

# ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΘΕΜΑ**

**«ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΣ**

**Η ΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΝΕΟΛΑΙΑΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΟ ΑΛΚΟΟΛ  
ΜΕΛΕΤΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΣΤΟ Τ.Ε.Ι. ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ»**

*Εισηγητής: ΕΞΑΚΟΥΣΤΙΔΟΥ ΦΕΒΡΩΝΙΑ*

*Σπουδάστριες: ΜΠΑΜΠΙΑ ΔΕΣΠΟΙΝΑ*

*ΜΠΟΥΜΠΟΥΡΗ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ*

ΤΕΙ ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ  
ΤΜΗΜΑ  
ΕΚΔΟΣΕΩΝ & ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗΣ

*Αφιερώνεται σε αυτούς που προσπαθούν να  
απεξαρτηθούν καθώς και στα φοιτητικά  
μας χρόνια...*

## ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

Ψ.Ν.Α.:	Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής
Θ.Π.:	Θεραπευτικό Πρόγραμμα
Π.Ν.:	Πρόγραμμα Ναλτρεξόνης
Κ.Λ.:	Κοινωνικός Λειτουργός
Ψ.Ν.Θ.:	Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης
Ε.Σ.Υ.	Εθνικό Σύστημα Υγείας
Σ.Θ.Σ.:	Συμβουλευτικός Θεραπευτικός Σταθμός
Τ.Ε.Ι.:	Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα
Σ.Σ.:	Συμβουλευτικός Σταθμός
Π.Ο.Υ.:	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
Φ.Ε.Κ.:	Φύλλο Εφημερίδας Κυβερνήσεως

# ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

	Σελ.
Πρόλογος	1
✓ Εισαγωγή	2
<b><u>ΜΕΡΟΣ Α</u></b>	
<b>Κεφάλαιο 1</b>	
<b>"ΧΡΗΣΗ ΚΑΤΑΧΡΗΣΗ ΑΛΚΟΟΛ - ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΣ "</b>	
1.1. Ιστορική αναδρομή	4
1.2. Χρήση – κατάχρηση αλκοόλ	7
✓ 1.3. Αλκοολισμός – Εξάρτηση	8
1.3.1 Σωματική εξάρτηση	10
1.3.2 Ψυχική εξάρτηση	10
1.4 Φάσεις εξέλιξης του αλκοολισμού	11
<b>Κεφάλαιο 2</b>	
<b>"ΑΙΤΙΕΣ ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΥ "</b>	
✓ 2.1 Αιτίες αλκοολισμού	14
✓ 2.1.1 Βιολογικοί και γενετικοί παράγοντες	14
✓ 2.1.2 Ψυχολογικοί παράγοντες	15
✓ 2.1.3 Περιβαντολλογικοί παράγοντες	16
<b>Κεφάλαιο 3</b>	
<b>"ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΟΥ ΑΛΚΟΟΛ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΑ"</b>	
✓ 3.1 Συνέπειες στον οργανισμό και την υγεία	18
✓ 3.1.1 Σωματικά επακόλουθα	19
✓ 3.1.2 Νευρολογικά επακόλουθα του αλκοολισμού	21
✓ 3.1.3 Ψυχικά επακόλουθα του αλκοολισμού	22



✓3.2 Αλκοόλ και εγκυμοσύνη	27
3.3 Η δράση του αλκοόλ στον εγκέφαλο	28
✓3.4 Συνέπειες στο οικογενειακό περιβάλλον και την κοινωνία	29
3.5 Νομοθετικό πλαίσιο σχετικά με το αλκοόλ	30

#### **Κεφάλαιο 4**

##### **"ΑΠΕΞΑΡΤΗΣΗ – ΣΤΕΡΗΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ "**

✓4.1 Αποτοξίνωση – Απεξάρτηση	32
✓4.2 Στερητικά συμπτώματα – Σύνδρομο στέρησης	33
✓4.3 Θεραπείες απεξάρτησης	35

#### **Κεφάλαιο 5**

##### **✓"ΜΟΝΑΔΕΣ ΑΠΕΞΑΡΤΗΣΗΣ ΑΛΚΟΟΛΙΚΩΝ – ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΕΙΣ"**

5.1 Η πρώτη μας επαφή	38
✓5.2 Περίπτερο 10 <sup>ο</sup> Ψ.Ν.Α.	39
5.2.1 Διοίκηση - Προσωπικό – χώροι	40
5.2.2 Πρόγραμμα Ναλτρεξόνης	41
✓5.2.3 Α' φάση – Συμβουλευτικός Σταθμός	42
5.2.4 Προϋποθέσεις νοσηλείας	42
✓5.2.5 Β' φάση	45
✓5.2.6 Γ' φάση	47
5.2.7 Γενικές παρατηρήσεις – Απόψεις	48
5.2.8 Σχέδια για το μέλλον	49
✓5.3 Μονάδα απεξάρτησης	50
5.3.1 Διοίκηση – Προσωπικό – χώροι	51
✓5.3.2 Α' φάση	52
✓5.3.3 Β' φάση	53
✓5.3.4 Γ' φάση	56
5.3.5 Σχέδια για το μέλλον	56
✓5.4 Τμήμα εφήβων – Νέων	57
✓5.5 Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης	57

## **Κεφάλαιο 6**

### **"Η ΣΧΕΣΗ ΤΩΝ ΝΕΩΝ ΜΕ ΤΟ ΑΛΚΟΟΛ"**

✓6.1 Παράγοντες ανάπτυξης εξαρτημένης συμπεριφοράς των νέων	62
✓6.2 Η σχέση των νέων με το αλκοόλ	65

## **ΜΕΡΟΣ Β**

### **Κεφάλαιο 7**

#### **✓ΜΕΛΕΤΗ Η ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΤΟΥ Τ.Ε.Ι. ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ"**

7.1 Σκοπός της έρευνας	69
7.2 Μεθοδολογία	70
7.3 Αποτελέσματα	71
✓7.4 Συμπεράσματα	83
✓7.5 Προτάσεις	85

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

88

## **ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ**

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Το θέμα της πτυχιακής αυτής επιλέχθηκε γιατί παρουσιάζει μεγάλο ενδιαφέρον και αφορά μεγάλο μέρος του πληθυσμού.

Το αλκοόλ συνοδεύει τους ανθρώπους τόσο σε ιδιαίτερες στιγμές όσο και σε καθημερινές εκδηλώσεις, είναι όμως εύκολο να ξεγελαστεί κανείς νομίζοντας ότι κάνει απλή χρήση αλκοόλ και στην ουσία να κάνει κατάχρηση ή και να είναι ήδη εξαρτημένος. Τα όρια ανάμεσα στις δυο καταστάσεις (χρήσης – κατάχρησης) είναι δυσδιάκριτα και έτσι το πρόβλημα γίνεται μεγαλύτερο αφού όλοι θεωρούν ότι πίνουν φυσιολογικά και μέσα στα όρια, ενώ στην ουσία ορισμένοι από αυτούς έχουν περάσει την γραμμή και έχουν βρεθεί στην άλλη πλευρά.

Ήταν μια πολυέξοδη εργασία με πολλές δυσκολίες γιατί χρειάστηκαν αρκετά ταξίδια στην Αθήνα για συλλογή πληροφοριών από βιβλιοθήκες, νοσοκομεία και το Ψ.Ν.Α., καθώς και επίσκεψη στο Ψ.Ν. της Θεσσαλονίκης. Δυσκολία υπήρξε και στο μέρος της έρευνας λόγω του μεγάλου αριθμού των ερωτηματολογίων και των ερωτήσεων που έκαναν πολύ δύσκολη την διεξαγωγή συμπερασμάτων. Όσο κι αν δυσκολευτήκαμε να φέρουμε την εργασία αυτή εις πέρας θα θέλαμε να πιστεύουμε ότι το θέμα έχει καλυφθεί από τις περισσότερες πλευρές του.

Στο σημείο αυτό θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε την κα Εξακουστίδου Φεβρωνεία, τον κ. Φώτιο Δρούμπαλη, τις κοινωνικές λειτουργούς του 10<sup>ου</sup> και 18<sup>ου</sup> περιπτέρου, κα Μυλωνά και κα Λαγού, τον κ. Νικολακόπουλο και τέλος ευχαριστούμε ιδιαίτερα τον κ. Μπράττο για την βοήθειά του στην διεξαγωγή των αποτελεσμάτων της έρευνας.

Τέλος δεν πρέπει να παραλείψουμε να ευχαριστήσουμε τους γονείς μας για την ηθική και οικονομική τους συμπαράσταση καθώς και τους φίλους μας που ήταν πάντα δίπλα μας.

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η εργασία αυτή πραγματοποιείται στα πλαίσια των πτυχιακών του Τ.Ε.Ι. Καλαμάτας και συγκεκριμένα του τμήματος Δ.Μ.Υ.Π.

Το θέμα της πτυχιακής αυτής εργασίας είναι:

*«Αλκοολισμός – Η Στάση της νεολαίας απέναντι στο αλκοόλ – Μελέτη περίπτωσης στο Τ.Ε.Ι. Καλαμάτας»*

Ο αλκοολισμός αποτελεί ένα κοινωνικό πρόβλημα με αυξανόμενες διαστάσεις στην σύγχρονη κοινωνία. Είναι ένα ιδιαίτερο θέμα αφού το αλκοόλ θεωρείται από ορισμένους σαν «νόμιμο ναρκωτικό» και από την άλλη δεν είναι δυσεύρετο. Αφορά όλες τις ηλικίες και όλες τις κοινωνικές τάξεις χωρίς διακρίσεις.

Πολλοί άνθρωποι σε όλο τον κόσμο είναι εξαρτημένοι από αυτό. Λίγοι όμως το γνωρίζουν και ακόμα λιγότεροι το παραδέχονται. Χρησιμοποιείται εδώ και χιλιάδες χρόνια είτε για τις θεραπευτικές του ιδιότητες (αρχαιότητα) είτε για να φέρει τον άνθρωπο σε μια ευχάριστη κατάσταση, χωρίς άγχος και έννοιες. Έτσι ενώ αρχικά καταναλώνεται για τα ευχάριστα συναισθήματα που συνήθως δημιουργεί στην συνέχεια γίνεται απαραίτητο και έτσι από την χρήση μπορεί σχετικά εύκολα να περάσει στην κατάχρηση και τέλος στην εξάρτηση.

Θεωρήσαμε σκόπιμο να δώσουμε ιδιαίτερη έμφαση στην σχέση των νέων με το αλκοόλ αφού οι νέοι είναι πιο ευάλωτοι στους πειρασμούς και έχουν μέσα τους την αναζήτηση και την περιέργεια. Οι εποχές που διανύουμε χαρακτηρίζονται από άγχος, απομόνωση, βία και ένα σωρό άλλα προβλήματα τα οποία οι νέοι άνθρωποι δεν ξέρουν πώς να αντιμετωπίσουν ακόμα και έτσι το αλκοόλ πολλές φορές χρησιμοποιείται ως φυγή ή συντροφιά.

Σκοπός της εργασία αυτής είναι να δούμε το πρόβλημα του αλκοολισμού απ' όλες τις πλευρές του, να αναλύσουμε τις συνέπειες που 'χει, τα συναισθήματα που προκαλεί, πώς αντιμετωπίζεται και από ποιους.

Αρχικά γίνεται προσπάθεια να αναλυθούν όροι όπως αλκοολισμός, να διευκρινιστεί η χρήση από την κατάχρηση και την εξάρτηση.

Στο δεύτερο κεφάλαιο αναφέρονται οι αιτίες που μπορούν να σπρώξουν έναν άνθρωπο στο αλκοόλ.

Στο τρίτο κεφάλαιο αναφέρονται κυρίως οι συνέπειες του αλκοόλ στην υγεία – σωματικές, ψυχικές, νευρολογικές – αλλά και οι συνέπειες στην οικογένεια και την κοινωνία.

Στο τέταρτο κεφάλαιο παρουσιάζονται τα στερητικά συμπτώματα αλλά και διάφοροι τρόποι θεραπείας.

Στην συνέχεια αναφέρονται οι διάφορες μονάδες απεξάρτησης αλκοολικών που λειτουργούν στην Ελλάδα σήμερα, καθώς και τα προγράμματά τους

Στο έκτο κεφάλαιο αναλύουμε πιο συγκεκριμένα τη σχέση των νέων με το αλκοόλ και τους παράγοντες που τους ωθούν στη χρήση του.

Τέλος, στο δεύτερο μέρος της εργασίας αυτής αναλύονται πίνακες και σχόλια από την έρευνα που πραγματοποιήθηκε στους φοιτητές του Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος (Τ.Ε.Ι.) Καλαμάτας για την στάση τους απέναντι στο αλκοόλ.

Η έρευνα αυτή έχει σκοπό την εξαγωγή χρήσιμων συμπερασμάτων σχετικά με το πώς βλέπουν και αντιμετωπίζουν οι νέοι το αλκοόλ, αφού το δείγμα μας αποτελεί ένα μικρό μέρος της νεολαίας της Ελλάδας.

Τα τελικά συμπεράσματα και οι προτάσεις ολοκληρώνουν την εργασία αυτή.





# ΜΕΡΟΣ Α

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

### ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΣ ΧΡΗΣΗ - ΚΑΤΑΧΡΗΣΗ ΑΛΚΟΟΛ

#### 1.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

"Στην υγεία μας". Συνηθισμένη ευχή που συνοδεύει, κάθε ποτηράκι ποτού είτε αυτό πίνετε περιστασιακά έπ' ευκαιρίας κάποιας κοινωνικής εκδήλωσης είτε αυτό αποτελεί μέρος σημαντικής ποσότητας που καταναλίσκουν καθημερινά ορισμένα άτομα.

Ας πάρουμε όμως τα πράγματα απ' την αρχή εξηγώντας τι είναι το αλκοόλ. Το αλκοόλ είναι το δεύτερο σκέλος από την σειρά που σχηματίζουν οι κορεσμένες μονοσθενείς αλκοόλες και η πιο γνωστή αλκοόλη. Βιομηχανικά η αλκοόλη παρασκευάζεται από ζαχαρούχους καρπούς κύρια από σταφύλια ή από μελάσα έπειτα από ζύμωση, οπότε το υπάρχον ζάχαρο μετατρέπεται σε αλκοόλη η οποία αποστάζεται. Η αλκοόλη αποτελεί το κύριο συστατικό στα αλκοολούχα ποτά. Ο όρος αλκοόλ προέρχεται από την αραβική λέξη "al kohl". Το αλκοόλ που βρίσκεται στα αλκοολούχα ποτά ονομάζεται αιθυλική αλκοόλη ή αιθανόλη. Το αλκοόλ χρησιμοποιείται για ψυχαγωγικούς, ιατρικούς και τελετουργικούς σκοπούς εδώ και 10.000 χρόνια.

Δώρο των θεών ή προϊόν της χημείας το αλκοόλ συνοδεύει τους ανθρώπους σε χαρές και λύπες εδώ και χιλιάδες χρόνια. Ποια να είναι εκείνη η ιδιότητα που έχουν τα οινοπνευματώδη ποτά κάθε είδους από το σεμνό κρασί μέχρι τις βότκες των 50 βαθμών που κάνει άλλους να ορκίζονται στο όνομά τους και άλλους να τα εξοβελίζουν συλλήβδην στο πυρ το εξώτερο; Πως εξηγείται η αμφιθυμία ανθρώπων και λαών απέναντι σε κάτι που υπάρχει κοντά μας εδώ και χιλιάδες χρόνια, ενώ πολλοί το χαρακτηρίζουν νόμιμο ναρκωτικό:

Οι πρώτες αναφορές για την κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών από τους ανθρώπους χάνονται στις απαρχές της ιστορίας. Σήμερα θεωρείται απολύτως σίγουρο ότι το κρασί και η μύρα ήταν γνωστά σε αρχαίους λαούς που δεν είχαν ανακαλύψει ακόμα την γραφή. Το πιθανότερο είναι ότι τα πρώτα οινοπνευματώδη ποτά κατασκευάστηκαν κατά λάθος από φρούτα και καρπούς που είχαν αποθηκευθεί σε συνθήκες κατάλληλες ώστε να ξεκινήσει η ζύμωση. Όπως και να έγιναν τα πράγματα το σίγουρο είναι ο άνθρωπος στην αρχαιότητα γνώριζε το αλκοόλ και τις επιδράσεις του.

Στο σημείο αυτό αξίζει ν' αναφέρουμε ότι οι Σουμέριοι φαρμακοποιοί - γιατροί συνιστούσαν μύρα ως το καταλληλότερο φάρμακο για κάθε ασθένεια, ενώ οι Αιγύπτιοι γιατροί συνιστούσαν μύρα και κρασί στο 1/5 των ασθενών τους. Ο Ιπποκράτης ορίζει ως υγιεινό το νερό από βαθιές πηγές ψηλών βουνών. Αναφέρει επίσης το κρασί ως φάρμακο για οξέα και χρόνια νοσήματα. Στην Ασσυρία, Βαβυλωνία και την Αιγύπτου παρασκευάζονται μύρα από αλεύρι ή σπόρους δημητριακών από το 5.000 - 2.500 π.χ. ενώ οι Κινέζοι απέσταξαν ένα ποτό από μύρα ρυζιού γύρω στο 800 π.χ. Στα μοναστήρια στο Μεσαίωνα και την Αναγέννηση καλλιεργούνται οι καλύτεροι αμπελώνες και παράγονται τα καλύτερα κρασιά και οινοπνευματώδη ποτά. Τον 14<sup>ο</sup> αιώνα στην επιδημία της πανώλης χρησιμοποιήθηκαν πολύ τα οινοπνευματώδη ως ανακουφιστικά.

(Δεν είναι όμως δυνατόν να μιλάμε για οινοπνευματώδη ποτά και να μην δώσουμε έμφαση σε αυτή την μυθική ουσία το κρασί που κάνει τον σιωπηλό φλύαρο, το δειλό τολμηρό και τον συγκρατημένο διαχυτικό) Στην Αρχαία Ελλάδα το κρασί δεν ήταν καθόλου άγνωστο. Από τον Όμηρο ήδη αναφέρονται φοβερά γλέντια με κρέας και κόκκινο κρασί το οποίο έπιναν αναμεμιγμένο με νερό. (Η λέξη κρασί προέρχεται από την έκφραση "κράσις οίνου" δηλαδή ανάμιξη οίνου με νερό. Το καθαρό κρασί ονομαζόταν άκρατος οίνος. Θεός του κρασιού και προστάτης της μέθης ο Διόνυσος. Οι περιπέτειες του πολλές. Δίδασκε τους ανθρώπους που συναντούσε και τον αγαπούσαν πώς να καλλιεργούν το αμπέλι και να φτιάχνουν κρασί) Τα ελεύθερα ήθη όμως του

μεθυσμένου Θεού δεν παρέμειναν αρεστά στους πιστούς της νέας Θρησκείας που άρχισε να διαδίδεται στον τότε γνωστό κόσμο του χριστιανισμού και σιγά-σιγά πέρασαν στην δυσμένεια. Όμως και οι Χριστιανοί δεν αγνοούσαν τις χάρες του κρασιού όπως δείχνουν οι διηγήσεις των Ευαγγελίων που παρουσιάζουν τον Χριστό να μετατρέπει το νερό σε κρασί, κατά την διάρκεια του γάμου της Κανά και να προσφέρει ψωμί και κρασί στους μαθητές του κατά την διάρκεια του Μυστικού Δείπνου συμβολίζοντας με αυτά το σώμα και το αίμα του. Η συμβολική αυτή Θεοφαγία συνεχίζεται στην ορθόδοξη χριστιανική παράδοση μέχρι σήμερα όπως μας υπενθυμίζει η διαδικασία της μετάληψης στο μυστήριο της Θείας Κοινωνίας. Για πολλές χιλιετίες, το κρασί ήταν ανεκτίμητη πηγή υγρών και θερμίδων. Στο μεσαίωνα αποκαλούνταν aqua vitae, νερό ζωής. Το 1777, ο Μεγάλος Φρειδερίκος της Πρωσίας παρακινούσε τους στρατιώτες και τους επιτελείς του να πίνουν μύρα και όχι καφέ. Άλλωστε με μύρα είχαν ανατραφεί βασιλιάς και στρατιώτες και μόνο μ' αυτήν μπορούσαν να κερδίζουν πολέμους. Στα μοναστήρια, στο Μεσαίωνα και την Αναγέννηση, καλλιεργούνται οι καλύτεροι αμπελώνες και παράγονται τα καλύτερα κρασιά και οινοπνευματώδη ποτά.

Σιγά - σιγά αναγνωρίζεται η διττή προσωπικότητα της αλκοόλης. Έχει θρεπτική αξία, φέρνει ευφορία, έχει θεραπευτικές αλλά και βλαβερές ιδιότητες.

Το 14<sup>ο</sup> αιώνα, στην επιδημία της πανώλης χρησιμοποιήθηκαν πολύ τα οινοπνευματώδη ως ανακουφιστικά.

Το 18<sup>ο</sup> αιώνα άρχισε από τους κουάκερους και τους μεθοδιστές ο αντιαλκοολικός αγώνας, ιδιαίτερα στην Αγγλία. Όμως ήταν πολύ δύσκολο να πείσουν το λαό να πίνει νερό αντί για μύρα, αφού ήταν ήδη φανερό ότι το νερό του Τάμεση προκαλούσε δυσεντερία, χολέρα, τύφο. Αργότερα διαπιστώθηκε ότι τα μικρόβια που δέχεται το νερό των ποταμών είναι οι αιτίες των νόσων. Αναπτύχθηκαν μέθοδοι διήθησης και επεξεργασίας του νερού, ώστε να είναι καθαρό, πόσιμο. Αυτή η πρόοδος, παράλληλα με τα θρησκευτικά κηρύγματα και την επιστημονική αναγνώριση του αλκοολισμού ως νόσου, ενίσχυσαν τον αντιαλκοολικό αγώνα.

↓  
Η εισαγωγή των οιοπνευματωδών στο τυπικό πολλών Θρησκευιών συνδέεται με την ιδιότητά τους να φέρουν τους ιερείς σε μια επιθυμητή κατάσταση έκστασης. Η ιδιότητα αυτή θεωρούνταν αποτέλεσμα της παρουσίας υπερφυσικών πνευμάτων και θεών! Τα κόκκινα κρασιά στα πλαίσια θρησκευτικών χρήσεων ταυτίστηκαν στην αρχή με το σύμβολο του αίματος της ζωής και με αυτή την πνευματική σημασία πέρασε ως συστατικό στοιχείο στο χριστιανικό μυστήριο της Θείας Ευχαριστίας.

Ας περάσουμε όμως σε μια άλλη ενδιαφέρουσα περίοδο. Την περίοδο της ποτοαπαγόρευσης που διήρκησε από το 1919 έως το 1933. Από τον Αμερικανικό Αγώνα της Ανεξαρτησίας ήδη υπήρχαν φωνές που ζητούσαν τον περιορισμό των οιοπνευματωδών και στις αρχές του αιώνα έγιναν πιο έντονες.

Με το πρόσχημα της εξαγρίωσης του πληθυσμού η σκληρή παράταξη επέβαλε την ποτοαπαγόρευση στις Η.Π.Α. το 1919. Στην διάρκεια του 1933 καταργήθηκε η ποτοαπαγόρευση και στην αρχή επιτράπηκε μόνο η μύρα. Τα αποτελέσματα της περιόδου αυτής πολλά. Βελτιώθηκε η ποιότητα ζωής, ενισχύθηκε η συνοχή της οικογένειας, μειώθηκε η παραβατικότητα των ανηλίκων, αυξήθηκε η παραγωγικότητα του αμερικανικού εργάτη. Απ' την άλλη πλευρά διοργανώθηκε ένα παράνομο και εγκληματικό δίκτυο παραγωγής και εμπορίας οιοπνευματωδών. Η εποχή εκείνη σηματοδοτεί την άνθιση της Μαφίας στο Σικάγο. Η μοναδική φάση οινικής "ποτοαπαγόρευσης" που πέρασε η Ελλάδα ήταν φορολογική.

Όμως το χάρατσι που επιβλήθηκε τη δεκαετία του 1890 στο κρασί οδήγησε στην απελπισία πολλούς καταναλωτές από τα κατώτερα στρώματα, με αποτέλεσμα να κρύβουν ποσότητες στα σπίτια, τις οποίες με περισσή βαναυσότητα αναζητούσαν οι φοροεισπράκτορες της εποχής.

Όπως και να έχουν πράγματα το σίγουρο είναι ότι "οίνος ευφραίνει καρδίαν..." Αρκεί να υπάρχει. Μέτρο και αυτοέλεγχος.



## 1.2 ΧΡΗΣΗ - ΚΑΤΑΧΡΗΣΗ ΑΛΚΟΟΛ

Είναι γεγονός ότι σήμερα το ποτό αποτελεί αναπόσπαστο μέρος σχεδόν κάθε κοινωνικής εκδήλωσης και για πολλά άτομα ένα - δυο ποτήρια ποτού αποτελούν απόλαυση και απαραίτητο συμπλήρωμα του φαγητού της απογευματινής ή βραδινής ανάπαυσης ή διασκέδασης. Πόσο αθώα είναι όμως αυτά τα μερικά ποτηράκια; Ποια θεωρείται λογική χρήση αλκοόλ και ποια κατάχρηση; Η γραμμή που χωρίζει του λογικούς χρήστες από τους μη λογικούς είναι πολύ λεπτή.

Σαν κατάχρηση καταλαβαίνει κανείς τη χρήση ενός πράγματος με έναν τρόπο που ξεφεύγει από αυτό που θεωρείται γενικά αποδεκτό και έρχεται σε αντίθεση με τον σκοπό για τον οποίο κατασκευάστηκε το πράγμα αυτό τόσο ποσοτικά όσο και ποιοτικά. Ο όρος αυτός περιλαμβάνει την συνήθεια και την εξάρτηση από ένα πράγμα δεν είναι όμως ταυτόσημος με τις έννοιες αυτές<sup>1</sup>. Η κατάχρηση οδηγεί σταδιακά στην εξάρτηση με φοβερές επιπτώσεις στη σωματική όσο και στην ψυχική υγεία του ατόμου.

- Πρώτο κριτήριο της κατάχρησης είναι ο παθολογικός τρόπος χρήσης αλκοόλ για την επαρκή λειτουργία του ατόμου. Είναι δηλαδή, η ανάγκη καθημερινής χρήσης αλκοόλ για την επαρκή λειτουργία του ατόμου, η αδυναμία ελάττωσης ή παύσης του ποτού, επεισόδια κραιπάλης, συνέχιση κατανάλωσης ποτού παρά την ύπαρξη μιας σοβαρής σωματικής διαταραχής κ.α.
- Δεύτερο κριτήριο είναι η έκπτωση της κοινωνικής ή επαγγελματικής λειτουργίας του ατόμου λόγω της χρήσης αλκοόλ π.χ. βίαιη συμπεριφορά, απώλεια εργασίας, καυγάδες ή προβλήματα εξ' αιτίας της υπερβολικής χρήσης.
- Τρίτο κριτήριο είναι η διάρκεια της διαταραχής για ένα τουλάχιστον μήνα.

Για τον διαχωρισμό της χρήσης από την κατάχρηση οι Οργανισμοί Υγείας έχουν καθορίσει επιτρεπόμενα όρια κατανάλωσης οινοπνεύματος πάνω από τα

---

<sup>1</sup> Ευάγγελος Γ. Παπαγεωργίου, «Εξαρτήσεις στη ζωή μας», σελ. 56

οποία οι κίνδυνοι ανεπιθύμητων ενεργειών αυξάνονται σημαντικά. Οι οργανισμοί αυτοί προχώρησαν στην καθιέρωση μονάδων αλκοόλης. Μια μονάδα περιέχει 7,9g οινοπνεύματος και η ποσότητα αυτή περιέχεται σε ένα ποτήρι μπίρα ή κρασί. Οι συνιστώμενες δόσεις είναι 21 μονάδες εβδομαδιαία για τους άνδρες και 14 μονάδες για τις γυναίκες. Οι μονάδες αυτές συνιστάται να κατανέμονται σε όλη την εβδομάδα και να αφήνονται 2-3 ημέρες την εβδομάδα ελεύθερες δίχως ποτό.

### 1.3 ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΣ - ΕΞΑΡΤΗΣΗ

Η προσπάθεια για ένα καθαρό ορισμό του αλκοολισμού και ο οριακός του διαχωρισμός από την απλή χρήση του οινοπνεύματος ήταν και είναι αρκετά δύσκολη. Τα κριτήρια που χρησιμοποιούνται για να στηρίξουν τους διάφορους ορισμούς είναι ασαφή και συνεισφέρουν ελάχιστα στο ξεκαθάρισμα των ορίων που δηλαδή τελειώνει η απλή χρήση και που αρχίζει η κατάχρηση και η εξάρτηση.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας ορίζει σαν αλκοολικό το άτομο που χαρακτηρίζεται από «υπερβολική κατανάλωση οινοπνεύματος και του οποίου η εξάρτηση από αυτό έχει φθάσει σε τέτοιο βαθμό ώστε διακρίνονται έντονα σημεία βλάβης της υγείας του - σωματικά και ψυχικά - , διαταραχές στην επικοινωνία του με τους συνανθρώπους του, όπως και βλάβες στο κοινωνικό και οικονομικό του περιβάλλον ή πρόδρομα σημεία μιας τέτοιας εξέλιξης»<sup>2</sup>.

Ένας άλλος ορισμός θεωρεί τον αλκοολισμό ως την εξάρτηση από το αλκοόλ η οποία δηλώνεται από την ανοχή, δηλαδή την ανάγκη για σημαντικά αυξημένες ποσότητες αλκοόλ ώστε να φτάσει το άτομο στην επιθυμητή επίδραση και σημαντικά μειωμένη επίδραση με την συνεχή κατανάλωση της ίδιας ποσότητας αλκοόλ και από τα συμπτώματα στέρηση από το αλκοόλ και την κατανάλωση του για την ανακούφιση ή την αποφυγή στερητικών

---

<sup>2</sup> Ευάγγελος Γ. Παπαγεωργίου, «Εξαρτήσεις στη ζωή μας», σελ. 58

συμπτωμάτων<sup>3</sup>.

Αλκοολικός θεωρείται επίσης κάποιος που σε ορισμένα χρονικά διαστήματα ή κάτω από ορισμένες καταστάσεις καταναλίσκει ασυνήθιστες γι' αυτόν ποσότητες οινοπνευματωδών ποτών, χωρίς να μπορεί να σταματήσει πριν νιώσει την ιδιαίτερη αυτή δράση του οινοπνεύματος στον ψυχικό του κόσμο<sup>4</sup>.

Η εξάρτηση από το αλκοόλ εγκαθίσταται συνήθως βραδέως μετά την παρέλευση αρκετού χρόνου από την έναρξη της αλκοολικής συμπεριφοράς.

Η εξάρτηση κατά την Π.Ο.Υ. πιστοποιείται από:

1. την εμφάνιση στερητικών συμπτωμάτων όταν μειώνεται η αλκοολαιμία (η ποσότητα αλκοόλ στο αίμα)
2. με την έκδηλη και ομολογημένη από τον αλκοολικό τάση του να πει για να μειώσει αυτά τα συμπτώματα
3. την εντός 30' - 60' ανακούφιση από τα συμπτώματα αυτά, μετά τη λήψη της δόσης αλκοόλ που καθόρισε ο ίδιος ως επαρκή

Η εξάρτηση από το οινόπνευμα είναι σωματική και ψυχική. Αλκοολικός μπορεί να είναι και κάποιος που δεν παρουσιάζει φαινόμενα σωματικής εξάρτησης από το οινόπνευμα. Η εξάρτηση από το αλκοόλ είναι ανάλογη με την εξάρτηση από τις ναρκωτικές ουσίες.

### 1.3.1 ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΕΞΑΡΤΗΣΗ<sup>5</sup>

Η σωματική εξάρτηση χαρακτηρίζεται από τα συμπτώματα του "συνδρόμου στέρησης", που εκδηλώνονται με διαταραχές του ύπνου, αίσθημα δυσφορίας, ελαφρό τρέμουλο χεριών, τάση προς εμετό, ιδρώτες, νευρικότητα, εξωτερική ανησυχία, μέχρι και εκδήλωση του γνωστού "delirium tremens" των αλκοολικών με όλα τα επακόλουθά του που θα αναφέρουμε παρακάτω.

<sup>3</sup> [www.Flash.gr](http://www.Flash.gr) - Care – Εγκυκλοπαίδεια Υγείας

<sup>4</sup> Ευάγγελος Γ. Παπαγεωργίου, «Εξαρτήσεις στη ζωή μας», σελ. 56

<sup>5</sup> Ευάγγελος Γ. Παπαγεωργίου, «Εξαρτήσεις στη ζωή μας», σελ. 58

### 1.3.2 ΨΥΧΙΚΗ ΕΞΑΡΤΗΣΗ<sup>6</sup>

Ψυχική εξάρτηση έχουμε στην περίπτωση όπου κάποιος χρησιμοποιεί συχνά οινοπνευματώδη ποτά, με σκοπό την καλύτερη της γενικής ψυχικής του κατάστασης, την μείωση επώδυνων γι' αυτόν καταστάσεων ή χαλάρωση από ενδοψυχικές εντάσεις, χωρίς να είναι σε θέση να παραιτηθεί από τη λύση αυτή.

Η ψυχική εξάρτηση εκφράζεται κυρίως με δυο χαρακτηριστικά στοιχεία:

1. αδυναμία παραίτησης από τη συχνή χρήση οινοπνεύματος και συνέχιση αυτής με διάφορες δικαιολογίες
2. επιθυμίες για όλο και μεγαλύτερες ποσότητες οινοπνεύματος μέχρι απώλειας του ελέγχου πάνω σ' αυτό. Με την απώλεια του ελέγχου δεν εννοούμε απαραίτητα την κατάσταση μέθης, αλλά ότι ο αλκοολικός δεν είναι σε θέση να μας πει σίγουρα αν μπορεί μετά από 1-2 ποτηράκια να σταματήσει ή πρέπει να συνεχίσει να πίνει μέχρι να νιώσει την επιθυμητή δράση του οινοπνεύματος στον οργανισμό του.

Τα δυο αυτά χαρακτηριστικά στοιχεία της ψυχικής εξάρτησης εμφανίζονται συχνά το ένα μετά το άλλο στον ίδιο ασθενή και παραμένουν για πάντα εκτός και αν ο ασθενής κατορθώσει να παραιτηθεί τελείως από την χρήση οινοπνευματωδών ποτών.

### 1.4 ΦΑΣΕΙΣ ΕΞΕΛΙΞΗΣ ΤΟΥ ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΥ

Πολλοί καλλιτέχνες, ηθοποιοί ή ακόμα και γνωστά ή συγγενικά μας πρόσωπα τελείωσαν την ζωή τους μέσα στο πάθος τους για το οινόπνευμα. Πολλοί από εμάς θα αναρωτηθήκαμε για το πώς και το γιατί. Πώς είναι δυνατόν να καταστρέψει κανείς την ζωή του από την μια μέρα στην άλλη; Η

<sup>6</sup> Ευάγγελος Γ. Παπαγεωργίου, «Εξαρτήσεις στη ζωή μας», σελ. 57

αλήθεια είναι ότι κανένας δεν καταστρέφεται από την μια στιγμή στην άλλη, ούτε γίνεται αλκοολικός ή τοξικομανής μέσα σε λίγες μέρες. Η εξέλιξη της εξάρτησης είναι αρκετά μακροχρόνια και πολύπλοκη. Η επιστημονική έρευνα πάνω στο θέμα αυτό κατέληξε στα συμπεράσματα του Zellinek ο οποίος κατόρθωσε να οριοθετήσει τέσσερις φάσεις εξάρτησης οι οποίες ξεχωρίζονται ως εξής:

### **1. Προαλκοολική φάση**

Η φάση αυτή χαρακτηρίζεται από την συνήθη χρήση του οινοπνεύματος όπως π.χ. στο φαγητό, παίξιμο χαρτιών κ.τ.λ. Ακόμα και αυτοί που πίνουν συνειδητά ένα ποτηράκι για να χαλαρώσουν ανήκουν στην φάση αυτή. Μεταξύ 5 μηνών και 2 ετών το 5% περίπου των ατόμων αυτών αυξάνουν βαθμιαία τις ποσότητες οινοπνεύματος. Το γλίστρημα στην επόμενη φάση έχει αρχίσει.

### **2. Αρχική φάση της εξάρτησης**

Στην φάση αυτή παρατηρούνται όλο και συχνότερα διαταραχές του θυμικού. Η ποσότητα του οινοπνεύματος δεν είναι ιδιαίτερα μεγάλη. Παρ' όλο ότι ο αλκοολικός ήταν σε θέση να συμμετάσχει στην διασκέδαση, την άλλη μέρα δεν είναι σε θέση να θυμηθεί λεπτομέρειες.

Με τον χρόνο συνειδητοποιεί ο αλκοολικός ότι η συμπεριφορά του διαφέρει από αυτή των άλλων. Αρχίζει να πίνει κρυφά μόνος του και να σκέφτεται διαρκώς το οινόπνευμα. Καταλαβαίνει ότι κάτι του συμβαίνει και μη μπορώντας να ξεφύγει τώρα πια πίνει και γι' αυτόν το λόγο.

Η ποσότητα αυξάνει και κουβέντες και αστεία για αλκοολικούς τον δυσανασχετούν. Σιγά-σιγά απομονώνεται.

### **3. Η κρίσιμη φάση**

Χαρακτηριστικό στοιχείο της φάσης αυτής είναι η απώλεια του ελέγχου πάνω στο οινόπνευμα. Πριν την απόλυτη απώλεια ο αλκοολικός προσπαθεί ν' αντισταθεί με κάθε μέσο. Πίνει ορισμένες ώρες μόνο, δεν πίνει για λίγες μέρες



και βρίσκει τις καλύτερες δικαιολογίες για τον εαυτό του αλλά και τους άλλους για την ποσότητα οινοπνεύματος που καταναλώνουν. Όσοι δεν συμμετέχουν στην διασκέδασή του αποκλείονται σιγά – σιγά. Τα ενδιαφέροντά του χάνονται με τον καιρό.

Στην προσπάθειά του να εντάξει την κατάχρηση του οινοπνεύματος στην ζωή του χάνει τον έλεγχο της κατάστασης. Το οινόπνευμα παίρνει την θέση του φαγητού και τότε αρχίζουν να εμφανίζονται τα πρώτα αποτελέσματα: οργανικές διαταραχές, δυσκολίες στην δουλειά, τσακωμοί κ.τ.λ.

Τα συμπτώματα στέρησης που εμφανίζονται στις τελευταίες προσπάθειες του αλκοολικού να ξεφύγει δεν του επιτρέπουν την ελευθερία του. Τώρα πίνει για να ηρεμήσει. Ξεκινάει η πρωινή χρήση του οινοπνεύματος.

Εάν δεν ξεκινήσει προσπάθεια θεραπείας μέσα σε λίγα χρόνια περνάει στην χρόνια αλκοολική φάση.

#### **4. Χρόνια Φάση**

Τώρα η διάρκεια της “σχετικής μέθης” μπορεί να διαρκεί μέρες. Παρατηρούνται συχνότερα διαταραχές των σωματικών λειτουργιών, του ψυχισμού και της σκέψης.

Το ήπαρ εγκαταλείπει τον αγώνα και ο αλκοολικός τώρα χρειάζεται όλο και μικρότερες ποσότητες για να νιώσει την ψυχική δράση του οινοπνεύματος.

Οι ασθενείς αυτοί βρίσκονται στην τελευταία φάση του αλκοολισμού. Αν δεν απομακρυνθούν τελείως από το οινόπνευμα είναι καταδικασμένοι να τελειώσουν την ζωή τους με ένα από τα επακόλουθα της ασθένειάς τους.

Πρέπει να σημειώσουμε ότι οι φάσεις αυτές όσο χαρακτηριστικές κι αν είναι δεν ανταποκρίνονται σε όλες τις μορφές με τις οποίες εμφανίζεται ο αλκοολισμός.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

### ΑΙΤΙΕΣ ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΥ

#### 2.1 ΑΙΤΙΕΣ ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΥ

Οι αιτίες που μπορεί να οδηγήσουν στον αλκοολισμό οφείλονται σε διάφορους παράγοντες όπως βιολογικούς και γενετικούς, ψυχολογικούς καθώς και περιβαντολλογικούς. Παρακάτω γίνεται μια προσπάθεια να αναλύσουμε τους παράγοντες αυτούς.

##### 2.1.1 ΒΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΚΑΙ ΓΕΝΕΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Από τα μέσα του 19<sup>ου</sup> αιώνα επικρατούσε η αντίληψη ότι ο κοινωνικός εκφυλισμός δημιουργεί πότες και αυτοί με την σειρά τους τίκτουν και γεννούν βιολογικά και κοινωνικά εκφυλισμένους διακονίζοντας έτσι ένα φαύλο κύκλο. Αυτές οι ιδέες άρχισαν να κλονίζονται κυρίως από το δεύτερο ήμισυ του 20<sup>ου</sup> αιώνα και μετά.

Κατά το τελευταίο τέταρτο του προηγούμενου αιώνα μας ο πυρήνας του προβληματισμού αυτού δεν είχε εγκαταληφθεί. Αν και σε διαφορετικό επίπεδο τώρα συζητείται και εικάζεται ευρέως η πιθανότητα συμμετοχής του γενετικού παράγοντα στην αιτιοπαθογένεια του αλκοολισμού. Παρ' όλα τα στατιστικά δεδομένα που συνηγορούν υπέρ ενός οικογενειακού χαρακτήρα του όλου φαινομένου υπάρχουν επισημάνσεις για πολλαπλά και σύνθετα προβλήματα στην μεθοδολογία των σχετικών ερευνών – κυρίως σε δίδυμα ή υιοθετημένα παιδιά που περιορίζουν την βεβαιότητα του γενετικού παράγοντα στον αλκοολισμό. Άλλωστε μέχρι σήμερα δεν έχει επιβεβαιωθεί καμία πρόταση για τον τρόπο μεταβίβασης της πολυγενετικής φύσης της διαταραχής.

Αυτή λοιπόν η κληρονομικότητα δίνεται από τους υποστηρικτές της να παρουσιάζει συνέπειες όπως:

- α) Να γεννά ιδιαίτερα ευφορικά αισθήματα στην οξεία χρήση αλκοόλ
- β) Να αναπτύσσει πολύ γρήγορα κυτταρική ή μεταβολική ανοχή
- γ) Ιδιαίτερη ευαισθησία – μετά από χρόνια χρήση – στην ανάπτυξη εγκεφαλοπαθειών
- δ) Εκδήλωση ατομικών διαφορών στο μεταβολισμό της αιθανόλης
- ε) Ανάπτυξη ψυχολογικών χαρακτηριστικών (π.χ. επίπεδο άγχους) που ευνοούν την ανάπτυξη μιας προσωπικότητας με προδιάθεση προς τον αλκοολισμό<sup>7</sup>

Έρευνες που έγιναν (Wolf 1972) παρουσιάζουν ενδιαφέρον υποστηρίζοντας ότι οι λαοί της ανατολής, κατά ένα μεγάλο ποσοστό, παρουσιάζουν μια ιδιομορφία θεωρείται πιθανώς γενετικά προσδιορισμένη και εκφράζεται με άμεση αρνητική υπερευαισθησία στο αλκοόλ με συμπτώματα γενετικής δυσφορίας, σωματικής κακουχίας κα. Έτσι εξηγούνται εν μέρη τουλάχιστον διαφορές που διαπιστώνονται μεταξύ Εθνών, αλλά και ατόμων για την στάση τους και τις αντιδράσεις τους απέναντι στο αλκοόλ.

Πάντως δεν μπορούμε να πούμε με βεβαιότητα ότι οι γενετικοί παράγοντες δεν ευνοούν παρά μόνο μερικές ιδιαίτερες μορφές αλκοολισμού με σύνδρομο εξάρτησης.

### 2.1.2 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Καθώς είναι δύσκολο ν' αποδοθεί η αλκοολική συμπεριφορά σε μια ενιαία, αυτόνομη, ψυχοπαθολογική δομή, δύσκολα γίνεται δεκτή και η ύπαρξη της ονομαζόμενης "αλκοολικής προσωπικότητας". Έτσι θα παραθέσουμε κάποια χαρακτηριστικά και αίτια που ισχύουν στο μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων αυτών.

Καταρχήν υπάρχει μια προδιάθεση σε άτομα επιρρεπή γενικά προς αδυναμίες. Επίσης η παρορμητικότητα, το άγχος, οι δυσκολίες στην σεξουαλική ταυτοποίηση, η αδυναμία του Εγώ που εκφράζεται με

<sup>7</sup> Αθ. Καραβάτος, «Εξαρτήσεις από ουσίες Α. Αλκοολισμός – Αλκοολικές ψυχώσεις», σελ. 271-272

βασανισμούς από συναισθήματα ανασφάλειας, εγκατάλειψης, μοναξιάς, μειονεκτικότητας, από έλλειψη αγάπης, στοργής, αποτελούν στοιχεία από τα πιο συνηθισμένα που συναντάμε στους αλκοολικούς. Έτσι το αλκοόλ χρησιμοποιείται με σκοπό να μειωθεί η υποκείμενη κακουχία που αισθάνεται το άτομο λόγω εσωτερικών και εξωτερικών ερεθισμάτων που όμως δεν μπορεί ν' αντιμετωπίσει επαρκώς λόγω της βασικής αδυναμίας του εγώ. Αυτό παραπέμπει στην έντονη ανάγκη που υπάρχει στα αλκοολικά άτομα να “πιουν” που είναι μια παλινδρόμηση στο “στοματικό στάδιο” ανάπτυξης της προσωπικότητας.

Το ρούφηγμα του αλκοόλ αντικαθιστά το ρούφηγμα του γάλακτος από το μητρικό μαστό, δείγμα συναισθηματικής ανωριμότητας. Δυσκολεύεται να αναπτύξει την ταυτοποίησή του και την εγκατάσταση ώριμων σχέσεων με τους άλλους.

Με την ευφορία της μέθης πραγματοποιεί επιθυμίες και φαντασιώσεις χωρίς άγχος.

Τέλος, ψυχολογική επιρροή ασκεί και η οικογένεια όταν υπάρχουν τάσεις υπεροχής, κυριαρχίας, επιθετικότητας με την μητρική στάση να κυριαρχεί και να ενισχύει τα αισθήματα ενοχής καθώς και το στοιχείο της αυτοκαταστροφής που είναι ούτως ή άλλως χαρακτηριστικό.

### **2.1.3 ΠΕΡΙΒΑΝΤΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ**

Η χρήση του αλκοόλ συνδέεται στενά με πρωτόγονες, μυθικές και θρησκευτικές τελετουργίες απόηχος των οποίων θα μπορούσε να θεωρηθεί η σημερινή παραδοσιακή χρήση στις οικογενειακές, φιλικές, δημόσιες συγκεντρώσεις.

Στην εξάπλωση, περιορισμό ή ακόμα και απαγόρευση της χρήσης του αλκοόλ καθοριστικός ήταν και ο ρόλος των κοινωνικό – πολιτισμικών παραγόντων. Η κατακόρυφη αύξηση του αλκοολισμού των τελευταίων δεκαετιών κυρίως στις αναπτυγμένες κοινωνίες και ιδιαίτερα μεταξύ των νέων

και των γυναικών, δεν είναι δυνατόν να εξηγηθεί μόνο με βάση την ψυχοπαθολογία.

Μερικοί τέτοιοι παράγοντες είναι:

- Η κακή κοινωνικό – οικονομική πραγματικότητα.
- Οι δυσκολίες στην επαγγελματική αποκατάσταση και αντίστοιχα η ευημερία που υποτιμά της συναισθηματικές ανάγκες.
- Η απομόνωση και η εξαφάνιση του ατόμου μέσα στη μαζικότητα και την συλλογικότητα.
- Ο φετιχισμός των αντικειμένων και των αγαθών καθώς και η εξέλιξη της κοινωνίας σε τεχνοκρατική και διευθυντική με αρχές όπως ο ορθολογισμός.

Το να καταφεύγει κανείς στο αλκοόλ μπορεί να θεωρηθεί ότι εκφράζει μια "στάση ζωής" μια "ψεύτικη απόδραση" ή ακόμα και αμφισβήτηση, αντίδραση, παρ' όλο που είναι πια νόμιμη η διακίνησή του.

Τέλος η χαμηλή τιμή πωλήσεων των οινοπνευματωδών ποτών, η ιδιαίτερη διαφήμιση, κυρίως αυτή που εντάσσει το ποτό ως αναπόσπαστο στοιχείο των "ελκυστικών " προτύπων της κοινωνίας αλλά των πιο "λαϊκών" τάξεων είναι μερικοί ακόμα παράγοντες που μπορεί να δράσουν (όντοι ή σε συνδυασμό).

Ενδιαφέρουσα παρατήρηση είναι το γεγονός ότι το αλκοόλ έχει συνδυαστεί και αναζητείται και με την λύπη και με την χαρά των ανθρώπων.

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

## ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΟΥ ΑΛΚΟΟΛ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

### ΚΑΙ ΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΑ

#### 3.1 ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΣΤΟΝ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟ ΚΑΙ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

Με την λήψη μικρών δόσεων οινοπνεύματος παρατηρείται μια κατάσταση ευφορίας και πνευματικής ευεξίας με έξαρση της φαντασίας, με κορύφωση, ακόμα και ψευδαισθήσεις σε σπάνιες περιπτώσεις. Ακολουθεί αισθήματα απαλλαγής αγωνίας και άγχους λόγω της κατασταλτικής και καταπραΰντικής επιδράσεως με άρση των αναστολών του ατόμου. Επέρχεται λύση της γλώσσας (πολυλογία) και λύση του σώματος, καθώς και τόνωση του πεσμένου ηθικού δίνοντας το αίσθημα της αυτοπεποίθησης. Παρεμποδίζεται η εκτίμηση της πραγματικής κατάστασης και μειώνεται η δυνατότητα ενσυνείδητου αυτοέλεγχου.

Όλες οι παραπάνω «ευχάριστες» επιδράσεις του αλκοόλ μπορεί να εξελιχθούν πολύ άσχημα αν οι ποσότητες και η συχνότητα που λαμβάνονται αυξηθούν.

Παρακάτω παρουσιάζουμε μερικές από τις παθολογικές καταστάσεις που μπορεί να προκαλέσει μια οξεία ή χρόνια δηλητηρίαση από το οινόπνευμα. Πιο λεπτομερής ανάλυση πιστεύουμε ότι θα ξέφευγε από το σκοπό μας και οπωσδήποτε θα χρειάζονταν κάποιος περισσότερο ειδικός από εμάς, μιας και αυτά ανήκουν στο πεδίο της παθολογίας.

Έτσι, για να έχουμε μια πιο ολοκληρωμένη εικόνα και των συνεπειών του αλκοολισμού, αναφέρουμε τις πιο σημαντικές από αυτές και τις πιο συχνά απαντώμενες.



### 3.1.1 ΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΒΛΑΒΕΣ

#### 1. Λιπώδες ήπαρ – χρόνια αλκοολική ηπατοπάθεια – κίρρωση του ήπατος

Μια ποσότητα καθαρού οινοπνεύματος μεγαλύτερη των 60g /24h για τους άνδρες και 25g / 24h για τις γυναίκες, σε σχέση με την σωματική κατασκευή και σε συνδυασμό με την ακατάλληλη διατροφή μπορεί να προκαλέσει μια σταδιακή βλάβη του ήπατος με κατάληξη την κίρρωση.

Εκτός από την γενική κόπωση και αδυναμία άλλα συμπτώματα είναι :

- Αύξηση του μεγέθους του ήπατος
- Ίκτερος
- Ασκητικά συμπτώματα

Τα συμπτώματα αυτά συνοδεύονται από απώλεια βάρους, δευτεροπαθή ηπατικά σημεία, γυναικομαστία, και πιθανό αύξηση του μεγέθους του σπληνός. Σε τελικό στάδιο έχουμε:

- οίδημα
- κισσούς του οισοφάγου
- καρκίνο του ήπατος
- ηπατική εγκεφαλοπάθεια και θάνατο.

Εκτός της χρόνιας ηπατοπάθειας μπορεί να έχουμε και οξεία αλκοολική ηπατίτιδα. Η κλινική εικόνα είναι αυτή της βαριάς οξείας ικτερικής ηπατίτιδας.

#### 2. Οξεία ή χρόνια παγκρεατίτιδα

Από τις τέσσερις περιπτώσεις οξείας παγκρεατίτιδας οι τρεις είναι αποτέλεσμα δηλητηρίασης με οινόπνευμα.

Εκτός από το κοιλιακό άγχος, το μετεωρισμό και άλλα συμπτώματα του γαστρεντερικού συστήματος, μπορούμε να έχουμε και επιπλοκές όπως κυκλοφορική ανεπάρκεια, ειλεό, κύστες του παγκρέατος καθώς και οξεία παγκρεατίτιδα που χρειάζεται άμεση αντιμετώπιση. Χαρακτηριστική είναι επίσης και η απώλεια βάρους και η γενική αδυναμία του.

### 3. *Αλκοολική καρδιοπάθεια*

Στην περίπτωση της καρδιάς και των αγγείων η δράση του οινοπνεύματος είναι αμφιλεγόμενη. Έρευνες έχουν δείξει ότι μέτριες ποσότητες αλκοόλ προκαλούν ταχυκαρδία, κάνουν αγγειοδιαστολή στα στεφανιαία αγγεία και παρεμποδίζουν την ανάπτυξη αρτηριοσκλήρυνσης. Η χρόνια όμως χορήγηση και οι μεγάλες ποσότητες προκαλούν:

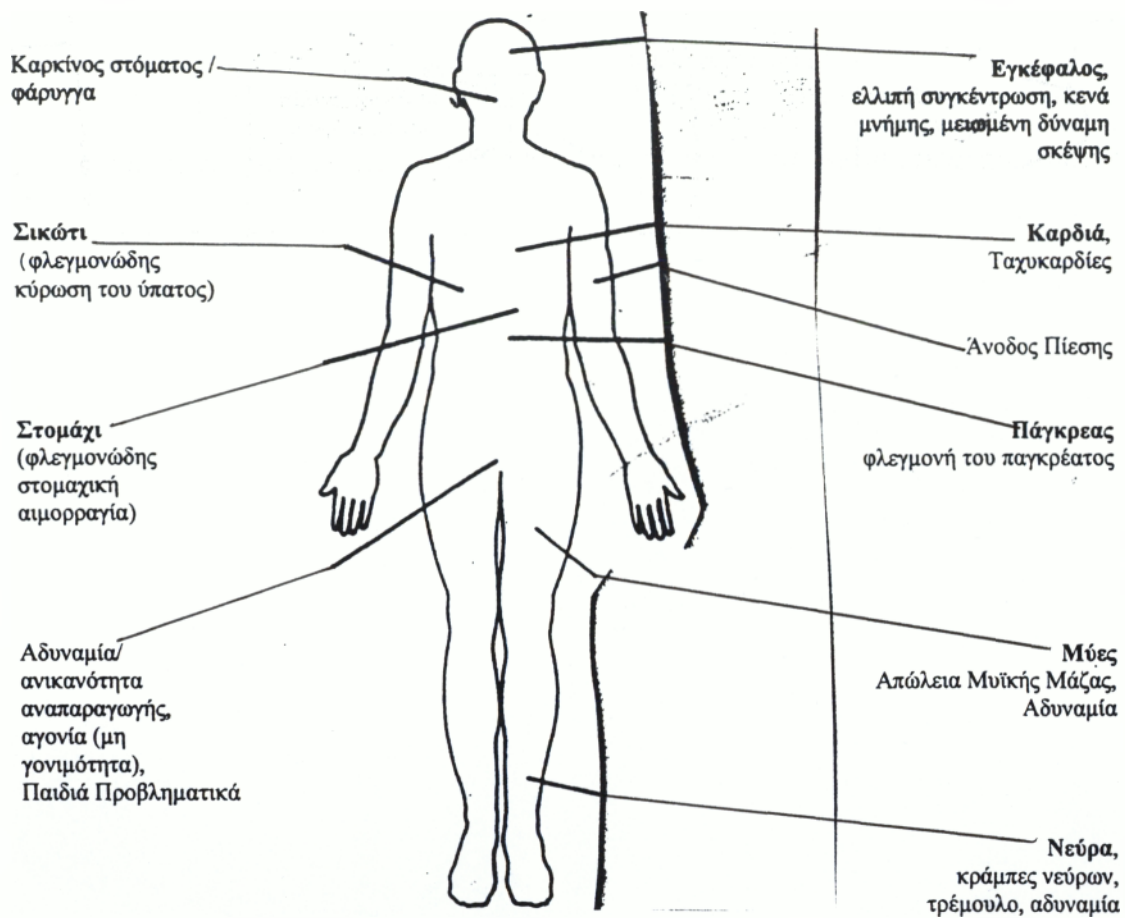
- αρτηριακή υπέρταση
- μειωμένη συσταλτικότητα του μυοκαρδίου
- στεφανιαία αρτηριοσκλήρυνση
- καρδιακή ανεπάρκεια
- αλκοολική καρδιομυοπάθεια η οποία μπορεί να οδηγήσει τον πάσχοντα ταχέως στο θάνατο.

### 4. *Οξεία γαστρίτιδα και έλκος*

Συναντάται ιδιαίτερα σε συνδυασμό με αγχώδη προσωπικότητα ή χρήση αντιρρευματικών ή άλλων φαρμάκων. Γενικά επηρεάζεται και το πεπτικό σύστημα. Μόνο να σκεφτούμε πόσο άσχημα είναι το στομάχι μας το πρωί μετά από μια βραδιά βαριού πιάματος, μπορούμε να φανταστούμε τη ζημιά που κάνει μια παρατεταμένη χρήση του αλκοόλ.

### 5. *Τέλος πλήθος είναι ακόμα τα σημεία πάνω στα οποία δρα επιβαρυντικά το οινόπνευμα. Τέτοια είναι:*

- ο διαβήτης
- διαταραχές λιπιδίων
- ασθένειες του παγκρέατος
- ασθένειες του γαστρεντερικού συστήματος όπως και διάφορες άλλες τοξικές καταστάσεις
- τα νεφρά
- τα γεννητικά όργανα



**Εικ. 1.** Μέρη του ανθρώπινου σώματος που επηρεάζονται από την χρήση αλκοόλ

### 3.1.2 ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΑ ΕΠΑΚΟΛΟΥΘΑ ΤΟΥ ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΥ

Η οξεία δηλητηρίαση (κοινή μέθη) με αλκοόλ μπορεί να προκαλέσει κώμα, ακόμα και θάνατο. Συνήθως οι περιπτώσεις κοινής μέθης περνάνε με επακόλουθα που περιορίζονται σε πονοκεφάλους και στομαχικές διαταραχές, χωρίς κάτι πιο σοβαρό. Υπάρχουν όμως φορές που ίσως χρειασθεί ιατρική βοήθεια για την αντιμετώπιση αναπνευστικής παράλυσης, πνευμονικής εισρόφησης κ.τ.λ.

Τα πράγματα όμως είναι πολύ διαφορετικά στη χρόνια δηλητηρίαση που μπορεί να προκαλέσει βαριές και ανεπανόρθωτες βλάβες στο νευρικό σύστημα και ιστό. Οι συχνότερες είναι:

#### 1. Αλκοολική πολυνευροπάθεια

Τα αίτια είναι η έλλειψη βιταμίνης B<sub>1</sub>, B<sub>6</sub>, B<sub>12</sub> του φυλλικού οξέος και γενικά η διαταραχή της ισορροπίας που προκαλεί το οινόπνευμα εμποδίζοντας την πρόσληψη των αμινοξέων και βιταμινών από το νευρικό ιστό αναστέλλοντας τον καταβολισμό και χρησιμοποίηση των πρωτεϊνών.

Τα συμπτώματα συνήθως παρουσιάζονται στην περιφέρεια και ιδιαίτερα στα πόδια και εκδηλώνονται σαν άλγη στη γάμπα του ποδιού, αίσθημα βαδίσματος πάνω σε βامβάκι και μυϊκοί σπασμοί των μυών της κνήμης. Η ασθένεια αρχίζει να εμφανίζεται από νεαρή ηλικία (20 – 30 ετών).

## **2. Επιληπτικά επεισόδια**

Τέτοια που οφείλονται στην κατάχρηση αλκοολούχων ποτών, θεωρούνται αυτά που κάνουν την εμφάνισή τους είτε στο σύνδρομο στέρησης είτε σε χρόνιους αλκοολικούς που πριν δεν είχαν τέτοιου είδους συμπτώματα και στους οποίους δεν εντοπίζεται κανένα άλλο οργανικό πρόβλημα.

Χαρακτηριστικό είναι ότι εμφανίζονται ακόμη και αφού το άτομο έχει σταματήσει την πόση και έχουν συνήθως γενικευμένο χαρακτήρα.

## **3. Αλκοολική ατροφία**

Εμφανίζεται με άτακτο βάδισμα, δυσαρθρία και τρέμουλο των χεριών.

## **4. Εγκεφαλίτιδα Wernicke**

Έχει βαρύ παθολογικό χαρακτήρα και μπορεί να οδηγήσει σε μόνιμη βλάβη πολλαπλών εγκεφαλικών λειτουργιών.

### **3.1.3 ΨΥΧΙΚΑ ΕΠΑΚΟΛΟΥΘΑ ΤΟΥ ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΥ**

Όσο μεγαλύτερη είναι η ποσότητα κατανάλωσης αλκοόλ τόσο μεγαλύτερη είναι και η δράση του αλκοόλ στον ψυχικό κόσμο και τις λειτουργίες του. Με κορύφωση την περίπτωση του συνδυασμού μεγάλων ποσοτήτων οينوπνευματωδών ποτών με χρόνια χρήση, όπου έχουμε ψυχικές διαταραχές, που καμία φορά είναι ανεπανόρθωτες.

Η πιο απλή και μη βλαβερή διαταραχή της ψυχικής λειτουργίας είναι η

κατάσταση μέθης. Δεν συνδέεται απαραίτητα με εξάρτηση και τα μόνα δυσάρεστα επακόλουθα που μπορεί να έχει είναι σε σωματικό (π.χ. πονοκέφαλος) και σε κοινωνικό επίπεδο (π.χ. εξευτελισμός). Το άτομο επανέρχεται στα φυσιολογικά πλαίσια αυτόματα μετά την παύση της δράσης του οινοπνεύματος στον εγκεφαλικό ιστό. Από ψυχιατρική πλευρά η μέθη χαρακτηρίζεται σαν “εξωγενής ψυχωτική κατάσταση με συμπτωματολογία ενός περαστικού οργανοψυχικού συνδρόμου”.

Κύρια συμπτώματα αυτής της “ψυχωτικής κατάστασης” (μερικά των οποίων προαναφέραμε) είναι η εύθυμη διάθεση, η ψυχοκινητική ανησυχία, η «διευκόλυνση» της επικοινωνίας, η ελάττωση της κριτικής σκέψης, η ασυμβίβαστη συμπεριφορά, όρεξη για καυγά, μεγαλοϊδέες κ.τ.λ.

Όσο μεγαλώνει ο χρόνος δηλητηρίασης, εμφανίζεται η ναρκωτική δράση του οινοπνεύματος που συνοδεύεται από κατάθλιψη και ελαφρά παράλυση κεντρικών νευρικών λειτουργιών (δυσκολίες στο βάδισμα, στην ομιλία κ.τ.λ.)

Υπάρχει όμως και μια άλλη παράδοξη δράση του οινοπνεύματος που θα μπορούσε να χαρακτηριστεί σαν “παθολογική μέθη”.

Αυτή η κατάσταση παρουσιάζει τόσο ποσοτικές όσο και ποιοτικές διαφορές των παρουσιαζομένων συμπτωμάτων. Η ψυχοκινητική ανησυχία εμφανίζεται με πολύ εντονότερη μορφή: αδυνατεί να ελέγξει όχι μόνο τις ψυχοκινητικές του αλλά και παραγνωρίζει την ίδια την πραγματικότητα συχνά σε συνδυασμό με παρουσίαση φανταστικών ιδεών και οπτικοακουστικό παραλήρημα. Αυτά ακολουθούνται από υπέρογκο θυμό, άγχος και αδικαιολόγητη επιθετικότητα.

Κατάληξη της όλης αυτής κατάστασης είναι ο βαθύς ύπνος και απόλυτη αμνησία για όλο το χρονικό διάστημα της επίδρασης της μέθης.

Η σημασία του διαχωρισμού της “παθολογικής μέθης” από την κοινή, έγκειται στα ιατροδικαστικά ερωτήματα σχετικά με την συμπεριφορά ενός ατόμου κατά τη διάρκεια της μέθης του, που στην πρώτη περίπτωση θεωρείται ότι κρύβει ένα είδος ψυχοπαθητικής προσωπικότητας η οποία βγαίνει στην επιφάνεια με το αλκοόλ και την απώλεια των ελεγκτικών μηχανισμών.

Άλλες ψυχοπαθολογικές καταστάσεις που παρουσιάζονται κυρίως μετά από χρόνια κατάχρηση αλκοολούχων ποτών είναι:

### **1. Παράφρονη Ζήλια**

Παρουσιάζεται κυρίως σε άνδρες και έχει σαν αντικείμενο την σύζυγο – σύντροφο. Ο αλκοολικός κατηγορεί συνεχώς τη σύντροφό του ότι τον απατά, προσπαθεί να ελέγχει κάθε της κίνηση κ.τ.λ. Αυτές οι ζηλόφθονες ιδέες που κυριαρχούν στη σκέψη του έχουν συνέπειες και στην προσπάθεια θεραπείας, η οποία γίνεται σχεδόν αδύνατη μιας και ο ασθενής δεν μπορεί να συγκεντρωθεί και πρέπει να επιστρέψει κοντά στη σύντροφό του προκειμένου να την ελέγξει.

Η ψυχοαναλυτική ερμηνεία είναι ότι πρόκειται για μια κατάσταση προβολικής σκέψης κατά την οποία ο αλκοολικός προσπαθεί να καλύψει τις δικές του τύψεις και τις φορτώνει στη σύντροφό του.

### **2. Αλκοολική παρανοϊκή κατάσταση**

Παρατηρείται κυρίως σε άτομα υστερικά ή σχιζοειδικά άτομα. Ο αλκοολικός νομίζει ότι ασχολούνται όλοι μαζί του, ότι τον παρακολουθούν και καμιά φορά συνοδεύεται από οπτικοακουστικό παραλήρημα.

### **3. Αλκοολικό παραλήρημα**

Η διαφορά με την παραπάνω κατάσταση είναι τα πιο έντονα (οπτικοακουστικό παραλήρημα). Ο ασθενής ακούει φωνές γνωστών ή αγνώστων προσώπων που ασχολούνται με αυτόν, τον κριτικάρουν και τον κατηγορούν. Όλα αυτά συνεπάγονται άγχος, κατάθλιψη και τάσεις αυτοκτονίας. Η διάρκεια του παραληρήματος είναι μερικές εβδομάδες μέχρι και μήνες, μπορεί όμως να καταλήξει σε χρόνιες ψυχωτικές καταστάσεις.

### **4. Ψύχωση Korsakoff (Αλκοολική αμνησία διαταραχή)**

Εμφανίζεται κυρίως στην ηλικία των 50 – 60. Αρχίζει ως ένα είδος ψυχικής κούρασης και απώλειας ενδιαφέροντος για πρακτικά θέματα όπως η δουλειά. Η κατάσταση συνεχίζεται με διαταραχές της νόησης, της ικανότητας για πνευματική συγκέντρωση και του θυμητικού. Χειροτερεύει με διαταραχές προσανατολισμού, μείωση της ικανότητας για αυθόρμητη συμπεριφορά, απώλεια της κρίσης και ολοκληρωτική αποβλάκωση της προσωπικότητας.



Το χαρακτηριστικό των θυμητικών διαταραχών, είναι ότι ενώ ο ασθενής δεν μπορεί να θυμηθεί τι έκανε πριν από λίγα λεπτά θυμάται το μακρινό παρελθόν .

#### **5. *Delirium Tremens(οξύ τρομώδες παραλήρημα)***

Πρόκειται για την πιο συχνή ψυχωτική κατάσταση (84%) και εμφανίζεται μετά 5 –7 χρόνια κατάχρησης αλκοόλ, κυρίως μετά το 30<sup>ο</sup> έτος της ηλικίας. Μπορεί να εμφανιστεί μετά από απότομη διακοπή της πόσης αλλά και κατά τη χρήση.

Τα πρώτα συμπτώματα είναι τρέμουλο των χεριών, διαταραχές του ύπνου, αγχώδη όνειρα, έντονη νευρικότητα, ψυχοκινητική ανησυχία και ιδρώτες καθώς και επιληπτικές κρίσεις.

Ως αιτία για την εμφάνισή του θεωρούνται από τον ιατρό κ. Καραβάτο διάφορες σωματικές καταπονήσεις ή κακώσεις, λοιμώξεις, χειρουργικές επεμβάσεις ή και έντονες συγκινησιακές καταστάσεις. Μπορεί όμως να επέλθει και χωρίς εμφανή εγκλητικά αίτια .

Πρόδρομα σημεία είναι η αϋπνία και οι διαταραχές του ύπνου, δυσθυμία, ανησυχία, άγχος, ονειρισμός ή νυχτερινές διεγέρσεις, απώλεια της όρεξης, ταχυκαρδία, ψυχική ευαισθησία, αιφνίδια έναρξη του οξέως τρεμώδους παραληρήματος κατά τη νύχτα καθώς και πρώτα συμπτώματα όπως : τρέμουλο των χεριών, έντονη νευρικότητα, ψυχοκινητική ανησυχία και ιδρώτες καθώς και επιληπτικές κρίσεις.

Σε περίπτωση που δεν αντιμετωπιστούν τα παραπάνω συμπτώματα ή το άτομο δεν αρχίσει πάλι να πίνει έχουμε μια ταχύτατη επιβάρυνση της γενικής κατάστασης του αλκοολικού με:

- έντονο άγχος θανάτου
- διαταραχή της βάδισης και της κινητικότητας των άκρων
- τρέμουλο της φωνής και δυσαρθρία
- άσκοπη αναζήτηση τριγύρω του
- αποπροσανατολισμό στον χώρο και στον χρόνο ή λάθος προσανατολισμό
- ανικανότητα ύπνου

- ψευδαισθήσεις στοιχειώδους της ακοής (θόρυβοι, τριγμοί)
- κιναισθηκές ψευδαισθήσεις (π.χ. αιωρούνται)
- παραισθήσεις (οι τοίχοι γέρνουν) που δημιουργούν γενικά ένα εφιαλτικό σκηνικό και μπορεί να οδηγήσουν τον ασθενή μέχρι πανικό.
- Οπτικό παραλήρημα κυρίως με μορφή μικρών ζώων (ποντίκια, αράχνες κ.τ.λ.)
- Ψευδαισθήσεις αφής αλλά και παραποίηση των αισθητικών προσλήψεων των εξωτερικών ερεθισμάτων (διώχνουν τα μικρά ζώα, κλωστές που νιώθουν επάνω τους). Χαρακτηριστικό είναι οι ψευδαισθήσεις που εκδηλώνονται με υποβολή (π.χ. ο ασθενής διαβάσει ένα λευκό φύλλο χαρτί που του δόθηκε φαινόμενο Liermann).

Αν δεν αντιμετωπιστεί έγκαιρα όλα αυτά, ο ασθενής μπορεί να υποκύψει. Η διάρκεια της κατάστασης αυτής κάτω από ιατροφαρμακευτική περίθαλψη είναι 4-5 ημέρες. Το ποσοστό θνησιμότητας κυμαίνεται ακόμα και σε καλά οργανωμένες κλινικές, μεταξύ 1-4%

Τέλος θα κλείσουμε με ορισμένα συμπτώματα που δεν κατηγοριοποιούνται στην ιδιαίτερη ασθένεια αλλά εμφανίζονται μεμονωμένα ή ομαδικά σε όλους σχεδόν τους χρόνιους αλκοολικούς.

Αυτά είναι:

- Διαταραχές και κενά της μνήμης και της ικανότητας για πνευματική συγκέντρωση
- Μείωση της ικανότητας για νέα μάθηση
- Σωματοψυχική κόπωση
- Μείωση της ικανότητας κρίσης και ιδιαίτερα για ό,τι αφορά τον ίδιο (δικαιολογίες για τα πάντα)
- Ελάττωση της φαντασίας και της συνθετικής σκέψης
- Μείωση της εμπιστοσύνης τόσο απέναντι στον ίδιο τον εαυτό του όσο και στους άλλους
- Συναισθηματική ασθένεια
- Ελάττωση της ικανότητας για παραγωγική εργασία

- Πνευματική ηλιθιότητα

Το χειρότερο όμως με τα παραπάνω συμπτώματα είναι η παραγνώριση και δικαιολόγηση τους με επιχειρήματα όπως το πέρασμα των χρόνων που στην περίπτωση μας όμως στέκει εμπόδιο στην πρόληψη ορισμένων άσχημων καταστάσεων.

### 3.2 ΑΛΚΟΟΛ ΚΑΙ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

Η κατάσταση του αλκοόλ μπορεί να προκαλέσει ορμονική διαταραχή, αρρυθμία στην περίοδο της γυναίκας και αποτυχία στη σύλληψη.

Το έμβρυο μπορεί να επηρεαστεί από τον αλκοολισμό του πατέρα, ακόμα και από την απλή χρήση οινοπνεύματος από την μητέρα. Όσον αφορά λοιπόν αυτή την επιρροή εκείνο που έχει ερευνηθεί πιο συστηματικά είναι το εμβρυϊκό αλκοολικό σύνδρομο.

Κατ' αρχήν μορφολογικά παρουσιάζεται ως εξής:

- Μικρές βλεφαριδικές σχισμές – μογγολικές πτυχές
- Καθίζηση ρίζας ρινός
- Πλατύ και επίπεδο πρόσωπο
- Μεγάλη απόσταση στόματος – ρινός
- Λεπτό άνω χείλος
- Προγναθισμός

Παρουσιάζονται επίσης διαταραχές του κεντρικού νευρικού συστήματος και της σωματικής διάπλασης:

- Μικροκεφαλία
- Νοητική καθυστέρηση
- Υπερκινητικότητα
- Ανωμαλίες στη σπονδυλική στήλη
- Χαμηλότερο ύψος
- Καθυστέρηση στην ανάπτυξη

Λοιπές ανωμαλίες:

- Συγγενείς καρδιοπάθειες
- Μικροφθαλμία
- Συχνές ωτίτιδες – απώλεια ακοής
- Ανώμαλα δερματογλυφικά
- Υπερτρίχωση (νεογνική)

Παρ' όλο που η σχέση του αλκοόλ με τα παραπάνω έχει αποδειχθεί ο κίνδυνος δεν είναι απόλυτος<sup>8</sup>.

### 3.3 Η ΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΑΛΚΟΟΛ ΣΤΟΝ ΕΓΚΕΦΑΛΟ

Η εξυπνάδα δεν σταματά κάποιον από το να εθιστεί στο αλκοόλ. Συγγραφείς, δικηγόροι και καθηγητές είναι το ίδιο ευάλωτοι όπως όλοι μας. Είναι γεγονός πως η βαριά πόση μπορεί να προκαλέσει συρρίκνωση του εγκεφάλου.

Τα ποσοστά ατροφίας των αλκοολικών ασθενών από έρευνα των Α. Αθανασάκη, Κ. Ζερβού, Σ. Ζυγούρη και Κ. Κατσίκη παρουσιάζονται να είναι ιδιαίτερα μεγάλα. Η ατροφία κυμαίνεται από ελαφρύ έως μέτριου βαθμού και εντυπωσιακά υψηλό ποσοστό παρουσιάζεται μεταξύ των νεότερων ασθενών.

Αυτός είναι ίσως ο λόγος που μερικοί “γεροί πότες” φαίνεται αρχικά να δυσκολεύονται να κάνουν σχέδια για το μέλλον και μετά να τα ακολουθούν.

Ευτυχώς μεγάλο μέρος της ζημιάς προκαλείται στην ικανότητα σκέψης η οποία συνέρχεται αν υπάρξει πλήρης απόχη από την πόση αλκοόλ για τουλάχιστον 6 μήνες.

### 3.4 ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΣΤΟ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΑ

<sup>8</sup> Δ. Αναγνωστάκης, «Η επίδραση της αλκοόλης στο έμβρυο» στην «ΙΑΤΡΙΚΗ», Τεύχος 64, 1993, σελ. 457

Παρακάτω θέτουμε κάποιες άμεσες συνέπειες του αλκοόλ ανάλογα και με την καταναλωθείσα ποσότητα όπως παρουσιάζονται σε μελέτη του κ. Ευάγγελου Παπαγεωργίου.

Είναι φανερό ότι το αλκοόλ μπορεί να γίνει τρόπος ζωής και να επηρεάζει άμεσα τόσο το οικογενειακό περιβάλλον όσο και το κοινωνικό.

Η οικογένεια του αλκοολικού υποφέρει μαζί του και εξ' αιτίας του. Ο ίδιος περιορίζει τα ενδιαφέροντά του και από ένα ενεργητικό άτομο γίνεται απαθής. Αλλάζει το άτομο και κάνει τους γύρω του ν' αναρωτιούνται για το ποιος είναι αυτός δίπλα τους. Αδιαφορεί για την εμφάνισή του και την καθαριότητά του.

Οι σύζυγοί αυτών των ανθρώπων παρουσιάζουν εντυπωσιακή υπομονή αλλά και τρομερές δυνατότητες μιας και η όλη φροντίδα και ευθύνη της οικογένειας είναι στα χέρια της. Δεν μπορεί να του έχει εμπιστοσύνη για κοινωνικές συναλλαγές. Λείπει η συζήτηση για θέματα των παιδιών και κοινό σχεδιασμό για το μέλλον. Έτσι συνεπάγεται η ανάληψη και του γενεϊκού ρόλου από τον άλλο σύζυγο τονίζοντας παράλληλα την ανικανότητα του αλκοολικού συζύγου.

Οι γυναίκες των αλκοολικών έχουν υψηλό δείκτη ψυχολογικών διαταραχών και γενικότερα έχουν μια ιδιαίτερη ψυχολογία. Αρκετά προβλήματα παρουσιάζουν και τα παιδιά των αλκοολικών από την σχολική ηλικία. Ακόμα δυσκολεύονται στη κοινωνική προσαρμογή, στην μάθηση, στην εξεύρεση φίλων και την διατήρηση της φιλίας. Αυτά τα παιδιά εκδηλώνουν υπερκινητικότητα, επιθετικότητα και αυτοκαταστροφές τάσεις.

Το πιο τραγικό όμως είναι η πιθανότητα που φέρουν να γίνουν και τα ίδια αλκοολικά σε συνδυασμό με το στρες που δέχονται από το περιβάλλον τους.

Έκδηλες είναι οι αρνητικές συνέπειες και στην κοινωνία. Ο αλκοολικός παρουσιάζει επιθετική συμπεριφορά και φτηνές διαπροσωπικές σχέσεις. Είναι άτομο κοινωνικά ανεύθυνο και ασυνεπές απέναντι στην δουλειά του. Έτσι είναι μειωμένη η απόδοσή του στην εργασία που συνεπάγεται απώλεια

εργατικών ωρών και μειωμένο εισόδημα δυσκολεύοντας τη διαβίωση αυτού και των οικογενειών τους. Από όλα τα παραπάνω επιβαρύνεται όλη η οικονομία από τις συχνές νοσηλείες στα νοσοκομεία για αντιμετώπιση των επιπλοκών, τις αναρρωτικές άδειες και τέλος τα βιβλιάρια απορίας που εκδίδουν αφού συνήθως μένουν άνεργοι χωρίς πόρους και χωρίς ασφάλιση.

Ακόμα διάφορα αδικήματα γίνονται από τη επιρροή αλκοόλ. Στην Αγγλία και την Ουαλία επιβάλλονται 100.000 καταδίκες κάθε χρόνο από τις οποίες 3.000 είναι φυλακίσεις παρ' όλο που τα περισσότερα απ' αυτά είναι μικροαδικήματα, το αλκοόλ, σε μεγάλο ποσοστό είχε κάποια σχέση με τρομακτικά εγκλήματα βίας. Δυστυχώς, δεν βρέθηκαν στοιχεία που να αφορούν ατυχήματα, υπό επήρεια αλκοόλ, στην Ελλάδα.

Τέλος ίσως το μεγαλύτερο κόστος για την κοινωνία είναι ο πολύ μεγάλος αριθμός ατυχημάτων, κατά κύριο λόγο τροχαίων, που συσχετίζονται με την κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών. Περίπου 70% - 80% των ατυχημάτων οφείλονται σε οδήγηση μετά από χρήση αλκοόλ.

### **3.5 ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΗΝ ΕΠΙΒΟΛΗ ΚΥΡΩΣΕΩΝ ΣΤΟΥΣ ΧΡΗΣΤΕΣ ΑΛΚΟΟΛ**

Η χρήση του αλκοόλ είναι ένα αναπόσπαστο στοιχείο της κοινωνίας μας που μπορεί όμως να αποβεί μοιραίο κάτω από ορισμένες συνθήκες. Το κράτος έχει λάβει νομικά μέτρα, κατ' αρχήν για αποφυγή τέτοιων καταστάσεων καθώς και για την τιμωρία ατόμων που η ποσότητα αλκοόλ που καταναλώνουν μπορεί να είναι επικίνδυνη για αυτούς και τους γύρω τους.

Έτσι στο άρθρο 42 του κώδικα οδικής κυκλοφορίας αναφέρεται ότι απαγορεύεται η οδήγηση κάθε οδικού οχήματος σε οδηγό, ο οποίος βρίσκεται υπό την επίδραση οινοπνεύματος όταν το ποσοστό αυτού στον οργανισμό του υπερβαίνει τα 0,5 γραμμάρια ανά λίτρο αίματος (0,5 gr/l).

Έλεγχος για την διαπίστωση της μέθης του οδηγού γίνεται υποχρεωτικά σε περίπτωση θανατηφόρου ατυχήματος και στα θανόντα πρόσωπα, με τη



χρησιμοποίηση κάθε κατάλληλου επιστημονικού μέσου, όπως:

- α) ψυχοφυσικές εξετάσεις (παρατήρηση οφθαλμών, δοκιμασία ισορροπίας, ομιλίας κ.λπ.),
- β) δοκιμασία με «ALCOTEST» που συνίσταται στην εξακρίβωση της ύπαρξης αιθυλικής αλκοόλης στον εκπνεόμενο αέρα. Η μέθοδος αυτή είναι και η πιο συνήθης,
- γ) χρησιμοποίηση αεροχρωματογράφου, δηλαδή ηλεκτρονικής συσκευής που ελέγχει τη μέθη οδηγών και πεζών και τέλος
- δ) αιματοληψία.

Η τιμωρίες, για οδήγηση οχήματος υπό την επίδραση οινοπνεύματος κυμαίνονται από πρόστιμο πενήντα χιλιάδων (50.000) δραχμών και αφαίρεση επί τόπου της άδειας ικανότητας οδηγού για έξι (6) μήνες. Ο οδηγός που οδηγεί υπό την επήρεια οινοπνεύματος κρίνεται συνήθως και υπαίτιος του ατυχήματος.

Σε περίπτωση όμως διάπραξης εγκλήματος υπό την επήρεια αλκοόλ, επιβάλλεται ποινή ελαττωμένη με βάση το άρθρο 36 του ποινικού κώδικα.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

### ΑΠΕΞΑΡΤΗΣΗ – ΣΤΕΡΗΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

#### 4.1 ΑΠΟΤΟΞΙΝΩΣΗ – ΑΠΕΞΑΡΤΗΣΗ

Η αποτοξίνωση δεν είναι θεραπεία για τον αλκοολισμό αλλά είναι μια περίοδος αποχής από το αλκοόλ με στόχο την προετοιμασία του ατόμου για απεξάρτηση και ανάρρωση.

Απεξάρτηση είναι η ηθελημένη προσπάθεια οριστικής διακοπής και θεραπείας από το αλκοόλ. Καθοριστικό ρόλο στο θέμα της απεξάρτησης παίζει η έγκαιρη επισήμανση και διάγνωση του αλκοολισμού. Τότε μπορεί να αρχίσει η αντιμετώπιση πριν από την εμφάνιση σοβαρών επιπτώσεων στην υγεία, στην εργασία, στην οικογένεια κ.α. με μικρότερο κόστος θεραπεία και καλύτερα αποτελέσματα.

Η διάγνωση του αλκοολισμού είναι κάτι αρκετά δύσκολο, αφού τα όρια ανάμεσα στη χρήση και την κατάχρηση δεν είναι τόσο ευδιάκριτα και οι ίδιοι οι αλκοολικοί σπάνια ή και δύσκολα παραδέχονται ότι έχουν προβλήματα. Μερικές φορές μάλιστα ο ασθενής το κρύβει εσκεμμένα και ο γιατρός καταλήγει να επικεντρώνει το ενδιαφέρον του σε άλλες εκδηλώσεις αγνοώντας το πραγματικό πρόβλημα, π.χ. θεραπεία για αγχώδη και καταθλιπτική νεύρωση, ενώ η βαρύτητα του αλκοόλ αγνοείται ή απλώς υποσημαίνεται. Ορισμένοι αλκοολικοί οδηγούνται για θεραπεία από τους συγγενείς ή την πολιτεία, χωρίς τη θέληση τους. Αν κάτι τέτοιο γίνει με διακριτικότητα και σταθερότητα μπορεί να έχει θετικά αποτελέσματα. Υπάρχει όμως και η εκδοχή, αφού ο ασθενής δεν έχει δεχθεί το πρόβλημά του και είναι δύσκολο να ελεγκτή, μετά τη νοσοκομειακή θεραπεία, να σταματήσει τη φαρμακευτική αγωγή, είτε για λόγους αδιαφορίας ή και από αντίδραση επειδή η εισαγωγή στο νοσοκομείο έγινε μετά από πίεση.

Σκοπός της απεξάρτησης είναι η πλήρης αποχή από τη χρήση αλκοόλ και το πρώτο και κύριο βήμα είναι η παραδοχή του προβλήματος από τον ίδιο τον αλκοολικό και η θέληση για θεραπεία. Άρα χωρίς την θέληση του ουσιαστικά δεν μπορεί να γίνει απεξάρτηση. Έχουμε μόνο την σωματική αποτοξίνωση όχι όμως και συναισθηματική απεξάρτηση.



#### 4.2 ΣΤΕΡΗΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ – ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΣΤΕΡΗΣΗΣ

Σύνδρομο στέρησης είναι μια σοβαρή επιπλοκή του αλκοολισμού που μπορεί να προκληθεί από την απότομη διακοπή του αλκοόλ σε έναν εξαρτημένο ασθενή. Εμφανίζεται κυρίως με σπασμούς, μπορεί όμως να συνοδεύεται με ψευδαισθήσεις ή πυρετό. Είναι μια κατάσταση που χρειάζεται εισαγωγή σε νοσοκομείο, για την αντιμετώπισή της.<sup>9</sup>

Αναπτύσσεται μετά από σημαντική μείωση ή διακοπή της κατανάλωσης αλκοόλης. Οι αιτίες που το προκαλούν δεν είναι γνωστές. Τα κλινικά συμπτώματα περιλαμβάνουν αδρή τρόμο χεριών, της γλώσσας ή των βλεφάρων, ναυτία, εμετό, κεφαλαγία, κακουχία, αδυναμία, ταχυκαρδία,

<sup>9</sup> www. Flash .gr. – Care Magazine

ιδρώτας, αυξημένη αρτηριακή πίεση, άγχος, καταθλιπτικό συναίσθημα, ευερεθιστότητα, παροδικές ψευδαισθήσεις ή παραληρητικές ιδέες και αϋπνία.

Αναφέρουμε πιο αναλυτικά τα:

**α) Παραλήρημα από στέρηση αλκοόλης:**

Εμφανίζεται συνήθως μια εβδομάδα μετά τη διακοπή ή σημαντική μείωση της κατανάλωσης αλκοόλης. Το κύριο σύμπτωμα εκτός από παραληρηματικές ιδέες, παραισθήσεις και ψευδαισθήσεις είναι:

- θόλωση της συνείδησης
- διαταραχές προσοχής ενεργητικής και παθητικής
- διαταραχές του προσανατολισμού και της μνήμης
- αποδιοργάνωση της σκέψης, που γίνεται αντιληπτή από τη δυσχερή ή πλήρη έλλειψη επικοινωνίας
- διαταραχές της ψυχοκινητικής δραστηριότητας, του συναισθήματος, του ύπνου και παραγνώρισης προσώπων.<sup>10</sup>

Το ποσοστό θνησιμότητας, συμπεριλαμβανομένων των ασθενών χωρίς θεραπευτική φροντίδα, ανέρχεται σε 15%. Αιτία θανάτου είναι η λοίμωξη, η καρδιακή αρρυθμία, οι ηλεκτρολυτικές διαταραχές και η αφυδάτωση και τέλος, η αυτοκτονία (ο ασθενής υπακούει σε προτρεπτικές ψευδαισθήσεις να τερματίσει τη ζωή του).

**β) Αλκοολική ψευδαισθήτωση από στέρηση αλκοόλης:**

Το κύριο σύμπτωμα είναι οι έντονες και ζοηρές ψευδαισθήσεις. Αναπτύσσονται εντός 48 ωρών από τη διακοπή της κατανάλωσης αλκοόλ από άτομα εξαρτημένα. Συνήθως είναι οπτικές, ακουστικές ή απτικές. Το περιεχόμενό τους αναφέρεται κυρίως σε γεγονότα της ζωής του ασθενούς. Συχνά είναι δυσάρεστο ή τρομακτικό. Ο ασθενής, ανταποκρινόμενος σε ακουστικές ψευδαισθήσεις, μπορεί να βλάψει τον εαυτό του ή του άλλους. Άλλοτε πάλι, είναι καλά ανεκτό και δεν ενοχλεί τον ασθενή.<sup>11</sup>

<sup>10</sup> Ε. ΛΥΚΟΥΡΑΣ, "Η ψυχιατρική πλευρά του αλκοολισμού" στην ΙΑΤΡΙΚΗ, Τεύχος 64, 1993 σελ.498

<sup>11</sup> Βλέπε αναφορά 10

Τέλος τα εξαρτημένα άτομα που σταματούν το αλκοόλ παρουσιάζουν αδυναμία εξάσκησης του προηγούμενου, επαγγέλματος τους, κυρίως όταν αυτό είναι χειρονακτικό. Νιώθουν μια μυϊκή κούραση που προκαλεί μια επιβράδυνση του ρυθμού εργασίας και αυτό παρόλο που έχουν όρεξη για φαγητό, κοιμούνται κανονικά και συχνά παχαίνουν .<sup>12</sup>

### 4.3 ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ ΑΠΕΞΑΡΤΗΣΕΩΣ

Η θεραπεία απεξάρτησεως γίνεται στο νοσοκομείο, εφόσον ο αλκοολισμός εμφανίζει συμπτώματα συνδρόμου στέρησης ή συνυπάρχουν βαριά κατάθλιψη, τάσεις αυτοκαταστροφής, ψυχωτικά συμπτώματα ή σοβαρό σωματικό νόσημα. Επίσης, άλλοι λόγοι εισαγωγής στο νοσοκομείο είναι η απομάκρυνσή του από περιβάλλον, όπου δύσκολα θα σταματούσε να πίνει, καθώς και η εφαρμογή ορισμένων θεραπευτικών τεχνικών π.χ. ψυχοθεραπεία , ψυχαναλυτικής τύπου προσέγγισης ή θεραπείας συμπεριφοράς.

Ο σκοπός της θεραπείας είναι να μπορέσει το εξαρτημένο από την αλκοόλη άτομο, να σταματήσει ανεπεστρεπτή, να πίνει. Είναι σχεδόν αδύνατον για κάποιον που είναι εξαρτημένος μετά το στάδιο της σωματικής απεξάρτησης να κάνει απλή χρήση αλκοόλ.

Πολλοί παράγοντες παίζουν ρόλο στην αιτιοπαθογένεια του αλκοολισμού. Συνεπώς η εφαρμογή ενός μόνο είδους θεραπείας δεν επιφέρει θεαματικά αποτελέσματα. Αντίθετα, ο συνδυασμός δυο ή περισσότερων θεραπευτικών τεχνικών έχει μεγάλη αποτελεσματικότητα.

Η θεραπεία περιλαμβάνει μέτρα και αντιμετώπιση ειδικών συμπτωμάτων όπως:

- α) Ενυδάτωση και διόρθωση των ηλεκτρολυτικών διαταραχών.
- β) Χορήγηση πολυβιταμινούχων σκευασμάτων

---

<sup>12</sup> Ι. ΚΟΥΡΟΣ – ΚΑ. Α. GUEZENNEC – ROGER, "Προοπτικές από τη χορήγηση καρπιπραμίνης στη θεραπεία των αλκοολικών " στον ΕΓΚΕΦΑΛΟ, Τεύχος 19,1982, σελ. 417

γ) Αν ο ασθενής είναι ανήσυχος, συνιστάται η χορήγηση βενζοδιαζεπινών

δ) Χορήγηση θειαμίνης και καρπιπραμίνης

Τα συμπτώματα που επηρεάζονται θετικότερα από την καρπιπραμίνη είναι: η ψυχοκινητική επιβράδυνση, η υποβουλησία (απραγματισμός), η συναισθηματική υπαισθησία και απώλεια του θυμικού.<sup>13</sup>

Τα συμπτώματα που συνήθως επηρεάζονται αρνητικά είναι : η διέγερση, η αύπνια, η μεγαλομανία και οι ιδέες καταδίωξης. Αυτό το φάρμακο βοηθάει καις την πρόληψη της επανάληψης του αλκοολισμού: δρώντας στο θυμικό και τη δραστηριότητα τροποποιεί τις συνθήκες ζωής του ασθενή, επιτρέποντάς του έτσι να μην ξαναπιεί.<sup>14</sup>

Ως υποστηρικτικά μέτρα της θεραπείας αναφέρονται:

- Ήσυχο και επαρκώς φωτισμένο δωμάτιο
- Γνωστά πρόσωπα κοντά στον ασθενή
- Προσπάθεια διατήρησης του προσανατολισμού του, υπενθυμίζοντας την ώρα, την ημερομηνία, το χώρο που βρίσκεται και την ταυτότητα των προσώπων που τον επισκέπτονται.

Η διατροφή παραμένει η συνήθης.

Μια ακόμα συμπληρωματική θεραπευτική προσέγγιση θεωρείται από τη δεκαετία του 1980 και ο βελονισμός. Στον αλκοολισμό, κατά την Παραδοσιακή Κινέζικη Ιατρική, θεωρείται ότι πάσχει το σύστημα Στομάχου – Σπλήνα και Ήπατος – Χοληδόχου κύστης. Έτσι επιλέγονται σημεία που ανήκουν στους Μεσημβρινούς των παραπάνω οργάνων, καθώς και σημεία που ανήκουν στους Μεσημβρινούς της Καρδιάς και του Περικαρδίου. Τα σημεία αυτά, συνδυάζονται με σημεία βελονισμού στο πτερύγιο του αυτιού, προκειμένου να περιορίσουν τα στερητικά συμπτώματα που εμφανίζονται τις πρώτες ώρες μετά τη διακοπή της λήψης του αλκοόλ.

---

<sup>13</sup> Βλέπε αναφορά 12

<sup>14</sup> Βλέπε αναφορά 12



Όλα τα παραπάνω αποτελούν σχηματική μόνοι παρουσίαση κάποιων θεραπευτικών προσεγγίσεων. Η τελική επιλογή της μεθόδου θεραπείας εναπόκειται στον κάθε θεραπευτή. Η μέθοδος πρέπει να είναι αποδεκτή από τον χρήστη. Για να υπάρχει η στοιχειώδης, όσο και δύσκολη αλλά όχι ανέφικτη, θεραπευτική προϋπόθεση: η συμμετοχή στη θεραπεία του πάσχοντος ατόμου είναι απαραίτητη.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

### ΜΟΝΑΔΕΣ ΑΠΕΞΑΡΤΗΣΗΣ ΑΛΚΟΟΛΙΚΩΝ

### ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΕΙΣ

#### **5.1 Η ΠΡΩΤΗ ΜΑΣ ΕΠΑΦΗ**

Όπως έχουμε αναφέρει και στα και στα προηγούμενα κεφάλαια ο αλκοολισμός είναι ένα από τα σοβαρότερα κοινωνικά προβλήματα σε πολλές χώρες του κόσμου. Στην Ελλάδα έχει πάρει αρκετά μεγάλες διαστάσεις αφού οι στατιστικές δείχνουν ότι είναι η 4<sup>η</sup> χώρα στην Ευρώπη με προβλήματα αλκοολισμού. Στην προσπάθειά μας να μάθουμε τι γίνεται με την πρόληψη και αντιμετώπιση του αλκοολισμού στην χώρα μας απευθυνθήκαμε στον Συμβουλευτικό Σταθμό (Σ.Σ.) που βρίσκεται στην οδό Ασκληπιού 19 στην Αθήνα και στο τμήμα ψυχικής απεξάρτησης αλκοολικών – 18 άνω του ΨΝΑ.

Μετά από αρκετά τηλεφωνήματα στον Σ.Σ. μιλήσαμε με την κοινωνική λειτουργό του 10<sup>ου</sup> περιπτέρου κα. Μυλωνά Χριστίνα με την οποία κλείσαμε ραντεβού για την 10/01/2001. Μια βδομάδα αργότερα κανονίστηκε ραντεβού με την κοινωνική λειτουργό του 18 άνω κα. Λαγού Σταματία.

Τετάρτη 10/01/2001. Βρεθήκαμε στην κεντρική είσοδο του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αθηνών (Ψ.Ν.Α.) . Αφού πήραμε τις πληροφορίες του θυρωρού για το που βρίσκεται το περίπτερο που ψάχναμε, ξεκινήσαμε την πορεία μας. Είναι γεγονός ότι ο υπεύθυνος δεν μας κατατόπισε σωστά, έτσι περιπλανηθήκαμε για αρκετή ώρα στους χώρους του Ψ.Ν.Α.. Παρ' όλο που ήμασταν μόλις λίγα μέτρα από την πόλη, το περιβάλλον ήταν πολύ διαφορετικό και η αίσθηση ενός "ιδιαιτέρου κόσμου" ήταν έντονη. Άνθρωποι διαφορετικοί, περίεργες φυσιογνωμίες, διαπεραστικά βλέμματα. Οι περισσότεροι ζητούσαν χρήματα και τσιγάρα. Τα συναισθήματά μας μπερδεμένα, φόβος, θλίψη, απορία για το πως κατέληξαν όλοι αυτοί οι άνθρωποι σ' αυτό το χώρο.

Φτάνοντας επιτέλους στο περίπτερο που αναζητούσαμε κάναμε την εξής κωμικοτραγική σκέψη: Αν κάποιος αλκοολικός θελήσει να ζητήσει βοήθεια μέχρι να βρει το κέντρο απεξάρτησης σίγουρα θα αισθανθεί την ανάγκη για ένα ποτό!

Παρακάτω αναφέρουμε τα στοιχεία που συγκεντρώσαμε από τις συναντήσεις μας με τους αρμόδιους . Είναι στοιχεία που αφορούν και τα δυο περίπτερα, τον τρόπο λειτουργίας τους, τον σκοπό τους και τις μεθόδους που χρησιμοποιούν για την απεξάρτηση αλκοολικών ατόμων.

Το Φύλλο της Εφημερίδας της Κυβερνήσεως (ΦΕΚ) 38/87 Τεύχος 2<sup>ο</sup> (ημερομηνία έκδοσης 20/01/87) περιλαμβάνει την υπουργική απόφαση αρ. Α9Β/οικ/21447, η οποία αφορά την αναμόρφωση του Ψ.Ν.Α.. Στο άρθρο 7 προβλέπεται η δημιουργία ενός κέντρου αποτοξίνωσης αλκοολικών ως ένα από τα τμήματα του 2<sup>ου</sup> ψυχιατρικού τομέα. Οι εργασίες του κέντρου αυτού πραγματοποιούνται στο 10ο περίπτερο του Ψ.Ν.Α. και στο περίπτερο 18 άνω όπως βλέπουμε παρακάτω.

## 5.2 ΠΕΡΙΠΤΕΡΟ 10<sup>ο</sup> Ψ.Ν.Α.



Το «Δέκατο» έχει πάρει το όνομα του γιατί στεγάζεται στο δέκατο περίπτερο του Ψυχιατρικού Συγκροτήματος. Λειτουργεί από το 1988 σαν μικτό κέντρο αλκοολικών – τοξικομανών (δηλαδή τοξικομανείς και αλκοολικός μαζί στην ίδια θεραπεία) με εστίαση των ενεργών στη σωματική απεξάρτηση μόνο. Με τη σημερινή του μορφή, το κέντρο απεξάρτησης αλκοολικών λειτουργεί από το 1977. Είναι Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου και η χρηματοδότησή του γίνεται από τον προϋπολογισμό του Ψ.Ν.Α.

### 5.2.1 ΔΙΟΙΚΗΣΗ – ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ – ΧΩΡΟΙ

Η διοίκηση αποτελείται :

- Δ. Σ. του Ψ.Ν.Α.
- Πρόεδρος του Ψ.Ν.Α.
- Διευθυντής της μονάδας απεξάρτησης γενικά
- Υπεύθυνος γιατρός (Ψυχίατρος)
- Προϊστάμενος νοσηλευτικής υπηρεσίας
- Κοινωνική λειτουργός

Το δυναμικό προσωπικό απαρτίζεται από:

- Έναν (1) Ψυχίατρο
  - Έναν (1) Ψυχολόγο
  - Έναν (1) Κοινωνιολόγο
  - Μία (1) Κοινωνική Λειτουργό
  - Μία (1) Επισκέπτρια Υγείας
  - Οχτώ (8) Νοσηλεύτριες
    - Μία (1) Καθαρίστρια
    - Μία (1) Τραπεζοκόμο
    - Έναν (1) Γυμναστή
    - Έναν (1) Δραματοθεραπευτή
    - Έναν (1) Εργοθεραπευτή
- } Κοινό και με άλλα τμήματα

Οι χώροι από τους οποίους αποτελείται είναι:

- Ένα (1) σαλόνι
- Δέκα (10) υπνοδωμάτια με δυο έως τρία (2-3) κρεβάτια και με ατομικά W.C.
- Μία (1) τραπεζαρία και μία (1) κουζίνα μαζί
- Ένας (1) χώρος γυμναστικής
- Μία (1) σάουνα
- Πέντε (5) γραφεία για το προσωπικό
- Ένα (1) γραφείο του προϊστάμενου νοσηλευτικού προσωπικού
- Ένα (1) χώρο συνεδριάσεων

#### **5.2.2 ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΣΩΜΑΤΙΚΟΥ ΣΤΕΡΗΤΙΚΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ - ΝΑΛΤΡΕΞΟΝΗΣ**

Στο 10<sup>ο</sup> Περίπτερο υλοποιείται το πρόγραμμα Ναλτρεξόνης , που άρχισε το 1999, σκοπός του οποίου είναι:

α) η θεραπεία του σωματικού στερητικού συνδρόμου, ατόμων που είναι εξαρτημένα από αλκοόλ και

β) η ολοκλήρωση ενός θεραπευτικού Προγράμματος Ψυχολογικής Απεξάρτησης διάρκειας τεσσάρων μηνών, με παράλληλη χορήγηση του φαρμάκου ναλτρεξόνη.

Το φάρμακο αυτό έχει την ιδιότητα να δρα σε κάποια νεύρα του εγκεφάλου και να μειώνει την επιθυμία για αλκοόλ που αισθάνεται ο αλκοολικός. Χορηγείται μια με δυο φορές την ημέρα, ανάλογα με την περίπτωση που θα κρίνει ο γιατρός, σε μορφή χαπιού.

Το πρόγραμμα διακρίνεται σε τρεις φάσεις. Η πρώτη φάση λαμβάνει χώρα στον Σ.Σ. Η δεύτερη φάση, που είναι της απεξάρτησης, ψυχικής και σωματικής, πραγματοποιείται στο 10<sup>ο</sup> Περίπτερο του Ψ.Ν.Α. Τέλος η Τρίτη φάση, της επανένταξης συμβαίνει και πάλι στον Σ.Σ.

### 5.2.3 Α΄ ΦΑΣΗ – ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΟΣ ΣΤΑΘΜΟΣ

Η πρώτη φάση περιλαμβάνει την πρώτη επαφή του εξαρτημένου με το θεραπευτικό πρόγραμμα, που γίνεται είτε τηλεφωνικά και μετά με επίσκεψη στον Συμβουλευτικό Σταθμό, είτε πηγαίνοντας κατευθείαν στο Σ.Σ. που βρίσκεται στο κέντρο της Αθήνας. Σπάνια αυτές οι κινήσεις γίνονται με δική τους πρωτοβουλία (συνήθως από συγγενείς, φίλους, νοσοκομεία, κ.α.) όμως για να κανονιστεί ραντεβού με τους ειδήμονες (γιατρούς, κ.τ.λ.) πρέπει να γίνει από τον ενδιαφερόμενο προσωπικά το οποίο είναι και το πρώτο σημαντικό βήμα.

Στο Σ.Σ. θα ενημερωθεί με κάθε λεπτομέρεια για το θεραπευτικό πρόγραμμα, τις δυσκολίες που πιθανότατα θα αντιμετωπίσουν αλλά και τους τρόπους με τους οποίους μπορούν να τις ξεπεράσουν.

Πραγματοποιείται:

- η ευαισθητοποίηση του εξαρτημένου ατόμου στο πρόβλημά του
- η σταθεροποίηση της απόφασής του
- η εμπλοκή του στη θεραπευτική διαδικασία και
- η ένταξή του στο Θεραπευτικό πρόγραμμα

Αν θα ακολουθήσει το πρόγραμμα του 10<sup>ου</sup> ή του 18 άνω το κρίνει ο Διευθυντής γιατρός του όλου προγράμματος μετά από 4-5 επισκέψεις.

### 5.2.4 ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ

Πριν αποφασίσει το εξαρτημένο άτομο να ενταχθεί στο πρόγραμμα Ναλτρεξόνης, πρέπει να γνωρίζει τις προϋποθέσεις της νοσηλείας, που είναι οι εξής:

α) Στη διάρκεια της προετοιμασίας για την εισαγωγή του αλκοολισμού δεν θα του παρασχεθούν φάρμακα, αλλά θα πρέπει να κάνει μόνος του προσπάθεια να περιορίσει, εάν μπορεί, την χρήση αλκοόλ, ώστε να είναι όσο γίνεται πιο ανώδυνη, η παραμονή τους στην αρχική φάση του προγράμματος.



β) Όπως και στα άλλα τμήματα της Μονάδας προϋπόθεση της θεραπείας είναι ο έλεγχος των ούρων του ασθενή, τακτικός και έκτακτος, για όλη τη διάρκεια του Π.Ν.

γ) Η λήψη άλλων ουσιών εκτός από τα φάρμακα που θα χορηγούνται, η βία, έστω και λεκτική, και η σεξουαλικές σχέσεις μεταξύ θεραπευμένων, συνιστούν αυτόματα και αιτία απομάκρυνσης από την Μονάδα. Το ίδιο ισχύει και εάν δεν δίνουν ούρα ή παραβιάζουν με οποιοδήποτε τρόπο το συμβόλαιο που τους ζητείτε να υπογράψουν.

Ο μόνος τρόπος επανόδου του, είναι η επανάληψη της αρχικής, διαδικασίας που , βέβαια δεν θα έχει τις ίδιες προϋποθέσεις.

δ) Η εισαγωγή στο Θεραπευτικό πρόγραμμα, γίνεται μόνο ορισμένες μέρες της εβδομάδας (συνήθως Τρίτη).Ο ενδιαφερόμενος ενημερώνετε εγκαίρως για το πότε θα εισαχθεί. Αυτός έχει την υποχρέωση να είναι στο εφημερείο του Ψ.Ν.Α. μέχρι τις 9:30 π.μ. της ημέρας εισαγωγής, από το προσωπικό της μονάδας. Εάν αργήσει ο ασθενής ή έρθει σε κατάσταση μέθης δεν θα γίνει δεκτός.

ε) Μέσα σε εύλογο χρόνο από τη στιγμή της εισαγωγής, θα γίνεται έλεγχος ούρων καθώς και έλεγχος τόσο ατομικός όσο και των προσωπικών του ειδών.

στ) Τα όποια φάρμακα θα τους δοθούν είναι αποκλειστικά στην ευθύνη και αρμοδιότητα του προσωπικού του τμήματος και δεν είναι σε καμιά περίπτωση διαπραγματεύσιμα.

ζ) Μετά από ένα αρχικό διάστημα μίας ή δύο ημερών, γίνεται προσπάθεια για οριστικοποίηση των φαρμάκων που θα χορηγηθούν και θα αρχίσει η προοδευτική μείωση του σε διάρκεια 5 – 7 ημερών.

Μετά την παρέλευση περίπου μιας εβδομάδας από τη λήψη του τελευταίου φαρμάκου, θα αρχίσει η χορήγηση Ναλτρεξόνης, που θα συνεχιστεί σε όλη τη διάρκεια του προγράμματος .

η) Η φαρμακευτική αντιμετώπιση των στερητικών συμπτωμάτων δεν είναι η μόνη θεραπεία που γίνεται στο Π.Ν. Εκεί αντιμετωπίζονται τα όποια

άλλα ιατρικά τους προβλήματα υπάρχουν, επίσης και εργοθεραπεία, γυμναστική, ομαδική και ατομική ψυχοθεραπεία.

θ) Στο μέτρο που μπορεί, θα συμμετέχει άτομο και σε δραστηριότητες που έχουν σχέση με την κοινή τους ζωή, όπως μαγειρική, καθαριότητα κ.τ.λ.

ι) Σε όλη τη διάρκεια της παραμονής (2 μήνες) τους δεν επιτρέπονται επισκεπτήρια , τηλεφωνική η άλλου τύπου επαφή, με τους δικούς τους. Οι όποιες ανάγκες επικοινωνίας γίνονται μέσω του προσωπικού. Οι συγγενείς και φίλοι των αλκοολικών ασθενών μπορούν να τηλεφωνούν και να ζητούν πληροφορίες για την πορεία τους στην θεραπεία.

ια) Η απομάκρυνσή τους από τους χώρους της Μονάδας χωρίς τη συνοδεία προσωπικού, συνεπάγεται διακοπή της θεραπείας τους.

Για τον χρόνο, ενδονοσοκομειακής νοσηλείας στην Μονάδα απεξάρτησης οι αλκοολικοί – ασθενείς χρειάζονται τα εξής:

- Ρούχα άνετα και ανάλογα της εποχής
- Φόρμα αθλητική και αθλητικά παπούτσια
- Σαγιονάρες
- Εσώρουχα - κάλτσες
- Πετσέτα – μπουρνούζι (για τη σάουνα)
- Οδοντόβουρτσα – οδοντόκρεμα
- Αφρός ξυρίσματος – ξυριστικά
- Σαπούνι – σαμπουάν
- Χτένα μαλλιών – νυχοκόπτης
- Τσιγάρα

Επίσης εφόσον υπάρχει η δυνατότητα, να έχουν μαζί τους το ποσό των 20.000 δρχ. για την κάλυψη τυχόν εκτάκτων αναγκών τους.

### 5.2.5 Β' ΦΑΣΗ



Η δεύτερη φάση πραγματοποιείται στο χώρο του 10<sup>ου</sup> Περιπτέρου του Ψ.Ν.Α. Έχει χρονική διάρκεια 2 μήνες (κλειστό πρόγραμμα ) και αποτελεί το κύριο μέρος του θεραπευτικού προγράμματος με τη μέριμνα της σωματικής και ψυχικής απεξάρτησης. Δημιουργούνται ομάδες θεραπείας με τέσσερα έως οχτώ άτομα. Αυτή τη στιγμή, η ομάδα που βρίσκεται στο πρόγραμμα αποτελείται από έξι άτομα, ηλικίας 26,28,29,38,43 και 58 ετών. Με την εισαγωγή τους κάνουν έναν έλεγχο υγείας που περιλαμβάνει τις εξής εξετάσεις:

- Ακτινογραφία θώρακος
- Αίματος
- Ούρων
- Αξονική τομογραφία εγκεφάλου(για ατροφία εγκεφάλου)

Αυτές οι εξετάσεις γίνονται δωρεάν στο Ψ.Ν.Α. Αν χρειασθεί να γίνουν κάποιες πιο ειδικές εξετάσεις παραπέμπονται σε άλλα νοσοκομεία και η

πληρωμή γίνεται ανάλογα με την ασφάλιση υγείας που έχει ο κάθε αλκοολικός ασθενής. Αν δεν έχει, με την βοήθεια της Κοινωνικής Λειτουργού, φροντίζουν να βγάλει βιβλιάριο απορίας .

Το πρόγραμμα αρχίζει με την σωματική απεξάρτηση που γίνεται εντός του συγκροτήματος του Ψ.Ν.Α. Υπάρχει οργανωμένη κλινική με κοιτώνες όπου νοσηλεύονται και φροντίζονται τα εξαρτημένα άτομα. Μόλις ξεπεράσουν αυτό το στάδιο πηγαίνουν στο χώρο του 10<sup>ου</sup> για να ακολουθήσουν το επόμενο βήμα.

Παρακάτω αναφέρουμε το πρόγραμμα μιας ημέρας ώστε να γίνει πιο κατανοητή η όλη διαδικασία. Η συμμετοχή των ασθενών είναι υποχρεωτική σε όλες τις δραστηριότητες.

- 7:00 π.μ. Πρωινό ζύπνημα
- Ετοιμασία πρωινού από τους ίδιους .Βγαίνει πρόγραμμα για τον υπεύθυνο που θα αναλάβει κάθε μέρα.
- Γυμναστική κάθε πρωί καθώς και τρεις φορές την εβδομάδα απόγευμα

Οι υπεύθυνοι για το φαγητό (ισχύει το ίδιο με το πρωινό μόνοι τους με πρόγραμμα για κάθε φορά) ασχολούνται με την προετοιμασία του. Οι υπόλοιποι ασχολούνται με την τακτοποίηση και καθαριότητα του χώρου. Αυτές οι ενέργειες είναι σημαντικές για να μάθουν να φροντίζουν τους εαυτούς τους. Ίσως μερικοί, να ζουν μόνοι τους μετά το πρόγραμμα .

- Μεσημεριανό
- 15:00 – 17:00 Κοινή ησυχία
- Ατομική και ομαδική θεραπεία με ψυχίατρο ή ψυχολόγο.

Μια φορά την εβδομάδα γίνεται δραματοθεραπεία όπου υπάρχει έκφραση με λόγια και κίνηση. Ο θεραπευτής τους δίνει ένα θέμα π.χ. ότι είναι σε γιορτή, και παρατηρεί πως λειτουργεί ο καθένας μέσα σ' αυτό. Μετά γίνονται οι παρατηρήσεις, και από τους ίδιους και συζητούν όλοι μαζί.

Μια φορά την εβδομάδα γίνεται εργοθεραπεία όπου υπάρχει έκφραση μέσο ζωγραφικής και γραπτού λόγου.

Ο δραματοθεραπευτής και ο εργοθεραπευτής προσπαθούν να καταλάβουν μέσα από τις εκφράσεις των ασθενών, την ψυχολογία τους και τις αδυναμίες τους, ώστε να μπορέσουν να βοηθήσουν τον καθένα στις ιδιαίτερες ανάγκες τους.

Η ομαδική ψυχοθεραπεία είναι η βασική διαδικασία που θα καθορίσει την πορεία των ασθενών – αλκοολικών και το πέρας της θεραπείας τους στο Πρόγραμμα Ναλτρεξόνης

–Μέρα παρά μέρα ασχολούνται όλοι με την περιποίηση του κήπου .

–Απόγευμα μπορούν, για κάποια συγκεκριμένη ώρα, να παρακολουθήσουν τηλεόραση.

–23:00 Ύπνος

Υπάρχει ένα στοιχείο που είναι πολύ σημαντικό εκτός από την θέληση του ίδιου, για να λειτουργήσει το θεραπευτικό πρόγραμμα:

Το αίσθημα της ομαδικότητας που πρέπει να επανακτήσει το άτομο, μιας και στην προηγούμενη κατάσταση του είχε αποξενωθεί από τον υπόλοιπο κόσμο.

Η θεραπεία ανοίγει σ' αυτά τα άτομα δρόμους να βρουν καινούργιους να αντιμετωπίζουν τα προβλήματά τους και την ίδια τη ζωή.

#### **5.2.6 Γ' ΦΑΣΗ**

Η τρίτη και τελευταία φάση του θεραπευτικού προγράμματος πραγματοποιείται στο ίδιο μέρος που άρχισε το όλο πρόγραμμα: στον Συμβουλευτικό Σταθμό.

Πρόκειται για την φάση της επανένταξης του θεραπευμένου πια ατόμου στην κοινωνία και την οικογένειά του (αν υπάρχει). Διάρκει 2 μήνες.

Σε αυτό το διάστημα το άτομο επισκέπτεται μια φορά την εβδομάδα τουλάχιστον τον Σ.Σ. για την ομάδα πρόληψης υποτροπής.

Επίσης λειτουργούν και εδώ οι ομάδες δραματοθεραπείας και εργοθεραπείας, καθώς και ομάδες για τους συγγενείς των επανενταχθέντων



όπου παρέχεται:

- Ενημέρωση των συγγενών για τις δυσκολίες που πιθανόν να υπάρξουν τον πρώτο καιρό της συνύπαρξης.
- Προτάσεις για το πως θα μπορούσαν να αντιμετωπιστούν σωστά αυτές οι δυσκολίες καθώς και κάποιες αλλαγές που ίσως χρειαστεί να γίνουν στη ζωή τους. Στήριξη συναισθηματική και οικονομική.

Τέλος παρακινούν τους θεραπευμένους να βρουν δουλειά και είναι παρόντες στην προσπάθεια τους αυτή. Δεν τους βρίσκει το πρόγραμμα εργασία, για να κινητοποιηθούν οι ίδιοι και να αρχίσουν να αναλαμβάνουν τις ευθύνες τους. Μπορεί όμως να μιλήσουν στον παλιό εργοδότη του θεραπευμένου, προκειμένου να εξομαλύνουν την σχέση τους και ίσως να ξαναπροσληφθούν.

Η παροχή Ναλτρεξάνης συνεχίζεται και σ' αυτή τη φάση, συντηρητικά.

#### **5.2.7 ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ - ΑΠΟΨΕΙΣ - ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΑ ΣΧΕΔΙΑ**

Τέλος, θα κλείσουμε με κάποιες γενικές παρατηρήσεις – απόψεις και μελλοντικά σχέδια που μοιράστηκαν μαζί μας οι υπεύθυνοι του 10<sup>ου</sup>.

- Οι ηλικίες των αλκοολικών – ασθενών ξεκινούν από 23 ετών και φτάνουν έως και 60 ετών.
- Το μεγαλύτερο ποσοστό αυτών των ατόμων είναι χαμηλού μορφωτικού επιπέδου αν και έχουμε και περιπτώσεις δικηγόρων, γιατρών (συνήθως όμως αυτοί απευθύνονται στον ιδιωτικό τομέα για αντιμετώπιση) καθώς και μεγαλύτερο ποσοστό από επαρχία.
- Οι γυναίκες αλκοολικές πίνουν συνήθως στο σπίτι και συνδυάζουν αλκοόλ με χάπια (βενζοδιαζεπίνες). Σπάνια καταφεύγουν σε θεραπεία .
- Τα αρχεία των ασθενών αλκοολικών βρίσκονται στα κεντρικά του Ψ.Ν.Α.



- Υπάρχουν αλκοολικοί που εγκαταλείπουν το θεραπευτικό πρόγραμμα πριν ολοκληρωθεί γιατί δεν μπορούν να αντεπεξέλθουν σε αυτό.
- Υπάρχουν και περιπτώσεις που τελειώνουν το πρόγραμμα όμως μετά από κάποιο διάστημα επιστρέφουν στην θεραπεία .

Υπάρχει επικοινωνία και με άλλες χώρες μέσω συνεδρίων και σεμιναρίων έτσι ώστε να υπάρχει καλύτερη ενημέρωση και ανταλλάσσονται χρήσιμες πληροφορίες .

Προτάσεις και σχέδια για το μέλλον:

1. Παράταση του χρονικού διαστήματος στο θεραπευτικό κέντρο, από 2 μήνες σε 3 μήνες, για καλύτερη παρακολούθηση και διεξαγωγή της θεραπείας.
2. Παράταση και στον χρόνο επανένταξης από 2 μήνες σε 4 μήνες .
3. Δημιουργία Συμβουλευτικού σταθμού αποκλειστικά για αλκοολικούς (θα λειτουργούσε τέλος Ιανουαρίου).
4. Ενίσχυση της γ' φάση –επανένταξης με κοινωνικές εκδηλώσεις όπως θέατρο, συναυλίες όλοι μαζί.
5. Κτιριακές βελτιώσεις και δημιουργία καινούργιου κτιρίου επανένταξης για τους 18 άνω. Με το σεισμό, καταστράφηκε το κτίριο τους και αυτή τη στιγμή φιλοξενούνται στους χώρους του 10<sup>ου</sup> , για ύπνο.
6. Δημιουργία λέσχης για τους πρώην αλκοολικούς εικοσιτετράωρης λειτουργίας, ώστε να έχουν αναπάσα στιγμή ένα σημείο αναφοράς.
7. Επικέντρωση και στην πρόληψη, που αυτή τη στιγμή είναι ανύπαρκτη, με ενημέρωση στα σχολεία, εκδηλώσεις, φυλλάδιακ.α. καθώς και έρευνα.

### 5.3 ΜΟΝΑΔΑ ΑΠΕΞΑΡΤΗΣΗΣ 18 ΑΝΩ



Το τμήμα 18 άνω ιδρύθηκε το 1997 και έχει πάρει αυτό το όνομα γιατί βρίσκεται στο δέκατο όγδοο περίπτερο του Ψ.Ν.Α. και είναι στο πάνω μέρος του συγκροτήματος (γιατί υπάρχει και 18 κάτω). Το αρχικό κτίριο όμως καταστράφηκε , λόγω σεισμού, και αυτό που στεγάζονται τώρα είναι δωρεά του ιδρύματος Ελπίδα. Γενικά η χρηματοδότηση γίνεται από τον προϋπολογισμό του Ψ.Ν.Α. είναι νομικό πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου και υπάγεται στο Ψ.Ν.Α. Πρόκειται για τμήμα ψυχικής (καθαρά) απεξάρτησης αλκοολικών και το πρόγραμμά τους έχει τρεις φάσεις σχεδόν ίδιες με το πρόγραμμα του Δεκάτου.

### 5.3.1 ΔΙΟΙΚΗΣΗ – ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ – ΧΩΡΟΙ

Η διοίκηση αποτελείται :

- Διοικητικό Συμβούλιο του Ψ.Ν.Α.
- Πρόεδρος του Ψ.Ν.Α.
- Διευθνή της μονάδας απεξάρτησης (τοξικομανών – αλκοολικών )
- Διοικητική Διευθνήτρια (απόφοιτος Πάντειου Πανεπιστημίου)
- Υπεύθυνος γιατρός (Ψυχίατρος)
- Προϊστάμενος τμήματος(νοσηλεύτρια) και
- Προϊσταμένη Κοινωνικής υπηρεσίας
- Κοινωνική λειτουργός

Το δυναμικό προσωπικό του 18 άνω απαρτίζεται από δεκαεφτά άτομα στο σύνολο και έχουν της εξής ειδικότητες:

- Έναν (1) Γυμναστή
  - Έναν (1) Δραματοθεραπευτή
  - Έναν (1) Εργοθεραπευτή
  - Μία (1) Κοινωνική Λειτουργός
  - Ένας (1) γιατρός (διευθνήτης)
  - Μία(1) κεραμίστρια
  - Μία (1) πλεκτοϋφάντρια
  - Μία (1) καθαρίστρια
  - Οχτώ (8) νοσηλευτές
  - Μία (1) γραμματέα
- Κοινοί και με άλλα τμήματα

Αυτό το προσωπικό δεν καλύπτει τις ανάγκες του προγράμματος απόλυτα. Οι πιο σημαντικές ελλείψεις είναι:

- Κοινωνική Λειτουργός
- Νοσηλευτές και
- Ψυχολόγος (που δεν υπάρχει)

Το 18<sup>ο</sup> άνω, είναι σε ένα μονοόροφο κτίριο που χωρίζεται σε:

- Δύο (2) γραφεία (του διευθυντή και ένα για το υπόλοιπο προσωπικό μαζί με το φαρμακείο .
- Μία (1) αίθουσα που υπάρχει τζάκι, τηλεόραση, βίντεο, σαλόνι, στερεοφωνικό και χρησιμοποιείται για τις κοινές θεραπείες
- Και ένα container που χρησιμοποιείται για κουζίνα και τραπεζαρία.

Όλα τα παραπάνω κατασκευάστηκαν με δωρεά του ιδρύματος Ελπίδα.

- Χώρος γυμναστικής (γήπεδα μπάσκετ, ποδόσφαιρο, βόλεϋ)

Τέλος, κάνουν χρήση δώδεκα (12) κρεβατιών στο 10<sup>ο</sup> Περίπτερο.

Πριν το σεισμό μπορούσαν να φιλοξενήσουν μέχρι και είκοσι πέντε (25) άτομα.

### 5.3.2 Α΄ ΦΑΣΗ

Η πρώτη φάση είναι ίδια με την πρώτη φάση του προγράμματος του 10<sup>ου</sup> και την αναλύσαμε σε προηγούμενο κεφάλαιο. Η διαφορά είναι η απόφαση του διευθυντή γιατρού, που θα έχει κρίνει ότι το εξαρτημένο άτομο πρέπει να ακολουθήσει το θεραπευτικό πρόγραμμα του 18 άνω. Αυτή η απόφαση συνεπάγεται την παραπομπή του αλκοολικού σε κάποιο νοσοκομείο (Θριάσιο, Νίκαιας) για την αντιμετώπιση των σωματικών στερητικών συμπτωμάτων. Η χρονική διάρκεια αυτού, εξαρτάται από τον οργανισμό του ατόμου και τη θέληση που έχει για να ξεφύγει.

Το άτομο αποκλείεται από το Θεραπευτικό πρόγραμμα του 18 άνω αν έχει ηλικία μεγαλύτερη των σαράντα πέντε(45) ετών και μικρότερη των δεκαοχτώ (18) ετών και αυτό γιατί αλλιώς θα είναι πολύ μεγάλο το φάσμα των ηλικιών και δεν μπορούν να λειτουργήσουν οι θεραπευτικές ομάδες.



### 5.3.3 Β ΦΑΣΗ



Η δεύτερη φάση εξελίσσεται στο χώρο των 18 άνω περιπτέρου, διαρκεί, τουλάχιστον 6 μήνες(κλειστό) και αρχίζει με τις εξετάσεις για έλεγχο οι οποίες είναι:

- Ακτινογραφία θώρακος και εξέταση από
- Παθολόγο
- Δερματολόγο και
- Καρδιολόγο

Η πρώτη εβδομάδα είναι χρόνος προσαρμογής και ο αλκοολικός – ασθενής απλώς ακολουθεί το πρόγραμμα χωρίς να αναλαμβάνει καμία από τις υποχρεώσεις που έχουν τα υπόλοιπα μέλη. Στο τέλος αυτής της εβδομάδας υπογράφει το συμβόλαιο ότι θα μείνει και έτσι αρχίζει κανονικά και αναλαμβάνει τις ευθύνες του. Το μέγεθος των ευθυνών μεγαλώνει με τον καιρό διαμονής. Έτσι:

- Μετά τους δύο (2) μήνες μπορεί να γίνει υπεύθυνος π.χ. υπεύθυνος κήπου.

- Γύρω στον τέταρτο μήνα και έως τον έκτο γίνεται συντονιστής.
- Τον έκτο μήνα μπορεί να γίνει "διευθυντής προγράμματος". Σ' αυτό το στάδιο.
  - Έχει ευθύνη για τους χαμηλότερους στην ιεραρχία
  - Δε συμμετέχει σε υπηρεσίες και
  - Πηγαίνει και στο Συμβουλευτικό Σταθμό όπου βοηθάει και ενημερώνει τους καινούργιους

Αυτή τη στιγμή η ομάδα αποτελείται από δώδεκα (12) άτομα. Η δυναμικότητα του κέντρου πριν το σεισμό ήταν για 25 άτομα. Για αυτά τα άτομα βγαίνουν εβδομαδιαίες υπηρεσίες, δηλαδή τις δουλειές αναλαμβάνουν ανά δύο (2 άτομα).

Παρακάτω αναφέρουμε το πρόγραμμα μιας ημέρας ενδεικτικά:

- |                      |   |
|----------------------|---|
| <b>6:50</b>          | • Πρωινό ξύπνημα  |
| <b>7:20 – 7:25</b>   | • Προσευχή της γαλήνης  |
| <b>7:30</b>          | • Καφές και ενημέρωση για τις δραστηριότητες της ημέρας   |
| <b>8:00</b>          | • Γυμναστική – Ιφορά την εβδομάδα επισκέπτονται την δημοτική πισίνα   |
| <b>8: 40</b>         | • Πρωινό φαγητό   |
| <b>9:00 – 9: 20</b>  | • Αυτοί που είναι υπηρεσία μαζεύουν το πρωινό και οι άλλοι είναι ελεύθεροι  |
| <b>9:20 – 9:30</b>   | • Συγκέντρωση για παρατηρήσεις που αφορούν την προηγούμενη μέρα (θεραπευτικές ομάδες κ.τ.λ.) από τους ίδιους του ασθενείς – αλκοολικούς |
| <b>9:30– 10:30</b>   | • Ομάδα κοινοβίου συγκεντρώνεται 3 φορές την εβδομάδα και συζητά για θέματα εσωτερικά καθημερινότητας.                                  |
| <b>10:30</b>         | • Ομάδα στόχων όπου συζητούν για τους προσωπικούς αλλά και κοινούς στόχους<br>(1 φορά την εβδομάδα)                                     |
| <b>11:30 – 12:30</b> | • Αγγειοπλαστική και πλεκτοϋφαστική   |
| <b>12:30 – 13:30</b> | • Κάνουν την υπηρεσία τους οι υπεύθυνοι για τον κήπο  |



και οι υπεύθυνοι για το φαγητό

- 13:30 – 14:00** • Μεσημεριανό φαγητό
- 14:00 – 16:00** • Μεσημεριανός ύπνος
- 16:30** • Καφές και ανάλογα με τη μέρα μπορεί να έχουμε: γυμναστική ή ποιοτικό αναλόγιο. Το τελευταίο είναι στα πλαίσια της ομάδας δραματοθεραπείας και γίνεται επιλογή από κάποιον αλκοολικό ενός ποιήματος και το συζητούν όλοι μαζί (γιατί διάλεξε αυτό κ.α.)
- 18:30** • Έχουμε 2 φορές την εβδομάδα ομάδα Ανώνυμων Αλκοολικών όπου συγκεντρώνονται μόνοι τους και ένας τη φορά θα μιλήσει για τη ζωή τα βιώματά του. Μια φορά την εβδομάδα έχουμε ομάδα εργοθεραπείας και δραματοθεραπείας (Παρασκευή 11:30 – 12:30)
- 20:30** • Βραδινό φαγητό
- 21:30** • Επιλογές όπως: παρακολούθηση ταινίας επιλογές του θεραπευτή και μετά συζήτηση ή ομάδα θεάτρου ή επιμορφωτική συζήτηση.
- 23:15** • Βραδινή ενημέρωση από τον διευθυντή του προγράμματος, τον συντονιστή και τους υπεύθυνους .
- 24:30** • Ύπνος

Το Σαββατοκύριακο γίνεται καθαριότητα του χώρου. Κάθε μήνα η οικογένεια στέλνει 35.000 δρχ. όπου μπαίνουν στο κοινό τους ταμείο για τα προσωπικά τους έξοδα. Πάνω τους δεν έχουν άλλα χρήματα. Φεύγοντας από εκεί το μόνο που παίρνουν είναι χρήματα για τα εισιτήρια μέχρι το σπίτι τους. Αν είναι εντός Αθήνας για ταξί, αλλιώς για ταξί ή εισιτήριο μέχρι την πόλη τους.

Κάθε Κυριακή έχουν έξοδο όλοι μαζί και με τους θεραπευτές . Μια φορά τον μήνα θα πάνε σε κάποια πολιτιστική εκδήλωση (θέατρο, εκθέσεις κ.α.) και τις υπόλοιπες σε κάποια κοντινή καφετέρια, με τα πόδια.

Η πρώτη επαφή που έχει ο θεραπευόμενος με τους δικούς του είναι τηλεφωνική, μετά τον πέμπτο μήνα. Μετά τον έκτο μήνα μπορεί να έχει έξοδο μια φορά την εβδομάδα .

Το εξαρτημένο άτομο για να ανταπεξέλθει στις απαιτήσεις του προγράμματος σε όλη τη διάρκεια του (6 μήνες είναι ένα αρκετά μεγάλο χρονικό διάστημα) πρέπει να έχει πραγματική θέληση. Η συμμετοχή στις δραστηριότητες είναι υποχρεωτική για όλα τα μέλη.

#### 5.3.4 Γ' ΦΑΣΗ

Η τρίτη φάση, που είναι η φάση της επανένταξης στην οικογένεια και την κοινωνία είναι ίδια με αυτήν του προγράμματος του 10<sup>ου</sup> που αναλύσαμε στην παράγραφο 5.2.6.

#### 5.3.5 ΣΧΕΔΙΑ ΓΙΑ ΤΟ ΜΕΛΛΟΝ

Τα μελλοντικά σχέδια είναι επίσης κοινά με αυτά που προαναφέραμε για το 10<sup>ο</sup>. Το πρόγραμμα όμως του 18 άνω έχει κάτι ακόμη υπ' όψιν του:

- Δημιουργία ομάδων Ανώνυμων Αλκοολικών και σε επαρχιακές πόλεις σε συνεργασία με την Εκκλησία. Η αρχή θα γίνει στις πόλεις του Ναυπλίου και τις Μυτιλήνης γιατί υπήρχε αμοιβαία ανταπόκριση καθώς και δωρεά κτιρίου (πολύ σημαντικό).

#### Διαφορές των δύο προγραμμάτων

Δέκατο 10 <sup>ο</sup>	18 άνω
Διάρκεια 2 μήνες	Διάρκεια 6 μήνες
Ψυχοσωματική θεραπεία και φαρμακευτική	Μόνο ψυχική θεραπεία χωρίς φάρμακα

**Πίνακας I:** Διαφορές προγράμματος 10<sup>ο</sup> – 18άνω

**Πηγή:** Ίδια έρευνα

## 5.4 ΤΜΗΜΑ ΕΦΗΒΩΝ ΝΕΩΝ

Πρόκειται για ανοικτό πρόγραμμα που δέχεται εξαρτημένα άτομα ηλικίας από 12 έως 18 ετών. Τα άτομα αυτά δεν είναι εσώκλειστα στο συγκρότημα του Ψ.Ν.Α. αλλά πηγαίνουν σε κλινική που βρίσκεται στο κέντρο της Αθήνας (Ασκληπιού 19). Ακόμα μπορεί να μένουν κανονικά σπίτι τους και να επισκέπτονται ανά χρονικά διαστήματα κάποιους ψυχολόγους. Σε περίπτωση αμφιβολιών, για το αν έχουν μείνει «καθαροί», γίνονται εξετάσεις ουρολογικές ή και αιματολογικές.

Σε αυτό το τμήμα παρέχονται:

- α) πληροφόρηση - ενημέρωση και
- β) συμβουλευτική και θεραπευτική αντιμετώπιση του προβλήματος της χρήσης και κατάχρησης ουσιών,  
σε εφήβους, νέους και τις οικογένειές τους.

Το Τμήμα Εφήβων Νέων είναι μέλος Ευρωπαϊκών Δικτύων.

## 5.5 ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

Ο Συμβουλευτικός – Σταθμός για άτομα εξαρτημένα από Αλκοόλ και φάρμακα είναι εξωνοσοκομειακή δομή του Ψ.Ν.Θ στα πλαίσια πάντα του Ε.Σ.Υ. Λειτουργεί κυρίως σε επίπεδα πρωτοβάθμιας περίθαλψης με δυνατότητα όμως στο μεγαλύτερο ποσοστό ολοκληρωμένων θεραπευτικών ενεργειών.

Η σύνθεση της θεραπευτικής ομάδας απαρτίζεται από,

- 1 Ψυχίατρο και Επιστημονικό Υπεύθυνο της δομής,
- 2 Ψυχολόγους
- 1 Κοινωνική Λειτουργό και
- 5 Υπαλλήλους νοσηλευτικού προσωπικού (3 με ειδικότητα νοσηλευτών ψυχικής υγείας)

Η εξειδίκευση του προσωπικού σε θέματα εξάρτησης δρομολογήθηκε από το 1989.

Στόχοι του Σ.Θ.Σ. είναι, πλην του θεραπευτικού έργου,

- η πρόληψη σε όλες τις βαθμίδες
- η εκπαίδευση
- η διασύνδεση
- η έρευνα
- η στατιστική επεξεργασία και
- η ανάλυση θεμάτων εξάρτησης

Η θεραπευτική μέθοδος που καθιερώθηκε κατά τη διάρκεια της πορείας του Σ.Θ.Σ.Α. και ένα χρόνο περίπου μετά την ίδρυσή του – Αύγουστος 1989 – ήταν η συστηματική οικογενειακή ψυχοθεραπεία, σαν η χρησιμότερη και αποτελεσματικότερη θεραπευτική παρέμβαση που θα μπορούσε να υιοθετηθεί λαμβάνοντας υπ' όψη:

- α) τον τρόπο διαμόρφωσης της κατάστασης από πλευράς πληθυσμιακών αναγκών και
- β) τις δυνατότητες παροχής υπηρεσιών της δομής ελλείπει θεραπευτικής κοινότητας.

Επιλέγοντας τη συστηματική οικογενειακή ψυχοθεραπεία υπάρχει η δυνατότητα:

1. Θεραπευτικής παρέμβασης ακόμα και σε άτομα μη κινητοποιημένα ή με ελάχιστο κίνητρο για θεραπεία, παρ' όλο ότι τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας το κρίνουν σαν συνθήκη απαραίτητη και αναγκαία για την διευκόλυνση της περαιτέρω κατάστασης, που φυσικά τους ανησυχεί και υποφέρουν κάτω από αυτή.
2. Παροχή βοήθειας σε μέλη οικογενειών στις οποίες υπάρχουν προβλήματα χρήσης ή κατάχρησης – ποσοστό 60% - 70% περίπου των περιπτώσεων που αναζητούν παροχή υπηρεσιών στη συγκεκριμένη δομή. Η συστηματική θεραπευτική προσέγγιση επικεντρώνοντας το στόχο της σε όλο το οικογενειακό σύστημα και όχι μόνο στον

αναφερόμενο ως ασθενή, παρέχει τη δυνατότητα αλλαγών ακόμη και στους απόντες από τη θεραπευτική διαδικασία χρήστες μέσω των αλλαγών των υπολοίπων μελών της οικογένειας.

3. Η συστηματική οικογενειακή ψυχοθεραπεία δίνει τη δυνατότητα στην υπηρεσία, που είναι και η μοναδική κρατική δομή για ζητήματα εξάρτησης από νόμιμες ουσίες στο χώρο της Βόρειας Ελλάδας, να συμμετέχουν στο πρόγραμμα και οικογένειες με τόπο διαμονής εκτός Θεσσαλονίκης λόγω των μεγάλων μεσοδιαστημάτων των συναντήσεων που ανέρχονται συνήθως σε 3-4 εβδομάδες. Αντίθετα, άλλες ατομικές ή ομαδικές ψυχοθεραπευτικοί μέθοδοι πραγματοποιούνται σε καθημερινή ή εβδομαδιαία βάση.
4. Με τη μέθοδο αυτή – εκτός μιας ενδεχόμενης ολιγοήμερης νοσηλείας του χρήστη για τυχόν σωματικά στερητικά συμπτώματα που ολοκληρώνεται συνήθως στην Παθολογική Κλινική του Ψ.Ν.Θ. – δεν απαιτείται η μακρόχρονη απουσία του από το σπίτι. Αποτέλεσμα αυτού η μη αποκοπή του χρήστη από το οικογενειακό, κοινωνικό και εργασιακό του περιβάλλον, ξεπερνώντας έτσι με την μη μακρά, παρακινδυνευμένη απουσία του από τον εργασιακό χώρο, τις περισσότερες φορές την ήδη απειλούμενη εργασιακή του σχέση. Επίσης και οι ενδεχόμενες αλλαγές ρόλων στην οικογένεια από την μακρόχρονη απουσία του μέλους θα φέρουν διαταραχές.
5. Η τεχνική της συστηματικής οικογενειακής ψυχοθεραπείας με τη συνεργασία της θεραπευτικής ομάδας για τη μεγαλύτερη κατανόηση της εκάστοτε περίπτωσης και την προετοιμασία της καταλληλότερης παρέμβασης, αυξάνει το ενδεχόμενο και την αποτελεσματικότητα θετικών αλλαγών σε σχέση με τις τεχνικές μιας διαπροσωπικής ψυχοθεραπευτικής αντιμετώπισης.
6. Φαίνεται στο συστηματικό τρόπο προσέγγισης να λειτουργεί σε έναν ουσιαστικό βαθμό και η πρόληψη, αφού το οικογενειακό σύστημα αποκτά ικανότητες ώστε να υιοθετήσει μηχανισμούς διατήρησης της

ισορροπίας του – παράλληλα με τις αναγκαίες αλλαγές για την εξέλιξή του – κατάλληλους ώστε να μη «χρειάζεται» την επιλογή συμπτωματικών συμπεριφορών («αρρώστια» ή «διαταραχή»)

7. Η θεραπευτική ομάδα με τον ομαδικό τρόπο αντιμετώπισης ενός ζητήματος, με την εξωτερίκευση των σκέψεων και των υποθέσεων του κάθε μέλους, βοηθιέται στην κατανόηση της έννοιας της εξάρτησης, καθώς και του ρόλου της. Η οπτική γωνία του θεραπευτή διευρύνεται. Ο ίδιος δε βρίσκεται αναγκαστικά σε εγρήγορση, που δεν του επιτρέπει την παγίωση των σκέψεων του σε μια μονοδιάστατη άποψη.

Επιπλέον εντυπωσιακή είναι και η εκπαιδευτική ικανότητα αυτής της μεθόδου. Το πόσο εύκολα κάποιος εκπαιδευόμενος στο χώρο των εξαρτήσεων αρχίζει να κατανοεί, να διακρίνει και να επεξεργάζεται τα γεγονότα και τις καταστάσεις σε σχέση με το ρόλο της εξάρτησης στον ψυχισμό των ανθρώπων οδήγησε στην επιλογή για τις ανάγκες του εσωτερικού εκπαιδευτικού προγράμματος του Σ.Θ.Σ.Α. να χρησιμοποιήσουν περισσότερο προσομοιώσεις συνεδρίων παρά θεωρητικές εισηγήσεις. Η πιθανότητα ανάπτυξης μιας εξαρτητικής σχέσης θεραπευτή – θεραπευόμενου και υπηρεσίας ελαχιστοποιείται λόγω της ύπαρξης της συνθεραπευτικής ομάδας στο χώρο «πίσω από τον καθρέφτη».

Επιγραμματικά λοιπόν η συστηματική προσέγγιση μπορεί να διαδραματίσει ένα πολύ χρήσιμο ρόλο, όχι μόνο στη θεραπεία, αλλά και στην οργάνωση τρόπων πρόληψης, καθώς και στην επιπρόσθετη κατανόηση «περίεργων» πτωχών της εξάρτησης σε μια κοινωνία, που όλως περίεργα, εξαρτητικά, συνεχίζει να διαιωνίζει τη σύγχυση με την αντιφατική της στάση, παραποιώντας την πραγματικότητα μέσα από τη μαζική παραπληροφόρηση και δαιμονολογία.

*Οι παραπάνω πληροφορίες προέρχονται από την ιστοσελίδα του Ψ.Ν.Θ. στο Internet και είναι οι μοναδικές που έχουμε μετά από απόρριψη της αίτησής μας για περαιτέρω ενημέρωση σχετικά με την ακριβή λειτουργία των προγραμμάτων τους.*



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

### Η ΣΧΕΣΗ ΤΩΝ ΝΕΩΝ ΜΕ ΤΟ ΑΛΚΟΟΛ –

### ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΕΞΑΡΤΗΣΗΣ

#### 6.1 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΕΞΑΡΤΗΜΕΝΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ ΤΩΝ ΝΕΩΝ

Όπως προαναφέραμε η αύξηση κατανάλωσης οινοπνευματωδών από τους νέους αποτελεί ένα τεράστιο κοινωνικό πρόβλημα που χαρακτηρίζει τον τρόπο ζωής ενός μεγάλου τμήματος του πληθυσμού. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζουν οι παράγοντες που σπρώχνουν ένα νέο στην κατάχρηση οινοπνευματωδών ποτών. Στο σημείο αυτό πρέπει να τονίσουμε ότι οι παράγοντες αυτοί δεν πρέπει να ερμηνευθούν ως αιτίες αλλά μόνο ως ευνοϊκοί παράγοντες για την ανάπτυξη της εξαρτημένης συμπεριφοράς.

#### 1. Αδυναμία, καταπίεση ή αναβολή της ανάγκης για εκπλήρωση των λεγόμενων βασικών επιθυμιών.

Βασικές επιθυμίες θεωρούνται οι:

- Φυσικές επιθυμίες, όπως διατροφή, ένδυση, διαμονή, ασφάλεια, υγεία.
- Ψυχικές επιθυμίες, όπως αποδοχή από τους άλλους, κοινωνικοί δεσμοί, αίσθημα αυτονομίας και αυτοαξίας.
- Πνευματικές επιθυμίες όπως ανάπτυξη της προσωπικότητας, ανάπτυξη ατομικών δυνατοτήτων και αίσθημα κοινωνικά παραγωγικής ύπαρξης.<sup>15</sup>

Ο νέος που δεν έχει προσωπική δυνατότητα ή παρεμποδίζεται από το περιβάλλον του να εκπληρώσει τις ανάγκες του αυτές πολλές φορές παρατηρείται από τους στόχους του και βρίσκεται στην ανάγκη της «τεχνητής βοήθειας» η οποία συνήθως είναι το αλκοόλ ή τα ναρκωτικά.

---

<sup>15</sup> Ευάγγελος Δ. Παπαγεωργίου, «Εξαρτήσεις στη ζωή μας», σελ. 34

## **2. Απομόνωση, έλλειψη δεσμών, αίσθημα μη κατανόησης από τους άλλους.**

Για πολλούς νέους είναι συχνά χαρακτηριστική η έλλειψη κοινωνικών δεσμών, η χαλαρή σχέση με την οικογένεια ενώ η σχέση με τους φίλους είναι επιφανειακή ή δεν υπάρχει καθόλου. Έτσι η επιθυμία για αποδοχή και πιστοποίηση της ύπαρξης του ατόμου από το περιβάλλον του, παραμένει ανεκπλήρωτη και οδηγεί στην απομόνωση του ατόμου η οποία συχνά παίρνει μεγάλο βάρος για τα ανώριμα ακόμα νεαρά άτομα.

Μια τέτοια εξέλιξη μπορεί να οφείλεται τόσο στην αδυναμία του περιβάλλοντος (κυρίως των μελών της οικογένειας) να ανταποκριθεί στις ανάγκες του νέου όσο και στην υπερβολικότητα των απαιτήσεων που δεν είναι δυνατόν να ικανοποιηθούν από τους άλλους.

Το αλκοόλ πιστεύουν ότι βοηθάει όχι μόνο στην καταπολέμηση δυσάρεστων συναισθημάτων απομόνωσης και μοναξιάς αλλά και οδηγεί στην πραγματικότητα αφού εντάσσεται σε μια ομάδα και έχει κοινά χαρακτηριστικά, με άλλους ανθρώπους ή τουλάχιστον ανήκουν στο ίδιο σύστημα εξάρτησης. Η ένταξη του σε ομάδα ατόμων συνοδεύεται από αίσθημα αλληλεγγύης και αρμονίας.

Όταν ο νέος περάσει στο στάδιο της χρόνιας εξάρτησης και μοναδικός σκοπός του είναι η ανεύρεση και χρήση του αλκοόλ, τότε αρχίζουν οι κρίσεις και φυσικά φαίνεται η χαλαρότητα των δεσμών και ο ουτοπικός χαρακτήρας των συναισθημάτων που ζήτησε να βρει στην καινούργια του παρέα.

## **3. Περιέργεια, δίψα για νέες εμπειρίες, ψάξιμο για σκοπό της ζωής**

Το εσωτερικό κενό και η δυσφορία που πηγάζουν από την συναισθηματική μόνωση, την έλλειψη δεσμών και την απουσία ιδεολογικών αξιών κάνουν συχνά τα νεαρά άτομα να νοιώθουν έντονα την επιθυμία να βιώσουν εμπειρίες που θα τα "κινήσουν" έστω και για λίγο συναισθηματικά.<sup>16</sup> Το ψάξιμο για κάποιο σκοπό στη ζωή ειδικά μέσα στις χαοτικές συνθήκες της σημερινής κοινωνίας

<sup>16</sup> Ευάγγελος Γ. Παπαγεωργίου, «Γενικά περί αλκοολισμού των νέων – Νεανικός αλκοολισμός», ΕΓΚΕΦΑΛΟΣ, Τεύχος 26, σελ. 60-61

αποπροσανατολίζει και η απογοήτευση που συνοδεύει αυτή την προσπάθεια από την πολιτική, κοινωνική και θρησκευτική πραγματικότητα δημιουργούν ένα κενό που έρχεται να συμπληρώσει το αλκοόλ.

#### **4. Αντιθετική στάση και απελευθέρωση<sup>17</sup>**

Το οινόπνευμα ή οποιαδήποτε άλλη τοξική ουσία χρησιμοποιείται από πολλά νεαρά άτομα σαν μέσο αντίθεσης στην «κοινωνία των μεγάλων» σαν βοήθημα στο ξεπέρασμα των ψυχαναγκασμών που επιβάλλει στα παιδιά αυτά η αφόρητη πραγματικότητα. Είναι ένα είδος ατομικής εξέγερσης και κατάκτηση της απόλυτης ελευθερίας.

Μια ελευθερία όμως παραμορφωμένη αφού πρόκειται για ελευθερία «για κάτι» αλλά όχι «από κάτι» αφού ο νέος σύντομα εξαρτάται από αυτό.

#### **5. Αύξηση της δυνατότητας για διαπροσωπικές σχέσεις και σεξουαλικά προβλήματα.**

Η διαπροσωπική σχέση ή ο δεσμός με κάποιο άλλο πρόσωπο δεν είναι κάτι απλό. Στις διαπροσωπικές σχέσεις υπάρχουν δυσκολίες και προβλήματα επικοινωνίας. Για το ξεπέρασμα των καταστάσεων αυτών πολλές φορές το οινόπνευμα χρησιμοποιείται ως βοήθεια.

Οι σεξουαλικές απαιτήσεις της νεαρής ηλικίας, τα προβλήματα και οι δυσκολίες που παρουσιάζονται στα πρώτα βήματα στον τόσο ευαίσθητο αυτό χώρο αποτελούν πρόσφορο έδαφος ενδοψυχικών συγκρούσεων που περιμένουν την λύση τους στην «ευφορία» του αλκοόλ.

Τα μυστήρια και οι απαγορεύσεις δρουν σαν καταλύτες στην ανάπτυξη φοβίας και άγχους για το χώρο αυτό.

Έτσι τα ασταθή νεαρά άτομα αναζητούν το οινόπνευμα ως μέσο για την αναγνώρισή τους από την ομάδα και για να προκαλέσουν την προσοχή αντίθετου φύλου. Στην προσπάθειά τους αυτή το οινόπνευμα σαν απόδειξη ωριμότητας και σιγουριάς. Πολλές φορές μάλιστα – και με τη βοήθεια του τύπου – ειδικολοποιούνται στα νεαρότερα άτομα που βλέπουν μέσα σ'αυτούς την δική

---

<sup>17</sup> Ο.Π. σελ. 61

Το γεγονός ότι τα νεαρότερα άτομα πίνουν και μεθούν σε μεγαλύτερο ποσοστό από τα μεγαλύτερα σε ηλικία και αναφέρουν περισσότερα προβλήματα από τη χρήση οиноπνευματωδών πιθανόν να οφείλεται στην ανάγκη των ατόμων αυτών να πειραματιστούν με αποτέλεσμα λόγω της απειρίας τους να μεθούν ή να έχουν άλλα προβλήματα από την χρήση αυτή (ατυχήματα, προβλήματα με το σχολείο κ.λπ.).

Η αλλαγή όμως στους τρόπους με τους οποίους οι νεότερες γενιές πίνουν (χωρίς φαγητό, έξω από το σπίτι, για να φτιαχτούν) πιθανόν αντανακλά ένα διαφορετικό τρόπο ζωής των νέων όπου η κατανάλωση των οиноπνευματωδών συμβολίζει κάτι ιδιαίτερο γι' αυτούς (δύναμη, απελευθέρωση, χειραφέτηση)<sup>18</sup>.

Συμπέρασμα όλων των μελετών που βρήκαμε είναι πως οι νέοι πίνουν. Η πλειονότητα όσων πίνουν, πίνουν μέτρια αλλά οι περισσότερες εργασίες δείχνουν πως υπάρχει μια σημαντική μειοψηφία εφήβων και νέων που πίνουν "βαριά" και αναπτύσσουν διάφορα προβλήματα που συνδέονται με το ποτό. Τα στοιχεία για την συχνότητα χρήσης στην χώρα μας είναι λίγα και προέρχονται κυρίως από περιορισμένο αριθμό δημοσιεύσεων η πλειονότητα των οποίων εξετάζει πληθυσμούς μεγαλύτερης ηλικίας.

Έτσι από τα λίγα στοιχεία που δημοσιεύονται τα πιο σημαντικά αποτελέσματα είναι ότι:

- Τα αγόρια πίνουν περισσότερο από τα κορίτσια. Όσο προχωράει κανείς προς τις μεγαλύτερες ηλικίες αυξάνεται η διαφορά ενώ όσο πηγαίνει προς τις μεγαλύτερες πόλεις τόσο μικραίνει (ιδίως στην Αθήνα). Η σχέση φύλου και χρήσης οиноπνευματωδών ποτών είναι μαζί με την ηλικία οι παράμετροι εκείνες που έχουν την πιο σταθερή σχέση στην διεθνή βιβλιογραφία. Όλες οι μέχρι τώρα μελέτες βρήκαν πως τα αγόρια έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να πίνουν από τα κορίτσια.

---

<sup>18</sup> Δήμητρα Παντάνου, Μιχάλης Παντάνος, Άννα Κοκκεβή, Κώστας Στεφάνης, «Τα ναρκωτικά στην Ελλάδα», Γ' τόμος, σελ. 228

- Το γεωγραφικό στρώμα φαίνεται να επηρεάζει στατιστικά σημαντικά την κατανομή των ποσοστών συχνής χρήσης οινοπνευματωδών. Οι νέοι της περιοχής της Αθήνας εμφανίζουν μεγαλύτερα ποσοστά χρήσης απ' ό,τι τα άτομα λοιπών αστικών περιοχών, ημιαστικών και αγροτικών περιοχών.
- Τέλος, φαίνεται να επηρεάζει ακόμα και ο τύπος του εκπαιδευτικού ιδρύματος την κατανάλωση οινοπνευματωδών και χρήσης ναρκωτικών. Πρώτοι σε ποσοστά κατανάλωσης αλκοόλ, έρχονται οι μαθητές Τεχνικών \_ Επαγγελματικών σχολείων. Ακολουθούν οι φοιτητές, οι μη μαθητές και τέλος οι μαθητές Γενικών Γυμνασίων και Λυκείων.
- Τα μεγαλύτερα ποσοστά μέθης από αλκοόλ εμφανίζονται στους νεαρούς ενήλικες σε σύγκριση με τις υπόλοιπες ηλικιακές ομάδες.

Κλείνοντας το κεφάλαιο αυτό θεωρήσαμε σκόπιμο να αναφέρουμε ορισμένα στοιχεία από έρευνα που πραγματοποιήθηκε από την ομάδα ESPAD του Συμβουλίου Ευρώπης. Στη Ελλάδα η έρευνα πραγματοποιήθηκε το 1999 από το Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγείας. Πήραν μέρος 2.250 μαθητές Β' και Γ' Λυκείου.

Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι οι Έλληνες μαθητές δεν έχουν ιδιαίτερη πρωτιά στην κατανάλωση αλκοόλ και στη χρήση ναρκωτικών ουσιών συγκριτικά με τους άλλους Ευρωπαίους και Αμερικανούς συνομηλίκους τους<sup>19</sup>.

Έτσι λοιπόν ενώ ο μέσος όρος των μαθητών σε όλες τις άλλες χώρες που καταναλώνουν αλκοόλ τον τελευταίο χρόνο πριν την έρευνα είναι 83%, στην Ελλάδα το νούμερο αυτό φτάνει το 94%. Παρά το γεγονός αυτό όμως οι Έλληνες μαθητές επιδεικνύουν γερή κράση καθώς έχουν μεθύσει, στο ίδιο χρονικό διάστημα, το 42% από αυτούς την ώρα που ο αντίστοιχος μέσος όρος στα άλλες χώρες είναι 52%.

Τέλος αναφέρεται ότι σε όλες σχεδόν τις χώρες λιγότεροι από τους μισούς μαθητές έχουν καταναλώσει οινοπνευματώδη ποτά πάνω από 40 φορές σε όλη

---

<sup>19</sup> Στέφανος Κρίκης, «Πίνουν και αντέχουν οι μαθητές», εφημ. «ΤΑ ΝΕΑ», 21-02-2001, σελ Ν14, κωδ. Άρθρου Α16975Ν141

τους τη ζωή. Η Ελλάδα βρίσκεται στην τρίτη θέση μετά τη Δανία και τη Βρετανία.

Σχετικά τώρα με την κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών τον τελευταίο μήνα, πριν από την έρευνα, πρώτες έρχονται η Μάλτα και η Δανία. Ακολουθούν η Τσεχία, η Ελλάδα, η Ιρλανδία και η Βρετανία. Τα αγόρια πίνουν περισσότερο από τα κορίτσια. Τα χαμηλότερα ποσοστά μέθης αναφέρουν η Κύπρος, η Ιταλία, η Πορτογαλία και η Ρουμανία.



# ΜΕΡΟΣ Β



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

### "ΜΕΛΕΤΗ Η ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΤΟΥ Τ.Ε.Ι. ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ"

#### 7.1 ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Όπως αναφέραμε και στον πρόλογο της εργασίας αυτής, η σχέση των νέων με το αλκοόλ είναι αρκετά ιδιαίτερη και περίπλοκη. Όμως μιλώντας μόνο θεωρητικά, δεν είναι δυνατόν να συμπεράνουμε και πολλά πράγματα. Έτσι αποφασίσαμε να υπάρχει και ερευνητικό μέρος στην εργασία μας στους φοιτητές του Τ.Ε.Ι. Καλαμάτας, που είναι και ο χώρος μας, με σκοπό να έρθουμε πιο κοντά στο σκεπτικό των νέων ανθρώπων και στον τρόπο που αντιμετωπίζουν το αλκοόλ.

Στην έρευνα που ακολουθεί ασχοληθήκαμε με θέματα όπως η ποσότητα και η συχνότητα αλκοόλ που καταναλώνουν, η επιρροή του

περιβάλλοντος, οι λόγοι για τους οποίους πίνουν, η σχέση του αλκοόλ με το κάπνισμα και τον αθλητισμό, συνέπειες που πιθανόν να έχουν παρατηρήσει και αρκετά άλλα θέματα τα οποία αναλύονται παρακάτω.

## 7.2 ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η έρευνα όπως αναφέραμε ήδη πραγματοποιήθηκε στο Τ.Ε.Ι. Καλαμάτας και χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος του ερωτηματολογίου. Τον εξεταζόμενο πληθυσμό αποτελούσαν οι σπουδαστές του Τ.Ε.Ι. και το δείγμα επιλέχθηκε με την μέθοδο της δειγματοληψίας κατά στρώματα. Πιο συγκεκριμένα οι σπουδαστές ομαδοποιήθηκαν κατά φύλο και επιλέχθηκε τυχαία, το 5% των σπουδαστών που φοιτούν κανονικά στο Τ.Ε.Ι. και όχι των εγγεγραμμένων. Το σύνολο των ερωτηθέντων ήταν 150 σπουδαστές από τους οποίους 80 ήταν άντρες και 70 γυναίκες . Τυχαία ήταν και η επιλογή των ηλικιών των ερωτηθέντων με αποτέλεσμα το 50% να είναι 21- 23 ετών, το 40% 18-20 ετών και τέλος το 10% του συνόλου να είναι 24 και άνω. Η ομαδοποίηση αυτή φαίνεται παρακάτω:

<b>Ηλικία</b>	<b>Άνδρες</b>	<b>Γυναίκες</b>	<b>Ποσοστό</b>
18- 20	23	37	40%
21- 23	45	30	50%
24- άνω	12	3	10%
<b>Σύνολο</b>	<b>80</b>	<b>70</b>	

*Πίνακας 1: Σύνολο ερωτηθέντων σπουδαστών κατά φύλο και ηλικία  
Πηγή: Ίδια έρευνα*

Η έρευνα διήρκησε πέντε ημέρες από τις 9.00 π.μ. έως τις 7.00 μ.μ., ενώ ο μέσος χρόνος συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου ήταν περίπου έξι (6) λεπτά. Το ερωτηματολόγιο δινόταν σε κάθε σπουδαστή προσωπικά και λόγω της ιδιαιτερότητας του θέματος και των ερωτήσεων ήταν ανώνυμο και συμπληρώθηκε από τους ίδιους.

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε όλους τους χώρους του Τ.Ε.Ι. (αίθουσες διδασκαλίας, βιβλιοθήκη, εστιατόριο, κυλικείο, αίθουσες εργαστηρίων, γυμναστήριο, διαδρόμους).

Τέλος, κατά την επεξεργασία των ερωτηματολογίων, θεωρήσαμε σκόπιμο να διαχωρίσουμε τους ερωτηθέντες με βάση τον τόπο μόνιμης κατοικίας τους λόγω της διαφοράς των συνθηκών ζωής και συνηθειών μεταξύ επαρχίας και πρωτεύουσας. Σε αυτό τον διαχωρισμό ξεχωρίσαμε τρεις πόλεις οι οποίες εξ' αιτίας του πληθυσμού τους και των ιδιαιτεροτήτων που έχουν (π.χ. μεγάλο ποσοστό φοιτητών) δεν μπορούν να θεωρηθούν επαρχία. Μας προέκυψαν τα παρακάτω στοιχεία.

Πρωτεύουσα	51
Επαρχία	90
Θεσ/νίκη - Πάτρα - Ιωάννινα	9

**Πίνακας 2:** Σύνολο ερωτηθέντων σπουδαστών κατά τόπο μόνιμης καταγωγής  
**Πηγή:** Ίδια έρευνα

Όπως θα δούμε και παρακάτω όμως δεν προέκυψε κάποιο ενδιαφέρον στοιχείο από το διαχωρισμό αυτό.

### 7.3 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η Επεξεργασία των στατιστικών στοιχείων περιελάμβανε τον έλεγχο όλων των ερωτηματολογίων για τυχόν ασυμπλήρωτες και ασαφείς απαντήσεις. Ακολούθησε η κωδικογράφηση των στοιχείων των ερωτηματολογίων με σκοπό την επεξεργασία τους με την βοήθεια Η/Υ. Η εξαγωγή των αποτελεσμάτων έγινε με τη χρήση του προγράμματος ACCESS.

Η παρουσίαση των στοιχείων γίνεται με την μορφή πινάκων και με την βοήθεια γραφικών παραστάσεων.

- Στον πίνακα που ακολουθεί βλέπουμε την συχνότητα με την οποία πίνουν οι νέοι. (Ερώτηση 4).

Συχνότητα	Άνδρες	Γυναίκες	Αρ. ατόμων	Αρ. ατόμων σε ποσοστά
Ποτέ	2	3	5	3,3%
1-3 φορές/μήνα	24	27	51	34,0%
1-3 φορές/εβδ.	30	31	61	40,7%
Κάθε μέρα	24	9	33	22,0%
<b>Σύνολα</b>			<b>150</b>	<b>100%</b>

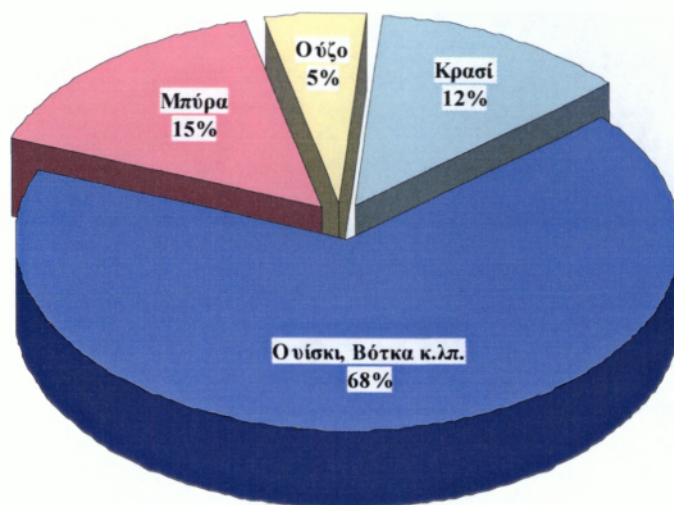
**Πίνακας 3:** Συχνότητα με την οποία πίνουν οι νέοι κατά φύλο

**Πηγή:** Ίδια έρευνα

Όπως παρατηρούμε το μεγαλύτερο ποσοστό αντρών (20%) και γυναικών (20,7%) πίνουν 1-3 φορές / βδομάδα ενώ μεγάλη είναι η διαφορά ανάμεσα στα δύο φύλα στην περίπτωση της καθημερινής πόσης αφού το 16% των αντρών ανήκει σε αυτή την κατηγορία ενώ μόλις το 6% των γυναικών πίνει καθημερινά.

- Στο παρακάτω κυκλικό διάγραμμα βλέπουμε τις προτιμήσεις των φοιτητών ως προς το είδος των ποτών (Ερ.5). Όπως παρατηρούμε οι περισσότεροι νέοι (65%) προτιμούν ποτά όπως το ουίσκι, την βότκα, την τεκίλα κ.τ.λ. τα οποία περιέχουν μεγάλο ποσοστό οινοπνεύματος(40% vol) και δεν είναι ελληνικής προέλευσης. Ποτά όπως το ούζο, κρασί και τσίπουρο τα οποία είναι συνήθως ελληνικής προελεύσεως και φτιαγμένα από αγνότερα συστατικά δεν φαίνεται να προτιμούνται από του νέους.





**Διάγραμμα1:** Προτιμήσεις των φοιτητών ως προς το είδος των ποτών (Ερ.5)  
**Πηγή:** Ίδια έρευνα

Αυτό βέβαια έχει σχέση και με τα μέρη τα οποία προτιμούν να διασκεδάζουν οι νέοι που συνήθως είναι τα club - bar (72%) στα οποία δεν συνηθίζεται να σερβίρονται τέτοιου είδους "παραδοσιακά" ποτά. Οι ταβέρνες (37%) είναι κατά δεύτερον τα μέρη που πίνουν οι νέοι, ενώ με μικρή διαφορά ακολουθούν αυτοί που προτιμούν να πίνουν στο σπίτι (34%) και τέλος στις καφετέριες πίνει μόνο το 9% (Ερ.8).

Οι προτιμήσεις αυτές των νέων είναι ίδιες ανεξαρτήτως ηλικίας και φύλου.

- Τα παρακάτω αποτελέσματα διεξήγαμε από τις απαντήσεις που πήραμε στην ερώτηση που αφορά την ποσότητα οινοπνευματωδών που καταναλώνουν οι νέοι κάθε φορά που θα θελήσουν να πιουν (Ερώτηση 6).

41%	→	1-2 ποτήρια
38%	→	3-5 ποτήρια
13%	→	6-8 ποτήρια
5%	→	8 και άνω ποτήρια



Όμως για να διεξαχθεί ένα σαφές αποτέλεσμα για το αν γίνεται χρήση ή κατάχρηση του αλκοόλ είναι απαραίτητο να συνδυαστεί η συχνότητα, η ποσότητα και το είδος του ποτού που καταναλώνουν οι ερωτηθέντες .

Έχουν θεσπιστεί διεθνώς όρια κατανάλωσης του αλκοόλ για ασφαλή χρήση στους ενήλικες. Τα όρια αυτά είναι μέχρι 21 μονάδες για τους άνδρες και μέχρι 14 μονάδες για τις γυναίκες, μοιρασμένες μέσα στην εβδομάδα. Οι γυναίκες θεωρούνται πιο ευαίσθητες από τους άνδρες και γιατί έχουν συνήθως μικρότερο σώμα αλλά και γιατί το σώμα τους περιέχει περισσότερο λίπος στο οποίο το οινόπνευμα δεν διαλύεται με αποτέλεσμα να δημιουργούνται υψηλότερες στάθμες στο αίμα.

Στο σημείο αυτό είναι απαραίτητο να δούμε πόσες μονάδες αντιστοιχούν σε κάθε ποτήρι ώστε να γίνει η σύγκριση ανάμεσα στα όρια που έχουν τεθεί και στις ποσότητες που καταναλώνονται από τους ερωτηθέντες. Αναλυτικότερα :

1 μονάδα = 1 ποτήρι μύρα

Η περιεκτικότητα της μύρας σε αλκοόλ είναι 5%.

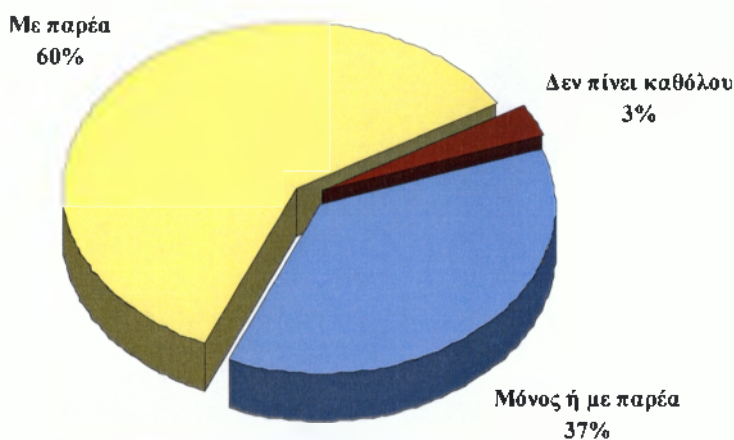
Άρα 1 μονάδα αντιστοιχεί σε 5% βαθμός αλκοόλ. Συνεπώς ένα ποτό με περιεκτικότητα 40% σε βαθμούς αλκοόλ αντιστοιχεί με 8 μονάδες. Έτσι έχουμε 21 μονάδες / εβδομάδα να αντιστοιχούν με 3 ποτήρια μύρα – κρασί την ημέρα που είναι το όριο που έχει τεθεί για τους άνδρες, ή με 3 ποτήρια των λεγόμενων "σκληρών" αλκοολούχων ποτών ( ουίσκι, βότκα, τζιν κ.τ.λ.) την εβδομάδα.

Όσον αφορά τις γυναίκες έχουμε 14 μονάδες / εβδομάδα να αντιστοιχούν με 2 ποτήρια μύρα – κρασί την ημέρα ή με 2 ποτήρια μύρα – κρασί την ημέρα ή με 2 σκληρά ποτά την εβδομάδα.

– Σύμφωνα με τις απαντήσεις που πήραμε (ερωτήσεις 4, 5, 6), το 49% των ανδρών ήταν πάνω από το προαναφερόμενο όριο. Σχεδόν το ίδιο ποσοστό των γυναικών ξεπέρασε επίσης το δικό του όριο.

Η εξαγωγή σχεδιαγράμματος είναι αδύνατο λόγω των πολλών συνδυαστικών στοιχείων που μελετήθηκαν .

Σε άλλη ερώτηση, που αφορά τις προτιμήσεις των ερωτηθέντων ως προς τον τρόπο που τους αρέσει να πίνουν (μόνοι ή με παρέα) βγάλαμε τα εξής συμπεράσματα:



**Διάγραμμα2:** «Μόνοι ή με παρέα;»  
**Πηγή:** Ίδια έρευνα

- 60% των ερωτηθέντων προτιμάει να πίνει με παρέα
  - 37% των ερωτηθέντων προτιμάει να πίνει και με παρέα αλλά και μόνο του.
  - Κανένας δεν θέλει να πίνει αποκλειστικά μόνος του.
  - 3% που δεν πίνουν καθόλου.
- Είναι γνωστό σε όλους μας ότι το περιβάλλον επηρεάζει αρκετά την συμπεριφορά των ατόμων. Για τον λόγο αυτό θεωρήσαμε αναγκαίο να ρωτήσουμε εάν στο περιβάλλον των ερωτηθέντων υπάρχουν άτομα που πίνουν αρκετά (ερώτηση 10) και στην συνέχεια να συγκρίνουμε τις απαντήσεις τους αυτές με την ποσότητα την οποία καταναλώνουν οι ίδιοι.

Τα αποτελέσματα της ερώτησης έχουν ως εξής:

Απαντήσεις	Ποσοστά %
Φιλικό Περιβάλλον	59%
Οικογενειακό Περιβάλλον	9%
Φιλικό και Οικογενειακό Περιβάλλον	10%
Ούτε στο Φιλικό ούτε στο Οικογενειακό Περιβάλλον	27%

**Πίνακας 4:** Επιρροή από το περιβάλλον

**Πηγή:** Ίδια έρευνα

- 59% των ερωτηθέντων έχει στο φιλικό του περιβάλλον άτομα που πίνουν αρκετά
- 4% των ερωτηθέντων έχει στο οικογενειακό του περιβάλλον άτομα που πίνουν αρκετά
- 10% των ερωτηθέντων έχει και στο φιλικό του αλλά και στο οικογενειακό του περιβάλλον άτομα που πίνουν αρκετά.
- 27% των ερωτηθέντων μας απάντησαν ότι δεν έχουν κανέναν στο περιβάλλον τους που να πίνει.

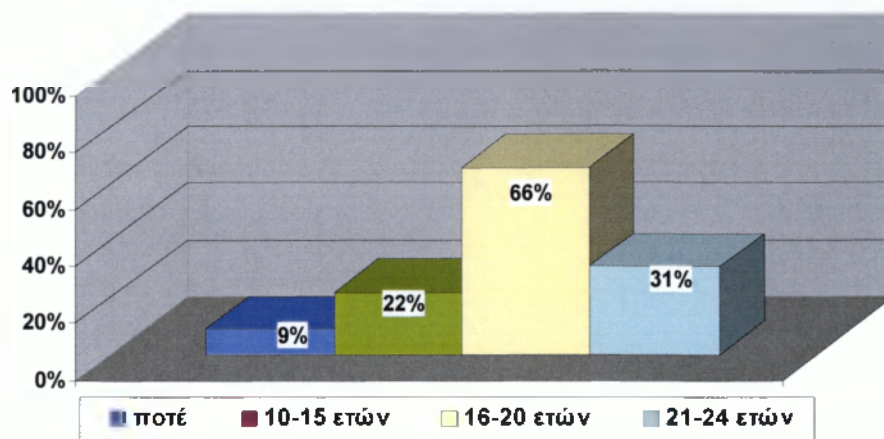
Στην προσπάθειά μας να διαπιστώσουμε εάν τελικά το περιβάλλον επηρεάζει το άτομο στο να πει και μελετώντας τα στοιχεία που προέκυψαν από τις απαντήσεις των ερωτηματολογίων καταλήξαμε στο συμπέρασμα ότι το οικογενειακό περιβάλλον επηρεάζει αφού από τα 6 (έξι) άτομα που δήλωσαν ότι οικογενειακό τους περιβάλλον υπάρχουν άτομα που πίνουν αρκετά, τα 3 (τρία) πίνουν πάνω από το όριο.

Από το σύνολο του πληθυσμού που έχει και στο οικογενειακό του αλλά και στο φιλικό του περιβάλλον άτομα που πίνουν αρκετά το 60% πίνει πάνω από το όριο επίσης.

Τέλος, το ποσοστό των ατόμων που πίνει πάνω από το όριο (ερωτήσεις 4, 5, 6) και έχει στο φιλικό του περιβάλλον άτομα που πίνουν επίσης (ερώτηση 10), είναι σχεδόν ίσο με το ποσοστό αυτών που πίνουν πάνω από το όριο αλλά

δεν έχουν στο φιλικό τους περιβάλλον άτομα που να πίνουν. Έτσι δεν καταλήγουμε σε συμπεράσματα για το αν επηρεάζονται η όχι.

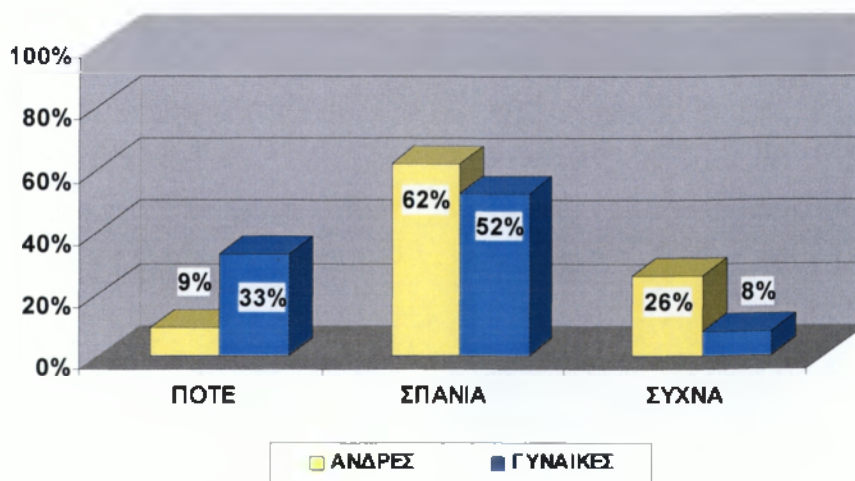
- Στο παρακάτω διάγραμμα βλέπουμε εάν οι ερωτηθέντες μέθυσαν κάποια φορά και αν ναι σε ποια ηλικία (ερωτ. 12)



**Διάγραμμα 3:** Ηλικίες που μέθυσαν για πρώτη φορά  
**Πηγή:** Ίδια έρευνα

Όπως παρατηρούμε το μεγαλύτερο ποσοστό (66%) μέθυσε για πρώτη φορά όταν ήταν 16- 20ετών .

- Ενδιαφέρον παρουσιάζει το διάγραμμα που προκύπτει στην ερώτηση: Ξεπερνάνε το σύνηθες όριο αντοχής του οργανισμού σας (μέθη); (ερωτ. 7)



**Διάγραμμα 4:** Κάθε πότε ξεπερνούν τα όρια τους (μέθη)  
**Πηγή:** Ίδια έρευνα

Παρατηρούμε ότι μεγάλη διαφορά παρουσιάζεται στο ποσοστό των γυναικών που δεν ξεπέρασαν το όριο αντοχής τους (33%) σε αντίθεση με τους άνδρες που μόνο το 9% δεν ξεπερνά ποτέ το όριο αντοχής του.

Αντιστρόφως ανάλογα είναι τα αποτελέσματα σε αυτούς που ξεπερνούν το όριο τους συχνά. Οι άντρες έχουν τα πρωτεία με ποσοστό 26% ενώ οι γυναίκες φτάνουν μόνο το 8%.

- Στον παρακάτω πίνακα που ακολουθεί βλέπουμε τους λόγους για τους οποίους πίνουν συνήθως οι φοιτητές σε σχέση με τον τόπο μόνιμης κατοικίας τους. (ερωτ. 3-13).

	Δυσκολίες Στρες	Επιβεβαίωση	Αυτοπεποίθ.	Κέφι Διασκέδ.	Ξεπέρασμα ερωτ. Απογοητ.	Κάτι άλλο
<b>ΠΡΩΤΕΥΟΥΣΑ</b>	26%	-----	5%	85%	23%	-----
<b>ΕΠΑΡΧΙΑ</b>	21%	1%	36%	83%	10%	-----
<b>ΘΕΣ/ΝΙΚΗ ΠΑΤΡΑ ΙΩΑΝΝΙΝΑ</b>	1%	-----	1,6%	83%	50%	-----

**Πίνακας 5:** Λόγοι για τους οποίους πίνουν οι νέοι  
**Πηγή:** Ίδια έρευνα

Όπως παρατηρούμε ανεξάρτητα από τον τόπο προέλευσης (Αθήνα ή επαρχία) όλοι οι φοιτητές υποστηρίζουν ότι πίνουν για τους ίδιους λόγους αν και τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν και οι συνθήκες ζωής τους είναι διαφορετικές. Έτσι πάνω από το 80% των ερωτηθέντων υποστηρίζει ότι πίνει για να διασκεδάσει και να έχει κέφι.

- Οι λόγοι για τους οποίους πίνουν οι νέοι εξετάστηκαν και σε σχέση με την ηλικία τους (ερωτ. 2- 13) .Το συμπέρασμα είναι ότι όλες οι ηλικίες και στα δυο φύλα πίνουν κατά κύριο λόγο για να διασκεδάσουν.
- Θεωρήθηκε σκόπιμο η ερώτηση αυτή (ερωτ.13) να μελετηθεί και σε σχέση με τις εξής ερωτήσεις:
  - αν υπάρχουν άτομα στο περιβάλλον τους που να πίνουν αρκετά (ερωτ. 10)



- αν έχουν έρθει σε διαμάχη με τους φίλους τους για την ποσότητα αλκοόλ που καταναλώνουν (ερωτ. 11)
- Πόσο συχνά πίνουν, τι είδος προτιμούν καθώς και την ποσότητα που καταναλώνουν (ερωτ. 4-5-6).

Ο λόγος για τον οποίο γίνεται ο συνδυασμός αυτός είναι γιατί τα άτομα που πίνουν πολύ και αντιμετωπίζουν πρόβλημα σπάνια το βλέπουν και σπάνια το παραδέχονται. Το περιβάλλον τους είναι αυτό που βλέπει πρώτο το πρόβλημα. Στο συνδυασμό αυτών των ερωτήσεων μελετάμε τέσσερις περιπτώσεις:

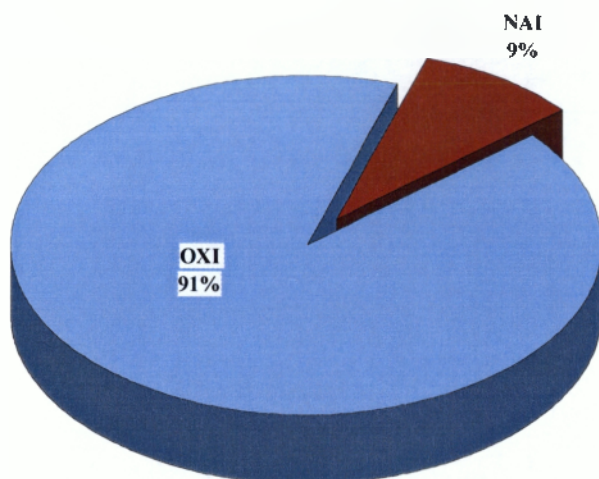
- Στην πρώτη περίπτωση παρατηρούμε ότι από το 20% αυτών που έχουν βρεθεί σε διαμάχη με τους φίλους τους για την ποσότητα αλκοόλ που καταναλώνουν μόνο το 5% έχει αισθανθεί ότι πρέπει να ελαττώσει ή να κόψει το ποτό.
- Στην δεύτερη περίπτωση παρατηρούμε ότι το υπόλοιπο 15% δεν έχει αισθανθεί την ανάγκη για περιορισμό ή διακοπή του αλκοόλ παρά την αντίθετη γνώμη του περιβάλλοντος του.
- Στην Τρίτη κατηγορία ανήκει το υπόλοιπο 11% των ερωτηθέντων που έχει αισθανθεί την ανάγκη να κόψει το ποτό αλλά δεν έχει έρθει σε διαμάχη με τους φίλους του. Η εξήγηση σε αυτό είναι ότι τα άτομα αυτά – εκτός ενός- έχουν είτε στο φιλικό αλλά και στο οικογενειακό τους περιβάλλον τους άτομα που πίνουν αρκετά. Έτσι το πρόβλημα δεν γίνεται αντιληπτό από κανέναν.

Τέλος από αυτούς που δεν είχαν βρεθεί σε διαμάχη με τους φίλους τους κι ούτε έχουν αισθανθεί την ανάγκη για διακοπή του αλκοόλ το 30% πίνει πάνω από το όριο. Από αυτούς το 80% έχει άτομα στο περιβάλλον του που πίνουν. Έτσι εξηγείται και το γεγονός ότι δεν έχουν έρθει σε διαμάχη αφού για το περιβάλλον τους η κατανάλωση αλκοόλ αντιμετωπίζεται ως μια φυσιολογική κατάσταση.

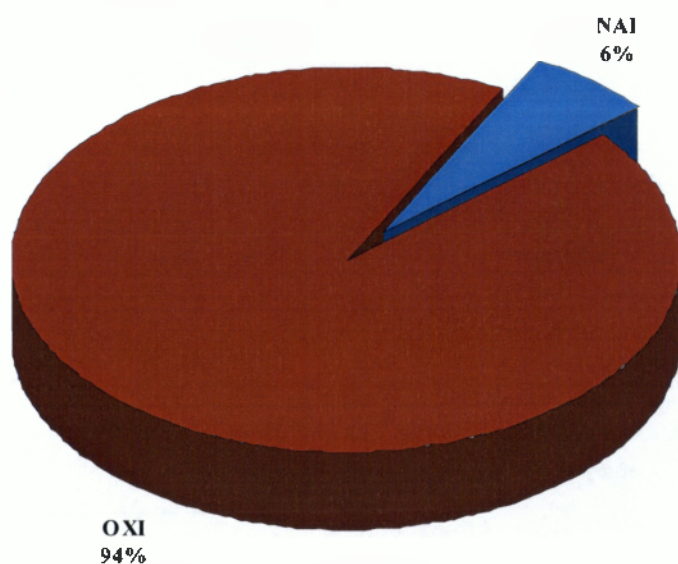
Στα παραπάνω στοιχεία ήταν αδύνατη η διεξαγωγή σχεδιαγράμματος λόγω των πολλών στοιχείων που συνδυάστηκαν.



- Στα παρακάτω διαγράμματα παρατηρούμε ότι μόνο το 9% των ερωτηθέντων έχει βρεθεί στο νοσοκομείο λόγω του ποτού (ερωτ. 16) και μόνο το 6% είχε προβλήματα με την τροχαία επειδή είχε προκαλέσει ατύχημα σε κατάσταση μέθης ή απλά οδηγούσε μεθυσμένος (ερωτ. 17)

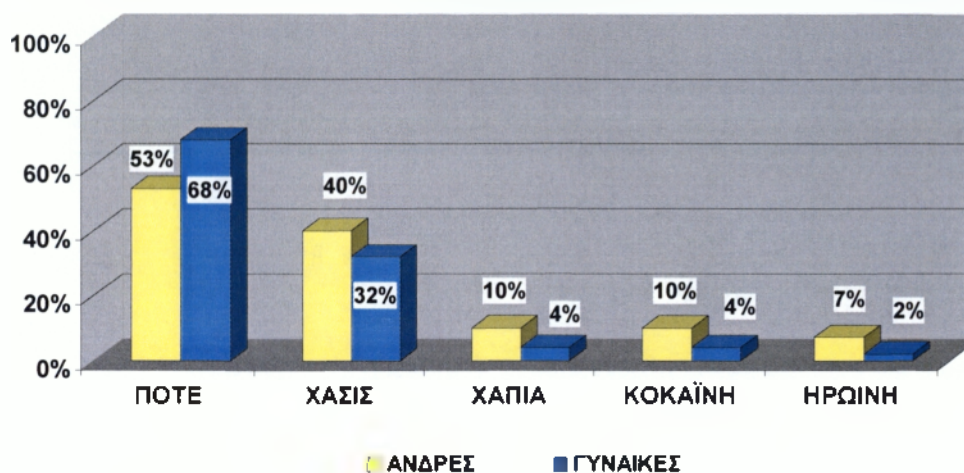


**Διάγραμμα 5:** Ερωτηθέντες που βρέθηκαν στο νοσοκομείο λόγω του ποτού (ερωτ. 16)  
**Πηγή:** Ίδια έρευνα



**Διάγραμμα 6:** Προβλήματα ερωτηθέντων με την τροχαία (ερωτ.17)  
**Πηγή:** Ίδια έρευνα

- Ενδιαφέρον παρουσιάζουν οι απαντήσεις που λάβαμε για την χρήση ναρκωτικών ουσιών (ερωτ. 18). Στο παρακάτω διάγραμμα βλέπουμε τις διαφορές που παρουσιάζονται στα δυο φύλα.



*Διάγραμμα 7: Χρήση ναρκωτικών ουσιών (ερωτ. 18)  
Πηγή: Ίδια έρευνα*

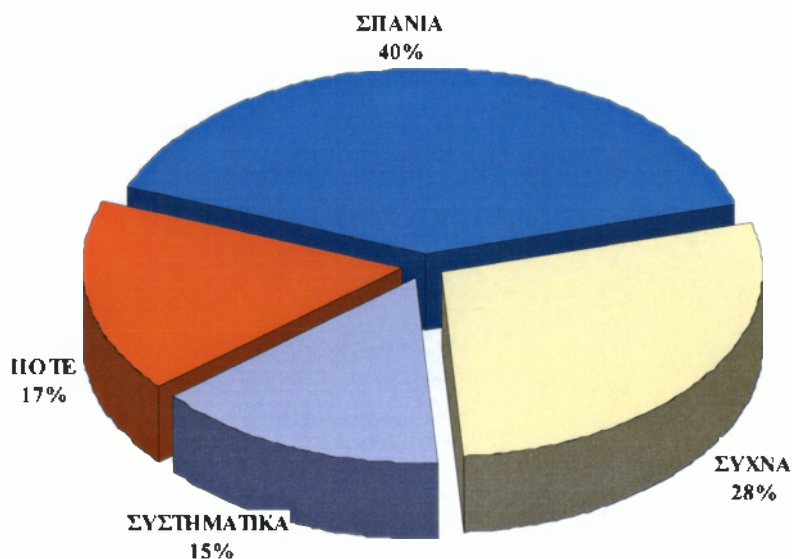
Όπως παρατηρούμε το 60% του συνόλου των ερωτηθέντων δεν έχει δοκιμάσει ποτέ κάποια ναρκωτική ουσία ενώ το 40% έχει δοκιμάσει μια ή και παραπάνω ναρκωτικές ουσίες. Είναι φανερό ότι οι άντρες έχουν δοκιμάσει – ή κάνουν χρήση – κάποιων ναρκωτικών ουσιών σε μεγαλύτερο από τις γυναίκες.

- Ο συνδυασμός της ερώτησης που αφορά τις ναρκωτικές ουσίες με τις ερωτήσεις που αφορούν το αλκοόλ δεν οδηγεί σε σαφές συμπεράσματα για το εάν αυτοί που καταναλώνουν αλκοόλ είναι πιο επιρρεπείς και σε άλλες ουσίες ή το αντίθετο.
- Στην προσπάθειά μας να διαπιστώσουμε εάν το κάπνισμα και το ποτό έχουν αλληλεπίδραση συνδυάσαμε την ερώτηση που αφορά το κάπνισμα (ερωτ. 19) με την συχνότητα που πίνουν (ερωτ. 4). Έτσι έχουμε το 62% των φοιτητών να καπνίζει, αλλά να ανήκει σχεδόν με ίσα ποσοστά σε όλες τις κατηγορίες συχνότητας που πίνουν που έχουμε προκαθορίσει. Το ίδιο παρατηρούμε και στο 24% που δεν καπνίζει αλλά και στο 14% που

καπνίζει καμία φορά . Έτσι δεν είναι δυνατόν να διεξαχθεί ένα σαφές συμπέρασμα για το εάν αυτοί που καπνίζουν πίνουν περισσότερο από τους μη καπνιστές.

- Τέλος το 17% των φοιτητών δεν γυμνάζεται ποτέ, το 40% γυμνάζεται σπάνια, το 28% συχνά και τέλος το 15% γυμνάζεται συστηματικά. Ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός ότι από τα 22 άτομα που γυμνάζονται συστηματικά τα 12 καπνίζουν και τα 8 από αυτά πίνουν πάνω από το όριο.

Άρα και σ' αυτή την περίπτωση δεν μπορεί να ειπωθεί ότι όσοι αθλούνται πίνουν και λιγότερο. Δεν υπάρχει κάποιο στοιχείο που να αποδεικνύει την σχέση του αθλητισμού με την κατανάλωση αλκοόλ.



**Διάγραμμα 8:** Πόσο αθλούνται οι φοιτητές  
**Πηγή:** Ίδια έρευνα

#### 7.4 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η έρευνα που πραγματοποιήθηκε απέδειξε ότι οι περισσότεροι φοιτητές πίνουν αρκετά συχνά και μάλιστα όχι μικρές ποσότητες. Οι λόγοι για τους οποίους πίνουν είναι πολλοί. Κατά κύριο λόγο όμως δήλωσαν σχεδόν όλοι (80%) και ανεξάρτητα από την καταγωγή τους – άλλα προβλήματα αντιμετωπίζουν οι νέοι της επαρχίας από της πρωτεύουσας – ότι πίνουν για να διασκεδάζουν και να έχουν κέφι.

Εμφανής είναι η προτίμηση των νέων στα "βαριά" αλκοολούχα ποτά όπως το ουίσκι, η βότκα, η τεκίλα κ.τ.λ. Αυτό βέβαια έχει σχέση και με τα μέρη τα οποία διασκεδάζουν αφού στην πλειοψηφία τους (72%) προτιμούν τα μπαρ κλαμπ στα οποία σερβίρονται κυρίως "δυνατά" ποτά και όχι ποτά "της παρέας" και του φαγητού όπως το κρασί ή το τσίπουρο.

Συνδυάζοντας την ποσότητα που καταναλώνουν οι νέοι με το είδος του ποτού που προτιμούν με μεγάλη έκπληξη καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι το 49% των φοιτητών πίνει πάνω από τα όρια που έχουν θεσπιστεί διεθνώς. Παρ' όλο το μέγεθος του ποσοστού αυτού το πρόβλημα δεν φαίνεται να γίνεται αντιληπτό από την κοινωνία λόγω της αποδοχής που έχει γενικότερα το αλκοόλ όπως έχουμε προαναφέρει.

Ένας λόγος που πιθανόν εξηγεί αυτή την μεγάλη κατανάλωση αλκοόλ είναι και η επιρροή του περιβάλλοντος μιας και το 59% των φοιτητών έχει στο φιλικό του περιβάλλον άτομα που πίνουν αρκετά και μικρότερο ποσοστό άτομα που πίνουν και ανήκουν στο οικογενειακό περιβάλλον. Έτσι καταλαβαίνουμε ότι η επιρροή του περιβάλλοντος είναι βέβαιη στην κατανάλωση αλκοόλ χωρίς όμως να μπορεί να αποδεχθεί και η σχέση του με την κατάχρηση.

Όπως είναι γνωστό η κοινωνία δέχεται πιο εύκολα έναν άντρα πότη απ' ότι μια γυναίκα γεγονός το οποίο ίσως εξηγεί την μεγάλη διαφορά ανάμεσα

στο ποσοστό των αντρών που ξεπερνάνε το όριό τους συχνά (26%) σε αντίθεση με τις γυναίκες (8%).

Ενδιαφέρον παρουσιάζει και το γεγονός ότι ενώ το 49% των φοιτητών πίνει πάνω από το όριο το 81% - του συνόλου και όχι μόνο αυτών που πίνουν πάνω από το όριο – δεν έχει αισθανθεί ποτέ ότι πρέπει να ελαττώσει ή να κόψει το ποτό παρ' όλο που από αυτούς έχουν έρθει σε διαμάχη με τους φίλους τους για την ποσότητα που καταναλώνουν. Αναλυτικότερα από το 20% αυτών που έχουν βρεθεί σε διαμάχη με τους φίλους τους για την ποσότητα που καταναλώνουν μόνο το 5% έχει αισθανθεί την ανάγκη να ελαττώσει ή να κόψει το ποτό. Το 15% θεωρεί ότι πίνει μέσα σε φυσιολογικά πλαίσια ενώ το περιβάλλον του, έχει την αντίθετη γνώμη. Έτσι επιβεβαιώνεται ότι συνήθως το πρόβλημα γίνεται πρώτα αντιληπτό από το περιβάλλον και δύσκολα αυτός που το βιώνει το αντιλαμβάνεται και το παραδέχεται.

Αναμενόμενο όμως ήταν και το συμπέρασμα που διεξήγαμε ότι όταν στο περιβάλλον κάποιου υπάρχουν άτομα που πίνουν αρκετά δεν είναι δυνατόν να έρθουν σε διαμάχη μαζί του για την ποσότητα που πίνει ο ίδιος. Πιο απλά, όταν όλοι πίνουν αρκετά και αντιμετωπίζουν πρόβλημα είναι απίθανο να δει ο ένας την κατάσταση του άλλου και ακόμα, πιο απίθανο να έρθει σε διαμάχη μαζί του, αφού όλοι βρίσκονται μέσα στην ίδια " άρρωστη" κατάσταση.

Εντύπωση κάνει ότι ενώ αρκετοί φοιτητές πίνουν, άλλοι πολύ και άλλοι λιγότερο, φαίνεται να είναι προσεκτικοί με την οδήγηση αφού μόνο ελάχιστοι είχαν προβλήματα με την τροχαία (λόγω αλκοόλ) και ελάχιστοι έχουν προκαλέσει κάποιο ατύχημα ενώ βρίσκονται σε κατάσταση μέθης.

Τέλος στην προσπάθεια μας να δούμε την σχέση του αλκοόλ με τα ναρκωτικά, το κάπνισμα και τον αθλητισμό βρεθήκαμε προ εκπλήξεως αφού το 40% των φοιτητών έχει δοκιμάσει κάποια ναρκωτική ουσία, το 62% καπνίζει και το 57% γυμνάζεται από ποτέ έως σπάνια. Αν και τελικά δεν εξήχθη κάποιο σαφές συμπέρασμα για το εάν αυτοί που καπνίζουν και έχουν δοκιμάσει – ή ίσως παίρνουν ναρκωτικά – είναι πιο επιρρεπείς στο αλκοόλ και αυτοί που αθλούνται απέχουν απ' όλα αυτά. Τα αποτελέσματα μας έδειξαν ότι



ανεξάρτητα από τα παραπάνω κάποιοι νέοι προτιμούν να πίνουν. Το πιο δυσάρεστο συμπέρασμα δεν έχει να κάνει τόσο με το αλκοόλ αλλά γενικότερα με τον τρόπο ζωής τον οποίο έχουν επιλέξει οι περισσότεροι νέοι. Το αλκοόλ, τα ναρκωτικά και το κάπνισμα φαίνεται να είναι στις προτιμήσεις των νέων ανεξάρτητα από τις συνέπειες στην σωματική και ψυχική υγεία.

Το ποιος ευθύνεται όμως για την κατάσταση αυτή είναι ένα άλλο μεγάλο θέμα που δεν θα αναλύσουμε σε αυτή την εργασία. Ίσως ευθύνονται οι ίδιοι οι άνθρωποι για τις επιλογές τους, ίσως η οικογένεια, ίσως η κοινωνία ή ίσως η πολιτεία και το κράτος για να έχει στην διάθεσή της άβουλα, ανίκανα και απαθή όντα τα οποία δέχονται χωρίς καμιά διαμαρτυρία και αντίσταση τα πάντα.

## **7.5 ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ**

Ολοκληρώνοντας την παρούσα εργασία αλλά και κατά την διάρκειά της διαπιστώσαμε ότι ο αλκοολισμός είναι ένα πολυδιάστατο πρόβλημα που αφορά σχεδόν όλες τις ηλικίες. Δυστυχώς όμως στην χώρα μας δεν φαίνεται να έχουν ληφθεί ακόμα αρκετά μέτρα για την πρόληψή του αλλά και για την αντιμετώπισή του.

Από την γνώση που αποκομίσαμε όλο αυτό το διάστημα και βλέποντας το αλκοόλ σχεδόν απ' όλες τις πλευρές μας επιτρέπει να προτείνουμε ορισμένα μέτρα για την αντιμετώπισή του.

Είναι γνωστό ότι η καλύτερη αντιμετώπιση ενός προβλήματος είναι η πρόληψή του. Έτσι θα ήταν προτιμότερο να εστιαστεί το ενδιαφέρον και η προσπάθεια σε αυτόν τον τομέα δηλαδή στην πρόληψη. Αυτό μπορεί να γίνει αρχίζοντας από τις μικρές ηλικίες και πιο συγκεκριμένα μέσα από τα σχολεία. Ενημερώσεις, συζητήσεις, προβολές φιλμ, ενημερωτικά φυλλάδια και ότι άλλο θα βοηθούσε του μαθητές να κατανοήσουν του κινδύνους που κρύβει το αλκοόλ. Σημαντικό ρόλο παίζει και η οικογένεια στην πρόληψη του αλκοολισμού. Άτομα επιρρεπή μπορούν μέσα από την οικογένεια να βρουν τη



δύναμη να αντισταθούν σε καταχρήσεις. Είναι αναγκαίο το πρόβλημα του αλκοολισμού να αντιμετωπίζεται με την ίδια σοβαρότητα που αντιμετωπίζεται το πρόβλημα των ναρκωτικών και η πρόληψή του να πάρει ανάλογες διαστάσεις. Καθοριστικής σημασίας θα ήταν και εκπαιδευτικά προγράμματα με αποκλειστικό αντικείμενο τις ουσίες εξάρτησης σε προγράμματα σπουδών όπως ιατρικής, ψυχολογίας, οικονομίας της υγείας αλλά και της νοσηλευτικής. Θα πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη έμφαση στις αρνητικές στάσεις που διακρίνουν το ιατρικό και νοσηλευτικό απέναντι σε αλκοολικά άτομα.

Είναι απαραίτητο να υπάρχει ενημέρωση για τα κέντρα απεξάρτησης που ήδη λειτουργούν και βοηθούν τους ενδιαφερόμενους με τα προγράμματα που πραγματοποιούνται. Απαραίτητη είναι επίσης και η αποκέντρωση των κέντρων υγείας αυτών καθώς και η λειτουργία νέων σε όσες πόλεις θεωρείται αναγκαίο έτσι ώστε όλοι οι ενδιαφερόμενοι να έχουν εύκολη πρόσβαση και να μπορούν να συμμετέχουν σε προγράμματα χωρίς να χρειάζεται να φεύγουν μακριά από την μόνιμη κατοικία τους – παράγοντας ανασταλτικός ορισμένες φορές.

Σημαντικό θα ήταν επίσης να τεθεί και να θεσπιστεί νόμιμο κάποιο όριο ηλικίας – όπως και σε άλλες χώρες – κάτω από το οποίο δεν επιτρέπεται η κατανάλωση αλκοόλ σε μπαρ, εστιατόρια κ.τ.λ. αλλά ούτε και η αγορά του από κάβες και μαγαζιά που πωλείται. Απαραίτητη είναι και η διευκρίνηση των ορίων μεταξύ χρήσης και κατάχρησης με τη δημιουργία και ανάπτυξη επιστημονικών αποδεκτών κριτηρίων για την έγκυρη και έγκαιρη αναγνώριση του προβληματικού πότη. Λίγο κόκκινο κρασί κάνει καλό στην καρδιά, αλλά μερικοί δεν κατανοούν ακριβώς την έννοια του "λίγο". Να γίνει ενημέρωση στο κοινωνικό σύνολο για το θέμα αυτό, καθώς και να καταγραφούν τα παραπτώματα, οι εγκληματικές πράξεις και τα ατυχήματα εξαιτίας της χρήσης του αλκοόλ, έτσι ώστε να διαμορφωθεί η εικόνα για το μέγεθος του προβλήματος στη χώρα.

Τέλος χρήσιμο θα ήταν να περιοριστούν οι διαφημίσεις αλκοολούχων ποτών στην τηλεόραση αλλά και στους δρόμους, αφού παντού έχουν

τοποθετηθεί τεράστιες διαφημιστικές αφίσες. Μέσω των διαφημίσεων αυτών προβάλλονται πρότυπα που παρουσιάζουν ανθρώπους όμορφους οι οποίοι καταναλώνοντας αλκοόλ, διασκεδάζουν, χαίρονται, είναι επιθυμητοί από το αντίθετο φύλο, αφήνονται πιο ελεύθεροι και ζουν διάφορες γοητευτικές καταστάσεις που δεν θα μπορούσαν να ζήσουν αν δεν έπιναν. Πρότυπα που επηρεάζουν αρνητικά τους νέους κάποιες φορές περνούν υποσυνείδητα και κάποιες άλλες φορές με άμεσο τρόπο.

Οι παραπάνω προτάσεις ελπίζουμε να είναι στο άμεσο σχέδιο της πολιτείας μας.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- 1 Α. Αθανασάκη – Τσουρουλά, Γ. Μουσσάς, Ερίκα Σταυρακάκη, Ε. Λύκουρας, "Παρουσίαση δυο ερωτηματολογίων για επισήμανση προβλημάτων αλκοολισμού (κατάχρηση εξάρτηση)" στον ΕΓΚΕΦΑΛΟ τεύχος 26, 1989
- 2 Α. Αθανασάκη, Κ. Ζερβός, Σ. Ζυγούρης, Α. Λιάου, Κ. Κατσίκης "Αξονική τομογραφία εγκεφάλου σε χρόνιους αλκοολικούς ασθενείς" στα " ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΑ ΧΡΟΝΙΚΑ", τόμος 52, τεύχος 3, Ιούλιος – Σεπτέμβριος 1990.
- 3 Β. Δεληγιάννη, " Η ιστορία της σχέσης του ανθρώπου με την αλκοόλη " στο "Εφαρμοσμένη κλινική Μικροβιολογία και εργαστηριακή Διαγνωστική ", Περίοδος Β΄, τόμος 3, Τεύχος 4, 1998
- 4 Δ. Αναγνωστάκης, "Η επίδραση της αλκοόλης στο έμβρυο" στην ΙΑΤΡΙΚΗ τεύχος 64, 1993
- 5 Δ. Κουντούρης , Ι. Μυλωνά, Σ. Μπάκουρας, "Η αλκοολική πολυνευροπάθεια" στον ΓΑΛΗΝΟ, τεύχος 27, τεύχος 4
- 6 Δ. Μαδιανού, Μ. Μανδιανός, Α. Κοκκέβη, Κ. Στεφάνης "Τα ναρκωτικά στην Ελλάδα", γ΄ τόμος
- 7 Ε. Λύκουρας, "Η ψυχιατρική πλευρά του αλκοολισμού" στην ΙΑΤΡΙΚΗ τεύχος 64 , 1993
- 8 Ε. Σταμπούλης, " Αλκοολική Νευροπάθεια" στην ΙΑΤΡΙΚΗ τεύχος 64, 1993
- 9 Ευαγγ. Γ. Παπαγεωργίου, "Γενικά περί αλκοολισμού των νέων – Νεανικός Αλκοολισμός" στον ΕΓΚΕΦΑΛΟ τεύχος 26, 1989
- 10 Ευάγγελος Γ. Παπαγεωργίου, " Εξαρτήσεις στη ζωή μας"
- 11 Θ. Υφαντής, Β. Κούρος, Ε. Καφετζόπουλος, Μ. Μαρσέλος, "Επιδημιολογική διερεύνηση της συχνότητας χρήσης οινοπνευματωδών ποτών σε μαθητές της Μέσης Εκπαίδευσης" στο ΙΑΤΡΙΚΗ, τεύχος 57, 1990
- 12 Ι. Κούρος – Η. Gisselbrecht, "Πρώιμος διάγνωση της αλκοόλ – επί αλκοολικών δια του ενζύμου γ- CT", στον ΕΓΚΕΦΑΛΟ, Τεύχος 19, 1982
- 13 Ι. Κούρος – Κα Α. Guezennec – Roger "Προοπτικές από την χορήγηση καρπιπραμίνης στη θεραπεία των αλκοολικών " στον ΕΓΚΕΦΑΛΟ τεύχος 19, 1982
- 14 Καραβάτος, Αθ. "Εξαρτήσεις από ουσίες"

15. Ν. Κανδρεβιώτης, "Οι βλαβερές και καταστρεπτικές επιδράσεις του αλκοολισμού στα οργανικά συστήματα του ανθρώπινου σώματος "στην ΙΑΤΡΙΚΗ τεύχος 50, 1986
16. Στεφ. Κρίκης, "Πίνουν και αντέχουν οι μαθητές " στο "ΤΑ ΝΕΑ" 21/02/2001, Σελ. Ν14 Κωδ. Άρθρου Α16975Ν141
17. Jo Chick and Dr Jonathan Chick, "Drinking problems"
18. [www.enet.gr](http://www.enet.gr)
19. [www.Flash.gr](http://www.Flash.gr) - Care – Εγκυκλοπαίδεια Υγείας
20. [www.Ggymnasio.gr](http://www.Ggymnasio.gr)
21. [www.in.gr/coctail](http://www.in.gr/coctail)
22. [www.in.gr/SAMIZDAT](http://www.in.gr/SAMIZDAT) – Magazine
23. [www.wineauthority.com/word](http://www.wineauthority.com/word) – wine-web

***ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ***

# ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

κόκκο  
την  
επιλογή

## Η ΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΦΟΙΤΗΤΩΝ ΤΟΥ Τ.Ε.Ι. ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΟ ΑΛΚΟΟΛ

1. **Φύλο;**  
α) Γυναίκα                      β) Άντρας
2. **Ηλικία;**  
α)18-20                      β)21-23                      γ)24 & άνω
3. **Τόπος μόνιμης κατοικίας (πρωτεύουσα νομού);**  
.....
4. **Πόσο συχνά πίνετε αλκοόλ;**  
α)Ποτέ                      β)1-3 φορές / μήνα                      γ)1-3 φορές / εβδομάδα                      δ)κάθε μέρα
5. **Τι ποτό προτιμάτε συνήθως ;(γράψτε μέχρι 2 ποτά με σειρά προτίμησης)**  
.....
6. **Τι ποσότητα αλκοόλ καταναλώνετε συνήθως;**  
α)1-2 ποτήρια                      β)3-5 ποτήρια                      γ)6-8 ποτήρια                      δ)8 & άνω
7. **Ξεπερνάτε το συνήθεις «όριο» αντοχής του οργανισμού σας (μέθη);**  
α)Ποτέ                      β)Σπάνια                      γ)Συχνά
8. **Πού προτιμάτε να πίνετε ;(μπορείτε να δώσετε πάνω από 1 απάντηση)**  
α)Σπίτι                      β)Καφετέρια                      γ)Ταβέρνα                      δ)Μπαρ- Κλαμπ
9. **Σας αρέσει να πίνετε.....**  
α)Μόνος                      β)Με παρέα                      γ)Και τα δύο
10. **Στο περιβάλλον σας υπάρχουν άτομα που πίνουν αρκετά;(μπορείτε να δώσετε πάνω από 1 απάντηση)**  
α)Οικογενειακό                      β)Φιλικό                      γ)Όχι
11. **Έχετε βρεθεί σε διαμάχη με φίλους-ες για την ποσότητα αλκοόλ που καταναλώνετε;**  
α)Ναι                      β)Όχι
12. **Σε ποια ηλικία μεθύσατε για πρώτη φορά;**  
α)Ποτέ                      β)10-15                      γ)16-20                      δ)21-24                      ε)25 & άνω



**13. Συνήθως πίνετε αλκοόλ για: (μπορείτε να δώσετε πάνω από 1 απάντηση)**

- α) να ξεπεράσετε καταστάσεις «στρες» ή για να ξεχάσετε δυσκολίες, προβλήματα ή τον θυμό σας;
- β) επιβεβαίωση
- γ) την αίσθηση αυτοπεποίθησης-σιγουριάς
- δ) κέφι-διασκέδαση
- ε) να ξεπεράσετε καταστάσεις ερωτικής απογοήτευσης
- στ) κάτι άλλο. Τι; .....

**14. Μετά από κατανάλωση μεγάλων ποσοτήτων αλκοόλ έχετε παρατηρήσει: (μπορείτε να δώσετε πάνω από 1 απάντηση)**

- α) Κενά μνήμης
- β) Τρέμουλο χεριών
- γ) Στομαχικές διαταραχές
- δ) Εντονο τρόμο, ακούγατε φωνές, παραισθήσεις
- ε) Γύψεις συνειδήσεως

**15. Αισθανθήκατε ποτέ ότι πρέπει να ελαττώσετε ή και να κόψετε το ποτό;**

- α) Ναι
- β) Όχι

**16. Βρεθήκατε ποτέ στο νοσοκομείο λόγω του ποτού;**

- α) Ναι
- β) Όχι

**17. Είχατε ποτέ προβλήματα με την τροχαία επειδή οδηγούσατε μεθυσμένος-η ή έχετε δημιουργήσει ατύχημα σε τέτοια κατάσταση;**

- α) Ναι
- β) Όχι

**18. Έχετε δοκιμάσει ναρκωτικές ουσίες; (απάντηση 1 & άνω)**

- α) Όχι
- β) Χασίς
- γ) Χάπι
- δ) Κοκαΐνη
- ε) Ηρωίνη

**19. Καπνίζετε;**

- α) Όχι
- β) Καμιά φορά
- γ) Ναι

**20. Γυμνάζεστε-αθλείστε;**

- α) Ποτέ
- β) Σπάνια
- γ) Συχνά
- δ) Συστηματικά

τραξε, λόγω νοσηρής διατάραξης των πνευματικών λειτουργιών ή διατάραξης της συνείδησης, δεν είχε την ικανότητα να αντιληφθεί το άδικο της πράξης του ή να ενεργήσει σύμφωνα με την αντίληψή του για το ίδιο αυτό.

Αντ. 86 ΠΝ.

Σχετ. 17. 35-36, 69-70, 126 § 1, 193, 303, 299 ΠΚ, 200 ΚΠΔ.

### Υπαίτια διατάραξη της συνείδησης

**Άρθρο 35** 1. Πράξη που κάποιος αποφάσισε σε κανονική ψυχική κατάσταση, αλλά που για την τέλεσή της έφερε τον εαυτό του σε κατάσταση διαταραγμένης συνείδησης τού καταλογίζεται σαν να την τέλεσε με όλο.

. Αν η πράξη που τέλεσε σε τέτοια κατάσταση είναι άλλη από εκείνη που είχε αποφασίσει, ο υπαίτιος τιμωρείται με ποινή ελαττωμένη (άρθρο 83).

. Πράξη που ο υπαίτιος πρόβλεψε ή μπορούσε να προβλέψει ότι ενδέεται να τελέσει, αν οδηγηθεί σε κατάσταση διατάραξης της συνείδησης, του καταλογίζεται ως πράξη που τελέστηκε από αμέλεια.

Αντ. 89, 90 ΠΝ.

Σχετ. 34, 71, 193 ΠΚ.

## IV. Εγκληματίες ελαττωμένης ικανότητας προς καταλογισμό

### Ελαττωμένη ικανότητα προς καταλογισμό

**Άρθρο 36** 1. Αν εξαιτίας κάποιας από τις ψυχικές καταστάσεις που αναφέρονται στο άρθρο 34 δεν έχει εκλείψει εντελώς, μειώθηκε όμως σημαντικά η ικανότητα για καταλογισμό που απαιτείται κατά το άρθρο αυτό, επιβάλλεται ποινή ελαττωμένη (άρθρο 83).

. Η διάταξη της προηγούμενης παραγράφου δεν εφαρμόζεται στην περίπτωση της υπαίτιας μέθης.

Αντ. 87, 89 ΠΝ.

Σχετ. 37 επ., 41, 193, 299, 303, 440 ΠΚ.

## Άρθρο 42

### **Οδήγηση υπό την επίδραση οινοπνεύματος, φαρμάκων ή τοξικών ουσιών**

1. Απαγορεύεται η οδήγηση κάθε οδικού οχήματος σε οδηγό, ο οποίος βρίσκεται υπό την επίδραση οινοπνεύματος, τοξικών ουσιών ή φαρμάκων που σύμφωνα με τις οδηγίες χρήσης τους ενδέχεται να επηρεάζουν την οδηγητική ικανότητα του οδηγού.

Θεωρείται ότι ο ελεγχόμενος οδηγός βρίσκεται υπό την επίδραση οινοπνεύματος όταν το ποσοστό αυτού στον οργανισμό του υπερβαίνει τα 0,5 γραμμάρια ανά λίτρο αίματος (0,5 gr/l). Με τις κοινές αποφάσεις της παραγράφου 5 του παρόντος μπορεί να οριστεί και μικρότερο ποσοστό.

2. Τα αρμόδια αστυνομικά όργανα μπορούν σε κάθε περίπτωση να ασκούν έλεγχο για τη διαπίστωση ύπαρξης οινοπνεύματος, τοξικών ουσιών ή φαρμάκων κατά την παράγραφο 1 στον οργανισμό των οδηγών.

3. Έλεγχος για τη διαπίστωση της μέθης του οδηγού γίνεται υποχρεωτικά σε περίπτωση θανατηφόρου ατυχήματος, επί δε σωματικής βλάβης, γίνεται, εφόσον υπάρχουν ενδείξεις χρήσης οινοπνεύματος, τοξικών ουσιών ή φαρμάκων κατά την παράγραφο 1, με τη χρησιμοποίηση κάθε κατάλληλου επιστημονικού μέσου. Με τον αυτόν τρόπο διαπιστώνεται και η μέθη πεζού στις ίδιες πιο πάνω περιπτώσεις.

4. Όταν υπάρχουν ενδείξεις ότι η οδήγηση του οχήματος γίνεται από οδηγό που βρίσκεται υπό την επίδραση οινοπνεύματος, τοξικών ουσιών ή φαρμάκων κατά την παράγραφο 1, υποχρεούται αυτός να δέχεται την εξακρίβωση της κατάστασης αυτής. Σε περίπτωση τροχαίου ατυχήματος λαμβάνεται πάντοτε από τα θανόντα πρόσωπα αίμα για εξέταση, από δε τους ζώντες εάν δεν υπάρχουν ειδικοί παθολογικοί λόγοι που να το εμποδίζουν. Για την ύπαρξη ή μη των προβαλλόμενων πιο πάνω λόγων χρειάζεται ιατρική πιστοποίηση.

. Με κοινές αποφάσεις των Υπουργών Υγείας και Πρόνοιας, Δημόσιας Τάξης και Μεταφορών και Επικοινωνιών καθορίζονται οι επιστημονικοί τρόποι διαπίστωσης της χρήσης οινοπνεύματος, τοξικών ουσιών ή φαρμάκων κατά την παράγραφο 1 από τον ελεγχόμενο οδηγό, καθώς και κάθε σχετική λεπτομέρεια.

. Όποιος διαπιστώνεται ότι οδηγεί όχημα υπό την επίδραση οινοπνεύματος τιμωρείται ως εξής:

- Με πρόστιμο πενήντα χιλιάδων (50.000) δραχμών, εάν η μέγιστη συγκέντρωση οινοπνεύματος στο αίμα του κυμαίνεται από 0,50 gr/l έως 0,80 gr/l.

- Με πρόστιμο εκατό χιλιάδων (100.000) δραχμών και με αφαίρεση, επιτόπου, της άδειας ικανότητας οδηγού για τρεις (3) μήνες, σύμφωνα με τις προϋποθέσεις και τη διαδικασία του άρθρου 103 του παρόντος Κώδικα, εάν η μέγιστη συγκέντρωση οινοπνεύματος στο αίμα του είναι άνω του 0,80 gr/l και μέχρι 1,10 gr/l.
- Με φυλάκιση τουλάχιστον δύο (2) μηνών, διοικητικό πρόστιμο διακοσίων χιλιάδων (200.000) δραχμών και αφαίρεση, επί τοπου, της άδειας ικανότητας οδηγού για έξι (6) μήνες, σύμφωνα με τις προϋποθέσεις και τη διαδικασία του άρθρου 103 του παρόντος Κώδικα, εάν η μέγιστη συγκέντρωση οινοπνεύματος στο αίμα του είναι άνω του 1,10 gr/l. Στην περίπτωση αυτή, η άδεια ικανότητας οδηγού επιστρέφεται, μετά την παρέλευση του εξαμήνου, μόνον με την προσκόμιση αποδεικτικού καταβολής του διοικητικού προστίμου.

Στις πιο πάνω περιπτώσεις το όχημα ακινητοποιείται υποχρεωτικά και φυλάσσεται σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 46 του παρόντος Κώδικα και των, κατ' εξουσιοδότηση αυτού, εκδιδομένων αποφάσεων.

Ο έλεγχος και η βεβαίωση των παραβάσεων της παρούσας παραγράφου γίνεται από συνεργείο δύο τουλάχιστον αστυνομικών, εκ των οποίων ο ένας είναι ανακριτικός υπάλληλος.

7. Εάν διαπιστωθεί ότι ο οδηγός οχήματος βρίσκεται υπό την επήρεια οινοπνεύματος για δεύτερη φορά εντός δύο (2) ετών από προηγούμενη παράβαση της απαγόρευσης οδήγησης υπό την επίδραση οινοπνεύματος και η μέγιστη συγκέντρωση οινοπνεύματος στο αίμα του, κατά τη δεύτερη παράβαση, είναι άνω του 1,10 gr/l, επιβάλλεται επί τόπου αφαίρεση της άδειας ικανότητας οδηγού, για πέντε (5) χρόνια, σύμφωνα με τις προϋποθέσεις και τη διαδικασία του άρθρου 103 του παρόντος Κώδικα.

8. Κάθε άλλη παράβαση του άρθρου αυτού τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον δύο (2) μηνών και με χρηματική ποινή τουλάχιστον πενήντα χιλιάδων (50.000) δραχμών, αν δε πρόκειται για οδηγό οδικού οχήματος και με αφαίρεση της άδειας ικανότητας οδηγού για χρονικό διάστημα τριών (3) μέχρι έξι (6) μηνών, η οποία επιβάλλεται υποχρεωτικά από το δικαστήριο.

9. Στις περιπτώσεις των παραγράφων 6 περ. 3 και 8 του παρόντος άρθρου, η παράβαση τιμωρείται, παράλληλα και ανεξάρτητα από τις ποινικές και λοιπές κυρώσεις που προβλέπουν οι διατάξεις αυτές και με την ποινή της αφαίρεσης των κρατικών πινακίδων και της άδειας κυκλοφορίας του οχήματος για χρονικό διάστημα από δέκα (10) ημέρες έως έξι (6) μήνες, η οποία επιβάλλεται υποχρεωτικά από το δικαστήριο. Η κύρωση αυτή δεν ισχύει για τις περιπτώσεις των κατηγο-

ών οχημάτων του άρθρου 103 παρ. 4 στοιχεία α' και β' του παρό-  
τος.

## ΑΛΦΑΒΗΤΙΚΟ ΕΥΡΗΤΗΡΙΟ

LCOTEST 1263, 1277

### ναιρετικός έλεγχος

– μέθη οδηγού 1253, 1254

### έθη

- ανακοίνωση αποτελεσμάτων 1301-1304
- έλεγχος οδηγού 1291-1294, 1299-1301
- έλλειψη πταισματος 1252
- εξαιρέσεις από κυρώσεις 1330, 1331
- εξακρίβωση 1321-1324, 1328, 1329
- επανεξέταση αντιδειγμάτων 1301-1304
- κυρώσεις 1309
- κυρώσεις επί υποτροπής 1310
- κυρώσεις παραβατών 1311-1315
- λήψη αίματος υποχρεωτική 1295
- μη συναγωγή τεκμηρίου 1243
- οδηγού ζημιογόνου αυτοκινήτου 1251
- πλήρης απόδειξη 1242
- τεκμήρια 1241, 1242, 1244-1246
- υποχρεωτική ακινητοποίηση οχήματος 1315-1317

### οδήγηση

- υπό την επίδραση οινοπνεύματος, τοξικών ουσιών ή φαρμάκων 1235-1237

### ινόπνευμα

- ανακοίνωση αποτελεσμάτων 1302-1304
- δήμευση 1318

- έλεγχος οδηγών 1255-1277, 1281-1290, 1305-1308, 1321-1324, 1329
- έλεγχος πεζού 1328
- εξαιρέσεις από κυρώσεις 1330, 1331
- επανεξέταση αντιδειγμάτων 1302-1304
- καθορισμός ορίου 1238-1240
- κανόνες 1235-1237
- κυρώσεις επί υποτροπής 1310, 1319
- κυρώσεις παραβατών 1309, 1311-1315, 1320, 1324-1327
- λήψη αίματος από νεκρό 1273
- λήψη αίματος ζώντος 1272
- μη σωστή τήρηση διατυπώσεων 1305-1308
- τεκμήριο 1244-1246
- τρόπος διαπίστωσης της χρήσης 1296, 1297, 1299-1301
- υπέρβαση ορίου 1241

### Συνεπιβάτης

- παθών 1251

### Συνυπαιτιότητα

- συνεπιβάτη 1251

### Τοξικές ουσίες

- έλεγχος οδηγών 1255-1265, 1278-1280

### Υπαιτιότητα αποκλειστική

- λόγω μέθης 1247-1250

### Φάρμακα

- έλεγχος οδηγών 1255-1265

ο τόσο σημαντικό αυτό άρθρο του ΚΟΚ περιλαμβάνει ρυθμίσεις που αφορούν την οδήγηση υπό την επίδραση οινοπνεύματος, τοξικών ουσιών ή φαρμάκων τα οποία σύμφωνα με τις οδηγίες χρήσης τους, ενδέχεται να επηρεάζουν την ικανότητα οδήγησης (όπως η κατηγορία αυτή προστέθηκε με τον έκο ΚΟΚ). Ειδικότερα:

1235

- 1236 Για την αποφυγή τροχαίων ατυχημάτων που οφείλονται στους παράγοντες που αναφέρονται στο άρθρο 42 του ΚΟΚ, επεκτείνεται στην παρ. 1 του άρθρου τούτου η απαγόρευση οδήγησης υπό την επίδραση φαρμάκων, που σύμφωνα με τις οδηγίες χρήσης τους ενδέχεται να επηρεάζουν την ικανότητα οδήγησης<sup>1</sup>.
- 1237 Κατά τα λοιπά, στο εδ. α' της παρ. 1 του άρθρου 42 ΚΟΚ επαναλαμβάνεται η ρύθμιση που υπήρχε στο αντίστοιχο κείμενο του προηγούμενου ΚΟΚ, σύμφωνα με την οποία, απαγορεύεται η οδήγηση οποιουδήποτε οδικού οχήματος από οδηγό, ο οποίος βρίσκεται υπό την επίδραση οινοπνεύματος, τοξικών ουσιών ή των κατά τα παραπάνω φαρμάκων.
- 1238 Με το εδ. β' που προστέθηκε ήδη στον νέο ΚΟΚ (βελτιώνοντας τη σχετική διάταξη) καθορίζεται το ποσοστό οινοπνεύματος που αρκεί να βρίσκεται στον οργανισμό του οδηγού (οριζόμενο σε 0,5 gr/ltr) ώστε, σε περίπτωση διαπιστώσεως της υπερβάσεως του ορίου αυτού κατά τις κείμενες διατάξεις ΚΥΑ Συγκοινωνιών και Δημοσίας Τάξεως 13382.Φ.705.11/4δ/1977 «περί του τρόπου διαπιστώσεως χρήσεως οινοπνεύματος ή τοξικών ουσιών υπό των οδηγών ή πεζών κατά την οδήγηση οχημάτων ή εις τροχαία ατυχήματα» (ΦΕΚ Β' 1266/21.11.1977), να θεωρηθεί ότι ο οδηγός βρίσκεται υπό την επίδραση οινοπνεύματος.
- 1239 Με το εδ. β' της παρ. 1, δίδεται εξάλλου εξουσιοδότηση και για περαιτέρω μείωση του ορίου<sup>2</sup>.
- 1240 Η κατά τα παραπάνω ΚΥΑ καθόριζε μέχρι τώρα, κατά τα επιστημονικώς παραδεδεγμένα και χάριν της ασφαλείας των συγκοινωνιών, ως ανώτατο ανεκτό όριο ποσοστού αλκοόλης στο αίμα τα 0,80 gr/1000. Πάνω από το όριο αυτό, το άτομο δεν εθεωρείτο ικανό για την οδήγηση οποιουδήποτε οχήματος, ενώ υφίστατο πλήρης απόδειξη περί του ότι ο οδηγός ευρίσκετο υπό την επήρειαν οινοπνεύματος<sup>3</sup>.
- 1241 Περαιτέρω, από την υπέρβαση του ορίου των 0,50 gr/1000 και μέχρι τα 0,80 gr/1000 συμπεραίνονταν ύπαρξη μέθης, εφόσον υπήρχαν και άλλα στοιχεία που οδηγούσαν στο συμπέρασμα αυτό, όπως διεσταλμένη κόρη οφθαλμών, αστάθεια βαδίσματος, έξαλλη ομιλία, ασυνάρτητη ομιλία, απόπνοια οσμής<sup>4</sup>, ασυνάρτητες ομιλίες, από τα οποία βεβαιώνονταν η περιέλευση του οδηγού σε κατάσταση μέθης, δηλαδή η υπερδιέγερση, η έλλειψη νηφαλιότητας και η εξασθένηση μνήμης και προσοχής που δημιουργούν ευεξία και υπερεκτίμηση ικανοτήτων και δυνατοτήτων χειρισμών<sup>5</sup>.

<sup>1</sup> Βλ. Εισηγητική έκθεση στο σχέδιο νόμου ακύρωση του «Κώδικα Οδικής Κυκλοφορίας» (Κεφ. Γ').

<sup>2</sup> Βλ. όπ. παρ.

<sup>3</sup> Βλ. ΑΠ 6/88 ΕΕμπΔ 1989,80.

<sup>4</sup> Βλ. ΑΠ 858/74 ΕΣυγκΔ 1994,102.

<sup>5</sup> Βλ. ΑΠ 809/72 ΠοινΧρ ΚΓ',98, ΑΠ 858/74 ΠοινΧρ ΚΓ',197, ΑΠ 762/75 ΠοινΧρ ΚΣΤ', ΕφΑθ 1218/75 ΕΣυγκΔ Γ',194, ΕφΘεσ 762/97 Αρμ 1997,652 με σημ. ΙΕΒ, ΜΠρΛαμ 78/80 ΕΣυγκΔ 1994,100.



- ζυνεπώς εφόσον η περιεκτικότητα της αλκοόλης στο αίμα κυμαίνονταν από 0,50 gr/1000 έως και 0,80 gr/1000 απαγγέλλονταν κατηγορία, εφόσον και από άλλα στοιχεία συνάγονταν συμπέρασμα περί υπάρξεως μέθης<sup>6</sup>, ενώ αν η συγκέντρωση οινοπνεύματος στο αίμα υπερέβαινε σύμφωνα με την εξέταση, το 0,80‰ υφίστατο πλήρης απόδειξη περί της υπάρξεως μέθης, κατά την έννοια του άρθρου 42 ΚΟΚ<sup>7</sup>. 1242
- Έχει πάντως ήδη κριθεί σχετικά, ότι δεν προέκυψαν στοιχεία με τα οποία να αποδεικνύεται ότι οδηγούσε το ζημιογόνο αυτοκίνητο σε κατάσταση μέθης ο οδηγός, εφόσον το ποσοστό αλκοόλης που βρέθηκε στο αίμα του ήταν 52/1000, δηλαδή μόλις υπερέβαινε το υπό της σχετικής ΥΑ οριζόμενο ελάχιστο όριο των 0,50/1000. Ποσοστό δηλαδή αλκοόλης, πέρα από το οποίο δικαιολογείται κατηγορία για οδήγηση υπό την επήρεια οινοπνεύματος, κατά του υπαίτιου οδηγού<sup>8</sup>. 1243
- Με την κατά τα εκτεθέντα όμως νέα ρύθμιση, εφόσον το ποσοστό του οινοπνεύματος στον οργανισμό υπερβαίνει τα 0,5 gr/lit ο ελεγχόμενος οδηγός, θεωρείται ότι βρίσκεται υπό την επήρεια οινοπνεύματος. 1244
- Εξάλλου δίδεται και εξουσιοδότηση (παρ. 1 εδ. τελευταίο) (όπως ήδη προελέχθη) ώστε με κοινές αποφάσεις των Υπουργών Υγείας και Πρόνοιας, Δημόσιας Τάξης και Μεταφορών και Επικοινωνιών να μπορούν να καθορίζονται και μικρότερα ποσοστά οινοπνεύματος στο αίμα προκειμένου να θεωρηθεί ότι ο ελεγχόμενος οδηγός ευρίσκεται υπό την επίδραση οινοπνεύματος. 1245
- αυτό σημαίνει ότι ο νόμος (νέος ΚΟΚ) έγινε αυστηρότερος και δεν λαμβάνει πλέον υπόψη του και άλλα κριτήρια προκειμένου να καθορισθεί αν υπάρχει ή όχι, μέθη του οδηγού. 1246
- ο οδηγός που οδηγεί υπό την επήρεια οινοπνεύματος κρίνεται συνήθως και αποκλειστικά υπαίτιος του ατυχήματος. 1247
- οις έχει κριθεί σχετικά, ότι ήταν αποκλειστικά υπαίτιος του ατυχήματος ο οδηγός, ο οποίος μη έχοντας άδεια ικανότητας και όντας υπό την επίδραση οινοπνεύματος έχασε τον έλεγχο του οχήματος και αφού πέρασε τη διαχωριστική νησίδα μπήκε στο αντίθετο ρεύμα κυκλοφορίας και έπεσε σε αυτοκίνητο που εκινείτο κανονικά σε αυτό το ρεύμα<sup>9</sup>. 1248
- είσης ο οδηγός, ο οποίος ευρισκόμενος υπό την επήρεια οινοπνεύματος υπέστη την πρoσθήκουσα απόσταση ασφαλείας<sup>10</sup>. 1249
- είσης ο οδηγός, ο οποίος έχοντας καταναλώσει μεγάλη ποσότητα αλκοόλ υπέστη την αντιλήφθηκε το ερυθρό φως του σηματοδότη και ότι προ αυτού ήταν 1250

λ. ΣυμβΠλΧαλκ 241/86 ΕΣυγκΔ 15,140.

ιβ. ΕφΠατρ 383/90 ΑχΝομ 1991,220, ΣυμβΠλΧαλκ 241/86 όπ. παρ., ΕφΠατρ 101/87 ΕΣυγκΔ 1998,339 και ΚΥΑ 13382.Φ.705 11/4Δ/1977 όπως αυτή ισχύει τροποποιηθείσα με την ΚΥΑ 1330 Φ 7058.11/4 ΞΘ/15.2-1.4.1985 (ΦΕΚ Β' 174).

ιγ. ΕφΘεσ 3138/96 ΕΣυγκΔ 1998,325.

ιδ. ΕφΑθ 8951/89 ΕΣυγκΔ 1994,302.

ιε. ΕφΑθ 2809/86 ΕΣυγκΔ 15,372, ΕΕμπΔ 38,261.

αυτοκίνητό του με τη χρήση της πέδης και να επιπέσει στο οπίσθιο μέρος του τρίτου αυτοκινήτου με μεγάλη ταχύτητα και σφοδρότητα<sup>11</sup>.

- 1251 Έχει κριθεί όμως και ότι υπάρχει συντρέχον πταίσμα του επιβάτη, ο οποίος εμπιστεύεται την εκ φιλοφροσύνης μεταφορά του από αυτοκίνητο, ο οδηγός του οποίου τελεί σε κατάσταση μέθης, με αποτέλεσμα να μην μπορεί να οδηγήσει ασφαλώς<sup>12</sup>.
- 1252 Εξάλλου έχει κριθεί και ότι δεν βαρύνει τον θανόντα οδηγό του άλλου αυτοκινήτου καμμία ευθύνη στην επέλευση της συγκρούσεως, καθόσον το αυτοκίνητό του έβαινε κανονικά στο ρεύμα πορείας του, με συνήθη ταχύτητα και δεν μπορούσε αυτός να πραγματοποιήσει αποφευκτικό ελιγμό για να αποφύγει τη σύγκρουση, διότι το άλλο αυτοκίνητο εισήλθε αιφνιδίως στο ρεύμα πορείας του. Η ανευρεθείσα δε στο αίμα του μικρή ποσότητα αλκοόλης (0,53%ο γρ.) κρίθηκε ότι δεν συνετέλεσε καθόλου στο ατύχημα, το οποίο οφειλόταν αποκλειστικά στις πιο πάνω υπαίτιες πράξεις και παραλείψεις του εναγομένου, αφού η μικρή αυτή ποσότητα αλκοόλης δεν επηρεάζει την ικανότητα οδήγησης του αυτοκινήτου<sup>13</sup>.
- 1253 Εξάλλου, έχει κριθεί αναίρετικά, ότι ορθά καταδικάστηκε για ανθρωποκτονία από αμέλεια μη συνειδητή, ο οδηγός που οδηγούσε υπό την επίδραση οινοπνεύματος με υπερβολική ταχύτητα και κατά τρόπο επικίνδυνο, με αποτέλεσμα να πέσει το αυτοκίνητό του επάνω σε τσιμεντένιο οριοδείκτη και τελικά να ανατραπεί, με συνέπεια τον θανάσιμο τραυματισμό επιβάτη<sup>14</sup>.
- 1254 Επίσης ο οδηγός, ο οποίος οδηγούσε υπό την επίδραση οινοπνεύματος τη νύχτα, χωρίς να μειώσει την ταχύτητά του, με αποτέλεσμα να εισέλθει στο αντίθετο ρεύμα, να συγκρουσθεί με σταθμευμένο όχημα και να προκαλέσει το θάνατο του επιβαίνοντος σε αυτό<sup>15</sup>.
- 1255 Στη συνέχεια, οι παρ. 2, 3, 4 και 5 του άρθρου 42 αναφέρονται στον έλεγχο ο οποίος γίνεται προς διαπίστωση της ύπαρξης οινοπνεύματος, τοξικών ουσιών ή φαρμάκων (κατά την έννοια της παρ. 1 του άρθρου 42), στον οργανισμό των οδηγών. Ειδικότερα:
- 1256 Η παρ. 2 του άρθρου 42 ορίζει ότι τα αρμόδια αστυνομικά όργανα μπορούν σε κάθε περίπτωση να ασκούν έλεγχο για να διαπιστώνουν αν υπάρχουν στον οργανισμό των οδηγών οινοπνεύμα ή τοξικές ουσίες ή φάρμακα τα οποία να επηρεάζουν την οδηγητική ικανότητα του οδηγού (όπως η έννοια των φαρμάκων αυτών τίθεται στην παρ. 1 εδ. α' του άρθρου 42 ΚΟΚ).
- 1257 Στο σημείο αυτό πρέπει να γίνει αναφορά στις κατ' ιδίαν διατάξεις της ΚΥΑ 13382.Φ.705 11/4δ της 25/26.11.1977 (ΦΕΚ Β' 1266) «Περί του τρόπου διαπι-

<sup>11</sup> Βλ. ΕφΘεσ 762/97 Αρμ 1997,652 με σημ. ΙΕΒ.

<sup>12</sup> Βλ. Εφαθ 5864/92 ΕΣυγκΔ 1993,311, Εφαθ 5281/92 ΕΣυγκΔ 1993,315.

<sup>13</sup> Βλ. ΕφΘεσ 2272/96 ΕΣυγκΔ 1997,462.

<sup>14</sup> Βλ. ΑΠ 315/89 ΠοινΧρ 39,888.

<sup>15</sup> Βλ. ΑΠ 518/89 ΠοινΧρ 40,16.

στώσεως χρήσεως οινοπνεύματος ή τοξικών ουσιών υπό των οδηγών ή πεζών κατά την οδήγηση οχημάτων ή εις τροχαία ατυχήματα, όπως ισχύει τροποποιηθείσα με την ΚΥΑ υπ' αριθ. 1330 Φ 7058.11/4 ΞΘ/15.2-1.4.1985 (ΦΕΚ Β' 174).

Σύμφωνα με την κατά τα παραπάνω ΚΥΑ, η οποία ισχύει και εφαρμόζεται μέχρι σήμερα, ο τρόπος της εξακρίβωσης της χρήσης αιθυλικής αλκοόλης (οινοπνεύματος) ή τοξικών ουσιών από τους οδηγούς, κατά την οδήγηση οχημάτων ή σε περίπτωση ατυχημάτων, των οδηγών και των θυμάτων πεζών, περιλαμβάνει τα παρακάτω τρία στάδια:

**Πρώτο στάδιο:** Συνίσταται στην ανίχνευση των υπόπτων, δηλαδή στις παρατηρήσεις των αστυνομικών οργάνων επί προσώπων (οδηγών και πεζών) που δημιουργούν υπόνοιες ότι χρησιμοποίησαν οινοπνευματώδη ποτά ή άλλες τοξικές ουσίες, κατά τον χρόνο της οδήγησης ή του ατυχήματος και οι οποίοι οδηγούνται στην περίπτωση αυτή ενώπιον των αρμοδίων προανακριτικών αστυνομικών υπαλλήλων ή σε καθορισμένους τόπους, για περαιτέρω εξέταση.

Οι παρατηρήσεις των αστυνομικών οργάνων αναφέρονται στον τρόπο ομιλίας, στην οσμή του οινοπνεύματος κ.λπ., αυτών που είναι ύποπτοι ότι χρησιμοποίησαν οινοπνευματώδεις ή άλλες τοξικές ουσίες.

**Δεύτερο στάδιο:** Σε αυτό περιλαμβάνεται η εξέταση των υπόπτων από τους αρμόδιους ανακριτικούς υπαλλήλους. Οι ενέργειες δε των προανακριτικών υπαλλήλων προς διαπίστωση της χρήσεως οινοπνευματωδών ή άλλων τοξικών ουσιών, συνίστανται:

α) Σε ψυχοφυσικές εξετάσεις, δηλαδή παρατήρηση οφθαλμών (αν η κόρη τους είναι διεσταλμένη), δοκιμασία ισορροπίας, βαδίσματος και μεταβολής, γραφής, ομιλίας κ.λπ.

β) Δοκιμασία με «ALCOTEST» που συνίσταται στην εξακρίβωση της ύπαρξης αιθυλικής αλκοόλης στον εκπνεόμενο από τον εξεταζόμενο αέρα, εντός της σχετικής συσκευής, που χρησιμοποιείται για τον σκοπό αυτόν. Η μέθοδος αυτή είναι και η πιο συνήθης.

γ) Χρησιμοποίηση αεροχρωματογράφου, δηλαδή ηλεκτρονικής συσκευής που ελέγχει τη μέθη οδηγών και πεζών και τέλος

δ) Χρησιμοποίηση κάθε άλλου πρόσφορου επιστημονικού οργάνου.

**Τρίτο στάδιο:** Αυτό το στάδιο περιλαμβάνει τη μέθοδο του ποσοτικού προσδιορισμού της αλκοόλης στο αίμα και πραγματοποιείται εφόσον ανιχνευθεί υτή στο αίμα. Περιλαμβάνει τα εξής ειδικότερα στάδια:

α) Αιματοληψία: αν παρατηρηθεί η παρουσία αιθυλικής αλκοόλης στον εκπνεόμενο από τον οδηγό αέρα, λαμβάνεται, όπως ήδη ελέγχθη, αίμα προς ειδική εξέταση, για τον ποσοτικό προσδιορισμό της.

Η λήψη αίματος πρέπει να διενεργείται πάντοτε από γιατρό και γίνεται με φλεβοκέντηση μετ' ασηψίαν του δέρματος, με αντισηπτικό που δεν περιέχει αλκοόλη ή αιθέρα, ενώ λαμβάνονται συνολικά 10 ml αίματος, τα οποία στη συνέχεια διαμοιράζονται (από 5 ml σε καθένα) σε δύο φιαλίδια.

- αιματοληψία, τα χρησιμοποιούμενα φιαλίδια ή δοκιμαστικοί σωλήνες σφραγίζονται από την ενδιαφερόμενη αρχή με την παρουσία του γιατρού και του ενδιαφερόμενου και αποστέλλονται στο αρμόδιο εργαστήριο για εξέταση, ενώ πρέπει να συνοδεύονται και από επίσημο έγγραφο, στο οποίο πρέπει να αναγράφονται τα απαραίτητα στοιχεία προς διενέργεια της εξετάσεως.
- 1270 Από τα φιαλίδια αυτά, το μὲν ένα χρησιμοποιείται για την αναζήτηση του οινόπνεύματος, ενώ το άλλο φυλάσσεται στα ψυγεία της αρμόδιας προς εξέταση Υπηρεσίας, για χρονικό διάστημα όχι μεγαλύτερο των 3 μηνών από τη λήψη του αίματος.
- 1271 Έτσι, σε περίπτωση αμφισβήτησεως των αποτελεσμάτων, θα μπορούν οι ενδιαφερόμενοι, εφόσον το επιθυμούν, να ζητήσουν εντός αυτού του χρονικού διαστήματος, την επανεξέταση των αντιδειγμάτων. Εξάλλου, οι αρχές στις οποίες θα αποσταλούν δείγματα αίματος προς ανίχνευση οινόπνεύματος, είναι υποχρεωμένες να τα ανακοινώσουν στους ενδιαφερόμενους εγγράφως.
- 1272 Ο τρόπος με τον οποίο λαμβάνεται το αίμα, διαφέρει, ανάλογα αν λαμβάνεται από ζωντανό ή νεκρό. Η λήψη αίματος από ζώοντα πρέπει να διενεργείται ταχύτατα από τη στιγμή του τροχαίου ατυχήματος ή της παραβάσεως, με τον κατά τ' ανωτέρω τρόπον.
- 1273 Η λήψη αίματος από πτώμα γίνεται από το υπάρχον εντός των κοιλοτήτων της καρδιάς μετά τη διάνοιξή της και συνολικά λαμβάνονται 20 ml αίματος, ενώ σε αυτό δεν είναι ανάγκη να προστεθεί αντισηπτικό φάρμακο, παρά μόνο φθοριούχο νάτριο προς αποφυγήν της σήψης. Αρμόδια εργαστήρια για την ανάληψη του αίματος προς καθορισμό της ληφθείσης ποσότητας αλκοόλης είναι τα εργαστήρια της ιατροδικαστικής και τοξικολογίας των Πανεπιστημίων και τα εργαστήρια της διευθύνσεως εγκληματολογικών υπηρεσιών.
- 1274 γ) Μέθοδος προσδιορισμού της αλκοόλης στο αίμα. Σαν τέτοια μέθοδος ορίστηκε η μέθοδος της αποστάξεως, η οποία απαιτεί κατ' ελάχιστο όριο 5 ml.
- 1275 Περαιτέρω, όπως ορίζεται από την κατά τα παραπάνω ΚΥΑ η μέγιστη επιτρεπόμενη συγκέντρωση οινόπνεύματος στο αίμα, πέρα από την οποία το άτομο υπέχει ευθύνη, είναι αυτή των 0,50‰.
- 1276 Όπως δε ήδη προαναφέρθηκε, από την ποσότητα αυτή και μέχρι τα 0,80‰ πρέπει να απαγγέλλεται κατηγορία, εφόσον και από άλλες συμπτώσεις (κατάσταση, τρόπος οδηγήσεως κ.λπ.) εξάγονται συμπεράσματα υπάρξεως μέθης.
- 1277 Από 0,80‰ και άνω, υπάρχει πλήρης απόδειξη.
- 1278 Σε κάθε άλλη περίπτωση που η λήψη αίματος κατέστη ανέφικτος, τότε, όπως ορίζει η κατά τα παραπάνω ΚΥΑ, εκτιμάται η ενοχή του κατηγορουμένου από την εξέταση με το ALCOTEST των παρατηρήσεων και των ψυχοφυσικών εξετάσεων, όπως επίσης και των μαρτυρικών καταθέσεων περί της καταστάσεως του υπόπτου.

- ... περιλαμβάνει και ορίζει περαιτέρω και περί του τρόπου με τον οποίο 1279  
διαπιστώνεται η ύπαρξη και άλλων τοξικών ουσιών στο αίμα. Η διαπίστωση  
αυτή γίνεται ομοίως στα αρμόδια όπως ήδη έχει εκτεθεί, εργαστήρια. Για τον  
σκοπό αυτόν, λαμβάνεται αίμα σε ποσότητα 20-30 κ.εκ. εντός αντισηπτικών  
ουσιών και φθοριούχου νατρίου και αποστέλλεται ταχύτατα στο εργαστήριο.  
Η αποστολή πρέπει επίσης να συνοδεύεται από λεπτομερές πρωτόκολλο  
δειγματοληψίας, στο οποίο θα αναφέρονται επί πλέον τα στοιχεία του ατό-  
μου, το βάρος, η ηλικία του, όπως επίσης και σύντομο ιστορικό της κλινικής  
εικόνας του ατόμου που εξετάζεται.
- Ανίχνευση τοξικών ουσιών διενεργείται επίσης στα ούρα, τα οποία συλλέγο- 1280  
νται εντός 24ώρου μέσα σε κοινή φιάλη με 10 κ.εκ. συντηρητικού.
- Άλλη μέθοδος ανιχνεύσεως της ποσοστιαίας αναλογίας της αλκοόλης που 1281  
περιέχεται στο αίμα των ανθρώπων, που προβλέπεται από την κατά τα παρα-  
πάνω ΚΥΑ, είναι με τη χρησιμοποίηση «αεροχρωματογράφου».
- Το όλο σύστημα είναι ειδικά κατασκευασμένο για τον παραπάνω σκοπό, το 1282  
δε αποτέλεσμα προκύπτει από την εξέταση δειγμάτων που λαμβάνονται από  
το υπό εξέταση άτομο με τους εξής τρόπους:
- α) από αέρα από την εκπνοή,
  - β) από μικρή ποσότητα αίματος,
  - γ) από μικρή ποσότητα ούρων.
- Η συσκευή λειτουργεί βάσει των αρχών της αεροχρωματογραφίας, ο δε κα- 1283  
θορισμός του ανωτάτου ανεκτού ορίου ποσοστού αλκοόλης στο αίμα, γίνεται  
ως εξής:
- Ως ανώτατο ανεκτό όριο καθορίζεται το 9,8‰. Πάνω από το όριο αυτό, το 1284  
άτομο δεν θεωρείται ικανό να οδηγήσει οποιοδήποτε όχημα.
- Για ενδείξεις κάτω από 0,8‰ και μέχρι 0,05‰ το άτομο ελέγχεται για να δια- 1285  
πιστωθεί τυχόν επίδραση της αλκοόλης και σε χαμηλότερο ποσοστό, με τους  
εξής τρόπους:
- Κινώντας σε απόσταση 20 περίπου εκατοστών από τα μάτια του εξετα- 1286  
ζόμενου μία κανονίδα και ελέγχοντας αν τα μάτια του μπορούν αβίαστα  
και φυσιολογικά να παρακολουθήσουν την κίνηση αυτή.
  - Υποδεικνύοντας στον εξεταζόμενο να βαδίζει ελεύθερα σε μία ευθεία 1287  
γραμμή, μήκους 10 μέτρων, οπότε ελέγχεται η τυχόν εκτροπή από την  
ευθεία και η αδυναμία κινήσεως κατά τη φορά της γραμμής.
  - Υποδεικνύοντας στον εξεταζόμενο να κινηθεί κατ' ευθείαν με κλειστά 1288  
μάτια, οπότε ελέγχεται η αδυναμία κινήσεως κατ' ευθεία γραμμή χωρίς  
να τρικλίζει.
- Στην περίπτωση που ο εξεταζόμενος δεν μπορεί να παρακολουθήσει με τα 1289  
μάτια του την κανονίδα και να βαδίζει κατ' ευθεία γραμμή και με τους δύο  
κατά τους παραπάνω τρόπους, δεν θεωρείται ικανός να οδηγήσει οποιοδήπο-  
τε όχημα, διότι κρίνεται ότι η αλκοόλη έχει επηρεάσει δυσμενώς το άτομο και  
σε μικρότερη ποσότητα.

- 1290 Προς βεβαίωση της εξετασεως του ατομου με τον ανωτερω τροπου, συντασσεται κατά περίπτωση από τον Αξιωματικό της Αστυνομίας σχετική έκθεση, η οποία περιέχει τα στοιχεία ταυτότητας του εξεταζόμενου, το ονοματεπώνυμο και την ιδιότητα αυτού που ενήργησε την εξέταση, τον τρόπο λήψεως του δείγματος και το αποτέλεσμα της εξετάσεως.
- 1291 Στην παρ. 3 του άρθρου 42 του νέου ΚΟΚ επαναλαμβάνεται το κείμενο της αντίστοιχης παραγράφου 3 του προηγούμενου ΚΟΚ, σύμφωνα με το οποίο, σε περίπτωση θανατηφόρου ατυχήματος γίνεται υποχρεωτικά έλεγχος για τη διαπίστωση της μέθης του οδηγού, ενώ επί σωματικής βλάβης, γίνεται ο έλεγχος, εφόσον υπάρχουν ενδείξεις ότι έχει γίνει από τον οδηγό χρήση οινοπνεύματος, τοξικών ουσιών ή φαρμάκων (με την έννοια της παρ. 1, όπως ήδη προστέθηκε με τον νέο ΚΟΚ).
- 1292 Ο έλεγχος γίνεται με τη χρησιμοποίηση κάθε κατάλληλου επιστημονικού μέσου και με τον ίδιο τρόπο διαπιστώνεται και η μέθη του πεζού στις κατά τα παραπάνω περιπτώσεις.
- 1293 Έχει ήδη αναφερθεί παραπάνω πώς γίνεται (σύμφωνα με την κατά τ' ανωτέρω ΚΥΑ) η εξέταση αυτή σε νεκρό και πώς σε ζώντα άνθρωπο, καθώς επίσης και ποιοι είναι οι επιστημονικοί τρόποι με τους οποίους διαπιστώνεται η μέθη ή η χρήση τοξικών ουσιών.
- 1294 Η παρ. 4 του άρθρου 42 επαναλαμβάνουσα και αυτή το κείμενο της αντίστοιχης διάταξης της παρ. 4 του προηγούμενου ΚΟΚ, ορίζει ότι όταν υπάρχουν ενδείξεις ότι η οδήγηση του οχήματος γίνεται από οδηγό που βρίσκεται υπό την επίδραση οινοπνεύματος, τοξικών ουσιών ή φαρμάκων κατά την παρ. 1, είναι υποχρεωμένος να δέχεται την εξακρίβωση της κατάστασης αυτής.
- 1295 Στο β' εδάφιο της ίδιας παραγράφου ορίζεται ότι σε περίπτωση τροχαίου ατυχήματος, λαμβάνεται πάντοτε από τα θανόντα πρόσωπα αίμα για εξέταση, όπως επίσης και από τους ζώντες, εκτός αν υπάρχουν ειδικοί παθολογικοί λόγοι που να το εμποδίζουν, οπότε και χρειάζεται ειδική πιστοποίηση ότι υπάρχουν αυτοί οι ειδικοί λόγοι.
- 1296 Η παρ. 5 του άρθρου τούτου ορίζει ότι με κοινές αποφάσεις των Υπουργών Υγείας και Πρόνοιας, Δημόσιας Τάξης και Μεταφορών και Επικοινωνιών καθορίζονται οι επιστημονικοί τρόποι διαπίστωσης της χρήσης οινοπνεύματος, τοξικών ουσιών ή φαρμάκων (κατά την έννοια της παρ. 1) από τον ελεγχόμενο οδηγό, καθώς και κάθε σχετική λεπτομέρεια.
- 1297 Παραπέμπουμε συνεπώς και πάλι στην ήδη αναφερθείσα ΚΥΑ (το περιεχόμενο της οποίας έχει ήδη εκτεθεί κατά το μεγαλύτερο μέρος), η οποία ισχύει μέχρι και σήμερα και η οποία αφορά στους τρόπους διαπίστωσης της χρήσης οινοπνεύματος και τοξικών ουσιών, ενώ υπάρχει νομοθετικό κενό όσον αφορά τη ρύθμιση του τρόπου διαπίστωσης του αν ο οδηγός οδηγεί υπό την επίδραση φαρμάκων της παρ. 1 του άρθρου αυτού.
- 1298 Βεβαίως, στην περίπτωση αυτή μπορεί να γίνει αναλογική εφαρμογή της ήδη υπάρχουσας νομοθετικής ρύθμισης, η οποία μπορεί να εφαρμοσθεί και για τον έλεγχο αυτόν, αν δηλαδή ο οδηγός ευρίσκεται υπό την επίδραση φαρμάκων, τα οποία σύμφωνα με τις οδηγίες χρήσης τους, μπορεί να επηρεάζουν την οδηγητική του ικανότητα.



- Συμφωνημένα με την ΚΥΑ 13382 Φ.705.11/4δ της 25/26.11.1977, όπως ισχύει τροποποιηθείσα με την ΚΥΑ υπ' αριθ. 1330Φ.70511/4ΞΘ/15-2/ 1.4.1985, ορίστηκε πλην άλλων, ότι το δείγμα του αίματος που ελήφθη (για έλεγχο του ποσοστού οιοπνεύματος που περιέχεται σε αυτό) διανέμεται σε δύο φιαλίδια και αποστέλλεται στο εργαστήριο. 1299
- Από τα φιαλίδια αυτά, το μεν ένα χρησιμοποιείται για την αναζήτηση οιοπνεύματος, το δε άλλο φυλάσσεται στα ψυγεία της αρμόδιας προς εξέταση υπηρεσίας για χρονικό διάστημα όχι μεγαλύτερο των τριών μηνών από της λήψεως του αίματος. 1300
- Σε περίπτωση αμφισβήτησεως των αποτελεσμάτων, θα μπορούν οι ενδιαφερόμενοι, εφόσον το επιθυμούν, να ζητήσουν εντός του διαστήματος αυτού, την επανεξέταση των αντιδειγμάτων. Οι αρχές που θα αποστέλλουν δείγματα αίματος για ανίχνευση οιοπνεύματος, υποχρεούνται να ανακοινώσουν τα παραπάνω στους ενδιαφερόμενους εγγράφως<sup>16</sup>. 1301
- Έχει κριθεί σχετικά ότι δεν αποδείχθηκε ότι η έκθεση ανίχνευσης οιοπνεύματος στο αίμα κοινοποιήθηκε εγγράφως στον ενδιαφερόμενο ώστε να μπορέσει να υποβάλει αίτηση επανεξετάσεως του δευτέρου δείγματος του αίματος του εντός της τρίμηνης προθεσμίας. Επομένως η πρωτόδικη απόφαση εκτίμησε κακώς τις αποδείξεις με το να δεχθεί ότι ο οδηγός οδηγούσε κατά τον χρόνο του ατυχήματος υπό την επίδραση οιοπνεύματος, αφού δεν κοινοποιήθηκε εγγράφως σε αυτόν το αποτέλεσμα της πρώτης εξέτασης του αίματός του, για να μπορέσει να ζητήσει την επανεξέταση αυτού με τη χρησιμοποίηση του δευτέρου δείγματος<sup>17</sup>. 1302
- Επίσης κρίθηκε ότι από την παραπάνω ΚΥΑ προκύπτει ότι, η μη έγγραφη ανακοίνωση στον κατηγορούμενο του αποτελέσματος της εξετάσεως του αίματός του για ανίχνευση οιοπνεύματος, αποτελεί παράβαση διατάξεως που καθορίζει την υπεράσπισή του και ιδρύει απόλυτη ακυρότητα, από αυτές που μνημονεύονται στο άρθρο 171 ΚΠΔ. 1303
- Αρμόδιο να κηρύξει την ακυρότητα αυτή είναι το δικαστικό συμβούλιο, ύστερα από αίτηση και του κατηγορουμένου, μέχρι να καταστεί αμετάκλητη η παραπομπή στο ακροατήριο. Προδικασία δε, δημιουργική αρμοδιότητας του δικαστικού συμβουλίου, αποτελεί και η προανάκριση που επιχειρείται χωρίς τροηγούμενη εισαγγελική παραγγελία, ιδίως όταν ακολουθεί άσκηση ποινικής διώξεως<sup>18</sup>. 1304
- Εξάλλου κρίθηκε και ότι δεν υπάρχει απόδειξη ότι ο οδηγός του ζημιογόνου αυτοκινήτου τελούσε υπό την επίδραση οιοπνεύματος και στην περίπτωση κατά την οποία δεν τηρήθηκαν οι από την κατά τα παραπάνω ΚΥΑ προβλεπόμενες διατυπώσεις, ήτοι: α) δεν συντάχθηκε πρωτόκολλο αιματοληψίας, με αποτέλεσμα, εκτός άλλων, να μην προκύπτει ο χρόνος λήψεως του αίματος 1305

<sup>6</sup> Βλ. και ΕφΠατρ 101/98 ΕΣυγκΔ 1998,339.

<sup>7</sup> Βλ. ΕφΠειρ 101/98 όπ. παρ.

<sup>3</sup> Βλ. ΒουλΣυμβΠλημΚατερ 50/95 ΕΣυγκΔ 1996,282.

και συγκεκριμένα δεν προέκυψε αν αυτός έγινε εντός ευλόγου χρόνου από τη στιγμή του τροχαίου ατυχήματος, σύμφωνα με την ανωτέρω υπουργική απόφαση.

- 1306 Διότι αν μεσολαβεί μακρό χρονικό διάστημα, δεν μπορεί να ελεγχθεί αν η ποσότητα του οιοπνεύματος που ανιχνεύεται λήφθηκε πριν ή μετά το ατύχημα, β) δεν λήφθηκε από τον ιατρό που διενήργησε τη λήψη του αίματος από τον οδηγό, η απαιτούμενη ποσότητα, ήτοι λήφθηκε ποσότητα 8 ml αντί των 10 ml και γ) δεν προκύπτει η ημερομηνία εξέτασης του δείγματος<sup>19</sup>.
- 1307 Τέλος, έχει κριθεί, ότι δεν αποδείχθηκε ότι ο οδηγός του ζημιογόνου αυτοκινήτου, ο οποίος θανατώθηκε εξαιτίας του ένδικου ατυχήματος, διατελούσε υπό την επίδραση οιοπνεύματος, κατά την έννοια και τις προϋποθέσεις του άρθρου 42 ΚΟΚ, σε βαθμό που να επηρεάζει την ικανότητα οδήγησης αυτοκινήτου και τη βάδιση, αφού η γενόμενη εξέταση για αλκοόλη στο αίμα του κατά το ατύχημα, από επίκουρο καθηγήτρια της Ιατρικής δεν μπορεί να ληφθεί υπ' όψιν από το δικαστήριο, δεδομένου ότι το αποτέλεσμα αυτό δεν μπορεί να θεωρηθεί ακριβές.
- 1308 Τούτο δε, διότι: 1) διότι δεν έγινε σε πλήρες αίμα, αλλά σε διήθημα αιματηρού υγρού και μάλιστα άγνωστης αραιώσης και 2) δεν μπορούσε να υπολογισθεί η επίδραση πιθανών δευτερογενών παραγόντων των σπλάχνων που μπορεί να επέδρασαν, ώστε να υπάρξει θετικό αποτέλεσμα για αλκοόλη. Δεν μπορεί δε να εφαρμοσθεί η ενζηματική μέθοδος προσδιορισμού αλκοόλης για πλήρες αίμα σε οποιοδήποτε οροαιματικό έκπλημα (όπως συνέβη στην παρούσα περίπτωση), διότι τα λαμβανόμενα αποτελέσματα είναι επιστημονικάς διάτρητα και αναξιόπιστα<sup>20</sup>.
- 1309 Η παρ. 6 του άρθρου 42, η οποία προβλέπει τις κυρώσεις σε περίπτωση παράβασης των διατάξεων του άρθρου τούτου, έχει αλλάξει εντελώς με τον νέο ΚΟΚ. Έτσι, ενόψει των διαστάσεων που έχει προσλάβει το πρόβλημα της οδήγησης υπό την επήρεια οιοπνεύματος, προβλέπονται για την παράβαση των διατάξεων του άρθρου τούτου ειδικά αυστηρές κυρώσεις, οι οποίες μάλιστα κλιμακώνονται ανάλογα με την υπέρβαση (ανά 0,3 gr/lit), του ορίου των 0,5 gr/lit<sup>21</sup>.
- 1310 Εξάλλου σε περίπτωση υποτροπής, η οποία κατά την παρ. 7 του άρθρου 42 ΚΟΚ θεωρείται ότι συντρέχει, όταν ο οδηγός συλληφθεί εντός χρονικού διαστήματος δύο ετών από την πρώτη φορά που διαπιστώθηκε ότι οδηγούσε υπό την επήρεια οιοπνεύματος, να οδηγεί με ποσότητα οιοπνεύματος στον οργανισμό του άνω των 1,10 gr/lit, επιβάλλεται η αφαίρεση της άδειας ικανότητας οδηγού, για πέντε χρόνια<sup>22</sup>, σύμφωνα με τις προϋποθέσεις και τη διαδικασία του άρθρου 103 ΚΟΚ. Ειδικότερα, οι ποινές, σε περίπτωση ευρέσεως

<sup>19</sup> Βλ. Εφαθ 5965/96 ΕΣυγκΔ 1997,322.

<sup>20</sup> Βλ. ΜΠρΘεσ 18341/97 ΕΣυγκΔ 1998,265.

<sup>21</sup> Βλ. Εισηγητική έκθεση στο σχέδιο νόμου «Κώδικας Οδικής Κυκλοφορίας» (Κεφ. Γ').

<sup>22</sup> Βλ. όπ. παρ.

οινοπνεύματος στο αίμα του οδηγού, κλιμακώνονται, σύμφωνα με την παρ. 6 του άρθρου 42 ΚΟΚ, ως εξής:

- πρόστιμο 50.000 δραχμών αν η μέγιστη συγκέντρωση οινοπνεύματος στο αίμα κυμαίνεται από 0,50 gr/lit έως 0,80 gr/lit, 1311
- πρόστιμο 100.000 δραχμών και αφαίρεση επί τόπου της άδειας ικανότητας οδηγού για 3 μήνες (κατά τις προϋποθέσεις και τη διαδικασία του άρθρου 103 ΚΟΚ), αν η ποσότητα αυτή είναι πάνω από 0,80 gr/lit και μέχρι 1,10 gr/lit, 1312
- φυλάκιση 2 μηνών τουλάχιστον και διοικητικό πρόστιμο 200.000 δραχμών και αφαίρεση επί τόπου της άδειας ικανότητας του οδηγού για 6 μήνες (κατά τις προϋποθέσεις και τη διαδικασία του άρθρου 103 του ΚΟΚ), αν η μέγιστη συγκέντρωση οινοπνεύματος στο αίμα είναι πάνω από 1,10 gr/lit. 1313

Η επιστροφή της άδειας ικανότητας, στην περίπτωση αυτή, γίνεται αφού περάσει το εξάμηνο και μόνο με την προσκόμιση του αποδεικτικού καταβολής του διοικητικού προστίμου. 1314

Σε όλες τις πιο πάνω περιπτώσεις το όχημα ακινητοποιείται υποχρεωτικά και φυλάσσεται σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 46 του ΚΟΚ και των αποφάσεων που θα εκδοθούν κατ' εξουσιοδότηση αυτού. 1315

Το τελ. εδάφιο της παρ. 6 ορίζει τον τρόπο του ελέγχου και της βεβαίωσης των παραπάνω παραβάσεων. Αυτός γίνεται από συνεργείο δύο αστυνομικών τουλάχιστον, από τους οποίους ο ένας είναι ανακριτικός υπάλληλος. 1316

Παρατηρούμε στο σύστημα των κυρώσεων που προβλέπονται από την παρ. 6 του άρθρου 42 του ΚΟΚ, ότι θεσμοθετήθηκε η ποινή της υποχρεωτικής ακινητοποίησης του οχήματος σαν πρόσθετη ποινή, στις περιπτώσεις που ο οδηγός του οχήματος καταλαμβάνεται να οδηγεί υπό την επίδραση τόσης ποσότητας οινοπνεύματος, όση προβλέπεται από τον ίδιο τον ΚΟΚ πλέον, ως τιμωρητέα. 1317

Με αυτόν τον τρόπο, καταργείται εμμέσως και η, κατά τη γνώμη μας, όχι «συννόμως»<sup>23</sup>, συνήθως επιβαλλόμενη τον τελευταίο καιρό, ποινή της δήμευσης του αυτοκινήτου, στις περιπτώσεις που ο οδηγός του καταλαμβάνονταν να οδηγεί υπό την επήρεια οινοπνεύματος. 1318

Η παρ. 7 του άρθρου 42, η οποία είναι επίσης νέα διάταξη, ρυθμίζει τις συνέπειες στην περίπτωση υποτροπής του οδηγού. Ορίζει δε όπως ήδη ελέχθη, ότι αν διαπιστωθεί ότι ο οδηγός οχήματος καταλαμβάνεται για δεύτερη φορά εντός δύο (2) ετών από την προηγούμενη παράβαση, να οδηγεί υπό την επίδραση οινοπνεύματος και η μέγιστη συγκέντρωση οινοπνεύματος στο αίμα του είναι κατά τη δεύτερη παράβαση, πάνω από 1,10 gr/lit, επιβάλλεται η επί τόπου 1319

<sup>23</sup> Βλ. και μελέτη Γ. Συλίκου με τον τίτλο «Πόσο σύννομη είναι η δέσμευση αυτοκινήτων στην περίπτωση οδήγησης υπό την επίδραση οινοπνεύματος;» στο περιοδικό «Συνήγορος», τευχ. 3, σελ. 27, η οποία παρουσιάζει την άποψη αυτή πολύ εμπειριστικώς. Βλ. επίσης και το σχετικό άρθρο του Θ. Γαζούλη με τον τίτλο «Οι δήμευσεις οχημάτων» εις ΕΣυγκΔ 1997,482 με την ίδια άποψη.

αφαίρεση της άδειας ικανότητας οδηγού, για χρονικό διάστημα πέντε ετών, σύμφωνα με τις προϋποθέσεις και τη διαδικασία του άρθρου 103 του ΚΟΚ.

- 1320 Η παρ. 8 του άρθρου 42 του νέου ΚΟΚ ορίζει σαν κύρωση κατά του παραβάτη των λοιπών διατάξεων αυτού, την ποινή της φυλάκισης για 2 μήνες και την καταβολή χρηματικής ποινής τουλάχιστον 50.000 δραχμών, ενώ αν πρόκειται για οδηγό οδικού οχήματος, ορίζει σαν πρόσθετη, κύρωση την αφαίρεση της άδειας ικανότητας οδηγού για χρονικό διάστημα από 3 έως 6 μήνες, η οποία επιβάλλεται υποχρεωτικά από το δικαστήριο.
- 1321 Ως «κάθε άλλη παράβαση» του άρθρου 42 θεωρείται αφαιρετικά, η παράβαση των παρ. 3 και 4 εδ. α' του άρθρου 42, οι οποίες, πλην άλλων, θέτουν τον κανόνα της υποχρέωσης του οδηγού να υφίσταται τη διαδικασία εξακρίβωσης αν βρίσκεται σε κατάσταση μέθης.
- 1322 Και η μεν παρ. 3 ορίζει, όπως ήδη ελέγχθη, ότι γίνεται υποχρεωτικά έλεγχος για τη διαπίστωση της μέθης του οδηγού σε περίπτωση θανατηφόρου ατυχήματος, ενώ επί σωματικής βλάβης γίνεται, εφόσον υπάρχουν ενδείξεις χρήσης οινοπνεύματος, τοξικών ουσιών ή φαρμάκων (της παρ. 1 του άρθρου 42 ΚΟΚ), ενώ με τον ίδιο τρόπο διαπιστώνεται και η μέθη του πεζού στις παραπάνω περιπτώσεις.
- 1323 Η δε παρ. 4 εδ. α' του άρθρου 42 ορίζει, ότι όταν υπάρχουν ενδείξεις ότι η οδήγηση του οχήματος γίνεται από οδηγό που βρίσκεται υπό την επίδραση οινοπνεύματος, τοξικών ουσιών ή φαρμάκων (της παρ. 1 του άρθρου 42 ΚΟΚ), υποχρεούται αυτός να δέχεται την εξακρίβωση της κατάστασης αυτής.
- 1324 Συνεπώς, στην περίπτωση που κατά τις παραπάνω περιπτώσεις των παρ. 3 και 4 εδ. α' του άρθρου 42 ΚΟΚ, ο οδηγός αρνείται να υποστεί, την ήδη εκτεθείσα λεπτομερώς, δοκιμασία του ελέγχου για την ύπαρξη οινοπνεύματος στο αίμα του, υπόκειται στις κυρώσεις της παρ. 8 του άρθρου 42 ΚΟΚ.
- 1325 Η παρ. 9 του άρθρου 42 του νέου ΚΟΚ, επιβάλλει και μια πρόσθετη κύρωση στις περιπτώσεις παραβάσεως των παρ. 6 περ. 3 και 8 του άρθρου 42 ΚΟΚ, που είναι η ποινή της αφαίρεσης των κρατικών πινακίδων και της άδειας κυκλοφορίας του οχήματος, για χρονικό διάστημα από 10 ημέρες έως 6 μήνες.
- 1326 Η ποινή αυτή επιβάλλεται υποχρεωτικά και παράλληλα από το δικαστήριο στις κατά τα παραπάνω περιπτώσεις παραβάσεων. Επιβάλλεται δε, ανεξάρτητα από τις ποινικές και λοιπές κυρώσεις που προβλέπουν οι διατάξεις αυτές.
- 1327 Ειδικότερα η κατά τα παραπάνω ποινή της αφαίρεσης των κρατικών πινακίδων από 10 ημέρες έως 6 μήνες, επιβάλλεται υποχρεωτικά και παράλληλα με την ποινή της φυλάκισης των 2 μηνών τουλάχιστον, του διοικητικού προστίμου των 200.000 δραχμών και της αφαίρεσης επί τόπου της άδειας ικανότητας οδηγού για 6 μήνες, όταν η μέγιστη συγκέντρωση οινοπνεύματος στο αίμα, είναι άνω του 1,10 gr/lt.
- 1328 Επίσης η ποινή αυτή (της παρ. 9) επιβάλλεται υποχρεωτικά και παράλληλα με την ποινή της φυλάκισης τουλάχιστον 2 μηνών και τη χρηματική ποινή των 50.000 δραχμών, στην περίπτωση που πεζός αρνήθηκε να υποβληθεί στην κατά τ' ανωτέρω (όπως αυτή ορίζεται από την ΚΥΑ 13382 Φ.705.11/4δ της 25/26.11.1977) δοκιμασία ανίχνευσης οινοπνεύματος στο αίμα του.



# ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

Α Ο Ο Ο Α  
29 ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΥ 1957

ΤΕΥΧΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΑΡΙΘΜΟΣ ΦΥΛΑΚΤ  
39

## ΥΠΟΥΡΓΙΚΕΣ ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ & ΕΓΚΡΙΣΕΙΣ

Αρ.α. ΑΒΔ/οικ./21 447

Αναμόρφωση (Οργανισμό του Κρατικού Θεραπευτηρίου Ψυχικών Παθήσεων Αθηνών.

### Ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ ΥΓΙΑΣ, ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝ. ΑΣΦΑΛΙΣΜΩΝ

Εφάρμοξη αυτής:

1. Τις διατάξεις των παραγράφων 1, 2, 3 και 4 του άρθρου 14 του Ν. 1507/53.
2. Το Π. Δ/γμα 254/Α/53, αφορούν αλυσίδα οργάνωσης των Νοσοκομείων (Φ.Ε.Κ. 32/Α/53).
3. Την από 6.2.57 απόφαση του Διοικητικού Συμβουλίου του Κρατικού Θεραπευτηρίου Ψυχικών Παθήσεων Αθηνών, απορροφούμε:

#### Άρθρο 1.

Ο Οργανισμός του Κρατικού Θεραπευτηρίου Ψυχικών Παθήσεων Αθηνών, όπως αυτής ισχύει με το Π. Δ/γμα 271/Α/57 (Φ.Ε.Κ. 42/Α/57), αναμορφώνεται σύμφωνα με τις διατάξεις της απόφασης αυτής.

#### Άρθρο 2.

Νομική μορφή — Ονομασία — Έδρα — Στρατιδα.

1. Το Νοσοκομείο αυτό, που υπάρχει στις διατάξεις του Ν.Δ. 2502/53 περί οργάνωσης της Ιατρικής Αντιλήψεως (Φ.Ε.Κ. 254/Α/53) και αποτελεί νομικό πρόσωπο δημοσίου δικαίου, που τίθεται από τις διατάξεις του Ν. Δ/τος αυτού, όπως αυτές τροποποιήθηκαν και συμπληρώθηκαν μεταγενέστερα από τις διατάξεις του Ν. 1507/53 «Εθνικό Σύστημα Υγείας», ορίζεται ως Εθνικό Ψυχιατρικό Νοσοκομείο και μετανομάζεται σε «ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΙΤΩΛΙΚΗΣ».

2. Έδρα της κεντρικής υπηρεσίας του Νοσοκομείου είναι η πόλη του Χαϊδαρίου Αττικής.

3. Το Νοσοκομείο έχει στρατιδα στην οποία αναγράφονται οι ακόλουθοι κλάδοι: «ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ — ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΙΑΣ, ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΜΩΝ — ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΙΤΩΛΙΚΗΣ» και στη βάση το Εθν. σήμα.

#### Άρθρο 3.

Διοίκηση.

Συμπίεση του Νοσοκομείου είναι:

- α) Η αρχική πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια περίθαλψη: στα πλαίσια των προγραμμάτων της γενικότερης πολι-

τικής στον τομέα της Ψυχικής Υγείας, ιδίως για κάθε πολίτη, ανεξάρτητα από την οικονομική, κοινωνική και επαγγελματική του κατάσταση, σύμφωνα με τους κανόνες του Εθνικού Συστήματος Υγείας και ειδικότερα:

1. Η διαρκώς, πρόληψη και πρόληψη της κοινωνικής μέριμνας στον τομέα της Ψυχικής Υγείας, και

2. Η συμβολή στην κοινωνική αποκατάσταση και επαγγελματική απάνταξη των ασθενών, με τη φροντίδα της Κοινωνικής Υπηρεσίας του Νοσοκομείου.

3) Η ανάπτυξη και προώθηση της ιατρικής έρευνας.

γ) Η εφαρμογή προγραμμάτων ειδικότητας συνεχούς εκπαίδευσης γιατρών καθώς και εκπαίδευσης και επιμόρφωσης λειτουργιών άλλων κλάδων Υγείας.

#### Άρθρο 4.

Έσοδα.

Τα έσοδα του Νοσοκομείου είναι:

α) Οι εισφορές από τον κρατικό κρατικό προϋπολογισμό και από τον κρατικό προϋπολογισμό δημοσίων υπηρεσιών.

β) Οι εισφορές από νοσήλια, ειδικότερα και λοιπές εισφορές για παροχή υπηρεσιών.

γ) Οι κτήσεις από την ίδια αυτή περιουσία.

δ) Τα έσοδα από δωρεές, κληροδοτήματα, ενομήσεις κ.λπ.

#### Άρθρο 5.

Δυναμική προέκταση.

Η συνολική δύναμη του Νοσοκομείου ορίζεται σε δύο χιλιάδες τριακόσια (2.300) κρεβάτια.

#### Άρθρο 6.

Διοίκηση Υπηρεσιών.

1. Το Νοσοκομείο αυτό διαρρυθμίζεται από τις υπηρεσίες:

α) Ιατρική.

β) Νοσηλευτική.

γ) Διοικητική.

2. Κάθε υπηρεσία έχει τη δική της ξεχωριστή υπαγωγή και οργανική διάρθρωση. Οι τρεις υπηρεσίες είναι μεταξύ τους αλληλοεξαρτημένες και υπαχθούν αρχικά στο Πρώτο του Δ.Σ. του Νοσοκομείου.

3. Το προσωπικό που τοποθετείται και υπηρετεί σε άλλη υπηρεσία από αυτή που υπηρετεί κατά κλάδο και κατηγορία σύμφωνα με τις διατάξεις της απόφασης αυτής, υπαχθεί αμεσώς στην υπηρεσία αυτή.

Άρθρο 7

Διάρθρωση Ιατρικής Υπηρεσίας

7.Κ Ιατρική Υπηρεσία του Νοσοκομείου διαμορφώνεται:

Βελιγυγ. Υπηρεσία:

- α1. Παθολογική με άδεια κλινικών ασθενών (140) κρεβάτιών.
- α2. Χειρουργική με άδεια κλινικών (90) κρεβάτιών.
- α3. Πρώτο Ψυχιατρικό με άδεια διακρίσιμα κενά (250) κρεβάτια.
- α4. Δερμάτιμο
- α5. Ψάιλο
- α6. 9άκτοτε
- α7. Πόμπιη
- α8. Ψάιλο
- α9. Άδεια
- α10. Όθωο
- α11. Ψαυοθηριακό

β. άδεια εβδομήντα αέρα (275) κρεβάτια.  
 β. άδεια εβδομήντα αέρα (275) κρεβάτια.  
 β. άδεια εβδομήντα αέρα (275) κρεβάτια.

Β. ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟΙ ΤΟΜΕΙΣ

- β1. Βασίλιντιν παθολογικών
- β2. Βασίλιντιν παθολογικών
- β3. Αιολογικών αέρα παθολογικών και Βασίλιντιν παθολογικών.
- β4. Βασίλιντιν παθολογικών

Γ. ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟΙ ΤΟΜΕΙΣ

- γ1. Ένα (1) Παθολογικό
  - γ2. Ένα (1) Ψυχιατρικό
- Δ. ΒΑΣΙΛΙΝΤΙΝ ΤΟΜΕΙΣ
- δ1. Μία (1) Βασίλιντιν παθολογικών

Ε. ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΙ ΤΟΜΕΙΣ

- ε1. Ένα (1) Γενική Ιατροπρακτική
  - ε2. Ένα (1) Ανοσοψυχολογικών
  - ε3. Ένα (1) Οδοντοιατρικό
- Ζ. ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΙ ΤΟΜΕΙΣ
- ζ1. Ένα (1) Γενική Ιατροπρακτική
  - ζ2. Ένα (1) Ανοσοψυχολογικών
  - ζ3. Ένα (1) Οδοντοιατρικό

Η. ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΙ ΤΟΜΕΙΣ

- η1. Ένα (1) Γενική Ιατροπρακτική
  - η2. Ένα (1) Ανοσοψυχολογικών
  - η3. Ένα (1) Οδοντοιατρικό
- Θ. ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΙ ΤΟΜΕΙΣ
- θ1. Ένα (1) Γενική Ιατροπρακτική
  - θ2. Ένα (1) Ανοσοψυχολογικών
  - θ3. Ένα (1) Οδοντοιατρικό

Ι. ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΙ ΤΟΜΕΙΣ

- ι1. Ένα (1) Γενική Ιατροπρακτική
  - ι2. Ένα (1) Ανοσοψυχολογικών
  - ι3. Ένα (1) Οδοντοιατρικό
- Κ. ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΙ ΤΟΜΕΙΣ
- κ1. Ένα (1) Γενική Ιατροπρακτική
  - κ2. Ένα (1) Ανοσοψυχολογικών
  - κ3. Ένα (1) Οδοντοιατρικό

Λ. ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΙ ΤΟΜΕΙΣ

- λ1. Ένα (1) Γενική Ιατροπρακτική
  - λ2. Ένα (1) Ανοσοψυχολογικών
  - λ3. Ένα (1) Οδοντοιατρικό
- Μ. ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΙ ΤΟΜΕΙΣ
- μ1. Ένα (1) Γενική Ιατροπρακτική
  - μ2. Ένα (1) Ανοσοψυχολογικών
  - μ3. Ένα (1) Οδοντοιατρικό

Ν. ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΙ ΤΟΜΕΙΣ

- ν1. Ένα (1) Γενική Ιατροπρακτική
  - ν2. Ένα (1) Ανοσοψυχολογικών
  - ν3. Ένα (1) Οδοντοιατρικό
- Ξ. ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΙ ΤΟΜΕΙΣ
- ξ1. Ένα (1) Γενική Ιατροπρακτική
  - ξ2. Ένα (1) Ανοσοψυχολογικών
  - ξ3. Ένα (1) Οδοντοιατρικό

- χ. Ένα (1) Βιοχημικό
- θ. Ένα (1) Αιτιολογικό
- ζ. Ένα (1) Ουρολογικό
- δε. Ένα (1) Παθολογικό

3. Στους τομείς λειτουργούν τμητικά εξωτερικά ιατρεία ενταξιοχών ειδικότητας με τις ειδικότητες των τμημάτων που υπηρετούν στο Νοσοκομείο.

Άρθρο 8

Διάρθρωση Βοηθητικής Υπηρεσίας

7.Η Βοηθητική Υπηρεσία αποτελεί Διεύθυνση και διαρθρώνεται σε εννέα (9) τομείς, το, 2α, 3α, 4α, 5α, 6α, 7α, 8α και 9α που ο καθένας διαρθρώνεται σε βοηθητικά τμήματα ως ακολούθως:

- α) Ο πρώτος (1ος) τομέας σε επτά (7) τμήματα που καλύπτουν τον Πάθο- λογικό τομέα, του Χειρουργικού τομέα, τα εξωτερικά ιατρεία και τα ει- ποτεμακά τμήματα της Ιατρικής Υπηρεσίας.
  - β) Ο δεύτερος (2ος) τομέας σε επτά (7) τμήματα που καλύπτουν τον Πρώ- το (1ο) Ψυχιατρικό τομέα της Ιατρικής Υπηρεσίας.
  - γ) Ο τρίτος (3ος) τομέας σε επτά (7) τμήματα που καλύπτουν τον Δεύτερο (2ο) Ψυχιατρικό τομέα της Ιατρικής Υπηρεσίας.
  - δ) Ο τέταρτος (4ος) τομέας σε επτά (7) τμήματα που καλύπτουν τον Τρί- το (3ο) Ψυχιατρικό τομέα της Ιατρικής Υπηρεσίας.
  - ε) Ο πέμπτος (5ος) τομέας σε έξι (6) τμήματα που καλύπτουν τον Ίδιωτο (4ο) Ψυχιατρικό τομέα της Ιατρικής Υπηρεσίας.
  - στ) Ο έκτος (6ος) τομέας σε έξι (6) τμήματα που καλύπτουν τον Πέμπτο (5ο) Ψυχιατρικό τομέα της Ιατρικής Υπηρεσίας.
  - ζ) Ο έβδομος (7ος) τομέας σε έξι (6) τμήματα που καλύπτουν τον Έκτο (6ο) Ψυχιατρικό τομέα της Ιατρικής Υπηρεσίας.
  - η) Ο όγδοος (8ος) τομέας σε έξι (6) τμήματα που καλύπτουν τον Εβδο- μο (7ο) Ψυχιατρικό τομέα της Ιατρικής Υπηρεσίας.
  - θ) Ο ένατος (9ος) τομέας σε έξι (6) τμήματα που καλύπτουν τον όγδοο (8ο) Ψυχιατρικό τομέα της Ιατρικής Υπηρεσίας.
2. Η απόφαση του Δ.Σ. του Νοσοκομείου μπορεί να μεταφέροντά Βοη- θετικά τμήματα από τον ένα Βοηθητικό τομέα στον άλλο μέσα στα πλαίσια του κατάπτου και ανώτερου ορίου διάταξης αυτών.
3. Το Νοσοκομείο συνιστάται Βοηθητική Επιτροπή που αποτελείται από:
- α) Τον Διευθυντή της Βοηθητικής Υπηρεσίας, ως Πρόεδρο.
  - β) Ένα (1) Προσώπων τμήματος από κάθε τομέα.
  - γ) Ένα (1) Αεικλιματικό τμήματος από κάθε τομέα.
- Τα μέλη (β) και (γ) εκλέγονται για δύο (2) χρόνια με μυστική ψηφοφορία από το Βοηθητικό προσωπικό του αντίστοιχου τομέα που συνεργάζε- ται με πρόταση του προϊστάμενου αυτού. Τα μέλη της Βοηθητικής Επιτροπής εκλέγονται με μυστική ψηφοφορία των αντιπρόσωπων μεταξύ των υπό στοιχείου (β) μελών και του Γραμματέα μεταξύ των υπό στοιχείου (γ) μελών. Η Βο- ηθητική Επιτροπή γνωμοδοτεί για κάθε θέμα που αφορά την οργάνωση και λειτουργία της Βοηθητικής Υπηρεσίας και εισηγείται σχετικά με τον Πρόεδρό της στα αρμόδια όργανα του Νοσοκομείου.

Άρθρο 9

Διάρθρωση Διοικητικής Υπηρεσίας

7. Η Διοικητική Υπηρεσία του Νοσοκομείου αποτελεί Διεύθυνση και διαρθρώνεται σε τρεις (3) Υποδιευθύνσεις:

- α) Υποδιεύθυνση Διοικητικού
  - β) Υποδιεύθυνση Οικονομικού
  - γ) Υποδιεύθυνση Στεχνικού
- Κάθε Υποδιεύθυνση διαρθρώνεται σε τμήματα και αυτοτελή γραφεία, όπως στις ακόλουθες παραγράφους:
2. Η Υποδιεύθυνση Διοικητικού στα τμήματα:
- α) Πρόσκλησις
  - β) Γραμματείας
  - γ) Είληψη Αρρώστων
  - δ) Γραμματείας Εξωτερικών Ιατρικών
  - ε) Κοινωνικής Υπηρεσίας
  - στ) Παραϊατρικών Πραγαγμάτων (Τεχνολογικών)
3. Η Υποδιεύθυνση Οικονομικού στα τμήματα:
- α) Οικονομικού
  - β) Πληροφορικής-Οργάνωσης
4. Η Υποδιεύθυνση Στεχνικού στα τμήματα:
- α) Στεχνικού
  - β) Βιοϊατρικής Τεχνολογίας

Άρθρο 10

Αρμοδιότητες Υπηρεσιών

Οι αρμοδιότητες κάθε υπηρεσίας του Νοσοκομείου ορίζονται ως ακολούθως:

1. Διοικητική Υπηρεσία: Διαχειρίζεται τα οικονομικά, τη διοίκηση και τη συντήρηση του Νοσοκομείου, τη διαχείριση των υλικών και τη διοίκηση των υπηρεσιών υγείας και ο προγραμματισμός και ο έλεγχος των παρεχόμενων υπηρεσιών.



ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Α Τ Τ Ι Κ Η Σ

ΜΟΝΑΔΑ ΑΠΕΞΑΡΤΗΣΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΑΤΤΙΚΗΣ  
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΝΑΛΤΡΕΞΟΝΗΣ

Το φυλλάδιο που έχετε στα χέρια σας έχει σαν σκοπό να σας δώσει πληροφορίες για το τί είναι, σε ποιούς απευθύνεται και τί σκοπό έχει ο Πρόγραμμα Ναλτρεξόνης.

Αφού το διαβάσετε προσεκτικά, θα το συζητήσετε με τους θεραπευτές της Μονάδας Απεξάρτησης, που και θα σας απαντήσουν στις τυχόν ερωτήσεις σας. Κατόπιν και μόνον μετά την πογραφή του συμβολαίου, θα γίνει η εισαγωγή σας στο Τμήμα αυτό.

Το Πρόγραμμα Ναλτρεξόνης είναι ένα εντελώς καινούριο πρόγραμμα της Μονάδας Απεξάρτησης του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής, που έχει σαν σκοπό α) τη θεραπεία του σωματικού τερητικού συνδρόμου, ατόμων που είναι εξαρτημένα από αλκοόλ και άλλες ουσίες και β) την ολοκλήρωση ενός θεραπευτικού Προγράμματος Ψυχολογικής Απεξάρτησης διάρκειας τεσσάρων ηνών, με παράλληλη χορήγηση του φαρμάκου ναλτρεξόνη.

Ο χώρος υλοποίησης του πιο πάνω προγράμματος είναι :

α) το 10ο Περίπτερο του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής & β) ο Συμβουλευτικός Σταθμός που είναι στο κέντρο της Αθήνας στην οδό Ασκληπιού 19.

Η πρώτη επαφή με το προσωπικό του Προγράμματος ναλτρεξόνης δεν γίνεται απ'ευθείας, αλλά αφού προηγηθεί επαφή (επαφές) με τους υπόλοιπους θεραπευτές της Μονάδας.

Το προσωπικό του Προγράμματος Ναλτρεξόνης θα κρίνει εάν υπάρχει ανάγκη και εάν πληρεί τις προϋποθέσεις της ενταξής σας σ' αυτό.

Πριν αποφασίσετε να ενταχθείτε στο Πρόγραμμα Ναλτρεξόνης, είναι ανάγκη να γνωρίζετε τις προϋποθέσεις της νοσηλείας σας, που είναι οι πιο κάτω:

α) Στην διάρκεια της προετοιμασίας για την εισαγωγή σας δεν θα σας δωθούν φάρμακα, αλλά μόνο θα είναι να κάνετε μόνοι σας προσπάθεια να περιορίσετε, εάν μπορείτε, την χρήση ουσιών-αλκοόλ, ώστε να είναι όσο γίνεται πιο ανάδινη, η παραμονή σας στην αρχική φάση του προγράμματος.

β) Όπως & στα άλλα Τμήματα της Μονάδας μας, προϋπόθεση της θεραπείας σας είναι ο έλεγχος των ούρων σας, τακτικός και έκτακτος, για όλη τη διάρκεια του Προγράμματος Ναλτρεξόνης.

γ) Η λήψη άλλων ουσιών εκτός από τα φάρμακα που θα σας χορηγούνται, η βία, έστω & λεκτική, οι σεξουαλικές σχέσεις μεταξύ θεραπευομένων, συνιστούν αυτόματα και αιτία απομάκρυνση από τη Μονάδα. Το αυτό ισχύει και εάν δεν δίνετε ούρα ή αν παραβιάσετε καθ'οιονδήποτε τρόπο το συμβόλαιο που θα υπογράψετε.

δ) Ο μόνος τρόπος επανόδου σας είναι η επανάληψη της αρχικής διαδικασίας που, βέβαια θα έχει τις ίδιες προϋποθέσεις.

δ) Η εισαγωγή σας στο Πρόγραμμα, θα γίνεται μόνον ορισμένες ημέρες της εβδομάδας (συνήθως Τρίτη). Θα ενημερωθείτε εγκαίρως για το πότε θα εισαχθείτε. Ψεΐς έχετε την υποχρέωση να είστε στο Ψηφιστήριο του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής μέχρι τις 9.30 π.μ. της ημέρας εισαγωγής σας, από όπου και θα σας παραλάβουμε. Εάν αργήσετε ή αν έρθετε σε κατάσταση μέθης, δεν θα γίνετε δεκτοί.

ε) Μέσα σε εύλογο χρόνο από τη στιγμή της εισαγωγής σας, θα γίνεται έλεγχος ούρων, όπως επίσης θα γίνεται έλεγχος τόσο ατομικός όσο & των προσωπικών σας ειδών.

στ) Τα όποια φάρμακα θα σας δοθούν είναι αποκλειστικά στην ευθύνη και αρμοδιότητα του προσωπικού τμήματος και δεν είναι σε καμμία περίπτωση διαπραγματεύσιμα.

ζ) Μετά από ένα αρχικό διάστημα μίας ή δύο ημερών, θα γίνει προσπάθεια να οριστικοποιηθούν τα φάρμακα που θα σας χορηγηθούν και θα αρχίσει η προοδευτική μείωσή τους σε διάρκεια 5 - 7 ημερών.

Μετά την παρέλευση περίπου μιας εβδομάδας από τη λήψη του τελευταίου φαρμάκου, θα αρχίσει η χορήγηση ναλτρεξόνης, που θα συνεχιστεί σε όλη τη διάρκεια του προγράμματος.

η) Η φαρμακευτική αντιμετώπιση των στερητικών συμπτωμάτων δεν θα είναι η μόνη θεραπεία που θα γίνει στο Πρόγραμμα Ναλτρεξόνης. Εκεί αντιμετωπίζονται τα όποια άλλα ιατρικά σας προβλήματα υπάρχουν, επίσης & εργοθεραπεία, γυμναστική & ομαδική & ατομική ψυχοθεραπεία.

Η ομαδική ψυχοθεραπεία είναι η βασική διαδικασία που θα καθορίσει την πορεία σας & το πέρας της θεραπείας σας στο Πρόγραμμα Ναλτρεξόνης.

Η συμμετοχή σας σ' όλες αυτές τις δραστηριότητες είναι υποχρεωτική.

θ) Στο μέτρο που μπορείτε, θα συμμετέχετε & σε άλλες δραστηριότητες που έχουν σχέση με την κοινή σας ζωή, όπως μαγειρική, καθαριότητα κ.λ.π..

ι) Καθ' όλη τη διάρκεια της παραμονής σας δεν θα επιτρέπονται επισκεπτήρια, τηλεφωνική ή άλλου τύπου επαφή με τους δικούς σας. Οι όποιες ανάγκες επικοινωνίας θα γίνονται μέτρου προσωπικού μας.

ια) Η απομάκρυνσή σας από το χώρο της Μονάδας χωρίς τη συνοδεία προσωπικού, συνεπάγεται διακοπή της θεραπείας σας.

Ελπίζουμε ότι με τη συνεργασία σας και την τήρηση των κανόνων του Προγράμματος Ναλτρεξόνης, η παραμονή σας σ' αυτό θα γίνει η αρχή, της τόσο σημαντικής προσπάθειας που ξεκινάει.

Για τον χρόνο ενδονοσοκομειακής νοσηλείας σας στην Μονάδα Απεξάρτησης θα χρειαστούν τα εξής :

- Ήρυχα άνετα και ανάλογα της εποχής
- Φόρμα αθλητική και αθλητικά παπούτσια
- Ξαγιονάρες
- Σαίρουχα - κάλτσες

- Πετσέτες - Μπουρνούζι (για τη σόουλα)
- Οδοντόβουρτσα - Οδοντόκρεμα
- Αφρός ξυρίσματος και ξυριστικά
- Σαμπουάν - Σαπούνι ή Αφροντούς
- Χτένα μαλλιών -- Νυχοκόπτης
- Τσιγάρα

Επίσης, εφόσον υπάρχει δυνατότητα, μπορείτε να φέρετε μαζί σας, το ποσό των 20.000 δραχμών για την κάλυψη τυχόν εκτάκτων αναγκών σας.