

**«ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΧΡΗΣΗΣ
ΟΙΝΟΠΝΕΥΜΑΤΟΣ ΣΤΟ ΓΕΝΙΚΟ ΚΑΙ ΜΑΘΗΤΙΚΟ
ΠΛΗΘΥΣΜΟ ΤΗΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑ ΔΕΚΑΕΤΙΑ.
ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΙ ΤΗΣ ΧΡΗΣΗΣ»**

Μετέγουσα σπουδάστρια:

Νικολέτα-Αναστασία
Παπαγιαννάκη

Υπεύθυνος εκπαιδευτικός:

Θάνος Παπαδημητρίου

Πτυχιακή εργασία για τη λήψη πτυχίου στην κοινωνική εργασία από το τμήμα της κοινωνικής εργασίας, της Σχολής Επαγγελμαίων Υγείας και Πρόνοιας του Ανώτατου Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος (Α. Τ.Ε.Ι) Πατρών.

ΠΑΤΡΑ, ΜΑΙΟΣ 2005



ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΜΕΛΕΤΗΣ

Η παρούσα εργασία διαπραγματεύεται το θέμα του αλκοολισμού(εξάρτηση-κατάχρηση οινόπνευματος).

Το γενικό μέρος της εργασίας (1^ο κεφάλαιο) περιέχει μια προσπάθεια καταγραφής των περισσότερων παραμέτρων οι οποίοι σχετίζονται με τη χρήση και την κατάχρηση της αλκοόλης. Τέτοιες παράμετροι είναι η δράση του οινόπνευματος στον ανθρώπινο οργανισμό, οι διαταραχές με τις οποίες συνδέεται το αλκοόλ, αλλά και τα στάδια, οι τύποι και τα διάφορα μοντέλα αλκοολισμού που συναντάμε στη σχετική με το θέμα βιβλιογραφία. Επιπλέον, γίνεται αναφορά στις επιπτώσεις, την πρόληψη, την αιτιολογία και τη θεραπεία του αλκοολισμού είτε ως νόσος εξάρτησης είτε ως φαινόμενο κοινωνικό. Τέλος, μπορεί κανείς να βρει πληροφορίες σχετικά με τις υπάρχουσες θεραπευτικές οργανώσεις για τον αλκοολισμό στη χώρα μας, τις προληπτικές παρεμβάσεις οι οποίες έχουν πραγματοποιηθεί τα τελευταία χρόνια, την ισχύουσα νομοθεσία για το αλκοόλ καθώς και στοιχεία από την τροχαία για τις παραβάσεις και τα ατυχήματα που σχετίζονται με την κατανάλωση οινόπνευματος.

Το ειδικό μέρος της εργασίας (2^ο κεφάλαιο) περιέχει τις κυριότερες επιδημιολογικές έρευνες οι οποίες διεξήχθησαν την τελευταία δεκαετία (1994-2003) σχετικά με τη χρήση οινόπνευματος στο γενικό και μαθητικό πληθυσμό της Ελλάδας.

Ο αριθμός των ερευνών που αναφέρονται στο γενικό πληθυσμό είναι πέντε(5) στο σύνολό τους από τις οποίες η μία έχει διεξαχθεί στο φοιτητικό πληθυσμό(«Χρήση οινόπνευματωδών από φοιτητές»), ενώ το δείγμα των υπολοίπων ερευνών είναι πανεθνικό.

Ο αριθμός των ερευνών που αναφέρονται στο μαθητικό πληθυσμό είναι τέσσερις(4) στο σύνολό τους. Από αυτές οι 2 είναι πανευρωπαϊκές(ESPAD 1999/2003), 1 είναι παγκόσμια υπό την αιγίδα του Π.Ο.Υ(HBSC) και τέλος, εμπεριέχεται μια μελέτη η οποία εξετάζει διακρατικά τη σχέση της μέθης μαθητών από 22 κράτη με τη συχνότητα κατανάλωσης και προτίμησης για τα λεγόμενα «βαριά ποτά».

Στο τρίτο και τελευταίο κεφάλαιο της παρούσας εργασίας, υπάρχουν παρατηρήσεις και προτάσεις οι οποίες προκύπτουν από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Σελίδα

Εισαγωγή.....	1
Βασικές έννοιες.....	2

Κεφάλαιο 1:

Γενικό Μέρος

1.1. Ιστορική αναδρομή.....	4
1.2. Τα κατασταλτικά του Κ.Ν.Σ.....	6
1.3. Το αλκοόλ στον ανθρώπινο οργανισμό.....	7
1.4. Η δράση του οινοπνεύματος στον εγκέφαλο.....	10
1.5. Οι συνδεδεμένες με το αλκοόλ διαταραχές.....	12
1.6. Το σύνδρομο της εξάρτησης από το αλκοόλ.....	15
1.7. Εκδηλώσεις της οξείας αλκοολικής τοξίκωσης.....	18
1.8. Οι κυριότερες κλινικές μορφές αλκοολισμού.....	19
1.9. Οι φάσεις της κατάχρησης οινοπνεύματος.....	21
1.10. Τύποι αλκοολισμού.....	24
1.11. Μοντέλα αλκοολισμού.....	29
1.12. Αιτιολογία αλκοολισμού.....	33
1.13. Φαινομενολογικές κοινωνικές υποθέσεις αλκοολισμού (Θεωρίες αιτιών).....	38
1.14. Παράγοντες που πιθανόν σχετίζονται με τη χρήση οινοπνευματωδών ποτών.....	41
1.15. Επιπτώσεις αλκοολισμού.....	48
1.16. Πρόληψη.....	61
1.17. Θεραπεία αλκοολισμού.....	64
1.17. i. Θεραπευτικά προγράμματα.....	71
1.17. ii. Συγκριτική καταγραφή πλεονεκτημάτων-μειονεκτημάτων των ομάδων αυτοβοήθειας και των μοντέλων επαγγελματικής προσέγγισης.....	78
1.18. Υποτροπή.....	79
1.19. Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού.....	80
1.20. Ισχύουσα νομοθεσία για το αλκοόλ.....	82

Κεφάλαιο 2:

Επιδημιολογική ανασκόπηση της χρήσης

Οινοπνεύματος στο γενικό και μαθητικό πληθυσμό

Την τελευταία δεκαετία

2.1.Επιδημιολογικές έρευνες στο γενικό πληθυσμό.....	87
2.2.Επιδημιολογικές έρευνες στο μαθητικό πληθυσμό.....	98

Κεφάλαιο 3:

Συμπεράσματα-Παρατηρήσεις.....	117
---------------------------------------	------------

Βιβλιογραφία.....	119
-------------------	-----

Παράρτημα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ(Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας), 70.000.000 άνθρωποι υποφέρουν παγκοσμίως από την εξάρτηση από το αλκοόλ. Επιπλέον, ο ένας στους τέσσερις θανάτους στους Ευρωπαίους άνδρες ηλικίας 15-19 ετών συνδέεται με το οινόπνευμα. Μία σχετικά πρόσφατη έρευνα Γάλλων επιστημόνων(Roques,2001) για την επικινδυνότητα όλων των νόμιμων και παράνομων εξαρτησιογόνων ουσιών κατέληξε σε τρεις ομάδες ουσιών, από τις οποίες η πιο τοξική περιλαμβάνει την ηρωίνη, την κοκαΐνη και το αλκοόλ.(ΕΚΤΕΠΝ, 2002)

Έτσι, μια νόμιμη ουσία που συνδέεται από την αρχαιότητα με την καθημερινότητα των περισσότερων ανθρώπων, μετατρέπεται σε απειλή για το άτομο, την οικογένεια και την κοινωνία.

Για όλους τους παραπάνω λόγους και για άλλους ακόμα κρίναμε απαραίτητη την διερεύνηση της χρήσης και της κατάχρησης οινοπνεύματος καθώς και των παραμέτρων που σχετίζονται με αυτή, προκειμένου αφενός να εκτιμηθεί η διάσταση του φαινομένου μέσω της ανασκόπησης των επιδημιολογικών ερευνών και αφετέρου προκειμένου να διαπιστώσουμε με ποιο τρόπο αντιμετωπίζεται βιβλιογραφικά αυτό το τόσο σημαντικό θέμα που στη χώρα μας δεν αντιμετωπίζεται-μέχρι στιγμής- με τη σοβαρότητα που του αρμόζει.

ΒΑΣΙΚΕΣ ΕΝΝΟΙΕΣ

Ψυχολογική εξάρτηση

Ονομάζεται η κατάσταση που συνοδεύει όλες σχεδόν τις περιπτώσεις εξάρτησης και κατά την οποία η προοπτική λήψης της ουσίας προκαλεί ένα συναίσθημα ευχαρίστησης. Έτσι γίνεται ισχυρότερο το κίνητρο για την επανάληψη της χρήσης, με σκοπό την ένταση της ευχαρίστησης ή την αποφυγή της δυσφορίας από την πιθανή στέρηση της ουσίας. Ο όρος αυτός είναι πολύ υποκειμενικός και δύσκολα ποσοτικοποιείται.

Σωματική εξάρτηση

Είναι μια κατάσταση του οργανισμού που εκφράζεται με την παρουσία σωματικών και ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων στις περιπτώσεις που το ποσό της καταχρώμενης ουσίας μειώνεται απότομα σε σημαντικό βαθμό. Τα εμφανιζόμενα συμπτώματα είναι χαρακτηριστικά για κάθε κατηγορία ουσίας και φαίνεται ότι οι νευροχημικοί μηχανισμοί παίζουν σημαντικό ρόλο στην έκλυσή τους.

Ανοχή

Είναι η ανάγκη για λήψη συνεχώς αυξανόμενων ποσοτήτων μιας ουσίας για την επίτευξη του επιθυμητού αποτελέσματος, ή το σημαντικά ελαττωμένο αποτέλεσμα μετά από σταθερή χρήση της ίδιας ποσότητας της ουσίας. Οι βιολογικοί μηχανισμοί μέσω των οποίων αναπτύσσεται το φαινόμενο της ανοχής φαίνεται ότι είναι κυρίως τρεις:

A)Μηχανισμοί ομοιόστασης, που αναπτύσσουν φυσιολογικά σωματικά συστήματα που δεν επηρεάζονται άμεσα από τη δράση της ουσίας και που κινητοποιούνται με σκοπό ν' αντιμετωπίσουν τα αποτελέσματα της επίδρασης της ουσίας στους ιστούς-στόχους του νευρικού συστήματος.

B)Ιστοχημικού τύπου μεταβολές στα κύτταρα-στόχους του νευρικού ιστού, με αποτέλεσμα την ελαττωμένη αντιδραστικότητά τους στην παρουσία της ουσίας και

Γ)Προσπάθεια μείωσης της ποσότητας συγκέντρωσης της ουσίας στους ιστούς δράσης της, μέσω μεταβολικού τύπου μηχανισμών, όπως η ταχύτερη αδρανοποίησή της, η αύξηση της απέκκρισής της και η μικρότερη απορρόφησή της, λειτουργίες που επιτελούνται από πιο ουδέτερους στη δράση της ουσίας ιστούς, όπως το συκώτι, το έντερο και τα νεφρά.

Αλκοολισμός

Υπάρχουν πάνω από 20 ορισμοί για τον αλκοολισμό γι' αυτό το λόγο θα αναφερθούμε μόνο σε ορισμένους από αυτούς:

-Το 1955 η Π. Ο .Υ ορίζει ότι «αλκοολισμός είναι ένας συνολικός όρος για μια οικογένεια προβλημάτων σχετικών με το οινόπνευμα, με συμπτώματα που περιγράφονται σαν “λαχτάρα για ποτό”,....., “απόσυρση”,....., “απώλεια ελέγχου”.

-Ο Jellinek, το 1960, ορίζει σαν αλκοολισμό «κάθε χρήση αλκοολούχων ποτών που προξενεί καταστροφές στο άτομο, στην κοινωνία ή και στα δύο».

-Ο Keller(1962) θεωρεί τον αλκοολισμό σαν «μια χρόνια ασθένεια που τεκμηριώνεται από επαναλαμβανόμενα επεισόδια υπερβολικού ποτού, τέτοιου που να δημιουργεί βλάβες στην υγεία του πότη ή στις κοινωνικές ή οικονομικές του δραστηριότητες.

Αλκοολικός

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

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1:

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1.1. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Το οινόπνευμα έγινε πιθανότατα γνωστό στον άνθρωπο κατά την απαρχή της ιστορίας του. Ιστορικές πηγές αναφέρουν την καλλιέργεια του αμπελιού ήδη από το 3500π. Χ κυρίως στη λεκάνη της Μεσογείου. Την ίδια εποχή οι Αιγύπτιοι γνώριζαν και τη μύρα, για την οποία αναφέρουν ότι «πρέπει κανείς να καταναλώσει μεγάλες ποσότητες για να έρθει σε κατάσταση ευθυμίας».(Μαρσέλος, Μ., 1994)

Εκτός από τη χρήση του οινοπνεύματος για λόγους διασκέδασης, το κρασί ήταν συνηθισμένο γιατρικό για εσωτερική και εξωτερική χρήση(περιποίηση τραυμάτων), ενώ στον Ιπποκράτη βρίσκουμε μια από τις πρώτες περιγραφές του τρομώδους παραληρήματος.

Οι αρχαίοι Έλληνες κρατούσαν άλλη στάση απέναντι στο ποτό και άλλη απέναντι στη μέθη, σε διάφορες εποχές. Ο Όμηρος δεν κρύβει την έχθρα του για τη μέθη, έχθρα που έρχεται σε αντίθεση με την εύνοια που χαρακτηρίζει τις αναφορές του στο κρασί.

Στον Πλάτωνα, η κατάσταση του μεθυσμένου, όπως και στον Όμηρο, είναι ανίκανη να διεκδικήσει κάποια ανώτερη μοίρα. Το ποτό επιτρέπεται η μέθη όμως ποτέ.(Παπαγιώργης, Κ., 1990)

Χαρακτηριστικά της χρήσης οινοπνεύματος στους αρχαίους χρόνους ήταν η στενή σχέση του με τις ανώτερες κυρίως τάξεις και η απουσία απόσταξης του οίνου. Παρόλο που ο Rolleston υποστηρίζει πως απουσίαζε κάθε νομοθετικός έλεγχος, και παρά το ότι το κρασί ήταν αναπόσπαστο τμήμα πολλών εθιμοτυπικών και θρησκευτικών τελετουργικών (όπως τα Διονύσια), υπάρχουν στοιχεία που μαρτυρούν μια προσπάθεια περιορισμού αν όχι της κατανάλωσης, τουλάχιστον της μέθης. Ο Λυκούργος στη Σπάρτη, εισάγει νόμο με τον οποίο επιβάλλει να μεθούν σκοπίμως τους δούλους και να τους περιφέρουν στην αγορά, για να τους βλέπουν οι νέοι και να καθίστανται εγκρατείς, απέχοντας από την οινοποσία. Ταυτόχρονα απαγόρευσε την πώληση του «άκρατου» οίνου.(Υφαντής, Θ., 1990)

Στο Μεσαίωνα, η εκκλησία, η οποία αποδέχεται το οινόπνευμα και δεν επιβάλλει ηθικούς φραγμούς ακόμα και για την κατάχρησή του, συμβάλλει στη διατήρηση των θρησκευτικών τελετουργικών τα οποία περιέχουν οινοποσία.

Η απόσταξη οινοπνεύματος από τον χυμό του σταφυλιού θεωρείται αραβική επινόηση και τοποθετείται γύρω στο 1100 μ.Χ. Τον 17^ο αιώνα, ο καθηγητής της ιατρικής F.Sylvius, υπήρξε πιθανότατα ο πρώτος που απέσταξε οινόπνευμα από

δημητριακά. Το νέο αυτό ποτό, αρωματισμένο με καρπούς κέθρου, το ονόμασε «Aqua Vitae».

Ο κέθρος στα Γαλλικά ονομάζεται “Genièvre” και στην Αγγλική του μετάφραση “Geneva” από αυτό πιθανότατα να προέρχεται και το συντετμημένο “Gin”. Η παραγωγή και ευρεία διάδοση του Gin μέσω των εξαγωγών της Ολλανδίας - προς την Αγγλία ιδιαίτερα- κατέστη μια επικερδής βιομηχανία. Έτσι, το 1690 η αγγλική κυβέρνηση ψηφίζει νόμο-ο οποίος βρίσκει ενθουσιώδη ανταπόκριση- με τον οποίο υποστηρίζει την απόσταξη. Την εποχή εκείνη εμφανίζονται και τα πρώτα αποτελέσματα της υπερβολικής κατανάλωσης οινοπνευματωδών ποτών, σε ευρεία κλίμακα. Η απαγόρευση της λιανικής πώλησης Gin στα 1736 με κοινοβουλευτικό διάταγμα, αποδείχθηκε μια πλήρης αποτυχία. Έτσι, το 1751, θεσπίζεται ειδικός νόμος (Gin Act) που επιβάλλει φορολογία στο καθαρό οινόπνευμα και απαγορεύει την ελεύθερη χρησιμοποίηση αποστακτήρων καθώς και την αποθήκευση οινοπνεύματος. Τα μέτρα περιόρισαν την εμπορική διακίνηση οινοπνεύματος, δεν περιόρισαν όμως εξίσου την ευρεία κατανάλωσή του στην Ευρώπη.

Ο αλκοολισμός, ως νόσος, αναλύεται για πρώτη φορά το 1792, από το γιατρό John Coakley Lettsom, ο οποίος σε ανακοίνωσή του στην Ιατρική Εταιρία του Λονδίνου περιγράφει συγκεκριμένες νοσολογικές οντότητες που συνοδεύουν την κατάχρηση οινοπνεύματος, όπως το πεπτικό έλκος, την καχεξία των αλκοολικών, κ. α. Πληρέστερος κατάλογος των δυσμενών επιπτώσεων του αλκοολισμού δίνεται από τον Trotter ενώ η ιδεοληπτική κατανάλωση οινοπνεύματος περιγράφεται για πρώτη φορά το 1819, από τον Brill-Cramer, χαρακτηριζόμενη ως «διψομανία».

Ο Bynum (1968), υποστηρίζει πως η αντίληψη του χρόνιου αλκοολισμού σαν νόσου και όχι απλώς σαν ελάττωμα ή σαν αιτία για άλλες νόσους, αναπτύχθηκε μόνο στη σύγχρονη εποχή. Λέξεις όπως «αλκοολικός» ή «αλκοολισμός» ανήκουν μόλις στον περασμένο αιώνα μιας και μέχρι τότε η κατάχρηση οινοπνεύματος θεωρείτο αιτία για άλλες νόσους, ιδιαίτερα κατά τον 19^ο αιώνα.

Το 1919 νομοθετείται η «ποτοαπαγόρευση» στην Αμερική, έως το 1933 οπότε και ανακαλείται. Δύο χρόνια μετά, αρχίζει η κίνηση για την θεραπεία του αλκοολισμού, με τη δημιουργία των «Ανώνυμων Αλκοολικών».

Από τις αρχές της δεκαετίας του '70 και μετά σε πολλές χώρες της Ευρώπης αλλά και σε αρκετές πολιτείες της Αμερικής, τέθηκαν όρια μεταξύ των ηλικιών 17 και 21. Ωστόσο δεν υπάρχουν σαφείς ενδείξεις ότι αυτού του είδους η πρόληψη βοηθά τον περιορισμό της κατανάλωσης οινοπνεύματος. (Μαρσέλος, Μ., 1994)

1.2. ΤΑ ΚΑΤΑΣΤΑΛΤΙΚΑ ΤΟΥ ΚΕΝΤΡΙΚΟΥ ΝΕΥΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ (Κ.Ν.Σ)

-Οινόπνευμα

Θεωρείται σαν το ευρύτερα χρησιμοποιούμενο «ευφοριστικό». Με τον όρο «μέθη» νοείται η κατάσταση στην οποία περιέρχεται το άτομο μετά την κατανάλωση κάποιου πινοπνευματώδους ποτού και χαρακτηρίζεται από καταστολή του Κ. Ν. Σ με συνέπεια την προσωρινή μείωση των πνευματικών και σωματικών ικανοτήτων.

-Παράγωγα του βαρβιτουρικού οξέος

Είναι φάρμακα υπνωτικά η λήψη των οποίων για μεγάλο χρονικό διάστημα(για θεραπευτικούς σκοπούς) οδηγεί σε χρόνια δηλητηρίαση με αδυναμία, ιλιγγούς, υπνηλία, τρόμο-οπτικές ψευδαισθήσεις κ. α. Εξαιρετικά επικίνδυνη θεωρείται η ταυτόχρονη λήψη βαρβιτουρικών και αλκοόλης.

-Ηρεμιστικά

Τα ηρεμιστικά ανήκουν στην ίδια κατηγορία με τα αναλγητικά. Η λήψη τους γίνεται χωριστά ή σε συνδυασμούς με οινόπνευμα(cocktails).

1.3 ΤΟ ΑΛΚΟΟΛ ΣΤΟΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟ

Αιθυλική αλκοόλη και οινοπνευματώδη ποτά

Η αιθυλική αλκοόλη ή αιθανόλη αποτελεί προϊόν αλκοολικής ζυμώσεως των υδατανθράκων. Είναι το μόνο είδος αλκοόλης που είναι ασφαλές για ανθρώπινη κατανάλωση. Πρόκειται για υγρό άχρωμο με ευχάριστη οσμή και γεύση. Η ευρεία κατανάλωση στην παρασκευή οινοπνευματωδών ποτών οφείλεται στο γεγονός ότι το οινόπνευμα είναι αφ' ενός υδροδιαλυτό και αφ' ετέρου μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως οργανικός διαλύτης λιποδιαλυτών ενώσεων. Με βάση τις τρέχουσες διατάξεις στον τόπο μας, οινοπνευματώδη ποτά ορίζονται αυτά που περιέχουν σε βασικό συνθετικό την αιθυλική αλκοόλη «ποτοποιίας» με εξαίρεση το κρασί και τη μπίρα. (Μπούκης, Δ., 1990). Η περιεκτικότητα οινοπνεύματος στα πιο συνήθη ποτά στη χώρα μας, είναι:

-Μπίρα: 3.6 g r%

-Κρασί: 9-13 g r%

-Ηδύποτα: 20 g r%

-Τσίπουρο: 30 g r%

-Ουίσκι: 40 g r%

Απορρόφηση

Το αλκοόλ απορροφάται ταχέως από ολόκληρο το γαστρεντερικό σωλήνα και επειδή είναι σε ήδη υγρή μορφή δεν χρειάζεται να διαλυθεί στο στομάχι όπως τα χάπια. Αν εξατμιστεί, μπορεί να απορροφηθεί σχεδόν αμέσως από τους πνεύμονες. Ο ρυθμός απορρόφησης της αιθυλικής αλκοόλης είναι μεταβλητός ωστόσο με πλήρες στομάχι η απορρόφηση επιβραδύνεται. Ένα άλλος παράγοντας ο οποίος μεταβάλλει

το ρυθμό της απορρόφησης είναι η ποσότητα των ρευστών μέσα στα οποία εμπεριέχεται η αλκοόλη. Το 20% της καταναλωθείσας αλκοόλης απορροφάται από το στομάχι και το υπόλοιπο 80% απορροφάται από το έντερο. Η απορρόφηση δια μέσου του εντέρου μπορεί να καθυστερήσει ανάλογα με την ποσότητα τροφής που βρίσκεται στο στομάχι. (Ποταμιάνος, Γ, 1992)

Κατανομή

Το αλκοόλ είναι ένα μικρό μόριο ευδιάλυτο στο νερό και το λίπος γι' αυτό παρουσιάζει ίση κατανομή σ' όλα τα υγρά του σώματος και σ' όλους τους ιστούς συμπεριλαμβανομένων και αυτών του εγκεφάλου. Η αλκοόλη διαχέεται επίσης σε όλους τους μύς του σώματος. Είναι χαρακτηριστικό ότι ένα παχύ ή μυώδες άτομο παρουσιάζει συνήθως χαμηλότερα επίπεδα αλκοόλης στο αίμα από ότι ένα αδύνατο άτομο. Επίσης, ενδιαφέρον παρουσιάζει το ότι όσο μεγαλύτερος είναι ο όγκος του σώματος, τόσο μεγαλύτερη είναι η διάρκεια της τοξικότητας από την κατανάλωση της αλκοόλης.

Μεταβολισμός

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 σώματος.

Αυτό που φαίνεται να είναι ουσιώδες στη διαδικασία του μεταβολισμού του αλκοόλ, είναι η οξειδωση της αιθανόλης σε μια ουσία που είναι γνωστή ως ακεταλδεΰδη. Σύμφωνα με τον Peters υπάρχουν σοβαρές ενδείξεις που ενισχύουν την άποψη ότι η ακεταλδεΰδη μπορεί να θεωρηθεί ως η «βιομηχανική βάση της εξάρτησης». (Ποταμιάνος, Γ, 1992)

Κατά τον Julien, ο ρυθμός του μεταβολισμού της αιθυλικής αλκοόλης δεν επηρεάζεται τόσο από την συμπύκνωση της ουσίας στο αίμα όσο από το χρόνο. Για παράδειγμα στον ενήλικα πότη ο μέσος όρος του ρυθμού του μεταβολισμού της αλκοόλης είναι περίπου 10 ml 100% αλκοόλ ανά ώρα. Έτσι το αλκοόλ που εμπεριέχεται σε μια ουγκιά ούισκι (33%καθαρόαλκοόλ) μεταβολίζεται σε μια ώρα.

Αυτό δείχνει ότι ο ρυθμός μεταβολισμού της αλκοόλης είναι σχετικά αργός, σταθερός και ανεξάρτητος από το ποσόν που καταναλώνεται. Με βάση τα παραπάνω, η μέθη είναι αποτέλεσμα κατανάλωσης περισσότερης αλκοόλης ανά ώρα από ότι μπορεί να αντέξει ο ρυθμός μεταβολισμού σ' αυτή την ώρα. Από την ποσότητα της αλκοόλης που καταναλώνεται από το άτομο, το 90% μεταβολίζεται ενώ το 10% αποβάλλεται από τους νεφρούς και τους πνεύμονες αναλλοίωτο. Η απέκκριση της αναλλοίωτης αλκοόλης διαμέσου των πνευμόνων δημιουργεί τη δύσοσμη εκπνοή στο άτομο που έχει κάνει χρήση του αλκοόλ.

1.4. Η ΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΟΙΝΟΠΝΕΥΜΑΤΟΣ ΣΤΟΝ ΕΓΚΕΦΑΛΟ

Κάτω από 0,5‰ περιεκτικότητα σε οινόπνευμα

Δημιουργείται μείωση της ικανότητας υπολογισμού του χώρου και αυξάνονται οι πιθανότητες δυστυχήματος.

Από 0,5‰ έως 0,8‰ περιεκτικότητα σε οινόπνευμα

Μεγαλύτερη μείωση της ικανότητας προσαρμογής των οφθαλμών σε αλλαγές του φωτισμού καθώς και μείωση της ικανότητας της προσοχής και της συγκέντρωσης. Εξασθενεί η αίσθηση για το κόκκινο χρώμα.

Από 0,8‰ έως 1,2‰ περιεκτικότητα σε οινόπνευμα

Αύξηση της ευφορικής διάθεσης και υπερεκτίμηση των ικανοτήτων. Το οπτικό πεδίο μικραίνει και η αντίληψη του χώρου αλλάζει. Ο υπολογισμός των αποστάσεων διαφόρων αντικειμένων μειώνεται στο μισό της πραγματικότητας ενώ η αντίδραση των οφθαλμών στην εναλλαγή σκότους-φωτός διαταράσσεται. Λόγω της αντανάκλασης των φώτων, πεζοί, ποδηλάτες ή άλλα αντικείμενα πάνω στο δρόμο πέφτουν στην αντίληψή μας με αρκετή καθυστέρηση.

Από 1,2‰ έως 2,4‰ περιεκτικότητα σε οινόπνευμα

Εδώ βρίσκεται η αρχή της απόλυτης αδυναμίας για σωστή οδήγηση. Μεγαλύτερη μείωση της ικανότητας προσαρμογής των οφθαλμών και της αντίληψης του χώρου. Ιδιαίτερα μειωμένη ικανότητα για προσοχή και συγκέντρωση. Συναισθήματα όπως έντονη ευφορία, αυξημένη αυτοπεποίθηση και υπερεκτίμηση ικανοτήτων. Μεγάλη επιβράδυνση των αντανακλαστικών και διαταραχή στην εκδήλωσή τους. Ελαφρές έως και βαριές διαταραχές της ισορροπίας με ταυτόχρονη συνύπαρξη κακοδιαθεσίας, χρήση φαρμάκων και σωματικής ή ψυχικής κόπωσης. (Παπαγεωργίου, Ε.)

Από 2,4‰ έως 3,0‰ περιεκτικότητα σε οινόπνευμα

Βαριά διαταραχή της ισορροπίας και της κινητικότητας γενικότερα. Μεγάλη επιβράδυνση και διαταραχή των αντανακλαστικών. Μείωση της ικανότητας προσανατολισμού και αντίληψης του περιβάλλοντος. Εμφάνιση διαταραχών της μνήμης και της εγρήγορσης μέχρι και κώμα.

Πάνω από 3,0‰ περιεκτικότητα σε οινόπνευμα

Εδώ υπάρχει ο κίνδυνος για αλκοολική δηλητηρίαση με πιθανές οργανικές βλάβες μόνιμης διάρκειας και πιθανό χάσιμο των αισθήσεων ή θάνατος λόγω αναπνευστικής παράλυσης ή εισρόφησης.

Στο σημείο αυτό πρέπει να επισημάνουμε ότι η δράση του οινόπνευματος εξαρτάται από πολλούς παράγοντες όπως οι αλκοολικές συνήθειες, το σωματικό βάρος, ο χρόνος κατανάλωσης κτλ. Γενικά όμως ποσότητες πάνω των 4‰ μπορούν να προκαλέσουν οξεία αλκοολική δηλητηρίαση με θανατηφόρα κατάληξη, συνήθως λόγω αναπνευστικής παράλυσης ή καρδιακής ανακοπής. (Παπαγεωργίου, Ε.)

1.5. ΟΙ ΣΥΝΔΕΟΜΕΝΕΣ ΜΕ ΤΟ ΑΛΚΟΟΛ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Ταξινόμηση κατά ICD-10(International Classification of Disease)

Η 10^η Διεθνής Ταξινόμηση των Νόσων της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας [ICD-10 (Draft)1987], αναφέρει κάποιες βασικές ψυχικές διαταραχές και διαταραχές συμπεριφοράς που οφείλονται στη χρήση ψυχοδραστικών ουσιών:

Οξεία τοξίκωση: Πρόκειται για μεταβατική, προσωρινή κατάσταση, η οποία επακολουθεί τη χορήγηση οινοπνευματωδών ή άλλης ψυχοδραστικής ουσίας και συνεπάγεται διαταραχές στο επίπεδο της συνείδησης, των γνωστικών λειτουργιών, της αντίληψης, του συναισθήματος ή της συμπεριφοράς ή άλλων ψυχοφυσιολογικών λειτουργιών και απαντήσεων και το οποίο μπορεί να εκδηλωθεί με ποικίλες μορφές.

Επιβλαβής χρήση: Πρόκειται για τρόπο χρήσης των ψυχοδραστικών ουσιών που προκαλεί βλάβη της υγείας. Η βλάβη είναι δυνατόν να είναι σωματική ή ψυχική.

Σύνδρομο εξάρτησης: Πρόκειται για μια δέσμη φυσιολογικών και νοητικών εκδηλώσεων ή εκδηλώσεων της συμπεριφοράς, στις οποίες η χρήση κάποιας ουσίας ή ομάδας ουσιών για ένα συγκεκριμένο άτομο αποκτά πολύ πιο άμεση προτεραιότητα σε σχέση με άλλες συμπεριφορές, οι οποίες κάποτε είχαν μεγαλύτερη αξία για το άτομο αυτό. Κεντρικό περιγραφικό χαρακτηριστικό του συνδρόμου εξάρτησης είναι η επιθυμία για λήψη ψυχοδραστικών ουσιών, οινοπνευματωδών ή καπνού. Ίσως υπάρχουν ενδείξεις ότι η υποτροπή στη χρήση ουσιών μετά από μια περίοδο αποχής οδηγεί σε ταχύτερη επανεμφάνιση των άλλων χαρακτηριστικών του συνδρόμου σε σχέση με τα μη εξαρτημένα άτομα. Το σύνδρομο της εξάρτησης δύναται να εκδηλωθεί με τις ποικίλες μορφές.

Κατάσταση απόσυρσης ή στέρησης: Πρόκειται για ομάδα συμπτωμάτων, τα οποία συγκροτούνται μεταξύ τους κατά διάφορους τρόπους, έχουν ποικίλη ένταση και εμφανίζονται κατά την απόλυτη ή τη σχετική απόσυρση από την ουσία μετά από επανειλημμένη και συνήθως παρατεταμένη ή και σε μεγάλες δόσεις της ουσίας. Η έναρξη και η κατάσταση στέρησης της ουσίας είναι χρονικά περιορισμένες και

συνδέονται με το είδος της ουσίας και τη δόση που έχει ληφθεί αμέσως πριν από την αποχή. Η κατάσταση της απόσυρσης είναι δυνατό να επιπλακεί με σπασμούς ή με παραλήρημα. (Δημητρίου, Α., 2000)

Ταξινόμηση κατά DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)

Οι Διαταραχές σχετιζόμενες με το αλκοόλ διακρίνονται σε:

➤ Διαταραχές Χρήσης Αλκοόλ :

1. Η εξάρτηση από αλκοόλ
2. Η κατάχρηση αλκοόλ

-Υποτροπιάζουσα χρήση ουσίας που έχει σαν αποτέλεσμα αποτυχία στην εκπλήρωση βασικών υποχρεώσεων του ρόλου στην εργασία, το σχολείο ή το σπίτι (επανελημμένες απουσίες ή φτωχή εργασιακή απόδοση που σχετίζονται με τη χρήση της ουσίας, συνδεόμενες με την ουσία απουσίες, διακοπές ή αποβολές από το σχολείο, παραμέληση παιδιών ή νοικοκυριού).

-Υποτροπιάζουσα χρήση ουσίας σε καταστάσεις, στις οποίες είναι σωματικά επικίνδυνο.

-Υποτροπιάζοντα προβλήματα με το νόμο συνδεόμενα με την ουσία.

-Συνεχιζόμενη χρήση της ουσίας παρόλη την ύπαρξη μονίμων ή υποτροπιαζόντων κοινωνικών ή διαπροσωπικών προβλημάτων που προκαλούνται ή επιδεινώνονται από τις επιδράσεις της ουσίας.

➤ Διαταραχές Προκαλούμενες από Αλκοόλ:

1. Η αλκοολική τοξίκωση
2. Η στερητική διαταραχή από αλκοόλ
3. Το αλκοολικό τοξικό παραλήρημα
4. Το αλκοολικό στερητικό παραλήρημα
5. Η άνοια επίμονη προκαλούμενη από αλκοόλ
6. Η αμνησική διαταραχή επίμονη προκαλούμενη από αλκοόλ

7. Η ψυχωτική διαταραχή προκαλούμενη από αλκοόλ με παραληρητικές ιδέες
8. Η ψυχωτική διαταραχή προκαλούμενη από αλκοόλ με ψευδαισθήσεις
9. Η διαταραχή της διάθεσης προκαλούμενη από αλκοόλ
10. Η αγχώδης διαταραχή προκαλούμενη από αλκοόλ
11. Η σεξουαλική δυσλειτουργία προκαλούμενη από αλκοόλ
12. Η διαταραχή του ύπνου προκαλούμενη από αλκοόλ

➤ Διαταραχή Σχετιζόμενη με Αλκοόλ Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς. (Μάνος, Ν., 1997)

1.6. ΤΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΤΗΣ ΕΞΑΡΤΗΣΗΣ ΑΠΟ ΤΟ ΑΛΚΟΟΛ

Το σύνδρομο εξάρτησης

Το σύνδρομο της εξάρτησης περιλαμβάνει επτά στοιχεία ή συμπτώματα τα οποία χαρακτηρίζουν το άτομο που εξαρτάται από το αλκοόλ. (Ποταμιάνος, Γ., 1992)

Αυτά είναι τα εξής:

1) Συγκεκριμένες περίοδοι κατανάλωσης

Αυτό το στοιχείο αναφέρεται στο γεγονός ότι το άτομο δεν πίνει πλέον τυχαία. Αντίθετα η κατανάλωση γίνεται πιο συγκεκριμένη, δηλαδή το άτομο πίνει πάντα τις ίδιες περιόδους (μεσημέρι, βράδυ κτλ) άσχετα αν η ποσότητα της κατανάλωσης είναι μικρή ή μεγάλη.

2) Προτεραιότητα στην κατανάλωση του αλκοόλ

Στην συγκεκριμένη περίπτωση η ανάγκη για την κατανάλωση της αλκοόλης παίρνει προτεραιότητα από οποιαδήποτε δραστηριότητα στην καθημερινή ζωή. Το άτομο ενδιαφέρεται να εξασφαλίσει πρώτα από όλα τον τρόπο να πει προτού προβεί σε οποιαδήποτε άλλη ενέργεια.

3) Αυξημένη ανοχή στο αλκοόλ

Τα άτομα που χαρακτηρίζονται από το σύνδρομο της εξάρτησης παρουσιάζουν μια αυξημένη ανεκτικότητα στο αλκοόλ. Χρειάζονται δηλαδή, όλο και περισσότερο την ουσία (σε σύγκριση με την κατανάλωσή τους πριν την εμφάνιση του συνδρόμου) προκειμένου να ικανοποιήσουν τις ανάγκες για τις οποίες πίνουν.

4) Επαναλαμβανόμενα φαινόμενα στέρησης

Όπως και με άλλες ουσίες εξάρτησης, έτσι και στην περίπτωση της εξάρτησης από το αλκοόλ, η αποχή από την κατανάλωση δημιουργεί συμπτώματα στέρησης (νευρική κατάσταση, άγχος, ψευδαισθήσεις, προσωρινή αμνησία έως και τρομώδεις

παραλήρημα). Τα συμπτώματα αυτά επαναλαμβάνονται σε κάθε περίπτωση που το άτομο στερείται το αλκοόλ.

5) Αποφυγή ή ανακούφιση από τα συμπτώματα στέρησης

Ο τρόπος τον οποίο επιλέγουν τα άτομα με σύνδρομο εξάρτησης (και το άμεσο περιβάλλον τους) προκειμένου να αποφύγουν τα συμπτώματα της στέρησης, είναι η κατανάλωση αλκοόλης.

6) Ο συνειδητός καταναγκασμός του πότη

Ο προβληματικός πότης αρνείται συστηματικά ότι κάνει κατάχρηση της αλκοόλης. Στην περίπτωση που κάποιος από το περιβάλλον του σχολιάσει την υπερβολική ή συστηματική του κατανάλωση, η άρνηση γίνεται συνήθως εντονότερη. Ωστόσο, ο προβληματικός πότης έχει συνείδηση του καταναγκασμού του να πίνει. Αυτού του είδους η αυτογνωσία αποτελεί ένα ουσιαστικό στοιχείο του συνδρόμου εξάρτησης.

7) Επαναφορά του συνδρόμου

Αυτό το στοιχείο αναφέρεται στην πιθανότητα επανεμφάνισης του συνδρόμου μετά από κάποια περίοδο αποχής.

Σύμφωνα με τον Edwards, για να θεωρηθεί το άτομο ως εξαρτημένο από το αλκοόλ δεν είναι απαραίτητο να παρουσιάζει όλα τα στοιχεία/ συμπτώματα του συνδρόμου, ούτε χρειάζεται να τα παρουσιάζει με την ίδια ένταση.

Είναι σημαντικό να γίνει κατανοητό ότι όλοι οι πότες που παρουσιάζουν προβλήματα σχετικά με την κατανάλωση της αλκοόλης, δεν είναι απαραίτητα εξαρτημένοι από το αλκοόλ. Η εξάρτηση όμως αποτελεί ένα από τα σοβαρότερα προβλήματα τα οποία σχετίζονται με την κατανάλωση αυτής της ουσίας.

Προβληματικός πότης

Ο όρος του προβληματικού πότη περιλαμβάνει τις εξής περιπτώσεις:

- Άτομα τα οποία χαρακτηρίζονται από το σύνδρομο της εξάρτησης από το αλκοόλ αλλά δεν παρουσιάζουν ιδιαίτερα προβλήματα υγείας.

-Άτομα τα οποία παρουσιάζουν προβλήματα υγείας εξαιτίας της κατανάλωσης της αλκοόλης(οργανικά, ψυχιατρικά, κοινωνικά προβλήματα κλπ) αλλά δεν παρουσιάζουν το σύνδρομο της εξάρτησης από το αλκοόλ.

-Άτομα στα οποία το σύνδρομο της εξάρτησης και τα προβλήματα συνυπάρχουν.

Η χρησιμότητα του όρου προβληματικός πότης σε αντίθεση με τον όρο αλκοολικός, είναι η ευρύτητα αυτής της έννοιας και η δυνατότητά της να περιγράψει- όσο το δυνατό καλύτερα- την ανομοιογένεια των ατόμων που κινδυνεύουν από την κατανάλωση της αλκοόλης.

Οι μέθοδοι ανίχνευσης του προβληματικού πότη που μας είναι γνωστοί, χωρίζονται τυπικά σε δύο ομάδες: α) στις μεθόδους για την ανίχνευση προβλημάτων που σχετίζονται με το αλκοόλ και εκτίμηση του «βαθμού εξάρτησης» και β) στις μεθόδους εκτίμησης της κατάχρησης του αλκοόλ.

Όσο αναφορά στην πρώτη ομάδα, ιδιαίτερα χρήσιμα στη διάγνωση του αλκοολισμού έχουν φανεί τα ερωτηματολόγια MAST και CAGE αν και η ευαισθησία τους είναι μικρή στα αρχικά στάδια της εξάρτησης. Οι μέθοδοι εκτίμησης της κατάχρησης του αλκοόλ περιλαμβάνουν λεπτομερή συνέντευξη για την κατανάλωση του αλκοόλ και χρήση των αιματολογικών και ηπατολογικών τεστ (MCV και γ-GTP). Ως μειονέκτημα των τεστ θεωρείται το ότι οι τιμές τους επηρεάζονται και από άλλους παράγοντες όπως είναι το κάπνισμα και τα αντισυλληπτικά στις γυναίκες.

(Ποταμιάνος Γ., 1992)

1.7. ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΟΞΕΙΑΣ ΑΛΚΟΟΛΙΚΗΣ ΤΟΞΙΚΩΣΗΣ

Η απλή μέθη

Προκαλεί :α)μεταβολή του θυμικού, το οποίο γίνεται διαχυτικό(ευφορία, πολυλογία, ανεμελιά) και σπανιότερα καταθλιπτικό, β)ελάττωση της εγρήγορσης, μεταβολή της συμπεριφοράς με άρση των αναστολών (αστόχαστα λόγια και χειρονομίες), γ)κινητική ασυνέργεια (δυσαρθρία, παραπαίουσα βάδιση, αδεξιότητα των χειρονομιών).

Μέχρι ενός ορισμένου βαθμού αλκοολαιμίας(περίπου 0,80 gr/l), ο οποίος όμως ποικίλλει ανάλογα με την ατομική ανοχή, η τοξίκωση παραμένει σε υποκλινικό στάδιο. Ωστόσο οι μετρικές δοκιμασίες διαπιστώνουν στο στάδιο αυτό προσβολή των αισθητηριακών λειτουργιών και μείωση των αισθητικο-κινητικών επιδόσεων.

Το αλκοολικό κώμα

Παρατηρείται όταν η αλκοολαιμία ξεπερνά τα 3 gr/l. Μπορεί να πρόκειται για σοβαρό κώμα με υποθερμία, αναπνευστική κάμψη και κίνδυνο καταπληξίας, το οποίο χρειάζεται επείγουσα ανάνηψη. Η θανατηφόρα δόση κυμαίνεται μεταξύ 4 και 5 gr/l. Η έκθεση στο ψύχος και η νηστεία πριν από τη λήψη οινοπνεύματος είναι επιβαρυντικοί παράγοντες. Πρέπει πάντοτε στα άτομα αυτά να ελέγχεται η τιμή γλυκόζης στο αίμα(κίνδυνος υπογλυκαιμίας που οφείλεται στο οινόπνευμα).

Η παθολογική μέθη

Παρατηρείται σε ορισμένα άτομα γνωστά για την παρορμητική τάση τους για κατανάλωση οινοπνευματωδών. Η μέθη τείνει να πάρει παθολογική μορφή, συχνότερα κινητο-διεγερτικού τύπου:αναίτια ή για μηδαμινές αιτίες, το άτομο γίνεται έξαλλο, κτυπά, ουρλιάζει, σπάει. Η μέθη που συνοδεύεται από κρίση καταστρεπτικότητας μπορεί να κρατήσει πολλές ώρες και μπορεί να καταλήξει σε κώμα. Συχνά υπάρχει αμνησία του επεισοδίου. Μπορούμε επίσης να παρατηρήσουμε ψευδαισθητική μέθη (τρομακτική ψευδαισθηση) και παραληρητική μέθη (ζηλοτυπία, ιδέα καταδίωξης, αυτοκαταγγελίες για αποτρόπαια εγκλήματα), η σοβαρότητα των οποίων έγκειται στον κίνδυνο αστραπιαίας παρορμητικής επιθετικής πράξης ή αυτοκτονίας. Αυτές οι καταστάσεις ελέγχονται θεραπευτικά με ενδομυϊκή χορήγηση διαζεπάμης(valium) και επιτήρηση σε δωμάτιο απομόνωσης χωρίς καθήλωση.(Σουρέτης, Γ., Δαβαρούκας, Α, 1992)

1.8. ΟΙ ΚΥΡΙΟΤΕΡΕΣ ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΜΟΡΦΕΣ ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΥ

Σύμφωνα με το Fouquet (1951), οι κυριότερες κλινικές μορφές αλκοολισμού ταξινομούνται ως εξής:

Οι αλκοολίτιδες

Έχουν τα εξής χαρακτηριστικά: η προνοσηρή προσωπικότητα είναι φυσιολογική ή σχεδόν φυσιολογική, η τοξίκωση προκαλείται συνήθως από κρασί ή μπίρα, καταναλώνονται καθημερινά και συνεχώς σημαντικές ποσότητες συνήθως με παρέα, σπάνια προκαλείται κατάσταση μέθης, υπάρχει μια γενική προτίμηση για τα οινοπνευματώδη ποτά και τέλος δε γεννάται αίσθημα ενοχής, δεδομένου ότι τα άτομα αυτά έβλεπαν ανέκαθεν τους άλλους να πίνουν στην οικογένειά τους ή στη δουλειά τους. Επίσης τα άτομα αυτά έχουν την τάση να εμφανίσουν εξάρτηση και ζηλοτυπία απέναντι στο/ στη σύζυγο. Η σεξουαλικότητά τους είναι φυσιολογική για μεγάλο χρονικό διάστημα. Η έναρξη της διαταραχής τοποθετείται στο τέλος της εφηβείας, η ανοχή είναι υψηλή, οι τοξικές συνέπειες σημαντικές, η διάρκεια είκοσι έως σαράντα χρόνια. Η εξέλιξη μπορεί να περιλαμβάνει είτε την αυθόρμητη ελάττωση της κατανάλωσης στην αρχή της γεροντικής ηλικίας είτε την εμφάνιση επιλοκών: α) ηπατοπεπτικές ή πολυνευριτιδικές προσβολές, β) επιλοκές της στέρησης κατά τη διακοπή της τοξίκωσης, και γ) εξέλιξη προς αλκοολική νεύρωση.

Οι αλκοολώσεις ή αλκοολικές νευρώσεις

Υπάρχουν: α) Προτίμηση για τα απεριτίφ και τα ισχυρά ποτά, κατανάλωση ασυνεχής, συχνά μοναχική και κρυφή, β) μέθη συχνή και άτυπη, γ) περιορισμένη έλξη και μερικές φορές απέχθεια για το οινόπνευμα, δ) αίσθημα ενοχής και προσπάθεια αντίστασης στην τάση για κατάχρηση.

Η ηλικία έναρξης τοποθετείται πιο αργά και η σωματοψυχική αποδιοργάνωση είναι πιο γρήγορη από ό,τι στην αλκοολίτιδα. Παρατηρούνται σοβαρές και πρώιμες διαταραχές της σεξουαλικότητας και της κοινωνικής συμπεριφοράς, τα ελεύθερα μεσοδιαστήματα είναι όλο και πιο σπάνια και βραχυχρόνια, οι ψυχιατρικές επιλοκές είναι συχνές.

Οι συνοπτικές αλκοολώσεις, διψομανία

Η κατανάλωση είναι αποκλειστικά διαλείπουσα με μορφή σύντομων κρίσεων διάρκειας μερικών ωρών ή ημερών, κατά τις οποίες το άτομο πίνει κρυφά και χωρίς επιλογή, όποιο οινοπνευματώδες ποτό βρει (μερικές φορές φωτιστικό οινόπνευμα ή κολόνια). Η κρίση καταλήγει σε κωματώδη μέθη. Όταν το άτομο δεν είναι σε κρίση, παρατηρείται απέχθεια για το οινόπνευμα. Η ενοχή είναι πολύ έντονη.

Η έναρξη τοποθετείται μετά την ηλικία των 30 ετών, η διάρκεια ποικίλλει και η εξέλιξη προς αλκοολική νεύρωση είναι πιθανή.

Ο αλκοολισμός ως σύμπτωμα

Ο αλκοολισμός ως σύμπτωμα άλλης διαταραχής πρέπει να εξεταστεί χωριστά. Εδώ η εξάρτηση είναι καθαρά ψυχολογική, το οινόπνευμα χρησιμοποιείται ως καταπραϋντικό από άτομα που υποφέρουν ψυχικά και σωματικά. Η λανθάνουσα ψυχιατρική πάθηση (αγχώδης ή φοβική διαταραχή, σχιζοφρένεια, μανιοκαταθλιπτική ψύχωση, οργανική εγκεφαλική διαταραχή) μπορεί να συγκαλυφθεί για πολύ καιρό από την αλκοολική συμπεριφορά. Η διακοπή της χρήσης συμβαδίζει με τη βελτίωση της ψυχικής διαταραχής, σε μερικές περιπτώσεις όμως η αλκοολική συμπεριφορά παραμένει και εξελίσσεται προς αλκοολική νεύρωση. (Lempriere, T., Feline, A et al)

1.9. ΟΙ ΦΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΚΑΤΑΧΡΗΣΗΣ ΟΙΝΟΠΝΕΥΜΑΤΟΣ

Ο Jellinek το 1952 διατύπωσε τις κλασικές πλέον «φάσεις της κατάχρησης οινοπνεύματος» οι οποίες ποικίλλουν στη διάρκειά τους ανάλογα με τα χαρακτηριστικά του ατόμου και τους περιβαλλοντικούς παράγοντες. Ο Jellinek σημειώνει πως για τις αλκοολικές γυναίκες η διάκριση των φάσεων ίσως δεν είναι τόσο ξεκάθαρη και πως η ανάπτυξή τους συχνά είναι πιο γρήγορη. (Υφαντής, Θ., 1990)

Προ-αλκοολική φάση

Αλλαγή στη λήψη οινοπνεύματος, που γίνεται συχνότερη και μεγαλύτερη, ενώ σημειώνεται η σαφής ψυχολογική εξάρτηση, με έναρξη της ανησυχίας του ατόμου για τη σχέση μεταξύ ανακούφισης του άγχους και κατανάλωσης, που αρχίζει να τροφοδοτεί ένα φαύλο κύκλο. Η διάρκεια της φάσης είναι από 6 μήνες έως δύο χρόνια.

Προδρομική ή αρχική φάση

1. Συχνά κενά μνήμης (blackouts)
2. Κρυφό ποτό
3. Απασχόληση της σκέψης με θέματα σχετικά με τις ανάγκες του για οινόπνευμα
4. Άπληστο ποτό
5. Αισθήματα ενοχής για τη σχετική με το ποτό συμπεριφορά του
6. Αποφυγή συζητήσεων σχετικών με το ποτό
7. Αυξημένη συχνότητα «κενών μνήμης», Υψηλή κατανάλωση

Η διάρκεια της φάσης είναι από 6 μήνες έως 4-5 χρόνια

Κρίσιμη φάση

8. Απώλεια του ελέγχου
9. Εκλογίκευση της συμπεριφοράς του
10. Έναρξη «κοινωνικών πιέσεων» για μείωση της χρήσης
11. Επιβλητική, πομπώδης συμπεριφορά
12. «Σύστημα απομόνωσης»- Αξιοσημείωτη επιθετική συμπεριφορά
13. Επίμονες τύψεις
14. Περίοδοι απουσίας- εξαφάνιση από κοινωνικούς χώρους
15. Αλλαγή του τρόπου ποτού- υιοθέτηση κανόνων
16. Εγκατάλειψη φίλων
17. Εγκατάλειψη εργασιών
18. Επικέντρωση της συμπεριφοράς γύρω από το ποτό
19. Απώλεια εξωτερικών ενδιαφερόντων
20. Αναθεώρηση των διαπροσωπικών σχέσεων
21. Αξιοσημείωτος οίκτος για τον εαυτό του
22. Απόδραση από το χώρο που ζει γεωγραφικά
23. Αλλαγή στις οικογενειακές συνήθειες
24. Έναρξη συναισθημάτων αδικαιολόγητης έχθρας
25. Προσπάθεια να προστατεύσει τις προμήθειές του σε οινόπνευμα
26. Παραμέληση σωστής διατροφής
27. Πρώτη εισαγωγή σε νοσοκομείο
28. Μείωση σεξουαλικών ενορμήσεων
29. Αλκοολική ζήλια
30. Συστηματικό πρωινό ποτό(η μέθη είναι ο κανόνας κυρίως το βράδυ)

Χρόνια φάση

- 31.Επεισόδια παρατεινόμενης μέθης
- 32.Αξιοσημείωτη ηθική επιδείνωση
- 33.Εξασθένηση της σκέψης(αναστρέψιμη)
- 34.Αλκοολική ψύχωση(σε 10%)

35. Συντροφιά στο ποτό παρέα με άτομα απέχοντα πολύ από το κοινωνικό του επίπεδο.
36. Καταφεύγει σε «πρωτόγονα κατασκευασμένα ποτά»
37. Απώλεια της αντοχής στο οινόπνευμα
38. Ακαθόριστοι φόβοι αμέσως μόλις το οινόπνευμα εξαφανισθεί από τον οργανισμό
39. Τρόμος αμέσως μόλις το οινόπνευμα εξαφανισθεί από τον οργανισμό
40. Ψυχοκινητική επιβράδυνση
41. Το ποτό προσλαμβάνει επίμονο και βασανιστικό χαρακτήρα
42. Ανάπτυξη ασαφών επιθυμιών που έχουν σχέση με τη θρησκεία(60%)
43. Αποτυχία του «συστήματος εκλογίκευσης» της σχέσης του με το ποτό

Τα δεδομένα των φάσεων του Jellinek-όπως σημειώνει ο Orford- θεωρούν σαν δεδομένο ένα προφίλ προοδευτικά αυξανόμενης εξάρτησης, που όταν το άτομο ζητήσει βοήθεια, μπορεί να γίνει προοδευτικά μειούμενη ή να σταματήσει. Για πολλούς πότες ωστόσο, το προφίλ μπορεί να πάρει ξαφνικές κατηφορικές στροφές.

1.10. ΤΥΠΟΙ ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΥ

Ο Jellinek, περιέγραψε διάφορες μορφές(τύπους) με τους οποίους εμφανίζεται ο αλκοολισμός. Οι τύποι αυτοί, όσο και να μην παρουσιάζονται απόλυτα καθαροί και συγκεκριμένοι για κάθε αλκοολικό άτομο, είναι αρκετά βοηθητικοί για τον προσανατολισμό μας, όσο αφορά την ενδοψυχική διαταραχή του ατόμου και τη σχέση του με το οινόπνευμα.(Παπαγεωργίου, Ε.,)

Τύπος-α

Οι αλκοολικοί αυτού του τύπου υποφέρουν κυρίως από διάφορες ψυχονευρωτικές διαταραχές, όπως π. χ ελαφρές αγχώδεις καταστάσεις, φοβίες, ενδοψυχικές αναστολές και συναισθήματα ότι δεν μπορούν να αντεπεξέλθουν στις απαιτήσεις ορισμένων καταστάσεων.

Με τη χρήση του οινοπνεύματος επιτυγχάνεται μια σχετική απελευθέρωση από τέτοιου είδους δυσάρεστες καταστάσεις. Το οινόπνευμα χρησιμοποιείται δηλαδή σαν ένα είδος καταπραυντικού, που καλείται να μειώσει την ένταση ασυνείδητων-τις περισσότερες φορές-παθολογικών καταστάσεων.

Έτσι, κάθε ένας που έχει δοκιμάσει ένα αλκοολούχο ποτό στη ζωή του, γνωρίζει τη δράση του στον ψυχικό του κόσμο και χρησιμοποιεί τη δράση αυτή για επίτευξη ηρεμίας και γενικότερα αλλαγής της ψυχικής του κατάστασης, ανήκει στην κατηγορία αυτή του αλκοολικού.

Η συχνή και σταθερή αναζήτηση της δράσης αυτής του οινοπνεύματος μπορεί να οδηγήσει με τον καιρό σε ένα είδος ψυχικής εξάρτησης από αυτό. Αυτή η εξάρτηση μπορεί να υπάρχει επί δεκαετίες χωρίς να έχει οπωσδήποτε σαν αποτέλεσμα την απώλεια του ελέγχου και τη δημιουργία μιας ανεξέλεγκτης πια εξάρτησης από το οινόπνευμα.

Μπορεί όμως, ανάλογα με τη συχνότητα και ποσότητα οινοπνεύματος που καταναλίσκεται, να προκαλέσει οργανικές παθήσεις, σχετική απώλεια της ικανότητας για εργασία και ελαφρές ψυχικές διαταραχές.

Ο αλκοολικός τύπου-α παραμένει κατά κανόνα ένα μικρό σχετικά πρόβλημα για τον εαυτό του και το κοινωνικό του περιβάλλον. Αρκετές φορές όμως-ανάλογα με την ιστορική του εξέλιξη και τις κοινωνικές συνθήκες όπου αναπτύσσεται-ο αλκοολικός τύπου-α εξελίσσεται σε αλκοολικό τύπου-γ.

Τύπος-β

Εδώ ανήκουν τα διάφορα άτομα που κάνουν χρήση οινόπνευματος ευκαιριακά, ανάλογα με τις διάφορες κοινωνικές καταστάσεις που δημιουργούνται κάθε τόσο οι οποίες συνοδεύονται από τη χρήση οινόπνευματος.

Η χρήση του οινόπνευματος γίνεται κυρίως για προσπάθεια ένταξης-ή γιατί έτσι συνηθίζεται-σε ένα ορισμένο κοινωνικό περιβάλλον, από το οποίο δεν θέλουν να αποκοπούν. Με ένα είδος μιμητισμού, κάνουν αυτό που κάνουν και οι άλλοι και δεν μπορούν να διανοηθούν ότι οι οργανικές διαταραχές ή τα διάφορα ελαφρά κοινωνικά προβλήματα που τους παρουσιάζονται είναι αποτέλεσμα της «σχετικής» αυτής κατάχρησης οινόπνευματος.

Δεν παρουσιάζουν ούτε ψυχική ούτε σωματική εξάρτηση και είναι σε θέση να απομακρυνθούν, χωρίς δυσκολία, από τις «αλκοολικές τους συνήθειες», αν αλλάξουν κοινωνικό περιβάλλον.

Ακόμα και όταν καταναλώνουν τέτοιες ποσότητες οινόπνευματος που τους προκαλούν εμφανείς σωματικές διαταραχές(ίκτερος κλπ), αυτό γίνεται περισσότερο λόγω της λανθασμένης μιμητικής συμπεριφοράς τους, παρά λόγω κάποιων ενδοψυχικών προβλημάτων.

Τύπος-γ

Η εξέλιξη αυτού του τύπου μοιάζει, στα αρχικά τουλάχιστον στάδια, με αυτή του τύπου-α. Μέσα όμως από την όλο και συχνότερη χρήση του οινόπνευματος, με σκοπό τη δυνατότητα για αντιμετώπιση διαφόρων προβληματικών καταστάσεων, επέρχεται μια βαθμιαία εξασθένηση της «αμυντικής ικανότητας» της προσωπικότητας. Αποτέλεσμα αυτού η όλο και συχνότερη αντιμετώπιση και μικρών ακόμα προβλημάτων με τον τρόπο αυτό. Με τον καιρό αντικαθιστά το οινόπνευμα

τους αμυντικούς μηχανισμούς του ατόμου, στο οποίο δεν παραμένει πια άλλος τρόπος αντίδρασης σε τυχόν δυσκολίες, που του παρουσιάζονται.

Η ψυχική εξάρτηση είναι το κύριο χαρακτηριστικό του τύπου αυτού και συνοδεύεται σύντομα από τη φυσική εξάρτηση από το οινόπνευμα. Η απώλεια του ελέγχου είναι απόλυτη. Αλκοολικοί αυτού του τύπου πίνουν συνήθως μέχρι απώλειας της συνείδησης. Τα κοινωνικά προβλήματα που συνοδεύουν μια τέτοια συμπεριφορά, έρχονται να κλείσουν τον κύκλο των ψυχικών και σωματικών διαταραχών, αποτέλεσμα της εξάρτησης.

Αλκοολικοί τύπου-γ είναι όμως και αυτοί που στην περίπτωση που ξεκινήσουν με ένα ποτηράκι, δεν είναι σε θέση να σταματήσουν πριν φθάσουν σε ένα-γι' αυτούς-ορισμένο βαθμό δράσης του οινοπνεύματος στο ψυχικό τους κόσμο.

Πολλοί από αυτούς είναι σε θέση να παραμείνουν «στεγνοί» για μεγάλα χρονικά διαστήματα. Στις περιόδους αυτές είναι «ελεύθεροι» να αποφασίσουν αν θα πουν ή όχι, στην περίπτωση όμως που δοκιμάσουν πάλι πρέπει να φτάσουν τον ιδιαίτερο γι' αυτούς βαθμό δράσης του οινοπνεύματος πριν σταματήσουν.

Χαρακτηριστικό είναι ότι τα μεσοδιαστήματα-τα ελεύθερα οινοπνεύματος-όλο και μικραίνουν μέχρι να φτάσουν την καθημερινή χρήση-κατάχρηση.

Η εξέλιξη αυτού του αλκοολικού τύπου-γ είναι χαρακτηριστική της αλκοολικής εξάρτησης(ασθένειας). Σ' αυτό το στάδιο η σωματο-ψυχική βλάβη είναι τόσο μεγάλη, ώστε μπορεί με βεβαιότητα να ειπωθεί ότι πρόκειται περί αλκοολισμού, με την έννοια μιας ανίατης παθολογικής κατάστασης.

Μια θεραπεία, με την έννοια της επανάκτησης της ικανότητας ελεγχόμενης χρήσης οινοπνεύματος, δεν είναι πια δυνατή. Η ικανότητα αυτή για ελεγχόμενη χρήση έχει χαθεί για πάντα. Ακόμα και μετά μια μακρόχρονη «στεγνή» περίοδο, αποτέλεσμα ίσως κάποιας θεραπείας, η απλή δοκιμή οινοπνεύματος θα οδηγήσει σε σύντομο χρονικό διάστημα στην εκ νέου απώλεια του ελέγχου.

Ο αλκοολικός τύπος-γ είναι ο συχνότερος τύπος αλκοολισμού στις δυτικές χώρες και κυρίως χαρακτηρίζει τους νεότερους αλκοολικούς. Είναι ο τύπος αλκοολισμού που προξενεί τις μεγαλύτερες ατομικές(ψυχικές-σωματικές) και κοινωνικές βλάβες.

Τύπος-δ

Ο τύπος αυτός χαρακτηρίζεται από τη μακροχρόνια καθημερινή χρήση μιας ποσότητας οινοπνεύματος, μοιρασμένης σ' όλη τη διάρκεια της ημέρας. Περιβαλλοντικοί και κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες παίζουν στην εξέλιξη του τύπου αυτού πρωτεύοντα ρόλο. Είναι ο τύπος του αλκοολισμού που χαρακτηρίζει π. χ καλλιεργητές ή παραγωγούς οινοπνευματωδών ποτών ή γενικότερα ατόμων που απασχολούνται σε εργασίες συνδεδεμένες με τη χρήση οινοπνευματωδών ποτών.

Η απώλεια του ελέγχου παρουσιάζει στα άτομα αυτά μια ιδιομορφία. Δεν είναι απώλεια του ελέγχου πάνω στην ποσότητα, αλλά έχει την έννοια ότι δεν μπορούν να διακόψουν την καθημερινή χρήση της ορισμένης αυτής ποσότητας οινοπνεύματος που πίνουν.

Αλκοολικοί τύπου-δ μεθάνε σπανίως αντίθετα, παρουσιάζουν στερητικά συμπτώματα στην περίπτωση που δεν τους είναι δυνατή η χρήση οινοπνεύματος. Έτσι, είναι αναγκασμένοι να πίνουν καθημερινά για να αποφύγουν το επικείμενο στερητικό σύνδρομο. Χαρακτηριστική είναι και η πρωινή χρήση οινοπνεύματος μετά το μεσοδιάστημα στέρησης της νύχτας.

Αλκοολικοί τύπου-δ είναι σε θέση για δεκαετίες να εκπληρώνουν τις κοινωνικές τους υποχρεώσεις έτσι ώστε να μη γίνονται αντιληπτοί από το περιβάλλον τους. Η χρόνια αυτή όμως δηλητηρίαση με το οινόπνευμα έχει καταστροφικά αποτελέσματα τόσο στο οργανικό όσο και στο ψυχικό επίπεδο, που οδηγούν σε μια γενικότερη αποδιοργάνωση της προσωπικότητας.

Συχνά παρουσιάζονται και χαρακτηριστικές νευρο-ψυχικές παθήσεις, όπως οργανικά ψυχοσύνδρομα, επιληψία ή διάφορου είδους ψυχώσεις. Η αποτοξίνωση των ασθενών αυτών πρέπει να γίνεται -λόγω του κινδύνου εμφάνισης του γνωστού delirium tremens-από ειδικευμένο προσωπικό σε κατάλληλα γι' αυτή νοσοκομειακά κέντρα.

Τύπος-ε

Αλκοολικοί τύπου-ε είναι άτομα, τα οποία λόγω κάποιων εσωτερικών κρίσεων βρίσκουν φυγή στο οινόπνευμα.

Η φυγή αυτή είναι όμως τέτοιας μορφής ώστε τα άτομα αυτά πίνουν ανεξέλεγκτα, για ένα περιορισμένο χρονικό διάστημα, μέχρι σημείου δηλητηρίασης από το οινόπνευμα. Στην περίπτωση μάλιστα που δεν τους βρίσκονται οινοπνευματώδη ποτά, είναι σε θέση να δοκιμάσουν κάθε σκεύασμα το οποίο περιέχει οινόπνευμα όπως κολόνιες κλπ.

Στα μεσοδιαστήματα των κρίσεων αυτών είναι πάλι ικανοί να πίνουν «συνηθισμένα» ή και καθόλου. Μια τέτοια εξέλιξη μπορεί φυσικά να οδηγήσει σε εξάρτηση από το οινόπνευμα. Το εάν ο τύπος-ε είναι μια αλκοολική ασθένεια (όπως οι τύποι γ και δ) ή είναι απλά το σύμπτωμα μιας βαθύτερης ψυχικής διαταραχής, είναι δύσκολο να προσδιοριστεί με βεβαιότητα.

Η τυπολογία αυτή κατά Jellinek έχει καθιερωθεί σε παγκόσμια κλίμακα και είναι εξίσου αποδεκτή από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας. Σαν αλκοολικές ασθένειες αναγνωρίζονται κυρίως οι τύποι γ και δ. Ο αλκοολισμός τύπου-α είναι ίσως η πηγή τροφοδοσίας του τύπου-γ και ο αλκοολισμός τύπου-β, του τύπου-δ.
(Ε. Παπαγεωργίου, «οι εξαρτήσεις στη ζωή μας»)

1.11. ΜΟΝΤΕΛΑ ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΥ

Ο όρος «μοντέλο», δεν σημαίνει απαραίτητα θεωρία δηλώνει όμως τρόπο σκέψης και αντίληψης για την κατανόηση φαινομένων. Ο τρόπος με τον οποίο κατανοούμε το πρόβλημα του αλκοολισμού δεν είναι στατικός. Η σύγχρονη σχετική επιστημονική δραστηριότητα διαμορφώνει απόψεις που οδηγούν στην αμφισβήτηση των κρατούντων μοντέλων του αλκοολισμού τα οποία προσεγγίζουν το φαινόμενο από διαφορετική οπτική γωνία και τα οποία βρίσκονται σε συνεχή εξέλιξη. (Ποταμιάνος, Γ., 1992)

Τα επικρατέστερα μοντέλα προσέγγισης του φαινομένου είναι τα ακόλουθα:

Το ψυχοδυναμικό μοντέλο

Η προσέγγιση αυτή αντλεί τα επιχειρήματά της και βασίζεται κυρίως στη φροϋδική ψυχαναλυτική θεωρία (ψυχαναλυτικές θεωρίες όπως αυτές των Jung, Adler κ.λπ. αποτελούν επίσης μέρος της ψυχοδυναμικής προσέγγισης). Οι πρώτες δημοσιεύσεις «περί αλκοολισμού» εμφανίστηκαν στην ψυχαναλυτική βιβλιογραφία το 1915. Ο ψυχαναλυτής Ferenczi θεώρησε ότι ο αλκοολισμός είναι ένα έκδηλο σύμπτωμα της συμπεριφοράς του ατόμου με λανθάνουσα ομοφυλοφιλία.

Τριάντα χρόνια αργότερα, ο ψυχαναλυτής Fenichel παρατηρώντας την «εναλλασσόμενη και κυκλική» συμπεριφορά του «περιοδικού» αλκοολικού (δηλαδή του ατόμου που κάνει κατάχρηση αλκοόλης κατά περιόδους (π. χ. Σαββατοκύριακα, μερικές μέρες το μήνα κ. τ. λ.) κατέληξε στο συμπέρασμα ότι ο αλκοολισμός έχει το ίδιο «ψυχικό περιεχόμενο» με αυτό της μανιοκατάθλιψης. Σε αντιστοιχία δηλαδή της μανίας και της κατάθλιψης οι οποίες εναλλάσσονται, στον περιοδικό αλκοολικό παρατηρούνται εναλλαγές μεταξύ «φυσιολογικής» και «αλκοολικής» συμπεριφοράς.

Η προσωπικότητα του αλκοολικού αποτέλεσε ένα από τα κύρια ερωτήματα που απασχόλησαν τους θεωρητικούς της ψυχοδυναμικής κατεύθυνσης. Οι Kessel & Walton αναφέρθηκαν σε δύο κύριες διαστάσεις που –κατά την άποψή τους– χαρακτηρίζουν την προσωπικότητα του αλκοολικού.

Η πρώτη διάσταση την οποία ονομάζουν «καθήλωση και εξάρτηση» εξηγεί την αδυναμία για ενηλικίωση η οποία χαρακτηρίζει αρκετά τέτοια άτομα. Η αδυναμία για ενηλικίωση φαίνεται να είναι το αποτέλεσμα καθήλωσης σε ένα από τα στάδια

της ψυχολογικής ανάπτυξης του ατόμου, και ιδιαίτερα στο «στοματικό στάδιο». Τα άτομα αυτά έχουν την τάση να είναι εγωκεντρικά και να παρουσιάζουν δυσκολίες στην ανάπτυξη ουσιαστικών σχέσεων με άλλα άτομα. Ένας άλλος παράγοντας ο οποίος συμβάλλει στην ανάπτυξη της ανώριμης προσωπικότητας είναι μια αφύσικη προσκόλληση στους γονείς και ιδιαίτερα η εξάρτηση που παρουσιάζουν ορισμένοι ενήλικες από τη μητέρα τους. Τα παραπάνω χαρακτηριστικά δημιουργούν πιέσεις στο άτομο, ιδιαίτερες όταν αυτό κληθεί να αναλάβει ρόλους ενηλίκου (συζύγου, πατέρα, επαγγελματία κ. τ. λ). Το άτομο επιλέγει την κατάχρηση του αλκοόλ ως διέξοδο από τις πιέσεις που αφορούν στην ανάληψη ρόλων.

Η δεύτερη διάσταση την οποία ονομάζουν «άμεση ικανοποίηση αναγκών», έχει άμεση σχέση με την τάση για υπερπροστασία που δείχνουν πολλοί γονείς στα παιδιά τους. Η τάση για υπερπροστασία οδηγεί όχι μόνο στην εξάρτηση των παιδιών από τους γονείς, αλλά και στην άμεση ικανοποίηση αναγκών και στην έλλειψη αυτοπεποίθησης και πρωτοβουλιών στην ενήλικη ζωή. Η τάση αυτή για άμεση ικανοποίηση των αναγκών μπορεί να οδηγήσει το άτομο στον αλκοολισμό για δύο λόγους. Πρώτον γιατί το αλκοόλ είναι η διέξοδος στην προσωπική δυσφορία που αισθάνεται το άτομο όταν τα πράγματα δεν πάνε με το μέρος του και γιατί το αλκοόλ είναι μια εύκολη, φτηνή και νόμιμη λύση για την άμεση επίλυση αυτής της δυσφορίας.

Το ιατρικό μοντέλο

Η προσέγγιση αυτή αναφέρεται στις βλάβες που μπορούν να προκληθούν από την κατάχρηση της αλκοόλης. Οι υποστηρικτές αυτού του μοντέλου θεωρούν τον αλκοολισμό περισσότερο σαν ασθένεια παρά ως ένα κοινωνικό φαινόμενο με επιπτώσεις στη σωματική υγεία του ατόμου. Το ιατρικό μοντέλο του αλκοολισμού μπορεί να θεωρηθεί το αρχαιότερο από όλες τις προσεγγίσεις σ' αυτό το φαινόμενο. Οι σύγχρονες απόψεις για την «ιατρικοποίηση» του αλκοολισμού έχουν τις ρίζες τους στον αμερικανό ψυχίατρο E. M Jellinek ο οποίος έπαιξε καθοριστικό ρόλο στην αλλαγή των στάσεων που επικρατούσαν στην κοινή γνώμη σχετικά με τον αλκοολισμό. Η μακρόχρονη συνεργασία του με την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας του έδωσε την ευκαιρία να μελετήσει τον αλκοολισμό μέσα σε διαφορετικά πολιτισμικά πλαίσια. Η εμπειρία του τον οδήγησε στο συμπέρασμα ότι υπάρχουν

ποικίλες διαστάσεις και εκφράσεις του αλκοολισμού και προβληματίστηκε με το αν ο όρος αλκοολισμός ήταν κατάλληλος ή και λειτουργικός προκειμένου να περιγράψει το σύνολο των ατόμων που παρουσιάζουν προβλήματα σχετικά με τη χρήση ή την κατάχρηση του αλκοόλ. Η προσφορά του Jellinek στην κατανόηση και αντιμετώπιση του φαινομένου του αλκοολισμού είναι μεγίστης σημασίας για δύο λόγους: Πρώτον, γιατί άνοιξε τους ορίζοντες για μια ανανεωμένη προσέγγιση του φαινομένου το κύριο χαρακτηριστικό της οποίας ήταν η έννοια της πολυδιάστατης φύσης του αλκοολισμού σε αντίθεση με την μονοδιάστατη άποψη που επικρατούσε στον καιρό του και δεύτερον, γιατί η προσπάθεια «ιατρικοποίησης» του αλκοολισμού έφερε σημαντικές αλλαγές στη διαμόρφωση των στάσεων απέναντι στον αλκοολικό.

Το συμπεριφορικό μοντέλο

Η προσέγγιση αυτή έχει τις ρίζες της στις θεωρίες της μάθησης και είναι άμεσα συνδεδεμένη με τις γνωστές παρατηρήσεις και τα πειράματα του ρώσου φιλοσόφου Ραβλον και την ανάπτυξη της θεωρίας της «κλασικής εξάρτησης». Ο αμερικάνος ψυχολόγος Watson θεωρείται από τους πιο ένθερμους υποστηρικτές αυτής της θεωρίας και ένας από τους πρωτεργάτες της «θεραπείας της συμπεριφοράς».

Ο B. F Skinner έκανε γνωστή τη δεύτερη ουσιαστική προσέγγιση στα πλαίσια των θεωριών της μάθησης, που έχει την ονομασία: «συντελεστική μάθηση».

Η βασική θέση των θεωριών της μάθησης είναι ότι η ανθρώπινη συμπεριφορά είναι αποτέλεσμα μιας σειράς από φυσιολογικές αντιδράσεις του ατόμου σε εξαρτημένα και ανεξάρτητα ερεθίσματα. Έτσι, οι κατάλληλοι χειρισμοί αυτών των ερεθισμάτων μπορούν να οδηγήσουν στην αλλαγή μιας δεδομένης συμπεριφοράς.

Σύμφωνα με το μοντέλο αυτό, η υπερβολική χρήση της αλκοόλης μπορεί να οδηγήσει στον αλκοολισμό είτε γιατί το άτομο συνδέει την κατανάλωση με κάτι ευχάριστο, είτε γιατί η κατανάλωση της αλκοόλης συνδέεται με την αποφυγή δυσάρεστων εμπειριών. Και στις δύο αυτές περιπτώσεις το άτομο «μαθαίνει να πίνει υπερβολικά». Κατά το μοντέλο της συντελεστικής μάθησης, η υπερβολική χρήση της αλκοόλης είναι μια αντίδραση είτε για την εμφάνιση ενός ευχάριστου ερεθίσματος είτε για την αποφυγή ή απομάκρυνση ενός δυσάρεστου ερεθίσματος. Αυτό οδηγεί σε

τακτική κατανάλωση αλκοόλ για τη διατήρηση ή επανεμφάνιση του παραπάνω επιθυμητού αποτελέσματος. Με αυτόν τον τρόπο, ο πότης «αμειβεται» για την «αντίδρασή» του(κατανάλωση αλκοόλης). Στη συνέχεια η αμοιβή αυτή λειτουργεί σαν ενίσχυση για την επανεμφάνιση της «αντίδρασης» που θα οδηγήσει πάλι στην «αμοιβή» ή στο επιθυμητό αποτέλεσμα. Έτσι δημιουργείται ένας φαύλος κύκλος το αποτέλεσμα του οποίου μπορεί να είναι ο αλκοολισμός.

Με τον ίδιο τρόπο λειτουργεί και η διαδικασία για την αποφυγή ή απομάκρυνση δυσάρεστων ερεθισμάτων. Στην προκειμένη περίπτωση, το άτομο μπορεί να καταναλώνει αλκοόλ για να μειώσει το άγχος που δημιουργείται από διάφορα ερεθίσματα(π. χ προσωπικές ή επαγγελματικές σχέσεις). Μ' αυτό τον τρόπο το αλκοόλ(η αντίδραση στο ερέθισμα) οδηγεί στη μείωση του άγχους(αμοιβή) και στη συνέχεια αυτή η αντίδραση(κατανάλωση αλκοόλης) ενισχύεται από το επιθυμητό αποτέλεσμα(μείωση του άγχους). Έτσι δημιουργείται ξανά ένας φαύλος κύκλος που μπορεί να οδηγήσει στον αλκοολισμό.

Τεχνικές της συμπεριφορικής θεραπείας, όπως η «συστηματική αποεναισθητοποίηση» έχουν χρησιμοποιηθεί για τη θεραπεία του αλκοολισμού.

Το συμπεριφορικό μοντέλο έχει υποστεί δριμεία κριτική. Μια από τις πιο βασικές κριτικές που του ασκήθηκε είναι ότι η θεραπεία συμπεριφοράς θεραπεύει το σύμπτωμα αλλά όχι την αιτία της νόσου ή του φαινομένου. Παρ' όλα αυτά εξακολουθεί να είναι ένα μοντέλο λειτουργικό, με ευρεία εφαρμογή και αρκετά αποτελεσματικό.

1.12. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΥ

Προσπάθειες για την καταγραφή των αιτιών του αλκοολισμού υπήρξαν πολλές. Τα τελευταία χρόνια έχει καταγραφεί μια τάση για την επανεξέταση και την ομαδοποίηση των παραγόντων που οδηγούν στη κατάχρηση της αλκοόλης. Καμία συνθετική εξήγηση δεν είναι ικανοποιητική γιατί ο αλκοολισμός είναι ένα ετερογενές φαινόμενο και ο βαθμός συμβολής των διαφόρων παραγόντων, ποικίλλει από το ένα άτομο στο άλλο. Στη συνέχεια ακολουθεί μια σύνοψη των κυριότερων αιτιών του φαινομένου τις οποίες συναντάμε στην σχετική βιβλιογραφία.

Ψυχολογικά αίτια (η αλκοολική προσωπικότητα)

Ο κύριος προβληματισμός στην προκειμένη περίπτωση ήταν αν οι αλκοολικοί έχουν μια ιδιόμορφη προσωπικότητα που μοιραία οδηγεί στον αλκοολισμό. Παρά το ότι η κλινική πρακτική και εμπειρία με αλκοολικούς έδειχναν στοιχεία που τεκμηριώναν την ύπαρξη της «αλκοολικής προσωπικότητας», οι σύγχρονες διαχρονικές κλινικές και επιδημιολογικές μελέτες δεν έφεραν στο φως πειστικά στοιχεία που να εδραιώνουν αυτή την άποψη. Ο Sutherland και οι συνεργάτες του, ανέφεραν ότι *«οι μελέτες που έχουν εκπονηθεί μέχρι τώρα, παρουσιάζουν σοβαρή έλλειψη στοιχείων ώστε να είναι σε θέση να υποστηρίξουν ότι άτομα μιας συγκεκριμένης δομής της προσωπικότητας έχουν περισσότερες πιθανότητες να γίνουν αλκοολικοί από άτομα με άλλη προσωπικότητα...»*.

Είναι γεγονός ότι ορισμένοι ψυχολογικοί μηχανισμοί διέπουν την αλκοολική συμπεριφορά: μίμηση, υπεραναπλήρωση, υποκατάσταση, αυτοεπιθετικότητα, νοσηρή παρορμητικότητα. Τα γνωρίσματα της προσωπικότητας που συναντώνται συχνά είναι η ανωριμότητα, η ανασφάλεια, η εξάρτηση και η έλλειψη αντοχής στις ματαιώσεις. Δεν υπάρχει όμως κάποια ειδοποιός προαλκοολική προσωπικότητα. (Ποταμιάνος, Γ., 1992)

Κοινωνικά-Πολιτισμικά αίτια

Ορισμένοι κοινωνικο-πολιτισμικοί παράγοντες ευνοούν τη συνήθεια της αλκοολικής τοξίκωσης. Ο ρόλος τους είναι σημαντικός και προφανής, αν λάβουμε υπόψη μας τον υψηλό επιπολασμό του αλκοολισμού σε ορισμένα επαγγέλματα(ιδιοκτήτες καφενείων, εμπορικοί αντιπρόσωποι, χειρώνακτες υψηλών θερμιδικών αναγκών), σε μη προνομιούχες από οικονομική άποψη ή πολιτιστικά αποδιοργανωμένες κοινωνικές ομάδες, σε χώρες όπου τα ερεθίσματα είναι ισχυρά.

Ο τρόπος με τον οποίο είναι οργανωμένη η σύγχρονη οικογένεια, η εργασία και η κοινωνία γενικότερα, φαίνεται να αποτελεί σημαντικό παράγοντα αιτιολογίας του αλκοολισμού. Οι κοινωνικές πιέσεις που ασκούνται διαμέσου των κοινωνικών προβλημάτων όπως η οικονομία, η υγεία, το περιβάλλον, η ανεργία, τα αδιέξοδα των νέων ανθρώπων κ. α το λιγότερο που μπορούν να κάνουν είναι να οδηγήσουν έναν αριθμό ατόμων στην κατάχρηση οινοπνεύματος.(Λιάππας, Γ)

Είναι γεγονός ότι υπάρχει μια στενή σχέση μεταξύ της δυνατότητας πρόσβασης στο αλκοόλ και του αριθμού των αλκοολικών. Ο γάλλος επιδημιολόγος Requinot έδειξε ότι κατά μια χρονικά συγκεκριμένη περίοδο, όταν η παραγωγή και κατανάλωση του κρασιού μειώθηκε λόγω του πολέμου από 5 σε 1 λίτρο την εβδομάδα, η θνησιμότητα εξαιτίας της κίρρωσης του ήπατος μειώθηκε επίσης κατά 80%. Ανάλογη μείωση της θνησιμότητας αναφέρει και ο Martini(1970) την περίοδο της ποτοαπαγόρευσης στις ΗΠΑ.

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 κοινωνικές διαστάσεις(τιμή, νομιμότητα, κοινωνική αποδοχή) διατηρούν ή και αυξάνουν την κατανάλωση ή/ και την κατάχρηση αυτής της ουσίας.

Η διαφήμιση μέσω των ΜΜΕ φαίνεται να συμβάλλει στην αύξηση κατανάλωσης οινοπνεύματος με δύο τρόπους. Είτε με τη δημιουργία προτύπων τα οποία υιοθετούνται από τους νέους, είτε με το να επιβεβαιώνει υπάρχουσες συμπεριφορές που διέπουν τη νεανική κουλτούρα. Η συντριπτική πλειοψηφία των διαφημίσεων για αλκοολούχα ποτά, συνδέουν την κατανάλωση του αλκοόλ με κοινωνική, επαγγελματική ή σεξουαλική επιτυχία. Χαρακτηριστικό είναι το ότι ένας άνθρωπος μέχρι την ηλικία των 18 ετών έχει -κατά μέσο όρο- παρακολουθήσει 75.000 διαφημίσεις για αλκοολούχα ποτά.(Rok, M).

Ο τρόπος ζωής ενός ατόμου θεωρείται επίσης ένας παράγοντας αύξησης της κατανάλωσης του αλκοόλ. Ιδιαίτερα ευάλωτα φαίνεται να είναι τα άτομα που ζουν και εργάζονται κάτω από συνθήκες πίεσης(δημοσιογράφοι, δικηγόροι κτλ).

Οι διάφοροι πολιτισμικοί παράγοντες που δρουν και ασκούν αρκετά συχνά κοινωνικό έλεγχο, μπορεί να ευθύνονται για την ύπαρξη ή την ανυπαρξία του αλκοολισμού. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζουν όχι τόσο οι κοινότητες που για θρησκευτικούς ή άλλους λόγους απαγορεύουν τη χρήση οινοπνεύματος, αλλά οι κοινότητες όπου ενώ η χρήση της αλκοόλης είναι κοινωνικά αποδεκτή, οι περιπτώσεις αλκοολισμού είναι σπάνιες. Στην εβραϊκή κοινότητα για παράδειγμα, τα παιδιά μαθαίνουν να κάνουν χρήση του αλκοόλ στο οικογενειακό τους περιβάλλον, έτσι η χρήση είναι αποδεκτή ενώ η κατάχρηση ή η μέθη είναι αξιόποινες συμπεριφορές.

Σε χώρες όπως η Ιρλανδία και οι Η.Π.Α. όπου η χρήση του αλκοόλ είναι κοινωνικά αποδεκτή, ο αλκοολισμός υφίσταται πιθανώς γιατί εκλείπει το στοιχείο της ελεγχόμενης καταναλωτικής συμπεριφοράς του αλκοόλ.

Τέλος, σε χώρες όπως η Γαλλία και η Ιταλία όπου η χρήση του αλκοόλ επιτρέπεται σε σχετικά μικρές ηλικίες και φυσικά παρουσιάζεται σοβαρό πρόβλημα κατάχρησης ωστόσο, φαίνεται ότι υπάρχει μειωμένη αντικοινωνική συμπεριφορά σχετικά με την κατανάλωση της αλκοόλης.

Βιολογικά αίτια-Γενετικοί παράγοντες

Τα αίτια του αλκοολισμού αναζητήθηκαν και σε βιολογικούς παράγοντες όπως για παράδειγμα η αναζήτηση σημαντικών διαφορών μεταξύ αλκοολικών και μη αλκοολικών όσον αφορά ζητήματα ανατομίας, φυσιολογίας, παθολογίας κ. α. Ωστόσο, οι προσπάθειες αυτές απέβησαν άκαρπες και εγκαταλείφθηκαν γρήγορα.

Η «αλλεργική θεωρία»η οποία διατυπώθηκε από κάποιους επιστήμονες στα μέσα της δεκαετίας του '40, υποστήριζε ότι οι αλκοολικοί παρουσιάζουν έναν «αλλεργικό παράγοντα» στη βιολογική τους σύνθεση που είναι υπεύθυνος για την εξάρτησή τους από το αλκοόλ. Έπειτα από τη δημοσίευση των εργαστηριακών πειραμάτων των Robinson & Voegtlin(1952), η θεωρία αυτή καταρρίφθηκε εφόσον δεν προέκυψε κανένα στοιχείο ικανό να τη στηρίξει.(Lempriere, T., Felling, A., et al)

Ένας άλλος παράγοντας που απασχολεί σοβαρά τους σχετικούς επιστήμονες είναι αυτός της κληρονομικότητας μέσω γενετικών μηχανισμών. Οι έρευνες που εστιάζονται στο θέμα αυτό μελετούν την πιθανότητα εκδήλωσης του αλκοολισμού σε παιδιά αλκοολικών που έχουν υιοθετηθεί και δεν είχαν καμία επαφή με τους βιολογικούς τους γονείς. (Lempriere, T., Felling, A., et al)

Τα προβλήματα που είχαν να αντιμετωπίσουν οι ερευνητές ήταν αρκετά και αφορούσαν κατά κύριο λόγο την ανεύρεση ερευνητικού δείγματος καθώς και την μεθοδολογία που έπρεπε να ακολουθήσουν. Η έρευνα των Roen-Burks, δεν απέδωσε κάποια συγκεκριμένα και σημαντικά στοιχεία που να αποδεικνύουν την σχέση της κληρονομικότητας με τον αλκοολισμό. Αντιθέτως, οι έρευνες των Good-Winet (1973) και των Cadoret και Gath(1977) έδειξαν, ότι το φαινόμενο του αλκοολισμού παρουσιάζοταν σε μεγαλύτερο ποσοστό στα παιδιά που ο βιολογικός τους πατέρας ήταν αλκοολικός, από ότι σε παιδιά που ο πραγματικός τους πατέρας δεν ήταν.

Οι παραπάνω ερευνητές δηλώνουν χαρακτηριστικά, ότι: «...ο εντοπισμός του αλκοολισμού σε υιοθετημένα παιδιά που ο βιολογικός τους πατέρας ήταν αλκοολικός, αποτελεί σοβαρή ένδειξη για την ύπαρξη γενετικών παραγόντων...».

Οικογενειακά αίτια

Η οικογένεια και η δομή της είναι ένας πολύ σημαντικός παράγοντας επίδρασης της συμπεριφοράς των νέων απέναντι στις διάφορες ουσίες γενικά και στο αλκοόλ ειδικότερα.

Άτομα που προέρχονται ή και ζουν σε αποδιοργανωμένα περιβάλλοντα όπου κυριαρχούν στοιχεία όπως η έλλειψη επικοινωνίας, η γονική αμέλεια, η στέρηση, οι καυγάδες μεταξύ των γονιών, η κακοποίηση των παιδιών κ. α, βρίσκουν διέξοδο πολλές φορές στη χρήση αλκοόλ. Όταν λοιπόν οι γονείς, στην προσπάθειά τους να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα της ζωής, καταφεύγουν σε εύκολες και επάδυνες διεξόδους, αποτελούν σίγουρα αρνητικά πρότυπα για τα παιδιά τους. Δεν είναι πάντα απαραίτητο να πίνουν οι γονείς για να επηρεαστούν αρνητικά τα παιδιά. Η έλλειψη πληροφόρησης για τους κινδύνους που εγκυμονεί η κατάχρηση οινόπνευματων, αποτελεί ένα σοβαρό παράγοντα που στρέφει το παιδί στη χρήση.(Ποταμιάνος, Γ., 1994)

Τέλος, ο νέος στην προσπάθειά του να αντιμετωπίσει την ασυνέπεια της οικογενειακής ζωής, την έλλειψη θέρμης αλλά και διαλόγου, οδηγείται στην εκδήλωση προβληματικής συμπεριφοράς, που στη συγκεκριμένη περίπτωση εμπλέκει και τη χρήση οινόπνευματων ουσιών.

1.13. ΦΑΙΝΟΜΕΝΟΜΕΝΟΛΟΓΙΚΕΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ ΤΟΥ ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΥ(ΘΕΩΡΙΕΣ ΑΙΤΙΩΝ ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΥ)

-Horton και η θεωρία του άγχους

Το 1943 ο Horton διατύπωσε την άποψη ότι «η πρωτογενής δράση του οινοπνεύματος σε όλες τις κουλτούρες είναι η μείωση του άγχους». Σύμφωνα με τον ίδιο, το άγχος αυτό είναι αποτέλεσμα του τρόπου ζωής μέσα σε ένα δεδομένο κοινωνικο-οικονομικό σύστημα, που συντελεί στη δημιουργία του άγχους αυτού. Στην ερευνά του, περιορίστηκε στην μέτρηση των παραγόντων «κοινωνικο-οικονομικό σύστημα» και «αλκοολική συμπεριφορά». Ως αδυναμία στην έρευνα του Horton θεωρήθηκε η απευθείας μεταφορά της κοινωνικο-οικονομικής κατάστασης στο ατομικό επίπεδο, καθώς και το ότι υπάρχουν και άλλοι τρόποι να απαλλαγεί το άτομο από το συναίσθημα του άγχους, εκτός από την κατάχρηση οινοπνεύματος. Το κενό της έρευνας συμπληρώθηκε από ψυχολογικές εξηγήσεις με αυθαίρετο χαρακτήρα ωστόσο, η παρατήρηση του Horton για την μείωση του άγχους το οποίο οφείλεται σε παθολογικές κοινωνικές δομές, έχει κοινωνιολογικά αξία. (Παπαγεωργίου, Ε.,)

-Field και η υπόθεση της κοινωνικής οργάνωσης

Ο Field(1962) ασχολήθηκε με τα αποτελέσματα της έρευνας του Horton και δημιούργησε την τροπολογία της θεωρίας του κατά την οποία, η ανάγκη για κατάχρηση οινοπνευματωδών ποτών εμφανίζεται κυρίως σε πολιτισμούς με ασθενική πολιτική οργάνωση, έλλειψη κυριαρχίας και χαλαρή κοινωνική δομή. Υπέθεσε ότι σε σταθερά δομημένες κοινωνίες, η δυνατότητα ελέγχου πάνω στην ιδιαίτερη αλκοολική συμπεριφορά είναι μεγαλύτερη από ότι σε κοινωνίες στις οποίες η σταθερή δομή απουσιάζει. Η θεώρηση αυτή πλησιάζει περισσότερο στην πραγματικότητα των δυτικών κοινωνιών, όμως το πρόβλημά της εντοπίζεται στο είδος της οργάνωσης μιας κοινωνίας, για την οποία δεν επαρκούν τα τυχόν νομοθετικά πλαίσια αλλά πρέπει να λαμβάνεται υπ' όψιν η όλη ιστορική οργανωτική ανάπτυξη της κοινωνίας αυτής με τα ήθη και τα έθιμά της.

-Η συμβολική λειτουργία του αλκοόλ

Η συμβολική λειτουργία των οινοπνευματωδών ποτών μέσα στα πλαίσια μιας δεδομένης κοινωνίας αποτελεί ακόμα ένα κοινό χαρακτηριστικό που οδήγησε σε διάφορες υποθέσεις σχετικά με τη χρήση του οινοπνεύματος στις κοινωνίες αυτές (Klausner). Η υπόθεση αφορά το κατά πόσο το τελετουργικό της χρήσης οινοπνευματωδών ποτών συμβάλλει ακόμα στην παραγωγή ενός αισθήματος αλληλεγγύης στους λαούς ή έχει αντικατασταθεί στις μέρες μας από άλλες εκφράσεις της καθημερινής ζωής. Ωστόσο, οι διαφορετικές συνήθειες και το διαφορετικό τελετουργικό με το οποίο γίνεται η κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών στις διάφορες κοινωνικές τάξεις, αποτελεί γεγονός.

-Boyatzic και η υπόθεση της αδυναμίας

Πρόκειται για μία άλλη υπόθεση σχετικά με τη χρήση οινοπνευματωδών ποτών, που συνδέεται με τις υποθέσεις των Horton και Field. Σύμφωνα με αυτή, θεωρείται ότι κατάχρηση οινοπνεύματος γίνεται κυρίως σε κοινωνίες όπου συναντάμε μεγάλη κοινωνικοοικονομική αβεβαιότητα. Η διαφορά με τις υποθέσεις των Horton και Field είναι ότι εδώ θεωρείται ότι η κατανάλωση οινοπνεύματος γίνεται όχι τόσο για περιορισμό του αισθήματος του άγχους, όσο για τη προσπάθεια απόκτησης ενός αισθήματος σιγουριάς και δύναμης. Σε τέτοιου είδους λιγότερο διαφοροποιημένες κοινωνίες ή κοινωνικές τάξεις παρουσιάζεται μια ανασφάλεια σχετικά με την ατομική κοινωνική τοποθέτηση. (Παπαγεωργίου, Ε.)

Η «δύναμη» η οποία αντλεί ο αλκοολικός από την κατάχρηση οινοπνεύματος μπορεί να ξεπεράσει την ανασφάλεια αυτή. Ένα τέτοιο είδος κατάχρησης οινοπνεύματος συχνά συνοδεύεται από επιθετικές τάσεις των μελών της κοινωνίας αυτής.

-Bacon, Barry και η υπόθεση του προβλήματος εξάρτησης στην παιδική ηλικία

Οι Bacon(1965-1976)και Barry(1976), διατύπωσαν την υπόθεση αυτή σύμφωνα με την οποία, η κατάχρηση οινόπνευματος οφείλεται σε ένα λανθασμένο σύστημα διαπαιδαγώγησης του παιδιού στα χρόνια της ανάπτυξης της προσωπικότητάς του. Θεωρείται ότι η υπερβολική προστασία(εξάρτηση) από τη μια και η απόλυτη εγκατάλειψη(ανεξαρτησία) από την άλλη, είναι τα κύρια στοιχεία διαπαιδαγώγησης του μελλοντικού αλκοολικού. Η συμπεριφορά αυτή τραυματίζει το παιδί το οποίο όταν ενηλικιωθεί, αναζητά την κατάσταση προστασίας(εξάρτησης) στις δύσκολες περιόδους της ζωής του. Το οινόπνευμα είναι τώρα το σύστημα εξάρτησης που διαθέτει.

Νεώτεροι ερευνητές τείνουν σε μια προσπάθεια σύνδεσης αυτών των υποθέσεων σε ένα πολυαιτιολογικό σύστημα ερμηνείας της κατάχρησης οινόπνευματος. Η ένταξή τους στην βαθμίδα της πρόληψης θα συνέβαλε στην μείωση του φαινομένου των κοινωνιών των εξαρτημένων ατόμων.

1.14. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΠΙΘΑΝΟΝ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΟΙΝΟΠΝΕΥΜΑΤΩΔΩΝ ΠΟΤΩΝ

-Το μοντέλο του Zucker για το ποτό των νέων

Το μοντέλο αυτό περιλαμβάνει όλες τις μείζονες μεταβλητές οι οποίες πιστεύεται πως επηρεάζουν τη σχετική με το ποτό συμπεριφορά. Οι 4 ομάδες επιρροών είναι:

α)κοινωνικοπολιτιστικές και κοινωνικές επιρροές, β)οικογένεια, γ)φίλοι και δ)επιρροές που έχουν σχέση με την προσωπικότητα του ίδιου του ατόμου. Ο Zucker προτείνει πως τα 4 επίπεδα επιρροών έχουν διαφορετικά αποτελέσματα κατά την διάρκεια των διαφορετικών περιόδων της ανάπτυξης. Από τη γέννηση δηλαδή μέχρι την πρώτη παιδική ηλικία, σημαντικότεροι παράγοντες είναι η εσωτερική δομή του ατόμου, η οικογένεια και οι κοινωνικοπολιτισμικοί παράγοντες. Από τα έξι μέχρι τα δεκαοχτώ χρόνια, οι επιρροές των φίλων βαθμιαία αυξάνουν σε σοβαρότητα ενώ η οικογένεια αρχίζει να επηρεάζει λιγότερο και η σημασία της μειώνεται αισθητά στην αρχή της ενηλικίωσης.(Υφαντής, Θ., 1990)

Ακολουθεί μια σχηματική παράσταση των βαθμίδων που σύμφωνα με το μοντέλο του Zucker(1979) επηρεάζουν τη σχετική με το ποτό συμπεριφορά.

(Κοινωνικές και πολιτιστικές επιρροές)

- Κοινωνικοοικονομικό επίπεδο οικογένειας
 - Εθνικότητα, Θρησκευτικές επιρροές και εναλλακτικές συμπεριφορές
 - Βαθμός επιρροής της γειτονιάς και εναλλακτικές συμπεριφορές
-
- Διαθεσιμότητα και σημασία του ποτού

(Επιρροές της πρωταρχικής ομάδας και της στενής δευτερεύουσας ομάδας)

-Οικογένεια(πατέρας, μητέρα, αδέρφια)

- Γονική προσωπικότητα
- Αλληλεπιδράσεις-επιρροές
- Τρόπος ανατροφής

-Τύπος ποτού και στάσεις

Φίλοι

- Προσωπικότητα φίλων κ επιρροές
- Επιρροές των φίλων στην κοινωνικοποίηση

-Τύπος ποτού-στάσεις

(Ενδοατομικοί παράγοντες)

- Γνωσιακή δομή (στάσεις, πεποιθήσεις, εκτιμήσεις)
- Δομή της προσωπικότητας(κίνητρα, χαρακτηριστικά, ψυχοσύνθεση)
- Μη αντιπροσωπευτικά στοιχεία(συμπεριλαμβανομένων κ άλλων βιοχημικά μεσολαβουσών επιδράσεων)

-Η θεωρία της «προβληματικής συμπεριφοράς»

Η θεωρία αυτή προτάθηκε από τους Jessor και Jessor(1973) και βασίστηκε στις κοινωνικο-δομικές προσεγγίσεις της αποκλίνουσας συμπεριφοράς και στη θεωρία της κοινωνικής μάθησης. Μια συμπεριφορά θεωρείται προβληματική όταν εκδηλώνεται σε μια ακατάλληλη χρονική περίοδο, συνηθέστερα νωρίτερα από την καθιερωμένη. Τρεις μεγάλες κατηγορίες ανεξάρτητων μεταβλητών ελέγχθηκαν: Η δημογραφική κοινωνική δομή και συμπεριφορά, το κοινωνικό περιβάλλον που αντιλαμβάνεται ο έφηβος και το σύστημα προσωπικότητας.

Το κοινωνικό περιβάλλον περιλαμβάνει πλευρές του κοινωνικού πλαισίου, υποκειμενική εμπειρία των οποίων αποκτά το άτομο. Το σύστημα της προσωπικότητας περικλείει τρεις άξονες: τα κίνητρα, τα προσωπικά πιστεύω του ατόμου και τις δομές του προσωπικού ελέγχου. Συσχετίσεις μεταξύ των τριών αυτών μεταβλητών συνιστούν μια δυναμική κατάσταση που σκιαγραφεί ένα προφίλ προβληματικής συμπεριφοράς. Τα χαρακτηριστικά που προσδιορίζουν ένα τέτοιο προφίλ περιλαμβάνουν χαμηλότερες τιμές στην επιτυχία, μεγαλύτερη ανεξαρτησία, μεγαλύτερη κοινωνική κριτική, λιγότερο γονικό έλεγχο και υποστήριξη, μεγαλύτερη επιρροή των φίλων, περισσότερη προβολή μοντέλων για ποτό από τους φίλους και τον κοντινό κοινωνικό περίγυρο, περισσότερο αποκλίνουσα συμπεριφορά και λιγότερη ενασχόληση με τη θρησκεία. (Υφαντής, Θ., 1990)

Η θεωρία προτείνει πως όσο μεγαλύτερες είναι οι τιμές στα παραπάνω συστήματα, τόσο νωρίτερα αρχίζει η προβληματική συμπεριφορά, ιδιαίτερα εκείνη που αφορά τη χρήση οινόπνευματος.

Η σημασία ευρέων κοινωνικο-πολιτισμικών παραγόντων που λαμβάνει υπόψη της η θεωρία αυτή, είναι αναμφισβήτητη για την ανάπτυξη συμπεριφοράς πότη. Το μοντέλο όμως αυτό χρησιμοποιεί κυρίως όρους απόκλισης από τους οποίους η έρευνα έχει απομακρυνθεί και κατευθύνεται προς τη μελέτη της ψυχοκοινωνικής ανάπτυξης, με αποτέλεσμα την ανακάλυψη νέων πλευρών για τη σημασία της κοινωνικοποίησης στη σχετική με τη χρήση ουσιών συμπεριφορά.

-Κοινωνικοψυχολογική προσέγγιση

Οι Chassin et al (1985) συνέθεσαν και επαλήθευσαν εμπειρικά ένα μοντέλο, με το οποίο παράγοντες της εικόνας που έχει ο έφηβος για την κοινωνία και για τον εαυτό του, σχετίζονται με τη χρήση οινοπνεύματος. Οι έφηβοι αντιλαμβάνονται και εκτιμούν την εικόνα της κοινωνίας σε σχέση με μια ιδιαίτερη ουσία. Αν η εικόνα αυτή περιέχει θετικά χαρακτηριστικά και ιδιότητες, οι έφηβοι μπορεί να χρησιμοποιούν την ουσία για να κατακτήσουν αυτά τα χαρακτηριστικά, είτε στα μάτια τους, είτε στα μάτια των άλλων.

Τρεις θεωρούνται οι κύριοι τρόποι σύνδεσης της εικόνας, με την οποία είναι συνδεδεμένη μια συμπεριφορά:

1) Θεωρία της συνέπειας (consistency theory)

Ο έφηβος είναι ίσως πιθανότερο να υιοθετήσει μια συμπεριφορά που η εικόνα της συμπίπτει με την εικόνα που έχει ο ίδιος για τον εαυτό του. Για παράδειγμα, άνθρωποι που θεωρούν τους εαυτούς τους ρισοκίνδυνους, μπορεί να προσελκύονται από συμπεριφορές, που η σχετική εικόνα τους συμπίπτει με ένα ρισοκίνδυνο άτομο.

Ενισχύοντας την παραπάνω υπόθεση, η Chassin βρήκε ότι οι έφηβοι που θεωρούσαν πως η εικόνα που είχαν για τον εαυτό τους έμοιαζε με την εικόνα ενός πότη, ήταν σαφώς περισσότερο αναμειγμένοι με το ποτό.

2) Αυτο-επαυξητική θεωρία (Self-enhancement theory)

Το άτομο υιοθετεί μια συμπεριφορά, αν η σχετική με αυτή εικόνα είναι μέσα στις φιλοδοξίες του. Ιδιαίτερα οι έφηβοι, είναι ικανοί να επαυξήσουν την αυτοεκτίμησή τους, υιοθετώντας μια συμπεριφορά, της οποίας η σχετική εικόνα εμπεριέχει τις δικές τους ιδέες (Kaplan).

3) Χειρισμός εντύπωσης (Impression management)

Ένας έφηβος μπορεί να πίνει για να επιτύχει μια θετική εικόνα στα μάτια των φίλων του. Αν η εικόνα που συνδέεται με το ποτό είναι μια από εκείνες που οι φίλοι

θαυμάζουν, οι έφηβοι μπορεί να πίνουν για να δημιουργούν μια κοινωνικά επιθυμητή εικόνα στο ακροατήριο των φίλων.

Η παραπάνω θεωρητική προσέγγιση έχει μια προγνωστική αξία, δεδομένου ότι αρκετοί από τους παράγοντες τους συνδεδεμένους με την εικόνα της κοινωνίας, σχετίζονται με τις προθέσεις, των αγοριών κυρίως, να πουν στο μέλλον. (Υφαντής, Θ., 1990)

-Συμπεριφερσιολογική προσέγγιση-Θεωρία της κοινωνικής μάθησης

Σύμφωνα με το συμπεριφερσιολογικό πρότυπο, η συνήθεια των εφήβων να πίνουν είναι μια συμπεριφορά που μαθαίνεται και ακολουθεί τις ψυχολογικές αρχές της μάθησης (Stumphauzer, 1980). Ο ίδιος συγγραφέας καταλήγει πως, ένας συνδυασμός πρωταρχικής θετικής ενίσχυσης (το να νοιώθεις καλύτερα, περισσότερο χαλαρωμένος), κοινωνικής ενίσχυσης (ενθάρρυνση, παρέα, έπαινος) και αρνητικής ενίσχυσης (τερματισμός του άγχους και άλλων δυσάρεστων συναισθημάτων), είναι ιδιαίτερα γόνιμος για τη συμπεριφερσιολογική μελέτη του προβλήματος.

Οι Miller (1976), έχουν περιγράψει ένα μοντέλο συμπεριφερσιολογικής ανάλυσης το οποίο ο Stumphauzer επαλήθευσε εμπειρικά το 1983. Το μοντέλο αυτό είναι το «ABC's» μοντέλο για το ποτό των εφήβων:

Προηγούμενα → Ποτό → Επακόλουθα

Η ποιότητα, η ποσότητα, η συχνότητα και το στυλ, είναι παράγοντες που αφενός σχετίζονται με το ποτό και αφετέρου, αντιμετωπίζονται καλύτερα με προσεκτική ανάλυση των ιδιαίτερων γεγονότων τα οποία συμβαίνουν λίγο πριν το ποτό (ερεθίσματα, πράγματα που συνέβησαν τότε, πρότυπα) και αμέσως μετά από αυτό (φαρμακολογικά αποτελέσματα και κοινωνική ενίσχυση).

Υπάρχουν σύμφωνα με τους Miller and Mastria, πέντε κατηγορίες «προηγούμενων» (αλλά και τα «επακόλουθα» μπορούν να καταταχθούν σε παρόμοιες κατηγορίες) ή γεγονότων που επιταχύνουν την κατάχρηση οινόπνευματων. Αυτά είναι: κοινωνικά, συναισθηματικά, γνωσιακά, τα σχετιζόμενα με τη βιολογική κατάσταση του ατόμου, και τα έχοντα σχέση με τις περιστάσεις.

O Akers, δημιούργησε τη θεωρία της «κοινωνικής μάθησης» βασιζόμενος στα αποτελέσματα μιας εμπειρικής μελέτης με 3065 μαθητές γυμνασίων και λυκείων.

Η θεωρία αυτή υποστηρίζει ότι η διατήρηση της αποκλίνουσας συμπεριφοράς η οποία σχετίζεται με τη χρήση ουσιών, εξαρτάται από προηγούμενες ή τωρινές αμοιβές ή τιμωρίες γι' αυτή. Αυτές με τη σειρά τους συνεπάγονται μια εναλλακτική συμπεριφορά (διαφορική ενίσχυση).

Ακόμα, οι άνθρωποι σε αλληλεπίδραση με σημαντικές ομάδες στη ζωή τους μαθαίνουν αξιοσημείωτους κανόνες μιας συμπεριφοράς σαν καλής ή κακής, που μπορεί απευθείας να ενισχυθεί αλλά και να δράσει σαν έναυσμα για ένα ερέθισμα προς άλλη συμπεριφορά.

Η θεωρία αυτή επιτρέπει ένα προσδιορισμό των μηχανισμών της διαπροσωπικής επιρροής και επίσης αναγνωρίζει ότι οι ενισχύσεις μπορεί να είναι τόσο κοινωνικές όσο και μη κοινωνικές, γεγονός ιδιαίτερα σημαντικό για τη χρήση διαφόρων ουσιών, όπου υπάρχει σαφής βιολογική ενίσχυση από την ίδια την ουσία.

-Θεωρία της κοινωνικοποίησης

Βασική αρχή στη θεωρία της κοινωνικοποίησης είναι το ότι η χρήση οινόπνευματων είναι μία από τις πολλές συμπεριφορές των εφήβων που είναι αποτέλεσμα μιας αλληλεπίδρασης μεταξύ των ατομικών χαρακτηριστικών και αυτών των επιρροών από διάφορες κοινωνικές ομάδες που τα συναγωνίζονται. Κάτι τέτοιο σημαίνει ότι η χρήση ουσιών μπορεί να αντανακλά επιρροές των ενηλίκων (για παράδειγμα ένας ενήλικας ο οποίος πίνει) στους νεότερους.

Η περιγραφή της επίδρασης σημαντικών προσώπων του περιβάλλοντος των εφήβων σ' αυτούς, θα μπορούσε να δοθεί σε δύο επίπεδα.

Το πρώτο είναι η μίμηση, στο οποίο οι νέοι διαπλάθουν τη συμπεριφορά τους ή τη στάση τους πάνω σε συμπεριφορές άλλων, απλώς παρατηρώντας τους και

αντιγράφοντας τις συμπεριφορές τους ή στην περίπτωση της γονικής χρήσης ουσιών, μεταφέροντάς τες σε τύπους περισσότερο αποδεκτούς στο στυλ της ζωής ενός νέου.

Το δεύτερο είναι η κοινωνική ενίσχυση: Οι έφηβοι ενσωματώνουν και εσωτερικεύουν ορισμούς και επιδεικνύουν συμπεριφορές που επιδοκιμάζονται από σημαντικά πρόσωπα του περιβάλλοντός τους.

Επιπλέον, η ποιότητα της σχέσης γονέως-παιδιού πιστεύεται ότι έχει ανασταλτικά αποτελέσματα στην εμπλοκή με αποκλίνουσες δραστηριότητες, ανεξάρτητα από την συμπεριφορά των γονέων στα ίδια θέματα.

-Η θεωρία της αυτό-υποτίμησης του Karlan

Η θεωρία του Karlan βασίζεται στα «απαιτούμενα κίνητρα αυτοεκτίμησης». Σύμφωνα με αυτή ένα πρόσωπο εμπλέκεται σε αποκλίνουσες δραστηριότητες για να αποκαταστήσει μια όψη του εαυτού του που προηγουμένως καταστράφηκε από γεγονότα που υποτιμούν τον εαυτό του στα μάτια της παρέας.

Η σχέση μεταξύ αυτοεκτίμησης και αποκλίνουσας συμπεριφοράς θεωρείται ότι επιτυγχάνεται με τέσσερις τρόπους:

- α) Υποκειμενική σύνδεση αρνητικών στάσεων απέναντι στον εαυτό του με εμπειρίες της παρέας.
- β) Ανάπτυξη αντισυμβατικών στάσεων.
- γ) Αδυναμία διατήρησης θετικής αυτοεκτίμησης μέσα στα πλαίσια της συμβατικής συμπεριφοράς
- δ) Προβολή της επιλογής της απόκλισης στο «φυσιολογικό» δείγμα.

Υψηλή αυτοεκτίμηση οδηγεί στο ποτό μόνο όταν οι έφηβοι δοκιμάζουν υποτιμητικές εμπειρίες στο σχολείο και κρατούν αντισυμβατικές στάσεις, ενώ επηρεάζει κυρίως νέους προερχόμενους από μεσαία παρά από χαμηλά κοινωνικά στρώματα. Εξάιρεση στη θεωρία αυτή αποτελεί το ότι εισπραττόμενη απουσία θετικής εκτίμησης από τους φίλους δεν προδικάζει απαραίτητα αποκλίνουσα συμπεριφορά.

1.15.ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΥ

Σωματικές επιπτώσεις.

Οι συχνότερες παθολογικές καταστάσεις οι οποίες συνδέονται με την κατάχρηση οινοπνεύματος είναι οι ακόλουθες:

1.Λιπώδες ήπαρ-χρόνια αλκοολική ηπατοπάθεια-κίρρωση του ήπατος.

Ενοχοποιείται μια ποσότητα καθαρού οινοπνεύματος μεγαλύτερη των 60g/24h για τους άνδρες και 25 g/24 h για τις γυναίκες. Μια τέτοια ποσότητα οινοπνεύματος, σε σχέση με τη σωματική κατασκευή και ακατάλληλη διατροφή θα μπορούσε να προκαλέσει μια σταδιακή βλάβη του ήπατος με κατάληξη την κίρρωση. Εκτός μιας γενικής κόπωσης και αδυναμίας τα οδηγιά συμπτώματα είναι:

-Αύξηση του μεγέθους του ήπατος

-Ικτερος

-Ασκιτικά συμπτώματα

Τα συμπτώματα αυτά συνοδεύονται από απώλεια βάρους, δευτεροπαθή ηπατικά σημεία, γυναικομαστία και πιθανόν αύξηση του μεγέθους της σπλήνας. Σε τελικό στάδιο έχουμε οιδήματα, κισσούς του οισοφάγου, ηπατική εγκεφαλοπάθεια και θάνατο.(Αβραμίδης, Α)

Εκτός της χρόνιας ηπατοπάθειας μπορούμε να έχουμε και οξεία αλκοολική ηπατίτιδα. Εκλυτικός παράγοντας είναι οξεία δηλητηρίαση με οινόπνευμα σε χρόνια αλκοολικό ασθενή. Η κλινική εικόνα είναι αυτής της βαριάς οξείας ικτερικής ηπατίτιδας.

2.Οξεία ή χρόνια παγκρεατίτιδα.

Από τις τέσσερις περιπτώσεις οξείας παγκρεατίτιδας οι τρεις είναι αποτέλεσμα δηλητηρίασης με οινόπνευμα. Εκτός από το κοιλιακό άλγος, το μετεωρισμό και άλλα συμπτώματα του γαστρεντερικού συστήματος, μπορούμε να έχουμε και επιπλοκές όπως κυκλοφοριακή ανεπάρκεια, ειλεό, κύστες του παγκρέατος

κλπ. Οξεία παγκρεατίτιδα είναι μια ιδιαίτερα βαριά παθολογική κατάσταση που χρειάζεται άμεση αντιμετώπιση.

Στην περίπτωση της χρόνιας παγκρεατίτιδας έχουμε κατάχρηση οινοπνεύματος σε περισσότερες από 75% των περιπτώσεων. Χαρακτηριστικό είναι το άλγος που αντανακλά στη ράχη του ασθενή, η απώλεια βάρους και η γενική αδυναμία του.

3. Αλκοολική καρδιομυοπάθεια.

Θεωρείται ότι το οινόπνευμα δρα απευθείας τοξικά πάνω στο καρδιακό μυ, με αποτέλεσμα διαταραχές της δομής και της λειτουργίας του. Χαρακτηριστικά συμπτώματα είναι οι διαταραχές του ρυθμού, υπερτροφία και καρδιακή ανεπάρκεια.

4. Οξεία γαστρίτιδα και έλκος.

Ιδιαίτερα σε συνδυασμό με αγχώδη προσωπικότητα ή χρήση αντιρρευματικών ή άλλων φαρμάκων.

5. Εμβρυακό σύνδρομο από οινόπνευμα

Οι Uneland(1972) και Jones & Smith(1973) ήταν οι πρώτοι που έδωσαν το χαρακτηρισμό «εμβρυακό αλκοολικό σύνδρομο» σε μια σειρά από διαταραχές που μπορεί να παρουσιάσουν παιδιά από αλκοολικές μητέρες.(Παπαγεωργίου, Ε.)

Τα συμπτώματα που χαρακτηρίζουν το ΕΑΣ(Εμβρυακό Αλκοολικό Σύνδρομο) είναι:

- Μικρό βάρος κατά τη γέννηση(μικρό βρέφος σε σχέση με την περίοδο κυοφορίας).
- Μειωμένο μέγεθος κεφαλιού και εγκεφάλου που συνήθως συνοδεύεται από διανοητική καθυστέρηση.
- Ασυνήθιστη συμπεριφορά που περιλαμβάνει μειωμένη κινητικότητα, αυξημένος χρόνος με τα μάτια ανοιχτά και σπασμοί σώματος.
- Μεγαλύτερη συχνότητα προβλημάτων ελαφράς μορφής(π. χ κήλη).
- Χαρακτηριστική όψη προσώπου ΕΑΣ.
- Εμβρυακός ή βρεφικός θάνατος.

Πιθανές προγεννητικές επιπτώσεις.

Κατά τον Pratt, οι πιθανές προγεννητικές επιπτώσεις του αλκοολισμού είναι οι εξής:

1. Διαταραχές στη γονιμότητα της μητέρας και στην ολοκλήρωση της εγκυμοσύνης.
2. Επιβράδυνση της ενδομητρικής ανάπτυξης του εμβρύου.
3. Πρόκληση χαρακτηριστικών του ΕΑΣ(Εμβρυακού Αλκοολικού Συνδρόμου).
4. Διαταραχές ελαφρότερης μορφής που μπορεί να είναι σημαντικές στο βαθμό που υπάρχει πιθανότητα να εξελιχθούν σε νευρολογικές ή/ και διανοητικές διαταραχές. (Ποταμιάνος, Γ., 1994)

Η ύπαρξη των παραπάνω προβλημάτων μπορεί βέβαια να είναι και αποτέλεσμα άλλων παραγόντων εκτός του αλκοολισμού της μητέρας.

Νευροψυχικές επιπλοκές

Τα στερητικά σύνδρομα

Εμφανίζονται τις ημέρες που ακολουθούν τη διακοπή ή τη σημαντική ελάττωση της συνήθους κατανάλωσης. Οι επιπλοκές αυτές μπορεί να είναι μεμονωμένες, να συνδυάζονται μεταξύ τους ή να διαδέχονται η μια την άλλη με την εξής σειρά: τρόμος, κρίσεις σπασμών(επιληπτικές κρίσεις), ψευδαισθήτωση, τρομώδες παραλήρημα (delirium tremens). Η μορφή της επιπλοκής σχετίζεται με το βαθμό σωματικής εξάρτησης από το οινόπνευμα, η οποία με τη σειρά της είναι συνάρτηση της διάρκειας και της σοβαρότητας της παθολογικής κατανάλωσής. Ο πρωινός τρόμος εμφανίζεται πολύ πιο νωρίς στην πορεία του αλκοολισμού από ό,τι τα συγχυτικο-ονειρικά επεισόδια. Το τρομώδες παραλήρημα παρατηρείται μόνο ύστερα από πολυετή(γενικά άνω των δέκα ετών) και ποσοτικά σημαντική υπερκατανάλωση. Οι επιπλοκές αυτές μπορεί να προληφθούν με συστηματική θεραπευτική αντιμετώπιση της στέρησης σε όλους τους αλκοολικούς.

-Ο πρωινός τρόμος και το «σύνδρομο υπερευαισθησίας-ευσυγκινησίας»

Τα νευρομυϊκά (τρόμος, κράμπες, παραισθησίες), πεπτικά (ανορεξία, ναυτία, εμετοί, διάρροιες) και νευροφυτικά (ιδρώτες, ταχυκαρδία) συμπτώματα συνδυάζονται με ψυχικές διαταραχές (διάχυτη ανησυχία, ευσυγκινησία, ευερεθιστότητα, παροδικά κενά μνήμης). Τα συμπτώματα αυτά, που είναι τα συχνότερα του συνδρόμου στέρησης, εμφανίζονται μετά από βραχεία περίοδο αποχής, που μπορεί να μη ξεπερνάει τη μια νύχτα, καταπραύνονται με τη λήψη οινόπνευματος, αλλά εμφανίζονται ξανά τα επόμενα πρωινά με αυξανόμενη βαρύτητα. Θα κορυφωθούν 24 με 36 ώρες μετά την πλήρη διακοπή της χρήσης και επιμένουν για μερικές ημέρες. Το άγχος, η αϋπνία και οι εφιάλτες μπορεί να παραταθούν 8 έως 15 ημέρες. Ο κίνδυνος επιστροφής στο οινόπνευμα είναι πολύ μεγάλος σε αυτήν την περίοδο και ο ασθενής έχει ανάγκη επίβλεψης και θεραπευτικής βοήθειας.

-Γενικευμένες κρίσεις σπασμών

Μπορεί να συμβούν κατά την περίοδο της στέρησης, κυρίως τις πρώτες 48 ώρες. Έχουν τη μορφή είτε μιας και μοναδικής κρίσης είτε διαδοχικών κρίσεων, σε διάστημα λίγων ωρών. Μερικές φορές επακολουθούν και άλλες επιπλοκές. Το 20% των τρομωδών παραληρημάτων αρχίζει με επιληπτικές κρίσεις.

-Η ψευδαισθήτωση των αλκοολικών

Πρόκειται για πραγματική ψευδαισθητική κατάσταση χωρίς ικανότητα αποστασιοποίησης του ασθενούς από τις ψευδαισθήσεις του. Υπάρχουν ακουστικο-λεκτικές ψευδαισθήσεις (γνωστές ή άγνωστες φωνές που προφέρουν απειλές, κατηγορίες ή κουβεντιάζουν γι' αυτόν), οι οποίες συνοδεύονται συχνά από ακαθόριστες ακουστικές εμπειρίες (κροταλίσματα, βουητό) και μερικές φορές από οπτικές παραισθήσεις ή ψευδαισθήσεις (ανησυχητικές σκιές, μικρά κινούμενα ζώα). Η κατάσταση αυτή συνυπάρχει με έντονο άγχος και η διάρκειά της είναι αρκετά σύντομη, συνήθως διαρκεί λιγότερο από μια εβδομάδα. Η αντιμετώπιση αυτών των παραληρητικών και έντονα βιούμενων εμπειριών που εμφανίζουν εσπερινή επιδείνωση γίνεται με νευροληπτικά. Κατά τη διάρκεια της παρουσίας τους δεν είναι σπάνιες οι αντιδράσεις πανικού ή άμυνας και αντεπίθεσης μπροστά στις

ψευδαισθητικές απειλές. Μερικές φορές παρατηρούνται κλινικές μορφές που παρατείνονται για μήνες και μπορεί να γίνουν χρόνιες.

-Το τρομάδες παραλήρημα

Παρατηρείται σε άτομα με βαριά και χρόνια αλκοολική τοξίκωση που συνήθως διαρκεί πάνω από δέκα χρόνια. Η μεγαλύτερη συχνότητά του παρατηρείται στις ηλικίες μεταξύ 35 και 55 ετών. Το τρομάδες παραλήρημα μπορεί να εγκατασταθεί αιφνίδια, μερικές φορές με μια κρίση σπασμών. Συχνότερα προηγούνται πρόδρομα σημεία επί δυο έως τέσσερις ημέρες: τρόμος, ανορεξία, έντονη δίψα, αυξανόμενο άγχος, νυχτερινή αϋπνία με ονειρισμό και διέγερση. (Lempriere, T., Felling, A., et al)

➤ Η σημειολογία περιλαμβάνει:

- **Συγχοτικό-ονειρική κατάσταση** με μεγάλη διέγερση. Ο ασθενής παρουσιάζει θόλωση της συνείδησης, αποπροσανατολισμό και καταλαμβάνεται από έντονο ονειρισμό. Οι πολυαισθητηριακές ψευδαισθήσεις, μεταξύ των οποίων κυριαρχούν οι οπτικές, οργανώνονται με μορφή τρομακτικών ιστοριών ή σκηνών της επαγγελματικής του ζωής. Ευχάριστες ή αστείες οπτασίες μπορεί να παρουσιαστούν για σύντομα χρονικά διαστήματα, όμως βιώνονται με έντονο άγχος και αρκετά συχνά γεννούν ανησυχία. Ο ονειρισμός περιλαμβάνει αντιληπτικές παραισθήσεις (οι σκιερές γωνίες ζωντανεύουν, οι ταπετσαρίες γεμίζουν με πρόσωπα που μορφάζουν), ακουστικές εμπειρίες (θόρυβοι που μεγεθύνονται ή μεταμορφώνονται σε οχλοβοή και απειλές θανάτου), αισθητηριακές ψευδαισθήσεις (ιστοί αράχνης και κινήσεις μικρών ζώων, τα οποία ο αλκοολικός βλέπει και αισθάνεται πάνω στο σώμα του και προσπαθεί να τα πιάσει). Η διαταραχή της συνείδησης όπως και ο ονειρισμός, κυμαίνονται σε ένταση από τη μια στιγμή στην άλλη σε συνάρτηση με τα εξωτερικά ερεθίσματα. Το σκοτάδι ευνοεί τις διαταραχές, οι οποίες επιτείνονται κατά τη νύχτα, οπότε η αϋπνία είναι αδιάκοπη. Η διέγερση είναι έντονη και εξαντλεί τον ασθενή, ο οποίος παίρνει ενεργό μέρος στις περιπέτειές του, φωνάζει, τρέχει κτλ. Υπάρχει κίνδυνος επιθετικών πράξεων καθώς και αντιδράσεων φυγής σε στιγμές αγχώδους πανικού.

- Το νευρολογικό σύνδρομο στο οποίο παρατηρείται (μόνιμος, άτακτος ή γενικευμένος σε όλο το σώμα) τρόμος, δυσαρθρία και κινητική ασυνέργεια με αδεξιότητα των κινήσεων, παραπαίουσα βάδιση και συχνές πτώσεις.
- Τα γενικά σημεία αντικατοπτρίζουν τη βαρύτητα της κατάστασης. Μπορεί να υπάρχουν συνεχής πυρετός, ταχυκαρδία, αφυδάτωση, γλώσσα στεγνή, έντονη δίψα, δύσοσμοι ιδρώτες, εμετοί και διάρροια μερικές φορές.

Οι ελαφρότερες μορφές ή τα υποξέα αλκοολικά παραληρήματα είναι πολύ πιο συχνά από το τυπικό τρομάδες παραλήρημα. Ο ονειρισμός μπορεί να είναι εξ ίσου πλούσιος, η διέγερση όμως και τα νευρολογικά σημεία είναι λιγότερο έντονα και τα γενικότερα επιβαρυντικά σημεία απουσιάζουν. Η θεραπευτική αντιμετώπιση του τρομάδους παραληρήματος και των υποξέων αλκοολικών παραληρημάτων είναι τυποποιημένη και περιλαμβάνει:

- Διόρθωση των υδροηλεκτρολυτικών διαταραχών
- Αντιμετώπιση της διέγερσης(με απομόνωση του ασθενή, χωρίς καθήλωση, σε μόνιμα φωτισμένο δωμάτιο, χορήγηση ηρεμιστικών)
- Βιταμινοθεραπεία
- Καρδιαγγειακά αναληπτικά
- Διάγνωση και αντιμετώπιση των λοιμωδών, ηπατικών ή νευρολογικών επιπλοκών.

• *Νευροψυχικές διαταραχές που σχετίζονται με διαταραχές της διατροφής*

-Η εγκεφαλοπάθεια Gayet-Wernicke

Η εγκεφαλοπάθεια Gayet-Wernicke αποτελεί αρκετά συχνή πάθηση και οφείλεται σε κακή διατροφή.

Η κλινική εικόνα εγκαθίσταται σταδιακά σε υποσιτισμένους αλκοολικούς και αρχικά περιλαμβάνει επιδείνωση των πεπτικών διαταραχών(ανορεξία, εμετοί), τάση για υπνηλία, απάθεια και μερικές φορές αταξία. Μπορεί να παρατηρηθεί αιφνίδια έναρξη ύστερα από λοίμωξη ή από λήψη πολύ μεγάλων ποσοτήτων γλυκιδίων. Η σημειολογία περιλαμβάνει:

-Διαταραχές της συνείδησης ποικίλης βαρύτητάς(όπως χαύνωση, συγχυτικο-ονειρική διέγερση, συγχυτικο-αμνησιακή κατάσταση τύπου korsakoff με άφθονη μυθοπλασία)

-Οπτικοκινητικές διαταραχές(όπως οριζόντιο ή κάθετο νυσταγμό, παραλύσεις μυών που συμβάλλουν στη λειτουργία της όρασης)

-Εναντιωτική υπερτονία, κινητική ασυνέργεια και διαταραχές της ισορροπίας(καθιστούν αδύνατη τη βάδιση και την όρθια στάση)

-Νευροφυτικές διαταραχές(όπως ταχυκαρδία, υπόταση με κίνδυνο καταπληξίας)

-Συμπτώματα πολυνευρίτιδας(διαπιστώνονται στο 70% των περιπτώσεων)

Η διάγνωση είναι δύσκολη όταν η κλινική εικόνα είναι άτυπη και υποδύεται μηνιγγίτιδα ή τρομώδες παραλήρημα. Οι οφθαλμικές παρέσεις μερικές φορές είναι λανθάνουσες ή παροδικές. Η απουσία γρήγορου θεραπευτικού αποτελέσματος στα οφθαλμολογικά και συγχυτικά συμπτώματα απαιτεί αναθεώρηση της διάγνωσης και αναζήτηση άλλης πάθησης που είναι συχνή στους αλκοολικούς και μερικές φορές συνδυάζεται με την εγκεφαλοπάθεια από αβιταμίνωση.

Η θεραπευτική αντιμετώπιση συνίσταται στην ενδομυϊκή χορήγηση βιταμινών. Η σωστή και αρκετά έγκαιρη θεραπευτική αγωγή μπορεί να επιφέρει πλήρη ίαση ωστόσο, οι υπολειμματικές βλάβες και κυρίως το σύνδρομο Korsakoff είναι πολύ συχνές όταν η θεραπευτική αντιμετώπιση έγινε καθυστερημένα. Αν δεν υπάρξει θεραπεία, στις οξείες μορφές επέρχεται συνήθως ο θάνατος.

-Το σύνδρομο Korsakoff

Συνήθως εμφανίζεται κατά την αποδρομή της εγκεφαλοπάθειας Wernicke. Στο βαθμό που υποχωρεί η συγχυτική κατάσταση, έρχεται στην επιφάνεια η ειδική διαταραχή της μνήμης. Μερικές φορές η υποξεία περίοδος περνά απαρατήρητη και το σύνδρομο korsakoff εμφανίζεται ευθύς εξ αρχής. Η κλινική εικόνα περιλαμβάνει:

1) Πολύ χαρακτηριστική προσβολή της μνήμης:

-Προσθιοδρομική αμνησία. Ο ασθενής ξεχνά τα γεγονότα που συνέβησαν από την αρχή της νόσου του και μετά. Ξεχνά από τη μια στιγμή στην άλλη συζητήσεις, επισκέψεις, οδηγίες, ενώ μπορεί ακόμα να παρατηρηθεί:

Αναδρομική αμνησία που επικαλύπτει τα χρόνια που προηγήθηκαν της νόσου. Υπάρχει χαοτική ανάκληση προσωπικών αναμνήσεων ή γεγονότων αυτής της περιόδου και ανάμειξη γεγονότων, η χρονολογική σειρά των οποίων είναι πολύ διαταραγμένη. Ακόμα, διακρίνεται διατήρηση της ανάμνησης παλαιών γεγονότων, παιδικών αναμνήσεων, σχολικών γνώσεων, κεκτημένων δεξιοτήτων και επαγγελματικών κινήσεων. Τέλος, παρατηρείται διατήρηση της ανάμνησης για πολύ βραχύ χρονικό διάστημα. Το βάθος της άμεσης μνήμης είναι φυσιολογικό και το άτομο μπορεί να αντιληφθεί την ουσία των ερωτήσεων και να δώσει τις κατάλληλες απαντήσεις. Αντίθετα όμως από την άμεση πρόσληψη που διατηρείται, η δευτερογενής ενσωμάτωση και απομνημόνευση είναι διαταραγμένη και η συγκράτηση σύνθετων ερεθισμάτων είναι μηδαμινή, ενώ η συγκράτηση απλών ερεθισμάτων μπορεί να διατηρηθεί.

-Αποπροσανατολισμός. Ο ασθενής είναι αποπροσανατολισμένος στο χρόνο και δεν διαθέτει σημεία αναφοράς στο πρόσφατο παρελθόν. Αγνοεί τη διάρκεια της ασθένειάς του και κάνει λάθη στην ημερομηνία και στην ηλικία του, ενώ ακόμα μπορεί να νομίζει ότι βρίσκεται σε κάποια περασμένη εποχή της ζωής του και δίνει πληροφορίες για πρόσωπα και πράγματα εκείνης της περιόδου σαν να ήταν τωρινή. Έχει την τάση να συγχέει τους τόπους και να νομίζει ότι βρίσκεται σε διαφορετικό μέρος από αυτό στο οποίο βρίσκεται πραγματικά.

- Μυθοπλασία. Το άτομο κάνει μια μυθοπλαστική αφήγηση- η οποία είναι μεν ευκαιριακή αλλά αρκετά αληθοφανής- των δραστηριοτήτων του της προηγούμενης ημέρας. Πρόκειται για ένα «παραλήρημα μνήμης» όπου ο ασθενής ξαναζεί διάφορες περιόδους του παρελθόντος του μεταφέροντάς τες στο παρόν. Αρκετά συχνά η μυθοπλασία είναι λανθάνουσα.

-Νοσοαγνωσία. Χωρίς να έχει επίγνωση της διαταραχής της μνήμης του, το άτομο είναι συχνά ευφορικό, μερικές φορές ευερέθιστο και ζει απαθής αποκλειστικά στο παρόν. Ο κύκλος των ιδεών του περιορίζεται και η σκέψη του είναι αρκετά στερεότυπη.

2) Αισθητικο-κινητική πολυνευρίτιδα

Οφείλεται και αυτή στη βιταμική ένδεια και συνυπάρχει συχνά αλλά όχι σταθερά με το σύνδρομο korsakoff.

- *Αλκοολικές άνοιες*

Η διανοητική εξασθένηση είναι συχνή στους αλκοολικούς μετά από μακρά περίοδο παθολογικής χρήσης. Προσβάλλεται πρώτα η προσοχή και η μνήμη και ακολουθούν απάθεια, παθητικότητα, αδιαφορία, χαρακτηριστικές διαταραχές και μείωση της κριτικής και αυτοκριτικής ικανότητας. Προοδευτικά επέρχεται κοινωνική έκπτωση, η οποία μπορεί να ευνοήσει την εμφάνιση αξιόποινων τύπων σεξουαλικής συμπεριφοράς(επιδειξιομανία, αιμομιξία). Η νόσος παραμένει για πολύ καιρό αναστρέψιμη αν διακοπεί η χρήση του αλκοόλ. Οι αλκοολικές άνοιες αντιστοιχούν σε ποικίλης αιτιολογίας ανατομο-κλινικές εικόνες από τις οποίες μόνο μερικές μορφές έχουν διαχωριστεί:

-Η νόσος *Marchiafava-Bignami*

Εκδηλώνεται στα πλαίσια πολυετούς και σοβαρού αλκοολισμού ενώ είναι σπάνια με άγνωστη παθογένεια. Η κλινική εικόνα ποικίλλει. Υπάρχουν οξείες μορφές που εξελίσσονται μέσα σε μερικούς μήνες και καταλήγουν σε εικόνα βαριάς εμβροντησίας με διάχυτη υπερτονία και κρίσεις σπασμών(επιληπτικές κρίσεις) και χρόνιες μορφές που εξελίσσονται επί σειρά ετών κατά ώσεις(συγχυτικά επεισόδια και νευρολογικά συμπτώματα). Οι χρόνιες μορφές συχνά συμπίπτουν με περιόδους κατάχρησης οινοπνεύματος και καταλήγουν προοδευτικά σε ανοϊκή εικόνα με τρόπο, έντονη δυσαρθρία, υπερτονία, διαταραχές στη βάρδιση και κρίσεις σπασμών.

-Η χρόνια ηπατική εγκεφαλοπάθεια

Η προοδευτική διανοητική εξασθένηση(βραδυψυχισμός, απώλεια των ενδιαφερόντων) συνοδεύεται από νευρολογική προσβολή(αταξία, τρόμος, δυσαρθρία)και μπορεί να εξελιχθεί σε βαριά άνοια.

-Το σύνδρομο Korsakoff

Συνδυάζεται με ανοϊκή κατάσταση.(Υφαντής, Θ., 1990)

- **Χρόνια παραληρήματα αλκοολικών**

Μπορεί να παρατηρηθούν παρερμηνευτικά παραληρήματα ζηλοτυπίας, όμως η πιο συχνή μορφή χρόνιων παραληρητικών συνδρόμων, είναι η χρόνια ψευδαισθητική ψύχωση. Συνήθως εμφανίζεται κατά την αποδρομή συγχυτικο-ονειρικών ή οξέων ψευδαισθητικών επεισοδίων. Σε μερικές περιπτώσεις εγκαθίσταται με εντύπωση ύπαρξης εχθρότητας στο περιβάλλον, με αντίληψη παράξενων θορύβων, με ιδέες επίδρασης και αναπτύσσονται ιδέες καταδίωξης και ζηλοτυπίας. Δεδομένου ότι οι αλκοολικοί είναι συχνά καχύποπτοι και όχι ιδιαίτερα συνεργάσιμοι, η συνέχιση της κατάχρησης του αλκοόλ είναι συχνή, και συνεπάγεται εμπλουτισμό της παραληρητικής δραστηριότητας και κίνδυνο επιθετικών πράξεων. Στην πρόκληση του παραληρήματος, εκτός από την πιθανή συμβολή της προσωπικότητας, συμβάλλουν και δευτερογενείς συνέπειες από την παθολογική χρήση της ουσίας.

Υπάρχουν περιπτώσεις αλκοολισμού που είναι συνέπεια και όχι αιτία της σχιζοφρενικής διαταραχής: ο ασθενής πίνει για να καταπραΰνει το άγχος του και να άρει τις αναστολές του.

Οικογενειακές επιπτώσεις.

Όπως κάθε οικογένεια, έτσι και η οικογένεια του αλκοολικού χαρακτηρίζεται από μια σύνθετη δυναμική η κατανόηση της οποίας είναι τουλάχιστον δύσκολη.

Οι μέχρι τώρα έρευνες, που έχουν γίνει στις οικογένειες με ένα μέλος εξαρτημένο από το οινόπνευμα, δείχνουν ότι στην πλειοψηφία τους αντιμετωπίζουν προβλήματα που προκύπτουν τόσο από την παθολογική κατάσταση αλλά και την εν γένει συμπεριφορά αυτού, προς τα άλλα μέλη της οικογένειας.(Γρίβας, Κ)

Μερικά από τα κύρια χαρακτηριστικά, σε γενικές γραμμές, των οικογενειών με κάποιο «αλκοολικό» μέλος (συνήθως τον πατέρα όπως δείχνουν και οι

περισσότερες έρευνες), είναι ότι υφίστανται ψυχοσωματική βία, αντιμετωπίζουν κατάσταση διάλυσης της οικογενειακής συνοχής, λειτουργούν μέσα σε ένα κλίμα με κύριο χαρακτηριστικό την ψυχοσυναισθηματική ένταση και πίεση, ενώ αντιμετωπίζουν (λόγω της προβληματικής συμπεριφοράς του «αλκοολικού» μέλους, που σίγουρα επηρεάζει την όλη οικογενειακή ταυτότητα), δυσκολίες στις κοινωνικές τους συναλλαγές.

Ειδικότερα σοβαρά προβλήματα παρουσιάζονται στη σχέση μεταξύ των συζύγων. Στις αρχές της δεκαετίας του '60 οι Kogan et al (1963) ανέφεραν ότι οι γυναίκες αλκοολικών έχουν υψηλό δείκτη ψυχολογικών διαταραχών όπως αυτές αξιολογήθηκαν με το MMPI(ψυχοδιαγνωστική δοκιμασία προσωπικότητας).

Ο Orford(1976) εξέτασε 100 γυναίκες αλκοολικών με το EPI(δοκιμασία προσωπικότητας του Eysenk) και ανέφερε υψηλή βαθμολογία στην κλίμακα του «νευρωτισμού».(Ποταμιάνος, Γ., 1994)

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 σχετικά με την επιβολή ελέγχου και εξουσίας που ασκεί ο ένας σύζυγος στον άλλο. Η παραπάνω έρευνα, όπως και πολλές άλλες, τονίζουν την επικρατούσα άποψη ότι η «συζυγική δυσλειτουργία» είναι το φυσικό αποτέλεσμα του αλκοολισμού.

Στα παιδιά που προέρχονται από οικογένειες τέτοιου είδους(με αλκοολικούς γονείς) αναφέρονται έρευνες όπως αυτές των Aronson et al(1963), του Haberman(1966), των Keane et al(1974), των Wilson et al(1978), οι οποίες μας δείχνουν ότι τα παιδιά αυτά αντιμετωπίζουν περισσότερα προβλήματα κοινωνικής προσαρμογής και συμπεριφοράς σε σύγκριση πάντα με παιδιά μη αλκοολικών γονιών. Τέτοια προβλήματα είναι η αρνητική αντιμετώπιση από τους δασκάλους των σχολείων, προβλήματα κοινωνικής προσαρμογής και μαθησιακές δυσκολίες κατά τη σχολική ηλικία και διάφορα προβλήματα συμπεριφοράς όπως η υπερκινητικότητα, η επιθετικότητα, οι τάσεις αυτοκαταστροφής και προβλήματα κοινωνικότητας.(Forward, S., 1994)

Επιπλέον, έχει υπολογισθεί ότι το 25-50% των «αλκοολικών» ατόμων είχαν ένα γονιό ή ένα στενό συγγενή αλκοολικό και ότι τα παιδιά αλκοολικών γονιών έχουν τη διπλάσια πιθανότητα να γίνουν και τα ίδια αλκοολικά από τα παιδιά με μη αλκοολικούς γονείς.

Η οικογένεια με αλκοολικό μέλος είναι ένα σύστημα αποδυναμωμένο το οποίο χρειάζεται βοήθεια για να μπορέσει να απαλλαγεί από τα συνακόλουθα προβλήματα της εξάρτησης αλλά κυρίως για να μπορούν να μεγαλώνουν τα παιδιά της όπως ακριβώς τους αξίζει, με υγεία, ηρεμία και αγάπη. Είναι βασικό να μην υπάρξει επανάληψη του εξαρτημένου γονεϊκού μοντέλου και για τα άτομα αλλά και για την κοινωνία κατ' επέκταση.

Αλκοόλ και οδήγηση. Στοιχεία από την τροχαία.

Από τα στοιχεία της Διεύθυνσης Τροχαίας του αρχηγείου της Ελληνικής Αστυνομίας οι έλεγχοι και οι διαπιστώσεις που πραγματοποιήθηκαν μέσα στο 2003 και αφορούν μέθη οδηγών, καθώς και η σύγκρισή τους με το 2002, παρουσιάζονται στη συνέχεια. (ΕΚΤΕΠΝ, 2003)

Το 2003 αυξήθηκαν σημαντικά τόσο ο αριθμός των ελέγχων που διενεργήθηκαν (από 41.723 σε 53.659) όσο και ο αριθμός των ελεγχθέντων ατόμων (από 1.034.630 σε 1.271.217) σε σχέση με το 2002.

Το ποσοστό των ατόμων με ένδειξη μέθης επί του συνόλου των ελεγχθέντων ατόμων μειώθηκε από 4,7% το 2002 σε 3,6% το 2003. Παρόλο που την πλειοψηφία των παραβάσεων των επιτρεπόμενων ορίων συγκέντρωσης αλκοόλ στον εκπνεόμενο αέρα ή στο αίμα (πταισμάτα) εξακολουθούν να αποτελούν οι παραβάσεις των υψηλότερων συγκεντρώσεων αλκοόλης (από 0,25-0,40 mg/l ή 0,50-0,80 mg/l και πάνω), ο συνολικός αριθμός των πταισμάτων παρουσιάζει μείωση σε σχέση με το 2002.

Επισημαίνουμε ότι το χαμηλότερο επιτρεπόμενο όριο συγκέντρωσης αλκοόλ (0,10-0,24 mg/l ή 0,20-0,49 mg/l) θεσπίστηκε και εφαρμόστηκε τον Ιούλιο του 2002.

Μείωση σε ποσοστό 6% παρατηρείται και στα τροχαία ατυχήματα, από 16.755 περιστατικά το 2002 σε 15.747 το 2003. Από το σύνολο των αιτιών την πρωτιά με ποσοστό 82% κατέχει πάλι η κατηγορία «τα αίτια τα αναφερόμενα σε οδηγούς», ενώ από αυτά η οδήγηση σε κατάσταση μέθης εξακολουθεί να έχει πολύ μικρή συμμετοχή (1,4%), πιθανόν λόγω ανεπάρκειας του συστήματος καταγραφής.

Μια μελέτη (Raikos et al., 2003) σχετικά με τα τροχαία ατυχήματα και τη χρήση οινοπνευματωδών και ναρκωτικών ουσιών αναφέρει ότι στο 45% των

θανόντων οδηγών που εξετάστηκαν ανιχνεύθηκε συγκέντρωση αλκοόλης ίση ή μεγαλύτερη με 0,5 g/l.

Αξίζει να αναφερθεί ότι κατά την τριετία 2001-2003 η Ευρωπαϊκή Επιτροπή χρηματοδότησε μεταξύ άλλων κρατών και την Ελλάδα, προκειμένου να προωθηθούν ενημερωτικές εκστρατείες για την αποφυγή της οδήγησης υπό την επήρεια αλκοόλ.

1.16. ΠΡΟΛΗΨΗ

Οι άμεσες ενέργειες που αφορούν στην πρόληψη της κατάχρησης της αλκοόλης μπορούν να συνοψιστούν ως εξής:

-Η διεξαγωγή επιδημιολογικών ερευνών τόσο στην κοινότητα όσο και στα πλαίσια του γενικού νοσοκομείου καθώς και η καταγραφή των παραπτώματων και των εγκληματικών πράξεων που σχετίζονται με την κατανάλωση αλκοόλης, των παραβάσεων του ΚΟΚ και των ατυχημάτων εξαιτίας της χρήσης ή/ και κατάχρησης του αλκοόλ βοηθούν στη διαμόρφωση της εικόνας για το μέγεθος του προβλήματος στη χώρα.

-Οι έρευνες αυτές δεν θα πρέπει να στοχεύουν μόνο στη καταγραφή των «αλκοολικών περιστατικών» που αφορούν σε άτομα που βρίσκονται σε προχωρημένα στάδια της εξάρτησης και των σχετικών προβλημάτων, αλλά κυρίως στην ανίχνευση ατόμων που είτε είναι στα πρώτα στάδια της εξάρτησης είτε παρουσιάζουν μεγάλες πιθανότητες ανάπτυξης αλκοολισμού.

-Η δημιουργία και η ανάπτυξη επιστημονικά αποδεκτών κριτηρίων για την έγκυρη και έγκαιρη αναγνώριση του προβληματικού πότη είναι θέμα υψίστης σημασίας.

-Οι προσπάθειες με στόχο το κοινωνικό σύνολο οφείλουν να έχουν διπλή κατεύθυνση. Πρώτον, είναι απαραίτητη η επιστημονικά τεκμηριωμένη ενημέρωση του κοινού σε θέματα χρήσης και κατάχρησης αλκοόλης. Η κοινωνία πρέπει να ενημερώνεται και όχι να φοβάται, όπως στην περίπτωση των ναρκωτικών. Δεύτερον, πρέπει να αντιμετωπιστούν οι «αρνητικές» στάσεις και αντιλήψεις του κοινωνικού συνόλου απέναντι στον προβληματικό πότη. Οι προσπάθειες αυτές μπορεί να υλοποιηθούν μέσω φυλλαδίων, ανοιχτών συζητήσεων, διαλέξεων και με την αξιοποίηση των Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης.

-Τα εκπαιδευτικά προγράμματα με αποκλειστικό αντικείμενο τις ουσίες εξάρτησης θεωρούνται άκρως απαραίτητα σε προγράμματα σπουδών όπως της ιατρικής, νομικής, ψυχολογίας, κοινωνικής εργασίας, νοσηλευτικής κ. α.

-Ιδιαίτερο έμφαση πρέπει να δοθεί στις αρνητικές στάσεις που διακρίνουν το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό απέναντι στον αλκοολικό. Το θέμα αυτό έχει ειδικό βάρος όσον αφορά στην πρόληψη και θεραπεία του αλκοολισμού. (Ποταμιάνος, Γ., 1994)

-Ο ρόλος των Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης και ιδιαίτερος της διαφήμισης χρειάζεται ανανέωση προκειμένου μεν να ενημερωνόμαστε για την ύπαρξη και την απόλαυση του αλκοόλ αλλά χωρίς από την άλλη να συνδέεται η αλκοόλη με την κοινωνική και σεξουαλική επιτυχία.

-Οι δικαστικές αρχές και η αστυνομία θα μπορούσαν να παίζουν θετικό ρόλο στην αναγνώριση και παραπομπή για θεραπεία του προβληματικού πότη. Ο αλκοολικός όπως και ο χρήστης άλλων ουσιών εξάρτησης χρειάζονται βοήθεια και όχι τιμωρία.

-Ο ρόλος της οικογένειας είναι ίσως ο πιο σημαντικός στην πρόληψη του αλκοολισμού. Αξίζει να τονιστεί ότι δεν είναι σπάνιες οι περιπτώσεις που η δυναμική του οικογενειακού συστήματος οδηγεί μέλη της οικογένειας στον αλκοολισμό.

-Η ποτοαπαγόρευση και η υψηλή φορολογία στα αλκοολούχα ποτά δεν αποτελούν παράγοντες πρόληψης.

-Οι παραπάνω προτάσεις για τη πρόληψη του αλκοολισμού(με ελάχιστες εξαιρέσεις) θα πρέπει να υλοποιηθούν μέσα στα πλαίσια της τοπικής αυτοδιοίκησης και όχι από την «απρόσωπη» πολιτεία. Η σχέση μεταξύ τοπικής αυτοδιοίκησης και υγείας είναι τόσο σημαντική όσο και ο ρόλος της οικογένειας.

-Τέλος, πρέπει να τονιστεί ότι οι προσπάθειες πρόληψης χρειάζεται να είναι απόλυτα συντονισμένες και να εμπεριέχουν ερευνητικό πρόγραμμα αξιολόγησης της αποτελεσματικότητάς τους.

Προληπτικές παρεμβάσεις για το αλκοόλ

Μέσα στο ευρύτερο πλαίσιο της πρόληψης της εξάρτησης και γενικότερα της προαγωγής της υγείας, οι παρεμβάσεις των φορέων πρόληψης δεν περιορίζονται μόνο στην πρόληψη παράνομων ουσιών, αλλά αφορούν και τη χρήση οινοπνευματωδών ποτών. Σύμφωνα με τα τελευταία στοιχεία του Εθνικού Κέντρου Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά και την Τοξικομανία (ΕΚΤΕΠΝ) οι παρεμβάσεις εκείνες που είχαν σαν στόχο την πρόληψη της χρήσης οινοπνευματωδών περιγράφονται στη συνέχεια.(ΕΚΤΕΠΝ, 2003)

Όσον αφορά τη σχολική κοινότητα, οι εκπαιδευτικοί υλοποιούν Προγράμματα Αγωγής Υγείας με θέμα την πρόληψη της χρήσης οινοπνευματωδών. Τα σχετικά στοιχεία για το σχολικό έτος 2002-2003 παρουσιάζονται στον πίνακα που ακολουθεί.

	Αριθμός των σχολικών μονάδων που συμμετείχαν	Αριθμός εκπαιδευτικών που συμμετείχαν	Αριθμός μαθητών που συμμετείχαν
Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση	723	1.446	21.690
Δευτεροβάθμια εκπαίδευση	1.052	1.578	21.040

(ΠΗΓΗ: ΥΠΕΠΘ, 2003)

Επίσης ορισμένοι φορείς πρόληψης πραγματοποιούν παρεμβάσεις στη σχολική κοινότητα επικεντρώνοντας στην πρόληψη της χρήσης οινόπνευματων. Σύμφωνα με τα στοιχεία του 2003, υλοποιήθηκαν 3 τέτοιες παρεμβάσεις πρόληψης σε μαθητές της Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης από εκπαιδευμένους καθηγητές. Οι συγκεκριμένες παρεμβάσεις πραγματοποιήθηκαν εντός ή εκτός πλαισίου Προγραμμάτων Αγωγής Υγείας.

	Αριθμός παραβάσεων	Αριθμός καθηγητών που υλοποίησαν παρέμβαση	Μέση διάρκεια παρέμβασης (σε μήνες)	Μέσος όρος συναντήσεων	Αριθμός μαθητών που συμμετείχαν
Παρεμβάσεις φορέων πρόληψης	3	11	7,3	19	188 (24 σχολεία)

ΠΗΓΗ: ΕΚΤΕΠΝ, 2004

1.17. ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΥ

Τα στάδια και η διαδικασία αλλαγής του αλκοολικού

Είναι κοινή γνώση ότι οι αλκοολικοί βρίσκονται σε διαφορετικά επιθυμίας και ετοιμότητας προκειμένου να δεχθούν θεραπευτική βοήθεια. Τα στάδια αυτά ξεκινούν από την απόλυτη άρνηση του προβλήματος και φτάνουν έως την αμετάκλητη απόφασή τους για διακοπή. Ο Rairstrick, αναφέρει ότι τα στάδια αυτά είναι τέσσερα:

1. Το στάδιο της άρνησης του προβλήματος

Κατά τη διάρκεια αυτού του σταδίου ο αλκοολικός δε δέχεται ότι έχει κάποιο ειδικό πρόβλημα. Απορρίπτει κάθε πληροφορία και είναι αμφίβολο αν οποιαδήποτε θεραπευτική προσπάθεια θα είχε κάποιο θετικό αποτέλεσμα.

2. Το στάδιο της αποδοχής του προβλήματος

Εδώ ο αλκοολικός αντιλαμβάνεται την κατάστασή του και αρχίζει να σκέφτεται τις πιθανές λύσεις.

3. Το στάδιο του τερματισμού

Το άτομο αρχίζει να αισθάνεται επιτακτικά την υποχρέωση να προβεί σε πράξεις που σκοπό έχουν την διακοπή του ποτού.

4. Το στάδιο της διατήρησης της αποχής

Στο τελευταίο αυτό στάδιο το άτομο προσπαθεί να ενισχύσει και να διατηρήσει σταθερές για μακρό χρόνο τις νεοαποκτημένες συμπεριφορές.

Παράγοντες που διαμορφώνουν το θεραπευτικό αποτέλεσμα

Δύο είναι τα βασικά στοιχεία για την έκβαση της θεραπείας: α) τα χαρακτηριστικά του θεραπευτή και β) τα χαρακτηριστικά του αλκοολικού. (Ποταμιάνος, Γ., 1994)

α) Τα χαρακτηριστικά του θεραπευτή

Ο θεραπευτής παίζει σημαντικό ρόλο στην έκβαση του θεραπευτικού αποτελέσματος. Ο Cartwright υποστηρίζει ότι υπάρχει ένας αριθμός χαρακτηριστικών του θεραπευτή που παίζουν σημαντικό ρόλο για το θετικό αποτέλεσμα της θεραπείας, όπως η κατανόηση των συναισθημάτων του θεραπευόμενου, η εμπειρία του θεραπευτή, το αίσθημα υποχρέωσης και τα θετικά συναισθήματα απέναντι στον εαυτό του, στον αλκοολικό και στη θεραπευτική διαδικασία. Ο θεραπευτής θα πρέπει να είναι αποφασισμένος να εργαστεί με αντικειμενικότητα καθώς επίσης να είναι προετοιμασμένος για δυσκολίες, υποτροπές και αποτυχίες. Τέλος, χρειάζεται να έχει γνώση, εμπειρία και εκπαίδευση σχετικά με το αντικείμενό του.

β) Τα χαρακτηριστικά του αλκοολικού

Η νεαρή ηλικία του θεραπευόμενου, το σταθερό και υποστηρικτικό περιβάλλον και ο χαμηλός δείκτης παράνομων δραστηριοτήτων είναι στοιχεία που συνδέονται θετικά με το θεραπευτικό αποτέλεσμα. Ωστόσο, υπάρχει η άποψη ότι είναι δύσκολο να απομονώσει κανείς χαρακτηριστικά του αλκοολικού τα οποία να έχουν προγνωστική αξία αναφορικά με το αποτέλεσμα. Οι αλκοολικοί περιγράφονται ως άτομα παρορμητικά που επιζητούν την άμεση ικανοποίηση των αναγκών τους και είναι ανέτοιμοι να υποστούν το άγχος που επιφέρει η οποιαδήποτε ματαίωση. Είναι συχνά φορτισμένοι με συναισθήματα ανεπάρκειας, ενοχών και ανατροφοδοτούνται από αυτό σ' ένα φαύλο κύκλο (Μεσημέρης, Σ.). Σκοπός της θεραπείας είναι να διακόψει αυτό το φαύλο κύκλο.

Θεραπευτικές προσεγγίσεις

-Φαρμακολογική προσέγγιση

Από το 1948 η χρήση της ουσίας δισουλφιράμης ήταν ευρεία στην θεραπεία του αλκοολισμού παρ' όλες τις παρενέργειες που προκαλούσε (δερματολογικά προβλήματα, πονοκεφάλους, νωθρότητα κλπ).

Η συνήθης τεχνική είναι να χορηγείται μισό γραμμάριο υπό μορφή δισκίου ημερησίως για μερικές ημέρες και έπειτα από προσεκτικά ελεγχόμενες συνθήκες και ιατρική παρακολούθηση να χορηγείται στον ασθενή μια μικρή δοκιμαστική δόση οινόπνευματώδους ποτού. Με αυτό τον τρόπο ο ασθενής αντιλαμβάνεται μια πολύ ισχυρή και δυσάρεστη αντίδραση στον οργανισμό του η οποία προκαλείται με την παράλληλη χρήση disulfiram και οινόπνευματος.(Lempriere, T., Felling, A., et al)

Εκτός από το disulfiram, μια άλλη ουσία που χρησιμοποιήθηκε προς το τέλος της δεκαετίας του '50 ήταν η Metronidazole(Flagyl). Η αρχική χρήση αυτής της ουσίας ήταν για τη θεραπεία των ουρολοιμώξεων ενώ μια από τις παρενέργειές της ήταν η αποστροφή προς το αλκοόλ. Αρχικές έρευνες για την αποτελεσματικότητα του Flagyl εκπονήθηκαν από τους Taylor(1964) και Semer et al(1966). Τα αποτελέσματα των παραπάνω ερευνών έδειξαν ποσοστά επιτυχίας μέχρι και 90% των ασθενών για περιόδους από 2-5 μήνες.

Σύμφωνα με τους Merry et al(1968), καλά ελεγχόμενες κλινικές δοκιμασίες με στόχο την αξιολόγηση του Flagyl έδειξαν πολύ χαμηλά ποσοστά επιτυχίας. Εξάλλου, η ελεγχόμενη κλινική δοκιμασία των Tyndel et al(1969) δεν βρήκε καμιά διαφορά στα ποσοστά βελτίωσης μεταξύ ομάδας ασθενών που τους χορηγήθηκε το Flagyl και ομάδας που τους χορηγήθηκε placebo(εικονικό/ αδρανές φάρμακο).

Η τρίτη ομάδα φαρμάκων που χρησιμοποιήθηκε για τη θεραπεία της εξάρτησης από το αλκοόλ, ήταν τα αγχολυτικά και τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα. Σε αντίθεση με τις προαναφερθείσες ομάδες φαρμάκων(Disulfiram και Metronidazole) που δρουν στα πλαίσια των κανόνων της αποστροφικής θεραπείας, τόσο τα αγχολυτικά όσο και τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα χρησιμοποιούνται κατά την περίοδο της αποτοξίνωσης προς αντιμετώπιση των συμπτωμάτων στέρησης. Μελέτες με στόχο την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας αγχολυτικών φαρμάκων στη θεραπεία αλκοολισμού, έδειξαν παρόμοια αποτελέσματα σε 3 ομάδες ασθενών που τους χορηγήθηκε αγχολυτικό, placebo ή καθόλου φάρμακο αντιστοίχως.(Ποταμιάνος, Γ., 1994)

Οι περισσότεροι ερευνητές που ασχολήθηκαν με την ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας καταλήγουν στο ότι η φαρμακολογική προσέγγιση είναι σχετικά αναποτελεσματική στη θεραπεία του αλκοολισμού είτε εξαιτίας της ασάφειας η οποία συνδέεται με την αξιολόγηση των παραπάνω φαρμάκων(τα αποτελέσματα των ερευνών βασίζονται σε μη ελεγχόμενες δοκιμασίες), είτε γιατί οι ασθενείς που δείχνουν βελτίωση είναι άτομα που ακολουθούν τη φαρμακοθεραπεία εθελοντικά.

Η εθελοντική λήψη φαρμάκων είναι ενδεικτική των κινήτρων των ασθενών για τη βελτίωση της κατάστασής τους. Σχετικά με την αξιολόγηση της θεραπείας του αλκοολισμού, το κίνητρο του ασθενούς είναι τόσο σημαντικό όσο και τα φάρμακα που του χορηγούνται.

-Ψυχολογική προσέγγιση

Η γοργή ανάπτυξη του κλάδου της κλινικής ψυχολογίας, η εφαρμογή των ψυχολογικών τεστ, η θεραπεία συμπεριφοράς, η γνωστική θεραπεία, οι ψυχοδυναμικές και άλλες προσεγγίσεις έχουν συμβάλει ουσιαστικά στην αντιμετώπιση της εξάρτησης από το αλκοόλ.

Δύο είναι οι κατηγορίες ψυχολογικών προσεγγίσεων που εφαρμόζονται στην αντιμετώπιση της εξάρτησης από το αλκοόλ από τις αρχές ακόμα του 20^{ου} αιώνα. Αυτές είναι οι τεχνικές θεραπείας της συμπεριφοράς και τα άλλα είδη ψυχοθεραπείας(ατομική, ομαδική).

-Τεχνικές θεραπείας της συμπεριφοράς

Μια από τις πρώτες μεθόδους που αναπτύχθηκαν στο πλαίσιο της θεραπείας συμπεριφοράς ήταν η τεχνική της αποστροφικής θεραπείας(aversion therapy).

Η τεχνική αυτή βασίζεται στη θεώρηση ότι δυσάρεστα συναισθήματα μειώνουν τις πιθανότητες εμφάνισης κάποιας συμπεριφοράς(π. χ κατανάλωση αλκοόλης) και έχει κυρίως δύο μορφές: την ηλεκτρική και τη χημική.

Στην πρώτη περίπτωση, ένα μέτριο ηλεκτρικό σοκ(ηλεκτρικά ερεθίσματα ποικίλης έντασης) διοχετεύεται στον ασθενή την ώρα που συνειδητά σκέφτεται ή καταναλώνει το αγαπημένο του οινοπνευματώδες ποτό.

Η χημική αποστροφή επιτυγχάνεται με την παροχή ενός φαρμάκου (π. χ Disulfiram) το οποίο προκαλεί στο άτομο ναυτία ή και εμετό όταν μυρίζει, γεύεται ή καταπίνει αλκοόλ

Σύμφωνα με τον Blake (1965, 1967), η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας δείχνει ότι τα ποσοστά επιτυχίας της αποστροφής με ηλεκτρικά ερεθίσματα ποικίλουν από 0-60% ενώ για την αποστροφή με χημικά παρασκευάσματα ο Hodgson (1977) εντοπίζει δύο ουσιαστικά προβλήματα. Πρώτον, τα χαρακτηριστικά των ασθενών που υποβάλλονται σε αυτού του είδους την αποστροφική θεραπεία δεν επιτρέπουν τη

γενίκευση των αποτελεσμάτων στο γενικό πληθυσμό και δεύτερον, οι ασθενείς αυτοί υποβάλλονται και σε άλλα είδη θεραπείας παράλληλα με την αποστροφική θεραπεία(ομαδική θεραπεία, ομάδες αλκοολικών ανώνυμων κλπ), γεγονός που δεν επιτρέπει την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας αυτής της τεχνικής.

Τα τελευταία χρόνια μια μεγάλη μερίδα θεραπευτών συμπεριφοράς έχει επικεντρώσει την προσοχή της σε τεχνικές που βοηθούν την αντιμετώπιση του άγχους. Όπως είναι γνωστό, η πλειοψηφία των αλκοολικών παρουσιάζουν μια ποικιλία συμπτωμάτων άγχους για πολλούς και διαφόρους λόγους. Θεραπευτικές τεχνικές όπως η παρρησιαστική θεραπεία και η θεραπεία κοινωνικών δεξιοτήτων έχουν υιοθετηθεί για την αντιμετώπιση του.

-Άλλα είδη ψυχοθεραπείας

Ατομικού τύπου ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις

Δεν υπάρχει ένας και μόνο τρόπος για να αντιμετωπιστούν τα τόσο διαφορετικά προβλήματα που συναντάμε στους χρήστες.

Ο θεραπευτής πρέπει να είναι σχετικά έμπειρος και να διαλέγει από το μεγάλο φάσμα των τεχνικών εκείνη που φαίνεται να ταιριάζει περισσότερο στον κάθε θεραπευόμενο.

Τελευταία έχει αυξηθεί η τάση για ατομικού τύπου συμβουλευτική ψυχοθεραπεία, η οποία ασκείται από επαγγελματίες. Μέσα από επανειλημμένες συναντήσεις με το εξαρτημένο άτομο, γίνεται προσπάθεια να του δοθεί η κατάλληλη ενημέρωση, να συζητηθούν τα προβλήματα και οι σχέσεις του και να κατανοηθούν οι συμπεριφορές που τον οδηγούν στην κατάχρηση. Συνεχής επιδίωξη είναι ο διαχωρισμός ανάμεσα στα τρέχοντα προβλήματα που δημιουργεί η χρήση αυτή καθαυτή και στους υποκειμενικούς βιοκοινωνικούς παράγοντες που συμμετέχουν, συντηρούν και ενισχύουν τη δυσπροσαρμοστική συμπεριφορά. Σε πολλές περιπτώσεις η εξατομικευμένη θεραπευτική αντιμετώπιση και ο σχεδιασμός της με βάση τις συγκεκριμένες και μοναδικές ανάγκες του κάθε ατόμου, είναι ένα από τα βασικά κλειδιά για την επιτυχή έκβαση της θεραπευτικής προσπάθειας.(Λιάππας, Γ.)

Η συμβουλευτική ψυχοθεραπεία στοχεύει στην ανάπτυξη κινήτρων για διακοπή της χρήσης, διαμέσου προσπαθειών που θα καλλιεργήσουν τα θετικά στοιχεία τα οποία υπάρχουν στην προσωπικότητα του χρήστη, θα αξιοποιήσουν τις

κοινωνικές ευκαιρίες του και θα αντιμετωπίσουν τις συναισθηματικές καταστάσεις που ενισχύουν τη χρήση του οινοπνεύματος. Τα κίνητρα για θεραπεία, αν και ποικίλουν, είναι δυνατόν να αναπτυχθούν μέσω της συμβουλευτικής προσέγγισης. Πρέπει να τονιστεί ότι η επικέντρωση αποκλειστικά στο πρόβλημα της χρήσης, η παραγνώριση των μηχανισμών που το συντηρούν, η εφαρμογή της ίδιας θεραπευτικής τεχνικής αδιακρίτως και η παράβλεψη πιθανών συνοδών ψυχιατρικών διαταραχών, είναι από τα συνηθέστερα λάθη των άπειρων ψυχοθεραπευτών.

Η ατομική προσέγγιση στα αρχικά της στάδια στοχεύει στην κάμψη των αντιστάσεων του ατόμου για θεραπεία, στην παραμονή του στη θεραπευτική προσπάθεια και στον προσανατολισμό του σε μακράς βάσης θεραπευτικά προγράμματα. Αρχικά γίνεται προσπάθεια να υποστηριχθεί το άτομο ώστε να αντιμετωπίσει τους φόβους και τα συμπτώματα που εμφανίζονται καθώς οι δόσεις της ουσίας μειώνονται.

Η ατομική ψυχοθεραπεία έχει καλύτερα αποτελέσματα όταν συνδυάζεται-εκεί που πρέπει-με άλλες συμπεριφερολογικού ή γνωσιακού τύπου τεχνικές. Οι γνωσιακές θεραπείες ουσιαστικά είναι προσπάθειες που αποσκοπούν στο να βοηθήσουν το θεραπευόμενο να αναγνωρίσει και να τροποποιήσει μη προσαρμοστικούς τρόπους σκέψης.

Η ατομική προσέγγιση φαίνεται να είναι αρκετά αποτελεσματική για άτομα που καταφεύγουν στο αλκοόλ στην προσπάθειά τους να αντιμετωπίσουν νευρωτικές καταστάσεις και συναισθηματικού τύπου προβλήματα.

Ομαδικού τύπου ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις

Το σκεπτικό της χρήσης μεθόδων ομαδικής θεραπείας στη θεραπευτική της ουσιοεξάρτησης στηρίζεται στην αρχή ότι η χρήση είναι το αποτέλεσμα της στενής σχέσης ανάμεσα σε παράγοντες όπως η δράση της ουσίας, η προσωπικότητα του χρήστη και η επίδραση του κοινωνικού περιβάλλοντος. (Ποταμάνος, Γ., 1994)

Γενικά στις ομαδικού τύπου προσεγγίσεις γίνεται προσπάθεια να χρησιμοποιηθεί η διαμορφωτική επίδραση της θετικής δυναμικής που υπάρχει στους ήδη ανεξαρτημένους, ώστε να αναπτυχθεί η ικανότητα των υπολοίπων μελών της ομάδας για ρεαλιστικού τύπου προσαρμογές και επανατοποθετήσεις, καθώς και να

αυξηθεί η μέριμνά τους για τα καθημερινά προβλήματα, όπως η εργασία και η κατοικία. Οι ομάδες αυτές μπορούν να οργανωθούν σε πλαίσιο νοσοκομείου (σε εσωτερική ή εξωτερική βάση), θεραπευτικής κοινότητας ή άλλων θεραπευτικών κέντρων. Η ομάδα μπορεί να αποτελείται από 3-12 άτομα ή από 30-50 μέλη. Επιλεγμένες ομοειδείς ομάδες μπορούν να συνεργαστούν και να αλληλοϋποστηριχτούν, πετυχαίνοντας καλά αποτελέσματα. Οι δραστηριότητες στην ομάδα μπορεί να είναι συμβουλευτικές, υποστηρικτικές, εναισθητικές ή εκπαιδευτικές. Όλοι οι τύποι προσέγγισης είναι χρήσιμοι, με τον όρο ότι η επιλογή των ατόμων πρέπει να γίνεται με σωστά και σταθερά κριτήρια για την κάθε ομάδα. (Λιάππας, Γ.)

Συμπερασματικά, η ομαδική ψυχοθεραπεία θα πρέπει να γίνεται από πεπειραμένο θεραπευτή, να ακολουθεί κάποιο συγκεκριμένο σκεπτικό, να έχει συγκεκριμένη χρονική διάρκεια, να είναι προσανατολισμένη σε καθορισμένους στόχους και να είναι καλά σχεδιασμένη και δομημένη σχετικά με τον αριθμό των μελών της και τη γενικότερη λειτουργία της.

Παράγοντες που καθιστούν δύσκολη τη θεραπεία

Οι παράγοντες αυτοί μπορεί να συνοψισθούν ως εξής:

1. Ο προβληματικός πότης δεν αναγνωρίζεται εύκολα είτε από το κοινωνικό του περιβάλλον είτε από τους θεράποντες γιατρούς. Σ' αυτό συμβάλλουν οι παρακάτω λόγοι:
 - Η σχετική έλλειψη ευαίσθητων μεθόδων ανίχνευσης του προβληματικού πότη
 - Το γεγονός ότι τόσο η ιατρική όσο και η κοινή αντίληψη περί αλκοολισμού περιορίζεται στα άτομα που επιδεικνύουν σοβαρή εξάρτηση και διαταραχές λόγω κατάχρησης του αλκοόλ. Τα άτομα αυτά αντιπροσωπεύουν λιγότερο από το 10% των ατόμων που θα μπορούσαν να χαρακτηριστούν ως προβληματικοί πότες.
 - Ο ασαφής διαχωρισμός μεταξύ χρήσης και κατάχρησης του αλκοόλ. Βιολογικοί, κοινωνικοί, ψυχολογικοί και πολιτιστικοί παράγοντες συμβάλλουν στη δυσκολία οριοθέτησης των εννοιών χρήσης-κατάχρησης.
 - Οι πολυδιάστατες επιπτώσεις του αλκοολισμού πολύ συχνά αντιμετωπίζονται ως μεμονωμένες ιατρικές ή άλλες οντότητες χωρίς να γίνεται η απαραίτητη διασύνδεσή τους με την κατανάλωση της αλκοόλης.

-Η άρνηση του προβλήματος τόσο από τον προβληματικό πότη όσο και (συχνά) από το περιβάλλον του έχει σαν αποτέλεσμα την άρνηση ή τη μη αναζήτηση θεραπευτικής παρέμβασης. Η κλινική πείρα δείχνει ότι οι αλκοολικοί ζητούν βοήθεια για το πρόβλημά τους μετά από παρέλευση πολλών ετών κατάχρησης και μετά από προτροπές ή/ και απειλές από το άμεσο οικογενειακό τους περιβάλλον.

2. Είναι γεγονός ότι η εξάρτηση από το αλκοόλ είναι απόλυτα εναρμονισμένη με τις προσωπικές και κοινωνικές σχέσεις και δραστηριότητες του χρήστη. Αν και στις νόμιμες ουσίες εξάρτησης δεν συναντάμε την «υποκουλτούρα» μέσα στην οποία κινείται ο χρήστης των ναρκωτικών, εντούτοις αν η θεραπευτική παρέμβαση στο αλκοολικό άτομο δεν εμπεριέχει στοιχεία ικανά να «αναπληρώσουν» την κατάχρηση της αλκοόλης, η θεραπεία συνήθως αποτυγχάνει. Αν η θεραπευτική παρέμβαση δεν προσδιορίζει το «κέρδος» που θα προκύψει για τον αλκοολικό, τότε έχει μεγάλες πιθανότητες αποτυχίας.

3. Ένας ακόμα βασικός παράγοντας που επιδρά αρνητικά στη θεραπεία του αλκοολισμού είναι το γεγονός ότι πολύ συχνά η διάγνωση γίνεται σε προχωρημένα στάδια εξάρτησης και οργανικών ή/ και ψυχιατρικών διαταραχών. Είναι ευνόητο ότι σε τέτοιες περιπτώσεις οι θεραπευτικές προσπάθειες και παρεμβάσεις έχουν λιγότερες πιθανότητες επιτυχίας.

1.17i. ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ

Οι επίσημα αναγνωρισμένες θεραπευτικές δομές που λειτουργούν σήμερα στη χώρα και προσφέρουν εξειδικευμένες υπηρεσίες σε άτομα που αντιμετωπίζουν προβλήματα με τη χρήση αλκοόλ είναι πέντε:

(ΕΚΤΕΠΝ, 2003)

Α) Το τμήμα Ψυχικής Απεξάρτησης Αλκοολικών «18 ΑΝΩ» του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής (ΨΝΑ).

Το πρόγραμμα αυτό λειτουργεί από το 1997 και σκοπός του είναι η ψυχική απεξάρτηση ατόμων εξαρτημένων από αλκοόλ και ηρεμιστικά χάπια. Απευθύνεται σε

άτομα ηλικίας έως 40 ετών τα οποία δεν αντιμετωπίζουν σοβαρά προβλήματα υγείας. Διαρκεί 6 έως 9 μήνες και στη διάρκεια της θεραπείας αντιμετωπίζονται οι όποιες ψυχοπαθολογικές εκδηλώσεις συνυπάρχουν με τον αλκοολισμό.

Β) Το Τμήμα Βραχείας Θεραπείας «18 ΑΝΩ» (ΨΝΑ)

Είναι ένα τμήμα εσωτερικής νοσηλείας με παράλληλη χορήγηση ναλτρεξόνης. Η συνολική του διάρκεια είναι τέσσερις μήνες, με δίμηνη ενδονοσοκομειακή νοσηλεία κατά την οποία οι θεραπευόμενοι συμμετέχουν παράλληλα σε μια σειρά από ομαδικές δραστηριότητες θεραπευτικού χαρακτήρα, όπως Αλκοολικοί Ανώνυμοι (όχι οι γνωστοί ΑΑ), εργοθεραπεία, δραματοθεραπεία, αγγειοπλαστική, γυμναστική, ομάδες κλινικής κ. α.

Μετά το τέλος της δίμηνης νοσηλείας στο τμήμα ακολουθεί η φάση της κοινωνικής επανένταξης, η οποία διαρκεί άλλους δύο μήνες και περιλαμβάνει κυρίως υπηρεσίες πρόληψης υποτροπής και παρεμβάσεις σε θέματα σχέσεων στην οικογένεια ή στην εργασία των θεραπευομένων. Για την εισαγωγή κάποιου στο τμήμα αυτό δεν υπάρχει κάποιο συγκεκριμένο όριο ηλικίας.

Γ) Η Μονάδα Απεξάρτησης από Αλκοόλ, Φάρμακα και Τυχρά Παιχνίδια του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης (ΨΝΘ)

Πρόκειται για εξωνοσοκομειακή δομή του ΨΝΘ η οποία λειτουργεί από το 1989 και απευθύνεται σε όλους όσους θεωρούν ότι αντιμετωπίζουν πρόβλημα εξάρτησης ως χρήστες ή ως συγγενείς χρηστών οινόπνευματος, νόμιμων φαρμάκων και τυχερών παιχνιδιών. Δεν έχει τη δυνατότητα να καλύψει περιστατικά που χρήζουν ενδονοσοκομειακής περίθαλψης ωστόσο, αν η κατάσταση του χρήστη το απαιτεί, το πρόγραμμα περιλαμβάνει ολιγοήμερη νοσηλεία στην Παθολογική Κλινική του ΨΝΘ προκειμένου να αντιμετωπιστούν τυχόν σωματικά στερητικά συμπτώματα. Στόχοι του προγράμματος είναι, πλην του θεραπευτικού έργου, η πρόληψη σε όλες τις βαθμίδες, η εκπαίδευση και η έρευνα.

Η θεραπευτική προσέγγιση που ακολουθεί το πρόγραμμα είναι η συστημική οικογενειακή ψυχοθεραπεία, η οποία δίνει τη δυνατότητα στην υπηρεσία να συμμετέχουν και οικογένειες των εξαρτημένων. Μάλιστα η ύπαρξη μεγάλων μεσοδιαστημάτων μεταξύ των συνεδριών, που ανέρχονται σε 3-4 εβδομάδες, επιτρέπει στην υπηρεσία, που είναι και η μοναδική κρατική δομή για ζητήματα εξάρτησης από νόμιμες ουσίες στο χώρο της Βόρειας Ελλάδας, να συμμετέχουν και

οικογένειες με τόπο διαμονής εκτός νομού Θεσσαλονίκης. Ένα 60%-70% περίπου των περιπτώσεων που αναζητούν την παροχή βοήθειας στη συγκεκριμένη υπηρεσία, δεν αφορά χρήστες αλλά μέλη οικογενειών.

Δ) Το Θεραπευτικό Πρόγραμμα «ΑΘΗΝΑ» (Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών και ΟΚΑΝΑ).

Το πρόγραμμα «ΑΘΗΝΑ» άρχισε να λειτουργεί την άνοιξη του 1998 και αποτελεί συνέχεια και επέκταση του θεραπευτικού προγράμματος κατά της ουσιοεξάρτησης που λειτουργεί στην ψυχιατρική κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών από το 1988. Είναι ένα στεγνό και μικτό θεραπευτικό πρόγραμμα εξωτερικής παραμονής το οποίο απευθύνεται σε χρήστες τοξικών ουσιών, χρήστες οινόπνευματος, οικογένειες και συγγενείς χρηστών.

Στις δραστηριότητες του προγράμματος περιλαμβάνονται η ενημέρωση, η συμβουλευτική, η ατομική, ομαδική και οικογενειακή θεραπεία, η πρόληψη, η εκπαίδευση και η έρευνα.

Κύριο θεραπευτικό εργαλείο είναι η ψυχοθεραπευτική προσέγγιση του χρήστη σε ατομικό, οικογενειακό και ομαδικό επίπεδο, με έμφαση στην μοναδικότητα και στην ιδιαιτερότητα κάθε εξαρτημένου ατόμου.

Πιο συγκεκριμένα, οι υπηρεσίες περιλαμβάνουν το τμήμα ενημέρωσης, το οποίο λειτουργεί σαν μια Στεγνή Μονάδα Εξωτερικής Νοσηλείας, και το Τμήμα Παλαιολόγου στο Αιγινήτειο Νοσοκομείο, το οποίο είναι Τμήμα Αποτοξίνωσης Εσωτερικής Διαμονής με δυναμικότητα επτά περίπου κλινών. Η διάρκεια της εσωτερικής νοσηλείας δεν ξεπερνά τις 45 μέρες, ενώ τα μέλη του προγράμματος μπορούν να χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες του Τμήματος Ενημέρωσης για όσο χρονικό διάστημα επιθυμούν, και πέραν της εσωτερικής νοσηλείας τους.

Ετησίως προσεγγίζουν το Συμβουλευτικό Σταθμό 60 περίπου άτομα με προβλήματα αποκλειστικά από τη χρήση οινόπνευματων, από τα οποία το 30% είναι γυναίκες. Η συντριπτική πλειοψηφία ανήκει στην ηλικιακή ομάδα 36-50 ετών. Ο αριθμός των 60 ατόμων αντιπροσωπεύει το 30% του συνολικού αριθμού των ατόμων, που ανέρχονται γύρω στα 200, τα οποία προσεγγίζουν την υπηρεσία λόγω προβλημάτων από τη χρήση ναρκωτικών ή οινόπνευματων.

Ο μέσος όρος ηλικίας για τα άτομα τα οποία προσέγγισαν το Συμβουλευτικό Σταθμό κατά το 2001 είναι τα 41,1 έτη για τις γυναίκες και τα 45 έτη για τους άνδρες.

Ε) Το θεραπευτικό Πρόγραμμα «ΑΛΦΑ» Απεξάρτησης από το Αλκοόλ και τα Τυχερά Παιχνίδια (ΚΕΘΕΑ).

Έχει την έδρα του στην Αθήνα και προσφέρει υπηρεσίες σε αλκοολικούς, σε άτομα που λόγω της συστηματικής χρήσης αλκοόλ εκτίθενται σε κινδύνους για την ψυχική και τη σωματική τους υγεία, σε πειραματιζόμενους ή περιστασιακούς χρήστες, καθώς και στις οικογένειες και σε κοντινά προς τους χρήστες άτομα (ΚΕΘΕΑ, 2003). Το πρόγραμμα παρέχει ανάλογα με τις ατομικές ανάγκες των χρηστών, τρεις εναλλακτικές προσεγγίσεις θεραπείας (σύντομη, μεσαία και εντατική), με διάρκεια παρακολούθησης που κυμαίνεται από 3 μέχρι 18 μήνες.

Άλλες θεραπευτικές παρεμβάσεις που απευθύνονται σε άτομα εξαρτημένα από το αλκοόλ περιλαμβάνουν:

Το Ανοιχτό Πρόγραμμα Ψυχοκοινωνικής Υποστήριξης (Πρόγραμμα Προαγωγής Αυτοβοήθειας).

Λειτουργεί με έδρα τη Θεσσαλονίκη στα πλαίσια του προγράμματος Προαγωγής Αυτοβοήθειας υπό την εποπτεία του τομέα Κοινωνικής και Κλινικής Ψυχολογίας του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης και με χρηματοδότηση του ΟΚΑΝΑ. Το πρόγραμμα αποτελεί μια εναλλακτική προσπάθεια προσέγγισης των εξαρτημένων από ναρκωτικά και αλκοόλ ατόμων και οι βασικοί στόχοι του περιλαμβάνουν:

- Δημιουργία ομάδων υποστήριξης
- Ευαισθητοποίηση των ατόμων στην αυτοβοήθεια
- Υποστήριξη μελών ομάδων αυτοβοήθειας που ήδη λειτουργούν.

Τις ομάδες αυτοβοήθειας των Ανώνυμων Αλκοολικών (Α Α)

Οι ΑΑ Ελλάδας λειτουργούν από το 1982 και αποτελούν μέρος μιας διεθνούς αλληλεγγύης με μέλη σε 150 χώρες. Τα πρώτα βήματα της ένωσης αυτής ξεκίνησαν το 1935 στην πόλη Έϊκρον των Ηνωμένων Πολιτειών και σήμερα εκτιμάται ότι λειτουργούν πάνω από 97.000 ομάδες σε όλο τον κόσμο, με τουλάχιστον 2.000.000 άντρες και γυναίκες όλων των ηλικιών ως μέλη τους.

Σύμφωνα με τις αρχές τους οι ΑΑ είναι άνδρες και γυναίκες που έχουν συνειδητοποιήσει και ομολογήσει ότι δεν μπορούν να ασκήσουν έλεγχο στο ποτό. Μοναδική προϋπόθεση για να γίνει κανείς μέλος των ΑΑ είναι η επιθυμία του να σταματήσει να πίνει, ενώ δεν υπάρχει κανένα κόστος συμμετοχής για τα μέλη. Οι ΑΑ

συντηρούνται από εθελοντικές συνδρομές των μελών τους. Επίσης δεν συνδέονται με καμία ομάδα, πολιτικό κόμμα, οργανισμό, ίδρυμα, αίρεση ή θρησκευτικό δόγμα.

Εκείνο που ενώνει τα μέλη των ΑΑ είναι το κοινό πρόβλημα που έχουν με το αλκοόλ.

Σύμφωνα με τις προσωπικές τους εμπειρίες ο αλκοολισμός είναι μια ανίατη, προοδευτική και θανατηφόρα ασθένεια, και αυτός είναι ο λόγος που το σύνθημά τους είναι «Εάν γίνεις αλκοολικός, θα παραμείνεις για πάντα αλκοολικός». Πρεσβεύουν ότι ο μόνος τρόπος αντιμετώπισης της ασθένειας είναι η απόλυτη αποχή από το αλκοόλ και απαραίτητη προϋπόθεση είναι να μην πει κανείς το 24ωρο μέσα στο οποίο πραγματοποιείται η συνάντηση.

Πρωταρχικός σκοπός των ΑΑ είναι να μεταδίδουν το μήνυμα ανάρρωσης στον αλκοολικό που ζητά βοήθεια μέσα από ανοιχτές και κλειστές συγκεντρώσεις, όπου τα μέλη μοιράζονται την πείρα, τη δύναμη και την ελπίδα τους για ένα καλύτερο τρόπο ζωής. Τα μέλη διατηρούν την ανωνυμία τους χρησιμοποιώντας μόνο το μικρό τους όνομα, ενώ δεν εμφανίζουν το πρόσωπό τους στα ΜΜΕ.

Στις ανοιχτές συγκεντρώσεις των ΑΑ μπορούν να συμμετέχουν αλκοολικοί αλλά και όσοι ενδιαφέρονται για το πρόβλημα του αλκοολισμού. Οι συγκεντρώσεις αυτές γίνονται κάθε πρώτη και τρίτη Κυριακή του μήνα και η παρακολούθησή τους είναι ο καλύτερος τρόπος για να καταλάβει κανείς πως λειτουργεί το πρόγραμμα των ΑΑ.

Στις κλειστές συγκεντρώσεις δυνατότητα συμμετοχής έχουν μόνο όσοι είναι αλκοολικοί ή πιστεύουν πως έχουν πρόβλημα με το αλκοόλ. Τέτοιες είναι οι συγκεντρώσεις των 12 Βημάτων, τα οποία αποτελούν τη βάση του προγράμματος των ΑΑ για απεξάρτηση από τον αλκοολισμό. Τα 12 Βήματα βασίζονται στην εμπειρία των πρώτων μελών των ΑΑ και περιγράφουν στάσεις και δραστηριότητες που τα πρώτα μέλη αναγνώρισαν ως σημαντικά βοηθήματα στην προσπάθειά τους να απέχουν από το αλκοόλ. Ωστόσο τα 12 Βήματα, στα πλαίσια της γενικότερα ελεύθερης και χωρίς απόλυτες αρχές λειτουργίας των ΑΑ, δεν είναι υποχρεωτικά, απλώς συνιστώνται.

Τα μέλη των ΑΑ μπορούν να κάνουν συγκεντρώσεις ενημερωτικού χαρακτήρα σε οργανισμούς που θα το ζητήσουν καθώς και στα ΜΜΕ, αλλά αυτές δεν θεωρούνται κανονικές συγκεντρώσεις.

Στην παρούσα φάση οι ΑΑ Ελλάδας σχεδιάζουν τη δημιουργία μιας δια-ομάδας (intergroup) η οποία θα λειτουργεί ως σημείο αναφοράς και ως συντονιστικό

όργανο για όλες τις ομάδες στον ελληνικό χώρο και ως κέντρο ενημέρωσης για το ενδιαφερόμενο κοινό.

Οι ομάδες των ΑΑ που λειτουργούν σε όλη την Ελλάδα είναι 8(5 στην Αθήνα και 3 εκτός Αθηνών).(Ζαφειρίδης, Φ., 2001)

Την Ομάδα Αυτοβοήθειας Κέντρου Πρόληψης Νομού Αιτωλοακαρνανίας «ΟΔΥΣΣΕΑΣ»

Στο κέντρο πρόληψης Αιτωλοακαρνανίας στα πλαίσια των Προγραμμάτων εκτός δομών, λειτουργεί ομάδα αυτοβοήθειας αλκοολικών.

Το πρόγραμμα λειτουργεί από το 1998 και απευθύνεται σε χρήστες οινοπνεύματος αλλά και σε νέους που κάνουν ψυχαγωγική χρήση παράνομων ουσιών καθώς και σε νέους που ανήκουν σε ομάδες υψηλού κινδύνου.

Οι κύριοι στόχοι του προγράμματος είναι η παροχή ψυχοκοινωνικής υποστήριξης σε χρήστες και τις οικογένειές τους, η ενημέρωση, η παροχή εναλλακτικών δραστηριοτήτων(π. χ αγγειοπλαστική) και η εγκράτεια ή η αποχή από τη χρήση οινοπνεύματος ή/ και άλλων ουσιών.

Τα μέλη της ομάδας συναντώνται μια φορά την εβδομάδα για μιάμιση περίπου ώρα ενώ μπορούν -άμα το επιθυμούν-να πραγματοποιήσουν και ατομικές συνεδρίες με τους επαγγελματίες του κέντρου. Συνολικά πραγματοποιούνται 48 συναντήσεις ανά έτος.

Θεραπευτική έμφαση

Στη διάρκεια της θεραπευτικής διαδικασίας για την απεξάρτηση από το αλκοόλ αξιοποιούνται διάφοροι τύποι συμβουλευτικής ή θεραπείας. Κύριες θεραπευτικές προσεγγίσεις αποτελούν η ατομική υποστηρικτική/ συμβουλευτική(4 θεραπευτικά προγράμματα), η ατομική ψυχοθεραπεία(4 προγράμματα), η ιατρική/ ψυχιατρική(4 προγράμματα) και η οικογενειακή θεραπεία(4 προγράμματα), ενώ 2 προγράμματα εφαρμόζουν θεραπευτικές δραστηριότητες ομαδικού τύπου, όπως η ομαδική θεραπεία και οι ομάδες αυτοβοήθειας. Στο σύνολο των θεραπευτικών μονάδων δίνεται μεγάλη έμφαση στην πρόληψη υποτροπής.

Κριτήρια ολοκλήρωσης θεραπείας

Όσον αφορά τα επίσημα κριτήρια που θέτουν τα προγράμματα για το αλκοόλ για την επιτυχή ολοκλήρωση της κυρίως θεραπευτικής φάσης, αναφέρονται τα ακόλουθα:

- Αποχή από αλκοόλ και άλλες ουσίες(στο σύνολο των προγραμμάτων)
 - Βελτίωση των οικογενειακών σχέσεων(2 προγράμματα)
 - Μείωση της βλάβης(1 πρόγραμμα)
 - Αποχή από παραβατική συμπεριφορά(1 πρόγραμμα)
 - Απόκτηση δεξιοτήτων για την καθημερινή διαβίωση(1 πρόγραμμα)
 - Βελτίωση της ποιότητας ζωής του χρήστη και της οικογένειάς του(1 πρόγραμμα)
- (ΕΚΤΕΠΙΝ, 2002)

1.17.ii.ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΩΝ – ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΩΝ ΤΩΝ ΟΜΑΔΩΝ ΑΥΤΟΒΟΗΘΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΩΝ ΜΟΝΤΕΛΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗΣ

ΟΜΑΔΕΣ ΑΥΤΟΒΟΗΘΕΙΑΣ	ΜΟΝΤΕΛΑ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗΣ
ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ	
<ol style="list-style-type: none"> 1.Μηδαμινό οικονομικό κόστος 2.Διαχρονικά σταθερό αποτέλεσμα 3.Ανάπτυξη συνειδητών στάσεων ζωής 4.Αυτοδιαχείριση-Αυτοδιοίκηση-Αυτοχρηματοδότηση 5.Θεραπεία των αιτιολογικών παραγόντων που οδηγούν στην εξάρτηση 6.Ταυτόχρονη προληπτική λειτουργία 7.Προαγωγή της προσωπικής ανάπτυξης και κατ' επέκταση της κοινωνικής ανάπτυξης 8.Ενσωματωμένη λειτουργία πρόληψης των υποτροπών 9.Προαγωγή της ιδέας της αυτοοργάνωσης και της αυτοδιαχείρισης στην αντιμετώπιση των ψυχοκοινωνικών προβλημάτων 10.Ενεργοποίηση και ανάληψη προσωπικής ευθύνης 11.Καλλιέργεια των ανθρωπιστικών αξιών 12.Αντιμετώπιση διπλών διαγνώσεων 	<ol style="list-style-type: none"> 1.Ευκολία στην πρόσβαση 2.Αποδοχή της πρότασης ακόμα και από χρήστες χαμηλού κινήτρου 3.Διασφάλιση από τυχόν εκτροπές λόγω της εποπτείας της πολιτείας 4.Οργανωμένη αντιμετώπιση του στερητικού συνδρόμου
ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ	
<ol style="list-style-type: none"> 1.Δεν προσελκύουν εύκολα χρήστες που βρίσκονται στα αρχικά στάδια της χρήσης 2.Πιθανότητες ανάπτυξης ιδεολογίας «γκέτο» σε κάποιες ομάδες 3.Ανυπαρξία υποδομής επαγγελματικής εκπαίδευσης(ισχύει για ορισμένες ομάδες) 4.Μη οργανωμένη αντιμετώπιση σωματικού στερητικού συνδρόμου 5.Κυμαινόμενη αξιοπιστία από ομάδα σε ομάδα 	<ol style="list-style-type: none"> 1.Τεράστιο κόστος λειτουργίας 2.Ιδρυματισμός προσωπικού και θεραπευομένων 3.Ανάπτυξη συντεχνιακής νοοτροπίας του προσωπικού 4.Σύνδρομο κόπωσης του προσωπικού(Burn out) 5.Θεραπευτική αγωγή που στις περισσότερες περιπτώσεις απευθύνεται στο σύμπτωμα 6.Απουσία ταύτισης με το αντικείμενο 7.Αναπαραγωγή των κυρίαρχων ιδεολογικών στάσεων ζωής 8.Συχνή εμφάνιση φαινομένων κατάχρησης θεραπευτικής εξουσίας 9.Ανάπτυξη παθητικότητας από την πλευρά των θεραπευομένων 10.Αποτυχία στην αντιμετώπιση διπλών διαγνώσεων(30%των περιπτώσεων)

1.18. ΥΠΟΤΡΟΠΗ

Άσχετα με τη χρησιμοποιούμενη θεραπευτική παρέμβαση, υπάρχουν αλκοολικοί που δεν αντιδρούν στη θεραπεία ή που μπορεί να αρχίσουν τη θεραπεία για να την εγκαταλείψουν μερικές εβδομάδες ή μήνες αργότερα.

Σε ένα σχετικό δημοσίευσμά του, ο Marlatt παρατηρεί ότι υπάρχουν δύο σημαντικοί παράγοντες που οδηγούν σε υποτροπή του αλκοολισμού μετά από τη θεραπευτική παρέμβαση.

Πρώτον, πολλοί αλκοολικοί υποτροπιάζουν εξαιτίας της ματαιώσης των προσδοκιών τους ή λόγω ανικανότητας έκφρασης του θυμού τους. Δεύτερον, επειδή πολλοί υποχωρούν στην κοινωνική πίεση για κατανάλωση αλκοόλης.

Στους παραπάνω παράγοντες θα πρέπει να προστεθεί και το στρες που προκαλείται από τις διαπροσωπικές σχέσεις.

Για να προστατευθούν οι εξαρτημένοι από το αλκοόλ από τον πόνο ή από τις συνέπειες της συμπεριφοράς τους, πρέπει να επιβραδυνθεί ή να υπάρξει άρνηση της ευκαιρίας για αποθεραπεία.

Η υποτροπή μπορεί να εντείνει τα συναισθήματα κόπωσης και απογοήτευσης για τον χρήστη, την οικογένειά του αλλά και το θεραπευτή. Ωστόσο, αποτελεί μια ευκαιρία για επανεξέταση των θεραπευτικών βημάτων, επαναξιολόγηση της αρχικής εκτίμησης και εντόπισης των πιθανών τρωτών σημείων της θεραπευτικής διαδικασίας.

Ο αλκοολισμός είναι μια ασθένεια που παίρνει από τα «θύματά» της όλες τις συναισθηματικές, πνευματικές και κοινωνικές δυνάμεις. Παρ' όλα αυτά είναι ανάγκη να διατηρηθεί ένα ισχυρό αίσθημα ελπίδας για το μέλλον.

1.19. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ

Ο κοινωνικός λειτουργός θα πρέπει να γνωρίζει καλά τα μέσα βοήθειας που είναι διαθέσιμα στην οργάνωση του και στην ευρύτερη κοινότητα. Πρέπει ακόμα να γνωρίζει ότι η ολοκληρωμένη θεραπεία για τον αλκοολισμό περιλαμβάνει την κάλυψη των διατροφικών αναγκών του θεραπευομένου, την ψυχολογική και σωματική αποκατάστασή του καθώς και πληροφορίες σχετικά με την αρρώστια και την κοινωνική επανένταξη. Αν η οργάνωση δεν καλύπτει τους παραπάνω στόχους, τότε πρέπει να γίνει παραπομπή.

Ο κοινωνικός λειτουργός έχει θέση στις περισσότερες οργανώσεις οι οποίες σχετίζονται με την εξάρτηση από το αλκοόλ τόσο στον τομέα της πρόληψης όσο και στον τομέα της θεραπείας.

Σε σχέση με τον τομέα της πρόληψης, μπορεί να βοηθήσει στην διαφώτιση που μπορεί να γίνει σε συνεργασία με το Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, με ειδικά ενημερωτικά έντυπα τα οποία μπορούν να διατίθενται σε νοσοκομεία και τμήματα κοινωνικής πρόνοιας. Μπορεί ακόμα να βοηθήσει στην εξάλειψη των αιτιών που οδηγούν στον αλκοολισμό. Αυτό θα επιτευχθεί με την άσκηση κοινωνικής εργασίας κατά περίπτωση (ΚΕΑ) με πολλές συναντήσεις του Κ.Λ. με το άτομο, καθώς και με ενίσχυση των δυνατοτήτων που αυτό διαθέτει για να αντιμετωπίσει τις αιτίες.

Σε σχέση με τον τομέα της θεραπείας οι στόχοι του Κ.Λ. είναι:

- να βοηθήσει τον αλκοολικό ή τα μέλη της οικογένειας ή και τους δύο να δεχθούν την πραγματικότητα .
- να βοηθήσει όλους τους ενδιαφερόμενους να δεχθούν ότι ο αλκοολικός είναι το πρωταρχικό πρόβλημα .
- να συστήσει επιλογές θεραπείας .
- να εμπνεύσει ένα αίσθημα ελπίδας για αποθεραπεία και στο άτομο και στην οικογένεια .

Μετά την απεξάρτηση του θεραπευομένου - και εφόσον ο Κ.Λ. έχει διερευνήσει τις δυνατότητες και το επίπεδο λειτουργικότητας του ατόμου - ο Κ.Λ. είναι σε θέση να διενεργήσει έρευνα στις διαθέσιμες επιλογές εργασίας προκειμένου να πληροφορήσει τον εξυπηρετούμενο και ο τελευταίος να κινηθεί με σκοπό την επαγγελματική του αποκατάσταση.

Η λήξη της συνεργασίας θα επέλθει όταν οι αρχικοί θεραπευτικοί στόχοι (οι οποίοι έχουν τεθεί από κοινού με τον θεραπευόμενο στο αρχικό στάδιο της συνεργασίας) επιτευχθούν. Στην περίπτωση που αυτό δεν συμβεί, η επαναξιολόγηση της θεραπευτικής διαδικασίας κρίνεται απαραίτητη.

1.20.ΙΣΧΥΟΥΣΑ ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ ΓΙΑ ΤΟ ΑΛΚΟΟΛ

Η κατοχή και η κατανάλωση των οινοπνευματωδών ποτών στην Ελλάδα διέπεται από το ίδιο καθεστώς ελέγχου το οποίο διέπει όλα τα νόμιμα προϊόντα της ελεύθερης αγοράς. Η παραγωγή, μεταποίηση, αποθήκευση και διακίνηση των αλκοολούχων ποτών καθορίζονται από τις διατάξεις του νόμου 2969/2001, τις διατάξεις του κώδικα νόμων περί φορολογίας οινοπνεύματος και τις διατάξεις περί ειδικού φόρου κατανάλωσης οινοπνεύματος.

Σύμφωνα με το νόμο 2969/2001, ο κατ' όγκο αλκοολικός τίτλος των αλκοολούχων ποτών που διατίθενται προς κατανάλωση δεν επιτρέπεται να είναι ανώτερος του 60% σε περιεκτικότητα αλκοόλ, η δε βάση για την παρασκευή τους απαγορεύεται να είναι άλλη αλκοόλη εκτός από την ουδέτερη αιθυλική αλκοόλη γεωργικής προέλευσης. Η εμφιάλωση αλκοολούχων ποτών μπορεί να γίνει σε οργανωμένες μονάδες μόνο από επιτηδευματίες ποτοποιούς, στους οποίους χορηγείται άδεια ασκήσεως επαγγέλματος από την Τελωνιακή υπηρεσία με ταυτόχρονη κοινοποίηση σε ειδική υπηρεσία του Γενικού Χημείου του Κράτους, η οποία είναι αρμόδια και για τον έλεγχο της ποιότητας των πρώτων υλών αλλά και της διαδικασίας παραγωγής.(ΕΚΤΕΠΙΝ, 2001)

Λόγω της ιδιαίτερης φύσης του αλκοόλ τίθενται από το νόμο κάποιοι περιορισμοί οι οποίοι δεν αφορούν τη δυνατότητα ή μη κατανάλωσης οινοπνευματωδών ποτών αλλά το συνδυασμό της κατανάλωσης οινοπνευματωδών με άλλες ενέργειες στις οποίες μπορεί να προβεί παράλληλα ο χρήστης. Ειδικότερα, όπως αναφέρεται και στην Έκθεση της πρώην Διακομματικής Κοινοβουλευτικής Επιτροπής(Βουλή των Ελλήνων, 2000), το αλκοόλ ανήκει στις εξαρτησιογόνες εκείνες ψυχοδραστικές ουσίες οι οποίες:α)μεταβάλλουν τον ψυχισμό, πρωταρχικά τη διάθεση και κατ' επέκταση τις γνωσιακές λειτουργίες και τη συμπεριφορά, β)ενισχύουν την επιθυμία για επαναληπτική χρήση και αυτοχορήγηση και γ)προσανατολίζουν τη συμπεριφορά κατά προτεραιότητα στη λήψη και μπορεί να οδηγήσουν-δυνητικά –σε προβληματογόνο και εξαρτητική χρήση. Το ισχύον νομικό καθεστώς, στο οποίο τίθενται κάποιοι συγκεκριμένοι περιορισμοί, κύριο στόχο έχει την προστασία των ίδιων των καταναλωτών αλλά και τη γενικότερη δημόσια ασφάλεια. Παράλληλα, σύμφωνα με το Ποινικό Δίκαιο η θυμοτρόπος δράση του

αλκοόλ βαρύνει ως προς το ποσοστό καταλογισμού της ευθύνης σε δράστες αξιόποινων πράξεων.

Στη συνέχεια παρατίθενται συνοπτικά τα παρακάτω νομοθετήματα.

Τηλεοπτική προβολή διαφημιστικών μηνυμάτων

Νόμος 2328/1995 για την ιδιωτική τηλεόραση και προεδρικό διάταγμα 100/2000 για εναρμόνιση της ραδιοτηλεοπτικής νομοθεσίας με οδηγία της Ευρωπαϊκής Ένωσης(97/36, 89/552):

Η τηλεοπτική διαφήμιση αλκοολούχων ποτών δεν πρέπει:α)να απευθύνεται ειδικά στους ανηλίκους ή να εμφανίζει ανηλίκους να καταναλώνουν τέτοια ποτά, β)να συσχετίζει την κατανάλωση με κοινωνική ή σεξουαλική επιτυχία, με βελτιωμένες σωματικές επιδόσεις ή οδήγηση οχημάτων, γ)να υπονοεί ότι τα αλκοολούχα ποτά έχουν θεραπευτικές, διεγερτικές ή καταπραϋντικές ιδιότητες, δ)να ενθαρρύνει την άμετρη κατανάλωση και ε)να τονίζει την υψηλή περιεκτικότητα των ποτών σε οινόπνευμα ως προτέρημα.

Προστασία ανηλίκων

Προεδρικό διάταγμα 180/1979 για τη λειτουργία οινοπνευματοπωλείων και κέντρων διασκέδασης:

Απαγορεύεται η χορήγηση άδειας λειτουργίας από την αστυνομική αρχή σε κέντρα διασκέδασης και καταστήματα στα οποία προσφέρονται κυρίως οινοπνευματώδη ποτά αν το εν λόγω ακίνητο βρίσκεται σε απόσταση μικρότερη των πενήντα μέτρων από σχολεία, ναούς, φροντιστήρια, παιδικούς σταθμούς, νηπιαγωγεία, ορφανοτροφεία, βιβλιοθήκες, ωδεία, αθλητικούς χώρους κ. α.

Προεδρικό διάταγμα 36/1994 για απαγορεύσεις σε ανηλίκους:

Σε ανηλίκους κάτω των 17 ετών οι οποίοι δεν συνοδεύονται από τους γονείς ή κηδεμόνες τους δεν επιτρέπεται η είσοδος και παραμονή σε κέντρα διασκέδασης και αμιγή μπαρ, καθώς και η κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών στα λοιπά δημόσια κέντρα. Υπεύθυνοι για τυχόν σχετικές παραβάσεις θεωρούνται οι ιδιοκτήτες ή οι διευθυντές των εν λόγω καταστημάτων.

Προστασία της δημόσιας ασφάλειας

Κοινή Υπουργική απόφαση 43500/5691/24.7.2002 των Υπουργών Υγείας και Πρόνοιας, Μεταφορών και Επικοινωνιών και Δημόσιας Τάξης

Αφορά τις μεθόδους διαπίστωσης χρήσης οινοπνεύματος, τοξικών ουσιών και φαρμάκων από οδηγούς κατά την οδήγηση οχημάτων, καθώς και από πεζούς που εμπλέκονται σε τροχαία ατυχήματα.

Συγκεκριμένα, σύμφωνα με αυτή την απόφαση μειώνεται το επιτρεπόμενο όριο συγκέντρωσης αλκοόλ στους οδηγούς από 0,25 σε 0,10 χιλιοστά του γραμμαρίου ανά λίτρο εκπνεόμενου αέρα όταν η μέτρηση γίνεται με αλκοολόμετρο(ή από 0,50 σε 0,20 γραμμάρια ανά λίτρο αίματος όταν η μέτρηση γίνεται με τη μέθοδο της αιμοληψίας)στις εξής κατηγορίες οδηγών:

- α)οδηγοί Επιβατηγών αυτοκινήτων Δημόσιας Χρήσης(ΕΔΧ)
- β)οδηγοί φορτηγών άνω των 3,5 τόνων
- γ)οδηγοί σχολικών ή λοιπών κατηγοριών λεωφορείων
- δ)οδηγοί ασθενοφόρων
- ε)οδηγοί οχημάτων μεταφοράς επικίνδυνων εμπορευμάτων
- στ)οδηγοί μοτοσικλετών ή μοτοποδηλάτων
- ζ)νέοι οδηγοί, δηλαδή κάτοχοι άδειας οδήγησης μικρότερης των δύο ετών

Υπουργική απόφαση 2403/1989, όπως τροποποιήθηκε με την υπ' αριθμόν 1709/1993 απόφαση των υπουργών Πολιτισμού και Δημοσίας Τάξης για την πρόληψη και την καταστολή της βίας στα γήπεδα:

Απαγορεύεται η πρόσβαση στα γήπεδα προσώπων που βρίσκονται υπό την επίρεια μέθης, καθώς και η πώληση και η εν γένει διάθεση αλκοολούχων ποτών στα γήπεδα ή η εισαγωγή τους σε αυτά από θεατές.

Ποινικός Κώδικας

Άρθρο 34-Διατάραξη των πνευματικών λειτουργιών ή της συνείδησης:

Η πράξη δεν καταλογίζεται στο δράστη αν, όταν τη διέπραξε λόγω νοσηρής διατάραξης των πνευματικών λειτουργιών ή διατάραξη της συνείδησης, δεν είχε την ικανότητα να αντιληφθεί το άδικο της πράξης του ή να ενεργήσει σύμφωνα με την αντίληψή του για το άδικο αυτό.

Στη νομολογία αναφέρεται ότι σύγχυση ή διατάραξη της συνείδησης μπορεί να προκαλέσει και η μέθη, η οποία είναι παραδεκτή διατάραξη των ψυχικών δυνάμεων προκαλούμενη από τη δηλητηρίαση του ανθρώπινου οργανισμού με οινόπνευμα ή άλλες ναρκωτικές ουσίες.

Επίσης, ως ανυπαίτια μέθη αναφέρεται η μη οφειλόμενη σε δόλο ή αμέλεια του δράστη.

Εάν είναι πλήρης αίρεται ο καταλογισμός ενώ αν είναι μη πλήρης ο δράστης τιμωρείται με μειωμένη ποινή.

(Κάκκαλης και συν.,1995)

Άρθρο 35-Υπαίτια διατάραξη της συνείδησης

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

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

Όσον αφορά τη μέθη και σύμφωνα με την υπάρχουσα νομολογία αυτή διακρίνεται σε υπαίτια και ανυπαίτια. Υπαίτια-πλήρης ή μη πλήρης είναι η μέθη η οποία οφείλεται σε δόλο ή αμέλεια του δράστη, όταν αυτός αν και προέβλεψε ότι μπορούσε να περιπέσει σε τέτοια κατάσταση δεν σταμάτησε να πίνει. Η υπαίτια-μη πλήρης μέθη αντιμετωπίζεται αυστηρότερα, γιατί καμιά επίδραση δεν ασκεί αυτή στον καταλογισμό της πράξης. Ανυπαίτια είναι η μέθη η οποία δεν οφείλεται σε δόλο ή αμέλεια του δράστη, δηλαδή όταν η προηγηθείσα της δράσης μέθη επήλθε λόγω περιστάσεων ανεξάρτητων από τη βούληση αυτού που μέθυσε.
(Κάκκαλης και συν.,1995)

Άρθρο 36-Ελαττωμένη ικανότητα προς καταλογισμό:

Αν εξαιτίας κάποιας από τις ψυχικές καταστάσεις που αναφέρονται στο άρθρο 34 δεν έχει εκλείψει εντελώς, μειώθηκε όμως σημαντικά η ικανότητα για καταλογισμό που απαιτείται κατά το άρθρο αυτό, επιβάλλεται ποινή ελαττωμένη. Για να θεμελιωθεί ο ισχυρισμός περί ελαττωμένης ικανότητας του δράστη σε περίπτωση μέθης πρέπει απαραίτητα να προβάλλεται ότι η μέθη δεν ήταν υπαίτια.
(Κάκκαλης και συν.,1995)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2:

**ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΧΡΗΣΗΣ
ΟΙΝΟΠΝΕΥΜΑΤΟΣ ΣΤΟ ΓΕΝΙΚΟ ΚΑΙ ΜΑΘΗΤΙΚΟ
ΠΛΗΘΥΣΜΟ ΤΗΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑ ΔΕΚΑΕΤΙΑ**

2.1 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΡΕΥΝΕΣ ΓΙΑ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΟΙΝΟΠΝΕΥΜΑΤΟΣ ΣΤΟ ΓΕΝΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ ΤΗΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑ ΔΕΚΑΕΤΙΑ

Παρουσίαση ερευνών

1) Τίτλος: «Η χρήση οιοπνευματωδών από χρήστες νόμιμων και παράνομων ουσιών στο γενικό πληθυσμό της Ελλάδας».

Χρόνος διεξαγωγής: 1994

Ερευνητές: Madianos, M., Madianou-Gefou, D., Stefanis, C

Δείγμα: 4.290 ερωτηθέντες, ηλικίας 12-64 ετών (Πανελλήνιο δείγμα του γενικού πληθυσμού).

Μέθοδος: Συνέντευξη στα σπίτια των ερωτώμενων με βάση ένα πολυδιάστατο δομημένο ερωτηματολόγιο.

Αποτελέσματα:

-Οι χρήστες παράνομων ουσιών όλων των ηλικιακών ομάδων ανέφεραν υψηλότερη συχνότητα κατανάλωσης οιοπνευματωδών σε όλη τη ζωή τους, τον τελευταίο χρόνο, μήνα και εβδομάδα πριν την συνέντευξη, απ' ότι οι χρήστες ψυχοδραστικών φαρμάκων χωρίς συνταγή και οι μη χρήστες.

-Η πλειοψηφία των χρηστών παράνομων ουσιών όλων των ηλικιών, ανέφεραν ως λόγο κατανάλωσης οιοπνευματωδών το να «νιώσουν καλύτερα» ή «να φτιαχτούν».

-Οι χρήστες παράνομων ουσιών όλων των ηλικιακών ομάδων είχαν υψηλότερη συχνότητα επεισοδίων μέθης από όλες τις υπόλοιπες κατηγορίες.

-Όσο υψηλότερη ήταν η συχνότητα (>3 φορές) χρήσης παράνομων ουσιών, τόσο μεγαλύτερη η κατανάλωση οιοπνευματωδών κατά τον τελευταίο χρόνο και μήνα.

-Το 40% αυτής της κατηγορίας τω χρηστών παράνομων ουσιών ανέφεραν ότι είχαν αντιμετωπίσει ένα ή δύο σοβαρά προβλήματα από τη χρήση οιοπνευματωδών.

2) Τίτλος: «Χαρακτηριστικά κατανάλωσης αλκοόλ και συναφή προβλήματα στο γενικό πληθυσμό της Ελλάδας ».

Χρόνος διεξαγωγής: 1995

Ερευνητές: Madianos, M., Madianou-Gefou, D., Stefanis, C.

Δείγμα: 4.290 ερωτηθέντες, μεταξύ 12 και 64 ετών (πανεθνική έρευνα νοικοκυριών).

Αποτελέσματα:

- Η συχνότητα και η καταναλισκόμενη ποσότητα αυξάνονται με την ηλικία.
- Οι άντρες δηλώνουν ότι πίνουν συχνότερα και περισσότερο από τις γυναίκες.
- Σε σύγκριση με τις υπόλοιπες ηλικιακές ομάδες, είναι περισσότεροι οι νεαροί έφηβοι που δηλώνουν ότι αντιμετωπίζουν συναφή προς το αλκοόλ προβλήματα.
- Παρατηρήθηκαν διαφορές στη συχνότητα κατανάλωσης ανά γεωγραφική περιοχή αλλά όχι και ως προς τη γεωγραφική κατανομή των ατόμων όλων των ηλικιακών ομάδων που ανέφεραν συναφή προς το αλκοόλ προβλήματα.
- Οι ερωτηθέντες όλων των ομάδων που είχαν δύο ή περισσότερα προβλήματα συναφή προς το αλκοόλ ανέφεραν, πολλά συμπτώματα δυσφορίας και κατάθλιψης.
- Από την κλιμακωτή ανάλυση διάκρισης προέκυψαν ορισμένοι κοινωνικοδημογραφικοί, οικογενειακοί, ψυχολογικοί και ιατρικοί παράγοντες βέλτιστης διάκρισης ανάμεσα σε «προβληματικούς» και «μη προβληματικούς» χρήστες οινοπνευματωδών τόσο μεταξύ των εφήβων όσο και μεταξύ των ενηλίκων.

3) Τίτλος: «Επιδημιολογικές παράμετροι της χρήσης οινοπνεύματος από φοιτητές».

Φορέας: Εργαστήριο Φαρμακολογίας της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων.

Χρόνος διεξαγωγής: 1996

Ερευνητές: Δημητρίου, Α., Παπαϊωάννου, Τ., Μαρσέλος, Μ.

Δείγμα: 1.057 φοιτητές (423 φοιτητές και 634 φοιτήτριες) των σχολών φιλοσοφικής, φυσικής, μαθηματικών, χημείας, πληροφορικής, ιατρικής, δημοτικής εκπαίδευσης και νηπιαγωγών του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων.

Μέθοδος: Ανώνυμο ερωτηματολόγιο πολλαπλής επιλογής, κλειστού τύπου.

Αποτελέσματα:

- Από το σύνολο του δείγματος, το 8,4% δεν αναφέρει χρήση οινοπνεύματος, το 11,6% πίνει μια φορά το μήνα ή αραιότερα, ενώ το 21,9% πίνει δύο φορές το μήνα.
- Η πλειοψηφία (41,5%) πίνει μια ή δύο φορές την εβδομάδα και το υπόλοιπο 16,6% πίνει περισσότερο συχνά.
- Οι φοιτητές, οι οποίοι χρησιμοποιούν τα λεγόμενα «σκληρά ποτά» αποτελούν το 27,2%. Κρασί 24,6%, μπίρα 16,0% και λικέρ 10,2%.
- Το 21,8% προτιμά να πίνει παραπάνω από ένα τύπο ποτών από τα παραπάνω,

-Από τους χρήστες οινοπνεύματος το 64,2% δεν ξεπερνά το 1-2 ποτήρια κάθε φορά που πίνει, ενώ το 21,1% πίνει 3-4 ποτήρια και το 14,7% καταναλώνει πάνω από 5 ποτήρια

-Οι συστηματικοί χρήστες* αποτελούν το 11,7% από το σύνολο του δείγματος, με μια σημαντική υπεροχή των αγοριών(17,5%) έναντι των κοριτσιών(7,8%).

-Τα αγόρια έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο(2,15 φορές) να κάνουν χρήση έναντι των κοριτσιών(0,0011).

-Οι βαρείς καπνιστές και οι χρήστες κάνναβης δείχνουν να έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να εξελιχθούν σε συστηματικούς πότες.

-Οι φοιτητές των Φυσικών Επιστημών έχουν τον ίδιο κίνδυνο με τους φοιτητές της Φιλοσοφικής Σχολής να γίνουν συστηματικοί χρήστες οινοπνεύματος, ενώ οι φοιτητές της ιατρικής φαίνεται να έχουν μικρότερο κίνδυνο.

-Το κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο της οικογένειας του φοιτητή, η ηλικία και η χρήση άλλων παράνομων ψυχοτρόπων ουσιών δεν φαίνεται να έχουν τόση σημασία σχετικά με το αν κάποιος φοιτητής θα γίνει συστηματικός χρήστης οινοπνεύματος. (Δημητρίου,Α., Παπαϊωάννου, Τ., Μαρσέλος, Μ, 2003)

*Ως συστηματική χρήση ορίστηκε η κατανάλωση πάνω από τρία ποτήρια την κάθε φορά από οποιονδήποτε τύπο ποτού, τουλάχιστον δύο φορές την εβδομάδα.

4)Τίτλος: «Πανελλήνια έρευνα για τη χρήση οινοπνευματωδών ποτών στο γενικό πληθυσμό».

Χρόνος διεξαγωγής: 1998

Δείγμα: Πανελλήνιο αντιπροσωπευτικό δείγμα 3.752 ατόμων.

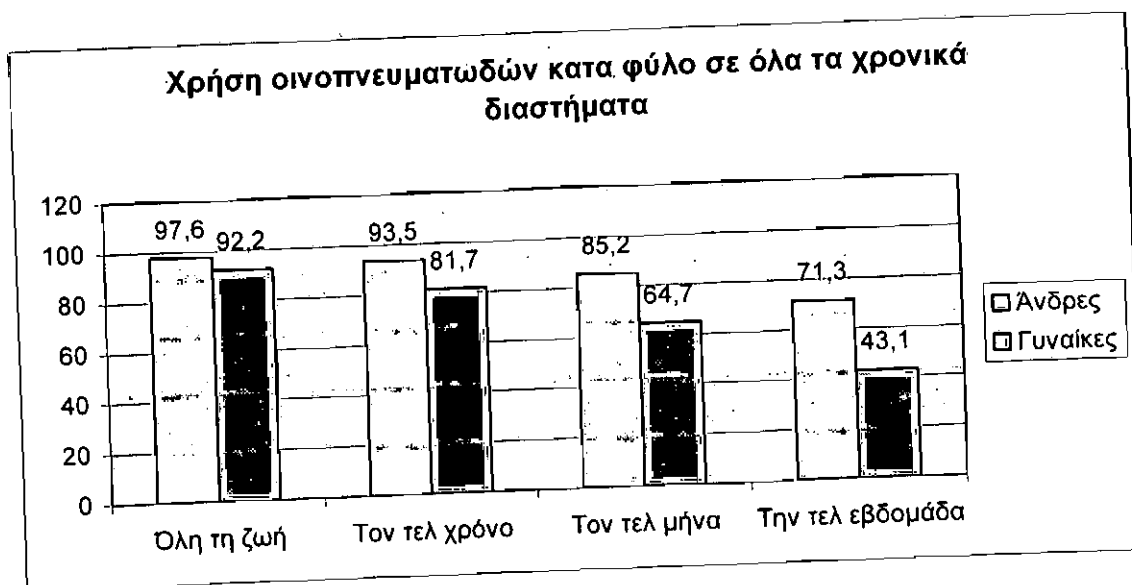
Μέθοδος: Ερωτηματολόγιο το οποίο απευθυνόταν σε μόνιμους κατοίκους της Ελλάδας ηλικίας 12-64 ετών κατανεμημένους κατά φύλλο σε τέσσερις επιμέρους ηλικιακές ομάδες: εφήβους(12-17 ετών), νεαρούς ενήλικες(18-24 ετών), μέσης ηλικίας ενήλικες(25-35 ετών) και ώριμους ενήλικες(36-64 ετών).

- Η χρήση και η συχνότητα χρήσης οινοπνευματωδών ποτών ερευνήθηκε για τέσσερα χρονικά διαστήματα: α)Όλη τη ζωή, β)Τον τελευταίο χρόνο, γ)Τον τελευταίο μήνα και δ)Την τελευταία εβδομάδα πριν την συνέντευξη.

- Με τον όρο «συχνή χρήση» ορίζεται η χρήση από 10 φορές και πάνω κατά τον τελευταίο μήνα, ενώ με τον όρο «πολύ συχνή χρήση» ορίζεται η χρήση από 20 φορές και πάνω τον τελευταίο μήνα.

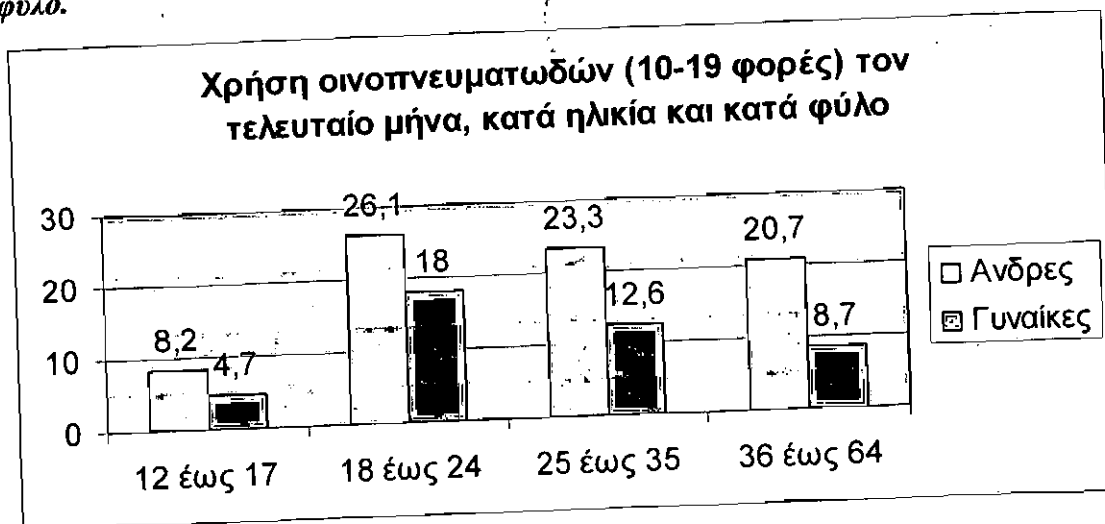
Αποτελέσματα:

Χρήση οιοπνευματωδών κατά φύλο σε όλα τα χρονικά διαστήματα



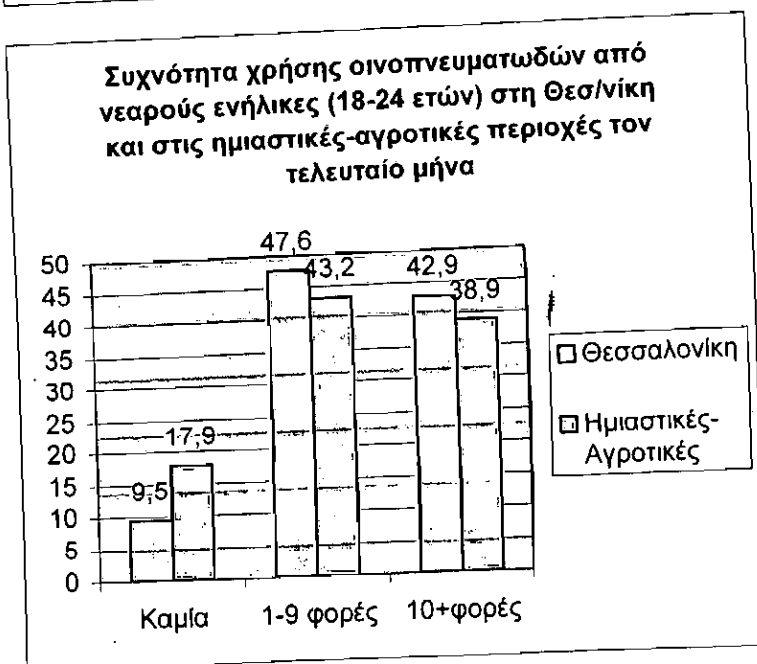
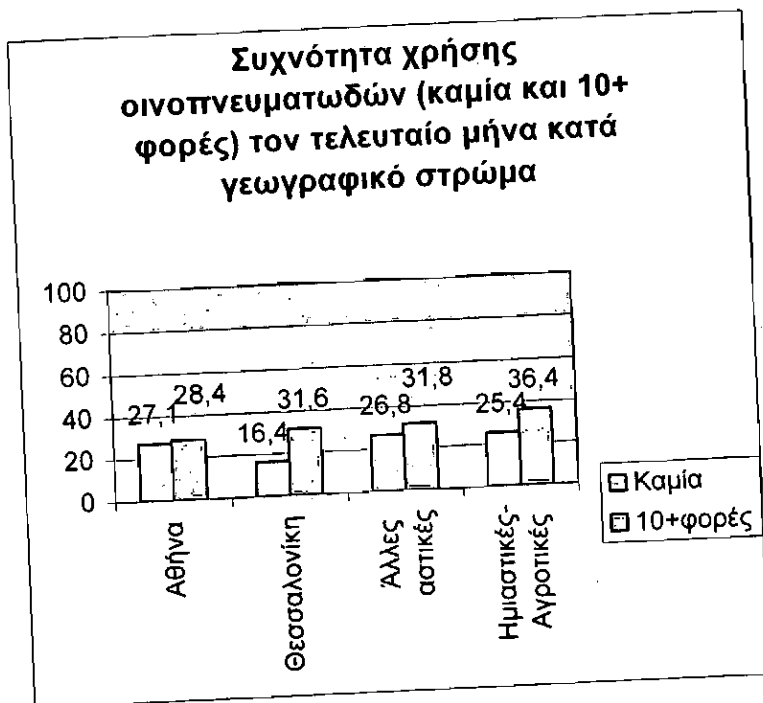
(ΠΗΓΗ: ΕΚΤΕΠΝ 2001)

Συχνότητα χρήσης οιοπνευματωδών τον τελευταίο μήνα κατά ηλικία και κατά φύλο.

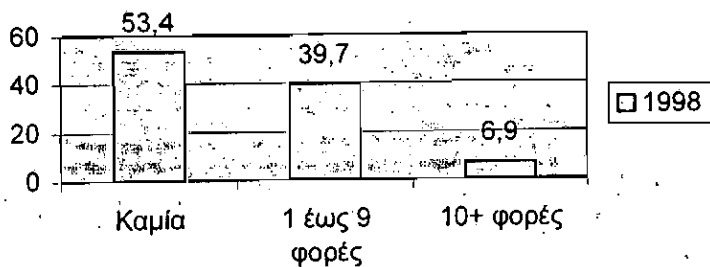


(ΠΗΓΗ: ΕΚΤΕΠΝ 2001)

Συχνότητα χρήσης οινοπνευματωδών τον τελευταίο μήνα κατά γεωγραφικό στρώμα και κατά ηλικία.

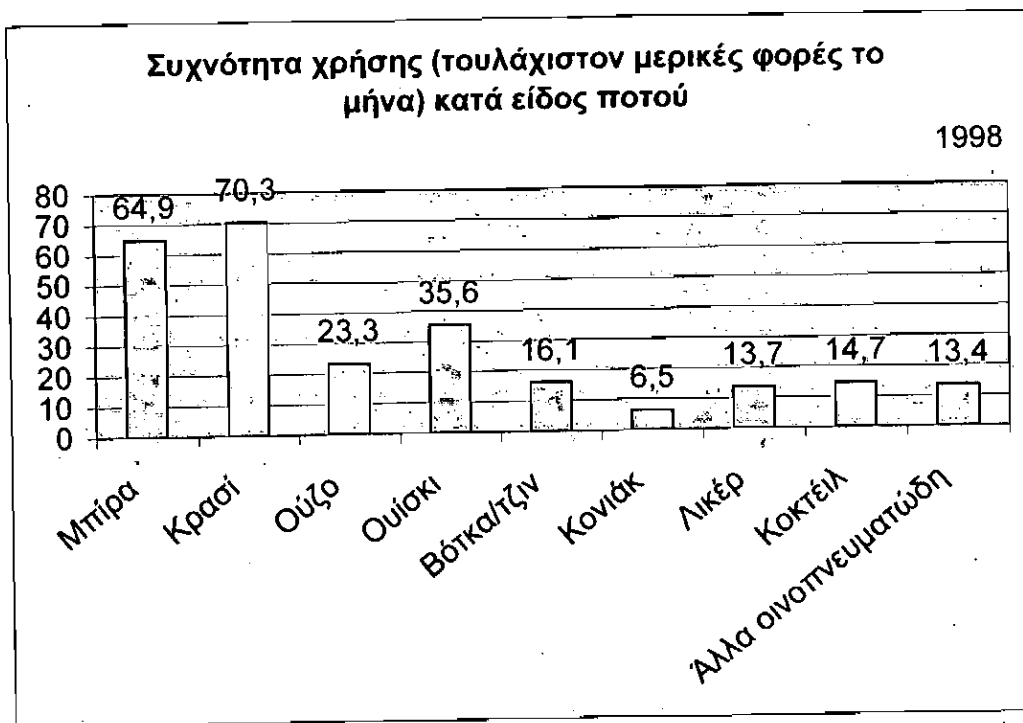


**Συχνότητα χρήσης
οινοπνευματωδών από εφήβους (12-
17 ετών) στην Αθήνα τον τελευταίο
μήνα**



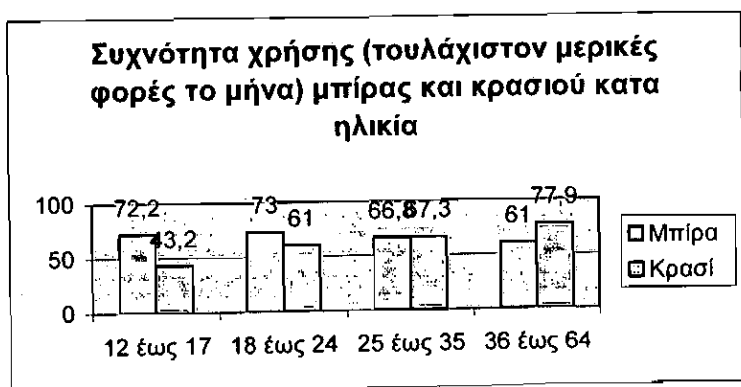
(ΠΗΓΗ: ΕΚΤΕΠΝ 2001)

Συχνότητα χρήσης οινοπνευματωδών κατά είδος ποτού

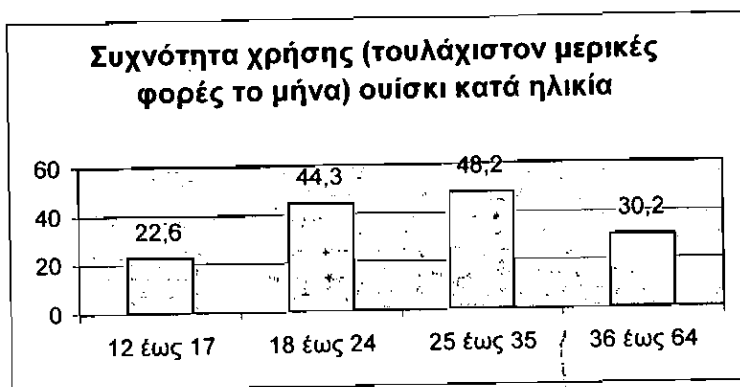


(ΠΗΓΗ: ΕΚΤΕΠΝ 2001)

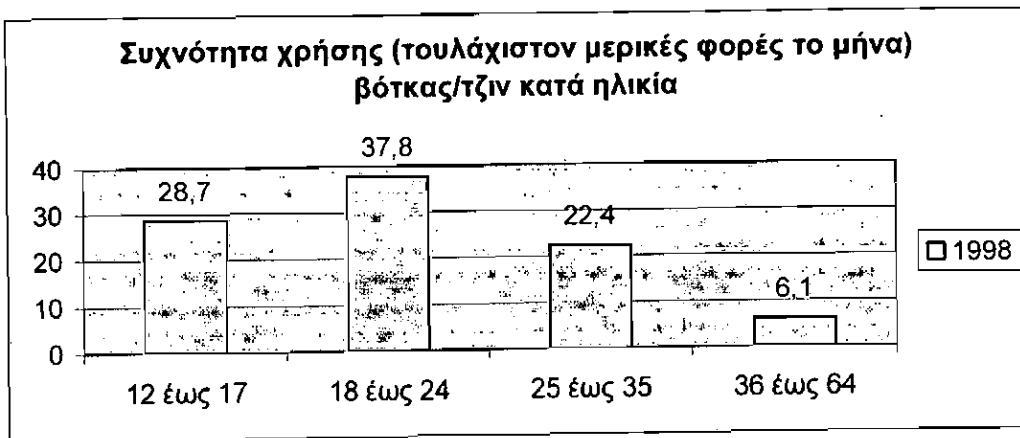
Συχνότητα χρήσης οινοπνευματωδών κατά είδος ποτού και κατά ηλικία (τουλάχιστον μερικές φορές το μήνα).



(ΠΗΓΗ: ΕΚΤΕΠΝ 2001)

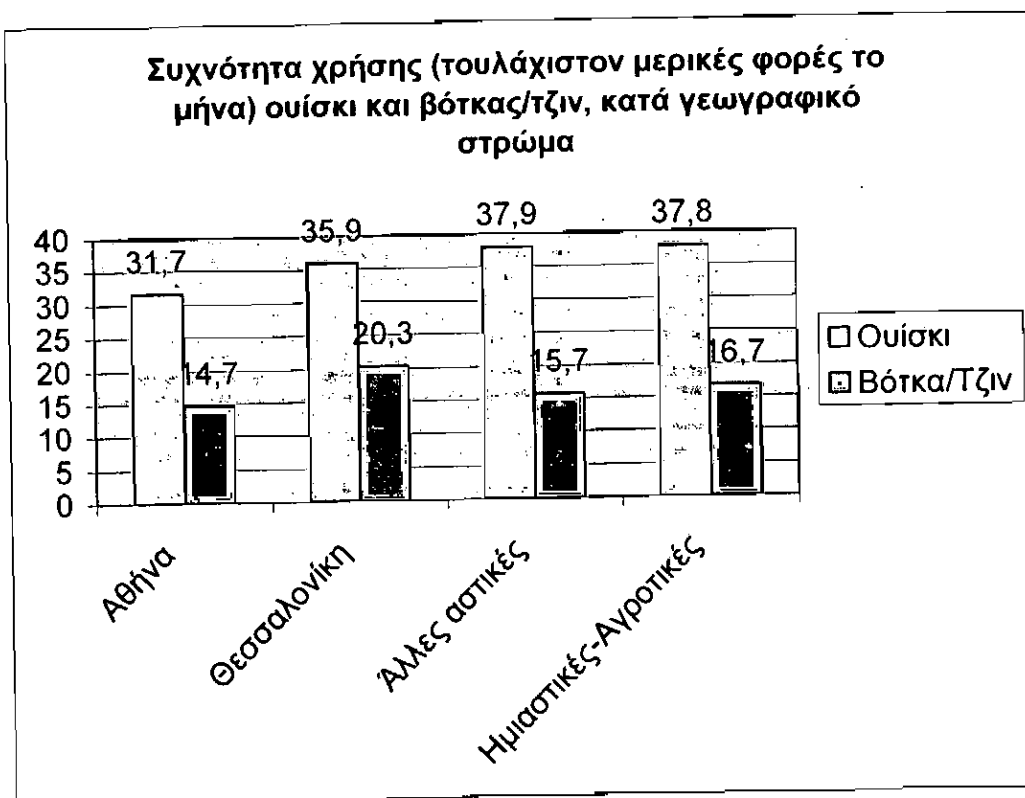


(ΠΗΓΗ: ΕΚΤΕΠΝ 2001)



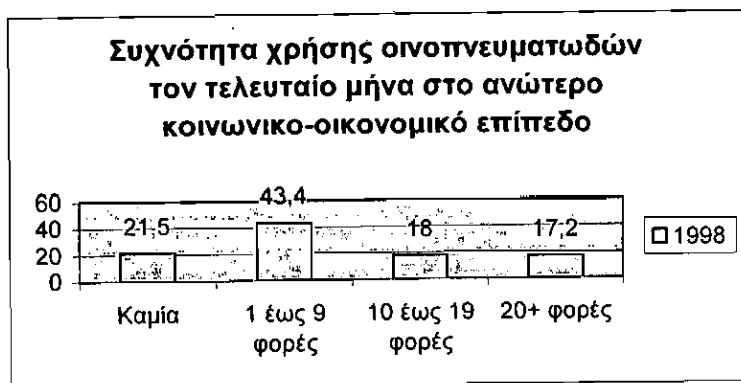
(ΠΗΓΗ: ΕΚΤΕΠΝ 2001)

Συχνότητα χρήσης οινοπνευματωδών κατά είδος ποτού και κατά γεωγραφικό στρώμα.



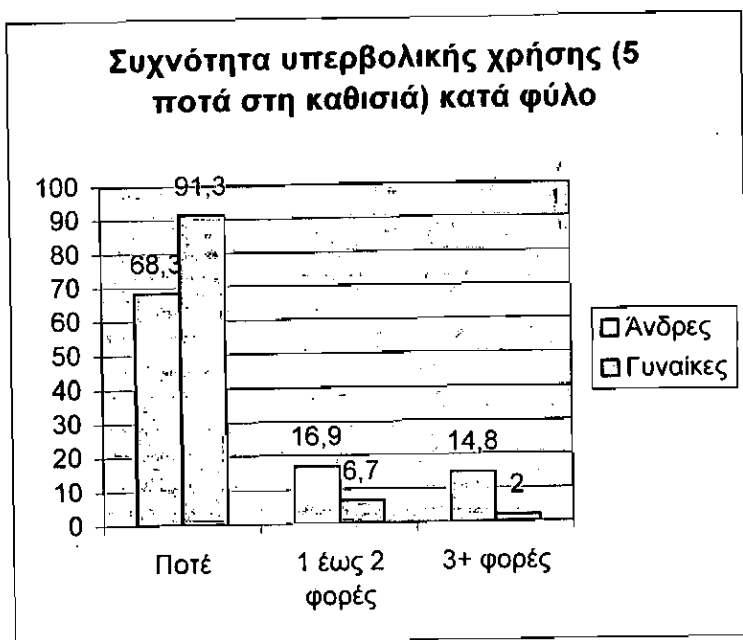
(ΠΗΓΗ: ΕΚΤΕΠΝ 2001)

Συχνότητα χρήσης οιοπνευματωδών τον τελευταίο μήνα κατά κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο.

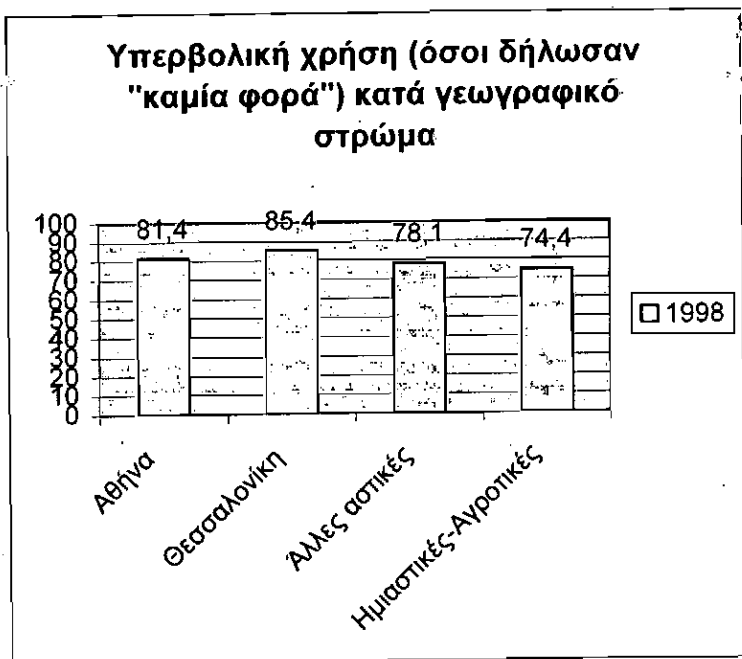


(ΠΗΓΗ: ΕΚΤΕΠΝ 2001)

Υπερβολική χρήση οιοπνευματωδών τον τελευταίο μήνα κατά φύλο, κατά ηλικία και κατά γεωγραφικό στρώμα.

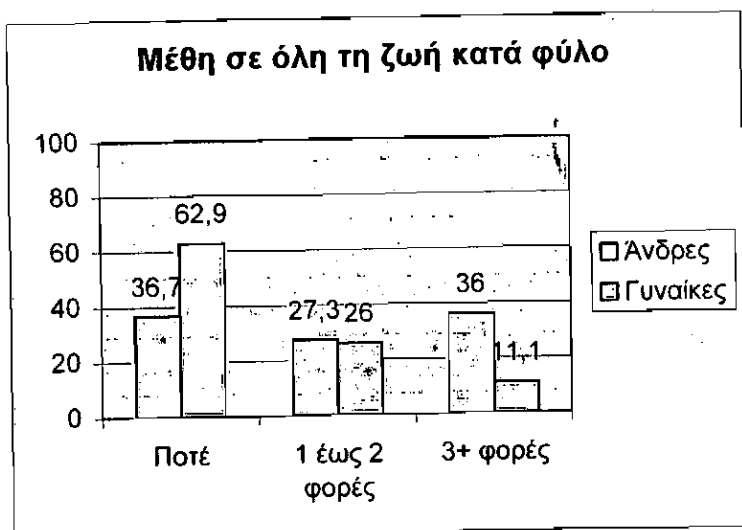


(ΠΗΓΗ: ΕΚΤΕΠΝ 2001)



(ΠΗΓΗ: ΕΚΤΕΠΝ 2001)

Μέθη σε όλη τη ζωή κατά φύλο.



(ΠΗΓΗ: ΕΚΤΕΠΝ 2001)

5) Τίτλος: «Κοινωνικο-δημογραφικοί συσχετισμοί της αποχής και της κατάχρησης αλκοόλ στον ελληνικό πληθυσμό».

Φορέας: Τμήμα Υγιεινής και Επιδημιολογίας της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών.

Χρόνος διεξαγωγής: 2001

Ερευνητές: Μπεγόνια Σαν Ζοσέ, Λάγιου Π., Χλόπτσιος Γ., Τριχοπούλου Α.

Δείγμα: 15.000 άτομα ηλικίας 20-63 ετών(πανελλαδικό δείγμα).

Μέθοδος: Ερωτηματολόγιο σχετικά με:

- Την κατανάλωση σε εννέα δημοφιλή ποτά(κρασί, μύρα, βερμούτ, λικέρ, μπράντι, ουίσκι, τζιν, βότκα και ούζο)
- Διάφορους κοινωνικο-οικονομικούς παράγοντες(φύλο, τόπος διαμονής και μορφωτικό επίπεδο)
- Το ιατρικό ιστορικό
- Τον τρόπο διατροφής, τη σωματική δραστηριότητα και τα χόμπι.

Αποτελέσματα:

- Ένας στους πέντε νεαρούς και ενήλικους ή μεσήλικους Έλληνες πίνει περισσότερα από 3 ποτήρια αλκοόλ την ημέρα.
- Πάνω από επτά στους δέκα άνδρες στην Ελλάδα, ηλικίας 20-59 ετών, πίνουν καθημερινά 3 ή λιγότερα ποτήρια αλκοόλ.
- Στις γυναίκες βρέθηκε ότι περισσότερες από επτά στις δέκα, ηλικίας 20-49 ετών, πίνουν 2 ή λιγότερα ποτήρια αλκοόλ την ημέρα.
- Μόνο το 4,3% των Ελληνίδων ηλικίας 20-40 ετών και το 3% των Ελληνίδων 40-59 ετών πίνουν περισσότερα από 2 ποτήρια την ημέρα.
- Σε όλες τις ηλικιακές ομάδες το ποσοστό των γυναικών που απέχουν από το αλκοόλ ήταν υψηλότερο από το αντίστοιχο των ανδρών.
- Τόσο για τους άνδρες όσο και για τις γυναίκες, το ποσοστό όσων δεν έπιναν παρουσίαζε αύξηση με την ηλικία, ενώ το ποσοστό όσων έκαναν κατάχρηση αλκοόλ παρουσίαζε μείωση.
- Όσοι έπιναν κρασί βρέθηκε να έχουν λιγότερες πιθανότητες να γίνουν «σκληροί» πότες συγκριτικά με όσους έπιναν άλλα οινοπνευματώδη ποτά.
- Οι Έλληνες που ζουν μόνοι τους απέχουν σε μεγαλύτερο ποσοστό από το αλκοόλ συγκριτικά με όσους ζουν με σύντροφο.

2.2 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΡΕΥΝΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΧΡΗΣΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΚΑΤΑΧΡΗΣΗ ΟΙΝΟΠΝΕΥΜΑΤΟΣ ΣΤΟ ΜΑΘΗΤΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ.

1. Η Πανελλήνια Έρευνα HBSC - Π. Ο. Υ σε μαθητές.

Η ταυτότητα της έρευνας.

Το 2002 η Ελλάδα με εκπρόσωπο το ΕΠΙΨΥ συμμετείχε στην παγκόσμια έρευνα για την υγεία του μαθητικού πληθυσμού υπό την αιγίδα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHO) και της ομάδας HBSC (Health Behaviour in School-aged Children).

Η έρευνα που επαναλαμβάνεται κάθε τέσσερα χρόνια, είχε πραγματοποιηθεί το 1998 σε δείγμα 4.229 μαθητών. Το δείγμα της έρευνας του 2002 ήταν πανελλαδικό, αντιπροσωπευτικό και αποτελούνταν από 3.884 μαθητές που φοιτούσαν στην ΣΤ' Δημοτικού (μέση ηλικία 11,4), στη Β' Γυμνασίου (μέση ηλικία 13,3) και στην Α' Λυκείου (μέση ηλικία 15,3).

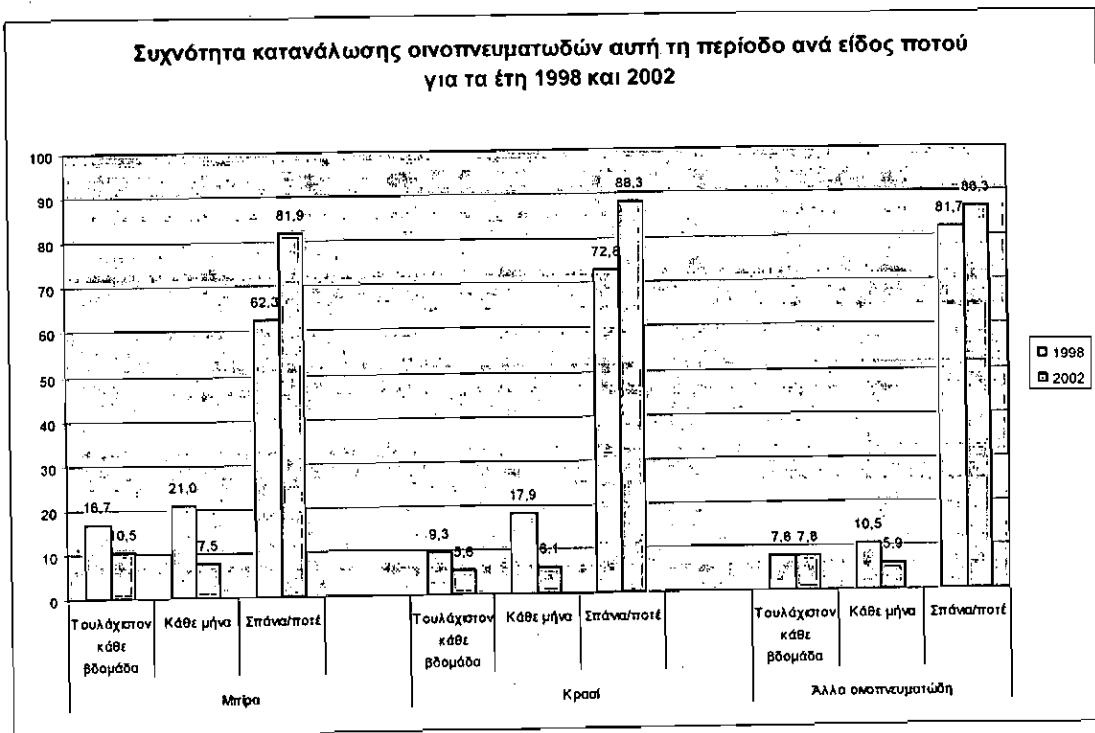
Η ενότητα των ερωτήσεων που αφορούσε τη διερεύνηση των τρόπων και της συχνότητας κατανάλωσης οινοπνευματωδών ήταν ένα μέρος μόνο των θεμάτων που διαπραγματευόταν η έρευνα.

Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται συγκριτικά με τα αντίστοιχα της έρευνας του 1998, όπου αυτό είναι δυνατό.

Αποτελέσματα.

Σημαντική μείωση του ποσοστού των μαθητών που δηλώνουν κατανάλωση οινοπνευματωδών σε όλες τις περιόδους αναφοράς, και κυρίως στη μηνιαία κατανάλωση, παρατηρείται σε σύγκριση με το 1998. Εξαίρεση αποτελεί η εβδομαδιαία κατανάλωση «άλλων οινοπνευματωδών» (ουίσκι, βότκα, μπακάρντι κτλ). Η μείωση αυτή ισχύει και για τα δύο φύλα.

Γράφημα: Συχνότητα κατανάλωσης οινοπνευματωδών αυτή την περίοδο ανά είδος ποτού για τα έτη 1998 και 2002.

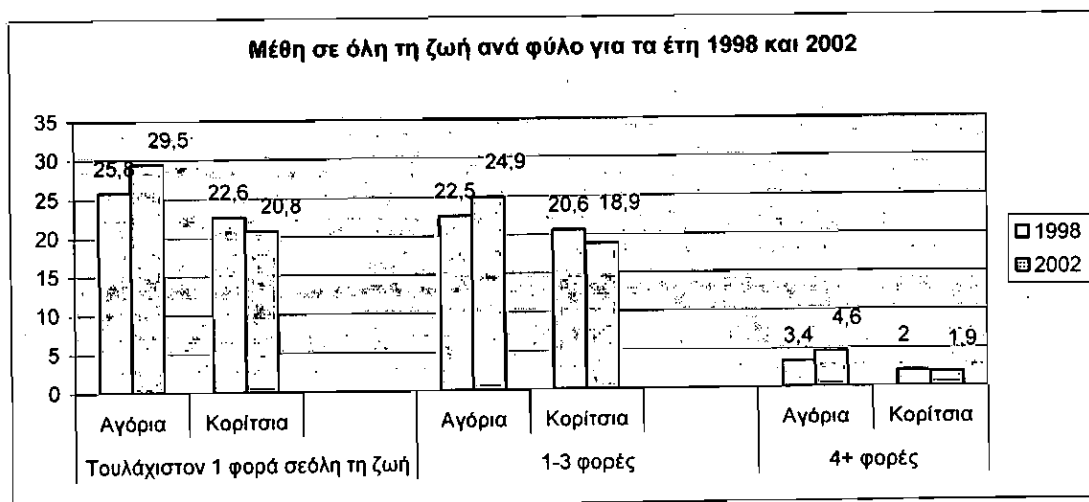


(ΠΗΓΗ: ΕΚΤΕΠΝ 2003)

Η εμπειρία της μέθης φαίνεται να διαφοροποιείται ανάμεσα στα φύλα: σημαντικά υψηλότερο ποσοστό αγοριών το 2002 (29,5%) σε σύγκριση με το 1998 (25,8%) δηλώνουν μέθη έστω και μια φορά στη ζωή τους. Αντίθετα, στα κορίτσια παρατηρείται ελαφρά μείωση του αντίστοιχου ποσοστού (από 22,6% το 1998 σε 20,8% το 2002). Σχετικά με τη μεγαλύτερη συχνότητα περιστατικών μέθης (4+ φορές), τα ποσοστά μειώνονται κατά πολύ και τα αγόρια φαίνεται να παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά από τα κορίτσια.

Ωστόσο, πρέπει να σημειωθεί ότι η δήλωση περιστατικών μέθης είναι υποκειμενική και εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από το πώς αντιλαμβάνονται αυτή την κατάσταση οι ίδιοι οι μαθητές.

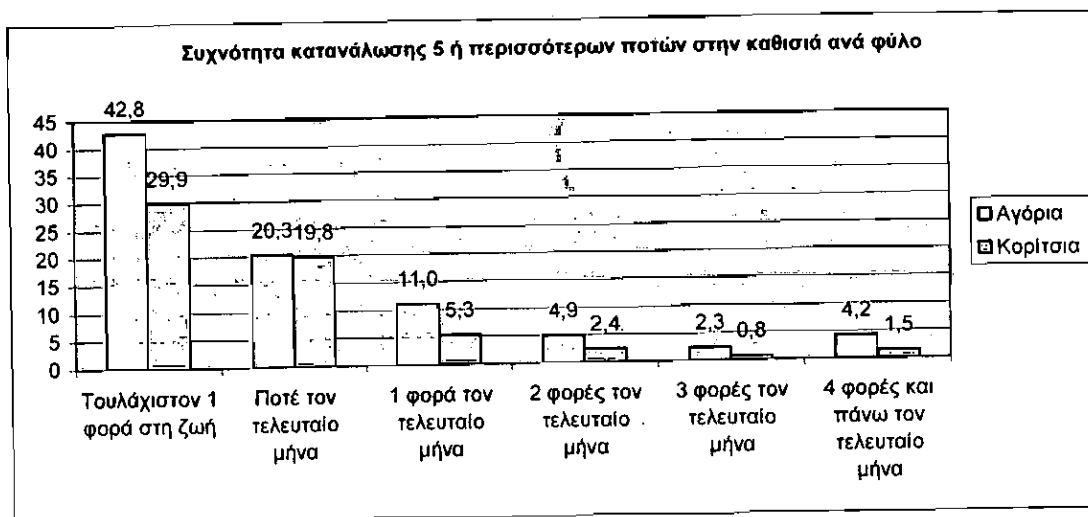
Γράφημα: Μέθη σε όλη τη ζωή ανά φύλο για τα έτη 1998 και 2002



(ΠΗΓΗ: ΕΚΤΕΠΝ 2003)

Σύμφωνα με τα στοιχεία του 2002, σημαντικές διαφορές ανάμεσα στα φύλα παρατηρούνται στην υπερβολική χρήση οινοπνευματωδών (κατανάλωση 5 ή περισσότερων ποτών στην καθισιά τον τελευταίο μήνα). Το 42,8% των αγοριών δηλώνουν ότι έχουν κάνει υπερβολική χρήση τουλάχιστον μία φορά στη ζωή τους, σε σύγκριση με το 29,9% των κοριτσιών που δηλώνουν το ίδιο.

Γράφημα: Συχνότητα κατανάλωσης 5 ή περισσότερων ποτών στην καθισιά ανά φύλο.



(ΠΗΓΗ: ΕΚΤΕΠΝ 2003)

Η μέση ηλικία κατά την οποία οι δεκαπεντάχρονοι μαθητές δηλώνουν ότι ήπιαν για πρώτη φορά, είναι τα 12 έτη για τα αγόρια και τα 13 για τα κορίτσια. Ένα χρόνο μετά την πρώτη εμπειρία με το αλκοόλ, δηλαδή στα δεκατρία χρόνια για τα αγόρια και στα δεκατέσσερα για τα κορίτσια, είναι η μέση ηλικία κατά την οποία οι μαθητές δηλώνουν ότι μέθυσαν για πρώτη φορά.

«Προβληματική χρήση»

Με βάση ορισμένα κριτήρια έγινε μια προσπάθεια εντοπισμού της ομάδας υψηλού κινδύνου για μελλοντική «προβληματική χρήση» οιοπνευματωδών σύμφωνα με τη συμπεριφορά που παρουσιάζουν οι μαθητές ως προς το αλκοόλ. Τα κριτήρια της προβληματικής χρήσης διερευνήθηκαν για την ηλικιακή ομάδα 12-17 ετών με βάση την έρευνα στο γενικό πληθυσμό του ΕΠΠΨΥ το 1984 (Μαδιανού και συν., 1992) και, επομένως, ο «δανεισμός» τους στην περίπτωση των εφήβων μαθητών θα πρέπει να αντιμετωπιστεί με επιφύλαξη και προσοχή.

Ως κριτήρια προβληματικής χρήσης οιοπνευματωδών θεωρήθηκαν οι απαντήσεις των μαθητών στις παρακάτω μεταβλητές: α) κατανάλωση κάποιου οιοπνευματώδους ποτού κάθε μέρα την τελευταία περίοδο (2,7% των μαθητών), β) κατανάλωση κάποιου ποτού 2 φορές ή και περισσότερες την εβδομάδα (6,6% των μαθητών), γ) μέθη τουλάχιστον 4 φορές σε όλη τη ζωή (3,2% των μαθητών), δ) υπερβολική χρήση στη διάρκεια των 12 τελευταίων μηνών για δύο ή περισσότερες φορές (8,1% των μαθητών), και ε) συχνή κατανάλωση τους τελευταίους 12 μήνες «μόνοι, χωρίς παρέα» (2,5% των μαθητών).

Οι μαθητές που δήλωσαν έστω και ένα από τα προαναφερθέντα κριτήρια παρουσίασαν κάποια κοινά χαρακτηριστικά, με βάση τις απαντήσεις τους σε άλλες μεταβλητές, οι οποίες επίσης θεωρήθηκαν ενδεικτικές κοινωνικών προβλημάτων. Συγκεκριμένα, οι μαθητές που για τους σκοπούς της παρούσας διερεύνησης θεωρήθηκαν ότι διατρέχουν υψηλό κίνδυνο «προβληματικής χρήσης» δήλωσαν, σε υψηλότερα ποσοστά από αυτά των υπολοίπων μαθητών, ότι:

-Πηγαίνουν πεινασμένοι στο σχολείο ή για ύπνο, επειδή δεν υπάρχει αρκετό φαγητό στο σπίτι.

-«Ηρθαν άγρια στα χέρια» με κάποιον κατά τη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών.

-Πήραν μέρος σε εκφοβισμό άλλου μαθητή κατά την διάρκεια των προηγούμενων 2 μηνών.

Από την προκαταρκτική αυτή διερεύνηση φαίνεται ότι οι επιλεγμένες ως κριτήρια «προβληματικής χρήσης» μεταβλητές συσχετίζονται με ορισμένα κοινωνικά προβλήματα, όπως αυτά δηλώνονται από τους ίδιους τους μαθητές.

Η έρευνα ESPAD στην Ελλάδα (1999)

Το 1999 η Ελλάδα με εκπρόσωπο το ΕΠΠΥ συμμετείχε στην ευρωπαϊκή ομάδα ESPAD(European Research Project on Alcohol and other Drugs). Στην ομάδα αυτή συμμετέχουν τριάντα ευρωπαϊκές χώρες με στόχο την διεξαγωγή εθνικών επιδημιολογικών ερευνών στο μαθητικό πληθυσμό όσον αφορά τη χρήση νόμιμων και παράνομων ουσιών.

Το ελληνικό δείγμα της έρευνας αποτελούσαν 4.909 μαθητές της Β' και Γ' Λυκείου ηλικίας 16 ετών(γεννημένοι το 1983) και ήταν αντιπροσωπευτικό για όλη τη χώρα. Στη συνέχεια παρουσιάζονται στοιχεία που αφορούν μόνο την κατανάλωση οινοπνευματωδών.

Η χρήση και η συχνότητα χρήσης οινοπνευματωδών ερευνήθηκε για τρία χρονικά διαστήματα:α)Όλη τη ζωή, β)Τον τελευταίο χρόνο και γ)Τον τελευταίο μήνα.(ΕΚΤΕΠΝ, 2001)

Κατανάλωση οινοπνευματωδών σε όλη τη ζωή, τους τελευταίους 12 μήνες και τις τελευταίες 30 μέρες.

-Η συντριπτική πλειοψηφία των μαθητών(97,6%) δήλωσαν κατανάλωση οινοπνευματωδών τουλάχιστον μια φορά σε όλη τους τη ζωή, ενώ ένα ποσοστό 42% δήλωσαν ότι έχουν πει 40 φορές ή περισσότερες σε όλη τους τη ζωή. Το ποσοστό αυτό φέρνει την Ελλάδα στην τρίτη θέση κατάταξης των χωρών μετά τη Δανία και τη Μ. Βρετανία.

-Η συντριπτική πλειοψηφία των Ελλήνων μαθητών (93,5%) δήλωσαν κατανάλωση οινοπνευματωδών τουλάχιστον μια φορά τους τελευταίους 12 μήνες. Από αυτούς το 32% δήλωσαν ότι έχουν πει 20 ή περισσότερες φορές σε αυτό το διάστημα. Εδώ η

Ελλάδα μοιράζεται μαζί με την Μάλτα την τέταρτη θέση στην κατάταξη, μετά από τη Δανία, την Ιρλανδία και τη Μ. Βρετανία.

-Στις περισσότερες χώρες περισσότεροι από τους μισούς μαθητές δήλωσαν κατανάλωση οινοπνευματωδών τις τελευταίες 30 μέρες. Στην Ελλάδα το 76,8% των μαθητών δήλωσαν κατανάλωση οποιουδήποτε αλκοολούχου ποτού μέσα στον τελευταίο μήνα, τοποθετώντας τη χώρα στη δεύτερη θέση μετά τη Δανία.

Από το 76,8% των Ελλήνων μαθητών το 13% έχουν πει οινοπνευματώδη 10 ή περισσότερες φορές, ποσοστό που βγάζει την Ελλάδα από την πρώτη ομάδα χωρών με την υψηλότερη συχνότητα χρήσης(Μάλτα, Δανία, Ιρλανδία και Μ. Βρετανία).Ωστόσο, στην σύγκριση ανά φύλο υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ των αγοριών που δήλωσαν κατανάλωση πάνω από 10 φορές τον τελευταίο μήνα και των κοριτσιών.

Στο ερώτημα αν υπάρχει διαφοροποίηση μεταξύ αυτών που ήπιαν 10 ή περισσότερες φορές και όλων των υπολοίπων όσον αφορά άλλες εκδηλώσεις της προσωπικότητάς τους, φαίνεται ότι είναι πολύ πιο πιθανό οι μαθητές που κάνουν βαριά χρήση(10 ή περισσότερες φορές τις τελευταίες 30 μέρες) να φύγουν από το σπίτι τους για πάνω από μια μέρα(30,9%), να σκεφτούν να βλάψουν τον εαυτό τους(49%) και να κάνουν απόπειρα αυτοκτονίας(22,5%) παρά οι υπόλοιποι(11,5%, 37,7% και 13,9% αντίστοιχα).

Μια άλλη ενδιαφέρουσα συσχέτιση είναι το κατά πόσο διαφοροποιείται το επίπεδο αυτοεκτίμησης και η παραβατική συμπεριφορά(βία, κλοπές) μεταξύ αυτών που κάνουν βαριά χρήση και των υπολοίπων. Στο επίπεδο της αυτοεκτίμησης δεν υπάρχει διαφοροποίηση, αλλά δεν ισχύει το ίδιο και στην εκδήλωση παραβατικής συμπεριφοράς.

Έτσι, έχουν περισσότερες πιθανότητες να εκδηλώσουν τέτοια συμπεριφορά οι βαρείς χρήστες παρά οι υπόλοιποι μαθητές. Επίσης, τα αδέρφια τους εμφανίζονται να πίνουν σε μεγαλύτερο βαθμό από ό,τι τα αδέρφια των υπολοίπων μαθητών.

-Τέλος, όσον αφορά το είδος ποτού που προτίμησαν οι ερωτώμενοι τον τελευταίο μήνα, οι Έλληνες μαθητές στο σύνολό τους, όπως και οι μαθητές πολλών άλλων χωρών, έδειξαν ιδιαίτερη προτίμηση στην κατανάλωση μπίρας με ποσοστό 62,7% και ακολουθούν τα άλλα ποτά(ουίσκι, βότκα κτλ) με 56,8% και το κρασί με 44,6%.

Μέθη σε όλη τη ζωή, τους τελευταίους 12 μήνες και τις τελευταίες 30 μέρες.

-Στη μεγάλη πλειοψηφία των χωρών περισσότεροι από τους μισούς μαθητές έχουν μεθύσει τουλάχιστον μια φορά στη διάρκεια της ζωής τους. Στην Ελλάδα το 57,8% των μαθητών δήλωσαν αυτή τη συμπεριφορά, ενώ 20 ή περισσότερες φορές δήλωσαν ότι έχουν μεθύσει μόλις το 3,8% σε σχέση με 41% στη Δανία και 28% στην Αγγλία, τοποθετώντας την Ελλάδα, σε πλήρη αντίθεση με τα ποσοστά κατανάλωσης, σε μια από τις χαμηλότερες θέσεις. Αυτό το ποσοστό(3,8%) διαφοροποιείται σημαντικά ως προς το φύλο, με το 5,7% των αγοριών και το 2,3% των κοριτσιών να δηλώνουν μέθη 20 ή περισσότερες φορές σε όλη τη ζωή.

Αυτοί οι μαθητές είναι πολύ πιο πιθανό να φύγουν από το σπίτι τους για πάνω από μια μέρα(48,1%), να σκεφτούν να βλάψουν τον εαυτό τους (51,3%) και να κάνουν απόπειρα αυτοκτονίας(31,3%) παρά οι υπόλοιποι(13%, 38,9% και 14,4% αντίστοιχα). Επιπλέον, οι πρώτοι είναι πιο πιθανό να εκδηλώσουν βίαιη ή/ και παράνομη συμπεριφορά, ενώ τα μεγαλύτερα αδέρφια τους πίνουν σε μεγαλύτερο βαθμό από ότι τα αδέρφια των τελευταίων.

-Πάλι σε αντίθεση με τα ποσοστά κατανάλωσης και σύμφωνα με τα ποσοστά μέθης σε όλη τη ζωή, το 4% των Ελλήνων μαθητών δήλωσαν μέθη πάνω από 10 φορές τον τελευταίο χρόνο, κατατάσσοντας την Ελλάδα στην ομάδα των χωρών με τα χαμηλότερα ποσοστά. Η χώρα με το μεγαλύτερο ποσοστό είναι η Δανία, με ποσοστό 39%.

- Και στα ποσοστά μέθης τις τελευταίες 30 μέρες η Ελλάδα με ποσοστό 15,4% κατέχει μια από τις τελευταίες θέσεις ενώ μόλις το 3% δήλωσαν ότι έχουν μεθύσει πάνω από 3 φορές τον τελευταίο μήνα πριν την έρευνα.

Ένα άλλο μέτρο που συνδέεται με τη μέθη είναι και η συχνότητα κατανάλωσης πέντε ή περισσότερων ποτών στην καθισιά τον τελευταίο μήνα. Σε σχετική ερώτηση το 30,9% των μαθητών δήλωσαν ότι τις τελευταίες 30 μέρες ήπιαν στην καθισιά τους πέντε ή περισσότερα ποτήρια από το ίδιο ή διαφορετικό ποτό, τοποθετώντας την Ελλάδα στη μέση της γενικής κατάταξης των χωρών.

Σχετικά με την υψηλή συχνότητα εμφάνισης της παραπάνω συμπεριφοράς(3 ή περισσότερες φορές τον τελευταίο μήνα 5 ποτά στην καθισιά), η Ελλάδα με ποσοστό 9% βρίσκεται στην ομάδα των χωρών με τα μικρότερα ποσοστά, ενώ πολύ περισσότερα αγόρια από ότι κορίτσια εκδήλωσαν αυτή τη συμπεριφορά.

Επιπλέον, η συμπεριφορά αυτή διαφοροποιείται και ανά γεωγραφικό στρώμα, όπου προηγούνται οι άλλες αστικές περιοχές με 11,9% και ακολουθούν οι αγροτικές με 10,7%, η Αθήνα με 7,2% και η Θεσσαλονίκη με 4%.

Επίσης, και στην περίπτωση αυτή, οι μαθητές που κάνουν βαριά χρήση (3 ή περισσότερες φορές τον τελευταίο μήνα 5 ποτά στην καθισιά) είναι πολύ πιο πιθανό να φύγουν από το σπίτι τους (38%) ή να κάνουν απόπειρα αυτοκτονίας (25,5%) από ότι οι υπόλοιποι μαθητές, και το ίδιο ισχύει και στην εκδήλωση βίαιης συμπεριφοράς. Τέλος, τα μεγαλύτερα αδέρφια τους πίνουν πιο πολύ απ' ότι αυτά των υπόλοιπων μαθητών.

Ηλικία πρώτης κατανάλωσης οινοπνευματωδών ανά είδος ποτού (τουλάχιστον ένα ποτήρι).

Στην πλειοψηφία των χωρών οι μισοί περίπου μαθητές κατανάλωσαν τουλάχιστον ένα ποτήρι μπίρας ή κρασιού στα 13 τους χρόνια ή και μικρότεροι. Στην Ελλάδα από αυτούς που ξεκίνησαν με μπίρα, το 58,2% το έκαναν σε ηλικία μέχρι και 13 ετών, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό γι' αυτούς που ξεκίνησαν με κρασί είναι 65,7%. Και στις δύο περιπτώσεις η Ελλάδα βρίσκεται περίπου στη μέση της κατάταξης.

Ηλικία πρώτης μέθης.

Σε ηλικία έως και 13 ετών μέθυσαν το 9% των Ελλήνων μαθητών, γεγονός που τοποθετεί τη χώρα μας σε μια από τις χαμηλότερες θέσεις. Ενδεικτικά αναφέρουμε ότι το αντίστοιχο υψηλότερο ποσοστό το έχει η Δανία (42%).

Μέρος στο οποίο ήπιες την τελευταία φορά πριν την έρευνα.

Στην Ελλάδα το μεγαλύτερο ποσοστό (34,1%) στην ερώτηση αυτή εμφανίζεται στην κατηγορία «άλλα μέρη», η οποία περιλαμβάνει συναυλίες, αθλητικά γεγονότα, οικογενειακές γιορτές κ. α. Το 28% των μαθητών ήπιαν σε ντίσκο ή κλαμπ, το 25% σε μπαρ και το 21,8% στο σπίτι. Σε αυτή την ερώτηση η

σύγκριση με τις άλλες χώρες είναι δύσκολη, καθώς μόνο σε κάποιες από αυτές επιτρέπεται σε ανηλίκους η κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών σε χώρους διασκέδασης.

Αναμενόμενες επιδράσεις.

Οι αναμενόμενες επιδράσεις από την κατανάλωση οινοπνεύματος περιελάμβαναν πέντε «θετικές» και έξι «αρνητικές». Τα ποσοστά που θα παρουσιαστούν εδώ αφορούν εκείνους τους μαθητές που δήλωσαν «Πολύ πιθανό» ή «Πιθανό» σε κάθε επιλογή (υπήρχε η δυνατότητα πολλαπλής επιλογής).

Διευρωπαϊκά η επιλογή «Να διασκεδάσω πολύ» είναι η επικρατέστερη από τις θετικές, ενώ από τις αρνητικές για δεκατέσσερις χώρες πρώτη έρχεται η επιλογή «Να νιώσω αδιαθεσία την επόμενη μέρα» και για άλλες δέκα η επιλογή «Να βλάψω την υγεία μου».

Στην πλειοψηφία τους οι Έλληνες μαθητές, μαζί με τους Ιρλανδούς, τους Τσέχους, τους Σουηδούς και τους Βρετανούς, αναμένουν περισσότερες θετικές (62%) παρά αρνητικές (29%) επιδράσεις από την κατανάλωση οινοπνεύματος. Από τις θετικές επιδράσεις το μεγαλύτερο ποσοστό για την Ελλάδα συγκέντρωσε η επιλογή «Να διασκεδάσω πολύ» (73%) και ακολουθούν οι επιλογές «Να νιώσω πιο ομιλητικός, και ανοιχτός στην παρέα» (71%) και «Να νιώσω χαρούμενος» (66%). Από τις αρνητικές επιδράσεις πρώτη έρχεται η επιλογή «Να νιώσω αδιαθεσία την επόμενη μέρα» με ποσοστό 51% και ακολουθούν οι επιλογές «Να βλάψω την υγεία μου» (39%) και «Να κάνω κάτι που θα το μετανιώσω μετά» (37%).

Προβλήματα από την κατανάλωση οινοπνευματωδών.

Σε αυτή την ερώτηση υπήρχαν δεκατέσσερις επιλογές οι οποίες χωρίζονται σε τέσσερις κατηγορίες: α) προβλήματα σχέσεων, β) σεξουαλικά προβλήματα, γ) ατομικά προβλήματα και δ) προβλήματα εγκληματικότητας.

Η Ελλάδα ανήκει στην ομάδα των εννέα χωρών, κυρίως χώρες της Νότιας Ευρώπης, με τα χαμηλότερα ποσοστά σε όλες τις κατηγορίες (1%-3%).

Ενδεικτικά αναφέρουμε ότι στο πιο συχνά αναφερόμενο πρόβλημα για όλες τις χώρες από την κατανάλωση οινοπνευματωδών, που ήταν η «Καταστροφή ρούχων ή άλλων αντικειμένων», η Ελλάδα συγκέντρωσε μόλις το 3%, το οποίο είναι και το υψηλότερο ποσοστό της σε όλες τις κατηγορίες, τη στιγμή που χώρες όπως η Δανία, η Ιρλανδία και η Νορβηγία συγκέντρωσαν ποσοστά της τάξης του 25%-30%.

Αντιλήψεις μαθητών για το οινόπνευμα.

Οι αντιλήψεις-στάσεις των μαθητών σε σχέση με το οινόπνευμα προκύπτουν από διάφορες ερωτήσεις.

Σε κάποια ερώτηση οι μαθητές κλήθηκαν, μεταξύ άλλων, να δηλώσουν κατά πόσο εγκρίνουν ή όχι ορισμένες συμπεριφορές που αφορούν την κατανάλωση οινοπνεύματος. Τα ποσοστά αναφέρονται σε όσους απάντησαν «δεν εγκρίνω» ή «δεν εγκρίνω καθόλου».

Έτσι, οι Έλληνες μαθητές στη μεγάλη πλειοψηφία τους (74,4%) δεν εγκρίνουν το να μεθά κανείς μια φορά την εβδομάδα, ενώ είναι πιο διαλλακτικοί(44,3%) σε σχέση με όσους πίνουν 1-2 ποτήρια από κάποιο οινοπνευματώδες αρκετές φορές την εβδομάδα. Τα κορίτσια και στις δύο περιπτώσεις δεν εγκρίνουν περισσότερο από ότι τα αγόρια.

Όσον αφορά την αντίληψη επικινδυνότητας για κάποιες συμπεριφορές που αφορούν την κατανάλωση οινοπνευματωδών, τα ποσοστά αναφέρονται σε όσους απάντησαν «ακίνδυνο/ ελαφρά επικίνδυνο», «μέτριος κίνδυνος» ή «μεγάλος κίνδυνος».

Έτσι, το 40,2% των μαθητών πιστεύουν ότι υπάρχει μέτριος κίνδυνος για κάποιον που καταναλώνει 1-2 ποτά σχεδόν καθημερινά και το 23,8% θεωρούν ότι κάτι τέτοιο είναι τελείως ακίνδυνο ή ελαφρά επικίνδυνο. Για την περίπτωση που κάποιος πίνει 4-5 ποτά σχεδόν καθημερινά η συντριπτική πλειοψηφία (78%) θεωρεί ότι υπάρχει μεγάλος κίνδυνος να βλάψει τον εαυτό του, ενώ μόλις το 4,7% θεωρούν ότι αυτό είναι ακίνδυνο ή ελαφρά επικίνδυνο.

Τέλος, το να πίνει κανείς πέντε ή περισσότερα ποτά κάθε Σαββατοκύριακο θεωρείται από το 44,6% των μαθητών ως συμπεριφορά μέτριας επικινδυνότητας, ενώ 34,4% θεωρούν ότι είναι επικίνδυνο και το 15,3% ακίνδυνο.

2.Η έρευνα ESPAD στην Ελλάδα (2003)

Το 2003 η Ελλάδα με εκπρόσωπο το ΕΠΙΨΥ/ ΕΚΤΕΠΝ συμμετείχε στην πανευρωπαϊκή έρευνα στο μαθητικό πληθυσμό για τη χρήση οινόπνευματων και άλλων ναρκωτικών ουσιών.

Τα στοιχεία που παρουσιάζονται παρακάτω αφορούν πανελλήνιο δείγμα 3.775 μαθητών ηλικίας 16-17 ετών(Β' και Γ' λυκείου).

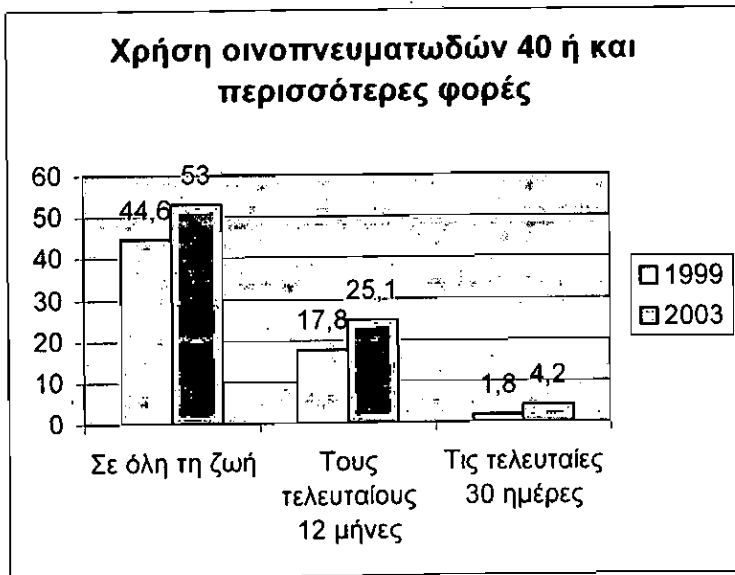
Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε είναι αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο το οποίο χορηγήθηκε στη σχολική αίθουσα.

Η παράθεση των στοιχείων για τα οινόπνευματώδη θα πραγματοποιηθεί σε σύγκριση με αυτά της προηγούμενης έρευνας(1999). Τα στοιχεία αυτά αφορούν κυρίως την κατανάλωση οινόπνευματων, την υπερβολική κατανάλωση(≥ 5 ποτά ανά περίπτωση) και τη μέθη, καθώς και τις αντιλήψεις των μαθητών περί της επικινδυνότητας της κατανάλωσης οινόπνευματων.

Όπως προκύπτει από την σύγκριση των αποτελεσμάτων των δύο ερευνών, το ποσοστό των μαθητών που δηλώνουν πολύ συχνή κατανάλωση οινόπνευματων(40 ή και περισσότερες φορές) εμφανίζεται υψηλότερο το 2003 σε σχέση με το 1999, για όλες τις εξεταζόμενες περιόδους(σε όλη τη ζωή, 12 τελευταίοι μήνες, 30 τελευταίες ημέρες). Το σημείο που αξίζει να σημειωθεί αφορά την κατανάλωση οινόπνευματων τις τελευταίες 30 ημέρες. Παρόλο που και το 2003 το ποσοστό είναι σχετικά χαμηλό (4,2%), είναι υπερδιπλάσιο του ποσοστού του 1999 (1,8%). (Γράφημα 1).

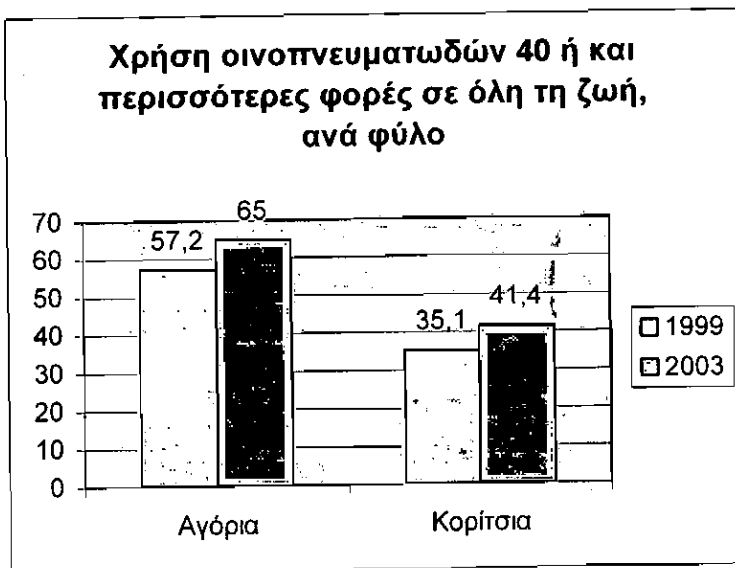
Γενικά, περισσότερα αγόρια από κορίτσια καταναλώνουν συχνότερα οινόπνευματώδη ποτά. Ωστόσο, μεταξύ των δύο περιόδων της έρευνας, το ποσοστό της κατανάλωσης για τα κορίτσια εμφάνισε μεγαλύτερο ρυθμό αύξησης σε σχέση με τα αγόρια(13,6% για τα αγόρια και 17,9% για τα κορίτσια.) (Γράφημα 2).

Γράφημα 1



(ΠΗΓΗ:ΕΚΤΕΠΝ 2003)

Γράφημα 2



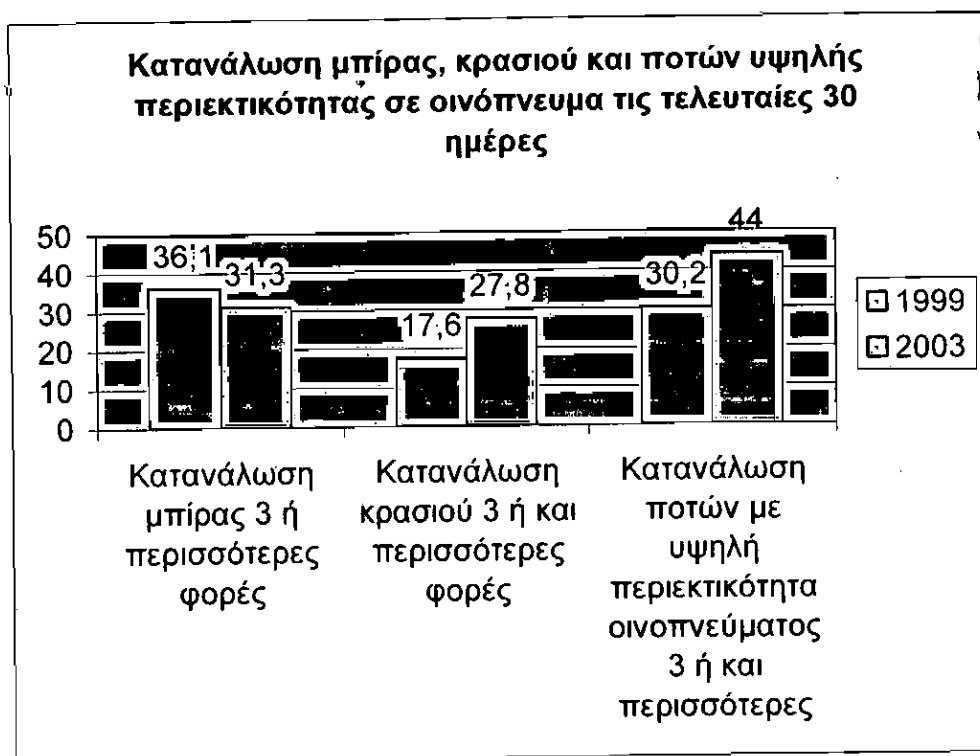
(ΠΗΓΗ:ΕΚΤΕΠΝ 2003)

Μεταξύ αυτών που δήλωσαν ότι ήπιαν τουλάχιστον 3 φορές κάποιο οινοπνευματώδες ποτό τις τελευταίες 30 ημέρες, το μεγαλύτερο ποσοστό (44%) προτίμησε ποτά με υψηλή περιεκτικότητα σε οινόπνευμα(π. χ ουίσκι, βότκα, συμπεριλαμβανομένων των κοκτέιλ με κάποιο αναψυκτικό). Σε σύγκριση με το 1999, εμφανίζεται στροφή στην προτίμηση των εφήβων από τη μπίρα σε ποτά με υψηλή περιεκτικότητα οινοπνεύματος. Η μπίρα παραμένει ο δεύτερος πιο δημοφιλής τύπος οινοπνευματωδών, ακολουθούμενη από το κρασί(Γράφημα 3).

Ένα από τα θέματα στη συμπεριφορά των εφήβων σχετικά με τα οινοπνευματώδη, το οποίο οδηγεί σε προβληματισμούς, είναι και η υπερβολική ανά περίπτωση(«στην καθισιά» ή «τη φορά»)κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών. Στην ερώτηση για το πόσο συχνά καταναλώνουν 5 ή και περισσότερα οινοπνευματώδη ποτά στην καθισιά τους, σχεδόν ένας στους τρεις εφήβους (28,3%) απαντάει το 2003 ότι το έκανε τουλάχιστον 2 φορές τις τελευταίες 30 μέρες.

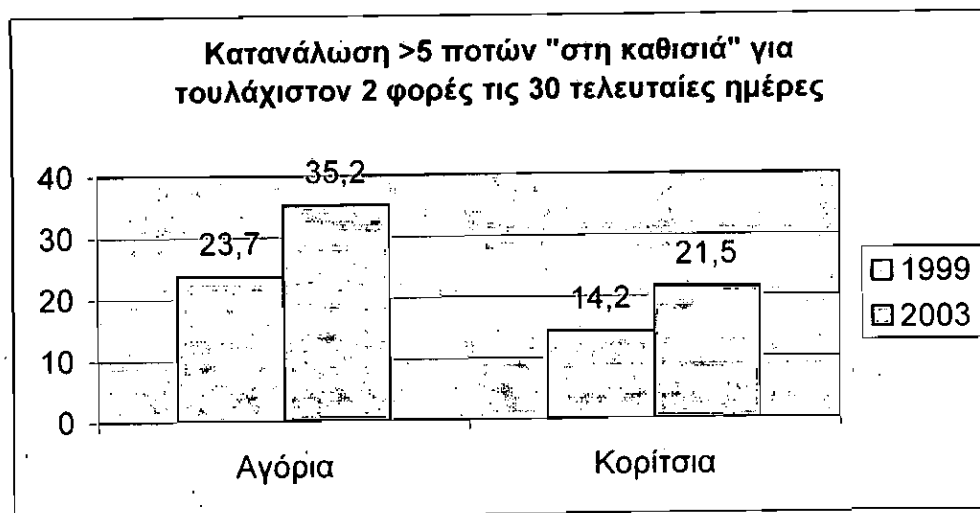
Το ποσοστό αυτό είναι αυξημένο συγκριτικά με το 1999 (18,3%), ενώ, όπως θα ήταν αναμενόμενο, τα αγόρια εμφανίζονται περισσότερο επιρρεπή σε σχέση με τα κορίτσια σε τέτοιου είδους πρακτικές(Γράφημα 4).

Γράφημα 3



(ΠΗΓΗ:ΕΚΤΕΠΝ 2003)

Γράφημα 4



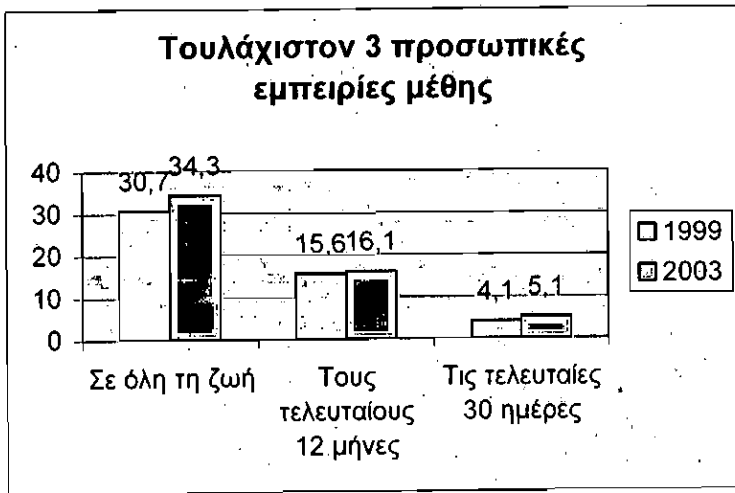
(ΠΗΓΗ:ΕΚΤΕΠΝ 2003)

Όσον αφορά τη μέθη, το 34,3% των εφήβων δηλώνουν το 2003 ότι έχουν μεθύσει τουλάχιστον 3 φορές σε όλη τους τη ζωή. Τα ποσοστά για τους τελευταίους 12 μήνες και τις 30 τελευταίες μέρες είναι αντίστοιχα 16,1% και 5,1%. Σε σύγκριση με το 1999, περισσότεροι έφηβοι δηλώνουν το 2003 ότι έχουν τρεις ή περισσότερες προσωπικές εμπειρίες μέθης σε όλες τις εξεταζόμενες περιόδους(Γράφημα 5).

Και στην περίπτωση της μέθης τα αγόρια εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά συγκριτικά με τα κορίτσια.

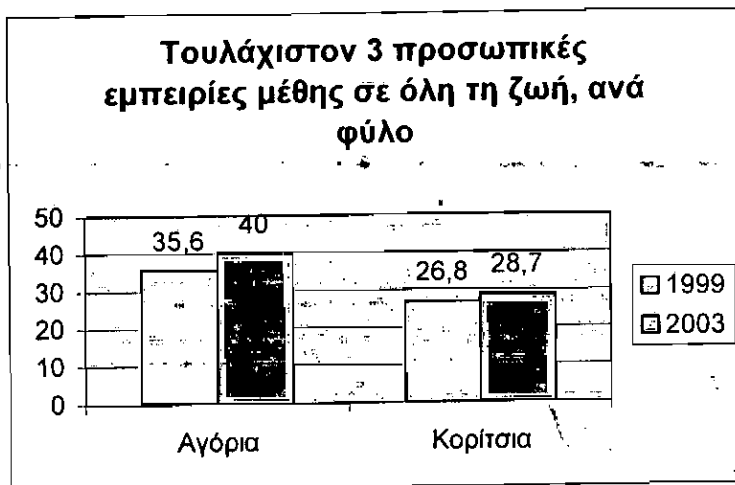
Μάλιστα, εξετάζοντας τη μεταβολή του ποσοστού μέθης(τουλάχιστον 3 φορές σε όλη τη ζωή) διαχρονικά (1999 και 2003), βλέπει κανείς ότι, ενώ η τάση είναι αυξητική και για τα δύο φύλα, ο ρυθμός αύξησης για τα αγόρια είναι μεγαλύτερος από αυτόν των κοριτσιών (12,3% των αγοριών και 7% των κοριτσιών)(Γράφημα 6).

Γράφημα 5



(ΠΗΓΗ:ΕΚΤΕΠΝ 2003)

Γράφημα 6



(ΠΗΓΗ:ΕΚΤΕΠΝ 2003)

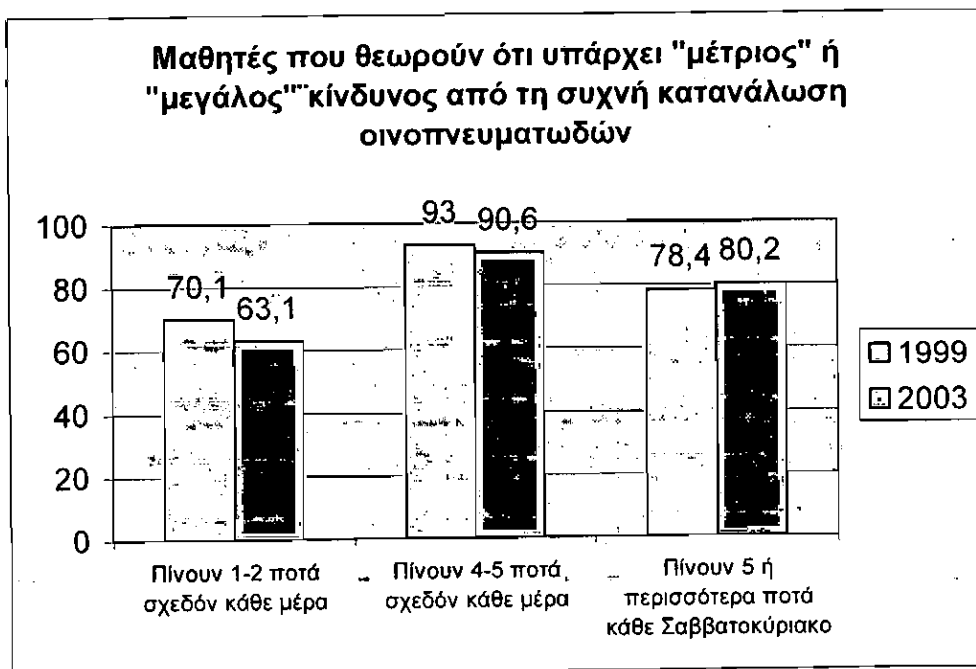
Σχετικά με τις αντιλήψεις περί επικινδυνότητας της κατανάλωσης οινοπνευματωδών, η πλειοψηφία των εφήβων αναγνωρίζει κινδύνους στη συχνή κατανάλωση οινοπνευματωδών. Στη σχετική ερώτηση «Σε ποίο βαθμό πιστεύεις πως τα άτομα κινδυνεύουν να βλάψουν τον εαυτό τους (σωματικά ή με άλλο τρόπο) αν ...», η αντίληψη για το βαθμό επικινδυνότητας αυξάνει με τη συχνότητα της χρήσης.

Επιπλέον, σχεδόν 8 στους 10 εφήβους (80,2%) αναγνωρίζει το 2003 κινδύνους στην υπερβολική (≥ 5 ποτά) κατανάλωση οινοπνευματωδών το Σαββατοκύριακο.

Ωστόσο, εξετάζοντας τα στοιχεία διαχρονικά παρατηρούμε ότι μεταξύ του 1999 και του 2003 τα ποσοστά των αντιλήψεων περί μέτριας ή μεγάλης επικινδυνότητας από τη συχνή (1 ή 2 ποτά σχεδόν κάθε ημέρα) ή πολύ συχνή (4 ή 5 ποτά σχεδόν κάθε ημέρα) κατανάλωση οινοπνευματωδών μειώνονται

(Γράφημα 7).

Γράφημα 7

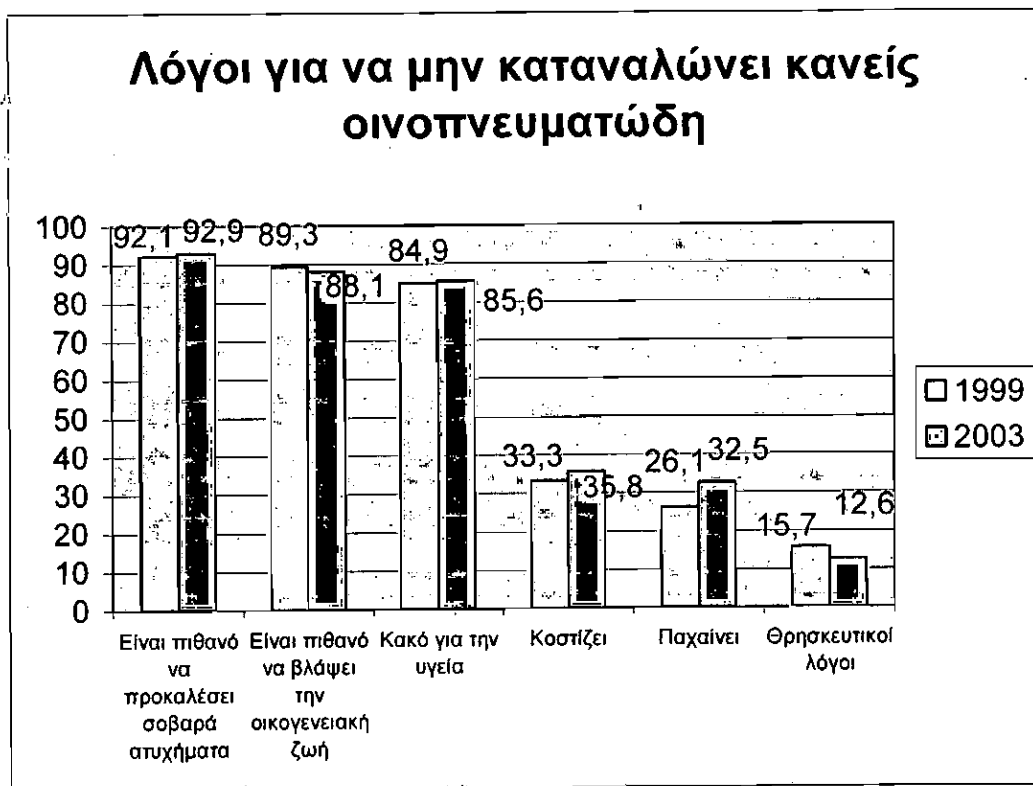


(ΠΗΓΗ:ΕΚΤΕΠΝ 2003)

Οι μαθητές ρωτήθηκαν για ποιους λόγους δεν θα έπρεπε να πίνει κανείς οινοπνευματώδη. Από τις απαντήσεις τους φαίνεται ότι στην αντίληψη των εφήβων η κατανάλωση οινοπνευματωδών σχετίζεται με τα ατυχήματα (92,9% το 2003). Εξίσου επικρατούσες είναι και οι αντιλήψεις ότι η κατανάλωση οινοπνευματωδών μπορεί να βλάψει την οικογενειακή ζωή (88,1% το 2003), αλλά και την υγεία γενικότερα (85,6% το 2003).

Αξιοσημείωτο είναι ότι σε σχέση με το 1999 η σημασία του υψηλού κόστους αγοράς οινοπνευματωδών αλλά και των επιπτώσεών τους στο πάχος/ βάρος φαίνεται το 2003 να απασχολεί περισσότερους εφήβους (Γράφημα 8).

Γράφημα 8



(ΠΗΓΗ:ΕΚΤΕΠΝ 2003)

3.Μελέτη με βάση τα στοιχεία της έρευνας στο μαθητικό πληθυσμό με τίτλο:
«Η μέθη μεταξύ των νέων: Διακρατική Σύγκριση» (SCHMID H. ET AL., 2003).

Η ταυτότητα της έρευνας.

Στη συγκεκριμένη μελέτη εξετάζεται διακρατικά η σχέση της μέθης των 15χρονων μαθητών 22 κρατών, με τη συχνότητα κατανάλωσης και προτίμησης για τα «βαριά» οινοπνευματώδη ποτά. Οι διαφορές που παρουσιάζονται μεταξύ των χωρών εξετάζονται με βάση τα εθνικά τους χαρακτηριστικά, συμπεριλαμβανομένων και των εθνικών πολιτικών πρόληψης.

Το πολυεθνικό αντιπροσωπευτικό δείγμα αποτελούνταν από 10.951 μαθητές και 11.451 μαθήτριες με εμπειρία κατανάλωσης οινοπνεύματος.

Τα εθνικά χαρακτηριστικά αντλήθηκαν από την Παγκόσμια Βάση Δεδομένων για το Αλκοόλ(Global Alcohol Database) του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (Π. Ο. Υ). Το Ιεραρχικό Γενικευμένο Γραμμικό Μοντέλο(Hierarchical Generalised Lineal Model) χρησιμοποιήθηκε για την ανάλυση των επιπτώσεων των εθνικών χαρακτηριστικών στη μέθη σε ατομικό επίπεδο.(ΕΚΤΕΠΝ, 2003)

Αποτελέσματα.

Η επικράτηση της μέθης «σε όλη τη ζωή» ήταν 65% για τους μαθητές και 58,6% για τις μαθήτριες(τα ποσοστά αφορούν τους μαθητές που έχουν πει έστω και μια φορά κάποιο οινοπνευματώδες). Τα ποσοστά αυτά διαφοροποιούνται σημαντικά μεταξύ των χωρών.

Η Ελλάδα κατέχει τη χαμηλότερη θέση όσον αφορά την επικράτηση μέθης στα αγόρια(το 47,5% αυτών που έχουν πει έστω και μια φορά στη ζωή τους κάποιο οινοπνευματώδες) ενώ το υψηλότερο ποσοστό κατέχει η Δανία (85,1%).

Η Ελλάδα κατέχει χαμηλή θέση και όσον αφορά τα κορίτσια(47,9%), το χαμηλότερο εμφανίζεται στο Βέλγιο(Φλαμανδική κοινότητα) (42,3%) ενώ το υψηλότερο στη Γροιλανδία (92,5%).

Ο αριθμός των περιπτώσεων μέθης παρουσιάζει σημαντική διαφοροποίηση μεταξύ των χωρών.

Η Ελλάδα εμφανίζει το χαμηλότερο ποσοστό αγοριών που δηλώνουν πως έχουν μεθύσει 10 ή και περισσότερες φορές (4,9%) ενώ το υψηλότερο ποσοστό εμφανίζει η Δανία (33,7%).

Όσον αφορά τα κορίτσια η Ελλάδα εμφανίζει από τα χαμηλότερα ποσοστά, το 2,2% των κοριτσιών δηλώνει πως έχει μεθύσει 10 ή και περισσότερες φορές. Το χαμηλότερο ποσοστό εμφανίζει το Βέλγιο(Φλαμανδική κοινότητα) (2%) ενώ το υψηλότερο η Δανία (26,6%).

Η συσχέτιση μεταξύ μέθης και προτίμησης «βαριών» οινόπνευματων ήταν θετική στις 21 από τις 22 χώρες και δυνατή για κάποιες χώρες της ανατολικής περιφέρειας της Ευρώπης.

Η γεωγραφική θέση της κάθε χώρας αποδείχθηκε σημαντικός παράγοντας σε σχέση με τα περιστατικά μέθης και τις επεξηγηματικές μεταβλητές της (predictors). Οι νοτιο-ευρωπαϊκές χώρες επιδεικνύουν μέτρια συσχέτιση, ενώ μεγάλες συσχετίσεις παρουσιάζονται στις Σκανδιναβικές χώρες, στις Βαλτικές χώρες και στη Ρωσία.

Από τα στοιχεία προκύπτει ότι εξακολουθούν να υφίστανται πολιτισμικές διαφορές στη χρήση οινόπνευματων και αυτή της χρήσης «βαριών» οινόπνευματων επηρεάζουν το ποσοστό μέθης.

Παρά την επίδραση που δυνητικά έχουν τα μέτρα πρόληψης εναντίον της μέθης, δεν υπήρξαν ενδείξεις στη παρούσα μελέτη που να καταδεικνύουν σημαντική θετική επίδραση κάποιου μέτρου πρόληψης(από αυτά τα οποία συμπεριελήφθησαν στη μελέτη).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3:

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ

Παρόλο που τόσο η ξένη όσο και η ελληνική βιβλιογραφία έχουν αρχίσει πολλές δεκαετίες πριν τη συγκέντρωση στοιχείων σχετικά με το αλκοόλ και τις επιδράσεις του, δημιουργείται μια αίσθηση ασάφειας στον αναγνώστη. Η ασάφεια αυτή οφείλεται στο γεγονός ότι ούτε το αλκοόλ σαν ψυχοτρόπος ουσία επηρεάζει με τον ίδιο τρόπο το συναίσθημα και την συμπεριφορά όλων των ανθρώπων αλλά και στο ότι δεν έχουν τελικά διευκρινισθεί τα όρια ανάμεσα στον προβληματικό πότη και στον αλκοολικό, ανάμεσα στην κοινωνική χρήση του οινοπνεύματος και στην κατάχρηση της κοινωνικής αυτής χρήσης που αρκετά συχνά παρατηρούμε να συμβαίνει αλλά δεν γνωρίζουμε την επικινδυνότητά της.

Επομένως, μια εκ νέου συγκέντρωση παρατηρήσεων, χαρακτηριστικών και αντιδράσεων των ατόμων που κάνουν χρήση οινοπνεύματος κάτω από το πρίσμα του τρόπου λειτουργίας των σύγχρονων κοινωνιών, θα ήταν πιθανόν βοηθητική στην εξάλειψη της ασάφειας που αναφέραμε παραπάνω.

Κάτι επιπλέον που μπορεί κανείς να επισημάνει σε σχέση με την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας είναι η περιορισμένη ενασχόληση των συγγραφέων με τον λεγόμενο «γυναικείο αλκοολισμό». Οι αναφορές που συναντάμε κάνουν λόγο για διαφορές τόσο στην εξέλιξη της ασθένειας στις γυναίκες όσο και για διαφορετικής φύσης αλκοολισμό(με νευρωτικά στοιχεία ή αιτιολογία). Ακόμα και αν εξακολουθεί ο αλκοολισμός ως ασθένεια να απαντάται συχνότερα στον ανδρικό πληθυσμό, αυτό δεν σημαίνει ότι τα πράγματα θα είναι έτσι και στο μέλλον. Περαιτέρω άμεση διερεύνηση του θέματος θα μπορούσε ίσως να λειτουργήσει προληπτικά.

Το θέμα της διαφήμισης του οινοπνεύματος, με το οποίο ασχοληθήκαμε στο πρώτο κεφάλαιο, είναι ένας παράγοντας πολύ σημαντικός για την επιρροή που προκαλεί όχι τόσο σε άμεσο-συνειδητό επίπεδο όσο δρώντας συγκεντρωτικά στον εγκέφαλο(ιδιαίτερα στα παιδιά που δεν έχουν αποκτήσει την ικανότητα της «απόρριψης» όπως οι ενήλικες δέκτες μηνυμάτων) όπως ακριβώς το αλκοόλ δρα συγκεντρωτικά στο αίμα. Έτσι, μπορεί τα αλκοολούχα ποτά να μην παύουν να είναι ένα ακόμα προϊόν προς πώληση, ωστόσο οι διαφημίσεις δεν έχουν σήμανση που να προειδοποιεί για την απομάκρυνση των παιδιών από την τηλεόραση, όπως τα διάφορα άλλα τηλεοπτικά προγράμματα. Ίσως χρειάζεται να επαναλάβουμε ότι- κατά μέσο όρο- ένας έφηβος έχει παρακολουθήσει 75.000 διαφημίσεις για αλκοολούχα ποτά.

Μια από τις αρκετά αισιόδοξες κινήσεις που έγιναν πρόσφατα στον τομέα της νομοθεσίας για το αλκοόλ ήταν η ενεργοποίηση του Προεδρικού διατάγματος 36/1994 σχετικά με την απαγόρευση εισόδου σε ανηλίκους κάτω των 17 ετών χωρίς συνοδεία από κηδεμόνα. Στην περίπτωση που το διάταγμα δεν ατονήσει και αρχίσουν να ισχύουν οι προβλεπόμενες ποινές(αφορούν τους καταστηματάρχες), τότε θα μπορούμε να μιλάμε για ένα ισχυρό προληπτικό μέτρο.

Τέλος, ένα στοιχείο που προέκυψε είναι η ανάγκη διερεύνησης του ζητήματος του αλκοόλ στο μέλλον, με αυτόνομες έρευνες και όχι μέσω ερευνών για τα ναρκωτικά αλλά και η διερεύνηση της επικράτησης της χρήσης και σε τοπικό επίπεδο(όχι μόνο αστικά κέντρα αλλά και αγροτικές περιοχές) από το οποίο ελάχιστα στοιχεία υπάρχουν.

Για όσους αντιμετωπίζουν πρόβλημα εξάρτησης από το αλκοόλ ή προβλήματα που σχετίζονται με την ουσία αλλά και για όσους θα ευχόμασταν να μην αντιμετωπίσουν στο μέλλον, υπάρχουν λύσεις αρκεί όλοι να προσπαθήσουμε πολύ προς αυτή την κατεύθυνση.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Βιβλία:

- Αβραμίδης Α. «Απομυθοποίηση των ναρκωτικών...και με ελπίδα».
- Γεωργακόπουλος Δ. «Ναρκωτικά και αυτογνωσία, ψυχεδέλεια και διαλογισμός».
- Γρίβας Κ. «Πλανητική κυριαρχία και ναρκωτικά».
- Δημητρίου Α. «Μελέτη της χρήσης ψυχοτρόπων ουσιών από τους μαθητές μέσης εκπαίδευσης - διαχρονική πορεία της χρήσης», Διδακτορική διατριβή, (Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων) 2000.
- Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά και την Τοξικομανία(ΕΚΤΕΠΝ), «Ετήσια έκθεση του ΕΚΤΕΠΝ για την κατάσταση των ναρκωτικών στην Ελλάδα, 2001», Αθήνα, 2002.
- Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά και την Τοξικομανία(ΕΚΤΕΠΝ), «Ετήσια έκθεση του ΕΚΤΕΠΝ για την κατάσταση των ναρκωτικών στην Ελλάδα, 2002», Αθήνα 2003.
- Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά και την Τοξικομανία(ΕΚΤΕΠΝ), «Ετήσια έκθεση του ΕΚΤΕΠΝ για την κατάσταση των ναρκωτικών στην Ελλάδα, 2003», Αθήνα, 2004.
- Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής(ΕΠΨΥ), «Ελληνική βιβλιογραφία για το αλκοόλ», Αθήνα, 2002.
- Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής(ΕΠΨΥ), «Ελληνική βιβλιογραφία για το αλκοόλ», Αθήνα, 2003.
- Forward S. "Τοξικοί γονείς", 1994.
- Jaffe T., Paterson R., Hodgson R. "Ναρκωτικά -Τσιγάρο- Αλκοόλ προβλήματα και απαντήσεις", 1981.
- Κοκκέβη Α. «Τα ναρκωτικά στην Ελλάδα 2/4 η χρήση ουσιών στο μαθητικό πληθυσμό», Αθήνα, 1992.
- Λιάππας Γ. «Ναρκωτικά».
- Lempriere, T. Felling, A. et al, "Εγχειρίδιο ψυχιατρικής ενηλίκων", Α' τόμος.
- Μαδιανού Δ.. «Τα ναρκωτικά στην Ελλάδα. Η χρήση ουσιών στο γενικό πληθυσμό», Αθήνα, 1992.
- Μάνος Ν. «Βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής», Θεσσαλονίκη, 1997.
- Μαρσέλος Μ. «Ναρκωτικά», Αθήνα, 1994.
- Μεσημέρης Σ. «Η ψυχολογία των ναρκομανών».
- Μπούκης Δ. «Τα ναρκωτικά σήμερα».

- Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας(Π.Ο.Υ), «Ψυχική υγεία, νέα αντίληψη, νέα ελπίδα», Έκθεση για την παγκόσμια υγεία 2001.
- Παπαγεωργίου Ε. «Οι εξαρτήσεις στη ζωή μας».
- Παπαγιώργης Κ. «Περί μέθης», Αθήνα, 1990.
- Παπαδάτος Γ. «Ψυχική υγεία και τοπική αυτοδιοίκηση», Β' τόμος.
- Ποταμιάνος Γ. «Νόμιμες ουσίες εξάρτησης I Αλκοόλ», 1992.
- Rok Μ. "Η αλήθεια για τα ναρκωτικά"
- Σεφέρου Μ. «Η κραυγή», Αθήνα, 1997
- Σουρέτης Γ., Δαβαρούκας Α. «Τα ναρκωτικά στην εποχή μας», 1991.
- Σουρέτης Γ., Δαβαρούκας Α. «Τοξικομανία προβλήματα και αλήθειες», 1992.
- Τερζίδου Μ., Μάκα Ζ., Κοκκέβη Α., «Έλληνες μαθητές: Υγεία, σχολείο, οικογένεια», Παγκόσμια έρευνα για την υγεία στο μαθητικό πληθυσμό, Αθήνα, 2002.
- Τσαρούχας Κ. «Αλκοόλ, ένα σκληρό ναρκωτικό», Αθήνα, 2000.
- Υφαντής Θ. «Οινοπνευματώδη ποτά και μαθητόκοσμος», Διδακτορική διατριβή, Ιωάννινα, 1990.

Περιοδικά:

- Επιδημιολογικές παράμετροι της χρήσης οινοπνεύματος από φοιτητές, Δημητρίου Α., Παπαϊωάννου Τ., Μαρσέλος Μ., Τετράδια Ψυχιατρικής, Γενάρης -Φλεβάρης-Μάρτης 2003.
- Ψυχική υγεία και αυτοβοήθεια: Το παράδειγμα των Ανώνυμων Ναρκομανών(ΝΑ) και Αλκοολικών(ΑΑ), Ζαφειρίδης Φ, Τετράδια Ψυχιατρικής, τ.73, 2001.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Ερωτηματολόγιο για τη Διάγνωση Αλκοολικών Ασθενών ή Ατόμων που Κινδυνεύουν από μια Τέτοια Εξάρτηση

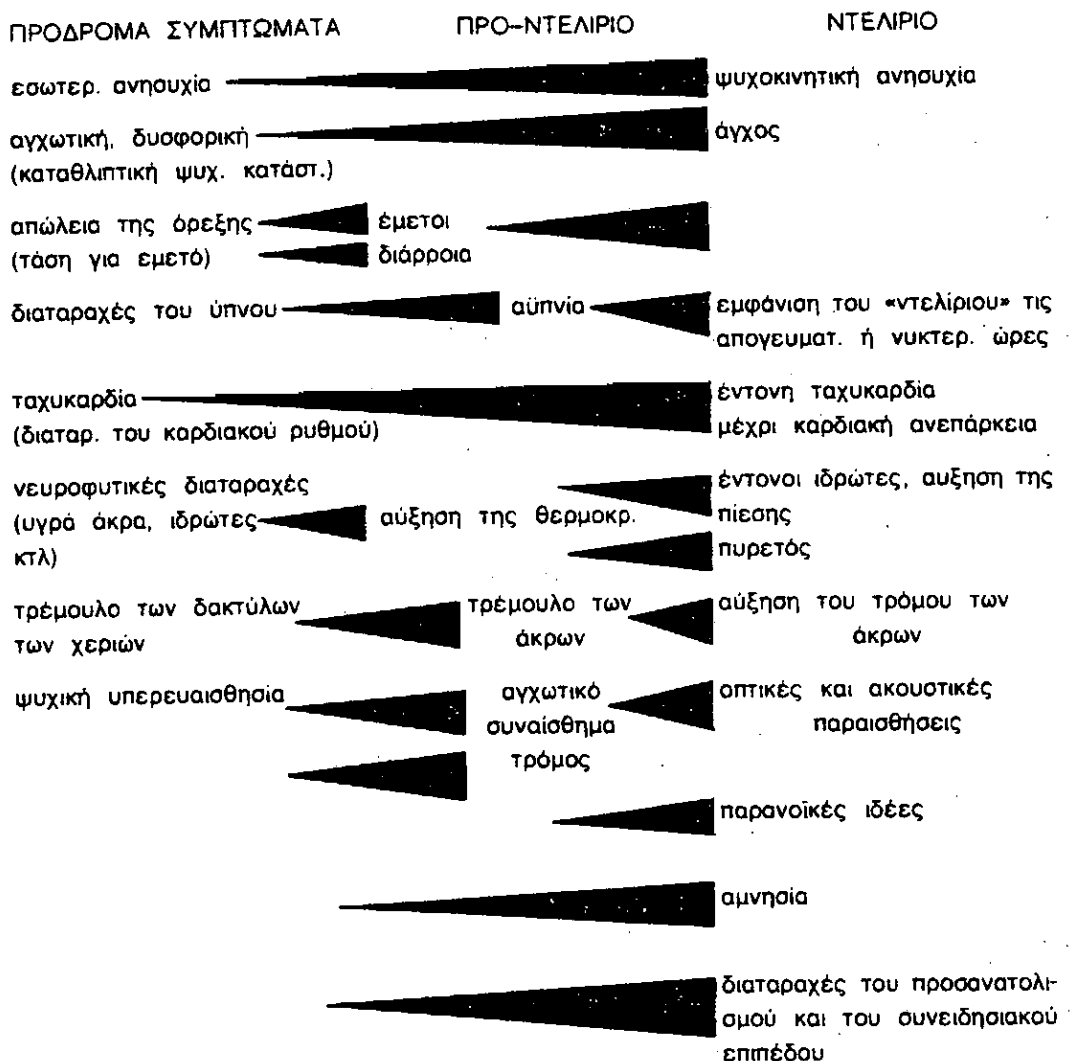
	ΝΑΙ	ΟΧΙ
1. Υποφέρετε τον τελευταίο καιρό από τρέμουλο στα χέρια;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Υποφέρετε τον τελευταίο καιρό από πρωινές στομαχικές διαταραχές (π.χ. τάση για εμετό κτλ.);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Παρατηρήσατε ότι το τρέμουλο των χεριών και οι στομαχικές διαταραχές καλυτερεύουν όταν πιείτε ένα οινοπνευματώδες ποτό;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Υποφέρετε τον τελευταίο καιρό από μια «ανεξήγητη» νευρική κατάσταση;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Παρατηρήσατε ότι σε περιόδους στις οποίες πίνετε πολύ, ελαττώνετε ταυτόχρονα την ποσότητα του φαγητού σας;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Είχατε τον τελευταίο καιρό συχνά διαταραχές του ύπνου ή εφιάλτες;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Αισθανόσαστε, χωρίς οινόπνευμα, ανήσυχος και νευρικός;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Όταν πιείτε τα πρώτα ποτηράκια, αισθανόσαστε την ανάγκη να συνεχίσετε;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Υποφέρετε από κενά μνήμης μετά κατανάλωση σχετικά μεγάλων ποσών οινοπνευματωδών ποτών;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Αντέχετε, τώρα, λιγότερο οινόπνευμα από πριν;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Αισθανόσαστε καμιά φορά τύψεις συνειδήσεως μετά την κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Προσπαθείτε να «συστηματοποιήσετε» την κατανάλωση των διαφ. οινοπνευματωδών ποτών; Π.χ. μόνο το απόγευμα, ή μόνο το βράδυ;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Ανήκει στο επάγγελμα που εξασκείτε, να πίνετε διάφορα ποτά κατά τη διάρκεια της εργασίας;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Σας έχει τύχει να σας παρατήρησαν στη δουλειά σας σχετικά με το οινόπνευμα που καταναλώνετε;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Αισθάνεστε γενικότερα λιγότερο ικανός/ή από την εποχή που αρχίσατε να πίνετε;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Πίνετε με ευχαρίστηση και τακτικά ένα ποτό όταν είσατε μόνος/η σας;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Έχετε έναν κύκλο γνωστών οι οποίοι πίνουν σχετικά πολύ σε σχέση με άλλους;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Αισθάνεστε πιο σίγουρος/η, με μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση και ασφαλής όταν έχετε πιεί κάτι;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19. Έχετε στο σπίτι, ή στη δουλειά μια μικρή κρυψώνα όπου έχετε κρύψει διάφορα ποτά;
20. Πίνετε οινοπνευματώδη ποτά για να ξεπεράσετε καταστάσεις «στρες» ή για να ξεχάσετε δυσκολίες, προβλήματα ή το θυμό σας;
21. Περιήλθατε σεις ή η οικογένειά σας σε οικονομικές δυσκολίες, εξαιτίας του οινοπνεύματος που καταναλώνετε;
22. Σας έχει πιάσει ποτέ η αστυνομία να οδηγάτε μεθυσμένος, ή έχετε δημιουργήσει ένα ατύχημα σε τέτοια κατάσταση;

Κάθε ερώτηση η οποία απαντήθηκε με «ΝΑΙ» παίρνει έναν βαθμό, οι ερωτήσεις 3, 7, 8, 14 παίρνουν 4 βαθμούς η κάθε μια. Για ένα σύνολο βαθμών 6 και περισσότερων υπάρχει κίνδυνος εξάρτησης από οινοπνευματώδη ποτά.

(Ερωτηματολόγιο του Max-Planck-Institut για την Ψυχιατρική στο Μόναχο, Δ. Γερμανίας).

ΠΙΝΑΚΑΣ 3. Εξέλιξη του "Delirium Tremens" κατά Schrappe.



- Ελάττωση της φαντασίας και συνθετικής σκέψης.
- Ελάττωση της εμπιστοσύνης, τόσο απέναντι στον ίδιο τον εαυτό του, όσο και των άλλων απέναντί του.
- Συναισθηματική αστάθεια.
- Ελάττωση της ικανότητας για παραγωγική εργασία.
- Πνευματική ηλιθιότητα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 4. Επακόλουθα του αλκοολισμού

Α Λ Κ Ο Ο Λ Ι Σ Μ Ο Σ

ΣΩΜΑΤΙΚΑ	ΨΥΧΙΚΑ	ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ
α. Διατ. του ήπατος (κίρρωση)	α. Διατ. της μνήμης	α. Διατ. στις οικογενειακές σχέσεις
β. Διατ. του στομ. βλεννογόνου (γαστρίτιδα, έλκος)	β. Επιβράδυνση ψυχικών λειτουργιών	β. Μείωση της απόδοσης στην εργασία με πιθανή απώλεια της δουλειάς
γ. Διατ. του παγκρέατος (παγκρεατίτιδα, μυοκαρδιοπάθεια)	γ. Μείωση της κριτικής σκέψης	γ. Οικονομικά προβλήματα
δ. Διατ. του νευρικού καρδ. μυός (έμφραγμα, μυοκαρδιοπάθεια)	δ. Διατ. του προσαντολισμού	δ. Κυκλοφοριακά ατυχήματα
ε. Διατ. του νευρικού ιστού (πολυνευροπάθεια)	ε. Μείωση των ενδιαφερόντων για τη ζωή	ε. Κοινωνική απομόνωση
στ. Διατ. εγκεφαλικών λειτουργιών	στ. Ψυχικές παθήσεις όπως ψυχωτ. παραλήρημα, παράφρονη ζήλια, παρανοϊκή κατάσταση κλπ.	στ. Εγκληματικότητα
ζ. Επιδείνωση διαφόρων άλλων νόσων	ζ. Σύνδρομο στέρησης με σωματικά και ψυχικά συμπτώματα	
η. Διατ. στην ανάπτυξη του εμβρύου (αλκοολική εμβρυοπάθεια)		
θ. Σωματικό σύνδρομο στέρησης		

ΠΙΝΑΚΑΣ 5. Το οινόπνευμα φθείρει το σώμα μας.

Τοξική δράση πάνω στον καρδ. μυ
Διόγκωση της καρδιάς
(αλκοολική καρδιομυοπάθεια)

Κιρσοί του οισοφάγου
(κίρρωση)

Διόγκωση του ήπατος
(λιπώδες ήπαρ),
συρρικνωση-σκλήρυνση
(κίρρωση)

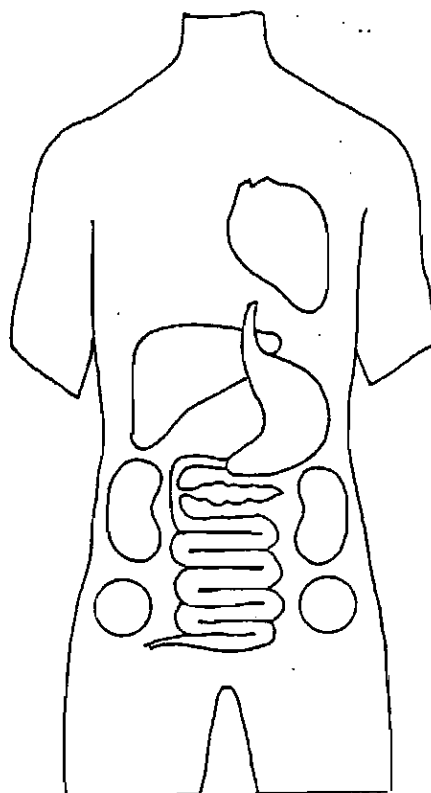
Γαστρίτιδες,
έλκη του στομάχου

Διαταραχές της
λεπουργίας των νεφρών
Αλκοολική υπέρταση

Διαταραχές της πέψης
Αιμορραγίες

Διαταραχές της
σεξουαλικότητας

Διαταραχές του
νευρικού ιστού
(αλκοολική
πολυνευρίτιδα)



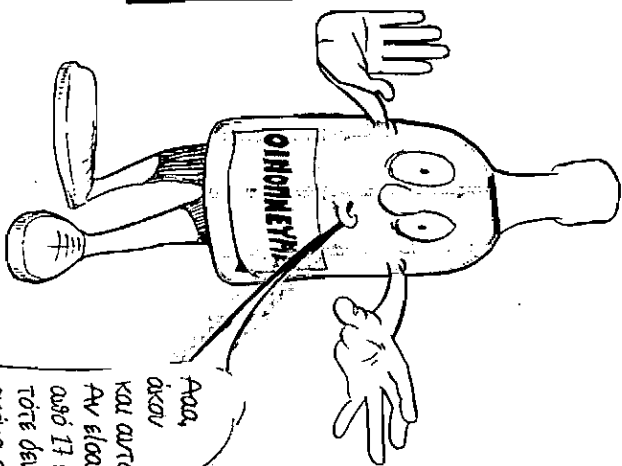
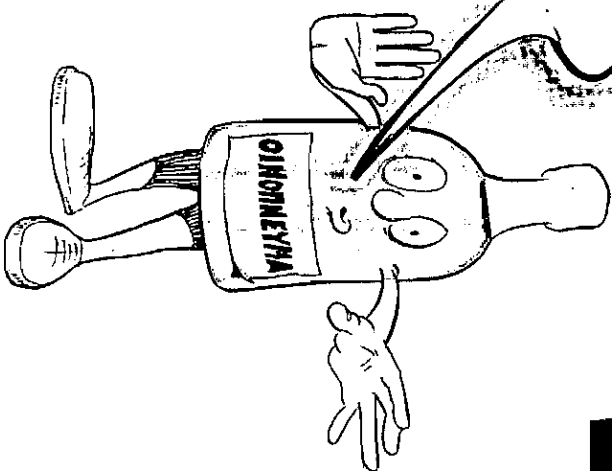
Το οινόπνευμα επιδρά μέσα από την κυκλοφορία του αίματος σε όλα τα όργανα του ανθρώπινου σώματος.

ΤΑ ΔΩΔΕΚΑ ΒΗΜΑΤΑ ΤΩΝ ΑΝΩΝΥΜΩΝ ΑΛΚΟΟΛΙΚΩΝ

1. Ομολογήσαμε ότι τύχαμε αδύνατοι απέναντι στο αλκοόλ, ότι η ζωή μας είχε κατακτήσει ανεπανόρθωτη.
2. Ήρθαμε να πιστέψουμε ότι μόνον μια Δύναμη μεγαλύτερη από των εαυτών μας, θα μπορούσε να μας επαναφέρει σε υγεία.
3. Αποφασίσαμε να παραδώσουμε τη βούληση και τη ζωή μας στη φροντίδα του Θεού, όπως τον νιώθαμε εμείς.
4. Συντάξαμε μια ερευνητική και ατρόμητη ηθική απογραφή των εαυτών μας.
5. Ομολογήσαμε στον Θεό, στον εαυτό μας και σ' άλλον άνθρωπο την ακριβή φύση των σφαλμάτων μας.
6. Είμαστε εντελώς διατεθειμένοι να επιτρέψουμε του Θεού να μας απαλλάξει από όλα αυτά τα ελαττώματα του χαρακτήρα μας.
7. Με ταπεινότητα του ζητήσαμε να μας απαλλάξει από τις ατέλειές μας.
8. Κάναμε έναν κατάλογο απ' όλους του ανθρώπους που πειράξαμε και γίναμε πρόθυμοι να τους βοηθήσουμε ανάλογα.
9. Βοηθήσαμε άμεσα όσους ανθρώπους μπορέσαμε χωρίς να φανεί αυτή η βοήθεια επιζήμια στους ίδιους ή άλλους.
10. Συνεχίσαμε να κάνουμε προσωπική απογραφή και όπου είχαμε άδικο, το ομολογούσαμε αμέσως.
11. Δια μέσου προσευχής και συλλογισμού προσπαθήσαμε να βελτιώσουμε τη συναισθηματική επαφή με το Θεό, όπως τον νιώθαμε εμείς προσευχόμενοι μόνο για τη γνώση της βούλησής του απέναντι σε μας και για την δύναμή του να την εκτελέσει.
12. Αφού πετύχαμε πνευματική αγρύπνηση ως αποτέλεσμα των βημάτων αυτών, επιχειρήσαμε να μεταδώσουμε το μήνυμα αυτό σε αλκοολικούς και να εφαρμόσουμε αυτές τις αρχές σε όλες τις υποθέσεις μας.



Ουαί,
 Ήτανάα
 να
 συστηθώ
 Νομίζω έχωμπε
 και ήβελ, οι
 ελισθηλόμενες με
 αββυλική
 μισογείες να με ήες ανωοεινευμα. Είμαι μια
 νεύε
 ακκαοή, εσύ
 ναύμην πορρωτική ή βίο σωρα
 ναυοτρωσος αυολα, ήου αυτο
 ομολογεί ότι εσθιγαήν την
 οκείνη και το ανωλοήνια σου.
 Κάνω όμυκ και καττ άμνο
 κηγίς εόν να το καταναλαβαίεις
 εκείνη την στιγμή, εσθίδη
 ασηντικά σε όνα σρεδόν τα
 όργαυα σου, σκαυτί, καρδία,
 στωμαύ, λυκίκο σωττημα,
 οισορσος, νευγίκο σωττημα,
 γένωττικά όργαυα



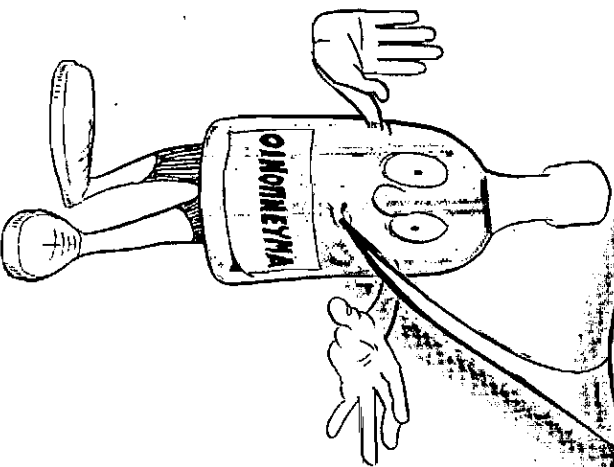
Άουα,
 όκαν
 και αυτρί
 Αν είσοι καττω
 ασο ή έτην
 τότε όαν ένεκ
 ακόμα αναστύει την
 ακκομναυδογεινάος ένα έγγυμο το
 ασοίο μετατρέσει το ακκοή σε
 σακκωρα. Σε αυτή την
 βεγίσητων φήνε μαν, θα
 βολακαμαι για αγκετή μίγα
 μέσα στο σίμια σου, κηγίς να
 μισογείς να αμναμωγείς ενκαόνα
 ασοό έμλένα



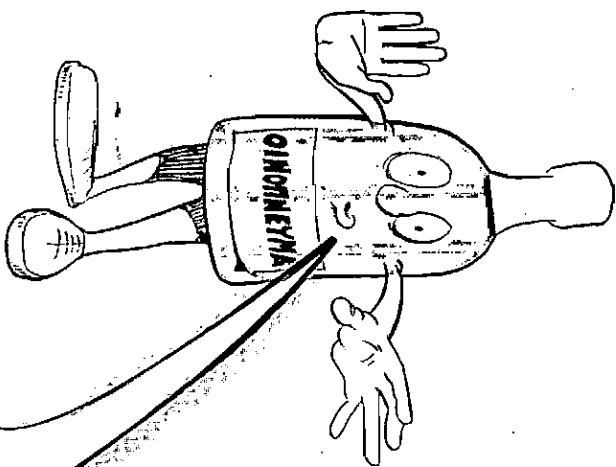


- Να αναστρέψετε ασκλιώντες σεφραδικές συμβουλές, όπως
Αχ: να μην χρησιμοποιήσεις σφραγιστικό - γερανός σου μισορεί
να έχει ως αποτέλεσμα μια ανεπιθύμητη εκκυσίωση ή την
μετάδοση κάποιων ασθενειών - να σέβεις θύλα βλαστών ή να
έχεις ελαττωμένη σεφραδική ασκίαση.
- Να νοιώθεις ναύτια, να σου έρθει πικρός ή σε μεγάλες
σπογγίτες να σέβεις σε κίμια.

Επίσης,
κίς καθίς θα τα
λέμε σφάρα να
θυμάσαι ότι έχεις
σφραγίτες:

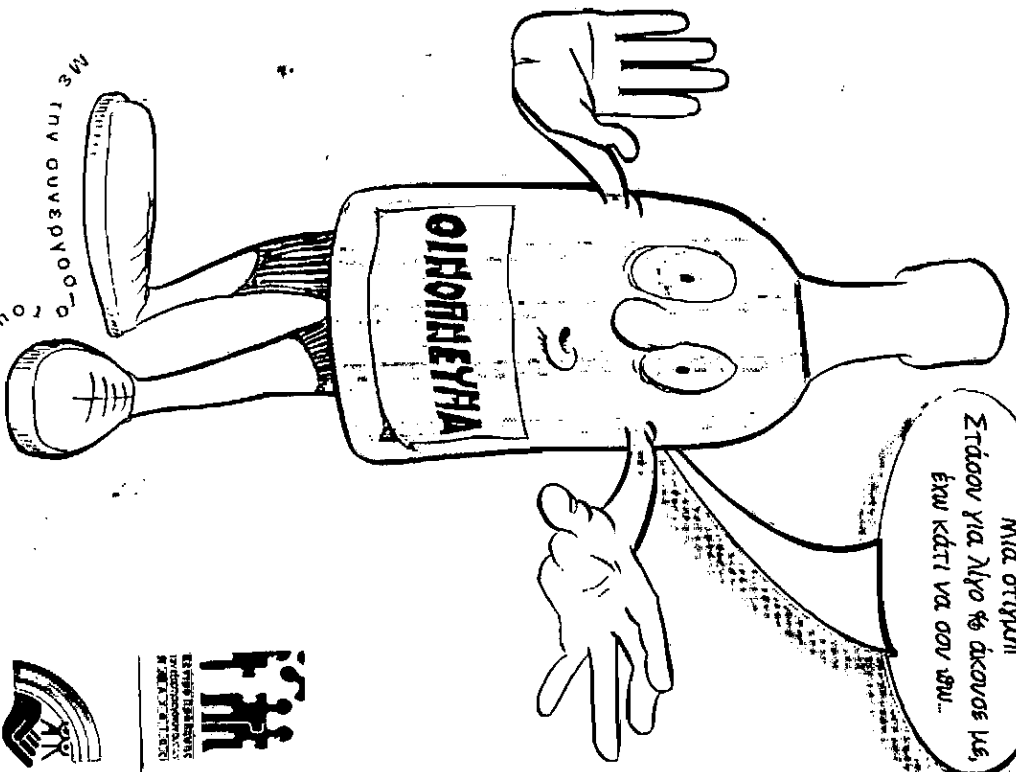


- Να σέβεις κάποιον
σοβαρό ατύχημα.
- Να νοιώθεις έντονα αναποδηματα τα οποία, είτε δεν θα
μυρογέεις να τα διακρίσεις όπως είναι έντονο θύμα - σου μισορεί να
σε κάνει να τσακωθείς χωρίς λόγο με τους φίλους σου - είτε από την
άλλη μεριά, αναποδηματα σου δεν θα μισογέεις να αναποδησεις.
- Κι αν σφραγίς τα βράδια μαζί σου σπινά, είναι αίχμηρο σου θα
εξαστρέψεις σε τέτοιο βαθμό από μένα, ώστε να μην νοιώθεις κανένα
μαρκία που στο σπινά αλλά και στα αναποδηματα σου.





Μια στιγμή
Στάσου για λίγο το άκουσε με,
έχω κάτι να σου πω...

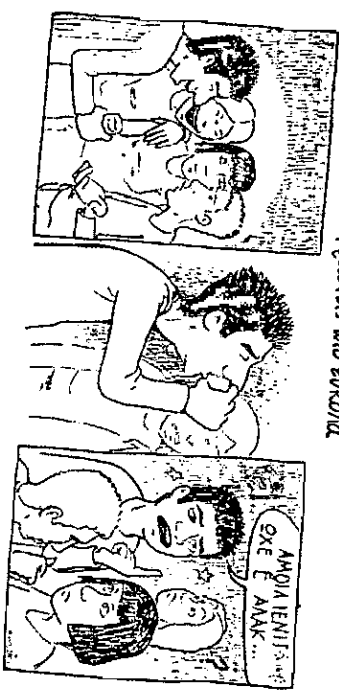


Με την ΟΥΒΕΡΥΟΟ
του ΟΚΑΝΑ

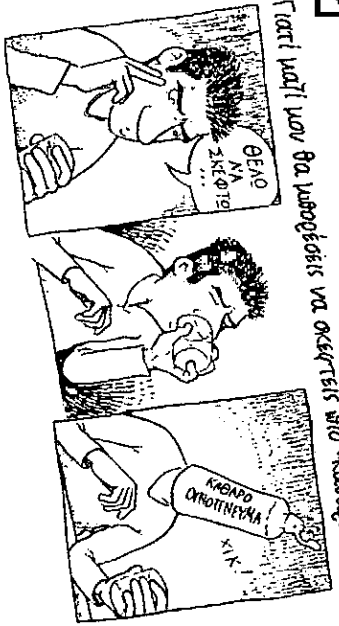


Θα ξεκινήσω από οριζόντιους λόγους υποκειμένου
να σε βάλω να βεβαιώσεις μετέπειτα την αυθεντική βραδιά!

Ταρά με λέει να βεβαιωθείς στο εικόνα



Ταρά κατ'ίλη τον θα υποβόησες να οκέρτεις στο «καθαρά».

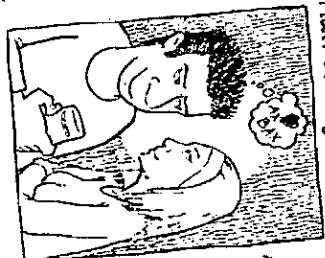


Ταρά θα σε βοηθή

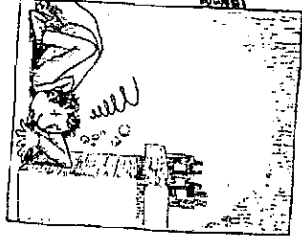
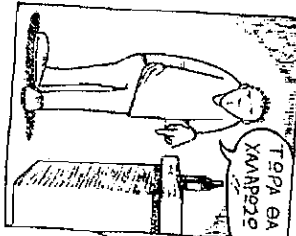




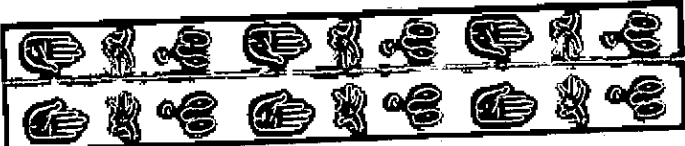
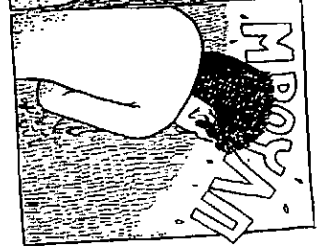
Γιατί στον έρωτα θα ήθελα «ανεξαρτημένες» στιγμές!



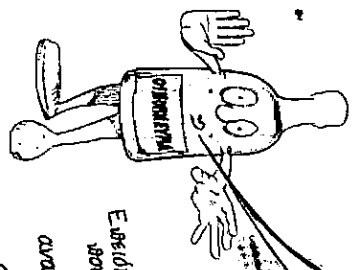
Γιατί γιατί να, θα χαλαρώσεις βρε αδερφέ!



... να διασκεδάσεις.

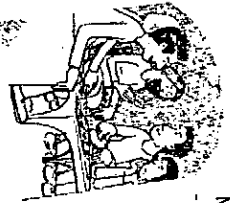
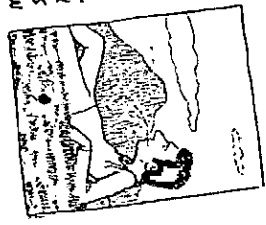


arte creative team



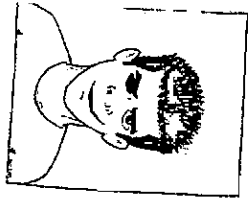
ΝΑΒΒΩΝ, ΧΙΚΙ
Τι έχεις να πεις για όλα σου τα βιβλία;

Ευκρίδη θέλω σε κάθε διαμυαλά σου αυτιστικιστή μου να κάνω τις ερωτήσεις σου, τις αναρωτηστροφές σου, τις ανησυχίες σου, απορροαίσει να διαλαρωθώ για όλα. Και αυτό γιατί; Φέγου σου όταν θέλω



ΝΑ ΟΚΕΡΩ
Να σκεφτώ
Να σκεφτώ πάλι να να ερωτάω τα αναρωτηστροφά μου
Να έχω οριστικάς οφέσεις
Να διασκεδάω ή να χαλαρώω

Θα το ερωτήσω αν με τις ερωτήσεις μου αποδεικνύω ότι αέθαλα και αγαπώ τον εαυτό μου αλλά και τους ανθρώπους σου έχω γύρω μου. Εξάλλου υπάκουον κληιάδες τρέβοι για να καλίνω αργότες μου τις ανάγκες κι εγώ θέλω κάθε στιγμή να νοιώθω ελεύθερος ώστε να ερωτήσω αργότες μου ταυγιάσει στο σπίτι.



ΠΑΝΤΑΝΑΣΣΗΣ 95 & Α' ΓΕΩΡΓΙΟΥ, 26225 ΠΑΤΡΑ, ΤΗΛ./FAX: 2610 623290 - 226 948
protasi@pat.forthnet.gr

