

ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΦΟΙΤΗΤΡΙΕΣ: Τσιαλή Νικολέτα, Ξάιδου Νίκη

ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ: κ.Κουκουρίκος Κωσταντίνος

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ 2014

ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΣ ΚΑΙ
ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

ALCOHOLISM:
A THERAPEUTIC APPROACH

**ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗ:Κουκουρίκος Κωσταντίνος,Λαβδανίτη
Μαρία,Τσαλογλίδου Αρετή**

Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τους γονείς μας που μας στήριξαν καθόλη τη διάρκεια των σπουδών μας, καθώς και τον Καθηγητή μας που μας έδωσε την ευκαιρία να ασχοληθούμε με ένα τόσο ενδιαφέρον θέμα και ήταν συνεχώς δίπλα μας στην διάρκεια της έρευνάς μας

Σα βγεις στον πηγαιμό για την Ιθάκη,
να εύχεσαι νάναι μακρύς ο δρόμος,
γεμάτος περιπέτειες, γεμάτος γνώσεις.

[...]

Τους Λαιστρυγόνας και τους Κύκλωπας,
του άγριο Ποσειδώνα δεν θα συναντήσεις,
αν δεν τους κουβανείς μες στην ψυχή σου,
αν η ψυχή σου δεν τους στήνει εμπρός σου.

Να εύχεσαι νάναι μακρύς ο δρόμος.

Πολλά τα καλοκαιρινά πρωιά να είναι

που με τι ευχαρίστησι, με τι χαρά

θα μπαίνεις σε λιμένας πρωτοειδωμένους·

[...]

Πάντα στον νου σου νάχεις την Ιθάκη.

Το φθάσιμον εκεί είν' ο προορισμός σου.

Κ.Π. Καβάφης

Αφιερώνεται σε όλους όσους
δίνουν τον προσωπικό τους αγώνα
για ένα αύριο ελεύθερο αποεξαρτήσεις

Πίνακας περιεχομένων

ΠΡΟΛΟΓΟΣ	8
ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	9
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	10
ΜΕΡΟΣ Α΄	12
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο: ΕΘΙΣΜΟΣ – ΕΞΑΡΤΗΣΗ	13
1.1. Τι είναι ο εθισμός.....	13
1.2. Η έννοια της εξάρτησης	16
1.3. Παράγοντες που προστατεύουν από την εξάρτηση.....	18
1.4. Παράγοντες που πιθανόν να προάγουν την εξάρτηση	19
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο: ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΤΟΥ ΑΤΟΜΟΥ	21
2.1. Η έννοια του αλκοολισμού – Ορισμός.....	21
2.2. Χαρακτηριστικά της εξάρτησης από το αλκοόλ	22
2.3. Αιτίες – Συμπτώματα εξάρτησης	24
2.4. Αλκοολική συμπεριφορά – Τα στάδια του αλκοολισμού.....	28
2.4.1. Α΄ Στάδιο Αλκοολισμού	29
2.4.2. Β΄ Στάδιο Αλκοολισμού	32
2.4.3. Γ. Στάδιο Αλκοολισμού.....	33
2.5. Επιπτώσεις του αλκοολισμού στην ποιότητα ζωής του ατόμου	35
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο: Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΥ 38	
3.1. Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.....	38
3.1.1. Στόχος.....	38
3.1.2 Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και εκπαιδευτικό σύστημα.....	40
3.1.3 Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και οικογένεια	41
3.1.4 Ο σχεδιασμός προγραμμάτων πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας	43
3.1.5. Η Κοινωνική Ψυχιατρική Νοσηλευτική.....	44
3.2. Δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας	46
3.2.1. Σκοπός της Δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας.....	46
3.2.2. Οι θεραπευτικές κοινότητες στην Δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας	48

3.3. Τριτοβάθμια φροντίδα υγείας.....	49
3.3.1. Η διεπιστημονική προσέγγιση της Τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας.....	49
3.3.2. Βασικές αρχές και στόχοι της Τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας.....	50
3.3.3. Ο ρόλος της εργασιακής απασχόλησης στην Τριτοβάθμια φροντίδα υγείας.....	52
3.4. Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις σε άτομα εθισμένα στο αλκοόλ.....	52
3.4.1. Αλκοολική ηπατοπάθεια και φαρμακευτική αγωγή.....	53
3.4.2. Παρεμβάσεις του νοσηλευτή για την ανεξαρτητοποίηση των εθισμένων.....	56
3.4.3. Νοσηλευτικές παρεμβάσεις στην αντιμετώπιση των σωματικών νοσημάτων.....	59
3.4.4. Νοσηλευτικές παρεμβάσεις επι εξωτερικής βάσης.....	61
3.5. Ψυχολογική προσέγγιση των οικείων του εθισμένου και νοσηλευτής.....	63
ΜΕΡΟΣ Β΄: ΝΕΟΤΕΡΑ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ	65
1. GDNF: ΕΝΑ ΝΕΟ, ΑΜΕΣΑ ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΝΟΜΕΝΟ ΣΤΗΝ ΑΙΘΑΝΟΛΗ ΓΟΝΙΔΙΟ ΔΙΝΕΙ ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΑΤΑΝΟΗΣΗ ΤΗΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΚΑΙ ΕΠΙΜΟΝΗΣ ΤΗΣ ΚΑΤΑΧΡΗΣΗΣ ΑΛΚΟΟΛ.....	66
2. Η «ΔΙΑΓΡΑΦΗ» ΤΩΝ ΣΥΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΩΝ ΜΕ ΤΟ ΑΛΚΟΟΛ ΑΝΑΜΝΗΣΕΩΝ ΜΕΣΩ ΤΗΣ ΟΔΟΥ mTORC1 ΟΔΗΓΕΙ ΣΕ ΠΙΘΑΝΗ ΜΕΙΩΣΗ ΤΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΥΠΟΤΡΟΠΗΣ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ.....	67
3. ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΕΝΑ ΔΙΑΚΟΠΤΟΜΕΝΗ ΠΡΟΣΒΑΣΗ ΣΕ ΑΙΘΑΝΟΛΗ ΣΕ ΑΡΟΥΡΑΙΟΥΣ ΜΕ ΣΚΟΠΟ ΤΗ ΔΟΜΗΣΗ ΠΡΟΚΛΙΝΙΚΟΥ ΠΛΑΙΣΙΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΑΤΑΧΡΗΣΗ ΑΛΚΟΟΛ.....	68
4. ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΣΥΝΟΛΙΚΗΣ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑΣ ΣΕ ΜΗ ΤΑΚΤΙΚΟΥΣ ΠΟΤΕΣ ΜΕ ΣΟΒΑΡΑ ΕΠΕΙΣΟΔΙΑΚΑ ΞΕΣΠΑΣΜΑΤΑ ΚΑΤΑΧΡΗΣΗΣ ΑΛΚΟΟΛ ΣΕ ΒΑΘΟΣ ΖΟΕΤΙΑΣ.....	69
5. ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΥ: ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΕΙΔΟΠΟΙΗΣΕΙΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΦΟΡΕΩΝ / ΑΚΑΔΗΜΑΪΚΗΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑΣ ΜΕ ΤΗΝ ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ.....	70
6. Η ΑΠΩΛΕΙΑ ΕΛΕΓΧΟΥ ΤΗΣ ΧΡΗΣΗΣ ΑΛΚΟΟΛ ΚΑΙ Η ΣΟΒΑΡΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΕΞΑΡΤΗΣΗΣ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΒΑΡΙΑ ΧΡΗΣΗ ΠΟΥ ΔΕΝ ΕΠΙΖΗΤΟΥΝ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΧΕΤΙΖΕΤΑΙ ΜΕ ΧΑΜΗΛΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΓΛΟΥΤΑΜΙΝΗΣ ΣΤΗΝ ΜΕΤΩΠΙΑΙΑ ΛΕΥΚΗ ΟΥΣΙΑ.....	72
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	73
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	75
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	76
Παράρτημα Ι – Μαρτυρία αλκοολικού	80
Παράρτημα ΙΙ – Εικόνες.....	83

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η παρούσα εργασία με θέμα «Αλκοολισμός: Νοσηλευτική παρέμβαση», πραγματοποιήθηκε με σκοπό να παρουσιάσει τη πολύ διαδεδομένη νόσο του αλκοολισμού, η οποία με την πάροδο των ετών λαμβάνει όλο και μεγαλύτερες διαστάσεις.

Ο αλκοολισμός είναι μια χρόνια ψυχοσωματική νόσος, η ίαση της οποίας παρουσιάζει ιδιαίτερες δυσκολίες. Εμφανίζεται τόσο σε άνδρες, όσο και σε γυναίκες, συχνά εκδηλώνεται σε νεαρες ηλικίες, κάτω των 30 ετών, ενώ η έρευνα έχει καταδείξει και κληρονομικά χαρακτηριστικά της νόσου. Οριστική και μοναδική θεραπεία για τον αλκοολισμό δεν έχει βρεθεί ακόμα, αν και η έρευνα τα τελευταία χρόνια έχει αρχίσει να ωριμάζει, με αποτέλεσμα να παρουσιάζει σημαντικά ευρήματα στην ίαση των αλκοολικών. Προς το παρόν, για στην προσπάθεια ίασης του αλκοολισμού συνδυάζονται φαρμακευτικές και ψυχολογικές θεραπείες, προσαρμοσμένες στις ιδιαιτερότητες του κάθε ασθενούς. Βασικός παράγοντας είναι η θέληση του ατόμου να απεξαρτηθεί και έπειτα ακολουθούν οι όποιες νοσηλευτικές και ψυχολογικές παρεμβάσεις.

Λόγω της ιδιαιτερότητας της ασθένειας το νοσηλευτικό θα πρέπει να είναι άρτια εκπαιδευμένο και πλήρως ενημερωμένο σχετικά με τον αλκοολισμό, έτσι ώστε να είναι σε θέση αρχικά να αναγνωρίσει τη νόσο, μιας και τις περισσότερες φορές τα περιστατικά αυτά προσέρχονται στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, πολύ συχνά μάλιστα για διαφορετικό νόσημα από τον αλκοολισμό. Θεμελιώδους σημασίας είναι η ψυχολογική υποστηρίξη του ασθενούς από το νοσηλευτικό προσωπικό, διότι πρόκειται για ασθένεια με πολύ συχνές και σοβαρές υποτροπές, η εκδήλωση των οποίων εξαρτάται κυρίως από τον ψυχολογικό παράγοντα.

Στην Ελλάδα τόσο οι προσπάθειες της πολιτείας και των κοινωνικών φορέων, όσο και η σχετική επιστημονική βιβλιογραφία έχει περιοριστεί στην πρόληψη και στην αντιμετώπιση των ουσιών που χαρακτηρίζονται ως παράνομες (ναρκωτικά), ενώ ελάχιστη έως ανύπαρκτη είναι η μέριμνα για τις νόμιμες ουσίες που οδηγούν σε εξάρτηση, όπως είναι το αλκοόλ, η νικοτίνη κτλ. Η σωστή ενημέρωση και ευαισθητοποίηση του κοινωνικού συνόλου σχετικά με τον αλκοολισμό είναι το πρώτο βήμα προς την πορεία για την ουσιαστική αντιμετώπισή του.

ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Σκοπός της εργασίας είναι να παρουσιάσει στους αυριανούς συναδέλφους νοσηλευτές την ασθένεια του αλκοολισμού και να τονίσει την θεμελιώδη σημασία του ρόλου τους στην πρόληψη, στην αναγνώριση, στην πορεία, αλλά και στην θεραπεία της νόσου.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παρούσα εργασία με θέμα «Αλκοολισμός: Νοσηλευτική παρέμβαση», πραγματοποιήθηκε για το Αλεξάνδρειο Τεχνολογικό Ίδρυμα Θεσσαλονίκης, τη Σχολή Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας, για το Τμήμα Νοσηλευτικής.

Σκοπός της εργασίας είναι να παρουσιάσει στους αυριανούς συναδέλφους νοσηλευτές την ασθένεια του αλκοολισμού και να τονίσει την θεμελιώδη σημασία του ρόλου τους στην πρόληψη, στην αναγνώριση, στην πορεία, αλλά και στην θεραπεία της νόσου.

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

Για την επίτευξη του σκοπού της εργασίας και την διεκπεραίωσή της πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση της ελληνικής αλλά και της διεθνούς βιβλιογραφίας.

Στο 1^ο κεφάλαιο γίνεται εισαγωγή στο πρόβλημα των εξαρτήσεων και στην έννοια του εθισμού, σε παράγοντες που προστατεύουν από εξαρτήσεις, αλλά και σε παράγοντες που προάγουν τις εξαρτήσεις.

Το 2^ο κεφάλαιο εισάγει τον αναγνώστη στην έννοια του αλκοολισμού, στα χαρακτηριστικά της αλκοολική εξάρτησης, παρατίθεται η συμπτωματολογία της νόσου, καθώς και οι επιπτώσεις της στην ποιότητα ζωής του εθισμένου. Ιδιαίτερη μνεία γίνεται στα τρία στάδια από τα οποία κάθε άτομο που έχει εκδηλώσει αλκοολική συμπεριφορά περνά.

Στο 3^ο κεφάλαιο παρουσιάζεται αναλυτικά ο ρόλος του νοσηλευτή στην αντιμετώπιση του αλκοολισμού. Συγκεκριμένα, παρουσιάζονται οι τρεις βαθμίδες φροντίδας υγείας και ο ρόλος που η καθεμιά επιτελεί, οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις για την αντιμετώπιση του εθισμού και των παθολογικών νοσημάτων που σχετίζονται με το αλκοόλ, καθώς και η ψυχολογική διάσταση του προβλήματος μέσα από την σύνδεσή της με τον ρόλο του νοσηλευτή.

Τέλος, στο δεύτερο μέρος της εργασίας παρατίθενται τα νεότερα ερευνητικά δεδομένα σχετικά με την νόσο, έτσι ώστε να δοθεί πληρέστερη εικόνα για την εξέλιξη της επιστήμης στην πολυδιάστατη νόσο του αλκοολισμού.

ΜΕΡΟΣ Α΄

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο: ΕΘΙΣΜΟΣ – ΕΞΑΡΤΗΣΗ

1.1. Τι είναι ο εθισμός

Οποιαδήποτε κι αν είναι η ουσία, (αλκοόλ, ναρκωτικά, κάπνισμα κτλ.) εθισμός σημαίνει απώλεια του ελέγχου. Αυτό βεβαίως δεν σημαίνει πως από τη μια στιγμή στην άλλη μπορεί κανείς να εθιστεί ξαφνικά στην χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών ή οινόπνευματος. Βέβαια, έχουν παρατηρηθεί ορισμένοι χημικοί, ψυχολογικοί και κοινωνικοί παράγοντες οι οποίοι έχουν συνδεθεί με την τάση που μπορεί να έχει κανείς για κατάχρηση και εθισμό. Ο πιο κοινός καθοριστικός παράγοντας σε όλες τις περιπτώσεις εθισμού είναι η επιμονή. Ο εθισμένος θα εξακολουθεί να καταναλώνει ναρκωτικά ή οινόπνευμα παρόλο που γνωρίζει τις ολέθριες για την υγεία του συνέπειες (<http://www.agws.com.au>).

Στην ουσία ως εθισμός αντιμετωπίζεται σήμερα σχεδόν κάθε συνήθεια που ακολουθείται εκτός μέτρου από ένα άτομο το οποίο γνωρίζει ότι δυσκολεύεται ή αδυνατεί να την κατευνάσει και πολύ περισσότερο να την διακόψει (<http://www.tovima.gr/>).

Ο εθισμός σπάνια παραμένει στάσιμος. Όσο εξελίσσεται, απορροφά όλο και περισσότερη ενέργεια και δύναμη από το άτομο με καταστροφικές για την σωματική και ψυχική του υγεία συνέπειες.

Ο εθισμός ταυτίζεται με μια σειρά εμπειριών που προκαλούν αλλαγή στον εσωτερικό κόσμο του ατόμου. Ο εθισμένος ανταποκρινόμενος σε αυτές τις εσωτερικές αλλαγές, αρχίζει να ενεργεί με τέτοιο τρόπο ώστε να ικανοποιήσει τον εθισμό του. Καθώς ο εθισμός εξελίσσεται γίνεται τρόπος ζωής.

Για να αντιληφθεί κανείς την έννοια του εθισμού θα πρέπει να αντιληφθεί πρώτα το βασικό χαρακτηριστικό της ανθρώπινης φύσης: ο άνθρωπος τείνει να επαναλαμβάνει καταστάσεις από τις οποίες λαμβάνει ικανοποίηση και να αποφεύγει καταστάσεις που τον ενοχλούν. Όταν έρχεται κανείς αντιμέτωπος με δυσάρεστα συναισθήματα όπως πόνος, λύπη, θλίψη κλπ, καθίσταται πιο ευάλωτος συναισθηματικά και είναι πιθανότερο να στραφεί σε ουσίες όπως το αλκοόλ, το κάπνισμα ή τα ναρκωτικά σε αναζήτηση διεξόδου από την κατάσταση που βιώνει (<http://www.lyrakos.gr>).

Αυτές ακριβώς τις δυσάρεστες καταστάσεις προσπαθεί να ελέγξει το άτομο που βιώνει τον εθισμό. Υπό την επήρεια του αλκοόλ ή των ναρκωτικών ο εθισμένος πιστεύει ότι μπορεί να ξεχάσει τον πόνο και να επαναφέρει την ευτυχία όποτε θέλει – και αρχικά μπορεί να το καταφέρει. Εξελισσόμενη όμως η χρήση του αργά ή γρήγορα σε αδιέξοδο (<http://www.lyrakos.gr>).

Εθισμός σημαίνει εκτός ελέγχου αναζήτηση ευτυχίας ή αποφυγή του πόνου. Με τη χρήση αλκοόλ ή ναρκωτικών ο εθισμένος προσπαθεί να δημιουργήσει αισθήματα ηρεμίας, έξαψης, ευτυχίας κλπ. Η αλλαγή διάθεσης που προκαλείται από τη χρήση αλκοόλ ή ναρκωτικών δίνει στον εθισμένο την ψευδαίσθηση ότι όλα πάνε καλά.

Καθώς όμως η χρήση συνεχίζεται, ο εθισμένος νιώθει ότι ικανοποιείται μόνο όταν κάνει χρήση αλκοόλ, ή ναρκωτικών. Αυτή ακριβώς η ψευδαίσθηση της διαφυγής από κάθε κατάσταση που τον ενοχλεί, καθιστά ισχυρότερο τον εθισμό και η ουσία που χρησιμοποιείται γίνεται το στήριγμά του κάθε φορά που αντιμετωπίζει ανάλογες καταστάσεις. Καθώς η χρήση συνεχίζεται, η εκάστοτε ουσία βοηθάει επίσης τον χρήστη να ξεφύγει από τη ντροπή και τις ενοχές που νοιώθει γνωρίζοντας ότι έχει χάσει πλέον τον έλεγχο που νόμιζε ότι είχε στην αρχή.

Όσο ο εθισμένος συνεχίζει την χρήση αλκοόλ, αρχίζει και αναπτύσσεται η αίσθηση ότι το αλκοόλ ή τα ναρκωτικά συντελούν στην εξέλιξη του σαν άτομο. Πλέον η ουσία στην οποία είναι εθισμένος του είναι τόσο απαραίτητη όσο και η τροφή ή το νερό. Ο εθισμός γίνεται τρόπος ζωής και ο εθισμένος χάνει τον έλεγχο και μπερδεύεται σε μια καθημερινή αποφυγή της πραγματικότητας, ενώ αποφεύγει συστηματικά τις ευθύνες του για την κατάσταση στην οποία έχει περιέλθει και τις συνέπειες των πράξεών του.

Ασυνείδητα αρχίζει σιγά – σιγά να συνηθίζει τον εθισμό και να αισθάνεται φυσιολογικός άνθρωπος. Όλη του η ζωή περιστρέφεται γύρω από το αλκοόλ ή τα ναρκωτικά και στην αλλαγή διάθεσης που συνεπάγεται η χρήση. Η ζωή για αυτόν έχει έναν σκοπό - την επιδίωξη της χρήσης αλκοόλ ή ναρκωτικών για να ικανοποιηθεί ο εθισμός του. Ο εθισμένος έχει την τάση να αποφεύγει τους άλλους ανθρώπους εξαιτίας του αισθήματος ντροπής και του πόνου που συχνά τον διακατέχουν. Όσο προχωρά ο εθισμός, νιώθει πλέον τελείως ανήμπορος να δημιουργήσει σχέσεις με άλλους ανθρώπους. Απομονωμένος πια αισθάνεται πληγωμένος, υποφέρει και λόγω της απομόνωσης που ο ίδιος επιδίωξε αρχικά, αυξάνει ακόμα περισσότερο την χρήση, επιδιώκοντας ανακούφιση.

Αυτό που χαρακτηρίζει τον εθισμό είναι ότι τα δυσάρεστα αυτά συναισθήματα που περιγράφηκαν παραπάνω ωθούν το άτομο σε συχνότερη και ποσοτικά υψηλότερη κατανάλωση. Κάθε φορά που υποκύπτει σε χρήση είτε ναρκωτικών είτε οινοπνεύματος, αισθάνεται πιο ισορροπημένος, κύριος του εαυτού του και πολύ ισχυρός. Αυτό τον αποπροσανατολίζει από το βαθύτερο αίσθημα μειονεκτικότητας που υποσυνείδητα νιώθει (<http://www.agws.com.au/>).

Για την κατάσταση του εθισμού, εκτός από τις απλές παρατηρήσεις, υπάρχει και η αντίστοιχη βιοχημική ερμηνεία. Ο ανθρώπινος εγκέφαλος για την καταπολέμηση του πόνου παράγει τις εγκεφαλίνες και τις ενδορφίνες, δύο καταπραϋντικά μόρια που έχουν παρεμφερείς επιδράσεις με οπιούχα ναρκωτικά. Ακόμα, αρκετά φάρμακα που χορηγούνται με ή χωρίς ιατρική συνταγή έχουν τις ίδιες ιδιότητες. Πέφτοντας κανείς με αλεξίπτωτο από ένα αεροπλάνο σε ύψος 13 χιλιάδες πόδια, δημιουργείται μια χημική αλλαγή στον εγκέφαλο του παρόμοια με εκείνη που θα του προκαλούσε η χρήση μιας δόσης κοκαΐνης.

Ο εθισμένος προσπαθεί συνεχώς να ικανοποιήσει την επιτακτική ανάγκη που τον διακατέχει, να καταναλώσει το συντομότερο δυνατό την ουσία στην οποία έχει εθιστεί, γνωρίζοντας τις περισσότερες φορές πως η κίνησή του αυτή είναι επιζήμια για εκείνον. Πιστεύει ότι το αλκοόλ ή τα ναρκωτικά θα τον απομακρύνουν ή και θα επιλύσουν τα προβλήματά του. Το πρόβλημα είναι πως αμέσως μόλις γίνει η χρήση, νιώθει ακριβώς την ευτυχία που επεδίωξε. Έτσι αδυνατεί να κατανοήσει γιατί αυτό είναι λάθος. Για τον λόγο αυτό ο εθισμός είναι πολυσύνθετο πρόβλημα, πολύ ισχυρό και στις περισσότερες περιπτώσεις η απεξάρτηση αποτελεί ιδιαίτερα επίπονη και χρονοβόρα διαδικασία.

Οι πεποιθήσεις και ο τρόπος σκέψης του θα επηρεάσουν στην απόφασή ενός ατόμου για το αν θα επιστρέψει σε μια εμπειρία (χρήση αλκοόλ ή ναρκωτικών) που σιγά - σιγά αλλά με βεβαιότητα θα τον οδηγήσει στην καταστροφή. Ακόμη και μετά τον εθισμό του σε κάποια ουσία, το άτομο μπορεί να αποφασίσει να αλλάξει τον τρόπο συμπεριφοράς και σκέψης του με σκοπό να μειώσει ή να ενισχύσει τον εθισμό του. Έτσι, έχοντας υπόψη μας τον τρόπο σκέψης που μας διακατέχει κάνουμε ένα σημαντικό θετικό βήμα προς την κατανόηση των αιτιών που μας σπρώχνουν στη χρήση αλκοόλ ή ναρκωτικών και επομένως είμαστε ένα βήμα πιο κοντά στην απεξάρτησή μας (<http://www.tovima.gr/>).

1.2. Η έννοια της εξάρτησης

Κάθε συμπεριφορά η οποία είναι αδύνατο να τεθεί υπό τον έλεγχο κάποιου, να μετριαστεί και να διακοπεί, θεωρείται εξαρτητική. Η εξάρτηση χαρακτηρίζεται από την έντονη προσήλωση ενός ατόμου προς ένα αντικείμενο ή άλλο άτομο. Ο εξαρτημένος επικεντρώνει τη ζωή του γύρω από το αντικείμενο της εξάρτησής του. Σε τέτοιου είδους συμπεριφορές οδηγεί συνήθως ο συνδυασμός ψυχολογικών, κοινωνικών, ακόμα και βιολογικών παραγόντων, οι οποίοι είναι πιθανό να καταστήσουν το άτομο αδύναμο να ελέγξει τον τρόπο αντίδρασης και συμπεριφοράς του (<http://www.kethea.gr>, www.preventionsection.org.cy).

Ένα από τα σημαντικότερα χαρακτηριστικά γνωρίσματα της εξάρτησης είναι η ροπή σε ουσίες, αντικείμενα ή διαδικασίες, το αίσθημα ανάγκης για επανάληψη κάποιας συμπεριφοράς σε καθημερινή βάση και η ανικανότητα ελέγχου της ροπής αυτής. Πολύ σημαντικό αποτελεί και το γεγονός ότι, ακόμα και όταν το άτομο παραδεχθεί το παράλογο της πράξης του δεν είναι ικανό να την ελέγξει και μάλιστα τείνει να εντείνει την εν λόγω συμπεριφορά (χρήση αλκοόλ, ουσιών, διαδικτύου, τυχερά παιχνίδια κλπ) με σκοπό να αντλεί συνεχώς εντονότερο αίσθημα ικανοποίησης. Αντίθετα, σε περίπτωση που προσπαθήσει να ελέγξει την ροπή του αισθάνεται δυσφορία και παρουσιάζει συμπτώματα στέρησης.

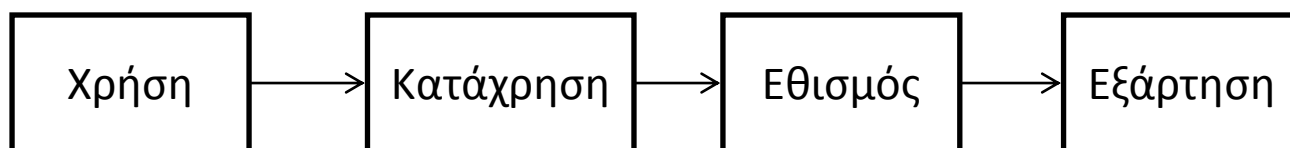
Ένα από τα γνωστότερα είδη εξάρτησης είναι η «ουσιοεξάρτηση». Με τον όρο ουσιοεξάρτηση νοείται η κατάσταση εκείνη που χαρακτηρίζεται από επιτακτική ανάγκη για λήψη κάποιας ουσίας από τον χρήστη, επιδιώκοντας τα αποτελέσματα της δράσης της ή για να αποφύγει τα συμπτώματα που προκαλεί η στέρησή της.

Η ουσιοεξάρτηση διακρίνεται σε δύο κατηγορίες: την σωματική και την ψυχολογική. Η σωματική εξάρτηση είναι η κατάσταση εκείνη του οργανισμού, κατά την οποία παρουσιάζονται σωματικά και ψυχοπαθολογικά συμπτώματα, λόγω της απότομης και σημαντικής μείωσης της ποσότητας της ουσίας στον οργανισμό. Είναι δηλαδή η «αντίδραση» του σώματος στην διακοπή της χρήσης της εκάστοτε ουσίας.

Η ψυχολογική εξάρτηση έγκειται στην έντονη επιθυμία του ατόμου να κάνει χρήση της ουσίας, διότι δεν αντέχει χωρίς αυτήν. Αποτελεί έτσι το ισχυρότερο κίνητρο για επανάληψη της χρήσης.

Ο χαρακτηρισμός μιας συμπεριφοράς ως εξαρτητική φυσικά δεν γίνεται από την αρχή της υιοθέτησης της εν λόγω συμπεριφοράς, αλλά ακολουθεί ορισμένη πορεία. Η πορεία αυτή ξεκινά από την πρώτη χρήση, η οποία είναι ουσιαστικά η δοκιμή και γίνεται τις περισσότερες φορές από περιέργεια, από την έντονη επιθυμία δηλαδή να γνωρίσει κάποιος κάτι. Η επιθυμία αυτή εκδηλώνεται ακόμα εντονότερα στους νέους και πολλές φορές τους ωθεί στην εξερεύνηση άγνωστων μέχρι την στιγμή της δοκιμής. Συγχρόνως με την περιέργεια είναι πιθανόν να συνυπάρχουν και άλλοι παράγοντες, όπως το περιβάλλον του ατόμου, το οποίο μπορεί να είναι ανεκτικό στην παρουσία της ουσίας ή έλλειψη δισταγμών που μπορεί να διακατέχει το άτομο τη δεδομένη χρονική στιγμή.

Η δοκιμή είναι ο καθοριστικότερος παράγοντας στην εξέλιξη της εκάστοτε ροπής σε εξάρτηση. Έπειτα με δραστήρια και ακολούθως έντονη δραστηριότητα πολύ γρήγορα οδηγείται κανείς σε εξαρτησιακές καταστάσεις. Τα στάδια που περνά κανείς για να καταλήξει στην εξάρτηση παρατίθενται στο σχήμα 1.α.



Σχήμα 1.α.: Τα στάδια της εξάρτησης, πηγή: Κέντρο Πρόληψης «Μικρή Άρκτος» <http://www.preventionsection.org.cy>

- Το στάδιο της χρήσης της ουσίας είναι και το «κοινωνικά αποδεκτό» καθώς η ουσία στην περίπτωση αυτή χρησιμοποιείται σε συγκεκριμένες περιστάσεις και περιβάλλον
- Η κατάχρηση είναι το επακόλουθο της έντονης και συστηματικής χρήσης. Το άτομο αρχικά συνειδητοποιεί την κακή χρήση, ενώ συνηθισμένες είναι και οι αποτυχημένες προσπάθειες επανόδου σε παλαιότερες συνθήκες. Πολύ συχνή είναι επίσης και η αναζήτηση ευκαιριών χρήσης
- Έπεται η κρίσιμη φάση του εθισμού, ο οποίος συνοδεύεται από απώλεια ελέγχου της χρήσης. Εμφανίζονται στο στάδιο αυτό οι πρώτες σωματικές, ψυχολογικές και κοινωνικές επιπτώσεις.
- Η κατάληξη της πορείας αυτής είναι η εξάρτηση, η οποία αποτελεί μια χρόνια φάση και χαρακτηρίζεται από καθημερινή χρήση. Ο βασικότερος άξονας της

συμπεριφοράς είναι η χρήση, οι επιπτώσεις της οποίας μεγιστοποιούνται στο στάδιο αυτό.

1.3. Παράγοντες που προστατεύουν από την εξάρτηση

Προστατευτικοί παράγοντες είναι εκείνοι οι παράγοντες που είναι δυνατό να προστατεύσουν τα άτομα και μπορούν να ενισχύσουν την αποφασιστικότητά τους για την αποφυγή ή απόρριψη της επιλογής της χρήσης ουσιών που είναι πιθανό να οδηγήσουν σε εξάρτηση. Υποστηρίζεται ότι υπάρχουν ορισμένοι παράγοντες οι οποίοι πιθανολογείται ότι συμβάλλουν καθοριστικά στην παρεμπόδιση αυτοκαταστροφικών συμπεριφορών και καταστάσεων που προωθούν την κατάχρηση ουσιών.

Οι προστατευτικοί παράγοντες αφορούν προσωπικά και διαπροσωπικά χαρακτηριστικά, οικογενειακούς και κοινωνικούς παράγοντες. Ορισμένοι από τους παράγοντες αυτούς παρατίθενται ακολούθως:

α) Παράγοντες προσωπικότητας ή ιδιοσυγκρασίας/Προσωπικές δεξιότητες:

Τέτοιοι είναι η αισιοδοξία, η ενσυναίσθηση, η διορατικότητα, η διανοητική ικανότητα και ο αυτοσεβασμός, η αυτοεκτίμηση, η ικανότητα προσαρμογής και διαχείρισης συναισθημάτων, οι διαπροσωπικές κοινωνικές δεξιότητες, οι διαπροσωπικές αντανεκλαστικές δεξιότητες, η δυνατότητα αποκατάστασης αυτοσεβασμού, οι δεξιότητες προγραμματισμού, η δυνατότητα επίλυσης προβλημάτων, η ικανότητα λήψης αποφάσεων, η αντίσταση σε διαπροσωπικές επιρροές.

β) Οικογενειακοί παράγοντες

Η ύπαρξη μιας συνεχόμενης, ζεστής και θετικής σχέσης με έναν ενήλικα που νοιάζεται, το συνεκτικό και υποστηρικτικό οικογενειακό περιβάλλον, οι ρεαλιστικά υψηλές γονεϊκές προσδοκίες, οι αξίες μη χρήσης, η συμμετοχή των παιδιών στη ζωή και τις υποχρεώσεις του περιβάλλοντος, θετικά γονεϊκά πρότυπα, οριοθέτηση συμπεριφορών, θέσπιση κανόνων.

γ) Κοινωνικοί παράγοντες

Το σχολείο, η κοινότητα, οι ομάδες συνομηλίκων (www.preventionsection.org.cy).

1.4. Παράγοντες που πιθανόν να προάγουν την εξάρτηση

Όπως αναγνωρίζεται η παρουσία παραγόντων που ενισχύουν την ανθεκτικότητα των ατόμων απέναντι στις εξαρτήσεις, αντίστοιχα υπάρχουν και παράγοντες που καθιστούν το άτομο πιο ευάλωτο και λιγότερο έτοιμο να προστατέψει τον εαυτό του. Οι παράγοντες αυτοί μπορούν να οριστούν και ως παράγοντες κινδύνου. Οι παράγοντες κινδύνου αφορούν ελλείψεις τόσο σε προσωπικό όσο και σε κοινωνικό επίπεδο. Πρόκειται ουσιαστικά για το ατομικό υπόβαθρο του καθενός, το οποίο συνδέεται με τις πιθανότητες εκδήλωσης εξάρτησης. Οι παράγοντες που σχετίζονται με θετικό ιστορικό εκδήλωσης εξαρτήσεων μπορεί να είναι προσωπικοί, οικογενειακοί ή και να αφορούν το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον. Ενδεικτικά αναφέρονται παρακάτω μερικοί από αυτούς:

α) Προσωπικοί παράγοντες: γενετικοί και ψυχολογικοί, νευρολογικές διαταραχές, τάση ανάληψης ρίσκου, διαταραχές συμπεριφοράς, επιθετικότητα, τάση του ατόμου να υποκύπτει σε εξαρτήσεις, η τάση υποτίμησης κινδύνου, υπερκινητικότητα και γενικότερα υπερδραστηριότητα, ακαδημαϊκά προβλήματα σε περιπτώσεις μαθητών/σπουδαστών, έλλειψη της αίσθησης του «ανήκει» (στο σχολείο, την οικογένεια κλπ), ανικανότητα υπακοής και προσαρμογής σε κανόνες, δυσκολίες γενικότερης προσαρμογής σε νέες καταστάσεις, παρατεταμένες περίοδοι έντασης, αίσθηση ότι δεν αναγνωρίζεται η αξία του και δεν είναι σημαντικός στους άλλους, αίσθηση έλλειψης ελέγχου πάνω στα γεγονότα, δυσκολία έκφρασης συναισθημάτων και σκέψεων

β) Κοινωνικοί παράγοντες

- Η οικογένεια: οικονομικά ή εργασιακά προβλήματα στο οικογενειακό περιβάλλον, ασταθές οικογενειακό περιβάλλον, αίσθημα ανασφάλειας εντός της οικογένειας, συγκρούσεις, έλλειψη ορίων, και πειθαρχίας, υπερβολικά υψηλές (ή χαμηλές) προσδοκίες από τα παιδιά, προβλήματα στην επικοινωνία μεταξύ των μελών και ειδικά μεταξύ παιδιών - γονέων, απουσία ξεκάθαρων οικογενειακών αρχών ή και θρησκευτικών αρχών ή κοινωνικής δέσμευσης, συναισθηματική αστάθεια, εξάρτηση από το αλκοόλ ή και από άλλες ουσίες από ένα γονέα (συνήθως από τον πατέρα).
- Στάση περιβάλλοντος έναντι στις ουσίες: χρήση ουσιών από άλλα μέλη (αδέρφια ή γονείς), θετικές στάσεις σε σχέση με την άσκηση βίας, τη χρήση ουσιών, οικογενειακό ιστορικό χρήσης.

- Το σχολείο: σκασιαρχείο, αποξένωση του σχολείου από τους μαθητές, εχθρικό σχολικό περιβάλλον, απουσία ή μη τήρηση των σχολικών κανόνων, απουσία εφαρμογής προγραμμάτων πρόληψης, έλλειψη πολιτικών σε σχέση με την ενημέρωση για την χρήση αλκοόλ και άλλων ουσιών, κακές σχολικές επιδόσεις/ αποτυχίες.
- Οι φίλοι: κοινωνική πίεση για δοκιμή ουσιών, χρήση στο φιλικό περιβάλλον, θετικές στάσεις των φίλων έναντι στη χρήση, φόβος απόρριψης, επιλογή τρόπων διασκέδασης που αυξάνουν τις πιθανότητες χρήσης.
- Το κράτος: έλλειψη πολιτικής και κατάλληλου νομοθετικού πλαισίου σε σχέση με τις ουσίες και την καταπολέμηση των καταχρήσεων, κοινωνικά πρότυπα που προωθούν την χρήση ουσιών, διαφημιστικά μηνύματα θετικά ως προς τη χρήση,

γ) Διαθεσιμότητα των ουσιών:

Η ύπαρξη και η διαθεσιμότητα των ουσιών μέσα στο άμεσο περιβάλλον: φίλοι, οικογένεια, γειτονιά, σχολείο, δρόμος, δημόσια πάρκα, χώροι διασκέδασης κ.τ.λ. (<http://www.preventionsection.org.cy>).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο: ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΤΟΥ ΑΤΟΜΟΥ

2.1. Η έννοια του αλκοολισμού – Ορισμός

Με τον όρο «αλκοολισμός» νοείται η χρόνια εξάρτηση ενός ατόμου από το αλκοόλ, κατά την οποία χάνεται ο έλεγχος του πότε ή πόσο πίνει και το άτομο συνεχίζει να πίνει παρόλο που γνωρίζει πως η συμπεριφορά του δημιουργεί προβλήματα στις σχέσεις του, στην υγεία του, στη δουλειά του και γενικότερα σε όλη του την ζωή.

Είναι πιθανό βέβαια, κάποιος να κάνει απλώς κακή χρήση του αλκοόλ και αυτό να του δημιουργεί προβλήματα στη ζωή του, αλλά να μην παρουσιάζει σημάδια εξάρτησης, οπότε δεν έχει ανεκτικότητα στο αλκοόλ και στερητικά συμπτώματα όταν δεν πίνει, όπως ο αλκοολικός. Αυτή η περίπτωση ονομάζεται κατάχρηση αλκοόλ. Η κατάχρηση αλκοόλ είναι το προηγούμενο στάδιο της εξάρτησης από αυτό (www.psychotherapeia.net.gr).

Επισήμως ο όρος αλκοολισμός χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά από έναν Ολλανδό γιατρό στα τέλη της δεκαετίας του 1840, ενώ αναγνωρίστηκε ως νόσος το έτος 1972 από τον ιατρό John Coakley Lettson. Πρόκειται για ένα ευρύτατα διαδεδομένο πρόβλημα το οποίο εντοπίζεται πολύ συχνά και σε παγκόσμια κλίμακα. Αξίζει να σημειωθεί πως περίπου το 10-13% των ανθρώπων θα παρουσιάσουν κατά την διάρκεια της ζωής τους πρόβλημα εξάρτησης από το αλκοόλ (www.bestrong.org.gr).

Ο αλκοολισμός είναι ένα πολυσύνθετο φαινόμενο με βιολογικές, ψυχολογικές και κοινωνικές επιπτώσεις, τις οποίες οι θεράποντες οφείλουν να λάβουν υπόψη, στην προσπάθεια αντιμετώπισής του.

Σχετικά με την εκδήλωση του προβλήματος έχουν γίνει σημαντικές μελέτες: Μελετώντας οικογένειες, διδύμους και υιοθετημένα παιδιά έχει παρατηρηθεί ότι γενετικοί παράγοντες συντελούν κατά 40 έως 70% στην ανάπτυξη αλκοολικών συμπεριφορών. Επίσης έχει παρατηρηθεί ότι η κατάχρηση αλκοόλ αλλάζει τις εκφράσεις των γονιδίων στους εγκεφαλικούς ιστούς τόσο των ζώων που χρησιμοποιήθηκαν στις εργαστηριακές δοκιμές, όσο και των ανθρώπων. Ο αλκοολισμός είναι ενδεχομένως πολυγονιδιακή νόσος,

δεν παρουσιάζει κληρονομικότητα μεντελιακού τύπου και εκδηλώνεται με ποικίλους κλινικούς φαινοτύπους (<http://www.encephalos.gr/>).

Το αλκοολικό άτομο υπόκειται δηλητηριάσεις από το αλκοόλ οι οποίες λαμβάνουν δύο μορφές, την οξεία και την χρόνια μέθη. Στην περίπτωση οξείας μέθης, ανάλογα με την ποσότητα του οινοπνεύματος που έχει καταναλωθεί και την κατάσταση του ατόμου (βάρους, προσωπικότητα, φύλο κ.τ.λ.) παρατηρείται διαταραχή ή και απώλεια συνείδησης, αναστολή φραγμών, μειωμένη αντιληπτική ικανότητα, ακόμα και κωματώδεις καταστάσεις ή και θάνατος.

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

Σε περιπτώσεις χρόνιου αλκοολισμού, παρουσιάζονται ποικίλες διαταραχές του νευρικού συστήματος (τρεμούλιασμα, πολυνευρίτιδα, διανοητική σύγχυση, παραισθήσεις, τρομώδεις παραλήρημα), του ήπατος (αλκοολική κίρρωση), του κυκλοφορικού συστήματος (αρτηριοσκλήρωση).

Επιπλέον τα άτομα που πάσχουν από αλκοολισμό παρουσιάζουν συνήθως διαταραχές της συμπεριφοράς οι οποίες συνήθως εκδηλώνονται μέσω αστάθειας της ψυχικής διάθεσης, περιορισμό της ικανότητας κρίσεως και της βούλησης και ηθική κατάπτωση. Ο αλκοολισμός δηλαδή δεν σημαίνει μόνο υπερβολική χρήση οινοπνεύματος, αλλά εξάρτηση από το οινόπνευμα και οργανικές – ψυχολογικές βλάβες από την προαναφερθείσα υπερβολική χρήση (www.bestrong.org.gr).

2.2. Χαρακτηριστικά της εξάρτησης από το αλκοόλ

Το αλκοόλ είναι ίσως η αρχαιότερη ψυχοτρόπος εξαρτησιογόνος ουσία που χρησιμοποιείται σε όλο τον κόσμο. Η χρήση του ήταν και είναι ακόμα συνυφασμένη με πολλές κοινωνικές περιστάσεις. Θα πρέπει να σημειωθεί πως ο όρος χρήση και ο όρος εξάρτηση δεν είναι ταυτόσημοι. Κανείς δεν φτάνει στην εξάρτηση όμως χωρίς να

προηγηθεί χρήση για κάποιο χρονικό διάστημα, όπως αναφέρθηκε και στο προηγούμενο κεφάλαιο.

Στην Ευρώπη έχει αρχίσει να αναπτύσσεται μεταξύ των νέων μια επικίνδυνη πρακτική κατανάλωσης, η περιστασιακή εντατική κατανάλωση αλκοόλ γνωστό ως «binge drinking» (βαριά χρήση αλκοόλ). Τα στοιχεία που δίνει ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας είναι ιδιαίτερα αποθαρρυντικά, με την Ελλάδα να καταλαμβάνει μία από τις μεσαίες θέσεις στην υιοθέτηση της συνήθειας αυτής.

Σύμφωνα με την ψυχολόγο Χρήστου Τ., τα άτομα που διαθέτουν χαρακτηριστικά προσωπικότητας όπως αναζήτηση έντονων αισθητηριακών εμπειριών ή παρορμητικότητα βρίσκονται σε υψηλό κίνδυνο ανάπτυξης προβλημάτων σχετιζόμενων με την κατανάλωση αλκοόλ. Τέτοια άτομα πιθανόν να νιώθουν εντονότερη αντιστρεσογόνο δράση από την κατανάλωση του και για τον λόγο αυτό να είναι πιο επιρρεπή στην κατανάλωσή του (<http://e-psychology.gr/addictions>).

Πέρα από τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, έχει μελετηθεί και το ιστορικό κατανάλωσης αλκοόλ ως ατομικός παράγοντας. Άτομα τα οποία κάνουν καθημερινή βαριά χρήση αλκοόλ αναπτύσσουν ανοχή στην ουσία και έτσι σταδιακά επιθυμούν να καταναλώνουν όλο και μεγαλύτερες ποσότητες ώστε να μειώσουν το άγχος τους.

Επιπλέον η ύπαρξη οικογενειακού ιστορικού αλκοολισμού αποτελεί έναν αναγνωρισμένο παράγοντα κινδύνου για την ανάπτυξη αλκοολισμού. Έρευνες έδειξαν ότι ενήλικα τέκνα αλκοολικού πατέρα, παρόλο που στην παρούσα φάση της ζωής τους δεν έκαναν κατάχρηση αλκοόλ, ένιωθαν αυξημένη αγχολυτική δράση από τη χρήση του.

Επίσης, κοινωνικοί παράγοντες, όπως το χαμηλό κοινωνικό, οικονομικό και μορφωτικό επίπεδο, η μη ιδιοκτησία στέγης, η ανεργία, οι επισφαλείς εργασιακές σχέσεις, οι εργασιακές απαιτήσεις και η μοναχική διαβίωση έχουν συνδεθεί με χρήση ουσιών.

Ακόμα το οικογενειακό περιβάλλον, συμπεριλαμβανομένων των χαμηλών επιπέδων γονικής επίβλεψης και της μονογονεϊκής οικογένειας, καθώς και η χρήση ουσιών στο φιλικό περιβάλλον έχουν συνδεθεί για τους εφήβους με την έναρξη του καπνίσματος και την έναρξη χρήσης οιοπνευματωδών και παράνομων ουσιών.

Παράλληλα δημιουργείται ο εξής φαύλος κύκλος: οι άνθρωποι που ζουν σε δυσμενείς κοινωνικές και οικονομικές συνθήκες κάνουν συχνότερα χρήση και κατάχρηση ουσιών λόγω του κοινωνικού αποκλεισμού που βιώνουν. Η χρήση με τη σειρά της αποτελεί έναν ισχυρό παράγοντα περεταίρω κοινωνικού αποκλεισμού (<http://epsychology.gr/addictions>).

2.3. Αιτίες – Συμπτώματα εξάρτησης

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

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

Γενετικές έρευνες εντόπισαν γονίδιο το οποίο συνδέεται με την εξάρτηση από το αλκοόλ και το οποίο, όπως καταδείχθηκε συχνά μεταφέρεται από πατέρα σε γιο. Επίσης η έρευνα έχει οδηγήσει και σε σύνδεση των στενών συγγενών του αλκοολικού με την εξάρτηση, καθώς φαίνεται πως οι ίδιοι έχουν τετραπλάσιες πιθανότητες να γίνουν επίσης αλκοολικοί (<http://www.psychotherapeia.net.gr>).

Έως σήμερα δεν έχει ταυτοποιηθεί συγκεκριμένος παράγοντας που να εξηγεί την τάση κάποιων των ατόμων για κατάχρηση οινοπνεύματος. Η βασική εξήγηση είναι ότι οι αιτίες είναι πολυσύνθετες και το πρόβλημα εκδηλώνεται παρουσία ποικίλων παραγόντων.

Μελέτες που διεξήχθησαν σε άτομα που πάσχουν από αλκοολισμό, έδειξαν πως να μεν υπάρχουν ενδείξεις γενετικής προδιάθεσης για αλκοολική εξάρτηση, αλλά το χαρακτηριστικό αυτό που κληροδοτείται στις επόμενες γενιές δεν έχει αναγνωριστεί. Για παράδειγμα, έρευνες παιδιά με φυσικούς γονείς αλκοολικούς που όμως υιοθετήθηκαν από μη αλκοολικούς έδειξαν ότι τα παιδιά αυτά έχουν μεγαλύτερη προδιάθεση να εκδηλώσουν αλκοολική συμπεριφορά σε σχέση με παιδιά που τόσο οι φυσικοί όσο και οι θετοί γονείς δεν είναι εξαρτημένοι από το αλκοόλ.

Παρόλη την παραπάνω συζήτηση περί κληρονομικότητας, ο μεγαλύτερος αριθμός αλκοολικών δεν παρουσιάζει επιβαρυνμένο οικογενειακό ιστορικό. Αυτό σημαίνει ότι οι αιτίες του προβλήματος δεν οφείλονται μόνο σε κληρονομικά χαρακτηριστικά, αλλά και περιβαλλοντικοί, ψυχοκοινωνικοί παράγοντες, όπως για παράδειγμα οι προσδοκίες που εναποτίθενται στη χρήση του, η μοναξιά, η απομόνωση, το άγχος, η αϋπνία, η χαμηλή αυτοεκτίμηση, η κοινωνική πίεση κλπ. Αιτίες εξάρτησης από το οινόπνευμα είναι πιθανό να αποτελέσουν και άλλες ψυχικές διαταραχές όπως η κατάθλιψη, η κοινωνική φοβία, η αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας κ. α. (<http://www.cbt.com.gr/index.php>).

Οι αλκοολικοί πίνουν συνεχώς μέχρι του σημείου της μέθης. Αρχικά, η κατανάλωση οινοπνεύματος τους δημιουργεί αίσθημα ευφορίας. Καθώς τα επίπεδα αλκοόλης στο αίμα αυξάνονται, είναι πιθανό να παρουσιάσουν επιθετικές ή βίαιες συμπεριφορές.

Από νευρολογικής άποψης, η έντονη μέθη εξασθενεί τη σκέψη και την όραση, επιφέρει έλλειψη συντονισμού των κινήσεων και χαμηλή κινητικότητα των ματιών. Με το πέρασμα του χρόνου, καθώς το άτομο εξακολουθεί την παθολογική χρήση, ο οργανισμός γίνεται ανθεκτικός στο αλκοόλ, οπότε χρειάζεται όλο και μεγαλύτερη ποσότητα για να φτάσει σε μέθη (<http://www.psychotherapeia.net.gr>).

Οι άνθρωποι με χρόνια ανεκτικότητα μπορεί να φαίνονται νηφάλιοι ακόμα και μετά την κατανάλωση τέτοιας ποσότητας αλκοόλ που θα μπορούσε να προκαλέσει το θάνατο σε μη-πότες. Επίσης η κατανάλωση μεγάλων ποσοτήτων αλκοόλ είναι πιθανό να οδηγήσει σε απώλεια των αισθήσεων, η επεισόδια απώλειας μνήμης χωρίς όμως ταυτόχρονη απώλεια συνείδησης. Δηλαδή σε αυτή την περίπτωση το άτομο έχει τις

αισθήσεις του, αλλά όταν περάσει η μέθη, δεν θυμάται τι έκανε κατά τη διάρκεια αυτών των επεισοδίων.

Οι αλκοολικοί αναπτύσσουν επίσης στερητικό σύνδρομο. Το νευρικό σύστημα προσαρμόζεται στην χρόνια έκθεση στο αλκοόλ, αυξάνοντας τη δραστηριότητα του μηχανισμού των νευρώνων που εξουδετερώνει τις κατευναστικές επιδράσεις του αλκοόλ. Έτσι, όταν μειωθεί απότομη η πρόσληψή της ουσίας, το εξαρτημένο άτομο εκδηλώνει αποδιοργανωμένη αντίληψη, επιληπτικές κρίσεις, τρέμουλο (που συχνά συνοδεύεται από ευερεθιστότητα, ναυτία και εμετό). Η πιο συνηθισμένη εμφάνιση στερητικού συνδρόμου είναι το τρέμουλο στα χέρια που εμφανίζεται συνήθως πρωινές ώρες εξαιτίας της νυχτερινής αποχής.

Για να διαγνωστεί η εξάρτηση από το αλκοόλ θα πρέπει να υπάρχουν τουλάχιστον τρία από τα παρακάτω συμπτώματα (<http://www.psychotherapeia.net.gr>):

- Ανεκτικότητα στο οινόπνευμα
- Σύνδρομο στέρησης
- Άρνηση του προβλήματος
- Εμμονή στην αναζήτηση αλκοόλ
- Το αλκοόλ είναι το κεντρικό θέμα της ζωής του ατόμου (η χρήση καταλαμβάνει τον περισσότερο από το χρόνο του)
- Συνεχιζόμενη χρήση παρά τα προβλήματα

Για να διαγνωστεί η παθολογική χρήση αλκοόλ, θα πρέπει να ικανοποιείται τουλάχιστον ένα από τα παρακάτω κριτήρια. Λόγω του ποτού το άτομο επανειλημμένα (www.bestrong.org.gr/).

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

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

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

Στο σημείο αυτό θα πρέπει να τονιστεί ότι τα παραπάνω χαρακτηριστικά προσδιορίζουν την τυπική μορφή αλκοολισμού χωρίς όμως αυτό να σημαίνει ότι κάποιος πρέπει να παρουσιάζει αποκλειστικά αυτά για να θεωρηθεί αλκοολικός. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας έχει ορίσει τα κριτήρια για τη διάγνωση της εξάρτησης από το αλκοόλ. Αυτά είναι:

1. Ανοχή. Καθορίζεται ως η ανάγκη συνεχούς αυξανόμενης κατανάλωσης αλκοόλ για την επίτευξη του επιθυμητού αποτελέσματος.
2. Στέρηση. Εκδηλώνεται με ένα σύνολο συμπτωμάτων (τρόμος, ναυτία, εμετός, τρέμουλο, σε βαριές περιπτώσεις παραισθήσεις κ.τ.λ.) εάν δεν γίνει λήψη αλκοόλ.
3. Κατανάλωση μεγάλων ποσοτήτων οινοπνεύματος για μεγάλες περιόδους.
4. Ανεπιτυχείς προσπάθειες διακοπής.
5. Συνεχώς αυξανόμενη προσπάθεια για προμήθεια οινοπνεύματος.

6. Περιορισμός κοινωνικών και επαγγελματικών δραστηριοτήτων που οφείλονται στη λήψη αλκοόλ.
7. Συνεχιζόμενη χρήση παρά τα προβλήματα υγείας εξαιτίας του οινοπνεύματος.

Ο συνδυασμός **τριών** από τα παραπάνω κριτήρια **σε μια περίοδο 12 μηνών** οδηγεί σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας στη διάγνωση της εξάρτησης από την αιθανόλη (www.bestrong.org.gr/).

2.4. Αλκοολική συμπεριφορά – Τα στάδια του αλκοολισμού

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

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

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

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

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

Στο εξαρτημένο άτομο οι γονείς δεν ανταποκρίθηκαν σε όλες τις ανάγκες του και δεν το δέχτηκαν άνευ όρων. Συνέπεια του προβληματικού περιβάλλοντος είναι η δημιουργία κακής εικόνας για τον εαυτό τους και αδυναμία να αντιμετωπίσουν μόνα τους στρεσογόνες καταστάσεις. Η χρήση των ουσιών είναι μια αποτυχημένη απόπειρα ανακούφισης του άγχους του (Αγγέλου, 2001).

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

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

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

Τα άτομα που θα καταλήξουν σε χρόνια χρήση και βαριάς μορφής εξάρτηση από το αλκοόλ φαίνεται να περνούν απο τρία διακριτά στάδια (Αλυσσανδράκης, 2002):

2.4.1. Α' Στάδιο Αλκοολισμού

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

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

1. Μεθά αρκετά εύκολα - στην αρχή της εξάρτησης δεν παρουσιάζει αυξημένη αντοχή στο αλκοόλ, αυτό αρχίζει να συμβαίνει στο Β' στάδιο.

2. Όλη την ημέρα δεν κάνει χρήση αλκοόλ, οι ώρες λήψης είναι βραδινές, πάντα με παρέα, ποτέ δεν πίνει μόνος του και ειδικά στο σπίτι.

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

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

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

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

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

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

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

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

Στο πρώτο στάδιο, μαζί με την εξέλιξη της ασθένειας το άτομο, χωρίς να το αντιληφθεί στην αρχή, αρχίζει σταδιακά να περιθωριοποιεί τον εαυτό του. Ο κάθε εξαρτημένος, στην αρχή καλύπτει την εξάρτηση μέσα από την συμμετοχή του σε διάφορες οικογενειακές ή κοινωνικές εκδηλώσεις. Οι μεταβολές στην αρχή της συμπεριφοράς του καλύπτονται εύκολα με διάφορες δικαιολογίες, όμως όσο η εξάρτηση εξελίσσεται, αυξάνει ταυτόχρονα τη συχνότητα των λήψεων αλλά και την ποσότητας αλκοόλ που καταναλώνει, με αποτέλεσμα να χρειάζεται περισσότερο οινόπνευμα για να διατηρεί σταθερό το επίπεδο της επίδρασής του στην συναισθηματική του κατάσταση. Αυτός είναι και ο κύριος λόγος που ο εξαρτημένος μεγαλώνει τον κύκλο της περιθωριοποίησης, καθώς ολοένα και μεγαλύτερο χρονικό διάστημα είναι σε κατάσταση μειωμένης πραγματικής επαφής με το περιβάλλον (ελαφριάς και αργότερα βαριάς μέθης).

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

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

2.4.2. Β' Στάδιο Αλκοολισμού

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

1. Αυξάνει την ποσότητα του αλκοόλ ή την περιεκτικότητα σε οινοπνευμα ή για οικονομικούς λόγους χρησιμοποιεί αναμίξεις ποτών. Αυτό συμβαίνει διότι με τον καιρό ο αλκοολικός αποκτά ανοχές στην ποσότητα του αλκοόλ. Έτσι δημιουργεί την ψευδή εντύπωση στον περίγυρο ότι δεν υπάρχει πρόβλημα εξάρτησης καθώς ο χρήστης δεν μεθά, άρα δεν αντιμετωπίζει κάποιο πρόβλημα.

2. Σε πιο προχωρημένη κατάσταση είναι πιθανό να χρησιμοποιήσει ναρκωτικά ή ηρεμιστικά χάπια σε συνδυασμό με αλκοόλ. Φυσικά η χρόνια χρήση αυτών των συνδυασμών επιταχύνει την εξέλιξη της νόσου.

3. Οι αλλαγές στην συμπεριφορά του αυξάνονται και επιδεινώνονται, περνώντας συνήθως από την απομόνωση, σε εκδηλώσεις βίας προς τα ασθενέστερα του οικογενειακού περιβάλλοντος. Σημαντικό ρόλο σε όλη την επιδείνωση παίζουν τα κενά μνήμης αλλά και οι μεγάλες χρονικές περίοδοι σύγχυσης και αδυναμίας πραγματικής επαφής με το περιβάλλον.

4. Διαταραχή στις σχέσεις με τα παιδιά. Η κατάσταση αυτή είναι πολύ δυσάρεστη και τραυματική για τα παιδιά της οικογένειας του αλκοολικού.

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

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

Όλοι σιγά -σιγά, αρχίζουν και τον εγκαταλείπουν, εξαιτίας της αλλοπρόσαλλης συμπεριφοράς και των αψυχολόγητων αντιδράσεων του. Αποτέλεσμα, να ψάχνει για νέους

φίλους, προτιμώντας επιλεκτικά να είναι επίσης εξαρτημένοι, έτσι ώστε να έχουν ένα κοινό σημείο που τους ενώνει, την εξάρτηση από το αλκοόλ, παράγοντας τόσο ισχυρός που ισοπεδώνει όποιες ταξικές, επαγγελματικές ή ηλικιακές διαφορές. Επιπλέον σε αυτές τις παρέες κανείς δεν του λέει τι να κάνει, να μην πίνει και όλοι τελικά συμφωνούν μαζί του, ότι για όλα αυτά που τους συμβαίνουν φταίνε κάποιοι άλλοι και ποτέ αυτοί οι ίδιοι.

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

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

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

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

2.4.3. Γ. Στάδιο Αλκοολισμού

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

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

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

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

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

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

Οι προσπάθειες αυτολύπησης ολοκληρώνουν την εξαθλίωση και ταπείνωση του, δυστυχώς χωρίς αυτός να το αντιλαμβάνεται με αποτέλεσμα να μην καταβάλει καμία προσπάθεια για να το αλλάξει. Όλα γίνονται με ένα βασικό στόχο, την μετάθεση της

ευθύνης για το πρόβλημα του στους άλλους, με αποτέλεσμα την **αυτοαθώωσή** του. Με αυτόν τον τρόπο **απαλλάσσεται** από τις τύψεις και τις ενοχές για να επιστρέψει «δικαιωμένος» όσο πιο γρήγορα μπορεί, σε νέα χρήση αλκοόλ με κατάληξη την μέθη.

Η αυτολύπηση δεν γίνεται συνειδητά από τον κάθε αλκοολικό αλλά σαν το τελευταίο μέσο για να πείσει τους γύρω του, ότι ο μόνος που τελικά δεν φταίει για αυτήν την κατάσταση είναι ο ίδιος. Ο εξαρτημένος δεν είναι ικανός να αντιληφθεί την κατάσταση του, καθώς όλα αποτελούν μέρος της εικονικής δικής του πραγματικότητας. Η φανταστική δική του πραγματικότητα προέρχεται από την αδυναμία του να συμμετέχει στην φυσιολογική ζωή καθώς αυτός ο ίδιος έχει συνδέσει το καθετί στη ζωή του με την χρήση αλκοόλ (Αλυσσανδράκης, 2002).

2.5. Επιπτώσεις του αλκοολισμού στην ποιότητα ζωής του ατόμου

Περνώντας από όλα αυτά τα στάδια, όπως παρατέθηκαν παραπάνω, το άτομο προβαίνει σε ολοένα αυξανόμενη χρήση αλκοόλ, με ολέθριες για την υγεία του συνέπειες.

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

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

Στις επιπτώσεις από τη χρόνια κατάχρηση συγκαταλέγονται επίσης και η προσβολή του ήπατος, του παγκρέατος, του πεπτικού σωλήνα, παθήσεις του καρδιαγγειακού

συστήματος, των οστών του κεντρικού νευρικού συστήματος, των μυών, του αίματος και του ενδοκρινικού συστήματος.

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

Σε νοσοκομείο του Ηνωμένου Βασιλείου διεξήχθη μία μελέτη με στόχο τη διερεύνηση των διαταραχών από τη χρήση οινοπνεύματος με ένα τεστ ταυτοποίησης ανωμαλιών από το αλκοόλ (alcohol use disorders identification test – AUDIT). Το τεστ είχε την μορφή ερωτηματολογίου και διανεμήθηκε σε 874 ασθενείς, που εισήχθησαν με συμπτώματα οξείας μέθης. Οι ασθενείς αυτοί υποβλήθηκαν στις τυπικές εξετάσεις αίματος, έτσι ώστε να τα αποτελέσματά τους να συνδυαστούν με τις απαντήσεις τους.

Η δομή του ερωτηματολογίου είχε ως εξής: ο ασθενής κλήθηκε να απαντήσει σε μια σειρά 10 ερωτήσεων (εικόνα 2.1.) σχετικά με την κατανάλωση οινοπνεύματος, τις συνήθειες του σχετικά με την κατανάλωση οινοπνεύματος, τα προβλήματα που θεωρεί ότι συνδέονται με το οινόπνευμα. Οι ασθενείς στη συνέχεια παρακολούθηθηκαν και για συμπτώματα στέρησης .

Στο τέλος της έρευνας δείχθηκε ότι το 11% των ασθενών αντιμετώπιζε πρόβλημα κατάχρησης, ενώ το 2% του συνόλου παρουσίασαν επιπλέον κλινικά συμπτώματα στέρησης. Τα αποτελέσματα αυτά επιβεβαιώνουν ότι οι έλεγχοι είναι χρήσιμοι για την διάγνωση των προβλημάτων που σχετίζονται με το αλκοόλ και αποτελούν ένα πρώτο εργαλείο απεικόνισης της κλινικής εικόνας, σε συνδυασμό και με την αξιολόγηση βιολογικών δεικτών των ασθενών που εισέρχονται στο νοσοκομείο. (Gemma, Vichi, Testai, 2006).

Εικόνα 2.1.: Η μορφή του Τεστ Ανίχνευσης Διαταραχών της Κατανάλωσης Αλκοόλης (AUDIT), Πηγή: Anderson, P. Gual, A. Colom, J. (2005) «**Alcohol and Primary Health Care: Clinical Guidelines on Identification and Brief Interventions**», Ελληνική Επιμέλεια: Διακογιάννης, Ι. Παναγιωτίδης, Π.

Τεστ Ανίχνευσης Διαταραχών της Κατανάλωσης Αλκοόλης: Έκδοση συνέντευξης Διαβάστε τις ερωτήσεις, όπως είναι γραμμένες. Καταγράψτε προσεκτικά τις απαντήσεις. Ξεκινήστε το AUDIT λέγοντας «Τώρα πρόκειται να σας θέσω ορισμένες ερωτήσεις σχετικά με την κατανάλωση αλκοολούχων ποτών κατά τη διάρκεια του περασμένου χρόνου». Εξηγήστε τι εννοείτε με τον όρο «αλκοολούχα ποτά», χρησιμοποιώντας κατά τόπους παραδείγματα μπίρας, κρασιού, βότκας κλπ. Κωδικοποιείστε τις απαντήσεις σε «τυποποιημένες μονάδες κατανάλωσης». Τοποθετείστε το σωστό αριθμό της απάντησης στο τετράγωνο δεξιά.	
1. Πόσο συχνά πίνετε ποτά που περιέχουν αλκοόλη, (0) Ποτέ [Προχωρήστε στις ερωτήσεις 9-10] (1) Μία φορά το μήνα ή λιγότερο (2) 2 ως 4 φορές το μήνα (3) 2 ως 3 φορές την εβδομάδα (4) 4 φορές την εβδομάδα ή περισσότερο <input type="checkbox"/>	6. Πόσο συχνά κατά τον τελευταίο χρόνο χρειαστήκατε ένα πρώτο ποτό το πρωί, προκειμένου να συνέλθετε μετά από κατάχρηση αλκοόλ, (0) Ποτέ (1) Λιγότερο από μία φορά το μήνα (2) Μία φορά το μήνα <input type="checkbox"/> (3) Μία φορά την εβδομάδα (4) Καθημερινά ή σχεδόν καθημερινά
2. Πόσα ποτά που περιέχουν αλκοόλη καταναλώνετε σε μια τυπική ημέρα όταν πίνετε, (0) 1 ή 2 (1) 3 ή 4 (2) 5 ή 6 <input type="checkbox"/> (3) 7, 8 ή 9 (4) 10 ή περισσότερα	7. Πόσο συχνά κατά τον τελευταίο χρόνο νιώσατε ενοχή ή τύψεις αφού ήπιατε, (0) Ποτέ (1) Λιγότερο από μία φορά το μήνα (2) Μία φορά το μήνα (3) Μία φορά την εβδομάδα <input type="checkbox"/> (4) Καθημερινά ή σχεδόν καθημερινά
3. Πόσο συχνά καταναλώνετε έξι ή περισσότερα ποτά σε μία περίπτωση, (0) Ποτέ (1) Λιγότερο από μία φορά το μήνα (2) Μία φορά το μήνα (3) Μία φορά την εβδομάδα (4) Καθημερινά ή σχεδόν καθημερινά Προχωρήστε στις ερωτήσεις 9 και 10, αν η συνολική βαθμολογία για τις ερωτήσεις 2 και 3 = 0 <input type="checkbox"/>	8. Πόσο συχνά κατά τον τελευταίο χρόνο δεν ήταν δυνατό να θυμηθείτε τι είχε συμβεί την προηγούμενη νύχτα, επειδή πίνατε, (0) Ποτέ (1) Λιγότερο από μία φορά το μήνα (2) Μία φορά το μήνα (3) Μία φορά την εβδομάδα (4) Καθημερινά ή σχεδόν καθημερινά <input type="checkbox"/>
4. Πόσο συχνά κατά τον τελευταίο χρόνο διαπιστώσατε ότι δεν ήταν δυνατό να σταματήσετε να πίνετε αφού αρχίσατε, (0) Ποτέ (1) Λιγότερο από μία φορά το μήνα (2) Μία φορά το μήνα <input type="checkbox"/> (3) Μία φορά την εβδομάδα (4) Καθημερινά ή σχεδόν καθημερινά	9. Έχετε τραυματιστεί εσείς ή κάποιος άλλος εξαιτίας της κατανάλωσης αλκοόλ από εσάς, (0) Όχι (2) Ναι, αλλά όχι κατά τον τελευταίο χρόνο (4) Ναι, κατά τον τελευταίο χρόνο <input type="checkbox"/>
5. Πόσο συχνά κατά τον τελευταίο χρόνο αποτύχατε εξαιτίας του ποτού να κάνετε αυτό που οι άλλοι φυσιολογικά θα περίμεναν από εσάς, (0) Ποτέ (1) Λιγότερο από μία φορά το μήνα (2) Μία φορά το μήνα (3) Μία φορά την εβδομάδα <input type="checkbox"/> (4) Καθημερινά ή σχεδόν καθημερινά	10. Έχει εκφράσει κάποιος συγγενής ή φίλος σας ή γιατρός ή κάποιος άλλος από το χώρο της υγείας ανησυχία για το ποτό σας ή έχει προτείνει να το κόψετε, (0) Όχι (2) Ναι, αλλά όχι κατά τον τελευταίο χρόνο (4) Ναι, κατά τον τελευταίο χρόνο <input type="checkbox"/>
Καταγράψτε το σύνολο των επιμέρους στοιχείων εδώ <input type="checkbox"/>	
Αν το σύνολο είναι μεγαλύτερο από το συνιστώμενο όριο, συμβουλευτείτε τον Οδηγό Χρήσης <input type="checkbox"/>	

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο: Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΥ

Όπως αναλύθηκε και στο 2^ο κεφάλαιο της εργασίας αυτής, με τον όρο πρόληψη εννοούνται όλα εκείνα τα μέτρα που μπορούν να ληφθούν, με σκοπό την αποφυγή της χρήσης εθιστικών ουσιών, όπως τα ναρκωτικά και το αλκοόλ. Πρόληψη, σημαίνει και λήψη μέτρων με σκοπό τον περιορισμό ή και την αποφυγή των συνεπειών της χρήσης τέτοιων ουσιών, η οποία είναι δυνατό να επηρεάσει ψυχικά και σωματικά το άτομο, αλλά και τον περίγυρό του.

Οι θεράποντες ιατροί και νοσηλευτές αναλαμβάνουν να διερευνήσουν και να αντιμετωπίσουν τα αίτια και τους παράγοντες που πιθανόν να προκαλούν την χρήση ουσιών, με σκοπό να καταφέρουν να την αποτρέψουν. Η διερεύνηση αυτή αιτών και παραγόντων σημαίνει πως θα πρέπει να ακολουθείται πολυπαραγοντική ανάλυση του φαινομένου, το οποίο έχει κοινωνικές, φιλοσοφικές, ψυχολογικές και ιατρικές αναφορές.

Η πρόληψη και θεραπεία της χρήσης εθιστικών ουσιών διαιρείται σε τρεις βαθμίδες, καθεμία εκ των οποίων εξυπηρετεί διαφορετικό σκοπό και ανάγκες και αναλύονται ακολούθως.

3.1. Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας

3.1.1. Στόχος

Στόχος της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας είναι αρχικά η ενημέρωση του κοινωνικού συνόλου σχετικά με το πρόβλημα αλλά και τους κινδύνους που ελλοχεύουν από την χρήση ουσιών και αλκοόλ. Επιπλέον, σκοπός της είναι να επαγρυπνήσει την συνείδηση των ατόμων σχετικά με την στάση τους απέναντι στις ουσίες, οι οποίες λανθασμένα θεωρούνται από πολλούς μέσο διασκέδασης ή απολύτρωσης από τα καθημερινά τους προβλήματα.

Η εξάρτηση, όπως αναλύθηκε και στο 2^ο κεφάλαιο, αποτελεί πολυσύνθετο ψυχοκοινωνικό ζήτημα, άρρηκτα συνδεδεμένο με την προσωπικότητα του ατόμου, την οικογένεια του και τον ευρύτερο περίγυρό του. Για τον λόγο αυτό η πρωτοβάθμια

φροντίδα υγείας στοχεύει σε αυτούς ακριβώς τους παράγοντες, στην προσπάθεια της να επέμβει εκεί όπου κατά κύριο λόγο γεννάται το πρόβλημα της κατάχρησης.

Η πρόληψη συνήθως συνδέεται με την ενημέρωση ή με την απλή παρουσίαση των προβλημάτων που σχετίζονται με την κατανάλωση ουσιών, ενώ άλλες φορές εκλαμβάνεται και ως εκφοβισμός του κοινωνικού συνόλου, πιθανόν λόγω του ότι παρουσιάζει με ρεαλιστικό τρόπο το πρόβλημα του εθισμού στο ευρύ κοινωνικό σύνολο.

Από την στιγμή που το κράτος έχει περιοριστεί μόνο σε νομικά μέτρα για την αποτροπή της κατανάλωσης εθιστικών ουσιών, το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό αναλαμβάνει πολύ συχνά την ενημέρωση των πολιτών . Οι επαγγελματίες στον τομέα της υγείας, από την παρατήρηση του θέματος μέσω των ασθενών τους, οδηγήθηκαν σε προσαρμογές των προγραμμάτων πρόληψης των μονάδων υγείας σε προγράμματα που ως κύριο στόχο έχουν να βοηθήσουν και να ενισχύσουν τους προστατευτικούς παράγοντες του ατόμου. Τα προγράμματα αυτά, δεν είναι εξειδικευμένα για άτομα που κάνουν βαριά χρήση, αλλά απευθύνονται στο ευρύτερο κοινωνικό σύνολο, που δεν αντιμετωπίζει πρόβλημα κακής χρήσης, έτσι ώστε να συμβάλλουν στην υγιή διαμόρφωση της προσωπικότητάς τους (www.pyxida.org.gr).

Ο πρώτος πληθυσμιακός στόχος της πρωτοβάθμιας πρόληψης είναι άτομα που έχουν την ευθύνη ανατροφής, διαπαιδαγώγησης και εκπαίδευσης παιδιών, δηλαδή γονείς εκπαιδευτικοί κ.λπ. Η ύπαρξη και λειτουργία επιτροπής ψυχικής υγείας σε μία μονάδα κοινωνικής ψυχιατρικής και της αντίστοιχης κοινότητας που εξυπηρετεί, είναι έκφραση της πρακτικής εφαρμογής της πρωτοβάθμιας πρόληψης στην κοινότητα. Ο κοινοτικός νοσηλευτής ως μέλος της ομάδας αυτής μπορεί να παίζει σημαντικό ρόλο εστιάζοντας και παρεμβαίνοντας σε καίρια σημεία.

Πρωταρχικό ρόλο στην πρόληψη διαδραματίζει η ενημέρωση. Ο κοινοτικός νοσηλευτής ως μέλος της ομάδας ψυχικής υγείας σχεδιάζει εκπαιδευτικά προγράμματα με βάση την ενημέρωση. Βέβαια, τα προγράμματα πρωτοβάθμιας πρόληψης που βασίστηκαν στην ενημέρωση δεν είχαν πάντα τα επιθυμητά αποτελέσματα. Το μεταδιδόμενο μήνυμα έδινε έμφαση στους κινδύνους και στις ολέθριες επιπτώσεις από τη χρήση και στόχευε στη δημιουργία συναισθημάτων φόβου και αντίδρασης. Οι πληροφορίες που περιελάμβαναν τα μηνύματα του τύπου αυτού ήταν τις περισσότερες φορές υπερβολικές, γεγονός που έχει ως

συνέπεια την αμφισβήτηση της εγκυρότητας και της αξιοπιστίας τους, ιδιαίτερα από τους εφήβους, που τείνουν να τηρούν επικριτική στάση απέναντι σε ό,τι τους προβάλλεται ως επιβλαβές.

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

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

3.1.2 Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και εκπαιδευτικό σύστημα

Είναι ζωτικής σημασίας η πρωτοβάθμια πρόληψη να ενταχθεί μέσα από ειδικά προγράμματα σε όλο εκπαιδευτικό σύστημα και να αποτελεί μέρος της αγωγής υγείας. Το σχολείο αποτελεί το καταλληλότερο πλαίσιο για την εφαρμογή ενός προγράμματος πρωτογενούς πρόληψης. Οι μαθητές αντιπροσωπεύουν πληθυσμό στον οποίο δεν έχουν παγιωθεί ακόμα επιβλαβείς συνήθειες και τρόποι συμπεριφοράς και αποτελούν τους καταλληλότερους αποδέκτες της πρωτοβάθμιας πρόληψης. 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 τοπικές σχολικές μονάδες.

Η μεθοδολογία που προτείνεται να ακολουθείται στα σχολεία σχετικά με την πρόληψη των εξαρτησιογόνων ουσιών είναι η εξής: Αρχικά θα πρέπει να δοθεί η δυνατότητα βελτίωσης της ψυχικής υγείας των μαθητών μέσω της βελτίωσης των κοινωνικών τους δεξιοτήτων και των διαπροσωπικών τους σχέσεων. Έπειτα, κύριο μέλημα της πρωτοβάθμιας πρόληψης είναι να ενισχυθεί η αυτοεκτίμησή τους, έτσι ώστε να ελαχιστοποιηθεί ο κίνδυνος αποξένωσης τους. Η ομάδα ψυχικής υγείας και ο κοινοτικός

νοσηλευτής οφείλουν να εμφυσήσουν στους μαθητές εσωτερικές αξίες και να τους βοηθήσουν να κατανοήσουν τις συγκρούσεις που θα βιώσουν στον μέλλον μεταξύ αυτών των αξιών και της καθημερινής πραγματικότητα. Τέλος, θα πρέπει να ενθαρρύνουν τους μαθητές στη λήψη αποφάσεων, στην ενεργητική μάθηση και την ελευθερία επιλογής ενός υγιούς τρόπου ζωής.

3.1.3 Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και οικογένεια

Η πρόληψη όμως στα πλαίσια του σχολείου, δεν είναι επαρκής για την καταστολή του προβλήματος. Ο μαθητής, εκτός της σχολικής μονάδας, δέχεται και άλλες επιδράσεις, κυρίως από το οικογενειακό του περιβάλλον (π.χ. χρήση ουσιών από φίλους, γονείς ή άλλους συγγενείς).

Ο ρόλος της οικογένειας, ιδιαίτερα η διαπαιδαγώγηση των παιδιών μέσα από τις συναισθηματικές σχέσεις, την θέσπιση ορίων και κανόνων, καθώς και την ενίσχυση της υπευθυνότητας και της αυτονομίας των παιδιών συνδέεται άμεσα με την πρόληψη της χρήσης των εθιστικών ουσιών. Έτσι, ο κοινοτικός νοσηλευτής οφείλει να παρέχει συνεχή βοήθεια και υποστήριξη στο κοινωνικό σύνολο, με συντονισμένες παρεμβάσεις κυρίως στην οικογένεια, έτσι ώστε να καλλιεργήσει τις ικανότητες των μελών της για ειλικρινή και ποιοτικό διάλογο και να τους βοηθήσει να δημιουργήσουν σχέσεις αμοιβαίας εμπιστοσύνης μεταξύ τους.

Συνήθως υπάρχουν σοβαρές δυσλειτουργίες του οικογενειακού συστήματος σε περιπτώσεις οικογενειών με προβλήματα εξαρτήσεων. Επιδημιολογικές έρευνες έχουν δείξει ότι η προσωπικότητα των νέων είναι ελλειμματική, ανώριμη γιατί οι εξαρτημένοι γονείς δεν παρουσιάζουν ένα πρότυπο με το οποίο να μπορούν τα παιδιά να ταυτισθούν. Είναι συνήθως ανώριμοι, καταθλιπτικοί, παθητικοί, απόντες συναισθηματικά διαψευσμένοι, απογοητευμένοι, παραιτημένοι, αλλοτριωμένοι. Συχνά καταφεύγουν στο αλκοόλ ή τα ηρεμιστικά για να αντιμετωπίσουν τις δυσκολίες ή να επικοινωνήσουν με τους άλλους. (Κοκκέβη, 1988)

Σκοπός του κοινοτικού νοσηλευτή είναι, μέσα από προγράμματα πρόληψης, να διδάξει τρόπους και συμπεριφορές που θα βοηθήσουν τα παιδιά να πουν όχι στις εξαρτησιογόνες ουσίες. Τα παιδιά μαθαίνουν από τους γονείς πότε, από που και πως να παίρνουν τέτοιες ουσίες όπως το αλκοόλ ή τα φάρμακα. Η σωστή αλλά και με μέτρο

χρησιμοποίηση στο σπίτι μειώνει τον κίνδυνο χρήσης ουσιών από τα παιδιά. Διδάσκοντας τους γονείς πως να δίνουν το καλό παράδειγμα, τα προστατεύουν γιατί πολλές φορές μιμούνται συμπεριφορές κοντινών αγαπημένων ανθρώπων.

Τα παιδιά και ειδικά οι έφηβοι νιώθουν συχνά αβέβαιοι για το άτομό τους. Το να γνωρίζουν ότι οι γονείς τους, τους εμπιστεύονται, δημιουργεί παιδιά με ισχυρές προσωπικότητες, ικανά να αντιμετωπίζουν τις δυσκολίες και τα προβλήματα της ζωής. Είναι σημαντικό οι γονείς να ενθαρρύνουν και να επαινούν τα παιδιά, σε λογικά πλαίσια και πάντα ανάλογα με την περίπτωση, για τις προσπάθειες που κάνουν ακόμη και αν τα αποτελέσματα δεν είναι τέλεια.

Η συζήτηση των γονέων με τα παιδιά για το αλκοόλ είναι σημαντική για να μπορούν οι γονείς να βεβαιωθούν ότι τα παιδιά έχουν καταλάβει τους κινδύνους που σχετίζονται με τη χρήση του. Το μεγαλύτερο λάθος των γονέων στην προσπάθειά τους να προστατέψουν τα παιδιά από τη χρήση ουσιών είναι η απομόνωσή τους από τους φίλους και τις παρέες τους.

Η επιρροή των φίλων είναι από τις πιο ισχυρές πιέσεις που δέχεται ένας νέος, ιδιαίτερα στην εφηβική του ηλικία. Η απαγόρευσή της εξόδου και της συναναστροφής με συνομήλικους μπορεί να αποφέρει αντίθετα αποτελέσματα από τα επιθυμητά. Αυτό που συστήνεται στους γονείς είναι να διδάξουν στα παιδιά τρόπους για το πως να αντιστέκονται στην επιρροή των φίλων που κάνουν χρήση αλκοόλ και ουσιών, έτσι ώστε να γνωρίζουν τους κινδύνους και να χρησιμοποιούν την δική τους κρίση για το πως θα συμπεριφερθούν. Η πίεση που δέχονται οι νέοι από τις απαιτήσεις της σημερινής κοινωνίας είναι μεγάλη και δημιουργεί την ανάγκη να ξεφύγουν από την καθημερινότητα. Έτσι, θα πρέπει να είναι οι ίδιοι έτοιμοι να αντισταθούν ανά πάσα στιγμή, χωρίς να δέχονται απαγορεύσεις σχετικά με την κοινωνική τους ζωή (Κοκκέβη, 1988).

Ο ρόλος των γονέων υπογραμμίζεται τόσο έντονα, διότι ακόμα και εάν τα μέτρα πρόληψης δεν αποδώσουν, είναι αυτοί που πρώτοι πρέπει να αντιληφθούν την ύπαρξη κάποιου προβλήματος από τυχόν ανεξήγητη αλλαγή συμπεριφοράς. Ο κοινοτικός νοσηλευτής ενημερώνει την οικογένεια για το ποιές συμπεριφορές θεωρούνται κατά κύριο λόγο ανησυχητικές και πιθανόν να υποδεικνύουν την εξάρτηση.

Τέτοιου είδους συμπεριφορές είναι η αλλαγή στον του παιδιού, στις αντιδράσεις και τις απόψεις του χωρίς να υπάρχει άλλη αναγνωρίσιμη αιτία σε συνδυασμό με αλλαγές στους φίλους, νέους χώρους στους οποίους συχνάζει, αποφυγή των παλιών φίλων ή και αλλαγή δραστηριοτήτων. Η πτώση των βαθμών στο σχολείο μπορεί επίσης να αποτελεί σημάδι. Ακόμα η απώλεια ενδιαφέροντος για την οικογένεια και η γενικότερη αδιαφορία για οτιδήποτε και η δυσκολία στη συγκέντρωση. Ψυχικές ανισορροπίες όπως ξαφνικές εξάρσεις υπερευαισθησίας ή θυμού ή κακοκεφιά, ευερεθιστότητα ή νευρικότητα αποτελούν επιπλέον συμπτώματα εξάρτησης. Πιο ακραία συμπτώματα είναι οι παρανοϊκές σκέψεις που μπορεί να εκφράζει ένα παιδί, η πλήρης απομόνωση, η συνεχώς ανειλικρινείς συμπεριφορά, καθώς και η εμπλοκή του σε παράνομες ενέργειες (καβγάδες, μικροκλοπές κλπ).

Τέτοιες αλλαγές δεν πρέπει να περνούν απαρατήρητες ή να αγνοούνται. Κάθε γονιός πρέπει να γνωρίζει που να απευθυνθεί, σε περίπτωση που αντιληφθεί κάποιο πρόβλημα, για να βοηθηθεί το παιδί του.

3.1.4 Ο σχεδιασμός προγραμμάτων πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας

Συνοπτικά ο κοινοτικός νοσηλευτής όταν καλείται να συμμετέχει στην εφαρμογή προγραμμάτων πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας θα πρέπει να γνωρίζει κάποιες βασικές αρχές σχεδιασμού και εφαρμογής συστηματικών προγραμμάτων πρόληψης. Οι αρχές αυτές συνοψίζονται ακολούθως:

- 1) Η επίγνωση των συνεπειών της χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών δεν σημαίνει πως κατ' ανάγκη θα αποτρέψει την χρήση τους.
- 2) Η πρόληψη αποτελεί μια σύνθετη και μακρόχρονη διαδικασία, η οποία αποτελείται από συνδυασμό ενεργειών και έχει ως στόχο την ανάδειξη και συνειδητοποίηση των βαθύτερων αιτιών της χρήσης.
- 3) Η πρόληψη δεν είναι αφορά μόνο το ειδικό επιστημονικό προσωπικό, αλλά απαιτεί την εμπλοκή όλων των θεσμών που συμβάλλουν στην κοινωνικοποίηση των νέων (οικογένεια, σχολείο, ευρύτερη κοινότητα).
- 4) Τα προγράμματα πρόληψης θα πρέπει να είναι προσαρμοσμένα στις ιδιαιτερότητες των πληθυσμιακών ομάδων στις οποίες απευθύνονται, λαμβάνοντας υπόψη τις ιδιαίτερες ανάγκες της καθεμιάς.

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

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.

Είναι προφανές ότι η προσπάθεια αντιγραφής μοντέλων από άλλες περιοχές δεν μπορεί να δώσει ιδιαίτερες κατευθύνσεις, ίσως να είναι ελάχιστα αποτελεσματική και πιθανόν να προκαλέσει περισσότερα προβλήματα από αυτά που θα επιλύσει. Επίσης η εργασία του κοινοτικού νοσηλευτή αποσκοπεί στη ευαισθητοποίηση των φυσικών ηγετών της κοινότητας και μέσω αυτών των κατοίκων της περιοχής για θέματα πρόληψης και στην εφαρμογή της πρωτοβάθμιας πρόληψης μέσα από τη συνεργασία όλων των οργανισμών της κοινότητας.

Όσο περισσότεροι στόχοι της πρωτοβάθμιας πρόληψης για τις εθιστικές ουσίες επιτυγχάνονται τόσο μειώνεται ο αριθμός των ατόμων που έχουν ανάγκη απεξάρτησης από αυτές, γεγονός που σημαίνει ότι η πρωτοβάθμια πρόληψη εκπληρώνει το σκοπό της (Παπαγεωργίου – Βασιλοπούλου, 2005).

3.1.5. Η Κοινοτική Ψυχιατρική Νοσηλευτική

Στα πλαίσια των αρχών της κοινοτικής ψυχιατρικής, το 1977 θεσπίστηκε η Κοινοτική Ψυχιατρική Νοσηλευτική Υπηρεσία, η οποία μέχρι σήμερα συνεχώς αναβαθμίζεται και επεκτείνεται. Το δίκτυο της υπηρεσίας αυτής καλύπτει σχεδόν όλες τις περιοχές της Ελλάδας και της Κύπρου.

Οι παρεμβάσεις παρέχονται σε εξωτερικά ιατρεία, σε συμβουλευτικά κέντρα, αλλά και με επισκέψεις κατ' οίκον. Το δίκτυο εξωτερικών ιατρείων επεκτείνεται και αναβαθμίζεται συνεχώς, αφενός για να καταστεί δυνατή η εύκολη και έγκαιρη πρόσβαση των ψυχικά ασθενών σε αυτά και αφετέρου για να διευκολύνεται η παροχή

ολοκληρωμένης ψυχιατρικής φροντίδας και να μειωθεί η ανάγκη για νοσοκομειακή φροντίδα.

Δεν είναι μόνο η παρακολούθηση ασθενών κατά τις ημέρες λειτουργίας των εξωτερικών ιατρείων, αλλά και η συνέχεια αυτής της παρακολούθησης με τη σύνδεση των ασθενών με τα κοινοτικά κέντρα ψυχικής υγείας και την κοινοτική νοσηλευτική και την ευκολία επικοινωνίας τους με αυτά (Παπαγεωργίου – Βασιλοπούλου, 2005).

Τα εξωτερικά ιατρεία και η Κοινοτική Ψυχιατρική Νοσηλευτική είναι οι κύριοι άξονες πρόσβασης των Υπηρεσιών ψυχικής υγείας προς την κοινότητα και της δικτύωσης τους στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.

Οι κυριότερες δραστηριότητες των λειτουργιών 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 παρόχων φροντίδας σε θέματα σχετιζόμενα με τη νόσο, τη φαρμακευτική αγωγή, καθώς και τον χειρισμό προβλημάτων που τυχόν ανακύψουν.
- 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. (www.medlook.com)

3.2. Δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας

3.2.1. Σκοπός της Δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας

Η δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας αφορά κυρίως άτομα που είναι ήδη χρήστες ουσιών ή άτομα με οξεία έναρξη μιας κατάχρησης ή και όσους νοσηλεύονται για κάποια σωματική πάθηση και εμφανίζουν συμπτωματολογία εξαρτημένου ατόμου, με σκοπό την λήψη άμεσης βοήθειας.

Ο βασικός σκοπός της είναι στην ουσία η αναγνώριση όσων κάνουν χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών, η έγκαιρη διάγνωση του προβλήματος, η αποτελεσματική θεραπεία στον ελάχιστο δυνατό χρόνο νοσηλείας και η προσπάθεια αποφυγής περαιτέρω παθολογικών επιπτώσεων.

Η δευτεροβάθμια πρόληψη αποτελεί κυρίως αντικείμενο των αποκεντρωμένων υπηρεσιών κοινοτικής ψυχικής υγιεινής με στόχο τη συνεχή και αποτελεσματική φροντίδα όλων όσων χρήζουν βοήθειας.

Βασικός αρωγός της προσπάθειας αυτής είναι ο κοινοτικός νοσηλευτής ψυχικής υγείας. Οι κοινοτικοί νοσηλευτές, είναι συχνά αυτοί οι οποίοι είναι καλύτερα ενημερωμένοι για την κατάσταση των χρηστών, για οποιαδήποτε προβλήματα αντιμετωπίζουν στην περίθαλψη τους, καθώς επίσης και για άλλους παράγοντες που πιθανόν να επηρεάσουν αρνητικά την υγεία τους.

Διαθέτοντας όλη αυτή την απαραίτητη πληροφόρηση, σε συνδυασμό με την εκπαιδευτική τους κατάρτιση και λαμβάνοντας υπόψη τους διαθέσιμους πόρους της μονάδας, λειτουργούν ως συνήγοροι σχετικά με τις ανάγκες των εξαρτημένων αυτών ατόμων καθώς και των οικογενειών τους και αποτελούν τον συνδετικό κρίκο των πασχόντων με το υπόλοιπο σύστημα της υγειονομικής περίθαλψης (Σαρρής, 2001).

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

Η συνεχής προσπάθεια για την διατήρηση του θεραπευτικού αποτελέσματος είναι ένας εκ των σπουδαιότερων σκοπών που έχει αναλάβει ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας και επιτυγχάνεται με προσωπικό κόπο και θέληση και από τις δύο πλευρές. Στα πλαίσια της προσπάθειας αυτής, η δημιουργία υποστηρικτικής διαπροσωπικής σχέσης, αποτελεί έναν επιπλέον σκοπό του νοσηλευτή για την ενθάρρυνση του χρήστη να εκφράσει τις δυσκολίες του.

Οι τεχνικές προσέγγισης που διαθέτει πρέπει να χρησιμοποιηθούν κατάλληλα για να τον βοηθήσουν στην αξιολόγηση των ψυχικών και σωματικών δυσκολιών και δυνατοτήτων του χρήστη ώστε να καθορισθούν ρεαλιστικοί και πραγματοποιήσιμοι στόχοι ανάλογα με τις ανάγκες του. Η ηλικία του εξαρτημένου ατόμου, ο βαθμός ωριμότητας των ψυχολογικών του ικανοτήτων, οι κοινωνικές συνθήκες κάθε ηλικίας, η κοινωνικοοικονομική του κατάσταση και οι οικογενειακές του σχέσεις πρέπει να εξεταστούν παράλληλα με την οργανική του κατάσταση. Η εκτίμηση αυτών των παραμέτρων θα ευνοήσει την συνεργασία με τον χρήστη για να καταστρωθεί πρόγραμμα προσαρμογής του με βάση την κατάσταση που βιώνει (www.medlook.com). Ο ρόλος του κοινοτικού νοσηλευτή είναι να «συμπάσχει» όσο μπορεί με τον εξαρτημένο και αυτό να γίνει αντιληπτό έτσι ώστε να μπορέσει να τον εκπαιδεύσει στους ρόλους και τις ευθύνες του (Παπαγεωργίου – Βασιλοπούλου, 2005).

Η θεραπευτική νοσηλευτική επικοινωνία είναι ένα από τα ισχυρότερα μέσα που χρησιμοποιεί ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας για την προσέγγιση και νοσηλευτική φροντίδα των εξαρτημένων ατόμων. Έτσι μέσω αυτής επιτυγχάνεται από την πλευρά του χρήστη η κατανόηση και παραδοχή της κατάστασης που βιώνει και η ενεργητική του προσαρμογή σε αυτή με όσες δυνάμεις διαθέτει. Τα άτομα που είναι εξαρτημένα από κάποια εθιστική ουσία έχουν συνήθως μειωμένη κοινωνική υποστήριξη, είτε επειδή δεν έχουν στενούς συγγενείς είτε επειδή έχουν απομονωθεί από τις οικογένειες και τους φίλους τους αλλά κατά κύριο λόγο στην ύπαρξη του κοινωνικού στίγματος, στην άγνοια, αλλά και στην παράδοξη συμπεριφορά των ιδίων τους.

Από τους βασικούς ρόλους των κοινοτικών νοσηλευτών είναι η διερεύνηση για την ύπαρξη ή όχι οικογενειακών και κοινωνικών σχέσεων και στην περίπτωση ύπαρξής τους, στη διατήρηση και σύσφιξη τους. Στην ολιστική νοσηλευτική αντιμετώπιση του χρήστη εθιστικών ουσιών, επιτάσσεται να υπάρχει επικοινωνία με ευγένεια, με διάθεση

συνεργασίας, με προσπάθεια για συζήτηση, με γνήσιο ενδιαφέρον και πάνω απ' όλα με ένδειξη ειλικρίνειας προς τον χρήστη για να υπάρξει και από την αντίθετη πλευρά η ίδια ειλικρινής στάση. Η συνείδηση από πλευράς του κοινοτικού νοσηλευτή ότι αντιμετωπίζει έναν άνθρωπο και όχι ένα ασθενές όν, τον καθιστά αρτιότερο επαγγελματία και αποτελεσματικότερο στις προσπάθειές του.

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

3.2.2. Οι θεραπευτικές κοινότητες στην Δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας

Σε αυτή την βαθμίδα αντιμετώπισης των εξαρτήσεων, ρόλο ζωτικής σημασίας διαδραματίζουν οι θεραπευτικές κοινότητες. Οι θεραπευτικές κοινότητες αποτελούν άρτια οργανωμένα προγράμματα αντιμετώπισης εξαρτήσεων, στα οποία οι ασθενείς διαμένουν χρονικό διάστημα τουλάχιστον έξι μηνών έως το πολύ ενός έτους.

Οι θεραπευτικές κοινότητες απευθύνονται σε ασθενείς με σχετικά μακροχρόνιο ιστορικό εξάρτησης ή σε ασθενείς που έχουν εμπλακεί σε εγκληματικές δραστηριότητες λόγω της χρήσης τους ή παρουσιάζουν σοβαρά προβλήματα στη λειτουργία τους στην κοινωνία. Ο στόχος των κοινοτήτων αυτών είναι η επανένταξη των ασθενών στην κοινωνία, θεραπευμένοι πλέον από την εξάρτηση και από κάθε παράνομη δραστηριότητα (Σαρρής, 2001).

Τα βραχυπρόθεσμα προγράμματα σε θεραπευτικές κοινότητες αποτελούνται συνήθως από μια περίοδο 3 έως 6 εβδομάδων θεραπείας επί εσωτερικής βάσης και εν συνεχεία η θεραπεία ολοκληρώνεται επί εξωτερικής βάσης με συμμετοχή σε συμβουλευτικά προγράμματα στήριξης ή ομάδες αλληλοβοήθειας (www.medlook.com).

Η χρήση αλκοόλ ή ναρκωτικών ουσιών έχει πολύ σημαντικές κοινωνικές και οικονομικές συνέπειες. Η θεραπεία απεξάρτησης αποτελεί υψίστης σημασίας για την μετέπειτα πορεία της ζωής του χρήστη, της οικογένειάς του αλλά και του ευρύτερου κοινωνικού συνόλου. Οι ασθενείς λαμβάνουν θεραπεία η οποία είναι προσαρμοσμένη στις δικές τους ιδιαίτερες ανάγκες. Μέσω της θεραπευτικής αγωγής είναι σε θέση να αντιμετωπίσουν το πρόβλημα τους και να μπορούν να έχουν μια φυσιολογική και παραγωγική ζωή (Κοκκέβη, 1988).

Όσο μεγαλύτερο διάστημα ένας ασθενής τελεί υπό ιατρική παρακολούθηση και συμμετέχει σε δραστηριότητες της κοινότητας, τόσο καλύτερα είναι τα αποτελέσματα. Ουσιοεξαρτώμενα άτομα που βρίσκονται σε θεραπευτικά προγράμματα για περισσότερο από 3 μήνες, έχουν συχνά καλύτερη εξέλιξη στην θεραπείας τους συγκριτικά με άτομα που διέκοψαν την θεραπεία και την γενικότερη επαφή τους με την κοινότητα σε διάστημα μικρότερο του προαναφερθέντος (Παπαγεωργίου – Βασιλοπούλου, 2005).

3.3. Τριτοβάθμια φροντίδα υγείας

3.3.1. Η διεπιστημονική προσέγγιση της Τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας

Οι Υπηρεσίες ψυχικής υγείας, για να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις της σύγχρονης προσέγγισης, έχουν αναθεωρήσει τις θεραπευτικές μεθόδους τους και πλέον προωθούν τη συγκρότηση διεπιστημονικών ομάδων, όπου ο κάθε επαγγελματίας προσφέρει τις γνώσεις και την εμπειρία του και έχει την κοινή ευθύνη για την περίθαλψη και αποκατάσταση του ασθενούς. Παράλληλα ο ασθενής αναγνωρίζεται ως μια ξεχωριστή βιοψυχοκοινωνική οντότητα, μέσα στο περιβάλλον του, την συμπεριφορά του, τα προβλήματά του και τις δυνατότητές του και όχι ως μια ψυχιατρική και προβληματική ύπαρξη (www.ygeianet.gov.gr).

Ο θεσμός των θεραπευτικών διεπιστημονικών ομάδων, που άρχισαν να σχηματίζονται την τελευταία 15ετία οδηγεί σε πολύ καλύτερα θεραπευτικά αποτελέσματα και σε καλύτερη συνεργασία τόσο μεταξύ του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, όσο και μεταξύ προσωπικού και ασθενούς.

Η φαρμακοθεραπεία, η οποία θα αναλυθεί διεξοδικότερα στην συνέχεια, εξακολουθεί να είναι βασικό στοιχείο αντιμετώπισης της ψυχικής ασθένειας. Μέσα στα πλαίσια του βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου έχει υιοθετηθεί η άποψη ότι τα καλύτερα θεραπευτικά αποτελέσματα επιτυγχάνονται με το συνδυασμό φαρμάκων ψυχοθεραπευτικής αγωγής και παρεμβάσεων στο οικογενειακό κοινωνικό περιβάλλον (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 2011).

Οι ψυχικά ασθενείς ουσιοεξαρτώμενοι αντιπροσωπεύουν τα 2/3 των αναπήρων παγκοσμίως. Στόχος της τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας είναι η αποκατάσταση των ασθενών αυτών. Ρόλος του νοσηλευτή ψυχικής υγείας σε αυτό το στάδιο είναι αρχικά να διδάξει στον ασθενή πως να ανταπεξέρχεται σε καθημερινά ζητήματα καθημερινής ζωής και σε επόμενο στάδιο να «εκπαιδεύσει» τους φορείς της κοινότητας, έτσι ώστε να είναι ικανοί να συμβάλουν στην κοινωνική και επαγγελματική αποκατάσταση των ασθενών.

Ο κοινοτικός νοσηλευτής ψυχικής υγείας οφείλει να γνωρίζει τις συνέπειες της χρονιότητας της χρήσης, ότι οδηγείται το άτομο σε σύνθετη έκπτωση, ψυχολογική, σωματική, κοινωνική, οικονομική και επαγγελματική. Είναι επομένως φανερό ότι για να επιτευχθεί η αποκατάσταση και επανένταξη του ασθενούς χρειάζεται η αντιμετώπιση όλων αυτών των ζητημάτων. Η αντικειμενική καταγραφή και ο προγραμματισμός των στόχων και των παρεμβάσεων της κοινωνικής και επαγγελματικής ένταξης του βοηθούν αδιαμφισβήτητα στη βελτίωση της γενικότερης κατάστασης του αρρώστου.

Ένα πρόγραμμα αποκατάστασης υλοποιείται από διεπιστημονική ομάδα, όπως αναφέρθηκε και παραπάνω. Τα μέλη της ομάδας είναι ψυχολόγοι, νοσηλευτές, ψυχίατροι με κύριο έργο τους την αποκατάσταση, όπως εργοθεραπευτές, κοινωνικοί λειτουργοί, επισκέπτες υγείας, επαγγελματικοί σύμβουλοι, εθελοντές.

3.3.2. Βασικές αρχές και στόχοι της Τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας

Οι βασικές αρχές που πρέπει να διέπουν τις κατευθύνσεις της ομάδας αποκατάστασης στην Τριτοβάθμια φροντίδα υγείας είναι:

- Ο συντονισμός της με άλλους φορείς και υπηρεσίες
- Η επιδίωξη αμοιβαίας συνεργασίας με τους άλλου φορείς και με κοινωνικές ομάδες
- Η εξατομικευμένη προσέγγιση του προβλήματος του ασθενούς

- Η επικέντρωση της στον ρόλο της οικογένειας και της κοινότητας ως εν δυνάμει υποστηρικτικά συστήματα
- Ο σχεδιασμός εναλλακτικών προτάσεων – λύσεων με ρεαλιστική στόχευση
- Η διακριτικότητα
- Η αδιάκοπη ενίσχυση των προσπαθειών του ασθενούς και των θετικών στοιχείων του
- Η ενημέρωση και η υποστήριξη της οικογένειας κάθε εξαρτημένου και η ευαισθητοποίηση των όλων φορέων σε θέματα τριτοβάθμιας πρόληψης. (Παπαγεωργίου – Βασιλοπούλου, 2005).

Οι στόχοι είναι της ομάδας αποκατάστασης διακρίνονται ανάλογα με τον χρονικό ορίζοντα που τίθεται σε μακροπρόθεσμους, βραχυπρόθεσμους και μεσοπρόθεσμους. Η διαδικασία για τον καθορισμό και την επίτευξη των στόχων αποτελείται από ορισμένα κοινά στάδια, τα οποία περιλαμβάνουν:

- Την αρχική εκτίμηση των δεξιοτήτων
- Τον σχεδιασμό των στόχων
- Την πραγματοποίηση των στόχων
- Την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων
- Την τελική εργασιακή αποκατάσταση του ατόμου

Οι βασικές αρχές που καθορίζουν την οργάνωση της τριτοβάθμιας φροντίδας προσδιορίζονται ως ένα σύνολο από ενέργειες και παροχές, οι οποίες στοχεύουν τόσο στην θεραπεία όσο και στην επανένταξη των ασθενών στο κοινωνικό σύνολο. Τέτοιες ενέργειες είναι οι εξής:

- Αποτελεσματικές υπηρεσίες εξωνοσοκομειακές παρακολούθησης
- Χορήγηση φαρμάκων
- Στενή συνεργασία ανάμεσα στις νοσοκομειακές και στις κοινοτικές υπηρεσίες
- Έναρξη της αποκατάστασης αμέσως μετά τη διάγνωση
- Αντίδραση σε κάθε μορφής προκατάληψης
- Αποφυγή εξωνοσοκομειακής νοσηλείας

3.3.3. Ο ρόλος της εργασιακής απασχόλησης στην Τριτοβάθμια φροντίδα υγείας

Η εργασιακή απασχόληση των ψυχικά ασθενών δεν είναι «πανάκεια» αλλά αποτελεί μέρος της αποκατάστασης, επειδή αυτό που ενδιαφέρει ιδιαίτερα είναι η ποιότητα της ζωής των ασθενών μέσα στην κοινωνία. Η αποκατάσταση στη ψυχιατρική είναι μια ατελείωτη αλλά απαραίτητη διαδικασία και μπορεί να περιλαμβάνει διαλείμματα (λόγω υποτροπών του ασθενούς) αλλά και αρκετές φάσεις συστηματικής και τακτικής αποκατάστασης (www.pyxida.org.gr).

Η ύπαρξη ανεργίας σε παγκόσμιο επίπεδο επηρεάζει σοβαρά τους πάσχοντες, για τον λόγο του αποκλεισμού που υφίστανται από την αγορά εργασίας. Στον αναπτυγμένο κόσμο έχουν δημιουργηθεί οι κοινωνικές επιχειρήσεις συνεταιριστικού χαρακτήρα. Οι υπηρεσίες αυτές παράγουν προϊόντα για την ελεύθερη αγορά, αλλά σε πραγματικές συνθήκες εργασίας, λαμβάνοντας υπόψη τις ικανότητες και τις δυνατότητες των εργαζομένων, οι οποίες είναι ιδιαίτερες όπως και οι ανάγκες τους.

3.4. Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις σε άτομα εθισμένα στο αλκοόλ

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

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

Βασικός στόχος της θεραπείας απεξάρτησης με τη χρήση φαρμάκων, είναι η χορήγηση μιας ανάλογης ουσίας στον ασθενή, η οποία όμως να δημιουργεί λιγότερο

έντονα συμπτώματα στέρησης. Έπειτα πολύ σταδιακά αποσύρεται και το φάρμακο υποκατάστασης που αρχικά χρησιμοποιήθηκε.

3.4.1. Αλκοολική ηπατοπάθεια και φαρμακευτική αγωγή

Το ήπαρ αποτελεί συνηθισμένο στόχο των επιδράσεων της αλκοόλης στον ανθρώπινο οργανισμό, επιδράσεις όμως που έχουν ευρύτερες συνέπειες, όπως ανάπτυξη μυοκαρδιοπαθειών, νευρολογικές διαταραχές, νεοπλασίες, παθήσεις του αναπνευστικού, μεταβολικές διαταραχές (δυσλιπιδαιμία, σακχαρώδης διαβήτης κλπ).

3.4.1.1. Η νόσος

Ως αλκοολική ηπατοπάθεια (Alcoholic Liver Disease, ALD) ορίζεται το σύνολο των διαταραχών της μορφολογίας και της λειτουργίας του ήπατος που οφείλονται στην υπερβολική κατανάλωση οινοπνεύματος. Στα πρώτα στάδια της νόσου παρατηρείται απλή συσσώρευση λίπους στο ήπαρ (λιπώδες ήπαρ ή στεάτωση), ενώ η συντριπτική πλειοψηφία των ασθενών δεν εμφανίζει συμπτώματα.

Με την πάροδο του χρόνου εμφανίζεται φλεγμονή και σταδιακή νέκρωση των κυττάρων του ήπατος, ενώ η αθρόα παραγωγή ινώδους ιστού προκαλεί τη μόνιμη διαταραχή της ανατομίας του ήπατος (κίρρωση), με πιθανές εκδηλώσεις ηπατικής ανεπάρκειας και υψηλό κίνδυνο εμφάνισης ηπατοκυτταρικού καρκίνου.

Λόγω του ότι το αλκοόλ είναι φθηνό, νόμιμο και εύκολα προσβάσιμο σε όλους, σε συνδυασμό με την απουσία αποτελεσματικών θεραπειών του αλκοολισμού, η αλκοολική ηπατοπάθεια αποτελεί πολύ συχνή νόσο του Δυτικού κόσμου. Η κατάχρηση οινοπνεύματος αποτελεί την συχνότερη αιτία κίρρωσης του ήπατος, ενώ είναι η 4^η αιτία θανάτου για ηλικίες 25-65 ετών και 7^η συνολικά. Η σχέση ανδρών γυναικών ως προς την εκδήλωση της νόσου είναι 3:1 (Ντουράκης, 2010).

3.4.1.2. Κλινική εικόνα και διάγνωση

Η αλκοολική ηπατοπάθεια συνήθως δεν εμφανίζει συμπτώματα. Στα αρχικά στάδια εμφάνισής της είναι πιθανόν να παρουσιαστούν ήπια συμπτώματα όπως ανορεξία, ναυτία, κακουχία και αίσθημα βάρους ή ευαισθησία στην άνω κοιλία. Κατά την εξέταση κάποιες

φορές διαπιστώνεται ηπατομεγαλία, σπίλοι στον κορμό, ερυθρότητα στις παλάμες, γυναικομαστία, αλλά πολύ συχνά δεν παρατηρείται τίποτα από τα παραπάνω.

Η συνέχιση της κατάχρησης οδηγεί βέβαια σε πιο προχωρημένα στάδια της νόσου. Σε περιπτώσεις σοβαρής στεατοηπατίτιδας ή κίρρωσης ήπατος ο ασθενής υποσιτίζεται, χάνει βάρος και μπορεί να εμφανίσει ίκτερο, αιμορραγίες, συλλογή υγρού στην κοιλιά οιδήματα και ήπιες έως πολύ σοβαρές διαταραχές συμπεριφοράς (ηπατική εγκεφαλοπάθεια) (Ντουράκης, 2010).

Η αναγνώριση της κατάχρησης αλκοόλ στο ιστορικό του ασθενούς είναι απαραίτητη για την διάγνωση της νόσου, αλλά τις περισσότερες φορές πολύ δύσκολη. Οι αλκοολικοί τείνουν να υποβαθμίζουν ή και να αρνούνται το πρόβλημα, με αποτέλεσμα η διάγνωση να καθυστερεί εις βάρος της θεραπείας τους. Για τον λόγο αυτό το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό σε περίπτωση υποψίας αλκοολικής ηπατοπάθειας προχωρά στη διενέργεια ελέγχων, έτσι ώστε να εκτιμηθεί πλήρως η λειτουργία του ήπατος με κλινικό, απεικονιστικό και εργαστηριακό έλεγχο. Βέβαια, ακόμα και έπειτα από την διενέργεια των ελέγχων είναι και πάλι πιθανό να μην διαπιστωθεί ακριβώς σε ποιο στάδιο βρίσκεται η νόσος. Για τον λόγο αυτό συχνά διενεργείται από τους θεράποντες και βιοψία ήπατος (Καραταπάνης & Παπαστεργίου, 2012).

3.4.1.3. Θεραπευτικά Πρωτόκολλα

Στα πλαίσια της θεραπείας του αλκοολισμού διεξάγεται συνδυασμός φαρμακευτικών, ψυχολογικών, αλλά και κοινωνικού τύπου παρεμβάσεων, οι οποίες έχουν ως στόχο να τροποποιήσουν τη σχέση του εξαρτημένου ατόμου με το αλκοόλ, με σκοπό την οριστική αποχή από αυτό.

Οι σοβαρότερες μορφές αλκοολικής ηπατοπάθειας, όπως η αλκοολική ηπατίτιδα και η κίρρωση του ήπατος, συνοδεύονται συνήθως και από υποθρεψία. Η υποθρεψία αποτελεί σύμπτωμα που υποδεικνύει την σοβαρότητα της ηπατικής βλάβης και σχετίζεται με αρνητική προγνωστική εξέλιξη των ασθενών που την εκδηλώνουν. Η αποκατάσταση του θερμιδικού ελλείμματος επιτυγχάνει τόσο την βελτίωση των ιστολογικών και βιοχημικών δεικτών, αλλά συγχρόνως συντελεί και στην μείωση του ποσοστού θνησιμότητας.

Οι επιπλοκές της κίρρωσης είναι δυνατόν να αντιμετωπιστούν με την κατάλληλη θεραπευτική αγωγή. Υπάρχουν όμως περιπτώσεις, που παρά την οριστική διακοπή της κατανάλωσης αλκοόλ, η κίρρωση οδηγεί σε ηπατική ανεπάρκεια. Σε τέτοιου είδους περιστατικά η μεταμόσχευση ήπατος αποτελεί μονόδρομο. (Καραταπάνης – Παπαστεργίου, 2012).

Γενικά, η φαρμακευτική αγωγή περιλαμβάνει βενζοδιαζεπίνες, δισουλφιράμη, ναλτρεξόνη, ακαμπροσάτη με ικανοποιητικά αποτελέσματα τόσο στο στάδιο της σωματικής αποτοξίνωσης, όσο και στο στάδιο της αποκατάστασης του ασθενούς. Επιπρόσθετα μέτρα για την αποκατάσταση του αλκοολικού είναι η διακοπή του καπνίσματος και η αντιμετώπιση της παχυσαρκίας.

Παρόλο που οι ασθενείς τείνουν να μην παραδέχονται το πρόβλημα, σε περιπτώσεις αλκοολισμού είναι απαραίτητη η φαρμακευτική αγωγή λόγω αυξημένης νοσηρότητας και θνησιμότητας, στις περιπτώσεις σοβαρής κατάχρησης και ισχυρής εξάρτησης (Νταντούτη, 2009).

Στην θεραπεία του αλκοολισμού περιλαμβάνεται η αντιμετώπιση:

- Οξείας τοξίκωσης
- Συνδρόμου Στέρησης
- Νευρολογικών και ψυχιατρικών διαταραχών

Ακολούθως παρατίθενται αναλυτικότερα οι γνωστότερες φαρμακευτικές αγωγές (Καραταπάνης & Παπαστεργίου, 2012):

- i. **Ναλτρεξόνη:** Μειώνει την έντονη επιθυμία κατανάλωσης αλκοόλ, απαιτεί όμως καλή ηπατική λειτουργία. Για τον λόγο αυτό πριν τη συνταγογράφηση θα πρέπει να διεξάγονται οι κατάλληλοι έλεγχοι, Η δοσολογία που προτείνεται είναι 50mg / 24ωρο (βράδυ). Η διάρκεια χορήγησής της κυμαίνεται από 6μήνες έως 1έτος.
- ii. **Ακαμπροσάτη:** Μειώνει επίσης την ένταση της επιθυμίας, ενώ και σε αυτή την περίπτωση απαιτείται καλή λειτουργία του ήπατος, αλλά και των νεφρών. Η δόση είναι ανάλογη του σωματικού βάρους. Η συνήθης

χορήγηση είναι 666mg, τρεις φορές την ημέρα. Σε περιπτώσεις μειωμένου σωματικού βάρους οι θεράποντες προτείνουν την καταλληλότερη δοσολογία.

- iii. **Δισουλφιράμη:** Πρόκειται για θεραπεία αποστοφής του αλκοόλ, η οποία συνοδεύεται από αυξημένες παρενέργειες (αρυθμίες, υπόταση), ενώ συντρέχει και σοβαρός κίνδυνος κατάρρευσης του ασθενούς σε περίπτωση ταυτόχρονης λήψης αλκοόλ. Η χορήγησή της αντενδείκνυται σε περιπτώσεις καρδιακής ανεπάρκειας, στεφανιαίας νόσου, ηπατικής δυσλειτουργίας, εγκυμοσύνης, εγκεφαλικών βλαβών, ψύχωσης. Χορηγείται σε δόση 250gr / 24ωρο.

Βέβαια οι φαρμακευτικές θεραπείες για να είναι αποτελεσματικές θα πρέπει να συνοδεύονται και από ψυχοθεραπευτική υποστήριξη. Οι κυριότεροι στόχοι της ψυχοθεραπείας αποσκοπούν στην αποχή από το αλκοόλ και την δέσμευση για θεραπεία, την πρόληψη υποτροπών και την βελτίωση της ψυχοκοινωνικής κατάστασης του ασθενούς (Νταντούτη, 2009).

3.4.2. Παρεμβάσεις του νοσηλευτή για την ανεξαρτητοποίηση των εθισμένων

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

Στην περίπτωση που η εξάρτηση ταλαιπωρεί τα άτομα για μεγάλο χρονικό διάστημα και έχουν γίνει πολλές προσπάθειες απεξάρτησης στο παρελθόν, εκείνα, έχουν την ευκαιρία να δημιουργήσουν ευκολότερα μηχανισμούς συναισθηματικής προσαρμογής στην παρούσα προσπάθεια απεξάρτησης. Όταν αντίθετα η εξάρτηση εμφανίζεται αιφνίδια και το άτομο μπαίνει για πρώτη φορά στην διαδικασία της απεξάρτησης, η εκδήλωση των

συμπτωμάτων και των επιπλοκών εκφράζεται με οξύτητα και ένταση και ο εξαρτημένος προκαταλαμβάνεται και αδυνατεί να προσαρμοστεί στην θεραπεία στον ελάχιστο δυνατό χρόνο.

Είτε στην μία είτε στην άλλη περίπτωση η νοσηλευτική φροντίδα επικεντρώνεται σε μια σειρά παρεμβάσεων που σαν βασικό σκοπό έχουν την ανεξαρτητοποίηση του εθισμένου ατόμου και την καλή λειτουργικότητα του (σωματική και ψυχική), τόσο στην οργάνωση της καθημερινότητας του όσο και στην ένταξη του στην ζωή μέσα στην κοινότητα. Με την βοήθεια του κοινοτικού νοσηλευτή πρέπει να ενισχυθεί ο γενικός ρόλος του ατόμου μέσα από το στάδιο της συμμόρφωσης που αναφέρεται στην αρχική συναίνεση του χρήστη να ακολουθήσει τις οδηγίες που θα του δοθούν, στο στάδιο της τήρησης τους όσον αφορά την τήρηση της αρχικής συμφωνίας κάτω από την επίβλεψη του προσωπικού υγείας και στο στάδιο της συντήρησης που στηρίζεται στην ενσωμάτωση των ιατρονοσηλευτικών οδηγιών, στον τρόπο της ζωής του, προκειμένου να διατηρήσει την υγεία του ακόμη και όταν πάψει η παρακολούθηση του από τους επαγγελματίες υγείας (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 2011).

3.4.2.1. Αυτοφροντίδα – Προσωπική Υγιεινή

Ο κοινοτικός νοσηλευτής ψυχικής υγείας οφείλει να παρέμβει στη διαδικασία της αυτοφροντίδας της σωματικής υγιεινής του εθισμένου (στοματική, σωματική υγιεινή, οφθαλμολογικός έλεγχος κ.α.) και της καθαριότητας. Η προσπάθεια έναρξης της αυτοφροντίδας με οποιοδήποτε τρόπο είναι μεγάλης σημασίας καθότι το εξαρτημένο από κάποια ουσία άτομο αντικειμενικά έχει παγιδευτεί στο φαύλο κύκλο του εθισμού που δεν αφήνει χρόνο και περιθώρια για οτιδήποτε άλλο πέραν της επαναληπτικής διαδικασίας ανεύρεσης της απαιτούμενης δόσης.

Είναι γενικά παραδεκτό πως οι χρήστες εθιστικών ουσιών έχουν σταματήσει να νοιάζονται ουσιαστικά για την ποιότητα της ζωής τους και έχουν ξεχάσει πλήρως τους κανόνες υγιεινής που πρέπει να διέπουν τη ζωή τους για να προασπίζεται η υγεία τους.

Εξίσου σημαντικό μέλημα από την πλευρά του νοσηλευτή, είναι η αυξημένη παρατηρητικότητα που πρέπει να τον διακατέχει σε ό,τι αφορά τα φάρμακα που χειρίζεται. Η ασφαλής αποθήκευση και διατήρηση των φαρμάκων πρέπει να απασχολεί όλους τους

επαγγελματίες υγείας με τους οποίους έρχεται σε επαφή ένα εξαρτημένο από εθιστικές ουσίες άτομο.

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

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

3.4.2.2. Καλλιέργεια ατομικών δεξιοτήτων - Ενθάρρυνση

Μέσα στα πλαίσια του χώρου θεραπείας και φροντίδας του ασθενούς υπάρχουν πολλοί παράγοντες που επηρεάζουν κριτικά και με δραστικό τρόπο την ενεργητικότητα παθητικότητα, την συνεργασία και την αμοιβαία συμμετοχή του ατόμου στην θεραπευτική διαδικασία. Η δράση του κοινοτικού νοσηλευτή σε αυτή την περίπτωση έγκειται αρχικά στο να προσπαθήσει να ανακαλύψει το σύνολο των δεξιοτήτων που χαρακτηρίζουν το άτομο. Έπειτα ο κοινοτικός νοσηλευτής θα παρέμβει, στο να καλλιεργήσει και να αναπτύξει τις δεξιότητες αυτές, δίνοντας πάντα μεγάλη σημασία στις προτεραιότητες που θέτει κάθε φορά ο χρήστης και που μεταβάλλονται διαρκώς ανάλογα με την βελτίωση ή την επιδείνωση της κατάστασης του (Σαρρής, 2001).

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

Ο κοινοτικός νοσηλευτής ψυχικής υγείας είναι ο κατεξοχήν συμπαραστάτης του ατόμου σε αυτήν την δύσκολη προσπάθεια που κάνει, αλλά δεν θα μπορούσε να πετύχει

ποτέ μια τέτοια δύσκολη σειρά πραγμάτων από μόνος του. Η συναισθηματική υποστήριξη μέσα από την παρουσία συγγενών, φίλων, και άλλων ειδικών της ομάδας επαγγελματιών ψυχικής υγείας αναμφίβολα ανακουφίζουν και εμψυχώνουν το άτομο και σε αυτήν την σύνδεση των σχέσεων, οφείλει να παρεμβαίνει ο κοινοτικός νοσηλευτής.

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

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

Σίγουρα θα υπάρχουν και στιγμές αποτυχίας αλλά ο κοινοτικός νοσηλευτής μέσα από την εμπειρία του δεν πρέπει να αφήσει να καταβληθεί το άτομο αλλά να γίνει ακόμα πιο δυνατό. Η ανοικτή συζήτηση, η ανάληψη της πρωτοβουλίας για την οργάνωση ενός περιπάτου με το άτομο, η ανάληψη ευθύνης για την οργάνωση εξόδων στο πλαίσιο της κοινωνικοποίησης και της εξοικείωσης του, με το κοινωνικό και φυσικό περιβάλλον, χωρίς να νιώθει ότι εκτίθεται είναι κάτι που το έχει πραγματικά ανάγκη. Όσο θα υπάρχει αυτή η υποστηρικτική σχέση θα αρχίσει να επανακτάται ευκολότερα η προσαρμοστικότητα, καθώς θα κατανοήσει τα προβλήματα που δημιουργήθηκαν με την εξάρτηση και θα είναι πια έτοιμος να σκεφτεί μαζί του δημιουργικές λύσεις (Παπαγεωργίου – Βασιλοπούλου, 2005).

3.4.3. Νοσηλευτικές παρεμβάσεις στην αντιμετώπιση των σωματικών νοσημάτων

Το μεγαλύτερο ποσοστό των χρηστών που εισέρχεται στα προγράμματα απεξάρτησης από εθιστικές ουσίες παρουσιάζει συμπτώματα ψυχοκινητικής ανησυχίας και αϋπνίας που είναι άλλωστε και χαρακτηριστικά του συνδρόμου στέρησης από εθιστικές

ουσίες. Τα στερητικά συμπτώματα υποχωρούν με αποχή ημερών από τη χρήση της ουσίας ενώ ηπιότερου τύπου συμπτωματολογία, ένα μείγμα από σωματικές και ψυχολογικές διαταραχές, παραμένει για αρκετές εβδομάδες.

Το μεγαλύτερο ποσοστό των χρηστών έχει προβλήματα υγείας που προήλθαν από τη χρήση και προϋπήρχαν πριν εισέλθουν στην θεραπευτική κοινότητα. Νεοδημιουργηθέντα προβλήματα παρουσιάζονται εξαιτίας της αποχής τους από τις εθιστικές ουσίες, από τη στιγμή που ο οργανισμός άρχισε να καθαρίζει από τις τοξίνες. Στην πρώτη κατηγορία νοσημάτων ανήκουν το AIDS, οι ηπατίτιδες, οι θρομβοφλεβίτιδες, οι πνευμονικές λοιμώξεις, επιληπτικές κρίσεις σαν αποτέλεσμα της κατάχρησης, οι παθήσεις της στοματικής κοιλότητας, τα γαστρικά έλκη, τα οιδήματα και τα αποστήματα (www.medlook.com).

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

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

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

Μία επιπλέον σημαντική κατηγορία προβλημάτων που έχουν να αντιμετωπίσουν οι κοινοτικοί νοσηλευτές είναι αυτή που σχετίζεται με τη στοματική υγιεινή. Εξαιτίας της χρήσης αλκοόλ δημιουργείται στα δόντια χημική απασβέστωση οφειλόμενη στη δράση

ορισμένων οξεοπαραγωγών μικροβίων που αναπτύχθηκαν στο στόμα. Δίνεται επομένως έμφαση σε ότι αφορά τη στοματική υγιεινή μέσα από σειρά τακτικών προγραμματισμένων συνεδριών σε οδοντίατρο, κάτι που είναι αποκλειστικό μέλημα το νοσηλευτικού προσωπικού. Ακόμη δίνονται οι κατάλληλες οδηγίες για σωστό διαιτολόγιο με σωστές ποσότητες ιόντων και βιταμινών, αποφυγή των γλυκισμάτων, σωστή περιποίηση και βούρτσισμα μετά από κάθε γεύμα.

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

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

3.4.4. Νοσηλευτικές παρεμβάσεις επι εξωτερικής βάσης

3.4.4.1. Εργοθεραπεία

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

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

- Παροχή συστηματικής εκπαίδευσης φοιτητών Εργοθεραπείας.

3.4.4.2. Κέντρα Ημέρας

Στόχος των Κέντρων Ημέρας είναι η ψυχοκοινωνική στήριξη χρόνιων ασθενών ούτως ώστε να βελτιωθεί η προσαρμοστικότητα και η λειτουργικότητα των, στο κοινωνικό σύνολο. Η θεραπεία επί εξωτερικής βάσης, χωρίς τη χορήγηση φαρμάκων, μπορεί να συμπεριλάβει διάφορα προγράμματα απεξάρτησης για ασθενείς που επισκέπτονται τις εξειδικευμένες κλινικές κατά τακτικά χρονικά διαστήματα. Τα περισσότερα προγράμματα έχουν ατομική ή συλλογική συμβουλευτική αγωγή και στήριξη. Οι ασθενείς που συμμετέχουν στα προγράμματα αυτά, είναι χρήστες ναρκωτικών άλλων εκτός από τα οπιοειδή ή χρήστες οπιοειδών για τους οποίους δεν συστήνεται θεραπεία συντήρησης. Οι τελευταίοι είναι χρήστες που έχουν μια σταθερή, καλά οργανωμένη και ενταγμένη στην κοινωνία ζωή με ιστορικό εξάρτησης σε ναρκωτικά που είναι μικρής χρονικής διάρκειας. (www.medlook.com)

3.4.4.3. Μονάδα Εργασιακής Αποκατάστασης (Μ.Ε.Ρ.Α)

Λειτουργεί με συνεταιριστική μορφή, με κύριους συντελεστές τις Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας και το Σύνδεσμο Προστασίας Ψυχικής Υγείας. Αποστολή της μονάδας είναι η επανένταξη στην αγορά εργασίας των ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας. (www.medlook.com)

3.4.4.4. Μονάδες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης ψυχιατρικών ασθενών

Οι μονάδες αυτές είναι εξωνοσοκομειακές δομές που στόχο έχουν την προαγωγή της ψυχοκοινωνικής επανένταξης ατόμων με χρόνια προβλήματα ψυχικής υγείας τοξικομανίας και αλκοολισμού. Προσφέρουν ευκαιρίες επαγγελματικής κατάρτισης και εργοδότησης ή όπου αυτό δεν είναι δυνατό προάγουν την ανάπτυξη δεξιοτήτων αυτομέριμνας, απασχόλησης και κοινωνικών δεξιοτήτων. Οι δομές αυτές είναι αποτέλεσμα συνεργασίας των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας, οι οποίες έχουν την επιστημονική ευθύνη όπως είναι:

- Συμβουλευτικά Κέντρα
- Κινητές μονάδες

- Μονάδα Εργασιακής Αποκατάστασης (Μ.Ε.Ρ.Α)
- Τμήμα παιδικής & εφηβικής ψυχιατρικής
- Κέντρα πρόληψης και συμβουλευτικής στον τομέα των τοξικοεξαρτήσεων
- Συμβουλευτικά κέντρα
- Ψυχιατρική κλινική
- Μονάδα απεξάρτησης
- Κοινωνική ψυχιατρική Νοσηλευτική
- Εξωτερικά Ιατρεία (www.medlook.com)

3.5. Ψυχολογική προσέγγιση των οικείων του εθισμένου και νοσηλευτής

Θεμελιώδους σημασίας καθήκον του νοσηλευτή είναι η εκπαίδευση και η ευαισθητοποίηση του ίδιου του εθισμένου, της οικογένειάς του και του ευρύτερου κοινωνικού και εργασιακού του περιβάλλοντος σε ζητήματα πρόληψης και υγιεινής. Ως συνδετικός κρίκος μεταξύ της οικογένειας και της θεραπευτικής ομάδας, οφείλει να τους πληροφορεί αμφίδρομα και προς τις δύο κατευθύνσεις.

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

Δυστυχώς μόνο με την αγάπη και της οικογένειας είναι αδύνατο να θεραπευτεί η εξάρτηση. Πολύ αργά έρχεται η οδυνηρή διαπίστωση πως η αγάπη και η «συνενοχή» τους καθυστέρησαν μόνο την απόφαση για τον δρόμο προς την θεραπεία ή στην χειρότερη περίπτωση τον δρόμο προς τον θάνατο. Το χειρότερο όμως σ' αυτήν την κατάσταση είναι ότι κάθε οικείος πιστεύει, πως δεν είναι πλέον δυνατόν να τους βοηθήσει κανείς. Γι' αυτό σ' αυτή την δύσκολη κατάσταση, σαν μοναδική λύση απομένει η απόκρυψη και η διάψευση της πραγματικότητας. Στενοί συγγενείς και φίλοι που τολμούν να θίξουν το

πρόβλημα, αντιμετωπίζονται με εκνευρισμό και επιθετικότητα, που συνοδεύονται από σωρεία δικαιολογιών.

Συγχρόνως, οι οικείοι υποφέρουν και από συναισθήματα ενοχής. Η απελπισία και το αδιέξοδο που αισθάνονται μεγαλώνει όλο και περισσότερο. Οι οικείοι δηλαδή συμπεριφέρονται, όπως το εξαρτημένο άτομο με την διαφορά πως η όλη ψυχική τους επιβάρυνση δεν «απαλύνεται», με το ποτό. Αν και ο οργανισμός τους δεν καταστρέφεται από την εξαρτησιογόνο ουσία, δεν συμβαίνει το ίδιο και στον ψυχισμό τους.

Οι οικείοι θα απογοητευθούν αργά ή γρήγορα, όταν στο τέλος διαπιστώσουν ότι εκείνος αντιδρά ελάχιστα παρ' όλη την αγάπη και την φροντίδα που του δείχνουν, δεν κρατά υποσχέσεις και είναι ανάξιος κάθε εμπιστοσύνης. Χρειάζονται επομένως, πρώτα αυτοί βοήθεια, και πως τότε μόνον θα είναι ικανοί να βοηθήσουν τον άνθρωπο τους.

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

Εξίσου σημαντική είναι και η προσπάθεια του νοσηλευτικού προσωπικού να παρέχει συναισθηματική στήριξη στην οικογένεια, προτρέποντας την να λάβει βοήθεια από ειδικές ομάδες στήριξης και να έρθει σε επαφή με άλλες οικογένειες που αντιμετωπίζουν το ίδιο πρόβλημα ή το αντιμετώπιζαν και κατάφεραν να το ξεπεράσουν. Αν η οικογένεια κατορθώσει να στηριχθεί ικανοποιητικά τότε μόνο θα καταφέρει να στηρίξει και το εξαρτημένο άτομο. Η σωστή πληροφόρηση και παροχή πληροφοριών, καθώς και η παροχή συναισθηματικής στήριξης από τους κοινοτικούς νοσηλευτές θα βοηθήσουν αλκοολικό και την οικογένεια του, διαμέσου της υποστηρικτικής τους σχέσης, να αναζητήσουν νέους τρόπους αντιμετώπισης των προβλημάτων της ζωής τους και να σκεφτούν μαζί δημιουργικές λύσεις για τα προβλήματα αυτά (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 2011).

**ΜΕΡΟΣ Β': ΝΕΟΤΕΡΑ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ
ΔΕΔΟΜΕΝΑ**

1. GDNF: ΕΝΑ ΝΕΟ, ΑΜΕΣΑ ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΝΟΜΕΝΟ ΣΤΗΝ ΑΙΘΑΝΟΛΗ ΓΟΝΙΔΙΟ ΔΙΝΕΙ ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΑΤΑΝΟΗΣΗ ΤΗΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΚΑΙ ΕΠΙΜΟΝΗΣ ΤΗΣ ΚΑΤΑΧΡΗΣΗΣ ΑΛΚΟΟΛ

Ο GDNF (glial cell line-derived neurotropic factor) είναι ένας νευροτροπικός παράγοντας, που προάγει την ανάπτυξη των κυττάρων και προκαλεί την έκκριση ντοπαμίνης. Έρευνες κατέδειξαν την ιδιότητα του ως αρνητικού ρυθμιστή της κατανάλωσης αιθανόλης.

Στην μελέτη τους οι Ahmadiantehrani et. al αναλαμβάνουν τη διερεύνηση της επίδρασης της αιθανόλης στην έκφραση του γονιδίου GDNF στην κοιλιακή χώρα (την περιοχή δραστηριότητας του GDNF) ή/και στον επικλινή πυρήνα (την κύρια πηγή του γονιδίου GDNF) αρουραίων.

Έπειτα από 1 εβδομάδα έκθεσης και εθισμού σε αιθανόλη, οι αρουραίοι που χρησιμοποίησαν οι Ahmadiantehrani et. al χωρίστηκαν σε δύο ομάδες και για 7 εβδομάδες ακολουθήθηκε η εξής διαδικασία: Η πρώτη ομάδα κάθε δεύτερη μέρα και για περίοδο 24 ωρών είχε πρόσβαση σε μια φιάλη νερού και μια φιάλη διαλύματος αιθανόλης (20% v/v σε νερό). Στη δεύτερη ομάδα (μάρτυρας) δινόταν μια επιπλέον φιάλη νερού στην θέση του διαλύματος αιθανόλης.

Αυτό που παρατήρησαν ήταν πως η συστηματική χορήγηση αιθανόλης αύξησε τα επίπεδα GDNF στην κοιλιακή χώρα, όχι όμως και στον επικλινή πυρήνα. Επιπρόσθετα, η ομάδα των αρουραίων που υποβλήθηκε σε διακοπτόμενη πρόσβαση, έπειτα από το 24ωρο πρόσληψης αλκοόλ, παρουσίασε αυξημένα επίπεδα GDNF την πρώτη εβδομάδα, όχι όμως και την έβδομη.

Τα αποτελέσματα αυτά υποδεικνύουν ότι κατά την διάρκεια της έναρξης της κατάχρησης οινοπνεύματος, τα επίπεδα GDNF στην κοιλιακή χώρα αυξάνονται και προστατεύουν από την υπερβολική πρόσληψη αιθανόλης. Όμως, η προστατευτική απόκριση του GDNF καταρρέει μετά από χρήση η οποία χαρακτηρίζεται από περιόδους παρατεταμένης, υπερβολικής κατανάλωσης και διακοπής, εξαιτίας της επίμονης και υπερβολικής χρήσης αιθανόλης (Ahmadiantehrani et. al., 2013).

2. Η «ΔΙΑΓΡΑΦΗ» ΤΩΝ ΣΥΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΩΝ ΜΕ ΤΟ ΑΛΚΟΟΛ ΑΝΑΜΝΗΣΕΩΝ ΜΕΣΩ ΤΗΣ ΟΔΟΥ mTORC1 ΟΔΗΓΕΙ ΣΕ ΠΙΘΑΝΗ ΜΕΙΩΣΗ ΤΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΥΠΟΤΡΟΠΗΣ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Η υποτροπή αποτελεί ένα πολύ σημαντικό κλινικό ζήτημα σε προβλήματα κατάχρησης αλκοόλ, η οποία συχνά προκαλείται από την ακατάσχετη επιθυμία για λήψη της ουσίας. Η σηματοδοτική οδός mTORC1 είναι απαραίτητη για την μετάφραση δενδροειδών πρωτεϊνών και εμπλέκεται έτσι στη διαδικασία της μνήμης. Υπάρχουν αναφορές για την συνεισφορά της mTORC1 σε διαδικασίες μνήμης που εμπλέκονται με την χρήση κοκαΐνης. Η διερεύνηση του ρόλου της mTORC1 στην ανασύνθεση των αναμνήσεων που σχετίζονται με το αλκοόλ και η δυνατότητά διαγραφής τους μέσω αναστολής της mTORC1 για την πρόληψη υποτροπών είναι ο κεντρικός άξονας της έρευνας των Barak et.al.

Για τον σκοπό της έρευνάς του αρουραίοι εκπαιδεύθηκαν να καταναλώνουν υπερβολικές ποσότητες αλκοόλ για 7 εβδομάδες με τη μέθοδο των δύο φιαλών (δύο ομάδες από τις οποίες, η μία κάθε δεύτερη μέρα και για 24 ώρες είχε πρόσβαση σε μια φιάλη νερού και μια φιάλη διαλύματος αιθανόλης (20% v/v σε νερό) και στην άλλη (μάρτυρας) δινόταν μια επιπλέον φιάλη νερού στην θέση του διαλύματος). Έπειτα οι αρουραίοι εκπαιδεύτηκαν να εισέρχονται για 4-5 εβδομάδες σε θαλάμους και να πιέζουν έναν μοχλό για 0,1ml διαλύματος αλκοόλη 20% και ακολούθησε 10ήμερη αποχή. Έπειτα επανενεργοποιήθηκε η ανάμνηση του αλκοόλ με 5λεπτη έκθεση στο περιβάλλον στο οποίο το λάμβαναν (θάλαμος με μοχλό), καθώς και στην οσμή και τη γεύση του. 30λεπτά μετά την επανενεργοποίηση της ανάμνησης, αξιολογήθηκε η ενεργοποίηση της mTORC1. Για τον έλεγχο της πιθανότητας διακοπής της ανάμνησης, μετά την 5λεπτη επανενεργοποίηση της ανάμνησης χρήσης αλκοόλ, χορηγήθηκε στους αρουραίους ραπαμυκίνη (αναστολέας της mTORC1). Η υπότροπη αξιολογήθηκε από την συχνότητα αναζήτησης/χρήσης αλκοόλ 24 και 48 ώρες μετά.

Με τα το πέρας της έρευνάς τους, οι Barak et.al. παρατήρησαν ότι η επανενεργοποίηση της μνήμης ενεργοποιεί την mTORC1 ιδιαίτερα στην κεντρική αμυγδαλή. Η χορήγηση ραπαμυκίνης αμέσως μετά την επανενεργοποίηση της «αλκοολικής» μνήμης καταστέλλει την αναζήτηση και κατανάλωση αλκοόλ 24 και 48 ώρες μετά (Barak, et. al., 2013).

3. ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΕΝΑ ΔΙΑΚΟΠΤΟΜΕΝΗ ΠΡΟΣΒΑΣΗ ΣΕ ΑΙΘΑΝΟΛΗ ΣΕ ΑΡΟΥΡΑΙΟΥΣ ΜΕ ΣΚΟΠΟ ΤΗ ΔΟΜΗΣΗ ΠΡΟΚΛΙΝΙΚΟΥ ΠΛΑΙΣΙΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΑΤΑΧΡΗΣΗ ΑΛΚΟΟΛ

Η κατάχρηση και ο εθισμός από το αλκοόλ χαρακτηρίζονται από προοδευτική κλιμάκωση της κατανάλωσης από χαμηλή σε υπερβολική και από επαναλαμβανόμενους κύκλους συνεχόμενης μέθης, αποχής, ακατάσχετης επιθυμίας και υποτροπής. Για τον λόγο αυτό είναι πολύ χρήσιμη η δόμηση μοντέλων πρόγνωσης της εξέλιξης της κατάχρησης αλκοόλ, στον δρόμο για την θεραπεία του αλκοολισμού

Οι Carcinella et.al. μέσω της μελέτης συμπεριφοράς αρουραίων επιχείρησαν στην πρόσφατη έρευνα τους να δομήσουν τέτοιου μοντέλου, μέσω της μελέτης της συμπεριφοράς αρουραίων. Στόχος τους είναι να αποδειχθεί η κλιμάκωση της υπερβολικής κατανάλωσης μέσω επαναλαμβανόμενων κύκλων με ελεύθερη πρόσβαση και ελεύθερη επιλογή κατανάλωσης οινοπνεύματος.

Οι αρουραίοι που χρησιμοποιήθηκαν για τον σκοπό της μελέτης των Carcinella et.al. απομονώθηκαν σε ατομικά κλουβιά και μετά την προσαρμογή τους, ακολουθούσε η έκθεσή τους σε επαναλαμβανόμενες κυκλικές περιόδους ελεύθερης πρόσβασης σε αλκοόλ (δύο φιάλες διαλύματος αιθανόλης 20%) και αποχής από αυτό.

Από την παραπάνω διαδικασία παρατηρήθηκε σταδιακή κλιμάκωση της εθελοντικής πρόσληψης αιθανόλης, η οποία σταδιακά έφτασε τα 5-6g/kg το 24ωρο.

Παρά τους ορισμένους περιορισμούς, η έρευνα κατέληξε στο συμπέρασμα ότι με τη χρήση πλαισίων διακοπτόμενης πρόσβασης σε αλκοόλ παρέχουν τη δυνατότητα συγκρότησης των πολλαπλών πτυχών της κατάχρησης αλκοόλ σε ενιαίο πλαίσιο έτσι ώστε να καταστεί δυνατή η μελέτη του εθισμού, της υποτροπής και της ακατάσχετης περιστασιακής κατανάλωσης (binge drinking) (Carnicella, et. al., 2014).

4. ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΣΥΝΟΛΙΚΗΣ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑΣ ΣΕ ΜΗ ΤΑΚΤΙΚΟΥΣ ΠΟΤΕΣ ΜΕ ΣΟΒΑΡΑ ΕΠΕΙΣΟΔΙΑΚΑ ΞΕΣΠΑΣΜΑΤΑ ΚΑΤΑΧΡΗΣΗΣ ΑΛΚΟΟΛ ΣΕ ΒΑΘΟΣ 20ΕΤΙΑΣ

Οι αναλύσεις της μέτριας κατανάλωσης αλκοόλ έχουν επικεντρωθεί κατά κύριο λόγο στην μέση κατανάλωση, η οποία περιλαμβάνει ποικίλες υποκείμενες μορφές κατανάλωσης. Η έρευνα των Holahan, et.al., στοχεύει στην καινοτόμα ιδέα της διερεύνησης της συσχέτισης μεταξύ της βαριάς επεισοδιακής κατανάλωσης αλκοόλ και της συνολικής θνησιμότητας σε μεσήλικες που κάνουν μέτριας συχνότητας χρήση. Η εργασία των Holahan, et.al. επικεντρώθηκε σε μέτριους χρήστες και όχι βαριά εξαρτημένους, έτσι ώστε να διερευνήσει την επίδραση της αιθανόλης στο προσδόκιμο ζωής αυτών των χρηστών που αντιπροσωπεύουν τον μέσο όρο.

Για τον σκοπό της, μελετήθηκε δείγμα 446 ενηλίκων μεταξύ 55 – 65 ετών. Οι 74 ήταν μέτριοι πότες, οι οποίοι είχαν εμπλακεί σε επεισοδιακή βαριά κατανάλωση και οι 372 συνηθισμένοι μέτριοι πότες. Η βάση δεδομένων περιελάμβανε επίσης και μια σειρά κοινωνικών, δημογραφικών χαρακτηριστικών, καθώς και δείκτες καλής υγείας και συμπεριφοράς. Ο θάνατος για την 20ετή περίοδο που έλαβε χώρα η μελέτη καταγραφόταν από τα πιστοποιητικά θανάτου.

Από την ανάλυση πολλαπλής παλινδρόμησης των Holahan, et.al. προέκυψε ότι οι μέτριοι χρήστες οι οποίοι είχαν εκδηλώσεις βαριάς επεισοδιακής κατανάλωσης, είχαν περισσότερες από τις διπλάσιες πιθανότητες θανάτου εντός της 20ετίας, σε σύγκριση με τους συνηθισμένους μέτριους πότες.

Το βασικό συμπέρασμα στο οποίο κατέληξαν είναι ότι μεταξύ ενηλίκων οι οποίοι κάνουν μέτρια χρήση αλκοόλ, ηλικίας 55-65, εκείνοι που έχουν εμπλακεί σε επεισόδια βαριάς κατάχρησης, ακόμα και αν η μέση κατανάλωση αλκοόλ παραμένει μέτρια, παρουσιάζουν υψηλότερες πιθανότητες θανάτου σε σχέση με τους συνηθισμένους μέτριους χρήστες. Η επεισοδιακή βαριά κατανάλωση είναι ένα θέμα που θα πρέπει να φορά το σύστημα δημόσιας υγείας (Holahan, et.al., 2014).

5. ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΥ: ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΕΙΔΟΠΟΙΗΣΕΙΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΦΟΡΕΩΝ / ΑΚΑΔΗΜΑΪΚΗΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑΣ ΜΕ ΤΗΝ ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

Η διαδικασία της ανάπτυξης φαρμακευτικής αγωγής για την κατάχρηση αλκοόλ είναι πολύπλοκη και αποτελεί πρόκληση για την ερευνητική κοινότητα. Σε βάθος 20 ετών έχουν γίνει αποδεκτά τέσσερα σκευάσματα από την Αμερικάνικη Ένωση Τροφίμων και Φαρμάκων, ειδικά για την αλκοολική εξάρτηση, η δισουλφιδράμη, η από του στόματος ναλτρεξόνη, η μακράς διάρκειας ενέσιμη ναλτρεξόνη και η ακαμπροσάτη, ενώ στην Ευρώπη πρόσφατα έγινε αποδεκτή η ναλμεφένη. Η διαδρομή για την έξοδο ενός σκευάσματος στην αγορά είναι μεγάλη και δαπανηρή. Ένας τρόπος για την επίσπευση της διαδικασίας ανάπτυξης φαρμάκων με ταυτόχρονη μείωση των κινδύνων αποτυχίας είναι η δημιουργία συνεργασιών μεταξύ του κράτους, της ακαδημαϊκής κοινότητας, των φαρμακοβιομηχανιών, των οργανισμών υγειονομικής περίθαλψης, των ομάδων υποστήριξης και των ίδιων των ασθενών.

Οι Litten et.al.,2013 διερεύνησαν τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα της συνεργασίας δημοσίων φορέων και εταιρειών παρασκευής φαρμάκων για την ανάπτυξη αποτελεσματικής θεραπείας του αλκοολισμού.

Τα σημαντικότερα πλεονεκτήματα που αναδεικνύουν στην έρευνά τους συνοψίζονται ως εξής: Η συνεργασία των κρατικών φορέων με τις φαρμακοβιομηχανίες προάγει την ανάπτυξη φαρμακευτικών σκευασμάτων για την καταπολέμηση του αλκοολισμού με δύο βασικούς τρόπους: Ο πρώτος είναι η χρηματοδότηση. Οι φαρμακευτικές εταιρείες μπορούν να διαθέσουν τους πόρους εκείνους που απαιτούνται για να γίνει ο κατάλληλος αριθμός δοκιμών και επαναλήψεων, καθώς επίσης μπορούν να αναλάβουν το κόστος της προώθησης του σκευάσματος στην αγορά, εφόσον εγκριθεί. Ακόμα όμως κι αν δεν εγκριθεί ή αποτύχει η πειραματική διαδικασία, είναι σε θέση να καλύψουν το κόστος της έρευνας. Το δεύτερο πλεονέκτημα είναι το απόθεμα νέων χημικών ενώσεων που διαθέτουν οι φαρμακοβιομηχανίες πολλές από τις οποίες φαίνεται ότι στοχεύουν στην λειτουργία του εγκεφάλου και έτσι είναι πιθανό να βοηθούν και στον έλεγχο της αλκοολικής συμπεριφοράς. Οι ακαδημαϊκοί ερευνητές δεν έχουν πρόσβαση σε τέτοιες ενώσεις. Έτσι η συνεργασία σε αυτό ο επίπεδο θα επιταχύνει την έρευνα γύρω από

τον αλκοολισμό. Από την άλλη πλευρά οι φαρμακοβιομηχανίες επωφελούνται από τη συνεργασία με κρατικούς φορείς, λόγω του υψηλού επιπέδου ερευνητικού προσωπικού με το οποίο μπορούν να συμπράξουν, το οποίο είναι άρτια καταρτισμένο και ερευνά απρόσκοπτα στο αποτέλεσμα, ανεξάρτητα του οικονομικού αποτελέσματος.

Βέβαια πέρα από το θετικό αντίκτυπο στην έρευνα των Litten et.al. παρατίθενται και ορισμένες σοβαρές προειδοποιήσεις, κυρίως προς τους ερευνητές σχετικά με την συνεργασία τους με ιδιωτικούς φορείς. Τονίζουν πως ναι μεν οι συνεργασίες είναι επωφελείς για την θεραπεία του αλκοολισμού, αλλά επειδή τα εγχειρήματα αυτά είναι νέα στον τομέα του αλκοολισμού, θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη παραδείγματα συνεργασιών για την θεραπεία άλλων ασθενειών. Έχει παρατηρηθεί ότι οι χρηματοδοτούμενες από ιδιωτικούς φορείς δοκιμές καταλήγουν πιο συχνά σε ευνοϊκά αποτελέσματα σε σχέση με τις ανεξάρτητες ακαδημαϊκές/κρατικές.

Η έρευνα τους συνοψίζοντας καταλήγει σε τρία βασικά συμπεράσματα. Αρχικά, η συνεργασία της ακαδημαϊκής κοινότητας με την βιομηχανία φαρμάκων είναι ζωτικής σημασίας για την προαγωγή της έρευνας για την καταστολή του αλκοολισμού. Φυσικά η συνεργασία αυτή θα είναι επωφελής και για τις δύο πλευρές, αλλά και για τους ασθενείς. Όμως, το σημείο που θα πρέπει να προσέξουν οι δύο πλευρές είναι η διασάφηση των όρων συνεργασίας τους, έτσι ώστε να μην προκύψει σύγκρουση ενδιαφερόντων και τεθούν υπό αμφισβήτηση τα αποτελέσματα της έρευνας (Litten et.al.,2013).

6. Η ΑΠΩΛΕΙΑ ΕΛΕΓΧΟΥ ΤΗΣ ΧΡΗΣΗΣ ΑΛΚΟΟΛ ΚΑΙ Η ΣΟΒΑΡΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΕΞΑΡΤΗΣΗΣ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΒΑΡΙΑ ΧΡΗΣΗ ΠΟΥ ΔΕΝ ΕΠΙΖΗΤΟΥΝ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΧΕΤΙΖΕΤΑΙ ΜΕ ΧΑΜΗΛΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΓΛΟΥΤΑΜΙΝΗΣ ΣΤΗΝ ΜΕΤΩΠΙΑΙΑ ΛΕΥΚΗ ΟΥΣΙΑ

Η ανάπτυξη και η διατήρηση των διαταραχών χρήσης αλκοόλ έχει υποτεθεί πως σχετίζεται με ανισορροπία της γλουταμινικής ομοιόστασης. Η απώλεια λευκής ουσίας (WM), ιδιαίτερα στις εμπρόσθιες περιοχές του εγκεφάλου, έχει αποδειχθεί ότι σχετίζεται με την αλκοολική εξάρτηση και η οποία μπορεί να εμπλέκεται σε διαταραχές της μυελίνης. Η δυσλειτουργία του μετωπιαίου λοβού διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην εξέλιξη του εθισμού, διότι φαίνεται ότι συνδέεται με την απώλεια του ελέγχου της χρήσης ουσιών.

Η μελέτη τους Ende et.al. επικεντρώθηκε στην διερεύνηση με τη χρήση φασματοσκοπίας μαγνητικού συντονισμού (MRS) των επιπέδων της γλουταμίνης στην μετωπιαία λευκή ουσία. Το δείγμα της έρευνας ήταν άτομα οι οποίοι προέβαιναν σε βαριά, επικίνδυνη χρήση αλκοόλ, οι οποίοι μάλιστα δεν επιζητούσαν θεραπεία για τον εθισμό τους. Για τα άτομα αυτά διερευνήθηκε η σύνδεσή τους με συμπτώματα διαταραχής στην χρήση αλκοόλ.

Με τη χρήση τεχνικών MR φασματοσκοπίας αξιολογήθηκαν δείγματα γλουταμίνης από την μετωπιαία λευκή ουσία, τα οποία λήφθηκαν από δύο ομάδες ατόμων: εκείνων που παρουσίαζε βαριά συστηματική χρήση αλκοόλ και με ελαφριά κατανάλωση.

Η μελέτη των Ende et.al αρχικά επιβεβαίωσε τα ευρήματα προηγούμενων ερευνών οι οποίες έκαναν λόγο για αυξημένα επίπεδα χολίνης σε άτομα τα οποία ήταν εθισμένοι από το αλκοόλ. Επίσης παρατήρησαν αρνητική συσχέτιση των επιπέδων γλουταμίνης με τη σοβαρότητα της εξάρτησης από το αλκοόλ και ιδιαίτερα με την σταδιακά αυξανόμενη απώλεια του ελέγχου και με την αύξηση της ποσότητας της πρόσληψης αλκοόλ με την πάροδο του χρόνου.

Κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η χαμηλή συγκέντρωση γλουταμίνης στην μετωπική λευκή ουσία δεν είναι μόνο ένας απλός δείκτης που αντανακλά την κατανάλωση αλκοόλ, αλλά ένας δείκτης ο οποίος πιθανόν να σηματοδοτεί τη μετάβαση ενός μη εξαρτημένου που κάνει κατάχρηση αλκοόλ στην εξαρτημένη χρήση (Ende et.al., 2013).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η σύγχρονη καθημερινότητα συνοδεύεται απο ταχύτατους ρυθμούς και έντονο άγχος. Κατά τη διάρκεια της ημέρας το άτομο μπορεί να βιώσει πολλαπλές τέτοιες καταστάσεις με αποτέλεσμα την συσσώρευση μεγάλης έντασης. Συνδυάζοντας τους γοργούς αυτούς ρυθμούς, με άλλα προσωπικά, οικονομικά ή επαγγελματικά προβλήματα συχνά διακατέχεται απο δυσάρεστα συναισθήματα. Δημιουργείται έτσι η ανάγκη διαφυγής απο την πραγματικότητα, μέσα απο την χρήση ποικίλων ουσιών. Μια απο αυτές τις ουσίες είναι και το αλκοόλ.

Βέβαια, δεν σημαίνει πως ο αλκοολισμός εκδηλώνεται μόνο εξαιτίας του έντονου άγχους ή ο άνθρωπος καταφεύγει στην χρήση αλκοόλ μόνο όταν αισθάνεται δυσφορία απο προσωπικά του προβλήματα. Ο αλκοολισμός είναι μια πολυσύνθετη ασθένεια και οι αιτίες εκδήλωσής της δεν έχουν αποσαφηνιστεί πλήρως. Το οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον, το επιβαρυνμένο οικογενειακό ιστορικό, αλλά και μοναδικά χαρακτηριστικά στον χαρακτήρα κάθε ανθρώπου συνθέτουν το πόσο επιρρεπής είναι ο καθένας στην κατάχρηση και τον εθισμό.

Η χρήση ουσιών είτε ως μέσο διαφυγής, γαλήνης, χαλάρωσης ή ανακούφισης ενέχει σοβαρούς κινδύνους. Όπως δείχθηκε στην εργασία αυτή η χρόνια κατάχρηση οιοπνεύματος είναι πιθανό να οδηγήσει σε σοβαρές σωματικές βλάβες και μακροπρόθεσμα σε διαταραχές της συμπεριφοράς. Απο τις σωματικές επιπτώσεις, σοβαρότερη όλων είναι η κίρρωση του ήπατος, η οποία μπορεί να αποβεί μοιραία για τη ζωή του πάσχοντα. Στις διαταραχές της συμπεριφοράς εντάσσεται η απομάκρυνση απο τον κοινωνικό περίγυρο, η απομόνωση, η έλλειψη διάθεσης για ζωή, οι οποίες στην ακραία μορφή τους μπορεί να οδηγήσουν σε ένα τρόπο ζωής απόλυτα κυριαρχούμενο απο το αλκοόλ.

Ο αλκοολισμός είναι μια ασθένεια η οποία όχι μόνο καταστρέφει την υγεία του ασθενούς, αλλά επηρεάζει σοβαρά και την υγεία, ψυχική και σωματική του στενού περιβάλλοντος του.

Το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό καλούνται αρχικά να συμβάλλουν στην μείωση της κατανάλωσης αλκοόλ απο τον γενικό πληθυσμό. Ο στόχος αυτός είναι πολύ σημαντικός, μιας και σήμερα τα ποσοστά κατανάλωσης αλκοόλ συνεχώς αυξάνουν και τα όρια ηλικίας έναρξης της κατανάλωσης όλο και μειώνονται.

Αποτελεσματική αντιμετώπιση ενός προβλήματος είναι η αποτροπή της γέννησής του. Έτσι, το σημαντικότερο βήμα στην εξάλειψη της ασθένειας είναι η πρόληψη. Ιδιαίτερα για την περίπτωση του αλκοόλ, η χρήση του οποίου είναι νόμιμη, αποδεκτή κοινωνικά και πολλές φορές αξιέπαινη. Για τον λόγο αυτό θα πρέπει να ληφθούν δραστικά μέτρα πρόληψης από τους κρατικούς φορείς. Ενδεικτικά το κράτος μπορεί να προχωρήσει σε:

1. Θέσπιση ενημερωτικών προγραμμάτων και εκδηλώσεων για την ευαισθητοποίηση του κοινωνικού συνόλου, τόσο των ενηλίκων όσο και των παιδιών, σχετικά με την επικίνδυνη κατανάλωση αλκοόλ και τις επιπτώσεις αυτής στην υγεία.
2. Αυστηρές κυρώσεις για την οδήγηση υπό την επήρεια οινοπνεύματος.
3. Ελεγχόμενη πώληση αλκοόλ, με καθορισμό κατώτατων ορίων ηλικίας για την αγορά αλκοόλ, καθώς και αύξηση της φορολογίας των αλκοολούχων ποτών, με σκοπό την αύξηση της τιμής του. Έτσι, θα εξοικονομηθούν χρήματα και για την χρηματοδότηση των εκστρατειών πρόληψης.
4. Απαγόρευση της διαφήμισης αλκοολούχων ποτών στα Μ.Μ.Ε, ή τουλάχιστον περιορισμός των διαφημίσεων που στοχεύουν σε νεαρούς καταναλωτές.
5. Δημιουργία εξειδικευμένων μονάδων νοσηλείας αλκοολικών, έτσι ώστε να μπορούν να ακολουθήσουν εξειδικευμένη θεραπεία για εκείνους και διακοπή της νοσηλείας των αλκοολικών σε ψυχιατρικές μονάδες.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Το πρόβλημα της βαριάς, συστηματικής κατάχρησης αλκοόλ έχει λάβει διαστάσεις μάστιγας τα τελευταία χρόνια. Ο αλκοολισμός, ο οποίος έχει αναγνωρισθεί ως ασθένεια, αποτελεί μια ιδιαίτερα πολύπλοκη και πολυδιάστατη νόσο, για την οποία μέχρι και σήμερα δεν έχει βρεθεί επίσημη φαρμακευτική θεραπεία, η οποία να τύχει ευρείας αποδοχής.

Η διάγνωση του αλκοολισμού συχνά καθίσταται δύσκολη, καθώς οι πάσχοντες στην συντριπτική πλειοψηφία τους αρνούνται να παραδεχθούν το πρόβλημα, οπότε και δεν δέχονται ιατρική παρακολούθηση. Έτσι, το νοσηλευτικό προσωπικό καλείται να είναι πλήρως ενημερωμένο έτσι ώστε να μπορούν να αναγνωρίσουν τη νόσο σε περιστατικά που εισέρχονται στο νοσοκομείο για άλλη αιτία.

Η ιδιομορφία της ασθένειας είναι ο μη-ιάσιμος χαρακτήρας της, καθώς εάν κάποιος διαγνωσθεί αλκοολικός και ακολουθήσει επιτυχώς την ανάλογη θεραπεία απεξάρτησης, ο βασικός παράγοντας για την επιβίωσή του είναι η αποχή από το αλκοόλ. Το χαρακτηριστικό αυτό του αλκοολισμού και οι δυσκολίες που αντιμετωπίζει ο ασθενής στην καθημερινή του ζωή λόγω της εξάρτησης, καθιστά την πρόληψη των θεμελιώδη λίθο για την καταστολή του. Για τον λόγο αυτό το νοσηλευτικό προσωπικό αναλαμβάνει την ευαισθητοποίηση του κοινωνικού συνόλου σχετικά με το θέμα της κατάχρησης οινόπνευματος.

Καθώς η ασθένεια είναι χρόνια και η πλειοψηφία των ασθενών παρουσιάζει πολύ συχνές υποτροπές, η σχέση ασθενούς ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού γίνονται πολύ στενές. Ρόλος του νοσηλευτή είναι η συνεχής υποστήριξη του ασθενή, η ενθάρρυνση για συνέχιση των προσπαθειών καθώς και η ανακούφισή τους από τα σωματικά συμπτώματα.

Εάν ο πάσχων από αλκοολισμό δεν ακολουθήσει κάποια αγωγή, αργά ή γρήγορα θα οδηγηθεί σε θάνατο, με συχνότερη αιτία την κίρρωση του ήπατος. Έτσι ο νοσηλευτής θα πρέπει να συμβάλει στην πρόληψη, στην διάγνωση αλλά και στην τήρηση της αποχής από το αλκοόλ, καθώς και στην αδιάκοπη ψυχολογική υποστήριξή του σε οποιοδήποτε στάδιο της νόσου και εάν βρίσκεται.

Λέξεις – Κλειδιά: addiction, alcoholism, episodic – heavy drinking, alcoholic medications

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Βιβλία – Άρθρα

1. Ahmadiantehrani, S. Barak, S. Ron, D. (2013) GDNF is a novel ethanol-responsive gene in the VTA: implications for the development and persistence of excessive drinking. *Addiction Biology*. **19** (4): 623-633.
2. Anderson, P. Gual, A. Colom, J. (2005) Alcohol and Primary Health Care: Clinical Guidelines on Identification and Brief Interventions. Ελληνική Επιμέλεια: Διακογιάννης, Ι. Παναγιωτίδης, Π.
3. Barak, S. Liu, F. Hamida, B.S., Yowell, V.Q. Neasta, J. Kharazia, V. Janak, H.P. Ron, D. Disruption of alcohol-related memories by mTORC1 inhibition prevents relapse. *Nature Neuroscience*. **16**(8): 1111-1117
4. Carnicella, S. Ron, D. Barak, S. (2014) Intermittent ethanol access schedule in rats as a preclinical model of alcohol abuse. *Alcohol*. **48**(3): 243-252
5. Ende, G. Hermann, D. Demirakca, T. Hoerst, M. Tunc-Skarka, N. Weber-Fahr, W. Wichert, S. Rabinstein, J. Frischknecht, U. Mann, K. Vollstadt-Klein, S. (2013) Loss of Control of Alcohol Use and Severity of Alcohol Dependence in Non-Treatment-Seeking Heavy Drinkers Are Related to Lower Glutamate in Frontal White Matter. *Alcoholism Clinical and Experimental Research*. **37**(10): 1643-1649
6. Gemma, S. Vichi, S. Testai, E. (2006) Individual susceptibility and alcohol effects: biochemical and genetic aspects. *Ann Ist Super Sanita*, **42**(1): 8-16
7. Holahan, J.C. Schutte, K. Brennan, L.P. Holahan, K.C. Moos, H.R. Episodic Heavy Drinking and 20-Year Total Mortality Among Late-Life Moderate Drinkers. *Alcoholism Clinical and Experimental Research*. **38**(5): 1432-1438
8. Litten, R.Z. Castle, I.J. Falk, D. Ryan, M. Fertig, J. Chen, M.C. Yi, H. (2013) The placebo effect in clinical trials for alcohol dependence: an exploratory analysis of 51 naltrexone and acamprosate studies. *Alcoholism Clinical and Experimental Research*. **37**(12): 2128-2137

9. Αγγέλου, Μ. (2001) Η σχέση ανάμεσα στη διαμόρφωση της ταυτότητας ενός νέου και την χρήση ουσιών. *Τετράδια Ψυχιατρικής*. **76**: 51-55
10. Αλυσσανδράκης, Κ. (2002) Άνθρωπος και Αλκοόλ. Ηράκλειο: Έκδοση Σύλλογος απεξάρτησης από το αλκοόλ «Επιστροφή»
11. Καραταπάνης, Σ. Παπαστεργίου, Β. (2012) Αλκοολική Ηπατοπάθεια. Ελληνική Εταιρεία Μελέτης Ήπατος - ΕΕΜΗ
12. Κοκκέβη, Α. (1988) Η πρόληψη της τοξικομανίας, μύθος ή πραγματικότητα. *Ψυχολογικά θέματα*. **4(1)**: 55-68
13. Μούζας, Ι. & Συνεργάτες, (2003) Αλκοόλ και Σχετιζόμενα με αυτό Προβλήματα. Μια διεπιστημονική Προσέγγιση. Ηράκλειο: Έκδοση Σύλλογος απεξάρτησης από το αλκοόλ «Επιστροφή»
14. Νταντούτη, Γ. (2009) Θεραπεία με ναλτρεξόνη: Παρουσίαση του προγράμματος απεξάρτησης αλκοολικών βραχείας διάρκειας του Ψ.Ν.Α.. *Εγκέφαλος*. **46(2)**:92-99.
15. Ντουράκης, Σ.Π. (2010) Σύγχρονες απόψεις στη διάγνωση και τη θεραπεία της αλκοολικής ηπατίτιδας. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*. **27(5)**: 767-775
16. Παπαγεωργίου – Βασιλοπούλου, Α. (2005) Κοινωνική Νοσηλευτική ψυχικής υγείας. Αθήνα: Εκδόσεις Βήτα
17. Σαρρής, Μ. (2001) Κοινωνιολογία της υγείας και ποιότητα ζωής. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση
18. Τσαρούχας, Κ. (2000) Αλκοόλ ένα σκληρό Ναρκωτικό. Αθήνα: Εκδόσεις Άγκυρα

Ιστοσελίδες

19. <http://www.agws.com.au/> Τι είναι ο εθισμός. Διαθέσιμο στην www.agws.com.au/Drug/Docs/G3.doc [15/5/2014]
20. www.beststrong.org.gr/el/health/alcoholrestriction/alcoholism/whatisalcoholism/ [26/5/2014]

21. <http://www.cbt.com.gr/index.php/selfhelp-psixologoi-agxos-katathlipsi-panikos-fo vies-cyxologoi/faq-psixologoi-agxos-katathlipsi-panikos-fo vies-cyxologoi/281-2010-07-01-10-35-27-sp-1548683272> [26/5/2014]
22. <http://cirrhosisblog.net/category/cirrhosis-treatment/page/52/> [2/9/2014]
23. <http://www.cirrhosisoftheliver.co/cirrhosis-of-the-liver-symptoms.html> [2/9/2014]
24. <http://coconutresearchcenter.org/> [2/9/2014]
25. <http://epathological.blogspot.gr/> [2/9/2014]
26. <http://e-psychology.gr/addictions/531-agxox-oikonomiki-krisi-provlimatiki-xrisi-alkool> [26/5/2014]
27. <http://www.kethea.gr> Τι είναι η εξάρτηση; Διαθέσιμο στην <http://www.kethea.gr/FAQ/tabid/72/language/el-GR/Default.aspx?QuestionID=4&AFMID=524>, [21/4/2014]
28. <http://www.lyrakos.gr> Κατάχρηση ουσιών και εθισμός. Διαθέσιμο στην <http://www.lyrakos.gr/katahrisi-narkotikon-ousion-kai-ethismos> [21/4/2014]
29. <http://www.preventionsection.org.cy> Πρόληψη. Διαθέσιμο στην http://www.preventionsection.org.cy_files/paragontes.pdf [15/5/2014]
30. <http://www.psychotherapeia.net.gr/articles-psixologoi-marousi-psyxotherapeftes-marousi/exartiseis/45-alkoolismos-exarthsh-apo-to-alkool/73-alkoolismos-exarthsh-apo-alkool> [26/5/2014]
31. www.pyxida.org.gr Εξάρτηση απο Ψυχοδραστικές Ουσίες. Διαθέσιμο στην: http://www.pyxida.org.gr/substances_principles.asp?mid=3 [18/8/2014]
32. www.pyxida.org.gr Πληροφορίες και ερωτήσεις σχετικά με το αλκοόλ. Διαθέσιμο στην: http://www.pyxida.org.gr/substances_alkool_smokinga.asp [18/8/2014]
33. <http://www.rayur.com> [2/9/2014]
34. <http://www.tovima.gr/> Χειροπέδες στον εγκέφαλο. Διαθέσιμο στην <http://www.tovima.gr/culture/article/?aid=90143> [26/5/2014]

35. www.ygeianet.gov.gr Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τον Περιορισμό των Βλαπτικών Συνεπειών του Αλκοόλ στην Υγεία 2008 – 2012. Διαθέσιμο στην:
<http://www.ygeianet.gov.gr/files.aspx?code=nationalactionplans> [5/5/2014]

Παράρτημα Ι – Μαρτυρία αλκοολικού

«Έπειτα από πολλά χρόνια κατάχρησης αλκοόλ, οι πρώτες σοβαρές ιατρικές ενδείξεις έκαναν την εμφάνισή τους. Η ζωή μου είναι χτισμένη γύρω από το ποτό, πάντα και παντού με συνόδευε και με συνοδεύει ένα μπουκάλι.

Το 2002 σε ηλικία 37 ετών, έγινε η πρώτη εισαγωγή στο νοσοκομείο με έντονο ίκτερο. Οι γιατροί διέγνωσαν αλκοολική ηπατίτιδα.

Παρόλη την σοβαρότητα της κατάστασης δεν ήθελα να δω το πρόβλημα. «Εγώ αντέχω το ποτό», έλεγα. «Μπορώ να πιω και δύο και δέκα και παραπάνω ίσως μπουκάλια μύρα και ένα και δύο μπουκάλια κρασί και να μη με πειράζει», επέμενα. Έπινα γιατί ένιωθα καλά, δεν ένιωθα μεθυσμένος, ένιωθα ευτυχισμένος.

Όλη μου τη ζωή έφευγα από δουλειές ή με απέλυαν. Ακόμα και όταν φτιάξαμε την δική μας οικογενειακή επιχείρηση με την γυναίκα μου, έπειτα από κάποια χρόνια μου απαγόρευσε να πηγαίνω και εκεί.

Στη ζωή μου είναι πάνω από όλα το ποτό..

Μετά την πρώτη μου αυτή εισαγωγή λοιπόν, άρχισα να βλέπω διαφορές στις συμπεριφορές της οικογένειάς μου. Όλα όσα μου έλεγαν τα προηγούμενα χρόνια για την συμπεριφορά μου απέναντι στο αλκοόλ, επιβεβαιωνόντουσαν τώρα από τις γνωματεύσεις των γιατρών, είμαι άρρωστος, είμαι αλκοολικός.

Έπειτα από την έξοδο μου από το νοσοκομείο, ακολούθησαν οι πρώτες απόπειρες να το κόψω. Ήταν 23 Δεκεμβρίου 2002, η πρώτη φορά που συνειδητά απείχα από το ποτό. Συνειδητά, όχι όμως ηθελημένα.

Το μυαλό μου ήταν πάντα εκεί, μόνιμα κολλημένο. Όσο δεν έπινα ήμασταν όλοι πιο χαρούμενοι, πιο δεμένοι, κανονική οικογένεια....

Άντεξα σχεδόν 120 μέρες. Λίγες μέρες πριν το Πάσχα, ξαναήπια.

Καβγάδες, φωνές, αυτά θυμάμαι και την ψεύτικη ευτυχία που ένιωθα ξανά μετά από τόσο καιρό.

Έτσι πέρασε άλλος ένας χρόνος και αυτό που κατάφερα ήταν ένα τίποτα. Εισαγωγές στα νοσοκομεία, επεμβάσεις, βιοψίες, αφαίρεση μέρους του παγκρέατος, χολής, ζανά βιοψίες...

Στο μόνο που ήμουν τυχερός ήταν στο ότι αν και μεθυσμένος, ποτέ δεν έμπλεξα σε καβγά, ποτέ δεν ακούμπησα συνανθρώπό μου, πόσω μάλλον κάποιο μέλος της οικογένειάς μου. Η εικόνα μου μόνιμα μεθυσμένου, πιστεύω πως ήταν αρκετό βασανιστήριο, αν αναλογιστεί κανείς ότι με έβλεπαν έτσι καθημερινά σχεδόν όλη μας την ζωή.

Από το 2002 παιδευόμουν, σήμερα έχουν περάσει 12 χρόνια. Δεν το ήθελα πολύ, δεν το προσπάθησα πολύ. Παιδευόμουν πότε μόνος, πότε με την συμπαράσταση ή απαγόρευση της οικογένειάς μου και πολλές φορές με την βοήθεια ειδικών.

Έχω εισαχθεί πάνω από 50 φορές, αν όχι και πολύ περισσότερες σε τοπική κλινική για εξαρτημένους. Ακούγεται υπερβολικό, αλλά κάθε φορά που έπινα ζητούσα να με πάνε εκεί, μόλις συνερχόμουν και συνειδητοποιούσα που βρισκόμουν, πάντα έκανα πίσω. Ποτέ δεν θέλησα πραγματικά να το κόψω. Έτσι υπέγραφα και έφευγα έπειτα από 1-2 μέρες νοσηλείας. Αυτό γινόταν για χρόνια.

Οι νοσηλευτές και οι γιατροί μου ήταν πολύ υπομονετικοί, προσπαθούσαν με κάθε τρόπο και μέσο είχαν στη διάθεσή τους. Τα φάρμακα είναι πολύ συγκεκριμένα στην περίπτωση μου, μιας και η χρόνια χρήση έχει καταστρέψει τα νεφρά, το συκώτι και το στομάχι μου.

Πάνω από όλα στην θεραπεία παίζει ρόλο η θέληση. Εγώ δεν είχα ποτέ την θέληση να το κόψω ειλικρινά και για πάντα. Έτσι, το μόνο που κατάφερα είναι να επιβαρυνθώ και με μια πολύ ισχυρή αγωγή ψυχοφαρμάκων η οποία μου εξασφαλίζει έναν τουλάχιστον 12ωρο ύπνο την ημέρα.

Και πάλι όμως, τις περιόδους που δεν έπινα ήταν όλα καλά. Ένιωθα και ήμουν καλά. Πάντα όμως όταν το ξαναρχίζω, δεν μπορώ να ξεκινήσω για καμία δουλειά αν δεν έχω εξασφαλίσει το ποτό πρώτα. Δεν πηγαίνω πουθενά μόνος, πάντα μαζί του.

Γίνομαι παρανοϊκός όταν δεν πίνω και ακόμη περισσότερο παρανοϊκός όταν ξαναγυρίζω στο ποτό. Άλλες φορές με πιάνει πανικός, υπερευαισθησία, νομίζω ότι όλοι με συζητούν, με σχολιάζουν.

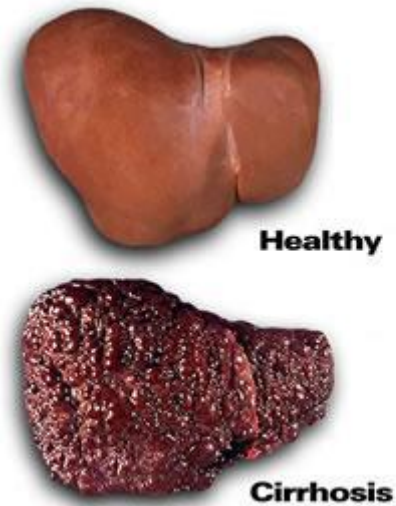
Πέρασαν περίοδοι που κανένας στο σπίτι δεν μου μιλούσε, ήταν σαν μην υπήρχα και άλλες πιο ισορροπημένες.

Ταλαιπωρήθηκα πολύ και ταλαιπόρησα τους γύρω μου. Σήμερα είμαι 48 χρονών. Ακόμα προσπαθώ να ισορροπήσω. Ξέρω ότι με σκοτώνει.

Η δική μου ιστορία δεν έχει ευτυχισμένο τέλος. Ακόμα προσπαθώ, ελπίζω να τα καταφέρω».

A.Σ.

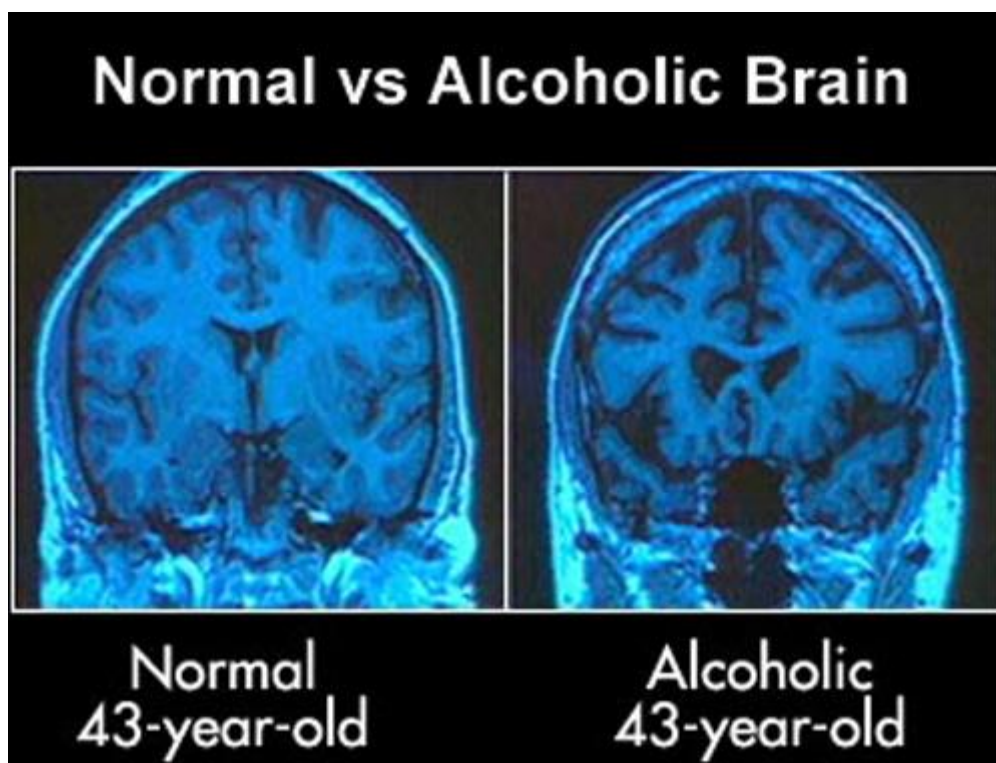
Παράρτημα II – Εικόνες



Εικόνα 1.: Ήπαρ υγιούς ανθρώπου (επάνω) και αλκοολικού (κάτω) ατόμου. Πηγή:
<http://epathological.blogspot.gr/>



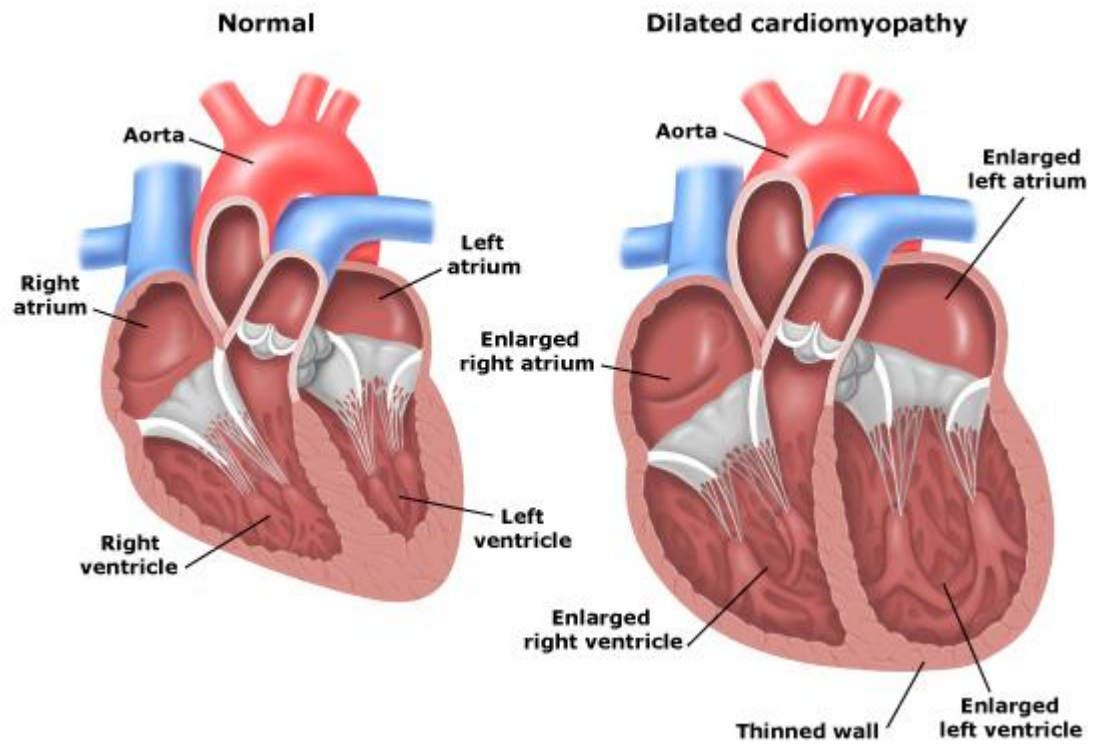
Εικόνα 2.: Διόγκωση ήπατος σε ασθενή με κίρρωση τελικού σταδίου. Πηγή:
<http://cirrhosisblog.net/category/cirrhosis-treatment/page/52/>



Εικόνα 3.: Εγκέφαλος υγιούς (αριστερά) και αλκοολικού ατόμου (δεξιά). Πηγή: <http://coconutresearchcenter.org/>



Εικόνα 4.: Εικόνα ασθενούς με κίρρωση ήπατος τελικού σταδίου. Πηγή: <http://epathological.blogspot.gr/>



Εικόνα 4: Καρδιομυοπάθεια εξαιτίας αλκοολισμού. Πηγή: <http://www.rayur.com/>



Εικόνα 5: Όψη αλκοολικού ασθενούς με συμπτώματα κτέρου. Πηγή: <http://www.cirrhosisoftheliver.co/cirrhosis-of-the-liver-symptoms.html>