

ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ



ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ
ΜΠΑΚΟΥΡΑΣ ΣΙΔΕΡΗΣ
ΝΕΥΡΟΛΟΓΟΣ – ΨΥΧΙΑΤΡΟΣ ΣΥΝ/ΧΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ
ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΤΕΙ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ

ΙΩΑΝΝΑ ΜΠΟΥΖΟΥΚΗ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ, Π.Γ.Ν. ΛΑΡΙΣΑΣ

Τ.Ε.Ι. ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ
ΑΚ. ΕΤΟΣ 2014-2015

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

ΜΠΑΚΟΥΡΑΣ ΣΙΔΕΡΗΣ: ΝΕΥΡΟΛΟΓΟΣ ΨΥΧΙΑΤΡΟΣ
ΣΥΝ/ΧΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ
ΤΕΙ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ

ΜΠΟΝΩΤΗΣ ΚΩΝ/ΝΟΣ: ΛΕΚΤΟΡΑΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ.

ΚΑΡΑΟΥΛΑΝΗΣ ΣΩΚΡΑΤΗΣ: ΕΠΙΜΕΛΗΤΗΣ Α
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΤΟΥ Π.Γ.Ν.Α.

Περιεχόμενα

Πρόλογος	5
Εισαγωγή.....	6
Επιδημιολογία της χρήσης του αλκοόλ διεθνώς.....	8
Χρήση του αλκοόλ από τους νέους	8
Η επιδημιολογία της χρήσης του αλκοόλ	9
Επιδημιολογικά δεδομένα.....	10
Θεραπεία αλκοολισμού & αποτοξίνωση	12
Αλκοόλ.....	15
Αλκοολισμός - Κλινικές εκδηλώσεις και διάγνωση.....	18
Διάγνωση	19
Επιδημιολογικά στοιχεία	19
Συννοσηρότητα με αγχώδεις και καταθλιπτικές διαταραχές.....	20
Κλινική εικόνα πορείας.....	20
Αιτιοπαθογένεια Αλκοολισμού.....	23
Αιτιοπαθογένεια.....	23
Βιολογικοί Παράγοντες	23
Ψυχολογικοί Παράγοντες	24
Κοινωνικοί και Πολιτιστικοί Παράγοντες.....	24
Κοινωνικές και Οικονομικές Επιπτώσεις του Αλκοολισμού.....	26
Κοινωνικές και Οικονομικές Επιπτώσεις	26
Επιπτώσεις στην οικογένεια	26
Επιπτώσεις στην Κοινότητα	27
Συμπεράσματα	27
Αλκοόλ και Παραβατικότητα	28
Εφηβεία - Αλκοόλ και Παραβατικότητα	28
Παραβατικότητα - Εγκληματικότητα ενηλίκων και αλκοόλ.....	28
Παθολογική μέθη.....	29
Βία στο χώρο εργασίας και στο οικογενειακό περιβάλλον	29
Συμπεράσματα	30
Αλκοολισμός Κ.Ν.Σ.....	31
Εγκεφαλοπάθεια	31

Ηπατική εγκεφαλοπάθεια - Ηπατικό κόμμα	32
Αλκοολισμός και Ψύχωση	33
Αλκοολική Ηπατοπάθεια	35
Ποσότητα αλκοόλ	35
Το φύλο	35
Ανοσολογικοί παράγοντες	35
Κλινική εικόνα	36
Πρόγνωση - Θεραπεία	36
Θεραπευτική Διαδικασία	36
Ο ρόλος της Οικογένειας στην εξέλιξη και Θεραπεία της εξάρτησης από το αλκοόλ.....	39
Ο ρόλος της οικογένειας στην κοινωνικοποίηση του εξαρτημένου	42
Ερωτήσεις σχετικά με τον αλκοολισμό	43
ΕΙΝΑΙ Ο ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑ;.....	43
Ο ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΣ ΕΙΝΑΙ ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΟΣ;	43
ΜΠΟΡΕΙ Ο ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΣ ΝΑ ΙΑΤΡΕΥΤΕΙ;	44
Αλκοολισμός και προσδόκιμο ζωής	44
Ψυχικές επιπτώσεις	47
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	49
Α. ΣΚΟΠΟΣ	49
Β. ΑΤΟΜΑ ΚΑΙ ΕΘΟΣ	49
1) Πληθυσμός:	49
2) Ερευνητικό πρωτόκολλο και μέθοδοι:	50
Γ. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	51
1) Τρόπος ζωής	52
2) Περιγραφή των βασικών στοιχείων του ιατρικού και ψυχιατρικού ιστορικού	52
3) Ιατρικές εξετάσεις	52
4) Φαρμακευτική αγωγή	53
5) Θάνατοι	53
ΓΡΑΦΗΜΑΤΑ.....	54
MINI MENTAL EXAMINATION	62
Q.P.RICHOT	66
Βιβλιογραφία	71

Πρόλογος

Η σχέση ανάμεσα στην κατάχρηση του οινοπνεύματος και στη συνοδό ψυχοπαθολογία προσελκύει ένα ιδιαίτερο ενδιαφέρον εδώ και αρκετές δεκαετίες. Οι διαταραχές κατάχρησης/εξάρτησης από το οινόπνευμα συνυπάρχουν σε σημαντικό βαθμό με ποικίλου τύπου ψυχοπαθολογικές εκδηλώσεις, οι οποίες μπορεί να προηγούνται, να ακολουθούν ή και να εμφανίζονται παράλληλα, αλλά ανεξάρτητα, με την εξαρτητική συμπεριφορά.

Ο όρος συννοσηρότητα ή διπλή διάγνωση διατυπώθηκε αρχικά το 1970 από τον Feinstein και χρησιμοποιείται για να περιγράψει κάθε πρόσθετη κλινική οντότητα η οποία συνυπάρχει παράλληλα με μια ήδη διαγνωσμένη κλινική διαταραχή.

Αγχώδεις και συναισθηματικού τύπου διαταραχές καθώς και διαταραχές προσωπικότητας αποτελούν τις πιο συχνές ψυχιατρικές διαταραχές που παρατηρούνται σε πληθυσμούς αλκοολικών ασθενών. Η βιβλιογραφία επισημαίνει ότι εμφανίζονται σημαντικές διαφοροποιήσεις στη ψυχοπαθολογία ανάμεσα στα δύο φύλα. Έτσι καταθλιπτικές και αγχώδεις διαταραχές φαίνεται να προεξάρχουν σε γυναίκες με προβλήματα κατάχρησης αλκοόλ, ενώ διαταραχές προσωπικότητας, όπως η αντικοινωνική ή η εξαρτητική, φαίνεται να επικρατούν περισσότερο στους άνδρες. Ανεξάρτητα πάντως από αυτές τις διαφορές μελέτες σε δείγματα από την κοινότητα επισημαίνουν ότι καταγράφονται 2 έως 4 φορές περισσότερες πιθανότητες να αναπτυχθεί η μία κλινική οντότητα όταν υπάρχει ήδη η άλλη (ψυχοπαθολογία-αλκοολισμός) και ότι αυτή η πιθανότητα αυξάνεται ακόμα περισσότερο σε πληθυσμούς ασθενών από θεραπευτικά πλαίσια⁵. Η συνύπαρξη ψυχοπαθολογικών εκδηλώσεων και αλκοολικής διαταραχής έχει σημαντικές επιπτώσεις στην πορεία, στη θεραπευτική προσέγγιση καθώς και στην πρόγνωση και των δύο διαταραχών.

Ο αλκοολισμός δηλώνει εξάρτηση από το αλκοόλ, συνιστά μείζον και δυσεπίλυτο πρόβλημα της δημόσιας υγείας, με σημαντικές κοινωνικοοικονομικές επιπτώσεις.

Στην Ελλάδα το πρόβλημα του αλκοολισμού θεωρείτο σχεδόν ανύπαρκτο. Ωστόσο μια σειρά από επιδημιολογικές μελέτες κατέδειξαν την έκτασή του. Για παράδειγμα η κίρρωση του ήπατος που είναι σημαντικός επιδημιολογικός δείκτης του αλκοολισμού, αυξήθηκε στη χώρα μας κατά 180% μεταξύ των ετών 1978 και 1993.

Το τελευταίο διάστημα παρατηρείται μια τάση σταθεροποίησης της συχνότητας του προβλήματος, η οποία όμως παραμένει σε υψηλότερα επίπεδα από το παρελθόν.

Η χρήση, η κατάχρηση και η εξάρτηση από το αλκοόλ είναι φαινόμενα ιδιαίτερα δεδομένα διεθνώς. Σύμφωνα με εκτίμηση από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) 2 δις άτομα ανά τον κόσμο καταναλώνουν αλκοολούχα ποτά και 76,5 εκ. πάσχουν από διαταραχές οφειλόμενες στο αλκοόλ.

Οι επιπτώσεις από τη χρήση του αλκοόλ στη δημόσια υγεία, όσον αφορά τη νοσηρότητα και τη θνησιμότητα, καθώς και οι κοινωνικές επιπτώσεις είναι τεράστιες. Στο αλκοόλ αποδίδονται 1,8 εκ. θάνατοι (5,2% του συνόλου) και 58,3 εκ. (4% του συνόλου) ετών ζωής με προβλήματα υγείας (Disability - Adjusted Life Years, DALY).

Τέλος, σύμφωνα πάντα με την ίδια πηγή, η κατανάλωση αλκοόλ αποτελεί τον πρώτο κατά σειρά παράγοντα κινδύνου νοσο-επιβάρυνσης στις αναπτυσσόμενες, χαμηλής θνησιμότητας χώρες και τον τρίτο μεγαλύτερο παράγοντα κινδύνου στις αναπτυγμένες χώρες.



Επιδημιολογία της χρήσης του αλκοόλ διεθνώς



Για την μέτρηση της έκτασης του φαινομένου της χρήσης αλκοόλ χρησιμοποιείται συνήθως ο δείκτης της κατά κεφαλή κατανάλωση σε λίτρα καθαρής αλκοόλης σε γενικό πληθυσμό άνω των 15 ετών.

Χρήση του αλκοόλ από τους νέους

Στις περισσότερες χώρες, η ηλικιακή ομάδα η οποία παρατηρείται η υψηλότερη επικράτηση της χρήσης του αλκοόλ είναι οι νεαροί ενήλικες 18 έως 35 ετών. Τους υπεύθυνους στα θέματα υγείας τους ανησυχούν όλο και περισσότερο η μεταβολή στο κοινωνικοπολιτικό πλαίσιο χρήσης του αλκοόλ στους νέους (πίνουν για να φτιαχτούν ή να μεθύσουν για να ανακουφιστούν από τα ψυχολογικά τους προβλήματα). Αναγνωρίζεται ομόφωνα ότι το αλκοόλ σήμερα αποτελεί σοβαρή απειλή για τη σωματική και ψυχοκοινωνική υγεία των νέων. Η ανησυχία έχει στρέψει το ενδιαφέρον στην εφηβική ηλικία, στη διάρκεια της οποίας ξεκινά η χρήση του αλκοόλ.

Σύμφωνα με αποτελέσματα της έρευνας ESPAD, η χρήση αλκοόλ από έφηβους μαθητές ηλικίας 15-16 ετών ποικίλει σημαντικά μεταξύ των χωρών. Το 1/4 των μαθητών στην Ολλανδία πίνουν περίπου 3 φορές την εβδομάδα, ενώ στην Αυστρία, το Βέλγιο, τη Μάλτα και το Ηνωμένο Βασίλειο περίπου το 1/5. Τα χαμηλότερα ποσοστά (10% και κάτω) εμφανίζουν η Πορτογαλία, η Ισλανδία, η ΗΠΑ και η Τουρκία.

Σε όλες σχεδόν τις χώρες, μεγαλύτερη κατανάλωση αλκοόλ κάνουν τα αγόρια απ' ότι τα κορίτσια. Εξάιρεση αποτελεί το Ηνωμένο Βασίλειο και η Ισλανδία όπου το ποσοστό και των δύο φύλλων είναι παρόμοιο.

Η επιδημιολογία της χρήσης του αλκοόλ

Η κατά κεφαλή κατανάλωση αλκοόλ στην Ελλάδα (άτομα ηλικίας 15 ετών) δείχνουν ότι η κατανάλωση αλκοόλ συνεχίζει να αποτελεί μία διαδεδομένη συνήθεια στη χώρα μας σύμφωνα πάντα με την έρευνα του 2004, που δείχνει ότι όλοι οι Έλληνες από ηλικίας 12 ετών και άνω έχουν δοκιμάσει κάποιο αλκοολούχο ποτό. (Πηγή WHO 2004) πίνουν συχνά συνήθως 1 στους 4. Τη χρήση αλκοόλ κάνει διπλάσιος περίπου αριθμός ανδρών απ' ότι γυναικών.

Οι γεωγραφικές περιοχές που συγκεντρώνουν το υψηλότερο ποσοστό ανδρών που καταναλώνουν συχνά αλκοόλ είναι η ημιαστικές και αγροτικές περιοχές ενώ για τις γυναίκες η Θεσσαλονίκη.

Δεν υπάρχουν έως σήμερα έρευνες που να δίνουν αντιπροσωπευτικά στοιχεία για τα εξαρτημένα από το αλκοόλ άτομα στη χώρα μας. Τα μόνα διαθέσιμα στοιχεία που συλλέγει είναι το Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά και την Τοξικομανία (ΕΚΤΕΠΝ) για άτομα που λόγω του αλκοόλ ζητούν θεραπευτική βοήθεια μέσα από ειδικές θεραπευτικές ομάδες που είναι συνολικά επτά στη χώρα μας (3 στην Αθήνα, 2 στη Θεσσαλονίκη, 1 στα Γιάννενα και 1 στην Πάτρα).

Επιδημιολογικά δεδομένα

Κλινικές και επιδημιολογικές μελέτες επισημαίνουν ότι ποσοστό έως και 70% των αλκοολικών εμφανίζουν συμπτώματα άγχους, κακής διάθεσης, μανιακόμορφες συνδρομές, ψυχωτικές καταστάσεις, αντικοινωνικού τύπου συμπεριφορές καθώς και κατάχρηση άλλων ψυχοτρόπων ουσιών. Η συμπτωματολογία αυτή συχνά επιπλέκεται και με την κλινική εικόνα της αλκοολικής τοξίνωσης ή του αλκοολικού στερητικού συνδρόμου, γεγονός που καθιστά συχνά δύσκολο τον ακριβή προσδιορισμό της ψυχοπαθολογίας.

Η συνύπαρξη βέβαια της αλκοολικής εξάρτησης με κάποια άλλη ψυχιατρική διαταραχή ποικίλει σημαντικά στις διάφορες μελέτες. Οι αποκλίσεις αυτές σχετίζονται με μια σειρά από μεθοδολογικά ζητήματα όπως την επιλογή του δείγματος ή τα κριτήρια και τα διαγνωστικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν για την ανίχνευση τόσο της ψυχοπαθολογίας όσο και της χρήσης του οινοπνεύματος.

Ανεξάρτητα πάντως από τις διαφοροποιήσεις αυτές οι περισσότεροι ερευνητές συμφωνούν με τη διαπίστωση ότι η ψυχοπαθολογία που ανιχνεύεται μεταξύ των χρηστών οινοπνεύματος πληροί σε ένα αξιοσημείωτο ποσοστό κριτήρια μείζονος ψυχιατρικής διαταραχής.

Η Epidemiological Catchment Area Survey (ECAS), η οποία υπήρξε η πρώτη μεγάλη επιδημιολογική μελέτη σχετικά με την επίπτωση των ψυχιατρικών διαταραχών στις ΗΠΑ, έδειξε ότι ποσοστό 45% των ατόμων με προβλήματα κατάχρησης/εξάρτησης από το οινόπνευμα πληρούσαν κριτήρια τουλάχιστον άλλης μίας ψυχιατρικής διαταραχής και αντίστοιχα το 22% των ατόμων με κάποια ψυχιατρική διαταραχή κατά τη διάρκεια της ζωής τους πληρούσαν κριτήρια αλκοολικής εξάρτησης.

Επίσης τα αποτελέσματα της επιδημιολογικής μελέτης για τη συννοσηρότητα8 (National Comorbidity Study-NCS) έδειξαν ότι ποσοστό 78% των ανδρών και 86% των γυναικών αντίστοιχα με προβλήματα

κατάχρησης οινοπνεύματος είχαν τουλάχιστον άλλη μια ψυχιατρική διαταραχή.

Στο διαγνωστικό-ταξινομικό σύστημα DSM-IV της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας έγινε μια προσπάθεια καθορισμού σαφών κριτηρίων αναφορικά με την συνυπάρχουσα ψυχοπαθολογία των αλκοολικών, με αποτέλεσμα να περιγράφονται κλινικά δύο κυρίως τύποι συννοσηρότητας.

Έτσι λοιπόν ανάμεσα στα άτομα με κατάχρηση/εξάρτηση από το οινόπνευμα η διάγνωση πρωτοπαθής ψυχιατρική διαταραχή μπορεί να τεθεί είτε όταν η συνδρομή αυτή έχει εμφανιστεί πριν από τη έναρξη της κατάχρησης του οινοπνεύματος ή εάν η συνδρομή παραμένει 4 και πλέον εβδομάδες μετά τη διακοπή της χρήσης. Σε αντιδιαστολή ως δευτεροπαθής η επαγόμενη από το αλκοόλ ψυχοπαθολογική διαταραχή καθορίζεται εκείνη που συμβαίνει μόνο κατά την περίοδο της κατάχρησης της ουσίας και η οποία υποχωρεί σημαντικά μέσα σε ένα μήνα από τη διακοπή της χρήσης αλκοόλ.

Η διάκριση ανάμεσα στην πρωτοπαθή ψυχιατρική διαταραχή και σ' αυτή που προκαλείται από την κατάχρηση οινοπνεύματος αποτελεί συχνά μια δύσκολη και περίπλοκη διαδικασία. Σύμφωνα με τον Schuckit τέσσερα κλινικά σημεία μπορεί να είναι βοηθητικά στην προσπάθεια αυτή:

1. Η ακριβής αναγνώριση της ψυχοπαθολογίας.
2. Η ακριβής χρονική έναρξη της ψυχοπαθολογίας.
3. Η τυχόν ύπαρξη της ψυχοπαθολογίας στα διαστήματα αποχής από το οινόπνευμα.
4. Η παρακολούθηση της εξέλιξης της ψυχοπαθολογίας για ένα μεγάλο χρονικό διάστημα.

Στα πλαίσια αυτής της παρουσίασης θα συζητηθεί αναλυτικότερα η σχέση της αλκοολικής διαταραχής με τέσσερις κυρίως κλινικές ψυχιατρικές οντότητες.

- Σχιζοφρενική Διαταραχή
- Συναισθηματικού τύπου Διαταραχές
- Αγχώδεις Διαταραχές
- Διαταραχές Διατροφής

Θεραπεία αλκοολισμού & αποτοξίνωση

Η συχνή χρήση αλκοόλ προκαλεί ανοχή και εξάρτηση, σωματική και ψυχική. Η εξάρτηση από αυτή την ουσία είναι γενικά ύπουλη και μακροχρόνια.

Αφού εγκατασταθεί η σωματική εξάρτηση, με τη διακοπή της χρήσης εμφανίζονται συμπτώματα στέρησης, όπως τρεμούλιασμα των χεριών, της γλώσσας και των βλεφάρων, ταχυκαρδία, εφίδρωση, άγχος, πονοκέφαλος, αϋπνία κ.α.

Το σύνδρομο στέρησης μπορεί να εξελιχθεί σε Delirium Tremens, που εκδηλώνεται με ταχυκαρδία, εφίδρωση, οπτικές ή ακουστικές παραισθήσεις. Παρατηρείται επίσης συχνά παραλήρημα και ψυχοκινητική διέγερση.

Συνήθως εμφανίζεται σε άτομα που πάσχουν από κάποια ταυτόχρονη σωματική ασθένεια, είναι δε δυνατόν να καταλήξει και στο θάνατο.

Η χρόνια χρήση αλκοόλ μπορεί να οδηγήσει επίσης σε βρογχίτιδα, πνευμονία, φυματίωση και καρδιοπάθεια. Η εξασθένηση των διανοητικών λειτουργιών δεν είναι σπάνια.



Οι περισσότεροι θάνατοι από χρόνια κατάχρηση αλκοόλ οφείλονται στην καταστροφή του ήπατος, εφόσον εκεί μεταβολίζεται η μεγαλύτερη ποσότητα αλκοόλ (κίρρωση ήπατος).

Η θεραπεία ξεκινάει από τον ίδιο τον ασθενή. Η αποδοχή του προβλήματος είναι το σημαντικότερο βήμα. Είναι μια προσπάθεια επίπονη, μακροχρόνια και με πολλές στιγμές αδυναμίας. Η θεραπεία αποτοξίνωσης των αλκοολικών γίνεται με ψυχοθεραπεία και με φάρμακα σε ψυχιατρικές κλινικές.

Παρουσιάζει δυστυχώς τεράστιες δυσκολίες. Οι αλκοολικοί συνήθως αρνούνται ότι έχουν πρόβλημα εθισμού στο αλκοόλ και δεν ζητούν βοήθεια από ειδικούς, πιστεύοντας ότι έτσι οι υπόλοιποι τους λυπούνται. Υπάρχουν βεβαίως κρατικά και δημόσια ιδρύματα όπου άτομα που πάσχουν από αλκοολισμό μπορούν να μιλήσουν για τα προβλήματά τους και να βοηθηθούν από ειδήμονες.



Οι άνθρωποι αυτοί χρήζουν βοήθειας εξειδικευμένου ιατρικού προσωπικού. Οι βασικές παράμετροι που θα μπορούσαν να συμβάλουν θετικά σε οποιοδήποτε θεραπευτικό πρόγραμμα είναι οι εξής :

- Αναγνώριση και αξιολόγηση του προβλήματος. Μεγάλη σημασία έχει η στάση στη πρώτη επαφή με τον προβληματικό πότη. Χρειάζεται επίμονη προσπάθεια για τη λεπτομερή αξιολόγηση κάθε πτυχής της γενικότερης υγείας και των δραστηριοτήτων του ατόμου.
- Κατάρτιση θεραπευτικού προγράμματος. Με βάση το δεδομένο ότι όλοι οι αλκοολικοί ΔΕΝ παρουσιάζουν την αυτή κλινική εικόνα (π.χ. συμπτώματα , βαθμό εξάρτησης κ.λπ.), η κατάρτιση του θεραπευτικού προγράμματος απαιτεί δύο βασικά στοιχεία : 1. Τα αποτελέσματα της

αξιολόγησης που προαναφέρθηκε και 2. Την ενεργό συμμετοχή του ασθενούν στις αποφάσεις σχετικά με τη θεραπευτική διαδικασία.

Ανάλογα με την κλινική εικόνα του προβληματικού πότη, τα πρώτα στάδια ενός θεραπευτικού προγράμματος μπορεί να απαιτήσουν:

1. **Αποτοξίνωση.** Η αποτοξίνωση δεν είναι θεραπεία για αλκοολισμό αλλά είναι μια περίοδο αποχής από το αλκοόλ με στόχο την προετοιμασία του ατόμου για απεξάρτηση και ανάρρωση.
2. **Αντιμετώπιση οργανικών ή και ψυχιατρικών διαταραχών.** Όπως και στην προηγούμενη περίπτωση, ανάγκη εισαγωγής σε νοσοκομείο ή ψυχιατρείο για την αντιμετώπιση πιθανών διαταραχών εξαρτάται από την κατάσταση που βρίσκεται ο αλκοολικός. Συνήθως πολλά από τα προβλήματα που παρουσιάζουν οι προβληματικοί πότες μπορούν να αντιμετωπιστούν στα εξωτερικά ιατρεία και όχι στα νοσοκομεία και στις κλινικές.
 - **Θεραπευτικό πρόγραμμα.** Θα πρέπει η σχέση του θεράποντος και του θεραπευόμενου να είναι ειλικρινής και να υπάρχει μεταξύ τους εμπιστοσύνη. Δεν θα πρέπει ο θεράπων να λέει ψέματα στον θεραπευόμενο αλλά να του λέει την αλήθεια. Επίσης κάθε θεραπευτική παρέμβαση πρέπει να εμπεριέχει κατάρτιση εφικτών θεραπευτικών στόχων. Επιπλέον απαραίτητη είναι η υποστήριξη της οικογένειας του αλκοολικού.
 - **Διαχρονική παρακολούθηση.** Η διαχρονική παρακολούθηση του προβληματικού πότη και η συνεχής υποστήριξη του ίδιου και της οικογένειας του επιβάλλεται για διάστημα τουλάχιστον ενός έτους.

Ο αλκοολικός νοσεί. Η νόσος εισβάλλει ύπουλα και οι επιπτώσεις της βαρύνουν τόσο τους ασθενείς όσο και τους ανθρώπους που τους περιβάλλουν. Απαιτείται εγρήγορση για αναγνώριση των συμπτωμάτων πριν η χρήση γίνει εξάρτηση, εφόσον είναι γνωστό πως η πρόληψη είναι ωφελιμότερη της θεραπείας.

Σημαντικός είναι ο ρόλος της οικογένειας, ενώ πολύτιμη ψυχολογική

υποστήριξη παρέχεται από κοινωνικές ομάδες, π.χ. Ανώνυμοι Αλκοολικοί. Η ζωή είναι σαν ένα ποτήρι κρασί, πρέπει κάποιος να τη γεύεται αργά για να αναδεικνύεται όλη η γεύση της.

Αλκοόλ



Από καθαρά ιατρική άποψη, ο αλκοολισμός είναι μια ασθένεια, που την προκαλούν η συχνή, χωρίς μέτρο, χρήση των οινοπνευματωδών ποτών και ο εθισμός στα ποτά αυτά. Στην πιο πλατειά όμως έννοια, λέγοντας αλκοολισμό, εννοούμε το σύνολο όλων των βλαβερών επιδράσεων στην υγεία, στον τρόπο ζωής, στην εργασία, στην ευημερία της κοινωνίας από την κατάχρηση των οινοπνευματωδών ποτών. Ουσιαστικά, πρόκειται για δηλητηρίαση από τα οινοπνευματώδη ποτά, που δεν είναι παρά ναρκωτικά δηλητήρια.

Μορφές του αλκοολισμού: Ο αλκοολισμός παρουσιάζεται με δύο μορφές: την οξεία και την χρόνια μέθη. Στην οξεία μορφή, το αλκοόλ που καταναλίσκεται το απορροφούν πολύ γρήγορα τα πεπτικά μας όργανα και καθώς μπαίνει στο αίμα, επιδρά στα κύτταρα του εγκεφάλου, με αποτέλεσμα να παραλύουν αρχικά τα κέντρα προσοχής και ο αυτοέλεγχος. Γι' αυτό, στην αρχή της μέθης, βλέπουμε τον μεθυσμένο να βρίσκεται σε διέγερση, να φλυαρεί υπερβολικά, να έχει το αίσθημα της αυταρέσκειας.

Ύστερα, χάνει τη συναίσθηση των ενεργειών του, την αντιληπτική του ικανότητα, παρουσιάζει αρρυθμία στις κινήσεις (τρεκλίζει στο βάδισμα του, μπερδεύεται η γλώσσα του) και τέλος, πέφτει σε βαθύ και βαρύ ύπνο. Συχνά,

επακολουθεί η αμνησία. Μία μεγάλη δόση αλκοόλ μπορεί να επιφέρει το θάνατο.

Στην χρόνια μορφή ή χρόνιο αλκοολισμό, που είναι μια παθολογική κατάσταση οφειλόμενη στην υπερβολική διάρκεια και κατά επανάληψη χρήση οινοπνευματωδών ποτών, παρουσιάζονται διαταραχές ποικίλου βαθμού στο νευρικό σύστημα (τρεμούλιασμα, διανοητική σύγχυση, παραισθήσεις, παραλήρημα), στο συκώτι και στα νεφρά καθώς και στο καρδιοκυκλοφοριακό σύστημα (αρτηριοσκλήρωση). Συχνά, ο χρόνιος αλκοολισμός οδηγεί σε ψυχικές ανωμαλίες, σε μείωση της πνευματικής ικανότητας, της ικανότητας για εργασία και στην απώλεια του αισθήματος του καθήκοντος.

Οι συνέπειες του αλκοολισμού: Η κατάχρηση αλκοολικών ποτών, προκαλεί σοβαρή βλάβη στα ευπαθή όργανα που συμβάλλουν στην απορρόφηση και την αφομοίωση του αλκοόλ, όπως το στομάχι, το ήπαρ και το πάγκρεας. Η σημαντικότερη βλάβη συντελείται στο συκώτι, είναι η γνωστή σε όλους κίρρωση του ήπατος, στην οποία οφείλονται οι περισσότεροι θάνατοι από χρόνια κατάχρηση.

Επίσης, εκτός από τη δυσμενή επίδραση που έχει στο νευρικό σύστημα, μπορεί να οδηγήσει και σε διάφορες ψυχικές ασθένειες. Η μανία και το παραλήρημα μερικών αλκοολικών, μπορεί να καταλήξει στη λεγόμενη «νόσο του κορσακώφ» η οποία χαρακτηρίζεται από ψευδαισθήσεις και μυϊκούς πόνους. Άλλες αρρώστιες είναι η αλκοολική άνοια, η αλκοολική αμνησία και ο αψιθισμός. Η τελευταία αυτή νόσος προέρχεται από την κατανάλωση του ποτού ασέντι.

Αφού εγκατασταθεί η σωματική εξάρτηση, με τη διακοπή της χρήσης εμφανίζονται συμπτώματα στέρησης, όπως τρεμούλιασμα των χεριών, της γλώσσας και των βλεφάρων, ταχυκαρδία, εφίδρωση, άγχος, πονοκέφαλος κ.α. Το σύνδρομο στέρησης μπορεί να εξελιχθεί σε Delirium tremens, που εκδηλώνεται με ταχυκαρδία, εφίδρωση, οπτικές ή ακουστικές παραισθήσεις. Παρατηρείται επίσης συχνά παραλήρημα και ψυχοκινητική διέγερση. Συνήθως εμφανίζεται σε άτομα που πάσχουν από κάποια ταυτόχρονη σωματική ασθένεια, είναι δε δυνατόν να καταλήξει και στο θάνατο.

Αλκοολισμός - Κλινικές εκδηλώσεις και διάγνωση

Η διαπίστωση των καταστροφικών συνεπειών της κατάχρησης του αλκοόλ είχε ως αποτέλεσμα να συμπεριληφθεί ο αλκοολισμός μαζί με τα άλλα νοσήματα, όπως επιληψία, άνοια κ.λπ.

Στην αρχή του 20ου αιώνα περιγράφηκε από το Rene Laener η ξανθωπή χροιά του ήπατος αλκοολικών και αργότερα η ειδική μορφή αλκοολικής κίρρωσης όπου πήρε το όνομά του.

Το 1954, ο Eriffith Edwards σε αναφορά στον ΑΟΧ, έστρεψε την προσοχή στα φαρμακολογικά αποτελέσματα του αλκοόλ, που τους θεώρησε κύριους αιτιολογικούς παράγοντες στην όλη διαδικασία της νόσου.

Το 1960, εκδόθηκε από τον E.M. Eriffith Edwards το γνωστό βιβλίο "The disease concept of alcoholism", στο οποίο αναφέρει τους πέντε τύπους αλκοολισμού(α, β, γ, δ) και καθορίζονται οι έννοιες της ανοχής (tolerance) και της σφοδρής επιθυμίας για αλκοόλ.



Σήμερα ο αλκοολισμός δεν πρέπει να θεωρείται πρόβλημα αδυναμίας ή παραπτωματικής συμπεριφοράς. Αποτελεί βιοψυχοκοινωνική ασθένεια με σαφή συμπτώματα και πορεία, ενώ οι σοβαρές κλινικές μορφές χωρίς θεραπεία έχουν θανατηφόρα κατάληξη. Η έμπειρη διάγνωση - προσέγγιση στα αρχικά στάδια της νόσου αποτελεί μέριμνα. Ανησυχητικό είναι το γεγονός ότι ο αλκοολικοί ασθενείς αρνούνται και δεν παραδέχονται ότι είναι ασθενείς και αποφεύγουν την αναζήτηση της θεραπείας και για τον πρόσθετο λόγο της ενδεχόμενης κοινωνικής απόρριψης.

Έχει αποδειχθεί πρόσφατα ότι η πλειονότητα των στο γενικό πληθυσμό (63%) εξακολουθεί να αποδίδει τη διαταραχή σε ηθική και χαρακτηριστική αδυναμία. Μόνο το 13% των ασθενών έχει επισκεφθεί τον γενικό ιατρό για διερεύνηση τυχόν προβλήματος σε σχέση με το αλκοόλ.

Διάγνωση

Ο καθορισμός των ψυχικών διαταραχών βασίζεται σε ακριβή καταγραφή των συμπτωμάτων και της σημειολογίας. Ιδιαίτερη σημασία αποδίδεται στην πορεία και στους προγνωστικούς παράγοντες, με σκοπό την αόριστη καταγραφή των κλινικών διαταραχών και την ταξινόμηση σε κατηγορίες.

Συνεπώς, όπως και σε όλες τις ψυχικές διαταραχές, η διάγνωση του αλκοολισμού απαιτεί επιδέξια κλινική ανίχνευση, αναγνώριση και αξιολόγηση των συμπτωμάτων.

Ο αλκοολισμός εκδηλώνεται με ένα ευρύ φάσμα συμπτωμάτων, πρέπει να αξιολογούνται και οι άλλοι παράμετροι όπως προσωπικότητα, ιστορικό άλλων ψυχικών διαταραχών κ.ά.

1. Διαταραχές χρήσης ουσιών όπως εξάρτηση από ουσίες, κατάχρηση ουσιών, διαταραχές προκαλούμενες από ουσίες, όπως Τοξίκωση, Στέρηση, Ντελίριο κ.ά.

2. Αλκοολική εξάρτηση

3. Αλκοολική κατάχρηση

Επιδημιολογικά στοιχεία

Ο κίνδυνος νοσηρότητας από αλκοολισμό σ' όλη τη διάρκεια της ζωής ανέρχεται για τους άνδρες σε 10-15% και για τις γυναίκες σε 3-5%. Η νόσος αρχίζει σε νεαρή ηλικία, περίπου των 20 ετών. Μόνο το 10% των αλκοολικών εμφανίζει έναρξη της νόσου μετά τα 55 έτη.

Σε ενδονοσοκομειακούς ασθενείς το ποσοστό αλκοολισμού φθάνει το 25-50% σε ασθενείς που νοσηλεύονται για παθολογικά και χαρακτηριστικά

νοσήματα, ενώ στα ψυχιατρικά νοσοκομεία, το ποσοστό αλκοολισμού και εξάρτησης από άλλες ουσίες φθάνει μεταξύ το 50-60%.

Παρά στην κοινή πεποίθηση ότι τα άτομα που κάνουν χρήση αλκοόλ είναι νέα, μορφωμένα, εύρωστος οικονομικής κατάστασης, έχουν επισημανθεί διαφορές στη συχνότητα σε σχέση με την εθνικότητα, τις θρησκείες και την εργασιακή απασχόληση.

Συννοσηρότητα με αγχώδεις και καταθλιπτικές διαταραχές

Οι αλκοολικοί ασθενείς εμφανίζουν συχνά ψυχιατρικά συμπτώματα, τόσο σε φάση κατάχρησης αλκοόλ, όσο και σε φάση αποχής. Εάν από το ιστορικό προκύπτει ότι ψυχιατρικά συμπτώματα όπως άγχος, φοβίες, κατάθλιψη, δεν προϋπήρχαν από την έναρξη αλκοολικής εξάρτησης και δεν επιμένουν μετά από διάστημα 4 μηνών τουλάχιστον αποχής τότε σημαίνει πως ο αλκοολισμός αποτελεί μείζον πρωτεύουσα διαταραχή.

Όσον αφορά στη μείζονα κατάθλιψη, το 16,3% των ασθενών και συνηθέστερα οι διπολικοί, πάσχουν και από προβλήματα χρήσης αλκοόλ. Αντίστοιχα σε δείγμα αλκοολικών ασθενών που ζητήθηκε ψυχιατρική εξέταση ανευρέθηκε συχνότητα καταθλιπτικών διαταραχών 15-67%.

Κλινική εικόνα πορείας

Δεν είναι πάντοτε εμφανής η χρονική περίοδος στην οποία το άτομα κάνει χρόνια χρήση αλκοόλ, εντούτοις υπάρχουν όμως χαρακτηριστικά που παίζουν σημαντικό ρόλο στην αναγνώριση της διαταραχής. Στις αρχικές φάσεις, το πιο χαρακτηριστικό γνώρισμα είναι η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ που οδηγεί συχνά σε μέθη. Κάποιοι ασθενείς αποδίδουν την ισχυρή επιθυμία να πιουν σε συναισθηματικούς λόγους. Σε πολλές περιπτώσεις οι ασθενείς δεν μπορούν να εξηγήσουν την υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ.

Προσπαθούν να αποκρύψουν την εν λόγω συμπεριφορά είτε διαλέγοντας χώρους και καταστάσεις όπου μπορούν να κάνουν ανεμπόδιστα χρήση στα bar κ.ά. και άλλοτε αποθηκεύουν ή κρύβουν ποσότητες στο σπίτι.

Οι εξαρτημένου ασθενείς παρουσιάζουν συχνά επεισοδιακά προβλήματα μνήμης (black out) που δεν συνδυάζονται πάντοτε με προηγηθείσα εντύπωση συνειδησιακού επιπέδου.

Η ηλικία την έναρξη επηρεάζει την πορεία της νόσου και έχουν περιγραφεί δύο τύποι αλκοολισμού:

Τύπος I

Έναρξη αργότερα, βραδεία πορεία, χαρακτηριστικά προσωπικότητας: ανησυχία, άγχος, αισθήματα ενοχής, αυξημένες εξαρτητικές ανάγκες, εσωστρέφεια. Απουσία οικογενειακού ιστορικού. Αφορά στο 75% των αλκοολικών. Καλύτερη θεραπευτική ανταπόκριση.

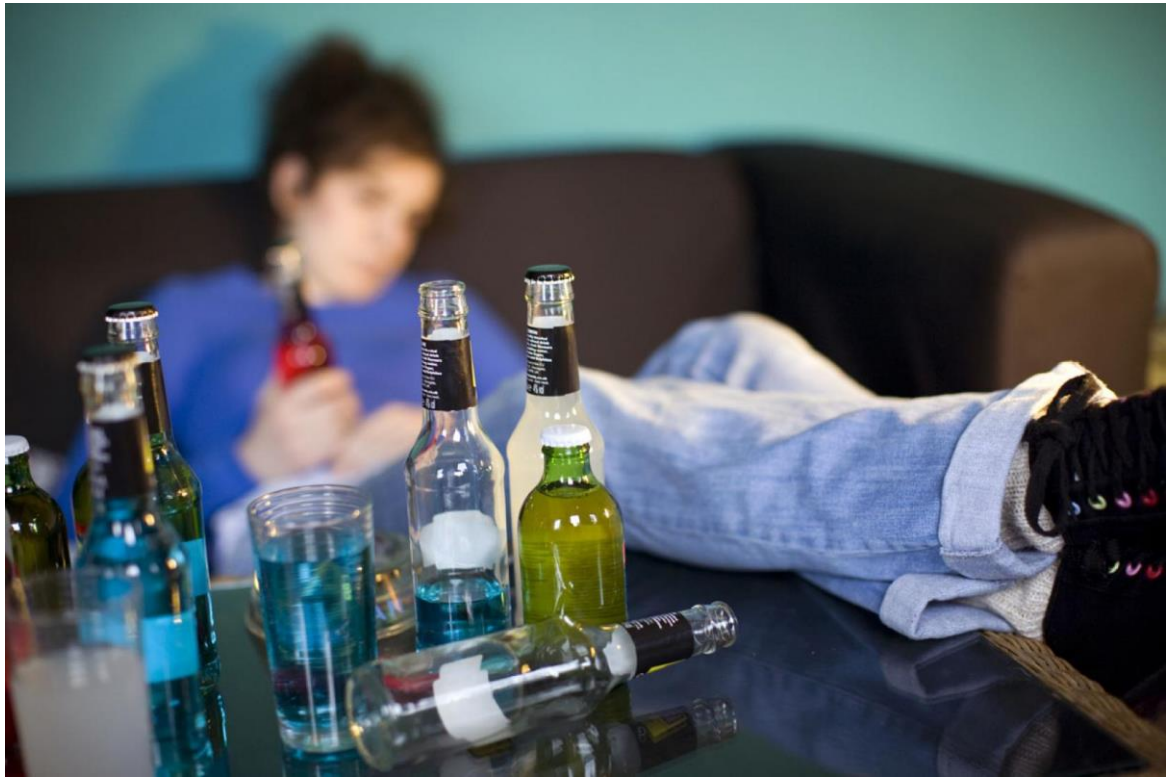
Τύπος II

Έναρξη σε νεαρή ηλικία. Η προσωπικότητα χαρακτηρίζεται από έντονη παρορμητικότητα. Τέσσερις φορές συχνότερη στους άνδρες σε σχέση με τις γυναίκες. Πάντως οι αλκοολικοί ασθενείς άλλοτε μόνοι τους και άλλοτε με παρότρυνση της οικογένειας καταφέρνουν να αποφύγουν την κατανάλωση αλκοόλ για λίγες μέρες.

Η "επιτυχία" αυτή αυξάνει το αίσθημα ελέγχου, επιβεβαιώνεται η "άρνησή" τους και συχνά αρχίζουν και πάλι την υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ.

Καθοριστική προγνωστική σημασία έχει η επίτευξη πλήρους ύφεσης τουλάχιστον για ένα έτος. Ιδιαίτερη σημασία έχει το γεγονός ότι ο αλκοολισμός αυξάνει τον κίνδυνο αυτοκτονίας και της απόπειρας αυτοκτονίας. Ο κίνδυνος φαίνεται να είναι σε νέα άτομα, άγαμα που κάνουν χρήση και άλλων ψυχοδραστικών ουσιών και εμφανίζουν επιπρόσθετα καταθλιπτικά συμπτώματα (στους αλκοολικούς η συχνότητα αυτοκτονίας είναι 8-10%) και η αντίστοιχη της απόπειρας στο 16%).

Ο αλκοολισμός μειώνει το προσδόκιμο ζωής κατά 10-15 έτη (επιπλοκές, πολυοργανικές βλάβες, κίρρωση κ.ά.). Μόνο το 20% των ασθενών διακόπτουν τη χρήση αλκοόλ χωρίς θεραπεία και μόνο το 10-40% των ασθενών πείθονται να τηρήσουν θεραπευτικό πρόγραμμα.



Αιτιοπαθογένεια Αλκοολισμού

Είναι γνωστό ότι ο αλκοολισμός αποτελεί ένα από τα μεγαλύτερα και δυσεπίλυτα προβλήματα δημόσιας υγείας με υψηλότερο κόστος και σοβαρές κοινωνικές επιπτώσεις.

Το βέβαιο είναι ότι ανάλογα με την ποσότητα κατανάλωσης και τη συχνότητα της κατάχρησης, αυξάνονται τα σωματικά και ψυχολογικά προβλήματα που συνδέουν την παθολογική σχέση με το αλκοόλ. Όταν αναφερόμαστε στην αιτιοπαθογένεια του αλκοολισμού είναι σαφές ότι μιλάμε για την ομάδα των ασθενών που σχετίζονται παθολογικά με το αλκοόλ στο επίπεδο κατάχρησης / εξάρτησης σύμφωνα με τα κριτήρια του DSM-IV η οποία αποτελεί πλέον την διακριτική ομάδα με περισσότερες επιπλοκές, σωματικές, ψυχοκοινωνικές.

Αιτιοπαθογένεια

Ο αλκοολισμός αποτελεί από παλιά ένα πολύ παραγοντικό νόσημα, το οποίο διατρέχει διαγενεακά σε οικογένειες οι οποίες παρουσιάζουν αυξημένο ποσοστό διαταραχών που συνδυάζονται με το αλκοόλ, χρήση και κατάχρηση εξάρτηση από αυτό.

Οι ενδείξεις που συνηγορούν υπέρ την οικογενειακή αυτή μετάδοση από γενιά σε γενιά, έχουν υποστηριχθεί από τις μελέτες των δίδυμων και υιοθετημένων παιδιών, στις οποίες έχει αναδεχτεί η ύπαρξη γενετικού παράγοντα που επηρεάζει τη συγκεκριμένη μετάδοση. Χαρακτηριστικό της πολυπλοκότητας είναι ότι η πλειονότητα των αλκοολικών και κυρίως οι εξαρτημένοι δεν έχουν πρώτο βαθμού συγγενή που να είναι εξαρτημένο από το αλκοόλ. Το γεγονός αυτό υπογεγραμμίζει τη σημασία των κοινωνικών, ψυχολογικών και περιβαλλοντολογικών παραγόντων στην ανάπτυξη της νόσου.

Βιολογικοί Παράγοντες

Γενετικοί παράγοντες

Η γενετική παίζει σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη κινδύνου κατάχρησης / εξάρτησης από το αλκοόλ και παρόλο που οι ενδείξεις για τη συμμετοχή του γονιδιακού παράγοντα είναι σημαντικές, το ποσοστό του κινδύνου που μεταβιβάζεται παραμένει άγνωστο.

Στην προσπάθειά μας να καθορίσουμε τους διαφορετικούς γενετικούς παράγοντες που συμμετέχουν στην ανάπτυξη της εξάρτησης, χρησιμοποιούνται οι μελέτες διδύμων, υιοθετημένων παιδιών και μελέτες οικογενειών.

Ψυχολογικοί Παράγοντες

Προγενέστερες μελέτες έδειξαν ότι οι αλκοολικοί εμφανίζουν συχνότερα από το γενικό πληθυσμό κατάθλιψη ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας, ή ως σύμπτωμα.

Επίσης άλλα στοιχεία που μπορεί να προέχουν από την προσωπικότητά τους είναι η παθητική εξαρτητικότητα, το άγχος, η παρανοϊκή τάση, καθώς και το χαμηλό αίσθημα αυτοεκτίμησης, υπευθυνότητας και αυτοελέγχου.

Οι αλκοολικοί χαρακτηρίζονται ακόμα από ενασχόληση με το σημαντικό Εγώ και βασανίζονται από ιδέες και συναισθήματα ενοχής.

Κοινωνικοί και Πολιτιστικοί Παράγοντες

Δημογραφικοί κοινωνικο-πολιτιστικοί παράγοντες επηρεάζουν τη συχνότητα εμφάνισης του αλκοολισμού. Την επίπτωση του αλκοολισμού σε μία χώρα επηρεάζουν και άλλοι παράγοντες όπως ηλικία και φύλλο, επάγγελμα, κοινωνική τάξη, θρησκευτικές πεποιθήσεις κ.ά. Ορισμένα άτομα λόγω του επαγγέλματος είναι εκτεθειμένοι στην πρόκληση χρήσης αλκοόλ π.χ. οι εργαζόμενοι σε ταβέρνες, εστιατόρια κ.ά.

Η οικογένεια είναι εκείνη που ασκεί μεγάλη επίδραση τόσο με την στάση που έχουν διαμορφώσει τα άλλα μέλη στο αλκοόλ, όσο και με τις διαταραγμένες διαπροσωπικές σχέσεις, έτσι ώστε τα άτομα να καταφεύγουν

στην κατάχρηση αλκοόλ για να αντιμετωπίσουν δυσλειτουργικές οικογενειακές σχέσεις.



Κοινωνικές και Οικονομικές Επιπτώσεις του Αλκοολισμού

Οι διαταραχές από τη χρήση κατάχρηση, εξάρτηση από οινοπνευματώδη αποτελούν τις πλέον συχνές και επικίνδυνες καταστάσεις στις οποίες εμπλέκονται όχι μόνο το πάσχον άτομο αλλά και η οικογένεια, η κατοικία, το εργασιακό περιβάλλον, καθώς και το κοινωνικό.

Ο ΠΟΥ ανέφερε ότι το 2000 το 10,3% η παγκόσμια επιβάρυνση της νόσου, των προσαρμοσμένων ατόμων με αναπηρία, οφείλεται στις διαταραχές από τη χρήση οινοπνευματωδών. Από τις κύριες αιτίες ετών ζωής με ανικανότητα (XLDS) σ' όλες τις ηλικίες και για τα δύο φύλλα, το έτος 2000 η κατάχρηση και η εξάρτηση από οινοπνευματώδη αποτελεί 5 (πέμπτη) σειρά αιτία.

Κοινωνικές και Οικονομικές Επιπτώσεις

Είναι γνωστός ο παράγοντας της κοινωνικής αντίδρασης σε κάθε συμπεριφορά που δεν ερμηνεύεται με κριτήρια αποδεκτά από το κοινωνικο-πολιτιστικό περιβάλλον με αποτέλεσμα την ανάπτυξη στίγματος, αρνητικών στάσεων και διαφημίσεων, απέναντι σε άτομα που διαφέρουν είτε είναι ψυχική αρρώστια είτε εξαρτημένα από ουσίες όπου μέσα σε αυτές περιλαμβάνεται και το οινόπνευμα.

Το αλκοόλ κατέχει υψηλή κλίμακα στην επιβάρυνση της υγείας της νόσου με αυξημένη θνησιμότητα από εξάρτηση και ευθύνεται για το 1,5% του συνόλου των θανάτων και το 3,5% του συνόλου του DALY. Στα ποσοστά αυτά συμπεριλαμβάνονται σωματικές διαταραχές (όπως κίρρωση), κακώσεις (όπως τραυματισμοί από τυχαία ατυχήματα) που οφείλονται στην επιβλαβή χρήση αλκοόλ. Οι οικονομικές επιπτώσεις είναι μεγάλες, ιδιαίτερα από την απώλεια εισοδήματος από τις χαμένες μέρες εργασίας, αυξημένο κόστος νοσηλείων, από τα ατυχήματα που προκαλείται από την επακόλουθη ασθένεια.

Επιπτώσεις στην οικογένεια

Στις οικογένειες των αλκοολικών ατόμων έχει περιγραφεί το φαινόμενο της επιβάρυνσης, όπως συμβαίνει και στις οικογένειες των ψυχωτικών. Μέσα σε αυτές τις οικογένειες είναι γνωστό ότι επικρατούν αυξημένα επεισόδια βίας, παραπτωματοκότητας παιδιών, ενώ ο οικογενειακός προϋπολογισμός επιβαρύνεται από το κόστος των ποικίλων ιατρικών θεραπειών και της αποκατάστασης του πάσχοντος μέλους, όπως και στην απώλεια των εργατοωρών των μελών που φροντίζουν το πάσχον μέλος.

Επιπτώσεις στην Κοινότητα

Η ίδια η κοινότητα με τη μορφή της γειτονιάς ή της ευρύτερης περιοχής, υποφέρει από τον αλκοολισμό είτε με την διαταραχή π.χ. κανόνων ησυχίας από επεισόδια βίας, είτε έμμεσα με την εμφάνιση δεικτών επιθετικότητας (π.χ. επιθετικές συμπεριφορές, εμπρησμοί, εμπλοκή στη χρήση και άλλων παράνομων ουσιών κ.ά.)

Συμπεράσματα

Η επιβλαβής χρήση και η επακόλουθη εξάρτηση από το αλκοόλ αποτελεί παγκόσμια πρόβλημα που όμως καθορίζεται από ποικίλους κοινωνικούς, πολιτικούς και οικονομικούς παράγοντες. Το πρόβλημα έχει άμεσες επιπτώσεις στο ίδιο το πάσχον άτομο, το οποίο νοσεί όχι μόνο ψυχιατρικά αλλά και παθολογικά και έχει την ανάγκη των διαφόρων υπηρεσιακών υγείας ενώ απαιτείται η προνομιακή του υποστήριξη. Έχει όμως και άμεσες ή έμμεσες επιπτώσεις στην οικογένεια ιδιαίτερα στα παιδιά (διαζύγιο, επεισόδια βίας, παραπτωματικά παιδιά, φτώχεια, λόγου κόστους, θεραπειών κ.ά.) Όπως και στην κοινωνία επιβάρυνση από αυξημένη νοσηρότητα και θνησιμότητα, ηπατική κίρρωση, συνταξιοδοτήσεις κ.ά.

Αλκοόλ και Παραβατικότητα



Εφηβεία - Αλκοόλ και Παραβατικότητα

Η εφηβεία είναι μία περίοδος στην εξέλιξη των ανθρώπων με αυξημένους κινδύνους για σοβαρές ψυχιατρικές διαταραχές μεταξύ των οποίων η χρήση / κατάχρηση ουσιών.

Ο έφηβος απομακρύνεται από το οικογενειακό περιβάλλον και εξερευνά τον κόσμο, στο πλαίσιο αυτό περιλαμβάνεται αναζήτηση νέων εμπειριών. Στην πορεία αυτή μπορεί να ανακαλύψει ότι η χρήση αλκοόλ μειώνει το άγχος, τον ευχαριστεί και του αυξάνει την κοινωνικότητα. Σημαντικός παράγοντας στην ανάπτυξη και όχι η σχέση με το αλκοόλ είναι η ψυχική δυνατότητα προσαρμογής χαμηλής ή υψηλής στη νέα αυτή φάση.

Η εφηβική ηλικία πρέπει να αποτελέσει στόχο οργανωμένων προληπτικών παρεμβάσεων. Η παρέμβαση για τη μείωση της κατάχρησης είναι σημαντικό να γίνεται σε πρόωμη φάση.

Στην Ελλάδα όπως στην Ευρώπη ένα σημαντικό ποσοστό κάνουν κατάχρηση αλκοόλ που το ποσοστό αυτό κυμαίνεται στο 15-17%.

Παραβατικότητα - Εγκληματικότητα ενηλίκων και αλκοόλ

Η βίαιη συμπεριφορά δημιουργεί τεράστια προβλήματα στην αντιμετώπιση και θεραπεία των ψυχικά πασχόντων. Ένα σημαντικό ποσοστό

ψυχιατρικών ασθενών υφίσταται επίθεση, ενώ ένα ποσοστό που κυμαίνεται μεταξύ 30-70% του προσωπικού επαγγελματιών υγείας έχει καταστεί βίαιης και επιθετικής συμπεριφοράς.

Αυτή η μορφή βίας παρουσιάζεται περισσότερο στα ημιώματα των έμπειρων περιστατικών υγείας, στα ενδονοσοκομειακά ημιώματα περίθαλψης καθώς και στις φυλακές. Η επιθετικότητα ατόμων υπό την επήρεια αλκοόλ, αναλογεί σε χιλιάδες χαμένες παραγωγικές ώρες εργασίας και σε αυξημένη νοσηρότητα.

Παθολογική μέθη

Σε ορισμένα άτομα η κατανάλωση αλκοόλ προκαλεί παθολογική μέθη, κατά την οποία ο χρήστης εμφανίζει μία βίαιη και παρορμητική συμπεριφορά.

Η παθολογική μέθη έχει συσχετιστεί με ειδικά χαρακτηριστικά της προσωπικότητας και με περιόδους υπερέντασης και μεγάλης εξάντλησης του ατόμου. Άλλες φορές χρησιμοποιήθηκαν τάσεις για επιζημία και υπογλυκαιμία. Υπάρχουν ορισμένες ενδείξεις ότι τα άτομα με οργανικές αλλοιώσεις στο Κ.Ν.Σ κυρίως τραυματικής φύσης, ενδέχεται να είναι επιρρεπή στην εμφάνιση αντιδράσεων παθολογικής μέθης μετά από σοβαρή κατανάλωση αλκοόλ.

Βία στο χώρο εργασίας και στο οικογενειακό περιβάλλον

Η βία και η επιθετικότητα στο χώρο της εργασίας αποτελούν ένα σημαντικό ποσοστό των εργαζομένων και παρουσιάζουν ένα ευρύ φάσμα από τη λεκτική επιθετικότητα ως τη σωματική και το φόνο. Ένας σημαντικός παράγοντας που εμπλέκεται στη βιαιότητα στο χώρο εργασίας είναι το αλκοόλ.

Δραματικά συμβάντα τις τελευταίες δεκαετίες έστρεψαν τη δημόσια προσοχή και ευαισθητοποίησαν το ευρύ κοινωνικό σύνολο, γύρω από το πρόβλημα της βίας και την κακοποίηση μέσα στην οικογένεια. Στο οικογενειακό περιβάλλον η βία ασκείται κυρίως από τους άνδρες ως προς τις

γυναίκες. Οι γυναίκες αποδίδουν στο αλκοόλ τη βίαιη συμπεριφορά απομακρύνοντάς τον για μακρύ χρονικό διάστημα.

Ένα ποσοστό 70% περίπου των δραστών πριν τη βίαιη συμπεριφορά είχαν καταναλώσει αλκοόλ ενώ το 50% περίπου είναι εξαρτημένοι από αυτό.

Συμπεράσματα

Η δράση του αλκοόλ επηρεάζει το Κ.Ν.Σ. και ένα ευρύ φάσμα υποδοχέων και εγκεφαλικών περιοχών. Τα δε επακόλουθα αυτής της δράσης επιβαρύνουν όχι μόνο τη ψυχική και σωματική υγεία του ατόμου που έχει αναπτύξει παθολογική σχέση με το αλκοόλ αλλά με το κοινωνικό σύνολο και την οικογένεια. Η εξάρτηση από το αλκοόλ σχετίζεται με αυξημένη επιθετικότητα στην οικογένεια και στον εργασιακό χώρο. Στην ενήλικη ζωή και κατάχρηση έχει συμμετοχή ετεροκαταστροφή και αυτοκαταστροφή του ατόμου, ως εκλεκτικός παράγοντας τα βίαια συμπτώματα και η αυτοκτονική συμπεριφορά που είναι επιβεβαιωμένη.

Αλκοολισμός Κ.Ν.Σ.

Το αλκοόλ καταστέλλει, δεν διεγείρει το Κ.Ν.Σ. Τα πρώιμα τοξικά φαινόμενα, εκφράζονται με υπερδραστηριότητα και καταγράφονται ηλεκτροεγκεφανικά με αυξημένη ηλεκτρική δραστηριότητα. Η κατασταλτική δράση επέρχεται με την συνεχιζόμενη λήψη μεγάλης ποσότητας που προσβάλλει τους νευρώνες, του φλοιού, του στελέχους και τον νωτιαίο μυελό. Οι κινητικές λειτουργίες, τόσο οι απλές όσο και η όρθια στάση, οφθαλμοκινητικότητα, ο έλεγχος της ομιλίας και η επιβραδυνότητα, δεν είναι ακριβής φαίνονται τυχαίες και δεν επιτυγχάνουν το στόχο.

Εγκεφαλοπάθεια

Η εγκεφαλοπάθεια παρατηρείται κυρίως σε αλκοολικούς αλλά σε κάθε υποσιτιζόμενο ασθενή. Χαρακτηρίζεται από την τριάδα αταξία, οφθαλμοκινητικότητα και γενική σύγχυση.

Η κλινική εικόνα περιλαμβάνει:

Αιφνίδια έναρξη οφθαλμοκινητικότητας, αταξία βάσισης

Οριζόντιο και κάθετο νυσταγμό, πάρεση των πλαγίων ορθών οφθαλμικών μυών

Διαταραχές της προσήλωσης, βλέμματος, κόρες που αντιδρούν

Σύγχυση, απάθεια, υπνηλία

Μπορεί να συνυπάρχει περιφερική νευροπάθεια

Μπορεί συνήθως να παρατηρηθεί υπόταση, υποθερμία

Είναι η μόνη από τις νευρολογικές διαταραχές που συνδέεται με τον αλκοολισμό και μπορεί να αναστραφεί μόνο με την χορήγηση συγκεκριμένης βιταμίνης, τη θειαμίνη (ή βιταμίνη Β1) απορροφάται στο λεπτό έντερο και μεταφέρεται στον εγκέφαλο.

Έχει αποδεχθεί ότι η λειτουργική ανεπάρκεια τη θειαμίνη (Βιταμίνη Β1) στους αλκοολικούς, είναι το αποτέλεσμα του συνδυασμού ανεπαρκούς διατροφής, βλάβη της εντερικής απορρόφησης και πιθανά γενετική

καθορισμένη ανωμαλία της τρανσκετόλασης, της οποίας η παθογένεια των εγκεφαλικών βλαβών δεν έχει διαλευκανθεί πλήρως. Η διάγνωση γίνεται κλινικά με τη δοκιμασία βιταμίνης. Δεν υπάρχουν εργαστηριακές εξετάσεις εντός MRI ήπατος στις ήπιες και σπάνιες μορφές. Η θεραπευτική αντιμετώπιση απαιτεί νοσοκομειακή κάλυψη και συνιστάται σε άμεση παρεντερική χορήγηση της θειαμίνης. Η οφθαλμοπληγία και η παρέλυση βλέμματος υποχωρούν από την πρώτη κιόλας μέρα. Ο νυσταγμός, η αστάθεια και η σύγχυση υποχωρούν σε μέρες ή εβδομάδες. Σχεδόν όλοι οι ασθενείς με εγκεφαλοπάθεια αναρρώνουν από τη συγχυτική κατάσταση, αλλά πολλοί παραμένουν με διαταραχές μνήμης.

Ηπατική εγκεφαλοπάθεια - Ηπατικό κώμα

Τόσο η οξεία όσο και η χρόνια Η.Σ. σε άλλοτε άλλο χρόνο καταλήγουν σε Ηπατικό κώμα. Η οξεία (Η.Σ.) είναι επιπλοκή της οξείας ηπατικής ανεπάρκειας, χωρίς την αναγκαστική παρουσία προϋπάρχουσας ηπατικής νόσου, και αναπτύσσεται μερικές εβδομάδες αργότερα. Χαρακτηρίζεται από: ανησυχία, έντονες συσπάσεις μυών, επιθετικότητα και ψευδαισθήσεις για να ακολουθήσει ταχεία μετάπτωση σε κώμα. Η χρόνια (Η.Σ.) χαρακτηρίζεται από βραδεία εγκατάσταση νευρολογικών σημείων, όπως διαταραχές συμπεριφοράς, νοητικής επίπτωσης, ήπια διαταραχή προσωπικότητας, διαταραχές ύπνου, αστάθεια, μυϊκός τρόμος, διαταραχές εξωπυραμιδικού τύπου, διαταραχή ομιλίας, επιζημία κατά τη φάση που ο ασθενής βρίσκεται σε λήθαργο μειώνεται η κινητικότητα και εμφανίζεται τρόμος κάτω άκρων.



Αλκοολισμός και Ψύχωση

Παρά το γεγονός ότι η σχέση ανάμεσα στην κατάχρηση αλκοόλ και τη ψυχωτική συμπτωματολογία έχει περιγραφεί εδώ και πολλές δεκαετίες, αρκετά θέματα αναφορικά με τη σχέση παραμένουν αδιερεύνητα.

Είναι γνωστό ότι η χρόνια κατανάλωση αλκοόλ συνδέεται με την πληθώρα ψυχωτικού τύπου συμπτωμάτων, τα οποία μπορούν να εμφανίσουν τόσο κατά τη διάρκεια της χρήσης όσο και κατά τη διάρκεια στερητικού συνδρόμου. Τα συμπτώματα αυτά μπορεί να είναι αντιληπτού τύπου διαταραχές, όπως ακουστικές ψευδαισθήσεις, παραληρητικές ιδέες καθώς και ψυχοκινητικές διαταραχές. Επιπλέον ψυχωτικού τύπου συμπτώματα μπορεί να εμφανιστούν όπως παραλήρημα, στο σύνδρομο Wernicke Korsakoff, στην αλκοολική ηπατική εγκεφαλοπάθεια, στην αλκοολική άνοια, όλα αυτά που συνδέονται με τον αλκοολισμό. Μία μεγάλη επιδημιολογική μελέτη που έγινε στις ΗΠΑ (Epidemiological Catchment Area Study, ECA) έδειξε ότι σχεδόν το 1/3 των ατόμων με σχιζοφρένεια πληρούν κριτήρια κατάχρησης / εξάρτησης από το αλκοόλ και η επίπτωση σχιζοφρένεια στους αλκοολικούς είναι υψηλότερη από του γενικού πληθυσμού. Ενισχυτικό της άποψης για την επικράτηση της προκαλούμενης από το αλκοόλ κατάθλιψης είναι το γεγονός ότι τα παιδιά των αλκοολικών φαίνεται να έχουν αυξημένες πιθανότητες να εμφανίσουν εξαρτική

συμπεριφορά σε σχέση με το αλκοόλ, αλλά όχι και συναισθηματικού τύπου διαταραχές συγκριτικά πάντοτε με το γενικό πληθυσμό.

Η έγκαιρη διάκριση ανάμεσα στην πρωτοπαθή καταθλιπτική διαταραχή και σε αυτή που προκαλείται από τη χρήση αλκοόλ αποτελεί συχνά μια δύσκολη και περίπλοκη διαδικασία. Η μη έγκαιρη ακριβής αξιολόγηση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας έχει συχνά σοβαρές συνέπειες στην τελική έκβαση του αλκοολισμού, καθώς και στην εμμένουσα ψυχοπαθολογία φαίνεται να σχετίζεται με την κακή πρόγνωση, με την κατάχρηση αλκοόλ, με αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονικής συμπεριφοράς και ασφαλώς με αυξημένο κόστος για τις υπηρεσίες υγείας.

Σε κάθε περίπτωση πάντως, απαιτείται συστηματική και μακροχρόνια παρακολούθηση της εξέλιξης της ψυχοπαθολογίας, ιδιαίτερα σε περιόδους αποχής από το αλκοόλ, προκειμένου να διαμορφωθεί μια πιο ξεκάθαρη άποψη για τη φύση της και την απαιτούμενη φαρμακευτική προσέγγιση.



Αλκοολική Ηπατοπάθεια

Η αλκοολική ηπατοπάθεια είναι πολυσυστηματική νόσος με ευρύτερα οικογενειακά, εργασιακά, και γενικότερα προβλήματα συμπεριφοράς. Η παθοφυσιολογία της έχει ένα μεγάλο ενδιαφέρον λόγω της πολυπλοκότητας της νόσου και των μηχανισμών της. Οι μηχανισμοί αυτοί αφορούν λειτουργίες του ηπατοκυττάρου, των παρακειμένων ηπατικών κυττάρων αλλά και των μηχανισμών φλεγμονής και ανοσιακής απόκρισης. Έτσι οι παράγοντες που συμμετέχουν είναι η ηλικία, το φύλο, η χρήση / κατανάλωση αλκοόλ γενετικοί παράγοντες, ανοσολογικοί, βιοχημικοί κ.ά.

Ποσότητα αλκοόλ

Η ποσότητα του λαμβανόμενου αλκοόλ σχετίζεται με την εμφάνιση αλκοολικής κίρρωσης. Ένα 20% των ατόμων που καταναλώνουν >200 g αλκοόλ ημερησίως αναπτύσσουν κίρρωση μετά από 13 χρόνια και περίπου 50% μετά από 20 χρόνια. Οι γυναίκες είναι πιο ευάλωτες στην εμφάνιση της ... νόσου. Η χαμηλή σε υδατάνθρακες και πλούσια σε λίπη και ιδιαίτερα πολυακόρεστα, τη παχυσαρκία με την παρουσία υπεργλυκαιμίας, φαίνεται επίσης να σχετίζονται με την εμφάνιση της νόσου.

Το φύλο

Η μεγαλύτερη ευαισθησία αλκοολικής ηπατοπάθειας στις γυναίκες φαίνεται να είναι αποτέλεσμα:

- α) μικρότερου όγκου κατανομής αιθανόλης
- β) μειωμένης έκφρασης και αλκοολικής δένδρογόνησης CADA (ενζύμου μετατροπής της αιθανόλης σε ακεταλδεΐδη, στο γαστρικό βλεννογόνο συγκριτικά με τους άνδρες
- γ) αυξημένη διαπερατότητα ενδοτοξικών από το έντερο λόγω των οιστρογόνων

Ανοσολογικοί παράγοντες

Ένα από τα κλινικά χαρακτηριστικά που σχετίζονται με το ανοσιακό σύστημα στην Α.Η. είναι η επιδείνωση της οξείας αλκοολικής ηπατίτιδας 2-3 εβδομάδες του ασθενούς μετά την εισαγωγή στο νοσοκομείο. Επιπλέον υπάρχει αύξηση IgA ανοσοσφαιρικής στον ορό και η εναπόθεσής της στο ήπαρ.

Κλινική εικόνα

Εξαρτάται από τη βαρύτητα της υποκείμενης βλάβης του ήπατος. Παρουσιάζει ένα ευρύ κλινικό φάσμα, που εκτείνεται από την ασυμπτωματική μορφή μέχρι παρουσία κλινικών σημείων κίρρωσης, με στίγματα ηπατικής νόσου, πυλαίας υπέρτασης των επιπλοκών της. Συχνά κλινικά συμπτώματα και από άλλα όργανα - συστήματα όπως διατιτική καρδιοπάθεια, πολυνευροπάθεια, παγκρεατίτιδα και σύνδρομο δυσαπορρόφησης. Λιπώδες ήπαρ αρχικό στάδιο ΑΗ και βρίσκεται σε ποσοστό 80-90% των ατόμων που καταναλώνουν αλκοόλ, ηπατομεγαλία σε ποσοστό 70%. Από τον εργαστηριακό έλεγχο αύξηση περίπου παρουσιάζουν τα εργαστηριακά AST (SCOT)/ALT (SGPT)>2. Στο υπερηχογράφημα αναδεικνύεται αύξηση της ηχογένειας του ηπατικού περιγράμματος σε σχέση με τους νεφρούς. Στην αξονική (CT) το ήπαρ παρουσιάζει υπόπυκνη απεικόνιση σε σχέση με το σωλήνα η οποία είναι συνήθως διάχυτη, αλλά και εστιακή.

Πρόγνωση - Θεραπεία

Η πρόγνωση του λιπώδους ήπατος είναι καλή αν διακοπεί η κατανάλωση αλκοόλ, εντός μερικών εβδομάδων το λίπος εξαφανίζεται, εκτός και αν συμμετέχουν και άλλοι παράγοντες όπως διαβήτης ή υπερλιπαιδημία. Σε περίπτωση μη διακοπής ο γνήσιος κίνδυνος ανάπτυξης κίρρωσης ήπατος είναι 1%.

Θεραπευτική Διαδικασία

Περιλαμβάνει 2 φάσεις:

α) τη φάση την απόσυρση από το αλκοόλ δηλαδή σωματική απεξάρτηση, η αποτοξίνωση

β) τη φάση της ψυχικής απεξάρτησης, η αποκατάσταση, η σταθεροποίηση του εξαρτημένου ατόμου

Κατά την πρώτη φάση η οποία είναι σύντομης διάρκειας επιδιώκεται η αποτελεσματική αντιμετώπιση των συμπτωμάτων στέρησης. Κατά τη φάση της αποκατάστασης η οποία είναι μακροχρόνια και μπορεί να διαρκέσει δια βίου, χρησιμοποιούνται θεραπευτικές παρεμβάσεις που αποσκοπούν στην μακροχρόνια αποχή από το αλκοόλ. Οι δύο θεραπευτικές φάσεις βρίσκονται σε δυναμική σχέση μεταξύ τους, αφού ο χρήστης συχνά μεταπίπτει από τη κατάχρηση στην αποχή μέχρι να επιτευχθεί ο οριστικός σκοπός που είναι η διακοπή.

Κατά τη φάση της σωματικής απεξάρτησης εφαρμόζονται όλα τα θεραπευτικά μέτρα για την αντιμετώπιση των άμεσων παθολογικών προβλημάτων που προκύπτουν κατά το πρώτο 24ωρο πρέπει να ελέγχονται όλα τα ζωτικά σημεία και να είναι υπό τη συνεχή παρακολούθηση. Διαταραχές ηλεκτρολυτών πρέπει να διορθώνονται άμεσα, ο ασθενής πρέπει να ενυδατώνεται και λόγω της δόσαπορρόφησης των βιταμινών από το λεπτό έντερο, οι περισσότεροι ασθενείς έχουν ανάγκη χορήγησης πολλαπλών βιταμινών. Στους ασθενείς που εμφανίζουν επιληπτικές κρίσεις μετά τη διακοπή χρήσης αλκοόλ συχνά χορηγείται θειικό μαγνήσιο. Οι βευλοδιαλεπίνες αποτελούν την θεραπεία εκλογής για την αντιμετώπιση στερητικού συνδρόμου, συνήθως προτιμάται η μακρά δράση βευλοδιαλεπίνες όπως η διαλεπάμη, όμως η παρατεταμένη χορήγησή τους μπορεί να έχει αθροιστική δράση και συνεπώς είναι καλό να περιορίζεται για το μικρότερο δυνατό χρονικό διάστημα.

Αναφέρεται εξίσου καλή η χορήγηση αντιεπιληπτικών και με ασφάλεια αφού έχει δοκιμαστεί σχετικά με την απουσία σοβαρών ανεπιθύμητων ενεργειών, όπως η ανάπτυξη εξάρτησης από τη χρήση τους και την απουσία αλληλοεπιδράσεων με το αλκοόλ. Επιπλέον, η αγχολυτική και αντικαταθλιπτική δράση τους ευνοεί τη χρήση τους για την αντιμετώπιση του στερητικού συνδρόμου.



Ο ρόλος της Οικογένειας στην εξέλιξη και Θεραπεία της εξάρτησης από το αλκοόλ

Πέρα από τη γενετική προδιάθεση που μπορεί να κάνει το άτομο πιο ευάλωτο στην ανάπτυξη της εξάρτησης από το αλκοόλ, υπάρχουν περιβαλλοντικοί παράγοντες που δρουν ταυτόχρονα στην ανάπτυξη της διαταραχής αυτής προκαλώντας συνέπειες σε σωματικό, ψυχολογικό, οικογενειακό και κοινωνικό επίπεδο.

Η εξάρτηση είναι ένα φαινόμενο συνήθειο και πολυπαραγωγικό. Από οποιαδήποτε πλευρά και να το προσεγγίσει κανείς θεραπευτικά δεν θα μπορέσει να αγνοήσει την αλληλεπίδραση ατομικών, βιολογικών, ψυχολογικών παραγόντων, τις οικογενειακές σχέσεις, το κοινωνικό πλαίσιο. Αυτό ισχύει για οποιαδήποτε ψυχολογική διαταραχή, όμως στην εξάρτηση από το αλκοόλ είναι απαραίτητο να αξιολογηθεί η σχέση μεταξύ ατόμου - οικογένειας.

Οι συνέπειες της χρόνιας κατάχρησης αλλάζουν τη συμπεριφορά του εαυτού του ατόμου, τη συμπεριφορά των άμεσων συγγενών τους και στο ευρύ κοινωνικό περίγυρό του. Ο αλκοολισμός βιώνει μια κατάσταση νηφαλιότητας αφού αισθάνεται ότι η χρήση του αλκοόλ προσφέρει μία "διόρθωση" της καθημερινής πραγματικότητας και της βελτίωσης της εικόνας του εαυτού του. Με το πέρασμα του χρόνου όμως η κατάσταση αυτή αντιστρέφεται και επιδρά στη συμπεριφορά του και εναλλάσσεται με αυτή της μέθης και της νηφαλιότητας στην απογοήτευση και ανεπάρκεια με όλα τα σχετικά αρνητικά αποτελέσματα αυτής, που χάνει τον έλεγχο των συναισθημάτων και των συμπεριφορών της.

Αμέσως στο επόμενο στάδιο, είναι η συμπεριφορά των μελών της οικογένειας που μεταβάλλεται σε συνάρτηση με αυτής του αλκοολισμού και αντίστροφα. Οι συμπεριφορές των μελών προσαρμόζονται σταδιακά καθρεφτίζοντας αυτές του εξαρτημένου.

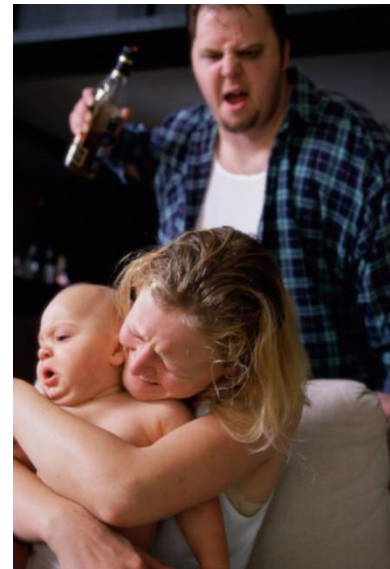
Οι άμεσοι συγγενείς του αλκοολικού συζύγου, γονείς, παιδιά - αναλαμβάνουν συχνά μη συνειδητά συμπρωταγωνιστικό ρόλο. Η προσπάθειά τους αυτή να ελέγχουν τον εξαρτημένο έχει συχνά ως αποτέλεσμα την ενίσχυση της περηφάνιας του. ("Δεν μπορείς να με ελέγξεις"). Οι οικογενειακοί παράγοντες και οι δυσλειτουργικές αλληλεπιδράσεις των μελών της οικογένειας που σχετίζονται με το πρόβλημα, που είτε το συντηρούν είτε το προκαλούν, έχουν γίνει αντικείμενο μελέτης όπου ο Knight το 1930 υποστηρίζει ότι στην πατρική οικογένεια του αλκοολικού βρίσκει συχνά κανείς μια κυριαρχική μητέρα και έναν παθητικό πατέρα. Έτσι στη δεκαετία του '50 το ενδιαφέρον για την οικογένεια του αλκοολικού μεταφέρεται στη γυναίκα που περιγράφεται ως η κύρια πηγή διαίωνισης του προβλήματος.

Έχουν αναπτυχθεί τρεις διαφορετικές προσεγγίσεις :

α) Η οικογένεια ως θύμα της εξάρτησης, με εστίαση στις αρνητικές συνέπειες που προκαλεί η εξάρτηση στα μέλη της οικογένειας

β) Η οικογένεια ως δυσλειτουργικό σύστημα το οποίο συντελεί στην ανάπτυξη και συντήρηση στην εξάρτησης

γ) Η οικογένεια ως πλαίσιο βοήθειας για την επίλυση του προβλήματος



Οι συνέπειες της εξάρτησης στα μέλη της οικογένειας του εξαρτημένου είναι βέβαιο ότι όποιος ζει δίπλα σε εξαρτημένο από το αλκοόλ είναι εκτεθειμένος σε επαναλαμβανόμενες καταστάσεις εντόνων άγχους, stress και σε δυσλειτουργικές συμπεριφορές.

Οι συνέπειες στα παιδιά όταν υπάρχει εξαρτημένο άτομο μέσα στην οικογένεια έχουν υψηλότερη επικινδυνότητα σχετικά με την εμφάνιση διαφόρων προβλημάτων στην παιδική, εφηβική και ενήλικη ζωή τους.

Πέρα από την γενετική επιβάρυνση υπάρχουν παράγοντες ψυχολογικούς, κοινωνικούς, που συνδέονται με την κατάσταση εξάρτησης στην οικογένεια όπως συχνότερα παρουσία ενδο-οικογενειακής βίας,

σωματική ή σεξουαλική κακοποίηση, οικονομικά ανασφάλεια, μειωμένη ποιότητα ζωής, συγκρουσιακή επικοινωνία μεταξύ ζεύγους, φτωχότερη συναισθηματική σχέση γονιού - παιδιού, ελλειμματική ή μη σταθερή γονική φροντίδα κ.ά. Κατά συνέπεια τα παιδιά των εξαρτημένων φαίνεται να έχουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης μαθησιακών δυσκολιών, υπερκινητικότητας και έλλειψη προσοχής, σωματικών προβλημάτων, προβλημάτων συμπεριφοράς, κατάχρηση αλκοόλ ή άλλων ουσιών, καταθλιπτικής διάθεσης και αγχώδους διαταραχής τόσο στην εφηβική όσο και στην ενήλικη ζωή τους, λόγω χαμηλότερης αυτοεκτίμησης και περισσότερης καταθλιπτικής διάθεσης.

Συνεπώς φαίνεται απαραίτητο να δοθεί μεγαλύτερη προσοχή στις ανάγκες των παιδιών των αλκοολικών γονέων, για μείωση και πρόωρη αντιμετώπισή του, σωματικών και ψυχολογικών προβλημάτων που μπορεί να εκδηλωθούν στην παιδική ηλικία και στην αργότερη ζωή τους. Η θεραπευτική συνεργασία με την οικογένεια, που περιλαμβάνει τα παιδιά σε θεραπευτικές συνεδρίες ακόμη και όταν είναι ανήλικα είναι ένα χρήσιμο και απαραίτητο θεραπευτικό εργαλείο για να ενισχυθούν τα προγράμματα πρόληψης που απευθύνονται σε παιδιά εξαρτημένων.

Οι συνέπειες στον / στην σύζυγο, που συχνά εμφανίζουν οι σύζυγοι των αλκοολικών, παρουσιάζουν με τη σειρά τους μια σειρά σωματικών και ψυχολογικών προβλημάτων. Ένα συχνό φαινόμενο είναι η βίαιη συμπεριφορά του εξαρτημένου προς τα μέλη της οικογένειας, όπως και η βίαιη συναλλαγή στις συζυγικές σχέσεις, η ενδο-οικογενειακή βία και η επιθετική συμπεριφορά, λεκτική ή σωματική. Η στάση του/ της συζύγου προς τον/την εξαρτημένο/εξαρτημένη έχει σημαντική επίδραση στην ενίσχυση της αποχής από το αλκοόλ μετά τη θεραπεία. Τα επικριτικά σχόλια εκ μέρους του/της συζύγου συνδέονται σημαντικά με τη συχνότητα υποτροπών όσο επικριτικά είναι τα σχόλια τόσο δυσχεραίνει η επικοινωνία των συζύγων.



Ο ρόλος της οικογένειας στην κοινωνικοποίηση του εξαρτημένου

Η πίεση που ασκεί η οικογένεια ώστε το εξαρτημένο άτομο να αντιμετωπίσει το πρόβλημα και να ζητήσει βοήθεια είναι σημαντική. Πολύ μεγάλη σημασία πρέπει να δοθεί στο κίνητρο που η οικογένεια θέλει την αλλαγή του εξαρτημένου. Αρκετοί ερευνητές έχουν ασχοληθεί με την οργάνωση και την αξιολόγηση προγραμμάτων, που αξιοποιούν τη βοήθεια των συγγενών κυρίως του/της συζύγου του αλκοολικού και την κινητοποίηση του εξαρτημένου ατόμου για αναζήτηση θεραπείας, δεδομένου ότι ένα μεγάλο ποσοστό εξαρτημένων δεν απευθύνονται στα προγράμματα για βοήθεια, είναι φανερό η τεράστια σημασία του/της συζύγου και συγγενών ως προς αυτά. Η οικογενειακή ψυχοθεραπεία είναι ένας τρόπος προσέγγισης στην οποία ένας ή περισσότεροι ψυχοθεραπευτές συνεργάζονται με ποικίλους συνδυασμούς με τα μέλη της οικογένειας, με αποτέλεσμα να αλλάξει ο τρόπος επικοινωνίας που αυτό συνδέεται με μείωση της επίλυσης προβλημάτων.

Ο θεραπευτής συνοδεύει και ενθαρρύνει την οικογένεια στις αλλαγές ρόλων, συμπεριφορών και σχέσεων που αναπόφευκτα ακολουθούν τη μόνιμη νηφαλιότητα.

Επίσης μεγάλη έμφαση πρέπει να δοθεί στην εκπαίδευση και τη συνεχόμενη ενημέρωση των επαγγελματιών υγείας τόσο στον τομέα των εξαρτήσεων όσο της πρωτοβάθμιας φροντίδας με στόχο:

- α) την έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση αυτών που παρουσιάζουν εξάρτηση από το αλκοόλ
- β) την ανάπτυξη δεξιοτήτων επικοινωνίας για την στήριξη των συγγενών
- γ) τη μέγιστη αξιοποίηση όλων των πηγών βοήθειας που είναι διαθέσιμες στην οικογένεια και την κοινωνία

Δείτε βιβλιογραφία σελίδα 253

Ερωτήσεις σχετικά με τον αλκοολισμό

ΕΙΝΑΙ Ο ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑ;

Ναι, ο αλκοολισμός είναι ασθένεια. Ο διακαής πόθος που αισθάνεται ο αλκοολικός για το ποτό μπορεί να είναι τόσο δυνατός, όσο δυνατή είναι η ανάγκη για φαγητό ή νερό και επιπλέον ο αλκοολικός θα συνεχίσει να πίνει άσχετα αν αυτό του προκαλεί σημαντικά οικογενειακά, ή νομοθετικά προβλήματα, ακόμα και σημαντικά προβλήματα υγείας.

Όπως πολλές άλλες ασθένειες, ο αλκοολισμός είναι χρόνιος, που σημαίνει ότι διαρκεί σε όλη την ζωή του ατόμου, συνήθως ακολουθεί μια προδιαγραμμένη πορεία και έχει συμπτώματα. Το ρίσκο για να αναπτύξει κάποιος αλκοολισμό, επηρεάζεται από τα γονίδια του ατόμου και από τον τρόπο ζωής του.

Ο ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΣ ΕΙΝΑΙ ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΟΣ;

Η έρευνα έχει αποδείξει ότι ο κίνδυνος ανάπτυξης αλκοολισμού, διακατέχεται στις οικογένειες με ιστορικό αλκοολισμού. Τα γονίδια που κληρονομεί ένα άτομο εξηγούν κατά κάποιο τρόπο το φαινόμενο αυτό, αλλά ο τρόπος ζωής αποτελεί επίσης ένα σημαντικό παράγοντα. Τελευταίως οι ερευνητές προσπαθούν να εντοπίσουν ποιά συγκεκριμένα γονίδια τοποθετούν τους ανθρώπους σε υψηλό κίνδυνο πρόκλησης αλκοολισμού.

Οι φίλοι μας, το στρες στην ζωή μας και πόσο εύκολη πρόσβαση έχουμε στο αλκοόλ αποτελούν επίσης σημαντικούς παράγοντες.

Αλλά θυμηθείτε: Κίνδυνος δεν σημαίνει πεπρωμένο.

Το γεγονός ότι υπάρχει προΐστορία αλκοολισμού στην οικογένεια, δεν σημαίνει αυτόματα ότι το παιδί ενός αλκοολικού γονιού, θα γίνει αλκοολικό. Πολλοί άνθρωποι αναπτύσσουν αλκοολισμό χωρίς κανένα ιστορικό τέτοιο.

Με την ίδια έννοια, δεν γίνονται αλκοολικά όλα τα παιδιά μιας αλκοολικής οικογένειας. Γνωρίζοντας όμως ότι ο κίνδυνος ανάπτυξης αλκοολισμού υπάρχει στις οικογένειες με ιστορικό, είναι σημαντικό για να προστατέψει κανείς το εαυτό του και να λάβει τα μέτρα του σχετικά με το αλκοόλ.

ΜΠΟΡΕΙ Ο ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΣ ΝΑ ΙΑΤΡΕΥΤΕΙ;

Όχι, ο αλκοολισμός σ' αυτή την φάση δεν μπορεί να ιατρευτεί. Ακόμα κι αν ένας αλκοολικός δεν έχει πιεί για μεγάλο χρονικό διάστημα, μπορεί να υποτροπιάσει. Το να μην πίνει, είναι η ασφαλέστερη πορεία για τους περισσότερους ανθρώπους με αλκοολισμό.

Αλκοολισμός και προσδόκιμο ζωής



Νέα μελέτη δείχνει ότι οι άνθρωποι που είναι εξαρτημένοι από το αλκοόλ και ιδιαίτερα οι γυναίκες, μειώνουν σημαντικά το προσδόκιμο της ζωής τους.

Για τη μελέτη οι ερευνητές συνέλεξαν στοιχεία από 4.000 άνδρες και γυναίκες οι οποίοι παρακολούθηθηκαν για διάρκεια 14 ετών. Μεταξύ αυτών των ατόμων, 153 ταυτοποιήθηκαν ως εξαρτημένοι από το αλκοόλ.

Οι ερευνητές διαπίστωσαν ότι τα ποσοστά θανάτου που οφείλονται στην εξάρτηση από το αλκοόλ ήταν 4,6 φορές υψηλότερα μεταξύ των γυναικών και 1,9 φορές υψηλότερα μεταξύ των ανδρών, σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό ίδιας ηλικίας και φύλου. Επιπλέον, βρέθηκε ότι η μέση ηλικία θανάτου ήταν τα 60 έτη για τις γυναίκες και τα 58 έτη για τους άνδρες, διαφορά περίπου 20 ετών δηλαδή από τη μέση ηλικία θανάτου του γενικού πληθυσμού.

Οι ερευνητές σημείωσαν ότι το ποτό φαίνεται να συμβάλλει περισσότερο στον πρόωρο θάνατο συγκριτικά με άλλους παράγοντες κινδύνου όπως το κάπνισμα. Οι θάνατοι από το κάπνισμα σχετίζονται κυρίως με τον καρκίνο που μπορεί να εμφανιστεί κάποια στιγμή στη ζωή των καπνιστών. Η εξάρτηση από το αλκοόλ είναι περισσότερο επικίνδυνη, καθότι συνδέεται πολλές φορές και με άλλους παράγοντες κινδύνου όπως το κάπνισμα και την παχυσαρκία.

Οι άνθρωποι που είναι εξαρτημένοι από το αλκοόλ έχουν συνήθως μειωμένη ικανότητα σκέψης και θέλησης προς έναν υγιή τρόπο ζωής και γι' αυτό χρειάζονται άμεσα το στήριγμα και τη βοήθεια μας.



ΨΥΧΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ

Ο αλκοολισμός προκαλεί και ψυχικές επιπτώσεις εκτός από τις σωματικές στην ανθρώπινη υγεία. Οι αλκοολικοί συχνά εμφανίζουν καταθλιπτικές και αυτοκαταστροφικές τάσεις. Άνθρωποι με πρόβλημα αλκοολισμού σαφώς καταλήγουν να έχουν μία σχιζοφρενική, συναισθηματική ή αγχώδης διαταραχή.

Ο αλκοολισμός και η χρήση ουσιών αποτελούν σημαντικούς παράγοντες επικινδυνότητας για αυτοχειρία. Μετά από έρευνες έδειξαν ότι ο αλκοολισμός αποτελεί ένα παράγοντα επικινδυνότητας σε ποσοστό 30% των αυτοκτονιών που πραγματοποιήθηκαν.

Σύμφωνα με στοιχεία που καταγράφονται στις ΗΠΑ, το 15% των ατόμων που κάνουν χρήση αλκοόλ φτάνουν στην αυτοκτονία.

Στην Ελλάδα, η συχνότητα των καταγεγραμμένων αυτοκτονιών (πολλές δεν καταγράφονται) αγγίζει μία την ημέρα, σύμφωνα πάντα με την Εθνική Στατιστική Υπηρεσία. Οι περισσότερες επιτυχημένες αυτοκτονίες αφορούν άνδρες με ιστορικό κατάθλιψης μετά τα 60. Εξαιρετικά μεγάλη συσχέτιση υπάρχει στην αυτοκτονία και στο οικογενειακό ιστορικό.

Οι κυριότεροι παράγοντες που αυξάνουν την πιθανότητα μιας απόπειρας αυτοκτονίας είναι η κατάθλιψη και άλλες ψυχικές διαταραχές, η κατάχρηση αλκοόλ και η χρήση ουσιών. Η συχνότητα μιας πιθανής απόπειρας αυτοκτονίας μεταξύ ουσιοεξαρτημένων είναι 5 φορές υψηλότερη σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό.

Κατά το χρονικό διάστημα των μηνών που προηγούνται της απόπειρας, ή της αυτοκτονίας, οι χρήστες ουσιών συχνά επισκέπτονται γιατρό ή νοσηλεύονται σε κλινικές λόγω ψυχιατρικών προβλημάτων. Θεραπεύοντας όμως τα προβλήματα χρήσης η ουσιοεξάρτηση των ατόμων αυτών, καθώς και άλλα ενδεχόμενα ψυχιατρικά προβλήματα όπου αντιμετωπίζουν, υπάρχει σημαντική πιθανότητα τα άτομα αυτά να βρεθούν αποτελεσματικά και να ξεπεράσουν την επιθυμία να πεθάνουν.

Το να προβλέψει κανείς ποιος θα αυτοκτονήσει παραμένει δύσκολο εγχείρημα ακόμα και σε ομάδες υψηλού κινδύνου όπως είναι οι χρήστες.

Ίσως όμως θα μπορούσαμε να λέμε ότι πιθανώς θα μπορούμε να μειώσουμε τον κίνδυνο αυτοκτονίας που διατρέχει ένα άτομο που ανήκει σε ομάδα υψηλού κινδύνου μόνο εάν εξασφαλίζαμε την παροχή κατάλληλης ψυχιατρικής θεραπείας με παράλληλη ενίσχυση και στη βοήθεια της οικογένειας.



ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

A. ΣΚΟΠΟΣ

Δεδομένου, λοιπόν, του υψηλού ποσοστού ψυχικών διαταραχών που συνοδεύουν τον αιθυλισμό (κατάθλιψη, διακύμανση του συναισθήματος κτλ), καθώς και της έκπτωσης των νοητικών ικανοτήτων, σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν η διερεύνηση της ψυχικής και ψυχοκοινωνικής κατάστασης ομάδας ασθενών με κατάχρηση αλκοόλ του ελληνικού πληθυσμού στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Λάρισας. Η διενέργεια της εργασίας έγινε με τη χρήση συγκεκριμένων ερωτηματολογίων σταθμισμένων για τον ελληνικό πληθυσμό, καθώς και παραμέτρων όπως δημογραφικά στοιχεία, ιατρικό ιστορικό, ιστορικό νόσου κτλ, τα οποία θα αναλυθούν εκτενέστερα παρακάτω.

Η μελέτη ήταν τύπου χρονικής στιγμής (cross sectional study).

B. ΑΤΟΜΑ ΚΑΙ ΕΘΟΣ

1) Πληθυσμός:

Στην παρούσα εργασία συμπεριλήφθηκαν 63 εσωτερικοί ασθενείς με προβλήματα αιθυλισμού, κάτοικοι διαφορετικών νομών. Περισσότερο όμως Θεσσαλίας και Φθιώτιδας. Κατόπιν συνεννόησης για το χρόνο συνάντησης, λήφθηκε προφορική συγκατάθεση των ασθενών και διασφαλίστηκε η ανωνυμία της συνέντευξης. Η λήψη των συνεντεύξεων έγινε στην Γαστρεντερολογική Κλινική του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Λάρισας.

Ο χρόνος συμπλήρωσης των δημογραφικών στοιχείων και των ερωτηματολογίων για τον κάθε ασθενή διαρκούσε περίπου 15' - 30'. Συμπεριλήφθηκαν στη μελέτη ασθενείς που λόγω σοβαρής σωματικής

δυσλειτουργίας αδυνατούσαν να απαντήσουν σε κάποιες ερωτήσεις. Η λήψη του δείγματος έγινε κατά το χρονικό διάστημα Φεβρουάριος 2014 - Μάρτιος 2015.

2) Ερευνητικό πρωτόκολλο και μέθοδοι:

Το ερευνητικό πρωτόκολλο αποτελούνταν από 3 ερωτηματολόγια. Ένα ειδικά κατασκευασμένο ερωτηματολόγιο για τα δημογραφικά στοιχεία(ψυχολογική συνέντευξη), την κλίμακα Mini Mental State Examination και το ερωτηματολόγιο Q.P.Pichot.

Στα δημογραφικά στοιχεία καταγράφηκαν το φύλο, η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση (άγαμος, έγγαμος, διαζευγμένος, χήρος, εν διαστάσει), ο αριθμός παιδιών, η εκπαίδευση (σε έτη σπουδών), το επάγγελμα (δημόσιος υπάλληλος, ιδιωτικός υπάλληλος, ελεύθερος επαγγελματίας, συνταξιούχος, άνεργος, οικιακά) και ο τόπος μόνιμης διαμονής, λόγος παραπομπής, ιστορικό, σημερινή κατάσταση υγείας κ.ά.

Το ιατρικό ιστορικό αφορούσε την ύπαρξη συνυπάρχουσας σωματικής νόσου, τη χρήση άλλων φαρμάκων (εκτός αυτών που αφορούν την πάθηση) και το ιστορικό του ασθενούς σχετικά με τη ψυχική του υγεία.

Το ιστορικό νόσου είχε στοιχεία σχετικά με την πρώτη εκδήλωση της αιματέμεσης, κίρσορραγίας, αιμορραγίας, μέλαινες κενώσεις κ.ά., τις νοσηλείες, τη συχνότητα επισκέψεων στο γιατρό, την αγωγή που ακολουθείται και κατά πόσο αυτή έχει βελτιώσει τα συμπτώματα, τον αριθμό υποτροπών τα τελευταία δύο χρόνια, καθώς και στοιχεία σχετικά με την τελευταία υποτροπή.

Η συνέντευξη ξεκινούσε με την ενημέρωση για τη φύση της μελέτης και τη λήψη προφορικής συγκατάθεσης, τη συμπλήρωση των δημογραφικών στοιχείων, του ιατρικού ιστορικού και του ιστορικού νόσου με τη συμμετοχή και του ερευνητή και τελείωνε με τη συμπλήρωση των αυτοσυμπληρούμενων κλιμάκων από τον ασθενή.

Η Σύντομη Εξέταση της Νοητικής Κατάστασης (Mini Mental State Examination), αποτελεί ένα σύντομο και ευκολόχρηστο εργαλείο για την εκτίμηση νευρογνωσιακών ελλειμμάτων σε ενήλικες. Ελέγχει 10

διαφορετικά στοιχεία της νοητικής κατάστασης τα οποία είναι ο προσανατολισμός, η μνημονική καταγραφή, η συγκέντρωση / δυνατότητα αριθμητικών πράξεων, η ανάκληση, η κατονομασία, η επανάληψη, η εκτέλεση εντολής τριών σταδίων, η αντίδραση, η αυτόματη γραφή και η αντιγραφή. Η επίδοση σε κάθε ένα από αυτά βαθμολογείται και το άριστο σκορ είναι 30. Το όριο της βαθμολογίας (cut off) για το τεστ αυτό είναι 23/24.

Γ. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Περιγραφή των βασικών δημογραφικών χαρακτηριστικών του δείγματος:

α) Φύλο, ηλικία

Ο πληθυσμός της ομάδας έρευνας αποτελείται από 63 ασθενείς εκ των οποίων 61 άνδρες και 2 γυναίκες (ποσοστά 96% άνδρες και 4% γυναίκες), με μέση ηλικία 62 ετών.

β) Οικογενειακή κατάσταση, αριθμός παιδιών

Οι άγαμοι αποτέλεσαν το 27,1% του δείγματος, ενώ ακολούθησαν οι έγγαμοι με ποσοστό 58,7%, οι διαζευγμένοι με ποσοστό 4,7% και τέλος οι χήροι με 9,5%.

Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος 46% είχε δύο παιδιά, ενώ το 28,5 δεν είχε παιδιά, το 17,5% τρία παιδιά, το 4,7% ένα παιδί και το 3,2% από 4 παιδιά και πάνω.

γ) Σπουδές

Η πλειοψηφία των ασθενών είναι απόφοιτοι δημοτικού με ποσοστό 38%. Το 23,8% έχει τελειώσει το λύκειο, το 11,1% έχει τελειώσει το γυμνάσιο και το υπόλοιπο 27,1% έχουν τελειώσει ΑΕΙ - ΤΕΙ.

δ) Τόπος μόνιμης διαμονής

Η μεγάλη πλειοψηφία των ασθενών, 49,2%, μένει στη Λάρισα και στα περίχωρα, το 9,6% στο Βόλο, το 1,5% στην Καλαμπάκα, το 7,9% στην Καρδίτσα, το 22,2% στη Λαμία και το 9,6% στα Τρίκαλα.

1) Τρόπος ζωής

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών βρίσκεται σε μέτρια οικονομική κατάσταση. Το μόνο που τους ενδιέφερε ήταν η καλή ζωή και η κατανάλωση μεγάλης ποσότητας αλκοόλ. Επίσης από τους 63 ασθενείς μόνο οι 10 ήταν φανατικοί καπνιστές.

2) Περιγραφή των βασικών στοιχείων του ιατρικού και ψυχιατρικού ιστορικού

Οικογενειακό Ιατρικό ιστορικό

25 από τους ασθενείς έχουν οικογενειακό ιστορικό. Κάποιες από τις παθήσεις είναι κατάθλιψη με κάποιοι να παρακολουθούνται από ψυχίατρο ή έχουν μπει σε κάποια ψυχιατρική κλινική, σχιζοφρένεια, αλκοολισμός κ.ά.

3) Ιατρικές εξετάσεις

Κατά την εισαγωγή των ασθενών στο Νοσοκομείο, εξετάζεται από γιατρό ο οποίος θα αποφασίζει ποιες θα είναι οι εξετάσεις που θα περάσει ο κάθε ασθενής. Στην προκειμένη περίπτωση, όπου οι περισσότεροι εισήχθησαν με αιματέμεση ή αλκοολική κίρρωση ή μέλαινες κενώσεις χρειάστηκε να κάνουν γαστροσκόπηση. Σε κάποιες περιπτώσεις βρέθηκαν κισοί οισοφάγου, κισοραγία, οισοφαγίτιδα, ελκοπάθεια άντρου - βολβού κ.ά.

4) Φαρμακευτική αγωγή

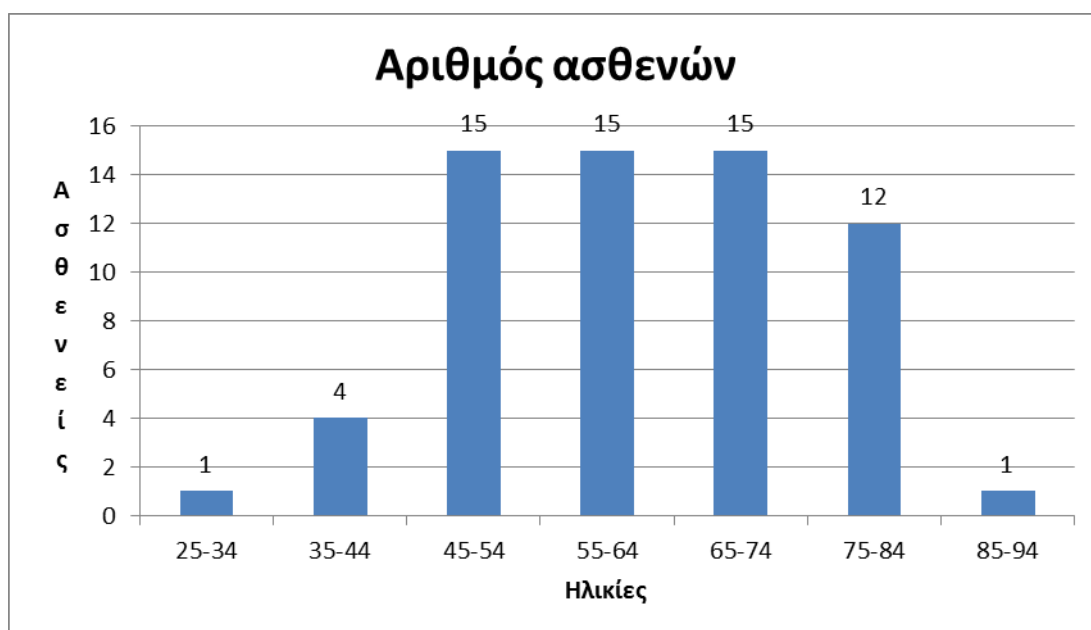
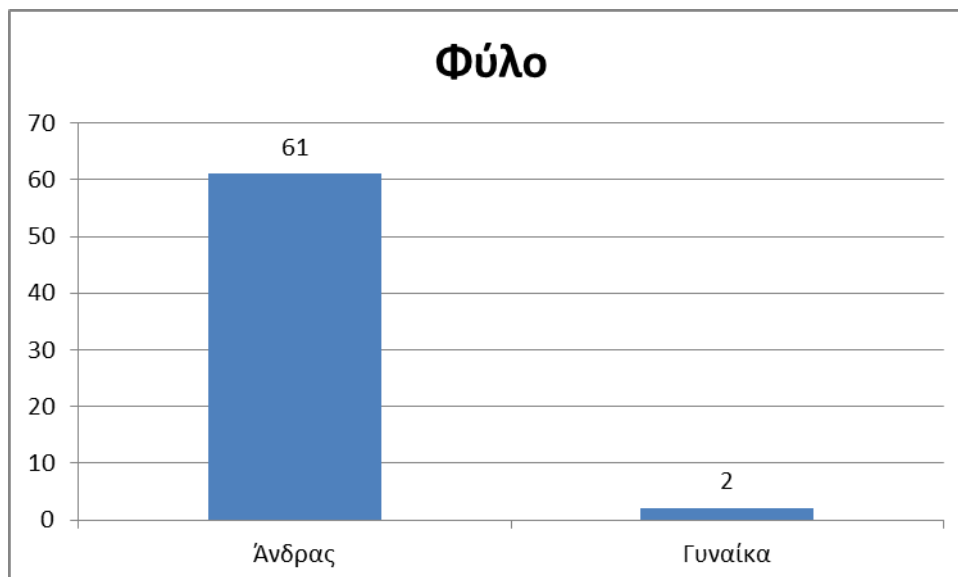
Σχεδόν σε όλους τους ασθενείς χορηγείται inderal, lasix, aldactone, adoperideine, stedon.

5) Θάνατοι

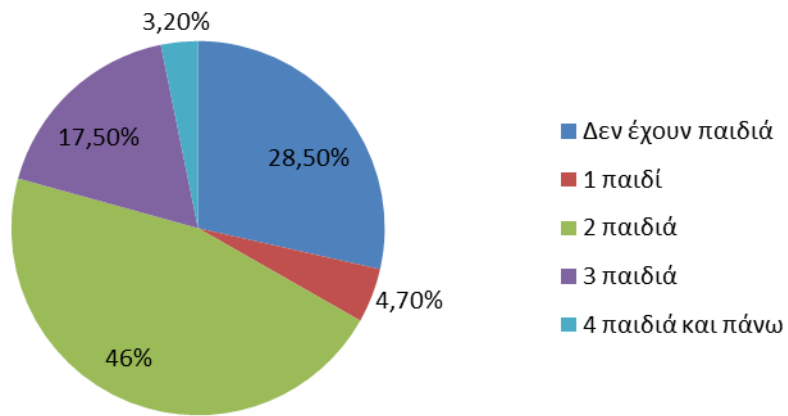
Από τους 63 ασθενείς, και μετά από εισαγωγή στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Λάρισας, απεβίωσαν 4 ασθενείς.

ΓΡΑΦΗΜΑΤΑ

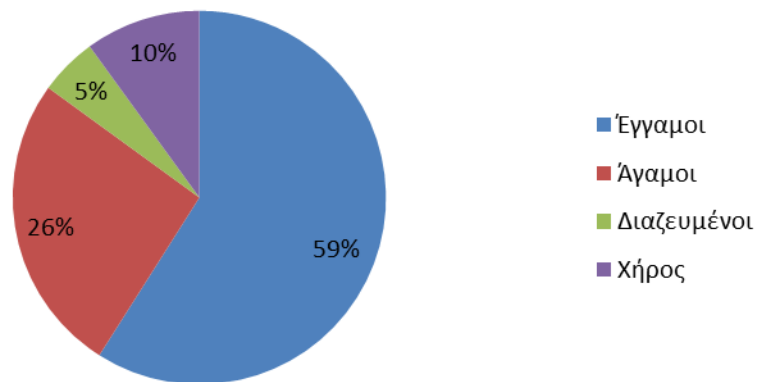
Τα παρακάτω γραφήματα προκύπτουν από το ερωτηματολόγιο "Ψυχολογική Συνέντευξη". Το δείγμα φαίνεται μετά από τα γραφήματα.



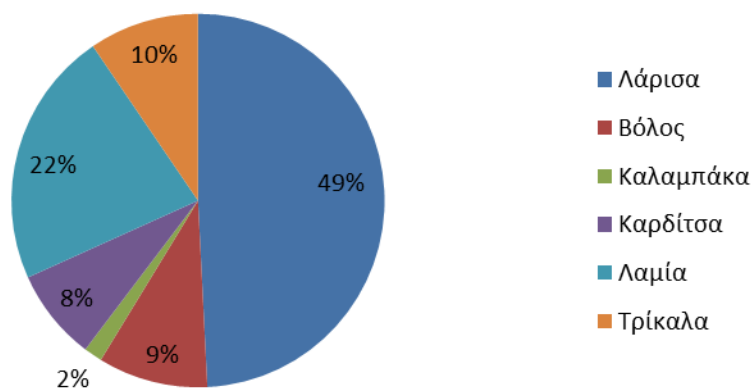
Παιδιά



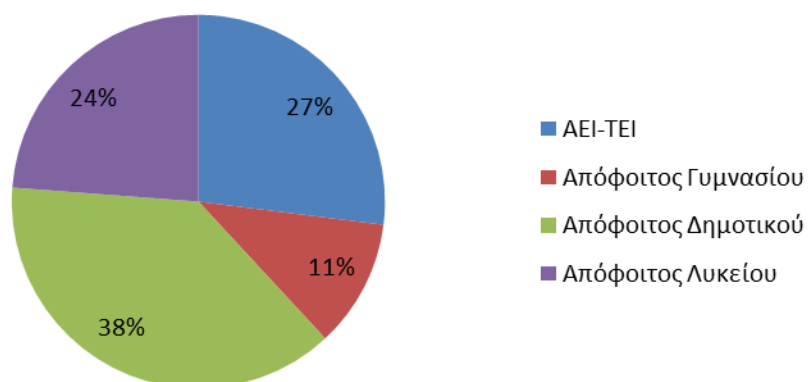
Οικογενειακή Κατάσταση



Τόπος Καταγωγής



Μορφωτικό Επίπεδο



Δείγμα ερωτηματολογίου "Ψυχολογική Συνέντευξη"

ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ

Όνοματεπώνυμο:

Ημερομηνία εξέτασης:

Ημερομηνία εισαγωγής:

Διάγνωση:

1. Δημογραφικά στοιχεία εξεταζόμενου

Ηλικία:

Φύλο:

Μορφωτικό επίπεδο:

Επάγγελμα:

Οικογενειακή κατάσταση:

Έγγαμος/ η

Άγαμος/ η

Διαζευγμένος/ η

Χήρος/ α

Ηλικία συζύγου:

Μορφωτικό επίπεδο συζύγου:

Επάγγελμα συζύγου:

Παιδιά:

Οικονομική κατάσταση:

Καταγωγή:

Γενική υγεία:

Κοινωνική ζωή:

Σχέση με σύζυγο/ σύντροφο

Ευρύτερες οικογενειακές σχέσεις

Σχέση με φίλους

Ψυχαγωγικές δραστηριότητες, ενδιαφέροντα, χόμπι:

2. Λόγος Παραπομπής

Λόγος παραπομπής- περιγραφή προβλήματος:

Ποπή παραπομπής:

Λόγος που κληθεί να διατάξει τη γαμή:

Ιστορικό του παρόντος προβλήματος (έναρξη, προηγηθέντα γεγονότα) :

1. Οικονομική κατάσταση

Οικονομική κατάσταση:

ΜΣΔη

Συνολικά γνήσια:

Οικονομική κατάσταση γνήσιων:

α γνήσιων

Ένταση και διάρκεια:

Σημεία

Επιπτώσεις γνήσιων:

Πρόσφατα

Προηγούμενες παρεμβάσεις:

Εκπαιδευτικό-οικονομικό οικογενειακό ιστορικό (προέλευση):

Προηγούμενοι διαταγμοί για την παρέμβαση:

Πηγή παραπομπής:

Λόγος που αιτείται βοήθεια τώρα:

Φάρμακα:

3. Οικογενειακό ιστορικό

Οικογενειακή σύνθεση:

Μέλη

Σειρά γέννησης

Οικογενειακή κατάσταση γονέων:

Εγγαμοί

Διαζευγμένοι

Χήροι

Επάγγελμα γονέων:

Πατέρας

Μητέρα

Κοινωνικο-οικονομικό οικογενειακό ιστορικό (προέλευση):

Οικογενειακό ψυχιατρικό ιστορικό:

Σημερινή κατάσταση υγείας γονέων:

Σημερινές οικογενειακές σχέσεις:

4. Προσωπικό ιστορικό

Παιδική ηλικία 6-13 ετών (προσαρμογή στο σχολείο, σχέσεις με γονείς-συνομηλίκους, σημαντικές αλλαγές στη ζωή του):

Εφηβεία (13- 20 ετών):

Ενήλικη ζωή:

Επαγγελματική απασχόληση

Διαπροσωπικές σχέσεις

Γάμος/ σεξουαλική ζωή

Οικονομική σταθερότητα

Ικανοποίηση με στόχους ζωής

5. Ιατρικό ιστορικό:

6. Υπόλοιποι τομείς

Χρήση ναρκωτικών:

Προβλήματα με το Νόμο:

Αναμνήσεις:

η πιο ευχάριστη:

η πιο δυσάρεστη:

Φόβοι:

MINI MENTAL EXAMINATION

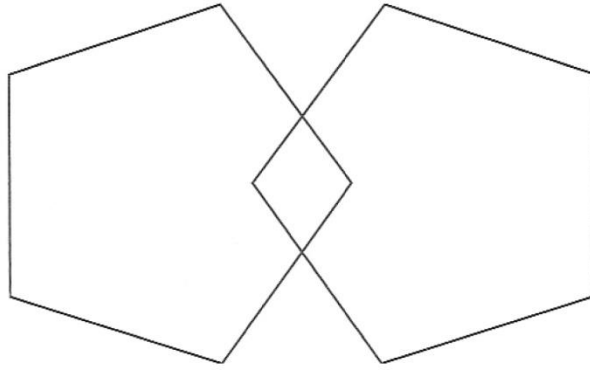
Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο αποτελείται από 30 ερωτήσεις και το παρουσιάζουμε παρακάτω:

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ :

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ : / /

MINI-MENTAL STATE EXAMINATION Σύντομη Εξέταση της Νοητικής Κατάστασης

01. Προσανατολισμός					
Ποιά είναι η ημερομηνία; Τσεκάρτε τις σωστές απαντήσεις	Ημέρα	Ημερ/νία ημέρας	Μήνας	Έτος	Εποχή
Που βρισκόμαστε; Τσεκάρτε τις σωστές απαντήσεις	Όνομα ή διεύθυνση	Όροφος	Πόλη	Νομός	Χώρα
02. Εγχώραξη					
Θα ονομάσω τρία αντικείμενα. Όταν τελειώσω, θα σας ζητήσω να τα επαναλάβετε. Να θυμάστε ποια είναι γιατί θα σας ξαναρωτήσω σε λίγο. Τσεκάρτε τα αντικείμενα που είναι σωστά με την ΠΡΩΤΗ προσπάθεια, εάν γίνει κάποιο λάθος στην πρώτη προσπάθεια, επαναλάβετε όλα τα ονόματα έως ότου ο ασθενής τα μάθει και τα τρία.	Αριθ. Επαναλήψεων	Μπάλα	Σημεία	Δέντρο	
03. Προσοχή και ικανότητα υπολογισμών					
Αφαίρεση	Τώρα θα ήθελα να αφαιρέσετε το 7 από το 100. Από αυτόν τον αριθμό αφαιρέστε άλλα 7. Συνεχίστε τις αφαιρέσεις κατά 7, μέχρι να σας πω να σταματήσετε. Καταχωρήστε ως σωστή μία απάντηση κάθε φορά που η διαφορά είναι 7, ακόμη κι αν η προηγούμενη απάντηση είναι λάθος.	Καταγραφή απάντησης	Σωστό		
		93			
		86			
		79			
		72			
		65			
Απόδοση λέξης	Συλλαβίστε τη λέξη "πέτρα" ανάποδα ("ΑΡΤΕΡ") Καταχωρίστε ως σωστό μόνον εάν τα γράμματα είναι με την σωστή σειρά Και οι δύο δοκιμές πρέπει να ολοκληρωθούν. Η τελική βαθμολόγηση (σωστές απαντήσεις) για αυτήν την ενότητα είναι η ΥΨΗΛΟΤΕΡΗ εκ των δύο (Αφαίρεση ή Απόδοση λέξης)				
04. Ανάκληση					
Ποιά είναι τα τρία αντικείμενα που σας ζητήσα να θυμάστε;		Μπάλα	Σημεία	Δέντρο	
05. Γλώσσα					
Ονομασία	Δείξτε δύο αντικείμενα (ρολόι, μολύβι) και ρωτήστε "Πως ονομάζεται αυτό το αντικείμενο;"	Ρολόι	Μολύβι		
Επανάληψη	Πρόκειται να πω κάτι και θα ήθελα να το επαναλάβετε μετά από εμένα: "Όχι αν, και ή αλλά" (Επιτρέπεται μία επανάληψη)				
Εντολές	Δώστε καθαρές οδηγίες με την πρώτη. "Θα σας δώσω ένα κομμάτι χαρτιού. Πάρτε το χαρτί με το δεξί σας χέρι, διπλώστε το στη μέση και ακουμπήστε το στο πάτωμα". Αφού δώσετε στον ασθενή το χαρτί, επαναλάβετε την εντολή. Βαθμολογήστε ως σωστό, εάν οι εργασίες έγιναν με την σωστή σειρά.	Δεξί χέρι	Δίπλωμα	Στο πάτωμα	
Ανάγνωση	Δείξτε την κάρτα που γράφει "Κλείστε τα μάτια σας" και ζητήστε από τον ασθενή να ακολουθήσει την οδηγία.				
Γραφή	Υποδείξτε στον ασθενή το τέλος της σελίδας σχεδίου (επόμενη σελίδα) και ζητήστε του να γράψει μία οποιαδήποτε ολοκληρωμένη πρόταση. Κατόπιν ζητήστε από τον ασθενή να σας πει τι έγραψε. Η ορθογραφία και η γραμματική δεν είναι σημαντικά. Η πρόταση θα πρέπει να έχει ένα υποκείμενο (ή αυτό να υπονοείται) και ένα ρήμα.				
Αντιγραφή	Υποδείξτε στον ασθενή την επόμενη σελίδα και πείτε "Αντιγράψτε αυτό το σχέδιο". Κάθε πεντάγωνο, θα πρέπει να έχει 5 πλευρές και 5 καθαρές γωνίες και η τομή τους να σχηματίζει ένα ρόμβο.				



Συνολική βαθμολόγηση :
(Ένας βαθμός για κάθε σωστή απάντηση)

Μετά από ανάλυση των δεδομένων των ερωτηματολογίων τα αποτελέσματα έχουν ως εξής:

Βαθμίδα	Τιμή
0-9	30
10-19	19
20-24	0
25-30	2
Δεν είναι σε θέση να απαντήσουν	12
Σύνολο	63

Τα αποτελέσματα βγαίνουν με την βοήθεια των παρακάτω πινάκων:

Σκορ	Βαθμός βλάβης	Τυπική ψυχομέτρηση	Μέρα με τη μέρα λειτουργίες
25-30	Αμφισβητήσιμων σημαντική	Εάν υπάρχουν σημαντικά συμπτώματα νοηματικής έκπτωσης, η επίσημη αξιολόγηση της γνωστικής λειτουργίας μπορεί να είναι πολύτιμη.	Μπορεί να έχει κλινικά σημαντική παρακολούθηση, αλλά ήπια ελλείμματα. Ενδέχεται να επηρεάσουν μόνο πιο απαιτητικές δραστηριότητες της καθημερινής ζωής.
20-24	Ήπια	Η επίσημη αξιολόγηση μπορεί να είναι χρήσιμη για τον προσδιορισμό καλύτερης μορφής και έκταση των	Σωματική επίδραση. Μπορεί να απαιτούν κάποια επίβλεψη, υποστήριξη και βοήθεια.

		ελλειμμάτων.	
10-19	Μέτρια	Η επίσημη αξιολόγηση μπορεί να είναι χρήσιμη αν υπάρχει συγκεκριμένες κλινικές ενδείξεις.	Σαφή δυσλειτουργία. Μπορεί να απαιτείται 24ωρη παρακολούθηση.
0-9	Σοβαρή	Ο ασθενής δεν μπορεί να απαντήσει στο τεστ.	Σοβαρή βλάβη. Πιθανόν να χρειάζεται 24ωρη παρακολούθηση και βοήθεια με την ADL.

Πίνακας 1

Οπότε σύμφωνα με τον Πίνακα 1 τα συμπεράσματα είναι:

Το μεγαλύτερο ποσοστό με 30 ασθενείς, που ο βαθμός κυμαίνεται από 0-9, η κατάσταση είναι σοβαρή. Από τις 30 ερωτήσεις που είχε το τεστ, κατάφεραν να απαντήσουν πολύ λίγες. Συμπερασματικά αυτό μας δείχνει ότι είχαν κάποιου είδους κατάθλιψη και άνοιας. Στη συνέχεια από 10-19 ερωτήσεις απάντησαν 19 ασθενείς.

Από 20-24 δεν απάντησε κανένας ασθενής.

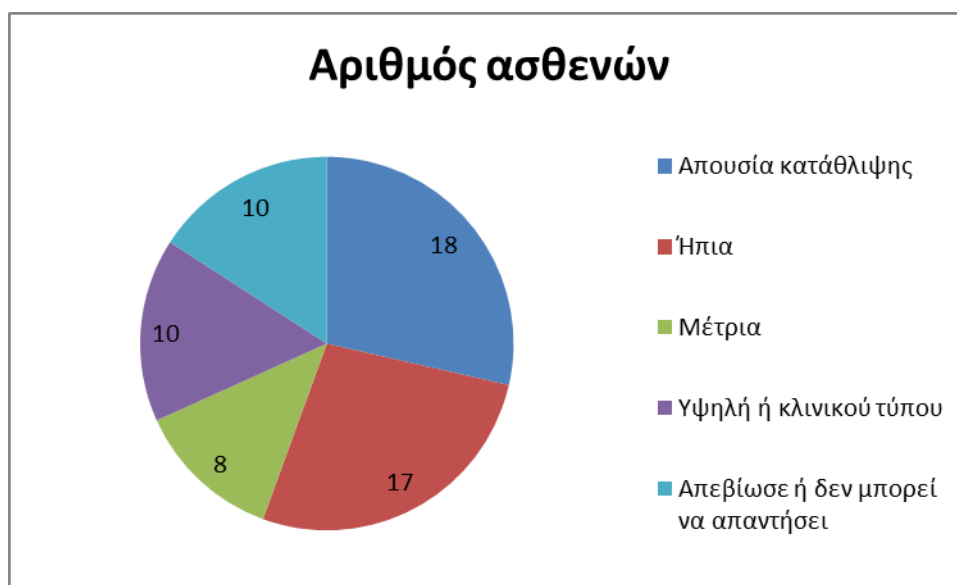
Από 25-30, δηλαδή απάντησαν σχεδόν σε όλες τις απαντήσεις σωστά είχαμε μόνο 2 ασθενείς.

Τέλος, οι 12 ασθενείς δεν ήταν σε θέση να απαντήσουν στο ερωτηματολόγιο λόγω ότι βρισκόταν σε καταστολή, λόγω θανάτου ή λόγω αντίδρασης.

Σύμφωνα με το ερωτηματολόγιο του Pichot, ο ασθενής θα πρέπει να απαντήσει ανάμεσα σε 52 ερωτήσεις αρνητικού περιεχομένου. Αν ασθενής απαντήσει τις περισσότερες ΣΩΣΤΕΣ απαντήσεις, τότε σημαίνει ότι πάσχει από κατάθλιψη.

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι από τους 63 ασθενείς:

Μονάδα	Τιμή κατάθλιψης	Αριθμός ασθενών
0-9	Απουσία κατάθλιψης	18
10-20	Ήπια	17
21-30	Μέτρια	8
31-52	Υψηλή ή κλινικού τύπου	10
-	Απεβίωσε ή δεν μπορεί να απαντήσει	10



Συμπερασματικά, αρκετοί ασθενείς δέχτηκαν να απαντήσουν στις ερωτήσεις άλλοι πάλι ήταν εντελώς αντίθετοι και αντιδραστικοί. Αλλά με βάση τα αποτελέσματα το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών πάσχει από κατάθλιψη.



Δείγμα ερωτηματολογίου Q.P.PICHOT

- | | | |
|--|-------|-------|
| 1. Τελευταία, έχω δυσκολία να πάρω μπρος. | ΣΩΣΤΟ | ΛΑΘΟΣ |
| 2. Είμαι υποχρεωμένος να ρωτώ τους άλλους τι πρέπει να κάνω. | ΣΩΣΤΟ | ΛΑΘΟΣ |
| 3. Πέτυχα λιγότερο στην ζωή μου σε σχέση με την πλειοψηφία των ανθρώπων. | ΣΩΣΤΟ | ΛΑΘΟΣ |
| 4. Αυτήν την περίοδο παραμελώ τον εαυτό μου. | ΣΩΣΤΟ | ΛΑΘΟΣ |
| 5. Εχω την εντύπωση ότι έχω ένα κόμπο στον λαιμό. | ΣΩΣΤΟ | ΛΑΘΟΣ |
| 6. Εχω δυσκολία να αποφύγω τις άσχημες σκέψεις που μου περνούν από το μυαλό. | ΣΩΣΤΟ | ΛΑΘΟΣ |
| 7. Ότι έχει σχέση με το σεξ με ενδιαφέρει λιγότερο από συνήθως. | ΣΩΣΤΟ | ΛΑΘΟΣ |
| 8. Αισθάνομαι άχρηστος. | ΣΩΣΤΟ | ΛΑΘΟΣ |
| 9. Τελευταία, πρέπει να επαληθεύω και να ξαναεπαληθεύω αυτό που κάνω. | ΣΩΣΤΟ | ΛΑΘΟΣ |
| 10. Ιδρώνω περισσότερο από συνήθως. | ΣΩΣΤΟ | ΛΑΘΟΣ |
| 11. Η μνήμη μου μου φαίνεται λιγότερο καλή από ότι συνήθως. | ΣΩΣΤΟ | ΛΑΘΟΣ |
| 12. Είμαι χωρίς ενέργεια. | ΣΩΣΤΟ | ΛΑΘΟΣ |
| 13. Αισθάνομαι ένοχος. | ΣΩΣΤΟ | ΛΑΘΟΣ |
| 14. Τελευταία, αισθάνομαι ιδιαίτερα νευρικός. | ΣΩΣΤΟ | ΛΑΘΟΣ |
| 15. Εχω μία αίσθηση βάρους στα χέρια και στα πόδια. | ΣΩΣΤΟ | ΛΑΘΟΣ |
| 16. Μου αρέσει λιγότερο από πριν να κάνω ότι με ευχαριστεί και με ενδιαφέρει. | ΣΩΣΤΟ | ΛΑΘΟΣ |
| 17. Αισθάνομαι πιο κουρασμένος από ότι συνήθως χωρίς λόγο. | ΣΩΣΤΟ | ΛΑΘΟΣ |
| 18. Τελευταία, η όρεξη μου είναι λιγότερο καλή. | ΣΩΣΤΟ | ΛΑΘΟΣ |
| 19. Είμαι απογοητευμένος και αηδιασμένος από τον εαυτό μου. | ΣΩΣΤΟ | ΛΑΘΟΣ |
| 20. Αισθάνομαι μπλοκαρισμένος ή εμποδισμένος γιά να κάνω το παραμικρό πράγμα. | ΣΩΣΤΟ | ΛΑΘΟΣ |
| 21. Αυτή την περίοδο, αισθάνομαι λιγότερο ευτυχής σε σχέση με την πλειοψηφία των ανθρώπων. | ΣΩΣΤΟ | ΛΑΘΟΣ |
| 22. Μου είναι δύσκολο αυτή την περίοδο να συγκεντρώσω την προσοχή μου σε μία δουλειά ή μία απασχόληση. | ΣΩΣΤΟ | ΛΑΘΟΣ |
| 23. Θάθελα να τελειώνα με την ζωή. | ΣΩΣΤΟ | ΛΑΘΟΣ |

24. Έχω την εντύπωση ότι η καρδιά μου κτυπά πιο γρήγορα από ότι συνήθως ή ότι φτερουγίζει..	ΣΩΣΤΟ	ΛΑΘΟΣ
25. Αισθάνομαι λιγότερο ικανός και έξυπνος από την πλειοψηφία των ανθρώπων.	ΣΩΣΤΟ	ΛΑΘΟΣ
26. Αυτή την περίοδο, έχω συχνά την επιθυμία να είμαι μόνος.	ΣΩΣΤΟ	ΛΑΘΟΣ
27. Αυτή την περίοδο αισθάνομαι πολύ εκνευρισμένος.	ΣΩΣΤΟ	ΛΑΘΟΣ
28. Το βάρος μου άλλαξε.	ΣΩΣΤΟ	ΛΑΘΟΣ
29. Είμαι χωρίς ελπίδα για το μέλλον.	ΣΩΣΤΟ	ΛΑΘΟΣ
30. Έχω πόνους στην μέση.	ΣΩΣΤΟ	ΛΑΘΟΣ
31. Αυτήν την περίοδο αποφεύγω μερικές δραστηριότητες, μερικά μέρη ή μερικά πράγματα γιατί με φοβίζουν.	ΣΩΣΤΟ	ΛΑΘΟΣ
32. Το ηθικό μου είναι πολύ πεσμένο.	ΣΩΣΤΟ	ΛΑΘΟΣ
33. Αυτήν την περίοδο μου είναι αδύνατο να μείνω στην ίδια θέση.	ΣΩΣΤΟ	ΛΑΘΟΣ
34. Ό,τι κάνω το κάνω λιγότερο γρήγορα από ότι συνήθως.	ΣΩΣΤΟ	ΛΑΘΟΣ
35. Αυτήν την περίοδο είμαι πιο δυσκοίλιος από ό,τι συνήθως.	ΣΩΣΤΟ	ΛΑΘΟΣ
36. Είμαι υποχρεωμένος να πιεστώ για να κάνω ο,τιδήποτε.	ΣΩΣΤΟ	ΛΑΘΟΣ
37. Το μυαλό μου είναι λιγότερο καθαρό από ό,τι συνήθως.	ΣΩΣΤΟ	ΛΑΘΟΣ
38. Σκέπτομαι ότι θάταν καλύτερο να ήμουν πεθαμένος.	ΣΩΣΤΟ	ΛΑΘΟΣ
39. Δεν είμαι ικανός να παίρνω αποφάσεις τόσο εύκολα όσο συνήθως.	ΣΩΣΤΟ	ΛΑΘΟΣ
40. Αυτήν την περίοδο είμαι θλιμμένος.	ΣΩΣΤΟ	ΛΑΘΟΣ
41. Ο ύπνος μου είναι λιγότερο καλός από ότι συνήθως.	ΣΩΣΤΟ	ΛΑΘΟΣ
42. Βρίσκω ότι φταίω για μερικά πράγματα ή γεγονότα.	ΣΩΣΤΟ	ΛΑΘΟΣ
43. Έχω την εντύπωση ότι οι άλλοι δεν με καταλαβαίνουν.	ΣΩΣΤΟ	ΛΑΘΟΣ
44. Έχω δυσκολία να κάνω τα πράγματα που συνήθιζα να κάνω.	ΣΩΣΤΟ	ΛΑΘΟΣ
45. Είμαι πιο ευερέθιστος από ότι συνήθως.	ΣΩΣΤΟ	ΛΑΘΟΣ
46. Αυτήν την περίοδο κλαίω συχνά.	ΣΩΣΤΟ	ΛΑΘΟΣ
47. Ανησυχώ για την υγεία μου.	ΣΩΣΤΟ	ΛΑΘΟΣ
48. Αυτήν την περίοδο ορισμένα πράγματα με ταραξουν και με βασανίζουν.	ΣΩΣΤΟ	ΛΑΘΟΣ

- | | | |
|--|-------|-------|
| 49. Είμαι γεμάτος από ένα αίσθημα φόβου. | ΣΩΣΤΟ | ΛΑΘΟΣ |
| 50. Εργάζομαι λιγότερο εύκολα από πριν. | ΣΩΣΤΟ | ΛΑΘΟΣ |
| 51. Αυτή την περίοδο η ζωή μου μου φαίνεται άδεια. | ΣΩΣΤΟ | ΛΑΘΟΣ |
| 52. Αισθάνομαι ότι είμαι σε μια κατάσταση γενικής αδυναμίας. | ΣΩΣΤΟ | ΛΑΘΟΣ |
-
- | | | |
|--|-------|-------|
| 53. Τελικά, η άρνηση μου είναι λιγότερο καλή. | ΣΩΣΤΟ | ΛΑΘΟΣ |
| 54. Αισθάνομαι λιγότερο αναστασιασμένος από το μυσικό. | ΣΩΣΤΟ | ΛΑΘΟΣ |
| 55. Η άρνηση μου είναι λιγότερο καλή από πριν. | ΣΩΣΤΟ | ΛΑΘΟΣ |
| 56. Τελικά, πρέπει να εγκαταλείψω τον εαυτό μου. | ΣΩΣΤΟ | ΛΑΘΟΣ |
| 57. Αισθάνομαι λιγότερο αναστασιασμένος από πριν. | ΣΩΣΤΟ | ΛΑΘΟΣ |
| 58. Αισθάνομαι λιγότερο αναστασιασμένος από πριν. | ΣΩΣΤΟ | ΛΑΘΟΣ |
| 59. Αισθάνομαι λιγότερο αναστασιασμένος από πριν. | ΣΩΣΤΟ | ΛΑΘΟΣ |
| 60. Αισθάνομαι λιγότερο αναστασιασμένος από πριν. | ΣΩΣΤΟ | ΛΑΘΟΣ |
| 61. Αισθάνομαι λιγότερο αναστασιασμένος από πριν. | ΣΩΣΤΟ | ΛΑΘΟΣ |
| 62. Αισθάνομαι λιγότερο αναστασιασμένος από πριν. | ΣΩΣΤΟ | ΛΑΘΟΣ |
| 63. Αισθάνομαι λιγότερο αναστασιασμένος από πριν. | ΣΩΣΤΟ | ΛΑΘΟΣ |
| 64. Αισθάνομαι λιγότερο αναστασιασμένος από πριν. | ΣΩΣΤΟ | ΛΑΘΟΣ |
| 65. Αισθάνομαι λιγότερο αναστασιασμένος από πριν. | ΣΩΣΤΟ | ΛΑΘΟΣ |
| 66. Αισθάνομαι λιγότερο αναστασιασμένος από πριν. | ΣΩΣΤΟ | ΛΑΘΟΣ |
| 67. Αισθάνομαι λιγότερο αναστασιασμένος από πριν. | ΣΩΣΤΟ | ΛΑΘΟΣ |
| 68. Αισθάνομαι λιγότερο αναστασιασμένος από πριν. | ΣΩΣΤΟ | ΛΑΘΟΣ |
| 69. Αισθάνομαι λιγότερο αναστασιασμένος από πριν. | ΣΩΣΤΟ | ΛΑΘΟΣ |
| 70. Αισθάνομαι λιγότερο αναστασιασμένος από πριν. | ΣΩΣΤΟ | ΛΑΘΟΣ |

Βιβλιογραφία

1. World Health Organization. The World Health Report 2002 - *Reducing risks, promoting healthy life*. Geneva, WHO, 2002
2. Λύκουρας Ε. Κατάχρηση/εξάρτηση από το οινόπνευμα: ένα σύγχρονο πρόβλημα. Στο: Λιάππας Ι, Μέλλος Ε, Πομίτι Β (Επιμ. έκδ) *Κατάχρηση /εξάρτηση από το οινόπνευμα: προβλήματα και αντιμετώπιση*. Αθήνα: ΙΤΑΚΑ, Ελληνικό Τμήμα, 2006:17-26
3. World Health Organization. *Global status report on alcohol 2004*. Geneva, WHO, 2004
4. Rehm J, Room R, van den Brink W, Jacobi F. Alcohol use disorders in EU countries and Norway: an overview of the epidemiology. *Eur Neuropsychopharmacol* 2005,15:377-388
5. Rehm, J, Room R, Monteiro M, Gmel G, Graham K, Rehn N et al. Alcohol. In: Ezzati M, Lopez AD, Rodgers A, Murray CJL (eds) *Comparative quantification of health risks: global and regional burden of disease due to selected major risk factors*. Geneva, World Health Organization, 2004:959-1108
6. Reitan TC. On the verge of EU membership: alcohol cultures in the Baltic Sea region in a European perspective. *Contemp Drug Probl* 2004, 31:287-327
7. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Results from the 2005 National Survey on Drug Use and Health: National findings (Office of Applied Studies, NSDUN Series H-30, DHHS

8. Ustun BT, Compton W, Mager D, Babor T, Baiyewu O, Chatterji S et al. WHO study on the reliability and validity of the alcohol and drug use disorder instruments: overview of methods and results. *Drug Alcohol Depend* 1997, 47:161-169
9. Compton WM, Cottier LB, Dorsey KB, Spitznagel EL, Mager DE. Comparing assessments of DSM-IV substance dependence disorders using CIDI-SAM and SCAN. *Drug Alcohol Depend* 1996, 41:179-187
10. Johnston L, O'Malley P, Bachman J, Schulenberg J. *Monitoring the future national survey results on drug use, 1975-2003*. Vol I. Secondary school students. Bethesda, Maryland, USA, National Institute on Drug Abuse, 2004
11. Hibell B, Andersson B, Bjarnasson T, Ahlstrom S, Balakireva O, Kokkevi A et al. *The 2003 ESPAD report: alcohol and other drug use among students in 35 European countries*. Stockholm, CAN, Council of Europe-Pompidou Group, 2004
12. Currie C, Roberts C, Morgan A, Smith R, Setter- tobulte W, Samdal O et al. *Young people's health in context*. Copenhagen, Denmark, World Health Organization, Regional Office for Europe, 2004
13. Κοκκέβη Α, Κίτσος Γ, Φωτίου Α. *Καπνός, αλκοόλ, ναρκωτικά: η πορεία της χρήσης από τη δεκαετία του '80 έως σήμερα*. Αθήνα, ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις ΕΠΙΨΥ, 2007 (Υπό έκδοση)
14. Κοκκέβη Α. Η υγεία των εφήβων: διαστάσεις, συνθήκες και

15. Κίτσος Γ, Κοντογεωργίου Κ, Μπάφη Ι, Καραχάλιου Κ, Κοκκέβη Α. Στο: *Οινοπνευματώδη: χρήση και εξάρτηση*. Ετήσια έκθεση του ΕΚΤΕΠΙΝ για την κατάσταση των ναρκωτικών και των οινοπνευματωδών στην Ελλάδα, 2005. Αθήνα, ΕΠΙΨΥ, 2006
16. Hingson RW, Heeeren T, Winter M. Age at drinking onset and alcohol dependence. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2006, 160:739-746
17. Grant BF, Dawson DA. Age of onset of alcohol use and its association with DSM-IV alcohol abuse and dependence: results from the National Longitudinal Alcohol Epidemiology Survey. / *Subst Abuse* 1997,9:103-110
18. French MT, Maclean JC. Underage alcohol use, delinquency and criminal activity. *Health Econ* 2006, 15:1261-1281
19. Kokkevi A, Nic Gabhainn S, Spyropoulou M. Risk Behaviour Focus Group of the HBSC. Early initiation of cannabis use: a cross-national European perspective. *J Adolesc Health* 2006, 39:712-719
20. Madden JS. Alcohol and alcohol dependence. In: A guide to alcohol and drug dependence. *Wnght* 1979, 2:32-53
21. Hobbs RT. *Managing alcoholism as a disease*, www.physiciansnews.com., 2006:1-5
22. Johnson AB, Daoud N. Alcohol: Clinical aspects. In: Lowinson, Joyce et al (eds) *Substance abuse*. 4th ed. Lippincott Williams & Wilkins, 2005, ch 9
23. Stephen E. Alcoholism and pathways to recovery: New survey results on views and treatment options. *Medscape Gener Med*

24. Morse RM, Flavin DK. The definition of alcoholism. *JAMA* 1992, 268:1012-1014
25. Frances JR, Franklin EJ. Confronting denial. In: *Treatment of alcoholism and addictions*. American Psychiatric Press, 1989:1-5
26. World Health Organization. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines. WHO, 1992
27. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th ed. Text Revision. Washington, DC, American Psychiatric Association, 2005
28. US Preventive Services Task Force. Screening and behavioural intervention in primary care to reduce alcohol misuse: Recommendation statement. *Ann Intern Med* 2004, 140:554-556
29. Cyr MG, Wartman SA. The effectiveness of routine screening questions in the detection of alcoholism. *JAMA* 1988, 259:51-54
30. Buchsbaum DG, Buchanan RG et al. Screening for alcohol abuse using CAGE scores and likelihood ratios. *Ann Intern Med* 1991, 115:774-777
31. Powers JS, Spickard A. MAS T to diagnose early alcoholism in a general practice. *South Med J* 1984, 77: 852-856
32. Saunders, J.B. Development of the Alcohol use Disorder. Identification test-AUDIT. *Addiction* 1993,88:791-804

33. Bush KD, Kivlahan MB et al. An effective brief screening test for problem drinking. *Arch intern Med* 1998, 158:1789-1795
34. Rastegar AD, Fingerhood IM. Special populations. In: *Addiction medicine*. Lippincott, Williams & Wilkins, 2005, 17:265-297
35. Bevesford TP, Blow FC, Hill E et al. Comparison of CAGE questionnaire and computer assisted laboratory profiles in screening for covert alcoholism. *Lancet* 1990, 336:482-485
36. Andreasen CN, Black WD. Alcohol-related disorders. In: *Introductory textbook of psychiatry*. American Psychiatric Publishing Inc, 2001:403-423
37. Schuckit AM. Alcohol related disorders. In: *Kapla & Sadock's Comprehensive textbook of psychiatry*. 8th ed. Lippincott Williams & Wilkins, 2005:1168-1186
38. Krueger FR. The structure of common mental disorders. *Arch Gen Psychiatry*, 1999:921-926
39. Wittchen VH. Critical issues in the evaluation of comorbidity of psychiatric disorders. *Br J Psychiatry* 1996, 168(Suppl 30):9-16
40. Murick H, Brady K. Editorial review: Current review of the commorbidity of affective, anxiety and substance use disorders. *Cnrr Opin Psychiatry* 2003, 16:261-270
41. Crum MR, Pratt AL. Risk of heavy drinking and alcohol use disorders in social phobia: A prospective analysis. *Am J Psychiatry* 2001, 158:1693-1700

42. Grant B, Stinson F, Dawson D, Chou P, Dufour M, Compton W. Prevalence and co-occurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders. *Arch Gen Psychiatry* 2004, 61:807-816
43. Flavin HD. www. National Council on Alcoholism and Drug Dependence.org 2006:1-5
44. Winger G, Woods J, Hofmann F. Depressants of the CNS: Alcohol, barbiturates and benzodiazepines. In: *A handbook on drug and alcohol abuse. The biomedical aspects*. 4th ed. Oxford University Press, 2004,4:55-88
45. Roger EM, Berger SP. Biology of psychoactive substance dependence disorders: Cocaine, opiates and ethanol. In: Schatzberg AF, Nemeroff CB (eds) *Textbook of psychopharmacology*. 2nd ed. American Psychiatric Press, 2005:649-671
46. Schatzberg AF, Nemeroff CB. *Textbook of psychopharmacology*. Washington, London, American Psychiatric Publ Inc, 2004
47. Yudofsky SC, Hales RH. The American Psychiatric Publishing Textbook of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences. Washington, London, American Psychiatric Publ, 2002
48. Tabakoff B, Hoffman PL. *Biological aspects of alcoholism. Implications for prevention, treatment and policy*. WHO Expert Series on Neuroscience. Seattle, Hogrefe and Huber Publ, 1995
49. Adinoff B. *Neurological processes in drug reward and addiction*. Harvard Rev Psychiatry 2004, 12:305-320

50. Dodd T, Folley F, Buckley S, Eckert A, Innes D. Genes and genes expression in the brain of the alcoholic. *Addict Behav* 2004, 29:1295-1309
51. Addolorato G, Leggio L, Abenavoli L, Gasparrini G. On behalf of the alcoholism treatment study group. Neurobiochemical and clinical aspects of craving in alcohol addiction: a review. *Addict Behav* 2005, 30:1209-1224
52. Tsuang M, Bar J, Harley R, Lyons M. The Harvard Twin Study of Substance Abuse: What we have learned. *Harvard Rev Psychiatry* 2001, 9:267-279
53. Oroszi G, Goldam D. Alcoholism: Genes and mechanisms. *Pharmacogenomics* 2004, 5:1037-1048
54. Lee SL, Hoog JO, Yin SS. Functionality of allelic variations in human alcohol dehydrogenase gene family: assessment of a functional window for protection against alcoholism. *Pharmacogenetics* 2004, 14:725-732
55. Higuchi S, Matsushita A, Masaki T, Yokoyama A, Kimura M, Suzuki G, Mochizuki H. Influence of genetic variations of ethanol-metabolizing enzymes on phenotypes of alcohol-related disorders. *Ann NY Acad Sci* 2004, 1025:472-480
56. Tasman A, Kay J, Lieberman J. *Psychiatry*. 2nd ed. John Wiley & Sons, Ltd, The Atrium, Southern Gate, West Sussex, England, 2003:936-972
57. Λιάππας ΙΑ, Μέλλος ΕΔ, Ποιμίνι Β. Κατάχρηση και εξάρτηση

από το οινόπνευμα. Προβλήματα και αντιμετώπιση. ITACA, 2006

58. Cloninger CR. Genetic epidemiology of alcoholism: Observations critical in the design and analysis of linkage studies. In: Beigleter H, Cloninger CR (eds) *Banbury Reports Series* (NO 33): Genetics and biology of alcoholism. New York, Cold Spring Harbor laboratory Press, 1990:105-133
59. Vidal F, Lorenzo A, August T, Olona M, Broch M, Gutierrez C, Aguilar CE, Santos M, Richart C. Genetic polymorphisms of ADH2, ADH3, CYP4502E1 Dra-I and Pst-I and ALDH in Spanish men: Lack of association with alcoholism and alcoholic liver disease. *J Hepatol* 2004, 41:744-750
60. Cloninger CR, Sigvardsson S, Gillican SB, Von Knorring AN, Reich T, Bohman M. Genetic heterogeneity and the classification of alcoholism. *Adv Alcohol Subst Abuse* 1988,7:3-16
61. Lawford B, Young R, Rowell J, Cibson J, Feeney G, Ritchie T, Sydulko K, Noble E. Association of the D2 dopamine receptor A1 allele with alcoholism: Medical severity of alcoholism and type of controls. *Biol Psychiatry* 1997, 41:386-3393
62. Meyer R, Kranzler H. Clinical neuroscience. *Neurobiology of Alcoholism* 1995, 3:141-182
63. Chai YG, Oh DY, Chung EK, Kim L, Lee YS, Choi IG. Alcohol and aldehyde dehydrogenase polymorphism in men with type I and type II alcoholism. *Am J Psychiatry* 2005, 162:1

64. Levin JD. *Treatment of alcoholism and others addictions*. A self psychology approach. Jason Aronson Inc, Northvale, New Jersey, London, 1991
65. Forrest GG. *Intensive psychotherapy of alcoholism*. Jason Aronson Inc, Northvale, New Jersey, London, 1994
66. World Health Report 2001. *Mental health. New understanding new hope*. WHO, Geneva, 2001
67. Jernigan DH, Monteiro M, Room R, Saxena S. Towards a global alcohol policy: alcohol, public health and the role of WHO. *Bull WHO* 2000, 78:491-499
68. Varney SJ, Guest JF. The annual societal cost of alcohol misuse in Scotland. *Pharmacoeconomics* 2002, 20:891-907
69. Fenoglio P, Parel V, Kopp P. The social cost of alcohol, tobacco and illicit drugs in France. *Eur Addict Res* 2003, 9:18-28 '
70. Room R, Babor T, Rehm J. Alcohol and public health. *Lancet* 2005, 365:519-530
71. Rehm JT, Rehm N, Room R. The global distribution of average volume of consumption and patterns of drinking. *Eur Addict Res* 2003, 9:147-156
72. ΕΚΤΕΙΠΝ. Ετήσια έκθεση για την κατάσταση των ναρκωτικών και των οινόπνευματωδών στην Ελλάδα. *ΕΚΤΕΙΠΝ, Αθήνα, 2005*
73. Madianos M, Madianou D, Stefanis C. Adolescent drinking and related problems in Greece. *Int J Addict* 1994, 29:1581-1599
74. Madianos M, Gefou-Madianou D, Stefanis C. Patterns of alcohol

- condumption and related problems in Greece. A nation-wide survey. *Addiction* 1995, 90:13-86
75. Hibell B, Anderson B, Bjarnasson T, Ahlstrom, Balakiveva O, Kokkevi A, Morgan M. *The ESPAD report 2003: Alcohol and other drug use among students in 35 European countries*. CAN, Council of Europe, Pompidou Group, Stockholm, 2004
76. Gefou-Madianou D. *Alcohol, gender and culture*. Routledge, London, New York, 1992
77. Murray CJL, Lopez AD (eds) *The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Harvard School of Public Health-WHO, Cambridge, MA, 1996
78. Ελληνική Αστυνομία. Ετήσια έκθεση τροχαίων ατυχημάτων, 2005
79. Raikos N, Tsoukali H, Liakos P, Njaus, Psaroulis D. *The role of alcohol and drugs in fatally injured drivers in Northern Greece: a three year study*. Presented in Int Assoc Forensic Toxicologists, November 16-20, Melbourn, 2003
80. Athanasselis S, Stefanidou M, Koutselinis A. Interpretation of post mortem alcohol concentrations. *Forensic Sci Int* 2005, 149:289-291
81. Steinglas P, Bennet L, Wolin S, Reiss D. *The alcoholic family*. Basic Books, New York, 1987
82. Wolin SJ, Bennet L, Noonan DL. Family rituals and the recurrence of alcoholism over generations. *Am J Psychiatry* 1979, 136:589-593
83. Wolin SJ, Bennet L. Family rituals. *Fam Process* 1984, 23:401-420

84. Madianos M, Madianou D, Stefanis C. Familial correlates of drug and alcohol use: A nation-wide general population survey. *Psychopathology* 1995, 28:85-94
85. Rajendram R, Levinson G, Preedy VR. Worldwide alcohol research and the disease burden. *Alcohol Alcohol* 2006, 41:99-106
86. Harwood M, Fountain D, Livermore G. The economic costs of alcohol and drug abuse in the USA 1992, Report for the NIDA and the NIAAA. National Institute on Drug Abuse NIH publication No 98, Rockville, MD, 1998
87. Collins D, Lapsley G. The social costs of drug abuse in Australia in 1998 and 1992. Commonwealth Department of Human Services and Health. Australian Government Printing Service, Canberra, 1996
88. Rice DP, Kelman S, Miller LS. Estimates of economic costs of alcohol and drug abuse and mental illness, 1980 and 1988. *Public Health Rep* 1991,106:280-292
89. Donkin J, Mitchison H, Cowlam S. Alcohol abuse and the burden on the NHS. *J Royal Coll Phys Lond* 2000, 34:402
90. Xie X, Rehm J, Single E, Robson L, Paul J. The economic costs of alcohol abuse in Ontario. *Pharmacol Res* 1998, 37:241-249
91. Pratt OE, Tucker MM. Approaches to the alcohol problem in the workplace. *Alcohol Alcohol* 1989, 24:453-464
92. Rundell OH, Paredes A. Benefit-cost methodology in the evaluation of therapeutic services for alcoholism. *Alcohol Clin Exp Res* 1979, 3:324-333
93. Gregory D, Jones RK, Rundell OH, Stanitis T, Stanhope P.

- Feasibility of an alcoholism health insurance benefit. *Curr Alcohol* 1981, 8:195-205
94. Holder HD, Hallan JB. Impact of alcoholism treatment on total health care costs: a six year study. *Adv Alcohol Subst Abuse* 1986, 6:1-15
95. Holder HD, Blose JO. The reduction of health care costs associated with alcoholism treatment: a 14-year longitudinal study. *J Alcohol* 1992, 53: 293-302
96. Holder HD. Cost benefits of substance abuse treatment: an overview of results from alcohol and drug abuse. *J Ment Health Policy Econ* 1998, 1:23-29
97. French MT. Economic evaluation of alcohol treatment services. *Recent Dev Alcohol* 2001, 15:209-228
98. Bray JW, Zarkin GA. Economic evaluation of alcoholism treatment. *Alcohol Res Health* 2006, 29:27-33
99. Mundt MP. Analysing the costs and benefits of brief intervention. *Alcohol Res Health* 2006, 29:34-36
100. Μαδιανός Μ. *Κλινική Ψυχιατρική*. 2η έκδοση. Εκδόσεις Καστανιώτης, Αθήνα, 2006
101. Hannibal JU, Vanlwaarden MJ, Gefou-Madianou D et al. *Alcohol and the community*. World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen, 1995
102. WHO global status report on alcohol 2004. Geneva, World Health Organization, 2004
103. Allen J, Nicholas S, Salisbury H, Wood M. Nature of burglary, vehicle and violent crime. In: Flood- Page C, Taylor J (eds) *Crime in*

104. Rossow I. Alcohol and homicide: a cross-cultural comparison of the relationship in 14 European countries. *Addiction* 2001, 96:S77-S79
105. Δουζένης Α, Τσίρκα, Βασιλοπούλου Κ, Χριστοδούλου Γ. Ο ρόλος της σεροτονίνης στη νευροβιολογία της επιθετικότητας. *Ψυχιατρική* 2004, 15:48-56
106. Σολδάτος Κ, Λύκουρας Λ (Επιμ. έκδ.). *Σύγγραμμα Ψυχιατρικής*. Αθήνα, ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις, 2006
107. Oldham JM, Skodol AE, Bender DS (eds) *Textbook of personality disorders*. Washington, DC, American Psychiatric Publ, 2005
108. Vevera J, Hubbard A, Vesely A, Papezova H. Violent behaviour in schizophrenia. Retrospective study of four independent samples from Prague, 1949 to 2000. *Br J Psychiatry* 2005,187:426-430
109. Sher L, Zalsman G. Alcohol and Adolescent Suicide. *Int J Adolesc Med Health* 2005, 17:197-203
110. McMurrin M. Young offenders and alcohol-related crime: what interventions will address the issues? *J Adolescence* 1991, 14:245-253
111. Welter JW, Wieczorec WF. Alcohol, Intelligence and Violent Crime in Young Males. *J Substance Abuse* 1999, 10:309-319
112. Tardiff K, Sweillam A. Assaultive behavior among chronic patients. *Am J Psychiatry* 2001, 139:212-215
113. Plutchic R, Van Praag HM. A self-Report measure of violence risk, II. *Comprehensive Psychiatry* 1990, 3:450-456
114. Alderman N, Knight C, Morgan C. Use of a modified version of the

- Overt Aggression Scale in the measurement and assessment of aggressive behaviours following brain injury. *Brain Injury* 1997, 7:503-523
115. Levay B. Alcohol and Crime. *Psychiatry Hung* 2006, 21:18-19
116. Flood-Page C, Taylor G. Crime in England and Wales 2001/2002: supplementary volume, London: Home Office, 2003
117. Collins JJ, Schlenger WE. Acute and chronic effects of alcohol use on violence. *J Stud Ale* 1988, 49:516- 521
118. Lang AR. Alcohol-Related Violence: Psychological Perspectives. In: Martin SE (ed) *Alcohol and Interpersonal Violence: Fostering Multidisciplinary Perspectives*. Research Monograph No 24 US. Department of Health and Human Services: Washington, DC, 1993:121-148
119. May PR, Ebaugh FG. Pathological intoxication, alcoholic hallucinosis, and other reactions to alcohol, a clinical study. *Q J Stud Alcohol* 1953, 14:200-227
120. Bach-y-Rita G, Lion JR, Errin FR. Pathological intoxication: clinical and electroencephalographic studies. *Am J Psychiatry* 1970, 127:698-703
121. Maletzky BM. The diagnosis o pathological intoxication. *J Study Alcohol* 1976, 37:1215-1228
122. Coid J. Mania a potu: a critical review of pathological intoxication. *Psychol Med* 1979, 9:709-719
123. Anfuso D. Workplace violence. *Personnel Journal* 1994, 73:66-77
124. Mcfarlin SK, Fals-Stewart W, Major DA. Alcohol use and workplace aggression: An examination of perpetration and

- victimization, justice. *J Substance Abuse* 2001,13:303-321
125. Galvani S. Alcohol and Domestic Violence. Women's views. *J Violence Against Women* 2006, 12:641-662
126. Commission for intergrated transport. *Eurostat* EU Transport, 2000
127. Borges G, Cherpitel C, Orozco R, Bond J, Ye Y, Macdonald S et al. Multicentre study of acute alcohol use and non-fatal injuries: data from WHO collaborative study on alcohol and injuries. *Bulletin of the World health Organization* 2006, 84
128. Vanlaar W, Yannis G. Perception of road accident causes. *Accident Analysis and Prevention* 2006,3:155- 161
129. Goldstein DB. *Pharmacology of alcohol*. New York, Oxford University Press, 1983
130. Nixon K, Crews FT. Binge alcohol exposure decreases neurogenesis in adult rat hippocampus. *J Neuro- chem* 2002, 83:1087-1093
131. Herrera DG, Yague AG, Johnsen-Soriano S, Bosch- Morell F, Collado-Morente L, Muriach M, Romero FJ, Garcia-Vertugo JM. Selective impairment of hippocampal neurogenesis in chronic alcoholism: protective effects of an antioxidant. *Proc Natl Acad Sci USA* 2003, 100:7919-7924
132. McBride WJ. Alcohol's effects on gene expression in the central nervous system. *Alcohol Clin Exp Res*,2005
133. Devaud LL, Alele P, Ritu C. Sex differences in the central nervous system actions of ethanol. *Crit Rev Neurobiol* 2003, 15:41-45
134. Miles WH. Psychological effects of alcohol and man. In: Emerson H (ed) *Alcohol and man*. NY, Macmillan, 1932:224
135. Adams RD, Victor M, Ropper AH. *Νευρολογία II*. Επιμέλεια

- ελληνικής μετάφρασης: Δ. Βασιλόπουλος. Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα, 2003: 1431-1453
136. Hilborn M, Pieninkeroinen I, Leone M. Seizures in alcohol-dependent patients: epidemiology, pathophysiology and management. *CNS Drugs* 2003, 17:1013-1030
 137. D'Onofrio G, Rathley NK, Ulrich AS et al. Lora-zepam for the prevention of recurrent seizures related to alcohol. *N Engl J Med* 1999, 340:915
 138. Carisson C, Haggendal J. Arterial noradrenaline levels after ethanol withdrawal. *Lancet* 1967, ii:889
 139. Hawley RJ, Major JF, Shulman EA. CSF levels of norepinephrine during alcohol withdrawal. *Arch Neurol* 1981, 38:289
 140. Wolfe SM, Victor M. The relationship of hypomagnesemia and alkalosis to alcohol withdrawal syndrome. *Ann NY Acad Sci* 1969, 162:973
 141. Butterworth RF. Pathophysiology of alcoholic brain damage: synergistic effects of ethanol thiamine deficiency and alcoholic liver disease. *Metab Brain Dis* 1995, 10:1-8
 142. Wilson RK, Kunkl RW, Corse AM. Wernicke's encephalopathy beyond alcoholism. *Nat Clin Pract Neurol* 2006, 2:54-58
 143. Lampi C, Yezdi K. Central pontine myelinolysis. *Eur Neurol* 2002, 47:3-10
 144. Βασιλόπουλος Δ. *Νευρολογία. Επιτομή θεωρίας και πράξης*. Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα, 2003
 145. Asbury AK, McKhann GM, McDonald WI, Goadsby PJ, McArthur JC. *Clinical neuroscience and therapeutic principles*. Cambridge

146. Ganguli M, Bilt JV, Saxton JA, Shen C, Dodge H. Alcohol consumption and cognitive function in late life: a longitudinal community study. *Neurology* 2005, 65:1210-1217
147. Namura I. Alcoholic brain damage and dementia viewed by MRI with special consideration on frontal atrophy and white matter damage in dyslipidemic patients. *Psychogeriatrics* 2006, 6:119-127
148. Nayanah Siva. Memory, sense of smell, and alcohol. *Alcohol Clin Exp Res* 2006, 30:1355-1363