



ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

➤ **ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ
ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΥΝΔΕΟΜΕΝΕΣ ΜΕ ΑΛΚΟΟΛΙΚΗ
ΚΑΤΑΧΡΗΣΗ ΚΑΙ ΕΞΑΡΤΗΣΗ**

Καθηγήτρια – Εισηγήτρια: ΠΟΔΕΡΗ ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ

**Επιμέλεια: ΠΑΥΛΙΔΟΥ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ
ΣΙΑΒΟΥ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ**

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ 2007

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΜΕ ΤΗΝ ΚΑΤΑΧΡΗΣΗ ΟΙΝΟΠΝΕΥΜΑΤΟΣ

1. Αποτελέσματα οξείας κατάχρησης αιθυλικής αλκοόλης.....σελ. 6	
1.1 Η οξεία δηλητηρίαση από αλκοόλ.....σελ. 6	
1.2 Το σύνδρομο στέρησης.....σελ. 6	
1.3 Η αλκοολική κετοξέωση.....σελ. 6	
2. Αποτελέσματα της χρόνιας κατάχρησης αιθυλικής αλκοόλης.....σελ. 7	
2.1 Αλκοόλ και θρέψη.....σελ. 7	
2.2 Αλκοόλ και καρδιαγγειακή λειτουργία.....σελ. 7	
2.3 Αιματολογικού τύπου διαταραχές σχετιζόμενες με τον αλκοολισμό.....σελ. 9	
2.4 Αλκοόλ και νεφρά – Υδροηλεκτρολυτικές και οξεοβασικές διαταραχές.....σελ. 9	
2.5 Αλκοόλ και νευρικό σύστημα.....σελ. 10	
2.6 Αλκοόλ και μυϊκό σύστημα.....σελ. 11	
2.7 Αλκοόλ και οστά.....σελ. 12	
2.8 Αλκοόλ και λοιμώξεις.....σελ. 12	
2.9 Αλκοόλ και ορμονικές διαταραχές.....σελ. 13	
2.10 Άξονας Υποθάλαμος – Υπόφυση – Επινεφρίδια.....σελ. 13	
2.11 Αλκοολικό σύνδρομο του εμβρύου – γενετικές διαταραχές οφειλόμενες στο αλκοόλ.....σελ. 14	
2.12 Αλκοόλ και καρκίνος.....σελ. 14	
2.13 Αλκοόλ και άλλες παθολογικές καταστάσεις.....σελ. 15	
3. Συμπεράσματα.....σελ. 15	

ΗΠΑΤΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΑ ΜΕ ΤΗΝ ΚΑΤΑΧΡΗΣΗ ΟΙΝΟΠΝΕΥΜΑΤΟΣ

1. Κλινικές μορφές αλκοολικής ηπατοπάθειας.....σελ. 16	
1.1 Λιπώδες ήπαρ ή ηπατική στεάτωση αλκοολικής αιτιολογίας.....σελ. 16	
1.2 Αλκοολική ηπατίτιδα – Αλκοολική ίνωση.....σελ. 17	
1.3 Αλκοολική κίρρωση.....σελ. 17	
2. Θεραπευτική αντιμετώπιση.....σελ. 18	

ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΕΣ ΜΕ ΤΗΝ ΚΑΤΑΧΡΗΣΗ ΟΙΝΟΠΝΕΥΜΑΤΟΣ

1. Αλκοολική τοξίκωση.....σελ.	20
2. Στερητικό αλκοολικό σύνδρομο.....σελ.	21
3. Ψυχωσικού τύπου διαταραχές.....σελ.	22
4. Αγχώδεις και συναισθηματικού τύπου διαταραχές.....σελ.	24
4.1 Συναισθηματικού τύπου διαταραχή.....σελ.	24
4.2 Αγχώδεις διαταραχές.....σελ.	25
5. Σεξουαλικού τύπου διαταραχές.....σελ.	26
5.1 Αλκοόλ και γυναικεία σεξουαλική λειτουργία.....σελ.	26
5.2 Αλκοόλ και ανδρική σεξουαλική λειτουργία.....σελ.	27
6. Σχιζοφρενική διαταραχή και αλκοολισμός.....σελ.	27
7. Ουσιοεξαρτήσεις και αλκοολισμός.....σελ.	28
8. Συμπεράσματα.....σελ.	28

ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΟΥ ΚΕΝΤΡΙΚΟΥ ΝΕΥΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΕΣ ΜΕ ΤΗΝ ΚΑΤΑΧΡΗΣΗ ΟΙΝΟΠΝΕΥΜΑΤΟΣ

1. Οξεία τοξίκωση.....σελ.	29
2. Χρόνια κατάχρηση οινόπνευματων.....σελ.	29
2.1 Επιληπτικές κρίσεις.....σελ.	30
2.2 Εγκεφαλική νόσος αγγειακής αιτιολογίας.....σελ.	30
2.3 Ατροφία της παρεγκεφαλίδας.....σελ.	31
2.4 Η συνδρομή Wernicke – Korsakoff.....σελ.	31
2.5 Μνημονική συσκότιση (Black out).....σελ.	32
2.6 Γνωσιακή λειτουργία και κατάχρηση οινόπνευματων.....σελ.	33
2.7 Άνοια από κατάχρηση οινόπνευματων.....σελ.	34

ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΚΑΙ ΚΑΤΑΧΡΗΣΗ ΟΙΝΟΠΝΕΥΜΑΤΟΣ

1. Εισαγωγή.....σελ.	36
2. Εμβρυϊκό αλκοολικό σύνδρομο.....σελ.	36
3. Κληρονομικότητα.....σελ.	37
4. Θεραπευτική αντιμετώπιση.....σελ.	38
5. Πρόληψη.....σελ.	39

Διαγνωστικά Κριτήρια Αλκοολικής Τοξίκωσης.....σελ. 41

Διαγνωστικά Κριτήρια Αλκοολικής Στέρησης.....σελ. 41

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ: Ι. ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ

1. Εισαγωγή.....σελ. 42
2. Η θεραπευτική διαδικασία.....σελ. 42
3. Η φάση της σωματικής απεξάρτησης.....σελ. 43
4. Η φάση της αποκατάστασης.....σελ. 44
5. Φαρμακευτική προσέγγιση σε περιπτώσεις στυννοσηρότητας.....σελ. 44

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ: ΙΙ. ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ

1. Εισαγωγή.....σελ. 45
2. Το πρώτο βήμα θεραπείας στους αλκοολικούς.....σελ. 45
 - 2.1 Ο στόχος της θεραπείας. Αποχή ή ελεγχόμενη κατανάλωση οινοπνεύματος;.....σελ. 46
3. Τα κυριότερα είδη ψυχοθεραπειών.....σελ. 46
 - 3.1 Η ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία.....σελ. 46
 - 3.2 Η θεραπεία ενίσχυσης των κινήτρων.....σελ. 47
 - 3.3 Συμπεριφοριστικές θεραπείες.....σελ. 47
 - 3.4 Η Γνωσιακή Συμπεριφοριστική Θεραπεία (Γ. Σ. Θ.).....σελ. 48
 - 3.5 Η πρόληψη υποτροπής.....σελ. 49

ΑΝΩΝΥΜΟΙ ΑΛΚΟΟΛΙΚΟΙ (Α Α).....σελ. 50

Ο ΡΟΛΟΣ ΜΑΣ.....σελ. 51

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η ιστορία της αιθυλικής αλκοόλης είναι συνυφασμένη με την ιστορία της ίδιας της ανθρωπότητας. Ως ουσία τελετουργική, ως ουσία μέθεξης με το υπερβατικό, αλλά κυρίως ως μια ευφραντική ουσία, που οι ιδιότητές της, την έχουν καταστήσει ένα από τα πιο διαδεδομένα και κερδοφόρα εμπορικά προϊόντα.

Έχει υμνηθεί όπως καμία άλλη ουσία, έχει εμπνεύσει ακόμα περισσότερο, αλλά και έχει αναθεματιστεί, εξ' ίσου, σε ορισμένα μήκη και πλάτη της υφηλίου. Αναπόσπαστο μέρος της καθημερινής ζωής του ατόμου σε ορισμένες πληθυσμιακές ομάδες, αναγνωρισμένη με "Θείκη" εντολή σε άλλες, πρωταγωνίστρια στις Διονυσιακές τελετές όπως και στις σύγχρονες πανηγύρεις, αλλά και απύσχα από τις Απολλώνιες.

Εκθιαζόμενη ως θεραπευτική (σε ρυθμιζόμενη δοσολογία) από μερικές μελέτες, βλαπτική έστω και ως "μετάληψη" σε άλλες.

Το βέβαιο είναι πως αυτή η αμφιλεγόμενη ουσία είναι μέρος της ζωής μας, τουλάχιστον στο "Δυτικό" κόσμο και στη χώρα μας και η κατάχρησή της, ή αλλιώς, πως η προβληματική της χρήση, πολύ δε μάλλον η εξάρτηση του ατόμου από αυτήν, την εντάσσουν στις εξαρτησιογόνες ουσίες και από πλευράς ατομικής και δημόσιας υγείας είναι και πρέπει να είναι στην πρώτη σειρά ενδιαφέροντος.

Η αιθανόλη είναι ένα σχετικά απλό οργανικό χημικό μόριο, η κατάχρηση του οποίου όμως προκαλεί πλήθος προβλημάτων σε ατομικό και κοινωνικό επίπεδο. Το οινόπνευμα αποτελεί μία από τις συχνότερες εθιστικές ουσίες κατάχρησης και ο εθισμός που προκαλεί συνιστά ένα μείζον πρόβλημα της δημόσιας υγείας, το οποίο σχετίζεται με ένα ευρύτατο φάσμα σωματικών, ψυχολογικών και κοινωνικών δυσλειτουργιών.

Από το τέλος της ποτοαπαγόρευσης, η κατανάλωση οινοπνευματωδών αυξάνεται συνεχώς και αυτό φαίνεται τις τελευταίες δεκαετίες να αφορά και νέες πληθυσμιακές ομάδες, όπως είναι οι γυναίκες και οι έφηβοι. Καθώς ο αριθμός των χρηστών αυξάνεται, επόμενο είναι να πολλαπλασιάζονται και τα άτομα που είναι εξαρτημένα από το οινόπνευμα.

Η κατάχρηση οινόπνεύματος και τα ψυχιατρικά προβλήματα που εμπλέκονται με αυτή αντιπροσωπεύουν μεγάλο ποσοστό ατόμων που απευθύνονται στις μονάδες των επειγόντων περιστατικών ή βρίσκονται υπό θεραπεία σε ψυχιατρικές υπηρεσίες. Κανένας ψυχίατρος δεν μπορεί να αποφύγει να ασχοληθεί με αυτού του είδους τους ασθενείς. Καθώς ο αλκοολισμός ή η κατάχρηση οινόπνευματων συνιστούν διαταραχές που επιφέρουν σημαντικά προβλήματα σ' όλους σχεδόν τους τομείς της ζωής του ανθρώπου, είναι ξεκάθαρο ότι κάθε προληπτική ή θεραπευτική παρέμβαση θα έχει ως αποτέλεσμα τη μείωση της βλάβης, την οποία η κατάχρηση συνεπάγεται. Αυτό θα πρέπει να επιχειρείται ακόμη και στις περιπτώσεις που το άτομο δεν είναι σε θέση να κατανοήσει πλήρως το πρόβλημα ή να παραμείνει σε πλήρη αποχή.

Ο στόχος κάθε επαγγελματικής θεραπευτικής παρέμβασης πρέπει να στοχεύει στο άτομο που κάνει κατάχρηση ή είναι εξαρτημένο μ' ένα τρόπο που θα το κάνει ν' αναπτύξει ή να ενισχύσει τις θετικές του πλευρές. Τα τελευταία χρόνια έχουν γίνει πολλές προσπάθειες να αναπτυχθούν ειδικές τεχνικές συνέντευξης και στρατηγικές πρόληψης, οι οποίες αποσκοπούν στην αντιμετώπιση της βλάβης που προκαλεί η κατάχρηση οινόπνεύματος στους εξαρτημένους, καθώς και στην αύξηση του κινήτρου των ατόμων αυτών ώστε να αναζητήσουν εξειδικευμένη θεραπευτική βοήθεια.

Σε κάθε περίπτωση, ο θεραπευτής δεν θα πρέπει να είναι επικριτικός σχετικά με τις αρνητικές δραστηριότητες του εξαρτημένου, διότι ο αλκοολικός πολύ συχνά γνωρίζει τα προβλήματά του πολύ καλύτερα από τον καθένα.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Σε πολλά μέρη του κόσμου η κατάχρηση-εξάρτηση από το οινόπνευμα είναι σήμερα ένα σημαντικό και προοδευτικά αυξανόμενο πρόβλημα.

Ο όρος “αλκοολισμός” είναι ταυτόσημος με την εξάρτηση από το οινόπνευμα. Σύμφωνα με τον ορισμό του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας “ ο αλκοολισμός είναι μια χρόνια διαταραχή της συμπεριφοράς, που εκδηλώνεται με την επανειλημμένη λήψη οιοπνευματωδών ποτών σε ποσότητα, ασυμβίβαστη με τις διαιτητικές συνθήκες και τα παραδεκτά όρια του κοινωνικού περιβάλλοντος και που σε κάποιο βαθμό επηρεάζει την υγεία του χρήστη ή την επαγγελματική και κοινωνική του λειτουργικότητα”. Ο αλκοολισμός είναι δυνητικά μία θανατηφόρα νόσος, η οποία προκαλεί σοβαρές ψυχιατρικές, σωματικές και κοινωνικές επιπλοκές.

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

Σύμφωνα με τις αναφορές του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, η υπερβολική κατανάλωση οιοπνεύματος συμβάλλει στην αύξηση της νοσηρότητας και τα ποσοστά ανικανότητας και θνησιμότητας.

Η Ευρώπη κατέχει την πρώτη θέση στην κατανάλωση οιοπνευματωδών στον κόσμο και στα ποσοστά που αφορούν τα προβλήματα υγείας που προκύπτουν από αυτήν. Κατά τις τελευταίες δεκαετίες η παραγωγή και η κατανάλωση ανά κάτοικο αλκοολούχων ποτών (κρασιού, μπίρας και των λεγόμενων “σκληρών”) σε αρκετές ευρωπαϊκές χώρες, περιλαμβανομένης της Ελλάδας, έχει αυξηθεί σημαντικά. Εξάρτηση από το οινόπνευμα εμφανίζουν το 10% των ανδρών και το 3-5% των γυναικών που αντιστοιχούν σε ποσοστό 30% του συνόλου των ψυχικών διαταραχών. Στη Μ. Βρετανία περισσότεροι από εννέα στους δέκα κατοίκους καταναλώνουν οινόπνευμα και από αυτούς περισσότεροι από ένας στους τέσσερις άνδρες και περίπου μία στις επτά γυναίκες κάνουν χρήση οιοπνεύματος σε ποσότητες μη ιατρικά ασφαλείς γι’ αυτούς. Στην Αφρική και την Ασία, οι σημαντικές αλλαγές στη δομή της κοινωνίας και η έντονη αστικοποίηση έχουν αναστείλει τη δυνατότητα του κοινωνικού ελέγχου στο πρόβλημα της κατανάλωσης του οιοπνεύματος.

Στην Ελλάδα το πρόβλημα του αλκοολισμού για ένα μεγάλο χρονικό διάστημα θεωρείτο ανύπαρκτο. Όμως τα δεδομένα που προέκυψαν από πρόσφατες μελέτες διαφοροποίησαν αυτή την εικόνα. Ορισμένες από αυτές τις μελέτες έδειξαν αλλαγή του παραδοσιακού τρόπου κατανάλωσης του

οινοπνεύματος. Το 1990 η κατά κεφαλή κατανάλωση καθαρού οινοπνεύματος έφτασε τα 5,9 lit/ έτος, η δε κατανάλωση της μπίρας αυξήθηκε σε μια εικοσαετία (1970-1990) από 5,3 lit / άτομο σε 39,8 lit / άτομο.

Η κίρρωση ήπατος -επιδημιολογικός δείκτης του αλκοολισμού- αυξήθηκε κατά 180% μεταξύ των ετών 1978 και 1993. Μελέτες σε Γενικό Νοσοκομείο έδειξαν ότι υψηλό ποσοστό (20% περίπου) των νοσηλευομένων ασθενών είχαν προβλήματα κατάχρησης-εξάρτησης από το οινόπνευμα.

ΑΙΤΙΟΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Βιολογικοί παράγοντες:

Αναμφισβήτητα, η γενετική προδιάθεση είναι πρωταρχικής σημασίας για την ευαλωτότητα ενός ατόμου στο οινόπνευμα. Η συχνότητα του αλκοολισμού (18%) σε γιους αλκοολικών είναι τετραπλάσια, συγκρινόμενη με τη συχνότητα σε αντίστοιχο πληθυσμό αγοριών μα γονείς μη αλκοολικούς, ανεξάρτητα από το αν τα παιδιά ανατράφηκαν κοντά στους φυσικούς ή τους θετούς γονείς. Η υψηλή κληρονομικότητα του αλκοολισμού (50-60%) υποδηλώνει την ύπαρξη λειτουργικών παρεκκλίσεων των γονιδίων που επηρεάζουν την κατανάλωση οινοπνεύματος και άλλων που οδηγούν σε αυξημένο κίνδυνο εξάρτησης.

Ωστόσο, και άλλοι βιολογικοί παράγοντες είναι σημαντικοί για τις ανεπιθύμητες επιδράσεις του οινοπνεύματος στην υγεία του ατόμου. Η θρέψη είναι ένας από αυτούς. Άτομα που υποσιτίζονται είναι ιδιαίτερα ευάλωτα. Ευάλωτοι στις επιδράσεις του οινοπνεύματος είναι και οι πάσχοντες από ορισμένα νοσήματα όπως ο διαβήτης (μέτρια κατανάλωση οινοπνεύματος προκαλεί υπογλυκαιμία), η αρτηριακή υπέρταση (αυξάνεται η αρτηριακή πίεση και ο κίνδυνος καρδιαγγειακής νόσου) και η ηπατίτιδα C (επιταχύνει την εξέλιξη της ηπατικής βλάβης και αυξάνει τον κίνδυνο για την ανάπτυξη της κίρρωσης).

Ψυχολογικοί παράγοντες:

Η προσωπικότητα έχει συγκεντρώσει το ερευνητικό ενδιαφέρον, όσον αφορά τη συμμετοχή της στην εκδήλωση αλκοολισμού. Η ιδιοσυγκρασία και τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας έχουν μελετηθεί διεξοδικά. Ενώ προηγούμενες μελέτες κατέληγαν σε θετικά συμπεράσματα ως προς ορισμένα χαρακτηριστικά, όπως π.χ το μειωμένο αίσθημα αυτοεκτίμησης, νεότερες συγκριτικές μελέτες αγοριών από αλκοολικούς και μη γονείς κατέδειξαν ότι δεν διαφέρουν σημαντικά στα χαρακτηριστικά προσωπικότητας όπως η αναζήτηση νεωτερισμού, η αποφυγή βλάβης και η εξάρτηση από την

ανταμοιβή. Η αρνητική “συναισθηματικότητα”, μια ευρεία διάσταση της προσωπικότητας που καθορίζει την τάση του ατόμου να βιώνει ενδοψυχικό stress και αρνητικά συναισθήματα, δεν επιβεβαιώνεται ότι συσχετίζεται με την ευαλωπτητα στον αλκοολισμό. Αντίθετα θεωρείται μάλλον ως επακόλουθο της νόσου.

Η συμπεριφορική διπλή αναστολή, η οποία θεωρείται αδυναμία ή έλλειψη επιθυμίας από ένα άτομο να αναστείλει παρορμήσεις της συμπεριφοράς είναι μια άλλη διάσταση της προσωπικότητας. Σύμφωνα με ορισμένες μελέτες, τα εξαρτημένα από το οινόπνευμα άτομα έχουν σε υψηλότερο βαθμό συμπεριφορική διπλή αναστολή σε σύγκριση με φυσιολογικούς μάρτυρες. Με βάση τα αισθήματα αυτά, η συμπεριφορική διπλή αναστολή θεωρείται παράγοντας που συμβάλλει στην εξάρτηση από το οινόπνευμα.

Διαταραχές όπως η αντικοινωνικού τύπου συμπεριφορά θεωρείται ότι συνοδεύει περισσότερο από οποιαδήποτε άλλη διαταραχή την εξάρτηση από το οινόπνευμα. Προγενέστερες μελέτες έδειξαν ότι οι αλκοολικοί εμφανίζουν συχνότερα από το γενικό πληθυσμό κατάθλιψη, είτε ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας είτε ως σύμπτωμα. Επίσης, άλλα στοιχεία που μπορεί να προεξάρχουν στην προσωπικότητα των αλκοολικών είναι η παθητική εξαρτητικότητα, το άγχος, η παρανοϊκή τάση καθώς και το χαμηλό αίσθημα αυτοεκτίμησης, υπευθυνότητας και αυτοελέγχου.

Κοινωνικοί-πολιτιστικοί παράγοντες:

Δημογραφικοί και κοινωνικο-πολιτιστικοί παράγοντες επηρεάζουν τη συχνότητα εμφάνισης του αλκοολισμού. Ο αλκοολισμός παρατηρείται 3-4 φορές συχνότερα στους άνδρες απ’ ότι στις γυναίκες.

Την επίπτωση του αλκοολισμού σε μια χώρα επηρεάζουν και άλλοι παράγοντες, όπως η ηλικία, το επάγγελμα, η κοινωνική τάξη και οι θρησκευτικές πεποιθήσεις. Στους άνδρες η έναρξη χρήσης τοποθετείται γύρω στην ηλικία των 20 χρόνων, ενώ σπάνια παρατηρείται και μετά τα 45. Αν τα προβλήματα εμφανισθούν κατά την εφηβεία, η νόσος είναι βαρύτερης μορφής και εξέλιξης, ενώ συνήθως προϋπάρχει διαταραχή της διαγωγής.

Στις γυναίκες η έναρξη φαίνεται να γίνεται σε μεγαλύτερη ηλικία συγκριτικά με τους άνδρες. Ορισμένα άτομα λόγω του επαγγέλματός τους είναι περισσότερο εκτεθειμένα στην πρόκληση χρήσης του αλκοόλ, όπως π.χ οι εργαζόμενοι σε εστιατόρια, μπαρ, ταβέρνες, ποτοποιίες κ.α. Τέλος θα πρέπει να τονίσουμε την επίδραση που ασκεί η οικογένεια, τόσο με τη στάση που έχουν διαμορφώσει τα άλλα μέλη απέναντι στο αλκοόλ, όσο και με τις διαταραγμένες διαπροσωπικές τους σχέσεις, ώστε τα άτομα να καταφεύγουν στην κατάχρηση αλκοόλ για να αντιμετωπίσουν δυσλειτουργικές οικογενειακές σχέσεις.

ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΜΕ ΤΗΝ ΚΑΤΑΧΡΗΣΗ ΟΙΝΟΠΝΕΥΜΑΤΟΣ

1. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΟΞΕΙΑΣ ΚΑΤΑΧΡΗΣΗΣ ΑΙΘΥΛΙΚΗΣ ΑΛΚΟΟΛΗΣ

1.1 Η οξεία δηλητηρίαση από αλκοόλ

Η θανατηφόρα συγκέντρωση αλκοόλ στο αίμα είναι 300-500 mg/dl στους ενήλικες, ενώ στα παιδιά θανατηφόρα δόση αποτελούν 30-60 cc καθαρό αλκοόλ. Ως δηλητηρίαση από αιθυλική αλκοόλη ορίζεται η συγκέντρωση ουσίας στο αίμα ίση με 100-150 mg/dl. Σε συγκέντρωση από 150-200 mg/dl παρατηρείται απώλεια κινητικού ελέγχου και σε συγκέντρωση από 200-300 mg/dl επέρχεται κώμα. Τα συμπτώματα της οξείας δηλητηρίασης από αλκοόλ περιλαμβάνουν καταστολή του κεντρικού νευρικού συστήματος (Κ.Ν.Σ.), απώλεια του κινητικού ελέγχου, πτώση της αρτηριακής πίεσης, αγγειοδιαστολή, ερύθημα του δέρματος, υποθερμία, ταχυκαρδία, καταστολή του μυοκαρδίου, καταστολή του αναπνευστικού συστήματος, διούρηση και υπογλυκαιμία. Σε βαριές περιπτώσεις μπορεί να παρουσιαστεί οξεία παγκρεατίτιδα, κολπική μαρμαρυγή, γαλακτική οξέωση, συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια, πνευμονικό οίδημα, καρδιογενής καταπληξία και αιφνίδιος θάνατος. Ο αλκοολικός ασθενής που βρίσκεται σε κώμα χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή και απαιτείται πάντοτε να γίνεται διαφορική διάγνωση άλλων καταστάσεων που οδηγούν σε κώμα, όπως η υπογλυκαιμία, το τραύμα (υποσκληρίδιο αιμάτωμα) ή και η σήψη.

1.2 Το σύνδρομο στέρσης

Το στερητικό σύνδρομο από αιθυλική αλκοόλη συνιστά μια βαριά κατάσταση. Εμφανίζεται συνήθως 12-36 ώρες μετά από την απότομη διακοπή λήψης της ουσίας. Τα σημαντικότερα κλινικά συμπτώματα του περιλαμβάνουν ναυτία, εμετούς, κρύο ιδρώτα, ανησυχία, άγχος, κεφαλαλγία, τρόμο, επιληπτικές κρίσεις και παραλήρημα. Ο ασθενής μπορεί να παρουσιάσει το επικίνδυνο για τη ζωή τρομώδες παραλήρημα (Delirium tremens), το οποίο χαρακτηρίζεται από διαταραχές ηλεκτρολυτών, ταχυκαρδία, υπέρταση, πυρετό και σύγχυση και χρειάζεται επείγουσα αντιμετώπιση.

1.3 Η αλκοολική κετοξέωση (ΑΚΟ)

Πρόκειται για σύνδρομο μεταβολικής οξέωσης με αυξημένο χάσμα ανιόντων σε αλκοολικό ασθενή. Εμφανίζεται τυπικά σε χρόνιους αλκοολικούς

1 -2 ημέρες μετά από υπερβολική και σε μικρό χρονικό διάστημα κατανάλωση τεραστίων ποσοτήτων αλκοόλ. Λόγω του αισθήματος κορεσμού που τους χαρακτηρίζει, οι χρήστες παραμένουν ουσιαστικά νηστικοί, ενώ παράλληλα κάνουν πολλούς εμετούς. Τρεις κυρίως παράγοντες, δηλ. **1)** η δράση του αλκοόλ και των μεταβολιτών του εναντίον της γλυκονογένεσης **2)** η νηστεία, η οποία μειώνει τις αποθήκες γλυκαγόνης και **3)** η μείωση του ενδοαγγειακού χώρου, επιδεινούμενοι από τους εμετούς, έχουν ως αποτέλεσμα τη μείωση του επιπέδου της ινσουλίνης και την αύξηση της γλυκαγόνης. Ακολουθεί επιταχυνόμενη λιπόλυση με συνέπεια την απελευθέρωση λιπαρών οξέων και την παραγωγή κετονών (β-υδροξυβουτιράτη και οξυοξικό άλας). Η ταχεία ανίχνευση ούρων (dipstick) για κετόνες μπορεί να είναι αρνητικό. Ο ασθενής εμφανίζει ναυτία, εμετούς, κοιλιακό άλγος (σε ποσοστό 60-75%), δύσπνοια, αναπνοή Kussmaul, τρόμο, ζάλη, αιματέμεση (σε ποσοστό 10-20%), μυαλγία, πυρετό, διάρροια, επιληπτική κρίση και μέλαινες κενώσεις (σε ποσοστό 10-20%). Σε μερικές περιπτώσεις μπορεί να εμφανιστούν επιπλοκές όπως σήψη, παγκρεατίτιδα, ραβδομύλυση και υπογλυκαιμία. Η θεραπεία του συνδρόμου συνίσταται σε παρεντερική χορήγηση υγρών, σακχαρούχων διαλυμάτων και στη διόρθωση των ηλεκτρολυτικών διαταραχών.

2. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΧΡΟΝΙΑΣ ΚΑΤΑΧΡΗΣΗΣ ΑΙΘΥΛΙΚΗΣ ΑΛΚΟΟΛΗΣ

2.1 Αλκοόλ και θρέψη

Η χρόνια κατανάλωση μικρής ποσότητας αιθυλικής αλκοόλης δεν έχει αναφερθεί ότι έχει κάποια δράση στο γενικό μεταβολισμό του οργανισμού. Η χρήση μέτριας ποσότητας αυξάνει το σωματικό βάρος λόγω καταστολής της οξειδωσης των λιπιδίων. Αντιθέτως, η χρόνια κατάχρηση έχει βαριές επιπτώσεις στο γενικό μεταβολισμό του οργανισμού και προκαλεί μείωση του βάρους του σώματος. Ο αλκοολικός καλύπτει το ήμισυ των αναγκών του σε θερμιδική ενέργεια με το αλκοόλ (αιθανόλη= 7.1 kcal/gr.), το οποίο παίρνει τη δέση των φυσιολογικών ουσιών με συνέπεια την υποθρεψία και τη σοβαρή έλλειψη βιταμινών A, D, E, B, C και ιχνοστοιχείων Mg, Se, Zn.

2.2 Αλκοόλ και καρδιαγγειακή λειτουργία

2.2.1. Προστατευτική δράση

Μία μικρή έως μέτρια χρήση κόκκινου κυρίως κρασιού "ένα ποτό την ημέρα" μειώνει σε ποσοστό 25-40% τον κίνδυνο στεφανιαίας νόσου και δρα ευνοϊκά στο λιπιδαιμικό προφίλ του ατόμου αυξάνοντας την HDL. Επίσης, χρήση μικρής ποσότητας αλκοόλ (30g / ημέρα) έχει αντιθρομβωτική δράση με αύξηση της ινωδόλυσης, μείωση της συσσώρευσης των αιμοπεταλίων και

αύξηση της λειτουργίας του t-PA (tissue plasminogen activator) με αποτέλεσμα καταστολή του μηχανισμού πήξης.

2.2.2 Καρδιακή βλάβη

Χρόνια κατάχρηση αλκοόλης >90-100/ημέρα μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα την εμφάνιση αλκοολικής καρδιομυοπάθειας, την αύξηση των επιπέδων ομοκυστεΐνης, με συνέπεια πρόωρη βλάβη αγγείων, αρρυθμίες, καθώς και την αύξηση του κίνδυνου θανάτου σε ασθενείς με στεφανιαία νόσο.

2.2.2.1 Διατακτική καρδιομυοπάθεια

Η παθολογική αυτή οντότητα προκύπτει από τη χρόνια κατάχρηση αλκοόλης και παρουσιάζει τα ίδια συμπτώματα και τις ίδιες αλλοιώσεις στο μυοκάρδιο όπως και όταν προκαλείται από άλλες αιτίες (ιογενής, κύηση κ.ά.) Μετά τη διακοπή της κατάχρησης παρατηρείται μεγαλύτερη επιβίωση του χρήστη συγκριτικά με την καρδιομυοπάθεια από άλλες αιτίες (81% στα 5 χρόνια έναντι 48% αντίστοιχα], καθώς επίσης και μερική έως και πλήρης αποκατάσταση των βλαβών. Ο μηχανισμός βλάβης των μυοκυττάρων της καρδιάς βασίζεται στη διαταραχή της ισορροπίας οξειδωτικών μηχανισμών. Μεταξύ άλλων μεταβολιτών του αλκοόλ η αύξηση των μορίων που περιέχουν δραστικό οξυγόνο (ROS - reactive oxygen species) οδηγεί σε αυξημένη οξειδωτική δραστηριότητα του οργανισμού. Παράλληλα παρατηρείται μείωση των ενζύμων με αντιοξειδωτική δράση με αποτέλεσμα βλάβη των φωσφολιπιδίων της μεμβράνης των μυοκυττάρων και πρόωρη απόπτωση. Από την άλλη πλευρά, παρατηρείται δυσλειτουργία των υποδοχέων της μεμβράνης των μυοκυττάρων με συνέπεια τη διαταραχή στη μετάδοση μηνυμάτων προς τον πυρήνα του κυττάρου (signal transducing pathway), γεγονός που οδηγεί σε πρόωρο κυτταρικό θάνατο.

2.2.2.2 Αρρυθμίες

Η κατάχρηση αλκοόλ, τόσο η οξεία (μεγάλη κατανάλωση αλκοόλ κατά το Σαββατοκύριακο - holiday heart syndrome) όσο και η χρονιά, μπορεί να διαταράσσει, συνήθως μέσω ηλεκτρολυτικών διαταραχών, τον ηλεκτρικό μηχανισμό της καρδιάς, οδηγώντας σε ανωμαλίες του καρδιακού ρυθμού. Οι πιο συχνές αρρυθμίες που μπορούν να συμβούν είναι παράταση του P με κίνδυνο εμφάνισης κολπικής ή και κοιλιακής μαρμαρυγής, γεγονός που έχει ως συνέπεια τον αιφνίδιο θάνατο.

2.2.2.3 Αλκοόλ και Αγγειακό Σύστημα

Περιγράφεται ότι η βαριά κατάχρηση αιθυλικής αλκοόλης σχετίζεται με τη χρόνια υπέρταση, με την αύξηση των επιπέδων ομοκυστεΐνης του ορού με αποτέλεσμα πρόωρη βλάβη των αγγείων και με αυξημένη θνητότητα από καρδιακή προσβολή λόγω στεφανιαίας νόσου. Στην οξεία κατάχρηση παρατηρείται ανάλογη αύξηση των επεισοδίων

2.3 Αιματολογικού τύπου διαταραχές σχετιζόμενες με τον αλκοολισμό

Το αλκοόλ επιδρά τόσο στα κύτταρα του αίματος όσο και στα αιμοποιητικά κύτταρα του μυελού των οστών. Η δράση αυτή μπορεί να είναι αποτέλεσμα είτε άμεσης τοξικότητας είτε έμμεσης, μέσω του ελλείμματος θρεπτικών ουσιών, οι οποίες είναι αναγκαίες για την παραγωγή και λειτουργία των κυττάρων του αίματος.

2.4. Αλκοόλ και νεφρά - Υδροηλεκτρολυτικές και οξεοβασικές διαταραχές

Η οξεία και η χρόνια κατανάλωση αλκοόλ έχουν επίδραση στη νεφρική λειτουργία είτε άμεσα είτε έμμεσα μέσω ηπατικής νόσου. Το αποτέλεσμα είναι μια σοβαρή διαταραχή της ομοιόστασης των υγρών, των ηλεκτρολυτών και των ιόντων υδρογόνου.

2.4.1 Νεφρά

Οι αλκοολικοί ασθενείς, κυρίως αυτοί με αλκοολική ηπατοπάθεια, μπορούν να παρουσιάσουν νεφρομεγαλία. Αύξηση του μεγέθους των νεφρών παρατηρείται σε ποσοστό 33% των ασθενών με αλκοολική κίρρωση. Μορφολογικά μπορεί να παρατηρηθεί πάχυνση της ασίκης μεμβράνης, αύξηση του μεγέθους των σπειραμάτων και ανωμαλίες των κυττάρων των νεφρικών σωληναρίων.

2.4.2 Υγρά

Είναι γνωστό ότι το αλκοόλ αναπτύσσει διουρητική δράση 20 λεπτά μετά την κατανάλωση του, λόγω καταστολής της αντιδιουρητικής ορμόνης (ADH). Τα ούρα αυτά έχουν χαμηλό ειδικό βάρος. Η χρόνια κατανάλωση αλκοόλ έχει ως συνέπεια κατακράτηση υγρών, αύξηση του όγκου όλων των διαμερισμάτων του οργανισμού, καθώς και αύξηση του ενδοαγγειακού όγκου με αποτέλεσμα την ανάπτυξη υπέρτασης.

2.4.3 Ηλεκτρολύτες

2.4.3.1 Νάτριο - Το σύνδρομο της "υπερβολικής κατανάλωσης μπύρας" ("Beer potomania")

Η κατανάλωση υπερβολικής ποσότητας μπύρας (6 λίτρα την ημέρα) χωρίς παράλληλα σωστή θρέψη μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα υπερφόρτωση του οργανισμού με υγρά και υπονατριαιμία από αραίωση. Παράλληλα, φαίνεται να υπάρχει και απευθείας δράση του αλκοόλ στην ομοιοστασία του Na⁺ καθώς έχει παρατηρηθεί υπονατριαιμία και μετά από κατανάλωση ούισκι.

2.4.3.2 Φωσφόρος

Ο αλκοολικός μπορεί να εμφανίσει υποφωσφαταιμία οφειλόμενη σε πολλές αιτίες όπως 1) έλλειψη φωσφόρου λόγω κακής διατροφής, 2) αναπνευστική αλκάλωση (υπεραερισμός κατά το σύνδρομο στέρησης) και 3) αυξημένη έκκριση φωσφόρου από τα ούρα (η φωσφατουρία σε αλκοολικούς είναι 1.59/ημέρα συγκριτικά με φυσιολογικά άτομα στα οποία είναι 0.7 g/ημέρα). Αντίθετα παρατηρείται υπερφωσφαταιμία όταν συνυπάρχει ραβδομύωση.

2.4.3.3 Μαγνήσιο

Παρατηρείται υπομαγνησαιμία λόγω αυξημένης έκκρισης μαγνησίου από τα ούρα.

2.4.3.4 Ασβέστιο

Η υπομαγνησαιμία μαζί με αυξημένη έκκριση ασβεστίου από τα ούρα και συνοδό διαταραχή του μεταβολισμού της βιταμίνης D μπορούν να οδηγήσουν σε υποασβεστιαίμία μετά από βαριά κατάχρηση αλκοόλης.

2.4.3.5 Οξεοβασικές διαταραχές

Στον αλκοολικό ασθενή μπορούν να εμφανισθούν όλες οι πιθανές οξεοβασικές διαταραχές, συνήθως όμως παρατηρείται αλκάλωση (σε ποσοστό 71% των περιπτώσεων) καθώς και μεικτές διαταραχές, Δηλαδή:

- Η αναπνευστική αλκάλωση είναι συχνή λόγω υπεραερισμού κατά τη διάρκεια του συνδρόμου στέρησης.
- Η αναπνευστική οξέωση μπορεί να παρατηρηθεί σε βαριά κατάχρηση λόγω καταστολής του ΚΝΣ οπότε μειώνεται η ευαισθησία του αναπνευστικού κέντρου με αποτέλεσμα κατακράτηση διοξειδίου του άνθρακα,
- Η μεταβολική οξέωση μπορεί να είναι γαλακτική οξέωση, αλκοολική κετοξέωση (βλέπε 2.3) ή οξέωση από κατανάλωση άλλων ειδών αλκοόλ ή παράλληλη κατάχρηση ακετυλοσαλυκιλικού οξέος.
- Η μεταβολική αλκάλωση μπορεί να εμφανιστεί ως αποτέλεσμα πολλαπλών εμετών, διαταραχή που καταγράφεται συχνά στους αλκοολικούς.

2.5 Αλκοόλ και νευρικό σύστημα

2.5.1 Η επίδραση του αλκοόλ στο ΚΝΣ

Στον αλκοολικό ασθενή παρατηρούνται τα εξής χαρακτηριστικά νευρολογικά σύνδρομα:

- Η συνδρομή Wernicke-Korsakoff είναι ένα νευρο-ψυχιατρικό σύνδρομο στο οποίο παρατηρείται σημαντική απώλεια νευρώνων στα μάτια και την παρεγκεφαλίδα και οφείλεται στην έλλειψη θειαμίνης. Χαρακτηρίζεται από οφθαλμοπληγία, νυσταγμό, διαταραχή της κινητικότητας των οφθαλμών, αταξία, σύγχυση και διαταραχές μνήμης.

Στον αλκοολικό ασθενή με σύνδρομο Wernicke-Korsakoff είναι απαραίτητη η άμεση χορήγηση διαλύματος γλυκόζης μαζί με θειαμίνη. Χορήγηση γλυκόζης χωρίς θειαμίνη μπορεί να οδηγήσει σε επιδείνωση της κατάστασης και θάνατο του ασθενή.

- Η αλκοολική παρεγκεφαλιδική εκφύλιση εμφανίζεται με συμπτώματα αταξίας και προοδευτικής αστάθειας χωρίς όμως δυσαρθρία ή νυσταγμό.
- Το Σύνδρομο Machiafava-Bignami είναι μια σπάνια διαταραχή και έχει παρατηρηθεί κυρίως σε Ιταλούς πότες κόκκινου κρασιού. Πρόκειται για μια υποξεία ανοϊκή νόσο που γρήγορα οδηγεί σε μυϊκή ακαμψία, παράλυση, κώμα και θάνατο σε μερικούς μήνες.
- Η κεντρική μυελινολύση της γέφυρας εμφανίζεται ως μια σπαστική τετραπάρεση ταχέως επιδεινούμενη μαζί με δυσαρθρία και δυσφαγία. Η συνείδηση και οι κινήσεις των οφθαλμών παραμένουν ακέραιες [fro σύνδρομο του κλειδωμένου ανθρώπου - locked in].
- Η αλκοολική αμβλυωπία παρατηρείται κυρίως σε αλκοολικούς καπνιστές. Πρόκειται για μια αιφνίδια αμφοτερόπλευρη πτώση της όρασης με κεντρικό σκότωμα, η οποία οφείλεται σε έλλειψη της βιταμίνης B12.

2.5.2. Αλκοόλ και εγκεφαλικά επεισόδια

Ο ασθενής με βαριά κατάχρηση αιθυλικής αλκοόλης παρουσιάζει αυξημένο κίνδυνο, αφ ενός μεν ισχαιμικού αφ" ετέρου δε αιμορραγικού εγκεφαλικού επεισοδίου. Η κατάσταση αυτή συνιστά κυρίως το αποτέλεσμα της δράσης του αλκοόλ στο σύστημα πήξης και ινωδόλυσης αλλά και της απ' ευθείας δράσης της ουσίας στο αγγειακό σύστημα.

2.5.3 Περιφερική νευροπάθεια

Για την ανάπτυξη κλινικής εικόνας περιφερικής νευροπάθειας στον αλκοολικό ασθενή παίζει σημαντικό ρόλο τόσο η έλλειψη θειαμίνης όσο και η απ' ευθείας τοξική δράση του αλκοόλ στα περιφερικά νεύρα. Αυτή η κλινική εικόνα μοιάζει με αυτή της νευροπάθειας από τη νόσο beri-beri. Αρχικά παρατηρούνται διαταραχές αισθητικότητας με παραισθησίες άκρων ποδών και χεριών [σαν τσίμπημα βελόνας), καθώς και χαρακτηριστικές καυσαλγίες, κυρίως τις νυχτερινές ώρες. Αργότερα, εμφανίζονται κινητικές διαταραχές και στη συνέχεια προστίθεται η κατάργηση των τενοντίων αντανακλαστικών. Επίσης, συχνά παρατηρούνται σημεία αυτόνομης νευροπάθειας (ορθοστατική υπόταση, υποθερμία κ.λ.π.)

2.6 Αλκοόλ και μυϊκό σύστημα

Σε ποσοστό μεγαλύτερο του 50% των αλκοολικών ασθενών περιγράφεται αλκοολική μυοπάθεια, η οποία εμφανίζεται ως αδυναμία βάρδισης αλλά και με κράμπες, μυαλγίες, μυϊκή ατροφία και μείωση της μυϊκής μάζας σε ποσοστό 30-50%. Καθώς οι σκελετικοί μύες αποτελούν το 40% του όγκου του σώματος, η απώλεια τους έχει σοβαρές επιπτώσεις στο γενικό μεταβολισμό του οργανισμού. Η αιτία της αλκοολικής μυοπάθειας είναι πολυπαραγοντική καθώς συνιστά το αποτέλεσμα τόσο της αλκοολικής

περιφερικής νευροπάθειας όσο και της υποθρεψίας και της ηπατικής νόσου των ασθενών αυτών. Επιπλέον, παρατηρείται και απευθείας τοξική δράση του αλκοόλ στις μυϊκές ίνες τύπου II λόγω καταστολής της σύνθεσης μυϊκών πρωτεϊνών, της δράσης του μυϊκού RNA, της αυξημένης δράσης της PNAάσης και τέλος της βλάβης των μεμβρανών των μυοκυττάρων από ελεύθερες ρίζες οξυγόνου (ROS) Φαίνεται να υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της βαρύτητας της αλκοολικής μυοπάθειας και της αλκοολικής καρδιομυοπάθειας λόγω του ότι οι μηχανισμοί βλάβης αυτών" των διαταραχών είναι παρόμοιοι.

2.7. Αλκοόλ και οστά

Είναι γνωστό από την εποχή της Αρχαίας Αιγύπτου ότι ο αλκοολισμός συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο καταγμάτων. Εκτός από τον κίνδυνο εύκολου τραυματισμού λόγω συχνών ατυχημάτων, το αλκοόλ φαίνεται να έχει και απ' ευθείας δράση στα οστά. Μια μελέτη σε προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες με κατάγματα έδειξε ότι η κατανάλωση αιθυλικής αλκοόλης αποτελεί σημαντικό παράγοντα κινδύνου κατάγματος. Το ίδιο ισχύει κι 'για τις μεταεμμηνοπαυσιακές γυναίκες όσον αφορά τον κίνδυνο οστεοπορωτικών καταγμάτων. Στη μελέτη Framingham βρέθηκε ότι και στους άνδρες άνω των 65 ετών οι αλκοολικοί έχουν 10 φορές υψηλότερο κίνδυνο κατάγματος λεκάνης σε σχέση με τους μη αλκοολικούς,

Όσον αφορά την οστεοπόρωση η συσχέτιση με το αλκοόλ περιγράφηκε για πρώτη φορά το 1965. Σε πρόσφατη μελέτη βρέθηκε ότι η κατανάλωση αλκοόλ ήταν τρεις φορές υψηλότερη σε άνδρες και γυναίκες με οστεοπόρωση. Φαίνεται να υπάρχει απ' ευθείας τοξική δράση του αλκοόλ στους οστεοβλάστες, Άλλες μελέτες δεν επιβεβαιώνουν τη συσχέτιση αυτή, ενώ υπάρχει και η άποψη ότι η μικρή έως και μέτρια κατανάλωση έχει ευνοϊκή δράση στην οστική πυκνότητα.

2.8 Αλκοόλ και λοιμώξεις

Βακτηριδιακές πνευμονίες κυρίως του άνω λοβού από *Klebsiella pneumoniae* παρατηρούνται συχνότερα στους αλκοολικούς ασθενείς. Μεταξύ των ασθενών με φυματίωση ποσοστό 16% είναι αλκοολικοί, ενώ σε μερικές ομάδες πληθυσμού υψηλού κινδύνου το ποσοστό αυτό φθάνει έως και το 35%. Μια ενδιαφέρουσα παρατήρηση είναι ότι λόγω της μειωμένης κυτταρικής αντίδρασης των αλκοολικών ασθενών, η δερμοαντίδραση Mantoux είναι συνήθως αρνητική.

Οι αλκοολικοί ασθενείς, λόγω της περιθωριακής κοινωνικής συμπεριφοράς τους, βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο για λοίμωξη από τον ιό της ηπατίτιδας C (HCV λοίμωξη) και τον ιό της επίκτητης ανοσοποιητικής ανεπάρκειας (HIV λοίμωξη). Η εξέλιξη της HCV ηπατοπάθειας έχει άμεση σχέση με την κατάχρηση αλκοόλης. Δεν είναι γνωστό αν το αλκοόλ επιταχύνει αντίστοιχα την εξέλιξη και της HIV λοίμωξης, πάντως οι αλκοολικοί με HIV

λοίμωξη έχουν βαρύτερες ανωμαλίες των Τ λεμφοκυττάρων σε σχέση με τους μη αλκοολικούς ασθενείς.

Οι αλκοολικοί ασθενείς που νοσηλεύονται σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) παρουσιάζουν συχνότερα λοιμώξεις και κυρίως σηψαιμία.

2.9 Αλκοόλ και ορμονικές διαταραχές

Η κατανάλωση αιθυλικής αλκοόλης επηρεάζει όλους τους γνωστούς ενδοκρινικούς άξονες.

2.10. Άξονας Υποθάλαμος- Υπόφυση- Επινεφρίδια

Παρατηρείται διέγερση, αύξηση κορτιζόλης καθώς και μια αντίδραση ίδια με αυτή που προκαλεί το άγχος.

2.10.1 Άξονας Υποθάλαμος- Υπόφυση- Θυρεοειδής

Παρατηρείται κυρίως μείωση της TSH, γεγονός που σχετίζεται συνήθως με την αλκοολική ηπατοπάθεια.

2.10.2 Άξονας Υποθάλαμος- Υπόφυση- Γονάδες

- Αλκοόλ και Άνδρας
- Μάκνταφ: "Ποια είναι αυτό τα τρία πράγματα που προκαλεί ειδικότερα το ποτό;"
- Πόρτερ: "Αλίμονο, κύριε, κοκκινισμένη μύτη, ύπνο και συχνουρία. Λαγνεία, κύριε, αυξάνει την ερωτική επιθυμία αλλά στερεί την απόδοση." Σαίξπηρ, Μάκβεθ

Παρ' όλη την ύπαρξη αυξημένης ερωτικής διέγερσης που προκαλεί η κατανάλωση οινοπνεύματος στα αρχικά στάδια, σε όλους τους αλκοολικούς άνδρες, και όχι μόνο σ' αυτούς που αναπτύσσουν ηπατική νόσο, παρατηρείται σημαντικό βαθμό ανικανότητα και στέρωση. Οι αιτίες είναι πολλές και περίπλοκες. Βασικά υπάρχει μείωση της παραγωγής της τεστοστερόνης μέσω μηχανισμών όπως η μείωση της υποθαλαμικής έκκρισης της LHRH και της υποφυσιακής LH, η απ* ευθείας μείωση της έκκρισης τεστοστερόνης μέσω του μεταβολισμού των ενδορφινών, η αύξηση της οξειδωτικής βλάβης καθώς και η επιτάχυνση της διαδικασίας της απόπτωσης. Στις παραπάνω διαδικασίες που προκαλούν σεξουαλική ανικανότητα και στέρωση στους χρόνιους αλκοολικούς συνεπικουρεί και η αυξημένη παραγωγή οιστρογόνων. Χορήγηση αλκοόλ σε αρσενικά ποντίκια για 2 μήνες είχε ως αποτέλεσμα τη μείωση του επιπέδου της τεστοστερόνης, καθώς και τη μείωση του αριθμού των επιτυχημένων κυήσεων.

Ένας ανοιχτός τομέας μελέτης είναι η συσχέτιση μεταξύ αλκοολικού πατέρα και της υγείας του νεογέννητου. Σε πειραματόζωα παρατηρήθηκε ασυνήθιστα αυξημένο σωματικό βάρος στους απόγονους και ασυνήθιστα αυξημένος αριθμός αρσενικών παιδιών στους αλκοολικούς πατέρες.

- Αλκοόλ και γυναίκα

Οι γυναίκες είναι πιο επιρρεπείς στην τοξική δράση του αλκοόλ συγκριτικά με τους άνδρες. Οι αλκοολικές γυναίκες έχουν πιο συχνά διαταραχές εμμήνου ρύσεως και αναστολή ωορρηξίας. Στην εγκυμοσύνη, το αλκοόλ δρα βλαπτικά τόσο στη μητέρα όσο και στο έμβρυο (τερατογόνος δράση), με δύο κυρίως μηχανισμούς:

1) με άμεση τοξική δράση: το αλκοόλ διαπερνά τον πλακούντα και εισέρχεται στην κυκλοφορία του εμβρύου, ενώ παράλληλα προκαλεί και τοξική δράση στον ίδιο τον πλακούντα.

2) με έμμεση δράση μέσω διαταραχής των ορμονών της μητέρας αλλά και του εμβρύου, με διακοπή της φυσιολογικής ορμονικής επικοινωνίας μητέρας και εμβρύου αλλά και με τη διαταραχή των ενδοκρινικών αξόνων του εμβρύου.

Όσον αφορά το θηλασμό, η λαϊκή παροιμία "πιες μπίρα για να έχεις γάλα" φαίνεται να είναι λανθασμένη καθώς ένα ποτήρι μπίρας πριν από το θηλασμό έχει ως αποτέλεσμα τη μείωση της γαλακτορροίας. Επίσης, το αλκοόλ περνά μέσω του θηλασμού στο νεογέννητο προκαλώντας διαταραχές στον ύπνο και την ανάπτυξή του.

2.11 Αλκοολικό σύνδρομο του εμβρύου - γενετικές διαταραχές οφειλόμενες στο αλκοόλ

Η συνδρομή αυτή αποτελεί βαριά ανωμαλία του νεογνού, το οποίο παρουσιάζει καθυστέρηση στην ανάπτυξη, ανωμαλίες του ΚΝΣ και μορφολογικές ανωμαλίες κυρίως του κρανίου και του προσώπου. Η εμφάνισή του έχει άμεση σχέση με τον τρόπο και χρόνο κατάχρησης (το πιο επιβλαβές μοντέλο είναι η απότομη, οξεία κατάχρηση μεγάλων ποσοτήτων αλκοόλ από τη μητέρα με συνέπεια αδυναμία μεταβολισμού του από τον οργανισμό του εμβρύου και συσσώρευση της τοξικής του δράσης]. Η πιο κρίσιμη περίοδος είναι 1 περίοδος της οργανογένεσης κατά τους πρώτους 3 μήνες εγκυμοσύνης.

2.12 Αλκοόλ και καρκίνος

Το αλκοόλ δεν έχει απευθείας καρκινογόνο δράση αλλά ενισχύει τη δράση άλλων γνωστών καρκινογόνων ουσιών όπως της νικοτίνης. Η χρόνια κατανάλωση αλκοόλ αυξάνει τον κίνδυνο για την ανάπτυξη καρκίνου του πνεύμονα, του μαστού, του οισοφάγου, του στομάχου, του παγκρέατος, του κόλου, της στοματικής κοιλότητας, του φάρυγγα και του λάρυγγα. Ποσοστό 75% των καρκίνων του οισοφάγου και 50% του στοματοφάρυγγα και του λάρυγγα αντίστοιχα έχουν συσχετιστεί με τον αλκοολισμό. Ιαπωνικές μελέτες συσχετίζουν την ύπαρξη μιας ανενεργού μορφής της αλδεϋδ-αφυδρογονάσης (ALDH2) με τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του οισοφάγου και του στομάχου στους Ασιάτες. Όσον αφορά στον καρκίνο του μαστού, επιδημιολογικές μελέτες υποστηρίζουν μια γραμμική συσχέτισή του με την

κατάχρηση αλκοόλ. Ποσότητα 40 γρ. αλκοόλ (>3 ποτά/ ημέρα) αυξάνουν τον κίνδυνο καρκίνου του μαστού σε ποσοστό 68%, πρόκειται όμως για ευρήματα που δεν επιβεβαιώθηκαν από άλλες μελέτες.

2.13 Αλκοόλ και άλλες παθολογικές καταστάσεις

2.13.1 Σακχαρώδης διαβήτης

Ο κίνδυνος ανάπτυξης σακχαρώδους διαβήτη είναι 1.82 φορές μεγαλύτερος στον αλκοολικό ασθενή συγκριτικά με τον μη αλκοολικό. Από την άλλη πλευρά, το αλκοόλ προάγει την εμφάνιση υπογλυκαιμίας, γεγονός που θεωρείται επικίνδυνο για τους ασθενείς που κάνουν ινσουλινοθεραπεία. Οι ασθενείς αυτοί δεν αναγνωρίζουν εύκολα τα συμπτώματα της υπογλυκαιμίας.

2.13.2 Κάπνισμα

Το αλκοόλ ενισχύει την βλαπτική δράση της νικοτίνης σε όλα τα συστήματα του οργανισμού.

2.13.3 Αλληλεπιδράσεις με διάφορα φάρμακα

Χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή στους αλκοολικούς που παράλληλα καταναλώνουν διάφορα φάρμακα. Υπάρχει σημαντική αλληλεπίδραση με ψυχοφάρμακα, υπνωτικά, αντικαταθλιπτικά, αντιδιαβητικά φάρμακα, όπως και με φαρμακευτικές ουσίες που επηρεάζουν την πήξη του αίματος και τα αιμοπετάλια (αυξημένος κίνδυνος αιμορραγίας πεπτικού από τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη).

3. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Το αλκοόλ είναι μία τοξική ουσία που βλάπτει όλα τα κύτταρα και τους ιστούς του οργανισμού. Ο αλκοολικός πρέπει να θεωρείται ως βαριά πάσχων άτομο και η κατάχρηση αιθυλικής αλκοόλης πρέπει να αντιμετωπίζεται ως μια πολυσυστηματική, σοβαρή και επικίνδυνη για τη ζωή νόσος.

Για τη λύση των προβλημάτων που σχετίζονται με την κατάχρηση αιθυλικής αλκοόλης απαιτείται ενεργός δραστηριότητα από το σύνολο της κοινωνίας. Η έγκαιρη διακοπή της χρήσης της ουσίας φαίνεται να προλαμβάνει την εγκατάσταση μη αναστρέψιμων βλαβών του οργανισμού.

ΗΠΑΤΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΑ ΜΕ ΤΗΝ ΚΑΤΑΧΡΗΣΗ ΟΙΝΟΠΝΕΥΜΑΤΟΣ

1. ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΜΟΡΦΕΣ ΑΛΚΟΟΛΙΚΗΣ ΗΠΑΤΟΠΑΘΕΙΑΣ

Όπως και στην πλειοψηφία των ηπατικών νοσημάτων, έτσι και στη χρόνια αλκοολική ηπατοπάθεια, τις περισσότερες φορές η διάγνωση θα τεθεί τυχαία σε κάποια επίσκεψη του ασθενούς σε γιατρό για άλλο αίτιο, συχνά μη σχετιζόμενο με την υπερκατανάλωση οινοπνευματωδών. Ακόμη και η προχωρημένη ηπατική βλάβη (ίνωση, κίρρωση) είναι δυνατόν πολλές φορές να παραμένει για μεγάλο χρονικό διάστημα ασυμπτωματική.

Το ατομικό ιστορικό, ο λεπτομερής εργαστηριακός έλεγχος και η αξιολόγηση των ιστολογικών αλλοιώσεων μετά από βιοψία ήπατος θα επιβεβαιώσουν τη διάγνωση και θα καθορίσουν επακριβώς το στάδιο της νόσου. Αυτό συμβαίνει γιατί η αλκοολική ηπατοπάθεια, όπως και κάθε ηπατικό νόσημα, ακολουθεί μια εξελικτική πορεία αν δεν σημειωθεί άρση του αιτιολογικού παράγοντα και περιλαμβάνει ένα ευρύ φάσμα ιστολογικών αλλοιώσεων, οι οποίες με τη συνοδό κλινική εικόνα δύνανται να διακριθούν σε:

1.1 Λιπώδες ήπαρ ή ηπατική στεάτωση αλκοολικής αιτιολογίας

Πρόκειται για τη συχνότερη μορφή αλκοολικής ηπατοπάθειας και μπορεί να παρατηρηθεί και μετά από βραχυχρόνια κατανάλωση οινοπνεύματος. Το συσσωρευμένο στα ηπατοκύτταρα λίπος κυρίως απαντάται υπό τη μορφή τριγλυκεριδίων στις ζώνες 2 και 3. Σε σοβαρότερες περιπτώσεις δυνατόν να απαντάται και διαχύτως.

Όσον αφορά την κλινική συμπτωματολογία, η πλειοψηφία των ασθενών παραμένει ασυμπτωματική και μόνο λίγοι από αυτούς αναφέρουν αίσθημα βάρους στο δεξιό υποχόνδριο ή μη ειδικά συμπτώματα όπως ανορεξία, ναυτία και εμετούς. Ηπατομεγαλία παρατηρείται σε ποσοστό 40% περίπου των ασθενών. Σπανιότερα δυνατόν να παρουσιαστεί ενδοηπατική χολόσταση ενώ πιο σπάνια δυνατόν να παρουσιαστεί το σύνδρομο Zieve που χαρακτηρίζεται από ίκτερο, υπερλιπιδαιμία και αιμολυτική αναιμία. Στον εργαστηριακό έλεγχο δυνατόν να παρατηρηθούν αύξηση των τιμών των τρανσαμινασών και της γGT, αύξηση της αλκαλικής φωσφατάσης (σε ποσοστό 50%), υπερχολερυθριναιμία (σε ποσοστό 20-30%), υπερλιπιδαιμία, αναιμία, θρομβοπενία, μακροκυττάρωση και παράταση του χρόνου προθρομβίνης.

Εφόσον η κατανάλωση οινοπνεύματος διακοπεί, η κλινική συμπτωματολογία υποχωρεί σε διάστημα μερικών ημερών, ενώ οι ιστολογικές αλλοιώσεις αποκαθίστανται εντός 2-3 εβδομάδων. Εξαιρέση αποτελούν οι ασθενείς με σοβαρή παγκρεατική ανεπάρκεια, οι διαβητικοί και οι παχύσαρκοι στους οποίους η λιπώδης διήθηση δυνατόν να εμμένει και μετά τη διακοπή του αλκοόλ. Εάν η κατανάλωση αλκοόλ συνεχισθεί, οι ιστολογικές αλλοιώσεις εμμένουν και δυνατόν να εξελιχθούν προς αλκοολική ηπατίτιδα και κίρρωση.

1.2 Αλκοολική ηπατίτιδα - Αλκοολική ίνωση

Το κλινικό φάσμα της αλκοολικής ηπατίτιδας είναι ευρύτατο και δυνατόν να εκτείνεται από την ήπιας βαρύτητας ανικτερική ηπατίτιδα μετά συνοδού ηπατομεγαλίας έως την κεραυνοβόλο ηπατίτιδα, η οποία αρκετά συχνά συνδυάζεται με ηπατικό κώμα και θάνατο από ηπατική ανεπάρκεια. Συχνά στη βιβλιογραφία αναφέρεται και ως «οξεία σκληρυντική υάλινη νέκρωση» ή "αλκοολική στεατονέκρωση", όροι που χαρακτηρίζουν ιστολογικές ηπατικές αλλοιώσεις.

Συνήθως, παρατηρούνται συμπτώματα όπως ανορεξία, ναυτία, εμετοί, απώλεια βάρους, ακαθόριστα κοιλιακά άλγη, ίκτερος, πυρετός αλλά και ηπατική εγκεφαλοπάθεια, νεφρική ανεπάρκεια και συμπτωματολογία εσωτερικής αιμορραγίας. Τα ευρήματα από τη φυσική εξέταση δυνατόν να είναι ηπατομεγαλία (σε ποσοστό 80-100% των περιπτώσεων), ίκτερος (σε ποσοστό τουλάχιστον 50%), ηπατομεγαλία (σε ποσοστό 15%), ασκητική συλλογή (σε ποσοστό 30-60%), σπληνομεγαλία καθώς και σημεία χρόνιας ηπατοπάθειας (αραχνοειδείς σπίλοι, ερύθημα παλαμών, σύσπαση Dupuytren).

Η πρόγνωση της νόσου ποικίλλει και είναι σε άμεση συνάρτηση με τη βαρύτητα των ιστολογικών βλαβών και με την ύπαρξη κίρρωσης. Ασκίτης, ηπατική εγκεφαλοπάθεια, αιμορραγία ανώτερου πεπτικού, λοιμώξεις και ανάπτυξη-ηπατονεφρικού συνδρόμου αποτελούν δυσμενείς προγνωστικούς παράγοντες και σχετίζονται με αυξημένη θνητότητα. Αντίθετα, ήπιες ιστολογικές αλλοιώσεις σχετίζονται με πενταετή επιβίωση που ξεπερνά σε ποσοστό το 70%.

Εφόσον η κατανάλωση αλκοόλ συνεχισθεί, ποσοστό 30-40% των ασθενών με αλκοολική ηπατίτιδα μεταπίπτουν σε κίρρωση εντός χρονικού διαστήματος πέντε ετών. Αντίθετα πλήρης αποχή από το αλκοόλ δύναται να οδηγήσει, σε κάποιες περιπτώσεις, σε πλήρη υποχώρηση της νόσου χωρίς ούτε την παραμονή υπολειμματικών ιστολογικών βλαβών.

1.3 Αλκοολική κίρρωση

Η αλκοολική κίρρωση αποτελεί το τελευταίο στάδιο της εξέλιξης της αλκοολικής ηπατοπάθειας. η κλινική εικόνα της νόσου χαρακτηρίζεται από ποικιλομορφία. ασθενείς με καλά αντιρροπούμενη κίρρωση αλκοολικού τύπου είναι κατά κανόνα ασυμπτωματικοί ή εμφανίζουν ήπια συμπτώματα όπως αίσθημα εύκολης κόπωσης, καταβολή και ναυτία, ενώ ασθενείς με μη αντιρροπούμενη κίρρωση εμφανίζουν συμπτωματολογία ανάλογη της

εκάστοτε επιπλοκής όπως ίκτερο, ασκίτη, οιδήματα, κυρίως των κάτω άκρων, αιμορραγία, διαταραχές συνείδησης κ.λ.π. Αστεροειδείς ευρυαγγείες, ερύθημα παλαμών, γυναιοκομαστία, ατροφία των όρχεων και σύσπαση της παλαμιαίας απονευρώσεως τύπου Dupuytren δεν αποτελούν ειδικά σημεία για την αλκοολικού τύπου κίρρωση, αλλά όταν ανευρίσκονται συμβάλλουν κατά πολύ στη διάγνωσή της.

Η φυσική εξέταση αποκαλύπτει στην πλειοψηφία των ασθενών ηπατομεγαλία, ενώ σε κάποιους ασθενείς το ήπαρ δυνατόν να είναι μικρό και συρρικνωμένο και ο αριστερός του λοβός να μην ψηλαφάτε. Σε ποσοστό 25% των περιπτώσεων ο σπλήνας είναι ψηλαφητός.

Ο εργαστηριακός έλεγχος των ασθενών αυτών δεν διαφέρει ιδιαίτερα από αυτόν των ασθενών με αλκοολική ηπατίτιδα. Όμως, σε περιπτώσεις λανθάνουσας κίρρωσης δυνατόν να απουσιάζει η αυξημένη συγκέντρωση χολερυθρίνης και τρανσαμινασών. Επίσης, στις περιπτώσεις αυτές παρατηρούνται υπολευκωματιναιμία, υπεργαμμασφαιριναιμία και αύξηση της συγκέντρωσης της IgA καθώς και μακροκυττάρωση. Η διάγνωση δύναται να επιβεβαιωθεί μόνο ιστολογικά, όπου παρατηρούνται σημεία μικροοζώδους κίρρωσης με ποικίλη εναπόθεση λίπους και σημεία αλκοολικής ηπατίτιδας, εφόσον ο ασθενής συνεχίζει την κατανάλωση αλκοόλ.

Η πρόγνωση της κίρρωσης αλκοολικής αιτιολογίας είναι συνάρτηση δυο βασικών παραμέτρων, της αποχής ή όχι από το οινόπνευμα και της παρουσίας ή όχι επιπλοκών όπως αιμορραγία από το ανώτερο πεπτικό ή παρουσία ασκίτικης συλλογής. Η πενταετής επιβίωση κίρρωτικών ασθενών που απέχουν από το αλκοόλ και δεν παρουσίασαν ασκίτη, αιματέμεση ή ίκτερο αγγίζει σε ποσοστό το 90%, ενώ για τους ασθενείς που συνεχίζουν να καταναλώνουν οινόπνευμα δεν ξεπερνά σε ποσοστό το 70%. Αρκετά συχνά η αλκοολικού τύπου κίρρωση μπορεί να εξελιχθεί σε ηπατοκυτταρικό καρκίνο. Έχει αναφερθεί ότι ποσοστό 5% έως 15% ασθενών με αλκοολική ηπατοπάθεια καθώς και ποσοστό 20% των ασθενών με αλκοολική κίρρωση θα αναπτύξουν καρκίνο ήπατος. Σε ασθενείς που πάσχουν από χρόνια ηπατίτιδα Β (HBV λοίμωξη) ή χρόνια ηπατίτιδα C (HCV λοίμωξη) η υπερκατανάλωση αλκοόλ πολλαπλασιάζει τον κίνδυνο εμφάνισης ηπατοκυτταρικού καρκίνου.

2. ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Η θεραπεία της αλκοολικής ηπατίτιδας καθορίζεται σημαντικά από το βαθμό βαρύτητας της νόσου. Ανεξάρτητα όμως από αυτό είναι κοινώς αποδεκτό ότι η άρση του αιτιοπαθογενετικού παράγοντα της νόσου αποτελεί το θεμελιώδη λίθο της θεραπείας σε κάθε στάδιο αυτής. Ελαφρές έως και μετρίου βαρύτητας περιπτώσεις είναι συχνά πλήρως αναστρέψιμες απλά και μόνο με τη διακοπή της κατανάλωσης οινοπνεύματος. Όσον αφορά τις βαρύτερες μορφές της νόσου κατά καιρούς έχουν προταθεί και διάφορες άλλες "συμπληρωματικές" θεραπευτικές παρεμβάσεις των οποίων η αποτελεσματικότητα στην κλινική πράξη είναι, σε μικρότερο ή μεγαλύτερο βαθμό, υπό αμφισβήτηση, χορήγηση ινσουλίνης και γλυκαγόνης σε ασθενείς

με βαριά αλκοολική ηπατίτιδα δεν έδειξε να επιφέρει κάποιο πλεονέκτημα όσον αφορά το προσδόκιμο επιβίωσης. Αντίθετα η χορήγηση γλυκοκορτικοειδών έδειξε να βελτιώνει την πρόγνωση αλλά μόνο σε ασθενείς με αλκοολική ηπατίτιδα και συνοδό ηπατική εγκεφαλοπάθεια, οι οποίοι δεν παρουσίαζαν αιμορραγία από το πεπτικό.

Η πλειοψηφία των μελετών που ασχολήθηκαν με τον υπερσιτισμό αλκοολικών ασθενών με κίρρωση αναφέρουν βελτίωση της ηπατικής λειτουργίας καθώς και της ηπατικής εγκεφαλοπάθειας σε ασθενείς που έλαβαν δίαιτα υψηλής θερμιδικής αξίας, πλούσια σε πρωτεΐνες. Η χορήγηση πεντοξυφυλλίνης έδειξε να μειώνει σημαντικά τη θνητότητα, κυρίως από ηπατονεφρικό σύνδρομο, των ασθενών με βαριά αλκοολική ηπατίτιδα. Η μεταμόσχευση ήπατος ενδείκνυται σε ασθενείς με βαριά αλκοολική ηπατοπάθεια αλλά μόνο υπό την προϋπόθεση ότι υφίσταται και θα συνεχίσει να υφίσταται πλήρης αποχή του ασθενούς από το αλκοόλ. Σε αντίθετη περίπτωση υπάρχει σοβαρή αντένδειξη για τη μεταμόσχευση.

Η θεραπευτική προσέγγιση για τις διάφορες επιπλοκές της νόσου (ασκίτης, ηπατική εγκεφαλοπάθεια, αιμορραγία από ρήξη κιστών του οισοφάγου κ.λ.π.) είναι ταυτόσημη με αυτή των άλλων ηπατικών νοσημάτων.

ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΕΣ ΜΕ ΤΗΝ ΚΑΤΑΧΡΗΣΗ ΟΙΝΟΠΝΕΥΜΑΤΟΣ

1. ΑΛΚΟΟΛΙΚΗ ΤΟΞΙΚΩΣΗ

Τα συχνότερα προβλήματα που οδηγούν τα άτομα που κάνουν κατάχρηση οινοπνεύματος σε μια μονάδα επειγόντων περιστατικών είναι η τοξίκωση και τα ατυχήματα. Η αλκοολική τοξίκωση περιγράφεται ως η κατάσταση εκείνη κατά την οποία το άτομο καταναλώνει μεγαλύτερη ποσότητα αλκοόλ από αυτή που ο οργανισμός του μπορεί να μεταβολίσει με αποτέλεσμα να εμφανίζονται διάφορα παθολογικά συμπτώματα καθώς και διαταραχές συμπεριφοράς,

Η τυπική κλινική εικόνα της τοξίκωσης χαρακτηρίζεται από ασυνεργία κινήσεων, σύγχυση, αστάθεια βαδίσματος, ψευδή ομιλία, εναλλαγές της διάθεσης, ποικίλα νευρολογικού τύπου συμπτώματα, καθώς και επιθετική ή ανάρμοστη συμπεριφορά. Οι ασθενείς εμφανίζουν μεγάλες και απότομες διακυμάνσεις από την καταστολή στη διέγερση, γεγονός που παρατηρείται συχνότερα στην τοξίκωση από το οινόπνευμα από ό,τι με άλλες κατασταλτικές ουσίες. Η βαρύτητα των συμπτωμάτων σχετίζεται με τα επίπεδα της συγκέντρωσης του οινοπνεύματος στο αίμα, Σε μεγάλες συγκεντρώσεις $C > 300 \text{ mg\%}$) επέρχεται καταστολή του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος (Κ.Ν.Σ) καθώς και της αναπνοής με συνέπεια κώμα και θάνατο. Η κατάσταση της τοξίκωσης αποτελεί προδιαθεσικό παράγοντα για τραυματισμούς (κυρίως του τύπου των υποσκληρίδιων αιματωμάτων), τροχαία ατυχήματα και εμφάνιση υποθερμίας.

Οι σοβαρές περιπτώσεις αλκοολικής τοξίκωσης απαιτούν νοσοκομειακού τύπου φροντίδα για τον έλεγχο της καρδιακής και αναπνευστικής λειτουργίας και την πρόληψη του κώματος. Απαραίτητη είναι η διερεύνηση για τυχόν ύπαρξη αιματώματος ή και άλλης κάκωσης, καθώς και η αντιμετώπιση επικίνδυνων παθολογικών καταστάσεων όπως ηλεκτρολυτικών διαταραχών, υποθερμίας, υπογλυκαιμίας, λοιμώξεων κ.ά. Η χορήγηση φρουκτόζης μπορεί να ενισχύσει το ρυθμό μεταβολισμού της αλκοόλης κατά 10-20%. Για τον έλεγχο της διέγερσης χορηγούνται νευροληπτικά (μικρές δόσεις αλοπεριδόλης), ενώ οι βενζοδιαζεπίνες πρέπει να αποφεύγονται λόγω του κίνδυνου της αναπνευστικής καταστολής. Σε κάθε περίπτωση, είναι απαραίτητος ο έλεγχος για τυχόν χρήση και άλλων ψυχοτρόπων ουσιών (π.χ. οπιοειδή) τα οποία μαζί με τη χρήση οινοπνεύματος αυξάνουν τις πιθανότητες καταστολής ή και κώματος.

2. ΣΤΕΡΗΤΙΚΟ ΑΛΚΟΟΛΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ

Η απότομη διακοπή ή και μείωση της χρήσης οινοπνεύματος μετά από μια παρατεταμένη περίοδο σημαντικής κατανάλωσης οδηγεί στην εμφάνιση στερητικού τύπου συμπτωμάτων. Το αλκοολικό στερητικό σύνδρομο εμφανίζει μεγάλη ποικιλομορφία τόσο ως προς τη μορφή των συμπτωμάτων του όσο και ως προς τη βαρύτητα του, μολονότι στην πλειοψηφία των περιπτώσεων η εμφανιζόμενη κλινική εικόνα είναι ήπια και δεν απαιτεί ιδιαίτερη αντιμετώπιση. Κλινικές μελέτες σε αλκοολικούς που προσήλθαν σε τμήματα σωματικής απεξάρτησης έδειξαν ότι σοβαρά συμπτώματα στέρησης εμφανίστηκαν σε ποσοστό έως και 10% των ασθενών,

Η κλινική εικόνα του στερητικού συνδρόμου χαρακτηρίζεται κυρίως από τρεις ομάδες συμπτωμάτων;

1) διαταραχές του Αυτόνομου Νευρικού Συστήματος (A.N.D όπως εμφάνιση τρόμου, ταχυκαρδίας, μικρή αύξηση της θερμοκρασίας του σώματος και αύξηση των αναπνοών,

2) διαταραχές από το γαστρεντερικό σύστημα όπως ναυτία, εμετός, ανορεξία και

3) ψυχολογικού τύπου συμπτώματα όπως κακοκεφιά, άγχος, ευερεθιστότητα, κεφαλαλγία, ψευδαισθήσεις και διαταραχές του ύπνου. Τα συμπτώματα αυτά τυπικά αρχίζουν μετά από 12 ή και λιγότερες ώρες από τη διακοπή λήψης του αλκοόλ, κορυφώνονται μέσα σε 48 έως 72 ώρες και προοδευτικά εξαλείφονται μετά από μια περίοδο 5 έως 7 ημερών.

Σ' ένα ποσοστό 3-10% των περιπτώσεων σοβαρού στερητικού συνδρόμου αναφέρονται διαταραχές της αντίληψης και αυτό παρατηρείται κυρίως σε αλκοολικούς που έχουν μεγάλη εμπλοκή με την ουσία. Παθολογικές επιπλοκές που εμφανίζονται συχνά σε αλκοολικούς ασθενείς κατά τη διάρκεια του στερητικού συνδρόμου είναι γαστρίτιδα, παγκρεατίτιδα, ηπατικά προβλήματα, καρδιομυοπάθεια, διαταραχές των ηλεκτρολυτών, καθώς και ανεπάρκεια βιταμινών.

Σ' ένα ποσοστό περίπου 5% των περιπτώσεων εμφανίζονται γενικευμένες επιληπτικές κρίσεις τονικοκλονικού τύπου, συνήθως κατά το πρώτο 48ωρο ή και αργότερα (μέχρι και 20 ημέρες) όταν χορηγείται ανεπαρκής ποσότητα βενζοδιαζεπινών. Σε εξαιρετικά σπάνιες περιπτώσεις οι κρίσεις αυτές μπορούν να οδηγήσουν σε status epilepticus. Δεν είναι ξεκαθαρισμένο γιατί ένα ποσοστό αλκοολικών εμφανίζει επιληπτικές κρίσεις, αυτό όμως φαίνεται να σχετίζεται με προϋπάρχουσα εγκεφαλική βλάβη, με ευαισθησία στην ανάπτυξη σπασμών ή και με άλλες παθολογικές καταστάσεις. Είναι επίσης πιθανό η εμφάνιση των επιληπτικών κρίσεων να αυξάνεται με την επανάληψη των επεισοδίων στέρησης, λόγω αθροιστικής επίδρασης στην εγκεφαλική διεγερσιμότητα (φαινόμενο kindling). Η δεύτερη σοβαρή κατάσταση του αλκοολικού συνδρόμου στέρησης είναι το αλκοολικό στερητικό παραλήρημα, γνωστό και ως τρομώδες παραλήρημα [delirium tremens). Το σύνδρομο αυτό χαρακτηρίζεται από σοβαρή υπερδραστηριότητα του Α.Ν.Σ. (αύξηση της αρτηριακής πίεσης, ταχυσφυγμία, αύξηση των αναπνοών και της Θερμοκρασίας του σώματος), έντονο τρόμο, ανησυχία, σύγχυση και ψευδαισθήσεις (οπτικές ή απτικές συνήθως). Η συχνότητα του συνδρόμου είναι μικρότερη από το 1% των επεισοδίων στέρησης και αναλογεί

περίπου σε 1 προς 1.000 ασθενείς. Το τρομώδες παραλήρημα μπορεί να εμφανιστεί μέσα σε 48-72 ώρες από τη διακοπή του αλκοόλ και η διάρκεια του μπορεί να ξεπεράσει τη μία εβδομάδα. Η πιθανότητα εμφάνισης του αυξάνεται όταν συνυπάρχουν παθολογικά προβλήματα ή όταν η κατάσταση του αλκοολικού είναι επιβαρημένη. Αποτελεί μια επείγουσα και επικίνδυνη κατάσταση για τον ασθενή με ποσοστά θνητότητας της τάξης του 5%, η οποία χρειάζεται άμεση νοσοκομειακού τύπου φροντίδα. Ο θάνατος εξαιτίας του τρομώδους παραληρήματος σχετίζεται με μεταβολικές ή καρδιαγγειακές επιπλοκές καθώς και με λοιμώξεις.

Η σωστή και ακριβής εκτίμηση της βαρύτητας των συμπτωμάτων του συνδρόμου στέρησης είναι απαραίτητη για την κατάλληλη θεραπευτική παρέμβαση, ιδιαίτερα βοηθητική σε αυτή την εκτίμηση μπορεί να είναι η χρήση ειδικών ερωτηματολογίων και κλιμάκων. Ως παράγοντες κίνδυνου για την εμφάνιση σοβαρών συμπτωμάτων στέρησης, επιληπτικών κρίσεων ή και του τρομώδους παραληρήματος θεωρούνται η μεγάλη χρονική περίοδος κατάχρησης οινοπνεύματος, η μεγάλη ποσότητα χρήσης, η κακή ηπατική λειτουργία, η μεγάλη ηλικία, η έντονη επιθυμία για αλκοόλ (craving), η παράλληλη χρήση και άλλων κατασταλτικών, κυρίως ουσιών, και τέλος το ιστορικό επιληπτικών κρίσεων ή τρομώδους παραληρήματος.

Είναι επίσης σημαντικό ν' αναφέρουμε ένα παρατεταμένο αλκοολικό στερητικό σύνδρομο το οποίο χαρακτηρίζεται από συμπτώματα στέρησης που εμμένουν για χρονικό διάστημα μέχρι και 6-12 μήνες. Συνήθως τα συμπτώματα που παρατηρούνται είναι τρόμος, διαταραχές ύπνου, άγχος, κακή διάθεση, αύξηση της θερμοκρασίας, των αναπνοών και της αρτηριακής πίεσης.

3. ΨΥΧΩΣΙΚΟΥ ΤΥΠΟΥ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Η σχέση ανάμεσα στην κατάχρηση του οινοπνεύματος και στην ανάπτυξη ψυχωσικής συμπτωματολογίας έχει επισημανθεί και περιγραφεί εδώ και πολλές δεκαετίες. Παρ' όλα αυτά η ακριβής φύση των ψυχωσικών αυτών συμπτωμάτων παραμένει σε ένα βαθμό ασαφής και συχνά αδιευκρίνιστη, γεγονός το οποίο αποτυπώνεται και στις κατηγοριοποιήσεις των ψυχιατρικών διαγνωστικών ταξινομικών συστημάτων. Αποτελεί ζήτημα σημαντικής προτεραιότητας να διαφοροποιηθεί η ύπαρξη ψυχωσικών συμπτωμάτων, τα οποία μπορεί να παρατηρηθούν σε αρκετές, περιπτώσεις από την καθ' αυτό ψυχωσική διαταραχή. Παραληρητικές ιδέες ή ψευδαισθήσεις περιγράφονται σε ποικίλες κλινικές οντότητες όπως το στερητικό σύνδρομο, το τρομώδες παραλήρημα, τη συνδρομή Wernicke Korsakoff, την εγκεφαλοπάθεια από αλκοολική πελάγρα, την αλκοολική άνοια και τη νόσο των Marchiafava-Bignami. Στη διεθνή βιβλιογραφία οι προαναφερθείσες διαταραχές αναφέρονταν παλαιότερα στην κατηγορία των ψυχωσικών καταστάσεων που προκαλούνται από τη χρόνια λήψη οινοπνεύματος (αλκοολικές ψυχώσεις).

Ήδη από το 19^ο αιώνα ως αλκοολική ψύχωση είχαν κατηγοριοποιηθεί τρεις κυρίως κλινικές οντότητες, το αλκοολικό στερητικό παραλήρημα, γνωστό

και ως τρομώδες παραλήρημα, η αλκοολική ψευδαισθήτωση και η αλκοολική παρανοειδής κατάσταση [αλκοολική ζηλοτυπία ή αλκοολική παράνοια). Αυτή η κατηγοριοποίηση διατηρήθηκε και στα ταξινομικά συστήματα ICD-9 και DSM-II.

Η χρόνια και σημαντική κατάχρηση οινόπνευματος μπορεί να προκαλέσει μια κατάσταση παρανοειδούς ετοιμότητας, η οποία μπορεί να κυμαίνεται από μια απλή καχυποψία μέχρι και το επίπεδο παραληρητικών ιδεών παρανοϊκού τύπου. Αυτή είναι η κλινική οντότητα που αναφέρεται ως αλκοολική παράνοια ή αλκοολική ζηλοτυπία σε παλαιότερα ψυχιατρικά εγχειρίδια αλλά και στο DSM-IV καταγράφεται ως ψυχωσική διαταραχή προκαλούμενη από το οινόπνευμα. Επίσης η κατάχρηση οινόπνευματος μπορεί να προκαλέσει την ανάπτυξη αντιληπτικού τύπου διαταραχών και αυτή η κατάσταση, γνωστή παλαιότερα ως αλκοολική ψευδαισθήτωση, αποτελεί τη δεύτερη κατά το DSM-IV μορφή αλκοολικής ψύχωσης. Και οι δύο κλινικές εικόνες μπορούν να εμφανιστούν μετά από ένα επεισόδιο μέθης, κατά τη διάρκεια του στερητικού συνδρόμου ή μέσα σε ένα μικρό χρονικό διάστημα από την τελευταία λήψη οινόπνευματος. Η διάρκεια τους συνήθως είναι βραχύβια από λίγες ημέρες μέχρι και εβδομάδες, εφόσον βέβαια δεν συνεχίζεται η χρήση οινόπνευματος.

Το φαινόμενο των αντιληπτικών διαταραχών που προκαλούνται από την κατάχρηση οινόπνευματος περιγράφηκε για πρώτη φορά από τον Marcel το 1847, ο όρος όμως αλκοολική ψευδαισθήτωση αποδόθηκε στο Bleuer. Αν και έχουν περάσει αρκετά χρόνια από τότε, τα φαινομενολογικά χαρακτηριστικά της διαταραχής συνεχίζουν να προκαλούν διχογνωμίες. Αυτά για τα οποία φαίνεται να υπάρχει περισσότερη ομοφωνία είναι το βαρύ ιστορικό της χρήσης οινόπνευματος, η οξεία έναρξη, η επικράτηση ακουστικών ψευδαισθήσεων καθώς και η σύντομη διάρκεια των συμπτωμάτων που δεν ξεπερνάει συνήθως τους 6 μήνες. Εκτός από τις ακουστικές ψευδαισθήσεις που έχουν συχνά επικριτικό ή και απειλητικό για το άτομο περιεχόμενο, περιγράφονται και οπτικές ή οπτικές ψευδαισθήσεις. Οι περισσότεροι συγγραφείς θεωρούν ότι η απουσία διαταραχών του επιπέδου συνείδησης αποτελεί απαραίτητο χαρακτηριστικό της διαταραχής αυτής. Διάφορες κλινικές μελέτες επισημαίνουν ότι οι αλκοολικοί που αναπτύσσουν αντιληπτικές διαταραχές έχουν βαρύτερη εμπλοκή με το οινόπνευμα και αναφέρονται στο ιστορικό τους περισσότερα προβλήματα λόγω αυτής της κατάχρησης.

Όπως αναφέρθηκε προηγουμένως, είναι σημαντικό να γίνεται διαφορική διάγνωση ανάμεσα στην ψυχωσική συμπτωματολογία που προκαλείται από το οινόπνευμα και στο αλκοολικό στερητικό παραλήρημα ή τη σχιζοφρενική διαταραχή. Αυτές οι κλινικές οντότητες απαιτούν διαφορετική θεραπευτική προσέγγιση και έχουν άλλη πρόγνωση. Οι διαταραχές του επιπέδου συνείδησης και οι διαταραχές στον προσανατολισμό φαίνεται να αποτελούν τα πιο σημαντικά κριτήρια για τη διάκριση ανάμεσα στο τρομώδες παραλήρημα και την αλκοολική ψευδαισθήτωση. Επίσης, ένα άλλο αξιοσημείωτο κλινικό στοιχείο είναι ότι στο τρομώδες παραλήρημα επικρατούν οι οπτικές ψευδαισθήσεις, ενώ στην αλκοολική ψευδαισθήτωση οι ακουστικές. Αναφορικά με τη σχιζοφρένεια, η μικρότερη ηλικία έναρξης, η προοδευτική έναρξη, η έλλειψη οικογενειακού ιστορικού σχιζοφρενικής ψύχωσης καθώς και

οι διαταραχές του Εγώ αποτελούν συνήθως βοηθητικά κριτήρια για τη διαφορική διάγνωση. Μελέτες διδύμων δεν φαίνεται να υποδεικνύουν την ύπαρξη κοινού προδιαθεσικού γενετικού μηχανισμού ανάμεσα στις δύο αυτές κλινικές οντότητες.

Παρά το γεγονός ότι η ψυχωσική συνδρομή που προκαλείται από το οινόπνευμα μπορεί από μόνη της να εξαλειφθεί εντός ολίγων ημερών με τη διακοπή της χρήσης, η χορήγηση αντιψυχωσικής αγωγής ενδείκνυται για τη γρήγορη ανακούφιση του ασθενούς. Συνήθως χορηγείται αλοπεριδόλη σε μικρή ποσότητα 6-10 mg/24ωρο) και για διάστημα όχι μεγαλύτερο του ενός μηνός. Σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να απαιτείται και νοσοκομειακού τύπου φροντίδα.

4. ΑΓΧΩΔΕΙΣ ΚΑΙ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΟΥ ΤΥΠΟΥ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Επιδημιολογικές και κλινικές μελέτες σε αλκοολικούς ασθενείς δείχνουν ότι ποσοστό έως και 90% των χρηστών εμφανίζει συμπτωματολογία άγχους, ευερεθιστότητας, θλίψης ή και μανιακόμορφων συμπεριφορών.

Τυπικά, η καταθλιπτική ή αγχώδης συνδρομή διακρίνεται στην πρωτοπαθή ή αυτόνομη διαταραχή και σ' αυτή που σχετίζεται άμεσα με την κατάχρηση οινόπνευματος και η οποία αποκαλείται δευτεροπαθής ή προκαλούμενη από το οινόπνευμα.

Ανάμεσα στα άτομα με κατάχρηση / εξάρτηση από το οινόπνευμα η διάγνωση πρωτοπαθής καταθλιπτική ή αγχώδης διαταραχή μπορεί να τεθεί με δύο τρόπους:

- 1) όταν η συνδρομή έχει εμφανιστεί πριν από την έναρξη της κατάχρησης του οινόπνευματος και
- 2) εάν η συνδρομή παραμένει περισσότερο από 4 εβδομάδες μετά τη διακοπή της χρήσης. Σε αντιδιαστολή με αυτά, ως δευτεροπαθής ή προκαλούμενη από το αλκοόλ αγχώδης ή καταθλιπτική διαταραχή καθορίζεται εκείνη η κλινική οντότητα που παρατηρείται μόνο κατά την περίοδο της κατάχρησης της ουσίας και που υποχωρεί μέσα σε μια περίοδο ενός μήνα από την τελευταία χρήση οινόπνευματος. Λόγω της μεγάλης επίπτωσης τόσο της εξάρτησης από το οινόπνευμα όσο και των αγχωδών και καταθλιπτικών διαταραχών, η ακριβέστερη διερεύνηση της σχέσης ανάμεσα στις δύο αυτές καταστάσεις είναι σημαντική για τη θεραπευτική τους αντιμετώπιση αλλά και την πρόληψη.

4.1 Συναισθηματικού τύπου διαταραχή

Διάφορες κλινικές μελέτες δείχνουν ότι ποσοστό έως και 80% των αλκοολικών αναφέρουν συμπτώματα καταθλιπτικής διαταραχής, ενώ τουλάχιστον το 1/3 από αυτούς εμφανίζουν κλινική εικόνα που εμπίπτει στα πλαίσια μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου. Ωστόσο, αυτή η συμπτωματολογία αντιπροσωπεύει μια ετερογενή κλινική ομάδα η οποία προέρχεται από διαφορετικούς αιτιολογικούς παράγοντες, έχει διαφορετική

πρόγνωση και χρειάζεται διαφορετική θεραπευτική αντιμετώπιση. Οι περισσότερες μελέτες, κυρίως αυτές που πραγματοποιήθηκαν στη δεκαετία του 1990 υποστηρίζουν την άποψη πως ποσοστό έως και 00-70% της συναισθηματικού τύπου συμπτωματολογίας που παρατηρείται στους αλκοολικούς ανήκει στην αποκαλούμενη δευτεροπαθή ή προκαλούμενη από την κατάχρηση οινοπνεύματος συναισθηματική διαταραχή και δεν αποτελεί πρωτοπαθή κλινική συνδρομή.

Η μη έγκαιρη και ακριβής αξιολόγηση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας έχει συχνά σοβαρές συνέπειες στην τελική έκβαση του αλκοολισμού, καθώς η εμμένουσα ψυχοπαθολογία φαίνεται να σχετίζεται με κακή πρόγνωση της κατάχρησης του οινοπνεύματος και με αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονικής συμπεριφοράς.

Οι δύο αυτές διακριτές κλινικές οντότητες, πρωτοπαθής και δευτεροπαθής καταθλιπτική συνδρομή, φαίνεται να χρειάζονται και διαφορετική αντιμετώπιση, καθώς η μεν πρώτη απαιτεί χρήση αντικαταθλιπτικής αγωγής ή και ψυχοθεραπευτική υποστήριξη, ενώ η δεύτερη υποχωρεί γρήγορα μετά τη διακοπή της χρήσης και η φαρμακευτική αγωγή δεν φαίνεται να προσφέρει κάτι περισσότερο από ό,τι ο χρόνος αποχής. Εξαιτίας του γεγονότος ότι η σχέση ανάμεσα σε αυτές τις δύο κλινικές οντότητες είναι σύνθετη, καθίσταται απαραίτητη η προσεκτική εκτίμηση της συνυπάρχουσας ψυχοπαθολογίας δεδομένου ότι και οι δύο αυτές καταστάσεις έχουν σοβαρές επιπτώσεις σε προσωπικό, οικογενειακό και κοινωνικό επίπεδο.

4.2 Αγχώδεις διαταραχές

Αποτελεί κοινή παραδοχή στη βιβλιογραφία ότι οι αλκοολικοί εμφανίζουν σοβαρή συμπτωματολογία αγχώδους διαταραχής σε ποσοστά κατά πολύ υψηλότερα από ό,τι ο γενικός πληθυσμός. Οι διαταραχές που φαίνεται να συνυπάρχουν συχνότερα στους αλκοολικούς ως πρωτοπαθή ψυχοπαθολογικά σύνδρομα είναι οι κρίσεις πανικού και σε μικρότερο βαθμό η κοινωνικού τύπου φοβία. Άλλες μελέτες υποστηρίζουν ότι οι φοβικές καταστάσεις συχνότερα προηγούνται της κατάχρησης οινοπνεύματος, οι ιδεοψυχαναγκαστικές διαταραχές και οι κρίσεις πανικού έχουν μια πιο ευκαιριακή σχέση με τον αλκοολισμό και τέλος η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή συνήθως καταγράφεται μετά την ανάπτυξη της εξαρτητικής συμπεριφοράς με το οινόπνευμα.

Βέβαια στο σημείο αυτό χρειάζεται ο κλινικός γιατρός να προσέχει διότι ανάλογα συμπτώματα εμφανίζονται και κατά τη διάρκεια του στερητικού συνδρόμου. Επιδημιολογικές και κλινικές μελέτες αναφέρουν πολύ μεγάλη επίπτωση της κοινωνικής φοβίας στους αλκοολικούς. Η συχνότητα συνύπαρξης κοινωνικής φοβίας και αλκοολισμού φαίνεται ότι είναι εξίσου συχνή σε άνδρες και γυναίκες. Πρόσφατες μελέτες υποστηρίζουν ότι η σχέση μεταξύ αλκοολισμού και αγχωδών διαταραχών χαρακτηρίζεται κυρίως από τη συνύπαρξη φοβικών συνδρόμων και αλκοολισμού παρά των υπολοίπων υποκατηγοριών των αγχώδους τύπου διαταραχών.

Βέβαια, η σχέση αλκοολισμού και αγχώδων διαταραχών δεν είναι τόσο απλή ούτε τόσο ευθύγραμμη. Κάποιες μελέτες αναφέρουν ότι οι συνυπάρχουσες με τον αλκοολισμό ψυχιατρικές διαταραχές με την πάροδο του χρόνου μάλλον επιδεινώνονται και σπάνια βελτιώνονται με τη βαριά κατανάλωση οινοπνεύματος. Ο κλινικός γιατρός θα πρέπει να είναι ιδιαίτερα προσεκτικός με την πολυπλοκότητα που επισυμβαίνει με την επίταση των αγχώδων και καταθλιπτικών συμπτωμάτων, οι οποίες διαπλέκονται στις περιπτώσεις στέρησης του οινοπνεύματος. Υπάρχουν επιστημονικές ενδείξεις ότι ακόμα και η χρήση μετρίων ποσοτήτων οινοπνεύματος μπορεί να προκαλέσει την επόμενη μέρα συμπτώματα τάσης και αισθήματα άγχους και κατάθλιψης. Απότομη διακοπή του οινοπνεύματος προκαλεί σοβαρά συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης, τα οποία διαρκούν 4-5 ημέρες περίπου, ενώ συχνά έπεται μία περίοδος μερικών μηνών κατά την οποία ο πρώην αλκοολικός εμφανίζει ήπια αγχώδη/ καταθλιπτική συμπτωματολογία καθώς και μεγάλη αστάθεια στη νευροφυτική ισορροπία του. Όλα τα παραπάνω είναι πιθανόν να προκαλέσουν διαγνωστικές πλάνες, ιδιαίτερα στον άπειρο θεραπευτή.

5. ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΟΥ ΤΥΠΟΥ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Είναι γνωστό ότι η σεξουαλική συμπεριφορά καθορίζεται από μια σειρά παραγόντων βιολογικών, ιδιοσυγκρασιακών, ψυχολογικών, κοινωνικοπολιτισμικών κ.ά. Η επίδραση της χρήσης του οινοπνεύματος στη σεξουαλική συμπεριφορά αποτελεί και αυτή ένα σύνθετο πρόβλημα που εκφράζεται με διαφορετικό τρόπο στα δύο φύλα.

Μετά από μικρή κατανάλωση οινοπνεύματος άνδρες και γυναίκες νιώθουν μια θετική επίδραση της ουσίας στη σεξουαλική τους λειτουργία, οφειλόμενη πιθανότατα τόσο σε φυσιολογικούς (ορμονικούς) όσο και ψυχολογικούς παράγοντες (άρση αναστολών). Όσο όμως η κατανάλωση του οινοπνεύματος αυξάνεται η σεξουαλική ικανότητα μειώνεται αλλά και διαφοροποιείται ανάμεσα στα δυο φύλα.

5.1 Αλκοόλ και γυναικεία σεξουαλική λειτουργία

Οι περισσότερες μελέτες φαίνεται να καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι ή μικρή ή και μέτρια κατανάλωση αλκοόλ (λιγότερα από δύο ποτά καθημερινά) δεν επηρεάζει τη γυναικεία σεξουαλική συμπεριφορά. Η μεγαλύτερη όμως και συστηματικότερη κατανάλωση αλκοόλ συνδέεται με διαταραχές, κυρίως στον οργασμό. Στις κλινικές μελέτες αλκοολικών γυναικών που προσήλθαν για θεραπεία απεξάρτησης, ποσοστά από 30-80% ανέφεραν διαταραχές στη λειτουργία του οργασμού και ένα ποσοστό έως και 15% δεν είχε ποτέ οργασμό. Η αυξημένη κατανάλωση οινοπνεύματος δεν φαίνεται να μειώνει τις γυναικείες ορμόνες, όπως την τεστοστερόνη ή τα οιστρογόνα, σε αντίθεση με αυτό που παρατηρείται ναυτία, παραισθήσεις και άλλες γαστρεντερικές διαταραχές.

Τέλος, στις γυναίκες με κατάχρηση αλκοόλ εμφανίζονται συχνότερα διάφορα γυναικολογικά προβλήματα, όπως διαταραχές της εμμήνου ρύσεως, λοιμώξεις σχετιζόμενες κυρίως με σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, αιμορραγικές καταστάσεις, υστερεκτομές κ.ά.

5.2 Αλκοόλ και ανδρική σεξουαλική λειτουργία

Αναφορικά με την ανδρική σεξουαλική συμπεριφορά η χρήση οινοπνεύματος σε μικρές ποσότητες φαίνεται να διευκολύνει τη διέγερση και τον ερεθισμό. Όταν όμως η κατανάλωση οινοπνεύματος αυξηθεί, εμφανίζονται προοδευτικά διαταραχές στη σεξουαλική λειτουργία όπως μείωση της διέγερσης και αναστολή της εκσπερμάτισης. Στις διάφορες κλινικές μελέτες σε αλκοολικούς ασθενείς, ποσοστό έως και 30% από αυτούς αναφέρει καθυστέρηση ή και αδυναμία εκσπερμάτισης μετά από αυξημένη χρήση οινοπνεύματος. Αυτή η επίδραση συνδέεται κυρίως με τις αναισθητικές και κατασταλτικές ιδιότητες του οινοπνεύματος. Ένα σταθερό εύρημα στους αλκοολικούς ασθενείς είναι η μείωση της τιμής της τεστοστερόνης. Όμως η σεξουαλική δυσλειτουργία στους άνδρες δεν φαίνεται να σχετίζεται τόσο με την καταστολή της ορμόνης αυτής όσο με την επίδραση του οινοπνεύματος στις γονάδες, στην εγκεφαλική λειτουργία, καθώς επίσης και σε παθολογικές καταστάσεις που επηρεάζονται από την κατάχρηση οινοπνεύματος, όπως ο σακχαρώδης διαβήτης, οι καρδιοπάθειες και η περιφερική νευροπάθεια. Όμως παρ' όλα τα προαναφερθέντα φαίνεται να υπάρχει ένα μικρό ποσοστό ανδρών οι οποίοι μπορούν να λειτουργήσουν σεξουαλικά μόνο κάτω από την επίδραση του οινοπνεύματος. Η μείωση της αυτονομικής δραστηριότητας που προκαλείται στα άτομα αυτά υπό την επίδραση του οινοπνεύματος φαίνεται να διευκολύνει σημαντικά τη σεξουαλική τους επίδοση. Τέλος, θα πρέπει να επισημανθεί το γεγονός ότι η κατάχρηση οινοπνεύματος συνδέεται σε μεγάλο βαθμό με περιπτώσεις επιθετικής και παραπτωματικής συμπεριφοράς όπως σωματική και σεξουαλική κακοποίηση, αιμομιξία, βιασμοί, συζυγικοί καυγάδες κ.ά.

6. ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΚΑΙ ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΣ

Και πάλι φαίνεται ότι υπάρχει σημαντική σχέση μεταξύ σχιζοφρένειας και αλκοολισμού. Ως γνωστό ο αλκοολισμός προκαλεί ψυχωσικού τύπου συμπτώματα όπως αυτά περιγράφονται στο αλκοολικό στερητικό σύνδρομο και την αλκοολική ψευδαισθήτωση. Η διαπίστωση ενός τόσο κοινού ψυχοπαθολογικού προφίλ συμπτωμάτων δημιουργεί συχνά πολλές διαφοροδιαγνωστικές δυσκολίες στις περιπτώσεις που οι δύο προαναφερόμενες ψυχοπαθολογικές οντότητες συνυπάρχουν. Μελέτες δίδυμων επισημαίνουν ότι αμφότερες οι διαταραχές είναι περισσότερο κοινές στους μονοζυγωτικούς παρά στους διζυγωτικούς διδύμους, αλλά αυτό συμβαίνει και όταν αυτές οι δύο αυτές κλινικές οντότητες εμφανίζονται ξεχωριστά. Οι μελέτες αυτές καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι οι δύο αυτές διαταραχές δεν συνδέονται με κοινό γενετικό κρικό. Φαίνεται ότι η σχιζοφρένια

μεταξύ των αλκοολικών είναι μάλλον σπάνια, ενώ αντίθετα ο αλκοολισμός αναπτύσσεται πολύ συχνά μεταξύ των σχιζοφρενών ασθενών.

7. ΟΥΣΙΟΕΞΑΡΤΗΣΕΙΣ ΚΑΙ ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΣ

Ο αλκοολισμός πολύ συχνά συνυπάρχει με την ουσιοεξάρτηση. Από έρευνες προκύπτει ότι η κατανάλωση οινοπνεύματος, ινδικής κάνναβης, καπνού, κοκαΐνης και οπιοειδών φαίνεται να είναι αυξημένη στις οικογένειες των αλκοολικών.

8. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Λαμβάνοντας όλα τα ανωτέρω υπόψη θα λέγαμε ότι χρειάζεται πιο εμπειριστατωμένη ερευνητική προσπάθεια για να διασαφηνισθούν πολλά από τα ερωτηματικά που αφορούν τη συννοσηρότητα του αλκοολισμού με τις άλλες ψυχιατρικές διαταραχές.

ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΟΥ ΚΕΝΤΡΙΚΟΥ ΝΕΥΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΕΣ ΜΕ ΤΗΝ ΚΑΤΑΧΡΗΣΗ ΟΙΝΟΠΝΕΥΜΑΤΟΣ

1. ΟΞΕΙΑ ΤΟΞΙΚΩΣΗ

Η οξεία τοξίκωση διακρίνεται σε : **α)** ήπιου βαθμού, η οποία χαρακτηρίζεται από μειωμένη ψυχοκινητική δραστηριότητα, διαταραχή της συγκέντρωσης και της συμπεριφοράς και από την παρουσία μικρού βαθμού διαταραχών της παρεγκεφαλιδικής λειτουργίας. Ορισμένοι αλκοολικοί σε αυτή την φάση μπορεί να βιώσουν και παράδοξες αντιδράσεις που χαρακτηρίζονται από έντονη ψυχοκινητική διέγερση, βίαιη συμπεριφορά και ψυχωσική συμπτωματολογία, **β)** μέτριου βαθμού τοξίκωση, η οποία χαρακτηρίζεται από παράδοξη κοινωνική συμπεριφορά, ευφορία, δυσφορία και ενίοτε επιθετικότητα, ενώ τα παρεγκεφαλιδικά συμπτώματα εκφράζονται πιο έντονα με νυσταγμό, αταξία και ίλιγγο. Παρατηρείται επίσης αυξημένη δραστηριότητα του Αυτόνομου Νευρικού Συστήματος (Α.Ν.Σ.) με ταχυκαρδία, εφίδρωση και ναυτία και **γ)** σοβαρού βαθμού τοξίκωση, η οποία χαρακτηρίζεται κυρίως από διαταραχές προσανατολισμού, υπνηλία, ή και κωματώδη κατάσταση με έντονη παρεγκεφαλιδικού τύπου σημειολογία και αυτονομική δραστηριότητα. Σε αυτή την κατάσταση ο έλεγχος της καρδιοαναπνευστικής λειτουργίας είναι ζήτημα ζωτικής σημασίας γιατί συχνά η διαταραχή αυτή καταλήγει σε θάνατο.

2. ΧΡΟΝΙΑ ΚΑΤΑΧΡΗΣΗ ΟΙΝΟΠΝΕΥΜΑΤΩΔΩΝ

Η χρόνια κατάχρηση οινόπνευματων μπορεί να οδηγήσει σε συγκεκριμένες κλινικά οντότητες όπως:

- επιληπτικές κρίσεις
- εγκεφαλική νόσος αγγειακής αιτιολογίας
- ατροφία της παρεγκεφαλίδας
- γνωσιακή δυσλειτουργία
- σύνδρομο Wernicke-Korsakoff
- άνοια οφειλόμενη στην κατάχρηση οινόπνευματος,
- μνημονική συσκότιση (black out)

2.1 Επιληπτικές κρίσεις

Οι επιληπτικές κρίσεις έχουν πιθανόν ως βιολογικό υπόστρωμα την απορύθμιση του καλίου, του ασβεστίου αλλά και των άλλων νευροδιαβιβαστικών συστημάτων όπως για παράδειγμα της GABAεργικής νευρομεταβίβασης. Η αντιμετώπιση αυτής της διαταραχής επιτυγχάνεται με τη χορήγηση βενζοδιαζεπινών (ενεργοποίηση της GABAεργικής νευρομεταβίβασης), που κλινικά εκφράζεται με τη μείωση της βαρύτητας των συμπτωμάτων στέρσης. Άλλα νευροδιαβιβαστικά συστήματα τα οποία πιθανόν ενοχοποιούνται για την τοξική δραστηριότητα του οιοπνεύματος είναι η παθολογική ενεργοποίηση των υποδοχέων του γλουταμινικού. Οι επιληπτικές κρίσεις εμφανίζονται συνήθως 24-48 ώρες μετά την απότομη διακοπή του οιοπνεύματος. Ποσοστό περίπου 2-10% των χρηστών αυτών θα αναπτύξουν status epilepticus. Οι επιληπτικές κρίσεις σε ορισμένες περιπτώσεις εμφανίζουν εστιακά χαρακτηριστικά οπότε και θα πρέπει να γίνει διαφορική διάγνωση από πιθανή εστιακή εγκεφαλική βλάβη οφειλόμενη σε εγκεφαλοπάθεια ή μεταβολικές διαταραχές λόγω υπογλυκαιμίας ή και ηλεκτρολυτών διαταραχών. Η εργαστηριακή διερεύνηση πρέπει να περιλαμβάνει ΗΕΓράφημα αλλά και σύγχρονες απεικονιστικές τεχνικές του εγκεφάλου. Συνήθως, η χρόνια χορήγηση αντιεπιληπτικών παρουσιάζει δυσκολίες είτε γιατί οι ασθενείς αυτοί έχουν φτωχή συμμόρφωση στη φαρμακευτική αγωγή είτε γιατί τα αντι-επιληπτικά φάρμακα ασκούν ηπατοτοξική δράση σε ένα ηπατικό σύστημα ιδιαίτερα επιβαρημένο από τη χρόνια κατάχρηση οιοπνεύματος. Ένδειξη για βραχύχρονη χορήγηση αντιεπιληπτικών φαρμάκων αποτελούν οι ασθενείς με διαπιστωμένη εκδήλωση επιληπτικών κρίσεων κατά τη φάση της απόσυρσης του οιοπνεύματος.

2.2 Εγκεφαλική νόσος αγγειακής αιτιολογίας

Η χρόνια κατάχρηση οιοπνευματωδών αυξάνει τον κίνδυνο της ενδοεγκεφαλικής ή και της υποαραχνοειδούς αιμορραγίας. Επιδημιολογικές μελέτες συμφωνούν με την άποψη ότι ο κίνδυνος εμφάνισης αιμορραγικού αγγειακού επεισοδίου είναι μεγαλύτερος συγκριτικά με τον κίνδυνο εμφάνισης ισχαιμικού επεισοδίου σε ασθενείς που κάνουν κατάχρηση οιοπνευματωδών. Πιθανοί λόγοι γι' αυτό είναι η αύξηση της αρτηριακής πίεσης, η οποία μπορεί να είναι συνέπεια παθολογικού μεταβολισμού της κορτιζόλης, της ρενίνης και της αλδοστερόνης στον ορό. Επίσης στη φάση της απότομης διακοπής του αλκοόλ ή του τρομώδους παραληρήματος παρατηρείται αυξημένη δραστηριότητα του Συμπαθητικού Νευρικού Συστήματος, η οποία προκαλεί αγγειοσπασμό που με τη σειρά του ενοχοποιείται ως ένας παθολογικός μηχανισμός ενδοεγκεφαλικής ή και υπααραχνοειδούς αιμορραγίας. Άλλοι παράγοντες που συμβάλλουν στον κίνδυνο εμφάνισης αγγειακού επεισοδίου είναι η άμεση τοξική δράση του οιοπνεύματος στο επιθήλιο των αγγείων, η δυσλειτουργία των αιμοπεταλίων, καθώς και η αφυδάτωση που διαπιστώνεται με τη διακοπή του αλκοόλ και που προκαλεί με τη σειρά της αιμοσυμπύκνωση. Η χρόνια καθημερινή κατανάλωση οιοπνευματωδών (σε ποσότητα > 7 ποτήρια ημερησίως ή 300gr εβδομαδιαίως) προδιαθέτει συχνά στην ανάπτυξη εγκεφαλικής νόσου αγγειακής αιτιολογίας.

2.3 Ατροφία της παρεγκεφαλίδας

Σε ποσοστό περίπου 30% των ατόμων που κάνουν παρατεταμένη χρήση οινοπνευματωδών παρατηρείται ατροφία της παρεγκεφαλίδας. Ως πιθανή αιτιολογία γι' αυτό θεωρείται τόσο η άμεση τοξική δράση του οινοπνεύματος όσο και οι διαταραχές ηλεκτρολυτών αλλά και η έλλειψη θειαμίνης. Τα χαρακτηριστικά συμπτώματα της παρεγκεφαλιδικής ατροφίας είναι η δυσχέρεια βάδισης, η δυσαρθρία, ο τρόμος και ο νυσταγμός. Στα αρχικά στάδια είναι πιθανή η αναστροφή των συμπτωμάτων με τη χορήγηση θειαμίνης και τη διακοπή της κατανάλωσης οινοπνευματωδών.

2.4 Η συνδρομή Wernicke-Korsakoff

Η κλινική αυτή οντότητα συνιστά μια συνδρομή με ειδικά νευροπαθολογικά γνωρίσματα και με ειδική κλινική έκφραση συμπτωμάτων που είναι πάντα συνακόλουθα της κατάχρησης οινοπνεύματος. Το 1881 ο Wernicke περιέγραψε μια οξεία νευρολογική συνδρομή την οποία χαρακτήριζε η αταξία, οι διαταραχές της οφθαλμοκινητικότητας (οφθαλμοπληγία, νυσταγμός) και η οξεία συγχυτική κατάσταση. Η κλινική διάγνωση παραμένει μέχρι σήμερα δύσκολη είτε γιατί δεν εμφανίζεται πάντα η τριάδα των παραπάνω συμπτωμάτων είτε γιατί τα συμπτώματα αυτά συγκαλύπτονται από διαταραχές του επιπέδου συνείδησης, που μπορεί να φτάσει μέχρι και την κωματώδη κατάσταση. Σήμερα τα διαγνωστικά κριτήρια της εγκεφαλοπάθειας του Wernicke περιλαμβάνουν την παρουσία δύο από τα παρακάτω κριτήρια:

- διαιτητικά ελλείμματα
- διαταραχές στην οφθαλμοκινητικότητα
- παρεγκεφαλιδική δυσλειτουργία
- διαταραχές του επιπέδου συνείδησης ή ήπιου βαθμού διαταραχές της μνήμης

Λίγο αργότερα ο Korsakoff περιέγραψε χρόνιες διαταραχές της μνήμης, τις οποίες παρατήρησε σε ασθενείς με πολυνευροπάθεια. Μερικά χρόνια αργότερα ο Guaden Π 896) διαπίστωσε ότι τα συμπτώματα τα οποία περιέγραψαν τόσο ο Wernicke όσο και ο Korsakoff συχνά συνυπάρχουν στους ίδιους ασθενείς και αποτελούν το λεγόμενο Wernicke-Korsakoff σύνδρομο.

Σήμερα πιστεύεται ότι η χρόνια και σοβαρού βαθμού κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών, σε συνδυασμό με την κακή θρέψη που προκαλεί την έλλειψη θειαμίνης αλλά και τη γενετική προδιάθεση παθολογικού μεταβολισμού του οινοπνεύματος, ενοχοποιείται για την ανάπτυξη του συνδρόμου Wernicke-Korsakoff. Η έλλειψη θειαμίνης σε ασθενείς που κάνουν σοβαρή κατάχρηση οινοπνεύματος μπορεί να οφείλεται στην πλημμελή λήψη της από τη διατροφή ή από μειωμένη απορρόφηση της από το στομάχι ή επίσης από μειωμένη ηπατική αποθήκευση και κακή της χρήση από τα διάφορα όργανα και τους ιστούς. Η εγκεφαλοπάθεια του Wernicke είναι επείγουσα κλινική κατάσταση γιατί η θνησιμότητα της αγγίζει στην οξεία φάση ένα ποσοστό 10-20%, οφειλόμενη πιθανόν σε αιμορραγίες στην περιοχή του εγκεφαλικού στελέχους. Σε αντίθεση, ποσοστό 46% των ασθενών με

συνδρομή Korsakoff βελτιώνονται πολύ γρήγορα εφόσον τύχουν θεραπείας με τη χορήγηση επαρκών δόσεων θειαμίνης (βιταμίνης B1). Η συνδρομή Korsakoff χαρακτηρίζεται από προχωρητική αμνησία, δηλαδή ο ασθενής ξεχνάει όποια πληροφορία προσλαμβάνει και αναπληρώνει τα μνημονικά του κενά με υλικό από τη φαντασία του. Επίσης, η συνδρομή αυτή συνοδεύεται και από συμπτώματα δυσλειτουργίας του μετωπιαίου λοβού, όπως είναι η απάθεια. Η διαφοροδιάγνωση πρέπει να γίνει ανάμεσα στην αλκοολική άνοια και το σύνδρομο Korsakoff. Η διάγνωση του συνδρόμου τίθεται βάσει των κλινικών κριτηρίων που αναφέρθηκαν και επίσης με νευροψυχολογικό έλεγχο που αποκαλύπτει ότι οι λεκτικές δεξιότητες παραμένουν αέριες παράλληλα όμως με την αδυναμία του ατόμου να συγκρατήσει νέες πληροφορίες για περισσότερο από λίγα λεπτά, καθώς και με την ατροφία των μαστοειδών αποφύσεων που παρατηρείται σε ποσοστό 80% των ασθενών με τη χρήση της μαγνητικής τομογραφίας. Η ατροφία των μαστοειδών αποφύσεων δεν μπορεί να δικαιολογήσει τις διαταραχές της μνήμης που αυτοί οι ασθενείς εμφανίζουν. Πρόσφατες απεικονιστικές μελέτες έχουν δείξει ότι διαταραχές στις μαστοειδείς αποφύσεις έχουν παρατηρηθεί τόσο σε ασθενείς οι οποίοι εμφανίζουν διαταραχές της μνήμης όσο και σε ασθενείς που δεν εμφανίζουν τέτοιες διαταραχές. Παρόμοια είναι τα ευρήματα που αφορούν το μέγεθος της ανατομικής δομής του ιππόκαμπτου αλλά και των μετωπιαίων και κροταφικών λοβών. Άλλες σημαντικές βλάβες αφορούν τους ραχιαίους πυρήνες του θαλάμου, οι οποίοι φαίνεται ότι είναι οι πλέον σημαντικοί αναφορικά με τις διαταραχές της μνήμης που συνοδεύουν αυτή την συνδρομή. Τέλος, θα πρέπει να επισημανθεί ότι πολλοί ασθενείς, οι οποίοι έχουν ή είχαν : διαγνωσθεί ως πάσχοντες από την εγκεφαλοπάθεια του Wernicke αργότερα θεωρήθηκε ότι έχουν συνδρομή Korsakoff και αυτό θέτει το ερώτημα αν πρόκειται για προοδευτική μετάβαση από τη μία συνδρομή στην άλλη ή εάν οι δύο αυτές συνδρομές συνιστούν την οξεία και τη χρόνια έκφραση της ίδιας νοσολογικής οντότητας που σχετίζεται με το έλλειμμα της θειαμίνης. Άλλοι πάλι συγγραφείς υποστηρίζουν ότι μερικές φορές η έναρξη της συνδρομής είναι βραδεία και στην πορεία επισυμβαίνουν οξεία επεισόδια τα οποία μπορεί τελικά να προκαλέσουν αθροιστικού τύπου βλάβες. Άλλες πάλι προσεγγίσεις θεωρούν ότι η συνδρομή Korsakoff είναι το αποτέλεσμα της συνέργειας της άμεσης δράσης του οινοπνεύματος που καθιστά ευάλωτο τον εγκέφαλο στις επιπτώσεις από την έλλειψη της θειαμίνης.

Υπάρχουν αρκετές μελέτες οι οποίες υποδηλώνουν επιλεκτική καταστροφική δράση σε συγκεκριμένες περιοχές του εγκεφάλου σε χρόνιους ασθενείς που κάνουν κατάχρηση οινοπνεύματος για διάστημα μεγαλύτερο από δεκαέξι έτη. Αυτές οι βλάβες προκαλούν επιπτώσεις στις λειτουργίες του δεξιού ημισφαιρίου, των μετωπιαίων λοβών καθώς και διάχυτες βλάβες στο φλοιό και πρόωρη γήρανση του εγκέφαλου. Παρά τη χρόνια αντιμετώπιση του συνδρόμου με θειαμίνη δεν είναι απόλυτα ξεκαθαρισμένη η δοσολογία και η διάρκεια χορήγησης της θειαμίνης, η οποία είναι απαραίτητα για την προφύλαξη και θεραπεία της συνδρομής αυτής.

2.5 Μνημονική Συσκότιση (Black out)

Αν και οι διαταραχές της μνήμης ακολουθούν συνήθως μία περίοδο σοβαρής αλκοολικής τοξίκωσης, η συσκότιση της μνημονικής λειτουργίας είναι

πολύ διαφορετικό φαινόμενο. Η συνδρομή αυτή συνίσταται από τη μνημονική διαγραφή σημαντικών γεγονότων, τα οποία διαδραματίστηκαν κατά τη διάρκεια ενός επεισοδίου σοβαρής κατανάλωσης οινοπνευματωδών. Οι ασθενείς οι οποίοι είναι πλέον ευάλωτοι σε τέτοιες καταστάσεις φαίνεται να είναι αυτοί που οδηγούνται σε περισσότερα επεισόδια οξείας τοξίκωσης. Η χρονική διάρκεια της μνημονικής διαγραφής κρατά συνήθως λίγες ώρες αλλά μερικές φορές μπορεί να διαρκέσει και μερικές ημέρες. Στη διάρκεια αυτής της περιόδου ο ασθενής εμπλέκεται σε πολύπλοκες δραστηριότητες που ενίοτε μπορεί να έχουν και παραπρωματικό χαρακτήρα, Η εμφάνιση της διαταραχής είναι συνήθως οξεία και στη διάρκεια της ο ασθενής μπορεί να βρεθεί σε διαφορετικό μέρος από αυτό όπου βρισκόταν ενώ έπινε. Για μερικούς συγγραφείς η παρουσία τέτοιων επεισοδίων μπορεί να αποτελέσει πρόδρομα συμπτώματα εξάρτησης από το οινόπνευμα.

2.6 Γνωσιακή λειτουργία και κατάχρηση οινοπνευματωδών

Οι περισσότεροι άνθρωποι που κάνουν κατάχρηση οινοπνεύματος εμφανίζουν μέτριου ή και ήπιου βαθμού γνωσιακή δυσλειτουργία, μεταβολές στο μέγεθος του εγκεφάλου αλλά και μεταβολές στη νευρωνική δραστηριότητα συγκεκριμένων περιοχών του εγκεφάλου. Οι μεγαλύτερες επιπτώσεις αφορούν γνωσιακές λειτουργίες όπως η οπτικοχωρική αντίληψη, η αφαιρετική ικανότητα αλλά και οι εκτελεστικές λειτουργίες. Η σχέση ανάμεσα στη διάρκεια χρήσης οινοπνευματωδών και στην ποσότητα η οποία καταναλώνεται παραμένει ακόμη ασαφής ως προς την ανάπτυξη γνωσιακής δυσλειτουργίας. Φαίνεται όμως ότι οι περισσότερες μελέτες καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι η μακρόχρονη και μέτρια χρήση οινοπνευματωδών μπορεί να οδηγήσει στην ανάπτυξη γνωσιακής δυσλειτουργίας. Φαίνεται ότι ποσοστό μεγαλύτερο από το 50% των ασθενών με σοβαρού βαθμού κατάχρηση οινοπνεύματος πάνω από τα 45 έτη αναπτύσσει κάποιου βαθμού γνωσιακή δυσλειτουργία. Η δυσλειτουργία αυτή απεικονίζεται είτε με τη μείωση του μεγέθους του εγκεφάλου των αλκοολικών, και ιδιαίτερα του μεγέθους του μετωπιαίου λοβού το οποίο θεωρείται κέντρο απαρτίωσης των γνωσιακών λειτουργιών, είτε της παρεγκεφαλίδας η οποία παίζει σημαντικό ρόλο στη βάδιση και την ισορροπία. Οι βλάβες στην παρεγκεφαλίδα θεωρούνται η αιτία πτώσεων ιδιαίτερα στους ηλικιωμένους ασθενείς που κάνουν κατάχρηση οινοπνευματωδών και μπορεί να οδηγήσουν σε κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις που με τη σειρά τους επιβαρύνουν περισσότερο την ήδη υπάρχουσα γνωσιακή δυσλειτουργία. Πολλές φορές πριν γίνει αντιληπτή η γνωσιακή δυσλειτουργία προηγούνται αλλαγές στην αιματική ροή του μετωπιαίου λοβού και μείωση του μεταβολισμού του. Επίσης, πολλές μελέτες επισημαίνουν ότι η γνωσιακή δυσλειτουργία μπορεί να είναι ιδιαίτερα σοβαρή τις πρώτες εβδομάδες της αποχής από το οινόπνευμα καθιστώντας τους ασθενείς αυτούς ιδιαίτερα ευάλωτους και αδύναμους αναφορικά με εκπαιδευτικές δραστηριότητες που περιλαμβάνουν την εκμάθηση δεξιοτήτων (προγράμματα διακοπής από την κατάχρηση οινοπνεύματος). Παρ' όλα αυτά οι γνωσιακές λειτουργίες μπορεί να αποκατασταθούν, έστω και μερικώς, ύστερα από 3-4 εβδομάδες αποχής από την κατανάλωση οινοπνευματωδών, Στις περιπτώσεις αυτές παρατηρείται μερικού βαθμού αποκατάσταση του μεταβολισμού τόσο στην περιοχή του μετωπιαίου λοβού όσο και της παρεγκεφαλίδας, φαίνεται δε ότι η αιματική ροή στο μετωπιαίο λοβό

επανέρχεται σε φυσιολογικά επίπεδα, ιδιαίτερα εάν παρέλθουν περίπου 4 χρόνια πλήρους αποχής από το οινόπνευμα. Η επανέναρξη όμως της κατανάλωσης οινόπνευματων μπορεί να επαναφέρει και πάλι την παθολογία σε προηγούμενα επίπεδα βλάβης. Άλλες μελέτες υποστηρίζουν ότι η χρόνια κατάχρηση οινόπνευματων, τ ακόμη και αν απουσιάζει η κακή διατροφή, μπορεί να οδηγήσει σε μείωση του αριθμού των πυραμιδικών κυττάρων του ιππόκαμπου.

2.7 Άνοια από κατάχρηση οινόπνευματων

Παραμένουν ακόμα πολλά ερωτηματικά σχετικά με τον ορισμό της άνοιας που σχετίζεται με την κατάχρηση οινόπνευματων. Εξαιτίας του γεγονότος ότι η άνοια ή έκπτωση των γνωσιακών λειτουργιών σε αυτή την ομάδα των ασθενών δεν λαμβάνει χαρακτηριστικά φλοιώδους ή και υποφλοιώδους άνοιας, τα διαγνωστικά κριτήρια παραμένουν ασαφή και ενίοτε υποκειμενικά.

Σχετικά με τον ορισμό της βαρύτητας της κατάχρησης οινόπνευματων (περισσότερο από 35 ποτήρια την εβδομάδα ορίζεται ως σοβαρού βαθμού κατάχρηση οινόπνευματων) και της συσχέτισης της με τα νευροψυχολογικά ελλείμματα φαίνεται ότι η σοβαρή κατάχρηση οινόπνεύματος για περισσότερο από 5 έτη σχετίζεται με αυξημένη πιθανότητα ανάπτυξης άνοιας. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία η έκπτωση των γνωσιακών λειτουργιών, η οποία παρατηρείται σε ασθενείς που κάνουν κατάχρηση οινόπνευματων, μπορεί να αναστραφεί με την αποχή από το οινόπνευμα. Αυτή η διαπίστωση είναι πολύ σημαντική διότι δείχνει ότι η αλκοολικού τύπου εγκεφαλική δυσλειτουργία λαμβάνει τα χαρακτηριστικά αναστρέψιμης άνοιας σε αντίθεση με την άνοια τύπου Αλτσχάιμερ ή την αγγειακή, οι οποίες δεν έχουν αναστρέψιμο χαρακτήρα.

Πιθανά κριτήρια για την κλινική διάγνωση της άνοιας είναι η παρουσία έκπτωσης των γνωσιακών λειτουργιών 60 ημέρες μετά την τελευταία έκθεση του ατόμου στο οινόπνευμα η σοβαρού βαθμού κατανάλωση οινόπνεύματος (περίπου 35 ποτήρια την εβδομάδα για τους άνδρες και 28 για τις γυναίκες, δεδομένου ότι τα επίπεδα στο αίμα των γυναικών αυξάνονται πιο γρήγορα από τους άνδρες) και τέλος η χρονική διάρκεια κατάχρησης οινόπνευματων, η οποία δεν πρέπει να είναι μικρότερη από 5 έτη. Επίσης άλλα κριτήρια είναι η παρουσία ηπατικής, νεφρικής, γαστρεντερικής ή και καρδιαγγειακής δυσλειτουργίας συνδεδεμένη με τη χρήση οινόπνεύματος, η νευρολογική σημειολογία που περιλαμβάνει αταξία ή περιφερική πολυνευροπάθεια και τέλος η παρουσία παρεγκεφαλιδικής ατροφίας. Η βελτίωση του γνωσιακού ελλείμματος μετά την πάροδο 60 ημερών από τη διακοπή της κατάχρησης οινόπνεύματος ή η σταθεροποίησή του και η βελτίωση των απεικονιστικών ελλειμμάτων όπως της πιθανής διάτασης του συστήματος των κοιλιών συνηγορούν επίσης υπέρ της διάγνωσης της αλκοολικής άνοιας.

Δημιουργείται έτσι ένα φάσμα ασθενών που από τη μια πλευρά περιλαμβάνει τους ασθενείς με ήπια γνωσιακή δυσλειτουργία, δυσκολία στη συγκέντρωση και την κρίση και από την άλλη τους ασθενείς με συμπτώματα

τα οποία παραπέμπουν σε πλήρη εικόνα άνοιας. Οι νευρολογικές διαταραχές και οι διαταραχές πολλαπλής και μη συγκεκριμένης αιτιολογίας περιλαμβάνουν διαταραχές της αρχιτεκτονικής του ύπνου με επιβάρυνση της υπνικής άπνοιας, παραύπνιες όπως εφιάλτες, νυχτερινή ενούρηση αλλά και υπνοβασία. Η ηπατική δυσλειτουργία μπορεί να συνοδεύεται από ηπατική εγκεφαλοπάθεια με συνακόλουθο την εμφάνιση ψυχωσικής συμπτωματολογίας και οξείος συγγυτικού παραληρήματος που μπορεί να οδηγήσει τον ασθενή σε βαριά συμπτωματολογία από το μετωπιαίο λοβό και σε κωματώδη κατάσταση.

Τέλος, στη βιβλιογραφία αναφέρεται η συνδρομή Machiafava-Bignami, η οποία αποτελεί μια ιδιαίτερα σπάνια κατάσταση που έχει πολύ κακή πρόγνωση. Χαρακτηρίζεται από οξεία εισβολή που μπορεί να οδηγήσει είτε σε κώμα είτε σε χρόνια προοδευτική έκπτωση των γνωσιακών λειτουργιών και φαίνεται ότι δεν υπάρχει θεραπεία. Τα κλινικά συμπτώματα περιλαμβάνουν σύγχυση, έκπτωση των νοητικών λειτουργιών, επιληπτικές κρίσεις, παρουσία πυραμιδικής σημειολογίας, δυσαρθρία, αταξία. Χαρακτηριστικές παθολογοανατομικές βλάβες του συνδρόμου είναι η απομυελίνωση του corpus callosum, καθώς και οι βλάβες του εγκεφάλου που αφορούν φλοιώδεις και υποφλοιώδεις περιοχές. Σε μερικούς ασθενείς μπορεί να εμφανισθεί η λεγόμενη hemispheric disconnection.

ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΚΑΙ ΚΑΤΑΧΡΗΣΗ ΟΙΝΟΠΝΕΥΜΑΤΟΣ

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Διαχρονικές μελέτες σε 15 χώρες έδειξαν ότι σε όλες τις χώρες και σε κάθε ηλικιακή ομάδα οι γυναίκες πίνουν λιγότερο από τους άνδρες, λιγότερο συχνά, μικρότερες ποσότητες και παρουσιάζουν λιγότερα προβλήματα που συνδέονται με τη χρήση και την κατάχρηση οινοπνευματωδών.

Πολλές βιβλιογραφικές πηγές αναφέρουν ότι οι εξαρτημένες από το οινόπνευμα γυναίκες νοσηλεύονται πιο συχνά σε ψυχιατρικά τμήματα συγκριτικά με τους εξαρτημένους άνδρες, οι οποίοι απευθύνονται πιο συχνά και σε μεγαλύτερο ποσοστό στις εξειδικευμένες υπηρεσίες απεξάρτησης. Αυτό πιθανόν να παραπέμπει στο γεγονός ότι η πρόσβαση σε ανάλογες υπηρεσίες φαίνεται να είναι πιο δύσκολη για τις γυναίκες.

2. ΕΜΒΡΥΪΚΟ ΑΛΚΟΟΛΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ

Η κατανάλωση οινοπνεύματος κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης συνδέεται με την εμφάνιση ενός ευρέως φάσματος διαταραχών στους απογόνους. Οι διαταραχές αυτές μπορεί να είναι σωματικού, νευρολογικού ή και γνωσιακού τύπου με σοβαρές επιπτώσεις τόσο για τα ίδια τα άτομα όσο και για τις οικογένειες τους αλλά και το ευρύτερο κοινωνικό σύνολο. Η πιο σοβαρή κατάσταση είναι αυτή που αποκαλείται εμβρυϊκό αλκοολικό σύνδρομο (Fetal Alcohol Syndrome - FAS), για τη διάγνωση του οποίου απαιτούνται 4 κριτήρια:

- 1) επιβεβαιωμένη χρήση οινοπνεύματος από τη μητέρα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης
- 2) δυσπλασίες του προσώπου (μείωση βλεφαρικών σχισμών κ.ά.) και του υπολοίπου σώματος (καρδιακές ανωμαλίες, συνδακτυλία και)
- 3) καθυστέρηση ανάπτυξης (χαμηλό βάρος γέννησης του νεογνού, όχι φυσιολογική αύξηση του βάρους του στη συνέχεια) και
- 4) νευροαναπτυξιακές ανωμαλίες του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος (Κ.Ν.Σ.), όπως μειωμένο μέγεθος κρανίου ή εικόνα νοητικής καθυστέρησης.

Στην περίπτωση κατά την οποία παρατηρούνται μόνο σημεία εγκεφαλικής δυσλειτουργίας χωρίς όμως να υπάρχουν άλλα χαρακτηριστικά του FAS, τότε ομιλούμε για νευροαναπτυξιακή διαταραχή προκαλούμενη από τη χρήση οινοπνεύματος. Τα σημαντικότερα νευροψυχολογικά χαρακτηριστικά του FAS είναι ο χαμηλός δείκτης νοημοσύνης, οι διαταραχές στη λειτουργία της μνήμης και της μάθησης, η μειωμένη ακαδημαϊκή επίδοση, καθώς και οι διαταραχές στην οπτικοχωρική μνήμη και στις εκτελεστικές λειτουργίες. Τα ψυχολογικά συμπτώματα του συνδρόμου είναι τις διαταραχές συμπεριφοράς, όπως η υπερκινητικότητα, η ελλειμματική προσοχή, η επιθετικότητα, η ανησυχία, καθώς και τα ψυχιατρικού τύπου σύνδρομα, όπως η κατάθλιψη και η ψυχωσικού τύπου συμπτωματολογία.

Ο ακριβής μηχανισμός μέσω του οποίου το αλκοόλ προκαλεί τις προαναφερθείσες βλάβες δεν έχει πλήρως διευκρινισθεί. Η αιθανόλη και ο μεταβολίτης της, η ακεταλδεύδη, περνούν εύκολα στην εμβρυϊκή κυκλοφορία και καθώς το έμβryo δεν διαθέτει ακόμα επαρκείς ποσότητες των απαιτούμενων για το μεταβολισμό τους ενζύμων, αυτές οι ουσίες παραμένουν στην κυκλοφορία του αίματος του κυήματος για μεγάλο χρονικό διάστημα προκαλώντας ενδεχομένως διάφορα προβλήματα. Ορισμένοι ερευνητές αναφέρουν ότι ίσως οι προκαλούμενες βλάβες σχετίζονται με επιδράσεις του οιοπνεύματος στο NMDA σύστημα του εγκεφάλου του εμβρύου.

Η μοναδική αποτελεσματική θεραπεία του FAS είναι η πρόληψή του. Οι γυναίκες θα πρέπει καθόλη τη διάρκεια της εγκυμοσύνης να αποφεύγουν την κατανάλωση έστω και μικρής ποσότητας οιοπνεύματος. Λιγότερο σοβαρές ή λιγότερο αναστρέψιμες συνέπειες της κατάχρησης αλκοόλ στη διάρκεια της κυήσεως αποτελούν το σύνδρομο FAE (Fetal Alcohol Effects), ενώ με τον όρο Alcohol-Related Birth Defects (ARBD) ταξινομούνται οι κάθε είδους αρνητικές συνέπειες της μητρικής χρήσης αλκοόλ στο έμβryo ή στο νεογέννητο.

Είναι διαπιστωμένο πάντως ότι ακόμα και η χρήση μικρών ποσοτήτων οιοπνεύματος κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα μεγαλύτερο κίνδυνο αποβολών, περιγεννητική θνησιμότητα, χαμηλό βρεφικό βάρος, κ.ά.

3. ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΟΤΗΤΑ

Η ύπαρξη κατάχρησης ή εξάρτησης από το αλκοόλ στο οικογενειακό ιστορικό αποτελεί, ειδικά για τις γυναίκες, μείζον παράγοντα κινδύνου για την ανάπτυξη προβληματικής χρήσης οιοπνεύματος στους απογόνους.

Η διαγενεακή μετάβαση φαίνεται να σχετίζεται με γενετικούς παράγοντες αλλά και με περιβαλλοντικούς. Ένας μεγάλος αριθμός ερευνών έχει προσπαθήσει να διαχωρίσει την επίδραση των πρώτων από τους δεύτερους.

Όπως αναφέρουν οι McGue και Slutske, η μελέτη της επίδρασης των γενετικού τύπου παραγόντων βασίστηκε κυρίως σε μελέτες υιοθετημένων ατόμων, διδύμων, καθώς και σε διάφορους βιολογικούς δείκτες. Τα αποτελέσματα φαίνεται να είναι ασαφή, κυρίως λόγω του μικρού μεγέθους των δειγμάτων.

Μερικές μελέτες που πραγματοποιήθηκαν στις ΗΠΑ τη δεκαετία του 1990 υποστηρίζουν την άποψη της μεγαλύτερης επίδρασης των γενετικού τύπου παραγόντων στους άνδρες και κυρίως στις περιπτώσεις που η κατάχρηση αλκοόλ συνοδεύεται από διαταραχές προσωπικότητας και εμφανίζεται σε νεαρή ηλικία, ενώ για τις γυναίκες θεωρείται ότι σημαντικότερο ρόλο παίζουν οι περιβαλλοντικού τύπου παράγοντες.

Η διαφοροποίηση μεταξύ ανδρών και γυναικών φαίνεται έντονα στη συμπεριφορά κατάχρησης: οι περισσότερες γυναίκες με εξάρτηση από το αλκοόλ πίνουν κυρίως μόνες τους, είναι πιο απομονωμένες και συχνά

αποδίδουν τη συνήθεια τους στη δυσμενή ψυχολογική τους κατάσταση, που συνδέεται με προσωπικές, οικογενειακές και κοινωνικές δυσκολίες.

4. ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Τα τελευταία χρόνια, η πεποίθηση ότι οι εξαρτημένες από το αλκοόλ γυναίκες είναι λιγότερο συνεργάσιμες από τους εξαρτημένους άνδρες έχει ανατραπεί. Παρά το γεγονός ότι η συννοσηρότητα στις εξαρτημένες γυναίκες είναι συχνότερη και σοβαρότερη από τους ; εξαρτημένους άνδρες, οι γυναίκες δείχνουν περισσότερη υπευθυνότητα και συνέπεια στη θεραπευτική συνεργασία, αφού ξεπερνούν τα ψυχολογικά και πρακτικά εμπόδια που μπορεί να τις αποτρέπουν από την προσέγγιση τους στα κέντρα απεξάρτησης. Στις περισσότερες χώρες, ενώ οι γυναίκες απευθύνονται πιο εύκολα στις ιατρικές υπηρεσίες απ' ό,τι οι άνδρες, οι εξαρτημένες γυναίκες χρησιμοποιούν αισθητά λιγότερο από τους εξαρτημένους άνδρες το δίκτυο υπηρεσιών απεξάρτησης και υπο-αντιπροσωπεύονται στον κλινικό πληθυσμό, αν και τα τελευταία χρόνια η παρουσία τους τείνει να αυξάνεται.

Όπως τονίζει η Blume, ανεξάρτητα από τα χαρακτηριστικά του θεραπευτικού πλαισίου, η προσοχή του εξειδικευμένου στις εξαρτηθείς επαγγελματία νοσηλεύτη που έρχεται σε επαφή με γυναίκες που κάνουν κατάχρηση οινόπνευματος, θα πρέπει να εστιάζεται στα εξής:

- Ιδιαίτερη προσοχή στο ιστορικό πιθανής σεξουαλικής ή και σωματικής κακοποίησης
- Διερεύνηση για τυχόν παράλληλη χρήση άλλων ουσιών (π.χ. ψυχοφαρμάκων)
- Εξέταση της κατάστασης της σωματικής υγείας και των εργαστηριακών δεικτών.
- Διερεύνηση για την πιθανότητα ανάγκης γενικής ιατρικής βοήθειας.
- Ψυχιατρική αξιολόγηση της ενδεχόμενης συννοσηρότητας
- Ψυχοεκπαίδευση σχετικά με τη χρήση αλκοόλ σε κατάσταση εγκυμοσύνης
- Αξιολόγηση της οικογενειακής κατάστασης, των ενδεχομένων προβλημάτων στη συζυγική σχέση και στη σχέση με τα παιδιά
- Συμβουλευτική ως προς το μητρικό ρόλο και τη φροντίδα των παιδιών, ειδικά όταν αυτά είναι ανήλικα
- Αξιολόγηση προβλημάτων ψυχικής υγείας σε άλλα μέλη της οικογένειας και ειδικά στα παιδιά
- Προσοχή σε συναισθήματα ενοχής, ντροπής ή και ανεπάρκειας
- Αξιολόγηση τυχόν σεξουαλικών δυσλειτουργιών
- Αξιολόγηση τυχόν εμπειριών διάκρισης λόγω φύλου σε προηγούμενες εμπειρίες θεραπείας
- Ειδική προσοχή σε εξαρτημένες γυναίκες που ανήκουν σε εθνικές μειονότητες ή αποτελούν ειδικές ομάδες, όπως γυναίκες ομοφυλόφιλες, φυλακισμένες, κ.ά.

Από μελέτες σε κλινικούς πληθυσμούς προκύπτει ότι οι εξαρτημένες από το αλκοόλ γυναίκες που προσέρχονται για θεραπεία παρουσιάζουν συχνά

χρήση/ κατάχρηση και άλλων ουσιών, με αποτέλεσμα να πολλαπλασιάζονται οι κίνδυνοι για τη σωματική και ψυχική υγεία τους. Από την άλλη πλευρά, γυναίκες σε θεραπεία για χρήση ναρκωτικών (οπιοειδών ή κοκαΐνης) συχνά αναφέρουν παράλληλη χρήση αλκοόλ, φαινόμενο που και πάλι απαιτεί ειδικές γνώσεις από τους κλινικούς επαγγελματίες απεξάρτησης.

Όπως και για τους εξαρτημένους άνδρες, η κατάλληλη θεραπευτική προσέγγιση κάθε εξαρτημένης γυναίκας θα πρέπει να καλύπτει τις βιολογικές, ψυχολογικές και κοινωνικές διαστάσεις των προβλημάτων των οφειλόμενων στη χρήση του αλκοόλ.

Για τους λόγους που αναφέρθηκαν προηγουμένως, ο ρόλος των γενικών ιατρών είναι ιδιαίτερα σημαντικός για την πρώιμη ανίχνευση των γυναικών που κάνουν κατάχρηση αλκοόλ καθώς και για την πρόληψη και την αντιμετώπιση επιπλοκών συνδεόμενων με παράλληλη χρήση άλλων φαρμάκων. Είναι τεράστια η σημασία της έγκαιρης διάγνωσης και αξιολόγησης των σχετικών με την κατάχρηση αλκοόλ προβλημάτων στις γυναίκες, ενώ έχει αποδειχθεί η αποτελεσματικότητα της ενημέρωσης, της συμβουλευτικής και της βραχείας θεραπευτικής παρέμβασης από τους γενικούς γιατρούς. Επίσης φαίνεται ότι οι γυναίκες που παρουσιάζουν κατάχρηση αλκοόλ αποδέχονται ευκολότερα την παραπομπή τους σε εξειδικευμένα κέντρα απεξάρτησης, όταν αυτή προτείνεται από τον οικογενειακό γιατρό ή και από το μαιευτήρα τους.

5. ΠΡΟΛΗΨΗ

Όπως τονίζει η Blume, οι στρατηγικές πρόληψης της χρήσης και της κατάχρησης αλκοόλ στο γυναικείο πληθυσμό θα έπρεπε να εφαρμόζονται με ιδιαίτερη προσοχή και να απευθύνονται σε δύο αντίθετες πολιτιστικές στάσεις: από τη μία πλευρά να στοχεύουν στη μείωση του κοινωνικού στιγματισμού απέναντι σε γυναίκες και από την άλλη να ενισχύουν τους πολιτιστικούς παράγοντες που προστατεύουν τις γυναίκες από τη χρήση και ειδικά από την κατάχρηση οινοπνευματωδών.

Οι δράσεις της πρωτοβάθμιας πρόληψης θα πρέπει να λαμβάνουν σοβαρά υπόψη τους τη μείωση των κοινωνικοδημογραφικών διαφορών μεταξύ των δύο φύλων, αναφορικά με την ηλικία έναρξης της χρήσης και τον επιπολασμό επεισοδίων επιβλαβούς χρήσης σε νεαρή ηλικία.

Οι ευρύτερες παρεμβάσεις που αφορούν την πρόληψη του FAS φάνηκαν αποτελεσματικές στις γυναίκες που ήδη πίνουν λίγο, συγκριτικά με τις γυναίκες που παρουσιάζουν κατάχρηση ή εξάρτηση. Παρά αυτή τη διαπίστωση, ο ρόλος των μαιών και των γυναικολόγων φαίνεται να είναι ουσιαστικός όσον αφορά την πρόληψη, την ενημέρωση και την αξιολόγηση τυχόν προβλημάτων σχετιζόμενων με τη βλαβερή χρήση κατά τη διάρκεια της κύησης και της γαλουχίας.

Οι γενικοί γιατροί φαίνεται να είναι οι επαγγελματίες υγείας που έρχονται συχνότερα σε επαφή με το γυναικείο πληθυσμό και ο ρόλος τους είναι

ιδιαίτερα χρήσιμος, όσον αφορά στην πληροφόρηση και ενημέρωση για τις συνέπειες της χρήσης και της κατάχρησης αλκοόλ, στην έγκαιρη διάγνωση, στις βραχείες παρεμβάσεις, καθώς και στην κατεύθυνση και στην παραπομπή της σε εξειδικευμένα κέντρα θεραπείας, όταν αυτό θεωρείται απαραίτητο. Οι παθολόγοι είναι επίσης πολύ χρήσιμοι, σχετικά με την ενημέρωση και την πρόληψη επιπλοκών, σε περίπτωση παράλληλης χρήσης φαρμάκων και αλκοόλ. Ακόμα και οι παιδίατροι, επαγγελματίες που έρχονται επίσης συχνά σε επαφή με το γυναικείο πληθυσμό, θα έπρεπε να είναι ευαισθητοποιημένοι σχετικά με την αξιολόγηση και την πρόληψη της βλαβερής χρήσης του αλκοόλ.

Δυστυχώς, η βασική εκπαίδευση αλλά και η διαρκής επαγγελματική ενημέρωση των επαγγελματιών υγείας και ειδικά των γενικών γιατρών σχετικά με τις συνέπειες της χρήσης και της κατάχρησης αλκοόλ καθώς και των διαφορών που υπάρχουν ανάμεσα στα δύο φύλα είναι ακόμα ελλιπής στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες.

Στην Ελλάδα, η Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών με σκοπό να καλύψει το κενό αυτό, πραγματοποίησε κατά τη διάρκεια του 2005 ένα πιλοτικό μεταπτυχιακό πρόγραμμα εκπαίδευσης/ ενημέρωσης για γενικούς γιατρούς και παθολόγους σχετικά με τη χρήση και την κατάχρηση του αλκοόλ και των άλλων εθιστικών ουσιών.

Οι δράσεις της δευτεροβάθμιας πρόληψης που λαμβάνουν υπόψη τις διαφορές φύλου. Θα έπρεπε να απευθύνονται σε ομάδες υψηλού κινδύνου, όπως γυναίκες με ιστορικό σεξουαλικής ή και σωματικής κακοποίησης, γυναίκες με εξαρτημένους από αλκοόλ γονείς, γυναίκες που παρουσιάζουν κατάθλιψη ή αγχώδεις διαταραχές. Οι παρεμβάσεις αυτές θα πρέπει να έχουν κύριο στόχο την ενίσχυση των παραγόντων που προστατεύουν τα πιο εκτεθειμένα άτομα από την επιβλαβή χρήση αλκοόλ.

Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας και ειδικά οι ψυχίατροι μπορούν να παίξουν σημαντικό ρόλο στην πρόληψη, στην έγκαιρη διάγνωση, καθώς και στη θεραπευτική παρέμβαση, σε περιπτώσεις γυναικών με συννοσηρότητα ή γυναικών που βρίσκονται σε μεταβατικές δύσκολες φάσεις της ζωής τους.

Εξάλλου, όπως αναφέρθηκε, οι γυναίκες που πάσχουν από συνδεόμενες με τη χρήση του αλκοόλ διαταραχές, είναι πιθανότερο να ζητήσουν βοήθεια από ειδικούς της πρωτοβάθμιας περίθαλψης ψυχικής υγείας παρά από εξειδικευμένα κέντρα απεξάρτησης. Το γεγονός αυτό υπογραμμίζει την ανάγκη εκπαίδευσης και ενημέρωσης όλων των επαγγελματιών υγείας.

Διαγνωστικά Κριτήρια Αλκοολικής Τοξίκωσης

- A.** Πρόσφατη λήψη αλκοόλ
- B.** Κλινικά σημαντικές δυσπροσαρμοστικές συμπεριφερσιολογικές ή ψυχολογικές αλλαγές (π.χ απρόσφορη σεξουαλική ή επιθετική συμπεριφορά, αστάθεια της διάθεσης, έκπτωση της κρίσης, έκπτωση της κοινωνικής ή επαγγελματικής λειτουργικότητας), οι οποίες αναπτύσσονται κατά τη διάρκεια ή λίγο μετά τη λήψη του αλκοόλ
- C.** Ένα (ή περισσότερα) από τα ακόλουθα σημεία, τα οποία αναπτύσσονται κατά τη διάρκεια ή λίγο μετά τη χρήση του αλκοόλ:
1. δυσαρθρική ομιλία
 2. ασυνεργία
 3. ασταθής βάδιση
 4. νυσταγμός
 5. έκπτωση της προσοχής ή της μνήμης
 6. εμβροντησία ή κώμα
- D.** Τα συμπτώματα δεν οφείλονται σε γενική σωματική κατάσταση και δεν εξηγούνται καλύτερα με άλλη ψυχική διαταραχή

Διαγνωστικά Κριτήρια Αλκοολικής Στέρησης

- A.** Διακοπή (ή μείωση) της χρήσης του αλκοόλ, η οποία ήταν βαριά και παρατεταμένη
- B.** Δύο (ή περισσότερα) από τα ακόλουθα, τα οποία αναπτύσσονται μερικές ώρες έως λίγες ημέρες μετά το κριτήριο A:
1. αυτόνομη υπερδραστηριότητα (π.χ εφίδρωση ή καρδιακή συχνότητα μεγαλύτερη από 100)
 2. αυξημένος τρόμος χεριών
 3. αϋπνία
 4. ναυτία ή εμετός
 5. παροδικές οπτικές, απτικές ή ακουστικές ψευδαισθήσεις ή παραισθήσεις
 6. ψυχοκινητική διέγερση
 7. άγχος
 8. σπασμοί τύπου grand mal
- C.** Τα συμπτώματα του κριτηρίου B προκαλούν κλινικά σημαντική ενόχληση ή έκπτωση της κοινωνικής, επαγγελματικής ή άλλων σημαντικών περιοχών της λειτουργικότητας
- D.** Τα συμπτώματα δεν οφείλονται σε γενική σωματική κατάσταση και δεν εξηγούνται καλύτερα με άλλη ψυχική διαταραχή

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

I. ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Είναι κοινώς παραδεκτό ότι η κατάχρηση/ εξάρτηση από το οινόπνευμα αποτελεί μια διαταραχή με σοβαρές ιατρικές, ψυχολογικές και κοινωνικές επιπτώσεις.

Στη χώρα μας οι μισοί σχεδόν θάνατοι από τροχαία ατυχήματα (ποσοστό περίπου 40%) συνδέονται με την υπερβολική κατανάλωση οινοπνεύματος. Η θεραπευτική αντιμετώπιση του αλκοολισμού περιλαμβάνει μια σειρά φαρμακευτικών, ψυχολογικών και κοινωνικού τύπου παρεμβάσεων, οι οποίες έχουν ως στόχο να τροποποιήσουν τη σχέση του εξαρτημένου ατόμου με το αλκοόλ επιτυγχάνοντας τελικώς την αποχή από αυτό. Παράλληλα, όμως, μια αποτελεσματική και ολοκληρωμένη θεραπευτική παρέμβαση πρέπει να είναι σε θέση να χειριστεί το σύνολο των αναγκών και των προβλημάτων των χρηστών που δημιουργήθηκαν κατά την περίοδο της κατάχρησης οινοπνεύματος. Η θεραπεία του αλκοολισμού παρέχεται τόσο σε ανοιχτά προγράμματα απεξάρτησης όσο και σε δομές εσωτερικής διαμονής. Οι κλινικές μελέτες δείχνουν ότι τα 4/5 των αλκοολικών αντιμετωπίζονται με εξωτερικού τύπου προγράμματα.

2. Η ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ

Η θεραπεία του αλκοολισμού περιλαμβάνει τυπικά δύο φάσεις: τη φάση της σωματικής απεξάρτησης ή αποτοξίνωσης και τη φάση της ψυχικής απεξάρτησης ή αποκατάστασης ή σταθεροποίησης. Κατά την πρώτη φάση, η οποία έχει και μικρή διάρκεια, επιδιώκεται η επαρκής αντιμετώπιση των στερητικών συμπτωμάτων που θα εμφανιστούν από τη μείωση ή τη διακοπή του οινοπνεύματος. Η φάση της αποκατάστασης, η οποία συνήθως είναι μακροχρόνια και ίσως και ανοιχτού τέλους, περιλαμβάνει όλες εκείνες τις θεραπευτικές παρεμβάσεις που απαιτούνται για να διατηρήσει το εξαρτημένο άτομο την αποχή του από το αλκοόλ. Οι δύο φάσεις της θεραπείας βρίσκονται σε μια δυναμική αλληλεπίδραση και ο χρήστης μπορεί να μεταπίπτει συχνά από τη μία στην άλλη μέχρι να επιτύχει τον τελικό του στόχο. Σημαντικοί παράγοντες για την τελική θετική έκβαση θεωρούνται το υψηλό κίνητρο, η ενεργητική συμμετοχή του χρήστη στη θεραπεία, η απουσία σοβαρής ψυχιατρικής συννοσηρότητας, καθώς και η σταθερή ψυχοκοινωνική υποστήριξη.

Η χρήση των φαρμάκων στη θεραπεία του αλκοολισμού καταγράφεται τόσο κατά τη φάση της σωματικής αποτοξίνωσης όσο και κατά τη φάση της αποκατάστασης. Φαρμακευτικές ουσίες χρησιμοποιούνται με ικανοποιητικά

αποτελέσματα από την πλειοψηφία των θεραπευτικών προγραμμάτων απεξάρτησης. Σήμερα είμαστε σε θέση να γνωρίζουμε με μεγαλύτερη ακρίβεια σχετικά με τις δράσεις του οινόπνευματος στην εγκεφαλική λειτουργία καθώς και για τα νευρομεταβιβαστικά συστήματα, τα οποία εμπλέκονται στις ποικίλες παθολογικές διεργασίες, που συντελούνται κατά τη φάση της κατάχρησης.

Το οινόπνευμα αποτελεί μια ουσία που ασκεί ποικίλες και σύνθετες συμπεριφορικές επιδράσεις, οι οποίες μπορεί να είναι άλλοτε ευχάριστες ή δυσάρεστες και άλλοτε διεγερτικές ή κατασταλτικές. Η κλινική εικόνα που παρατηρείται σε κάθε περίπτωση εξαρτάται από πολλούς παράγοντες όπως η ποσότητα του αλκοόλ, η διάρκεια της χρήσης της ουσίας, οι προσδοκίες του ατόμου, οι συνθήκες κάτω από τις οποίες γίνεται η κατανάλωση του αλκοόλ, τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας καθώς και η ύπαρξη ψυχοπαθολογίας του χρήστη. Το αλκοόλ σχετίζεται με τη λειτουργία πολλών νευρομεταβιβαστικών συστημάτων, όπως αυτό της ντοπαμίνης, του γ-αμινοβουτυρικού, του γλουταμινεργικού, της σεροτονίνης, της νορεπινεφρίνης και των ενδογενών οπιοειδών.

3. Η ΦΑΣΗ ΤΗΣ ΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΑΠΕΞΑΡΤΗΣΗΣ

Η απότομη μείωση ή διακοπή της χρήσης του οινόπνευματος, έπειτα από μια εκτεταμένη περίοδο χρήσης, οδηγεί στην εμφάνιση στερητικών συμπτωμάτων. Η κλινική του στερητικού συνδρόμου περιλαμβάνει συνήθως διαταραχές του Αυτόνομου Νευρικού Συστήματος (Α.Ν.Σ.), όπως ταχυκαρδία, ταχύπνοια και τρόμο, συμπτώματα από το γαστρεντερικό όπως ναυτία, εμετό, ανορεξία καθώς και ψυχολογικού τύπου συμπτώματα όπως κακοκεφιά, άγχος, ευερεθιστότητα και διαταραχές του ύπνου. Τα συμπτώματα τυπικά αρχίζουν μέσα σε 12 ή και λιγότερες ώρες από τη διακοπή λήψης του αλκοόλ, κορυφώνονται μέσα σε 48 έως 72 ώρες και προοδευτικά εξαλείφονται μέσα σε μια περίοδο 5 έως 7 ημερών. Οι σοβαρές επιπλοκές του αλκοολικού στερητικού συνδρόμου είναι κυρίως η εμφάνιση επιληπτικών κρίσεων τύπου *grand mal* καθώς και το αλκοολικό στερητικό παραλήρημα, γνωστό περισσότερο ως τρομώδες παραλήρημα (*delirium tremens*) του οποίου η συχνότητα αναλογεί περίπου σε 1 στους 1.000 ασθενείς και αποτελεί μια επείγουσα και επικίνδυνη κατάσταση για τον ασθενή, η οποία χρειάζεται φροντίδα νοσοκομειακού τύπου.

Η θεραπεία του στερητικού συνδρόμου έχει κυρίως δύο στόχους:

- 1) να βοηθήσει τον ασθενή να αντιμετωπίσει τα στερητικά του συμπτώματα με έναν ασφαλή και όσο λιγότερο δυσάρεστο τρόπο και
- 2) να ενισχύσει το κίνητρο και τις προσπάθειές του ώστε να παραμείνει καθαρός από το αλκοόλ.

Η θεραπευτική αντιμετώπιση των στερητικών συμπτωμάτων μπορεί να γίνει είτε σε εξωτερική βάση είτε στα πλαίσια νοσηλείας, ανάλογα με τη βαρύτητα των συμπτωμάτων. Η σωστή και ακριβής εκτίμηση της βαρύτητας των συμπτωμάτων του συνδρόμου στέρησης είναι απαραίτητη προκειμένου να καθοριστεί η κατάλληλη θεραπευτική παρέμβαση. Ιδιαίτερα βοηθητική σ' αυτήν την εκτίμηση μπορεί να είναι και η χρήση ειδικών ερωτηματολογίων και

κλιμάκων, όπως για παράδειγμα η Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol (CIWA). Κλινική εικόνα μέτριου και κυρίως σοβαρού αλκοολικού συνδρόμου (βαθμολογία στην κλίμακα CIWA υψηλότερη από 9 ή από 15 αντίστοιχα) καθιστά απαραίτητη τη χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής.

4. Η ΦΑΣΗ ΤΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

Έπειτα από την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων του συνδρόμου στέρησης ο χρήστης οινόπνευματος περνάει στη δεύτερη και σημαντικότερη ίσως φάση της θεραπευτικής διαδικασίας, δηλαδή της αποκατάστασης. Ο στόχος κατά τη φάση αυτή είναι η μείωση της επιθυμίας για το αλκοόλ και η πρόληψη της υποτροπής. Οι ποικίλου τύπου ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις διαδραματίζουν κατά την περίοδο αυτή κυρίαρχο ρόλο, όμως, παλαιότερες αλλά και νεότερες φαρμακευτικές ουσίες μπορούν να συμβάλλουν σημαντικά στην τελική έκβαση.

5. ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑΣ

Οι αλκοολικοί ασθενείς εμφανίζουν σε υψηλά ποσοστά συμπτωματολογία αγχώδους καταθλιπτικής ή και ψυχωτικού τύπου διαταραχής. Κλινικές οντότητες όπως η μείζονα κατάθλιψη, η κοινωνική φοβία, οι κρίσεις πανικού, η διαταραχή ελλειμματικής προσοχής καθώς και η αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας αποτελούν παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη αλκοολικής εξάρτησης. Από την άλλη πλευρά, η ίδια η κατάχρηση οινόπνευματος προκαλεί άμεσα την εμφάνιση μείζονος ψυχιατρικού τύπου συμπτωματολογίας. Σε ορισμένα άτομα ίσως υπάρχει γενετική προδιάθεση για την ανάπτυξη τόσο του αλκοολικού όσο και άλλων ψυχιατρικών συνδρόμων. Επίσης, για ορισμένους ίσως η χρήση του οινόπνευματος να αποτελεί μια προσπάθεια ανακούφισής τους από τα επώδυνα ψυχιατρικά προβλήματα.

Προϋπόθεση για τη χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής στους αλκοολικούς για τα ψυχιατρικά τους συμπτώματα είναι η εξακρίβωση της φύσης αυτής της συμπτωματολογίας. Η διαπίστωση αυτή μπορεί να επιτευχθεί μόνο με ένα καλό ψυχιατρικό ιστορικό και να επιβεβαιωθεί με την ύπαρξη ή μη ψυχοπαθολογίας σε περιόδους αποχής από το οινόπνευμα.

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

II. ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα άτομα με κατάχρηση/ εξάρτηση από το οινόπνευμα αποτελούν μία ετερογενή ομάδα και ένας τρόπος θεραπευτικής προσέγγισης δεν μπορεί να είναι αποτελεσματικός για όλους τους αλκοολικούς. Για την αντιμετώπιση της ποικιλομορφίας του προβλήματος του αλκοολισμού έχει διαμορφωθεί ένας μεγάλος αριθμός διαφορετικών ατομικών και ομαδικών ψυχοθεραπευτικών προσεγγίσεων. Ορισμένοι αλκοολικοί χρειάζονται βοήθεια μόνο για την αναγνώριση της ύπαρξης προβλήματος, ενώ άλλοι έχουν την ανάγκη ενός εξειδικευμένου εσωτερικού δομημένου προγράμματος.

Ένας γενικότερος ορισμός των ψυχοθεραπευτικών προσεγγίσεων στους αλκοολικούς θα μπορούσε να είναι κάθε μορφή λεκτικής αλληλεπίδρασης μεταξύ ενός αλκοολικού, η οποία έχει σχεδιασθεί για να αλλάξει τη συμπεριφορά και τα συναισθήματα του ατόμου απέναντι στο πρόβλημα του οινοπνεύματος.

Κάθε ειδικευμένος επαγγελματίας της ψυχικής υγείας που ασχολείται με το πρόβλημα του αλκοολισμού θα συμφωνούσε με την άποψη ότι ο ετερογενής πληθυσμός των αλκοολικών χρειάζεται εκτός από τις διαφορετικές ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις και το συνδυασμό ορισμένων θεραπευτικών προσεγγίσεων που φαίνεται ότι έχουν μεγαλύτερο θεραπευτικό αποτέλεσμα, π.χ συνδυασμός ατομικής ψυχοθεραπείας Γνωσιακής – Συμπεριφοριστικής προσέγγισης με θεραπεία ζεύγους ή οικογένειας, θεραπεία ατομικής απεξάρτησης με ατομική ψυχοθεραπεία ή ακόμη και ατομική ψυχοθεραπεία με ταυτόχρονη παρακολούθηση των Ανώνυμων Αλκοολικών (Α Α).

2. ΤΟ ΠΡΩΤΟ ΒΗΜΑ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΣΤΟΥΣ ΑΛΚΟΟΛΙΚΟΥΣ

Επειδή συχνά τα άτομα με το πρόβλημα του οινοπνεύματος αρνούνται, αποκρύπτουν, ελαχιστοποιούν το πρόβλημά τους και μέμφονται τους άλλους, αρκετές φορές το πρώτο βήμα της θεραπείας στους αλκοολικούς είναι η αναγνώριση του προβλήματός τους. Αρκετοί από αυτούς δεν αναζητούν ποτέ καμία βοήθεια, ενώ άλλοι δέχονται τη θεραπεία μόνο κάτω από την πίεση του νόμου, του οικογενειακού ιατρού, των συναδέλφων ή των μελών της οικογένειας.

Το άτομο με κατάχρηση/ εξάρτηση από το οινόπνευμα είναι υπεύθυνο για τις ενέργειές του. Αρχικά ο θεραπευτής προσπαθεί όσο είναι δυνατόν να ενισχύσει το επίπεδο κινήτρου για θεραπεία του χρήστη οινόπνευματος.

2.1 Ο στόχος της θεραπείας: Αποχή ή ελεγχόμενη κατανάλωση οινόπνευματος;

Υπάρχουν αντικρουόμενες απόψεις για το εάν στόχος της θεραπείας θα είναι η πλήρης αποχή από το οινόπνευμα ή η ελεγχόμενη κατανάλωση οινόπνευματος. Για δεκαετίες διατυπώνεται από τους ειδικούς η υπόθεση, εάν οι αλκοολικοί μπορούν να επανέλθουν στη μέτρια κατανάλωση οινόπνευματος, Σύμφωνα με τους Ανώνυμους Αλκοολικούς (Α Α) και ορισμένους επαγγελματίες της ψυχικής υγείας, η αποχή είναι αναγκαία, επειδή οι αλκοολικοί θα χάσουν τον έλεγχό τους με το οινόπνευμα μόλις ξαναρχίσουν να πίνουν οποιοδήποτε είδος αλκοολούχου ποτού.

Αντίθετα, οι υποστηρικτές της ελεγχόμενης κατανάλωσης οινόπνευματος θεωρούν ότι οι αλκοολικοί δεν είναι ανίσχυροι απέναντι στο οινόπνευμα και ότι μπορούν να αλλάξουν τη “συμπεριφορά του πότη” χωρίς να κόψουν πλήρως το οινόπνευμα. Η πεποίθηση ότι και ένα μόνο ποτό οδηγεί στην απώλεια του ελέγχου, συνιστά μια αρνητική προφητεία. Επίσης, η άποψη της αποχής αποθαρρύνει τα άτομα που θέλουν να μετριάσουν το ποτό και να γίνουν “κοινωνικοί πότες”. Οι υποστηρικτές της αποχής θεωρούν την ελεγχόμενη κατανάλωση ως μία αυταπάτη, επειδή αρκετά άτομα που βρίσκονται σε αποχή θα υποτροπιάζαν, εάν έπιναν οινόπνευμα έστω και ελεγχόμενα μετά από μήνες ή ακόμη και μετά από χρόνια. Αυτοί υποστηρίζουν ότι τα περισσότερα άτομα που ζητούν θεραπεία για τον αλκοολισμό έχουν ήδη προσπαθήσει ανεπιτυχώς να θέσουν κανόνες και όρια στον εαυτό τους αναφορικά με το τι, πόσο, πού και πότε θα πουν.

Ανάλογα με την περίπτωση ένας τρόπος γεφύρωσης της προαναφερθείσας διαφοράς θα ήταν: **α)** στους βαριά εξαρτημένους από το οινόπνευμα πιθανόν να απαιτείται μία άμεση και συνεχής διακοπή της κατανάλωσης του οινόπνευματος, ενώ **β)** στις ελαφρότερες περιπτώσεις, με σταθερό ψυχοκοινωνικό υπόβαθρο και ικανή κοινωνική υποστήριξη ή σ’ εκείνους με κατάχρηση οινόπνευματος μόνο για σύντομο χρονικό διάστημα να είναι δυνατή μια ελεγχόμενη κατανάλωση οινόπνευματος. Προγράμματα βραχείας συμβουλευτικής ψυχοθεραπείας έχουν δημιουργηθεί για να βοηθήσουν τα άτομα αυτά και ο θεραπευτής τους ζητάει να επιλέξουν μεταξύ της αποχής και της ελεγχόμενης χρήσης οινόπνευματος.

3. ΤΑ ΚΥΡΙΟΤΕΡΑ ΕΙΔΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΩΝ

3.1 Η ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία

Η ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία στους αλκοολικούς, εκτός από την ψυχοδυναμική κατανόηση του αλκοολικού ατόμου, προσδίδει προτεραιότητα

στη διακοπή της χρήσης οινόπνεύματος ως το πρώτο και αναγκαίο βήμα στην ψυχοθεραπευτική προσέγγιση. Επίσης αποφεύγει την αποκάλυψη υποκείμενων ψυχολογικών συγκρούσεων στην πρώιμη φάση της θεραπείας.

Η μεταβίβαση που αναπτύσσεται στη σχέση του χρήστη οινόπνεύματος με το θεραπευτή μπορεί να αξιοποιηθεί : **α)** για να επηρεάσει την κατανάλωση του οινόπνεύματος, **β)** για να ενθαρρύνει αλλαγές των αντιλήψεων γύρω από τον εαυτό του και **γ)** για να ενισχύσει μεταβολές στις αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές του.

3.2 Η θεραπεία ενίσχυσης των κινήτρων

Επειδή ο αλκοολισμός, όπως και όλες οι μορφές των εξαρτήσεων, είναι μία διαταραχή του κινήτρου, γι' αυτό η πλήρης πρόθεση για αλλαγή δεν συνιστά απλά έναν αιτιατό παράγοντα βελτίωσης, αλλά αποτελεί συχνά το μεγαλύτερο μέρος της καθατής ανάρρωσης-αποκατάστασης. Όλες οι ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις των εξαρτήσεων απευθύνονται στην ανάπτυξη και στη βελτίωση του κινήτρου. Και όλες προσπαθούν να δημιουργήσουν και να ενισχύσουν επιθυμίες και δραστηριότητες που αντιστρατεύονται την επιτακτική και ακατανίκητη επιθυμία για χρήση οινόπνεύματος. Αυτή η ιδέα αποτελεί το βασικό σταθερό υπόβαθρο της θεραπείας ενίσχυσης των κινήτρων.

Η θεραπεία βασίζεται στο έργο του Carl Rogers (θεραπεία επικεντρωμένη στον πελάτη) και στις Γνωσιακές Συμπεριφοριστικές τεχνικές. Ο στόχος αυτής της θεραπείας είναι: **α)** οι αλκοολικοί να διευθετήσουν μέσω αυτής την αμφιθυμία τους και να αναγνωρίσουν τη σοβαρότητα των προβλημάτων τους, ενισχύοντας παράλληλα την επιθυμία διακοπής του οινόπνεύματος και **β)** να προετοιμάσει τους αλκοολικούς για μια μακροπρόθεσμη θεραπευτική διαδικασία.

Ο θεραπευτής λαμβάνει υπόψη του το στάδιο της αλλαγής σε κάθε "πελάτη" και προσπαθεί να προσφέρει το είδος της βοήθειας που είναι περισσότερο αναγκαίο και κατάλληλο για το συγκεκριμένο στάδιο του ατόμου. Η θεραπευτική διαδικασία μπορεί να συμπυκνωθεί στις εξής λέξεις: θετική αντίδραση, υπευθυνότητα, συμβουλευτικές οδηγίες, πρόγραμμα (καταγραφή της κατανάλωσης του οινόπνεύματος και των ανάλογων συναισθημάτων που τη συνοδεύουν) και αποτελεσματικότητα.

3.3 Συμπεριφοριστικές θεραπείες

Η ατομική συμπεριφοριστική θεραπεία του αλκοολισμού προσδιορίζεται από μία σειρά θεραπευτικών τεχνικών που στοχεύουν στην τροποποίηση της συμπεριφοράς της κατανάλωσης οινόπνεύματος.

Η ατομική συμπεριφοριστική θεραπεία και η συμπεριφοριστική θεραπεία ζεύγους έχουν βρεθεί να είναι αρκετά αποτελεσματικές θεραπείες για τα άτομα με διαταραχές της χρήσης οινόπνεύματος.

Η συμπεριφοριστική θεραπευτική προσέγγιση στη θεραπεία του αλκοολισμού βασίζεται στην αποδοχή ότι η κατανάλωση οινοπνεύματος επηρεάζεται από προηγούμενα ερεθίσματα και ενισχυτικά επακόλουθα-αποτελέσματα. Εάν κάποιος αλκοολικός πίνει σχεδόν πάντα μετά από κάποια διένεξη με τη γυναίκα του προκειμένου να χαλαρώσει ή να ξεχάσει, στην περίπτωση αυτή απαιτείται μία κοινωνική μαθησιακή θεωρία προσέγγισης, που να υποστηρίζει την υπόθεση ότι αυτός θα βοηθηθεί εάν εκπαιδευθεί σε εναλλακτικούς τρόπους διαχείρισης των συζυγικών του προβλημάτων. Εφόσον δεν πίνει θα είναι πιο αποτελεσματικός και ωφελημένος από ότι αν έπινε χωρίς έλεγχο.

Ο θεραπευτής οφείλει να ρωτήσει τι αναμένει ο αλκοολικός να συμβεί, κάτω από συγκεκριμένες συνθήκες ερεθισμάτων, εάν αυτός πει ή εάν δεν πει. Πιθανόν να περιμένει ότι θα αισθανθεί αγχωμένος, απογοητευμένος, αποτυχημένος ή θυμωμένος εφόσον αντισταθεί στην κατανάλωση οινοπνεύματος. Ένα αποτέλεσμα επιτυχούς θεραπείας περιλαμβάνει την τροποποίηση των προσδοκιών του και κυρίως αυτών που αφορούν τις αρνητικές επιπτώσεις από τη μη κατανάλωση οινοπνεύματος.

Οι μαθησιακές προσεγγίσεις απευθύνονται στη συνήθεια της κατάχρησης οινοπνεύματος και προσπαθούν να την τροποποιήσουν με τη βοήθεια διαφόρων μεθόδων. Μία μέθοδος είναι η ανάπτυξη δεξιοτήτων διαχείρισης έτσι ώστε ένας αλκοολικός να μπορεί να αντιμετωπίσει ψυχοπιεστικές καταστάσεις και το κοινωνικό άγχος, χωρίς να έχει την ανάγκη της χρήσης οινοπνεύματος. Μία άλλη μέθοδος είναι ο χειρισμός της σύνδεσης που απευθύνεται στην αλλαγή της ενισχυμένης σύνδεσης που συνδυάζεται με την κατανάλωση οινοπνεύματος. Ο όρος “χειρισμός της σύνδεσης” αποδίδεται στις διαδικασίες που βοηθούν ένα άτομο να ελέγξει τη συμπεριφορά του, αλλάζοντας τη σχέση μεταξύ συμπεριφοράς και συνεπειών.

3.4 Η Γνωσιακή Συμπεριφοριστική Θεραπεία (Γ. Σ. Θ.)

Η Γ. Σ. Θ. φαίνεται να αποκτάει όλο και πιο σημαντικό ρόλο μεταξύ των άλλων ατομικών ψυχοθεραπειών και να θεωρείται μία αποτελεσματική θεραπευτική παρέμβαση και στο χώρο της διαταραχής χρήσης οινοπνεύματος.

Οι ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις που ακολουθούν Συμπεριφοριστικές και Γνωσιακές – Συμπεριφοριστικές τεχνικές είναι αρκετά διαδεδομένες. Αυτές βασίζονται στην υπόθεση ότι ο εθισμός στο οινόπνευμα είναι μια μαθησιακή συμπεριφορά του ατόμου, που προέρχεται από λανθασμένα πρότυπα συμπεριφορών, αλληλοσυνδέσεων και ενισχύσεων (αμοιβής) και τα οποία υποστηρίζονται από ημισυνειδητές ματαιωτικές σκέψεις για τον εαυτό του.

Πιο συγκεκριμένα, η Γ. Σ. Θ. στους αλκοολικούς είναι ένα σύστημα ψυχοθεραπείας, που επιχειρεί να ελαττώσει τις υπερβολικές συναισθηματικές αντιδράσεις και την αυτοκαταστροφική συμπεριφορά, τροποποιώντας το λανθασμένο τρόπο σκέψης του χρήστη και τα δυσπροσαρμοστικά πιστεύω του που συνδέονται με αυτές τις αντιδράσεις.

Απαραίτητη στη Γ. Σ. Θ. είναι η ψυχοεκπαίδευση του χρήστη οινόπνεύματος ώστε να αναγνωρίσει και να τροποποιήσει τις εσφαλμένες πεποιθήσεις που σχετίζονται με το οινόπνευμα και τη χρήση του και οι οποίες μπορεί να έχουν μία από τις εξής μορφές: **α)** πεποιθήσεις για το οινόπνευμα καθαυτό (“το αλκοόλ με βοηθάει και όποτε θέλω το σταματάω”), **β)** πεποιθήσεις για το τι αναμένει από τη χρήση οινόπνεύματος (“ το αλκοόλ με κάνει πιο χαλαρό και πιο κοινωνικό “) και **γ)** πεποιθήσεις που δίνουν την άδεια για χρήση (“ αξίζει να νιώθω και να περνάω καλά”).

Ο θεραπευτής βοηθάει τους χρήστες οινόπνεύματος να είναι προσεχτικοί πάνω στις πεποιθήσεις που σχετίζονται με το οινόπνευμα, εξετάζοντας και καταγράφοντας τις καταστάσεις, τις βασικές πεποιθήσεις, τις αυτόματες σκέψεις, τα συναισθήματα και τις συμπεριφορές κατανάλωσης οινόπνεύματος. Ο θεραπευτής της Γ. Σ. Θ. διερμηνεύει ότι οι πεποιθήσεις που σχετίζονται με το οινόπνευμα είναι δυσλειτουργικές και οδηγούν τα άτομα στη συνέχιση της χρήσης και στις επιπτώσεις αυτής. Κατά τη διάρκεια της ψυχοθεραπευτικής διαδικασίας στη Γ. Σ. Θ. ο χρήστης οινόπνεύματος και ο θεραπευτής, με συγκεκριμένους στόχους και κατεύθυνση, συνεργάζονται για να αλλάξουν αυτή τη δυσλειτουργική συμπεριφορά του χρήστη με εφαρμοσμένες γνωσιακές και συμπεριφοριστικές τεχνικές.

3.5 Η Πρόληψη Υποτροπής

Η πρόληψη υποτροπής αναφέρεται ως μία ανεξήγητη καταστροφή, αλλά ως ένα γεγονός που λαμβάνει χώρα μέσα από μια σειρά γνωσιακών, συμπεριφοριστικών και συναισθηματικών διαδικασιών.

Είναι μία συνήθης κατάσταση στη διαταραχή της χρήσης οινόπνεύματος. Ο χρήστης, αντιμετωπίζοντας τις υποτροπές και μαθαίνοντας από αυτές, καθιστά συνήθως τις υποτροπές μέρος της διαδικασίας αποκατάστασης.

Η υποτροπή εκλαμβάνεται με την ίδια σοβαρότητα από το θεραπευτή και το θεραπευόμενο. Οι ίδιοι οι θεραπευόμενοι είναι ενεργητικοί κατά τη διάρκεια της θεραπείας και εντοπίζουν τις καταστάσεις υψηλού κινδύνου που συνδυάζονται με πιθανές υποτροπές. Οι καταστάσεις υψηλού κινδύνου πρέπει να εξατομικεύονται, διότι οι κίνδυνοι είναι διαφορετικοί για κάθε άτομο. Παράγοντες και συνθήκες που συμβάλλουν και καθορίζουν μία υποτροπή είναι:

- οι ενδοπροσωπικοί παράγοντες
- οι διαπροσωπικές συγκρούσεις
- η ανεπαρκής ανταμοιβή από την αποχή και τη διατήρηση αποχής
- η καταπόνηση από τα γεγονότα και
- οι κοινωνικές πιέσεις με ανεπαρκή επαγρύπνηση

Το άτομο, με τη βοήθεια στρατηγικών ειδικής παρέμβασης, εκπαιδεύεται στο να αναγνωρίζει τις καταστάσεις υψηλού κινδύνου, οι οποίες μπορούν να του προκαλέσουν μία υποτροπή.

Τέλος, η πρόληψη υποτροπής δεν απευθύνεται κυρίως στην καθαυτή αλλαγή μιας αυτοκαταστροφικής συνήθειας, αλλά στη διατήρηση της επιτευχθείσας αλλαγής.

ΑΝΩΝΥΜΟΙ ΑΛΚΟΟΛΙΚΟΙ (Α Α)

Οι Ανώνυμοι Αλκοολικοί (Α Α) είναι η πιο παλιά θεραπευτική παρέμβαση για την εξάρτηση από το οινόπνευμα. Είναι μια εθελοντική υποστηρικτική αδελφότητα με εκατοντάδες χιλιάδες αλκοολικούς, η οποία ιδρύθηκε το 1935 από δύο αλκοολικούς, ένα χρηματιστή και ένα χειρουργό. Οι Ανώνυμοι Αλκοολικοί ενισχύουν την αυτοβοήθεια και προσφέρουν κοινωνική υποστήριξη σε όσους επιλέγουν ως στόχο την αποχή. Σύμφωνα με τη φιλοσοφία των Α Α, εάν κάποιος υπήρξε αλκοολικός “παραμένει ένας αλκοολικός σε όλη του τη ζωή” αλλά υπό συνεχή αποκατάσταση, χωρίς όμως ποτέ να είναι πλήρως αποθεραπευμένος. Οι γιατροί θα πρέπει να παραπέμπουν έναν αλκοολικό στους Α Α ως μέρος μιας πολυδιάστατης θεραπευτικής προσέγγισης. Πολύ συχνά ασθενείς οι οποίοι αρχικά αντιτίθενται στις προτροπές για τους Α Α, αργότερα αντλούν πολλά οφέλη από την οργάνωση και γίνονται ενθουσιώδη μέλη. Τα νέα μέλη υποχρεώνονται να παρακολουθούν καθημερινά τις συναντήσεις για τους πρώτους μήνες και να έχουν για σύμβουλό τους ένα παλαιότερο μέλος, το οποίο βρίσκεται σε πλήρη αποχή. Τα μέλη προβαίνουν σε δημόσια ομολογία του αλκοολισμού τους Η αποχή είναι ο κανόνας.

ΑΙ – Anon. Αυτή η οργάνωση συζύγους αλκοολικών είναι δομημένη πάνω στις ίδιες αρχές με τους Α Α. Οι σκοποί των ΑΙ- Anon είναι, μέσα από την ομαδική υποστήριξη, να ξανακερδίσουν την αυτοεκτίμηση, να αποφεύγουν να νιώθουν υπεύθυνοι (ή υπεύθυνες) για τον αλκοολισμό των συζύγων και να ξεκινήσουν μια ζωή που θα προσφέρει ικανοποιήσεις και στους ίδιους (ή στις ίδιες) και στις οικογένειές τους. Η οργάνωση **Alateen** ασχολείται με τα παιδιά των αλκοολικών, ώστε να μπορούν να κατανοούν καλύτερα τον αλκοολισμό των γονιών τους.

Ο ΡΟΛΟΣ ΜΑΣ

Εδώ και πάρα πολλά χρόνια η Νοσηλευτική έχει ξεφύγει από το στενό ρόλο της παροχής φροντίδας σε αρρώστους μόνο στο χώρο του νοσοκομείου. Σήμερα πολλοί είναι οι Νοσηλευτές εκείνοι που, έχοντας τις κατάλληλες γνώσεις και δεξιότητες, ασχολούνται με την αγωγή υγείας σε κοινότητες, την πρόληψη και την αποκατάσταση της υγείας. Το έργο αυτών των νοσηλευτών είναι αρκετά σημαντικό αν αναλογιστεί κανείς πόσο δύσκολη είναι η δημιουργία κατάλληλων συνθηκών για την αποτροπή της εγκατάστασης μιας νοσογόνου κατάστασης.

Η αγωγή υγείας από τους Νοσηλευτές αρχίζει με τη μετάδοση συγκεκριμένων πληροφοριών στο άτομο, αλλά συγχρόνως περιλαμβάνει επεξήγηση και ενσωμάτωση πληροφοριών με τέτοιο τρόπο ώστε να επιφέρει αλλαγή συμπεριφοράς και συνηθειών οι οποίες οδηγούν σε προαγωγή της υγείας του ατόμου. Η πρόληψη ενάντια στην εξάρτηση από το οινόπνευμα περιλαμβάνει όχι μόνο την παροχή πληροφοριών, αλλά και τις συνήθειες της ζωής που προωθούν την καλή λειτουργικότητα του σώματος και του πνεύματος και ενθαρρύνουν τα άτομα για αυτοέλεγχο, αυτοσυγκράτηση και αυτοφροντίδα.

Κάθε επικοινωνία του επιστήμονα υγείας με το σύνολο (γονείς, δάσκαλοι, μαθητές, εξαρτημένοι ασθενείς, ευρύτερο κοινό) αποτελεί μια εκπαιδευτική εμπειρία. Όλες οι εμπειρίες του ατόμου δίνουν σε αυτό την ευκαιρία να αναπτυχθεί διανοητικά, ψυχοκοινωνικά και συναισθηματικά, να αντιλαμβάνεται και να χρησιμοποιεί τις κατάλληλες γνώσεις για τη διατήρηση της υγείας του. Επειδή οι γνώσεις που διαθέτει το άτομο δεν είναι πάντοτε σύγχρονες και αποτελεσματικές, κυρίως για τις πολύπλοκες καταστάσεις υγείας, οι υπεύθυνοι επιστήμονες και οι Νοσηλευτές που ασχολούνται με αλκοολικούς χρήστες έχουν την υποχρέωση και το καθήκον να είναι ενημερωμένοι και να παρέχουν πρόσφατες, ανανεωμένες και έγκυρες γνώσεις στα άτομα αυτά ώστε να απεξαρτηθούν πλήρως και ζήσουν υγιείς δίπλα στην οικογένειά τους και στους ανθρώπους που τους αγαπούν.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Στη δεκαετία του 1950 ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) όρισε την εξάρτηση από το οινόπνευμα ως μια χρόνια διαταραχή της συμπεριφοράς, η οποία χαρακτηρίζεται από την επαναλαμβανόμενη χρήση οιοπνευματωδών σε ποσότητες που είναι αντίθετες από τις συνήθεις διατροφικές πρακτικές και ασύμβατες με τα κοινωνικά πρότυπα του περιβάλλοντος του χρήστη.

Σήμερα, η αλκοολική εξάρτηση περιγράφεται ως χρόνια εξελισσόμενη και δυνητικά θανατηφόρα νόσος με κύριο χαρακτηριστικό την ανεξέλεγκτη, καταναγκαστική παρόρμηση και την έντονη επιθυμία για χρήση του οιοπνεύματος, η οποία επιφέρει σοβαρές σωματικές, ψυχοπαθολογικές και κοινωνικές επιπλοκές.

Ο ΠΟΥ προειδοποιεί ότι η κατανάλωση οιοπνευματωδών λαμβάνει ανησυχητικές διαστάσεις και μάλλον συνιστά μία από τις πλέον σοβαρές απειλές για την παγκόσμια υγεία.

Στοιχεία από σχετικά πρόσφατες διακρατικές έρευνες υποστηρίζουν ότι η κατανάλωση οιοπνεύματος αποτελεί σοβαρό πρόβλημα που αφορά ηλικιακές ομάδες νεαρών ατόμων. Στην Ελλάδα αναφέρεται ότι περίπου 250.000 άνθρωποι είναι εξαρτημένοι από το αλκοόλ και ότι σε ποσοστό 40% των θανάτων από τροχαία ατυχήματα εμπλέκεται η αλκοολική χρήση.

Αναφορικά με τους αιτιοπαθογενετικούς παράγοντες της κατάχρησης από το οινόπνευμα, η άποψη που φαίνεται να επικρατεί είναι ότι οι κληρονομικές, βιολογικές, ψυχολογικές και κοινωνικές συνιστώσες συνυπάρχουν και συνεπιδρούν αλληλοτροφοδοτούμενες, με τελική έκφραση την αλκοολική νόσο.

Στη θεραπεία του συνδρόμου της αλκοολικής εξάρτησης χρησιμοποιήθηκαν και χρησιμοποιούνται πολλών ειδών θεραπευτικές προσεγγίσεις. Η τρέχουσα επιστημονική γνώση υποστηρίζει ότι δεν υπάρχει ένας μόνο τύπος αλκοολικού ούτε ένα μόνο είδος θεραπευτικής αντιμετώπισης η οποία είναι σε θέση να καλύψει όλους τους τύπους των εξαρτημένων από το οινόπνευμα ατόμων καθώς και τις ανάγκες που δημιουργήθηκαν κατά τη διάρκεια “ της αλκοολικής τους καριέρας”. Οι θεραπευτικές παρεμβάσεις θα πρέπει να οργανώνονται σύμφωνα με το ιατροφαρμακευτικό, ψυχοκοινωνικό και ψυχοθεραπευτικό μοντέλο. Τόσο η σωματική απεξάρτηση όσο και οι μετέπειτα ψυχοκοινωνικές θεραπευτικές παρεμβάσεις θα πρέπει να γίνονται πάντα σε ειδικά κέντρα από εξειδικευμένο προσωπικό.

Οι στόχοι της θεραπείας της αλκοολικής εξάρτησης θα πρέπει να είναι η διακοπή της χρήσης και η μόνιμη αποχή από το οινόπνευμα, η βελτίωση της σωματικής υγείας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- * Αγωγή Υγείας, Τι πρέπει να ξέρεις για το αλκοόλ, Αθήνα 1997
- * Διαβήτης και Αλκοόλ, 2002
- * Ιατρικά θέματα, τεύχος 44, τριμηνιαία έκδοση, εκδόσεις University Studio Press, Θεσσαλονίκη 2006
- * Κατάχρηση και εξάρτηση από το οινόπνευμα, Ι. Α. Λιάππας, Ε. Δ. Μέλλος, Β. Πομίνι, εκδόσεις ΙΤΑΚΑ, 2006
- * Νοσηλευτική, τεύχος 4, 1998
- * Νοσηλευτική 1, 2000
- * Νοσηλευτική 1, 2001
- * Προληπτική Ιατρική, Αντωνία Τριχοπούλου, Δημήτρης Τριχόπουλος, εκδόσεις Γρ. Παρισιανός, Αθήνα 1986
- * Προληπτική Ιατρική, γ' έκδοση, Λευτέρης Παπαδόπουλος, εκδόσεις University Studio Press, Θεσσαλονίκη 2002
- * Σύγχρονη Διαγνωστική και Θεραπευτική, τόμος Β', Marcus A. Krupp, Milton J. Chattan, Lawrence M. Tierney jr, εκδόσεις Γρ. Παρισιανός, Αθήνα 1987
- * Τοξικομανία, Προβλήματα και Αλήθειες, Ανδρέας Δαβαρούκας, Γιάννης Σουρέτης, Αθήνα 1981
- * Ψυχιατρική, Χ. Ιεροδιακόνου, Χ. Φωτιάδης, Ε. Δημητρίου, εκδόσεις μαστορίδη, Θεσσαλονίκη 1988
- * Ψυχιατρική, τόμος Β', Kaplan and Sadock's, ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, επανέκδοση 2000
- * [www. diabetes-in-greece. gr](http://www.diabetes-in-greece.gr)
- * [www. medlook. gr](http://www.medlook.gr)
- * [www. psyghologia. gr](http://www.psyghologia.gr)