

**Ο ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΣ – Η ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΧΡΗΣΗΣ  
ΑΛΚΟΟΛ ΑΠΟ ΕΦΗΒΟΥΣ 16-18 ΕΤΩΝ (ΜΙΑ  
ΔΙΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ)**

**ΜΕΤΕΧΟΝΤΕΣ ΣΠΟΥΔΑΣΤΕΣ  
ΜΠΑΛΛΑΣ ΠΑΥΛΟΣ  
ΜΠΑΡΚΑ ΑΘΑΝΑΣΙΑ  
ΡΕΝΤΖΙΟΥ ΝΙΚΗ**

**ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΣ  
ΧΡΥΣΗ ΚΑΛΠΙΝΗ – ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΥ**

**Πτυχιακή για την λήψη του πτυχίου Κοινωνικής Εργασίας  
Σχολής Επαγγελμαίων Υγείας και Πρόνοιας (Σ.Ε.Υ.Π.)  
Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος (Τ.Ε.Ι.) Πάτρας**

**ΠΑΤΡΑ 2000**

**Η ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΓΚΡΙΣΗ ΤΗΣ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ  
ΕΡΓΑΣΙΑΣ :**

**ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΣ**

**Χρύση Καλπίνη – Παπαδοπούλου**

**Καθηγήτρια Εφαρμογών ΤΕΙ Πάτρας**

**ΥΠΟΓΡΑΦΗ**

**ΕΠΟΠΤΗΣ 1**

**ΥΠΟΓΡΑΦΗ**

**ΕΠΟΠΤΗΣ 2**

**ΥΠΟΓΡΑΦΗ**

## ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ .....	7
ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΜΕΛΕΤΗΣ .....	9
ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ.....	13
ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ .....	14
ΟΡΙΣΜΟΙ ΟΡΩΝ .....	15

### ΜΕΡΟΣ Α΄

#### Ο ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΣ ΜΙΑ ΑΠΕΙΛΗΤΙΚΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΛΗΓΗ

##### ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

Ο ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΣ .....	19
Α. Το αλκοόλ και η δράση του .....	19
Β. Έννοια και ορισμός του αλκοολισμού .....	24
Γ. Ιστορική αναδρομή .....	33
Δ. Ο αλκοολισμός και οι φάσεις εξέλιξής του κατά τον Jellinek ....	39
Ε. Τύποι αλκοολικών .....	44

##### ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ

#### ΘΕΩΡΙΕΣ ΠΕΡΙ ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΥ ΚΑΙ ΕΞΑΡΤΗΜΕΝΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ

Α. Φαινομενολογικές κοινωνικές υποθέσεις του αλκοολισμού ...	48
Β. Το πρότυπο του Zucker για το ποτό των νέων .....	52
Γ. Η θεωρία της αυτο-υποτίμησης του CAPLAN .....	52

Δ. Η θεωρία της κοινωνικής μάθησης – το συμπεριφορικό μοντέλο .....	53
Ε. Η θεωρία της Κοινωνικοποίησης .....	55

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ**

#### **ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΥ**

Α. ΟΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ (Η ΑΛΚΟΟΛΙΚΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ).....	58
Β. ΟΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ .....	61
Γ. Οι Βιολογικοί και οι γενετικοί παράγοντες .....	69
Δ. Η επίδραση του παράγοντα της οικογένειας στον αλκοολισμό .....	71

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙV**

#### **ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΟΥ ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΥ**

Α. ΟΙ ΟΡΓΑΝΙΚΕΣ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΟΥ ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΥ .....	78
Β. ΟΙ ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΕΣ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΟΥ ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΥ .....	83
Γ. Οι ψυχολογικές συνέπειες του αλκοολισμού .....	84
Δ. Επιπτώσεις του αλκοολισμού στην οικογένεια .....	90
Ε. Οι κοινωνικές και οικονομικές συνέπειες (κοινωνικό κόστος) .....	95

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ V**

**ΝΕΟΙ ΚΑΙ ΑΛΚΟΟΛ (ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ).....101**

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ VI**

### **ΓΕΝΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ**

**A. Πρόληψη .....109**

**B. Θεραπεία .....116**

**Γ. Κοινωνική επανένταξη .....130**

**Δ. Η υποτροπή και η πρόληψή της .....131**

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ VII**

### **Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ ΣΤΗ ΠΡΟΛΗΨΗ, ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΥ**

**A. Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στην πρόληψη .....134**

**B. Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στην διάγνωση .....137**

**Γ. Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στη θεραπεία .....139**

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ VIII**

### **ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΠΟΥ ΠΡΟΣΦΕΡΟΥΝ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟΥΣ ΑΛΚΟΟΛΙΚΟΥΣ ΣΤΟΝ ΕΛΛΑΔΙΚΟ ΧΩΡΟ**

**.....150**

**ΕΠΙΛΟΓΟΣ .....158**

**ΜΕΡΟΣ Β΄**  
**Η ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΧΡΗΣΗΣ ΑΛΚΟΟΛ ΑΠΟ ΕΦΗΒΟΥΣ**  
**16-18 ΕΤΩΝ**

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΧ**

**Η ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΧΡΗΣΗΣ ΑΛΚΟΟΛ ΣΕ ΕΦΗΒΟΥΣ 16-18**  
**ΕΤΩΝ (ΜΙΑ ΔΙΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ)**

**Α. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ .....163**

**Β. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ**  
**.....169**

**Γ. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ .....197**

**ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ .....209**

**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ .....215**

**ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ .....223**

# **ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

## **ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ**

Για την διεξαγωγή της συγκεκριμένης μελέτης, οφείλουμε να ευχαριστήσουμε, την υπεύθυνη εκπαιδευτικού και καθηγήτρια εφαρμογών του Τ.Ε.Ι. Πάτρας κ. Χρύση Καλπίνη – Παπαδοπούλου. Ευχαριστούμε επίσης τους υπεύθυνους των φροντιστηρίων Πρέβεζας, που βοήθησαν στην διεκπεραίωση της έρευνας. Τέλος, τους γονείς μας και την Γιαννακού Αικατερίνη για την συμπαράσταση και την στήριξη που μας προσέφεραν καθ' όλη την περίοδο φοίτησής μας.



## ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΜΕΛΕΤΗΣ

Για χιλιάδες χρόνια, το αλκοόλ συνοδεύει τον άνθρωπο, σ' όλες τις εκδηλώσεις της ζωής του. Στη σύγχρονη πραγματικότητα, κατέχει κυρίαρχη θέση στην καθημερινή ζωή των ανθρώπων.

Η συνήθεια του αλκοόλ είναι επιτρεπτή, νόμιμη και διατίθεται σε προσιτές τιμές και σε πολλούς χώρους. Θεωρείται παράλληλα ως ουσία κοινωνικά «καταξιωμένη» και αποδεκτή, αφού τα Μ.Μ.Ε. και ιδιαίτερα η διαφήμιση, προβάλλει την εικόνα του επιτυχημένου και ευτυχισμένου χρήστη, που το αλκοόλ τον βοηθά να χαλαρώσει και να απολαύσει τη ζωή του.

Η ιδιαίτερη θέση του αλκοόλ στην κοινωνία οφείλεται στην ειδική μεθυστική του δράση, καθώς και στο γεγονός ότι εξουδετερώνει τις συνηθισμένες αναστολές στην κοινωνική συμπεριφορά και δημιουργεί ένα αίσθημα ευφορίας στους χρήστες. Το αλκοόλ συντροφεύει όλες τις στιγμές της ζωής των ατόμων και αποτελεί αναπόσπαστο στοιχείο του πολιτισμού της Ελλάδας, συμπλήρωμα της διατροφής των ανθρώπων και κατά κάποιο τρόπο ένα μέσο ευχαρίστησης και διασκέδασης.

Προ δέκα ετών, από την άποψη κατανάλωσης η Ελλάδα βρισκόταν στην 20<sup>η</sup> θέση ανάμεσα στις Ευρωπαϊκές χώρες ενώ σήμερα κατέχει την 8<sup>η</sup>. Υπολογίζεται πως τουλάχιστον 1.000.000 άτομα κάνουν χρήση αλκοόλ και αντιμετωπίζουν σοβαρά προβλήματα τόσο στην σωματική υγεία τους, όσο και σ' όλες τις κοινωνικές πτυχές της ζωής τους. Μάλιστα το 5% των ανθρώπων με ηλικία έως και 65 ετών, αναφέρουν τουλάχιστον δύο διαταραχές από την

υπερκατανάλωση αλκοόλ. Τα άτομα αυτά βρίσκονται ήδη σε ομάδες «περιοχή υψηλού κινδύνου».

Έτσι η χρήση του αλκοόλ με την μορφή της «κοινωνικής» κατανάλωσης αποτελεί ένα από τα κύρια χαρακτηριστικά της σύγχρονης ανθρώπινης συναλλαγής. Ωστόσο η μετάβαση από την «κοινωνική» στην «προβληματική» κατανάλωση δεν είναι καθόλου σπάνια, αφού η χρήση της αλκοόλης μπορεί να προκαλέσει εθισμό, εξάρτηση και τοξικομανία. Σ' αυτή την περίπτωση πλέον γίνεται λόγος για το φαινόμενο του **αλκοολισμού**.

Η συγκεκριμένη μελέτη, με το θεωρητικό της τμήμα το οποίο στηρίζεται σε βιβλιογραφική έρευνα, στοχεύει να προσεγγίσει τις βασικές πτυχές του φαινομένου του αλκοολισμού και επιχειρεί να παρουσιάσει σφαιρικά τις διαστάσεις και τις παραμέτρους αυτού. Η διάσταση της χρήσης και κατάχρησης αλκοόλ, το ενδιαφέρον και ο προβληματισμός που απορρέει από τα επακόλουθα τους, έγιναν αφορμές, για την ενασχόληση με το συγκεκριμένο θέμα.

Στο δεύτερο μέρος της μελέτης, το οποίο είναι πρακτικό και στηρίζεται σε έρευνα που διεξήχθη στην πόλη της Πρεβέζης, διερευνάται η συχνότητα χρήσης αλκοόλ σε εφήβους 16-18 ετών και παρουσιάζονται οι γενικότερες συνήθειες, στάσεις και απόψεις των ιδίων, απέναντι στη χρήση οινοπνευματωδών ποτών.

Στο πρώτο μέρος της μελέτης και με αφετηρία το Α' κεφάλαιο, γίνεται περιγραφή του αλκοόλ, ως τοξική ουσία, με την αντίστοιχη δράση της και τους παράγοντες που την επηρεάζουν. Παράλληλα, γίνεται ανασκόπηση των εννοιών του αλκοολισμού και της εξάρτησης όπως αυτοί έχουν εξελιχθεί ως σήμερα, για τη καλύτερη κατανόηση του φαινομένου. Ακολουθεί η ιστορική αναδρομή, από τους προϊστορικούς χρόνους έως τον 20<sup>ο</sup> αιώνα, που παρουσιάζει τη θέση του αλκοόλ στην ιστορία του ανθρώπου. Οι φάσεις εξέλιξης του

αλκοολισμού και οι τύποι των αλκοολικών, δίνουν περισσότερες πληροφορίες και διαφωτίζουν το φαινόμενο του εθισμού από αλκοόλ.

Στο Β' και Γ' κεφάλαιο, γίνεται αναφορά στις θεωρίες των αιτιών του αλκοολισμού, που προσπαθούν να τον ερμηνεύσουν από τη δική τους πλευρά. Η αιτιολογία όμως ενοχοποιεί και πολλούς παράγοντες που συμβάλλουν στην εκδήλωση του, όπως είναι οι ψυχολογικοί, οι κοινωνικοί, οι πολιτισμικοί, η οικογένεια, καθώς και τα βιολογικά - γενετικά αίτια..

Στο Δ' κεφάλαιο περιγράφονται οι επιπτώσεις της εξάρτησης, που περιλαμβάνουν ένα ευρύ φάσμα οργανικών, σωματικών, νευρολογικών και ψυχολογικών συνεπειών. Ιδιαίτερη αναφορά, γίνεται στα επακόλουθα που έχει ο αλκοολισμός μέσα στα στενά πλαίσια της οικογένεια και στο αντίστοιχο κοινωνικό περιβάλλον.

Στο Ε' κεφάλαιο, παρουσιάζεται η σχέση των εφήβων και των νέων με το αλκοόλ, με τη σύντομη περιγραφή κάποιων ερευνών που έχουν πραγματοποιηθεί στην Ελλάδα και οι οποίες αποδεικνύουν την απειλητική στροφή της νεολαίας προς την χρήση του αλκοόλ.

Το ΣΤ' κεφάλαιο, αναφέρεται στην γενική αντιμετώπιση του αλκοολισμού, θίγοντας παράγοντες και στοιχεία της πρόληψης, που πρέπει να λαμβάνονται υπόψη κατά το σχεδιασμό και την εφαρμογή της. Στη συνέχεια γίνεται ανασκόπηση της θεραπείας, με την περιγραφή των θεραπευτικών προσεγγίσεων, καθώς και των δυσκολιών που αντιμετωπίζει ο πρώην αλκοολικός κατά τη κοινωνική ένταξη και αποκατάσταση του. Παράλληλα αναφέρεται η σημαντικότητα της πρόληψης της υποτροπής η οποία αποτελεί ένα βασικό τμήμα της θεραπείας, καθώς από αυτό κρίνεται και η επιτυχία της απεξάρτησης από το αλκοόλ.

Στο Ζ' κεφάλαιο παρατίθεται ο σημαντικός ρόλος του κοινωνικού λειτουργού ο οποίος, σε συνεργασία πάντα με τη

διεπιστημονική ομάδα, συμβάλει ουσιαστικά στην πρόληψη, διάγνωση και θεραπεία του αλκοολισμού.

Στο τέλος αναφέρονται οι τρόποι αντιμετώπισης και τα θεραπευτικά πλαίσια που λειτουργούν στην Ελλάδα.

## **ΣΚΟΠΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ**

Βασικός σκοπός της μελέτης αυτής αποτελεί η προσέγγιση των σπουδαιότερων πτυχών του αλκοολισμού και η σφαιρική παρουσίαση της κοινωνικής αυτής πληγής, που ενισχύεται διαρκώς, εξαιτίας του «νόμιμου» και «διαθέσιμου» χαρακτήρα της, καθώς και από την «δημοφιλή» και κυρίαρχη θέση που καταλαμβάνει σε όλες τις εκδηλώσεις και δραστηριότητες της ανθρώπινης ζωής σήμερα.

Παράλληλα μέσω του ερευνητικού τμήματός της η μελέτη, στοχεύει στη διερεύνηση της συχνότητας χρήσης αλκοόλ από εφήβους 16 έως 18 ετών καθώς και στην διαπίστωση και τον έλεγχο των ιδίων εφήβων πάνω στις συνήθειες, εκτιμήσεις και στάσεις τους απέναντι στα οινοπνευματώδη ποτά.

## ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Το θεωρητικό τμήμα της μελέτης στηρίχθηκε σε βιβλιογραφική ανασκόπηση. Τα συγκράματα που χρησιμοποιήθηκαν συλλέχθηκαν σταδιακά από :

- Τη Δημοτική Βιβλιοθήκη Πατρών και το παράρτημά της επί της οδού Φωκαίας.
- Τη Δημοτική Βιβλιοθήκη Ιωαννίνων.
- Τη Δημοτική Βιβλιοθήκη Πρεβέζης.
- Τη Βιβλιοθήκη του Ιατρικού Τμήματος του Πανεπιστημίου Πατρών.
- Τη Βιβλιοθήκη του Ιατρικού Τμήματος του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων.
- Την Βιβλιοθήκη του Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος Πατρών.
- Την Βιβλιοθήκη του Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος Ιωαννίνων.
- Βιβλιοπωλεία της Πάτρας και της Πρεβέζης.
- Δικηγορικό γραφείο της Πρεβέζης.

Παράλληλα για την διεκπεραίωση της έρευνας χρησιμοποιήθηκαν ερωτηματολόγια με δεδομένες ερωτήσεις, που εδόθησαν σε εφήβους ηλικίας 16-18 ετών και οι οποίες αναλύθηκαν σε ποσοστά, προκειμένου να παρουσιαστεί η συχνότητα χρήσης οινοπνευματωδών ποτών από τους εφήβους αυτής της ηλικίας και οι αντίστοιχες συνήθειές τους.

## ΟΡΙΣΜΟΙ ΟΡΩΝ

Σύμφωνα με τον Παπαγεωργίου (1990), «η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας θεωρεί, ως **αλκοολικό**, το άτομο εκείνο που χαρακτηρίζεται από υπερβολική κατανάλωση οινοπνεύματος και του οποίου η εξάρτηση απ' αυτό, έχει φτάσει σε σημείο τέτοιο ώστε να διακρίνονται έντονα σημεία διαταραχών της σωματικής και ψυχικής υγείας του, της επικοινωνίας με τους συνανθρώπους του, όπως και διαταραχές στο ευρύτερο κοινωνικό και οικονομικό περιβάλλον ή και παρουσία πρόδρομων σημείων μιας τέτοιας εξέλιξης» (σελ. 56).

Σύμφωνα με τον Τριχόπουλο (1986, σελ. 146), ως **αλκοολικός** ορίζεται «το άτομο εκείνο που λόγω της χρόνιας χρήσης αλκοόλης αντιμετωπίζει προβλήματα σε επίπεδο υγείας, εργασίας και κοινωνικού περιβάλλοντος».

Στα πλαίσια μιας προσπάθειας για την κατάδειξη του πολυσύνθετου και πολυδιάστατου φαινομένου, έχει υιοθετηθεί ο ηπιότερος όρος του συνδρόμου εξάρτησης από το αλκοόλ (Ποταμιάνος Γ., 1991, σελ. 89).

Σύμφωνα με τον Τριχόπουλο (1986, σελ. 149), με τον όρο **εξάρτηση** νοείται «μία κατάσταση ψυχική ή και φυσική (σωματική), που εμφανίζεται σαν το αποτέλεσμα της επιδράσεως μιας τοξικής ουσίας σ' ένα ζωντανό οργανισμό και χαρακτηρίζεται από μία ποικιλία εκδηλώσεων, μέσα στις οποίες περιλαμβάνεται πάντοτε μία διάθεση για τη συνέχιση λήψεως του φαρμάκου, είτε για να επιτευχθούν οι φαρμακολογικές ενέργειες της ουσίας, είτε για να αποφευχθούν τα δυσάρεστα συμπτώματα που συνοδεύουν την απουσία της».

Ο Λιάππας αναφέρει ότι, η **ψυχολογική εξάρτηση** είναι η κατάσταση εκείνη που συνοδεύει όλες τις περιπτώσεις εξάρτησης και κατά την οποία η προοπτική της λήψης της ουσίας, προκαλεί ευχαρίστηση. Μ' αυτό τον τρόπο γίνεται ισχυρότερο το κίνητρο για επανάληψη της χρήσης, με σκοπό την ένταση της ευχαρίστησης ή την αποφυγή της δυσφορίας που μπορεί να προκαλέσει η αποχή. Για την **σωματική εξάρτηση**, ο ίδιος συγγραφέας, αναφέρει ότι αυτή συγκεντρώνει ένα σύνολο σωματικών και ψυχολογικών συμπτωμάτων, όταν η ποσότητα της ουσίας μειώνεται ή διακόπτεται απότομα (Λιάππας Γ., 1992, σελ. 19).

Η χρόνια χρήση αλκοόλ μπορεί να προκαλέσει ανοχή, εθισμό, εξάρτηση και τοξικομανία με έντονο το σύνδρομο στερήσεων (Αβραμίδης Α., 1991, σελ. 84).

**Ανοχή** ονομάζεται η κατάσταση η οποία αναπτύσσεται με τις επαναλαμβανόμενες δόσεις μιας ουσίας, είτε από εξοικείωση των κυττάρων στη δράση της (ανοχή), είτε από την ταχύτερη αποδόμηση και εξουδετέρωσή της από τον οργανισμό (αντοχή). Με την ανάπτυξη της ανοχής και της αντοχής μικραίνει η ένταση και η διάρκεια της δράσεως γι' αυτό, για να επιτευχθεί το αποτέλεσμα της ουσίας πρέπει οι δόσεις να είναι μεγαλύτερες και να λαμβάνονται σε μικρότερα χρονικά διαστήματα (όπ., σελ. 62-63).

**Εθισμός** ονομάζεται η συνήθεια κατά την οποία κάποιος χρησιμοποιεί μία ουσία, προκειμένου να αισθανθεί το αίσθημα της χαλάρωσης ή ευφορίας που αυτή προκαλεί (Αβραμίδης Α., 1991, σελ. 61).

**Σύνδρομο στερήσεως** είναι το σύνολο των συμπτωμάτων που παρατηρούνται στον οργανισμό μετά από την στέρηση μιας ουσίας, προς την οποία έχει αναπτυχθεί ψυχική ή σωματική εξάρτηση. Τα συμπτώματα του σωματικού στερητικού συνδρόμου είναι πολύ



δυσάρεστα, βασανιστικά, επικίνδυνα και μπορούν να αποβούν θανατηφόρα. Οπότε για να απαλλαγεί το άτομο από το στερητικό σύνδρομο, καταναγκαστικώς πλέον, ξαναπαίρνει την ουσία (όπ., σελ. 62).

Τέλος, ο όρος **μέθη**, αναφέρεται ως «η κατάσταση εκείνη που χαρακτηρίζεται από δυσπροσαρμοστικές μεταβολές - έκπτωση της κρίσης, κατάργηση των αναστολών των σεξουαλικών και επιθετικών παρορμήσεων, ευμετάβλητο συναίσθημα, παρεμπόδιση της κοινωνικής ή επαγγελματικής λειτουργίας και άλλα συμπτώματα, όπως αστάθεια βαδίσματος, πολυλογία, δυσαρθρική ομιλία κ.α.» (Μάνος Ν., 1988, σελ. 408).

## **ΜΕΡΟΣ Α΄**

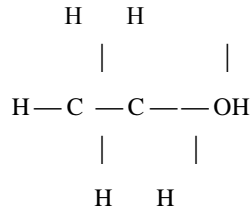
**Ο αλκοολισμός, μία φοβερή κοινωνική πληγή**

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

## ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΣ

### Α. ΤΟ ΑΛΚΟΟΛ ΚΑΙ Η ΔΡΑΣΗ ΤΟΥ

Ο όρος αλκοόλ προέρχεται από την Αραβική λέξη «al Kohl». Το αλκοόλ που βρίσκεται στα αλκοολούχα ποτά ονομάζεται αιθανόλη ή αιθυλική αλκοόλη και έχει χημικό τύπο  $C_2 H_5 OH$ .



Όπως φαίνεται από παραπάνω ο άνθρακας, το υδρογόνο και το οξυγόνο αποτελούν τα μόνα στοιχεία της αιθυλικής αλκοόλης. Η αιθυλική αλκοόλη είναι το μόνο είδος της αλκοόλης, που είναι ασφαλές για ανθρώπινη κατανάλωση. Κατά τον Julien (1978), η αιθυλική αλκοόλη ταξινομείται φαρμακολογικά ως γενικό κατασταλτικό που μπορεί να προκαλέσει γενική, μη επιλεκτική και αναστρέψιμη καταστολή του κεντρικού νευρικού συστήματος (Ποταμιάνος Γ., 1991, σελ. 27).

Συνεχίζοντας ο ίδιος συγγραφέας αναφέρει ότι το αλκοόλ απορροφάται ταχέως από ολόκληρο το γαστρεντερικό σωλήνα και λόγω της υγρής μορφής του δεν απαιτείται διάλυση. Παράλληλα λόγω του ότι αποτελεί, ένα μικρό λιποδιαλυτό μόριο, διεισδύει εύκολα στις μεμβράνες του σώματος, και παρουσιάζει ίση κατανομή σ' όλα τα υγρά του σώματος και σε όλους τους ιστούς μεταξύ και αυτών του εγκεφάλου. Αν εξατμιστεί, απορροφάται αμέσως από πνεύμονες, γι' αυτό και οι εισπνοές καθαρού αλκοόλ είναι ιδιαίτερα επικίνδυνες (σελ. 28).

Από την ποσότητα της αλκοόλης που καταναλώνει το άτομο, το 80% μεταβολίζεται στο ήπαρ, 10% αποβάλλεται με την εκπνοή

και την ούρηση και το υπόλοιπο μεταβολίζεται σε άλλα σημεία του οργανισμού (όπ., σελ. 29).

Ουσιώδες κατά τον μεταβολισμό το αλκοόλ είναι η οξείδωση της αιθανόλης σε μια ουσία που είναι γνωστή ως ακεταλδεΰδη, της οποίας ο ρόλος είναι καθοριστικός για τον βαθμό της ιστολογικής βλάβης που προκαλείται από αυτήν την ουσία. Όπως αναφέρει ο Peters (1982), κατά τον Ποταμιάνο, υπάρχουν σοβαρές ενδείξεις ότι η ακεταλδεΰδη μπορεί να θεωρηθεί ως η «βιοχημική βάση της εξάρτησης» (Ποταμιάνος Γ., 1991, σελ. 30). Η ταχύτητα με την οποία διέρχεται το αλκοόλ από το στομάχι ή το λεπτό έντερο και επηρεάζει την δράση του οινοπνεύματος, διέπεται από έναν αριθμό παραγόντων. Ειδικότερα :

1) Η ποσότητα φαγητού στο στομάχι. Εάν υπάρχει παρουσία φαγητού στο στομάχι η επίδραση του αλκοόλ ελαττώνεται σημαντικά, καθώς το φαγητό βραδύνει την απορρόφηση του αλκοόλ στο κυκλοφορικό σύστημα, μέχρι 50%. Λιπαρές ουσίες όπως λάδι και μερικές πρωτεΐνες όπως το γάλα επιβραδύνουν την ταχύτητα απορρόφησης και βοηθούν τον πότη να αποφύγει την γρήγορη μέθη (Δετοράκης Ι, 1994, σελ. 6).

2) Το φύλο και το σωματικό βάρος. Στη γυναίκα το αλκοόλ μεταβολίζεται διαφορετικά απ' ότι στον άνδρα. Αν πίνουν ισόποσες ποσότητες αλκοόλ, ο άνδρας θα πάθει σε 5 χρόνια κίρρωση του ήπατος, ενώ η γυναίκα σε ένα (Νίκας Δ., άρθρ. «Αλκοόλ. Οι Α.Α. αλληλοβοηθούνται με το σύνθημα : «Για σήμερα δεν σηκώνω ποτήρι»», «ΤΑ ΝΕΑ», 23/11/1991). Αντίστοιχα ο Αβραμίδης Α. (1991), σχολιάζει ότι χρειάζονται 10 - 15 χρόνια για να γίνει αλκοολικός ένας άνδρας, ενώ μόνο 5 για τη γυναίκα (σελ. 82).

Όσον αφορά το παράγοντα του βάρους του σώματος, είναι χαρακτηριστικό, ότι ένα παχύ ή μυώδες άτομο παρουσιάζει χαμηλότερα επίπεδα αλκοόλης στο αίμα απ' ότι ένα αδύνατο άτομο, καθώς έχει περισσότερο αίμα και ιστούς όπου το αλκοόλ μπορεί να διανεμηθεί και να διαλυθεί (Ποταμιάνος Γ., 1991, σελ. 29).

3) Άλλα συστατικά του ποτού. Το κρασί και η μύρα που περιέχουν μεγάλη ποσότητα θρεπτικών στοιχείων έναντι των αποσταγμένων ποτών, απορροφούνται με βραδύ ρυθμό, σε αντίθεση με τα αλκοολούχα ποτά όπως είναι η βότκα και το τζιν, τα οποία δεν περιέχουν κανένα άλλο συστατικό εκτός από αλκοόλ, άρωμα και νερό που απορροφούνται αμέσως (Δετοράκης Ι., 1994, σελ. 6).

4) Ο τρόπος και ο χρόνος χρήσεως. Ο Julien (1978), κατά τον Ποταμιάνο (1991), αναφέρει ότι ο ρυθμός μεταβολισμού της αιθανόλης δεν επηρεάζεται τόσο από την συμπύκνωση της ουσίας στο αίμα όσο από τον χρόνο. Στον ενήλικα πότη ο μέσος όρος του ρυθμού μεταβολισμού του αλκοόλ είναι 10 ml (1/3 της ουγγιάς) 100% αλκοόλ ανά ώρα. Έτσι το 33% καθαρό αλκοόλ που περιέχεται σε μια ουγγιά ούισκι μεταβολίζεται σε μία ώρα. Αυτό δείχνει ότι ο ρυθμός μεταβολισμού της αλκοόλης είναι σχετικά αργός, σταθερός και ανεξάρτητος από το ποσό που καταναλώνεται (σελ. 30). Έτσι άλλη είναι η δράση δύο ποτηριών π.χ. μύρας, τα οποία πίνει κανείς γρήγορα για να ξεδιψάσει, σε άδειο στομάχι και άλλη η δόση της ίδιας ποσότητας μύρας, την οποία πίνει κανείς σιγά με το φαγητό του (Παπαγεωργίου Ε., 1990, σελ. 43). Ο μέσος άνθρωπος μπορεί να αφομοιώσει περίπου ένα και μισό ποτό κάθε μία ώρα χωρίς να μεθύσει (Δετοράκης Ι., 1994, σελ. 7).

5) Η ψυχική κατάσταση. Ο φόβος, η νευρικότητα, το άγχος και ο θυμός μπορούν να επηρεάσουν την ταχύτητα με την οποία το αλκοόλ διέρχεται από το στομάχι στο κυκλοφορικό σύστημα (όπ., σελ. 8).

6) Διάφορα φάρμακα. Το αλκοόλ θεωρείται, ότι έχει κατασταλτική δράση πάνω στο κεντρικό νευρικό σύστημα κι αυτή η δράση θα αυξηθεί από άλλες τοξικές ουσίες, που έχουν παρόμοια καταπραϋντική δράση, όπως τα βαρβιτουρικά και τα ελαφριά ηρεμιστικά, του τύπου λίμπριουμ και βάλιουμ. Μια μεγάλη δόση βαρβιτουρικών είναι ιδιαίτερα επικίνδυνη, αν την πάρει κανείς μαζί με αλκοόλ (Παπαγεωργίου Ε., 1990, σελ. 43).

Οι ενέργειες του οινοπνεύματος στον εγκέφαλο είναι ανάλογες με την περιεκτικότητα της ουσίας στο αίμα. Μέχρι 0,5<sup>0</sup>/<sub>00</sub> η διάθεση είναι καλή. Από 0,55<sup>0</sup>/<sub>00</sub> και πάνω αρχίζουν οι εγκεφαλικές λειτουργικές διαταραχές που κυμαίνονται από την ελαφρά θόλωση του μυαλού, την εξασθένιση της μνήμης, την μείωση αντίληψης και χρήσης, μέχρι και την νάρκωση. Από 1 ή 1,5<sup>0</sup>/<sub>00</sub> αρχίζει η μέθη. Η θανατηφόρα δόση για τον μη συνηθισμένο ενήλικα πότη υπολογίζεται σε 150gr. οινόπνευμα (Αβραμίδης Α., 1991, σελ. 83).

Οι Οργανισμοί Υγείας με βάση συγκεκριμένα δεδομένα, προχώρησαν στην καθιέρωση των μονάδων αλκοόλης. Μία μονάδα περιέχει 7,9gr. οινοπνεύματος και η ποσότητα αυτή περιέχεται σε ένα ποτήρι μύρα, κρασί ή σε μία δόση των καλούμενων σκληρών αλκοολούχων ποτών (ουίσκι, βότκα, μπράντυ, ούζο, τζιν). Πρέπει να σημειωθεί ότι οι δόσεις αυτές αντιστοιχούν, σε ποσότητες που σερβίρονται στα κέντρα διασκεδάσεως και ότι οι σπιτικές δόσεις είναι σαφώς πιο γενναιόδωρες. Σύμφωνα με το Ινστιτούτο Κοινωνικής και

Προληπτικής Ιατρικής (ΙΚΠΙ) έχουν διεθνώς θεσπιστεί όρια κατανάλωσης του αλκοόλ για ασφαλή χρήση στους ενήλικες. Αυτά τα όρια είναι : μέχρι 21 μονάδες για τους άνδρες και μέχρι 14 μονάδες για τις γυναίκες μοιρασμένες μέσα στην εβδομάδα. Το επίπεδο του αλκοόλ αυξάνει με κάθε μονάδα που πίνετε. Κατά μέσο όρο ο οργανισμός χρειάζεται 1 ώρα για να απαλλαγεί από κάθε μονάδα οιοπνεύματος. (Σπαντιδέας Α., άρθρ. «Αλκοόλ. Πόσο και πότε θεωρείται ασφαλές», «ΤΑ ΝΕΑ», 18/9/1997).

Ο Τζάφφη Γ., Πήτερσον Ρ. και Χόντσον Ρ. (1986, σελ. 101) παραθέτουν τον ακόλουθο πίνακα με τα είδη οιοπνευματωδών ποτών και την αντίστοιχη περιεκτικότητά τους σε αλκοόλ.

Είδος	Παραδείγματα συγκεκριμένων ποτών	Περιεκτικότητα σε αλκοόλ %
Μπύρες	Ξανθιές	3-6
	Μαύρες	4-8
Επιτραπέζια κρασιά	Κόκκινα, Άσπρα,	8-14
	Ροζέ	12
	Σαμπάνια	
Γλυκά κρασιά Κοκτέιλ	Τσέρι, Πορτό, Μαδέρα, Βερμούτ	15-20
Αποσταγμένα ποτά	Κονιάκ	40
	Ουίσκι	37-40
	Ρούμι	40
	Τζιν	37-40
	Βότκα	37,5
Λικέρ	Βενεδικτίνη, Σαρτρέζ, Κίρς	20-55

Τα οινοπνευματώδη ποτά δεν είναι επικίνδυνα όταν η χρήση τους είναι συνετή, μετρημένη και γίνεται σε κατάλληλες ώρες (Αβραμίδης Α., 1991, σελ. 82). Ωστόσο όμως η μετάβαση από την «κοινωνική» στην προβληματική κατανάλωση δεν είναι καθόλου σπάνια (Ποταμιάνος Γ., 1991, σελ. 19), καθώς η χρόνια χρήση αλκοόλ μπορεί να προκαλέσει εθισμό, εξάρτηση και τοξικομανία. Σ' αυτή την περίπτωση γίνεται λόγος για το φαινόμενο του αλκοολισμού (Αβραμίδης Α., 1991, σελ. 84).

## **B. Έννοια και ορισμός του Αλκοολισμού**

Στο τέλος της δεκαετίας του 1840, ο Σουηδός γιατρός Huss χρησιμοποίησε για πρώτη φορά τον όρο «αλκοολισμός». Έκτοτε, ο όρος αναφέρεται για να περιγράψει άτομα που πίνουν σε υπερβολικό βαθμό (Ποταμιάνος Γ., 1993, σελ. 19). Το 1952, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, όριζε ως αλκοολικό το άτομο εκείνο, που η καταναλωτική συμπεριφορά του παρέκκλινε από τα πολιτιστικά πρότυπά του. Σύντομα με διορθώσεις στην έκθεση αυτή, έγιναν ουσιαστικές αναφορές στις ψυχικές, οργανικές, κοινωνικές δυσλειτουργίες που σχετίζονταν με την κατάχρηση του αλκοόλ και την ανάγκη θεραπευτικής αντιμετώπισης των αλκοολικών (όπ., σελ. 21). Ο Jellinek το 1960, σύμφωνα με τον Ποταμιάνο (1991), υποστήριξε ότι ο αλκοολισμός δηλώνει διαφορετικές καταστάσεις σε διαφορετικά πολιτισμικά περιβάλλοντα. Παρόμοια ο Keller την ίδια χρονιά δήλωσε ότι «κανένας μονοδιάστατος ορισμός του αλκοολισμού δεν είναι κατάλληλος για όλους τους ερευνητικούς σκοπούς» (σελ. 20).



Ως αλκοολισμός ορίζεται επίσης «το σύνολο νοσηρών διαταραχών προκαλούμενων υπό καταχρήσεως οινοπνευματωδών ποτών» (Πάπυρος Λαρούς, 1963, σελ. 502).

Σήμερα, η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, θεωρεί ως αλκοολισμό κάθε μορφή κατανάλωσης οινοπνευματωδών ποτών η οποία ξεφεύγει από την παραδοσιακή και εθμική (διαιτητική) χρήση οινοπνεύματος ή δεν ανταποκρίνεται στα πλαίσια της κοινωνικής συναναστροφής, μέσα σε μια συγκεκριμένη κοινωνική ομάδα, ανεξάρτητα από τους αιτιολογικούς παράγοντες μιας τέτοιας συμπεριφοράς. Ο τωρινός ορισμός της για τον αλκοολικό, είναι περίπου ο ίδιος με τον προηγούμενο, μόνο που έχει αντικατασταθεί η τελευταία πρόταση, διατυπώνοντας ότι αλκοολικός είναι και «το άτομο που δείχνει πρόδρομα σημεία προς αυτή την κατεύθυνση» (Μαρσέλος Μ., 1986, σελ. 122).

Το 1971, ο Αμερικανικός Ιατρικός Σύνδεσμος (Α.Μ.Α.) όρισε τον αλκοολισμό ως «μια αρρώστια που χαρακτηρίζεται από σημαντική βλάβη, άμεσα συνδεδεμένη με επιμονή και συνεχή χρήση του αλκοόλ. Η βλάβη αυτή μπορεί να αναφέρεται σε σωματική, ψυχολογική ή κοινωνική δυσλειτουργία» (Δέδε Μ., Σωτήρχου Ι., άρθ. «Αλκοολισμός: Η πιο δύσκολη και επώδυνη εξάρτηση», «ΕΛΕΥΘΕΡΟΤΥΠΙΑ», 12-1-1998).

Για την εξάρτηση, θεωρεί ότι σχετίζεται με την «παθολογική χρήση του αλκοόλ με κοινωνική ή επαγγελματική δυσλειτουργία, συνοδευόμενη από συμπτώματα είτε ανοχής είτε αποχής» (Leikin C., 1986, σελ. 143-144).

Σύμφωνα με το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο (3<sup>η</sup> έκδοση, DSM III) για τις Ψυχικές Διαταραχές, που προκαλούνται από την χρήση ουσιών το αλκοόλ τοποθετείται ανάμεσα στις ουσίες εκείνες, όπως τα οπιούχα και οπιοειδή, βαρβιτουρικά,

αμφεταμίνας που προκαλούν και κατάχρηση και εξάρτηση (Μάνος Ν., 1988, σελ. 395).

Τα διαγνωστικά κριτήρια κατά DSM III που διέκριναν την παθολογική κατάχρηση από την μη παθολογική χρήση του αλκοόλ ήταν:

α) παθολογικός τύπος χρήσης του αλκοόλ (π.χ. αδυναμία μείωσης ή διακοπής της χρήσης αλκοόλ, κατανάλωση μεγάλων ποσοτήτων κλπ),

β) έκπτωση της κοινωνικής ή επαγγελματικής λειτουργίας του ατόμου λόγω της παθολογικής χρήσης του αλκοόλ και

γ) διάρκεια των παραπάνω τουλάχιστον για ένα (1) μήνα (Μάνος Ν., 1988, σελ. 384).

Όσον αφορά την διάγνωση εξάρτησης κατά το DSM III απαιτούνταν η ύπαρξη σωματικής εξάρτησης που εκδηλώνεται είτε ως ανοχή, η οποία κατά το DSM III είναι η κατάσταση εκείνη που προκαλείται από συνεχή χρήση αλκοόλ και απαιτεί διαρκώς αυξανόμενη ποσότητα της αλκοόλης για να επιτευχθεί το επιθυμητό αποτέλεσμα, είτε ως στερητικό σύνδρομο που κατά το ίδιο εγχειρίδιο συγκεντρώνει ένα σύνολο σωματικών και άλλων συμπτωμάτων που προκαλούνται από την μείωση ή την διακοπή της χρήσης αλκοόλ (όπ., σελ. 394-395).

Η διαφορά, η οποία θεωρείται αξιοσημείωτη, είναι το γεγονός πως ενώ για την διάγνωση εξάρτησης κατά το DSM III από ψυχοδραστικές ουσίες απαιτούνταν τα παραπάνω (απόδειξη ανοχής στερητικού συνδρόμου) για εκείνη της εξάρτησης από αλκοόλ απαιτούνταν επιπλέον απόδειξη κοινωνικής ή επαγγελματικής έκπτωσης ή τύπο παθολογικής χρήσης (Μάνος Ν., 1988, σελ. 396).

Ο Bleuler M., στο Εγχειρίδιο Ψυχιατρικής που έχει συγγράψει, όπως αναφέρει ο Τριανταφύλλου Γ. (1986), ορίζει ως αλκοολικό αυτόν που η σωματική, ψυχική και κοινωνική του θέση και κατάσταση έχουν υποστεί σαφή βλάβη από το ποτό. Ο Zwang, σύμφωνα με τον Τριανταφύλλου (1986), αναφέρει ότι ο αλκοολικός οδηγείται στο οινόπνευμα από ένα εσωτερικό ψυχαναγκασμό. Και ο Jervis G. το 1980, κατά τον ίδιο συγγραφέα, προσθέτει ότι ο εξαρτημένος από μια τοξική ουσία, όχι μόνο την έχει ενσωματώσει στις καθημερινές του συνήθειες, αλλά είναι και ψυχικά τόσο δεμένος με την χρήση της, που του είναι δύσκολο ή εντελώς αδύνατο να διεκπεραιώσει τις καθημερινές ενασχολήσεις του χωρίς αυτήν (Τριανταφύλλου Γ., 1986, σελ. 24).

Ο Christie και οι συνεργάτες του (1969) όπως αναφέρει ο Ποταμιάνος (1991, σελ. 88) σχολιάζοντας τις προσπάθειες για τον προσδιορισμό του όρου «αλκοολισμός» τις χαρακτήρισαν ως «εννοιολογικό χάος».

Ο Τζάφφη Τ., Πήτερσον Ρ., Χόντσον Ρ. (1986, σελ. 107) θεωρούν ότι ο ακριβής ορισμός του αλκοολισμού συζητείται ακόμα. Υπάρχει, συνήθως συμφωνία όταν η εξάρτηση είναι σοβαρή και πολλά από τα στοιχεία του συνδρόμου της είναι φανερά. Δεν υπάρχει όμως σαφής διαχωρισμός για το πότε ο μεγάλος πότης γίνεται αλκοολικός. Επειδή η εξάρτηση από το αλκοόλ, είναι μια συνεχής κατάσταση, που κυμαίνεται από την ελαφρά ως την βαριά μορφή, δεν υπάρχει κέρδος, με τον καθορισμό ενός σημείου πάνω από το οποίο κάποιος θεωρείται αλκοολικός και κάτω από το οποίο έχει απλά πρόβλημα με το ποτό. Αν κάποιος αναρωτείται για κάποιο μέλος της οικογένειας ή συγγενικό πρόσωπο αν είναι αλκοολικός χρήσιμο θα ήταν να θέσει ερωτήσεις όπως : αυξάνει την ποσότητα που πίνει από χρόνο σε

χρόνο; Το γεγονός ότι πίνει πολύ συχνά έχει δυσάρεστες ψυχολογικές, κοινωνικές και σωματικές επιπτώσεις; Παρουσιάζει στοιχεία που αποτελούν το σύνδρομο εξάρτησης από αλκοόλ; Αν είναι η απάντηση είναι θετική σε όλες τις ερωτήσεις, τότε το άτομο εξαρτάται από την αλκοόλη. Αν δεν μπορεί να απέχει ή μετριάσει από μόνος του το ποτό ίσως θα έπρεπε να απευθυνθεί σε κάποιον ειδικό ή αρμόδια οργάνωση. Σε περίπτωση που τα προβλήματα αντιμετωπιστούν με το παραπάνω τρόπο δεν πειράζει να χρησιμοποιήσουμε το όρο «αλκοολικός» (όπ., σελ. 108).

Ο Rohan το 1982, κατά τον Ποταμιάνο (1991), αναφέρει ότι οι όροι αλκοολικός και κοινωνικός πότης είναι ασαφείς και εξυπηρετούν τη διαφοροποίηση συγκεκριμένων ομάδων του πληθυσμού που καταναλώνει αλκοόλ ενώ στηρίζονται σε αμφίβολα κριτήρια. Ο Pattison το 1977, όπως αναφέρεται στον Ποταμιάνο, πιστεύει ότι ο αλκοολισμός είναι ένα σύνολο από συμπεριφορές και συμπτώματα, άρα δεν υπάρχει μια αποκλειστική και μοναδική οντότητα που να μπορεί να τον περιγράψει, καθώς και ότι είναι γενικό πρόβλημα υγείας, συνεπώς δεν είναι αρρώστια. Τα ειδικότερα προβλήματα υγείας που πιθανόν να εμφανισθούν, είναι στους «τομείς» της συναισθηματικής (ψυχολογικής), επαγγελματικής, κοινωνικής, οικογενειακής και σωματικής υγείας. Για τον Pattison, ο εξαρτημένος από αλκοόλ δεν είναι απαραίτητο να εμφανίσει δυσλειτουργία σε όλες τις παραμέτρους, ούτε και κάποιο πιθανό πρόβλημα / δυσλειτουργία σε κάποιο τομέα, θα επιφέρει «επιπλοκές» και στους υπόλοιπους (σελ. 88-89).

Το συμπέρασμα είναι ότι οι όροι «αλκοολικός» και «αλκοολισμός», ως επιστημονικές έννοιες, έχουν απαρχαιωθεί και αντικατασταθεί από τα πιο σύγχρονα, ακριβή και λειτουργικά «σύνδρομο εξάρτησης από το αλκοόλ» και «προβληματικός

πότης». Η 9<sup>η</sup> αναθεώρηση του διεθνούς εντύπου International Classification of Diseases (Διεθνής Ταξινόμηση των Νόσων), κατά τον Ποταμιάνο (1991), έχει υιοθετηθεί τις παραπάνω εκφράσεις. Όλα αυτά, στα πλαίσια μιας προσπάθειας, αφενός για πιο ήπια διατύπωση του όρου που προκαλεί συνειρμούς στίγματος για εκείνους που έχουν εξαρτήσει την ύπαρξη τους από το οινόπνευμα, και αφετέρου για να καταδειχθεί ένα πολυσύνθετο και πολυδιάστατο «φαινόμενο» όπως αυτό (Ποταμιάνος Γ., 1991, σελ. 89).

Στο ίδιο πλαίσιο, ο Edwards G. και οι συνεργάτες του (Άγγλος καθηγητής ψυχιατρικής), όπως αναφέρει ο Ποταμιάνος (1991), δημοσιεύει το 1976 και 1977, δύο εργασίες σχετικά με το σύνδρομο εξάρτησης. Κατά τον Edwards, το σύνδρομο εξάρτησης, αναφέρεται στην ψυχολογική και σωματική εξάρτηση του ατόμου από το αλκοόλ και είναι ξεχωριστή έννοια από αυτήν που ο ίδιος όρισε ως προβλήματα ή ανικανότητες που σχετίζονται με την κατανάλωση της αλκοόλης (όπ., σελ.89).

Συνεχίζοντας ο ίδιος συγγραφέας, θεωρεί ότι το άτομο που πάσχει από σύνδρομο εξάρτησης, διακρίνεται για επτά συγκεκριμένα στοιχεία – συμπτώματα. Ειδικότερα:

*α) Συγκεκριμένες περίοδοι κατανάλωσης :* το άτομο πίνει σε δεδομένες ώρες της ημέρας, πρωί ή μεσημέρι ή όποια άλλη στιγμή, άσχετα αν η την ποσότητα που θα καταναλώσει, είναι μικρή ή μεγάλη. Αυτού του είδους η χρήση, έχει γίνει πλέον συγκεκριμένη ενέργεια με δεδομένους και σαφείς στόχους, ενώ έχει χάσει το χαρακτήρα της τυχαίας κατανάλωσης ( π.χ. για να συνοδεύσει το γεύμα του ή σε κάποια συγκέντρωση).

*β) Προτεραιότητα στη χρήση αλκοόλ :* όλες οι άλλες δραστηριότητες, διαδικασίες, υποχρεώσεις, είναι πλέον

δευτερεύουσας σημασίας, ενώ κύριο μέλημα πια αποτελεί η εξασφάλιση οινοπνεύματος.

γ) *Αυξημένη ανοχή στο αλκοόλ* : το άτομο παρουσιάζει αυξημένη ανεκτικότητα στο αλκοόλ. Επομένως πρέπει και να αυξάνει συνεχώς τη ποσότητα κατανάλωσης, προκειμένου να επιτυγχάνει το επιδιωκόμενο αποτέλεσμα.

δ) *Επαναλαμβανόμενα συμπτώματα στέρησης* : όπως συμβαίνει με την χρήση όλων των εξαρτησιογόνων ουσιών (ναρκωτικά, τσιγάρο), το άτομο που θα απέχει για λίγο από την κατανάλωση, θα εμφανίσει συμπτώματα στέρησης, δηλαδή άγχος, εκνευρισμό, ψευδαισθήσεις, προσωρινή αμνησία και ίσως delirium tremens. Αυτά τα συμπτώματα έχουν επαναλαμβανόμενο χαρακτήρα, κάθε φορά που υπάρχει αποχή.

ε) *Αποφυγή ή ανακούφιση από τα συμπτώματα στέρησης* : για να αποφευχθούν τα παραπάνω συμπτώματα, η μόνη λύση είναι να συνεχιστεί η κατανάλωση οινοπνεύματος.

στ) *Ο συνειδητός καταναγκασμός του πότη* : ο προβληματικός πότης έχει συνείδηση του καταναγκασμού του να πίνει. Αυτή η «αυτογνωσία» αποτελεί ουσιαστικό στοιχείο του συνδρόμου εξάρτησης. Αν όμως κάποιος από το εξωτερικό περιβάλλον τον χαρακτηρίσει αλκοολικό, θα το αρνηθεί κατηγορηματικά. Γι' αυτό και μόνο όταν παραδεχθεί ότι είναι εξαρτημένος, είναι έτοιμος να θεραπευθεί.

ζ) *Επαναφορά του συνδρόμου* : μετά από κάποια περίοδο αποχής, ο αλκοολικός έχει πολλές πιθανότητες να εξαρτηθεί πάλι από το οινόπνευμα (Ποταμιάνος Γ., 1991, σελ. 90-91).

Συνοψίζοντας πρέπει να τονιστεί ότι όλοι οι πότες που έχουν προβλήματα σχετικά με την χρήση αλκοόλ δεν είναι και απαραίτητα εξαρτημένοι απ' αυτό και το γεγονός ότι το σύνδρομο

εξάρτησης από το αλκοόλ είναι μια «ψυχοφυσιολογική διαταραχή» και είναι αποτέλεσμα της συνεχούς αλληλεπίδρασης σωματικών, ψυχολογικών, κοινωνικών παραγόντων. Για τον Edwards G. (1977), δεν είναι απαραίτητο για να θεωρηθεί κάποιος εξαρτημένος από το αλκοόλ, να παρουσιάσει όλα τα παραπάνω συμπτώματα του συνδρόμου και ούτε είναι απαραίτητο να τα εμφανίζει με την ίδια ένταση (όπ., σελ. 91-92).

Σύμφωνα με το DSM III-R η διάγνωση της εξάρτησης από το αλκοόλ, γίνεται με βάση των κριτηρίων εξάρτησης από ψυχοδραστικές ουσίες (Μάνος Ν., 1988, σελ. 406). Αναλυτικά για την διάγνωση εξάρτησης από το αλκοόλ κατά το ίδιο εγχειρίδιο απαιτούνται :

A. Η ύπαρξη τριών τουλάχιστον στοιχείων από τα ακόλουθα

:

1) Το αλκοόλ συχνά λαμβάνεται σε μεγαλύτερα ποσά ή για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα, απ' ό τι το άτομο είχε σκοπό.

2) Επίμονη επιθυμία ή μία ή περισσότερες αποτυχημένες προσπάθειες του ατόμου να ελαττώσει ή να ελέγξει την χρήση του αλκοόλ.

3) Πολύς χρόνος ξοδεύεται από το άτομο σε δραστηριότητες απαραίτητες για να βρει, πάρει ή συνέλθει από την δράση του αλκοόλ.

4) Υπάρχουν συχνά συμπτώματα τοξίκωσης ή στερητικού συνδρόμου ενώ το άτομο πρέπει να εκπληρώσει υποχρεώσεις που απορρέουν από τους ρόλους του.

5) Σημαντικές, επαγγελματικές, ψυχαγωγικές ή κοινωνικές δραστηριότητες έχουν εγκαταλειφθεί ή ελαττωθεί λόγω χρήσης αλκοόλ.

6) Το άτομο συνεχίζει την χρήση παρόλο που γνωρίζει ότι έχει ένα επίμονο ή υποτροπιάζον κοινωνικό, σωματικό ή ψυχολογικό πρόβλημα που προκαλείται ή οξύνεται από το αλκοόλ.

7) Εκσεσημασμένη ανοχή : υπάρχει ανάγκη για εκσεσημασμένα αυξημένα ποσά του αλκοόλ (όχι όμως πιο πάνω από το 50% του αρχικού ποσού αλκοόλ που έφερε την τοξίκωση) για να επιτευχθεί η τοξίκωση ή το επιθυμητό αποτέλεσμα ή αλλιώς υπάρχει εκσεσημασμένα ελαττωμένο αποτέλεσμα με συνεχή χρήση του ίδιου ποσού.

8) Υπάρχουν χαρακτηριστικά στερητικά συμπτώματα.

9) Η ουσία συχνά λαμβάνεται για ανακούφιση και αποφυγή στερητικών συνδρόμων.

B. Μερικά από τα συμπτώματα έχουν επιμείνει τουλάχιστον για ένα μήνα ή συμβαίνουν επανειλημμένα για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα (Μάνος Ν., 1988, σελ. 397).

Προαναφέρθηκε ότι το σύνδρομο εξάρτησης από το αλκοόλ και τα προβλήματα ή ανικανότητες που σχετίζονται με την κατανάλωση, κατά τον Edwards (1977), είναι δύο διαφορετικές έννοιες που οδηγούν στην οριοθέτηση του «προβληματικού πότη», ο οποίος τείνει να αντικαταστήσει τον όρο αλκοολικός (Ποταμιάνος Γ., 1991, σελ. 92). Συνεχίζοντας ο Edwards (1977), κατά τον Ποταμιάνο (1991) αναφέρει ότι ο ορισμός του προβληματικού πότη, έχει τρεις άξονες :

- άτομα που παρουσιάζουν σύνδρομο εξάρτησης χωρίς όμως να αντιμετωπίζουν ιδιαίτερα προβλήματα υγείας,
- άτομα που εμφανίζουν προβλήματα υγείας (οργανικά, κοινωνικά, ψυχιατρικά) ως απόρροια της κατάχρησης οινοπνεύματος χωρίς όμως να πάσχουν από σύνδρομο εξάρτησης και



- άτομα στα οποία συνυπάρχουν προβλήματα πάσης φύσεως και σύνδρομο εξάρτησης.

Με αυτό τον όρο (προβληματικός πότης), επιχειρείται η περιγραφή της ανομοιογένειας των ατόμων που κινδυνεύουν από την χρήση του οινοπνεύματος (σελ. 92-93).

Οι μέθοδοι ανίχνευσης του προβληματικού πότη που συμβάλουν τόσο στην εκτίμηση του προβλήματος, όσο και στον εντοπισμό του πότη στα αρχικά στάδια, είτε της εξάρτησης, είτε των σχετικών προβλημάτων από μέρους του κλινικού επιστήμονα χωρίζονται σε δύο ομάδες :

α) Μέθοδοι για την ανίχνευση προβλημάτων που σχετίζονται με το αλκοόλ (ερωτηματολόγια MAST και CAGE) και εκτίμηση του βαθμού εξάρτησης (ερωτηματολόγιο SADQ).

β) Μέθοδοι εκτίμησης της κατάχρησης αλκοόλ που περιλαμβάνουν λεπτομερή συνέντευξη για την κατανάλωση αλκοόλ και χρήση των αιματολογικών και ηπατολογικών τεστ MCV και γ-GTP (Ποταμιάνος Γ., 1991, σελ. 93-95).

## **Γ. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ**

### **1. Προϊστορικοί χρόνοι**

Οι πρώτες αναφορές για την κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών χάνονται στις αρχές της ανθρώπινης ιστορίας. Θεωρείται σήμερα απολύτως σίγουρο ότι η μύρα και το κρασί ήσαν γνωστά σε αρχαίους λαούς που δεν είχαν ακόμα ανακαλύψει την γραφή. Το πιθανότερο, είναι, ότι τα πρώτα οινοπνευματώδη κατασκευάστηκαν κατά λάθος από φρούτα και καρπούς που είχαν αποθηκευθεί σε συνθήκες κατάλληλες, ώστε να ξεκινήσει η ζύμωση (Τόμπρας Χρ., άρθρ. «Δώρα των θεών ή προϊόν χημείας,

το αλκοόλ συνοδεύει τους ανθρώπους σε χαρές και λύπες εδώ και πολλές χιλιάδες χρόνια», «ΤΑ ΝΕΑ», 19/2/1999).

Υπάρχουν πηγές που φανερώνουν ότι το 6500 π.Χ. - 6000 π.Χ. (κατά άλλους από το 9000 π.Χ.) παράγονταν η μύρα και ένα κρασί από μούρα (Τάιλερ Α., 1988, σελ. 32), το οποίο προέρχονταν από τη ζυμωτική δράση των μυκήτων της μαγιάς πάνω σε ορισμένα σάκχαρα (Τζάφφη Τ., Πήτερσον Ρ., Χόντσον Ρ., 1986, σελ. 100).

Σε αιγυπτιακούς παπύρους και σε επιγραφές, υπάρχει το 3500 π.Χ., η πρώτη ιστορική αναφορά για το οινόπνευμα και για την καλλιέργεια της αμπέλου κυρίως στην περιοχή της Μεσογείου. Μάλιστα οι Αιγύπτιοι φαίνεται να γνώριζαν και τη μύρα, για την οποία αναφέρουν ότι «πρέπει κανείς να καταναλώσει μεγάλες ποσότητες για να έλθει σε κατάσταση ευθυμίας» (Μαρσέλος Μ., 1986, σελ. 109). Όπως επίσης αναφέρουν οι πάπυροι, οι Αιγύπτιοι γιατροί συνιστούσαν κρασί ή μύρα στο 1/5 των ασθενών τους, ενώ υπήρχαν και καπηλειά, στα οποία σύχναζε ο κόσμος το βράδυ, για να δροσίσει με μία μύρα την κούραση της όλης μέρας. Με τον όρο μύρα, δεν εννοείται βέβαια το προϊόν που καταναλώνουν τα άτομα σήμερα (η αιγυπτιακή μύρα περιείχε σπόρους και πινόταν με την βοήθεια ενός ειδικού σκεύους σαν καλαμάκι) (Τόμπρα Χρ., άρθρ. «Δώρα των θεών ή προϊόν χημείας, το αλκοόλ συνοδεύει τους ανθρώπους σε χαρές και λύπες εδώ και πολλές χιλιάδες χρόνια», «ΤΑ ΝΕΑ», 19/2/1999).

## **2. Ελληνική και Ρωμαϊκή αρχαιότητα**

Στην Αρχαία Ελλάδα το κρασί δεν ήταν καθόλου άγνωστο. Από τον Όμηρο ήδη, αναφέρονται φοβερά γλέντια με κρέας και

κόκκινο κρασί, το οποίο έπιναν αναμειγμένο με νερό. Η ίδια η λέξη κρασί προέρχεται από την έκφραση «κράσις οίνου», δηλαδή ανάμειξη οίνου με νερό. Το καθαρό κρασί ονομαζόταν άκρατος οίνος. Το κρασί συνόδευε μεν τα γλέντια, τις χαρές και τις λύπες ανθρώπων, αλλά οι αρχαίοι επινοητικότεροι, ήθελαν άνωθεν προστασία για κάθε ενδεχόμενο. Έτσι επιστράτευσαν το Διόνυσο ως προστάτη του κρασιού και της μέθης. Η λατρεία του Διόνυσου ή Βάκχου εισήχθη στην κυρίως Ελλάδα από την Φρυγία, βρήκε γόνιμο έδαφος στην φυσική έφεση των αρχαίων Ελλήνων για την διασκέδαση. Από την Ελλάδα η λατρεία του Βάκχου πέρασε στην Ρώμη, όπου ο Θεός λατρεύτηκε υπό το όνομα *liber* (Τόμπρα Χρ., άρθρ. «Δώρα των θεών ή προϊόν χημείας, το αλκοόλ συνοδεύει τους ανθρώπους σε χαρές και λύπες εδώ και πολλές χιλιάδες χρόνια», «ΤΑ ΝΕΑ», 19/2/1999).

Τόσο οι Έλληνες όσο και οι Ρωμαίοι, έχοντας πλήρη επίγνωση της επίδρασης του οινοπνεύματος, το είχαν εισαγάγει στην καθημερινή τους ζωή και το συμπεριλάμβαναν σε πολλές εθιμοτυπικές και θρησκευτικές τελετουργίες. Αναφέρεται ότι ο Σόλων και ο Λυκούργος είχαν θεσπίσει νόμους εναντίον της μέθης, ενώ ο Ιπποκράτης και ο Γαληνός, μιλούσαν για την καταστροφική της επίδραση (Νέα Μεγάλη Εγκυκλοπαίδεια Νόμπελ, 1991, Γ΄ Τόμος, σελ. 882).

### **3. Μεσαίωνας**

Το 800 μ.Χ., πιθανώς κάποιος Άραβας ονομαζόμενος Τζαχίρ Ιμπν Χαϋάν, ανακάλυψε τη διαδικασία απόσταξης και, για πρώτη φορά, παρήχθη αιθυλική αλκοόλη - το δραστικό συστατικό των οινοπνευματωδών ποτών - σε πιο συμπυκνωμένη μορφή. Ο εν

λόγω Άραβας ήταν και ο πρώτος που δημιούργησε ένα πιο δυνατό ποτό, που η δράση του παρομοιάζεται με εκείνη του gin ή της βότκας (Τζάφφη Τ., Πήτερσον Ρ., Χόντσον Ρ., 1986, σελ. 100).

Το Μεσαίωνα, με την υποστήριξη της Εκκλησίας, ο οίνος εξακολουθεί να περιλαμβάνεται σε πολλές τελετές και η κατανάλωση μεγάλης ποσότητάς του επιβάλλει την αραίωσή του με νερό. Η συστηματική παραγωγή οίνου της Μεσογείου εξάγεται πια και στη Βόρεια Ευρώπη, ενώ γραπτές μαρτυρίες πληροφορούν για την προσθήκη καρυκευμάτων, ώστε να αποτραπεί η υπερβολική πόση από την έντονη γεύση (Νέα Μεγάλη Εγκυκλοπαίδεια Νόμπελ, 1991, Γ΄ Τόμος, σελ. 882).

Με την παράλληλη άνθιση της Αλχημείας και τη σταδιακή βελτίωση της τεχνικής της απόσταξης, δημιουργούνται τον 12<sup>ο</sup> αιώνα τα πρώτα κοινωνικά προβλήματα από την κατάχρηση οινόπνευματος. Παρατηρείται όμως, ότι η μεγαλύτερη κατανάλωση μέχρι και τον 16<sup>ο</sup> αιώνα, πραγματοποιείται στους χώρους των μοναστηριών, με κύρια πηγή της αιθυλικής αλκοόλης τον χυμό της αμπέλου. Τον 17<sup>ο</sup> αιώνα, ένας καθηγητής της Ιατρικής Σχολής του Leyden, ο Sylvius διαπιστώνει ότι μπορεί να αποστάξει καθαρό οινόπνευμα από χυμό δημητριακών, το οποίο ονομάζει «Aqua Vitae» (νερό της ζωής) και το αρωματίζει με καρπούς κέθρου. Ο κέθρος στα Γαλλικά λέγεται genièvre και τελικά, το παρασκεύασμα του Sulvius «βαφτίζεται» Gin (Μαρσέλος Μ., 1986, σελ. 111).

Μεταξύ του 1720 και του 1750 «ενέσκυψε η επιδημία του gin», το οποίο, αν και παραδοσιακό Ολλανδικό προϊόν, άρχισε να εξάγεται και στην υπόλοιπη Ευρώπη. Μέσα στα πλαίσια αυτής της «επιδημίας» κατανάλωσης του gin, λειτουργούν καταστήματα στα οποία οι πελάτες μπορούν να μένουν ώσπου να ξεμεθύσουν. Το

1751 σημειώνεται η απαρχή του κρατικού ελέγχου και εκδίδεται Νομοθετικό Διάταγμα (Gin Act), που επιβάλλει βαριά φορολογία για να συγκρατηθεί η λιανική τιμή σε χαμηλά επίπεδα (όπ., σελ. 112).

Ωστόσο όμως, η απόσταξη καθαρού οινοπνεύματος εξαπλώνεται επικίνδυνα και η κατάχρηση αλκοόλ ενοχοποιείται για το ένα όγδοο του συνόλου των θανάτων, ενήλικων ατόμων στο Λονδίνο (Τάιλερ Α., 1988, σελ. 32).

#### **4. Βιομηχανική επανάσταση**

Με την εξάπλωση του καφέ και του τσαγιού, η κατανάλωση οινοπνεύματος υποχωρεί, για να επανέλθει δριμύτερη κατά τη διάρκεια της Βιομηχανικής Επανάστασης, και να αποτελέσει - από τότε έως και σήμερα - καταφύγιο και παρηγοριά των φτωχών, των ξεριζωμένων, των εξαθλιωμένων μαζών αλλά και ένδειξη ανδροπρεπούς συμπεριφοράς για επαγγελματικές ομάδες όπως ήταν, οι ναυτικοί, οι εργάτες ή οι στρατιώτες, που βοηθούνταν να αναπτύξουν μεταξύ τους επικοινωνία, αλληλοϋποστήριξη, αλληλοκατανόηση και δύναμη για να αντεπεξέλθουν στις γενικότερα άθλιες συνθήκες διαβίωσης (Τάιλερ Α., 1988, σελ. 32).

Το 1819, ο γιατρός Bruhe – Crammer, περιγράφει για πρώτη φορά τον αλκοολισμό με επιστημονική ακρίβεια, χαρακτηρίζοντάς τον ως «διψομανία» και αποδίδοντάς τον σε ψυχολογικά αίτια (Μαρσέλος Μ., 1986, σελ. 114). Ο εντατικός αγώνας για την ποτοαπαγόρευση άρχισε στην Βόρεια Αμερική όπου η πολιτεία του Main απαγόρευσε από 1846 μέχρι το 1860 την χρήση και το εμπόριο αλκοόλ. Ωστόσο όμως με την αντίδραση εκείνων που

ζημιώνονταν, η ποτοαπαγόρευση καταργήθηκε (Νέα Μεγάλη Εγκυκλοπαίδεια Νόμπελ, Γ΄ Τόμος, 1991, σελ. 882).

Το 1872 στην Αγγλία θεσπίζονται διάφοροι νόμοι σκοπεύοντας στον περιορισμό των ωρών λειτουργίας των pub και τη συνακόλουθα ελαττωμένη κατανάλωση αλκοόλ (Τάιλερ Α., 1988, σελ. 32-33).

## 5. Σύγχρονη εποχή

Το 1929 ψηφίζεται από το Κογκρέσο η γενική ποτοαπαγόρευση για όλες ανεξαιρέτα τις πολιτείες Βορείου Αμερικής που καταργήθηκε όμως αργότερα λόγω του παράνομου εμπορίου (Νέα Μεγάλη Εγκυκλοπαίδεια Νόμπελ, Γ΄ Τόμος, 1991, σελ. 882).

Η σύγχρονη Φαρμακολογία μπορεί να συμπεριλαμβάνει την αιθυλική αλκοόλη στα αντισηπτικά και σε αρκετές χώρες, η Εθνική Φαρμακοποιία να δέχεται το αλκοόλ για τις θεραπευτικές του ιδιότητες (π.χ. πρόληψη πρώιμων ωδινών στο τέλος της κύησης), όμως η κατάχρησή της ενοχοποιείται για μια σωρεία κοινωνικών, σωματικών, ψυχολογικών επιπτώσεων (Μαρσέλος Μ., 1986, σελ. 114).

Η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας το 1995 αναγνώρισε τον αλκοολισμό ως ασθένεια, ενώ το 1999 κατέταξε το αλκοόλ στην τέταρτη θέση ως αιτία θανάτου παγκοσμίως. Ακόμη σήμερα στην Ευρώπη περίπου 84.000.000 άνθρωποι υποφέρουν από τις επιπτώσεις του αλκοολισμού, ενώ από αυτούς 40.000.000 είναι εξαρτημένοι από το αλκοόλ (Διεθνές Συνέδριο Τηλεϊατρικής στη Σάμο, Σεπτέμβριος 1999, «ΕΛΕΥΘΕΡΟΤΥΠΙΑ», 10-10-1999).

Στην Ελλάδα, τα ποσοστά, η έκταση και το μέγεθος του αλκοολισμού είναι περιορισμένα συγκριτικά με τις υπόλοιπες Ευρωπαϊκές χώρες. Το 1989, η κατανάλωση καθαρού αλκοόλ κατά άτομο ήταν 8,4 λίτρα, ενώ το 1990 και το 1991 παρέμεινε σταθερή στα 8,6 λίτρα (WORLD DRINK TRENDS, 1993, σελ. 7) αλλά κατά τους συγγραφείς οι πηγές δεν είναι ιδιαίτερες αξιόπιστες, οπότε το ποσοστό μπορεί να είναι και μεγαλύτερο.

Λαμβάνοντας υπόψη το μέγεθος των κοινωνικών προβλημάτων που χαρακτηρίζουν την ελληνική κοινωνία, την αύξηση των καταστημάτων πώλησης αλκοολούχων ποτών, την κοινωνική απομόνωση και την γενικότερη τάση εκκοινωνισμού διαμέσου του αλκοόλ, υπάρχει σοβαρός κίνδυνος για εξάπλωση του αλκοολισμού, καθώς όλα τα παραπάνω είναι παράγοντες που ενισχύουν το φαινόμενο και την εξάπλωσή του (Ποταμιάνος Γ., 1991, σελ. 83).

#### **Δ. Ο ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΟΙ ΦΑΣΕΙΣ ΕΞΕΛΙΞΗΣ ΤΟΥ ΚΑΤΑ ΤΟΝ JELLINEK**

Οι έννοιες της ανοχής και σωματικής εξάρτησης κατέχουν κεντρική θέση στη θεωρία του εθισμού. Η ανοχή, αναφέρεται στην τάση προσαρμογής του κεντρικού νευρικού συστήματος στην τοξική δράση της ουσίας, έτσι ώστε να χρειάζεται κάθε φορά μεγαλύτερη δόση για να επιτυγχάνεται το ίδιο αποτέλεσμα. Η ανοχή φαίνεται ακόμα και σε πειράματα σε ποντίκια όταν δοθούν καθημερινές δόσεις αλκοόλης, 6g για κάθε κιλό του σώματός τους επί δύο εβδομάδες. Η σωματική εξάρτηση ορίζεται από την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας σαν μία προσαρμοστική κατάσταση που εκδηλώνεται με εμφανή σωματική διαταραχή, όταν σταματά η παροχή του αλκοόλ. Η παράλληλη ανάπτυξη της ανοχής και

σωματικής εξάρτησης οδηγεί σε αυξημένες ποσότητες κατανάλωσης, με αποτέλεσμα ο πότης να εξαρτάται ταυτόχρονα ψυχολογικά και σωματικά από το αλκοόλ (σύνδρομο εξάρτησης). Πρώτα, νιώθει κανείς υποκειμενικά την ανάγκη να πει, ώσπου το ποτό καταλήγει να επισκιάζει τις άλλες ενέργειές του και σιγά-σιγά αποκτά μεγαλύτερη σημασία από την εργασία, την υγεία και τον κοινωνικό περίγυρό του (Τζάφφη Τ., Πήτερσον Ρ. και Χόντσον Ρ., 1986, σελ. 106).

Όπως αναφέρει η Leikin C. (1986), η ανοχή του χρήστη συνεχώς αυξάνει και εμφανίζονται πια συμπτώματα αποστέρησης, όπως τρεμούλιασμα, εφίδρωση, κατάθλιψη, ιδίως το πρωί μετά από μία νύχτα όπου τα επίπεδα αλκοόλης μειώνονται δραστικά, ενοχή, ντροπή, χαμηλή αυτοεκτίμηση, σεξουαλική δυσλειτουργία, κακοποίηση, παραμέληση, βία, ατυχήματα, τάσεις αυτοκτονίας και δυσχέρειες στην επαγγελματική και κοινωνική ζωή (σελ. 142).

Τυπικά, κάποιος που ήδη πίνει πολύ και θεωρεί το ποτό αναγκαίο για την διευκόλυνση των κοινωνικών σχέσεών του, θα νιώσει σε κάθε κατάσταση που είναι πειστική για εκείνον, την ανάγκη να πει. Αυτό σημαίνει ψυχολογική εξάρτηση. Η συνεχόμενη μεγάλη κατανάλωση αλκοόλ θα προκαλέσει και σωματική εξάρτηση. Διαπιστώνεται λοιπόν ένας φαύλος κύκλος, όπου οι κοινωνικές πιέσεις δημιουργούν πρόσφορο έδαφος για την χρήση αλκοόλ και η απροθυμία να αντιμετωπίσει κανείς την αποστέρηση αποτελεί έναυσμα για συνεχιζόμενη κατανάλωση (Τζάφφη Τ., Πήτερσον Ρ. και Χόντσον Ρ., 1986, σελ. 107).

Ο Jellinek, κατά τον Παπαγεωργίου (1990, σελ. 58-62), αφού επεξεργάστηκε 2.000 ιστορικά αλκοολικών, κατόρθωσε να οριοθετήσει τρεις φάσεις εξάρτησης, που συμπληρώνονται από μια



τέταρτη, τη φάση δηλαδή, που προηγείται από αυτές. Έτσι, θα μπορούσαν να ξεχωρίσουν οι ακόλουθες :

### **1. Η προαλκοολική φάση**

Στην φάση αυτή, το άτομο πίνει στα πλαίσια των κοινωνικών και διαπροσωπικών εκδηλώσεων ή συναναστροφών (κοινωνικός πότης). Πολλοί, που συνειδητά «πίνουν ένα ποτηράκι» για να νιώσουν λίγο καλύτερα ή για να «χαλαρώσουν», ανήκουν στη φάση αυτή. Σε μια χρονική περίοδο μεταξύ 5 μηνών και 2 ετών γίνεται η χρήση αλκοόλ σε περίπου 5% των ατόμων αυτών, καθημερινή συνήθεια και καθημερινό χαλάρωμα από το «stress» της ημέρας. Η ποσότητα του οινοπνεύματος αυξάνει βαθμιαία και αυτό, που αναζητείται στη χρήση του, δεν είναι πια αυτή καθαυτή η γεύση, αλλά η δράση του στον ψυχικό τους κόσμο. Οι «ευκαιρίες για ένα ποτηράκι», οι συχνές γιορτές ή τα καλέσματα των φίλων για ένα ευχάριστο απόγευμα αυξάνουν συνειδητά ή ασυνείδητα. Το γλίστρημα στην επόμενη φάση έχει αρχίσει (Παπαγεωργίου Ε., 1990, σελ. 58).

### **2. Η πρόδρομη φάση ή αρχική φάση της εξάρτησης**

Συνεχίζοντας ο Παπαγεωργίου (1990), αναφέρει ότι σ' αυτή τη φάση έχει αρχίσει το «γλίστρημα» προς την απόλυτη εξάρτηση και όλο και συχνότερα παρατηρούνται διαταραχές του θυμητικού. Παρ' όλο που η ποσότητα του οινοπνεύματος δεν είναι ιδιαίτερα μεγάλη και ο αλκοολικός είναι σε θέση να συμμετάσχει στη διασκέδαση κλπ., την άλλη μέρα δεν μπορεί να θυμηθεί τις λεπτομέρειες της χθεσινής βραδιάς.

Με το χρόνο η συμπεριφορά του απέναντι στο αλκοόλ διαφέρει από εκείνη των συνανθρώπων του. Αρχίζει η κρυφή χρήση του οινοπνεύματος· πίνει μόνος του κάτι, πριν αρχίσει η

διασκέδαση ή καταφεύγει στα μεσοδιαστήματα στην κουζίνα .... Η συμπεριφορά αυτή τον υποχρεώνει να σκέφτεται διαρκώς το οινόπνευμα. «Αναγκασμένος» να νιώσει τη δράση του οينوπνεύματος στον ψυχικό του κόσμο, πίνει μαζεμένα δυο - τρία ποτηράκια μόνος του, ώστε να μην τον πάρουν είδηση οι άλλοι και τον κριτικάρουν. Η βεβαιότητα πια ότι κάτι του συμβαίνει ξυπνάει τη φωνή της συνείδησης, δεν αισθάνεται πια σίγουρος για τον εαυτό του· μη έχοντας όμως τη δυνατότητα να ξεφύγει, πίνει τώρα και γι' αυτόν ακόμα το λόγο. Ο φαύλος κύκλος έχει αρχίσει. Η ποσότητα του οينوπνεύματος αυξάνει, ενώ κουβέντες και αστεία για αλκοολικούς τον δυσανασχετούν και δε θέλει πια να ακούει γι' αυτά. Έτσι σιγά-σιγά απομονώνεται από την ίδια του την παρέα (σελ. 58-59).

### **3. Η κρίσιμη φάση**

Η απώλεια του ελέγχου πάνω στο οινόπνευμα είναι το χαρακτηριστικό στοιχείο της φάσης αυτής. Πριν όμως από την απόλυτη απώλεια του ελέγχου αυτού, ο αλκοολικός προσπαθεί να «αντισταθεί» με κάθε μέσο. Πίνει μόνο ορισμένες ώρες και κατορθώνει κάθε τόσο να μένει «στεγνός» για μια - δυο μέρες. Παράλληλα προσπαθεί να βρει τις καλύτερες δικαιολογίες για να αιτιολογήσει, όχι μόνο στους άλλους, αλλά και στον εαυτό του την ποσότητα του οينوπνεύματος που καταναλώνει, γίνεται έτσι «γαλαντόμος» και «κερνάει» φίλους και γνωστούς, ώστε να βρίσκει την ευκαιρία να πίνει ανενόχλητος και αυτός. Όλη η συμπεριφορά του είναι προσανατολισμένη στη χρήση του οينوπνεύματος και τα άλλα ενδιαφέροντά του, χάνουν σιγά-σιγά την αξία τους, καθώς βιώνονται ανιαρά και ανούσια. Παρόλη όμως την προσπάθεια ένταξης της κατάχρησης του οينوπνεύματος μέσα

σε ένα «νέο τρόπο ζωής», η απώλεια του ελέγχου γίνεται με το χρόνο αναπόφευκτη. Το οινόπνευμα γίνεται στοιχείο ζωής για τον αλκοολικό, παίρνει τη θέση του φαγητού, αντικαθιστά το σύντροφο, ενώ η χρήση του γίνεται ακόμα και κατά την ώρα της δουλειάς (Δετοράκης Ι., 1994, σελ. 17-19).

Αρχίζουν έτσι να εμφανίζονται αποτελέσματα όπως είναι, οι οργανικές διαταραχές από την κακή διατροφή και τη δηλητηρίαση με το οινόπνευμα, οι δυσκολίες στη δουλειά, και προβλήματα στην οικογένεια. Αρχίζουν οι επισκέψεις στους γιατρούς, οι συχνές απουσίες από τη δουλειά, οι πρώτες προειδοποιήσεις από τον προϊστάμενο. Τα συμπτώματα στέρησης, που εμφανίζονται στις τελευταίες προσπάθειες του αλκοολικού να ξεφύγει από την εξάρτησή του, δεν του επιτρέπουν πια την ελευθερία του. Τώρα πρέπει να πει για να ηρεμήσει και κατ' αυτό τον τρόπο αρχίζει την πρωινή χρήση του οινόπνευματος. Εάν στη φάση αυτή δεν ξεκινήσει μια προσπάθεια θεραπείας λόγω πίεσης από το εξωτερικό περιβάλλον (οικογένεια, γιατρός, φίλοι, προϊστάμενος κλπ), αναπτύσσεται μέσα σε λίγα χρόνια, η χρόνια αλκοολική φάση (Παπαγεωργίου Ε., 1990, σελ. 60-61).

#### **4. Η χρόνια φάση**

Κατά τη διάρκεια αυτής της φάσης η μέθη μπορεί να διαρκέσει μέρες. Εμφανίζονται όλο και συχνότερα διαταραχές των σωματικών λειτουργιών, διαταραχές του ψυχισμού, της σκέψης ενώ εγκαθίσταται γενικότερα ένα νέο είδος συμπεριφοράς, που επηρεάζει ολόκληρη την προσωπικότητα. Το ήπαρ, που τόσα χρόνια κατόρθωνε να αντισταθμίζει την κατάχρηση του οινόπνευματος εγκαταλείπει και αυτό τον αγώνα. Ο αλκοολικός χρειάζεται τώρα όλο και μικρότερες ποσότητες για να νιώσει την

ψυχική δράση του οινοπνεύματος, μια και το ήπαρ δεν είναι σε θέση να εκπληρώσει τις λειτουργίες του.

Τα άτομα κατά την φάση αυτή, βρίσκονται στο τελευταίο στάδιο του αλκοολισμού. Αν δεν κατορθώσουν να απομακρυνθούν τελείως από το οινόπνευμα είναι καταδικασμένοι να τελειώσουν τη ζωή τους με ένα από τα επακόλουθα της ασθένειάς τους (π.χ. κίρρωση του ήπατος, καρδιοπάθεια, εσωτερικές αιμορραγίες κλπ) (Παπαγεωργίου Ε., 1990, σελ. 61-62).

## **E. ΤΥΠΟΙ ΑΛΚΟΟΛΙΚΩΝ**

Ο Jellinek (1960) προσπαθώντας να χαρτογραφήσει την ποικιλία στην συμπεριφορά του αλκοολικού και στα «είδη» του αλκοολισμού που αντιμετώπισε, κατέληξε ότι το σύνολο των αλκοολικών μπορούσε να διαλυθεί σε πέντε βασικές κατηγορίες, οι οποίες παρουσιάζουν διαφορετικά χαρακτηριστικά μεταξύ τους (Ποταμιάνος Γ., 1991, σελ. 43). Ειδικότερα :

A' - ΤΥΠΟΣ : Ο αλκοολικός αυτής της κατηγορίας παρουσιάζει ψυχολογική εξάρτηση από το αλκοόλ, χωρίς περαιτέρω βιολογικές επιπλοκές. Η κατανάλωση αλκοόλ εδώ σχετίζεται με την ανάγκη του ατόμου για καταπράυνση από κάποια ψυχική ένταση, για διέξοδο από ψυχολογικές ή σωματικές δυσχέρειες, άγχος, φοβίες, ενδοψυχικές αναστολές, συναισθήματα αδυναμίας και από την ανάγκη να αντεπεξέλθει σε ορισμένες καταστάσεις. Ο χρήστης αυτού του τύπου διατηρεί τη δυνατότητα να αυτοελέγχεται και μπορεί να εξασφαλίσει μεγάλα διαστήματα αποχής από το αλκοόλ. Αυτή η κατάσταση μπορεί να παραμείνει ίδια και να συνεχιστεί επί δεκαετίες χωρίς να εκδηλωθεί σωματική εξάρτηση (Παπαγεωργίου Ε., 1990, σελ. 63). Οι μόνες τυχόν επιπτώσεις, μπορεί να είναι είτε κοινωνικής φύσεως, όπως π.χ. η

σχετική απώλεια ικανότητας για εργασία, δυσκολία στις διαπροσωπικές σχέσεις, είτε κάποιες ελαφρές ψυχικές διαταραχές (Μαρσέλος Μ., 1986, σελ. 123).

Ωστόσο υπάρχει ένα μικρό ποσοστό χρηστών αυτού του τύπου που μπορεί να παρουσιάσει διάφορες οργανικές παθήσεις, οι οποίες σε συνδυασμό και με άλλους ψυχοκοινωνικούς και ατομικούς παράγοντες να εξελιχθεί σε αλκοολισμό γ' τύπου (Παπαγεωργίου Ε., 1990, σελ. 63).

Β' - ΤΥΠΟΣ : Σ' αυτό το τύπο απουσιάζει η σωματική και ψυχική εξάρτηση, και ο χρήστης είναι σε θέση να ελέγχει πλήρως την ποσότητα που καταναλώνει (Μαρσέλος Μ., 1986, σελ. 123). Ο χρήστης εδώ πίνει ευκαιριακά σαν αποτέλεσμα μιμητισμού και διάθεσης για ένταξη σε ένα ορισμένο κοινωνικό σύνολο ή ομάδα από το οποίο ο πότης δεν θέλει να αποκοπεί. Αν αλλάξει όμως περιβάλλον, μπορεί να διακόψει τη χρήση. Συνυπάρχουν σωματικές δυσλειτουργίες (κίρρωση ήπατος, γαστρίτιδα, πολυνευροπάθεια κλπ) (Παπαγεωργίου Ε., 1990, σελ. 64).

Γ' - ΤΥΠΟΣ : Σ' αυτό τον τύπο, ενώ εγκαθίσταται σταδιακά και σωματική εξάρτηση, η ψυχική εξάρτηση αποτελεί το κύριο χαρακτηριστικό του (Μαρσέλος Μ., 1986, σελ. 123).

Όταν εμφανίζονται τυχόν μικροπροβλήματα στη ζωή του χρήστη, το αλκοόλ δρα ως μηχανισμός άμυνας (Παπαγεωργίου Ε., 1990, σελ. 64). Συνήθως, όταν αρχίζει να πίνει, δεν διαθέτει τον έλεγχο τη ποσότητας που καταναλώνει και φθάνει μέχρι την πλήρη απώλεια της συνείδησής του. Επίσης υπάρχει δυνατότητα από τον καταναλωτή αυτού του τύπου να εξασφαλίζει μεσοδιαστήματα αποχής, τα οποία όμως με τον καιρό, όλο και μικραίνουν. Σε αυτόν τον τύπο, κατατάσσονται και εκείνοι οι πότες που σταματούν μόνο όταν φθάσουν στην επιδιωκόμενη, γι' αυτούς, ψυχική διάθεση.

Πρόκειται για αλκοολισμό με όλες τις ψυχικές και σωματικές συνέπειες που αυτός συνεπάγεται (όπ., σελ. 65).

Δ' - ΤΥΠΟΣ : Η αδυναμία αποχής από το αλκοόλ, σ' αυτό τον τύπο, είναι μακροχρόνια και έκδηλη. Κατά τον Jellinek (1960), όπως το αναφέρει ο Παπαγεωργίου (1990), παρουσιάζεται μια ιδιαιτερότητα εδώ : το άτομο δεν διαθέτει τον έλεγχο και δεν μπορεί να διακόψει την καθημερινή χρήση που κάνει. Αυτό, δεν αφορά την απώλεια ελέγχου επί της ποσότητας - καθώς η ποσότητα που καταναλώνει μοιράζεται καθ' όλη τη διάρκεια της ημέρας - αλλά έχει να κάνει με την συχνότητα χρήσης επί καθημερινής βάσης (σελ. 65).

Σπάνια οι χρήστες αυτού του τύπου περιέρχονται σε κατάσταση μέθης και καταφέρουν να εκπληρώνουν τις διάφορες υποχρεώσεις τους αμείωτα επί δεκαετίες, χωρίς να βάλουν σε υποψίες τους γύρω τους. Ωστόσο όμως σε περιόδους αποχής παρουσιάζονται συμπτώματα στέρησης και η μακροχρόνια κατανάλωση επιφέρει όχι μόνο οργανικά προβλήματα, αλλά και μια γενικότερη αποδιοργάνωση της προσωπικότητας (Παπαγεωργίου Ε., 1990, σελ. 66).

Ένα άλλο χαρακτηριστικό του δ' τύπου, είναι ότι διακρίνει επαγγέλματα που ασχολούνται με την παραγωγή ή και προσφορά αλκοόλ (καλλιεργητές, παραγωγούς, barmen) (όπ., σελ. 65-66).

Ε' - ΤΥΠΟΣ Η «ΔΙΨΟΜΑΝΙΑ» : Ο πότης σ' αυτό τον τύπο, πίνει λίγο ή απέχει από το οινόπνευμα (Μαρσέλος Μ., 1986, σελ. 123). Όμως, σε περιόδους κρίσης, καταφεύγει στο αλκοόλ, το οποίο καταναλώνει ορισμένες μέρες και σε τέτοιες ποσότητες που να φτάνει στην δηλητηρίαση. Λόγω της μανίας που τον κυριεύει, είναι διατεθειμένος να πιει οτιδήποτε περιέχει οινόπνευμα, κολόνιες ή και καθαρό, άσπρο οινόπνευμα. Βέβαια στο τύπο αυτό

υπάρχει πάντοτε η πιθανότητα εξάρτησης από το αλκοόλ (Παπαγεωργίου Ε., 1990, σελ. 66).

Καθαρά αλκοολικοί θεωρούνται οι τύποι γ' και δ', ενώ ο αλκοολικός τύπος α' εκλαμβάνεται ως προάγγελος του γ' και ο β' ως πρόδρομος του τύπου δ' (όπ., σελ. 63). Παράλληλα οι νεαροί αλκοολικοί ανήκουν στον γ' τύπο, ενώ οι ανήλικες αναφέρονται στον δ' τύπο (Παπαγεωργίου Ε., 1989, σελ. 58-60).

Τέλος, ο Μ. Μαδιανός (1989), διακρίνει τέσσερους τύπους χρηστών αλκοόλ. Ειδικότερα αναφέρονται :

- ο κοινωνικός τύπος,
- ο επεισοδιακά υπερβολικός πότης,
- ο προοδευτικά υπερβολικός πότης και
- ο χρόνιος αλκοολικός (σελ. 317).

Η τυπολογία των αλκοολικών είναι ιδιαίτερα σημαντική, για την προσέγγιση του φαινομένου του αλκοολισμού, του οποίου κύριο χαρακτηριστικό αποτελεί η πολυδιάστατη φύση του (Ποταμιάνος Γ., 1991, σελ. 43).

Η μελέτη και η εξέταση του αλκοολισμού απασχόλησε τους επιστήμονες όλων των ειδικοτήτων (κοινωνιολόγους, γιατρούς, κλινικούς ψυχολόγους, κ.α.), οι οποίοι διατύπωσαν θεωρίες και πραγματοποίησαν σχετικές έρευνες, προκειμένου να ερμηνεύσουν ουσιαστικότερα τον αλκοολισμό, ως φαινόμενο (όπ., σελ. 17).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ

### ΘΕΩΡΙΕΣ ΠΕΡΙ ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΥ ΚΑΙ ΕΞΑΡΤΗΜΕΝΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ

Για να κατανοηθεί το φαινόμενο του αλκοολισμού πρέπει να συνεκτιμηθούν οι απόψεις, θεωρίες των ειδικών και τα πορίσματα των ερευνών τους. Ειδικότερα αναφέρονται :

#### Α. ΦΑΙΝΟΜΕΝΟΛΟΓΙΚΕΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ ΤΟΥ ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΥ

##### 1. Ο Horton και η θεωρία του άγχους

Ο Horton, κατά τον Παπαγεωργίου (1990), προσπάθησε να βρει μια εξήγηση για την «ανάγκη κατάχρησης» οινόπνευματων ποτών σε διάφορους πολιτισμούς. Κατάληξε στο συμπέρασμα, ότι κοινό χαρακτηριστικό της συμπεριφοράς αυτής ήταν η προσπάθεια για μείωση του συναισθήματος του άγχους. Το άγχος αυτό είναι, κατά τον Horton, αποτέλεσμα του τρόπου ζωής μέσα σε ένα δεδομένο κοινωνικοοικονομικό σύστημα, που συντελεί στη δημιουργία του άγχους αυτού. Στην έρευνά του μέτρησε ο Horton μόνο τις παραμέτρους «κοινωνικο-οικονομικό σύστημα» και «αλκοολική συμπεριφορά». Ασθενές σημείο της έρευνας, είναι κατά πρώτον η απευθείας μεταφορά της κοινωνικοοικονομικής κατάστασης στο ατομικό επίπεδο και κατά δεύτερον το γεγονός, ότι υπάρχουν και άλλοι τρόποι ξεπεράσματος αυτού του συναισθήματος εκτός από την κατάχρηση οινόπνευματων ποτών. Το κενό συμπληρώθηκε φυσικά με διάφορες ψυχολογικές εξηγήσεις που όμως φαίνονται να έχουν αυθαίρετο χαρακτήρα.



Παρ' όλα αυτά, η παρατήρηση της ανάγκης για μείωση του άγχους - του οφειλόμενου σε παθολογικές - κοινωνικές δομές - αποτελεί ένα αρκετά ενδιαφέρον κοινωνιολογικό στοιχείο (σελ. 51).

## **2. Ο Field και η υπόθεση της κοινωνικής οργάνωσης**

Ο Field (1962), κατά τον Παπαγεωργίου (1990), δημιούργησε την «τροπολογία» της θεωρίας του Horton, κατά την οποία η ανάγκη για κατάχρηση οινόπνευματων ποτών εμφανίζεται κυρίως σε πολιτισμούς με ασθενική πολιτική οργάνωση, με έλλειψη ιεραρχίας και γενικότερα χαλαρής κοινωνικής δομής. Υπέθεσε ότι σε σταθερά δομημένες κοινωνίες η δυνατότητα ελέγχου πάνω στην ιδιαίτερη αλκοολική συμπεριφορά είναι μεγαλύτερη από ότι σ' εκείνες, που στερούνται αυτής της δομής. Εξάλλου υπέθεσε ότι καλά οργανωμένες κοινωνίες έχουν μεγαλύτερη δυνατότητα για μια «εκπαιδευτική κοινωνικοποίηση» του ατόμου μέσα στα κοινωνικά τους πλαίσια. Η θεώρηση αυτή πλησιάζει οπωσδήποτε περισσότερο την πραγματικότητα των δυτικών κοινωνιών. Το πρόβλημα της θεώρησης αυτής όμως παρουσιάζεται με το ερώτημα του είδους της οργάνωσης μιας κοινωνίας, για την οποία οπωσδήποτε δεν επαρκούν μόνο τα τυχόν νομοθετικά πλαίσια κλπ, αλλά η όλη ιστορική οργανωτική ανάπτυξη της κοινωνίας αυτής με τα «πατροπαράδοτα» ήθη και έθιμά της (σελ. 52).

## **3. Η υπόθεση της αδυναμίας**

Η υπόθεση της αδυναμίας (Boyatzis 1976) που συνδέεται με εκείνη του Horton και Field, θεωρεί ότι η κατάχρηση αλκοόλ γίνεται κυρίως σε κοινωνίες όπου υπάρχει μεγάλη κοινωνικοοικονομική αβεβαιότητα. Η διαφορά με τις υποθέσεις

των Horton και Field, είναι ότι εδώ θεωρείται, πως η κατανάλωση του οινοπνεύματος γίνεται όχι τόσο για περιορισμό του αισθήματος του άγχους, όσο για προσπάθεια απόκτησης ενός αισθήματος σιγουριάς και δύναμης και ξεπεράσματος του αισθήματος αδυναμίας και αβεβαιότητας - αποτέλεσμα της γενικότερης κοινωνικοοικονομικής αστάθειας. Σε τέτοιου είδους λιγότερο διαφοροποιημένες κοινωνίες - ή κοινωνικές τάξεις - παρουσιάζεται μια ανασφάλεια όσο αφορά στην ατομική κοινωνική τοποθέτηση, που ξεπερνιέται με τη «δύναμη», που αντλεί ο αλκοολικός από την κατάχρηση οινοπνεύματος. Χαρακτηριστικό τέτοιου είδους κατάχρησης οινοπνεύματος, είναι η συνοδεία της κατάχρησης από επιθετικές τάσεις των μελών της κοινωνίας αυτής (Παπαγεωργίου, 1990, σελ. 53).

#### 4. Η ΣΥΜΒΟΛΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΩΝ ΟΙΝΟΠΝΕΥΜΑΤΩΔΩΝ ΠΟΤΩΝ

Η συμβολική λειτουργία κατά τον Klausner των οινοπνευματωδών ποτών μέσα στα πλαίσια μιας δεδομένης κοινωνίας, αποτελεί ακόμα ένα κοινό χαρακτηριστικό, που οδήγησε σε διάφορες υποθέσεις σχετικά με τη χρήση οινοπνεύματος στις κοινωνίες αυτές. Το ερώτημα είναι, αν και κατά πόσο το τελετουργικό της χρήσης των οινοπνευματωδών ποτών συνεισφέρει ακόμα στην παραγωγή ενός αισθήματος αλληλεγγύης - όπως συμβαίνει με διάφορους πρωτόγονους λαούς - ή έχει αντικατασταθεί στις μέρες μας από άλλες εκφράσεις της καθημερινής ζωής (Παπαγεωργίου Ε., 1990, σελ. 52).

Χωρίς αμφιβολία όμως μπορεί να μεταφερθεί η παρατήρηση αυτή στη χρήση οινοπνευματωδών ποτών μεταξύ των μελών

διαφόρων κοινωνικών, επαγγελματικών ομάδων ή υποομάδων όπου η κατανάλωση, όπως αναφέρθηκε παραπάνω, θεωρείται απόδειξη ενότητας, αποδοχής και συντροφικότητας (Λιαπιάς Γ., 1992, σελ. 60).

## **5. Η υπόθεση του προβλήματος εξάρτησης**

Σύμφωνα με την υπόθεση αυτή (Bacon 1965 - 1976, Barry 1976), θεωρείται ότι η κατάχρηση οινόπνευματών ποτών οφείλεται σε ένα λανθασμένο σύστημα διαπαιδαγώγησης του παιδιού στα χρόνια της ανάπτυξης του χαρακτήρα του. Θεωρείται ότι η υπερβολική προστασία (=εξάρτηση) από τη μια μεριά και η τέλεια εγκατάλειψη (=ανεξαρτησία) από την άλλη, ήταν τα κύρια χαρακτηριστικά διαπαιδαγώγησης του μελλοντικού αλκοολικού. Η «ακραία» αυτή συμπεριφορά τραυματίζει το παιδί, που όταν ενηλικιωθεί, αναζητά την κατάσταση προστασίας (=εξάρτησης) στις δύσκολες περιόδους της ζωής του. Μη έχοντας όμως πλέον άλλο σύστημα εξάρτησης καταφεύγει στο οινόπνευμα (Παπαγεωργίου Ε., 1990, σελ. 53).

Συνεχίζοντας ο Παπαγεωργίου (1990), συμπεραίνει ότι τέτοιου είδους κοινωνικο-πολιτικές υποθέσεις, παρ' όλη τη σπουδαιότητά τους για την κοινωνική έρευνα, πολύ λίγο βοηθούν στην πρακτική αντιμετώπιση και θεραπεία του εξαρτημένου ατόμου. Αποκτούν όμως ιδιαίτερη σημασία όταν ενταχθούν στο σύστημα πρόληψης - όσο αυτό είναι δυνατό να πραγματοποιηθεί - εμφάνισης κοινωνικών φαινομένων που θα ευνοούσαν μια τέτοια κοινωνική ανάπτυξη σε μια κοινωνία δηλαδή, εξαρτημένων ατόμων (σελ. 54).

## Β. ΤΟ ΠΡΟΤΥΠΟ ΤΟΥ ZUCKER ΓΙΑ ΤΟ ΠΟΤΟ ΤΩΝ ΝΕΩΝ

Η άποψη του Zucker, όπως αναφέρει ο Υφαντής (1991), είναι ότι μέχρι την ενηλικίωση, και σχετικά με τους νέους που καταναλώνουν μεγάλες ποσότητες αλκοόλ, υπάρχουν τέσσερις συνιστώσες που επιδρούν στην «διαδικασία της πόσης», η καθεμία σε διαφορετικές φάσεις της ανάπτυξης του ατόμου : η οικογένεια, οι φίλοι, οι κοινωνικοπολιτιστικοί παράγοντες και οι επιρροές που έχουν σχέση με την προσωπικότητα του ατόμου. Μέχρι τα έξι έτη όλοι οι υπόλοιποι παράγοντες έχουν σημαντικότερη θέση εκτός από τους φίλους. Από τα 6 έως τα 18, αρχίζει μια αντίστροφη πορεία, στην οποία οι φίλοι πλέον βαρύνουν περισσότερο για το άτομο από ότι οι άλλες τρεις συνιστώσες και με την ενηλικίωση, η θέση της οικογένειας που επηρέαζε όλο και λιγότερο, μειώνεται πλέον αισθητά (σελ. 345).

## Γ. Η θεωρία της Αυτο-υποτίμησης του CAPLAN

Η θεωρία του Caplan, στηρίζεται στα «απαιτούμενα κίνητρα αυτοεκτίμησης». Όταν ένα μέρος της εικόνας (του εαυτού) ενός ατόμου έχει καταστραφεί από διάφορα γεγονότα, στη σκέψη των άλλων και, κυρίως, της παρέας, τότε το άτομο εμπλέκεται σε μια σειρά από αποκλίνουσες δραστηριότητες για να αποκαταστήσει αυτή την εικόνα. Η σχέση μεταξύ αυτοεκτίμησης και αποκλίνουσας συμπεριφοράς στο άτομο, θεωρείται ότι επιτυγχάνεται με τέσσερις τρόπους :

- α) την υποκειμενική σύνδεση των αρνητικών στάσεων απέναντι στον εαυτό του, από τις εμπειρίες της παρέας,
- β) την ανάπτυξη αντισυμβατικών στάσεων,
- γ) την αδυναμία διατήρησης θετικής αυτοεκτίμησης μέσα στα πλαίσια της συμβατικής συμπεριφοράς και

δ) την προβολή της επιλογής της «απόκλισης» στο «φυσιολογικό δείγμα» (ή αλλιώς «το κάνουν και άλλοι»).

Ο Carlan κατέληξε σε αυτό το συμπέρασμα, μετά από επαναληπτικές μελέτες σε μεγάλο αριθμό μαθητών. Εκεί φάνηκε ότι οι μαθητές που διέθεταν υψηλή αυτοεκτίμηση, θα κατέφευγαν στο αλκοόλ μόνο όταν είχαν υποτιμητικές εμπειρίες στο σχολείο, οπότε και ακολουθούν αντισυμβατική συμπεριφορά. Αποδείχθηκε ακόμη, ότι αυτή την επιλογή ηθικής ανάτασης, διαλέγουν στην πλειοψηφία παιδιά από μεσαία παρά από χαμηλά κοινωνικά στρώματα (Υφαντής Θ., 1991, σελ. 348).

#### **Δ. Η ΘΕΩΡΙΑ της ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ μαθησης - ΤΟ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ**

Η προσέγγιση αυτή, έχει τις ρίζες της στις θεωρίες της μάθησης και συνδέεται ιστορικά με την ανάπτυξη της θεωρίας της «κλασικής εξάρτησης» του Pavlov. Ο Watson (1919), υποστηρικτής της θεωρίας αυτής αναφέρεται ως, πρωτεργάτης της «θεραπείας της συμπεριφοράς». Συνοπτικά η βασική θέση των παραπάνω είναι, ότι η ανθρώπινη συμπεριφορά είναι αποτέλεσμα μιας σειράς από φυσιολογικές αντιδράσεις του ατόμου, σε εξαρτημένα και ανεξάρτητα ερωτήματα. Οι κατάλληλοι χειρισμοί των ερεθισμάτων αυτών μπορούν να οδηγήσουν στην αλλαγή μιας δεδομένης συμπεριφοράς (Ποταμιάνος Γ., 1991, σελ. 45). Η υπερβολική χρήση του αλκοόλ είναι μία αντίδραση, που έχει μάθει το άτομο, είτε για την εμφάνιση ενός ευχάριστου ερεθίσματος είτε για την αποφυγή ή απομάκρυνση ενός δυσάρεστου. Αυτό οδηγεί σε τακτική κατανάλωση αλκοόλ για την διατήρηση ή επανεμφάνιση του επιθυμητού αποτελέσματος (όπ., σελ. 46). Η

θεραπευτική προσέγγιση που προέκυψε από τις θεωρίες της μάθησης έχει χρησιμοποιηθεί και στην θεραπεία του αλκοολισμού.

Όπως παρατηρεί ο Hodgson (1977), σύμφωνα με τον Ποταμιάνο (1991, σελ. 47), μια συμπεριφορική προσέγγιση θα ήταν να μάθει ο αλκοολικός εναλλακτικούς μηχανισμούς για την αποφυγή παραγόντων όπως το άγχος, κοινωνική πίεση, ματαιώση προσδοκιών που τον οδήγησαν στον εθισμό.

Οι απόψεις των θεωρητικών της κοινωνικής μάθησης συγκλίνουν στην αρχή ότι το φαινόμενο γενικά της ουσιοκατάχρησης είναι ένα μαθησιακό μοντέλο συμπεριφοράς. Ένας χρήστης, σωματικά εθισμένος, μαθαίνει να χρησιμοποιεί την ουσία στην προσπάθεια να αποφύγει το σύνδρομο στέρησής της και η ανακούφιση που επιφέρει χρήση της ουσίας γίνεται θετικός ενισχυτικός παράγοντας, ο οποίος διατηρεί την συμπεριφορά χρήσης (Λιάππας Γ., 1992, σελ. 25).

Οι Miller και Mastria, όπως αναφέρει ο Υφαντής (1991), παρουσίασαν το «ABC». Πρόκειται για ένα πρότυπο λειτουργικής / συμπεριφεριολογικής ανάλυσης σχετικά με την κατανάλωση αλκοόλ των εφήβων, που σημαίνει :

Προηγούμενα → Ποτό → Επακόλουθα

(Antecedents → Drinking Behaviour → Consequences)

Οι Miller και Mastria πιστεύουν ότι η ποιότητα, η ποσότητα, η συχνότητα και το στυλ, οι παράμετροι δηλαδή που σχετίζονται με την κατανάλωση αλκοόλ, κατανοούνται, αντιμετωπίζονται και καταπολεμούνται αποτελεσματικά, αν δοθεί περισσότερη προσοχή και ανάλυση στα γεγονότα που προηγούνται της πόσης (ερεθίσματα, πρότυπα, συγκεκριμένα περιστατικά) και στα γεγονότα που έπονται αυτής (φαρμακολογικά αποτελέσματα και κοινωνική ενίσχυση).

Ο Ackerman, όπως αναφέρεται στον Υφαντή (1991), παρουσίασε την θεωρία της «κοινωνικής μάθησης», ως ένα συνδυασμό συμπεριφериολογικής θεώρησης και κοινωνιολογικής προσέγγισης. Το να αποκτήσει και να διατηρήσει ένα άτομο συμπεριφορά σχετική με τη χρήση ουσιών, σχετίζεται και εξαρτάται από προηγούμενες ή τωρινές αμοιβές ή τιμωρίες και αυτές με τη σειρά τους, συνεπάγονται εναλλακτική συμπεριφορά (διαφορετική ενίσχυση). Ακόμα, οι άνθρωποι μαθαίνουν σημαντικούς ορισμούς μιας συμπεριφοράς ως καλής ή κακής, στη συναναστροφή - και επομένως και στην αλληλεπίδραση - με ομάδες ατόμων. Η συμπεριφορά μπορεί να ενισχυθεί απευθείας ή να αποτελέσει έναυσμα για άλλη συμπεριφορά. Οι ενισχύσεις μπορεί να έχουν κοινωνικό ή μη χαρακτήρα (για παράδειγμα, τα άμεσα βιολογικά αποτελέσματα της χρήσης, η ευφορία, η χαλάρωση). Κυριότερος όμως παράγοντας είναι οι ομάδες, που ελέγχοντας τις «κύριες πηγές ενίσχυσης και τιμωρίας των ατόμων», επιδρούν με αυτόν τον τρόπο πάνω τους, και τα προσανατολίζουν έμμεσα στην επιλογή συμπεριφοράς (σελ. 348).

## **Ε. Η ΘΕΩΡΙΑ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΠΟΙΗΣΗΣ**

Το θεμελιώδες θεωρητικό ζήτημα στη διαδικασία κοινωνικοποίησης των εφήβων, είναι το μέγεθος της εξάρτησης των συμπεριφορών τους από τις επιρροές των φίλων και των ενηλίκων, ιδιαίτερα των γονέων. Βασική λοιπόν αρχή εδώ, είναι ότι η χρήση αλκοόλ είναι μια από τις πολλές μορφές συμπεριφοράς των εφήβων, που επέρχεται ως αποτέλεσμα ατομικών χαρακτηριστικών και αλληλεπίδρασής τους με διάφορες κοινωνικές ομάδες (Λιάππας Γ., 1992, σελ. 27).

Οι έφηβοι υιοθετούν και ενσωματώνουν συμπεριφορές, που επιδοκιμάζονται από σημαντικά πρόσωπα του περιβάλλοντός τους (Παρασκευόπουλος Ι., 1994, σελ. 174). Για παράδειγμα η χρήση αλκοόλ μπορεί να ξεκινήσει κατά τη διάρκεια μιας γιορτής με τους φίλους του, όπου θα του δοθεί η ευκαιρία να πιει. Μετά το πρώτο μεθύσι, η συνήθεια είναι εύκολο να κοπεί αμέσως ή σε σύντομο χρονικό διάστημα. Σε περίπτωση όμως που η συμπεριφορά αυτή ενισχυθεί από τους φίλους του είναι πολύ πιθανόν ο έφηβος, να οδηγηθεί στον εθισμό (Herbert M., 1999, σελ. 175).

Οι νέοι πάλι, διαπλάθουν την συμπεριφορά τους πάνω σε συμπεριφορές άλλων, είτε με την απλή παρατήρηση και αντιγραφή αυτού που είδαν, είτε με την προσαρμογή του προτύπου μίμησης, σε τρόπους ζωής περισσότερο αποδεκτούς για τα δικά τους νεανικά δεδομένα (Υφαντής Θ., 1991, σελ. 348).

Ο O'Connor, κατά τον Λιάππα Γ. (1992), υποστηρίζει ότι από τους διάφορες παράγοντες που συντελούν στην δημιουργία ενός μελλοντικού πότη δύο είναι οι πιο βασικοί : α) η διαμορφωμένη αντίληψή του για την στάση των γονέων απέναντι στο αλκοόλ και β) η πίεση που δέχεται από φίλους του, για συμμετοχή στην χρήση. Εκείνο που πρεσβεύει η θεωρία της κοινωνικοποίησης, είναι ότι η χρήση αλκοόλ που έχει τις ρίζες της στην νεαρή ηλικία, είναι αποτέλεσμα της προσωπικότητας και κυρίως του περιβάλλοντος (σελ. 27).

Το περιβάλλον θα βρει πρόσφορο έδαφος στην προσωπικότητα, αλλά κατά πόσο είναι σε θέση ένας έφηβος να επιλέξει μια άλλη συμπεριφορά εκτός από αυτή που βλέπει να υπάρχει γύρω του; Όταν όλοι πράττουν κατά ένα συγκεκριμένο τρόπο, δεν είναι εύκολο γι' αυτόν να επιλέξει κάποιο διαφορετικό. Θα κάνει αυτό που γνωρίζει και αυτό που έχει δει να συμβαίνει. Η



χρήση οινόπνευματώδων από τους νέους σχετίζεται θετικά και σημαντικά με τη χρήση, τη στάση και τη σχετική με το ποτό συμπεριφορά των γονέων τους. Αν οι γονείς είναι βαρείς πότες οινόπνευματώδων, κατά πάσα πιθανότητα, το ίδιο θα γίνουν και τα παιδιά τους (Υφαντής Θ., Κούτρας Β., Καφετζόπουλος Ε., Μαρσέλος Μ., 1990, σελ. 269).

Σύμφωνα με την έκθεση της ειδικής επιτροπής σε θέματα αλκοολισμού του Βασιλικού Κολεγίου των Ψυχιάτρων της Μ. Βρετανίας (1979), αναφέρεται ότι δεν είναι επιζήμιο να διατυπώνονται περισσότερες από μία θεωρίες που να ερμηνεύουν το σύνθετο αυτό φαινόμενο, καθώς η ύπαρξη ενός μόνου δογματικού και στατικού τρόπου σκέψης, σχετικά με την κατανάλωση ή κατάχρηση της αλκοόλης δεν βοηθούν τον αλκοολικό, αλλά εμποδίζουν και την επιστήμη στην εξέλιξή της. Δεν είναι τυχαίο ότι οι σύγχρονες απόψεις για τον αλκοολισμό καταλήγουν στο συμπέρασμα, ότι η πληρέστερη ερμηνεία του σύνθετου αυτού φαινομένου απαιτεί και την εξέταση αιτιολογικών παραγόντων, όπως είναι οι κοινωνικοί, ψυχολογικοί, γενετικοί και άλλοι παράγοντες, που αναφέρονται αναλυτικότερα στο επόμενο κεφάλαιο (Ποταμιάνος Γ., 1991, σελ. 48).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ

### ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΥ

Το αιτιολογικό μοντέλο του αλκοολισμού είναι πολυπαραγοντικό και για την καλύτερη κατανόηση του φαινομένου πρέπει να ληφθούν υπόψη οι γενετικοί, βιολογικοί, ψυχολογικοί, κοινωνικοπολιτισμικοί και οικονομικοί παράγοντες, που το ερμηνεύουν. Ειδικότερα :

#### **Α. ΟΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ (ΑΛΚΟΟΛΙΚΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ)**

Συναισθηματικού τύπου προβλήματα που προέρχονται από την ιδιοσυστασία του ανθρώπου και κατ' επέκταση πιθανότατα συνδέονται με παράγοντες και επιδράσεις κατά την παιδική ηλικία φαίνεται ότι διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο, στη διαμόρφωση ενός μελλοντικού συνδρόμου ουσιοεξάρτησης. Στο παρελθόν έχουν πραγματοποιηθεί έρευνες με θέμα την εξαρτητική προσωπικότητα. Πολλοί συγγραφείς προσπάθησαν να συνδέσουν αιτιολογικά την ουσιοεξάρτηση, με ψυχολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες, που επηρέασαν την παιδική ηλικία και συντέλεσαν στην διαμόρφωση της προσωπικότητας. Υποστηρίζεται ότι στοιχεία χρηστών όπως η χαμηλή αυτοεκτίμηση, οι ψυχοπαθολογικές διαταραχές, η κακή σχολική επίδοση, η παρεκκλίνουσα συμπεριφορά φαίνεται, ότι παίζουν σημαντικό ρόλο στην ουσιοεξάρτηση (Λιάππας Γ., 1992, σελ. 27).

Ο Rosenberg, κατά τον Λιάππα (1992), σύγκρινε μια ομάδα νεαρών ατόμων που έκανε κατάχρηση οινοπνεύματος με μια ομάδα χρηστών ουσιών και διαπίστωσε ότι και οι δύο ομάδες ανέφεραν σε μεγάλο ποσοστό προνοσηρές διαταραχές της προσωπικότητας, σχετικές με αντικοινωνική συμπεριφορά στην παιδική ηλικία και διαταραγμένο κοινωνικό περιβάλλον. Η χρήση αλκοόλ έδωσε συσχετισμούς με τον παράγοντα «νευρωτισμό», την επίδειξη αρρενωπότητας και με συμπεριφορές κατάχρησης της ουσίας από τους γονείς (σελ. 28).

Οι Kessel και Walton (1979), κατά τον Ποταμιάνο (1991), αναφέρουν δύο κύριες διαστάσεις που μπορούν να χαρακτηρίσουν την προσωπικότητα του αλκοολικού :

α) άμεση ικανοποίηση αναγκών : Πολλοί γονείς είναι εκείνοι, που δεν μπορούν να αξιολογήσουν το πότε πρέπει να σταματήσει η γονική παροχή και πότε να ξεκινήσει η ανάληψη υπευθυνότητας από τα ίδια τα παιδιά για την ζωή τους. Τα παιδιά αυτά οδηγούνται στην εξάρτηση από τους γονείς, στην άμεση ικανοποίηση αναγκών, στην έλλειψη αυτοπεποίθησης και πρωτοβουλιών κατά την ενήλικη ζωή. Έτσι αντιμετωπίζουν ιδιαίτερες δυσκολίες όταν πρέπει να αναλάβουν ευθύνες, πρωτοβουλίες, όταν γίνουν αντικείμενα κριτικής από άλλους ή όταν κάποιες από τις προσδοκίες τους ματαιώνονται. Τα παραπάνω και ιδιαίτερα η τάση για άμεση ικανοποίηση αναγκών, μπορούν να οδηγήσουν τους χαρακτήρες αυτούς στον αλκοολισμό για δύο λόγους. Πρώτον γιατί το αλκοόλ μπορεί να γίνει διέξοδο στην προσωπική δυσφορία που αισθάνονται, όταν οι προσδοκίες και οι ανάγκες τους δεν ικανοποιούνται αμέσως και δεύτερον γιατί το αλκοόλ αποτελεί μία εύκολη, φτηνή και «νόμιμη» λύση για την άμεση επίλυση της δυσφορίας που αισθάνονται (σελ. 39).

β) καθήλωση και εξάρτηση : Κάποια άτομα προβάλλουν, συμπεριφορά που δεν θα μπορούσε να χαρακτηριστεί ενήλικη στα πλαίσια μιας δεδομένης κουλτούρας. Αυτή η «ανωριμότητα» φαίνεται να είναι αποτέλεσμα καθήλωσης στο στοματικό στάδιο της ψυχολογικής ανάπτυξης του ατόμου, ενώ δυναμικά φαίνεται να συμβάλει σ' αυτή και μια αφύσικη προσκόλληση στους γονείς και ιδιαίτερα στην μητέρα. Τα άτομα αυτά είναι συνήθως εγωκεντρικά, «δύσκολα» στην ανάπτυξη διαπροσωπικών σχέσεων και νιώθουν τρομερές πιέσεις όταν καλούνται να αναλάβουν ρόλους ενηλίκου. Το αλκοόλ αποτελεί ανακούφιση, διέξοδο από τις πιέσεις και τις εσωτερικές αντιθέσεις που νιώθουν (Ποταμιάνος Γ., 1991, σελ. 38).

Οι άνθρωποι πιστεύουν, ότι υπάρχει «αλκοολική προσωπικότητα» που μπορεί να αναγνωρισθεί ξεκάθαρα. Η αναζήτηση όμως της προσωπικότητας αυτής είναι αδύνατη καθότι η δημιουργία του προβλήματος με το ποτό, είναι μια σύνθετη αλληλοπλοκή προσωπικότητας και περιβαλλοντικών παραγόντων. Θα ήταν λοιπόν κάτι παραπλήσιο με την αναζήτηση της αιτίας για την καρδιοπάθεια ή των βλαβών των αυτοκινήτων (Τζάφφη Τ., Πήτερσον Ρ., Χόντσον Ρ., 1986, σελ. 103).

Χαρακτηριστικό είναι και το σχόλιο του Taylor (1981), για την «αλκοολική προσωπικότητα», σύμφωνα με το οποίο, οι ειδικοί θεωρούν ότι ο καθένας μπορεί να γίνει αλκοολικός κάτω από συγκεκριμένες συνθήκες, σε αντίθεση με τις προσπάθειες των προηγούμενων χρόνων για τον εντοπισμό της αλκοολικής προσωπικότητας, του συνόλου δηλαδή των χαρακτηριστικών εκείνων που είχαν άμεση σχέση με την ανάπτυξη αλκοολισμού (Ποταμιάνος Γ., 1991, σελ. 54).

## **B. ΟΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ**

Αποτελεί κοινή διαπίστωση ότι το αλκοόλ παίζει σημαντικό ρόλο στην καθημερινή, κοινωνική επαφή. Οι κοινωνικές συναλλαγές, από την κάθε είδους εκδήλωση και γιορτή μέχρι και τις πλέον σοβαρές επαγγελματικές συσκέψεις περιλαμβάνουν την κατανάλωση αλκοόλ. Οι κοινωνικές πιέσεις που ασκούνται μέσω των κοινωνικών προβλημάτων όπως η ανεργία, παιδεία, οικονομία, το περιβάλλον, τα αδιέξοδα των νέων, καθώς και ο τρόπος με τον οποίο είναι οργανωμένη η κοινωνία, δημιουργούν πρόσφορο έδαφος για την κατανάλωση αλκοόλ. Γι' αυτό άλλωστε οι σύγχρονες απόψεις περί κατάχρησης του αλκοόλ χαρακτηρίζουν τον αλκοολισμό ως κοινωνική πληγή (Ποταμιάνος Γ., 1991, σελ. 54).

Η απόφαση που παίρνει κάποιος να πιει είναι το αποτέλεσμα μιας πολύπλοκης αλληλεπίδρασης μεταξύ του πότη και του κοινωνικού περιβάλλοντος. Πολλές έρευνες έχουν δείξει, ότι η ποσότητα του ποτιού επηρεάζεται από το φύλο, την εθνικότητα, το επάγγελμα, τη χώρα που ζει το άτομο (δηλ. την κοινωνική οργάνωση, τον πολιτισμό και τις περιβαλλοντικές συνθήκες, όπως το κλίμα) καθώς και από την τιμή και τη διαθεσιμότητα του ποτιού (Τζάφφη Τ., Πήτερσον Ρ., Χόντσον Ρ., 1986, σελ. 105).

### **1. Εθνικότητα – Θρήσκευμα**

Σύμφωνα με τον Λιάππα (1992), τα προβλήματα που παρουσιάζονται από την κατανάλωση των οινοπνευματωδών ποτών διαφέρουν από τη μια εθνοθρησκευτική ομάδα στην άλλη, καθώς υπάρχουν κοινωνίες που για θρησκευτικούς ή άλλους λόγους απαγορεύουν τη χρήση αλκοόλ. Είναι ευνόητο ότι σε

τέτοια πολιτισμικά πλαίσια δεν παρατηρείται το φαινόμενο του αλκοολισμού, ενώ σε κοινωνίες όπου το αλκοόλ είναι κοινωνικά αποδεκτό και διαθέσιμο παρατηρείται ευρεία χρήση του.

Για παράδειγμα οι Εβραίοι και οι Κινέζοι της Αμερικής παρουσιάζουν χαμηλό δείκτη κατανάλωσης οινοπνεύματος, σε αντίθεση με τους Ιρλανδούς μετανάστες. Ο Madden, κατά τον Λιάππα (1992), αποδίδει το φαινόμενο αυτό, στο γεγονός ότι η μέθη θεωρείται κοινωνικά απορριπτέα στην Εβραϊκή και στην Κινεζική κοινότητα σε αντίθεση με την Ιρλανδική. Η ίδια αντίθεση παρατηρείται ανάμεσα στους περισσότερους Καθολικούς ή Φιλελεύθερους Διαμαρτυρόμενους που πίνουν και εμφανίζουν - ένα μεγάλο ποσοστό απ' αυτούς - προβλήματα με το ποτό και στους συντηρητικούς Διαμαρτυρόμενους, που δεν καταναλώνουν καθόλου αλκοόλ (σελ. 31).

## **2. Φύλο**

Μολονότι ο αλκοολισμός είναι πιο συχνός στους άνδρες απ' ότι στις γυναίκες φαίνεται, ότι η συχνότητά του στο γυναικείο φύλο αυξάνεται τα τελευταία χρόνια. Αναφορικά με τους δημογραφικούς προγνωστικούς παράγοντες, φαίνεται πως τα αγόρια που κατοικούν σε μικρές πόλεις και τα κορίτσια που προέρχονται από το ανώτερο κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο, τείνουν περισσότερο από τον υπόλοιπο πληθυσμό να πίνουν πολύ (Μάνος Ν., 1988, σελ. 404).

### **3. Η χώρα που ζει το άτομο**

Ένας δυσανάλογα μεγάλος αριθμός ανθρώπων, που πίνουν πολύ ζουν στις οινοπαραγωγικές χώρες, πιθανά γιατί το ποτό είναι διαθέσιμο και αποτελεί μέρος της καθημερινής τους ζωής. Γενικά, η ανεκτική στάση απέναντι στο ποτό επηρεάζει τις συνθήκες των ατόμων και την κοινωνική - πολιτική τακτική των κυβερνήσεων. Όσο υπάρχει αλκοόλ σε μια δεδομένη κοινωνία θα υπάρχουν και αλκοολικοί (Τζάφφη Τ., Πήτερσον Ρ., Χόντσον Ρ., 1986, σελ. 105).

### **4. Το κοινωνικό περιβάλλον**

Πολλά άτομα και ιδιαίτερα οι νέοι τυγχάνουν να κάνουν χρήση αλκοόλ κάτω από κοινωνική πίεση. Η χρήση αλκοόλ σε πολλές περιπτώσεις αποτελεί βασική απαίτηση μιας κοινωνικής ομάδας, για την είσοδο ενός νέου μέλους στην ομάδα αυτή (Λιάππας Γ., 1992, σελ. 30), ενώ και ο παράλληλος φόβος απόρριψης για την μη συμμετοχή στα κοινά δημιουργεί και αυτός πίεση για την κατανάλωση αλκοόλ (Ποταμιάνος Γ., 1993, σελ. 55). Ο ίδιος συγγραφέας αναφέρει ότι μία νεαρή γυναίκα, που έκανε κατάχρηση αλκοόλ, ομολόγησε ότι πίεσε τον εαυτό της να μάθει να πίνει ουίσκι, παρόλο που η πόση του, της ήταν δυσάρεστη, για να μην απορριφθεί και θεωρηθεί απροσάρμοστη, όσον αφορά τους κανόνες που η ομάδα ακολουθούσε (όπ., σελ. 56).

## **5. Το επάγγελμα**

Όπως αναφέρει ο Ποταμιάνος (1991), κάποια επαγγέλματα, επηρεάζουν και ενισχύουν τη τάση και τη συνήθεια των ανθρώπων να πίνουν. Πολλές φορές η βραδινή (π.χ. καλλιτέχνες) ή η μονότονη εργασία (π.χ. ανειδίκευτοι εργάτες) ωθούν σε μεγαλύτερη κατανάλωση αλκοόλης για ευνόητους λόγους. Κατά τον ίδιο τρόπο η μακρόχρονη απουσία από την οικογένεια (π.χ. ναυτικοί) έχει θεωρηθεί και αυτή, ως παράγοντας αύξησης της χρήσης. Ενώ, επαγγελματίες που έχουν άμεση σχέση με την κατανάλωση αλκοολούχων ποτών (ιδιοκτήτης μπαρ, κάβας ή μπάρμαν) φαίνεται να έχουν αυξημένες πιθανότητες προσωπικής χρήσης αλκοόλ (σελ 56).

Δεν γίνεται απόλυτα κατανοητό, γιατί αυτές οι ομάδες ανθρώπων έχουν την τάση να πίνουν πολύ, αλλά έχει διαπιστωθεί πως σημαντικοί παράγοντες όπως η διαθεσιμότητα των οινοπνευματωδών ποτών, η κοινωνική πίεση να πιουν συμβάλουν ουσιαστικά στο φαινόμενο αυτό. Παρατηρείται επίσης το γεγονός ότι η επιλογή επαγγέλματος που συνδέεται με το ποτό, γίνεται κυρίως από ανθρώπους, οι οποίοι είναι ήδη πότες (Τζάφφη Τ., Πήτερσον Ρ., Χόντσον Ρ., 1986, σελ. 105).

## **6. Η επιρροή των μέσων μαζικής ενημέρωσης**

Τα Μ.Μ.Ε. και ιδιαίτερα η διαφήμιση, που στοχεύει στην ενημέρωση για την ύπαρξη ενός προϊόντος και στην παράλληλη αύξηση των πωλήσεων, φαίνεται να συμβάλει στην αύξηση του αλκοόλ ως εξής :



α) με την δημιουργία προτύπων τα οποία υιοθετούνται από τους νέους και

β) με την επιβεβαίωση υπάρχουσων συμπεριφορών, που διέπουν την νεανική κουλτούρα.

Αποτελεί κοινή διαπίστωση ότι οι διαφημίσεις των αλκοολούχων ποτών, προβάλλουν τον χρήστη, ως σεξουαλικά, επαγγελματικά και κοινωνικά επιτυχημένη προσωπικότητα (Ποταμιάνος Γ., 1991, σελ. 56).

### **7. Τιμή, νομιμότητα και κοινωνική αποδοχή**

Σε σύγκριση με τις παράνομες ουσίες εξάρτησης το αλκοόλ είναι σχετικά φτηνό, η χρήση του δεν διώκεται ποινικά και είναι κοινωνικά αποδεκτό. Και οι τρεις αυτές παράμετροι διατηρούν και συχνά αυξάνουν την κατανάλωση και κατάχρηση της ουσίας (Ποταμιάνος Γ., 1991, σελ. 55).

Πολλοί επιστήμονες θεωρούν ότι η αύξηση της φορολογίας στα οιοπνευματώδη θα μπορούσε να μειώσει την επέκταση του αλκοολισμού και των προβλημάτων που αυτό συνεπάγεται (Τζάφφη Γ., Πήτερσον Ρ., Χόντσον Ρ., 1986, σελ. 105).

### **8. Ο τρόπος ζωής και η ψυχαγωγία**

Ο τρόπος ζωής ενός ατόμου (το γνωστό life style) θεωρείται παράγοντας αύξησης της κατανάλωσης αλκοόλ. Ιδιαίτερα ευάλωτα φαίνεται ότι είναι άτομα που ζουν και εργάζονται κάτω από συνθήκες πίεσης, π.χ. στελέχη επιχειρήσεων, δημοσιογράφοι, δικηγόροι κλπ. Όσον αφορά την ψυχαγωγία, η συνηθισμένη πλέον

έκφραση .... «Να βρεθούμε το βράδυ για ένα ποτό» .... τα λει  
όλα!!!! (Ποταμιάνος Γ., 1991, σελ. 56).

Η Ελλάδα περνάει σήμερα μία εποχή αλλαγής σχετικά με τις  
μέχρι τώρα πατροπαράδοτες συνήθειές της. Η αύξηση της  
επικοινωνίας με το «δυτικό» τρόπο ζωής, η εισαγωγή ξένων ηθών  
και εθίμων στην ελληνική παράδοση, ο μιμητισμός συνηθειών  
άλλων λαών, η τοπική εμπορευματοποίηση των αλκοολούχων  
ποτών η οποία συνοδεύεται από την κατάλληλη διαφήμιση,  
συμβάλλει ουσιαστικά στην αύξηση κατανάλωσης της αλκοόλης.  
Παράλληλα, η αύξηση του πληθυσμού των πόλεων, η έλλειψη  
κοινωνικών δεσμών και το χαλάρωμα των οικογενειακών αρχών  
και σχέσεων αποτελούν στοιχεία που συμβάλλουν στην αλλαγή  
αυτή. Η επιθυμία για διαπροσωπικές σχέσεις, με κάποια  
συναισθηματική αξία, η προσπάθεια για αποδοχή και ουσιαστική  
επικοινωνία, θα πρέπει να ληφθούν σοβαρά υπόψη σαν κίνητρα  
για τη χρήση οινοπνεύματος. Βαθύτερα επίσης αίτια θεωρούνται η  
μανία του ατομικού ευδαιμονισμού, η καθολικά  
αποπνευματωμένη ζωή, η μανιοκαταθλιπτική κατανάλωση  
υλικών αγαθών, δηλαδή η απεξάρτηση από το πνεύμα και η  
εκμηδένιση της ψυχής, η λαγνεία του ατομισμού και γενικά η  
παθογένεια της κοινωνίας μας (Αναστασιάδης Β. Κ., 1993, σελ.  
195).

Πολλοί είναι αυτοί που με την κατανάλωση ακριβών ποτών  
προσπαθούν να επιδείξουν τη νέα τους «κουλτούρα» καθώς και  
την ανθηρή οικονομική τους κατάσταση. Ο συμβολισμός  
διαφόρων καταστάσεων γίνεται με τη χρήση διαφόρων ποτών  
ευκολότερος. Μια σαμπάνια για το ευχάριστο γεγονός, ένα  
κοκτέιλ για τη συνάντηση κυριών. Σε πολλές οικογένειες  
συμβολίζει ένα κοκτέιλ το πέρασμα από την ώρα της δουλείας

στον ελεύθερο χρόνο του απογεύματος (Λιάππας Γ., 1992, σελ. 30).

Σύμφωνα με τον Anderson P., Wallace P., Jones H, (1998, σελ. 11) παρουσιάζονται οι παρακάτω πιο συνήθεις λόγοι για τους οποίους, κάποιος κάνει χρήση αλκοόλ :

- «Για να αισθανθώ πιο άνετα στην παρέα.
- Γιατί ταιριάζει με τα γεύματα.
- Για να με κάνει να αισθανθώ πιο χαλαρωμένος.
- Για να με αναζωογονήσει όταν νιώθω κουρασμένος.
- Για να με βοηθήσει να πάω για ύπνο.
- Για να ανακουφίσω μια αγχώδη κατάσταση.
- Γιατί μου προσφέρθηκε ένα ποτό.
- Γιατί μου αρέσει η γεύση.
- Για να με βοηθήσει όταν πλήττω.
- Για να ξεδιψάσω.
- Για να ξεχάσω προσωπικά προβλήματα.
- Για να γελάσω.
- Για να αισθανθώ καλά.
- Για να μεθύσω.
- Γιατί είναι συνήθεια.
- Για κανένα λόγο.
- Για να περιορίσω φόβους για τυχόν αισθήματα ανεπάρκειας.
- Για να προστατευθώ ενάντια στην κατάθλιψη.
- Για να ανακουφίσω διαμάχη εξάρτησης.
- Για να εκφράσω αντίθεση - επανάσταση ενάντια σε γονείς ή άλλες αρχές εξουσίας.
- Για να ανακουφίσω την ένταση μιας δυστυχισμένης οικογενειακής ζωής.

- Για να επιτύχω ίση θέση.
- Για να ανακουφίσω άγχος στην εργασία μου.
- Για να ενδυναμώσω φαντασιώσεις προσωπικής δύναμης.
- Σαν αυτο-επιβράβευση.
- Σαν ναρκωτικό – καταπραϋντικό.
- Για να ανακουφίσω προβλήματα στο θέμα του sex.
- Για να ανακουφιστώ από το μεθύσι.»

Όπως φαίνεται από τα παραπάνω υπάρχουν πολλοί παράγοντες που οδηγούν τους ανθρώπους στο ποτό. Ο χρήστης μπορεί να είναι κουρασμένος, ταραγμένος, να έχει κατάθλιψη ή ανησυχία. Μπορεί να νιώθει μοναξιά ή να είναι δυστυχημένος, να αισθάνεται ότι δεν τον αγαπούν, δεν τον καταλαβαίνουν, αλλά ότι τον απορρίπτουν ή τον εκμεταλλεύονται. Ίσως να πίνει για να πάρει κουράγιο ή την αυτοπεποίθηση που του χρειάζεται, ώστε να λάβει μια απόφαση, να κάνει μια ομιλία, ή να αντιμετωπίσει ένα πρόβλημα. Μπορεί πάλι κάποιος να καταναλώνει αλκοόλ, επειδή αισθάνεται ότι δεν είναι δημοφιλής στους κύκλους του και να θεωρεί πως ένα ποτό μπορεί να τον κάνει να νιώσει αποδεκτός. Η χρήση επίσης, μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι θέλει να τονώσει τον εαυτό του, να ηρεμήσει, να κοιμηθεί ή να μαλακώσει τις επικρίσεις, τις τυχόν αποτυχίες ή την ανία, που αισθάνεται.

Για όλους τους παραπάνω λόγους, φαίνεται ότι το αλκοόλ παύει σταδιακά να αποτελεί μέσο κοινωνικοποίησης και διασκέδασης, όπως αναφέρει ο κ. Μαδιανός (ψυχίατρος), και γίνεται για πολλούς φάρμακο ισότιμο με τα αγχολυτικά. Δεν είναι λίγοι αυτοί, που πίνουν για να ξεχάσουν ή να φτιάξουν την διάθεσή τους ή όπως συμβαίνει για πολλούς νέους, ως μόδα. Όλο και περισσότερο οι άνθρωποι παύουν να χαίρονται μέσω του

αλκοόλ, να διασκεδάζουν και να κοινωνικοποιούνται, μέσα στα πλαίσια της κοινότητας, όπως συνέβαινε στις προηγούμενες δεκαετίες (Ζαμπέλης Γ., 1988, σελ. 248).

## **Γ. ΟΙ ΒΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΚΑΙ ΟΙ ΓΕΝΕΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ**

Στα μέσα της δεκαετίας του '40 κάποιοι επιστήμονες προώθησαν τη θεωρία κατά την οποία οι αλκοολικοί, παρουσιάζουν έναν αλλεργικό παράγοντα στην βιολογική τους σύνθεση, που θεωρείται υπεύθυνος για την εξάρτησή τους. Βέβαια η θεωρία αυτή γρήγορα καταρρίφθηκε λόγω έλλειψης στοιχείων (Ποταμιάνος Γ., 1991, σελ. 58).

Πολλοί, ιδιαίτερα Αμερικανοί συγγραφείς, υποστηρίζουν πως οι ενδοκρινείς αδένες, και ιδιαίτερα η υπολειτουργία του φλοιού των επινεφριδίων, παίζουν κάποιο ρόλο στην δημιουργία του αλκοολισμού. Μερικοί πάλι ενοχοποιούν τις αλλοιώσεις των υποθαλαμικών κέντρων για το φαινόμενο του αλκοολισμού και άλλοι θεωρούν, πως οι αλλοιώσεις αυτές προκαλούν το αποτέλεσμα δηλητηριάσεως από την αλκοόλη. Τέλος κάποιες βιολογικές θεωρίες αναφέρουν ότι ο αλκοολικός πίνει, για να καλύψει μια υπογλυκαιμική κατάσταση που προϋπάρχει. Οποσδήποτε καμιά σαφής μαρτυρία δεν υπάρχει που να συνηγορεί υπέρ της εμφύτου ή επίκτητου βιομηχανικής διαταραχής (Μπούκης Δ., 1986, σελ. 71).

Πρόσφατα έχουν προκύψει σοβαρές ενδείξεις ότι η «επιρρέπεια» για αλκοολισμό έχει κάποιο κληρονομικό χαρακτήρα. Αυτό θεωρείται πολύ σημαντικό αφού η ύπαρξη ενός αλκοολικού στην οικογένεια, τοποθετεί τους απογόνους σε ομάδα αυξημένου κινδύνου για ανάπτυξη αλκοολισμού (Τριχοπούλου Α.,

Τριχόπουλος Δ., 1986, σελ. 147). Έχει υπολογιστεί ότι το 25% με 50% των αλκοολικών, είχαν ένα γονιό ή ένα στενό συγγενή αλκοολικό και ότι τα παιδιά των αλκοολικών γονέων έχουν την διπλάσια πιθανότητα, να γίνουν τα ίδια αλκοολικά από εκείνα που δεν είναι παιδιά αλκοολικών. Η εικόνα αυτή είναι ιδιαίτερα απειλητική, ιδίως στην Αμερική όπου υπάρχουν περισσότερα από 28.000.000 παιδιά αλκοολικών γονέων (Τζάφφη Τ., Πήτερσον Ρ., Χόντσον Ρ., 1986, σελ. 105).

Το ενδιαφέρον για τις έρευνες σχετικά με τον ρόλο της κληρονομικότητας στον αλκοολισμό, αυξάνεται συνεχώς τα τελευταία χρόνια. Τα επιστημονικά δεδομένα προέρχονται από πειράματα σε ζώα, έρευνες στην οικογένεια, μελέτες διδύμων και υιοθετημένων παιδιών, παρατηρήσεις πάνω σε γενετικά, κληρονομούμενα σωματικά χαρακτηριστικά, όπως αχρωματοψία, ομάδες αίματος και μελέτες νευροφυσιολογικών παραμέτρων (Λιάππας Α., 1992, σελ. 25).

Ο Goodwin (1973) έδειξε ότι το ποσοστό αλκοολισμού είναι μεγαλύτερο σε υιοθετημένα παιδιά, που ο βιολογικός πατέρας ήταν αλκοολικός, σε σύγκριση με υιοθετημένα παιδιά, που ο πατέρας δεν ήταν αλκοολικός (Ποταμιάνος Γ., 1991, σελ. 59).

Γενετικές πάλι μελέτες, που έγιναν με δίδυμα αδέρφια., έδειξαν ότι σε δίδυμα μονοωϊκά ο αλκοολισμός εμφανίζεται σε υψηλότερη συχνότητα παρά σε δυωγενή. (Μπούκης Δ., 1986, σελ. 72).

## Δ. Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΣΤΟΝ ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟ

Η οικογένεια, αποτελεί τον πρώτο και καθοριστικό φορέα κοινωνικοποίησης. Από τη στιγμή που οι άνθρωποι οργανώθηκαν σε κοινότητες, η κοινωνικοποίησή τους θεωρείται «πρωταρχικό δεδομένο» (Υφαντής Θ., Κούτρας Β., Καφετζόπουλος Ε., Μαρσέλος Μ., 1990, σελ. 267).

Η οικογένεια οφείλει να καλύψει επιτακτικές ανάγκες όπως είναι εκείνες της διατήρησης και της αριθμητικής ενδυνάμωσης της κοινότητας, της ικανοποίησης της ανάγκης των ατόμων να αισθάνονται ασφαλή και να απολαμβάνουν της στοργής των άλλων και τέλος της ομαλής ένταξης των μελών της ώστε και να προσφέρουν στο κοινωνικό σύνολο και να μην περιθωριοποιούνται (Μουσούρου Α., 1996, σελ. 21-23). Δια μέσου αυτής της διαδικασίας, ο άνθρωπος μαθαίνει κοινωνικά αποδεκτούς ρόλους και μοιράζεται τις αξίες, τις προσδοκίες και τους τρόπους συμπεριφοράς που υπαγορεύονται από το άμεσο πολιτιστικό περιβάλλον (όπ., σελ. 21).

Για να μπορέσει η οικογένεια να πείσει και να μεταδώσει στα παιδιά τους κανόνες αυτούς, πρέπει πρώτα η ίδια να τους έχει αποδειχθεί, να πιστεύει στις αξίες τις οποίες κηρύττει και να τις εφαρμόζει στην πράξη, να αποτελεί γενικά, ένα υγιές πρότυπο. Είναι αναμενόμενο ότι τα νεαρά άτομα που μεγαλώνουν σε περιβάλλον με αποκλίνουσα και ασταθή συμπεριφορά, να διαχωρίσουν τη θέση τους, να έρθουν σε ρήξη με τα άλλα μέλη της οικογένειας και να αναζητήσουν σε άλλους χώρους, τα υγιή γι' αυτούς πρότυπα. Ο ρόλος της οικογένειας φαίνεται να είναι σημαντικός στο πεδίο της εξάρτησης από αλκοόλ. Έτσι η

δυσλειτουργία μέσα στην οικογένεια και η λανθασμένη διαπαιδαγώγηση συνδέονται άμεσα με την ανάπτυξη αντικοινωνικής συμπεριφοράς στα παιδιά, μέσα στο πλαίσιο της οποίας συναντάται και η χρήση αλκοόλ (Αβραμίδης Α., 1991, σελ. 161).

Τα παιδιά που πίνουν, περιγράφουν τη ζωή στο σπίτι ως δυστυχημένη και από την οποία εκλείπει η επαρκή συναισθηματική κάλυψη των αναγκών τους, σχετικά με την πορεία της κοινωνικοποίησής τους (Λιάππας Α., 1992, σελ. 26).

Ο Noble, όπως αναφέρεται στον Υφαντή (1991), διαπιστώνει, πως το βαρύ και προβληματικό ποτό στους εφήβους, έχει πιθανόν τις ρίζες του στις διαταραγμένες συναισθηματικές σχέσεις μέσα στην οικογένεια και στο γεγονός ότι οι ίδιοι αισθάνονται απομονωμένοι από τις οικογένειές τους. Παρόμοια, η έρευνα των Budd et al, στην Αγγλία, όπως αναφέρει ο Υφαντής (1991), διαπιστώνει πως οι βαρείς πότες μαθητές αντιμετωπίζουν πολύ περισσότερες διαμάχες στο σπίτι τους, από εκείνους που δεν πίνουν, ενώ η έρευνα των Skiffington και Brown, κατά τον ίδιο συγγραφέα αναφέρει ότι όσοι δεν έπιναν, δήλωναν περισσότερο ευχαριστημένοι με το κλίμα που επικρατούσε στο σπίτι τους (Υφαντής Θ., 1991, σελ. 349-351).

Όλες οι μέχρι τώρα μελέτες στον ενήλικο πληθυσμό καταλήγουν στο συμπέρασμα, πως οι πιθανότητες να έχει ένας αλκοολικός κάποιο γονέα αλκοολικό, τον πατέρα συνήθως, είναι σημαντικά υψηλότερες από ότι στο γενικό πληθυσμό (Υφαντής Θ., Κούτρας Β., Καφετζόπουλος Ε., Μαρσέλος Μ., 1990, σελ. 267-270).

Η Χαρτοκόλλη (1985), αναφέρει ότι σύμφωνα με το MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) - τεστ το οποίο έχει



χρησιμοποιηθεί επανειλημμένα με άτομα που έχουν προβλήματα με το ποτό - διαπιστώθηκαν πως οι σπουδαιότεροι λόγοι που οδηγούν τους εφήβους στο ποτό είναι :

α) ένα κλίμα συναισθηματικής στέρησης, που κυριαρχούσε στα πρώτα χρόνια της ζωής τους, εξαιτίας του χωρισμού των γονέων τους ή της απουσίας του πατέρα απ' την ζωή τους,

β) ασυνεπείς και αντιφατικές μητέρες ως προς την συμπεριφορά τους προς τα παιδιά και οι μητέρες που τα απορρίπτουν και

γ) ο οικογενειακός αλκοολισμός, που προκαλεί προστριβές, φιλονικίες και έλλειψη ηρεμίας, οικογενειακής ζωής, βιοπραγίες μεταξύ των γονέων προς τα παιδιά τους.

Όλα αυτά στερούν την σχέση αγάπης και συνέπειας παιδιού - γονέα και το εμποδίζουν να ταυτιστεί με το γονέα (σελ. 197).

Ο αλκοολικός γονιός παρέχει ανεπαρκές πρότυπο ρόλου για το αναπτυσσόμενο παιδί. Ο άνθρωπος μαθαίνει να επικοινωνεί και να σχετίζεται με τους άλλους σύμφωνα με τον τρόπο που έχει μάθει στην οικογένειά του. Στην οικογένεια που περιλαμβάνει ένα αλκοολικό μέλος, η διαδικασία της επικοινωνίας «σπάει» γιατί εκφράζει ένα «δίκτυο σύνθετων συμπεριφορών με ψέματα και διαψεύσεις», το κλίμα που επικρατεί είναι ψυχρό, χωρίς να διακινούνται θετικά συναισθήματα που θα βοηθήσουν το παιδί να νιώσει ευχάριστα και να εξελιχθεί φυσιολογικά.

Το οικογενειακό σύστημα φαίνεται να συντηρεί τον αλκοολισμό, γιατί τα μέλη του έχουν βρει την ισορροπία τους μέσα απ' αυτή τη δεδομένη κατάσταση. Αν ο αλκοολικός θεραπευθεί, τα μέλη θα πρέπει να αναζητήσουν μια καινούργια ισορροπία, διαδικασία που θα τους είναι επώδυνη. Άρα το πρόβλημα παραμένει και πολλά παιδιά χρησιμοποιούν το ποτό για

το σκοπό και με τον τρόπο που έχουν δει να χρησιμοποιείται : για να αντεπεξέλθουν σε αγχογόνες καταστάσεις, να αντιμετωπίσουν προβλήματα, να ανακουφίσουν συναισθήματα πόνου. Οι χειρισμοί της άρνησης και της εκμετάλλευσης (π.χ. «τα πράγματα δεν ήγαν καλά γιατί ήμουν μεθυσμένος»), της ανταρσίας ή ακόμα και της επιστροφής στους γονείς (π.χ. «πίνω και μοιάζω του πατέρα μου που πίνει και αυτός»), είναι συνήθειες στα παιδιά των αλκοολικών, ενώ αποδεικνύεται αντίθετα ότι η ποιότητα της σχέσης γονέων - παιδιών έχει ανασταλτικά αποτελέσματα στην εμπλοκή με αποκλίνουσες δραστηριότητες, ανεξάρτητα από τη συμπεριφορά των γονέων στα ίδια θέματα (Υφαντής Θ., 1991, σελ. 349).

Αξίζει να αναφερθεί και η επίδραση του παράγοντα της κακής οικονομικής κατάστασης της οικογένειας μια και αυτός τροφοδοτεί ένα φαύλο κύκλο διεργασιών. Σε πρώτη φάση, αποτελεί αιτία για αλκοολισμό των γονέων. Το ποτό διαφαίνεται ως η μόνη διέξοδος για τους γονείς. Εν συνεχεία, λόγω της ανέχειας, αναγκάζονται να εργασθούν και τα παιδιά για να συνεισφέρουν. Καθώς έρχονται σε επικοινωνία με άλλους ενήλικες εκτός οικογενείας, η συμπεριφορά τους θα χρειαστεί περισσότερα «αρρενωπά» και ενήλικα χαρακτηριστικά, που θα αποκτηθούν με την κατανάλωση οινοπνεύματος. Θα αισθανθούν ότι «ανδρώνονται» με αυτό τον τρόπο. Αργότερα, όταν τα προβλήματα πληθύνουν, το ποτό θα αποτελεί τη μοναδική διέξοδο (Υφαντής Θ., Κούτρας Β., Καφετζόπουλος Ε., Μαρσέλος Μ., 1990, σελ. 269).

Επιπρόσθετα, η οικονομική κατάσταση της οικογένειας λόγω επαγγέλματος, είναι αυτή που έμμεσα προκαλεί αλκοολισμό. Είναι πολύ χαρακτηριστικό το γεγονός ότι στην Γαλλία εξ αιτίας των προνομίων που είχαν παραχωρηθεί στους οινοπαραγωγούς,

παρουσιάστηκαν προβλήματα εξάρτησης από το αλκοόλ (Πάπυρος - Λαρούς, 1963, σελ.503).

Σαν ένα άλλο σκέλος του παράγοντα οικογένεια, αξίζει να αναφερθεί ο κύκλος της ζωής μέσα από την οικογένεια ή αλλιώς ο οικογενειακός κύκλος ζωής, που μπορεί να επιδράσει κατά τέτοιο τρόπο στα άτομα, ώστε να προκαλέσει εξάρτηση. Λίγο έως πολύ, οι φάσεις του κύκλου της ζωής έχουν προβλέψιμη εξέλιξη, όπως και προβλέψιμες αναπτυξιακές κρίσεις, οι οποίες αν δεν ξεπεραστούν με επιτυχία, μπορεί να οδηγήσουν στον αλκοολισμό (Dimitrijevic I., 1991, σελ. 150).

Σύμφωνα με τον ίδιο συγγραφέα, πρέπει να διαχωριστεί η σύνδεση του αλκοολισμού και της κρίσης στον κύκλο ζωής, με δύο τρόπους : ο ένας είναι ότι ο αλκοολισμός μπορεί να αρχίσει στην κάθε φάση της ζωής μετά από την εμφάνιση μιας κρίσης ή σε οποιαδήποτε χρονική στιγμή που θα προκύψει ένα έντονο, δυνατό, σοβαρό γεγονός. Το δεύτερο σημείο είναι ότι ο ήδη υπάρχων αλκοολισμός δικαιολογεί και επεξηγεί την υπερβολική πόση του εξαρτημένου κάθε φορά που παρουσιάζεται ένα έντονο γεγονός, ως τη μόνη διέξοδο.

Έτσι, οι ανεπιθύμητες μη αναπτυξιακές κρίσεις στον οικογενειακό κύκλο ζωής μπορούν να αποσταθεροποιήσουν και τα υγιή πρόσωπα και να συμβάλλουν στην ανάπτυξη αλκοολισμού ή άλλων διαταραχών. Σαν τέτοια γεγονότα θεωρούνται ο ξαφνικός θάνατος μέλους της οικογένειας, η γέννηση ενός παιδιού με ειδικές ανάγκες, ή η πρόκληση κάποιας σωματικής δυσλειτουργίας που θα προκαλέσει αλλαγή στη συμπεριφορά και τον τρόπο που θα κινηθεί η οικογένεια (Dimitrijevic I., 1991, σελ. 150).

Τελειώνοντας με το θέμα της αιτιολογίας του αλκοολισμού θα πρέπει να τονιστούν τα εξής : Πρώτον, ο κάθε ένας από τους

παράγοντες που αναφέρθηκε παραπάνω δεν οδηγεί αυτόματα και απαραίτητα στον αλκοολισμό αλλά αυξάνει δραματικά τις πιθανότητες εκδήλωσης αυτού του φαινομένου και δεύτερον, είναι σημαντικό να επισημανθεί ότι οι παράγοντες του αλκοολισμού δεν λειτουργούν ατομικά αλλά συλλογικά. Με άλλα λόγια «αλληλεξαρτώνται» και υπόκεινται σε συνεχή αλληλεπίδραση για να «παράγουν» τον αλκοολισμό (Ποταμιάνος Γ., 1991, σελ. 59).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV

### ΟΙ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΟΥ ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΥ

Το οινόπνευμα, δεν είναι μόνο ένα συμπλήρωμα διατροφής αλλά ταυτόχρονα αποτελεί μια τοξική ουσία, που ανάλογα με τη χρήση της, μπορεί να προκαλέσει τόσο οξείες όσο και χρόνιες παθολογικές καταστάσεις σε έναν οργανισμό.

Σύμφωνα με τον Ποταμιάνο (1991), παρουσιάζονται οι παρακάτω δείκτες επικινδυνότητας που σχετίζονται με την εβδομαδιαία κατανάλωση αλκοόλης σε μονάδες για άνδρες και γυναίκες.

<i>ΕΠΙΠΕΔΟ ΚΥΝΔΙΝΟΥ</i>	<i>ΓΥΝΑΙΚΕΣ</i>	<i>ΑΝΔΡΕΣ</i>
<b>Χαμηλός</b>	<b>Έως 14 μονάδες</b>	<b>Έως 21 μονάδες</b>
<b>Μέτριος</b>	<b>15 - 35 μονάδες</b>	<b>22 - 49 μονάδες</b>
<b>Υψηλός</b>	<b>36+ μονάδες</b>	<b>49+ μονάδες</b>

Με βάση τα παραπάνω δεδομένα και λαμβάνοντας υπόψη την ποικιλία των αντιδράσεων (βιολογικών, ψυχολογικών, κοινωνικών κ.λ.π.) που παρατηρούνται ως αποτέλεσμα όχι μόνο της κατάχρησης αλκοόλ, αλλά και της «αθώας» κατανάλωσης, παρατίθενται κάποια πολύ χαρακτηριστικά αυτών (σελ. 100).

## **A. ΟΙ ΟΡΓΑΝΙΚΕΣ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΟΥ ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΥ**

### **1. Ηπατικές βλάβες – Οξεία αλκοολική ηπατίτιδα – Κίρρωση του ήπατος**

Σύμφωνα με τον Ποταμιάνο (1991), αναφέρεται ότι στην Μ. Βρετανία και στις Η.Π.Α. οι θάνατοι εξαιτίας της αλκοολικής κίρρωσεως του ήπατος έχουν αυξηθεί κατά 25% τα τελευταία χρόνια. Οι Williams και Davis (1979), κατά τον ίδιο συγγραφέα, αναφέρουν στοιχεία σύμφωνα με τα οποία, οι γυναίκες είναι περισσότερο ευάλωτες στην κίρρωση και στην αλκοολική ηπατίτιδα (Ποταμιάνος Γ., 1991, σελ. 102).

Σ' αυτό το σημείο θα πρέπει να τονιστεί ότι η αντίληψη σχετικά, με τον τύπο αλκοολικού ποτού και του βαθμού οργανικής ή άλλης διαταραχής, είναι εσφαλμένη. Πολλοί θεωρούν, ότι τα «σκληρά» ποτά προξενούν μεγαλύτερη βλάβη από τα «μαλακά» π.χ. μπίρα. Η άποψη αυτή είναι λανθασμένη, στο βαθμό που το ήπαρ δε διαφοροποιεί «σκληρά» από «μαλακά» ποτά. Απλά μεταβολίζει την αλκοόλη, σ' όποια μορφή και αν αυτή καταναλώνεται (Ποταμιάνος Γ., 1993, σελ. 101-102).

Η ευαισθησία των ατόμων, για την ανάπτυξη ηπατικής κίρρωσης ποικίλλει. Υπολογίζεται ότι σε δόσεις από 60 έως 80gr την ημέρα, το 10 με 15% των καταναλωτών θα παρουσιάσει ηπατικό πρόβλημα, μετά από 5 χρόνια χρήσεως (Τριχοπούλου Α., Τριχόπουλος Δ., 1986, σελ. 147). Όπως προαναφέρθη οι πιο γνωστές διαταραχές ήπατος από την κατάχρηση αλκοόλ, είναι η οργανική διαταραχή της οξείας αλκοολικής ηπατίτιδας και η κίρρωση ήπατος, με οδηγιά συμπτώματα, αυτά της γενικής κόπωσης, του ίκτερου, της αύξησης του μεγέθους του ήπατος και της απώλειας βάρους. Ενώ σε τελικό στάδιο εμφανίζονται οιδήματα, κίρσοι του οισοφάγου,

ηπατική εγκεφαλοπάθεια μέχρι και θάνατος (Παπαγεωργίου Ε., 1990, σελ. 67).

## **2. Οξεία ή χρόνια παγκρεατίτιδα**

**Από τις 4 περιπτώσεις οξείας παγκρεατίτιδας οι τρεις είναι αποτέλεσμα δηλητηρίασης με οινόπνευμα. Εκτός από το κοιλιακό άλγος, το μετεωρισμό και άλλα συμπτώματα του γαστρεντερικού συστήματος, μπορούμε να έχουμε και επιπλοκές, όπως κυκλοφορική ανεπάρκεια, κύστεις του παγκρέατος κλπ. Η οξεία παγκρεατίτιδα είναι μια ιδιαίτερα βαριά παθολογική κατάσταση που χρειάζεται άμεση αντιμετώπιση.**

Στην περίπτωση της χρόνιας παγκρεατίτιδας η κατάχρηση οινοπνεύματος ενοχοποιείται σε ποσοστό 75% των περιπτώσεων. Χαρακτηριστικό είναι το άλγος που αντανακλά στη ράχη του ασθενή, η απώλεια βάρους και η γενική αδυναμία του (Τριχοπούλου Α., Τριχόπουλος Δ., 1986, σελ. 148).

## **3. Καρδιαγγειακές διαταραχές**

**Ερευνητικά στοιχεία δεν αφήνουν καμιά αμφιβολία, για τον ουσιαστικό ρόλο της αλκοόλης στην καρδιομυοπάθεια, παρόλο που η κακή διατροφή και η παράλληλη λήψη άλλων τοξικών ουσιών συμβάλλουν στην διαταραχή αυτή. Παράλληλα έρευνα του Klatskay et al (1977), ανέφεραν ότι, τόσο η συστολική όσο και η διαστολική πίεση, ήταν υψηλότερες στους καταναλωτές του αλκοόλ, σε σύγκριση με άτομα που δεν έπιναν καθόλου (Ποταμιάνος Γ., 1991, σελ. 103).**

#### **4. Καρκίνος**

Πλειοψηφία μελετών έδειξαν ότι η κατάχρηση του αλκοόλ μπορεί να συμβάλλει ουσιαστικά στον καρκίνο του στόματος, του φάρυγγος, του λάρυγγος, του οισοφάγου, του στομάχου και του ήπατος. Εκτιμάται ότι οι πιθανότητες καρκίνου σε αλκοολικά άτομα είναι 10 φορές περισσότερες σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό, ενώ σε αλκοολικούς που καπνίζουν συγχρόνως, οι πιθανότητες αυξάνονται κατά 15 φορές (Ποταμιάνος Γ., 1991, σελ. 104).

Σύμφωνα με έρευνα που έγινε, διαπιστώθηκε πως οι γυναίκες που πίνουν 2 έως 5 αλκοολούχα ποτά καθημερινά, έχουν 41% περισσότερες πιθανότητες να προσβληθούν από καρκίνο του μαστού, σε σχέση με γυναίκες που δεν πίνουν καθόλου. Οι ερευνητές (Smith - Warner S. et al) βρήκαν ότι για κάθε 10gr κατανάλωση αλκοόλ την ημέρα, ο κίνδυνος ανάπτυξης καρκίνου του μαστού αυξανόταν κατά 9%. Έτσι οι γυναίκες που κατανάλωναν 30 με 60gr αλκοόλ ημερησίως, είχαν 41% περισσότερες πιθανότητες για εμφάνιση καρκίνου του μαστού. Τα 30 έως 60gr αλκοόλ αντιστοιχούν περίπου σε 2,3 έως 4,5 μπουκάλια μπίρας, σε 2,8 έως 5,6 ποτήρια κρασί και σε 2 έως 4 δόσεις λικέρ. Όμως η μέτρια κατανάλωση οινοπνεύματος έχει συσχετισθεί με ελάττωση του κινδύνου εμφάνισης καρδιαγγειακών νοσημάτων καθώς και τις συνολικής θνησιμότητας της γυναίκας (Σπαντιδέας Α., άρθρ. «Ψυχιατρικές νόσοι. Αλκοόλ. Πόσο και πότε θεωρείται ασφαλές.», «ΤΑ ΝΕΑ», 18-9-1997).

#### **5. Αλκοολική μυοπάθεια**

Η χρόνια αλκοολική μυοπάθεια χαρακτηρίζεται από μία βαθμιαία και συνήθως ανώδυνη φθορά και αδυναμία κεντρικών μυών, ιδιαίτερα αυτών που βρίσκονται στα πόδια και εμφανίζεται σε αλκοολικούς



συνήθως με δεκάχρονο ιστορικό κατάχρησης (Ποταμιάνος Γ., 1991, σελ. 105).

## 6. Υποσιτισμός

Ο υποσιτισμός είναι ένα από τα χαρακτηριστικά του αλκοολισμού και μία σειρά από μελέτες υποστηρίζουν, ότι το φαινόμενο αυτό είναι αποτέλεσμα, της ανεπαρκούς διαίτας (ο όρος διαίτα χρησιμοποιείται με την γενικότερη έννοια του σιτισμού) που χαρακτηρίζει πολλούς προβληματικούς πότες. Η Morgan (1982) υποστηρίζει πως ο υποσιτισμός οφείλεται στην κακή πέψη, μεταβολισμό και απορρόφηση θρεπτικών στοιχείων και όχι τόσο στο διαιτολόγιο (Ποταμιάνος Γ., 1991, σελ. 106). Το οινόπνευμα θεωρείται κλέφτης των βιταμινών και των μετάλλων, όπως το ασβέστιο, το μαγνήσιο και ο ψευδάργυρος. Συμπληρώματα βιταμινών του συμπλέγματος Β' και μετάλλων, θεωρούνται απαραίτητα σε συστηματικούς και χρόνιους πότες (Σπαντιδέας Α., άρθρ. «Ψυχιατρικές νόσοι. Αλκοόλ. Πόσο και πότε θεωρείται ασφαλές.», «ΤΑ ΝΕΑ», 18-9-1997).

## 7. Άλλες παθήσεις

**Το οινόπνευμα δρα τέλος επιβαρυντικά, σε ένα πλήθος άλλων παθολογικών καταστάσεων, όπως ο διαβήτης, διαταραχές των λιπιδίων, του γαστρεντερικού συστήματος, έλκος, μείωση της άμυνας και αντίστασης του οργανισμού, που σημαίνει ότι το φαινόμενο αυτό διευκολύνει την προσβολή από διάφορες ασθένειες. Έχει αποδειχθεί ότι η κατάχρηση οδηγεί σε απώλεια της σεξουαλικής ικανότητας και στέρωση, αφού 4 με 6 μονάδες ημερήσιας κατανάλωσης προκαλούν μείωση του σπέρματος στον άνδρα και ανάλογες διαταραχές στην γυναίκα (Αβραμίδης Α., 1991, σελ. 149).**

## 8. Εγκυμοσύνη

Σοβαρές βλάβες προκαλούνται στο έμβρυο από την χρήση αλκοόλης κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης (εμβρυακό αλκοολικό σύνδρομο). Η εμβρυοπαθητική δράση της αλκοόλης περιλαμβάνει, διανοητική καθυστέρηση, συγγενείς ανωμαλίες, νευρολογικά αναπηρικά σύνδρομα, ηπατικές βλάβες κ.α. Η βλάβες αυτές είναι πιο συχνές, όταν γίνεται χρήση στο 1<sup>ο</sup> τρίμηνο κύησης. Φαίνεται, πως αυτή την περίοδο και η πολύ μέτρια χρήση, 1-2 ποτά την ημέρα, συνεπάγεται μετρητές βλάβες στο μωρό (Τριχοπούλου Α., Τριχοπούλος Δ., 1986, σελ. 147).

Κατά τον Pratt (1982), όπως αναφέρει ο Ποταμιάνος (1991), οι πιθανές προγεννητικές επιπτώσεις είναι οι εξής:

α) διαταραχές στην γονιμότητα της μητέρας και στην ολοκλήρωση της εγκυμοσύνης,

β) επιβράδυνση της ενδομητρικής ανάπτυξης του εμβρύου,

γ) πρόκληση χαρακτηριστικών του εμβρυακού αλκοολικού συνδρόμου, συμπτώματα του οποίου είναι :

- το μικρό βάρος κατά την γέννηση,
- ο εμβρυακός ή βρεφικός θάνατος,
- το μειωμένο μέγεθος κεφαλιού, εγκεφάλου και πιθανότητα ύπαρξης διανοητικής καθυστέρησης,
- η ασυνήθιστη συμπεριφορά όπως, σπασμοί σώματος, μειωμένη κινητικότητα, αυξημένος χρόνος με τα μάτια ανοιχτά και

δ) διαταραχές ελαφρότερης μορφής που μπορεί να είναι σημαντικές στο βαθμό που υπάρχει πιθανότητα να εξελιχθούν σε νευρολογικές ή διανοητικές διαταραχές (σελ. 109).

## **B. ΟΙ ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΕΣ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΟΥ ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΥ**

Οι νευρολογικές διαταραχές είναι από τις κύριες περιπτώσεις της κατάχρησης αλκοόλης. Η περιφερειακή νευροπάθεια, το σύνδρομο Wernicke - Korsakoff και η αλκοολική άνοια είναι μερικές από τις πιο σημαντικές διαταραχές. Ο ρόλος της ελλιπούς διατροφής έχει σημαντική θέση στις παραπάνω νευρολογικές διαταραχές, αλλά και στην γενικότερη λειτουργία του εγκεφάλου. Σύμφωνα με τον Marsden (1979), παρόλο που οι περισσότεροι αλκοολικοί παρουσιάζονται με ένα κύριο νευρολογικό πρόβλημα, πολλοί απ' αυτούς εκδηλώνουν και πρόσθετα συμπτώματα ή διαταραχές κατά την διάρκεια εξάρτησης από το αλκοόλ (π.χ. επιληψία) (Ποταμιάνος Γ., 1991, σελ. 106).

Συνεχίζοντας ο ίδιος συγγραφέας αναφέρει ότι η πιο κοινή από τις νευρολογικές διαταραχές είναι η περιφερειακή νευροπάθεια η οποία εμφανίζεται τουλάχιστον στο 10% των χρόνιων αλκοολικών. Η διαταραχή αυτή ποικίλει από ασυμπτωματική νευροπάθεια μέχρι ουσιαστική αδυναμία των μυών και σημαντική ανεπάρκεια των αισθητηρίων οργάνων (Ποταμιάνος Γ., 1991, σελ. 106-107).

Το σύνδρομο Wernicke – Korsakoff είναι η πιο σοβαρή περίπτωση νευρολογικής διαταραχής. Συγκεκριμένα η εγκεφαλοπάθεια

Wernicke, έχει βαρύ παθολογικό χαρακτήρα και μπορεί να οδηγήσει σε μόνιμη βλάβη πολλαπλών εγκεφαλικών λειτουργιών. Χαρακτηρίζεται από οφθαλμοπληγία, αταξία, θόλωση της συνείδησης. Στην αυτοψία ανευρίσκονται αιμορραγίες στο εγκεφαλικό στέλεχος. Η κατάσταση εξελίσσεται γρήγορα και απαιτείται άμεση θεραπεία για να αποτραπεί ο θάνατος και να

ελαχιστοποιηθεί η υπολειμματική εγκεφαλική βλάβη (Μάνος Ν., 1988, σελ. 407).

Αντίστοιχα η ψύχωση Korsakoff έχει ως κύρια χαρακτηριστικά την έκπτωση της βραχύχρονης μνήμης που εμφανίζεται κυρίως σαν αδυναμία εκμάθησης καινούργιων πληροφοριών και την έκπτωση της μακρόχρονης μνήμης, όπου το άτομο δεν μπορεί να θυμηθεί πληροφορίες από το παρελθόν. Κλασικά, οι ασθενείς αυτοί, καταφεύγουν στην μυθοπλασία, δηλαδή κατασκευάζουν απαντήσεις στις διάφορες ερωτήσεις που τους τίθενται. Η ψύχωση αυτή εμφανίζεται στο 3 - 5% των χρόνιων αλκοολικών ασθενών, μεταξύ πεντηκοστού και εξηκοστού έτους και παρουσιάζεται κατ' αρχή ως μία ασθενική ψυχική κατάσταση, ένα είδος ψυχικής κούρασης και απώλειας του ενδιαφέροντος για πρακτικές πλευρές της ζωής, όπως η δουλειά κλπ., ενώ με τον καιρό παρατηρούνται ελαφρές διαταραχές της νόησης, της ικανότητας για πνευματική συγκέντρωση και του θυμητικού, όπως αναφέρεται παραπάνω (Μάνος Ν., 1988, σελ. 407).

Τέλος η αλκοολική άνοια είναι μια νόσος που θεωρείται πτυχή της ψύχωσης Korsakoff. Οι κυριότερες επιπτώσεις αυτής της νόσου έχουν σχέση με τις γνωστικές λειτουργίες του ασθενούς και ιδιαίτερα με την δυνατότητα μάθησης και οπτικής αντίληψης, όπως επίσης με την δυνατότητα της αφαιρετικής σκέψης και της ψυχοκινητικής λειτουργίας. Συνοψίζοντας πρέπει να τονιστεί ότι οι νευρολογικές διαταραχές παρουσιάζονται συχνά στο χρόνια αλκοολικό και προσβάλλουν περίπου του 10% με 20% αυτού του πληθυσμού (Ποταμιάνος Γ., 1991, σελ. 107).

## **Γ. ΟΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΟΥ ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΥ**

**Είναι γνωστή η δράση του οινοπνεύματος στον ψυχικό τους κόσμο των χρηστών και φυσικό είναι, ότι όσο μεγαλύτερη**

γίνεται η ποσότητα του οινοπνεύματος που καταναλώνει ένα άτομο, τόσο θα αυξάνει και η δράση του πάνω στις διάφορες ψυχικές λειτουργίες. Στην περίπτωση μάλιστα όπου γίνεται χρήση σχετικά μεγάλων ποσοτήτων οινοπνευματωδών ποτών έχουμε τέτοιες ψυχικές διαταραχές, που καμιά φορά δεν είναι πια επανορθώσιμες.

Οι ψυχικές αυτές διαταραχές, ανάλογα με τη συμπτωματολογία που παρουσιάζουν, μπορούν να ξεχωριστούν σε αυτοτελείς ψυχικές ασθένειες ώστε να είναι ευκολότερη, τόσο η διάγνωση, όσο και η θεραπεία τους. Σαν πλέον απλή και επανορθώσιμη διαταραχή της ψυχικής λειτουργίας είναι η κατάσταση της αλκοολικής τοξίκωσης, τη γνωστή μέθη, που χαρακτηρίζεται από δυσπροσαρμοστικές μεταβολές της συμπεριφοράς ευμετάβλητο συναίσθημα, παρεμπόδιση κοινωνικής και επαγγελματικής λειτουργίας, αστάθεια του βαδίσματος, δυσαρθρική ομιλία, νυσταγμό, ευερεθιστικότητα, έκπτωση της προσοχής κ.α. Επιπλέον χαρακτηριστικά του ατόμου μπορούν να αλλοιωθούν, κάτω από την επίδραση του αλκοόλ. Έτσι π.χ. ένα καχύποπτο άτομο μπορεί να γίνει παρανοϊκό (Μάνος Ν., 1988, σελ. 408).

Η ένταση της μέθης αυξάνει ανάλογα με το επίπεδο αλκοόλης στο αίμα. Σε περιεκτικότητα 70-80mg% αλκοόλης στο αίμα χαρακτηρίζεται ως ελαφρά μέθη, σε 150-200mg% ως μέση μέθη και πάνω από 350mg% ως βαριά. Η μέθη, δε συνδέεται απαραίτητα με εξάρτηση από το οινόπνευμα, μπορεί όμως να έχει δυσάρεστα επακόλουθα τόσο σε σωματικό, όσο και κοινωνικό επίπεδο. Η επανόρθωση των ψυχικών λειτουργιών γίνεται αυτόματα μετά την παύση της δράσης του οινοπνεύματος στον εγκεφαλικό ιστό. Από

καθαρά ψυχιατρική πλευρά η μέθη μπορεί να χαρακτηριστεί σαν «εξωγενής ψυχωτική κατάσταση με συμπτωματολογία ενός περαστικού οργανοψυχικού συνδρόμου» (Αποστολόπουλος Α., 1996, σελ. 29).

Εκτός όμως από την απλή τοξίκωση, σε πολλά άτομα παρουσιάζεται μια παράδοξη δράση του οινοπνεύματος, που θα μπορούσε να χαρακτηριστεί ως «παθολογική μέθη» με την έννοια της ιδιαίτερης δράσης του οινοπνεύματος πάνω στα άτομα αυτά. Η «παθολογική μέθη» χαρακτηρίζεται τόσο από τις ποιοτικές όσο και από τις ποσοτικές διαφορές των παρουσιαζόμενων συμπτωμάτων της. Η ψυχοκινητική ανησυχία εμφανίζεται με πολύ εντονότερη μορφή και το άτομο όχι μόνο δεν ελέγχει τις ψυχοκινητικές του λειτουργίες, αλλά και παραγνωρίζει την πραγματικότητα, ενώ συχνά του παρουσιάζονται φανταστικές ιδέες και οπτικοακουστικά παραληρήματα. Όλα αυτά συνοδεύονται συνήθως από υπέρμετρο θυμό, άγχος και επιθετικότητα, ενώ παρατηρείται και απόλυτη αμνησία (Παπαγεωργίου Ε., 1990, σελ.70-71).

Ο διαχωρισμός αυτός της «παθολογικής μέθης» από τη συνήθη, έχει ιδιαίτερη σημασία εκεί που τίθενται ιατροδικαστικά ερωτήματα σχετικά με τη συμπεριφορά ενός ατόμου κατά τη διάρκεια της μέθης του. Θεωρείται ότι πίσω από μια παθολογική μέθη κρύβεται ένα είδος ψυχοπαθητικής προσωπικότητας, που λόγω της δηλητηρίασης με το οινόπνευμα και της απώλειας των ελεγκτικών μηχανισμών, εμφανίζεται στην επιφάνεια (Παπαγεωργίου Ε, 1990, σελ. 71).

Όπως υποστήριξε ο Solomon (1982), κατά τον Ποταμιάνο (1991), έρευνες αποδεικνύουν, πως δεν υπάρχει καμιά αμφιβολία ότι ο αλκοολισμός και η ψυχιατρική συμπτωματολογία τείνουν να συνυπάρχουν σε μεγάλο αριθμό ασθενών (σελ.111).

Ενδεικτικά αναφέρονται :

*i. Παράφρονη ζήλια :*

**Σύμφωνα με τη Δέδε και Σωτήρχου παρουσιάζεται κύρια σε άνδρες και έχει σαν αντικείμενο τη σύζυγο ή φίλη. Χαρακτηρίζεται από εντονότερες ιδέες ζήλιας, που παίρνουν παράλογο χαρακτήρα.**

Ο αλκοολικός ασθενής κατηγορεί συνεχώς τη σύζυγο ότι τον απατά, προσπαθεί να ελέγξει κάθε της κίνηση, εξετάζει τα εσώρουχά της κλπ. Ολόκληρη η σκέψη του καταλαμβάνεται από τις ζηλόφθονες αυτές ιδέες, δεν μπορεί να συγκεντρωθεί. Αν βρίσκεται σε θεραπεία, δεν είναι ικανός να τη συνεχίζει, γιατί θα πρέπει να επιστρέφει κοντά στη σύντροφό του για να την ελέγχει (Δέδε Μ., Σωτήρχου Ι., άρθρ., «Αλκοολισμός : Η πιο δύσκολη και επώδυνη εξάρτηση», «ΕΛΕΥΘΕΡΟΤΥΠΙΑ», 12-1-1988).

Από ψυχαναλυτική θεώρηση, ισχύει μια κατάσταση προβολικής σκέψης, κατά την οποία ο αλκοολικός προσπαθεί να απελευθερωθεί από τις δικές του τύψεις - μια και πολύ λίγο είναι σε θέση να εκτελεί τα συζυγικά του καθήκοντα - φορτώνοντας αυτές στη σύντροφό του. Ίσως μερικά εγκλήματα «τιμής» να έβρισκαν εδώ μια εξήγηση (Αντωνοπούλου - Καλούρη Ρ., 1994, σελ. 202).

*ii. Αλκοολικές ψευδαισθήσεις :*

Συνηθισμένη άποψη είναι ότι υπάρχει ένα σύνδρομο ακουστικών ψευδαισθήσεων κατά τη διάρκεια της στέρησης του αλκοόλ, όπως βουίσματα, χτυπήματα, μουσικοί ήχοι και κροταλίσματα. Οι ψευδαισθήσεις αυτές παίρνουν μερικές φορές την μορφή διαταγών ή φωνών, οι οποίες καλούν τον ασθενή. Επίσης μπορεί να εκδηλωθούν δευτερεύουσες ψευδαισθήσεις, συνήθως διωκτικού περιεχομένου, κατά τις οποίες το θύμα αισθάνεται ότι κάποια φοβερή σκευωρία δημιουργείται εις βάρος του. Οι αυταπάτες αυτές είναι καθαρά

συνειδησιακές καταστάσεις και συνήθως συνοδεύονται από άγχος, κατάθλιψη και τάσεις αυτοκτονίας. Αυτού του είδους οι ψευδαισθήσεις μπορεί να διαρκέσουν μερικές εβδομάδες μέχρι και μήνες (Δετοράκης Ι., 1994, σελ. 30-31).

iii. *Delirium Tremens (Τρομώδες παραλήρημα) :*

Είναι η πιο συχνή αλκοολική ψυχωτική κατάσταση κατά 84% και αποτελεί μία πολύ σοβαρή κατάσταση που συμβαίνει μέσα σε μία εβδομάδα από την τελευταία λήψη ποτού, ενώ μπορεί να διαρκέσει μέχρι δύο εβδομάδες. Η ηλικία εμφάνισης είναι γύρω στα 30 με 40, γιατί συνήθως χρειάζονται 5 με 15 χρόνια πολύ ποτού, για να εμφανισθεί (Μάνος Ν., 1988, σελ. 407).

Όπως αναφέρει ο Μάνος (1988), τα κύρια συμπτώματα που εμφανίζονται είναι, το ελαφρό τρέμουλο των χεριών, οι διαταραχές του ύπνου, τα αγχώδη όνειρα, η έντονη νευρική κατάσταση, η ψυχοκινητική ανησυχία και ο ιδρώτας. Συχνά σαν πρώτο σύμπτωμα εμφανίζονται κάποιες επιληπτικές κρίσεις (σελ. 408-409).

Εάν δε γίνει ιατρική αντιμετώπιση των πρόδρομων αυτών συμπτωμάτων ή δεν καταφύγει ο ασθενής πάλι στο ποτό, παρουσιάζεται μια ιδιαίτερα ταχεία επιβάρυνση της γενικής κατάστασης του αλκοολικού ασθενή με : ελαφρά κυάνωση του προσώπου, έντονο άγχος θανάτου, διαταραχή της βάρδισης και γενικότερα της κινητικότητας των άκρων, τρέμουλο της φωνής και δυσαρθρία. Ο ασθενής ψάχνει άσκοπα γύρω του, νιώθει πλήρως αποπροσανατολισμένος και δεν μπορεί να κοιμηθεί, ενώ υπάρχει επίσης ο κίνδυνος να εκδηλώσει επιθετικές διαθέσεις ή τάσεις αυτοκτονίας. Πολλές φορές ο χρήστης μπορεί να βασανίζεται από ψευδαισθήσεις της αφής και της όρασης. Για παράδειγμα η οπτική ψευδαισθήση παρουσιάζεται κυρίως με την μορφή μικρών ζώων



(ποντίκια, αράχνες κλπ), που φοβίζονται τον ασθενή, ο οποίος προσπαθεί να τα αποφύγει (Αβραμίδης Α., 1991, σελ. 85-86).

Το ποσοστό θνησιμότητας στους ασθενείς φθάνει στο 15% και εάν δεν γίνει έγκαιρη αντιμετώπιση, ιδιαίτερα των καρδιοκυκλοφοριακών διαταραχών, μπορεί ο ασθενής να υποκύψει σ' αυτές. Η διάρκεια της κατάστασης αυτής, κάτω από ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, διαρκεί 4 - 5 ημέρες (Μάνος Ν., 1988, σελ. 409).

Σύμφωνα με τον Παπαγεωργίου (1990), υπάρχουν ορισμένα συμπτώματα, που δεν παρουσιάζονται σαν ιδιαίτερη ασθένεια, αλλά εμφανίζονται μεμονωμένα ή ομαδικά σε όλα σχεδόν τα χρόνια αλκοολικά άτομα. Το ιδιαίτερο πρόβλημα με τα συμπτώματα αυτά είναι η παραγνώριση και δικαιολόγησή τους με το απλό επιχείρημα του περάσματος των χρόνων, που βέβαια μπορεί να ισχύει, αλλά στην περίπτωση του αλκοολισμού, βρίσκει λάθος εφαρμογή. Ειδικότερα τα συμπτώματα είναι :

α) διαταραχές της μνήμης και της ικανότητας για πνευματική συγκέντρωση,

β) μείωση της ικανότητας για νέα μάθηση και της προσοχής,

γ) σωματοψυχική κόπωση,

δ) μείωση της ικανότητας κρίσης και προβολή διαρκών δικαιολογιών όσον αφορά τον εαυτό του,

ε) ελάττωση της φαντασίας και συνθετικής σκέψης,

στ) ελάττωση της εμπιστοσύνης, τόσο απέναντι στον ίδιο τον εαυτό του, όσο και των άλλων απέναντί του,

ζ) συναισθηματική αστάθεια,

η) ελάττωση της ικανότητας για παραγωγική εργασία και

θ) πνευματική ηλιθιότητα (Ε. Παπαγεωργίου, 1990, σελ. 73-76).

## **Δ. ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΥ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ**

Οι πρώτες πειραματικές παρατηρήσεις των οικογενειακών συστημάτων δείχνουν, ότι η χρήση και κατάχρηση της αλκοόλης δεν είναι ένα ατομικό ζήτημα. Αποτελούν δυναμικά και άμεσα συνδεδεμένα με γεγονότα στο οικογενειακό σύστημα. Ο αλκοολικός μπορεί να θεωρηθεί ως πρόβλημα του οικογενειακού συστήματος (Ποταμιάνος Γ., 1991, σελ. 119).

Η πλειοψηφία των ερευνών απευθύνεται στις επιπτώσεις που υφίστανται οι γυναίκες των αλκοολικών ανδρών, σε αντίθεση με τα ελάχιστα δημοσιεύματα που αναφέρονται στο σύζυγο της αλκοολική γυναίκας. Οι γυναίκες αλκοολικών έχουν υψηλό δείκτη ψυχολογικών διαταραχών και νευρωτισμού (όπ., σελ. 116).

Σύμφωνα με τους Becker et al (1976), οι «αλκοολικοί» γάμοι έχουν πολλά κοινά στοιχεία με τους «νευρωτικούς» γάμους. Το σημείο διαφοροποίησης έγκειται στο ότι ο «αλκοολικός» γάμος χαρακτηρίζεται από παθολογικά στοιχεία με την επιβολή ελέγχου και εξουσίας που ασκεί ο ένας σύζυγος στον άλλο. Και καταλήγουν στο συμπέρασμα, ότι η «συζυγική δυσλειτουργία» είναι το φυσικό αποτέλεσμα του αλκοολισμού, αφού προκαλούνται αλλαγές στην οριοθέτηση των ρόλων στην οικογένεια, ανεπάρκεια στις επικοινωνιακές δεξιότητες και ένα γενικότερο πλαίσιο αλληλεπίδρασης που διαιωνίζει το πρόβλημα (Ποταμιάνος Γ., 1991, σελ. 116-117).

Η σύζυγος του αλκοολικού κατέχει κεντρική θέση στη ζωή του αλκοολικού άντρα της και τέλος στα παιδιά της αλκοολικής οικογένειας.

Ο Kessel και Walton, κατά τον Ποταμιάνο (1991), αναφέρουν τις κλινικές παρατηρήσεις, που αφορούν την ψυχολογία των γυναικών συζύγων των αλκοολικών. Η σύζυγος ενός αλκοολικού, πολύ συχνά, κι αυτό ίσως δεν είναι τυχαίο, είναι κόρη αλκοολικού πατέρα. Είναι πιθανόν ότι μέσα απ' αυτό το γάμο προσπαθεί να αναβιώσει τη σχέση που είχε με τον πατέρα της, παρ' όλες τις συστάσεις φίλων και γνωστών αλλά και αυτής της οικογένειάς της ότι ο γάμος της θα είναι προβληματικός. Πολύ συχνά οι αλκοολικοί άνδρες παντρεύονται γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας. Αυτό ίσως είναι ενδεικτικό της σχέσης που είχε ο αλκοολικός με τη μητέρα του δηλαδή σχέση, τα κύρια χαρακτηριστικά της οποίας ήταν η εξάρτηση από τη μητέρα και η αποδοχή της εξουσίας της. Πολλές γυναίκες παντρεύονται προβληματικούς πότες με κίνητρο να τους βοηθήσουν, ενώ άλλες απλά έχουν άγνοια του προβλήματος του μέλλοντος συζύγου. Πολλές φορές εντυπωσιάζει η απεριόριστη υπομονή, αλλά και οι δυνατότητες των συζύγων των αλκοολικών. Η σύζυγος γενικά έχει την ευθύνη όλων των υποθέσεων της οικογένειας και επιφανειακά τουλάχιστον φαίνεται να μην έχει την ανάγκη ενός ικανού συντρόφου. Ο ρόλος της απέναντι στα παιδιά της επεκτείνεται με την ανάληψη και του πατρικού ρόλου. Η ανάληψη των γενικών ευθυνών της οικογένειας συχνά μειώνει το σύντροφό της και του τονίζει τη αίσθηση της ανικανότητάς του (σελ. 114).

Συνεχίζοντας ο Ποταμιάνος (1991), αναφέρει ότι οι αλκοολικοί είναι κοινωνικά ανεύθυνα άτομα. Η σύζυγος δεν γνωρίζει πότε θα γυρίσει ο σύζυγος σπίτι για φαγητό και δεν τον εμπιστεύεται στις κοινωνικές συναλλαγές του λόγω της αναξιοπιστία του. Σε γενικές γραμμές οι σύζυγοι των αλκοολικών περιμένουν. Περιμένουν να ακούσουν ότι κακό τους έτυχε, περιμένουν να ακούσουν ότι έχασαν τη δουλειά τους, περιμένουν τη μοιραία καταστροφή. Της

λείπει η συντροφικότητα, η αγάπη και η στοργή. Της λείπει η ευκαιρία για ανταλλαγή απόψεων στα θέματα των παιδιών και κοινού σχεδιασμού για το μέλλον. Ακόμα κι αν εκείνος την ακούει δεν είναι ποτέ σίγουρη ότι καταλαβαίνει τα προβλήματά της. Όσο περνάει ο καιρός αισθάνεται μοναξιά και απογοήτευση. Η γυναίκα του αλκοολικού είναι «μπερδεμένη». Πολλές φορές αναρωτιέται αν είναι η ίδια υπεύθυνη για την κατάσταση του άντρα της. Δεν ξέρει αν είναι ψυχρή, δύστροπη ή απλά άρρωστη. Δεν μπορεί να αποφασίσει αν πρέπει να του θυμώσει ή αν πρέπει να τον προστατέψει. Δεν ξέρει από πού και από ποιόν να ζητήσει βοήθεια. Περιμένει ότι μια μέρα ο ίδιος θα μπορέσει να ξεπεράσει το πρόβλημά του. Ψάχνει να βρει τρόπους να τον δικαιολογήσει στον εργοδότη του, στους φίλους του, στους γονείς της. Δεν μπορεί να αποφασίσει αν θέλει να τον εγκαταλείψει ή να μείνει μαζί του (σελ. 115).

Το σίγουρο είναι ότι οι οικογένειες που έχουν κάποιο από τους δύο συζύγους αλκοολικό, υφίστανται καθημερινή βία, αντιμετωπίζουν διάλυση της οικογενειακής συνοχής, μεγάλη και διαρκή ένταση. Όταν ο σύζυγος ή η σύζυγος βρίσκεται σε κατάσταση μέθης, δημιουργεί συχνούς καυγάδες που μπορεί πολλές φορές να έχουν δυσάρεστες συνέπειες. Γίνονται ζηλότυποι και παρουσιάζουν συνήθως κάποια φανταστικά τεκμήρια απιστίας και τους θεωρούν ύποπτους για διάφορες πράξεις που είναι φανταστικές. Οι καυγάδες μεταξύ των συζύγων, ασκούν επίδραση σε όλα τα μέλη της οικογένειας (Αναστασιάδης Β., 1993, σελ. 160).

Οι επιπτώσεις που έχει η κατάχρηση της αλκοόλης στα παιδιά των αλκοολικών ατόμων είναι ολέθριες. Ο αλκοολισμός σε ένα ή περισσότερα μέλη, οδηγεί σε οικογενειακές προστριβές, φιλονικίες και γενικά σε έλλειψη ηρεμίας. Παραβρίσκονται δηλαδή τα παιδιά αυτά σε σκηνές βίας μέσα στην οικογένεια, ζώντας συνεχώς κάτω

από το φόβο της βιαιοπραγίας μεταξύ των γονιών τους και εναντίον τους, πάντα αβέβαιοι για την συμπεριφορά του αλκοολικού γονέα. Οι αλκοολικοί γονείς έχουν συνήθως μια εξαιρετικά αντιφατική συμπεριφορά απέναντι στα παιδιά τους. Όταν δηλαδή είναι υπό την επήρεια αλκοόλ, είναι εξαιρετικά αυστηροί απέναντι στα παιδιά τους και συνήθως κακομεταχειρίζονται τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας. Ενώ όταν είναι νηφάλιοι, είναι κυριευμένοι από τύψεις και είναι εξαιρετικά ενδοτικοί. Η όλη αυτή στάση των γονιών μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα την πρόκληση μιας έντονης ψυχολογικής αναστάτωσης στα παιδιά, η οποία μπορεί να επηρεάσει την μετέπειτα εξέλιξη της προσωπικότητάς τους. Τα ψυχολογικά προβλήματα που αντιμετωπίζουν τα παιδιά εντείνονται ακόμη περισσότερο από τον στιγματισμό τον οποίο υφίσταται συνολικά η οικογένεια στα πλαίσια της ευρύτερης κοινότητας (Χαρτοκόλλη Κ., 1985, σελ. 197).

Συνεχίζοντας η ίδια συγγραφέας αναφέρει ότι η αβεβαιότητα αυτή και η σύγχυση διαφαίνονται από την συμπεριφορά των παιδιών, που είναι συμπεριφορά εχθρική και βίαιη, στο σχολείο και σε άλλους τομείς της δραστηριότητάς τους. Από την μια πλευρά οι ασυνεπείς και βίαιοι αυτοί γονείς, δεν μπορούν να δημιουργήσουν μία σχέση αγάπης και συνέπειας με τα παιδιά. Και από την άλλη πλευρά τα παιδιά αυτά δεν μπορούν να ταυτιστούν μαζί τους και αντιδρούν με δυσπιστία, εχθρικότητα, συναισθήματα αναξιότητας και απόρριψη. Τα συναισθήματα αυτά, εκδηλώνονται στο σχολείο, όπου γίνονται αντικοινωνικοί απέναντι σε δασκάλους και συμμαθητές, ενώ στην ουσία λαχταρούν για αγάπη και προσοχή (Χαρτοκόλλη Κ., 1985, σελ. 198).

Η έρευνα των Aronson et al (1963) έδειξε ότι έφηβοι από αλκοολικό πατέρα είχαν αρνητική αντιμετώπιση από τους δασκάλους τους σε σύγκριση με παιδιά από μη αλκοολικούς γονείς. Όσον αφορά

στη συμπεριφορά των ίδιων των παιδιών, ο Haberman (1966) έδειξε ότι στη σχολική ηλικία, τα παιδιά αλκοολικών είχαν προβλήματα κοινωνικής προσαρμογής και μάθησης σε σύγκριση με παιδιά ομάδας ελέγχου. Σε δημοσίευμα, οι Keane et al (1974) αναφέρουν ότι μερικές από τις πιο συχνές συμπεριφορές που εκδηλώνουν τα παιδιά αλκοολικών είναι η υπερκινητικότητα, η επιθετικότητα, οι αυτοκαταστροφικές τάσεις και οι παραβάσεις του νόμου (Ποταμιάνος Γ., 1991, σελ. 117-118).

Στον τομέα της κοινωνικότητας, οι Wilson et al (1978) παρατήρησαν ότι τα παιδιά αλκοολικών έχουν δυσκολίες στην εξεύρεση φίλων και στη διατήρηση της φιλίας. Ίσως η πιο οδυνηρή επίπτωση του αλκοολισμού στα παιδιά αλκοολικών γονέων είναι η πιθανότητα να γίνουν αλκοολικοί όταν ενηλικιωθούν. Υπάρχουν σοβαρές ενδείξεις ότι τα παιδιά αλκοολικών γονέων επιδεικνύουν συμπεριφορές, κατά την εφηβεία, που προμηγνύουν την ανάπτυξη του αλκοολισμού. Για εκείνο που δεν είμαστε ακόμα σίγουροι είναι, αν αυτές οι συμπεριφορές είναι γενετικά καθορισμένες ή είναι αποτελέσματα των πιέσεων (στρες) που δέχονται από το περιβάλλον τους (Ποταμιάνος Γ., 1991, σελ. 118).

Από σχετικές μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί κατά καιρούς, δεν υπάρχει αμφιβολία ότι η οικογένεια του αλκοολικού υποφέρει και έχει καμιά φορά να αντιμετωπίσει σχεδόν αβάσταχτες εμπειρίες. Οι πιέσεις που δέχονται οι άνθρωποι που βρίσκονται στο άμεσο περιβάλλον του (οι σύζυγοι και τα παιδιά), η βία και οι οικονομικές δυσκολίες είναι τα πιο κοινά προβλήματα (σελ. 118-119).

Ο αλκοολισμός από κάποιο μέλος της οικογένειας έχει καταστροφικές συνέπειες στη σωστή οργάνωση και λειτουργία της. Μπορεί να προκαλέσει διάλυση της οικογένειας ή αποδιοργάνωσή

της, προβληματικές σχέσεις μεταξύ των μελών, μεγάλη και διαρκή ένταση, δυσκολία επικοινωνίας με το ευρύτερο περιβάλλον, άσχημες συνθήκες διαβίωσης, κακή σχολική επίδοση των παιδιών, βλάβη και παραμέληση της υγείας τους και ανάπτυξη αντικοινωνικής συμπεριφοράς.

## **Ε. ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ (ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΚΟΣΤΟΣ)**

Η χρήση αλκοόλης προκαλεί βασικά «κοινωνική νόσο με ιατρικές διαστάσεις». Το συνολικό πρόβλημα της αλκοόλης, δεν μπορεί να εκτιμηθεί μόνο μέσα στα όρια των καταγεγραμμένων αλκοολικών ακόμα αφού οι ζημιές που συσχετίζονται, άμεσα ή έμμεσα, με την χρήση, επεκτείνονται πολύ ευρύτερα από τα προσωπικά όρια του αλκοολικού. Έτσι τροχαία ατυχήματα, αυτοκτονίες, εγκληματικότητα, διάλυση οικογενειών, απόδοση στην δουλειά, συσχετίζονταν σημαντικά με την κατανάλωση αλκοόλης στην συγκεκριμένη κοινωνική ομάδα. Από το άλλο μέρος το κόστος της θεραπείας των προβλημάτων και ζημιών της αλκοόλης στις σημερινές κοινωνίες απορροφάται από το Δημόσιο Προϋπολογισμό, που σημαίνει ότι όλοι οι πολίτες συμμετέχουν στην ζημιά (Τριχοπούλου Α., Τριχόπουλος Δ., 1986, σελ. 148). Αναφέρεται ότι ο αλκοολισμός κοστίζει περισσότερο από τον καρκίνο, τα καρδιακά και αναπνευστικά προβλήματα, ενώ η οικονομία επηρεάζεται άμεσα από την κατάχρηση αλκοόλης, σε τομείς όπως μείωση της παραγωγής εξαιτίας νόσου, ανεργία ή πρόωρος θάνατος, υγεία και κοινωνικές

**υπηρεσίες, υλική ζημιά από ατυχήματα και μη εφαρμογή των νόμων (Ποταμιάνος Γ., 1991, σελ. 121).**

Στις Η.Π.Α. το 1985 περίπου 10% των ενηλίκων Αμερικανών (18 εκατομμύρια) έκαναν κατάχρηση αλκοόλ, από τους οποίους, τα 7,5 εκατομμύρια αντιμετώπιζαν σοβαρά προβλήματα, όπως απώλεια εργασίας, διαζύγιο, ή κάποιο ιατρικό πρόβλημα ως αποτελέσματα του ποτού. Παράλληλα το 1987, πάνω από 1,4 εκατομμύρια άνθρωποι αναφέρονται ότι νοσηλεύτηκαν, ενώ υπολογίζεται ότι 20% της εθνικής δαπάνης, αφορά την ιατρική φροντίδα που παρέχεται για την αποκατάσταση των συνεπειών της κατάχρησης αλκοόλης, (Stimmel B., 1991, σελ. 60).

Ο Stimmel (1991), αναφέρει πως οι θάνατοι που σχετίζονται με το αλκοόλ ανέρχονται στις 50.000 - 200.000. Αυτό το ποσοστό συμπεριλαμβάνει δυστυχήματα, ανθρωποκτονίες και αυτοκτονίες, στα οποία το αλκοόλ εμπλέκεται άμεσα. Μια μελέτη έδειξε μια αξιοσημείωτη σχέση μεταξύ του αριθμού ποτών που καταναλώνονται κατά περίπτωση και της πρόκλησης θανατηφόρου ατυχήματος. Συγκεκριμένα αναφέρεται ότι εκείνοι που είχαν καταναλώσει πέντε ή περισσότερα ποτά είχαν περισσότερες από τις μισές πιθανότητες να πεθάνουν από τραυματισμό σε σχέση με εκείνους που είχαν πει λιγότερο (σελ. 61).

Στη Μ. Βρετανία, έχει αναφερθεί ότι το κράτος δαπανά το ποσό των 40 εκατ. λιρών ετησίως, από τα οποία, τα 20 προορίζονται για αναρρωτικές άδειες και τα υπόλοιπα σε νοσοκομειακή περίθαλψη και ότι άλλο σχετίζεται με την υγεία. Στην Αγγλία και στην Ουαλία συλλαμβάνονται 100.000 άτομα το χρόνο για μέθη και 3.000 καταδικάζονται και φυλακίζονται. Πολλές από αυτές τις καταδίκες είναι για μικροαπάτες, αλλά το αλκοόλ είναι η βασική αιτία για σοβαρότερες εγκληματικές ενέργειες. Περίπου οι μισοί από τους



βιαστές και τους παιδεραστές που έχουν καταδικαστεί έχει βρεθεί ότι ήταν υπό την επήρεια του αλκοόλ κατά τη διάρκεια της πράξης τους (Τζάφφη Τ., Πήτερσον Ρ., Χόντσον Ρ., 1992, σελ. 110).

Στην ίδια χώρα (Μ. Βρετανία) ένα εκπληκτικό γεγονός έρχεται να επιβεβαιώσει τα τεράστια συμφέροντα και τη χαώδη κατάσταση. Το 1979 η κυβέρνηση των Εργατικών ανέθεσε σε ειδική επιτροπή τη διεξαγωγή έρευνας για τη θέση του αλκοόλ στην οικονομία της χώρας, καθώς και τις επιπτώσεις του στην υγεία του πληθυσμού. Τα συμπεράσματα ήταν τόσο ανησυχητικά, ώστε η επόμενη κυβέρνηση (Θάτσερ) δεν τη δημοσίευσε για τέσσερα χρόνια (Τάιλερ Α, 1988, σελ. 33).

Όπως αναφέρεται από τον Τάιλερ (1988), τονίσθηκε ιδιαίτερα η διπλή όψη του θέματος : η διαρκώς ανοδική πορεία των κερδών της βιομηχανίας (απασχόληση 700.000 ανθρώπων, ετήσιος τζίρος τουλάχιστον 7,5 δισ. λίρες, δασμοί και φόροι για το κράτος περί τα 5 δισ. λίρες) και οι όλο και σοβαρότερες κοινωνικές επιπτώσεις της κατανάλωσης (αύξηση θανάτων, κίρρωση ήπατος κατά 50% μέσα σε 20 χρόνια, διπλασιασμός των εισαγωγών των ανδρών στα νοσοκομεία τη δεκαετία του '70 για αλκοολισμό ή συναφείς με το αλκοόλ παθήσεις και υπερδιπλασιασμό των γυναικών χρηστών). Η βιομηχανία έχασε 500 εκατ. λίρες λόγω τροχαίων ατυχημάτων και πράξεων βίας οφειλομένων στο αλκοόλ και το κράτος δαπάνησε επιπλέον 51 εκατ. λίρες σε υγειονομική περίθαλψη και 648 εκατ. λίρες σε δίωξη και αστυνόμευση. Σε κάθε άτομο εργαζόμενο στη βιομηχανία αντιστοιχούσε άλλο ένα με προβλήματα αλκοολισμού (σελ. 33-34).

Στην Ελλάδα υπολογίζεται ότι η νοσοκομειακή περίθαλψη προσφέρει ποσοστό εξόδων 15 - 25% στην κάλυψη ιατρικών δαπανών. Υπάρχουν βέβαια πολύ σοβαρότεροι παράμετροι στην

υπερβολική κατανάλωση οινοπνεύματος, που είναι δύσκολο να αποτιμηθούν σε αριθμούς και νούμερα, με την απόλυτη οικονομική έννοια. Ο αντίκτυπος σε όλες τις άλλες πλευρές της ζωής είναι τεράστιος, στην οικογένεια, στις σχέσεις και εν γένει στην κοινωνική προσφορά (Μαρσέλος Μ., 1986, σελ. 125).

Έχει βρεθεί ότι το αλκοόλ συνδέεται με ένα σημαντικό ποσοστό των βιομηχανικών και οικιακών ατυχημάτων. Μελέτη που διεξήχθη σε μια περιοχή του Παρισιού απέδειξε ότι 10 - 15% των ατυχημάτων που συμβαίνουν στο χώρο εργασίας, οφείλονται σε μέθη. Στην Ελβετία σε έρευνα σχετικά με τα θύματα των μη τροχαίων ατυχημάτων, μεταξύ του 1964 έως το 1970, το 24% των θυμάτων ήταν και αυτά σε κατάσταση μέθης κατά την άφιξή τους στο νοσοκομείο (Τζάφφη Τ., Πήτερσον Ρ., Χόντσον Ρ., 1986, σελ. 112).

Οι «καταναλωτικές συνήθειες» καθορίζουν σε σημαντικό βαθμό το χαρακτήρα των προβλημάτων στην συγκεκριμένη κοινωνία. Έτσι όταν η κατανάλωση έχει «αιχμές» τα Σαββατοκύριακα, τότε η αντικοινωνική συμπεριφορά, το έγκλημα και τα τροχαία ατυχήματα είναι οι προεξάρχουσες «επιπλοκές». Προ 10 χρόνων από άποψη καταναλώσεως, η Ελλάδα βρισκόταν στην 20<sup>η</sup> θέση ανάμεσα στις Ευρωπαϊκές χώρες, ενώ σήμερα κατέχει την 8<sup>η</sup> (Τριχοπούλου Α., Τριχόπουλος Δ., 1986, σελ. 148).

Η παγκόσμια οργάνωση υγείας υπολογίζει, ότι στην Αυστραλία τουλάχιστον το 50% των θανάτων από τροχαία έχουν κάποια σχέση με την κατανάλωση αλκοόλης. Αυτό το είδος των ατυχημάτων σκοτώνει περισσότερους ανθρώπους, απ' ότι όλες οι μολυσματικές αρρώστιες μαζί. Έχει συμβεί έμπειροι οδηγοί λεωφορείων, να επιχειρούν να τα οδηγήσουν μέσα από χώρο που

είναι ως 30 εκατοστά στενότερος από τα οχήματά τους, μετά από 2 διπλά ούισκι (Τζάφφη Τ., Πήτερσον Ρ., Χόντσον Ρ., 1986, σελ. 111).

**Σύμφωνα με στοιχεία του Κώδικα Οδικής Κυκλοφορίας (Κ.Ο.Κ.) του Υπουργείου Μεταφορών και Επικοινωνιών (1999), αναφέρεται ότι στην Ελλάδα σήμερα 1100 άτομα το χρόνο χάνουν τη ζωή τους σε τροχαία των οποίων η αιτία είναι το αλκοόλ. Σε ποσοστά ο αριθμός αυτός αποτελεί το 40% του συνόλου των νεκρών από τροχαία ενώ τα ανάλογα ποσοστά στη Γερμανία και Γαλλία είναι 19% και 26% αντίστοιχα. Με τις νέες ρυθμίσεις για την οδήγηση υπό την επήρεια οινοπνεύματος, φαρμάκων ή τοξικών ουσιών, ισχύουν τα εξής :**

**α) Ορίζεται ως κατώτερο επιτρεπτό όριο κατανάλωσης αλκοόλ τα 0,5 gr/L (γραμμάρια ανά λίτρο αίματος).**

**β) Ορίζονται ως απαγορευτικές, οι ουσίες και τα φάρμακα που επηρεάζουν την ικανότητα οδήγησης.**

**γ) Ορίζονται τρία (3) επίπεδα ποινών ανάλογα με την περιεκτικότητα αλκοόλ στο αίμα. Ειδικότερα :**

- Από 0,5 gr /L έως 0,8 gr /L πρόστιμο 50.000 δρχ.
- Άνω του 0,80 gr/L έως και 1,10 gr/L πρόστιμο 100.000 δρχ.

και αφαίρεση της άδειας οδήγησης για 3 μήνες.

- Άνω του 1,10 gr/L διοικητικό πρόστιμο 200.000 δρχ., φυλάκιση 2 τουλάχιστον μηνών και αφαίρεση της άδειας οδήγησης για 6 μήνες.

δ) Επί πλέον, με απόφαση Δικαστηρίου, επιβάλλεται και η ποινή της αφαίρεσης άδειας και πινακίδων κυκλοφορίας, από 10 ημέρες μέχρι 6 μήνες.

ε) Στους υπότροπους (εντός 2 ετών από τη προηγούμενη παράβαση) με περιεκτικότητα αλκοόλ (στην υποτροπή) άνω του 1,10

g/L (ανεξάρτητα της περιεκτικότητας αλκοόλ στη προηγούμενη παράβαση) αφαιρείται η άδεια οδήγησης για 5 χρόνια.

**Με αυτό το σύστημα ποινών, γίνεται μία κλιμάκωση αναλόγως της περιεκτικότητας αλκοόλ στο αίμα και της κατάστασης (λιγότερο ή περισσότερο επιρρεπής σε ατύχημα) του οδηγού (Κ.Ο.Κ.).**

Εκείνο που γίνεται σαφές, είναι το πόσο αλληλένδετες και αλληλοεπηρεαζόμενες είναι οι συνέπειες του αλκοολισμού. Στις περισσότερες περιπτώσεις εμφανίζονται οι πιο πολλές από αυτές παράλληλα, δηλαδή προβλήματα υγείας και οικογενειακά προβλήματα, απώλεια εργασίας και κοινωνική απομόνωση (Ποταμιάνος Γ., 1991, σελ. 122).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ V

### ΝΕΟΙ ΚΑΙ ΑΛΚΟΟΛ (ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ)

Είναι γεγονός ότι τα οινοπνευματώδη ποτά, είναι η περισσότερο διαδεδομένη τοξική ουσία του σύγχρονου κόσμου. Επίσης διαπίστωση αποτελεί το γεγονός, ότι η πρώτη επαφή με τις νόμιμες τοξικές ουσίες γίνεται στην ηλικία της εφηβείας, μέσα στο γενικότερο πλαίσιο της κοινωνικοποίησής τους, της προσωπικής τους επανάστασης ενάντια σε γονείς και κοινωνία και της ένταξής τους στην ομάδα των φίλων. Η χρήση φθάνει στα ανώτερα όριά της στην αρχή της ενήλικης ζωής, με σταθερή πορεία έως την ηλικία των 50 ετών, ενώ οι παράνομες τοξικές ουσίες παρουσιάζουν κάμψη μετά τα 30 (Μαδιανού Δ., Μαδιάνος Μ., Κοκκέβη Α., Στεφανής Κ., σελ. 224).

Στην Ελλάδα, τα δεδομένα για τη χρήση αλκοόλ στους εφήβους και τους νεαρούς ενηλίκους είναι δύο : πρώτον ότι οι έρευνες με ανάλογο περιεχόμενο είναι ελάχιστες και δεύτερον ότι ένα μικρό ποσοστό θεωρούνται «βαρείς πότες», και το γεγονός ότι το γενικότερο πλαίσιο χρήσης έχει αλλάξει αισθητά και ανησυχητικά. Δεν σημαίνει ότι όλοι αυτοί θα εξελιχθούν σε αλκοολικούς, για μερικούς όμως, η πρώτη τους εμπλοκή με τη χρήση, μπορεί να είναι η αρχή μιας πορείας σοβαρής κατάχρησης (Υφαντής Θ., 1991, σελ. 345).

Το 1975, ο Μαρτίνος και οι συνεργάτες του, σε έρευνα που πραγματοποίησαν στην Κέρκυρα σε μαθητές της ΣΤ! Δημοτικού, βρέθηκαν μπροστά σε ένα εκπληκτικό αποτέλεσμα : το 1/3 των μαθητών έπινε τακτικά μύρα, και το 1/2 των μαθητών κρασί (Παιονίδης Α., Αχλαδάς Χ., 1984, σελ. 128-129).

Οι Παιονίδης και Αχλαδάς (1981), διεξήγαγαν έρευνα για τη χρήση κοινών ευφραντικών ουσιών και ναρκωτικών σε μαθητές της Β΄ και Γ΄ Λυκείου της Δυτικής Θεσσαλονίκης, εξετάζοντας 259 κορίτσια και 188 αγόρια. Το 76% των κοριτσιών, έκαναν μικρή κατανάλωση, σε αντιστοιχία με το 74% των αγοριών, ενώ το 0,8% - 1% των κοριτσιών έκαναν μεγάλη χρήση, έναντι του 11% - 11,2% των αγοριών, ποσοστό που θεωρείται ιδιαίτερα ανησυχητικό (Παιονίδης Α., Αχλαδάς Χ., 1984, σελ. 124).

Η ίδια ομάδα ερευνητών, μαζί και με την Ε. Συρμού δημοσιεύει την επόμενη χρονιά έρευνα, που στο θέμα της προστέθηκαν και τα αναλγητικά, και έγινε σε σχολεία πάλι της Δυτικής Θεσσαλονίκης, το πρώτο τετράμηνο του 1984 με έμφαση τους εργαζόμενους και με μαθητές της Β΄ και Γ΄ Λυκείου. Έλαβαν μέρος 668 μη εργαζόμενοι μαθητές, (310 αγόρια και 358 κορίτσια) και 463 εργαζόμενοι μαθητές, (324 αγόρια και 139 κορίτσια). Ως μικρή κατανάλωση οινοπνεύματος θεωρήθηκε αυτή που αφορούσε ελαφρά ποτά (μύρα, κρασί, ρετσίνα), και μεγάλη όταν γινόταν χρήση ισχυρών οινοπνευματωδών (ουίσκι, κονιάκ, βότκα, ούζο) με καθημερινή κατανάλωση ή σχεδόν καθημερινή ή με συχνές περιπτώσεις μέθης (Παιονίδης Α., Αχλαδάς Χ., Συρμού Ε., 1985, σελ. 216).

Συνεχίζοντας οι ίδιοι ερευνητές αναφέρουν ότι από τα μη εργαζόμενα αγόρια (310), μικρή κατανάλωση έχουν το 68,1% και μεγάλη το 21,6%. Από τα εργαζόμενα (324), το 71,6% είχαν μικρή

και το 16,3% μεγάλη κατανάλωση αλκοόλ. Από τα μη εργαζόμενα κορίτσια (358), κάνουν μικρή χρήση οινοπνευματωδών, σε ποσοστό 80,1% και μεγάλη σε ποσοστό 5%, ενώ από τα εργαζόμενα (139), έχουν μικρή κατανάλωση σε ποσοστό 74,8% και μεγάλη σε 2,8% (όπ., σελ. 218).

Συνολικά διαπιστώθηκε ότι τα αγόρια, μεταξύ μη εργαζομένων μαθητών και των δύο φύλων κάνουν περισσότερο χρήση τσιγάρου και οινοπνεύματος, ενώ τα κορίτσια έδειξαν προτίμηση στα αναλγητικά φάρμακα. Ιδιαίτερα σοβαρό θεωρήθηκε ότι ένα στα πέντε αγόρια και των δύο κατηγοριών της Β' και Γ' Λυκείου κάνουν μεγάλη κατανάλωση αλκοολούχων ποτών (Παιονίδης Α., Αχλαδάς Χ., Συρμού Ε., 1985, σελ. 217-220).

Το 1990, οι Υφαντής Θ., Κούτρας Β., Καφετζόπουλος Ε. και Μαρσέλος Μ., δημοσίευσαν έρευνα με θέμα τους οικογενειακούς, εκπαιδευτικούς, προσωπικούς και κοινωνικούς παράγοντες ως προγνωστικούς δείκτες χρήσης και κατάχρησης οινοπνευματωδών σε μαθητές της Μέσης Εκπαίδευσης. Εξετάσθηκαν 7.904 μαθητές Γ' Γυμνασίου, (13 - 15 ετών 3.621) και Γ' Λυκείου (17 - 19 ετών, 4.283) σε Αθήνα, Πάτρα και Ιωάννινα.

Οι πέντε πρώτοι παράμετροι, που σχετίζονταν με την χρήση κατά σειρά σημαντικότητας ήταν :

- α) οι σχολικές απουσίες,
- β) οι σχέσεις με την μητέρα,
- γ) η ηλικία φίλων,
- δ) η στάση απέναντι στο φίλο που πίνει και
- ε) η ύπαρξη προβλήματος αλκοολισμού στο στενό τους

περίγυρο.

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το 22,8% δεν πίνει καθόλου, το 3% πίνουν περιστασιακά και το 72,2% πίνει αραιά. Εκείνοι που

πίνουν συστηματικά αποτελούν το 2% (2 φορές την εβδομάδα ή περισσότερο). Από αυτούς, το 58,6%, το εφαρμόζει κατά τον τελευταίο χρόνο ή και λιγότερο, ενώ το 41,4% το εφαρμόζει για περισσότερο από δύο χρόνια. Η πλειοψηφία 36% προτιμά μύρα και 8% προτιμά τα δυνατά οινοπνευματώδη ποτά. Παρατηρήθηκε επίσης το φαινόμενο, κατά το οποίο όσο πιο συχνή ήταν η χρήση, τόσο πιο έντονη ήταν η επιλογή ποτών υψηλών σε περιεκτικότητα αλκοόλ (Υφαντής Θ., Κούτρας Β., Καφετζόπουλος Ε., Μαρσέλος Μ., 1990, σελ. 584-587).

Το 1991, οι Μαδιανού Δ., Μαδιανός Μ., Κοκκέβη Α. και Στεφανής Κ. (1993, σελ. 224-225) πραγματοποίησαν έρευνα σε Αθήνα, Θεσσαλονίκη και άλλες περιοχές, επαρχιακές και αστικές για την χρήση καπνού, αλκοόλ, ναρκωτικών και χαπιών και στα δύο φύλα των ηλικιών 12 με 65. Από την μελέτη των αποτελεσμάτων βρέθηκε ότι το 8,6% των αγοριών και το 12,5% των κοριτσιών, δεν έχουν καταναλώσει αλκοόλ ποτέ σχεδόν στην ζωή τους. Για τις 30 τελευταίες ημέρες βρέθηκε ότι τα ποσοστά καθημερινής χρήσης (20 με 29 φορές) ή και συστηματικής μαζί χρήσης (40 με 99 φορές) ήταν για τους έφηβους 3,1% και για νεαρούς ενήλικες 12,1%. Οι νεαροί ενήλικες (το 26,6% των ανδρών και το 5,2% των γυναικών) πίνουν 9 ή περισσότερα ποτήρια, από το ίδιο ή διαφορετικό ποτό την ίδια μέρα, σε αντιστοιχία εκείνη του 7% για τα αγόρια εφήβους και το 3,6% για τα κορίτσια.

Οι ερευνητές Μαδιανού Δ., Μαδιανός Μ., Κοκκέβη Α. και Στεφανής Κ. (1993), προσπαθώντας να ορίσουν την προβληματική χρήση έθεσαν μία σειρά κριτηρίων, όπως εάν πίνουν μόνοι, εάν είχαν κάποιο εργατικό ή άλλο ατύχημα από την χρήση αλκοόλ ή αν το ποτό έγινε αιτία προβλημάτων με την οικογένεια, το σχολείο και



την δουλειά. Το 7,8% των εφήβων και το 14% των νεαρών ενηλίκων, παραδέχθηκαν ότι αντιμετώπισαν τέτοιου είδους προβλήματα. Όσον αφορά την μέση ηλικία που ξεκίνησε για τα άτομα η χρήση οινοπνευματωδών ποτών, 1 με 2 ποτήρια αλκοόλ, τα αγόρια έφηβοι δήλωσαν εκείνη, των 9,96 και οι έφηβες των 10,75. Οι νεαροί ενήλικες μαρτυρούν την ηλικία των 13,22 για τα αγόρια και των 14 για τα κορίτσια. (σελ. 226).

**Παράλληλα το 16,2% των εφήβων και το 21,3% των νεαρών ενηλίκων, αναφέρουν ότι λόγοι όπως η αλλαγή της διάθεσης, η χαλάρωση, η ηρεμία, τα προβλήματα στις σχέσεις τους με τους υπόλοιπους, η αϋπνία αποτελούν από τους πλέον σημαντικούς παράγοντες που καταναλώνουν αλκοόλ. Τα μεγαλύτερα ποσοστά μέθης επίσης αναφέρθηκαν από την νεαρή ενήλικη ηλικιακή ομάδα (Μαδιανού Δ., Μαδιανός Μ., Κοκκέβη Α. και Στεφανής Κ., 1993, σελ. 227-228).**

Οι τρεις τελευταίοι παράγοντες (ηλικία έναρξης, λόγοι και προβλήματα από την χρήση) σηματοδοτούν την χρήση αλκοόλ, για τους έφηβους και τους νέους σήμερα. Παρότι τα τελευταία χρόνια υπάρχει σταθερότητα στην χρήση παντού τα επίπεδα είναι υψηλά και αποτελεί κοινή διαπίστωση ότι οι έφηβοι σήμερα πίνουν (Υφαντής Θ., Κούτρας Β., Καφετζόπουλος Ε., Μαρσέλος Μ., 1990, σελ. 584).

Η πιο πρόσφατη έρευνα που διεξήχθη στην Ελλάδα από τον Στεφανή Κ. και την Κοκκέβη Α., το 1993, αφορά τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών στην Ελλάδα, κατά τη οποία εξετάστηκαν άτομα γενικού πληθυσμού 12 με 64 ετών και δείγμα μαθητικού πληθυσμού 14 με 18 ετών. Συγκεκριμένα στην Αθήνα, εξετάστηκαν 2.100 άτομα ηλικίας 12 με 64 ετών (η απογραφή του

1991 δηλώνει 2.412.000 άτομα στην ευρύτερη περιοχή της Αθήνας) και 11.000 περίπου μαθητές ηλικίας 14 με 18 (το εκπαιδευτικό έτος 1990-1991 για τις τάξεις Γ΄ Γυμνασίου, Α΄, Β΄, Γ΄ Λυκείου όλων των εκπαιδευτικών ιδρυμάτων δηλώνονται ότι φοιτούσαν 469.000 μαθητές).

Βρέθηκε ότι στην ηλικία 12 με 64 ετών πίνουν οινοπνευματώδη 1.700.000 άτομα (σε απόλυτους αριθμούς) εκ των οποίων, τα 298.000 άτομα καταναλώνουν μεγάλες ποσότητες (Κοκκέβη Α., Στεφάνη Κ., 1994, σελ. 196). Σε ποσοστιαία αναλογία γίνεται αραιή κατανάλωση αλκοόλ από το 86% των ανδρών και το 62% των γυναικών, ενώ καθημερινή χρήση σχεδόν, κάνουν το 23,7% των ανδρών και 4,7% των γυναικών (όπ., σελ. 192).

Στην ηλικία 14 με 18 ετών κάνουν χρήση αλκοόλ, 355.000 άτομα (απόλυτος αριθμός) εκ των οποίων 74.600 καταναλώνουν συχνότερα από 2 φορές την εβδομάδα. Η απλή ευκαιριακή χρήση αντιστοιχεί στο 70% του συνόλου, ενώ η συχνή χρήση γίνεται από το 20% περίπου των αγοριών και το 10% των κοριτσιών (Κοκκέβη Α., Στεφάνη Κ., 1994, σελ. 196).

Παράλληλα δίνονται και διαχρονικές διαφορές ή μεταβολές από το 1984 στο 1993, όπως η παρατήρηση ότι στο σύνολο του μαθητικού και γενικού πληθυσμού υπήρξε κάποια μείωση στην κατανάλωση αλκοόλ. Η μείωση αυτή αφορά τις γυναίκες, το ανώτερο και μέσο κοινωνικοοικονομικό επίπεδο και την υπερβολική ή βαριά χρήση στον γενικό πληθυσμό (1984 : 22% και 1993 : 16%). Τα μειωμένα ποσοστά αφορούν εκείνους που κάνουν περιστασιακά υπερβολική χρήση (1 με 2 φορές το μήνα). Τάση ανόδου κατά 1 έτος παρουσιάζει η ηλικία έναρξης χρήσης αλκοόλ. Στον αντίποδα βρίσκεται η ηλικιακή ομάδα 18-24 ετών, κατά την

οποία η χρήση διπλασιάζεται και για τα δύο φύλα, ενώ η χρήση από το κατώτερο κοινωνικοοικονομικό επίπεδο παραμένει σταθερή και το ποσοστό αυτών που κάνουν συστηματική υπερβολική χρήση, το ίδιο. Το θετικό συμπέρασμα είναι ότι το 1993 ο εξεταζόμενος πληθυσμός παρουσιάζεται πιο ευαισθητοποιημένος σχετικά με τους κινδύνους που προκύπτουν από την κατάχρηση αλκοόλ, απ' ότι σε παλιότερες χρονολογίες (Κοκκέβη Α., Στεφάνη Κ., 1994, σελ. 192-193).

Το γεγονός ότι οι νεαροί ενήλικες περιέρχονται συχνότερα σε κατάσταση μέθης, ίσως μπορεί να αποδοθεί στην ανάγκη να πειραματισθούν με το αλκοόλ και την προσωπική αντοχή και όριά τους, ενώ τα προβλήματα που δημιουργούνται συνήθως είναι λόγω απειρίας. Δεν σημαίνει βέβαια ότι όλοι, θα εξελιχθούν σε αλκοολικοί. Προκαλεί όμως ανησυχία το γεγονός της αλλαγής που έχει περιέλθει, στον τρόπο με τον οποίο συνηθίζουν να πίνουν (χωρίς φαγητό, έξω από το σπίτι, για να φτιάξουν την διάθεσή τους), στην ποσότητα, στα είδη των ποτών που προτιμούν, στην μικρότερη ηλικία έναρξης χρήσης και στο ότι κυρίως ψυχολογικοί λόγοι είναι εκείνοι που τους οδηγούν στην κατανάλωση (Μαδιανού Δ., Μαδιανός Μ., Κοκκέβη Α. και Στεφανής Κ., 1993, σελ. 228-229).

Όλα τα παραπάνω στοιχεία, αντανακλούν ένα διαφορετικό τρόπο ζωής των νέων όπου η χρήση αλκοόλ συμβολίζει για αυτούς δύναμη, χειραφέτηση, απελευθέρωση. Θεωρείται σημαντικό επίσης το γεγονός ότι κατά την έρευνα της Μαδιανού το 7% των εφήβων και το 18% των νεαρών ενηλίκων, σε αντίθεση με το 12% των υπόλοιπων ηλικιών υποστήριξαν, ότι η κατανάλωση 3-5 ποτών την ημέρα, είναι αβλαβής και ακίνδυνη για την υγεία (όπ., σελ. 228).

Το αλκοόλ σήμερα για πολλούς νέους σημαίνει κάτι διαφορετικό απ' ότι σήμαινε για τους γονείς τους. Οι γονείς τους, το ενσωμάτωναν σε συγκεντρώσεις με φίλους, συγγενείς, στη συντροφιά, τα αστεία που θα ακολουθούσαν, γενικότερα μέσα σε μία ατμόσφαιρα παρέας, όπου υπήρχε ουσιαστική επικοινωνία και δέσιμο. Για τους σημερινούς εφήβους, είναι συνδεδεμένη με το προβαλλόμενο κοινωνικό πρότυπο, την πορεία κοινωνικοποίησης, το ρόλο του φίλου (αφού τα αγόρια πίνουν περισσότερο από τα κορίτσια) και το τέλος της παιδικότητας και την επερχόμενη ωριμότητα (Υφαντής Θ., Κούτρας Β., Καφετζόπουλος Ε., Μαρσέλος Μ., 1990, σελ. 589).

Η δυνατότητα πρόσβασης στο αλκοόλ, ο τρόπος ψυχαγωγίας και διασκέδασης, η διαφήμιση η οποία, διαμορφώνει την ψυχαγωγία και την διασκέδαση με τους επιτυχημένους χαρακτήρες που παρουσιάζει και τις πιθανές δυνατότητες που τους παρέχει η κάθε μάρκα ποτού έχουν διοχετεύσει στους νέους συγκεκριμένα μηνύματα κοινωνικής ανάδειξης και απελευθερωμένης συμπεριφοράς. Οι τελευταίες έρευνες, όπως αναφέρει ο Υφαντής Θ., για τη στάση των νέων απέναντι στο αλκοόλ έδειξαν ότι τα διάφορα εκπαιδευτικά προγράμματα που έχουν εφαρμοστεί δεν επηρεάζουν καθόλου τις προτιμήσεις τους ως προς τα οινοπνευματώδη ποτά (Υφαντής Θ., 1991, σελ. 350).

Ένας νέος στην Αγγλία δήλωσε ότι οι γονείς του δεν ενοχλούνται εάν πίνει γιατί, το προτιμούν από το να παίρνει ναρκωτικά (Drug Abuse και Drug Research, 1991, σελ. 40).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ VI

### ΓΕΝΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ

Σ' αυτό το κεφάλαιο γίνεται μία ανασκόπηση : α) της πρόληψης, β) των θεραπευτικών προσεγγίσεων, γ) της κοινωνικής επανένταξης και δ) της πρόληψης της υποτροπής που συνιστούν τις βασικές παραμέτρους για την γενική αντιμετώπιση του απειλητικού φαινομένου του αλκοολισμού και των πολυδιάστατων συνεπειών του. Ειδικότερα :

#### A. ΠΡΟΛΗΨΗ

Λίγοι είναι εκείνοι που θα διαφωνήσουν με την άποψη ότι η πρόληψη είναι καλύτερη από την θεραπεία, είτε αναφέρονται σε θέματα υγείας, είτε οικονομικού σχεδιασμού (Ποταμιάνος Γ., 1991, σελ. 158), καθώς η επιτυχημένη πρόληψη μειώνει σημαντικά την ζήτηση θεραπευτικών υπηρεσιών και εξοικονομούνται έτσι οι οικονομικοί πόροι που μπορούν να διατεθούν σ' άλλους τομείς (Gossop και Grant, 1994, σελ. 56).

Τα μέτρα πρόληψης, διαχωρίζονται σε πρωτογενή, δευτερογενή και τριτογενή. Στην πρωτογενή πρόληψη, περιλαμβάνονται όλες οι διαδικασίες που έχουν ως στόχο την έλλειψη της διαθεσιμότητας του αλκοόλ και την μείωση της πιθανότητας χρήσης από άτομα σε υψηλό κίνδυνο (Μαδιανός Μ., 1989, σελ. 163). Σ' αυτή την πρώτη κατηγορία ανήκουν μέτρα που αφορούν τομείς όπως η φορολόγηση, η τιμή, οι διαφημίσεις, οι έρευνες, η ενημέρωση του κοινού κλπ (όπ., σελ. 159).

Ως δευτερογενής πρόληψη θεωρείται η έγκαιρη προσέγγιση και θεραπεία των εξαρτημένων ατόμων που συνήθως, εμφανίζουν

χαμηλά κίνητρα για βοήθεια (Μαδιανός Μ., 1989, σελ. 163). Εδώ ανήκουν τα προγράμματα ανίχνευσης και προσέγγισης ατόμων υψηλού κινδύνου των αλκοολικών, καθώς και οι μονάδες σωματικής απεξάρτησης (όπ., σελ. 160).

Τέλος ως τριτογενής πρόληψη αναφέρονται οι δραστηριότητες που στοχεύουν στη μείωση και εξάλειψη των επιπτώσεων της εξάρτησης στο άτομο έτσι ώστε να επανεντάσσεται στην κοινωνία. Σ' αυτή την πρόληψη εντάσσονται μέτρα όπως η ψυχολογική απεξάρτηση, η κοινωνική επανένταξη, οι ομάδες αυτοβοήθειας (Ανώνυμοι Αλκοολικοί) και η πρόληψη της υποτροπής (Μαδιανός Μ., 1989, σελ. 160 και 163).

Η οργάνωση της πρόληψης των προβλημάτων που οφείλονται στο αλκοόλ ακολουθεί την ίδια μεθοδολογία που εφαρμόζεται στη πρόληψη των ψυχικών διαταραχών δηλαδή, πρώτα καθορίζονται οι στόχοι, ο ακριβής σκοπός, το σαφές περιεχόμενό τους, οι δυνατότητες εφαρμογής, η ενδεχόμενη δραστικότητα τους και οι τυχόν επιδράσεις σε άλλους τομείς και οι γενικότερες επιπτώσεις. Τέλος αξιολογούνται τα αποτελέσματα και ιδιαίτερα τα φαινόμενα της αντίστασης, καθώς και οι μακροπρόθεσμες επιπτώσεις από τα προληπτικά μέτρα ή προγράμματα. Τα μέτρα μπορεί να είναι βραχυπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα, άμεσα ή έμμεσα και εμπλέκονται τομείς όπως η οικονομία, το εμπόριο, η νομοθεσία, η εκπαίδευση, η περίθαλψη και η πρόνοια μίας χώρας, καθώς επίσης και παράγοντες ατομικοί, οικογενειακοί, πολιτιστικοί και κοινωνικοί που επηρεάζουν θετικά ή αρνητικά την αποδοτικότητα των προληπτικών μέτρων (Μαδιανός Μ., 1989, Β' Τόμος, σελ. 159).

Τα νομοθετικά - διοικητικά μέτρα περιλαμβάνουν την απαγόρευση των διαφημίσεων που αναφέρονται στα αλκοολούχα

ποτά, ακόμη και την ίδια την πώληση των αλκοολούχων ποτών σε ανήλικα άτομα και παράλληλα τον έλεγχο της παραγωγής αλκοόλ με την μορφή κρατικού μονοπωλίου, του περιορισμού των αποστάξεων, την αλλαγή των γεωργικών καλλιεργειών οι οποίες παράγουν αλκοόλ, τον έλεγχο του εμπορίου των ποτών, της οδικής κυκλοφορίας και της εργασιακής ασφάλειας. Επίσης την αύξηση της τιμής των αλκοολούχων ποτών (ιδιαίτερα των εισαγόμενων, τα οποία κατά κανόνα περιέχουν μεγάλη ποσότητα αλκοόλης) (όπ., σελ. 159).

Η ποτοαπαγόρευση και η υψηλή φορολογία, δεν αποτελούν παράγοντες πρόληψης. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον έχει το δημοσίευμα των Duffy και Plant (1986) που αναφέρεται στις επιπτώσεις που είχε η θέσπιση νόμου, κατά τον οποίο επιτρεπόταν η πώληση αλκοόλ καθ' όλη τη διάρκεια της ημέρας στη Σκοτία. Μετά από δεκάχρονη εφαρμογή του νόμου αυτού, οι ερευνητές δεν σημείωσαν σημαντικές διαφορές προς τη νοσηρότητα και τη θνησιμότητα εξαιτίας του αλκοολισμού, μεταξύ Σκοτίας, Αγγλίας και Ουαλίας. Η μόνη διαφορά, ήταν η μείωση των ποινικών αδικημάτων που είχαν άμεση σχέση με την κατανάλωση της αλκοόλης. Και επίσης σαν αναγκαιότητα είναι η αναθεώρηση του ρόλου των μέσων μαζικής ενημέρωσης και ιδιαίτερα της διαφήμισης. Δεν είναι απαραίτητο να προβάλλεται το αλκοόλ ως μέσο κοινωνικής και σεξουαλικής επιτυχίας στους πιθανούς καταναλωτές (Ποταμιάνος Γ., 1991, σελ. 161).

Τα μέτρα Κοινωνικής Πολιτικής κατά τον Μαδιανό (1989), περιλαμβάνουν :

α) Την οργάνωση κοινοτικών υπηρεσιών, ενσωματωμένων συνήθως σε Κέντρα Υγείας ή Ψυχικής Υγείας που αναπτύσσουν προγράμματα εκπαίδευσης και ευαισθητοποίησης του κοινού ή

ειδικών ομάδων και οργανώνουν ειδικά προγράμματα αναγνώρισης ατόμων υψηλού κινδύνου, όπως είναι οι αλκοολικοί, παιδιά αλκοολικών γονέων, άτομα συναισθηματικές διαταραχές που συχνά καταφεύγουν στο αλκοόλ με το αιτιολογικό της ευφορικής, αγχολυτικής δράσης (σελ. 161).

Οι προσπάθειες με το κοινωνικό σύνολο, οφείλουν να έχουν διπλή κατεύθυνση. Πρώτον, είναι απαραίτητη η επιστημονική ενημέρωση του κοινού σε θέματα χρήσης και κατάχρησης. Η κοινωνία πρέπει να ενημερώνεται και όχι να φοβάται όπως στην περίπτωση των ναρκωτικών. Ο καλός πληροφορημένος πολίτης, έχει ενεργή συμμετοχή στην λήψη αποφάσεων, που αφορούν την υγεία του, έτσι ώστε να μην γίνεται παθητικός δέκτης των προτάσεων των ειδικών. Δεύτερον, πρέπει να αντιμετωπιστούν οι αρνητικές στάσεις και αντιλήψεις του κοινωνικού συνόλου απέναντι στο προβληματικό πότη. Η κοινωνία, είναι ιδιαίτερα «σκληρή» και στιγματίζει άτομα που αντιμετωπίζουν προβλήματα αλκοολισμού. Οι παραπάνω προσπάθειες μπορούν να υλοποιηθούν, με ενημερωτικά φυλλάδια, διαλέξεις, ανοιχτές συζητήσεις και αξιοποίηση των μέσων μαζικής ενημέρωσης (Ποταμιάνος Γ., 1991, σελ. 160).

Συγκεκριμένα, για τις καταστάσεις εξάρτησης από αλκοόλ, η υπηρεσία επειγόντων περιστατικών που λειτουργεί στο Κ.Κ.Ψ.Υ. προσφέρει άμεση παρέμβαση στο άτομο, με στόχο την αναδιάρθρωση της ισορροπίας του με την «επαναδιάταξη» των εσωτερικών και εξωτερικών του δυνάμεων στα πλαίσια του υποστηρικτικού συστήματος του ατόμου, ενώ στον τομέα της αποκατάστασης, η κοινωνική λειτουργός και η επισκέπτρια υγείας παρεμβαίνουν στην οικογένεια του ατόμου και στο ίδιο το άτομο με τη μορφή της καταγραφής των κοινωνικών, σωματικών,



οικονομικών και ψυχολογικών προβλημάτων, της ενίσχυσης της θεραπευτικής συμμαχίας του ατόμου και της υπηρεσίας. Στο Κ.Κ.Ψ.Υ. μπορεί το άτομο να βοηθήσει αποτελεσματικά μέσα από την ψυχοθεραπεία (την ατομική ή την ομαδική) ή τη συμμετοχή του σε ομάδα αυτοβοήθειας του τύπου του Alcoholic Anonymous (Α.Α.) (Μαδιανός Μ., 1989, σελ. 161).

β) Την οργάνωση θεραπευτικών υπηρεσιών, που περιλαμβάνουν τη σωματική, την ψυχολογική απεξάρτηση, αλλά και την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση του ατόμου και την επανένταξή του στην κοινότητα. Η ψυχολογική απεξάρτηση γίνεται στα πλαίσια της λεγόμενης «Θεραπευτικής Κοινότητας», οι αρχές της οποίας μπήκαν από τον Maxwell Jones στην Αγγλία το 1940-45.

γ) Επίσης σημαντικό ρόλο στην αποκατάσταση των αλκοολικών παίζουν οι λεγόμενες εθελοντικές οργανώσεις, όπως είναι οι Α.Α., οι Ανώνυμοι Αλκοολικοί. Οι ομάδες Α.Α. είναι ομάδες αυτοβοήθειας και έχουν ευρύτατα διαδοθεί στην Ευρώπη και Η.Π.Α. (όπ., σελ. 161).

Οι Ropham, Schmidt και de Lint, όπως αναφέρεται στον Robinson (1976), μορφοποίησαν τις απόψεις τους σε «τρία μοντέλα αποτροπής» (prevention), ή τρεις παράγοντες που πρέπει να προσεχθούν πριν από κάθε σχεδιασμό μέτρων πρόληψης του αλκοολισμού :

α) Το μοντέλο δύο κατευθύνσεων (bimodal model). Τα μέτρα πρόληψης πρέπει να είναι δύο κατευθύνσεων, για έναν πολύ απλό λόγο: οι αλκοολικοί και οι προβληματικοί πότες θεωρείται ότι έχουν κάποιο ιδιαίτερο πρόβλημα - δυσλειτουργία, απόρροια του οποίου είναι αυτή τους η εξάρτηση. Συνεπώς, οποιαδήποτε μέτρα επιδιώκουν την συγκράτηση της συνολικής κατανάλωσης ως

λύση στο πρόβλημα, το μόνο που επιτυγχάνουν, είναι να έχουν αντίκτυπο στους μικρούς και μεσαίους καταναλωτές αλκοόλης, χάνοντας την κατ' εξοχήν μερίδα που έπρεπε να «πληγεί» από τα μέτρα.

β) Το μοντέλο της ενσωμάτωσης (integration model). Για να «ξεριζωθεί» ή να μειωθεί το ποσοστό του αλκοολισμού, θα έπρεπε να υπάρξουν θεμελιώδεις αλλαγές στο κοινωνικό και ιατρικό σύστημα. Ωστόσο, τα περισσότερα προβλήματα πηγάζουν από τη μυστικοπάθεια που συνδέεται με το αλκοόλ και την ενοχή που συνοδεύει τη χρήση του, ενώ θα ήταν διαφορετική η κατάσταση αν η χρήση ποτών ήταν ενσωματωμένο μέρος της καθημερινής ζωής. Οι νέοι άνθρωποι θα έπρεπε να «γνωρίζονται» με τα αλκοολούχα σε μικρή ηλικία ούτως ώστε να μπορούν να μάθουν να πίνουν μετρημένα και να μην αντιμετωπίζουν αυτή τη δραστηριότητα με μεγαλύτερη σπουδαιότητα από ότι το φαγητό. Οποιαδήποτε περιοριστικά μέτρα έλεγχου φαίνονται σαν «ενίσχυσης μιας ανθυγιεινής αβεβαιότητας προς το ποτό και σαν εμπόδια στην υιοθεσία ενός τύπου υγιούς πόσης».

γ) Το μοντέλο της απλής κατανομής (single distribution model). Οι υποστηρικτές αυτής της άποψης, θεωρούν ότι η σχετική συχνότητα κατανάλωσης μεγάλων ποσοτήτων αλκοόλης, εξαρτάται από το μέσο όρο κατανάλωσης για κάθε πότη σε έναν πληθυσμό και από παράγοντες που αλλάζουν τον δεύτερο (ενν. τον μέσο όρο) ενώ αναμένονται να αλλάξουν τον πρώτο. Από τη στιγμή που φαίνεται να επικρατεί η ίδια κατανομή (ενν. μέσου και μεγάλου ποσοστού κατανάλωσης) σε πληθυσμούς που διαφέρουν πολύ στις συμπεριφορές τους προς το ποτό, τις προτιμήσεις τους προς τα αλκοολούχα, τις συνήθειες πόσης, την εκπαίδευση και τα νομοθετικά μέτρα (legal measures) που χρησιμοποιήθηκαν στον

αγώνα κατά του αλκοολισμού, συμπεραίνεται ότι δεν υπάρχει τρόπος να μεταβληθεί η «επικράτηση» (prevalence) των βαριών καταναλωτών χωρίς αλλαγή του μέσου όρου κατανάλωσης των άλλων ποτών (drinkers) (Robinson D., 1976, σελ. 98-99).

Τα μέτρα πρόληψης, για να είναι πιο αποτελεσματικά, προσανατολίζονται σε τρία επίπεδα : το παγκόσμιο, το εθνοκρατικό και το κοινοτικό επίπεδο. Σε παγκόσμιο επίπεδο η οργάνωση της πρόληψης των προβλημάτων που σχετίζονται με το αλκοόλ αλλά και με άλλες φαρμακευτικές ουσίες συντονίζεται από τον Οργανισμό Ηνωμένων Εθνών (Ο.Η.Ε.) και τις οργανώσεις της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας, το Συμβούλιο της Ευρώπης, την INTERPOL. Σε εθνικό επίπεδο, στις περισσότερες χώρες υπάρχουν κεντρικές συντονιστικές επιτροπές, ινστιτούτα ερευνών και κεντρικές ή περιφερειακές θεραπευτικές μονάδες. Στο επίπεδο της κοινότητας αναπτύσσονται προληπτικές διαδικασίες γύρω από τον άξονα ενημέρωση - προσέγγιση ατόμων υψηλού κινδύνου (Μαδιανός Μ., 1989, σελ. 162).

Είναι φανερό ότι στην πρόληψη εμπλέκονται η εκκλησία, πολλά υπουργεία, και φορείς κρατικοί, ιδιωτικοί - εθελοντικοί. Βασική προϋπόθεση και στην περίπτωση της οργάνωσης της πρόληψης είναι ο συντονισμός, αφού εκτιμηθεί επιδημιολογικά το πρόβλημα και σχεδιαστούν τα προληπτικά μέτρα τα οποία συνεχώς αξιολογούνται (Αβραμίδης Α., 1991, σελ. 349-350).

Η σημασία της πρόληψης των προβλημάτων από το αλκοόλ είναι τεράστια, γιατί, αντίθετα από τις άλλες φαρμακευτικές ουσίες, το αλκοόλ είναι συνήθεια επιτρεπτή, νόμιμη και ταυτόχρονα ασκείται λίγο - πολύ απ' όλο τον πληθυσμό στις περισσότερες κοινωνίες, άρα τα όρια της χρήσης και της κατάχρησής του πολλές φορές συγχέονται, χωρίς τον κίνδυνο του

στίγματος ή της περιθωριοποίησης που δημιουργείται από τα ναρκωτικά (Μαδιανός Μ., 1989, σελ. 162).

## **B. ΘΕΡΑΠΕΙΑ**

Σύμφωνα με τον Ποταμιάνο (1991), υπάρχουν παράγοντες οι οποίοι επιδρούν αρνητικά και κάνουν πιο δύσκολη τη θεραπεία του αλκοολισμού. Οι παράγοντες αυτοί συνοψίζονται ως εξής:

1. Ο προβληματικός πότης δεν «αναγνωρίζεται» είτε από το κοινωνικό του περιβάλλον, είτε από τους θεράποντες ιατρούς. Σ' αυτό το φαινόμενο συμβάλουν λόγοι όπως :

α) η σχετική έλλειψη ευαίσθητων μεθόδων ανίχνευσης του προβληματικού πότη,

β) το γεγονός ότι τόσο η ιατρική όσο και η κοινή αντίληψη περί αλκοολισμού περιορίζεται, στα άτομα που επιδεικνύουν σοβαρή εξάρτηση και διαταραχές, τα οποία όμως αυτά άτομα αντιπροσωπεύουν λιγότερο από το 10% των ατόμων, που μπορούν να θεωρηθούν προβληματικοί πότες,

γ) ο ασαφής διαχωρισμός μεταξύ χρήσης και κατάχρησης του αλκοόλ, καθώς στη δυσκολία οριοθέτησης συμβάλλουν παράγοντες, βιολογικοί, κοινωνικοί, ψυχολογικοί και πολιτιστικοί,

δ) η άρνηση του προβλήματος τόσο από τον πότη, όσο και από το περιβάλλον του, έχει ως αποτέλεσμα την άρνηση ή τη μη αναζήτηση θεραπευτικής παρέμβασης. Η κλινική πείρα, δείχνει ότι οι αλκοολικοί ζητούν βοήθεια μετά από παρέλευση πολλών ετών κατάχρησης και μετά από προτροπές, απειλές από το άμεσο οικογενειακό τους περιβάλλον και

ε) πολύ συχνά ο θεράπων ιατρός αντιμετωπίζει τις επιπτώσεις του αλκοολισμού μεμονωμένα ενώ το αίτιό τους (αλκοολισμός) δεν αντιμετωπίζεται δεόντως.

2. Οι στάσεις και οι αντιλήψεις του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού είναι αδιάφορες έως αρνητικές απέναντι στον αλκοολικό.

3. Πολλές φορές η διάγνωση γίνεται σε προχωρημένα στάδια εξάρτησης και οργανικών ή και ψυχιατρικών διαταραχών, με αποτέλεσμα οι θεραπευτικές προσπάθειες και παρεμβάσεις να έχουν λιγότερες πιθανότητες επιτυχίας.

4. Η εξάρτηση από το αλκοόλ είναι απόλυτα «εναρμονισμένη» με τις προσωπικές και κοινωνικές σχέσεις και δραστηριότητες του χρήστη. Αν η θεραπευτική παρέμβαση στον αλκοολικό, δεν εμπεριέχει στοιχεία ικανά να αναπληρώσουν την κατάχρηση αλκοόλης η θεραπεία συνήθως αποτυγχάνει (Ποταμιάνος Γ., 1991, σελ. 163-166).

Για ένα σημαντικό αριθμό χρηστών που απευθύνονται για θεραπεία στις διάφορες υπηρεσίες, το βασικό αίτημα είναι η μόνιμη αποχή από το αλκοόλ και η κατάκτηση ενός νέου τρόπου ζωής (Λιάππας Γ., 1992, σελ. 256).

Η θεραπευτική αγωγή περιλαμβάνει την κατάπαυση της κατάχρησης οινόπνευματων, την εξάλειψη του συνδρόμου αποστέρησης, την αποκατάσταση των λειτουργιών που έχουν διαταραχθεί, την αναδιαπαιδαγώγηση του αλκοολικού και τη δημιουργία σταθερής αντιαλκοολικής κατάστασης στον ασθενή. Η θεραπευτική διαδικασία όμως δεν έχει καμιά έννοια όσο ο ασθενής κάνει έστω και μειωμένη χρήση αλκοόλ. Συμπερασματικά η θεραπεία λοιπόν για τον αλκοολισμό σημαίνει ικανότητα αποφυγής της χρήσης αλκοόλ, μέσα από μια διαδικασία ωρίμανσης της προσωπικότητας ώστε η χρήση της να μην είναι πια αναγκαία (Παπαγεωργίου Ε., 1990, σελ. 206).

Ο Ποταμιάνος (1991), αναφέρει ότι η θεραπεία αποτελεί μία διαδικασία μάθησης νέων δεξιοτήτων και διαπροσωπικών ικανοτήτων. Είναι υπόθεση αλλαγής, προσωπικής ανάπτυξης και με κανέναν τρόπο δεν μπορεί να επιβληθεί. Στην Αμερική όπου δοκιμάστηκαν στις αρχές της δεκαετίας του '50 προγράμματα αναγκαστικής αποτοξίνωσης, το ποσοστό επιτυχίας υπήρξε 0%. Βέβαια, η αποτοξίνωση δεν αποτελεί θεραπεία για τον αλκοολισμό και η προοπτική συμβολής της στην απεξάρτηση είναι μηδαμινή. Απλά είναι μια περίοδο αποχής από το αλκοόλ, με στόχο την προετοιμασία του ατόμου για απεξάρτηση και ανάρρωση (σελ. 168).

Η Μάτσα (1994) αναφέρει ότι χρειάζεται η ενεργητική συμμετοχή του ατόμου, στην όλη θεραπευτική διαδικασία, η οποία διαρκεί πολύ, είναι δύσκολη και απαιτεί όλες του τις δυνάμεις. Με αυτή τη διαδικασία ο ασθενής, θα μπορέσει να συνειδητοποιήσει τις αιτίες της εξάρτησής του, να ξεπεράσει τις αδυναμίες του, να αποκαταστήσει τις βλάβες του οργανισμού, που οφείλονται στη δράση του οινοπνεύματος και να μάθει τρόπους σωστής άμυνας απέναντι σε δυσκολίες (σελ. 76).

Όπως αναφέρει ο Παπαγεωργίου (1990), οι στόχοι της θεραπείας είναι οι ακόλουθοι (σελ. 252) :

- Η επίτευξη ενός τρόπου ζωής χωρίς εξάρτηση, από διάφορες χημικές ουσίες.
- Η καταπολέμηση διαφόρων σωματικών ενοχλημάτων, που αποτελούν επακόλουθα του αλκοολισμού.
- Η καταπολέμηση των διαφόρων προβλημάτων μέσα στην οικογένεια, στον τρόπο εργασίας κλπ., που οφείλονται στην εξαρτημένη συμπεριφορά του ασθενή.

- Η ανάπτυξη της ικανότητας, για δημιουργία ουσιαστικών σχέσεων με άλλα άτομα.
- Η καλύτερευση κατανόηση των ατομικών ικανοτήτων και αδυναμιών, η βελτίωση της ικανότητας έκφρασης συναισθημάτων και του τρόπου αντιμετώπισης των δυσάρεστων αισθημάτων.
- Η ανάπτυξη από τον ασθενή της ικανότητας για τοποθέτηση αρχών και
- η δημιουργία ενός νέου τρόπου ζωής, ευχάριστου, για τον ασθενή (σελ. 252).

Η θεραπευτική διαδικασία διαχωρίζεται κατά προσέγγιση, στις ακόλουθες φάσεις. Προηγείται η φάση της αναζήτησης βοήθειας και της υπερπήδησης των φραγμών για την αναζήτηση αυτή. Όταν πια γίνει η επαφή, η επόμενη φάση πρέπει να είναι η εκτίμηση. Πρόκειται για πρακτικό ζήτημα και το θεραπευτικό προσωπικό και οι υπηρεσίες είναι αναγκαίο να νιώθουν εμπιστοσύνη για την εκτέλεση του έργου (Gossop και Grant, 1994, σελ. 115). Η εκτίμηση γίνεται με την στενή συνεργασία του πάσχοντος που αναζητεί βοήθεια και του προσώπου που την προσφέρει - το οποίο πρέπει να ακούει, να διερευνά και να ρωτάει, παρά να βγάζει βιαστικά συμπεράσματα. Επίσης πρέπει να λαμβάνονται υπόψη σωματικοί, ψυχολογικοί και κοινωνικοί παράγοντες (όπ., σελ. 116).

Κατόπιν το άτομο πρέπει να ακολουθήσει ένα σύντομο στάδιο αποτοξίνωσης και θεραπείας, κατά την οποία πρέπει ως ελάχιστη προϋπόθεση να αποσαφηνιστούν τα προβλήματα, να τεθούν οι στόχοι και να αντιμετωπιστούν τα άμεσα σωματικά, ψυχολογικά και κοινωνικά προβλήματα. Σ' αυτή τη φάση καθορίζονται επίσης και οι στόχοι που σχετίζονται με τις

προσδοκίες από την θεραπεία. Η αποκατάσταση αποτελεί την πιο μακρόχρονη διαδικασία επίλυσης του προβλήματος και αποσκοπεί στην ανακάλυψη ενός νέου, απαλλαγμένου από το αλκοόλ τρόπου ζωής, στην οριστική αποχή από την χρήση και στην επάνοδο σε κερδοφόρο απασχόληση. Επίσης σημαντικό τμήμα της θεραπείας αποτελεί η αντιμετώπιση των προτροπών, τις οποίες τόσο ο ασθενής όσο και ο θεραπευτής πρέπει να δέχονται ρεαλιστικά και να μην τις θεωρούν καταστροφή (Gossop και Grant, 1994, σελ. 116).

Η θεραπεία αρχίζει με την ένταξή του στο Πρόγραμμα και περιλαμβάνει τη σωματική, την ψυχική απεξάρτηση και την κοινωνική επανένταξη, με ιδιαίτερη έμφαση στην πρόληψη της υποτροπής. Το πρώτο στάδιο της θεραπείας, πριν την μακρόχρονη, είναι αυτό της αποτοξίνωσης. Γίνεται σε παθολογικό ή ψυχιατρικό τμήμα και συνίσταται στην αποκατάσταση της σωματικής κατάστασης του ασθενή (κακή θρέψη, υποβιταμίνωση, σωματικές ασθένειες), στην προσεκτική παρακολούθηση, ώστε να αντιμετωπισθούν εγκαίρως σημεία του στερητικού συνδρόμου και προφύλαξη για να μην ξαναπιεί ο αλκοολικός (Μάνος Ν., 1988, σελ. 414).

Συνεχίζοντας ο Μάνος Ν. (1988), αναφέρει ότι η θεραπεία των πρώτων σημείων και συμπτωμάτων του αλκοολικού στερητικού συνδρόμου, γίνεται με το (Librium), που είναι ένα αποτελεσματικό υποκατάστατο για το αλκοόλ. Η θεραπεία αρχίζει αμέσως, αφού ο ασθενής δείξει τα πρώτα στερητικά σημεία : σφυγμό πάνω από 110 το λεπτό, αυξημένη αρτηριακή πίεση, ιδρώτα και πυρετό. Υποκειμενικά συμπτώματα όπως, το άγχος και η διέγερση δεν θεωρούνται αξιόπιστα, γιατί μπορούν να οφείλονται και σε άλλους λόγους εκτός του στερητικού



συνδρόμου. Πιο άμεση και αποτελεσματική είναι η χρήση της δισουλφιράμης (antabuse), χημική ουσίας που αναστέλλει τη φυσιολογική οξειδωση του αλκοόλ, οπότε συσσωρεύεται στο αίμα ακεταλδεΐδη, η οποία προκαλεί δυσφορικά συμπτώματα και έμετο. Φυσικά ο ασθενής ενημερώνεται για την δράση του φαρμάκου και η λήψη του γίνεται με την θέλησή του. Γενικά όμως η δράση είναι περιορισμένη και όταν χρησιμοποιείται πρέπει να συνδυαστεί με ψυχοκοινωνικοθεραπευτικές προσεγγίσεις (σελ. 412-413).

Η διαδικασία της αποτοξίνωσης του ατόμου αποτελεί ένα μόνο στάδιο μιας ολοκληρωμένης θεραπευτικής αντιμετώπισης. Η φάση αυτή πιστεύεται πως είναι η λιγότερο δύσκολη στη συνολική θεραπεία του αλκοολισμού. Η φάση της ψυχολογικής απεξάρτησης είναι πιο δύσκολη, διότι εκεί αρχίζει να αντιλαμβάνεται, γιατί έγινα αλκοολικός, τα κενά του, τα λάθη του. Εκεί αρχίζει να αλλάζει, καθώς ζει σ' ένα περιβάλλον με ανθρώπους, που έχουν το ίδιο πρόβλημα και μέσω αυτών καταλαβαίνει και τον εαυτό του. Γι' αυτό, κατά τη θεραπεία δίνεται μεγάλη προσοχή στην ψυχοθεραπεία, την ατομική και την ομαδική (Νίκας Δ., άρθρ. «Αλκοόλ : Οι Α.Α. αλληλοβοηθούνται με το σύνθημα : Για σήμερα δεν σηκώνω το ποτήρι», «ΤΑ ΝΕΑ», 23-11-1991).

Όσον αφορά τις διαθέσιμες θεραπευτικές προσεγγίσεις που χρησιμοποιούνται, αναφέρονται οι εξής :

#### Οι τεχνικές θεραπείας της συμπεριφοράς

Μία από τις πρώτες μεθόδους ήταν η τεχνική της αποστροφικής θεραπείας. Συνοπτικά η τεχνική αυτή βασίζεται στη θεώρηση ότι δυσάρεστα ερεθίσματα, μειώνουν τις πιθανότητες εμφάνισης κάποιας συμπεριφοράς (χημικά παρασκευάσματα, που αναφέρονται παραπάνω, χρησιμοποιούνται για να προκαλέσουν αντιδράσεις αποστροφής) (Ποταμιάνος Γ., 1991, σελ. 132).

Τα τελευταία χρόνια, χρησιμοποιούνται ευρέως τεχνικές που βοηθούν την αντιμετώπιση του άγχους, όπως είναι η θεραπεία κοινωνικών δεξιοτήτων και η παρρησιαστική θεραπεία. Η θεραπεία των κοινωνικών δεξιοτήτων, εφαρμόζεται σε προβληματικούς πότες που αντιμετωπίζουν κοινωνική πίεση από το περιβάλλον και εκπαιδεύονται σε εναλλακτικούς τρόπους αντιμετώπισης των πιέσεων. Ο Azgin (1973), «εκπαίδευσε» αλκοολικούς ώστε να βελτιώσουν επαγγελματικές, κοινωνικές και ψυχαγωγικές δραστηριότητες, όπως επίσης τις συζυγικές τους σχέσεις στα πλαίσια ενός προγράμματος «κοινοτικής ενίσχυσης» (όπ., σελ. 134-135).

#### Η συμβουλευτική θεραπεία

Μία από τις δημοφιλούς συμβουλευτικές προσεγγίσεις είναι εκείνη, της θεραπείας της πραγματικότητας, κατά τον Glasser, που εφαρμόζεται σε ομάδες σε αλκοολικούς. Βασικός στόχος της θεραπείας είναι να οδηγήσει όλους τους ασθενείς προς την πραγματικότητα, προς την επιτυχή πάλη με τα χειροπιαστά και μη χειροπιαστά στοιχεία του πραγματικού κόσμου. Παράλληλα στοχεύει στο να βοηθήσει το άτομο να εκπληρώσει δύο βασικές του ανάγκες, εκείνη του να αγαπά και να αγαπιέται και εκείνη που να αισθάνεται ότι αξίζει για τον εαυτό του και για τους άλλους. Αφού βοηθηθεί στην ικανοποίηση αυτών των αναγκών του, μπορεί πιο εύκολα να αποδεχθεί τον πραγματικό κόσμο με σιγουριά, έτσι ώστε να μην είναι στο μέλλον επιρρεπής στο να αρνηθεί την ύπαρξής του (Μαλικιώση - Λοϊζου Μ., 1996, σελ. 257).

Οι φόρμες αναγνωρισμένης ατομικής ψυχοθεραπείας (ψυχαναλυτική κατεύθυνση ή και κλασσική ψυχανάλυση). Η

ψυχοθεραπεία, είναι εξαιρετικά χρήσιμη για τις περιπτώσεις που ενυπάρχει και βαθύτερη ψυχολογική διαταραχή. Κεντρική άποψη είναι ότι ο αλκοολισμός είναι σύμπτωμα μιας βαθύτερης ασυνείδητης σύγκρουσης ή συγκρούσεων. Κύριος στόχος είναι όχι μόνο η θεραπεία του συμπτώματος αλλά η ανάλυση της σύγκρουσης που θα οδηγήσει στην καταστολή του συμπτώματος. Ο θεραπευόμενος θα ανακαλύψει τους λόγους που τον οδήγησαν στην εξάρτηση, θα πολεμήσει αυτές τις αιτίες, μαθαίνοντας παράλληλα τρόπους άμυνας κατά των δυσάρεστων συναισθημάτων όπως το άγχος, η κατάθλιψη εξαιτίας ανεκπλήρωτων επιθυμιών και η αυτοκαταστροφική συμπεριφορά (Ποταμιάνος Γ., 1991, σελ. 136).

#### Η ομαδική θεραπεία

Οι μελέτες έχουν δείξει την αξία της ομαδικής θεραπείας ιδιαίτερα γι' αυτά τα άτομα. Δημιουργούνται έτσι οι ομάδες αλκοολικών, που συναντώνται για να συζητήσουν τα προβλήματά τους και να δουν τις καταστρεπτικές συνέπειες του αλκοόλ. Παράλληλα οι αλκοολικοί μέσω της ομάδας μπορούν, να ανακαλύψουν τις δυνατότητες που έχουν για να αντιμετωπίσουν αυτές τις συνέπειες και να αντλήσουν δύναμη από την θέλησή τους για θεραπεία (Νίκας Δ., άρθρ. «Αλκοόλ : Οι Α.Α. αλληλοβοηθούνται με το σύνθημα : Για σήμερα δεν σηκώνω το ποτήρι», «ΤΑ ΝΕΑ», 23-11-1991).

#### Η οικογενειακή θεραπεία

Για να προσδιορισθούν οι λόγοι και οι παράγοντες που προάγουν την πόση και βοηθούν τα μέλη της οικογένειας να συσχετισθούν κατάλληλα με το πρόβλημα. Η ίδια η οικογένεια συντηρεί τον αλκοολισμό και αναπτύσσει την ισορροπία της γύρω από αυτόν. Τα μέλη δεν επιθυμούν μια πιθανή αλλαγή γιατί

αυτομάτως θα σήμαινε η ανατροπή της υπάρχουσας ισορροπίας και θα απαιτούνταν εσωτερική αλλαγή και των ιδίων. Στην οικογενειακή θεραπεία θα αναζητήσει ο καθένας το δικό του πρόβλημα, προσπαθώντας να το καταπολεμήσει για να αποκατασταθεί η λειτουργικότητα της οικογένειας διαμέσου της νέας τάξης πραγμάτων, και θα ενισχυθούν, ενεργοποιηθούν τα μέλη ώστε να στηρίξουν, την απόφαση και πορεία απεξάρτησης και αποκατάστασης του χρήστη. Όπως ήδη έχει αναφερθεί ο αλκοολισμός θεωρείται πρόβλημα του οικογενειακού συστήματος (Λιάππας Γ., 1992, σελ. 271-272).

*Οι ομάδες αυτοβοήθειας όπως οι Ανώνυμοι Αλκοολικοί και οι AI – Anon*

Τα τελευταία χρόνια έχει αυξηθεί η λειτουργία των ομάδων αυτοβοήθειας, ως ομάδων αμοιβαίας βοήθειας και ψυχολογικής υποστήριξης. Οι ομάδες αυτές στοχεύουν στην προαγωγή της ανάπτυξης του εγώ των μελών τους και στην δημιουργία ενός υποστηρικτικού συστήματος, όπου το μέλος αναζητά καταφύγιο. Κλασικό παράδειγμα αποτελούν οι Ανώνυμοι Αλκοολικοί (Μαδιανός Μ., 1989, σελ. 215-216).

*Οι θεραπείες που απευθύνονται στη δημιουργικότητα των ατόμων* (art therapy) *και περιέχουν μια ποικιλία ειδικών τεχνικών* όπως το ψυχόδραμα και το role - playing (Robinson D., 1976, σελ. 95).

Ένα σημείο που έχει προκαλέσει διαφωνίες μεταξύ των επαγγελματιών που ασχολούνται με το θέμα του αλκοολισμού,

είναι το αν πρέπει να υπάρχει νοσηλεία ή όχι στη διαδικασία απεξάρτησης.

Ο Ποταμιάνος και οι συνεργάτες του, το 1985, με έρευνα στο Λονδίνο προσπαθούν να δώσουν μία εικόνα και να αξιολογήσουν την αποτελεσματικότητα του κοινοτικού κέντρου Accert, για την θεραπεία του αλκοολισμού. Υπηρεσίες του κέντρου συγκρίθηκαν με αυτές του γενικού νοσοκομείου και τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η κοινοτική προσέγγιση της θεραπείας του αλκοολισμού, έχει σχετική υπεροχή συγκριτικά μ' αυτή του νοσοκομείου. Τα πλεονεκτήματα του κοινοτικού μοντέλου, εντοπίστηκαν στην καθημερινή κατανάλωση της αλκοόλης και το μικρότερο κόστος. Στην Ελλάδα φαίνεται ότι η δημιουργία τέτοιων κέντρων μπορεί να έχουν ουσιαστική συμβολή, ιδίως όταν το κόστος τους είναι χαμηλό. Για παράδειγμα, το κέντρο στελεχώνεται από έναν κλινικό ψυχολόγο (μερικής απασχόλησης), από έναν ψυχίατρο, μια μικρή ομάδα διοικητικού προσωπικού (3 με 4 άτομα) και ένα σημαντικό αριθμό εθελοντών (συνήθως πρώην αλκοολικούς) που προσφέρουν υπηρεσίες μετά από σχετική εκπαίδευση 2 με 3 εβδομάδες (Ποταμιάνος Γ., 1991, σελ. 170-175).

Αυτό δεν σημαίνει ότι πρέπει να εξαλειφθεί η θεραπεία νοσηλείας, που είναι απόλυτα απαραίτητη για κάποιες περιπτώσεις. Η όλη στάση, αντανακλά μια απόδειξη ότι για τους αλκοολικούς που δεν θα αναπτύξουν σοβαρά συμπτώματα αποχώρησης (ενν. της ουσίας) (withdrawal), τα προγράμματα χωρίς νοσηλεία που λειτουργούν σωστά (well-run) μπορούν να έχουν γι' αυτούς τα ίδια ποσοστά επιτυχίας στο 1/9, με 1/10 του κόστους των προγραμμάτων με νοσηλεία. Η νοσηλεία θεωρείται αναγκαία όταν :

α) το άτομο δεν μπορεί να διακόψει μόνο του τη χρήση αλκοόλ,

β) συνυπάρχει ψυχιατρική συμπτωματολογία (π.χ. κατάθλιψη, τάσεις αυτοκτονίας κλπ) ή ένα πολύ σοβαρό οργανικό πρόβλημα όπως καρδιοπάθεια ή υψηλή πίεση, που μπορούν να κάνουν την αποτοξίνωση (ambulatory) επικίνδυνη και

γ) ο ασθενής έχει αδύνατο κίνητρο για θεραπεία, που μπορεί να ενισχυθεί κατά τη διάρκεια της νοσηλείας ή και το περιβάλλον του δεν παρέχει επαρκή και κατάλληλη υποστήριξη για να είναι η αποτοξίνωση, αποτελεσματική (Stimmel B., 1991, σελ. 85).

Ένα άλλο σημείο διαφωνιών, αφορά την ατομική και ομαδική θεραπεία, και το αν θα πρέπει να χρησιμοποιείται μόνο η μια ή η άλλη. Η ομαδική ψυχοθεραπεία εφαρμόζεται συστηματικά κατά τον Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο (Ποταμιάνος Γ., 1993, σελ. 137), και έρευνες που έχουν γίνει δεν απέδωσαν σίγουρα αποτελέσματα για το ποια μέθοδος είναι καλύτερη (όπ., σελ. 163).

Υπάρχουν αρκετοί όμως επιστήμονες που κλίνουν σαφώς υπέρ της ομαδικής θεραπείας. Έτσι η πλειοψηφία των αλκοολικών, είναι δύσκολο να θεραπευτούν με την ατομική ψυχοθεραπεία, εξ αιτίας του μεγάλου αριθμού τους και γι' αυτό το λόγο, η ομαδική προσέγγιση βρίσκει εδώ, διαρκώς αυξανόμενη αναγνώριση ως ένα πολύτιμο εργαλείο στη θεραπεία του αλκοολισμού (Robinson D., 1976, σελ. 95).

Παράλληλα αναφέρεται ότι ένα χαρακτηριστικό των αλκοολικών, είναι το γεγονός πως, ενώ όλοι οι άνθρωποι δίνουν στους άλλους κομμάτια του εαυτού τους, συναισθήματα και ιδιότητες, οι ίδιοι το κάνουν με πιο άκαμπτο τρόπο. Οι αλκοολικοί αναζητούν την ανεπιφύλακτη αποδοχή και αυτό το απόλυτο της ζωής τους, φαίνεται στις απόλυτες εκφράσεις και στη γλώσσα που

χρησιμοποιούν (είναι σαν να έχουν βάλει τα πάντα σε ένα στεγανό κουτί, και το έχουν κλείσει καλά). Αυτός ο τρόπος αντιμετώπισης, τους φέρνει συχνά σε δύσκολη θέση - όπως και κάθε άλλο άνθρωπο που είναι απόλυτος στις απόψεις του. Έτσι στην ομάδα, ο αλκοολικός μαθαίνει να διερευνά τα πράγματα στη σχετικότητα τους, με τρόπο εύκαμπτο και ρεαλιστικό. Σε ένα σύνολο, όσο μικρό και αν είναι, δεν σκέφτονται όλοι το ίδιο ούτε έχουν τις ίδιες απόψεις. Υπάρχουν τόσες γνώμες όσα και τα άτομα. Έτσι, γίνεται δύσκολο να παραμείνει ο καθένας, σταθερά, σε απόλυτες θέσεις, κάτω από αυτές τις συνθήκες : «Η ομάδα ανάλυσης, είναι μια ομάδα εργασίας που η αποτελεσματικότητά της βρίσκεται στην ικανότητά της να συγκεντρωθούν όλοι γύρω από τον κοινό σκοπό, ακόμη και στο σημείο του να είναι σε θέση να διαφωνούν με τους άλλους για την εκπλήρωση του σκοπού» (Group Analysis, 1993, σελ. 213-214).

Η ομάδα, μπορεί να προσφέρει συναισθήματα στο άτομο που ο ατομικός θεραπευτής δεν μπορεί, ακόμη και αν υπάρξει προσέγγιση χωρίς όρια (limitless access). Στο σύνολο, ο αλκοολικός έχει πολλούς ανθρώπους να μιλήσει, να εναντιωθεί, να του δείξουν τρόπους και δρόμους για να κάνει κάτι για το πρόβλημά του. Αυτές οι ποικίλες και διαφορετικές απόψεις δεν μπορούν να δοθούν από έναν ατομικό θεραπευτή και αποτελούν το πραγματικό κέρδος της ομαδικής θεραπείας (Robinson D., 1979, σελ. 94).

Άλλα πλεονεκτήματα που διαθέτει η ομάδα, είναι η δυνατότητα που δίνει στο άτομο να ζήσει μια ζωή απελευθερωμένη από τα απόλυτα στεγανά, μια ζωή δηλαδή, κατά την οποία μπορεί να «αναπνεύσει» και να αναμειχθεί ξανά με άλλους. Μέσα από το σύνολο των ανθρώπων, του δίνεται επίσης η δυνατότητα να δει ότι

όλοι σφάλλουν, καθώς και να εξετάσει τις νέες προοπτικές και απαιτήσεις της ζωής του. Θα διαπιστώσει ότι δεν μπορεί να αποδίδει ευθύνες στους άλλους, τη στιγμή που πρέπει να τις αναλάβει ο ίδιος. Στην ομάδα, η διαδικασία αυτή θα συμβεί πολύ πιο σύντομα, απ' ό,τι στην ατομική θεραπεία, όπου την κατάδειξη θα αναλάβει ο θεραπευτής, καθυστερώντας όμως την προσωπική εξέλιξη του αλκοολικού (Group Analysis, 1993, σελ. 214-215).

Ο αλκοολικός, κατά την ατομική θεραπεία, δεν έχει τη δυνατότητα να ελέγξει τις απόψεις του για την κατάσταση και μπορεί να δηλώνει σύμφωνος με τον ατομικό θεραπευτή του, προβάλλοντας όμως συχνά το επιχείρημα ότι δεν γνωρίζει, αν αυτό που του προτείνεται είναι και το σωστό, αφού δεν εισακούγονται άλλες ιδέες. Επιπρόσθετα, για τον θεραπευόμενο, ο θεραπευτής είναι μια μορφή εξουσίας, ένα είδος πατρικής εικόνας, με το οποίο πιθανόν είχε πρόβλημα, ενώ στην ομάδα, βλέποντας τους άλλους, είναι σαν να βλέπει τον εαυτό του (Robinson D., 1976, σελ. 94).

Μέσα στην ομάδα ο αλκοολικός, έχει την αίσθηση ότι ανήκει κάπου, ότι είναι αποδεκτός και αποτελεί μέλος ενός συνόλου που μιλά την ίδια γλώσσα. Μαθαίνει να δίνει και να παίρνει, να συνεργάζεται, να συμμετέχει στον αγώνα για τον κοινό σκοπό και να βοηθά τους άλλους, τη στιγμή που βοηθά και τον ίδιο τον εαυτό του (όπ., σελ. 95).

Όλα τα μέλη μαθαίνουν μαζί να αναλαμβάνουν ευθύνες και υποχρεώσεις και να μετακινούνται από τη θέση της ηττοπάθειας που τους διέκρινε ως τώρα. Πειραματίζονται ή παίζουν αναλαμβάνοντας ρόλους άλλων για λίγο, χωρίς να χαθεί η ατομική τους ταυτότητα την οποία συγκρατεί η ομάδα (Group Analysis, 1993, σελ. 215).



Καθώς συντελείται λοιπόν, αυτή η αλλαγή στάσης ζωής, μεσολαβεί μια περίοδος κατάθλιψης ώσπου το άτομο να βρει τον καινούργιο προσανατολισμό, τις νέες απόψεις και θέσεις του. Ο ρόλος της ομάδας είναι ιδιαίτερα βοηθητικός, σε αυτό το στάδιο της αλλαγής αλλά και στη διαδικασία, όπου το άτομο μαθαίνει πως να είναι ο εαυτός του, συνυπάρχοντας αρμονικά και με τους άλλους, χωρίς να χάνει το «εγώ» του. Το «εγώ» («me») δεν χάνεται γιατί «εγώ» («I») είμαι μέρος της ομάδας μολονότι «εγώ» («I») είμαι ξεχωριστό άτομο που μπορεί να σκέφτεται και να δρα διαφορετικά από τους άλλους (όπ., σελ. 222).

Στην ομαδική ψυχοθεραπεία, επιτρέπεται η ελεύθερη έκφραση συναισθημάτων και προβλημάτων, η απενοχοποίηση, η προβολή, η υπευθυνότητα, η ταυτοποίηση, η μεταβίβαση. Σε μια ζεστή, ανθρώπινη ατμόσφαιρα, ο αλκοολικός περνά από μια στάση παθητικής παλινδρόμησης, σε μια στάση ενεργητική, προοδευτική, από τη θέληση, στην απόφαση και την πράξη και από την εξωτερική υπαγόρευση στην προσωπική επιλογή και καταξίωση. Η θεραπεία ομαδικής ανάλυσης, είναι «περισσότερο ένα εργαστήριο ζωής, όπου μπορούν να παιχτούν αλλαγές ταυτότητας (identification), και όπου τα εξωτερικά ρούχα της ωριμότητας μπορούν να δοκιμασθούν πριν η εσωτερική ωριμότητα εγκατασταθεί σε μια μόνιμη βάση (Group Analysis, 1993, σελ. 223).

Βασικό πάντως είναι το γεγονός ότι, όποιο είδος θεραπείας ή προγράμματος και αν επιλεγεί, πρέπει να είναι μακρό, το λιγότερο ένα χρόνο, συνεχές και όχι αποσπασματικό, ώστε η αλλαγή να είναι συνειδητή, ουσιαστική και όχι επιφανειακή ή τυπική (Dimitrijevic I., 1989, σελ. 45).

## Γ. Κοινωνική επανένταξη

Η κοινωνική επανένταξη, είναι ένα στάδιο δύσκολο, επίπονο και επικίνδυνο για τυχόν υποτροπή του αλκοολικού, που πρέπει να καταβάλει όλες τις δυνάμεις του και να εφαρμόσει ότι έμαθε στην υπόλοιπη θεραπεία. Είναι μια διαδικασία αμφίδρομη, διπλή, μια πορεία του αλκοολικού προς τα έξω, προς την κοινωνία και ταυτόχρονα προς τον εαυτό του, τη δική του ψυχική πραγματικότητα, αλλά και όλη την καινούργια πραγματικότητα (Αβραμίδης Α., 1991, σελ. 257-258).

Στόχος της, είναι η κατάκτηση της αυτονομίας από τον εξαρτημένο και η δυναμική και η λειτουργική επάνοδος του στον κοινωνικό στίβο, με την απόκτηση μιας νέας ταυτότητας. Η επιτυχημένη και ουσιαστική κοινωνική επάνοδος, αποδεικνύει και την επιτυχία της θεραπείας. Τα προβλήματα και οι δυσκολίες, όμως, είναι πολλές. Ο θεραπευόμενος, πρέπει να «θεμελιώσει» μια καινούργια πραγματικότητα κυρίως ψυχική και να αποδεχθεί την υπάρχουσα, αυτή που δεν μπορεί να αλλάξει, καθώς θα υπάρξουν φορές που οι ανάγκες και οι επιθυμίες του, δεν θα βρίσκουν πάντοτε την εκπλήρωσή τους. Έτσι ο πρώην αλκοολικός, πρέπει να καταβάλει διπλή προσπάθεια για να κατακτήσει την τελική ισοτιμία και αποδοχή του συνόλου (Μάτσα Κ., 1994, σελ. 84).

Σημαντικός παράγοντας που συντελεί ουσιαστικά στη διαδικασία της κοινωνικής επανένταξης, είναι η επαγγελματική αποκατάσταση του πρώην αλκοολικού, καθώς η εργασία διαθέτει διπλή σημασία για αυτόν: αφενός εκφράζει την αποδοχή του από το κοινωνικό σύνολο και αφετέρου, δεν ζει πια στην απραξία.

Παράγοντες όπως οι καινούργιοι φίλοι, οι νέες παρέες, η δημιουργική εκμετάλλευση του ελεύθερου χρόνου, το υγιές

οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον και γενικότερα μια ζωή «γεμάτη» με στόχους, αξίες και φιλοδοξίες, μπορούν να βοηθήσουν τον πρώην αλκοολικό στο να διατηρήσει την αποχή από το ποτό. Αρκεί βέβαια και ο ίδιος όταν αντιμετωπίζει προβλήματα, να μην καταφεύγει στη γνωστή λύση, αλλά να απευθύνεται εκεί που θα βρει βοήθεια, δηλαδή στον θεραπευτή και στην ομάδα του (Δέδε Μ., Σωτήρχου Ι., άρθρ. «Αλκοολισμός : Η πιο δύσκολη και επώδυνη εξάρτηση», «ΕΛΕΥΘΕΡΟΤΥΠΙΑ», 12-1-98).

Ένα δύσκολο σημείο της κοινωνικής επανένταξης, είναι η αντιμετώπιση των πρώην αλκοολικών από την ίδια την κοινωνία. Ο αλκοολικός είναι πρόβλημα για την κοινωνία και η κοινωνία πρόβλημα για τον αλκοολικό, με τις παρωπίδες που έχει και την απόρριψη που δείχνει. Ακόμη και όταν θέλει να εμπιστευθεί τον απεξαρτημένο, έχει ενδοιασμούς και αμφιβολίες, φόβους και αβεβαιότητα, αφού κανένας δεν εγγυάται την ομαλή προσαρμογή ενός ανθρώπου με παρελθόν εξάρτησης. Ο αλκοολικός, πρέπει να δώσει αποδείξεις της αξίας του, περισσότερο από κάθε άλλον, να αγωνισθεί επί μακρό για να πείσει ότι μπορεί να έχει μια φυσιολογική ζωή (Αβραμίδης Α., 1991, σελ. 259-260).

#### **Δ. Η ΥΠΟΤΡΟΠΗ ΚΑΙ Η ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ**

Η υποτροπή, έρχεται σαν απάντηση μιας προσωπικότητας που εξακολουθεί να νοσεί και μιας αποτυχημένης επανένταξης που δεν κατόρθωσε να φθάσει και να εκπληρώσει τους στόχους της. Για κάποιους συγγραφείς, στόχος της θεραπείας δεν είναι η αποτοξίνωση, αλλά η πρόληψη της υποτροπής (Μάτσα Κ., 1994, σελ. 88).

Η επιτυχία της θεραπείας, μετράται με τα χρόνια και η περιστασιακή χρήση, δεν είναι βέβαιο ότι θα οδηγήσει στην υποτροπή. Ωστόσο όμως η υποτροπή, δεν αποτελεί τυχαίο γεγονός. Υπάρχουν συγκεκριμένοι παράγοντες που την προκάλεσαν και που οδήγησαν το άτομο στην ακύρωση της απόφασής του για θεραπεία και αλλαγή. Ο Marlatt (1973) παρατηρεί τους εξής σημαντικούς παράγοντες, που οδηγούν σε υποτροπή του αλκοολισμού, μετά από την θεραπευτική παρέμβαση : α) εξαιτίας της ματαίωσης των προσδοκιών τους ή λόγω ανικανότητας έκφρασης του θυμού, β) εξαιτίας της υποχώρησης, στην κοινωνική πίεση για κατανάλωση αλκοόλης και γ) εξαιτίας του άγχους που προκύπτει από τις διαπροσωπικές σχέσεις (Ποταμιάνος Γ., 1991, σελ. 134).

Επίσης σύμφωνα με την Μάτσα (1994), υπάρχει σοβαρός κίνδυνος υποτροπής, όταν το άτομο έχει λίγο καιρό που τελείωσε κάποια κλειστή φάση θεραπευτικού προγράμματος ή τελείωσε το όλο πρόγραμμα. Το χρονικό διάστημα εντοπίζεται στους δύο μήνες. Στην πρώτη περίπτωση, το άτομο από τον κλειστό, προστατευόμενο χώρο - πλαίσιο επανέρχεται στην πραγματικότητα, οπότε, μπορεί να βιώσει ματαίωση και απογοήτευση. Στη δεύτερη περίπτωση μπορεί να αισθανθεί ότι δεν έχει πλέον θέση στο πλαίσιο με αποτέλεσμα να μην ζητήσει βοήθεια αν τη χρειαστεί (σελ. 89).

Οι Marlatt και Gordon, σύμφωνα με την κ. Μάτσα (1994), υποστηρίζουν ότι η κρίση μετατρέπεται σε υποτροπή ανάλογα με το Αποτέλεσμα Παραβίασης της Αποχής, από τον τρόπο δηλαδή που το άτομο αντιδρά στην περιστασιακή χρήση, από το που την αποδίδει και ποιες αιτίες προβάλλει και από το πως προσπαθεί να την ξεπεράσει και αντιδρά συναισθηματικά σε αυτή. Αν την αποδίδει σε εξωτερικούς παράγοντες που μπορεί να ελέγξει και να

αποφύγει τότε η πιθανότητα υποτροπής είναι πολύ μικρή. Αν όμως πιστεύει ότι η χρήση οφείλεται σε εσωτερικά και αξεπέραστα εμπόδια και η αντίδρασή του χαρακτηρίζεται από ενοχές και κατάθλιψη, τότε η υποτροπή είναι πιθανή. Το πρόβλημα λοιπόν είναι η έλλειψη εμπιστοσύνης και η πεποίθηση ότι δεν μπορεί να κατορθώσει την πολυπόθητη απεξάρτηση. Αν πειστεί όμως για τις δυνάμεις του, θα μπορέσει να αποφύγει την υποτροπή (σελ. 88).

Αν ο πρώην αλκοολικός μετά την περιστασιακή χρήση, συζητήσει το γεγονός με την ομάδα ή το θεραπευτή του ή και τους δύο (ανάλογα με τη θεραπεία), ζητήσει βοήθεια και προσπαθήσει να εντοπίσει τις αιτίες και τους λόγους, θα διδαχθεί από την πράξη του. Βρίσκοντας υποστήριξη, θα μάθει έναν τρόπο να αποφεύγει παρόμοια προβλήματα στο μέλλον, δεν θα νιώθει μόνος, έχοντας την ασφάλεια ιδιαίτερα της ομάδας (Μάτσα Κ., 1994, σελ. 88-89).

Σχετικά με την πρόληψη της υποτροπής, ο Valliant G., σύμφωνα με την κ. Μάτσα (1994), έχει προσδιορίσει τέσσερους παράγοντες, καθοριστικούς για την πρόληψη της υποτροπής : α) την αναγκαστική εποπτεία από την κοινότητα, β) την υποκατάσταση της εξάρτησης από μια άλλη σχετική συμπεριφορά που δεν περιλαμβάνει ουσίες, γ) τη δημιουργία νέων σχέσεων και δ) την ένταξη του αλκοολικού σε μια ομάδα (σελ. 89).

Ο αλκοολικός λοιπόν πρέπει να ανακαλύψει στηρίγματα και άμυνες στον εαυτό του και να έχει το θάρρος να ζητήσει βοήθεια ξεπερνώντας συναισθήματα ντροπής και φόβου, ώστε να μπορέσει να αποφύγει την υποτροπή.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ VII**

### **Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ ΣΤΗ ΠΡΟΛΗΨΗ, ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΑΛΚΟΟΛΙΚΟΥ**

#### **A. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ**

Στον τομέα της πρόληψης, ο Κ.Λ. έχει πολλά να προσφέρει. Συμμετέχοντας στο σχεδιασμό προγραμμάτων πρόληψης παρέχει την πείρα και τις γνώσεις του για να θεωρηθεί το πρόγραμμα επιτυχημένο (Gossop και Grant, 1994, σελ. 145-146).

Στα πλαίσια της ενημέρωσης μπορεί κάλλιστα να οργανώσει μια σειρά ομιλιών και σεμιναρίων με θέμα την εξάρτηση από το αλκοόλ και το πόσο «αθώο» και επικίνδυνο είναι το παιχνίδι με τα οινοπνευματώδη, καλώντας ειδικούς ομιλητές, προβάλλοντας ταινίες και προσκαλώντας πρώην αλκοολικούς, που θα συζητήσουν με τους μαθητές το πρόβλημα της εξάρτησης (όπ., σελ. 153-154).

Ο Κ.Λ. θα πρέπει να είναι ιδιαίτερα προσεκτικός στην επιλογή των καλεσμένων ομιλητών, και στο περιεχόμενο των λόγων τους. Είναι πολύ πιθανόν, κάποιος, να εξωραΐσει την κατάσταση και να μεταφέρει το μήνυμα στους μαθητές, ότι το αλκοόλ μπορεί να προκαλέσει εξάρτηση αλλά η λύση του είναι εύκολη, αφού υπάρχουν τα προγράμματα απεξάρτησης. Έτσι, αντί να αποτραπούν, θα ενισχυθούν οι έφηβοι να πειραματισθούν με το αλκοόλ (Αβραμίδης Α., 1991, σελ. 329-330).

Είναι διαπιστωμένο πως σημαντικές προσπάθειες πρωτογενούς πρόληψης, τις δύο τελευταίες δεκαετίες στηρίχθηκαν στην πληροφόρηση και την διαφώτιση του πληθυσμού δίνοντας έμφαση στις φοβερές και τρομερές συνέπειες από τα ναρκωτικά. Με μία λέξη στηρίχθηκαν στην κινδυνολογία. Μελέτες έδειξαν ότι το να εξοικειώνονται οι νέοι με τα ναρκωτικά μέσα από τις ακραίες προσπάθειες για την προληπτική πληροφόρηση, ο κίνδυνος για χρήση καθίσταται μεγαλύτερος. Η διαπίστωση αυτή πρέπει να ληφθεί υπόψη από όλους εκείνους που αναλαμβάνουν να κάνουν ενημέρωση σχετικά με το αλκοόλ (Τσιλιχρήστος Ν., 1991, σελ. 33).

Για τον Κ.Λ. η εκστρατεία ενάντια στη χρήση αλκοόλ στο σχολείο θα πρέπει να συνδυάζεται με μία γενικότερη προσπάθεια για την υγεία των νέων, το περιβάλλον και τον τρόπο ζωής. Η καλύτερη μέθοδος για να περάσεις στους μαθητές τα μηνύματα ενάντια στη χρήση αλκοόλ, είναι η ψυχοδυναμική μέθοδος της ομάδας των μαθητών. Μεταξύ των μελών, επιδιώκεται η ανάπτυξη της αλληλοβοήθειας στο εσωτερικό της ομάδας και η ανάδειξη στην καθημερινή πράξη αξιών, όπως η αλληλοϋποστήριξη και η αλληλεγγύη. Στο τέλος επιτυγχάνεται και ένα είδος ανώτερης μορφής πειθαρχίας που μπορεί να βοηθήσει αποφασιστικά στην αντιμετώπιση του προβλήματος του αλκοολισμού (όπ., σελ. 42-43).

Η πληροφόρηση όμως των μαθητών απειλείται από την ίδια την πραγματικότητα, μιας και οι άνθρωποι σήμερα δέχονται καθημερινά μια πλημμύρα μηνυμάτων από κάθε κατεύθυνση και η δυνατότητα του να αξιολογήσουν και να ξεχωρίσουν ποια από τα μηνύματα είναι θετικά και αρνητικά είναι μηδαμινή. Πώς λοιπόν ένα παιδί μπορεί να ξεχωρίσει την αλήθεια από το ψέμα, όταν για

παράδειγμα ακούει συνεχώς ότι το αλκοόλ προκαλεί επιπτώσεις στην υγεία, ενώ από την άλλη οι γονείς του πίνουν και τα μέσα μαζικής ενημέρωσης ιδιαίτερα η διαφήμιση, παρουσιάζουν τους χρήστες κοινωνικά, επαγγελματικά επιτυχημένους ; (όπ., σελ. 66-67) Η μόνη επιλογή είναι να εξηγήσει ο Κ.Α. με ειλικρίνεια και εντιμότητα στα παιδιά τις αντιφάσεις στην συμπεριφορά των ενηλίκων και οι γονείς πρέπει να δίνουν στα παιδιά την δυνατότητα να διακρίνουν και να ερμηνεύουν το γεγονός όπως είναι π.χ. ότι υπάρχει εξάρτηση από την νικοτίνη και το ποτό, από τα οποία δύσκολα μπορεί να απελευθερωθεί (όπ., σελ. 60).

Είναι σημαντικό στην πληροφόρηση που θα δοθεί στους μαθητές να περιοριστεί η φοβική προπαγάνδα και να αναδειχθεί η ομορφιά του ανθρώπου που δεν διακινδυνεύει την ελευθερία για χάρη του αλκοόλ και των ναρκωτικών (όπ., σελ. 147). Η πιο αποδοτική μέθοδος είναι να ενεργοποιηθούν τα ίδια τα παιδιά και να βγάλουν από μόνα τους τα συμπεράσματά τους, να δημιουργηθεί ένα τέτοιο κλίμα για το αλκοόλ, ώστε να γελοιοποιηθεί και να φαίνεται σαν κάτι ανόητο, πρέπει δηλαδή η μέθοδος πρόληψης να δίνει έμφαση στο μήνυμα το οποίο πηγάζει μέσα από τα θετικά της μη εξάρτησης και όχι από της αρνητικές συνέπειες της εξάρτησης (όπ., σελ. 61).

Για τον Κ.Α. που εργάζεται σε Κεντρική Κοινωνική Υπηρεσία, ή γενικά στην Κοινότητα, υπάρχει πάντα η δυνατότητα οργάνωσης αναλόγων εκδηλώσεων όπως και στο σχολείο, ζητώντας και την άμεση συμμετοχή των πολιτών. Μπορεί βέβαια να δημιουργήσει κάποιο πρόγραμμα με τη συνεργασία όλων των σχολείων της περιοχής και όλων των φορέων που υπάρχουν στο Δήμο ή την Κοινότητα. Η εκτύπωση ενημερωτικού υλικού, στο οποίο θα γίνεται αναφορά σε θεραπευτικά πλαίσια γενικά ή σε



αυτά που τυχόν υπάρχουν στην περιοχή, θα βοηθήσουν πολλούς ανθρώπους. Σημαντική βοήθεια στην πρόληψη προσφέρεται, όταν ο Κ.Λ. εργάζεται σε επιχειρήσεις ή εργοστάσια. Η στάση του είναι αποφασιστικής σημασίας σε ένα τόσο ευαίσθητο χώρο (Gossop και Grant, 1994, σελ. 145-146).

## **B. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ ΣΤΗΝ ΔΙΑΓΝΩΣΗ**

Με την εργασία του σε σχολεία ο Κ.Λ. έχει την δυνατότητα να αποτρέψει έγκαιρα την εξάρτηση, ενημερώνοντας τους μαθητές. Η στενή συνεργασία με δασκάλους και καθηγητές, δίνουν τη δυνατότητα της παραπομπής όταν υπάρχει η υποψία ότι κάποιος μαθητής έχει προβλήματα αλκοολισμού. Δυσκολίες, όπως οι κακές επιδόσεις στα μαθήματα, οι συνεχείς απουσίες, η καθυστερημένη άφιξη, η μικρή συμμετοχή στις σχολικές δραστηριότητες και η γενική χειροτέρευση της επίδοσης, μπορεί να σχετίζονται με την κατάχρηση αλκοόλ. Ανάλογα με τη συνολική κατάσταση, ο Κ.Λ. θα επιλέξει τον τρόπο που είναι κατάλληλος για να προσεγγίσει την οικογένεια. Γνωρίζοντας τις πηγές της κοινότητας και τις ανάλογες υπηρεσίες που ασχολούνται με το θέμα, θα παραπέμψει την περίπτωση, εφόσον χρειάζεται αποτοξίνωση και θεραπεία, όντας συνεχώς σε επικοινωνία και με το πλαίσιο και με την ίδια την οικογένεια. Η στάση που θα τηρήσει, είναι καθοριστική για να αποκαλυφθεί το πρόβλημα και να αποφασισθεί από τον αλκοολικό η θεραπεία του (Gossop και Grant, 1994, σελ. 118).

Ο θεραπευτής κατά την ανίχνευση των πρώτων συμπτωμάτων του αλκοολισμού πρέπει να είναι ευαίσθητος και προσεκτικός, διότι πολλοί αλκοολικοί παρουσιάζουν πολύ καλή

λειτουργικότητα σαν μέλη της οικογένειάς τους και εξακολουθούν και «εκπληρούν» το κοινωνικό τους χρέος. Γι' αυτό ο Κ.Λ. πρέπει να δει πέρα από την πρώτη συνέντευξη. Αν υποπτευθεί κάποιο πρόβλημα κατάχρηση τοξικής ουσίας, θα πρέπει να συγκεντρώσει πληροφορίες για επιβεβαίωση ή αποκλεισμό της υποψίας του.

Κατά την συγκέντρωση των πληροφοριών, οι ερωτήσεις πρέπει να είναι σαφείς και ο Κ.Λ. πρέπει να στοχεύει σε πληροφορίες που μπορούν να αποκαλύψουν σημαντικά συμπτώματα. Οι σαφείς απαντήσεις που τυχόν πάρει, μπορεί στην πραγματικότητα να επισημαίνουν ένα πρόβλημα (Μάνος Ν., 1988, σελ. 405-406).

Ένα από τα πιο αποτελεσματικά διαγνωστικά μέσα είναι το γενόγραμμα, το οποίο μπορεί εύκολα να προσαρμοστεί, για να συλλέξει πληροφορίες για την κατάχρηση κάποιας τοξικής ουσίας. Εφόσον ο αλκοολισμός τείνει να εμφανίζεται σε σειρά συγγενών, η πληροφορία ότι ένας στενός συγγενής είναι αλκοολικός, είναι χρήσιμη για την ολοκλήρωση της διάγνωσης. Το ιστορικό μπορεί να αποκαλύψει, προβληματικές περιοχές και ανεπίλυτες συγκρούσεις (ακόμη και όταν ο πελάτης δεν έχει σημαντικό πρόβλημα με το αλκοόλ), που να οφείλονται σε κατάχρηση ποτού από κάποιο άλλο μέλος της οικογένειας. Με αυτό τον τρόπο προστίθενται μια άλλη διάσταση στην εργασία με τον πελάτη. Τα παιδιά των αλκοολικών συχνά αποκαλύπτουν το οικογενειακό «μυστικό» όταν συμπληρώνουν το γενόγραμμα. Αν αυτό μπορεί να γίνει στις αρχικές συναντήσεις εξοικονομούνται πολλές ώρες για τον πελάτη και τον Κ.Λ. (Leikin C., 1986, σελ. 146).

Ιδιαίτερη προσοχή χρειάζεται στο να διαγνωσθεί σ' έναν έφηβο, η τάση του για εθισμό στο ποτό. Τέλος, αν όλες οι ενδείξεις οδηγούν στη διάγνωση του αλκοολισμού, αρχικός στόχος του Κ.Λ.

είναι η προετοιμασία του ασθενή για να ακολουθήσει μια θεραπεία απεξάρτησης.

### **Γ. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ**

Βασικός όρος για την επιτυχία της θεραπευτικής προσπάθειας είναι η απόφαση του ίδιου του ατόμου να απεξαρτηθεί. Η εκούσια συμμετοχή στη θεραπεία αποτελεί το πολύτιμο λίθο, για τη σύναψη μίας στερεάς συμμαχίας ανάμεσα σε χρήστη και θεραπευτικό προσωπικό.( Gossop και Grant, 1994, σελ.122 ).

Το πρώτο βήμα της θεραπείας είναι η αναγνώριση του προβλήματος, τόσο από τον θεραπευτή όσο και από τον ίδιο τον πότη. Αρκετοί αλκοολικοί είναι έτοιμοι να δεχθούν την κατάστασή τους και να ζητήσουν ανοιχτά πλέον βοήθεια. Υπάρχουν όμως και κάποιοι που αρνούνται το γεγονός, ότι αντιμετωπίζουν πρόβλημα με το αλκοόλ (Leiken C., 1986, σελ. 146-147).

Ιδιαίτερα σημαντικός είναι ο ρόλος του Κ.Λ. στο σημείο αυτό που υποδέχεται τον αλκοολικό ασθενή στο πρόγραμμα. Στη φάση αυτή της πρώτης συνάντησης ο Κ.Λ. θα προσεγγίσει την ιδιαίτερη προσωπικότητα του ασθενή και θα εντοπίσει τα προβλήματα που ο χρήστης αντιμετωπίζει, είτε ως συνέπειες της εξάρτησης, είτε ως προϋπάρχουσες του αλκοολισμού καταστάσεις. Επίσης θα καταγράψει τις προσδοκίες του ασθενή από την υπηρεσία και θα τον καθοδηγήσει με την ενημέρωση, ως προς την επιλογή του θεραπευτικού προγράμματος. Το αίτημα για ένταξη στο θεραπευτικό πρόγραμμα είναι πάντα αμφιθυμικό, γιατί ο αλκοολικός δεν είναι ικανός, στην κατάσταση που βρίσκεται, να

κάνει μια σταθερή προσωπική επιλογή. Πρέπει λοιπόν να ενισχυθεί προς αυτήν την κατεύθυνση (Μάτσα Κ., 1991, σελ. 105).

Ο Κ.Λ. επιδιώκει την ευαισθητοποίηση του εξαρτημένου ατόμου ως προς το πρόβλημά του, την σταθεροποίηση ή και ισχυροποίηση της απόφασής του, για εμπλοκή και ένταξή του στο θεραπευτικό πρόγραμμα.

Η συμμετοχή σ' ένα τέτοιο πρόγραμμα αρχίζει με την υπογραφή ενός συμβολαίου, που περιγράφει τις αρχές και τους κανόνες λειτουργίας του. Ο Κοινωνικός Λειτουργός ενημερώνει το άτομο με κάθε λεπτομέρεια για το θεραπευτικό πρόγραμμα, φωτίζοντας όλες τις πτυχές της θεραπείας, και τους τρόπους με τους οποίους, θα αντιμετωπιστούν πιθανές δυσκολίες που μπορεί να παρουσιαστούν. Από τη στιγμή που θα ακολουθήσει τη θεραπευτική διαδικασία ο ασθενής, δεν έχει άλλη δυνατότητα παρά να παραδεχθεί την ασθένειά του, έστω και μόνο στο λεκτικό επίπεδο. Εκτός από την αναγνώριση του «είμαι αλκοολικός» είναι επίσης υποχρεωμένος να αντιμετωπίσει και όλες τις προκαταλήψεις που όχι μόνο η κοινωνία, αλλά και αυτός ο ίδιος, συνέδεε μέχρι τώρα με τη λέξη αυτή. Αρχικοί θεραπευτικοί στόχοι του Κ.Λ. είναι :

α) Να βοηθήσει τον αλκοολικό ή τα μέλη της οικογένειας ή και τους δύο να δεχθούν την πραγματικότητα.

β) Να βοηθήσει όλους τους ενδιαφερόμενους να δεχθούν ότι ο αλκοολισμός είναι το πρωταρχικό πρόβλημα.

γ) Να συστήσει επιλογές θεραπείας και

δ) να εμπνεύσει ένα αίσθημα ελπίδας για αποθεραπεία και στον αλκοολικό και στην οικογένεια (Leikin C., 1986, σελ. 147).

Αρχικά, ο Κ.Λ. στη συνεργασία του με τον αλκοολικό, έχει να αντιμετωπίσει άρνηση και μερικές φορές έχθρα, γι' αυτό είναι

επιτακτικό να παραμείνει υπομονετικός και δεκτικός και να συνεχίσει την έρευνά του, γιατί ένα λανθασμένο συμπέρασμα σημαίνει απώλεια χρόνου που είναι πολύ σημαντικό για μια τόσο απειλητική ασθένεια. Δεν είναι παράξενο το ότι ο αλκοολικός προσπαθεί να προστατέψει τον εαυτό του από τις γνώματεύσεις του Κ.Λ. Το να αποκαλύψει τον αλκοολισμό του στον Κ.Λ. είναι σαν να το αποκαλύπτει σε όλο τον κόσμο. Γι' αυτό ο Κ.Λ. θα πρέπει να προσπαθήσει να συγκεντρώσει τις πληροφορίες που αφορούν τη χρήση αλκοόλ κάνοντας τέτοιες ερωτήσεις που να μην θίγουν την προσωπικότητα του πελάτη του, αλλά να δημιουργούν ένα κλίμα εμπιστοσύνης και αποδοχής (όπ., σελ. 147-149).

Έχει μεγάλη σημασία ο ασθενής να συνειδητοποιήσει από την πρώτη στιγμή ότι είναι αλκοολικός, ότι το αλκοόλ βρίσκεται στο επίκεντρο της ζωής του και ότι μ' αυτό συνδέονται τα προβλήματά του. Ο Κ.Λ. σαν μέλος της ομάδας θεραπειών, θα πρέπει να καταβάλει ιδιαίτερες προσπάθειες για την αποτελεσματική αντιμετώπιση του αλκοολικού, που θα αποβλέπει στην αποκατάσταση της αυτοεκτίμησης και του αυτοσεβασμού του χρήστη, στην αλλαγή της στάσης του ασθενή απέναντι στον εαυτό του και στον κόσμο. Όλα αυτά μπορούν να συμβούν μόνο, μέσα από την ανίχνευση και τελικά την αναγνώριση της ρίζας του πολύπλοκου προβλήματός του και από την απόφαση του ιδίου για επίλυσή του.

Ένα βασικό ερώτημα που πρέπει να συζητηθεί μαζί του με μεγάλη υπομονή είναι το γιατί έγινε αλκοολικός. Βέβαια δεν θα είναι έτοιμος να «απαντήσει» αμέσως. Ο Κ.Λ. θα πρέπει να τον βοηθήσει, χωρίς να τον αφήνει να κατακλυστεί από αισθήματα ντροπής και τύψεις (Gossop και Grant, 1994, σελ. 115-116).

Ο Κ.Λ. χρειάζεται καταρχήν να διευκρινίσει την υπάρχουσα κατάσταση και στον ίδιο τον ασθενή και στους συγγενείς του, που πρέπει να αποδεχτούν την πραγματικότητα της ύπαρξης αλκοολισμού στο μέλος αυτό της οικογένειας. Ο ίδιος ο αλκοολικός πρέπει να δει και να παραδεχτεί τι κάνει όταν είναι μεθυσμένος. Έτσι ο Κ.Λ. πρέπει να βοηθήσει τον αλκοολικό να δει τα αποτελέσματα της συμπεριφοράς του. Αυτό βέβαια δεν το κάνει με το να τον κατηγορεί, αλλά με το να τον ακούει προσεκτικά και υπομονετικά και να τον επανατροφοδοτεί με την ιστορία, δείχνοντάς του τη θετική συμπεριφορά όταν είναι ξεμέθυστος και την καταστροφική συμπεριφορά όταν είναι μεθυσμένος (Μαλικιώση - Λοϊζου, 1996, σελ. 41 και 280).

Στη συνέντευξη με τον ασθενή μπορεί με τη στάση παραδοχής και ειλικρινούς ενδιαφέροντος να δημιουργήσει μία επικοινωνία θετική και ένα κλίμα αμοιβαίας εμπιστοσύνης (Perlman, 1957, σελ. 97).

Στη διάρκεια της θεραπευτικής διαδικασίας ο Κ.Λ. αναλαμβάνει τη ρύθμιση τρεχόντων εκκρεμοτήτων του ασθενή (επαφή με το χώρο δουλειάς του, εξασφάλιση οικονομικών πόρων όπου χρειάζεται κλπ). Τα μέλη της οικογένειας του αλκοολικού, όταν είναι συνεργάσιμα μπορούν να βοηθήσουν στην θεραπεία. Οι συγγενείς πολλές φορές είναι αυτοί που προσέρχονται σε κοινωνικές υπηρεσίες ζητώντας βοήθεια για κάποιο αλκοολικό μέλος της οικογένειάς τους. Το αρχικό ερώτημα το οποίο θέτουν είναι το πώς θα μπορούσαν να βοηθήσουν και να παρακινήσουν τον αλκοολικό συγγενή τους να κάνει κάτι για την απεξάρτησή του. Σ' αυτή την περίπτωση ο Κ.Λ. έχει την υποχρέωση να βγάλει τους συγγενείς από την απελπιστική τους κατάσταση και να εμπνεύσει ένα αίσθημα ελπίδας για την αποθεραπεία, να απαλύνει

κυριότερα τις ενοχές που αισθάνονται, διότι πολλές φορές θεωρούν τους εαυτούς του υπεύθυνους για την παρουσία του αλκοολισμού σ' ένα μέλος της οικογένειάς τους. Ακόμη κι αν ο αλκοολικός αρνηθεί τη θεραπεία του, θα πρέπει να εξετασθούν όλες οι μέχρι τώρα προσπάθειες που έγιναν για να βοηθηθεί ο εξαρτημένος ασθενής, καθώς και όλα εκείνα τα στοιχεία που πρέπει να προσεχτούν, προκειμένου να πειστεί, να έλθει ο ίδιος στην Κοινωνική Υπηρεσία και να ζητήσει βοήθεια.

Ο Κ.Α. μέσα από μια σειρά συνεντεύξεων, θα πρέπει να βοηθήσει την οικογένεια να κατανοήσει το γεγονός, ότι ο αλκοολισμός αποτελεί μια ασθένεια που η αποτελεσματική της θεραπεία προϋποθέτει τη συμμετοχή όλων των μελών της οικογένειας. Η συμμετοχή αυτή προϋποθέτει ενημέρωση γύρω από τη φύση της ασθένειας, την πρότυπη στάση και συμπεριφορά των μελών απέναντι στον αλκοολικό και φυσικά την ψυχολογία του ίδιου του αλκοολικού. Τα λάθη που πολλές φορές κάνουν οι συγγενείς προσπαθώντας να βοηθήσουν τον αλκοολικό, συχνά κάνουν την θεραπεία πολύ δυσκολότερη για τον ασθενή. Για παράδειγμα στην προσπάθειά της η οικογένεια να αποτρέψει τον αλκοολικό από το ποτό συχνά ξεφωνίζει, κλαίει, στριγκλίζει, παρακαλεί, ικετεύει ή μεταχειρίζεται τη θεραπεία της σιωπής. Όταν όμως δεχθούν την πραγματικότητα για τον αλκοολισμό και χρησιμοποιήσουν αυτά που μαθαίνουν, τότε τα ποσοστά για την αποθεραπεία θα αυξηθούν. Έτσι ο καλύτερος τρόπος για να βοηθηθεί ο αλκοολικός από την οικογένειά του είναι να αποκτήσει η ίδια η οικογένεια μια σωστή και ουσιαστική ενημέρωση (Dimitrijevic I., 1989, σελ. 40-42).

Η οικογένεια αλληλεπιδρά αρνητικά σε σχέση με το αλκοολικό μέλος, όπως άλλωστε και όλα τα μέλη μεταξύ τους.

Είναι λοιπόν πολύ σημαντικό ο Κ.Λ. να γνωρίζει πως αλληλεπιδρούν τα μέλη μεταξύ τους, ποιες επιδράσεις είναι καταστρεπτικές και ποιες δημιουργικές, ώστε να βοηθήσει τα μέλη να διακρίνουν το ρόλο τους σε σχέση με τον αλκοολικό, προτού κάνουν οποιαδήποτε ενέργεια για να τον βοηθήσουν. Σε πολλές περιπτώσεις η αλλαγή στην οικογένεια είναι αναγκαία και πριν ακόμα αρχίσει προσπάθεια αλλαγής του αλκοολικού. Γενικά, παρέχοντας γνώση στην οικογένεια αναφορικά με το θέμα της εξάρτησης, καθίσταται εκείνη πιο αποτελεσματική στην αντιμετώπιση του προβλήματος (όπ., σελ. 42-43).

Τα μέλη της οικογένειας πρέπει επίσης να βοηθηθούν, ώστε να ξαναποκτήσουν τη δική τους αυτοεκτίμηση και παραγωγικότητα, αφού συχνά οι οικογένειες αυτές έχουν απομονωθεί λόγω κοινωνικού στίγματος και ντροπής. Μπορούν να αρχίσουν να ξαναφτιάχνουν τους οικογενειακούς δεσμούς που μπορεί να έχουν καταστραφεί και τις κοινωνικές τους σχέσεις (Λιάππας Γ., 1982, σελ. 256-257).

Οι ομάδες συγγενών αλκοολικών είναι επίσης μια σημαντική προσφορά της κοινωνικής εργασίας. Μέσα σ' αυτές τις ομάδες, τα άτομα έχουν την ευκαιρία να γνωρίσουν και άλλους με τις ίδιες δυσκολίες και προβλήματα. Η αίσθηση αυτή, ότι δηλαδή γύρω τους βρίσκονται και άλλοι με τα ίδια προβλήματα, τους ανακουφίζει. Η ανταλλαγή εμπειριών και η ανακάλυψη των κοινών σημείων συνοδεύονται συνήθως από την ανάπτυξη συναισθήματος αλληλεγγύης. Μέσα σ' αυτές τις ομάδες, θα πρέπει να επιτευχθεί η συναισθηματική ωρίμανση της οικογένειας, ώστε τα μέλη της να μην αποξενωθούν μεταξύ τους (Ενημερωτικό φυλλάδιο της Μονάδας Απεξάρτησης του Ψ.Ν.Α.).



Ενημέρωση και διαρκή στήριξη της οικογένειας πρέπει επίσης να γίνεται από τον Κ.Λ., κατά τη διάρκεια της ανάρρωσης του αλκοολικού, ώστε να μη δημιουργηθεί πανικός όταν ο αλκοολικός παρουσιάσει υποτροπή. Ο αλκοολισμός είναι μια ασθένεια που στερεί από τα θύματά της όλες τις συναισθηματικές και πνευματικές τους δυνάμεις και τη δυνατότητα κατάστροφης σχεδίων για το μέλλον. Η έλλειψη κοινωνικών στόχων αποτελεί πολλές φορές ανασταλτικό παράγοντα στην ανάπτυξη ενδιαφέροντος για τη θεραπεία, γι' αυτό ο Κ.Λ., σ' αυτή την περίπτωση, πρέπει να βοηθήσει τον αλκοολικό να θέσει πραγματικούς στόχους, με ισχυρό το αίσθημα ελπίδας για το μέλλον. Με την ψυχοθεραπευτική προσέγγιση, ωριμάζει η προσωπικότητα του αλκοολικού, καθώς κατακτά την αυτοπεποίθηση και την αυτογνωσία μέσα από την επίπονη και οδυνηρή διερεύνηση και συνειδητοποίηση των αιτιών της εξάρτησής τους, σε όλα τα επίπεδα και δραστηριότητες της ζωής του (Μάτσα Κ., 1991, σελ. 112).

Όταν ο Κ.Λ. εργάζεται θεραπευτικά με το άτομο, με σκοπό την αυτογνωσία, θα πρέπει να είναι πολύ προσεκτικός στην εφαρμογή αυτής της τεχνικής στα πρώτα στάδια της ανάρρωσης. Επειδή η θεραπεία αυτογνωσίας μπορεί να δημιουργήσει άγχος και δυσάρεστα συναισθήματα, ο αλκοολικός σε ανάρρωση, μπορεί να παρασυρθεί και να καταφύγει ξανά στο ποτό για να απαλύνει αυτά τα συναισθήματά του. Γι' αυτό και η προσπάθεια του Κ.Λ., είναι η αποκάλυψη και κατανόηση, των λόγων που οδηγούν τον ασθενή, στη κατάχρηση του αλκοόλ, χωρίς παράλληλα να του αυξάνει τα συναισθήματα ανεπάρκειας και αποτυχίας, που ήδη υπάρχουν σ' αυτόν (Leikin C., 1986, σελ. 148).

Με τη συμμετοχή του ασθενή σε μια ομάδα ψυχοθεραπείας αρχίζει η λειτουργία του ως κοινωνικό άτομο, αφού πια προσπαθεί να εκφραστεί ελεύθερα και να δημιουργήσει σχέσεις με άτομα όμοιά του, που δίνουν την ίδια μάχη μ' αυτόν. Σ' αυτή τη δύσκολη φάση η ομάδα μπορεί να γίνει ο φυσικός χώρος του, το στήριγμά του στις στιγμές της αδυναμίας του. Εδώ μαθαίνει να μιλά ελεύθερα και ειλικρινά, να ακούει τους άλλους, να αναλύει, να απορρίπτει ρόλους και να δημιουργεί αληθινές σχέσεις, έξω απ' το πλαίσιο της εξάρτησης. Μαθαίνει να εκφράζει τους φόβους του και τις αδυναμίες του, να αποδέχεται και σιγά - σιγά να αγαπά τον εαυτό του, να πολεμά τον «εγωισμό» που τον απομακρύνει από τους άλλους, να κάνει αλλά και να δέχεται την κριτική των άλλων (Robinson P., 1976, σελ. 94).

Με τη βοήθεια των συντονιστών της ομάδας - συνήθως είναι δύο - μαθαίνει να διερευνά, να κατανοεί και να ξεπερνά τα προβλήματα που παρουσιάζονται στις σχέσεις του με την ομάδα και που συμπυκνώνουν τα προβλήματα που χαρακτηρίζουν όλες τις μέχρι τώρα σχέσεις του. Οι ομάδες απαρτίζονται από 5 μέχρι 8, κατά μέσο όρο, άτομα και διατηρούν την ίδια σύνθεση και τους ίδιους συντονιστές από την αρχή μέχρι το τέλος του προγράμματος. Η διατήρηση της συνοχής και της σταθερότητας των ομάδων είναι ένας διαρκώς επιδιωκόμενος στόχος των θεραπευτών. Ανάμεσα στις μορφές ψυχοθεραπείας που χρησιμοποιούνται προς την κατεύθυνση της ελεύθερης έκφρασης των συναισθημάτων και της εξοικείωσης των τοξικομανών με το σώμα τους, συγκαταλέγεται και η δραματοθεραπεία, η μουσικοθεραπεία, η χοροθεραπεία κλπ (Μάτσα Κ., 1991, σελ. 112-113).

Τελικός σκοπός όλης της ψυχοθεραπευτικής διαδικασίας είναι η κατάκτηση της αυτονομίας από τον ίδιο τον τοξικομανή. Μόνο έτσι μπορεί το άτομο να καλύψει τα κενά του, να βρει και να ικανοποιήσει τις πραγματικές συναισθηματικές ανάγκες του και να ωριμάσει. Μ' αυτό το δεδομένο δεν θα ξαναχρηασθεί τα «δεκανίκια» της ουσίας και θα αντιμετωπίσει, στηριζόμενος στις δικές του δυνάμεις, τις δυσκολίες, τα προβλήματα και τις ματαιώσεις της καθημερινής πραγματικότητας ενώ θα δημιουργήσει το δικό του ζωντανό κόσμο, με τις αξίες του, τα ενδιαφέροντά του, τις χαρές και τις λύπες του. Έτσι λοιπόν θα μπορέσει να δομήσει τη νέα, κοινωνική ταυτότητά του, να αναλάβει τις ευθύνες του και να κάνει τις δικές του συναισθηματικές και κοινωνικές επιλογές. Αυτά είναι άλλωστε και οι στόχοι του Κ.Λ. - θεραπευτή για τον ασθενή του : με τις δικές του δυνάμεις να βγει από την παρένθεση στην οποία είχε κάποιος κλείσει τη ζωή του, να συμβιώσει, να εργασθεί, να δημιουργήσει, να εγκαθιδρύσει αληθινές σχέσεις και γενικά να δώσει νόημα στη ζωή του (Μαλικιώση - Λοίζου, 1996, σελ. 158-164).

Η μεταθεραπευτική παρακολούθηση του ασθενή όπως και οι προϋποθέσεις επανένταξης του στο κοινωνικό σύνολο είναι βασικά στοιχεία της θεραπευτικής διαδικασίας, από τα οποία εξαρτάται και η επιτυχία αυτής. Οικογενειακή υποστήριξη για τα μέλη των οικογενειών των αλκοολικών και επαφή με εργοδότες και άλλους σχετικούς φορείς, αποτελούν τα πιο σημαντικά στοιχεία της κοινωνικής επανένταξης (Μαδιανός Μ., 1989, σελ. 123-124).

Όταν ο αλκοολικός βρίσκεται στο στάδιο της θεραπείας, ο Κ.Λ. προετοιμάζει την επιστροφή του στην οικογένεια. Αυτό το πετυχαίνει με μια σειρά από συνεντεύξεις που γίνονται προηγουμένως με το/τη σύζυγο, τα παιδιά και τους άλλους

συγγενείς. Σκοπός είναι, μέσα από τις επαφές αυτές με την οικογένεια, να βοηθηθεί η ίδια ώστε να αποτινάξει τους αμυντικούς μηχανισμούς, που εμποδίζουν την παραδοχή του προβλήματος και την αποδοχή του αλκοολικού μέλους της, ακόμη και μετά την αποθεραπεία του.

Στον τομέα της εργασίας ο Κ.Λ. πρέπει να συναντήσει τον πρώην εργοδότη του ασθενή του, με σκοπό να τον πείσει να τον δεχθεί και πάλι στην εργασία του, χωρίς προκατάληψη. Σε περίπτωση που αυτό δεν γίνεται ο Κ.Λ. θα αναζητήσει κάποια άλλη εργασία, κάποιο άλλο εργασιακό πλαίσιο όπου θα τον δεχθούν σωστά και θα τον βοηθήσουν να προσαρμοστεί και πάλι στην κοινωνία. Ο εξαρτημένος ασθενής πρέπει να βρει ασχολίες με τις οποίες θα εμπλουτίσει την καθημερινή του εργασία και τον ελεύθερο χρόνο του.

Παράλληλα με την πληροφόρηση του κοινού για τον αλκοολισμό ο Κ.Λ. έχει ως στόχο να αποτινάξει από την αντίληψη των ανθρώπων τις προκαταλήψεις και τον στιγματισμό που συνοδεύουν την έννοια αλκοολισμός.

Η ανάπτυξη της εξάρτησης, αποτελεί ένα πολυδιάστατο πρόβλημα στην δημιουργία του οποίου το κοινωνικό περιβάλλον με τα ήθη, έθιμα, πρότυπα και αξίες του, παίζει σημαντικό ρόλο. Ο Κ.Λ. γνωρίζοντας ότι το κοινωνικό περιβάλλον συμβάλει στην ανάπτυξη του αλκοολισμού, φροντίζει στην εφαρμογή μέτρων και στο σχεδιασμό τους, για την πρόληψη του αλκοολισμού.

Παράλληλα ο Κ.Λ. συνεργάζεται με άλλους επιστήμονες κατά το σχεδιασμό προληπτικών ή θεραπευτικών προγραμμάτων, όπου μαζί με την διεπιστημονική επιτροπή, διεξάγει έρευνα για τη διαπίστωση των αναγκών της κοινότητας. Επίσης κατά την θεραπευτική διαδικασία ο Κ.Λ. ως μέλος της θεραπευτικής ομάδας

- η οποία αποτελείται από γιατρούς, ψυχολόγους, ψυχιάτρους, εργασιοθεραπευτές και νοσηλευτές - επιδιώκει την δημιουργία ενός πνεύματος συνεργασίας και επικοινωνίας μεταξύ όλων των ειδικοτήτων, ώστε να συμβάλλουν όλοι, ουσιαστικά στην διαδικασία θεραπείας των ασθενών.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ VIII

### ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΠΟΥ ΠΡΟΣΦΕΡΟΥΝ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟΥΣ ΑΛΚΟΟΛΙΚΟΥΣ ΣΤΟΝ ΕΛΛΑΔΙΚΟ ΧΩΡΟ

Στο κεφάλαιο αυτό περιγράφονται οι υπηρεσίες που προσφέρουν θεραπευτική βοήθεια στους αλκοολικούς, στον Ελλαδικό χώρο. Αυτές είναι :

A) Η Μονάδα Απεξάρτησης του Ψ.Ν.Α., η οποία αποτελεί εξέλιξη της κλινικής αλκοολικών, τοξικομανών του ίδιου νοσοκομείου, που ιδρύθηκε το 1960. Τα αλληλοσυνδεόμενα τμήματα, από τα οποία αποτελείται η Μονάδα Απεξάρτησης, σύμφωνα με το σχετικό ενημερωτικό φυλλάδιο της αρμόδιας υπηρεσίας, είναι :

1) Ο συμβουλευτικός σταθμός, στον οποίο απευθύνονται άτομα όλων των ηλικιών, που έχουν συνειδητοποιήσει το πρόβλημά τους με το ποτό και επιθυμούν να το σταματήσουν. Αποτελεί δηλαδή το κέντρο όπου γίνεται διάγνωση της κατάστασης του ασθενή και παράλληλα δίνονται πληροφορίες στο εξαρτημένο άτομο για θέματα που το αφορούν. Από εκεί και πέρα αρχίζει η συμβουλευτική διαδικασία, προετοιμασία και καθοδήγηση του ασθενή προς τη μονάδα μακράς θεραπείας. Λειτουργούν επίσης προγράμματα συμβουλευτικής, ομάδες γονέων και θεραπείας οικογενειών. Ειδικευμένο προσωπικό έρχεται σε συχνή επικοινωνία με την οικογένεια, όσο διάστημα το αλκοολικό μέλος της παρακολουθεί το πρόγραμμα. Συζητούν τον τρόπο θεραπείας, την

πορεία αυτής, τα προβλήματα του αλκοολικού, καθώς και τις δυσκολίες που οι ίδιοι αντιμετωπίζουν από την κατάσταση αυτή και τους τρόπους για να δεχτούν τον αλκοολικό πιο σωστά, υποστηρίζοντας έτσι την θεραπεία του. Δίνονται επίσης πληροφορίες σε άτομα ή ομάδες σχετικά με το πρόβλημα των τοξικών ουσιών. Επίσης ο ίδιος σταθμός αναλαμβάνει δραστηριότητες και στον τομέα της πρόληψης, με την οργάνωση ενημερωτικών συζητήσεων και διαλέξεων μέσα στην κοινότητα.

2) Η κλινική απεξάρτησης του Ψ.Ν.Α. (Περίπτερο 18), όπου ο αλκοολικός παραμένει για 3 με 5 μήνες. Στο πρόγραμμα αυτό εντάσσεται εθελοντικά, υπογράφοντας, το σχετικό συμβόλαιο. Σ' αυτή την κλινική λειτουργούν, το τμήμα Σωματικής Απεξάρτησης, όπου αντιμετωπίζεται το στερητικό σύνδρομο του εξαρτημένου από την αλκοόλη, μέσα σ' ένα ειδικό θεραπευτικό πλαίσιο και το τμήμα Ψυχικής Απεξάρτησης, όπου μέσα από διάφορες θεραπευτικές διαδικασίες το εξαρτημένο άτομο προσπαθεί να συνειδητοποιήσει τους πραγματικούς λόγους που το οδήγησαν στην εξάρτηση και να αναζητήσει νέους τρόπους ζωής. Ο πρώην αλκοολικός ακόμη και μετά την έξοδό του από την κλινική, παρακολουθείται και συμμετέχει στις θεραπευτικές και άλλες δραστηριότητες του τμήματος.

Παράλληλα λειτουργεί το τμήμα Κοινωνικής Επανένταξης, όπου το εξαρτώμενο άτομο προετοιμάζεται για την επάνοδο και την ένταξή του στο κοινωνικό σύνολο. Η συμμετοχή και παρακολούθηση συνεχίζεται και μετά από την έξοδό του.

Τέλος υπάρχει και το τμήμα Ανοιχτής Γραμμής (01-3617089), όπου έχει ως στόχο την πληροφόρηση, την κατεύθυνση και την παραπομπή σε θέματα ναρκωτικών, αλκοόλ και εξαρτήσεων.

B) Τμήμα αλκοολικών στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης. Το τμήμα αυτό ξεκίνησε την λειτουργία του τον Μάιο του 1989. Περιλαμβάνει τον συμβουλευτικό σταθμό, που ασχολείται κύρια με την πρόληψη, διαφώτιση του κοινού για τον αλκοολισμό, το τμήμα σωματικής αποτοξίνωσης και το τμήμα ψυχικής απεξάρτησης, όπου ο αλκοολικός βοηθιέται στο να απεξαρτηθεί ψυχολογικά και να συνειδητοποιήσει τις αιτίες που τον οδήγησαν στο αλκοόλ. Επίσης ενισχύεται ως προς το να ενταχθεί αρμονικά στην οικογένειά του, στην ευρύτερη κοινωνία και στην επαγγελματική του αποκατάσταση (ενημερωτικό φυλλάδιο του αρμόδιου τμήματος του ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης).

Γ) Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Τρίπολης, όπου δέχονται άτομα όλων των ηλικιών, που έχουν αποφασίσει να σταματήσουν το αλκοόλ. Γίνεται σωματική αποτοξίνωση, που περιέχει εργαστηριακό έλεγχο για την ανίχνευση των βλαβών του οργανισμού από το αλκοόλ και την αποκατάσταση αυτών, καθώς επίσης και θεραπεία αποστροφής με φάρμακα. Ενώ παράλληλα παρέχεται ψυχολογική υποστήριξη από ψυχολόγο και κοινωνικό λειτουργό.

Δ) Ομάδες αυτοβοήθειας. Γεγονός είναι ότι η συμβολή των αυτοβοηθούμενων ομάδων, έχει για την θεραπευτική πρακτική ανεκτίμητη αξία. Θεραπεία χωρίς συνέχεια συμμετοχής σε ομάδα αυτοβοήθειας αφήνει τον ασθενή στην μέση της διαδρομής. Αν και η παραπομπή σε μια ομάδα αυτοβοήθειας δεν αντικαθιστά την επαγγελματική ψυχοθεραπεία, η ψυχοθεραπεία δεν μπορεί να αντικαταστήσει την συμμετοχή σ' αυτή την οργάνωση. Μία επιτυχής αποθεραπεία απαιτεί μία πολύπλευρη προσέγγιση (Leikin C., 1986, σελ. 151).



Ο ασθενής κατευθύνεται να συμμετέχει σε ομάδες αυτοβοήθειας, που λειτουργούν με σκοπό το ξεπέραςμα ενός κοινού προβλήματος ή μιας δύσκολης κατάστασης από άτομα που είχαν το πρόβλημα ή βρίσκονται σε δύσκολη κατάσταση. Τέτοιου είδους ομάδες αναφέρονται :

1) Ανώνυμοι Αλκοολικοί (Η έδρα τους βρίσκεται επί της οδού Ερατοσθένους 13, Παγκράτι, Αθήνα). Οι Α.Α. δεν στηρίζονται στην χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής και θεραπείας, αλλά δίνουν μεγάλη σημασία στην ψυχοδυναμική της ομάδας και σε στοιχεία όπως ο παραδειγματισμός και η μίμηση.

Η οργάνωση των Α.Α. είναι δημιούργημα του Smith H. και Wilson W., στο Οχάιο το 1935. Βασικές αρχές των Α.Α. είναι η ειλικρίνεια των μελών με το «άνοιγμα της καρδιάς τους» για το παρελθόν τους, της σχέσης τους, τα συναισθήματά τους, ώστε να δεθεί η ομάδα με κοινές εμπειρίες και αλληλοκατανόηση (Μαδιανός Μ., 1989, σελ. 218-219).

Ο σκοπός και η χρησιμότητα της ομάδας, είναι να μάθει το άτομο να ζει με το πρόβλημά του. Ο αλκοολικός δεν μπορεί να γίνει ξανά πότης. Τα μέλη μοιράζονται την πείρα, την δύναμη και την ελπίδα για να μπορέσουν να λύσουν το κοινό τους πρόβλημα και να βοηθήσουν άλλους να αναρρώσουν από τον αλκοολισμό. Οι συγκεντρώσεις γίνονται 3 φορές την εβδομάδα, όπου συζητούνται θέματα που τους απασχολούν και ο καθένας εκφράζει την γνώμη του. Επίσης αναλαμβάνουν υπεύθυνες θέσεις και συμμετέχουν στις εκδηλώσεις που η οργάνωση πραγματοποιεί π.χ. ομιλία σε σχολεία (Νίκας Δ., άρθρ. «Αλκοόλ : Οι Α.Α. αλληλοβοηθούνται με το σύνθημα: Για σήμερα δεν σηκώνω το ποτήρι», 23-11-1991).

Ο Κυριάκος, που ήταν ο πρώτος Έλληνας που πήγε στους Α.Α., σε συνέντευξη στα «ΝΕΑ», αναφέρει τα εξής : «Είναι

σημαντικό, αυτός που πέρασε από την φωτιά και κήκε και ξαναγεννήθηκε, να δώσει στους άλλους την υποστήριξη, το κουράγιο και τις γνώσεις που αποκόμισε από το προσωπικό του δράμα. Άλλωστε το σύνθημα των ομάδων αλληλοβοήθειας «μια μέρα κάθε φορά», αυτό δείχνει. Κάθε μέρα προσπαθείς να μην πιεις ούτε σταγόνα. Ισορροπώντας στην κόψη του ξυραφιού, ποτέ δεν ξέρεις αν την άλλη μέρα θα σηκώσεις ή όχι το ποτήρι, ακόμη και αν μέρα με την μέρα έχουν περάσει χρόνια χωρίς να το κάνεις».

Στην Ελλάδα οι Α.Α. ξεκίνησαν το 1982-'83. Στην έντονη δράση της έπαιξαν σημαντικό ρόλο ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί. Μοναδική προϋπόθεση για να γίνει κανείς μέλος είναι η επιθυμία να σταματήσει να πίνει. Η συμμετοχή δεν χρειάζεται συνδρομή ή δίδακτρα (Νίκας Δ., άρθρ. «Αλκοόλ : Οι Α.Α. αλληλοβοηθούνται με το σύνθημα : Για σήμερα δεν σηκώνω το ποτήρι», 23-11-1991).

Ο τίτλος Α.Α. στηρίζεται στον απόλυτο σεβασμό της ανωνυμίας. Όλοι δουλεύουν ανώνυμοι, χωρίς δημοσιότητα, διότι όπως υποστηρίζουν έτσι μπορούν να προσελκύουν και άλλους που αντιμετωπίζουν παρόμοιο πρόβλημα. Όσοι συμμετέχουν, συμμερίζονται ιδεολογικά και έχουν σαν πρακτικό οδηγό έναν δωδεκάλογο (Παπαγεωργίου Ε., 1990, σελ. 261-262), ο οποίος είναι :

- (1) «Έχουμε αποδεχθεί, πως είμαστε ανίσχυροι απέναντι στο αλκοόλ και οι ζωές μας είναι ανυπόφορες.
- (2) Φτάσαμε να πιστεύουμε, πως μια δύναμη μεγαλύτερη από μας μπορούσε να μας δώσει την υγεία.
- (3) Πήραμε την απόφαση να στρέψουμε την θέλησή μας και την ζωή μας στην φροντίδα του Θεού, όπως Τον εννοούμε.

- (4) Κάναμε χωρίς φόβο έναν διερευνητικό ηθικό απολογισμό του εαυτού μας.
- (5) Δεχθήκαμε απέναντι στο Θεό, στους εαυτούς μας και στους άλλους ανθρώπους, την ακριβή φύση των λαθών μας.
- (6) Είμαστε εντελώς έτοιμοι ο Θεός να μας απαλλάξει απ' όλες αυτές τις ελλείψεις του χαρακτήρα μας.
- (7) Ταπεινά Του ζητήσαμε να μας απαλλάξει από τα ελαττώματά μας.
- (8) Κάναμε ένα κατάλογο για όλα τα πρόσωπα, που βλάψαμε και θέλουμε να επανορθώσουμε.
- (9) Κάναμε άμεσες επανορθώσεις σε τέτοια πρόσωπα, όπου ήταν δυνατόν, εκτός αν κάνοντας αυτό υπήρχε περίπτωση να τους βλάψουμε.
- (10) Συνεχίσαμε τον προσωπικό μας απολογισμό και όταν είχαμε λάθος αμέσως το παραδεχθήκαμε.
- (11) Ζητήσαμε με την προσευχή και τον διαλογισμό να καλυτερεύσουμε την συνειδητή επαφή μας, με τον Θεό παρακαλώντας μόνο να γνωρίσουμε την θέλησή Του για μας και να μας δώσει την δύναμη να την εκτελέσουμε.
- (12) Αποκτώντας την πνευματική αφύπνιση σαν αποτέλεσμα των βαθμίδων αυτών, προσπαθήσαμε να φέρουμε το μήνυμα αυτό στους αλκοολικούς, και εφαρμόσαμε τις αρχές αυτές σ' όλες μας τις υποθέσεις.»

Η ομάδα έχει και μία προσευχή, την λεγόμενη «προσευχή της γαλήνης» : «Θεέ μου δώσε την γαλήνη να δέχομαι αυτά, που δεν μπορώ να αλλάξω, το κουράγιο να αλλάζω αυτά που μπορώ και την σοφία να γνωρίζω την διαφορά» (Παπαγεωργίου Ε., 1990, σελ. 262-263).

Εκτός από την ομάδα Α.Α. στην Ελλάδα υπάρχει η ομάδα «al-anon» και η ομάδα «al-ateen». Η ομάδα «al-anon» αποτελείται από τους συγγενείς των αλκοολικών. Μέσα απ' αυτή μαθαίνουν πώς να αντιμετωπίζουν τις καταστάσεις, πώς να συμπεριφέρονται και πώς να βοηθούν τους δικούς τους, που είναι αλκοολικοί. Σημαντικά είναι τα αποτελέσματα από τις συζητήσεις και τις εμπειρίες μεταξύ τους. Αντίστοιχα η ομάδα «al-ateen», απευθύνεται σε παιδιά αλκοολικών και εφήβους, με σκοπό την στήριξη στην προσπάθεια των ιδίων, να αντεπεξέλθουν στις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν στη σχέση τους με τον αλκοολικό γονέα (Μάνος Ν., 1988, σελ. 415).

*Ε) Πανελλήνια Αντιαλκοολική Σταυροφορία.* Αποτελεί κλάδο της Διεθνούς Αντιαλκοολικής Οργανώσεως που εδρεύει στη Σκοκχόλμη της Σουηδίας. Ιδρύθηκε το 1957 με πρωτοβουλία της Dr Ποταμιάνου Θάλεια. Η Π.Α.Σ. επιδοτείται από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας και λειτουργεί συνάμα και ως μια φιλανθρωπική οργάνωση, που συγκεντρώνει τους οικονομικοί της πόρους της από δωρεές. Έχει την έδρα της στην πλατεία Κάνιγγος και διοικείται από 11μελές Συμβούλιο. Προσωπικό δεν υπάρχει. Όλοι δουλεύουν εθελοντικά και λειτουργεί εξωτερικό ιατρείο 3 φορές την εβδομάδα.

Σκοποί της οργάνωσης αποτελούν η διαφώτιση του κοινού με διαλέξεις και μαθήματα γύρω από το αλκοόλ, η ψυχοθεραπεία και η φαρμακευτική αγωγή. Κατά την θεραπεία το άτομο ενισχύεται έτσι ώστε να δεχθεί και να ακολουθήσει την διαδικασία, ενώ συγχρόνως γίνεται χορήγηση ειδικών φαρμάκων προς αποστροφή του αλκοόλ, ηρεμιστικά και βιταμίνη Β'.

Σύμφωνα με το σχετικό ενημερωτικό φυλλάδιο, τα τμήματα από τα οποία αποτελείται η Πανελλήνια Αντιαλκοολική

Σταυροφορία είναι, το τμήμα νεολαίας, του οποίου η αρμοδιότητα, είναι να ενημερώνει τους νέους σχετικά με το αλκοόλ και τους κινδύνους της χρήσης, το τμήμα επιδότησης και υιοθετήσεως παιδιών αλκοολικών. Σήμερα επιδοτούνται 250.000 υιοθετημένα Ελληνόπουλα, από την αντίστοιχη οργάνωση της Σουηδίας, με ορισμένο χρηματικό ποσό, είδη ρουχισμού ή τρόφιμα. Τέλος λειτουργεί και το τμήμα αποκατάστασης αλκοολικών, το οποίο μεριμνά για την επαγγελματική αποκατάσταση, φέρνοντας τους αλκοολικούς στους κόλπους της κοινωνίας.

## ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Η χρήση του αλκοόλ, με τη μορφή της «κοινωνικής» κατανάλωσης, αποτελεί ένα από τα κύρια χαρακτηριστικά της ανθρώπινης συναναστροφής. Ωστόσο όμως η μετάβαση από την «κοινωνική» στην προβληματική κατανάλωση, δεν είναι καθόλου σπάνια, αφού η χρήση αυτής της ουσίας, μπορεί να προκαλέσει εθισμό και εξάρτηση (Ποταμιάνος Γ., 1991, σελ. 19).

Οι διαστάσεις του αλκοολισμού, διεθνώς είναι τεράστιες και το οινόπνευμα αναφέρεται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας σαν το ναρκωτικό με τις μεγαλύτερες και χειρότερες συνέπειες. Με βάση τις συνέπειες, υπολογίζεται ότι η αλκοόλη αποτελεί ουσία πιο βλαβερή και από την ηρωίνη, αφού η παρατεταμένη χρήση της προκαλεί σωματική, νευρολογική και ψυχιατρική επιβάρυνση σε τρομερά μεγάλη έκταση πληθυσμού εξαιτίας της πολύ ευρείας χρήσεως του. Έτσι η κατάχρηση οινοπνευματωδών ποτών και ο αλκοολισμός προσλαμβάνουν όλο και μεγαλύτερες διαστάσεις και χρόνο με το χρόνο, τα στατιστικά δεδομένα παρουσιάζουν δυσμενέστερη την κατάσταση, αφού ο αλκοολισμός επεκτείνεται γρήγορα σε όλο και μικρότερες ηλικίες, ενώ η κοινωνία παράλληλα δεν φαίνεται να αντιδρά αποτελεσματικά, ίσως διότι δεν μπορεί ή δεν αντιλαμβάνεται τον κίνδυνο ή ίσως δεν θέλει να αντιδράσει, λόγω διαφόρων σκοπιμοτήτων (Αβραμίδης Α., 1991, σελ. 86).

Για την ερμηνεία του φαινομένου, διάφοροι ερευνητές προσπάθησαν να στηρίξουν τις αιτιολογικές θέσεις τους πάνω σε γενετικούς, βιολογικούς, κοινωνικούς, ψυχολογικούς παράγοντες, οι οποίοι διαφέρουν από περίπτωση σε περίπτωση. Όπως

αναφέρουν οι ειδικοί, η εξήγηση του φαινομένου του αλκοολισμού αποτελεί «αιτιολογικό σοβινισμό» (όπ., σελ. 157-158).

Για το θέμα της αιτιολογίας, αντίστοιχα ο Ποταμιάνος (1991), αναφέρει ότι οι παραπάνω παράγοντες δεν λειτουργούν ατομικά, αλλά συλλογικά όσον αφορά την εκδήλωση του αλκοολισμού. Με άλλα λόγια «αλληλοεξαρτώνται» και υπόκεινται σε συνεχή αλληλεπίδραση για να «παράγουν» τον αλκοολισμό (σελ. 59).

Οι επιπτώσεις της εξάρτησης, περιλαμβάνουν ένα ευρύ φάσμα, κοινωνικών, οργανικών, σωματικών, νευρολογικών και ψυχικών συνεπειών. Ο αλκοολισμός από κάποιο μέλος της οικογένειας έχει καταστροφικές συνέπειες στην σωστή οργάνωση και λειτουργία της. Μπορεί να προκαλέσει διάλυση της οικογένειας ή αποδιοργανώνει προβληματικές σχέσεις μεταξύ των μελών, μεγάλη και διαρκή ένταση, δυσκολία στην επικοινωνία με το ευρύτερο περιβάλλον, άσχημες συνθήκες διαβίωσης, κακή σχολική επίδοση των παιδιών, παραμέληση της υγείας τους και ανάπτυξη αντικοινωνικής συμπεριφοράς.

Ιδιαίτερη σημασία έχει ο τομέας της πρόληψης, μέσα στα πλαίσια αποφυγής της κατάχρησης του αλκοόλ, που περιλαμβάνει την μεθοδική, σωστή και χωρίς εκφοβισμό ενημέρωση, ανάλογη με την ηλικία που απευθύνεται κάθε φορά και η οποία κατατοπίζει χωρίς να εξάπτει την φαντασία ή περιέργεια. Η σημασία της πρόληψης των προβλημάτων από αλκοόλ είναι τεράστια, γιατί αντίθετα από τις άλλες φαρμακευτικές ουσίες, το αλκοόλ είναι κοινωνικά αποδεκτό, άρα τα όρια της χρήσης και κατάχρησής του πολλές φορές συγχέονται, χωρίς τον κίνδυνο του στίγματος ή της περιθωριοποίησης που δημιουργείται από τα ναρκωτικά (Μαρσέλος Μ., 1989, σελ. 162).

Ο Αβραμίδης (1991) αναφέρει ότι οι άνθρωποι με υψηλούς στόχους, με σεβασμό στις ηθικές αξίες, στο θεσμό της οικογένειας, με αξιοπρέπεια, εσωτερική ή συνειδησιακή συνέπεια, μπορούν να αντιμετωπίζουν δυσκολίες με θάρρος και ψυχραιμία, χωρίς να κινδυνεύουν από τον αλκοολισμό (σελ. 142).

Είναι επιτακτική λοιπόν ανάγκη, η ενίσχυση, ενδυνάμωση των ανθρώπων με ιδανικά και αξίες και η αντιμετώπιση αιτιών όπως η ανεργία, η απομόνωση, η ασύστολη προβολή των οινόπνευματών ποτών από τα Μ.Μ.Ε., ο μιμητισμός κ.α., από το κράτος και τους ίδιους τους ανθρώπους.

Από τη μία λοιπόν πρέπει να γίνει συνείδηση στους ανθρώπους η έννοια της υγείας, που σημαίνει σωματική και ψυχική, κοινωνική ευεξία, που καλλιεργεί και προωθεί τις εποικοδομητικές ανθρώπινες σχέσεις. Και από την άλλη το κράτος πρέπει να αναλάβει τις ευθύνες του και να επιβάλει μέτρα, τα οποία θα είναι ικανά να προστατεύσουν τους πολίτες του από την κατάχρηση αλκοόλ. Τέτοια μέτρα θεωρούνται η απαγόρευση σχετικών με το αλκοόλ διαφημίσεων, η αύξηση της φορολογίας των οινόπνευματών ποτών, η επέκταση της ενημέρωσης για τα επακόλουθα και το ρόλο τους στα τροχαία ατυχήματα. Σημαντική επίσης και ουσιαστική πρέπει να είναι η προσφορά του στις δυσκολίες που αντιμετωπίζει ο πρώην αλκοολικός και η οικογένειά του, κατά την περίοδο επανένταξης όπου η στήριξη είναι απαραίτητη για την αποφυγή εκδήλωσης υποτροπής.

Ο κοινωνικός λειτουργός με την εργασία του μπορεί να συμβάλει καταλυτικά στην πρόληψη και την θεραπεία, αφού βρίσκεται κατανεμημένος σ' όλη την κοινότητα και ο ρόλος του τις περισσότερες φορές, απολαμβάνει σεβασμό και εμπιστοσύνη. Παρέχει πολύτιμη βοήθεια στην ενημέρωση του πληθυσμού, στην



ανίχνευση, καταγραφή περιπτώσεων, στην παρουσίαση χρήσιμων στοιχείων σε υπευθύνους, για την λήψη προληπτικών και θεραπευτικών μέτρων, ενώ παράλληλα στηρίζει τον ασθενή καθ' όλη την διάρκεια της θεραπείας και επανένταξης, αποκατάστασης του (Gossop και Grant, 1994, σελ. 145-146).

Απ' όλα τα ανωτέρω προκύπτουν τα εξής : Το οινόπνευμα θα πρέπει να μένει στα πλαίσια του απλού ευφραντικού και του ήπιου καταπαυντικού. Δεν πρέπει το «θεϊκό αυτό δώρο» - που σαν τέτοιο θεωρήθηκε και λατρεύτηκε ακριβώς για τις ενέργειές του αυτές - να γίνει κατάρα και συμφορά. Όταν χρησιμοποιείται με τη μορφή αραιών οινοπνευματούχων ποτών και σε μικρές ποσότητες δεν βλάπτει, αλλά «ευφραίνει καρδίαν ανθρώπου» και καταπραΐνει. Κάτι τέτοιο παρουσιάζεται και σαν ανάγκη, σ' άλλους πιο συχνά και σ' άλλους αραιότερα, στην πολυτάραχη εποχή μας με τα τόσα βάσανα, τις πίκρες και τους καημούς, που κάποτε φαίνονται «Σα να μην έχουν τελειωμό» (Παπαδιαμάντης). Χρειάζεται ακόμη και για να έχει ο άνθρωπος μια ανάπαυλα έστω, για να μπορεί να ξαναρχίσει και πάλι τον αγώνα του στη ζωή, αφού θα έχει για λίγο ξαποστάσει (Αβραμίδης Α., 1991, σελ. 88).

**ΜΕΡΟΣ Β΄**

**Η ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΧΡΗΣΗΣ ΑΛΚΟΟΛ ΑΠΟ ΕΦΗΒΟΥΣ 16-  
18 ΕΤΩΝ**

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΧ

### Η ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΧΡΗΣΗΣ ΑΛΚΟΟΛ από ΕΦΗΒΟΥΣ 16 - 18 ΕΤΩΝ (ΜΙΑ ΔΙΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ)

#### α. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

##### 1. Η έρευνα και ο σκοπός της

Η έρευνα που διεξήχθη, είναι διερευνητικού τύπου και στοχεύει στη διατύπωση ενός προβλήματος για ακριβέστερη εξέταση και στην ιεράρχηση προτεραιοτήτων για περαιτέρω έρευνα (Φίλιας Β., 1996, σελ. 27).

Η περιγραφή ενός φαινομένου και η προσέγγισή του σε όσο το δυνατό μεγαλύτερο βάθος είναι παράγοντες που συμβάλουν στην καλύτερη κατανόησή του. Με βάση την αρχή αυτή σχεδιάστηκε η παρακάτω μελέτη που έχει ως κύριο σκοπό, την διερεύνηση της συχνότητας της χρήσης αλκοόλ σε εφήβους 16 - 18 ετών και του βαθμού συμμετοχής διαφόρων παραγόντων (ατομικών, περιβαλλοντικών και γενικότερα κοινωνικών). Παράλληλα σκοπός αποτελεί και η περιγραφή και εκτίμηση των συνηθειών των εφήβων γύρω από το αλκοόλ, με απώτερο στόχο, την ευαισθητοποίησή τους πάνω σ' αυτές τις συνήθειες, τον έλεγχο του εαυτού τους με βάση την προσωπική τους εκτίμηση και τον αναλογισμό κατά πόσο νιώθουν ότι έχουν την ανάγκη των συνηθειών αυτών.

Τα τελευταία εφηβικά χρόνια 16 - 18 ετών, είναι περίοδος παραγωγικότητας και εκμάθησης κοινωνικών και επαγγελματικών γνώσεων και δεξιοτήτων, περίοδος άμεσης προετοιμασίας για το ρόλο του ενηλίκου (Παρασκευόπουλος Ι., 1994, σελ. 147). Η εργασιακή δραστηριότητα που θα επιλέξει ο νέος, σ' ένα μεγάλο βαθμό θα

καθορίσει, θα επηρεάσει τη μετέπειτα ζωή του. Είναι αναγκαίο λοιπόν, να επιλέξει το επάγγελμα που θα εκφράζει, την ατομικότητα, τις ιδιαίτερες κλίσεις του και τις ικανότητές του. Η διαδικασία αυτής της επιλογής δημιουργεί άγχος στο νέο. Το άγχος του εξάλλου αυξάνεται, αφού γνωρίζει πριν ακόμα επιλέξει το επάγγελμά του και ολοκληρώσει τον κύκλο μόρφωσής του, ότι έχει πολλές πιθανότητες να βρεθεί χωρίς εργασία. Ένα τέτοιο μέλλον σίγουρο δημιουργεί ένα αίσθημα ανασφάλειας και απογοήτευσης (Αηδονά Ν., Γεωργιάδου Ι., 1992, σελ. 32).

Η τάση για ανεξαρτητοποίηση από τους ενηλίκους και για συμμόρφωση στην ομάδα των συνομηλίκων, φτάνει στο κορύφωμά της. Νιώθει έντονα την επιθυμία να κόψει τον «ομφάλιο λώρο» και να ανεξαρτητοποιηθεί από την οικογένεια (Παρασκευόπουλος Ι., 1994, σελ. 149).

Ο νέος σ' αυτήν την ηλικία, προσπαθεί να βρει την θέση του μέσα στην ζωή, να διαλέξει από τις μορφές δράσης εκείνες που αντιστοιχούν στην ατομικότητα και κλήση του. Αυτή η ιδιαίτερη προσπάθεια είναι μια ιδιαίτερα δύσκολη ψυχολογική διαδικασία.

Αξίζει να σημειωθεί ότι οι νέοι δεν έχουν σχηματίσει ένα αμιγές πρότυπο ζωής, το οποίο ακολουθούν γιατί δεν έχουν διαμορφωθεί ακόμα, ως χαρακτήρες και προσωπικότητες. Είναι φυσικό στην πορεία αναζήτησης προτύπων, να μιμούνται ιδέες, τρόπο ζωής, συμπεριφορές, δίχως κριτική, λογική επεξεργασία. Ασυναίσθητα επηρεάζονται περισσότερο από το εντυπωσιακό, το καταφανές, το προκλητικό και αυτό μιμούνται. Παράλληλα η επιθυμία του εφήβου για κοινωνική αποδοχή οδηγεί στην δουλική συμμόρφωση και υποταγή του στην ομάδα των συνομηλίκων. Ο έφηβος υιοθετεί τα πρότυπα συμπεριφοράς ακόμα και τις ιδιορρυθμίες, συμβατικότητες της ομάδας (Παρασκευόπουλος Ι., 1994, σελ. 156).

Το αλκοόλ από την άλλη πλευρά, κατόρθωσε να γίνει αναπόσπαστο κομμάτι της ζωής των ανθρώπων, σε όλες τις πτυχές εκδήλωσής της.

Ένας από τους λόγους που κάνουν τα οινοπνευματώδη ποτά τόσο δημοφιλή είναι, ότι ενεργούν πάνω στο κεντρικό νευρικό σύστημα. Οι κοινωνικές εκδηλώσεις γίνονται πιο ζωντανές, ο εσωστρεφής μπορεί να γίνει εξωστρεφής και οι άνθρωποι μπορούν να παρουσιάζονται με μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση, ή και με επιθετικότητα (Τζάφφη Τ., Πήτερσον Ρ. και Χόντσον Ρ., 1992, σελ. 101).

Παράλληλα υπάρχουν οι κατάλληλες προϋποθέσεις για χρήση και κατάχρηση αλκοόλ, αφού το αλκοόλ εμφανίζεται σε μια κοινωνία όπου η κατανάλωση είναι κοινωνικά αποδεκτή, εύκολη σε πρόσβαση αλκοόλ και διαθέσιμη σε φθηνές τιμές.

Στην σύγχρονη καταναλωτική κοινωνία τα άτομα και κυρίως οι έφηβοι δέχονται καθημερινά, μέσω των Μ.Μ.Ε. επιθέσεις σχετικά με το αλκοόλ και τα μαγευτικά τους αποτελέσματα. Ένας καταγισμός διαφημίσεων, προκαλεί καθημερινά «πλύση εγκεφάλου», δημιουργώντας μόδα, πρότυπα και «παράδειγμα προς μίμηση». Οι νέοι αυτής της ηλικίας 16 - 18 ετών όντας επιρρεπή σ' αυτά υιοθετούν εύκολα τα μηνύματα και παρασύρονται.

Βέβαια δεν μπορεί να πει κανείς ότι όλοι όσοι κάνουν χρήση αλκοόλ πρόκειται να εξελιχθούν σε αλκοολικούς, όμως υπάρχει ο κίνδυνος να εθιστούν, διότι δεν έχουν εκτιμήσει τους κινδύνους στο σύνολό τους. Αυτό που μπορεί να ξεκινήσει ως αθώος πειραματισμός, μπορεί να οδηγήσει σε εξάρτηση (Herbert Μ., 1999, σελ. 176).

Με βάση την περιγραφή αυτή του φαινομένου, για την καλύτερη κατανόησή του, διερευνούνται και οι γενικότερες συνήθειες των εφήβων γύρω από το αλκοόλ.

## **2. Το δείγμα και το πλαίσιο μελέτης**

Κοινή διαπίστωση, αποτελεί η παρατήρηση ότι όλο και μικρότερα σε ηλικία άτομα στρέφονται προς τη χρήση αλκοόλ. Γι' αυτό η συγκεκριμένη έρευνα επέλεξε ως πληθυσμό μελέτης την ευαίσθητη εφηβική ηλικία των 16 - 18 ετών.

Έτσι, ο πληθυσμός της έρευνας, απαρτιζόταν από 113 εφήβους, ηλικίας 16, 17 και 18 ετών, 51 αγόρια και 62 κορίτσια, όλων των τάξεων του Λυκείου. Η δειγματοληψία ήταν τυχαία όπου σύμφωνα με τον όρο αυτό «κάθε στοιχείο του πληθυσμού έχει μια γνωστή, μη μηδενική, πιθανότητα να κληρωθεί στο δείγμα» (Φίλιας Β., 1996, σελ. 369).

Η έρευνα διεξήχθη το διάστημα του Φεβρουαρίου - Μαρτίου του 2000, σε φροντιστήρια όπου φοιτούσαν έφηβοι αυτής της ηλικίας, μέσα στην πόλη της Πρέβεζας. Δόθηκαν 120 ερωτηματολόγια εκ των οποίων τα 113 θεωρήθηκαν έγκυρα.

## **3. Συλλογή στοιχείων**

Η συλλογή των στοιχείων, έγινε με την βοήθεια συγκεκριμένου ανώνυμου ερωτηματολογίου. Τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν από τους εφήβους 16-18 ετών, με βάση τις δομημένες ερωτήσεις του, αφού πρώτα εξηγείτο ως σκοπός της έρευνας, για την αποφυγή παρανοήσεως κάποιων ερωτήσεων.

## **4. Μορφή και περιεχόμενο του ερωτηματολογίου**

Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε στην έρευνα, περιλαμβάνει ανοιχτές, κλειστές ερωτήσεις και πολλαπλής επιλογής. Απαρτίζεται από 38 ερωτήσεις.

Το μεγαλύτερο μέρος περιελάμβανε ερωτήσεις και εκτιμήσεις, για την χρήση του αλκοόλ (προσωπικές και γενικότερες) καθώς και ερωτήσεις για συνήθειές τους.

Το ερωτηματολόγιο, δημιουργήθηκε με βάση τις εξής θεματικές ενότητες :

α) Δημογραφικά στοιχεία : ηλικία, φύλο, τάξη Λυκείου που φοιτούν, μόρφωση και επαγγελματική απασχόληση γονέων, χαρτζιλίκι, εργασία των ιδίων.

β) Οικογένεια : Σχέσεις μεταξύ των γονέων, χαρακτηρισμός των σχέσεων τους με εκείνους.

γ) Διασκέδαση.

δ) Γνώσεις : επιδράσεις στην υγεία.

ε) Στάσεις - παράγοντες συμπεριφοράς απέναντι στο αλκοόλ

στ) Αλκοόλ : οι έφηβοι ρωτήθηκαν, αν συνηθίζουν να πίνουν, την ποσότητα που κατανάλωσαν τις τελευταίες 30 ημέρες (η μέτρηση έγινε με βάση τα στοιχεία που χρησιμοποίησαν στην έρευνά τους οι Μαδιανού Δ., Μαδιανός Μ., Κοκκέβης Α., Στεφανής Κ. το 1993, όπου κρίνουν ως αραιή χρήση, την κατανάλωση 1 με 9 φορές τις τελευταίες 30 ημέρες, ως συχνή εκείνη των 10 με 19 φορών και ως πολύ συχνή αυτή των 20 και άνω, κατά το ίδιο χρονικό διάστημα), το είδος του ποτού που πίνουν συχνότερα και τους λόγους για τους οποίους οδηγούνται στην χρήση. Επίσης τοποθετούνται και κρίνουν την ποσότητα κατανάλωσης οινοπνεύματος από το οικείο τους περιβάλλον, οικογένεια και φίλους καθώς και τις φορές που έχουν βρεθεί σε κατάσταση μέθης και το είδος αυτής που είχαν.

Συμπεριλήφθηκαν και έμμεσες ερωτήσεις προκειμένου να μην προκληθούν αμυντικές επιδράσεις που να μειώνουν την ειλικρίνεια των απαντήσεων.

Το ερωτηματολόγιο υπήρξε ανώνυμο ώστε να εξασφαλιστεί η ειλικρίνεια των απαντήσεων, και οι κλειστές ερωτήσεις χρησιμοποιήθηκαν, για την διευκόλυνση κωδικοποίησης κατά την ανάλυση.

## **5. Δομή του ερωτηματολογίου**

Η δομή του ερωτηματολογίου ήταν τέτοια ώστε :

- να ξεκινά με ουδέτερες συναισθηματικές ερωτήσεις,
- οι ερωτήσεις που αφορούν την χρήση αλκοόλ να βρίσκονται στο μέσο του ερωτηματολογίου, ώστε οι ερωτώμενοι να έχουν στο μεταξύ εξοικειωθεί με την δομή του, αλλά και να μην έχουν κουραστεί από την συμπλήρωσή του. Χρησιμοποιήθηκαν μάλιστα γενικές ερωτήσεις, ώστε να προσφέρεται η δυνατότητα ευκολότερης έκφρασης από τους εφήβους και

- τέλος να παρουσιάζονται στάσεις, απόψεις και εκτιμήσεις τους γύρω από τις επιπτώσεις στην υγεία, οδήγηση καθώς και άλλες ουδέτερες συναισθηματικές ερωτήσεις.

Οι έφηβοι συνεργάστηκαν ικανοποιητικά και έδωσαν απαντήσεις με υπευθυνότητα και σοβαρότητα αφού εξέφρασαν το ενδιαφέρον τους, για το θέμα του ερωτηματολογίου, γεγονός που φάνηκε από την αφοσίωση και την συγκέντρωση τους, κατά τη συμπλήρωσή του.



## **B. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ**

Από την επεξεργασία των συμπληρωμένων ερωτηματολογίων συγκεντρώθηκαν, τα ακόλουθα αποτελέσματα τα οποία παρουσιάζονται σε συγκριτικές συχνότητες κατά φύλο, στους ακόλουθους πίνακες :

### **1. ΦΥΛΟ**

ΚΑΤΗΓΟΡΟΠΟΙΗΣΗ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ%
Η		
Α. ΑΓΟΡΙΑ	51	45,1
Β. ΚΟΡΙΤΣΙΑ	62	54,9
ΣΥΝΟΛΟ	113	100,0

Από τους εφήβους που ερωτήθηκαν το 45% ήταν αγόρια, ενώ το 55% ήταν κορίτσια.

### **2. ΗΛΙΚΙΑ**

ΚΑΤΗΓΟΡΟ-ΠΟΙΗΣΗ	ΑΓΟΡΙΑ : 51	ΚΟΡΙΤΣΙΑ : 62	ΣΥΝΟΛΟ : 113
	Σ	ΣΥΧΝ. ΠΟΣ.%	ΣΥΧΝ. ΠΟΣ.%
Α. 16	22 43,1	23 37,1	45 39,8
Β. 17	11 21,5	22 35,5	23 20,4
Γ. 18	18 35,3	17 27,4	45 31,0

### 3. Η ΤΑΞΗ ΛΥΚΕΙΟΥ ΠΟΥ ΦΟΙΤΟΥΝ

ΚΑΤΗΓΟΡΟ- ΠΟΙΗΣΗ	ΑΓΟΡΙΑ : 51	ΚΟΡΙΤΣΙΑ : 62	ΣΥΝΟΛΟ : 113
	ΣΥΧΝ. ΠΟΣ.%	ΣΥΧΝ. ΠΟΣ.%	ΣΥΧΝ. ΠΟΣ.%
A. Α΄ΛΥΚΕΙΟΥ	22 43,1	23 37,1	45 39,9
B. Β΄ΛΥΚΕΙΟΥ	11 21,5	19 30,6	30 26,5
Γ. Γ΄ ΛΥΚΕΙΟΥ	18 35,3	20 32,3	38 33,6

Από τους ερωτηθέντες εφήβους, το μεγαλύτερο ποσοστό αποτελούν οι έφηβοι των 16 ετών (39,8%), με χαμηλότερο εκείνο των εφήβων των 18 ετών (31%) και ακόμη χαμηλότερο της ηλικίας των 17 ετών (20,4%).

Όσον αφορά την τάξη του Λυκείου, που παρακολουθούν, οι έφηβοι της Α΄ Λυκείου υπερτερούν σε ποσοστό του 39,9% έναντι της Γ΄ Λυκείου του 26,5% και της Β΄ Λυκείου του 26,5%.

#### 4. ΚΑΙ 5. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ ΤΩΝ ΓΟΝΕΩΝ

ΚΑΤΗΓΟΡΟ- ΠΟΙΗΣΗ	ΠΑΤΕΡΑΣ :		ΜΗΤΕΡΑ :		ΣΥΝΟΛΟ :	
	113		113		226	
	Σ		Σ		Σ	
	ΥΧΝ. ΠΟΣ.%		ΥΧΝ. ΠΟΣ.%		ΥΧΝ. ΠΟΣ.%	
Α. ΔΗΜΟΣΙΟΣ ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ	49	43,3	25	22,1	74	32,7
Β. ΙΔΙΩΤΙΚΟΣ ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ	16	14,1	11	9,7	27	11,9
Γ.ΕΛΕΥΘΕΡΟΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ- ΤΙΑΣ	33	29,2	16	14,1	49	21,6
Δ.ΣΥΝΤΑΞΙ- ΟΥΧΟΣ	5	4,4	1	0,9	6	2,6
Ε. ΑΓΡΟΤΗΣ	10	8,84	1	0,9	11	4,9
ΣΤ. ΑΝΕΡΓΟΣ	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Ζ. ΟΙΚΙΑΚΑ	0	0,0	59	52,2	59	52,2

Το 32,7% των γονέων απασχολούνται στον δημόσιο τομέα (πατέρες : 43,3%, μητέρες : 22,1%), ενώ με τα οικιακά ασχολούνται μόνο οι μητέρες (52,2%). Ακολουθούν οι ελεύθεροι επαγγελματίες με 21,6%, οι ιδιωτικοί υπάλληλοι με 11,9%, οι αγρότες με 4,9% και οι συνταξιούχοι με 2,6%. Αξιοσημείωτο είναι πως κανείς από τους γονείς δεν είναι άνεργος.

## 6. ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΓΟΝΕΩΝ

ΚΑΤΗΓΟΡΟ- ΠΟΙΗΣΗ	ΠΑΤΕΡΑΣ : 113	ΜΗΤΕΡΑ : 113	ΣΥΝΟΛΟ : 226
	ΣΥΧΝ. ΠΟΣ.%	ΣΥΧΝ. ΠΟΣ.%	ΣΥΧΝ. ΠΟΣ.%
Α. ΑΝΑΛΦΑΒΗ- ΤΟΣ	0 0,0	2 1,8	2 0,9
Β. ΑΠΟΛΥΤΗΡΙΟ ΔΗΜΟΤΙΚΟΥ ΣΧΟΛΕΙΟΥ	25 22,1	36 31,8	61 27,0
Γ. ΑΠΟΛΥΤΗΡΙΟ ΓΥΜΝΑΣΙΟΥ	23 20,3	15 13,2	38 16,8
Δ. ΑΠΟΛΥΤΗΡΙΟ ΛΥΚΕΙΟΥ	42 37,1	45 39,8	87 38,4
Ε. ΠΤΥΧΙΟΥΧΟΣ ΑΕΙ/ΤΕΙ	13 11,5	15 13,3	28 12,4

Το 38,4% των γονέων έχουν απολυτήριο Λυκείου. Ακολουθούν εκείνοι του Δημοτικού με 27%, του Γυμνασίου με 16,8%, των πτυχιούχων ΑΕΙ/ΤΕΙ με 12,4%, ενώ παρουσιάζεται και το ποσοστό του 0,9% των αναλφάβητων που το αποτελούν μόνο γυναίκες.

## 7. Ο ΣΥΧΝΟΤΕΡΟΣ ΧΩΡΟΣ ΔΙΑΣΚΕΛΑΣΗΣ

ΚΑΤΗΓΟΡΟ- ΠΟΙΗΣΗ	ΑΓΟΡΙΑ : 51		ΚΟΡΙΤΣΙΑ :		ΣΥΝΟΛΟ :	
			62		113	
	Σ		Σ		Σ	
	ΥΧΝ. ΠΟΣ.%		ΥΧΝ. ΠΟΣ.%		ΥΧΝ. ΠΟΣ.%	
A .ΚΑΦΕΤΕΡΙΑ	30	58,8	32	51,6	62	54,9
B. ΤΑΒΕΡΝΑ	4	7,8	5	8,1	9	8,0
Γ. ΜΠΑΡΑΚΙΑ	5	9,8	9	14,5	14	12,4
Δ. CLUB	11	21,6	14	22,6	25	22,1
Ε.ΚΙΝΗΜΑΤΟ- ΓΡΑΦΟΣ	1	2,0	2	3,2	3	2,7
ΣΤ. ΚΑΤΙ ΑΛΛΟ	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Παρατηρήθηκε πως το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων εφήβων (54,9%) συχνάζει περισσότερο σε καφετέριες (αγόρια : 58,8% και κορίτσια : 51,6%). Ακολουθούν ως προτιμήσεις τα club με ποσοστό 22,1% (αγόρια : 21,6 και κορίτσια : 22,6), τα μπαράκια με ποσοστό 12,4%, οι ταβέρνες με 8% και ακόμη χαμηλότερα ο κινηματογράφος με ποσοστό προτίμησης 2,7%.

## 8. Η ΗΛΙΚΙΑ ΠΟΥ ΔΟΚΙΜΑΣΑΝ ΠΡΩΤΗ ΦΟΡΑ ΑΛΚΟΟΛ

ΚΑΤΗΓΟΡΟ- ΠΟΙΗΣΗ	ΑΓΟΡΙΑ : 51		ΚΟΡΙΤΣΙΑ :		ΣΥΝΟΛΟ :	
			62		113	
	ΣΥΧΝ. ΠΟΣ.%		ΣΥΧΝ. ΠΟΣ.%		ΣΥΧΝ. ΠΟΣ.%	
Α. ΠΡΙΝ ΑΠΟ 9 ΕΤΩΝ	10	19,6	8	12,9	18	15,9
Β. ΑΠΟ 10 ΜΕΧΡΙ 11 ΕΤΩΝ	12	23,5	11	17,7	23	20,4
Γ. ΑΠΟ 12 ΜΕΧΡΙ 13 ΕΤΩΝ	19	37,3	23	37,1	42	37,2
Δ. ΑΠΟ 14 ΜΕΧΡΙ 15 ΕΤΩΝ	17	33,3	15	24,2	32	28,3
Ε. ΑΠΟ 16 ΜΕΧΡΙ 17 ΕΤΩΝ	3	5,9	5	8,1	8	7,1
ΣΤ. ΑΠΟ 18 ΕΤΩΝ	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων εφήβων 37,2% δοκίμασαν για πρώτη φορά αλκοόλ μεταξύ των ηλικιών 12 και 13. Ακολουθούν οι ηλικίες των 14 έως 15 ετών με ποσοστό 28,3% και οι ηλικίες από 10 έως 11 ετών με ποσοστό 20,4%. Παράλληλα αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι σε ηλικία πριν των 9 ετών το 15,9% των ερωτηθέντων (το 19,6% των αγοριών και το 12,9% των κοριτσιών στο σύνολο) έχει δοκιμάσει αλκοόλ, για πρώτη φορά. Σε πολύ χαμηλότερο ποσοστό, παρουσιάζονται οι ηλικίες των 16 μέχρι 17 (7,1%), ενώ δεν υπάρχει κανείς από τους 18χρονους νέους που να μην έχει δοκιμάσει αλκοόλ.

## 9. ΑΝ ΤΟΥΣ ΑΡΕΣΕ Η ΓΕΥΣΗ ΤΟΥ

ΚΑΤΗΓΟΡΟ- ΠΟΙΗΣΗ	ΑΓΟΡΙΑ : 51		ΚΟΡΙΤΣΙΑ :		ΣΥΝΟΛΟ :	
			62		113	
	ΣΥΧΝ. ΠΟΣ.%		ΣΥΧΝ. ΠΟΣ.%		ΣΥΧΝ. ΠΟΣ.%	
A. ΝΑΙ	32	62,7	45	72,6	77	68,1
B. ΟΧΙ	6	11,8	7	11,3	13	11,5
<b>Γ.</b>	13	25,5	10	16,1	23	20,4
<b>ΟΧΙ</b>						
<b>ΙΔΙΑΙΤΕΡΑ</b>						
Δ. Δ.Ξ.	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Ε. Δ.Θ.	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων εφήβων 68,1% (αγόρια: 62,7% και κορίτσια: 72,6%) φάνηκε να τους άρεσε η γεύση του αλκοόλ που δοκίμασαν για πρώτη φορά. Παρατηρήθηκε επίσης ότι το 20,4% των ερωτηθέντων δεν απόλαυσε ιδιαίτερα την γεύση του, ενώ μόλις το 11,5% δεν τους άρεσε καθόλου.

## 10. ΗΠΙΑΝ ΓΙΑ ΠΡΩΤΗ ΦΟΡΑ ΜΕ ΠΑΡΟΥΣΙΑ ΤΡΙΤΟΥ ΑΤΟΜΟΥ Ή ΟΧΙ

ΚΑΤΗΓΟΡΟ- ΠΟΙΗΣΗ	ΑΓΟΡΙΑ : 51		ΚΟΡΙΤΣΙΑ :		ΣΥΝΟΛΟ :	
			62		113	
	ΣΥΧΝ. ΠΟΣ.%		ΣΥΧΝ. ΠΟΣ.%		ΣΥΧΝ. ΠΟΣ.%	
A. ΜΟΝΟΣ	4	7,8	2	3,2	6	5,3
B. ΜΕ ΦΙΛΟΥΣ	29	46,8	31	51,6	60	53,1
Γ. ΜΕ ΚΑΠΟΙΟΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ	18	35,3	29	46,8	47	41,6
Δ. Δ.Ξ.	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Ε. Δ.Α.	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Παρατηρήθηκε ότι η μεγαλύτερη πλειοψηφία (53,1%) των ερωτηθέντων εφήβων (κοριτσιών : 51,6% και αγοριών : 46,8%) δοκίμασαν για πρώτη φορά αλκοόλ με την παρουσία των φίλων τους. επίσης ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό 41,6% δοκίμασαν με κάποιον από την οικογένειά τους, ενώ μόλις το 5,3% δοκίμασε χωρίς παρουσία κάποιου προσώπου.

#### 11. ΑΝ ΗΠΙΑΝ ΜΕ ΚΑΠΟΙΟΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ (ΠΟΙΟ ΗΤΑΝ ΤΟ ΠΡΟΣΩΠΟ)

ΚΑΤΗΓΟΡΟ-ΠΟΙΗΣΗ	ΑΓΟΡΙΑ : 18		ΚΟΡΙΤΣΙΑ : 29		ΣΥΝΟΛΟ : 47	
	ΣΥΧΝ. ΠΟΣ.%		ΣΥΧΝ. ΠΟΣ.%		ΣΥΧΝ. ΠΟΣ.%	
Α. ΠΑΤΕΡΑΣ	7	38,9	8	27,6	19	40,4
Β. ΜΗΤΕΡΑ	1	5,6	5	17,2	6	12,8
Γ. ΑΔΕΛΦΟΣ/Η	5	27,8	14	48,3	19	40,4
Δ. ΑΛΛΟΣ ΣΥΓΓΕΝΗΣ	1	5,6	0	0,0	1	2,1
Ε. ΠΑΡΟΥΣΙΑ ΟΛΗΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ	4	22,2	2	6,9	6	12,8
ΣΤ. Δ.Ξ.	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Ζ. Δ.Α.	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Παρατηρήθηκε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των εφήβων που δοκίμασαν για πρώτη φορά αλκοόλ με την παρουσία κάποιου προσώπου από την οικογένεια, ήταν εκείνο που ήπιαν με παρουσία του πατέρα 40,4% και των αδελφών τους 40,4% επίσης. Η διαφορά που παρατηρήθηκε ήταν ότι τα κορίτσια ήπιαν για πρώτη φορά με παρουσία των αδελφών τους (48,3%), ενώ τα αγόρια μ' εκείνη του πατέρα τους



(38,9%). Το ίδιο φαινόμενο παρουσιάστηκε και μεταξύ των ποσοστών που αφορούν την παρουσία της μητέρας (12,8%) και όλης της οικογένειας (12,8%) όπου τα κορίτσια (17,2%) έναντι των αγοριών (5,6%) ήπιαν με την μητέρα τους, ενώ το 22,2% των αγοριών έναντι το 6,9% των κοριτσιών δοκίμασαν με παρουσία όλης της οικογένειας. Ενώ μόλις το 2,1% δοκίμασε για πρώτη φορά με την παρέα κάποιου συγγενικού προσώπου.

## 12. ΠΟΙΟ ΕΙΝΑΙ ΤΟ ΠΟΤΟ ΠΟΥ ΣΥΝΗΘΙΖΟΥΝ ΝΑ ΠΙΝΟΥΝ

ΚΑΤΗΓΟΡΟ- ΠΟΙΗΣΗ	ΑΓΟΡΙΑ : 51		ΚΟΡΙΤΣΙΑ : 62		ΣΥΝΟΛΟ : 113	
	ΣΥΧΝ. ΠΟΣ.%		ΣΥΧΝ. ΠΟΣ.%		ΣΥΧΝ. ΠΟΣ.%	
Α. ΜΠΥΡΑ	21	41,2	29	46,8	50	44,2
Β. ΚΡΑΣΙ	7	13,5	10	16,1	17	15,0
Γ. ΟΥΖΟ / ΤΣΙΠΟΥΡΟ	3	5,9	1	1,6	4	3,5
Δ. ΟΥΙΣΚΙ / ΒΟΤΚΑ	15	29,4	18	29,0	33	29,9
Ε. ΚΟΚΤΕΙΛ (ΑΝΑΨΥΚΤΙ- ΚΟ ΜΕ ΑΛΚΟΟΛ)	5	9,8	4	6,5	9	8,0
ΣΤ. ΚΑΤΙ ΑΛΛΟ	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων εφήβων 44,2% συνηθίζει να πίνει μπύρα, ακολουθεί ως προτίμηση το ουίσκι ή η βότκα με 29,9% και το κρασί με 15%. Με χαμηλότερα ποσοστά προτιμούνται τα κοκτέιλ με 8% και το ούζο ή τσίπουρο με 3,5%.

### 13. ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΧΡΗΣΗΣ ΑΛΚΟΟΛ ΤΙΣ ΤΕΛΕΥΤΑΙΕΣ 30 ΗΜΕΡΕΣ

ΚΑΤΗΓΟΡΟ-ΠΟΙΗΣΗ	ΑΓΟΡΙΑ : 51		ΚΟΡΙΤΣΙΑ : 62		ΣΥΝΟΛΟ : 113	
	ΣΥΧΝ. ΠΟΣ.%		ΣΥΧΝ. ΠΟΣ.%		ΣΥΧΝ. ΠΟΣ.%	
Α. ΑΡΑΙΗ ΧΡΗΣΗ (1-9 ΦΟΡΕΣ)	24	47	36	58,1	60	53,1
Β. ΣΥΧΝΗ ΧΡΗΣΗ (10-19 ΦΟΡΕΣ)	17	33,3	13	21	30	26,4
Γ. ΠΟΛΥ ΣΥΧΝΗ ΧΡΗΣΗ (20 ΦΟΡΕΣ ΚΑΙ ΠΑΝΩ)	9	17,6	3	4,8	12	10,6
Δ. ΚΑΜΙΑ ΦΟΡΑ	1	2	10	16,1	11	10,6
Ε. Δ.Ξ.	0	0,0	0	0,0	0	0,0
ΣΤ. Δ.Α.	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων εφήβων (53,1%) έχει κάνει αραιή χρήση (1-9 φορές) τις τελευταίες 30 ημέρες. Ακολουθεί η συχνή χρήση εφήβων 26,5% (δηλαδή 10-19 φορές) και η πολύ συχνή χρήση (20 και πάνω φορές) με ποσοστό 10,6%. Πρέπει να σημειωθεί ότι το 17,6% των αγοριών έχει καταναλώσει 20 φορές και πάνω αλκοόλ το ίδιο χρονικό διάστημα έναντι του 4,8% των κοριτσιών. Είναι αξιοσημείωτη η παρατήρηση πως το 10,6% δεν έχει κάνει χρήση αλκοόλ τις τελευταίες 30 ημέρες.

#### 14. ΠΟΣΟΤΗΤΑ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗΣ ΚΑΘΕ ΦΟΡΑ ΧΡΗΣΗΣ ΚΑΤΑ ΤΙΣ 30 ΤΕΛΕΥΤΑΙΕΣ ΗΜΕΡΕΣ

ΚΑΤΗΓΟΡΟ- ΠΟΙΗΣΗ	ΑΓΟΡΙΑ : 50		ΚΟΡΙΤΣΙΑ :		ΣΥΝΟΛΟ :	
				52		102
	ΣΥΧΝ. ΠΟΣ.%		ΣΥΧΝ. ΠΟΣ.%		ΣΥΧΝ. ΠΟΣ.%	
Α. 1-2 ΠΟΤΑ	28	56	40	77	68	60,8
Β. ΕΩΣ 3 ΠΟΤΑ	13	26	8	17,0	21	20,6
Γ. 3 ΠΟΤΑ ΚΑΙ ΑΝΩ	9	22,5	4	8,5	13	14,9
Δ. Δ.Ξ.	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Ε. Δ.Α.	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Το μεγαλύτερο ποσοστό των εφήβων (60,8%) κατανάλωσε 1 έως 2 ποτά κάθε φορά που έκανε χρήση τις τελευταίες 30 ημέρες, ακολουθεί η χρήση έως 3 ποτών με ποσοστό 20,6% και εκείνη των 3 ποτών και άνω με ποσοστό 14,9%. Αξιοσημείωτο αναφοράς αποτελεί το γεγονός, ότι τα αγόρια καταναλώνουν μεγαλύτερες ποσότητες αλκοόλ (26%) έναντι το (17%) των κοριτσιών στην ποσότητα έως 3 ποτά ενώ σ' εκείνη των 3 ποτών και άνω τα αγόρια καταλαμβάνουν το 22,5% έναντι του 8,5% των κοριτσιών. Παράλληλα κανένα από τα παιδιά δεν δέχτηκε να μην απαντήσει.

15. ΠΟΣΕΣ ΦΟΡΕΣ ΤΙΣ ΤΕΛΕΥΤΑΙΕΣ 30 ΗΜΕΡΕΣ ΗΠΙΑΝ  
ΠΑΡΑΠΑΝΩ ΑΠΟ ΟΣΟ ΗΘΕΛΑΝ

ΚΑΤΗΓΟΡΟ- ΠΟΙΗΣΗ	ΑΓΟΡΙΑ : 50		ΚΟΡΙΤΣΙΑ : 52		ΣΥΝΟΛΟ : 102	
	ΣΥΧΝ. ΠΟΣ.%		ΣΥΧΝ. ΠΟΣ.%		ΣΥΧΝ. ΠΟΣ.%	
A. 1-3 ΦΟΡΕΣ	20	10,2	13	25	33	32,4
B. 4-6 ΦΟΡΕΣ	14	27,4	17	27,4	31	27,4
Γ. 7-9 ΦΟΡΕΣ	4	7,8	4	6,5	8	7,1
Δ. 10 ΚΑΙ ΑΝΩ	2	3,9	3	4,8	5	4,4
<b>Ε. ΚΑΜΙΑ ΦΟΡΑ</b>	10	20	15	24,2	15	14,7
ΣΤ. Δ.Ξ.	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Ζ. Δ.Α.	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Το 33% των ερωτηθέντων εφήβων δεν κατόρθωσε 1-3 φορές τις τελευταίες 30 ημέρες να σταματήσει να πίνει. Το 27,4% στις 4 με 6 φορές, το 7,1% στις 7-9 φορές και τέλος το 4,4% στις 10 φορές και άνω. Παράλληλα το 14,7% δεν έχει έλθει σε αυτή την κατάσταση.

### 16. ΑΝ ΕΧΟΥΝ ΜΕΘΥΣΕΙ ΠΟΤΕ

ΚΑΤΗΓΟΡΟ-ΠΟΙΗΣΗ	ΑΓΟΡΙΑ : 51		ΚΟΡΙΤΣΙΑ : 62		ΣΥΝΟΛΟ : 113	
	ΣΥΧΝ. ΠΟΣ.%		ΣΥΧΝ. ΠΟΣ.%		ΣΥΧΝ. ΠΟΣ.%	
A. ΝΑΙ	28	54,9	38	61,3	66	58,4
B. ΟΧΙ	23	45,1	24	38,7	47	41,6
Γ. Δ.Ξ.	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Δ. Δ.Α.	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Παρατηρήθηκε πως το 58,4% δηλώνει πως ναι, έχει μεθύσει, ενώ το 41,6% πως όχι.

### 17. ΤΟ ΕΙΔΟΣ ΤΗΣ ΜΕΘΗΣ ΠΟΥ ΕΙΧΑΝ

ΚΑΤΗΓΟΡΟ-ΠΟΙΗΣΗ	ΑΓΟΡΙΑ : 28		ΚΟΡΙΤΣΙΑ : 38		ΣΥΝΟΛΟ : 66	
	ΣΥΧΝ. ΠΟΣ.%		ΣΥΧΝ. ΠΟΣ.%		ΣΥΧΝ. ΠΟΣ.%	
A. ΕΛΑΦΡΙΑ ΜΕΘΗ (ΖΑΛΗ)	18	64,3	27	71,1	45	68,2
B. ΒΑΡΙΑ ΜΕΘΗ (ΕΜΕΤΟΣ, ΑΠΩΛΕΙΑ ΑΙΣΘΗΣΕΩΝ)	10	35,7	11	28,9	21	31,8
Γ. Δ.Ξ.	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Δ. Δ.Α.	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Το μεγαλύτερο ποσοστό των παιδιών (68,2%) που δήλωσαν πως ναι έχουν μεθύσει, είχαν ελαφριά μέθη (αγόρια: 64,3% έναντι κοριτσιών: 71,1%), ενώ το 31,8% (αγόρια: 35,7% και κορίτσια: 28,9%) δηλώνει πως είχε συμπτώματα βαριάς μέθης. Όλοι προθυμοποιήθηκαν να δώσουν απαντήσεις.

### 18. ΟΙ ΦΟΡΕΣ ΠΟΥ ΕΧΟΥΝ ΜΕΘΥΣΕΙ

ΚΑΤΗΓΟΡΟ- ΠΟΙΗΣΗ	ΑΓΟΡΙΑ : 28		ΚΟΡΙΤΣΙΑ : 38		ΣΥΝΟΛΟ : 66	
	ΣΥΧΝ. ΠΟΣ.%		ΣΥΧΝ. ΠΟΣ.%		ΣΥΧΝ. ΠΟΣ.%	
Α. 1-4 ΦΟΡΕΣ	12	42,8	19	50,0	31	47,0
Β. 5-9 ΦΟΡΕΣ	7	25,0	11	28,9	18	27,3
Γ. 10-14 ΦΟΡΕΣ	4	14,3	7	18,4	11	16,7
Δ. 15-19 ΦΟΡΕΣ	3	10,7	1	2,6	4	6,1
Ε. 20 ΦΟΡΕΣ ΚΑΙ ΑΝΩ	2	7,1	0	0,0	2	7,1
ΣΤ. Δ.Ξ.	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Ζ. Δ.Α.	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων εφήβων που απάντησαν στην προηγούμενη ερώτηση καταφατικά, δηλώνουν 47% ότι έχουν μεθύσει 1 έως 4 φορές, ακολουθούν με ποσοστό 27,3% όσοι έχουν μεθύσει 5 με 9 φορές, 16,7% για εκείνους που απάντησαν 10 μέχρι 14 φορές και 6,1% αντιστοίχως για τις 15 έως 19 φορές. Μόνο το 3% παρουσιάζεται να έχει μεθύσει πάνω από 20 φορές και το ποσοστό αυτό αποτελούν μόνο αγόρια.

## 19. Ο ΣΠΟΥΔΑΙΟΤΕΡΟΣ ΛΟΓΟΣ ΠΟΣΗΣ

ΚΑΤΗΓΟΡΟ- ΠΟΙΗΣΗ	ΑΓΟΡΙΑ : 51		ΚΟΡΙΤΣΙΑ :		ΣΥΝΟΛΟ :	
			62		113	
	ΣΥΧΝ. ΠΟΣ.%		ΣΥΧΝ. ΠΟΣ.%		ΣΥΧΝ. ΠΟΣ.%	
Α. ΓΙΑ ΝΑ ΔΙΑΣΚΕΔΑΣΕΙ	13	25,5	18	29,0	31	27,4
Β. ΑΡΕΣΕΙ Η ΓΕΥΣΗ ΤΟΥ	10	19,6	11	17,7	21	18,6
Γ. ΓΙΑ ΝΑ ΧΑΛΑΡΩΣΕΙ/ ΦΤΙΑΞΕΙ Η ΔΙΑΘΕΣΗ	18	35,3	22	35,5	40	35,4
Δ. ΓΙΑ ΔΟΚΙΜΗ	6	11,8	4	6,4	10	8,8
Ε. ΝΑ ΑΠΑΛΛΑΓΕΙ ΑΠΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ- ΤΑ/ΑΝΗΣΥ- ΧΙΕΣ	4	7,8	7	11,3	11	9,7
ΣΤ. ΚΑΤΙ ΑΛΛΟ	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Ζ. Δ.Ξ.	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Η. Δ.Α.	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Το μεγαλύτερο ποσοστό 35,4% θεωρεί ως σπουδαιότερο λόγο που πίνει, την ευκαιρία για χαλάρωση, το 27,4% για να διασκεδάσει, ακολουθεί το 18,6% των ερωτηθέντων που πίνει λόγω αρέσκειας ως προς την γεύση του ποτού. Ακολουθεί η «δυνατότητα» να απαλλαγεί από ανησυχίες με ποσοστό 9,7% και για δοκιμή με ποσοστό 8,8%.

## 20. ΤΙ ΝΙΩΘΟΥΝ ΣΥΝΗΘΩΣ ΟΤΑΝ ΠΙΝΟΥΝ

ΚΑΤΗΓΟΡΟ- ΠΟΙΗΣΗ	ΑΓΟΡΙΑ : 51		ΚΟΡΙΤΣΙΑ :		ΣΥΝΟΛΟ :	
			62		113	
	ΣΥΧΝ. ΠΟΣ.%		ΣΥΧΝ. ΠΟΣ.%		ΣΥΧΝ. ΠΟΣ.%	
Α. ΟΛΑ ΦΑΙΝΟΝΤΑΙ ΠΙΟ ΕΥΚΟΛΑ/ ΧΑΛΑΡΩΣΗ	13	25,5	19	30,6	32	28,3
Β. ΑΥΤΟΠΕΠΟΙ- ΘΗΣΗ	9	17,6	12	19,4	21	18,6
Γ. ΑΠΟΔΟΧΗ ΑΠΟ ΠΑΡΕΑ	10	19,6	8	12,9	18	15,9
Δ. ΔΥΝΑΤΟ- ΤΗΤΑ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗΣ ΜΕ ΕΥΚΟΛΙΑ/ ΑΥΘΟΡΜΗΤΙ- ΣΜΟ	15	29,4	21	33,8	36	31,8
Ε. ΚΑΤΙ ΑΛΛΟ (ΕΥΞΕΙΑ, ΕΥΦΟΡΙΑ)	4	7,8	2	3,2	6	5,3
ΣΤ. Δ.Ξ.	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Ζ. Δ.Α.	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Το 31,8% συνήθως νιώθει μεγαλύτερο αυθορμητισμό ως προς την προσέγγιση κάποιου άλλου προσώπου, το 30,6% ότι χαλαρώνει καλύτερα, το 18,6% μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση, το 15,9% ότι γίνεται πιο αποδεκτός από την παρέα του και μόλις το 5,3% για λόγους που συμπλήρωσαν οι ίδιοι όπως ευεξία και ευφορία.



## 21. ΑΝΤΙΛΗΨΗ ΓΙΑ ΤΟ ΠΟΤΟ

ΚΑΤΗΓΟΡΟ- ΠΟΙΗΣΗ	ΑΓΟΡΙΑ : 51		ΚΟΡΙΤΣΙΑ : 62		ΣΥΝΟΛΟ : 113	
	ΣΥΧΝ. ΠΟΣ.%		ΣΥΧΝ. ΠΟΣ.%		ΣΥΧΝ. ΠΟΣ.%	
Α. ΑΔΥΝΑΜΙΑ	10	19,6	17	27,4	27	23,9
Β. ΣΥΝΗΘΕΙΑ	13	25,4	11	17,7	24	21,2
Γ. ΣΤΥΛ	4	78,4	6	9,7	10	8,8
Δ.ΕΥΧΑΡΙΣΤΗ- ΣΗ	17	33,3	21	33,9	38	33,6
Ε. ΑΠΟΔΕΙΞΗ ΩΡΙΜΟΤΗΤΑΣ	0	0,0	1	1,6	1	1,6
ΣΤ. ΑΠΕΛΕΥΘΕ- ΡΩΣΗ/ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕ- ΡΟΣ ΑΥΘΟΡΜΗΤΙ- ΣΜΟΣ	5	9,8	6	9,7	11	9,7
Ζ. ΚΑΤΙ ΑΛΛΟ (ΧΑΛΑΡΩΣΗ)	2	3,9	0	0,0	2	1,8
Η. Δ.Ξ.	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Θ. Δ.Α.	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Το 33,6% των ερωτηθέντων εφήβων θεωρεί το ποτό, ως «μέσο» και είδος για ευχαρίστηση, για το 23,9% (αγόρια: 19,6% και κορίτσια: 27,4%) σημαίνει αδυναμία και για το 21,2% (αγόρια: 25,4% και κορίτσια: 17,7%) μια συνήθεια. Το 9,7% το αντιλαμβάνεται ως «μέσο»

για απελευθέρωση των αμυνών, ενώ το 8,8% σαν κάτι που προσδίδει στυλ. Επίσης μόλις το 1,8% δηλώνει πως το ταυτίζει με χαλάρωση και το 0,9% ως ωριμότητα.

## 22. ΑΝ ΟΙ ΦΙΛΟΙ ΤΟΥΣ ΠΙΝΟΥΝ

ΚΑΤΗΓΟΡΟ- ΠΟΙΗΣΗ	ΑΓΟΡΙΑ : 51		ΚΟΡΙΤΣΙΑ : 62		ΣΥΝΟΛΟ : 113	
	ΣΥΧΝ. ΠΟΣ.%		ΣΥΧΝ. ΠΟΣ.%		ΣΥΧΝ. ΠΟΣ.%	
A. ΝΑΙ	49	96,1	54	87,1	103	91,2
B. ΟΧΙ	2	3,9	8	12,9	10	8,84
Γ. Δ.Ξ.	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Δ. Δ.Α.	0	0,0	0	0,0	0	0,0

### 23. Η ΠΟΣΟΤΗΤΑ ΠΟΥ ΚΑΤΑΝΑΛΩΝΟΥΝ ΟΙ ΦΙΛΟΙ

ΚΑΤΗΓΟΡΟ- ΠΟΙΗΣΗ	ΑΓΟΡΙΑ : 49		ΚΟΡΙΤΣΙΑ : 54		ΣΥΝΟΛΟ : 103	
	ΣΥΧΝ. ΠΟΣ.%		ΣΥΧΝ. ΠΟΣ.%		ΣΥΧΝ. ΠΟΣ.%	
Α. ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	3	6,1	0	0,0	3	2,9
Β. ΠΟΛΥ	6	12,2	2	3,7	8	7,8
Γ. ΑΡΚΕΤΑ	19	38,8	19	35,2	38	36,9
Δ. ΛΙΓΟ	17	34,7	27	50,0	44	42,7
Ε. ΕΛΑΧΙΣΤΑ	4	8,2	6	11,1	10	9,7
ΣΤ. ΚΑΘΟΛΟΥ	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Ζ. Δ.Ξ.	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Η. Δ.Α.	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Το 42,7% (αγόρια: 34,7% και κορίτσια: 50%) δηλώνει πως οι φίλοι τους πίνουν λίγο, ενώ το 36,9% (αγόρια: 38,8% και κορίτσια: 35,2%) θεωρούν πως πίνουν αρκετά. Ακολουθεί το 9,7% όπου οι φίλοι πίνουν ελάχιστα, το 7,8% με το οποίο οι φίλοι τους πίνουν πολύ και τέλος το 2,9% με πολλή μεγάλη πόση. Το αξιοσημείωτο είναι πως κανένας από τους φίλους τους δεν πίνει καθόλου.

## 24. ΚΑΙ 25. ΤΑ ΜΕΛΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΠΟΥ ΠΙΝΟΥΝ

ΚΑΤΗΓΟΡΟ- ΠΟΙΗΣΗ	ΑΓΟΡΙΑ : 49		ΚΟΡΙΤΣΙΑ : 54		ΣΥΝΟΛΟ : 103	
	ΣΥΧΝ. ΠΟΣ.%		ΣΥΧΝ. ΠΟΣ.%		ΣΥΧΝ. ΠΟΣ.%	
A. ΠΑΤΕΡΑΣ	18	35,3	21	33,9	39	34,5
B. ΜΗΤΕΡΑ	5	9,8	3	4,8	8	7,1
Γ. ΑΔΕΛΦΟΣ/Η	13	25,5	10	16,1	23	20,4
Δ. ΣΥΓΓΕΝΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΟ	1	2	3	4,8	4	3,5
Ε. ΟΛΗ Η ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ	10	19,6	19	30,6	29	25,6
ΣΤ. ΚΑΝΕΙΣ	4	7,8	6	9,7	10	8,8
Z. Δ.Ξ.	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Η. Δ.Α.	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Το 96,4% των αγοριών, δηλώνει πως στην οικογένεια του γίνεται χρήση αλκοόλ σε αντιστοιχία με το 87,1% των κοριτσιών.

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων δηλώνει πως ο πατέρας (34,5%) κάνει χρήση αλκοόλ και το 25,6% πως όλη η οικογένεια καταναλώνει ποτό. Ποσοστό 20,4% δηλώνει πως τα αδέλφια πίνουν, ακολουθεί το ποσοστό του 8,8% όπου κανείς δεν κάνει χρήση από την οικογένεια. Αντίστοιχα παρουσιάζεται εκείνο της μητέρας 7,1% και μόλις το 3,5% των παιδιών δηλώνουν πως συγγενικά τους πρόσωπα καταναλώνουν αλκοόλ.

## 26. ΠΟΣΟΤΗΤΑ ΠΟΥ ΠΙΝΕΙ ΤΟ ΜΕΛΟΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ

ΚΑΤΗ- ΓΟΡΟ- ΠΟΙΗ- ΣΗ	ΠΑΤΕ- ΡΑΣ	ΜΗΤΕ- ΡΑ	ΑΔΕΛ- ΦΟΣ/Η	ΟΛΗ Η ΟΙΚΟ- ΓΕΝΕΙ- Α	ΣΥΓ- ΓΕΝΕΙΣ	ΣΥΝΟ- ΛΟ
	ΣΥΧΝ. ΠΟΣ.%	ΣΥΧΝ. ΠΟΣ.%	ΣΥΧΝ. ΠΟΣ.%	ΣΥΧΝ. ΠΟΣ.%	ΣΥΧΝ. ΠΟΣ.%	ΣΥΧΝ. ΠΟΣ.%
Α. ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	4 10,2	0 0,0	0 0,0	0 0,0	0 0,0	4 3,9
Β. ΠΟΛΥ	3 2,6	0 0,0	13 56,5	1 3,4	2 50	19 18,4
Γ. ΑΡΚΕ- ΤΑ	25 64,1	6 7,5	8 34,8	25 86,2	2 50	66 64,1
Δ. ΛΙΓΟ	6 16,7	0 0,0	2 8,6	3 10,3	0 0,0	11 10,7
Ε. ΕΛΑΧΙ- ΣΤΑ	1 2,6	2 2,5	0 0,0	0 0,0	0 0,0	3 2,9
ΣΥΝΟ- ΛΟ	39	8	23	29	4	103

Το μεγαλύτερο ποσοστό 64,1% δηλώνουν ότι τα μέλη της οικογένειάς τους πίνουν αρκετά, ακολουθεί το ποσοστό των 18,4% που καταναλώνουν πολύ αλκοόλ. Λίγο και ελάχιστα, πίνουν μόλις το ποσοστό του 10,7% και το 2,9% των μελών της οικογένειας, ενώ

αξιοσημείωτο είναι ότι η πολύ μεγάλη πώση γίνεται από το 10,2% και ιδιαίτερα από την πλευρά του πατέρα.

## 27. ΣΧΕΣΕΙΣ ΜΕΤΑΞΥ ΓΟΝΕΩΝ

ΚΑΤΗΓΟΡΟ- ΠΟΙΗΣΗ	ΑΓΟΡΙΑ : 51		ΚΟΡΙΤΣΙΑ : 62		ΣΥΝΟΛΟ : 113	
	ΣΥΧΝ. ΠΟΣ.%		ΣΥΧΝ. ΠΟΣ.%		ΣΥΧΝ. ΠΟΣ.%	
Α. ΚΑΛΕΣ	38	74,5	41	66,1	79	69,8
Β. ΔΥΣΧΕΡΕΙΣ	3	5,9	5	8,1	8	7,1
Γ. ΑΡΙΣΤΕΣ	8	15,7	13	21,0	21	18,6
Δ. ΑΝΥΠΑΡ- ΚΤΕΣ	2	3,9	3	4,8	5	4,4
Ε. Δ.Α.	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Το 69,8% των εφήβων θεωρεί τις σχέσεις με τους γονείς τους καλές, ακολουθεί το 18,6% που τις χαρακτηρίζει άριστες, το 7,1% δυσχερείς, ενώ το 4,4% τις χαρακτηρίζει ανύπαρκτες.

## 28. ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΜΟΣ ΣΧΕΣΕΩΝ ΜΕ ΤΟΝ ΓΟΝΕΑ

ΚΑΤΗΓΟΡΟ-ΠΟΙΗΣΗ	ΑΓΟΡΙΑ : 51	ΚΟΡΙΤΣΙΑ : 62	ΣΥΝΟΛΟ : 113
	ΣΥΧΝ. ΠΟΣ.%	ΣΥΧΝ. ΠΟΣ.%	ΣΥΧΝ. ΠΟΣ.%
Α. ΚΑΛΕΣ	31 60,8	45 72,6	76 67,2
Β. ΔΥΣΧΕΡΕΙΣ	8 15,7	9 14,5	17 15,1
Γ. ΑΡΙΣΤΕΣ	7 13,7	3 4,8	10 8,8
Δ. ΑΝΥΠΑΡ- ΚΤΕΣ	5 9,8	5 8,1	10 8,8
Ε. Δ.Α.	0 0,0	0 0,0	0 0,0

Το 67,2% θεωρεί τις σχέσεις με τους γονείς του καλές και το 15,1% δυσχερείς. Ακολουθούν τα ποσοστά 8,8% τόσο για τον χαρακτηρισμό των σχέσεων με τους γονείς ως άριστες, όσο και για το χαρακτηρισμός τους και ως ανύπαρκτες.

## 29. ΑΝ ΣΥΖΗΤΟΥΝ ΤΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥΣ ΜΕ ΤΟΥΣ ΓΟΝΕΙΣ ΤΟΥΣ

ΚΑΤΗΓΟΡΟ-ΠΟΙΗΣΗ	ΑΓΟΡΙΑ : 51	ΚΟΡΙΤΣΙΑ : 62	ΣΥΝΟΛΟ : 113
	ΣΥΧΝ. ΠΟΣ.%	ΣΥΧΝ. ΠΟΣ.%	ΣΥΧΝ. ΠΟΣ.%
Α. ΝΑΙ	5 9,8	13 21,0	18 15,9
Β. ΟΧΙ	46 90,2	49 79,0	95 84,0
Γ. Δ.Α.	0 0,0	0 0,0	0 0,0

Το αξιοσημείωτο είναι πως το 84% των ερωτηθέντων δεν συζητάνε τα προβλήματα τους με τους γονείς και μόλις το 15,9% τα συζητά.

### 30. ΕΠΙΤΡΕΠΤΗ ΩΡΑ ΓΙΑ «ΞΕΝΥΧΤΙ»

ΚΑΤΗΓΟΡΟ- ΠΟΙΗΣΗ	ΑΓΟΡΙΑ : 51		ΚΟΡΙΤΣΙΑ :		ΣΥΝΟΛΟ :	
			62		113	
	ΣΥΧΝ. ΠΟΣ.%		ΣΥΧΝ. ΠΟΣ.%		ΣΥΧΝ. ΠΟΣ.%	
Α. ΕΩΣ 24.00 π.μ.	18	35,3	23	37,1	41	36,2
Β. ΕΩΣ 2.00 π.μ.	11	21,6	29	46,8	40	35,4
Γ. ΧΩΡΙΣ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟ	22	43,1	10	16,1	32	28,3
Δ. Δ.Α.	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Το 36,2% (αγόρια: 35,3% και κορίτσια: 36,2%) ξενυχτά ως τις 24.00 π.μ. μετά από υπαγόρευση των γονέων. Το 35,4% έως τις 2.00 π.μ. (αγόρια: 21,6% και κορίτσια: 46,8%), ενώ το 28,3% ξενυχτά χωρίς περιορισμό ώρας (αγόρια: 43,1% και κορίτσια: 16,1%).



### 31. ΕΒΔΟΜΑΛΙΑΙΟ ΧΑΡΤΖΙΛΙΚΙ

ΚΑΤΗΓΟΡΟ-ΠΟΙΗΣΗ	ΑΓΟΡΙΑ : 51		ΚΟΡΙΤΣΙΑ :		ΣΥΝΟΛΟ :	
			62		113	
	ΣΥΧΝ. ΠΟΣ.%		ΣΥΧΝ. ΠΟΣ.%		ΣΥΧΝ. ΠΟΣ.%	
Α. 1.000δρχ.- 4.000δρχ.	5	9,8	9	14,5	14	12,4
Β. 5.000δρχ.- 9.000δρχ.	23	45,1	25	40,3	48	42,4
Γ. 10.000δρχ.- 14.000δρχ.	19	37,2	21	33,9	40	35,4
Δ. 15.000δρχ.- 20.000δρχ.	3	5,9	5	8,1	8	7,1
Ε. 20.000δρχ. ΚΑΙ ΠΑΝΩ	1	2	2	3,2	3	2,6
ΣΤ. Δ.Ξ.	0	0,0	0	0,0	0	0,0
<b>Ζ. Δ.Α</b>	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Το 42,4% των ερωτηθέντων εφήβων λαμβάνει χαρτζιλίκι μεταξύ 5.000-9.000 δρχ., ακολουθεί το ποσοστό 35,4% με 10.000-14.000 δρχ., 1.000-4.000 δρχ. λαμβάνει το 12,4%, 15.000-20.000 δρχ. παίρνει το 7,1% και μόλις το 2,6% των παιδιών παίρνει 20.000 δρχ. και πάνω.

### 32. ΚΑΙ 33. ΑΝ ΕΡΓΑΖΟΝΤΑΙ

ΚΑΤΗΓΟΡΟ-ΠΟΙΗΣΗ	ΑΓΟΡΙΑ : 51		ΚΟΡΙΤΣΙΑ :		ΣΥΝΟΛΟ :	
			62		113	
	ΣΥΧΝ. ΠΟΣ.%		ΣΥΧΝ. ΠΟΣ.%		ΣΥΧΝ. ΠΟΣ.%	
Α. ΝΑΙ	5	9,8	3	4,8	8	7,2
Β. ΟΧΙ	46	90,2	59	95,2	105	92,8
Γ. Δ.Α.	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Το 92,8% των εφήβων δεν εργάζονται και μόλις το 7,2% εργάζεται (κυρίως ως βοηθοί στις εργασίες των πατεράδων τους, σε εμπορικά καταστήματα συγκεκριμένα).

**34. ΕΑΝ ΕΧΟΥΝ ΤΥΧΕΙ ΝΑ ΔΟΚΙΜΑΣΟΥΝ ΠΟΤΟ ΓΙΑ ΕΝΑΝ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΑΚΟΛΟΥΘΟΥΣ ΛΟΓΟΥΣ**

ΚΑΤΗΓΟΡΟ- ΠΟΙΗΣΗ	ΑΓΟΡΙΑ : 51		ΚΟΡΙΤΣΙΑ : 62		ΣΥΝΟΛΟ : 113	
	ΣΥΧΝ.	ΠΟΣ.%	ΣΥΧΝ.	ΠΟΣ.%	ΣΥΧΝ.	ΠΟΣ.%
Α. ΛΟΓΩ ΔΙΑΦΗΜΙΣΗΣ ΜΕΣΩ ΤΩΝ Μ.Μ.Ε.	8	15,7	9	14,5	17	15,0
Β. ΑΡΕΣΕ Η ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΤΟΥ	7	13,7	13	21,0	20	17,7
Γ. ΤΟ ΠΡΟΤΕΙΝΕ Η ΠΑΡΕΑ	31	60,8	38	61,3	69	61,0
Δ. ΚΑΤΙ ΑΛΛΟ (ΚΑΠΟΙΟΣ ΑΠΟ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΕΠΙΝΕ)	3	5,9	2	3,2	5	4,4

Το 61% έτυχε να δοκιμάσει, επειδή του το πρότεινε η παρέα, το 17,7% επειδή του άρεσε η εμφάνισή του και το 15% μιας και το είδε να διαφημίζει μέσω των Μ.Μ.Ε. Ενώ το 4,4% δεν απάντησε στην ερώτηση.

**35. ΑΝ ΘΑ ΕΠΙΝΑΝ ΑΠΟ ΦΟΒΟ ΜΗΠΩΣ Η ΑΡΝΗΣΗ ΤΟΥΣ  
ΘΑ ΘΕΩΡΟΥΝΤΑΝ ΚΑΤΑΚΡΙΤΕΑ ΑΠΟ ΦΙΛΟΥΣ**

ΚΑΤΗΓΟΡΟ- ΠΟΙΗΣΗ	ΑΓΟΡΙΑ : 51		ΚΟΡΙΤΣΙΑ : 62		ΣΥΝΟΛΟ : 113	
	ΣΥΧΝ.	ΠΟΣ.%	ΣΥΧΝ.	ΠΟΣ.%	ΣΥΧΝ.	ΠΟΣ.%
Α. ΝΑΙ	3	5,9	2	3,2	5	4,4
Β. ΟΧΙ	48	94,1	60	96,8	108	95,5
Γ. Δ.Ξ.	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Δ. Δ.Α.	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Το 95,5% των εφήβων, δεν θα ένιωθε φόβο, για απόρριψη από την παρέα έναντι του 4,4% (αγόρια : 5,9% και κορίτσια :3,2%) που ναι θα έπινε από φόβο.

**36. ΘΕΩΡΟΥΝ ΠΩΣ Η ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΑΛΚΟΟΛ ΠΡΟΚΑΛΕΙ  
ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ, ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΟΠΩΣ :**

ΚΑΤΗΓΟΡΟ- ΠΟΙΗΣΗ	ΑΓΟΡΙΑ : 51		ΚΟΡΙΤΣΙΑ : 62		ΣΥΝΟΛΟ : 113	
	ΣΥΧΝ.	ΠΟΣ.%	ΣΥΧΝ.	ΠΟΣ.%	ΣΥΧΝ.	ΠΟΣ.%
<b>Α. ΣΤΟ ΚΕΝΤΡΙΚΟ ΝΕΥΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ</b>	23	45,1	24	38,7	47	41,6
<b>Β. ΣΤΟ ΗΠΑΡ</b>	17	33,3	21	33,9	38	33,6
Γ. ΣΤΟ ΠΑΓΚΡΕΑΣ	8	15,7	15	24,2	23	20,3
Δ. ΣΤΗΝ ΚΑΡΔΙΑ	11	21,6	21	33,9	33	29,2
Ε. ΚΑΡΚΙΝΟ	12	23,5	28	45,2	40	35,4
ΣΤ. ΕΛΚΟΣ	25	49	31	49,9	56	49,5
Ζ. ΣΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ	23	45,1	28	45,2	51	45,1
Η. ΟΛΑ ΤΑ ΠΑΡΑΠΑΝΩ	22	43,1	24	38,7	46	41
Θ. ΚΑΜΙΑ	2	3,9	0	0,0	2	1,8
Ι. Δ. Ξ.	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Όπως φάνηκε, από τις απαντήσεις των εφήβων, το 98,2% θεωρούν ότι η χρήση αλκοόλ προκαλεί γενικές δυσλειτουργίες, στην υγεία του ανθρώπου, με συχνότερες και μεγαλύτερες εκείνες, της πρόκλησης έλκους 49,5% και αυτές κατά την εγκυμοσύνη με 45,1%. Μόνο ένα 1,8% των ερωτηθέντων, θεωρεί πως η κατανάλωση δεν δημιουργεί κάποιες διαταραχές.

### 37. ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΑΛΚΟΟΛ ΣΤΗΝ ΟΔΗΓΗΣΗ

ΚΑΤΗΓΟΡΟ- ΠΟΙΗΣΗ	ΑΓΟΡΙΑ :		ΚΟΡΙΤΣΙΑ :		ΣΥΝΟΛΟ :	
	ΣΥΧΝ.	ΠΟΣ.%	ΣΥΧΝ.	ΠΟΣ.%	ΣΥΧΝ.	ΠΟΣ.%
A. ΝΑΙ	48	94,1	62	100,0	110	97,2
B. ΟΧΙ	3	5,9	0	0,0	3	2,6
Γ. Δ.Ξ.	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Το 97,2% πιστεύει πως το αλκοόλ επηρεάζει την οδήγηση έναντι του 2,6% το οποίο αποτελούν αγόρια που πιστεύει πως δεν έχει.

### 38. ΑΝ ΘΑ ΟΔΗΓΟΥΣΑΝ ΥΠΟ ΤΗΝ ΕΠΗΡΕΙΑ ΤΟΥ ΑΛΚΟΟΛ

ΚΑΤΗΓΟΡΟ- ΠΟΙΗΣΗ	ΑΓΟΡΙΑ :		ΚΟΡΙΤΣΙΑ :		ΣΥΝΟΛΟ :	
	ΣΥΧΝ.	ΠΟΣ.%	ΣΥΧΝ.	ΠΟΣ.%	ΣΥΧΝ.	ΠΟΣ.%
A. ΝΑΙ	13	25,5	9	14,5	22	19,4
B. ΟΧΙ	38	74,5	53	85,5	91	80,4
Γ. Δ.Ξ.	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Δ. Δ.Α.	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Το 80,4% δηλώνει πως δεν θα οδηγούσε υπό την επήρεια αλκοόλ έναντι του 19,4% που αναφέρει πως θα οδηγούσε μετά από κατανάλωση.

## Γ. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Όπως φάνηκε από την επεξεργασία των δεδομένων των ερωτηματολογίων, η χρήση οινοπνευματωδών είναι ιδιαίτερα διαδεδομένη στους έφηβους, αγόρια και κορίτσια, των 16 έως 18 ετών. Συγκεντρωτικά το 84,1% των ερωτηθέντων κάνει χρήση αλκοόλ, από τους οποίους το 46,9% έχει κάνει αραιή χρήση (1 - 9 φορές τις τελευταίες 30 ημέρες), το 26,5% έχει κάνει συχνή χρήση (10 - 19 φορές τις τελευταίες 30 ημέρες) και το 10,6% πολύ συχνή χρήση (20 και άνω φορές). Μόλις το 10,6% δήλωσε, ότι δεν έχει καταναλώσει καθόλου αλκοόλ το ίδιο χρονικό διάστημα.

Οι κατεξοχήν ηλικίες έναρξης χρήσης είναι εκείνες των 12 και 13 ετών, όπου ο έφηβος «μπαίνει» στην εφηβεία (προεφηβεία) και διακατέχεται από έντονη διάθεση, να αποκτήσει εμπειρίες, να πειραματιστεί, να μιμηθεί συμπεριφορές μεγάλων αλλά και συνομηλίκων.

Πρέπει να σημειωθεί, ότι υπάρχει ιδιαίτερη προτίμηση των εφήβων στην κατανάλωση της μύρας κατά 44,2% των ερωτηθέντων, η οποία είναι χαμηλή σε ποσοστό περιεκτικότητας οινοπνεύματος (5 - 10%), έναντι των αποσταγμένων ποτών, που τα προτιμούν το 29,2%.

Το αλκοόλ έχει ενσωματωθεί στην ζωή του εφήβου, αφού πολλές φορές ταυτίζεται με τον τρόπο και το χώρο διασκέδασης, ενώ η χαμηλή τιμή πώλησης, η δελεαστική προβολή από την διαφήμιση και η ελεύθερη διάθεσή του, κάνουν το αλκοόλ πιο προσιτό για κατανάλωση από τους εφήβους.

Αξιοσημείωτο αποτελεί, το γεγονός πως το 41,6% των εφήβων δοκίμασαν αλκοόλ για πρώτη φορά με την παρουσία προσώπου της οικογένειας, ενώ το 40,4% αυτών δηλώνουν πως το άτομο αυτό, ήταν ο πατέρας τους.

Οι φίλοι των ερωτηθέντων κατά το 91,2% κάνουν χρήση αλκοόλ και το 42,7% αναφέρουν ότι απ' αυτούς καταναλώνουν μικρή ποσότητα αλκοόλ. Επίσης 34,5% των ερωτηθέντων, δηλώνει πως ο πατέρας τους κάνει χρήση αλκοόλ όπως και τα αδέρφια τους κατά 20,4% σε ποσότητες που οι ίδιοι θεωρούν αρκετή. Τα οικεία αυτά πρόσωπα με τον τρόπο συμπεριφοράς και τις συνήθειές τους γίνονται αντικείμενο μίμησης, μια και το χαρακτηριστικό αυτό αποτελεί γνώριμο της εφηβικής ηλικίας.

Σημαντικό αποτελεί επίσης το ποσοστό του 58,4% που έχει επέλθει σε μέθη από το οποίο το 68,2% είχε ελαφριά μέθη και το 31,8% βαριά.

Ένας λόγος που το αλκοόλ είναι τόσο διαδεδομένο και δημοφιλές, είναι το γεγονός ότι ενεργεί, στο κεντρικό νευρικό σύστημα. Η εξωστρέφεια, ο αυθορμητισμός και η μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση, που οι έφηβοι θεωρούν ότι αποκτούν με την κατανάλωση αλκοόλ, γίνονται «μέσα» που κάνουν την προσέγγιση άλλων ατόμων πιο εύκολη, ενώ η χαλάρωση, η διασκέδαση και η ευφορία, είναι κατακτήσιμα και αυτά, με την κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών.

Προβλήματα, δυσχέρειες στις σχέσεις, ανησυχίες, ανάγκη για συνεχή αποδοχή, μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση όπως και προϋπόθεση για καλύτερη διασκέδαση, εντείνουν την κατανάλωση αλκοόλ ενώ αιωρείται πάντα ο κίνδυνος τα παιδιά αυτά, να τοποθετήσουν το αλκοόλ ως υποκατάστατο προκειμένου να αντιμετωπίσουν τις δυσκολίες, εντάσεις και πιέσεις στην ζωή τους.

Παράλληλα ένα σημαντικό ποσοστό των εφήβων 32,4% δηλώνουν, πως τους έτυχε 1 με 3 φορές τις τελευταίες ημέρες να πιουν παραπάνω απ' όσο ήθελαν ή υπολόγιζαν και 27,4% αυτών αναφέρουν πως το ίδιο τους συνέβη, 4 με 6 φορές.

Επίσης παρουσιάζεται η αντίφαση στο ποσοστό του 76% που θεωρεί τις σχέσεις με τους γονείς του, καλές έως άριστες ενώ μόλις το 15,9% συζητά τα προβλήματα με τους ίδιους.

Μια άλλη αντίφαση αποτελεί το γεγονός, ότι ενώ το 97,2% παραδέχεται ότι το αλκοόλ επηρεάζει στην οδήγηση, το 19,4% δηλώνει ότι θα επιχειρούσε να οδηγήσει υπό την επήρεια οινοπνεύματος.

Το 79,6% θεωρεί πως η κατανάλωση αλκοόλ προκαλεί επιπτώσεις στην υγεία, ενώ υπάρχει και ένα ποσοστό 20,4% που θεωρεί τις επιπτώσεις αντίστοιχα ασήμαντες έως ανύπαρκτες.

Δεν μπορεί βέβαια κανείς να απομονώσει το αλκοόλ από το πολιτιστικό πλαίσιο μια και το κοινωνικοπολιτισμικό περιβάλλον είναι εκείνο, που καθορίζει σε μεγάλο βαθμό τις προσδοκίες του ατόμου από την χρήση αλκοόλ και την αντίληψη που διαμορφώνει από τις επιδράσεις της.

Ο έφηβος πρέπει να ενισχυθεί προσωπικά και κοινωνικά με τέτοιες συμπεριφορές και τρόπο ζωής που να ενισχύουν την προσωπικότητά του και να μην αποζητά υποκατάστατα.

Ο ψυχολόγος Travers J., υποστηρίζει ότι, η πιο δύσκολη απόφαση για έναν έφηβο δεν είναι το να διαλέξει για το αν θα πίνει ή όχι, αλλά το πώς θα καταφέρει να ζήσει με την απόφασή του οποιαδήποτε και αν είναι αυτή. Συνοψίζοντας, αναφέρει τις εξής κατευθυντήριες γραμμές σύμφωνα με τις οποίες πρέπει να συμβουλευτούν τα παιδιά :

α) Όποια και αν είναι η απόφαση δεν πρέπει να ξεχνά τους θετικούς λόγους που τον οδήγησαν σ' αυτή. «Αν σου έχουν πει ότι είσαι πολύ νέος για να αρχίσεις την χρήση ή αν δεν σου αρέσει η γεύση του ποτού ακριβώς τους λόγους αυτούς να χρησιμοποιείς σαν βάσιμα επιχειρήματα για να πάρεις την απόφασή σου».

β) Δεν υπάρχει κανένας λόγος απολογίας για την απόφαση να απέχει κανείς από το αλκοόλ. Οι άλλοι οφείλουν να το σεβαστούν.

γ) Από την άλλη μεριά χρειάζεται σεβασμός σ' εκείνους που έχουν πάρει την απόφαση να πίνουν.

δ) Αν η απόφαση είναι θετική, τότε είναι απαραίτητο να τηρούνται οι νόμοι της κατανάλωσης του αλκοόλ. Δεν χρειάζεται να κάνει κανείς κατάχρηση, αλλά ούτε και χρήση για να αποδείξει κάτι σε τρίτους.

ε) Πρέπει να μάθει να πίνει με μέτρο και ίσως η παρατήρηση εκείνων που απολαμβάνουν αργά το ποτό τους για να ηρεμήσουν, να κάνουν καλύτερη παρέα με τους άλλους ή να συνοδεύσουν το φαγητό τους (Herbert M., 1999, σελ. 176).



## ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

1. Φύλο
- Αγόρι
- Κορίτσι
2. Ηλικία
- \_\_\_\_\_
3. Τάξη φοίτησης
- Α΄ Λυκείου  
Β΄ Λυκείου  
Γ΄ Λυκείου
4. Το επάγγελμα του πατέρα σου
- \_\_\_\_\_
5. Το επάγγελμα της μητέρας σου
- \_\_\_\_\_
6. Ποιο είναι το μορφωτικό επίπεδο των γονέων σου;
- |                                | Πατέρας | Μητέρα |
|--------------------------------|---------|--------|
| Αναλφάβητος/η                  |         |        |
| Απόφοιτος/η Δημοτικού σχολείου |         |        |
| Απόφοιτος/η Γυμνασίου          |         |        |
| Απόφοιτος/η Λυκείου            |         |        |
| Πτυχιούχος/α ΑΕΙ/ΤΕΙ           |         |        |
7. Που συνηθίζεις να διασκεδάζεις συχνότερα;
- Καφετέρια
  - Ταβέρνα
  - Μπαράκια
  - Κλαμπ
  - Κινηματογράφο
  - Κάτι άλλο \_\_\_\_\_

8. Σε τι ηλικία δοκίμασες για πρώτη φορά οινοπνευματώδες ποτό;

---

9. Σου άρεσε η γεύση του;

- Ναι
- Όχι
- Όχι ιδιαίτερα
- Δεν θυμάμαι

10. Την πρώτη φορά που ήπιες ήσουν :

- Μόνος
- Με φίλους
- Με την οικογένεια

11. Αν απάντησες στο «με την οικογένεια», ποιο ήταν το πρόσωπο;

Πατέρας

- Μητέρα
- Αδελφός/η
- Άλλος συγγενής
- Παρουσία όλων των μελών
- Δεν θυμάμαι
- Δεν απαντώ

12. Ποιο είναι το ποτό που συνηθίζεις να πίνεις;

- Μπύρα
- Κρασί
- Ούζο/Τσίπουρο
- Ουίσκι/Βότκα
- Κοκτέιλ (Αναψυκτικό με αλκοόλ)
- Κάτι άλλο

13. Τις τελευταίες 30 ημέρες πόσο συχνά έχεις κάνει χρήση αλκοόλ;

- 1 με 9 φορές
- 10 με 19 φορές
- 20 και άνω
- Καμιά φορά
- Δεν απαντώ
- Δεν θυμάμαι

14. Η ποσότητα κατανάλωσης κάθε φορά :

- 1 με 2 ποτά
- Έως 3 ποτά
- 3 και άνω
- Δεν απαντώ
- Δεν θυμάμαι

15. Σου έτυχε τις τελευταίες 30 ημέρες να πιεις παραπάνω απ' όσο ήθελες; Αν ναι πόσες;

- |             |                |
|-------------|----------------|
| Ναι         | Οι φορές : 1-3 |
| Όχι         | 4-6            |
| Δεν θυμάμαι | 7-9            |
| Δεν απαντώ  | 10 και άνω     |

16. Έχεις μεθύσει ποτέ;

- Ναι
- Όχι
- Δεν απαντώ

17. Αν έχεις μεθύσει πόσες φορές ήταν αυτές;

---

18. Αν έχεις μεθύσει ήταν :

Ελαφριά μέθη (ζάλη)  
Βαριά μέθη (εμετός, απώλεια αισθήσεων κ.λ.π.)  
Δεν απαντώ

19. Ποιος από τους παρακάτω λόγους θεωρείς ότι είναι ο σπουδαιότερος που σε οδηγεί να κάνεις χρήση αλκοόλ;

Για να διασκεδάσω  
Γιατί μ' αρέσει η γεύση του  
Για να φτιάξω την διάθεσή μου/να χαλαρώσω  
Για δοκιμή  
Για να απαλλαγώ από τα προβλήματα και τις ανησυχίες  
Δεν απαντώ  
Κάτι άλλο \_\_\_\_\_

20. Όταν πίνεις τι νιώθεις συνήθως;

Ότι όλα σου φαίνονται πιο εύκολα  
Πιο σίγουρος για τον εαυτό σου  
Ότι είσαι αποδεκτός από την παρέα που βρίσκεσαι  
Ότι μπορείς να πλησιάσεις πιο εύκολα κάποιον  
Δεν ξέρω  
Δεν απαντώ  
Κάτι άλλο \_\_\_\_\_

21. Τι σημαίνει περισσότερο για σένα το ποτό;

Αδυναμία  
Συνήθεια  
Στυλ  
Ευχαρίστηση  
Απόδειξη ωριμότητας

Απελευθέρωση/περισσότερος αυθορμητισμός

Δεν ξέρω

Δεν απαντώ

Κάτι άλλο \_\_\_\_\_

22. Πίνουν οι φίλοι σου;

Ναι

Όχι

Δεν ξέρω

Δεν απαντώ

23. Αν ναι, πίνουν :

Πάρα πολύ

Πολύ

Αρκετά

Λίγο

Ελάχιστα

Δεν ξέρω

Δεν απαντώ

24. Πίνει κάποιο/α μέλος/η της οικογένειάς σου;

Ναι

Όχι

Δεν ξέρω

Δεν απαντώ

25. Αν ναι, ποιο μέλος;

Πατέρας

Μητέρα

Αδελφός/η

Κάποιος συγγενής  
Όλη η οικογένεια  
Δεν ξέρω  
Δεν απαντώ

26. Η ποσότητα που πίνει το μέλος/η της οικογένειας, είναι:

Πάρα πολύ  
Πολύ  
Αρκετά  
Λίγο  
Ελάχιστα  
Δεν ξέρω  
Δεν απαντώ

27. Οι γονείς σου :

Ζουν αρμονικά μαζί  
Είναι διαζευγμένοι  
Ζουν μαζί  
Δεν υπάρχει ο ένας από τους δύο  
Δεν υπάρχει κανείς  
Δεν απαντώ

28. Πως θα χαρακτήριζες τη σχέση σου με τους γονείς σου;

Καλές  
Δυσχερείς  
Άριστες  
Ανύπαρκτες  
Δεν απαντώ

29. Αν ποτέ είχες κάποιο πρόβλημα θα το συζητούσες με τους γονείς σου ή με κάποιο άλλο πρόσωπο;

Ναι, με τον γονέα

Όχι, όχι με τον γονέα

Δεν απαντώ

30. Οι γονείς σου, μέχρι τι ώρα σου επιτρέπουν να ξενυχτάς;

Έως τις 24.00

Έως τις 02.00

Δεν υπάρχει περιορισμός

31. Πόσα χρήματα σου δίνουν οι γονείς σου, για τα ατομικά σου έξοδα, της μιας εβδομάδας;

---

32. Εργάζεσαι;

Ναι

Όχι

33. Αν ναι, που;

---

34. Σου έχει τύχει να δοκιμάσεις ένα ποτό για κάποιον από τους παρακάτω λόγους;

Το είδες να διαφημίζεται στα Μ.Μ.Ε.

Σου άρεσε η εμφάνισή του

Σου το πρότεινε η παρέα

Κάτι άλλο \_\_\_\_\_

35. Θα έπινες ποτέ, από φόβο μήπως η άρνησή σου θεωρηθεί κατακριτέα από την παρέα σου;

Ναι

Όχι

Δεν απαντώ

Δεν ξέρω

36. Πιστεύεις ότι η κατανάλωση αλκοόλ έχει επιπτώσεις στην υγεία και συγκεκριμένα διαταραχές όπως:

Στο κεντρικό νευρικό σύστημα

Στο ήπαρ

Στο πάγκρεας

Στην καρδιά

Καρκίνο

Έλκος

Στην εγκυμοσύνη

Όλα τα παραπάνω

Ασήμαντες επιπτώσεις

37. Μετά την κατανάλωση αλκοόλ πιστεύεις ότι επηρεάζεται η οδήγηση;

Ναι

Όχι

Δεν ξέρω

38. Θα οδηγούσες ποτέ υπό την επήρεια αλκοόλ;

Ναι

Όχι

Δεν ξέρω



## ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Ύστερα από την εξέταση των στάσεων, απόψεων και συμπεριφορών των εφήβων, απέναντι στη χρήση και κατάχρηση αλκοόλ και την ανασκόπηση της σχετικής με τον αλκοολισμό βιβλιογραφίας, είναι απαραίτητο να παρουσιαστούν ορισμένες προτάσεις, που θα συμβάλουν στην πληρέστερη και σφαιρική αντιμετώπιση του κινδύνου εξάπλωσης του φαινομένου του αλκοολισμού στην ελληνική κοινωνία.

Όσον αφορά τον τομέα της πρόληψης, που αποτελεί τον πυρήνα κάθε επιτυχούς προγράμματος για την καταπολέμηση της κατάχρησης αλκοόλ (Gossop και Grant, 1994, σελ. 8) πρέπει να απευθύνεται : α) σε ολόκληρο τον πληθυσμό, για την ενημέρωσή του, πάνω στις επιπτώσεις της υπερκατανάλωσης του αλκοόλ (πρωτογενής πρόληψη), β) σε ομάδες «υψηλού κινδύνου», δηλαδή στους ανθρώπους που έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να παρουσιάσουν εξάρτηση (δευτερογενής πρόληψη) και γ) στους πρώην αλκοολικούς, για στήριξη, επαγγελματική κατάρτιση και κοινωνική επανένταξη (Αβραμίδης Α., 1991, σελ. 342).

Με αυτά τα δεδομένα υπάρχουν κάποιοι βασικοί στόχοι πρόληψης, στους οποίους πρέπει να αποβλέπει η κοινωνία γενικά, προκειμένου να αντιμετωπιστεί το πρόβλημα της χρήσης και κατάχρησης αλκοόλ καθώς και των συνεπειών τους.

1<sup>ος</sup> στόχος : Η αντιμετώπιση των αιτιών - τόσο από την προσωπικότητα του ατόμου όσο και από την κοινωνία - τα οποία κάνουν τα άτομα ευάλωτα και επιρρεπή προς τις τοξικές ουσίες. Βέβαια χρειάζεται μελέτη, προτάσεις, δουλειά. Επίσης πρέπει να χτυπηθεί η αδικία, να εκλείψει η ανεργία όπως και η αναξιοκρατία καθώς αυτά γίνονται αίτια παραγκωνισμού των αξιών και των ικανών ατόμων. Πάντως για να αλλάξει η κοινωνία πρέπει πρώτα να γίνει

αλλαγή στα ίδια τα άτομα που την απαρτίζουν, αλλιώς όλα είναι μάταια (Αβραμίδης Α., 1991, σελ. 343-344).

2<sup>ος</sup> στόχος : Η ενημέρωση πρέπει να είναι συστηματική, μεθοδική, ολοκληρωμένη, αντικειμενική, σαφής, ειλικρινής, συγκεκριμένη, ανάλογη με την μόρφωση και κατάλληλη για την κάθε ηλικία η ομάδα ατόμων, χωρίς υπερβολές προς την μία ή την άλλη κατεύθυνση, για να είναι πειστική. Πρέπει να αρχίζει νωρίς για τους νέους, να πληροφορεί και να κατατοπίζει κατά τρόπο ουδέτερο και αποστασιοποιημένο από τα δεδομένα, χωρίς να εξάπτει την φαντασία ή να δημιουργεί την περιέργεια ώστε κάποιος να θέλει να δοκιμάσει. Αφήνει τον νέο να σκεφτεί και να αποφασίσει μόνος του για την στάση του (όπ., σελ. 343).

3<sup>ος</sup> στόχος : Η αξιοποίηση του ελεύθερου χρόνου για : α) ευρύτερη μόρφωση, β) ανάπτυξη δεξιοτήτων, γ) ψυχαγωγία, δ) άθληση, ε) υγεία (που σημαίνει την πλήρη σωματική, ψυχική και κοινωνική ευεξία του ατόμου, με αρμονία μεταξύ σώματος και ψυχής) και στ) ενεργό συμμετοχή σε πολιτιστικές δραστηριότητες και προσπάθειες προαγωγής των περιβαλλοντικών και κοινωνικών συνθηκών ζωής και αρμονική επανασύνδεση των κοινωνικών θεσμών (όπ., σελ. 347).

4<sup>ος</sup> στόχος : Η δημιουργία συνθηκών για μια καλύτερη ποιότητα ζωής δεν πρέπει να διαφεύγει ότι η βάση του ήθους είναι η αλήθεια, η οποία εκφράζεται με την ειλικρίνεια και την εντιμότητα και την ανταπόκριση των ιδεών ποιότητας, σε πράξεις. Η κοινωνία έχει ανάγκη από πρότυπα αξία προς μίμηση, γεγονός το οποίο ενεργεί προληπτικά για την χρήση αλκοόλ. Είναι απαραίτητο λοιπόν να εκπαιδεύονται όλοι ώστε να διεκπεραιώνουν σωστά τους ρόλους τους και να αποτελούν αξία προς μίμηση πρότυπα για τους απογόνους και τους συνανθρώπους (Αβραμίδης Α., 1991, σελ. 347-348).

5<sup>ος</sup> στόχος : Πολλές είναι οι ελπίδες οι οποίες στηρίζονται, στην αγωγή υγείας και την προαγωγή της, με την ένταξη των ανάλογων θεμάτων στις Σχολές Γονέων και στα σχετικά μαθήματα των σχολείων, ώστε οι νέοι από νωρίς να αποκτούν τη σωστή στάση υγιεινής διαβίωσης, κατά την οποία οι ίδιοι θα είναι ελεύθεροι και αδούλωτοι από παντοειδείς εξαρτήσεις. Μάλιστα είναι επιτακτική ανάγκη η δημιουργία και η εξάπλωση των σχολών γονέων, προκειμένου να ενημερώνονται και να εκπαιδεύονται οι γονείς ως παιδαγωγοί, που θα συμβάλουν στο περιορισμό του κινδύνου εξάρτησης των παιδιών από εθιστικές ουσίες (όπ., σελ. 346).

6<sup>ος</sup> στόχος : Η διαμόρφωση ανθρώπων με χαρακτήρα και προσωπικότητα, με ψυχικά και πνευματικά εφόδια ώστε να αντέχουν τις δυσκολίες και αντιξοότητες της ζωής. Ανθρώπων που δεν ξέρουν να παλεύουν στη ζωή, αυτή που ακόμα και αν λυγίσουν ή πέσουν θα μπορέσουν να ξανασηκωθούν και να παλέψουν. Για να υπάρχουν όμως τέτοιοι αγωνιστές χρειάζεται σφυρηλάτηση και εμποτισμός του χαρακτήρα τους με αρχές, με ιδεώδη και με ιδανικά, με πίστη στις πραγματικές αξίες της ζωής και με κοσμοθεωριακό προσανατολισμό, ο οποίος θα υπαγορεύεται από διαχρονικά πιστεύω (όπ., σελ. 344-345).

7<sup>ος</sup> στόχος : Η επικέντρωση της τακτικής έναντι του προβλήματος, η οποία να βασίζεται στην ατομική ευθύνη ενός εκάστου. Διότι όσο και αν ευθύνεται η κοινωνία, στην οποία επιρρίπτονται όλες οι ευθύνες, μεγαλύτερη σημασία έχει η προσωπικότητα εκείνου που γίνεται επιρρεπής και εύάλωτος από το αλκοόλ (όπ., σελ. 344).

8<sup>ος</sup> στόχος : Η επίτευξη και η διατήρηση ενός βελτιωμένου επιπέδου ατομικής λειτουργικότητας, όπως είναι η αποκατάσταση. Η διατήρηση ή η πρόωμη αποκατάσταση της κοινωνικής επικοινωνίας και των δικτύων υποστήριξης του ατόμου, καθώς και η οργάνωση

αποτελεσματικών προγραμμάτων παρακολούθησης, αποτελούν παραδείγματα αντικειμενικών στόχων που αφορούν κυρίως την τριτογενή πρόληψη (Gossop και Grant, 1994, σελ. 53-54). Άλλα είναι η αποφυγή των αρνητικών αποτελεσμάτων του χαρακτηρισμού και της προκατάληψης, που μπορούν να εξωραϊστούν με διαλέξεις, ανοιχτές συζητήσεις, ενημερωτικά φυλλάδια και με σωστή αξιοποίηση των Μ.Μ.Ε.. Κατά αυτούς τους τρόπους είναι δυνατή, η αντιμετώπιση των αρνητικών στάσεων και αντιλήψεων του κοινωνικού συνόλου απέναντι στον προβληματικό πότη (Ποταμιάνος Γ., 1991, σελ. 160).

Επίσης, για την επιτυχή κοινωνική επανένταξη των πρώην αλκοολικών, πρέπει να υπάρχει άμεση και σταθερή συνεργασία των θεραπευτικών προγραμμάτων, με τον Ο.Α.Ε.Δ. και άλλους εργασιακούς φορείς, ώστε η επαγγελματική απασχόλησή τους να επιτυγχάνεται άμεσα, δίχως να δαπανάται πολύτιμος χρόνος και οι ίδιοι να μην νιώθουν ματαίωση.

Αναγνωρίζοντας το βασικό ρόλο και επίδραση των Μ.Μ.Ε. για την διαμόρφωση απόψεων και στάσεων, προτείνεται να μεταδίδονται μηνύματα που αφορούν την ενημέρωση ατόμων για τις συνέπειες τις κατάχρησης του αλκοόλ, ώστε να ενημερώνονται ομάδες ατόμων που η επαφή μαζί τους, δε θα μπορούσε να γίνει με άλλο τρόπο. Όπως υποστηρίζουν οι Gossop και Grant (1994, σελ. 109), τα μηνύματα πρόληψης που μεταδίδονται μέσω των Μ.Μ.Ε., έχουν καλύτερο αποτέλεσμα, αν λίγο πριν ή λίγο μετά την μετάδοσή τους, το κοινό έχει την ευκαιρία να συζητήσει για το θέμα του αλκοολισμού. Η δυνατότητα ανταλλαγής απόψεων για τα ζητήματα που τίθενται, αυξάνει την ικανότητα του θεατή να κατανοήσει και να θυμάται το περιεχόμενο τέτοιων μηνυμάτων και το πιο σημαντικό, αυξάνει την πιθανότητα να επιφέρει αλλαγές στη συμπεριφορά του θεατή.

Ως προς τον τομέα της θεραπείας (περιλαμβάνει σίγουρα και τον τομέα της πρόληψης) προτείνεται, α) η ανάπτυξη κοινοτικών υπηρεσιών και κέντρων πληροφόρησης, τα οποία θα περιλαμβάνουν ειδικά προγράμματα αναγνώρισης και προσέγγισης ατόμων υψηλού κινδύνου και εκπαιδευτικές δραστηριότητες στο γενικό πληθυσμό, β) η οργάνωση θεραπευτικών υπηρεσιών, με μονάδες που θα κατανέμονται χωροταξικά σ' όλο τον Ελλαδικό χώρο, ώστε ο ασθενής να μην αναγκάζεται να απομακρυνθεί από τα πλαίσια της κοινότητάς του. Οι μονάδες αυτές πρέπει να περιλαμβάνουν τμήματα σωματικής αποτοξίνωσης, τμήματα ψυχολογικής απεξάρτησης και αποκατάστασης και να επανδρώνονται από ειδικά καταρτισμένο επιστημονικό προσωπικό. Ουσιαστική βέβαια είναι η συνεργασία και ο συντονισμός μεταξύ των μονάδων και των υπουργείων και φορέων κρατικών, ιδιωτικών και εθελοντικών που εμπλέκονται στην δράση τους και γ) την οργάνωση και ενίσχυση εθελοντικών οργανώσεων όπως είναι οι ομάδες αυτοβοηθείας (Μαδιανός Μ., 1989, σελ. 160-161).

Συνεχίζοντας προτείνεται η διεξαγωγή επιδημιολογικών ερευνών που να εκτιμούν την έκταση του προβλήματος της κατάχρησης αλκοόλ. Γι' αυτό το σκοπό, εκτός από την επαρκή παρακολούθηση των παρεμβάσεων, είναι απαραίτητη η ύπαρξη ενός αξιόπιστου και ευκόλως προσβάσιμου συστήματος πληροφοριών. Για να καθοριστεί η χρήση και η έκταση κατάχρησης αλκοόλ υπάρχουν τόσο άμεσες μέθοδοι, όπως είναι π.χ. συμπλήρωση ερωτηματολογίων από το γενικό πληθυσμό ή επισκέψεις στα σπίτια όσο και έμμεσες μέθοδοι, στις οποίες περιλαμβάνεται η παρακολούθηση των δεικτών της αντικοινωνικής συμπεριφοράς, των οδικών παραβάσεων και των συνεπειών στην υγεία (Gossop και Grant, 1994, σελ. 8).

Όσον αφορά το θέμα της ποτοαπαγόρευσης, ο Γρίβας (1997, σελ. 186), αναφέρει ότι η απαγόρευση μιας ψυχοτρόπου ουσίας

ακολουθείται πάντοτε από την παραγωγή και προώθηση μιας νέας ουσίας που είναι ισχυρότερη και τοξικότερη, ενώ η κοινωνική αποδοχή μιας τέτοιας ακολουθείται από την παραγωγή και κατανάλωση όλο και λιγότερο βλαπτικών εκδοχών της. Για παράδειγμα κατά την ποτοαπαγόρευση στις Η.Π.Α. (1920-1933) μειώθηκε σημαντικά η κατανάλωση της μύρας και αυξήθηκε δραματικά η κατανάλωση των ισχυρότερων και τοξικότερων ποτών, που περιείχαν μεγάλο ποσοστό οινοπνεύματος. Μετά την άρση της ποτοαπαγόρευσης η τάση άρχισε να αντιστρέφεται, με αποτέλεσμα να ξαναπάρει η μύρα την πρώτη θέση κατανάλωσης.

Έτσι οι κυβερνήσεις απορρίπτοντας την περίπτωση της ποτοαπαγόρευσης, που δεν αποτελεί μέτρο για καταπολέμηση του αλκοολισμού, πρέπει να δώσουν ιδιαίτερη έμφαση στη λήψη νομοθετικών και διοικητικών μέτρων για τον έλεγχο των τιμών των ποτών διαμέσου της φορολογίας, τον έλεγχο διακίνησης και διάθεσης του αλκοόλ, τον περιορισμό των αποστάξεων, την απαγόρευση σχετικών διαφημίσεων και τον έλεγχο του εμπορίου των ποτών, της οδικής κυκλοφορίας και της εργασιακής ασφάλειας (Μαδιανός Μ., 1989, σελ. 159).

Επιτακτική ανάγκη επίσης εκ μέρους της πολιτείας είναι η ίδρυση και η στήριξη Κέντρων Νεότητας, αθλητικών χώρων, σχολών γονέων και η δημιουργία και λειτουργία εκπαιδευτικών και πολιτιστικών προγραμμάτων, που να προάγουν την υγεία και να συμβάλουν στην αντιμετώπιση του κινδύνου της κατάχρησης αλκοόλης.

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

## **Ασφαλείς Κανόνες Πόσης** (σύμφωνα με Σκωτικό Συμβούλιο Αλκοολισμού)

- Θέσε στον εαυτό σου περιορισμό στο αλκοόλ και ποτέ μην τον υπερβαίνεις.
- Γνώρισε ποια ποσότητα και σε πόσο χρόνο σε οδηγεί στη μέθη - πίνε λιγότερο σε μεγαλύτερο χρόνο.
- Μέτρα τα ποτά σου προσεκτικά.
- Αραιώνε τα οινοπνευματώδη ποτά με όσο το δυνατόν περισσότερο νερό - απόφευγε τα κοκταίηλ με σόδα, γιατί αυτό αργοπορεί την απορρόφηση.
- Απόφευγε το «πλήρες γέμισμα» - περίμενε μέχρι το ποτήρι σου να αδειάσει.
- Απόφευγε να πίνεις με άδειο στομάχι. Εάν μπορείς περιορίσε το μόνο με τα γεύματα ή όταν υπάρχει διαθέσιμο φαγητό.
- Πίνε γουλιά - γουλιά το ποτό σου - και όχι να πίνεις απότομα όλη την ποσότητα. Άφηνε μεγάλα διαστήματα ανάμεσα στις γουλιές.
- Απόφευγε να συνηθίσεις να πίνεις μετά τα γεύματα.
- Μάθε να ικανοποιείσαι με μη αλκοολούχο ποτό.
- Πρόσφερε φαγητό στους καλεσμένους σου χωρίς αλκοολούχα ποτά.
- Μην προσπαθείς να πείσεις κάποιον να πει ένα ποτό όταν το αποφεύγει.
- Εάν πας σε πάρτι πάρε ταξί να γυρίσεις ή άφησε να οδηγήσει αυτός που δεν είναι μεθυσμένος.
- Μη γελάς με τους μεθυσμένους - δείξε την αποδοκιμασία σου και τον οίκτο σου.



- Μη χρησιμοποιείς αλκοόλ για να λύσεις συναισθηματικά σου προβλήματα.
- Απόφυγε το αλκοόλ σαν ηρεμιστικό μέσο.
- Απόφυγε τη συνήθεια να πίνεις ένα τελευταίο ποτήρι αλκοόλ πριν τον ύπνο.
- Μην πίνεις για να μεθάς.
- Θυμήσου ότι δεν πρέπει να ανακατεύουμε το ποτό με φάρμακα.
- Εξέτασε κάθε χρόνο τη συμπεριφορά σου στο αλκοόλ.
- Να παραγγέλνεις τη μικρότερη ποσότητα ποτού (π.χ. προτίμησε το μικρό μπουκάλι μπύρας από το μεγάλο).
- Να σβήνεις τη δίψα σου μόνο με μη αλκοολικά ποτά.
- Να μην πίνεις αλκοόλ πριν ή κατά τη διάρκεια της εργασίας σου.

## **ΝΟΜΟΣ ΚΑΙ ΑΛΚΟΟΛ ΠΟΙΝΙΚΗ ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ ΚΑΙ ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΣ**

ΑΠΟΤΕΛΕΙ ΓΕΓΟΝΟΣ, ΟΤΙ Η ΧΡΗΣΗ ΑΛΚΟΟΛ ΔΕΝ ΣΥΜΠΕΡΙΛΑΜΒΑΝΕΤΑΙ ΣΤΙΣ ΑΠΑΓΟΡΕΥΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ ΤΟΥ ΠΟΙΝΙΚΟΥ ΚΩΔΙΚΑ, ΟΠΩΣ ΣΥΜΒΑΙΝΕΙ ΜΕ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΤΩΝ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ. ΣΥΝΕΠΩΣ Η ΧΡΗΣΗ ΤΟΥ ΕΠΙΤΡΕΠΕΤΑΙ ΕΛΕΥΘΕΡΑ ΧΩΡΙΣ ΣΧΕΔΟΝ ΚΑΝΕΝΑ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟ. ΩΣΤΟΣΟ, ΟΦΕΙΛΟΥΜΕ ΝΑ ΑΝΑΦΕΡΟΥΜΕ, ΟΤΙ ΣΕ ΟΡΙΣΜΕΝΕΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ Η ΧΡΗΣΗ ΑΙΘΥΛΙΚΗΣ ΑΛΚΟΟΛΗΣ ΕΜΠΙΠΤΕΙ ΣΤΑ ΑΡΘΡΑ ΤΗΣ ΠΟΙΝΙΚΗΣ ΝΟΜΟΘΕΣΙΑΣ ΣΕ ΣΥΝΔΥΑΣΜΟ ΜΕ ΤΗΝ ΤΕΛΕΣΗ ΑΞΙΟΠΟΙΝΗΣ ΠΡΑΞΗΣ ΟΠΩΣ ΕΙΝΑΙ Π.Χ. ΟΙ ΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΒΛΑΒΕΣ. ΣΕ ΑΥΤΗ ΤΗΝ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ, ΤΟ ΑΤΟΜΟ ΠΟΥ ΕΧΕΙ ΔΙΑΤΕΛΕΣΕΙ ΑΞΙΟΠΟΙΝΗ ΠΡΑΞΗ ΚΑΤΩ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΠΗΡΕΙΑ ΑΛΚΟΟΛ ΔΕΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟΝ ΝΟΜΟΘΕΤΗ ΣΑΝ ΑΣΘΕΝΗΣ ΠΟΥ ΠΗΡΖΕΙ ΙΔΙΑΙΤΕΡΗΣ ΜΕΤΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΚΑΙ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ. ΤΟ ΜΟΝΟ ΕΛΑΦΡΥΝΤΙΚΟ ΣΤΟΙΧΕΙΟ ΕΙΝΑΙ Η ΑΡΣΗ ΤΟΥ ΚΑΤΑΛΟΓΙΣΜΟΥ, ΟΤΑΝ ΤΟ ΑΤΟΜΟ ΒΡΙΣΚΕΤΑΙ ΣΕ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΠΛΗΡΗΣ ΜΕΘΗΣ.

Ο ποινικός κώδικας μέσα στις διατάξεις του περιλαμβάνει κάποια άρθρα που σχετίζονται με την τέλεση αξιόποινων πράξεων κάτω από την επήρεια αλκοόλ. Αναλύει κάτω από ποιες περιπτώσεις και προϋποθέσεις η χρήση αλκοόλ εντάσσεται στα άρθρα του ποινικού κώδικα και μετατρέπεται σε κολάσιμη πράξη. Συγκεκριμένα αναφέρουμε :

Άρθρο 440 : ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΗ ΜΕΘΗ : 1) Όποιος σε κατάσταση υπαίτιας μέθης προξενεί κίνδυνο σε πρόσωπο ή ουσιώδη διατάραξη της δημόσιας τάξης τιμωρείται με πρόστιμο ή

με κράτηση, εκτός αν η πράξη τιμωρείται βαρύτερα από άλλη διάταξη. 2) Με την ίδια ποινή τιμωρείται όποιος, ενώ ασχολείται με εργασίες που απαιτούν ιδιαίτερη προσοχή, περιάγει τον εαυτό του σε κατάσταση μέθης, καθώς επίσης και όποιος, ενώ είναι μεθυσμένος, ασχολείται με τέτοιες εργασίες.

#### Άρθρο 193 : ΕΓΚΛΗΜΑ ΣΕ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΥΠΑΙΤΙΑΣ

**ΜΕΘΗΣ :** 1) Όποιος εκτός από τις περιπτώσεις του άρθρου 35 με πρόθεση ή από αμέλεια, περιάγει τον εαυτό του σε κατάσταση μέθης που αποκλείει κατά το άρθρο 34 την ικανότητα για καταλογισμό και σ' αυτή την κατάσταση γίνεται υπαίτιος πράξης, η οποία αλλιώς θα του έχει καταλογιστεί ως κακούργημα ή πλημμέλημα, τιμωρείται με φυλάκιση μέχρι έξι μηνών αν η πράξη είναι πλημμέλημα, και με φυλάκιση μέχρι δύο ετών, αν η πράξη είναι κακούργημα. 2) Αν η πράξη διώκεται μόνο ύστερα από έγκληση, η ποινική δίωξη ασκείται μόνο μετά την υποβολή της.

#### **- Υπαίτια και αναίτια μέθη**

Υπαίτια μέθη είναι η οφειλόμενη σε δόλο ή αμέλεια του δράστη και διακρίνεται σε πλήρη και μη πλήρη. Είναι η μέθη που προήλθε είτε από πρόθεση, όταν αυτός που μέθυσε το θέλησε, είτε από αμέλεια, όταν αυτός αν και πρόβλεψε ότι μπορούσε να περιπέσει σε τέτοια κατάσταση δεν σταμάτησε να πίνει. Η υπαίτια πλήρης μέθη συνεπάγεται τον καταλογισμό της πράξης «ως έγκλημα τελεσθέν εξ αμελείας», εφόσον πρόβλεψε ή μπορούσε να προβλέψει ότι σε κατάσταση μέθης ενδέχεται να τελέσει έγκλημα. Η υπαίτια μη πλήρης μέθη αντιμετωπίζεται αυστηρότερα κατά τον ποινικό κώδικα, γιατί καμία επίδραση δεν ασκεί αυτή στον καταλογισμό της πράξεως, δηλαδή δεν ελαττώνεται η ικανότητα για καταλογισμό.

Αναίτια είναι η μέθη όταν προκλήθηκε χωρίς υπαιτιότητα του δράστη, χωρίς δηλαδή την ύπαρξη δόλου ή αμέλειας. Η αναίτια και πλήρης μέθη επιφέρει την άρση του καταλογισμού, η δε αναίτια και πλήρης μέθη συνεπάγεται ελαττωμένη ευθύνη και μειωμένη ποινή.

Ο ισχυρισμός περί μέθης του δράστη κατά τον χρόνο της πράξεως είναι αυτοτελής, γιατί το περιστατικό αυτό, αν μεν η μέθη είναι αναίτια, ασκεί επιρροή επί του καταλογισμού, εάν δε είναι υπαίτια, ασκεί επιρροή στην ποινική μεταχείριση του δράστη. Υπάρχει έλλειψη αιτιολογίας εφόσον δεν δοθεί αιτιολογημένη απάντηση στον αυτοτελή ισχυρισμό ότι ο κατηγορούμενος είχε κατά τον χρόνο τέλεσης της πράξεως μειωμένο καταλογισμό επειδή τελούσε υπό την επήρεια ναρκωτικών ουσιών.

Μέθη είναι η παροδική διατάραξη των ψυχικών λειτουργιών, που οφείλεται στη χρήση οινοπνευματωδών ποτών ή άλλων διεγερτικών ή ναρκωτικών ουσιών.

**ΤΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ ΤΩΝ ΕΥΡΩΠΑΪΚΩΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΩΝ ΚΑΙ ΟΙ  
ΑΝΤΙΠΡΟΣΩΠΟΙ ΤΩΝ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΝ ΤΩΝ ΚΡΑΤΩΝ  
ΜΕΛΩΝ ΣΥΝΕΛΘΟΝΤΕΣ ΣΤΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΤΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ**

Έχοντας υπόψη τη συνθήκη για την ίδρυση της Ευρωπαϊκής Οικονομικής Κοινότητας,

εκτιμώντας ότι η κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών έχει εν γένει αυξηθεί σημαντικά στις χώρες της Ευρωπαϊκής Κοινότητας, εκτιμώντας ότι, σε πολλές χώρες, η αύξηση της κατάχρησης οινοπνεύματος, η οποία είναι δυνατό να ευνοηθεί από την αύξηση της κατανάλωσης, προκαλεί σοβαρές ανησυχίες, διότι αποτελεί απειλή για τη δημόσια υγεία και το κοινωνικό σύνολο,

εκτιμώντας ότι η σταθερή βελτίωση των όρων διαβίωσης και απασχόλησης των λαών τους αποτελεί κύριο σκοπό,

έχοντας συνείδηση ότι η παραγωγή, η πώληση και η διανομή οινοπνευματωδών ποτών αποτελούν σημαντικό παράγοντα της οικονομίας των περισσότερων κρατών μελών,

κρίνοντας ότι ενδείκνυται να αναληφθεί, σε ευρωπαϊκό επίπεδο, κοινή πρωτοβουλία στον τομέα της πρόληψης της κατάχρησης οινοπνεύματος,

έχοντας υπόψη τα αποτελέσματα μιας μελέτης που πραγματοποιήθηκε και δημοσιεύθηκε κατ' αίτηση της Επιτροπής,

εκτιμώντας ότι σύμφωνα με το ψήφισμα του Συμβουλίου της 19<sup>ης</sup> Μαΐου σχετικά με το δεύτερο πρόγραμμα της Ευρωπαϊκής Κοινότητας για πολιτική προστασίας και ενημέρωσης των καταναλωτών, η Επιτροπή θα εξετάσει κατά πόσον οι διαφορές μεταξύ των μέτρων που ελήφθησαν από τα κράτη μέλη όσον αφορά τα αλκοολούχα ποτά παρεμποδίζουν την καλή λειτουργία

της κοινής αγοράς και θα υποβάλει, ενδεχομένως, τις κατάλληλες προτάσεις ότι θα λάβει, προς υποστήριξη των δράσεων που ανέλαβαν τα κράτη μέλη, κάθε άλλη πρωτοβουλία που θα ήταν χρήσιμη στο γενικότερο πλαίσιο των προβλημάτων που συνδέονται με την κανονική ή υπερβολική κατανάλωση αυτών των προϊόντων από τους καταναλωτές,

*καλούν* την Επιτροπή να σταθμίσει προσεκτικά τα συμφέροντα τα σχετικά με την παραγωγή, τη διανομή και την προώθηση των οινοπνευματωδών ποτών και τα συμφέροντα τα σχετικά με τη δημόσια υγεία και να εφαρμόσει για το σκοπό ισόρροπη πολιτική,

*καλούν* επίσης την Επιτροπή να εξετάσει τα μέτρα που μπορούν να συμβάλουν αποτελεσματικά στην υλοποίηση του στόχου του παρόντος ψηφίσματος και ενδεχομένως, να υποβάλει στο Συμβούλιο σχετικές προτάσεις,

*σημειώνουν* ότι οι κοινοτικές δραστηριότητες που θα πραγματοποιηθούν μελλοντικά σ' αυτόν τον τομέα πρέπει να εναρμονίζονται πλήρως με τα όσα έχουν ήδη αναληφθεί για το πρόβλημα αυτό στα πλαίσια της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας.

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

### **ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΒΙΒΛΙΑ**

1. Αβραμίδης Ν., «Η απομυθοποίηση των ναρκωτικών», Εκδόσεις Ακρίτας, Αθήνα, 1991
2. Αηδονά Ν., Γεωργιάδου Ι., «Νεολαία και κοινωνία. Δοκιμές σε σύγχρονα κοινωνικά προβλήματα», Εκδόσεις Gutenberg, Αθήνα, 1992
3. Αναστασιάδης Β.Κ., «Ψυχοπαιδαγωγική της εφηβικής ηλικίας - Ο τρόπος της αγωγής σήμερα στο σχολείο και στην οικογένεια», Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 1993
4. Αντωνοπούλου - Κουλούρη Ρ., «Γενετική Ψυχολογία», Εκδόσεις Έλλην, Αθήνα, 1994
5. Γρίβας Κ., «Πλανητική κυριαρχία και ναρκωτικά», Εκδόσεις Νέα Σύνορα, Αθήνα, 1996
6. Ζαμπέλης Γ., «Στην κόλαση των ναρκωτικών», Β΄ έκδοση, Εκδόσεις Φωτοδότες, Λευκάδα, 1988
7. Κοκκέβη Α., Στεφανή Κ., «Τα ναρκωτικά στην Ελλάδα. Η διαχρονική πορεία της χρήσης. Η χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών στο γενικό και στο μαθητικό πληθυσμό», Εκδόσεις Ερευνητικό Πανεπιστήμιο Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής, Αθήνα, 1994
8. Λιάππας Γ., «Ναρκωτικά, Εθιστικές ουσίες - κοινωνικά προβλήματα - αντιμετώπιση», Εκδόσεις Πατάκη, Αθήνα, 1992
9. Μαδιανού Δ., Μαδινανός Μ., Κοκκέβη Α., Στεφανής Κ., «Η χρήση ουσιών στο γενικότερο πληθυσμό», Γ΄ τόμος, Εκδόσεις Ψυχιατρική Βιβλιοθήκη, Αθήνα, 1993

10. Μαδιανός Μ., «Κοινωνική και Ψυχική Υγεία», Β΄ τόμος (Α΄ τεύχος, Κοινωνική Ψυχιατρική και Κοινωνική Ψυχική Υγιεινή), Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα, 1989
11. Μαλικιώτη - Λοΐζου Μ., «Συμβουλευτική ψυχολογία», Γ΄ έκδοση, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 1996
12. Μάνος Ν., «Βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής», Εκδόσεις University Studio Press, Θεσσαλονίκη, 1988
13. Μαρσέλος Μ., «Ναρκωτικά - φαρμακολογία και τοξικολογία των εξαρτησιογόνων ουσιών», Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα, 1986
14. Μουσούρου Μ.Λ., «Κοινωνιολογία σύγχρονης οικογένειας», Εκδόσεις Gutenberg, Αθήνα, 1996
- 15. Μπούκης Δ., «Τα ναρκωτικά σήμερα. Τι πρέπει να ξέρεις - Τι έγινε - Τι πρέπει να γίνει», Γ΄ έκδοση, Εκδόσεις Ναυτικά Χρόνια, Αθήνα, 1986**
16. Παπαγεωργίου Ε., «Εξαρτήσεις στη ζωή μας», Β΄ έκδοση, Ιατρικές εκδόσεις Πασχαλίδη, Αθήνα, 1990
17. Παπαγεωργίου Ε., «Ψυχιατρική», Ιατρικές εκδόσεις Πασχαλίδη, Αθήνα, 1991
18. Ποταμιάνος Γ., «Αλκοόλ», Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα, 1991
19. Τριχοπούλου Α., Τριχόπουλος Ι., «Προληπτική Ιατρική, Αγωγή Υγείας - Κοινωνική Ιατρική, Δημόσια Υγιεινή», Εκδόσεις Παρισσιανός, Αθήνα, 1992
20. Τσιλιγρήστος Ν., Ναρκωτικά «Όχι, η Ιθάκη δεν είναι εδώ», Εκδόσεις Καστανιώτης, Αθήνα, 1991
21. Φίλιας Β., «Εισαγωγή στη μεθοδολογία και τις τεχνικές των κοινωνικών επιστημών», Β΄ έκδοση, Εκδόσεις Gutenberg, Αθήνα, 1996



22. Χαρτοκόλλη Κ., «Η χαρακτηριστική προσωπικότητα εφήβων που έχουν προβλήματα με το πιωτό», Επιμέλεια Δοξιάδη Α., Ζαχαροπούλου Ε. στο «Ο έφηβος και η οικογένεια», Εκδόσεις Εστία, Αθήνα, 1985

23. Δετοράκης Ι., «Ολιστική προσέγγιση υγείας», Σημ. Τ.Ε.Ι. Πάτρας, 1994

#### ΞΕΝΑ ΒΙΒΛΙΑ

1. Dryg Abuse and Abuse Research, «The third triennial report to Congress from the Secretary department of Health and Human Services», Rockville, Maryland, 1991

2. Gossop M. and Grant M., «Κατάχρηση ουσιών - Πρόληψη και έλεγχος», Ιατρικές εκδόσεις, Αθήνα, 1994

3. Herbert M., «Ψυχολογικά προβλήματα της εφηβικής ηλικίας», Επιμέλεια Καλαντζή, Ε' έκδοση, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 1999

4. Perlman H., Μετάφραση Καλούτση Α., Εκδόσεις Ατλαντίς, Αθήνα, 1957

**5. Robinson D., «From Drinking to Alcoholism» Sociological Commentary, John Wiley and Sons, University of London, 1976**

**6. Stimmel B., «The Facts about drug use. Coping with drugs and alcohol in your Family, at work in your community», Consymers Union of United States Inc. Yonkers, New York, April, 1991**

7. Τάιλερ Α, «Ναρκωτικά», Μετάφραση Φωτοπούλου Β., Εκδόσεις Σέλας, Αθήνα, 1993

8. Τζάφφη Τ., Πήτερσον Ρ., Χόντσον Ρ., «Ναρκωτικά, τσιγάρο, αλκοόλ προβλήματα και απαντήσεις», Μετάφραση Μαράτου Α., Σόλμα Μ., Εκδόσεις Ψυχογιός, Αθήνα, 1986

**9. «Work Drink Trends», NTC Publications L.T.D., 1993**

## ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΑΡΘΡΑ

1. Κουρέτας Δ., «Το οινόπνευμα δηλητήριο του πνεύματος», Έκδοση του περιοδικού Ιατρολογική Στέγη, Έτος 3<sup>ο</sup>, Τεύχος 9, Αθήνα, 1971
2. Μαδιανός Μ., Λιάκος Α, «Επιδημιολογικά στοιχεία του αλκοολισμού στην Ελλάδα και οι επιπτώσεις τους στον σχεδιασμό της πρόληψής του», Εγκέφαλος, Τεύχος 17, 1980
3. Μάτσα Κ., «Θεραπεία απεξάρτησης. Μια διαδικασία απελευθέρωσης. Βασικές αρχές του προγράμματος της Μονάδας Απεξάρτησης του Ψ.Ν.Α.», Τετράδια Ψυχιατρικής, Τεύχος 35, 1991
4. Μάτσα Κ., «Δυνατότητες και δυσκολίες της Κοινωνικής Επανάταξης των απεξαρτημένων. Η πρόληψη της υποτροπής. Μια πρόκληση για την νεκρωμένη κοινωνία», Τετράδια Ψυχιατρικής, Τεύχος 46, 1994
5. Παιονίδης Α., Αχλαδάς Χ., «Η χρήση κοινών ευφραντικών ουσιών, αναλγητικών και ναρκωτικών», Συγκριτική μελέτη σε εργαζόμενους και μη, μαθητές Λυκείου, Ελληνική Ιατρική, Τεύχος 51, 1985
6. Παπαγεωργίου Ε., «Γενικά περί αλκοολισμού των νέων. Νεανικός αλκοολισμός», Εγκέφαλος, Τεύχος 26, 1989
7. Τριανταφύλλου Γ., «Λίγες σκέψεις για τον αλκοολισμό», Τετράδια Ψυχιατρικής, Τεύχος II, 1986

**8. Υφαντής Θ., «Εφηβοι και κατάχρηση οινόπνευματώδων ποτών»,  
Ιατρική, Τεύχος 59, 1991**

**9. Υφαντής Θ., Κούτρας Β., Καφετζόπουλος Ε., Μαρσέλος Μ.,  
«Επιδημιολογική διερεύνηση της συχνότητα χρήσης  
οινόπνευματώδων ποτών σε μαθητές της Μέσης Εκπαίδευσης»,  
Ιατρική, Τεύχος 57, 1990**

**10. Υφαντής Θ., Κούτρας Β., Καφετζόπουλος Ε., Μαρσέλος Μ.,  
«Οικογενειακοί, εκπαιδευτικοί, προσωπικοί και γενικότεροι  
κοινωνικοί παράγοντες και προγνωστικοί δείκτες της χρήσης και  
της κατάχρησης οινόπνευματώδων ποτών από μαθητές της Μέσης  
Εκπαίδευσης», Ιατρική, Τεύχος 58, 1990**

#### ΞΕΝΑ ΑΡΘΡΑ

1. Dimitrijevic I., «Συστημική οικογενειακή θεραπεία εφήβων  
αλκοολικών», Τετράδια Ψυχιατρικής, Απρίλης - Οκτώβριος, 1986

2. Dimitrijevic I., «Οι φάσεις της Θεραπείας των νεαρών αλκοολικών  
και ιδιαιτερότητες στη μεταχείριση τους», Τετράδια Ψυχιατρικής,  
Απρίλιος - Οκτώβριος, 1989

**3. Dimitrijevic I., «Οικογενειακός κύκλος ζωής και αλκοολικός»,  
Τετράδια Ψυχιατρικής, Ιανουάριος - Μάρτης, 1991**

4. «Grup Analysis. The journal of Group», Analytic Psychotherapy, No  
126, No 2, London, June 1993

**5. Leikin C., «Η διάγνωση και η θεραπεία του αλκοολισμού»,  
Μετάφραση Καπέλου - Δημοπούλου, ΕΚΛΟΓΗ ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ -  
ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΣ, 1986**

ΕΓΚΥΚΛΟΠΑΙΔΕΙΕΣ - ΕΓΚΥΚΛΙΟΙ

**1. «Αλκοολισμός» από την Μεγάλη Εγκυκλοπαίδεια Νόμπελ,  
Εκδόσεις Γιοβάνης Χ., Τόμος Γ', Αθήνα, 1991**

**2. «Αλκοολισμός» από την Εγκυκλοπαίδεια, Πάπυρος - Λαρούς,  
1963**

**3. Κώδικας Οδικής Κυκλοφορίας του Υπουργείου Μεταφορών και  
Επικοινωνιών, 2000**

**4. Σ.Κ.Λ.Ε. - Το έργο του Κοινωνικού Λειτουργού στα διάφορα  
πλαίσια εργασίας, Αθήνα, 1974**

ΑΡΘΡΑ ΑΠΟ ΕΦΗΜΕΡΙΔΕΣ

**1. Δέδε Μ., Σωτήρχου Ι., Έρευνα «Αλκοολισμός : Η πιο δύσκολη  
και επώδυνη απεξάρτηση», «Ελευθεροτυπία», 12-1-1998**

**2. Νίκας Δ., Έρευνα «Αλκοόλ : Οι Α.Α. αλληλοβοηθούνται με το  
σύνθημα : Για σήμερα δεν σηκώνω το ποτήρι», «Τα Νέα», 23-11-  
1991**

**3. Σπαντιδέας Α., άρθρο «Αλκοόλ : πόσο και πότε θεωρείται  
ασφαλές», «Τα Νέα», 18-9-1997**

**4. Τόπος Χ., άρθρο «Δώρο των Θεών ή προϊόν χημείας. Το αλκοόλ συνοδεύει τους ανθρώπους σε χαρές και λύπες εδώ και χιλιάδες χρόνια», «Τα Νέα», 19-2-1999**