



Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Ηπείρου

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ με έδρα τα Ιωάννινα

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΟΝ ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΦΟΙΤΗΤΕΣ: ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ ΣΑΡΙΓΙΑΝΝΗΣ, ΘΕΟΧΑΡΗΣ ΧΡΙΒΑΤΙΔΗΣ

ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ: ΜΑΙΡΗ ΓΚΟΥΒΑ

Ιωάννινα, 2018

Ευχαριστίες

Θα θέλαμε να εκφράσουμε τις θερμές μας ευχαριστίες στο ΤΕΙ ΗΠΕΙΡΟΥ και πιο συγκεκριμένα το προπτυχιακό Τμήμα Νοσηλευτικής. Βασικοί και πολύτιμοι αρωγοί σε αυτό το επίτευγμα, ήταν όλοι οι καθηγητές μας, οι οποίοι μεταλαμπάδευσαν με τη σειρά τους τις γνώσεις και τις εμπειρίες τους και μας προσέφεραν την ευκαιρία να συμμετέχουμε στο έργο των εργαζομένων στον χώρο της υγείας και στην προαγωγή της. Ευχή μας, είναι να καταφέρουμε στο μέλλον να προσφέρουμε με τη σειρά μας όλα όσα αποκομίσαμε από αυτούς. Τέλος, ένα μεγάλο ευχαριστώ στην Κυρία., οι οποίες επόπτευσαν και βοήθησαν σημαντικότητα στην πτυχιακή εργασία, καθώς χωρίς την καθοδήγηση και την στήριξη τους δεν θα ήταν εφικτή η διεκπεραίωση της.



Περίληψη

Στόχος της εργασίας μας ήταν, σαν εν δυνάμει νοσηλευτές να διερευνήσουμε την εν τω βάθει προβληματική σχέση του ανθρωπίνου οργανισμού με τον αλκοολισμό. Η χρήση και η κατάχρηση της αιθανόλης (*αλκοόλ*) επιφέρει σοβαρές επιπτώσεις τόσο σε οικονομικό όσο και σε κοινωνικό επίπεδο. Σύμφωνα με εκτιμήσεις του Παγκοσμίου Οργανισμού Υγείας τα χαμένα έτη υγιούς ζωής (αναπηρία) κοινώς ο δείκτης (DALYs) ανέρχεται στο 5,1% παγκοσμίως. Το αλκοόλ και η προβληματική του χρήση μπορεί να προκαλέσει παθολογικές, νευρολογικές, ψυχικές διαταραχές. Ο νοσηλευτής καλείται να προλάβει, να αντιμετωπίσει καθώς και να συμβάλει στην θεραπεία ασθενούς που σχετίζεται με το αλκοόλ.

Abstract

The aim of our project was, as potential nurses, to investigate the deeply problematic relationship between human related with alcoholism. Ethanol (*alcohol*) use and abuse has serious economic and social consequences. According to World Health Organization estimates overall 5.1 % of the global burden of disease and injury is attributable to alcohol, as measured in disability- adjusted life years (DALYs). Problematic Alcohol use (abuse) can cause pathological, neurological, mental disorders. A qualified nurse is called upon to prevent, cope with the treatment of an alcoholic patient.

Εισαγωγή:

Το αλκοόλ αποτελεί την τρίτη πιο σημαντική αιτία της παγκόσμιας επιβάρυνσης των ασθενειών και των τραυματισμών. Τα συμπτώματα που προκαλούνται από τη χρήση ουσιών μπορεί να μοιάζουν με πολλές ψυχικές διαταραχές: συναισθηματικές, αγχώδεις, ψυχωσικές. Σύμφωνα με το ICD-10 και το DSMIV οι διαταραχές σχετιζόμενες με τις ουσίες διακρίνονται σε: Διαταραχές χρήσης ουσιών. Διαταραχές που προκαλούνται από ουσίες και διαταραχές που σχετίζονται με αλκοόλ(Τούντας, 2009). Το αλκοόλ είναι ένα πολύπτυχο πρόβλημα που περιλαμβάνει την επικίνδυνη χρήση, την επιβλαβή χρήση και την εξάρτηση. Αποτελώντας ένα πρόβλημα τόσο σε κοινωνικό, διαπροσωπικό και ενδοπροσωπικό επίπεδο. Η ποσότητα αλκοόλ που καταναλώνεται και δεν καταγράφεται αποτελεί ιδιαίτερο πρόβλημα καθώς η κατανάλωση αυτή δεν επηρεάζεται από τις

δημόσιες πολιτικές αλκοόλ για την υγεία (Shield et al.,2013). «Η βελτίωση των πολιτικών ελέγχου σχετικά με το αλκοόλ αποτελεί μια από τις πιο σημαντικές ευκαιρίες για την πρόληψη της επιβάρυνσης στην υγεία που προκαλείται από την κατανάλωση αλκοόλ». Μέλημα κάθε επαγγελματία υγείας είναι να ενημερώνει τον εκάστοτε ασθενή σχετικά με την ποσότητα αλκοόλ που καταναλώνεται και με το πρότυπο κατανάλωσης (Shield et al.,2013). Τα πρόσφατα έτη υπάρχει μια άνθηση της κλινικής έρευνας, σχετικά με την κατάχρηση και την εξάρτηση από το αλκοόλ, συμπεριλαμβανομένων των πληροφοριών για συγκεκριμένες γενετικές επιρροές, την κλινική πορεία των διαταραχών που σχετίζονται με την κατάχρηση του αλκοόλ, και την ανάπτυξη νέων και χρήσιμων θεραπειών. Οι διαταραχές χρήσης του αλκοόλ είναι θανατηφόρες καταστάσεις που μεταμφιέζονται συχνά ως άλλα ψυχιατρικά σύνδρομα. Ο μέσος όρος μείωσης της διάρκειας ζωής του ατόμου που είναι εξαρτημένο από το αλκοόλ ορίζεται στα 10 έως 15 έτη(Τούντας, 2009).



Edvard Munch (Norwegian, 1863–1944). Around the Drinking

Περίληψη.....4

Abstract.....4

Κεφάλαιο 1: Αιθανόλη και οι Επιπτώσεις

Εισαγωγή.....5

Ορισμός.....12

Μεταβολισμός αιθανόλης.....14

Ιστορική αναδρομή.....15

Αλκοολισμός.....16

Αλκοολισμός και βασικά χαρακτηριστικά.....16

Στάδια στη χρήση.....17

Πειραματισμός.....17

Κοινωνική χρήση.....17

Κατάχρηση.....17

Εθισμός ή Χημική εξάρτηση.....18

Τοξίκωση και Ανοχή.....	18
Binge drinking.....	18
Διαγνωστικά κριτήρια αλκοολικής τοξίκωσης.....	19

Κεφάλαιο 2: Αλκοόλ και Ανοχή

Αλκοόλ και Ανοχή.....	19
Λειτουργική ανοχή.....	20
Οξεία ανοχή.....	20
Περιβαλλοντική ανοχή.....	21
Μαθησιακή ανοχή.....	21
Μεταβολική ανοχή.....	22
Ανοχή και Προδιάθεση στον Αλκοολισμό.....	22
Στερητικό Σύνδρομο από Αλκοόλ.....	23
Κλινικές εκδηλώσεις.....	23
Απόσυρσης από το αλκοόλ.....	23
Κριτήρια ICD-10 για το Σύνδρομο Εξάρτησης από Αλκοόλ.....	25

Κεφαλαίο 1.3 Σύνδρομο Εξάρτησης και παρενέργειες

Ντελίριο.....	26
Το τρομάδες παραλήρημα /Ντελίριουμ Τρεμενς.....	26

Κεφαλαίο 1.4 Αλλοιώσεις από τα διάφορα όργανα και παθολογικές εκδηλώσεις, κατά το χρόνιο αλκοολισμό.

Αλκοόλ.....	27
Γαστρεντερικό Σύστημα.....	29
Αναπνευστικό Σύστημα.....	30
Ερειστικό Σύστημα.....	30
Ουροποιητικό Σύστημα.....	31
Γεννητικό Σύστημα.....	31
Κυκλοφορικό Σύστημα.....	31

Αιματολογικές Διαταραχές.....	32
Αλληλεπιδράσεις αλκοόλ και φαρμάκων.....	32
Αντιισταμινικά.....	32
Αντιπηκτικά.....	32
Αντιεπιληπτικά	32
Αντιψυχωσικά.....	33
Αγγολυτικά και υπνωτικά.....	33
Αναισθητικά.....	33
Αντικαταθλιπτικά.....	33
Μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη.....	34
H2 Ανταγωνιστές.....	34
Οπιοειδή αναλγητικά	34
Φάρμακα για την θεραπεία του διαβήτη.....	34

Κεφάλαιο 1.4 Η επίδραση του αλκοόλ στον εγκέφαλο

Εγκεφαλική αντίδραση στο αλκοόλ.....	34
Αίτια	35
Παθοφυσιολογία.....	35
Η Νευροβιολογική Διαδικασία Της Εξάρτησης.....	36
Η επίδραση του Αλκοόλ στους νευρώνες.....	38
Κυτταρική Μembrάνη	38
Υποδοχής Διεγερτικών Αμινοξέων.....	38
Πουρινεργικούς Υποδοχείς.....	39
Υποδοχείς του GABA A και της γλυκίνης	39
Υποδοχείς σεροτονίνης.....	39
Σύστημα οπιοειδών πεπτιδίων.....	39
Αρτηρία ΚΝΣ.....	40

Νευρολογικές διαταραχές από το αλκοόλ.....	40
Αλκοολική εκφύλιση της παρεγκεφαλίδας.....	40
Αλκοολική εγκεφαλική ατροφία.....	41
Νοσος Marchiafava-Bignami.....	41
Ηπατική εγκεφαλοπάθεια.....	41
Ηπατική Εγκεφαλοπάθεια.....	42
Μυοπάθεια.....	42
Κεντρική γεφυρική μυελινοδύση.....	42
Σύνδρομο αλκοολικού εμβρύου /Alcohol fetal syndrome.....	43
Η Εγκεφαλοπάθεια του Wernicke.....	43
Το Σύνδρομο Korsakoff	44
Αλκοολισμός και ψυχιατρικές διαταραχές.....	45

Κεφαλαίο 1.5 ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟ ΚΑΙ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ.

Διαφοροποίηση των συμπτωμάτων που σχετίζονται με το αλκοόλ από τις διανοητικές διαταραχές.....	46
Η κατάχρηση αλκοόλ μπορεί να προκαλέσει σημάδια και τα συμπτώματα όπως.....	47
Διπολική διαταραχή και αλκοόλ.....	48
Αλκοόλ και αγχώδη διαταραχή.....	49
Μετατραυματική Αγχώδης Διαταραχή (PTSD) και Αλκοόλ.....	49

Κεφαλαίο 1.6 Θεραπευτικά πρωτοκόλλα για την αντιμετώπιση του αλκοολισμού

Η θεραπεία του αλκοολισμού περιλαμβάνει την αντιμετώπιση.....	50
Πρόληψη υπότροπης αλκοολικής τοξίκωσης	50
Φαρμακευτική Αγωγή.....	51

Κεφαλαίο 2. Η Επιδημιολογία του αλκοόλ

Επιδημιολογικά Χαρακτηριστικά Γενικού Πληθυσμού.....	52
Αλκοόλ και εγκυμοσύνη.....	53

Αλκοόλ και επίπτωσης στο ανθρώπινο σώμα.....	53
Οφέλη για την υγεία από τη μέτρια κατανάλωση αλκοόλ.....	53
Κατανάλωση Αλκοόλ Στην Ευρώπη.....	55
Χρήση Αλκοόλ Στην Ελλάδα.....	58
Επιπτώσεις στην υγεία (νοσηρότητα και θνησιμότητα).....	62

Κεφάλαιο 2.1 Αλκοολ και εφηβία

Χρήση Αλκοόλ από τους Εφήβους.....	63
Χρήση Αλκοόλ Στην Ελλάδα από τους Εφήβους.....	63

Κεφάλαιο 3, Παράγοντες Κινδύνου

Παράγοντες Στους Οποίους Οφείλεται Το Συγκεκριμένο Πρόβλημα

Κοινωνικοί Παράγοντες.....	65
Διαπροσωπικοί Παράγοντες.....	66
Ατομικοί Παράγοντες.....	67
Επιτρεπτά όρια κατανάλωσης αλκοόλης.....	69
Υπολογισμός αλκοόλ σε ένα ποτό.....	69

Κεφάλαιο 4. Ο ρόλος του νοσηλευτή με ασθενής που σχετίζονται με το αλκοόλ

Εισαγωγή.....	70
Εμπόδια στην σχέση νοσηλευτή/ θεραπευομένου	71
Νοσηλευτικές πεποιθήσεις γύρω από την χρήση αλκοόλ.	72
Απουσία εξειδικευμένης κατάρτισης	74
Εκπαίδευση και Κατάρτιση.....	74
Πρακτική.....	74

Κεφάλαιο 4.1 Η εκπαίδευση και η κατάρτιση των νοσηλευτών πρέπει να διασφαλίζουν:

Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.....	75
Στόχος Προληπτικών Παρεμβάσεων.....	75
Σχολικό περιβάλλον.....	77
Οικογενειακό επίπεδο	77
Κοινωνικό Επίπεδο.....	78
Οι κυριότερες δραστηριότητες των λειτουργών Κοινωνικής Νοσηλευτικής είναι.....	79
Δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας.....	80
Σκοπός της Δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας.....	81
Η δόμηση του τεστ AUDIT παρατίθεται παρακάτω.....	81
Πως γίνεται η αξιολόγηση του τεστ.....	83
Ατομική Παρέμβαση.....	84
Παρέμβαση σε επίπεδο οικογένειας.....	87
Εμπόδια.....	87
Τριτοβάθμια πρόληψη.....	87

Κεφάλαιο 5. Παρεμβάσεις και διαδικασίες αξιολόγησης για τον έλεγχο εξάρτησης από το αλκοόλ

Σύντομες παρεμβάσεις στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.....	89
Σύντομες παρεμβάσεις σε νοσοκομειακούς χώρους και κλινικές εξωτερικών κλινικών.....	90

Κεφάλαιο Έκτο . Παρουσίαση Κλινικού περιστατικού σχετιζόμενο με μέθη

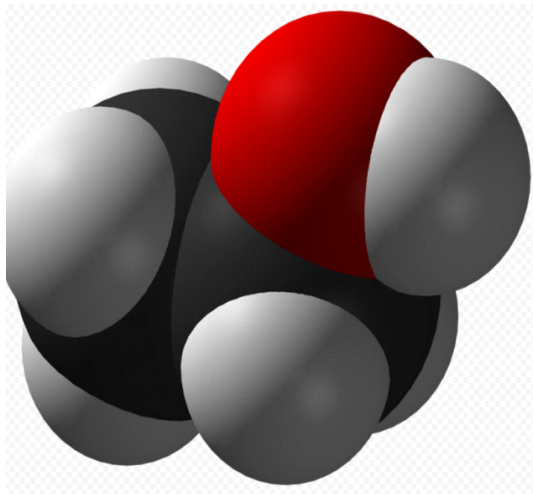
Case study.....	93
Στοιχεία του ιστορικού.....	93
Αλληλεπίδραση οικογένειας.....	94
Παρουσίαση του προβλήματος.....	94
Αξιολόγηση παραγόντων κίνδυνου δια μέσω του οικολογικού μοντέλου για την υγεία.	
Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες της ασθένους.....	94
Motivational Enhancement Therapy (MET).....	95

5 'Ds σχετικά με το αλκοόλ.....	96
Συμπεράσματα.....	97
Συντομογραφία	98
Βιβλιογραφία	99

Κεφάλαιο 1: Αιθανόλη και οι Επιπτώσεις

Ορισμός:

Αλκοόλ κατά την χημική ορολογία καλούνται οι οργανικές ενώσεις αλκοόλης που προέρχονται από άνθρακα, υδρογόνο και οξυγόνο, με μοριακό τύπο C_2H_6O , αν και παριστάνεται συχνά και με τους τύπους C_2H_5OH , CH_3CH_2OH και $EtOH$. Οι τύποι αυτοί δείχνουν ότι το μόριο της αιθανόλης αποτελείται από μια αιθυλομάδα (C_2H_5) και μια «υδροξυλομάδα» (OH). Η αιθανόλη ανήκει στην ομόλογη σειρά των «αλκανολών», δηλαδή των άκυκλων κορεσμένων μονοαλκοολών υδατανθράκων και περιέχουν μία ή περισσότερες υδροξυλικές ($-OH$) ομάδες (National Institute of Health, 2000). Η αιθανόλη (C_2H_5O) ή αιθυλική αλκοόλη (κατά κόσμων γνωστή και ως οινόπνευμα) είναι ένωση αυτής της ομάδας αποτελώντας το κύριο ψυχοδραστικό συστατικό στα οينوπνευματώδη ποτά (Μαλλιώρη, 2010). Ο όρος αλκοόλ ή οινόπνευμα χρησιμοποιείται επίσης με την έννοια του οينوπνευματώδους ή αλκοολούχου ποτού. Η αιθανόλη παράγεται με τη ζύμωση σακχάρων από ζυμομύκητες. Η χημικά καθαρή («απόλυτη») αιθανόλη ($EtOH$), στις «κανονικές συνθήκες περιβάλλοντος», δηλαδή θερμοκρασία $25\text{ }^{\circ}C$ και υπό πίεση 1 atm , είναι πτητικό, εύφλεκτο και άχρωμο υγρό. Ανήκει στα νευροτοξικά ψυχοενεργά ναρκωτικά, καθώς είναι από τα παλαιότερα ψυχαγωγικά ποτά, και ακόμη χρησιμοποιείται για αυτόν το σκοπό από τους ανθρώπους. Η αιθανόλη μπορεί να προκαλέσει αλκοολική δηλητηρίαση, όταν καταναλωθεί. Είναι γνωστή στην καθομιλουμένη και απλά ως «αλκοόλη» (Brust, 2010). Η μέγιστη συγκέντρωση τιμής αλκοόλης προς πόση είναι 14% δηλαδή το απόλυτο οινόπνευμα (άνδρη αιθανόλη) είναι αιθανόλη με περιεκτικότητα μη υπερβαίνουσα το 1% κατά μάζα ύδατος. Κατά την διαδικασία παραγωγής αλκοολούχων ποτών με απόσταξη, η αιθανόλη εκχυλίζεται διά βρασμού από το ζυμωμένο μίγμα και επανασυλλέγεται σαν σχεδόν καθαρό συμπύκνωμα. Η χρήση αλκοόλης ωστόσο ενδείκνυται και ως άριστο απολυμαντικό μέτρο κατά του σχηματισμού μικροβιακών αποικιών ειτέ ως καύσιμο ή διαλύτης στην χημική βιομηχανία (Μαλλιώρη, 2010).



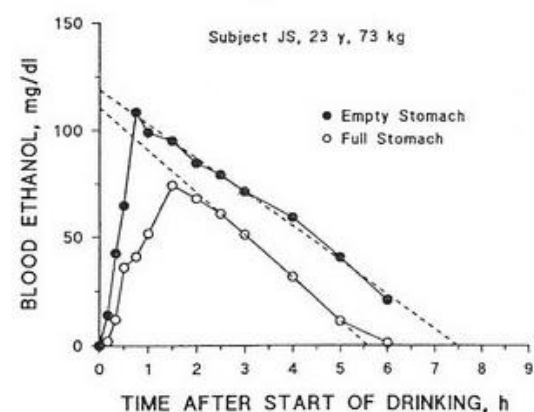
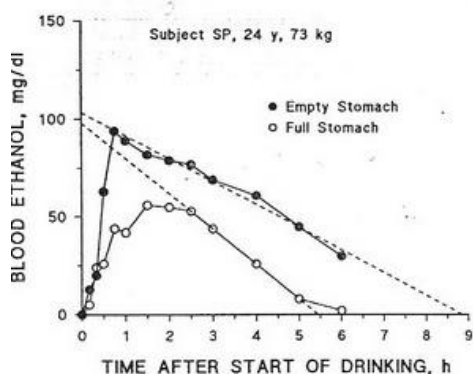
Εικόνα 1. Μόριο αιθανόλης: C₂H₅OH

Η απλούστερη χημική αλκοόλη καλείται μεθυλαλκοόλη και η χρήση της εξυπηρετεί ως νοθευτικό για την αλλοίωση της αιθανόλης ώστε να είναι ακατάλληλη προς πόση (μεθυλιωμένα οινόπνευμα). Η χρήσης μεγάλης ποσότητας μεθανόλης χαρακτηρίζεται ιδιαίτερος τοξική. Επιφέροντας σημαντικές επιπτώσεις στην υγεία του χρήστη. Οι υπερκατανάλωση καθώς και η υψηλές ποσότητες συγκέντρωσης αλκοόλης και των παραγόντων της στο αίμα μπορούν να προκαλέσουν από άπλες επιδράσεις όπως μειωμένη όραση μέχρι και θάνατο (Μαλλιώρη, 2010). Το οινόπνευμα είναι καταπραυντικό/υπνωτικό με επιδράσεις παρόμοιες με εκείνες των βαρβιτουρικών. Εκτός από τις κοινωνικές συνέπειες της χρήσης του, η μέθη από οινόπνευμα μπορεί να οδηγήσει σε δηλητηρίαση ή ακόμη και σε θάνατο. Η μακροχρόνια κατάχρηση μπορεί να οδηγήσει σε εξάρτηση ή σε μεγάλη ποικιλία σωματικών και ψυχικών διαταραχών. Οι ψυχικές διαταραχές και οι διαταραχές της συμπεριφοράς που σχετίζονται με το οινόπνευμα (F10) ταξινομούνται ως διαταραχές από χρήση ψυχοδραστικών ουσιών στο ICD-10 (F10-F19) (Μαλλιώρη, 2010).

Μεταβολισμός αιθανόλης

Η φαρμακοκίνητη της αιθανόλης περιλαμβάνει την απορρόφηση, την κατανομή στον ανθρώπινο οργανισμό, τις οδούς μεταβολισμού της απέκκρισης της. Το 20% απορροφάται από τον στόμαχο ενώ το υπόλοιπο 80% από το λεπτό έντερο (Βλάχος et al., 2010). Η αιθανόλη απεκκρίνεται με την αναπνοή, τον ιδρώτα και τα ούρα ωστόσο η μεγαλύτερη ποσότητα μεταβολίζεται

και μετατρέπεται σε ακεταλδεΐδη (Nestle, 1987). Το αλκοόλ είναι περισσότερο ευδιάλυτο στο νερό από ότι στο λίπος. Όσο αυξάνεται η συγκέντρωση του νερού στο σώμα μειώνεται η συγκέντρωση του αλκοόλ στο αίμα (Βλάχος et al., 2010). Τα ξεχωριστά συστήματα μεταβολισμού είναι η αφυδρογονάση της αιθανόλης, το σύστημα υπεροξειδάσης, και το Οξειδωτικό μικροσωμικό σύστημα αιθανόλης (MEOS). Η ακεταλδεΐδη μεταβολίζεται σε οξικό οξύ και αυτό με τη σειρά του μετατρέπεται σε Acyl -CoA. Η αναγωγή του NAD σε NADH είναι η οξείδωση ενός μορίου αιθανόλης και αποδίδει 1μόριο Acyl -CoA και 2 μόρια NADH.H. Οξείδωση της αιθανόλης γίνεται με 7 γραμμάρια γραμμάρια ανά ώρα (Nestle, 1987).



Ιστορική αναδρομή:

Η ζύμωση της ζάχαρης σε αιθανόλη ήταν μια από τις πιο παλιές βιοτεχνολογίες που εφάρμοσαν οι άνθρωποι. Η αιθανόλη, και τα μεθυστικά αποτελέσματα της κατανάλωσης της, ήταν γνωστά στους ανθρώπους από την Προϊστορία ως μεθυστικό συστατικό των αλκοολούχων ποτών (Roach, 2005). Ο κώδικας του Χαμουραμί περιείχε διατάξεις που ρύθμιζαν το κανονισμό λειτουργίας των "οίκων οινοποισίας". Οι Σουμέριοι και οι Αιγύπτιοι ιατροί χρησιμοποιούσαν την μπύρα και τα κρασί σαν συστατικό στοιχείο των ιατρικών συνταγών (Roach, 2005).

Οι μύθοι και οι μαρτυρίες που σώζονται από τον αρχαιοελληνικό και ρωμαϊκό πολιτισμό αποκαλύπτουν σχεδόν πανομοιότητα. Στην αρχαία Ελλάδα ευδοκίμωσε το σιτάρι, το αμπέλι, η ελιά. Όσοι δεν έτρωγαν ψωμί και δεν έπιναν κρασί, θεωρούνταν βάρβαροι (Roach, 2005). Προσωπικότητες της αρχαιότητας, όπως ο Μέγας Αλέξανδρος, συνδέονται με αναφορές περιστατικών

υψηλής μέθης, ενώ ο Αριστοτέλης υποστήριζε ότι η κατανάλωση αλκοόλ μπορεί να καταστεί επικίνδυνη κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης (Crocq, 2007).

Το 1796, ο γερμανορόσος Γιόχανν Τομπιάς Λόουιτς (*Johann Tobias Lowitz*) παρήγαγε καθαρή αιθανόλη φιλτράροντας αποσταγμένη αιθανόλη διαμέσου ενεργού άνθρακα. Ο Γάλλος Αντονίν Λαβουασιέ (*Antoine Lavoisier*) περιέγραψε την αιθανόλη ως χημική ένωση άνθρακα, υδρογόνου και οξυγόνου και το 1807 ο Νίκολας - Θέοντορ ντε Σαουσαίρ (*Nicolas-Théodore de Saussure*) επιβεβαίωσε το χημικό τύπο της αιθανόλης (Lowitz, 1796). 50 χρόνια αργότερα, ο Άρτσιμπαλ Σκοττ Κούπερ (*Archibald Scott Couper*) δημοσίευσε το συντακτικό τύπο της αιθανόλης (Couper, 1858).

Η αιθανόλη παρασκευάστηκε για πρώτη φορά συνθετικά το 1826 με ανεξάρτητες προσπάθειες του Ολλανδού Χένρυ Χέννελ (*Henry Hennel*), στη Μεγάλη Βρετανία, και του Σέρουλλας (*George Simon Serullas*) στη Γαλλία. Το 1828, ο Μιχαέλ Φαραντάυ (*Michael Faraday*) παρασκεύασε αιθανόλη με όξινης κατάλυσης υδρόλυση αιθενίου, διεργασία παρόμοια με τη σύγχρονη βιομηχανική σύνθεση αιθανόλης (Hennell, 1828).

Αλκοολισμός:

Ορίζεται (AUD) η κατάσταση που ο άνθρωπος αναπτύσσει παθολογική εξάρτηση από το αλκοόλ. Πρόκειται για την εξάρτηση από το αλκοόλ, η οποία δηλώνεται από την ανοχή δηλαδή την ανάγκη για σημαντικά αυξημένες ποσότητες αλκοόλ ώστε να φτάσει το άτομο στην επιθυμητή επίδραση (Μοίτω, 2004).

Αλκοολισμός και βασικά χαρακτηριστικά:

Ένα άτομο εξαρτημένο από το αλκοόλ παρουσιάζει κάποια βασικά χαρακτηριστικά. Το κυριότερο χαρακτηριστικό ενός εξαρτημένου ατόμου από την αλκοόλη είναι η αδυναμία ελέγχου τόσο της ποσότητας όσο και της συχνότητας κατανάλωσης. Μετά την κατανάλωση αλκοολούχας ουσίας στο άτομο προκαλείται ιδιαίτερη ευφορία. Επίσης τα εξαρτημένα άτομα παρουσιάζουν έντονες ανάλαγες στην διάθεση τους. Η απλή χρήση στην κατάχρηση, ο εθισμός και η εξάρτηση τροποποιείται από την χρονική διάρκεια (Μοίτω, 2004).

ΤΟ ΤΡΙΓΩΝΟ ΤΗΣ ΕΞΑΡΤΗΣΗΣ



Στάδια στη χρήση:

Η πορεία ενός ατόμου προς την εξάρτηση οποιασδήποτε ουσίας (νόμιμη και παράνομη) περιλαμβάνει *τέσσερα βασικά στάδια*. Η πορεία αυτή δεν είναι προδιαγεγραμμένη ή δεδομένη. Το άτομο μπορεί να σταματήσει αυτή την εξέλιξη σε κάθε ένα από τα στάδια που αναφέρονται στη συνέχεια, ιδιαίτερα αν λάβει υποστήριξη (Μορτσω, 2004).

Πειραματισμός

Η χρήση αλκοόλ ή παράνομων ναρκωτικών σε πειραματικό στάδιο. Το στάδιο του πειραματισμού είναι ένα στάδιο δόκιμης και όχι κατάχρησης έστω και ένα επεισόδιο πειραματισμού μπορεί να οδηγήσει σε βλάβη του χρήστη ή τρίτων. Κατά την διάρκεια της εφηβικής ηλικίας συγκεντρώνεται τα υψηλότερα ποσοστά πειραματικής χρήσης ουσιών είναι οδηγώντας σε βλάβη του χρήστη (Hovnanian, 1994).

Κοινωνική χρήση.

Η χρήση οποιαδήποτε ουσίας σε κοινωνικές καταστάσεις, ή κοινωνικούς λόγους π.χ έξοδος για φαγητό/ ποτό. Η κοινωνική χρήση είναι κάποιες φορές ταυτόσημη της κοινωνικής επιρροής καθώς είναι πιθανόν να προκαλέσει βλάβη, σωματικά ή ψυχικά στο χρήστη ή και τους άλλους. Κοινωνική χρήση αλκοόλ ή άλλων ναρκωτικών ουσιών συχνά οδηγεί σε περαιτέρω αυξημένη χρήση ωστόσο αυτό εξαρτάται από την εμπειρία του χρήστη εάν είναι θετική ή αρνητική (Hovnanian, 1994).

Κατάχρηση

ο χαρακτηριστικό γνώρισμα της κατάχρησης είναι η παρουσία της δυσλειτουργίας που σχετίζεται με τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών. Σύμφωνα με το DSM-IV, η κατάχρηση ουσιών είναι «κακή προσαρμογή χρήσης ουσιών που οδηγεί σε κλινικά σημαντική βλάβη ή δυσχέρεια, που εκδηλώνεται με μια ποικιλία πιθανών συμπτωμάτων σωματικών ή ψυχικών, η και τα δύο (ανάλογα με το είδος της ουσίας), για την επαναλαμβανόμενη χρήση της ουσίας σε συνεχή ή περιοδική βάση με στόχο ο χρήστης να βιώσει τις συνέπειες της δράσης της, η να αποφύγει την δυσφορία που προκαλεί η στέρηση της (Παπαδημητρίου, Λιάππας & Λύκουρας, 2013).

Εθισμός ή Χημική εξάρτηση

Η συνεχή χρήση ή κατάχρηση αλκοόλ και άλλων ουσιών γίνεται εθισμός, οι ουσίες προκαλούν αλλαγές σε σωματικό ψυχικό και συμπεριφορικό επίπεδο. Τα εξαρτημένα άτομα είναι ανίκανα να ελέγξουν τη χρήση των ουσιών, παρά τα δυσάρεστα αποτελέσματα της (Hovnanian, 1994). Ο εθισμός μπορεί να είναι μια χρόνια, υποτροπιάζουσα διαταραχή και αν η διαδικασία εξελίσσεται, η ανάκτηση γίνεται δυσκολότερη. Χημική εξάρτηση εμφανίζεται συχνότερα σε άτομα με βεβαρημένο οικογενειακό ιστορικό. Η τοξικομανία έχει δύο πιθανές συνιστώσες: 1) ψυχολογική εξάρτηση 2) σωματική εξάρτηση. Ψυχολογική εξάρτηση επικεντρώνεται στην ανάγκη για την χρήσης μιας ουσίας ώστε να επιτευχθεί ένα επίπεδο λειτουργικότητας ή αίσθημα ευεξίας. Λόγω της υποκειμενικής φύσης του όρου η διάγνωση είναι δύσκολη. Σωματική εξάρτηση, αναφέρεται σε θέματα της φυσιολογικής εξάρτησης, τη δημιουργία ανοχής, αποχής ή την ανάκληση μετά τη διακοπή αλκοόλ ή άλλων ναρκωτικών. Η ανοχή, εξάρτηση, απόσυρση εξελίσσονται διαφορετικά, ανάλογα με τη χρήση της εκάστοτε ουσίας (Hovnanian, 1994).

Τοξίκωση και Ανοχή

Η τοξίκωση από το αλκοόλ είναι το αποτέλεσμα της εισόδου αλκοόλ στην κυκλοφορία του αίματος γρηγορότερα από ό, τι μπορεί να μεταβολιστεί από τον οργανισμό. Αποτελεί επιπλοκή εξαιτίας της μεγάλης χρήσης αλκοόλ γνωστή ως μέθη, θεωρείται επείγουσα κατάσταση που χαρακτηρίζεται από δυσπροσαρμοστική συμπεριφορά ή ψυχολογικές μεταβολές ή και στερεοτική διαταραχή από αλκοόλ που εμφανίζεται από 6 έως 24 ώρες μετά την παύση μεγάλης και παρατεταμένης λήψης αλκοόλ και μερικές φορές ακόμη και 36 ώρες μετά το τελευταίο ποτό του ασθενή (Hovnanian, 1994).

Binge drinking

Με τον όρο καλούμε την υπέρμετρη κατανάλωση αλκοολούχων σκευασμάτων σε σύντομο χρονικό διάστημα. Ουσιαστικά αναφερόμαστε στην κατανάλωση η οποία αυξάνει την συγκέντρωση στο αίμα 0.8 g/L ή και περισσότερο. Οι συγκεκριμένες

συγκεντρώσεις αλκοόλ στο αίμα μπορούν επιτευχθούν με κατανάλωση 70 g σε διάστημα 2 ωρών για ένα άνδρα και αντίστοιχα σε μια γυναίκα 56 g (US Department of Health and Human Services, 2006).

Διαγνωστικά κριτήρια αλκοολικής τοξίκωσης

α) Πρόσφατη κατανάλωση αλκοόλ

β) Κλινικά σημαντική δυσπροσαρμοστική συμπεριφορά ή ψυχολογικές διαταραχές, οι οποίες επισυμβαίνουν κατά την διάρκεια η σε σύντομο χρονικό διάστημα μετά την κατανάλωση αλκοόλ. (Επιθετική συμπεριφορά, αστάθεια, ελαττωμένη κρίση μειωμένη απόδοση στην κοινωνική ζωή του ατόμου).

γ) Ένα από τα παρακάτω συμπτώματα αναπτύσσονται κατά την διάρκεια η και μετά την λήψη αλκοόλ

1) Δυσarthρική ομιλία

2) Έλλειψη συντονισμού /Ασταθές βάσιμα

4) Νυσταγμός

5) Διαταραχή συγκέντρωσης

6) Καταπληξία και κόμμα

Κεφάλαιο 1.2

Αλκοόλ και Ανοχή

Η κατανάλωση αλκοόλ παρεμποδίζει πολλές σωματικές λειτουργίες και επηρεάζει τη συμπεριφορά. Ωστόσο, μετά από χρόνια κατανάλωση αλκοόλ, ο πότης συχνά αναπτύσσει ανεκτικότητα τουλάχιστον σε κάποιες από τις επιδράσεις του αλκοόλ. Η ανοχή σημαίνει ότι μετά τη συνεχή κατανάλωση αλκοόλ, η κατανάλωση μίας σταθερής ποσότητας αλκοόλης προκαλεί μικρότερη επίδραση ή αυξανόμενες ποσότητες αλκοόλ είναι απαραίτητες για την επίτευξη του ίδιου αποτελέσματος. Παρά τον απλό αυτό ορισμό, οι επιστήμονες διακρίνουν μεταξύ διαφόρων τύπων ανοχής που παράγονται από διαφορετικούς μηχανισμούς (American Psychiatric Association, 1994).

Η ανοχή στις επιδράσεις του αλκοόλ επηρεάζει τη συμπεριφορά κατανάλωσης ποικιλοτρόπως. Η συγκεκριμένη ένδειξη περιγράφει πώς η ανοχή μπορεί να ενθαρρύνει την κατανάλωση αλκοόλ συμβάλλοντας στην εξάρτηση από το αλκοόλ καθώς

επιηρεάζουν αρνητικά ως προς την αναποτελεσματικότητα ή η τοξικότητα άλλων φαρμάκων και στην βλάβη οργάνων (American Psychiatric Association, 1994).

Λειτουργική ανοχή

Οι άνθρωποι και τα ζώα αναπτύσσουν ανοχή όταν οι λειτουργίες του εγκεφάλου τους προσαρμόζονται για να αντισταθμίσουν τη διαταραχή που προκαλείται από την επίδραση του αλκοόλ (Tabakoff & Hoffman, 1988). Αυτή η προσαρμογή ονομάζεται λειτουργική ανοχή. Οι χρόνιοι βαρείς πότες εμφανίζουν λειτουργική ανοχή όταν παρουσιάζουν ελάχιστα εμφανή σημάδια δηλητηρίασης ακόμη και σε υψηλές συγκεντρώσεις αλκοόλ στο αίμα (BAC's) οι οποίες κάτω από φυσιολογικές περίπτωσης θα ήταν από εξωτερικά επικίνδυνες ως και θανατηφόρες. Επειδή ο χρόνιος πότης δεν έχει σημαντική διαταραχή συμπεριφοράς οιοπνεύματος, η ανοχή μπορεί να διευκολύνει την κατανάλωση αυξανόμενων ποσοτήτων αλκοόλ. Αυτό μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα φυσική εξάρτηση και ζημιές οργάνων που σχετίζονται με το αλκοόλ (Tabakoff & Hoffman, 1988).

Η λειτουργική ανοχή δεν αναπτύσσεται με τον ίδιο ρυθμό για όλες τις αλκοολικές επιδράσεις (Tabakoff & Hoffman, 1988). Κατά συνέπεια, ένα άτομο μπορεί να είναι σε θέση να εκτελεί κάποιες εργασίες μετά την κατανάλωση οιοπνεύματος ενώ είναι μειωμένη στην απόδοση κάποιων άλλων. Διαφορετικοί τύποι λειτουργικής ανοχής και οι παράγοντες που επιηρεάζουν την ανάπτυξη τους περιγράφονται παρακάτω. Κατά την επανειλημμένη έκθεση σε χαμηλά επίπεδα αλκοόλ, οι περιβαλλοντικές ενδείξεις και οι διαδικασίες που σχετίζονται με τη μνήμη και τη μάθηση μπορούν να διευκολύνουν την ανάπτυξη ανοχής. Κατά την έκθεση σε υψηλά επίπεδα αλκοόλ, η ανοχή μπορεί να αναπτυχθεί ανεξάρτητα από τις περιβαλλοντικές επιρροές (Tabakoff & Hoffman, 1988).

Οξεία ανοχή

Η ανοχή στα περισσότερα αλκοολικά αποτελέσματα αναπτύσσεται με την πάροδο του χρόνου. Το φαινόμενο αυτό ονομάζεται οξεία ανοχή. Αυτό σημαίνει ότι η προκαλούμενη από το αλκοόλ βλάβη είναι μεγαλύτερη όταν μετράται σύντομα μετά την έναρξη της κατανάλωσης αλκοόλ (Sprott, 1979).

Η οξεία ανοχή δεν αναπτύσσεται από όλες τις επιδράσεις του αλκοόλ, κυρίως αναπτύσσει το αίσθημα της δηλητηρίασης που παρατηρείται μετά από την κατανάλωση αλκοόλ (Sprott, 1979).

Περιβαλλοντική ανοχή

Η εξαρτώμενη από το περιβάλλον ανοχή αναπτύσσεται όταν γίνεται κατανάλωση αλκοολούχων σκευασμάτων σε ένα συγκεκριμένο χώρο. Δηλαδή τα περιστατικά μέθης σχετίζονται πάντα με ένα χώρο όπως κάποιος προσωπικός χώρος ή μπαρ. Η περιβαλλοντική ανοχή δεν συναντάται μόνο σε εξαρτημένους ποτές αλλά ακόμη και σε «κοινωνικούς» πότες που σχετίζονται

με το αλκοόλ (Dafters & Anderson, 1982). Χαρακτηριστικό παράδειγμα κατανόηση της περιβαλλοντικής ανοχής είναι μια μελέτη που αναλύει τις επιδράσεις του αλκοόλ στην εκτέλεση μιας προσπάθειας συντονισμού λειτουργιών μεταξύ ματιών–χειρών, σε μια ομάδα εργαζομένων που κατηγοριοποιήθηκαν ως κοινωνικοί πότες κάνοντας χρήση αλκοόλ είτε σε ένα γραφείο είτε σε ένα δωμάτιο που έμοιαζε με μπαρ. Τα περισσότερα άτομα εκτελούσαν την εργασία καλύτερα όταν έπιναν στο περιβάλλον του “μπαρ”. Αυτό υποδηλώνει ότι για πολλούς ανθρώπους, ένα μπαρ περιέχει συνθήματα που σχετίζονται με την κατανάλωση αλκοόλ και προάγουν την κατανάλωση (Dafters & Anderson, 1982).

Μαθησιακή ανοχή

Η ανάπτυξη της ανοχής μπορεί επίσης να επιταχυνθεί με την άσκηση ενός έργου υπό την επήρεια αλκοόλ. Αυτό το φαινόμενο ονομάζεται ανοχή της συμπεριφοριστικής αύξησης (δηλαδή της μάθησης). Πρώτα παρατηρήθηκε σε αρουραίους που εκπαιδεύτηκαν για να περιηγηθούν σε ένα λαβύρινθο ενώ ήταν υπό την επήρεια αλκοόλ. Μια ομάδα αρουραίων έλαβε αλκοόλ πριν από τις εκπαιδευτικές συνεδρίες. Η άλλη ομάδα έλαβε την ίδια ποσότητα αλκοόλ μετά τις εκπαιδευτικές συνεδρίες. Οι αρουραίοι που ασκούσαν την εργασία ενώ είχαν κάνει χρήση αλκοόλ παρουσίαζαν πιο γρήγορα ανοχή από τους αρουραίους που συμμετείχαν χωρίς προηγούμενη χορήγηση αλκοόλ (Sprott, 1979).

Μεταβολική ανοχή

Η ανοχή που προκύπτει από την ταχύτερη εξάλειψη της αλκοόλης από το σώμα ονομάζεται μεταβολική ανοχή (Sprott, 1979). Συνδέεται με μια συγκεκριμένη ομάδα ηπατικών ενζύμων που μεταβολίζουν το αλκοόλ και που ενεργοποιούνται μετά από χρόνια κατανάλωση αλκοόλ (Sprott, 1979). Η ενεργοποίηση του ενζύμου αυξάνει την αποικοδόμηση του αλκοόλ και μειώνει τον χρόνο κατά τον οποίο η αλκοόλη είναι ενεργή στο σώμα μειώνοντας έτσι τη διάρκεια των αλκοολούχων επιδράσεων (Sprott, 1979). Ωστόσο, ορισμένα από αυτά τα ένζυμα αυξάνουν επίσης το μεταβολισμό ορισμένων άλλων φαρμάκων προκαλώντας ποικίλες επιβλαβείς επιδράσεις στον πότη. Για παράδειγμα, η ταχεία υποβάθμιση των ηρεμιστικών (π.χ. βαρβιτουρικών) μπορεί να προκαλέσει ανοχή σε αυτά και να αυξήσει τον κίνδυνο για χρήση και κατάχρηση (Misraet al., 1971). Αυξημένος μεταβολισμός ορισμένων συνταγογραφούμενων φαρμάκων, όπως εκείνων που χρησιμοποιούνται για την πρόληψη της πήξης του αίματος και για τη θεραπεία του διαβήτη, μειώνει την αποτελεσματικότητά τους σε χρόνιους πότες ή ακόμα και στην ανάκτηση αλκοολικών. Η αυξημένη υποβάθμιση του κοινού παυσίπονου ακεταμινοφαίνης παράγει ουσίες που είναι τοξικές για το ήπαρ και μπορεί να συμβάλει στην ηπατική βλάβη σε χρόνιους πότες (Misraet al., 1971).

Η επίδραση του αλκοόλ σε φαρμακευτική αγωγή

Έχει αθροιστική συνεργική δράση με τις βενζοδιαζεπίνες και με τα βαρβιτουρικά καθώς μειώνει τη δραστηριότητα των αντιβιοτικών.

Ανοχή και Προδιάθεση στον Αλκοολισμό

Μελέτες σε ζώα δείχνουν ότι ορισμένες πτυχές ανοχής καθορίζονται γενετικά. Η ανάπτυξη ανοχής αναλύθηκε σε αρουραίους που εκτράφηκαν για να προτιμούν ή να μην προτιμούν το αλκοόλ περισσότερο από το νερό (Newlin & Thomson, 1990). Οι ποντικοί που προτιμούν το αλκοόλ ανέπτυξαν οξεία ανοχή σε κάποιες αλκοολικές επιδράσεις ταχύτερα ή σε μεγαλύτερη έκταση από τους αρουραίους που δεν ήταν συνηθισμένοι στο αλκοόλ (Newlin & Thomson, 1990). Αυτές οι διαφορές υποδεικνύουν ότι η δυνατότητα ανάπτυξης ανοχής καθορίζεται γενετικά και μπορεί να συμβάλει στην αύξηση της κατανάλωσης αλκοόλ. Στους ανθρώπους, διερευνήθηκαν γενετικά καθορισμένες διαφορές στην ανοχή που μπορεί να επηρεάσουν τη συμπεριφορά κατανάλωσης με τη σύγκριση των γιών αλκοολικών πατέρων (SOA) με τους γιούς μη αλκοολικών πατέρων (SONA's). Αρκετές μελέτες διαπίστωσαν ότι η SOA ήταν λιγότερο διαταραγμένη ως προς το αλκοόλ απ' ό,τι οι SONA. Αυτές οι μελέτες υποδεικνύουν ότι στην αρχή της κατανάλωσης οινοπνεύματος, οι ευχάριστες επιδράσεις του αλκοόλ επικρατούν σε παιδιά από αλκοολικούς γονείς (Newlin & Thomson, 1990).

Στερητικό Σύνδρομο από Αλκοόλ

Το στερητικό σύνδρομο είναι η κλινική έκφραση μιας ψυχικής δυσλειτουργίας που οφείλεται σε εγκεφαλική διαταραχή. Τα κλινικά στοιχεία είναι το τρέμουλο των χεριών, η αμνησία, οι διαταραχές του ύπνου, έντονα νευροφυτικά συμπτώματα, όπως η εφίδρωση, η αδυναμία συγκέντρωσης, η έλλειψη προσανατολισμού και κατά κύριο λόγο η αναζήτηση της ουσίας ή ακόμη και της κατάστασης, η οποία το προκαλεί. Στερητικό σύνδρομο από αλκοόλ χαρακτηρίζεται η κλινική εικόνα μετά την διακοπή κατανάλωσης αλκοολούχων σκευασμάτων ή ακόμη και την μείωση της σύνθετης προσλαμβάνουσας ποσότητας (Σολδάτος & Λύκουρας, 2007). Κατά αυτό τον τρόπο αυξάνεται η απελευθέρωση νορεπινεφρίνης και η συμπαθητική δραστηριότητα στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα. Για την εγκατάσταση της εξάρτησης στον άνθρωπο η κατανάλωση αιθανόλης προϋποθέτει ένα μεγάλο χρονικό διάστημα καθώς και μεγάλες ποσότητες κατανάλωσης. Σε χρόνιους αλκοολικούς εκδηλώνονται συμπτώματα με επίπεδα αιθανόλης 1000 mg / dl στο αίμα (Σολδάτος & Λύκουρας, 2007).

Κλινικές εκδηλώσεις

Απόσυρσης από το αλκοόλ

Τα συμπτώματα της απόσυρσης από το αλκοόλ συμβαίνουν επειδή το αλκοόλ δρα κατασταλτικά στο κεντρικό νευρικό σύστημα. Το αλκοόλ ταυτόχρονα ενισχύει τον ανασταλτικό τόνο (μέσω της διαμόρφωσης της δραστηριότητας γάμμα-αμινοβουτυρικού οξέος) και αναστέλλει τον διεγερτικό τόνο (μέσω διαμόρφωσης διεγερτικής αμινοξικής δραστηριότητας). Μόνο η συνεχής παρουσία αιθανόλης διατηρεί την ομοιόσταση. Η απότομη διακοπή αποκαλύπτει τις προσαρμοστικές αποκρίσεις στη χρήση χρόνιας αιθανόλης με αποτέλεσμα την υπερδραστηριότητα του κεντρικού νευρικού συστήματος (Kosten & O'Connor, 2003).

Τα συμπτώματα στέρησης οφείλονται σε υπερκινητικότητα του κεντρικού νευρικού συστήματος και μπορεί να εκφράζονται μέσα από Αϋπνία, Τρομοκρατία, Ήπιο άγχος, Διαταραχές του γαστρεντερικού συστήματος, Ανορεξία, Πονοκέφαλος, Εφίδρωση(Hoffman & Weinhouse, 2017).

Τα συμπτώματα εμφανίζονται στο πρώτο στάδιο απόσυρσης εντός έξι ωρών από την διακοπή της κατανάλωσης αλκοόλ και συχνά αναπτύσσονται ενώ οι ασθενείς εξακολουθούν να έχουν σημαντική συγκέντρωση αλκοόλ στο αίμα. Εάν η απόσυρση δεν προχωρήσει, τα ευρήματα αυτά λύνονται εντός 24 έως 48 ωρών(Kosten & O'Connor, 2003).

Το δεύτερο στάδιο απόσυρσης σε έναν δεδομένο ασθενή συνήθως είναι συνεπής από το ένα επεισόδιο στο επόμενο εκφραζόμενες με την μορφή επιληπτικών κρίσεων απόσυρσης (Hoffman & Weinhouse, 2017). Οι επιληπτικές κρίσεις που σχετίζονται με την απόσυρση συμβαίνουν συνήθως μέσα σε 12 έως 48 ώρες μετά το τελευταίο οινοπνευματώδες ποτό, αλλά μπορεί να συμβούν μετά από μόλις δύο ώρες αποχής. Οι επιληπτικές κρίσεις απόσυρσης εμφανίζονται ως σύντομη αναταραχή επιληπτικών κρίσεων σε σύντομο χρονικό διάστημα. Τα βασικά κλινικά χαρακτηριστικά είναι η πλήρης ακαμψία μυών, απώλεια ελέγχου των σφιγκτήρων, αναπνευστικές δυσκολίες βρυχηθμός ή σφίξιμο της γνάθου ή των δοντιών. Οι επαναλαμβανόμενες ή παρατεταμένες κρίσεις ή η επιληπτική κατάσταση δεν συνάδουν με τις επιληπτικές κρίσεις που σχετίζονται με την απόσυρση. Οι κρίσεις εμφανίζονται κυρίως σε ασθενείς με ιστορικό χρόνιου αλκοολισμού, κατά την τέταρτη και πέμπτη δεκαετία της ζωής (Hoffman & Weinhouse, 2017).

Στο τρίτο στάδιο περίπου το 30% των ασθενών αντιμετωπίζουν αυτό το στάδιο απόσυρσης, μπορεί να ξεκινήσει από τρεις έως τέσσερις ημέρες αφού το άτομο σταματήσει να πίνει μέχρι και δύο εβδομάδες μετά. Σε σοβαρές περιπτώσεις, τα συμπτώματα απόσυρσης από το αλκοόλ σε αυτό το στάδιο μπορεί να περιλαμβάνουν μια επικίνδυνη κατάσταση που ονομάζεται delirium tremens (DTs). Τα πιθανά συμπτώματα είναι: μεγάλες επιληπτικές κρίσεις, παραπλανητική ψυχική κατάσταση, ψευδαισθήσεις που σχετίζονται με την όραση ή τον ήχο, κατάσταση βαθύ ύπνου που εκτείνεται για 24 ή και περισσότερες ώρες, πιθανώς θανατηφόρα αλλαγή στον καρδιακό ρυθμό (Hoffman & Weinhouse, 2017).

Θνησιμότητα- Με την ταχεία αναγνώριση και τις τρέχουσες στρατηγικές διαχείρισης, η θνησιμότητα από την DT είναι μικρότερη του πέντε τοις εκατό. Από τον 20ου αιώνα ο αριθμός αυτός μειώθηκε (37%) ως αποτέλεσμα προηγούμενης διάγνωσης, βελτιώσεων στις υποστηρικτικές και φαρμακολογικές θεραπείες και βελτιωμένη θεραπεία (Hoffman, Weinhouse, 2017). Ο θάνατος συνήθως οφείλεται σε αρρυθμία, περιπλέκοντας τις ασθένειες, όπως η πνευμονία ή η αδυναμία εντοπισμού ενός υποκείμενου προβλήματος που οδήγησε στην παύση της χρήσης οινοπνεύματος όπως: παγκρεατίτιδα, ηπατίτιδα, τραυματισμός ή μόλυνση του κεντρικού νευρικού συστήματος (Kosten & O'Connor, 2003). Η προχωρημένη ηλικία, με προϋπάρχουσα καρδιοπνευμονική νόσο, και θερμοκρασία μεγαλύτερη από 40°C (104°F) ή συνυπάρχουσα ηπατική νόσο σχετίζονται με τον μεγαλύτερο κίνδυνο θνησιμότητας (Hoffman & Weinhouse, 2017).

Κεφαλαίο 1.3 Σύνδρομο Εξάρτησης και παρενέργειες

Κριτήρια ICD-10 για το Σύνδρομο Εξάρτησης από Αλκοόλ.

Τρεις ή περισσότερες από τις ακόλουθες εκδηλώσεις θα έπρεπε να έχουν συμβεί μαζί για τουλάχιστον 1 μήνα ή για περιόδους μικρότερες του ενός μηνός, θα έπρεπε να έχει συμβεί μαζί επανειλημμένα εντός περιόδου 12 μηνών.

- Έντονη επιθυμία κατανάλωσης αλκοολούχου σκευάσματος που μερικές φορές εκλαμβάνεται ως επιτακτική ανάγκη.
- Μειωμένη ικανότητα ελέγχου της ποσότητας και της συχνότητας κατανάλωσης αλκοόλ από την άποψη της εμφάνισής της, του τερματισμού ή των επιπέδων της που υπερβαίνουν των προβλεπόμενων ορίων. Απουσία έλεγχου μέτρου κατανάλωσης
- Κατάσταση απόσυρσης όταν μειώνεται ή διακόπτεται η χρήση αλκοόλ, συνοδευόμενη εν συνέχεια από σύνδρομο στέρησης. Τα συμπτώματα στέρησης υποχωρούν με την κατανάλωση αλκοόλης.
- Ανοχή στο αλκοόλ, ο οργανισμός δεν ανταποκρίνεται στην μέθη συνεπώς η ποσότητας κατανάλωσης συνεχώς αυξάνεται σε σημείο δηλητηρίασης.
- Ανησυχία με απώτερο σκοπό την λήψη αλκοόλ σταδιακά τα αλλά ενδιαφέροντα του ατόμου απομακρύνονται και στην θέση τους εγκαθίσταται η κατανάλωση αλκοόλ. Τα κίνητρα σταδιακά μειώνονται και κύρια ενασχόληση γίνεται η όσο το δυνατόν περισσότερη λήψη ποσότητα αλκοόλ.
- Το άτομο ενώ γνωρίζει τους επιβλαβείς κινδύνους της κατανάλωσης και πολύ πιθανόν μερικούς από αυτούς τους έχει βιώσει αρνείται να σταματήσει ή σταδιακά να μειώσει την λήψη αλκοόλ παρά τα αρνητικά αποτελέσματα (Babor et al., 2001).

Ντελίριο

Είναι αποτέλεσμα της μειωμένης χολινεργικής μεταβίβασης του εγκεφάλου τα βασικότερα κλινικά χαρακτηριστικά είναι διαταραχή της συνείδησης (θόλωση) και διακύμανση μεταξύ εγρήγορσης και θόλωσης που παρουσιάζει μειωμένη σαφήνεια επίγνωσης του περιβάλλοντος (Παπαδημητρίου, Λιάπας & Λύκουρας, 2013). Πρόδρομα συμπτώματα εμφανίζονται με την μορφή άγχος, υπνηλία, αϋπνία, παροδικές ψευδαισθήσεις, εφιάλτες, ανησυχία. Διαταραχή του προσανατολισμού ως προς τον χρόνο, τόπο, πρόσωπα, αδυναμία μετακίνησης, καθώς και περιορισμένη μνήμη. Επίσης επηρεάζεται η αντίληψη μέσα από παραισθήσεις αλλά και ψευδαισθήσεις. Η διάρκεια του ντελیریου εξαρτάται από το υποκείμενο αίτιο. Υποχώρηση συνήθως σε 3-7 ημέρες, έως και 2 εβδομάδες. Θνητότητα έως και 50% το επόμενο έτος, κατόπιν ενός επεισοδίου ντελیریου (Παπαδημητρίου, Λιάπας & Λύκουρας, 2013).

Το τρομώδες παραλήρημα /Ντελίριουμ Τρεμενς:

Σοβαρή και δυνητικά απειλητική για τη ζωή κατάσταση που προκαλείται συνήθως από την απόσυρση από το αλκοόλ. Συνήθως απαντάται μόνο μετά από διακοπή ή ελάττωση της βαριάς χρήσης αλκοόλ σε ιατρικά εξασθενημένους ασθενείς με μακροχρόνιο ιστορικό εξάρτησης (ICD, 2010). Είναι σπανιότερο από τη μη επιλεγμένη στέρηση αλκοόλ. Εκδηλώνεται στο 1 με 3% των εξαρτημένων από το αλκοόλ ασθενών. Προκαλώντας διαταραχή του επιπέδου συνείδησης με διαταραχές προσανατολισμού, σύγχυση, διέγερση είναι το βασικό χαρακτηριστικό του τρομώδους παραληρήματος, έλλειψη συντονισμού κινήσεων, οράματα, παραισθήσεις, ασυναρτησία και άγχος οξεία αλκοολική ψύχωση (ICD, 2010).

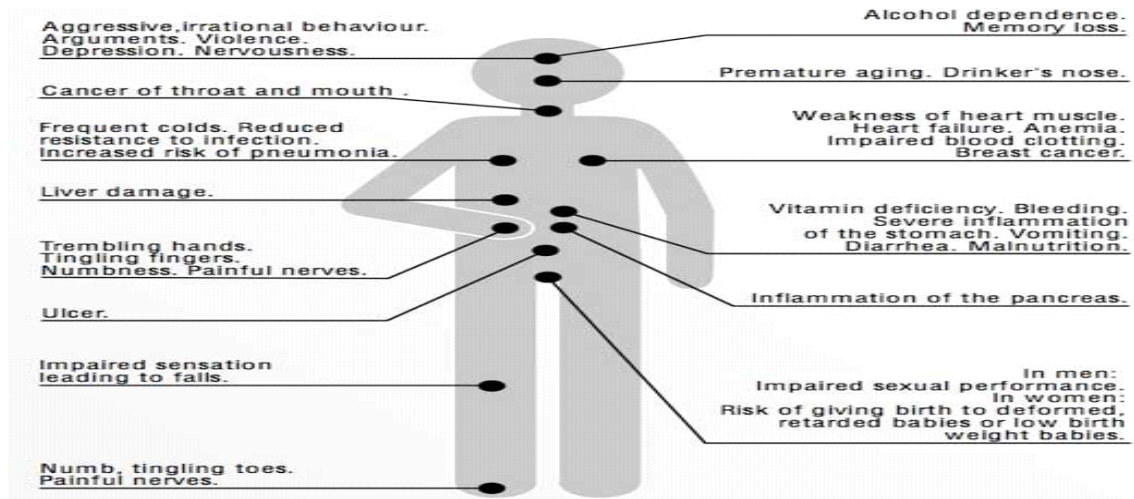
Αλλοιώσεις από τα διάφορα όργανα και παθολογικές εκδηλώσεις, κατά το χρόνιο αλκοολισμό. Αλκοόλ

Το αλκοόλ, επίσης αποκαλούμενο Αιθανόλη, είναι μια ουσία και ένας οργανικός διαλύτης που διαλύεται στα υγρά του σώματος (νερό). Επιπλέον, μπορεί να διαλύσει το λίπος και έτσι και να προκαλέσει βλάβη στον εγκέφαλο. Διαλύει το λίπος γύρω από τα εγκεφαλικά κύτταρα διαταράσσοντας ως εκ τούτου τα σήματα στα νευρικά κύτταρα γεγονός το οποίο προκαλεί υπνηλία και μειώνει την ταχύτητα αντίδρασης (Mentor, 2015).

Πίνακας 1. Κατανομή αιθανόλης σε διάφορους ιστούς και βιολογικά υγρά του σώματος, σε σχέση με το αίμα.

Αίμα (ολικό)	1,00
Πλάσμα ή ορός	1,12 – 1,20
Ούρα	1,30
E.N.Y.	1,10 – 1,27
Εγκέφαλος	0,85
Ήπαρ	0,85
Αέρας κυψελίδων	1/2100

Βραχυπρόθεσμα αποτελέσματα: Αναλόγως την ποσότητα και τη φυσική κατασκευή του ατόμου, το αλκοόλ προκαλεί:



- Μπερδεμένη ομιλία
- Υπνηλία
- Εμετό
- Διάρροια
- Πρόβλημα στο στομάχι
- Πονοκεφάλους
- Δυσκολία στην αναπνοή
- Παραμορφωμένη όραση και ακοή
- Μειωμένη κρίση
- Μειωμένη αντίληψη και συντονισμό
- Αναισθησία
- Αναιμία (απώλεια αιμοπεταλίων)

- *Κώμα*

- *Blackouts (κενά μνήμης, όπου ο πότης δεν μπορεί να θυμηθεί γεγονότα που γίνονται κάτω από την επήρεια του.)*

Μακροπρόθεσμα αποτελέσματα: Κατάχρηση αλκοόλ και συνεχόμενη χρήση σε μεγάλες ποσότητες σχετίζονται με πολλά προβλήματα υγείας, συμπεριλαμβανομένου:

- Τραυματισμοί χωρίς πρόθεση όπως αυτοκινητιστικά, πέσιμο, κήψιμο, πνίξιμο
- Τραυματισμοί με πρόθεση όπως τραύματα από φωτιά, σεξουαλική επίθεση, ενδοοικογενειακή βία
- Αυξημένοι τραυματισμοί στην εργασία και μειωμένη παραγωγικότητα
- Αυξημένα οικογενειακά προβλήματα, διάλυση σχέσεων
- Δηλητηρίαση
- Υψηλή αρτηριακή πίεση, έμφραγμα και άλλα καρδιακά προβλήματα
- Πρόβλημα στο συκώτι
- Βλάβη στα νεύρα
- Σεξουαλικά προβλήματα
- Μόνιμη εγκεφαλική βλάβη

(Mentor, 2015)

Γαστρεντερικό Σύστημα

Στο ανώτερο πεπτικό η συστηματική λήψη αλκοόλ μπορεί να προκαλέσει στοματίτιδα, δημιουργία σχισμών εξελκώσεις καθώς και οισοφαγίτιδα. Δυσμενέστερες συνέπειες αποτελούν η αυξημένη συχνότητα καρκίνου της γλώσσας, στομάχου, οισοφάγου και φάρυγγα. Το αλκοόλ μπορεί να προκαλέσει διάβρωση του βλεννογόνου του στομάχου ή αύξηση της γαστρικής έκκρισης. Η χρόνια κατάχρηση αλκοόλ μπορεί να προκαλέσει αλκοολική ηπατίτιδα, στεάτωση, κίρρωση και καρκίνο του ήπατος. Η μακροχρόνια και εκτεταμένη κατανάλωση αλκοόλ σε ποσότητα 150 γραμμάρων αλκοόλ για διάστημα 11-15 χρόνια μπορεί να προκαλέσει χρόνια παγκρεατίτιδα και παρατηρείται αυξημένη συχνότητα καρκίνου του παγκρέατος. Το αλκοόλ έχει συσχετιστεί

με ανάπτυξη Gram- αρνητικών βακτηρίων στο έντερο (Βλάχος et al., 2010). Ως αλκοολική ηπατοπάθεια (ALD = Alcohol - induced Liver Disease), ορίζουμε το σύνολο των διαταραχών του ήπατος που προκύπτουν από την υπερβολική κατανάλωση οινόπνεύματος. Το φάσμα της ALD κυμαίνεται από την απλή λιπώδη διήθηση του ήπατος (λιπώδες ήπαρ-στεάτωση), που συνήθως δεν συνδέεται με συμπτώματα σπανία εκφράζονται συμπτώματα ως αδυναμία ή δυσφορία στο δεξιό υποχόνδριο, η αξιολόγηση του επίπεδο των τρανσαμινάσεων, υποδηλώνει το παθολογικό αίτιο. Η ανάπτυξη φλεγμονής και νέκρωσης (αλκοολική στεατοηπατίτιδα) έως και την προοδευτική ίνωση με απώλεια της ηπατοκυτταρικής λειτουργίας και τελικού σταδίου ηπατικής νόσου (αλκοολική κίρρωση). Η υπέρμετρη κατανάλωση οινόπνεύματος αυξάνει σημαντικά τον κίνδυνο ανάπτυξης ηπατοκυτταρικού καρκίνου (Ελληνική Εταιρεία Μελέτης Ήπατος, 2012). Αλκοολική ηπατίτις μπορεί να εμφανισθεί μέχρι στο 35% των αλκοολικών. Στα συμπτώματα περιλαμβάνονται ανορεξία, ναυτία, πόνος στην κοιλιά, ίκτερος και πυρετός. μπορεί να έχει ήπια ή βαριά μορφή. Η πρώτη είναι συχνά αναστρέψιμη. Στη δεύτερη περίπτωση επιλοκές και θάνατος μπορεί να εξελιχθούν γρήγορα. Αλκοολική κίρρωση ήπατος η πιο προχωρημένη μορφή ηπατικής βλάβης και είναι μη-αναστρέψιμη. Τα συμπτώματα μπορεί να μοιάζουν με αυτά της αλκοολικής ηπατίτιδας. Υπάρχει πλήρης καταστροφή της αρχιτεκτονικής του ήπατος και εμφανίζεται σε 10-20% των βαρέων αλκοολικών. Η αντιμετώπιση έχει σαν στόχο την επιβράδυνση της εξέλιξης και τη βελτίωση των συμπτωμάτων (Ελληνική Εταιρεία Μελέτης Ήπατος, 2012).

Αναπνευστικό Σύστημα

Η κατανάλωση αλκοόλ έχει αποδεχτεί ότι επηρεάζει την βλεννοκροσσωτή κάθαρση του αναπνευστικού επιθηλίου. Η επίδραση του αλκοόλ στον μυϊκό τόνο των αεραγωγών βρέθηκε ότι η καθαρή αιθανόλη δρα βρογχοδιασταλτικά και χαλαρώνει τον τόνο των αεραγωγών. Η ακεταλδευδη μπορεί να προκαλέσει βρογχοσπασμό σε ασθματικούς με μειωμένη δραστηριότητα του ενζύμου ALDH2. Καθώς η χρήση αλκοόλ συνδυαστικά με το κάπνισμα αυξάνει της πιθανότητες για θάνατο από ΧΑΠ ενώ η μείωση της κατανάλωσης αλκοόλ μειώνει τον κίνδυνο. Τα μεγάλα ποσοστά αιθανόλης στο αίμα (συγκέντρωση 400mg/dl ή και περισσότερο)

προκαλούν επικίνδυνη και θανατηφόρα καταστολή της αναπνευστικής λειτουργίας (Μαρσέλος & Μάλαμας, 1998).

Ερειστικό Σύστημα

Η χρόνια κατάχρηση οδηγεί σε οστεοπενικό σκελετό και αυξημένο κίνδυνο για οστεοπόρωση (Μαρσέλος & Μάλαμας, 1998).

Ουροποιητικό Σύστημα

Η αιθανόλη έχει διουρητική δράση στην οποία συμβάλει τόσο ο όγκος των υγρών που προσλαμβάνεται με τα αλκοολούχα όσο και η αναστολή της έκκρισης της ADH με αποτέλεσμα την ελάττωση της νεφρικής σωληναριακής απορρόφησης ύδατος. Η διουρητική δράση είναι ανάλογη της συγκέντρωσης στο αίμα και συμβαίνει όταν η συγκέντρωση αυξάνεται και όχι όταν ελαττώνεται ή μένει σταθερή (Μαρσέλος & Μάλαμας, 1998).

Γεννητικό Σύστημα

Το αλκοόλ έχει σημαντικές επιδράσεις στο γεννητικό σύστημα τόσο του άνδρα όσο και της γυναίκας. Έχει βρεθεί ότι στους άνδρες δρα επιβαρυντικά στις αναπαραγωγικές τους ορμόνες και στην ποιότητα του σπέρματος, οδηγώντας έτσι σε υπογοναδισμό και στειρότητα σε κατάσταση χρόνιας κατάχρησης. Οι επιδράσεις του αλκοόλ είναι εξίσου σημαντικές και στο γυναικείο αναπαραγωγικό σύστημα. Συγκεκριμένα, υψηλή κατανάλωση αλκοόλ συσχετίζεται με μειωμένη γονιμότητα στις γυναίκες και μπορεί να οδηγήσει ακόμη και σε στειρώση (Μαρσέλος & Μάλαμας, 1998).

Κυκλοφορικό Σύστημα

Η κατανάλωση αλκοόλ έχει επιδράσεις στο καρδιαγγειακό σύστημα οι οποίες εξαρτώνται και τροποποιούνται από την ποσότητα που λαμβάνεται. Η μέτρια κατανάλωση αλκοόλ μέχρι 40 ml συνδέεται με χαμηλή επίπτωση στεφανιαίας νόσου έχει θετική επίδραση εμφάνιση οξέος εμφράγματος του μυοκαρδίου σε αντίθεση με την αλόγιστη και υπέρμετρη κατανάλωση αλκοόλ η οποία έχει συνδεθεί με ποικίλες αρνητικές επιπτώσεις όσο αφορά το καρδιαγγειακό σύστημα (Μαρσέλος & Μάλαμας, 1998).

Αιματολογικές Διαταραχές

Το αλκοόλ έχει τοξική επίδραση στο αίμα. Υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της υπέρμετρης κατανάλωσης οινοπνεύματος και της υπερφόρτωσης με σίδηρο. Η μακροχρόνια λήψη οινοπνεύματος οδηγεί σε θρομβοκυτταροπενία και μειωμένη επιβίωση των αιμοπεταλίων (Μαρσέλος & Μάλαμας, 1998).

Αλληλεπιδράσεις αλκοόλ και φαρμάκων

Η φαρμακολογική δράση της αλκοόλης επιδρά στα γαγγλιακά κύτταρα του ΚΝΣ, προκαλώντας προσωρινή αναστολή της λειτουργίας τους. Η δράση της αλκοόλης στο ΚΝΣ είναι κατασταλτική, πάνω σε ανώτερα φλοιώδη κέντρα, τα οποία ελέγχουν τις φυσιολογικές αναστολές. Έτσι αρχικά το άτομο βρίσκεται υπό την επίδραση κατωτέρων υποθαλαμικών κέντρων, οι εκδηλώσεις των οποίων δίνουν την εντύπωση διεγερτικής ενέργειας πάνω στο ΚΝΣ, σε περίπτωση που η ποσότητα αιθανόλης υπερβεί τότε αυξάνεται η πιθανότητα κωματώδους κατάστασης (Μαρσέλος & Μάλαμας, 1998).

Αντισταμινικά

Η αντιχολινεργική δράση που παρουσιάζουν τα αντισταμινικά συνδυαστικά με την λήψη αλκοολούχων σκευασμάτων προκαλείται κατασταλεί του ΚΝΣ. Μπορεί επίσης να προκληθεί ναυτία και αδυναμία συντονισμού των κινήσεων. Τα ανωθεν συμπτώματα γίνονται όλο και πιο έντονα με το πέρασμα της ηλικίας (Μαρσέλος & Μάλαμας, 1998).

Αντιπηκτικά

Η ταυτόχρονη λήψη και αντιπηκτικών σκευασμάτων και αλκοόλ προκαλεί αύξηση της αντιπηκτικής δραστηριότητας λόγω της επιβράδυνσης του μεταβολισμού έχοντας ως συνέπεια τον κίνδυνο αιμορραγίας (Μαρσέλος & Μάλαμας, 1998).

Αντιψυχωσικά

Η παράλληλη κατανάλωση αλκοολούχων και αντιψυχωσικών σκευασμάτων αυξάνει τις πιθανότητες παρενεργειών όπως: δυσκινησία, απουσία συντονισμού και παρκινσονικών χαρακτηριστικών/ συμπτωμάτων. Το ΚΝΣ είναι ιδιαίτερα ευαίσθητο στον παραπάνω συνδυασμό κατανάλωσης εξαιτίας της μειωμένης παράγωγης των επιπέδων ντοπαμίνης και ασβεστίου (Μαρσέλος & Μάλαμας, 1998).

Αντιεπιληπτικά

Συνεργική δράση αντιεπιληπτικών και αλκοόλ προκαλώντας παρενέργειες με την μορφή έμετου, ναυτίας, διαταραχές στην όραση και την ομιλία. Η μακροχρόνια και εκτεταμένη χρήση επηρεάζει αρνητικά την θεραπευτική δράση των σκευασμάτων (Μαρσέλος & Μάλαμας, 1998).

Αγχολυτικά και υπνωτικά

Θεραπευτικά σκευάσματα κατά τους άγχους όπως οι βενζοδιαζεπίνες και βαρβιτουρικά που εξυπηρετούν στις διαταραχές του ύπνου συνδυαστικά με την κατανάλωση αλκοόλ επιδρούν κατασταλτικά προς το ΚΝΣ. Προκαλώντας παρενέργειες όπως έντονη υπνηλία μειωμένη καρδιακή και αναπνευστική λειτουργία αυξάνοντας τις πιθανότητες κώματος ή θανάτου. Σε περίπτωση εκτεταμένης και χρόνιας χρήσης αλκοόλ μαζί με την χρήση αλκοόλ αυξάνονται τα μεταβολικά ένζυμα του ήπατος καθώς αυξάνεται ο ρυθμός μεταβολισμού (Μαρσέλος & Μάλαμας, 1998).

Αναισθητικά

Ο συνδυασμός λήψης αλκοόλ και αναισθητικού σκευάσματος αυξάνουν τον κίνδυνο για την πρόκληση ηπατικής βλάβης (Μαρσέλος & Μάλαμας, 1998).

Αντικαταθλιπτικά

Η χρήση αλκοόλ υπό αντικαταθλιπτική θεραπεία οδηγεί σε καταστολή. Αυξάνοντας επίσης τον κίνδυνο αύξησης της αρτηριακής πίεσης (Μαρσέλος & Μάλαμας, 1998).

H₂ Ανταγωνιστές

Χορήγηση για την θεραπεία πεπτικού έλκους, η δράση των H₂ ανταγωνιστών συνδυαστικά με την χρήση οινόπνευματος προκαλούν ανεπιθύμητες παρενέργειες όπως κεφαλαλγίες και ζάλη εξαιτίας της ενεργοποίησης αλκαλικής αφυδρογονάσης (Μαρσέλος & Μάλαμας, 1998).

Μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη.

Η συνδυαστική χρήση αντιφλεγμονωδών σκευασμάτων χωρίς στεροειδή και αλκοόλης αυξάνουν το κίνδυνο γαστρικής αιμορραγίας λόγω της αναστολής πήξης του αίματος, καθώς και την πρόκληση ηπατικής βλάβης (Μαρσέλος & Μάλαμας, 1998).

Οπιοειδή αναλγητικά

Η ταυτόχρονη χρήση αλκοόλ και οπιοειδών αναλγητικών προκαλούν έντονες αναπνευστικές δυσλειτουργίες από απλή άπνοια μέχρι και το θάνατο (Μαρσέλος & Μάλαμας, 1998).

Φάρμακα για την θεραπεία του διαβήτη

Η χρήση αλκοόλης από διαβητικούς ασθενείς κάτω φαρμακευτική αγωγή παρατείνει την δράση υπογλυκαιμικών κρίσεων. Πολύ συχνά ο άνωθεν συνδυασμός προκαλεί στον ασθενή μια γενικευμένη αδυναμία συνοδευόμενη από ναυτία και κεφαλαλγία. Η μακροχρόνια και εκτεταμένη χρήση αλκοόλ μπορεί να μπλοκάρει την ρύθμιση του διαβήτη (Μαρσέλος & Μάλαμας, 1998).

Η επίδραση του αλκοόλ στον εγκέφαλο

Η εγκεφαλική βλάβη που σχετίζεται με το αλκοόλ είναι η βλάβη που παρατηρείται στις δομές του εγκεφάλου ή στη λειτουργία του κεντρικού νευρικού συστήματος έχοντας ως αποτέλεσμα την άμεση νευροτοξική επιδράση της δηλητηρίασης από οινόπνευμα ή την οξεία απόσυρση (Crews & Boettiger, 2009). Οι μετωπικοί λοβοί είναι η πιο κατεστραμμένη περιοχή του εγκεφάλου, επηρεάζονται ωστόσο και άλλες περιοχές του εγκεφάλου. Η βλάβη που προκύπτει από τα υψηλά επίπεδα αλκοολαιμίας / αιμοληψίας προκαλεί βλάβες στην κρίση και τη λήψη αποφάσεων. Αυτές οι αλλαγές στον εγκέφαλο συνδέονται με τον κακό έλεγχο συμπεριφοράς καθώς και την παρορμητικότητα (Crews & Boettiger, 2009). Η εγκεφαλική βλάβη που σχετίζεται με το αλκοόλ προκαλεί ένα ευρύ φάσμα διαταραχών της εκτελεστικής λειτουργίας του εγκεφάλου,

συμπεριλαμβανομένης της διαταραχής της κρίσης της κοινωνικής απόσυρσης, της κατάθλιψης, των μειωμένων κινήτρων, και την αποσπασματικότητα (Crews & Boettiger, 2009).

Εγκεφαλική αντίδραση στο αλκοόλ

- 0.2 ‰ -ελαφριά αίσθηση ζεστασιάς, αίσθηση χαράς
- 0.3 ‰ ευλωτία, χαλαρότητα, ελαφριά ευφορία
- 0.5 ‰ -ανικανότητα για γρήγορη αντίδραση, αναστολές
- 0.8 ‰ - διπλάσιος κίνδυνος για αυτοκινητιστικά ατυχήματα
- 1.0 ‰ υπνηλία, αστάθεια στην κίνηση
- 1.2 ‰ αδέξιες κινήσεις
- 1.6 ‰ δεκαπλάσιος κίνδυνος για αυτοκινητιστικά, εμφάνιση μεθυσμένου
- 2.0 ‰ - μπερδεμένη ομιλία, συναισθηματισμός, αίσθημα ναυτίας, εμετός
- 3.0 ‰ - βαρύς ύπνος
- 4.0 ‰ - σε κόμα, κίνδυνος παράλυσης του αναπνευστικού κέντρου
- 5.0 ‰ - 50 % κίνδυνος θανάτου

Αίτια

Ο Εκφυλισμός των κυττάρων καθώς και αναστολή του πολλαπλασιασμού των νευρικών βλαστικών κυττάρων του εγκεφάλου και της νευρογένεσως αποτελούν τα βασικότερα αίτια της εγκεφαλικής βλάβης που σχετίζονται με το αλκοόλ (Crews & Boettiger, 2009). Αυξήσεις στην μικρογλοίας περιοχή συμβαίνουν σε αλκοολικούς χρήστες αποτελώντας ένδειξη

νευροεκφυλισμού. Αυτές οι αυξήσεις στην μικρογλοία περιοχή εμμένουν και μετά την διακοπή από την χρήση αλκοόλ (Crews & Boettiger, 2009).

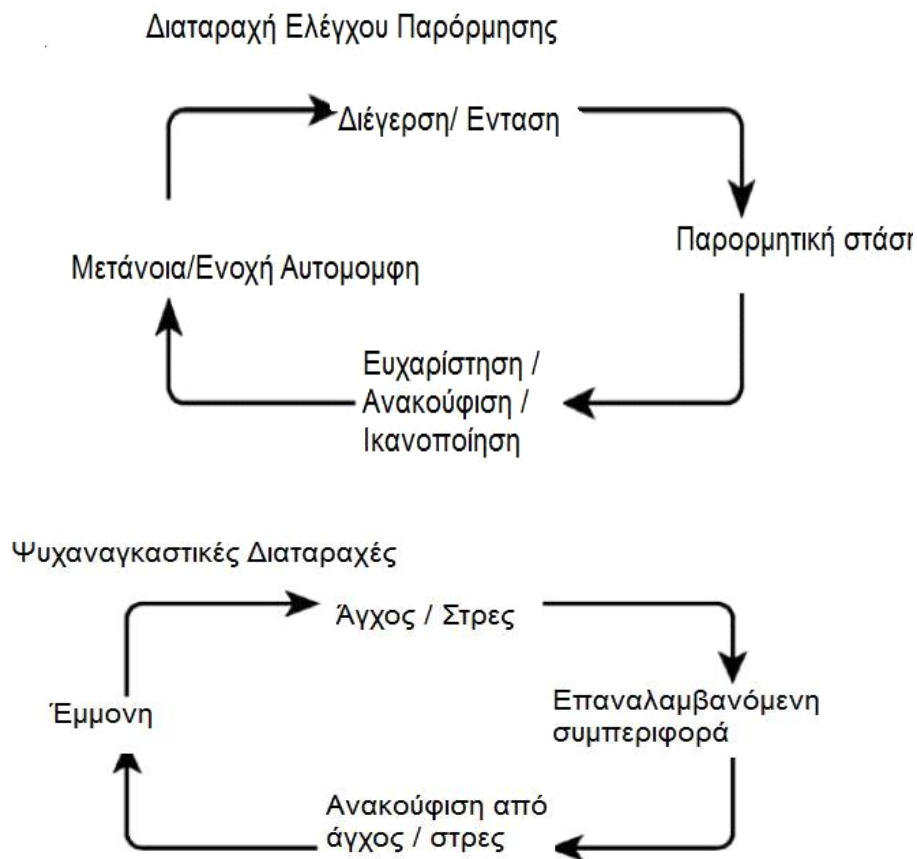
Παθοφυσιολογία

Οι αλκοολικοί συχνά εμφανίζουν μικρότερο εγκέφαλο που πιθανώς οφείλεται σε νευροτοξικότητα που προκαλείται από το αλκοόλ. Οι βλάβες στον έλεγχο είναι πιο εμφανείς στις γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες λόγω της δυσλειτουργία του μετωπιαίου λοβού (Courtney & Polich, 2009). Η βαριά και τακτική υπερκατανάλωση προκαλεί νευροεκφυλισμό σε περιοχές του κορτικοεμβολικού εγκεφάλου που εμπλέκονται στη μάθηση και την αποθήκευση πληροφοριών στην μνήμη. Βάλλονται επίσης ο οσφρητικός βολβός, ο περιφερικός φλοιός, ο ενδοθωρακικός φλοιός και ο υπόκαμπος (Courtney & Polich, 2009). Η βλάβη του εγκεφάλου από την υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ είναι πιο πιθανόν να συμβεί όταν η κατανάλωση γίνεται σε νεαρές ηλικίες του ατόμου που εγκέφαλος δεν είναι πλήρως ωριμασμένος (εφηβική φάση) (Courtney & Polich, 2009).

Η Νευροβιολογική Διαδικασία Της Εξάρτησης

Τα περισσότερα νευροβιολογικά μοντέλα εξάρτησης υποστηρίζουν ότι τα ναρκωτικά εκλύουν ντοπαμίνη και ενεργοποιούν το «σύστημα ανταμοιβής» του ανθρώπινου οργανισμού (Hyman, Malenka & Nestler, 2006). Η εξάρτηση οφείλεται στην τροποποίηση των κινητικών αποκρίσεων και την αυξημένη έκλυση ντοπαμίνης (Hyman et al., 2006). Ένα κοινό χαρακτηριστικό των διαφόρων ουσιών είναι ότι προκαλούν ευχαρίστηση, οδηγώντας σε κατάχρηση ή εξάρτηση και αυξάνοντας την έκλυση ενός νευροδιαβιβαστή, της ντοπαμίνης, η οποία έχει μία υποφλοιώδη δομή και εντοπίζεται στον επικλινή πυρήνα (Nutt, Robbins & Stimson, 2007). Τα κύτταρα των νευρώνων που εκλύουν ντοπαμίνη βρίσκονται στην κοιλιακή οροφιαία περιοχή και στη μέλαινα ουσία (Nutt et al., 2007). Οι συγκεκριμένοι ντοπαμινεργικοί νευρώνες σχηματίζουν τη μεσοφλοιική - μεσομεταιχμιακή οδό και διεγείρουν διάφορες εγκεφαλικές δομές, όπως ο προμετωπιαίος φλοιός, η αμυγδαλή και ο υπόκαμπος, οι οποίες αποτελούν επιμέρους τμήματα ενός κυκλώματος που ονομάζεται «σύστημα ανταμοιβής» (Galvan et al., 2006). Ως «σύστημα ανταμοιβής» καλείται το εγκεφαλικό κύκλωμα το οποίο, κάθε φορά που ενεργοποιείται, ενισχύει τη συμπεριφορά. Τα στοιχεία που έχουμε στη διάθεσή μας υποδεικνύουν ότι τα ναρκωτικά προκαλούν ευχαρίστηση ακριβώς επειδή ενεργοποιούν το συγκεκριμένο σύστημα (Galva et al., 2006).

Σχήμα 1. Στάδια Διαταραχής Ελέγχου



Koob GF. Alcoholism: allostasis and beyond. Alcohol Clin Exp Res 2003;27:232–43.(άδεια χρήσης).

Στο παραπάνω διάγραμμα διαφαίνονται τα στάδια διαταραχής ελέγχου παρόρμησης και ψυχαναγκαστική διαταραχή στους κύκλους που σχετίζονται με την χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών (Koob et al., 2004). Στον έλεγχο των παρορμήσεων εκδηλώνονται διαταραχές, με αυξανόμενη ένταση και διέγερση πριν από την παρορμητική πράξη, με βασικότερα χαρακτηριστικά την ευχαρίστηση, ικανοποίηση, ανακούφιση κατά τη διάρκεια της χρήσης (Koob et al., 2004). Μετά την χρήση τα βασικότερα συναισθήματα που εμφανίζονται είναι λύπη ή ενοχή. Στις ψυχαναγκαστικές διαταραχές, υπάρχουν

επαναλαμβανόμενες και επίμονες σκέψεις (εμμονές) το άγχος προκαλείται εξ αιτίας της μείωση της δυσφορίας (Koob et al., 2004). Θετική ενίσχυση (ευχαρίστηση/ικανοποίηση) σχετίζεται περισσότερο στενά με διαταραχές ελέγχου της παρόρμησης. Αντίθετα αρνητική ενίσχυση (ανακούφιση του άγχους ή την ανακούφιση του στρες) είναι στενά συνδεδεμένη με τις ψυχαναγκαστικές διαταραχές (Koob et al., 2004).

Η επίδραση του Αλκοόλ στους νευρώνες

Κυτταρική Μembrάνη

Παρατηρείται ότι η αλκοόλη είναι διαπερατή προς την κυτταρική μεμβράνη. Σε μακροχρόνια λήψη αλκοόλ παρατηρείται αύξηση του ποσοστού χοληστερόλης της κυτταρικής μεμβράνης.

Υποδοχής Διεγερτικών Αμινοξέων

Τα διεγερτικά αμινοξέα σχετίζονται με την μεταβολή διεγερτικών ερεθισμάτων στον εγκέφαλο. Η σημασία της διεγερτικής νευροδιαβίβασης έγκειται τόσο στην συμμετοχή της σε φυσιολογικές λειτουργίες, όσο και στην παθοφυσιολογία πολλών νοσημάτων του ΚΝΣ (Κεντρικού Νευρικού Συστήματος). Συνολικά οι υποδοχείς γλουταμικού διακρίνονται σε ιοντοροπικούς με κύριο εκπρόσωπο τον NMDA υποδοχέα και σε μεταβοτροπικούς (συνδέονται με G πρωτεΐνες) Επιστημονική Εταιρία Φοιτητών Ιατρικής [ΕΕΦΙΕ, 2010].

Πουρινεργικούς Υποδοχείς

Η αδενοσίνη και το αλκοόλ δρουν συνεργικά στους A1 υποδοχείς οδηγώντας σε κινητική αστάθεια. Μάλιστα η βραχυχρόνια χορήγηση της αδενοσίνης επάγει την απελευθέρωση του νευροδιαβιβαστή. Ακόμη έχει βρεθεί ότι το αλκοόλ αναστέλλει την ροή ιόντων στους ενεργοποιημένους $P_{2\chi}$ υποδοχείς (ΕΕΦΙΕ, 2010).

Υποδοχείς του GABA_A και της γλυκίνης

Οι υποδοχείς αυτοί θεωρείται ότι έχουν κατασταλτικό αποτέλεσμα. Η επίδραση της αλκοόλης προκαλεί ενίσχυση της δράσης του GABA με ανασταλτικό αποτέλεσμα, το οποίο σχετίζεται με την μειωμένη αντίληψη, την αταξία και την καταστολή που παρατηρούνται με την χορήγηση αλκοόλ. Όσον αφορά τους υποδοχείς της γλυκίνης το αλκοόλ έχει ενισχυτική δράση (ΕΕΦΙΕ, 2010).

Υποδοχείς σεροτονίνης

Η σεροτονίνη σε μεγάλες ποσότητες στον οργανισμό δρα ως με αντικαταθλιπτική δράση, ενώ στο επίπεδο των νευρώνων ως νευροδιαβιβαστής. Οι σεροτονινεργικοί νευρώνες βρίσκονται διάσπαρτοι στο ΚΝΣ, αλλά σημαντική ποσότητα ανευρίσκεται στον ανώτερο εγκεφαλικό στέλεχος και ιδιαίτερα στην γέφυρα και τον προμήκη μυέλο. Επηρεάζει μεγάλο αριθμό φυσιολογικών λειτουργιών, όπως οι κιρκάριοι ρυθμοί και επιδρά στην συμπεριφορά του ατόμου. Η έκθεση στο αλκοόλ οδηγεί σε μεταβολή της μετάδοσης των σεροτονινεργικών σημάτων στον εγκέφαλο. Παρατηρείται, δηλαδή, μεταβολή των επιπέδων σεροτονίνης στις συνάψεις και αλλαγή δράσεων υποδοχέων σεροτονίνης. Έτσι λοιπόν, πολύ αλκοολικοί για να αυξήσουν τη σεροτονινεργική νευρομεταβίβαση καταφεύγουν στην πρόσληψη αιθυλικής αλκοόλης. Το γεγονός αυτό παίζει, επίσης σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη ανοχής, καθώς η ενεργοποίηση των σεροτονινεργικών πυρήνων οδηγεί στην κατάχρηση του αλκοόλ (ΕΕΦΙΕ, 2010).

Σύστημα οπιοειδών πεπτιδίων

Στο σύστημα των οπιοειδών πεπτιδίων περιλαμβάνονται οι ενδορφίνες (α, β, γ) οι εγκεφαλίνες (Met- , Leu -). Οι υποδοχείς τους ανήκουν σε τρεις κατηγορίες, μ , δ και κ , οι οποίοι είναι και αυτοί συνδεδεμένοι με G πρωτεΐνες. Οι δράσεις τους είναι παρόμοιες με αυτές του αλκοόλ. Μπορεί να παρατηρηθεί υποθερμία, ευφορία αναλγησία και αυξημένη κινητικότητα καθώς επίσης φαινόμενα ανοχής και εξάρτησης. Το αλκοόλ οδηγεί σε διέγερση τους, οπότε και παρατηρείται ένα αίσθημα ευφορίας. Ειδικότερα σημειώνονται, κυρίως, αυξημένα επίπεδα β – ενδορφίνης και Met-εγκεφαλίνης στο πλάσμα και την υπόφυση. Παρατηρείται επίσης αυξημένη πυκνότητα μ -υποδοχέων και μειωμένη συγγένεια. Αυξημένα επίπεδα ενδορφίνης και εγκεφαλίνης οδηγούν σε αύξηση κατανάλωσης αλκοόλ. Επιπλέον, στον χρόνιο αλκοολισμό παρατηρείται ελαττωμένη σύνδεση των οπιοειδών στους υποδοχείς, λόγω της αλληλεπιδράσεως της αιθυλικής αλκοόλης με τις G- πρωτεΐνες και τις δομικές αλλαγές της σύνδεσης του οπιοειδούς στον υποδοχέα, αντικατοπτρίζοντας πιθανώς έτσι την ανάγκη για μεγαλύτερες δόσεις αλκοόλ στους αλκοολικούς (ΕΕΦΙΕ, 2010).

Αρτηρία ΚΝΣ

Το αλκοόλ προκαλεί αγγειοσύσπαση που οδηγεί σε αυξημένη συχνότητα αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων. Μεγάλη κατανάλωση αλκοόλ οδηγεί σε αναστολή αγγειοδιασταλτικής δράσεως ουσιών που δρουν μέσω ενεργοποίησης της σύνθεσης και απελευθέρωσης NO από ενδοθήλιο. Τέτοιες ουσίες είναι το ADP , η κετυλοχολίνη, το γλουταμινικό, ασπαρτικό και ενδεχομένως η ισταμίνη. Το αλκοόλ δρα με 3 διαφορετικούς μηχανισμούς στα αρτηρίδια του ΚΝΣ. Αρχικά προκαλεί ρευστοποίηση της μεμβράνης των ενδοθηλιακών κυττάρων και κατά συνέπεια, αδυναμία σύζευξης υποδοχέων με τις παραπάνω ουσίες (ΕΕΦΙΕ, 2010).

Νευρολογικές διαταραχές από το αλκοόλ

Αλκοολική εκφύλιση της παρεγκεφαλίδας

Επίκτητο νόσημα της παρεγκεφαλίδας από τοξικό αίτιο δηλαδή το αλκοόλ. Η εκφύλιση της παρεγκεφαλίδας μπορεί να οφείλεται σε αρκετούς εξωγενείς παράγοντες όπως λοιμώδη, φαρμακολογικά αίτια, ωστόσο η συχνότητα εμφάνισης σε άτομα εξαρτημένα από το αλκοόλ είναι διπλάσια. Τα βασικότερα χαρακτηριστικά από την εκφύλιση της παρεγκεφαλίδας είναι η απουσία έλεγχου κινήσεων του σώματος και κυρίως των άκρων (Τσιάντου, 2015).

Αλκοολική εγκεφαλική ατροφία

Η εγκεφαλική ατροφία από αλκοόλ είναι αποτέλεσμα της απευθείας επίδρασης της ουσίας στο ΚΝΣ. Η ατροφία του εγκεφάλου που τεκμηριώνεται στις δομικές νεύρο-απεικονιστικές μελέτες προκαλεί μια «πρόωρη γήρανση του εγκεφάλου προκαλώντας μη αναστρέψιμη απώλεια του ιστού που οδηγεί σε μορφή άνοια ή κατά κόσμων γνωστή και ως αλκοολική άνοια(ICD, 2016).

Νοσος Marchiafava-Bignami

Η είναι μια προοδευτική νευρολογική νόσος του αλκοολισμού, η οποία χαρακτηρίζεται από απομυελίνωση και νέκρωση του corpus callosum. Βασικότεροι παράγοντες κίνδυνου θεωρούνται η υποθερμία καθώς και η χρόνια κατανάλωση αλκοόλ επιδρώντας αρνητικά στον νευρικό ιστό. Τα βασικότερα συμπτώματα είναι η βιαιότητα, απάθεια, σεξουαλικές και ηθικές διαστροφές, απώλεια ελέγχου σφικτήρων και αφασία (ICD, 2016).

Ηπατική εγκεφαλοπάθεια

Νευροψυχιατρικό σύνδρομο, που προκαλείται από βαριά ηπατική βλάβη και συνήθως σχετίζεται, με επικοινωνία του αίματος της πυλαίας φλέβας, με τη συστηματική φλεβική κυκλοφορία. Βασικότεροι παράγοντες κίνδυνου: υπέρταση, λόγω κίρρωσης ή άλλων αιτιών, με ανάπτυξη εκτεταμένων παράπλευρων αναστομώσεων μεταξύ των δύο μεγάλων φλεβικών συστημάτων. Ασθενείς με χρόνια ηπατική βλάβη (Βώρος, 2014). Η εγκεφαλοπάθεια συνήθως επιδεινώνεται από διάφορους παράγοντες, δυνητικά αναστρέψιμους όπως: Χρήση ή κατάχρηση αλκοόλ. Συνηθέστερα συμπτώματα εκδηλώνονται ως: Διαταραχές προσωπικότητας, περίεργη συμπεριφορά, αλλαγή διάθεσης, αδυναμία κρίσης. Διαταραχές της αντίληψης. Διαταραχές του επιπέδου της συνείδησης, δηλαδή της επαφής του ασθενούς με το εξωτερικό περιβάλλον, (απάθεια, σύγχυση, λήθαργος, κόμα). Κατασκευαστική απραξία, δηλαδή ο ασθενής δεν μπορεί να επιτελέσει απλές κατασκευαστικές εντολές. Τρόμος, αδυναμία στήριξης. Ιδιαίτερη οσμή της αναπνοής του πάσχοντος (Βώρος, 2014).

Ηπατική Εγκεφαλοπάθεια

Η Ηπατική Εγκεφαλοπάθεια (ΗΕ) περιλαμβάνει ολόκληρο το φάσμα των δυνητικά αναστρέψιμων νευροψυχιατρικών διαταραχών, που παρατηρούνται σε ασθενείς με βαριά ηπατική δυσλειτουργία. Μπορεί να ορισθεί ως η διαταραχή της λειτουργίας του ΚΝΣ οφειλόμενη σε ηπατική δυσλειτουργία ή πυλαιοσυστηματική αναστόμωση (Groeneweg et al., 2000). Συνήθως στους ασθενείς αυτούς συνυπάρχουν και στοιχεία χρόνιας παγκρεατίτιδας. Ο μηχανισμός πρόκλησης δεν έχει διευκρινιστεί, αλλά πιθανολογείται πως σχετίζεται η τοξική δράση της αιθανόλης (αλκοόλ) στα αδενικά κύτταρα, καθώς και η σύσπαση του σφιγκτήρα του Oddi από την αιθανόλη, η οποία αυξάνει την πίεση στον παγκρεατικό πόρο (Βώρος, 2014). Η Ηπατική Εγκεφαλοπάθεια μπορεί να παρουσιασθεί με ένα ευρύ φάσμα κλινικών εκδηλώσεων από ελαφρά γνωστική διαταραχή έως βαθύ κόμα σε ασθενείς με οξεία ή χρόνια ηπατική νόσο (Βώρος, 2014).

Μυοπάθεια

Η αλκοολική μυοπάθεια αντιπροσωπεύει την πιο κοινή εμφανιζόμενη νόσο του μυοσκελετικού συστήματος. Η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ προξενεί επιβράδυνση στο σχηματισμό των πρωτεϊνών που είναι απαραίτητες για τη λειτουργία του μυϊκού συστήματος, μεταβολές στο μεταβολισμό του ασβεστίου και προάγει τη δημιουργία ελεύθερων ριζών, μορίων που έχουν βλαπτική δράση στα ανθρώπινα κύτταρα (Groeneweg et al., 2000).

Κεντρική γεφυρική μυελινόλυση

Η Κεντρική Γεφυρική Μυελινόλυση αποτελεί σπάνια πάθηση του κεντρικού νευρικού συστήματος και χαρακτηρίζεται από συμμετρικές απομυελινωτικού τύπου βλάβες που εντοπίζονται τυπικά στον πόδα της γέφυρας. Παρατηρείται κυρίως σε ασθενείς με σοβαρές ηλεκτρολυτικές διαταραχές και κυρίως σε περιπτώσεις ταχέως διορθωμένης βαριάς υπονατρίαιμίας (Σπέργος et al., 2017). Έχει όμως περιγραφεί και σε διάφορες άλλες σπανιότερες καταστάσεις. Το ακριβές αίτιο που προκαλεί την εντοπισμένη προσβολή της μυελίνης δεν έχει πλήρως αποσαφηνιστεί. Ωστόσο ισχυρός προδιαθεσικός παράγοντας θεωρείται η χρήση αλκοόλης (Σπέργος et al., 2017). Αυτή η δομή έχει επιρροή επίσης, σε μια σειρά από ακούσιες βασικές λειτουργίες της ζωής που σχετίζονται με την αναπνοή και τη συνείδηση. Μια περιοχή της γέφυρας γνωστή ως δικτυωτός σχηματισμός ρυθμίζει τον κύκλο ύπνου/αφύπνισης που επηρεάζει την κούραση, τα κίνητρα, και το βαθμό εγρήγορσης και τα όνειρα. Μία άλλη λειτουργία της γέφυρας είναι η αναπνοή (Σπέργος et al., 2017).

Σύνδρομο αλκοολικού εμβρύου /Alcohol fetal syndrome

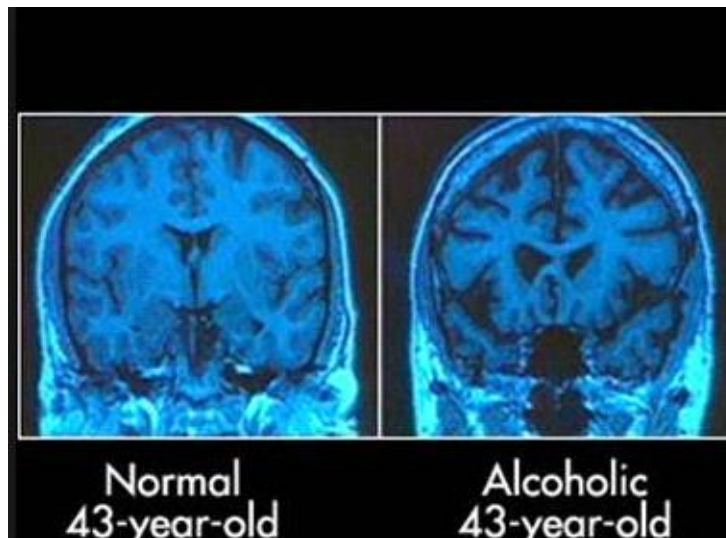
Γενετικές ανωμαλίες νεογνού από μητέρα που κατανάλωνε αλκοολούχα ποτά κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Χαρακτηριστικά ευρήματα περιλαμβάνουν μικροκεφαλία με πολλαπλές ανωμαλίες του προσώπου: μικρά μάτια, επίπεδη ρινική γέφυρα, πρόσωπο με έλλειψη της εντομής ανάμεσα στο χείλος και τη μύτη και μικρογναθισμό (Mulvihill & Yeager, 1976). Τα παιδιά συχνά εμφανίζουν καθυστέρηση ανάπτυξης, υπερδραστηριότητα και μαθησιακές δυσκολίες, μπορεί να έχουν σημεία και συμπτώματα στέρησης αλκοόλ μερικές ημέρες μετά τη γέννηση τους (Mulvihill & Yeager, 1976).

Η Εγκεφαλοπάθεια του Wernicke

Η αλκοολική εγκεφαλοπάθεια είναι ένα οξύ σύνδρομο που προκαλείται από ανεπάρκεια θειαμίνης (βιταμίνη B1) όσο και το σύνδρομο Korsakoff έχουν χαρακτηριστεί νευρολογικές παθήσεις λόγω υποθερμίας. Η αλκοολική εγκεφαλοπάθεια έχει συνδεθεί με ανωμαλίες στο μετωπικό φλοιό, καθώς επίσης και σε διάφορες υποφλοιώδεις δομές, συμπεριλαμβανομένου του θαλάμου, του ιππόκαμπου, των μαστίων και του αμυγδαλωτού πυρήνα. Σπάνια συναντάται σε άτομα μικρότερα των 35 ετών. Η εγκεφαλοπάθεια του Wernicke συνοδεύει το σύνδρομο Korsakoff (Thomson, Guerrini & Marshal, 2009).

Το Σύνδρομο Korsakoff

Ψύχωση του Korsakoff ή αμνησία Korsakoff, ονομάζεται λόγω αδυναμίας εκμάθησης. Συνήθως εγκαθίσταται μετά από επεισόδιο εγκεφαλοπάθειας Wernicke, σε χρόνιους αλκοολικούς, οι οποίοι για 10-15 χρόνια λάμβαναν μεγάλο ποσοστό των ημερήσιων θερμίδων τους από το αλκοόλ. Ο ασθενής εκδηλώνει αναδρομική και προχωρητική (πιο έντονη) αμνησία, απάθεια, μυθοπλασία, φτωχό περιεχόμενο ομιλίας, έλλειψη ευαισθησίας και αποπροσανατολισμό. Επίσης, συχνά εκδηλώνεται τρόμος. Φαίνεται πως η χορήγηση θειαμίνης για μεγάλο διάστημα (τουλάχιστον 6 μήνες) μπορεί να βελτιώσει την κλινική εικόνα στο 25% οι ασθενείς αναρρώνουν πλήρως 50% μερικώς με μακροχρόνια, χορήγηση θειαμίνης (Thomson, Guerrini & Marshal, 2009).



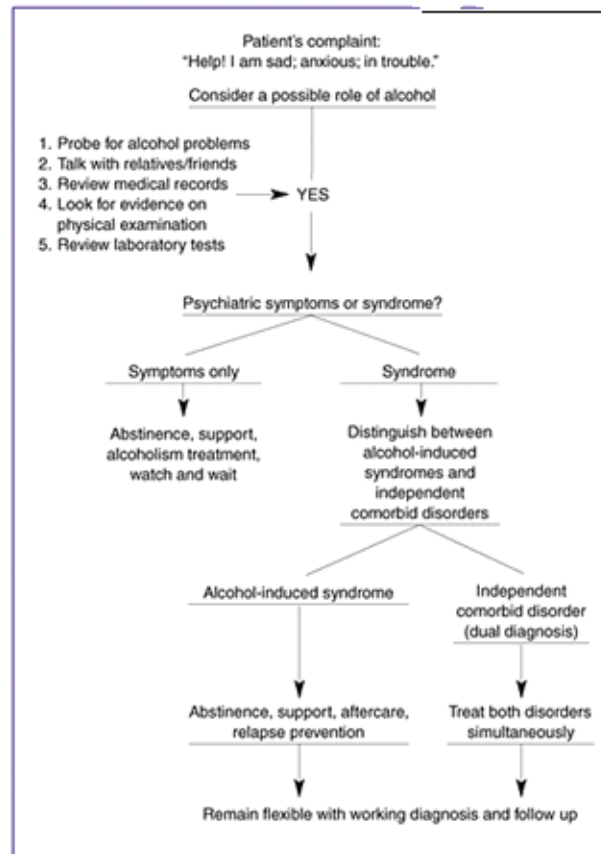
Πηγη/Source: nawrot.psych.ndsu.nodak.edu

Κεφάλαιο 1.5 ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟ ΚΑΙ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ

Αλκοολισμός και ψυχιατρικές διαταραχές

Οι ασθενείς με ιστορικό κατάχρησης αλκοόλ ή εξαρτώμενοι από το αλκοόλ, εμφανίζουν πολλά διαφορετικά ψυχιατρικά σύνδρομα. Πιο συγκεκριμένα αναφερόμαστε σε ψυχιατρικά συμπτώματα που σχετίζονται με το αλκοόλ, ψυχιατρικά σύνδρομα που προκαλούνται από το αλκοόλ και ανεξάρτητες ψυχιατρικές διαταραχές που συνδέονται συνήθως με τον αλκοολισμό. Το φύλο του ασθενούς, το οικογενειακό ιστορικό και η πορεία της ασθένειας με την πάροδο του χρόνου είναι βασικές τροποποιητικές μεταβλητές που παίζουν καθοριστικό ρόλο στην διάγνωση.

ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟ ΚΑΙ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ. Οι επαγγελματίες υγείας που εργάζονται σε δομές ψυχικής υγείας συχνά συναντούν ασθενείς που παρουσιάζουν ψυχιατρικές διαταραχές συνοδευόμενες από χρήση αλκοόλ.



Schematic representation of a diagnostic algorithm for evaluating psychiatric complaints in patients for whom alcoholism may be a contributing factor. The algorithm helps the clinician decide if the complaints represent alcohol-induced symptoms, or an alcohol-induced syndrome that will resolve with abstinence, or an independent psychiatric disorder that requires treatment.

SOURCE: Anthenelli 1997.

Για την σωστή εκτίμηση του προβλήματος ο ασθενής όσο και το συγγενικό του περιβάλλον δεν πρέπει να αποκρύψουν βασικές πληροφορίες που συντελούν στην σωστή διάγνωση του περιστατικού. Επιπλέον, η χρήση βαριάς αλκοόλης μπορεί να βλάψει τη μνήμη, γεγονός που μπορεί να κάνει τις πληροφορίες του ασθενούς κατά τη διάρκεια της ιστορίας να μην είναι αξιόπιστες. Για αυτό και συνιστάται περισσότερη διερεύνηση μέσα από βιοχημικούς ελέγχους (Anthenelli, 1997). Πρέπει επίσης να διεξάγονται εργαστηριακές εξετάσεις, όπως αναλύσεις αναπνευστικού συστήματος ή προσδιορισμός συγκεντρώσεων αλκοόλης στο αίμα, για την αναζήτηση στοιχείων πρόσφατης χρήσης οινόπνευματος που θα μπορούσαν να βοηθήσουν στην αξιολόγηση (Anthenelli, 1997). Αυτά τα αποτελέσματα μπορούν επίσης να παρέχουν έμμεσες ενδείξεις ανοχής στο αλκοόλ. Οι επακόλουθες εργαστηριακές εξετάσεις μπορεί επίσης να περιλαμβάνουν άλλες διαγνωστικές διαδικασίες, όπως μελέτες απεικόνισης του εγκεφάλου, για να αποκλείσουν τις έμμεσες ιατρικές αιτίες των ψυχιατρικών παραπόνων που σχετίζονται με το αλκοόλ. Για παράδειγμα, οι αλκοολικοί που υποφέρουν από τραυματισμό του κεφαλιού μπορεί να έχουν αιματώματα (δηλ. "Κυψέλες αίματος") στον εγκέφαλο ή άλλους τραυματικούς εγκεφαλικούς τραυματισμούς που μπορούν να προκαλέσουν ψυχιατρικά συμπτώματα (Anthenelli, 1997).

Διαφοροποίηση των συμπτωμάτων που σχετίζονται με το αλκοόλ από τις διανοητικές διαταραχές.

Το αλκοόλ επηρεάζει τις αλλαγές του νου και την ενίσχυση προκαλώντας αλλαγές στον νευροδιαβιβαστή και στον υποδοχέα. Οι υποδοχείς είναι μόρια πρωτεΐνης που βρίσκονται στην επιφάνεια ενός κυττάρου που αλληλεπιδρούν με εξωκυτταρικά σηματοδοτικά μόρια, όπως νευροδιαβιβαστές και ορμόνες. Συστήματα που σχετίζονται με τις περισσότερες μείζονες ψυχιατρικές παθήσεις (Schuckit & Hesselbrock, 1994). Αποτέλεσμα αυτών των άμεσων εγκεφαλικών επιδράσεων, η χρήση βαριάς αλκοόλης που προκαλεί ψυχιατρικά συμπτώματα που μπορούν να μιμηθούν τις περισσότερες μείζονες ψυχιατρικές διαταραχές (Schuckit & Hesselbrock, 1994). Αυτές οι αλλαγές συμβαίνουν τόσο στην απουσία όσο και στην παρουσία αλκοόλ (δηλ. κατά τη διάρκεια της μέθης, της οξείας απόσυρσης, της παρατεταμένης απόσυρσης ή της σταθερής αποχής για τουλάχιστον 3 μήνες). Η βαριά, παρατεταμένη χρήση αλκοόλ μπορεί να προκαλέσει ψυχιατρικά συμπτώματα και ψυχολογικά σύνδρομα, αυτές οι καταστάσεις που σχετίζονται με το αλκοόλ είναι πιθανό να βελτιωθούν αισθητά δια μέσου της αποχής. Αυτό το χαρακτηριστικό τις διακρίνει από τις μεγάλες ανεξάρτητες ψυχιατρικές διαταραχές όπως κατάθλιψη και διπολική διαταραχή (Schuckit & Hesselbrock, 1994).

Η κατάχρηση αλκοόλ μπορεί να προκαλέσει σημάδια και τα συμπτώματα όπως:

Η σύνδεση αλκοόλ (**AAD**) και μείζονος κατάθλιψης (**MD**) προκαλούνται από κοινό υποκείμενο. Γενετικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες (Fergusson, Boden & Horwood, 2009). Πράγματι, υπάρχουν αρκετές μελέτες κοινών γενετικών και περιβαλλοντικών χαρακτηριστικών που επιδρούν στη συννοσηρότητα. Κάποιες μελέτες έχουν καταδείξει στοιχεία πως η κατάθλιψη οδηγεί στην υπέρμετρη χρήση αλκοόλ ενώ άλλες μελέτες καταδεικνύουν την εξάρτηση αλκοόλ ως καθοριστικό παράγοντα για την εκδήλωση κατάθλιψης (Fergusson, Boden & Horwood, 2009). Τα βασικότερα κοινά χαρακτηριστικά που εντοπίζονται είναι: η περιορισμένη δράση, ως βασικό αίσθημα η λύπη, περιορισμένο ενδιαφέρον για δραστηριότητες, διαταραχές στον ύπνο(Αϋπνία ή υπερυπνία). Κόπωση ή απώλεια ενέργειας, εμπιστοσύνη/ αμέλεια: Τα συναισθήματα της ακρίβειας ή της υπερβολικής ή ακατάλληλης ενοχής (DSM-IV, 2013).

Διπολική διαταραχή και αλκοόλ: Διπολική διαταραχή I καλείται το μανιακό επεισόδιο που μπορεί να προηγείται ή να ακολουθείται από υπομανιακά ή μείζονα καταθλιπτικά επεισόδια (Mayo Clinic, 2017). Σε ορισμένες περιπτώσεις, η μανία μπορεί να προκαλέσει απομάκρυνση από την πραγματικότητα (ψύχωση). Διαταραχή διπολικής II. σοβαρό καταθλιπτικό επεισόδιο με τουλάχιστον ένα υπομανιακό επεισόδιο. Άλλοι τύποι προκαλούνται από ορισμένα φάρμακα ή αλκοόλ ή από ιατρική κατάσταση, όπως η νόσος του Cushing, η πολλαπλή σκλήρυνση ή το εγκεφαλικό επεισόδιο (Mayo Clinic, 2017). Η χρήση αλκοόλ αποτελεί ένα βασικό παράγοντα κίνδυνου. Η κατάχρηση ουσιών συμβαίνει σε υψηλά ποσοστά στη διπολική διαταραχή. Οι λόγοι αυτής της συνύπαρξης είναι άγνωστοι. Οι διαταραχές της χρήσης οινόπνευματος έχουν συσχετιστεί τόσο με την προηγούμενη όσο και με τη μεταγενέστερη ηλικία εμφάνισης της διπολικής διαταραχής, εν μέρει με βάση τις χρονικές συσχετίσεις των δύο συνθηκών (Strakowski et al., 2000). Και οι διαταραχές χρήσης ναρκωτικών και οινόπνευματος σχετίζονται με την εξασθενημένη έκβαση της διπολικής ασθένειας. Αυτή η επίδραση μπορεί να περιλαμβάνει τόσο άμεσες επιδράσεις αλκοόλ στην έναρξη συναισθηματικών συμπτωμάτων όσο και έμμεσες επιδράσεις στη συμμόρφωση της θεραπείας (Strakowski

et al., 2000). Υπάρχουν διάφοροι τύποι διπολικών και σχετικών διαταραχών. Μπορεί να περιλαμβάνουν μανία ή υπομανία και κατάθλιψη. Τα συμπτώματα μπορούν να προκαλέσουν απρόβλεπτες μεταβολές στη διάθεση και τη συμπεριφορά, με αποτέλεσμα σημαντική δυσφορία και δυσκολία στη ζωή (Mayo Clinic, 2017).

Αλκοόλ και αγχώδη διαταραχή

Η συνύπαρξη διαταραχών άγχους και χρήσης οινόπνευματος είναι σχετικά συχνή αλλά σχετίζονται με μια πολύπλοκη κλινική παρουσίαση. Υπάρχει σύνδεση μεταξύ κατανάλωσης αλκοόλ και άγχους συνοδευόμενο από πανικό ή φοβία (Smith & Randall, 2012). Η διαταραχή μπορεί να χωριστεί σε δύο μεγάλες κατηγορίες: Στην εμφάνιση αγχώδους διαταραχής από ασθενείς με βεβαρημένο ιστορικό κατάχρησης ή την συχνότητα εμφάνισης κατανάλωσης αλκοόλ από ασθενείς με διαταραχές άγχους που σχετίζονται με πανικό (Cox et al., 1990). Οι διαταραχές άγχους σχετίζονται περισσότερο με την εξάρτηση από το αλκοόλ παρά από την κατάχρηση αλκοόλ (Smith & Randall, 2012). Μελέτες δείχνουν ότι το 10-40% των αλκοολικών έχει μια διαταραχή άγχους που σχετίζεται με πανικό. Το 10-20% των ασθενών με διαγνωσμένη αγχώδη διαταραχή κάνει χρήση κάποιου αλκοολούχου σκευάσματος (Cox et al., 1990). Άτομα με άγχος είναι πιθανότερο να εξαρτηθούν ψυχολογικά από το αλκοόλ επειδή το χρησιμοποιούν ως μορφή αυτοϊασης, οι διαταραχές άγχους σε αυτά τα άτομα είναι κατά κύριο λόγο ένα τεχνούργημα απόσυρσης από το αλκοόλ (Tran & Smith, 2008). Η πλειοψηφία των ασθενών με διαταραχή ανησυχίας αναφέρουν ότι τα προβλήματα άγχους προηγήθηκαν των προβλημάτων με το αλκοόλ. Σε ορισμένες περιπτώσεις, η κατάχρηση ουσιών ενεργοποιεί την έναρξη κρίσεων πανικού. Οι περισσότεροι ασθενείς πιστεύουν ότι η αυτό-φαρμακευτική αγωγή είναι αποτελεσματική παρά το γεγονός ότι φαίνεται να έχουν μια πιο σοβαρή κλινική κατάσταση (π.χ. υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης) (Cox et al., 1990). Καθώς επίσης η συσχέτιση κατανάλωσης αλκοόλ έχει να κάνει τόσο με μεταβλητές όπως το φύλλο και η εθνικότητα (Smith & Randall, 2012).

Μετατραυματική Αγχώδης Διαταραχή (PTSD) και Αλκοόλ

Άνθρωποι που βίωσαν ένα δυσάρεστο ή απειλητικό γεγονός στη ζωή τους εμφανίζουν μια σειρά δυσχερεστών καταστάσεων όπως: Ανεπιθύμητες και επαναλαμβανόμενες αναμνήσεις με τη μορφή έντονων εικόνων και εφιάλτες, δυσκολίες στον ύπνο, ευερεθιστότητα, έλλειψη συγκέντρωσης, αίσθημα συναισθηματικού μούδιασματος – απώλεια ενδιαφέροντος για τις καθημερινές δραστηριότητες, αίσθημα αποκοπής και αποσύνδεσης από την οικογένεια και τους φίλους. Πολύ συχνά τα άτομα με τα παραπάνω σημάδια κάνουν χρήση αλκοόλ (Research and Education on Post-Traumatic Stress Disorder). Το αλκοόλ πιθανόν αποτελεί βασικό παράγοντα πρόκλησης τραύματος. Το 25-75% των επιζώντων βίαιου τραύματος αναφέρουν προβληματική χρήση αλκοόλ. Παρόλο που το αλκοόλ μπορεί να προσφέρει μια αίσθηση απόσπασης της προσοχής και ανακούφισης, μειώνει επίσης την ικανότητα συγκέντρωσης, παραγωγικότητας, ύπνου χαλαρότητας και αντιμετώπισης (Research and Education on Post-Traumatic Stress Disorder). Η κατανάλωση οινόπνευματος και η τοξίκωση αυξάνουν το συναισθηματικό μούδιασμα, την

κοινωνική απομόνωση, τον θυμό και την ευερεθιστότητα, την κατάθλιψη και τον υποβιβασμό. Οι διαταραχές της χρήσης οινόπνευματος μειώνουν την αποτελεσματικότητα θεραπείας PTSD (Research and Education on Post-Traumatic Stress Disorder).

Κεφάλαιο 1.6 Θεραπευτικά πρωτοκολλά για την αντιμετώπιση του αλκοολισμού

Στις περιπτώσεις σοβαρής σωματικής εξάρτησης είναι απαραίτητη η Φαρμακευτική Αγωγή εξ αιτίας της αυξημένης νοσηρότητας και θνησιμότητας κατά την διάρκεια της διακοπής της χρήσης του αλκοόλ. Συνιστάτε χορήγηση Βενζοδιαζεπίνης για την αποτροπή Αντισπασμωδικής δράσης και Διασταυρούμενης ανοχής στην διάρκεια εκδήλωσης του στερητικού συνδρόμου. Για την αποφυγή νευρολογικών διαταραχών είναι απαραίτητο ο ασθενής να λαμβάνει συμπληρώματα βιταμινών (Λιάππας et al., 2010).

Η θεραπεία του αλκοολισμού περιλαμβάνει την αντιμετώπιση

- Οξείας τοξίκωσης
- Συνδρόμου Στέρησης
- Delirium Tremens (D T)
- Νευρολογικών και Ψυχιατρικών διαταραχών σχετιζόμενων με το αλκοόλ

Πρόληψη υπότροπης αλκοολικής τοξίκωσης

Η πρόληψη της υποτροπής γίνεται σε φαρμακευτικό επίπεδο με την χορήγηση ειδικών σκευασμάτων σε συνδυασμό με ψυχοθεραπευτική παρέμβαση και κοινωνική υποστήριξη (Λιάππας et al., 2010).

Φαρμακευτική Αγωγή

Φαρμακευτική Αγωγή με Ναλτρεξόνη στόχος η μείωση της έντονης επιθυμίας για αλκοόλ. Η χορήγηση ενδείκνυται σε ασθενείς χωρίς ηπατικές διαταραχές (έλεγχος πριν την συνταγογράφηση). Διάρκεια χορήγησης 6μηνες έως 1 χρόνο (Λιάππας et al., 2010).

Ακαμπρόζατη. Η δόση προσδιορίζεται από το σωματικό βάρος. Μειώνει την ένταση της επιθυμίας αλκοόλ. Η έναρξη της χορήγησης σύντομα μετά την διακοπή του αλκοόλ. Απαιτείται καλή λειτουργία ήπατος και νεφρών (έλεγχος πριν την συνταγογράφηση). Χορήγηση 600mg 3 φορές την ημέρα. Επί μειωμένου σωματικού βάρους < 60 Kg: Πρωί 600mg – Μεσημέρι 333mg – Βράδυ 333mg (Λιάππας et al., 2010).

Η Δισουλφιράμη ως Θεραπευτικό μετρό αποσκοπεί στην Αποστροφή του αλκοόλ. Χορηγείται σε δόση 250 mg/ 24ωρο, Ωστόσο υπάρχουν αρκετές μεταβλητές που πρέπει να ελέγχονται πριν την χορήγηση της λόγω των παρενεργειών που παρουσιάζει το σκεύασμα, για τον λόγο αυτό ο ασθενής αντενδείκνυται να πάσχει από Καρδιακή ανεπάρκεια, στεφανιαία νόσο, ηπατική δυσλειτουργία, περιφερική νευροπάθεια, να μην είναι έγκυος ούτε να θηλάζει (Λιάππας et al., 2010).

Κεφάλαιο 2. Η Επιδημιολογία του αλκοόλ

Επιδημιολογικά Χαρακτηριστικά Γενικού Πληθυσμού

Η κατανάλωση αλκοόλ έχει επιβλαβείς συνέπειες για την ανθρώπινη υγεία και μπορεί να οδηγήσει τόσο σε νοσηρότητα όσο και σε θνησιμότητα, όπως έχει καταγραφεί στα περισσότερα μέρη του κόσμου (Rehm et al., 2009). Η χρήση αλκοόλ συνδέεται με πολλές βλαβερές συνέπειες για την υγεία και την κοινωνία (WHO, 2011D). Η κατανάλωση αλκοόλης είναι υπεύθυνη για τη δημιουργία νεοπλασιών, εγκεφαλικών επεισοδίων και κίρρωση του ήπατος. Η έκθεση των εμβρύων στο αλκοόλ αυξάνει τον κίνδυνο γέννησης με πνευματική ανεπάρκεια (WHO, 2011D). Το αλκοόλ μπορεί να προκαλέσει την αναπηρία ή και το θάνατο σε ατυχήματα, την εκδήλωση βίαιης συμπεριφοράς, να οδηγήσει σε ανθρωποκτονία ακόμη και την αυτοκτονία. Εκτιμάται ότι το αλκοόλ συντελεί σε περισσότερους από 2,5 εκατομμύρια θανάτους κάθε χρόνο παγκοσμίως (WHO, 2011D). Η θνησιμότητα που

οφείλεται στο αλκοόλ εκτιμάται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας ότι φτάνει στα 3 εκατομμύρια θανάτους παγκοσμίως ή στο 5,9% του συνόλου των θανάτων παγκοσμίως το 2012 (7,6% για τους άνδρες και 4% για τις γυναίκες) (OECD, 2012). Το 2014, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας ανέφερε ότι το αλκοόλ συνέβαλε σε περισσότερες από 200 ασθένειες και σε συνθήκες υγείας που σχετίζονται με τραυματισμούς, κυρίως λόγω της εξάρτησης από το αλκοόλ. Το 2012, καταγράφηκαν παγκοσμίως 139 εκατομμύρια χαμένα έτη ζωής με αναπροσαρμογή αναπηρίας, ασθενειών και τραυματισμών που οφείλονται στην κατανάλωση αλκοόλ. Σε παγκόσμιο επίπεδο, η κατάχρηση οινοπνεύματος είναι ο πέμπτος βασικός παράγοντας κινδύνου για πρόωρο θάνατο και αναπηρία. Μεταξύ των ατόμων ηλικίας 15 έως 49 αποτελεί τον πρώτο παράγοντα θνησιμότητας. Στην ηλικιακή ομάδα των 20-39 ετών, το 25% περίπου των συνολικών θανάτων οφείλεται στην κατανάλωση αλκοόλ. Μετρώντας το μέγεθος του προβλήματος με βάση το δείκτη DALY's, που λαμβάνει υπόψη τα χαμένα έτη ζωής από την πρόωμη θνησιμότητα ή αναπηρία, ο Π.Ο.Υ. εκτιμά ότι το 4% των χαμένων ετών ζωής από πρόωμη θνησιμότητα ή ανικανότητα παγκοσμίως (58,3 εκατομμύρια άνθρωποι) οφείλεται στην κατανάλωση αλκοόλ, ποσοστό που ειδικά για τους άνδρες ανέρχεται στο 6,5% έναντι του 1,3% για τις γυναίκες (OECD, 2012).

Αλκοόλ και εγκυμοσύνη:

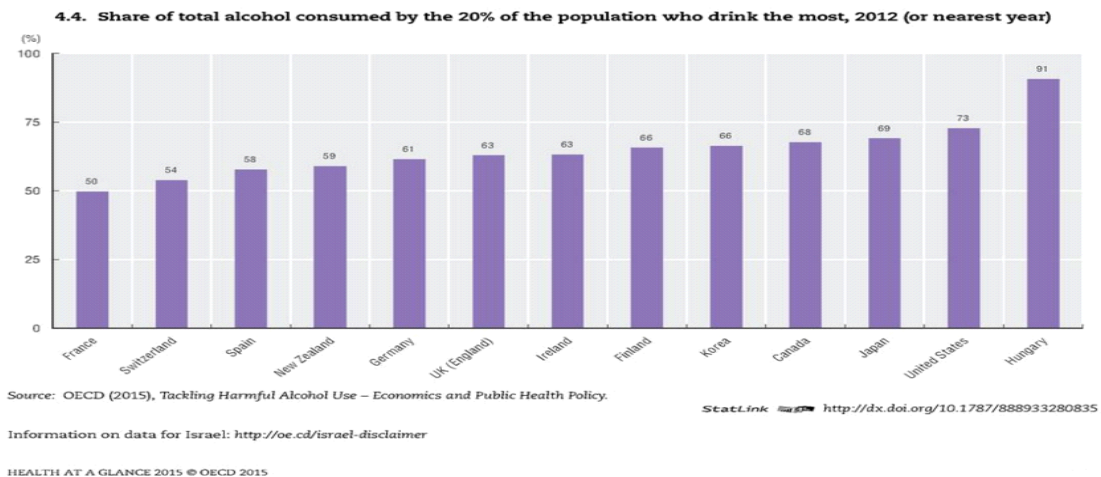
Ο επιπολασμός του συνδρόμου εμβρυϊκής αλκοόλης (FAS) εκτιμήθηκε από το ότι κυμαίνεται μεταξύ 0,5 και 3,0 περιπτώσεων ανά 1.000 κατοίκους. Οι πιο πρόσφατες αναφορές αναφέρουν ότι ο επιπολασμός του FAS είναι 2 έως 7 περιπτώσεις ανά 1.000. Αντιστοιχά ο επιπολασμός των διαταραχών φάσματος αλκοολισμού εμβρίου (FASD) είναι τόσο υψηλός από 20 έως 50 περιπτώσεις ανά 1000 κατοίκους (Stratton, Howe & Battaglia, 1996).

Αλκοόλ και επίπτωσης στο ανθρώπινο σώμα:

Το 2013, από τους 72.559 θανάτους σχετιζόμενους με ασθένειες του ήπατος μεταξύ ατόμων ηλικίας από 12 ετών και άνω, το 45,8% σχετιζόταν άμεσα με την χρήση αλκοόλ (National Cancer Institute, 2015). Μεταξύ των ανδρών, το 48,5% δηλαδή (46.568) θανάτων από ηπατική νόσο συσχετιζόταν άμεσα με το αλκοόλ. Μεταξύ των γυναικών, το 41,8% των θανάτων (25.991) από ηπατική νόσο συσχετιζόταν άμεσα με το αλκοόλ (WHO, 2015). Στο σύνολο των θανάτων το 2013, από κίρρωση του ήπατος το 47,9% αφορούσε εξαρτημένη σχέση με το αλκοόλ. Η αναλογία της σχετιζόμενης με το αλκοόλ κίρρωση ήταν υψηλότερη (76,5%) μεταξύ των θανάτων ηλικιακών ομάδων ηλικίας 25-34 ετών, ακολουθούν οι ηλικιακές ομάδες 35-44 ετών με 70,0%. Το 2009 οι μεταμοσχεύσεις ήπατος 1 στις 3 σχετιζόταν με το αλκοόλ. Η κατανάλωση αλκοόλ αυξάνει τον κίνδυνο καρκίνου του στόματος, οισοφάγου, φάρυγγα, λάρυγγα, ήπατος και μαστού (National Cancer Institute, 2015).

Οφέλη για την υγεία από τη μέτρια κατανάλωση αλκοόλ:

Η μέτρια κατανάλωση αλκοόλ, σύμφωνα με τις κατευθυντήριες γραμμές διατροφολογίου 2015-2020, είναι μέχρι 1 ποτό ημερησίως για τις γυναίκες και μέχρι 2 ποτά ανά την ημέρα για τους άνδρες. Η μέτρια κατανάλωση αλκοόλ μπορεί να έχει ευεργετικές επιδράσεις στην υγεία (Danaei, Ding & Mozaffarian, 2009). Αυτές περιλαμβάνουν μειωμένο κίνδυνο καρδιακών παθήσεων και θνησιμότητας λόγω καρδιακής νόσου, μειωμένο κίνδυνο ισχαιμικού αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου (στον οποίο οι αρτηρίες στον εγκέφαλο μειώνονται ή παρεμποδίζονται, με αποτέλεσμα τη μειωμένη ροή αίματος) και μειωμένο κίνδυνο διαβήτη (Danaei, Ding & Mozaffarian, 2009). Στις περισσότερες δυτικές χώρες, όπου οι κύριες αιτίες θανάτου είναι οι χρόνιες ασθένειες όπως η στεφανιαία καρδιακή νόσος, ο καρκίνος, το εγκεφαλικό επεισόδιο και ο διαβήτης, από μεγάλες επιδημιολογικές μελέτες προκύπτει ότι το αλκοόλ μειώνει τη θνησιμότητα, ιδίως στους μεσήλικες και τους μεγαλύτερους άνδρες. Εκτιμάται ότι το 2005 αποφευχθήκαν 26.000 θάνατοι λόγω μειώσεων της ισχαιμικής καρδιοπάθειας, του ισχαιμικού εγκεφαλικού επεισοδίου και του διαβήτη από τα οφέλη που αποδίδονται στη μέτρια κατανάλωση αλκοόλ (Danaei, Ding & Mozaffarian, 2009).



Country	Alcohol, total (recorded + unrecorded) per capita (15+) consumption, projected estimates for 2016 ^f
Russian Federation	14.8 [11.5-18.1]
San Marino	ⁱ
Serbia	12.3 [9.6-15.1]
Slovakia	12.5 [9.7-15.2]
Slovenia	11.1 [8.0-14.2]
Spain	9.7 [6.9-12.6]
Sweden	9.7 [6.8-12.5]
Switzerland	10.8 [7.8-13.7]
Tajikistan	2.7 [1.4-4.0]
The former Yugoslav republic of Macedonia	7.4 [5.2-9.5]
Turkey	2.5 [1.8-3.2]
Turkmenistan	4.4 [3.2-5.6]
Ukraine	14 [10.8-17.2]
United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland	11.4 [8.3-14.4]
Uzbekistan	5.9 [4.5-7.4]

[filter table](#) | [reset table](#)

Last updated: 2016-03-03

Download filtered data as: [CSV table](#) | [XML \(simple\)](#) | [JSON \(simple\)](#)

Download **complete** data set as: [CSV table](#) | [Excel](#) | [CSV list](#) | [more](#)

		Alcohol, regional per capita (15+) consumption (in litres of pure alcohol) ^f		
WHO region	Year	recorded	unrecorded	total
Africa	2010	4.2	1.8	6.0
	2005	4.3	1.9	6.2
Americas	2010	7.2	1.2	8.4
	2005	7.2	2.0	9.2
South-East Asia	2010	1.8	1.6	3.5
	2005	1.4	1.5	2.9
Europe	2010	9.0	1.9	10.9
	2005	9.2	2.7	9.1
Eastern Mediterranean	2010	0.3	0.4	0.7
	2005	0.3	0.4	0.7
Western Pacific	2010	5.1	1.7	6.8
	2005	3.8	1.6	5.4
Global	2010	4.7	1.5	6.2
	2005	4.6	1.7	5.6

Κατανάλωση Αλκοόλ Στην Ευρώπη

Στην Ευρώπη γίνεται η μεγαλύτερη κατανάλωση οινοπνεύματος στον κόσμο. Καθώς η επίδρασης του αλκοόλ είναι εμφανή τόσο στην κακή υγεία του πληθυσμού αλλά και στους πρόωρους θανάτους (WHO, 2015). Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας κατατάσσει την Ευρωπαϊκή Ήπειρο να έχει το υψηλότερο επίπεδο κατανάλωσης αλκοόλ στον κόσμο. Τα υψηλότερα ποσοστά κατανάλωσης προέρχονται από το κεντρικό και ανατολικό τμήμα της Ευρώπης. Συνεπώς οι συσχετισμένες ασθένειες από αλκοόλ είναι υψηλές. Περίπου το 70% των ενηλίκων στην Ευρώπη καταναλώνει αλκοόλ (WHO, 2015). Κατά μέσο όρο, οι Ευρωπαίοι καταναλώνουν 10,7 Λίτρα καθαρής αλκοόλης ετησίως. Οι άνδρες καταναλώνουν περισσότερο αλκοόλ από τις γυναίκες. Το 2014 ο μέσος όρος κατανάλωσης ανά κάτοικο στην Ευρώπη είναι 19,4 λίτρα για τους άνδρες και 12,9 για τις γυναίκες. Το υψηλότερο ποσοστό κατανάλωσης σχετίζεται με ποσοστά υψηλής μέθης από αλκοόλ πάνω από 60 g ή και περισσότερο (WHO, 2015). Κατά συνέπεια αυξάνονται και οι παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με το αλκοόλ. Σε σχετική

μελέτη του 2010 το 30% των καρδιαγγειακών νοσημάτων σχετίζονται με την υψηλή κατανάλωση αλκοόλ. Μεταξύ των ανθρώπων που κατανάλωσαν αλκοόλ, το 31,8% ήταν άνδρες και το 12,6% γυναίκες αναφέροντας βαριά επεισόδια κατανάλωσης στις τελευταίες 30 ημέρες (World Health Organization, 2014).

ast updated: 2016-03-03

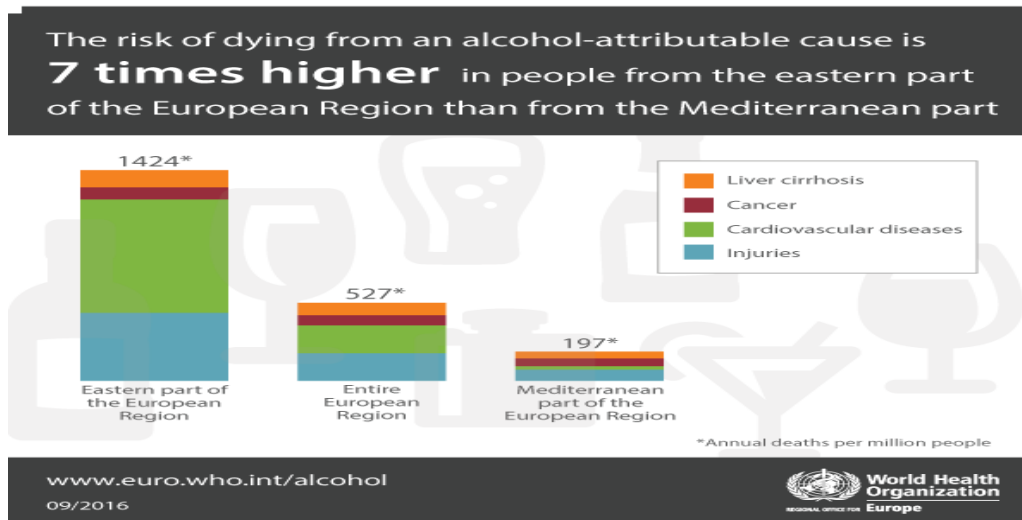
Download complete data set as: CSV table | Excel | CSV list | mor

Country	Alcohol, total (recorded + unrecorded) per capita (15+) consumption, projected estimates for 2016 ^f
Albania	6.8 [4.7-8.8]
Andorra	11.8 [8.6-14.9]
Armenia	5.3 [3.5-7.1]
Austria	8.4 [5.8-11.1]
Azerbaijan	2.4 [1.2-3.6]
Belarus	17.8 [14.2-21.4]
Belgium	10.7 [7.8-13.7]
Bosnia and Herzegovina	6.8 [5.6-8.0]
Bulgaria	11.2 [8.6-13.8]
Croatia	13.0 [9.7-16.3]
Cyprus	8.8 [6.1-11.6]
Czechia	14 [10.6-17.4]
Denmark	9.9 [7.0-12.8]
Estonia	<i>i</i>
Finland	11.7 [8.6-14.9]
France	12.3 [9.1-15.5]

Georgia	8.1 [5.9-10.2]
Germany	11.5 [8.4-14.5]
Greece	9.2 [6.4-12.0]
Hungary	12.4 [9.4-15.4]
Iceland	5.9 [3.7-8.2]
Ireland	10.1 [7.2-13.0]
Israel	3.1 [1.8-4.3]
Italy	5.7 [3.5-7.9]
Kazakhstan	9.8 [7.1-12.5]
Latvia	12.0 [9.1-15.0]
Lithuania	16.9 [13.4-20.4]
Luxembourg	11.9 [8.7-15.1]
Malta	7.2 [4.8-9.7]
Monaco	<i>i</i>
Montenegro	<i>i</i>
Netherlands	9.6 [6.8-12.4]

Η Αυστρία, η Γαλλία, η Λετονία, η Λιθουανία και η Ρουμανία περιλαμβάνονται στις ευρωπαϊκές χώρες με την υψηλότερη κατανάλωση αλκοόλ, με 12 λίτρα ή περισσότερο ανά ενήλικο για το 2010 (OECD, 2012). Η Ευρωπαϊκή Ένωση κατέχει το υψηλότερο ποσοστό βαριάς κατανάλωσης αλκοόλ στον κόσμο. Πάνω το 1/5 του ευρωπαϊκού πληθυσμού, ηλικίας 15 ετών και άνω, αναφέρει βαριά επεισοδιακή κατανάλωση αλκοόλ (πέντε ή περισσότερα ποτά σε μια περίπτωση ή 60g αλκοόλ) τουλάχιστον μια φορά την εβδομάδα. Η βαριά επεισοδιακή κατανάλωση αλκοόλ είναι ευρέως διαδεδομένη σε όλες τις ηλικίες και σε όλη την Ευρώπη, και όχι μόνο στους νέους ή στις περιοχές της βόρειας Ευρώπης. Το αλκοόλ θεωρείται ως η έκτη αιτία κακής υγείας καθώς συμβάλει στον πρόωρο θάνατο στις χώρες υψηλού εισοδήματος.

Source: Global Health Observatory Data Repository (European Region)Global Information System on Alcohol and HealthLevels of ConsumptionTotal consumption, projected estimates for



Η συνολική κατανάλωση αλκοόλ ανά κάτοικο της εκάστοτε χώρας συνδέονται με τις βλάβες που σχετίζονται από το αλκοόλ και την εξάρτηση του. Το υψηλό επίπεδο βλάβης προέρχεται από τραυματισμούς και θανάτους κυρίως τροχαίων ατυχημάτων στην ανατολική και δυτική Ευρώπη (WHO, 2015). Στο άλλο άκρο της κλίμακας, χώρες της νότιας Ευρώπης (Κύπρος, Ελλάδα, Ιταλία, Μάλτα), μαζί με τις σκανδιναβικές χώρες (Ισλανδία, Σουηδία, Νορβηγία) έχουν σχετικά χαμηλά επίπεδα κατανάλωσης, με 7 - 8 λίτρα καθαρής αλκοόλης ανά ενήλικο (OECD, 2012). Η Τουρκία και η Πρώην Γιουγκοσλαβική Δημοκρατία της Μακεδονίας έχουν ποσοστά- πολύ κάτω από τα 4 λίτρα (OECD, 2012). Η ασφαλής κατανάλωση ποτού ορίζεται ως τα 3 ποτήρια ημερησίως ή μέχρι τα 7 την εβδομάδα για τις γυναίκες. Για τους άνδρες, αυτή ορίζεται ως τα 4 ποτά ανά ημέρα και όχι περισσότερα από 14 την εβδομάδα. Η έρευνα NIAAA's δείχνει ότι μόνο περίπου 2 στους 100 ανθρώπους πίνουν μέσα σε αυτά τα όρια Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA, 2015).

Επίσης καταγράφεται υψηλή συσχέτιση κατανάλωσης αλκοόλ και εγκληματικότητας/ κοινωνικών αδικημάτων όπως ληστεία, σεξουαλικά αδικήματα, ανθρωποκτονία και επιθέσεις (WHO, 2015). Το 6,4% του πληθυσμού των ανδρών της Ευρώπης και το 1,2% των γυναικών εκτιμάται ότι εξαρτάται από το αλκοόλ ενώ το 12,6% των ανδρών και το 2,9% των γυναικών εκφράζουν κάποια διαταραχή σχετιζόμενη από το Αλκοόλ (WHO, 2015). Η χρήση οινοπνεύματος αποτελεί σημαντικό παράγοντα κινδύνου άνω των 200 καταστάσεων υγείας και την πρόκληση κάποιας νόσου καθώς και της πρόωρης θνησιμότητας. Στην Ευρώπη το 15% όλων των αιτιών θανάτου. οφείλεται στο αλκοόλ τα υψηλότερα ποσοστά εμφανίζονται στους άνδρες ηλικίας 20-39 ετών. Καταγράφεται ότι στις ευρωπαϊκές χώρες με χαμηλό κοινωνικοοικονομικό υπόβαθρο η κατανάλωση αλκοόλ είναι χαμηλότερη

ωστόσο η βλάβη που σχετίζεται από την χρήση είναι υψηλότερη, από ότι στα υψηλότερα ευρωπαϊκά κοινωνικοοικονομικά στρώματα. Περνώντας την ονομασία «Παράδοξη βλάβη από την χρήση αλκοόλ» (WHO, 2015).

Χρήση Αλκοόλ Στην Ελλάδα

Σύμφωνα με τις εκτιμήσεις του Εθνικού Κέντρου Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά (Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν, 2007) περίπου 200 χιλιάδες Έλληνες πάσχουν από αλκοολική εξάρτηση, ενώ εκτιμάται ότι περίπου 5 χιλιάδες θάνατοι ετησίως οφείλονται σε αιτίες που σχετίζονται με την υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ (Borsari, Hustad, & Capone, 2009). Τα τελευταία δέκα χρόνια, 61 μελέτες προσπαθούν να εξετάσουν τη χρήση αλκοόλ και προβλήματα που ανακύπτουν στο ελληνικό σύστημα (Borsari, Hustad, & Capone, 2009). Από προηγούμενες ανασκόπησης επεξηγούνται οι βασικοί λόγοι που ωθούν τους Έλληνες στο αλκοόλ: Πρώτον η επιλογή του αλκοόλ ως μέσο για κοινωνικοποίηση στο ελληνικό σύστημα, Δεύτερον η εσφαλμένη αντίληψη/ πεποίθηση των ελλήνων για την πραγματικές συνέπειες του αλκοόλ στην υγεία. Τρίτον το ευνοϊκό περιβάλλον του ελληνικού σπιτιού ως προς την κατανάλωση αλκοολούχων σκευασμάτων όπως οι γονείς και τα αδέρφια που καταναλώνουν αλκοόλ (Borsari, Hustad, & Capone, 2009). Η χρήση οινόπνευματων είναι αναμφίβολα συνδεδεμένη παραδοσιακά με την κουλτούρα του Έλληνα και για το λόγο αυτό είναι διαδεδομένη όχι μόνο στους ενήλικες αλλά και στους εφήβους. Σχεδόν δεν υπάρχει άτομο στην ελληνική κοινωνία που να μην έχει πει κάποια στιγμή στη ζωή του. Ένα στα τέσσερα άτομα ηλικίας 12-64 ετών ανέφερε το 2004 ότι πίνει με συχνότητα τουλάχιστον δυο φορές την εβδομάδα. Πρόσφατη κατανάλωση αλκοόλ εκτιμάται ότι έχουν κάνει 5.136.574 άτομα ενώ συχνή κατανάλωση (τουλάχιστον δυο φορές την εβδομάδα) κάνουν 2.092.100 άτομα. Εντούτοις σαφώς λιγότεροι Έλληνες σε σύγκριση με τους κατοίκους άλλων χωρών της Ευρώπης, των ΗΠΑ, του Καναδά και της Ωκεανίας κάνουν υπερβολική χρήση αλκοόλ ή μεθούν. Όπως και στις άλλες χώρες, έτσι και στην Ελλάδα οι άνδρες πίνουν περισσότερο αλκοόλ και είναι πιο πολλοί από τους γυναίκες που πίνουν. Επίσης όπως και στις άλλες χώρες της Ευρώπης τα τελευταία χρόνια μειώνεται η χρήση του αλκοόλ στον πληθυσμό, με εξαίρεση την ομάδα των νέων ηλικίας 18-35 ετών (ΕΠΙΠΨΥ, 2004).

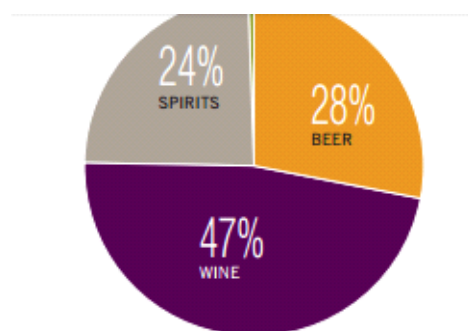
Αξιολογώντας τα επίπεδα κατανάλωσης αλκοόλ στον Ελλαδικό χώρο από το 1960 έως και την τρέχουσα δεκαετία παρουσιάζεται μια μικρή μείωση ως προς την ποσότητα κατανάλωσης αλκοόλ (WHO, 2014). Ο συνολικός πληθυσμός καταναλώνει αλκοόλ στα 10 λίτρα ετησίως. Από το 2003-2010 παρουσιάζεται μια μικρή μείωση της τάξεως του 0,5 λίτρου (10.8 στο 10.3 λίτρα). Ενώ ο συνολικός Ευρωπαϊκός δείκτης κατανάλωσης αλκοόλ είναι ελαφρά υψηλότερος (10,9 λίτρα) (WHO, 2014).

Alcohol per capita (15+) consumption (in litres of pure alcohol)

	Average 2003–2005	Average 2008–2010	Change
Recorded	9.0	8.3	→
Unrecorded	1.8	2.0	↗
Total	10.8	10.3	→
Total males / females		14.6 6.2	
WHO European Region	11.9	10.9	

Το δημοφιλέστερο αλκοολούχο σκεύασμα για του έλληνες είναι το κρασί το οποίο καταναλώνεται σε ποσοστό 47%.

Ακολουθεί η μπύρα με ποσοστό κατανάλωσης 27% και εν συνεχεία αλλού είδος ποτά 24% όπως βότκα ουίσκι ρακί κλπ.



Το 15,6% του συνολικού πληθυσμού της Ελλάδας μετά το 15 έτος είναι συστηματικοί πότες αλκοολούχων σκευασμάτων. Πιο συγκεκριμένα οι άνδρες στο 20,4 % ενώ οι γυναίκες στο 10,1 (WHO, 2014).

Total alcohol per capita (15+) consumption, drinkers only (in litres of pure alcohol), 2010

Males (15+)	20.4
Females (15+)	10.1
Both sexes (15+)	15.6

Τα περιστατικά υψηλής μέθης πάνω από 60 g είναι αρκετά υψηλά τόσο στο γενικό πληθυσμό ως και στους πότες. Το σύνολο γενικού του πληθυσμού είχε το περασμένο μηνά ένα περιστατικό υψηλής μέθης στο 34,6%. Πιο συγκεκριμένα. Ένα περιστατικό

υψηλής μέθης για του άνδρες 47,6% ενώ αντίστοιχα για τις γυναίκες 22.8% . Για τους ποτές τα ποσοστά είναι αρκετά υψηλότερα με 52,8 για το ανδρικό φύλο 66,4%αντίστοιχα για τις γυναίκες 37,5% (WHO, 2014).

Prevalence of heavy episodic drinking* (%), 2010

	Population	Drinkers only
Males (15+)	47.6	66.4
Females (15+)	22.8	37.5
Both sexes (15+)	34.9	52.8

*Consumed at least 60 grams or more of pure alcohol on at least one occasion in the past 30 days.

Η Ελλάδα σε σύγκριση με την υπόλοιπη Ευρώπη παρουσιάζει χαμηλότερα ποσοστά ως προς το Επιπολασμό τόσο στην διαταραχές που σχετίζονται με το αλκοόλ όσο και με την εξάρτηση (WHO, 2014). Στην Ευρώπη το σύνολο του επιπολασμού που σχετίζεται με διαταραχές σχετικά με το αλκοόλ είναι 7.5% ενώ στην Ελλάδα είναι 5.1%. Τα άτομα που έχουν μια εξαρτημένη σχέση από το αλκοόλ είναι 4.0 %. Το ανδρικό φύλο παρουσιάζει διαταραχές σχετιζόμενες με το αλκοόλ στο 7.9 του Ελλαδικού πληθυσμού και εξάρτηση το 4.2%. Ενώ οι γυναίκες 2.5% και 1.3% εξάρτηση αντίστοιχα (WHO, 2014).

Prevalence of alcohol use disorders and alcohol dependence (%), 2010*

	Alcohol use disorders**	Alcohol dependence
Males	7.9	4.2
Females	2.5	1.3
Both sexes	5.1	2.7
WHO European Region	7.5	4.0

*12-month prevalence estimates (15+).

**Including alcohol dependence and harmful use of alcohol.

- Επιπολασμός/(Prevalence) Ο αριθμός των περιστατικών που ήδη υπάρχουν στον πληθυσμό μία δεδομένη χρονική στιγμή. $P = \frac{\text{αριθμός των περιστατικών σε μια συγκεκριμένη χρονική στιγμή}}{\text{αριθμός πληθυσμού που βρίσκεται σε κίνδυνο την ίδια χρονική στιγμή}}$ (Τριχόπουλος, 2002).

Επιπτώσεις στην υγεία (νοσηρότητα και θνησιμότητα).

Οι θάνατοι από κύρωση του Ήπατος εξαιτίας της κατανάλωσης αλκοόλ το 2012 για τους άνδρες είναι 14.6% και για το γυναικείο φύλο είναι 5.4%. Οι θάνατοι από τροχαίο ατύχημα εξαιτίας της οδήγησης κάτω από την επήρεια αλκοόλ είναι 25.9% για τους άνδρες και 5.6% για τις γυναίκες. Αντίστοιχα η πρόκληση κύρωσης του Ήπατος από την εκτεταμένης χρήση αλκοόλ στους άνδρες είναι 64.1 και στις 63.6% για τις γυναίκες. Η μεθυμένη οδήγηση έχει προκαλέσει σοβαρά ατυχήματα τόσο σε άνδρες κατά 18.4% όσο και σε γυναίκες 7.3% (WHO, 2014).

- *Δείκτης θνητότητας:* Ποσοστό θανατηφόρων περιστατικών (σε μια χρονική διάρκεια) αθροιστική επίπτωση θανάτων ανάμεσα στα περιστατικά
- *Δείκτης νοσηρότητας:* Η εμφάνιση και η συχνότητα μίας νόσου σε ένα συγκεκριμένο πληθυσμό ανθρώπων (Τριχόπουλος, 2002).

HEALTH CONSEQUENCES: MORTALITY AND MORBIDITY

Age-standardized death rates (ASDR) and alcohol-attributable fractions (AAF), 2012

	ASDR*		AAF (%)	
	14.6	5.4	64.1	63.6
Liver cirrhosis, males / females	25.9	5.6	18.4	7.3
Road traffic accidents, males / females				

*Per 100 000 population (15+).

Years of life lost (YLL) score*, 2012

LEAST < 1 2 3 4 5 > MOST

*Based on alcohol-attributable years of life lost.

Κεφαλαίο 2.1 Αλκοολ και εφηβία

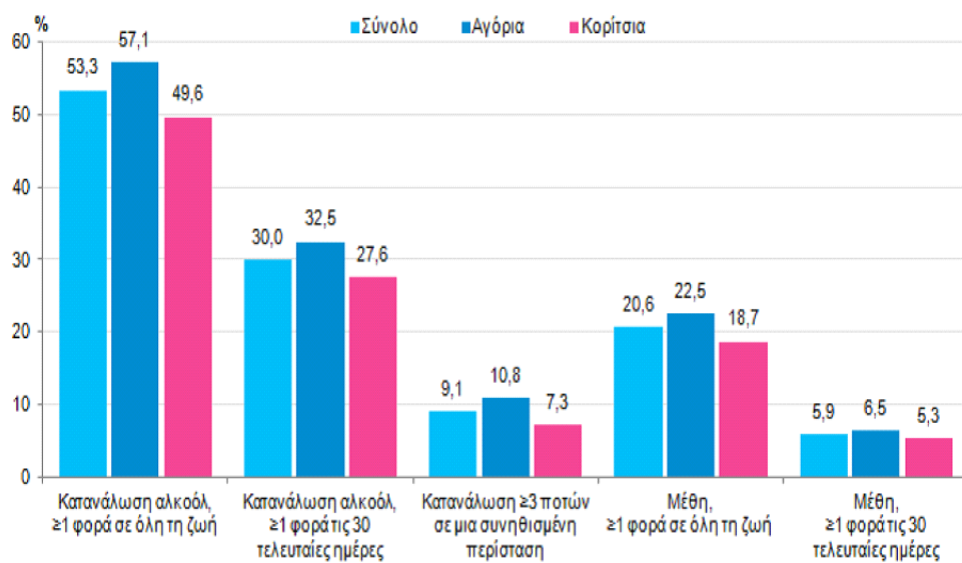
Χρήση Αλκοόλ από τους Εφήβους

Τα υψηλότερα ποσοστά μέθης στους 15χρόνους μαθητές, που έχουν μεθύσει τουλάχιστον δύο φορές στη ζωή τους, συναντώνται στην Τσεχία, τη Δανία, την Εσθονία, τη Φινλανδία, την Ουγγαρία, τη Σλοβενία και το Ηνωμένο Βασίλειο, με το ποσοστό να βρίσκεται στο 40%. Χαμηλότερα ποσοστά, κάτω του 20%, αναφέρονται στην Ισλανδία, την Ιταλία, το Λουξεμβούργο και τις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής. Συγκεκριμένα, υπάρχουν μεγάλες διαφορές μεταξύ των φύλων με το ποσοστό των αγοριών να βρίσκεται στο 32% έναντι του 28% των κοριτσιών (OECD, 2013). Σε Γαλλία, Ουγγαρία και Σλοβενία σημειώνονται οι μεγαλύτερες διαφορές κατανάλωσης όσον αφορά το φύλο, με τα αγόρια να έχουν διαφορά κατά 9%. Αντίθετα σε χώρες όπως η Φινλανδία, η Ισπανία, η Σουηδία και το Ηνωμένο Βασίλειο, περισσότερα κορίτσια αναφέρουν επανειλημμένη μέθη (5 - 7%) (OECD, 2013). Οι επικίνδυνες συμπεριφορές μεταξύ των εφήβων έχουν μειωθεί σε πολλές χώρες, τόσο όσον αφορά στο κάπνισμα και για τα δύο φύλλα όσο και στα ποσοστά μέθης, στα έφηβα αγόρια παρουσιάζουν διαχρονικά μείωση σε σύγκριση με τα ποσοστά που αντιστοιχούσαν στο 1990 (OECD, 2013).

Χρήση Αλκοόλ Στην Ελλάδα από τους Εφήβους.

Το οινόπνευμα είναι μια αρκετά επικίνδυνη ψυχοδραστική ουσία. Οι έφηβοι που καταναλώνουν συχνά ποσότητες αλκοόλ είναι πολύ πιθανόν να κάνουν χρήση και πιο επικίνδυνων παράνομων ουσιών (Department of Health, 2012). Ένας στους δύο εφήβους (53,3%) απάντησε το 2014 ότι έχει πει αλκοόλ έστω και μία φορά στη ζωή του, ενώ σχεδόν ένας στους τρεις (30%) κατανάλωσε αλκοόλ τις τελευταίες 30 μέρες πριν τη διεξαγωγή της έρευνας (Kokkevi et al., 2014). Ένα ποσοστό της τάξεως του 5,2% των εφήβων ανέφερε ότι κατανάλωσε αλκοόλ περισσότερες από 5 μέρες κατά τη διάρκεια του τελευταίου μήνα. Το 9,1% ανέφερε ότι, σε μια συνηθισμένη περίπτωση, πίνει τουλάχιστον 3 ποτά (Kokkevi et al., 2014). Τα αγόρια ανέφεραν κατανάλωση αλκοόλ σε υψηλότερα ποσοστά σε σχέση με τα κορίτσια, αλλά στα περιστατικά μέθης, αγόρια και κορίτσια παρουσίασαν παρόμοια ποσοστά (Kokkevi et al., 2014). Με την αύξηση της ηλικίας αυξάνονται και τα ποσοστά κατανάλωσης αλκοόλ και μέθης. Το 20,5% των εφήβων μαθητών έπινε συνήθως τουλάχιστον 3 ποτά σε μια έξοδο, ενώ ένα ποσοστό της τάξεως του 5,8% ανέφερε ότι πίνει 5 ή περισσότερα ποτά (Kokkevi et al., 2014). Ως προς το είδος της κατανάλωσης αλκοόλ, οι μαθητές προτιμούν μπύρα (27,1%), ποτά με υψηλή περιεκτικότητα σε αλκοόλ (21,9%), κρασί (19,5%) και ούζο (11,9%) ή τσίπουρο (7,9%) (Kokkevi et al., 2014).

Γράφημα. Συχνότητα/βαρύτητα κατανάλωσης αλκοόλ, συνολικά και ανά φύλλο (%)



Πηγή: ΕΠΙΨΥ | Πανελλήνια έρευνα για τις συμπεριφορές που συνδέονται με την υγεία των εφήβων μαθητών – HBSC/WHO, 2014

Κεφάλαιο 3. Παράγοντες Κινδύνου

Παράγοντες Στους Οποίους Οφείλεται Το Συγκεκριμένο Πρόβλημα

Υπάρχουν πολλοί παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με τη χρήση του αλκοόλ, με τον καθένα να επηρεάζει άμεσα την ψυχολογική και κοινωνική ανάπτυξη ενός ατόμου (Newcomb et al., 1986). Με βάση το Οικολογικό Μοντέλο, οι παράγοντες κινδύνου είναι αποτέλεσμα μίας αμοιβαίας αλληλεπίδρασης του περιβάλλοντος και επιμέρους ενδοπροσωπικών, διαπροσωπικών και κοινοτικών παραγόντων (McLeroy et al., 1988). Οι παράγοντες σχετίζονται με το άτομο, την προσωπικότητά του, τις ουσίες, και ιδιαίτερα τη διαθεσιμότητά τους και την πρόσβαση του ατόμου σε αυτές, το πλαίσιο της οικογένειας, της κοινωνίας και της κουλτούρας καθώς και με το ρόλο του πλαισίου αυτού στην πρώτη επαφή με τις ουσίες (Tobler & Stratton, 1997). Ο αντίκτυπος είναι διαφορετικός ανάλογα με τη ηλικιακή ανάπτυξης του ανθρώπου (EMCDDA, 2010). Οι συνομήλικοι και η χρήση ουσιών από αυτούς αποτελεί ίσως το βασικότερο παράγοντα της έναρξης χρήσης αλκοόλ στους εφήβους (Bond et al., 2000).



National Institutes of Health: <http://www.esourceresearch.org/eSourceBook/SocialandBehavioralTheories/5InterventionstoChangeHealthBehavior/tabid/737/Default.aspx>

Κοινωνικοί Παράγοντες

Η απουσία πολιτικών μέτρων παρέμβασης σχετικά με την κατανάλωση του αλκοόλ αποτελεί σοβαρό κοινωνικό πρόβλημα. Το αλκοόλ είναι σχεδόν παντού προσβάσιμο (μπαρ, σουπερ μάρκετ, περπιτερά) και η ποιότητα του δεν είναι πάντα ελεγχμένη ως προς την νοθεία. Απουσία ή ελλείψεις τρόπος παρέμβασης στην κοινότητα με σκοπό την πρόληψη του αλκοολισμού (Gerstein, 1981). Η ισχύ της ποτοαπαγόρευσης σε ανηλίκους δεν είναι πλήρως εφαρμοσμένη (Gerstein, 1981). Η ανεπαρκής κοινωνική υποστήριξη συνήθως σε κοινωνικά και οικονομικά υποβαθμισμένες περιοχές συνδυαστικά με την απουσία δεξιοτήτων και έγκυρων προγραμμάτων πρόληψης μπορούν να ωθήσουν τους ανθρώπους να στραφούν στο κοινωνικό περιθώριο, δημιουργώντας την ψευδαίσθηση ενός κόσμου επικοινωνίας και ανθρωπιάς άμεσα εξαρτώμενη από το αλκοόλ (Newcomb et al., 1986). Περιοχές υψηλού κινδύνου συνήθως καλούνται κοινότητες που ποικίλουν προς την εθνικότητα, το θρήσκευμα και το χαμηλό κοινωνικοοικονομικό και μορφωτικό επίπεδο (Gerstein, 1981). Οποιοσδήποτε συνθήκες οικονομικής και κοινωνικής κρίσης, μαζικής ανεργίας, φτώχειας, ακραίας αποξένωσης, πολιτιστικής παρακμής και διαρκούς απαξίωσης προτύπων και αξιών αποτελούν τροχοπέδη στο χτίσιμο μίας υγιούς προσωπικότητας ενός νέου (Hawkins et al., 1992). Η πρόωμη αντικοινωνική συμπεριφορά αποτελεί έναν από τους πιο βασικούς προγνωστικούς παράγοντες χρήσης ουσιών, κυρίως όταν εμφανίζεται σε συνδυασμό με απομόνωση ή υπερκινητικότητα (Γιαννούσης, 2008). Επίσης, η αποξένωση ή επαναστατικότητα έχει συνδεθεί με την πρόωμη και συχνή χρήση (Bond et al., 2000, Hawkins et al., 1992).

Διαπροσωπικοί Παράγοντες

Η απουσία στήριξης και υποστήριξης από την οικογένεια κατά τα παιδικά χρόνια καθώς και στην πρόωμη εφηβική ηλικία μπορεί να οδηγήσει στην κατανάλωση ουσιών ως τρόπου διαφυγής, με αποτέλεσμα τον υψηλότερο κίνδυνο στον εθισμό (Kroger, 1997). Μέσα από μελέτες που αφορούν τα κοινά χαρακτηριστικά οικογενειών που έχουν παιδιά εξαρτημένα από ουσίες, διαπιστώνεται ότι η χρήση ουσιών από τους γονείς ή, ακόμα χειρότερα, από μεγαλύτερα αδέρφια αποτελεί σοβαρό παράγοντα κινδύνου για τον έφηβο (Kroger, 1997). Οι οικογενειακές συγκρούσεις, η έλλειψη πειθαρχίας και επικοινωνίας, η αντικοινωνική συμπεριφορά, η αναποτελεσματική ανατροφή των παιδιών, ειδικά των παιδιών με δύσκολη ιδιοσυγκρασία και διαταραχές συμπεριφοράς, και το χαοτικό περιβάλλον του σπιτιού, ιδίως όταν οι γονείς κάνουν οι ίδιοι κατάχρηση ουσιών ή πάσχουν από ψυχικές ασθένειες, αποτελούν παράγοντες που μπορούν να ωθήσουν το νέο στην έναρξη της χρήσης ουσιών (Knopf et al., 2008). Η επιρροή των συνομηλίκων και η πίεση που ασκούν σε έναν έφηβο προσεγγίζονται ως ένα συλλογικό αποτέλεσμα μίας δυαδικής αλληλεπίδρασης (McLeroy et al., 1988). Έφηβοι που αποτελούν μέλη μίας πολύ ισχυρά ομογενοποιημένης ομάδας επηρεάζονται περισσότερο από τους κανόνες και τις αξίες της ομάδας παρά από τα ατομικά χαρακτηριστικά τους (McLeroy et al., 1988). Τέτοιου είδους ομάδες μπορούν εύκολα να οδηγήσουν ένα νέο άτομο σε μια αποκλίνουσα συμπεριφορά και, τελικώς, στην παραβατικότητα, καθώς σε τέτοιες ηλικίες, τα άτομα-μέλη τέτοιων ομάδων θεωρούνται άτομα «υψηλού κύρους» (McLeroy et al., 1988).

Ατομικοί Παράγοντες

Η εξάρτηση από αλκοόλ είναι πιθανόν να οφείλεται σε παράγοντες γενετικού κινδύνου. Μελέτες δίδυμων και υιοθετημένων παιδιών αποδεικνύουν ότι οι γενετικοί παράγοντες επηρεάζουν την ευαισθησία ενός ατόμου στον αλκοολισμό. Τα παιδιά που προέρχονται από αλκοολικούς γονείς είναι πολύ πιο πιθανό από τα παιδιά μη αλκοολικών να αρχίσουν να πίνουν κατά την εφηβεία και να αναπτύξουν αλκοολισμό.

Βιολογικοί δείκτες. Τα κύματα του εγκεφάλου που προέρχονται από συγκεκριμένα ερεθίσματα εγκεφαλικής δραστηριότητας που προβλέπουν τον κίνδυνο για τον αλκοολισμό (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, 1997).

Παιδική συμπεριφορά. Τα παιδιά που παρουσιάζουν μια παρορμητική, ανήσυχη και διαταραγμένη συμπεριφορά στην ηλικία των 3 παρουσιάζουν τις διπλάσιες πιθανότητες για την εκδήλωση αλκοολικής συμπεριφοράς στην ηλικία των 21. Η επιθετικότητα στα παιδιά ηλικίας 5-10 ετών έχει βρεθεί ότι προβλέπει την κατάχρηση αλκοόλ στην εφηβεία. Η αντικοινωνική συμπεριφορά της παιδικής ηλικίας συνδέεται με τα προβλήματα που σχετίζονται με το οινόπνευμα στην εφηβεία και την κατάχρηση αλκοόλ ή την εξάρτηση κατά την ενηλικίωση (Robins & Przybeck, 1987).

Ψυχιατρικές διαταραχές. Μεταξύ των ατόμων ηλικίας 12 έως 16 ετών, η τακτική κατανάλωση αλκοόλ έχει συσχετιστεί σημαντικά με διαταραχές της συμπεριφοράς. Τα παιδιά ηλικίας από έξι μέχρι δεκαεπτάχρονων ετών με διαγνωσμένη Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ) - διεθνώς Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) είχαν σημαντικά υψηλότερα ποσοστά κατάχρησης αλκοόλ και εξάρτησης στην ενήλικη ζωή. Τα άτομα που πάσχουν από άγχος ή κατάθλιψη τείνουν να καταναλώνουν περισσότερη ποσότητα αλκοόλ. Μία θετική στάση απέναντι στο αλκοόλ μπορεί να οδηγήσει σε αύξηση της χρήσης. Χαρακτηριστικές είναι κάποιες φράσεις των παιδιών, όπως ότι «η κατανάλωση αλκοόλ σε κάνει πιο cool» (Kroger, 1997).

Επιτρεπτά όρια κατανάλωσης αλκοόλης

Σε διάφορες χώρες, οι επαγγελματίες υγείας που ασχολούνται με την προαγωγή και την εκπαίδευση σε θέματα υγείας χρησιμοποιούν διαφορετικούς ορισμούς τυπικής μονάδας μέτρησης κατανάλωσης αλκοόλ, εξαιτίας των διαφοροποιήσεων στην περιεκτικότητα μέτρησης του αλκοόλ στα σκευάσματα.

Για παράδειγμα, 1 ποτό στον Καναδά περιέχει 13,6 γραμμάρια καθαρής αλκοόλης. Σε αντίθεση με ένα ποτό στο Ηνωμένο Βασίλειο που περιέχει 8 γραμμάρια καθαρής αλκοόλης αντίστοιχα στις ΗΠΑ: 14 g καθαρής αλκοόλης. Στην Αυστραλία ή τη Νέα Ζηλανδία: 10 g και 1 ποτό στην Ιαπωνία: 19,75 γραμμάρια καθαρής αλκοόλης. Συνεπώς και ο επιτρεπτός όγκος κατανάλωσης μεταβάλλεται από χώρα σε χώρα.

Το συνιστώμενο παγκόσμιο επίπεδο κατανάλωσης χαμηλού κινδύνου ορίζεται από τον παγκόσμιο οργανισμό υγείας στα 20 γραμμάρια ημερησίως. Τα εγχειρίδια σύντομης παρέμβασης συστήνουν το αλκοόλ να μην υπερβαίνει τα 20 γραμμάρια

αλκοόλης. Δηλαδή γύρω στα 3,5 με 5 γραμμάρια ημερησίως επίσης ενδείκνυται το άτομο να απέχει από οπουδήποτε σκεύασμα 2 ήμερες την εβδομάδα.

Υπολογισμός αλκοόλ σε ένα ποτό

Η περιεκτικότητα σε αλκοόλ ενός ποτού εξαρτάται από τη δύναμη του ποτού και τον όγκο του δοχείου. Υπάρχουν μεγάλες διαφορές στην συγκέντρωση των αλκοολούχων ποτών και τα μεγέθη ποτών που χρησιμοποιούνται σε διαφορετικές χώρες. Έχει επισημανθεί από μελέτη του ΠΟΥ ότι μια μπίρα περιέχει από 2% και 5% κατ'όγκο καθαρή αλκοόλη (Babor & Higgins-Biddle, 2000). Το κρασί περιέχει 10,5% έως 18,9%, καθαρή αλκοόλη κατά ένα ποτήρι. Τα οινοπνευματώδη ποτά όπως ρούμι, βότκα ούισκι κυμαίνονται από 24,3% έως 90% καθώς τα σκευάσματα μηλίτη από 1,1% έως 17%. Ως εκ τούτου, είναι σημαντικό να προσαρμοστούν τα μεγέθη κατανάλωσης σε τοπικό επίπεδο γνωρίζοντας χονδρικά πόσο καθαρό αλκοόλ κατά μέσο όρο καταναλώνει το άτομο ανά περίπτωση. Ένας άλλος τρόπος για τη μέτρηση της ποσότητας αλκοόλης που περιέχεται σε ένα πρότυπο ποτό είναι ο συντελεστής μετατροπής του σε αιθανόλη. Επιτρέποντας την μετατροπή οποιουδήποτε όγκου αλκοόλης σε γραμμάρια. Για κάθε ml αιθανόλης, υπάρχουν 0,79 γραμμάρια σε καθαρή αιθανόλη (Babor & Higgins-Biddle, 2000).

Για παράδειγμα,

1 μπίρα (330 ml) σε 5% * 0,79 (συντελεστής μετατροπής) = 13 γραμμάρια αιθανόλης

1 ποτήρι κρασί (140 ml) σε 12% * 0,79 = 13,3 γραμμάρια αιθανόλης

1 σφηνάκι (40 ml) στα 40% * 0,79 = 12,6 γραμμάρια αιθανόλης.

Εισαγωγή

Η χρήση αλκοόλ αποτελεί σοβαρό πρόβλημα δημόσιας υγείας. Τα επιδημιολογικά στοιχεία που συγκεντρώνονται ανά τον κόσμο είναι υψηλά. Τα άτομα που είναι εξαρτημένα από το αλκοόλ παρουσιάζουν ένα εξαιρετικά υποβαθμισμένο επίπεδο ποιότητας ζωής, γεγονός που καταδεικνύει την αναγκαιότητα σχεδιασμού και υλοποίησης προληπτικών παρεμβάσεων σε βιολογικό, ψυχολογικό ή κοινωνικό επίπεδο (Τροβά et al., 2015). Ακόμη και τώρα που η ενημέρωση και οι παρεμβάσεις σχετικά με την αρνητική επίδραση του αλκοόλ στην ανθρωπινή υγεία είναι πολλές τα στοιχεία που σχετίζονται με το αλκοόλ παραμένουν υψηλά. Συνεπώς αυτό εξάγει το συμπέρασμα για την αναγκαιότητα διερεύνησης αλλά κυρίως έγκυρης/έγκαιρης πρόληψης (Xenofontos & Geitona, 2015). Οι προληπτικές παρεμβάσεις μπορεί να εντάσσονται σε τρία επίπεδα πρόληψης: (α) πρωτογενής ή πρωτοβάθμια πρόληψη (primary prevention), η οποία επικεντρώνεται στην προφύλαξη των υγιών ατόμων από την κατάχρηση και τη συνεπαγόμενη ανάπτυξη εξάρτησης από το οινόπνευμα και προσφέρεται σε γενικό ή καθολικό επίπεδο (universal), σε επιλεκτικό (selective) και σε ενδεδειγμένο (indicated) επίπεδο πρόληψης, (β) δευτερογενής ή δευτεροβάθμια πρόληψη (secondary prevention), η οποία στοχεύει στην αποφυγή της επιδείνωσης της αλκοολικής εξάρτησης και της υποτροπής, και απευθύνεται σε άτομα που έχουν ήδη εκδηλώσει πρόβλημα αλκοολισμού και (γ) τριτογενής ή τριτοβάθμια πρόληψη (tertiary prevention), η οποία εστιάζεται στον περιορισμό της έκπτωσης της λειτουργικότητας των ατόμων που πάσχουν από χρόνια αλκοολική εξάρτηση. Ο όρος «τεταρτογενής πρόληψη» (quaternary prevention) αναφέρεται στην πρόληψη των υποτροπών (Τροβά et al., 2015). Μέχρι σήμερα, η έρευνα και οι παρεμβάσεις στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας έχουν επικεντρωθεί στις παρεμβάσεις που κάνουν οι γενικοί ιατροί, και υπάρχουν μόνο περιορισμένα δεδομένα για την αποτελεσματικότητα παρεμβάσεων που γίνονται από νοσηλευτές. Πολυάριθμες μελέτες έχουν αναφέρει ότι η σύντομη παρέμβαση είναι αποτελεσματική στη μείωση της υπερβολικής κατανάλωσης οινόπνευματος. Ωστόσο, τα στοιχεία σχετικά με την αποτελεσματικότητα αυτών των παρεμβάσεων από νοσηλευτές είναι ακόμα ελλιπή. Η διερεύνηση του ρόλου του νοσηλευτή στην πρόληψη της χρήσης αλκοόλ στην πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας (Xenofontos & Geitona, 2015). Να διερευνηθεί η αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων πρόληψης που έχουν εφαρμοστεί σύμφωνα με την διεθνή βιβλιογραφία. Οι βραχείες παρεμβάσεις αναγνωρίζονται ως αναπόσπαστο κομμάτι του νοσηλευτικού ρόλου. Παρόλα αυτά, δεν έχουν γίνει προσπάθειες για να αναπτυχθεί και να καθοριστεί ο ρόλος του νοσηλευτή στην παροχή βραχέων παρεμβάσεων σε άτομα που κάνουν επιβλαβή χρήση αλκοόλ (Xenofontos & Geitona, 2015). Για την σωστή και αποτελεσματική παρέμβαση του νοσηλευτικού προσωπικού σε οποιοδήποτε επίπεδο περίθαλψης και αν εργαστεί με ασθενείς που παρουσιάζουν δυσκολίες και εξάρτηση από το αλκοόλ. Είναι ουσιαστικό να ανιχνευτούν κάποια βασικά εμπόδια στην θεραπευτική/παρεμβατική σχέση. Το νοσηλευτικό προσωπικό έρχεται αρκετά συχνά σε επαφή με ασθενείς, με ιστορικό σχετιζόμενο με διαταραχές χρήσης ουσιών κυρίως σε κλινικές επειγόντων περιστατικών λόγω τραυματισμών. Το 2009 σχεδόν 1 εκατομμύριο επισκέψεις αφορούσαν τη χρήση ουσιών (Tierney, 2016).

Εμπόδια στην σχέση νοσηλευτή/ θεραπευόμενου

Σύμφωνα με μια συστηματική ανασκόπηση της Αμερικανικής ένωσης νοσηλευτών και συλλεγόμενα δεδομένα η συντριπτική πλειοψηφία (78%) της νοσηλευτικής κοινότητας δήλωσε ότι δεν επιθυμεί την θεραπευτική σχέση με ασθενής που παρουσιάζουν προβλήματα εξάρτησης ουσιών (Tierney, 2016). Το βασικότερο πρόβλημα το οποίο προκύπτει από την θεραπευτική σχέση μεταξύ ασθενούς και νοσηλευτή είναι ο στιγματισμός και τα στερεότυπα γύρω από την χρήση ουσιών (Tierney, 2016). Τα μεγαλύτερο σύνολο των επαγγελματιών υγείας έχουν αρνητική στάση απέναντι στην χρήση ουσιών. Συνεπώς δημιουργούνται εμπόδια στην μεταξύ τους θεραπευτική σχέση (Tierney, 2016).

Νοσηλευτικές πεποιθήσεις γύρω από την χρήση αλκοόλ.

Όπως και στο ευρύ κοινό, είναι αρκετοί οι νοσηλευτές που σκέφτονται αρνητικά ως προς τα άτομα με διαταραχή χρήσης ουσιών. Η χρήση ουσιών μπορεί να προκαλέσει όχι μόνο σωματικά συμπτώματα αλλά και δυσλειτουργία συμπεριφοράς που μπορεί να είναι πέρα από τον έλεγχο του ατόμου. Η νοσηλευτική βιβλιογραφία περιγράφει μια ποικιλία στάσεων και συναισθημάτων του νοσηλευτικού προσωπικού προς τους ασθενείς με διαταραχές της χρήσης ουσιών, όπως: απογοήτευση, ματαιοίηση και απογοήτευση που σχετίζεται με την υποτροπή του ασθενούς, θυμός, δυσπιστία, αδυναμία, άγχος, αισθήματα χειραγώγησης από αυτούς τους ασθενείς. Ωστόσο, οι στάσεις και οι πεποιθήσεις των νοσηλευτών σε ασθενείς με διαταραχές χρήσης ουσιών δεν προσδιορίζονται με απλή βελτίωση. Η εικόνα είναι πιο περίπλοκη, υπάρχει ένα οξύμωρο σχήμα μεταξύ των αξιών του νοσηλευτικού προσωπικού και του τρόπου με τον οποίο αισθάνονται και συμπεριφέρονται (Tierney, 2016).

Οι στάσεις των νοσηλευτών βελτιώθηκαν με την πάροδο του χρόνου, "μια σημαντική μειοψηφία συνέχισε να στερεοποιεί αρνητικά ως προς τα άτομα τα οποία είναι εξαρτημένα από κάθε μορφή ουσίας Σε αξιολόγηση αυστραλών νοσηλευτών φάνηκε ότι 14% δεν επιθυμεί να συνεργάζεται με ασθενείς που σχετίζονται με το αλκοόλ καθώς επίσης το 12,5% δεν αισθάνεται ικανοποίηση από τον τρόπο που συνεργάζεται με ασθενείς που παρουσιάζουν προβλήματα με το αλκοόλ (Tierney, 2016). Βασικό εμπόδιο στη φροντίδα αποτελούν μύθοι σχετικά με την εξάρτηση. Στην πραγματικότητα έρευνες πάνω στην αποτελεσματικότητα της θεραπείας αποδεικνύουν ότι η αλλαγή είναι εφικτή για μεγάλο αριθμό ατόμων. Η υποτροπή αποτελεί στάδιο στη διαδικασία της αλλαγής, η οποία μάς δίνει πολύτιμες πληροφορίες για τις δυσκολίες του ασθενή. Η ευαλωτότητα του ασθενή στο πλαίσιο άμεσης βοήθειας και η συνειδητοποίηση των επιπτώσεων της χρήσης αποτελούν πρόσφορο έδαφος για αλλαγή. Αντίθετα, το άτομο που προσπαθεί να προσφέρει βοήθεια καλείται να ακούσει με υπομονή την άποψη του ατόμου που

κάνει χρήση, να συμπλεύσει δηλαδή με την αντίσταση ή την άρνηση του ατόμου, να κερδίσει σε πρώτη φάση την εμπιστοσύνη του και να καταφέρει να διερευνήσει τις ανάγκες του (Tierney, 2016).

Απουσία εξειδικευμένης κατάρτισης

Αρκετές μελέτες αναφέρουν πως η έλλειψη ειδικών γνώσεων ή ικανοτήτων για τη φροντίδα των ασθενών με διαταραχές της χρήσης αλκοόλ συμβάλλει στα αρνητικά συναισθήματά τους, συμπεριλαμβανομένης της αδυναμίας και του άγχους. Μια ποιοτική μελέτη του 2014 διαπίστωσε ότι οι νοσηλευτές ότι δεν είχαν επαρκείς γνώσεις ως προς την διαχείριση των ασθενών που σχετίζονται με το αλκοόλ. Ένα πράγμα είναι σαφές: Οι νοσηλευτές πρέπει να καταστούν περισσότερο ενημερωμένοι σχετικά με τις διαταραχές της χρήσης ουσιών σχετικά με την αποτελεσματική φροντίδα των ασθενών (Tierney, 2016). Λίγοι είχαν επαρκές, εκπαιδευτικό υπόβαθρο σχετικά με τις διαταραχές ερχόμενες από την χρήση ουσιών. Ωστόσο, η εκπαίδευση μπορεί να οδηγήσει όχι μόνο σε πιο αποτελεσματική φροντίδα, αλλά και σε βελτιωμένες συμπεριφορές. Σε μια συγκριτική μελέτη, οι προπτυχιακοί νοσηλευτές έλαβαν 16 ώρες εκπαίδευσης για τη χρήση ουσιών που περιελάμβαναν τη θεωρία, την επιδημιολογία, τον εντοπισμό των βλαβών που σχετίζονται με το οινόπνευμα και τα στοιχεία νοσηλευτικής φροντίδας (όπως εκπαίδευση ασθενών, συμβουλευτικές υπηρεσίες, σύντομες επεμβάσεις και συνεντεύξεις με υποκινήτες). Αυτή η εκπαίδευση οδήγησε σε μεγαλύτερη γνώση και βελτιωμένη στάση απέναντι στην εργασία με ασθενείς που είχαν προβλήματα με το αλκοόλ - ειδικά στην ικανότητα των φοιτητών να τους βοηθήσουν (Tierney, 2016). Επίσης, αύξησε την προσωπική και επαγγελματική τους ικανοποίηση σε αυτό το έργο. Άλλες μελέτες δείχνουν ότι ακόμη και σύντομα εκπαιδευτικά προγράμματα που επικεντρώνονται στη θεραπεία διαταραχών χρήσης ουσιών μπορούν να βελτιώσουν τη γνώση, την εμπιστοσύνη και τις νοοτροπίες των νοσηλευτών (Tierney, 2016).

Οι νοσηλευτές χρειάζονται επίσης υποστήριξη και εποπτεία από άτομα εξειδικευμένα σε θέματα που σχετίζονται με τις διαταραχές ουσιών. Το 2014 μια μελέτη νοσηλευτών με νοσοκομειακή περίθαλψη έλαβε 10 ώρες εκπαίδευση σχετιζόμενη με θέματα καταχρήσεων ναρκωτικά και αλκοόλ συν την υποστήριξη από εξειδικευμένο επόπτη. Αξιολογώντας τα αποτελέσματα διαπιστώθηκε ότι: είχαν καλύτερη θεραπευτική συμπεριφορά πλέον όταν συνεργάζονταν με ασθενείς που είχαν διαταραχές της χρήσης ουσιών. Ο ισχυρότερος παράγοντας που σχετίζεται με αυτή τη βελτίωση ήταν η συνεργασία για την δημιουργία του σχεδίου φροντίδας. Μια συγχρονική έρευνα των γενικών νοσηλευτών στην Αυστραλία έδειξε ότι η υποστήριξη ήταν η ισχυρότερη κινητήρια δύναμη της θεραπευτικής στάσης των νοσοκόμων και ότι η εκπαίδευση στο χώρο εργασίας για παράνομη χρήση ναρκωτικών ήταν χρήσιμη μόνο όταν συνδυάστηκε με υποστήριξη ρόλων. Άλλες μελέτες προσδιορίζουν την εκπαίδευση, την κατάρτιση και την υποστήριξη ως βασικούς παράγοντες για τη βελτίωση της στάσης απέναντι σε ασθενείς με διαταραχές χρήσης ουσιών (Tierney, 2016).

Εκπαίδευση και Κατάρτιση

Η εκπαίδευση και η κατάρτιση των νοσηλευτών πρέπει να διασφαλίζουν:

Η χρήση αλκοόλ και άλλων ψυχοδραστικών ουσιών να αποτελεί διδακταία υλη σε προπτυχιακά και μεταπτυχιακά προγράμματα σπουδών νοσηλευτικής. Το περιεχόμενο των μαθημάτων πρέπει να αποσκοπεί στην προώθηση του διαγνωστικού ελέγχου και των σύντομων επεμβάσεων, παρέχονται πληροφορίες σχετικά με τις θεμελιώδεις θεωρίες, συμπεριλαμβανομένων του μοντέλου σταδίων αλλαγής συμπεριφοράς (Prochaska et al., 1993), την ενίσχυση κινήτρου (Miller & Rollnick, 2002) την κοινωνική μάθηση και κοινωνικές γνωσιακές θεωρίες, και αυτο-αποτελεσματικότητα (Bandura, 1986). Ο βασικός λόγος που χρησιμοποιούνται οι θεωρίες καθώς και τα μοντέλα του είναι: η ενίσχυση της αυτοπεποίθησης που στοχεύει στην αλλαγή της επιβλαβής στάσης απέναντι στην ουσία, αξιολόγηση του κινήτρου και της ετοιμότητας για αλλαγή, αντιμετώπιση της άρνησης, διαπραγμάτευση και δημιουργία νέων στόχων, ενίσχυση της αυτο-αποτελεσματικότητας. Συμπεριλαμβανομένων της πρακτικής κατάρτισης για τη χρήση ερωτηματολογίων ελέγχου της κατανάλωσης οινόπνευματος (Miller & Rollnick, 2002).

Πρακτική

Οι συστάσεις για τους νοσηλευτές στην πράξη περιλαμβάνουν: Ικανότητα εκτίμησης της έκτασης του προβλήματος. Αναγνώριση τη σημαντικότητας των σύντομων παρεμβάσεων και επικινδυνότητα της χρήσης αλκοόλ μέσα από πρότυπα για την εφαρμογή τον έλεγχο και των σύντομων παρεμβάσεων. Ενσωμάτωση της παρέμβασης μέσα στο κλινικό έργο. Καθώς και την αξιολόγηση νέων ασθενών, κατά τους περιοδικούς ελέγχους. Χρήση των διαθέσιμων πόρων, όπως τα επικυρωμένα εργαλεία ελέγχου και τα εγχειρίδια σύντομων επεμβάσεων, τροποποιημένων ως απαραίτητων για μια σειρά κλινικών. Καθώς οι γνώσεις και οι δεξιότητες πρέπει να ανανεώνονται (Miller & Rollnick, 2002).

Κεφάλαιο 4.1

Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας

Ως προς την πρωτογενή πρόληψη, οι παρεμβάσεις αποσκοπούν στην εκτίμηση της επικινδυνότητας έναρξης της προβληματικής χρήσης, στην ενημέρωση και στην ενδυνάμωση των προστατευτικών παραγόντων και γενικότερα στην αγωγή υγείας (Τροβά et al., 2015).

Η πρωτογενής πρόληψη έχει ταξινομηθεί σε καθολική, επικεντρωμένη και ενδεδειγμένη. Το Ινστιτούτο Ιατρικής των ΗΠΑ ορίζει ως καθολικές προληπτικές παρεμβάσεις αυτές που στοχεύουν στο ευρύ κοινό ή μια ολόκληρη ομάδα πληθυσμού. Επιλεκτικές προληπτικές παρεμβάσεις καλούνται εκείνες που στοχεύουν σε υποομάδες του πληθυσμού με μειωμένους πόρους (ομάδες υψηλού κινδύνου) με σημαντικά υψηλότερες πιθανότητες υπότροπης από το μέσο όρο (τα άτομα αυτά μπορεί να βρίσκονται σε άμεσο ή έμμεσο κίνδυνο) (Mora, 2005). Ενδεδειγμένες προληπτικές παρεμβάσεις γίνονται ειδικά και

εξατομικευμένα στοχεύοντας σε άτομα υψηλού κινδύνου με μειωμένα αλλά ανιχνεύσιμα σημάδια που συχνά παρουσιάζουν έντονα προδιαθεσικούς παράγοντες. Άτομα με συμπεριφορικές ή ψυχολογικές διαταραχές που ενδέχεται να είναι ενδεικτικά μιας πιθανής προβληματικής χρήσης ουσιών σε μεταγενέστερο στάδιο της ζωής τους (Mora, 2005).

Στόχος Προληπτικών Παρεμβάσεων

Οι προληπτικές παρεμβάσεις που αφορούν στις ψυχικές διαταραχές και ειδικότερα στην εξάρτηση από το αλκοόλ, επικεντρώνονται στον περιορισμό των παραγόντων κινδύνου (risk factors) και στην ενίσχυση των προστατευτικών παραγόντων (protective factors) που επιδρούν στην επίπτωση (incidence) της διαταραχής, δηλαδή στο ποσοστό των νέων περιπτώσεων στον γενικό πληθυσμό που θα αναπτύξει εξάρτηση από το αλκοόλ σε μια ορισμένη χρονική περίοδο. Επίσης, οι παρεμβάσεις επικεντρώνονται στη μείωση της επικράτησης ή του επιπολασμού (prevalence), δηλαδή της συχνότητας εμφάνισης του αλκοολισμού στον γενικό πληθυσμό, καθώς και στον περιορισμό των συμπτωμάτων και της ανικανότητας που προκύπτει από τη χρονιότητα της νόσου. Επιπρόσθετα, οι παρεμβάσεις στοχεύουν στην πρόληψη ή καθυστέρηση της υποτροπής του αλκοολισμού και στη μείωση των σχετικών δυσμενών επιπτώσεων στο ίδιο το άτομο που πάσχει, στην οικογένεια και στην κοινωνία. Τέλος, συμβάλλουν στη βελτίωση της ψυχικής καθώς και της σωματικής υγείας του ατόμου με εξάρτηση από το αλκοόλ, ενώ παράλληλα οδηγούν σε κοινωνικά και οικονομικά οφέλη (Τροβά et al., 2015).

Η ενίσχυση της γνώσης σε κάθε πληθυσμό στόχο ως προς το αλκοόλ και τον αλκοολισμό είναι μια βασική μεταβλητή σε κάθε παρεμβατικό πρόγραμμα. Ωστόσο αρκετές μελέτες έδειξαν ότι, τα προγράμματα πρωτοβάθμιας πρόληψης που βασίστηκαν στην ενημέρωση δεν έχουν τα επιθυμητά και επιδιωκόμενα αποτελέσματα (Soole et al., 2007). Αρκετές αξιολογημένες παρεμβάσεις που ενίσχυαν το φόβο ιδιαίτερα σε εφηβικούς πληθυσμούς που έδιναν έμφαση στους κινδύνους και στις ολέθριες επιπτώσεις από τη χρήση εμφάνισαν ακριβώς τα αντίθετα από τα επιδιωκόμενα αποτελέσματα ενισχύοντας τον φόβο αυξάνεται η χρήση. Χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι η παρέμβαση Παράδειγμα: Scared Straight (UK). Κάνοντας μια συνοπτική ιστορική αναδρομή στην ιστορία των παρεμβάσεων διαγράφεται σημαντική εξέλιξη ως προς την εξέλιξη των στρατηγικών Πρόληψης (Soole et al., 2007).

- **Δεκαετία '50-'60** Εστίαση στους κινδύνους της χρήσης ουσιών και ηθικολογικά μηνύματα.
- **Δεκαετία '80-'90** Εστίαση στις τακτικές εκφοβισμού και καμπάνιες τύπου «Just say No» Παροχή αντικειμενικής ενημέρωσης και εκπαίδευσης για την χρήση ουσιών
- Η αποτυχία των παραπάνω μοντέλων οδήγησε στην διερεύνηση και κατανόηση των αιτιολογικών παραγόντων που ωθούν ένα άτομο στην χρήση και έτσι αναπτύχθηκε μια σειρά νέων προσεγγίσεων

- Παρεμβάσεις που εστιάζουν **στην ενίσχυση της αυτοεκτίμησης, στις κοινωνικές επιρροές, στην ανάπτυξη προσωπικών και κοινωνικών δεξιοτήτων , στις στάσεις και αντιλήψεις κτλ.** Τα προγράμματα ενίσχυσης των δεξιοτήτων ζωής στοχεύουν στη διδασκαλία γενικών δεξιοτήτων, όπως δεξιοτήτων επικοινωνίας, λήψης αποφάσεων, επίλυσης προβλημάτων, αντιμετώπισης και διαχείρισης του άγχους, ενίσχυσης της αυτοπεποίθησης και άλλων σχετικών δεξιοτήτων, όπως εκείνων που αφορούν στην καταγραφή των κοινωνικών σχέσεων (Botvin & Griffin, 2003). Η βελτίωση των δεξιοτήτων αποτελεί τον πιο εμπειρικό τύπο παρέμβασης και τα αποτελέσματά της είναι πιο ορατά στη χρήση της μαριχουάνας αλλά και νόμιμων ουσιών. Ένα από τα πιο γνωστά και αποτελεσματικά παρεμβατικά προγράμματα είναι το “Life Skills Training” (LST) (Botvin & Griffin, 2003).

Σχολικό περιβάλλον

Οι προληπτικές παρεμβάσεις σε πρωτοβάθμιο επίπεδο μπορούν να εφαρμοστούν με πολλούς τρόπους. Μια από τις συνηθέστερες αλλά και αποτελεσματικότερες μορφές πρόληψης είναι οι σχολικές παρεμβάσεις. Η βασικότερη εξήγηση είναι ότι οι περισσότεροι μαθητές δεν έχουν συμπεριλάβει το αλκοόλ ως τρόπο ζωής ή το στάδιο χρήσης μπορεί εύκολα να αλλάξει. Ένας σημαντικός ρόλος του κοινοτικού νοσηλευτή είναι η διαμεσολάβηση και η ανάληψη πρωτοβουλιών, έτσι ώστε οι τοπικές κοινωνικές υπηρεσίες και οι υπηρεσίες υγείας να ενσωματώνουν τις ενέργειές τους στις σχολικές μονάδες με βασικό στόχο την προαγωγή ενός υγιούς τρόπου ζωής μέσα από δεξιότητες που προάγουν την αυτό-αποτελεσματικότητα, και τις δεξιότητες επικοινωνίας (Soole et al., 2007).

Οικογενειακό επίπεδο

Σε παγκόσμιο επίπεδο, υπολογίζονται 15 εκατομμύρια άτομα με διαταραχές σχετιζόμενες από την χρήση ναρκωτικών πέντε φορές περισσότερα άτομα με διαταραχές στην κατανάλωση αλκοόλ). Το οικογενειακό περιβάλλον αποτελεί βασικό τροποποιητικό παράγοντα τόσο κίνδυνου όσο και προστατευτικό στην χρήση ουσιών (Akram Copello & Moore, 2014). Οι αποτελεσματικές παρεμβάσεις έχουν ως στόχο την τροποποίηση συμπεριφοράς της οικογένειας ως προς την πρόληψη της εξάρτησης με βασικό θεματικό άξονα την έγκαιρη αναγνώριση της εξαρτήσεως, το υποστηρικτικό περιβάλλον, την θετική αυτό-ενίσχυση ,την βελτίωση των οικογενειακών σχέσεων (Akram Copello & Moore, 2014). Ο νοσηλευτής με συντονισμένες παρεμβάσεις κυρίως στην οικογένεια, μπορεί να συμβάλει στην προάσπιση των υγιών σχέσεων ανάμεσα στα μέλη της οικογένειας και του υποστηρικτικού περιβάλλοντος. Καθώς πρέπει να είναι ικανός να αναγνωρίσει και να αξιολογήσει μια οικογένεια υψηλού κίνδυνου και εν συνεχεία να παραπέμψει και να συνδέσει την οικογένεια με κατάλληλους φορείς και δομές που σχετίζονται με την χρήση αλκοόλ (Akram Copello & Moore, 2014).

Κοινοτικό Επίπεδο

Αν και η άμεση πρόληψη του αλκοόλ εφαρμόζεται και υλοποιείται στο σχολικό και το οικογενειακό περιβάλλον. Η κοινότητα αποτελεί βασική και αποτελεσματική της δομή πρόληψης του αλκοολισμού. Βασική προϋπόθεση για την αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων πρωτογενούς πρόληψης είναι η υιοθέτησή τους από άλλους κοινωνικούς τομείς, όπως οργανισμοί και άτομα, τομείς οι οποίοι, ενδεχομένως μέσω ενός νευραλγικού ρόλου που έχουν στα τεκταινόμενα μέσα σε μία κοινωνία, μπορούν να επιδράσουν θετικά στη διαμόρφωση υγιών συμπεριφορών (Mayberry et al., 2009). Η συμμετοχή των φορέων της τοπικής κοινότητας σε προγράμματα πρόληψης και η ανάπτυξη συνεργασίας και δικτύωσης ανάμεσα στα διαφορετικά μέλη μίας κοινωνίας συμβάλλουν στην προώθηση της κοινωνικής συνοχής και συνηγορούν στη μείωση των κοινωνικών παραγόντων που οδηγούν στη χρήση ουσιών (π.χ. κοινωνικός αποκλεισμός, περιθωριοποίηση, έλλειψη επικοινωνίας) (Mayberry et al., 2009). Οι βασικοί στόχοι των κοινοτικών παρεμβάσεων είναι η ενίσχυση του δικτύου πρόληψης, η ενημέρωση, η ευαισθητοποίηση και η ενεργοποίηση φορέων και υπηρεσιών σε θέματα πρόληψης και προαγωγής υγείας μέσω μίας ουσιαστικής εκπαίδευσης National Institute on Drug Abuse (NIDA, 2003). Η εργασία του κοινοτικού νοσηλευτή σε δομές πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας αποβλέπει στη δημιουργία και εγκατάσταση αμφίδρομων σχέσεων μεταξύ της κοινότητας και της ομάδας ψυχικής υγείας, με σκοπό την εκπόνηση και προώθηση προληπτικών προγραμμάτων, επιζητώντας με κάθε τρόπο την ενεργό συμμετοχή του μεγαλύτερου δυνατού μέρους των κατοίκων. Ενεργώντας σε αυτή την κατεύθυνση πρέπει να είναι άριστος γνώστης της κοινότητας, δηλαδή να γνωρίζει το κοινωνικό προφίλ της, το μορφωτικό επίπεδο της, ιστορικά στοιχεία και τη σύνθεση του πληθυσμού (NIDA, 2003).

Κατά το σχεδιασμό αποτελεσματικών προληπτικών παρεμβάσεων πρέπει να νοσηλευτής ακολουθεί κάποιες αρχές.

- Δημιουργία και θέσπιση ρεαλιστικών στόχων
- Προώθηση συνεργασίας (σχολείο, οικογένεια, κοινότητα).
- Επιλογή διαδραστικών παρεμβατικών προγραμμάτων (η γνώση από μόνη της δεν αρκεί).
- Η παρέμβαση να πρέπει να προσαρμόζεται πάντα στις ανάγκες τους πληθυσμού.
- Απαραίτητο follow up για την επίτευξη μακροχρόνιων αποτελεσμάτων. (National Institute on Drug Abuse, 2011).

Οι κυριότερες δραστηριότητες των λειτουργών Κοινοτικής Νοσηλευτικής είναι:

- Σταθερή και συνεχής παρακολούθηση και στήριξη των ασθενών στον τόπο

διαμονής και εργασίας με επακόλουθο την αποτροπή της υποτροπής της ψυχικής

τους κατάστασης.

- Εκπαίδευση των ασθενών και των οικογενειών τους σε ψυχολογικό επίπεδο, αλλά

και άλλων παροχών φροντίδας σε θέματα σχετιζόμενα με τη νόσο, τη

φαρμακευτική αγωγή, καθώς και τον χειρισμό προβλημάτων που τυχόν

ανακύπτουν.

- Υποστηρικτική - συμβουλευτική καθοδήγηση ασθενών

- Διαφώτιση του κοινού σε θέματα πρόληψης της ουσιοεξάρτησης

- Ενημέρωση, καθοδήγηση και συμβουλευτική μέσω της τηλεφωνικής γραμμής των

κοινοτικών κέντρων

- Συνεργασία με άλλους λειτουργούς υγείας, κοινοτικές αρχές, αστυνομία,

εκπαιδευτικά ιδρύματα, τοπικούς παράγοντες, ακόμη και εκπροσώπους της

Εκκλησίας, αλλά και με εθελοντικούς οργανισμούς

- Επιμόρφωση και εκπαίδευση φοιτητών νοσηλευτικής

Δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας

Σκοπός της Δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας

Η δευτεροβάθμια πρόληψη σχετίζεται με την εντόπιση και αντιμετώπιση της διαταραχής από το αλκοόλ καθώς και τη μέριμνα σε σχέση με την υποτροπιάζουσα συμπεριφορά. Αφορά κυρίως άτομα που είναι ήδη χρήστες αλκοόλ ή άτομα με οξεία έναρξη κατάχρησης ή όσους νοσηλεύονται για κάποια σωματική πάθηση και εμφανίζουν συμπτωματολογία εξαρτημένου ατόμου, με σκοπό την λήψη άμεσης βοήθειας. Βασικός στόχος της δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας είναι η έγκαιρη διάγνωση αλκοολικής διαταραχής καθώς και η όσο το δυνατόν γρηγορότερη μείωση της βλάβης και συνεπώς την σταδιακή μείωση της χρήσης αλκοόλ (Botelho & Richmond, 1996). Ο ασθενείς συνήθως εισέρχεται σε κάποια νοσοκομειακή δομή για άλλο αίτιο και εκεί κυρίως από την σωστή εκτίμηση του ασθενούς ανιχνεύονται τα σημάδια κινδύνου που συνδέονται με τον αλκοολισμό αλλά όχι με την εξάρτηση. Βασικοί στόχοι παρεμβάσεις είναι η τροποποίηση συμπεριφοράς ως προς την επικίνδυνη κατανάλωση του

αλκοόλ καθώς, η αναγνώριση της προβληματικής συμπεριφοράς και τέλος η υιοθέτηση ενός υγιούς τρόπου ζωής (Botelho & Richmond, 1996).

Για την ανίχνευση-διάγνωση παθολογικής σχέσης μεταξύ ασθενούς και αλκοόλ υπάρχουν διαγνωστικά εγχειρίδια. Ένα αρκετά γρήγορο τεστ ανίχνευσης αλκοολισμού είναι το τεστ AUDIT (*Alcohol Use Disorders Identification Test*) αποδείχθηκε επαρκές για όλες τις εθνικές ομάδες και φύλα. Το τεστ αποτελείται από 10 ερωτήσεις οι οποίες σχετίζονται με την κατανάλωση αλκοόλ. Οι ερωτήσεις αφορούν στο διάστημα του τελευταίου έτους. Ο **Προσδιορισμός ποσότητας:** αναφέρεται σε "ποτήρια" αλκοόλ. Για τις ανάγκες του τεστ προσδιορίζουμε ως "ποτήρι: 1) 1/2 ποτήρι μπύρας, 2) ποσότητα από ένα σφηνάκι, 3) συνηθισμένο ποτήρι κρασιού. Το τεστ μετράει τις συνήθειες ενός ατόμου σε σχέση με το αλκοόλ ανιχνεύοντας πιθανολογούμενη εσφαλμένη σχέση και εν συνεχεία τον αλκοολισμό (Babor et al., 2001).

Η δόμηση του τεστ AUDIT παρατίθεται παρακάτω

1)	Πόσο συχνά πίνετε;
	☐ Ποτέ ☐ Μηνιαία ή πιο αραιά ☐ 2-3 φορές μηνιαίως ☐ 2-3 εβδομαδιαίως ☐ 4 φορές την εβδομάδα
2)	Πόσα ποτά (ποτήρια) πίνετε, σε μια συνηθισμένη μέρα που έχετε αποφασίσει να πιείτε;
	☐ 1-2 ☐ 3-4 ☐ 5-6 ☐ 7-9 ☐ 10 ή περισσότερα
3)	Πόσο συχνά πίνετε πάνω από 6 ποτά;
	☐ Ποτέ ☐ Πιο αραιά από μηνιαίως ☐ Μηνιαίως ☐ Εβδομαδιαίως ☐ Καθημερινά ή σχεδόν καθημερινά

4)	Πόσο συχνά διαπιστώνετε ότι δεν μπορείτε να διακοψετε την κατανάλωση αλκοόλ, από την στιγμή που την αρχίσατε;
	☐ Ποτέ ☐ Πιο αραιά από μηνιαίως ☐ Μηνιαίως ☐ Εβδομαδιαίως ☐ Καθημερινά ή σχεδόν καθημερινά
5)	Πόσο συχνά έχετε ενδεχομένως χάσει τον αυτοέλεγχο σας όταν πίνετε, κατά την διάρκεια του τελευταίου έτους;
	☐ Ποτέ ☐ Πιο αραιά από μηνιαίως ☐ Μηνιαίως ☐ Εβδομαδιαίως ☐ Καθημερινά ή σχεδόν καθημερινά
6)	Πόσο συχνά σας έχει συμβεί να θέλετε να ξεκινήσετε την μέρα σας με ένα ποτό το πρωί, ειδικά μετά από μεγάλη κατανάλωση αλκοόλ την προηγούμενη ημέρα;
	☐ Ποτέ ☐ Πιο αραιά από μηνιαίως ☐ Μηνιαίως ☐ Εβδομαδιαίως ☐ Καθημερινά ή σχεδόν καθημερινά
7)	Πόσο συχνά έχετε νιώσει ένοχα, μετά από κατανάλωση αλκοόλ;
	☐ Ποτέ ☐ Πιο αραιά από μηνιαίως ☐ Μηνιαίως ☐ Εβδομαδιαίως ☐ Καθημερινά ή σχεδόν καθημερινά
8)	Πόσο συχνά σας έχει συμβεί το τελευταίο έτος, να ξεχάσετε γεγονότα της προηγούμενης βραδιάς που καταναλώσατε μεγάλη ποσότητα αλκοόλ;
	☐ Ποτέ ☐ Πιο αραιά από μηνιαίως ☐ Μηνιαίως ☐ Εβδομαδιαίως ☐ Καθημερινά ή σχεδόν καθημερινά
9)	Έχετε ποτέ προκλέσει τραυματισμό του εαυτού σας ή άλλων, εξαιτίας της κατανάλωσης αλκοόλ;
	☐ Όχι ☐ Ναι, αλλά όχι το τελευταίο έτος ☐ Ναι, κατά το τελευταίο έτος
10)	Διατύπωσε ποτέ κάποιος από τους δικούς σας ή ο ιατρός σας ανησυχίες για την κατανάλωση του αλκοόλ που κάνετε;
	☐ Όχι ☐ Ναι, αλλά όχι το τελευταίο έτος ☐ Ναι, κατά το τελευταίο έτος

Πως γίνεται η αξιολόγηση του τεστ

Η χρήση καθώς και η αξιολόγηση του τεστ AUDIT είναι εύκολη. Κάθε ερώτηση έχει ένα σύνολο απαντήσεων εκ των οποίων ο ασθενής καλείται να απαντήσει σε αυτή που θεωρεί πιο αντιπροσωπευτική (Babor et al., 2001). Η βαθμολογία κυμαίνεται από 0 έως 5 (τετραγωνίδιο 5). Στο τέλος αφού απαντηθούν όλες οι ερωτήσεις τα αποτελέσματα θα πρέπει να προστεθούν και να καταγραφούν στο πλαίσιο με την ένδειξη "Σύνολο". Εάν το σκορ του ερωτηθέντα ασθενούς κυμαίνεται από 0-7 τότε ο κίνδυνος είναι χαμηλός το μόνο το οποίο ενδείκνυται είναι η εκπαίδευση ως προς το αλκοόλ. Εάν το συνολικό σκορ των απαντήσεων ξεπεράσει το 15 ή και περισσότερο τόσο οι δείκτες κινδύνου αναφέρονται σε βλαβερή χρήση οινοπνεύματος, αλλά και αλκοολική εξάρτηση. Τα υψηλότερα αποτελέσματα δείχνουν απλά μεγαλύτερη πιθανότητα κινδύνων και επιβλαβή κατανάλωση. Όσο, υψηλότερες είναι οι βαθμολογίες τόσο μεγαλύτερη είναι η σοβαρότητα του αλκοόλ, αλλά και των προβλημάτων εξάρτησης, καθώς και μεγαλύτερη ανάγκη για εντατική θεραπεία.. Εάν οι βαθμολογίες συγκεντρώνονται μεταξύ 16 και 19 συνίσταται σύντομη παροχή συμβουλευτικής αλλά συνεχής παρακολούθηση του ασθενούς. Εάν οι βαθμολογίες AUDIT είναι 20 ή παραπάνω επιβάλετε περαιτέρω διαγνωστική αξιολόγηση σχετικά με εξάρτηση από το αλκοόλ (Babor et al., 2001).

Box 6		
Risk Level	Intervention	AUDIT score*
Zone I	Alcohol Education	0-7
Zone II	Simple Advice	8-15
Zone III	Simple Advice plus Brief Counseling and Continued Monitoring	16-19
Zone IV	Referral to Specialist for Diagnostic Evaluation and Treatment	20-40
*The AUDIT cut-off score may vary slightly depending on the country's drinking patterns, the alcohol content of standard drinks, and the nature of the screening program. Clinical judgment should be exercised in cases where the patient's score is not consistent with other evidence, or if the patient has a prior history of alcohol dependence. It may also be instructive to review the patient's responses to individual questions dealing with dependence symptoms (Questions 4, 5 and 6) and alcohol-related problems (Questions 9 and 10). Provide the next highest level of intervention to patients who score 2 or more on Questions 4, 5 and 6, or 4 on Questions 9 or 10.		

Ατομική Παρέμβαση

Ο ασθενής χρειάζεται ειδική αντιμετώπιση. Αποτελεσματική πρακτική αποτελούν οι ομάδες αλληλοϋποστήριξης. Ανώνυμος (σύνδεσμος) αλκοολικών (Alcoholics Anonymous-AA). Το Α.Α. αντικαθιστά τον παθολογικό συντροφικό κύκλο του αλκοολικού με μια νέα ομάδα υποστήριξης κοινού αγώνα, όπου αυτός βοηθιέται αλλά και βοηθά ο ίδιος άλλους, αποκαθιστώντας την αυτοεκτίμησή του (Ηλιοπούλου & Φωτιάδου, 2006). Ο νοσηλευτής οφείλει πρωτίστως να παρέχει εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα όντας εκ των προτέρων ενημερωμένος σχετικά με την υποκειμενική και συναισθηματική εμπειρία της σχέσης που υπάρχει μεταξύ ασθενούς, αλκοόλ και επιπλοκών. Οι νοσηλευτές συχνά ασκούν το ρόλο του μεσολαβητή μεταξύ του ιατρού, θεραπευτή και του εξαρτημένου ατόμου καθώς χρησιμοποιούν αφενός την ιατρική ορολογία

αφετέρου την υποκειμενική και προσωπική έκφραση και εμπειρία του χρήστη. Με σκοπό την σωστή λειτουργία της σχέσης μεταξύ νοσηλευτή και ασθενή. Για την σωστή λειτουργία της σχέσης μεταξύ νοσηλευτή και ασθενή απαιτούνται από τον νοσηλευτή εξειδικευμένες δεξιότητες για την διαχείριση του ασθενούς όπως: η παροχή συμβουλευτικής καθοδήγησης μέσα από δεξιότητες επικοινωνίας, κίνητρα ενεργοποίησης προς την αλλαγή, προαγωγή υποστηρικτικού κλίματος, αποτροπή στερεοτύπων και συμπεριφορές στιγματισμού (Patterson, 2017). Ο νοσηλευτής πρέπει να είναι ικανός να παρακινήσει τον ασθενή ώστε να αντιληφθεί την κατάσταση και την σοβαρότητα της σχέσης που έχει αναπτυχθεί με το αλκοόλ, ώστε ο ίδιος να αναγνωρίσει και να αποδεχτεί το πρόβλημα ώστε να είναι σε θέση να το αντιμετωπίσει (Roman & Blum, 2002). Έρευνες έχουν καταδείξει ότι όταν ο ασθενής αυτό-παραπέμπεται για απεξάρτηση από το αλκοόλ σε κάποια δομή τα αποτελέσματα είναι σημαντικά υψηλότερα ως προς την διακοπή της εξαρτημένης σχέσης από το αλκοόλ. Αντίθετα, ένα πρόγραμμα που επικεντρώνεται στις παραπομπές εποπτείας, ενδέχεται να συνεπάγεται καταναγκαστική πίεση για τη χρήση υπηρεσιών υγείας συνεπάγοντας μια "διορθωτική" εικόνα με προσωρινά αποτελέσματα (Roman & Blum, 2002). Οι σύντομες παρεμβάσεις που σχετίζονται με την επικίνδυνη και επιβλαβή κατανάλωση αλκοόλ αποτελεί μια ποικιλία δραστηριοτήτων που χαρακτηρίζονται από χαμηλή έντασή και σύντομη διάρκεια. Οι παρεμβάσεις αποτελούνται από την παράδοση σύμβουλων για 5 λεπτά "σύντομη συμβουλευτική" (Babor et al., 2001). Ο θεματικός άξονα περιλαμβάνει οδηγίες για την μείωση της επικίνδυνης κατανάλωσης και εν συνέχεια στα πιθανολογούμενα προβλήματα που είναι περισσότερο πολύπλοκα (Babor et al., 2001). Οι σύντομες παρεμβάσεις αποτελούνται από δύο στάδια. Αρχικά τον εντοπισμό της επικίνδυνης συμπεριφοράς και εν συνέχεια την παρακίνηση του ασθενούς ως προς την επικίνδυνη συμπεριφορά, την θετική ανατροφοδότηση που αποσκοπεί στην αύξηση των κινήτρων παρακινώντας τον ασθενή να αλλάξει τη συμπεριφορά κατανάλωσης καθώς και απλές συμβουλές, εκπαίδευση για την υγεία, ανάπτυξη δεξιοτήτων αντίστασης. Με βάση τις αρχές της ενίσχυσης της κινητοποίησης, οι σύντομες παρεμβάσεις ενσωματώνουν έξι στοιχεία βάση του μοντέλου FRAMES (Miller & Rollnick 2002). Ανατροφοδότηση, ευθύνη, συμβουλή, κίνητρο, ενσυναίσθηση και αυτο-αποτελεσματικότητα. Αναλόγως, την διάρκεια της εξέτασης και της παρέμβασης ο νοσηλευτής πρέπει να:

- Εξασφαλίσει την εμπιστευτικότητα του ασθενούς.
- Υιοθετήσει συνεντεύξεις που να ενισχύουν την αυτοπεποίθηση του ασθενούς στην αλλαγή.
- Αναγνωρίσει την επιλογή ψυχοδραστικών ουσιών από μια σειρά διαφόρων κοινωνικών παραγόντων που είναι υπό συζήτηση.
- Οικοδόμηση της αυτο-αποτελεσματικότητας του ασθενούς.
- Αποφυγή «ετικέτας». Στίγμα (Αλκοολικός/κη).

Βασικά και θεμελιώδη στοιχεία συζήτησης μιας σύντομης παρέμβασης ορίζονται από το κίνητρο του ασθενούς αλλά και την ετοιμότητα αλλαγής, το νοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να ασκεί οπωσδήποτε όλες τις ακόλουθες δραστηριότητες:

- Παροχή ανατροφοδότησης βοηθώντας το άτομο να δει τις σχέσεις μεταξύ του αλκοόλ και των τυχόν κοινωνικών προβλημάτων υγείας.

- Ο νοσηλευτής πρέπει να είναι ικανός να δείξει στο άτομο πώς να συντάξει έναν «ισολογισμό» απόφασης, σχετικά με τις θετικές και αρνητικές επιπτώσεις της χρήσης αλκοόλ.
- Παροχή πληροφοριών σχετικά με τα οφέλη από τη μείωση της χρήσης αλκοόλ δηλαδή τι επιφέρει ως αποτέλεσμα η μείωση της χρήσης τα χαμηλότερα επίπεδα κινδύνου αλλά και τους κινδύνους που συνδέονται με την αύξηση των επιπέδων χρήσης.
- Αύξηση της πεποίθησης του ατόμου στην ικανότητά του να αλλάξει συμπεριφορές χρήσης ουσιών (αυτο-αποτελεσματικότητα).
- Παροχή στήριξης στο άτομο ώστε να θέσει στόχους μέσα σε ένα σχέδιο προσωπικής ανάπτυξης που στοχεύει στην μείωση τη χρήσης.
- Ενθαρρύνετε το άτομο να εντοπίσει επικίνδυνες καταστάσεις που θα το βοηθήσουν στην ενίσχυση διατήρησης οποιασδήποτε θετικής αλλαγής έχει κάνει αναπτύσσοντας στρατηγικές που του επιτρέπουν να σταματήσει ή να μειώσει την χρήση ουσιών.
- Παρέχετε συμπληρωματικό υλικό ανάγνωσης, συμπεριλαμβανομένων φυλλαδίων ή βιβλίων εργασίας.
- Προτείνεται στον ασθενή την διαδικασία επανα-παρακολούθηση follow-up (Humeniuk et al., 2003).

Οι σύντομες παρεμβάσεις καθιστούν τον ασθενή να μπορεί εύκολα να μάθει και να αντιμετωπίσει την επικίνδυνη κατανάλωση. Τα τελευταία 20 χρόνια ένας αριθμός τυχαιοποιημένων ελεγχόμενων δοκιμών αξιολόγησε την αποτελεσματικότητα αυτής της προσέγγισης παρουσιάζοντας σταθερά θετικά οφέλη (Babor et al., 2001).

Παρέμβαση σε επίπεδο οικογένειας

Οι κατ οίκον νοσηλεία αποτελεί βασικό και σημαντικό ρολό στην παρέμβαση με σκοπό την μείωση του αλκοολισμού. Ο νοσηλευτής έρχεται σε άμεση επαφή με το περιβάλλον του ασθενούς. Καθώς μπορεί να αξιολογήσει και το οικογενειακό περιβάλλον σχετικά με την καταλληλότητα του ως προς την θεραπευτική σχέση. Πέρα από το άτομο (ασθενής), και το οικογενειακό περιβάλλον χρειάζεται βοήθεια και υποστήριξη. Βασική μεταβλητή για την επιτυχία της παρέμβασης αποτελεί η οικογένεια να συμφιλιωθεί με το πρόβλημα του αλκοόλ συμβάλλοντας στην αποδοχή και όχι την άρνηση του προβλήματος ώστε να καταπολεμηθούν συναισθήματα όπως η απομόνωση και ο στιγματισμός (Humeniuk et al., 2003). Οι ψυχοεκπαιδευτικές υποστηρικτικές ομάδες αποτελούν βέλτιστη πρακτική μεταξύ των οικογενειών λειτουργώντας ως *υποστηρικτικές ομάδες και αυτοβοήθεια*. Ο ρόλος της κοινωνικής υποστήριξης είναι εξαιρετικά θετικός και σχετίζεται με τους μηχανισμούς μέσα από τους οποίους οι διαπροσωπικές σχέσεις και οι δεσμοί με άλλα μέλη της κοινότητας (συγγενείς, φίλους, γείτονες κλπ.) προστατεύουν το άτομο από τις δυσμενείς συνέπειες του stress στην υγεία και προάγουν την ψυχική του υγεία. Βασικό μέλημα του νοσηλευτή αλλά και κάθε επαγγελματία υγείας που σχετίζεται με ασθενείς που παρουσιάσουν προβληματική σχέση σχετικά με το αλκοόλ, είναι η κατανόηση του προβλήματος (Humeniuk et al., 2003).

Εμπόδια

Η δευτερογενής πρόληψη περιλαμβάνει στρατηγικές που εντοπίζουν και θεραπεύουν έγκαιρα ανθρώπους με προκλινικά στάδια ή πρώιμα στάδια προβληματικής σχέσης με την ουσία χωρίς να υπάρχουν εμφανή σημάδια εξάρτησης και των επακόλουθων επιπλοκών. Η άμεση αναγνώριση και η έγκαιρη παρέμβαση μπορούν να μειώσουν την σοβαρότητα ενός προβλήματος υγείας, ελαχιστοποιώντας τον πόνο μεγιστοποιώντας την ευημερία, τακτική παρακολούθηση και παράδοση στοχευόμενης παρέμβασης σε άτομα υψηλού κινδύνου θεωρούνται παρεμβάσεις δευτερογενούς πρόληψη. Έχει αποδειχθεί ότι ο έλεγχος από αλκοόλ και οι σύντομες παρεμβάσεις είναι μεταξύ των αποτελεσματικότερων και αποδοτικότερων υπηρεσιών πρόληψης που πρέπει να παρασχεθούν (Solberg et al., 2008). Ένας μεγάλος όγκος βιβλιογραφίας αναφέρει έρευνες με παράγοντες που λειτουργούν ως εμπόδια στην σωστή παρέμβαση των νοσοκόμων. Στην δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας παρουσιάζονται από την πλευρά του νοσηλευτικού προσωπικού συμπεριφορές όπως η έλλειψη εμπιστοσύνης, ανεπαρκής γνώση ή αρνητική στάση αποτελώντας σημαντικό τροχοπέδη ως προς την σωστή τέλεση των νοσηλευτικών καθηκόντων. Ωστόσο αρκετές μελέτες αξιολόγησαν (Solberg et al., 2008) ότι η σωστή εκπαίδευση στο χειρισμού αλκοολικού ασθενή έχουν θετικό αντίκτυπο στις γνώσεις, τις δεξιότητες και τις νοοτροπίες των νοσοκόμων σχετικά με τον έλεγχο του αλκοόλ και τις σύντομες παρεμβάσεις (Peltzer et al., 2008).

Τριτοβάθμια φροντίδας υγείας

Η τριτογενής πρόληψη είναι κατάλληλη για άτομα που έχουν αναπτύξει διαταραχές και προβληματική σχέση με το αλκοόλ. Αυτό συνεπάγεται τη θέσπιση μέτρων για την αποκατάστασή του ασθενή στο βέλτιστο δυνατό επίπεδο λειτουργίας ή και την ελαχιστοποίηση των αρνητικών πτυχών του ασθενή. Αυτή η μορφή πρόληψης μπορεί να χρησιμοποιηθεί, για παράδειγμα, για την αποτροπή της εγκεφαλοπάθειας του Wernicke η οποία είναι αποτέλεσμα της εξάρτησης από το αλκοόλ ή τη μείωση της βλάβης από το αλκοόλ που συνεπάγεται μείωση των κινδύνων που συνδέονται με διαταραχή του ήπατος (WHO, 2008).

Στόχος στην τριτοβάθμια φροντίδα τόσο του νοσηλευτή όσο και της υπόλοιπης ομάδας είναι να παρακινήσει αρχικά το άτομο να μειώσει τα επίπεδα της επικίνδυνης συμπεριφοράς. Στην τριτοβάθμια φροντίδα υγείας ο απώτερος στόχος της οποίας παρέμβασης είναι η απομάκρυνση από την ουσία δηλαδή η αποτοξίνωση. Οι παροχές που πρέπει να παρέχονται στο άτομο το οποίο παρουσιάζει παθολογική εξάρτηση από το αλκοόλ, πέραν της φαρμακευτικής χορήγησης που αποσκοπεί στην αντιμετώπιση των σωματικών παρενεργειών (απόσυρση, δηλητηρίαση, στερητικό σύνδρομο) (Owen). Είναι απαραίτητη η συμβουλευτική καθοδήγηση, καθώς και η δημιουργία σχέσεων εμπιστοσύνης με άλλους ενήλικες. Ο Αλκοολικός ασθενής πρέπει να παροτρύνεται να συμμετάσχει σε ομαδικές συνεδρίες με άτομα που παρουσιάζουν προβλήματα εξάρτησης ή σε θεραπευτική κοινότητα. Ο ασθενής πρέπει να αποκτήσει και να εγκαταστήσει δεξιότητες άρνησης, αλλά και λήψη αποφάσεων

ως προς την σχέση του με την ουσία, δημιουργώντας προσωπικούς στόχους. Μέλημα του νοσηλευτή είναι να καθοδηγήσει τον ασθενή στην αλλαγή συμπεριφοράς κάνοντας τον υπεύθυνο προς την απεξάρτηση από το αλκοόλ (Owen).

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

Με το πέρασμα των χρόνων και την απόκτηση εμπειρίας σε θέματα απεξάρτησης, δημιουργήθηκαν ποικίλα προγράμματα θεραπείας. Τα βραχυπρόθεσμα προγράμματα έχουν το πολύ εξαμήνη διάρκεια και περιλαμβάνουν αγωγή εντός των θεραπευτικών κοινοτήτων με φάρμακα και θεραπεία επί εξωτερικής βάσης χωρίς φάρμακα (Παπαγεωργίου - Βασιλοπούλου, 2005).

Βασικός στόχος της θεραπείας απεξάρτησης με τη χρήση φαρμάκων, είναι η χορήγηση μιας ανάλογης ουσίας στον ασθενή, η οποία όμως να δημιουργεί λιγότερο έντονα συμπτώματα στέρησης. Έπειτα πολύ σταδιακά αποσύρεται και το φάρμακο υποκατάστασης που αρχικά χρησιμοποιήθηκε (Παπαγεωργίου - Βασιλοπούλου, 2005).

Κεφαλαίο 5. Στην παρακάτω ενότητα αξιολογούνται ενδεικτικά κάποιες παρεμβάσεις καθώς και διαδικασίες αξιολόγησης για τον έλεγχο εξάρτησης από το αλκοόλ.

Στην Σουηδία ο Bendtsen et al., το 2007 αξιολόγησε το τεστ AUDIT σε ηλεκτρονική μορφή μέσα από την χρήση του Νοσηλευτικού προσωπικού προς τους ασθενείς συνδυαστικά με μια σύντομη παρέμβαση. Η συλλογή του δείγματος προερχόταν από επείγοντα ιατρεία. Η χρήση του τεστ έγινε πριν αλλά και μετά την παρέμβαση. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι μετά από ένα έτος η ηλεκτρονική χρήση του τεστ: μόνο στο 10% των νοσηλευτών υπήρξαν αρνητικές αντιδράσεις από ασθενείς. Ενώ > 50% των νοσηλευτών βρήκαν εύκολο να ζητήσουν από τους ασθενείς να συμμετάσχουν στην εξέταση και πάνω από το 75% των νοσοκόμων αισθάνθηκε ότι δεν επηρεαζόταν επιπρόσθετα ο φόρτος εργασίας τους.

Αντίστοιχα ένα χρόνο μετά στην Ταϊβάν αξιολογήθηκε το ίδιο τεστ από τους Shu-I et al. (2008). Η συλλογή του δείγματος προερχόταν από χειρουργικές μονάδες. Απλά στην συγκεκριμένη μελέτη τα κίνητρα αξιολόγησης κατά την χορήγηση των AUDIT, AUDIT-C, AUDIT-4, AUDIT-3, TWEAK, SMAST and CAGE ήταν η ανάλυση της ειδικότητας και ευαισθησίας των διαγνωστικών τεστ σχετικά με την χρήση αλκοόλ. Όλα τα διαγνωστικά εργαλεία απέδωσαν αποδεκτή Ευαισθησία (που κυμαινόταν από 85 έως 93%) και της ειδικότητας (που κυμαινόταν από 72 έως 92%), αλλά το AUDIT και οι σύντομες μορφές του σταθερά αποδείκνυναν υψηλότερη στατιστική ισχύ από τα υπόλοιπα διαγνωστικά εργαλεία. Κατά την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων το τεστ AUDIT θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί από το νοσηλευτικό προσωπικό υπό την προϋπόθεση ότι θα τους δοθεί η κατάλληλη εκπαίδευση.

Αντίστοιχα στην Αγγλία είχε αξιολογηθεί το ίδιο τεστ από τους Watson (1999a). Η συλλογή του δείγματος προερχόταν από ασθενείς από θαλάμους της Ορθοπαιδικής και Χειρουργικής. Ωστόσο η χορήγηση του τεστ αξιολογούσε την χρήση του αλκοόλ σε συγκεκριμένο χρονικό περιθώριο μιας εβδομάδας. Συνήθως η διάγνωση αξιολογεί την χρήση αλκοόλ σε ετήσια και όχι εβδομαδιαία συχνότητα. Κατά την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων το τεστ AUDIT κατέδειξε ταυτόχρονη εγκυρότητα ($r = 0.80$, $p < 0,001$).

Σύντομες παρεμβάσεις στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας

Η αξιολόγηση ως προς την αποτελεσματικότητα της σύντομης παρέμβασης σχετικά με την πρόληψη του αλκοόλ σε πρωτοβάθμιο επίπεδο μελετήθηκε από τους Ockene et al. (1999) στην Αμερική. Ο δειγματοληπτικός πληθυσμός προερχόταν από υπάρχοντες ασθενείς τμημάτων πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Η τυχαιοποιημένη κλινική μελέτη είχε ως στόχο να αξιολογήσει την αποτελεσματικότητα σύντομων παρεμβάσεων παρεχόμενων από το νοσηλευτικό προσωπικό. Η παρέμβαση αφορούσε τις συνήθειες που σχετίζονται με την υγεία καθώς και την κατανάλωση αλκοόλ μέσα από το αυτό αναφορικό τεστ CAGE. Για την δημιουργία της παρέμβασης συμμετείχαν Οκτώ νοσηλευτές και 38 γιατροί. Στην Ομάδα παρέμβασης: παραδόθηκε παρέμβαση πέντε λεπτών που αφορούσε στον υγιή τρόπο ζωής μακριά από το αλκοόλ. Ενώ στην Ομάδα ελέγχου παραδόθηκαν οι συνήθειες φροντίδας χωρίς κανένα στοιχείο παρέμβασης. Η παρακολούθηση και σύντομη παρέμβαση από γιατρούς και νοσηλευτές βοήθησε τους πότες υψηλού κινδύνου να επιτύχουν σημαντικές μειώσεις κατανάλωσης αλκοόλ. Η ομάδα παρέμβασης διατήρησε στατιστικά σημαντική μείωση του αλκοόλ σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου.

Η τυχαιοποιημένη κλινική μελέτη είχε ως στόχο να αξιολογήσει τα μακροπρόθεσμα οικονομικά οφέλη μέσα από την έκβαση σύντομης παρέμβασης σε πρωταρχικές πρακτικές περίθαλψης κοινοτικής βάσης για την πρόληψη του αλκοόλ. Ο δειγματοληπτικός πληθυσμός προερχόταν από υπάρχοντες ασθενείς τμημάτων πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Η μελέτη αξιολογήθηκε από τους Fleming et al., (2002) στην Αμερική. Η αξιολόγηση συμπεριλάμβανε την χορήγηση του Αυτό-αναφορικού τεστ που αφορούσε στην χρήση του αλκοόλ. Ύπαρξη ατυχήματος με αυτοκίνητο και νομικά γεγονότα, καθώς και πρόκληση τραυματισμών. Την χρήση πρωτογενούς και δευτερογενούς περίθαλψης, την φυσική κατάσταση υγείας, την χρήση φαρμακευτικών σκευασμάτων καθώς και άλλους είδους καταχρήσης όπως καπνός και παράνομη χρήση ναρκωτικών. Ομάδα παρέμβασης: Δύο δεκαπεντάλεπτες συνεδρίες, παραδόθηκαν από τους γενικούς γιατρούς σε χρονικό περιθώριο ενός μήνα καθώς και δραστηριότητες για τους ασθενείς ώστε να τις ολοκληρώσουν στο σπίτι. Η συμμετοχή των νοσοκόμων περιορίστηκε σε δύο πέντε λεπτές επακόλουθες τηλεφωνικές κλήσεις προς ενίσχυση των ιατρικών συμβουλών. Στην Ομάδα ελέγχου δεν παραδόθηκε καμία μορφή παρέμβασης παρά μόνο η συνήθεις φροντίδα. Η ομάδα παρέμβασης ανέφερε σημαντική μείωση της χρήσης του αλκοόλ, λιγότερες ημέρες νοσηλείας και λιγότερες επισκέψεις τμήματος έκτακτης ανάγκης συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου.

Σε μια στρωματοποιημένη κλινική μελέτη που έγινε στην Αγγλία από τους Lock et al., (2006). Αξιολογήθηκε η αποτελεσματικότητα της σύντομης παρέμβαση από το αλκοόλ και την αποτελεσματικότητα του ως προς το κόστος περίθαλψης.

Το διαγνωστικό τεστ χορηγήθηκε σε ασθενείς πρωτογενούς Φροντίδας υγείας. Η παρέμβαση στόχευε στην αξιολόγηση του αυτο-αναφορικού τεστ Audit καθώς και την εκτίμηση της ποιότητας υγείας των ασθενών μέσα από το διαγνωστικό εργαλείο (SF-12). Στην Ομάδα ελέγχου: παραδόθηκαν απλά βασικές συμβουλές ενώ στην ομάδα παρέμβασης σύντομη δεκάλεπτη παρέμβαση. Κατά την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων προέκυψε ότι: Η ANOVA δεν αποκάλυψε στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των ομάδων παρέμβασης και ελέγχου κατά την παρακολούθηση. Οι περισσότεροι από τους ασθενείς και στις δύο ομάδες μείωσαν την χρήση του αλκοόλ. Χωρίς ωστόσο στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα. Οικονομική ανάλυση κατέδειξε ότι η σύντομη παρέμβαση δεν οδήγησε στατιστικά σε σημαντικές αλλαγές στην μείωση των πόρων υγείας από τις παρεχόμενες ιατροφαρμακευτικές δαπάνες.

Σύντομες παρεμβάσεις σε νοσοκομειακούς χώρους και κλινικές εξωτερικών κλινικών

Σε μια στρωματοποιημένη κλινική μελέτη που έγινε στην Αγγλία από Watson τους et al.,(1996) Αξιολογήθηκε η αποτελεσματικότητα μια σύντομης παρέμβαση από το αλκοόλ και την αποτελεσματικότητά του σε τρεις παρεμβατικές ομάδες. Η συλλογή του δείγματος προερχόταν από ασθενείς θαλάμων της Ορθοπεδικής και των χειρουργείων. Οι μετρήσεις αφορούσαν την κατανάλωση αλκοόλ μέσα από τρία διαφορετικά διαγνωστικά εργαλεία GGT, AST, MCV. Η παρέμβαση είχε δομηθεί ως εξής: Ομάδα ελέγχου: Συνήθης φροντίδα. **Ομάδα παρέμβασης 1:** Αυτόνομη σύντομη συμβουλευτική συνεδρία. **Ομάδα παρέμβασης 2:** Σύντομη παρέμβαση συμπληρωμένη με ένα φυλλάδιο για το αλκοόλ. **Ομάδα παρέμβασης 3:** Μόνο φυλλάδιο. Κατά τη διάρκεια ενός έτους παρακολούθησης, παρουσιάστηκαν στατιστικά εξαιρετικά σημαντικές μειώσεις σε όλες τις ομάδες εκτός από την ομάδα με την παροχή του ενημερωτικού φυλλαδίου. Η ομάδα 1 παρουσίασε της μεγαλύτερες μειώσεις. Χωρίς ωστόσο να υπερέχει στατιστικά σημαντικά από τις υπόλοιπες ομάδες.

Σε μια στρωματοποιημένη κλινική μελέτη που έγινε στην Αγγλία από τους McManus et al.,(2003). Αξιολογήθηκε η αποτελεσματικότητα μια σύντομης παρέμβαση από το αλκοόλ μέσω της παροχής συμβουλευτικής από το νοσηλευτικό προσωπικό ως προς την μείωση του αλκοόλ μέσα από δυο συνεδρίες. Το δείγμα αποτελείτο από ασθενείς γενικών νοσοκομείων. Η παρέμβαση υλοποιήθηκε από το νοσηλευτικό προσωπικό ήταν ατομική και είχε ως βασικό στόχο τα στάδια της αλλαγής του ασθενούς ως προς την μείωση της χρήσης αλκοόλ, ουσιαστικά την μείωση της βλάβης που προκαλεί η χρήση αλκοόλ. Επιπλέον σε κάθε ασθενή δόθηκαν ασκήσεις, υλικό και δραστηριότητες για το σπίτι. Η σύντομη παρέμβαση οδήγησε σε μια μείωση της κατανάλωσης αλκοόλ από επανέλεγχο των ασθενών μετά από έξι μήνες. Εν συνεχεία παραδόθηκε άλλη μια σύντομη παρέμβαση στους ίδιους ασθενείς χωρίς ωστόσο κάποιο ουσιαστικό αποτέλεσμα.

Κεφαλαίο Έκτο . Παρουσίαση Κλινικού περιστατικού σχετιζόμενο με μέθη

Case study

Στο 2 όροφο της παθολογικής κλινικής του Νοσοκομείου Χατζηκώστα διακομίστηκε πενήντάχρονη ασθενής συνοδευόμενη από τον σύζυγο και την μια της κόρη με Έλκος στομάχου (Γαστρικό έλκος) συνοδευόμενο από σχηματισμό ουλώδους ιστού.

Κλινική εικόνα

- κόπωση
- ναυτία
- τάση προς έμετο
- διάρροια
- άλγος στην κοιλιακή χώρα

Η ασθενή ήταν συνεργάσιμη καθώς η επαφή με το περιβάλλον ήταν φυσιολογική καθώς επίσης και η ψυχοκινητική της δραστηριότητα. Ο λόγος ήταν σχετικά συνεκτικός καθώς απουσίαζαν αντιληπτικές διαταραχές, με γνώση βαθμού 3. Η ασθενής διαγνώστηκε με F10 (Διαταραχές που σχετίζονται με το αλκοόλ) σύμφωνα με το Διεθνές Ταξινόμηση της νόσου (ICD) -10

Το βασικότερο και ουσιαστικότερο βήμα για την αποτελεσματική αξιολόγηση και εν συνεχεία θεραπεία του ασθενούς αποτελεί η λεπτομερής λήψη ιστορικού του εκάστοτε ασθενούς.

Στοιχεία του ιστορικού της: Έγγαμη εκπαιδευτικός σε συνταξιοδότηση έχοντας 3 παιδιά και 2 εγγόνια. Εργάστηκε ως εκπαιδευτικός για 24 χρόνια. Από την λήψη του ιστορικού σχετικά με τον οικογενειακό σχηματισμό προκύπτουν τα εξής στοιχεία: Η μητέρα της ήταν απόφοιτη δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης με ιδιαίτερα εξωστρεφή χαρακτήρα και μεγάλη αγάπη προς την φύση, ήττω υπερτασική και το αίτιο θανάτου σχετιζετε με αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (CVA) πριν από 10 χρόνια. Ο πατέρας της ασθενούς εργαζόταν ως καθηγητής καθώς ήταν κοινωνικό και υπεύθυνο άτομο, απεβίωσε από καρδιακό επεισόδιο πριν από 30 χρόνια. Επίσης η ασθενής έχει άλλες 2 νεότερες αδελφές ηλικίας 41 και 49 ετών με καλή υγεία. Ο

σύζυγος της ασθενούς είναι πενήνταέξη χρονών, κάτοχος μεταπτυχιακού τίτλου και εργάζεται ως φοροτεχνικός, τον τελευταίο καιρό έχει αναλαμβάνει πλήρως την ευθύνη του σπιτιού. Η σχέση της ασθενούς με το σύζυγό της δεν είναι εγκάρδιες.

Αλληλεπίδραση οικογένειας

Η μητέρα και ο πατέρας της ασθενούς είχαν μια καλή σχέση όσο ζούσαν. Οι συγκρούσεις είναι σπάνιες. Οι σχέσεις των γονέων και του συζύγου με την ασθενή ήταν καλές μέχρις ότου η ασθενής συνδέεται στενά με περιστατικά έντονης μέθης προκαλώντας προβλήματα στο ευρύτερο οικογενειακό περιβάλλον του σπιτιού.

Παρουσίαση του προβλήματος

Από την συλλογή στοιχείων του ιστορικού της κατόπιν επικοινωνίας με τον οικογενειακό θεράποντα η ασθενής παρουσιάζει προβληματική σχέση με το αλκοόλ από στις αρχές του 1999. Από ομολογία της ίδιας άλλα και του συζύγου, άλλες δύο φορές νοσηλεύτηκε για αποτοξίνωση και ακολούθησαν σύντομες περίοδοι απόχης από το αλκοόλ. Ο σύζυγός και η μια κόρη της ασθενούς ανέφεραν ότι η ασθενής ξαναρχίζει την καθημερινή κατανάλωση βότκας εδώ και 3 μήνες. Καθώς πριν μια εβδομάδα σκέφτηκαν την παραπομπή της ασθενούς σε κάποιον εξειδικευμένο ψυχίατρο. Επιπλέον η κόρη της ασθενούς ανέφερε ότι φοβάται να φέρει σε επαφή τα παιδιά της με την ασθενή κυρίως λόγω ανασφάλειας εξαιτίας της κατανάλωσης αλκοόλ από την μητέρα της με σκοπό την αποτροπή δημιουργίας λανθασμένων προτύπων προς στα παιδιά της.

Αξιολόγηση παραγόντων κίνδυνου δια μέσω του οικολογικού μοντέλου για την υγεία.

Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες της ασθενούς:

- 1) Έλλειψη γνώσης σχετικά με την ασθένεια και τη θεραπεία
- 2) Η εξάρτηση από το αλκοόλ
- 3) Κακές δεξιότητες αντιμετώπισης
- 4) Οικογενειακές συγκρούσεις
- 5) Κακό σύστημα υποστήριξης
- 6) Κανένα κίνητρο για αλλαγή

Ο νοσηλευτής εμπλέκεται άμεσα στην:

- Διαφορική διάγνωση
- Φαρμακευτική διαδικασία

- Παροχή συμβουλευτικής υποστήριξης
- Παροχή κινήτρων

Το βασικότερο χαρακτηριστικό της ασθενούς ήταν η πλήρη απουσία κινήτρου ως προς την αλλαγή σχετικά με την προβληματική σχέση της από το αλκοόλ αλλά και με την γενικότερα επιβαρυνόμενη κατάσταση της υγείας της. Αξιολογήθηκε ως επιτακτική ανάγκη η ενίσχυση των κινήτρων της ασθενούς πέρα από οποιοδήποτε άλλο συμπληρωματικό θεραπευτικό σχήμα που επρόκειτο να επακολουθήσει αναφορικά με την ίαση του αλκοολισμού.

Motivational Enhancement Therapy (MET):

Η παροχή κινήτρων δια μέσω λήψης συνεντεύξεως είναι μια προσέγγιση συστηματικής παρέμβασης με βάση τις αρχές των ψυχολογικών κινήτρων, σχεδιασμένες να παράγουν ταχεία, εσωτερικά παρακινημένη αλλαγή.

Ο ασθενής εκτίθηκε στην ενίσχυση των κινήτρων ως προς την μείωση των υποτροπών. Η βασική και θεμελιώδης αρχή βασίστηκε στην αυτό-αξιολόγηση της ασθενούς σχετικά με την πραγματική (προβληματική) σχέση της από το αλκοόλ. Πιο συγκεκριμένα επικεντρωθήκαμε στο αλκοολικό πρότυπο, την περίοδο αποχής, τον τρόπο διαχείρισης αντιμετώπισης σχετικά με την θετική στάση της ασθενούς απέναντι στο αλκοόλ.

Στη συνέχεια χορηγήθηκε στην ασθενή το τεστ RCQ-TV (Ετοιμότητα αλλαγής/ Εξέταση ερωτηματολογίου - Heather, Rollnick, Bell & Richmond) με σκοπό να αξιολογηθεί το επίπεδο κινήτρων της ασθενούς. Από το αποτέλεσμα του RCQ-TV προκύπτει ότι ο ασθενής βρισκόταν σε φάση αναστολής εξ αυτού κατέστη αναγκαίο να χορηγηθούν στην ασθενή παρεμβάσεις.

Η αντίληψη της ασθενούς σχετικά με τη χρήση αλκοόλ και τις βλαβερές επιδράσεις του στην οικογένεια, την κοινωνική και προσωπική της ζωή συζητήθηκαν με στόχο η ασθενής από μόνη της να είναι ικανή να αναγνωρίσει την κλινική της εικόνα. Ταυτόχρονας δόθηκε στην ίδια ψυχολογική εκπαίδευση και υποστηρικτική θεραπεία που αποσκοπούσε στο να την βοηθήσει να συνειδητοποιήσει τις αρνητικές επιδράσεις του αλκοόλ. Αυτό αυξάνει την ετοιμότητά της στην αλλαγή. Εν συνέχεια ζητήσαμε από την ίδια σε ένα φύλλο χαρτί να προσδιορίσει την είναι αυτό την ωθεί στο να καταναλώνει καθημερινά αλκοόλ, να αποτυπωθούν τα συναισθήματα της προς το αλκοόλ τις εξωτερικές καταστάσεις και τα συναισθηματικά αίτια καθώς και να αποτυπωθούν τα συναισθήματα της για τους σημαντικούς άλλους της ζωής της.

Δόθηκε έμφαση στα 5 'Ds σχετικά με το αλκοόλ

Δηλαδή την προσπάθεια καθυστέρηση λήψης αλκοολούχου σκευάσματος. Δια μέσω της τεχνικής της βαθιάς αναπνοής από το διάφραγμα η οποία συμβάλει θετικά στην ηρεμία και την απόσπαση της προσοχής. Την αντικατάσταση της αλκοόλης με την λήψη νερού. Εξηγήθηκε στην ασθενή όταν εμφανίζεται η λαχτάρα σε μια συγκεκριμένη χρονική στιγμή και φτάνει στο

αποκορύφωμά, να συμμετάσχει σε κάποιες άλλες ευχάριστες εργασίες για να αποτρέπονται οι υποτροπές. Μέσω της υποστήριξης του ασθενούς συμβάλαμε στην οικοδόμηση της αυτοεκτίμησης και την μείωση του άγχους καθώς και στην ενίσχυση της αντιμετώπισης της κατανάλωσης η οποία χαρακτηρίστηκε εμφανώς στρεσογόνα από την ίδια την ασθενή τόσο για την υγεία της όσο και για την οικογένεια της.

Κατά την έξοδο της ασθενούς από την θεραπευτική μονάδα δόθηκε τόσο στην ίδια συμβουλευτική ενημέρωση και παρακίνηση ένταξης σε κάποια κοινωνική δράση αλλά και στην οικογένεια η συμμετοχή σε κάποια μακροπρόθεσμη παρέμβαση.

Συμπεράσματα

Η ασθενής κατά την έξοδο από την μονάδα νοσηλείας έχει αποκτήσει γνώσεις σχετικά με την ασθένειά της. Η παρέμβαση ενίσχυσε τη φαρμακολογική αποτελεσματικότητα της θεραπείας αυξάνοντας τη συμμόρφωση με τη φαρμακευτική αγωγή, τη συντήρηση της θεραπείας και την απόκτηση δεξιοτήτων. Η ασθενής ενισχύθηκε από κίνητρα που προαγάγουν ένα πιο υγιές μοντέλο ζωής. Επιπρόσθετα τα μέλη της οικογένειας έχουν καλύτερη κατανόηση της ασθένειας της ασθενούς. Μπορούμε να πούμε ότι οι ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στα αποτελέσματα της θεραπείας των ασθενών που σχετίζονται με προβλήματα αλκοολισμού. Έχει αποδειχθεί ότι η βελτίωση της συμμόρφωσης της ασθενούς μέσα από την παρεχόμενη φαρμακευτική αγωγή συνδυαστικά με την καθοδήγηση και την ενίσχυση της ψυχολογίας μέσα από την εκπαίδευση, την ενίσχυση των κινήτρων και των δεξιοτήτων επικοινωνίας συμβάλουν ουσιαστικά στην επιτυχημένη αποχή από την κατάχρηση του αλκοόλ.

Συντομογραφία

AAD : Alcohol Abuse or Dependence

ADHD : Attention Deficit Hyperactivity Disorder

ALD : Alcohol - induced Liver Disease

BAC's: High blood alcohol concentrations

DTs: delirium tremens

DALY: Disability-Adjusted Life-Years

MD: Major Depression

MEOS: Οξειδωτικό μικροσωμικό σύστημα αιθανόλης

PTSD: Μετατραυματική Αγχώδης Διαταραχή

SOA's: ons of alcoholics

SONA's: sons of nonalcoholics

SAMHSA: Substance Abuse and Mental Health Services Administration

ΚΝΣ: Κεντρικό Νευρικό Σύστημα

ΔΕΠΥ : Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας

E.E.M.H: ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΜΕΛΕΤΗΣ ΗΠΙΑΤΟΣ

Βιβλιογραφία

Βιβλία

Βλάχος, Γ. Τζελβές, Λ., Μυρωνίδου -Τζουβελέκη, Μ. (2011) Αλκοόλ όλη η ιατρική πραγματικότητα. 53th ed. Θεσσαλονίκη: ΓΑΛΗΝΟΣ.

Βώρος, Δ. Κ. (2014) Χειρουργική. Αθήνα: ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΥ Α.Ε.

Κοκκέβη, Α., Κίτσος, Γ., Φωτίου, Α. (2007) Καπνός, Οινοπνευματώδη, Ναρκωτικά: Η πορεία της χρήσης από τη δεκαετία του '80 έως σήμερα. Αθήνα: ΒΗΤΑ

Λιάππας, Ι., Παπαρρηγόπουλος, Θ., Μουσσάς, Γ., Μέλλος, Ε., Καραϊσκος, Δ. (2010) ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΑ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΑ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΥ. Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων.

Μαλλιώρη, Μ. Μ. (2010) ΛΕΞΙΚΟ ΓΙΑ ΤΟ ΑΛΚΟΟΛ ΚΑΙ ΤΙΣ ΛΟΙΠΕΣ ΨΥΧΟΔΡΑΣΤΙΚΕΣ ΟΥΣΙΕΣ. Αθήνα: ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις

Μαρσέλος, Μ., Μάλαμας, Μ. (1998) Ιατρική Φαρμακολογία Ι : Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων pp 83-89.

Παπαδημητρίου, Ι., Λιάππας, Ε., Λύκουρας Α. (2013) Σύγχρονη Ψυχιατρική. Αθήνα: ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις

Παπαγεωργίου – Βασιλοπούλου, Α. (2005) Κοινοτική Νοσηλευτική ψυχικής υγείας. Αθήνα: ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις

Σολδάτος, Κ., Λύκουρας, Λ. (2007) Σύγγραμμα Ψυχιατρικής. Αθήνα: ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις.

Τριχόπουλος, Δ., Τριχοπούλου, Α., Λάγιου, Π. (2002) Γενική Και Κλινική Επιδημιολογία. Αθήνα: Εκδόσεις Παρισιάνου Α.Ε.

Τούντας, Γ. (2009) Κοινωνία και υγεία. Ε' Έκδοση. Αθήνα: Οδυσσέας/ Νέα Υγεία pp262-265.

Τσιάντου, Ε. (2015) Παρεγκεφαλίδα και Νοσήματα της Παρεγκεφαλίδας (Αταξίες). Τμήμα Ιατρικής. ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ.

Athenelli, M. (1997) A basic clinical approach to diagnosis in patients with comorbid psychiatric and substance use disorders. Miller, NS, ed. Principles and Practice of Addictions in Psychiatry. Philadelphia: W.B. Saunders, 119–126

American Psychiatric Association. (1994) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition. Washington, DC: the Association.

Babor, F. T., Higgins-Biddle, C. J., Saunders, B. J., Monteiro, G. M. (2001) The Alcohol Use Disorders Identification Test Guidelines for Use in Primary Care. *Second Edition*. World Health Organization. Department of Mental Health and Substance Dependence: Geneva.

Bonnie, J. R. O'Connell, M. E. (2004) Reducing Underage Drinking. National Research Council (US) and Institute of Medicine (US) Committee on Developing a Strategy to Reduce and Prevent Underage Drinking. Washington (DC): National Academies Press.

Botvin, G. J., & Griffin, K. W. (2003) Drug Abuse Prevention in Schools. In Z. Sloda & W. J. Bukoski (Eds.), *Handbook of Drug Prevention: Theory, Science, and Practice* 45-74. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.

Botelho, J. R., Richmond, R. R. (1996) Secondary prevention of excessive alcohol use: assessing the prospects of implementation. *13 (2)*, Great Britain: Oxford University Press.

Moore, M. H. Gerstein, D. R. (1981) Alcohol and Public Policy: Beyond the Shadow of Prohibition. Washington (DC): National Academies Press

Hales, D. (2010) An invitation to health. Belmont. 13th ed. USA :Wadsworth Cengage Learning. ISBN 978-0-495-39192-0.

Health at a Glance (2012) The Organisation for Economic Co-operation and Development(OECD). Available at:<http://www.oecd-ilibrary.org/sites/9789264183896-en/02/05/index.html?jsessionid=8l4i39agqe0l1.x-oecd-live-02?itemId=/content/chapter/9789264183896-24-en&csp=bc3da9a79108c2160f7cb21300faa0fe>.

Health at a Glance (2013) The Organisation for Economic Co-operation and Development(OECD). Available at http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-en OECD Health Data: Non-medical determinants of health, <http://dx.doi.org/10.1787/data-00546-en> (accessed 15 October 2013).

Humeniuk, R. E., Henry-Edwards, S., Ali, R. L., Monteiro, M., Poznyak, V. (2003) Brief intervention. *The ASSIST-linked brief intervention for hazardous and harmful substance use Manual for use in primary care*. Geneva: World Health Organization.

Hoffman, S. R., Weinhouse, L. G. (2015) Management of moderate and severe alcohol withdrawal syndromes. *Official reprint from UpToDate* www.uptodate.com ©2015 UpToDate. Available at : https://www.ouramazingworld.org/uploads/4/3/8/6/43860587/management_of_moderate_and_severe_alcohol_withdrawal_syndromes.pdf

International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision (ICD-10) *Version for 2010. Chapter V, Mental and behavioural disorders (F00-F99)*. Mental and behavioural disorders due to psychoactive substance use (F10-F19).

International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision (ICD-10)-WHO Version (2016)
Chapter VI Diseases of the nervous system(G00-G99). Demyelinating diseases of the central nervous system (G35-G37).

Kroger, C., Winter, H., Shaw, R. (1997) EMCDDA Guidelines for the evaluation of drug prevention intervention. A manual program for evaluators, *Germany: IFT Institut für Therapieforschung*. 66-71.

Miller, WR., Rollnick, S. (2002) Motivational interviewing: Preparing people for change. 2nd edition. New York, NY: Guilford Press

National Institute on Drug Abuse(NIDA) (2011) Principles of Drug Addiction Treatment: A Research-Based Guide A research-based guide. 3rd ed *San Diego, California: National Institute on Health.*

National Institute on Drug Abuse (NIDA) (2003) Preventing Drug Use among Children and Adolescents: A Research-Based Guide for Parents, Educators and Community Leaders .2nd Ed. *San Diego, California: National Institute on Health.*

National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) Publications (1997) Youth Drinking: Risk Factors and Consequences. 37 nd Ed. *Rockville: Publications Distribution Center.*

Nutt, D., Robbins, T., Stimson, G. (2007) Ethical Aspects of Developments in Neuroscience and Drug Addiction. Available at : http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/546/TDAD09001ENC_WEB_161412.pdf

Rementeria,O., Cunin, N. (2015) “Boys and Girls Plus – An educational programme for preventing the harms caused by alcohol and drugs”. Business Solutions Europa Belgium: This publication is also available on the Internet <http://boysandgirlsplus.eu/project-documents/>

Research and Education on Post-Traumatic Stress Disorder. PTSD and Problems with Alcohol Use. *A National Center Fact Sheet*. Available at : <http://www.pcrm.org/research/resch/alcohol/alcoholism-and-mental-illness-overlapping>

Nestle, M. (1987) *Διατροφή στην κλινική πράξη*. Αθήνα: Εκδόσεις Παρισιάνου, 219-224.

National Institute of Health. National (2000) Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. The brain is a major target for the actions of alcohol, and heavy alcohol consumption has long been associated with brain damage. National Cancer Institute. (2015) Alcohol Consumption. Available at: <http://www.progressreport.cancer.gov/prevention/alcohol>. Accessed 9/19/16.

Stratton, K., Howe, C., Battaglia, F., (1996) Fetal Alcohol Syndrome: Diagnosis, Epidemiology, Prevention, and Treatment. *Washington, DC: Institute of Medicine, National Academy Press.*

Tran. G., Smith, J. (2008) Comorbidity of social anxiety and alcohol use disorders: Review of psychopathology research findings. In: *Anxiety and Substance Use Disorders: The Vicious Cycle of Comorbidity*. New York, NY: Springer; pp. 59–79

Watson, H.E. (1999a) THE INVOLVEMENT OF NURSES AND MIDWIVES IN SCREENING AND BRIEF INTERVENTIONS FOR HAZARDOUS AND HARMFUL USE OF ALCOHOL AND OTHER PSYCHOACTIVE SUBSTANCES. *South Africa: Pretoria.*

Περιοδικα

Γιαννούσης, Γ. (2008) Η πρόληψη της Τοξικομανίας ως διακύβευμα της νεωτερικότητας. *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 101(1)pp 3 .

Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν. Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (2005) Ετήσια Έκθεση 2004 για την κατάσταση των ναρκωτικών και των ονοπνευματωδών στην Ελλάδα. Αθήνα.

Ελληνική Εταιρεία Μελέτης Ηπατός. (2012) Αλκοολική Ηπατοπάθεια. Αθήνα:
https://www.eemh.gr/images/files/140x210_alkool1.pdf

Επιστημονική Εταιρεία Φοιτητών Ιατρικής Ελλάδας «ΕΕΦΙΕ» (2010) Αλκοόλ: όλη η ιατρική πραγματικότητα. *Ιατρική σημερα*, 60 pp.36-39

Λιάππας, Ι., Παπαρηγόπουλος, Θ., Μουσσάς, Γ.Ι., Μέλλος, Ε., & Καραΐσκος, Δ.Α. (2012) Θεραπευτικά πρωτόκολλα στην αντιμετώπιση των ουσιοεξαρτήσεων. Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων.
http://www.eof.gr/c/document_library/get_file?p_l_id=14016&folderId=236302&name=DLFE-1901.pdf

Σπεγγος, Κ., Τούλας, Π., Τσιβγούλης, Σ., Στουραιτης, Γ., Δημητρακόπουλος, Α., Σφαγγος, Κ. (2017) Κεντρική γεφυρική μυελινόλυση - Περιγραφή περιστατικού και ανασκόπηση της βιβλιογραφίας. *Encephalos Αρχεία Νευρολογίας και ψυχιατρικής*.
<http://www.encephalos.gr/full/41-3-02g.htm>

Τροβά, Α.Κ., Παπαρηγόπουλος, Θ., Λιάππας, Ι., Τζινιέρη-Κοκκώση, Μ (2015) Η πρόληψη στην εξάρτηση από το αλκοόλ. *PSYCHIATRIKI* 26 (2) pp 131.

Φωτιάδου, Α., Ηλιοπούλου, Α. (2006) Προτάσεις για αντιμετώπιση του Αλκοολισμού σε επίπεδο κοινωνικής υποστήριξης. ENCEPHALOS ASSOCIATION, Αρχεία Νευρολογίας και Ψυχιατρικής. Γ.Ν.Ι. "Γ. Χατζηκώστα" Ψυχιατρικό Τμήμα, Ιωάννινα.

[Akram](#), Y., [Copello](#). A., Moore, D. (2014) Family-based interventions for substance misuse: *a systematic review of systematic reviews—protocol*. *US National Library of Medicine* 3pp (90), doi: 10.1186/2046-4053-3-90.

Babor, F. T., Higgins-Biddle, C. J. (2000) Alcohol screening and brief intervention: dissemination strategies for medical practice and public health. *ISI Journal Citation Reports Addiction*, 95(5)pp 677-686.

Bendtsen, P., Ekman, S.D., Johansson, A., Carljford, S. K., Andersson, A., Leijon, M. (2011) Referral to an Electronic Screening and Brief Alcohol Intervention in Primary Health Care in Sweden: Impact of Staff Referral to the Computer. *Int J Telemed Appl*, 2011: 918763. doi: 10.1155/2011/918763

Bond, L., Butler, H., Thomas, L., Carlin, J., Glover, S., Bowes, G., Patton, G. (2007) Social and school connectedness in early secondary school as predictors of late teenage substance use, mental health, and academic outcomes. *J Adolesc Health*. 2007 40(4)pp357.

Brust, C. M. (2010) "Ethanol and Cognition: Indirect Effects, Neurotoxicity and Neuroprotection: A Review". *Int. J. Environ. Res. Public Health* , 7(4)pp 1540-1557.

Borsari, B., Hustad T. J. Capone, C. (2009) Alcohol Use in the Greek System, 1999–2009: A Decade of Progress. [Curr Drug Abuse Rev.](#) 2(3)pp 216–255.

- Crews, F. Boettiger, C. (2009) Impulsivity, frontal lobes and risk for addiction. *Pharmacology, Biochemistry and Behavior*, 93(3)pp 237-247.
- Crocq, M. A. (2007) Historical and cultural aspects of man's relationship with addictive drugs. *Dialogues Clin Neurosci*, 9(4)pp 355–361. PMCID: PMC3202501.
- Courtney, K., Polich, J. (2009) "Binge drinking in young adults: Data, definitions, and determinants." *Psychol Bull*, 135 (1)pp 142–56. doi:10.1037/a0014414.
- Couper A.S. (1858) On a new chemical theory. *Philosophical magazine*16, (4)pp 104-116.
- Cox, B., Norton, R., Swinson, R., Endler, N. (1990) Substance abuse and panic-related anxiety: A critical review. *Behaviour Research and Therapy*, 28,(5)pp 385-393. doi.org/10.1016/0005-7967(90)90157-E
- Dafters, R., Anderson, G. (1982) Conditioned tolerance to the tachycardia effect of ethanol in humans. *Psychopharmacology* 78(4)pp 365-367.
- Department of Health (2012) Steering Group Report on a National Substance Misuse Strateg. *Health education research* , 14(6) pp 791-802.
- Diagnostic Criteria for Major Depressive Disorder and Depressive Episodes (2013) DSM-IV Criteria for Major Depressive Disorder (MDD).
- Fergusson, D.M., Boden, J. M., Horwood, L.J. (2009) Tests of causal links between alcohol abuse or dependence and major depression. *Arch Gen Psychiatry*. 66(3)pp 260-266.
- Fletcher, A. (2004) Alcohol screening in emergency departments. *Emergency Nurse*, 12(7)pp 22-27.
- Groeneweg, M., Moerland ,W., Quero J.C., Hop, WC., Krabbe, P.F., Schalm, S.W. (2000) Screening of subclinical hepatic encephalopathy. *Journal of Hepatology*, 32(5)pp 748-53.
- Galván, A., Hare.T. A., Parra, C. E., Penn. J., Voss. H., Glover. G., Casey. B. J. (2006) Earlier development of the accumbens relative to orbitofrontal cortex might underlie risk-taking behavior in adolescents. *Journal of Neuroscience*, 26 pp 6885–6892.
- Koob, G.F., Serge, A. H., Boutrel, B., Scott, A.C., Kenny, J. P., Athina Markou, Laura E. O'Dell, Parsons,H. L., Sanna, P. P. (2004) Neurobiological mechanisms in the transition from drug use to drug dependence. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* 27, 739–749.
- Kosten, T.R., O'Connor, P.G. (2003) Management of drug and alcohol withdrawal. *N Engl J Med*. 1, 34(18): 1786-95.
- Hawkins, J. D., Catalano, E. R., Miller, Y. Janet., (1992) Risk and Protective Factors for Alcohol and Other Drug Problems in Adolescence and Early Adulthood: Implications for Substance Abuse Prevention. *American Psychological Association*, 112 (1)pp 64-105
- Hennell, H. (1828) On the mutual action of sulfuric acid and alcohol, and on the nature of the process by which ether is formed. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London* , 66 (177).

Hovnanian, L. (1994) The four stages of drug addiction (based on clinical experience with 5,000 drug addicts). *Bull Acad Natl Med*, 178(6)pp 1029-37.

Hyman, S.E., Malenka, R.C., Nestler, E.J. (2006) Neural mechanisms of addiction: *The role of reward-related learning and memory*. *Annu Rev Neurosci* 29 pp 565-98.

Hovnanian, L. (1994) The four stages of drug addiction (based on clinical experience with 5,000 drug addicts). *Bull Acad Natl Med*, 178(6)pp 1029-37.

Kokkevi, A., Fotiou, A., Richardson, C. (2007) Drug use in the general population of Greece over the last twenty years: results from nationwide household surveys. *Eur Addict Res*, 13(3)pp167-76.

Kyrrestad, H. S., Adolfsen, F., Fossum, S., Kaiser, S., Martinussen, M. (2014) Effectiveness of school-based preventive interventions on adolescent alcohol use: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Subst Abuse Treat Prev Policy* pp, 9 -48.

Kumar, P. N., Biju, T. (2007) Family intervention therapy in alcohol dependence syndrome: One-year follow-up study. *Indian J Psychiatry*. 49(3)pp 200–204. doi: 10.4103/0019-5545.37322

Lock, A. C., A Kaner, F. E. (2004) Implementation of brief alcohol interventions by nurses in primary care: do non-clinical factors influence practice? 21(3)pp 270-275.

Mayberry, L. M., Espelage, L. D., Koenig, B. (2009) Multilevel Modeling of Direct Effects and Interactions of Peers, Parents, School, and Community Influences on Adolescent Substance Use. *Journal of Youth and Adolescence* 38(8)pp1038-49.

Mayo Clinic. (2017) Bipolar disorder Symptoms and causes. Available at : <http://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/bipolar-disorder/symptoms-causes/dxc-20307970>

McLeroy, K., Bibeau, D., Steckler, A., Glanz, K. (1988) An ecological perspective on health promotion programs. *Health Educ Q*, 15(4)pp351-77.

Mcmanus, S., Hipkins, J., Haddad, P., Guthrie, E., Creed, F. (2003) Implementing an effective intervention for problem drinkers on medical wards. *General Hospital Psychiatry* J, 25(5)pp332-337

Misra, S. P., Lefèvre, A., Ishii, H., Rubin, E., Lieber, S. C. (1971) Increase of ethanol, meprobamate and pentobarbital metabolism after chronic ethanol administration in man and in rats. *American Journal of Medicine* 51(3)pp 346-351. [https://doi.org/10.1016/0002-9343\(71\)90270-1](https://doi.org/10.1016/0002-9343(71)90270-1)

Mulvihill, J. J., Yeager, M. A. (1976) Fetal alcohol syndrome. *Teratology* 13,(3)pp. 345–348. doi.org/10.1002/tera.1420130316

Newcomb, M.D., Maddahian, E., Bentler, P. M. (1986). Risk Factors for Drug Use among Adolescents: Concurrent and Longitudinal Analyses. *Am J Public Health*, 76, 76(5)pp 525-531.

Rehm, J., Mathers, C., Popova, S., Thavorncharoensap, M., Teerawattananon, Y., Patra, J. (2009) “Global Burden of Disease and Injury and Economic Cost Attributable to Alcohol Use and Alcohol-use Disorder. *Lancet*, 373(9682)pp 2223-33. doi: 10.1016/S0140-6736(09)60746-7.

Newlin, D. B., Thomson, J. B. (1990) Alcohol challenge with sons of alcoholics: A critical review and analysis. *Psychological Bulletin* 108(3)pp 383-402.

Ockene, J.K., Adams, A., Hurley, T.G., Wheeler, E.V., Hebert, J.R. (1999) Brief physician and nurse practitioner-delivered counseling for high-risk drinkers: does it work? *Archives of Internal Medicine*, 159(18)pp 2198-2205.

- Patterson, E. (2017) Alcohol Intervention Programs. Trusted Resources for Substance Abuse and Addiction Treatment. Available at : <https://drugabuse.com/library/concurrent-alcohol-and-lortab-abuse/>
- Peltzer, K. Seoka. P., Babor. T., Obot, I. (2006) Training primary care nurses to conduct alcohol screening and brief interventions in South Africa. *Curationis*. 29(2), pp 16-21.
- Roman, P., Blum, T. NIAAA (2002) The Workplace and Alcohol Problem Prevention. Available at : <https://pubs.niaaa.nih.gov/publications/arh26-1/49-57.htm>
- Roach, J. (2005) "9,000-Year-Old Beer Re-Created From Chinese Recipe". *National Geographic News*. Available at : https://news.nationalgeographic.com/news/2005/07/0718_050718_ancientbeer.html
- Robins. L.N., Przybeck, T.R. (1985) Age of onset of drug use as a factor in drug and other disorders. *NIDA Res Monogr*, 56 pp.178-92.
- Shu-I, W., Hui-Chun, H., Shen-ing, L., Chiu-Rong, H., Fang-Ju, S., Tse-Yun, C., Shou-Chuan, S., Kuo-Shyang, J. (2008) Validation and comparison of alcohol-screening instruments for identifying hazardous drinking in hospitalized patients in Taiwan. *Alcohol & Alcoholism* 43(5) pp. 577–582.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). (2015) National Survey on Drug Use and Health (NSDUH). *Alcohol Use in Lifetime, Past Year, and Past Month, by Detailed Age Category: Percentages, 2014 and 2015*. Available at: <https://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/NSDUH-DetTabs-2015/NSDUH-DetTabs-2015/NSDUH-DetTabs-2015.htm#tab2-19b>.
- Shield, K.D., , Rylett, M., Gmel, G., Kehoe-Chan T.A, Rehm, J.(2013) Global alcohol exposure estimates by country, territory and region for 2005--a contribution to the Comparative Risk Assessment for the 2010 Global Burden of Disease Study. *Addiction*, 108(5)pp 912-22. doi: 10.1111/add.12112.
- Schuckit. M.A., Hesselbrock, V. (1994) Alcohol dependence and anxiety disorders: what is the relationship. *Am J Psychiatry*, 151(12)pp 1723-34.
- Smith. J. P., Randall, C.L. (2012) Anxiety and alcohol use disorders: comorbidity and treatment considerations. *Alcohol Res*, 34(4)pp, 414-31.
- Solberg. L.I., Maciosek, M.V., Edwards, N. M. (2008) Primary care intervention to reduce alcohol misuse ranking its health impact and cost effectiveness. *Am J Prev Med*. 34(2)pp 143-152. doi: 10.1016/j.amepre.2007.09.035.
- Sprott, V. (1979) Acute recovery and tolerance to low doses of alcohol: Differences in cognitive and motor skill performance. *Psychopharmacology*, 61(3)pp 287-29.
- Strakowski, S.M., DelBello, M.P., Fleck, D.E., Arndt, S. (2000) The impact of substance abuse on the course of bipolar disorder. *Biol Psychiatry*, 15, 48(6)pp477-85.
- Tabakoff, B., Hoffman, P.L. (1988) Tolerance and the etiology of alcoholism: Hypothesis and mechanism. *Alcohol Clin Exp Res*. (1) pp184-186.
- Thomson, D. A., Guerrini, I., Marshal, E. J. (2009) Wernicke's Encephalopathy: Role of Thiamine. *PRACTICAL GASTROENTEROLOGY*, (75).

Tierney, M. (2016) Improving nurses' attitudes toward patients with substance use disorders. *American Nurse Today journal*, 11 pp, 11

US Department of Health and Human Services. (2006) Available at: <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/AA67/AA67.htm>

Voermans, N. C., Van Alfen, N., Pillen, S., Lammens, M., Schalkwijk, J., Zwarts, M.J., Van Rooij, I.A., Hamel, B.C., Van Engelen, B.G. (2009) "Neuromuscular involvement in various types of Ehlers-Danlos syndrome." *Ann Neurol.* (65)pp 687–97.

WHO (2008) The World Health Report. Primary Health Care: Now More than Ever, World Health Organization, Geneva. Available at: http://www.searo.who.int/LinkFiles/Reports_whr08_en.pdf, (accessed 05/07/2017)

World Health Organization (2015). *Alcohol*. 2015. Available at: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/en/#> (Accessed 9/19/16)

World Health Organization (2016) *Fact sheet, Alcohol, Regional Office for Europe*. Available at: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/343744/2017-Alcohol-Fact-Sheet-FINAL.pdf?ua=1

World Health Organization (2014) *Greece, ALCOHOL CONSUMPTION: LEVELS AND PATTERNS*. WHO: Geneva. Available at: http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/profiles/grc.pdf

World Health Organization.(2014) *Global status report on alcohol and health*. WHO: Geneva (16)pp 31679-8. 2

WHO (2011d) *Global Status Report on Alcohol and Health*, WHO: Geneva.

Xenofontos, P., Geitona, M.(2015) ΠΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΧΡΗΣΗΣ ΑΛΚΟΟΛ. Neapolis University in Cyprus. Available at: <https://hephaestus.nup.ac.cy/handle/11728/6941?locale-attribute=en>

