, 18% χαμηλή κινδύνου χρήση και 18% ήταν εγκρατής. Σταθερό ποσοστά κλινικής ύφεσης παρατηρήθηκαν σε 30% αυτών των ατόμων στα 5 έτη. Αυτή η μελέτη υποστηρίζει επίσης υπέρ της νεότερης διαστάσεων προσέγγιση εκπονήθηκε στο DSM 5. Μια δυνητικά ενδιαφέρουσα θεραπευτική επιλογή είναι προσανατολισμένη προς τη μείωση της κατανάλωσης αλκοόλ. Σε μία μελέτη από τους Rehm και Roerecke (2013), οι οποίοι μελέτησαν την επίδραση από τη μειωμένη κατανάλωση σε ένα τυπικό αλκοολικό ασθενή που πίνει 8 ποτήρια αλκοόλ την ημέρα (92 g καθαρής αλκοόλης). Αν αυτός μειώνει την πρόσληψη αλκοόλ του από μόνο ένα ποτήρι ανά ημέρα (12 g της αλκοόλης ανά ημέρα), τον κίνδυνο θνησιμότητας ενός χρόνου του πέφτει από 180 / 100,000 στο 120 / 100.000. Αν μειώνεται η πρόσληψη του από δύο ποτήρια την ημέρα (24 g), ο κίνδυνος αυτός μειώνεται σε 95 / 100.000, περίπου το μισό βασικό κίνδυνο του. Αυτές οι παρατηρήσεις έχουν οδηγήσει στην ενσωμάτωση μειωμένη κατανάλωση ως επιλογή στις κατευθυντήριες γραμμές για τη θεραπεία διαφόρων εθνικών θεσμών, όπως το Εθνικό Ινστιτούτο Κλινικής Αριστείας (NICE, UK), του Ευρωπαϊκού Οργανισμού Φαρμάκων, καθώς και το Εθνικό Ινστιτούτο για την Κατάχρηση Αλκοόλ και Αλκοολισμού (NIAAA). Η μείωση του στιγματισμού της διαταραχής χρήση αλκοόλ μέσα από ανακοινώσεις δημόσιων υπηρεσιών, εκτός από την πιο ευέλικτη στάση του γιατρού σχετικά με τους προσωπικούς στόχους πρόσληψης αλκοόλ μπορεί να είναι το κλειδί για να πάρει αύξηση του αριθμού των ασθενών σε προγράμματα θεραπείας. Σε μια μελέτη στη Μεγάλη Βρετανία, το 50% των ασθενών στη θεραπεία για τη διαταραχή χρήση αλκοόλ θα προτιμούσαν ένα αρχικό στόχο της μείωσης της κατανάλωσης. Μια πρόσφατη προσθήκη στο οπλοστάσιο φαρμακοθεραπείας είναι η ναλμεφένη, η οποία έχει πρόσφατα κυκλοφορήσει ως φάρμακο για να βοηθήσει στη μείωση της κατανάλωσης αλκοόλ. Είναι ένα ισχυρό μ και δ ανταγωνιστή υποδοχέα οπιοειδούς και ένας μερικός αγωνιστής κ οπιοειδούς υποδοχέα. Ο οπιοειδής ανταγωνιστικός υποδοχέας σχετίζεται με μειωμένη ανταμοιβή σε σχέση με τη χρήση αλκοόλ,

βοηθώντας έτσι τους ασθενείς στη μείωση της κατανάλωσης τους. Οι ασθενείς καθοδηγούνται να λάβουν ένα δισκίο ναλμεφένη δύο ώρες πριν από κάθε περίπτωση κατανάλωσης. Η θεραπεία με Ναλμεφένη πρέπει να συνοδεύεται από ένα ειδικό πρόγραμμα ψυχοκοινωνικής ονομάζεται BRENDA. Το BRENDA αποτελείται από μια βιοψυχοκοινωνική αξιολόγηση, την αποκατάσταση της αξιολόγησης για τον ασθενή, μια κατανόηση προσέγγισης που ανταποκρίνεται στις ανάγκες του ασθενούς, προσφέροντας άμεση παροχή συμβουλών και την προσαρμογή στους στόχους και τα προγράμματα θεραπείας καθώς ο ασθενής κάνει πρόοδο. Η Ναλμεφένη έχει συσχετιστεί με ημέρες μειωμένης βαριάς πόσης σε δύο κλινικές μελέτες. Συνολικά, η θεραπεία είναι καλά ανεκτή. Οι ανεπιθύμητες ενέργειες είναι αρκετά ήπιες και βραχύβιες. Εν κατακλείδι, μια προσέγγιση που ενσωματώνει μειωμένη κατανάλωση αλκοόλ έχει νόημα τόσο από δημόσια και προσωπική άποψη. Φάρμακα όπως η ναλμεφένη έχουν δείξει αποτελεσματικότητα σε συνδυασμό με μια βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση για να βοηθήσουν τους ασθενείς να επιτύχουν τους προσωπικούς τους στόχους όσον αφορά τη χρήση αλκοόλ.

7. VARENICLINE IN THE TREATMENT OF ALCOHOL USE DISORDERS, (Erwin et al, 2014)

To summarize the efficacy and safety data for the use of varenicline in the treatment of alcohol use disorders. A literature search was conducted in PubMed, International Pharmaceutical Abstracts, and Cochrane Library (through May 2014). Key search terms included varenicline, alcohol, alcohol dependence, alcoholism, ethanol, and nicotinic acetylcholine receptor. Additional references were identified from literature citations. Results were limited to clinical trials and case reports that discussed either the use of varenicline in alcohol drinking patients or adverse effects experienced with its use. Only English language studies in humans were reviewed. In all, 7 randomized, placebo-controlled clinical trials and 1 open-label study were identified that evaluated the impact of varenicline on various drinking-related end points. The studies were conducted in patients dependent on alcohol (n=4), non-alcohol-dependent patients (n=3), and patients with a history of alcohol dependence but who had been abstinent for at least 6 months (n=1). The majority of the studies classified their participants as heavy drinkers; however, this definition varied across studies. Most studies included smokers, but 2 trials included both smokers and nonsmokers. Evidence supports the use of varenicline for the reduction of alcohol craving as well as for the reduction of

overall alcohol consumption in patients with alcohol use disorders. However, it is not likely to improve abstinence rates. Although most of the data were derived from patients with concurrent nicotine dependence, the effects of varenicline appear to occur independent of baseline smoking status.

ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ

Για να συνοψίσουμε τα δεδομένα αποτελεσματικότητας και ασφάλειας για τη χρήση της βαρενικλίνης στη θεραπεία διαταραχών από τη χρήση αλκοόλ. Μια λογοτεχνική έρευνα διεξήχθη στο PubMed, στις Διεθνείς Φαρμακευτικές Περιλήψεις και στη Βιβλιοθήκη Cochrane (μέχρι το Μάιο 2014). Βασικοί όροι αναζήτησης ήταν η βαρενικλίνη, το αλκοόλ, η εξάρτηση από το αλκοόλ, ο αλκοολισμός, η αιθανόλη, και ο νικοτινικός υποδοχέας της ακετυλοχολίνης. Συμπληρωματικές αναφορές ταυτοποιήθηκαν από τη βιβλιογραφία. Τα αποτελέσματα περιορίζονταν σε κλινικές δοκιμές και αναφορές περιστατικών που συζητήθηκαν είτε τη χρήση της βαρενικλίνης σε ασθενείς πόσης αλκοόλ ή τις δυσμενείς επιπτώσεις που παρατηρούνται με τη χρήση του. Μόνο οι μελέτες αγγλικής γλώσσα εξετάστηκαν. Σε όλες, 7 με τυχαία σειρά, ελεγχόμενες με εικονικό φάρμακο κλινικές δοκιμές και 1 ανοιχτή μελέτη ταυτοποιήθηκαν η οποία αξιολόγησε την επίδραση της βαρενικλίνης σε διάφορα ποτά που σχετίζονταν σε τελικά σημεία. Οι μελέτες διεξήχθησαν σε ασθενείς εξαρτημένους από το οινόπνευμα (n = 4), μη-εξαρτώμενους από την αλκοόλη (n = 3), και οι ασθενείς με ιστορικό εξάρτησης από το αλκοόλ αλλά που ήταν εγκρατής για τουλάχιστον 6 μήνες (n = 1). Η πλειοψηφία των μελετών ταξινομεί τους συμμετέχοντες της ως πότες. Ωστόσο, ο ορισμός αυτός κυμαινόταν μεταξύ των μελετών. Οι περισσότερες μελέτες περιλαμβάνονται καπνιστές, αλλά 2 μελέτες περιελάμβαναν δύο καπνιστές και μη καπνιστές. Τα στοιχεία υποστηρίζουν τη χρήση της βαρενικλίνης για τη μείωση της λαχτάρα της αλκοόλης, καθώς και για τη μείωση της συνολικής κατανάλωσης αλκοόλ σε ασθενείς με διαταραχές χρήσης του αλκοόλ. Ωστόσο, δεν είναι πιθανό να βελτιώσει τα ποσοστά αποχής. Παρά το γεγονός ότι τα περισσότερα από τα στοιχεία που προέρχονται από ασθενείς με ταυτόχρονη εξάρτηση από τη νικοτίνη, τα αποτελέσματα της βαρενικλίνης φαίνεται να συμβαίνουν ανεξάρτητα από την αρχική κατάσταση του καπνίσματος.

8. GUIDELINES FOR THE REPORTING OF TREATMENT TRIALS FOR ALCOHOL USE DISORDERS, (Witkiewitz et al, 2015)

The primary goals in conducting clinical trials of treatments for alcohol use disorders (AUDs) are to identify efficacious treatments and determine which treatments are most efficacious for which patients. Accurate reporting of study design features and results is imperative to enable readers of research reports to evaluate to what extent a study has achieved these goals. Guidance on quality of clinical trial reporting has evolved substantially over the past 2 decades, primarily through the publication and widespread adoption of the Consolidated Standards of Reporting Trials statement. However, there is room to improve the adoption of those standards in reporting the design and findings of treatment trials for AUD.

This paper provides a narrative review of guidance on reporting quality in AUD treatment trials.

Despite improvements in the reporting of results of treatment trials for AUD over the past 2 decades, many published reports provide insufficient information on design or methods.

The reporting of alcohol treatment trial design, analysis, and results requires improvement in 4 primary areas: (i) trial registration, (ii) procedures for recruitment and retention, (iii) procedures for randomization and intervention design considerations, and (iv) statistical methods used to assess treatment efficacy. Improvements in these areas and the adoption of reporting standards by authors, reviewers, and editors are critical to an accurate assessment of the reliability and validity of treatment effects. Continued developments in this area are needed to move AUD treatment research forward via systematic reviews and meta-analyses that maximize the utility of completed studies.

ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ

Οι πρωταρχικοί στόχοι για τη διεξαγωγή κλινικών δοκιμών από θεραπείες για διαταραχές χρήσης του αλκοόλ (AUDs) είναι να εντοπιστούν αποτελεσματικές θεραπείες και να καθορίσουν ποιες θεραπείες είναι πιο αποτελεσματικές για τον κάθε ασθενή. Η ακριβής αναφορά των χαρακτηριστικών του σχεδιασμού της μελέτης και τα αποτελέσματα είναι επιτακτική ανάγκη να επιτρέψει στους αναγνώστες των εκθέσεων έρευνας για να αξιολογήσει σε ποιο βαθμό μια μελέτη έχει επιτύχει αυτούς τους στόχους. Καθοδήγηση σχετικά με την ποιότητα των κλινικών εκθέσεων δοκιμών έχει εξελιχθεί σημαντικά κατά τα τελευταία 2 δεκαετίες, κυρίως με τη δημοσίευση και την

ευρεία υιοθέτηση των Ενοποιημένων προτύπων υποβολής εκθέσεων δήλωση δοκιμές. Ωστόσο, υπάρχει περιθώριο να βελτιωθεί η υιοθέτηση αυτών των προτύπων στην αναφορά του σχεδιασμού και τα ευρήματα των δοκιμών θεραπείας για AUD. Το παρόν έγγραφο παρέχει μια αφήγηση αναθεώρηση των οδηγιών σχετικά με την αναφορά ποιότητας σε δοκιμές θεραπείας AUD. Παρά τις βελτιώσεις στην αναφορά των αποτελεσμάτων των δοκιμών θεραπείας για AUD τη διάρκεια των τελευταίων 2 δεκαετιών, πολλές δημοσιευμένες εκθέσεις παρέχουν ανεπαρκείς πληροφορίες σχετικά με το σχεδιασμό και τις μεθόδους. Η αναφορά της δίκης θεραπείας για το αλκοόλ σχεδιασμό, ανάλυση, και τα αποτελέσματα απαιτεί βελτίωση σε 4 βασικούς τομείς: (i) για την καταχώρηση δίκη, (ii) τις διαδικασίες για την πρόσληψη και τη διατήρηση, (iii) τις διαδικασίες για την τυχαιοποίηση και το σχεδιασμό παρεμβάσεων εκτιμήσεις, και (iv) στατιστική μέθοδοι που χρησιμοποιούνται για την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της θεραπείας. Βελτιώσεις σε αυτούς τους τομείς και την έγκριση των εκθέσεων προτύπων από τους συντάκτες, σχολιαστές και οι συντάκτες είναι ζωτικής σημασίας για την ακριβή εκτίμηση της αξιοπιστίας και της εγκυρότητας των αποτελεσμάτων της θεραπείας. Απαιτούνται συνεχείς εξελίξεις σε αυτόν τον τομέα χρειάζεται να κινηθεί έρευνα θεραπείας AUD προς τα εμπρός μέσω συστηματικές ανασκοπήσεις και μετα-αναλύσεις που μεγιστοποιούν τη χρησιμότητα των ολοκληρωμένων μελετών.

9. RECOMMENDATIONS FOR THE DESIGN AND ANALYSIS OF TREATMENT TRIALS FOR ALCOHOL USE DISORDERS, (Witkiewitz et al, 2015)

Over the past 60 years the view that “alcoholism” is a disease for which the only acceptable goal of treatment is abstinence has given way to the recognition that alcohol use disorders (AUDs) occur on a continuum of severity, for which a variety of treatment options are appropriate. However, because the available treatments for AUDs are not effective for everyone, more research is needed to develop novel and more efficacious treatments to address the range of AUD severity in diverse populations. Here we offer recommendations for the design and analysis of alcohol treatment trials, with a specific focus on the careful conduct of randomized clinical trials of medications and non-pharmacological interventions for AUDs. Despite considerable improvements in the design of alcohol clinical trials over the past two

decades, many studies of AUD treatments have used faulty design features and statistical methods that are known to produce biased estimates of treatment efficacy. The published statistical and methodological literatures provide clear guidance on methods to improve clinical trial design and analysis. Consistent use of state-of-the-art design features and analytic approaches will enhance the internal and external validity of treatment trials for AUDs across the spectrum of severity. The ultimate result of this attention to methodological rigor is that better treatment options will be identified for patients with an AUD.

ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ

Κατά τα τελευταία 60 χρόνια η άποψη ότι «ο αλκοολισμός» είναι μια ασθένεια για την οποία η μόνη αποδεκτή θεραπεία είναι η αποχή έχει δώσει τη θέση της στην αναγνώριση ότι οι διαταραχές χρήσης του αλκοόλ (AUDs) συμβαίνουν με συνεχή σοβαρότητα, για τις οποίες μια ποικιλία επιλογές θεραπείας είναι κατάλληλες. Ωστόσο, επειδή οι διαθέσιμες θεραπείες για τις διαταραχές χρήσης του αλκοόλ (AUDs) δεν είναι αποτελεσματικές για όλους, χρειάζεται περισσότερη έρευνα για την ανάπτυξη νέων και πιο αποτελεσματικών θεραπειών για την αντιμετώπιση της σοβαρότητας του φάσματος των διαταραχών χρήσης του αλκοόλ (AUD) σε διαφορετικούς πληθυσμούς. Εδώ προσφέρουμε προτάσεις για το σχεδιασμό και την ανάλυση των δοκιμών θεραπείας για το αλκοόλ, με ιδιαίτερη έμφαση στην προσεκτική συμπεριφορά των τυχαιοποιημένων κλινικών δοκιμών φαρμάκων και μη φαρμακολογικές παρεμβάσεις για διαταραχές χρήσης του αλκοόλ (AUDs). Παρά τις σημαντικές βελτιώσεις στο σχεδιασμό των κλινικών δοκιμών αλκοόλ κατά τη διάρκεια των δύο τελευταίων δεκαετιών, πολλές μελέτες των θεραπειών για τις διαταραχές χρήσης του αλκοόλ (AUD) έχουν χρησιμοποιήσει ελαττωματικά χαρακτηριστικά σχεδιασμού και των στατιστικών μεθόδων που είναι γνωστές για την παραγωγή προκατειλημμένης εκτίμησης της αποτελεσματικότητας της θεραπείας. Τα δημοσιευμένα στατιστικά και μεθοδολογικά στοιχεία παρέχουν σαφείς οδηγίες σχετικά με τις μεθόδους για τη βελτίωση του κλινικού σχεδιασμού και της αναλυτικής δοκιμής. Συνεπής χρήση της τελευταίας τεχνολογίας και χαρακτηριστικών σχεδιασμού και αναλυτικής προσέγγισης θα ενισχύσει την εσωτερική και εξωτερική εγκυρότητα των δοκιμών θεραπείας για τις διαταραχές χρήσης του αλκοόλ (AUDs) σε όλο το

φάσμα της βαρύτητας. Το τελικό αποτέλεσμα αυτής της προσοχής σε μεθοδολογική αυστηρότητα είναι ότι η καλύτερη επιλογές θεραπείας θα προσδιορίζονται για ασθενείς με διαταραχές χρήσης του αλκοόλ (AUD).

10. ALCOHOL DEPENDENCE--NEUROBIOLOGY AND TREATMENT (Michalak A, Biala, 2016).

The consequences of alcohol dependence concern serious health care, social and economic problems. The scope of many studies is to better understand mechanisms underlying alcohol addiction in order to work out new, more effective treatment strategies. Alcohol affects many neurotransmission systems within the brain. In general, acute alcohol enhances inhibitory transmission, up-regulating the GABAergic system and impairing glutamatergic function, therefore interfering the balance between excitatory and inhibitory synaptic inputs. Chronic alcohol consumption, meanwhile, in order to restore equilibrium leads to neuroadaptive changes causing both decreased GABAergic and increased glutamatergic activity. Also function of other neurotransmitters and modulators is modified by the presence of alcohol, including glycine, adenosine, serotonin and dopamine. Moreover, a significant impact of alcohol on the endogenous opioid system, nicotinic cholinergic transmission and the endocannabinoids system has been also established. At present, only four medications are approved for the treatment of alcohol dependence in Europe, that is naltrexone, acamprosate, disulfiram and the most recent nalmefene. Among other promising strategies the following drugs are mentioned: baclofen, topiramate, ondansetron, aripiprazole, rimonabant and varenicline. Additionally, the role of appetite-regulating hormones, neuroimmune modulators or the body's stress-response system modulators in reducing alcohol consumption is currently of great interest, however, further investigations are needed.

ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ

Οι συνέπειες της εξάρτησης από το αλκοόλ αφορούν σοβαρά την φροντίδα, την υγεία, τα κοινωνικά και οικονομικά προβλήματα. Το πεδίο εφαρμογής πολλών μελετών είναι η καλύτερη κατανόηση των μηχανισμών που διέπουν εθισμό στο αλκοόλ, προκειμένου

να εκπονήσει νέες, πιο αποτελεσματικές στρατηγικές θεραπείας. Το αλκοόλ επηρεάζει πολλά συστήματα νευροδιαβίβασης μέσα στον εγκέφαλο. Σε γενικές γραμμές, η οξεία αλκοόλ ενισχύει την ανασταλτική μετάδοση, επαναρυθμίζει το σύστημα OABAνεργικό και αλλοιώνοντας την λειτουργία γλουταμινεργικής, ως εκ τούτου, να παρεμβαίνει στην ισορροπία μεταξύ διεγερτικών και ανασταλτικών συναπτικών εισροών. Η χρόνια κατανάλωση αλκοόλ, εν τω μεταξύ, προκειμένου να αποκατασταθεί η ισορροπία οδηγεί σε νευροπροσαρμοστικές αλλαγές που οδηγούν στο να μειώνεται η OABAεργική και αυξημένη δραστηριότητα γλουταμινεργικής. Επίσης λειτουργία άλλων νευροδιαβιβαστών και διαμορφωτών τροποποιείται από την παρουσία της αλκοόλης, συμπεριλαμβανομένων της γλυκίνης, αδενοσίνη, σεροτονίνη και ντοπαμίνη. Επιπλέον, ένα σημαντικό αντίκτυπο του οινοπνεύματος για το ενδογενές σύστημα οπιοειδών, νικοτινικών χολινεργικών μεταφοράς και το σύστημα ενδοκανναβινοειδή έχει επίσης καθιερωθεί. Προς το παρόν, μόνο τέσσερα φάρμακα στην Ευρώπη έχουν εγκριθεί για τη θεραπεία της εξάρτησης από το αλκοόλ, που αυτά είναι η ναλτρεξόνη, **Acamprosate**, δισουλφιράμη και η πιο πρόσφατη ναλμεφένη. Μεταξύ άλλων υποσχόμενες στρατηγικές και ακόλουθες φαρμακευτικές αναφορές είναι οι εξής: βακλοφένη, τοπιραμάτη, ονδανσετρόνη, αριπιπραζόλη, **rimonabant** και βαρενικλίνη. Επιπλέον, ο ρόλος της όρεξης που ρυθμίζει τις ορμόνες, **neuroimmune** διαμορφωτές ή οι διαμορφωτές του συστήματος για το άγχος,ή ακόμη και η αντίδραση του οργανισμού στη μείωση της κατανάλωσης αλκοόλ είναι προς το παρόν μεγάλο ενδιαφέρον, ωστόσο, περαιτέρω έρευνες απαιτούνται.

11. DISCOVERY, DEVELOPMENT, AND ADOPTION OF MEDICATIONS TO TREAT ALCOHOL USE DISORDER: GOALS FOR THE PHASES OF MEDICATIONS DEVELOPMENT, (Litten et al, 2016) .

For more than 25 years, advances have been made in developing medications to treat alcohol use disorder (AUD), highlighted by the U.S. Food and Drug Administration's approval of naltrexone (oral and long-acting) and acamprosate. Despite this progress, more work remains to be done in this area because these medications, although effective for some people, do not work for everyone. A high priority for the National Institute on Alcohol Abuse and Alcohol is to put into place a solid infrastructure to aid

in the development of medications that are more effective than those currently available and with few side effects. Medication development, especially for a disorder as complex as AUD, is challenging and involves multiple phases, including discovery of "druggable" targets, preclinical studies, human clinical trials, and the adoption and implementation of the new medication into mainstream medicine. A successful medications development program requires clearly established goals for each phase to ensure that a candidate compound is not trapped in one particular phase, a condition known as "the valley of death." In this article, the phases of medication development are described as they apply to AUD, and specific goals of each phase are identified for the next decade. In addition, several important crosscutting themes are outlined for each phase, all of which are essential for advancing medications development. These include identifying and validating screening models and druggable targets, making use of precision medicine, and establishing partnerships among key stakeholders.

ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ

Για περισσότερα από 25 χρόνια, έχουν γίνει πρόοδοι στην ανάπτυξη φαρμάκων για τη θεραπεία της διαταραχής χρήσης αλκοόλ (AUD), τονίζεται με την έγκριση Τροφίμων και Φαρμάκων της ΗΠΑ της ναλτρεξόνη (από στόματος και μακράς δράσης) και Acamprostate. Παρά την πρόοδο αυτή, περισσότερη δουλειά απομένει να γίνει σε αυτόν τον τομέα, διότι αυτά τα φάρμακα, αν και αποτελεσματικά για κάποιους ανθρώπους, δεν λειτουργεί για όλους. Μια υψηλή προτεραιότητα για το Εθνικό Ινστιτούτο για την Κατάχρηση Αλκοόλ και Αλκοολισμού είναι να τεθεί σε εφαρμογή μια σταθερή υποδομή για να βοηθήσει στην ανάπτυξη των φαρμάκων που είναι πιο αποτελεσματικές από εκείνες που διατίθενται σήμερα και με λίγες παρενέργειες. Ανάπτυξη φαρμάκων, ειδικά για μια διαταραχή τόσο περίπλοκο όπως της χρήσης αλκοόλ (AUD), είναι προκλητική και περιλαμβάνει πολλές φάσεις, μεταξύ των οποίων η ανακάλυψη των «φαρμακευτικών» στόχων, οι προκλινικές μελέτες, οι ανθρώπινες κλινικές δοκιμές, και την υιοθέτηση και εφαρμογή του νέου φαρμάκου στην παραδοσιακή ιατρική. Ένα επιτυχημένο πρόγραμμα ανάπτυξης φαρμάκων απαιτεί σαφώς στόχους για κάθε φάση για να εξασφαλιστεί ότι μια υποψήφια ένωση δεν είναι παγιδευμένη σε μια συγκεκριμένη φάση, μια κατάσταση γνωστή ως «κοιλιάδα του θανάτου». Σε αυτό το άρθρο, οι φάσεις της ανάπτυξης φαρμάκων που περιγράφονται όπως εφαρμόζονται σε διαταραχές χρήσης αλκοόλ (AUD), και οι συγκεκριμένοι

στόχοι της κάθε φάσης προσδιορίζεται για την επόμενη δεκαετία. Επιπλέον, αρκετά σημαντικά θέματα περιγράφονται για κάθε φάση, τα οποία είναι απαραίτητα για την προώθηση της ανάπτυξης φαρμάκων. Αυτές περιλαμβάνουν τον προσδιορισμό και την επικύρωση των μοντέλων ελέγχου και τους «φαρμακευτικούς» στόχους, κάνοντας χρήση της ιατρικής ακρίβειας, και για τη θέσπιση εταιρικών σχέσεων μεταξύ των βασικών ενδιαφερομένων μερών.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Αγγέλου, Μ. (2001) Η σχέση ανάμεσα στη διαμόρφωση της ταυτότητας ενός νέου και την χρήση ουσιών. *Τετράδια Ψυχιατρικής*. **76**: 51-55.
- Αλυσσανδράκης, Κ. (2002) Άνθρωπος και Αλκοόλ. Ηράκλειο: Έκδοση Σύλλογος απεξάρτησης από το αλκοόλ «Επιστροφή».
- Επιθεώρηση Υγείας, Αλκοόλ ή οδήγηση *Διμηνιαίο επιστημονικό και ενημερωτικό περιοδικό του προσωπικού υγειονομικού Τομέα*. Τόμος 13, τεύχος 74 Ιανουάριος - Φεβρουάριος 2002.
- Ζαφειρίδης, Φ. (1987) Ψυχική Υγεία και αλληλοβοήθεια, το παράδειγμα των Α.Α. και ναρκομανών. *Τετράδια Ψυχιατρικής* αρ. 73.
- Κοκκέβη, Α. (1988) *Η πρόληψη της τοξικομανίας, μύθος ή πραγματικότητα*. Ψυχολογικά θέματα. **4**(1): 55-68.
- Μαμόπουλος, Α. (1991) *Μαιευτική και γυναικολογία*. Θεσσαλονίκη: University Studio Press.
- Μέλλον Ρ. (2001) Ψυχοδιαγνωστικές μέθοδοι. Ελληνικά Γράμματα.
- Μούζας, Ι. & Συνεργάτες (2003) Αλκοόλ και Σχετιζόμενα με αυτό Προβλήματα. Μια διεπιστημονική Προσέγγιση. *Ηράκλειο*: Έκδοση Σύλλογος απεξάρτησης από το αλκοόλ «Επιστροφή».
- Τούντας (2000). Κοινωνία και υγεία. Οδυσσεάς, *Νέα Υγεία*.
- Παπαδάτου Δ., Αναγνωστόπουλος, Φ.(2015) Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας. Αθήνα : Παπαζήση
- Παπαγεωργίου - Βασιλοπούλου, Α. (2005) Κοινωνική Νοσηλευτική ψυχικής υγείας. Αθήνα: Εκδόσεις Βήτα.
- Παναγής, Γ.Θ. & Καστελλάκης, Α.Α. (1999) Ο εθισμός υπό το πρίσμα της Βιοψυχολογίας και της Ψυχοφαρμακολογίας: Νευρωνικοί μηχανισμοί και η σημασία τους στη θεραπεία. *Ψυχολογία*, **6**, 55-77.
- Ποταμιανός Γ.,(1982). *Αλκοόλ και ουσίες εξάρτησης*. Αθήνα :Παπαζήση.
- Ποταμιανός Γ.(1994)*Αλκοόλ, νόμιμες ουσίες εξάρτησης*. Αθήνα.: Παπαζήση.
- Σαρρής, Μ. (2001) *Κοινωνιολογία της υγείας και ποιότητα ζωής*. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση.
- Τομαρά. (1992)Νευρολογία. *Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας*

- Τσαρούχας, Κ. (2000) *Αλκοόλ ένα σκληρό Ναρκωτικό*. Αθήνα: Εκδόσεις Άγκυρα
- Amato L, Minozzi S, Davoli M. (2011) Efficacy and safety of pharmacological interventions for the treatment of the Alcohol Withdrawal Syndrome. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 6.
- Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders JB et al.(2001) *AUDIT-the Alcohol Use Disorder Identification Test: guidelines for use in primary health care*. Geneva, Switzerland: World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse.
- Brady KT, Verduin ML, Tolliver BK.(2007) *Treatment of patient 's comorbid for addiction and otherpsychiatrc disorders*. *Curr Psychiatry Rep*.9:374-380.
- Conigrave KM, Saunders JB, Reznik RB. *Predictive capacity of the AUDIT questionnaire for alcohol-related harm*. *Addiction* 1995, 90:1479-1485.
- Currie, C., Roberts, C., Morgan, A., Smith, R., Settertobulte, W., Samdal, O. & Rasmussen, V. B. (eds.), (2004) Young people's health in context. *Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey*, WHO Europe.
- Dervaux A, Bayle FJ, Laqueille X et al. (2006) Validity of the CAGE questionnaire in schizophrenic patients -with alcohol abuse and dependence. *Schizophrenia Res*, 81:151-155.
- Erwin BL, Slaton RM. (2014) Varenicline in the treatment of alcohol use disorders. *Annals of Pharmacotherapy*; 48(11): 1445-1455.
- Foster J, Heather N. (2005) Brief interventions for alcohol problems in hospital settings. *Nurs. Times*,101:38-41.
- Gache P, Michaud P, Laundry U et al.(2005) The Alcohol Use Identification Test (AUDIT) as a screening tool for excessive drinking in primary care: reliability and validity of a french version. *Alcohol Clin Exp Res*, 29.
- Garnick DW, Horgan CM, Chalk M.(2006) Performance measures for alcohol and other drug services. *Alcohol Res Hlth* ,29:19-26.
- Jaffe J.,Pitterson R.,Hodgson R., (1995) *Ναρκωτικά, τσιγάρο – αλκοόλ*. Αθήνα: Ψυχογιός.

- Kessler RC, Crum RM, Warner LA et al.(1997) Lifetime co-occurrence of DSM-III-R alcohol abuse and dependence with other psychiatric disorders in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*, 54:313-321.
- Litten, R.Z. Castle, I.J. Falk, D. Ryan, M. Fertig, J. Chen, M.C. Yi, H. (2013) The placebo effect in clinical trials for alcohol dependence: an exploratory analysis of 51 naltrexone and acamprosate studies. *Alcoholism Clinical and Experimental Research*. **37**(12): 2128-2137
- Miller, E. T., Neal, D. J., Roberts, L. J., Baer, J. S., Cressler, S. O., Metrik, J. & Marlatt, G. A.(2002) Test.retest reliability of alcohol measures: is there a difference between internet-based and traditional methods? *Psychology of Addictive Behaviors*, 16, 56.63.
- Monras M, Mondon S, Ortega L et al. (2005) Alcoholism in the general hospital: 4 years mortality and hospitalization. *Med Clin (Bare)*, 125:441-447.
- Moussas GI, Dialina M, Karkanias et al.(2009) Comorbidity of alcoholism in outpatients -with psychiatric disorders in the emergency psychiatric department. *Encephalos* 46:147-15.
- Mueller SE, Degen B, Petitjean S et al. (2009) Gender differences in interpersonal problems of alcohol - depended patients and healthy controls. *Int J Environ Res Public Hlth*, 6:3010-3022.
- Michalak A, Biała G. (2016). ALCOHOL DEPENDENCE--NEUROBIOLOGY AND TREATMENT. *Acta Pol Pharm*. Jan-Feb;73(1):3-12.
- Prescott CA, Kendler KS. (1999) Genetic and environmental contributions to alcohol abuse and dependence in a population-based sample of male twins. *Am J Psychiatry*.
- Rösner S, Hackl-Herrwerth A, Leucht S, Vecchi S, Srisurapanont M, Soyka M. (2010) Opioid antagonists for alcohol dependence. *Cochrane Database of Systematic Reviews* . Issue 12. Art. No.: CD001867.
- Ryder N, Cullen W, Barry J et al.(2009) Prevalence of problem alcohol use among patients attending primary care for methadone treatment. *BMC Fam Pract*, 11:10-42.
- Schuckit. Ch., Davis et al. (2001) *Neuropsychopharmacology: The Fifth Generation of Progress*.

- Svanberg J, Evans JJ. (2013). Neuropsychological rehabilitation in alcohol-related brain damage: a systematic review. *Alcohol and Alcoholism*; 48(6): 704-711.
- WHO (World Health Organisation) (2004) Global Status Report on Alcohol. Geneva.
- Witkiewitz, Finney, Harris, Kivlahan, and Kranzler.(2015) Recommendations for the Design and Analysis of Treatment Trials for Alcohol Use Disorders. *Alcohol Clin Exp Res*. Sep; 39(9): 1557–1570.
- Witkiewitz , Finney, Harris , Kivlahan , Kranzler (2016) Guidelines for the Reporting of Treatment Trials for Alcohol Use Disorders. *Alcohol Clin Exp Res*. 2016 Jul;40(7):1368-79.